

# 人間看護学研究

## Journal of Human Nursing Studies

17  
2019  
March

人間看護学研究

No.17  
March 2019

滋賀県立大学人間看護学部



滋賀県立大学人間看護学部

目次

**巻頭言**  
甘佐 京子

**原著論文**  
後期高齢期にある NYHA I ~ II 度の慢性心不全患者の自己管理継続の要因  
光岡 明子, 平田 弘美…………… 1

**研究ノート**  
一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識  
山出 瑠望, 糸島 陽子…………… 15  
中小規模病院の教育担当者における役割遂行に対する認識  
馬場さゆり, 窪田 好恵, 伊丹 君和…………… 23  
女子大学生の HPV ワクチン接種と子宮頸がん検診受診に関する実態調査  
田中 法子, 小林 孝子…………… 35  
乳幼児の key age 別にみた食生活および食教育に関する現状と課題—A 町の実態調査より—  
馬場 文, 小林 孝子, 川口 恭子, 小島 亜未, 田畑 真実, 浦田 民恵, 中本 潤, 齋藤かおり…………… 47  
Contents Analysis of Safety Management-related Syllabi for Midwifery Education  
Kumiko Iwatani…………… 57  
未就学児をもつ女性看護師における仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴  
荻 邑子, 伊丹 君和…………… 67  
急性期病棟における認知症高齢者看護に関する文献検討  
森本恵り子, 平田 弘美…………… 77  
乳児の「泣き」への啓発活動を行う専門職の認識—啓発資料「赤ちゃんが泣きやまない!!」を用いて—  
古川 洋子, 濱野 裕華, 平岡 千夏…………… 87

**活動と資料**  
がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員の A 病院における活動—臨床の看護実践の向上を目指して—  
喜多下真里, 菅井亜由美, 猪子 弘美, 糸島 陽子, 横井 和美…………… 95  
滋賀県下の病院で働く看護師の口腔ケアに対する意識に関する研究  
安本 奈央, 平田 弘美…………… 101  
人間看護学研究投稿規定…………… 107  
原稿執筆要領…………… 108

Contents

**Foreword**  
Kyoko Amasa

**Original Article**  
Self-Care Factors in Older Aged People with Chronic Heart Failure of NYHA I ~ II  
Akiko Mitsuoka, Hiromi Hirata…………… 1

**Notes**  
Recognition of nurse in general wards : interviews on non-cancer elderly patients in end-of-life palliative care  
Runo Yamade, Yoko Itojima…………… 15  
Recognition of roles in education personnel at small and medium-sized hospitals  
Sayuri Baba, Yoshie Kubota, Kimiwa Itami…………… 23  
Survey of HPV vaccination and cervical cancer screening behavior in female university students  
Noriko Tanaka, Takako Kobayashi…………… 35  
Current conditions and issues on dietary habits and education by key age of infant : from survey of actual situation in A town  
Aya Baba, Takako Kobayashi, Kyoko Kawaguchi, Ami Kojima, Mami Tabata, Tamie Urata, Jun Nakamoto, Kaori Saito…………… 47  
Contents Analysis of Safety Management-related Syllabi for Midwifery Education  
Kumiko Iwatani…………… 57  
A study on how female nurses utilize childcare supports for raising preschool children  
Satoko Ogi, Kimiwa Itami…………… 67  
Literature Review of Nursing for Elderly People with Dementia in Acute Ward  
Eriko Morimoto, Hiromi Hirata…………… 77  
Awareness of the crying of babies among professionals involved in activities to promote its understanding - An activity using educational material: "Stop crying, my baby!!"  
Yoko Furukawa, Yuka Hamano, Chinatsu Hiraoka…………… 87

**Reports and Materials**  
Activities of University Faculty Qualified as Certified Nurse Specialist in Cancer Nursing at A Hospital : Aiming to Improve Nursing Practice in Clinical Setting  
Mari Kitashita, Ayumi Sugai, Hiromi Inoko, Yoko Itojima, Kazumi Yokoi…………… 95  
A Study on Nurses' Awareness regarding Oral Care in Hospitals of Shiga Prefecture  
Nao Yasumoto, Hiromi Hirata…………… 101

## 人間看護学研究

編集委員長 越山 雅文  
編集委員 甘佐 京子  
大脇万起子  
古株ひろみ  
小林 孝子  
古川 洋子  
安原 治

## Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Masafumi Koshiyama  
Editors Kyoko Amasa  
Makiko Oowaki  
Hiromi Kokabu  
Takako Kobayashi  
Yoko Furukawa  
Osamu Yasuhara

人間看護学研究 第17号  
発効日 2019年3月1日  
発行 滋賀県立大学人間看護学部  
〒522-8533 滋賀県彦根市八坂町 2500  
電話 0749-28-8631  
ファックス 0749-28-9501

制作 有限会社 知人社

ISSN 1349-2721  
School of Human Nursing  
The University of Shiga Prefecture  
2500 Hassaka, Hikone, Shiga, 522-8533 Japan  
tel 0749-28-8631, fax 0749-28-9501

Production: Chijinsha.co., Ltd.

---

## 巻頭言

---



人間看護学部 学部長

あま さ きょう こ  
甘 佐 京 子

三十年間という時を刻んできた平成が幕を閉じようとしている。人間看護学部は、正に折り返し地点となる平成15年4月に、新たな学部として滋賀県立大学に誕生した。本誌「人間看護学研究」の第1号はその年度末にあたる平成16年3月に発刊されている。その後、年1回の発刊を基本としながら第16号まで学術雑誌としての歴史を積み重ねてきた。

私たち研究者が取り組む新たな研究を支えるものとして、先人が積み重ねてきた様々な先行研究が存在する。先行研究を紐解くことで、私たちは次に進むべき新たな地図を手に入れたり、切り開くための装備を想定し準備したりすることが可能となる。「人間看護学研究」に発表されてきた数々の研究論文も、発表時の新たな知見から叡知における歴史の一部となり、新たな研究の礎となっていることだろう。

本誌第17号は、平成に発刊される最後の「人間看護学研究」となる。平成は数ある日本の年号の中で唯一戦争が無かった時代である。しかし、国外ではテロをはじめとする紛争や争いは絶えない。色鮮やかなデザイン性の高い食べ物がSNSで取り上げられる中、飢餓状態の子ども達が存在することも事実である。傲慢なまでに自然を破壊する一方で、非常な自然災害に驚愕することも少なくない。地球という一つの星、日本という一つの国の中で、全く異なる日常が展開されているという現状はやむを得ない。しかし、私たち人類が研究に取り組むことでの最終目的はやはり「人類の幸福」のためのはずである。そのことを今一度私たちは胸に刻み込む必要があるのかもしれない。

私たちが取り組む研究のひとつひとつが、やがては人々の幸福や安寧につながることを切に願いつつ、来たるべき新たな時代を迎えたいと思う。



## 原著論文

# 後期高齢期にある NYHA I～II度の慢性心不全患者の自己管理継続の要因



光岡 明子<sup>1)</sup>, 平田 弘美<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 国立病院機構名古屋医療センター

<sup>2)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

**背景** 慢性心不全は老年期に急増し、超高齢社会のわが国では高齢者の慢性心不全罹患率は上昇し続け(上村ら, 2012), 今後わが国の社会問題になることが予想されている(合同研究班報告慢性心不全治療ガイドライン, 2010). 慢性心不全患者は, 入退院をくり返すことが多く, その原因はセルフケア行動に関する要因も少なくない(Tsuchihashi et al, 2000). そのうえ, 高齢患者はさまざまな機能低下により, 自覚症状が出現しにくい, 適切に愁訴できないなどにより, 心不全の初期兆候が見逃され, 高い再入院率に結び付いている(上村ら, 2012). 以上のことから, 高齢の慢性心不全患者の再入院の予防には, 加齢による機能低下を踏まえた心不全を増悪させないための自己管理の継続が重要である.

**目的** 高齢慢性心不全患者が地域で自己管理を継続できる要因を明らかにすることである.

**方法** 後期高齢期にある NYHA I～II度の慢性心不全患者 8 名を対象に, 1 年以上再入院せず心不全症状をコントロールし, 日常生活を送ることができている理由について半構成的面接を行い, 質的記述的に分析した.

**結果** 173 の《コード》から 22 <サブカテゴリー>, 9 の【カテゴリー】が抽出された. 研究対象者は, 【医療者からの自己管理指導】や【療養生活での体験を通しての学び】から【自分の病気についての理解】をして, 【自分が身体によいと認識して行動すること】を生活に取り入れていた. そして【信頼する医師の存在】は絶対であり, 信頼する医師の助言が研究対象者の自己管理の実施へと導いていた. さらに, 自らの病気や入院の体験から【高齢であることや入院によりおこる機能低下を体験したことでの心がけ】が療養生活に生かされ, また【家族や介護者からのサポート】を受けて自己管理を継続していた. そして, 研究対象者全員が療養生活による制約があってもつらいと述べるものはおらず, 【療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと】や【病気にとらわれすぎないこと】で自分らしく療養生活を送っていた.

**結論** 医療者や介護者の支援やサポート, 加齢による機能低下を自覚すること, 症状の体験を通しての学びだけでなく, 病気にとらわれず療養生活を自分らしく送る秘訣が自己管理の継続の要因となっていたことから, その患者の価値観を尊重し患者一人ひとりにあった自己管理方法を考え, 指導していくことが必要である.

**キーワード** 自己管理, New York Heart Association (NYHA) I～II度, 後期高齢期, 慢性心不全

Self-Care Factors in Older Aged People with Chronic Heart Failure of NYHA I～II

Akiko Mitsuoka<sup>1)</sup>, Hiromi Hirata<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> National Hospital Organization Nagoya Medical Center

<sup>2)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2018 年 9 月 30 日受付, 2019 年 1 月 24 日受理

連絡先: 光岡 明子

名古屋医療センター

住 所: 名古屋市中区三の丸 4-1-1

e-mail: cwgmb514@yahoo.co.jp

## I. 背景

慢性心不全は老年期に急増し, 50 歳代での慢性心不全の発症率は 1%であるのに対し, 80 歳以上になると 10%に達する. そのため, 超高齢社会のわが国において, 高齢者の慢性心不全罹患率は上昇し続けることが予想されている(合同研究班報告慢性心不全治療ガイドライン, 2010). また, 慢性心不全患者は入退院をくり返すことが多く, その約 7 割が 65 歳以上である(嶋田ら, 2007). 慢性心不全患者が再入院に至る要因には, 心筋虚血, 不整脈, 感染症などの医学的要因だけではなく

く、服薬管理の不徹底や塩分・水分制限の不徹底といった不十分なセルフケア行動に関する要因も少なくない (Tsuchihashi et al, 2000). さらに、高齢患者においては、複数の基礎疾患に罹患していることが多く、自覚症状が非典型的であること、また高齢になるにつれて身体機能の低下をきたし、そのことによって活動が低下することにより自覚症状が出現しにくいこと、感覚機能の低下により自覚症状を感じにくくなること、認知機能の低下により適切に愁訴できないことなどがあり、心不全の初期兆候が見逃されやすいことが再入院をくり返す要因として報告されている (上村ら, 2012). これらのことから、高齢の慢性心不全患者の再入院を予防するには、加齢による機能低下をふまえた心不全を増悪させないための自己管理の継続が重要である。

高齢慢性心不全患者に関する先行研究は、再入院の実態調査 (赤土ら, 2008; 濱岸ら, 2012; 平田ら, 2011; 児玉ら, 2004; 信岡ら, 2006; 森脇ら, 2010; 山根ら, 2009), 自己管理に関する実態調査 (古知ら, 2009; 長岡ら, 2011; 内藤ら, 2007; 関, 2008; 上谷ら, 2013), 自己管理における介入研究 (原田ら, 2005; 平野ら, 2013; 乾ら, 2009; 内藤ら, 2013; 仲村, 2013; 尾島ら, 2005; 志賀ら, 2010; 谷井ら, 2008; 田崎ら, 2005; 上田ら, 2012; 脇本, 2013) があつた。それらの結果から高齢慢性心不全患者が、心不全の増悪により再入院に至る要因として、内服、食事・塩分制限、水分制限、安静、症状の観察が行えていない・守れていないということが明らかになった。また、これらの自己管理が行えていない要因の背景には、加齢による身体的・心理的・社会的変化や、医療者の患者への具体的な自己管理指導の不足が影響し、正しい自己管理が行えていないという実態が明らかになった。そして、すべての自己管理における介入研究において、患者の自己管理のための介入は効果的であったと報告されていた。その反面、自己管理を継続することで心不全症状をコントロールし、再入院することなく療養生活を送っている患者に焦点をあてた研究はほとんどなかった。さらに、慢性心不全の発症率が急増する後期高齢期にある慢性心不全患者を対象にした研究はみあたらなかった。

以上のことから、後期高齢期にある慢性心不全患者が、どのように症状をコントロールしながら入退院をくり返さず、自宅・地域で療養生活を送っているのかを明らかにすることは重要である。それらを明らかにすることで、看護師による効果的な高齢慢性心不全患者の自己管理指導のあり方を検討し、指導による患者の自己管理実践により患者の再入院を軽減することができるのではないかと考える。

## II. 目的

本研究の目的は、慢性心不全の発症率が急増する後期高齢期にある New York Heart Association (NYHA) I～II度の慢性心不全患者を対象に、患者が症状の増悪を予防するために、症状をうまくコントロールしながら自己管理をどのように行っているのか、地域で自己管理を継続して行うことができる要因は何かを明らかにすることである。

## III. 用語の定義

自己管理：心不全を含む自分の病気の悪化を予防するために日常生活において行っている健康管理のこと。健康管理には、合同研究班報告慢性心不全治療ガイドライン (2010) のなかで自己管理の教育の項目としてあげられている一般的事項 (心不全についての理解、身体的変化、精神的变化、予後)、食事療法、薬物療法、症状のモニタリングと管理、運動や安静、入浴、ワクチン接種、危険因子 (喫煙、アルコール等) の是正が含まれる。さらに、前述した以外にも患者が療養生活のなかで行っている健康を維持するための習慣、療養生活そのものも含める。また、本研究の対象者は後期高齢期であることから、自己管理は自らの意思で行うが、加齢による心身機能の低下があり、介助者が援助して身体的な管理をしている場合も自己管理とする。

NYHA I度：心疾患があるが身体活動にとくに制約はない患者。日常的な身体活動の範囲では過度の疲労感・動悸・息切れ・狭心症発作は起こらない状態。

NYHA II度：心疾患により身体活動の軽度制限をきたしている患者。安静時は無症状であるが、日常的な身体活動により疲労感・動悸・息切れ・狭心症発作が起こる。

## IV. 方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、慢性心不全患者の経験や生き方の語りを記述し要約する質的記述的研究である。

### 2. 研究対象者

A 県下にある大学病院に通院中の後期高齢期にある慢性心不全患者を研究対象とした。選定条件として、1) 認知症と診断されていないこと、2) NYHA 分類で I～II度の患者、3) 前回の心不全の急性増悪による入院から1年以上経過し、地域で療養生活を継続している患者とした。以上の条件を満たす者で、本研究の意義、目的、方法について別紙で説明し、研究の同意が得られた者を

研究対象者とした。

### 3. データ収集方法

データ収集は、2015年3～4月に行った。面接は研究対象者のプライバシーを保護するために、病院内の個室で行った。基本情報については、患者から聞き取りを行った。年齢、性別、基礎疾患、合併疾患、心不全の発症時期、心不全の入院歴、治療内容、検査データについては、カルテから情報を得た。面接は半構成的面接法によりインタビューを行い、同意を得てICレコーダーに録音し、必要時メモをとった。

インタビューでは「医療者からどのような自己管理の指導がありましたか?」「普段行っている自己管理にはどのようなことがありますか?」「慢性心不全の症状が1年以上悪化することなく、地域で日常生活を送ることができている理由は何だと思えますか?」などについて質問し、その回答のなかで医療者からの自己管理指導や行っている自己管理の内容についても自由に語ってもらった。家族や介護者の付き添いがあった場合は、家族や介護者も面接に同席した。患者の回答した内容が明確でない場合は、家族や介護者から補足説明をうけた。

### 4. 分析方法

インタビューより得た内容について逐語録を作成し、逐語録をくり返し読み、語りの内容を対象者の思いや意図の文脈が損なわれないよう文脈のまま抜粋し、コード化した。共通した意味のあるコードをまとめ、サブカテゴリーを生成した。さらにいくつかのサブカテゴリーを集め、カテゴリーを生成した。分析の妥当性の確保のため、

経験豊かな質的研究者のエキスパートにスーパーバイズを受けた。

### 5. 倫理的配慮

研究対象者に対して研究の意義、目的、方法、予測される結果や危険について、文書と口頭により十分な説明を行った。研究対象者は、この内容を理解したうえで同意書に署名した。データは研究以外用いないこと、データの保管に当たっては、個人を特定できないようにして取り扱うなど安全管理の徹底を図った。研究終了後、個人情報を含むデータは、消去または裁断処理により廃棄した。また、研究対象者は後期高齢期にあり、体調には十分配慮して面接を行った。インタビュー中に気分が悪くなった場合は質問を中止し、必要時は診療科医師の診察を依頼するよう予定していたが、体調不良を訴えた研究対象者はいなかった。なお、本研究は、A大学とB大学病院の研究に関する倫理審査委員会で承認を得ている。

## V. 結果

### 1. 研究対象者の属性

研究対象者は8名(男性5名、女性3名)、年齢は78～95歳(平均年齢84.4歳)であった。NYHA分類はインタビュー時I度1名、II度7名であった。心不全の急性増悪による一番最近の入退院からインタビューまでは、最短で1年3ヵ月、最長で12年11ヵ月が経過していた(表1)。

表1 研究対象者の概要

対象者	性別	年齢	家族構成	NYHA	循環器疾患	合併疾患	面接時EF	最終入院から面接迄の期間	心不全での入院回数
1	男	80歳	妻 息子家族と2世帯	II	心房細動 高血圧症 虚血性心疾患	糖尿病	55%	4年0か月	2回
2	女	86歳	独居	I	心房細動 高血圧症 大動脈弁狭窄症	糖尿病 胃癌	60%	3年11か月	1回
3	男	83歳	娘家族と同居	II	心房細動	慢性腎臓病	55%	4年4か月	1回
4	女	88歳	独居	II	心房細動 僧房弁狭窄症	糖尿病 慢性腎臓病 甲状腺機能低下症	40%	3年0か月	4回
5	男	95歳	息子家族と同居	II	高血圧症	慢性腎臓病	30%	5年1か月	1回
6	女	78歳	夫	II	拡張型心筋症 高血圧症	慢性腎臓病	50%	8年11か月	1回
7	男	87歳	有料老人ホーム	II	心房細動 高血圧症 虚血性心疾患 大動脈弁閉鎖不全症	糖尿病 慢性腎臓病	30%	1年3か月	2回
8	男	78歳	妻 息子家族と2世帯	II	心房細動 高血圧症 虚血性心疾患 胸部大動脈瘤	糖尿病 慢性腎臓病 C型肝炎 アルコール性肝障害	50%	12年11か月	1回

\* EF (%) : 左室駆出率正常値 男性 64±5 女性 66±5 (合同研究班報告慢性心不全治療ガイドライン, 2010)

## 2. 分析結果

研究対象者8名に対して、1名ずつ1時間程度、1回のインタビューを実施した。インタビューの逐語録から173のコード、22サブカテゴリー、9カテゴリーに分類

された(表2)。なおカテゴリーは【 】、サブカテゴリーは< >、コードは《 》、研究対象者の語りの引用は斜字で示す。

表2 後期高齢期にあるNYHA I～II度の慢性心不全患者の自己管理継続の要因

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
医療者からの自己管理指導	医療者からの自己管理指導	塩分制限についての指導 薬は絶対に飲むようにという服薬指導 適度に体を動かすようにという指導 定期受診は必ずするようにという指導 苦しくなる前に安静にするようにという指導
信頼する医師の存在	信頼する医師の助言	長生きしたければ言われたことを守るようにという助言 好き勝手すると自分の命が縮まるから言われたことを実行するようにという助言
	信頼する医師が導いた行動	医師を信頼しているので医師の言うことは絶対守ること 命を助けてもらった医師の言うことは絶対なので従う
家族や介護者からのサポート	家族や介護者からのサポート	家族や介護者が塩分控えめの食事をつくってくれること 介護者が内服したか確認すること
自分の病気についての理解	心不全についての理解	心不全は放っておいてはいけなくて理解すること
	心不全以外の病気についての理解	不整脈が心不全に影響すると理解すること
療養生活での体験を通しての学び	自己管理継続の効果の実感	食事療法の効果を実感すること 運動を継続することで体調がよいと感ずること
	苦しい症状の体験を通しての学び	自分の体験から心不全症状を理解できたこと 長湯して苦しくなったため長湯はいけないという学び
	自己管理の重要性の認識	心不全が悪くならないように自己管理しなければならないと認識すること
	病気体験での気づきと行動変容	入院するまでは健康だと過信していたという気づき 退院後身体のことを考えて運動するようになったこと
	入院が日常生活に及ぼす影響の認識	病気になる入院したことで仕事に支障があったという認識
自分が身体によいと認識して行動すること	食生活に自分がよと思うことを取り入れること	好きな肉をたくさん食べることが身体によいと感じて取り入れること
	自分がよと思う運動を実施すること	ラジオ体操が身体によいと感じて実施すること ウォーキングを行うことが身体によいと感じて実施すること
	自分がよと思うことを普段から実施すること	規則正しい生活をするのが身体によいと感じて実施すること
	常に自分の身体をいたわること	調子が良くても無理しないような行動をとること
療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと	趣味をもち楽しく生きること	デイサービスでお話する楽しみをもつこと 園芸の趣味を続けて楽しく生きること
	目標をもって生きること	できるだけ長生きしたいという目標をもつこと
	自分の自信や信念をもって生きること	自分でできることは無理してでも自分でやりたいという信念 病気で落ち込んででも気力で乗り越えてきたという自信
	ストレスをためないこと	我慢せず病気を忘れる日を作りストレスをためないこと
高齢であることや入院によりおこる機能低下を体験したことでの心がけ	加齢による機能低下を自覚することでの自己管理における工夫	薬を飲み忘れたり間違えないためにケースにセットするなどの工夫をすること
	入院によりおこる機能低下を自覚したことで回復にむけて努力すること	入院中の安静により体力が低下したと感ずることによって体力をつけるようになったこと
病気にとらわれすぎないこと	病気にとらわれすぎないこと	病気のことをあれこれ気にしすぎないこと



## 1) 【医療者からの自己管理指導】について

【医療者からの自己管理指導】のカテゴリーは、医療者からの指導や助言といった自己管理指導が自己管理継続の要因になっていたことを示している。

＜医療者からの自己管理指導＞について

食事については、6名の研究対象者が《塩分制限についての指導》をうけており、塩分制限を含む食事療法を8名全員が実施していた。食事指導の内容は、塩辛いものを控えるように、麺類には塩分が多いから気をつけるように、うどんやラーメンの汁は飲まないように等といった内容であった。研究対象者8は次のように述べていた。

塩分は（医師に）控えるように言われて、控えているつもりだけど、ラーメンなんかは食べるけど、汁は飲まんようにしてる。家でもラーメンは1人前作っても食べれんから、（妻に）半分食べてもらってる。

また、塩分制限について「医師から言われているから」、「心臓に悪いから塩分を控える」という理由で全員が塩分制限を実施していた。研究対象者のなかには「塩辛いものを食べると口が乾くしむくむ」、「血圧が上がる」という自分の体験から、塩分制限の必要性を理解し実施していた。

内服については、5名の研究対象者が《薬は絶対に飲むようにという服薬指導》があったと述べていた。また、研究対象者全員が内服薬を飲み忘れないような工夫をして、自分で内服管理を行っていた。研究対象者3は医師からの指導内容や薬剤師の一包化の協力、指導をもとに毎日必ず内服していることについて次のように述べていた。

一番最初の先生には、薬を絶対に忘れちゃいかん、薬は食事と一緒にだから、食事したら必ず薬を飲むということをやってくれと言われてます。体調がいいから薬を調整したりやめたりすることは絶対にいかんと言われて。（中略）ここでもらった8種類の薬を、その薬剤師さんが一包にしてくれるので、それだけ飲めばいいわけですから。だから薬の飲み忘れは絶対ありません。

このように述べ、《薬は絶対に飲むようにという服薬指導》により自分なりに飲み忘れない工夫をし、毎日確実に内服することを継続していた。また、《心臓の病気は怖いから薬は必ず飲むようにという指導》、《薬はずっと継続するようにという指導》という指導があり、研究対象者全員が必ず内服することを徹底して行っていた。

運動については、2名の研究対象者が運動につい

て指導があったと述べていた。《適度に体を動かすようにという指導》、《苦しくなる運動はしないようにという指導》等の指導があり、6名の研究対象者が日常生活のなかで意識して運動していると述べていた。研究対象者3は運動療法についての医師からの指導内容や日常生活において実施していることを次のように述べていた。

急激な運動はしないほうがいいと言われてました。準備運動してからするように言われています。（中略）運動不足になるといかに、身体を動かすラジオ体操のようなことをやるようにしなさいと言われてました。今でも1週間に2回くらいラジオ体操をしています。散歩は、家のごみを捨てていくのが私の仕事になっていて、それが週2回。そのごみをもっていった足で、そのまま散歩に行くんですよ。だいたい1500~1600歩くらいですね。そういうことはやってます。それをやると調子もいいです。

受診については、5名の研究対象者が《定期受診は必ずするようにという指導》や《異常時はすぐに受診するようにという指導》があったと述べていた。研究対象者3は実際に異常時に受診したときのことについて次のように述べていた。

その（心不全で入院した）ときは定期受診じゃなくて何か調子が悪くて受診したんです。予約日以外でもおかしいときは（病院に）来いと医師に言われてましたから。そのとき先生に心不全がおきてるって言われてね。自分は（心不全とは）わからなかったけど異常は感じてました。その日に入院させられて、でも心不全で入院したのは1回だけ。心不全（の入院）以後は入院していませんね。受診は必ず予約通りに来ます。行くのをやめたりは絶対ないですね。

安静については、2名の研究対象者が医師からの指導があったと述べていた。その内容は《動きすぎるから無理せず休憩するようにという指導》、《苦しくなる前に安静にするようにという指導》であった。その指導の背景には独居であり、身の回りのことを自分で行わなければならない環境や、仕事で入院できない状況や、自分のことは人に頼らず自分で何でもやりたいという心情などを医師が感じ、指導していた。そのことを研究対象者も認識し、守ることができていた。

## 2) 【信頼する医師の存在】について

【信頼する医師の存在】のカテゴリーは、医師と研究対象者との間には長い経過のなかで築かれた信頼関係があり、その信頼する医師の存在が自己管理継続の

要因になっていたことを示している。

a. <信頼する医師の助言>について

研究対象者は病気の経過とともに医師との信頼関係を築いており、3名の研究対象者が、「先生のおかげで助かった」と述べていた。そして今でも<信頼する医師の助言>が忘れられないと述べていた。その助言には《長生きしたければ言われたことを守るよ」という助言》、《好き勝手すると自分の命が縮まるから言われたことを実行するよ」という助言》等があり、いつも医師から言われたことを思い出して自己管理を継続していた。研究対象者6は、一時は心不全が重症化し、何度も入院を勧められていたが、自営業のため仕事の都合がつかないことから入院を拒否していた。そのときの医師から言われたことが忘れられないと、次のように述べていた。

(医師から)「心臓の病気は治らないから、長生きしたかったらきちんと言われたことを守りなさい」って言われた。「Nさんがめっちゃめっちゃやると、命が短くなるから僕たち医者はどうしようもしてあげようもないから、自分のことは自分できちんとやるように」言われた。

b. <信頼する医師が導いた行動>について

研究対象者は医師から厳しいことを言われても《医師を信頼しているので医師の言うことは絶対守ること》を普段から実行していた。研究対象者6は、自分が自己管理を継続してできるようになったのは医師の指導のおかげであるということを次のように述べていた。

(指導されたことは) 毎日しているよ。先生に言われたから。すごくいい先生だったからね。だから私はあの先生だったから助かったと思って。それこそ、ここの病院に来て、きちんとできるようになった。ひっくり返って寝れるようになったのは先生に診てもらおうようになってから。大の字で寝れるようになった。すごくうれしかったよ。それまではいつも夜中苦しくなってね、そうすると先生の顔が仏さんのようにでてるよ。

3) 【家族や介護者からのサポート】について

【家族や介護者からのサポート】の категорияは、家族や介護者からさまざまなサポートがあり、そのサポートが自己管理継続の要因になっていたことを示している。

<家族や介護者からのサポート>について

研究対象者全員が<家族や介護者からのサポート>を受け、慢性心不全を増悪させないための自己管理を継続していた。食事については、研究対象者

の男性5名が家族や介護者のサポートをうけていた。そして、サポートする家族や介護者全員が研究対象者とともに【医療者からの自己管理指導】を受けたことで、塩分制限の必要性を理解していた。研究対象者8は、《家族や介護者が塩分控えめの食事をつくってくれること》について次のように述べていた。

食事は(妻に)作ってもらってる。薄味で何でもつくってくれて、味噌汁作っても味が薄い。お酒のつまみもお刺身とか魚の天ぷらとか。たまに塩辛つくってくれるけど、塩気がものすごい少ない。買ってくるやつはまるつきり塩だで食べん。うちのおちゃん(妻)は気にしてくれとる。

内服については、研究対象者全員が自己にて管理をしていたが、そのうちの2名は家族や介護者が飲み忘れを心配し《介護者が内服したか確認すること》で薬を飲み忘れることはないと述べていた。

病院の受診については、5名の研究対象者が病院への送迎や診察の付き添いといった<家族や介助者からのサポート>をうけていた。

これらのこと以外にも研究対象者5は、95歳と高齢であり、症状に対する自覚や訴えが乏しいため、普段から家族が症状の出現がないか注意して観察したり、無理しないようにと家族が研究対象者5に言い聞かせていた。

4) 【自分の病気についての理解】について

【自分の病気についての理解】の категорияは、研究対象者が心不全を含む自分の病気を理解することが、自己管理継続の要因となっていたことを示している。

a. <心不全についての理解>について

5名の研究対象者が《心不全は放っておいてはいけな」と理解すること》ができていた。研究対象者3は「急性心不全になると危険だから通院を継続する」、肺炎が契機で心不全が増悪した研究対象者1は、「今度肺炎になったら心不全が悪くなって死ぬかもしれない」というように、心不全は危険であると認識していた。また、研究対象者1は「BNP値は心不全で上がっていると理解している」、研究対象者2は「BNPは高いと把握している」のように、検査データから心不全の状態を自分なりに理解していた。

b. <心不全以外の自分の病気についての理解>について

心不全以外の自分の病気に対して、研究対象者3は「不整脈で心不全になった」と述べ、《不整脈が心不全に影響すると理解すること》ができていた。

研究対象者6は「拡張型心筋症で心不全になった」、「肺炎が原因で心不全が悪くなった」、「心臓の病気は治らない」というように、心不全になった原因についても理解していた。

5) 【療養生活での体験を通しての学び】について

【療養生活での体験を通しての学び】のカテゴリーは、療養生活のなかでのさまざまな体験やその体験を通して学んだことが、自己管理継続の要因になっていたことを示している。

a. <自己管理継続の効果の実感>について

4名の研究対象者が自己管理を継続することで<自己管理継続の効果の実感>があると述べていた。研究対象者1は、食事療法を始めた当初はストレスの蓄積や苦労や挫折があり、失敗をくり返していた。しかし、徐々に自分なりに試行錯誤し、継続できる食事療法を確立し、血液検査の結果から《食事療法の効果を実感すること》があり、そのことについて、研究対象者1は次のように述べていた。

ふつう80キロカロリーを1単位で計算するだろう。1日千何百(キロカロリー)とか食うだろう?でもそんな(カロリー計算)毎日のことやっとなんか、はじめはやったよ、食事の写真を写した本買って、80キロカロリーを1単位にして書いてある。だからこれを食べたら80キロカロリーとわかるように、本に写真ついたのがあって、結局今食べる時に気にしてるのはご飯、いわゆる炭水化物、それを極力減らすということ。今は1日60gくらいしか食べない。そのかわり魚、肉は遠慮なく食べる。塩分は気にしたら、そしたら今度は(Na値が)下がりすぎで、(医師に)上げろって言われて、(中略)BNPもこれ普通じゃないでしょ?でも最初はずっと高かった。

また、運動の効果について、研究対象者8は「毎日のウォーキングの効果で症状が悪化しない」、研究対象者3は「散歩すると調子がよいと実感する」と《運動を継続することで体調がよと感じること》について述べていた。

このように、自分なりに実践可能なことを実施し、<自己管理継続の効果の実感>をすることで効果を励みに自己管理を継続していた。

b. <苦しい症状の体験を通しての学び>について

研究対象者全員が療養生活を送るなかで苦しさを伴う症状を体験しており、その《自分の体験から心不全症状を理解できたこと》で自分なりの対処法を見出していた。研究対象者6は今までのさまざまな体験を次のように述べていた。

心臓もう治らんって言われた。拡張型心筋症って

いわれた。突発性にくるから急に苦しくなっちゃうからね。前はピアノを1人でひきずいたら苦しくてね。だで無理はしない。朝の冷え込みも怖い。お風呂も気をつけて入ってる。先生に言われたし、自分が大変な思いをしたから。熱いのは入ったらいかんのだわ。ぬるめで半身浴。心臓の病気は怖いんだわ。よっぽど気をつけんとね。自分のからだは自分が一番わかる。人ではわからん。苦しくなる時はわかる。そういう時は何もしない、もたれるのが一番いい。

研究対象者4は入浴時長湯をして動悸が出現したという苦しい体験から、熱い湯での入浴や長湯が症状を引き起こすことを学んだことについて次のように述べていた。

お風呂なんかはどぼんだわ。やっとなんか入ると出てからお布団はいつてから心臓があぶつから。だからどぼん、どぼんが多いね。毎日入らない。汗もかかんし。1日おき。

また、研究対象者8は体調に異変を感じていたがすぐに受診しなかったことで、突然呼吸ができない苦しみ、生死をさまよう体験をしたことについて次のように述べていた。

救急車でとにかくほったたかかれて、寝ていかん、寝ていかんって言われて、ゆすられて連れて来られたわ。眠ったら命がないって言われて。(中略)病院についても苦しくて、息がまともにできなかった。起きてから助けてもらえたんだなあと思った。

このように、研究対象者は<苦しい症状の体験を通しての学び>から、その時の自分の行動を振り返り、体験を通して普段から心負荷に注意して行動することなどの自己管理を実施することの必要性を学んでいた。

c. <自己管理の重要性の認識>について

5名の研究対象者が<自己管理の重要性の認識>をしていた。研究対象者3は《心不全が悪くならないように自己管理しなければならないと認識すること》について次のように述べていた。

退院したときにどうして入院してどういう病気かとあとは気をつけなきゃいかんことを先生が手書きで書いてくれて、今でもその紙がとってありますよ。それで生活上のことも無理しないように、無理せん程度にやってきました。だから体調はどんどんよくなった気がします。

d. <病気体験での気づきと行動変容>について

7名の研究対象者が、病気による苦しい症状やつ

らい入院生活を強いられることで、《入院するまでは健康であると過信していたという気づき》から健康であることのありがたみを知り、身体を大切にしよう、無理しないようにしようなどの気持ちが芽生えていた。そして、《退院後身体のことを考えて運動するようになったこと》等の身体のことを考えた行動を普段の生活に取り入れるようになっていた。研究対象者7は「意識して運動するようになった」と述べていた。また、研究対象者8は病気になり入院したことで、健康だと過信していたということに気づき、退院後は血圧測定したりウォーキングしたりするようになったことについて次のように述べていた。

(心筋梗塞、心不全になって)14年くらいになるけど、その(退院)時は、ステッキをついてかろうじて歩けるくらいだった。だで、それから今のこと思えばものすごい丈夫になったと思うよ。今は、血圧は毎日(妻と)一緒に測ってるよ。それ(入院する)までは血圧測ることもなかったし、病院なんて行ったことがなかった。健康保険を使うことがなかった。それくらい自分は丈夫だと思っただけで、心筋梗塞と心不全になっちゃったんだ。でも(病気してからのほうが)体調がよくなったってこと。体調も生活も何もかもよくなった。先生が薬をええふうにあわせてくれてると思う。ウォーキングも(身体に)いいと思ってる。

e. <入院が日常生活に及ぼす影響の認識>について

5名の研究対象者が入院したことによりそれまでの日常生活においてさまざまな支障があり、「もう入院したくない」と述べていた。研究対象者6は、美容院を経営しており、「入院した時に従業員が見習いをつれてやめてしまった」と述べていた。そのため、その後心不全が増悪したことがあったが、「入院を勧められたが拒否したことがあった」と述べていた。しかし、医師から入院しない代わりに、症状が悪化しないように自己管理をきちんと行うよう指導があったため、研究対象者6は「医師からの指導内容を守り、それ以降再入院することはなかった」と述べていた。

6)【自分が身体によいと認識して行動すること】について

【自分が身体によいと認識して行動すること】のカテゴリーは、研究対象者が身体によいと認識して行動することが、自己管理継続の要因となっていたことを示している。

a. <食生活に自分がよいと思うことを取り入れること>について

6名の研究対象者が<食生活に自分がよいと思う

ことを取り入れること>を普段から行っていた。研究対象者4は「肉や豆腐を食べるようにしている」、研究対象者5は「肉でも何でも食べる」、研究対象者1は「糖尿病もあるから炭水化物を減らしてその分肉魚をしっかり食べる」、研究対象者7は「施設での塩分制限の食事がまずくて食欲が低下してしまったので、今は汁物だけ塩分制限をしている」、「好きな肉をたくさん食べることが身体にいいと感じる」等と述べていた。このように《好きな肉をたくさん食べることが身体によいと感じて取り入れること》等といった<食生活に自分がよいと思うこと>を取り入れること>を自己管理として取り入れていた。

b. <自分がよいと思う運動を実施すること>について

研究対象者全員が普段から<自分がよいと思う運動を実施すること>を継続していると述べていた。研究対象者1, 3, 8は《ウォーキングを行うことが身体によいと感じて実施すること》や、研究対象者3は《ラジオ体操が身体によいと感じて実施すること》を普段から行っていた。老人ホームで生活する研究対象者7は次のように述べていた。

体調がいいと午前1回と午後1回、天気がいい風が吹かない日に外に出て駐車場の中をぶらぶら散歩してね。腰掛があるのでそこに座ってね。年よりのおばあちゃんを1人ずつ連れてずっと歩くんですわ。そうすると1時間か1時間半経つんですよ。あとは木刀をふってね、もともと剣道してたから。

c. <自分がよいと思うことを普段から実施すること>について

研究対象者全員が<自分がよいと思うことを普段から実施すること>を継続していると述べていた。研究対象者5は《規則正しい生活をするのが身体によいと感じて実施すること》、研究対象者3, 4は《自分の病気についてのテレビや本を見ること》、研究対象者2は《血液データの結果をみて必要なサプリメントを飲むこと》等、病気になった自分の身体のことを考えて、自分が身体によいと感じたことを普段の生活に取り入れていた。

d. <常に自分の身体をいたわること>について

研究対象者全員が、病気になってからは《調子が良くても無理しないような行動をとること》を心がけ、<常に自分の身体をいたわること>が大切であると述べていた。研究対象者6は「調子がよくても加減して行動する」、研究対象者7は「体調にあわせて休息をとる」と述べていた。研究対象者2は疲れた日の翌日は休むことについて次のように述べていた。

今日みたいに1日病院（の受診）は長いでしょ、病院に行く前の日から準備してね。そうすると疲れるんですよ。だから次の日は食べることで1日休んでます。無理しないようにしています。

7) 【療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと】について  
【療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと】のカテゴリーは、研究対象者が病気に罹患したことによりさまざまな制限がでてくる療養生活を自分らしく送ることが自己管理継続の要因となっていたことを示している。

a. <趣味をもち楽しく生きること>について

7名の研究対象者が<趣味をもち楽しく生きること>で自分らしい療養生活を送っていた。その楽しみや趣味には、飲酒といったことも含まれていたが、<趣味をもち楽しく生きること>が療養生活の支えとなっていた。研究対象者5はデイサービスが何よりの楽しみと言い、次のように述べていた。

デイサービスは楽しいです！いろいろな人と話すのが楽しみです。いろんなことをしています。碁とかワープロもやります。みんなあそこ（デイサービス）で習いました。

また、研究対象者8は《お酒をのみ楽しく生きること》などの趣味をもって生活する様子を次のように述べていた。

今から家に帰れば（お酒を）飲む。それが楽しみ。（中略）ウォーキングから帰ったら一杯飲んで。その後新聞広げてテレビみたり。こうやってお迎えが来るのを待つだけ。これはほんとどうしようもない。温泉旅行はしょっちゅういく。ウォーキング仲間。今月も月2回行く。カラオケもできるし。だで楽しみはいっぱいある。今年も正月は（家族）みんなスキー行ったけど、孫が高校受験だで、孫と留守番とった。でも無事いい高校受かった。いろいろ楽しみはある。幸せしとるわけだ。

このように研究対象者8はインタビューのなかで、終始、お迎えがいつ来るかわからないのでそれは仕方がないと受け入れながらも、<楽しみや趣味をもつこと>で充実した毎日を送っていると述べていた。その楽しみや趣味には、《お酒を飲み楽しく生きること》のように自己管理において好ましくないことも含まれていたが、研究対象者8にとってお酒を飲むことだけはどうしてもやめることができない趣味であった。そのため医師から指導されていた禁酒ができないかわりに食事療法や運動療法、内服、必要な休息といった自分自身で実践可能な自己管理

を確実に継続していた。

b. <目標をもって生きること>について

研究対象者全員が<目標をもって生きること>で制限のある療養生活を「がんばれる」と述べていた。4名の研究対象者が《できるだけ長生きしたいという目標をもつこと》が大事であると述べていた。研究対象者7は、長生きしたいという目標を次のように述べていた。

寿命の続く限りがんばりたいと思っています。でもあんまり迷惑かけたくないけどね。もうすぐ初のひ孫もできるで。自分で努力して世話かけんようにはしてる。気力はあるよ。自分なりにやることはやりたいと思っています。

c. <自分の自信や信念をもって生きること>について

研究対象者全員が後期高齢者であり、今まで生きてきた人生のなかでさまざまな経験をしていた。そして、そのさまざまな経験が<自分の自信や信念をもって生きること>につながり、その自信や信念をもつことが療養生活を自分らしく送る秘訣となっていた。研究対象者4は「病気で落ち込んだこともあるけど、それを乗り越えてきたから自分に自信がある」と述べていた。研究対象者3は「信頼され、自分の役割を果たすことへの喜びが自分の自信となっている」と述べていた。

また、6名の研究対象者が「自分の信念をもって生きることが大事」と述べていた。研究対象者5は自分のことを「負けん気が強い性格で、人間は負けん気がなくなったら終わり」と述べていた。また、研究対象者4は《自分でできることは無理してでも自分でやりたいという信念》をもち、その信念が生きるうえで大事であるということを次のように述べていた。

家の母親は寅年で、92歳で亡くなったの。だでね、私も92歳まで生きたいなあと思ってるけど、こればかりはね。寿命ばかりはわからんけど、ある程度気力が大事だと思う。（誰かが）やってくれるのを待つとるんじゃなくて、自分からやればいいんだから。そうすると気力も出るでしょ。私はやっただと言われても嫌なの。無理してでも自分でやりたいの。一石だでね。自分でやるのが楽しいから、それがいいんじゃないの。だから病気は自分で気をつけるのと気力と両方じゃないかな。気力がないとだめ。（中略）買い物も息子が連れてったるといわれても「大丈夫」っていうの。息子に迷惑をかけたくないし。軽いものは近所の友だちとゆっくり歩いてバスにのっていくの。それも楽しい。

d. <ストレスをためないこと>について

4名の研究対象者が<ストレスをためないこと>が良いと感じており、それが療養生活において自己管理が継続できる要因になっていると述べていた。研究対象者1は、飲酒できないことが一番のストレスであり、禁酒できない代わりに炭水化物を食べず、塩分を控える食事を摂取することで、ストレスをためずに療養生活を送っていることを次のように述べていた。

今も欠かさず(酒を)飲んでる。たばこはやめた、もう20年になれせんか。お酒はかわらない、前は焼酎だったけど、今はワインにかえた。ワインは瓶半分くらい飲む。そりゃあ(医師に)言われるわな、そんなもん(医師は)あたりまえに言うわ。でも酒は百薬の長、我慢することはいかん。病気を忘れる日をつくって朝まで飲んどることもある。

同じように、研究対象者3は次のように述べていた。

普段は食事とか、暴飲暴食しないように気をつけてます。お酒は週2回くらい。でも盆正月は羽目を外して飲み食いします。好きな物も食べたいだけ食べたりしますしね。シルバーセンターの仲間でもカラオケ行ったときとかね。たまにはそういうこともいいですよ。

このように述べ、医師に食事や飲酒を注意されているが飲酒はやめられないため、飲酒は週2回にして、時には我慢せず病気を忘れる日を作り、ストレスをためないようにすることが療養生活を自分らしく送る秘訣となっていた。

8) 【高齢であることや入院によりおこる機能低下を体験したことでの心がけ】について

【高齢であることや入院によりおこる機能低下を体験したことでの心がけ】のカテゴリーは、高齢であることや入院したことでさまざまな機能低下を体験し、その体験を通していろいろな心がけができるようになったことが、自己管理継続の要因になっていたことを示している。

a. <加齢による機能低下を自覚することでの自己管理における工夫>について

6名の研究対象者が加齢による記憶力の低下などのさまざまな機能低下を自覚していた。そのような機能低下を自覚することでのさまざまな自己管理を継続するための工夫ができていた。例えば内服管理に関しては、《薬を飲み忘れてたり間違えないためにケースにセットするなどの工夫をすること》を行い、自分なりに内服することを忘れない工夫をしていた。

そのことについて研究対象者3は次のように述べていた。

僕は薬を忘れないように幼稚くさいけど大きなカレンダーを作ってね、朝昼晩の欄を作ってあってね、薬飲んだら必ずカレンダーに書きますから、その癖がついてます。カレンダーの横に薬箱がつくってあって薬はそこに置いてあるんです。薬箱は食事するところにおいてあります。

b. <入院によりおこる機能低下を自覚したことで回復にむけて努力すること>について

6名の研究対象者が「入院したことによりさまざまな機能低下があった」と述べていた。そのうち2名の研究対象者が「入院中はベッド上での生活を強いられ、足が弱ってしまった」と述べていた。また、研究対象者5の家族は「入院時に安静を強いられたことや入院による環境の変化により認知機能の低下や運動機能の低下があった」と述べていた。このように高齢での入院は心身機能の低下や自主性の低下などを招き、自己管理能力の低下につながっていたが、研究対象者は《入院中の安静により体力が低下したと感ずることによって体力をつけるようになったこと》等の<入院によりおこる機能低下を自覚したことで回復に向けて努力すること>、さらに家族や介護者のサポートを得て自己管理を継続していた。

9) 【病気にとらわれすぎないこと】について

【病気にとらわれすぎないこと】のカテゴリーは、研究対象者が自分の病気にとらわれすぎずに療養生活をおくることが、自己管理継続の要因となっていることを示している。

<病気にとらわれすぎないこと>について

7名の研究対象者が<病気にとらわれすぎないこと>が療養生活を継続するうえで大事であると述べていた。研究対象者8は「症状をあれこれ気にしない」、研究対象者3は「心不全ということを忘れてしまうことがある」と述べていた。研究対象者4は、自宅では血圧測定や自己検脈をしないことについて、その理由を次のように述べていた。

血圧は測らない。ここ(病院)で測るだけ。あのね、私の知ってる人が血圧ばかり測ってノイローゼになった。気にしすぎはいかん。ペースメーカーやる前は、脈は小さくてとれなかった。今脈は毎日確認していない。ペースメーカー入れる前は失神するの。そういうことがくり返しあって、ペースメーカー入れたの。それからは倒れることはないの。だから、脈も測ってないよ。気にしすぎると神経質になってかえっていかんの。

## VI. 考 察

### 1. 医療者や介護者からの支援やサポート

今回の研究対象者は後期高齢期にあるため、慢性心不全以外にも複数の疾患を抱えていた。そのうえ、記銘力の低下、運動機能の低下など、さまざまな加齢による機能低下があるなかで、慢性心不全が増悪することなく地域で生活することができていた。それは研究対象者が後期高齢者であることを考慮し、医療者が家族や介護者を含めて【医療者からの自己管理指導】を行ったことで、研究対象者やその介護者が自己管理の必要性を理解し、研究対象者自身が自己管理をするだけでなく、【家族や介護者からのサポート】を受けることができたからではないかと考える。加藤（2013）は、心不全患者においては自己管理不足が心不全増悪の要因になることが多く、とくに高齢患者の場合は個々のキーパーソンを含む支援が自己管理実践のカギになると述べている。このことから家族や介護者を含めた【医療者からの自己管理指導】や【家族や介護者からのサポート】は高齢患者が地域で自己管理を続けていくうえで必要な要因であると考えられる。

また、研究対象者が療養生活のなかで自己管理を継続することができたのは、《長生きしたければ言われたことを守るよ」という助言》や、《好き勝手に自分の命が縮まるから言われたことを実行するよ」という助言》等の＜信頼する医師の助言＞があったからだとして述べていた。仲村（2013）は、慢性疾患の管理は長期にわたるため、長い間診察をしてもらっている医師への信頼は揺るがないものであり、主治医の指示は絶対的なものであると述べている。今回の結果においても、研究対象者の「医師のおかげで助かった」という感謝の気持ちや、《命を助けてもらった医師のいうことは絶対なので従う》という＜信頼する医師が導いた行動＞となり、研究対象者の自己管理のやる気と継続する力を導き、慢性心不全を増悪することなく自己管理を継続することにつながったのではないかと考える。

### 2. 後期高齢患者自身の体験からの学び

今回の研究対象者全員が苦しさを伴う心不全症状を体験していた。そして、そのような症状の出現は恐怖であり、「突然苦しくなった」、「呼吸できない恐怖を体験した」と述べ、症状をくり返すなかで「苦しくなる前に安静にするようになった」等の症状出現時の対処法を見いだしていた。阿川ら（2012）は、高齢の心不全患者が身体の変化を見極めて、それを適切な対処につなげることは難しいと述べている。また、仲村（2008）は、心不全患者が入退院をくり返すのは患者が自分の身体や心不全症状をとらえきれていないためであり、患者が自分の身体の状態をとらえられるように支援していくことが必要であ

ると述べている。しかし、今回の研究対象者においては、後期高齢期にあり身体の変化の見極めが難しい状況でありながらも、心不全症状を体験したことで身体の変化に注意深くなり、心不全症状が出現する前に「安静にする」などの対処ができていたのではないかと考える。このことから、高齢心不全患者が地域で療養生活を続けていくために、医療者が患者とともに体験した症状やその時の状況を振り返り、その症状に対してどのように対処するのかを患者とともに考えていくことは必要であると考えられる。

藤田（2014）は、病氣と折り合いをつけて生きていくためには、自らが意思決定したやり方で病氣や生活をマネジメントできるセルフケア能力を獲得していくことが重要であると述べている。今回の研究対象者においても、飲酒できないことが一番のストレスであり、禁酒できない代わりに炭水化物を食べず、塩分を控える食事を摂取し、ストレスをためずに療養生活を送っていた。このように、研究対象者は病氣と折り合いをつけ、自分自身のやり方で生活をマネジメントしたからこそ、制限の多い療養生活のなかでストレスをためずに自己管理を継続することができていたのではないかと考える。

また、今回の研究対象者は後期高齢期にあり、日常生活を送るなかで認知機能の低下や運動機能の低下等、加齢によるさまざまな機能低下を自覚していた。信岡ら（2006）は、高齢者においては記憶・判断能力・理解力・情報処理能力、感覚・知覚機能、運動能力の低下などの機能低下がみられ、これらの機能低下は避けることができず、高齢者の生活管理に及ぼす影響は大きいと述べている。今回の研究対象者においても、「指導されても指導されたことを忘れてしまう」「ときどき薬を飲み忘れることがある」等と記憶力の低下を自覚していた。しかし、研究対象者は《薬を飲み忘れたり間違えないためにケースにセットするなどの工夫をすること》等、試行錯誤しながら自分にあつた方法を取り入れ、自己管理を継続していた。これは【高齢であることや入院による機能低下を体験したことでの心がけ】ができたことにより、自分の機能低下を認識し、どうすれば自分で自己管理ができるかを考え、自分なりの管理方法を確立できたことが心不全症状を悪化させずに療養生活を送ることができた要因になっていたのではないかと考える。

