

<特集「看護基礎教育における睡眠健康教育の実践と課題」>

看護基礎教育における睡眠改善学の実践と成果

(1) 生活習慣及び睡眠状態の変化から

三橋 美和*¹, 小松 光代¹, 眞鍋えみ子²

¹京都府立医科大学大学院保健看護学研究科保健看護学専攻

京都府立医科大学医学部看護学科看護学講座

²同志社女子大学

Practical Application and Results of Sleep Management in Basic Nursing Education

—Based on Lifestyles and Sleep States Surveys—

Miwa Mitsuhashi¹, Mitsuyo Komatsu¹ and Emiko Manabe²

¹Graduate School of Nursing and Health Care Science

Master of Nursing and Health Care Science, Kyoto Prefectural University of Medicine

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

²Doshisya Women's College of Liberal Arts

抄 録

看護系大学生を対象に睡眠と睡眠障害の援助に関する科目（睡眠改善学Ⅰ・Ⅱ）を開講した。本報告の目的は、履修前後に実施した生活習慣及び睡眠調査の結果から履修前の睡眠実態と履修の効果を評価し今後のあり方を検討することである。

対象は2012~13年度の履修者で、初回調査94名、事後調査67名。科目内容は睡眠と生体リズム、睡眠障害、睡眠の評価技術、睡眠相談等の講義と、セルフモニタリングに基づいた睡眠アセスメントと改善策を検討するグループワークで構成した。授業の初回と最終回に生活習慣、睡眠状態、日中の眠気、睡眠感を把握し前後比較を行った。

初回調査では、睡眠時間は 6.5 ± 1.2 時間、生活習慣ではTV・PC・携帯電話の制限、午前0時までの就寝等の実施率が低かった。SHRIでは起床困難の得点が高く、PSQIは 5.5 ± 2.6 点、ESSは 6.6 ± 3.7 点といずれの指標でも睡眠に問題がある者が多いことが示された。

事後調査では、睡眠時間は増加し、生活習慣は28項目中11項目で改善がみられた。またSHRI, PSQI, ESS, 睡眠感のすべてが改善した。

睡眠改善学の履修は、看護援助のための知識を教授するだけでなく問題の多かった看護系大学生自身の睡眠を改善する効果があることが示唆された。今後は援助技術習得のための演習方法の検討等教育内容の充実が課題である。

キーワード：看護系大学生、睡眠改善学、睡眠指標、生活習慣、成果。

平成26年5月14日受付

*連絡先 三橋美和 〒602-0857 京都市上京区清和院口寺町東入の中御霊町410

miwam@koto.kpu-m.ac.jp

Abstract

We began a series of courses relating to providing support for sleeping (Sleep Management I and II) targeted at nursing college students. The purpose of this report is to evaluate the effects of taking these courses based on the surveys relating to lifestyle and sleep indicators.

The subjects consisted of fourth-year college nursing students during the 2012-2013 academic year, 94 of the pre-survey and 67 of the post-survey. The Sleep Management I course consisted of a series of lectures relating to sleep, biorhythms and sleep disorders. The Sleep Management II course consisted of group work sessions for assessing and improving sleep based on self-monitoring. Lifestyles, sleep status (SHRI, PSQI, ESS) and sense of having slept were made comparisons between the first class and last class.

In the pre-survey, sleep time was 6.5 ± 1.2 hours, and with respect to lifestyle, small percentage of the subjects limited television viewing, PC or cell phone use and went to bed before midnight.

In the post-survey, the sleep time was found to have increased, and lifestyles have improved in 11 of the 28 parameters, and sleep indicators, sleepiness and sense of having slept also improved significantly. These results are thought to be a manifestation of the effectiveness of these courses.

Key Words: Nursing college students, Sleep management, Lifestyle and sleep surveys, Results.

