

退院支援委員会においても「地域支援者の見立ての確認」や「地域支援者との協働」に繋がらなかった。その結果、院内のスタッフだけで地域での「生活する力」を考えると、十分なアセスメントができない状況となっていた。また、病棟看護師の保護的、管理的な介入が地域移行を阻害していることもわかった。地域移行支援における病棟看護師の役割認識については図1に示す。

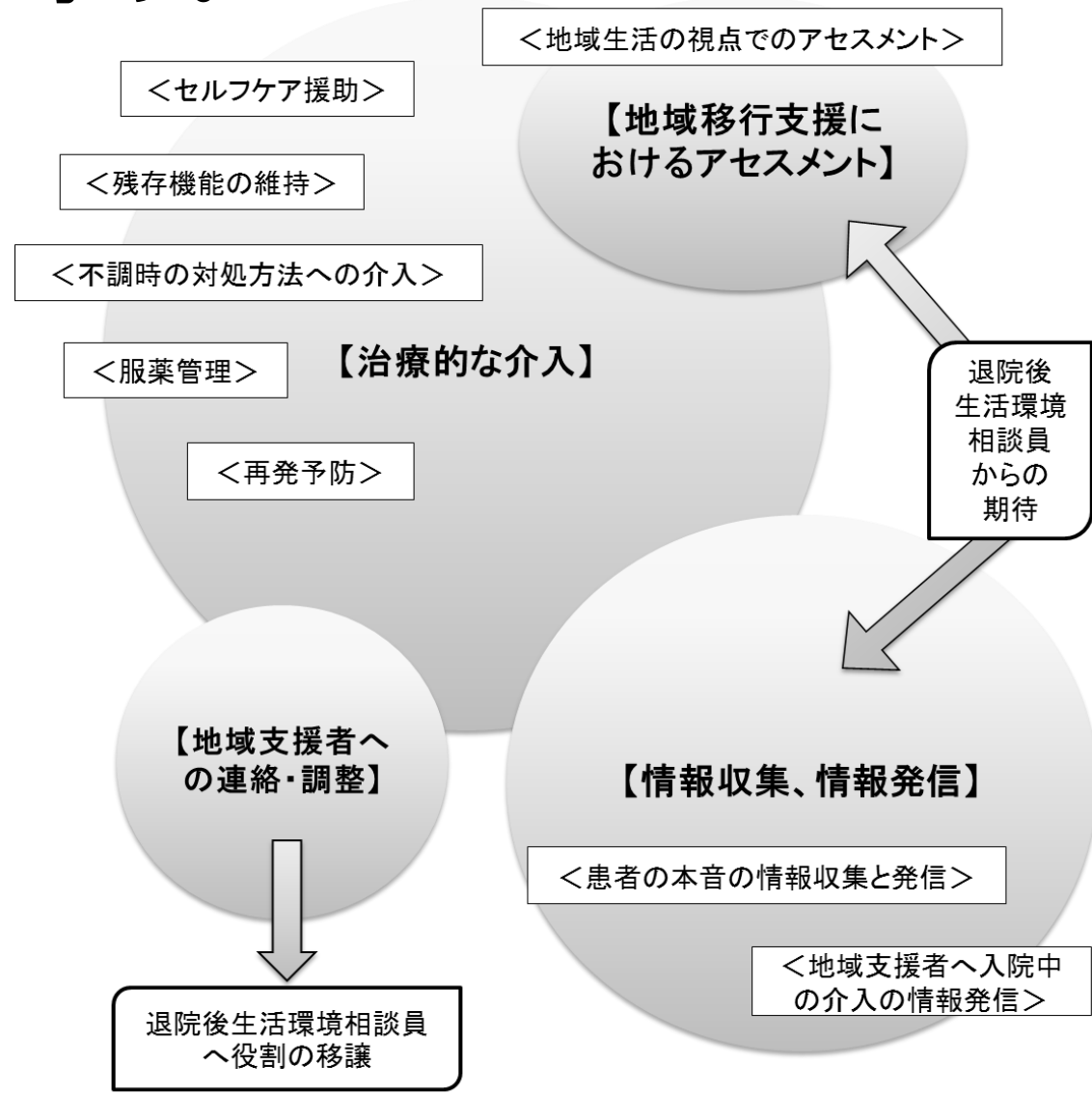


図1 地域移行支援における病棟看護師の役割認識

5. 質問紙調査

＜調査方法＞ 面接調査の結果をもとに、山口県内の精神科病床を有するすべての病院を対象に医療保護入院の地域移行支援に関する質問紙調査を実施した。

＜結果＞ 31病院中、23病院から回答（回収率74.2%、すべて有効回答）があった。退院後生活環境相談員の配置数は1～8名で平均4.5人±2.2人、職種は精神保健福祉士が17病院74%、看護師が19病院18.3%、社会福祉士や作業療法士、多職種で担っている病院が5病院あった。一人当たりの受け持ち数は、3～147名とばらつきがあった。地域移行推進の認識（図2）、地域支援者について、入院前より支援を受けていた割合（図3）、退院支援委員会への参加率（図4）と協議事項（図5）、新規につなげている割合（図6）とつながない理由（図7）は図表を参照。

＜考察＞ 退院支援委員会への地域支援者の参加率の低さから、地域支援者と協議できていない実態があるこ

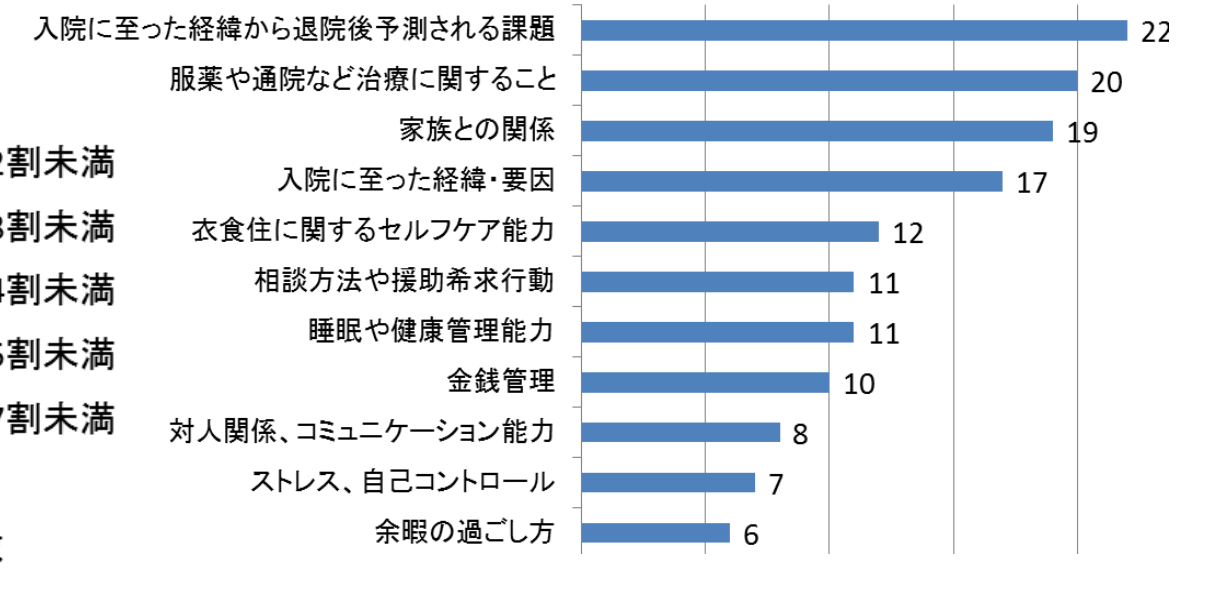
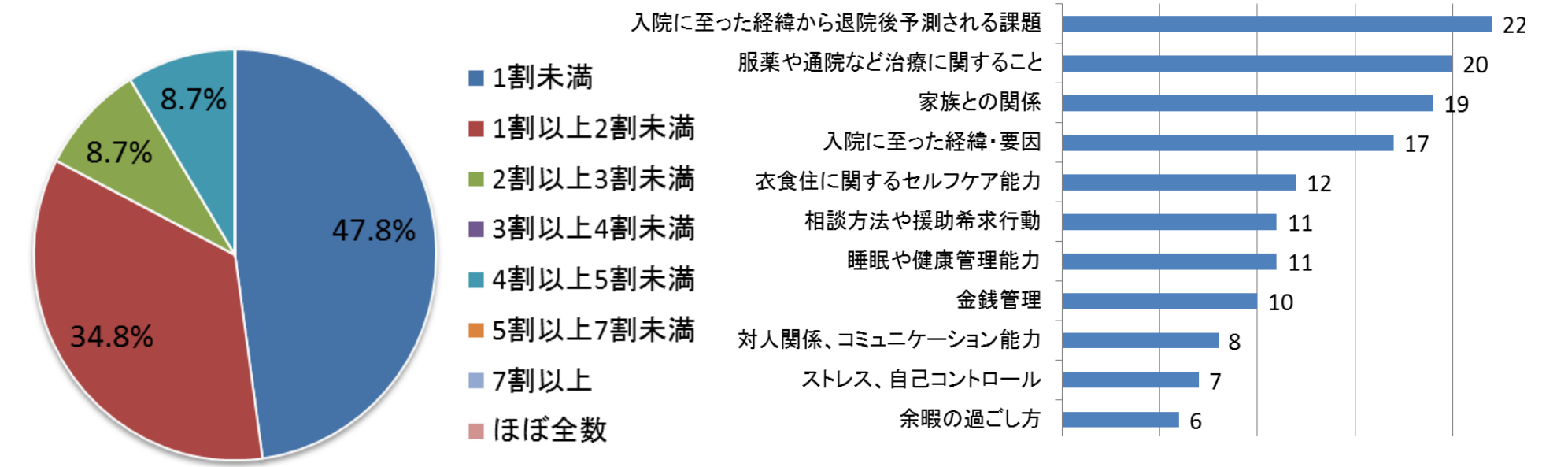
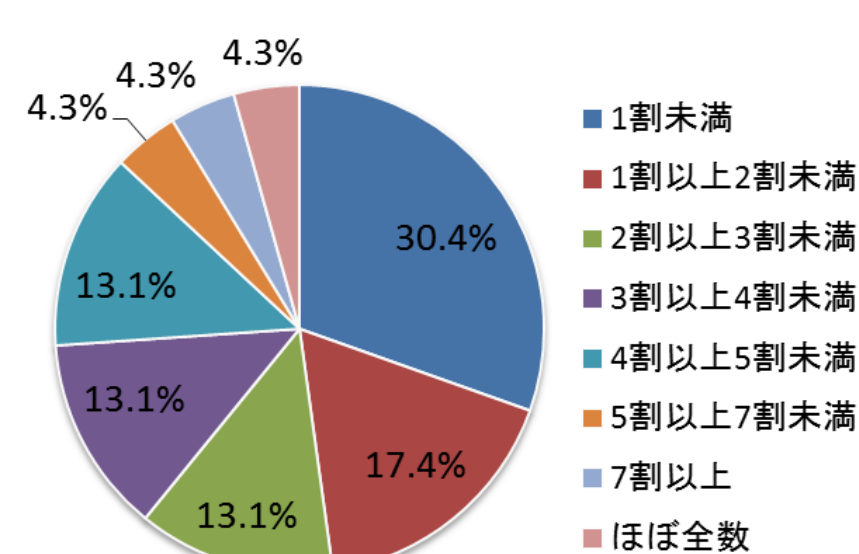
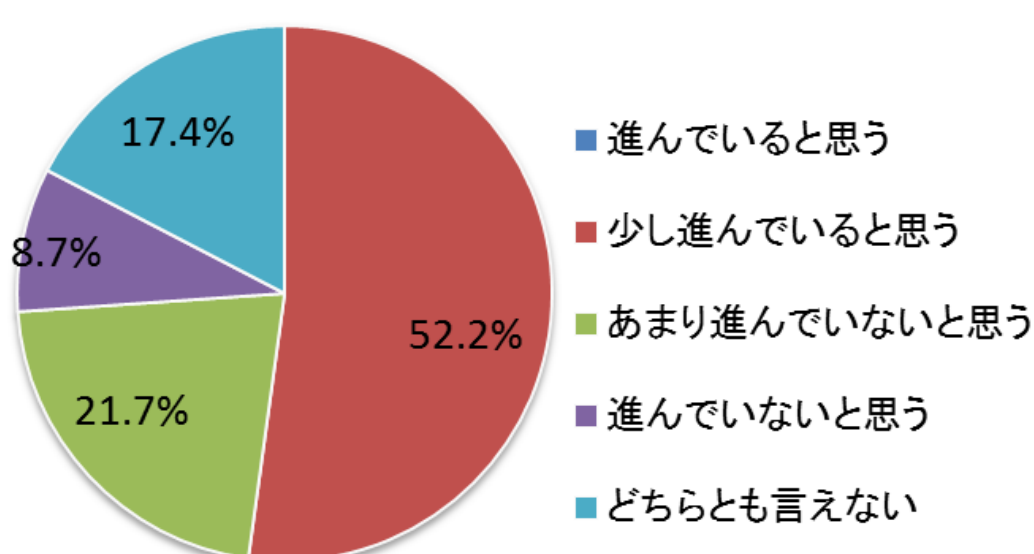


図5 協議内容

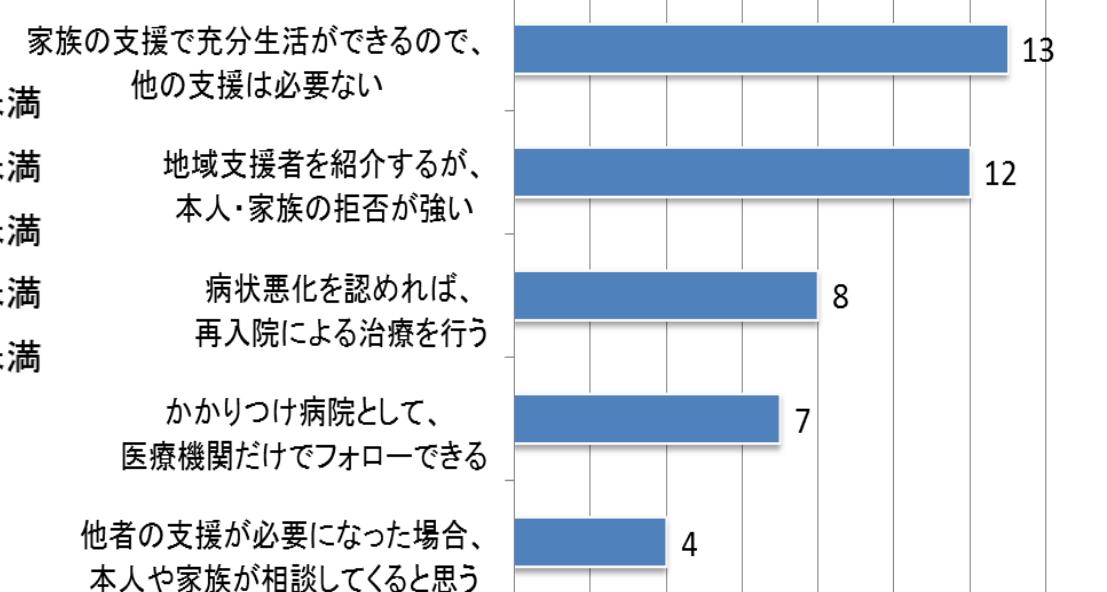
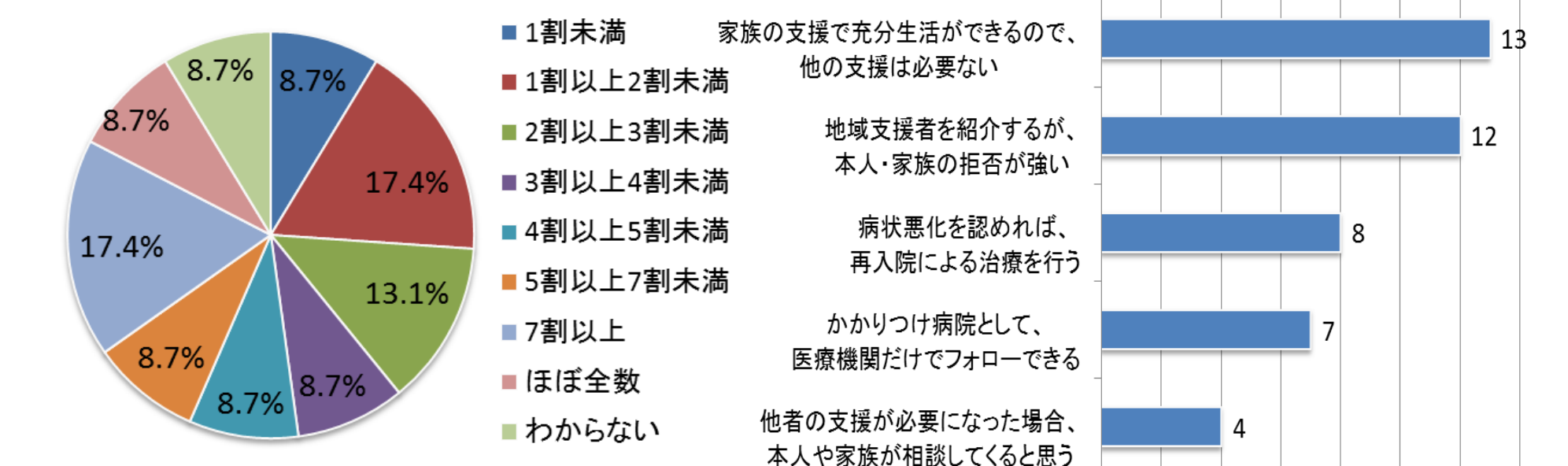


図7 紹介しない理由

ことがわかった。また、地域支援者へ紹介している割合が5割未満と5割以上の病院で比較したところ、家族の支援で充分と考えている病院ほど新規で紹介できていないことが明らかとなった（表5）。地域移行に対して肯定的に認識している病院と比べ、そうでない病院の方が地域支援者を紹介しない理由の再入院により治療を行う、医療機関だけでフォローできると考えていることが明らかとなった（表6）。

表5 地域支援者紹介率とつながない理由の関係

	新規に地域支援者へつないでいる割合：5割未満	新規に地域支援者へつないでいる割合：5割以上	p値
「家族の支援で充分生活ができるので、他の支援は必要ない」	76.9%	25.0%	0.02*
「他者の支援が必要になった場合、本人や家族が相談してくると思う」	30.8%	0.0%	0.08
「地域支援者を紹介するが、本人・家族の拒否が強い」	61.5%	50.0%	0.6
「かかりつけ病院として、医療機関だけでフォローできる」	30.8%	12.5%	0.34
「病状悪化を認めれば、再入院による治療を行う」	38.5%	12.5%	0.2

表6 地域移行の認識と地域支援者へつながない理由の関係

	「少し進んでいると思う」	「少し進んでいると思う」以外	p値
「家族の支援で充分生活ができるので、他の支援は必要ない」	50.0%	63.6%	0.51
「他者の支援が必要になった場合、本人や家族が相談してくると思う」	25.0%	9.1%	0.31
「地域支援者を紹介するが、本人・家族の拒否が強い」	66.7%	36.4%	0.15
「かかりつけ病院として、医療機関だけでフォローできる」	8.3%	54.5%	0.02*
「病状悪化を認めれば、再入院による治療を行う」	8.3%	63.6%	0.01*

6. 結論

山口県の精神科医療保護入院者の地域移行支援の実態として、①家族の支援で充分生活が送れると考えていることが地域支援者へつながない理由であった②地域移行について協議する場である退院支援委員会に地域支援者の参加が少ない③医療機関だけで地域で生活する精神障害者をフォローできると考えていることが明らかとなった。

引用・参考文献

- 1) 山下真裕子（2017）：「精神障がい者の地域生活におけるセルフケアの概念分析」,日本看護科学会誌37,209-215
- 2) 精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員ガイドライン ver.1.1（2019）：公益社団法人日本精神保健福祉協会, 精神医療・権利擁護委員会編集

精神科救急入院棟 入院患者家族へのニーズ調査

健康福祉学研究科健康福祉学専攻 森重恵介

1.はじめに

精神科救急入院料病棟の認可要件の一つに、入院期間は3ヶ月以内とある。3ヶ月以内の退院を目指すため、患者の入院時から退院を視野に入れた治療・看護を進めている。精神科医療において家族への支援の重要性はすでに認識され、家族の不安に対して行ったケアに対する先行研究はあるが、実際に家族が入院初期に何を望んでいるのかを調査した先行研究は検索できなかった。2013年に入院患者家族ニーズについて、2017年精神科救急入院棟において退院が決まった患者家族に対して退院前の家族の思いの調査を行った。救急入院棟入院患者家族のニーズは初回入院と2回目以上の入院で具体性に差がある示唆を得られた。