### 3. 後期高齢患者自身の生き方や生きる姿勢

今回の研究対象者全員が、制約の多い療養生活を送るなかで「つらい」等の悲観的なことを訴える研究対象者は1人もおらず、日々＜目標をもって生きること＞、＜趣味をもち楽しく生きること＞で療養生活を自分らしく過ごしていた。そして、後期高齢者である研究対象者は、今まで生きてきた長い人生のなかで築いてきた習慣やこだわりや価値観をもって生活していた。研究対象者は、

「自分でやるのが楽しい」、「無理してでも自分のことは自分でやりたい」と述べ、＜自分の信念や自信をもって生きること＞で、主体的に療養生活を自分らしく送っていた。また、日々の食事制限や運動などの自己管理を継続するかわりに、ときには「たまに好きなものを好きなだけ食べる」、「我慢せず病気を忘れる日をつくり、とことんお酒を飲む」等の＜ストレスをためないこと＞で療養生活のなかで生じるさまざまなストレスを上手くコントロールしながら療養生活を送っていた。藤田(2014)は、慢性期にある人は、病気のマネジメントのために生活習慣や生活行動の変更を余儀なくされるため、基本的ニーズを充足し、趣味や楽しみを継続して、生きがい感をもって主体的に療養生活を送ることが大切であると述べている。今回の研究対象者においても、医師から指導されたことを実践しながら、自分の信念や価値観を大切にしてい、ストレスをためずにうまく病気をマネジメントしたことが、慢性心不全を増悪させずに再入院することなく地域で療養生活を送ることができた要因の1つと考える。

さらに、松岡(2013)は、高齢の慢性心不全患者のケアにおいては、心負荷を恐れるあまり生活を規制しすぎてその人らしさを失わせたり、生活の質を損なったり、規制によって活動が減少することがある。そのため高齢心不全患者への患者教育は、患者の特徴を踏まえたうえで個々の生活背景を十分に考慮して行うことが重要だと提言している。今回の研究対象者においても、心負荷になるということもわかっているが「無理してでも自分のことは自分でやりたい」という思いで日々生活していた。このように自分の信念をもって生きる背景には、「家族に迷惑をかけたくない」という気持ちや、独居という生活背景などさまざまな要因を含んでいたことも明らかになった。そのため、看護師は「家族に迷惑をかけたくない」ために「無理してでも自分のことは自分でやりたい」という患者の心情を理解し、高齢患者の生活背景、信条などをアセスメントしたうえで、患者が自分らしく療養生活を送れるように支援することが必要であると考える。

## Ⅶ. 結 論

本研究は、慢性心不全の発症率が急増する後期高齢期にある慢性心不全患者を対象に、自己管理を継続して行うことができる要因は何かを明らかにすることを目的に実施した。

研究対象者だけでなく家族や介護者が【医療者からの自己管理指導】をうけたことにより、【家族や介護者からのサポート】をうけ、研究対象者は自己管理を継続できていた。さらに、【信頼する医師の存在】やその＜信

頼する医師の助言＞が、患者の自己管理行動を導いていた。

今回の研究対象者は後期高齢期にあり、加齢に伴う機能低下はさけることができず、研究対象者の生活にも影響を及ぼしていたが、【高齢であることや入院による機能低下を体験したことでの心がけ】や機能低下を自覚することで自分にあった方法を考え、自分なりの自己管理を行っていた。

また、研究対象者は【療養生活での体験を通しての学び】から、【自分の病気についての理解】をし、【自分が身体によいと認識して行動すること】を生活に取り入れていた。その一方で、今まで行ってきた習慣や楽しみを継続し、また自分の信念や価値観を大切にして【療養生活を自分らしく送る秘訣をもつこと】、さらに【病気にとらわれすぎないこと】で自分らしく療養生活を送っている現状も明らかになった。

これらのことから、看護師は研究対象者が長い間かけて築いてきた信念や価値観を尊重し、患者一人ひとりにあった自己管理方法を考え、支援していくことが必要であるということが示唆された。

## Ⅷ. 研究の限界と今後の課題

今回の研究では、NYHA I～II度にある患者を対象にした研究であり、NYHA III～IV度を含むすべての患者を対象にしている研究ではないため、今回の研究結果がすべての慢性心不全患者にあてはまるものではないと考える。NYHA III～IV度の患者は、I～II度の患者よりもさらに重症度が増すため、療養生活においてさらに厳しい制約を必要とし、また容易に症状が増悪するため、地域での自己管理はNYHA I～II度の患者よりもさらに心不全症状が増悪しないよう状態を維持するよう自己管理することは困難であることが予想される。今後はNYHA III～IV度の患者についてもデータ収集し、NYHA III～IVの患者が地域で自己管理を行い、療養生活を送れるような支援のあり方を検討する研究を行ってきたい。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、調査に協力していただきました研究対象者の方々、A大学病院の医師、看護師の方々、心から感謝いたします。また、論文作成にあたりご指導いただきました先生に深謝いたします。



## 文 献

- ・阿川慶子, 原祥子, 小野光美, 他 (2012). 高齢慢性心不全患者の日常生活における身体変化の自覚. 老年看, 17 (1), 46-54.
- ・赤土壽枝子, 吉田さとみ, 袖山孝子, 他 (2008). 再入院した慢性心不全患者の日常生活における自己コントロール不足の要因と指導の検討. 奈良三室病看誌, 24, 7-10.
- ・濱岸泰美, 西本佳奈 (2012). 高齢者の心不全再発患者の実態調査. 能登病院医誌, 22, 33-55.
- ・原田園子, 石井あや, 影土井裕子 (2005). 個別性を考慮した服薬指導の効果—正しい知識がない慢性疾患患者の1事例を通して—. 山口県看護研究会学術プログラム・集録4, 48-50.
- ・平野由衣, 谷口恵子, 八文字早希, 他 (2013). 慢性心不全患者の継続支援におけるシートの有用性—慢性心不全自己管理シートを用いて—. Best Nurse, 24 (11), 70-73.
- ・平田明美, 服部紀子, 青木律子, 他 (2011). 後期高齢者にある心不全患者の入退院の実態と支援体制. 横浜看護学雑誌, 4 (1), 99-103.
- ・藤田佐和 (2014). 成人看護学 慢性期看護論 (第3版). 4-7, 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- ・乾早紀子, 西田典子, 三木紗希恵, 他 (2009). 再入院する心不全患者への生活指導—心不全アセスメントシートを用いた個別的生活指導を試みて—. 奈良三室病看誌, 25.
- ・加藤尚子 (2013). 高齢患者の看護ケアのポイント疾患管理. Heart, 3 (3), 65-72.
- ・古知里美, 旗持知恵子 (2009). 慢性心不全患者の服薬コンプライアンスに関する調査, 呼吸器&循環器ケア, 9 (4), 98-103.
- ・児玉理恵, 土斐崎聡子, 村松智子 (2004). 入退院を繰り返す心不全患者の日常生活の実態調査. しょうけん浜松労災病院学術年報 2003, 139-141.
- ・松岡志帆 (2013). 循環器疾患を有する高齢患者の治療とケア; 心不全. Heart, 3 (3), 44-49.
- ・長岡沙紀子, 内田陽子 (2011). 高齢心不全患者の退院時及び退院2か月後の身体・生活・心理状態と必要なケア; 安全・安楽な在宅生活に向けた支援の検討. 群馬保健紀, 32, 61-69.
- ・内藤真弓, 有泉優子, 飯室昌美, 他 (2013). 心不全患者へのセルフモニタリングの有用性. 山梨中病年報, 39, 71-73.
- ・内藤真弓, 旗持知恵子 (2007). 高齢心不全患者のセルフケアの実態—独居と家族同居の患者の事例を通して—. ハートナーシング, 20 (12), 1246-1251.
- ・仲村直子 (2008). 心不全のディジーズマネジメント—回復・慢性期の心不全患者の支援の実際①. 看技, 54 (12), 124-128.
- ・仲村直子 (2013). 看護実践における事例研究 事例研究の実際—2病院に通院する複合疾患患者の心不全のコントロールと生活調整. 看研, 46 (2), 163-168.
- ・関利志子 (2008). 慢性心不全で通院する後期高齢者のセルフケアの課題と看護援助. 老年看, 13 (1), 40-48.
- ・日本循環器学会, 日本冠疾患学会, 日本救急学会, 他 (2010). 慢性心不全治療ガイドライン (2010改訂版). 2013年6月29日, [http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010\\_matsuzaki\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_matsuzaki_h.pdf).
- ・信岡由夏, 鷹林広美, 徳満久美子, 他 (2006). 高齢の心不全患者の生活上の問題—再入院患者の調査より—. 日看論集: 老年看, 37, 100-102.
- ・尾島直子, 島崎博子, 田中敬子 (2005). 入退院を繰り返す心不全患者へのニーズに合った個別的な退院指導—ヘンダーソンのニーズ論を活用して—, ICUとCCU, 29 (9), 818-822.
- ・森脇陽子, 武田沙織, 松本圭子, 他 (2010). 再入院した高齢患者と家族の自宅での服薬管理方法に関する実態. 松江市立医誌, 14 (1), 35-41.
- ・佐佐木智絵, 重松裕二 (2013). 慢性心不全患者のセルフマネジメントと健康関連 QOL; 一般自己効力感との関係. 近大姫路大看紀, 5, 21-30.
- ・志賀幸子, 平川かなこ, 松崎由美, 他 (2010). 慢性心不全患者の服薬アドヒアランス向上を目指した地域連携の取り組み. 心臓リハ, 15 (2), 314-318.
- ・嶋田誠治, 野田喜寛, 神崎良子, 他 (2007). 再入院をくり返す慢性心不全患者の実態調査と疾患管理. 心臓リハ, 12 (1), 118-121.
- ・谷井有紀, 石橋里美, 井ノ本裕子, 他 (2008). カルガリー—家族アセスメントモデルを用いた家族援助の振り返り—慢性心不全での再入院を繰り返さないために—. 広島病医誌, 40 (1), 163-169.
- ・田崎美里, 山口幸恵, 砂原洋子, 他 (2005). 慢性心不全患者管理における服薬指導の重要性—心不全治療における看護サイドからのアプローチ—. ハートナーシング, 18 (6), 602-605.
- ・Tsuchihashi-M, Tsutsui H, Kodama K, et al. (2000). Clinical Characteristics and prognosis of hospitalized patients with congestive heart failure—a study in Fukuoka Japan. Jpn Circ J. 953-959.
- ・上村史朗, 齊藤能彦 (2012). 高齢者心不全の生活管理. Geriatric Medicine, 50 (1), 39-42.
- ・上田美香, 石川佳子, 関谷志麻子, 他 (2012). 心不全患者の生活指導に EASE プログラムと自己効力感を

使用した事例. 山口大学医学部付属病院看護部看護研究抄録, 6-11.

- ・ 上谷千夏, 瀬戸奈津子, 清水安子 (2013). 仕事をもつ慢性心不全患者が生活調整をするためのセルフモニタリング. 日循環器学会誌, 8 (2), 17-2.
- ・ 脇本育美 (2013). 心不全教室を取り入れた患者指

導の有効性の検討. 福岡赤十字看護会集録, 27, 21-24.

- ・ 山根弘典, 清水志保, 寺崎昌美, 他 (2009). 再入院をする心不全患者の実態調査. 京都市病紀, 29 (1), 35-37.

## (Summary)

### Self-Care Factors in Older Aged People with Chronic Heart Failure of NYHA I ~ II

The Purpose of the study is to explore why older individuals with CHF are capable of maintaining self-management at home.

This study was a descriptive qualitative design. Eight participants aged 75 years or older with New York Heart Association Class I or II heart failure, who have not been re-hospitalized for more than one year, were interviewed regarding the self-management of their health.

Results: 9 categories were extracted, including “self-management guidance by medical staff,” “support from caregivers,” “experience dealing with CHF symptoms by themselves,” “understanding their own disease,” “carrying out daily living in accord with what they think is good,” “not

worrying about disease,” “having methods to maintain good health in his/her own way,” and “being aware of the disease in their function with aging.” Implications: These findings suggest that medical staff need to provide appropriate self-management guidance for each older individual with CHF. In order to effectively provide such guidance, medical staff must understand and respect the important habits and views that older individuals with CHF have acquired over the course of their lives.

**Key Word** self-care New York Heart Association(NYHA) I ~ II older aged people Chronic heart failure

## 研究ノート

# 一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識



山出 瑠望<sup>1)</sup>, 糸島 陽子<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 彦根市立病院

<sup>2)</sup> 滋賀県立大学

**要旨** 超高齢社会をむかえた日本では、非がん高齢患者は今後も増加すると予測される。しかし、非がん患者は、がんに比較して終末期の症状は多様であり、本人も医療者もエンド・ポイントを判断することは難しい。そのうえ、先行研究では非がん患者の看取りの実態も明らかにされておらず、緩和医療や看取りについての体制整備も十分ではない。そこで、本研究では、一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識を明らかにすることを目的とした。研究協力者は、非がん高齢患者の終末期看護を経験したことがある看護師 10 名で、「日々のなかで非がん高齢患者に対する終末期緩和ケアをどのように考え感じたりしているか」について半構造化面接を実施した。その結果、一般病棟看護師は、時代の変化とともに生きてきた高齢患者に対し、患者の意思を尊重した関わりができないもどかしさを抱いていた。その一方で、苦痛を和らげ、患者の意思に寄り添い、患者にとっての最善と日常生活機能や認知機能の低下した患者の尊厳ある最期を支えたいと感じていた。

**キーワード** 非がん高齢患者、一般病棟、終末期緩和ケア、看護師、認識

## I. 背景

平成 29 年の人口動態統計によると、死亡数の主な原因について、悪性新生物 37 万 3,000 人、心疾患 20 万 4,000 人、脳血管疾患 10 万 9,000 人、肺炎 9 万 6,000 人と推計しており、非がん患者の死亡数は、がん疾患患者の死亡数よりも多い。また、内閣府は平成 29 年度の日本の高齢化率を 27.7% と発表しており、今後も非がん高齢患者の割合が増加していくことが推測される。

清田 (2015) は、緩和医療の提供時期に関して「ケアの提供の仕方を検討するためにも患者の予後を予測

することが必要になる」が、「がん患者と異なり非がん患者の予後予測は大変困難であり、現在のところ適切な予後予測手段は確立されていない」としている。また、Oishi & Murtagh (2014) は、イギリスやアメリカで、緩和ケアを利用する非がん患者の割合は増加しつつあるが、緩和ケアを受けることなく亡くなっていく非がん患者が多くいることを指摘しており、日本だけではなく海外でも非がん患者への緩和ケアがまだまだ普及していないのが現状である。

非がん終末期患者の緩和ケアについて、中山・加賀美・井本・一木・津田ら (2012) は、「死亡者の多くを占める非がん患者の看取りについては、その実態さえも明らかになっていないのが現状」であり、吉田 (2013) は、「非がん患者における緩和医療や終末期の看取り医療については、診療報酬、介護保険制度などいまだに系統的な体制が確立していない」と指摘している。

非がん患者の看取りに関する先行研究では、岡本 (2014) の病院や在宅、施設での看取りの移行における看護師の困難要因や、横山・上田ら (2015) の在宅終末期ケアに関する国内外の研究動向など、在宅療養をしている療養者に焦点を当てているものが多く、一般病棟に入院する非がん高齢患者の終末期緩和ケアに対する研究

Recognition of nurse in general wards:  
interviews on non-cancer elderly patients in end-of-life palliative care

Runo Yamade<sup>1)</sup>, Yoko Itojima<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Hikone Municipal Hospital

<sup>2)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2018 年 9 月 30 日受付, 2019 年 1 月 24 日受理

連絡先: 山出 瑠望

彦根市立病院

住 所: 彦根市八坂町 1882

e-mail: itojima.y@nurse.usp.ac.jp

はほとんどみあたらなかった。

## II. 目的

本研究の目的は、非がん高齢患者への終末期緩和ケアについて一般病棟看護師はどのように考え、感じているのかを明らかにすることである。

本研究の意義は、非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識が明らかになることで、終末期緩和ケアを実践している看護師への支援につながるとともに、非がん高齢患者への終末期緩和ケアの質を高めることが期待できる。

## III. 用語の定義

緩和ケアに対する認識：身体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛・スピリチュアペインを和らげ、患者の Quality of Life（以下 QOL と略す）を維持・向上させるケアに対し、どのように考え、感じているかとする。

終末期：病状が不可逆的に進行し、日常生活機能や食事摂取量が著しく低下している時期。

非がん高齢患者：がん以外の慢性疾患（呼吸器疾患、循環器疾患等）や認知症に罹患している 65 歳以上の患者。

## IV. 方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究。

### 2. 研究協力者

非がん高齢患者の終末期看護を経験したことがある看護師 10 名で、管理職等の役職を持たない看護師とする。

### 3. データ収集方法

一般病院 A 施設の看護部責任者に研究協力を依頼し、研究協力の候補者の選定をしてもらった。研究協力の候補者には、研究者が文書と口頭で研究依頼を実施し、同意が得られたものを研究協力者とした。

研究協力者に対して、非がん高齢患者に対する終末期緩和ケアに関するインタビューガイドを作成し、2016 年 8～9 月に半構造化面接を実施した。インタビューガイドは、①これまでどのような非がん高齢患者さんの終末期を受け持ったか（事例が多い場合は特に印象に残っている事例）、②日々のなかで非がん高齢患者に対する終末期緩和ケアをどのように考えたり、感じたりしているかについてである。研究協力者の基礎情報として、

臨床経験年数、勤務経験病棟についても情報収集した。面接場所は、研究対象者が自由に語ることができ、かつプライバシーを保つことができる研究協力施設内の個室とした。時間は 1 人 30～50 分で、研究協力者の了承を得たうえで、面接内容を IC レコーダーに録音した。

## 4. データ分析方法

最初に、面接時の IC レコーダーの録音内容から逐語録を作成した。非がん高齢患者における終末期緩和ケアに対し考えたり、感じたりしていることに関する内容を抽出し、コード化を行い、コード化したデータを類似点・相違点に着目しながら全体分析を行い、サブカテゴリー、カテゴリーを生成した。また、研究協力者の語りとカテゴリーの解釈にずれが生じていないか、研究者間でくり返し確認した。さらに、研究協力者に確認を依頼し、分析内容の一致や信頼性・信憑性の確保に努めた。

## 5. 倫理的配慮

公立大学法人滋賀県立大学研究に関する倫理審査委員会の承認を得て本研究を実施した（承認番号第 539 号）。研究協力者には、文書と口頭にて研究の趣旨、方法、目的・看護への貢献、予測される結果・危険性、プライバシーの厳守について説明したうえで、文書によって同意を得た。研究への参加は任意であり、不参加や同意撤回によって何ら不利益を受けることはないことを保証した。また、終末期緩和ケアに対する考えや感じていることを語ってもらうため、気持ちに変化が生じたり、つらくなったときには、ただちに中止することを説明した。

## V. 結果

### 1. 研究協力者の概要

研究協力施設である A 病院は、地域の急性期医療を担う医療施設で、がん拠点病院でもあり、緩和ケアチームが存在する。研究協力者は 10 名で、臨床経験年数は 2～12 年であった。10 人目で新たなカテゴリーは抽出されなかったため 10 名で終了とした（表 1）。

### 2. 非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識

非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識は、163 コードが抽出され、33 サブカテゴリー、6 カテゴリーが生成された（表 2）。

以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》, コードを < >, 研究協力者の語りを『斜字』で示す。

カテゴリーの結果図を作成し、簡潔に文章化してストーリーラインを示す。

一般病棟看護師の認識は、日々非がん高齢患者に終末期緩和ケアを実施するうえで、【苦痛を和らげて安らいでもらいたい】と考え、また患者だけでなく、家族に対

表 1 研究対象者の概要

	性別	臨床経験年数	勤務経験のある病棟
A	男性	2年	呼吸器内科
B	女性	2年	循環器内科
C	女性	2年	循環器内科
D	女性	12年	脳神経外科, 消化器外科, 泌尿器科
E	男性	2年	循環器内科
F	女性	2年	呼吸器内科
G	女性	3年	呼吸器内科
H	女性	10年	脳神経外科, 小児科
I	女性	2年	循環器内科
J	女性	11年	糖尿病内科, 泌尿器科, 外科, 婦人科, 脳神経外科, 皮膚科

表 2 一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー
苦痛を和らげて安らいでもらいたい	安らいでもらえるようなケアをしたい
	麻薬を使ったほうがいい
家族に最期の時間を患者と過ごしてほしい	家族に患者さんとの最期の時間を過ごしてもらいたい
	受け入れのための家族へのケアも大事
急に状態が悪くなるため患者の意思を尊重した関わりができずもどかしい	患者さんに合わせて関わるのが難しい
	思うように関わるができずもどかしい
	急に亡くなられてびっくりした
	患者さんや家族の思いがわからず関わり方に悩む
	延命のための治療をどこまでする決定するのが難しい
	家族の意思で生かされていると感じる
	家族の意思で延命治療がなされると感じるが自分の最期は自分で決めたいと思う
	抑制されたり弱っていく姿を見て何もできないのは辛い
治療するという考えは持ち続けたいがポイントがわかればギアチェンジに納得できる	抑制することが正しいとは思わない
	ギアチェンジするポイントがある
	命だけが延びても仕方がない
	経験を積むことでできることが増える
	患者さんに対して何もできないことにもどかしいとは思わない
	死にマイナスのイメージはない
	ギアチェンジすることに納得できる
	治療をしない決定にほっとした気持ちになる
	治療するという考えは持ち続けたい
	良くなってよかったなという思い
非がん患者さんもがん患者さんも緩和ケアに違いはない	
認知機能や日常生活機能が低下した患者を最期まで支えたい	患者さんの尊厳や思いを大切にしたい
	身体を清潔にしてあげたい
	最期まで自分の口から食べさせてあげたい
訴えないからこそ最期まで見ていきたい	訴えないから意識がいかない
	優先順位は上じゃないが意識して関わるようにしている
	最期まで責任を持って見ていきたい
	自分にできることはしてあげたい
	誰が担当でも同じようにケアできるようにしたい
	できることはやってきた
	辛いという気持ちを忘れてはいけない

しては、【家族に最期の時間を患者と過ごしてほしい】という思いを抱いていた。そのなかで、【急に状態が悪くなるため患者の意思を尊重した関わりができずもどかしい】と感じつつ、【治療するという考えは持ち続けたいがポイントがわかればギアチェンジに納得できる】と考え、ギアチェンジし、死を迎えようとする非がん高齢患者に対し、【認知機能や日常生活機能が低下した患者を最期まで支えたい】、【訴えがないからこそ最期まで見ていきたい】という思いをもっていた（図1）。

#### 1) 苦痛を和らげて安らいでもらいたい

『呼吸ができんことで息苦しいっていうのって、一番多分死を連想させるっていうのがあるので、それがないようにその人の感じる苦痛がなくなるように考えている』と《安らいでもらえるようなケアをしたい》と考えていた。『非がんの終末期患者さんは心不全の人とかが多いかなと思うんですけど、ゼーゼーいってしんどそうにしてはるのを見たりすると、麻薬とか使ってちょっとでも楽になってもらうほうがいいかな』など、苦痛を取り除くために《麻薬を使ったほうがいい》という思いをもっていた。

#### 2) 家族に最期の時間を患者と過ごしてほしい

『おうちの人が来てはったら、家の人と喋ったりして、本人さんのケアにもし入れそうやったら一緒に入ってもらったり』や『病院で過ごしたい人もいるやろうし、家で過ごしたい人もいるやろうし（中略）家族がいる人やったら家族と一緒に過ごしたほうがいいんじゃないかな』など、《家族に患者さんとの最期の時間を過ごしてもらいたい》という思いや『少しずつ

ですけど状態が悪くなっていかれるのでそれを家族さんが受け止められるように声かけたり』といった《受け入れのための家族へのケアも大事》という思いを抱いていた。

#### 3) 急に状態が悪くなるため患者の意思を尊重した関わりができずもどかしい

『そのまま多分違う病院に行かばるか、施設に行かばるかかなと思ってたので、（亡くなられて）若干びっくりした』と、《急に亡くなられてびっくりした》という驚きを感じていた。また、『急に悪くなったりすると、ゆっくり説明していきたくないじゃないですか、ゆっくり時間をかけることができひんけど、受け入れてもらわなあかんっていう時がもどかしいです』と《思うように関わるができないことがもどかしい》や、『周りで誰かが亡くなったりとか病気になったっていう経験がないから、（中略）家族もわからへんのやろなって思う』など、患者や家族の思いがわからず、《延命のための治療をどこまでするか決定するのが難しい》という思いを抱いていた。

さらに、『点滴漏れ見たりとか、ミトンまでつけられて鼻のチューブとか入れたりするまで、この人はそんなにまでしてほしいのかなって思う』や、『あんな管だらけになって夜も寝られんくって、昼間寝てたら起こされて、（中略）家族が勝手に自分らの気持ちを押し付けてるだけなんじゃないかなって思う』や『抑制とかされてまで色んな管付けられてるのは個人としては悲しい気持ちになる』など、延命のための治療を続ける患者に対して《家族の意思で生かされている》

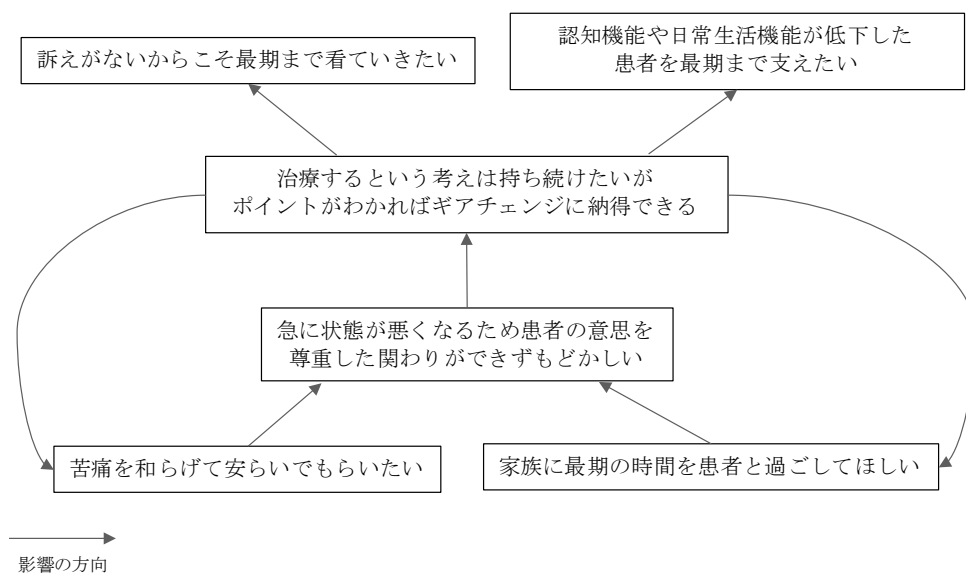


図1 一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識の構造

と感じていた。

- 4) 認知機能や日常生活機能が低下した患者を最期まで支えたい

『シャワーに入るか、清拭をするか、介護浴ってあるけど、(中略)ほんまやったら湯船につからせてあげてお風呂に入ってるっていう感じをさしてあげたい』や、『ご飯が食べられなくなって点滴をするのか、注入をするのかっていうのも色々あるけど、なるべく最期まで自分の口で食べさせてあげたいなっていうのはある』など、日常生活機能の低下した患者に対し、人間が生きていくうえで必要とされる日常生活の支援を大切にしていた。

また、『家族が生かしてほしいってなったら点滴も挿管も使われるけど、家族が何もしなくていいですってなったらその人の命ってそれで終わってしまうから、判断できひんのはわかるけど、自分の最期くらい自分で決めたいなっていうのは私の中にある』と《家族の意思で延命治療がなされると感じるが自分の最期は自分で決めたい》と感じ、『非がん患者さんやと、結構高齢の方90代とかの方も多いので、その方の意思ってところが尊重されにくくて、どうしてほしいかっていうのが伝えられないんで(中略)その方の意思がどこにあるか考えながらケアする』という思いを抱いていた。

- 5) 治療するという考えは持ち続けたいがポイントがわかればギアチェンジに納得できる

『嚥下できひんって時点でやっぱりもう点滴だけになるからそこが(積極的な治療を止める)切り替えになりやすい』や『先生が今後どうされますかってなって、じゃあ何もしない、延命は希望しないってなったときにその人の状況を知っていると納得できる部分もあります』など、患者にとってのギアチェンジのポイントを見つけることで、『ギアチェンジすることに納得できる』、死に向かっていく患者に対しても『経験を積むことでできることが増える』ことがあると感じていた。

また、『治療することだけがほんまにいいことなんかなくて、命だけが延びてもしょうがないしって私は思う』や、『一切何も(治療を)行いませんってならはったときは、それまでの経過がすごい長い人とかだと、ほっとしたような気持ちになるというか、患者さんも解放されやるんかなっていうふうに感じます』など、『治療しない決定にほっとした気持ちになる』と感じていた。その一方で、『病院にいる限りはやっぱり治療とかっていう考えはもったかなあかんのかなって思う』など、終末期に置かれた非がん高齢患者に対しても『治療するという考えはもち続けたい』と考えていた。

- 6) 訴えがないからこそ最期まで見ていきたい

『急性期はやっぱり状態が変化しやすいので、そっちに手がかかると、何も言わない、動かない患者さんはどうしても落ち着いてるからいつも通りみたいな風になったりする』と話すことが困難となった患者は意思表示をすることが難しくなることで、『訴えがないから意識がいかない』と感じていた。しかし一方で、『多分一番は重症な人を一番に看なあかんのですけど、その次か次くらい、そんな一番下ではない』や『一緒に精いっぱい最期まで生きようというか、闘おうみたいな気持ちで、できないところはお手伝いさせてもらってっていう風に病棟のみんなと動いてるつもりです』など、『優先順位は上じゃないが意識して関わるようにしている』や『最期まで責任をもって見ていきたい』と考えていた。

## VI. 考 察

### 1. 非がん高齢患者の終末期緩和ケアの認識の特徴

今回の研究では、川野邊(2011)のがん患者を対象とした緩和ケアに対する看護師の思いの研究ではみられなかった『身体を清潔にしてあげたい』、『最期まで自分の口から食べさせてあげたい』などの日常生活に関することが抽出された。これは、日常生活機能や認知機能の低下により、自立した日常生活行為や正しい判断・自己決定ができなくなる非がん高齢患者の終末期における特徴と考えられる。先城・作本・江口・野村・石谷ら(2015)は、急性期領域における死について、予測のできない急な死であることがあり、残された時間が極めて少なく患者が意思表示できないために、家族が代わりに今後について決定することを余儀なくされていると述べている。また、谷本・高橋・服部・田所・坂本・須藤・正木ら(2015)は、患者の状態悪化に伴い患者の意向がわからなくなるということを指摘している。今回の研究で、看護師は『急に亡くなられてびっくりした』と語っている。非がん高齢患者の終末期に置かれる患者のなかにも、緩やかに状態が悪化していくだけでなく、予期せず状態が悪化し、終末期へと移行した患者も存在すると考えられる。平成29年に厚生労働省によって実施された、人生の最終段階における医療に関する意識調査によると、一般国民において人生の最終段階における医療・療養について、家族と話し合ったことがある人の割合は43.4%であり、実際に意思表示の書面を作成している人は、わずか10.6%であった。今回の調査でも、看護師の認識から、患者の意思表示ができていないことによって、家族の意思が反映されていた。急性期から終末期に至るまでの経過が早かった場合や、認知症などにより認知機能が低下した場

合に、家族との話し合いや意思表示の書面作成が十分にされていないことによって、患者の意思がわからず、今後の決定が困難になり、患者の意思を反映したケアができないことへのもどかしさにつながっているのではないかと考えられる。将来の意思決定能力の低下に備え、患者や家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合うアドバンス・ケア・プランニングは不可欠で、患者の意思が伝えられる段階で確認しておく必要があると考える。事前に患者の意思を確認しておくことで、医療従事者や家族が患者の価値観や意思を尊重して関わることができるのではないかと考える。また、岡本(2014)が「高齢者が拘束による苦痛が付加された人生の最期を送る場合がある」と述べている。非がん高齢患者の終末期には、延命治療におけるデバイス類の自己抜去を予防するために最低限の抑制がなされていた。今回の研究結果から、看護師は抑制することが正しいとは思わないと思いつながりながら、家族の意思を尊重するがゆえに患者を抑制しなければならず、患者の最期の在り方に対してもどかしさを感じながらケアを行っていたと考える。

高齢者患者の終末期緩和ケアを行っていくうえで、家族との関わりも生じてくる。今回の研究で、残された時間がわずかである患者との最期の時間を家族と過ごしてほしいという思いが抽出された。この認識は、川野邊(2011)の研究でも類似したカテゴリーが見られたため、非がん患者、がん患者を問わず最期のときは家族と過ごして欲しいという共通の認識であったと考える。

さらに今回の研究で、苦痛を和らげるために麻薬を使用したほうが良いと感じる看護師もいた。横山ら(2015)は、オランダの調査から非がん患者に対し死亡する2週間前にオピオイドが処方されていること、多くの非がん患者が苦痛の中で死亡していることを指摘している。日本においても、非がん患者の苦痛を緩和させるために、早期から麻薬を使用するなど、チームで苦痛緩和への取り組みをしていく必要がある。

## 2. 非がん高齢患者の終末期緩和ケアへのギアチェンジ

看護師は、終末期における非がん高齢患者の延命のための治療をどこまで続けるかの決定の難しさを感じていた。非がん高齢患者において、予後が予測できないこと、積極的な治療を止めるギアチェンジのポイントがわかりにくいことが、治療の中止・不開始の判断を困難にさせる原因であると考えられる。そのなかで、慢性腎不全の透析患者において、「全身状態が悪く、血圧の著明な低下のため、医師が透析を施行できない、あるいは、施行するほうが生命に危険があると判断した場合」(岡田, 2008)に透析を中止しており、慢性腎不全患者にとってギアチェンジする1つのポイントとなりうるということがわかる。さらに今回の研究からも看護師はギアチェンジするポイントがあるという認識をもち、難しいとされるギアチェ

ンジに対してポイントを見つけることで、ギアチェンジすることに納得できていることが明らかとなった。また、積極的な治療を止めることが決まったときに「ほっとした気持ちになる」という思いをもっている看護師もいた。本人の意思がわからず家族の意思が尊重され、延命治療がなされている患者を見ていられないと感じているために、積極的な治療を止めることが決まった際には、ほっとした気持ちになるのではないかと考える。苦痛の緩和や、患者の意思の尊重した看護が思うようにできないまま日々関わることにもどかしさや無力さを感じる看護師にとって、ギアチェンジするポイントがわかることは、精神的な負担を軽減することにつながるのではないかと考える。その一方で、治療するという考えはもち続けたいと考える看護師もいることが明らかとなった。研究協力施設は急性期医療を担う医療施設であり、一般病棟には急性期から終末期までの患者が混在している。病院に入院するという事は、医師や看護師、薬剤師などの多職種で構成された医療チームのもとで質の高い医療やケアを受けることができるということである。病院は治療する施設という認識があることから、患者が終末期に置かれている状況でも、状態が良い方向に向かえば、よかったと感じ、治療をするという考えをもち続けたいと感じる看護師もいる。日々患者と関わるからこそ、治療により生かされていることに対し、見ていられない辛さを人として感じ、ギアチェンジに納得したり、ほっとした気持ちになったりする。その一方で、病院という医療施設に勤務する医療者として治療という概念をもち続けたいという葛藤があるのではないかと考える。

今回の調査で看護師から多く聞かれたのが、「訴えないから意識がいかない」という思いであった。終末期の非がん高齢患者のなかには、自分の意思を伝えることが困難になる患者も存在し、身体的苦痛などを訴えられなくなることがある。また、一般病棟には急性期から終末期までさまざまな段階の患者が入院している。急変時に速やかに対応できるよう意識が急性期や重症の患者に向いていることが、非がん高齢終末期患者に意識がいかないことに関係しているのではないかと考える。さらに、永井、池田、織田ら(2008)は、「わが国の緩和ケア病棟の施設基準では、受け入れ可能疾患は終末期の悪性腫瘍とAIDSである」と述べており、終末期の非がん患者は緩和ケア病棟での療養ができない。そのため、退院や転院をしない限り一般病棟で療養を続けることになる。また今回対象とした患者は、高齢者である。時代の変化とともにさまざまな経験をしながら生きてこられていることから、患者の意思の尊重と同様に、患者が築き上げてきた考え方や価値観、人生そのものを大事にしたいという思いをもちながら、看護師は日々ケアを行っていたのではないかと考える。急性期医療を担う医療施設であ



ることで、重症患者へのケアが大部分を占める。そのなかでも、終末期の非がん高齢患者の人生を最期まで責任をもって見ていきたいという思いを大切にしていたのではないかと考える。

## Ⅶ. 結 論

非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識は、時代の変化とともに生きてこられた高齢患者に対し、患者の意思を尊重した関わりができないもどかしさを抱いていた。その一方で、患者と家族の最期の時間を大切にしたいと感じ、さらに、苦痛を和らげ、患者の意思に寄り添い、患者にとっての最善と日常生活機能や認知機能の低下した患者の尊厳ある最期を支えたいと感じていた。

## Ⅷ. 研究の限界と課題

今回の研究は、1施設の結果であることや、がんを含めた複数疾患を有した高齢者が多く、非がん高齢患者の終末期緩和ケアに限定した認識とはいえない可能性がある。また、臨床経験年数によって認識に違いが出てくることは否めない。しかし、非がん高齢患者に対する看護師の認識を研究したものは少ないことから、今回の結果は非がん高齢患者への終末期緩和ケアの向上や、看護師の精神的支援につながることを期待できる。今後、対象者を増やし、非がん高齢患者の終末期緩和ケアについて研究をすすめていきたい。

## 謝 辞

本研究を実施するにあたり、研究内容にご理解をいただきご協力いただいた看護部の皆様、お忙しいなかお時間をとっていただき、貴重な経験や思いをお話しくさいました研究協力者の皆様に心よりお礼申し上げます。

## 文 献

- ・ Oishi, A. & Murtagh, F.E (2014). The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic

reviews from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med*, 28 (9), 1081-1098.

- ・ 川野遼祝 (2011). 一般病棟でターミナル期に関わる看護師の緩和ケアに対する思い. 神奈川県立保健福祉大学看護教育研究集録, 看護教育研究集録, 36, 301-308.
- ・ 清田礼乃 (2015). 【地域で行う緩和ケア】非がん患者への緩和ケアについて (解説/特集). 月刊地域医学, 29 (7), 525-530.
- ・ 厚生労働省 (2018-3-14). 「人生の最終段階における医療・ケアにおける決定プロセスに関するガイドライン」について.
  - ・ <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- ・ 厚生労働省 (2018-09-07). 平成 29 年 (2018) 人口動態統計の年間推計.
  - ・ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/index.html>
- ・ 永井英明, 池田和子, 織田幸子 (2008). 緩和ケア病棟における後天性免疫不全症候群患者の受け入れについての検討. 月刊医療, 62 (8), 436-439.
- ・ 中山初美, 加賀美由旗, 井本久紀 (2012). 【慢性呼吸器疾患の終末期ケア Basic】終末期患者がその人らしく生きていくための退院調整 (解説/特集). 月刊呼吸器ケア, 10 (9), 963-969.
- ・ 岡田一義 (2008). 終末期における透析中止—第 52 回日本透析医学会教育講演より—, 透析学会誌, 41 (1), 29-37.
- ・ 岡本あゆみ (2014). 非がん高齢患者の終末期を経験した看護師の意識調査. 淑徳大看栄紀, 6, 61-70.
- ・ 先城千恵子, 作本希美, 江口亜利沙 (2015). クリティカルケア領域の看護師と緩和ケア領域の看護師の終末期ケアにおけるジレンマ. 中四国立病機構国立療養所看研会誌, 11, 227-230.
- ・ 谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 田所良之, 坂本明子, 須藤麻衣, 正木治恵 (2015). 一般病院における非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. 日本緩和医療学会誌, 10 (2), 108-115.
- ・ 横山まどか, 上田泉 (2015). 非がん患者の在宅終末期ケアに関する国内外の研究動向. 札幌保健科学雑誌, 4, 51-58.
- ・ 吉田茂夫 (2013). 【がんだけじゃない! 緩和医療—近年話題となっている非がん領域の緩和医療を中心に—】非がん患者における緩和医療・終末期医療の諸問題 (解説/特集). 月刊治療, 95 (7), 1331-1337.



## 研究ノート

# 中小規模病院の教育担当者における 役割遂行に対する認識



馬場さゆり<sup>1)</sup>, 窪田 好恵<sup>2)</sup>, 伊丹 君和<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 彦根市立病院

<sup>2)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

**要旨** 2010年4月, 厚生労働省は新人看護師の離職率の低減を目的として, 新人看護職員研修制度とともに, 教育担当者を新たに設置した。大規模な病院では教育研修体制が整備されている一方, 中小規模病院では整備が困難なところがある。しかし, 病院規模別の教育担当者に関する研究はなされていない。本研究の目的は, 離職率が高い傾向にある中小規模病院の教育担当者における役割遂行に対する認識を明らかにすることである。本研究ではA県内の中小規模病院の教育担当者に対して, 質問紙調査と面接調査を行った。その結果, 教育担当者の役割遂行に対する認識は, 【新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる】などの肯定的な認識へとつながっていることが示された。また, 否定的な認識がある場合でも, 上司・同僚, スタッフ, プリセプターの協力が得られると, 【院内で新人看護師指導の情報を共有する場がある】などの肯定的な認識へとつながることが示された。組織一丸となって新人看護師を育てるという風土を作り上げることが, 【教育担当者としての負担がある】という否定的な認識を少しでも軽減できることが示唆された。

**キーワード** 教育担当者, 役割遂行, 中小規模病院, 新人看護職員研修

## I. 背景

廣瀬 (2008) は「近年, 急速な少子高齢化の進展, 医療の高度化や国民のニーズの変化に伴い, 患者の視点に立った質の高い看護の提供が求められている。看護基礎教育では患者の権利意識の向上や医療安全への問題から, 実習経験が制限され, 基礎教育のなかで看護技術を学ぶことは困難な現状がある」と述べている。そのため, 卒業時に1人で実施できる看護技術は少なく, 就職後も自信がもてないまま不安ななかで業務を行う新人看護師が多い。そのような中, 新人看護師のリアリティショッ

クを緩和し, 早期の職場適応を目的としたプリセプターシップが広く導入されることになった。しかし, 新人看護師離職率は9.2% (2007), 8.9% (2008), 8.6% (2009)と少しずつ減少しているものの依然として高く, プリセプターの負担は増大していた。そこで2010年4月, 厚生労働省は新人看護師の離職率の低減を目的として, 新人看護職員研修制度を努力義務化するとともに, 教育担当者を新たに設置するに至った。

新人看護職員研修をサポートする教育担当者は, 新人看護職員研修ガイドライン(2011)から役割が明確となった。しかし, 実際の活動内容については先行研究においても明確になっていない。板垣 (2009) は, サポーターが役割を遂行するうえで困難と感じる事柄とその要因について, 半構成的面接を用いて17のカテゴリーを抽出しそのカテゴリーの示す現象から, 「組織としての役割遂行の準備」「プリセプターシップを支える人的環境」「自身のサポーター機能に不全感を抱く」「個別に応じた対応」「プリセプターの困難を感じ悩む」「新人看護師の困難を感じて悩むという困難を抱えている」ことを見いだしている。またプリセプターへの支援として, 支援体制の充実, プリセプター支援者の役割と行動基準の明確化が必要であると述べている。

Recognition of roles in education personnel at small and medium-sized hospitals

Sayuri Baba<sup>1)</sup>, Yoshie Kubota<sup>2)</sup>, Kimiwa Itami<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Hikone municipal hospital

<sup>2)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2018年9月30日受付, 2019年1月24日受理

連絡先: 馬場さゆり

彦根市立病院

住 所: 彦根市八坂町1882番地

e-mail: sayuri1212@live.jp

一方、嶋澤、宮本、末永、安藤、坂本（2013）は、教育担当者の活動と活動を困難にする要素について、九州、中国、東海地方の3県で教育担当者研修に参加した195名を対象に質問紙調査を実施している。その結果、教育担当者として困ることとして、「新人・実地指導者への支援」「計画の評価」「管理者との連携」が抽出されている。その要素として、「巻き込み自体」「スタッフ個々の教育能力・認識不足」「研修を支えるシステムの整備不足」が示されている。しかし、教育担当者の背景と困難にする要素との関連は分析されていない。

また、柴原（2015）は、教育担当者を感じる困難について、4名への半構成的面接から、「スタッフへの助言」「指導の際に感じている困難」「新人看護師に直接指導するときを感じる困難」「教育担当者に対する支援不足」「教育担当者の役割を行ううえでのジレンマ」「職場風土に感じている困難」の5つに分類している。しかし、調査対象が1施設のみであり、施設の特徴が結果に反映している可能性があると考えられる。

一方、日本看護協会（2015）は新人看護師教育体制について、「新人看護師の離職率は全体では7.5%であるが、病床規模が大きい程低下し、500床以上の施設で6.9%（2013）となっている」と報告しており、さらに「500床未満の施設では、離職率が増加していた。この理由として、大規模な病院では教育研修体制が比較的整備されている一方、中小規模病院では整備が困難なところもあり、それが病床規模別の新人看護師の離職率に表れているといわれている」と述べている。中小規模病院では、新人看護師を指導するプリセプターはもちろん、教育担当者も困難さを感じているのではないかと考えるが、病院規模別の教育担当者に関する研究はなされていない。

したがって、離職率が高い傾向にある中小規模病院の教育担当者における役割遂行に対する認識を明らかにすることで、教育担当者の支援体制に関する示唆が得られ、今後の支援体制の確立の基礎的な資料となると考える。

## II. 目的

中小規模病院の教育担当者における役割遂行に対する認識を明らかにする。

## III. 用語の定義

### 1. 教育担当者

新人看護職員研修ガイドライン（2011）より、看護部門の新人看護職員の教育方針に基づき、各部署で実施される新人看護職員研修の企画、運営を中心となっていく

者であり、実地指導者への助言及び指導、または新人看護職員への指導、評価を行うものとする。

### 2. プリセプター

新人看護職員研修ガイドライン（2011）では、実地指導者と呼ばれている。新人看護師に対して、臨床実践に関する実地指導、評価等を行うものとする。

### 3. 役割遂行

広辞苑（2008）より、「役割」とは「割り当てられた役目のこと」で、「遂行」とは「成し遂げること」である。本研究では、「役割遂行」を「割り当てられた役目を成し遂げること」とする。

### 4. 肯定的

広辞苑（2008）より、「肯定」とは「同意すること、認めること、価値があると判断すること」である。また、明鏡国語辞典（2010）では、「積極的なこと」である。本研究では、「肯定的」を「価値があると判断すること、積極的な状態にあること」とする。

### 5. 否定的

広辞苑（2008）より、「否定」とは「そうでないと打ち消すこと」である。また、明鏡国語辞典（2010）では、「その存在を認めないこと、正しくない、劣ること」である。本研究では、「否定的」を「その存在を認めない、正しくない状態にあること」とする。

## IV. 方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究。

### 2. 研究対象

研究対象者は、本研究の趣旨について説明し、書面にて同意を得られたA県内の中小規模病院で勤務する教育担当者とした。施設の選定基準として、日本看護協会（2015）のデータを参考に、中小規模病院の病床数20～399床未満の総合病院を施設の選定基準とし、リクルートを実施した。なお日本看護協会（2015, 1）では、「新人看護師の離職率は全体では7.5%であるが、病床規模が大きい程低下し、500床以上の施設で6.9%（2013）となっている」と報告しており、さらに「500床未満の施設では、離職率が増加していた。この理由として、大規模な病院では教育研修体制が比較的整備されている一方、中小規模病院では整備が困難なところもあり、それが病床規模別の新人看護師の離職率に表れているといわれている」と述べていることを参考に、中小規模病院の病床数20～399床の総合病院を施設の選定基準とした。

### 3. データ収集方法

対象者に対して、性別、年齢、臨床経験年数、教育担当者経験年数、病床数、看護体制、役職、所属部署の診

療科，新人看護師教育体制についての質問紙調査と，教育担当者として活動するなかで感じる事など，作成したインタビューガイドに基づいて面接調査を行った。面接調査は半構成的面接とし，質問紙調査と面接調査は同日に行った。面接開始前に質問紙に記入してもらい，その場で研究者が回収し面接を開始した。面接は研究対象者の所属する病院の個室で実施した。

#### 4. 分析方法

ICレコーダーに録音した内容から逐語録を作成し，語られた内容をコード化した。さらに各コードの共通性を検討し，意味内容の類似性に基づきカテゴリー化を行った。次に逐語録を再度読み，上司・同僚，教育担当者，スタッフ，プリセプター，新人看護師ごとに，教育担当者がどのような認識をもっているのか，教育担当者の語りの意味の解釈を深めていった。その後，教育担当者の役割遂行に対する認識におけるカテゴリー間の関係について，語りの意味を何度も解釈し検討を重ねた。この分析の過程で，看護教育学を専門とする研究指導教員と看護管理学を専門とする質的研究の経験豊富な研究者に分析が適切であるか確認を行い，修正を加え分析内容の信憑性・妥当性を確保した。また，質問紙調査によるデータは記述統計を行った。

#### 5. 倫理的配慮

調査開始前に滋賀県立大学研究に関する倫理審査委員会の審査を受け，承認を得た（平成28年4月25日受付第496号）。研究協力依頼については，調査開始前に教育担当者が所属する病院の看護部長に文章と口頭で個別に行った。その際，プライバシーの保護，守秘義務の遵守，得られたデータは研究目的以外には使用しないこと，自由意思による研究参加や辞退による不利益がないことを説明し，同意書に署名を得た。得られたデータは個人が特定できないように匿名化をはかり厳重に保管した。

### V. 結果

#### 1. 研究対象者（表1）

20～399床未満の総合病院に勤務する教育担当者11名を研究対象者とした。いずれも，1年以上の教育担当者経験があり，男性が1名，女性が10名（対象A～K）であった。

分析の結果，教育担当者の役割遂行に対する認識について，160コード，37個

のサブカテゴリーが抽出され，17個のカテゴリーを導いた。以下，コードを《 》で表し，サブカテゴリー[ ]，カテゴリー【 】で表す（表2）。

#### 2. 教育担当者の役割遂行に対する認識（ストーリーライン）

中小規模病院の教育担当者は，【新人看護師指導を支援してくれる上司・同僚がいる】という環境のなかで，【プリセプターとスタッフの指導を調整する】など【新人看護師指導体制を調整する】という役割を遂行しており，上司や同僚，スタッフ，新人看護師というあらゆる人たちに対して，俯瞰的立場からの幅広い調整役を担っていた。そのようななか，【院内で新人看護師指導の情報を共有する場がある】，【新人看護師を大事に育てているスタッフがいる】，【適切に指導しているプリセプターがいる】など，部署内で適切な支援が得られていると認識したときに，【前向きに努力している新人看護師がいる】と感じ，そのことが【新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる】という肯定的な気持ちにつながっていることが示された。しかし，反対に【新人看護師指導で協働できない上司がいる】，【新人看護師を理解できず，指導に興味がないスタッフがいる】，【指導が不足しているプリセプターがいる】など，部署内で協力が得られていないと認識した場合には，【新人看護師指導の情報交

表1 研究対象者の概要

教育担当者	性別	病院名	役職	他の役割	所属部署の病床数
A	女性	A病院	科長補佐	看護倫理委員	47
B	女性	B病院	副師長	実習指導者	40
C	女性	B病院	副師長	感染リンクナース	44
D	男性	B病院	主任	統合情報システム委員	50
E	女性	C病院	係長	退院調整	51
F	女性	C病院	係長	退院調整 褥瘡リンクナース	51
G	女性	C病院	主任	リスク委員	
H	女性	C病院	主任	教育委員	30
I	女性	D病院	主任	退院調整	45
J	女性	D病院	副主任	中材委員 電子カルテ	60
K	女性	E病院	主任	NST委員	40

