

# 四日市看護医療大学紀要

Journal of Yokkaichi Nursing and Medical Care University

第 16 卷  
第 1 号

2023.3

## 目 次

### 〈原 著〉

- A Healthy Life Program Combining Salutogenic Group Talk and Philosophical Dialogue  
— Program Evaluation by Schizophrenic Patients with Prolonged Hospitalization —  
..... Oonishi Nobuyuki, Bessho Fumiko, Hibi Chie, Ito Kaoru 1

### 〈研究報告〉

- 新型コロナウイルス流行下における在宅看護学実習に対する学生の学習経験と  
主観的評価に関する研究  
— 2021年度の履修者に焦点をあてて —  
..... 春名 誠美, 清水 智子, 北井 真紀子, 多次 淳一郎 11
- 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難と支援に関する  
文献検討  
..... 藤井 夕香 19
- 三重県北勢地区の訪問看護ステーションにおける新型コロナウイルス感染症による  
影響に関する実態調査  
..... 北井 真紀子, 中村 いお美, 東川 亜依子  
春名 誠美, 多次 淳一郎 31
- 養護教諭から見た中学生・高校生の貧困や貧困による健康課題に関する実情と  
その支援  
..... 寺尾 亮平 41

### 〈資 料〉

- Report on the Implementation of a Sexuality Education Workshop  
for Childcare Workers  
..... Hibi Chie 51



〈原 著〉

# A Healthy Life Program Combining Salutogenic Group Talk and Philosophical Dialogue

## — Program Evaluation by Schizophrenic Patients with Prolonged Hospitalization —

Oonishi Nobuyuki \*, Bessho Fumiko \*, Hibi Chie \*, Ito Kaoru \*\*

### Abstract

In this study, Salutogenic Group Talk sessions were held as a healthy life program for schizophrenic patients with prolonged hospitalization in open wards, and the program was evaluated by the participants.

Schizophrenic patients who make up the majority of patients with prolonged hospitalization lead a regular life in hospitals as a closed environment. Losing motivation for discharge due to hospitalism caused by prolonged hospitalization, they tend to be hospitalized in psychiatric hospitals for a long period. We developed Salutogenic Group Talk based on the idea that schizophrenic patients with prolonged hospitalization require a healthy life program that motivates them to be discharged.

Schizophrenic patients with prolonged hospitalization who experienced Salutogenic Group Talk were able to freely think and speak about each theme, and enjoy discussions.

As a place to communicate with others, Salutogenic Group Talk provided an opportunity for these patients to acquire good life experiences. The results support its effectiveness as a healthy life program to promote mutual exchange among inpatients.

Key Words : Long-term Hospitalized Patients with Schizophrenia, Salutogenic Group Talk, Philosophical Dialogue, Healthy Life Program, Program evaluation

### I. Introduction

In Japan, psychiatric, health, medical, and welfare services have long been centralized in inpatient treatment<sup>1)</sup>, and prolonged hospitalization among people with mental disorders has become a major social issue. In September 2004, the Ministry of Health, Labour, and Welfare established the Vision of Improving Mental Health Service Provision through the Decentralization of Services to

promote national measures to shift mental health services from inpatient medical care to community life, which has actually reduced the number of hospitalizations among people with mental disorders. However, the number of such people with hospitalization of 1 year or longer is increasing by about 50,000 each year, and schizophrenic patients account for nearly 60% of all inpatients<sup>2, 3)</sup>.

Schizophrenia tends to involve chronic conditions and requires long-term social life

---

\* 四日市看護医療大学

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

\*\* 四日市市南地域包括支援センター

\*\* Yokkaichi City Minami district Community General Support Center

support. With repeated recurrence, negative symptoms and cognitive dysfunction progress, making it difficult for many schizophrenic patients to resume their social lives<sup>4</sup>. Hospitalism caused by prolonged hospitalization is one of the problems faced by schizophrenic patients. Hospitalism refers to the phenomenon of losing one's innate ability to live independently after repeating a passive life in a facility during prolonged hospitalization<sup>5</sup>. Even if their ADL and self-care levels are high enough to be discharged, their motivation for discharge may be lost due to hospitalism, which results in prolonged hospitalization in psychiatric hospitals.

Schizophrenic patients who make up the majority of patients with prolonged hospitalization lead a regular life in hospitals as a closed environment. The process of recovery from hospitalism in such an environment is likely to be difficult<sup>6</sup>. Recovery from hospitalism requires not only more enjoyable activities in hospital life, but also increased autonomy and independence<sup>7</sup>. Therefore, we found it necessary to develop a healthy life program for schizophrenic patients with prolonged hospitalization to lead a lively life even in such an environment. They are already participating in programs to prevent diseases and their recurrence, and to promote adaptation to society<sup>8, 9</sup>, but the existing programs do not suffice to shorten the length of hospital stays. Participation in healthy life programs to lead a healthy and lively life while coping with the disease of schizophrenia may increase their motivation for discharge.

There is a concept, "salutogenesis". This concept is a theory that aims to support and promote the elucidation of health factors from the perspective of health recovery and promotion<sup>10</sup>. To develop a healthy life program for schizophrenic patients with prolonged hospitalization, we focused on

salutogenesis, considering that it might underlie such programs, including those targeting schizophrenic patients. In salutogenesis, the sense of coherence (SOC) as a salutogenic factor is thought to be the "strength for healthy living" or the strength that enables an individual to live healthy, cheerful, and lively lives by appropriately managing stressful events, which not only protects mental and physical health, but also promotes growth and development through these experiences. We also regarded salutogenic factors as an important element of a healthy life program targeting schizophrenic patients with prolonged hospitalization.

In previous study, programs that successfully increased SOC were characterized by interactions, such as group discussions/learning, and respect for participant autonomy and independence<sup>11</sup>. Therefore, we developed Salutogenic Group Talk with the aim of creating an environment for patients with prolonged hospitalization to mutually exchange and acquire good life experiences, similarly to those found in society. As a pilot study, we held Salutogenic Group Talk sessions for schizophrenic patients with prolonged hospitalization in closed wards first, and achieved a high participant satisfaction level, which supported its applicability as a new healthy life program<sup>12</sup>.

Based on these findings, we incorporated Salutogenic Group Talk for schizophrenic patients with prolonged hospitalization into their hospital lives, and aimed to increase their motivation for discharge. We expected that the program would provide these patients with a variety of thought-provoking realizations and the enjoyment of communication with others, and that repeating this experience would nurture their strength to establish a healthy, cheerful, lively, autonomous, and independent life.

## II. Purpose

To hold Salutogenic Group Talk -“Be Lively! Cafe” sessions for schizophrenic patients with prolonged hospitalization in open wards, and to conduct program evaluation by participants.

## III. Definitions of Terms

### 1. Schizophrenic patients with prolonged hospitalization

Patients diagnosed with schizophrenia who had been hospitalized in open wards of psychiatric hospitals for 1 year or longer.

### 2. Salutogenic Group Talk

A healthy life program combining group talk to promote a lively life and Philosophical Dialogue<sup>13)</sup>. Philosophical Dialogue is a grassroots forum for discussions in coffee shops founded by French philosopher Marc Sautet in Paris. The main feature of this dialogue is intendedly dealing with themes that are not usually discussed, rather than special or difficult topics. In the present study, participants discussed familiar themes, such as what interested them in everyday life, what was happening in society, and what they would like to do in their lives after discharge.

## IV. Methods

### 1. Study hospitals

Two single-department psychiatric hospitals in Mie prefecture of Japan. The inpatient division of each hospital consists of acute care, long-term psychiatric care, and dementia care wards.

### 2. Participants

The participants were schizophrenic patients with prolonged hospitalization in open wards of

the psychiatric hospitals. Chief nurses selected patients who met the following criteria: being able to communicate, having no problems in daily life on the ward, and having a relatively stable condition. Among these patients, we included those who consented, with the permission of their doctors.

### 3. Intervention methods

Salutogenic Group Talk -“Be Lively! Cafe” targets a small group of 4-6 members, with the first author acting as a facilitator. Salutogenic Group Talk was attended by a total of 10 people (5 from Hospital A and 5 from Hospital B). One ward staff member also participated as a secretary, and observed participants during the activity without making any statements.

Handout was distributed at the first session (see Figure 1). One session was held a week, and there were 8 sessions in total. The duration of each session was about 30 to 50 minutes. Participation in the Salutogenic Group Talk was voluntary.

Although the members were hospitalized in the same ward and familiar with each other, they might feel tense when speaking in front of others. In addition, some of them did not come out of their rooms very often. Therefore, before starting the program, the facilitator gave various considerations to reduce their tension, and make them feel at ease participating, such as chatting with them over tea or coffee (Table 1).

### 4. Questionnaire items (Original version in Japanese)

#### 1) Participants' attributes

The items of participants' attributes were: age, sex, name of the diagnosis, age at onset, and hospitalization period.

#### 2) Program evaluation by participants

Statement items were four (1. “Be Lively!

Cafe” was enjoyable, 2. It was good to hear other members’ opinions and ideas, 3. My thoughts and opinions were conveyed to others, 4. “Be Lively! Cafe” is useful for work and my own life). Each statement items were rated on a 4-point scale (1. Agree, 2. Somewhat agree, 3. Somewhat disagree, and 4. Disagree).

**5. Distribution and Collection of questionnaires**

The first author and ward staff conducted the questionnaire survey the day after the

completion of the entire program. The participants filled out the questionnaire as they listened to the first author read out each statement. For participants who had difficulty in understanding and rating a statement, the first author read the statement out again, with the attending ward staff providing individual support. The questionnaire was staff collected. The first author interviewed participants at a later date based on their responses to the questionnaire. During the interviews, the

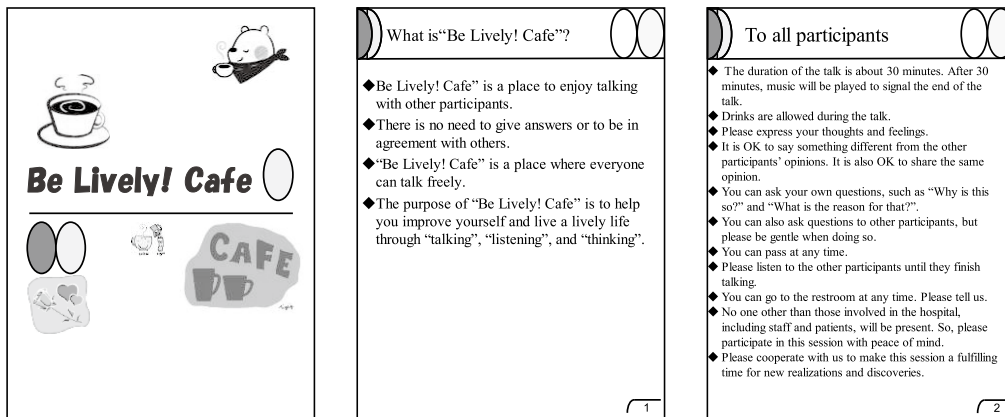


Figure 1: Handout (original version in Japanese)

Table 1: Role of the Facilitator and Considerations for Participants

Introduction 10 min.	<p>1. Preparation: All participants sit where they can see the whiteboard. The facilitator acts as an ice breaker (playing relaxing music and chatting with the participants over tea or coffee).</p> <p>2. Orientation: The facilitator explains “Be Lively! Cafe” using a handout (Figure 1), and confirms the purpose and rules of this program.</p>
Group talk 30 min.	<p>3. Start of the group talk (stopping the music): The session deals with familiar themes, such as what interests the participants in everyday life, what is happening in society, and what the participants would like to do in their lives after discharge. The facilitator asks all participants to give their opinions on each theme, and writes them on the whiteboard. The theme is decided by a majority vote. The facilitator appoints all participants to give them a chance to speak, not forcibly, but with sufficient consideration to avoid overburdening participants. When a participant’s statement is abstract, the facilitator asks him/her to describe in more detail. The facilitator notes down participants’ statements on the whiteboard for review. To deepen discussions, the facilitator asks questions after collecting sufficient opinions.</p>
Summary 10 min.	<p>4. End of the group talk The facilitator announces the end of the session, and asks all participants to describe their impressions, realizations, and learning experiences.</p>

participants were asked about the reasons for their ratings of each statement. The interviews were recorded using an IC recorder, with the participants' consent.

## 6. Study period

The study was conducted during the 4-month period from July to October 2017.

## 7. Analytical methods

The participants' ratings of each statement to evaluate Salutogenic Group Talk were examined by simple tabulation. Subsequently, the reasons for their ratings were also described.

## 8. Ethical considerations

The researchers explained about the survey in person before making a request for cooperation. The respondents were told that participating in the survey was voluntary and they were informed of the purpose and method of the survey, using a written request and consent form. The risks arising from participating in the survey and the ways to cope with such risks, the handling of the data obtained through the survey, the measures for privacy

protection, and how the results of the survey would be published were explained. If the respondents agreed to participate, they signed the consent form. The questionnaires were managed by individual number, so that no individual was identifiable. The ethics committee of the Yokkaichi Nursing and Medical Care University, Japan, examined the survey plan and gave approval (approval number, 91).

## V. Results

### 1. Outline of participants

Ten patients participated in Salutogenic Group Talk. There were 6 males and 4 females (see Table 2). Participation in Salutogenic Group Talk was voluntary, but all participants attended all 8 sessions.

### 2. The themes discussed

They discussed the following themes: "getting older", "sumo wrestling", "TV shows that are always the same", "hospital life", "senior high school baseball", "allowance", "eating", "bathing", "summer festivals", "memories of play during the

Table 2 : Study participants

ID	Gender	Age	Diagnosis	Age of disease onset	Period of hospitalization (years)
A	Male	50s	Schizophrenia	Early 20s	About 20
B	Female	50s	Schizophrenia	Latter 20s	About 10
C	Female	30s	Schizophrenia	Latter 10s	About 15
D	Male	50s	Schizophrenia	Early 30s	About 10
E	Male	40s	Schizophrenia	Latter 10s	About 20
F	Male	50s	Schizophrenia	Early 20s	About 35
G	Male	50s	Schizophrenia	Latter 20s	About 25
H	Female	50s	Schizophrenia	Latter 10s	About 40
I	Female	50s	Schizophrenia	Early 20s	About 25
J	Male	30s	Schizophrenia	Early 20s	About 20

summer vacation”, “beach houses”, “hot days”, “summer fatigue”, “summer vacation”, and “summer”.

### 3. Results of program evaluation by the participants and the reasons for their ratings of each statement

Table 3 shows the results of program evaluation by the participants and the reasons for their ratings of each statement. Participants A and B did not have reasons for their ratings in any case.

## VI. Discussion

This program is designed with some characteristics that are different from those of conventional programs to prevent diseases and their recurrence. This section discusses its effects on schizophrenic patients with prolonged hospitalization based on the results of evaluation by them after participation and the reasons for their ratings of each statement.

1. Factors that led to positive evaluation by schizophrenic patients with prolonged

Table 3: Evaluation of Salutogenic Group Talk by Participants

Statement	Answer choices	n	Reasons (interviews)			
1) “Be Lively! Cafe” was enjoyable.	Agree	7	I usually don’t talk with anyone, so I really enjoyed “Be Lively! Cafe”. (C)			
			It was good to have coffee and tea. Thank you very much. And it was fun for no particular reason. (D)			
			I think it was good that there were drinks. (G)			
			The members were nice, and I felt at ease when I met them. (H)			
2) It was good to hear other members’ opinions and ideas.	Somewhat agree	3	I think it was nice that I could talk about common topics with everyone. (J)			
			There is no particular reason. (A, B)			
			It was good that there were drinks. All participants were able to talk openly. I was glad that my speech was noted down on the whiteboard. I enjoyed it because everyone was friendly. (E)			
3) My thoughts and opinions were conveyed to others.	Somewhat disagree	0	It was fun when unexpected opinions came up. I realized that there are various ways of thinking. (F)			
			I enjoyed F’s and G’s speeches very much. (I)			
			Disagree	0	It was helpful for me to hear many ideas from various people and to understand that there are various ways of thinking. (C)	
					I could gain knowledge that I didn’t have. (D)	
It was good to hear the opinions of various people. I learned that people who don’t usually talk so much also think about these things. (F)						
I think it was good. (G)						
Disagree	0	The talk about baseball left a strong impression on me. (H)				
		I thought F knows everything in detail. (I)				
		It was good to hear various opinions. (J)				
		There is no particular reason. (A, B)				
Disagree	0	I enjoyed getting various kinds of information that I did not have, such as “I went to AAA” and “BBB is fun”. (E)				
		Disagree	0	I am glad other members gave me their opinions about my speech. (J)		
				Disagree	0	There is no particular reason. (A, B)
						Disagree
Disagree	0					



Statement	Answer choices	n	Reasons (interviews)
			I was able to talk with other participants before the start and when chatting in between. I think they understood when I spoke about agriculture. (E) I felt that everyone was listening to me. (F) I talked as much as I could, but I was not criticized. I think talking with a smile helped me convey my thoughts. (H) I realized that my problems are also other participants' problems. (I) There is no particular reason. (G)
	Somewhat disagree	0	
	Disagree	0	
4) "Be Lively! Cafe" is useful for work and my own life.	Agree	4	There are many. It was nice to talk about the past and family memories. (C) I go to coffee shops, and I can talk with people who don't go to coffee shops now. (*Subsequently, he spoke about his delusions.) (H) I felt that it is useful for work and my own life. (J) There is no particular reason. (B)
	Somewhat agree	5	When I was working, I had an opportunity to speak in front of everyone at a morning meeting. This may be a good practice for such an occasion. (D) I am glad that I had a chance to express my opinion. (F) I found many male participants interesting. It was a good opportunity for me, because I usually do not talk with them. (I) There is no particular reason. (A, G)
	Somewhat disagree	1	"Be Lively! Cafe" was fun, but it is not available whenever I want to participate. / "Be Lively! Cafe" is only held in hospital, so I would not be able to participate in it after discharge. Q: If "Be Lively! Cafe" is held near you after discharge, would you like to participate? A: I would like to. Since I started participating in it, I think I have become able to think and act, rather than spending time in a daze. (E)
	Disagree	0	

hospitalization

We developed Salutogenic Group Talk as a program for patients with prolonged hospitalization to mutually exchange and acquire good life experiences based on salutogenesis and the programs reported in previous studies.

All patients who participated in Salutogenic Group Talk positively evaluated this program. The participants experienced various effects of the program, such as being able to express one's thoughts and feelings, deepening one's thoughts and expanding his/her interest by listening to other participants' thoughts and feelings, and establishing closer relationships with them through mutual exchange. Philosophical

dialogue does not have specific targets<sup>13)</sup>.

Participants can deal with all themes, and do not need to draw conclusions or determine directions<sup>12)</sup>. Unlike other programs the participants had previously experienced, the participants do not need to draw conclusions or determine directions and the present program may have enabled them to achieve realizations and learning experiences through a series of processes: freely thinking and speaking, listening to and thinking about others' opinions, and speaking again, and to enjoy discussions as a fulfilling activity. Thus, the incorporation of Philosophical Dialogue into Salutogenic Group Talk is likely to have been the key factor that led to a positive evaluation.

## 2. Salutogenic Group Talk as a place to communicate with others

Salutogenic Group Talk may have served as a place for the participants to communicate with others, as they described “I usually don’t talk with anyone, so I really enjoyed “Be Lively! Cafe” (C), “I learned that people who don’t usually talk so much also think about these things” (F), “I can talk with people who don’t go to coffee shops now” (H), and “It was a good opportunity for me, because I usually do not talk with them” (I). Analysis of the reasons for the ratings revealed that exchange among the participants had been rare, and that Salutogenic Group Talk provided them with the opportunity to communicate with each other for the first time.

People communicate with many others and grow in their communities, including workplaces and regions. Communication with other family members also promotes one’s growth. In a psychiatric hospital, there are many inpatients, and they come out to the hall to participate in ward programs or watch TV. Although it seems that they communicate with each other in such a situation, but communication among inpatients is rarely seen. In this respect, psychiatric hospitals can hardly function as a community. However, the participants of Salutogenic Group Talk stated “I felt at ease when I met them” (H), “It was fun when unexpected opinions came up” (F), “It was helpful for me to hear many ideas from various people and to understand that there are various ways of thinking” (C)(J), “I enjoyed getting various kinds of information that I did not have” (E), “I was not criticized” (H), “I realized that my problems are also other participants’ problems” (I), and “I think I have become able to think and act, rather than spending time in a daze” (E).

Daniel Fisher describes in his book ‘Heartbeats of Hope: The Empowerment Way to Recover Your Life’ that one’s consciousness/spirit, body, social life, and soul all become lively through dialogue<sup>14)</sup>. The participants’ statements also indicate that they became lively by acquiring positive experiences, such as mutually learning with other participants and becoming acquainted with each of them, which promoted mutual understanding<sup>15)</sup>, as well as the sense of being accepted and recognized.

As a place to communicate with others, Salutogenic Group Talk provided an opportunity for schizophrenic patients with prolonged hospitalization to acquire good life experiences. Thus, the program was suggested to be useful as an interventional program to promote mutual exchange among schizophrenic patients with prolonged hospitalization.

## VII. Limitations and challenges of this study

The participants of the study were schizophrenic patients with prolonged hospitalization in 2 hospitals located in a single region, and their number was limited to 10. Future studies should confirm and examine the effectiveness of the program, involving increased numbers of participants and facilities in a larger target area to obtain extensive data.

## VIII. Conclusions

The schizophrenic patients with prolonged hospitalization who experienced Salutogenic Group Talk were able to freely think and speak about each theme, and enjoyed discussions.

As a place to communicate with others, it provided an opportunity for schizophrenic patients with prolonged hospitalization to acquire good life experiences. The results support

the effectiveness Salutogenic Group Talk as a healthy life program to promote mutual exchange among inpatients.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest associated with this study.

### Acknowledgements

We would like to express our sincere gratitude to all those who contributed to this study.