入院早期の患者家族のニーズや入院回数などによる差を明確にすることで、より家族に適したケアのノウハウを得ることが出来ると考えた。

2.研究目的

入院早期の患者家族のニーズや初回と2回以上の入院患者家族の入院時のニーズを調査・比較検討し、また病名による検討も行う。入院回数などでのニーズの特性を理解することで、入院時より家族の負担や不安に対してのケアが可能となり、早期退院への一助になると考えている。

3.研究方法

1) 研究対象者

A病院 精神科救急入院棟入院救急対象患者家族（保護者・キーパーソン）を対象とした。

2) 研究の種類・デザイン

精神科救急入院棟入院患者家族に対する面接（インタビュー）で得られた情報を、研究用データとして対象者（家族）に提供してもらい、それを質的に分析した。

3) 実施方法のアウトライン

A病院 精神科救急入院棟入院患者家族（保護者・キーパーソン）を対象とした。面接（インタビュー）自体は、病院における業務であって、研究には含まれ

ない。研究参加に同意した対象者には、インタビュー時に録音（または筆記によるメモを取る）の許可を得、その情報（データ）を質的に分析した。

4) 調査期間 2018年11月～2019年12月

5) 調査内容・項目 インタビューガイドを使用

6) 解析・分析方法

インタビュー時の録音または筆記の情報から逐語録を作成。個人を特定できる情報は除外し、逐語録に含まれないようにした。

7) 倫理的配慮

本研究が山口県立大学生命倫理委員会（承認番号：30-24）・A病院倫理委員会の承認を受けた上で研究実施することを説明。研究への協力は自由意志であり、研究不参加によって対象者が不利益をこうむることはないこと、研究終了後、一定期間保管したのちにすべてのデータを破棄すること、研究結果が公表される場合であっても個人が特定できないように配慮した上で公表することを説明した。

4. 結果

1) 対象者の概要

2018年11月～2019年12月の1年1ヶ月の間に研究者が在籍するA病院精神科救急入院棟に入院した115件（精神科救急入院料病棟の算定対象にはならない措置入院患者、応急入院患者は除く）の内、研究協力の承諾が得られた家族は23件（表1）。

表1.疾患別内訳

病名	初回	2回以上
統合失調症（疑い含む）	2	9
双極性感情障害（うつ病層） ・うつ病・うつ状態	5	2
認知症	3	0
その他	1	2

2) 初回入院について

初回入院では、24のサブカテゴリーから【初回入院の不安】【知識・経験不足からの不安や負担感】【支援があることへの安心感】【患者イメージに歪み

がない】【介護してきたことで分かったこと】【患者と向き合う姿勢】の6のカテゴリーが抽出された。

3) 複数回入院について

複数回入院では、31のサブカテゴリーから【解消されない不安】【繰り返すことで生まれる負担】【経験を積むことで得られるメリット】【繰り返すことで生まれる家族の思い】【解消されない負担感】の5のカテゴリーが抽出された。

4) 各疾患について

以下のサブカテゴリーからカテゴリーが抽出された。

表2.統合失調症 初回入院

カテゴリー	サブカテゴリー
初回入院への不安	知識・経験不足からの不安 他4
支援があることへの安心感	支援先に繋がった安堵感 他1

表3.統合失調症 複数回入院

カテゴリー	サブカテゴリー
解消されない不安	治療の不安 他7
繰り返すことで生まれる負担	患者対応の負担感 他3
経験を積むことで得られるメリット	今後への期待 他10
繰り返すことで生まれる家族の思い	サポートは家族のみ 他2

表4.双極性感情障害(うつ)など 初回入院

カテゴリー	サブカテゴリー
知識・経験不足からの不安や負担感	分からないことへの不安 他7
支援があることへの安心感	入院した安堵感 他2
患者イメージに歪みがない	病状変化はあるが負担に感じていない 他1

表5.双極性感情障害(うつ)など 複数回入院

カテゴリー	サブカテゴリー
解消されない負担感	解消されない不安 他1
経験を積むことで得られるメリット	繰り返すことでの認識の変化 他1

表6.認知症 初回入院

カテゴリー	サブカテゴリー
介護してきたことで分かったこと	家族・他者への暴力を心配している 他2
知識・経験不足からの不安・負担感	家族の想いとズレにジレンマを感じている 他4
支援先があることへの安心感	患者が入院したことでの安堵感 他2

表7.発達障害 初回入院

カテゴリー	サブカテゴリー
解消されない負担感	他者への暴力の心配 他3
経験を積むことで得られるメリット	経験を積むことで得られた感覚や知識 他1

表8.症候性てんかん・器質性精神障害 複数回入院

カテゴリー	サブカテゴリー
入院した事での安心感と不安感	入院した事での安心感と不安感
家族間での患者理解	特性理解 他1

5. 考察

患者が不調をきたし、家族はその対応に追われ疲弊しており、入院になったことで家族は安心を感じている。初回入院の場合、入院したことで発生する負担や精神科特有の治療体制や入院棟ルールに戸惑いを感じている。知識・経験不足からの入院治療への不安感を疾患に関係なく感じている。入院を繰り返し家族が患者の支え手として成長していくことで、初回入院で不安に感じていたことは解消されていくが、経済面や家族自身の高齢化など将来的に予測がつかないことに不安内容が変化していくことが調査結果から示唆されている。また、再発を繰り返すことで大きな改善が見込めなくなり、家族は患者が入院しても大きく生活が変わらないことに負担感を感じており、患者を支えながら生活を続けることの大変さがはかり知られる。退院後の生活を見据えた支援体制の調整も精神科看護師には求められる役割と言える。

6. 結論

疾患に関係なく初回入院では、入院、治療、回復過程などに対して不安を感じている。複数回入院では、治療、家族自身の高齢化など将来的に予測がつかないことなどに対して解消されない不安・負担感を感じている。入院回数が増すほど経験的に得られるメリットもあるが、固定化した症状との生活に負担感が増している場合もある。双極性感情障害(うつ)他については、精神科独自の入院形態やルールへの戸惑いを感じている。複数回入院では、経済面、周囲からの偏見など家族の思いだけでは解消されない負担感を感じている。統合失調症と同様に経験を積むことで得られるメリットやデメリットを感じている。

緩徐な腹式呼吸はストレス反応を軽減するか - 気分状態と脳酸素動態からの検討 -

健康福祉学研究科 健康福祉学専攻 博士前期課程 松浦和文

1. 研究の背景と目的

個人でできる簡便なストレス緩和法の1つに腹式呼吸がある。腹式呼吸によるストレス緩和効果は、急性の精神性ストレスを受けた際にも脳活動の減少と共にみられると推測されるが、そのような生理心理学的効果は検討されていない。また、腹式呼吸の効果を生脳血流の変化として捉えた報告はまだない。本研究の目的は、1) 腹式呼吸が安静状態の前頭葉の脳血流を低下させるか、2) 腹式呼吸直後に精神性ストレスを受けた際にも、脳血流量の低下反応と気分の改善効果は持続されるか、について機能的近赤外線分光法 (fNIRS) を用いて明らかにすることである。

2. 方法

対象は健常成人10名とした。研究デザインは介入研究のクロスオーバーデザインとした。すなわち、腹式呼吸と通常呼吸の2条件の実験を、別の日の同一時間帯に実施し、5名の被験者が腹式呼吸条件の実験を先に行った。環境条件は室温 $26\pm 1^{\circ}\text{C}$ 、相対湿度 $45\pm 5\%$ とした。いずれの実験においても、開眼座位で約10分間安静を保った後にベースライン測定を3分間行い、続いて腹式呼吸もしくは通常呼吸を10分間行った (図1)。腹式呼吸条件において、1) 吸気時に腹部を膨らませること、2) 4~6周期/分のペースで呼吸すること、3) 吸気と呼気の割合は任意であること、4) 口呼吸か鼻呼吸かは任意であることを被験者に事前に教示した。その後、精神性ストレスを与える課題 (以下、ストレス課題) を3分間行った。精神性ストレス課題として、色名呼称による干渉効果課題であるストロープテストを用いた。最後に、ストレス課題後の安静時のデータ測定を行った。実験中、fNIRSによって前頭部の酸素化ヘモグロビン濃度 (Oxy-Hb) と脱酸素化ヘモグロビン濃度 (DeOxy-Hb) を測定するとともに、平均血圧、脈拍数、心拍出量および指先血流量を連続測定した。さらに、呼吸前後とストロープ課題後の気分状態を気分プロフィール検査 (POMS2) によって評価した。

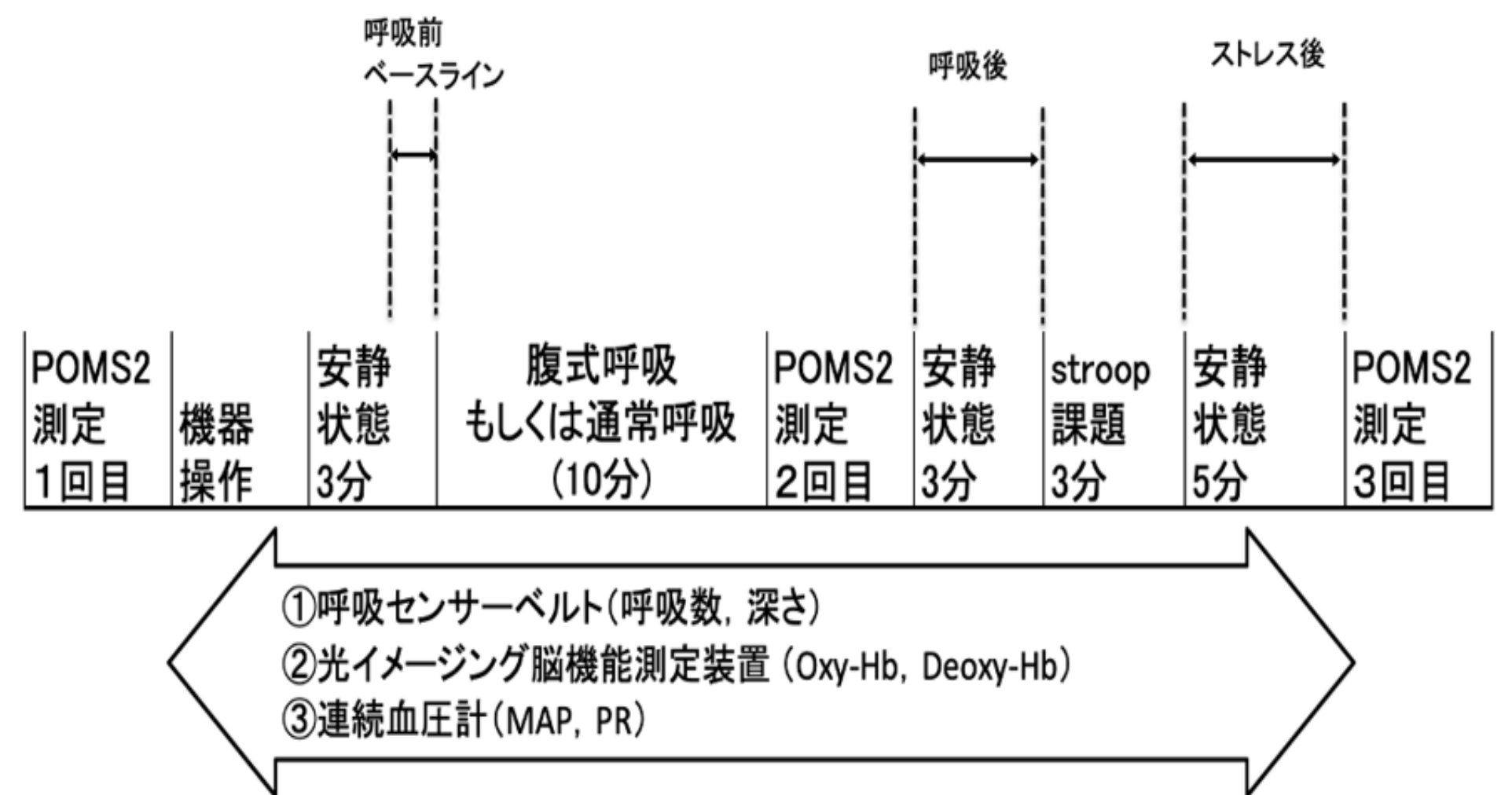


図1 実験プロトコル

3. 倫理的配慮

本研究は、山口県立大学生命倫理委員会の承認 (承認番号30-30) を得た上でヘルシンキ宣言に則って実施した。被験者には、事前に実験の目的、方法や危険性などについて十分に説明した後に、書面によって同意を得た。

4. 結果

腹式呼吸条件における呼吸数は、呼吸介入前 (13.9 ± 2.5 周期/分) と比べて呼吸介入中 (4.4 ± 1.1 周期/分) に有意に低下した。通常呼吸条件における呼吸数は、呼吸介入前 (13.2 ± 3.1 周期/分) と呼吸介入中 (13.1 ± 2.4 周期/分) で有意差は認められなかった。呼吸パターンの記録から腹式呼吸中の腹部の動きは通常呼吸と比べて大きいことが確認できた (図2)。

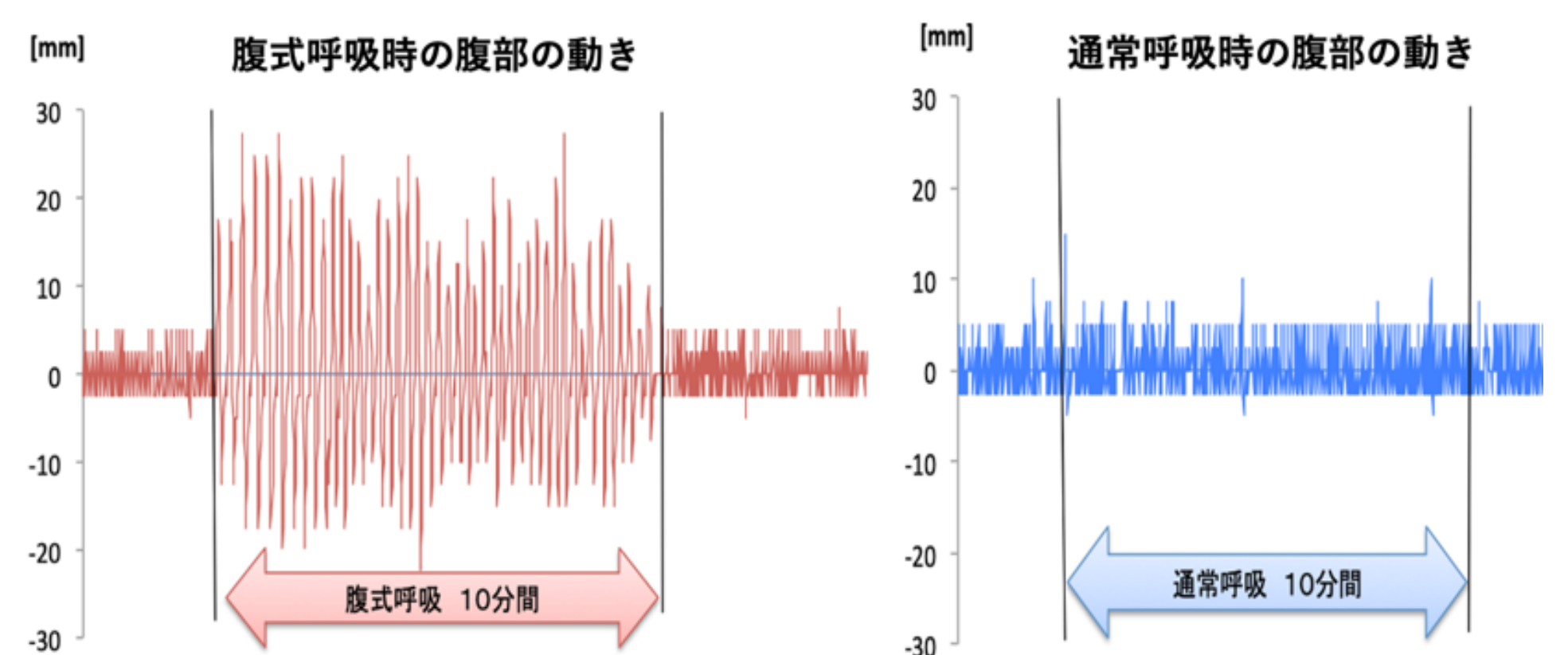


図2 腹部の動きの経時変化(典型例)

表1に、呼吸後とストレス後における呼吸前からの気分状態の変化を示した。腹式呼吸条件では、呼吸後に[混乱-当惑] ($p=0.0077$)、[緊張-不安] ($p=0.0012$)、総合的気分障害 (TMD) ($p=0.024$) が有意に低値を

示した。またストレス後は[緊張-不安] ($p=0.0028$) が有意に低値を示した。通常呼吸条件では、すべての項目で呼吸後やストレス後に有意な変化は認められなかった。

表1 腹式呼吸と通常呼吸における呼吸後とストレス後の気分状態の変化

	腹式呼吸		通常呼吸	
	呼吸後	ストレス後	呼吸後	ストレス後
怒り-敵意	-2±2.6	-1.3±2.9	-1.2±2.3	-0.3±3.3
混乱-当惑	-2.5±2.0**	-1.0±2.2	-0.6±2.4	-0.8±2.7
抑うつ-落込み	-1.2±1.75	-0.9±2.0	-1.0±1.3	-0.7±1.7
疲労-無気力	-1.5±2.6	-1.0±3.0	-1.4±2.8	-0.8±2.4
緊張-不安	-3.6±2.4**	-3.3±2.5**	-2.1±3.2	-0.8±3.8
活気-活力	-0.3±2.5	-2.0±2.4	-2.5±3.3	-1.5±2.5
友好	-0.4±1.7	-1.2±2.0	-0.9±1.4	-1.0±1.9
TMD	-10.5±9.5*	-5.5±10.6	-3.8±9.7	-2.9±12.7

値は呼吸前からの変化量で示した。

* : 呼吸前との差(*: $p<0.05$, **: $p<0.01$)

呼吸前, 呼吸後およびストレス後におけるOxy-HbとDeOxy-Hbの相対変化量を図3に示した。Oxy-Hbは, 腹式呼吸条件では呼吸後に減少, ストレス後に増加したのに対して, 通常呼吸条件では呼吸後に増加, ストレス後にさらに増加し, 両条件間に交互作用が認められた ($p=0.00069$)。DeOxy-Hbは, 腹式呼吸条件では呼吸後に増加, ストレス後に低下したのに対して, 通常呼吸条件では呼吸後に低下, ストレス後にさらに低下した。両条件間に交互作用が認められた ($p=0.00042$)。

