

12 2021
Vol 1
No 1
December

ヘルスケアプロダクツ

原著

小山田路子、他 周産期における女性のアタッチメントスタイルの変化
神保太樹、他 発酵黒ニンニクの凍結乾燥粉末は睡眠状態および疲労を改善する
小山田 路子、他 母親のアタッチメントスタイルと産後の抑うつとの関連
關 優美子、他 一人暮らしの支援で訪問看護管理者が重要と考える視点
關 優美子、他 訪問看護ステーションの規模と提供しているケアの差の検討

短報

橋本 政和、他 複数種鉱石粉碎物”PROUSION(プラウシオン)®“含有マスクの末梢
血液循環及びストレスに対する効果についての検討



Y.Nagao

機能性香料医学誌・ヘルスケアプロダクツ誌

発刊にあたり

本誌は、機能性香料医学会および日本ヘルスケアプロダクツ研究会の付随する医学的専門誌としてこのほど発刊される運びとなりました。

機能性香料医学誌では、主として機能性香料および、それを取り巻く香りや嗅覚に関する報告全般を扱い、我が国における関連分野の発展と研鑽に繋がたいと考えております。（尚、機能性香料学会では、「機能性香料とは、心身あるいは環境に変化を与えることを目的とする匂いそのもの、あるいは匂いを構成する成分である。」として定義しています。）

さらに、ヘルスケアプロダクツ誌においては、健康科学に関連する分野の横断的な連携と、多分野の融合によって、“ヘルスケア”の更なる発展を目指す一助になりたいと考えております。

また、今回、2誌あわせて11の論文を投稿していただいておりますが、執筆者の諸先生方におかれましては、当誌の目的と合致する素晴らしい原稿をご投稿くださり、大変光栄に思っております。

以上、簡単に当誌の目的のご紹介をさせていただきましたが、この度無事発刊にいたしましたことを、この誌面をお借りして関係各位に、心から厚く御礼申し上げます。

なお、今後とも定期的に刊行を予定しておりますので、関係各位の先生方におかれましては、引き続きご理解ご協力のほど何卒宜しくお願い申し上げます。

令和3年12月吉日

機能性香料医学会 理事長
日本ヘルスケアプロダクツ研究会 理事長
神保 太樹

周産期における女性のアタッチメントスタイルの変化

～Relationship Questionnaire を用いて～

Changes in the Attachment Style of Women during the Perinatal Period

- Research through the Use of a Relationship Questionnaire -

小山田 路子⁽¹⁾、關 優美子⁽²⁾

1) 日本医療科学大学 2) 神奈川歯科大学短期大学部

キーワード: アタッチメントスタイル 周産期 内的作業モデル Relationship Questionnaire

英文キーワード: Attachment Style, Perinatal Period, Internal Working Models, Relationship Questionnaire

概要: 周産期の女性のメンタルヘルスへの基礎的研究とすることを目的とし、妊娠期・産後の女性を対象に Relationship Questionnaire を用いてアタッチメントスタイルと自己観・他者観の測定を行い、その変化について分析を行った。妊娠期・産後では、自己観・他者観は妊娠期・産後では有意差はみられなかった。また、アタッチメントスタイルも、80%は変化しないことが明らかになり、人生初期のモデルが形成されると、可塑性が減少し、人格の同質性が保たれるとの意見を支持する結果となった。一方、短期間で一定数、変化を見せる人も存在することが明らかになった。10%前後の女性は、安定型は不安定型に変化していた。これは、この時期の繊細さを示していると考えられる。逆に不安定型であった女性が安定型に変化する人も存在した。この時期の女性には、サポートポジティブな相互関係の積み重ねることや、情動的・評価的サポートを行うことが重要であることが示唆された。この時期の女性に、アタッチメントスタイルに注目しつつ、ケアを行うことは、対象の母親のみではなく、その後の母子関係にも影響を及ぼすと考える。周産期でアタッチメントスタイルを活用するにあたり、知見を重ねていく必要がある。

Abstract: With the aim of providing basic research on the mental health of perinatal women, this study measured the attachment styles, self-view, and views of others of pregnant and postpartum women through the use of a relationship questionnaire, and analyzed changes over time. There was no significant difference in the self-view and the view of others during pregnancy and after childbirth. The attachment style was also found to remain unchanged for 80% of subjects, supporting the opinion that when one forms a particular attachment in the early stages after childbirth, one becomes less likely to change and one's character is maintained. Meanwhile, the outcome of this study also reveals that a certain number of women shows changes in a short period of time. About 10% of the subjects changed from being stable to unstable. This is thought to indicate how delicate this period is. On the other hand, some subjects went from being unstable to stable. This suggested that it is important for pregnant and postpartum women to build relationships that provide positive support and to have support that gives them information and feedback. It is thought that giving care to pregnant and postpartum women while paying attention to their attachment style affects not only the mother but also the subsequent mother-child relationship. With regards to utilizing the attachment style during the perinatal period, there is a need to further build on the knowledge that is available.

緒言

内的作業モデル (Internal Working Models: 以下 IWM) とは、Bowlby(1980) が提唱した概念であり、アタッチメント対象への近接可能性、アタッチメント対象の情緒的応答性、および自己がアタッチメント対象に受け入れられる価値があるかどうか、といったアタッチメント対象と自己に関する主観的な確信、表象であると述べている⁽¹⁾。個人は、このような内的作業モデルに従い新たな人間関係を形成しようとするため、IWM は、対人関係、特に親密な関係におけるあり方のモデルとなる。内的作業モデルから形成された観察可能な行動パターンがアタッチメントスタイルである。

母親のアタッチメントスタイルは、児への愛着に関連すること⁽²⁾、虐待的な養育態度との関連があること⁽³⁾、母子間伝達が明らかとなっている⁽⁴⁾。鎌田らは、虐待の世代間伝達を断ち切り、予防的ケアを展開するためにも、妊娠期からの母親のアタッチメントスタイルについて注目する必要性を強調している⁽⁵⁾。

アタッチメントスタイルの安定性については多くの議論がなされている。Bowlby(1969) は、人生初期のモデルが形成されると、漸次的にスタイルの安定性が増し、可塑性が減少し、人格の同質性が保たれることを強調した⁽⁶⁾。山岸は、青年期における縦断研究を行い、4 年間を経ても大きな変動はなかったと報告している^(7・8)。このように、アタッチメントスタイルが少ないとされる研究が多い中で、変化の可能性と、その要因を探る研究もなされている。特に、周産期は、妊娠・分娩というライフイベントのある時期でもあり、自身のアタッチメント経験が再現される可能性が高い時期である⁽⁹⁾。大村らは、妊娠後期と産後の母親のアタッチメントスタイルを、3 カテゴリー分類を用いてアタッチメントスタイルを用いて測定し、変化をしている母親が存在することを明らかにしている⁽¹⁰⁾。門脇らは、3 歳から 6 歳の子どもを持つ母親を対象に、出産前のアタッチメントスタイルと現在のアタッチメントスタイルを回答してもらい変化を調べ同様の結果を得ている⁽¹¹⁾。しかし、国内では、周産期における先行研究は極めて少ない。

アタッチメントスタイルの測定には様々な方法、尺度がある。国内の周産期メンタルヘルス研究の多くは、琢磨・戸田らの IMW 尺度⁽¹²⁾を用いている。これは、安定型、回避型、アンビバレント型という 3 分類で構成される尺度である。しかし、近年、心理分野や国際的研究では 4 分類 (安定型、拒絶型、とらわれ型、恐れ型) を利用したアタッチメントスタイル研究が増加していることや、3 分類のモデルは 4 分類に読み替えをできることより⁽¹³⁾ 4 分類尺度を用いることが適切であるとされている。また、この質問紙は簡易的であるため、周産期での活用が容易である。しかし、この尺度を用いた研究は少ない。今後、4 分類による知見を蓄積することはアタッチメントスタイルにおける研究、寄与できるものと考えられる。

本研究では、妊娠期・産後の女性のアタッチメントスタイルを、4 分類尺度を用いて測定をおこなう。併せて、自己観・他者観を測定し、その変化を明らかにし、周産期の女性のメンタルヘルスへの基礎的研究とすることを目的とする。

研究方法

1. 調査対象

A クリニック受診中の、妊娠 28 週以降の妊婦を対象とした。

研究の説明を行い、同意を得られた母親は 100 名であった。その中で、妊娠中に質問紙の回答を得られたのは 80 人、産褥に回答を得られたのは 90 人であった。妊娠期から継続して回答を得られた母親は 77 人であった。本研究では、この 77 人を対象とする。

2. 方法

クリニックにおいて妊婦検診に来ている母親に対して、研究者または研究協力者が研究依頼書を用いて説明を行い、研究協力を依頼した。研究の同意を得られた場合には、質問紙 Relationship Questionnaire (以下: RQ) を説明し、帰宅後、回答し、封筒に入れポスト投函してもらうように説明を行った。質問紙は無記名とし、妊娠期・産後の変化を追うために ID 番号をつけた。産後については、産褥 5 日目に研究者または研究協力者が、再び、質問紙 (RQ—GO) を行った。

3. 調査内容

1) 基本的情報

母親の年齢、妊娠回数、妊娠合併症、年齢、分娩形態について回答を求めた。

2) 愛着尺度

アタッチメントスタイルを測定する愛着尺度としては、Relationship Questionnaire を用いた。その信頼性は加藤により確認されている⁽¹⁴⁾。一般他者を対象に用いたため、尺度後に—GO (generalized other version) という表記を行う。

RQ は、アタッチメントスタイルの 4 分類 (安定型、拒絶型・とらわれ型・恐れ型) を測定するための強制選択式尺度であり、回答に際し、調査対象者は 4 つのアタッチメントスタイルの特徴が記述してある文章を読み、それぞれについて自分にどれくらいよく当てはまるかを 7 件法で評定する。次に、その 4 つの中から最もよく当てはまるアタッチメントスタイルを 1 つ選択し、この最後に 1 つ強制選択させたものをその個人のアタッチメントスタイルとみなす。アタッチメントスタイルは以下の 4 つであり、安定型以外の 3 タイプは、不安定型である⁽¹⁵⁾。

- ①安定型: 自己観、他者観がポジティブ。簡単に人と親しくなれることができ、人に頼ることに抵抗がなく、頼られてもかまわない。
- ②拒絶型: 自己観ポジティブ、他者観ネガティブ。親密な関係がないほうが落ち着く、必要なのは独立し自立していることで誰にも頼らないし、頼られたくない。
- ③恐れ型: 自己観・他者観の両方ネガティブ。親しくなりたいが人を強く信頼できず、人に心を許したら自分が傷つくこと心配してしまう。
- ④とらわれ型: 自己観ネガティブ、他者観ポジティブ。心から人と親密な関係を保ちたいと思うが、自分が望むほど他者は思っていないのではないかと考えてしまう。

また、7 件法の得点を基に、自己観は、「(安定型得点 + 軽視型得点) - (恐れ型得点 + とらわれ型得点)」、他者観は「(安定型得点 + とらわれ型得点) - (恐れ型得点 + 軽視型得点)」で算出される。尚、この質問紙を用いることに中尾達馬先生より了承を得た。

3) 分析方法

- ①強制選択されたアタッチメントスタイルで、アタッチメントスタイルを判定した。
- ②測定されたアタッチメントスタイルの妊娠期、産後のスタイルの変化を分析する。
- ③妊娠期と産後の自己観得点、他者観得点を算出する。
- ④妊娠期と産後の自己観得点、他者観得点を対応のある t 検定を用い分析を行った。

有意水準は $\alpha=0.05$ (両側) とし、 $p<0.05$ を有意差ありと判断した。統計解析ソフトは SPSS Statistics 23 (IBM

Corporation, Armonk, NY, USA)を使用した。

4) 調査期間

2019年5月1日～12月31日

倫理的配慮

聖灯看護専門学校倫理委員会にて承認を得た(2018-2号)。

研究の意図を説明し、その結果が今後の治療に影響を及ぼさないこと、途中で中断して不利益がないことを、口頭・書面で説明をおこなった。個人情報の扱いには充分注意を行い、個人が特定されない形で個人を記号化した。得られた情報は、学内の鍵のかかる場所で保管を行い研究終了時には、得られた情報をすべてシュレッダーで処理を行った。

結果

1. 対象の基本属性(表1)

1) 年齢

平均年齢 33.19 歳であった。

1) 分娩形態

初産 26 人、1 回経産婦 36 人、2 回経産婦 15 人であった。妊娠・産後の合併症を持つ対象はいなかった。分娩形態は、経膈分娩 74 人、帝王切開 3 名であった。

表1: 対象の基本属性(n=77)

年齢	平均31.16歳（標準偏差4.66）最若年22 最高齢43
分娩回数	初産26人（33.67％）1経産婦36人（46.75％）2経産婦15人（19.48％）
分娩形態	経膈分娩74人（96.10％）帝王切開4人（3.90％）

2. 選択されたアタッチメントスタイル(表2)

1) 妊娠期のアタッチメントスタイル

妊娠期のアタッチメントスタイルは安定型 32 人、拒絶型 4 名、とらわれ型 20 人、恐れ型 20 人、選べないと回答した人 1 人であった。

2) 選択された産後のアタッチメントスタイル

産後のアタッチメントスタイルは安定型 31 人、拒絶型 7 名、とらわれ型 18 人、恐れ型 20 人、選べないと回答した人 1 人であった。

表2: 妊娠期・産後のアタッチメントスタイル(n=77)

	安定型	拒絶型	とらわれ型	恐れ型	選べないと回答
妊娠期	32 (41.5%)	4 (5.19%)	20 (25.97%)	20 (25.97%)	1 (1.29%)
産後	31 (40.25%)	7 (9.09%)	18 (23.37%)	20 (25.97%)	1 (1.29%)

3) アタッチメントスタイルの変化(表3)

選べない選択した1人を除いて分析を行う。全体の中で、42人(55.26%)が変わらないアタッチメントスタイルであった。安定型を維持した人は24人(31.57%)、同じスタイルの不安定型を維持した人は18人(23.68%)、残りの34人(44.73%)が変化を示した。不安定型から他の不安定型に変化した人は19人(25%)であった。安定型から不安定型に変化したのは8人(10.52%)であった。不安定型から安定型に変化した人は7人(9.21%)であった。

不安定型の下位分類として妊娠中に拒絶型であった人は、産後は他のスタイルに変化を見せている。とらわれ型は、安定型を含めて、すべての型に変化をみせている。恐れ型は、半数強が恐れ型を維持しており、他が安定型を含めて他の型に変化をみせている。不安定型のすべての型より、安定型に変化する人が存在した。

表3: 妊娠期・産後のアタッチメントスタイル(n=76)

			産後				合計
			安定型	不安定型			
			安定型	拒絶型	とらわれ型	恐れ型	
妊 娠 期	安 定 型	安定型 度数	24	2	5	1	32
		安定型 総和の %	31.58%	2.63%	6.58%	1.31%	42.10%
	不 安 定 型	拒絶型 度数	2	0	1	1	4
		拒絶型 総和の %	2.63%	0.00%	1.31%	1.31%	5.26%
		とらわれ型 度数	3	3	7	7	20
		とらわれ型 総和の %	3.95%	3.95%	9.21%	9.21%	26.31%
		恐れ型 度数	2	2	5	11	20
		恐れ型 総和の %	2.63%	2.63%	6.58%	14.47%	26.31%
合 計		度数	31	7	18	20	77
		総和の %	40.78%	9.21%	23.68%	26.31%	100.00%

2) 妊娠前と産後のカイ2乗(表4)

妊娠期と産後の関連性を検定するために、カイ2乗検定を行った。結果、 $p=0.000$ ($p<0.001$)と高度な有意性を示した。

表4: 妊娠期・産後のアタッチメントスタイルの分析

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	80.712 ^a	16	0
尤度比	51.53	16	0
線型と線型による連関	29.426	1	0

3. 算出された自己観得点(表5)

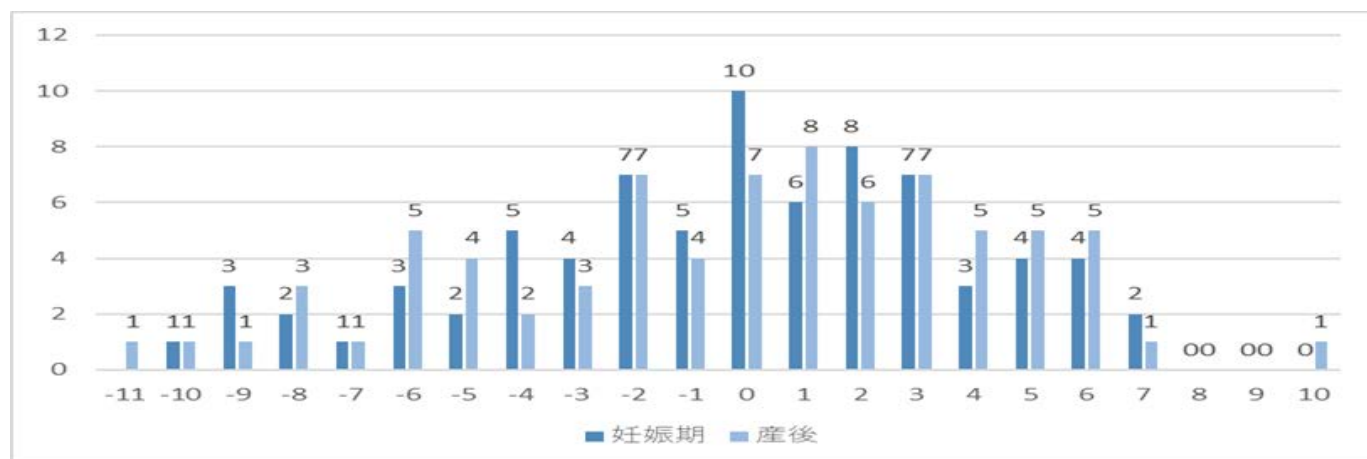
1) 妊娠期の自己観得点

得点は-10~7点の間で、度数が一番多い得点は0であった。

2) 産後の自己観得点

得点は-11~10点の間に分布しており、度数が一番多い得点は1であった。

表5: 妊娠期・産後の自己観得点分布(n=77)



3) 妊娠期・産後の自己観得点の比較(表6)

平均点は、妊娠期-0.34、産後-0.17 あった。対応のあるT検定の結果、0.65 であり有意はなかった。

表6: 妊娠期・産後の自己観得点の分析結果(n=77)

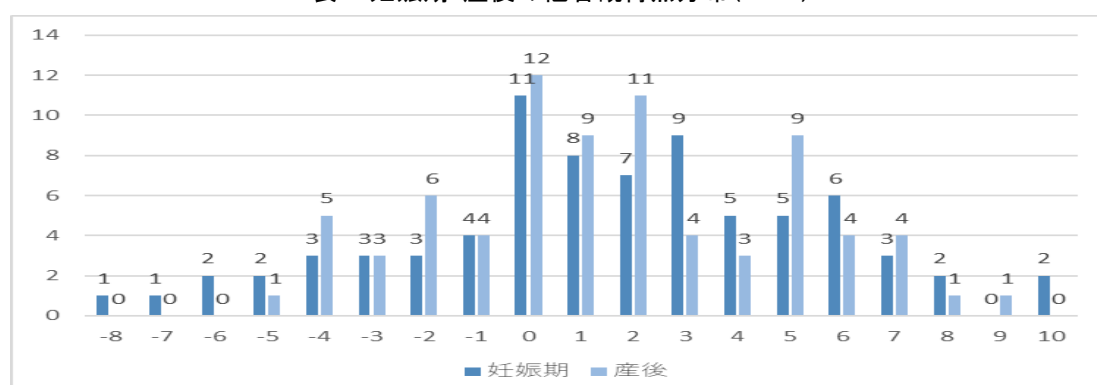
自己観得点	平均	標準偏差	P 値
妊娠期	-0.34	4.15	0.65
産後	-0.17	4.50	

4. 算出された他者観得点(表7)

1) 妊娠期の他者観得点

得点は-8~10点の間で、度数が一番多い得点は0であった。

表7: 妊娠期・産後の他者観得点分布(n=77)



2)産後の自己観得点

得点は—5～9 点の間に分布しており、度数が一番多い得点は 0 であった。

3)妊娠期・産後の他者観得点(表 8)

平均点は、妊娠期、産後共に 1.55 であった。対応のある T 検定の結果、1.00 であり有意はなかった。

表8:妊娠期・産後の他者観得点の分析結果(n=77)

他者観得点	平 均	標準偏差	P 値
妊娠期	1.55	3.90	1.00
産後	1.55	3.29	

考察

1.アタッチメントスタイルの変化

全体の中で 43 人は、分娩を経てもアタッチメントスタイルの変化がみられなかった。不安定型から別の不安定型に変化した人(19 名)を含めると 62 人(80.26%)が大きな変化を見せていない。安定型から不安定型に変化したのは 8 人(10.52%)、不安定型から安定型に変化した人は 7 人(9.21%)であった。大村らの研究⁽¹⁶⁾は、本研究と同様に、妊娠後半と産後の変化を調査している。全体(n=73)中、安定型維持は 23 人(31.50%)、不安定維持 40 人(54.79%)であり、これらを合わせると、変化をしなかったのは計 63 人(86.30%)、不安定型から安定型に変化した人は1人(1.31%)、安定型が不安定型に変化した人は、9人(12.31%)であった。また、門脇ら⁽¹⁷⁾は、3 歳から 6 歳の子どもを持つ母親を対象に、出産前のアタッチメントスタイルと現在のアタッチメントスタイルを回答してもらい調査をしている。回答した全体(n=164)中、安定型の維持は 64 人(39.02%)、不安定維持 78 人(47.5%)、これらをあわせると 142 人(86.58%)が変化せず、不安定型が安定型に変化したのは8人(4.87%)、安定型が不安定型に変化したのは 14 人(8.53%)であった。これらの結果を示す(表9)。

アタッチメントスタイル研究の問題は、ほとんどの研究が異なるアタッチメントスタイル・分類を用いていることが挙げられる。そのため、結果を単純比較はできないが安定型の分類は一貫性をもって測定されているとされているため⁽¹⁸⁾、安定型と不安定型という視点では比較可能であるとされている。3つの結果を比較すると、アタッチメントスタイルは、分娩の前後で全体の80%は変化がみられないことが共通して明らかとなっている。また、本研究の結果でも、personのカイ2乗検定の結果より、妊娠前と産後は変化しているが、統計的には高度に有意な強い関連性を持っていることを示している。これは、人生初期のモデルが形成されると、漸次的にスタイルの安定性が増し、可塑性が減少し、人格の同質性が保たれるとの意見⁽¹⁹⁾を支持する結果となった。

表9:アタッチメントスタイルの変化について先行文献との比較

	測定した尺度	変化なし		変化あり	
		安定維持	不安定維持	安定型から不安定型	不安定型から安定型
本研究	4分類	80.26		10.52	9.21
		31.58	48.68		
大村ら(2002)	3分類	86.29		12.31	1.31
		31.5	54.79		
門脇ら (2011)	3分類	86.52		8.53	4.87
		39.02	47.5		

その一方で、妊娠中でも安定型に、不安定型であっても安定型に変化する女性が、同時に、一定数変化がみられることが明らかとなった。本研究の結果でも、不安定型の3つのすべての型から安定型に変化を見せている。このことは、分娩とそれに引き続く心身の大きなストレスは女性の IWM を脅かす可能性を示唆していると考ええる。特に、安定型から不安定型に変化を見せる女性が10%前後みられることは、この時期の繊細さを示していると考ええる。

逆に、不安定型であっても、安定型に変化をみせた女性も存在する。IWM の更新要因を含めたライフイベントとして加藤は、子育てを挙げている⁽²⁰⁾。三原は、「不安定な IWM が形成されてしまった場合でも、親以外の愛着対象との間で、既存のモデルとは異なる、ポジティブな相互作用の連鎖を積み重ねることが出来れば、その経過を反映して、安定した表象モデルを形成する」と述べている⁽²¹⁾。安藤・遠藤も、親以外の対象との指示的で温かい関係性を享受することで、アタッチメントスタイルを肯定的な方向に変化させるようであるといった関係を通じて、IWM の再構成すること⁽²²⁾を指摘している。また、加藤は、IMW が出産前と産後に変化した群の重要他者からのサポートの状況を比較した結果、不安定型が安定型に変化した群は、不安維持群、安定型が不安定型に変化した群と比較して、より多くのサポートを得ていることを明らかにした⁽²³⁾。具体的には、情理的サポートや評価的サポートが多く受けられていることが明らかとなり、これは、子育てに関する知識が与えられることや、子育てを認められることは、高い幸福感を介し、IMW の変化につながっているとしていると結論づけている。門脇は、夫からのサポートが安定していることは、IWM の維持要因にはなりうるが、不安定な IWM を安定したものに更新する要因としての結果は認められなかったことを明らかにしている⁽²⁴⁾。

以上より、この時期の女性には、ポジティブな相互関係の積み重ねることや、情理的・評価的サポートを行うことが重要であることが改めて確認された。夫を含めた周囲のサポート状況を把握すること、適切な情報をタイムリーに提供すること、育児を認め、ほめるかかわりが重要であることを行う必要があると考える。

大村らは、母親の IWM と児への愛着の関連を検討し、アタッチメントスタイルがその後の育児行動と関連すること⁽²⁵⁾を明らかにしている。また、母親のアタッチメントスタイルが母子間で伝達することが明らかとなっている。以上より、この時期の女性に、アタッチメントスタイルに注目しつつ、ケアを行うことは、対象の母親のみではなく、その後の母子関係にも影響を及ぼすと考ええる。

3. 自己観得点、他者観得点の変化について

妊娠期と産後の変化を自己観得点、他者観得点の変化を対応のあるt検定を用い分析を行ったが、有意差はみられなかった。得られた値は、自己観得点の平均点はやや上昇、他者観得点は変化なかった。これは、分娩を経ても、自己観、他者観は大きく変化せず、アタッチメントスタイルの可塑性の少なさ⁽²⁶⁾を改めて認める結果となったと考える。

産後1年までに21.7%に抑うつ認められるなど⁽²⁷⁾周産期のメンタルヘルスは不安定である。しかし、今回の結果より、分娩を経ても、女性の他者観や自己観は変化がなく、対象の対人関係の傾向に変化がないことが示唆された。

結論

1. 妊娠期・産後のアタッチメントスタイルは、多くは変化をみせない。
2. 妊娠期・産後のアタッチメントスタイルに変化をみせる人も、一定数、存在する。
3. 周産期の女性には、サポートポジティブな相互関係の積み重ねることや、情理的・評価的サポートを行うことが重要である。

本研究の限界

本研究は、1施設のみでデータをとった結果である。今後、アタッチメントスタイルを周産期での活用するにあたり、知見を重ねていく必要があると考える。

本研究は第30回日本小児看護学会学術集会で発表した研究に修正・加筆したものである。尚、本論文内容に関連する利益相反事項はない

謝辞

当研究をまとめるにあたりご協力をいただきましたおおたレディスクリニック院長はじめスタッフの皆様、並びに快く調査に応じて下さいましたお母さま方に深く感謝いたします。

文献

- 1) Bowlby, J. Attachment and loss. Vol.3. Sadness and depression, Hogarth Press, 1980. (黒田実郎・吉田恒子・横浜美恵子(訳) 母子関係の理論Ⅲ—喪失体験—, 岩崎学術出版社)
- 2) 大村典子, 山磨康子, 松原まなみ 周産期における母親の内的ワーキングモデルと胎児および乳児への愛着 日本看護科学会誌 21(3):71-79, 2001.
- 3) 浦山晶美, 西村真実子 母親の内的ワーキングモデルと虐待的な養育態度の関連性 日本公衛誌 223-231, 2009.
- 4) 数井みゆき, 遠藤利彦 日本人における愛着の世代間伝達. 教育心理学研究 48:323-332, 2000.
- 5) 鎌田佳奈美, 檜木野裕美, 鈴木敦子他 大阪府看護大学医療技術短期大学紀要 7(2):65-71, 2001.
- 6) Bowlby, J. Attachment and loss. Vol.1. Attachment. Hogarth Press, 1969. (黒田実郎・大羽薫・岡田洋子(訳) 母子関係の理論 1—愛着行動—, 岩崎学術出版社)
- 7) 山岸明子 青年後期から成人初期の内的作業モデル—縦断研究— 発達心理学研究 8(3):206-217, 1997.
- 8) 明子 内的作業モデル尺度の構造と4時点での変動—女子短大生を対象として— 順天堂医療短大紀要 11(23):41-50, 2000.
- 9) 数井みゆき 親世代におけるアタッチメント 数井みゆき・遠藤利彦(編) アタッチメント—生涯にわたる絆—(pp174-208) 京都、ミネルヴァ書房, 2005.
- 10) 大村典子, 松原まなみ, 山磨康子他, 周産期における母親の内的ワーキングモデルとその経時的変化 母性衛生 43(1):18-24, 2002.
- 11) 門脇香子, 富永宏太, 渡辺なほ 養育者への夫からのサポートと内的作業モデルの関連 東京成徳大学臨床心理学研究 11:131-135, 2011.
- 12) 琢磨武俊, 戸田弘二 愛着理論からみた青年の対人態度—成人愛着スタイル尺度作成の試み— 東京都立大学人文学報 196:1-16, 1988.
- 13) 中尾達馬, 加藤和生 成人愛着スタイル尺度間にはどのような関連があるのだろうか?—4 カテゴリー(強制選択式、多項目式)と3 カテゴリー(多項式)との対応性— 九州大学心理学研究 4: 55-65, 2003.
- 14) 加藤和生 Bartholomew らの4分類成人愛着尺度(RQ)の日本語版の尺度の作成, 認知・体験過程研究 7:41-50, 1999.

