

# 四日市看護医療大学紀要

Journal of Yokkaichi Nursing and Medical Care University

第 18 卷  
第 1 号

2025.3

## 目 次

### 〈研究報告〉

- 日本の看護学学士課程で教授される災害看護に関する教育内容の傾向  
— シラバスの分析から —  
.....小寺 直美, 多次 淳一郎, 森 和真 1

### 〈資 料〉

- 地域包括ケア推進に向けた医療機関保健師に必要な実践能力に関する実態調査  
.....大谷 喜美江, 後藤 由紀 9
- 唾液中 HHV-6 DNA コピー数は学生の臨地実習ストレスマーカーとして有用か  
.....榎本 喜彦, 東 さくら, 井平 勝, 飯田 忠行, 伊藤 康宏 25
- 高齢期における就労が健康に及ぼす影響に関する文献検討  
.....藤井 夕香, 佐藤 優子 31
- 終末期在宅療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援に関する文献検討  
.....中村 いお美, 春名 誠美 39

### 〈その他〉

- 臨地実習を見据えた学内演習の授業展開  
— シミュレーションベースによる血圧測定技術のチェック —  
.....久留島 実姫, 中村 いお美, 林 香純, 草野 純子, 小寺 直美  
藤井 夕香, 松田 陽子, 北井 真紀子, 佐藤 優子, 古田 知香  
永住 沙樹, 岡村 勇飛, 馬場 佳理, 伊藤 愛子, 上籠 直子 49
- 施設で過ごす子ども訪問「ひまわりの会」活動支援の報告  
.....春名 誠美, 増田 由美, 北井 真紀子, 中村 いお美 57



四日市看護医療大学



〈研究報告〉

# 日本の看護学学士課程で教授される災害看護に関する 教育内容の傾向

— シラバスの分析から —

小寺 直美\*, 多次 淳一郎\*, 森 和真\*\*

## Trends in disaster nursing education content taught in nursing degree programs in Japan; Through syllabus analysis

Naomi Kotera \*, Junichiro Taji \*, Kazuma Mori \*\*

### 要 約

日本の看護系大学の学士課程における災害看護教育の内容の特徴を、各大学が公表するシラバスを用いて概観することを目的に、日本看護系大学協議会加入校の30%にあたる91校を無作為に選定し、うちWeb上でシラバスを入手できた90校を対象に分析を行った。全校で災害に関する内容が扱われており、総計118科目で取り扱う教育内容を看護学教育モデル・コア・カリキュラム（以下、MCC）を基にした35項目の教育内容に整理・分類した。結果、取り扱う割合が高かった教育内容は、〈被災者のストレスと心のケア〉が62校（68.9%）、〈TTT（トリアージ・治療・搬送）〉が67校（67.8%）、災害サイクルにおける〈急性期の看護〉が57校（63.3%）の順であった。一方で18項目は扱う学校数が25%以下であった。この結果より、日本の看護学学士課程における災害看護教育は国家試験出題基準の項目を中心としながら、多様な内容が扱われており、現状で標準的な教育内容の確立には至っていない。感染等の今日的な課題をふまえ、学士課程で扱う災害看護教育の内容の精選に向けた検討を進めていく必要性が示唆された。

Key Words：看護学学士課程（Nursing degree programs）、災害看護（Disaster Nursing）、シラバス（syllabus）、教育内容（Education content）

### I. はじめに

近年、全国各地で地震災害や水災害、火山災害などあらゆる自然災害が頻発し、甚大な被害が発生している。今後も気候変動の影響によって特に水災害のさらなる激甚化・頻発化が懸念されており、防災の取り組みだけでなく、発災を前提とし

つつ被害を最小化するための減災の視点に基づく取り組みが求められている<sup>1)</sup>。保健医療福祉分野でも“防ぎえた死”である災害関連死への着目が高まり、減災に資する平時からの予防的視点に立った対策の充実が求められている。そのために保健医療福祉の各分野に携わる看護職の責務は大きい。

\*四日市看護医療大学

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

\*\* 鈴鹿市役所 子ども政策部子ども家庭支援課

\*\* Suzuka City Municipal office

2009年に国際看護師協会と世界保健機関により公開された災害看護コンピテンシー枠組み(初版)において、看護職には災害発生時、トリアージ・オフィサー、ケア提供者、ケアやサービスのコーディネーター、情報や教育の提供者、またカウンセラー等の重要な役割を求められている。そして、災害時に保健医療のシステムや医療サービス提供を機能させるためには、迅速かつ効果的にサービスを提供できる基本的な災害看護のコンピテンシーまたは能力を兼備しておく必要性<sup>2)</sup>が指摘されている。

わが国の看護基礎教育課程における災害看護に関する教育の動向をみると、2008年の保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正において、臨床実践に近い形で災害看護を学習し知識・技術を統合させるため統合分野として「看護の統合と実践」が設けられた。この科目群の一つとして、災害直後からの看護実践に必要な基礎的知識の理解が掲げられている<sup>3)</sup>。また、文部科学省が示す学士課程における看護学教育モデル・コア・カリキュラム(以下、MCCと略す)<sup>4)</sup>において、災害看護はケア環境とチーム体制整備に関する実践能力、地域ケアの構築と看護機能の充実を図る能力についての教育内容の一つとして位置付けられている。そして具体的な学習内容として、自然災害、人為的災害(放射線災害を含む)等の多様な災害に関して、災害発生に備えた心構えと看護の方法を学び、平時からの備え、発災時の被災者への看護に必要な知識を学ぶことが示され、被災者及び防災集団への災害看護活動の在り方について理解できることを求めている<sup>3)</sup>。

このような背景をふまえ、看護系大学の学士課程における災害看護に関する教授内容の充実への社会的要請は大きいと考える。しかし、看護師国家試験の出題基準における災害看護の取り扱いは限定的であり、養成校の裁量によるところが大きく質量両面で学校間の差が大きい。松本らの調査では看護系大学の中で「災害看護学」を科目として取り組んでいる大学が少なく<sup>5)</sup>、また清水らの調査では学士課程において災害看護学を単独科目として設置している学校は半数強であるものの、必修

科目としている学校は30%内に留まっていた。また、教育内容は災害サイクルに基づいて、個人と地域の両面から看護を提供することができるようになるための基礎的知識の比重が置かれていた<sup>3)</sup>。

これらより、看護基礎教育における災害看護に関する内容の教授の充実が求められている一方で、現状はその取扱いには幅があることが推察されるものの、その実態は明らかにされていない。そこで、看護系大学の学士課程における災害看護に関する教育内容を、各大学が公表するシラバスを用いて概観することを目的として本研究に取り組むこととした。

## II. 研究方法

### 1. 対象校とシラバスの選定

本研究は各大学のWeb上で公開されているシラバスをデータ源とした。

日本看護系大学協議会のホームページに2024年7月19日にアクセスし、掲載されている会員校一覧をもとに、2021年度以降に開設された学校を除外した299校を対象とした。国立大学ならびに省庁設置大学(44校)・公立大学(51校)・私立大学(204校)の設置主体別に分類し、それぞれの30%にあたる学校数を定め、その数分の大学を無作為に選択した。なお、対象校を選定する際、2022年度以降に開設された大学は、2024年度時点で完成年度とならず、調査時点で災害看護が未開講である可能性を考慮し、抽出された場合は当該大学の次に記載されている大学を対象を変更した。最後に、選択した大学のホームページから公開されている2024年度の学士課程シラバスから災害看護で検索し、1単元以上が含まれる科目のシラバスをダウンロードした。

### 2. 分析方法

シラバスの記載内容から、開講年次、必修・選択の別、講義・演習の別の情報を抽出し、単純集計を行った。

シラバスの各単元の学習内容を、MCCで定める11個の学習項目<sup>4)</sup>に含まれる内容をもとに著

者 3 名で検討, 選定した学士課程での災害看護教育内容 35 項目 (表 1) のいずれに該当するか分類した。35 項目の設定にあたっては, 災害看護を病院等での医療だけでなく災害時の要配慮者支援等, 地域での支援までを含むととらえ, 古屋ら<sup>7)</sup>等の関連研究での知見も踏まえ項目の一部を追加した。

なお, 1 つの単元に複数の分類が該当する場合はそれぞれ 1 項目として扱った。教育内容の各項目について, 実施数を分析対象とした全学校数で除し, 実施率を算出した。

上記の教授内容のいずれにも含まれない項目はその内容別にカテゴリ化を行った。

表 1 看護教育モデル・コア・カリキュラムの分類に基づく教育項目

大分類	中分類	中分類に基づいて選定した教育項目
自然災害, 人為的災害 (放射線災害を含む) 等, 災害時の健康危機に備えた看護の理解	災害の種類や災害サイクル, 地域防災計画, 支援体制について理解できる。	災害の種類
		災害サイクル
		地域防災計画
		災害時支援体制
	災害時の医療救護活動のフェーズ (超急性期, 急性期, 亜急性期, 慢性期, 静穏期) と各期の看護について理解できる。	超急性期の看護
		急性期の看護
		亜急性期の看護
		慢性期の看護
	被災状況や放射線災害が及ぼす健康影響について把握する方法を理解できる。	被災状況が及ぼす健康影響を把握する方法
		放射線災害が及ぼす健康影響を把握する方法
	災害時の医療救護活動の基本である CSCATTT について理解できる。	Command and Control・Safety・Communication・Assessment (CSCA)
		Triage・Treatment・Transportation (TTT)
		Health care Triage・Helping Hand・Handover (HHH)
	災害拠点病院, 災害派遣医療チーム, 災害派遣精神医療チーム, 日本医師会災害医療チーム, 災害時健康危機管理支援チーム, 災害援助対応チーム, 日本栄養士会災害支援チームと看護の役割を理解する。	災害拠点病院
		災害派遣医療チーム (DMAT)
		災害派遣精神医療チーム (DPAT)
日本医師会災害医療チーム (JMAT)		
災害時健康危機管理支援チーム (DHEAT)		
災害救助対応チーム (DART)		
日本栄養士会災害支援チーム (JDA-DAT)		
災害時の安全なケア環境の提供の理解	災害看護活動の場 (救護所, 避難所, 福祉避難所, 仮設住宅, 被災した医療施設等) における食事, 排せつ, 睡眠, 清潔, 環境といった生活への援助, 身体的・精神的健康管理について理解できる。	救護所での看護
		避難所での看護
		福祉避難所での看護
		仮設住宅での看護
		被災した医療施設での看護
	要配慮者, 避難行動要支援者への看護について理解できる。	要配慮者への看護
		避難行動要支援者への看護
	被災地域の人々, 多職種との連携・協働による看護の必要性や方法を理解できる。	被災地域の人々との連携・協働
		多職種との連携・協働
	災害周期の変化に対応しながら多職種, 地域の人々との連携・協働の上, 安全なケア環境提供を継続する必要性を理解できる。	多職種連携
		地域住民との連携
	二次災害の発生と危険について理解できる。	二次災害について
被災者, 救護者のストレスと心のケアについて理解できる。	被災者のストレスと心のケア	
	救護者のストレスと心のケア	
その他	その他	その他

上記の分析過程は著者3名で相互確認しながら進め、客観性の確保に努めた。

### 3. 倫理的配慮

本研究で用いたシラバスはWeb上で公開されているものに限定しているが、大学・作成者の著作権を脅かさないよう、大学や教職員等の個人を特定し得る情報はすべて匿名化して取り扱った。

## Ⅲ. 結 果

日本看護系大学協会会員校（2024年4月1日現在）299校の30%にあたる90校を無作為に抽出後、すべての設置主体区分が含まれるよう追加を行い合計91校についてシラバスを検索した。Web上でシラバスの閲覧が可能であった90校を分析対象とした。

### 1. 災害看護に関連した開講状況（表2）

分析対象とした90校全てで学士課程の科目中に1つ以上、科目名または単元名に「災害」という単語が含まれていた。科目数で見ると118科目で取り扱われていた。このうち、科目名に「災害」が含まれるものは79校88科目であった。この科目名に「災害」が含まれる科目の開講年次、必修・選択の別、単位数、教育方法を表2に示す。

開講年次は4年次が最多で46科目（52.3%）、次いで3年次が24科目（27.3%）であった。必修・選択の別では必修が46科目（52.3%）であった。単位数では1単位が72科目（81.8%）で2単位が16科目（18.2%）であった。教育方法では講義が43科目（48.9%）、講義・演習が36科目（40.9%）の順であった。

### 2. 学士課程における災害看護教育で取り扱われる内容（表3）

90校118科目について、シラバスに記載の単元名およびその説明文から各単元で扱う教育項目をMCCに基づく35項目に分類し、扱っている大学数を算出した。1つの大学で同一項目を複数回扱っている場合は統合し1大学1項目とした。そ

の結果を表3に示す。

扱う学校が最も多かった項目は〈被災者のストレスと心のケア〉で62校（68.9%）が取り扱っていた。次いで災害時の初期医療の対応原則であるTriage・Treatment・Transportationの総称〈TTT〉が61校（67.8%）、災害サイクルにおける〈急性期の看護〉が57校（63.3%）であった。その他、10項目が50%以上であった。一方で19項目は扱う学校数が25%以下であり、特に二次被害は2校（2.2%）、災害時要配慮者に対する支援の原則であるHealth care Triage・Helping Hand・Handoverの総称〈HHH〉は3校（3.3%）、災害救助対応チームは6校（6.7%）と少なかった。

### 3. 学士課程における災害看護に教育で取り扱われるMCCに基づく分類以外の教育内容（表4）

シラバスの記載内容がMCCのいずれの項目にも該当すると判断できなかった単元について、その記載内容に含まれる単語の出現回数を算出した。その結果を表4に示す。ただし、オリエンテーション、まとめ、試験等、災害看護に関係しない教務事項については除外した。

表2 「災害」を名称に含む科目の概要

		n=88	
項 目	n	%	
開講年次	1年	6	6.8
	2年	10	11.4
	3年	24	27.3
	4年	46	52.3
	不明	2	2.3
必修・選択の別	必修	46	52.3
	選択	37	42.0
	不明	5	5.7
単位数	1単位	72	81.8
	2単位	16	18.2
授業方法	講義	43	48.9
	講義・演習	36	40.9
	演習	5	5.7
	実習	3	3.4
	不明	1	1.1

表3 学士課程における災害看護教育で取り扱われる内容

教育項目	取扱のある大学	
	大学数 (校)	割合 (%)
災害の種類	46	51.1
災害サイクル	46	51.1
地域防災計画	47	52.2
災害時支援体制	40	44.4
超急性期の看護	42	46.7
急性期の看護	57	63.3
亜急性期の看護	45	50.0
慢性期の看護	46	51.1
静穏期の看護	35	38.9
被災状況が及ぼす健康影響を把握する方法	32	35.6
放射線災害が及ぼす健康影響を把握する方法	13	14.4
CSCA	26	28.9
TTT	61	67.8
HHH	3	3.3
災害拠点病院	9	10.0
DMAT	22	24.4
DPAT	11	12.2
JMAT	7	7.8
DHEAT	8	8.9
DART	6	6.7
JDA-DAT	7	7.8
救護所での看護	10	11.1
避難所での看護	38	42.2
福祉避難所での看護	10	11.1
仮設住宅での看護	14	15.6
被災した医療施設での看護	21	23.3
要配慮者への看護	50	55.6
避難行動要支援者への看護	16	17.8
被災地域の人々との連携・協働	9	10.0
多職種との連携・協働	10	11.1
多職種連携	15	16.7
地域住民との連携	9	10.0
二次災害	2	2.2
被災者のストレスと心のケア	62	68.9
救護者のストレスと心のケア	53	58.9

表4 MCCに基づく分類以外の教育内容

教育内容	n	教育内容	n
国際	24	教訓	3
定義	21	訓練	1
減災	17	救急処置	1
備え	14	環境	1
危機管理	10	在宅	2
保健活動	10	サバイバルスキル	1
感染	9	自衛隊	1
基礎知識	8	日本赤十字社の活動	1
歴史	7	広域輸送	1
防災マップ	6	集中治療	1
倫理	6	建物	1
地域	5	ライフライン	1
法律	4	ファーストエイド	1
自主防災	4	防災士	1
ボランティア	4	災害看護教育	1

MCCで分類ができなかった271個の単元の記載内容から、災害看護に関連する単語として30語が抽出された。このうち、10回以上、出現した単語は6つあり、「国際」が24回、「定義」が21回、「減災」が17回、「備え」が14回、「危機管理」と「保健活動」が各10回であった。

#### IV. 考 察

##### 1. 学士課程における災害看護教育の実施状況

無作為抽出し、Web上でシラバスを閲覧できた90校全てで災害に関する単元、科目が開講されていた。科目に限ってみても79校(87.8%)が災害を名称に含む科目を開講していた。これらの大学で開講されている「災害」を名称に含む88科目のうち46科目(52.3%)は必修科目であった。先行研究の調査<sup>5)</sup>では調査に協力した61校のうち災害看護学を科目建てしているのは15校(24.6%)であった2007年と比較すると、わが国の看護基礎教育では災害看護を学士課程で実施することが一定の標準になっていると推察された。

一方で、単位数は1~2単位で、複数科目を開講している場合もあるが、今回の結果からはそうした大学は少なく、また講義、講義・演習による教育方法を採用する大学が90%近くであることから、多くの大学が知識中心の教育に留まっていることが推察された。災害看護が多様な対象、場面で展開され応用的実践能力が必要であり、そのためにMCCでも多様な内容を標準的に取り扱うことが求められている。しかし、現状は基礎知識の範疇に留まっている大学が多く、実践能力の育成までは十分に組み込まれておらず、看護基礎教育の中での災害看護の位置づけを含めた見直し、再構築が必要と考える。

##### 2. 学士課程での災害看護教育で扱われる内容の特徴

今回の結果から、災害に関する基本的知識、災害発生からの時期別看護、医療機関での特に発災初期に求められる医療技術、被災者・支援者のメンタルケアの項目で、扱っている大学が多かった。

これらは看護師国家試験出題基準<sup>6)</sup>に掲げられる事項でもあり、限られた時間の中で優先的に扱う大学が多いことが考えられた。一方で災害医療に関する制度や各種支援チーム、避難所以外の病院外の活動の場における災害看護等は、扱う大学が少なかった。MCCの項目以外での教育内容をみても、これらと関連する単語は「基礎知識」「法律」等少なく、学士課程では仕組みの面での学習が限定的となっている可能性が示唆された。

その反面、MCCの項目以外での教育内容をみると、「減災」「備え」「危機管理」等の平時からの取り組みに関すること、「国際」「感染」「在宅」「地域」「ボランティア」「保健活動」「倫理」等の他分野と連携した取り組みに関すること、「歴史」「教訓」から実際の災害経験からの帰納的な知見に関すること等、各学校が災害看護を多面的にとらえ、多様な題材を用いて教授している現状が明らかとなった。この結果から、MCCによって枠組みは示されているものの、学士課程で扱う災害看護教育の範囲は定まっておらず、国家試験の出題基準の範囲を基本としつつ、大学の特性や担当教員の裁量に委ねられている状況が示唆された。

例えば「感染」を災害看護教育の中で扱うことについて、日本災害看護学会が2020年に新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19と略す)流行によって生じた保健医療福祉を含む社会活動全般で生じた問題を災害と位置づけた。災害は自然の加害現象(Hazard)が誘因となり、社会科学の要素がもつHazardに対する脆弱性(Vulnerability)の付加により被害が生じる<sup>8)</sup>とするモデルでみると感染症はHazardの1つととらえることができる。日本を含む先進諸国において感染症はコントロールできる疾病として生活習慣病などの非感染性疾患が公衆衛生上の優先課題とされてきたが、COVID-19流行によって感染症というHazardに対して先進諸国が抱える脆弱性が顕在化させられることとなった。このような新たな公衆衛生上の課題に直面する社会において医療職に求められる健康危機管理能力は拡大しており、災害看護学に関しても学士課程で教授すべき内容の最新化は重要な課題といえる。今回の結果

から、災害看護教育の中で感染や国際、在宅等の他分野との関連性の高い内容を扱う大学は多くはなかった。災害看護学を多様な Hazard や社会の持つ脆弱性からなる枠組みで考え、他の専門分野との議論・調整を図っていく必要があると考える。

もう1つの視点として教員の知識・経験の幅が多様であることの影響について考察する。日本災害看護学会の会員数は1,300名を超えており、1大学に数名、災害看護学の教育・研究に携わる教員がいることと推測されるが、講座・領域を設置している大学は少なく、様々な講座・領域の教員が学士課程の災害看護教育に携わることで教育内容の多様化につながっているのではないかと、厚生労働省の定める保健師助産師看護師養成所指定規則では災害看護学は統合分野の位置づけであり、教員が自身の専門分野の立場から災害看護を教授することは適切であるが、一方で看護系大学が今後増加する見通しを考慮すると、大学間で災害看護についての著しい教育内容の差が生じることはMCCの理念の照らして望ましいことではない。そのため、今後、蓄積されていく災害看護学の知見をふまえ一定の標準化に向けた議論が重要と考える。その際、本研究で明らかとなった看護学学士課程の80%強で災害看護に関する単位数は1単位に留まっており、相応の単位数割り当てを含めて教育内容の充実を検討する必要があると考える。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究はシラバス記載内容をデータとしており、実際の教育内容を正確に反映するものではない。例えば、MCCの項目に該当しない内容の1つに「定義」があるが、この中にMCCの項目である《災害の種類》や《災害サイクル》が含まれる可能性があり、特に表3に示したMCCの項目ごとに実施している大学の割合については解釈に注意が必要である。

一方で無作為抽出によって選択したデータに基づく結果であり、今日の学士課程にける災害看護教育の実態を示している点で意義は大きいと考える。今後は、今回の結果を道標としてより詳細な教育の実施状況の調査や、受講者による評価等を