はじめに

近年わが国では生活習慣の急速な夜型化によって睡眠時間が減少し、20歳以上のおよそ5人に1人が睡眠問題を抱えているなど深刻な課題となっている¹⁾。大学生においても睡眠時間は世界で最も短く、就床時刻の後退に伴う睡眠健康の悪化により日中の眠気や集中困難があることが指摘されている²⁻⁴⁾。大学生は一生の中で身体的・生理的機能が最も高いゆえに“無理がきく”ことへの甘えがあることや、大学のカリキュラムや一人暮らしによる時間的拘束が少ないことの影響により生活リズムが乱れやすい⁵⁾。そしてこれら睡眠の問題は心身の健康感の低下や学業成績の低下と関連していることが確認されており²⁾、改善策を講じる必要がある。

大学生への睡眠健康教育は近年いくつかの試みが始められており、介入により入眠潜時や熟眠度にある程度の改善がみられるが、睡眠の規則性や就床時刻の改善は困難であること、一時的な効果はあっても持続が困難であることなどが報告されている⁶⁻⁸⁾。

大学生の中でも看護系学生は睡眠健康に関する知識をもつこと、睡眠健康を保つことが重要な意味を持っている。その一つは看護師等の資格取得のために卒業に必要な単位数が多く、ま

た臨床現場での実習は拘束時間も長くストレスも大きいこと、自身の睡眠健康を保持することが難しいことである。筆者らは、看護系大学生の睡眠習慣と眠気の実態を調査し、一般大学生よりも睡眠時間が短いこと、日中に強い眠気がある者が多いこと、睡眠に対する満足度が低いことを確認し、睡眠教育の必要性について報告した⁹⁾¹⁰⁾。看護系大学生の睡眠状態に関する研究は増えつつあり、実習期間中の睡眠状態が最も不良であること¹¹⁾や睡眠の質に影響する要因の検討¹²⁾等が行われている。二点目は、卒業後生活援助の専門家としてあらゆる健康レベルの人に対し睡眠の援助をする立場にあり、睡眠に関する知識はもちろん、援助のための知識・技術を習得しておく必要があることである。そして三点目は看護師の多くが交代制勤務であるため自身の健康の維持と就労の継続、ヒューマンエラー防止のために睡眠のセルフマネジメント力が重要となることである。しかしながら現在の看護基礎教育では、近年の睡眠研究に基づいた知識や援助方法を体系立てて教授できるカリキュラムにはなっておらず、実際の援助においても薬物療法の補助的な援助にとどまっている現状にある¹³⁾。

看護師と同様に援助者の立場になる医師の基礎教育においては、いくつかの大学に睡眠医学

講座が開設され、系統的な医学教育や行動科学に基づく睡眠健康教育が試みられている⁶⁾が、看護基礎教育においては系統的な睡眠健康に関する教育が実施された報告はまだない。

このような経過から、科学的根拠に基づいた知識と技術を理解し睡眠改善策の提案や援助方法について学習することを目的として看護系大学生を対象として「睡眠改善学Ⅰ・Ⅱ」を開講した。内容は睡眠と生体リズム、睡眠障害、睡眠の評価技術、睡眠相談等の講義と、セルフモニタリングに基づいた睡眠アセスメントと改善策を検討するグループワークで構成した。開講までの経過及び科目内容の詳細は眞鍋の報告¹⁴⁾を参照されたい。

本報の目的は、睡眠改善学Ⅰ・Ⅱの履修前後に実施した生活習慣及び睡眠状態の調査結果から、履修前の睡眠実態を明らかにすること及び履修の効果を評価し今後のあり方を検討することである。

方 法

1. 調査対象

対象は、A大学看護学科4年生で2012～13年度に「睡眠改善学Ⅰ・Ⅱ」を履修した者である。対象者数は、睡眠改善学Ⅰが2012年度41名、2013年度54名、計95名、睡眠改善学Ⅱが各々33名、45名、計78名である。

2. 調査方法

調査は、睡眠改善学Ⅰの初回講義時(以下「初回調査」という)と睡眠改善学Ⅱの最終講義時(以下「事後調査」という)の2時点で生活習慣と睡眠状態に関する自記式質問紙調査を行った。調査時期は両年度とも初回調査は10月上旬、事後調査は12月上旬である。