### References

- 1) Yoshihama, F.(2022). Dai2shou Seishin hoken iryou fukushi to seido: Seishin iryou fukushi no genjou to kadai [Chapter 2.Psychiatric care, welfare system: Current Situation and Issues]. *Health and Psychiatric Nursing I*, Kayama, M. & Inagaki, A.(Eds.), Tokyo, Japan: Nankodo, 100–107.
- 2) Ministry of Health, Labor and Welfare (2014). “Chouki nyuuin seishin shougaiisha no chiiki ikou ni muketa gutaiteki housaku no kongo no houkousei” torimatome ni tsuite [“Future direction of specific measures for community transition of long-term hospitalized persons with mental disorders” compiled]. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html> (in Japanese). Accessed 2022.7.26.
- 3) Ministry of Health, Labor and Welfare (2014). Dai1kai chouki nyuuin seishin shougaiisha no chiiki ikou ni muketa gutaiteki housaku ni kakaru kentoukai: Chouki nyuuin seishin shougaiisha wo meguru genjou [1st Study group on concrete measures for regional transition of persons with mental disabilities in long-term hospitalization. Current situation surrounding long- term hospitalized persons with mental disorders].<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000046412.html>(in Japanese). Accessed 2022. 7.26.
- 4) Amano, M. & Nakagawa, A. (2020). 6shou taishou wo rikai surutameno kangaekata: tougoushicchoushou to kanrenshikkan [Chapter 6. Concepts to understand the subject: Schizophrenia and Related Disorders]. *Mental Health and Psychiatric Nursing II*, Kayama, M. & Inagaki, A. (Eds.), Tokyo, Japan: Nankodo, 57–63.
- 5) Noda, F. & Terada, H. (Eds.) (2005). seishinka rihabiliteshon kesu bukku [Psychiatric Rehabilitation Casebook], Tokyo, Japan: Igakushoin, 27–46.
- 6) Yamaguchi, T., Kobayashi, M. & Ariumi, S. et al.(2004). Kango no me de mita chiiki de seikatsu suru toujishatachi no raifusutairu : kaifuku no sutêji ha byouin kara machi he [Lifestyles of mental disorder living in community through eyes of a nurse: The stage of recovery from hospital to community]. *Japanese Journal of Hospital and Community Psychiatry*, 47(1), 69–70 (in Japanese).
- 7) Koshino, I. (1986). Chouki nyuuin niyori hosupitarizumu ni ochiitta kanjatachi to sono kanousei [Patients of long-term hospitalized and their potential for hospitalism: How hospitalism changed in the open psychiatric ward]. *Japanese Journal of Hospital and Community Psychiatry*, 80, 53–58(in Japanese).
- 8) Nemoto, T.(2013). Effects of psychoeducation to improve self-efficacy for coping behavior of people with acute phase of schizophrenia. *Japan Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 49–58(in Japanese).
- 9) Morimoto, T., Matsuda, T. & Arita, K. et al. (2017). Influence of a psychoeducation program for inpatients with schizophrenia in acute phase on their knowledge of illness and self-stigma. *Japanese Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 21(1), 62–66 (in Japanese).
- 10) Antonovsky A (1979). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well (in English)/Yamazaki, Y. yosii, k.(Trans.) (2001). Tokyo, Japan: Yusihndo, 3–39.
- 11) Yamazaki, Y. & Togari, Y. (Eds.)( 2011). Shishunki no sutoresu taishoryoku SOC [The sense of coherence in adolescence], Tokyo, Japan: Yushindo, 3–19.
- 12) Oonishi, N., Yamazaki, Y. & Itou, K. et al. (2021). Process evaluation and perceived positive change obtained in a program that mixed philosophical dialogue and salutogenic group talks by long-term hospitalized patients with schizophrenia. *Journal of Yokkaichi Nursing and Medical Care*

- University*, 14(1), 1–12 (in Japanese).
- 13) Marc Sautet (Dir.)(1995). UN CAFÉ POUR SOCRATE (in French)/Horiuchi, Y. (Trans.) (1996). Tokyo, Japan: Kinokuniya-shoten, 45–59.
- 14) Daniel Fisher (Ed.) (2017). Heartbeats of hope: The empowerment way to recover your life. (in English)/Matsuda, H. (Trans.)(2019). Tokyo, Japan: Akashi-shoin, 164–182.
- 15) Miura, T.(2015). “Watashitachi” to iu kankaku wo hagukumu tameni: tetsugaku kafe to shiteizunshippu [To develop a sense of “we” :Philosophy cafe and citizenship]. *Clinical Philosophy*, 16, 3–21 (in Japanese).

〈研究報告〉

# 新型コロナウイルス流行下における在宅看護学実習に対する 学生の学習経験と主観的評価に関する研究

— 2021 年度の履修者に焦点をあてて —

春名 誠美\*, 清水 智子\*\*, 北井 真紀子\*, 多次 淳一郎\*

## Students' Experiences and Subjective Evaluations of Home Care Nursing Practicum During the COVID-19 Pandemic

— Focus on students in 2021 —

Haruna Shigemi \*, Shimizu Tomoko \*\*, Kitai Makiko \*, Taji Junichiro \*

### 要 約

2021 年度の在宅看護学実習を履修した学生の実習経験と主観的評価を把握する目的で無記名自記式アンケート調査を実施した。対象となる 108 名中 43 名 (39.8%) から有効回答を得た。《臨地実習日数》別の比較では〈5 日以上〉群が〈4 日以下〉群よりも療養者や家族との《コミュニケーション》の満足度が有意に高かった ( $p < .01$ )。また、《同行訪問件数》別の比較では〈3 件以下〉群で《看護計画の実施》の満足度が〈4 件以上〉群よりも有意に高かった ( $p < .02$ )。自由記述では、実習で工夫した点として「話し合い学びを深めた」「イメージし考える」「相談して解決」等 15 記述、困難に感じた点として「自分で経験して学びたかった」等の 9 記述がみられた。この結果から、臨地での経験が制約される状況下でのコミュニケーションの熟成には一定日数以上、複数回の臨地実習が実習に対する満足度を高め、一方、看護計画の実施においては日数および件数を絞りつつも一事例に丁寧に取り組むことが学生の満足度を上げ、学生の能動的な学習の促進に寄与する可能性が示唆された。

Key Words : COVID-19 (COVID-19), 在宅実習 (Home Care), 学習経験 (Nursing Practicum-Experiences), 主観的評価 (Subjective Evaluations), 学生 (Student)

### I. はじめに

2020 (令和 2) 年の新型コロナウイルス感染症 (Corona Virus Infected Disease ; COVID-19) の感染拡大により、看護実習が実施不可もしくは大幅に制限される期間が続いている。実習の制限と

いう未曾有の事態が対人関係を基盤とする看護という営みを学ぶ上でどのような影響を及ぼすかを記述・検証することは今後の看護基礎教育の在り方を検討する上で重要と考える。

我々は、2020 年度の四日市看護医療大学 (以下、本学と略す) の在宅看護学実習を履修した学生を

\*四日市看護医療大学

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

\*\* 金城学院大学

\*\* Kinjo Gakuin University

対象として、彼らの実習経験内容と主観的な学習効果および満足度を記述し、あわせて相互の関連を検討する目的でアンケート調査を行った。その結果、平時よりも経験量を絞りつつも、臨地での経験を確保すること、不安の軽減、限られた経験の中での有意義な学びの促しが重要であることが示唆された<sup>1)</sup>。しかしその後も COVID-19 の流行は断続的に続き、看護学実習の制約・制限は継続している。特に 2021 (令和 3) 年度に領域別実習を履修した学年は、前年度の基礎看護学実習を臨地に出向くことができなかつた世代であり、COVID-19 の影響を最も強く受けた世代ともいえる。今後、COVID-19 の予防・治療法が確立されていく中で一旦は看護学教育も元のあり方に回帰していくものと予測されるが、将来、新たな感染症の流行によって急遽、教育活動が制限される可能性はある。そのため、COVID-19 の流行時期に基礎看護学教育のどの段階を過ぎたかを考慮に入れ、丁寧に学習への影響を記述しておくことの意義は大きいと考える。そこで、2021 年度に在宅看護学実習を履修した学生の实習での経験とその主観的評価を調査し、2020 年度の結果<sup>1)</sup>とも比較することで、COVID-19 の複数年度単位での学習への影響を考察する目的で本研究を計画した。

## II. 2021 年度在宅看護学実習の概要と実施状況

COVID-19 の流行状況に応じて刻々と変化する大学の警戒レベル、実習施設の受け入れ状況に即応できるよう、令和 2 年度に作成した大学、施設それぞれの対応レベルに合わせた 3 つの実習パターン (表 1) および実習目標 (表 2) を令和 3 年度も踏襲し、実習を展開した。

2021 年度の実習履修者は 108 名で、1 グループ 12 名ずつの 9 グループ編成で実習を展開した。このうち、8 つのグループは臨地実習 (パターン①) を適用し、1 つのグループのみ学内実習 (パターン②) を適用した。遠隔実習 (パターン③) を適用したグループはなかった。臨地実習 (パターン①) では、感染対策の観点から訪問看護ステーション 1 か所あたりの配置人数は 1~4 名、1 日あたりの臨地に出向く人数を 2 名以内に抑え、その他は学内に振り替え、合計で学生 1 人あたりの臨地実習日数は 8 日以内になるように調整した。学生の学習方法としては 1 事例を受持事例として担当し看護過程を展開するとともに、可能な場合は受持事例以外の複数の事例についても同行訪問を行った。実習期間中に 2 回の臨地カンファレンスと最終日の学内カンファレンスを通じて、自己の学びを整理・発表し、討議を通じてその深化・統合を図った。

表 1 警戒カテゴリーに合わせた実習パターン

パターン① 臨地実習で、療養者宅での実施が可能
パターン② 学内実習または臨地実習
パターン③ 遠隔実習

表 2 令和 2 年度 在宅看護学実習目標

1. 在宅療養者と家族を国際生活機能分類 (ICF) の視点でとらえ、療養上の問題を抽出できる。
2. 在宅療養者と家族の意向を踏まえて目標を設定し、看護計画を立案できる。
3.-1) 看護計画に基づき、ケアの一部が実践できる。(パターン①) -2) 看護計画に基づき、学内でケアの一部を模擬実践できる。(パターン②) -3) 看護計画に基づき、ケアの一部について、その方法・手順や媒体などを考えることができる。(パターン③)
4. 事例を通じて、在宅療養を支える保健医療福祉制度やサービスがわかる。
5. 地域包括ケアシステムと看護の機能・役割を考えることができる。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

横断的相関研究

#### 2. 調査対象者

2021年度に本学の在宅看護学実習履修者で研究参加に同意が得られた者。

#### 3. 調査方法

クラウド型のアンケートソフトである Microsoft Forms を用いた無記名自記式アンケート調査を行った。回答可能期間は実習最終日の学内カンファレンス終了後からその週末（日曜日）の17:00までとした。

#### 4. 調査項目

【実習での経験】、【学習の到達度】、【実習の満足度】、【実習目標達成のための自分の工夫・実習展開するうえでの困難】の4群19項目で構成した。【実習での経験】は《臨地実習の日数》《同行訪問件数》等の4項目、【学習の到達度】は実習目標の5項目、【実習の満足度】は、《看護過程の展開》、《カルテからの情報収集》、《療養者や家族とのコミュニケーション》、《看護計画の実施（媒体作成・実技など）》、《初日のオリエンテーション》、《毎日のカンファレンス》、《中間CF》および《最終CF》の8項目とした。それぞれ「4：満足・3：やや満足・2：やや不満足・1：不満足」の4件法で回答を求めた。【実習目標達成のための自分の工夫・実習展開するうえでの困難】は自由記述で調査した。

#### 5. 調査期間

2021年9月～2022年3月

#### 6. 分析方法

【実習の経験】の《臨地実習の日数》が〈0～4日〉〈5日以上〉の2群、《同行訪問件数》〈4件未満〉〈4件以上〉の2群にそれぞれ分け、【学習の到達度】【実習に対する満足度】の各項目について Mann-Whitney-U 検定を行った。分析には IBM

SPSS-Statistics 25.0<sup>®</sup> を使用した。

#### 7. 倫理的配慮

実習最終日の学内カンファレンス終了後に依頼文書を配布し、口頭で、研究目的と方法、調査への参加は自由意志であり、研究参加しないことでの不利益は被らないこと、個人が特定されることはないこと、データの守秘を厳守すること、データは研究目的以外に使用しないことを説明した。アンケートに回答することをもって同意とみなした。アンケート（Forms）の配信、回収および匿名化は在宅看護学実習の成績評価に関与しない研究メンバーが担当し、関与したメンバーは実習成績が確定後にデータの共有を受けた。本研究は、四日市看護医療大学倫理委員会の承認（承認 No.150）を得て実施した。

### Ⅳ. 結果

#### 1. アンケートの配信者数と回答数

実習履修者108名のうち43名から回答を得て、その全てが有効回答であった（回答率、有効回答率ともに39.8%）。

#### 2. 臨地での経験（表3・表4）

《臨地実習日数》は〈4日以下〉が20名（46.5%）、〈5日以上〉が23名（53.5%）であった。《同行訪

表3 臨地での実習日数

n=43		
	n	%
4日以内	20	46.5
5日以上	23	53.5

表4 訪問件数

n=43		
	n	%
4件未満	21	48.9
4件以上	19	44.2
無回答	3	6.9

問件数》は〈4件以下〉は21名(48.9%)、〈5件以上〉19名(44.2%)であった。

### 3. 臨地実習日数と学生の主観的評価との関連(表5)

《臨地実習日数》を〈4日以下〉と〈5日以上〉の2群間で比較を行った結果、〈5日以上〉の群の方が《コミュニケーション》の項目で【実習の満足度】が有意に高かった( $p=0.010$ )。【学習の到達度】では有意差を認める項目はなかった。

### 4. 同行訪問件数と学生の主観的評価との関連(表6)

《同行訪問件数》が〈3件以下〉と〈4件以上〉の2群間で比較を行った結果、〈4件以上〉のほうで《看護計画の実施》について【実習の満足度】が有意に低かった( $p=0.020$ )。【学習の到達度】では有意差を認める項目はなかった。

### 5. 実習に対する工夫・困難の内容(表7)

自由記述は《工夫した点》として、15記述あっ

た。内容は、「わからないことは、看護師に聞いたり、メンバーと話し合い学びを深めた(3)」「訪問件数が少ない分、カルテを読み込み、できる限り想像力を働かせてイメージし、療養者の環境や援助について考えるようにした(3)」「不安やわからない事は、先生やメンバー、看護師に相談して解決していった(3)」がそれぞれ3記述と多かった。《困難に感じた点》は、9記述あった。内容は、「自分で経験して学びたかったが、療養者・家族から直接お話を聞き、援助を行うことができなかった(4)」といった記述が最も多かった。

## V. 考 察

今回の結果では、〈5日以上〉臨地で実習を行った学生のほうが「療養者や家族とのコミュニケーション」の満足度が有意に高かった。当時は接触感染・飛沫感染が主要因と考えられ、訪問は受け持ちのみとし、接触も最小限にすることを望む事

表5 臨地での実習日数別にみた学生の実習目標の到達度と実習の満足度

		4日以下 (n=20)		5日以上 (n=23)		p 値	
		Mean	SD	Mean	SD		
実習目標の到達度	目標 1	3.35	0.489	3.43	0.507	0.58	n.s.
	目標 2	3.15	0.489	3.26	0.541	0.47	n.s.
	目標 3	3.30	0.470	3.35	0.487	0.74	n.s.
	目標 4	3.15	0.671	3.17	0.491	0.98	n.s.
	目標 5	3.00	0.649	3.26	0.619	0.19	n.s.
実習の満足度	実習全体	3.45	0.510	3.65	0.487	0.19	n.s.
	カルテからの情報収集	3.60	0.503	3.74	0.449	0.34	n.s.
	コミュニケーション	2.80	0.696	3.35	0.573	0.01	*
	看護計画の実施	3.20	0.523	2.87	0.548	0.05	n.s.
	施設 OR	2.50	1.539	3.17	1.230	0.08	n.s.
	学内 CF	3.20	0.510	3.09	0.848	0.87	n.s.
	臨地中間 CF	3.45	0.510	3.35	0.936	0.88	n.s.
	臨地最終 CF	3.05	1.145	3.35	1.207	0.22	n.s.

Mann-Whitney の U 検定 \* :  $p<0.05$  n.s. : not significant



表6 件数別にみた学生の到達度と満足度

	3件以下 (n=21)		4件以上 (n=19)		p値		
	Mean	SD	Mean	SD			
実習目標の到達度	目標 1	3.43	0.58	3.37	0.50	0.748	n.s.
	目標 2	3.24	0.54	3.16	0.50	0.688	n.s.
	目標 3	3.33	0.48	3.32	0.48	0.936	n.s.
	目標 4	3.29	0.64	3.05	0.40	0.236	n.s.
	目標 5	3.10	0.62	3.21	0.63	0.611	n.s.
実習の満足度	実習全体	3.52	0.51	3.58	0.51	0.768	n.s.
	カルテからの情報収集	3.71	0.46	3.63	0.50	0.668	n.s.
	コミュニケーション	3.05	0.59	3.21	0.71	0.452	n.s.
	看護計画の実施	3.24	0.54	2.74	0.45	0.020	*
	施設 OR	2.81	1.47	2.79	1.44	0.564	n.s.
	学内 CF	3.05	0.80	3.11	0.66	0.872	n.s.
	臨地中間 CF	3.29	0.90	3.42	0.61	0.199	n.s.
	臨地最終 CF	3.14	1.15	3.26	1.10	0.845	n.s.

Mann-Whitney の U 検定 \* : p &lt; 0.05 n.s. : not significant

表7 記述内容

実習目標到達のために自分で工夫したこと (15 記述 ( ) 内は記述数)
・わからないことは、看護師に聞いたりメンバーと話し合った (3)
・カルテを読み込み、事例のイメージを持ち、療養者の環境や援助について考えた (3)
・事前に内容を決め質問するようにした (2)
・声かけを中心に意識した (1)
・療養環境を観察することで、療養者の好きなものや生活について捉えた (2)
・不安やわからない事は、先生やメンバー、看護師に相談した (3)
・介護者に積極的に話しかけ、ケアも実践させてもらうようにした (1)
実習を展開するうえで困難に感じたこと (9 記述 ( ) 内は記述数)
・自分で経験して学びたかったが、療養者・家族から直接お話を聞き、援助を行うことができなかった (4)
・ケアができない (1)
・カンファレンスに慣れておらず、ディスカッションが上手く行えなかった (1)
・療養者とのコミュニケーション (1)
・実習初日の情報収集のみの状態で情報シートと関連図を仕上げなければならない (1)
・紙での事例展開では、実際の療養者の生活がイメージしづらかった (1)

業所もあった。また、COVID-19で、療養する人や家族とのコミュニケーションの機会が制限されており、学生らにとってまずは一定の場数を踏めることが必要であったのではないかと考えられる。訪問件数では〈4件以上〉になると〈3件以下〉よりも《看護計画の実施》に関して満足度が有意に低かった。在宅看護学実習では受け持ち以外の利用者の訪問にも同行する。施設によっては1日3、4件の同行をする場合もある。在宅領域で用いている実習日誌は、同行訪問する受け持ち以外の療養者についても事例毎に訪問状況の記載、考察をさせる。そのため、受け持ち事例の看護計画の立案と実施のみに集中することが難しい状況が生じやすく、訪問件数の多さが看護計画実施の満足度を下げる一因になったのではないかと考える。

臨地実習日数と訪問件数はある程度、相関するため、コミュニケーションの観点からみると経験量の確保が有効である反面、看護師としての思考やケア実践まで拡げてみた場合には、やみくもに経験量を増やすことで学生の“処理能力”を超え、受け持ち事例の看護計画に十分な時間を確保できないことにつながり、結果として満足度の差として現れたのではないかと考える。

COVID-19流行による社会活動の制限は時々刻々変化しており、今回の結果はその前段での授業や学内演習、基礎看護学等の実習の実施状況を勘案して解釈する必要がある。筆者らが2020年度に実施した今回と同様の調査<sup>1)</sup>についてみると、その対象であった学生は2年次の基礎臨地実習を経験できており、その結果として「臨地日数および件数を絞りつつも一事例に丁寧に取り組むことで、学生の満足度が高い」という結果を得た。今回の調査の対象であった学年は基礎看護学実習を遠隔で実施しており、コミュニケーションの満足度が年度間で異なった理由の1つとして、2年次の経験量の差が関連したのではないかと考える。この対人援助の基盤となるコミュニケーションの経験量が十分でなかったことで、複数の事例を同時にこなすこと自体が負荷となり、受け持ち事例の看護計画の展開への満足度にも影響したのではないかと考える。これらをふまえると、2年次ま

での臨地経験を考慮に入れ、経験させる量を考慮・調整することで学生の満足度を高めることにつながられるのではないかと考える。

次に、記述から実習に対し工夫した点として、「わからないことは、看護師に聞いたりメンバーと話し合い学びを深めた」「訪問件数が少ない分、カルテを読み込み、できる限り想像力を働かせてイメージし、療養者の環境や援助について考えるようにした」などの記述が多くみられた。学生らは、看護師からの説明ややり取りから理解を深め、自分と異なる学生の視点や価値観から気づき、ディスカッションから経験を深めたのではないかと考える。一方、困難に感じた点においては「自分で経験して学びたかったが、療養者・家族から直接お話を聞き、援助を行うことができなかった」といった記述が多かった。臨地経験での学びを実現できないという率直な学生の不全感であると考え。我々は同行訪問の補完として、可能な限り施設内でのカルテ閲覧およびスタッフとのやり取りができるよう実習ステーションと調整を図った。また学内においては、受け持ち事例の状況を再現しケア実践を行うことで目標の達成とし、加えて療養者の生活圏の地区踏査を取り入れることで、生活地域からの療養者への理解を深めた。しかし、学生らにとっては、療養者や家族とのやり取りから得られるケアの効果は実感しにくく、「経験したかった」「イメージしづらい」というのは率直な評価であると考え。

菱沼<sup>2)</sup>は「看護実践の体験は、健康課題に直面している病者との関係のなかからしか得られない」と述べている。在宅看護実習は、住まうくらしの場に出向き対象を理解し、看護課題を考える。このような在宅看護学臨地実習の特徴を踏まえると、臨地での実習経験の確保は重要であり、今回の結果からも、一定の期間複数回訪問することは、学生の満足度・学習への到達度につながる教育的効果があると考え。

菱沼<sup>3)</sup>は、今後の実習提案の一つに「たとえ感染症が発生していてもプレ医療職として学生を受け入れ、看護を体感させてほしいと思う。看護を体験し、看護を考える時間を、基礎教育期間中に

与えたい。」と述べている。

我々も、2020年と2021年、学習経験の違う学生らを対象に在宅看護学実習を履修した学生の実習経験とその主観的評価の調査から、臨地経験がいかん学生への学習到達度や実習満足度に影響しているかを考えることができた。今後も実習でしか学べない教育効果を高めるため、学生らの実習経験から学習到達度、実習満足度の実感できる実習体制を構築していくことが重要と考える。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、自由意思で参加した学生の主観的評価であり、回収率も39.8%に留まった。そのため在宅看護学実習履修者全体の評価は反映されておらず、結果の解釈には留意が必要である。しかし、学生の忌憚ないデータであり、学生自身が抱く主観的評価を鑑みつつ今後も貴重な学びの場である臨地実習の組み立てを行っていくことが重要である。

## VII. 結 論

COVID-19流行に伴い、様々な制限がある状況下で実施した在宅看護学実習に対する履修学生の主観的評価を把握する目的で、無記名自記式アンケート調査を実施した。その結果、臨地経験のない状況下では、コミュニケーションを熟成させるには一定日数以上、複数回、臨地での事例に関わり、計画実施においては一事例に丁寧に取り組む

ことが、学生の満足度が高いことが示唆された。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました学生の皆様に感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 春名誠美, 森智子, 北井真紀子他: 新型コロナウイルス感染症流行下における在宅看護学実習に対する学生の学習体験と主観的評価に関する研究, 四日市看護医療大学紀要, 15 (1), 25-31, 2022.
- 2) 菱沼典子: COVID 19は看護学教育を変える 臨地実習再考: 聖路加看護学会誌, 24 (1-2), 37-39, 2021.
- 3) 菱沼典子: 第4回三重看護研究会学術集会(基調講演) 臨地・臨床と教育機関の連携協働による看護実践の創造~コロナ禍でも逞しく学び, 働く~, 三重看護研究会, 第4回三重看護研究会学術集会抄録集, 1, 2022.
- 4) 壬生寿子, 日當ひとみ, 田向たまき: COVID-19の影響を受け実施した在宅看護学内実習と今後の課題, 八戸学院大学紀要, 63, 83-92, 2021.
- 5) 岡田麻里, 片山陽子, 諏訪亜季子: 対話型オンライン学修を用いた在宅看護学実習の取り組みと評価—COVID-19感染予防対策を契機に実装した教育システム発展のために—, 香川県立保健医療大学雑誌, 12, 57-65, 2021.
- 6) 小野若菜子, 竹森志穂, 西村恵里奈他: 新型コロナウイルス感染症の影響によるオンラインでの在宅看護実習における教育活動報告, 聖路加国際大学紀要, No8, 18-23, 2022.