表 2 中小規模病院の教育担当者における役割遂行に対する認識の一覧

カテゴリー	サブカテゴリー
新人看護師指導について報告・相談できる上司がいる	新人看護師指導について報告・相談できる上司がいる
新人看護師指導を支援してくれる上司・同僚がいる	指導に関する意見を尊重し、指導してくれる上司がいる 同僚のサポートが新人看護師指導に役立つ
新人看護師指導で協働できない上司がいる	新人看護師指導で協働できない上司がいる
新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる	研修や指導経験の知識を活用し、新人看護師を支援する 新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる
新人看護師指導体制を調整する	新人看護師の指導を調整する プリセプターとスタッフの指導を調整する
院内で新人看護師指導の情報を共有する場がある	院内で新人看護師指導の内容を共有し、悩みを相談する会議がある 部署内で新人看護師指導の情報を共有する
教育担当者としての負担がある	教育担当者にむかない 教育担当者以外の役割が負担である 新人看護師教育にはゴールがない
新人看護師指導の情報交換ができず、指導に自信がない	部署が忙しく新人看護師の指導が行き届かない 配属部署で新人看護師に必要な学習会が不足している 新人看護師とプリセプターが合わない 新人看護師指導について情報共有をする場がない
教育担当者としての指導方法を学び成長したい	教育担当者は指導全体を統括できる人が良い 教育担当者が成長できる研修が必要である
新人看護師を大事に育てているスタッフがいる	新人看護師を大事に育てているスタッフがいる
新人看護師を理解できず、指導に興味がないスタッフがいる	新人看護師指導に興味がないスタッフがいる 新人看護師を理解できないスタッフがいる スタッフの指導後の理解が様々で難しい
適切に指導しているプリセプターがいる	適切に指導しているプリセプターがいる 新人看護師の指導体制・指導方法は様々
指導が不足しているプリセプターがいる	新人看護師へ厳しい指導をするプリセプターがいる 新人看護師への指導が不足しているプリセプターいる
プリセプターの精神的負担が大きく支援が不十分である	新人看護師が育たず、離職することが精神的負担になるプリセプターがいる プリセプターへの精神的支援が必要であるが十分できていない
プリセプターの適性を考慮して選定し、研修する必要がある	プリセプターに成長してほしい 上司と相談してプリセプターを決定する プリセプター研修が必要である
前向きに努力している新人看護師がいる	前向きな新人看護師がいる 協力し合い、努力している新人看護師がいる
精神的に弱く、未熟な新人看護師がいる	未熟な新人看護師がいる 精神的に弱い新人看護師がいる

換ができず、指導に自信がない】と感じ、[教育担当者にむかない]、[新人看護師教育にはゴールがない]など、【教育担当者としての負担がある】と否定的な気持ちにつながっていることが示された。また、【前向きに努力している新人看護師がいる】ことを支えるために、【教育担当者としての指導方法を学び成長したい】、【プリセプターの適性を考慮して選定し、研修する必要がある】と考えていることが示された（図 1）。

### 3. カテゴリーの意味と関係性

教育担当者が役割遂行するにあたり、それぞれの職場内において上司・同僚、スタッフ、プリセプター、新人看護師との間に肯定的または否定的な相反する認識が見いだされたため、以下に具体的に説明する。

#### 1) 上司・同僚に対する認識

教育担当者は、【院内で新人看護師指導の情報を共有する場がある】、【新人看護師を大事に育てているスタッフがいる】、【適切に指導しているプリセプターが

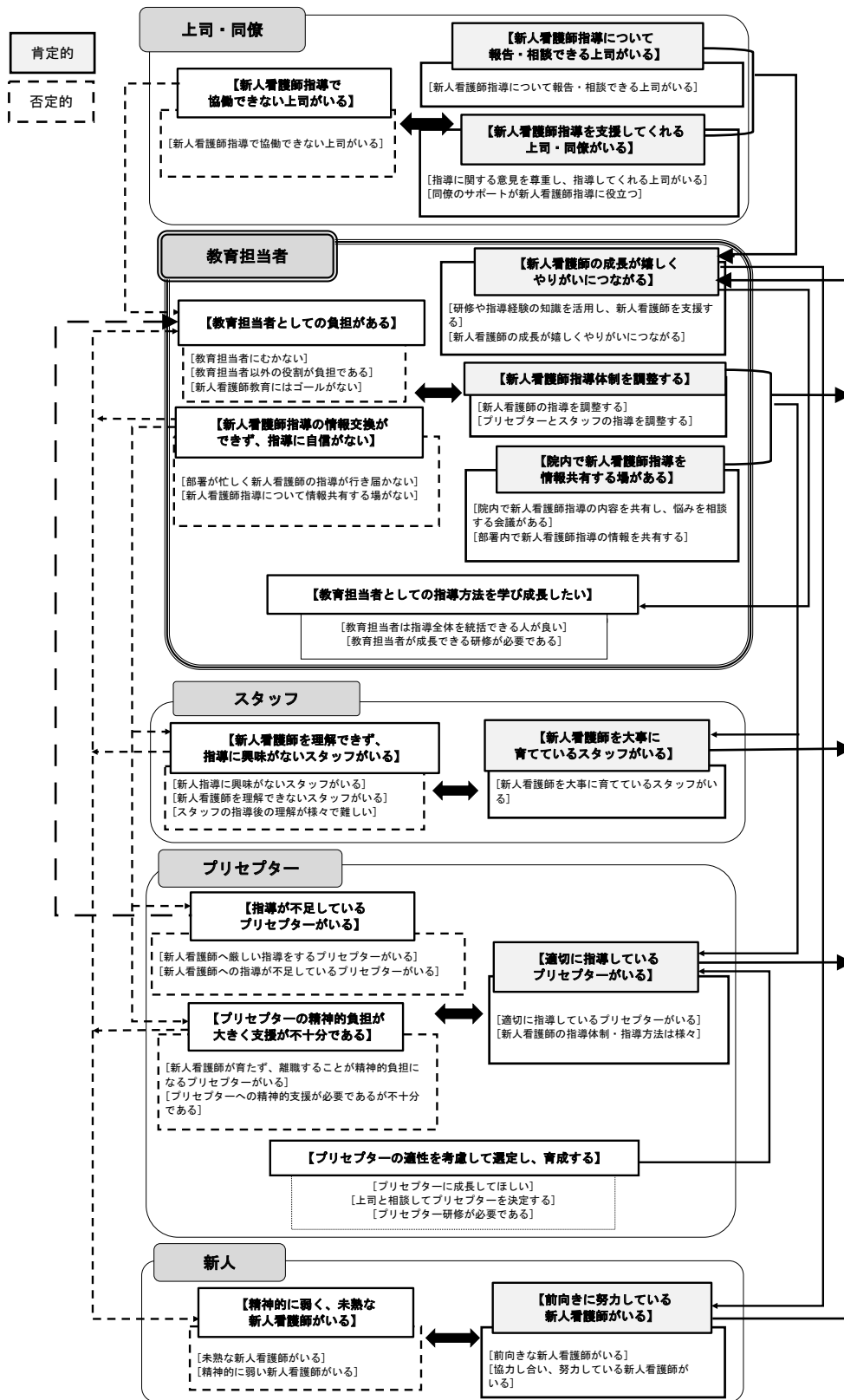


図 1 教育担当者の役割遂行に対する認識

いる】など、部署内で適切な支援が得られていると認識したときに、【前向きに努力している新人看護師がいる】と感じ、そのことが【新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる】という肯定的な気持ちにつながっていた。しかし、反対に【新人看護師指導で協働できない上司がいる】、【新人看護師を理解できず、指導に興味がないスタッフがいる】、【指導が不足しているプリセプターがいる】など、部署内で協力が得られていないと認識した場合には、【新人看護師指導の情報交換ができず、指導に自信がない】と感じ、[教育担当者にむかない]、[新人看護師教育にはゴールがない]など、【教育担当者としての負担がある】と否定的な気持ちにつながっていた。

## 2) 教育担当者としての認識

教育担当者は、部署のなかでスタッフやプリセプターに対して【新人看護師指導体制を調整する】という役割を遂行していた。これは、【適切に指導しているプリセプターがいる】、【新人看護師を大事に育てているスタッフがいる】へとつながっていた。また教育担当者は、日々、教育担当者としての自己を振り返り、【教育担当者としての指導方法を学び成長したい】という思いをもっていた。そのような前向きな気持ちは、新人看護師指導にもつながり、【前向きに努力している新人看護師がいる】という肯定的な受けとめ方につながっていた。そして、そのことがさらに、【新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる】原動力となっていた。反対に、【指導が不足しているプリセプターがいる】、【新人看護師を理解できず、指導に興味がないスタッフがいる】と感じた場合、【精神的に弱く、未熟な新人看護師がいる】という否定的な受けとめ方となり、【教育担当者としての負担がある】につながっていた。

## 3) スタッフに対する認識

多くの教育担当者は、【新人看護師を大事に育てているスタッフがいる】と肯定的にとらえており、【前向きに努力している新人看護師がいる】という認識につながっていた。反対に、【新人看護師を理解できず、指導に興味がないスタッフがいる】と感じている者は、[新人看護師指導について情報共有をする場がない]と感じている者が多かった。このように、自己の部署を否定的な指導体制ととらえている者は、【指導が不足しているプリセプターがいる】と感じ、そのことが【精神的に弱く、未熟な新人看護師がいる】という否定的な認識へとつながり、【教育担当者としての負担がある】という思いにつながっていることが示された。

## 4) プリセプターに対する認識

教育担当者は、【新人看護師指導体制を調整する】

という活動を遂行するなかで、【適切に指導しているプリセプターがいる】と感じ、そのことが【前向きに努力している新人看護師がいる】という肯定的な認識につながっていた。反対に【新人看護師指導の情報交換ができず、指導に自信がない】ときは、【指導が不足しているプリセプターがいる】と感じており、【精神的に弱く、未熟な新人看護師がいる】という否定的な認識へとつながっていた。また、新人看護師の指導体制の充実のためには、【プリセプターの適性を考慮して選定し、研修する必要がある】と感じていた。

## 5) 新人看護師に対する認識

教育担当者は、部署での新人看護師研修の責任者であり、上司・同僚、スタッフ、プリセプターと協力して、【前向きに努力している新人看護師がいる】、【精神的に弱く、未熟な新人看護師がいる】など、新人看護師へのさまざまな思いを感じながら、新人看護師を支えていた。

## VI. 考 察

### 1. 教育担当者の肯定的な認識について

今回、本研究で対象としたすべての教育担当者は、【新人看護師指導について報告・相談できる上司がいる】と認識していた。教育担当者は、新人看護師指導を調整するなかで、《上司へ新人看護師指導の困っていることを相談する》、《上司へ新人看護師指導について報告する》ということを行っていた。教育担当者は、上司に対して新人看護師指導の進行状況を報告し、悩みの相談をしていた。柴原（2015）は、「教育担当者が困ったときに本音で語り合える仲間の存在や環境づくり、アドバイザーの介入が必要であると考える」と述べているように、教育担当者が悩んだときの相談相手としての上司・同僚の存在は重要である。たとえ悩みが解決しない場合でも、相談し共有することで、[教育担当者にむかない]、[教育担当者以外の役割が負担である]などの精神的な負担が軽減するのではないかと考える。これは、嶋澤ら（2013）による「教育担当者としての活動と困難状況をみると、新人看護職員・実地指導者への支援、師長や研修責任者との連携については、困ることはありながらも看護管理者等の支援を受けながら、その都度解決している者が多かった」にあるように、教育担当者が役割遂行するなかで上司の支援は重要であると考えられる。そのほか、上司が新人看護師の面談を実施している部署では、教育担当者は【新人看護師指導を支援してくれる上司・同僚がいる】と認識していた。教育担当者のなかには自ら新人看護師を面談する者もいるが、多くの教育担当者は上司の役割であると認識していた。主に教育担当者の実施する面談



は、インシデント・アクシデントの発生時などの直接指導に関するものが多かった。

一方、上司が実施する面談は、定期的なもの、退職・異動に関わるような内容であった。上司が教育担当者と異なった視点からのアプローチをすることで、指導に幅ができ、新人看護師を積極的に支えることができるようになる。そして部署内での新人看護師の指導がスムーズに進むことが、教育担当者のやりがいや負担軽減につながっていたと考える。事例Fは、指導について上司から助言を受けた体験を語っていた。事例Fは、尊敬する上司から自分自身の気が付かない傾向を指摘され、改善が必要であると考え、そのことを心に留めながら新人看護師の指導に活かしていた。その結果、《上司の助言で指導法を変えた》と感じ、【新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる】という肯定的な認識へとつながっていた。教育担当者の活動のなかで、上司から指導に関してフィードバックしてもらうことで自らを振り返り、より指導を慎重に適切にしていくことができるのではないかと考える。また、上司からのフィードバックは、日ごろから教育担当者の活動を把握していないと実施することができないため、見守ってもらえていることを嬉しく感じ、教育担当者としてのやりがいにつながっていたと考える。

多くの教育担当者は、院内で他部署の教育担当者と情報共有、または部署でスタッフと情報共有を実施しており、[院内で新人看護師指導の内容を共有し、悩みを相談する会議がある]と認識し、【院内で新人看護師指導の情報を共有する場がある】と感じていた。指導方法を検討することで、院内で統一した指導方法や進行状況の調整がはかれると考える。これは新人看護師にとって同期の新人看護師と同様に技術習得が進行しているという安心感となり、ストレスの軽減につながると考える。

また部署内で情報共有を行うことで、部署全体で新人看護師を育てようという職場風土となり、【新人看護師を大事に育てているスタッフがいる】という認識につながっていた。新人看護職員ガイドライン(2014)では、「新人看護職員を支えるためには、周囲のスタッフだけでなく、全職員が新人看護職員に関心を持ち、皆で育てるといった組織文化の醸成が重要である」と述べている。新人看護師の指導に教育担当者やプリセプターだけが責任をもつのではなく、全員で育てるといった意識をもつためにも、情報共有は重要であると考えられる。

【新人看護師を大事に育てているスタッフがいる】と感じていた事例C, F, G, H, J, Kは、[新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる]とも語っていたため、スタッフの協力が教育担当者のやりがいへとつながっていることが示された。事例Jは、スタッフが新人看護師をよく見て指導の進行状況を理解し、指導してい

たと語っていた。また、スタッフが新人看護師を指導せずに放置するプリセプターに対して、直接指導することもあった。協力的なスタッフのなかには新人看護師の指導だけでなく、プリセプターに対しても助言する者もみられていた。部署のなかで教育担当者が新人看護師の指導の全てを把握することはできないため、日々のスタッフの協力は、教育担当者にとって心強く、【新人看護師指導体制を調整する】ことの支えとなっていた。また、部署全体のスタッフが新人看護師の指導に協力することで、教育担当者の活動がスムーズに進み、新人看護師の成長へとつながり、[新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる]という肯定的な認識につながっていた。しかし、今回の研究対象者の病院は、新人看護師の離職率が低かったため、新人看護師の指導体制を肯定的にとらえていた可能性もあると考える。

事例Fは上司と相談し、困ったときには相談してほしいとメッセージカードに記入し、プリセプターへプレゼントしていた。プリセプターは予想以上に喜んでくれたと語っていた。この行動は【プリセプターの精神的負担が大きく支援が不十分である】という認識につながり、[新人看護師が育たず、離職することが精神的負担になるプリセプターがいる]ことへのサポートへとつながっていた。日々、新人看護師の指導に精神的な負担を感じているプリセプターに対して、事例Fは教育担当者のサポートが重要と認識し、【新人看護師指導体制を調整する】という教育担当者としての行動につながったと考える。市原(2014)は「プリセプターには、上司の協力、教育担当者との二人三脚という行動促進する外的因子があった」と述べていることから、プリセプターにとって上司と教育担当者の支援は重要であると考えられる。事例Fのように、目に見える形での支援の表現は、プリセプターにとって心強かったと考える。教育担当者は新人看護師に対して、スタッフからの非難を新人看護師が受けられないように場所や時間を配慮して、[研修や指導経験の知識を活用し、新人看護師を支援する]ことを実践し、そのことは【新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる】という認識につながっていた。例えば、日ごろ褒められていない新人看護師を褒めるときは、《新人看護師をコッソリ褒める》ことをしていた。新人看護師にとってプリセプターは指導者であり、評価者でもある。日々の緊張のなかで、[新人看護師へ厳しい指導をするプリセプターがいる]場合、精神的な負担が大きくなる。そのようななかで教育担当者から、褒められ、認められることで、新人看護師はとても嬉しく感じる。そして、このことが【前向きに努力している新人看護師がいる】という肯定的な認識へとつながっていくと考える。

また、教育担当者としての役割を実施するなかで、事例Jは、《新人看護師指導に関する勉強が好きで研修に

参加する》と述べており、【新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる】と感じていた。新人看護師に対して、理解できない部分は多々あるが、新人看護師が技術を習得し、成長をしていく姿を見ることは嬉しいと感じていた。屋宜、目黒（2010）は「教えることは、看護師としての自分自身が成長していくことにつながっているのである」と述べていることから、新人看護師を指導することは負担が大きいが、その分、学びも喜びも大きいと考える。喜びを感じることも、《新人看護師指導は楽しい》と感じ、やりがいにつながっていたと考える。

以上のことから、【新人看護師指導について報告・相談できる上司がいる】、【院内で新人看護師指導の情報を共有する場がある】、【新人看護師を大事に育てているスタッフがいる】などの教育担当者の役割遂行に対する肯定的な認識が、新人看護師の指導体制の充実につながっていると考える。そして、このような新人看護師の指導体制が、教育担当者の役割を遂行していくうえでのやりがいにもつながっていることが示唆された。

## 2. 教育担当者の否定的な認識について

教育担当者の否定的な認識として、【新人看護師指導で協働できない上司がいる】と、事例 B, C, D, K が感じていた。しかし、今回対象とした教育担当者の全員が【新人看護師指導について報告・相談できる上司がいる】とも感じていた。【新人看護師指導で協働できない上司がいる】場合、教育担当者は、部署のなかで上司・同僚からの支援を得られないと、部署内での活動が負担となっていた。これは、板垣（2009）が、「支援体制が整っていない現状がプリセプター支援者の困難をきたす要因となる」と述べていることからいえる。この研究は、新人看護職員ガイドライン（2011）発表前で教育担当者としての役割が明確でなかった時期のものであるが、たとえシステムとしての支援体制が整っていても、【新人看護師指導で協働できない上司がいる】と、教育担当者への支援が不足することに変わりはない。上司が新人看護師指導に関与しない場合、教育担当者は部署で最大の協力者を失い活動は孤立する。そのような状態が進むと教育担当者としての活動が負担となり、モチベーションを下げることになる。新人看護師の指導に理解不足の上司がいる部署で、スタッフやプリセプターだけが熱心に指導をするとも考えづらい。【新人看護師指導で協働できない上司がいる】ことが、教育担当者のやる気を下げ、職場風土を悪化させ、教育を受ける新人看護師の成長を妨げていたと考える。しかし、上司・同僚の中に【新人看護師指導について報告・相談できる上司がいる】と、教育担当者は部署で孤立することなく活動ができていたと考える。

また、事例 A, D は【指導が不足しているプリセプターがいる】と感じ、【教育担当者としての負担がある】と

認識していた。事例 A, D とも、プリセプターに対して否定的な認識をしているもののプリセプターの指導不足をフォローし、教育担当者として新人看護師の指導体制を充実させたいと考えていた。一方、今回の対象者全員が、【教育担当者以外の役割が負担である】と感じていた。対象者の背景から、教育担当者は役職を持ち、それ以外に退院調整担当、教育委員、看護倫理委員、感染リンクナース、リスク委員などのさまざまな役割を担っていた。

教育担当者の選定に関して、嶋澤ら（2013）は、「部署における新人看護職員研修の企画・運営は、管理役割をもつ者が同時に教育の役割を担っている実態が明らかになった」と述べている。教育担当者のなかには、役職が必要ないとする者もいたが、病院の体制として役職をもつものが教育担当者として選定されていた。しかし、嶋澤ら（2013）は、「任命方法の欠点としては、教育担当者の負担が過剰になることが挙げられる。換言すると、教育担当者の固有の業務に十分な時間がかけられないことが推測される」と述べていた。教育担当者の選定に関して、事例 A, D, F, G, H, I は、【教育担当者は指導全体を統括できる人が良い】と感じていたが、基準が明確でなく、教育担当者の負担も考慮した選定が必要と考える。事例 A は、勤務異動直後から教育担当者として活動し、《部署経験が短いと新人指導が負担になる》と語っていた。事例 A は、以前であれば教えることが好きであったにもかかわらず、自分自身が部署に慣れていない状況では教えられる内容が少なく、負担となっていたと考える。看護師としての経験が長く役職を担っていたとしても、勤務異動直後から教育担当者として活動することは、負担が大きかったと考える。今後は、教育担当者としての部署での経験年数も考慮した選定が必要と考える。

また、選定する場合には負担を考え、上司や同僚のサポートを得られる環境づくりが必要であると考え。【新人看護師を理解できず、指導に興味がないスタッフがいる】ことについて、事例 A, I, J 以外は、【新人看護師指導に興味がないスタッフがいる】と認識し、事例 E, G, I, J は、【新人看護師を理解できないスタッフがいる】と語っていた。しかし、その反面、事例 B, D, I 以外は、【新人看護師を大事に育てているスタッフがいる】と感じていた。教育担当者として、【プリセプターとスタッフの指導を調整する】際に、スタッフの理解と協力を得られないと、部署での新人看護師の指導は困難となっていた。また、スタッフからプリセプターへの指摘も厳しくなり、最終的に、新人看護師が精神的負担を負うことになると考える。部署のスタッフには、2年目から経験豊富なスタッフまで大勢がいるため、教育担当者の活動だけですべてのスタッフの協力を得ることは困難かと考え

る。そのため、上司・同僚の協力、プリセプターの協力を得ながら、スタッフに新人看護師の指導の重要性と部署全員で育てることの必要性を伝えていく必要がある。また、スタッフの指導方法について、《短時間勤務のスタッフの指導が厳しい》、《スタッフが昔の指導をしようとする》、《教え方や言動が日によって違うスタッフがいる》などの課題がある場合には、教育担当者として、スタッフへ助言をしていく必要がある。しかし、[スタッフの指導後の理解がさまざまに難しい]ということもあるため、スタッフの理解度や個性にも配慮しつつ、伝えていく必要があると考える。スタッフへの指導や助言は、難しいと語るものもいたが、部署の全てのスタッフが非協力的なわけではないので、協力的なスタッフとともに新人看護師の指導への理解を進めていく必要があると考える。

新人看護師に関しては、事例 A, C, D, E による《新人看護師が考えられない》、《新人看護師が業務についていけない》、《新人看護師の社会性が低い》など、さまざまな語りにもみられるように、[未熟な新人看護師がいる]と認識している者も多かった。柴原(2015)は、「新人看護師は、教育担当者が新人の頃にはできて当たり前だったことができず、新人が成長しないという不満になっていた。」と述べている。新人看護師を理解するためには、教育担当者自身の経験にとらわれず、目の前の新人看護師を理解しようとする意識が重要であると考えられる。

以上のことから、【新人看護師指導で協働できない上司がいる】、【新人看護師を理解できず、指導に興味がないスタッフがいる】、【指導が不足しているプリセプターがいる】という否定的な認識が導き出された。しかし、すべての上司・同僚、スタッフ、プリセプターが非協力的なわけではないため、協力的な上司・同僚、スタッフ、プリセプターとともに、新人看護師の指導を実践し伝達していくことで、教育担当者としての役割は果たせると認識していたことが示された。また、[教育担当者にむかない]、[教育担当者以外の役割が負担である]と感じている者については、主に上司・同僚の協力が必要であることが示唆された。また、【精神的に弱く、未熟な新人看護師がいる】と新人看護師を否定的にとらえている教育担当者は、自己の経験にとらわれず、目の前の新人看護師を理解しようとする意識が重要であると考えられる。

### 3. 中小規模病院の教育担当者に必要な支援体制

今回の対象者が勤務する中小規模病院では、新人看護師の配属部署に教育担当者とプリセプターを配置し、新人看護職員研修ガイドライン(2011)に沿った教育体制が整備されていた。これは、新人看護師を育てていくために、特別な教育体制が必要であるとの理解が深まったためであると考えられる。

中小規模病院の教育担当者に必要な支援体制としては、本研究結果から5つが重要であると考えられた。1つ目は、上司・同僚の新人看護師指導に対する理解と協力、2つ目は、スタッフ・プリセプターの新人看護師指導に対する理解と協力、3つ目は、プリセプター選定基準の確立と育成、4つ目は、教育担当者の選定基準の確立と育成、5つ目は、教育担当者の役割の負担軽減である。

#### 1) 上司・同僚の新人看護師の指導に対する理解と協力

中小規模病院では、教育担当者が【新人看護師指導の情報交換ができず、指導に自信がない】と認識し、[新人看護師指導について情報共有をする場がない]と感じている者が多く、上司・同僚の新人看護師の指導への理解と支援が重要であると考えられる。上司・同僚のサポート体制として、【新人看護師指導を支援してくれる上司・同僚がいる】と、教育担当者が[教育担当者にはむかない]と感じ、【新人看護師を理解できず、指導に興味がないスタッフがいる】、【指導が不足しているプリセプターがいる】などに悩んだ時も、【新人看護師指導について報告・相談できる上司がいる】ことで相談が容易となっていた。その相談内容に対して上司・同僚が悩みを共有してくれた場合、教育担当者は1人で悩むことがなくなり、精神的な負担が軽減していた。また、部署全体の職場風土に関して、上司・同僚が新人看護師の指導に協力的であると認識している場合、全員で新人看護師を育てることにつながっていく。そうすることで、新人看護師が成長しやすい環境となると考える。

#### 2) スタッフ・プリセプターの新人看護師の指導に対する理解と協力

中小規模病院では、中堅スタッフ数が少なく、短時間労働のスタッフが多いことから、【新人看護師を理解できず、指導に興味がないスタッフがいる】、【指導が不足しているプリセプターがいる】という認識につながっていた。そのため、教育担当者は、スタッフの指導への助言や業務の代行などを実施し、【新人看護師指導体制を調整する】ということをしていった。今後、新人看護師の指導に理解がなく、非協力的なスタッフに対しては、新人看護師への指導に関する研修を勧めるとともに、協力的なスタッフやプリセプターと共同して、新人看護師への指導の理解を深められるようにしていく必要がある。

また、教育担当者の多くは、新人看護師に対して、【精神的に弱く、未熟な新人看護師がいる】と認識していた。そのため、プリセプターのための指導では、プリセプターの負担が大きくなり、指導不足になると考える。教育担当者とともに、スタッフ全員で新人看護師を育てることで、プリセプターの精神的負担が軽減すると

ともに、新人看護師にとっても、スタッフからさまざまな看護技術の方法を学ぶ機会になると考える。

### 3) プリセプター選定基準の確立と育成

新人看護師の指導体制の充実のためには、【プリセプターの適性を考慮して選定し、研修する必要がある】ことが重要と考えるが、本研究の対象者の病院では、選定基準はなく《プリセプターの選定基準が不明確》であった。プリセプターが指導不足の場合は、教育担当者の負担が増大するため、最初の段階でプリセプターの選定と新人看護師とのペアの決定が重要であるとする。しかし、中小規模病院では、スタッフ数が少なく、プリセプターの選定が困難な現状にあるため、プリセプターにどのような適性を求めるかを、統一しておく必要があると考える。なぜなら、中小規模病院の新人看護師はさまざまな教育背景や年齢だけでなく、個人差が大きいためである。そのため、部署内での上司と教育担当者の指導経験だけを参考にする選定では不十分であるとする。プリセプターの選定基準を作成するためには、教育担当者会議での情報交換や教育担当者研修での最新の知識を参考にする必要があると考える。プリセプターの活動を評価し、どのような人材をプリセプターとして育成していくかを院内で検討し、データを積み重ねていくことで、プリセプターの選定基準と育成の方法が確立し、【適切に指導してくれるプリセプターがいる】という場面が増えてくるのではないかと考える。また、教育担当者が、プリセプターの選定に関わることで、教育担当者の役割意識を向上させ、積極的にプリセプターに関われるようになるのではないかと考える。

### 4) 教育担当者の選定基準の確立と育成

中小規模病院の教育担当者は、役職をもったものがほとんどであった。しかし、役職があるというだけで選定することは、[教育担当者にむかない]と認識しているものにとっては負担が大きいと考える。誰を教育担当者にするか、院内でどのようなスキルをもったものが教育担当者の適性があるかを検討し、選定基準を作成する必要があると考える。また、選定された教育担当者には、院内、もしくは院外の教育担当者研修へ参加することで、研修の知識を活用し、部署の指導環境の調整がスムーズに実施できると考える。そのことにより、【教育担当者としての指導方法を学び成長したい】という思いが達成できるのではないかと考える。

### 5) 【教育担当者としての負担がある】という否定的な認識の軽減

中小規模病院の教育担当者は役職をもつだけでなく、他の役割が多いという現状が明らかとなった。中小規模病院は、中堅スタッフが少ないという現状があ

るため、役割を減らすことは困難と考えるが、上司・同僚・スタッフと協力し、部署内、そして組織が一丸となって新人看護師を育てるという風土を作り上げることが重要と考える。そういったことが、中小規模病院の教育担当者における【教育担当者としての負担がある】、そして、[教育担当者以外の役割が負担である]という、本研究で明確になった否定的な認識を少しでも軽減できるのではないかと考える。また、教育担当者の精神的な負担を軽減するために、院内で新人看護師指導について情報を共有する場を作る必要がある。教育担当者同士が語り合うことで、悩みを分かち合い、解決へと導く手立てを得ることができると考える。中小規模病院では、限られた会議時間内では語り合うことが困難なため、会議以外で話し合いの場を作ることを検討していく必要がある。中小規模病院の教育担当者は、大病院と比較すると、限られた人員のなかで懸命に新人看護師の指導を実施し調整していた。今後、新人看護師の指導環境をレベルアップしていくためには、教育担当者の努力と熱意に頼るだけでなく、組織全体としてサポート体制を充実していくことが必要であるとする。

## Ⅶ. 結 論

今回、中小規模病院の教育担当者における役割遂行に対する認識を明らかにすることを目的に質的研究を行った。教育担当者 11 名を対象者に半構成的インタビューを行い、その内容を帰納的に分析し得られた結果を考察した。その結果、以下のような結論を得た。

1. 【新人看護師指導について報告・相談できる上司がいる】【新人看護師を大事に育てているスタッフがいる】などの教育担当者の役割遂行に対する肯定的な認識が、さらに【新人看護師の成長が嬉しくやりがいにつながる】などの肯定的な認識へとつながっていることが示された。

2. 否定的な認識がある場合でも、上司・同僚、スタッフ、プリセプターの協力が得られると、【院内で新人看護師指導の情報を共有する場がある】などの肯定的な認識へとつながることが示された。

3. 中小規模病院の教育担当者は役職だけでなく、他の役割も多いことが明らかとなった。組織一丸となって新人看護師を育てるという風土を作り上げることが、中小規模病院の教育担当者における【教育担当者としての負担がある】、そして、[教育担当者以外の役割が負担である]という否定的な認識を少しでも軽減できると考える。

## 本研究の限界と今後の課題

本研究では、中小規模病院の教育担当者の役割遂行に対する認識への先行研究がなく、インタビューの対象者の教育担当者を代表値とすることには限界がある。今後は、今回得られた研究データを基にして、一般化を目指す研究が必要である。離職率の高い中小規模病院の教育担当者の認識の比較や大規模病院の教育担当者の認識との比較をする必要があると考える。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、快くご協力をいただきました研究参加者の教育担当者の皆様、ならびに、研究の目的についてご理解をいただき、調査活動の許可をくださいました調査病院の看護部長の皆様に深く感謝申し上げます。研究の初期から分析までの長期間にわたり、ご指導いただき支えてくださいました先生方に深く感謝を申し上げます。

## 文 献

- ・板垣美樹 (2009). プリセプターを支えるサポーターの困難さとその要因. 神奈川保健福大看教研録, 34, 117-124.
- ・市原真由美 (2014). 中規模病院における新人看護職員の育成過程のなかで実地指導者が経験する困難とそれを乗り越えるための行動. 神奈川保健福大看教研録, 39, 125-132.
- ・北原保雄 (編) (2010). 明鏡国語辞典 (第2版), 大修館書店.
- ・公益社団法人日本看護協会広報部 (2015). 2014年病院における看護職員需給状況調査, 1-11.
- ・厚生労働省 (2011). 新人看護職員研修ガイドライン, 1-20.
- ・厚生労働省 (2014). 新人看護職員研修ガイドライン (改訂版), 1-24.
- ・新村出 (編) (2008). 広辞苑 (第六版), 岩波書店.
- ・柴原美幸 (2015). 新人看護師研修をサポートする教育担当者が感じる困難. 神奈川保健福大看教研録, 40, 114-120.
- ・嶋澤奈津子, 宮本千津子, 末永由理, 安藤瑞穂, 坂本すが (2013). 新人看護局員研修を担う教育担当者の活動と活動を困難にする要素. 東京医療保健大紀, 8 (1), 21-29.
- ・廣瀬千世子 (2008). 看護白書 (日本看護協会, 編), 42-48.
- ・屋宜譜美子, 目黒悟 (2009). 教える人としての私を育てる. 医学書院, 199-200.



## 研究ノート

女子大学生の HPV ワクチン接種と  
子宮頸がん検診受診に関する実態調査田中 法子<sup>1)</sup>, 小林 孝子<sup>2)</sup><sup>1)</sup> 京都市山科区役所保健福祉センター<sup>2)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

**要旨** 日本では HPV ワクチン接種の公費助成が 2010 年 11 月に開始された。しかし、ワクチン接種後に副反応が多数報告されたことを受け、政府は 2013 年 6 月からワクチンの積極的な接種の勧奨を中止している。本研究では、HPV ワクチンの積極的な接種の勧奨を受け、その後に接種勧奨中止となった世代の子宮頸がんの予防行動の実態を明らかにするため、看護学部に在籍する女子大学生に質問紙調査を行った。また、ワクチン接種の判断の自発性と子宮頸がんの予防行動との関連性を  $\chi^2$  検定もしくは Fisher の正確確率検定を用いて分析した。その結果、対象者 164 人のワクチン接種率は 84.4% であり、検診受診率は 4.3% であった。検診に関する知識 3 項目の認知率はいずれも 4 割以下であり、検診受診の必要性への認識が薄いことが示唆された。ワクチン接種を自発的に判断した者と受動的に判断した者との間には、検診受診率に有意な差はなかった。ワクチン接種に対する当時の自発性は、現在の子宮頸がん検診の受診行動に影響を与えていないことが考えられた。HPV ワクチン接種の積極的勧奨を受けた世代である対象者に対し、子宮頸がんの予防を徹底していくためには、検診の意義や必要性の理解を促す情報提供が求められる。

**キーワード** 子宮頸がん, HPV ワクチン, 子宮頸がん検診, 予防行動, 女子大学生

## I. 背景

日本では近年、20 歳代女性の子宮頸がん罹患率が増加している。1984 年の 20 歳代の子宮頸がん推定罹患率は 64 人だったが、2014 年の同罹患率は 341 人だった（地域がん登録全国推計値, 1975-2014）。このように、20 歳代の子宮頸がん推定罹患率は 30 年で 5 倍以上になった。一方、女性全体のデータでは、1984 年の子宮頸がん推定罹患率は 9,086 人であり、2014 年には 11,293 人であった（地域がん登録全国推計値, 1975-2014）。女

性全体では 30 年で子宮頸がん推定罹患率が 1.24 倍になったことと比較しても、20 歳代女性の罹患率増加率が大きいことがわかる。

子宮頸がんのほとんどは性行為による HPV (Human papillomavirus, 以下 HPV と略す) の持続感染が原因となって引き起こされる。持続感染とは、通常 HPV 感染は、感染成立後、症状や病的状態を引き起こすことなく、2 年以内に約 90% が自然治癒するのに対し、HPV が消失せず感染が長期化することである (WHO, 2016)。川名 (2015) によると、子宮頸がんの発症の 95% 以上が HPV 感染によるものである。

子宮頸がんやその前がん病変は子宮頸がん検診によって発見される。石渡勇、石渡千恵子、岡根夏美、石渡恵美子、石渡巖 (2004) によると早期に発見され、治療が施されることによって、死亡率が減少するだけでなく妊孕能も温存される。また、性交開始年齢の低下に伴い、子宮頸がんの発症年齢は低下している。そのため、若年女性も子宮頸がん検診を受診する必要がある。

また、HPV 感染を予防するためには、HPV ワクチン接種を受ける方法がある。日本では 2009 年に HPV ワクチンが承認され、政府は子宮頸がん等ワクチン接種緊急

Survey of HPV vaccination and cervical cancer screening behavior in female university students

Noriko Tanaka<sup>1)</sup>, Takako Kobayashi<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Public Health & Welfare Center, Kyoto City Yamashina Ward Office

<sup>2)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2018 年 9 月 30 日受付, 2019 年 1 月 24 日受理

連絡先: 小林 孝子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 滋賀県彦根市八坂町 2500

e-mail: kobayashi.ta@nurse.usp.ac.jp

促進事業として、HPV ワクチン接種の公費助成を 2010 年 11 月に開始した。その後、2013 年 4 月には、HPV ワクチンは小学校 6 年生～高校 1 年生を対象とした定期接種に組み込まれた（厚生労働省、2015）。

性交経験前の女性が HPV ワクチンの接種を受けることで、HPV16 型と 18 型の感染を予防でき、子宮頸がんの約 70% の発症を予防できるとされている（川名、2015；笹川、2009）。しかし、HPV ワクチンの接種後に手足のしびれなどの症状や身体の広範囲に痛みが生じるといった重篤な副反応が多数報告された。そのことを受け、2013 年 6 月より HPV ワクチンの積極的な接種の勧奨は中止され、現在に至っている（厚生労働省、2013）。

笹川（2009）、川名（2015）によると、ワクチン接種による一次予防と検診による二次予防を併用することで、子宮頸がんの発症頻度はさらに減少する。しかし、HPV ワクチン接種の公費助成が開始され、接種の積極的勧奨を受けた世代の多くは、副反応が報道されたことによって接種を受けることに対する不安を持った（吉村ら、2015）。また、政府が定期接種の積極的勧奨を中止したことによって、接種希望者数が激減した（上田ら、2015）。HPV ワクチン接種の積極的勧奨中止は現在も継続されており、HPV ワクチン接種を受けることが躊躇される状況にある。そのため、HPV ワクチン接種を受けていない者は子宮頸がん検診を積極的に受診し、子宮頸がんやその前がん病変の早期発見に努める必要がある。

しかし、厚生労働省が 2010 年に実施した国民生活基礎調査の報告によると、20～69 歳の女性の子宮頸がん検診受診率は 24.3% であった（厚生労働省、2010）。一方、OECD（Organization for Economic Cooperation and Development、以下 OECD と略す）加盟国諸国の同受診率の平均は約 60% である。このように、日本の子宮頸がん検診受診率は OECD 加盟国諸国より著しく低い。とくに日本の 20 歳代前半の女性の子宮頸がん検診受診率は 10.2% である（厚生労働省、2010）。そのため、政府は早急に若年女性の子宮頸がん検診の受診率向上に取り組まなければならない。

先行研究では、女性の子宮頸がん検診に対する思いや HPV ワクチン接種・子宮頸がん検診の受診行動への関連要因などに関する報告が多くみられる（亀崎、田中、保田、福田、2013；片山、水野、稲田、2013；田中、国府、2012；和泉、眞鍋、吉岡、2013）。しかし、これらの研究は HPV ワクチン接種の積極的勧奨が中止される以前に実施されている。勧奨中止以降に報告された HPV ワクチン接種や子宮頸がん検診受診に関する調査研究は少なく、褥婦や保護者を対象とした意識調査（石野、2016；中村、齋藤、川端、石見、鬼頭、2017）や積極的勧奨中止後にワクチン接種を受けた大学生への意識調査（川原ら、2015）、大学 1 年生を対象とした 2011～2014

年までの経年調査（助川ら、2016）に限られる。とくに助川ら（2016）の研究では、公費助成対象世代の高いワクチン接種率が報告されているが、接種勧奨中止となった世代の子宮頸がんの予防行動への影響を明確化するためには、さらなる経年調査が必要となる。

## II. 目的

本研究の目的は HPV ワクチン接種の積極的勧奨を受け、その後に接種勧奨中止となった世代の子宮頸がんの予防行動の実態を明らかにすることである。それらの結果を踏まえ、子宮頸がん検診の受診率を向上させるための今後の対策について検討する。

## III. 用語の定義

**実態**：本研究で取り上げる実態とは、行動とその動機、知識とする。

**予防行動**：予防行動とは、HPV ワクチン接種と子宮頸がん検診受診とする。

**判断の自発性**：判断の自発性とは、HPV ワクチン接種を受けるかどうかの判断とする。

**行動**：行動とは、HPV ワクチン接種の有無と子宮頸がん検診受診の有無とする。

**知識**：知識とは、HPV および HPV ワクチン、子宮頸がん検診の知識とする。

## IV. 方法

### 1. 研究デザイン

質問紙調査による横断調査研究である。

### 2. 研究対象

対象は 2017 年度に A 大学看護学部在籍する 1～4 年生の女子 164 人である。

### 3. データ収集方法

先行研究（亀崎、田中、保田、福田、2013；河合、高山、今井、2010；野口、杉浦、2011；松久、廣瀬、後藤、2013；田中、国府、2012）を参考にして、無記名自記式の質問紙を作成した。各学年の授業終了直後、該当する学生に研究協力を依頼し、質問紙を配布した。その際に、研究目的や方法、倫理的配慮についての説明を文書および口頭で行った。その後、その教室内に回収箱を設置し、質問紙を配布した 30 分後に回収した。また、看護学部棟内にも回収箱を設置し、留置き式にて 1 日に 1 度、回収箱を確認し質問紙を回収した。



この質問紙は以下の5項目で構成されている。質問は(1)属性(年齢, 学年), (2) HPV ワクチンに関する行動とその動機, (3) 子宮頸がん検診に関する行動とその動機, (4) 中学生・高校生時点での HPV と HPV ワクチンの知識, (5) 調査時点での子宮頸がん検診の知識である。

調査期間は2017年8～9月であった。

#### 4. 分析方法

2017年度に大学に在籍する1～4年生の女子は、HPV ワクチン接種の公費助成が開始された2010年に小学校6年生～中学校3年生であった。そこで、それらの女子を HPV ワクチン接種について「自発的に判断した者」と「受動的に判断した者」の2群に分類し、HPV ワクチン接種の判断の自発性と子宮頸がんの予防行動や知識との関係进行分析した。また子宮頸がんに関する知識とその予防行動との関係进行分析し、HPV ワクチン接種や子宮頸がん検診受診の有無に関連する要因を調査した。

なお、HPV ワクチン接種を受けるかどうかの判断に自身が含まれていた場合を「自発的に判断した者」とし、他者のみで判断した場合を「受動的に判断した者」とした。

統計処理には統計解析ソフト SPSS Statistics を用いた。両群間の有意差検定には  $\chi^2$  検定もしくは Fisher の正確確率検定を用い、有意水準を5%以下とした。

#### 5. 倫理的配慮

本研究は滋賀県立大学看護学系研究倫理専門委員会の承認(滋県大経第76号)を受け、実施した。調査前に研究対象者に対して研究の意義や目的、方法などを文書および口頭で説明した。また、研究への参加を任意とし、参加に同意しないことで不利益な対応を受けないことを保障した。研究対象者は自らの意思に基づき、質問紙に回答するものとし、質問紙の提出をもって研究協力の同意とした。取得した個人情報個人を特定できないようにして取り扱い、研究者および共同研究者の責任の下に管理し、鍵のある保管庫で保管した。

## V. 結果

### 1. 対象の属性

学生191人に質問紙を配布し、179人から回答が得られた(回収率93.7%)。回答が不十分だったものを除外し、164人を調査対象とした(有効回答率85.9%)。

対象の属性を表1に示す。対象者の平均年齢は19.7歳( $SD=1.3$ )であった。

表1 対象の属性  $n=164$

年齢(歳)	n	%
18	37	22.6
19	43	26.2
20	32	19.5
21	32	19.5
22	11	6.7
23	3	1.8
無回答	6	3.7

## 2. 子宮頸がんの予防行動の実態

### 1) HPV ワクチン接種

#### a. HPV ワクチンの認知状況と接種率

HPV ワクチンの認知状況について、HPV ワクチンを知っていると答えた者は156人(95.1%)であり、知らないと答えた者は8人(4.9%)であった。HPV ワクチンを知っている者は9割を超えており、調査対象者のほとんどは HPV ワクチンを知っていた。

HPV ワクチンの接種率について、HPV ワクチン接種を受けた者は139人(84.8%)であり、未接種の者は25人(15.2%)であった。調査対象者の8割以上がワクチン接種を受けていた。

HPV ワクチンの認知状況と接種率について、HPV ワクチンを知っていると答えた156人のうち138人(88.5%)がワクチン接種を受けていた。一方で、HPV ワクチンを知らないと答えた8人のうち、ワクチン接種を受けていた者が1人(12.5%)いた。

#### b. HPV ワクチン接種を受けるかどうかの判断

HPV ワクチンを知っていると答えた156人に対して、HPV ワクチン接種を受けるかどうかの判断をした者が誰であるかを尋ねた(複数回答あり)。また、知らないにもかかわらず、ワクチン接種を受けていた者が1人いた。そこで、この1人も結果に含めた。その結果、複数回答で最も多かったのは「母親」であり、93人だった。次いで、「自分と親とで相談した」が38人であり、「自分だけで判断した」が29人であった。「両親」と回答した者は10人であり、「父親」と回答した者は2人いた。その他の項目では「祖母」と記述回答した者が2人いた。

また「自分だけで判断した」にのみ回答した者は12人いた。接種の判断にいずれかの親が関与していた者は、157人中138人(87.9%)だった。

HPV ワクチン接種を受けるかどうかの判断について、判断に自身が含まれていた場合を「自発的に判断した者」とし、他者のみで判断した場合を「受

動的に判断した者」として、2群に分類した。なお、対象者は HPV ワクチン接種を受けるかどうかの判断をした者が誰かについて回答した 157 人からその他の項目に回答した 8 人と無回答の 1 人を除外した 148 人である。「自発的に判断した者」は 64 人であり、「受動的に判断した者」は 84 人であった。自発的に接種の判断をした者よりも受動的に接種の判断をした者のほうが多かった。

#### c. HPV ワクチン接種のきっかけ

HPV ワクチン接種を受けた 139 人に対して、ワクチン接種のきっかけを尋ねた（複数回答あり）。複数回答で最も多かったものは「親の勧め」であり、81 人であった。次いで「自治体からのお知らせ」が 58 人であり、「友だちが受けた」が 13 人であった。また、「学校の授業」に 11 人、「マスメディア」に 6 人、「姉妹が受けた」「自発的に」には 3 人ずつ回答していた。その他の項目に回答した 13 人の中には「義務だった」、「強制だった」などの記述回答があった。HPV ワクチン接種を受けた者の半数以上が「親の勧め」をきっかけとして、ワクチン接種を受けていた。

#### d. HPV ワクチン接種の回数と時期

HPV ワクチン接種の回数と時期を表 2 に示す。期待される効果を得るためには、3 回の接種が必要とされており、接種間隔はワクチンの種類によって異なる（厚生労働省、2013）。HPV ワクチン接種を受けた者のうち、3 回の接種を完遂したと答えた者は 91 人（65.5%）であり、1～2 回で中断したと答えた者は合わせて 16 人（11.5%）であった。接種回数がわからないと答えた者は 32 人（23.0%）であっ

表 2 HPV ワクチン接種の回数と時期

		n=139	
接種回数	接種時期	n	%
3回		91	65.5
	副反応報道前	69	75.8
	副反応報道後	8	8.8
	副反応報道を知らなかった	13	14.3
	副反応報道後に接種を控えた	0	0.0
	わからない	1	1.1
1～2回		16	11.5
	副反応報道前	13	81.3
	副反応報道後	0	0
	副反応報道を知らなかった	1	6.25
	副反応報道後に接種を控えた	2	12.5
	わからない	0	0
わからない		32	23.0

表 3 HPV ワクチン接種を受けた理由

		n=139
		n
子宮頸がんになりたくないと思った		83
有効性があると感じた		32
子宮頸がんが怖い		30
将来、子宮頸がん罹患するかもしれない		28
費用が安かった		25
その他		21
無回答		2

(複数回答あり)

た。また、HPV ワクチン接種を受けた時期を尋ねると、3 回の接種を完遂した者では、副反応報道後に接種をしている者は 1 割弱いたが、1～2 回の接種で中断した者では、副反応報道後に接種をした者はいなかった。

#### e. HPV ワクチンの接種および未接種の理由

HPV ワクチン接種を受けた 139 人に対して、ワクチン接種の理由を尋ねた（複数回答あり）。その結果を表 3 に示す。複数回答で最も多かったものは「子宮頸がんになりたくないと思った」であり、83 人であった。次いで「有効性があると感じた」が 32 人であり、「子宮頸がんが怖い」が 30 人であった。その他の項目の記述回答には「無料」や「受けなければいけないと思っていた」、「親に連れて行かれた」、「母が半強制的に」、「学校で決められた」などがあった。HPV ワクチン接種を受けた者の半数以上が「子宮頸がんになりたくないと思った」ことを理由にワクチン接種を受けていた。

HPV ワクチン未接種者の 25 人に対して、ワクチン未接種の理由を尋ねた（複数回答あり）。その結果、複数回答で最も多かったものは「副作用が怖い」であり、10 人であった。次いで「忙しい」が 8 人であり、「有効性に疑問を感じた」が 4 人であった。その他の項目の記述回答には、「受ける機会や推奨がなかったため」や「知らなかった」、「必要ないと思った」、「母親にとめられたため」などがあった。HPV ワクチン未接種者の約 4 割の者が未接種の理由を「副作用が怖い」こととしていた。

#### 2) 子宮頸がん検診受診

##### a. 子宮頸がん検診の認知状況と受診率

子宮頸がん検診の認知状況について、子宮頸がん検診を知っていると答えた者は 130 人（79.3%）であり、知らないと答えた者は 34 人（20.7%）であった。調査対象者の 8 割弱が子宮頸がん検診を知っていた。

子宮頸がん検診の受診率について、これまでに子宮頸がん検診を1回以上受診したことがある者は7人(4.3%)であり、未受診の者は157人(95.7%)であった。調査対象者の9割以上が検診を未受診であった。

子宮頸がん検診未受診者の今後の検診受診意思について、検診未受診者の157人のうち、将来的に検診を受診したいと思うと答えた者は95人(60.5%)であり、受診したいとは思わないと答えた者は6人(3.8%)であった。また、どちらでもない・わからないと答えた者は54人(34.4%)だった。約6割の者が今後の子宮頸がん検診への受診意思を示した。

子宮頸がん検診の認知状況と受診率について、子宮頸がん検診を知っていると答えた130人のうち、検診を受診したことがある者は7人(5.4%)であり、未受診の者は123人(94.6%)であった。一方で、検診を知らないと答えた34人は、全員が未受診だった。子宮頸がん検診を知っている者の9割以上が、検診を未受診であった。

#### b. 子宮頸がん検診受診のきっかけ

子宮頸がん検診を受診したことがある7人に対して、検診受診のきっかけを尋ねた(複数回答あり)。その結果、複数回答で最も多かったものは「親の勧め」であり、5人であった。次いで「自治体からのお知らせ・無料クーポン」が4人であり、「自発的に」が1人であった。子宮頸がん検診を受診した者の半数以上が「親の勧め」や「自治体からのお知らせ・無料クーポン」をきっかけとして検診を受診していた。

#### c. 子宮頸がん検診の受診および未受診の理由

子宮頸がん検診を受診したことがある7人に対して、検診受診の理由を尋ねた(複数回答あり)。その結果、複数回答で最も多かったものは「子宮頸がんが早期発見されたほうが良い」であり、4人であった。次いで「子宮頸がんが怖い」が2人であり、「自分が子宮頸がんにかかると怖いかもしれない」が1人であった。

子宮頸がん検診未受診者の157人に対して、検診未受診の理由を尋ねた(複数回答あり)。その結果を表4に示す。複数回答で最も多かったものは「受診方法がわからない」であり、51人であった。次いで「面倒くさい」が44人であり、「忙しい」が36人であった。その他の項目の記述回答には「知らなかった」「必要ないと思った」「ワクチンを受けたから」などがあつた。

表4 子宮頸がん検診未受診の理由  $n=157$

	<i>n</i>
受診方法がわからない	51
面倒くさい	44
忙しい	36
若いため必要ない	28
無症状だから	25
恥ずかしい	17
検査が怖い	12
費用が高い	12
結果を知るのが怖い	4
その他	24
無回答	5

(複数回答あり)