3. 調査内容

対象属性として性別と年齢を、また、睡眠と生活リズムに関する生活習慣、睡眠状態、眠気、睡眠感を把握した。

1) 睡眠と生活リズムに関する生活習慣

田中らが開発した生活習慣チェックリスト¹⁵⁾を用いた。睡眠と生活リズムに関する生活習慣28項目について、できている、頑張ればできそ

う、できそうにない、の3段階で評価する。

2) 睡眠状態

(1) 就床時刻、起床時刻、睡眠時間

就床時刻、起床時刻、睡眠時間について、それぞれ「ふだん」、「休日」、「早い時と遅い時の差」を把握した。

(2) 睡眠健康調査票 (Sleep Health Risk Index; SHRI)

日常生活下における総合的な睡眠健康を評価する質問票で、睡眠維持障害関連、睡眠随伴症状関連、睡眠時無呼吸関連、起床困難関連、入眠障害関連の5因子14項目で構成される簡易版¹⁶⁾を用いた。得点は標準値に換算し点数が高いほど睡眠健康が悪化していることを示す。

(3) ピッツバーグ睡眠質問票 (Pittsburg Sleep Quality Index: PSQI)

最近1か月間の睡眠の質に関する質問票で、主な睡眠障害のスクリーニングに有効である¹⁷⁾。本調査では、土井らが開発した日本語版を用いた¹⁸⁾。得点範囲は0～21点、得点が高いほど睡眠が障害されていると判定し、カットオフ値は5.5点である。

3) 日中の眠気

主観的な眠気を測定するエプワース眠気尺度 (Epworth Sleepiness Scale: ESS)¹⁹⁾の日本語版 (JESS)²⁰⁾を用いた。8つの場面での居眠りの頻度を0(まったくない)から3(頻繁にある)で回答する。得点範囲は0～24点、得点が高いほど眠気が強く、11点以上は過剰な眠気があると判定する。

4) 睡眠感

睡眠満足度、寝付きの満足度、熟眠の満足度、寝起きの気分、日中のすっきり度について、過去1週間の状態を良い方を100点満点として点数で把握した。

4. 倫理的配慮

調査の依頼にあたっては本学倫理審査委員会の承認を得たのち、研究の趣旨と方法、同意しなくても不利益を被らないこと、結果の公表について説明し同意の署名を得た。回答は無記名とし2回の調査を照合するために任意の番号を用いた。

なお、本調査に用いた各種指標は、睡眠及び生活習慣の評価指標として講義で紹介し、指標の目的や特徴、計算方法、結果の判定について解説したほか、結果の計算・評価を行い自身の睡眠・生活習慣を振り返る学習教材とした。

5. 分析方法

初回調査は睡眠と生活習慣の実態を表すものとして、各指標の記述統計値を算出し平均値や分布等の概要を把握した。

睡眠改善学履修による効果として、初回と事後の調査結果を比較した。生活習慣は「できている」と「頑張ればできそう」「できそうにない」の2群に分け、カイ二乗検定を行った。他の睡眠指標等スケールデータは Wilcoxon の符号付き順位和検定を行った。

結 果

1. 回収数及び回収率

初回調査は94名（回収率98.9%：2012年度40名、2013年度54名）、事後調査は、生活習慣及び睡眠自己評価は25名（同75.8%：2012年度のみ）、睡眠状態は68名（同87.2%）のうち有効回答数は67名（有効回答率85.9%）であった。

回答者94名の属性は、男性2名、女性92名、平均年齢は21.9歳であった。

2. 初回調査結果

1) 睡眠と生活リズムに関する生活習慣

結果を図1に示す。実施率の高い項目は、「寝床につく1時間前からはたばこを吸わない」、「寝る目的での飲酒は避ける」、「寝室は静かで適温にする」であった。一方、実施率の低い項目は、「午前0時までに就寝する」、「夜に30分程度の運動をする」等であり、「できそうにない」と答えたものが多い項目は、「寝るときは携帯電話を枕元から離れた所に置く」、「夜に30分程度の運動をする」、「長時間のテレビ視聴やパソコンの使用は避ける」、「寝床に入る1時間前には部屋の明かりを少し落とす」、「午前0時までに就寝する」であった。