- 15)中尾達馬 成人のアタッチメント 愛着スタイルと行動パターン ナカニシヤ出版 31-36, 2012.
- 16)前掲書 10
- 17)前掲書 11
- 18)アントニオ・ビフィルコ、ジェラルディン・トーマス著 吉田敬子、林もも子、池田真理訳 アタッチメント・スタイル面接の理論と実践 家族の見立て・ケア・介入 pp50-51、金剛出版(2017).
- 19)前掲書 6
- 20)加藤孝士 養育者への重要な他者からサポートと内的作業モデルの関連 発達心理学研究 18 巻(3):185-195, 2007.
- 21)三原理恵 愛着理論から見た発達病理と精神病理 東京大学大学院教育学紀要第 39 巻:327-338, 1991.
- 22)安藤智子、遠藤利彦 青年期・成人期のアタッチメント 数井みゆき、遠藤利彦(編):172-173 京都、ミネルヴァ書房, 2005.
- 23)前掲書 21
- 24)前掲書 11
- 25)大村典子・山磨康子・松原まなみ 周産期における母親の内的ワーキングモデルと胎児および乳児への愛着 日本看護科学学会誌、21(3): 71-79, 2001.
- 26)Waters, E., Merrick, S.k, Treboux, D, Crowell, J, Albertsheim, L. Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development* 71: 695-702, 2000.
- 27)安藤智子、無藤隆 妊娠期から産後 1 か月までの抑うつとその変化 縦断的研究による関連要因の検討 発達心理学研究 19(3): 283-293, 2008.

発酵黒ニンニクの凍結乾燥粉末は睡眠状態および疲労を改善する

Lyophilized powder of fermented black garlic improves sleep and fatigue.

神保 太樹^(1,2,3)、福沢 嘉孝⁽³⁾、小山田 路子⁽⁴⁾、佐藤 光栄⁽⁵⁾、清水 元海⁽⁶⁾、岡崎 一磨⁽⁷⁾、荒川 健一^(2,6,7,8)

- 1) 株式会社令和メディカルリサーチ医学研究所 2) 株式会社 CHIKEN 3) 愛知医科大学先制統合医療センター
4) 日本医療科学大学保健医療学部 5) 東都医療大学ヒューマンケア学部 6) 株式会社 GE ウェルネス
7) 合同会社宮下ファーム 8) 株式会社 GE ホールディングス

キーワード: 健康食品、疲労感、血管、睡眠、自律神経

英文キーワード: Health food, fatigue, blood vessels, sleep, autonomic nervous system

概要: ニンニクは、世界で日常的に食べられているものであるが、がん予防、疲労回復、アンチエイジングなどの多様な機能性を持つと考えられており、我が国でも健康食品としての利用が盛んである。これまでの報告でもこうした機能性についての報告が多くあるが、近年我が国で作成されるようになった加工品として黒ニンニクがある。黒ニンニクではニンニクに比べてアリシンの量が低くS-アリルシステインの量が多いなどの成分的特徴があり、それゆえに通常のニンニクよりも高い機能性を持っている可能性があるとして注目を集めている。しかし、これらについての研究は抽出エキスをを用いたものが多く、ニンニクそのものの接触による影響は、直接的には良く分かっていない面も多い。そこで、今回我々は黒ニンニクの凍結乾燥粉末を1月摂取した時に、睡眠状態、血管状態、疲労感および自律神経のバランスがどのように変化するかを、農作業などに従事する健康成人者8例(平均年齢±標準誤差 55.5±4.82 歳、男性 5 名、女性 3 名)を対象に調査した。結果として、研究に参加したほとんどの例について、各項目での改善が確認された。

Abstract: Garlic is eaten on a daily basis in the world. It is thought to have various functionalities such as cancer prevention, recovery from fatigue, and anti-aging. So, it is actively used as a health food in Japan. There has been many research on these functionalities. Then Black garlic is one of the processed products that have recently been produced in Japan. Compared to garlic, black garlic has a lower amount of allicin and a higher amount of S-allyl cysteine. Therefore, has attracted attention as a possible source of higher functionality than regular garlic. However, most of these studies have been conducted using extracted extracts, and the effects of unprocessed garlic are not well understood. In this study, we investigated the effects of taking freeze-dried black garlic powder for one month on sleep, vascular status, fatigue, and autonomic nervous system balance in eight healthy adult subjects (mean age ± standard error; 55.5 ± 4.82 years, five males and three females) engaged in agricultural work. The results showed that most of the cases in the study showed improvement in each test.

緒言

ニンニクは、我が国に限らず世界広くで、日常的に食用に供される植物である。主に、アリシンおよびその誘導体によって、血糖値の上昇を抑える作用や、疲労回復を助ける作用があるとされている⁽¹⁾。経験的には強壮作用があるとされており、近年の研究では、特に疲労感の改善についての報告がある^(2,3,4)。さらに疾病のリスクを軽減する可能性についても論じられており、日常的な摂食によって、悪性腫瘍⁽⁵⁾や循環器障害⁽⁶⁾、アレルギーなどの予防⁽⁷⁾になるとする報告もある。最近注目されている研究の中には、新型コロナウイルス感染症に対する効果も報告されており⁽⁸⁾、いわゆる健康食品として注目されてきた。

また、ニンニクの加工品の一つとして、近年、黒ニンニクと呼ばれる発酵食品がある⁽⁹⁾。黒ニンニクではアリシンがS-アシルシステインなどの成分に変化すると報告されている⁽¹⁰⁾。加えて、例えば血管内皮機能の改善⁽¹¹⁾など、生のニンニク以上の機能性が期待されている。

しかし、これら報告の多くはニンニクの抽出エキスをを用いたものであり、ニンニクそのものの摂食による効果については情報が不足している。アメリカ国立がん研究所の“デザイナーフードプロジェクト”などと言われる⁽¹²⁾ように、ニンニクはそのものの摂食にも効果が期待される。

そこで、我々は熟成した黒ニンニクを用いて作成した凍結乾燥末の効果について、定量をカプセルに封入して摂取させる方法によって、少数例へのプレリミナリスタディを実施し、疲労感、睡眠状態、血管状態などへの影響を検討したので報告する。

研究方法

材料としては、株式会社 GE ウェルネス社より提供された発酵黒ニンニクの凍結乾燥粉末(商品名: 醗酵黒ニンニク FD 末)を利用した。提供された発酵黒ニンニクの凍結乾燥粉末は、クリーンベンチ内の清潔環境下にてステアリン酸カルシウムを全重量の1パーセント添加した。その後、卓上型の手動式カプセル充填機を用いて、2号サイズのゼラチン製食用ハードカプセルに1カプセルあたり 440mg(発酵黒ニンニク 400mg 相当)を封入した。封入されたカプセルをアルミ製袋に各60粒封入し、本研究に用いる試験食とした。

対象者は制御不能な慢性疾患に罹患しておらず、農作業などに従事する 20 歳以上の健常者 8 名(平均年齢±標準誤差 55.5±4.82 歳、男性 5 名、女性 3 名)を対象として試験を行った。試験対象者は説明書により、本試験の Protokol 詳細と、試験参加が自由意思によるものであり試験期間中でも自由に参加を取りやめられることなどについて説明を受けた。その後、すべての参加者は同意書に署名し、本研究に参加した。参加後、対象者は試験食を1日1回夕食後に2カプセル、30 日間摂取した。

摂取前後で、まず疲労感の調査として Visual Analog Scale(VAS)⁽¹³⁾、睡眠状態の調査として、Athens Insomnia Scale(AIS)^(14,15)を実施した。また血管状態および自律神経バランスの調査として、加速度脈波計測機(TAS9VIEW YKC 社製)による分析⁽¹⁶⁾を実施した。

すべての結果の統計解析は、IBM SPSS Statistics 20.0 によって解析された。また結果の解析にはウィルコクソンの符号付順位検定により解析を行い、その有意水準は 5%とした。また、各表の数値はすべて平均値±標準誤差で示した。

結果

VAS の結果では、接触後全例に疲労感の改善が観察された($p \leq 0.01$ 図1)。

また、TAS9VIEW による計測の結果では、血管状態を反映して判定される血管波形タイプは 75%で改善しており、その維持率は 100%であった($p \leq 0.05$ 図2)。これを反映して、同装置で計測される推定血管年齢と実年齢の差は全例で改善していた($p \leq 0.01$ 図3)。

睡眠状態の評価として実施した AIS については、87.5%で改善を観察した($p \leq 0.01$ 図4)。加えて、AIS の8つの構成項目については、「寝床についてから実際に寝るまで、時間がかかりましたか?」「夜間、睡眠の途中で目が覚めましたか?」「希望する起床時間より早く目覚めて、それ以降眠れないことはありませんでしたか?」「夜の眠りや昼寝も合わせて、睡眠時間は足りていますか?」「全体的な睡眠の質について、どう感じていますか?」「日中の身体的および精神的な活動の状態はいかがでしたか?」「日中の眠気はありましたか?」という7項目が有意に改善しており($p \leq 0.05$)、「日中の気分はいかがでしたか?」という項目については、さらに顕著に改善していた($p \leq 0.01$)。

考察

結果より VAS による評価は前後で有意かつ顕著に改善していた。これまでの研究と合致して、エキスのみならず全量凍結乾燥によって得られた粉末であっても、疲労感の改善作用が得られている可能性は高いと思われた。また、加速度脈波の評価により、推定血管年齢や血管の状態を示す血管波形タイプはいずれも有意に改善していた。このことはニンニクによって血管内皮機能の改善効果が得られるとする説と合致しており、たとえば抗加齢分野に応用が可能かもしれない。

さらに AIS による評価は前後で有意かつ顕著に改善しており、その構成尺度もすべて有意に改善していた。AISは睡眠の満足感や日中の状態を広く見る尺度であるから、この結果は黒ニンニクにより睡眠状態の改善を示していると考えられた。加えて AIS は不眠症のスクリーニング尺度であるが、その判定は6点以上を「不眠症の可能性が高い」とするものであり、3点以下を「睡眠がとれている」と判定するものであるが、今回の研究の結果では、不眠症の可能性が高かった参加者が、睡眠がとれている状態となっていることから、睡眠感の改善に対するニンニクの有望な効果を示す可能性がある。加えて、有意な差はなかったが、8 例中 6 例で自律神経バランスが改善しており、自律神経バランスの変化が、睡眠感を改善している可能性もあると考えられた。

また、今回の研究は、黒ニンニク成分の抽出エキスではなく、凍結乾燥によって得られた凍結乾燥パウダーによるものであるが、以上からは、黒ニンニクは抽出工程を実施せず単にそのものをパウダー化するだけであっても、さまざまな機能が期待できると思われた。

しかし、今回の研究自体は限られた例数によるプレリミナリスタディである。本研究の結果自体はほぼ全例が改善しており、比較的強く黒ニンニクの機能性をうかがわせるものであったが、黒ニンニクの凍結乾燥粉末の機能性を完全に裏付けるためには、今後より多数例で、ランダム化などが施された研究が必要となると思われる。

結語

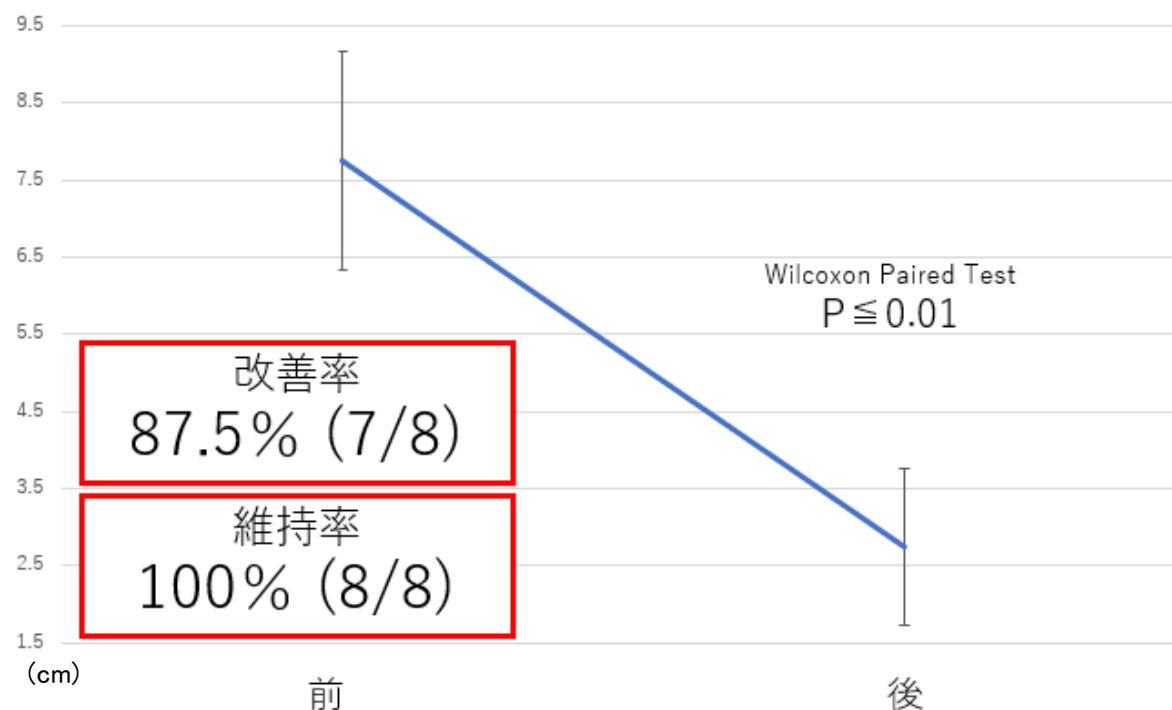
発酵黒ニンニクの凍結乾燥粉末(醗酵黒ニンニク FD 末)を摂取することで、睡眠状態、疲労感および血管状態について有意な改善が観察された。

謝辞

本研究にあたりご協力いただきました被験者の皆様に、深い敬意を表します。

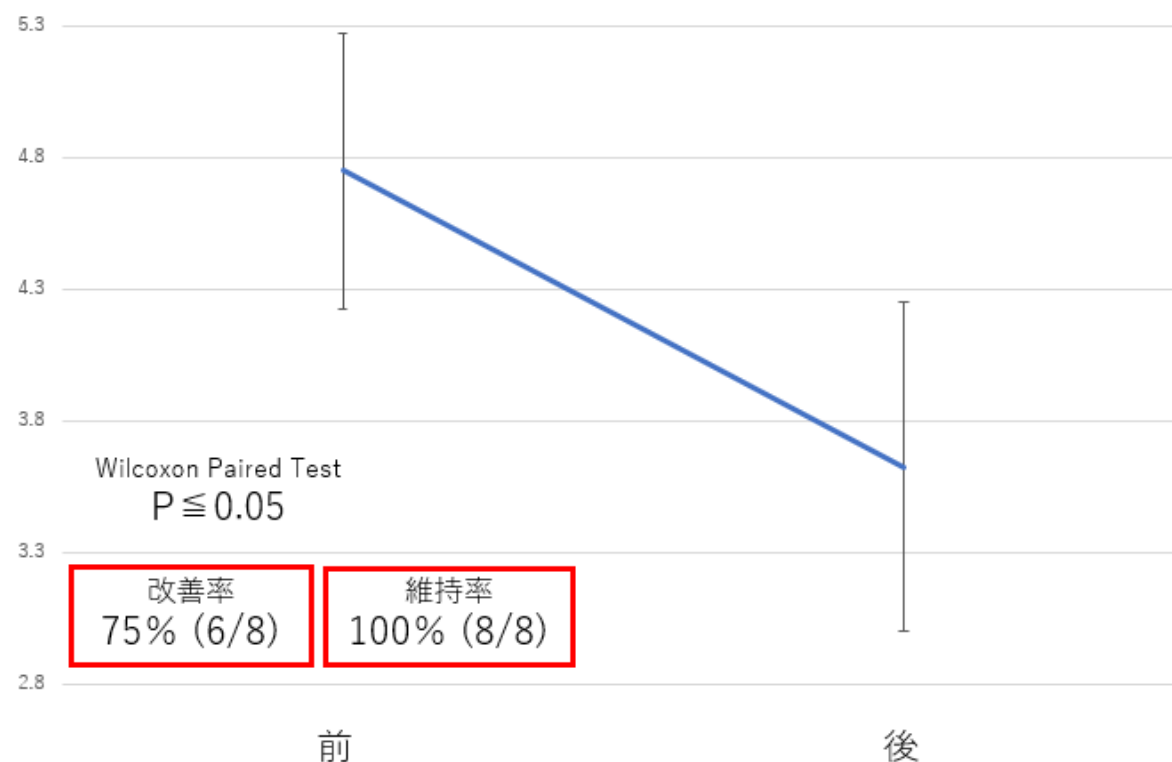
また、本研究にあたりご助言いただきました、株式会社GEウェルネスの竹中秀里氏、合同会社宮下ファームの山岸猛人氏に謝意を表します。ご協力誠に有難うございました。

図1 疲労感の変化



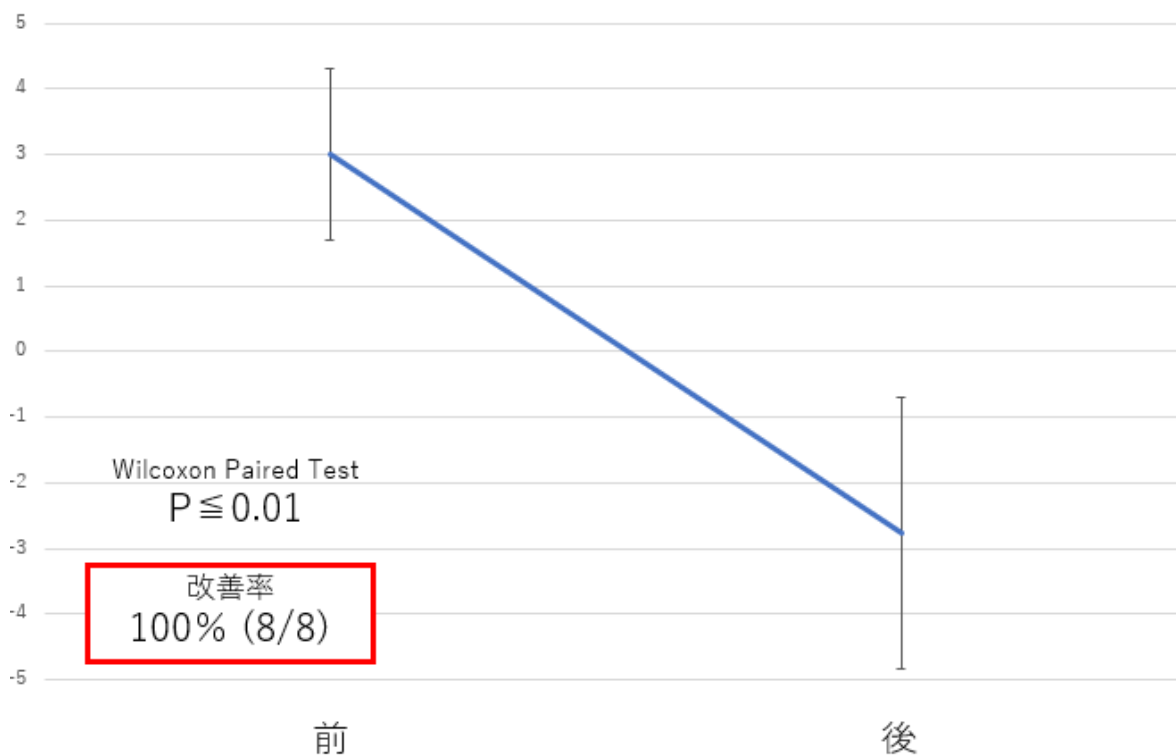
VAS 法の結果を示す。疲労感は前検査に比べて後検査で有意に改善していた。

図2 血管波形タイプの変化



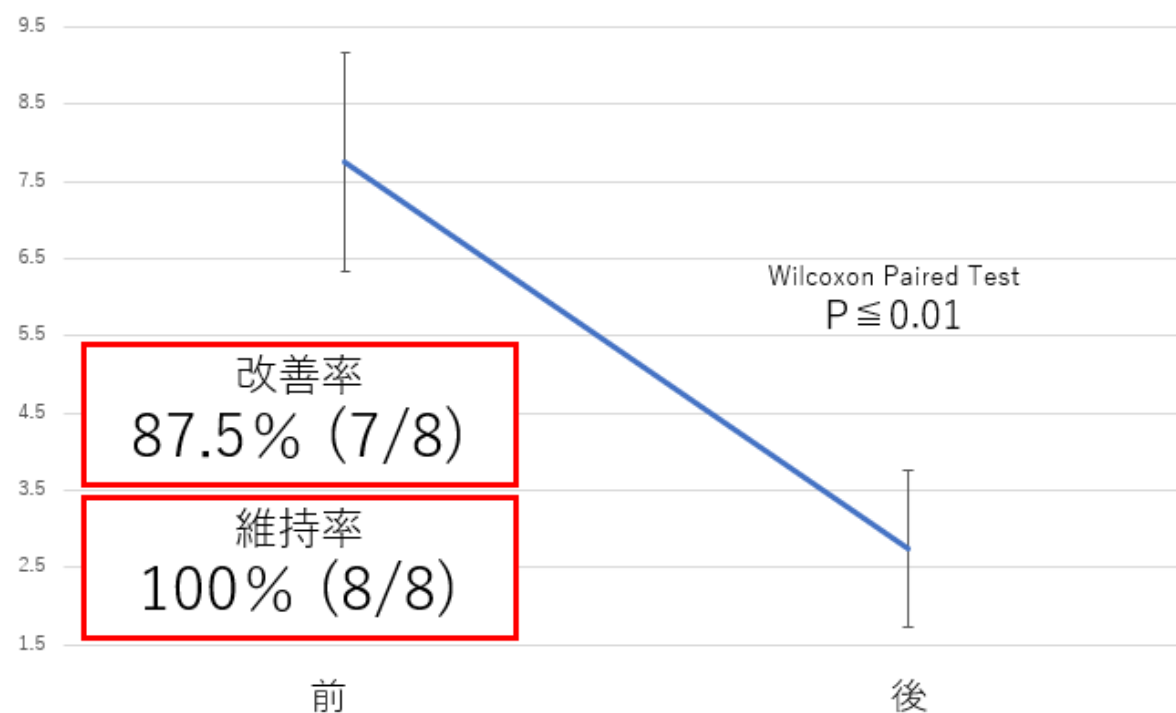
TAS9 View によって評価された血管波形タイプを示す。血管波形タイプは前検査に比べ、後検査時で有意に改善していた。

図3 推定血管年齢と実年齢の差



TAS9View によって評価された推定血管年齢と、研究参加者の実際の年齢との差について図に示す。
 推定血管年齢と実年齢の差は、前検査に比べて後検査のほうが有意に減少しており、血管年齢が若返っていた。

図4 Athens Insomnia Scale



AIS によって評価された睡眠に関する自己評価の変化を示す。前検査に比べて、後検査では有意に睡眠状態が改善していた。

文献

- 1) 山崎 賀久、徳永 隆司、奥野 智旦 ニンニク中のフレーバー前駆体,S-アルケニルシステイン誘導体,の HPLC 分析 日本食品化学工芸会誌 52(4):160-166, 2005.
- 2) 川島祐 運動部学生における疲労の観察とニンニク抽出液 (GE) の抗疲労効果 基礎と臨床 20:8229-8245, 1986.
- 3) 長田裕子、中村彩、橋口健司、ほか 熟成にんにくエキス含有食品摂取による抗疲労効果に関する研究 - ランダム化二重盲検プラセボ対照並行群間比較試験 薬理と治療 45(3): 405-421, 2017.
- 4) 大広あずさ、木元貴士、小野博史、ほか 青森県産ニンニクエキス含有食品が勤労者のストレス、睡眠の質、疲労および生活の質に及ぼす効果 薬理と治療 41(3): 281-287, 2013.
- 5) Agbana YL, Ni Y, Zhou M, et al. Garlic-derived bioactive compound S-allylcysteine inhibits cancer progression through diverse molecular mechanisms. *Nutr Res.* 73:1-14, 2020.
- 6) L D Lawson, D K Ransom, B G Hughes. Inhibition of whole blood platelet-aggregation by compounds in garlic clove extracts and commercial garlic products. *Thromb Res* 15;65(2):141-56, 1992.
- 7) 臼井照幸、鈴木誠二 大蒜(*Allium sativum* L.)の抗アレルギー物質の分離同定 *Natural Medicines* 50(2):135-137, 1996.
- 8) 鈴木信孝、安川明男 新型コロナウイルスの補完代替医療 — 補完代替医療領域の観察研究 — 日本補完代替医療学会誌 17(1):95-98, 2020.
- 9) Min Li, Yi-Xi Yan, Qing-Tao Yu, et al. Comparison of Immunomodulatory Effects of Fresh Garlic and Black Garlic Polysaccharides on RAW 264.7 Macrophages. *Mar*;82(3):765-771, 2017.
- 10) 山崎賀久、奥野智旦 ニンニク鱗茎の加温処理による S-アリル-L-システインの蓄積 日本食品科学工学会誌 55(9):410-415, 2008.
- 11) 宮田聖子、野田明子、永井万由佳、ほか 健康成人における熟成にんにくの血管内皮機能へ及ぼす影響 日本臨床生理学会雑誌 40(2): 103-108, 2010.
- 12) 大澤俊彦 がん予防と食品—デザイナーフーズからファンクショナルフーズへ—:デザイナーフーズからファンクショナルフーズへ 日本食生活学会誌 20(1):11-16, 2009.
- 13) 堤文夫 Visual Analog Scale (VAS) : 視覚的アナログ目盛り法 臨床評価指標入門 適用と解釈のポイント 75-80, 2008.
- 14) Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 2000; 48: 555-60.
- 15) Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Res* 2003; 55: 263-7.
- 16) 西田 典数、三島 明子、采女 葉月 様々な刺激や環境に対する自律神経活動の分析 中国学園紀要 (11):89-96, 2021.