通じて教育内容の精選と標準化につながる知見を蓄積していく必要がある。

## V. 結 論

日本の看護系大学の学士課程における災害看護に関する教育内容を概観し、その特徴を把握する目的で、各大学が公表するシラバスの分析を行った。

日本看護系大学協議会会員校の中から無作為抽出した91校のうち、Web上でシラバスの閲覧が可能であった90校を対象に分析を行った結果、以下のことが明らかになった。

1. 90校全てで学士課程の科目中で1つ以上、科目または単元名に「災害」という単語が含まれていた。
2. 科目名に「災害」を含む79校88科目について、開講年次は4年次が46科目(52.3%)、必修・選択の別は必修が46科目(52.3%)、単位数は1単位が72科目(81.8%)教育方法では講義が43科目(48.9%)でそれぞれ最多であった。
3. 看護学モデル・コア・カリキュラムに基づく災害看護教育の教育内容35項目の中で、扱う学校が多かったのは〈被災者のストレスと心のケア〉62校(68.9%)、〈TTT〉61校(67.8%)、〈急性期の看護〉57校(63.3%)の順であった。反対に19項目は扱う学校数が25%以下であり、特に二次被害は2校(2.2%)、HHHは3校(3.3%)と少なかった。
4. 上記3.の35項目以外で扱われた内容について、出現した単語数でみると、「国際」「定義」「減災」の順で、合計30語が抽出された。シラバス記載内容をデータとした分析であり、実際の教育内容を正確に反映するものではないものの、現在の看護系大学における災害看護教育の実施状況と内容を捉えることができた。今後、学士課程における災害看護教育の内容の精選と標準化に向けた取り組みが重要になると考えられる。

本研究に関して開示すべき利益相反関係にあたる企業・団体はない。

## 文 献

- 1) 国土交通省：令和6年版国土交通白書, <https://www.mlit.go.jp/statistics/content/001751766.pdf>, 2024.9.18.
- 2) 増野園恵, 稲垣真梨奈, 清水佐知子, 他：災害看護コアコンピテンシー2.0版, [https://careken.xsrv.jp/careken/\\_src/65907196/ICN\\_disaster-Comp2.0\\_JP.pdf?v=1724802309920](https://careken.xsrv.jp/careken/_src/65907196/ICN_disaster-Comp2.0_JP.pdf?v=1724802309920), 2024.7.20.
- 3) 清水なつ美, 拝田一真, 石橋みゆき, 他 (2022)：看護基礎教育における災害看護教育の実態調査－Webシラバス調査から－, 日本看護学教育学会誌, 32(1), 55–63.
- 4) 文部科学省：看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の習得を目指した学習目標～, [https://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/detail/\\_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1217788\\_3.pdf](https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf), 2024.7.20.
- 5) 松本幸子, 高比良祥子, 片穂野邦子, 他 (2006)：看護基礎教育における「災害看護学」構築に関する研究－日本看護系大学における災害看護学教育の実態調査と本学「災害看護学」構築の課題－, 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要, 7, 53–60.
- 6) 厚生労働省：看護師国家試験出題基準, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000919502.pdf>, 2024.9.18.
- 7) 古屋好美：平成28年度厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書「広域大規模災害時における地域保健支援・受援体制構築に関する研究」[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2016/163061/201625006A\\_upload/201625006A0003.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2016/163061/201625006A_upload/201625006A0003.pdf), 2024.9.10.
- 8) Gheorghe, A. (2003) Complexity Induced Vulnerability, Paper Presented at the DPRI-IIASA Third Symposium on Integrated Disaster Risk Management, Kyoto.

〈資 料〉

## 地域包括ケア推進に向けた医療機関保健師に必要な実践能力に関する実態調査

大谷 喜美江\*, 後藤 由紀\*

### Survey on the practical skills required for public health nurses at medical institutions to promote community-based integrated care

Kimie Otani\*, Yuki Goto\*

#### 要 約

本研究の目的は、医療機関保健師に必要な実践能力の実態や地域包括ケアシステムの認識との関連を明らかにすることである。研究デザインは量的横断調査研究で、中部圏の計 183 施設の保健師を対象とした。調査は 2024 年 3 月に実施し、分析方法は記述統計および Fisher の正確確率検定とした。結果、37 名から回答を得た。地域包括ケアシステムが重要だと思う者は 91.9%であったが、理解者は 64.9%であった。最も必要だと回答されたのは、個人/家族を対象にした「I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力」で、「IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・社会資源開発・システム化する能力」が最も低かった。また、地域ケアシステムの理解や自分の活動における重要性と「IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・社会資源開発・システム化する能力」を構成する一部の項目の間に関連が認められた。地域包括ケア推進に向け、医療機関保健師と自治体との接点の増加や、医療機関保健師が地域包括ケアシステム推進能力を習得する機会の確保が重要と思われた。

Key Words : 医療機関保健師 (public health nurses at medical institutions), 地域包括ケア (community-based integrated care), 実践能力 (practical skills)

#### I. 緒 言

地域包括ケアシステムは、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続できるように様々な組織が連携して対象者を支える仕組みである。またこの仕組みで提供する支援は、地域包括ケアと呼称されている。また近年は、その対象を高齢者にとどめず、精神障がい、結核、子どもと子育て世代など、全ての住民を対象とした地域包括ケアシステ

ムの構築・推進が重要であるとして幅広く捉えられている。

医療機関は地域包括ケアシステムを構成する重要機関の一つである。医療機関の中には、少数だが保健師が所属する施設がある。その数を全国の就業保健師総数<sup>1)</sup>(2022年)からみると、病院所属は 7.7%, 無床診療所では 3.5%, 有床診療所になると 0.4%と著しく少ない状況にある。保健師という職種は、関係機関との協働や社会資源の組

\*四日市看護医療大学 看護医療学部

\* Faculty of Nursing and Medical Care, Yokkaichi Nursing and Medical Care University

織化、対象の健康を支えるシステムの創生<sup>2)</sup>などが得意である。保健師職は対象の健康支援において多機関連携やシステム化を看護職の立場から担うため、行政以外に所属する保健師も地域包括ケアシステムを推進する役割を果たすことができる。しかし医療機関保健師が多機関連携やシステム化に向けた活動をする際に必要な実践能力の実態は十分に把握されていない。

このことから、まず医療機関保健師に必要な実践能力を把握することや、地域包括ケアシステムの認識と実践能力の関連を検討することが重要だと考えた。卒業後の保健師のキャリアラダーには、自治体保健師を対象にしたもの<sup>3)</sup>はあるが、医療機関での適用が難しい項目も存在した<sup>4)</sup>。そもそも医療機関保健師を主体とした研究は寡少で比較的古いものが多い<sup>5)</sup>。また医学中央雑誌 web 版を用いた文献検索（2024 年 2 月時点）の結果、医療機関保健師専用のキャリアラダーは認められなかった。一方、保健師全般に求められる実践能力の内容として、基礎教育での卒業時到達目標とともに 5 分野 77 の小項目が示されている<sup>6)</sup>。この小項目には地域ケアシステム構築に関するものも含まれていた。

以上のことから本研究の目的は、地域包括ケア推進に向けて医療機関保健師に必要な実践能力の実態や地域ケアシステムの認識との関連を明らかにすることとした。このことにより、医療機関保健師と地域における多機関・多職種との連携や地域包括ケア推進上の課題や方略を検討する。

## Ⅱ. 方 法

### 1. 研究デザイン

研究デザインは、実態把握を目的とした量的横断調査とした。

### 2. 調査期間

調査は 2024 年 3 月に実施した。対象者には、調査説明書の到着後、2 週間以内の web 上での回答を依頼した。

### 3. 対象者の抽出

全国の医療施設総数が 181,093 施設<sup>7)</sup>（2022 年）である一方、医療機関保健師数は 7,062 名<sup>1)</sup>（2022）であり、対象者の効率的な抽出は非常に困難と考えた。そこで本研究の対象者は、「特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース」<sup>8)</sup>にて 2024 年 2 月時点での健診機関登録があるうち、第三者評価を実施し、かつ中部圏（富山県、福井県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、石川県は 2024 年 1 月の大規模地震の影響を考慮し除外。）に現在も立地する 183 施設の保健師とした。データベース内には医療を伴わない健診機関も含まれるが、同データベース上で各機関の医行為の提供有無の事前判別が厳密には難しいため、今回は対象に含めた。対象者全員に、本研究における医療機関保健師の定義を事前に説明し、医療を伴わない健診機関の保健師であっても、当該保健師の立場から考える医療機関保健師に必要な実践能力をたずねた。

予算的限界から、事前に保健師の在籍有無や人数は確認しなかった。また、小規模施設で個人の特定が容易になる事を考慮し、回答者と施設の連結は行わなかった。また、本研究は実態把握を主たる目的とし、必要回答数は想定せず、得られた回答数で分析した。

### 4. 調査方法

対象者へ郵送した研究説明書に記載のホームページ URL・二次元コードから web 上のアンケートにアクセスを誘導した。調査協力同意者のみ web 上での回答を依頼した。1 施設に 3 名程度の保健師在籍を見込み、説明書は 3 部送付した。説明書には異なるログイン ID を付し、1 人 1 回答のみを受付した。

### 5. 設問項目

調査内容は、属性、地域包括ケアシステムに関する認識、保健師に求められる実践能力、医療機関保健師に対しその管理監督者が期待する項目とした。

属性は年齢、保健師の通算経験年数、性別、所属機関、所属機関内における他の保健師の存在な

ど8項目とした。地域包括ケアシステムに関する認識は、自身の理解度と自身の保健師活動における地域包括ケアシステムづくりの重要性の2項目を4段階で把握した。

保健師に求められる実践能力は、「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」の実践能力Ⅰ～Ⅴ分野に区分される小項目77項目<sup>6)</sup>とした。厚生労働省が示すとおり、実践能力Ⅰ～Ⅲは、さらに対象を「個人/家族」、「地域(集団/組織)」とする場合毎に把握し、実践能力Ⅳ・Ⅴではこれらをまとめて把握した。本研究は医療機関保健師に必要な実践能力を把握するため、医療機関保健師にとっての必要性と自身が実践できるかの2側面を0-1型で把握した。

医療機関保健師の管理監督者が期待する項目は、研究者が本研究に先立ち実施したインタビュー調査をもとに独自に設定した。合計25項目について、医療機関保健師にとっての必要性と自身が実践できるかの2側面から把握した。

## 6. 分析方法

分析方法は記述統計およびFisherの正確確率検定による検討とした。

記述統計では属性、地域包括ケアシステムに関する認識の回答者数及び割合を把握した。また保健師に求められる実践能力と医療機関保健師の管理監督者が期待する項目は、医療機関保健師にとっての必要性「あり」者や自分が実践「できる」者の割合を整理した。

Fisherの正確確率検定は、地域包括ケアシステムの認識(理解度および自分の保健師活動における重要性)と設問項目の関連を確認するために実施した。地域包括ケアシステムの認識の2区分(理解している/していない、重要だと思う/重要だと思わない)でどちらかの度数が0であった項目は分析から除外した。有意水準はいずれも $p < 0.05$ とし、統計解析にはSPSS26.0を用いた。

## 7. 用語の定義

### 1) 地域ケアシステム

本研究では地域ケアシステムを、地域で生活す

る人々に対して健康の維持・増進と療養、生活全般を支援し地域生活を可能にするためになされる一連の仕組みとした。またこの仕組みにより提供する支援を、地域ケアとした。

### 2) 地域包括ケアシステム

本研究において、地域包括ケアシステムとは、高齢者を対象とした狭義の定義「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する仕組み」だけでなく、対象者を高齢者にとどめず、地域で生活する全ての人を支える仕組みとした。この仕組みにより提供する支援を、地域包括ケアとした。

### 3) 医療機関

本研究では医療機関を、医療法に基づく医療施設とし、①病床数20床以上の「病院」と②病床数0～19床の「診療所」とした。

### 4) 医療機関保健師

本研究では、保健師免許を持ち、医療機関に所属して保健師として勤務している方を医療機関保健師とした。

### 5) 地域包括ケアシステムに関する認識

認識とは、物事を見定めその意味を理解する事である<sup>9)</sup>。また物事を知り、本質・意義などを理解することや、その心の働きも含むとされる<sup>10)</sup>。このことから、認識には理解の側面や意義を感じる心の働きを含むと考えた。そこで本研究では「地域包括ケアシステムに関する認識」を、①地域包括ケアシステムの理解と、②自分の保健師活動における地域包括ケアシステムづくりの重要性とし、この2側面から地域包括ケアシステムに関する認識を捉えた。

## 8. 倫理的配慮

対象者への説明書には、研究協力の諾否は任意であり、同意者のみへ依頼すること、途中でも回答の中断・拒否ができることなどを明記した。研

究推進のため研究の一部を web 調査会社に委託したが、調査会社とは守秘義務契約を締結しセキュリティを担保した。本研究は、四日市看護医療大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 184）。

### Ⅲ. 結 果

本研究では、1名に通信環境による部分的な欠

損項目を認めたが、合計 37 名の保健師からの回答を得た。

#### 1. 対象者の属性・地域包括ケアの認識

対象者の属性を表 1 に示す（表 1）。平均年齢は 37.9（SD = 9.13）歳で、保健師の平均通算経験年数は 8.5（SD = 9.78）年であった。所属機関は医療機関（病院及び病院付属の健診部門）が 70.3%を占め、一人設置の者は 10.8%であった。

表 1 対象者の属性・地域包括ケアシステムに関する認識（N = 37）

項目		人数	割合（%）
平均年齢		37.9（SD=9.13）	
平均保健師通算経験年数（年）		8.5（SD=9.78）	
性別	男性	1	2.7
	女性	36	97.3
所属機関	医療機関（病院および病院付属の健診部門）	26	70.3
	医療機関（診療所）	0	0.0
	健康診査機関（医療を伴わない）	11	29.7
所属機関内の他の保健師の存在	自分だけが保健師業務に従事する	4	10.8
	他にも保健師業務に従事する人がいる	33	89.2
雇用形態	常勤	33	89.2
	非常勤（フルタイム）	0	0.0
	非常勤（パートタイム）	4	10.8
職位	管理職（係長級以上）の職位にある	3	8.1
	管理職の職位にない	34	91.9
最終学歴	専門学校	6	16.2
	短期大学専攻科	1	2.7
	4年生大学	30	81.1
	大学院修士課程	0	0.0
	大学院博士課程	0	0.0
地域包括ケアシステムの理解度	十分理解している	2	5.4
	理解している	22	59.5
	理解していない	12	32.4
	全く理解していない	1	2.7
自分の保健師活動における地域包括ケアシステムづくりの重要性	大変重要だと思う	7	18.9
	重要だと思う	27	73.0
	あまり重要だと思わない	2	5.4
	重要だと思わない	1	2.7

地域包括ケアシステムづくりに取り組む重要性は、「大変重要だと思う」と「重要だと思う」の合計が91.9%であった。一方、地域包括ケアシステムの理解度は、「十分理解している」と「理解している」の合計で64.9%であった。

## 2. 保健師に求められる実践能力

I～Vの実践能力および各小項目について、医療機関保健師に必要性「あり」者と自分が実践「できる」者の割合を示す(表2-1～2-5)。

医療機関保健師に必要性「あり」の割合は、個人/家族を対象にした「I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力」で項目平均が95.8(SD = 5.12)%と最も高かった。地域(集団/組織)を対象とした場合も同様で、項目平均は90.6(SD = 3.12)%であった。最も低かったのは「IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・社会資源開発・システム化する能力」で、項目平均は67.2(SD = 5.09)%であった。

自分が実践「できる」の割合は、個人/家族を対象にした「I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力」の項目平均が72.5(SD = 15.26)%と最も高かった。地域(集団/組織)を対象とした場合では「II. 地域の健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動及び評価する能力」が最も高く、項目平均は72.5(SD = 15.26)%であった。最も低かったのは個人/家族対象の場合と同様「IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・社会資源開発・システム化する能力」で、項目平均は21.7(SD = 5.17)%であった。

医療機関保健師に必要性「あり」の者と自分が実践「できる」者を比較すると、いずれも自分が実践「できる」者の割合が低かった。

## 3. 管理監督者が保健師に期待する項目

管理監督者が期待する項目の状況を示す(表3)。医療機関保健師に必要性「あり」の割合は73.0～100%で、「3. 保健師としてのアイデンティティを明確に持つ」などの8項目が100%であった。自分が実践「できる」は21.6～94.6%で、「18. 地域

保健を巻き込んだ支援システムづくりに携わる」など3項目が21.6%と低かった。

## 4. 地域包括ケアの認識との関連

### 1) 地域包括ケアシステムの理解

地域包括ケアシステムの理解と変数の関連を示す(表4)。実践能力「IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・社会資源開発・システム化する能力」のうち「59. 施策をストラクチャー・プロセス・アウトカム、アウトプットの観点から評価し、成果を説明する」、「60. 活用可能な既存の社会資源とその利用上の課題及び新たな社会資源の開発の必要性を明確にする」が地域包括ケアシステムの理解と関連があり、いずれも自分が実践「できる」者が「理解している」状況であった。

また、管理監督者の期待では、「22. 医療機関・所属施設から見た地域包括ケアシステムの現状を発信する」が関連しており、医療機関保健師に必要性「あり」者が「理解している」状況であった。

### 2) 地域包括ケアシステムづくりの重要性

自分の保健師活動における地域包括ケアシステムづくりの重要性と変数の関連を示す(表5)。実践能力「III. 地域の健康危機管理能力」の5項目(個人/家族を対象)で、「自分の活動における地域包括ケアシステムづくりの重要性」と関連を認めた。

## IV. 考 察

### 1. 対象者の状況・地域包括ケアの認識

#### 1) 対象者の状況

本研究の平均年齢は37.9歳であった。医療分野の保健師の平均年齢は42.3歳<sup>11)</sup>であり、本研究の方が低値であった。一人配置の割合は本研究では10.8%であったが、病院・診療所で27.9%、健(検)診センター・労働衛生機関で4.8%<sup>11)</sup>や都市部の医療機関で45.0%<sup>12)</sup>との報告がある。本研究は特定健康診査実施施設に限定したため、各施設が運営に一定の保健師数を要したことが影響したと考えた。

表 2-1 保健師に求められる実践能力 (I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力) と医療機関保健師にとっての必要性・自分が実践できるか (N = 37)

項目	必要性「あり」 (%)				実践「できる」 (%)			
	* 1		* 2		* 3		* 4	
	個人/家族	地域	個人/家族	地域	個人/家族	地域	個人/家族	地域
1. 身体的・精神的社会的文化的側面から発達段階も踏まえて客観的主観的情報を収集し、アセスメントする	100.0	91.9	64.9	40.5	100.0	91.9	64.9	40.5
2. 社会資源について情報収集し、アセスメントする	97.3	86.5	62.2	37.8	97.3	86.5	62.2	37.8
3. 生活環境について、物理的(気候、空気、水等)及び社会的(文化、人間関係、経済等)側面から情報を収集しアセスメントする	100.0	91.9	64.9	35.1	100.0	91.9	64.9	35.1
4. 対象者の属する地域・職場/学校生活集団について情報を収集し、アセスメントする	89.2	83.8	59.5	35.1	89.2	83.8	59.5	35.1
5. 健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする	100.0	94.6	89.2	51.4	100.0	94.6	89.2	51.4
6. 系統的・経時的に情報を収集し、継続してアセスメントする	97.3	89.2	67.6	32.4	97.3	89.2	67.6	32.4
7. 収集した情報を統合してアセスメントし、地域(集団/組織)の特性を明確にする	86.5	86.5	40.5	27.0	86.5	86.5	40.5	27.0
8. 顕在化している健康課題を明確にする	97.3	91.9	78.4	48.6	97.3	91.9	78.4	48.6
9. 健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出しない・表出できない人々を把握する	97.3	94.6	75.7	35.1	97.3	94.6	75.7	35.1
10. 潜在化している健康課題を明確にし、今後起こり得る健康課題を予測する	97.3	89.2	83.8	40.5	97.3	89.2	83.8	40.5
11. 地域の人々の持つ力(健康課題に気づき、解決・改善、健康増進する能力)を把握する	91.9	89.2	59.5	32.4	91.9	89.2	59.5	32.4
12. 健康課題について多角的に判断し、優先順位を付ける	97.3	89.2	83.8	35.1	97.3	89.2	83.8	35.1
13. 健康課題に対する解決・改善に向けた目的・目標を設定する	97.3	94.6	94.6	45.9	97.3	94.6	94.6	45.9
14. 地域の人々に適した支援方法を選択する	83.8	91.9	56.8	32.4	83.8	91.9	56.8	32.4
15. 目標達成の手順を明確にし、実施計画を立案する	100.0	91.9	86.5	37.8	100.0	91.9	86.5	37.8
16. 評価の項目・方法・時期を設定する	100.0	91.9	91.9	40.5	100.0	91.9	91.9	40.5
項目平均% (SD)	95.8(5.12)	90.6(3.12)	72.5(15.26)	38.0(6.44)	95.8(5.12)	90.6(3.12)	72.5(15.26)	38.0(6.44)

\* 1 医療機関保健師にとっての必要性「あり」の割合、\* 2 自分が実践「できる」の割合、\* 3 個人/家族が対象の場合、\* 4 地域(集団/組織)が対象の場合

表2-2 保健師に求められる実践能力(Ⅱ. 地域の健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動及び評価する能力)と医療機関保健師にとっての必要性・自分が実践できるか(N=36(\*))