〈研究報告〉

# 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における 困難と支援に関する文献検討

藤井 夕香\*

## Literature Review on Difficulties and Support in Nursing Care for Elderly Cancer Patients with Cognitive Decline

Fujii Yuka \*

### 要 約

本研究の目的は、認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する困難と支援に関する研究を概観し、看護における困難と支援を明らかにすることである。医学中央雑誌 Web(Ver.5)を用い、キーワードを「がん看護」and「高齢者」、および「がん看護」and「認知症」とし、検索を行った。一次スクリーニング、二次スクリーニングより選定した9件の文献を分析対象とした。看護における困難として【痛みの評価が難しい】【疼痛緩和が難しい】【患者を中心に据えることが難しい】【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】【認知症の受け入れが困難】が、支援として【評価しにくい痛みを捉える】【苦痛の表現を促す】【安寧な環境を整える】【認知症を受容する】【多職種で支える】が明らかとなった。困難を認識することで、認知機能低下を伴う高齢がん患者の様々な苦痛に焦点を定めることができ、また支援を意図的に提供することで、それら苦痛の軽減につなげることができるのではないかと考える。

Key Words：高齢者 (Elderly), がん看護 (Cancer Nursing), 認知機能低下 (Cognitive decline), 困難 (Difficulties), 支援 (Support)

### I. 緒 言

我が国は高齢化が進行している<sup>1)</sup>。加齢に伴い増加する代表的な疾患としてがんがあげられる。年齢別がん罹患率では65歳以上のがん患者が全体の75.5%を占め、高齢者の占める割合は高い<sup>2)</sup>。がんは、支持療法を含めた薬物療法の進歩により高い治療効果が期待できるようになったが、高齢者は一般には軽度とされる副作用であっても、生活機能の障害に結びつきやすく生活の質が低下しやすいといった問題が生じることがある<sup>3)</sup>。退院支援等課題は多く、厚生労働省第3期がん対策推

進基本計画<sup>4)</sup>では、患者本位のがん医療の実現に「高齢者」をとりあげており、国としても対策が必要であるとしている。

また、加齢に伴い増加するものとして認知機能の低下があげられる。認知症高齢者数は2025年に高齢者の約5人に1人になるとの推計がある<sup>5)</sup>。がんの5年生存率は増加していることより<sup>6)</sup>、がんと認知機能低下を併せもつ高齢者は、今後ますます増加することが予測される。

認知機能の低下を伴う高齢がん患者においては様々な問題がある。がん患者に多くみられる疼痛管理に関する問題<sup>7,8)</sup>、外来化学療法に伴う自宅で

\*四日市看護医療大学

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

のセルフケアに関する問題<sup>9, 10)</sup>, 治療選択などの意思決定に関する問題<sup>11, 12)</sup>などが報告されている。認知機能の低下を伴うことが問題を複雑なものとしている。

これらの問題に対して、看護における困難や支援に関する研究が積み重ねられてきたが、多くは疼痛や、外来化学療法、終末期など問題一つひとつに焦点を絞ったものである。認知機能低下を伴う高齢がん患者への研究は蓄積されつつあり、困難と支援に焦点を当て文献検討を行うことで、多くの課題を抱える認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難や支援の特徴が明らかになるのではないかと考える。

そこで、本研究では、日本において発表された認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する研究より、認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難と支援を明らかとする。

## II. 研究方法

### 1. 文献検索方法

対象文献の検索は、医学中央雑誌 Web (Ver.5) を用い、2015年1月から2022年7月に発表された文献を対象とした。検索式(「がん看護」and「高齢者」、および「がん看護」and「認知症」)で検索を行った。最終検索日は、2022年7月29日である。

文献の選定条件は、「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難もしくは支援」が記載されているものとした。高齢がん患者に関しては、対象者全員が65歳以上であることが明確である文献とした。がんの種類や病期は問わない。認知機能低下に関しては、認知症の診断の有無は問わず看護師が認知機能の低下があると判断した場合を含む。

除外条件としては、会議録、症例・事例報告、解説、総説・文献レビュー、抄録のないものとした。また、日本語で書かれたものを対象とした。

### 2. 文献の選定プロセス

対象文献の選定手順を図1に示す。2022年7

月29日時点において検索により抽出された453件の文献のうち、重複文献9件を除く444件のスクリーニングを行った。一次スクリーニングとしてタイトル及び抄録より、研究目的が異なるもの364件、対象が65歳以上でないもの33件、総説および文献レビュー12件、英語で書かれたもの12件、合計421件を除外した。タイトル及び抄録では判断できない場合は、この時点では除外せず二次スクリーニングの対象とした。次に二次スクリーニングとして23件を精読し、研究目的が異なるもの3件、高齢者を対象としないもの1件、認知機能が低下した高齢者を対象としないもの10件、合計14件を除外し9件の文献を分析対象とした。

### 3. 分析方法

対象文献を整理するために、著者名、発行年、タイトル、研究デザイン、研究目的、対象の概要について整理した(表1)。

質的帰納的に以下の方法で分析を行った。①対象とした文献を精読し、結果より「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難もしくは支援」について記載されている箇所を抜き出し、看護における「困難」と「支援」に分けた。②①で抽出したデータを記述内容の意味を損なわないようにコード化した。③コードの類似性に基づいて分類した上で、共通する意味内容を表すサブカテゴリーとして命名した。④サブカテゴリーをさらに類似性に基づいて分類した上で、共通した意味内容をさらに抽象化し、カテゴリーとして命名した。

### 4. 研究の信頼性・妥当性の確保

データの分析過程において質的分析に長けている研究者のスーパーバイズを受け、信頼性と妥当性の確保に努めた。

## III. 結果

### 1. 対象文献の概要

選定した9文献は、8件が質的研究であり、1件が量的研究であった。その1件は質問紙調査であ

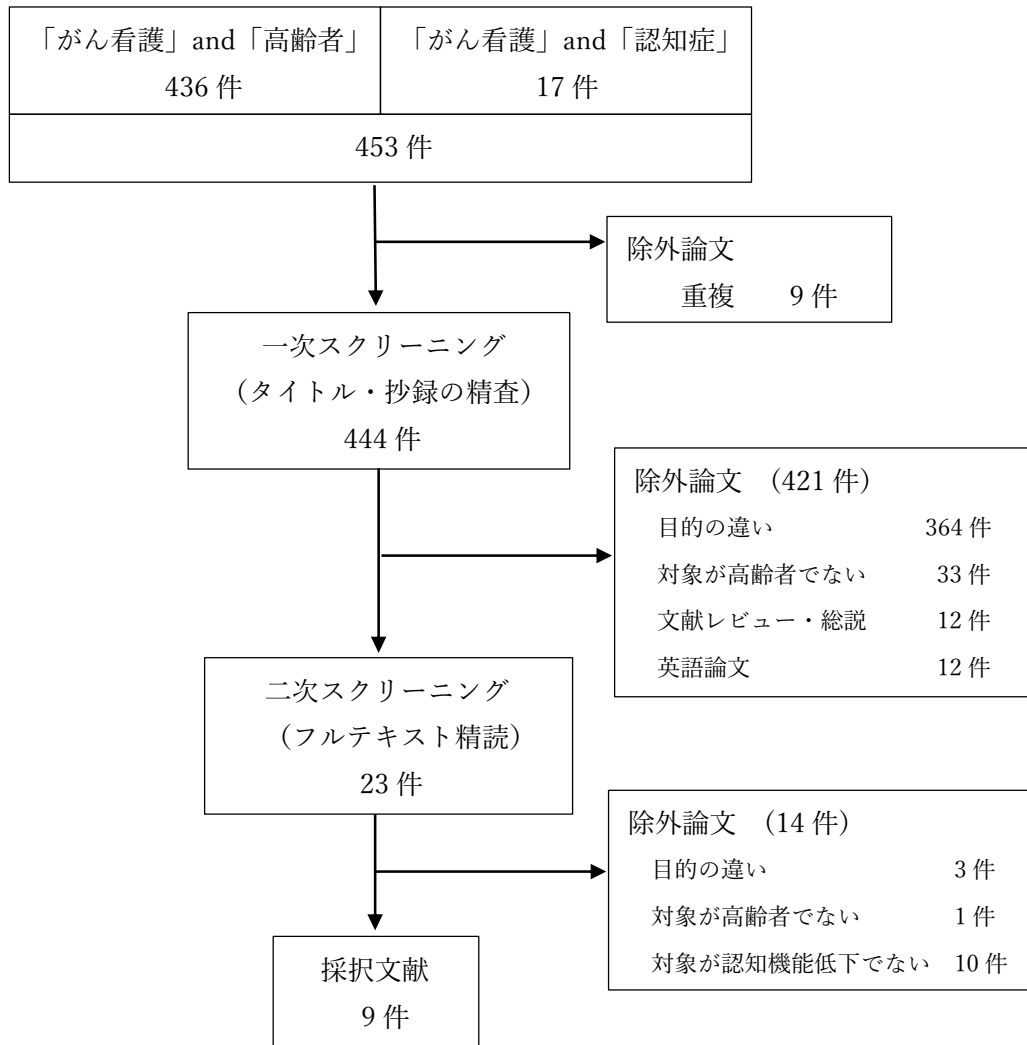


図 1 対象文献の選定手順

り、自由記載で求めた「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難もしくは支援」について KJ 法でまとめた結果が記載されていた。

質的記述的研究のうち 2 件は参加観察または参与観察を組み合わせていた。

研究対象としては、看護師を対象とした文献が 8 件、高齢者を対象としたが文献 1 件であり、参加観察研究であった。

## 2. 看護における困難の内容

分析の結果、「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難」は、43 のコードから 10 のサブカテゴリーに分類され、5 つのカテゴリーが抽出された (表 2)。

以下に、カテゴリー【 】, サブカテゴリー〈 〉,

コード「 」として示す。

### 1) 【痛みの評価が難しい】

このカテゴリーは、〈痛みの客観的評価が難しい〉〈鎮痛薬の効果の評価が難しい〉の 2 つのサブカテゴリーで構成された。

「痛みの訴えがなく、表情や行動でもわかりにくい」「痛みを暴力や不眠などの行為で表す」など、認知機能が低下していることより痛みを適切に表現できないことから〈痛みの客観的評価が難しい〉ことや、〈鎮痛薬の効果の評価が難しい〉ことが痛みの評価を難しくしていることを示している。

### 2) 【疼痛緩和が難しい】

このカテゴリーは、〈鎮痛薬の効果的な使用が難しい〉から構成された。

表 1 対象文献の概要

文献番号	著者名 (発行年)	タイトル	雑誌名, 巻 (号)	研究 デザイン	研究目的	対象者
1	久米真代, 高山成子, 小河育恵, 他 (2015)	がんに関連した認知症高齢者 に対する疼痛の観察・判断に 関する看護師の困難と工夫	石川看護雑誌, 12	質的研究	緩和ケア病棟の看護師が、がんに関連した認知症高齢者のがん性疼痛の緩和についてどのように困難を感じ、どのような工夫を行っているのかを明らかにする	5年以上緩和ケア病棟に勤務し、65歳以上のがんに関連した認知症高齢者3名以上の経験がある看護師5名
2	久米真代, 高山成子, 小河育恵, 他 (2016)	がんに関連した中等度から重度 人認知症高齢者の痛みの表 現	ホスピスケアと在宅 ケア, 24(2)	質的研究 (参加観察)	緩和ケア病棟に入院している認知症中等度、重度高齢者がどのようにがん性疼痛を表現するのか、また看護師のどのような働きかけによってどのような反応を示すのかを明らかにする	緩和ケア病棟に入院しているがんに関連した65歳以上の認知症高齢者8名
3	西脇可織, 片岡純 (2016)	ホスピス・緩和ケア病棟の 人と認知症を併せ持つ患者の 看護における困難と対処過程	日本が ん看護学 会誌, 30(2)	質的研究	がん認知症を併せ持つ患者の看護における緩和ケア病棟の看護師の困難と対処過程を明らかにする	緩和ケア病棟に勤務する看護師で、がんと認知症を併せ持つ患者の経験がある看護師3年以上の者12名
4	杉本知子, 森一恵 (2017)	終末期にある高齢がん患者に 対して看護師が実践している 支援の特徴	千葉県立保健医療 大学紀要, 8(1)	質的研究	終末期にある高齢がん患者の療養生活を支えるために、提供している支援の特徴を明らかにする	病院・介護保険施設・訪問看護ステーション等で勤務している看護師15名
5	井出訓, 川村三希子, 竹生礼子, 他 (2017)	療養病床においてがんを併せ 持つ高齢認知症患者への看護 -入院可否判断, ケア状況, ケア困難度に焦点を当てて-	死の臨床, 40(1)	量的研究 (質問紙調査)	認知症とがんを併せ持つ高齢患者に対する入院の受け入れや、療養病床でのケアに関する困難感と対処方法の実態を明らかにする	療養病床を有する施設において、療養病床のケアおよび入退院などに関する状況を把握する看護師
6	奥村美奈子, 布施恵子, 浅井恵理, 他 (2018)	外来化学療法を受けている高 齢がん患者への看護の検討- 看護師の面接調査を通して-	岐阜県立看護大学 紀要, 18(1)	質的研究	看護師が捉えた外来化学療法を受けている高齢がん患者が抱える困難や課題と、看護師が実施している支援を明らかにする	「地域がん診療連携拠点病院」の外来化学療法部門およびがん患者相談部門・地域連携部門の所属している看護師12名
7	櫻庭奈美 (2018)	認知機能低下を伴う高齢がん 患者に対するがん疼痛アセス メント	日本が ん看護学 会誌, 32	質的研究 (参与観察)	がん疼痛緩和に携わる看護師が、認知機能低下を伴う高齢がん患者に対して実践しているがん疼痛アセスメントの内容を明らかにする	臨床経験が5年以上かつ該当病棟経験1年以上、認知機能低下を伴う高齢がん患者の疼痛を緩和した経験を有する看護師7名
8	岩田尚子, 諏訪さゆり (2021)	訪問看護導入の必要がある外 来化学療法を受ける高齢がん 患者の特徴	日本が ん看護学 会誌, 35	質的研究	外来看護師と訪問看護師が訪問看護導入を必要と判断する外来化学療法を受ける高齢がん患者の特徴を明らかにする	3年以上勤務し、外来化学療法を受ける高齢がん患者を支援した経験のある外来看護師または訪問看護師23名
9	塚越徳子, 二渡玉江, 京田亜由美, 他 (2021)	がん関連領域の専門・認定 看護師が捉える認知症を有する がん患者・家族に対する看護 上の課題	日本が ん看護学 会誌, 35	質的研究	がん関連領域のCNS・CNが捉える認知症を有するがん患者・家族に対する看護上の課題を明らかにする	がん関連領域のCNSまたはCN11名



表2 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する困難の内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
痛みの評価が難しい	痛みの客観的評価が難しい	痛みの訴えがなく、表情や行動でもわかりにくい	1
		身体の辛さの訴えが少ない	1
		痛いとは言わず、「辛い・苦しい」という	1
		痛みを言葉では言わず、行動が落ち着かない	1
		痛みの表現ができないので予測がつかない	1
		痛みの評価が難しい	4
		突発痛の評価が難しい	4
		痛みを暴力や不眠などの行為で表すので疼痛の評価が難しい	9
	鎮痛薬の効果の評価が難しい	反応が得られないため鎮痛薬の決定と評価が困難	1
		意思表示できずがんの症状と効果の評価が難しい	3
レスキューの評価が難しい		4,9	
疼痛緩和が難しい	鎮痛薬の効果的な使用が難しい	患者の言葉を「受け止める」と薬を多く使用する	1
		自制がきかず鎮痛薬を要求する	1
		訴えが少ないと鎮痛薬の使用が遅れる	1
		不穏行動時、レスキューの使用が難しい	4
		薬剤の副作用と認知症の症状が区別しにくい	9
患者を中心に据えることが難しい	意思決定に基づいた看護が提供できない	患者の価値観が分かりにくい	1
		治療に対する見解が把握できない	9
		主体性を求められず介入に悩む	9
		どのような治療選択支援をすればよいのか分からない	9
		身体抑制をしながら抗がん剤を投与することに悩む	9
		入院により認知症が悪化すると何を尊重すればよいのか難しい	9
		治療後の生活や患者の人生を支援することが難しい	9
	治療が制限される	治療中、静穏な環境が保てない	6
		理解度の判断が難しい	6, 8
		治療中安静が保てないため別の治療となる	9
		転倒や点滴抜去の可能性より疼痛緩和薬が限られる	9
		治療中安静が保てない患者に悩む	9
		医療者間の治療・ケアの合意が難しい	医療者間の治療・ケアに対する考えを統一することが難しい
患者をとりまく生活環境の調整が難しい	家族への関わりが難しい	家族の対応に苦慮する	3
		認知症とがんを併せもつことで生じる受け入れがたい感情をもつ家族への情報提供が難しい	9
		抗がん剤中止について患者の意思を確認できない不安と歯がゆさをもつ家族との関わりが難しい	9
	生活環境の調整が難しい	転倒転落の危険がある	5
		在宅への調整が難しい	9
		退院支援が難しい	9
		患者一人では効果的なレスキュー薬が使用できない	9
		在宅移行のタイミングが難しい	9
緩和ケア施設が限られる	9		
認知症の受け入れが難しい	認知症を理解することが難しい	認知症とせん妄の判断が難しい	3, 4
		患者の価値観が分かりにくい痛みを紛らわす行動が、認知症やせん妄というアセスメントになる	9
	看護師の負担感がある	対応に苦勞する	3
		患者の病状に振り回され負担感がある	3
		意思疎通が図れない	5

認知機能が低下し、鎮痛剤の効果発現時間などへの理解が得られないこと等により、「自制が効かず鎮痛薬を要求する」に繋がり、また、「訴えが少なく鎮痛薬の使用が遅れる」など、〈鎮痛薬の効果的な使用が難しい〉状況であり、疼痛緩和が難しいことを示している。

### 3) 【患者を中心に据えることが難しい】

このカテゴリーは、〈意思決定に基づいた看護が提供できない〉〈治療が制限される〉〈医療者間の治療・ケアの合意が難しい〉の3つのカテゴリーから構成された。

「患者の価値観が分かりにくい」や「治療に関する見解が把握できない」など、認知機能低下がある患者のがん治療への意思を確認することが難しく〈意思決定に基づいた看護が提供できない〉状況がある。また、「治療中安静が保てないため別の治療となる」など〈治療が制限される〉〈医療者間の治療・ケアの合意が難しい〉状況より、患者を中心に据えることの難しさを示している。

### 4) 【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】

このカテゴリーは、〈家族へのかかわりが難しい〉〈生活環境調整が難しい〉の2つのカテゴリーから構成された。

「認知症とがんを併せもつことで生じる受け入れがたい感情をもつ家族への情報提供が難しい」など〈家族へのかかわりが難しい〉状況がある。また、認知機能の低下より危険を認知できないことによる「転倒転落の危険」や、「在宅への調整が難しい」「緩和ケア施設が限られる」など、「退院支援が難しい」ことより、〈生活環境の調整が難しい〉こともあり、患者をとりまく生活環境の調整の難しさを示している。