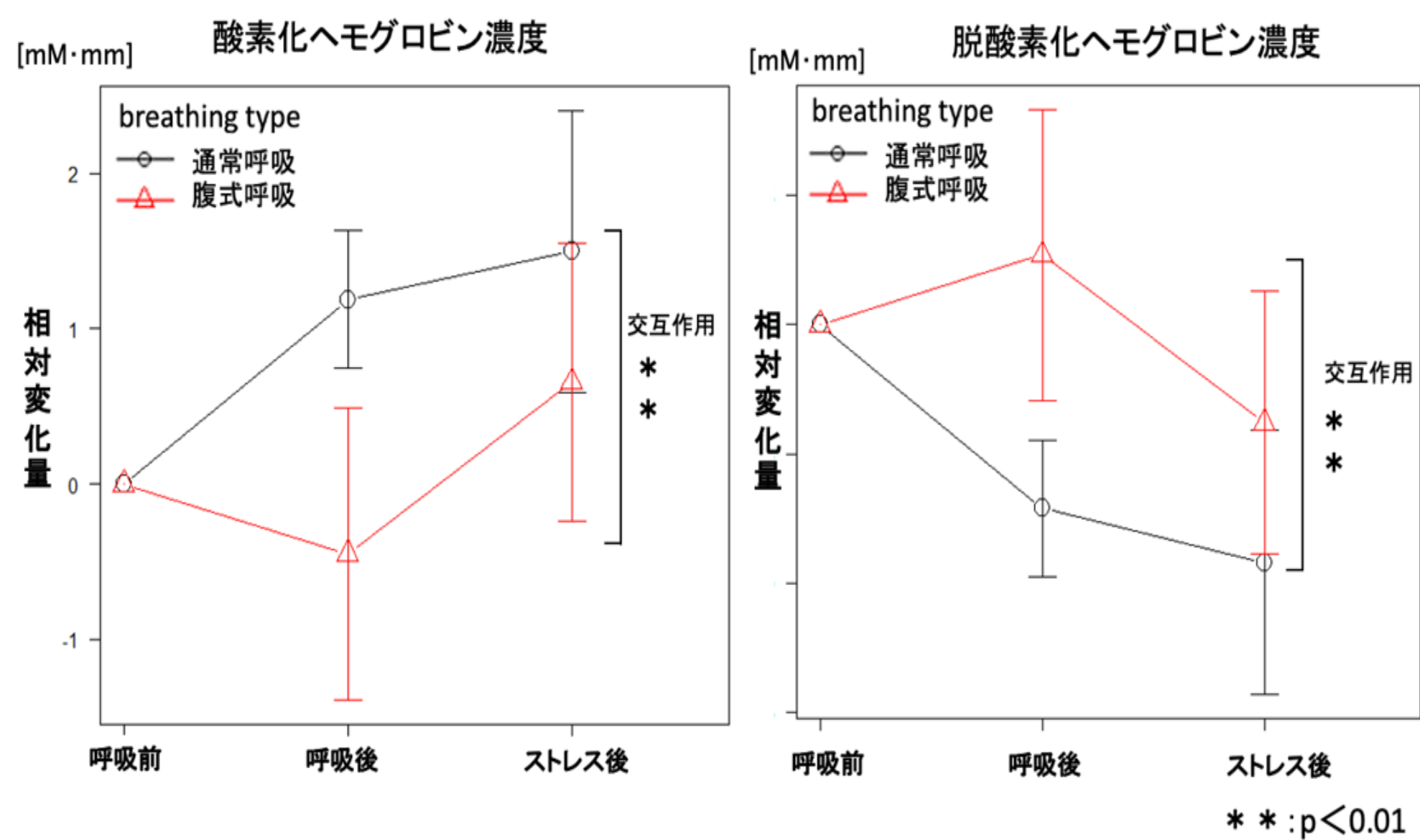


図3 呼吸前, 呼吸後およびストレス後における前頭部ヘモグロビン濃度

呼吸前, 呼吸後およびストレス後における平均血圧, 脈拍数, 心拍出量および指先血流量は, いずれも腹式呼吸条件と通常呼吸条件に交互作用と単純主効果は認められなかった。

5. 考察

緩徐な呼吸の心理生理学的影響に関するシステマ

ティックレビューでは, 緩徐な呼吸により快適性, リラクゼーション感, 快感, 活力と注意力の増加, および覚醒, 不安, 抑うつ, 怒り, 混乱の症状の減少が示唆されている。本研究でも同様に腹式呼吸後に不安と混乱が減少することが示された。

安静時の脳活動としてdefault mode network (DMN)の存在が報告されている。DMNの神経基盤を調べた量的メタ解析では, 両側の前頭極と左外側前頭前皮質がDMNの共通する領域として示されている。本研究で通常呼吸後に両側前頭部のOxy-Hbが増加したことは, DMNの神経活動の増加を反映していると推測される。他方, 両側前頭部のOxy-Hbは腹式呼吸後に増加しなかった。呼吸に焦点を当てた注意課題では, 否定的な感情経験の減少とともに扁桃体活動の減少, 注意力に関与する脳領域(上頭頂葉, 下頭頂葉, 楔部, 楔前部, 中後頭回)の活動の増加が報告されている。呼吸に焦点を当てて行う腹式呼吸は, 注意機能に関与する脳領域の活動を増加させるとともに, 扁桃体と前頭葉の活動を抑制するのかもしれない。

腹式呼吸後に精神性ストレスを受けた際, 呼吸前と比べて[緊張-不安]は有意に低かった。腹式呼吸の効果は持続性があり, ストループ課題程度の精神性ストレスを受けても不安の減少効果が一定時間持続することが示唆された。

いずれの呼吸条件においても, ストループ課題によって平均血圧を含む心血管系パラメーターに有意な変化は認められなかった。これらの結果から, 本研究で用いたストロープ課題が自律神経活動を有意に変化させるほど強い精神性ストレスではなかったことが示唆される。また, ストループ課題で誘発された脳血流増加反応は, 血液の灌流圧の増加によって生じたわけではなく, 前頭葉の脳活動の増加を反映したと考えられる。

6. 結論

1) 腹式呼吸は気分を改善して前頭葉の血流抑制作用をもたらすこと, 2) 腹式呼吸後に精神性ストレスを受けた際, 緊張や不安の低下が持続することで気分も改善傾向が続き前頭葉の血流量も低い傾向があることが示唆された。

住民からの暴力を受けた保健師の感情の変化と 対処行動及び職場の対応について

健康福祉学研究科博士前期課程 横田 恵

1.はじめに

保健所や児童相談所等の地域の行政機関で働く保健師は、家庭訪問や電話相談等日々の業務の中で地域住民からの暴力を体験していると考えられるが、その対応は個々の保健師に委ねられることが多く、組織的な対応策が必要である。先行研究では、保健師が、住民による暴力を病状や障害から生じる行為と考えたり、自責的に捉える傾向があり、職場への報告をしないことが組織的な対応につながっていない可能性があり、その背景として職業意識に由来する使命感や労働環境の安全性に対する意識の乏しさが指摘されている。

2.目的

保健師が経験している住民からの暴力の実態を質問紙調査（調査①）により明らかにし、さらに実際に暴力を受けた保健師がどのような感情を抱き、判断し、対処行動をとったのか、その際の職場の対応について半構造化面接調査（調査②）により明らかにする。

3.倫理的配慮

山口県立大学生命倫理審査委員会の承認を得て実施した。（承認番号2019-38）

4.用語の定義

暴力対策指針¹⁾における暴力の定義（表1）を参考に、「身体的暴力（未遂も含む）、精神的暴力（言葉の暴力、いじめ、いやがらせ、セクシュアラスメント等）」を暴力とした。

表1 暴力の定義

暴力の種類	内容	出典
身体的暴力	殴る、蹴る、叩く、突く、撃つ、押す、噛む、つねる等の行為	保健医療部門における職場暴力に対処するための枠組みガイドライン(ILO, ICN, WHO, PSI, 2002)
精神的暴力	虐待する、いじめる、騒ぎ立てる、困らせる、脅かすなど	保健医療部門における職場暴力に対処するための枠組みガイドライン(ILO, ICN, WHO, PSI, 2002)
言葉の暴力	個人の尊厳や価値を言葉によって傷つけたり、おとしめたり、敬意の欠如を示す行為	保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査(日本看護協会, 2003)
いじめ	知人や複数の職員を悪意をもって会話に入れなかったり、無視したりして、孤立させる行為	保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査(日本看護協会, 2003)
セクシャルハラスメント	意に添わない性的誘いかけや好意的態度の要求当性的な嫌がらせ行為	保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査(日本看護協会, 2003)

5.調査1（質問紙調査）

1) 調査対象

保健所、精神保健福祉センター及び児童相談所等を所管する山口県所属の全保健師（86名）を対象とし、64名（回収率74.4%）からの回答を得た。

2) 調査方法

2020年1月25日から2020年2月29日の間に、無記名自筆式の質問紙調査を実施した。

3) 調査内容

①過去1年以内の被暴力経験の有無、②暴力を受けた時の保健師の感情・認識、③対処行動（報告・相談等）、④職場や組織に望む事(自由記載)

4) 結果及び考察

過去1年間に暴力を経験した保健師は70.3%であり、言葉の暴力91.1%、嫌がらせ威嚇等が75.6%と上位を占め、セクシャルハラスメント31.1%、身体的暴力15.6%であった。暴力を受けた際は、怒りや憤り恐怖等（42.2%）がある一方で、自分の感情を表してはいけない(46.7%)、冷静にふるまうべきだった(84.4%)と感情規制が働いていた。職場への報告等の対処行動は取れていたが、組織としての対応や被害を受けた個人へのサポート体制を望む声が多かった。

表2 過去1年以内の被暴力経験の有無

	暴力経験あり		暴力経験なし	
	人	%	人	%
全体 (n64)	45	70.3%	19	29.7%
性別				
男性	2	100.0%	0	0.0%
女性	43	69.4%	19	30.6%
年代				
20歳代	13	76.5%	4	23.5%
30歳代	7	77.8%	2	22.2%
40歳代	8	57.1%	6	42.9%
50歳以上	17	70.8%	7	29.2%
主な業務				
保健所の地域保健班業務	5	41.7%	7	58.3%
保健所の精神・難病班業務	20	87.0%	3	13.0%
児童相談所業務	8	88.9%	1	11.1%
その他	12	60.0%	8	40.0%

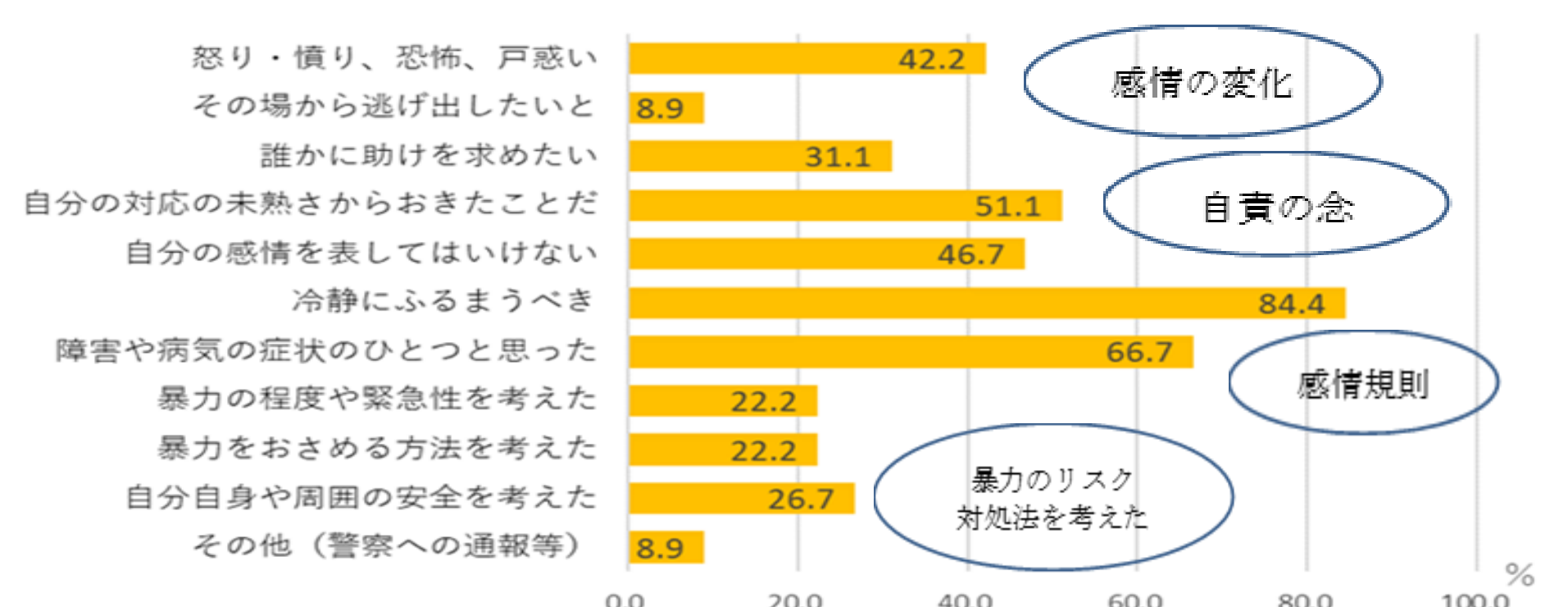


図1 暴力を受けた時の保健師の感情・認識（複数回答）

6.調査 2（面接調査）

1) 調査対象

質問紙調査の回答者で、住民から暴力を受けた経験を有する者で、面接調査への協力の意思を表示のあった5名を対象とした。

2) 調査方法

2020年8月から11月にかけて対象者が希望する日時、場所でインタビューガイドに沿って半構造化面接を実施した（面接時間約60分）。

3) 調査内容

- ①属性：年齢、性別、経験年数、現在の主な業務内容
- ②受けた暴力の内容及びその時の気持ち、対処行動
- ③暴力を受けた後の職場の対応について

4) 分析方法

面接内容を録音したICレコーダーのデータを逐語録として作成し、暴力を受けた際の感情や認識、対処行動の変化、その際の職場の対応に注目し類似する意味、内容ごとにサブカテゴリを導き出した。関連するサブカテゴリをまとめてカテゴリ化した。

5) 結果及び考察

- ①属性：年齢、性別、経験年数、現在の主な業務内容

表3 調査対象者の基本属性

(R1.3.31現在)

事例	性別	年代	職位	経験年数	暴力を受けた場面
A	男性	20歳代	保健師	10年未満	電話対応時の言葉の暴力、嫌がらせ
B	女性	30歳代	主任技師	10～19年	精神通報対応時の身体的暴力、言葉の暴力
C	女性	40歳代	主任	20～29年	所内面接・電話対応時の言葉の暴力
D	女性	40歳代	主査	20～29年	時間外一人で対応、電話での暴言、対応の強要
E	女性	50歳代	管理職	30年以上	窓口での対応時の威嚇、迷惑行為で110番通報

- ②受けた暴力の内容及びその時の気持ち、対処行動

面接内容から、暴力を受けた際の感情や認識、対処行動の変化、職場の対応について分析を行った結果、79のサブカテゴリ、21のカテゴリ、5つのコアカテゴリが生成された。過去の被暴力経験は、「今でも思い出すと衝撃と恐怖」を感じ、自分の対応に対する「自責の念」と同時に「暴力の危険性の認知」「自分の身は自分で守る」という認識となった。暴力を受けている時は、「感情は出しづらい」「傷つきながらも怒りを抑えた」等、感情をコントロールしながら、職務遂行の責任感から対応を拒否せず継続し、暴力を受けている間も支援の必要性を判断し、対応するという看護職特有の感情規則が働いていた。

また、過去の被暴力体験や先輩の体験談の中から、「暴力を受ける危険性のある職場であることを認識」しており、暴力が保健師の職務特有のリスクや対応の必要性から派生していることを認識しておく必要がある。暴力を受けた個々の保健師への心理的な支援では、職場内の「日頃のコミュニケーション」等「安心できる職場環境」の重要性が示唆された。

さらに、年代別に保健師が暴力を受けた際の感情、認識、対処行動を分析した結果、「過去の被暴力体験」「職業意識（感情規則）」により暴力への認識が変化し、経験の積み重ねにより暴力への認識が醸成され、自分なりの対処法を獲得し自己の成長を実感していた。こうした、自己のもつ経験から、職場の仲間や後輩への支援や「組織としての体制づくり」の必要性と「管理職の理解」等検討課題が提示された。(図2)

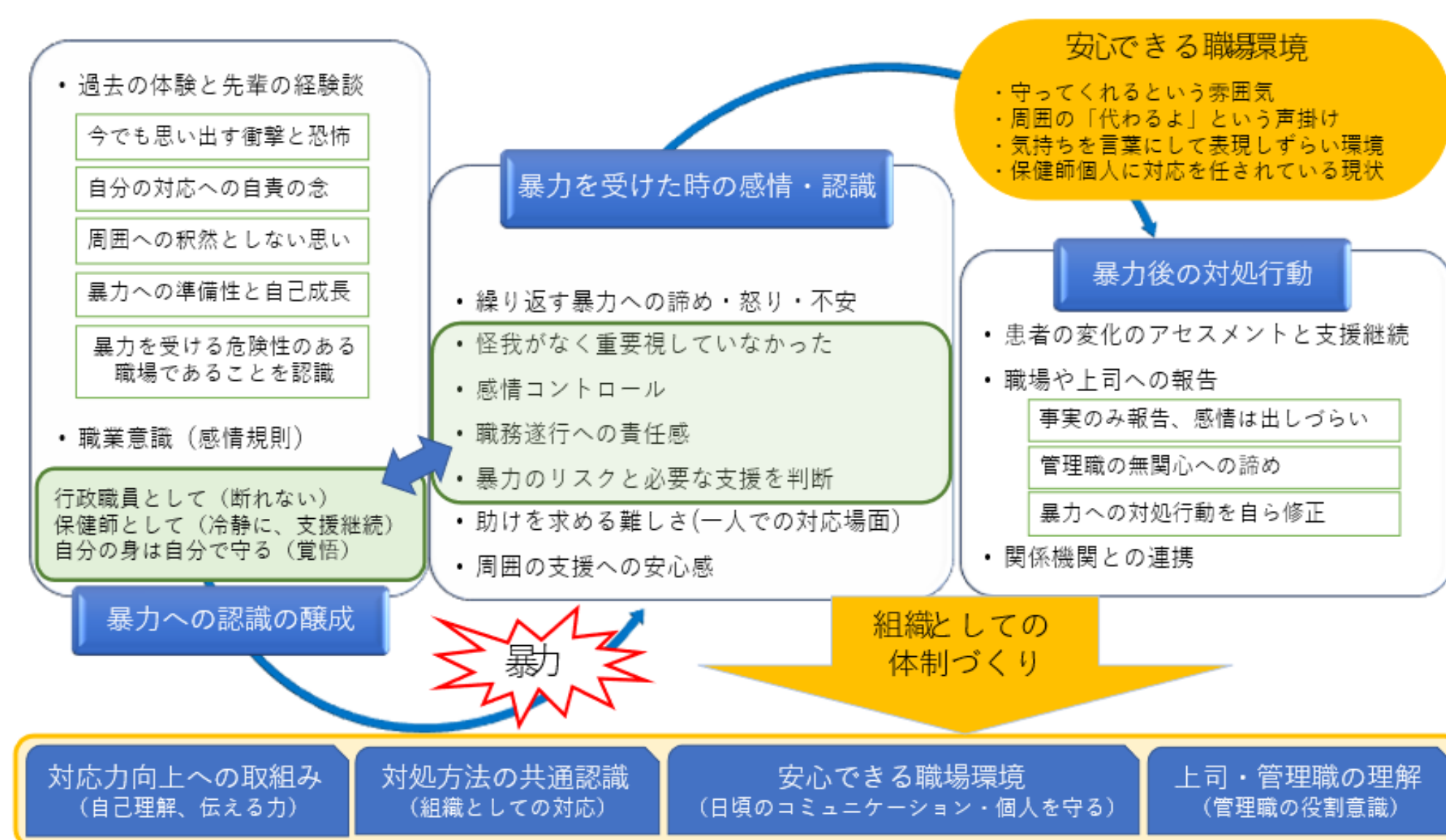


図2 暴力を受けた際の感情、認識、対処の構造図

7.結論

過去1年間に暴力を経験した保健師は約70%あり、その内、言葉の暴力が91.1%と精神的暴力が多くを占めていた。暴力を受けた際、怒りや憤り等の感情の変化を自覚すると同時に一定の心理状態を保とうとする看護職の感情規則が働いていた。

暴力への認識、対処行動には過去の被暴力体験、先輩の体験談、感情規則が影響し、経験の積み重ねにより暴力への認識が醸成されることが明らかになった。

経験値の少ない若い世代の保健師が暴力を受けやすい業務に配置されていること、管理職の立場でもその役割が期待されることから、各年代に応じた教育や支援体制を確保する必要性が示唆された。

引用文献：1) 日本看護協会（2006）「保健医療福祉施設における暴力対策指針-看護者のために-」

中国における福祉用具利用と環境づくりの展望

健康福祉学研究科健康福祉学専攻博士前期課程 喬 雨珊

1.はじめに

中国では、2019年末に全国総人口が14億5万人を超え、65歳以上の高齢者の人数は1億7608万人で、高齢化率は12.57%に達した。日本と同じく高齢化が進むなかで、介護が必要になる人は急速に増加している。介護の必要な高齢者の生活の質を確保することは、現在重要な課題となっている。

長期的な介護は介護者にとって大きな負担になり、被介護者の心身にもマイナスの影響を与える。そうした環境の中で、福祉用具利用は介護者と被介護者の心身によりよい影響を与え、家族関係の改善が期待できるといえる。福祉用具を使用するだけでなく、使用方法や作業姿勢に関する情報の提供や適切な指導を行うこと、作業環境を整備することが、介護家族並びに介護労働者の負担軽減や作業関連性筋骨格系障害予防に重要であるといえる。

2.研究目的

中日の福祉政策、とりわけ高齢者、障害者に対する福祉用具提供に関する政策について比較した上で、福祉用具利用に関する問題点を明らかにすることを目的とした。方法として中国と日本における動画サイトで国民に対して福祉用具の存在を知らせるような仕掛け、福祉用具に関する利用情報、使用方法の説明について事例研究を行った。