母親のアタッチメントスタイルと産後の抑うつとの関連

～Relationship Questionnaire 日本語版を用いて～

Relationship between mother's attachment style and post-partum depression

～ Using the Japanese version of Relationship Questionnaire ～

小山田 路子⁽¹⁾、關 優美子⁽²⁾

1) 日本医療科学大学 2) 神奈川歯科大学短期大学部

キーワード: アタッチメントスタイル 産後うつ病 EPDS 関係尺度

英文キーワード: Attachment style post-partum depression EPDS Relationship scale (Relationship Questionnaire)

概要: 目的: 母親のアタッチメントスタイル (attachment style: 以下AS) を 4 カテゴリーの愛着尺度である「関係尺度 (Relationship Questionnaire): 以下 RQ」の日本語版を用いて把握し、産後うつ病の関連を明らかにする。方法: 研究の説明を行い、同意を得られた母親に質問紙(RQ)を説明し、回答をしてもらった。産褥 5 日目にエジンバラ産後うつ病自己評価表(Edinburgh Postnatal Depression Scale: 以下 EPDS)を行い、得られた結果を分析した。結果: 対象は、研究の同意を得られた 80 名の母親であった。AS 安定型の母親は産後の EPDS 得点が低く、抑うつのリスクが低いことが明らかとなった。分散分析の結果、AS 4 タイプ間に有意差が認められた($p=0.001$)。重回帰分析の結果、EPDS 得点に安定型は、得点を引き下げる方向に有意に作用していた。EPDS 得点 9 点以上の被験者は AS が、とらわれ型か恐れ型であり、9 点以上と 8 点以下の 2 区分での検定はカイ二乗検定で有意になっていた($p=0.028$)。考察: AS が、その後の母親の抑うつを予測することが明らかとなった。安定型の AS である母親は、産後の抑うつのリスクが低いと考えられる。母親を理解する 1 つの方法として、AS を取り入れることは、周産期のメンタルヘルスのハイリスクを抽出することにつながる。

Abstract: Purpose: To understand mother's attachment style (attachment style is hereafter abbreviated to AS) using the Japanese version of a "scale of relationship (Relationship Questionnaire): hereafter abbreviated to RQ", and to clarify the relationship with post-partum depression. Method: The research was explained first, and then the questionnaire (RQ) was explained to the mothers from whom consent had been obtained, and then their answers to the questionnaire were obtained. On the 5th day after childbirth, self-evaluation was done using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (hereinafter referred to as EPDS), and the results were analyzed. Result: The targets were 80 mothers from whom agreement had been obtained about the research. It became clear that the EPDS score after childbirth is low in the case of stable AS type mothers, and that the risk of depression is low. As a result of distribution analysis, a significant difference was found between AS4 types ($p=0.001$). As a result of double regression analysis, the type that is stable in the EPDS score had significant action towards reducing the score. The AS of persons under test with an EPDS score of 9 or more was either preoccupied type or fearful type, and the test with the two categories of 9 points or more and 8 points or less was significant in the chi-squared test ($P=0.028$). Reference: It became clear that AS could predict the depression of mothers thereafter. Mothers with stable type AS are considered to have a low risk of post-partum depression. Using AS as one of the methods of understanding mothers leads to extracting high risk of mental health in the perinatal period.

緒言

妊娠・出産は、女性にとって重要なライフイベントである。女性にとってこの時期は娘から母親への役割変化や、経済的負担、自身の就労継続の問題とライフスタイルの検討を含む多面的な心理社会的なストレスにさらされやすい。親になるということは心理・社会的な発達課題であるとともに、発達危機にもなりうる⁽¹⁾。出産後は精神障害の好発時期であり⁽²⁾、この時期のメンタルヘルスに注目することは重要である。

その中でも産後うつ病は、有病率の高い疾患であり、岡野らは日本における有病率は 9.7%であると報告している⁽³⁾。エジンバラ産後うつ病自己評価表(Edinburgh Postnatal Depression Scale: 以下 EPDS)9 点以上の者は平成 13 年度調査では 13.4%であったが、平成 17 年度調査では 12.8%、平成 21 年度調査では 10.3%、最終評価となる平成 25 年度調査では 9.0%であったと報告されており⁽⁴⁾、減少傾向を示してはいるが、以前高い割合であることには変わりはない。

産後うつ病は、出産後早期の母子間の愛着形成の時期で発症することにより、母親自身の苦痛に留まらず、愛着形成の障害や育児不安の形で、育児の障害や子どもの発達に影響を与える可能性も重視されている⁽⁵⁾。三品らは、ある地域における EPDS9 点以上の産後うつ病疑いのある母親の割合と児童虐待の認定割合には正の相関がみられたと報告している⁽⁶⁾。以上より、女性の産後うつ病の早期発見は、本人のみならず、その子どもや家族を中心とする人々の健康のためにも重要である。

産後うつ病の要因として、高野らは「精神障害の既往」「分娩回数が少ない」「夫と母親の年齢が若い」「里帰り出産である」「母体搬送を経験していること」⁽⁷⁾、市川らは「未婚」「今回の妊娠出産のために退職」「相談相手として夫を選択していない」⁽⁸⁾、安藤・武藤は、自尊感情・妊娠期の EPDS 得点と並んで愛着安定⁽⁹⁾を挙げている。

海外の多くの研究で、不安定なアタッチメントスタイルを持つ女性のうつ病発症との関連が明らかになっている⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾。⁽¹²⁾。Bifulco らは、女性を取り巻くパートナーなどによる情緒的実質的サポートの乏しさに加えて、女性自身のアタッチメントスタイルに妊娠・出産に伴いストレスが関与して、産後うつ病が発症するという仮説に基づく産後うつ病発症モデルを示している⁽¹³⁾。国内では、池田らが安定型のアタッチメントスタイルの女性は産後うつ病のリスクが低いと明らかにしている⁽¹⁴⁾。藤崎らは、見捨てられ不安が強いアタッチメントスタイルと産後うつ病の関連を明らかにしている⁽¹⁵⁾。

Bowlby の提唱したモデルに、内的作業モデル(Internal Working Models: 以下 IMW)がある。IMW とは、子どもがアタッチメント対象との具体的な経験を通して形成する、アタッチメント対象への近接可能性、アタッチメント対象の情緒的応答性、および自己がアタッチメント対象に受け入れられる価値があるかどうか、といったアタッチメント対象と自己に関する主観的な確信、表象である。内的作業モデルは、乳児期から青年期にかけて徐々に形成されて固定化していくとされている⁽¹⁶⁾。個人は、このような内的作業モデルに従い新たな人間関係を形成しようとするため、IMW は、対人関係、特に親密な関係におけるあり方のモデルとなる。IMW から形成された観察可能な行動パターンがアタッチメントスタイルである。このモデルは、青年後期・成人期における親密な対人関係での様々な行動を説明するのに広く用いられている。

アタッチメントスタイルの測定には様々な方法、尺度がある。Bifulco や池田が用いた方法は半構造的面接法であるアタッチメントスタイルインタビューである。また、国内の周産期メンタルヘルス研究の多くは、琢磨・戸田らの IMW 尺度を用いている。これは、安定型、回避型、アンビバレント型という 3 カテゴリー(安定型、アンビバレント型、回避型)で構成される尺度である⁽¹⁷⁾。しかし、近年、心理分野や国際的研究では 4 カテゴリー(安定型、拒絶型、とらわれ型、恐れ型)を利用したアタッチメントスタイル研究が増加していることや、3 カテゴリーのモデルは 4 カテゴリーに読み替えをできることより⁽¹⁸⁾、4 カテゴリー尺度を用いることが適切であるとされている。この質問紙は簡易的であるため、周産期で活用が容易

である。しかし、この尺度を用いた研究は少なく、産後うつ病との関連に関する先行研究はない。今後、4 カテゴリーによる知見を蓄積することは周産期におけるアタッチメント研究に寄与できるものと考ええる。

本研究では、産後うつ病の予防的ケアを展開するために、4 カテゴリーの愛着尺度である「関係尺度 (Relationship Questionnaire) : 以下 RQ」の日本語版⁽¹⁹⁾を用いて産後うつ病との関連について明らかにし、産後のうつ病の予防的ケアに活用する基礎資料とする。

目的

アタッチメントスタイルと産後うつ病の関連を明らかにすることを目的とする。これらを明らかにする。

方法

1. 研究対象

A クリニックに妊婦検診に通う妊娠 28 週以降で研究の同意を得られた 100 名のうち、妊娠中、産後に継続して回答を得られた 80 名の母親。

2. 調査期間

2019 年 5 月 1 日～12 月 31 日

3. データ収集の手順

1) クリニックにおいて妊婦検診に来ている母親に対して、研究者または研究協力者が研究依頼書を用いて説明を行い、研究協力を依頼した。研究の同意を得られた場合には、質問紙 (RQ—GO) を説明し、妊娠 28 週以降に回答し、封筒に入れポスト投函してもらうように説明を行った。質問紙は無記名とし、ID 番号をつけた。

2) 産後については、産褥 5 日目に研究者または研究協力者が EPDS を行った。

4. 質問紙の内容

1) 基礎的情報

女性の年齢、分娩回数、分娩形態について回答を求めた。

2) アタッチメントスタイルを測定する愛着尺度としては、「RQ」の日本語版を用いた。その信頼性は加藤により確認されている⁽²⁰⁾。

RQ は、アタッチメントスタイルの 4 カテゴリー (安定型・拒絶型・とらわれ型・恐れ型) を測定するための強制選択式尺度であり、回答に際し、調査対象者は 4 つのアタッチメントスタイルの特徴が記述してある文章を読み、それぞれについて自分にどれくらいよく当てはまるかを 7 件法で評定する。次に、その 4 つの中から最もよく当てはまるアタッチメントスタイルを 1 つ選択し、この最後に 1 つ強制選択させたものをその個人のアタッチメントスタイルとみなす。アタッチメントスタイルは以下の 4 つであり、安定型以外の 3 スタイルは、不安定型である⁽²¹⁾。

①安定型: 自己観、他者観がポジティブ。簡単に人と親しくなれることができ、人に頼ることに抵抗がなく、頼られてもかまわない。

②拒絶型: 自己観ポジティブ、他者観ネガティブ。親密な関係がないほうが落ち着く、必要なのは独立し自立していることで誰にも頼らないし、頼られたくない。

③恐れ型: 自己観・他者観の両方ネガティブ。親しくなりたいが人を強く信頼できず、人に心を許したら自分が傷つくこと

心配してしまう。

④とられ型：自己観ネガティブ、他者観ポジティブ。心から人と親密な関係を保ちたいと思うが、自分が望むほど他者は思っていないのではないかと考えてしまう。

尚、この質問紙を用いることに中尾達馬先生より了承を得た。

3) EPDS

産後の抑うつを測定するために EPDS を用いた。これは、産後うつ病のスクリーニングを目的とし、Cox, Holden, & Sagovsky らが開発し⁽²²⁾、岡野ら翻訳し、その信頼性と妥当性も検証した。EPDS は 10 項目 4 検法で構成される自己記入式質問紙である。日本語版での区分点は 8 点/9 点であり、9 点以上で産後うつ病の可能性が高いとしている。なお、岡野らの結果では、非うつと抑うつを分ける区分点 8 点/9 点とした⁽²³⁾。

5. 分析方法

以下の方法で分析を行った。

1) 基本集計を行う。

2) アタッチメントスタイルと EPDS 得点の関連性を一元配置分散分析で確認し、主効果が有意であれば、Tukey の多重比較を行う。

3) アタッチメントスタイルと EPDS 得点への関連を明らかにするために重回帰分析で確認する。

4) EPDS 得点を 9 点以上と 8 点以下に区分して、妊娠中のアタッチメントスタイルとの関連を確認する。

有意水準は $\alpha=0.05$ (両側) とし、 $p<0.05$ を有意差ありと判断した。統計解析ソフトは SPSS Statistics 23 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) を使用した。

倫理的配慮

横浜市医師会聖灯看護専門学校倫理委員にて承認を得た(2018-2 号)。研究の内容を説明し、その参加が自由意志であると、その結果が今後の治療に影響を及ぼさないこと、途中で中断しても不利益がないことを口頭・書面で説明をおこなった。得られた回答は記号化して扱い、個人が特定できないよう配慮した。得られた情報は研究終了後、5 年間保持し、その後、シュレッダーで処理を行う。

結果

100 例の女性に研究の同意を得られた。妊娠中に質問紙が回収されたのは、80 例(80%)、産後に回収されたのは 96 名(96%)、妊娠中、産後に継続して回答を得られたのは 80 名であった。この 80 名を分析対象とする。

1. 基本集計

年齢・分娩回数・アタッチメントスタイル・EPDS 得点、分娩形態について得られた結果を示す(表 1)。

1) 年齢

平均年齢は 31.2 歳 (SD=4.7)、最若年が 22 歳、最高齢が 43 歳である。

2) 分娩回数

30 人(37.5%)が初産、1 回経産婦が 36 人(45.0%)、2 回経産婦 4 人(18.0%)であった。

3) 分娩形態

78人(97.5%)が経膣分娩であり、帝王切開が2例(2.5%)であった。

4)アタッチメントスタイル

安定型は34例(42.5%)と最も多く、拒絶型5例(6.3%)、とらわれ型20例(25.0%)、恐れ型20例(25.0%)、選べないと回答1例(1.3%)であった。

5)EPDS得点

EPDS得点は、平均値が4.74(SD=3.57)であり、質問紙上の最低得点は0点、最高得点は30点であるが、最大値は16点であった。EPDS得点の日本人のカットオフ値は9点と言われており、9点以上を「うつの可能性が高い」、8点以下は「うつの可能性が低い」として、区分集計を行うと9点以上が90.0%を占めている。

表1: 基本の属性(n=80)

基本属性		
年齢	平均	平均：31.2歳 (SD4.7)
	最若年	22歳
	最高齢	43歳
分娩回数	初産	30 (37.5%)
	1経産婦	36(45.0%)
	2 経産婦	14 (18.0%)
分娩形態	経膣分娩	78 (97.5%)
	帝王切開	2 (2.5%)
妊娠中のアタッチメントスタイル		
アタッチメント スタイル	安定型	34 (42.5%)
	拒絶型	5 (6.3%)
	とらわれ型	20 (25.0%)
	恐れ型	20 (25.0%)
	選べないと回答	1 (1.3%)
EPDS得点		
EPDS得点	平均	平均：4.7点 (SD3.6)
	最低得点	0点
	最高得点	30点
	最大値	16点
	9点以下	72 (90.0%)
	8点以上	8 (10.0%)

2. アタッチメントスタイルと EPDS 得点の関連

1)アタッチメントスタイルとEPDS得点(表2)

アタッチメントスタイルを選べないと回答した1名を除き、アタッチメントスタイルごとのエジンバラ得点を示す(表2)。エジンバラ得点は、アタッチメントスタイルが安定型から恐れ型になるほど、得点が増加している。

表2: アタッチメントスタイルとEPDS得点

アタッチメントスタイル	平均値	標準偏差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値
			下限	上限		
安定型	2.81	2.10	2.05	3.57	0	8
拒絶型	4.50	1.73	1.74	7.26	2	6
とらわれ型	4.60	2.98	3.21	5.99	0	11
恐れ型	6.35	3.70	4.62	8.08	1	16
合計	4.30	3.12	3.59	5.02	0	16

2) アタッチメントスタイル間の EPDS 得点の一元分散検定および多重比較検定 (表3)

アタッチメントスタイル、安定型、拒絶型、とらわれ型、恐れ型の4タイプ間全体で、EPDS得点の有意差を確認するために一元配置分散分析を行ったところ、 $p=0.001$ とこれら4つのタイプ間の平均値に有意差が認められた。そこで、Tukeyの多重比較を行った。有意差が認められるのは、安定型と恐れ型の組み合わせである($p<0.001$)。

表 3: アタッチメントスタイル間の Tukey の多重比較検定 ($p<0.05$)

アタッチメントスタイル		平均値の差	標準誤差	有意確率
安定型	拒絶型	-1.688	1.499	0.675
安定型	とらわれ型	-1.787	0.806	0.128
安定型	恐れ型	-3.537	0.806	0.000
拒絶型	とらわれ型	-0.100	1.548	1.000
拒絶型	恐れ型	-1.850	1.548	0.632
とらわれ型	恐れ型	-1.750	0.894	0.214

3) アタッチメントスタイルとEPDS得点における重回帰分析 (表4)

目的変数をエジンバラ得点とし、説明変数に妊娠前アタッチメントスタイルの4タイプのダミー変数を用いた重回帰分析の結果、相関係数は $R=0.436$ 、決定係数は $R^2=0.190$ とそれほど強くはないがそれなりの相関関係が認められた。

4つの各タイプの有意性を確認すると、安定型が有意となった($p<0.001$)。反対に恐れ型は殆どエジンバラ得点に影響していない。回帰係数 β を見ると安定型は-3.661とこの集団の中でエジンバラ得点を大きく引き下げる方向に有意に作用し、恐れ型は-0.124とエジンバラ得点を引き下げる方向には殆ど寄与していない。アタッチメントスタイルの安定型は、EPDS得点を引き下げる方向に有意に作用している。

表 4: アタッチメントスタイルと EPDS の関連 (重回帰分析)

	非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	6.47	0.76		8.58	0.00
安定型	-3.66	0.95	-0.49	-3.84	0.00
拒絶型	-1.97	1.81	-0.11	-1.09	0.28
とらわれ型	-1.87	1.05	-0.22	-1.78	0.08
恐れ型	-0.12	1.05	-0.01	-0.12	0.91

4) EPDS得点の9点以上の被験者と8点以下の被験者の2区分とアタッチメントスタイルの関連性(表5)

日本人のカットオフ値とされている9点以上と8点以下に区分して、アタッチメントスタイルとのクロス集計表を作成し関連性について分析を行った。

9点以上の被験者は妊娠中アタッチメントスタイルが全てとらわれ型か恐れ型を示し、特に恐れ型が62.5%を占めている。一方、8点以下は半数近く(47.8%)が安定型であるが、残りの半数強はとらわれ型か恐れ型を示している。9点以上と8点以下の2区分での検定はカイ二乗検定(表6)で有意になっており($p=0.028$)、統計的にはアタッチメントスタイルの分布に9点以上と8点以下で有意な差が認められる。

表 5: アタッチメントスタイルと 2 区分の比較

			アタッチメントスタイル				合計
			安定型	拒絶型	とらわれ型	恐れ型	
エジンバラ 区分	8点以下 (非うつ)	度数	34	5	17	15	71
		エジンバラ 区分の %	47.80%	7.00%	23.90%	21.10%	100.00%
	9点以上 (うつ)	度数	0	0	3	5	8
		エジンバラ 区分の %	0.00%	0.00%	37.50%	62.50%	100.00%
合計		度数	34	5	20	20	79
		エジンバラ 区分の %	43.00%	7.60%	25.30%	25.30%	100.00%

表 6: カイ 2 乗検定の結果

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson の カイ 2 乗	9.109 ^a	3	0.028
尤度比	11.746	3	0.008
線型と線型 による連関 有効なケー スの数	8.702	1	0.003
	76		

考察

エジンバラ得点の平均値はアタッチメントスタイルの4タイプ間で有意に異なっていた。安定型が最も平均値は低く、恐れ型が最も高い平均値を示している。先行研究に RQ を用いてアタッチメントスタイルの測定およびEPDSとの関連を明らかにした研究はない。しかし、ECR-GO との相関は明らかになっている⁽²⁴⁾。そこで、ECR-GO を用いてアタッチメントスタイルを4分類した藤崎⁽²⁵⁾らの研究と比較を行う。

藤崎らは、4カ月健診でEPDSを測定しているため、産後5日で測定を行った本研究と単純比較はできないが、安定型の得点が低く、恐れ型が高い傾向、拒絶型ととらわれ型は中間の数値を示すという点では同じ傾向を示している。アタッチメントスタイルを用いた重回帰分析の結果、エジンバラ得点にアタッチメントスタイルの安定型は、得点を引き下げる方向に有意に作用していた。安定型のアタッチメントスタイルの母親は、EPDS得点を下げる、つまり、産後の抑うつリスクが低いということが明らかとなった。これは、アタッチメントスタイルを半構造的質問紙を用いて測定した Bifulco⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾、池田⁽²⁸⁾の得た結論と同様であった。

表 7: 本研究と藤沢らの研究の結果比較

アタッチメントスタイル	本研究 (n = 80)		藤沢ら (n = 38)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
安定型	2.8	2.1	1.8	4.4
拒絶型	4.5	1.7	3.0	1.8
とらわれ型	4.5	3	3.0	2.6
恐れ型	6.4	3.7	5.3	4.4

また、EPDS得点の9点以上のうつ病の可能性が高い被験者と8点以下のうつ病の可能性が低い被験者の2区分におけるアタッチメントスタイルの分布は有意差が認められた。この結果からも、アタッチメントスタイルは、産後の抑うつリスクを予測することが明らかとなった。

アタッチメントスタイル研究の問題は、ほとんどの研究が異なるアタッチメントスタイル・分類を用いていることが挙げられる。そのため、結果を単純比較はできないが、安定型の分類は一貫性をもって測定されている⁽²⁹⁾。そのため、安定型と不安定型という点では比較可能である。久米は、3 カテゴリー分類で、産後うつ病のリスクの高いスタイルとして不安定型の下位分類であるアンビバレント型と回避型の両方を挙げている⁽³⁰⁾。つまり、安定型以外の2つのスタイルはリスクが高いと述べている。

藤崎らは、重回帰分析の結果、ECR-GO で測定される“見捨てられ不安”と EPDS 得点は正の相関があったと報告している⁽³¹⁾。“見捨てられ不安”は、RQ で測定している自己観と負の相関が明らかとなっている⁽³²⁾。すなわち、見捨てられ不安が強い人は、自己観得点が低いということである。このことより、本研究の結果も自己観得点の低い「とらわれ型」「恐れ型」は、藤崎らの示した傾向と同様、EPDS 得点が高いことが説明できる。本研究の結果では、4 カテゴリー分類では、不安定型下位分類であるとらわれ型と恐れ型と、拒絶型とは異なる傾向をもつのではないかと推測される。本研究の EPDS 得点の9点以上の被験者は、恐れ型ととらわれ型の被験者であった。

本研究では、不安定型3分類の差は、統計的には明らかにならなかった。しかし、不安定型のアタッチメントスタイル

の中で、同じ不安定型にも異なる傾向があるのではないかと推測される。不安定型の3スタイルの中でも、自己観得点の影響し、自己観得点の高い拒絶型と、他の2つのスタイルは異なる傾向を示すのではないかと考えられる。今後、不安定型の3スタイルについては更なる検証を重ねていく必要がある。

本研究では、安定型のアタッチメントスタイルである母親は、産後の抑うつリスクが低いことが予測されることが明らかとなった。

簡易的に測定が可能なRQを用いて、妊娠中の母親のアタッチメントスタイルを把握することは、産後のメンタルヘルスケアへの活用が可能であることが示唆された。母親を理解する1つの方法として、アタッチメントスタイルを取り入れることは、周産期のメンタルヘルスのハイリスクを抽出することにつながる可能性があると考えられる。

結語

1. アタッチメントスタイルが安定型の母親は、産後の抑うつリスクが低い。
2. 3つの不安定型のアタッチメントスタイルと産後の抑うつとの関連については、さらなる検証が必要である。
3. RQを用いて母親のアタッチメントスタイルを把握することは、周産期のメンタルヘルスにおけるハイリスクの抽出につながる可能性がある。

研究の限界

調査対象が1施設の受診者に限られていること、EPDSの測定が産後5日の1回のみであるため、その後の経過が明らかとなっていないことが挙げられる。今後は、より多くの対象に長期に調査を行い、更なる検証を行うことが必要である。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、快く調査にご協力いただいた皆様、クリニックのスタッフの皆様に深く感謝いたします。

本研究は、第35回 日本助産学会学術集会で発表を行った内容に修正・加筆を行った。

利益相反

本研究の利益相反はない。

文献

- (1) 森恵美、工藤美子、香取洋子他(森美恵) 2021年版「系統看護学講座」母性看護学概論 医学書院, 4, 2021.
- (2) 吉田敬子 母子と家族への援助 金剛出版, 29-53, 2000.
- (3) 岡野禎治、杉山隆、西口裕周 産期から母子へのメンタルヘルスサポート プライマケアにおける産後うつ病のスクリーニングシステムについて 母性衛生48(1), 16-20, 2007.
- (4) 厚生労働省 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課 ホームページ「すこやか親子21」最終評価報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000030389.html>(アクセス:2021年4月19日)
- (5) 吉田敬子、山下洋、岩元澄子 育児支援のチームアプローチ 周産期精神医学の理論と実践 金剛出版, 124, 2006.