#### 3) HPV ワクチン接種の有無と子宮頸がん検診受診の有無との関係

HPV ワクチン接種を受けた者と未接種の者との間には、子宮頸がん検診受診の有無について、有意な差はみられなかった( $p=0.289$ )。

#### 4) HPV および HPV ワクチン、子宮頸がん検診の知識

##### a. 中学生・高校生時点での HPV の知識

調査対象者164人に対して、中学生・高校生時点での HPV の知識の有無を尋ねた。HPV についての質問は「HPV は性行為によって感染する」「HPV 感染は子宮頸がんの原因となる」「7~8割の女性が一生のうちに1度は HPV に感染する」の3項目である。これらの3項目のうち、知っていたと答えた者が最も多かった項目は「HPV は性行為によって感染する」であり、72人(43.9%)だった。次いで、「HPV 感染は子宮頸がんの原因となる」には58人(35.4%)、「7~8割の女性が一生のうちに一度は HPV に感染する」には14人(8.5%)が知っていたと回答した。

##### b. 中学生・高校生時点での HPV ワクチンの知識

調査対象者164人に対して、中学生・高校生時点での HPV ワクチンの知識の有無を尋ねた。HPV ワクチンについての質問は「HPV ワクチン接種により子宮頸がんの約70%の発症が予防できる」「HPV ワクチンの効果継続期間」の2項目である。この2項目のうち、知っていたと答えた者が多かった方は「HPV ワクチン接種により子宮頸がんの約70%の発症が予防できる」であり、34人(20.7%)であった。「HPV ワクチンの効果継続期間」には5人(3.0%)

が知っていたと回答した。

### c. 調査時点での子宮頸がん検診の知識

調査対象者 164 人に対して、調査時点での子宮頸がん検診の知識の有無を尋ねた。検診についての質問は「検診ではがんになる前の段階で診断をすることができる」「HPV ワクチン接種後も検診受診が必要である」「2 年に 1 回の間隔で子宮頸がん検診が行われている」の 3 項目である。これらの 3 項目のうち、知っていると答えた者が最も多かった項目は「検診ではがんになる前の段階で診断をすることができる」であり、51 人 (31.1%) だった。次いで、「HPV ワクチン接種後も検診受診が必要である」には 47 人 (28.7%)、「2 年に 1 回の間隔で子宮頸がん検診が行われている」には 35 人 (21.3%) が知っていると回答した。

### 3. 「判断」・「行動」・「知識」の関係

ここでは、HPV ワクチン接種の判断の自発性が HPV ワクチン接種と子宮頸がん検診受診の行動に関係するかどうかを分析した。併せて、HPV ワクチン接種の判断の自発性が HPV およびワクチン、検診の知識の有無に関係するかどうかについても分析した。

また、HPV およびワクチン、検診の知識の有無が HPV ワクチン接種と子宮頸がん検診受診の行動に関係するかどうかを分析した。

#### 1) 「判断」と「行動」の関係

HPV ワクチン接種を受けるかどうかの判断につい

て「自発的に判断した者」と「受動的に判断した者」の 2 群に分類し、子宮頸がんの予防行動との関係を見た。その結果を表 5 に示す。対象者は、ワクチン接種を受けるかどうかの判断をした者が誰であるかについて回答した 157 人からその他の項目に回答した 8 人と無回答の 1 人を除外した 148 人である。なお、HPV ワクチン接種の判断に自身が含まれている場合を「自発的に判断した者」とし、他者のみで判断した場合を「受動的に判断した者」とした。

まず「ワクチン接種の判断の自発性」と「ワクチン接種の有無」との関係を見た。自発的に接種の判断をした者と受動的に接種の判断をした者との間には、HPV ワクチン接種の有無について、有意な差がみられた ( $p=.003$ )。自発的に判断した者よりも、受動的に判断した者のほうが、ワクチン接種率は有意に高かった。この結果より、他者から勧められた者のほうが HPV ワクチン接種を受けていることがわかる。

次に、「ワクチン接種の判断の自発性」と「子宮頸がん検診受診の有無」との関係を見た。自発的に接種の判断をした者と受動的に接種の判断をした者との間には、子宮頸がん検診受診の有無について、有意な差はみられなかった。

#### 2) 「判断」と「知識」の関係

知識については、中学生・高校生時点での HPV と HPV ワクチンの知識、調査時点での子宮頸がん検診の知識を尋ねている。HPV の知識に関する質問は 3

表 5 「判断」と「行動」および「判断」と「知識」の関係

		HPV ワクチン接種の判断の自発性		<i>p</i>
		自発的に判断した者	受動的に判断した者	
		<i>n</i>	<i>n</i>	
行動 ( <i>n</i> =148)				
HPV ワクチン接種の有無	接種	51	80	.003 *
	未接種	13	4	
子宮頸がん検診受診の有無	受診	4	2	.403
	未受診	60	82	
知識 ( <i>n</i> =148)				
当時の HPV の知識	あり	37	44	.511
	なし	27	40	
当時の ワクチンの知識	あり	15	19	.907
	なし	49	65	
調査時点での検診の知識	あり	29	41	.673
	なし	35	43	

\* $p<.05$  ※期待度数が 5 未満の場合には Fisher の正確確率検定を用いた

項目である。その3項目のうち、1項目でも知っていたと答えた者を「知識あり」とし、1項目も知っていたと答えられなかった者を「知識なし」とした。また、HPV ワクチンの知識に関する質問は2項目であり、子宮頸がん検診の知識に関する質問は3項目である。HPV ワクチンの知識と子宮頸がん検診の知識についても、同様に「知識あり」と「知識なし」の者に振り分けた。その結果、HPV の知識と検診の知識では、半数近くの者が「知識あり」に分類された一方で、ワクチンの知識では「知識あり」に分類された者は2割程度であった。

表5では「HPV ワクチン接種の判断の自発性」と「HPV およびワクチン、検診の知識の有無」との関係を示している。自発的に接種の判断をした者と受動的に接種の判断をした者との間には、いずれの知識についても有意な差はみられなかった。

3) 「知識」と「行動」および「知識」と「行動の理由」の関係

a. 「知識」と「行動」の関係

「知識」と「行動」の関係を表6に示す。HPV ワクチン接種の有無について、HPV の「知識あり」の者と「知識なし」の者との間には、有意な差はみられなかった。同様にワクチンの「知識あり」の者と「知識なし」の者との間にも、有意な差はみられなかった。一方、検診の「知識あり」の者と「知識なし」の者との間には、HPV ワクチン接種の有無について、有意な差がみられた ( $p=.037$ )。この結果をみると、検診の知識がある者よりもない者のほうが、ワクチン接種率が高かった。

また、HPV およびワクチン、検診のそれぞれの「知識あり」の者と「知識なし」の者との間には、子宮頸がん検診受診の有無について、いずれも有意な差はみられなかった。

b. 「知識」と「行動の理由」の関係

「知識」と「行動の理由」の関係を表7に示す。まず、「HPV およびワクチン、検診の知識の有無」と「ワクチン接種の理由」との関係をみた。HPV の「知識あり」の者と「知識なし」の者の間には、ワクチン接種の理由について、いずれも有意な差はみられなかった。ワクチンの「知識あり」の者と「知識なし」の者との間には、「有効性があると感じた」について、有意な差がみられた ( $p=.012$ )。この結果をみると、ワクチンの知識がある者のほうが、ない者と比べて、ワクチン接種を受けた理由に「有効性があると感じた」を選択している者の比率が高かった。

また、検診の「知識あり」の者と「知識なし」の者との間には、「子宮頸がんが怖い ( $p=.031$ )」および「費用が安かった ( $p=.046$ )」について、それぞれ有意な差がみられた。これらの結果をみると、検診の知識がある者のほうが、ない者と比べて、子宮頸がんを怖いと感じてワクチン接種を受けた者が多かった。同様に、検診の知識がある者のほうが、ない者と比べて、費用が安かったことを理由にワクチン接種を受けた者が多かった。

次に「HPV およびワクチン、検診の知識の有無」と「検診未受診の理由」との関係をみた。HPV の「知識あり」の者と「知識なし」の者との間には、検診未受診の理由について、いずれも有意な差はみられなかった。ワクチンの「知識あり」の者と「知識なし」の者との間には、「無症状だから」について、有意な差がみられた ( $p=.037$ )。この結果をみると、ワクチンの知識がある者よりも、ない者のほうが、検診未受診の理由に「無症状だから」を選択している者が多かった。

また、検診の「知識あり」の者と「知識なし」の者との間には、「恥ずかしい ( $p=.042$ )」および「結果

表6 「知識」と「行動」の関係

		当時の HPVの知識		p	当時の ワクチンの知識		p	調査時点での 検診の知識		p
		あり	なし		あり	なし		あり	なし	
		n	n	n	n	n	n			
行動 (n=164)										
HPVワクチン接種の有無	接種	73	66	.677	33	106	.394	63	76	.037*
	未接種	12	13		4	21		17	8	
子宮頸がん検診受診の有無	受診	3	4	.712	0	7	.352	6	1	.059
	未受診	82	75		37	120		74	83	

\* $p<.05$  ※期待度数が5未満の場合にはFisherの正確確率検定を用いた

表7 「知識」と「行動の理由」の関係

		当時の HPVの知識		p	当時の ワクチンの知識		p	調査時点での 検診の知識		p
		あり	なし		あり	なし		あり	なし	
		n	n	n	n	n	n			
HPVワクチン接種を受けた理由 (n=137)										
子宮頸がんになりたくないと思った	はい	43	40	.667	21	62	.68	36	47	.447
	いいえ	30	24		12	42		27	27	
子宮頸がんが怖い	はい	16	14	.995	8	22	.709	19	11	.031*
	いいえ	57	50		25	82		44	63	
将来、子宮頸がん罹患するかもしれない	はい	14	14	.696	4	24	.174	12	16	.71
	いいえ	59	50		29	80		51	58	
有効性を感じた	はい	17	15	.984	13	19	.012*	18	14	.183
	いいえ	56	49		20	85		45	60	
費用が安かった	はい	11	14	.303	9	16	.123	16	9	.046*
	いいえ	62	50		24	88		47	65	
検診未受診の理由 (n=152)										
費用が高い	はい	6	6	.849	3	9	1	5	7	.68
	いいえ	74	66		34	106		67	73	
忙しい	はい	24	12	.054	8	28	.734	21	15	.131
	いいえ	56	60		29	87		51	65	
若いため必要ない	はい	19	9	.074	8	20	.564	14	14	.757
	いいえ	61	63		29	95		58	66	
検査が怖い	はい	6	6	.849	3	9	1	6	6	.849
	いいえ	74	66		34	106		66	74	
面倒くさい	はい	22	22	.678	8	36	.259	22	22	.678
	いいえ	58	50		29	79		50	58	
恥ずかしい	はい	10	7	.587	5	12	.563	12	5	.042*
	いいえ	70	65		32	103		60	75	
結果を知るのが怖い	はい	2	2	1	2	2	.249	4	0	.048*
	いいえ	78	70		35	113		68	80	
無症状だから	はい	9	16	.068	2	23	.037*	14	11	.344
	いいえ	71	56		35	92		58	69	
受診方法がわからない	はい	23	28	.186	12	39	.868	15	36	.002*
	いいえ	57	44		25	76		57	44	

\* $p < .05$  ※期待度数が5未満の場合にはFisherの正確確率検定を用いた

を知るのが怖い ( $p=.048$ )」, 「受診方法がわからない ( $p=.002$ )」について, それぞれ有意な差がみられた。これらの結果をみると, 検診の知識がある者のほうが, ない者と比べて, 検診未受診の理由に「恥ずかしい」を選択している者が多かった。同様に, 検診の知識がある者のほうが, ない者と比べて, 検診未受診の理由に「結果を知るのが怖い」を選択している者が多かった。一方, 検診の知識がある者よりも, ない者のほうが, 検診未受診の理由に「受診方法がわからない」を選択している者が多かった。

## VI. 考察

### 1. 子宮頸がんの予防行動の実態

#### 1) HPV ワクチン接種について

HPV ワクチンの存在を知っている者は全体の 95.1% であり, そのうちの 88.5% の者が HPV ワクチン接種を受けていた。また, 全体のワクチン接種率は 84.8% であった。今回, 調査の対象となった大学生は 2010 年 11 月に公費助成の対象となり, 積極的接種の勧奨を受けた世代である。HPV ワクチン接種の公費助成

が開始される前に実施した野口、杉浦（2011）の調査報告によると、看護学部在籍女子大学生のHPV ワクチン接種率は1.6%だった。その接種率と比較すると、公費助成の対象となった調査対象者のHPV ワクチン接種率は大幅に高かった。

しかし、政府が2013年に定期接種の積極的勧奨を中止したことによって、接種希望者数は激減している（上田ら、2015）。今回の調査では、3回の接種を完遂した者の中には、副反応報道後にワクチン接種を受けた者は1割弱いたが、1～2回で接種を中断した者の中には、副反応報道後にワクチン接種を受けた者はいなかった（表2）。副反応の影響で接種を控えたことは否定できないが、択一式の質問であったため、接種を控えた者が副反応報道の前に控えたのか後であるのかはわからなかった。

HPV ワクチン接種を受けるかどうかの判断については、半数以上の者の判断に母親が関わっていた。また、半数以上の者が親の勧めをきっかけとしてワクチン接種を受けていた。ワクチン接種の公費助成の対象は小学校6年生～高校1年生であった。すなわち、対象者は未成年であり、保護者の監督下に置かれていた。そのため、対象者のうち、ワクチン接種を受けるかどうかを判断した者の9割弱が親だった。HPV ワクチン接種を受けるかどうかの判断においては親の意向によるものが多いと考えられる。

ワクチン接種を受けた理由では、約6割の者が「子宮頸がんになりたくないと思った」を選択していた（表3）。調査対象者は子宮頸がんの重大性を認識していることがうかがえる。一方で「将来、子宮頸がん罹患するかもしれない」ことを理由にワクチン接種を受けた者は2割程度であった。対象者は自身の子宮頸がん罹患の可能性を実感しておらず、危機感を感じていない可能性が考えられる。田中、国府（2012）は、女子大学生が子宮頸がんを自身とは無縁の疾患であると考えていることを報告していた。今回の調査対象者もその可能性があると思われる。田中、国府（2012）によると、子宮頸がんが自身にも起こりうる疾患であるという認識をもち、危機感を抱くことで受診行動につながる事が期待できる。そのため、今回の調査対象者が子宮頸がんを自身のこととして捉えられるように働きかけていく必要があると考えられる。

## 2) 子宮頸がん検診受診について

子宮頸がん検診の存在を知っている者は79.3%であった。子宮頸がんに関する野口らの報告では、看護学部在籍女子大学生の子宮頸がん検診の認知率は77.7%である（野口、杉浦、2011）。本調査と野口、杉浦の調査からも、看護学部在籍する学生であっても、約2割の者が子宮頸がん検診の存在を認知できて

いないことがわかった。

これまでに検診を受診したことがある者は164人中7人であり、検診受診率は4.3%だった。また、20歳以上の者に限定した検診受診率は5.1%だった。一方、厚生労働省が2010年に実施した国民生活基礎調査の報告では、日本の20歳代前半の女性の検診受診率は10.2%である（厚生労働省、2010）。このように、調査対象者の子宮頸がん検診受診率は、日本の20歳代前半の女性の検診受診率を下回っていた。

また、2010年に実施した野口、杉浦（2011）の子宮頸がんの予防行動に関する調査報告によると、看護学部在籍女子大学生のHPV ワクチン接種率は1.6%であり、子宮頸がん検診受診率は9.6%であった。2011～2012年に実施した和泉ら（2013）の調査報告では、看護学部在籍女子大学生のHPV ワクチン接種率は3.3%であり、子宮頸がん検診受診率は13.9%であった。これらの調査では、HPV ワクチン接種が公費助成の対象となる前の世代を対象としている。そのため、野口、杉浦（2011）や和泉ら（2013）の調査対象者のHPV ワクチン接種率は低い。しかし、野口、杉浦（2011）や和泉ら（2013）の調査対象者の検診受診率は、今回の調査対象者の検診受診率の2倍以上だった。その明確な理由は不明であるが、今回の調査対象者のほとんどはワクチン接種を受けていた。接種を受けたことで、検診受診の必要性の認識が薄まっていることも推測される。

また、今後の検診受診意思を尋ねた結果では、34.4%の者がどちらでもない・わからないと答えていた。検診の知識を尋ねた項目では「HPV ワクチン接種後も検診受診が必要である」について、知らないと答えた者が7割以上いた。この結果から検診受診の必要性を認識している者は少ないことがわかった。

野島（2013）によると、HPV ワクチン接種と子宮頸がん検診受診の併用によって、子宮頸がんの発生は95%予防可能となる。公費助成対象世代であり、ワクチン接種率が高い今回の調査対象者に対しては、検診の意義と必要性を合わせて説明し、確実な予防行動をとれるよう指導する必要があると思われる。

また、検診未受診の要因としては「時間がない」「恥ずかしい」「面倒くさい」など検診自体に負担を感じ、受診しないという傾向が強いことがこれまでに報告されている（田中、国府、2012）。今回の調査でも2割以上の者が「面倒くさい」「忙しい」と答えており、検診受診に負担を感じていた（表4）。検診受診の負担を軽減するためには、受診しやすい環境の整備が必要であると考えられる。

### 3) HPV および HPV ワクチン、子宮頸がん検診の知識について

中学生・高校生時点での HPV の知識について、認知率が最も高かった項目は「HPV は性行為によって感染する」であり、認知率は 43.9% だった。次いで「HPV 感染は子宮頸がんの原因となる」が 35.4% であった。調査対象者が中学生や高校生だった当時、対象者の 3, 4 割が HPV が子宮頸がんの主な要因であることや HPV の感染経路を知っていた。

中学生・高校生時点での HPV ワクチンの知識について、「HPV ワクチン接種により子宮頸がんの約 70% の発症を予防できる」の項目の認知率は 20.7% だった。中学生や高校生の時点では、HPV ワクチンの効果について知らなかった者も少なくなかったと思われる。

調査時点での検診の知識について、認知率が最も高かった項目は「検診ではがんになる前の段階で診断をすることができる」であったが、認知率は 31.1% だった。また、「HPV ワクチン接種後も検診受診が必要である」の項目の認知率は 28.7% だった。看護学部在籍する女子大学生を対象にした野口、杉浦 (2011) の調査報告では、同項目の認知率はよく知っているともあ知っているに答えた者を合わせて 32.5% だった。野口、杉浦 (2011) が報告した質問項目の認知率と比較すると、今回の調査対象者の同項目の認知率は低い。つまり、調査対象者はワクチン接種後の検診受診の必要性の認識が薄いことが考えられる。

## 2. 「判断」・「行動」・「知識」の関係

### 1) HPV ワクチン接種の判断の自発性との関係

自発的に判断した者と受動的に判断した者との間には、ワクチン接種の有無について、有意な差がみられた (表 5)。自発的に判断した者に比べて、受動的に判断した者のほうが、ワクチン接種率が有意に高かった。木村ら (2012) の報告でも、ワクチン接種を目的として外来を受診した女性は、その多くが母親から勧められて来ている。自身の意思で接種を受けに来た者は 20% であった。つまり、他者から勧められた者のほうがワクチン接種率は高く、未成年のうちから自らの判断でワクチン接種を受けることは難しいと考えられる。また、ワクチン接種を受ける本人への教育に加えて、その保護者に対する正しい知識の提供が必要と考えられる。

望ましい健康意識や健康習慣を有している者ほど、健康行動を実践する傾向がある (古谷野、上野、今枝、2006)。ワクチン接種を自発的に判断した者は望ましい健康意識を有していると考えられ、受動的に判断した者よりも子宮頸がん検診受診行動において、積極的であると予測していた。しかし、ワクチン接種の判断の自発性が子宮頸がん検診受診に関係があるとはい

えなかった (表 5)。また、ワクチン接種の判断の自発性が調査時点の検診の知識に関係があるともいえない (表 5)。自発的にワクチン接種の判断をした者はその当時、小学校 6 年生～高校 1 年生であった。その当時の自発性は、現在の子宮頸がん検診に対する行動や知識に影響を与えていないことが考えられる。

### 2) 子宮頸がんに関する知識との関係

#### a. 「知識」と「行動」の関係

HPV ワクチン接種の有無について、検診の知識がある者よりも、ない者のほうが、ワクチン接種率が有意に高かった (表 6)。なお、この結果は調査時点での検診の知識と当時のワクチン接種の行動との関係を示している。この結果の理由として、ワクチンを未接種の者が子宮頸がんを恐れ、検診に関する知識を獲得した可能性も考えられるが、明確な理由はこの調査では明らかにできなかった。

また、先行研究によると、子宮頸がん検診受診の意思のある者のほうが、ない者に比べて、関連する知識を有している (和泉ら、2013)。そのため、知識がある者のほうが、ない者に比べて検診の受診率が高いと予想していた。しかし、HPV およびワクチン、検診のそれぞれの知識がある者とない者との間には、子宮頸がん検診受診の有無について、有意な差はみられなかった (表 6)。よって、本研究の調査対象者の知識と検診受診の有無に関係があるとはいえない。しかし、検診の知識と子宮頸がん検診受診の有無との関係に注目すると、確率  $p$  は .059 であった。検診の知識がある者とない者との間には、子宮頸がん検診受診の有無について、有意な差はみられなかったが、サンプル数が小さいことによる可能性も考えられる。

#### b. 「知識」と「行動の理由」の関係

ワクチン接種を受けた理由については、ワクチンの知識がある者のほうが、ない者に比べて「有効性があると感じた」を選択している者の比率が高かった (表 7)。ワクチンの知識を有していたほうが、ワクチンに対して有効性を感じていることが示されている。知識がある者は有効性をワクチン接種の判断材料にしていたと思われる。

また、調査時点での検診の知識がある者のほうが、ない者と比べて検診未受診の理由に「恥ずかしい」を選択している者が多かった (表 7)。同様に、検診の知識がある者のほうが、ない者と比べて検診未受診の理由に「結果を知るのが怖い」を選択している者が多かった (表 7)。和泉ら (2013) は、検診未受診の理由を、看護学部の学生と他学部の学生とで比較している。その報告によると、看護学部の学生のほうが他学部の学生に比べて「恥ずかしい」や



「結果を知るのが怖い」を選択している者が有意に多かった。また、看護学部の学生のほうが、他学部の学生に比べて子宮頸がんに関する知識を有している者が有意に多かった。つまり、知識のある者のほうが、ない者に比べて、検診未受診の理由について「恥ずかしい」や「結果を知るのが怖い」を選択している者が有意に多かったことを示していた。これらの結果の明確な理由はこの調査では明らかにできなかった。しかし、子宮頸がん検診では、内診や細胞診が行われる。そういった知識を有しているため、検診受診に対して、抵抗を感じている者は少なくないと考えられる。

また、検診未受診者の3分の1が未受診の理由について「受診方法がわからない」を選択していた(表4)。さらに、検診の知識がある者よりも、ない者のほうが未受診の理由について「受診方法がわからない」に多く回答していた(表7)。検診の知識がない者は受診方法を知らない傾向にあるといえる。そのため、検診についての正しい知識の提供と検診受診方法を周知する機会を作っていく必要があると考える。

### 3. 子宮頸がん検診の受診率を向上させるための今後の対策

公費助成対象世代である調査対象者のHPV ワクチン接種率は高く、この対象者の子宮頸がん罹患患者数は低下することが期待できる。しかし、今回の調査対象者の子宮頸がん検診受診率は低い。その要因として、ワクチン接種を受けたことで、子宮頸がん検診への必要性の認識が薄まっていることが推測された。また、2割以上の者が検診受診に負担を感じており、子宮頸がんに関する知識も不足していた。

今後、公費助成対象世代である調査対象者に対して、子宮頸がんの予防を徹底するためには、子宮頸がん検診の必要性を理解してもらえようような情報の提供が必要となると考えられる。また、受診しやすい環境の整備や検診の正しい知識を持てるような教育の機会をつくることも必要であると考えられる。

本研究の限界として、調査対象者が医学的知識を有する看護学部の学生に限られていたことが挙げられる。また、検診の知識と子宮頸がん検診受診行動との関係を明確化するためには、さらなる継続調査が必要となる。本研究では、ワクチン接種の判断やきっかけづくりにおいて、親が関与していることが明らかとなったが、母親と父親の役割の差について今後検討する必要がある。また、HPV ワクチン接種の公費助成について、市区町村によって接種の開始時期や対象年齢、公費負担割合が異なる。さらに、ワクチン接種回数や時期については、わからないといった回答も得られ、事業が開始される前に既に1

回以上の接種を受けていた者は残りの接種分のみ助成となり、一部助成でワクチン接種を受けた者もいる可能性がある。そのため、対象者の当時の状況を今後明確化することで、子宮頸がん予防行動についてより包括的に明らかにできると考えられる。

## Ⅶ. 結 論

本研究では、看護学部に在籍する女子大学生のHPV ワクチン接種と子宮頸がん検診受診に関する実態調査を行った。公費助成対象世代である調査対象者のHPV ワクチン接種率は8割を超えていた。子宮頸がん検診の認知率は約8割であり、看護学部に在籍する学生であっても、約2割の者が子宮頸がん検診の存在を認識できていなかった。子宮頸がん検診の受診率は4.3%と低かった。その要因として、ワクチン接種を受けたことで、検診受診の必要性の認識が薄まっていることや対象者自身が子宮頸がん罹患する可能性を実感できていないこと、検診受診に負担を感じていることが推測された。

また、ワクチン接種の判断の自発性はHPV ワクチンの接種率に関係しており、他者から勧められた者のほうが、ワクチン接種率は高かった。一方で、接種の判断の自発性は子宮頸がん検診の受診率や調査時点の検診の知識には関係があるとはいえなかった。対象者が小学生や中学生だった当時のワクチン接種の判断の自発性は、現在の子宮頸がん検診に対する行動や知識に影響を与えていないことが考えられた。調査時点での検診の知識の有無は、検診未受診の理由の「受診方法がわからない」ことに関係していた。

これまでにHPV ワクチン接種の積極的勧奨を受け、その後接種勧奨中止となった世代を対象とした先行研究は見当たらない。本研究では、その世代を対象とした子宮頸がんの予防行動の実態調査を行い、その実態が明らかとなった。

対象者の子宮頸がん検診の受診率に影響した要因については、今後も継続的に調査が必要となる。しかし、本研究で得られた結果は、その世代の子宮頸がん検診受診率を向上させるための今後の対策を検討する際に、役立つことができると思われる。

## 謝 辞

本研究の質問紙調査にご協力いただきましたA大学の看護学部に在籍する女子大学生の皆様にご心より感謝申し上げます。また、滋賀県立大学副学長の倉茂好匡教授には本論文の書き方について、細部にわたるご指導、ご

助言を賜りました。深く感謝申し上げます。

## 文 献

- ・石野晶子 (2016). 重篤な有害事象報告前後における HPV ワクチンに対する保護者の認識と要望に関する研究. 民族衛生, 8 (26), 208-216.
- ・石渡勇, 石渡千恵子, 岡根夏美, 石渡恵美子, 石渡巖 (2004). 若年者の子宮頸がん検診とその意義. 産婦人科治療, 89 (3), 296-302.
- ・和泉美枝, 眞鍋えみ子, 吉岡友香子 (2013). 女子大学生の子宮がん検診受診と HPV ワクチン接種行動の関連要因に関する研究. 母性衛生, 54 (1), 120-129.
- ・亀崎明子, 田中満由美, 保田昌子, 福田葉子 (2013). 女子大学生の子宮頸がんに関する知識習得状況と予防行動の実態および関連要因の検討. 母性衛生, 54 (2), 303-310.
- ・片山友子, 水野由子, 稲田紘 (2013). 短大生の子宮頸がん予防のための検診とワクチン接種に関する意識調査. 総合健診, 40 (5), 512-524.
- ・川原由佳子, 齋藤暢一郎, 大西俊介, 吉村彩, 石原可愛, 横田卓, 橋野聡 (2015). 厚生労働省による積極的勧奨中止後に子宮頸がん予防ワクチン接種を受けた大学生への意識調査. 日本看護学会:ヘルスプロモーション, 45, 89-92.
- ・川名敬 (2015). HPV (子宮頸がん予防) ワクチンの効果と接種の現状, 今後. 日小医会報, 49, 61-66.
- ・木村円, 大丸貴子, 渡辺尚, 池田伴衣, 浅田京子, 藤原寛行, 松原茂樹, 鈴木光明 (2012). 子宮頸がん予防ワクチン接種の実態調査: 当科でのアンケート結果から. 栃木母性衛生, 38, 33-35.
- ・国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」(1975～2013). 地域がん登録全国推計によるがん罹患データ.
- ・厚生労働省 (2010). 性・年齢階級別がん検診受診率の推移. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001igt0-att/2r9852000001iguh.pdf> (2017年12月10日閲覧).
- ・厚生労働省 (2013). 平成25年度第2回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会, 配布資料. [http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034g8f-att/2r98520000034hte\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034g8f-att/2r98520000034hte_2.pdf) (2017年12月10日閲覧).
- ・厚生労働省 (2015). HPV ワクチンに関するこれまでの経緯及び対応, 資料1. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000103090.pdf> (2017年12月10日閲覧).
- ・古谷野亘, 上野正子, 今枝真理子 (2006). 健康意識・健康行動をもたらす潜在因子. 日本公衛誌, 53 (11), 842-850.
- ・松久雄紀, 広瀬英生, 後藤忠雄 (2013). 子宮頸癌予防ワクチンに対する意識調査. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 36 (4), 297-301.
- ・中村朋子, 齋藤充子, 川端宏果, 石見幸子, 鬼頭英明 (2017). 産褥期における子宮頸がんの予防行動促進に関する研究: 褥婦の子宮頸がんに対する意識調査を通じて. 母性衛生, 57 (4), 635-642.
- ・野口真由, 杉浦絹子 (2011). 看護系大学の女子大学生がもつ子宮頸がん予防に関する知識と意識の現状. 三重看護学誌, 13, 131-139.
- ・野島美知夫 (2013). 子宮頸がん予防のためのワクチンとがん検診. 順天堂醫事雑誌, 59 (1), 21-30.
- ・OECD Health Statistics (2013). <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (2017年12月14日閲覧)
- ・笹川寿之 (2009). ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチンの現状と課題. モダンメディア, 55 (10), 269-275.
- ・田中千春, 国府浩子 (2012). 若年者の子宮頸がん検診に関する知識と思い. 日本がん看護学会誌, 26 (2), 35-44.
- ・上田豊, 森本晶子, 高田友美, 松崎慎哉, 小林栄仁, 木村敏啓, 吉野潔, 木村正 (2015). 子宮頸がん予防ワクチンの定期接種率はどの程度まで低下しているのか. 日本産科婦人科学会雑誌, 67 (2), 665.
- ・WHO (2014). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/> (2018年11月18日閲覧)
- ・吉村沙耶佳, 花口裕美, 横田泉, 肥後沙也子, 嶋田雅子, 林田桃子, 宮崎寛子, 薬師地仁美, 吉海歩実, 片岡久美恵, 中塚幹也 (2015). HPV ワクチンに関する大学生の意識と報道の影響(会議録). 岡山県母性衛生, 31, 33-34.

## 研究ノート

# 乳幼児の key age 別にみた食生活および食教育に関する現状と課題 — A 町の実態調査より —



馬場 文<sup>1)</sup>, 小林 孝子<sup>1)</sup>, 川口 恭子<sup>1)</sup>, 小島 亜未<sup>3)</sup>  
田畑 真実<sup>2)</sup>, 浦田 民恵<sup>2)</sup>, 中本 潤<sup>2)</sup>, 齋藤かおり<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

<sup>2)</sup> 甲良町保健福祉課

<sup>3)</sup> 国立保健医療科学院生涯健康研究所

**要旨** A 町の乳幼児の食生活および家庭における食教育の実態を明らかにする目的で、2016 年 10 月から 2017 年 3 月の A 町乳幼児健診 (10 ヶ月児・1 歳 6 ヶ月児・2 歳 6 ヶ月児・3 歳 6 ヶ月児) 受診児の保護者 90 名を対象に自記式アンケート調査、および健診問診票と健診結果からの一部転記データを得た。その結果、10 ヶ月児および 1 歳 6 ヶ月児は、DVD 等の長時間 (3 時間以上) 視聴が認められた。1 歳 6 ヶ月児は、間食 3 回以上・糖分含有の菓子の摂取・糖分含有飲料の摂取割合が他年齢より高く、「食前 2 時間以内におやつを食べない」「ジュース・乳酸菌飲料等は特別な時の飲み物にする」の非実施率が、他年齢より高かった。2 歳 6 ヶ月児は、起床時刻・就寝時刻が遅い児の割合が他年齢より高かった。3 歳 6 ヶ月児は、「食事中にテレビをつけない」の非実施群で、DVD 等視聴時間が有意に長かった。また「食事の味付けは薄めにする」の非実施群は、母親の就労割合が有意に多かった。以上のことから、食事に集中し楽しむ環境づくりのため DVD 等の長時間視聴を是正する必要性、離乳完了までに望ましい間食の与え方について保護者に啓発を行う必要性、家族構成や母親の就労状況などの背景も考慮した望ましい間食の与え方の啓発の必要性、早寝早起きの習慣を就園前から定着させる必要性、母親だけではなく、父親や祖父母などの家族を巻き込んだ食教育の対策を検討する必要性が示唆された。

**キーワード** 乳幼児, 食生活, 食教育, 実態調査, 自記式アンケート調査

## I. 背景

わが国では、“食を通じた子どもの健全育成 (食育)” の重要性を示した「食育基本法」が 2005 (平成 17) 年に成立し、その後 10 年以上が経過している。この食育の推進については、食育基本法および国の第 3 次食育推進基本計画 (農林水産省消費・安全局消費者行政・食育課, 2016) において、地方公共団体による推進計画の策定等とこれに基づく施策の推進が定められている。本研究の調査フィールドである A 町においても、平成 23 (2011) 年に食育推進計画および健康増進計画を策定し、これに沿った施策を展開している。

A 町は、平成 28 (2016) 年 10 月 1 日現在、人口 6,900 人、高齢化率 30.5%、平成 28 (2016) 年の出生数が 42 人の町である (平成 28 年度湖東健康福祉事務所事業年報, 2018)。田園風景が特徴的な歴史ある地域だが、管轄の保健所管内 (1 市 4 町) では 2 番目に高齢化率が高

Current conditions and issues on dietary habits and education by key age of infant : from survey of actual situation in A town

Aya Baba<sup>1)</sup>, Takako Kobayashi<sup>1)</sup>, Kyoko Kawaguchi<sup>1)</sup>,  
Ami Kojima<sup>3)</sup>, Mami Tabata<sup>2)</sup>, Tamie Urata<sup>2)</sup>, Jun Nakamoto<sup>2)</sup>,  
Kaori Saito<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> Health and Welfare Section, Koura Town Office

<sup>3)</sup> Department of Health Promotion, National Institute of Public Health

2018 年 9 月 30 日受付, 2019 年 1 月 24 日受理

連絡先: 馬場 文

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

e-mail: baba.a@nurse.usp.ac.jp

い町である。従来からA町の健康課題として、メタボリックシンドロームに代表される成人期の生活習慣病やその予備軍の占める割合が、県内他市町のなかでも上位であること、そしてその影響によると考えられる虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病・腎疾患による医療費も高額であることが挙げられている（A町国民健康保険保健事業実施計画，2016）。このような健康課題の背後には、「食後に間食を摂る習慣が多い」「満足するまで食べるという食習慣」があると、町では分析している（A町国民健康保険保健事業実施計画，2016）。

このような背景のもと、筆者らはA町における成人期の生活習慣病などの健康課題を検討するなかで、成人だけではなく、その子や孫世代となる乳幼児の食生活に着目する必要性を感じた。その理由として、A町の特徴として「日常の生活習慣も若い世代に受け継がれていく傾向があり、家族ぐるみで生活改善指導が必要なケースが多い」（A町国民健康保険保健事業実施計画，2016）ということがある。とくにA町は3世代で構成される世帯が多く、なかでも6歳未満の子どもがいる世帯総数のうち3世代世帯の占める割合が34.0%であり県の16.0%に比べて多い（e-Stat 政府統計の総合窓口，平成22年国勢調査人口等基本集計をもとに筆者が算出）という特徴もある。このようなことから、家庭のなかで前述したA町の成人の生活習慣が受け継がれやすく、乳幼児の食習慣の形成にも影響を及ぼしているおそれがあるのではないかと考えたのである。

実際に、食習慣（とくに間食）も要因の1つとされる子どものう歯については、かねてよりA町の健康課題として指摘されてきた。平成28年度3歳児歯科健康診査集計結果（滋賀県歯科保健関係資料集平成29年度版）によると、A町のう歯罹患率は20.0%で県全体の17.4%より高く、県内19市町のうち第4位であった。同じく3歳児の1人平均う歯数は0.818本で県全体の0.603本より多く、県内19市町のうち第2位であった。さらに、乳幼児健診の場でも間食やジュースを子どもに我慢させず与えてしまう保護者が散見されること、町立小・中学校で「味が薄い」と学校給食を残す児童生徒が近隣市町に比べて多いこと等、保健・教育関係者が実感している課題もあった。

そこで、乳幼児期に望ましい食習慣を形成するための、A町の実態に即した対策を検討する基礎資料として、A町の乳幼児の生活や食事の状況、家庭における栄養摂取や食習慣に関する保護者の意識と食教育の現状について、実態調査を実施したので報告する。

## II. 目的

本研究は、A町の乳幼児の食生活および家庭における食教育の実態を明らかにし、乳幼児健診受診年齢別（以下、健診年齢別）に食教育における課題を探求することを目的とする。

## III. 用語の定義

本稿では、「子ども自身が、自分にあった、健康を維持するための食事内容・量を調節する習慣を身につけるために、保護者など身近な大人がくり返し日常生活のなかで行う働きかけ」を、乳幼児に対する「食教育」と定義する。

## IV. 方法

### 1. 研究デザイン

研究デザインは、量的記述的研究デザインとした。

### 2. 対象者

平成28（2016）年10月から平成29（2017）年3月のA町の乳幼児健康診査：10ヵ月児・1歳6ヵ月児・2歳6ヵ月児・3歳6ヵ月児（以下、健診とする）を受診した子どもの保護者103名のうち、本研究の趣旨に賛同し同意した者とした。

### 3. データ収集方法と調査項目

健診の受付を済ませた対象者に研究の趣旨説明を行い、同意を得たのち無記名自記式アンケート調査票を配布した。調査項目は、①対象属性、②保護者の食教育行動と意識に関する19項目（4件法「している～していない」）、③保護者の食事準備の知識・技術や負担感に関する項目（4件法「ある～ない」）であり、健診終了までに回答記入を依頼し当日回収した。さらに、健診受診児の生活状況；起床・就寝時刻、間食回数、間食・飲料の内容、う歯の状況については、保護者の同意を得て、既存の間診票および健診個票から研究者が転記した。

なお、調査項目は、名村ら（2009）、会退ら（2011）、前大道ら（2014）、竹下ら（2016）の先行研究を参考にして設定した。

### 4. 分析方法

対象者・健診受診児の属性、健診受診児の生活状況、および間食については、健診年齢ごとに単純集計を行った。さらに起床時刻は5～7時台（以下8時前とする）と8～9時台（以下8時以降とする）に、就寝時刻は20～21時台（以下22時前とする）と22～24時台（以下22時以降とする）に分けて集計し健診別に比較した。

DVD・テレビ・動画視聴時間は、健診年齢別に平均値を求めて比較した。

保護者の食教育行動と意識については、「している・だいたいしている」の回答を実施群、「あまりしていない・していない」の回答を非実施群とし、健診年齢別に2群間の比較を行った。食事準備の知識・技術や負担感の有無についても、「ある・まあまあある」の回答者を「あり」、「あまりない・ない」の回答者を「なし」とし、健診年齢別に2群間の比較を行った。2群間の差の有無については、1変量のカイ2乗検定を用いた。有意水準は0.05%とした。

保護者の食教育に関する行動・意識の19項目のうち、非実施群が3分の1以上を占める項目について、母親の勤務の有無、子の就園の有無、子の生活習慣（就寝時刻、起床時刻、DVD・テレビ・動画の視聴時間）、食事作りに関する知識や技術の有無、食事作りに対する負担感の有無との関係をみた。Fisherの正確確率検定を用い、有意水準は5%とした。

以上の集計および検定には、IBM SPSS Statistics Version 25を用いた。

## 5. 倫理的配慮

調査対象者には、調査の趣旨と内容を、口頭および文書にて十分に説明した。その上で同意の得られた者に対して調査票への記入を依頼した。調査への参加は対象者の自由意思によるものとし、拒否や中断の自由と、そのことによる不利益や健診結果への影響は生じないことを保証した。また、調査で得られた情報は、本研究以外の目的で使用しないこと、個人情報の保護に努めることを保証した。

健診の待ち時間を利用して調査票記入を依頼したが、健診の流れを妨げないよう、また受診児の安全を確保するように研究者2名が健診会場でのサポートを行った。

なお、本研究は、滋賀県立大学研究に関する倫理審査委員会の承認を受けたのち実施した（平成28年8月26日受付、第557号）。

## V. 結果

アンケート調査の回収状況は、10ヵ月児健診；21件、有効回答数21件（受診23件に対して91.3%）、1歳6ヵ月児健診；26件、有効回答数25件（受診28件に対して92.9%）、2歳6ヵ月児健診；19件、有効回答数19件（受診19件に対して100.0%）、3歳6ヵ月児健診；25件、有効回答数25件（受診33件に対して75.8%）であった。

### 1. 回答者と健診受診児の属性（表1）

回答者は95.6%が母親であった。回答者の仕事は、55.6%が家事・育児、25.6%が常勤勤務、14.4%が非常

勤勤務であった。その他3.3%は自営業であった。

健診受診児の性別は、男児52.2%、女児45.6%、不明2.2%であった。

保育園等の就園状況は、就園あり37.8%（10ヵ月児9.5%、1歳6ヵ月児32.0%、2歳6ヵ月児42.1%、3歳6ヵ月児64.0%）、就園なし56.7%、不明5.6%であった。

### 2. 健診受診児の生活状況（表1）

起床時刻は、10ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳6ヵ月児では60%以上が7時台であったが、2歳6ヵ月児は7時台が36.8%であった。また起床時刻が8時以降の割合は、2歳6ヵ月児が26.3%と最も多かった。

就寝時刻は、どの健診年齢においても21時台が最も多かった。1歳6ヵ月児は約70%が、10ヵ月児・3歳6ヵ月児は約60%が21時台であったのに対し、2歳6ヵ月児は36.8%であった。22時以降の就寝は、10ヵ月児14.3%、1歳6ヵ月児24.0%、2歳6ヵ月児31.6%、3歳6ヵ月児28.0%であり、2歳6ヵ月児が最も多かった。

1日あたりのDVD・テレビ・動画等の視聴時間は、10ヵ月児は平均1.85時間（最長5時間・最短1時間）、1歳6ヵ月児は平均2.64時間（最長5時間・最短1時間）、2歳6ヵ月児は平均2.79時間（最長6時間・最短1時間）、3歳6ヵ月児は平均2.61時間（最長5時間・最短1時間）であった。

### 3. 受診児の間食・飲料、および歯の状況（表1）

1日の間食回数は、10ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳6ヵ月児は間食1回のものが最も多くを占めた。2歳6ヵ月児では2回が36.8%と最も多かった。間食2回以上の割合は10ヵ月児9.6%、1歳6ヵ月児36.0%、2歳6ヵ月児52.6%、3歳6ヵ月児28.0%であった。

健診の間診票に記載された飲み物に、ジュース・乳酸菌飲料・ミルクココア・スポーツドリンクといった糖分含有飲料があったものは全対象のうち、12.2%であった。健診別では、10ヵ月児4.8%、1歳6ヵ月児16.0%、2歳6ヵ月児10.5%、3歳6ヵ月児4.0%であった。

健診の間診票に記載された間食に、クッキー・チョコレート・あめ・ゼリー・グミ・アイスクリームといった糖分含有の菓子があったものは、全対象のうち53.3%であった。健診別では、10ヵ月児38.1%、1歳6ヵ月児64.0%、2歳6ヵ月児63.2%、3歳6ヵ月児健診48.0%であった。

歯科診察結果では、1歳6ヵ月児には歯有病者が無かったが、2歳6ヵ月児では2本以上歯を有する割合が10.6%、3歳6ヵ月児になると24.0%に上昇していた。

### 4. 保護者の食教育に関する行動や意識（表2）

保護者の食教育行動や意識についての多くの項目で（10ヵ月児10項目、1歳6ヵ月児16項目、2歳6ヵ月児16項目、3歳6ヵ月児14項目）実施群（以下、意識している群とする）の占める割合が有意に高い結果と

表 1 回答者の属性、および健診受診児の状況

	10ヵ月児健診 n = 21		1歳6ヵ月児健診 n = 25		2歳6ヵ月児健診 n = 19		3歳6ヵ月児健診 n = 25		合 計 n = 90		
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
受診児との 関係	父	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0	1	1.1
	母	21	100.0	25	100.0	17	89.5	23	92.0	86	95.6
	祖父	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	祖母	0	0.0	0	0.0	1	5.3	2	8.0	3	3.3
	その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
回答者の仕事	家事・育児	14	66.7	14	56.0	11	57.9	11	44.0	50	55.6
	常勤勤務	6	28.6	4	16.0	5	26.3	8	32.0	23	25.6
	非常勤勤務	0	0.0	7	28.0	3	15.8	3	12.0	13	14.4
	その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	12.0	3	3.3
	未記入	1	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1
受診児性別 ※	男	10	47.6	13	52.0	12	63.2	12	48.0	47	52.2
	女	9	42.9	12	48.0	7	36.8	13	52.0	41	45.6
	未記入	2	9.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.2
受診児就園 有無 ※	あり	2	9.5	8	32.0	8	42.1	16	64.0	34	37.8
	なし	15	71.5	16	64.0	11	57.9	9	36.0	51	56.7
	未記入・不明	4	19.0	1	4.0	0	0.0	0	0.0	5	5.6
受診児 起床時刻 ※	5時台	0	0.0	1	4.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1
	6時台	3	14.3	3	12.0	5	26.3	7	28.0	18	20.0
	7時台	14	66.7	17	68.0	7	36.8	16	64.0	54	60.0
	8時台	2	9.5	1	4.0	3	15.8	1	4.0	7	7.8
	9時台	1	4.8	3	12.0	2	10.5	1	4.0	7	7.8
	未記入・不明	1	4.8	0	0.0	2	10.5	0	0.0	3	3.3
受診児 就寝時刻 ※	20時台	4	19.0	2	8.0	4	21.1	4	16.0	14	15.6
	21時台	13	62.0	17	68.0	7	36.8	14	56.0	51	56.7
	22時台	2	9.5	3	12.0	3	15.8	6	24.0	14	15.6
	23時台	1	4.8	2	8.0	3	15.8	1	4.0	7	7.8
	24時台	0	0.0	1	4.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1
	未記入・不明	1	4.8	0	0.0	2	10.5	0	0.0	3	3.3
受診児の DVD・テレビ・ 動画視聴時間	1時間	9	42.9	5	20.0	1	5.3	3	12.0	18	20.0
	2時間	8	38.1	7	28.0	10	52.6	9	36.0	34	37.8
	3時間	1	4.8	8	32.0	3	15.8	7	28.0	19	21.1
	4時間	1	4.8	2	8.0	3	15.8	2	8.0	8	8.9
	5時間以上	1	4.8	3	12.0	2	10.5	3	12.0	9	10.0
	未記入	1	4.8	0	0.0	0	0.0	1	4.0	2	2.2
受診児の 外遊び	よく遊ぶ	4	19.0	12	48.0	8	42.1	10	40.0	34	37.8
	まあまあ遊ぶ	6	28.6	12	48.0	9	47.4	12	48.0	39	43.3
	あまり遊ばない	9	42.9	1	4.0	2	10.5	1	4.0	13	14.4
	遊ばない	2	9.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.2
	未記入	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	8.0	2	2.2
受診児の う歯本数 ※	0本	—	—	25	100.0	17	89.5	19	76.0	61	67.8
	2本	—	—	0	0.0	1	5.3	4	16.0	5	5.6
	3本	—	—	0	0.0	1	5.3	2	8.0	3	3.3
受診児の 間食回数 ※	0回	3	14.3	0	0.0	2	10.5	1	4.0	6	6.7
	1回	13	61.9	6	24.0	6	31.6	11	44.0	36	40.0
	2回	1	4.8	4	16.0	7	36.8	4	16.0	16	17.8
	3回	1	4.8	4	16.0	3	15.8	3	12.0	11	12.2
	4回	0	0.0	1	4.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1
糖分含有飲料 の有無 ※	あり	1	4.8	4	16.0	2	10.5	4	16.0	11	12.2
	なし	19	90.5	21	84.0	15	78.9	21	84.0	76	84.4
	未記入・不明	1	4.8	0	0.0	2	10.5	0	0.0	3	3.3
受診児の 間食の種類 ※	なし	11	52.4	0	0.0	0	0.0	3	12.0	14	15.6
	砂糖含	8	38.1	14	56.0	8	42.1	9	36.0	39	43.3
	脂質・塩分含	0	0.0	1	4.0	1	5.3	1	4.0	3	3.3
	砂糖・脂質・塩分含	0	0.0	2	8.0	4	21.1	3	12.0	9	10.0
	判断不能	0	0.0	4	16.0	3	15.8	4	16.0	11	12.2
	未記入	2	9.5	4	16.0	3	15.8	5	20.0	14	15.6

※印の項目は、回答者の了解を得て、健診当日の間診票および健診個票より転記した。

表 2 保護者の食教育行動および食教育に関する意識について

	10ヵ月児 (n=21)			1歳6ヵ月児 (n=25)			2歳6ヵ月児 (n=19)			3歳6ヵ月児 (n=25)		
	実施	非実施	欠損値	実施	非実施	欠損値	実施	非実施	欠損値	実施	非実施	欠損値
食前2時間以内におやつを食べない	13	8	0	13	12	0	13	6	0	13	10	2
	61.9%	38.1%	0.0%	52.0%	48.0%	0.0%	68.4%	31.6%	0.0%	52.0%	40.0%	8.0%
食事中にテレビをつけない	13	8	0	12	13	0	9	10	0	14	10	1
	61.9%	38.1%	0.0%	48.0%	52.0%	0.0%	47.4%	52.6%	0.0%	56.0%	40.0%	4.0%
ジュース・乳酸菌飲料等は特別なときの飲み物にする	16	5	0 *	9	16	0	15	4	0 *	12	12	1
	76.2%	23.8%	0.0%	36.0%	64.0%	0.0%	78.9%	21.1%	0.0%	48.0%	48.0%	4.0%
食事作り・後片付けを一緒にする	—	—	—	25	0	0 *	10	8	1	12	12	1
	—	—	—	100.0%	0.0%	0.0%	52.6%	42.1%	5.3%	48.0%	48.0%	4.0%
食事の味付けを薄めにする	18	3	0 *	18	7	0 *	14	5	0 *	15	9	1
	85.7%	14.3%	0.0%	72.0%	28.0%	0.0%	73.7%	26.3%	0.0%	60.0%	36.0%	4.0%
食事の前に手を洗う	13	8	0	18	7	0 *	17	2	0 *	20	3	2 *
	61.9%	38.1%	0.0%	72.0%	28.0%	0.0%	89.5%	10.5%	0.0%	80.0%	12.0%	8.0%
食事のあいさつを言う	20	1	0 *	22	3	0 *	19	0	0 *	24	1	0 *
	95.2%	4.8%	0.0%	88.0%	12.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	96.0%	4.0%	0.0%
1日3食規則正しく食べる	20	1	0 *	24	1	0 *	18	1	0 *	25	0	0 *
	95.2%	4.8%	0.0%	96.0%	4.0%	0.0%	94.7%	5.3%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
好き嫌いをしていない	—	—	—	18	7	0 *	16	3	0 *	20	5	0 *
	—	—	—	72.0%	28.0%	0.0%	84.2%	15.8%	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%
家族一緒に食べる	18	3	0 *	25	0	0 *	19	0	0 *	24	1	0 *
	85.7%	14.3%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	96.0%	4.0%	0.0%
栄養のバランスをとる	18	2	1 *	23	2	0 *	18	1	0 *	20	5	0 *
	85.7%	9.5%	4.8%	92.0%	8.0%	0.0%	94.7%	5.3%	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%
食べる時の姿勢を良くする	—	—	—	19	6	0 *	17	2	0 *	23	2	0 *
	—	—	—	76.0%	24.0%	0.0%	89.5%	10.5%	0.0%	92.0%	8.0%	0.0%
食事を楽しく食べる	20	1	0 *	25	0	0 *	19	0	0 *	24	1	0 *
	95.2%	4.8%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	96.0%	4.0%	0.0%
食事を手作りにする	18	3	0 *	25	0	0 *	19	0	0 *	23	1	0 *
	85.7%	14.3%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	92.0%	4.0%	0.0%
子どもに合った分量で食べ残さない	—	—	—	23	2	0 *	16	3	0 *	23	1	1 *
	—	—	—	92.0%	8.0%	0.0%	84.2%	15.8%	0.0%	92.0%	4.0%	4.0%
よく噛んで食べる	17	3	1 *	25	0	0 *	18	1	0 *	23	1	1 *
	81.0%	14.3%	4.8%	100.0%	0.0%	0.0%	94.7%	5.3%	0.0%	92.0%	4.0%	4.0%
はしやスプーンを正しく使う	—	—	—	20	5	0 *	18	1	0 *	22	1	2 *
	—	—	—	80.0%	20.0%	0.0%	94.7%	5.3%	0.0%	88.0%	4.0%	8.0%
旬の食べ物を摂る	—	—	—	19	6	0 *	16	3	0 *	20	3	2 *
	—	—	—	76.0%	24.0%	0.0%	84.2%	15.8%	0.0%	80.0%	12.0%	8.0%
多様な味を体験する	18	2	1 *	21	4	0 *	15	4	0 *	18	5	2 *
	85.7%	9.5%	4.8%	84.0%	16.0%	0.0%	78.9%	21.1%	0.0%	72.0%	20.0%	8.0%

■ : 非実施群が3分の1以上を占めるもの

\*p<0.05 (一変量のカイ2乗検定)

なった ( $p < 0.05$ ).