3.研究方法

本研究の研究方法として、中国と日本の視聴者に対する主な動画サイトを利用し、キーワードを「福祉用具」（康复用品，康复器具）「介護技術」（护理技术）「リハビリ技術」（康复技术）「車いす移乗」（轮椅转移）として、福祉用具利用に関して啓発的な内容を含む動画を閲覧し、動画の内容をレビューし、質的に比較分析した。

日本におけるYouTubeの動画において、中国におけ

るBilibiliの動画において、それぞれの福祉用具利用に関する啓発的な内容について質的に分析した。

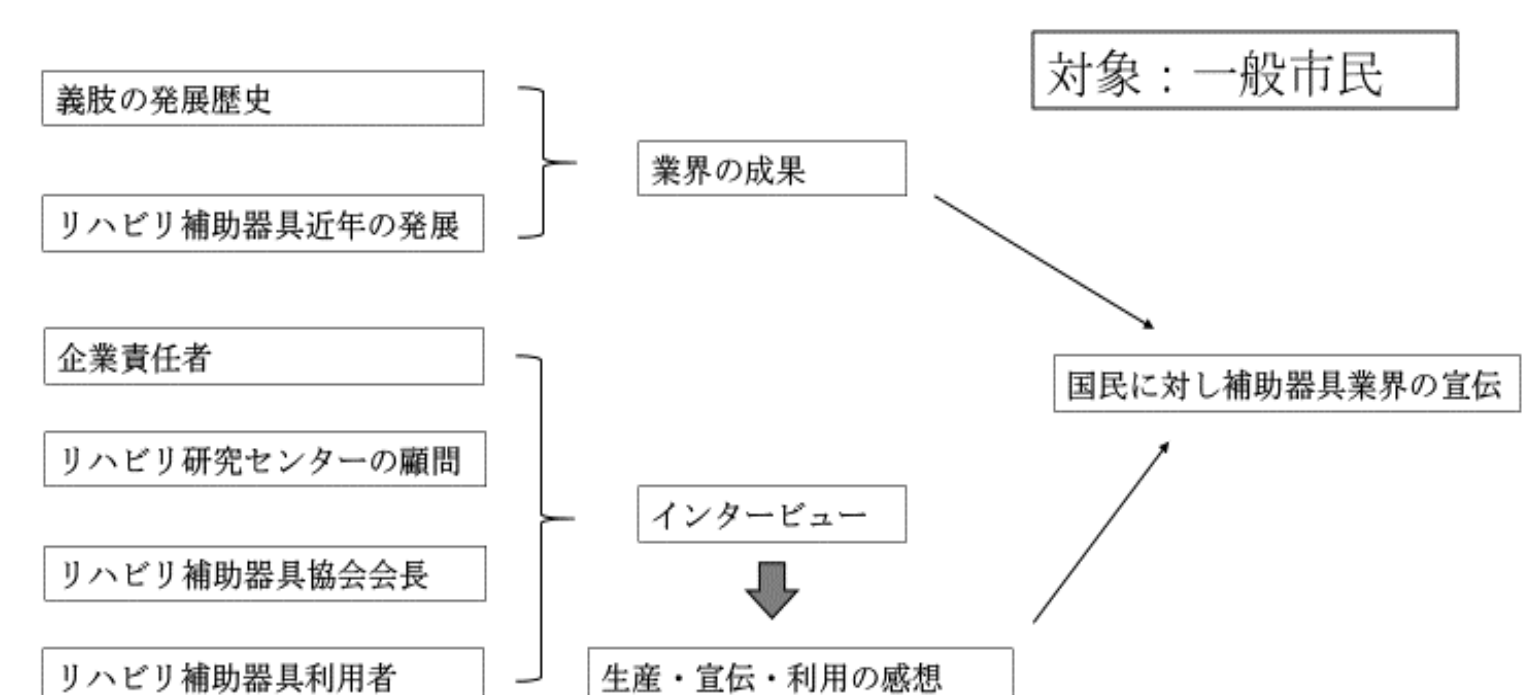
動画閲覧期間：2020年5月26日～2020年10月26日

4.研究内容

本研究では、福祉用具利用に関する代表的な動画を日本の五つ事例、中国の三つの事例を検討した。ここでは中日各一例をあげて説明する。

事例①中国リハビリ補助器具業界の宣伝に関する動画である。

事例①中国リハビリ補助器具業界の宣伝



（動画の内容）

まず、補助器具（主に義肢）の発展の歴史を紹介し、2014年に初めてリハビリ補助器具のカタログを発表したことを紹介している。障害者が補助器具を利用する場面を提示している。また、義肢生産企業の責任者、リハビリ研究センターの顧問、リハビリ補助器具協会会長、補助器具利用者にインタビューしている。最後に、補助器具生産量に関するデータを示している。

（動画のポイント）

一般市民にリハビリ補助器具の発展の歴史を紹介している。また、補助器具業界の今までの成果を国民に伝え、宣伝している。

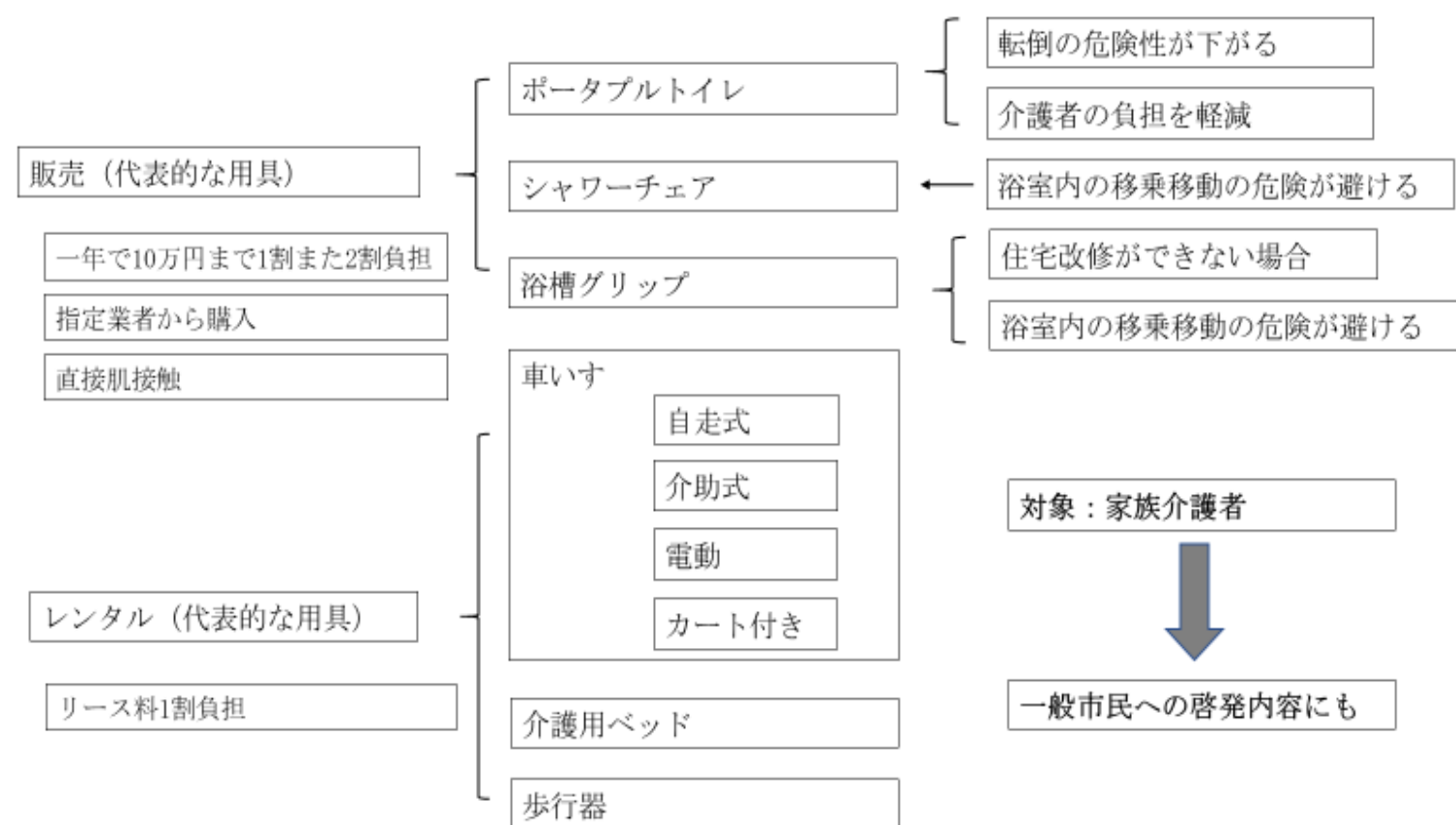
要因・連関分析

(1) 要因としては、高齢化が進んで補助器具は日々重要になり、リハビリ補助器具業界の宣伝も必要となる。

(2) 結果としては、障害を被っても国民の生活の質の確保のため、政府が国民のニーズに応じて、補助器具業界の発展を促すことは必然となった。

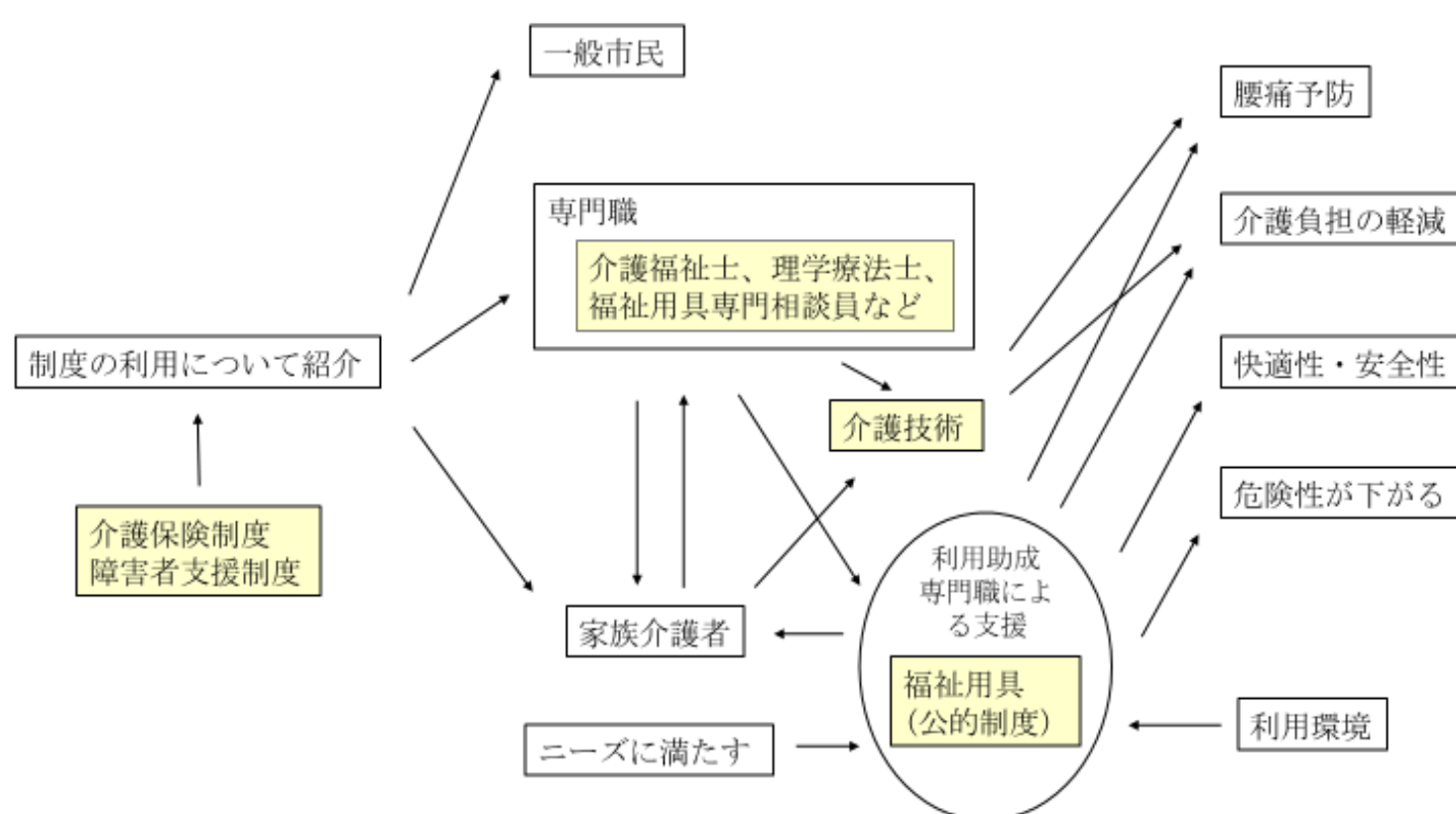
事例②介護保険制度に基づく福祉用具購入やレンタルについて説明した動画である。

事例②介護保険制度に基づく福祉用具購入やレンタル



負担も軽減できることを動画の提供によって可能となっている。

日本における事例①～⑤要因関連図



(動画の内容)

まず介護保険制度に基づき購入またレンタルできる福祉用具の代表的なものを紹介している。

また費用負担について例を挙げて説明し、指定業者での購入・レンタルの方法を提示している。

最後に利用者のニーズに合わせた福祉用具を購入・レンタルするために、担当のケアマネージャーに相談することを勧めている。

(動画のポイント)

介護保険制度を利用し、福祉用具の購入・レンタルが望む家族介護者に詳しく説明している。一般市民にも知識を与える内容になっている。

要因・連関分析

(1) 要因としては、どのような福祉用具が介護保険制度の対象になるか、販売とレンタルの違い、利用料金の計算に関する情報を知らない市民に伝える。介護保険制度で利用できるサービス内容を宣伝している。

(2) 結果としては高齢化が進んで福祉用具が利用する人数が増え、介護者また被介護者にもより快適な生活が可能となる。

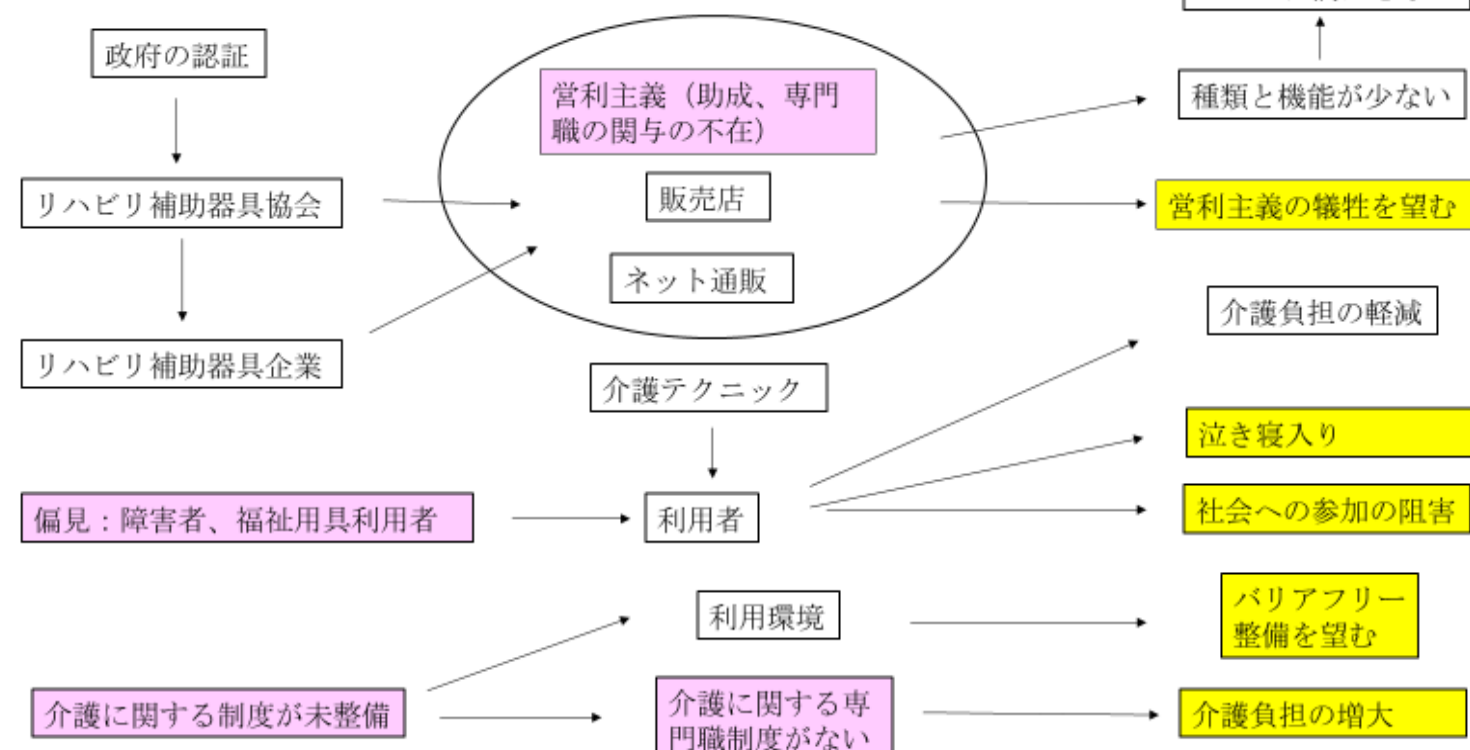
5. 研究結果

日本における五つの事例をまとめてみると、介護保険制度と障害者支援制度に基づいて、市民に福祉用具に関する情報を広報している。また、福祉用具利用者に対して、専門職からのアドバイスと公的制度的利用助成を受けられることを紹介している。制度により、福祉用具の利用で便利になり、環境の改善が期待でき、専門職から介護技術を学ぶことも可能である。日常生活での危険度が下がり、安全を確保できる。また、福祉用具を利用することによって介護者と専門職の介護

中国における三つの事例をまとめてみると、制度未整備のため、福祉用具に対して公的制度により助成がなく、利用者が全額自己負担し、専門職の助言のないまま自らの判断で、営利を目的とする販売業者で購入することが判る。また、専門職からのアドバイスを得られないので、自分のニーズにふさわしくない福祉用具を購入する危険性がある。販売業者及び製造企業が営利を追求し、利用者が不利益を被ることが予想される。

介護テクニックについての動画が少ない一方で、ほとんどの動画は欧米また日本の動画を翻訳したものである。利用者が福祉用具の正確な使用方法を学ぶ場所がない、介護負担の軽減ができない現状が明らかになる。また、動画上のリハビリ補助器具利用者のインタビューから偏見がまだ残っている現状が明らかにされた。

中国における事例①～③要因関連図



6. まとめ

本研究では、中国における福祉政策及び動画の質的分析により、今後、高齢化が一層進む中国における福祉政策の短期的な目標として、政府によるリハビリ補助器具協会への指導、福祉用具利用者に関するシステムの確立また福祉用具相談専門職制度の確立を提言した。長期的な目標としては、障害者や福祉用具利用者に対する偏見の解消と介護に関する社会保障制度、介護福祉に関連する専門職制度の確立の提言を行った。

急性期脳血管障害患者に対する早期経口摂取開始に向けた機能的口腔ケアプログラムの構築

健康福祉学研究科健康福祉学専攻 博士前期課程 田中智子

1.はじめに

急性期脳血管障害患者に対する摂食嚥下ケアでは、加齢に伴う嚥下機能の低下に加えて、脳血管疾患の病態の複雑さを的確に判断し、食べることに對する包括的な評価とケアプロセスが重要になる。急性期における早期経口摂取開始に向けたケアを標準化していくためには、患者の病態を把握しながら生活を支援する看護師が食べることを包括的に判断しケアするケアプログラムの構築が必要であると考えた。

2.研究目的

急性期脳血管障害患者に対する早期経口摂取開始に向けた機能的口腔ケアプログラムを作成し、その妥当性を検討する。

3.用語の定義

機能的口腔ケアとは、汚れの除去と同時に口腔組織のリハビリテーションの意味合いを含み、食べ物を噛んで飲み込むといった口腔機能の維持・回復を目的とした包括的ケアと定義する。

4.研究方法

第一段階：これまでに研究者が急性期脳血管障害患者に対して行ってきた機能的口腔ケアを中心とする統合的なケアと判断について、その実践を振り返りながらケアと判断における要素の抽出を行う。

第二段階：前述の機能的口腔ケアの要素をもとに急性期脳血管障害患者に対する早期経口摂取開始に向けたケアと判断について検討し、機能的口腔ケアプログラム試案を作成する。