2) 睡眠状態

(1) 就床時刻、起床時刻、睡眠時間

就床時刻の平均は、ふだんは0時25分±50分、休日は午前1時1分±63分、早い時と遅い時の差は2.2±1.2時間、起床時刻は、ふだんは7時30分±70分、休日は9時11分±154分、早い時と遅い時の差は2.6±1.4時間、睡眠時間は、ふだんは6.5±1.2時間、休日は8.1±1.5時間、早い時と遅い時の差は2.2±1.2時間であった。

(2) SHRI

総得点の平均は、標準値で52.3±5.9であった。下位因子の平均は、起床困難関連が71.0±13.2と高く、他は39.2~56.0点で無呼吸関連が最も低かった。

(3) PSQI

平均値は5.5±2.6点で、カットオフ値を超える者が42名（44.7%）と半数を占めた。

4) 日中の眠気

ESSの平均値は6.6±3.7点で、軽度の眠気（9~12点）がある者は30名（31.9%）、中等度（13~16点）10名（10.6%）、重度（17点以上）2名（2.1%）で、計42名47.5%となった。また、過度の眠気の基準である11点以上の者が23名24.5%あった。

5) 睡眠感

睡眠満足度の平均は75.0±15.3点、寝つきの満足度は73.0±22.1点、熟眠の満足度は76.0±15.3点、寝起きの気分は67.8±16.5点、日中のスッキリ度は72.4±14.5点で、寝起きの気分が最も低かった。

3. 履修後の変化

1) 睡眠と生活リズムに関する生活習慣

睡眠と生活リズムに関する生活習慣の前後変化を表1に示す。28項目中11項目で改善があり、悪化した項目はなかった。

2) 睡眠状態

睡眠状態および睡眠感の前後変化を表2に示す。

(1) 就床時刻、起床時刻、睡眠時間

ふだんの起床時刻は7時23分±72分から7時47分±64分に（ $p<0.01$ ）、起床時刻の差は2.4±1.3時間から1.9±1.2時間に（ $p<0.01$ ）、ふだ