意識している群が有意に多かった項目以外では、非実施群(以下、意識していない群とする)の占める割合が3分の1(33.3%)以上を占める結果となった。なかでも、「食前2時間以内におやつを食べない」ことを意識していない群はすべての健診年齢で3分の1以上を占め、とくに1歳6ヵ月児が48.0%と最も高かった。同じく「食事中にテレビをつけない」ことを意識していない群も、すべての健診年齢で3分の1(33.3%)以上を占めた。とくに1歳6ヵ月児が52.0%、2歳6ヵ月児が52.6%と高かった。また、「ジュース・乳酸菌飲料等は特別な時

の飲み物にする」ことを意識していない群は、1歳6ヵ月児で64.0%と高い割合を占めた。さらに「食事の味付けを薄くする」ことを意識していない群は、10ヵ月児では14.3%と少ないが、健診年齢が上がるにつれて意識していない群が増加し、3歳6ヵ月児では42.1%であった。

## 5. 保護者の食教育に関する意識や行動と生活状況との関係(表3, 表4)

1歳6ヵ月児において「食事中にテレビをつけない」ことを意識していない群は、起床時間が8時前と早いものが有意に多く、「食事を整えるための知識や技術がな

い」と回答したものが有意に多かった(表3)。さらに「食前2時間以内におやつを食べない」ことを意識していない群では、母親が就労しているものが有意に多かった(表4)。

3歳6ヵ月児において「食事中にテレビをつけない」ことを意識していない群は、「DVD視聴時間」が3～5時間と有意に長く(表3)、「食前2時間以内におやつを食べない」ことを意識していない群では、「食事を整えるための知識や技術がない」と回答したものが有意に多

かった(表4)。

## VI. 考 察

子どもの起床や就寝の時刻は、食事のリズムや食欲に影響するものと考えられるが、今回の調査結果から子どもの起床時刻・就寝時刻の状況をみると、A町の乳幼児はおおむね早寝早起きができていることがうかがわれ

表3 「食事中にテレビをつけない」を心がけたり教えているか

		10ヵ月児 (n=21)				1歳6ヵ月児 (n=25)				2歳6ヵ月児 (n=17)				3歳6ヵ月児 (n=23)			
		実施	非実施	欠損値	p値	実施	非実施	欠損値	p値	実施	非実施	欠損値	p値	実施	非実施	欠損値	p値
起床時刻 (※1)	8時前	10	7	1	1.000	8	13	—	0.039*	6	5	1	0.308	13	7	1	0.156
	8時以降	2	1			4	0			1	4			0	2		
就寝時刻 (※2)	22時前	9	8	1	0.242	9	10	—	1.000	6	4	1	0.145	12	6	1	0.264
	22時以降	3	0			3	3			1	5			1	3		
DVD等視聴時間	1～2時間/日	11	6	2	1.000	6	6	—	1.000	5	4	1	0.145	9	2	3	0.022*
	3～5時間/日	1	1			6	7			1	6			2	7		
子の就園	あり	1	1	—	—	3	5	1	0.679	3	3	—	0.644	7	6	1	0.674
	なし	8	7			8	8			4	7			6	3		
母の勤務	あり	3	3	1	0.642	5	6	—	1.000	5	2	—	0.058	7	5	1	1.000
	なし	9	5			7	7			2	8			6	4		
食事を整えるための知識や技術	あり	6	5	1	0.374	8	3	—	0.047*	6	7	—	0.603	9	2	4	0.074
	なし	7	2			4	10			1	3			3	5		
食事用意の負担感	あり	7	3	—	0.659	2	3	—	1.000	3	5	—	1.000	2	3	4	0.305
	なし	6	5			10	10			4	5			10	4		

\*p<0.05 Fisherの正確確率検定

※1：起床時刻が5～7時台であったものを8時前、8時～9時台であったものを8時以降、とした。

※2：就寝時刻が20～21時台であったものを22時前、22～24時台であったものを22時以降、とした。

表4 「食前2時間以内におやつを食べない」を心がけたり教えているか

		10ヵ月児 (n=21)				1歳6ヵ月児 (n=25)				2歳6ヵ月児 (n=19)				3歳6ヵ月児 (n=23)			
		実施	非実施	欠損値	p値	実施	非実施	欠損値	p値	実施	非実施	欠損値	p値	実施	非実施	欠損値	p値
起床時刻 (※1)	8時前	9	8	1	0.242	11	10	—	1.000	8	3	1	1.000	12	7	2	1.000
	8時以降	3	0			2	2			4	1			1	1		
就寝時刻 (※2)	22時前	10	7	1	1.000	11	8	—	0.378	8	2	1	0.604	12	5	2	0.253
	22時以降	2	1			2	4			4	2			1	3		
DVD等視聴時間	1～2時間/日	10	7	2	0.509	7	5	—	0.695	7	2	1	0.596	7	4	4	1.000
	3～5時間/日	2	0			6	7			4	3			5	3		
子の就園	あり	1	1	4	1.000	3	5	1	0.667	5	1	—	0.600	6	6	2	0.367
	なし	9	6			9	7			7	4			7	2		
母の勤務	あり	3	3	1	0.642	3	8	—	0.047*	5	2	—	1.000	6	5	2	0.659
	なし	9	5			10	4			7	3			7	3		
食事を整えるための知識や技術	あり	7	4	1	1.000	7	4	—	0.428	9	4	—	1.000	10	1	4	0.041*
	なし	6	3			6	8			3	1			3	5		
食事用意の負担感	あり	6	4	—	1.000	1	4	—	0.160	5	3	—	0.620	4	1	4	1.000
	なし	7	4			12	8			7	2			9	5		

\*p<0.05 Fisherの正確確率検定

※1：起床時刻が5～7時台であったものを8時前、8時～9時台であったものを8時以降、とした。

※2：就寝時刻が20～21時台であったものを22時前、22～24時台であったものを22時以降、とした。



た。しかし、健診年齢が上がるにつれて起床時刻・就寝時刻が遅い児の割合が増える傾向が認められた。とくに2歳6ヵ月児の8時以降の起床と22時以降の就寝の割合が10ヵ月児・1歳6ヵ月児と比較して増加していた。綾部ら（2005）の先行研究では、目覚めが悪い幼稚園・保育園児の平均就寝時刻が21時36分と遅く、目覚めが良い幼稚園・保育園児の平均就寝時刻が20時54分であったことから、21時までには就寝することを推奨している。就寝時刻につづき起床時刻も遅くなり目覚めが悪ければ、朝食欠食につながるおそれを綾部ら（2005）も指摘している。幼児期は発育と運動量が増加する時期であり、脳の発達や心身の発育のためにも適切な栄養素量を補う必要があると後藤（2011）は述べており、そのためにも幼児期の朝食欠食を防ぐ必要がある。A町の乳幼児は、就園している割合が増加するためか、3歳6ヵ月児で起床・就寝時刻が早い方にシフトしている傾向がみてとれる。就園のためだけではなく、それ以前の2歳6ヵ月児においても規則正しい食事と栄養摂取のために早寝早起きの習慣がより多くの児に定着するように啓発や保健指導を行っていくことが必要であると考えられる。

DVD等動画視聴時間についても、健診年齢が上がるにつれて視聴時間の長い割合が増える傾向にあった。平成27年度乳幼児栄養調査（厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課，2016）によれば、2～6歳の子どもが「家で1日に平均でテレビやビデオを見る時間、ゲーム機やタブレット等を使用する時間は、平日、休日とも1～2時間（平日54.9%、休日45.7%）と回答した割合が最も高かった。平日で約2割、休日で約4割の子どもが、1日平均で3時間以上テレビやビデオを見たり、ゲーム機やタブレット等を使用」との結果が報告されている。本研究結果の各健診受診児平均DVD等視聴時間と比較すると、A町の乳幼児にもおおむね同様の傾向が認められたといえる。ただA町の調査結果で注目したいのは、3時間以上の視聴が10ヵ月児で14.4%、1歳6ヵ月児で52.0%であったことである。言語発達や社会性の発達のみならず、食生活も離乳完了から幼児食に移行していくこの時期の長時間視聴は、食教育上も望ましくない影響があることが懸念される。前大道ら（2014）の報告では、「平日のテレビ視聴時間」が望ましい食教育に影響していたと述べられている。本研究においても、3歳6ヵ月児の「食事中にテレビをつけない」ことを意識していない群には「DVD等視聴時間」が有意に長いということ、1歳6ヵ月児の「食事中にテレビをつけない」ことを意識していない群には保護者の「食事を整えるための知識や技術がない」との回答が有意に多いという現状が認められた。これは、保護者自身に食事の準備や環境づくりに対する自信がない・積極的ではない・多忙でゆとりがない・テレビや動画視聴の規律意識に乏しいなどの背景があるこ

とが予想される。しかし、テレビ視聴等について自己コントロールが十分にできない乳幼児に対して、食事に集中し楽しむことができる環境を保護者が整えていくことが食教育行動のひとつとして大切であり、またDVD等動画視聴の時間が生活時間の多くを占めることにより、身体活動の減少や、そのことによる食欲低下なども懸念されることから、とくに1日3時間以上など視聴時間の長い乳幼児には留意し、食事の環境等について丁寧に聴き取りながら、自律的な視聴と食教育を保護者が実践できるよう保健指導を行う必要があると考えられる。

テレビ視聴に関しては、1歳6ヵ月児において「食事中にテレビをつけない」ことを意識していない群は、起床時間が8時前と早いものが多いという結果も明らかになった。むしろ起床時間が遅いものが多いということ予想していたが、今回このような結果を得た理由に関しては十分な知見が得られておらず、今後の課題としたい。

間食については、「子どもの間食」に関する考え方（公益社団法人日本小児歯科学会，2012）において、幼児前期（3歳未満）の好ましい間食は、1～2回/日・単なる菓子類ではなく補食として栄養素を整えるものであるとされている。A町では、間食回数が3回以上の割合は各健診年齢のなかで1歳6ヵ月児が20.0%と最も多かった。また、クッキー・チョコレート・プリン・ゼリー・グミ・アイスクリーム・菓子パンなど糖分含有の菓子を間食として摂取している割合は、全体で半数以上、1歳6ヵ月児と2歳6ヵ月児では6割以上、さらに離乳期間中の10ヵ月児でも4割近くあることが明らかになった。また飲み物として、ジュース・乳酸菌飲料・ミルクココア・スポーツドリンクといった糖分含有飲料を摂取している割合は、1歳6ヵ月児が16.0%で各健診年齢のなかで最も高いことが明らかになった。さらに、保護者の食教育に関する行動と意識のうち間食に関する「食前2時間以内におやつを食べない」「ジュース・乳酸菌飲料等は特別な時の飲み物にする」の2つの項目についても、1歳6ヵ月児の非実施率が、他の健診年齢と比較して最も高い現状であった。前出の「子どもの間食」に関する考え方（公益社団法人日本小児歯科学会，2012）によれば、好ましくない間食の与え方として「子どもが欲しがるときに与える」が挙げられているが、食前2時間以内におやつを食べたり、ジュース・乳酸菌飲料を日常的に与えたりしてしまうことは、「好ましくない間食の与え方」に類するものといえる。また、今回の調査では1歳6ヵ月児でう歯を有するものは0人であったが、2歳6ヵ月児以降になるとう歯を有する児が増加している。これには、歯が生えはじめる10ヵ月児や1歳6ヵ月児の時期の間食の与え方の実態が関係していることが推察される。つまり、10ヵ月児から1歳6ヵ月児の年代での間

食の与え方が、う歯罹患のターニングポイントであるといえる。三藤(2006)は、「甘味食品の摂取時期が早い(6～12ヵ月)ほど1歳6ヵ月時、3歳時ともう蝕が発症しやすいことが認められた」と述べている。A町においても甘味食品の摂取時期が早い傾向にあると考えられ、う歯罹患や、ひいては甘味の嗜好が早期から子どもに定着し、将来的に濃い味の嗜好につながることを懸念される。矢倉ら(2001)は「味付けへの配慮は離乳完了期を境にゆるみ、実施の塩分、ショ糖摂取量も急騰」していると報告し、乳幼児期の食体験が味覚の形成や嗜好の形成にとって重要であることを強調している。今回の調査で明らかになったA町乳幼児の間食摂取の実態の背景には、成人の世代でも「食後に間食を摂る習慣が多い」等の習慣があることから、将来の生活習慣病予防やう蝕予防の観点もふまえ、保護者が間食の意味と選択の仕方を学習する機会を増やし、日常生活で実践することができる環境を整えていく必要があることを示唆する結果であったと考える。

しかし、保護者に一方的に食教育に関する行動や意識を身につけるよう啓発するだけでは、真の行動変容にはつながらない。保護者の生活背景や、準備状況に配慮しながら啓発していくことが必要であると考え。今回の調査において食教育に関する行動や意識について母の就労の関連が示唆されたのは、3歳6ヵ月児における「食事の味付けは薄めにする」の非実施群、そして1歳6ヵ月児における「食前2時間以内におやつを食べない」の非実施群であった。就労している母親が多忙ななかで、子どものために食事の味付けを薄めに配慮したり、食事直前におやつを与えることを控える、そのような食教育の実践にまで手がまわらないという現状が背景にあるのではないかと推察される。実際に乳幼児健診の場では、就労している母親から、「帰宅後一から食事を調理し整える時間と気力がな」「帰宅後夕食のしたくをしている間に空腹の子どもがぐずるためおやつを与えてしまう」という話がよく聞かれる。とくに課題の多かった1歳6ヵ月児という時期は、欲求は指さしや態度で明確に表現するが、言語コミュニケーションは未熟であるため言い聞かせて我慢させるという方法が通用しにくい年代であり、子どもの要求のまま間食等を与えたり、DVD等を見せる行為に至ってしまうことは想像できる。そのような子どもを相手にしながら、家事の負担の多くが母親にかかっていることも多いだろう。しかし、家庭における食教育の実践は母親だけの役割ではなく、父親や祖父母など他の大人も分担していくことが望ましいと考える。A町では、三世代世帯の割合が高いことから、親や祖父母世代の望ましくない生活習慣を子ども・孫に継承することなく、三世代が足並みをそろえて食教育の意識を高めるような対策が必要であると考え。

## Ⅶ. 結 論

本研究の実態調査より、健診年齢別の食教育における課題として以下のことが明らかになった。

10ヵ月児において、DVD等動画視聴時間が3時間以上のものが少数認められ、食事に集中して楽しむ環境づくりのために、長時間視聴の是正に留意する必要性が示唆された。また、糖分含有の菓子を間食として摂取している割合が4割近く認められ、う歯予防や濃い味付けの嗜好の予防のためにも、離乳完了までに望ましい間食の与え方について保護者に啓発を行う必要性がある。

1歳6ヵ月児においては、DVD等動画視聴の平均時間および3時間以上の長時間視聴の割合が他の受診年齢よりも高かった。10ヵ月児と同様に、とくに長時間視聴の是正に留意する必要があると考える。また、間食3回以上の割合、糖分含有の菓子を間食として摂取している割合、糖分含有飲料を摂取している割合が他の受診年齢よりも高かった。さらに「食前2時間以内におやつを食べない」「ジュース・乳酸菌飲料等は特別な時の飲み物にする」の非実施率が、他の健診年齢よりも高かった。これらの1歳6ヵ月児の間食に関する実態より、家族構成や母親の就労状況などの背景も考慮しながら、望ましい間食の与え方について保護者に啓発を行う必要性がある。

2歳6ヵ月児においては、起床時刻・就寝時刻が遅い児の割合が他の受診年齢よりも高かった。起床時刻・就寝時刻の遅延は、目覚めの悪さと関連があるとされ、それが朝食の欠食などにつながる恐れがある。欠食を防ぎ、成長発育に十分な栄養を確保するためにも、早寝早起きの習慣を就園前から定着させることが必要である。

3歳6ヵ月児においては、「食事中にテレビをつけない」の非実施群に「DVD等視聴時間」が長いものが多いという現状が認められた。10ヵ月児、1歳6ヵ月児と同様に食事に集中して楽しむ環境づくりのために、長時間視聴の是正に留意する必要性が示唆された。また、3歳6ヵ月児における「食事の味付けは薄めにする」の非実施群は、母親の就労している割合が有意に多かった。母親の就労と家事負担により、おそらく食教育を実践するゆとりが十分でないことが予想される。母親だけではなく、父親や祖父母などの家族を巻き込んだ食教育の対策を検討する必要がある。

## 謝 辞

本研究にご協力くださったA町乳幼児健診受診児の保護者の皆様にお礼申しあげます。

なお、本研究は平成28年度滋賀県立大学公募型地域

課題研究費の助成により実施し、結果の一部を第48回滋賀県公衆衛生学会（平成30年2月、大津市）において発表した。

## 文 献

- ・ A 町健康保険保健事業実施計画（A 町国民健康保険データヘルス計画）（2016）. pp.8-19.
- ・ 会退友美, 市川三沙, 赤松利恵（2011）. 幼児の朝食共食頻度と生活習慣および家族の育児参加との関連. 栄養学雑誌, 69（6）, 304-311.
- ・ 綾部園子, 小西史子, 大塚恵美子（2005）. 朝食からみた幼児の食生活と保護者の食事意識. 栄養学雑誌, 63（5）. 273-283.
- ・ e-Stat 政府統計の総合窓口, 平成22年国勢調査人口等基本集計（表番号01000, 世帯の家族類型別一般世帯数, 一般世帯人員6歳未満・18歳未満世帯員のいる一般世帯及び3世代世帯—特掲）, <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003038599>
- ・ 後藤知子（2011）. 幼児期の栄養.（呉繁夫, 廣野治子, 編）, 子どもの食と栄養（第2版）, pp.83-84, 東京：医歯薬出版.
- ・ 公益社団法人日本小児歯科学会小児科と小児歯科の保健検討委員会.（2012）. 学会からの提言「子どもの間食」に関する考え方. [http://www.jspd.or.jp/contents/main/proposal/index03\\_08.html#pro08](http://www.jspd.or.jp/contents/main/proposal/index03_08.html#pro08)
- ・ 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課（2016）. 平成27年度乳幼児栄養調査結果の概要, p.22, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000134208.html>
- ・ 甲良町（2016）. 甲良町健康保険保健事業実施計画・甲良町国民健康保険データヘルス計画. pp.8-19.
- ・ 前大道教子, 内田瑞穂, 加島浩子, 三次舞, 山崎初枝, 森脇弘子（2014）. 幼児への食教育と幼児の生活習慣・健康状態・食習慣および保護者の食意識との関わり. 比治山大学紀要, 21, 209-220.
- ・ 三藤聡（2006）. 尾道市における乳幼児のう蝕有病状況に影響を与える生活・環境要因について. 口腔衛会誌, 56, 688-708.
- ・ 名村靖子, 東根裕子, 奥田豊子（2009）. 保護者の食意識が幼稚園児の食生活, 食関心に及ぼす影響. 大阪教大紀II社会科学・生活科学, 2, pp.27-36.
- ・ 農林水産省消費・安全局消費者行政・食育課（2016）. 食育基本法・食育推進基本計画等. <http://www.maff.go.jp/j/syokuiku/kannrenhou.html>
- ・ 滋賀県健康医療福祉部健康寿命推進課健康づくり係（2017）. 滋賀県歯科保健関係資料集平成29年度版. [http://www.pref.shiga.lg.jp/e/kenko-t/sika/shiryoushu/shiryoushu\\_h29.html](http://www.pref.shiga.lg.jp/e/kenko-t/sika/shiryoushu/shiryoushu_h29.html)
- ・ 滋賀県湖東健康福祉事務所（彦根保健所）平成28年度事業年報（2016）. pp.7-8, <http://www.pref.shiga.lg.jp/e/h-hwc/nenpo28.html>
- ・ 竹下登紀子, 小嶋汐美, 大村雅美, 白木まさ子（2016）. 幼児の食・生活習慣・健康についての横断調査—母親の食育への関心の有無による検討—. 日栄養士会誌, 59（8）, 24-32.
- ・ 矢倉紀子, 笠置綱清, 南前恵子（2001）. 乳幼児期の食体験と保健指導効果に関する縦断的研究. 小児保健研, 60（1）, 75-81.



---

## Notes

---

# Contents Analysis of Safety Management-related Syllabi for Midwifery Education



Kumiko Iwatani

University of Shiga Prefecture School of Nursing, Graduate School of Human Nursing

**Purpose** To analyze midwifery education syllabi in Japan and evaluate the current educational content related to safety management.

**Methods** The contents of the safety management-related syllabi used in 70 midwifery education facilities and viewable using the Internet were analyzed.

**Results** These were worth one or two credits, and the educational time allocated for these courses was between 2 and 30 h. There was a lot of midwifery management as the subject name. Aggregation of content descriptions revealed seven categories of educational content related to safety management: *prevention and management of perinatal medical accidents, risk management related to the midwifery business, medical safety and risk management, disaster control, infection control, information management, and professional ethics for midwives.*

**Conclusion** In Japan, the educational content of midwifery safety management is not homogenous, suggesting the necessity of organizing the categories created through syllabus analysis to systematically provide education and clarifying the level of learning goal achievement at the time of graduation.

**Key Words** safety management, midwifery education, syllabus, content analysis

## I. Background

Following two serious medical accidents in Japan in 1999, safety management education has become an integral part of the curriculum of basic nursing education programs due to increasing societal demands. Homebirths were the norm in Japan until around 1960 when hospital deliveries became as common as homebirths (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2010). Later, hospital deliveries became much more mainstream, accounting for 95% of all deliveries, which led to a sharp decrease in maternal mortality rates. Similarly, in England, obstetric units are chosen for 93% of all births (Coxon,

Sandall, & Fulop, 2014). In both countries, this represents the increasing social demand for safety management. Such management is also indispensable for midwives.

Nursing education integrates nursing skills learned on campus and clinical practice with great educational effect (Okubo, Izumi, Matsuda, Matsuoka & Manabe, 2010). Safety management education is vital in nursing education because nurses are directly involved in the diagnosis and treatment of patients. It is their responsibility to continue to proactively expand their knowledge and skills related to medical safety and be actively involved in medical safety activities as part of a team or organization.

The most common malpractice lawsuit cases in OB/GYN (obstetrics and gynecology) departments involve midwifery-related accidents at the time of delivery (Karasawa, 2005), and these litigations can greatly influence the subsequent direction of the career (Robertson & Thomson, 2016). Many incidents involving midwifery students have been delivery-related (Okubo et al., 2010). Therefore, safety management educational content, in particular, should be strengthened.

Midwifery education in Japan provides substantial educational content, expanding on student delivery assistance skills

---

助産学教育における安全管理に関するシラバスの内容分析

岩谷久美子

滋賀県立大学人間看護学部人間看護学科成育看護学講座母性看護領域

2018年9月30日受付, 2019年1月24日受理

連絡先: 岩谷久美子

滋賀県立大学人間看護学部人間看護学科成育看護学講座母性看護領域

住 所: 彦根市八坂町 2500

e-mail: iwatani.k@nurse.usp.ac.jp

(Nishi, Takahashi, & Iwatani, 2009). Similar to nursing education, safety management education is also important for delivery assistance. However, in current perinatal care services, various factors, such as a decreasing birth rate, centralized delivery assistance, increasing numbers of high-risk pregnant and puerperant females/newborns, and changes in care-receivers' needs, should be considered. This makes learning all of the required practical midwifery skills through training difficult (Toishi, 2011). At present, middle-of-the-night training is also essential for midwife delivery assistance training (Takashima, Kikuchi, Takatsuka, Yuminamochi & Nakashima, 2012), along with the even more important safety management education. Thus, safety management education is an essential part of midwifery student training on campus, during practical education, and during clinical education. It is therefore crucial to clarify the educational content on midwifery safety management.

Educational syllabi are the detailed class plans prepared for specific courses, including instructions, textbooks, references, course criteria, teachers' names, lecture aims, attainment goals, content for each class, achievement evaluation methods and standards, preparatory learning content, and an estimated timeline. A syllabus also provides students with information necessary for course selection and instructs them on how they can progress through the course over the entire semester. It further provides detailed instructions regarding the preparation required for each class (Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology-Japan, 2014). As university education becomes globalized, the efforts of universities to safeguard the learning time required for each credit create an important foundation that ensures that the degrees or credits awarded at Japanese universities are appropriately evaluated in other countries as well. Thus, the syllabi of Japanese universities are linked to international quality assurance. Recently, there has been a gradual increase in the number of studies on content and scope of education via syllabus analysis (Saralin & Vivian, 2009; James & Jill, 2002). However, in the midwifery basic education, unified educational content on safety management has not been clarified. Therefore, this study result can be an important material for midwifery education.

This study analyzed the content of the syllabi on safety management in midwifery education and evaluate its elements and characteristics, with an aim to provide important contributions to midwifery education materials.

## II . Methods

### 1. Operational Definition of Terms

Safety management in midwifery is based on a professional viewpoint in midwifery education that refers to processes followed by management to avoid danger and maintain good conditions.

### 2. Syllabus Selection

Online syllabi were selected from midwifery education institutions over one week, beginning from June 23, 2014. We analyzed the education syllabus on safety management related to midwifery of 70 schools among approximately 200 nursing education institutions in Japan.

### 3. Data Collection

The content extracted from these syllabi was based on this study's definition of safety management. The following contents were selected: *safety (management)*, *safety, medical safety*, *safety assurance*, *medical accident (prevention)*, *risk management*, and *danger anticipation*. Course names, educational content, credits, and number of hours were extracted from the collected syllabi. Fifteen hours are allocated to each credit, and the duration of each session is 2 hours.

### 4. Data Analysis

The syllabi used in 70 midwifery education facilities and viewable using the Internet were classified based on the course, and differences/similarities in the names of safety management-related subjects, credits, and the durations of sessions were examined. Safety management-related descriptions extracted from the syllabi were qualitatively and inductively analyzed, adopting the content analysis method (Berelson, B, 1957). In analysis, each content was organized as 1 recording unit based on similarities for categorization.

### 5. Analysis Reliability

To ensure consistency, only one researcher was involved in extracting educational content regarding safety management. The other research team members examined the validity of the analysis results. For category reliability, two nursing studies researchers who were familiar with the content analysis method performed a re-analysis of the category classifications and calculated the concordance rate using Scott's equation (Scott, 1955). The reliability judgment was set as 70%, as stated by Funashima (2007). To ensure research process clarity, certainty, applicability, consistency, and validity (Lincoln & Guba, 1985), a professor with substantial accumulated educational experience related to this field and considerable familiarity with qualitative research supervised the entire research process.

### III. Results

#### A. Status of Course Subjects Related to Midwifery Safety Management

##### 1. Background of nursing education institutions according to syllabus

The 70 midwifery education schools analyzed were categorized as 44 universities, 12 graduate schools, 11 major departments, two special courses, and one junior college (**Table 1**). Course names included *midwifery management studies*, *midwifery management*, *midwifery management theory*, *advanced*

*midwifery*, *midwifery business management studies*, *applied midwifery*, and *special lectures*. At universities and graduate schools, these courses are not only for midwifery majors but also a part of student electives. Courses with safety management content are organized into, among others, *nursing management*, *disaster nursing*, *advanced nursing management*, *nursing management and policy theory*, *medicine and safety*, *service management theory*, and *risk management*. There was a lot of midwifery management as the subject name. These were worth one or two credits, and the educational time allocated for these courses was between 2 and 30 h.

**Table 1 Facilities and Subject Listings (according to the syllabi)**

n=70					
By Facility (total number)	Subject Name	Number of Facilities	educational institutions(No.)	credits	educational time
Universities (44)	Midwifery Management Studies	12	1	1	6
			2	2	6
			3	1	2
			4	2	8
			5	2	4
			6	1	4
			7	1	6
			8	1	4
			9	2	6
			10	2	9
			11	2	14
			12	2	6
	Midwifery Management Theory	6	13	1	15
			14	2	6
			15	1	4
			16	2	2
			17	1	2
			18	2	4
	Midwifery Management	11	19	1	2
			20	1	2
			21	1	4
			22	1	4
			23	1	8
			24	2	2
			25	1	4
			26	1	2
			27	1	2
			28	1	2
			29	1	2

**Table 1 Facilities and Subject Listings (according to the syllabi) (continued)**

					n=70
By Facility (total number)	Subject Name	Number of Facilities	educational institutions(No.)	credits	educational time
	Midwifery Business Management Theory	1	30	2	2
	Midwifery Business Management	2	31	1	4
			32	1	2
	Medical Safety Management Studies	1	33	1	15
	Introduction to Midwifery	1	34	1	2
	Midwifery	1	35	1	4
	Medical Risk Management	1	36	2	30
	Disaster and Community Nursing Activities	1	37	1	15
	Disaster Nursing	1	38	1	15
	Nursing Business Management	1	39	1	15
	Nursing Risk Management	1	40	1	30
	Nursing Management Studies	2	41	2	30
			42	2	4
	Nursing Management	1	43	1	5
	Medicine and Safety	1	44	2	15
Graduate Schools (12)	Midwifery Management Theory	2	45	1	6
			46	2	2
	Midwifery Management	2	47	2	4
			48	2	4
	Advanced Service Management Theory	1	49	2	6
	Applied Midwifery, Special Lecture	1	50	2	2
	Midwifery Business Management Studies	1	51	2	2
	Midwifery Management and Strategies	1	52	2	10
	Advanced Nursing Management Studies	1	53	2	2
	Advanced Nursing Management	1	54	2	2
	Advanced Midwifery	1	55	2	6
	Nursing Management Theory	1	56	2	4
Majors (11)	Midwifery Management Studies	4	57	1	6
			58	2	10
			59	2	6
			60	2	10
	Midwifery Management Theory	2	61	2	4
			62	1	4
	Midwifery Management	4	63	2	10
			64	2	4
			65	2	4
			66	1	2
	Nursing Management	1	67	2	12
Special Course (2)	Midwifery Management	1	68	2	4
	Nursing Management	1	69	2	6
Junior Colleges (1)	Midwifery Management	1	70	2	12



## 2. Educational Content on Safety Management

There were 271 recorded units that included safety management descriptions, which were classified into seven categories according to content. Categories are shown in parenthesis and results are listed in order from the unit with the longest description to that with the shortest description. The percentage of the number of recorded units within the whole is shown in parentheses (**Table 2**).

*Prevention and management of perinatal medical accidents was divided into six types of content: probable medical accidents during the perinatal period, prevention of perinatal medical accidents, the perinatal medical system and safety guarantees, team medicine, perinatal care and the law and the obstetric compensation system (104 recorded units, 38.4%).*

*Risk management related to the midwifery business was divided into three types of content: midwifery business management, midwifery business and medical accidents and midwifery business and risk management (58 recorded units, 21.4%).*

*Medical safety and risk management was divided into two types of content: medical safety and risk management (49 recorded units, 18.1%). Furthermore, disaster control (40 recorded units, 14.8%), infection control (15 recorded units, 5.5%), information management (three recorded units, 1.1%) and professional ethics for midwives (two recorded units, 0.7%) were also included.*

### B. Concordance of Category Classification

According to Funashima (2007), reliability is assured if a concordance of over 70% is indicated. The category classification concordance rate calculated by the two nursing studies researchers was 78.6%; thus, reliability was confirmed.

## IV. Discussion

### A. Status of Safety Management Subject Offerings in Midwifery Education

The courses were worth one or two credits, regardless of whether they were undergraduate or graduate courses, and the educational time allocated for these courses ranged from 2 to 30 h. This tendency may be associated with individual universities/graduate schools' policies on curricula, possibly reflecting their views on continued learning about safety management from basic nursing education. The syllabi analysis has led us to believe that individual professors select which educational content elements are to be emphasized and the extent to which each is to be addressed in the course. A sub-

stantial difference exists in the degree of importance given to safety management education between institutions that have devoted one period (two hours) of courses related to safety management and those that have devoted all 15 periods (30 h) of one course to safety management.

Students enroll for midwifery education either after completing basic nursing education or alongside the curriculum. Therefore, since the categories we extracted, i.e., *infection management, information management, and professional ethics*, are studied in basic nursing education, we propose that they are probably not included in midwifery education. Moreover, since safety management education is included in courses for delivery assistance skills and is not handled independently, it might not be directly visible in syllabi. In either case, after clarifying the commonalities and differences related to safety management in basic nursing education and midwifery education, it is necessary to investigate what should be studied and in which semester a more systematically organized education system should be provided. Moreover, it is essential to evaluate safety management proficiency levels of midwifery students by the time of graduation.

### B. Characteristics and Issues of Safety Management Education Content in Midwifery Education

*Prevention and management of perinatal medical accidents and medical safety and risk management* may be the most important contents of education, as they accounted for more than 50% of all recording units. In Japan, the Obstetric Compensation System (OB) commenced in 2009 and focused on early relief of severe cerebral palsy in an attempt to improve quality of cause analysis, relapse prevention, and OB care. Investigation of cause analysis results, confirmed by the OB medicine compensation system, showed that problems related to the midwife's individual abilities, teamwork and system, and organization-level aspects were background factors for the onset of cerebral palsy (Amamoto & Tsuchiya, 2014). Education to develop solutions to these problems is essential. Although teamwork between midwives and obstetricians is especially important, differences in risk awareness have been indicated (Healy, Humphreys & Kennedy, 2016). In such a situation, liaison between obstetric and neonatal services/intensive care units beyond professional boundaries, as well as education based on the evaluation of current perinatal transport/care systems, may be needed as a perinatal management system.

The *risk management related to the midwifery business* includes medical accidents within midwives' scope of work and associated activities and management. Midwives are often involved in caring for the life and condition of both mothers and

**Table 2 Description and Analysis of Safety Management (as extracted from the syllabi)**

			(Recorded units,%)
Recorded Units	Content Description	Subcategory	Category
19	Understanding the characteristics of medical accidents in the obstetrical field, the reality of perinatal medical accidents	Probable Medical Accidents During the Perinatal Period	【Prevention and Management of Perinatal Medical Accidents】 (104 recorded units, 38.4%)
35	Preventing perinatal medical accidents and perinatal risk management and developing capabilities for staff education and safety. Aimed at accident prevention, support and care for the maintenance and promotion of safety, comfort, and normalcy, relapse prevention and safety measures, safety insurance.	Prevention of Perinatal Medical Accidents	
27	Perinatal medical system, perinatal care and safety measures, quality, safety, and security in perinatal medical care, medical safety sense and emergency responses, and organizations' safety efforts	The Perinatal Medical System and Safety Guarantees	
4	Cross-organizational cooperation team activities, role responsibilities alongwith other professions, and leadership education	Team Medicine	
11	Midwives' scope of work and legal responsibilities, social and legal background	Perinatal Care and the Law	
8	Obstetric medical compensation system, responding to accidents and damage compensation	Obstetric Compensation System	
19	Midwifery activities, midwifery business management in maternity hospitals, midwifery management in midwife offices, processes and methods of midwifery business management, and quality management of perinatal medical services	Midwifery Business Management	【Risk Management Related to the Midwifery Business】 (58 recorded units, 21.4%)
17	Medical accidents in the midwifery business	Midwifery Business and Medical Accidents	
22	Midwife care interventions and responsibilities, understanding the specific mechanisms of midwifery activities, midwives' scope of work, quality and safety assurance of midwifery services, midwifery business analysis and risk management	Midwifery Business and Risk Management	
16	Defining a medical accident, realities of medical accidents, accident cases, and factors in medical accidents	Medical Accidents	【Medical Safety and Risk Management】 (49 recorded units, 18.1%)
13	Concept, history, necessity, and significance of medical safety, Japan's medical safety measures	Medical Safety	
20	Risk management	Risk Management	
40	Disaster control, midwifery care in disaster events, the midwife's role in disaster events, and learning from disaster cases		【Disaster Control】 (40 recorded units, 14.8%)
15	Infection establishment process, current state of and measures for infection control, hospital infection control, infection prevention skills, infection prevention systems in midwifery offices, infection control in the perinatal field		【Infection Control】 (15 recorded units, 5.5%)
3	Information management and processes and methods of midwifery business management (information management)		【Information Management】 (3 recorded units, 1.1%)
2	A midwife's code of ethics, ethical issues		【Professional Ethics for Midwives】 (2 recorded units, 0.7%)

children, which may appear normal initially but transform into an emergency later. Since midwives perform medical procedures, they must have specialized knowledge, skills, and judgment capabilities. People desire safety and comfort and the social recognition that mothers and children will always be safe and healthy during and after labor. Therefore, organizational measures to ensure safety are essential. The management and operation of midwifery offices requires compliance with laws and regulations, and this has been addressed in syllabus content. As for midwives' practical skills to provide intrapartum care, their attitudes toward medical malpractice positively changed when their autonomy was enhanced in a previous study (Yamazaki, 2009). Now, the aim is to allow autonomous midwifery education, such as at midwifery centers. According to Nakajima et al. (2009), clinics utilize learning through post-employment practical training, which enables students to learn basic midwifery diagnoses and skills and develop midwife responsibilities and attitudes. Therefore, it is critical to have on-campus as well as practical training that enhances the scope of services and management skills demanded of midwives.

The proportions of recording units related to *infection control* and *information management* were low, as their contents in syllabi overlap with those of basic nursing education. However, compared to basic nursing skills, midwifery education that provides direct skills, such as delivery assistance and infection control, and includes the characteristics of the perinatal field, is also necessary. During delivery, strict infection prevention measures are necessary as the danger of blood exposure is high and this includes instruments that could easily cause needle stick accidents. Above all, infection control is an important part of educational content related to the care of mothers and children as this field has unique circumstances that differ from other fields. For the *information management*, with the formulation of the Japanese Midwifery Practical Capabilities Proficiency Stages, even new hires are required to understand the information management system and behavior (Japanese Nursing Association, 2012). Our modern society is an internet society, and thorough information management that ensures the confidentiality, safety, and potential of information is essential (Ministry of Internal Affairs and Communications, 2013; Olfati, Asefzadeh, Changizi, Yonesian & Keramat, 2015). In the medical field, numerous situations must be addressed amid various constraints and incomplete information, and medical care quality also has limitations. In contrast, it is critical to provide appropriate information to patients to enable proper decision making. Therefore, information management education commensurate with the time period is essential.

For the *disaster control*, in 1998, there were few Japanese educational institutions that addressed disaster nursing (Iwanami et al., 2009; Minami, 1999). Based on syllabus-recorded units, 14.8% of midwifery education content now includes disaster nursing care. Japan, with its recent unprecedented disasters, has had no choice but to make a shift and incorporate disaster control education into midwifery studies. New midwives are required to implement measures during disasters with professional, autonomous capabilities (Japanese Nursing Association, 2013a). *The Response Manual for Disasters in Delivery Facilities* (Japanese Nursing Association, 2013b) has been created, and it was assumed that responses at each facility were progressing. However, in midwifery education, the achievement goal at graduation, in terms of supporting mothers and children during disasters, is the understanding of this manual as knowledge. It may also be necessary for midwives, even as students, to undertake daily training to understand the characteristics of the perinatal period and acquire the ability to make quick decisions.

*The professional ethics for midwives* includes aspects such as professional expertise and human rights defense. Rather than having a direct connection to safety management, it includes content on the ethical norms for and challenges faced by midwives. The International Confederation of Midwives' Code of Ethics (2008) recognizes that women have human rights, demands that justice and health care be equally accessible to all individuals, and declares that such rights be founded on mutual relationships based on respect, trust, and dignity toward all individuals who make up society. Therefore, enhancement of the educational content used during training is now recognized to be necessary as it will also be utilized in clinics after employment (Nakajima et al., 2009).

The present study clarified the current status of education related to safety management in detail, and obtained basic data for safety management education in midwifery training courses. Based on the features of the educational content in these syllabi, it is important to analyze the content of the texts being used, investigate commonalities and differences between the syllabi, and provide essential educational content in the future.

## V. Conclusions

This study found that safety management courses at midwifery education institutions have various subject names, and course duration ranges from 2 to 30 h. There were seven categories of educational content: *prevention and management of*

*perinatal medical accidents, risk management related to the midwifery business, medical safety and risk management, disaster control, infection control, information management, and professional ethics for midwives.* Thus, educational content for midwifery safety management is far from homogeneous in Japan, suggesting the necessity of organizing the categories created through syllabus analysis to systematically provide education and clarify the level of learning goal achievement at the time of graduation.

## Acknowledgments

This work was supported by Grant-in-Aid for Scientific Research (C) Grant Numbers JP16K12181, Japan Society for the Promotion of Science.

## Conflict of interest

We declare that there is no conflict of interest in relation to the publication of this article.

## References

- Amamoto, M. & Tsuchiya, Y. (2014). Analysing 30 cases certified by the OB medical compensation system from a midwife perspective: background factor analysis using the P-mSHELL model. 44th Meeting of the Japanese Nursing Association Papers, Maternal Nursing, 77-80.
- Berelson, B. & Inaba, M. (1957). Translated by Kim, Kyuhwan: Content analysis, Tokyo, Japan: Misuzu Shobo.
- Coxon, K., Sandall, J. & Fulop N.J. (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16, 51-67.
- Funashima, N. (2007). Challenges to qualitative research (2<sup>nd</sup> ed.) (pp 42-53). Tokyo, Japan: Igakushoin.
- Healy, S., Humphreys, E. & Kennedy, C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women and Birth*, 29, 107-116. doi: 10.1016/j.wombi.2015.08.010.
- International Confederation of Midwives. (2008). Midwife Code of Ethics. Retrieved September 2, 2016, from [http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/basic/ethics/pdf/icm\\_ethics.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/basic/ethics/pdf/icm_ethics.pdf)
- Iwanami, H., Ogawa, T., Sadahiro, W., Sasaki, K., Sarawa, Y. & Sygimori, M. (2009). The current situation and issues surrounding safety management education in undergraduate nursing programs. *Gunma Prefectural College Sciences*, 4, 91-103.
- James, MD. & Jill, B. (2002). Ethics education in U.S. medical schools: a study of syllabi. *Academic Medicine*, 77(5), 432-437.
- Japanese Nursing Association. (2012). New Graduate Midwife Training Guide, (p. 46). Tokyo, Japan Nursing Association Publishing Company
- Japanese Nursing Association. (2013a). Midwifery Practical Capabilities Proficiency Stages (Clinical Ladder) Usage Guide, (p.41). Tokyo, Japan Nursing Association Publishing Company
- Japanese Nursing Association (2013b). Response Manual for Disasters at Delivery Facilities, Media Publishing, Tokyo, Japan Nursing Association Publishing Company
- Karasawa, I. (2005). On midwife services and accident prevention seen in medical practice. *Gifu College of Medical Technology Bulletin*, 20, 1010-1105.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Minami, Y. (1999). Toward forming disaster nursing studies (II). *Nursing Research*, 32, 177-185.
- Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology-Japan. (2014). Syllabus. Japan. Retrieved March 25, 2016, from [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/daigaku/04052801/003.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/daigaku/04052801/003.htm), 03. 25.2016
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2010). Current Status of Maternal and Child Health, Retrieved August 7, 2016, from <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001oujo-att/2r9852000001oumv.pdf>
- Ministry of Internal Affairs and Communications. (2013). Information Security Site for Citizens, Retrieved July 4 2016, from [http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/joho\\_tsusin/security/intro/](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/joho_tsusin/security/intro/)
- Nakajima, K., Kunikiyo, K., Sakamoto, S., Arai, H., & Tokiwa, Y. (2009). The assignment of practice of clinical care delivery and continuing midwifery care from the perspective of newly graduated midwives. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 23(1), 5-15.
- Nishi, S., Takahashi, S. & Iwatani, K. (2009). Midwifery skill evaluation in II stage of delivery. *Journal of Hakuho Women's College*, 3, 57-63.
- Okubo, Y., Izumi, M., Matsuda, K., Matsuoka, T. & Manabe, E. (2010). Incident and accidents in midwifery practicum of our university nursing course-Analysis of the actual

- conditions over a two-year period after introduction of the report. Bulletin of School of Nursing Kyoto Prefectural University of Medicine, 19, 1-6.
- Olfati, F., Asefzadeh, S., Changizi, N., Yonesian, M. & Keramat, A. (2015). Clarification of safe delivery by Iranian experts based on clinical governance: A qualitative study. Journal of Family and Reproductive Health, 9(3), 119-124.
  - Robertson, J. H. & Thomson, A. M. (2016). An exploration of the effects of clinical negligence litigation on the practice of midwives in England: A phenomenological study. Midwifery, 33, 55-63. doi: 10.1016/j.midw.2015.10.005.
  - Saralin, D. & Vivian, S. (2009). Comparison of syllabi expectations between faculty and students in a baccalaureate nursing program. Journal of Nursing Education, 48(3), 125-131.
  - Scott, W. A. (1955). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. Public Opinion Quarterly, 19, 321-325.
  - Takashima, Y., Kikuchi M., Takatsuka M., Yuminamochi, H., & Nakashima, M., (2012). Current status and future challenges of midwifery education in universities (Part 1): Focusing on the adequacy of 2-year delivery assistance training. Niigata Prefectural College of Nursing Bulletin, 1, 30-35.
  - Toishi, K. (2011). Establishing a System for Midwifery Education in Clinics. Perinatal Care, 30(3), 10-23.
  - Yamazaki, Y. (2009). Professional autonomy of nurse-midwife working in hospital and clinic –Relation to practical ability and attitude of malpractice. Japan Society of Maternal Health, 50(1), 102-109.

## (要 旨)

**目的** 日本における助産師教育のシラバスを分析して、安全管理に関する教育内容の現状を明らかにする。

**方法** インターネットより閲覧可能な助産師教育施設 70 校の安全管理に関するシラバスを内容分析した。

**結果** 授業単位は 1 単位または 2 単位で、その内安全管理に関する教育時間は、2 時間～ 30 時間であった。科目名は“助産管理”が多かった。安全管理に関する教育内容は、7 カテゴリーで【周産期医療事故の予防と管理】【助産業務に関するリスクマネジメント】【医

療安全とリスクマネジメント】【災害対策】【感染管理】【情報管理】【助産師の職業倫理】であった。

**結論** 日本の助産学における安全管理教育の内容は均一ではない。シラバスより得られたカテゴリーを網羅して系統立てた教育に組み立てる必要性と卒業時の達成度を明確にする必要性が示唆された。

**キーワード** 安全管理, 助産学教育, シラバス, 内容分析



## 研究ノート

# 未就学児をもつ女性看護師における仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴



荻 邑子<sup>1)</sup>, 伊丹 君和<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 京都大学医学部附属病院

<sup>2)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

**要旨** わが国では未就学児をもつ女性看護師は仕事と子育ての両立をはかるのが難しいとされる。子育て支援に関する先行研究はいずれも現在ある支援改善の示唆にとどまるため、新たな支援構築の示唆とすべく、未就学児をもつ女性看護師における仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴を明らかにすることを目的とし質的記述的研究を行った。未就学児をもつ女性看護師3人を対象に、家事・育児・就労・支援活用状況、両立の困難感、必要とする子育て支援について半構成的面接を行った。その結果、子育て支援を活用し両立をはかるうえで、【両立へのモチベーションをもつ】【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことで、『両立のための自らの努力』をしているという特徴が明らかになった。一方で『子育て支援の限界』を感じており、それが両立の困難に直結すると示された。さらに、現状では【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことでその困難に対処しているが、そこからくる『両立に向けたさらなるニーズ』があることが明らかになり、仕事と子育ての両立そのものを支援する新たな子育て支援構築の必要性が示唆された。

**キーワード** 女性看護師, 仕事, 子育て, 両立, 子育て支援

## I. 背景

わが国では女性の社会進出が進み、仕事を続けながら妊娠・出産・育児を希望する女性が増加している。未就学児をもつ夫妻（子どもの追加予定なし）においても、9割以上の母親が何らかの形で働きたいという意思をもっている（国立社会保障・人口問題研究所, 2015）。このような時代背景から、男女とも仕事と家庭を両立し、安心して働き続けることができる環境を整備することは、ますます重要な政策課題となっている（三菱UFJリサーチ & コンサルティング株式会社, 2015）。また、

子育て支援は少子化対策としても注目されている。1994年に定められたエンゼルプランをはじめ、少子化社会基本法、次世代育成支援対策法、少子化対策大綱、子ども・子育て応援プラン、子ども・子育てビジョン、子ども・子育て支援法（内閣府, 2016）など、ここ数十年で子育て支援政策は非常に大きく発展している。

しかし女性の出産前後の就業をめぐる状況は、2010年から2014年に第一子を出産した既婚女性で、出産前に就業していた女性のうち出産後に就業を継続した女性は53.1%にとどまっている（国立社会保障・人口問題研究所, 2015）。また、妊娠・出産前後に退職した女性の約5分の1が、「仕事を続けたかったが、仕事と育児の両立の難しさでやめた」としており、両立の難しさが浮き彫りになっている（三菱UFJリサーチ & コンサルティング株式会社, 2015）。つまり、両立支援制度の整理および定着は確実に進んでいるものの、多くの働く母親にとって両立は困難な状況が続いているのである。

働く母親の中で、看護師は職務における労働・責任の荷重に加え、勤務時間の不規則さなどにより、就労と育児の両立をはかるのは多様な職種の中でもとくに難しくストレスを受けやすい。その中でも、幼い子どもを育てながらの看護師の両立葛藤はかなりのストレスにあると

A study on how female nurses utilize childcare supports for raising preschool children

Satoko Ogi<sup>1)</sup>, Kimiwa Itami<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Kyoto University Hospital

<sup>2)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2018年9月30日受付, 2019年1月24日受理

連絡先: 伊丹 君和

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 滋賀県彦根市八坂町 2500

e-mail: k-itami@nurse.usp.ac.jp

される(本間, 中川, 2002). そのため本研究において, 仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴を明らかにすることを目的に, 未就学児をもつ女性看護師にインタビューすることは, 働く母親への子育て支援を考えると非常に有効であると考えられる.

仕事と育児の両立に関する研究は, 母親の自由な語りを基に, 必要な共通の要因を分析し, 明らかにしているものが多い. しかし働く母親の子育て支援に関する研究では, 質問紙による調査が多い. 先行研究では, 個々の意向に沿った柔軟性のあるものや, 利用しやすく経済的負担の少ない支援の必要性が明らかにされている(中井, 佐々木, 加藤, 2010). 質問紙による調査は定量化がはかりやすいという利点があるが, 一方で研究結果が現在すでに存在する子育て支援の種類や内容にとらわれることが避けられず, 先行研究はいずれも現在ある子育て支援をどう改善するかという知見にとどまり, 全く異なる視点からみた新しい子育て支援の創造にはつなげていない.

そこで本研究において, 働く母親が仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴を, インタビューに基づき質的記述的研究において明らかにすることは, 現状の改善に加え, 新たな支援構築についての示唆につながり, 子育て支援発展の一助となりうると考えられる.

## II. 目的

未就学児をもつ女性看護師における仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴を明らかにする.

## III. 用語の定義

### 1. 女性看護師

看護師として, 現在病院および診療所に勤務する女性.

### 2. 子育て支援

乳幼児や児童などの子どもの育成を支援することであり, インフォーマルサービスを含め, 母子とその家族が接触可能な全てのサポートを指す.

## IV. 方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究とした.

質的記述的研究は, 理論的枠組みがデータに先んじて決定されることはなく, むしろ, データから直接引き出されるものである(Immy Holloway & Stephanie Wheeler, 1996). この研究デザインでは, 現在すでに存在する子

育て支援にとらわれず, 働く母親の自由な語りの中から, 背景にある思いや考え, 母親を取り巻く状況を深く掘り下げることができ, 新たな子育て支援構築の示唆につながるが大いに期待できると考える.