項目	必要性「あり」 (%)				実践「できる」 (%)			
	* 1		* 2		* 1		* 2	
	個人/家族 * 3	地域 * 4	個人/家族 * 3	地域 * 4	個人/家族 * 3	地域 * 4	個人/家族 * 3	地域 * 4
17. 地域の人々の持つ力を引き出し、高めるよう支援する (* )	86.1	77.8	47.2	27.8				
18. 地域の人々が意思決定できるよう支援する (* )	91.7	83.3	63.9	36.1				
19. 健康課題に応じた訪問・相談による支援を行う (* )	88.9	86.1	80.6	36.1				
20. 健康課題に応じた健康教育による支援を行う (* )	94.4	83.3	75.0	50.0				
21. 地域組織・当事者グループ等の育成及び活動の支援を行う (* )	66.7	69.4	30.6	27.8				
22. 活用できる社会資源及び協働できる機関・人材について、情報提供をする (* )	94.4	91.7	63.9	33.3				
23. 支援目的に応じて社会資源を活用する (* )	94.4	91.7	52.8	30.6				
24. 当事者及び関係者・関係機関(産業保健・学校保健を含む)等でチームを組織する (* )	75.0	83.3	25.0	22.2				
25. 集团的・組織的アプローチ等を組み合わせて活動する (* )	77.8	83.3	27.8	19.4				
26. 地域・職場・学校等の場において法律や条例等を踏まえて活動する (* )	94.4	88.9	66.7	50.0				
27. 目的に基づいて活動を記録する (* )	97.2	88.9	86.1	55.6				
28. 協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く (* )	97.2	91.7	86.1	58.3				
29. 活動目的及び必要な情報を共有する (* )	91.7	91.7	86.1	50.0				
30. 相互の役割を認識し、連携・協働する (* )	97.2	88.9	75.0	47.2				
31. 活動の評価を行う (* )	94.4	91.7	77.8	50.0				
32. 評価結果を活動にフィードバックする (* )	94.4	91.7	72.2	47.2				
33. 継続した活動が必要な対象を判断する (* )	94.4	88.9	80.6	47.2				
34. 必要な対象に継続した活動を行う (* )	97.2	86.1	80.6	50.0				
	90.4(8.67)	86.6 (5.91)	65.4(20.46)	41.0 (11.92)				

\* 1 医療機関保健師にとっての必要性「あり」の割合、\* 2 自分が実践「できる」の割合、\* 3 個人/家族が対象の場合、\* 4 地域(集団/組織)が対象の場合、(\* ) 通信環境による1名分の欠損項目あり。

表 2-3 保健師に求められる実践能力 (Ⅲ. 地域の健康危機管理能力) と医療機関保健師にとっての必要性・自分が実践できるか (N = 37)

項目	必要性「あり」*1 (%)		実践「できる」*2 (%)	
	個人/家族*3	地域*4	個人/家族*3	地域*4
35. 健康危機 (感染症・虐待・DV・自殺・災害等) の発生予防・減災対策を講じる	89.2	81.1	43.2	27.0
36. 健康危機の発生予防・減災対策の教育活動を行う	89.2	78.4	48.6	32.4
37. 健康危機管理体制を整える	91.9	78.4	35.1	16.2
38. 生活環境の整備・改善について提案する	97.3	83.8	67.6	32.4
39. 健康危機に関する情報を迅速に把握し、対応する	97.3	83.8	56.8	29.7
40. 関係者・関係機関等の役割を明確にし、連絡調整を行う	89.2	89.2	40.5	27.0
41. 保健・医療・介護・福祉等のシステムを効果的に活用する	89.2	83.8	27.0	18.9
42. 健康危機の原因究明を行い、解決・改善・予防策を講じる	94.6	83.8	51.4	18.9
43. 健康危機の増大を防止する	94.6	83.8	43.2	18.9
44. 健康危機の発生からの回復に向けた支援を行う	89.2	81.1	48.6	21.6
45. 健康危機への対応と管理体制を評価し、見直す	81.1	81.1	40.5	18.9
項目平均% (SD)	91.2 (4.69)	82.6 (3.05)	45.7 (10.87)	23.8 (6.02)

\*1 医療機関保健師にとっての必要性「あり」の割合、\*2 自分が実践「できる」の割合、\*3 個人/家族を対象とした場合、\*4 地域 (集団/組織) を対象とした場合

表 2-4 保健師に求められる実践能力 (IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・システム化する能力) と医療機関保健師にとつての必要性・自分が実践できるか (N = 37)

項目	必要性「あり」 (%) * 1	実践「できる」 (%) * 2
46. 必要な情報を収集し、事業化の必要性を明確にする	78.4	35.1
47. 事業化の必要性を地域の人々や関係する部署・機関に対し根拠に基づき説明する	73.0	18.9
48. 地域の人々の特性・ニーズ等の根拠に基づき、法や条例、組織 (行政・事業所・学校等) の基本方針・基本計画との整合性を踏まえて事業を立案する	67.6	18.9
49. 予算の仕組みを理解し、根拠に基づき事業の予算案を作成する	62.2	13.5
50. 事業化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	73.0	24.3
51. 立案した事業を実施し、安全(面)を含めた進捗管理を行う	75.7	27.0
52. 事業をストラクチャー・プロセス・アウトカム・アウトプットの観点から評価し、成果を説明する	70.3	21.6
53. 地域及び組織の基本方針・基本計画の策定に関与する	67.6	21.6
54. 必要な情報を収集し、施策化の必要性を明確にする	64.9	29.7
55. 施策の必要性を地域の人々や関係する部署・機関に対し根拠に基づき説明する	70.3	18.9
56. 施策のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	67.6	16.2
57. 地域の人々の特性・ニーズ等の根拠に基づき、法や条例、組織 (行政事業所・学校等) の基本方針・基本計画との整合性を踏まえて施策を立案する	59.5	16.2
58. 立案した施策を実施し、進捗管理を行う	64.9	24.3
59. 施策をストラクチャー・プロセス・アウトカム、アウトプットの観点から評価し、成果を説明する	67.6	24.3
60. 活用可能な既存の社会資源とその利用上の課題及び新たな社会資源の開発の必要性を明確にする	64.9	18.9
61. 地域組織やサービスを既存の社会資源として活用、または開発する方法を選定する	73.0	24.3
62. サービスを既存の社会資源として活用、または必要な社会資源を開発する	62.2	24.3
63. 健康課題にかかわる社会資源が機能しているか継続的に評価・改善する	64.9	27.0
64. 健康課題にかかわる社会資源の質管理をする	62.2	21.6
65. ケアシステムを構築する必要性を明確にする	59.5	16.2
66. 関係する部署・機関や地域の人々と協働してケアシステムを構築する	64.9	18.9
67. ケアシステムが機能しているか継続的に評価する	64.9	16.2
項目平均% (SD)	67.2 (5.09)	21.7 (5.17)

\* 1 医療機関保健師にとつての必要性「あり」の割合、\* 2 自分が実践「できる」の割合

表 2-5 保健師に求められる実践能力 (V. 専門的自律と継続的な質の向上能力) と医療機関保健師にとっての必要性・自分が実践できるか (N = 37)

項目	必要性「あり」 (%) * 1	実践「できる」 (%) * 2
68. 地域における弱い立場にある(支援を求めない/求めることができず)人々の尊厳と人権を擁護する	89.2	43.2
69. 集団・組織の健康・安全と個人の人権との間で起こる倫理的問題について対応する	81.1	35.1
70. 保健師活動の基本理念としての社会的正義・公正に基づき、支援を行う	91.9	70.3
71. 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	91.9	64.9
72. 地域の人々のプライバシー権の侵害となる個人情報や組織の情報の保護・保存に配慮した情報の管理を行う	89.2	81.1
73. 保健師活動に研究の成果を活用する	100.0	43.2
74. 経済的状況を含めた社会情勢と地域の健康課題の関係性を踏まえて保健師活動の研究・開発を行う	89.2	21.6
75. 社会情勢・知識・技術を主体的、継続的に学ぶ	100.0	73.0
76. 組織としての人材育成方策を理解・活用する	94.6	37.8
77. 保健師として活動していくための自己の課題を明確にする	100.0	78.4
項目平均% (SD)	92.7 (6.11)	54.9 (21.00)

\* 1 医療機関保健師にとっての必要性「あり」の割合、\* 2 自分が実践「できる」の割合

表3 医療機関に所属する保健師の管理監督者が期待する項目と医療機関保健師にとっての必要性・自分が実践できるか (N = 37)

項目	必要性「あり」 (%) * 1	実践「できる」 (%) * 2
1. 豊かな人間性と課題に向き合う強さを兼ね備える	100.0	67.6
2. 業務に必要な知識や技術・態度の習熟に努める	100.0	89.2
3. 保健師としてのアイデンティティを明確に持つ	100.0	78.4
4. 対象者の思いやニーズを丁寧に傾聴する	97.3	91.9
5. 看護職として対象者に寄り添う	100.0	94.6
6. 多角的に対象者を理解する	100.0	89.2
7. 対象者(受診者)の個別性を考慮した保健指導を行う	100.0	94.6
8. グループ支援の技術の活用して(病院主催の患者会・家族会活動)に貢献する	89.2	43.2
9. 地域機関を含めた関係者会議の調整・運営を担う	86.5	21.6
10. 対象者・受診者が医療機関・所属施設へ信頼感を醸成できるように携わる	100.0	78.4
11. 地域に開かれた病院づくり・施設づくりにかかわる	94.6	56.8
12. 地域からの相談活動をとおして地域の問題を整理し、地域と協働して活動する	91.9	35.1
13. 住民への健康教育をとおして地域に貢献する	94.6	56.8
14. 地域住民と医療機関・所属施設を橋渡ししてつなぐ	97.3	48.6
15. 保健師が単独で地域へ出かけ、アウトリーチ型の支援をする	67.6	24.3
16. 保健師が所属施設の多職種と協働し地域へ出かけ、アウトリーチ型の支援をする	73.0	24.3
17. 地域保健との連携を強化する	94.6	35.1
18. 地域保健を巻き込んだ支援システムづくりに携わる	97.3	21.6
19. 業務改善や新しい保健活動を提案する	100.0	51.4
20. 保健師として得た情報や経験を集約し医療機関・所属施設へ発信する	94.6	51.4
21. 保健師の活動成果に関する学会発表をとおして今後の活動上の課題を検討する	94.6	29.7
22. 医療機関・所属施設から見た地域包括ケアシステムの現状を発信する	86.5	21.6
23. 医療機関・所属施設で保健師の強み(感染症予防・地域連携機能等)を活かし活動する	91.9	45.9
24. 充実した保健師活動ができるように経営層・組織に働きかける	91.9	32.4
25. 医療機関・所属施設に保健師がいることを社会に発信する	89.2	40.5
項目平均% (SD)	93.3 (8.22)	53.0 (25.53)

\* 1 医療機関保健師にとっての必要性「あり」の割合、\* 2 自分が実践「できる」の割合

表4 地域包括ケアシステムの認識（理解）と変数の関連（N = 37, (\*) についてはN = 36, 有意差を認めたもののみ記載）

区分	設問項目	地域包括ケアシステムについての理解 *1				p値*2		
		n	理解している (%)	理解していない (%)	割合 (%)			
全体	地域包括ケアシステムについての理解	37	24	64.9	13	35.1	—	
属性	最終学歴							
	専門学校	6	6	100.0	0	0.0	<b>0.0383</b>	
	短期大学専攻科 4年制大学	1 30	0 18	0.0 60.0	1 12	100.0 40.0		
I	7. 収集した情報を統合してアセスメントし、地域(集団)組織の特性を明確にする (個人/家族を対象)	32	23	71.9	9	28.1	<b>0.0423</b>	
	必要ではない	5	1	20.0	4	80.0		
	III	37. 健康危機管理体制を整える (個人/家族を対象)	34	24	70.6	10	29.4	<b>0.0368</b>
		必要ではない	3	0	0.0	3	100.0	
		必要	30	22	73.3	8	26.7	<b>0.0387</b>
V	69. 集団・組織の健康・安全と個人の人権との間で起こる倫理的問題について対応する	7	2	28.6	5	71.4		
	必要ではない	14	12	85.7	2	14.3	<b>0.0402</b>	
I	2. 社会資源について情報収集し、アセスメントする (地域を対象)	23	12	52.2	11	47.8		
	できない	7	7	100.0	0	0.0	<b>0.0294</b>	
	25. 集团的・組織的アプローチ等を組み合わせて活動する (地域を対象) (*)	29	16	55.2	13	44.8		
	できない	9	9	100.0	0	0.0	<b>0.0105</b>	
	59. 施策をストラクチャー・プロセス・アウトカム、アウトプットの観点から評価し、成果を説明する	28	15	53.6	13	46.4		
IV	60. 活用可能な既存の社会資源とその利用上の課題及び新たな社会資源の開発の必要性を明確にする	7	7	100.0	0	0.0	<b>0.0336</b>	
	できない	30	17	56.7	13	43.3		
管理者 期待者の	22. 医療機関・所属施設から見た地域包括ケアシステムの現状を発信する	32	23	71.9	9	28.1	<b>0.0423</b>	
	必要ではない	5	1	20.0	4	80.0		
	23. 医療機関・所属施設で保健師の強み(感染症予防・地域連携機能等)を活かし活動する	34	24	70.6	10	29.4	<b>0.0368</b>	
必要ではない	3	0	0.0	3	100.0			

\*1 「十分理解している」「理解している」「理解していない」「全く理解していない」を「理解していない」に区分した。

\*2 Fisherの正確率検定

\*3 I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力、III. 地域の健康危機管理能力、IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・社会資源開発・システム化する能力、V. 専門的自律と継続的な質の向上能力

表 5 地域包括ケアシステムの認識 (自分の活動上の重要性) と変数の関連 (N = 37, (\*)) については N = 36, 有意差を認めたもののみ記載)

区分	設問項目	地域包括ケアシステムの重要性 * 1				p値* 2	
		n	重要だと 思う	割合 (%)	重要だと 思わない		割合 (%)
全体	自分の活動における地域包括ケアシステムの重要性	37	34	91.9	3	8.1	—
I	1. 身体的・精神的・社会的側面から発達段階も踏まえて客観的主観的情報を収集し、アセスメントする(地域を対象)	34	33	97.1	1	2.9	<b>0.0133</b>
	7. 収集した情報を統合してアセスメントし、地域(集団/組織)の特性を明確にする(地域を対象)	32	31	96.9	1	3.1	<b>0.0425</b>
	40. 関係者・関係機関等の役割を明確にし、連絡調整を行う(個人/家族を対象)	33	32	97.0	1	3.0	<b>0.0260</b>
	41. 保健・医療・介護・福祉等のシステムを効果的に活用する(個人/家族を対象)	33	32	97.0	1	3.0	<b>0.0260</b>
	42. 健康危機の原因究明を行い、解決・改善・予防策を講じる(個人/家族を対象)	35	34	97.1	1	2.9	<b>0.0045</b>
	43. 健康危機の増大を防止する(個人/家族を対象)	2	0	0.0	2	100.0	<b>0.0045</b>
	44. 健康危機の発生からの回復に向けた支援を行う(個人/家族を対象)	33	32	97.0	1	3.0	<b>0.0260</b>
	45. 健康危機への対応と管理体制を評価し、見直す(個人/家族を対象)	30	30	100.0	0	0.0	<b>0.0045</b>
	18. 地域の人々が意思決定できるよう支援する(個人/家族を対象) (*)	23	23	100.0	0	0.0	<b>0.0401</b>
	できな	13	10	76.9	3	23.1	

\* 1 「大変重要だと思う」「重要だと思う」に、「あまり重要だと思う」「重要だと思うわない」を「重要だと思うわない」に区分した。

\* 2 Fisherの正確率検定

\* 3 I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力、II. 地域の健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動及び評価する能力、III. 地域の健康危機管理能力

本研究では事前に保健師の在籍を確認せず、施設との連結も未実施との限界があるが、1施設1名の回答を仮定した場合の回答施設数割合は20.2%、医療機関所属に限る場合では14.2%と考えた。

先行研究では、A県の病院全数に対し保健師の在籍施設は11.0%<sup>4)</sup>との報告がある。本研究はこれより高く、対象施設を特定健康診査機関に限定したことの影響と思われた。

## 2) 地域包括ケアの認識

本研究では、地域包括ケアシステムづくりに取り組む重要性は高く認識されたが、自己の理解度は低く留まった。理学療法士を対象にした調査<sup>13)</sup>と同様に、本研究でも地域包括ケアシステムを認識しているものの具体的な理解が不足する傾向が認められた。

## 2. 医療機関保健師に必要な実践能力

地域包括ケア推進の観点から「IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・社会資源開発・システム化する能力」に着目すると、この項目平均は「医療機関保健師に必要性『あり』」も、「自分が実践『できる』」も、他の能力に比べ最も低かった。この一因には、医療機関保健師にこれらの能力に関連する業務経験や習得機会不足があると考えた。医療分野の保健師が「必要な能力だが習得の機会がない」とした能力は、連携・調整・社会資源開発能力43.9%、施策形成・政策提言能力50.7%<sup>11)</sup>とされており、これらの能力の習得機会を確保することが求められる。

保健・医療・福祉を含めた包括ケアシステムへの病院の参画割合は65%で、診療所でも43%と十分ではない<sup>14)</sup>。またケアシステムの実務者会議の医療側参画者は看護師70%、訪問看護師38%、医師32%<sup>14)</sup>で、そもそも医療機関保健師の参画が前提とされなかった。地域包括ケアにおける看護の役割には、地域のエンパワメント支援や在宅療養者の健康増進と疾病・介護予防等が含まれる<sup>15)</sup>。これらの役割を果たすためにも医療機関側の看護職、特に保健師が在籍する場合はより一層の参画

を促し、地域包括ケアシステムに関連する業務経験を重ねる事が求められる。

## 3. 管理監督者が保健師に期待する項目

本研究では、地域包括ケアに関連する項目(9, 18, 22)について、必要性「あり」は高い一方、自分が実践「できる」割合が低かった。そのため、これらの項目が実践可能となるよう環境調整が重要である。

事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシーは「創出の必要性の把握」「創出の推進と具現化」「創出に向けた協同」の3因子構造であるという<sup>16)</sup>。地域包括ケアシステム構築の必要性の把握や推進・具現化、構築に向けた協同行動など、地域包括ケアシステム構築のステップを細分化して実践能力を育成する必要性が考えられた。

## 4. 地域包括ケアの認識と保健師の実践能力の関連

本研究では、地域包括ケアシステムの理解は、自分が実践できるか否かと施策の評価・説明(59)や既存の社会資源の利活用と開発の必要性の明確化(60)との関連を認めた。いずれも地域包括ケアシステムを「理解している」者が実践「できる」と回答した。

地域ケアシステムづくりに必要な資質はシステムづくりの実践により身につく<sup>17)</sup>。その資質には「組織内の職員をはじめ住民・関係者に対し、相手に合わせた趣旨説明ができる力」も含まれている<sup>17)</sup>。また保健師が実施する地域ケアシステムづくりの評価指標<sup>18)</sup>をみると、高齢福祉分野など様々な活動分野ごとに構造(ストラクチャー)評価、プロセス評価、結果(アウトカム)評価の指標が示されている。医療機関に所属する保健師が地域包括ケアシステム構築の実践を重ね、システム構築の成果を客観的な指標をもとに評価できる力量を形成する必要がある。

## 5. 地域包括ケア推進に向けた課題・方略

本研究の結果から、以下の2点が地域包括ケア推進に向け医療機関保健師が役割を発揮するための課題・方略であると考えた。

1点目は、医療機関保健師の保健所・市町村など自治体との接点の増加である。本研究でも地域保健との連携強化や地域保健を巻き込んだ支援システムづくりの必要性が認識されたが実践できる者は少なかった。地域保健との物理的な接点の少なさが影響していると考え、自治体主導による看護職連携会議の設置<sup>19)</sup>や保健所が市町村と医療機関をつなぐこと<sup>20)</sup>も有用と思われた。

2点目は、医療機関保健師の地域包括ケアシステム推進能力の習得機会の確保である。本研究でもこの能力の必要性は認識されたが実践できる者は少なかった。医療機関保健師は総数が少なく、医療機関保健師に特化した研修機会が得られにくい。例えば行政保健師の地域ケアシステム推進能力習得機会である中堅期向けの公衆衛生看護研修<sup>21)</sup>の対象者を医療機関保健師にも拡大する、都道府県・市町村単位で実施される地域ケアシステムの研修を地域の医療機関保健師も受講可能とするなどが方略として考えられた。

## 6. 研究の限界と今後の研究上の課題

本研究の限界は、対象者を医療機関保健師に限定できず医療を伴わない健康診査機関を含むこと、得られた回答者数が少なく分析から除外した項目を認めた事である。また本研究では、保健師の所属機関が保健師に地域包括ケアシステムへの関与を期待しているかを把握できておらず、所属組織の体制と保健師の認識の関連が検討できていない。

今後の課題は、より多くの回答者の協力を得て医療機関保健師と医療を伴わない健診機関の認識の差異を検討する事、今回の分析除外項目を分析する事、医療機関保健師の実践能力を量的に把握できる評価指標から検討する事、医療機関の地域包括ケアシステムへの保健師の関与の期待状況を把握する事である。

## V. 結 論

医療機関保健師に必要なと回答された実践能力は、個人/家族を対象にした「I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力」で項目平均が

最も高く、「IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・社会資源開発・システム化する能力」の項目平均が最も低かった。

また、地域ケアシステムの理解や自分の活動における重要性と「IV. 地域の健康水準を高める事業化・施策化・社会資源開発・システム化する能力」を構成する一部の項目の間に関連が認められた。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました全ての皆様に感謝いたします。本研究は、JSPS 科研費 18K10627 の助成を得て実施しました。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省 (2023) : 令和4年度衛生行政報告例, <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=00001031469&cycle=7&tclass1=000001207660&tclass2=000001207661&tclass3=000001207663&tclass4val=0>, 2024.9.18.
- 2) 荒木田美香子, 安齋由貴子, 大谷喜美江, 他 (2014) : 日本公衆衛生看護学会による公衆衛生看護関連の用語の定義について. 日本公衆衛生看護学会誌, 3(1), 49-55.
- 3) 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会 (2016) : 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制の構築に向けて～, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120070.pdf>, 2024.2.2.
- 4) 富田早苗, 二宮一枝 (2018) : A県における病院保健師のキャリアラダーに関する現状と課題, *インターナショナル nursing care research*, 17(2), 1-8.
- 5) 大谷喜美江, 廣田直美, 根岸茂登美, 他 (2019) : 医療機関に所属する保健師の役割に関する文献検討, *日本赤十字豊田看護大学紀要*, 14(1), 55-64.
- 6) 厚生労働省 (2023) : 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン, [https://www.mhlw.go.jp/kango\\_kyouiku/\\_file/1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/kango_kyouiku/_file/1.pdf), 2024.2.2.
- 7) 厚生労働省 (2023) : 令和4 (2022) 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況, <https://www>.

- mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/22/dl/02sisetu04.pdf, 2024.2.2.
- 8) 国立保健医療科学院：特定健診・特定保健指導機関データベース, <https://kenshin-db.niph.go.jp/kenshin/#1>, 2024.2.2.
  - 9) 岩波書店 (998)：認識. 広辞苑 第五版.
  - 10) 小学館 (2024)：認識. デジタル大辞泉.
  - 11) 公益社団法人日本看護協会 (2023)：令和4年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書, [https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/senkuteki/2023/hokenshi\\_katsudokiban.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/senkuteki/2023/hokenshi_katsudokiban.pdf), 2024.9.2.
  - 12) 俵志江 (2019)：都市部の医療機関に所属する保健師の業務の実態と職業に対するアイデンティティ, 日本医学看護学教育学会誌 = Japanese journal of medical and nursing education, 28(2), 48–54.
  - 13) 南澤拓美, 加藤仁志, 鳥海亮, 他 (2017)：理学療法士における地域包括ケアシステムの認知度および理解度, 理学療法学 Supplement, 2016(0), 1420.
  - 14) 永井昌寛, 山本勝, 横山淳一 (2012)：市町村からみた保健・医療・福祉包括ケアシステムの現状と評価, 日本経営診断学会論集, 第11巻, 55–62.
  - 15) 坂本 仁美 (2023)：Competency-based Educationのための地域包括ケアにおける看護の役割に関する統合的文献レビュー, 日本健康医学会雑誌, 32(1), 42–51.
  - 16) 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織 (2009)：事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発 信頼性・妥当性の検討, 日本公衆衛生雑誌, 56(6), 391–401.
  - 17) 平野かよ子 (2022)：地域ケアシステムの構築, 保健学講座第2巻 公衆衛生看護支援技術, 256–270, 株式会社メヂカルフレンド社, 東京都.
  - 18) 平野かよ子 (2020)：保健師による保健活動の評価指標と活用方法, [https://the-hokenshi.com/pdf/R1manual\\_evaluationsheet.pdf](https://the-hokenshi.com/pdf/R1manual_evaluationsheet.pdf), 2024.9.17.
  - 19) 河合のり子, 奥田真紀子, 佐々木ひとみ, 他 (2023)：病院看護職と地域看護職の地域包括ケア推進を目指した取り組み, 天理医療大学紀要, 11(1), 22–29.
  - 20) 松島美穂, 都筑千景, 大川聡子, 他 (2023)：地域包括ケアシステム構築において保健所保健師が行う市町村支援とその意図, 日本地域看護学会誌, 26(2), 4–12.
  - 21) 国立保健医療科学院 (2024)：【短期研修】2. 公衆衛生看護研修 (中堅期), [https://www.niph.go.jp/entrance/r5/course/short/short\\_hoken08.html](https://www.niph.go.jp/entrance/r5/course/short/short_hoken08.html), 2024.9.17.

〈資 料〉

## 唾液中 HHV-6 DNA コピー数は 学生の臨地実習ストレスマーカーとして有用か

榎本 喜彦\*, 東 さくら\*, 井平 勝\*\*,  
飯田 忠行\*\*\*, 伊藤 康宏\*\*\*\*

### Is HHV-6 DNA Copy Number in Saliva a Useful Stress Marker of Student Stress During Clinical Training?

Yoshihiko Enomoto\*, Sakura Higashi\*, Masaru Ihira\*\*,  
Tadayuki Iida\*\*\*, Yasuhiro Itou\*\*\*\*

#### 要 約

臨床検査技師を目指す学生が臨地実習の前後に受けるストレスの大小を評価するためのストレスマーカーの検討を行った。この研究では、主観的ストレス強度を STAI, SDS, Affect Grid で、睡眠の質の良否を PSQI でそれぞれ得点化した。客観的ストレス強度は HHV-6 DNA のコピー数および検出率 (%) を指標とし、唾液サンプルから Real-time PCR 法にて測定をした。HHV-6 DNA は臨地実習終了 10 日後の値がピークであり、検出率およびコピー数はそれぞれ 88% および  $1045 \pm 730$  copies/mL であった。これらの結果から、HHV-6 DNA は臨地実習の早期ストレスマーカー (early stress marker) としての有用性は低い、遅延ストレスマーカー (delayed stress marker) としての有用性は高いと考えられる。

Key Words : 臨地実習ストレス (Clinical training stress), ヒトヘルペスウイルス 6 (HHV-6) (Human herpesvirus-6 (HHV-6)), HHV-6 DNA (HHV-6 DNA), 再活性化 (Viral reactivation), ストレスマーカー (Stress marker)

#### I. 緒 言

視床下部 (hypothalamic) - 下垂体 (pituitary) - 副腎 (adrenal) 軸 (HPA 軸) に関係するホルモンや自律神経反応などはよく知られたストレスの指標であるが、現在も新たなストレス指標の探

索は続けられており、その中には潜伏感染をしているウイルスの再活性化の研究もある。再活性化をするウイルスの代表的な一つであるヒトヘルペスウイルス 6 (HHV-6) は、日本人のほとんどが幼児期早期までの間に初感染し、突発性発疹を起こす<sup>1)</sup>。初感染後には様々な細胞に潜伏感染する

\*四日市看護医療大学 看護医療学部 臨床検査学科

\*\* Department of Medical Technology, Faculty of Nursing and Medical Care, Yokkaichi Nursing and Medical Care University

\*\*\* 藤田医科大学 医療科学部 臨床教育連携ユニット 臨床医工学分野

\*\*\*\* Faculty of Clinical Science for Biological Monitoring, Fujita Health University, School of Medical Sciences

\*\*\*\*\* 県立広島大学 保健福祉学部 保健福祉学科 理学療法学コース

\*\*\*\*\* Department of Physical Therapy, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima

\*\*\*\*\* 四日市看護医療大学大学院 看護医療学研究科 臨床検査学専攻

\*\*\*\*\* Graduate School of Nursing and Medical Care, Yokkaichi Nursing and Medical Care University

が、リンパ球系の細胞への親和性が高く、中枢神経系合併症や臓器移植をはじめ各種のストレスによる再活性化が問題となっている<sup>2,3)</sup>。

学生を研究対象としてストレスを検討する場合、そのストレス源（ストレッサー）の多くは試験負荷かフィジカル負荷である。しかしながら、医療系の国家資格の取得を志す学生にとってのストレッサーには客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination；OSCE）<sup>2)</sup>、臨地実習および国家試験<sup>4)</sup>などトレーニングを含めて期間が長くストレス感が高くなる傾向がある。臨床検査技師教育の臨地実習は約3か月間を要するため<sup>5)</sup>、そのストレッサーは、長期間に及ぶ実習日程、多部署のローテーションを繰り返す環境要因の他、学生個人の学習達成度の差、体力や適応力の相違など様々なものが想定される。このようにして生じるストレス時の生体情報（例えば血清酵素やホルモン分泌量、心拍のR-R間隔変動、潜伏ウイルス活性など）はストレスマーカーと呼ばれ、患者治療や患者指導のための資料となっている。

本研究の目的は、従来から治療後のストレスマーカーとして注目されているHHV-6<sup>6)</sup>が、健常学生の臨地実習によって生じるストレスの指標と

して有用であるかについて検討を行うことである。

## II. 方法

### 1. 実験参加者

実験参加者は、本研究の内容に賛同し、自ら参加を申し出た本学臨床検査学科の第3学年の男性8名、女性9名の17名（21～22歳）であった。予め研究内容を説明し、参加を申し出た学生から文書による承諾を得た。また、途中離脱や実験不参加があった場合にも何ら不利益を被らないことを説明した。途中1名が実験から離脱したため、最終的に採用されたデータは男性7名、女性9名の16名分であった。

### 2. 測定項目と測定方法

#### 2-1 主観的評価法

不安感、抑うつ感、睡眠の質得点の評価方法は表1に記した。

##### 2-1-1 不安感の評価

不安感の評価には、日本版STAI（状態・特性不安検査：State-Trait Anxiety Inventory；三京房、京都）<sup>7)</sup>を用いた。

表1 主観指標の評価法

STAI (State-Trait Anxiety Inventory)				
状態不安得点		評価	特性不安得点	
男性	女性		男性	女性
50-80	51-80	V:非常に高い	53-80	55-80
41-49	42-50	IV:高い	44-52	45-54
32-40	31-41	III:普通	33-43	34-44
23-31	22-30	II:低い	24-32	24-33
20-22	20-21	I:非常に低い	20-23	20-23

SDS (Self-rating Depression Scale)	
得点	評価
40以下	健常
40-47	軽度
48-55	中等度
56以上	重度

この得点が2週間以上持続すると評価が確定

PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index)	
得点	評価
5.5	cut-off値
6以上	睡眠障害がある

### 2-1-2 抑うつ感の評価

抑うつ感の評価には、日本版 SDS (自己評価式抑うつ性尺度: Self-rating Depression Scale; 三京房, 京都)<sup>8)</sup> を用いた。

### 2-1-3 Affect Grid による感情評価

感情評価は Affect Grid を用いた。これは、覚醒度 (arousal) と感情価 (pleasure) の 2 次元 (縦軸: 覚醒度, 横軸: 感情価) を持つ単一項目の感情評定法である<sup>9)</sup>。感情価は得点が高いほど快感が高い。

### 2-1-4 睡眠の質の評価

睡眠の質の評価には、ピッツバーグ睡眠質問票日本語版<sup>10)</sup> (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI);) を用いた。

## 2-2 客観的評価法

### 2-2-1 唾液採取と DNA 抽出

唾液採取は、Salivette<sup>®</sup> (SARSTEDT AG & Co. KG, Nuembrecht, Germany) を用い、1 分間に分泌された唾液を吸収させた後、1000g × 10 分間の遠心分離により唾液を採取し、DNA 抽出まで -80℃ で保存した。

DNA 抽出は、QIAamp DNA Blood Mini Kit (CD Creative Diagnostics<sup>®</sup>; Shirley, NY, USA) を用い、DNA sample とした。

### 2-2-2 Primer および Probe

DNA 増幅のための Primer ペアの塩基配列は下記の通りである<sup>11)</sup>。

H6TA1(sense):

5'-TTTGCAGTCATCACGATCGG (20mer)

H6TA2(antisense):

5'-AGAGCGACAAATTGGAGGTTTC (22mer)

Probe の塩基配列は下記の通りである<sup>11)</sup>。

H6B MGB: FAMTM 色素 -AAGCCACAGCAGCCA-クエンチャー

### 2-2-3 Real-time PCR 法による HHV-6B のコピー数の測定

HHV-6 のコピー数の測定には Real-time PCR 法を用いた。すなわち、Mixture は 2 × Fast Universal PCR Master Mix (TaqMan<sup>™</sup>; Thermo Fisher Scientific Inc., Waltham, MA, USA)<sup>12)</sup> を用い、

25 $\mu$ L 中に 10 pmol Primer: H6TA1, 10 pmol Primer: H6TA2, 5 pmol Probe: H6B MGB になるように混合した。これに DNA sample 5 $\mu$ L を加え、StepOnePlus<sup>™</sup> システム (Applied Biosystems; Foster City, Ca, USA) を用い、50 サイクル (Holding stage: 95℃ (20 秒), Cycling stage: 95℃ (1 秒), 60℃ (20 秒) を 50 サイクル) 増幅した。

## 2-3 実験プロトコール

1 回目のサンプリング時期は臨地実習 1 週間前 (①とする, 以下同), 2 回目のサンプリング時期は臨地実習終了 1 日後 (②), 3 回目のサンプリング時期は臨地実習終了 10 日後 (③), 4 回目のサンプリング時期は臨地実習終了 1 か月後 (④) にそれぞれ設定した。

各サンプリング時には Affect-grid, STAI, SDS, PSQI の 4 種類の質問紙への記載と Salivette<sup>®</sup> を使用して唾液の採取を実施した。

## 3. 研究倫理と研究助成費

この研究は四日市看護医療大学研究倫理委員会の承認を得て行った (承認番号: 172)。実験に際し、ヘルシンキ宣言を遵守した。また、本論文に関して開示すべき利益相反事項 (COI) はない。本研究の一部は、四日市看護医療大学の宮崎徳子助成金 (令和 4 年度) を得て行った。

## 4. 統計分析

相関係数の算出には Pearson の相関係数を、実験参加者個人のデータの推移の検定には対応のある t 検定を、性差による値の差の検討には、異なる母集団の差の検定をそれぞれ用いた。いずれも有意水準は 5% とした。統計解析には Microsoft<sup>®</sup> Excel<sup>®</sup> 2021 の分析ツールを用いた。除外基準は、検体の感染性を鑑みて新型コロナウイルス感染症の感染が判明した者、質問紙への回答に異常を生じる可能性がある睡眠障害、精神障害を発症した者とした。

### Ⅲ. 結 果

結果は表 2 に示した。

#### 1. 主観的ストレス指標の得点の推移

##### 1-1 状態不安得点および特性不安得点

状態不安得点は、女子だけでみると①と比較し④では得点が有意に低下していた。また、特性不安得点は、全体および女子では①に較べ④で有意な低下を認めた。

##### 1-2 SDS による抑うつ得点

全体および性別ともに有意な変化を認めなかった。

##### 1-3 Affect Grid による覚醒得点と感情得点

覚醒感は①と較べ②, ③, ④で有意に高くなっていた。性別では、男女とも①と較べ③で有意に

高かった。また、③では、覚醒感と快感情との間に  $r=-0.570$  ( $p=0.021$ ) 負の相関が認められた。

##### 1-4 PSQI による睡眠の質得点

睡眠の質は全体では有意な変化を認めなかった。しかしながら、④において 1 名の得点が 15 点であり、標本の分散が正規分布であったため、Grubbs-Smirnov の棄却検定により棄却できた。その結果、④は 4.9 点となり、①と較べ④には有意な低下を認めた。

#### 2. 唾液中 HHV-6 DNA の推移

##### 2-1 HHV-6 DNA のコピー数および検出率

HHV-6 DNA のコピー数 (copies/mL) および検出率 (%) は表 2 のとおりであった。HHV-6 DNA のコピー数は、全体として①と比較して③で有意に増加していた。

表 2 各項目の分析結果

項目		①実習1週間前	②実習終了翌日	③実習終了10日後	④実習終了1か月後
HHV-6 DNA コピー数	全体	582±362	794±783	1045±730*(0.041)	790±621
	男性	905±308	1246±999	1102±622	1092±627†(0.026)
	女性	420±278	416±224	988±871	367±298
HHV-6 DNA 検出率(%)	全体	56	69	88	75
	男性	43	71	100*(0.030)	100*(0.030)†(0.035)
	女性	67	67	78	56
STAI-1 (状態不安得点)	全体	46.4±10.4	46.5±9.8	42.7±10.5	40.3±9.9*(0.010)
	男性	49±9	49±9	43±4	46±6†(0.025)
	女性	44±11	44±11	42±14	36±10*(0.005)
STAI-2 (特性不安得点)	全体	51.4±10.9	50.7±11.6	47.3±11.2	43.6±11.3*(0.001)
	男性	55±10	53±12	50±6	49±7
	女性	49±11	49±12	46±14	39±13*(0.006)
SDS (抑うつ得点)	全体	44.9±7.9	45.6±8.0	42.7±8.3	41.4±10.7
	男性	48±6	49±8	46±7	48±5†(0.018)
	女性	43±9	43±7	40±9	36±11
快感得点	全体	4.2±1.8	4.8±2.4	5.2±2.6	5.4±2.6
	男性	4±2	5±2	6±2	4±2
	女性	5±2	5±3	5±3	6±3
覚醒感得点	全体	3.4±1.4	4.6±2.1*(0.047)	6.1±1.9*(0.0001)	4.9±2.3*(0.031)
	男性	4±2	5±2	6±2*(0.027)	5±2
	女性	3±1	4±2	6±2*(0.002)	5±3
PSQI (睡眠の質得点)	全体	7.0±2.7	5.9±2.6	6.6±3.2	5.6±3.3(4.9±2.3*(0.003))
	男性	7.3±2.4	5.7±1.4	5.7±2.9	5.4±1.7(†)(0.003)
	女性	6.8±2.9	6.1±3.3	7.3±3.4	5.7±4.3(4.5±2.7*(0.031))

(数値は平均値±SD)

\*:実習1週間前の値と比較して有意差を認めたもの; (\*†): Grubbs-Smirnovの棄却検定の結果により有意差を認めたもの、†:男性と女性に有意差を認めたもの。( )内の数値はp値

## 2-2 HHV-6 DNA の検出率とコピー数の関連

HHV-6 DNA の検出率とコピー数の両者の関連性をカイ二乗検定による独立性の検定で調べたところ、 $\chi^2(0.05) = 1.064 (<7.815)$  であり両者に差異を認めなかった。これは、検出率が増加すればコピー数が増加することを意味する。

## 3. HHV-6 DNA のコピー数と主観指標の間の相関

### 3-1 不安得点, 抑うつ得点, 睡眠の質得点

状態不安得点, 特性不安得点, 抑うつ得点, 睡眠の質得点のいずれも有意な相関は認められなかった。

### 3-2 感情評価得点

HHV-6 DNA のコピー数と覚醒感との間には③の実習終了 10 日後に  $r = -0.656 (p=0.006)$  の有意な負の相関が認められた。

## IV. 考 察

ヘルペスウイルス科  $\beta$  ヘルペスウイルス亜科に属する DNA ウイルスである HHV-6 はほとんどの日本人に潜伏感染しており, 強いストレス後に再活性化して口唇ヘルペスなどを起こすことが知られているが, 再活性化された HHV-6 は唾液中に分泌される<sup>6)</sup>。本報告ではこの性質を応用し, 唾液中の HHV-6 DNA コピー数が学生の臨地実習ストレスマーカーとして有用かどうか, 臨床検査技師を目指す学生の臨地実習前後で評価した。

主観指標の推移から臨地実習 1 週間前には既に状態不安, 特性不安, 抑うつ感の上昇と睡眠の質の低下が推測できる得点を示していた。したがって, 実験開始時には臨地実習への不安や緊張が既に高くなっていたと考えられる。主観指標は実習終了 1 か月後には, 女子学生では平均で「普通」, 「健常」レベルになっていた。しかし, 男子学生では実習 1 週間前と変化なく, 平均値で「高い」レベルで推移し, 臨地実習 1 か月後では男女間に有意差を生じた。数値では女子学生のストレス耐性が高いとも捉えられるが, ストレス感というネガティブな感情を隠蔽せずに意識化し, 言語化する

ほど精神的・身体的健康に良好な結果をもたらすことが知られている<sup>13)</sup>。また, 女性は男性より他者に話す傾向が高いことがネガティブ感情を発散する要因となったと考えられる<sup>14)</sup>。

なぜストレスを受けていると抑うつ感が高くなるのかについて, 近年, Kobayashi らの HHV-6 の研究から次のように考えられるようになってきた。唾液腺に潜伏感染している HHV-6 の亜型である HHV-6B はストレスにより再活性化され, これが嗅球アストロサイトに感染する。すなわち, ストレスにより唾液腺 HHV-6B が再活性化され, 嗅球アストロサイトに潜伏感染した HHV-6 B は「生物学的試料中の HHV-6 の潜伏感染中間段階転写物によってコードされる小タンパク質: small protein encoded by the intermediate stage transcript of HHV-6-1 (SITH-1)」の産生を誘導する。SITH-1 は「宿主タンパク質カルシウム調節リガンド: host protein calcium-modulating ligand (CAML)」と複合体を作り細胞外カルシウムの流入を促進し, その結果, 嗅球のアポトーシスおよび HPA 軸の過剰活性化が起こり, 抑うつ症状を示す<sup>6)</sup>。今回の結果の中で主観指標と客観指標の間に唯一有意な相関(負)を認めたのは実習終了 10 日後の覚醒感と HHV-6 DNA コピー数であり, HHV-6 DNA のコピー数が多く再活性化が高いほど覚醒感が低いことを表している。覚醒感と快感情との間に負の相関が認められたことから, HHV-6 の再活性化による身体症状ではないかと考えられる。臨地実習終了翌日(1 日後)の HHV-6 DNA の検出率が最も高値で 87.5% であり, 平均コピー数も 1045 copies/mL と最も高値であったことから, 臨地実習がストレスとなっていたことは確実に考えられる。興味あることに男子学生では臨地実習終了 1 か月後でも HHV-6 のコピー数が低下せず, 女子学生とは有意な差を呈した。Iida らによる女子大学生の OSCE 前後の唾液中 HHV-6 DNA のコピー数は終了 1 週間後に最も高値であり, 本報告とほぼ一致していた。さらに, 状態不安得点および特性不安得点の推移とともに本報告とほぼ一致していた<sup>2)</sup>。また, 近藤は, 就労中の疲労で 88% の人が HHV-6 の再活性

化を認めたことを報告している<sup>15)</sup>。この値は臨地実習終了10日後の値と同等である。すなわち、HHV-6 DNAは臨地実習終了直後より、それ以後の1週間から10日後あるいはそれ以降にピークとなる遅延性のストレスマーカーになると考えられた。これらの結果から、HHV-6 DNAのコピー数は、臨地実習の早期ストレスマーカー (early stress marker) としての有用性はやや低いが、遅延ストレスマーカー (delayed stress marker) としての有用性は高いと考えられ、例数を増加させて検討する意義がある。