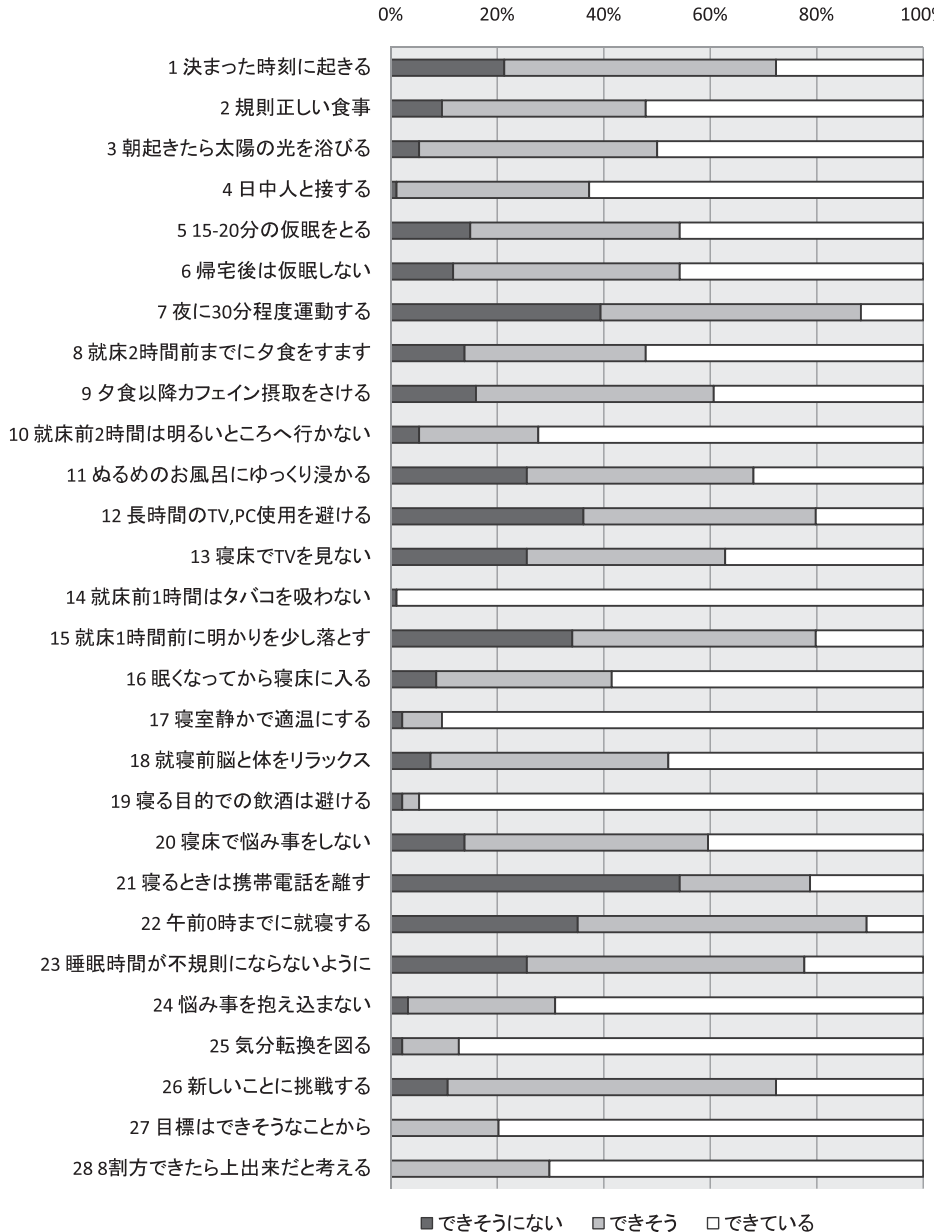


図1 生活習慣の状況 (初回調査)

んの睡眠時間は 6.5 ± 1.1 時間から 7.0 ± 1.0 時間に ($p < 0.001$) 変化した。

(2) SHRI

総得点の平均は、 51.9 ± 5.3 から 48.8 ± 3.8 点と改善が見られた ($P < 0.001$)。下位因子の3項目で改善が見られたが、他の項目に比べて平均

値が高かった起床困難関連では改善がみられなかった。

(3) PSQ5

平均値は 5.4 ± 2.5 から 4.0 ± 1.9 と改善が見られた ($P < 0.001$)。

カットオフ値を超える者は初回 30 名から事

表1 生活習慣の変化（「できている」と回答した人数及び割合）

	初回 (n=40)		事後 (n=26)		検定 ^{a)}
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	
毎朝決まった時刻に起きる	12	30.0 %	14	56.0 %	*
朝起きたら、太陽の光をしっかりと浴びる	20	50.0 %	19	76.0 %	*
日中はできるだけ人と接し活動的に過ごす	26	65.0 %	22	88.0 %	*
帰宅後は仮眠をとらない	15	37.5 %	16	64.0 %	*
夜に30分程度の運動をする	3	7.5 %	7	28.0 %	*
就寝2時間前までに夕食をすます	22	55.0 %	20	80.0 %	*
就床2時間前以降コンビニやカラオケボックスに行かない	30	75.0 %	24	96.0 %	*
ぬるめのお風呂にゆっくりつかる	10	25.0 %	13	52.0 %	*
寝床でテレビを見たり、仕事や読書をしな	17	42.5 %	18	72.0 %	*
寝るときは携帯電話を枕元から離す	7	17.5 %	13	52.0 %	**
一人で悩み事を抱え込まず誰かに相談する	26	65.0 %	23	92.0 %	*