- (6)三品浩基、有本晃子、谷口初美他 母親の産後うつ傾向と児童虐待との関連 地域相関研究 小児臨66(1), 97-102, 2013.
- (7)高野あづさ、田村明音、森みち子 A病院で出産した母親の産後うつ病に関する背景要因の検討～エジンバラ産後うつ病自己評価表を用いて～ 滋賀母性衛生学会誌19, 29-34, 2019.
- (8)市川ゆかり、黒田緑 産後うつ病に関連する要因の分析 母性衛生49(2), 335-346, 2008.
- (9)安藤智子、無藤隆 妊娠期から産後1か月までの抑うつとその変化 縦断的研究による関連要因の検討 発達心理学研究 19(3), 283-293, 2008.
- (10)Nonnenmacher N, Noe D, Ehrental JC, Reck C Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style *Arch Womens Ment Health* Oct;19(5), 927-35, 2016.
- (11) Sabuncuoğlu O, Berkem M. Relationship between attachment style and depressive symptoms in postpartum women: findings from Turkey *Turk Psikiyatri Derg.* Winter17(4), 252-258, 2006.
- (12)Bifulco,A.,Moran,P,M.,Ball,C.&Bernazzani,O. Adult attachment style. I :Its relationship to clinical depression *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,37,50-59, 2002.
- (13)Bifulco A., Brown GW, Moran P, Ball C, Campbell C. Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability, *Psychol Med*, 28(1),39-50, 1998.
- (14)Ikeda M, Hayashi M, Kamibeppu K The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attach Hum Dev.* 16(6):557-572, 2014.
- (15)藤崎ちえ子、藤沢直美 産後うつ病と愛着スタイルをはじめとする要因との関連について 徳島文理大学研究紀要 98, 49-61, 2019.
- (16)Bowlby, J.:黒田実郎・吉田恒子・横浜美恵子(訳) 母子関係の理論Ⅲ—喪失体験— 岩崎学術出版社, 1973.
- (17)琢磨武俊、戸田弘二 愛着理論からみた青年の対人態度—成人愛着スタイル尺度作成の試み— 東京都立大学人文学報196, 1-16, 1998.
- (18)中尾達馬、加藤和生 成人愛着スタイル尺度間にはどのような関連があるのだろうか？—4カテゴリー(強制選択式、多項目式)と3カテゴリー(多項式)との対応性— 九州大学心理学研究4, 55-65, 2003.
- (19)Bartholomew and Horwitz ,L,M Attachment styles among young adults,A test of a four-category model *Journal of Personality and SocialPsychology*61,226-244、1991.
- (20)加藤和生 Bartholomewらの4分類成人愛着尺度(RQ)の日本語版の尺度の作成 認知・体験過程研究 7, 41-50, 1999.
- (21)中尾達馬 成人のアタッチメント 愛着スタイルと行動パターン ナカニシヤ出版 31-36, 2012.
- (22)Cox JK, Holden JM&Sagovsky Detection of postnatal depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*150,782-786, 1987.
- (23)岡野禎治、村田真理子、増地聡子他 日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価表(EPDS)の信頼性と妥当性 精神科診断学7,525-533, 1996.
- (24)同掲書(20), 49-53.
- (25)同掲論文(15).

(26)同掲論文(12).

(27)同掲論文(13).

(28)同掲論文(14).

(29)アントニア・ビフィルコ, ジェラルディン・トーマス: 吉田敬子, 林もも子, 池田真理監訳(2017)アタッチメントスタイル面接の理論と実践 家族の見立て・ケア・介入, 金剛出版, 47-51, 2017.

(30)久米美代子 マタニティサイクルとメンタルヘルス 医歯薬出版株式会社 28, 2012.

(31)同掲論文(24).

(32)同掲書(20), 49-53.

一人暮らしの支援で訪問看護管理者が重要と考える視点

ー訪問看護ステーションのアンケート調査よりー

Points that visiting nursing managers regard as important in support for home alone people -From questionnaire to visiting nursing stations-

關 優美子⁽¹⁾、小山田 路子⁽²⁾

1) 神奈川歯科大学短期大学部 2) 日本医療科学大学

キーワード: 一人暮らし、在宅療養者、訪問看護、アンケート調査

英文キーワード: living alone, home care patients, visiting nursing, questionnaire

概要: 2013年6月～10月に、日本訪問看護財団に登録し、ホームページ上で公開していた訪問看護ステーション3978施設の管理者(訪問看護師)に、「訪問看護管理者が一人暮らしの支援で一番重要と考えていることは何か」の質問紙を郵送した。解答数は555施設(回収率14%)であった。その結果、訪問看護管理者が一人暮らしの支援で一番重要と考えている視点の категорияは【本人の尊厳を守り意思を尊重することで在宅生活の確立と継続】【体調管理を行い心身の安定を図る】【自律支援でQOLを保持し困難なことの相談体制を備え安心な生活】【コミュニケーションをとり傾聴し信頼関係を築く】【日常生活の管理と調整】【コスト削減】【異常や危険の予測と予防を行い緊急時に連携することで安全を確保】【フォーマル・インフォーマルサービスを活用し地域全体で支援】【一人暮らしの方に関わる時の姿勢】の9つに分類された。

Abstract: We sent questionnaire on a subject of “What is the most important thing around supports for people living alone as a manager of visiting nursing station” from June to October in 2013 to each managers (visiting nurse) of 3978 visiting nursing stations that registered Japan Visiting Nursing Foundation and published on the web. The number of the answer was 555 (the response rate: 14.0 %). As a result, there were 9 category types the managers considered the most important around supporting for home alone people: [establishment and continuation of a life at home by maintaining their dignity and respecting their intentions], [improvement of physical and mental condition through health management], [safe life with keeping their QOL by independence support and consultation system for difficult things], [communication, alternative listening and building of trustful relationship], [management and adjustment of daily life], [cost reduction], [forecasting and prevention of unusualness further danger, then secure safety by cooperation in emergency], [support throughout local region by effective using formal and informal services], [attitude when involved with living alone].

緒言

国民衛生の動向⁽¹⁾によれば、日本国内の一人暮らしの世帯は1986年には全体の18.2%を占めていたが、2020年には34.0%に増加している。国民生活基礎調査によると、2019(令和元)年6月6日現在における全国の世帯総数は5178万5千世帯となっている。世帯構造をみると、「単独世帯」が1490万7千世帯(全世帯の28.8%)で最も多く、次いで「夫婦と未婚の子のみの世帯」が1471万8千世帯(同28.4%)、「夫婦のみの世帯」が1263万9千世帯(同24.4%)となっている。世帯類型をみると、「高齢者世帯」は1487万8千世帯(全世帯の28.7%)となっている。65歳以上の者のいる世帯のうち、高齢者世帯の世帯構造をみると、「単独世帯」が736万9千世帯(高齢者世帯の49.5%)、「夫婦のみの世帯」が693万8千世帯(同46.6%)となっている。「単独世帯」をみると、男は35.0%、女は65.0%となっている。性別に年齢構成をみると、男は「65～69歳」が30.9%、女は「75～79歳」が22.2%で最も多くなっている⁽²⁾。今後も一人暮らしの高齢者は一層増加すると考えられる。

看護白書によると、地域で暮らしていくこれからの高齢者は、一人暮らしが多くなるため、家族の介護力を前提としたサービスでは立ち行かなくなるのはみえている。在宅医療の対象は、高齢者に限ったことではなく、精神疾患患者、小児等も増えており、介護保険法、自立支援法等を駆使して在宅での療養生活が快適であり、かつ長期的に継続できることを目標としている⁽³⁾。

国は在宅医療および緩和ケアを推進し、今後は家族の介護力が見込めないことから、「疾病や障害があってもできるかぎり住み慣れた家や地域において一人で暮らせる」ということを実現するためには、訪問看護師は一人暮らしの在宅療養者をどのように支援していけばいいのかを明らかにする必要があると考え本研究に取り組んだ。

そこで医学中央雑誌 Web、最新看護索引 Web により介護保険が開始された年の2000年から2020年までを検索した結果、一人暮らしの在宅療養者に対する訪問看護師の支援方法や役割などに関する研究は7編であった^{(4)～(10)}。その中で、一人暮らしの在宅ターミナル者に焦点を当て、訪問看護師の支援や役割について調査している研究は5編であった。その他の1編は一人暮らしの高齢者の支援者の中での看護師の役割とその他の支援者の役割を調査し、支援者間で効率的に支援できるように連携している研究であった。また、他の1編は脊髄梗塞患者のセルフケア要件について調査された研究であった。しかし、訪問看護管理者が一人暮らしの支援で一番重要と考える視点は何かを明らかにした研究は見当たらなかった。

目的

訪問看護管理者が一人暮らしの支援で一番重要と考える視点は何かを明らかにする。

方法

- 1.対象者:2013年の日本訪問看護財団に登録し、ホームページ上で公開していた訪問看護ステーション3978施設の管理者(訪問看護師)。
- 2.研究期間:2013年6月～10月。
- 3.データ収集方法:訪問看護ステーションの管理者に無記名自記式質問紙を郵送した。
- 4.調査内容:訪問看護管理者が一人暮らしの支援で一番重要と考えていることは何かを自由記述で質問した。(質問項目は33あり、この質問はアンケート調査の1項目である)

5. データ分析方法; KJ 法により以下の方法で質的分析を実施した⁽¹¹⁾。

- 1) アンケート結果を通読する。
- 2) アンケート結果は KJ 法を参考に記述単位に分類しラベルを作成する。
- 3) 作成したラベルを内容の類似ごとに分類し意味を表す内容のサブカテゴリーをつけた。
- 4) さらに内容の類似ごとに分類しカテゴリーをつけた。
- 5) ラベルは[], サブカテゴリーは〈 〉、カテゴリーは【 】で表示した。

また、信頼性・妥当性については、研究者間で意見が一致するまで検討を行い確保した。

用語の定義

1. 一人暮らし: 家族が近くに居住していても同居しておらず、一世帯に一人で暮らしている人のこと。独居と同義語だが、欧米では独居という用語は、犯罪者の暮らす独居房で使用され、マイナスのイメージで用いられるため、本研究では一人暮らしに統一する。
2. 在宅療養者: ここでいう在宅療養者とは、何らかの疾患や障害をもちながら訪問看護ステーションを利用し、地域で生活をしている人のことを指す。

倫理的配慮

研究者の所属する倫理審査委員会の承諾を得て調査を実施した(承認番号 H25-1)。調査協力を依頼した訪問看護管理者には、質問紙は無記名とし、研究の主旨、目的、方法を記入し、学会や学術雑誌等で公表することを記入した同意文を添付し、郵送での回収をもって同意と判断した。調査票の回収後は、個人が特定できないように配慮した。個人情報情報を厳重に管理した上で保護し、研究終了後、データが流出しないように破砕したうえで破棄した。

結果

訪問看護ステーション管理者の背景としては、質問紙の回答数 555 施設(回収率 14%)であった。訪問看護ステーションの管理者の性別は、男性 12 名(2.2%)、女性 543 名(97.8%)であった。(図 1)

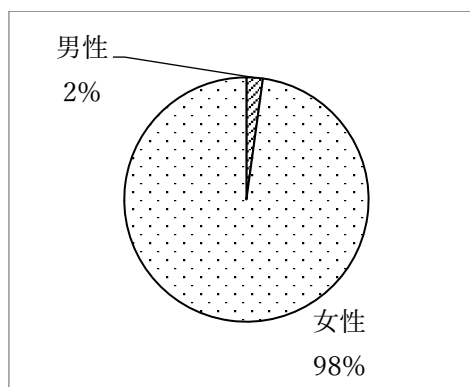


図 1 訪問看護管理者の性別

看護師経験年数の標準偏差は 24.3 ± 7.76 年で、最高経験年数は 52.3 年、最低経験年数は 2.2 年であった。(図 2)

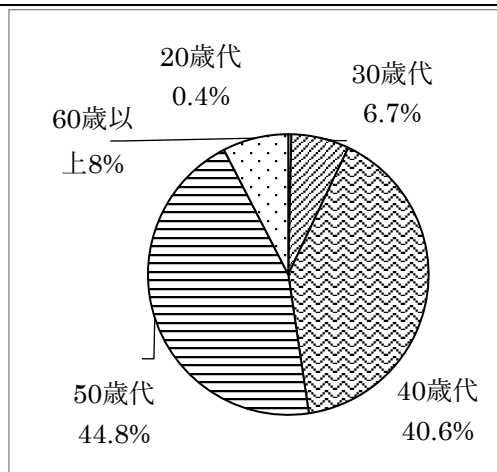


図2 訪問看護管理者の年齢

訪問看護師として働いた経験年数の標準偏差は 10.5 ± 6.21 年で、最高経験年数は 50.3 年、最低経験年数は 0.2 年であった。(図3)

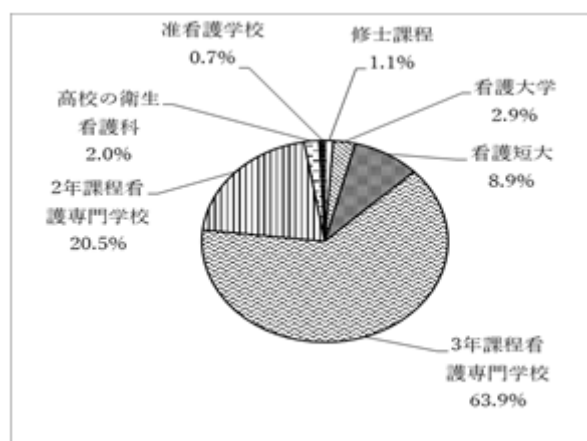


図3 訪問看護管理者の最終学歴

訪問看護管理者が一人暮らしの支援で一番重要と考えている視点の総ラベル数は、865 枚であった。(表1)この最多ラベル数は 222 枚であった。カテゴリーは【本人の尊厳を守り意思を尊重することで在宅生活の確立と継続】であった。これは【尊厳を守ること】、【人間としての尊厳】などから、〈尊厳〉とした。【死生観を大切にしている】、【その人の人生観・死生観に添って支援している】から、〈死生観の尊重〉とした。【本人の意志を尊重する】、【本人と家族の思い】などから、〈本人と家族の希望や思いの尊重〉とした。【その人の生活をできるだけそのまま支えていく】、【その人らしい生活をどれだけ維持できるか】などから、〈その人らしい生活の維持〉とした。【今までの生活を継続できるようその方を尊重する】、【できるだけ本人が在宅にいられる】などから、〈在宅生活の継続〉とした。【一人暮らしをそれまでやってきた生活スタイルを安易に変えない】、【本人の意向と生活習慣の尊重】などから、〈ライフスタイルの尊重〉とした。【安全に自分のリズムで生活できる】、【生活リズムの確立・維持】などから、〈生活リズムの確立維持〉とした。【不安なく住み慣れた所で生活できるよう支援】、【本人が住み慣れた家であるべく快適に過ごせるようにしてあげたい】などから、〈住み慣れた場所で快適に生活できる〉とした。

ラベル数が 183 枚のカテゴリーは【フォーマル・インフォーマルサービスを活用し地域全体で支援】であった。【サービ

ス機関との連携]、[サービスや多職種との連携を図る]などから、〈多(他)職種連携〉とした。[色々なサービスを利用]、[サービスの導入]などから、〈サービスの導入と調整〉とした。[サービスプランの見直し]、[状況変化時のサービスの見直し]などから、〈サービスの見直し〉とした。[社会資源の活用]、[社会資源]などから、〈社会資源の活用〉とした。[親族との連携]、[介護者への連絡]などから、〈家族(親族)との連絡と連携〉とした。[地域の見守り支援を得るように勧めている]、[地域住民への声かけ・依頼]などから、〈地域で交流し見守り支える〉とした。[支援・協力のアドバイス]、[多職種による見守り]などから、〈チームで協力し見守り支える〉とした。

ラベル数が 173 枚のカテゴリーは【異常や危険の予測と予防を行い緊急時に連携することで安全を確保】であった。[異常の早期発見]、[異常の早期発見・早期治療]などから、〈異常の早期発見治療〉とした。[誰かしらの目が入る様工夫することで安否確認できるようにしている]、[安否確認を兼ねた朝夕のヘルパー導入]などから、〈安否確認〉とした。[危険の察知・回避]、[危険回避の為に環境面への配慮]などから、〈危険の回避〉とした。[予測]、[次回訪問看護のサービスが入るまでの状態の予測をしてケア]などから、〈予測〉とした。[安心して一人暮らしができるようにいつでも連絡 OK にしている]、[連絡体制の確保]などから、〈連絡方法や体制の確保〉とした。[緊急時対応利用のアドバイス]、[緊急時の支援体制作り]などから、〈急変緊急時の対応や連携〉とした。[転倒予防]、[利用者の意志を尊重しつつもリスクは回避できるように働きかける]などから、〈リスク予防と管理〉とした。[安全に生活できること]、[火の始末]などから、〈安全の確保〉とした。

ラベル数が 84 枚のカテゴリーは【自律支援で QOL を保持し困難なことの相談体制を備え安心な生活】であった。[本人の力を生かし必要なところだけ支援する]、[自立心はそのまま生かす]などから、〈セルフケア能力を生かし必要なことを支援〉とした。[本人が行っている処置や日常生活上で本人なりに行っている行為においてよく頑張っていると認めること・褒めること]から、〈本人の行為を認めてほめる〉とした。[孤独にさせない]、[ひとりではなく見守り支える姿勢を常に提示する]などから、〈孤独にさせない〉とした。[リハビリテーションの関わりで QOL が低下しないように支援する]、[本人の QOL を重視]などから、〈QOL を保つ〉とした。[本人や家族がどんな事に困っているか相談にのる]、[一番困っている事への援助]などから、〈困ったことの解決〉とした。[何かあったらすぐ相談できる体制]、[相談窓口を増やし当事者がいつもヘルプサインを出せるようにする]などから、〈相談体制の確保〉とした。[安心して過ごしていただきたい]、[安心させる言葉かけ]などから、〈安心な暮らし〉とした。

ラベル数が 68 枚のカテゴリーは【体調管理を行い心身の安定を図る】であった。[一人でいる間の不安の解消]、[不安・寂しさの除去]などから、〈不安や寂しさの軽減や除去〉とした。[体調管理]、[体調が安定して過ごせるよう支援する]などから、〈体調(健康)管理〉とした。[精神的支援]、[精神面での安定]などから、〈精神的安定〉とした。[心身ともに安定できるように支援することを大切にしている]、[その人の健康状態だけでなく生活全般を見るようにし心と身体の変化に注意するようにしている]などから、〈心身の安定〉とした。

ラベル数が 62 枚のカテゴリーは【コミュニケーションを取り傾聴し信頼関係を築く】であった。[医療的なケアとともに世間話など話し相手となりコミュニケーションをとる]、[笑えることができる会話をして訪問を楽しみに待ってもらえる様努力している]などから、〈コミュニケーションを心がける〉とした。[訪問時間にたっぷり話を聞く]、[コミュニケーションを取りよく話を聞く]などから、〈話しの傾聴〉とした。[信頼関係]、[いつでも相談できる信頼関係を築く]などから、〈信頼関係を築く〉とした。

ラベル数が 53 枚のカテゴリーは【日常生活の管理と調整】であった。[環境整備]、[整理整頓の方法を一緒に考える]

などから、〈環境の調整〉とした。[環境・食事・保清など生活を整える]、[医療処置のみに限定せず生活全体として見る]などから、〈生活の調整〉とした。[食事・栄養のバランス]、[必要な水分栄養の摂取ができること]などから、〈栄養バランスと飲水摂取〉とした。[内服薬の管理・服薬カレンダー使用]、[内服は重要であるが忘れることの原因をさぐる]などから、〈内服管理〉とした。[快食・快便・快眠ができているかどうか]、[食事摂取と排泄のコントロール]などから、〈快眠・快食・快便の調整〉とした。

ラベル数が 17 枚のカテゴリーは【一人暮らしの方に関わる時の姿勢】で、[自分の価値観で判断しない]、[訪問時間を守る]などから、〈一人暮らしの方に関わる時の姿勢〉とした。

一番少なかったラベル数は 3 枚で、カテゴリーは【コスト削減】で、[コスト削減]、[お金をかけずに自宅にあるもので工夫して支援]などから、〈コスト削減〉とした。

考察

【本人の尊厳を守り意思を尊重することで在宅生活の確立と継続】に関しては、一人暮らしの在宅療養者の人生観・生死観を尊重しながら尊厳を守り、本人が在宅療養をしたいという意思を尊重することで、在宅生活が確立し継続できるように支援することが重要と考えていた。仁科ら⁽¹²⁾は、一人暮らしの高齢者が在宅で最期を迎えることを可能にする訪問看護師の援助で、高齢者の意思を尊重して関わることを基盤にしていた。さらに、井上ら⁽¹³⁾は要介護高齢者が一人暮らしの生活を継続できる要因として、本人の強い意志を挙げていた。これらと同様に本研究も本人の意思を尊重することが基盤となり支援を行っていた。

【フォーマル・インフォーマルサービスを活用し地域全体で支援】することに関しては、鈴木ら⁽¹⁴⁾は、要支援・要介護独居高齢者を支える看護として、周囲の人々の存在を視野に入れたサポートの重要性を述べていた。また、福島ら⁽¹⁵⁾も一人暮らし高齢者が自立できる要素として社会サービスの有効利用を挙げていた。本研究でもこれらと同様に、フォーマルサービスである医師、訪問看護師、訪問介護士、ケアマネジャーなどの提供しているサービスだけではなく、インフォーマルサービスである、家族や親戚、近隣住民、民生委員、ボランティアなどの地域全体での支援が重要であることが挙がっていた。

【異常や危険の予測と予防を行い緊急時に連携することで安全を確保】に関しては、岩田ら⁽¹⁶⁾は、一人暮らしの高齢者は入院時から退院しても変わらず持ち続ける心配としては、自宅にて一人で医療処置の失敗がなく管理することや、部屋の中で急変して孤独に具合が悪くなることを挙げていた。本研究でもこれと同様に訪問看護管理者は、医療処置だけでなく日常生活も自律支援をすることで QOL を保持できることや、困難なことの相談体制を備えることで安心な生活が送れるようにし体調管理を行い、心身の安定を図ることが重要と考えていた。さらに、一人暮らしの在宅療養者が部屋の中で急変して孤独に具合が悪くなると心配していることを理解しており、異常や危険の予測と予防を行い緊急時に連携することで安全を確保することが重要であり、一人暮らしの在宅療養者の心配事に配慮して支援していることが考えられた。

【自律支援で QOL を保持し困難なことの相談体制を備え安心な生活】に関しては、一人暮らしの在宅療養者が一人暮らしを継続するためには、できることは何とか自分で実施するという自律の気持ちを持つことが報告されている⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾。また、藤澤ら⁽¹⁹⁾は患者・家族は退院後に相談できる体制を求めていると、相談体制の整備の重要性を挙げていた。本研究でもこれと同様に訪問看護管理者は、困ったことの相談体制を備えることで安心な生活が送れると考えていた。

表1 訪問看護管理者が一人暮らしの支援で一番重要と考える視点 (総ラベル数865枚)