### 5) 【認知症の受け入れが難しい】

このカテゴリーは、〈認知症を理解することが難しい〉〈看護師の負担感がある〉の2つのカテゴリーから構成された。

「認知症とせん妄の判断が難しい」など看護師側の〈認知症を理解することが難しい〉や、「対応に

苦労する」「患者の病状に振り回され負担感がある」など〈看護師の負担感〉があるが、これらは、看護師側が認知症を受け入れることに困難を感じていることを示している。

## 3. 看護における支援の内容

分析の結果、「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する支援」は、59のコードから11のサブカテゴリーに分類され、5つのカテゴリーが抽出された(表3)。

以下に、カテゴリー【 】、サブカテゴリー〈 〉、コード「 」として示す。

### 1) 【評価しにくい痛みを捉える】

このカテゴリーは、〈表情や行動から痛みの有無を判断する〉〈表情や行動に表れない痛みに気づく〉〈客観的情報から痛みを把握する〉の3つのカテゴリーから構成された。

痛みを表現することが難しい高齢者に対し、「言葉だけでなく行動を見て痛みを判断する」「痛みがあることを前提に行動、表情を見る」など〈表情や行動から痛みの有無を判断する〉だけでなく、「その患者なりの余裕のなさに気づく」など〈表情や行動に表れない痛みに気づく〉ことより痛みを捉えていた。さらに、「血圧の高さから疼痛があると判断する」「病態と画像をふまえて痛みにあたりをつける」など〈客観的情報から痛みを把握する〉ことも行われていた。このように評価しにくい痛みを捉えていることを示している。

### 2) 【苦痛の表現を促す】

このカテゴリーは、〈痛みの表現を促す〉〈タッチングにより苦痛の表現を促す〉の2つのカテゴリーから構成された。

「認知症の症状に合わせてその都度聞いて判断する」「患部に注意を向けるように示す」など〈痛みの表現を促す〉ことや、「軽く触れて聞く」など〈タッチングにより苦痛の表現を促す〉ことより苦痛の表現を促していることを示している。

### 3) 【安寧な環境を整える】

このカテゴリーは、〈指針となるいつもの患者像

表3 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する支援の内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号		
評価しにくい痛みを捉える	表情や行動から痛みの有無を判断する	言葉だけでなく行動を見て痛みを判断する	1		
		痛みがあることを前提に行動, 表情を見る	1		
		痛み・呼吸困難などがおかしな行動につながることを理解して対応する	1		
		いつものと違う動きをするときは痛みがあると判断する	1, 4, 9		
		痛くないと言ってもいつもと違った動きをするときには痛みがあると判断する	4		
		鎮痛剤の効果を食事が摂れているか普通に行動ができていくかで評価する	4		
		痛みを予想させる動作に気づく	7		
	表情や行動に表れない痛み気づく	取り繕いや遠慮の中にある痛みを捉える	7		
		その患者なりの余裕のなさに気づく	7		
		言葉と行動の不一致とギャップを見つける	7		
		痛みに関連のない行動と痛みを紐づける	7		
	客観的情報から痛みを把握する	痛みを身体面, 行動, 検査所見, 薬効の出る時間と切れる時間から判断する	夜間の睡眠状態を症状コントロールの指標とする	1	
			穏やかな表情を指標とする	1	
			血圧の高さから疼痛があると判断する	4	
血圧が下がったことで疼痛が緩和されたと判断する			4		
食事量を痛みの評価となる			4		
呼吸の浅さなどの身体状況により鎮痛薬の中止を判断する			4		
病態と画像を踏まえて痛みにあたりをつける			7		
観察可能な生理的变化に注目する			7		
苦痛の表現を促す			痛みの表現を促す	認知症の症状の変動に合わせてその都度聞いて判断する	1
				患部に注意を向けるように示す	2
	短い言葉で質問する	2			
	タイミングよく質問する	2			
	患者の表現を重視する	3			
	タッチングにより苦痛の表現を促す	寂しさや不安に対応して痛みの表現を確かめる	7		
		言葉から真意がつかめない時は触れる, ケアをする	1		
		軽く触れて聞く	2		
		患者の注意力を査定しつつ触れながら痛みを探る	7		
		安寧な環境を整える	指針となるいつもの患者像を探索する	普段を知っている家族の情報を参考にする	1, 5
いつものと違うと言う家族からの情報を共有する	4				
行動が日頃と違うときには家族やヘルパーから情報を得る	4				
これまでの患者の生活の変化を振り返る	7				
家族が感じる様子から患者を知る	7				
意図的に患者との接し方を調整して患者をみる	7				
チームメンバーと“いつもの患者”探しをする	7				
緩和方法を探索する	鎮痛薬などを少し使って評価する	1			
	レスキューで苦痛の緩和を試みる	3			
	過去の疼痛緩和方法を言葉で伝えながら試す	7			
	安心と笑いで痛みの閾値に働きかける	7			
	薬剤効果(副作用)に用心して鎮痛薬を試す	7			

表3 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する支援の内容 (つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
	生活環境を整える	嫌・辛い・痛い・怒るの反応は、何が原因であれ取り上げて対応する	1
		患者が安心して過ごせる環境を用意する	3
		日常生活援助を丁寧に行う	3
		認知症の症状による事故を予防するためにあらゆる策を講じる	3
		在宅への移行時、レスキューの使用について患者が混乱しないようにする	4
		他の患者との関係調節	6
		身の回りの環境を整える	5, 7
認知症を受容する	残存している認知機能を刺激して主体性を高める	鎮痛薬を提示し、選択を促す	2
		患者に寄り添う	3
	患者に寄り添う	うまく表現できない患者の思いや症状を推察する	3
		腹をくくって向き合う	3
		気長に構える	3
多職種で支える	チームで情報を共有し対応する	“つらさ”を足し算する	7
		患者の調子と雰囲気から“つらさ”をくみ取る	7
		痛みに関する行動の観察はチームで情報を共有して次ぎに活かす	1
		症状コントロールする上での困難をチームで共有し、援助方法を検討する	1
		チームで試行錯誤を繰り返す	3
		諦めずチームで関わる	3
		医師に患者の症状を伝え、疼痛緩和をする	4

を探索する)〈緩和方法を探索する)〈生活環境を整える)の3つのカテゴリーから構成された。

〈指針となるいつもの患者像を探索する)ことを行い、「鎮痛薬などを少し使って評価する」「安心と笑いで痛みの閾値に働きかける」など〈緩和方法を探索)し、「日常生活援助を丁寧に行う」「身の回りの環境を整える」など〈生活環境を整える)ことで、安寧な環境を整えていることを示している。

#### 4) 【認知症を受容する】

このカテゴリーは、〈残存している認知機能を刺激して主体性を高める)〈患者に寄り添う)の2つのカテゴリーから構成された。

「鎮痛剤を提示し、選択を促す」ことで〈残存している認知機能を刺激して主体性を高める)、また、「腹をくくって向き合う」「“つらさ”を足し算する」など〈患者に寄り添う)ことは、認知症を受容し

ていることを示している。

#### 5) 【多職種で支える】

このカテゴリーは、〈チームで情報を共有し対応する)から構成された。

「チームで試行錯誤を繰り返す」など〈チームで情報を共有し対応する)ことにより多職種で支えていることを示している。

## IV. 考 察

### 1. 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難について

認知機能の低下があると、記憶障害や思考力低下などより自分の状況を判断できず、また他者に十分に伝えることが難しい。そのような高齢者の痛みを受け取することは重要であるが、〈痛みの客観的評価が難しい)〈鎮痛薬の効果の評価が難しい)と感じ、【痛みの評価が難しい】に至っている。が

ん患者全体での痛みの有病率は、50.7%であるとされている<sup>13)</sup>。しかし、認知症があるがん患者の場合は、疼痛評価が不十分であることや非ステロイド性抗炎症薬や医療用麻薬の投与量が非認知症患者に比べ少なかったという過小評価、過小治療も報告されている<sup>14)</sup>。疼痛緩和にはまず痛みの評価が重要であり、【痛みの評価が難しい】が看護における困難として抽出されたと考える。痛みの評価に関しては、NRS (Numerical Rating Scale) や VRS (Visual Rating Scale) などの使用が勧められているが<sup>13)</sup>、認知機能が低下した患者では痛みのアセスメントが困難であったとの報告があり<sup>15,16)</sup>、認知機能が低下した高齢者にも適応が可能な疼痛評価スケールの開発が望まれる。

認知機能の低下がみられる高齢者にとっては、疼痛コントロールが十分でない場合、BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia: 行動・心理症状) に至りやすく<sup>17)</sup>、さらに疼痛コントロールを困難とする。看護師は疼痛緩和の重要性を認識しているからこそ、【疼痛緩和が難しい】が困難として抽出されたと考える。

がん患者は、がんと診断されたときから、治療選択や治療変更など様々な局面で意思決定をしながら療養生活を送ることとなる<sup>18)</sup>。意思決定能力には、選択の表明、情報の理解、状況の認識、論理的思考が必要とされる<sup>19)</sup>。しかし、認知機能が低下した高齢者ではこのような能力を十分に発揮できない場合がある。看護師は、高齢者の意思決定を重要と認識し〈意思決定に基づいた看護が提供できない〉ことに困難を感じていたと思われる。また、本人による意思決定が困難な状況は、治療目標の決定を困難とし<sup>19)</sup>、〈医療者間の治療・ケアの合意が難しい〉状況となり、〈治療が制限される〉こともあり、患者を中心として考えることができない状況に対して【患者を中心に据えることが難しい】が看護における困難として抽出されたと考える。

【患者を中心に据えることが難しい】は、医療者間だけでなく、医療者と家族の関係にも影響している。【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】のサブカテゴリーである〈家族への関わりが難し

い〉は、本人による意思決定が困難な状況より、「抗がん剤中止について患者の意思を確認できない不安と歯がゆさをもつ家族との関わりが難しい」などに至っていることが考えられる。

また、認知機能の低下は、危険認知力の低下としての「転倒転落の危険がある」だけでなく、生活面では「在宅への調整が難しい」、転院調整では「緩和ケア施設が限られる」など〈生活環境の調整が難しい〉状況がある。患者を中心とした安全で安寧な生活環境整備の困難さより、【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】が抽出されたと考える。

認知症様の症状を来す疾患は数多く、軽度認知症や認知症の前駆症状を示す概念もあり<sup>20)</sup>、認知症という疾患を医療従事者であっても十分に理解することは難しく、「認知症とせん妄の判断が難しい」こともあり、看護師側の〈認知症を理解することが難しい〉に至っている。その理解不足は、「患者の病状に振り回され負担感がある」など〈負担感がある〉につながるものと思われる。これらより【認知症の受け入れが難しい】が看護における困難として抽出されたと考える。

負担感について、松尾は、認知症患者に対して尊厳がなおざりになってしまう状況も負担感につながっていると述べている<sup>21)</sup>。今回の研究では明らかとならなかったが【認知症の受け入れが難しい】には、そのような側面もあることにも目を向ける必要がある。

## 2. 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する支援について

がん性疼痛は、侵害受容性疼痛や神経障害性疼痛が混在していることが多く、腫瘍の位置や浸潤、転移部位等によって特徴的な痛みを呈する<sup>22)</sup>。それを他者に理解できるよう言語化することは認知機能が低下した高齢者には困難であることが多い。「痛みがあることを前提に行動、表情を見る」ことで〈表情や行動から痛みの有無を判断する〉ことをしていた。痛みは主観的な症状であり、患者自身の痛みの表現を尊重すべき<sup>23)</sup>であるが、本人の訴えが認知症では不確実となるため、行動変化との照合による疼痛の判断方法は有用である<sup>7)</sup>。そ

れだけでなく、「その患者なりの余裕のなさに気づく」など、痛みと直接関連がないと思われる行動の中にも変化を見だし、〈表情や行動に表れない痛み気づく〉ことも行われていた。また、血圧などの生理的変化や睡眠状態、画像などの情報より〈客観的情報から痛みを把握する〉ことも行っていた。がん患者にとっての疼痛コントロールは重要であり、がん疼痛は患者の尊厳をも脅かし生活の質に影響を与える<sup>24)</sup>。痛みの治療は評価から始まり<sup>23)</sup>、疼痛緩和のために、まず【評価しにくい痛みを捉える】ことは必要不可欠な支援であると思われる。

また、がんは、がん性疼痛の他にも吐き気、倦怠感など様々な苦痛をもたらす。「タイミングよく質問する」ことで短期記憶が衰える高齢者の“今”の苦痛をキャッチし、「患者の表現を重視する」ことで語彙数が少なくなった高齢者の苦痛をくみ取ろうとしている。これら〈痛みの表現を促す〉、〈タッチングにより苦痛の表現を促す〉など【苦痛の表現を促す】は、表現しがたい苦痛を捉えるための重要な支援であると思われる。

看護師は、【安寧な環境を整える】ために、「普段を知っている家族からの情報を参考にする」など〈指針となるいつもの患者像を探索する〉ことをしていた。これは、自分自身が安寧な状態にあるかを表現しにくい高齢者に対して、いつもの状態を安寧な状態として軸におくことを示している。その上で〈緩和方法を探索する〉、〈生活環境を整える〉ことを行っていた。内田は、終末期高齢がん患者のその人らしさを支える看護実践は、“その人らしい生活を支え続けることと、その人の生き様を受け止める”の両方向から行っている構造であったと述べており<sup>25)</sup>、【安寧な環境を整える】は、その人らしさを支える支援として重要であると言える。認知機能低下がみられる場合はなおさら周囲の支援が必要となる。

「腹をくくって向き合う」など〈患者に寄り添う〉姿勢や、「鎮痛薬を提示し、選択を促す」など〈残存している認知機能を刺激して主体性を高める〉は、認知症と正面から向き合い、【認知症を受容する】姿勢を示していると思われる。

様々な困難を抱える高齢がん患者への支援は、一つの職種では成しえない。日常ケアに関わる多くの職種や学問分野の人々のアプローチが必要であり<sup>26)</sup>、【多職種で支える】ことが重要である。

## V. 結 論

認知機能低下を伴う高齢がん患者の看護上の困難や支援に関する9文献を検討した結果、看護における困難として【痛みの評価が難しい】【疼痛緩和が難しい】【患者を中心に据えることが難しい】【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】【認知症の受け入れが難しい】の5つが明らかとなった。支援として【評価しにくい痛みを捉える】【苦痛の表現を促す】【安寧な環境を整える】【認知症を受容する】【多職種で支える】の5つが明らかとなった。

看護における困難を認識することで、認知機能低下を伴う高齢がん患者の様々な苦痛に焦点を定めることができ、また、支援を意図的に提供することで、それら苦痛の軽減につなげることができ、認知機能が低下した高齢がん患者の自分らしい生活を支えることができるのではないかと考える。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、データとなる文献を限られたデータベースで検索し、症例・事例報告を除いていること、対象を65歳以上の患者に絞っていること、認知症と認知機能低下を明確に分類せず検索していることより、研究目的に応じたすべての研究論文を網羅しているとは言えない。

また、がん治療において、疼痛緩和は重要な位置を占めており、疼痛評価は欠かせない。海外では認知機能が低下した患者の行動や表情などの客観的指標から痛みの強さを評価する観察疼痛評価スケールが開発され、使用されているが、日本においてはそのような評価スケールを使用した報告は少ない。このような現状の中での認知機能が低下した高齢がん患者に対する困難と支援を明らかにするために日本で発表された論文を対象とした。認知機能低下を伴う高齢がん患者が増える現状

に対して、がんの発症、再発、治療変更、終末期それぞれの局面での看護における困難と支援を明らかにしていくことや、明らかとなった支援をもとに介入研究へと進めていくことも課題であると考え。

## 謝 辞

分析の全過程において四日市看護医療大学の宮崎徳子教授にご指導を頂きました。心から御礼申し上げます。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

## 引用文献

- 1) 内閣府：令和2年版高齢社会白書（全体版）第1章高齢化の現状, [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_1_1.html), 2020.8.12
- 2) 厚生労働省：厚生労働省健康局がん・疾病対策課平成31年全国がん登録罹患数・率報告, <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000942181.pdf>, 2020.8.12
- 3) 日本臨床腫瘍学会・日本癌治療学会編集（2019）, 高齢者のがん薬物療法ガイドライン, 2-5, 南江堂, 東京.
- 4) 厚生労働省：3期がん対策推進基本計画, 第2分野別施策と個別目標, <https://www.pref.toyama.jp/documents/2677/01486909.pdf>, 2020.8.12
- 5) 厚生労働省：平成29年版高齢社会白書（全体版）, 第1章高齢化の状況, [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s\\_03.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03.pdf), 2022.8.12, 2020.8.12
- 6) 国立がんセンターがん情報サービス：4. がんの生存率, [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/annual.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/annual.html), 2020.8.12
- 7) 久米真代, 高山成子, 小河育恵, 他（2015）：がんにかかった認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する看護師の困難と工夫, 石川看護雑誌, 12, 45-52.
- 8) 北川公子（2019）：認知機能低下のある高齢患者の痛みの評価, 老年精神医学雑誌, 23(8), 967-976.
- 9) 小山裕子, 森本悦子, 石橋みゆ（2019）：一般病院に通院する後期高齢がん患者への医療専門職連携における取組みと課題, 関東学院大学看護学誌, 6(1), 1-8.
- 10) 岩田尚子, 諏訪さゆり（2021）：訪問看護導入の必要がある外来化学療法を受ける高齢がん患者の特徴, 日本がん看護学会誌, 35, 206-215.
- 11) 森本悦子, 石橋みゆき, 小山裕子（2018）：一般病院に通院する後期高齢がん患者の療養支援における専門職の課題と取り組み, 高知女子大学看護学会誌, 43(2), 62-69.
- 12) 塚越徳子, 二渡玉江, 京田亜由美, 他（2021）：がん関連領域の専門・認定看護師が捉える認知症を有するがん患者・家族に対する看護上の課題, 日本がん看護学会誌, 35, 237-246.
- 13) 日本緩和医療学会編集：専門家をめざす人のための緩和医療学 改定第2版（2019）, 60-88, 南江堂, 東京.
- 14) Shuji Iritani, Mizuho Tohgi, Hiroaki Miyata, et al. (2011). Impact of dementia on cancer discovery and pain. *Psychogeriatrics* Mar, 11(1), 6-13.
- 15) 田中正孝, 松比良彩, 桐原本佳代, 他（2006）：認知症で疼痛を的確に表現できない口腔がん患者の疼痛コントロール, 国立病院看護研究学会誌, 2(1), 9-13.
- 16) 野口智子（2009）：認知症に乳がんが合併した患者の在宅看護, 認知症ケア事例ジャーナル, 2(3), 231-235.
- 17) 小川朝生, 田中登美（2019）：認知症 plus がん看護, 2-53, 日本看護協会出版会, 東京.
- 18) 前掲 13) 406-434.
- 19) 箕岡真子（2010）：認知症ケアの倫理, 36-46, ワールドプランニング, 東京.
- 20) 日本神経学会監修（2017）：認知症診療ガイドライン 2017, 2-5, 医学書院, 東京.
- 21) 松尾香奈（2011）：一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ, 赤十字看護大学紀要, 25, 103-110.
- 22) 特定非営利活動法人日本緩和医療学会編集（2020）：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版, 22-33, 金原出版. <https://jspm.ne.jp/guidelines/pain/2020/pdf/pain2020.pdf>, 2020.8.12
- 23) 前掲 22) 34-38.
- 24) 武田文和 訳, 世界保健機構編（平成5年）：がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア, 50-51, 金原出版, 東京.
- 25) 内田絵美子, 加藤真紀, 原祥子（2022）：終末期高齢がん患者のその人らしさを支える看護実践, 老年看護学, 27(1), 80-87.
- 26) 前掲 19) 15-21.