a) χ^2 検定 *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

表2 睡眠指標の変化

	p			事後			検定 ^{a)}
	Mean(SD)	Median	range	Mean(SD)	Median	range	
睡眠健康危険度 (n=67)							
総得点	51.9(5.3)	50.8	41.5-67.1	48.8(3.8)	49.0	41.5-56.7	***
睡眠維持	40.3(5.6)	40.5	32.3-55.9	36.4(5.0)	35.8	32.3-52.3	***
随伴症状	56.2(13.4)	52.5	44.7-91.6	49.5(8.8)	44.7	44.7-75.9	***
無呼吸	38.6(5.0)	35.2	35.2-59.1	38.0(5.3)	35.2	35.2-51.1	ns
起床困難	70.1(12.8)	73.4	53.4-103.4	70.3(11.0)	73.4	53.4-93.4	ns
入眠障害	54.5(11.1)	50.7	41.8-77.5	49.9(9.4)	50.7	41.8-68.6	***
PSQI (n=67)	5.4(2.5)	5	1-11	4.0(1.9)	4	1-8	***
ESS (n=67)	7.7(3.4)	7	1-15	6.3(3.3)	6	0-15	***
睡眠感 (n=25)							
睡眠満足度	74.8(15.9)	80	30-100	85.2(10.4)	90	70-100	**
寝つきの満足度	72.2(23.9)	70	10-100	84.8(12.8)	90	60-100	**
熟眠の満足度	76.6(14.6)	80	50-100	84.4(10.5)	85	60-100	*
寝起きの気分	70.6(14.4)	70	30-100	86.8(15.2)	80	30-95	ns
日中のすっきり度	72.8(14.2)	70	50-100	79.4(11.6)	80	50-90	*

a) Wilcoxonの符号付き順位検定 *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

後14名に減少した。

4) 日中の眠気

平均値は 7.7 ± 3.4 から 6.3 ± 3.3 と改善が見られた ($P < 0.001$)。過度の眠気のある者は初回14名から事後7名に減少した。

5) 睡眠自己評価

「寝起きの気分」を除く4項目で改善がみられた。

考 察

1. 生活習慣と睡眠の実態

今回の対象である4年生後期は約1年に亘って履修する領域別実習が終了し、卒業研究と講義が数科目という時間的制約がかなりゆるやかな時期である。そのためか初回調査の睡眠時間は著者らが実施した2・3年生の調査⁹⁾より長くなり一般大学生に近づいていたが、起床時刻、就床時刻、睡眠時間とも「早い時と遅い時の差」が平均で2時間以上と生活リズムの乱れがみられた。PSQIでは約半数がカットオフ値を超えており、SHRIでは起床困難関連因子得点が高く起きなくてはならない時刻に起きることが困難な学生が多く、日中の眠気では約半数に軽度以上の眠気があり中等度以上の者も1割以上いた。これらのことから睡眠のリズム、睡眠の質、日中の眠気のどの指標においても睡眠と生活リズムに問題をかかえる学生がかなり多くいることが明らかとなった。

4年生は授業や実習による時間的制約がなくなるため睡眠時間はカリキュラムの過密な学年より改善されていたが、主たる専門知識と技術を学び終えた段階にある学生自身の睡眠や生活リズムが改善されていないことは、現行のカリキュラムでは睡眠健康や行動変容のための知識や技術の習得が不十分であることを示していると考えられた。

2. 生活習慣と睡眠の変化

睡眠改善学Ⅰ・Ⅱの履修は、学生自身の生活習慣と睡眠を大きく改善した。

生活習慣は、28項目中11項目と、半数近くの項目が改善され、「できそうにない」と回答した学生が多かった項目にも改善が見られた。「寝るときは携帯電話を枕元から離れたところに置く」は、初回調査では「できそうにない」が5割を超えていたが、事後調査では「できている」が5割に達した。携帯電話を片時も離さず深夜でもやりとりしている学生たちであるが、睡眠の知識を学び、その行動が自身の睡眠を妨げていることを理解することで、携帯電話を枕元から離すという行動をとれるようになっていた。

また、客観的な睡眠指標として、SHRI, PSQI, ESSにより睡眠状態を比較したところ、いずれの指標においても大きな改善がみられ、睡眠感も改善した。これは、本科目の履修によって睡眠のメカニズムと改善方法に関する知識を習得し、それによって学生自身の睡眠健康が改善されたことを示唆している。睡眠日誌の記録によって自身の睡眠と生活を記録として確認し、また、グループワークとその後の発表によって他者の睡眠と生活から自身の状態を相対的に知り、改善方法について提案しあう。これらによって睡眠と生活リズムの改善を自身の体験を通して学ぶこと、睡眠指標によって確認することは今後の他者への援助につながる重要な学びとなるものと考えられる。なお、睡眠日誌を用いた睡眠の評価とそこからの学びの詳細については小松らの報告²⁰⁾を参照いただきたい。