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル	枚数	合計
本人の尊厳を守り意思を尊重することで在宅生活の確立と継続	尊厳	尊厳を守ること、利用者の尊厳、人間としての尊厳など	4	222
	生死観の尊重	生死観を大切にしている、その人の人生観・死生観に添って支援	2	
	住み慣れた場所で快適に生活できる	不安なく住み慣れた所で生活できるよう支援、本人が住み慣れた家であるべく快適に過ごせるようにしてあげたい	2	
	本人と家族の希望や思いの尊重	本人の意志を尊重する、その人の思いをよく聞くようにしている、本人の気持ち、本人と家族の思い、本人の希望を優先している	94	
	その人らしい生活の維持	安全に配慮しつつその人らしい生活が送れる、その人の生活をできるだけそのまま支えていくこと、その人らしい生活をどれだけ維持できるか	92	
	ライフスタイルの尊重	一人暮らしをそれまでやってきた生活スタイルを安易に変えない、本人の意向と生活習慣の尊重	11	
	生活リズムの確立維持	安全に自分のリズムで生活できる、生活リズムの確立・維持など	5	
	在宅生活の継続	今の生活を維持すること、今までの生活を継続できるようその方を尊重すること、できるだけ本人が在宅にいられることなど	12	
体調管理を行い心身の安定を図る	体調(健康)管理	体調管理、体調が安定して過ごせるよう支援する、健康状態、一人で管理していくので確実に管理できる方法にすることなど	17	68
	精神的安定	精神的サポート、精神的支援、精神面での安定、メンタル面の支援など	15	
	心身の安定	心身ともに安定できるように支援することを大切にしている、その人の健康状態だけでなく生活全般を見るようにし心と身体の変化に注意する	2	
	不安や寂しさの軽減や除去	不安感の除去と今を大切に生きるよう援助、一人でいる間の不安の解消、不安・寂しさの除去など	34	
自立支援でQOLを保持し困難なことの相談体制を備え安心な生活	本人の行為を認めてほめる	本人が行っている処置や日常生活上で本人なりに行っている行為においてよく頑張っていることと認めること・ほめること	1	84
	QOLの保つ	リハビリテーションの関わりでQOLが低下しないように支援する、本人のQOLを重視、QOLの向上・維持など	6	
	困ったことの解決	本人や家族がどんな事に困っているかの相談にのる、一番困っている事への援助、困ったことは解決することなど	21	
	孤独にさせない	孤独にさせない、一人ではないこと、見守り支える姿勢を常に提示すること	5	
	安心な暮らし	安心して過ごしていただきたい、安心させる言葉かけ、24時間対応で安心した生活が維持できるように支援する	17	
	セルフケア能力を生かし必要などことを支援	本人の力を生かし必要などところだけ支援する、自立心はそのまま生かす、セルフケア能力に応じてサポート体制を整えること	23	
	相談体制の確保	何かあったらすぐ相談できる体制、相談窓口を増やし当事者がいつもヘルプサインを出せるようにする	11	
コミュニケーションをとり傾聴し信頼関係を築く	信頼関係を築く	信頼関係、信頼されると安心して対話・相談を含め心の中を見せてくれる、いつでも相談できる信頼関係を築くこと	12	62
	コミュニケーションを心がける	コミュニケーション、医療的なケアとともに世間話など話し相手となりコミュニケーションをとる、笑えることができる会話をして訪問を楽しみに待ってもらえる様努力している	20	
	話しの傾聴	傾聴、訪問時間になつぱり話を聞く、コミュニケーションを取りよく話を聞く、傾聴し細やかな対応をすること	30	
日常生活の管理と調整	生活の調整	生活方法(時間の使い方、入浴回数、娯楽、食事の時間等)、環境・食事・保清など生活を整える、医療処置のみに限定せず生活全体として看る	14	53
	環境の調整	環境整備、整理整頓の方法を一緒に考える、生活環境の保持	17	
	快眠・快食・快便の調整	快食・快便・快眠ができていかどうか、食事摂取と排泄のコントロール	4	
	栄養バランスと飲水摂取	食事・栄養のバランス、必要な水分栄養の摂取ができること、食事が確保され栄養状態が保たれている	12	
	内服管理	内服薬の管理(服薬カレンダー使用)、内服は重要であるが忘れることの原因をさぐる	6	
コスト削減	コスト削減	コスト削減、金銭面(減菌ガーゼ購入するのは高いので安いガーゼを購入して減菌ガーゼを作っている。綿棒も)	3	3
異常や危険の予測予防を行い緊急時に連携することで安全を確保	予測	予測、次回訪問看護のサービスが入るまでの状態の予測をしてケアをしています	2	173
	リスク予防と管理	転倒予防、利用者の意志を尊重しつつリスクは回避できるように働きかける、安心を与えながらリスクの管理、リスク予防	14	
	危険の回避	危険の察知・回避、危険回避(転倒予防)の為に環境面への配慮	4	
	異常の早期発見治療	異常の早期発見、異常の訴え(サイン)を見逃さない、異常の早期発見・早期治療	10	
	安否確認	誰かしらの目が入る様工夫することで安否確認できるようにしている、安否確認を兼ねた朝夕のヘルパー導入	8	
	安全の確保	安全の確保、火の始末、次にいくまで安全に生活できるよう関わっている	49	
	緊急時(急変時)の対応や連携	急変時の対応、緊急時の対応により不安の軽減に努める、緊急時対応利用のアドバイス、緊急時の支援体制作り	35	
	連絡方法や体制の確保	安心して一人暮らしができるようにいつでも連絡OKにしている、ご本人には電話することをすすめて電話で相談に応じたり訪問したりしている、連絡体制の確保、	51	
フォーマル・インフォーマルサービスを活用し地域全体で支援	多(他)職種連携	サービス機関との連携、他職種との連携、関係機関との連携、サービスや多職種との連携を図ること、多関係機関連絡調整	106	183
	サービスの導入と調整	色々なサービスを利用、能力の見極めでサービスを入れること、サービスの導入、訪問間隔の調整	27	
	サービスの見直し	サービスプランの見直し、状況変化時のサービスの見直し	3	
	チームで協力し見守り支える	支援・協力のアドバイス、チームで支える事、多職種による見守り	8	
	地域で交流し見守り支える	地域の見守り支援を得るように勧めている、地域住民への声かけ・依頼など、地域の資源でネットワークのアドバイス	10	
	社会資源の活用	社会資源の活用をする、社会資源、生活周辺の情報収集	3	
	家族(親族)との連絡と連携	親族との連携、家族との連携、家人が(身内が)県外にいる場合連絡をしよう心がけている、介護者への連絡	26	
一人暮らしの方に関わる時の姿勢	一人暮らしの方に関わる時の姿勢	自分の価値観で判断しない、訪問時間を守る、時間の合う時に訪問時に顔を見に行く、訪問している間は家族の一員楽しく	17	17

【体調管理を行い心身の安定を図る】に関しては、訪問看護管理者は一人暮らしの在宅療養者の体調が安定して過ごせるよう支援し、一人暮らしの寂しさや精神的な不安の軽減に努め、心身の安定を図ることが重要と考えていた。松下⁽²⁰⁾は、訪問看護師は一人暮らし認知症高齢者への身体的、精神的症状の安定化を図るため、一人でも自宅で落ち着いて過ごせるように整える働きかけを行っていた、と述べている。本研究でもこれと同様の結果であった。

【コミュニケーションを取り傾聴し信頼関係を築く】に関しては、訪問看護管理者は看護学生の基礎教育で教わる患者とのコミュニケーションを取ることと傾聴することを大切にしていた。長尾⁽²¹⁾は傾聴の概念分析で、傾聴の先行要件には、患者がストレスを抱えていること、看護師が傾聴の必要性を判断し環境を整えることが挙げられた。属性は、看護師が患者に共感し受容することであり、コミュニケーションの構成要素、ケアの基本として位置付けられていた。傾聴の帰結として、患者－看護師間の信頼関係構築により、患者の問題解決に向けた行動へと至ること、看護師は患者への理解が深まることで必要なケアの提供が可能となることが示されたことを報告していた。本研究もこれと同様に訪問看護管理者は傾聴をすることで信頼関係が築けることを熟知しており、傾聴のケアを実施していたと考える。

【日常生活の管理と調整】に関しては、一人暮らしの生活の継続や自立の要素として、健康意識に伴う日常生活行動を挙げており、健康管理の大切さを報告していた^{(22)～(24)}。本研究でも訪問看護管理者は日常生活の管理と調整を重要視していた。また、柄澤ら⁽²⁵⁾は、一人暮らしの高齢者が生活を継続できなくなった要因として、疾病の悪化、転倒などによるけが、認知症による生活機能の低下が引き金となり、その後、生活の場所を入院、子どもとの同居、施設入所に替えていたことを報告していた。一人暮らしの在宅療養者の希望により自立し普段の変わりのない生活を続けていくためには、訪問看護管理者はこの報告のような生活が継続できなくなる要因を予防し、日常生活の管理と調整をしていたことが考えられた。

【コスト削減】に関しては、一人暮らしの世帯は生活保護の人も少なからず存在し、働けず年金のみで生活している在宅療養者もいることから、訪問看護管理者はコスト削減を重要視していたと考える。平成 26 年度の国民生活基礎調査⁽²⁶⁾によると、一人暮らしの世帯の一人当たりの平均所得の金額は 191,000 円であるのに対し、夫婦のみの世帯は 415,900 円、三世帯世帯は 866,700 円、その他の世帯は 620,700 円であった。他の世帯と比較すると一人暮らしの世帯の一人当たりの平均所得が圧倒的に低い金額であった。また、福島ら⁽²⁷⁾も一人暮らし高齢者が自立できる要素として経済の安定を挙げている。経済の安定のためには、コストを削減し財産を減らさないことが大切である。本研究では、訪問看護管理者はコスト削減を挙げており、ケアで使用する物品は家にあるものを工夫して、財政負担にならないようにコスト削減をする大切さを重要視していたと考える。

【一人暮らしの方に関わる時の姿勢】に関しては、一人暮らしの在宅療養者に関わる時の訪問看護管理者の姿勢としては、自分の価値観で判断しないこと、訪問時間を守ることなどの人としての関わる姿勢などが大切であり、訪問看護管理者の一人ひとりの考えが反映された姿勢であることがわかった。

結論

1. 訪問看護管理者は一人暮らしの支援でも重要と考えている視点は、【本人の尊厳を守り意思を尊重することで在宅生活の確立と継続】、【コミュニケーションを取り傾聴し信頼関係を築く】、【体調管理を行い心身の安定を図る】、【異常や危険の予測と予防を行い緊急時に連携することで安全を確保】、【フォーマル・インフォーマルサービスを活用し地域全体で支援】、【日常生活の管理と調整】、【自律支援で QOL を保持し困難なことの相談体制を備え安心な生活】、【コスト削

減】、【一人暮らしの方に関わる時の姿勢】の9項目が明らかとなった。

本研究の限界と今後の課題

本研究は、全国規模の調査であり 555 施設からの回答を得たことから、質的研究の飽和状態には至っていると考えられる。しかし、一時期に調査したことから、一人暮らしの在宅療養者が在籍していない訪問看護ステーションも存在した。これが、回答者の減少に繋がり、全体の 14.0%と低かったことが考えられた。

今後の課題は、一人暮らしの高齢者が増加傾向にあることから、一人暮らしの在宅療養継続と看取りのための連携モデルの構築をしていきたいと考える。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力いただきました訪問看護ステーションの皆様、心よりお礼を申し上げます。

尚、本研究は博士論文の一部で平成 25 年度に実施した調査を使用し、平成 29 年度文部科学省科学研究・基盤研究 C(課題番号:17K12483)の助成を受けてまとめた研究の成果である。

また、この研究は関連する企業や営利目的とした組織、または、団体との経済的な関係はなく、利益相反はない。

引用文献

- 1)厚生労働省,国民衛生の動向 2020/2021,厚生労働統計協会編, p.49-50,2020.
- 2)厚生労働省,国民生活基礎調査,厚生労働統計協会編, p.3 -5,2019.
- 3)看護白書,看護がつなぐ・ささえる在宅療養,日本看護協会編,p.23, 2011.
- 4)仁科聖子,湯浅美千代,小川妙子,独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助,医療看護研究,4(1),p.50-56, 2008.
- 5)仁科聖子,湯浅美千代,工藤綾子,独居高齢者が在宅で最後を迎えるための訪問看護師の支援 がん高齢者と非がん高齢者の共通点および相違点, 医療看護研究, 11(1), p.45-58,2014
- 6)米澤純子,杉本正子,新井優紀他,独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携,日本保健科学学会誌,17(2),p.67-75, 2014
- 7)小野原智香子,前田静子,石橋一代他,独居の末期がん患者への在宅支援事例を通して学んだこと,福岡赤十字看護研究会集録,28,p.56-59, 2014.
- 8)伊藤美緒子,小林友美,大金ひろみ,自宅で最期を迎えたい 在宅ホスピス緩和ケアでひとり暮らしの 18 名のがん患者を看取って,訪問看護と介護,12(8),p.660-672, 2007.
- 9)蒔田寛子, 独居高齢者の療養生活継続支援における支援者連携 訪問看護師の役割に焦点をあてて, 豊橋創造大学紀要, 17, p.9-22, 2013.
- 10)瀬戸哲也, 相川しのぶ, 藤本美智代, 脊髄梗塞患者の独居生活継続に向けた看護 オレムのセルフケア理論を用いた実践, 共済医報, 62(4), p.355-358, 2013.
- 11)川喜多次, 続・発想法, 中公新書, 1999

12)前掲書 5)

13)井上順子,井出環,奥山真由美ほか,要介護高齢者が独居生活を継続できる要因,日本看護学会論文集(地域看護),37,p.246-248,2006.

14)鈴木絵里,亀山直子,要支援・要介護独居高齢者が生活の中で抱える思い,要支援・要介護独居高齢者を支える看護,日本看護学会論文集(老年看護),38,p.190-192,2008.

15)福島昌子,清水千代子,一人暮らし高齢者が自立できる要素,群馬県立医療短期大学紀要,11,p.47-55,2004.

16)岩田尚子,岩垣和子,伊藤隆子,在宅療養移行期に在宅療養生活に対して独居高齢者が抱く心配とその変化,千葉看会誌,20(2),p.21-29,2015

17)本田亜起子,斉藤恵美子,金川克子,村嶋幸代,一人暮らし高齢者の自立度とそれに関連する要因の検討,日本公衆衛生雑誌,49(8),p.795-801,2002.

18)前掲書 16)

19)藤澤まこと,黒江ゆり子,退院後の療養生活の充実に向けた支援方法の開発ーその1,岐阜県立看護大学紀要,10(1),p.23-32,2009.

20)松下由美子,一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ,大阪府立大学看護学雑誌,22(1),p.35-44,2016.

21)長尾雄太,看護における「傾聴」の概念分析,日本ヒューマンケア科学会誌,6(1),p.1-10,2013

22)前掲書 16)

23)田中昭子,小西美智子,一人暮らし虚弱高齢者の在宅生活継続の対処方法,老年看護学,8(2),p.63-72,2004.

24)前掲書 13)

25)柄澤邦江,稲吉久美子,独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究,飯田女子短期大学紀要,25,p.21-33,2008.

26)厚生労働省,平成 26 年度国民生活基礎調査(平成 25 年)の結果から,グラフで見る世帯の状況,厚生労働大臣官房統計情報部,p.21,2013.

27)前掲書 15)

複数種鉱石粉砕物”PROUSION(プラウシオン)®”含有マスクの 末梢血液循環 及び ストレスに対する効果についての検討

橋本 政和⁽¹⁾、村田 幸治⁽²⁾

1) NPO 法人日本健康事業促進協会 2) 山陽学園大学 大学院

目的

現代社会には、様々なストレスが存在している。

感染症の蔓延も、感染に対する恐怖だけでなく、経済的損失、生活習慣の変化、社会構造の変革等が複雑に交差し、大いなるストレス負荷になっている。

感染症に対するマスク使用が推奨され、確かに口蓋を覆うフェイスマスクをつけた群は、飛沫とエアロゾル中のコロナウイルスを減少させ、飛沫中のインフルエンザウイルスを減少させたと言う¹⁾。また、マスクをして自身の表情を人の目に触らさずにリラックスすれば、ストレスを幾分低減すると思われる。

然して、生体は、内的、外的を問わず常にストレスを受けている。

個々のストレス耐性を超えた過剰なストレスの蓄積、慢性化は、慢性疲労症候群、繊維筋痛症、過敏性腸症候群、心的外傷後ストレス障害などの機能性身体症候群のみならず、脳卒中、高血圧、心臓病などの生活習慣病とされる多くの病気を引き起こすトリガーになっている^{2)~4)}。

現代のストレス社会において、如何にストレスをコントロールするかは、社会生活を全うする為の必須要件になっている。

PROUSION®は、ストレスによって大量に発生する活性酸素を除去する事^{5)~7)}、含浸した繊維で末梢血流が改善する事^{8)~11)}、含有したクリームを使った非常にソフトなフェイシャルマッサージでsAMY(唾液 α -amylase 活性 / salivary α -amylase activity = sAMY)に変化が生じる事¹²⁾、含浸させたアイマスクを使用する事で α 波が増幅する事¹³⁾等が確認されている。

そこでマスクを開発するにあたり、PROUSION®含浸の口蓋を覆うマスクが、これまでの報告と同様にストレス軽減効果があるかを検討する為に、末梢血流の変化を測定する事としたが、特に末梢血流についての検討の担保として、生体に対するPROUSION®の影響の整合性が有り得るのかを確認するために、sAMYも同時に測定する事とした。

1. 唾液 α -amylase テスト

ストレスによって、個々がどのような状態にあるかを客観的に知る方法として、血中や唾液中のコルチゾール濃度やアミラーゼ活性が、ストレス・マーカーとして測定されている¹³⁾。

ストレス・マーカーの一種であるsAMYは交感神経系の作用の結果として増大し¹⁴⁾、増加に伴って血漿ノルアドレナリン濃度も上昇する¹⁵⁾。交感神経 β 遮断薬もしくはプラセボを投与された実験協力者を対象にした視覚刺激提示によるsAMYの変化については、「 β 遮断薬の投与によってsAMYの変化が妨げられた」と報告されている¹⁶⁾。このことから、アドレナリン作用がsAMY分泌の直接的な機序であることが示唆された。

さらに唾液コルチゾールの場合はストレッサーに対する応答潜時が20～30分と比較的長いのに対し、sAMYでは数分で反応する為、交感神経の活動の変化を捉える急性ストレス・マーカーとして有効であると考えられる¹⁷⁾。

またその物質測定は唾液中にあるので、その採取には身体的・心理的な苦痛を伴うことが無いことからストレスが無く、また試料としても、医師の資格が無い者や対象者自身でも非侵襲的に採取できることから、血液よりも適確、且つ比較的簡単に、人間のストレス評価ができるとされる。

2. 末梢血液循環テスト

末梢血液循環の観察は、眼底や眼球結膜、また爪根部で行われる。これはこれらの部位の血管は直接的な観察が可能であって、全身血管系のサンプルとして利用し得るからである。特に爪根部では毛細血管蹄係が比較的単一の形態を示しており、その分布もほぼ均等であって、毛細血管蹄係が爪根部表面に平行に走るの、ほぼ全部分の観察が可能である。また爪根部の観察は非侵襲であって、被検者に与える身体的、心理的負担が極めて少ない故に、血管生態の検討方法として古くから広く利用されて来ている。

ストレス下における典型的な反応として、交感神経の亢進によるアドレナリン、ノルアドレナリン、コルチゾール等の分泌による末梢血流の阻害がある。よって、末梢血流が改善される事は、交感神経の亢進抑制からなる緊張の緩和を示す。

末梢血流の状態を確認する為に、一秒間あたりの平均流速を指標とする事とした($\mu\text{m/s}$)。

血流速度については、平均的な流速は500～1,000 $\mu\text{m/s}$ ¹⁸⁾とされるが、実際は実に千差万別であって、また時間的、場所的に不均一なものもしばしば確認されるので、極端な場合を除いて病的とは見做し得ない¹⁹⁾とされる。

方法

被 験 者：年齢、性別を問わず、研究参加に同意の得られた者20名。

慢性疾患に罹患していない者で、また、測定日において、急性感染症への罹患などがなく健康状態が良好な者とした。

しかし測定時に再確認し、高血圧で服薬中の者1名と、何回採取を行っても唾液摂取量が不足して測定器にエラー表示が出た者2名を除外し、解析は17名で行った。

測定方法：

● 自律神経機能の指標としてsAMYを用いる事とし、その測定には唾液アミラーゼモニター(株式会社NIPRO製)を使用した。この唾液アミラーゼモニターは、研究報告^{20), 21)}を確認し、選定した。

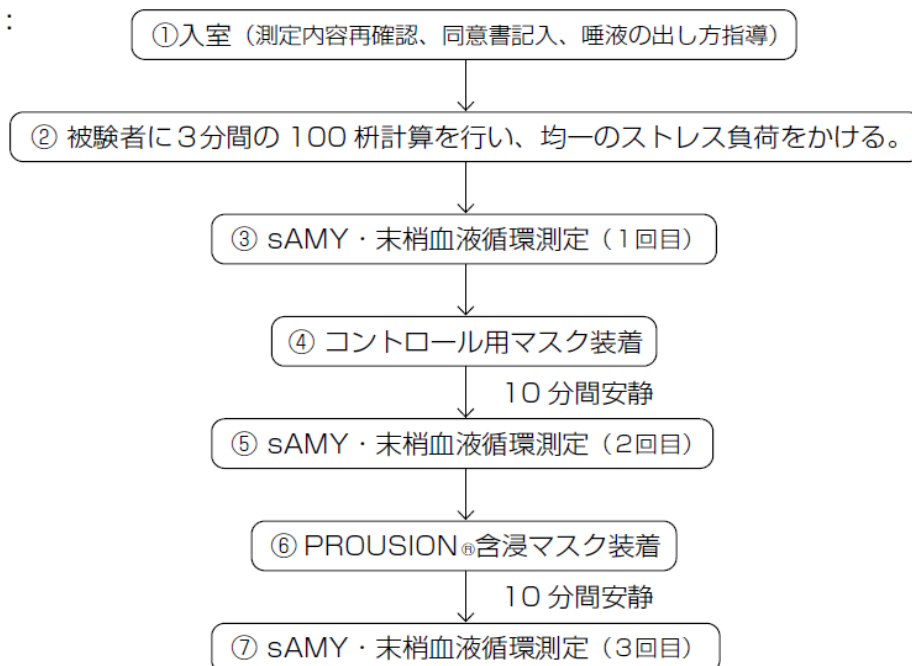
これは、唾液採取チップの先端部を舌下に入れ、30秒後に口腔粘膜に触れないように口から取り出し、モニターに差し込んでsAMYを計測するものである。

尚、耳下腺からの分泌唾液は消化酵素を多く含んでいる為、混ざると数値が高く出る。採取の際に混ざらないように注意しつつ、舌下腺からの分泌唾液を採取した。

● 末梢血流を監視、記録する為にTOKU_Capillaro(株式会社 徳 製)を使用した。この顕微鏡は、研究報告²²⁾等を確認し、選定した。

これは、爪根部に透過用のオイルを塗り、顕微鏡で510倍に拡大し、非侵襲で直接、末梢血管・末梢血流の状態を視認するものである。画像は録画し、専用ソフト“Capimetrics”によって流速等を解析する。

測定行程：



統計解析：

- 統計学的検討では、対応のあるt検定を行った。
- 唾液バイオマーカーのp値については、発表されている各種論文²³⁾等を参考にし、 $p < 0.05$ を有意水準とした。
- 末梢血流のp値については、発表されている各種論文²⁴⁾等を参考にし、 $p < 0.05$ を有意水準とした。

尚、本検討の実施においては、NPO法人 日本健康事業促進協会 倫理審査委員会による承認を得た後に実験を行った。

結果

[sAMY]

マスク装着前 とPROUSION® 非含浸マスク装着10分後におけるsAMYの差は $-5.3/p = 0.41$ で有意差は示されず、sAMYの抑制は確認されなかった。

PROUSION® 非含浸マスクとPROUSION® 含浸マスク装着10分後におけるsAMYの差は $-15.7/p = 0.025$ の有意差を示し、PROUSION® 含浸マスクは有意にsAMYを抑制した。

[末梢血液循環]

マスク装着前とPROUSION® 非含浸マスク装着10分後における平均流速の差は、 $-80.10/p = 0.327$ で有意差は示されず、末梢血流の促進は確認されなかった。

PROUSION® 非含浸マスクとPROUSION® 含浸マスク装着10分後における平均流速の差は、 $-145.23/p = 0.042$ の

有意差を示し、PROUSION®含浸マスクは有意に末梢血流を促進した。

考察

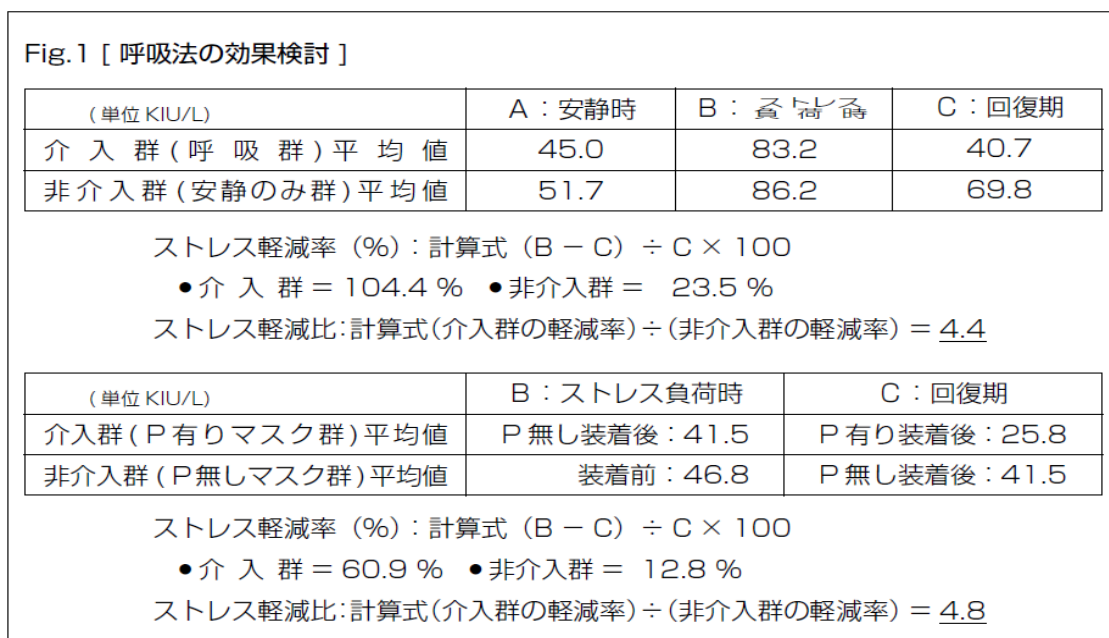
昨今の社会環境下における過剰なストレス暴露は、心身疲労、脳疲労、メンタル・ダウンを誘引する大きな要因として問題になっている。それを回避するためには、職場でのメンタル・ヘルス対策のみならず、通勤の過程、また休日に如何にストレス・オフするかは、非常に重要な課題である。

sAMYの測定について、呼吸によるストレス緩和効果の研究²⁵⁾を参考にし、以下のようにストレスの軽減効果を確認してみた。

上記の検討は、sAMY値について年齢・性別での差がある事が指摘されているため²⁶⁾、年齢や性別の構成が異なる被験者間での相対比較をするためにストレス軽減比を定義する事とし、平均値によってコントロールとの比率を考えた。