### 2. 研究対象

未就学児をもち, 現在看護師として勤務する女性の中で, 本研究の趣旨に賛同し, 同意した者とした.

### 3. 研究参加者のリクルート方法

平成29年倫理審査承認後, A大学卒業生で現役看護師として働いている方のうち, B県内に在住しインタビュー可能な方で, かつ実の子を1人以上もち, 出産前後で仕事を継続し仕事と子育てを両立している女性看護師に対し, 研究代表者が研究趣旨・目的, 方法, 個人情報の守秘義務などを記した研究依頼書を郵送し, 研究協力を依頼した.

### 4. 調査期間

研究参加者へのインタビューは, 平成29年6月(倫理審査承認後)~8月に実施した.

### 5. データの収集方法

先行研究を参考に作成したインタビューガイドに基づいて, 半構成的面接を行った. 主な質問内容は, 属性(年齢, 性別, 家族構成, 看護師経験年数, 勤務形態), 家事・子育て・就労状況, 現在の子育て支援活用状況, 両立の困難感と必要とする子育て支援についてである. インタビューは, 研究参加者1人に対し研究者1人で行い, 時間は30分~1時間以内とした. 場所は研究参加者の状況に合わせて, 研究参加者の勤務する病院や個人面接が可能な場所とし, プライバシーを確保するため個室で行った. またインタビューの内容は, 研究参加者の許諾を得て, 音声でICレコーダーに録音した.

なおこのインタビューは, 事前にプレテストを実施し, インタビュー方法の検討とインタビューガイドの修正を実施してから行っている.

### 6. データの分析方法

ICレコーダーに録音した音声データから逐語記録を作成した. 逐語記録をくり返して読み, 抽出したデータを意味のまとまりごとに, コード化した. 現状としてどのように子育て支援を活用しているのかという視点で抽出したコードを検討し, 類似性のあるコードをまとめ, 小カテゴリーに分類した. 分類した小カテゴリーの類似性, 相違性などによって比較, 分類し, 中カテゴリー, 大カテゴリーとして統合し抽出度をあげた. 次に, 逐語記録を再度読み, 研究参加者の子育て支援活用の特徴について, 女性看護師の語りの解釈を深めていった. その後, 中カテゴリー間, 大カテゴリー間の関係について, 語りの意味を何度も解釈し検討を重ね, 各カテゴリー間の関係性を明確にした.

なお, データ分析は, 滋賀県立大学人間看護学部基礎



看護共同研究室にて行った。

### 7. 信憑性・妥当性の確保

データを抽出するなかで文脈の意味を損ねないようにした。データ分類したコードをデータと比較し、抽出した項目がデータに基づいているか妥当性を確かめ、精選を行った。分析にあたっては、質的研究の経験豊富な研究者によるスーパーバイズを受け、小カテゴリー名、中カテゴリー名、大カテゴリー名が適切であるか確認・検討を行い、修正を加え、分析内容の信憑性・妥当性を確保した。

### 8. 倫理的配慮

調査開始前に滋賀県立大学看護学系研究倫理専門委員会の審査を受け、承認を得た（平成29年5月25日受付第577号）。

研究協力依頼については、調査開始前に研究参加者へ文書と口頭で個別に行った。その際、プライバシーの保護、守秘義務の遵守、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、自由意思による研究参加や辞退による不利益がないことを説明し、同意書に署名を得た。得られたデータは個人が特定できないように匿名化をはかり、データとデータを処理するパソコンは鍵のついた場所に厳重に保管した。データの処理に使用するパソコンは、主任研究者の責任のもとに管理し、厳格なアクセス権限の管理と制御を行うことにより、厳重に保管、取り扱うものとし、安全管理の徹底を行った。

## V. 結果

### 1. 研究参加者および分析結果の概要

B県内の総合病院および診療所に勤務する、未就学児

をもつ女性看護師3人を研究対象とした（表1）。いずれも約10年の勤務経験があり、子育てと仕事の両立年数は、育児休暇中を含め、平均5.6年である。研究参加者は1人以上の未就学児および2人以上の子どもをもち、2人は核家族で、1人は義父母と同居している。面接に要した平均時間は約48分であった。

分析の結果、未就学児をもつ女性看護師の子育て支援活用の特徴について、143コード、45個の小カテゴリー、11個の中カテゴリーが抽出され、3個の大カテゴリーを導いた（表2）。以下、コードを〈 〉、小カテゴリーを〔 〕、中カテゴリーを【 】, 大カテゴリーを『 』で表す。面接での語りは「 」（斜体）で表す。

### 2. 子育て支援活用の特徴（概要）

データ分析の結果、3つの大カテゴリー『両立のための自らの努力』『子育て支援の限界』『両立に向けたさらなるニーズ』が抽出された。未就学児をもつ女性看護師たちは子育て支援を活用し両立をはかるうえで、【両立へのモチベーションをもつ】【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことで、『両立のための自らの努力』を行っているという特徴が明らかになった。同時に『子育て支援の限界』を感じており、それが両立の困難に直結すると示された。さらに、現状ではその困難を【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】という、『両立のための自らの努力』で補完しているが、『両立に向けたさらなるニーズ』があることが明らかになった。

以下、大カテゴリー、中カテゴリー、小カテゴリーについて具体的に説明を行う。

### 3. 『両立のための自らの努力』

この大カテゴリーは、【両立へのモチベーションをもつ】【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用す

表1 研究参加者（女性看護師）の概要

	女性看護師	aさん	bさん	cさん
属性	就労施設	総合病院		診療所 (以前は大学病院)
	年齢	30歳代		
	性別	女性		
	子どもの人数	2人	2人	4人
	子どもの年齢	6歳、2歳	2歳、6か月	8歳、6歳、4歳、1歳
	同居者	夫、子ども	夫、子ども	義父母、夫、子ども
	両親の居住地：実父母 義父母	B県内 B県内	B県内 C市内	B県内 同居
就労状況	看護師経験年数	約10年		
	1日の労働時間	7.5時間（3交代）	6.5時間（2交代）	3時間（午前のみ）
	1日の残業時間	なし	1時間	なし
	1月の出勤日数	22日	23日	15日
	1月の夜勤回数	6回	6回	なし
	夫の1日の労働時間	12時間	8時間	8時間（通勤は片道2時間）
	インタビュー時間	44分23秒	42分10秒	52分14秒

表2 未就学児をもつ女性看護師における仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
両立のための 自らの努力	両立へのモチベーションをもつ	子どもから嬉しいことや新たなことを学び、仕事のモチベーションとなる
		仕事することで社会とのつながりができる
		仕事気分転換となり、子どもとの時間をより大切にできる
		子どもに働いている姿を見せられる
		きょうだいが増えると成長過程の予測から、自分に余裕ができる
	仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する	働くことで金銭的メリットがある
		時間短縮勤務制度や育児休暇制度を利用している
		子育てに合わせて勤務調整をしてもらう
		子どもの体調不良時に仕事を休ませてもらう
自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する	保育園や託児所で子どもを預かってもらう	
	両親に子どもを預かってもらう	
	夫や両親に子育てや家事の一部を担ってもらう	
	地域の子育て支援について情報を収集し活用する	
子育て支援の 限界	仕事と子育ての優先順位付けに迷う	子どもの成長や環境変化に合わせて自分の働き方を調整する
		自分の両立状況について周囲の支援者の理解を得る
		職場の同僚と互いの勤務に合わせて子どもを預かるなど、支援を申し合う
		子どもがしんどいときに、仕事を優先して良いのか
	心身の疲労がある	仕事を休むことで、職場のスタッフに迷惑をかける
		病児保育利用料が高額なため、仕事を優先してもプラスになるのか不安
	時間の制約により、子育てや仕事が制限される	仕事と子育てを両立すべきかという心理的葛藤
		職場環境から妊娠する時期への心理的葛藤
	勤務の不規則性により支援を受けづらい	両立するうえで、身体的疲労がある
		両立するうえで、精神的疲労がある
支援者側の体制が不十分	勤務が長時間になると、子育ての時間が十分にとれない	
	子育てにより、働き方が制限される	
	勤務による時間の制約から、特定の子育て支援が活用困難	
	生活リズムの相違から、近所の人と子どもを預け合うことは困難	
支援活用が子どもの負担となる可能性	子どもの体調不良など急な場合に、支援者側の対応が難しい	
	未就学児対象の子育て支援は、就学後に活用できず困る	
両立に向けたさらなるニーズ	時間の柔軟性、信頼性のある子育て支援を受けたい	自身の職場が人手不足のため、職場で支援を活用しづらい
		両親への過度な負担など、子育て支援を受けることへの遠慮がある
		信頼性の低い子育て支援は、活用しづらい
		子育て支援の過度な利用が、子どものストレスにつながる可能性
		子育て状況に合わせて、さまざまな働き方をしたい
		子どもの体調不良時に、急でも預かってくれる場所が近隣にあると良い
	学生のうちからライフプランをイメージしたい	子育てや仕事の時間を短縮するための支援を受けたい
		夜間に小学生を預かってもらえる子育て支援があると良い
		地域の子育て支援についてより多くの情報を得たい
		近隣で子育て支援を受けたい
学生のうちからライフプランをイメージしたい	子どもの預かりや保育園の送り迎えなどを両親にしてほしい	
	保育時間をさらに延長してもらえると良い	
	保育料金の負担軽減に対する子育て支援を受けたい	
	事前に就職先の子育て支援に関する情報を得たい	
学生のうちからライフプランをイメージしたい	学生時代に子育てと仕事を両立する先輩から話を聞きたかった	
	学生のうちから妊娠出産を含めたライフプランをイメージできると良い	

る】【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】という3つの中カテゴリーから構成されていた。【両立へのモチベーションをもつ】ことと【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことはそれぞれ相互に作用している。また、【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】ことは、【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことから影響を受けている。

#### 1) 【両立へのモチベーションをもつ】

〔子どもから嬉しいことや新たなことを学び、仕事のモチベーションとなる〕という、子育てを行うことで得られる仕事へのモチベーションに加え、〔仕事をするすることで社会とのつながりができる〕、〔仕事気分転換となり、子どもとの時間をより大切にできる〕という、両立することで得られる社会的利点や子育てにおけるメリットが、両立への内発的モチベーションに

つながっていた。また、〔子どもに働いている姿を見せられる〕ことや〔きょうだいが増えると成長過程の予測から、自分に余裕ができる〕こともまた、両立へのモチベーションとなっていた。

仕事と子育て両立への外発的モチベーションとしては、〔働くことで金銭的メリットがある〕ことが挙げられ、労働の対価として支払われる賃金は、さらなる両立へのモチベーションにつながっていた。

## 2)【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】

仕事の負担を軽減する支援の活用として、研究参加者全員が〔時間短縮勤務制度や育児休暇制度を利用している〕状況を経験していた。また制度の活用に加え、〈所属部署の課長に協力を得て、準夜勤務は、託児所の利用か、夫が子どもの面倒を見てくれる曜日に入れてもらえるよう、勤務を調整してもらう〉など、〔子育てに合わせ勤務調整をしてもらう〕という支援を受けている。加えて〔子どもの体調不良時に仕事を休ませてもらう〕という支援も活用していた。

次に子育ての負担を軽減する支援として、〔保育園や託児所で子どもを預かってもらう〕、〔両親に子どもを預かってもらう〕など、直接的な支援の活用に加え、〈現在は夫の両親と同居しており、幼稚園の朝の送りのみ義父母に頼んでいる〉など、〔夫や両親に子育てや家事の一部を担ってもらう〕ことで時間を調整し、仕事をしていた。また、子育て支援センターなど〔地域の子育て支援について情報を収集し活用する〕場合もあり、〈子どもの健診時のチラシや職場のお母さんの先輩、ママ友たちから、子育て支援に関する情報を得る〉ことが、〈仕事が休みの日に育児サークルに参加し、親同士の交流や、子どもを遊ばせたり、一緒に活動したりする〉など地域の支援を活用することにつながっていた。

## 3)【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】

〈残業が少ないなど時間調整がしやすい部署に異動し、支援の利用と自身の働き方の工夫で子育てと仕事の両立をはかろうと考えるが、どうしても保育園の迎えができないなどであれば仕事を辞めるしかないと考える〉というように、〔子どもの成長や環境変化に合わせて自分の働き方を調整する〕ことで、【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことは、子育て支援を活用し両立をはかるうえで両立者自身の重要な役割であった。そして、子育て支援を活用しやすい環境を作るためには、〔自分の両立状況について周囲の支援者の理解を得る〕ことも重要であり、勤務が変則的でやむを得ない超過勤務がある看護職者が〔職場の同僚と互いの勤務に合わせて子どもを預かるなど、支援をし合う〕ことも、自らの工夫であった。

## 4. 『子育て支援の限界』

この大カテゴリーは、【仕事と子育ての優先順位付けに迷う】【心身の疲労がある】【時間の制約により、子育てや仕事が制限される】【勤務の不規則性により支援を受けづらい】【支援者側の体制が不十分】【支援活用が子どもの負担となる可能性】という6つの中カテゴリーから構成されていた。【仕事と子育ての優先順位付けに迷う】という『子育て支援の限界』は他の5つの中カテゴリーから影響を受け、とくに【心身の疲労がある】ことと相互作用があった。また【勤務の不規則性により支援を受けづらい】ことは、【心身の疲労がある】ことや【時間の制約により、子育てや仕事が制限される】ことと相互作用がある。そして『子育て支援の限界』は、【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】ことと相反するが、研究参加者は【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことによって、子育て支援を活用し両立をはかっていた。

### 1)【仕事と子育ての優先順位付けに迷う】

子どもの急な体調不良時は、〔仕事を休むことで、職場のスタッフに迷惑をかける〕が、〔子どもがしんどいときに、仕事を優先して良いのか〕という心理的葛藤があることも事実であり、仕事と子育てのどちらかを優先することで、他方に大きなデメリットがあることが、優先順位をつけるうえでの迷いにつながった。また、〔病児保育利用料が高額なため、仕事を優先してもプラスになるのか不安〕という場合もあり、経済的側面からみると、高額な子育て支援は、活用時に【仕事と子育ての優先順位付けに迷う】といえた。

そして、〈病院勤務時は、周囲の育児休暇取得状況を見て、自身の妊娠をあきらめる人がいた〉ことから、〔職場環境から妊娠する時期への心理的葛藤〕がある場合や、〈仕事が好きだから続けたいという人も多いが、産後に職場復帰を悩む人も多い〉という現状があり、そもそも〔仕事と子育てを両立すべきかという心理的葛藤〕がある人もいた。

### 2)【心身の疲労がある】

〈妊娠中に未就学児3人の育児と病棟での勤務の両立は肉体的にも精神的にもしんどかった〉など、仕事と子育てを〔両立するうえで身体的疲労がある〕ことに加え、〔両立するうえで精神的疲労がある〕場合もあった。また、〈夜間託児所に預け、次の日も保育園に連れていくのはかわいそうなため、家で子どもの面倒をみると、自分が休憩できない〉など、看護職独自の勤務形態によって引き起こされる【心身の疲労がある】場合もあった。

### 3)【時間の制約により、子育てや仕事が制限される】

〔勤務が長時間になると、子育ての時間が十分にとれない〕場合があり、〈仕事と子育てを両立するうえ

で一番困ることは、時間の制約があることである」とする研究参加者もいた。また、〈急性期が好きであるため、臨床に戻りたいが、子どもの人数が多いと家族の負担が増えてしまうので、現在は難しい〉など、〔子育てにより、働き方が制限される〕場合もあり、時間の制約が『子育て支援の限界』につながっていた。

#### 4) 【勤務の不規則性により支援を受けづらい】

〔勤務による時間の制約から、特定の子育て支援が活用困難〕であることや、〔生活リズムの相違から、近所の人と子どもを預け合うことは困難〕であるという、看護職独自の勤務形態からくる時間の制約が、子育て支援の活用しづらさにつながっている場合があった。

#### 5) 【支援者側の体制が不十分】

〔子どもの体調不良など急な場合に、支援者側の対応が難しい〕ことや、時間短縮勤務制度や託児所など〔未就学児対象の子育て支援は、就学後に活用できず困る〕こと、〔自身の職場が人手不足のため、職場で支援を活用しづらい〕こと、〔両親への過度な負担など、子育て支援を受けることへの遠慮がある〕こと、人間関係を構築しづらい子育て支援や相手のことを知らないなど〔信頼性の低い子育て支援は、活用しづらい〕ことから、支援者側の制限や限界と、それに伴う心理的葛藤・不安感・遠慮により、子育て支援の活用が難しい場合があると示された。

#### 6) 【支援活用が子どもの負担となる可能性】

〔子育て支援の過度な利用が、子どものストレスにつながる可能性〕など、【支援活用が子どもの負担となる可能性】があることで、子育て支援の活用が難しい場合があった。

### 5. 『両立に向けたさらなるニーズ』

この大カテゴリーは、【時間の柔軟性、信頼性のある子育て支援を受けたい】【学生のうちからライフプランをイメージしたい】という2つの中カテゴリーから構成されていた。未就学児をもつ女性看護師の子育て支援活用の特徴から、【時間の柔軟性、信頼性のある子育て支援を受けたい】という、現在すでに存在する子育て支援の改善を求めるニーズに加え、【学生のうちからライフプランをイメージしたい】という、新たな子育て支援へのニーズが存在した。

#### 1) 【時間の柔軟性、信頼性のある子育て支援を受けたい】

仕事の負担を軽減する支援へのニーズについては、〈緊急時は職場から途中で抜けられる、残業なしで帰宅できる、夜勤がないなど勤務時間に融通が利いたり、勤務形態が多様化すると良い〉ということから、勤務形態の柔軟性や多様化により、〔子育て状況に合わせて、さまざまな働き方をしたい〕というニーズがあった。

子育ての負担を軽減する支援へのニーズは、〔子どもの体調不良時に、急でも預かってくれる場所が近隣にあると良い〕ことや、〔夜間に小学生を預かってもらえる子育て支援があると良い〕という意見、〔保育時間をさらに延長してもらえると良い〕というニーズから、より時間的な融通が利きやすく、急な対応が可能な支援で、かつ〔近隣で子育て支援を受けたい〕というニーズがあった。同時に研究参加者は、〔地域の子育て支援についてより多くの情報を得たい〕というように、地域の子育て支援に対しさらなる情報提供を求めている。また、地域の子育て支援だけでなく、〔子どもの預かりや保育園の送り迎えなどを両親にしてほしい〕という、信頼できる両親から幅広い支援を受けたいというニーズがあった。そして〈完全な市販品ではなく、調理時間を短縮できる程度の食品などがあれば良い〉など、企業から〔子育てや仕事の時間を短縮するための支援を受けたい〕というニーズや、〔保育料金の負担軽減に対する子育て支援を受けたい〕という経済的支援へのニーズもあった。

#### 2) 【学生のうちからライフプランをイメージしたい】

〈自身は学生時代に仕事と子育ての両立については、考えてなかったが、学生時代に、就職先病院の、院内保育など子育てとの両立に関する情報が得られたら良い〉という、〔事前に就職先の子育て支援に関する情報を得たい〕〔学生時代に子育てと仕事を両立する先輩から話を聞きたかった〕といった、就職する前に仕事と子育ての両立について知りたいというニーズがあった。また「産んだ後どうしようか、ああしようと考えて、結局そのタイミングで産めなかったら、全然上手いこといかないから、いくら産んだ後でこういうこともできるし、こういう支援も受けれるしって言っても、そこに至れなかったら、ね、プロセスとして全然意味がないので」という語りからもわかるが、〈加齢に伴い、妊孕力は低下するため、仕事と子育ての両立について考えるうえで、妊娠・出産・育児を一連の流れとして捉え、支援する必要がある〉という意見から、子育てと仕事の両立支援は、その前提にある妊娠・出産というところから支援していく必要があるとしている。そのため、〔学生のうちから妊娠出産を含めたライフプランをイメージできると良い〕というニーズがあった。

## VI. 考 察

### 1. 未就学児をもつ女性看護師における仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴

本研究のインタビュー調査において、未就学児をもつ

女性看護師は、子育て支援を活用し両立をはかるうえで、【両立へのモチベーションをもつ】【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことで、『両立のための自らの努力』をしているという特徴が明らかになった。一方で母親たちは『子育て支援の限界』を感じており、それが両立の困難に直結していると考えられる。そして現状では、【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】という『両立のための自らの努力』で困難に対処し、両立をはかっていると考えられる。

1) 『両立のための自らの努力』により子育て支援を活用し両立をはかっている

未就学児をもつ女性看護師が子育て支援を活用し両立をはかるうえで行っている、『両立のための自らの努力』の1つに、【両立へのモチベーションをもつ】ことが挙げられる。【両立へのモチベーションをもつ】うえで、〔働くことで金銭的メリットがある〕という外発的なモチベーションに加え、〔子どもから嬉しいことや新たなことを学び、仕事のモチベーションとなる〕、〔仕事をすることで社会とのつながりができる〕、〔仕事が気分転換となり、子どもとの時間をより大切にできる〕など、内発的なモチベーションをもつことが重要だと明らかになった。仕事と子育ての両立そのものが母子双方に良好な社会的影響を与えることが、内発的モチベーションにつながると考えられる。また、仕事と子育てを両立することで双方にメリットがあることが、【両立へのモチベーションをもつ】ことにつながる。そして、内発的なモチベーションの多くは【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことで仕事と子育てを両立して初めて出現するものであり、そこで出現したモチベーションがまた、【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことの動機づけとなり、さらなる仕事と子育ての両立につながる。この点において、【両立へのモチベーションをもつ】ことは他の2つの中カテゴリーと相互作用があり、両立において欠かせないもの・基礎となるものであると考えられる。

次に【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】ことについて、研究参加者は、〔時間短縮勤務制度や育児休暇制度を利用している〕〔子育てに合わせて勤務調整をしてもらう〕など、子育てをするために、仕事の負担を軽減する支援を活用する場合と、〔保育園や託児所で子どもを預かってもらう〕〔夫や両親に子育てや家事の一部を担ってもらう〕など、仕事をするために、子育ての負担を軽減する支援を活用する場合があると明らかになった。中井、佐々木、山内(2012)は、仕事と家事・育児をしていくためには、

家族・地域の協力、子育て中の母親に対する職場の理解とサポートが必要であるとしており、本研究でも同様の結果が得られている。そしてこの分析結果は、研究参加者である母子とその家族が接触可能な全てのサポートが、仕事の負担を軽減する支援と、子育ての負担を軽減する支援の2種類であり、両者に相互作用はあるものの現段階で支援自体は分離しており、仕事と子育ての両立そのものを支援する子育て支援が存在しない、または活用できる状態にないことを意味していると考えられる。そこで研究参加者は、〔子どもの成長や環境の変化に合わせて自分の働き方を調整する〕〔自分の両立状況について周囲の支援者の理解を得る〕などの方法で【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことが重要だと考えており、研究参加者自身が2種類の子育て支援のバランスを調整することで、仕事と子育ての両立をはかっていると考える。

2) 『子育て支援の限界』は両立の困難に直結する

『子育て支援の限界』は、【仕事と子育ての優先順位付けに迷う】【心身の疲労がある】【時間の制約により、子育てや仕事が制限される】【勤務の不規則性により支援を受けづらい】【支援者側の体制が不十分】【支援活用が子どもの負担となる可能性】があるという6種類に分けられる。【仕事と子育ての優先順位付けに迷う】とは、具体的には、〔子どもがしんどいときに、仕事を優先して良いのか〕迷うことや、〔仕事を休むことで、職場のスタッフに迷惑をかける〕という心理的葛藤があることなどが挙げられる。看護師は仕事の特長上、常に一定数の勤務者確保が必要であり、自身が休むことで他者が代わりに勤務しなければならないため、他の職業に比べより大きな心理的葛藤につながると考えられる。〈仕事と子育てを両立するうえで、一番困ることは子どもの急な体調不良である〉ということから、子どもの急な体調不良時は、仕事と子育てのどちらかを優先することで、他方に大きなデメリットがあることが、優先順位をつける際の迷いにつながるため、両立するうえでの困難となりやすいと考えられる。これは斎藤(2016)の、とくに子どもの病気のために仕事を休むことは、看護師の大きな悩みになっていたという研究結果とも一致している。【仕事と子育ての優先順位付けに迷う】という中カテゴリーは、他の5つの中カテゴリーから影響を受けるため、『子育て支援の限界』における一番大きな問題であり、子育て支援を活用し両立をはかるうえで最大の困難に直結していると考えられる。

中井、筆頭著者ら(2010)は、就労中の母親のサポートについて、必要な援助の内容は、主に仕事と育児を両立していくうえでの人的な支援の必要性和育児のために必要な休暇や時間の必要性、緊急時にとくに子ど

もが病気のときの援助であるとしている。本研究では、【支援者側の体制が不十分】なことにより現在これらの子育て支援の活用が困難な場合があり、それによって仕事と子育ての優先順位を決定するうえでの心理的葛藤が出現することを明らかにした。そして、〔子育て支援の過度な利用が、子どものストレスにつながる可能性〕を懸念する母親も多く、子育て支援を活用するうえで生じる心理的葛藤につながっている。また人間関係を構築しづらい子育て支援や相手のことを知らないなど〔信頼性の低い子育て支援は、活用しづらい〕という意見もあり、必要とする子育て支援が存在しているにもかかわらず、【支援活用が子どもの負担となる可能性】や【支援者側の体制が不十分】であることで生じる心理的葛藤から活用しづらい場合は多くあると考えられる。

他にも、支援活用時に対象年齢の制限があること、時間の制約があること、支援者に過度な負担をかける可能性があること、子どもの体調不良など急な場合に支援者側の対応が困難となること、職場が人手不足であることなど、【支援者側の体制が不十分】なことにより、子育て支援が融通の利きにくいものとなり、『子育て支援の限界』として両立の困難に直結すると明らかになった。来年から第一子が小学生となるaさんは、「夜間保育も確か、その託児所なので、未就学児だけなんです。だから、来年からどうしよう…みたい。下の子は預けられるけど、上の子、どうしたらいい？つてなる…のでー。」「うーん、周り見ててもやっぱりそういう方が多いですかね。あの一、子どもさんが小学校上がるにともなって、自分もいったん、正…正職を辞めて…」と語り、時間短縮勤務制度や託児所の利用など〔未就学児対象の子育て支援は、就学後に活用できず困る〕という困難に直面していることがわかる。子どもが就学するタイミングで必要としてきた子育て支援が途切れてしまうという現状は、大きな困難につながると考えられる。

また、研究参加者は〔生活リズムの相違から、近所の人と子どもを預け合うことは困難〕としており、地域住民からのインフォーマルな子育て支援を受けづらいためなど、【勤務の不規則性により支援を受けづらいため】という状況は、看護職に特徴的な『子育て支援の限界』であると考えられる。

『子育て支援の限界』は、【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】ことと相反するものであり、両立の困難に直結するが、それを【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】という、『両立のための自らの努力』で補っていると考えられる。〈残業が少ないなど時間調整がしやすい部署に異動し、支援の利用と自身の働き方の工夫で、子育てと仕事の両立をはかろうと考えるが、どうしても保育園の迎えができ

ないなどであれば、仕事を辞めるしかないと考える〉というように、職場での立場や勤務先の変更などによって働き方を変化させ、『子育て支援の限界』とそれに伴う困難に対処しながら仕事と子育ての両立をはかっていると考えられる。

## 2. 仕事と子育ての「両立に向けたさらなるニーズ」について

仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴から、【時間の柔軟性、信頼性のある子育て支援を受けたい】という、現在すでに存在する子育て支援の改善を求めるニーズに加え、【学生のうちからライフプランをイメージしたい】という、新たな子育て支援へのニーズが存在することが明らかになった。これらのニーズをもとに、現在すでに存在する子育て支援の改善や新たな子育て支援構築につなげていくことが、社会に求められていると考える。

### 1) 時間の柔軟性、信頼性のある仕事の負担を軽減する支援へのニーズがある

仕事の負担を軽減する子育て支援については、〈緊急時は職場から途中で抜けられる、残業なしで帰宅できる、夜勤がないなど勤務時間に融通が利いたり、勤務形態が多様化すると良い〉ということから、勤務形態の柔軟性や多様化により、〔子育て状況に合わせて、さまざまな働き方をしたい〕というニーズがある。これは、研究参加者が〔勤務が長時間になると、子育ての時間が十分にとれない〕ことや、〔未就学児対象の子育て支援は、就学後に活用できず困る〕といった、『子育て支援の限界』に対し、職場での立場や勤務先の変更などによって働き方を変化させ、【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことによって、両立を可能にしているという現在の状況からくるニーズであると考えられる。斎藤（2016）は、女性看護師が働き続けられる職場の条件として職場には多様な働き方、柔軟な労働時間管理が求められたとしており、本研究もこれに類似した研究結果が得られている。京谷、松田（2007）は、両立者の職場復帰後は、人員補充も終了するため、職場内の人たちの労働負荷が高くなる時期であり、子をもたない働く女性らは、この時期にある両立者の、予期できない休みなどへの対応による負荷を最も強く感じていたとしている。それに対し母親たちも〔仕事を休むことで、職場のスタッフに迷惑をかける〕という心理的葛藤がある。つまり急に欠勤しても良いなどの支援を受けることで、結果的に他者が代わりに勤務せざるを得ない状況となり他の労働者に大きな負担をかける場合、その支援利用が母親たちの心理的葛藤につながり活用しにくいものとなってしまふと考えられる。より柔軟で多様な、仕事の負担を軽減する子育て支援実現のためには、新たな制度の導入

だけでなく、まずは現在すでに存在する制度において、なるべく支援活用時の他の労働者の負担が少なく、かつ、母親の心理的葛藤が少ない運用方法を、選択し工夫していく必要があると私は考える。また、中井、筆頭著者ら（2010）は、就業形態の変化は時間的な問題からくるものであり、職場の配慮としては“時間的な配慮”と共に“母親への理解と励まし”があり、母親が働くためには職場の配慮が必要不可欠であるとしていることから、職場の支援者が仕事と子育ての両立に対する理解を深めることも、ニーズにあった子育て支援を実現するうえで非常に重要だと考える。

## 2) 時間の柔軟性、信頼性のある子育ての負担を軽減する支援へのニーズがある

子育ての負担を軽減する支援について、研究参加者は、〔子どもの体調不良時に、急でも預かってくれる場所が近隣にあると良い〕という思いや〔保育時間をさらに延長してもらえると良い〕という思いがあった。信頼できる、移動時間がかからず活用しやすいという観点から、〔近隣で子育て支援を受けたい〕というニーズがあり、また時間の融通がきやすい子育て支援を活用したいというニーズをもっていると考えられる。とくに子どもの体調不良は急であるため、〈あまり実家に預ける頻度が多くなりすぎても気を遣うことと、実家までは距離があるため、平日や急なときは預けづらい〉ことや、〈病児保育・ファミリーサポートは、小児科受診や事前予約、事前登録などの必要があるなど、支援はあるものの、緊急時は利用しづらい〉など、身近な人の支援も公的な支援も活用が困難な状態にある場合が多く、子育て支援を活用し両立をはかるうえで大きな困難の一つとなっている。そのため、病児保育施設の充実や急な場合でも対応可能な、子どもを預かるための工夫・仕組みの導入は、現在すでに存在する子育て支援の重要な課題であると考えられる。

他にも〔子育てや仕事の時間を短縮するための支援を受けたい〕というニーズがあるが、具体的には、〈完全な市販品ではなく、調理時間を短縮できる程度の食品などがあればよい〉といった企業からの支援を求めるニーズや、〈勤務先の病院が、より近くであると良い〉という通勤時間短縮へのニーズがあり、【時間の制約により、子育てや仕事が制限される】という『子育て支援の限界』からくるニーズであると考えられる。

また、子どもが就学するタイミングで必要としてきた子育て支援が途切れてしまうという現状に対し、〔夜間に小学生を預かってもらえる子育て支援があると良い〕というニーズがあり、これは看護職を含め、夜勤のある職種で働く母親の潜在的なニーズであると考えられる。

さらに〔地域の子育て支援についてより多くの情報を得たい〕というニーズがあり、子育て支援の情報が

十分に行き届いていないことが明らかになった。信頼性の低い子育て支援は活用しづらいことが示されたが、情報不足もまた、知らないことからくる不安につながるため、子育て支援の信頼性の低下につながると考える。膨大な量の情報が存在する現代社会において、情報の取捨選択は容易ではないため、地域の子育て支援を必要とする人に、詳しい情報がダイレクトに提供されるような仕組み作りが求められていると考える。

## 3) 新たな子育て支援へのニーズがある

本研究で明らかになった、【学生のうちからライフプランをイメージしたい】という新たな子育て支援へのニーズは、具体的には〔事前に就職先の子育て支援に関する情報を得たい〕〔学生時代に子育てと仕事を両立する先輩から話を聞きたかった〕といった、就職する前に仕事と子育ての両立について知り、就職先の選択に役立てたかったという思いや、〔学生のうちから妊娠出産を含めたライフプランをイメージできると良い〕という、ライフプランの構築とその実行のための子育て支援を受けたいというニーズであると考えられる。

分析結果より、母子とその家族が接触可能な全てのサポートは、仕事の負担を軽減する支援と、子育ての負担を軽減する支援の2種類であり、両者に相互作用はあるものの、現段階では支援自体は分離しており、仕事と子育ての両立そのものを支援する子育て支援が存在しない、または活用できる状態にない可能性をすでに述べた。しかし、学生のうちからライフプランを構築し実行するための支援は、まさに子育て支援を活用し両立をはかること自体を支援する新しい子育て支援の1つであると考えられる。

中井、筆頭著者ら（2012）は、自分のキャリア（能力）に見合った職業選択の意思決定は、主体性のある意思決定であり、仕事と育児を両立していくために必要であるとしており、就職前の学生のうちからライフプランをイメージすることは、非常に重要であると考えられる。加えて仕事と子育てを両立するためには、仕事と子育てのことだけでなく、親の介護や自身の病気、仕事観なども含めたライフプランを学生のうちから構築する必要があると考える。そして、イメージしたライフプラン通りに人生が進まないことも考えられるが、それが絶望につながらないように、ライフプランをその時その時でより自分に合ったものに変更していけるような力を、学生のうちに身につけておく必要があると考える。両立への動機付けや両立に向けた取り組みの開始につながるこれらの支援は、仕事と子育ての両立に向けた画期的な子育て支援であると考えられる。仕事と子育てを両立しやすい社会づくりに向けて、現在すでに存在する子育て支援の改善を求めるニーズへの対応に加え、【学生のうちからライフプランをイメージしたい】

というニーズにあった、新たな子育て支援構築の必要性が示唆される。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、未就学児をもつ女性看護師を対象に半構成的面接を行い、働く母親の語りの中から、背景にある思いや考え、母親を取り巻く状況を深く掘り下げること、現在すでに存在する子育て支援にとらわれず、子育て支援活用の特徴を明らかにできたという点において、未就学児をもつ女性看護師における仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴を明らかにするという研究目的に合致しており、研究方法は適切であったと考えられる。

しかし、本研究の限界として、研究参加者が3人と少ないこと、未就学児をもつ女性看護師の語りを分析したものであり、他の立場の労働者については検討していない点がある。今後は対象数を増やすとともに、出産後やむを得ず仕事を辞めた者、男性労働者、支援提供者など、さまざまな立場の人を視野に入れて研究を進める必要があると考える。

また、学生のうちからライフプランをイメージしたいという新たなニーズがあることが明らかになったため、現状でのライフプラン支援や学生を含む子育て前の世代を対象とした研究を同時に進める必要があると考える。仕事と子育ての両立支援により、今後さまざまな環境の職場において両立する女性が増加すると考えられる。働く女性が仕事と子育てを両立しやすい社会づくりに向けては、多数の質的・量的研究による知見の蓄積が必要であると考える。

## Ⅶ. 結論

未就学児をもつ女性看護師の語りから、仕事と子育て両立のための子育て支援活用の特徴が明らかになった。

1. 子育て支援を活用し両立をはかるうえで、【両立へのモチベーションをもつ】【仕事または子育ての負担を軽減する支援を活用する】【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】ことで、『両立のための自らの努力』を行っているという特徴がある。
2. 現在の子育て支援は仕事の負担軽減と子育ての負担軽減の2種類に分離しており、両者に相互作用はあるが、仕事と子育ての両立そのものを支援する子育て支援が存在しない。
3. 『子育て支援の限界』は両立の困難に直結するが、それを【自ら工夫し、両立しやすい環境を調整する】という、『両立のための自らの努力』で補完している。
4. 【時間の柔軟性、信頼性のある子育て支援を受けたい】という『両立に向けたさらなるニーズ』があるため、

病児保育や小学生の夜間保育を含む継続的な地域支援の充実など、現在すでに存在する子育て支援の改善が求められる。

5. 仕事と子育てを両立しやすい社会づくりに向けて、仕事と子育ての両立そのものを支援するために、【学生のうちからライフプランをイメージしたい】というニーズに合った、新たな子育て支援構築の必要性が示唆された。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、快くご協力いただきました研究参加者の女性看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

## 文 献

- ・ 小間千代子, 中川禮子 (2002). 看護職における家庭と仕事の両立葛藤. 日赤武蔵野女短大紀, (15), 31-37.
- ・ Holloway, I. & Wheeler, S. (1996) / 野口美和子 (2000). ナースのための質的研究入門 (第2版), pp.1-24, 東京都: 医学書院.
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所 (2015). 2015年社会保障・人口問題基本調査 <結婚と出産に関する全国調査>第15回出生動向基本調査結果の概要 第II部 夫婦調査の結果概要, 20-34.
- ・ 京谷美奈子, 松田有子 (2007). 仕事と育児の両立支援を背景に、いま職場でおこっていること一子を持たない働く女性の経験に注目して一. 日赤武蔵野女短大紀, 20, 43-49.
- ・ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (2015). 厚生労働省委託調査 平成27年度 仕事と家庭の両立支援に関する実態把握のための調査研究事業. 労働者アンケート調査結果 報告書, 1-106.
- ・ 内閣府 (2016). 平成28年版 少子化社会対策白書. 平成28年版 少子化社会対策白書第1部 少子化対策の現状 第2章 少子化対策の取組, 33-42.
- ・ 中井美美子, 佐々木秀美, 加藤重子 (2010). 育児中の母親の家庭内および職場内における役割機能の変化と対処行動. 看護学統合研究, 12 (1), 24-41.
- ・ 中井美美子, 佐々木秀美, 山内京子 (2012). 仕事と育児を両立する母親のエンパワーメントに関する研究 (その1) 一仕事と育児を両立させた母親のエンパワーメント獲得のプロセス一. 看護学統合研究, 13 (2), 1-15.
- ・ 斎藤千秋 (2016). 女性看護師が働き続けられる職場の条件一労働時間を中心に一. 地域と住民: 道北地域研究所年報, 34, 57-66.



## 研究ノート

## 急性期病棟における認知症高齢者看護に関する文献検討

森本恵り子<sup>1)</sup>, 平田 弘美<sup>2)</sup><sup>1)</sup> 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科修士課程<sup>2)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

**要旨** 認知症が進行していく過程では、誤嚥性肺炎、窒息、転倒による骨折が起りやすく、身体疾患の治療目的で急性期病棟へ入院する認知症高齢者が増加している。そこで今回、急性期病棟における看護師の認知症高齢者に関する認識や看護実践の現状を明らかにすることを目的に文献検討を行った。文献検討の結果、急性期病棟で働く看護師は、認知症高齢者に対し苦手意識やいらだちといった否定的な認識をもっていたが、認知症高齢者の反応を引き出すといった成功体験や、認知症や認知症看護について学習することによって、認識を肯定的なものへと変化させていた。また、急性期病棟で働く看護師は、BPSD といった認知症特有の症状や認知症高齢者に抑制をせざるを得ない状況、認知症高齢者とゆっくり関わるができない看護体制に対し、困難を感じていた。その一方で、看護師は医師や介護職などの多職種と協力し、関わり方の工夫を行いながら認知症高齢者を尊重した対応をしていた。しかし、急性期病棟に入院する認知症高齢者本人に焦点を当てた研究はほとんどなく、認知症高齢者自身の視点で、看護に対する反応や思いについて十分に検討されていないことが明らかになった。

**キーワード** 認知症高齢者、急性期病棟、看護、文献検討

## I. 諸言

2016年に発表された人口推計によると、わが国の65歳以上の高齢者人口は、3,459万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）も27.3%となった。認知症になる割合は年齢とともに高くなるため、高齢化に伴い認知症の人の数も上昇している。今後、団塊の世代の人すべてが75歳以上となる2025年において、認知症のある人は675万人（65歳以上の人の19%）、2060年には850万人に達することが推測されている（内閣府、2017）。

認知症が進行していく過程では、誤嚥性肺炎、窒息、転倒による骨折が起りやすく（正木、2016）、そのような身体疾患の治療目的で急性期病棟へ入院する認知症高齢者が増加している。しかし、急性期病棟では治療優先あるいは安全管理の立場から、認知症高齢者の認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：以下BPSD）やせん妄に対して、身体拘束や向精神薬による行動の抑制や鎮静化が当然のように実践されている（鈴木、2013）。その結果、急性期の疾患は回復しても、認知症の悪化や拘束をしているが故の事故や日常生活動作（Activities of Daily Living：以下ADL）の低下などが生じやすくなっている（正木、2016）。さらに、認知症高齢者は高齢であるがゆえに、感染症、肺炎などの合併症を併発しやすく、入院期間を長期化させることが報告されている（Hare et al. 2008；鈴木、2013）。また、入院中のせん妄発症やBPSDの出現は、身体疾患の治療を阻む原因となり、入院期間の長期化のみならず、自宅への退院を困難にすることにもつながっている（今村ら、2016）。このように、認知症高齢者は急性期病棟への入院をきっかけに、その後の認知機能や身体機能、生命予後、生活の質（Quality of life：以下QOL）にさまざまな悪循環を生じやすくなっている

Literature Review of Nursing for Elderly People with Dementia in Acute Ward

Eriko Morimoto<sup>1)</sup>, Hiromi Hirata<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Graduate Student in Master's program of Human Nursing Graduate School, The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2018年9月30日受付、2019年1月24日受理

連絡先：森本恵り子  
聖泉大学

住 所：彦根市肥田町720

e-mail：morimo-e@seisen.ac.jp

る(鈴木, 2017)。そのため、急性期病棟で働く看護師は、認知症高齢者の認知機能低下や加齢に伴う身体徴候の変化を適切にアセスメントし、入院による身体・認知機能の低下や退院後の生活の質を低下させないような適切なケアを提供することが求められる。

そこで今回、今後の急性期病棟での認知症高齢者看護の確立に向けた研究の方向性を見出すために、急性期病棟での認知症高齢者看護についての看護師の認識や看護実践の現状について文献検討を行った。

## II. 研究目的

本研究の目的は、日本国内の急性期病棟における看護師の認知症高齢者に関する認識や看護実践の現状について明らかにすることである。

## III. 用語の定義

**急性期病棟**：本研究では、急性期病棟を「急性・慢性疾患の発病や悪化のための入院・手術・検査などの身体治療を提供する病棟で、療養型病棟やBPSDの急性増悪を治療するような精神科病棟とは異なる病棟」とする。また、今回の文献検討においては「一般病院」、「一般病棟」と表記されているものも「急性期病棟」に含むこととする。

## IV. 研究方法

医学中央雑誌 Web 版を用いて、「認知症」・「高齢者」・「看護」・「急性期病棟」・「一般病院」・「一般病棟」をキーワードとして、2008～2017年に発表された原著論文を検索した。文献検討の対象となった研究結果内容について要約し、明らかにされていることについて整理した。

## V. 研究結果

### 1. 研究対象とした文献について

医学中央雑誌 Web 版を用いて、「認知症」and「高齢者」and「看護」and「急性期病棟」or「一般病院」or「一般病棟」をキーワードとして抽出した原著論文は55件であった。精神科の急性期に関する文献5件、せん妄に焦点が当たっている文献が3件、尺度開発に関する文献1件、文献検討が2件、HCU病棟に関する文献、医療事故に関する文献、介護に関する文献等、急性期病棟での

認知症看護に焦点の当たっていない文献を除外し、研究内容を吟味した結果、24件の文献が今回の文献検討の対象となった。

### 2. 研究対象とした文献の分類と内容について

対象の文献について内容を精読し、1) 急性期病棟で働く看護師の認知症高齢者を捉える認識について4件、2) 急性期病棟での看護の困難や困難感について9件、3) 急性期病棟での看護実践とその工夫について10件、4) 認知症高齢者からみた急性期病棟の看護について1件の4項目に分類した。

#### 1) 急性期病棟で働く看護師の認知症高齢者を捉える認識について

松村・西村(2013)は、急性期病棟で働く看護師を対象に、認知症診断のない状態で入院した高齢患者に認知症があるのではないかと判断する視点についてアンケート調査を行った。その結果、看護師は、高齢患者の記憶障害、見当識障害、言語障害、危険行為などの有無で認知症があるかどうかの判断をしていた。また、卒後に学習の機会の少ない看護師は、認知症とせん妄の違いの理解度が低い傾向にあった。杉田・西片(2013)は、一般病棟の看護師が認知症高齢者との関わりで抱く感情を明らかにするために、看護師8名にインタビュー調査を行った。その結果、看護師が認知症高齢者との関わりで抱く感情は、肯定的な感情と否定的な感情に分類できることが明らかとなった。肯定的な感情としては、「嘘偽りのない感情がうれしい」、「表面上だけでなく、本当に認知症患者を理解しようとしたときに楽しく感じた」といった、患者を積極的に理解しようとしたときに看護の楽しさや、やりがいを感じていた。否定的な感情として、認知症患者のアセスメントの難しさや短時間で関係を作ることの難しさが挙げられた。また、他の業務で忙しいときや何度も同じことを言う認知症患者に対しイライラするという感情や、認知症患者からの暴力や暴言に対しショックを受けるという感情があることが明らかとなった。

小川・又川・濱田・田島(2015)は、ユマニチュードの学習によって、認知症患者に対応する看護師の感情・思考がどのように変化するかを明らかにするため、看護師6名にインタビュー調査を行った。看護師は、学習以前は、認知症患者に対して苦手意識やいらだち、恐怖といった感情をもっていた。しかし、ユマニチュードを学習し、実践した看護師は、認知症患者の反応を引き出すといった成功体験を得て、喜びを感じていた。看護師の認知症患者への抵抗や苦手意識は、成功体験により軽減することが明らかになった。

小田・川島(2016)は、看護師の認知症高齢者への共感の程度とそれに関連する要因を明らかにするために、急性期病棟で働く看護師707名を対象に質問紙調

査を行った。看護師は、認知症高齢者とのコミュニケーションについて得意と答えた人は極めて少なく、苦手としている人の割合が多かった。この研究結果から、看護師は、大学生や看護学生と比較して認知症高齢者に対し共感的ではないことが明らかとなった。また、認知症高齢者への共感に関連する要因として、認知症高齢者と自分との関わりを振り返るといった自己学習の姿勢、認知症高齢者の身体面や社会面のアセスメントの仕方、認知症高齢者とのコミュニケーションの得手不得手、認知症高齢者看護を行ううえでの医療従事者間のチームワークが挙げられていた。

これらの結果から、急性期病棟で働く看護師は、認知症高齢者特有のアセスメントの難しさ等によって否定的な感情や苦手という認識をしていることがわかった(杉田ら, 2013; 小川ら, 2015)。その一方で、認知症についての自己学習や認知症患者と積極的に関わることで、スタッフ間・多職種とのチームワークによって、認知症高齢者に対する認識を肯定的に変化できることが明らかとなった(杉田ら, 2013; 小川ら, 2015, 小田ら, 2015)。

## 2) 急性期病棟での看護の困難や困難感について

片井・長田(2014)は、急性期病棟で働く看護師155名を対象に、認知症高齢者ケアを行うなかで抱えている困難の実態について質問紙調査を行った。その結果、対象者の約8割以上が困難を経験していた。困難の内容として、認知症高齢者からの暴言・暴力、治療やケアの拒否、事故が起こる危険、術後患者など緊急度の高い患者対応を行いながら、認知症高齢者のケアも行わなければならないといった多重業務・課題、他の入院患者への影響が挙げられていた。また看護師は、認知症高齢者のつじつまの合わない言動により意思疎通の困難を経験していることがわかった。

認知症高齢者の暴言や暴力に関連するケアの困難さについて、西村・岡本・鈴木(2015)と鈴木ら(2013)も調査を行っていた。西村ら(2015)は、急性期病棟に勤務する看護師24名に記述とインタビューで調査を行い、認知症高齢者への対応困難の要因を明らかにした。認知症高齢者の対応困難場面として、認知症高齢者が暴力的になった場面と、同じ言動をくり返す場面が挙げられていた。対応困難の要因は、看護師が認知症高齢者の興奮の原因や誘因を把握できていない状況であると報告していた。鈴木ら(2013)は、急性期病棟で働く看護師267名を対象に、認知症に関連した症状に対する対処困難感について、アンケート調査を行った。その結果、看護師は「チューブ類を抜去しようとする」といった『治療・看護援助を傷害する行動に対する対処困難感』、「衣服や器物を破ったり、壊したりする」といった『興奮・多動行動に対する対処困

難感』などがあることを明らかにした。

松尾(2011)や小山・流石・渡邊・森田・萩原(2013a)は、認知症高齢者の事故の危険に関する困難感について調査を行っていた。松尾(2011)は、急性期病棟における認知症高齢者への対応の困難さについて、看護師5名を対象にインタビュー調査を行った。その結果、看護師は、ドレーンの自己抜去などの危険を予測し、見えない位置で固定するといった予防策を実施していたが、それでも生じてしまう事故に対し困難感を抱いていた。さらに認知症高齢者の安全やケアに関する負担を軽減する対応に際して、医師との意見の相違や連携がうまくいかないことや、家族に認知症高齢者の認知症状況を理解してもらえないといった困難を抱えていた。小山ら(2013a)は、看護師が治療を必要とする認知症高齢者のケアを行う際に抱く困難を明らかにすることを目的に、大規模病院の一般病棟に勤務する看護師10名を対象にインタビュー調査を行った。その結果、看護師は、認知症高齢者がルート類を抜いてしまうことや、転倒のリスクが高い認知症高齢者に対して治療が安全・スムーズに行えないことに戸惑いを感じていた。また、看護師は、命や安全を優先した業務に追われ、そのなかで認知症高齢者に抑制をせざるを得ないというジレンマを感じながら働いている現状が明らかになった。

認知症ケアに関連したジレンマについては、山本(2008)や下平・伊藤(2012)が調査を行っていた。山本(2008)は、高齢者看護におけるジレンマの概要を明らかにするために、一般病棟看護師205名に質問紙調査を行った。その結果、看護師は、認知症高齢患者に十分なコミュニケーションをとる余裕がないことや、治療のため夜間に抑制をする状況についてジレンマを感じていた。その他にも、認知症高齢者の手術や挿管といった延命治療について考える状況にジレンマをもっていることが明らかとなった。また、認知症高齢者の治療・入院に関して、小山(2013a)と小山・流石・渡邊・森田(2013b)の研究では、看護師は、認知症の人の入院に対する意思の確認ができないとき、急性期病棟で治療することが本人にとってよいことなのか悩むといった困難を明らかにしていた。さらに、下平ら(2012)は、認知症高齢者ケアの教育ニーズを把握するために、一般病院で働く看護師6名を対象にインタビュー調査を行った。その結果、看護師は、認知症患者に治療の理解を得られず、治療に支障をきたすことへの困難感をもっていることが明らかとなった。また、看護師は、治療を優先するための抑制に対しジレンマを感じていることがわかった。

さらに、下平(2012)や片井ら(2014)、山本(2008)、小山ら(2013a)は、看護体制による困難について明

らかにした。看護体制による困難は、夜勤帯など患者にずっと付き添ってられないことや、病棟業務を行いながら認知症高齢者にゆっくりと関われないことであった。また、小山ら（2013b）は、急性期病棟では、認知症患者のためのレクリエーションを行うことが難しく、認知症患者の生活の場としては適していないという看護師の思いを明らかにした。

小山ら（2013b）は、中規模病院の一般病棟で働く看護師12名を対象に、認知症高齢者のケアを行う看護師の困難について、インタビュー調査を行った。その結果、看護師は、認知症ケアについて相談する人がいないため、認知症患者への安全な医療提供ができないという困難感を感じていることが明らかとなった。藤田・松本・宮崎・山田・服部（2016）は、老人看護専門看護師（Gerontological Nursing Certified Nurse Specialist：以下GCNS）が行うコンサルテーションから、看護師が感じる高齢者ケアの困難さを解決に導くための教育の必要性を示唆していた。看護師は、せん妄ケア、病気の軌跡や死への対峙を支えるケア、認知症・BPSDへのケアについて、GCNSへコンサルテーションを依頼していた。このことから、看護師はこれらのケアについて、困難を感じていることがわかった。看護師へ必要な教育内容として、高齢者自身へ関心を向ける方法、その関心をケアにいかす方法、実際のケアに適用できる看護師の能力育成が挙げられた。さらに技術を駆使するときの考え方の能力育成、相手の心情を包括的に推察するとともにコミュニケーション技術の育成といった教育の必要性についても示唆されていた。