3. 睡眠改善学の内容・実施方法への示唆

今回は発展科目として最終学年に開講したが、大学生の健康状態の改善、日中の集中力等の改善による学習効果の向上等学生自身の健康とQOLの視点で考えると、もう少し早い段階で自身の睡眠を考えるための知識の教授を行い、学年が進み、臨地実習を経験した後に援助を重点においた内容の履修をするなど開講時期の検討によってより大きな効果が得られる可能性がある。また、今回は知識の習得を主とした内容としたが、具体的な改善方法の提案、技術習得等実践的な技術習得に向けた内容の充実が必要と考えられる。さらに、今後は本科目を履修した卒業生を対象に、就業後の睡眠への援助の実際、基礎教育へのニーズを把握し授業内容を充実していくことが課題である。

なお、今回の調査の提出を自由意思としたため、回収数にばらつきがあり、結果にバイアスが生じた可能性があることが本研究の限界である。

結 論

1. A大学看護学科4年生は、睡眠時間は6.5±1.2時間、生活習慣ではTV・PC・携帯電話の制限、午前0時までの就寝等の実施率が低かつ

た。SHRIでは起床困難の得点が高く、PSQIは 5.5 ± 2.6 点、ESSは 6.6 ± 3.7 点と、いずれの指標でも睡眠に問題がある者が多いことが示された。

2. 履修後は、睡眠時間が増加し、生活習慣は28項目中11項目に改善がみられた。またSHRI、PSQI、ESS、睡眠感のすべてが改善した。睡眠改善学の履修は、看護援助のための知

識を教授するだけでなく、履修者自身の睡眠を改善する効果があることが示唆された。

謝 辞

本報告について、調査に協力してくださった睡眠改善学履修者の皆様に心から感謝申し上げます。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文 献

- 1) Doi Y, Minowa M, Okawa M & Uchiyama M. Prevalence of sleep disturbance and hypnotic medication use in relation to sociodemographic factors in the general Japanese adult population. *J Epidemiol* 2000; 10: 79-86.
- 2) 浅岡章一, 福田一彦, 井上雄一. 大学生の眠りを決めているもの. *睡眠医療* 2011; 5: 405-409.
- 3) 福田一彦. 人の睡眠・リズムの発達について—乳幼児期から大学生まで—. *睡眠医療* 2011; 5: 385-389.
- 4) 竹内朋香, 犬上 牧, 石原金由, 福田一彦. 大学生における睡眠習慣尺度の構成および睡眠パタンの分類. *教心理学研* 2000; 48: 294-305.
- 5) 水野 康. 大学生の健康教育と睡眠習慣の改善. 日本睡眠改善協議会編. *応用講座睡眠改善学*. 東京: ゆまに書房, 2013; 137-147.
- 6) 上田真寿美, 安達淑子, 羽山順子, 山上敏子. 医学生に対する行動科学に基づく睡眠改善教育プログラムの作成とその効果. *日公衛誌* 2008; 55: 3-9.
- 7) 林 光緒, 栗山あずさ. 大学生における睡眠習慣の改善に関する試み. *日本心理学会大会発表論文集* 77回: 0000; 348.
- 8) 福田一彦, 浅岡章一, 高澤則美. 大学生の睡眠への試験的介入について. *生理心理学と精神生理学* 2013; 31: 101.
- 9) 三橋美和, 小松光代, 眞鍋えみ子, 岡山寧子. 看護系大学学生の睡眠習慣の実態と眠気との関連. *京都府医大看紀* 2010; 20: 1-9.
- 10) 小松光代, 三橋美和, 眞鍋えみ子. 看護系大学生の睡眠実態と生活時間から臨地実習に向けた睡眠教育の必要性について. *日本睡眠学会定期学術集会プログラム・抄録集* 37回. 2012; 293.
- 11) 杉原喜代美, 青柳美希, 小山真里亜, 清水侑香, 高橋まりあ, 栗田佳江, 福士公代, 佐藤弘子. 看護系大学生の睡眠の実態. *日本看護学会論文集: 看護総合* 2012; 42: 378-381.
- 12) 松田春華, 小川智子, 塚田理奈, 児玉友紀, 山崎亜希子, 小迫由佳, 宮本啓代, 森本美智子. 女子大学生における睡眠の質に影響する要因の検討. *日看護研究会誌* 2012; 35: 47-55.
- 13) 石田宣子, 青山ヒフミ, 井上智子. 入院患者の睡眠薬使用や看護ケアに対する認識. *人間と科学* 2008; 8: 1: 79-87.
- 14) 眞鍋えみ子, 小松光代, 三橋美和. 看護基礎教育における睡眠健康教育の取組み. *京都府立医科大学雑誌* 2014; 6: 415-421.
- 15) 田中秀樹. *生活リズム健康法*. 田中秀樹著. くつすり眠れる3つの習慣. 東京: KKベストセラーズ, 2008; 46-70.
- 16) Tanaka H & Shirakawa S. Sleep health, lifestyle and mental health in the Japanese elderly. Ensuring sleep to promote a healthy brain and mind. *J Psychosom Res* 2004; 56: 465-477.
- 17) Buysse D, Reynolds C, Monk T. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): An instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Res* 1988; 28: 193-213.
- 18) 土井由利子, 蓑輪眞澄, 内山 真, 大川匡子. ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成. *精神科治療* 1998; 13: 755-763.
- 19) Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14: 540-545.
- 20) 福原俊一, 竹上未紗, 鈴鴨よしみ, 陳 和夫, 井上雄一, 角谷 寛, 岡 靖哲, 野口裕之, 脇田貴文, 並川 努, 中村敬哉, 三嶋理晃, Johns Murray W. 日本語版 the Epworth Sleepiness Scale (JESS) ~これまで使用されていた多くの「日本語版」との主な差異と改訂~. *日呼吸会誌* 2006; 44: 896-898.
- 21) 小松光代, 三橋美和, 眞鍋えみ子. 看護基礎教育における睡眠改善学の実践と成果 (2) 睡眠日誌によ