その結果、深呼吸による回復期のストレス軽減比は [4.4] であったのに対し、PROUSION®含浸マスクは [4.8] であった。この事から、非介入群をコントロール群とした場合に、PROUSION®含浸マスクの回復期にも、5分間の深呼吸によるストレス緩和効果とほぼ同等の効果ある事が推察された (Fig.1)。

今回の検討の結果から、PROUSION®含浸マスクは、緊張の緩和、ストレス軽減に、十分な効果が期待できるものと考えられる。



マスクという手軽に普段使いできるアイテムで、生活に負荷をかける事なく直接的にストレス軽減やリラクセーション効果があることは、現在社会において、ストレス解消や疲労回復の簡易な実践法則になり得る。

また前述のように、PROUSION®含浸アイマスクでは、α波の増幅が確認されている。α波の増幅、優性発生は副交感神経亢進、つまりリラクスの指標である。

アイマスクと口蓋マスクの併用が、ストレス・オフのゴールデン・ルールとなることを期待する。

文献

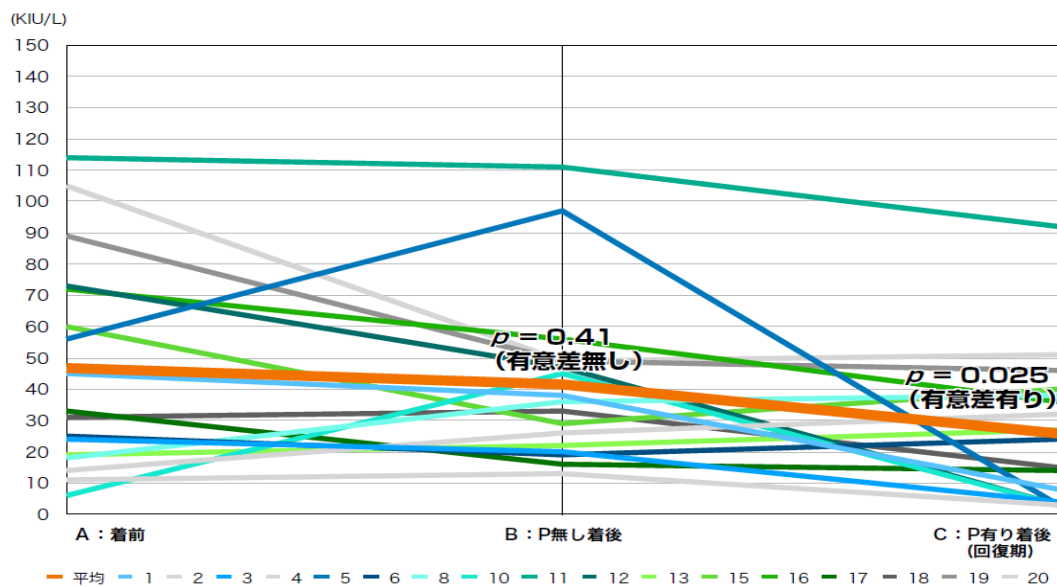
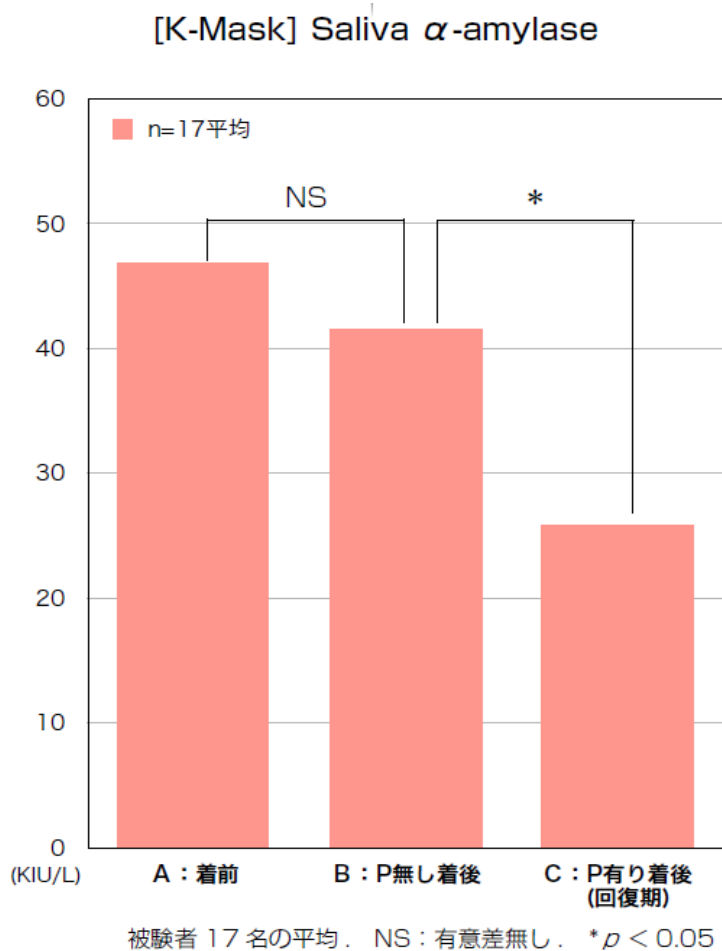
- 1) Nancy H. Leung, et al., "Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks." *nature medicine*, doi.org/10.1038/s41591-020-0843-2, April, 4, 2020.
- 2) 山口昌樹: 唾液マーカーでストレスを測る. *日薬理誌*, 129: 80-84, 2007.
- 3) 桜井志保美、河野由美子、平井真理: 要介護高齢者の家族介護者における慢性ストレスと睡眠の実態. *日在宅ケア会誌*, 17: 53-59, 2014.
- 4) Yamaguchi M, Kanemori T, Kanemaru M, Takai N, Mizuno Y and Yoshida H: Performance evaluation of salivary amylase activity monitor. *Biosensors and Bioelectronics*, 20: 491-497, 2004.
- 5) PAN Jia-Hu et.al.: *Acta pharmacol sin* 23 : 347-348, 2003.
- 6) PAN Jia-Hu et.al.: *Acta pharmacol sin* 23 : 356-357, 2003.
- 7) 安納弘道他: 第21回日本トレーニング科学会大会、2008年.
- 8) 橋本政和: 第2回日本健康促進医学会学術総会、2015年.
- 9) 橋本政和: 第3回日本健康促進医学会学術総会、2016年.
- 10) 橋本政和他: 第4回日本健康促進医学会学術総会、2017年.
- 11) 橋本政和他: 第21回日本補完代替医療学会学術集会、2018年.
- 12) 橋本政和他: PROUSION® 配合クリームによるストレス軽減作用の検討. 第4回 日本健康促進医学会 共同国際会議, 2017.
- 13) 橋本政和、亀井 勉: 複数種混合ミネラルPROUSION®による α 波増幅効果. 第21回 日本補完代替医療学会 学術集会, 2018.
- 14) Groza, P., Zamfir, V. and Lungu, D. Postoperative salivary amylase changes in children, *Revue Roumaine de Physiologie*, 8(4), 307-312, 1971.
- 15) Chatterton, R.T. Jr., Vogelsong, K.M., Lu, Y.-C., Ellman, A.B. and Hudgens, G.A. Salivary α -amylase as a measure of endogenous adrenergic activity, *Clinical Physiology (Oxford, England)*, 16(4), 433-448, 1996.
- 16) Van Stegeren, A., Rohleder, N., Everaerd, W. and Wolf, O.T. Salivary alpha amylase as marker for adrenergic activity during stress: Effect of betablockade, *Psychoneuroendocrinology*, 31(1), 137-141, 2006.
- 17) Kudielka, B.M., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D.H. and Kirschbaum, C. HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: Impact of age and gender, *Psychoneuroendocrinology*, 29(1), 83-98, 2004.
- 18) 「標準生理学 第9版」本間 研一 監修, 医学書院, 2019
- 19) 野溝孝平: 生体検鏡法による爪根部毛細血管の研究. *信州医誌* Vol.14, No.3:45-55, 1965.
- 20) 山口昌樹、花輪尚子、吉田 博: 唾液アミラーゼ式交感神経モニタの基礎的性能. *生体医工学*45(2):161-168, 2007.
- 21) 山口昌樹、吉田 博、岡部則夫: 唾液アミラーゼモニターの検査成績. *ライフサポート* Vol.21 No.3:29-33, 2009.
- 22) Nagayama, K., Miura, I. Quantication Method of Vascular Conditions by Capillaroscopy, *Advanced Biomedical Engineering*, 4: 55-59, 2015.

23) 萩野谷浩美、佐伯由香: ストレス評価における唾液 α アミラーゼ活性の有用性. 日本看護技術学会誌 Vol.10, No.3:19-28, 2012.

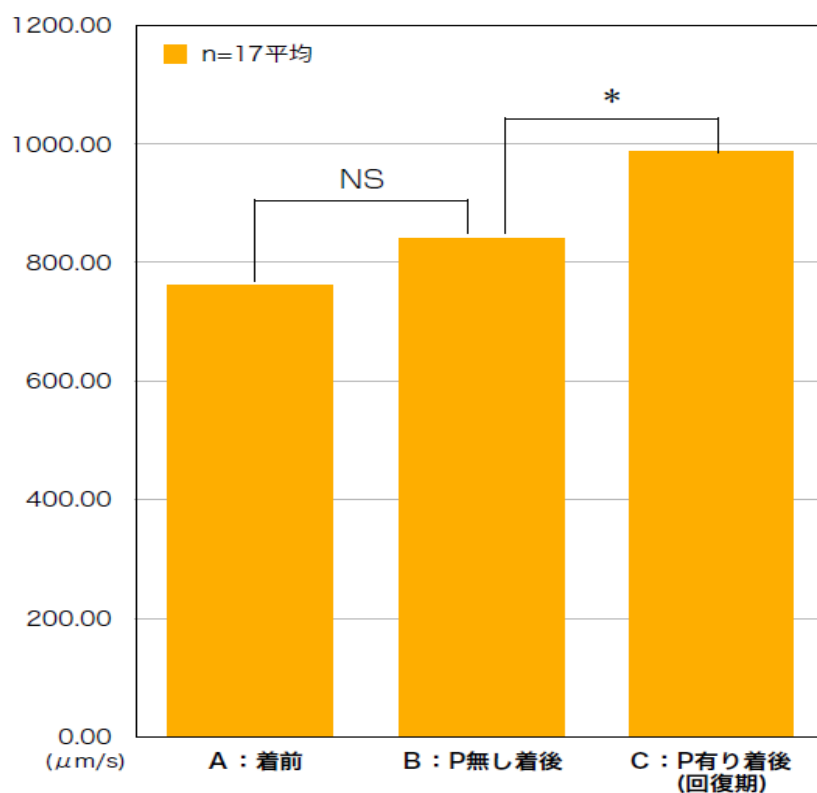
24) 福島泰資: 毛細血管顕微鏡による微小循環の臨床的研究. 岡山医学会雑誌 Vol.88, No.5-6:331-344, 1976.

25) 古賀麻奈美 他: 深呼吸によるストレス緩和効果. 日本理学療法誌 Vol.37 Suppl., No.2, 2016.

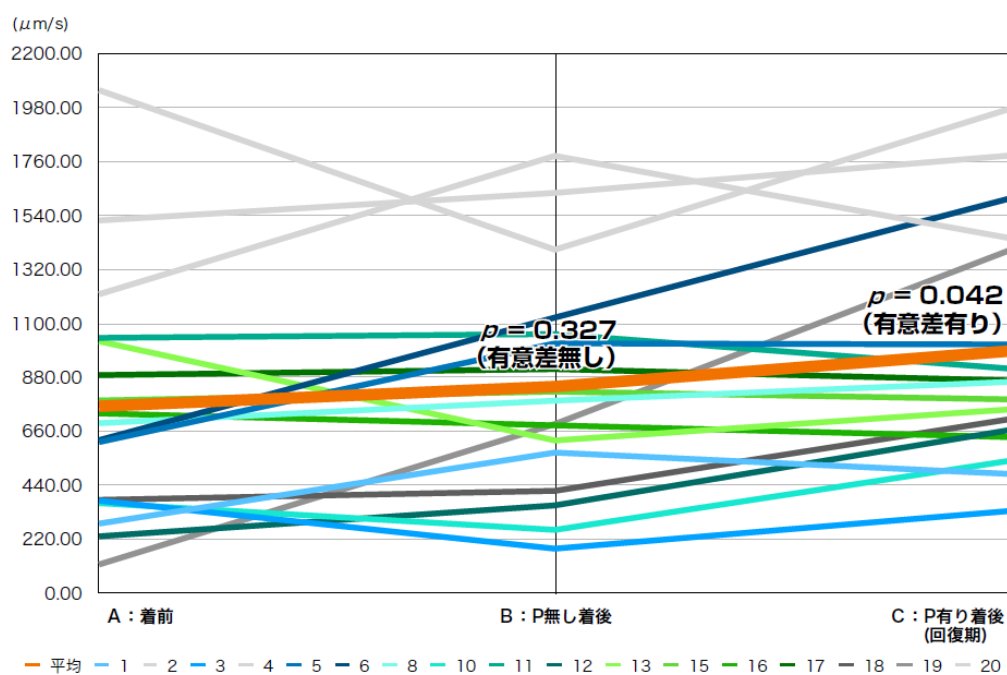
26) Obayashi K. Salivary mental stress proteins. Clin Chimica Acta 425: 196-201, 2013.



[K-Mask] Capillaro data [末梢血液循環平均流速]



被験者 17 名の平均。NS: 有意差無し。* $p < 0.05$



訪問看護ステーションの規模と提供しているケアの差の検討

一人暮らしの在宅療養者への訪問看護実践データから

Investigation for difference of size of visiting nursing stations and provided cares by them
From the viewpoint of actual visiting nursing for home care patients living alone

関 優美子⁽¹⁾、佐藤 光栄⁽²⁾、小山田 路子⁽³⁾

1)神奈川歯科大学短期大学部 2)東都医療大学ヒューマンケア学部 3)日本医療科学大学

キーワード: 一人暮らし、在宅療養者、訪問看護ステーション、ケアの差

英文キーワード: living alone, home care patients, home-visit nursing station, The difference in the care

概要: 【研究目的】訪問看護ステーション(以下、訪看 ST)の規模を、零細型・小規模型・中規模型・大規模型の 4 つに分類し、提供しているケアの差を 33 項目のケアの実施状況で検討した。

【研究方法】対象者: 訪看 ST 3978 施設の管理者(訪問看護師)。研究期間: 2013 年 6 月～10 月。データ収集方法: 無記名自記式質問紙を郵送した。調査内容: 訪問看護で提供しているケア内容を 33 項目に設定して、一人暮らしの在宅療養者を対象として、その訪看 ST がその人にケアを提供すれば 1 とカウントした。データ分析方法: SPSS を使用し、訪看 ST の規模別と提供しているケア 33 項目で、クロス集計し χ^2 検定を行なった。有意差があるケアは残差分析を行った。

【結果】アンケートの回収率は 14%であった。訪看 ST の規模別と訪問看護師の提供しているケアで有意差がみられたのは、19 項目であった。標準化残差の結果、訪看 ST の零細型と小規模型で有意に少なく、中規模型と大規模型で有意に多い傾向であった。スタッフ数の多い中規模型や大規模型の訪看 ST が、訪問看護師の提供しているケアが有意に多いことが明らかになった。

Abstract: [Purpose of the study] We classified the size of visiting nursing stations (hereinafter referred to as VNS) into following 4 types: artisanal, small-, middle- and large-sized, moreover investigated difference of provided cares by comparing their status of implementation.

[Method of the study] Subjects: Each administrators of 3978 VNS. Residence: June to October, 2013. Data acquisition: Mailed anonymous self-recording questionnaire.

Survey content: Classified cares provided in visiting nursing into 33 items furthermore counted as plus 1 if a VNS provided a particular care for the home care patients living alone. Analysis: Performed cross-tabulation thereafter chi-square test by SPSS towards size of VNS and 33 items: provided cares. Moreover, performed residual analysis if a care indicates significant difference.

[Result] Response rate of the questionnaire was 14.0%. 19 items indicated significant difference in size of VNS and provided cares. The result of standardized residuals were following; there was significantly less numeric value around artisanal and small-sized VNS, on the other hand, significantly more numeric value around middle- and large-sized VNS. It is clarified that middle- and large-sized VNS engaging many staffs provide significantly many cares.

緒言

国民衛生の動向によれば、日本国内の一人暮らしの世帯は 1986 年には全体の 18.2%を占めていたが、2010 年には 25.5%に増加している。65 歳以上の高齢者の一人暮らしの世帯は 5,018,000 世帯となり、年々増加している。一人暮らしの高齢者の高齢者人口に占める割合を男女別でみると、1980 年に男性 4.3%、女性 11.2%であった。2005 年には男性 9.7%、女性 19.0%。男性高齢者の 10 人に 1 人、女性高齢者はさらに多く 5 人に 1 人が一人暮らしであり、今後も一人暮らしの高齢者は一層増加すると考えられる。わが国の世帯は、三世帯同居世帯が減り、一人暮らしの世帯や夫婦のみの世帯が急増すると見込まれている¹⁾。夫婦のみの世帯の増加は老々介護となり、最終的には夫婦のどちらかが死亡するため、一人暮らしの世帯へと繋がり、一人暮らしの増加がさらに加速すると推察される。

2011 年版の看護白書によると、地域で暮らしていくこれからの高齢者は、一人暮らしが多くなるため、家族の介護力を前提としたサービスでは立ち行かなくなるのはみえている。在宅医療の対象は、高齢者に限ったことではなく、精神疾患患者、小児等も増えており、介護保険法、自立支援法等を駆使して在宅での療養生活が快適であり、かつ長期的に継続できることを目標としている²⁾。

国は在宅医療および緩和ケアを推進し、今後は家族の介護力が見込めないことから、「疾病や障害があってもできるかぎり住み慣れた家や地域において一人で暮らせる」ということを実現するためには、訪問看護師はどのように支援していけばいいのかを明らかにする必要がある。また、一人暮らしの在宅療養者を継続して訪問看護が他職種と連携し支えていければ、介護できる家族がいない場合でも十分に在宅療養の継続が可能であると考えられる。

医療白書によると、都市再生機構が運営する賃貸住宅内で一人暮らしの居住者が誰にも看取られることなく、死亡した件数は、1999 年には 207 人であったものが、2003 年には 318 人、2008 年には 613 人と急増している。こうした現実が現代日本を「無縁社会」と呼ばせているのである³⁾。このような無縁社会で、一人暮らしで誰にも看取られずに死亡した者が急増したことが問題である。一人暮らしで誰にも看取られずに死亡することを防ぐためにも、一人暮らしの人々の最後の看取りを支えるのは、訪問看護師の仕事であるといえよう。そこで、訪問看護ステーションを利用している一人暮らしの在宅療養者について、全国的に調査している過去の文献を検索した結果、文献は見当たらなかった。そのため、全国的に訪問看護ステーションとその提供しているケアについて調査を行なったので、ここに報告する。

研究目的

訪問看護ステーションの 4 つの規模と提供しているケア 33 項目で有意差の有無を検討する。

用語の定義

1. 訪問看護ステーションの規模

訪問看護ステーションの規模には、「2.5～3 人未満の零細型の施設」、「3～5 人未満の小規模型の施設」、「5～10 人未満の中規模型の施設」、「10 人以上の大規模型の施設」の 4 つの規模がある。

2. 訪問看護ステーションの提供しているケア 33 項目

訪問看護ステーションの提供しているケア 33 項目とは、「バイタルサイン測定」、「住環境整備」、「体位変換」、「車椅子・ベッド間移動」、「車椅子移動」、「歩行介助」、「食事介助」、「おむつ交換」、「便・尿器介助」、「ポータブルトイレ介助」、「全身清拭」、「足浴」、「手浴」、「陰部洗浄」、「口腔ケア」、「洗髪」、「マッサージ」、「浣腸」、「排便」、「座薬挿入」、「服薬管理」、「褥瘡処置」、「吸入」、「喀痰吸引」、「人工呼吸器」、「経管栄養」、「中心静脈栄養」、「輸液」、「ストーマケア」、

「膀胱留置カテーテル」、「在宅酸素療法」、「創傷処置」、「膀胱洗浄」である。これは、訪問看護ステーションが提供しているケアで在宅療養者によく利用されているケアを抽出した。

3. 一人暮らし

家族が近くに居住していても同居しておらず、一世帯に一人で暮らしている人のこと。独居と同義語だが、欧米では独居という用語は、犯罪者の暮らす独居房で使用され、マイナスのイメージで用いられるため、本研究では一人暮らしに統一する。

4. 在宅療養者

ここでいう在宅療養者とは、何らかの疾患や障害をもちながら訪問看護ステーションを利用し、地域で生活をしている人のことを指す。

5. 地方厚生局

看護は医療であり、医療は厚生労働省の管轄であることから、訪問看護ステーションを地方厚生局ごとに分類した。地方厚生局は、「北海道東北厚生局」、「関東信越厚生局」、「東海北陸厚生局」、「近畿厚生局」、「中国四国厚生局」、「九州厚生局」の6つに分類した。

研究方法

1. 対象者

2013年の日本訪問看護財団に登録し、ホームページ上で公開していた訪問看護ステーション3978施設の管理者（訪問看護師）。

2. 研究期間

2013年6月～10月。

3. データ収集方法

本研究の趣意書と自記式質問紙を作成し、それを訪問看護ステーションに送付し、郵送にて回答を得た。質問紙の内容は以下の通りである。

1) 訪問看護ステーションと回答者の背景

訪問看護ステーションと回答者の背景については、6項目の質問で回答を求めた。

①回答者の性別

②回答者の年齢

③回答者の看護師（保健師・助産師も含む）の経験年数

④訪問看護ステーションの規模（零細型、小規模型、中規模型、大規模型）

⑤訪問看護ステーションの対応体制（24時間対応の有無）

⑥訪問看護ステーションの所在地（地方厚生局別）

2) 訪問看護ステーションを利用している一人暮らしの在宅療養者の背景と支援内容

訪問看護ステーションを利用している一人暮らしの在宅療養者の背景と訪問看護師の支援内容については、8項目

の質問で回答を求めた。①～⑦は人数での回答を求めた。さらに⑧の質問は、一人暮らしの在宅療養者の各々の支援内容について細かく把握することが難しいと考え、訪問看護ステーションの単位でその支援を実施しているかの有無のみの回答を求めた（一人暮らしの在宅療養者を対象として、その訪問看護ステーションがその人にケアを提供すれば1とカウントした）。また、質問の内容は以下の通りである。

- ①一人暮らしの在宅療養者の性別
- ②一人暮らしの在宅療養者の年齢
- ③一人暮らしの在宅療養者の主傷病名
- ④一人暮らしの在宅療養者の保険の種類
- ⑤一人暮らしの在宅療養者の要介護度
- ⑥一人暮らしの在宅療養者の日常生活自立度
- ⑦一人暮らしの在宅療養者の認知症高齢者日常生活自立度判定基準
- ⑧一人暮らしの在宅療養者に訪問看護で提供しているケアの内容 33 項目の有無。

4. 分析方法

統計解析は、IBM 社の SPSS Statistic ver.20 を使用し単純集計を行った。さらに、訪問看護ステーションの規模別と提供しているケア 33 項目は、クロス集計し χ^2 検定を行ない、有意差があるケアに関しては残差分析を行った。

V. 倫理的配慮

研究者の所属する倫理審査委員会の承諾を得て調査を実施した（承認番号 H25-1）。訪問看護ステーションの管理者への質問紙は無記名とし、研究の主旨、目的、方法、研究成果は、対象者を特定できないようにしたうえで、学会や学術雑誌等で公表することを記入した同意文を添付し、同意を得た者だけに郵送で返信してもらった。郵送で返信された質問紙は個人が特定されないようにデータ処理を行い、個人情報に厳重に管理した上で保護した。質問紙のデータは研究終了後、データが流出しないように破砕した上で破棄した。

結果

1. 訪問看護ステーションと管理者の背景

質問紙の回答数 555 施設（回収率 14.0%）であった。訪問看護ステーションの管理者は男性 12 名、女性 543 名で、女性が大勢を占めた（図 1）。年齢は、40 歳代と 50 歳代が各々約 4 割を占めた（図 2）。看護師経験年数の平均値と標準偏差は 24.3 ± 7.8 年であった。最高経験年数は 52.3 年、最低経験年数は 2.2 年であった。訪問看護師として働いた経験年数の平均値と標準偏差は 10.5 ± 6.2 年であった。最高経験年数は 50.3 年、最低経験年数 0.2 年であった。