これらの結果から、認知症高齢者のBPSDによる症状や危険行動のために治療に支障をきたすことが、急性期病棟での看護の困難となっていることが明らかとなった。（片井ら，2014；西村ら，2015；鈴木ら，2013；山本，2008；下平ら，2012；小山ら，2013a；松尾，2011）。さらに、術後など緊急度の高い患者の対応に追われるなかでの多重業務や認知症高齢者とゆっくり関われない看護体制（片井ら，2014；下平ら，2012；山本，2008；小山ら，2013a）といった急性期病棟ならではの状況が、認知症高齢者に対し抑制を行うといった行動につながっていた。そのため看護師は、認知症高齢者に対して尊重した対応ができないと感じ、ジレンマや困難感を抱いていることが明らかとなった（山本，2008；下平ら，2012；小山ら，2013a；小山ら，2013b；松尾，2011）。また、認知症高齢者の延命治療について考える状況や意思確認ができない状況、認知症ケアについて相談する人がいない状況も看護の困難感につながっていた（山本，2008；小山ら2013a；小山ら，2013b）。その一方で、困難を解決するためには、

看護師への教育の必要性が示唆されていた（藤田ら，2016）。

### 3) 急性期病棟での看護実践とその工夫について

#### (1) 看護師を対象とした研究

島田・上田・大谷・田所（2011）は、病棟看護師6名へインタビュー調査を実施し、急性期病院における認知症高齢者へ提供している看護ケアを明らかにした。看護師は認知症高齢者に対し、転倒やルート類の自己抜去などのリスクを想起した不安をもちながらも安全を優先し、抑制を容認していることが明らかになった。その一方で、看護師は患者のそばに付き添い、抑制が最小限となるよう関わっていた。さらに、患者の不穏時には医師に薬剤調整を依頼するといった看護師主導での働きかけを行ったり、認知症高齢者の1日のリズムを作りサーカディアンリズムを整え、社会性を取り戻すような働きかけを行っていることが明らかになった。

江口・前田・久保田・木下（2011）は、一般病院の病棟看護師11名へのインタビューから、身体合併症で入院した認知症高齢者への病棟におけるケアのプロセスを明らかにした。そのなかで、認知症高齢者の個別性を考えた対応を「看護の工夫に至るプロセス」としていた。「看護の工夫に至るプロセス」として、患者を見守る、話を聞く、側にいるといったケアを患者のペースで行うこと、認知症患者のその人らしさをアセスメントするスキルを身につけ、認知症患者の行動を肯定的にとらえることを挙げていた。また看護師は、自分の担当以外の常に見守りが必要な認知症患者に対するケアを手伝うなど、スタッフ全員で対応していることが明らかとなった。

河相・小出・境・中野（2017）は、看護師6名に対し周手術期の認知症高齢者への具体的な関わり方の現状についてインタビュー調査を行った。その結果、看護師は患者の手術前に家族に対して、高齢者は術後不穏になりやすいという認知症高齢者の特徴を踏まえた周手術期過程の説明を行っていた。さらに看護師は、手術前に面会の許可を得て家族から情報収集を行ったり、手術後の患者ケアに関して家族の理解と協力が得られるよう関わっていた。また患者に対しては、安全を第一に考え、術前オリエンテーションは大きい文字で絵や色を使ったパンフレットを使い術前処置の説明をしていた。さらに、ルート類を自己抜去する危険性の高い患者に対しては、つなぎ服などの病衣を使用し、ルート類や抑制を最小限にする工夫を行っていた。しかし、その一方で術後は観察することが多く、認知症患者の日常生活面にゆっくり関わりたくても業務を優先せざるを得ない現状が明らかとなった。

嘉藤・原 (2014) は、急性期病棟に勤務する看護師 9 名にインタビュー調査を行い、認知症高齢者の転倒の危険性を判断する看護師の視点を明らかにした。看護師は、転倒の危険がある時期として、入院初期のころ、治療効果が出て病状が改善して活動性が向上してくる時期、退院が近い時期を挙げていた。そのため看護師は疾患と治療の影響を予測し、患者の動作や説明の理解度から転倒の危険を予測する視点を持っていることが明らかとなった。そのうえで看護師は、他の看護師や多職種間の情報収集を行い、多職種とともに話し合いをしながら、患者の転倒の危険性について話し合いを行う対策が報告されていた。

鈴木ら (2015) と吉村・鈴木・高木・江上 (2013) は、急性期病棟の高齢者集団ケアと認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping; 以下 DCM) についての研究を行っていた。高齢者集団ケアとは、病棟の食堂を利用し、高齢者が持続点滴、酸素療法などの治療を受けながらも、車いすやリクライニング車いすで参加してアクティビティを高めるために行うケアとされている。また、DCM とは、認知症高齢者に対するケアの質の向上を目的に考案された手法で、通常 6 時間継続して 5 分ごとに、認知症高齢者の行動の評価を実施する行動観察法のことである。鈴木ら (2015) は、急性期病棟の高齢者集合ケアにおける DCM が及ぼす効果を明らかにするために、1 年間の DCM を実施し、終了後に看護師 7 名と看護補助員 3 名の計 10 名へフォーカスインタビューを実施した。その結果、急性期病棟の高齢者集合ケアにおける DCM は、看護師に高齢者の境遇や言動を理解しようとする共感的・受容的な関わりや、ともにいることを感じてもらう関わり、高齢者のもてる力を引き出すケアを心がけるようになるといった変化をもたらすことが明らかとなった。また、医師や介護職などの多職種とのコミュニケーションが円滑になり、多職種間でのケアの方向性が議論しやすくなるという効果がみられたと報告していた。吉村ら (2013) は、DCM を用いて、急性期病棟における高齢者集団ケアの効果を明らかにするために、肺炎などの治療目的で入院中の高齢者 12 名に DCM を実施した。その結果、高齢者集団ケアは高齢者に他者との関わりを促進し、QOL を向上させるのに効果的であることが明らかとなった。

急性期病棟で働く看護師は、認知症高齢者の安全を第一に考え、疾患と治療の影響を予測する、ルート類や抑制を最小限にする、患者の理解度に合わせた説明をするといったさまざまな工夫をしながら日々の看護実践を行っていることがわかった (嘉

藤ら, 2014; 島田ら, 2011; 江口ら, 2011; 河相ら, 2017)。また、認知症高齢者の治療やケアを円滑に遂行するために、看護師は、家族やスタッフ・多職種と協力していることが明らかとなった (島田ら, 2011; 江口ら, 2011; 河相ら, 2017; 嘉藤ら, 2014)。さらに、急性期病棟の高齢者集団ケアにおける DCM は、認知症高齢者に対する看護師の関わり方に変化をもたらし、多職種とのコミュニケーションを円滑にするだけでなく、高齢者の QOL を向上させることがわかった (鈴木ら, 2015; 吉村ら, 2013)。

## (2) 認知症認定看護師・老人看護専門看護師を対象とした研究

認知症看護認定看護師 (Dementia Nursing Certified Nurse: 以下 DCN)、GCNS の看護実践とその工夫についても明らかになっていた。天木・百瀬・松岡 (2014) は、DCN が実践場面でどのように判断しているのかを明らかにすることを目的に、DCN10 名にインタビューを実施した。その結果、DCN は治療や検査と BPSD の関連性をとらえた判断、入院初期の不可解な言動やせん妄に対する判断、身体的不快・苦痛や拒否的態度から BPSD の要因検索を行う判断、患者の強みの活用やケアの適切性への判断、環境調整の判断を行っていた。このように DCN は、常に認知症高齢者の安全な治療の継続と快適な療養生活を支えるために多角的に判断を行っていることが明らかとなった。荒木・原・長谷川・小野 (2016) は、一般病院に勤務する DCN の専門的実践活動を明らかにするために、DCN11 名へインタビュー調査を行った。その結果、DCN は、認知症高齢者に対して先入観をもたずに高齢者本人と向きあい、認知症によりみえにくくなっている患者の真の姿や思いをつかんでいと報告されていた。また DCN は、病棟に出向くことでスタッフとその場で一緒に考え、スタッフが自身の認知症高齢者に対する看護を振り返る機会を作っていた。さらに、認知症高齢者のもてる力を発揮できるよう具体的な介入方法を病棟看護師に伝授したり、認知症を理解するために研修の場を設けていた。DCN は看護外来などの場を活用し、認知症高齢者やその家族に対しても継続的な支援を行っていることが明らかとなった。

大津・玉田・工藤・小笠原 (2016) は、DCN293 名を対象に、身体疾患を合併する認知症高齢者の看護に際して感じる困難な内容・状況と、それらに対して効果があった対応方法・効果がなかった対応方法を明らかにすることを目的に質問紙調査を実施した。その結果、対応に困難を抱いた認知症高齢者の身体疾患や症状として、骨折、肺炎などの急性期疾

患、糖尿病などの慢性期疾患、がんの終末期にかかわる疾患、褥瘡、脱水などの症状等が挙げられていた。いずれの疾患・症状に対して、認知症高齢者本人の意思に沿った対応や抑制以外の方法での対応は効果的であるとわかった。また、血糖測定などの長期的な管理を要する認知症高齢者に対して、自宅での簡易な方法での自己管理支援は効果があると報告していた。一方でいずれの疾患や症状に対して効果がなかった対応は、抑制やつなぎ服の着用といった身体拘束や処置の強行、睡眠導入剤などの薬剤を増量することだということが明らかとなった。

藤田・鶴屋・花房・田村・服部(2015)は、GCNSが行うコンサルテーションを可視化することを目的に、急性期病棟で侵襲的治療を受ける認知症高齢者への困難なケアについて、GCNSが看護師から相談を受けた18事例を分析した。その結果、GCNSは、「認知症高齢者へのケアを改善に導くスキル」をもっていることがわかった。認知症高齢者に対するGCNSのスキルは、認知機能レベルに応じたケアで認知症高齢者の気持ちの安定を図り、納得を得てケアを進めることであると報告していた。また、GCNSは、認知機能・覚醒・意識レベルを評価しながら、認知症高齢者本人と家族の両者から意思確認を行い、認知症高齢者の生活史から回復の手掛かりとゴールを探っていることがわかった。認知症高齢者の家族に対するGCNSのスキルは、家族の不安を受け止め、今後の治療や最期を考えられるように支援を行うことだと述べられていた。また、看護師に対するGCNSのスキルは、看護師にリフレクションの機会を提供し、看護師の関わりが認知症高齢者に及ぼす影響への気づきを促すことであるということが明らかとなった。

これらの結果からDCN・GCNSは認知症高齢者に対し、認知機能・覚醒・意識レベルや患者の強み、環境など多角的に判断を行い、継続的な看護を実践していることが明らかとなった(天木ら, 2014; 荒木ら, 2016; 藤田ら, 2015; 大津ら, 2016)。さらに、DCN・GCNSは、病棟看護師に対し看護を振り返る機会を提供するといった教育的な関わりをしているということがわかった(荒木, 2016; 藤田ら, 2015)。

#### 4) 認知症高齢者からみた急性期病棟の看護について

山縣・千葉・山本(2010)は、急性期病棟に入院中の認知症高齢患者とその家族5組10名を対象に、入院生活への希望や期待、感じていることや思いについてインタビュー調査を行った。その結果、認知症高齢患者と家族は「接しやすさと気遣いが嬉しい」「一人ひとりに合わせてもらえることが嬉しい」と感じてい

た。また、認知症高齢患者・家族は、治療やケアを自分たちの考えに基づき納得して受けたいという気持ちや、自分のことは自分で決めたいという気持ちをもっており、自立を重んじた安全と信頼のある医療を望んでいた。家族の多くは「認知症のある患者が表現できない気持ちを代弁したい」など、認知症高齢者のために何かしたいと望んでいた。その一方で「認知症患者のことで看護師や他患者に迷惑をかけたくない」といった思いや、今後の病状や退院後の介護についての不安をもっていた。認知症高齢患者自身は、病気に対する不安や痛みから不眠を訴えており、不安や痛みを軽減して欲しいという思いを持っていることが報告されていた。

## VI. 考 察

### 1. 急性期病棟における認知症高齢者看護の現状について

急性期病棟では、多重業務や人手不足といった看護体制の現状があり、その結果治療優先となる傾向があった(下平ら, 2012; 片井, 2014; 小山ら, 2013a)。そのため急性期病棟で働く看護師は、認知症高齢者のBPSDによる症状や危険行動によって、治療に支障をきたすことに困難を感じており(片井ら, 2014; 西村ら, 2015; 鈴木ら, 2013; 山本, 2008; 下平ら, 2012; 小山ら, 2013a; 松尾, 2011)、認知症高齢者を否定的に捉える傾向があった(西片, 2013; 小川ら, 2015; 小田ら, 2016)。

その一方で、看護師は業務を優先せざるを得ないなかでも、認知症高齢者に対してさまざまな対応を行い、関わり方の工夫を行っている現状があった(嘉藤ら, 2014; 島田ら, 2011; 江口ら, 2011; 河相ら, 2017)。

急性期病棟における在院日数の短縮化は、高齢患者にとって機能を低下させず早期に元の生活に戻るために重要である一方で、看護師にとっては入退院に関わる業務が増え、認知機能の低下した患者に合わせた対応をじっくりと検討することが難しくなる(伊藤, 2018)。そういったなかで、認知症高齢者の治療やケアを円滑に遂行するためには、医師との連携や看護師主導で他職種に働きかけること、他職種間でのケアの方向性についての議論を行う(松尾, 2011; 島田ら, 2011; 鈴木, 2015)といった多職種協働が重要だと示唆されていた。看護師が時間や精神的なゆとりをもって認知症高齢者に関わるためには、チームとして認知症高齢者に関わることが必要である(江口ら, 2011)。さらに上野(2013)は、DCNが単独で活動することも必要であるが、多職種チームでの活動が患者理解や適切なケアに有効であること、看護師のサポートにもなり得ると述べている。そのため、看

看護師は DCN・GCNS やさまざまな専門職と協力しながら、チームで認知症高齢者ケアに取り組むといった多職種協働を強化していくことが重要だと考える。

また、今回の文献検討において DCN・GCNS は、認知症高齢者への看護に困難を抱える看護師に対し、認知症高齢者に対する関心の向け方等、具体的な介入方法を伝達し、認知症高齢者に関する看護師の能力を伸ばすことを行っていた（藤田ら、2015；荒木ら、2016）。しかしその一方で、急性期病棟で働く看護師は、認知症ケアについて相談する人がいないと感じていた（小山ら、2013b）。そのため、急性期病棟の看護師は、DCN・GCNS の存在を活用していくことも必要だと思われる。

また、卒後に学習の機会の少ない看護師は、認知症に関する理解度が低い傾向にあった（松村ら、2013）。その一方で、認知症についての自己学習や認知症患者と積極的に関わることで、スタッフ間・多職種とのチームワークによって、認知症高齢者に対する認識を肯定的に変化できることが報告されていた（西片；2013；小川、2015；鈴木、2015；小田ら、2016；河相ら、2017）。さらに、急性期病棟の高齢者集団ケアにおける DCM は、多職種とのコミュニケーションを円滑にするだけでなく、高齢者の QOL を向上させていた（鈴木ら、2015；吉村ら、2013）。そのため急性期病棟での DCM の活用は、認知症高齢者ケアの向上に有効であると思われる。

このように、看護師が認知症高齢者について理解しようと積極的に関わることや、認知症についての学習を行うことで、認知症高齢者に対する認識や看護の姿勢に変化があった。これらのことより、急性期病棟での認知症高齢者看護を確立していくためには、看護師自身が認知症高齢者についての関わりを振り返ったり、認知症や認知症看護についての学習を行い、知識や技術を身につけていくことが重要だと考える。

## 2. 認知症高齢者とその家族の視点について

認知症高齢患者と家族は、入院生活への希望や期待について「一人ひとりに合わせてもらえることが嬉しい」としていた（山縣ら、2010）。その一方で、看護師は一人ひとりの認知症高齢者にゆっくりと関われないことに関して困難やジレンマを感じていた（下平、2012；片井ら、2014；山本、2008；小山ら、2013a）。杉田ら（2013）は、認知症高齢者に合ったケアや関わり方をしたことによる効果を実感することは、看護師の困難感を軽減し、やりがいにもつながると述べている。そのため看護師は、一人ひとりの認知症高齢者の症状を適切にアセスメントし、患者や家族が望む看護を模索していく必要があると思われる。

急性期病棟における認知症高齢者ケアを向上していくためには、看護師サイドだけではなく、患者本人やその家族が入院生活をどのように感じているのかを知ること

が必要であると思われる。しかしながら今回の文献検討では、看護師の認知症高齢者に対する認識や看護の困難感、看護実践での工夫については明らかとなったが、認知症高齢者やその家族を対象とした研究はほとんど見当たらなかった。海外において、イギリスでは Cowdell（2010）、カナダでは Hung（2017）が、認知症高齢者自身の視点に焦点を当てた研究を行っていた。それらの研究結果として、認知症高齢者は急性期病棟での生活のなかで抑圧されていると感じ（Cowdell、2010）、病院環境について改善してほしいといった意思表示が可能である（Hung、2017）ということが報告されていた。

したがって、今後、認知症高齢者自身の視点で、看護に対する反応や思いを明らかにし、看護師の関わりが認知症高齢者にどのような反応や影響をもたらしているのかを知り、認知症高齢者看護の向上に活かしていくことが必要であると考えられる。

## Ⅶ. 結 論

文献検討より、以下のことが明らかになった。

- 1) 急性期病院で働く看護師は、認知症に対し苦手意識やいらだちといった否定的な認識をもっていたが、認知症高齢者の反応を引き出すといった成功体験や認知症についての学習、スタッフ間・多職種と協働することによって、肯定的な認識へ変化することが明らかとなった。
- 2) 急性期病院で働く看護師は、BPSD といった認知症特有の症状や多重業務といった看護体制、認知症高齢者に抑制をせざるを得ない状況に困難を感じていた。
- 3) 急性期病棟での認知症高齢者看護では、安全を第一に考えながら危険の予測、ルートや抑制を最小限にする、医師や介護職などの多職種と協力するといった工夫を行い、認知症高齢者を尊重できるような関わり方の工夫を行っていた。
- 4) 今回の文献検討において、急性期病棟に入院する認知症高齢者自身の視点で、看護に対する反応や思いを明らかにした文献はほとんどなかった。そのため、急性期病院での看護師の関わりについて、認知症高齢者がどのような思いを抱いているのかを認知症高齢者自身の視点について明らかにしていく必要がある。

## 文 献

- ・天木伸子、百瀬由美子、松岡広子（2014）。一般病院

- で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断. 日看研会誌, 37 (4), 63-72.
- ・荒木さおり, 原祥子, 長谷川沙希, 小野光美 (2016). 一般病院に勤務する認知症看護認定看護師の認知症高齢者に対する専門的実践活動. 日認知症ケア会誌, 14 (4), 858-867.
  - ・Cowdel, F. (2010). Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *NURSING STANDARD*, 24 (23), 42-48.
  - ・江口恭子, 前田祐子, 久保田正和, 木下彩栄 (2011). 身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセス. *健康科学: 京大院医研科人間健科紀*, 7, 23-28.
  - ・藤田冬子, 松本多津子, 宮崎栄子, 山田鈴子, 服部めぐみ (2016). 急性期病院における老人看護コンサルテーションからみた院内教育ニーズ. *神戸女大看紀*, 1, 21-26.
  - ・藤田冬子, 鶴屋邦江, 花房由美子, 田村文佳, 服部めぐみ (2015). 侵襲的治療を受ける認知症高齢者へのケアを改善する老人看護専門看護師が行うコンサルテーションの可視化. *高知女大看会誌*, 41 (1), 97-106.
  - ・Hung, L., Phinney, A., Chaudhury, H., Rodney, P., Tabamo, J. & Bohl, D. (2017). "Little things matter!" Exploring the perspectives of patients with dementia about the hospital environment. *Int J Older People Nurs*, 12 (13), 1-11.
  - ・今村恵, 戸川啓史, 山本拓, 八道智絵, 笠原克己, 川端奈緒美, 長岡由美, 松木大作, 寺岡雅恵, 佐藤美由紀, 島俊英 (2016). 認知症患者が安心して治療を受けることが出来る病院を目指して～認知症サポートチームの活動について～. *済生会吹田病医誌*, 22 (1), 84-87.
  - ・伊東美緒 (2018). 超高齢者や認知機能が低下した患者への急性期病院におけるケア・医療のあり方を考える. *看管理*, 28 (6), 501-508.
  - ・片井美菜子, 長田久雄 (2014). 認知症高齢者ケアにおける一般病院看護師の困難の実態. *日早期認知症会誌*, 7 (1), 72-79.
  - ・嘉藤育子, 原祥子 (2014). 一般病棟における認知症高齢者の転倒の危険性に対する看護師の判断. *島根大医紀*, 37, 51-59.
  - ・河相てる美, 小出えり子, 境美代子, 中野慎夫 (2017). 周手術期における認知症患者への関わり方の現状と課題. *共創福祉*, 12 (1), 1-10.
  - ・小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代, 萩原理恵子 (2013a). 一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難 大規模病院 (一施設) の看護師へのインタビューから. *日認知症ケア会誌*, 12 (2), 408-418.
  - ・小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代 (2013b). 中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難. *老年看護学*, 17 (2), 65-73.
  - ・Hare, M., McGowan, S., Wynaden, D., Speed, G. & Landsborough, I. (2008). Nurses' descriptions of changes in cognitive function in the acute care setting. *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 26 (1), 21-25.
  - ・松村尚美, 西村洋子 (2013). 急性期病棟の看護師が認知症を捉える視点の検討. *多根医誌*, 2 (1), 69-73.
  - ・松尾香奈 (2011). 一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ. *日赤看大紀*, 25, 103-110.
  - ・正木治江 (2016). 老年看護学概論. (真田弘美編). (改訂第2版), p.276, 東京: 南江堂.
  - ・正木治江 (2016). 老年看護学概論. (真田弘美編). (改訂第2版), p.282, 東京: 南江堂.
  - ・内閣府: 平成 29 年版高齢社会白書 (概要版). <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/index.html>.
  - ・西村美里, 岡本華枝, 鈴木千絵子 (2015). 一般病院に入院する認知症高齢者と看護師の対応困難場面における相互行為に影響する要因の検討. *ヒューマンケア研会誌*, 7 (1), 1-11.
  - ・小田沙矢香, 川島和代 (2016). 急性期一般病棟における看護師の認知症高齢者への共感に関連する要因. *日看研会誌*, 39 (1), 33-4.
  - ・小川裕太, 又川めぐみ, 濱田玲子, 田島まゆみ (2015). 急性期病院の整形外科病棟における認知症高齢者のBPSDへの対応～ユマニチュード技法の学習を行なった看護師の感情・思考の変化～. *高知赤十字病医誌*, 20 (1), 67-72.
  - ・大津美香, 玉田翔子, 工藤光咲, 小笠原映見 (2016). 身体疾患を合併する認知症高齢者の看護援助方法を検討するための基礎的調査. *保健科学研究*, 6, 13-28.
  - ・島田佳代, 上田今日子, 大谷綾子, 田所みき子 (2011). 急性期病院での認知症高齢者看護の困難性. *川崎市立川崎病院院内看護研究集録 65 回*, 59-62.
  - ・下平きみ子, 伊藤まゆみ (2012). 身体的治療を受ける認知症高齢者ケアの教育プログラム開発のための基礎的研究. *The Kitakanto Medical Journal*, 62 (1), 31-40.
  - ・杉田恵美, 西片久美子 (2013). 一般病棟に勤務する看護師が認知症高齢者との関わりで抱く感情. *日赤看会誌*, 13 (1), 29-34.
  - ・鈴木みずえ (2013). 急性期病院で治療を受ける認知



- 症高齢者のケア（第1版），pp. 2-4，東京，日本看護協会出版会。
- ・鈴木みずえ（2013）．急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア（第1版），pp. 160-161，東京：日本看護協会出版会。
  - ・鈴木みずえ（2017）．多職種チームで取り組む認知症ケアの手引き（第1版），pp. 2-4，東京：日本看護協会出版会。
  - ・鈴木みずえ，桑原弓枝，吉村浩美，内田達二，菊地慶子，水野裕（2013）．急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連．日早期認知症会誌，6（1），52-57。
  - ・鈴木みずえ，吉村浩美，山岸暁美，江上直美，高木智美，高野智子，水野裕（2015）．急性期病院の高齢者集合ケアにおける認知症ケアマッピングがケアスタッフに及ぼす効果．日早期認知症会誌，8（1），89-98。
  - ・上野優美（2013）．急性期の病院に求められる認知症看護．看護，65（9），96-99。
  - ・山縣千尋，千葉由美，山本則子（2010）．認知症高齢者とその家族が望む入院生活．千葉保健医療大紀，1（1），3-10。
  - ・山本美輪（2008）．一般病棟勤務看護師の高齢者看護におけるジレンマの概要．日看管理会誌，11（2），84-91。
  - ・山本美輪（2008）．一般病棟勤務看護師の高齢者看護におけるジレンマの概要．日看管理会誌，11（2），84-91。
  - ・吉村浩美，鈴木みずえ，高木智美，江上直美（2013）．急性期病院における Person-centred Care をめざした高齢者集団ケアの取り組み．看研，46（7），713-722。



## 研究ノート

乳児の「泣き」への啓発活動を行う専門職の認識  
—啓発資料「赤ちゃんが泣きやまない!!」を用いて—古川 洋子<sup>1)</sup>, 濱野 裕華<sup>1)</sup>, 平岡 千夏<sup>2)</sup><sup>1)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部<sup>2)</sup> 滋賀県中央児童相談所

**目的** 本研究では、乳児の「泣き」に関する啓発活動からみる、専門職の認識をもとに現状と課題を明らかにすることを目的とした。

**方法** 乳児の「泣き」に関する理解と対処行動の啓発活動を行っている専門職を対象に、乳児の「泣き」の理解と対処方法に関する啓発資料の利用状況と啓発活動に関する主観的体験についてインタビュー調査を行い、逐語録をKJ法にて構造化した。

**結果** 対象者は13名であり、年齢は平均37.31歳であった。専門職種は、保健師10名、助産師3名、現場の経験年数は、平均11年であった。インタビュー結果から作成したラベルの合計は195枚であった。専門職の認識行動の構造を示すと、「乳児の「泣き」への啓発活動を行う専門職の認識」の構造化として最終的に7つのシンボルマークが抽出された。それらは、【「泣き」は母親を追い詰める要因となっていることを認識している】【指導の前には、母親の思いに共感することから始めている】【啓発資料は、指導に関する手軽なツールとなっている】【専門性を高めるための刺激となっている】【「泣き」と「虐待」の境目が難しいと認識している】【互いの指導に関する温度差を危惧している】【ネット情報を頼りにする母親像を懸念している】に統合された。

**結論** 専門職は、養育者に対する乳児の「泣き」の啓発活動において、「泣き」は養育者のストレスとなっていること、その「泣き」を意識する母親の思いに共感し、裏側に隠されている問題に目を向けることが重要であると認識していた。啓発資料を用いた指導は、指導する手軽なツールとなっていること、専門性を高めるための刺激となっている。しかし、母親の状況から「泣き」と「虐待」の境目の難しさを認識していた。指導を行っているなかで、指導者間の指導に関する温度差を危惧し、専門職間の情報共有や支援の標準化が必要であることを認識していた。その反面、気軽にSNSを利用している母親像に対し、懸念していた。児の「泣き」に関する指導を行うことで、育児不安の軽減に向けてそして、虐待予防に向けて、さらなる専門職の特性を生かした指導が求められる。SNSの利用を包含した指導の在り方を検討する必要があること示唆された。

**キーワード** 乳児、泣きへの啓発活動、母子保健領域の専門職、認識

Awareness of the crying of babies among professionals involved in activities to promote its understanding

- An activity using educational material: "Stop crying, my baby!!"

Yoko Furukawa<sup>1)</sup>, Yuka Hamano<sup>1)</sup>, Chinatsu Hiraoka<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> Children's Welfare Central Center of Shiga Prefecture

2018年9月30日受付, 2019年1月24日受理

連絡先: 古川 洋子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 滋賀県彦根市八坂町 2500

e-mail: furukawa@nurse.usp.ac.jp

## I. 緒 言

少子化や核家族化、地域のつながりの希薄化等により、妊娠・出産・育児をめぐる社会環境は大きく変化してきている。地域において母親やその家族を支える力は減弱化し、育児について気軽に相談できる人の不在は、育児不安や育児負担を感じる母親の増加を引き起こしている。要するに、育児について気軽に悩みを共有しあう人間関係が希薄になったといえる。日本ではさまざまな育児支援策が打ち出されてきているが、いまだ母親の育児負担を発端とする問題は多く見受けられる(古川, 2012)。増強する育児負担感、乳幼児虐待につながる

危険性もある。

平成 12 (2002) 年に、「児童虐待防止法に関する法律 (以下「児童虐待防止法」)」が施行され 15 年が経過するものの、児童相談所での児童虐待相談対応件数は、増加の一途をたどっている。児童虐待相談件数調査を開始した平成 11 (1999) 年は 11,631 件であったが、平成 28 (2016) 年では 122,575 件となり、10 倍以上となった (母子保健の主なる統計, 2017)。また、子ども虐待による死亡事例等の検証結果等 (第 13 次報告) から子ども虐待による死亡事例の内訳をみてみると、心中以外の虐待死のうち一番多くの割合を占めている年齢は 0 歳であり、その割合は 57.7% であった。さらに 3 歳未満児の心中以外の虐待死の種類までみてみると、身体的虐待が 59.5% と一番多くなっている。平成 25 (2013) 年より、「揺さぶられ症候群 (shaken baby syndrome, 以下 SBS とする)」の予防に向けて、厚生労働省ホームページ上に動画が公開されている。このような啓発活動がおこなわれているにもかかわらず、身体的虐待のひとつである頭部外傷において SBS を起因とするものが 60% を占める。その加害動機は、「泣き止まないことにはいらだったため」である。このことから乳児が「泣きやまない」ことが、加害の引き金となっている現実がみえてくる。Fujiwara ら (2011) は、乳児の泣き方によって親が感じるストレスには差があること、「なだめてもとまらない泣き」は児が落ち着くまでの時間が長いほど親のストレスが大きいと報告している。乳児の泣きは、母親へストレスを与える要因となっている。

本来乳児が泣くのは、空腹や排泄だけではなく、さまざまな意味がある (渡辺・高橋, 2017)。それに加え乳児は、暑かったり寒かったり、もしくは理由もなく泣くこともある。しかし、乳児の泣きの意味がわからず、途方にくれる母親も多い。そこで乳児の養育をしている母親に対し、乳児の「泣き」の特徴の理解を促進し、対処法を伝えていく支援の必要がある。彦根ら (2013) の専門職を対象とした SBS 予防プログラムの取り組みについての研究では、リーフレットを配布することは「子育て中の世代に受け入れやすいもの」や「短時間で伝えられるツール」となることを明らかにしていた。しかし、「啓発資料」を配布活用している専門職の啓発活動の現状や専門職が抱える問題について調査した研究は見当たらなかった。

そこで、この研究は乳児の「泣き」への理解促進に向け、「泣き」に関する支援者である母子保健に携わる保健師や助産師が行っている啓発活動についての認識から現状と課題を明らかにするものである。本研究により、子ども虐待防止に向けた乳児の「泣き」に関する支援のあり方が明確になる。「泣き」への支援を行うスタッフの現状やケアの方法について、今後、母子の健康がより促進

される方策が示唆される。現行の啓発活動と専門職の現状と課題からさらなる啓発活動のあり方を構築することが可能となる。今後の啓発活動に関する一資料とするものである。

## II. 目的

本研究の目的は、子どもの「泣き」への対応に関わっている専門職の、母親を対象とした乳児の「泣き」の啓発活動に関する認識から現状と課題を明らかにすることである。

## III. 用語の定義

1. 「泣き」とは、乳児期の啼泣行動とする。
2. 「泣き」の啓発活動とは、乳児が「泣きやまない」ことで母親がいらいらしたり、不安感や焦燥感を抱いたりすることを防ぎ、二次的には SBS の予防を目的とした支援活動を指す。
3. 専門職とは、「泣き」への支援に関わっている母子保健領域の保健師、助産師、看護師を指す。

## IV. 方法

### 1. 研究対象と調査期間

A 県市町村に勤務する、養育者に対して乳児の「泣き」への啓発活動を行っている専門職を対象とする。調査期間は、2017 年 7 ~ 10 月である。

### 2. 研究方法

啓発資料については、筆者らが乳児の「泣き」の理解と対処方法をもとに啓発資料 (以下、啓発資料) を作成した (2016 年 10 月制作)。「泣き」への予防や対応に関わっている専門職へ啓発資料の利用状況と啓発活動に関する認識について調査し結果を分析する。調査は独自に作成した調査用紙とインタビューガイドを用いて、啓発行動に関する体験についての語りを収集し、分析を行っていく。対象者の属性 (経験年数、1 件についての専門職の訪問人数、子ども虐待予防への興味関心の有無、研修の受講参加の有無、子ども虐待防止支援への自信の有無) に関しては、記述統計を用いた。インタビューガイドは、以下の 3 点である。乳児の「泣き」の理解と対処方法をもとに啓発資料を用いた指導に関する①啓発活動とその役割について、②啓発活動をするうえで困ったこと (困っていること) について、③啓発活動を行うことで感じていることである。

対象者の選定には、筆者らが作成した啓発資料を用いている行政へ連絡を取り、同意の得られた地域と専門職から回答を得る。

分析方法はKJ法を用い、質的帰納的分析法をとる。インタビューからの逐語録は、質的統合法であるKJ法を用いた。KJ法は、複雑な要素が絡み合っている混沌とした個別的な現象から一般秩序を見出すための方法である(川喜田, 1986)。

KJ法を用いた分析手順は、逐語録からのまとまった意味をもつ元ラベルを作成する「ラベルづくり」、元ラベルをもとに関係のありそうなラベルを自由連想的に広げ、最も重要だと判断したラベルを精選する作業である「多段ピックアップ」を行った、次に、意味内容に類似性のある複数ラベルを集める「グループ編成」を行い各グループのラベルが包含する意味内容の類似性を表す表札作業を行った。表札をもとに最も適した場所に配置する空間配置を行う。空間配置された島と島の関連づけを示すことで構造が見えてくる。その構造を表す一文としてシンボルマークを記述した「図解」作業を進めた。最後に、図解化して明確になったことをストーリーにし「叙述化」と進めた。

真実性および信憑性の確保として、KJ法研修の定期的な受講、分析過程においてはKJ法研究を行っている研究者のスーパーバイズを受けた。分析の結果については、児童福祉専門職のアドバイスをうけて、真実性および信憑性の確保に努めた。

啓発資料は「赤ちゃんが泣きやまない!!」と題し、研究者らが母子保健および児童福祉専門職のスーパーバイズを受けて作成した。その啓発資料は、乳児の啼泣行動のピークや理由、その対処方法、相談先を明記したA4版サイズ両面に記した三つ折の用紙をさす。

### 3. 倫理的配慮

「泣き」への啓発活動に携わっている専門職への調査については、研究に関する説明を文書と口頭で行い、同意を得た。アンケート調査、インタビュー調査は、無記名で行い、個人が特定されないようにした。本研究は、研究者の所属機関の大学における「研究に関する倫理審査委員会」の承認(第563号)を得て実施した。

## V. 結果

### 1. 研究対象者の背景

対象者の背景を表1に示す。対象者は13名であり、年齢は平均37.31歳(最小24歳, 最大49歳)であった。専門職種は、保健師10名, 助産師3名であった。現職場の経験年数は、平均11年(最小1年, 最大23年)であった(表1)。

表1 対象者の概要

対象者	性別	年齢	専門職名	現勤務地の経験年数	勤務形態
A	女性	30代前半	保健師	11	常勤
B	女性	40代前半	保健師	17	常勤
C	女性	40代前半	助産師	18	非常勤
D	女性	40代後半	保健師	23	常勤
E	女性	30代前半	保健師	5	常勤
F	女性	40代前半	保健師	13	常勤
G	女性	40代前半	保健師	15	常勤
H	女性	30代前半	保健師	3	常勤
I	女性	20代前半	保健師	2	常勤
J	女性	20代後半	保健師	1	常勤
K	女性	40代後半	助産師	15	常勤
L	女性	40代前半	保健師	17	常勤
M	女性	40代前半	助産師	3	非常勤

勤務形態は、常勤11名, 非常勤2名であった。専門職は1人で訪問を行うことが多くを占めた。子ども虐待予防に関する興味については、「あり」12名, 「なし」1名であった。子ども虐待への対応に関する自信の有無については、「あり」4名, 「なし」9名であった。子ども虐待に関する研修の参加状況は、「あり」2名「なし」11名であった。

## 2. 乳児の「泣き」への啓発活動を行う専門職の認識の構造に関する図解化

専門職者13名からの聞き取り調査から作成したラベルの合計は195枚であった。そのラベルをもとに、探検ネットを作成し、2段階による多段ピックアップで、50枚(195枚→119枚→50枚)のラベルを精選した。ラベル群は、最終的に7つのシンボルマークを抽出し、その構造化を、「乳児の「泣き」への啓発活動を行う専門職の認識の構造化」というタイトルとした(図1)。

本稿においてKJ法で用いる表記は、後述の内容を叙述した文章内において、「」は元ラベルを、[ ]は表札を、最終表札を『 』とし、【 】は島を表すシンボルマークとする。構造化中の記号は、→は因果関係を、⇔は相互関係を示している。

### 3. 図解の詳細

以下、7のシンボルマークである1)から7)についてそれぞれの詳細を叙述する。

1)【「泣き」は、母親を追い詰める要因となっていることを認識している】

専門職は、「子どもが生まれるまでこんなに泣くことを知らなかったと訴える母親がいた」こと、「子どもが泣くと近所に迷惑をかける」と発言する母親から、「児を泣かしてはいけないと思っている母親がいる」ことを認識していた。「母親は「泣き」を辛いと訴えている」「泣き」は同居家族からいろいろ言われる」

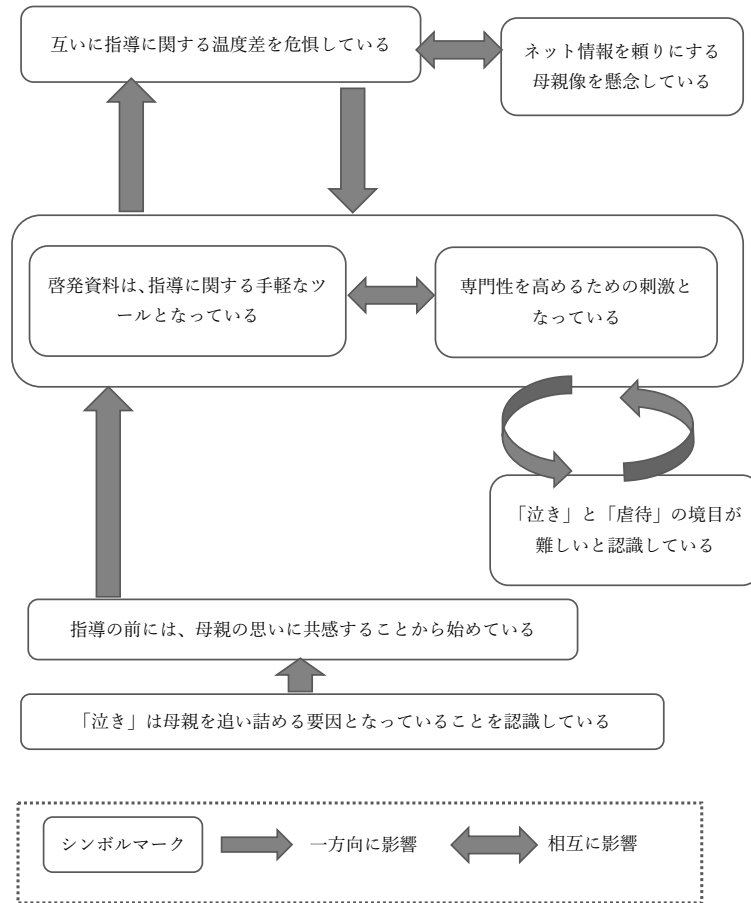


図1 乳児の「泣き」への啓発活動を行う専門職の認識の構造化

「児の「泣き」は、母親まで泣きたくなる」など母親から発せられる言動から、「乳児の「泣き」は母親をどんどん追いつめていく」現象であることを認識していた。母親は乳児の「泣き」のなかで育児を行いながら、「子どもがこんなに泣くとは知らない母親が多い」こと、専門職は、「泣き」の相談を受けるが、「泣き」だけを訴える母親は少ない」や「泣き」の相談より母親のことや授乳の相談、そこから「泣き」の相談に進んでいくことが多い」という語りなど、「泣き」の裏側に隠された母親の問題を重要視することを語っていた。なぜ児が泣いているのか、どうして泣き止まないのかなど「母親は常になぜ児が泣いているのかを模索している」状態であることを認識していた。またこれは、「泣き」への対応の不十分さから育児に困難をきたしていることの表出であり、「泣き」は母親の育児を困難にする要因であった」とした。よって、専門職は「泣き」にはさまざまな理由があり、「泣き」が

母親を追い詰める要因となっていることを認識している」とした。

- 2) 【指導の前には、母親の思いに共感することから始めている】

専門職は、まず、母親から発せられる不安や困難事を、「ひとりで抱え込まないようにまず相談するよう指導している」といい、母親の今の思いを聞き取り、そこから指導を進める体制を整えていることから、『専門職は、まず母親の思いを聞き取ることから始めている』作業を行っていた。【指導の前には、母親の思いに共感することから始めている】認識をもっていた。

- 3) 【啓発資料は、指導に関する手軽なツールとなっている】

専門職は「泣き」に関する指導を進めるなかで、「啓発資料があることで説明がしやすくなったり、視覚に訴えることができるので助かっている」と、「啓発資料は、「泣き」の説明の敷居を低くする役割がある」とし、指導の導入の容易性を認識していた。ローリス

クの母親に対して指導を行ううえでは、広い視野で「泣き」についての指導を行うことができるという利点を示し、「啓発資料はポピュレーションアプローチとしてよいと思った」と対象と関わることができる幅の広さを意識し、『啓発資料を使用することで、母親と広くかかわれた』と認識していた。よって、専門職は、【啓発資料は、指導に関する手軽なツールとなっている】と認識していた。

#### 4) 【専門性を高めるための刺激となっている】

専門職は、「泣き」について指導を進めていくなか、「啓発資料の内容やグラフは出典が明確であり信憑性があった」と評価しつつ、「泣き」の説明をすることで、自分自身の知識も増え、改めて学ぶことを意識するようになった。「啓発資料を用いることで専門職側への指導の意識づけになっている」など、[指導をすることで「泣き」に関する学習をする動機づけとなっていた]と振り返り、専門職は、『泣き』の指導をすることでさらなる学習への意識づけを行っていた』といえる。専門職にとって、啓発資料を用いて指導を行うことは、【専門性を高めるための刺激となっている】と認識していた。

#### 5) 【「泣き」と「虐待」の境目が難しいと認識している】

啓発資料を用いて指導を行っている専門職は、「泣き」とSBSの関係を説明しているが対象者はわかりづらいことや「泣き」への不適応対応が「虐待」につながることをあまり認識していないと思う」と認識していた。つまり、専門職は【泣き」と「虐待」が混在する中で指導を行っている】現状を認識していた。専門職は児の身体的特徴から「赤ちゃんはいきなり泣かないし、それを見落とすととてつもなく泣いてしまう」ことから、「泣き」について通り一辺倒で、その理解や対処ができるものではないと認識していた。このように「泣き」なのか「虐待」なのかを客観的に判断することが難しいなかで、『専門職は「泣き」への指導を混沌たるなかで進めていた】現状があり、【専門職は「泣き」と「虐待」の境目が難しいと認識していた】という困難性を語っていた。

#### 6) 【ネット情報を頼りにする母親像を懸念している】

専門職は、母親と対面して乳児の「泣き」の特徴やその対処について説明を行い、啓発資料を配布している。しかし、母親の言動から「最近の母親は育児情報をネットで検索することが多く、啓発資料を開いて読むことはない」とし、『ネットは専門職と母親のまなざしの分かれ道』という母親と専門職は同じ目線で物事を見ているのかどうかということを気かけ不安に思っていた。専門職は、【ネット情報を頼りにする母親像を懸念している】ことを認識していた。

#### 7) 【互いの指導に関する温度差を危惧している】

専門職は啓発資料を用いた指導について、「泣き」の指導の必要性は個々の主観に任されている」「訪問時に「泣き」の訴えがあれば指導している」など[指導は専門職個々の主観や裁量で進められている]と認識していた。「泣き」の啓発資料はいろいろ考えると配布時期を悩みますね」と配布時期が専門職個々により異なる[啓発資料配布時期が専門職により違いがあった]ことへの問題を認識していた。専門職によって[啓発資料配布時期が専門職個々により違っていた]ことを認識していたことから、配布時期の検討をすることへの課題を語っていた。また、母親への指導後にリスクファクターが認められたケースについては、「泣き」だけではなく、多様なリスクを抱えている家族が多くなった」ことを認識していた。「単独の専門職支援だけでは限界に来ている」「母親から泣き」やそれ以外の相談があったとき、どこに相談されてももらさずに支援することが大切だと思っているが、なかなか難しい」など、[多職種連携の必要性を認識しながら、その詳細は明確になっていない]問題点を認識していた。専門職は、啓発資料を用いた指導について、「訪問時に渡しているが、その使用方法は一貫性がなく、統一したほうが効果は上がると思う」や「同じ職種間でも人事異動があったり、情報の共有ができておらず、温度差がある」「泣き」の訴えがなければ資料があることのみを伝えている」と指導について[専門職個々の主観や裁量で進められている]と語っていた。上記3つの表札から『指導効果を期待しつつも運用への一貫性がないことを問題視していた】現状があった。これは、専門職は、【互いの指導に関する温度差を危惧している】ことを認識していた。

#### 8) 乳児の「泣き」への啓発活動を行う専門職の認識の構造化

図解のシンボルマークによって構造を示すと、新生児訪問を行う専門職は、【泣き」は、母親を追い詰める要因となっていることを認識している】ことを前提に、母親から発せられる言葉に耳を傾けながら【指導の前には、母親の思いに共感することから始めている】ことを認識し、育児状況をつかみ判断している。【啓発資料は、指導に関する手軽なツールとなっている】ことを認識しつつ、説明への導入の容易さを語っていた。また、専門職は、「泣き」について説明や指導を行うなかで、さらなる【専門性を高めるための刺激となっている】ことを認識していた。泣きに関する指導は、【泣き」と「虐待」の境目が難しいと認識している】ことから、その判断に迷うことがあることを実感していた。啓発資料を用いた「泣き」への指導は、子ども虐待を連想させ、介入に対して拒否感や警戒心を

抱く可能性がある。だからこそ慎重に進めなければいけないと専門職は認識していた。しかし、「泣き」に関する指導や説明の専門性を高めるなかで、【互いの指導に関する温度差を危惧している】ことを課題として認識していた。啓発資料を用いて指導を進める半面、育児情報をネットで収集する母親像から【ネット情報を頼りにする母親像を懸念している】と認識していた。専門職は、ネット頼りの母親への関わりの難しさを意識せざるを得ない状況を課題として認識していた現状であった（図1）。

## VI. 考 察

新生児訪問事業時に配布している乳児の「泣き」の特徴とその対処について記載している資料を用いて啓発活動を行う専門職の認識について調査した。

### 1. 乳児の「泣き」に関する啓発資料を用いての指導のあり方を検討する必要性

西海ら（2004）の報告では、産後5～7週の乳児の泣きや機嫌の悪さ、それに関連した母親の睡眠時間の不足は、母親にとって育児ストレスとなっている。また、母親は乳児の「泣き」の理由を理解しがたく、母親自身の睡眠不足も加わることで不安が増大することを指摘している。乳児の「泣き」は、母親をストレスフルにさせる要因といえる。専門職は、【「泣き」は母親を追い詰める要因となっていることを認識している】ことを前提に、母親の育児状況の確認を行い、【指導の前には、母親の思いに共感することから始めている】行動を取っていた。啓発資料を用いた指導を行うなかで、【啓発資料は、指導に関する手軽なツールとなっている】ことを認識し、啓発資料を使用することで、対象と広く関わることを実感しながら指導を行っていた。また、出産後の母親に乳児の泣きの特徴をまとめた啓発資料を提示することで、【専門性を高めるための刺激となっている】ことを認識し、専門職自らの自己研鑽や啓発への糸口となっていることにつながっていた。このことは、「泣き」や「虐待」に関する研修への参加を促進する要因になり、専門職としての専門性の強化につながると考える。

専門職は指導を行っていくなかで、【「泣き」と「虐待」の境目が難しいと認識している】ことを語っていた。このことについて三村ら（2010）の報告によると、啓発資料の指導効果は、配布するだけでも、対象の態度や知識を改善する効果が得られるとされている。しかし、「泣き」に関する指導を行うことにより、乳児の「泣き」に対する母親の行動変容に効果があるが、「泣き」に対する情緒的緊張には変化がみられないとされている（Barr RG et al., 2009）。つまり、対象者は「泣き」への対処はと

れるようになるが、「泣き」への緊張感は払拭できないといえる。これらのことから、母親が「泣き」の対処行動を取れているからといって、児の「泣き」に対する緊張感の軽減につながっているとはいえないことを専門職は理解して支援を行っていく必要があるといえる。乳児の「泣き」の原因が母乳の飲み方や与え方などの授乳に関する問題により生じていることがある。「泣き」が主訴というよりは母親自身の問題が隠されていることを専門職たちは語っていた。よって、専門職は、乳児の「泣き」の裏に潜んでいる母親が抱えている問題に目を向けることが重要となってくる。専門職は【「泣き」と「虐待」の境目が難しいと認識している】こととして、その不明瞭さという混沌たる認識のなかで指導を行っていた。児の「泣き」について、成長過程での「泣き」なのか、「泣き」が母親のストレスになっているのかを見極めるには、丁寧に母親と接していくことが重要となる。専門職は、【専門性を高めるための刺激となっている】ことを踏まえ、さらなる専門研修の受講や自己啓発を行っていくこと、そのシステム化が必要となる。

専門職は、訪問時だからこそ観察できることを背景に、啓発資料を活かして指導している現状があった。しかし、「訪問時に「泣き」の指導の必要性は個々の主観に任されている」「泣き」の訴えがあれば指導している」等、担当する専門職の個々の主観や裁量に任されている傾向にあったという課題が明らかになった。その反面、専門職は、【互いの指導に関する温度差を危惧している】認識をもっていることから、指導効果を期待しつつも、運用への均一性がないことを問題視していた。専門職間において、指導上の問題点や疑問などを自由に話し合い情報を共有すること、支援の標準化が重要となる。

### 2. 専門職の指導内容とネット情報を頼りにしている母親への懸念

母親は乳児の泣きを含めた育児不安や育児問題について、ソーシャルネットワーキングサービス（social networking service, 以下 SNS とする）などを用いたネットで情報を収集していることを専門職は認識していた。井田ら（2014）の報告では、生後0～6ヵ月の児を持つ母親は、SNSからの情報は、栄養など子どもの生命に直結する項目へのニーズが高く、同月齢の子どもをもつ母親からのリアリティあふれた発言を求めていることを明らかにしている。

今や、育児中の母親にとってスマートフォンなどの情報端末は、日常生活アイテムに欠かせないものとなっていると考える。母親にとって、育児に関する情報や知識をネット情報から得ること、ネット上の育児をしている母親たちと同朋関係を作り、必要な情報やサポートを得ることは育児において効果的な手段であると考えられる。しかし、ネット情報の正確性に関する判断は、母親自身に任されている。得られる情報について、母親の判断で情



報源として利用すること以上に、情報に振り回される母親のリスクのほうが大きい(澤田, 2015)。よって、専門職においても SNS を通じた、信頼できる情報サービスの提供をしていく必要がある。的確な情報提供を SNS で行っていくことは、母親が自分にとって有用な情報を取捨選択できる能力を高めることにつながり、ひいては育児技術向上につながる(細田・茅島, 2017)。

SNS の利用について、平成 27 年度版情報通信白書では、利用者の約 5 割以上が情報の「拡散」を行っていた。また、利用者は情報拡散の基準に、「内容に共感した」、「内容が面白い」、「生活に役立つかどうか」を選択しており、その項目は上位 3 位を占めた。このように、SNS 利用者は、情報を収集しつつ、情報を拡散しているといえる。SNS 上で情報を閲覧し、情報を収集し、共感し、発言し、フォローする母親像がうかがえる。

専門職は、【ネット情報を頼りにする母親像を懸念している】認識をもっていることより、今後は、母親の SNS による情報の収集を気かけ、そのことを不安に思うのではなく、安全な情報の提供や利用法に向けての支援を行う必要があると考える。啓発資料は、A 県の各子ども家庭相談センターのホームページに掲載されている。また、「困ったときに相談できるところ」として子ども家庭相談センターや保健相談センターの連絡先を電話番号で表記している。しかし、母親の SNS 利用を鑑みると、スマートフォン等で高速に読み取りが可能なマトリックス型二次元コード(Quick Response コードなど)を記載し、ワンストップで相談ページ(相談場所)へアクセスできるツール開発を視野に入れる必要がある。

## Ⅶ. 結 論

本研究では、「泣き」に関する啓発活動を行う専門職の認識を構造化した。その構造は、7つのシンボルマークで構成されていた。

専門職は、【「泣き」は、母親を追い詰める要因となっていることを認識している】ことから、母親に対して、【指導の前には、母親の思いに共感することから始めている】現状であった。専門職にとって、【啓発資料は、指導に関する手軽なツールとなっている】ことを認識しており、指導のなかで啓発資料を用いることで、専門職としてのさらなる専門性を高めることの必要性から【専門性を高めるための刺激となっている】と認識していた。しかし、指導を行ううえで【「泣き」と「虐待」の境目が難しいと認識している】現状であった。その反面、専門職間の指導への温度差や運用の均一性がないことへの困難さという課題として【互いの指導に関する温度差を危惧している】認識をもっていた。専門職は、母親への指

導を行いながら【ネット情報を頼りにする母親像を懸念している】認識をもっていた。気軽に SNS を利用している母親に対する関わり方の課題を認識していた。母子保健サービス領域における啓発資料活用の現状は、予防の目標は明確なもの、専門職は今までの経験を踏まえながら個人の裁量にて対応していた。しかし、指導のなか「泣き」と「虐待」の境目の判断は難しく、専門職間の情報共有や支援の標準化への課題を認識していた。その反面、SNS を利用する母親への支援について SNS の必要性が示唆された。しかし、今回の研究対象は母子保健領域の専門職への調査であり、限られた地域であること、児童福祉領域、医療領域の調査まで至っていないという課題が残る。今後は、領域を拡大し検討を続ける必要があると考えている。

本論文内容に関連する利益相反事項はない。

## 文 献

- ・井田歩美, 猪下光 (2014). 乳児をもつ母親の育児情報ニーズ—ソーシャルメディア上における発言の分析—。ヒューマンケア研究学会誌, 6 (1), 17-23.
- ・川喜田二郎 (1967). KJ 法, 中央公論社, 135.
- ・澤田雅子 (2015). スマホ世代に向けた育児情報の伝え方。母子保健, 679 (11), 1-3.
- ・西海ひとみ, 喜多淳子 (2004). 第 1 子育児早期における母親の心理的ストレス反応 (第 1 報) —育児ストレス要因との関連による母親の心理的ストレス反応の特徴—。母性衛生, 45 (2), 188-198.
- ・Barr, R.G., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N. & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behaviors regarding crying and shaken baby syndrome in mothers of newborns when delivered by public health home visitor nurses? A randomized controlled trial. CMAJ, 180 (7), 727-733.
- ・彦根倫子, 古塩節子, 小野聡枝, 青木壽子, 中田かおり (2013). 神奈川県における乳幼児揺さぶられ症候群の予防の取り組み—正しい知識の普及と予防プログラム展開の歩み—。子どもの虐待とネグレクト, 15(2), 182-187.
- ・Fujiwara, T., Barr, R.G., Brant, R. & Barr, M. (2011). Infant distress at five weeks of age and caregiver frustration. J Pediatr (IF2011=4.115), 159, 425-430.
- ・古川洋子, 金子龍太郎 (2012). 虐待予防に寄与する産み育て支援システムの構築—病院産院退院後からの母親支援の必要性を中心に—。龍谷大学大学院研究紀要社会学・社会福祉学, 19, 19-35.