〈研究報告〉

## 三重県北勢地区の訪問看護ステーションにおける 新型コロナウイルス感染症による影響に関する実態調査

北井 真紀子\*, 中村 いお美\*, 東川 亜依子\*\*, 春名 誠美\*, 多次 淳一郎\*

### Survey on The Impact of COVID-19 Infection on Home-Visit Nursing Stations in Hokusei District, Mie Prefecture

Kitai Makiko \*, Nakamura Iomi \*, Higashigawa Aiko \*\*, Haruna Shigemi \*, Taji Junichirou \*

#### 要 約

目的：本研究は、三重県北勢地区に所在する訪問看護ステーション（以下 ST とする）を対象に新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19 とする）以前の感染対策の状況と、流行初期の対応を明らかにすることである。

方法：70 施設の管理者を対象に COVID-19 流行前の感染対策の実施状況と COVID-19 流行後の対応について無記名自記式質問紙調査を行った。回答率、有効回答率は 45.7%であった。選択項目は小規模事業所が多い ST の特性をふまえ、常勤数で 2 群に分け統計学的に比較を行い、自由記述部分は質的に分析を行った。

結果・考察：COVID-19 流行前の対策状況では、《感染対策の担当者・組織の設置》が、常勤看護職員数が〈3名以上〉の施設で有意に〈設置していた〉施設の割合が高かった。このことから、小規模ステーションの危機管理上の課題として、組織的な感染対策の実施の難しさがあることが推測された。また、地域での情報共有における課題として、多職種・多サービス間での情報共有の難しさがあることがわかった。今後、地域の ST 間での連携強化と地域全体での情報共有システムの構築を行う必要があると考えられた。

Key Words：新型コロナウイルス感染症 (COVID-19), 訪問看護ステーション (Home-Visit Nursing Stations), 感染症対策 (Infection Control Measures), 事業継続計画 (Business Continuity Plan)

#### I. はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19 とする）のパンデミックは在宅医療の危機管理にも大きな影響を与えた。その中で直接に療養者や家族に関わる頻度の多い訪問看護事業者が受けた影響は多方面に及んでいる。

1 つは必要な感染予防策を講じることが難しい、

という実務面での影響である。全国の訪問看護ステーション（以下 ST とする）を対象に実施した調査によれば、ST が COVID-19 に関する対応上の困難として最も多く認識していたのは「利用者の感染対策や協力が得られない」ことであった<sup>1)</sup>。訪問看護では対象の価値観やライフスタイルが多様であるため、感染対策に相当の苦慮があったと考えられる。

\*四日市看護医療大学

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

\*\*地域医療機能推進機構 四日市羽津医療センター附属訪問看護ステーション

\*\* Yokkaichi Hazu Medical Center Visiting Nurse Station

もう1つは運営・経営面での影響である。

「COVID-19 関連で赤字もしくは利益が減った」STが全体の28.2%<sup>2)</sup>あった。STは小規模の事業所が多く常勤・非常勤合わせての看護職員数が5人未満のステーションが約62%<sup>3)</sup>を占め、病院や介護施設などと比較して、組織上の脆弱性を抱えている。今回のCOVID-19では感染症法上の2類相当の措置が取られ<sup>4)</sup>、濃厚接触になると保健所の指示で入院等の措置となり、一定期間の就労が制限されている。そのため、小規模のSTにとってスタッフが陽性者、濃厚接触者になることで生じるサービスのキャンセルは経営圧迫に直結するため、STとしてスタッフに職務上の感染対策に加え、非番時にも行動自粛を求める等の管理者、スタッフ双方にとって心身の負荷が長期間にわたり続いていると考えられる。

このように、COVID-19流行によるSTへの影響について全国調査でその傾向は明らかにされているものの、事業所規模別や地域別の特性もふまえて、その詳細な影響を調査した報告は少ない。特に都市部と比較して流行初期の陽性者数が少なかった地方部ではCOVID-19に警戒しつつも、陽性者数が少なく経過したため、その実態は十分に明らかにはされていない。

2021年度の介護報酬改定で、介護サービス事業者に事業継続計画：BCP（Business Continuity Plan）の策定が義務化され<sup>5)</sup>、STには災害時であってもサービス機能維持のために平時から備えを講じることが求められるようになった。COVID-19の流行は一種の災害と考えられ、特に初期の混乱時期の経験は実際に有効なBCPを策定するための基礎資料となることが考えられる。また、BCPを策定するうえで、STは地域の医療・介護資源として、地域から求められる役割を担う視点も必要となる<sup>6)</sup>ことから、特定の地域の実態を明らかにすることは重要であると考えた。

そこで、三重県北勢地区に所在するSTを対象にCOVID-19以前の感染対策の状況と、流行初期の対応を明らかにする目的で調査を行うこととした。

なお、三重県の人口1万人当たりのST数は0.87で全国平均の1.03を下回っている<sup>7)</sup>。一方

で北勢地区は3保健所（桑名、鈴鹿、四日市市）管内の5市5町からなる地域で、県内の他地区と比較して機能強化型訪問看護管理療養費を算定している大規模事業所数が8か所<sup>8)</sup>あり、平時の在宅医療体制は充実している地域である。

## II. 研究目的

三重県北勢地区に所在するSTがCOVID-19の流行以前に講じていた感染対策の状況と、流行の第1波（2020年1月～5月）、第2波（2020年6月～8月）の時期における対応の実態を明らかにすること。

## III. 研究方法

### 1. 調査対象者

三重県長寿介護課の介護保険事業者・関係施設一覧<sup>9)</sup>に掲載され、2021年3月31日までに事業所指定を受けたSTで、所在地が北勢地域（桑名保健所、鈴鹿保健所および四日市市保健所管内の5市5町）にある70施設の施設管理者。

### 2. 調査方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。調査手段は郵送法とWeb法（Microsoft社Forms）のいずれかを選択できるようにした。

### 3. 調査期間

2021年10月～12月

### 4. 調査項目

「施設の属性」「COVID-19流行前の感染対策の実施状況」「COVID-19流行後の対応と運営への影響」の3群19項目とした。

「施設の属性」は《運営法人》《開設からの期間》、《常勤看護職員数》の3項目。「COVID-19流行前の感染対策の実施状況」は《感染対策マニュアルの整備》《感染対策の担当者・組織の設置》、《感染対策に関する研修機会の設定》、《衛生用品の備蓄》、《タブレット等のモバイル機器の導入》、《自

宅からの直行・直帰》,《リモート会議の実施》の7項目とした。「COVID-19 流行後の対応と運営への影響」は《新規利用受付の一時制限》, 事業所から依頼しての《訪問の回数の減数》,《訪問時間の短縮》,《電話対応への振替》と《総利用者数》,《施設から在宅への移行件数》,《在宅看取り件数》,《年間収入》,《年間支出》の9項目とした。

## 5. 分析方法

選択項目は単純集計を行った後, 小規模事業所が多いSTの特性をふまえ,《常勤看護職員数》が〈2人以下〉〈3人以上〉の2群に分け「COVID-19 流行前の感染対策の実施状況」「COVID-19 流行後の対応」の各項目について統計学的に比較を行った。分析にはSPSS22J for Windowsを使用し,  $p<0.05$ を有意差あり,  $p<0.10$ を有意傾向ありとした。自由記述項目は内容の類似性に着目し質的に分析した。

## 6. 倫理的配慮

本研究における調査への協力は自由意思に基づくこと, 調査票の返送もしくはWeb上での返信をもって同意を得たとみなすこと, を依頼文書に明記し調査票とともに郵送した。研究計画は四日市看護医療大学研究倫理審査委員会の承認(承認番号156)を得た。

## IV. 結果

### 1. 調査票の配布と回収

調査票は70か所の施設管理者に送付し, 郵送で24, Webで8の計32施設から回答を得て, その全てを分析対象とした。(回答率, 有効回答率ともに45.7%)

### 2. 調査協力者の事業所の概要(表1)

《運営法人》は〈営利法人〉が20施設(62.5%),《開設からの年数》は〈10年以上〉が11施設(34.4%)でそれぞれ最も多かった。《常勤看護職員数》は〈3人以上〉が19施設(59.4%),〈2人以下〉が11施設(34.4%)であった。

### 3. COVID-19 流行前の感染対策の実施状況(表2)

事業所としての感染対策の拠所になる《感染対策マニュアルの整備》を〈整備していた〉のは22施設(63.8%)あったが, 詳細にみると整備していたものの16施設(50.0%)はそのマニュアルが〈機能しなかった〉と評価し, そのうちの7施設(21.9%)は調査時点で内容を修正していた。また,《感染対策の担当者・組織の設置》,《感染対策に関する研修機会の設定》については設置, 設定が各々56.8%, 68.8%であったが, 一方で流行の機会に設置, 設定した施設も各々9施設, 8施設あった。

感染対策に配慮した運営上の体制・仕組みとしては《衛生用品の備蓄》は20施設(62.5%)が備蓄していたものの, そのうち12施設は流行時に備蓄だけでは対応できず不足した, と回答している。《タブレット等のモバイル機器の導入》《自宅からの直行直帰》《リモート会議の実施》を取り入れていた事業所は, 流行前はいずれも半数以下であったが, COVID-19 流行以降にそれぞれ15.6%, 18.8%, 65.6%が新たに導入し, 取り入れる事業所が顕著に増加していた。

表1 施設の属性

		(n=32)	
		n	(%)
<b>運営法人</b>	医療法人	7	(21.9)
	社会福祉法人	0	(0.0)
	その他非営利法人	3	(9.4)
	営利法人	20	(62.5)
	無回答	2	(6.3)
<b>開設後の期間</b>	1年以上5年未満	9	(28.1)
	5年以上10年未満	10	(31.3)
	10年以上	11	(34.4)
	無回答	2	(6.3)
<b>常勤看護職員数</b>	2人以下	11	(34.4)
	3人以上	19	(59.4)
	無回答	2	(6.3)

表2 COVID-19 流行前の感染対策の実施状況

		(n=32)	
		n	(%)
<b>感染対策に関するマニュアルの整備</b>	流行前に整備しており流行時も機能した	6	(18.8)
	流行前に整備していたが機能せず修正した	7	(21.9)
	流行前に整備していたが機能せずまだ未修正である	9	(28.1)
	流行前は未整備で流行後に新たに作成した	6	(18.8)
	流行前は未整備で現在も作成していない	3	(9.4)
	無回答	1	(3.1)
<b>感染対策の担当者・組織（委員会等）の設置</b>	流行前から設置していた	18	(56.3)
	流行前は設置しておらず流行後に新たに設置した	9	(28.1)
	流行前は設置しておらず現在も設置していない	4	(12.5)
	無回答	1	(3.1)
<b>感染対策に関する研修機会の設定</b>	流行前から研修機会を設けていた	22	(68.8)
	流行前は研修機会を設けておらず流行後に設けた	8	(25.0)
	流行前は研修機会を設けておらず現在も設けていない	2	(6.3)
<b>衛生用品の備蓄</b>	流行前に備蓄しており不足しなかった	8	(25.0)
	流行前に備蓄していたが不足した時期があった	12	(37.5)
	流行前に備蓄はしておらず流行後に新たに備蓄した	12	(37.5)
	流行前に備蓄はしておらず現在も備蓄していない	0	(0.0)
<b>タブレット等のモバイル機器の導入</b>	流行前から導入していた	14	(43.8)
	流行前は導入しておらず流行後に新たに導入した	5	(15.6)
	流行前は導入しておらず現在も導入していない	13	(40.6)
<b>自宅からの直行直帰</b>	流行前から認めていた	14	(43.8)
	流行前は認めておらず流行後に新たに認めた	6	(18.8)
	流行前は認めておらず流行後も認めていない	11	(34.4)
	無回答	1	(3.1)
<b>リモート会議の実施</b>	流行前から実施していた	6	(18.8)
	流行前は実施しておらず流行後に新たに実施を始めた	21	(65.6)
	流行前は実施しておらず現在も実施していない	4	(12.5)
	無回答	1	(3.1)

#### 4. COVID-19 流行後の対応と運営状況（表3）

《新規利用の受付制限》を〈行った〉のは6施設（18.8%）、同じく《訪問時間の短縮》は8施設（25.0%）、《訪問回数の減数》は6施設（18.8%）、《電話対応への振替》は7施設（21.4%）と4分の3以上の施設はCOVID-19流行を理由としたサービス提供の制限は行っていなかった。

STの運営面への影響をみると、《総利用者数》は29施設（90.6%）が増加・維持していた。利

用者の特性ごとでみると、《施設から在宅への移行件数》で28施設（87.5%）、《在宅看取り件数》で31施設（96.1%）が、件数が増加・維持していた。特に《在宅看取り件数》は14施設（43.8%）で〈増加〉していた。収支の面では、《収入》では10施設（31.3%）が増加し、減少した施設は2施設（6.3%）に留まっていた。一方で《支出》についても11施設（34.4%）が増加していた。

表3 COVID-19 流行後の対応と運営状況

		(n=32)	
		n	(%)
<b>新規利用受付の一時制限</b>	行った	6	(18.8)
	行わなかった	25	(78.1)
	無回答	1	(3.1)
<b>事業所から依頼しての訪問回数の減数</b>	行った	6	(18.8)
	行わなかった	26	(81.2)
<b>事業所から依頼しての訪問時間の短縮</b>	行った	8	(25.0)
	行わなかった	24	(75.0)
<b>事業所から依頼しての訪問の電話対応への振替</b>	行った	7	(21.9)
	行わなかった	24	(75.0)
	無回答	1	(3.1)
<b>総利用者数</b>	増加した	13	(40.6)
	維持	16	(50.0)
	減少した	3	(9.4)
<b>施設から在宅への移行件数</b>	増加した	4	(12.5)
	維持	24	(75.0)
	減少した	1	(3.1)
	無回答	3	(9.4)
<b>在宅看取り件数</b>	増加した	14	(43.8)
	維持	17	(53.1)
	減少した	0	(0.0)
	無回答	1	(3.1)
<b>年間収入</b>	増加した	10	(31.3)
	維持	18	(56.3)
	減少した	2	(6.3)
	無回答	2	(6.3)
<b>年間支出</b>	増加した	11	(34.4)
	維持	20	(62.5)
	減少した	0	(0.0)
	無回答	1	(3.1)

#### 5. 事業所規模別で比較した COVID-19 流行前の対策、流行後の業務・運営の状況 (表4)

STは小規模事業所が多く、人員体制に余裕が少ないこと、平時から組織的に危機管理活動に取り組むことが病院等の施設に比べると制約を受けやすいのではないかと考え、《常勤看護職員数》が未回答でない30施設を〈2人以下〉と〈3人以上〉の2群に分け各項目を比較した。

COVID-19 流行前の対策状況では、《感染対策の担当者・組織の設置》のみ、常勤看護職員数が〈3人以上〉の施設で有意に〈設置していた〉施設の割合が高かった ( $p = 0.018$ )。他の項目はいずれも有意差は認められなかった。

COVID-19 流行後の業務・運営状況では、《新規利用の一時受付制限》で〈2人以下〉の施設のほうが制限を〈行った〉割合が高い傾向が認めら

れた ( $p = 0.086$ )。事業所から依頼しての《訪問時間の短縮》《訪問回数の減数》《電話対応への振替》、《総利用者数》等の利用者数および《収入》《支出》の項目については2群間で有意な差は認められなかった。

## 6. COVID-19 流行初期における対応で感じた難しさ (表5)

COVID-19 流行初期の対応で難しいと感じたことを自由記載として収集した。分析の結果40件の元データから5つのカテゴリーが抽出された。カテゴリーを【 】サブカテゴリーを< >で示す。

訪問看護師は<近隣地域の感染者、重症者数、自宅療養者数やその対応がどのように行われているかがわからない><感染対策に関わる正しい情報の不足>といった【感染に関する正確な情報の入手困難】の中で<関係職種間でのタイムリーな連絡が難しく対応に困る>という【近隣事業所、他職種との情報共有の壁】を感じていた。そして<利用者によって事前の検温や換気など感染対策に協力が得られない>ことでの【利用者の暮らしの場ならではの課題】に直面しながら【環境が整わない中での訪問のストレス】を抱えつつ日々の業務を行っていた。しかし、胸中には常に【未知のウイルス感染への漠然とした不安】があり、先の見えない状況に【マンパワーに限りがある中での事業継続】の難しさを抱えていた。

## V. 考察

### 1. COVID-19 流行初期に訪問看護ステーションが受けた影響

感染対策の実施状況では、衛生用品の備蓄に関して20施設中12施設が流行前の備蓄に不足が生じたと回答していた。また、以前はしていなかったがCOVID-19の流行により新たに備蓄をするようになった施設もあり、備蓄をしていない施設は無かった。訪問看護師は、感染している自覚のない利用者宅に訪問する可能性があるという心理的不安もあり、感染対策物品の不足は看護師の心細さにつながる<sup>10)</sup>ため、迅速な衛生用品の備蓄はST

の運営を継続させるためにも最も重要な対応であると考えられた。

また、モバイル機器の導入、リモート会議などのICT (Information and Communication Technology) の活用や勤務形態の変更がされていることがわかった。ICTの活用に関しては、多職種・多機関との情報共有や看護記録といった訪問看護業務の効率化等のために推進されており<sup>11)</sup>、今回の感染流行によってICT活用による交流の活発化がみられる<sup>12)</sup>との報告も聞かれる。ICT化が促進されたことは、今後、新たな連携手段として浸透していくことが推測される。

STの運営への影響では、総利用者数、収入においても多くが増加・維持であった。従って、COVID-19流行がST経営を圧迫する要因とはなり得なかったと言える。一方で、在宅看取り件数の増加が顕著であることから、訪問看護を利用するニーズに変化があったことが推測された。全国調査からも病院の面会に制限があるため、在宅へ切り替えるがん末期の看取りが急増している<sup>1)</sup>ことがわかっており、調査対象地域においても同様の理由で利用内容への影響があったと考える。在宅での看取りの増加は、家族の達成感に繋がり、訪問看護の強みが発揮された<sup>12)</sup>と考えられる一方で、終末期といった特有の時期では看護の必要性の高さから頻回な訪問が必要となり、ターミナルケア加算以外での保険算定ができない中で引き受けているSTの人員的、経済的な負荷につながる<sup>13)</sup>ことも懸念され、新たな課題となる可能性も考えられる。

### 2. 小規模ステーションの危機管理上の課題

本調査で《感染対策の担当者・組織の設置》に関しては常勤職員3人以上のSTでの設置に有意差がみられたこと、加えて《新規利用の一時受付制限》を行った割合が高い傾向が認められたことから、人員の少なさにより訪問業務が逼迫した時期があり、感染対策に体系的に取り組むことが難しい状況があったと推測された。従って、小規模STでは、マンパワー不足により、感染マニュアルの見直しや研修会の参加等の直接業務に反映される感染対策と並行して、組織的な仕組みの構築

表4 事業所規模別で比較した COVID-19 流行前の対策、流行後の業務・運営の状況 (n=30)

項目	常勤看護職員数						p 値
	総数		2 人以下		3 人以上		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>COVID-19 流行前の準備状況</b>							
<b>感染対策マニュアル<sup>a</sup></b>							
流行前に整備していた	11	(37.9)	4	(36.4)	7	(38.9)	0.892 n.s.
流行前に整備はしていなかった	18	(62.1)	7	(63.6)	11	(61.1)	
<b>感染対策の担当者・組織の設置<sup>a</sup></b>							
流行前に設置していた	16	(55.2)	3	(27.3)	13	(72.2)	0.018 *
流行前に設置はしていなかった	13	(44.8)	8	(72.7)	5	(27.8)	
<b>感染対策に関する研修機会の設定<sup>a</sup></b>							
流行前に実施していた	20	(66.7)	9	(81.8)	11	(57.9)	0.180 n.s.
流行前に実施はしていなかった	10	(33.3)	2	(18.2)	8	(42.1)	
<b>衛生用品の備蓄<sup>a</sup></b>							
流行前から備蓄していた	18	(60.0)	6	(54.5)	12	(63.2)	0.643 n.s.
流行前は備蓄していなかった	12	(40.0)	5	(45.5)	7	(36.8)	
<b>タブレット等のモバイル機器の導入<sup>a</sup></b>							
流行前に導入していた	13	(43.3)	4	(36.4)	9	(47.4)	0.558 n.s.
流行前に導入はしていなかった	17	(56.7)	7	(63.6)	10	(52.6)	
<b>自宅からの直行・直帰<sup>a</sup></b>							
流行前から認めていた	12	(41.4)	6	(54.5)	6	(33.3)	0.260 n.s.
流行前は認めていなかった	17	(58.6)	5	(45.5)	12	(66.7)	
<b>リモート会議の実施<sup>b</sup></b>							
流行前に導入していた	4	(13.8)	2	(18.2)	2	(11.1)	0.493 n.s.
流行前には導入していなかった	25	(86.2)	9	(81.8)	16	(88.9)	
<b>COVID-19 流行後の対応と運営への影響</b>							
<b>新規利用受付の一時制限<sup>b</sup></b>							
行った	6	(20.7)	4	(40.0)	2	(10.5)	0.086 +
行わなかった	23	(79.3)	6	(60.0)	17	(89.5)	
<b>事業所都合による訪問時間の短縮<sup>b</sup></b>							
行った	7	(24.1)	3	(30.0)	4	(21.1)	0.459 n.s.
行わなかった	22	(75.9)	7	(70.0)	15	(78.9)	
<b>事業所都合による訪問回数の減数<sup>b</sup></b>							
行った	6	(20.0)	1	(9.1)	5	(26.3)	0.261 n.s.
行わなかった	24	(80.0)	10	(90.9)	14	(73.7)	
<b>事業所都合による電話対応への振替<sup>b</sup></b>							
行った	7	(24.1)	3	(30.0)	4	(21.1)	0.459 n.s.
行わなかった	22	(75.9)	7	(70.0)	15	(78.9)	
<b>総利用者数<sup>b</sup></b>							
増加した	12	(40.0)	4	(36.4)	8	(42.1)	0.898 n.s.
維持	16	(53.3)	6	(54.5)	10	(52.6)	
減少した	2	(6.7)	1	(9.1)	1	(5.3)	
<b>施設から在宅へ移行した利用者数<sup>b</sup></b>							
増加した	4	(14.8)	1	(10.0)	3	(17.6)	0.613 n.s.
維持	22	(81.5)	9	(90.0)	13	(76.5)	
減少した	1	(3.7)	0	(0.0)	1	(5.9)	
<b>在宅での看取りを行った利用者数<sup>a</sup></b>							
増加した	13	(44.8)	4	(40.0)	9	(47.4)	0.705 n.s.
維持	16	(55.2)	6	(60.0)	10	(52.6)	
減少した	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
<b>年間収入<sup>b</sup></b>							
増加した	9	(32.1)	3	(30.0)	6	(33.3)	0.904 n.s.
維持	17	(60.7)	6	(60.0)	11	(61.1)	
減少した	2	(7.1)	1	(10.0)	1	(5.6)	
<b>年間支出<sup>b</sup></b>							
増加した	11	(70.0)	5	(45.5)	6	(33.3)	0.514 n.s.
維持	18	(30.0)	6	(55.5)	12	(66.7)	
減少した	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	

a :  $\chi^2$  検定 b : Fisher の直接確率法  
n.s. : not significant + : p<0.10\* : p<0.05