## V. 結 論

臨地実習前後での主観指標と客観指標としてのHHV-6 DNA コピー数を測定した。主観指標は実習終了翌日に高値である傾向がみられたが、客観指標は実習終了10日後にピークが認められた。主観指標と客観指標の関係は覚醒感との間に負の相関が認められ、これは身体の疲労感を表していると考えられた。また、HHV-6 DNA コピー数のピークが10日後であったことから、臨地実習での遅延ストレスマーカーとなると考えられる。本報告は最初の検討結果であり、今後は異なる条件での測定およびマーカーを追加して実施し、その結果から学生指導の一助として有用な利用方法を検討する予定である。

## 文 献

- 1) Yamanishi, K., Okuno, T., Shiraki, K., et al. (1988). Identification of human herpesvirus-6 as a causal agent for exanthem subitum. *Lancet*, 331, 1065–1067.
- 2) Iida, T., Ito, Y., Kanazashi, M., et al. (2021). Effects of Psychological and Physical Stress on Oxidative Stress, Serotonin, and Fatigue in Young Females Induced by Objective Structured Clinical Examination: Pilot Study of u-8-OHdG, u-5HT, and s-HHV-6. *International Journal of Tryptophan Research*, 14, 1–10.
- 3) Ihira, M., Yoshikawa, T., Suzuki, K., et al. (2002). Monitoring of Active HHV-6 Infection in Bone Marrow Transplant Recipients by Real Time PCR; Comparison to Detection of Viral DNA in Plasma by Qualitative PCR. *Microbiology and Immunology*, 46(10), 701–705.
- 4) Ito, Y., Nakamura, A., Adachi, M., et al. (2009). Blood oxidative stress levels and urinary dopamine values reflects the impact of academic stress on students. *Journal of analytical Bio-Science*, 32(5), 422–426.
- 5) 坂本秀生 (2022) : 臨床検査技師卒前教育の改正と臨地実習の在り方について, *臨床検査学教育*, 14(1), 30–37.
- 6) Kobayashi, N., Oka, N., Takahashi, M., et al. (2020). Human herpesvirus 6B greatly increases risk of depression by activating hypothalamic-pituitary-adrenal axis during latent phase of infection. *iScience*, 23, 101187, June 26.
- 7) 水口公信, 下仲順子, 中里克治 (構成) (1991) : 日本版 STAI 使用手引, 1–16, 三京房, 京都.
- 8) 福田一彦, 小林重雄 (構成) (1983) : 日本版 SDS 使用手引, 3–15, 三京房, 京都.
- 9) James, A. Russell, J. A., Weiss, A. et al. (1989). Affect Grid: A Single-Item Scale of Pleasure and Arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3), 493–502.
- 10) 土井由利子, 箕輪眞澄, 内山真, 他 (1998) : ピックバーグ睡眠質問票日本語版の作成, *精神科治療学*, 13, 755–769.
- 11) Suga, S., Yoshikawa, T., Kajita, Y., et al. (1998). Prospective study of persistence and excretion of human herpesvirus-6 in patients with exanthem subitum and their parents. *Pediatrics*, 102, 900–904.
- 12) <https://www.thermofisher.com/order/catalog/product/jp/ja/4364103> (2024.9.1 閲覧)
- 13) Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274–281.
- 14) Ward, M., Doherty, D. T. & Moran, R. (2007). It's good talk: distress disclosure and psychological wellbeing. *Health Research Board (Dublin, Ireland)*, 1–32.
- 15) 近藤一博 (2006) : HHV-6 の潜伏感染・再活性化のバイオマーカーとしての有用性 HHV-6 reactive and fatigue, *日本補完代替医療学会誌*, 3(2), 61–67.

〈資 料〉

## 高齢期における就労が健康に及ぼす影響に関する文献検討

藤井 夕香<sup>\* \*\*</sup>, 佐藤 優子<sup>\* \*\*</sup>

### Literature review on the impact of working in old age on health

Yuka Fujii <sup>\* \*\*</sup>, Yuuko Satou <sup>\* \*\*</sup>

#### 要 約

本研究の目的は、高齢者の就労が健康に与える影響について明らかとし、高齢者の就労を支援するための示唆を得ることである。医学中央雑誌（Web）を用い、キーワードを「高齢者」and「就労」and「健康」として検索を行った。タイトルスクリーニング、アブストラクトスクリーニング、本文精読にて6件の文献を抽出し、ハンドサーチによる4件を加え10件の文献を分析対象とした。量的研究9件、質的研究2件（内1件は量的研究も質的研究も実施していた）であった。高齢者の就労が健康に与える影響として、プラス面では主観的健康感の向上や、生活機能の低下を予防することが示された。また、高齢者が就労する意義も一部明らかとなった。マイナス面では就労の目的によっては主観的健康感が低下し心理的苦痛が増すことが示された。就労を希望する高齢者がその目的に応じて就労できるよう、就労目的を確認し、希望に応じた就労内容や就労日数などを調整することが重要となる。

Key Words：高齢期（Aging）、就労（Work）、健康（Health）、文献検討（Literature Review）

#### I. 緒 言

日本の平均寿命は延伸し続けており、高齢者人口（65歳以上の人口）の割合は29.1%となっている<sup>1)</sup>。高齢者が増加する中、就労を継続している高齢者も多く、その理由は「収入がほしいから」の割合が高いが、「働くのは体によいから、老化を防ぐから」が多いのが日本の特徴である<sup>2)</sup>。65歳以上まで働きたいと考えている人の割合は6割を占めている<sup>3)</sup>。

一方で、少子高齢化により日本の労働人口は減少傾向にあり<sup>4)</sup>、労働力不足から、国として、高齢者の雇用確保への取り組みがなされ、働く意欲と能

力のある高年齢者が年齢を問わず働くことができる社会へと歩みを進めている。1985年に高年齢者雇用安定法が制定され、60歳定年が努力義務となっ  
てから、複数回高年齢者雇用確保措置対象年齢の引き上げが段階的に義務化され、2021年には改正高年齢者雇用安定法の施行により、70歳までの就業確保措置が努力義務化されるなど、高年齢者の就業に関する制度整備が行われてきた。一方で、高年齢者の就業機会整備と並行し、年金受給開始年齢の段階的引き上げが行われたことも、高年齢者の就労継続に影響しているものと考えられる。

高齢者の就労に関して、就労する高齢者の特徴<sup>5)</sup>、就労理由<sup>6)</sup>、ソーシャルキャピタルとの関連<sup>7)</sup>など

\*四日市看護医療大学 看護医療学部

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

\*\*四日市看護医療大学 産業看護研究センター

\*\* Reserch Center for Occupational Health Nursing, Yokkaichi Nursing and Medical Care University

様々な視点から研究がなされてきた。中でも、高齢者の健康に関する研究は積み重ねられており、就労と主観的健康感との関連<sup>8)</sup>や、介護予防との関連<sup>9)</sup>などが報告されている。

今回、高齢者が就労することで高齢者の健康に与えるプラス面とマイナス面を文献検討により明らかとしたい。今後就労する高齢者が益々増加することが予測されるが、これらを明らかにすることで、高齢者の就労への支援について示唆を得ることできると思われる。

本研究は、高齢者の就労が健康に与える影響について明らかとし、高齢者の就労を支援するための示唆を得ることを目的とする。

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

本研究における「健康」は、日本においても多くの研究で使用されてきた健康の身体的側面、精神的側面、社会的側面を総合化した健康指標である「主観的健康感」に添うものとする<sup>10)</sup>。

また、「就労」は、期間の長短や正規雇用の有無を問わず、対価のある仕事や業務に就くこととする。

### 2. 文献検索方法

文献は、医学中央雑誌（Web）を用いて2013年から2024年8月に発表された文献を対象とした。2013年とした理由は、2013年は「高年齢者の雇用の安定等に関する法律」が改正され、段階的に希望者全員を65歳まで雇用することが企業に義務付けられ、高齢者の雇用が促進された年であるからである。

検索式は「高齢者」and「就労」and「健康」として検索を行った。医中誌の検索で抽出された国内発行の英語論文を含む。最終検索日は2024年8月7日である。

文献の選定条件は、就労している高齢者を対象としている、就労が高齢者の健康に影響していることを示している、調査場所が日本であることとした。除外条件は、抄録のないもの、解説、事例、会議録とした。なお、高齢者は一般的には65歳

以上であるが、60歳退職も多いことより60歳以上が対象である文献とした。

## III. 結 果

### 1. 文献検索結果

医学中央雑誌より518件の文献が検索された。タイトルスクリーニング、アブストラクトスクリーニング、本文精読にて6件の文献を抽出し、ハンドサーチによる4件を加え最終的に10件とした（図1）。年金受給開始年齢の変更にさらされる可能性が高いものとして55～69歳を対象とした文献が1件あり、含めた。

抽出された文献は発表年、タイトル、研究目的、研究デザイン・データ収集方法、対象、結果について整理した。その際、研究内容の意図を損なわないように留意した（表1）。

### 2. 分析対象論文の概要

量的研究が9件<sup>8,9,11-13,15-18)</sup>、質的研究が2件<sup>14,15)</sup>であった（内1件は量的研究も一部実施している）。量的研究9件の内訳は、縦断研究が5件<sup>8,9,11,13,18)</sup>、横断研究が4件<sup>12,15-17)</sup>であった。縦断研究は2年、3年、5年、8年の期間としており、3年の文献が2件あった。縦断研究における健康についての評価は、主観的健康感、基本的日常生活動作、手段的日常生活動作、認知機能、要介護状態、老健式活動能力指標、フレイル発症としていた。横断研究2件は、働く意義や自己評価による健康状態などについて調査していた。

調査対象は、量的研究では141人から1,483,591人と幅があり、国民生活基礎調査を基にしたもの、地域の住人、通所介護事業所の利用者、生きがい就労トライアルの参加者など様々であった。いずれも就労内容や就労時間、就労形態（正規職員か非正規職員かなど）は設定していなかった。

2013年の「高年齢者の雇用の安定等に関する法律」改訂前が調査期間である文献は、就労が健康に与える影響について、認知機能、基本的日常生活動作、要介護の有無などで調査したものが多く<sup>8,9,11)</sup>、健康に対するプラス面が多く報告されていた。2013

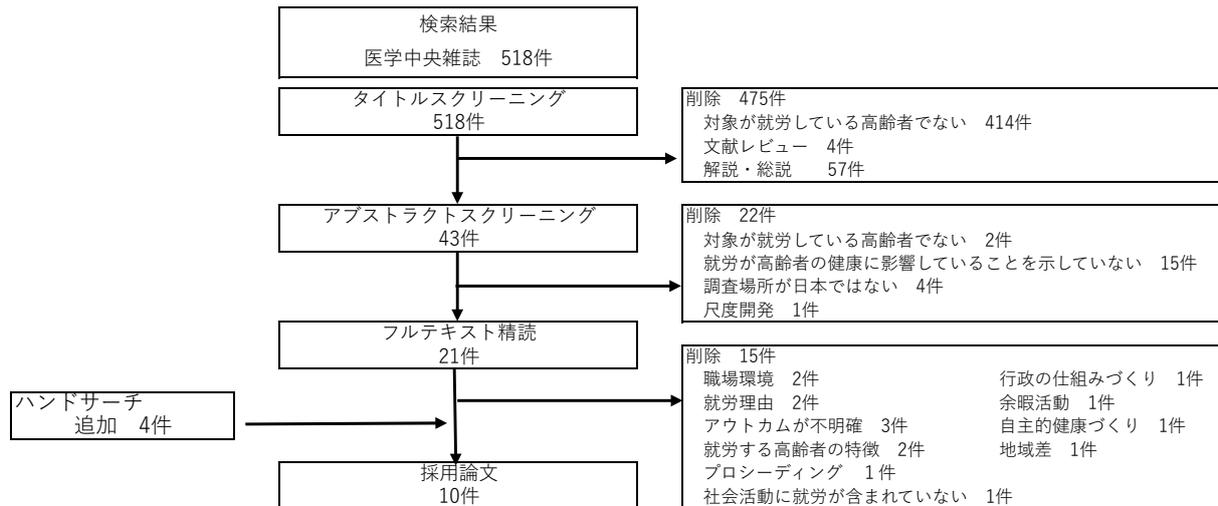


図1 文献検索のフローチャート

年以降が調査期間である文献は、それらを踏まえ、就労継続につながる要因<sup>12)</sup>、就労働機<sup>13)</sup>、心理的負担<sup>17)</sup>など就労に関してより多くの視点より調査されていた。

### 3. 就労が健康に与える影響

#### 1) 就労が健康に与えるプラス面

量的研究より、就労により主観的健康感での健康不良の確率は低下した<sup>17)</sup>。就労している高齢者が感じるプラス面は、「健康維持・増進」「時間の活用」であった<sup>16)</sup>。また、社会参加先の一つである就労は、フレイル発症のリスクを低下させた<sup>18)</sup>。

性差で比較した研究において、男性に、就労が基本的日常生活動作の低下を防ぐ効果が見られ、就労を継続した男性は要介護状態と認知機能低下を防いだ<sup>9)</sup>という報告がある。一方女性では、就労を継続した女性は手段的日常生活動作低下のリスクが低かった<sup>9)</sup>。また、「人から感謝されることがうれしい」が性差において有意差がみられた<sup>12)</sup>。

年齢で比較した研究において、前期高齢者と後期高齢者で比較した場合、後期高齢者では主観的健康感の「非健康」「健康」の間で有意差を認めたものに就労があった。前期高齢者では有意差を認めなかった<sup>8)</sup>。後期高齢者では、「好きなことを仕事としてできるのが楽しい」「人から感謝されることがうれしい」「働き続けられるように体調管理に

は気を遣う」に有意差がみられた<sup>12)</sup>。

質的研究より、通所介護事業所の利用者への就労に関するインタビューより、【対象となる活動を「仕事」とであると認識する】【自信と責任をもって活動を行う】【よいストレスを得る】【主体的な試行錯誤によって得た知識や技術を継承する】【生活行為の範囲を拡大する】【自己の行った活動を振り返り、成果を認識する】【社会からの注目を受けて、社会性を発揮する】の7つのカテゴリーが抽出された<sup>14)</sup>。生きがい就労トライアル参加者へのインタビューより、【学び・気づき】【働けたこと・職場への感謝】【日常生活の変化】【事業への評価】【貢献への意識】の5つのカテゴリーが抽出された<sup>15)</sup>。いずれも就労することのプラス面が抽出されている。

#### 2) 就労が健康に与えるマイナス面

量的研究より、就労の動機が経済的理由である高齢者は自己評価健康度および高次生活機能が低下しやすいこと<sup>13)</sup>、自己評価による心理的苦痛の確立は増加すること<sup>17)</sup>が報告されている。また、後期高齢者では「仕事に人間関係でイライラしたり、カッとなることがある」こと<sup>12)</sup>が報告されている。

質的研究より、生きがい就労体験者へのインタビューにて「若いスタッフの言葉遣いや指示の統

表 1 対象文献の概要

引用番号	筆頭者 発表年	タイトル	研究目的	対象	結果
8)	山内加奈子 2015	地域高齢者の主観的健康観の変化に影響を及ぼす心理・社会活動要因 5年間の追跡調査	地域高齢者における5年間の縦断的研究により主観的健康観の低下に影響を及ぼす心理・社会活動要因について明らかにする。	地域に在住する65歳以上の高齢者7,413人全員に「高齢者総合健康調査」を実施し、85歳以上または日常生活動作で介助を必要とするものおよび5年間における死亡・異動等を除いた4,372人	主観的健康感の「非健康」「健康」の間で有意差を認めたものは、男性後期高齢者では、仕事、喫煙、老健式活動能力指標、生活満足度K、女性後期高齢者では、仕事、高血圧、老健式活動能力指標、生活満足度K、うつ傾向であった。前期高齢者では男性女性とも、仕事は有意差を認めなかった。
9)	Kimiko Tomioka 2018	Beneficial effects of working later in life on the health of community-dwelling older adults	高齢になっても働き続けることが健康にプラスになるのか、あるいはマイナスになるのかを明らかにする。	奈良県の2つの市町村に住む65歳以上の11,183人	要介護、認知機能低下、手段的ADL、低下の3つの健康アウトカムを検討した結果、就労を継続した高齢男性は、手段的ADL、低下のリスクが有意に低かった。
11)	Yoshinori Fujiwara 2016	Engagement in paid work as a protective predictor of basic activities of daily living disability in Japanese urban and rural community-dwelling elderly residents: An 8-year prospective study	都市部および農村部の日本人高齢者において、有給の仕事に従事することが良好な機能的健康の維持の予測因子になるかどうかを検討する。	65~84歳の都市部在住306人と農村部在住675人	いずれの地域でも働いていない参加者は働いている参加者よりも基本的日常生活動作(BADL)が低下しやすかった。しかし、都市部の女性は例外であった。よって、就労がBADLの低下を防ぐ効果は男性にみられた。
12)	米澤洋美 2019	地方農村部シルバー人材センター会員の就業の意義	地方農村部におけるシルバー人材センター会員に対する思いを把握し、性別や年齢に応じた人会促進と就業に繋がる支援の示唆を得る。	X県Y町Zシルバー人材センターに所属する141人	所得を得る以外に交流や健康に働く意義を感じている者が多かった。性別では女性は「人から感謝されることうれしい」に有意差があった。年代別では75歳以上の高齢者は「好きなことを仕事としてできるのが楽しい」「人から感謝されることがうれしい」「働き続けられるように体調管理には気を遣う」「仕事中心に人間関係でイライラしたりカッとなることもある」に有意差があった。
13)	Yuta Nemoto 2020	Working for only financial reasons attenuates the health effects of working beyond retirement age: A 2-year longitudinal study	高齢者における有給雇用の健康効果は就労動機によって異なる可能性がある。動機に着目し高齢者における就労の健康効果を検討する。	東京都大田区に在住している65歳以上の2年間調査が可能であった1,069人	動機が経済的理由である高齢労働者は、自己評価健康度および老健式活動能力指標で測定された高次生活機能が低下しやすいため、非金銭的な理由のみを有するものと、金銭的理由と非金銭的理由の両方を有する者との間に差は認められなかった。
14)	永井邦明 2021	介護保険サービス利用者の生きがい、就労における金銭的対価の意義	生きがい、就業における金銭的対価が介護保険サービス利用者の生きがいによって感じているメリットのパターンを明らかにし、メリットの消費感との関連を調べる。	要支援1~要介護3までの通所介護事業所の利用者70歳代前半~90歳代前半の7人	【対象となる活動】「仕事」であることと認識する【自信と責任をもつて活動を行う】【よいストレスを得る】【主体的な試行錯誤によって得た知識や技術を認める】【生活行為の範囲を拡大する】【自己の行った活動を振り返り、成果を認識する】【社会からの注目を受けて、社会性を発揮する】の7つのカテゴリが抽出された。
15)	安里知陽 2022	介護施設における生きがい、就労の効果と課題	介護施設での生きがい、就労を通して「世代性」を含む個人に対する効果と、介護施設での生きがい、就労の実践における課題を検討する。	「宝塚市健康・生きがい・就労トライアル」への60歳以上の参加者52人(インタビュー協力者は10人)	①「貢献に対する満足度」「世代性(次の世代を確率させ暮らすことへの関心」という高齢期においても重要な発達課題)が有意に高くなっていた。 ②【学び・気づき】【働けたこと・職場への感謝】【日常生活の変化】【事業への評価】【貢献への意識】の5つのカテゴリが抽出された。
16)	中本五鈴 2023	高齢介護手が就労によって感じるメリットと情緒的消耗感との関連・横断研究	高齢介護手が介護施設での就労によって感じているメリットのパターンを明らかにし、メリットの消費感との関連を調べる。	599施設60歳以上の高齢介護助手1,606人	メリットに関して最も多かったのは「健康維持・増進」、次に多かったのは「時間の活用」であった(どちらも80%以上)。多用なメリットを感じている、または内向的(健康維持・増進や時間活用)なメリットを感じていることが情緒的消耗感得点の低さと関連していた。
17)	Takashi Oshio 2023	Will Working Longer Enhance the Health of Older Adults? A Pooled Analysis of Repeated Cross-sectional Data in Japan	定年及び年金受給年齢の変更にとらさず、より長い就業期間による55~69歳の個人を対象に、就労状況と健康の関連を調査する。	「国民生活基礎調査」から得られた55~69歳の1,483,591人	自己評価による健康不良の確率は6.7ポイント減少し、心理的苦痛の確率は12.2ポイント増加した。
18)	竹内寛貴 2023	高齢者の社会参加とフレイルとの関連: JAG-E2016-2016 縦断研究	多市町の大規模縦断データを用い、社会参加先の種類や数とフレイル発症との関連について検証する。	要支援・要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者であり、ペーシングタイムADL、非自立者とフレイルとフレイル判定不能者を除き、追跡時の調査にも返答があった28市町の59,545人	社会参加先である介護予防・健康づくりの活動、収入のある仕事、ボランティアのグループ、町内会・自治会、学習・教養センター、特技や経験を他者に伝える活動、趣味関係のグループ、スポーツ関係のグループやクラブでフレイル発症リスクが有意に低かった。さらに、社会参加数が多いほどフレイル発症リスクが有意に低かった。

一がないことへの戸惑い」が語られたことが報告されている<sup>15)</sup>。

#### IV. 考 察

量的研究より、高齢者の就労による特徴が明らかとなっている。

男女差に着目すると、女性より男性のプラス面が報告されていた。65歳以上の年代は家庭内の家事を女性が担っていることが多く、退職後も一定量の活動を維持しているため女性のプラス面は男性に比べて少ないことが推測される。日本では「収入の伴う仕事はしていない」の割合は、男性51.2%、女性66.9%と男性の方が就労している割合が高いが<sup>2)</sup>、男性の就労者がさらに増加することが望ましいのではないかと考える。