第三段階：研究協力者（急性期脳血管障害の看護経験を有する摂食・嚥下障害看護認定看護師）11名との意見交換・討論を踏まえて機能的口腔ケアプログラム試案の内容妥当性について検討し、ケアプログラムを完成させる。

5.倫理的配慮

本研究では機能的口腔ケアプログラム試案に含まれ

る看護ケアと判断基準に対する認定看護師の経験をもとにした思考を研究対象としているため、研究協力者に対して、患者の個人が特定されるような情報や研究協力者自身に関する情報を提供しないように依頼をした。また、本研究において得られたデータは、個人が特定できないように匿名化した。

6.結果

第一段階では、これまでに研究者が急性期脳血管障害患者に対して行ってきた機能的口腔ケアを中心とする統合的なケアと判断について、その実践を振り返りながらケアと判断における要素の抽出を行った。このケアと判断の抽出では、急性期脳血管障害患者に対して早期経口摂取開始を目的に機能的口腔ケアを行う中で研究者が何を観察して何を判断しているのか、それに対してどのようなケアを行っているのかという視点で抽出を行い、発症前の患者の状態に関すること、覚醒状態、全身状態、呼吸状態、口腔環境、口腔ケアの実際の6つのカテゴリーに分類された。

第二段階では、第一段階で抽出された機能的口腔ケアの要素について、経口摂取の開始を判断する視点と機能的口腔ケアの手順的視点から再検討し、フローチャート化した。その結果、経口摂取開始のための観察と判断は「≪ 血圧、脈拍、体温が安定している、または指示範囲内である ≫」「≪ 自然開眼ができる ≫」「≪ 口腔内の汚れがない ≫」「≪ 咽頭での湿性音がない ≫」「≪ 呼吸回数が25回/分以下で安定した呼吸である ≫」「≪ 開口指示への従命動作が可能 ≫」「≪ 口腔ケア時に歯ブラシなどの刺激が加わる方へ舌が動く ≫」「≪ 口腔ケア時に口腔内の刺激に対して嚥下反射が起こる ≫」「≪ 挺舌指示への従命動作が可能 ≫」「≪ 口唇を超えて挺舌が可能 ≫」の10項目にまとめられ、これらの項目の順序性については機能的口腔ケアの前提条件となるものを最優先にした。その後経口摂取の開始を判断していく過程での優先性と機能的口腔ケアの手順に沿って観察と判断を行う中での優先性との2つの視点から検討し機能的口腔ケアプログラム試案を作成した（図1）。

直接・間接サポートによる ポジショニングにおける安楽の検討 —生理学的変化に着目して—

健康福祉学研究科 博士前期課程2年 寺尾 友希

1. 背景

近年、体位変換の時間間隔は延長可能であるが、褥瘡予防のポジショニングにおいて姿勢や体位変換方法について対象者の安楽を客観的に評価した報告は少ない。褥瘡を有する対象者は高齢で表出の困難である場合が多く、安楽を評価することは重要である。そこで、主観的評価に加え、ストレスの評価として用いられる唾液アミラーゼ活性値や自律神経活動、筋緊張の生理学的指標による客観的評価を行い直接・間接サポートによるポジショニングにおける安楽の検討を行った。

2. 研究方法

2.1 被験者

被験者は、BMI標準域の20歳代健常成人10名（男性4名、女性6名）を対象とし、平均年齢は 25.4 ± 2 （標準偏差）歳、BMIは 19.9 ± 1.8 であった。

2.2 実験方法

実験手順（図1）は仰臥位10分間の安静後、75分間仰臥位を行い、A：10度左側臥位（直接サポート）、B：10度左側臥位（間接サポート）を25分間実施した。全ての対象者にA、Bを実施し、実施する順番はランダムとした。また、実験は一日1回とした。実験中は体動、閉眼、測定者からの質問時以外の会話を制限した。なお、側臥位の角度は、両サポートにおいて可能な10度とした。デジタル角度計を使用し、両側烏口突起を結ぶ直線、両上前腸骨棘を結ぶ直線を角度基線として角度調整を行った。

2.3 測定項目

仰臥位、各サポート方法における側臥位の体圧を測定し、安楽の客観的な評価として心拍変動における自律神経活動、唾液アミラーゼ活性値、筋電図を測定し、安楽の主観的な評価としてVisual Analog Scale（以下VAS）、対象者の感想を聴取した。

自律神経活動は、ポータブル心拍変動計測器（チェックマイハート）により測定し、解析には付属のソフトを用いた。解析により高周波成分（以下HF）、低周波成分（以下LF）を得た。本研究では、HFを副交感神経指標、LF/HF交感神経指標とした。副交感神経指標（HF）は対

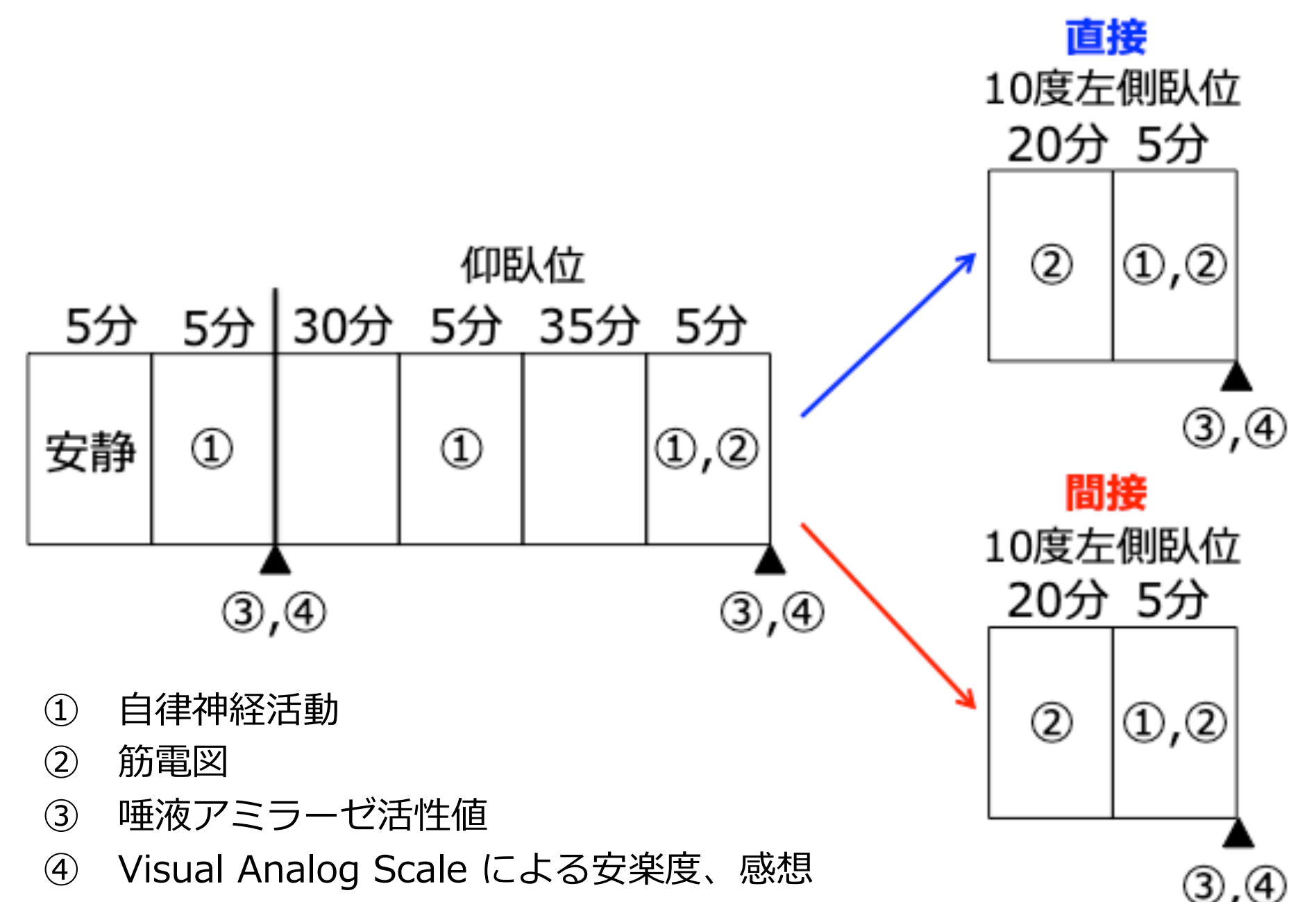


図1 実験手順：仰臥位から側臥位（直接・間接サポート）

数変換し評価した。測定は安静仰臥位5-10分、仰臥位30-35分、70-75分、側臥位20-25分に行った。

唾液アミラーゼ活性値は、唾液アミラーゼモニター（ニプロ製）により測定した。測定は仰臥位0分、75分、側臥位25分に行った。

筋電図は、小型筋音/筋電ハイブリットセンサー（株式会社ERD製、HOHS-122）により測定し、センサーは両僧帽筋、両大腿四頭筋に貼付した。測定は体位変換前5分間と体位変換後-側臥位25分間に行った。

VASは、100mmの左端を「快適」、右端を「不快」とした。線の左端から対象者のつけた印までの長さを数値化した。測定は仰臥位0分、仰臥位75分、側臥位25分に行った。

対象者の感想は、不快のある部位、同一姿勢保持に対するものを聴取した。聴取は仰臥位0分、仰臥位75分、側臥位25分に行った。

2.4 統計解析

HFとLF/HFでは、安静仰臥位5-10分～70-75分の差、仰臥位70-75分～側臥位20-25分の差の比較に関してWilcoxonの符号付順位検定を行った。また、同測定時期におけるサポート方法の比較に関してMann-WhitneyのU検定を行った。唾液アミラーゼ活性値とVASは、仰臥位0分と75分の差、仰臥位75分と側臥位25分の差の比較に関してWilcoxonの符号付順位検定を行った。また、同測定時期におけるサポート方法の比較に関してMann-WhitneyのU検定を行った。筋電図は、体位変換前後の1分間の比

表1 各体位の最大圧

		仰臥位	直接(側臥位)	間接(側臥位)
体圧(最大値) mmHg	平均±標準偏差	45±6	45±5	39±3
	最小 - 最大	58 - 39	53 - 40	45 - 36

表3 LF/HF(交感神経指標)の差の比較

		安静仰臥位5-10分と 仰臥位70-75分の差	仰臥位70-75分と 側臥位20-25分の差	効果量	p 値
直接法		-0.6 (-1.2 - -0.2)	0 (-0.5 - 0.9)	r=0.33	p=0.139
間接法		-0.1 (-0.9 - 0.2)	-0.6 (-1.1 - 0.2)	r=0.35	p=0.114
効果量		r=0.35	r=0.39		
p 値		p=0.123	p=0.089		

中央値(四分位範囲)

表5 VASの差の比較

(単位:mm)

		仰臥位0分-75分差	仰臥位75分-側臥位25分差	効果量	p 値
直接法		33 (18 - 48)	-10 (-25 - 7)	r=0.6	p=0.008
間接法		37 (21 - 52)	-9 (-21 - 2)	r=0.63	p=0.005
効果量		r=0.05	r=0.05		
p 値		p=0.853	p=0.853		

中央値(四分位範囲)

表7 同測定タイミングにおける筋電図の差の比較

		直接サポート	間接サポート	効果量	P値
体位変換前1分	右僧帽筋	1370.28 (1370.04-1370.69)	1370.39 (1370.13-1370.7)	r=0.07	p=0.780
	左僧帽筋	1453.91 (1453.81-1454.34)	1453.91 (1453.83-1454.38)	r=0.01	p=0.968
	右大腿四頭筋	1492.75 (1492.71-1493.05)	1492.93 (1492.81-1492.97)	r=0.13	p=0.604
	左大腿四頭筋	1474.81 (1474.64-1475.1)	1474.9 (1474.67-1475.14)	r=0.09	p=0.720
体位変換後1分	右僧帽筋	1370.3 (1370.11-1370.8)	1370.42 (1370.28-1370.6)	r=0.09	p=0.739
	左僧帽筋	1453.75 (1453.64-1454.11)	1453.92 (1453.82-1454.1)	r=0.33	p=0.143
	右大腿四頭筋	1492.9 (1492.71-1492.95)	1492.93 (1492.83-1493.05)	r=0.17	p=0.460
	左大腿四頭筋	1475.01 (1474.64-1475.17)	1474.96 (1474.91-1475.14)	r=0.11	p=0.661

中央値(四分位範囲)

(単位:mV)

較に関してWilcoxonの符号付順位検定を行った。また、同測定時期における直接法と間接法の比較に関してMann-WhitneyのU検定を行った。感想は、単純集計を行った。統計解析には、IBM SPSS Statistics version 25を使用した。

3.倫理的配慮

研究の趣旨ならびに方法やリスクについて書面と口頭において説明を行い、研究参加の承諾を得た後、同意書の署名を得て実験を実施した。本研究は山口県立大学の生命倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号2020-12号)。

4.結果

4.1 体圧

各体位の体圧について表1に示す。間接法における側臥位が最も圧再分配が可能であった。

4.2 生理学的指標における客観的な評価

自律神経活動指標であるHFとLF/HF(表2, 表3), 唾液アミラーゼ活性値(表4), 筋電図(表5, 表6)において同一サポート間での差における比較, 同測定時期におけるサポート方法の比較では有意差は認められなかった。

4.3 VAS

仰臥位0分と仰臥位75分の差と仰臥位75分と側臥位25分の差は, 両方法に有意差が認められた。また, 同測定時

表2 HF(副交感神経指標)の差の比較

		安静仰臥位5-10分と 仰臥位70-75分の差	仰臥位70-75分と 側臥位20-25分の差	効果量	p 値
直接法		0.1 (-0.1 - 0.4)	-0.1 (-0.4 - 0.1)	r=0.35	p=0.114
間接法		-0.1 (-0.4 - 0.2)	0.2 (-0.4 - 0.7)	r=0.31	p=0.169
効果量		r=0.36	r=0.42		
p 値		p=0.123	p=0.063		

中央値(四分位範囲)

表4 唾液アミラーゼ活性値の差の比較

(単位:KU/L)

		仰臥位0分-75分差	仰臥位75分-側臥位25分差	効果量	p 値
直接法		-4 (-7 - 1)	1 (-3 - 10)	r=0.19	p=0.406
間接法		2 (-9 - 5)	-1 (-4 - 10)	r=0.13	p=0.574
効果量		r=0.23	r=0.03		
p 値		p=0.315	p=0.912		

中央値(四分位範囲)

表6 同一サポート間における筋電図の差の比較

		体位変換前1分	体位変換後1分	効果量	P値
直接サポート	右僧帽筋	1370.28 (1370.04-1370.69)	1370.3 (1370.11-1370.8)	r=0.27	p=0.235
	左僧帽筋	1453.91 (1453.81-1454.34)	1453.75 (1453.64-1454.11)	r=0.22	p=0.327
	右大腿四頭筋	1492.75 (1492.71-1493.05)	1492.9 (1492.71-1492.95)	r=0.03	p=0.889
	左大腿四頭筋	1474.81 (1474.64-1475.1)	1475.01 (1474.64-1475.17)	r=0.09	p=0.678
間接サポート	右僧帽筋	1370.39 (1370.13-1370.7)	1370.42 (1370.28-1370.6)	r=0.01	p=0.959
	左僧帽筋	1453.91 (1453.83-1454.38)	1453.92 (1453.82-1454.1)	r=0.27	p=0.236
	右大腿四頭筋	1492.93 (1492.81-1492.97)	1492.93 (1492.83-1493.05)	r=0.17	p=0.441
	左大腿四頭筋	1474.9 (1474.67-1475.14)	1474.96 (1474.91-1475.14)	r=0.33	p=0.138

中央値(四分位範囲)

(単位:mV)

期におけるサポート方法の比較において有意差は認められなかった(表7)。

4.4 感想

不快な部位の数に関しては, 開始から仰臥位75分間に増加した。側臥位への体位変換後では直接法では減少し, 間接法では軽度増加した。訴えの部位は, 上肢, 頸部・体幹, 下肢の順に多く, 側臥位後は左側の訴えが多く得られた。同一姿勢保持に対する感想では, 75分間の仰臥位保持は全ての対象者で「動きたい」等の体動に関する感想が得られた。体位変換後では両方法において、「体位変換することで楽になった」という感想が得られた。

5.考察と結論

両サポートによる体位変換後, 同一姿勢による不快感は軽減した。また, 生理学的指標は安静範囲内であったことから, 両サポートは安楽を阻害しないと考えられる。従来実施されている直接サポート同様に間接サポートも臨床で有効であることが示唆された。

6.参考文献

高田晴子, 他: 心拍変動周波数解析のLF成分・HF成分と心拍変動係数の意義-加速度脈波測定システムによる自律神経機能評価-. 総合検診2005;Vol.32, No.6: 504-512

山口昌樹, 金森貴裕, 金丸正史, 他: 唾液アミラーゼ活性はストレス推定の指標になり得るか. 医用電子と生体工学 2001; Vol.39, No.3: 234-239

6～18歳を対象とした学校、家庭における性教育 —日本及び中国の文献検討を通して—

健康福祉研究科健康福祉学専攻 鹿瑠

1.研究背景

日本でも中国でも性教育の遅れがみられている。しかし、性に対する知識や理解が不十分である場合、性交によって起こる人工妊娠中絶や性感染症への罹患といった問題が起きる可能性がある。性感染症は、性行為で感染する病気を総称したものであり、例えば梅毒、エイズ、性器クラミジア感染症などの性感染症がある。これらはウイルス、細菌、原虫などが、性器、泌尿器、肛門、口腔などに接触することで感染する。しかし、症状が軽かったり、なかつたりすることもあり、気づかない間に感染していることもある。これらを予防するためにも、未成年者に対する適切な性の知識の提供、すなわち性教育は重要となると考える。

2.研究目的

日本及び中国の近年の性教育の文献検討を通して、学校や家庭で行われる性教育の現状を整理し、課題と工夫について検討する。

3.研究方法

医学中央雑誌およびCiNii（NII学術情報ナビゲータ）にて2010年から2020年までに発表された文献から「性教育」「学校」と「性教育」「家庭」をキーワードとして、これらの条件を満たす文献を検索した。

また、中国の「知网」にて同様に検索を行った。検索より得られた文献の中から会議録や学会発表論文集を除き、日本語文献は137件、中国語文献は26件を抽出した。これらを読んで、学校および家庭の性教育の現状について整理し、課題や工夫について検討を行った。

4.研究結果

本研究では、日本および中国の子どもへの学校と家庭の性教育を対象とした論文をまとめ、その結果以下のことを明らかにした（表1）。

1.日本における学校での性教育：

小学校における性感染症予防と身近な生活における健康・安全に関する基礎的な内容を重視している。しかし、保護者との連携の難しさや児童の恥ずかしさやふざけにより、性教育の授業展開を行う難しさもある。

中学校における性教育は、小学校までの知識を活用する学習活動が行われていたり、一部の学校では、保護者も参加する授業の実施等の工夫がなされていることが示された。しかし、授業時間数の少なさや性教育を実施する教科の問題、また教育を行う教師の研修機会の少なさという問題もある。

表1 日本と中国における性教育の現状、工夫と課題

	日本				中国		
	学校で学ぶ内容	学校における工夫	学校における課題	家庭における課題	現状	学校における課題	家庭における課題
6～12歳	プライベートゾーン 男女の身体の違い 月経、射精 性への関心の芽生え	・児童の興味を引き出す授業展開 ・保護者の参加	・授業時において学びの深まりよりも、児童の好奇心、恥ずかしさ、ふざけを引き起こしてしまう	・子どもが生まれた時の状況や気持ちについては子どもに話せるが、キスや性交については、話題を避けたり、回答の仕方に不安を抱いたり、自信が持てないという問題がある ・学校での教育に期待が向けられている	・都市部と農村部の性教育実施状況は非常に大きな差がある ・経済が比較的発達した南方は北方より性教育を重視する ・性にかかわるメディア情報に多く接触している者、異性との身体接触経験がある者、喫煙や飲酒を経験している者、経済状況が良い地域に住む者、父親の学歴が高い者、両親と別居している者、専門学校の生徒は性交経験率が高い傾向がある	・性教育は正式な課程から除外されている ・性教育知識教材は少ない ・教育内容は月経についてのことが多い ・専門的な性教育の教員は少ない	・親は子どもからの性に関する質問を回避する
13～15歳	月経、射精 生殖機能の発達、妊娠 性に対する適切な情報や行動の選択 HIVや感染症の予防	・小学校からの系統的な指導を意識 ・保護者の参加 ・外部講師による講義	・学習時間の少なさ ・性教育を重視する教員の在、不在による教育内容の偏り ・性教育を行う教員の研修機会の充実 ・外部講師との事前連絡などの連携の必要性	・親による性教育を行っている家庭は少ない ・性交渉についての知識は子どもに持って欲しと望む親は多い ・学校での教育に期待が向けられている			
16～18歳	HIVや感染症の予防 妊娠、出産 人工妊娠中絶	・外部講師による講義 ・看護学生も参加しグループでともに学ぶ	・小中学校の性教育が根付いていない ・性教育が重要であるという意識を教員が持っている傍ら、教員自身の知識のなさ、恥ずかしさ、教科外であることによる負担感や限界感がある	・家庭での性教育の必要性は親として理解しているが、性については子どもが自然に知っているものであるという認識を持つ親は多い			