るセルフモニタリングとグループ演習, レポートから 123: 6: 433-443.
行動化に向けた課題. 京都府立医科大学雑誌 2014;

著者プロフィール



三橋 美和 Miwa Mitsuhashi

所属・職：京都府立医科大学大学院保健看護学研究科
京都府立医科大学医学部看護学科・講師

略 歴：1988年3月 千葉大学看護学部卒業
1990年3月 千葉大学大学院看護学研究科修了
1990年4月 京都市衛生局 保健師
2002年4月 京都府立医科大学医学部看護学科助手
2002年4月～2005年3月 京都府立医科大学医療技術短期大学部専攻科
保健学専攻助手
2006年4月～現職

専門分野：公衆衛生看護活動, 睡眠健康

- 主な業績：1. 三橋美和. 保健師教育への活用. 榎本妙子・福本 恵著. 地域看護と地区診断. 千葉：窓映社, 2010; 89-98.
2. 小松光代, 三橋美和, 山縣恵美, 眞鍋えみ子, 岡山寧子, 木村みさか. 日常生活行動が自立した高齢者の睡眠改善ケアのためのライフスタイルの検討. 日生理人類会誌 2012; 17: 117-124.
3. 三橋美和, 小松光代, 大西早百合, 眞鍋えみ子, 北島謙吾. 地域で生活する精神科デイケア利用者の各種睡眠指標の検討. 京都府医大看紀要 2011; 21: 59-67.
4. 三橋美和, 小松光代, 眞鍋えみ子, 岡山寧子. 看護系大学学生の睡眠習慣の実態と眠気との関連. 京都府医大看紀要 2010; 20: 1-10.
5. 三橋美和, 榎本妙子, 堀井節子, 福本 恵. 新人保健師の地区診断技術に関する検討 ―採用3ヵ月後の自己評価と指導者評価の比較―. 京都府医大看紀要 2006; 15: 75-79.
6. 榎本妙子, 三橋美和, 堀井節子, 福本 恵. 保健師基礎教育課程における地区診断技術教育の方法 ―「地区視診ガイドライン」の因子構造から―. 日地域看護会誌 2006; 9: 26-31.