年齢差に着目すると、後期高齢者では就労している人数は減る<sup>19)</sup>ものの、「人から感謝されることがうれしい」と働き続けられることに感謝の気持ちが高く、「好きなことを仕事としてできるのが楽しい」と生活の活力となっていることが推測される。また、「働き続けられるように体調管理には気を遣う」<sup>12)</sup>と、就労が健康管理への意識を高め、健康維持につながっているのではないかと考える。

質的研究より、高齢者が就労することの意義が明らかとなっている。野村は高齢者の生きがいを「高齢者が生きるために見いだす意味や目的、価値であり、生きることに対する内省的で肯定的な感情」と定義しており<sup>20)</sup>、【自信と責任をもって活動を行う】【主体的な試行錯誤によって得た知識や技術を継承する】【働けたこと・職場への感謝】などは、就労が高齢者の生きがいにつながることを示していると考えられる。

「今後も収入の伴う仕事をしたい(続けたい)」の主な理由をみたときに、「仕事そのものが面白いから、自分の活力になるから」が15.8%であることが報告されている<sup>2)</sup>。しかし、今回の文献検討では明らかにならなかった。理由として質的研究が2件と少なかったことがあげられる。

人は生涯を通して発達するものであり、エリクソンは老年期の発達課題を「統合性を獲得し、絶望

を克服することである」と述べている<sup>21)</sup>。統合の獲得とは、現在の状況とともに過去の歴史を統合し、その結果に満足しているという感覚である<sup>21)</sup>。安里は、就労はWell-beingに関する効果だけでなく、高齢者の成熟、発達の効果が期待できると述べており<sup>15)</sup>、就労が高齢者の統合の獲得に寄与していると考えられる。

一方で、マイナス面も報告されている。

量的研究より、就労が金銭的理由である場合メリットが活かされず自己評価健康度は低く生活機能も低下するという報告<sup>13)</sup>や、就労により心理的苦痛が増加している<sup>17)</sup>という報告がある。金銭的な理由で就労する場合は、経済的に不利な状態で働くこととなり、健康状態が悪いにもかかわらず就労しなければならなかった可能性があり<sup>13)</sup>、十分な保健医療の支援が受けられなかった環境であったことも考えられる。高齢者は、基礎疾患を抱えている者の割合が多いことや、加齢による運動機能低下により労働災害発生率が高まることが知られていることから、就労と治療の両立や、身体機能を考慮した安全配慮など、健康と安全へのサポートの充実が望まれる。

質的研究より、生きがい就労体験者へのインタビューにて若いスタッフの言葉遣いや指示の統一がないことへの戸惑いが語られた<sup>15)</sup>など高齢者が就労する上での困難が示された。高齢者は、個人差はあるものの一般的には身体機能や認知機能が低下することにより、壮年期とは違った就労上の問題が生じることが考えられる。就労環境において高齢者の心身の機能を考慮した環境を整えることの重要性が示唆された。今回、マイナス面の報告が少なかった理由として、質的研究が2件と少なく、また対象が介護保険サービス利用者や生きがい就労トライアル体験者であったため、就労環境が整った状況であったことが推測される。

高齢者の就労が高齢者の健康に及ぼすプラス面とマイナス面は、金銭目的の就労、余暇活動としての就労、生きがいとしての就労など、就労の目的によって異なることが考えられる。現役時代とは違う仕事に対する捉え方があり、体力的な面だけでなく、価値観に応じた仕事内容や環境の整備

が必要である<sup>15)</sup>。

2013年「高齢者の雇用の安定等に関する法律」が改訂され、希望者全員を65歳まで雇用することが企業に義務づけられたこともあり、令和6年度版高齢社会白書によると、労働人口総数に占める65歳以上の者の割合は長期的には上昇傾向にある<sup>22)</sup>。就労する高齢者は今後益々増加することが考えられる。就労を希望する高齢者がその目的に応じて就労できるよう、就労目的を確認し、希望に応じた就労内容や就労日数など働き方を提供する必要がある。同時に、就労の場において、高齢者の心身の機能や健康状況に応じた、健康と安全へのサポート体制の充実が望まれる。

## V. 研究の限界と課題

本研究で使用した文献検索データベースは医学中央雑誌のみであったため、レビューの網羅性という点で課題が残る。

高齢者が就労する意義や価値は多様であると思われる。質的研究にて探求することが望まれる。

## VI. 結 論

10件の文献検討より、高齢者の就労が健康に与える影響として、プラス面では主観的健康感の向上や、生活機能の低下を予防することが示された。また、高齢者が就労する意義も一部明らかとなった。マイナス面では就労の目的によっては主観的健康感が低下し心理的苦痛が増すことが示された。就労を希望する高齢者がその目的に応じて就労できるよう、就労目的を確認し、希望に応じた就労内容や就労日数など働き方を提供する必要がある。同時に、就労の場において、高齢者の心身の機能や健康状況に応じた、健康と安全へのサポート体制の充実が望まれる。

## 謝 辞

分析対象文献の著者の皆様、および本研究にご協力いただきました全ての皆様に深謝いたします。

本研究は四日市看護医療大学産業看護研究センター令和6年度活動事業（自主研究）の助成を得て実施した。

## 引用文献

- 1) 総務省統計局 (2023) : 人口推計の結果の概要, <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.html>, 2024.8.22.
- 2) 内閣府 (2021) : 第9回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査, [https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r02/zentai/pdf/2\\_5.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r02/zentai/pdf/2_5.pdf), 2024.8.22.
- 3) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 (2010) : 高齢者の雇用・就業の実態に関する調査, <https://www.jil.go.jp/institute/research/2010/documents/075.pdf>, 2024.8.22.
- 4) 経済産業省 (2022) : 令和4年度版通商白書 第1部 第3章 第1節 長期の人口動態と経済成長, <https://www.meti.go.jp/report/tshaku2022/2022honbun/i1310000.html>, 2024.8.11.
- 5) 相良友哉 (2022) : 介護補助・保育補助人材として就労意欲を持つ高齢者の特性, 日本公衆衛生学雑誌, 69(10), 779-789.
- 6) 杉浦圭子 (2022) : 地域在住高齢者の最長職と現在の就労状況および就労理由との関連に関する研究, 日本公衆衛生学雑誌, 69(1), 37-47.
- 7) 佐藤誠治 (2022) : 農村地域在住高齢者におけるソーシャルキャピタル、主観的健康感、高次脳機能と就労の有無との関連, 和歌山保険看護学会誌, 12, 20-30.
- 8) 山内加奈子, 齊藤功, 加藤匡宏, 他 (2015) : 地域高齢者の主観的健康感の変化に影響を及ぼす心理・社会活動要因 - 5年間の追跡調査 -, 日本公衆衛生学雑誌, 62(9), 537-546.
- 9) Kimiko Tomioka, Norio Kurumatani, Hiroshi Hosoi (2018): Beneficial effects of working later in life on the health of community-dwelling older adults, *Geriatrics & Gerontology International*, 18(2): 308-314.
- 10) 杉澤秀博, 杉澤あつ子 (1995) : 健康度自己評価に関する研究の展開 - 米国での研究を中心に -, 日本公衆衛生学会誌, 42, 366-378.
- 11) Yoshinori Fujiwara, Shoji Shinkai, Erika Kobayashi, et al (2016): Engagement in paid work as a protective predictor of basic activities of daily living disability in Japanese urban and rural community-dwelling elderly residents: An

- 8-year prospective study, *Geriatrics & Gerontology International*, 16(1): 126–34.
- 12) 米澤洋美 (2019) : 地方農村部シルバー人材センター会員の就業の意義, *日本看護学会論文集*, 49, 15–18.
- 13) Yuta Nemoto, Tomoya Takahashi, Kumiko Nonaka, et al (2020): Working for only financial reasons attenuates the health effects of working beyond retirement age: A 2-year longitudinal study, *Geriatr Gerontol Int*, 20(8): 745–751.
- 14) 永井邦明, 原田瞬, 川崎一平, 他 (2021) : 介護保険サービス利用者の生きがい就労における金銭的対価の意義, *労働科学*, 97(1), 1–13.
- 15) 安里知陽, 片桐恵子 (2022) : 介護施設における生きがい就労の効果と課題 – 3カ月の体験就労による変化 –, *老年社会科学*, 44(3), 259–268.
- 16) 中本五鈴, 杉浦圭子, 相良友哉, 他 (2023) : 高齢介護助手が就労によって感じるメリットと情緒的消耗感との関連 – 横断研究 –, *日本公衆衛生学雑誌*, 70(7), 425–432.
- 17) Takashi Oshio, Satoshi Shimizutani (2023): Will Working Longer Enhance the Health of Older Adults? A Pooled Analysis of Repeated Cross-sectional Data in Japan, *Journal of Epidemiology*, 33(1): 15–22.
- 18) 竹内寛貴, 井出一茂, 林尊弘, 他 (2023) : 高齢者の社会参加とフレイルとの関連 – JAGES2016-2019 縦断研究, *日本公衆衛生学雑誌*, 70(9), 529-543.
- 19) 総務省統計局 (2022) : 令和 2 年国勢調査 就業状態等基本集計結果, [https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline\\_02.pdf](https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline_02.pdf), 2024.8.11.
- 20) 野村千文 (2005) : 「高齢者の生きがい」の概念分析, *日本看護科学学会*, 25(3), 61–66.
- 21) 舟島なをみ, 望月美知代 (2017) : 看護のための人間発達学 (第 5 版), 34–35, 医学書院, 東京.
- 22) 内閣府 (2024) : 令和 6 年度版高齢社会白書 第 1 章 第 2 節 高齢期の暮らしの動向, [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html), 2024.10.13.



〈資料〉

## 終末期在宅療養者の語りからとらえた 訪問看護師の支援に関する文献検討

中村 いお美\*, 春名 誠美\*

### A literature review of visiting nurses' support from the perspective of the narratives of end-of-life care people recuperating at home

Iomi Nakamura \*, Shigemi Haruna \*

#### 要 約

目的：終末期在宅療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援内容について明らかにすることである。  
方法：医学中央雑誌 Web (Ver.5) を用い、「終末期」and「療養者」and「語り」or「対話」, 「終末期」and「訪問看護師」and「語り」or「対話」をキーワードに、期間を限定せずに文献検索を行なった。1次スクリーニング, 2次スクリーニングより選定した5文献を分析対象とした。  
結果：終末期在宅療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援内容として、【療養者の過去・現在・未来の生き方を尊重する働きかけ】【思いを語れる関係性を築く】【看取りを行う家族に伴走する】【望む生活を送るためのケアや生活の調整を行う】【療養者と家族が納得のいく最期の日々を過ごせるよう支援する】【チームで情報を共有する】の6つが明らかとなった。  
考察・結論：訪問看護師が、終末期在宅療養者のものがたりを知りその人らしさを尊重することは、療養者が望む最期の生活を送る支援につながると考えられた。

Key Words：終末期 (End-of-life care), 在宅療養者 (People recuperating at home), 語り (Narratives), 訪問看護師 (visiting nurses')

#### 1. はじめに

訪問看護は、生活の場での療養を支えるため、社会情勢や地域性などを踏まえ、多様なニーズに対応することを求められている。

多様なニーズを持つ在宅療養者を支える上で重要となるのは、療養者の生活の質 (Quality of Life 以下, QOL) を維持または向上を支えることである。その人の生命だけでなく、生活や人生の質を支えるものであり、最期までその人らしく生きることを支援するものであるといえる。

特に終末期の療養者は、身体症状の緩和を行いつつ、治療や生活など様々な選択を強いられる。このことから療養者の意向を尊重した医療・ケアを実現するため、本人を中心に家族や医療・ケア従事者と対話を重ね、本人の真意の把握に努めるプロセス<sup>1)</sup>が重視されている。

松浦ら<sup>2)</sup>は、療養者やその家族と言語的・非言語的に対話を繰り返すことによって、療養者が持つ周囲や関係者への遠慮が溶け、その人本来の希望や望みが表現されると述べており、その人らしさを支えるために、対話の繰り返しが必要であること

\*四日市看護医療大学 看護医療学部 看護学科

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

を明らかにしている。また、清水<sup>3)</sup>は、その人の人生の物語を聞くことは、療養者の根底にある価値観や望みに触れることであり、「最期に望む生き方」を支える判断を助けることにつながると述べており、療養者が語ることと聞き手がその語りを聴き、対話することが療養者のQOLを向上させ、その人らしく生きることを支えることになると言える。

やまだ<sup>4)</sup>は、人生のネガティブな部分に向き合わざるを得ないとき、人は特に人生物語を必要とする。さらに物語によって物の見方が転回し、物語によってケアされ、物語によって救われる場合があり、療養者自身も自らの人生の物語を語ることでケアされていると述べている。語り手の物語は、語る相手によっても、場の雰囲気や状況によっても影響される。語り手と聞き手は、一方的な関係でなく、対話的關係として、共に物語生成にかかわる<sup>5)</sup>。

在宅という場は、療養者がもつ個々の人生経験や価値観を形作ってきた物語に一番近いところ<sup>6)</sup>であり、人生の物語を語りやすい場所である。訪問看護師は、安心して落ち着く場と日常を保障することで、療養者に寄り添い<sup>7)</sup>、療養者の言葉で気持ちを表現できるように問いかけて、気持ちをくみ取っている<sup>8)</sup>。これらの関わりの中で訪問看護師は、療養者が人生を語ることを大切にしていることがうかがえる。訪問看護師は、療養者の語りの意味をとらえ、その後の支援につなげている。

終末期の療養者に関わる訪問看護師が、その語りをどのようにとらえて支援に繋げているのか文献検討を行い、支援内容を明らかにすることは、在宅看護において、最期までその人らしく生きるための支援方法を概観することであると考えられる。

わが国の在宅医療におけるQOLの概念は、生活・人生の質のほか日本人独特の「生きがい」を加味しており<sup>9)</sup>、日本は家族中心の文化、「察する」「慮る」といった非言語的コミュニケーションが好まれてきた国である<sup>10)</sup>。特に終末においては、「日本人にとっての望ましい死 (good death)」など、日本人が共通して大切だとする望ましい死のあり方について概念化されており<sup>11)</sup>、療養者が望む終末期の過ごし方について、日本独特の文化が影響していることが想像される。

そこで、本研究では日本において発表された文献より、終末期在宅療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援内容について明らかにすることを目的とした。

## II. 用語の定義

### 終末期在宅療養者の語り

会田は<sup>1)</sup>、家族は本人ともしっかりと人生の重なりあう部分が大きい存在であり、療養者本人の人生の物語は、家族からの語りとの重なりあっていると考えられると述べている。本研究において、終末期在宅療養者の語りの中には家族の語りも含まれるとして分析を行う。

## III. 研究方法

### 1. 文献検索方法

対象文献は、医学中央雑誌 Web (Ver.5) を用い、2024年9月1日の時点で、「(「終末期」 and 「療養者」) and 「語り」 or 「対話」、(「終末期」 and 「訪問看護師」) and 「語り」 or 「対話」をキーワードに、期間を限定せずに文献検索を行った。

### 2. 文献の選定プロセス

文献の選定条件は、終末期在宅療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援内容が記載されているものとした。

検索により抽出された132件の文献のうち、重複文献13件、会議録・解説82件、撤回論文1件を除外した。残る36件を1次スクリーニングとして、タイトル及び抄録より、研究目的と異なるもの14件、文献レビュー2件、所蔵館なし1件、合計17件を除外した。残った19件のフルテキストを精読し、2次スクリーニングを行った。療養者の家族の語りのみを分析し訪問看護師の支援内容を明らかにしていないもの11件、訪問看護師自身の心理状態やジレンマ2件、訪問看護師以外の看護師が対象となっているもの1件の目的と異なる文献を除外した。残りの5件を採択文献とした。対象文献の選定手順を図1に示す。

### 3. 分析方法

対象とした文献を精読し、結果より「終末期在宅療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援内容」について記載されている箇所を抜き出した。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。コードの類似性に基づいて分類し、共通した意味内容を抽象化し、カテゴリー化した。分析の過程において、在宅看護の研究者と終末期療養者の在宅看護を実践している2名の訪問看護認定看護師からスーパーバイズを受け、客観性や妥当性の担保を行った。

## IV. 結果

### 1. 対象文献の概要

対象文献を整理するために、著者名、発行年、研究デザイン、書誌情報、タイトル、研究目的、調査対象者、対象となった療養者の状態について整理した(表1)。また、文献ごとに療養者の属性を整理した(表2)。

選出した5文献は、1文献が事例研究であり、4文献が質的研究であった。質的研究の内3件は、半構造化面接を行ない、1件は、グループインタビューを用いていた。

療養者への支援に対する文献が3件、家族への支援に対する文献が2件であった。

### 2. 療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援の内容

分析の結果、療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援の内容は、46コードから13サブカテゴリーに分類され、6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) 【療養者の過去・現在・未来の生き方を尊重する働きかけ】

このカテゴリーは、〈会話の中から、本音を語れる瞬間をキャッチする〉〈大切にしてきたものや価

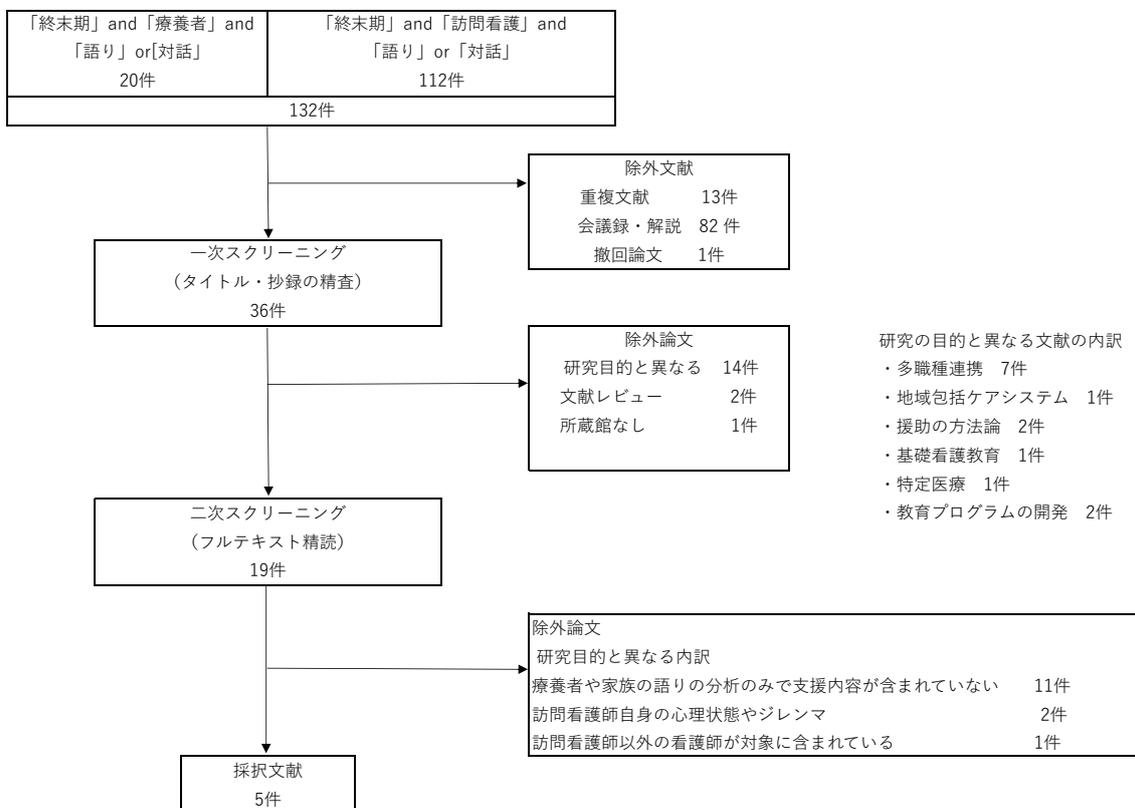


図1 対象文献の選定手順

表 1 対象文献の概要

文献番号	著者 (発行年)	タイトル	書誌情報	研究デザイン	研究目的	調査対象者	療養者の 疾患等
1	北浦ら (2023)	非がん疾患高齢者のエンド・オブ・ライフ期の療養における意思表明支援に関わる訪問看護師の看護実践	日本エンドオブライフケア学会誌 7巻1号 P47-58	質的記述 的研究	エンド・オブ・ライフ期の非がん疾患高齢者の療養における意思表明支援に関わる訪問看護師の看護実践の実際を明らかにする	3年以上の訪問看護経験のある訪問看護師 10名	非がん疾患 高齢療養者
2	飛田ら (2019)	在宅終末期がん療養者が他者との関係性の中で主体性を発揮して納得できる療養生活を見出し、訪問看護師の語りから	千葉看護学会誌 25巻1号 P19-27	質的研究	訪問看護師の視点から、在宅終末期がん療養者が他者との関係性の中で主体性を発揮して納得できる療養生活を見出し、訪問看護師の語りから	看護師臨床経験5年以上、かつ訪問看護師経験3年以上を有し、がん看護に関連する認定看護師資格を有する訪問看護師 10名	在宅終末期 がん療養者
3	山村ら (2013)	終末期在宅がん療養者を看取る決心をした家族への訪問看護師による家族看護実践	せいいらい看護学会誌 4巻1号 P1-5	質的研究	訪問看護師が実践している終末期在宅がん療養者の家族支援について記述すること	在宅がん療養者を自宅で看取る家族支援をしている件数の多いA訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師 8名	終末期在宅 がん療養者
4	古瀬ら (2014)	遺族の語りにもみる訪問看護師の意思決定支援 終末期がん療養者の介護プロセスにおけるケア内容との相互分析から	ホスピスケアと在宅ケア 22巻3号 P312-317	事例検討	訪問看護師の支援がどのようなように終末期がん療養者や家族に受け止められ、終末期の意思決定支援に結びついているのかを明らかにする	訪問看護師とその訪問看護師に支援を受けたがん療養者の遺族 3組	終末期 がん患者
5	齋木ら (2015)	訪問看護師がとらえる臨死期における在宅終末期がん療養者の家族介護者の体験と支援に関する質的研究	日本地域看護学会誌 18巻1号 p57-64	質的研究	訪問看護師がとらえる臨死期における在宅終末期がん療養者の家族介護者の体験と支援を明らかにする	在宅終末期がん療養者と家族介護者に対する支援の実務経験が3年以上、概ね10事例を有する訪問看護師 5名	在宅終末期 がん療養者