高校における性教育は教員自身が、知識のなさ、恥ずかしさ、担当教科とは異なるため教えることの負担感を抱いていた。一部の学校では、大学教員の外部講師はお願いし、高校側のニーズを踏まえた授業を行っている。特別支援学校においては、高等部の実施率が高く、第二性徴の発現とともに性の問題行動が表面化してくることに合わせて性教育の必要性が挙げられるしかし、障害の程度や状態が個々によって異なることもあり難しさもはらんでいる。

2.日本における家庭での性教育：6歳から18歳までの子どもがいる家庭において、父親より母親の参加度が高い。多くの親は自分が性知識不足や恥ずかしさなどから、学校主導で性教育が行われることを期待している

3.中国における性教育：政府は包括的な性教育を実施するための基盤を整えているが、学校は教材の不備や教師の専門知識の不足の問題もある。家庭においては性教育をダブー視する親は多く、性知識を教えることは学校の役割だと認識している。

5.考察と結論

日本と中国においていずれも性教育について、保護者は学校に期待をしていることが伺えた。日本の学校は教育課程の中で系統的に学ぶ機会を設けているが、時間数の少なさ、性教育を教えることができる教員の人数の問題や研修機会の少なさ、また教員自身が感じる恥ずかしさ、負担感などがみられた。このため助産師などによる外部講師が教育を実施するといった工夫がなされていた。

一方、中国において、テキストの充実や日本が行っているように外部講師による講義等の工夫が必要となるだろう。また、日本も中国も家庭での性教育について消極的であることが伺えた。

本研究を踏まえて、日本と中国における、学校および家庭での性教育に関する望ましいあり方について以下に述べる。なおこれについては図1に示す。

まず、日本では学校で行う性教育の機会に保護者を参加させている学校もある。このように保護者と子どもが同じ性教育を受けると、家庭において親子共通の話題として性を語るきっかけとなり、性教育の敷居が低くなると考える。また子どもが思春期を迎えるとそもそも親子の会話が少なくなる場合もあることから、性について親子で語り合うことはますます難しくなる。よって幼少の頃から家庭の中で性について語ることは特別なことではなく自然なことであるという意識付けが必要となろう。そのためには日本においても中国においても保護者に対する啓発も必要となってくるであろう。この点において学校と家庭の連携は欠かすことが出来ないと考える。そうした場合学校の教員の負担や性教育は専門外であるという認識についての対応として外部講師の積極的な導入の必要性が挙げられる。外部講師と学校が連携をとることで、子どもの発達に合った適切な性教育の提供が可能となるであろう。その場合学校教員は外部講師に任せるのではなく、学校教員と外部講師がともに講義を行うことによって、学校教員も性教育に対する知識を深めることが出来るであろう。

また性については、「性の多様性」を含むジェンダー教育も個人の尊重という点で重要となる。これも含めた包括的性教育は、教科の教育のみならず人間的成長という点においても必要と考えられるため、今後の導入が期待される。

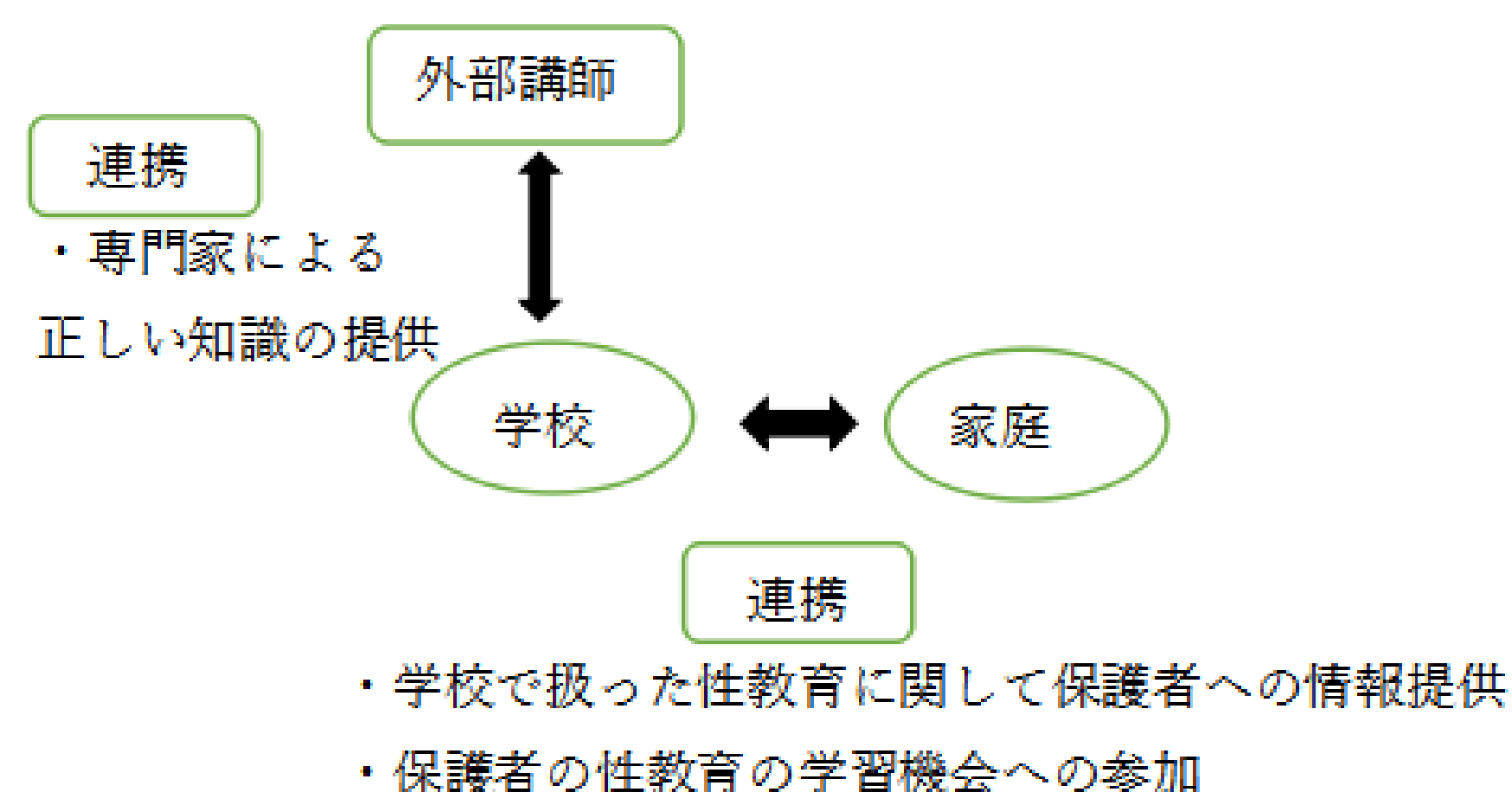


図1 学校および家庭における性教育の望ましいあり方に関する提案の一例

看護師の集団構造および集団機能とメンバーシップとの関連

健康福祉学研究科博士後期課程 廣中あゆみ

はじめに

医療の現場では、集団での協働が不可欠となっている。看護師の集団機能であるチームワークとメンバーの姿勢であるメンバーシップをキーワードに、先行研究を概観した結果、コミュニケーションと感情、フォロワーシップについて課題が残されていること、集団機能における個人の評価とチームの評価の接続に関する研究がほとんど行われていないことが明らかになった。そこで、個人のメンバーシップ行動や感情、コミュニケーションレベルが所属集団の機能に影響を与えているという研究の枠組み（図1）を設定し、この検証のために混合研究法を採用した。

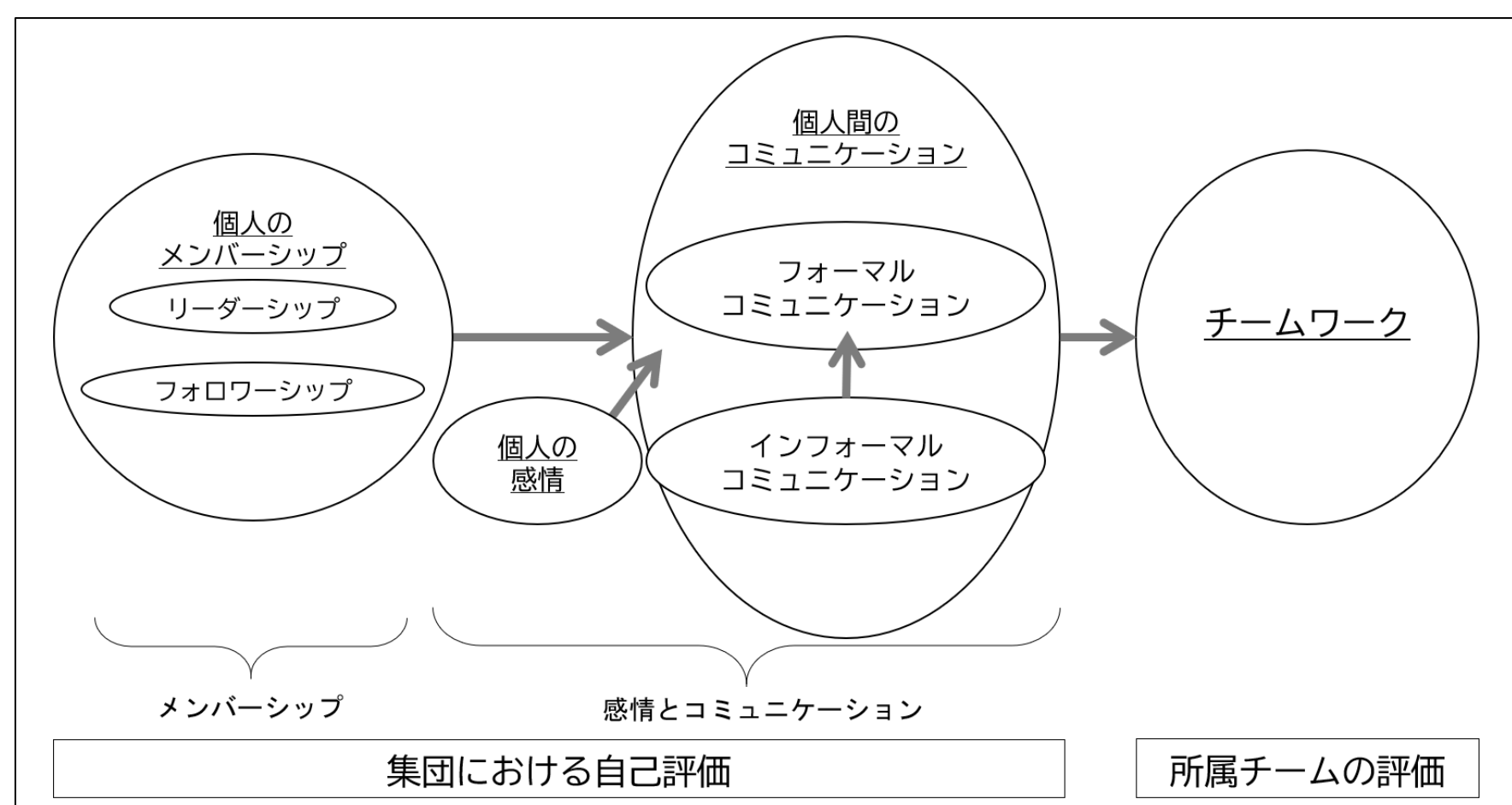


図1 研究の枠組み

段階1と分析者が主体的にデータ中からコンセプトを取り出して分析を深める段階2に分けて実施した。

倫理的配慮：本研究は、山口県立大学の生命倫理委員会の承認（承認番号29-7）を受けて実施した。

結果と考察（研究1）

計量テキスト分析により得られた共起ネットワーク図の一部を示す（図2）。「チーム」「役割」「仕事の位置づけ」について分析を行い、合わせてテキストデータを確認した。その結果、看護師は、所属する集団のメンバーと自己の役割を先輩-後輩関係という非公式な上下関係の枠の中で捉えていること、この関係とコミュニケーションにメンバーの感情が関与していることが示唆された。

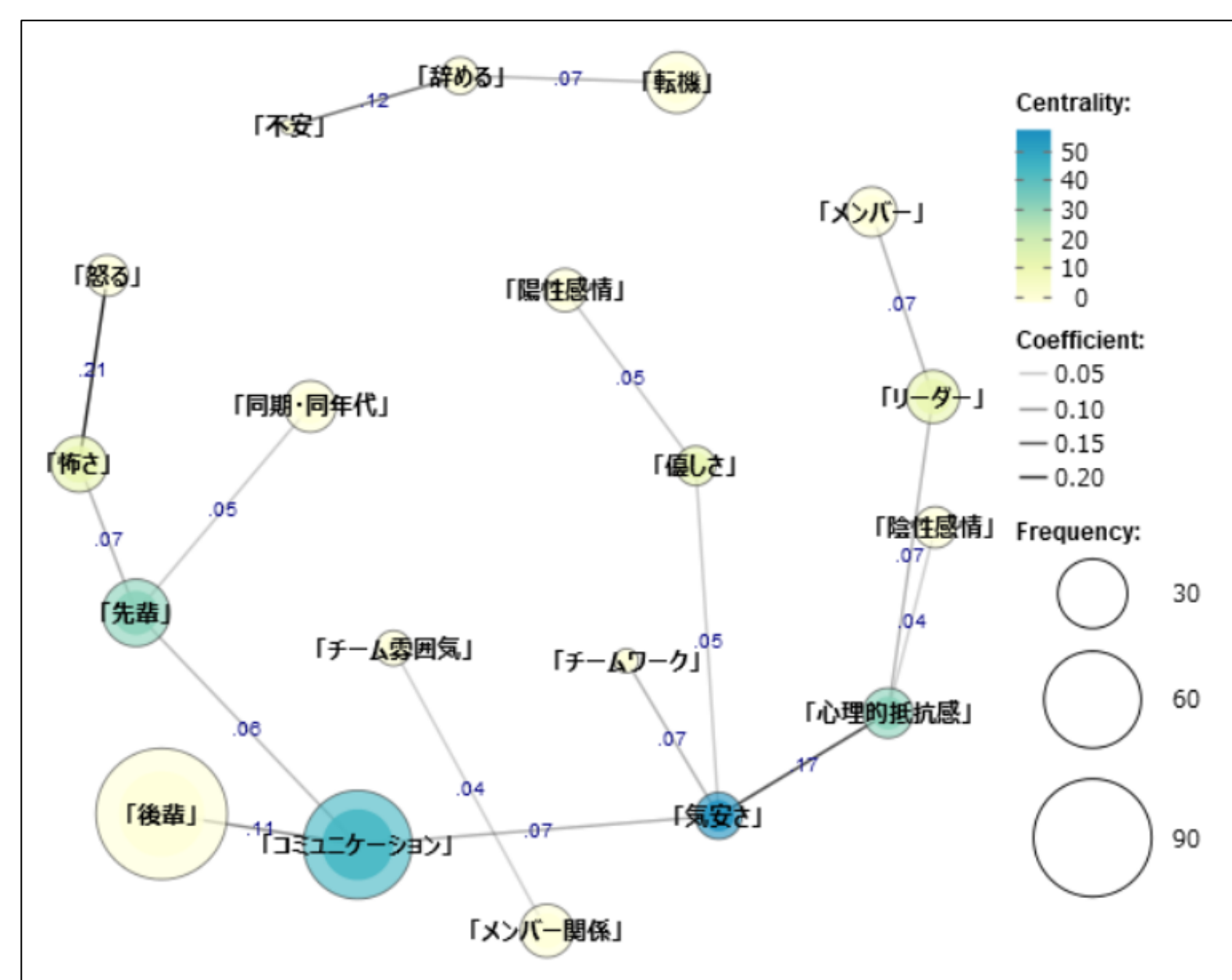


図2 コーディングルールを適用した「チーム」についての共起ネットワーク分析

目的

本研究は病棟に所属する看護師の集団構造と集団機能について看護師個人のメンバーシップとの関係から検討し、メンバー間の良好な関係の構築と看護師集団が円滑に機能するための提言を行うことを目的とした。

方法（研究1）

看護師の所属集団とメンバーおよび自己の役割に対する認識を明らかにするとともに、量的調査の質問票作成のための要素の抽出を行う。

研究方法：一般病棟に勤務する経験年数1年以上の看護師を対象に半構造的インタビューを行い、質的データを収集、計量テキスト分析（樋口、2014）を行った。分析は、自動で抽出した語を用いてデータの様子を探る

方法（研究2）

看護師のメンバーシップと集団の機能に関わるコミュニケーションの構造と機能の関連を明らかにするとともに、コミュニケーションに潜む課題を発見することである。

研究方法：文献検討と質的調査の結果を基に作成した質問票を使用し、一般病棟に勤務する経験年数1年以上の看護師を対象に量的調査を実施した。分析には、SPSS statistics26, SPSS Amos Graphics26を用いて因子分析、信頼性分析、相関分析、共分散構造分析を行った。所属チームの評価については、三沢ら（2009）の看護師

看護学生のストレス対処へのプロセスと教育方法の検討

—首尾一貫感覚の縦断的变化を通して—

健康福祉学研究科健康福祉学専攻博士後期課程 山本幸子

1.はじめに

看護学生は、専門職教育課程の途上にあり多種多様な経験が準備される。しかし、社会人基礎力の低下やコミュニケーション力の低下が指摘されている現代の若者にとって、多大なストレスを受ける場でもある。看護学生のストレスとして、実習記録物、教員・指導者との関係、知識・技術不足などが報告されている¹⁾。こうしたストレスは避けることができず、むしろストレスに対処する力を備えることが必要となる。看護学生のストレス対処方法を検討するには、アントノフスキー²⁾が示すSense of Coherence (以下SOCとする) から捉える事が従来から指摘される課題解決に有効と考える。

2.研究目的

看護学生の性格特性や対処方略の経験がSOCの成長にどのような影響を与えているのか、ストレス対処のプロセスとその影響要因を明らかにする。そこで、SOCの成長を促すための教育方法を検討する(図1)。