- ・細坂泰子, 茅島江子 (2017). 乳幼児を養育する母親のしつけと虐待の境界の様相, 日本看護科学学会誌, 37, 1-9.
- ・三村明沙美, 須藤紀子, 加藤則子 (2010). 女子大学性に妊娠と飲酒に関するリーフレットを1回配布した場合の教育効果, 日本公衛誌, 57 (6), 413-438.
- ・渡辺 博, 高橋眞理 (2017). 新生児期における看護(森恵美執筆代表者) 系統看護学講座 専門分野II 母性看護学 2, p.280, 医学書院.
- ・社会保険審議会児童部児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 (2017) 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第13次報告)
- ・平成27年度版情報通信白書 (2016) <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h27/html/nc242250.html> (2018年5月20日閲覧)
- ・母子保健の主なる統計 (2017) 児童相談所における虐待相談の対応件数, 母子保健事業団, 105.

## 活動と資料

# がん看護専門看護師の資格を有した 総合大学教員の A 病院における活動 — 臨床の看護実践の向上を目指して —



喜多下真里<sup>1)</sup>, 菅井亜由美<sup>2)</sup>, 猪子 弘美<sup>2)</sup>, 糸島 陽子<sup>1)</sup>, 横井 和美<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

<sup>2)</sup> JCHO 滋賀病院看護部

**要旨** 本稿の目的は、がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員の A 病院における活動を明らかにすることである。A 病院における活動記録 (8 ヶ月間) を分析した結果、がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員は、週 1 回程度で活動していた。その活動の中心は相談であった。相談内容は、「がん患者の意思決定支援」「がんに伴う身体的苦痛の緩和」「がん患者の心理的苦痛の緩和」「がん患者の家族ケア」「がん化学療法看護」「がん看護・医療に関する管理・システム」「看護部の倫理的取り組み」「がん患者の在宅移行支援・地域連携」「亡くなったがん患者の振り返り」「がん患者とのコミュニケーション」などであった。がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員の A 病院における活動においては、相談者のコンサルテーションニーズに応えるとともに教育的支援が重要であることが示唆された。がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、専門分野に関連した活動を定期的に行うことは、がん看護実践と看護教育を統合させながら、がん看護実践の質向上と看護教育の双方に貢献できると考える。

**キーワード** コンサルテーションニーズ, 教育的支援, がん看護専門看護師

## I. 背景

専門看護師制度の目的は、複雑で解決困難な看護問題をもつ個人、家族および集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供すること、そして、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることである (公益社団法人日本看護協会, 2016 年 11 月 24 日)。2019 年 1 月現在の専門看護師の都道府県別登録者数のデータによると、専門看護師の登録者数は 2,242 名であ

り、このうち滋賀県で活躍している専門看護師は 26 名 (がん看護専門看護師 8 名) である (公益社団法人日本看護協会, 2019 年 1 月 18 日)。また、専門看護師の分野別都道府県別登録者検索による所属先情報 (2019 年 1 月 18 日現在) から、滋賀県において、がん看護専門看護師の所属している病院施設は 6 施設であり (公益社団法人日本看護協会)、滋賀県内の病院総数の 1 割程度にとどまっている (滋賀県病院協会)。そのため、臨床におけるがん看護の質向上を図るとともに、専門看護師の役割をイメージできる体制づくりを目的に、がん看護専門看護師の資格を有した総合大学の教員が、A 病院に週 1 日程度で活動している。

専門看護師には、実践・相談・教育・研究・倫理調整・調整の 6 つの役割がある (公益社団法人日本看護協会, 2016 年 11 月 24 日)。しかし、がん看護専門看護師として、そして、総合大学教員という双方の立場から、病院組織に介入した報告は少ない。がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、病院組織において、どのように活用されたのかを明らかにすることは、組織のニーズを把握し、今後、地域に貢献する教員として、また、がん看護専門看護師として、取り組むべき課題を明確にしていくうえで意義がある。そこで、本稿では、がん看護専

Activities of University Faculty Qualified as Certified Nurse Specialist in Cancer Nursing at A Hospital : Aiming to Improve Nursing Practice in Clinical Setting

Mari Kitashita<sup>1)</sup>, Ayumi Sugai<sup>2)</sup>, Hiromi Inoko<sup>2)</sup>, Yoko Itojima<sup>1)</sup>, Kazumi Yokoi<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> Japan Community Health care Organization Shiga Hospital

2018 年 9 月 30 日受付, 2019 年 1 月 24 日受理

連絡先: 喜多下真里

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

e-mail : kitashita.m@nurse.usp.ac.jp

門看護師の資格を有した総合大学教員のA病院における活動を明らかにすることを目的とする。

## II. 用語の定義

がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員の活動とは、「がん看護専門看護師の資格を有した総合大学一教員が、臨床における看護実践の向上のためにA病院において行ったこと」と定義する。

## III. 方法

がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員1名が、A病院において、201X年8月～201X+1年3月の8ヵ月間に記録した活動記録から活動内容を抽出し、活動内容ごとの件数を集計した。A病院への介入日数、専門看護師の役割別で分類した活動件数、相談者の所属部署別・職種別の相談件数、相談内容別の相談件数を集計した。

## IV. 倫理的配慮

活動記録から、個人情報を含まないよう活動内容を抽出した。本稿は、滋賀県立大学看護学系研究倫理専門委員会の承認を得て実施した（第641号）。

## V. 結果

### 1. A病院への介入日数

がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、201X年8月から201X+1年3月の8ヵ月においてA病院に介入した日数は、42日間であり、週1日程度で活動していた。

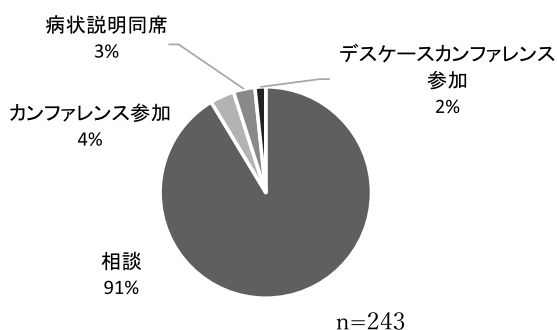


図1 専門看護師の役割別にみた活動内容

### 2. がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員のA病院における活動内容

#### 1) 専門看護師の役割別にみた活動内容

抽出した活動内容の総数は、243件であった（図1）。この活動内容について、専門看護師の役割別に分類すると、最も多かったのは、がん患者とその家族に関する「相談」で222件（91%）であった。実践としては、病状の進行などがん患者にとって悪い知らせを伝えられる際の「病状説明への同席」が8件（3%）であった。そのほか、日々の病棟での「カンファレンスへの参加」9件（4%）、亡くなった患者への看護を振り返る「デスケースカンファレンスへの参加」4件（2%）などがあり、相談・倫理調整・調整の場としても活用していた。

#### 2) 相談者の所属部署別からみた相談件数

相談件数の総数は、8ヵ月間で222件（1日平均3～4件）であった。相談件数総数のうち、相談者の所属部署別からみた相談件数では、病棟が160件（71%）で最も多く、外来は45件（21%）、訪問看護ステーションは13件（6%）、看護倫理について取り組んでいる「倫理チーム」は4件（2%）であった（図2）。病棟ごとの相談件数をみると、「消化器内科・外科等で構成される病棟」が92件、「呼吸器内科・外科、泌尿器科等で構成される病棟」が63件、「地域包括ケア病棟」が2件、「循環器内科等で構成される病棟」が2件、「内分泌内科等で構成される病棟」が1件であった。外来ごとの相談件数をみると、外来化学療法室が35件、乳腺外来が9件、地域医療連携室が1件であった。

#### 3) 相談者の職種別からみた相談件数

相談者の職種別からみた相談件数では、看護師（師長含む）が216件、看護師以外（医師・薬剤師）が6件であった。相談者には、看護管理者や他職種が含まれていた。

#### 4) 相談内容別の相談件数

相談のうち、相談内容が明確であるものを集計した結果、相談件数は200件であった。この200件の相談

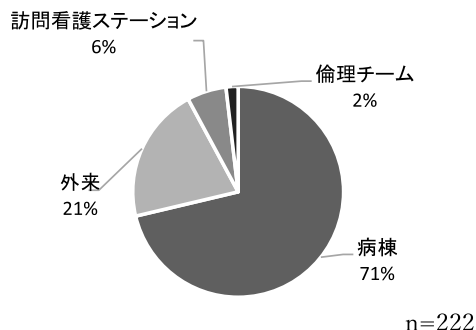


図2 相談者の所属部署

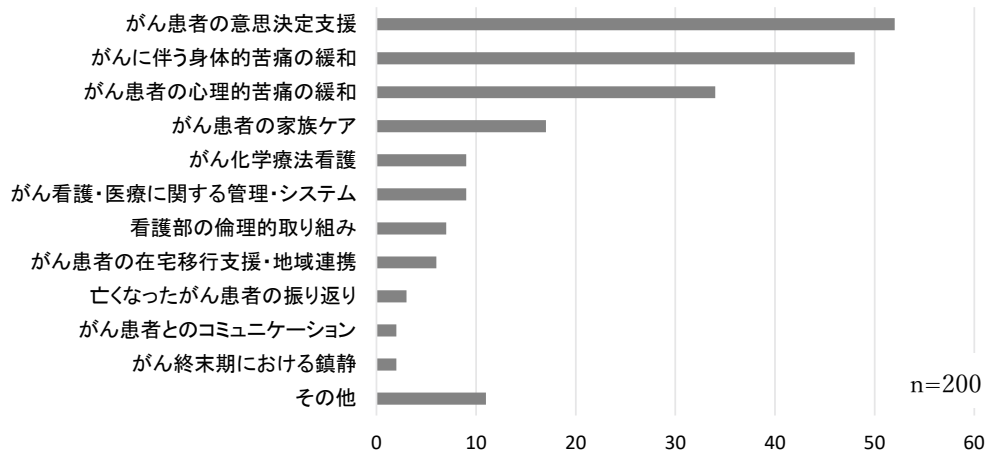


図3 相談内容別の相談件数

内容としては、療養の場や治療等の「がん患者の意思決定支援」が52件と最も多く、がん性疼痛・倦怠感等の「がんに伴う身体的苦痛の緩和」が48件、不安・抑うつ傾向等の「がん患者の心理的苦痛の緩和」が34件、「がん患者の家族ケア」が17件、がん化学療法に伴う副作用症状のマネジメントや抗がん剤の暴露対策等の「がん化学療法看護」が9件、「がん看護・医療に関する管理・システム」が9件、「看護部の倫理的取り組み」が7件、「がん患者の在宅移行支援・地域連携」が6件、デスカスカンファレンス以外での「亡くなったがん患者の振り返り」が3件、「がん患者とのコミュニケーション」が2件、「がん終末期における鎮静」が2件、その他が11件であった(図3)。その他には、心不全患者の緩和ケア、治療拒否している患者への対応、看護スタッフに関すること等などがあつた。

## VI. 考 察

### 1. A病院看護師のコンサルテーションニーズ

がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員のA病院における活動として、専門看護師の役割別からみると、「相談(相談はコンサルテーションと同等の意味に捉え、以下、コンサルテーションと記す)」が最も多かった。がん看護領域における外部コンサルテーションニーズは、患者の直接的ケアに関わる課題、看護師を支えるための課題の2つに大別される(川崎,内布,荒尾,松本,成松,2012)。本稿においても、療養の場や治療等の「がん患者の意思決定支援」、がん性疼痛・倦怠感等の「がんに伴う身体的苦痛の緩和」、がん患者の心理的苦痛の

緩和」など、がん患者の直接的ケアに関するコンサルテーションニーズが多かった。このコンサルテーションニーズは、がん患者の受容過程に寄り添いながら意思決定を支援する困難や、がんの進行に伴う心身の苦痛を緩和することの困難を解決したいというものであつたと考える。このことは、がんの再発・進行期あるいは終末期特有のニーズであつたと考える。

コンサルテーションにおいて、相談を受ける者には、相談者が再び同じような課題に遭遇したときに対応できるように働きかけていく(Underwood, 1995)ことが求められており、教育者としての役割がある(Lippitt & Lippitt, 1986)。また、看護師を支えるための課題を解決していくには、「mentorの存在」が重要である(Sasahara, Miyashita, Kawa, Kazuma, 2005)。患者および家族とのコミュニケーション、個人的な問題についての看護師の困難は、看護師の「臨床経験」と反比例している(Sasahara et al. 2005)。したがって、がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、相談者である看護師の臨床経験を考慮しながら、教育者やmentorとして関わること、あるいは、教育的観点から、mentorとなる人材を育成・支援していくことが、一般病棟において、終末期がん患者をケアする看護師の困難を軽減することにつながると考える。

「終末期の問題に対する意識の高まり」が看護師の困難を増強させる(Sasahara et al. 2005)ことが明らかにされているように、「がん患者の意思決定支援」、「がんに伴う身体的苦痛の緩和」、「がん患者の心理的苦痛の緩和」など、相談件数の多い相談項目については、相談者である看護師の興味・関心が影響していると考えられる。看護師は専門職として生涯にわたって学習し続ける存在であり、成人した学習者である。成人した学習者には、自

己のニーズを明確に知覚することによって効果的に学習を進められるという特徴があり、学習者の興味・関心にかかわるニーズを重視する必要がある（杉森，舟島，2016）。そのため、コンサルテーションニーズの高い、「がん患者の意思決定支援」、「がんに伴う身体的苦痛の緩和」、「がん患者の心理的苦痛の緩和」などに重点をおいた学習について、教育的支援が必要であると考え。また、少数ではあるが「倫理に関する取り組み」、「医師との協働」などの相談内容もみられた。これらの相談内容は、必ずしもがん患者に限ったことではないが、専門看護師の倫理調整への役割期待や看護師を支えるための組織のコンサルテーションニーズを反映していたと考え。

以上より、がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、臨床における看護実践の向上を目指して、看護師および看護管理者のコンサルテーションニーズを満たし、教育的な支援をしていくことが重要であると考え。

## 2. 臨床の看護実践の向上を目指した地域貢献

専門看護師には、看護者を含むケア提供者に対し相談を行う役割、看護者に対しケアを向上させるための教育的役割がある（公益社団法人日本看護協会，2016年11月24日）。本稿においても、がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、A病院において週1日程度行っていた活動は、相談や教育の役割を中心とした、主にがん看護専門看護師としての活動であったと考える。

教員役割の1つに、理論と実践を結びつけ、知識をどのように応用して実践につなげられるかを問うことがあげられる（Billings & Halstead, 2012）。がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、A病院において、1日平均3～4件の相談を受けていたことは、相談者である看護師とともに、知識をどのように応用して看護実践につなげられるかを問うプロセスであったと考える。そして、臨床で生じている看護に関する課題について、相談者である看護師が臨床における看護現象を分析し、看護実践につなげられるよう支援していたと考える。がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、A病院において定期的に活動していたことは、臨床の看護実践の向上および臨床における人材育成にも貢献できるものと考えられる。

がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、週1日程度、臨床現場で活動していたことは、臨床現場や地域から実践に即した看護学を探究し続ける機会になると考える。看護学は実践の科学である（筒井，2015）。「看護理論集；より高度な看護実践のために（原著第3版）」の翻訳者である南裕子，野嶋佐由美（2014）は、実践の科学である看護学は、理論と研究と実践の3本の柱から成り、この3本の柱が一体となり、協力して発達しなけ

れば、看護学は発展しないと述べている。また、がん看護専門看護師には、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることが求められている（公益社団法人日本看護協会，2016年11月24日）。がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、看護実践と看護学の発展に貢献していけるよう、理論と研究と実践が一体になるような活動をしていくことが、今後の課題であると考え。

## Ⅶ. 結 論

がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員は、A病院において、週1回程度の活動をしていた。その活動は、がん患者とその家族への直接的ケアに関する課題と、がん領域に限らず広範囲な領域において看護師を支えるための課題に対応するための「相談」が中心であった。がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、専門分野に関連した活動を定期的に行うことは、臨床のがん看護実践の質向上と課題解決を行う人材育成の双方に貢献できると考える。今後の課題として、がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員が、さらに臨床の看護実践の向上に貢献していけるよう、地域で活躍する専門看護師の育成、臨床現場と教育現場の協働による教育プログラムの開発と実施、実践の科学である看護学の発展につながるような研究に取り組む必要があると考える。

## 文 献

- Billings, D.M.& Halstead, J.A. (2012) / 奥宮暁子，小林美子，佐々木順子（2014）. 看護を教授すること（原著第4版），pp. 1-13，東京：医歯薬出版.
- George, J. B. (2011) / 南裕子，野嶋佐由美，近藤房恵（2014）. 看護理論集；より高度な看護実践のために（原著第3版），東京：日本看護協会出版会.
- 川崎優子，内布敦子，荒尾晴恵，松本仁美，成松恵（2012）. がん看護実践上の課題から見出された外部コンサルテーションニーズーがん診療連携拠点病院の職階によるニーズの違い一. 日本がん看護学会誌，26(2)，54-61.
- 公益社団法人日本看護協会（2016年11月24日）. 専門看護師規程.  
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2016/12/CNSkitei20161124.pdf>
- 公益社団法人日本看護協会（2019年1月18日）. 専門看護師 都道府県別専門看護師登録者数. <http://>

- nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns
- ・公益社団法人日本看護協会・専門看護師 分野別都道府県別登録者検索。  
<http://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx>
  - ・Lippitt, G.L. & Lippitt, R. (1986). *The Consulting Process in Action*. San Francisco : Jossey - Bass/ Pfeiffer.
  - ・Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M. & Kazuma, K. (2005). Factors associated with difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in hospitals in Japan. *Palliative & Supportive Care*. 3, 15-22.
  - ・滋賀県病院協会：滋賀県内病院一覧. [http://sbk.co-site.jp/sub/hospital/hospital\\_list.html](http://sbk.co-site.jp/sub/hospital/hospital_list.html)
  - ・杉森みどり, 舟島なをみ (2016). 看護教育学 (第6版), pp. 328-369, 東京：医学書院.
  - ・筒井真優美 (2015). 看護学・看護科学の発展. (筒井真優美編). 看護理論家の業績と理論評価, pp. 2-25, 東京：医学書院.





## 活動と資料

# 滋賀県下の病院で働く看護師の口腔ケアに対する意識に関する研究



安本 奈央<sup>1)</sup>, 平田 弘美<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 淀川キリスト教病院

<sup>2)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

**要旨** 超高齢社会のわが国においては、病院に入院する患者の多くが65歳以上の高齢者である。その高齢者が疾患や障害をもち、自分自身で口腔ケアができず、口腔ケアを他者にゆだねる場合も少なくない。そのような患者に対して、看護師が患者に口腔ケアを実施することが多いと思われるが、看護師を対象に口腔ケアについての実態調査をした研究は、滋賀県内においてはほとんどない。そこで、滋賀県内で働く看護師が、どのような意識をもって口腔ケアに取り組んでいるのかについてアンケート調査を行った。本研究の目的は、看護師の口腔ケアに対する意識と口腔ケアの現状について調査し、口腔ケアに関する課題を明らかにすることである。今回の調査で、滋賀県内で働く病棟看護師の口腔ケアに対する意識が高いことがわかった。しかし、日々の業務の忙しさ等により、看護師間や歯科関係の職種との連携が十分でなく、すべての患者に効果的な口腔ケアの実施が難しい現状であった。今後は他職種間で連携し、より効果的なケアを統一して実施できるような環境づくりが必要であると考えた。

**キーワード** 口腔ケア, 高齢者, 看護師, 意識, アンケート調査

## I. 研究の背景

厚生労働省(2016)によると、65歳以上の高齢者の死因第3位は肺炎であり、肺炎で入院している高齢者の7割以上が誤嚥性肺炎である。その誤嚥性肺炎の予防策の1つとして口腔ケアが挙げられる。口腔ケアは気道感染予防だけでなく、摂食・嚥下機能や構音機能の維持・向上につながる。松岡・山下(2007)は、口腔内の状態が良好であれば主観的幸福感も高くなると報告しており、口腔ケアはQuality of Life(以下QOLと略す)の向上にもつながる。このように口腔ケアの重要性や必要性

を理解し、口腔ケアを実施することは、口腔機能の維持・向上、そしてQOLの向上につながると考える。

超高齢社会のわが国においては、病院に入院する患者のほとんどが65歳以上の高齢者である。その高齢者が疾患や障害のために自分自身で口腔ケアができず、医療従事者に口腔ケアをゆだねる場合も少なくない。そのような患者に対して、看護師が口腔ケアを実施することが多いが、看護師を対象に口腔ケアについての実態調査をした研究は滋賀県内においてはほとんどない。そこで、滋賀県内で働く病棟看護師が、どのような意識をもって口腔ケアに取り組んでいるのかについてアンケート調査を行うことで、口腔ケアの重要性を伝える側となる看護師への効果的な介入方法を見出す一助となると考えた。

A Study on Nurses' Awareness regarding Oral Care in Hospitals of Shiga Prefecture

Nao Yasumoto<sup>1)</sup>, Hiromi Hirata<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Yodogawa Christian Hospital

<sup>2)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2018年9月30日受付, 2019年1月24日受理

連絡先: 平田 弘美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

e-mail: hirata.h@nurse.usp.ac.jp

## II. 研究目的

本研究の目的は、滋賀県の病院で働く看護師が行う口腔ケアと意識について調査し、口腔ケアに関する課題を明らかにすることである。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 対象者

対象は、滋賀県内の病院で働く病棟看護師で、高齢患者を受け持ち、日常的に口腔ケアを実施している者で、研究参加の同意を得られた者とした。

#### 2. データ収集期間

データの収集は、平成29年8～9月末日の間にアンケート調査を実施した。

#### 3. 調査方法

滋賀県内にある300～500床の3つの病院の看護部長に研究目的・内容を説明し、アンケート調査を行うことの許可を得た。看護部長に高齢者が多く入院する病棟を選出してもらい、アンケート用紙を各病棟に配布してもらった。

#### 4. 調査項目

調査は無記名記述式とし、以下を調査項目とした。なお調査項目は、先行研究を参考に自ら作成した。

##### 1) 基本属性

- ・看護師としての経験年数と働いている病棟(科名)

##### 2) 口腔ケアについて

- ・入院患者の口腔ケアについての関心の有無
- ・入院患者への口腔ケアの必要性の有無と必要だと考える理由
- ・他の清潔ケアと比べた場合の口腔ケアの優先度
- ・口腔ケア実施の負担の有無
- ・口腔ケアの実施時間、実施するタイミング
- ・口腔内状態のアセスメントの実施状況(口腔ケアが自立している患者も含む)
- ・自身の行っている口腔ケアに対する満足度とその理由
- ・口腔ケア実施上の困難の有無とその内容
- ・歯科関連の職種との連携の有無その内容
- ・口腔ケアに関する勉強会の有無とその頻度

##### 5. 分析方法

データは、IBM SPSS Statistics21 使用により単純集計し、その構成割合を算出した。

##### 6. 倫理的配慮

研究は、滋賀県立大学看護系研究倫理専門委員会により承認を得たうえで行った(承認番号592号)。

### Ⅳ. 研究結果

アンケート用紙配布数は130部で、回収数は111部(85.4%)であった。

#### 1. 対象者の基本属性

対象者の平均経験年数は10.18年( $SD=8.18$ )、経験

表1 経験年数  $n=111$

	人数(人)	割合(%)
5年未満	38	34.2
5年以上10年未満	22	19.8
10年以上20年未満	33	29.7
20年以上	17	15.3
未回答	1	0.9
合計	111	100.0

年数「5年未満」が38名(34.2%)で一番多かった(表1)。所属病棟は、内科病棟43名(38.7%)、内科・外科混合病棟18名(16.2%)、地域包括ケア病棟17名(15.3%)、外科病棟12名(10.8%)、療養病棟10名(9.0%)、回復リハビリ病棟10名(9.0%)、未回答1名(0.9%)であった。

#### 2. 口腔ケアについて

##### 1) 口腔ケアへの関心

「入院患者さんへの口腔ケアについて関心をお持ちですか？」に対する回答は、「関心あり」103名(92.8%)であった。

##### 2) 口腔ケアの必要性とその理由

「入院患者さんへの口腔ケアについて必要だと思いますか？」に対して、111名(100%)が「必要である」と回答していた。その理由は、「誤嚥性肺炎・その他の肺炎予防」66名(59.5%)が一番多かった(表2)。「その他」は、「認知症の進行を防ぐ」「味覚の維持」「化学療法の副作用対策」などであった。

##### 3) 口腔ケアの優先度とその負担

「口腔ケアの優先度は他の清潔ケアと比べてどうですか？」に対する回答は、「高め」45名(40.5%)、「同じくらい」58名(52.3%)、「低め」8名(7.2%)であった。「口腔ケアを行うことに負担を感じたことがありますか？」に対する回答は、「ある」72名(64.9%)、「なし」39名(35.1%)であった。

##### 4) 口腔ケアの実施するタイミングと実施時間

「口腔ケアを実施するタイミングはいつですか？」に対する回答は、「食前」58名(52.3%)、「食後」104名(93.7%)、「その他」38名(34.2%)であった。「その他」のタイミングとしては、「汚れがみられたとき」「起床時・眼前」「患者さんの食事摂取状況(絶食や注入食など)に応じて検温時や4時間ごとなど」などであった。

口腔ケアの実施時間の平均は5.14( $SD=2.99$ )分で、最短が1分、最長が15分であった。

表2 口腔ケアが必要と考える理由（複数回答）

理由	人数(人)
誤嚥性肺炎の予防	66
感染症の予防	35
口腔内汚染の防止（清潔感）	25
爽快感	11
食欲増進	11
誤嚥・窒息予防	8
口臭予防	5
合併症予防	5
身だしなみ	4
口腔機能の維持・回復	4
生活リズムの獲得	3
唾液分泌の増加	2
乾燥予防	2
食べるための準備	2
QOL	2
その他	9

## 5) 口腔ケアのアセスメント

「患者さんの口腔状態のアセスメントについて」に対する回答は、「必ずしている」22名（19.8%）、「たまにしている」60名（54.1%）、「あまりしていない」28名（25.2%）、「していない」が1名（0.9%）であった。アセスメントを行う必要のある患者は、「口腔内トラブル（舌苔や痰が多い、汚れがひどいなど）がみられる」39名（47.6%）が多かった（表3）。「その他」の意見のなかには、「ほかの看護師との口腔ケアの統一が必要であると感じた時」「認知症の患者」などがあつた。

## 6) 口腔ケアの満足度

「あなた自身が行っている口腔ケアの満足度はどのくらいですか？」に対する回答は、「非常に満足している」0名、「まあまあ満足している」54名（48.6%）、「あまり満足していない」55名（49.5%）、「満足していない」2名（1.8%）であった。「まあまあ満足している」の理由として、「口腔ケア後口腔内が清潔になっているから」（4名）、「口腔内の問題に根気よく対策を考え実施しているから」（1名）、「患者さんが喜ん

表3 アセスメントの必要のある患者の状況（複数回答）

患者の状況・状態	人数(人)
口腔内汚染（舌苔や痰）がひどい	39
嚥下機能が低下している（誤嚥の可能性が高い）	26
患者自身では実施できない	20
口臭がある	10
口腔内出血・歯茎出血が多い	10
乾燥がひどい	6
術前・術後	6
化学療法中	5
義歯がある	4
食物残渣が多い	3
呼吸器管理中	3
口腔内感染がある	2
吸引が必要	2
食事摂取状況に変化がある	2
口腔内汚染がなかなか改善されない	2
食欲不振がある	2
肺炎がある	2
その他	23

でくださるときもあるため」（1名）、「口腔内を清潔に保つことで窒息予防にもなっているため」（1名）、「毎食後必ず口腔ケアを行っているため」（1名）、「問題があれば医師などに相談しやすい環境にあるため」（1名）が挙げられた。一方、「あまり満足していない・満足していない」理由として、「十分に時間をかけて来ないため」といった意見があつた（表4）。「その他」として、「汚染具合や清浄の具合は主観的な判断になってしまうため」「あまり知識がないため」などの意見があつた。

## 7) 口腔ケア実施の中で困難なこと

「口腔ケアを行ううえで困ったことはありますか？」に対する回答は、「困ったことがある」91名（82.0%）、「困ったことがない」17名（15.3%）、未回答3名（2.7%）であった。その内容は、「患者が口腔ケアを嫌がり、協力が得られない」37名が一番多かった（表5）。「その他」としては、「自身が懸命に口腔ケアを行っても他のスタッフによってまた汚くなる」「一生懸命しすぎると患者はえらいだろうし、自分の自己満足かと悩むことがある」「口腔ケア等の専門のチームがあり、依頼するとアドバイスがもらえるので助かっているが、1回/週なので、必要としているタイミングとず

表4 口腔ケアに満足していない理由（複数回答）

理由	人数（人）
十分な時間をかけてできていないため	25
患者の拒否や意識レベル低下により十分な口腔ケアができない	12
十分にきれいにならない時もあるから	8
各々の患者に合った口腔ケアができているかわからない	7
物品が十分でない	6
しっかりできていないと感じる	4
流れ作業になってしまっている	3
スタッフによりばらつきがある	3
きれいになってもすぐに汚れてしまう	2
その他	10

表5 口腔ケアを行う上で困ったこと（複数回答）

患者の状況・状態	人数（人）
患者が口腔ケアを嫌がり協力が得られない	37
開口困難	16
認知症等で意思疎通がうまく図れない	14
手をかまれる	13
汚れが取り切れない	13
出血しやすい状態	10
口腔ケア物品の適当な選択	4
うがい時のむせこみ	4
舌苔・痰が除去しきれない	4
歯がぐらついている	3
時間がなく頻回にできない	3
口腔内乾燥	3
家族へ依頼しておいた口腔ケア物品がこない	3
患者が歯ブラシを噛んでしまう	3
義歯をはずしたがらない	2
出血を増強させてしまう	2
口腔ケアの刺激により嘔気を誘発してしまう	2
その他	20

れてしまう」といった意見があった。

#### 8) 歯科関連職種との連携

「歯科関連の職種の方とかかわる頻度はどのくらいですか？」に対する回答は、「よくかかわっている」6名(5.4%),「たまにかかわっている」41名(36.9%),「ほ

とんどかかわらない」53名(47.7%),「かかわらない」9名(8.1%),未回答2名(1.8%)であった。連携のタイミングは、「口腔内の状態についての相談」32名(28.8%),「口腔ケアについて」22名(19.8%),「義歯についての相談」13名(11.7%)であった。「その他」は13名(11.7%)で、その内容は、「嚥下状態についての相談」「嚥下評価をしてもらおう際」「口腔ケアラウンドで相談している」などが挙げられた。

#### 9) 口腔ケアの勉強会について

「口腔ケアの勉強会はありますか？」に対する回答は、「あり」38名(34.2%),「なし」71名(64.0%),未回答2名(1.8%)で、頻度としては「年に1回くらい」(16名)が最も多かった。

## V. 考察

### 1. 看護師の口腔ケアに対する認識

本研究の結果から、対象者である約9割の看護師が、口腔ケアに対して「関心あり」と回答していた。そして、その全員が口腔ケアの必要性について「必要である」と感じていることがわかった。口腔ケアが必要と考える理由において、「誤嚥性肺炎の予防」「感染症の予防」「清潔感」「爽快感」などが挙げられており、これらは、先行研究(栗国ら, 2015; 原田・関口, 2015; 熊坂ら, 2007)と同様の結果であった。本研究の結果で、少数ではあるが、「認知症予防」のために口腔ケアを行っているとの回答があり、認知症予防の視点で口腔ケアの効果を実感している看護師の存在が明らかとなった。力丸・大倉・栢(2015)によると、口腔内ブラッシングで生じる刺激によって、脳の前頭前野の腹外側領域と学習課題

により活性化される左背側前頭皮質領域を活性化することが示されており、近年、口腔ケアの認知症予防への効果が示唆されている。2025年には、65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症に罹患すると推計されており（内閣府、2016）、今後、認知症予防のためにも口腔ケアの重要性がさらに高まってくることが予測される。

口腔ケアの優先度については、今回の対象者の約4割が他の清潔ケアよりも「高め」と回答し、介護施設で行なわれた先行研究（村松・守屋・藤井・原井・坂倉、2013；村松・守屋、2014）の結果よりも、今回の対象者の方が口腔ケアの優先度が高めであった。このことから、滋賀県内の病院で働く看護師に口腔ケアの効果が広く浸透し、その必要性が認知されてきているのではないかと推測する。

## 2. 口腔ケアの現状

本研究の対象者である半数以上の看護師は、食後だけでなく食前の口腔ケアを行っていた。それだけでなく「汚れがみられたとき」「起床時・眠前」「患者さんの食事摂取状況（絶食や注入食など）に応じて検温時や4時間ごと」など、個々の状態に応じて必要なタイミングで実施されていることがわかった。内宮（2010）は、口腔内細菌数の日内変動の研究で、朝食前、昼食前、夕食前、就寝前の順で口腔内細菌数が多いと述べている。このことから、食前や就寝前の口腔ケアを行うことは口腔内細菌を減らすには効果的であり、研究対象者もその効果を理解し、食前に口腔ケアを実施していたのではないかと考える。しかし、口腔ケアの実施については約6割の看護師が「負担である」と回答したことから、口腔ケアの必要性の認識が高まり、患者の状態に合わせて口腔ケアを実施することで、看護師にとって負担が生じているのではないかと推測する。

アセスメントのタイミングとして、「口腔内汚染のひどい患者」「嚥下機能の低下している患者」にアセスメントを実施していた。このことから対象者の多くは、口腔トラブルが生じている患者に対して口腔内のアセスメントを実施することがわかった。この結果と、約4割の看護師が「十分な時間をかけてできていない」ため「口腔ケアに満足できない」と回答していることから、口腔トラブルが生じていない患者へは、口腔ケアが十分にできていないのではないかと推測する。口腔ケアを効果的に実施することが患者にとってQOL（生活の質）向上（松岡・山下、2007）や認知症予防（力丸ら、2015）に繋がっていくことから、口腔トラブルが生じていない患者に対しても予防的な視点から口腔ケアを実施していくことが必要であると考えられる。

今回の結果では、多くの看護師が「年に1回程度」の頻度で病棟内での口腔ケアの勉強会が行われていると回答していた。しかし、「自身が思う口腔ケアを実施でき

ていない」や「スタッフにより（ケアの）ばらつきがある」などの意見があることから、勉強会の回数や口腔ケアに関するカンファレンスの数を増やし、ケアの統一をはかっていくことが必要であると考えられる。

## 3. 口腔ケアに関して看護師が困難に感じていることと今後の課題

今回の研究対象者が口腔ケアについて困っていることとして、「患者の口腔ケアへの協力が得られない」「拒否される」といった意見が最も多く、約4割の看護師が悩んでいることがわかった。宮崎（2010）によると、その原因としては、患者の過去の口腔ケアで感じた疼痛や患者と看護師のコミュニケーション不足、認知機能の低下等が挙げられていた。西谷・坂下（2014）は、認知症高齢者への口腔ケアの方法としては、患者を覚醒させ看護師を認識してもらい、関係性を築いたうえで、不快感の少ない部位（口角）から時間をかけて開口を促し、口腔ケアへと導いていくことが必要であると述べている。開口拒否のある患者に口腔ケアを行うことは困難であるが、患者が心地よく口腔ケアを受けられるよう時間をかけてケアを進めていく必要があると考える。

口腔ケアをスムーズに行えない患者に対して解決策を考えていく際には、看護師だけでなく、口腔ケアのエキスパートである歯科関連の職種と連携をとりながらケアを考えていくことがより効果的であると考えられる。しかし今回の結果から、約半数の対象者が歯科関連の職種と「ほとんどかかわらない」と回答していた。専門的な知識をもった歯科関連の職種と連携をとることで、患者に対してより効果的な口腔ケアの実施につながるため、連携しやすい環境や関係性が重要になると考える。

口腔ケアは日常生活動作であることから、病院だけでなく自宅に帰ってから継続できるよう医療従事者だけでなく患者自身や家族等介護者にも口腔ケアの必要性を理解してもらう必要がある。それが高齢者自身のQOLの向上や、高齢者一人ひとりの健康につながっていくと考える。そのため看護師は、日常のケアとして口腔ケアを実施してだけでなく、患者や介護者にもその必要性を伝えていくことが重要であると考えられる。

## 謝 辞

本研究にお忙しいなかご協力を頂きました滋賀県内の病院の看護部長をはじめ、スタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

## 文 献

- ・栗国文恵, 仲間錠嗣, 立津政晴, 宮城雅也, 本永英治, 渡嘉敷智賀子, 佐久川和子, 本村悠子, 安谷屋正明 (2015). 沖縄県立宮古病院における看護師の口腔ケアに対する意識調査. 日口腔ケア会誌, 9 (1), 84-90.
- ・原田枝里, 関口洋子 (2015). 病棟勤務の看護師による入院患者に対する口腔ケアの実施状況. 日歯大東短誌, 5 (1), 35-41.
- ・厚生労働省 (2016). 死因順位, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth8.html>
- ・熊坂士, 星野真, 篠田宏文, 室谷暁子, 安藤智博, 扇内秀樹 (2007). アンケート調査による東京女子医科大学病院病棟看護師の口腔ケアの現状. 東女医大誌, 77 (7), 337-345.
- ・松岡文字, 山下一也 (2007). 地域在住高齢者の口腔内健康状態と心身健康状態との関連. 島根大短大部出雲キャンパス研紀, 1, 1-8.
- ・宮崎友恵 (2010). 全介助を必要とする患者の口腔ケア. Nursing College, 12, 16-17, file:///F:/全介助を必要とする患者の口腔ケア.pdf
- ・村松真澄, 守屋信吾, 藤井瑞恵, 原井美佳, 坂倉恵美子 (2013). 北海道の介護保険施設における口腔ケアに関する看護管理的取り組みの実態調査. 北海道公衛誌, 27 (2), 137-142.
- ・村松真澄, 守屋信吾 (2014). 全国の介護施設における口腔ケアに関する看護管理的取り組みの実態調査. 老年歯学, 29 (2), 66-76.
- ・内閣府 (2016). 平成 28 年版高齢者白書, [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1\\_2\\_3.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html)
- ・西谷美保, 坂下玲子 (2014). 口腔ケアを受け入れない認知症高齢者の心地よさに繋がる口腔ケアの探求 - 歯科衛生士が用いている口腔ケアの技術の抽出 -. UH CNAS, RINCPC Bulletin, 21, 87-100.
- ・力丸哲也, 大倉義文, 栢豪洋 (2015). 口腔内ブラッシングによる大脳前頭前野の活性変化についての検討 - 近赤外線分光法を用いた機能局在の解析 -. 老年歯学, 29 (4), 329-339.
- ・内宮洋一郎 (2010). ADL が低下した患者における口腔内細菌数の日内変動. 日摂食嚥下リハ会誌, 14 (2), 116-122.

# 人間看護学研究投稿規定

(平成29年11月29日改正)

## 1. 趣旨

この規定は、人間看護学研究の発行に必要な事項を定める。

## 2. 発行

原則として毎年度1回発行する。

## 3. 投稿者の資格

原則として、滋賀県立大学人間看護学部の教員等が、第一著者あるいは共著者であること。ただし、人間看護学研究編集委員会（以下「編集委員会」という）から依頼された原稿に関してはこの限りではない。また、滋賀県下の関係者については、編集委員会の判断により投稿を認める場合がある。

## 4. 原稿の種類

(1) 原稿の種類は、下記の通りとする。

原著論文：独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、論文としての形式が整っているもの。

総説：ある主題に関連した研究・調査論文の総括および解説

研究ノート：内容的に原著論文の域に達していないが、研究結果の意義が大きく、発表の価値があるもの。

活動と資料：看護活動に関する実践報告、調査報告、有用な資料など。

フォーラム：人間看護に関わる海外事情、関連学術集会の報告、および掲載論文に対する意見など。

書評と紹介：内外の人間看護学研究に関係する図書、論文および研究動向について批評、紹介をおこなうもの。

学部広報：人間看護学部の動向や記録事項など。

(2) 原稿の種類は著者が行うが、編集委員会が種別変更を求める場合がある。

## 5. 原稿の制限事項

(1) 投稿原稿は、国内外を問わず未発表のものに限り、重複投稿は禁止する。

(2) 原稿は刷り上がり（原稿1頁は2400字）で、写真・図表を含めて下記の制限枚数内とする。

原著・総説・研究ノート：12頁以内

活動と資料：6頁以内

他の原稿は2頁以内とするが、学部広報は制限を設けない。

## 6. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的な配慮がさ

れており、必要に応じて倫理審査委員会等の承認を得ていること。また、原稿中にもその旨が明記されていること。

## 7. 投稿手続

(1) 原稿2部（表紙・要旨・本文・図表：ただし著者名・所属名入りを1部と、著者名・所属名削除を1部）を編集委員会宛にメール添付で提出する。

(2) 最終修正原稿を提出するときには、本文をワード形式で、図表をパワーポイントかエクセル形式で提出する。

(3) 投稿先メールアドレス

kangokenkyu@nurse.usp.ac.jp

## 8. 原稿の受付

上記7の投稿手続を経た原稿が、編集委員会に到着した日を受付日とする。なお、受付した原稿等はオリジナルを除いて理由の如何を問わず返却をしない。

## 9. 原稿の採否

(1) 原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。

(2) 査読結果により原稿の修正を求められることがあるが、修正を求められた原稿著者は、編集委員会の指定した期日までに内容修正を行い再投稿すること。指定された期日以降に再投稿された場合は、原則として新規受付の取り扱いをする。

## 10. 著者校正

査読を経て、編集委員会に受理された最終原稿については、著者校正を1回行う。但し、校正時の加筆は原則として認めない。

## 11. 執筆要領

原稿の執筆要領は別に定める。

## 12. 著作権

原稿内容についての第一義的責任と権利は著者に帰属するが、原稿の編集・出版および電子情報化など2次的使用に関する権利は、編集委員会が著者から委託されたものとする。

なお、著者が電子情報化を希望しない場合は、投稿時に編集委員会に文書で申し出ることとする。

## 13. 掲載料・別刷

掲載料は無料とする。但し、特殊な図表等で特別な経費を要した場合には著者負担とする場合がある。別刷は希望者のみとし、費用は著者負担とする。

# 原稿執筆要領

(平成29年11月29日改正)

## 1. 原稿構成

- (1) 原稿は、表題頁、要旨、本文、文献、英文抄録、図・表の順とする。和文要旨、英文抄録の各末尾にそれぞれ6個以内のキーワード Key words をつける。
- (2) 表題頁には、表題、著者名、所属機関名を記し、その下に間隔をあけて連絡先（氏名、所属、住所、電話、Fax、E-mail アドレス）、原稿の枚数および図・表の数、希望する原稿の種類を明記する。和文の原稿にあっては、表題・著者名・所属名の英文訳を付すこと。
- (3) 原著論文の要旨は、研究の「背景」「目的」「方法」「結果」「結論」にわけて、見出しをつけて記載すること（1000字以内）。その他の原稿の要旨には見出しをつけない（500字以内）。
- (4) 本文は、I. 背景、II. 目的、III. 用語の定義（必要時）、IV. 方法、V. 結果、VI. 考察、VII. 結論、の順に記載する。「総説」「活動と資料」の場合はこれに準じなくても良い。
- (5) 見出しについて  
論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。
  - ①見出しは「MS ゴシック」体 11 ポイントを用い、外国語・数字には「Times New Roman」を用いる。
  - ②見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
  - ③第1階層は論文タイトル（題目）で、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
  - ④本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。
    - 第2階層：I. II. III. 中央揃え
    - 第3階層：A. B. C 左端揃え
    - 第4階層：1. 2. 3. 左端揃え
    - 第5階層：a. b. c. 見出しのみ、本文左端より1字下げる
    - 第6階層：1) 2) 3) 上位の見出しより1字下げる
    - 第7階層：a) b) c) 上位の見出しより1字下げる
  - ⑤論文中で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
  - ⑥4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
  - ⑦ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

(6) 文献の記載は、2. (8) に従う。

(7) 原著論文には英文抄録（500語以内）をつけること。その他の原稿の場合は、英文抄録を省略することができる。英文原稿の場合は、英文抄録と同様の要領で和文抄録をつけること。

## 2. 執筆要領

- (1) 原稿はパソコンで作成する。
- (2) 原稿はA4版縦、横書きで、1頁1400字（40字×35行）になるように作成し、表題頁より頁下中央にMS明朝のアラビア数字（1,2,3…）で頁番号を表示する。フォントはMS明朝（英数字は半角、Times New Roman）、11ポイント、読点は「」（全角カンマ）, 句点は「.」（全角ピリオド）とする。
- (3) 原稿は、原則として、新仮名づかい、常用漢字を使用する。
- (4) 外国語はカタカナで、外国人や日本語訳が定着していない学術用語などは活字字体の原綴で記載する。
- (5) 数字は算用数字を用い、単位符号は原則としてSI単位（kg, mg, mm, ml, kcal, °Cなど）を用いる。
- (6) 国際的な共通語を使用し、一般的に認められている略語以外は説明なしでは使用しないようにする。特定分野でのみ用いられる略号、符号などに関しては、初出時に簡単な説明を加える。
- (7) 図・表は、それぞれ図1、表1などの通し番号をつけ、本文とは別にまとめる。
- (8) 文献の記載方法はAPAスタイルに準拠する。
  - ・本文中の文献引用
    - ①引用箇所、著者姓と発行年を括弧書きする。  
例：(滋賀, 2000)  
著者名が本文中にある場合は、発行年のみ括弧書きする。  
例：滋賀 (2000) は…
    - ②著者が2人の場合は「,」（英文では“&”）を入れる。  
例：(滋賀, 田中, 2000)
    - ③著者が3～5名の場合は全員の名を挙げ、再引用では「筆頭著者ら」とする。なお、著者名は「,」で結ぶ。
    - ④6人以上は筆頭著者名に「ら」（英文では“et al.”）をつける。  
例：滋賀ら (2000)
    - ⑤異なる著者の文献を同一箇所引用する場合は、セミコロン「;」で区切って、筆頭著者のアルファベット順に並べる。  
例：(江藤, 2012; 前田, 2011)



- ・本文中の直接引用  
「 」で引用し、著者姓、発行年、頁数を明記する。
- ・文献リストの記載  
著者姓のアルファベット順に列記する。全員の著者名を表記する。雑誌略名は医学中央雑誌, Index Medicus, International Nursing Index に従う。

#### 【雑誌掲載論文】

著者名 (発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始頁 - 終了頁.

滋賀一郎, 琵琶花子, 八坂次郎, 近江三郎 (2011).  
看護の方法. 看護雑誌, 30 (1), 311-315.

Onishi, A. (1995). Perceptual comparisons through the  
mind's eye. *Memory and Cognition*, 10, 622-684.

Wegener, D. T. & Petty, R. E. (1994). Mood management  
across affective states: The hedonic contingency  
hypothesis. *Journal of Personality & Social Psychology*,  
66, 1034-1048.

A., B., C. & D. (1994) (3名以上の場合)

#### 【単行本】

著者名 (発行年). 書名 (版), pp. 引用開始頁 - 終了頁,  
発行地: 出版社.

滋賀一郎 (1995). 看護の源流 (第3版), pp. 333-  
354, 大津: ナーシング出版.

著者名 (発行年). 表題. 編者名, 書名 (版), pp. 引  
用開始頁 - 終了頁, 発行地: 出版社.

滋賀一郎 (1995). 看護研究の方法. (明智太郎 他, 編).  
人間看護研究, pp. 333-354, 大津: ナーシング出版.

Strunk, W. Jr. & White, E. B. (1979). *The elements of  
style* (3rd ed.). New York: MacMillan.

#### 【訳書】

原著者名 (原著発行年) / 訳者名 (訳書発行年). 訳書  
名 (版), pp. 開始頁 - 終了頁, 発行地: 出版社.

Biwa, A.B. & Johnson, P. (1993) / 滋賀一郎 (1995).  
看護研究 (第3版), pp. 333-354, 大津: ナーシ  
ング出版.

#### 【電子ジャーナル】

著者名 (発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始頁 -  
終了頁, doi: xx, xxxxxx

例: 麻原きよみ, 三森寧子, 八尋道子, 小西恵美  
子, 百瀬由美子, 小野美喜, 安藤広子 (2016).  
看護研究の倫理審査に関する考察: アメリカ  
合衆国の事例を踏まえて. *日本看護科学会誌*,  
36, 80-84, doi:10.5630/jans.36.80