表2 対象となった事例の属性

文献番号	年齢	疾患	性別	同居家族の有無または介護者
文献1	80～90歳代	心不全4例	不明	主介護者：
		脳血管疾患2例		配偶者 4名
		認知症2例		子 3名
		肺疾患2例		子の配偶者 1名
		神経難病1例		
文献2	80歳代	すい臓がん	女性	独居
	70歳代	胃がん	男性	配偶者
	80歳代	胃がん	男性	配偶者
	40歳代	卵巣がん	女性	両親・兄弟
	80歳代	肺がん	男性	配偶者
	70歳代	原発不明がん	男性	配偶者
	70歳代	胃がん	男性	配偶者
	70歳代	肺がん	男性	配偶者
	60歳代	食道がん	女性	配偶者
	70歳代	乳がん	女性	配偶者・子
文献3	属性の記載なし			
文献4	80歳代	終末期がん	女性	独居、長女が主介護者
	50歳代	食道がん	男性	配偶者
	50歳代	末期がん	女性	配偶者・長女
文献5	60歳代	肺がん	男性	配偶者
	60歳代	肝臓がん	女性	息子
	90歳代	胆管がん	女性	娘
	80歳代	肝臓がん	女性	娘
	90歳代	前立腺がん	男性	娘

値観を理解する〉の2つのサブカテゴリーから構成された。

訪問看護師は療養者と会話することで、〈会話の中から、本音を語る瞬間をキャッチする〉ために「療養者の本音を聞き逃さないように対話する」などや、〈大切にしてきたものや価値観を理解する〉ために「療養者の心の奥の価値観を理解する」などの支援が行われていた。

## 2) 【思いを語る関係性を築く】

このカテゴリーは、〈思いを表出できる関係性を作り出す〉〈表現した心の葛藤に共感する〉〈家族が思いを表出できる関係づくりを行う〉の3つの

サブカテゴリーから構成された。

〈思いを表出できる関係性を作り出す〉では、「療養者の思いを引き出すために療養者が安心して思いを発言できるための理解者になる」などや、〈表現した心の葛藤に共感する〉ために「療養者が行先の見通せない気がかりを表現することを助け、共感を示す」などの支援を行っていた。また、家族に対しても同様に、〈家族が思いを表出できる関係作りを行う〉ために「看取りをともに体験し支えることができる関係性を築く」などの支援が行われていた。

## 3) 【看取りを行う家族に伴走する】

このカテゴリーは、〈家族の変化を見逃さないよ

表3 療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
療養者の過去・現在・未来の生き方を尊重する働きかけ	会話の中から、本音を語る瞬間をキャッチする	療養者の本音を聞き逃さないように対話する	1
		療養者の状態に即して人生の価値観を引き出すタイミングを考える	1
		療養者の気がかりや願望を共有し、自発的な支援の求めに対して、看護師は応答性を高めて、的確な対応をする	2
	大切にしてきたものや価値観を理解する	療養者のものがたりを知る	1
		最期まで食べることやトイレで排泄することの療養者のこだわりを尊重する	1
		療養者の心の奥の価値観を理解する	1
思いを語る関係性を築く	思いを表出できる関係性を作り出す	療養者の思いを引き出すために療養者が安心して思いを発言できるための理解者になる	1
		療養者の思いを引き出すために関係を紡ぐ	1
		療養者の人生の終焉に向けた思いに関わる	1
	表現した心の葛藤に共感する	療養者の思いを引き出すために当事者にしか分からない苦しさや気がかりを言葉にするのを支援する	1
		療養者が行先の見通せない気がかりを表現することを助け、共感を示す	2
		療養者が怒りや不満などの感情を表現することを助け、共感を示す	2
	家族が思いを表出できる関係づくりを行う	看取りをともに体験し支えることができる関係性を築く	3
		看取りに至る家族の気持ちを共有しねぎらう	3
		看取ることについて家族と話し合える関係性を築く	3
		介護者が自分自身の言葉で自分の気持ちを語れるように導く	4
看取りを行う家族に伴走する	家族の変化を見逃さないように察知する	家族の良き聴き手となり思いを引き出し受容する	5
		いつもと違う家族の雰囲気を見逃さない	3
		言葉で表出されない家族の思いを察知し探索する	3
	家族の揺れる気持ちに寄り添う	療養者に対する家族の複雑な思いを支援する	1
		在宅での看取り選択に揺れる家族の気持ちを支える	3
		介護者の揺れる思いを常に肯定し、不安に軽減を図る	4
	看取りの過程を家族とともに作り出す	看取りの過程を家族とともに振り返る	3
		専門職種との協働により臨死（看取り）の体制を整える	5
		療養の過程を振り返り看取りの実現につなげる	5
		臨死期における療養者の変化の過程や対処を伝える	5
望む生活を送るためのケアや生活の調整を行う	希望する生活を送るためにニーズに沿った生活の調整を行う	療養者が望むその人らしい日常を送ることができるよう支援する	1
		療養者が他者との対話を通して、「これからどのように過ごすか」についてその時々状況に合わせて目標を吟味することを支援する	2
		周囲の他者が療養者の試行錯誤を支援する	2
		療養者の最大のニーズを察し、希望する支援を行なう	4
	最期の時を穏やかに過ごせるようなケアを提供する	療養者が穏やかに過ごすことのできるための支援をする	1
		看護師ならではの手の届く良さと痛みのないケアを提供する	3
		訪問前より心地良いと感じるケアを提供する	3
		療養者本人の望むケアを毎日行い、QOL維持・向上を図る	4
療養者と家族が、納得のいく最期の日々を過ごせるよう支援する	療養者と家族が話し合えるきっかけを提供する	療養者の苦痛を取り除き家族に安楽をもたらす	5
		家族としての会話のきっかけづくりを心がける	3
		家族が歴史を回想し語り合えるきっかけづくり	3
		介護者夫婦を肯定し、家族を結び付けようと支援する	4
	療養者本人と家族が同じ目標に向かえるような療養生活を支援する	4	
チームで情報を共有する	療養者と家族がこれでもよかったと思える最期を迎えられるように支援する	療養者と家族が良いと思える最期を迎えるための支援をする	1
		家族が最期の時をこれでもよかったと思えるように関わる	3
		療養者が療養方針を決めることのできるための情報提供を行う	1
		療養者の思い・目標・方向性を多職種のチームで共有して関わる	1
		療養者の目標に向かってその思いを守り抜く強い覚悟をチームが持って取り組めるように働きかける	1
療養者が目標の実現に向けて、周囲の他者と共に活動することで、療養者を中心とした協働が行なわれる	生活の支援をしている他職種から療養者の情報を引き出す	1	
	療養者が目標の実現に向けて、周囲の他者と共に活動することで、療養者を中心とした協働が行なわれる	2	

うに察知する)〈家族の揺れる気持ちに寄り添う)〈看取りの過程を家族とともに作り出す)の3つのサブカテゴリーから構成された。

〈家族の変化を見逃さないように察知する)ために「いつもと違う家族の雰囲気を見逃さない」や、〈家族の揺れる気持ちに寄り添う)ために「療養者に対する家族の複雑な思いを支援する」や、〈看取りの過程を家族とともに作り出す)ために「療養の過程を振り返り看取りの実現につなげる」などの支援が行われていた。

#### 4) 【望む生活を送るためのケアや生活の調整を行う】

このカテゴリーは、〈希望する生活を送るためにニーズに沿った生活の調整を行う)〈最期の時を穏やかに過ごせるようなケアを提供する)の2つのサブカテゴリーから構成された。

〈希望する生活を送るためにニーズに沿った生活の調整を行う)ために「療養者が他者との対話を通して、これからどのように過ごすかについてその時々状況に合わせて目標を吟味することを支援する」などや、〈最期の時を穏やかに過ごせるようなケアを提供する)ために「看護師ならではの手の良さや痛みのないケアを提供する」などの支援が行われていた。

#### 5) 【療養者と家族が納得のいく最期の日々を過ごせるよう支援する】

このカテゴリーは、〈療養者と家族が話し合えるきっかけを提供する)〈療養者と家族がこれでもかかったと思える最期を迎えられるように支援する)の2つのサブカテゴリーから構成された。

〈療養者と家族が話し合えるきっかけを提供する)ために「家族が歴史を回想し語り合えるきっかけづくり」などや、〈療養者と家族がこれでもかかったと思える最期を迎えられるように支援する)ために「療養者と家族が良いと思える最期を迎えるための支援をする」などの支援が行われていた。

#### 6) 【チームで情報を共有する】

このカテゴリーは、〈療養者の目標を実現するた

め、大切な人や関係職種が情報共有を行う)から構成された。

〈療養者の目標を実現するため、関係職種が情報共有を行う)ために「療養者の思い・目標・方向性を多職種のチームで共有して関わる」などの支援が行われていた。

## V. 考 察

療養者の語りから訪問看護師は、【療養者の過去・現在・未来の生き方を尊重する働きかけ】を行っていた。その内容は、療養者の本音を聴くことや、心の奥の価値観を理解することであった。これらの内容は、療養者が生きてきた過程における体験の蓄積によって得られたものであり、その人らしさの先行要件<sup>12)</sup>となっている。医療者は、その人らしさをいままでの生活習慣や生活スタイル、その時の意思や自己決定、希望・嗜好やニーズ、行動パターン、価値観や死生観からくみとろうとしている<sup>13)</sup>。このことから、訪問看護師は、その人らしさを療養者の語りからくみとり、支援に活かしていたと考える。さらに、最期まで生きる療養者に対して、「療養者のものがたりを知る」や「療養者の心の奥の価値観を理解する」ことで、過去の出来事を現在やこれからの支援に結びつけていた。療養者のものがたりは、聴き手である訪問看護師との相互作用によって生成され、療養者の思いや考えを再構成する<sup>5)</sup>。療養者は、語ることによって自分の思いをまとめ上げていく<sup>14)</sup>。また、起こってしまった過去の出来事は変えられないが、それにどのような意味づけをするかによって人生や病の物語を変えることができる<sup>15)</sup>。このように療養者は、過去の出来事をどのように意味づけるかによって、現在からこれからの過ごし方を変化させることができる。訪問看護師は、療養者のものがたりを知り、これからの生活の支援に活かしていると考えられる。

【思いを語れる関係性を築く】で訪問看護師は、「療養者の思いを引き出すために療養者が安心して思いを発言できるための理解者になる」や「家族の良き聴き手となり思いを引き出し受容する」こ

とを行っていた。本田ら<sup>16)</sup>は、療養者および家族に快の感覚や安心・安全な体験をしてもらい、介護においても不安なく家族が療養生活を維持できると確信が持てるようにする直接的ケアが、関係構築の土台となっていると述べている。

さらにこの関係構築は、【療養者と家族が納得のいく最期の日々を過ごせるよう支援する】につながっている。納得のいく最後の日々を過ごす支援では、〈終末期の過ごし方について患者と家族が話し合えるように支援する〉や、〈療養者と家族がこれでよかったと思える最期を迎えられるように支援する〉ことが行われていた。相澤ら<sup>17)</sup>は在宅療養中断理由の調査で、「患者本人が家族に迷惑がかかると遠慮して中断を切り出した」ケースや、反対に家族は、「患者の様態をみていて不安が大きくなった」「本人が病院の方が安心であると考えたため」などの結果を報告している。このような場合、本人が本音を言うことができない状態や、家族に十分な説明をするなどの支援が行われていないことが推測される。このような状況を避け、納得のいく最期の日々を過ごすために、訪問看護師は、療養者と家族の意向の変化をとらえた話し合いの必要性を見極める<sup>18)</sup>支援が行われていたと考える。

【看取りを行う家族に伴走する】では、「療養の過程を振り返り看取りの実現につなげる」などの看取りの過程を家族と作り出すこと、その時の家族の変化を見逃さず、揺れる気持ちを支える支援が行われていた。看取りを行なう家族の心理は、療養の時期により変化し、常に在宅療養の選択・継続と差し迫る死に対して相反する感情で揺れており、療養者の残り時間が少ないという家族の認識が家族の心理や死の準備性、さらには在宅療養の選択や継続に影響を与えている<sup>19)</sup>。療養場所や看取りについて十分に納得のいく主体的な選択ができ、患者との絆の深まりに配慮し、最期まで安らかでいられるような支援が、死別後の生活の支え<sup>20)</sup>になると考える。

療養者の語りを聴くことは、【望む生活を送るためのケアや生活の調整を行う】上でも重要となる。2021年に日本財団で行われた「人生の最期の迎え方に関する全国調査」<sup>21)</sup>では、生活に対する意識

について「自分らしく生きていきたい」と答えた人が7割を超えており、その人らしさを尊重することが望む生活と結びついている。また、望む場所で自分らしく生活するためには、身体的・精神的両面において、苦痛なく過ごすことが求められる。終末期がん患者の穏やかさを揺さぶる状況に、身体的苦痛に襲われる<sup>22)</sup>ことがあげられ、「看護師ならではの手際の良さと痛みのないケアを提供する」などの穏やかさの基盤となる環境が保障される看護師の支援が必要となると考える。

【チームで情報を共有する】では、療養者や家族を含めた関係職種で目標を実現するために情報共有を行っていた。在宅で終末期の療養を実現するためには、社会資源の活用を調整して、多職種協働によって医療面と介護面の一体的な支援を行い患者と家族の安心した日常生活を支援すること<sup>23)</sup>が求められる。保健医療福祉の多職種間において療養者と家族の状態について共通認識を持つことが重要<sup>24)</sup>であり、そのために情報共有は必須となる。【チームで情報を共有する】支援は、療養者と家族が望む生活を支えるため〈療養者の思い・目標・方向性を多職種のチームで関わる〉などチーム間でその人らしい生活を実現する支援を行っていたと考える。

## VI. 研究の限界と今後の課題

今回の文献検討で対象とした文献では、5編中4編の文献が、終末期がん患者を対象としていた。実際に終末期を在宅で過ごす療養者は、がんに限らず慢性疾患・難病・障害を持っている。疾患などの状態によつての違いがあるのかという点は明らかにできていない。

在宅で終末期を迎える療養者が増える中で、その語りやどのように看護支援に結びつけられているのか介入研究が必要であると考えられる。

## VII. 結 論

日本において発表された文献より、訪問看護師が終末期在宅療養者の語りからとらえた訪問看護

師の支援内容を明らかにすることを目的に文献検討を行った。

その結果、終末期在宅療養者の語りからとらえた訪問看護師の支援の内容として、【療養者の過去・現在・未来の生き方を尊重する働きかけ】【思いを語れる関係性を築く】【看取りを行う家族に伴走する】【望む生活を送るためのケアや生活の調整を行う】【療養者と家族が納得のいく最期の日々を過ごせるよう支援する】【チームで情報を共有する】の6つが明らかとなった。

## 文 献

- 1) 会田薫子 (2020) : 人生の物語と advance care planning, 日本在宅救急医学会誌, 4, 31-37.
- 2) 松浦志野, 伊藤隆子 (2023) : 訪問看護師はどのように高齢療養者の「その人らしさ」を捉えているか-国内文献のメタ統合の試み-, 医療看護研究, 32, 52-63.
- 3) 清水奈穂美 (2022) : 在宅ケアのための判断力トレーニング 訪問看護師の思考がみえる 医学書院. 東京.
- 4) やまだようこ (2008) : 老年期にライフストーリーを語る意味, 老年看護学, 12(2), 10-15.
- 5) やまだようこ編著 (2000) : 人生を物語る 生成のライフストーリー, ミネルヴァ書房. 東京.
- 6) 古瀬みどり, 東海林美幸 (2024) : 訪問看護師のACP実践と課題-ACPセミナー受講後のフォローアップ面談の分析結果より-, 日本在宅看護学会誌, 12(2), 44-52.
- 7) 城所環, 吉川悦子, 石田千絵 (2022) : 訪問看護師の「寄り添う」, 日本看護科学会誌, 42, 330-336.
- 8) 島村敦子, 辻村真由子, 諏訪さゆり (2013) : 訪問看護師が用いる在宅療養者の気持ちを汲み取る方法, 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 35, 1-8.
- 9) 公益社団法人 日本看護協会 (2022) : 令和4年度版 看護白書 日本看護協会出版, 東京.
- 10) 森田達也, 白土明美 (2016) : エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア, 医学書院. 東京.
- 11) 宮下光令, 升川研人 (2019) : “望ましい死”とは何か:日本人にとっての Good Death とその達成, 看護技術, 65(14), 12-19, メディカルフレンド社.
- 12) 黒田寿美恵, 舟橋眞子, 中垣和子 (2017) : 看護学分野における『その人らしさ』の概念分析-Rodgersの概念分析法を用いて-, 日本看護研究学会雑誌, 40(2), 141-150.
- 13) 小和田美由紀, 川田智美, 藤本桂子他 (2012) : 医療者がとらえる『その人らしさ』に関する研究内容の分析, 群馬保険学紀要, 32, 43-50.
- 14) 佐藤泰子 (2011) : 苦しみと緩和の臨床人間学-聴くこと, 語ることの本当の意味-, 晃洋書房. 東京.
- 15) やまだようこ (2013) : 看護とナラティブ:「並ぶ関係」で当事者の物語を聴く, 日本看護診断学会, 18(1), 34-39.
- 16) 本田彰子, 岡本有子, 伊藤隆子他 (2006) : 在宅療養者及び家族と訪問看護師との関係構築に基づく看護実践の構造-在宅療養者の看護支援のあり方を検討するメタ研究-, 千葉大学看護学部紀要, 28, 17-21.
- 17) 相澤出, 藤本稜彦, 諸岡了介他 (2017) : 自宅での療養はなぜ中断されたのか-「みやぎ方式」の在宅緩和ケアを利用した在宅ホスピス遺族調査から-, 島根大学社会福祉論集, 6, 33-44.
- 18) 田中博子, 工藤朋子 (2021) : 在宅療養者と家族の合意形成をめざした訪問看護師の支援, 岩手看護学会誌, 15(1), 15-28.
- 19) 森望美, 糸島陽子, 岡本紀子他 (2024) : 高齢者がん終末期療養者の在宅療養に関連した家族の心理に関する文献検討, 人間看護学研究, 22, 67-75.
- 20) 佐野知美, 草島悦子, 白井由紀他 (2014) : 在宅終末期がん患者家族介護者の死別後の成長感と看取りに関する体験との関連, Palliative Care Research, 9(3), 140-150.
- 21) 日本財団 人生の最期の迎え方に関する全国調査, 2021年3月29日, [https://www.nippon-foundation.or.jp/wp-content/uploads/2021/03/new\\_pr\\_20210329.pdf](https://www.nippon-foundation.or.jp/wp-content/uploads/2021/03/new_pr_20210329.pdf), 2024.9.19.
- 22) 松尾史, 鈴木志津恵 (2019) : 終末期がん患者が認知する穏やかさ, 日本がん看護学会誌, 33, 11-20.
- 23) 吉田美由紀, 陶山啓子 (2023) : 終末期がん患者の自宅看取りを実現するために 多職種が実践する医療・ケアについての文献検討, 愛媛大学看護研究雑誌, 4, 13-26.
- 24) 小沼美加, 藤本桂子, 京田亜由美他 (2022) : 在宅がん終末期ケアに従事する訪問看護師が重要と判断したケア, 日本がん看護学会誌, 36, 87-97.