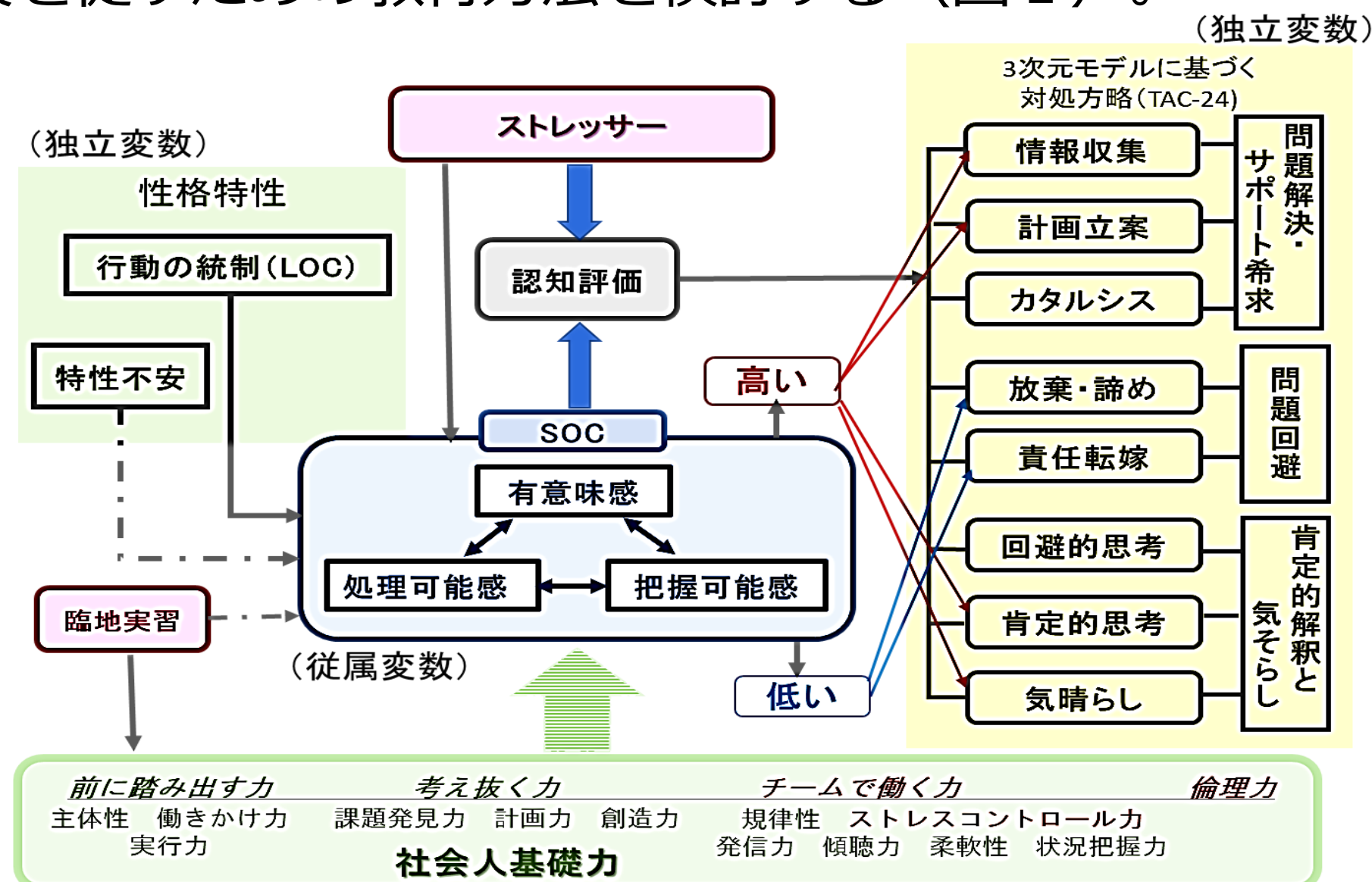


図1 看護学生のSOCに影響する諸要因の関係仮説

3.研究方法

対象者: 3年課程看護専門学校、30歳未満の看護学生1年次生(587名:内443名)、2年次生(598名:内396名)。

研究の種類・デザイン: 個人が特定されないIDを用いた自記筆式のアンケートによる縦断的調査。

実施方法のアウトライン: 2019年の1年次生と2年次生を対象に、2019年と2020年の2回調査を行った。連結可能にするためにIDを設定してもらい、個人用封筒に厳封し学校でとりまとめ返送を依頼した。

調査内容: ID (イニシャルと携帯電話下4桁)、年齢、性別、①SOC(13問)、②統制の所在(Locus of control; 以下LOC)(18問)、③特性不安(20問)、④3次元モデルにもとづく対処方略尺度TAC-24(24問)、経験した臨地実習(選択肢)、最近感じたストレス(自由記載)、計80問。

分析方法: ①~④は間隔尺度で合計点、平均点を表す。SPSS statistics ver.23を用い、SOCを従属変数とし他の要因を独立変数とし影響要因を検討した。

4.倫理的配慮

本研究は、山口県立大学生命倫理委員会の承認を得た上で実施した(承認番号2019-5号)。研究参加者には、本研究の目的および方法、参加の任意性と参加撤回の自由、個人情報保護について書面で説明を行った。ID番号を設定し連結能にするため途中撤回は可能である事、完全匿名化処理後は撤回ができないことを説明した。

5.結果・考察

看護専門学校11校から調査協力を得た。SOCの成長とその要因を調べるために、2019年1年次から2年次生になった学生の内298名、2019年2年次から3年次生になった学生の内271名に縦断調査を行った。

看護学生が感じているストレスは、学習・課題、実習関係、対人関係、学校関係の順に多かった。看護学生のストレスがSOCに与える影響は、ストレスがあると答えた人のほうがSOC平均値は有意に低下していた(表1)。

表1 ストレスの有無によるSOC平均値の比較

年次	ストレスの有無	SOC		把握可能感		処理可能感		有意味感	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
2019年 1年	ない(n=219)	52.61	10.40	18.33	4.76	15.76	3.98	18.52	5.72
	ある(n=224)	49.68	9.52	17.08	4.29	14.84	3.77	17.76	4.10
2年	ない(n=172)	52.48	9.10	18.83	4.32	16.26	3.44	17.38	3.76
	ある(n=224)	48.78	9.68	17.24	4.81	14.82	3.91	16.71	4.12
2020年 2年	ない(n=208)	51.66	9.94	18.17	4.68	16.13	3.79	17.36	4.01
	ある(n=176)	48.16	10.59	16.91	4.60	14.73	4.02	16.52	4.66
3年	ない(n=221)	52.25	10.45	18.80	4.77	15.99	3.90	17.46	3.88
	ある(n=164)	49.26	10.97	17.32	5.00	15.19	4.19	16.76	4.25

SOC下位概念: 「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」

*P<.05, **P<.01 ***P<.001

「把握可能感」は全学年で有意差があり、ストレスがかかってくると一貫したものの見方や捉え方が揺らぎ低下することが推察される。「有意味感」はストレスの有無有意差がなく、人生を意味あるものという根本的な価値は大きく変動しないものと解釈する。

SOCは1年次から2年次で有意に低下し($p=.003$)2年次から3年次で上昇($p=.269$)回復していた。LOCは1年次から2年次で有意に低下($p<.001$)し、特性不安の変化はなかった(図2)。

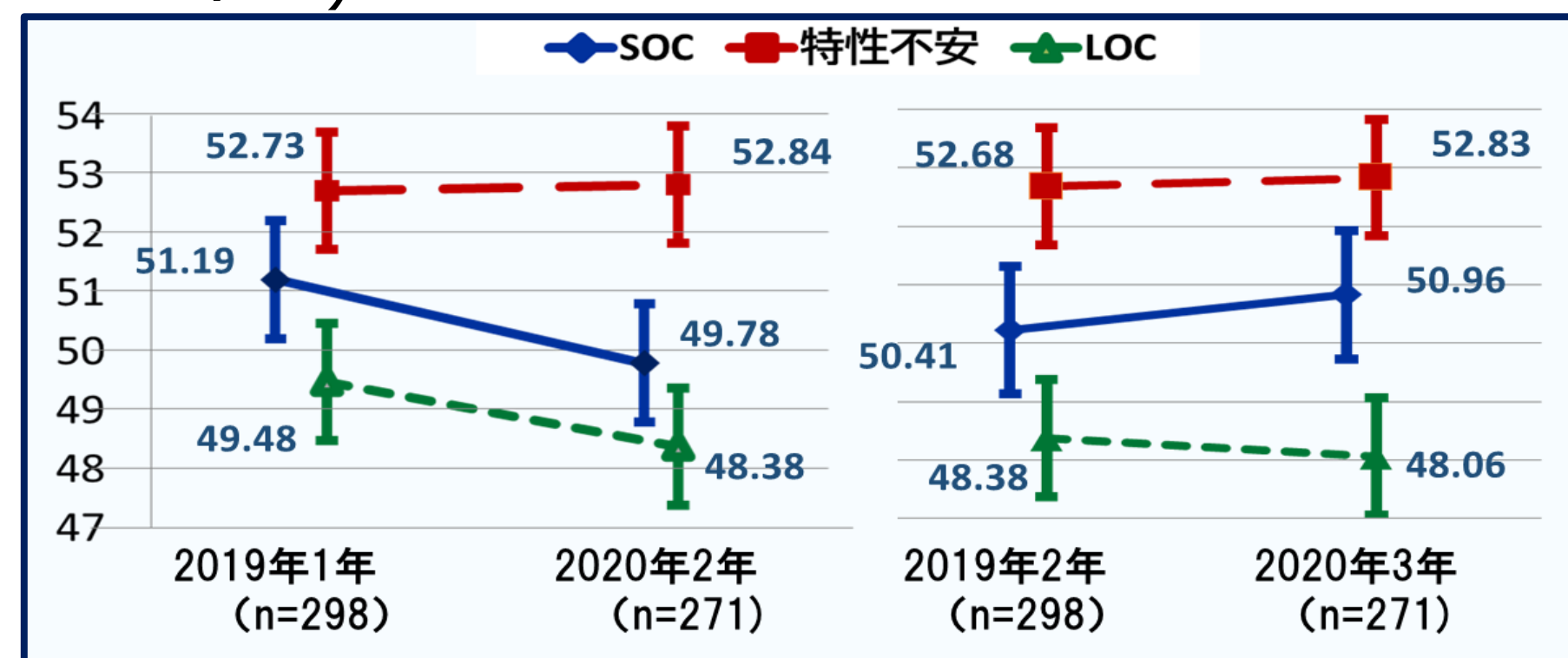


図2 2019年から2020年のSOC平均値の推移

低学年(1年→2年)のSOC低下群は有意にLOC伸長が低下したが、高学年(2年→3年)のSOC上昇群でLOCが上昇(0.3,SD5.49)していた(表2)。最初にストレスを受ける過程で性格特性が関与していることがわかる。

表2 SOC伸長2群による性格特性(LOC,特性不安)の伸長

SOC伸長	LOC		特性不安	
	伸長	標準偏差	伸長	標準偏差
1年次～2年次 低下群(n=165)	-1.67	5.14	2.80	7.02
1年次～2年次 上昇群(n=133)	-0.38	5.36	-3.23	6.54
2年次～3年次 低下群(n=117)	-0.78	5.97	3.08	7.25
2年次～3年次 上昇群(n=154)	.03	5.49	-2.06	6.43

* $P<.05$, ** $P<.01$ *** $P<.001$

重回帰分析より、「把握可能感」の伸長の要因は低学年(1年→2年)で「肯定的解釈」「放棄・諦め」であった(表3)。なお、高学年(2年→3年)では「計画立案」「情報収集」だった。

表3 把握可能感の伸長の要因(低学年:1年→2年)

(定数)	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	B	標準誤差	ベータ	t 値	
肯定的解釈	.320	.095	.191	3.374	.001
放棄・諦め	-.235	.098	-.136	-2.399	.017
従属変数:把握可能感	$R^2 = .053$		調整済み $R^2 = .046$		

「処理可能感」の伸長の要因は低学年(1年→2年)での「責任転嫁」「肯定的解釈」の伸長であった(表4)。高学年(2年→3年)では検出されなかった。

表4 処理可能感の伸長の要因(低学年:1年→2年)

(定数)	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	B	標準誤差	ベータ	t 値	
責任転嫁	-.345	.100	-.196	-3.471	.001
肯定的解釈	.201	.082	.138	2.446	.015
従属変数:処理可能感	$R^2 = .056$		調整済み $R^2 = .050$		

「有意味感」の伸長の要因は低学年(1年→2年)が「肯定的解釈」であった(表5)。高学年(2年→3年)では「肯定的解釈」「責任転嫁」「計画立案」であった。

表5 有意味感の伸長の要因(低学年:1年→2年)

(定数)	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	B	標準誤差	ベータ	t 値	
肯定的解釈	.348	.077	.254	4.517	.000
従属変数:有意味感	$R^2 = .064$		調整済み $R^2 = .061$		

低学年では楽観的な考え方ができるようになり、高学年になると問題解決型の対処方略をとることで「有意味感」や「把握可能感」を伸ばしていた。「カタルシス」「回避的思考」はSOC下位概念と関連がなかったことから、他の人に相談することや考え方を变えるという行動をとることが苦手な学生が多いことが示唆される。

SOCの成長を促すために、学習環境を整える「一貫性の経験」、様々なストレスやその対処の経験としての「過少負荷と過大負荷のバランスの経験」、これまでの出来事に意味あるという「結果形成の参加の経験」のためのプログラムを作成した(表6)。

表6 看護学生のSOCを促すための経験プログラム

内容	ねらい	下位概念	介入方法
目標	生活をしていく中で、様々な出来事について、ある程度予測できその出来事がどのようなものか説明できる		
1	環境に慣れる	安定した環境	把握可能感
2	目標(長期・中期・短期)をもつ	自律	1. 規範に則って一貫した説明をして不平等感を感じさせない
3	規則正しい生活習慣、規則を守る	明確な規範	2. 学生を尊重し、公平に規則に則る
4	学習習慣をつける(継続)	自己教育力、自律	3. 一貫した態度で、教員同士の言動を統一する
5	毎日、計画を立てる	学習意欲、自己教育力	4. いつでも相談してきてもいいという態度で接する
6	自分の理解と異なることに気づく	他者理解	5. 学生の意見はフィードバックして自分の意見に気づかせる
7	自分の気持ちに気づく(不安)	自己理解	
8	自分の性格に気づく(統制の所在)	自己理解	
目標	日々の生活を送る中で出会う出来事を乗り越えたりやり過ごしたりときに必要な、自分の周りの者やひと、道具、立場、自分の内面にあるもの、など(抵抗資源)をタイムリーに引き出せる、そのような自信あるいは確信の感覚		
1	クラス内の役割を達成する	自己肯定感	処理可能感
2	クラスの決定は全員で行う	集団帰属感	1. 自律性をもってクラス役割を達成するが、教員も参加する
3	肯定的な経験	自己肯定感	2. 肯定的に接して学生をほめる
4	新たな意見を出す、自分の意見を言う	意思決定の参加	3. 教員は感情を抑えて威圧感を感じさせない
5	困ったときは相談する	支援体制があるという期待	4. 学生からの相談は公平に応じる
6	困った人がいたら声をかける	過去受容	5. 過去の失敗を持ち出さず、リアルタイムで注意したりほめたりする
7	過去に起こったことを認める	自己有能感	6. 教員の指導の時間も厳守し一貫した態度で接する
8	物事がうまくいったとき褒める、ほめてもらう	ポジティブ	7. 課題は少しずつ出し、可能な提出期限を設定する
9	ユーモア、笑いのセンスがある	支援体制があるという期待	8. 自律性だけを求めず、達成できない場合は導き成功体験をさせる
10	不安がない	楽観的	
11	休息が取れる		
目標	人生や生活を送る中で出会った出来事に対して、その出来事が自分にいって意義があり価値があると見出せる、あるいは、挑戦とみなせる感覚		
1	毎日の出来事に関心がある	価値観	有意味感
2	学習することに意味を感じる	価値観	1. 毎日の出来事に関心を持てるように働きかける(ホームルームなど)
3	人と関わることに意味を感じる	職業志望動機	2. 学生を認める
4	将来の目標がある	価値の転換	3. 授業や実習等のグループ活動より、他者理解、自己理解を学習することへの意味を持たせる
5	嫌なことを価値のあることに置き換えることができる	自己効力(効力予期)	
6	自分の能力に意味を持つ		

6. 結論

- 看護学生のSOCは、1年次から2年次でSOCは低下し、2年次から3年次にかけて緩やかに回復する。
- ストレスが多くかかる低学年では、SOCの成長にLOCと特性不安が強く影響をしている。
- SOCの成長を促すために、「一貫性の経験」「過少負荷と過大負荷のバランスの経験」「結果形成の参加の経験」が必要である。

引用文献・参考文献
1) 奥百合子,常田佳代,小池敦.看護学生の臨地実習におけるストレスと睡眠時間との関連.岐阜医療科学大学紀要(5):59-63,2011
2) Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass. 1987. (山崎喜比古,吉井清子,監訳.健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズム.東京:有信堂高文社.2001)
3) 山崎喜比古,戸ヶ里泰典,坂野淳子.ストレス対処力SOCー健康を生成し健康に生きる力とその応用.(株)有信堂高文社,2019

大学生がスマートフォンを使用することの メリットとデメリット

健康福祉学研究科博士前期課程

高杉あすか, 河野有亮,

健康福祉学研究科

園田純子,

牛佳恵, 松本義如, 村田佳子,

中藤由佳美, 時乗敦子, 和氣さち

弘津公子, 吉村耕一, 長谷川真司

1.はじめに

スマートフォン（以下、スマホ）保有者のうち大学生は、大学へ進学した後、生活環境の変化によりライフスタイルが変わり、スマホを頼りに新しい環境に適応したり新しい関係を構築する場面は多い。その一方で、高校生活と違い、保護者や教員による規律的介入が少なくなり、スマホの使用に関しても自己管理に任されることで弊害も生じている。

そこで、大学生がスマホを長時間あるいは依存的に使用する要因を踏まえて、大学生がスマホを使用することのメリットとデメリットについて検討する。

2.情報通信におけるスマホの位置づけ

総務省による2019年の通信利用動向調査によると、スマホを保有している世帯の割合が年々増加し、この調査では初めて8割（83.4%）を超えた（総務省2020）。また、インターネット利用者の割合は全体で89.8%と9割に迫るところまで増加しており、利用端末では「スマートフォン」（63.3%）がパソコンを12.9ポイント上回っており、インターネットを利用する最も多い機器となっている（総務省2020）。

全世代においてスマホの保有率が増加している中で大学生のスマホの使用について注目する。大学生を対象としたスマホに関する研究では、97%を超える大学生がスマホを保有している（越智ら2016；稲嶋ら2019；大道ら2019）。また「全国学生調査（試行実施）」によると、大学3年生の授業期間中の平均的な1週間（7日間）の生活時間は、「授業への出席」が平均17時間と最も長く、次いで「スマートフォンの使用（学習のために使用している時間は除く）」の平均13時間が続いている（文部科学省2020）。

3.大学生がスマホを長時間あるいは依存的に使用する要因

大学生がスマホを長時間使用している現状として大塚らの研究では、大学生が1日にスマホを使用している時間は、1日4時間以上が58.3%、10時間以上が9.5%であった（大塚ら2014）。また、大学生がスマホを依存的に使用している現状として大道らの研究では、75%の大学生がスマホ依存またはスマホ依存傾向にある、と示している（大道ら2020）。

本節では大学生がスマホを長時間あるいは依存的に使用する要因として「個人的因子」と「環境的因子」について検討した。

1.個人的因子

植村らの研究では、1日のスマホ操作時間の平均値は女子大学生の方が男子大学生に比べて有意に長い、という性差に関する違いが明らかにされている（植村ら2015）。

また、退屈傾向が高い大学生がスマホ依存になりやすい、という研究結果がある（厚見ら2020）。大学生のスマホ使用目的の多くがSocial Networking Service（以下、SNS）や動画視聴などの娯楽であることから大学生はスマホを退屈感を処理するために使用していることがわかる。さらに、澤井らは、コミュニケーション志向自体がインターネットの依存的な利用をもたらす可能性が高い、と述べている（澤井ら2018）。SNSなどを通して自分の気持ちや考えについて表現したいという想いを実現できることを背景にスマホ依存に至る可能性を示唆している。

2.環境的因子

厚見らの研究では、「スマホの平均操作時間はスマホの効用認知と正の関係を示した」と述べている（厚見ら2020）。いつでもどこでも最新の情報を取得することができるなどの便利さの認識が長時間使用に影響を及ぼしていることが推察できる。

スマホ携帯開始年齢とスマホ依存傾向の関係については、スマホ携帯開始年齢が相対的に早い学生（中学生以前）の方が、遅い学生（高校生以降）に比べて依存傾向が強いという結果が得られている（橋本 2020）。また、稲島らは、スマホを使える状態でいつも身の回りに置いておくこと、睡眠の充足感が低いこと、平日の使用時間が長いこと、授業中に使用すること、および起床時間が遅くなることから、インターネット依存傾向を高める要因であることが明らかになった、と述べている（稲嶋ら 2019）。スマホは場所や時間の制限を受けずインターネット環境に接続できるため、就寝前や授業中の使用が可能となる。この機能がスマホの依存的使用に影響を及ぼすことがある。

4. 大学生がスマホを使用することのメリット

大学生がスマホを使用することのメリットを以下の5つの側面に分類した。「コミュニケーション・対人関係」では、スマホによるソーシャルメディア利用により、大学生が人間関係を構築する上で、コミュニケーション手段として欠くことのできない機器であることや、便利で迅速なコミュニケーションがとれる機器であることなどが示されている（濱野ら 2016 ; 都筑ら 2019）。「教育・学習」では、スマホ自体の機能特性により、従来の学習や教育方法に加えて、新たな教育への活用が期待されている。「情報通信」では、スマホを使用することで、生活場面での利便性が高くなっており、環境に適応するための一助になり得ている。「社会的スキル」では、スマホでソーシャルメディアを利用することにより、男子大学生ではネット・リテラシーの習得や社会的スキルを高める効果、女子大学生ではネット・リテラシーの向上が示唆されている（叶ら 2016）。「精神的満足感」では、スマホを使用したソーシャルメディアの利用による間接的な人生満足度の向上や、スマホ自体の影響による退屈の処理として有効性などの効果が確認されている（濱野ら 2016 ; 厚見ら 2019）。