表5 COVID-19 流行初期の対応で感じた難しさ

※（）は記述数

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なデータ
感染に関する正確な情報の入手困難	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣地域の感染者、重症者数、自宅療養者数やその対応がどのように行われているかがわからない（6）</li> <li>・病院や保健所からの情報が少ない（3）</li> <li>・感染対策に関わる正しい情報の不足（3）</li> <li>・情報が雑多で何が確実に必要な情報なのかわかりにくい（2）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染者や疑いのある方の入退院状況や自宅での療養状況</li> <li>・保健所からの指示内容詳細が不明</li> <li>・感染対策の正しい情報がわからない</li> <li>・情報が色々なところから入ってくると迷うこともあるため、ある程度まとまった情報を頂けると迷わずに済むと思った</li> </ul>
近隣事業所、他職種との情報共有の壁	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係職種間でのタイムリーな連絡が難しく対応に困る（4）</li> <li>・地域のステーションと情報共有しながらの連携（2）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者様が通所されている他事業所で陽性者が出た場合の連絡が遅く、訪問後に接触があったことが判明した事例があった</li> <li>・周辺施設とのデイサービスで濃厚接触者等となった利用者の情報などの不足・地域ステーションとの連携を取るための情報共有できるとよかった</li> </ul>
環境が整わない中での訪問のストレス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が濃厚接触者かどうかわからず対応が後手になる（2）</li> <li>・環境が整っていない場で行う医療処置（1）</li> <li>・病院と違って検査や診察が簡単にできない中での対応（2）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が後から濃厚接触者とわかり、訪問した看護師が（利用者の）検査結果が出るまで訪問に行けなかった</li> <li>・（発熱した利用者がいても）居宅ということで制限もあり、また未検査の場合も少なくない</li> </ul>
未知のウイルス感染への漠然とした不安	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の家族の情報把握が難しく接触に不安（2）</li> <li>・新規利用者の情報が少なく、感染を疑いながら訪問するストレス（2）</li> <li>・いつ誰が感染者となるかわからない不安（4）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者様の周囲の人について情報把握が難しい</li> <li>・新規の紹介は突然のため常に対策していかなければいけないとストレスを感じた</li> <li>・他の利用者との訪問で感染経路に自分たちがなるのではないかと不安はあった</li> <li>・原理を知るまでの対応はかなりのストレス</li> </ul>
利用者の暮らしの場ならではの問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者によって事前の検温や換気など感染対策に協力が得られない（4）</li> <li>・利用者の過剰な反応によるサービスの中断（1）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・換気やマスクの協力（マスクをすることで呼吸苦、精神疾患からの拒否など）十分な感染対策ができない時</li> <li>・お知らせを配布していても、高齢御夫婦のみや独居生活の利用者様からは事前にご連絡いただくことが難しく、訪問してから発熱していることが判明する場合があった</li> </ul>
マンパワーに限りがある中での事業継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マンパワー不足での感染者対応は通常の訪問ができない（1）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染者の対応があった場合やその対象者が増えた場合マンパワー不足や通常の訪問ができなくなる</li> </ul>

を行うことの難しさといった課題があることが示唆された。さらに、COVID-19の流行が長期に及び先の予測が困難な中で、こういった組織体制の脆弱性はST運営に関わるリスクとなることも考えられる。また、今回のような感染症の流行を含む災害対策では、想定外の出来事への迅速な対応が求められ、自事業所の努力だけでは解決することが難しいこともある。小野ら<sup>14)</sup>は、小規模ST

の多い地域において、個別支援の経験値の積み重ねが困難な小規模STでは、地域の大規模STの経験知を共有する研修等を実施することでケースマネジメントスキルの向上が期待できると述べており、こういった経験値を補完する対策の検討も必要であると考えられる。また、地域によっては、平時から経験が豊富に無い管理者をサポートするシステムを構築しており、COVID-19による対応で



も機能した<sup>15)</sup>との報告もある。このように、本調査を行った地域でも小規模 ST の課題に対し、個別の ST がもつ経験やノウハウをお互いに共有しサポートできるような場をつくり、困った時に迷いなく他事業所に支援要請ができる ST 間の連携体制を強化していく必要があると考える。

### 3. 地域での情報共有における課題

感染流行初期の対応で感じた難しさとして【感染に関する正確な情報の入手困難】や【未知のウイルス感染への漠然とした不安】は、「情報が色々なところから入ってくると迷うこともあるため、ある程度まとまった情報を頂けると迷わずに済むと思った」や「原理を知るまでの対応はかなりのストレス」というように情報収集の手段や感染症に対する知識が確立していなかったことによる初期だからこそその難しさであったと考える。一方で、＜関係職種間でのタイムリーな連絡が難しく対応に困る＞といった【近隣事業所、他職種との情報共有の壁】は、全国調査の中でも同様に、多職種・多サービスにより感染予防対応の差に困惑したという意見や、感染に関するタイムリーな連絡がない<sup>13)</sup>等の状況が報告されている。これは感染流行初期から現在に至るまで継続した課題となっており、迅速な情報のマネジメントは感染症の流行だけでなく、大規模災害における対策としても解決が望まれるものである。ST 間の連携に加え、地域の介護サービス事業所、行政等を含む地域全体としての情報収集・共有システムの構築と、関係職種・機関が共通認識をもち互助できる関係性を築くことは今後に向けての重要な課題であると考え。

## VI. おわりに

COVID-19 流行は第 1, 2 波を経ても続き、流行の波が繰り返されている。その波が到来するごとに ST は難しい判断・対応を求められている。一方で約 3 年にわたる経験をふまえ、実際には各施設での感染症の危機管理能力は向上していると考えられる。本調査では一定地域での事象を記述し概観することはできた。しかし、本研究の限界とし

て、感染流行の初期における結果であることや実際に起こった問題と対策の詳細を知ることはできなかった。今後、この結果をもとに各 ST の経験を記述、分析することで問題発生初期の危機管理の要点の明確化を図っていく必要がある。

折しも BCP 策定の義務化に伴い、ST には、業務が中断し継続が厳しくなる事態を想定し、その時にどう動くのか、そのために平時から何を準備しておくのかを踏まえた計画を考えていくこと<sup>16)</sup>が急務となっている。そのため、COVID-19 流行下での ST 運営の実態記述を通じて、本当に機能する BCP 策定に繋げていく必要がある。

今回、地域を限定してそのエリア内の課題の一端を明らかにすることができた。今後は地域の実情、特性をふまえて施設独自だけでなく、地域を単位としてエリア内の施設間連携を促す試みを検討していきたい。

## 謝辞

本調査にご協力いただきました地域の ST 管理者および ST スタッフの皆様へ心から感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) 公益財団法人 日本訪問看護財団：第 4 弾新型コロナウイルス感染症に関するアンケート～第 3 波における訪問看護ステーションの現状と対応～. [https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2021/02/210216COVID-19\\_chousa4.pdf](https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2021/02/210216COVID-19_chousa4.pdf).2022.8.19
- 2) 公益財団法人 日本訪問看護財団：第 3 弾新型コロナウイルス感染症に関するアンケート～感染症発生状況と経営に及ぼす影響～ 報告書. [https://www.jvnf.or.jp/wp-content/uploads/2020/10/201028COVID-19\\_chousa3.pdf](https://www.jvnf.or.jp/wp-content/uploads/2020/10/201028COVID-19_chousa3.pdf).2022.8.19
- 3) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会 総会（第 419 回）介護・障害福祉サービス等と医療との連携の在り方について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000529038.pdf>.2022.9.7
- 4) 厚生労働省：厚生労働省健康局長通知「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

- 等の改正について」. <https://www.mhlw.go.jp/content/000733827.pdf>. 2022.9.20
- 5) 厚生労働省：令和3年度介護報酬改定について：<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000753776.pdf>.2022.9.7
  - 6) 訪問看護 BCP 研究会編 (2022)：リソース中心に考える！つくれる！使える！訪問看護事業所の BCP(事業継続計画)(第1版第1刷), 42-52, 日本看護協会出版会, 東京.
  - 7) 全国訪問看護事業協会：令和3年度訪問看護ステーション数調査結果. <https://www.zenhokan.or.jp/wpcontent/uploads/r3-research.pdf>. 2022.9.20
  - 8) 厚生労働省東海北陸厚生局：厚生労働省東海北陸厚生局 指定訪問看護事業者の指定状況等(2)届出受理指定訪問看護事業所名簿 R4.6.1現在. [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage\\_00245.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage_00245.html).2022.9.7
  - 9) 三重県 医療保険部長寿介護課：介護保険事業者一覧. <https://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/23833022856.htm>. 2022.9.7
  - 10) 稲葉典子(2021)：体制整備・計画的な物品補充が安心して働く礎に, コミュニティケア, 23(4), 16-18.
  - 11) 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社団法人全国訪問看護事業協会：訪問看護アクションプラン 2025 < 2025年を目指した訪問看護 > : <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/actionplan2025.pdf>. 2022.9.7
  - 12) 吉川未桜, 吉田麻美, 平塚淳子, 他 (2022)：新型コロナウイルス感染拡大下における訪問看護ステーションの困難と対応, 福岡県立大学看護学研究紀要, 19, 45-55.
  - 13) 公益財団法人日本訪問看護財団：第5弾新型コロナウイルス感染症に関するアンケート～第5波における訪問看護ステーションの現状と対応～. [https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2022/02/220207\\_3\\_COVID-19\\_chousa5.pdf](https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2022/02/220207_3_COVID-19_chousa5.pdf). 2022.9.7
  - 14) 小野順子, 山下清香, 中村美穂子, 他 (2022)：A県における訪問看護ステーションの災害対策の現状と課題～災害時の在宅療養継続に向けて～, 福岡県立大学看護学研究紀要, 19, 123-132.
  - 15) 浅沼節子(2021)：特集 緊急時の支援ネットワーク<報告1>事業所機能を失っても訪問看護を継続できた要因と今後の課題, コミュニティケア, 23(12), 16-19.
  - 16) 山岸暁美 (2021)：ウイズコロナ時代の訪問看護後編 期待される役割と, 地域包括 BCP の必要性, 訪問看護と介護, 26(1), 44-50.

〈研究報告〉

## 養護教諭から見た中学生・高校生の貧困や貧困による健康課題に関する実情とその支援

寺尾 亮平\*

### Actual situations and Yogo teachers' support for poverty and health issues in junior high and high school students in Japan

Ryohei Terao \*

#### 要 約

**目的：**養護教諭から見た生徒の貧困と貧困による健康課題に関する実情とその支援について質的に検討し明らかにすることである。

**方法：**A 県内の中学校・高等学校に勤務する養護教諭 3 人に対して半構造化面接によるインタビューを行った。半構造化面接は Zoom Cloud Meetings を利用した。

**結果：**【貧困の実情】は〈家庭内の実情〉〈生活保護の実情〉という 2 サブカテゴリー、【貧困による健康課題の実情】は〈身体的健康課題〉という 1 サブカテゴリー、【養護教諭の支援の実情】は〈食生活への支援〉〈歯科への支援〉〈家庭との関わり〉〈養護教諭と多職種との連携〉〈養護教諭の支援における役割の認識〉〈支援に関する困難感〉という 6 サブカテゴリーが抽出された。

**結論：**本研究を通して、今後、より詳細かつ具体的にデータを収集するための調査を行い、生徒への適切な支援や学校環境づくりにつなげていく必要がある。

**Key Words：**養護教諭 (Yogo teachers), 子どもの貧困 (child poverty), 健康格差 (health disparities), 健康課題 (health issues), 相談対応 (counseling)

#### 1. はじめに

我が国の相対的貧困率は 2019 年の国民生活基礎調査<sup>1)</sup>によると 15.4%であり、子どもの貧困率 (17 歳以下) は 13.5%である。経済協力開発機構 (OECD) のデータによると、この数値は日米欧主要 7 カ国 (G7) のうち、日本は米国に次いで 2 番目に高い比率になっている<sup>2)</sup>。また、わが国では保健医療の財政的、社会的土台が圧迫され、社会的格差が広がっていることが報告されている<sup>3)</sup>。

貧困による健康への影響に関する先行研究<sup>4, 5)</sup>

では、高所得層に比べて低所得層の人々は循環器疾患や肥満、高血圧、糖尿病などの慢性期疾患に罹患しやすい傾向が示されている。一方で、低所得層の人々は医療ニーズを抱えているものの医療機関への受診抑制が生じていることが分かっている。このように、社会的格差が広がってきている中、Socio-economic status (SES) = 社会経済的地位の違いにより疾患の罹患や医療行動に格差が生じている。これらの状況について厚生労働省は、「健康格差」と定義し「地域や社会経済的状況の違いによる集団における健康状態の差」と説明して

\*四日市看護医療大学

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

いる<sup>6)</sup>。

先行研究では、親のSESや生活習慣が子どもの健康課題に影響していることが分かっている<sup>7,8)</sup>。また、これらは子どもの外来通院日数にも影響している<sup>9)</sup>。子どもの健康格差は、貧困家庭における医療費の問題、母子家庭により仕事があるため医療機関に行けないなどが原因となり、子どもが熱を出した、ケガをしたなどの医療ニーズが発生したときにどのような対処ができるのかによって生じてくる<sup>10)</sup>。そして、貧困家庭で育つ子どもの健康度は非貧困家庭の子どもに比べて悪いこと、そして、この健康格差が子どもの年齢が上がるにつれて拡大することも分かっている<sup>11)</sup>。このような状況において、子どもの貧困対策に関する大綱ではプラットフォームとしての学校指導・運営体制の構築が求められている<sup>12)</sup>。

養護教諭は、平成20年の中央教育審議会答申<sup>12)</sup>において学校保健活動の推進に当たって中核的な役割を果たしていることが明示されている。そして、昨今の貧困による健康格差による健康課題の解決に向けて重要な責務を担い、生徒が悩みを相談する先として重要な存在といえる。養護教諭は学校内において貧困や生活習慣による健康課題を持つ生徒のファーストコンタクトパーソンになり一早く発見し問題解決のために役割を発揮できる存在である。しかし、現状として親のSESや生活習慣による健康課題を持つ生徒の存在は明らかではあるが、学校ベースでの養護教諭から見た健康課題を持つ生徒の実情や養護教諭がどのような視点で生徒の存在に気づき、どのように支援しているのかについて明らかにした研究は見られない。

そこで本研究の目的は、養護教諭から見た貧困や貧困による生徒の健康課題に関する実情とその支援について質的に検討し明らかにすることである。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

本研究では、中学校・高等学校に勤務する養護教諭3人に対して半構造化面接によるインタビューを

行った。研究協力者は、ゲートキーパーの養護教諭のネットワークを介して今までの教員経験において貧困や貧困による健康課題に関して相談対応の経験があり、その経験について語っていただけた養護教諭を紹介してもらいインタビューを行った。なお、ゲートキーパーから研究協力者にお声がけいただく際には参加はご本人の自由意志であることをお伝えし同意を得た上で紹介いただいた。

### 2. 調査方法

インタビューでは、質問項目として性別、年代、経験年数、現在の勤務校種、経験されたことのある校種について基本情報を尋ねた。その他に、「貧困の状況下に置かれている生徒の実情」「貧困による健康課題を持つ生徒の実情」「健康課題を持つ生徒にどのように支援をしているのか」「健康課題を持つ生徒への支援についてどのように役割を感じているのか」を尋ねた。また、調査期間中は新型コロナウイルス感染症のパンデミック下にあったためZoom Cloud Meetingsを利用した半構造化面接を行った。調査期間は、令和2年12月14日～令和3年6月4日であった。

インタビューにあたっては、貧困や貧困による健康課題の定義は特に定めず、養護教諭が家庭の貧しさを感じる生徒の実情とそれによる健康課題を持つ生徒について語ってもらうよう依頼した。分析と解釈にあたっては、生徒の貧困や貧困による健康課題の実情と養護教諭が気づく場面・機会、支援内容に関する語りに該当する箇所を抽出し、研究者間で確認した。

### 3. 分析方法

本研究は、質的記述的研究デザインを用いて行った。分析については、Zoom Cloud Meetingsの録画機能を用いて面接した内容を文章化し、逐語録を作成した。逐語録をもとに、明らかにしたい内容の文を抽出しコード化したデータについて分析を行った。そして、類似する内容をまとめてサブカテゴリー、カテゴリーへと分類した。分析に関して、研究協力者にカテゴリー化について確認を依頼した。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は四日市看護医療大学研究倫理委員会の承認（ID 番号：137）を得て行った。調査を行うにあたり研究内容について記載のある説明書を用いて研究目的を説明した。また、参加は自由意志であり回答の途中でも回答を取りやめることができること、同意の拒否、撤回により不利益を被ることはないこと、研究目的に限ったデータの使用、データの保管と破棄、研究結果の公表等について文書と口頭で説明した。また、対象者に対して語っていただく内容については個人を特定できないように配慮いただきインタビューにお答えいただくよう調査の前に説明を行った。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象者の属性

対象者の属性を表 1 に示す。対象者は全員が女性、年代は 20 代 1 人、50 代 1 人、60 代 1 人の 3 人であった。設置主体は公立が 1 人、私立が 2 人であった。経験校種は、私立の中学校・高等学校の一貫校が 1 人、私立の高等学校が 1 人、公立の中学校が 1 人であった。養護教諭の配置人数は、1～3 人と様々であった。看護師の資格を保有している対象者は 2 人だった（表 1）。

#### 2. 貧困と貧困による子どもの健康課題に関する実情とその支援

データ分析の結果 22 のコードが抽出され、9 サブカテゴリー、3 カテゴリーに分類された。以下、カテゴリー別にその特徴を記述し、コードの内容

を示した。なお、記述にあたっては、各カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, コードを“ ”で示す。

対象者 A については、インタビュー時間 47 分・コード数 7 であった。対象者 B については、インタビュー時間 52 分・コード数 7 であった。対象者 C については、インタビュー時間 58 分・コード数 8 であった。

##### 1) 貧困の実情

カテゴリー【貧困の実情】は、〈家庭内の実情〉〈生活保護の実情〉という 2 サブカテゴリー、3 コードで構成された。

このカテゴリーは、日々養護教諭が生徒から受けている相談内容の背景に貧困があると判断された内容により抽出された。家庭内の実情では、“昨年の卒業生（女子学生）が印象的で、入学当時から父子家庭で貧困。父親はリストラにあい、夜の仕事もしていたが借金があるのか食事も取れない、お風呂にも入れていない状況であった。公的な支援を受けることなく、支援の存在にも気づかない感じだった。（対象者 B）”のように父子家庭の実情が語られた。また、生活保護を受けている家庭の実情については“生保の生徒の 40% は要医療だった。（対象者 C）”, “全校生徒のうち 10 人くらいしか生保はいない。（対象者 A）”が語られた（表 2）。

##### 2) 貧困による健康課題の実情

カテゴリー【貧困による健康課題の実情】は、〈身体的健康課題〉という 1 サブカテゴリー、3

表 1 対象者の属性

対象者	年代	職種	経験年数	設置主体	現在の校種	経験校種	配置人数	看護師免許の保有状況	インタビュー時間	コード数
A	60 代	養護教諭	22 年	私立	中学校・高等学校の一貫校	中学校・高等学校の一貫校	3 人	あり	47 分	7
B	50 代	養護教諭	18 年	私立	高等学校	高等学校	2 人	なし	52 分	7
C	20 代	養護教諭	4 年	公立	中学校	中学校	1 人	あり	58 分	8

コードで構成された。

歯科に関する身体的健康課題では、“父子家庭の生徒で、歯科検診で問題があった。(対象者 B)”とあるように家庭の状況による歯科に関する健康課題が語られた。また、“う歯の生徒たちの中で、学校より文書が家庭に出されても未受診のまま、何年も文書が出される子がいる。(対象者 A)”とあるようにう歯があるものの受診できていない実情が語られた。

肥満に関する身体的健康課題では、“肥満の生徒は全体と比べて生保の生徒の方が多い。(対象者 C)”とあるように親の SES による生徒の健康への影響が如実に表れていた(表 3)。

### 3) 養護教諭の支援の実情

カテゴリー【養護教諭の支援の実情】は、〈食生活への支援〉〈歯科への支援〉〈家庭との関わり〉〈養護教諭と多職種との連携〉〈養護教諭の支援における役割の認識〉〈支援に関する困難感〉という 6 サブカテゴリー、16 コードで構成された。

〈食生活への支援〉では、“家が貧しくて昼食については毎日お金をもらっていたが、それ以外の

お小遣い等はなかったので自分でお弁当を作るよう提案し、そのお金をお小遣いとしていたこともある。(対象者 B)”や“(食生活の支援について)電話することで改善したケースがあった。母子家庭でお昼を持ってこなくてその時間昼寝していた生徒がいた。電話の次の日からおにぎりを持ってきていて、今は弁当持参している。(対象者 A)”とあるように支援を行っていた。〈歯科への支援〉では“父子家庭の生徒で、歯肉炎や癒着歯もあり受診をしようとしていない。定期的に面談をしていた。(対象者 C)”や“歯科の受診については、強く勧めていない。歯石・歯肉炎のケースは歯磨きの指導を行っている。(対象者 B)”とあるように受診していない生徒に対して定期的に面談し支援を行っていた。〈家庭との関わり〉では、学校として文書でのアプローチ以外には行っていないことや必要時でも電話での支援に留めていたことが分かった。〈養護教諭と多職種との連携〉では、“支援に関して体重の増減・髪の毛・制服の清潔の有無・授業料の支払い滞納などについて誰が、どのタイミングでアプローチするのか担任を通して話し合っている。(対象者 B)”とあるように生徒

表 2 中学生・高校生における貧困

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
貧困の実情	家庭内の実情	昨年の卒業生(女子学生)が印象的で、入学当時から父子家庭で貧困。父親はレストランにあり、夜の仕事もしていたが借金があるのか食事も取れない、お風呂にも入れていない状況であった。 公的な支援を受けることなく、支援の存在にも気づかない感じだった。(対象者 B)
	生活保護の実情	生保の生徒の 40%は要医療だった。(対象者 C) 全校生徒のうち 10 人くらいしか生保はいない。(対象者 A)

表 3 中学生・高校生における貧困による健康課題

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
貧困による健康課題の実情	身体的健康課題	父子家庭の生徒で、歯科検診で問題があった。(対象者 B)
		う歯の生徒たちの中で、学校より文書が家庭に出されても未受診のまま、何年も文書が出される子がいる。(対象者 A)
		肥満の生徒は全体と比べて生保の生徒の方が多い。(対象者 C)