訪問看護ステーションの規模は小規模型と中規模型が各々約 3 割を占め、零細型と大規模型が各々約 1 割を占め小規模型と中規模型が大勢を占めていた（図 3）。

全体では、24 時間の訪問看護体制をとっている施設は 84%、24 時間の訪問看護体制をとっていない施設は 16% であった。規模別にみても、どの規模でも 24 時間体制をとっていない施設があった（図 4）。訪問看護ステーションの地方厚生局別では、関東信越厚生局が特に多く全体の約 3 割を占めていたが、他の地方厚生局は施設数が約 1 割前後で

あった(図5)。

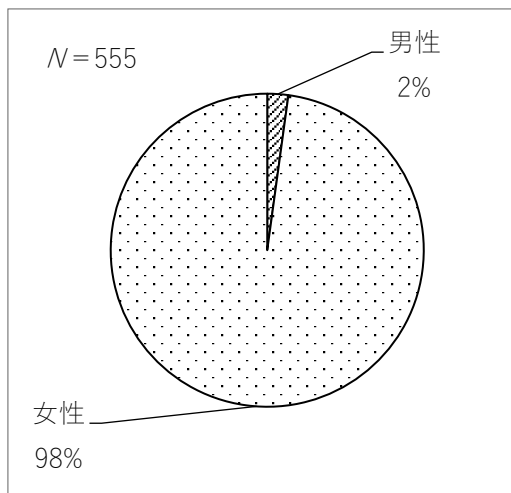


図1 管理者の性別

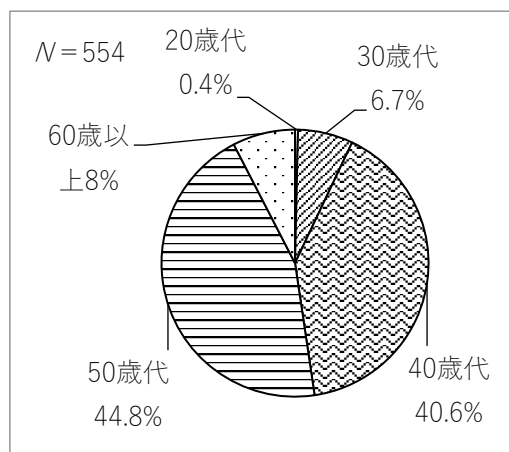


図2 管理者の年齢

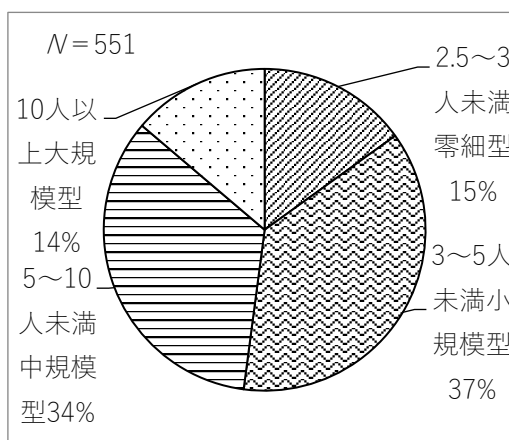


図3 訪問看護ステーションの規模

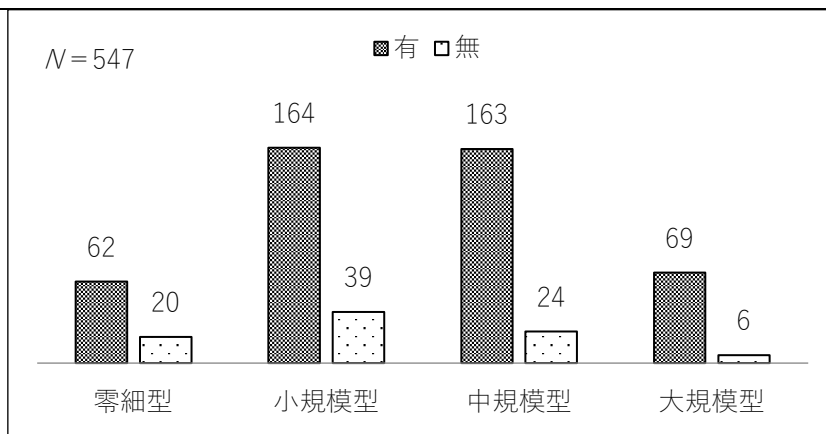


図 4 訪問看護ステーションの規模と 24 時間体制の有無

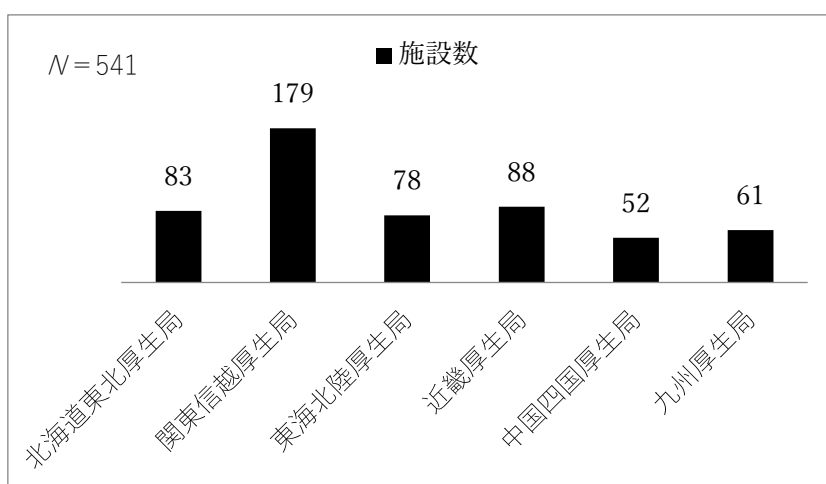


図 5 訪問看護ステーションの地方厚生局別の分類

2. 一人暮らしの在宅療養者の実態

訪問看護ステーションの管理者から、一人暮らしの在宅療養者の人数は男性 2,001 名、女性 2,984 名で総数 4,985 名との回答を得た。男女比は約 4:6 であった。年齢は 65 歳以上の高齢者が全体の 86%を占め、高齢者が中心であった(図 6)。

一人暮らしの高齢者は、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準と認知症高齢者の日常生活自立度判定基準は軽度の者が多く、重度になるほど訪問看護ステーションの利用が減少傾向であった(図 7)(図 8)。訪問回数は週 1 回が大勢を占めた(図 9)。その他の訪問回数は、1~2 回/月が 16 名、1 回/週が 3 名、1 回/4 週が 3 名、8 回/週が 1 名、9 回/週が 1 名、10 回(月~金)で 2 回/日が 1 名、15~16 回/週が 1 名、2~3 回/週が 1 名、2 回/2 週が 1 名、1 回/4 週が 1 名、2~3 回/月が 1 名、であった。

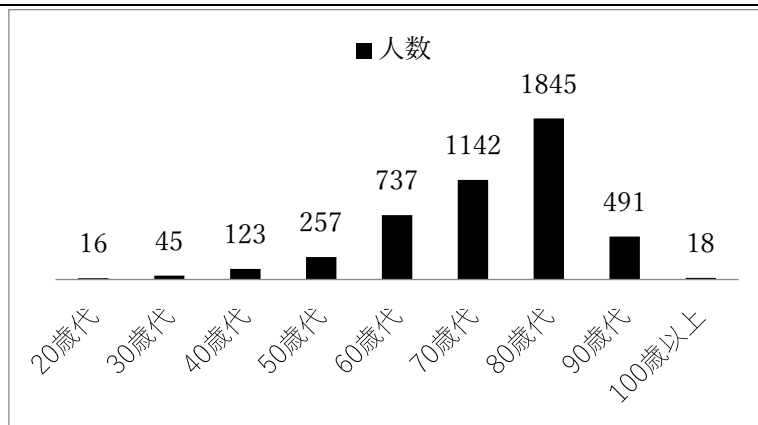


図 6 一人暮らしの在宅療養者の年齢

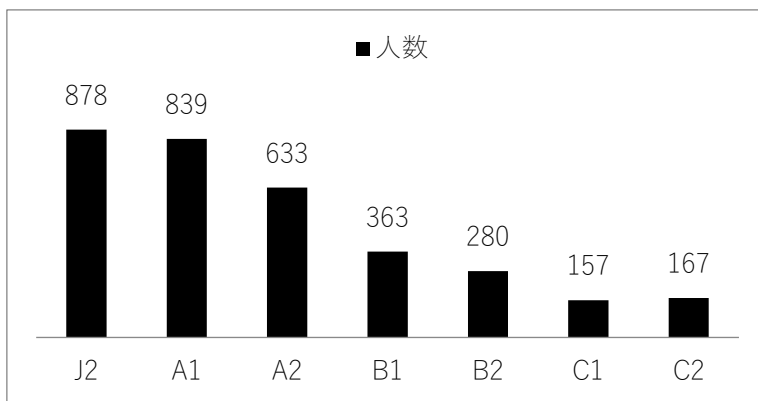


図 7 一人暮らしの在宅療養者の障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定

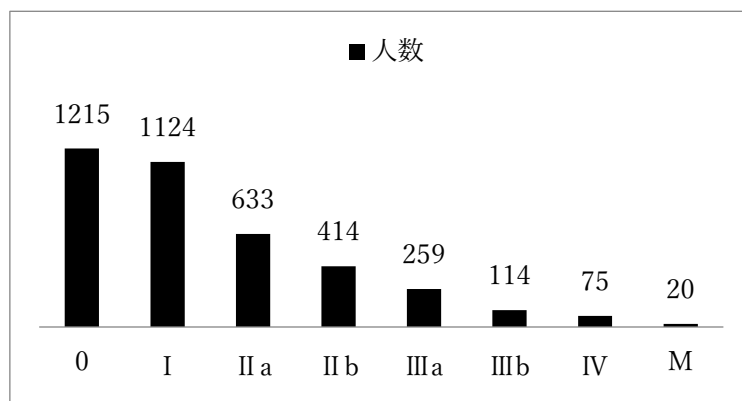


図 8 一人暮らしの在宅療養者の認知症高齢者の日常生活自立度判定

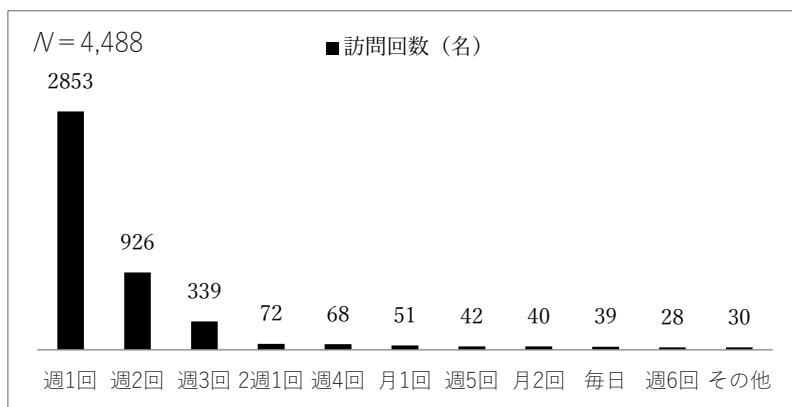


図 9 一人暮らしの在宅療養者の訪問回数

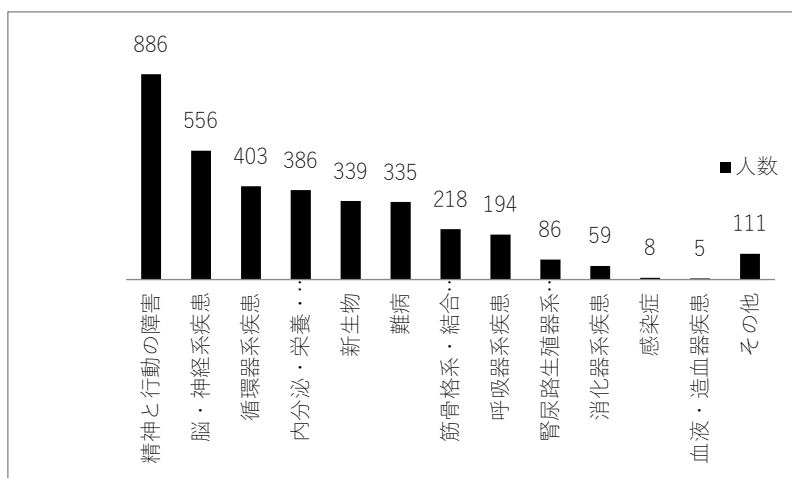


図 10 一人暮らしの在宅療養者の疾患の分類

疾患の分類は、精神と行動の障害、脳・神経系疾患、循環器系疾患の順に多かった(図 10)。精神と行動の障害は、全体の約 1/4 と一番多かった。

保険の書類は、介護保険が 3,566 名、医療保険が 1168 名、介護保険と医療保険の両方が 96 名、その他が 231 名であった(図 11)。介護保険の利用者が 7 割を占め、要介護度は要介護 1 と 2 が多かった(図 12)。医療保険と介護保険の両方の保険の利用者は医療依存度の高い療養者で、訪問看護の利用頻度も多く 2 施設の訪問看護ステーションの利用や、1 週間に 7 回以上の訪問頻度であり、1 日に複数回訪問するケースもあった。介護保険利用者の内訳では、要介護 1 と要介護 2 が各々25%弱を占め、重い介護度の一人暮らしの在宅療養者は少なく、一人暮らしの要支援者も訪問看護の利用が少なかった。介護保険利用者のその他の内訳は 17 名であり、申請中が 6 名、未申請が 6 名、区分変更中が 4 名、認定待ちが 1 名であった。

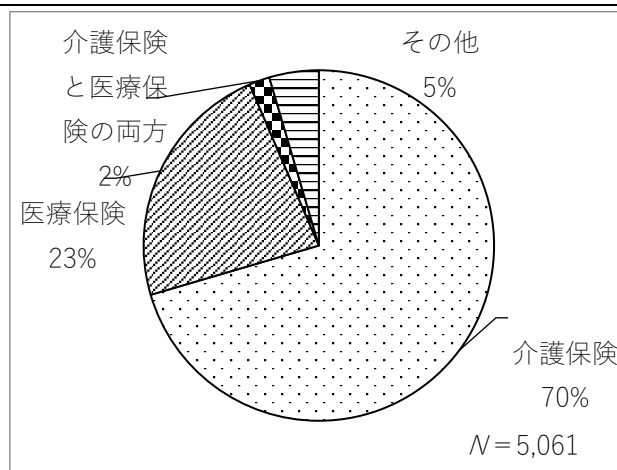


図 11 一人暮らしの在宅療養者の保険の種類

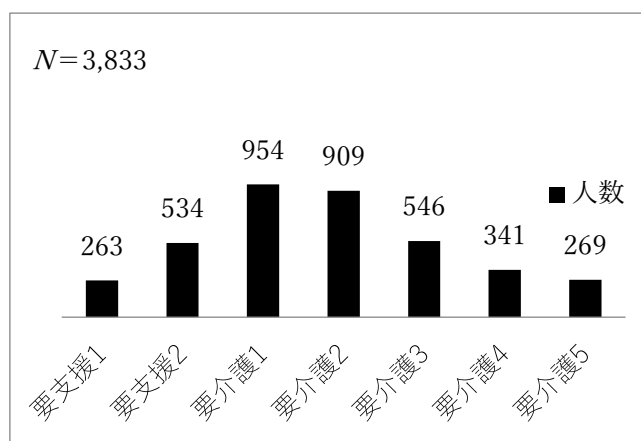


図 12 一人暮らしの在宅療養者の介護保険利用者の内訳

一人暮らしの在宅療養者に提供している日常生活のケアの中で多い順では、バイタルサイン測定 99.6%とほぼ全ての訪問看護ステーションが実施していた。次に、住環境整備 67.8%、足浴 47.7%、陰部洗浄 46.0%、おむつ交換 44.3%、マッサージ 42.5%、清拭 39.6%、歩行介助 39.6%、寝衣交換 38.7%、洗髪 33.3%、車椅子からベッド間移動 30.7%、口腔ケア 26.8%、手浴 26.0%、ポータブルトイレ介助 23.9%、車椅子移動 22.1%、尿器介助 18.1%であった(図 13)。

医療処置では、服薬管理の 88.8%が最も多く実施され、摘便 47.6%、浣腸 44.8%、ストーマケア 34.7%、創傷処置 34.4%、褥瘡処置 34.4%、在宅酸素療法 33.8%、膀胱留置カテーテル 28.8%、座薬挿入 23.0%、吸引 15.2%、輸液 13.7%、膀胱洗浄 10.1%、吸入 9.9%、経管栄養 9.2%、人工呼吸器 9.0%、中心静脈栄養 5.1%であった(図 14)。

一人暮らしの在宅療養者に提供しているその他のケアの内容は、リハビリテーション 84 施設、血糖測定・指導 28 施設、インシュリン注射・指導 24 施設、爪切り(巻入爪含む) 19 施設、気管切開孔管理 5 施設、腎臓ケア 5 施設、胃腸管理 5 施設、自己導尿介助・管理 4 施設などが主要なものであった。

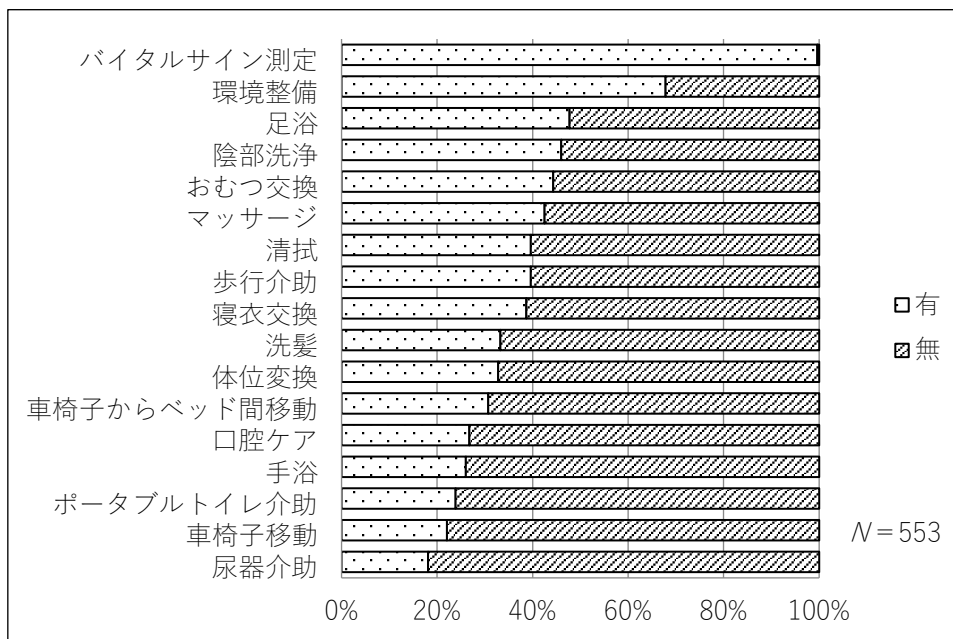


図 13 一人暮らしの在宅療養者に提供している日常生活のケア

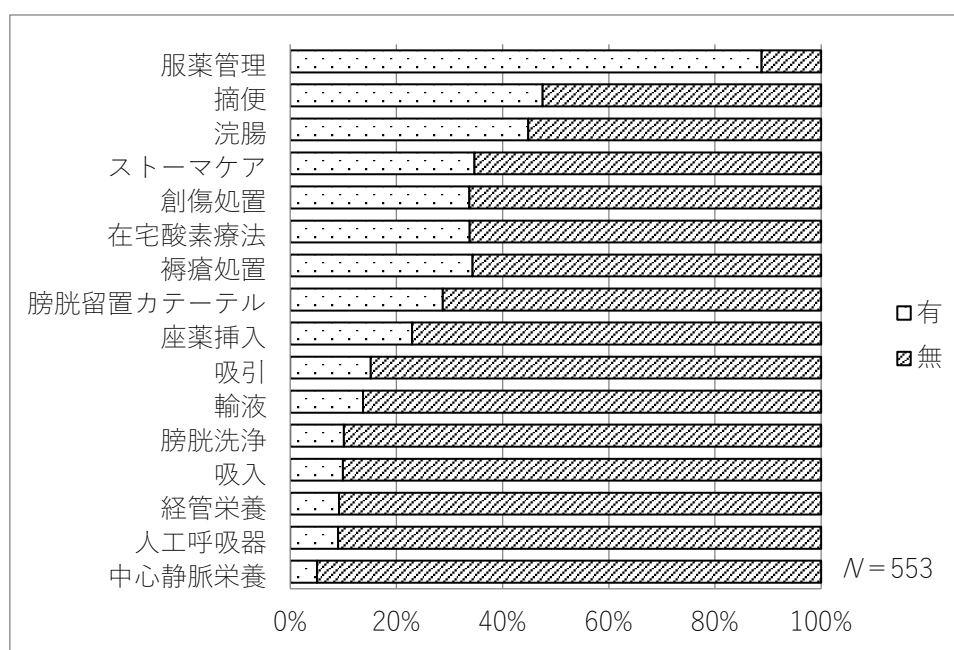


図 14 一人暮らしの在宅療養者に提供している医療処置のケア

3. 訪問看護ステーションの規模別による訪問看護師の提供しているケアの差

訪問看護ステーションの規模別と訪問看護師の提供しているケア33項目で、クロス集計し χ^2 検定を行なった。その結果、「体位変換」($\chi^2=16.664$, $df=3$, $p<.05$)、「車椅子移動」($\chi^2=9.373$, $df=3$, $p<.05$)、「車椅子とベッド間移動」($\chi^2=11.957$, $df=3$, $p<.05$)、「おむつ交換」($\chi^2=10.752$, $df=3$, $p<.05$)、「尿器介助」($\chi^2=14.381$, $df=3$, $p<.05$)、「清拭」($\chi^2=9.269$, $df=3$, $p<.05$)、「手浴」($\chi^2=9.591$, $df=3$, $p<.05$)、「陰部洗浄」($\chi^2=13.217$, $df=3$, $p<.05$)、「口腔ケア」($\chi^2=10.109$, $df=3$, $p<.05$)、「寝衣交換」($\chi^2=11.149$, $df=3$, $p<.05$)、「浣腸」($\chi^2=24.189$, $df=3$, $p<.05$)、「排便」

$(\chi^2=17.825, df=3, p<.05)$ 、「褥瘡処置」($\chi^2=8.179, df=3, p<.05$)、「吸引」($\chi^2=14.499, df=3, p<.05$)「人工呼吸器」($\chi^2=11.759, df=3, p<.05$)、「経管栄養」($\chi^2=9.227, df=3, p<.05$)、「ストーマケア」($\chi^2=19.495, df=3, p<.05$)、「バルンカテーテル」($\chi^2=9.280, df=3, p<.05$)、「膀胱洗浄」($\chi^2=10.411, df=3, p<.05$)で有意差があった。

「体位変換」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの零細型で有意に少なく、中規模型、大規模型で有意に多かった(表1)。「車椅子移動」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの零細型で有意に少なく、大規模型で有意に多かった(表2)。「車椅子とベッド間移動」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの小規模型が有意に少なく、大規模型が有意に多かった(表3)。「おむつ交換」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの零細型で有意に少なかった(表4)。「尿器介助」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの小規模型で有意に少なく、大規模型で有意に多かった(表5)。「清拭」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの大規模型で有意に多かった(表6)。「手浴」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの小規模型で有意に少なく、大規模型で有意に多かった(表7)。「陰部洗浄」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの小規模型で有意に少なく、大規模型で有意に多かった(表8)。「口腔ケア」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの小規模型で有意に少なく、大規模型で有意に多かった(表9)。「寝衣交換」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの小規模型で有意に少なく、大規模型で有意に多かった(表10)。「浣腸」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの零細型・小規模型で有意に少なく、中規模型、大規模型で有意に多かった(表11)。「排便」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの零細型・小規模型で有意に少なく、中規模型で有意に多かった(表12)。「褥瘡処置」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの零細型で有意に少なく、中規模型で有意に多かった(表13)。「吸引」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの零細型で有意に少なく、大規模型で有意に多かった(表14)。「人工呼吸器」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの大規模型で有意に多かった(表15)。「経管栄養」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの大規模型で有意に多かった(表16)。「ストーマケア」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの零細型・小規模型で有意に少なく、中規模型・大規模型で有意に多かった(表17)。「バルンカテーテル管理」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの大規模型で有意に多かった(表18)。「膀胱洗浄」は標準化残差の結果、訪問看護ステーションの小規模型で有意に少なく、中規模型で有意に多かった(表19)。

訪問看護ステーションの規模と訪問看護師の提供しているケアや処置では、「バイタルサイン測定」、「住環境整備」、「歩行介助」、「食事介助」、「ポータブル便器介助」、「足浴」、「洗髪」、「マッサージ」、「服薬管理」、「座薬挿入」、「吸入」、「中心静脈栄養」、「輸液」、「在宅酸素」、の14項目は、有意差がなかった。

表1 訪問看護ステーションの規模にみられた体位変換の有無

体位変換			無	有	合計
規模	零細型	度数	66	16	82
		期待度数	55.0	27.0	82.0
		調整済み残差	2.8 *	-2.8 *	
	小規模型	度数	144	59	203
		期待度数	136.2	66.8	203.0
		調整済み残差	1.5	-1.5	
	中規模型	度数	114	72	186
		期待度数	124.8	61.2	186.0
		調整済み残差	-2.1 *	2.1 *	

	大規模型	度数	43	33	76
		期待度数	51.0	25.0	76.0
		調整済み残差	-2.1 *	2.1 *	
合計		度数	367	180	547

* $p < .05$

表2 訪問看護ステーションの規模にみられた車椅子移動の有無

車椅子移動			無	有	合計
規 模	零細型	度数	71	11	82
		期待度数	64.0	18.0	82.0
		調整済み残差	2.0 *	-2.0 *	
	小規模型	度数	163	41	204
		期待度数	159.3	44.7	204.0
		調整済み残差	.8	- .8	
	中規模型	度数	143	43	186
		期待度数	145.3	40.7	186.0
		調整済み残差	- .5	.5	
	大規模型	度数	51	25	76
		期待度数	59.4	16.6	76.0
		調整済み残差	-2.5 *	2.5 *	
合計		度数	428	120	548