5. 大学生がスマホを使用することのデメリット

大学生がスマホを使用することのデメリットを以下の3つの側面に分類した。「心身の健康状態への影響」は、身体的愁訴感が多使用群で多いことが確認されている（井上ら 2019）。また精神的側面についても、スマホに対する依存度が高いほど直情径行性（イライラ、短気など）や不安感、抑うつ感、イライラ感が高いことが確認されている（栗原ら 2014 ; 片山ら 2016）。「睡眠への影響」については、規則正しい睡眠習慣の継続や睡眠の充足感へ悪影響を及ぼすことが示されている（片山ら 2016 ; 伊熊 2016）。「学習への影響」ではスマホの使用時間が長い方が学習意欲が低いことが示唆されている（森ら 2020）。

6. おわりに

大学生のスマホ保有率は97%を超え、そのうち半数近くはスマホを長時間あるいは依存的に使用している。今回、大学生がスマホを長時間あるいは依存的に使用する要因として「個人的因子」と「環境的因子」について検討した。その結果、「個人的因子」として「性別」や「退屈感」「コミュニケーション志向」などがあり、「環境的因子」として「スマホの効用認知」や「スマホの携帯開始年齢」「生活環境」などがあることがわかった。

また、大学生がスマホを使用することのメリットとデメリットについて検討した。その結果、メリットとして「コミュニケーション・対人関係」「教育・学習」「情報通信」「社会的スキル」「精神的満足感」の5つの側面を見出すことができ、デメリットとして「心身の健康状態への影響」「睡眠への影響」「学習への影響」の3つの側面を見出すことができた。

現在、スマホの適切な使用に関して議論されている段階にあり、今回の検討が大学生がスマホを長時間あるいは依存的に使用する要因を考慮しながら、大学生がスマホを使用することのメリットを最大限活用し、デメリットが最小限になるような対策に貢献することを期待したい。

フレイルを予防する社会参加 —フレイルドミノに着目して—

健康福祉学研究科博士前期過程 時乗敦子, 河野有亮, 中藤由佳美
和氣さち, 牛佳恵, 高杉あすか, 松本義如, 村田佳子
健康福祉学研究科 園田純子, 弘津公子, 長谷川真司, 吉村耕一

1. はじめに

本邦の高齢化率は2018年に28.1%となり、後期高齢者が前期高齢者の割合を上回った（内閣府 2019）。今後も後期高齢者人口の増加が推測されており、高齢者のフレイルを予防することは重要な課題であり、運動・栄養・社会参加による包括的な取り組みを図ることが必要である（吉田ら 2019）。今回、特に社会参加に着目し、社会参加がフレイル予防のために果たす役割の重要性について述べる。

2. フレイルとフレイルドミノ

フレイルは、高齢期における脆弱性が亢進し、要介護状態などに陥りやすい状態である。フレイルは、適切な介入により再び健常な状態に戻るという可逆性が包括されているため、早期発見と介入で生活機能の維持向上を図ることが出来ると考えられている（荒井 2014）。フレイル予防は「身体活動」「栄養」「社会参加」の3つの柱が重視されている（飯島 2018）。

社会的フレイルは、社会活動への参加や社会的交流に対する脆弱性が増している状態である。社会的フレイルに陥るとドミノ倒しのような負の連鎖が始まるため、フレイルドミノと呼ばれている（飯島 2017）。フレイルの進行を防ぐには、ドミノの最初のピースである社会とのつながりの維持が鍵となるに違いない。

3. 社会的フレイルの現状

千葉県柏市の調査で、社会的フレイルの罹患率は21%であり、加齢に伴いその頻度は増加傾向であった（田中ら 2017）。社会的フレイルの高齢者は、基本的ADL（日常生活動作）の障害率が高く（Teo et al 2017）、要介護になりやすく（Makizako et al 2015）、さらには死亡率は高いことが（Garre-Olmo et al 2013）、報告されている。

4. 社会参加によるフレイル予防

社会参加とは、社会とのつながりを持ち、就労以外の社会参加活動を行うことである。社会参加のフレイルに対する予防効果が、以下の調査研究から報告されている。

東京都市部在住の高齢者を対象とした絵本の読み聞かせボランティアのプログラムの調査結果において、ボランティア参加群の遅延型言語記憶力が対照群に比べて有意に改善し、軽度認知障害を有するボランティア参加者においては注意機能と実行機能の改善がみられた（Suzuki et al 2014）。

都市部高齢者の世代間交流プログラムに参加して子どもに絵本の読み聞かせを行った介入群と対照群を6年間追跡評価した結果、対照群では海馬の体積が有意に萎縮していたのに対し、介入群では海馬の体積が維持されており、海馬の体積減少と認知能力スコアの低下の間に有意な相関関係がみられた（Sakurai et al 2018）。

このように、ボランティア活動で社会参加を行うことには、社会とのつながりや社会的な役割を維持し、認知機能を維持・改善する効果があり、加齢に伴う海馬の萎縮に対する保護効果もあった。

また、千葉県柏市において社会や人とのつながりと緑黄色野菜摂取量との関連を調査した結果から、「同居者がいるにも関わらず孤食」「家族とのつながりの希薄化」といった日常生活における社会性の乏しさが、緑黄色野菜摂取量の低さと関連していた（黒田ら 2015）。

すなわち、野菜摂取の改善を通して良好な栄養状態を図るためには、食事における孤立や家族との関係性を含めて、社会や人とのつながりに着目する必要がある。

5. 複合プログラムによる予防

複合プログラムは、運動・栄養・社会参加の3つの項目から構成されるものであり、フレイルに対する予防効果が以下の調査研究から報告されている。

埼玉県鳩山町における地域在住高齢者を対象とした3ヶ月間の複合プログラムの結果、対照群と比較して、参加群では閉じこもりの悪化が防止され、たんぱく質摂取量が有意に改善し、これらの効果がその後3ヶ月間持続していた（川畑ら 2015）。

埼玉県鳩山町におけるプレフレイルまたはフレイルの高齢者を対象とした3ヶ月間の複合プログラムの結果、対照群と比較して、参加群ではフレイル状態の点数、フレイルの有病率、Timed Up & Go Testによる運動機能、高齢者用うつ尺度と食材食品摂取の多様性スコアがより良好で健康的な状態を示し、フレイル防止・改善ならびに機能的な健康状態維持への効果が、さらなる3か月後でも持続した（Seino et al 2017）。

兵庫県養父市在住の高齢者を対象としたフレイル予防策（養父モデル）の結果、非参加群と比較し、参加群ではフレイルの改善の割合と運動習慣の獲得と交流習慣の獲得の割合が有意に高かった（野藤ら 2019）。この養父モデルの予防教室は各地に広がり、到達度・継続率が高く、他地域への応用可能性の高いモデルであることが示唆されている（野藤ら 2019）。

また、複合プログラム中の社会参加の意義を検討した調査の結果において、「運動習慣があるが、文化活動やボランティア・地域活動がない群」は「運動習慣、文化活動、ボランティア・地域活動の3種類を実施している群」と比較して、フレイルになるリスクが6.4倍高かった（飯島 2019）。さらに「運動習慣があるが、文化活動やボランティア・地域活動がない群」は「運動習慣がないが文化活動、地域活動がある群」と比較して、フレイルのリスクが約3倍高くなった（飯島 2019）。これらの結果から、文化活動ならびに地域活動は、フレイル予防において運動習慣以上に重要であると言える。

6. おわりに

最近の先行研究によって、ボランティア活動や複合プログラムの参加という形で高齢者の社会参加が維持されると、認知機能の保持や改善、栄養と運動の側面も含めてフレイル予防の効果が得られることが明らかになってきた。特に、フレイルドミノのはじまりとしての「社会とのつながり」を、社会参加によって維持することが、健康長寿を達成するための「フレイル予防」対策の鍵であると言える（図1）。可能な限り高齢者の社会参加を図る工夫を検討すべきであろう。

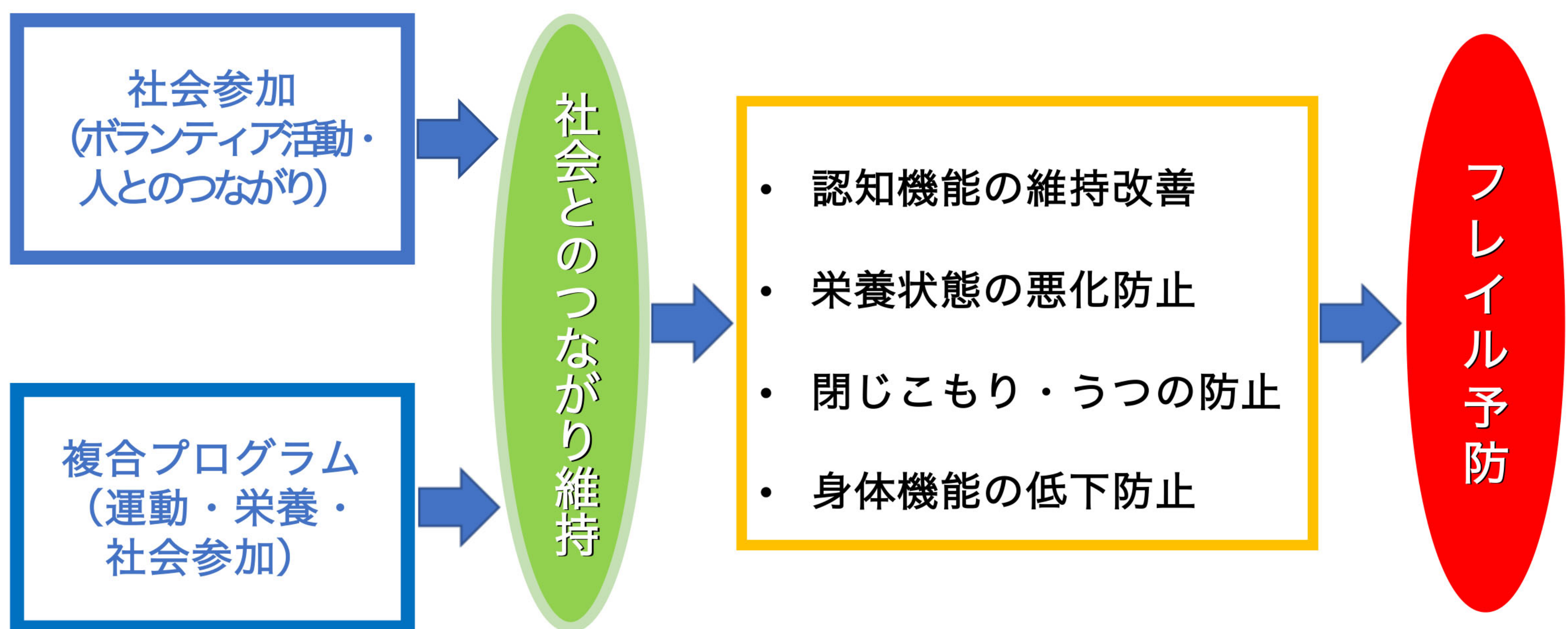


図1 社会とのつながりとフレイル予防

年齢階層別の要介護状態予防 —主にフレイルに着目して—

健康福祉学研究科博士後期課程
健康福祉学研究科

露繁巧江, 寺田亜希, 山崎あかね
徳田和央, 中村文哉, 田中マキ子, 吉村耕一

1. はじめに

高齢化が急速に進む本邦においては、要介護状態を未然に防止し、健康寿命を延伸することが重要な課題となっている。特に、要介護に至る原因として、フレイルが注目されている。フレイルとは、高齢期に生理的予備能が低下することで脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、身体的問題のみならず、精神・心理的問題、社会的問題を含む概念である。

今回、年齢別の特徴を踏まえた上で、主にフレイルに着目しながら要介護予防のポイントについて述べる。

2. 要介護要因と年齢別の視点

厚生労働省の令和元年国民生活基礎調査から、介護の原因をみると、認知症、視覚・聴覚障害、関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱などのフレイル関連を要因とするものが全体の57.9%である。一方、脳血管疾患（脳卒中）、心疾患（心臓病）、呼吸器疾患、糖尿病、悪性新生物（がん）などの生活習慣病関連を要因とするものが31.0%である（図1）。すなわち、要介護状態の要因として、第一にフレイル関連疾患、そして第二に生活習慣病関連疾患が存在している。

さらに介護の原因を年齢階層別で見ると、75歳以上では、フレイル関連を要因とするものの比率が生活習慣病関連を要因とするものを凌駕している（図1）。

3. 65歳未満の予防のポイント

65歳未満では、主な要介護要因が生活習慣病関連であることから、過栄養に起因する生活習慣病の発生や悪化を防止することが最も重要である。

低栄養に関連するフレイルよりも過栄養に関連する生活習慣病の予防の方が大きな課題であるため、口腔機能は軽視されやすい。しかし、65歳未満は口腔機能低下の兆候がみられ始める重要な年齢層である。口腔機能の維持に留意し、口腔機能低下の兆候を見逃さないことが将来のフレイルの予防につながる。

身体活動・運動は、生活習慣病の予防においても介護予防においても一定の効果があり、健康の維持に欠かせない。しかし、その運動を支えている運動機能は、加齢に伴って低下する。特に、バランス能力については、20歳代以後減少し、50歳代からは低下の割合が高い。したがって、レジスタンス運動とバランス訓練の両方を行うことが必要である。

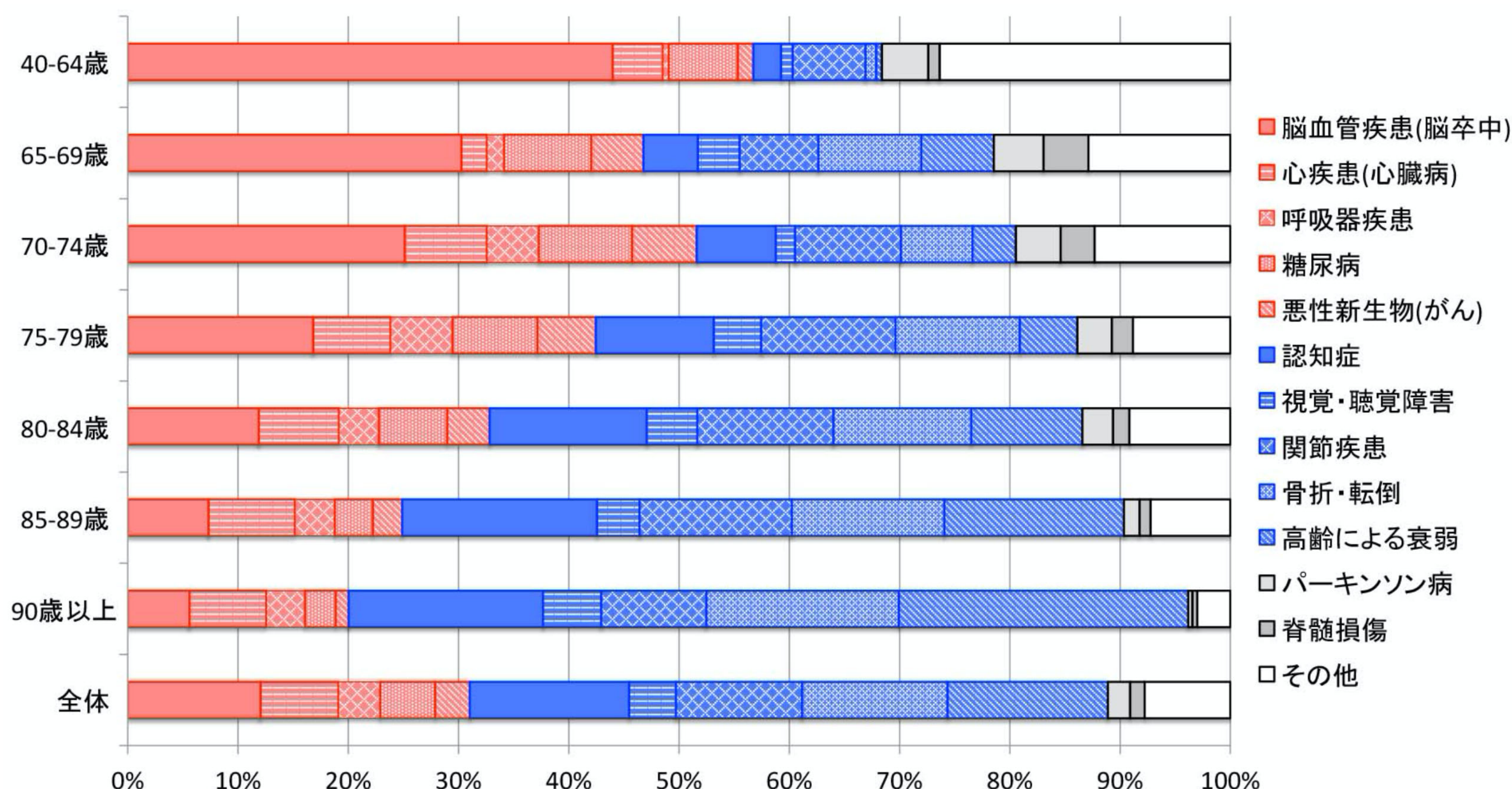


図1 年齢階層別の介護が必要になった要因

令和元年国民生活基礎調査の統計データ(厚生労働省2020)から著者らが作成

4. 65歳～74歳の予防のポイント

65～74歳の年齢層では、生活習慣病の予防が必要な者とフレイルの予防が必要な者とが混在しており、その両方を視野に入れた対策が求められる。

口腔機能の低下は栄養状態の悪化をもたらすが、同時に低栄養状態は将来の口腔機能悪化につながるため、栄養状態と口腔機能の間の悪循環が発生しないようにすることが、将来のフレイル対策に重要である。

運動については、年齢が高くなるにつれて外出頻度の低下や1日の歩数の顕著な減少がみられる。将来のフレイル予防のために、歩行を中心とした日常身体活動の継続が必要である。

5. 75歳以上の予防のポイント

75歳以上では、一日の摂取エネルギーに留意するだけでなく、たんぱく質の適正量や食品多様性を意識して食事を摂ることが求められる。

75歳時点で口腔機能が低下していると、80歳までの5年間で、特定の栄養素・食品群の摂取量が大きく減少し、さらにはフレイルを発症することになる。したがって、口腔機能の果たす役割は極めて大きい。

高齢者は社会的役割が減り生きる目標を見出しにくく、引きこもりがちになる。この引きこもり傾向の高齢者に対し、運動教室などの提供によって、運動だけでなく外出の機会も保持することが重要である。

6. おわりに

健康寿命の延伸のためには、要介護状態を未然に防止することが不可欠であり、そのためには中高年以降の各年齢層においてフレイルと生活習慣病に配慮した対策が望まれる。

65歳未満では、生活習慣病への対策が最優先であるが、将来のフレイル予防に対する意識を高めることが望ましい。65歳から75歳未満は、生活習慣病とフレイルの両者への対策が必要である。75歳以上では、生活習慣病への配慮も必要であるが、フレイルの予防が最重要である（表1）。

また、フレイルの予防対策は長期にわたって求められるため、個人の行動に依存するよりも、「自助・互助・共助・公助」の考え方を活用して、相互に支援しながら実践することが望ましい。

すなわち、65歳未満は、フレイル予防に対する意識を自ら高めること（自助）が主体の期間である。65歳から75歳未満は、自らの行動だけでは限界が生じてくるため、家族や地域と支え合いながらフレイル予防に取り組むこと（互助）が主体の期間といえる。75歳以上は、さらなる加齢の中でも自立して生活できるように、周囲のサポートを利用し、社会的または公的な支援を活用していくこと（共助・公助）が主体の期間と捉えることができる。

表1 年齢階層別の予防のポイント

年齢層	50歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
栄養関連の特徴からみた予防のポイント	過栄養に起因する生活習慣病の予防が最重要	生活習慣病とフレイルの両方の対策のため、過栄養と低栄養の両方への配慮が必要	主にフレイル対策のため、低栄養に注意し、たんぱく質と多様な食品を意識することが必要
口腔機能の特徴からみた予防のポイント	口腔機能低下の兆候に注意が必要	偏った食品摂取にならないように、口腔機能（特に咬合力）の維持が必要	フレイル防止のために、口腔機能（特に機能的な歯）の維持が重要
運動機能の特徴からみた予防のポイント	筋力とバランス機能の両方の維持が必要	将来のフレイル予防のために日常の身体活動（特に歩行）継続が必要	フレイルの予防と改善のために、引きこもりを防止し、運動する機会（運動教室など）が必要