の状況を把握した上で支援を行っていた。また、“生理痛が重い生徒がいたときに、保護者に伝え受診を促した。しかし、経済面で問題がある家庭だったので市の性に関する相談員へ繋いだことがある。(対象者 C)”とあるように学校外の機関に繋げていることが分かった。〈養護教諭の支援における役割の認識〉では、“養護教諭 1 人ではなく、チームで取り組むことが重要だと考えている。(対象者 A)”や“スクールカウンセラーにつなげたり、兎相につなげたり、調整役かなと思っている。(対象者 C)”や“つなぎ役と考えている。(対象者 B)”とあるように学校の教職員をチームと位置付け、その中で調整役もしくはつなぎ役と役割を認識していた。〈支援に関する困難感〉では、“他の教員から重要視されている一方で、応えなきゃいけないプレッシャーもある。養護教諭として、生徒たちのところへ行って健康教育とかやっていかなければならないと思うが思うようにできていない。保健日より程度なので、健康管理について訴えていきたい。(対象者 A)”や“毎日悩んで行っているが、大事にしていることは、医者じゃないから診断もできないけど、学校の中では専門性を持ってやっている立場。アセスメントを十分にしておいてその生徒にどんな支援が必要か考えている。(対象者 C)”とあるように養護教諭としての専門性を求められていることに対するプレッシャーを感じていた。また、“家庭に問題がある生徒への支援が難しい。いろいろな症状や疾患が隠れているかも。でも正直、家庭がしっかりしていたら受診するのではないかと思う。(対象者 C)”や“(両親に)健康に関わることについて保健室で休むことが多いからと伝えても、高校生だから大人だからと言われることもある。(対象者 A)”とあるように家庭および生徒への支援における様々な困難さが語られた(表 4)。

#### IV. 考 察

本研究で明らかになった、生徒の貧困や貧困による健康課題の実情や養護教諭が日頃どのような支援を行なっているのか考察し今後の課題につい

て考えていきたい。

#### 1. 貧困の実情

本研究結果より、〈家庭内の実情〉のコードは 1 つのみの抽出であり、学校における貧困状況の把握は難しい状況下にあることが考えられる。学校は、個人情報やプライバシーの保護を重視する社会情勢を反映して、家庭に関する情報の収集を精選してきた<sup>13)</sup>背景がある。また、生徒のプライバシー侵害に当たるとして生徒の家庭背景や成育歴が「見えにくい」学校文化の中にある<sup>14)</sup>からこそ貧困や貧困による健康課題を早く察知するのは困難であると推測される。一方で、貧困に関する問題については見ようとしなければ見えないとされている<sup>14)</sup>ため養護教諭や担任の貧困家庭とそれによる健康課題への影響を見抜く視点が求められる。また、〈生活保護の実情〉では生活保護受給と要医療についてのコードが抽出され先行研究<sup>4, 5)</sup>と同様の状況が学校現場でも見られていることが分かった。生活保護の動向については、平成 27 年 3 月に過去最高を記録した後、減少傾向にある<sup>15)</sup>。また、母子世帯の世帯数、19 歳以下の保護率は減少傾向である<sup>15)</sup>。一方で、本研究において貧困や貧困による健康課題について学校現場で実態が明らかにされたことにより学校というある意味で生徒の状況をつかみにくい場であることを承知し養護教諭や担任は生徒に向き合っていかなければならない。

#### 2. 貧困による健康課題の実情

我が国において、SES が低い家庭で育った子どもはう歯<sup>16)</sup>のリスクが高く、その影響は長期に残り残存歯数<sup>17)</sup>にまで影響することが分かっている。また、他の先行研究<sup>18)</sup>からも、非生活困難世帯に比べて生活困難世帯は歯磨きの頻度・仕上げ歯みがきの頻度の割合が低く、う歯の本数の割合が高いことが分かっている。本研究結果からも、貧困による健康課題として歯科が抽出され、改めてその課題が顕在化していることが分かった。一方、肥満についても家庭の経済状況が肥満のリスク<sup>19, 20)</sup>、BMI<sup>21)</sup>が高いことに影響することが言われている。

そのため、貧困による歯科や肥満は顕在化している課題としてその対応が求められる。貧困による子どもの健康課題への影響については先行研究<sup>7,8,9)</sup>で述べられているが本研究においては歯と肥満のみの抽出であった。実際、学校保健統計調査<sup>22)</sup>を見ると、本研究結果の歯・肥満の他に視力低下・

アトピー性皮膚炎・喘息が健康課題となっている。これらにより養護教諭にとって貧困や貧困による健康課題は「見えにくい」<sup>14)</sup>ものであり、健康課題の潜在化や課題に対して踏み込みにくい実情が見てとれるのではないか。

表4 中学生・高校生に対する養護教諭の支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
養護教諭の支援の実情	食生活への支援	家が貧しくて昼食については毎日お金をもらっていたが、それ以外のお小遣い等はなかったので自分でお弁当を作るよう提案し、そのお金をお小遣いとしていたこともある。(対象者B)  (食生活の支援について)電話することで改善したケースがあった。母子家庭でお昼を持ってこなくてその時間昼寝していた生徒がいた。電話の次の日からおにぎりを持ってきていて、今は弁当持参している。(対象者A)
	歯科への支援	父子家庭の生徒で、歯肉炎や癒着歯もあり受診をしようとしていない。定期的に面談をしていた。(対象者C)  歯科の受診については、強く勧めていない。歯石・歯肉炎のケースは歯磨きの指導を行っている。(対象者B)
	家庭との関わり	家庭との連携などについては家庭訪問までは行っていない。電話をするときはある。(対象者B)  今までに、食生活について母親にお願いを電話でしたことはあった。(対象者A)  歯科の未受診の家庭へは、学校として文書以外の家庭へのアプローチは行わない方針になっている。(対象者C)
	養護教諭と多職種との連携	支援に関して体重の増減・髪の毛・制服の清潔の有無・授業料の支払い滞納などについて誰が、どのタイミングでアプローチするのか担任を通して話し合っている。(対象者B)  生理痛が重い生徒がいたときに、保護者に伝え受診を促した。しかし、経済面で問題がある家庭だったので市の性に関する相談員へ繋いだことがある。(対象者C)
	養護教諭の支援における役割の認識	養護教諭1人ではなく、チームで取り組むことが重要だと考えている。(対象者A)  スクールカウンセラーにつなげたり、児相につなげたり、調整役かなと思っている。(対象者C)  つなぎ役と考えている。(対象者B)
	支援に関する困難感	他の教員から重要視されている一方で、応えなきゃいけないプレッシャーもある。養護教諭として、生徒たちのところへ行って健康教育とかやっていかなければならないと思うが思うようにできていない。保健日より程度なので、健康管理について訴えていきたい。(対象者A)  毎日悩んで行っているが、大事にしていることは、医者じゃないから診断もできないけど、学校の中では専門性を持ってやっている立場。アセスメントを十分にその生徒にどんな支援が必要か考えている。(対象者C)  家庭に問題がある生徒への支援が難しい。いろいろな症状や疾患が隠れているかも。でも正直、家庭がしっかりしていたら受診するのではないかと思う。(対象者C)  (両親に)健康に関わることについて保健室で休むことが多いからと伝えても、高校生だから大人だからと言われることもある。(対象者A)



### 3. 養護教諭の支援の実情

本研究結果より、養護教諭は食生活と歯科に対して支援を行っていた。食格差について生徒の食事の欠食や食品や栄養素摂取の格差の背景に、収入が少なく経済的にゆとりがなくため、必要な食物を買えないことや、食事づくりに時間がかけられないことなど<sup>23)</sup>があると分かっている。歯科と同様に食生活への介入は養護教諭にとって重要な支援であり、より早期に健康課題のある生徒を発見し介入することが求められる。

〈養護教諭と多職種との連携〉〈養護教諭の支援における役割の認識〉において、文部科学省の学校における教育相談に関する資料<sup>24)</sup>によれば、子どもの貧困対策に関する大綱<sup>25)</sup>にもあるように学校をプラットフォームとした総合的な子どもの貧困対策の推進を行なっている。学校は、スクールソーシャルワーカー・スクールカウンセラーと連携し外部機関にアクセスするだけでなく、家庭や教育委員会とも連携し貧困相談に当たることが求められている。その中で養護教諭は、専門家や専門機関との連携のコーディネーター的な役割<sup>26)</sup>や多職種協働を視点としたリーダーシップの発揮が重要な課題<sup>27)</sup>となっている。また、〈家庭との関わり〉においても、学校をプラットフォームとした総合的な子どもの貧困対策の推進にあたっては外部機関と連携し家庭へのアプローチも行っていくべきである。その一方で、〈支援に関する困難感〉も結果として抽出された。養護教諭の支援に関する困難感については先行研究<sup>28)</sup>において、養護教諭は常に児童生徒受容しなければならないという養護教諭自身の身体的・精神的負担の問題が指摘されている。貧困や貧困による健康課題に対する支援に関して養護教諭への要求に対する養護教諭の困難感が生じていると考えられる。

本研究の対象者は、中学生・高校生と日頃接している養護教諭であった。中学生・高校生はそれぞれ青年前期・中期に位置<sup>29)</sup>する。その共通点として、人間としての在り方・生き方を踏まえ、自らの生き方について考えていく年代である。子ども一人一人の個性がより濃く表出される時期において、健康課題がより顕在化してくることも考え

られる。そのため、今後より一層学校をプラットフォームとした総合的な支援を行うための支援提供の充実が求められる。

本研究の限界は5点ある。1つ目は対象者の数である。研究協力者の紹介で対象者を募集したが3名にとどまった。その理由として、生徒のプライバシーに関わる内容であり回答しづらかったと推測される。また、本研究テーマである貧困や貧困による健康課題に対する相談経験は対象者により受け止め方がさまざまであると考えられる。そのため、本研究をパイロットスタディとして今後も継続的に研究を行っていく必要がある。2つ目は情報バイアスについてである。対象者に対して、今までの相談経験について話を伺った。記憶力には個人差があるため回答と事実とのズレが生じている可能性がある。3つ目は対象者が実際に行なっている支援について、養護教諭により貧困と認識する基準が異なっており、その判断は難しい。そのため、今後の本研究結果を踏まえ貧困とは何かを定義づけした上で、貧困や貧困による健康課題の実態やその支援について明らかにしていく必要がある。4つ目は、本研究の対象者はリクルートの関係もあり中学校・高等学校に勤務する養護教諭のみであった。そのため、今後の課題として小学校に勤務する養護教諭も対象とし調査を行なっていく必要がある。5つ目は、研究協力者より得られたコード数が22に留まった点である。一概にコード数だけでは判断できないが、その原因として貧困や貧困による健康課題が潜在化している可能性、研究協力者の経験の可能性、踏み込みにくい課題があることによる可能性も否定できない。そのため、健康課題についてより深く抽出できるように調査方法を改善していく必要がある。

## V. 結 論

生徒の貧困による生活や健康への影響は顕在化しており、その適切な支援方法の確立は学校現場において急務である。本研究結果を踏まえ、より詳細に貧困状況にある生徒の実情や生活・健康への影響、個別の支援について明らかにしなければ、

貧困による健康課題を持つ生徒への適切な支援にはつながらない。一方で、生徒のプライバシーに関わる内容について対象者から回答を得ることができたことで、本研究をパイロット研究として今後より詳細かつ具体的にデータを収集するための調査を行い、生徒への適切な支援や学校環境づくりにつなげていく必要がある。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力を賜りました養護教諭の先生方に心より感謝申し上げます。また、対象者の紹介や結果の解釈、分析についてご意見をいただきました滝高等学校の加藤晃子先生に心より感謝申し上げます。

## 文 献

- 厚生労働省 (2019) : 2019 年国民生活基礎調査の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html>, 2022.4.28.
- OECD (2017) : 経済審査報告書, <https://www.oecd.org/economy/surveys/Japan-2017-OECD-economic-survey-overview-japanese.pdf>, 2022.4.28.
- 日本国際交流センター (2011) : 「ランセット」日本特集号 国民皆保険達成から 50 年, <https://www.jcie.or.jp/japan/pub/pdf/1447/fulltext.pdf>, 2022.4.28.
- Fukuda Y., Hiyoshi A. (2013). Associations of household expenditure and marital status with cardiovascular risk factors in Japanese adults: analysis of nationally representative surveys. *Journal of Epidemiology*, 23(1), 21–27.
- Kaplan GA., Keil JE. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 88(4), 1973–1998.
- 厚生労働省 (2017) : 健康寿命の延伸と健康格差の縮小, [https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/21\\_2nd/pdf/4\\_2\\_1.pdf](https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/21_2nd/pdf/4_2_1.pdf), 2022.4.28.
- Curtis LM., Wolf MS., Weiss KB., et al. (2012). The impact of health literacy and socioeconomic status on asthma disparities. *J Asthma*, 49(2), 178–183.
- Rogers R., Eagle TF., Sheetz A., et al (2015). The Relationship between Childhood Obesity, Low Socioeconomic Status, and Race/Ethnicity: Lessons from Massachusetts. *Child Obesity*, 11(6), 691–695.
- 妹尾 涉 (2007) : 子どもの受診行動の決定要因分析, 一橋大学機関リポジトリ, 314, 1–13.
- 阿部 彩 (2015) : 子どもの貧困⑨子どもの健康格差はなぜ起こる?, *チャイルドヘルス*, 18, 52–54.
- Currie J., Stabile M. (2003). Socioeconomic Status and Child Health: Why Is the Relationship Stronger for Older Children?. *American Economic Review*, 93(5), 1813–1823.
- 文部科学省 (2008) : 「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」(答申), [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo5/08012506/001.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo5/08012506/001.pdf), 2022.4.28.
- 米澤篤代 (2017) : 小学校における貧困問題とその対策, *心理科学*, 38(2), 10–20.
- 盛満弥生 (2011) : 学校における貧困の表れとその不可視化—生活保護世帯出身生徒の学校生活を事例に一, *教育社会学研究*, 88, 273–294.
- 厚生労働省 (2019) : 第 4 生活保護制度について, [https://www.mhlw.go.jp/topics/2020/01/dl/9\\_shakaiengo-03.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/2020/01/dl/9_shakaiengo-03.pdf), 2022.4.28.
- Tanaka K., Miyake Y., Sasaki S., et al. (2013). Socioeconomic status and risk of dental caries in Japanese preschool children: the Osaka Maternal and child health study. *J Public Health Dent*, 73(3): 217–223.
- Matsuyama Y., Fujiwara T., Aida J., et al. (2016). Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. *Community Dent Oral Epidemiol*, 44(6): 531–539.
- 藤原武男 (2017) : 子どもの貧困と健康, *治療*, 99, 62–66.
- Kachi Y., Otsuka T., Kawada T. (2015). Socioeconomic Status and Overweight: A Population-Based Cross-Sectional Study of Japanese Children and Adolescents. *Journal of Epidemiology*, 25(7): 463–469.
- Ueda P., Kondo N., Fujiwara T. (2015). The global economic crisis, household income and pre-adolescent overweight and underweight: a nationwide birth cohort study in Japan.

- International Journal of Obesity, 39(9): 1414–1420.
- 21) Mizuta A., Fujiwara T., Ojima T. (2016). Association between economic status and body mass index among adolescents: a community-based cross-sectional study in Japan. *BMC Obesity*, 3: 47.
- 22) 文部科学省 (2022) : 学校保健統計調査—令和3年度(速報値)の結果の概要, [https://www.mext.go.jp/content/20220713-mxt\\_chousa01-100012587\\_a.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20220713-mxt_chousa01-100012587_a.pdf), 2022.11.2.
- 23) 阿部 彩, 村山伸子, 可知悠子, 他 (2018) : 子どもの貧困と食格差 お腹いっぱい食べさせたい, 67-70, 大月書店, 東京.
- 24) 文部科学省 (2016) : 学校における教育相談に関する資料, [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/120/gijiroku/\\_icsFiles/afieldfile/2016/02/12/1366025\\_07\\_1.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/120/gijiroku/_icsFiles/afieldfile/2016/02/12/1366025_07_1.pdf), 2022.4.28.
- 25) 内閣府 (2019) : 子供の貧困対策に関する大綱, <https://www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/pdf/r01-taikou.pdf>, 2022.4.30.
- 26) 中央教育審議会 (2016) : チームとしての学校の在り方と今後の改善方策について (答申), [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2016/02/05/1365657\\_00.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/_icsFiles/afieldfile/2016/02/05/1365657_00.pdf), 2022.4.28.
- 27) 後藤多知子, 古田真司 (2010) : 養護教諭のリーダーシップ行動に関する研究 学校保健活動における協働の視点から, *学校保健研究*, 52, 191–205.
- 28) 鈴木邦治, 別惣淳二 (1994) : 学校運営と養護教諭の職務 (II) : 養護教諭の役割と「位置」の認知を中心にして, *広島大学教育学部紀要*, 43, 153–164.
- 29) 文部科学省 (2008) : 子どもの発達課題ごとの特徴と重視すべき課題, [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/053/shiryo/attach/1282789.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/053/shiryo/attach/1282789.htm), 2022.11.2.



〈資料〉

# Report on the Implementation of a Sexuality Education Workshop for Childcare Workers

Hibi Chie \*

## Abstract

**Purpose:** This study reports on the implementation of a sexuality education workshop for childcare workers who care for preschool children.

**Methods:** The subjects were 20 childcare workers working at a child daycare center in Mie Prefecture. The title of the workshop was “Methodologies for providing sexuality education to children of preschool age”. The workshop consisted of a lecture and a group work session, covering the concept of sexuality education, human rights, and gender equality.

**Results:** The participants considered that advocating for the children’s feelings, which they regularly perform, would ensure the children’s rights to express their views. Reflecting on their words and actions toward the parents of children, the participants became aware that their behavior had been unconsciously influenced by gender bias. They then discussed measures to improve the way to interact with children, in which children’s rights had not been protected.

**Conclusion:** Implementing the sexuality education workshop for childcare workers provided them with an opportunity to reflect on their daily childcare situations and to discuss children’s human rights and gender equality. It also served as an opportunity for them to reexamine their own attitudes and behaviors.

Key Words : Sexuality Education Workshop, Childcare Worker, Implementation

## I. Introduction

Sexuality education is important to lead safe and meaningful lives in the present environment, where HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, gender-based violence, and gender bias are prevalent as they put people’s well-being at risk<sup>1)</sup>. Among all stages of life, early childhood is a period when children grow and develop remarkably, especially in the brain and nervous system. Experiences during this period have a significant impact on later life<sup>2)</sup>. This is why sexuality education in early

childhood is considered an important issue to be addressed<sup>3)</sup>.

Childcare workers, who regularly interact with children of preschool age on a daily basis, are very close and familiar to such children, so it is highly significant for childcare workers to address sexuality education in early childhood. Nursing professionals, who encourage the better formation and development of parent-child and family relationships and contribute to the healthy growth of younger generations, are also responsible for taking a role in this effort.

Sexuality education in Japan is based on the

---

\*四日市看護医療大学

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

“Concept and approach to teaching sexuality in schools”<sup>4)</sup> published by the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology in 1999, which systematically outlines the goals and content of instruction according to the development stages of children. According to this, the goals of sexuality education in kindergarten are indicated as “the birth of life”, “differences between male and female bodies”, and “importance of life”. In addition, the ministry published a guideline on methods of teaching sexuality in schools<sup>5)</sup>. This report addresses the need for education and enlightenment to prevent children from being victims or aggressors of sexual violence. Its educational goal is to help children understand misconceptions and misguided actions that lead to sexual violence.

Globally, comprehensive sexuality education based on human rights and gender equality<sup>6)</sup> is considered to be the trend in such education. International sexuality education guidance was indicated by the revised International Technical Guidance on Sexuality Education<sup>1)</sup>, published in 2018. This guidance presents the knowledge, attitudes, and skills to build healthy and positive relationships, grounded in human rights and gender equality. Moreover, this guidance is based on the concept that is linked to the Convention on the Rights of the Child<sup>7)</sup>, requiring approaches that incorporate a perspective on children’s human rights for international sexuality education.

In Japan, sexuality education is based on a narrowly defined concept, such as mental and physical health and the prevention of sexual violence. Whereas overseas, the perception of sexuality education has been shifting to a comprehensive one centering on human rights and gender equality. Human rights and gender equality have been taught in moral education in schools in Japan, but in order to further pro-

mote them, it is important to teach them in sexuality education for children. To the authors’ knowledge, there have been no reported studies on sexuality education using such a broad perspective. The author, therefore, conducted a sexuality education workshop involving childcare workers. This paper reports on the implementation of this practice.

## **II. Methods of implementing sexuality education workshop**

### **1. Target facility and participants**

According to a report of childcare workers working at a child daycare center in Mie Prefecture, Japan, they encountered several children showing their body parts to each other in a corner of the playground on multiple occasions. The childcare workers considered this sexual behavior but had difficulty how to teach the children about sexuality.

Upon receiving a request for consultation from the childcare workers, the author decided to conduct a workshop on sexuality education involving childcare workers working at a child daycare center. A total of 20 childcare workers participated in this workshop.

### **2. Title and methods of the workshop**

The title and methods of the workshop were examined by referring to the literature<sup>1, 8)</sup>. The workshop was titled “Methodologies for providing sexuality education to children of preschool age”. As keywords for the workshop, the concept of sexuality education, human rights, and gender equality were selected.

The workshop program was designed to be a combination of a 60-minute lecture followed by a 20-minute group work session.

In the workshop, PowerPoint presentation software was selected to create educational materials so that the participants could learn

through visual stimuli. The PowerPoint presentation did not contain a lot of information, but instead displayed some key words of the workshop content to help the participants understand the main point of sexuality education.

In the group work session, the participants were encouraged to exchange their opinions on sexuality education. The author considered that this would help the participants to clarify their ideas on sexuality education and develop strategies for teaching children.

### 3. Workshop content

At the beginning of the workshop, the author explained the concept of sexuality education<sup>6)</sup>. The current concept of sexuality education does not focus solely on pregnancy, childbirth, and contraception, as many childcare workers may imagine, but rather based on human rights and gender equality. In order to help the participants understand how sexuality education is provided, the author introduced a sexuality education class that was conducted in the past for junior high school students. This class was performed in a workshop-style lecture on how to build human relationships based on human rights.

Next, the author explained that everyone has human rights, and everyone's human rights must be respected. Regarding children's rights<sup>7)</sup>, the author explained that as with adults, they are the holders of rights, such as the freedom of religious activities and freedom of assembly. Children are not people who are only "protected" and "given what they need for their growth", but they are also "participants of society". The author encouraged the participants to recognize that children are equal to adults.