* $p < .05$

表3 訪問看護ステーションの規模にみられる車椅子とベッド間移動の有無

車椅子とベッド間移動			無	有	合計
規 模	零細型	度数	63	19	82
		期待度数	56.9	25.1	82.0
		調整済み残差	1.6	-1.6	
	小規模型	度数	153	51	204
		期待度数	141.5	62.5	204.0
		調整済み残差	2.2 *	-2.2 *	
	中規模型	度数	120	66	186
		期待度数	129.0	57.0	186.0
		調整済み残差	-1.8	1.8	
	大規模型	度数	44	32	76
		期待度数	52.7	23.3	76.0
		調整済み残差	-2.3 *	2.3 *	
合計		度数	380	168	548

* $p < .05$

表4 訪問看護ステーションの規模にみられるおむつ交換の有無

おむつ交換			無	有	合計
規 模	零細型	度数	58	24	82
		期待度数	45.8	36.2	82.0
		調整済み残差	2.9 *	-2.9 *	
	小規模型	度数	116	88	204
		期待度数	113.9	90.1	204.0
		調整済み残差	.4	-.4	
	中規模型	度数	95	91	186
		期待度数	103.9	82.1	186.0
		調整済み残差	-1.6	1.6	
	大規模型	度数	37	39	76
		期待度数	42.4	33.6	76.0
		調整済み残差	-1.4	1.4	
合計		度数	306	242	548

* $p<.05$

表5 訪問看護ステーションの規模にみられる尿器介助の有無

尿器介助			無	有	合計
規 模	零細型	度数	73	9	82
		期待度数	67.0	15.0	82.0
		調整済み残差	1.8	-1.8	
	小規模型	度数	176	28	204
		期待度数	166.8	37.2	204.0
		調整済み残差	2.1 *	-2.1 *	
	中規模型	度数	146	40	186
		期待度数	152.1	33.9	186.0
		調整済み残差	-1.4	1.4	
	大規模型	度数	53	23	76
		期待度数	62.1	13.9	76.0
		調整済み残差	-2.9 *	2.9 *	
合計		度数	448	100	548

* $p<.05$

表6 訪問看護ステーションの規模にみられる清拭の有無

清拭			無	有	合計
規 模	零細型	度数	56	26	82
		期待度数	49.4	32.6	82.0
		調整済み残差	1.6	-1.6	
	小規模型	度数	132	72	204
		期待度数	122.8	81.2	204.0
		調整済み残差	1.7	-1.7	
	中規模型	度数	105	81	186
		期待度数	112.0	74.0	186.0
		調整済み残差	-1.3	1.3	
	大規模型	度数	37	39	76
		期待度数	45.8	30.2	76.0
		調整済み残差	-2.2 *	2.2 *	
合計		度数	330	218	548

* $p < .05$

表7 訪問看護ステーションの規模にみられる手浴の有無

手浴			無	有	合計
規 模	零細型	度数	62	20	82
		期待度数	60.5	21.5	82.0
		調整済み残差	.4	-.4	
	小規模型	度数	163	41	204
		期待度数	150.4	53.6	204.0
		調整済み残差	2.5 *	-2.5 *	
	中規模型	度数	131	55	186
		期待度数	137.1	48.9	186.0
		調整済み残差	-1.3	1.3	
	大規模型	度数	48	28	76
		期待度数	56.0	20.0	76.0
		調整済み残差	-2.3 *	2.3 *	
合計		度数	404	144	548

* $p < .05$

表8 訪問看護ステーションの規模にみられる陰部洗浄の有無

陰部洗浄			無	有	合計
規 模	零細型	度数	56	26	82
		期待度数	44.2	37.8	82.0
		調整済み残差	2.8 *	-2.8 *	
	小規模型	度数	117	87	204
		期待度数	110.0	94.0	204.0
		調整済み残差	1.2	-1.2	
	中規模型	度数	87	98	185
		期待度数	99.8	85.2	185.0
		調整済み残差	-2.3 *	2.3 *	
	大規模型	度数	35	41	76
		期待度数	41.0	35.0	76.0
		調整済み残差	-1.5	1.5	
合計		度数	295	252	547

* $p < .05$

表9 訪問看護ステーションの規模にみられる口腔ケアの有無

口腔ケア			無	有	合計
規模	零細型	度数	64	18	82
		期待度数	60.0	22.0	82.0
		調整済み残差	1.1	-1.1	
	小規模型	度数	161	43	204
		期待度数	149.3	54.7	204.0
		調整済み残差	2.3 *	-2.3 *	
	中規模型	度数	128	58	186
		期待度数	136.1	49.9	186.0
		調整済み残差	-1.7	1.7	
	大規模型	度数	48	28	76
		期待度数	55.6	20.4	76.0
		調整済み残差	-2.1 *	2.1 *	
合計		度数	401	147	548

* $p < .05$

表10 訪問看護ステーションの規模にみられる寝衣交換の有無

寝衣交換			無	有	合計
規 模	零細型	度数	57	25	82
		期待度数	50.1	31.9	82.0
		調整済み残差	1.7	-1.7	
	小規模型	度数	136	68	204
		期待度数	124.7	79.3	204.0
		調整済み残差	2.0 *	-2.0 *	
	中規模型	度数	104	82	186
		期待度数	113.7	72.3	186.0
		調整済み残差	-1.8	1.8	
	大規模型	度数	38	38	76
		期待度数	46.5	29.5	76.0
		調整済み残差	-2.1 *	2.1 *	
合計		度数	335	213	548

* $p<.05$

表11 訪問看護ステーションの規模にみられる浣腸の有無

浣腸			無	有	合計
規 模	零細型	度数	56	26	82
		期待度数	45.2	36.8	82.0
		調整済み残差	2.6 *	-2.6 *	
	小規模型	度数	129	74	203
		期待度数	111.9	91.1	203.0
		調整済み残差	3.0 *	-3.0 *	
	中規模型	度数	86	101	187
		期待度数	103.1	83.9	187.0
		調整済み残差	-3.1 *	3.1 *	
	大規模型	度数	31	45	76
		期待度数	41.9	34.1	76.0
		調整済み残差	-2.7 *	2.7 *	
合計		度数	302	246	548

* $p<.05$

表12 訪問看護ステーションの規模にみられる摘便の有無

摘便			無	有	合計
規 模	零細型	度数	54	28	82
		期待度数	42.9	39.1	82.0
		調整済み残差	2.7 *	-2.7 *	
	小規模型	度数	119	84	203
		期待度数	106.3	96.7	203.0
		調整済み残差	2.2 *	-2.2 *	
	中規模型	度数	80	107	187
		期待度数	97.9	89.1	187.0
		調整済み残差	-3.2 *	3.2 *	
	大規模型	度数	34	42	76
		期待度数	39.8	36.2	76.0
		調整済み残差	-1.4	1.4	
合計		度数	287	261	548

* $p < .05$

表13 訪問看護ステーションの規模にみられる褥瘡処置の有無

褥瘡処置			無	有	合計
規 模	零細型	度数	65	17	82
		期待度数	55.1	26.9	82.0
		調整済み残差	2.5 *	-2.5 *	
	小規模型	度数	137	66	203
		期待度数	136.3	66.7	203.0
		調整済み残差	.1	-.1	
	中規模型	度数	115	72	187
		期待度数	125.6	61.4	187.0
		調整済み残差	-2.0 *	2.0 *	
	大規模型	度数	51	25	76
		期待度数	51.0	25.0	76.0
		調整済み残差	.0	.0	
合計		度数	368	180	548

* $p < .05$

表14 訪問看護ステーションの規模にみられる吸引の有無

吸引			無	有	合計
規模	零細型	度数	77	5	82
		期待度数	69.6	12.4	82.0
		調整済み残差	2.5 *	-2.5 *	
	小規模型	度数	173	30	203
		期待度数	172.2	30.8	203.0
		調整済み残差	.2	- .2	
	中規模型	度数	159	27	186
		期待度数	157.8	28.2	186.0
		調整済み残差	.3	- .3	
	大規模型	度数	55	21	76
		期待度数	64.5	11.5	76.0
		調整済み残差	-3.3 *	3.3 *	
合計		度数	464	83	547

* $p < .05$

表15 訪問看護ステーションの規模にみられる人工呼吸器の有無

人工呼吸器			無	有	合計
規 模	零細型	度数	78	4	82
		期待度数	74.5	7.5	82.0
		調整済み残差	1.4	-1.4	
	小規模型	度数	190	13	203
		期待度数	184.5	18.5	203.0
		調整済み残差	1.7	-1.7	
	中規模型	度数	168	19	187
		期待度数	169.9	17.1	187.0
		調整済み残差	-6	.6	
	大規模型	度数	62	14	76
		期待度数	69.1	6.9	76.0
		調整済み残差	-3.0 *	3.0 *	
合計		度数	498	50	548

* $p < .05$

表16 訪問看護ステーションの規模にみられる経管栄養の有無

経管栄養			無	有	合計
規 模	零細型	度数	79	3	82
		期待度数	74.5	7.5	82.0
		調整済み残差	1.9	-1.9	
	小規模型	度数	187	16	203
		期待度数	184.5	18.5	203.0
		調整済み残差	.8	-.8	
	中規模型	度数	169	18	187
		期待度数	169.9	17.1	187.0
		調整済み残差	-.3	.3	
	大規模型	度数	63	13	76
		期待度数	69.1	6.9	76.0
		調整済み残差	-2.6 *	2.6 *	
合計		度数	498	50	548

* $p < .05$

表17 訪問看護ステーションの規模にみられるストーマケアの有無

ストーマ			無	有	合計
規 模	零細型	度数	62	20	82
		期待度数	53.4	28.6	82.0
		調整済み残差	2.2 *	-2.2 *	
	小規模型	度数	146	57	203
		期待度数	132.2	70.8	203.0
		調整済み残差	2.6 *	-2.6 *	
	中規模型	度数	111	76	187
		期待度数	121.8	65.2	187.0
		調整済み残差	-2.0 *	2.0 *	
	大規模型	度数	38	38	76
		期待度数	49.5	26.5	76.0
		調整済み残差	-3.0 *	3.0 *	
合計		度数	357	191	548

* $p < .05$

表18 訪問看護ステーションの規模にみられるパルンカテーテル管理の有無

パルンカテーテル管理			無	有	合計
規 模	零細型	度数	63	19	82
		期待度数	58.4	23.6	82.0
		調整済み残差	1.2	-1.2	
	小規模型	度数	152	51	203
		期待度数	144.5	58.5	203.0
		調整済み残差	1.5	-1.5	
	中規模型	度数	131	56	187
		期待度数	133.1	53.9	187.0
		調整済み残差	-4	.4	
	大規模型	度数	44	32	76
		期待度数	54.1	21.9	76.0
		調整済み残差	-2.8 *	2.8 *	
合計		度数	390	158	548

* $p<.05$

表19 訪問看護ステーションの規模にみられる膀胱洗浄の有無

膀胱洗浄			無	有	合計
規 模	零細型	度数	78	4	82
		期待度数	73.6	8.4	82.0
		調整済み残差	1.7	-1.7	
	小規模型	度数	189	14	203
		期待度数	182.2	20.8	203.0
		調整済み残差	2.0 *	-2.0 *	
	中規模型	度数	160	26	186
		期待度数	167.0	19.0	186.0
		調整済み残差	-2.1 *	2.1 *	
	大規模型	度数	64	12	76
		期待度数	68.2	7.8	76.0
		調整済み残差	-1.7	1.7	
合計		度数	491	56	547

* $p<.05$

考察

平成 25 年の国民生活基礎調査によると、一人暮らしの世帯は全体の 26.5%であり、介護サービスの種類別にみると、一人暮らしの世帯では、訪問系のサービスの利用が 70.5%で最も多い⁴⁾。以上から、訪問看護の重要性が高まっていることが推察される。24 時間の訪問看護体制をとっていない施設は 16%であるが、訪問看護ステーションは終末期の在宅療養者が増加傾向にあり、今後は全ての訪問看護ステーションが 24 時間の訪問看護体制をとることが求められている。

清水らは、一人暮らしのがん患者を死亡場所に在宅死群及び施設死群の2群に分け、比較検討した結果、麻薬投与については、在宅死群で有意に麻薬を投与された症例が多かった。救急車要請率及びレスパイト入院回数は在宅死群で有意に低かった。一方、死亡前一週間の往診・訪問看護回数は在宅死群で有意に多かったと述べている⁵⁾。したがって、在宅死を望む一人暮らしの療養者は、訪問看護の回数が多くなりケアの内容も日常生活の援助や医療処置が多くなることが考えられ、24時間365日体制で在宅医療を支えていくことが重要である。さらに、平成26年度版看護白書で南は富山県の訪問看護ステーションの、2009から2011年度の延べ訪問件数調査を実施したが、南砺市訪問看護ステーションは25000件を超え、他地域や他施設に比較して充実していた。地域の約5倍の訪問件数であった。看護師18名、リハビリスタッフ11名が勤務し24時間365日体制で在宅医療を支え、脳卒中などの病気で寝たきりや全介助になっても、南砺市では自宅生活が可能である。終末期医療では訪問看護ステーションの在宅看取り数で2000年の数名から、2012年の70名近くまで、在宅看取りは増加していると述べている⁶⁾。本研究の結果も、この研究と同様に、スタッフ数の多い中規模型や大規模型の訪問看護ステーションが24時間体制を取っている施設が多く、利用しているサービスや訪問看護師の提供しているケアや処置なども多く、在宅療養者も多く抱えていた。

一人暮らしの高齢者は、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準と認知症高齢者の日常生活自立度判定基準は軽度の者が多く、重度になるほど訪問看護ステーションの利用が減少傾向であった。これは障害や認知症が重度の場合、一人の時間が長いと安全性が確保できないため、利用者が減少していることが考えられた。また、障害や認知症が重度の利用者の場合は、一人の時間があまりないように訪問計画が立てられていることが推察された。

精神と行動の障害は、全体の約 1/4 と一番多かった。入井らは、「剖検例 1702 件のうち、独居死は 472 件であった。このうち、精神科疾患群は 123 件見られ、高齢者よりも若年層に多く、男女とも中毒及び自殺の割合が高く、精神面でのサポートの必要性を示している」と述べている⁷⁾。このことから、精神科疾患患者は向精神薬や抗うつ薬を内服しており、拒薬や飲み間違いを防ぐためにも、訪問看護師は内服薬管理のサポートを行いながら、一人暮らしで寂しさや不安のある在宅療養者を、精神面で支えていくことが重要である。

介護保険利用者の内訳では、要介護 1 と要介護 2 が各々25%弱を占め、重い介護度の一人暮らしの在宅療養者は少なく、これは一人にしておけない病状や障害があることが考えられた。また、一人暮らしの要支援者も訪問看護の利用が少なく、この理由として、逆に訪問看護を利用するほどの病状ではないことが考えられた。

療養上の世話である日常生活のケアに関しては、住環境整備 67.8%、足浴 47.7%、陰部洗浄 46.0%、おむつ交換 44.3%、マッサージ 42.5%、清拭 39.6%、歩行介助 39.6%、寝衣交換 38.7%、洗髪 33.3%、車椅子からベッド間移動 30.7%、口腔ケア 26.8%、手浴 26.0%、ポータブルトイレ介助 23.9%、車椅子移動 22.1%、尿器介助 18.1%であった。医療処置では、服薬管理の 88.8%が最も多く、排便 47.6%、浣腸 44.8%、ストーマケア 34.7%、創傷処置 34.4%、褥瘡処置 34.4%、在宅酸素療法 33.8%、膀胱留置カテーテル 28.8%、座薬挿入 23.0%、吸引 15.2%、輸液 13.7%、膀胱洗浄

10.1%、吸入 9.9%、経管栄養 9.2%、人工呼吸器 9.0%、中心静脈栄養 5.1%であった。

24 時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業報告では、訪問時の実施内容は、「観察・バイタル測定」が 80.0%、「医療処置」が 75.8%、「療養上の世話」が 50.0%、「話をきいた」が 39.2%だった。医療処置の詳しい内容については「点滴・中心静脈栄養」が 16.7%で最も多く、次いで「口・鼻腔内吸引」が 14.2%、「排痰・呼吸ケア」が 13.3%「服薬介助」、「排便・浣腸」がそれぞれ 12.5%だった。「療養上の世話」の詳しい内容については、「排泄介助（おむつ交換等）」が 29.2%で最も多く、「体位変換、起居の援助」が 15.0%、「整容・更衣」が 13.3%であった。この実施内容の多い項目がバイタルサイン測定では、同じように 1 番多かった⁸⁾。しかし、本研究の医療処置では「服薬管理」が一番多かったが、24 時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査では、「点滴・中心静脈栄養」が一番多かった。これは、本調査が精神と行動の障害の利用者が全体の約 1/4 と多くを占めたことから、「服薬管理」が多いケアとなったことが考えられた。また、「療養上の世話」では本研究は「住環境整備」が一番多かったが、24 時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査では「排泄介助（おむつ交換等）」が一番多く、両方で多少の違いが見られた。それは、24 時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査では、全国の訪問看護ステーション 30 事業所と少ない回答数であり、本研究は全国の訪問看護ステーション 555 事業所であり、一人暮らしの在宅療養者が対象であったため、内容に違いが出たのではないかと考える。

訪問看護師の提供しているケアや処置の有無では、「体位変換」、「車椅子とベッド間移動」、「車椅子移動」、「おむつ交換」、「尿器介助」、「清拭」、「手浴」、「陰部洗浄」、「口腔ケア」、「寝衣交換」、「浣腸」、「排便」、「褥瘡処置」、「吸引」、「人工呼吸器」、「経管栄養」、「ストーマケア」、「バルンカテーテル管理」、「膀胱洗浄」の 19 項目で有意差があった。この有意差があった項目で、零細型と小規模型の訪問看護ステーションのケアが有意に少なく、中規模型と大規模型の訪問看護ステーションはケアが有意に多いという結果が得られた。これは零細型と小規模型の訪問看護ステーションは人的資源が少なく、中規模型と大規模型である訪問看護ステーションは、人的資源が多いことから有意差があったことが考えられた。したがって、一人暮らしの在宅療養者が最後まで自宅で過ごすためには、中規模型と大規模型の訪問看護ステーションの利用が有益であることが示唆された。そのことから、今後は訪問看護ステーションを訪問看護師数 5 人以上の中規模・大規模化を推進していくことが望まれる。

訪問看護事業所の活動経営状況に関する全国実態調査によると、職員数が多い事業所ほど、「依頼数が多く業務過剰傾向」が多く、職員数が少ない事業所ほど「依頼数が少ない」が多い傾向がみられる。看護師の求人募集については、半数以上の事業所が看護師を求人募集しており、職員数が多いほど「募集した」割合が高い傾向がみられ、利用者数が多いほど「募集した」割合が多い傾向がみられ、募集しても雇用できていない事業所が 2 割以上みられたとの報告があった。また、訪問看護ステーション経営概況緊急調査報告書によれば、利用者数が少なく、小規模訪問看護ステーション（看護職者数 5 人未満）ほど赤字経営の割合が高く、黒字経営の訪問看護ステーションは、非常勤職員を多く雇用しており、全国平均で黒字経営の訪問看護ステーションの正職員の割合は 52.6%に対して、赤字経営の訪問看護ステーションの正職員の割合は 61.2%であると報告があった⁹⁾。これらから、訪問看護ステーションは経営的にも中規模型・大規模型にし、経営を黒字にする必要がある。また、訪問看護師の人員は不足しがちであり、求人をしていても応募のない訪問看護ステーションも見受けられた。訪問看護師の人数を増加させるためには、子育てで一時仕事を休んでいた看護師や、子育て中で短時間のアルバイトを希望する看護師を、訪問看護師として社会復帰を手助けし、この短時間のアルバイトを希望する非常勤職員を多く雇用し、訪問看護ステーションの看護師不足の解消に努めることが必要であると考

える。

訪問看護ステーションの規模と訪問看護師の提供しているケアや処置の有無では、「バイタルサイン測定」、「服薬管理」、で有意差がなかったことは、殆どの訪問看護ステーションで実施されていたことから、有意差がなかったことが考えられた。他の「住環境整備」、「歩行介助」、「食事介助」、「ポータブル便器介助」、「足浴」、「洗髪」、「マッサージ」、「服薬管理」、「座薬挿入」、「吸入」、「中心静脈栄養」、「輸液」、「在宅酸素」、で有意差がなかったことは、訪問看護ステーションの規模で説明がつかないものもあることが考えられた。しかし、全国規模で調査は行なったが、回答率が14%と少なかったことから有意差が抽出されなかったことも考えられた。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、今回は訪問看護師を対象に調査したことから、直接一人暮らしの在宅療養者自身からの意見を聴いたわけではない。そのため、一人暮らしの在宅療養者に直接調査を実施し意見を聴取する必要がある。今後の課題としては、この調査から得られた結果を、看護学生の教育に生かしていき、病院の看護師や訪問看護師の学習会の場で伝えていく必要がある。

結論

訪問看護師の提供しているケアや処置の有無では、零細型と小規模型の訪問看護ステーションのケアが有意に少なく、中規模型と大規模型の訪問看護ステーションはケアが有意に多いという結果が得られた。これは零細型と小規模型の訪問看護ステーションは人的資源が少なく、中規模型と大規模型である訪問看護ステーションは、人的資源が多いことから有意差があったことが考えられた。したがって、一人暮らしの在宅療養者が最後まで自宅で過ごすためには、中規模型と大規模型の訪問看護ステーションの利用が有益であることが示唆された。そのことから、今後は訪問看護ステーションを訪問看護師数 5 人以上の中規模・大規模化を推進していくことが望まれる。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力いただきました、訪問看護ステーションの皆様にご心よりお礼を申し上げます。

この研究論文は筆者の博士論文の一部を加筆、修正したものである。

尚、本研究は平成 25 年度日本看護福祉学会研究助成を受けた研究の一部である。

引用文献

- 1) 国民衛生の動向 2012/2013、厚生労働統計協会編、58(9)P41-42、p.51、2011
- 2) 看護白書看護がつなぐ・ささえる在宅療養、日本看護協会編、p.23、2011
- 3) 医療白書、地域包括ケア時代に迫られる病院：大再編と地域医療大変革、株式会社ヘルスケア総合政策研究所編、p.211、2012
- 4) 平成 25 年国民生活基礎調査の概況、厚生労働省、p.3、p.36、2014
- 5) 清水政克、額田勲、単身世帯の在宅医療の可能性と限界を探る一病院と開業医グループとの連携、2009 年度在宅医療助成指定公募完了報告書、pp.1-9、2011

-
- 6)看護白書平成 26 年度版、日本看護出版会、p.36、pp.7-8、pp.159-173、2014
- 7)入井俊昭、岩楯公晴、青木清、法医剖検例調査に基づく独居死と精神科疾患の関連、心身健康科学、9(2)、pp.96-102、2013
- 8)24 時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業報告、全国訪問看護事業協会、pp.7-40、2011
- 9)全国訪問看護事業協会、訪問看護事業所の基盤強化に関する調査・研究事業－訪問看護事業所の活動经营状况に関する全国実態調査－報告書、pp.34-39、2010

広告掲載募集

当学会は、2021年12月現在、医療従事者をはじめとする専門家を擁して、学術活動を実施している学術団体であります。

この度お届けする学術研究雑誌、機能性香料医学誌は、大学、研究機関のほか、関連企業からも多数の投稿を見込んでいるため、高い広告効果が得られると考えております。

またヘルスケアプロダクツ誌とも合同発刊を現在実施しておりますが、こちらにもヘルスケアに係る話題が幅広く掲載され、諸分野をけん引する構成となると考えております。是非、誌面への広告の掲載をご検討ください。

編集委員会一同

広告掲載費一覧

頁	スペース	掲載料(税別)	入稿形態
表2	1頁	¥45,000.	データ入稿 (PDF)
表3	1頁	¥35,000.	
表4	1頁	¥50,000.	
後付	1／2頁	¥10,000.	
後付	1頁	¥15,000.	

※上記のほか、特集ページの提供も実施しています。詳細はお問合せください。



株式会社令和メディカルリサーチ

研究開発のお手伝いを、手の届く価格で

- ・戦略コンサルティング
- ・マーケティング調査
- ・研究ソリューション提供
- ・専門家（教授等）のご紹介
- ・論文、記事等の執筆
- ・臨床研究の企画、実施

71 info@rmr.co.jp

編集後記

機能性香料医学誌およびヘルスケアプロダクツ誌の第1巻をお届けします。誌面の充実を図る中、今回も多くのご先生方に投稿いただき、多くの興味深い研究、症例、総説に巡り合うことができました。

本誌は、学会設立後の第一号となりますが、内容の濃い優れた原稿を多数投稿していただいております、編集委員会としては大変身の引き締まる思いです。

今後とも、この分野の発展の為、より一層の努力をしてまいり所存でございますので、皆様からのさらなるご投稿をお待ちしております。なにとぞ宜しくお願いいたします。

編集委員会

編集委員

編集委員長	福沢 嘉孝	(愛知医科大学先制・統合医療 センター長)
副編集委員長	小山田 路子	(日本医療科学大学保健医療学部 講師)
編集委員	関 一彦	(帝京平成大学健康医療スポーツ学部 学科長)
編集委員	小沼 守	(千葉科学大学危機管理学部 教授)
編集顧問	神保 太樹	(令和メディカルサーチ医学研究所 所長)

順不同

(禁転載)機能性香料医学誌 ヘルスケアプロダクツ誌 第一巻
2021年12月1日発行

発行兼編集者 機能性香料医学会内 小山田 路子
製 作 機能性香料医学会内 編集委員会
印 刷 所 機能性香料医学会内 印刷局

機能性香料医学会・ヘルスケアプロダクツ研究会

事務局／編集局 〒220-0023 横浜市西区平沼2-7-20-401

株式会社令和メディカルリサーチ内

info@rmr.co.jp