The author then presented methods for achieving children's human rights in daily situations at the daycare. In this workshop, protection of

privacy and the right to express views, which the author considered children's rights that are difficult to ensure, were addressed.

In Japan, children are cared for in groups in daycare centers. They are divided into separate rooms for each age group, where they eat, play, change clothes, and take naps. In such a group, the author considered that privacy, as stated in the Convention on the Rights of the Child, is unlikely to be ensured. Therefore, the author tried to help the participants be aware of the protection of children's privacy in daily childcare. To help the participants more specifically focus on privacy protection, they were encouraged to reflect on their interactions with children during dressing. Asking them about where they change the children's clothes, the author encouraged them to examine specific measures that they could practice to ensure children's privacy.

With regard to the right to express views, the participants discussed ways to facilitate the expression of children's views. Children who are cared for in child daycare centers in Japan range from 0 to 5 years of age with different developmental stages. They are small enough not to be able to express their views verbally. The author considers that the care of these children tends to be a one-sided approach from the childcare workers without encouraging children to express their views. In daily childcare, for example, childcare workers do not ask children before they change diapers or lift children from beds. Therefore, the author explained the importance for the participants to pay attention to the "feelings" and "understandings" of all children who are still unable to express their views verbally. It was also told to the participants that paying attention, being receptive, and responding to children's reactions will contribute to ensuring the expression of children's views. In addition to asking the participants to

reflect on their actions when they change diapers, such as whether they talk to children, what kind of communication they use, and whether they pay attention to children's feelings, the author encouraged the participants to reflect on other situations that require respect for children's feelings and views.

Regarding gender equality, the author presented the facts about domestic violence, and described how it is associated with gender. Also, gender bias in social life was explained, including the idea of fixed gender roles based on the data on the number of hours spent on housework and childcare by married couples in Japan. After explaining the possibility that the gender views of childcare workers may affect the way they interact with children, the author encouraged the participants to become aware of their own gender perspective.

A group work session was held after the lecture, with 3 groups of 6 to 7 members each. A moderator was assigned to each group to facilitate the exchange of ideas and opinions.

### III. Implementation results

The participants showed positive responses, taking notes and sometimes nodding their heads about the content and explanations provided in the PowerPoint presentation (Fig. 1).

In the group work session, there were comments reflecting on situations where the participants interact with children.

First, the participants' statements regarding the protection of children's privacy will be discussed. One participant stated that she talks to each child when changing clothes, and that it may be possible to find a place where children can change their clothes without being seen by others. As for measurements of the body weight of children which has been performed in groups by gender, the participants questioned themselves as to what children had thought about it, and they speculated that some children may not wish to have their body weight measured in front of other people. They presented the possibility of conducting the measurement individually after asking children how they feel about it. In discus-



Fig.1 State of the workshop



sion, many participants shared ideas that sexuality education is not particularly unique, but it rather takes place as “a part of everyday life”.

With regard to the expression of children’s views, the participants discussed as follows: One participant stated, “If I notice the dust on my friend’s clothes, I ask my friend before I remove it. But sometimes I touch children without asking them”. In response to this comment, another participant stated that their behavior, which they took for granted, could have been unpleasant for children. Through this discussion, the participants noticed that they have never asked or confirmed children’s feelings when changing diapers. They then shared the importance of asking children before changing diapers, saying “I am going to change your diaper”.

Another participant stated that she talks to children on a daily basis when changing diapers, saying “Now you feel good” or “Now you feel clean and refreshed”. The participants discussed that this kind of approach to children could be a way of respecting the feelings of children who do not have the ability to express their views verbally. They also shared their experience of daily interactions with children in which they empathize with children’s feelings, such as “happy”, “joyful”, “painful”, and “sad”. They stated that being empathetic to children may be a way of respecting children’s feelings.

With regard to gender equality, the participants discussed as follows: The participants first reflected on their own childhood experiences to share their views. They reported that they had been frustrated by the difference in their parents’ attitude toward them among siblings, *e.g.*, the mother of one participant did not force her sons to help prepare meals, but she did force her daughters to do so. The participants shared empathy with this experience.

Reflected on daily situations at the daycare,

one participant reported that she develops an impression of “cooperative father” toward fathers who come to the daycare to pick up their children, but she does not have such feelings when mothers do. Another participant stated that, when collecting the child’s emergency contact information, she asked for the mother’s contact information rather than the father’s, which was an unconscious behavior.

Reflecting on children’s play activities at the daycare, the participants reported that children feel free to play the roles they wish rather than stereotypical gender roles. They also stated that children are acting in a gender-equal manner in their play, whereas adults may act by being influenced by gender. Some considered that children’s perception of gender equality can be influenced by the attitudes of the children’s parents or grandparents.

One month after the workshop, the organizer of the center contacted the author and said that the childcare workers started to be committed to listening to the children’s feelings and views when interacting with the children, especially during napping and skin-to-skin situations. The organizer also said that the childcare workers now have opportunities to share opinions about changes in their attitudes as well as their approaches to interacting with children after experiencing the workshop. According to the organizer, their approaches to sexuality education were published in the center’s newsletter and distributed to the children’s parents.

#### IV. Discussion

In response to global trends in sexuality education, the workshop was developed using human rights and gender equality as keywords. At the beginning of the workshop, the author introduced in the lecture that current sexuality education

does not only focus on the mechanisms of reproduction and the body, but the main purpose of sexuality education is to teach human rights and gender equality. As observed in the previous study<sup>9)</sup>, the author considered that the participants would feel “embarrassed” and “confused” about sexuality education for children. However, such attitudes were not observed among the participants during the workshop. The participants’ eagerness to listen to the lecture and their active participation in the group work session demonstrated their willingness to be committed to sexuality education.

Regarding human rights, the program was designed to help the participants find ways to achieve children’s human rights based on children’s developmental stages and childcare environment. During the workshop, the “protection of privacy” and the right to “express views”, which the author considered children’s rights that are difficult to ensure in childcare settings, were discussed. Reflecting on the process of changing children’s clothes, the participants were able to realize that children’s privacy had not been protected. Through discussion, the participants found practical measures to protect children’s privacy during dressing. In addition to such situations, the participants realized that there were other daily situations in which children’s rights had not been ensured, so they discussed ways to improve their interactions with children. These suggest that the participants gained an understanding of the children’s rights.

Through the group work session, the participants reflected on various situations in which they interact with children. This helped them find out that they regularly pay attention to children’s feelings when interacting with them and understand that their daily activities with children had significant meanings for the children. This suggests that the participants may

have learned the importance of advocating for the feelings of children who are not old enough to be able to express verbally, in order to ensure children’s rights to express their views.

In terms of gender equality, the participants discussed that their childhood environment was not gender equal. They also reflected on their attitudes toward parents of the children and realized that their behavior had been unconsciously influenced by gender bias.

Considering that children have not played stereotypical gender roles in their play, the participants believed that gender equality has been achieved in children’s play. However, reflecting on their own behavior, the participants considered that the awareness of gender equality could be affected by the childhood care environment of the children. The author agrees with this view. In order to promote sexuality education for children, it is necessary to involve children’s parents and grandparents, who are considered to have an impact on the awareness of gender equality among children, in sexuality education.

## **V. Future challenges**

The workshop was held using human rights and gender equality as keywords. Sexuality education for children requires comprehensive perspectives. In the future, the author will expand the content of the workshop and examine its content according to developmental stages of children.

Sexuality education for children is supposed to take place in the daily activities of children. The ideas and attitudes of children’s parents who are closely involved in the lives of children are assumed to influence their children’s perception of human rights and gender equality. In the future, the author should provide parents with opportunities to discuss sexuality education for their children.

## VI. Conclusion

Implementing the sexuality education workshop for childcare workers provided them with an opportunity to reflect on their daily childcare situations and to discuss children's human rights and gender equality. It also served as an opportunity for them to reexamine their own attitudes and behaviors, in order to ensure children's human rights and to achieve gender equality.

## Acknowledgements

The author deeply thanks the center's childcare workers who participated in this workshop.

## References

- 1) UNESCO, *et al* (2018): Revised edition Of International technical guidance on sexuality education, <https://www.who.int/publications/m/item/9789231002595>, 2022.8.15.
- 2) Kurtuncu M, Akhan LU, Tanir IM, *et al* (2015): The sexual development and education of preschool children: knowledge and opinions from doctors and nurses. *Sexuality and Disability*, 33(2), 207–221.
- 3) Asai H (2020): 包括的性教育 人権 性の多様性 ジェンダー平等を柱に [Comprehensive sexuality education: focusing on human rights, sexual diversity, and gender equality] (1st ed). 3–4, Otsukishoten, Tokyo.
- 4) Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (1999): 学校における性教育の考え方進め方 [Concept and approach to teaching sexuality in schools]. Gyosei corporation. 30–32. (in Japanese).
- 5) Ministry of education, culture, sports, science and technology: 学校における性に関する指導及び関連する取り組みの状況について [The guideline on methods of teaching sexuality in schools] <https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000910047.pdf>, 2022.9.10.
- 6) Enmi S (2022): 人権を尊重する包括的性教育 [Comprehensive sex education that respects human rights], *Human Mind*, 223, 34–38.
- 7) UNICEF: The convention on the rights of the child. <https://www.unicef.org/child-rights-convention>, 2022.8.15.
- 8) The Council for Education and Study on Human Sexuality, Study group on sexuality education for preschool children (2021): Guide to sexuality education in early childhood. In: How to deepen sex education. H Asai (Ed.), 乳幼児期の性教育ハンドブック [The handbook of sexuality education in early childhood] (1st ed), 105–116, Kamogawa shuppan, Kyoto.
- 9) Endo K, Inoue K, Tsuboi R, *et al* (2007): 幼児に対する性教育の実態 A survey on sex education for children in preschools. *Yamagata Journal of Health Sciences*, 10, 1–9. (in Japanese with English abstract).



## 四日市看護医療大学紀要投稿規程

(趣 旨)

第1条 この規程は、四日市看護医療大学紀要の発行及び投稿に関し、必要な事項を定める。

(目 的)

第2条 四日市看護医療大学（以下「本学」という）における学術研究の促進を図るため、四日市看護医療大学紀要（英文名称：Journal of Yokkaichi Nursing and Medical Care University）（以下「紀要」という）を発行する。

(編 集)

第3条 紀要の編集は、四日市看護医療大学紀要委員会（以下「委員会」）が行う。

(投稿資格)

第4条 紀要に投稿できる者は、本学教員及び助手、大学院生、研究生、大学院修了生並びにその共同執筆者とする。筆頭執筆者は本学教員及び助手、大学院生、研究生、大学院修了生とする。ただし、委員会において特に認めた場合は、この限りでない。

(投稿論文等)

第5条 投稿の対象となる論文の種類は、次の各号に掲げるものとし、未発表のものとする。

- (1) 総説・論説：最近の国内外の研究・報告の知見等を総論的に記述したもの、もしくはそれに基づいて執筆者のオリジナルな見解を展開したもの
- (2) 原著論文：独創的で新しい知見を含むもの
- (3) 研究報告：内容的に原著に及ばないが、学術上価値のある新しい研究成果で、発表の価値が認められるもの
- (4) 資料：調査研究などで得られたデータを試論として報告したもの（活動報告等を含む）
- (5) 短報：学会において、口演発表を行った要旨

(倫理的配慮の明記)

第5条の2 人および動物が対象の研究で倫理的配慮が必要なものは、その旨本文中に明記されていなければならない。

(原稿の締切等)

第6条 紀要は、原則として年1回3月発行とし、投稿申し込みの締切は7月末、原稿の締切は9月末とする。

(論文の構成)

第7条 論文の構成は、原則として、①緒言（はじめに）、②方法、③結果、④考察、⑤結論（おわりに）、⑥文献とする。タイトルには、英文を併記する。論文には要約をつけ、原著論文には英文要約（abstract）もつける。キーワードは、日本語及び英語で3～5語とする。

(原稿枚数等)

第8条 第5条(1)～(4)の本文の枚数は、原則として、図表を含めてA4版用紙（20字×40行、2段組み、1,600字）10枚以内（16,000字以内）、英文の場合には、10,000語以内とする。和文要約は400字程度、英文要約は250語前後とする。第5条(5)の本文の枚数は、1枚以内とする。

(原稿の提出)

第9条 原稿は、要約と図表を含めた正本1部及び副本（査読用コピー）2部、表紙（様式2）並びに原稿を入れた電子媒体を庶務課に提出するものとする。提出原稿は完成原稿とし、著者校正は1回と

する。校正段階における内容の修正は、認めない。

(審査等)

第 10 条 掲載論文の種類及びその採否を決定するための審査は、査読者の意見を参考にして委員会が行う。査読者は、委員会がその都度依頼する。審査の結果、提出原稿の修正を求められたときには、執筆者は、委員会の指示に従って検討のうえ、速やかに修正原稿を提出し、委員会の審査を受けるものとする。

また、委員会により、論文の種類及びその採否について文書にて報告するものとする。

(経費負担)

第 11 条 トレース、カラー印刷等の特殊な印刷に要する経費は、執筆者負担とする。掲載論文等 1 編につき、別刷 50 部は無料とし、50 部を超える別刷については、執筆者負担とする。

(掲載論文著作権の行使の委託)

第 12 条 執筆者は、掲載論文の著作権のうち複製権、公衆送信権及び翻訳権の行使を本学へ委託するものとする。ただし、執筆者による同権利の行使を妨げない。なお、掲載論文は電子ファイル化し、本学ホームページにおいて公開するものとする。

2 前項に定める翻訳権の行使の範囲は、著者抄録に限定するものとする。

(補 則)

第 13 条 本誌に掲載された論文の内容については、当該著作者が責任を負うものとする。

2 この規程に定めるもののほか、紀要の編集及び投稿に関し必要な事項は、委員会で定める。

附 則

この規程は、平成 19 年 6 月 20 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 20 年 7 月 16 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 27 年 6 月 10 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 29 年 12 月 1 日から施行する。

## 四日市看護医療大学紀要投稿要領の作成について

1. 原稿は、原則としてワードプロセッサによる印字とし、英文要約（原著論文のみ）、和文要約はそれぞれ別の用紙に印刷する。
2. 原稿は、A4判横書き（用紙は縦）で余白を上35ミリ下30ミリ、左右各30ミリに設定する。執筆にあたっては和文原稿は明朝体、10.5ポイントで作成する。
3. 原稿には表紙（様式2）をつける。表紙の内容（研究課題、執筆者等）、要約等は採用された場合紀要委員会で原稿を構成する。

論文の構成は、原則として、①緒言（はじめに）、②方法、③結果、④考察、結論（おわりに）、⑥文献とする。タイトルには、英文を併記する。論文には要約をつけ、原著論文には英文要約（abstract）もつける。キーワードは、日本語及び英語で3～5語とする。

4. 要約は、原著論文には英文要約（abstract）及びその和文要約をつける。

総説・論説、研究報告、資料の場合は和文要約をつける。ただし、英文原稿の場合、英文要約のみをつける。英文表題では、前置詞、冠詞、接続詞以外の単語及び文頭の最初を大文字とする。英文要約は、ダブルスペースで印字し、フォントはTimes New Roman、12ポイントで作成する。英文は、必ず英文校正業者か英語が母国語の専門家による校閲を受ける。

5. 研究本文の書式は、A4判用紙に横書き20字×40行で2段組（1,600字）とし、適切な行間をあげ、必ず用紙の中央下にページ数を記す。図表は白黒単色で印刷する。カラー・グレー印刷を希望する場合は、執筆者負担とする。原稿は日本語又は英語による記述とする。和文原稿の外国語はカタカナで、外国人名、日本語訳が定着していない学術用語などは原則として活字体の原綴で書く。

略語は、初出時に正式用語で書く。図表及び写真は印刷のために、A4判用紙1枚に1点とし、図1、表1、写真1等の番号をつける。本文とは別に通しページをつけ、用紙の中央下に記す。挿入希望の位置を本文右欄外に朱書する。図表の表題は、図ではその下部、表ではその上部に明示する。

6. 文献記載の様式

- (1) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文の最後に、引用した番号順に整理して記載する。
- (2) 著者名が4名を超える場合は、3名まで記載し、○○他とする。

### 【記載方法】

#### 雑誌掲載論文

著者名（発行年次）：論文名、雑誌名、巻（号）、頁. の順に記載する。

－例－

- 1) 丸山律子, 田中有紀, 秋本菜穂, 他 (2009): リアリティショックに陥りやすい新人看護師の傾向とパーソナリティの関連, 産業精神看護, 16 (3), 156-165.
- 2) Brooker, D. & Baheti, A. J. (2004). Treatment for person-centered care. *Journal of Gerontology*, 13(3), 215-222.

#### 単行本

著者名（発行年次）：書名（版数）、引用箇所の始めのページ-終りのページ、発行所、発行地. の順に記載する。

－例－

- 3) 木下康仁 (1993): 老年ケアの人間学 (第1版), 113-143, 医学書院, 東京.

- 4) Spradley, J. P. (1979). The ethnographic interview . USA : Wardsworth Group.

#### 単行本の一部（例えば書籍中のある章）

著者名（発行年次）：章のタイトル，編集者名，書名（版数），引用箇所の始めのページ - 終りのページ，発行所，発行地，の順に記載する。

－例－

- 5) 長田久雄（2007）：第1章 高齢者の感覚と知覚，井上勝也，木村 周編著，新版老年心理学（第13版），1-13，朝倉書店，東京。

#### 翻訳書

原著者名（原書の発行年次）／訳者名（翻訳書の発行年次）：翻訳書の書名（版数），頁，発行所，発行地，の順に記載する。

－例－

- 6) Denise, F. P. & Bernadette ,P. H. (1987) ／近藤潤子監訳（1994）：看護研究 原理と方法（第1版），174-190，医学書院，東京。

#### 電子文献

著者名：タイトル，アドレス，閲覧した年月日，の順に記載する。

－例－

- 三重県：三重県勢要覧（平成18年刊）人口・世帯の基本属性，<http://www.pref.mie.jp/dataBOX/yoran/yoran05/yoran010.html>, 2007.5.2.1.

7. 論文が受理された後，共同執筆者は，掲載同意書（様式3）を提出する。

附 則

この要領は，平成19年6月20日から施行する。

附 則

この要領は，平成20年7月16日から施行する。

附 則

この要領は，平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は，平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要領は，平成29年12月1日から施行する。



## 編集後記

令和4年度紀要第16巻第1号は、原著1編、研究報告4編、資料1編の計6編を掲載しています。本号もまた、投稿者の方々の研究に対する多大な努力と真摯な姿勢、査読者の方々による丁寧な査読の結果として、6編の原稿が掲載される運びとなりましたことを大変うれしく感じます。掲載にあたり協力くださった投稿者、査読者、編集委員の皆様にご心から感謝申し上げます。

令和4年度も新型コロナウイルス COVID-19の影響はいまだ終息してはませんが、新型コロナウイルス感染症との付き合い方は多様化しつつあり、研究活動におきましても Zoom や動画などの活用により研究方法の選択肢が増え、新たな研究のあり方をもたらしているように感じます。

今号の特色は、少子高齢化が加速するわが国にとって重要な課題となる長期入院患者や高齢患者、保育士、貧困の学生等を対象とした健康教育や支援に関連した研究報告と、新型コロナウイルス COVID-19 存在下における学生や実習施設への影響を調査した報告等が掲載されております。看護教育において重要な課題を研究的視点で捉え、論文にし、対外的に公表して情報発信するということは、重要な知識活動でもあります。複雑な課題に満ちた現代社会にこそ、研究成果の積極的な発信が期待されると思います。本紀要も今回より HP だけでなく、学術機関リポジトリへの掲載もされるようになります。これを機にこれから益々対外的に更に研究が発展・評価されていくことを委員一同祈念しております。

(三好 陽子)

## 紀要委員会

星 野 真 理 (委員長)  
 大 西 信 行 (副委員長)  
 三 好 陽 子  
 大 島 茂  
 藤 田 佳 子  
 水 谷 有 (編集事務担当)

## 査読委員 (五十音順)

工 藤 安 史	小 菅 優 子
後 藤 由 紀	杉 崎 一 美
ダニエルカーク	千 原 猛
豊 田 妙 子	森 啓 至
山 口 央 輝	吉 田 和 枝

## 四日市看護医療大学紀要 第16巻, 第1号

2023年3月24日発行

編集発行 四日市看護医療大学  
 〒512-8045 四日市市萱生町1200 電話 (059) 340-0700

印刷所 伊藤印刷株式会社  
 〒514-0027 津市大門32-13 電話 (059) 226-2545





Journal of Yokkaichi Nursing and Medical Care University  
Vol. 16, No. 1, March 2023

CONTENTS

**ORIGINAL ARTICLE**

- A Healthy Life Program Combining Salutogenic Group Talk and Philosophical Dialogue  
– Program Evaluation by Schizophrenic Patients with Prolonged Hospitalization –  
..... Oonishi Nobuyuki, Bessho Fumiko, Hibi Chie, Ito Kaoru 1

**RESEARCH REPORTS**

- Students' Experiences and Subjective Evaluations of Home Care Nursing  
Practicum During the COVID-19 Pandemic  
– Focus on students in 2021 –  
..... Haruna Shigemi, Shimizu Tomoko, Kitai Makiko, Taji Junichiro 11
- Literature Review on Difficulties and Support in Nursing Care  
for Elderly Cancer Patients with Cognitive Decline  
..... Fujii Yuka 19
- Survey on The Impact of COVID-19 Infection on Home-Visit Nursing Stations  
in Hokusei District, Mie Prefecture  
..... Kitai Makiko, Nakamura Iomi, Higashigawa Aiko,  
..... Haruna Shigemi, Taji Junichirou 31
- Actual situations and Yogo teachers' support for poverty and health issues  
in junior high and high school students in Japan  
..... Ryohei Terao 41

**BRIEF REPORTS**

- Report on the Implementation of a Sexuality Education Workshop  
for Childcare Workers  
..... Hibi Chie 51