〈その他〉

## 臨地実習を見据えた学内演習の授業展開

— シミュレーションベースによる血圧測定技術のチェック —

久留島 実姫\*, 中村 いお美\*, 林 香純\*, 草野 純子\*, 小寺 直美\*,  
藤井 夕香\*, 松田 陽子\*, 北井 真紀子\*, 佐藤 優子\*, 古田 知香\*,  
永住 沙樹\*, 岡村 勇飛\*, 馬場 佳理\*, 伊藤 愛子\*, 上籠 直子\*\*

### Classroom Exercises Aimed at Preparing for Clinical Training

— Simulation-Based Blood Pressure Measurement Technique Check —

Miki Kurushima\*, Iomi Nakamura\*, Kasumi Hayashi\*, Junko Kusano\*, Naomi Kotera\*,  
Yuka Fujii\*, Yoko Matsuda\*, Makiko Kitai\*, Yuko Sato\*, Chika Furuta\*,  
Saki Nagasumi\*, Yuhi Okamura\*, Kari Baba\*, Aiko Ito\*, Naoko Uegomori\*\*

Key Words : 看護教育 (Nursing education), 教育方法 (Educational strategies), 学内演習 (practical exercises), 血圧測定技術 (blood pressure measurement technique)

#### I. はじめに

看護基礎教育における臨地実習は、看護学生(以下、学生とする)が講義や学内演習で学んだ理論や知識、技術を実際の看護現場で応用し、実践力を養うために重要な科目である。しかし、「学内授業で教えられ学んできたはずであるにもかかわらず、学生は学んできたことを臨地実習でうまく活用できない」という現象<sup>1)</sup>に教員が直面することは少なくない。

一方、臨地実習で既習の知識を活用できない経験をした学生は、自尊感情や自己効力感が低下し、学習に対する苦手意識を感じ、それらが学習行動に悪影響を及ぼす恐れがあることが指摘されている<sup>2)</sup>。

加えて、学内で行う学内演習は同じグループの学生が患者役であり、いつもの慣れ親しんだ環境で行うため、学生の心理的安全性は確保されている<sup>2)</sup>といえる。しかし臨地実習は、実際の変化する患者、慣れない施設の環境であり、学生はストレスを感じ緊張状態にある<sup>3)</sup>。このような環境の違いから来る心理状態も、既習の知識を発揮できない要因の一つと考えられる。

このようなことから、看護基礎教育には臨床実践に近い状況、すなわち看護学実習での実践に近い状況での学内演習<sup>4)</sup>が求められている。近年COVID-19のパンデミックを経験し、従来の技術トレーニング、模擬患者の活用などに加えて、高機能シミュレーター、AR(拡張現実)、VR(仮想

\*四日市看護医療大学

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

\*\* パーソナルテンプスタッフ株式会社

\*\* ©PERSONAL TEMPSTAFF CO., LTD

現実), LMS (学習管理システム) が急速に普及した。しかし, これらは高額な機器やシステムが必要であるため, 導入が難しいのが現状である。

そこで, 1 年次後期科目の「ヘルスアセスメント」の一部に, 医療者向けの ID (インストラクショナルデザイン) モデルである<sup>5)</sup> ゴール達成型学習デザイン (Goal Oriented Learning Design Method 以下, GOLD メソッド<sup>6)</sup> とする) を取り入れ講義・学内演習を展開した。GOLD メソッドは, 学習者の医療職としての発達を支援することを目的として開発された。医療・看護実践場面を 6 つのシーンに分け (図 1), シーンごとにカード (知識カード) を用いるシナリオベースのシミュレーション学習である。授業に用いる教材は, シナリオ (事例) と, カードのみである。

バイタルサイン測定の単位では, GOLD メソッドの 6 つのシーンのうち, シーン 1 を講義で, シーン 2~5 を血圧測定技術の到達度の確認 (以下, 技術チェックとする) で実施し, シーン 6 は学内演

習後の振り返りで行った。

このように, 今回 GOLD メソッドを用いて, 学生が看護師になりきって, 患者の血圧測定を行う, シナリオベースの技術チェックを試みた。さらに, 臨地実習の状況に近づけるために, 患者と指導者役に看護学科の教員の参加を得て実施した。本稿はこの教育実践について報告する。

## II. 方 法

### 1. 実施日

2023 年 11 月 6 日 (月) 3・4 限

### 2. 科目と単元

科目: ヘルスアセスメント (1 年次後期・必修)

単元: バイタルサインの測定

本時: 聴診法による血圧測定技術到達度の確認 (技術チェック)

看護実践スクリプトカード

看護実践の6つのシーン (心のモード)	シーンのゴール	シーン毎の看護実践	使用する知識カード
シーン6 (リラックスモード) 落ち着いた場所で	今日できたこと, 今日の成長を確認し味わう。	今日経験した看護実践を振り返り, できたことを味わい, できるようになった自分を自分で褒める。	⑫成長カード ⑬振り返りカード
シーン5 (リラックスモード) ナースステーションに戻り看護実践を検証し記録する	看護実践を患者の視点で評価し結果にフィードバックをかける。	シーン4で行った看護実践の結果を患者の視点で評価し, 知識カード①から⑬の手続きができたかどうかを検証する。検証した結果をまとめ記述する。	⑭看護実践検証カード ⑮フィードバックカード
シーン4 (リラックスモード) 患者のベッドサイドで	シーン3で選択したプランを実行する。患者安全 (小さな変化を即座にキャッチし解決する) を担保する。	患者安全信号機の信号の色に応じて選択したプラン実行する。実行しながら「今, ここ」モードで患者観察サイクルを回し続ける。	⑯プラン赤カード ⑰プラン黄色カード ⑱プラン緑カード
シーン3 (今, ここモード) 患者に接したら	患者安全信号機の色に応じたプランを選択する。赤信号かつ初期評価で異常があれば心停止を回避する迅速対応を開始する。	患者に接したら最終的な全体観察を行い, 患者安全信号機で信号の色を決定する。赤信号なら初期評価を行い, 異常があれば心停止を回避する対応を即座に開始する。	⑲患者安全信号機カード ⑳初期評価カード ㉑全体観察カード
シーン2 (今, ここモード) 患者のところに近づくながら	意識がある, 寝ている, 心停止を区別する。	患者のところに近づく患者が見えたらパッと見判断を行い, 意識がある・意識がないを区別する。	㉒全体観察カード ㉓BLS評価カード ㉔パッと見判断カード
シーン1 (リラックスモード) ナースステーションで頭を整える・これから行なう看護をリハーサルする	これから行う看護実践をリハーサルする (シーン2, 3の場合に分けそれぞれの場合についてシーン4をリハーサルする)。	患者の情報 (電子カルテまたは患者物語カード) から患者のトレンドを把握する。シフト前の患者の様子を頭に入れる。病状を正確に認識し変化を予測する。変化が予測される場合はプランBを準備する。看護実践全体をリハーサルする。	㉕リハーサルカード ㉖病態・疾患カード ㉗プランBカード ㉘変化予測カード ㉙患者安全カード ㉚トレンド判断カード ㉛患者物語カード ㉜段取りカード

看護実践の全体像とシーンごとのゴールを達成する手続き (知識カードの系列) を腑に落とす

図 1 GOLD メソッドの 6 つのシーン (出典: 医療教授システム学会)

### 3. 基礎看護学実習室の環境

パーテーションなどで、個室に似せた空間を9つ作成した。

### 4. タイムテーブル

学生1人あたり血圧測定6分、報告3分の合計9分とし、インターバルを1分設け、12クール編成した。

### 5. 場面設定

#### 1) 学生の設定

〇〇市立病院の呼吸器科の看護師

#### 2) シナリオ患者の設定

54歳の女性。マイコプラズマ肺炎で入院6日目である。咳は時々あるものの、発熱はなく、SpO<sub>2</sub>98%、血圧、脈拍、呼吸数は基準値内、倦怠感はほとんどない。

### 6. 技術チェックの到達目標

9分間に以下の1)～3)ができる。

- 1) 患者を観察し、予定された援助(血圧測定)が可能かどうかを判断できる。
- 2) 血圧測定(聴診法)を正確な手技で実施できる。
- 3) 測定した結果をI-SBAR-Cで報告できる。

なお、この技術チェックは室温が設定温度を上まわった時だけ稼働するエアコンの動きをモデル化したTOTEモデル<sup>7)</sup>を用いた。

TOTEモデルは、テスト(Test)－操作(Operate)－テスト(Test)－出口(Exit)から構成されている。技術チェックの学習活動を当てはめると、技術チェックに向けた練習が「操作」であり、技術チェックは「テスト」となる。テストの結果、到達目標に達した場合は「出口」となり、再学習の場合は次のテストに向けて「操作」を行う。このように、「出口」になるまで「操作」と「テスト」を繰り返す。このモデルに従い、目標に到達できるまでチェックを行うことにした。

また、血圧測定のポイントの理解を促すために、チェック項目とチェックの視点はすべて事前に学生に開示し、学内演習や自己練習で使用できるようにした。



写真1

### 7. 教員の動きと役割(表1)

教員は患者役と指導者役の役割を分担して担当した。各役割の教員への依頼事項は以下の通りである(表1)。

#### 1) 患者役

- (1) シーン2は、病室で患者をパッと見て、患者の開眼・表情・体動の有無から意識の有無を判断するため、患者役はベッドで、眼を閉じて臥床し、①、②のいずれかの方法で開眼する。
- (2) シーン3は、パッと見判断に続いて行う6項目の観察である。シナリオの患者は、肺炎からの回復がみられ、前日のバイタルサイン等を基準値内に設定し、リラックスした、普段通りの状態で臥床する。
- (3) 血圧測定の終了後にコミュニケーションに関するチェック項目のチェックを行う。

#### 2) 指導者役

- (1) チェック役の学生の見落としを防ぐために、チェック表を用いてチェックを行う。
- (2) 指導者として学生の報告を受け、チェック項目にチェックを行う。

### 8. 学生の動きと役割(図2)

#### 1) 看護師役(測定者)

合図とともに、実習室の自分の番号のベッドに

表1 教員の動きと役割

	模擬患者役	指導者役
開始前	・病衣に着替え、ベッドに臥床	
開始時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目を閉じて臥床</li> <li>・いずれかで目を開ける               <ul style="list-style-type: none"> <li>①学生が名前を呼んだり、挨拶をしたらすぐに開眼する</li> <li>②名前を呼んだり、挨拶でも開眼せず、肩や腕に触れたら開眼する</li> </ul> </li> <li>・目を開けたら引き続き               <ul style="list-style-type: none"> <li>①目を開けて</li> <li>②視線を看護師役の学生に向け、目線を合わせ</li> <li>③苦痛のない表情で（普段通りで結構です）</li> <li>④リラックスした姿勢（臥床のままで結構です）</li> <li>⑤いつもの呼吸をしながらベッドに臥床している</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師役の学生が学籍番号と氏名を伝えるので確認をする</li> <li>・患者役が①②どちらで開眼したかをチェックする（チェック表内）</li> </ul>
血圧測定中	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学生が聴診法で血圧を測定しますので、患者設定を参考に、学生の言葉かけに対応をする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チェック役の学生の見落としを防ぐために、チェック表の赤字部分について測定技術のチェックをする</li> </ul>
測定後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者役の視点に基づいた評価表にチェックをする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学生の報告を受ける</li> <li>・評価表にチェックをする</li> </ul>

行く。病室を訪問するところからロールプレイを始め、聴診法で血圧を測定する。測定が終了したら、患者にインタビューを行なう。終了後、指導者役の教員に I-SBAR-C で報告を行う。講義室に移動後、振り返り用の Forms に入力し、送信する。

## 2) チェック役

血圧測定のチェック表に基づいて、看護師役の血圧測定の他者評価を行う。血圧測定時には、2WAY のイヤピースの片方を受け取り、一緒に聴診する。

なお、看護師役、技術チェック役以外の学生は講義室で待機とした。

## Ⅲ. 結 果

授業開始時の出席確認以外、教室での待機や実習室への移動には教員は関わらず、主体的な行動を促したが、混乱なく予定通り進行できた。実習室内での学生は、緊張した面持ちであったが、多くの学生が9分の時間内に終了できた。

また、多くの学生は、ベッドサイドに行き、患者役の教員が目を閉じていた場合、名前を呼んで

意識の有無を観察するパツと見判断を行っていた。さらに、血圧測定中は患者と目を合わせて、わかりやすい言葉での説明や、マイコプラズマ肺炎の症状についてインタビューを行っていた。I-SBAR-C の報告は、事前学習で準備した内容であったが、血圧の測定結果とマイコプラズマ肺炎の症状についての判断を述べる事が出来ていた。

そのため、再学習となったのは、指導者役の血圧測定のチェック（不十分）が3項目以上に該当した学生が大多数を占めた。他者の血圧測定のチェックは、自身の血圧測定技術の客観視に繋がり、技術の向上に有効であると考えて学生チェック役を設けたが、学生チェック役のチェックが不十分な様子が見受けられたため課題が残った。

当日欠席した3名を含む数名の学生が再学習、再々学習までかかったが、最終的に全員が目標を到達できた。

## Ⅳ. おわりに

今回、臨地実習の状況に近づけるために、GOLD メソッドを用いて、教員が患者と臨地実習指導者となり、病室に入る場面から、測定値の報

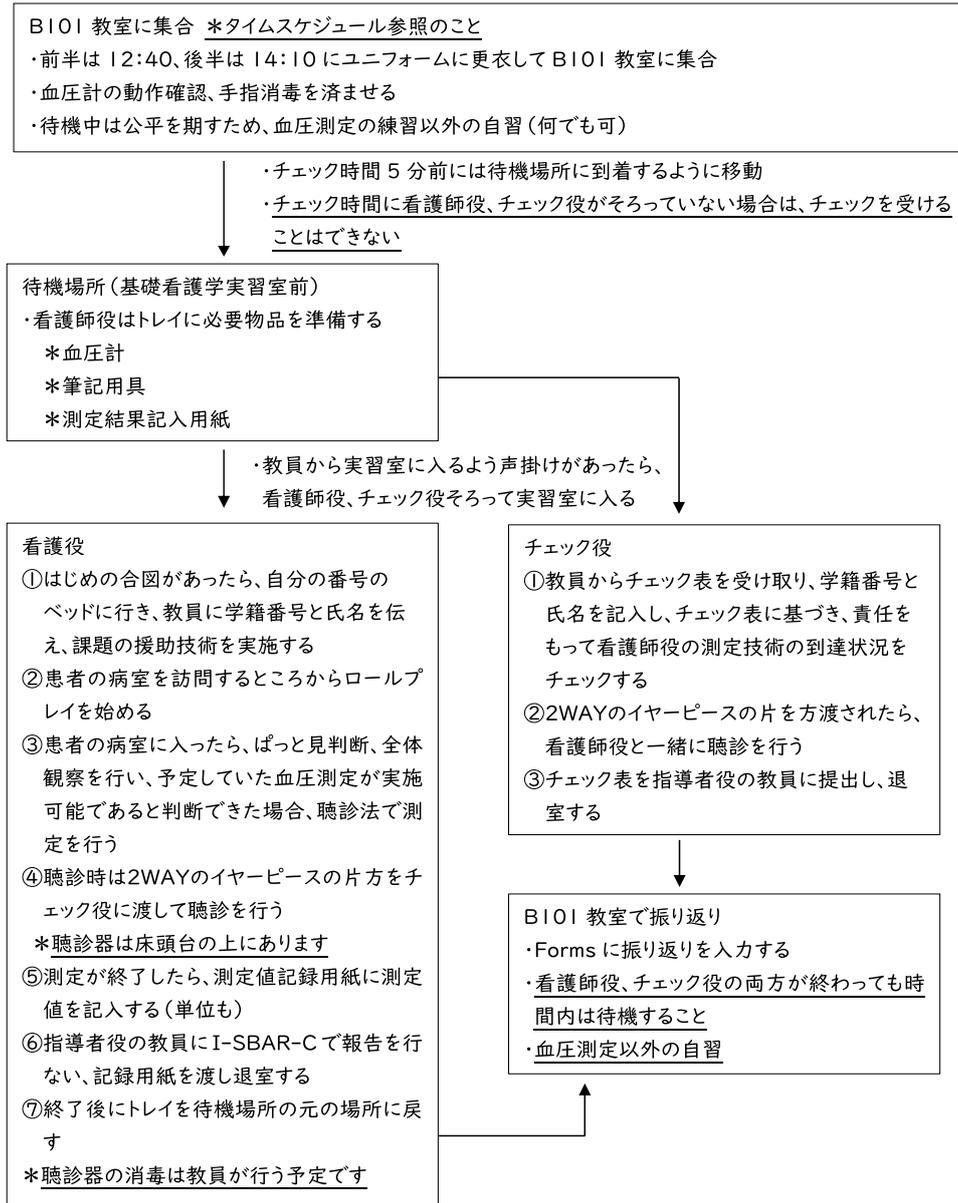


図2 学生の役割と動きに関するガイダンス内容



写真2



写真3



写真4

告までをシナリオベースのシミュレーションによる技術チェックを行った。

このような環境下での技術チェックは、学内であるという心理的安全性を保ちつつ、学生同士での技術チェックと比較して、緊張感の中で看護実践（血圧測定）を経験できる機会になったと考える。

学生にとってのシミュレーション教育の利点として、達成感や満足感、実際の看護場面のイメージ化に繋がること、看護師としての責任感を実感することによって学習意欲や主体的学習行動の育成に繋がることが報告されている<sup>8)</sup>。しかし、シミュレーション教育で、このような効果を得るためには、経験後のデブリーフィングが最も重要<sup>9)</sup>であり、阿部は「デブリーフィングで留意する点は、指導者のレクチャーやフィードバックのみで終わらないようにすることです。学習者にじっくりと考えてもらえるようにかかります。」<sup>9)</sup>と述べ、教員が学生の学びの支援者として関わる重要性について指摘している。しかし、今回は、教員のマンパワー、授業時間の関係で、デブリーフィングが十分に出来なかった。よって、今後どのようにデブリーフィングを行うかが課題である。

また中岡は<sup>5)</sup>、技術教育の経験内容を明らかにする目的で、自身の所属する大学の教員に調査を

行っている。その結果、75%の教員が他領域の演習内容を把握する必要があると回答していたことを報告している。本学においても、教員が他領域の講義、学内演習に参加することは稀なことである。よって、どの領域でどのような看護技術をどのように学習しているかについての把握は十分とは言えない。今回、基礎看護学領域の学内演習であったが、他領域の多くの教員の参加を得て、シナリオベースのシミュレーションによる技術チェックを実施できた。参加した教員からは、「基礎看護でどのような学習をしているのかを知る機会になった」という感想を得たため、他領域の学内演習内容の把握に繋がったと考える。

看護系大学が、より質の高い教育に向けたカリキュラム検討を行うためには「これまで報告されてきた教育方法に関する研究知見を積極的に活用するとともに、自大学に活用した際の効果についても適切に評価し、更に効果的な教育方法に関する研究を積み重ねていくことが必要である。」<sup>10)</sup>と提言されている。

従って、今後も GOLD メソッドなどのシミュレーション教材を用いて、アクティブラーニングを積極的に導入した授業設計を行っていく必要がある。さらに、これらの教育実践を、客観的に評価し、授業改善に繋げるために、教育実践研究に取り組んでいきたい。

なお、最後になりましたが、写真の掲載に快く応じてくださった学生の皆さんに感謝いたします。

## 文 献

- 1) 香川秀太, 櫻井利江 (2007) : 学内から臨地実習へのプロセスにおける看護学生の学習の変化 : 状況論における「移動」概念の視点から, 日本看護研究学会雑誌, 30(5), 39-51.
- 2) 合田友美 (2024) : 学内での学びを臨地実習へと学習転移するための工夫, 看護教育, 65(2), 158-163.
- 3) 二宮寿美, 野本ひさ (2009) : 看護学生が臨地実習中に示す心理的・生理的ストレス反応と対人対応能力 (EQS) との関連, 日本看護学教育学会誌, 19(2), 11-21.

- 4) 中岡亜希子, 岡崎寿美子, 富澤理恵, 他 (2011): 基礎看護学領域における学生の看護技術習得に向けた技術教育のあり方に関する研究, 千里金蘭大学紀要, 8, 132-143.
- 5) 鈴木克明 (2018): インストラクショナルデザイン研究の動向と看護教育における展望 (特別寄稿), 医療看護研究, 14(2), 1-18.
- 6) 池上敬一 (2017): 「できる」医療者に育つ/育てるシミュレーション学習のデザイン法 (ゴールド・メソッド), 医療職の能力開発, 5(1), 9-22.
- 7) 鈴木克明, 市川尚, 根本淳子 (2019): インストラクショナルデザインの道具箱 101 (初版第3刷), 162, 北大路書房, 京都.
- 8) 元井好美, 森岡広美, 阿部香織, 他 (2023): シミュレーション教育における看護学生の学習効果に関する国内文献の検討, 日本シミュレーション医療教育学会雑誌, 11, 112-119.
- 9) 阿部幸恵 (2017): 新人・学生の思考力を伸ばす指導 (第1版第1刷), 73, 医学書院, 東京.
- 10) 文部科学省 (令和元年12月25日) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会第一次報告, [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/098/gaiyou/mext\\_00099.html](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/098/gaiyou/mext_00099.html), 2024.4.24.



〈その他〉

## 施設で過ごす子ども訪問「ひまわりの会」活動支援の報告

春名 誠美\*, 増田 由美\*, 北井 真紀子\*, 中村 いお美\*

### Visiting children in facilities “Himawari no Kai” Report on support activities

Shigemi Haruna\*, Yumi Masuda\*, Makiko Kitai\*, Iomi Nakamura\*

Key Words : 大学生 (university student), 学外活動 (Extracurricular activities), 乳児院 (infant home)

#### I. はじめに

2020 (令和 2) 年からの新型コロナウイルス感染症禍中, 学生の学外活動は大幅に制限され, 臨地実習を含め経験から学ぶ, 貴重な学びの機会を奪われていた.

医療専門職として, 看護職を目指す本学看護学科の学生にとって“対人援助を通じ地域社会の人々と繋がり地域貢献する経験は, その後の成長の糧となる”<sup>1)</sup>と考える. 安積ら<sup>2)</sup>は, 「看護を目指す学生にとって, 幼い子どもとの交流を体験している者は対象への興味が高く, 生命を慈しみ育てる養護性の発達に効果がある」と述べている. 妹尾<sup>3)</sup>は, 「若者のボランティア活動における効果として, 人への思いやり・愛他的精神の育成につながる」と指摘している.

2022 (令和 4) 年に入り, 段階的に新型コロナウイルス感染症の感染予防対策規制が緩和され, 世間は少しずつ動き出した. この機会を逃すことなく, 学生らが対人援助を通じ, 地域貢献につながる機会の場を調整, 提供する必要は急務である

と考えた.

そこで, 本学の「ボランティアサークル」と「障害児・者支援サークル・くれよん」の両顧問教員が, 学生有志の『施設で過ごす子ども訪問「ひまわりの会」』の立ち上げを構想した.

本報告は, 2022 (令和 4) 年発足後 3 年目になる本会の発足から実践活動に至るまでの調整と活動の振り返り録からの考察, 今後への活動について記すことを目的とした.

#### II. 活動開始までの調整と実際

##### 1. 施設側との調整

活動拠点としたのは, 開学以来ボランティアサークルと交流のあった, 市内の児童養護施設に併設された乳児院である. 看護専門職をめざす者として, 様々な社会背景を持つ子どもたちの成長発達支援を通しての経験は, 対人援助を学ぶ機会となる活動であり, “愛他的精神の育成”<sup>3)</sup>に繋がり, 地域施設で働く看護職の役割を学ぶ機会になると考えた.

\*四日市看護医療大学 看護医療学部 看護学科

\* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

本会の発足にあたり、まずボランティアサークルの学生らと共に「子ども達への成長発達支援と様々な経験を対人援助の職の道に活かす」ことを活動主旨としまとめた。そして、施設側へ依頼を行うにあたり、学長に本活動の趣旨を伝え活動申請を行った後、正式に施設への活動依頼を行った。

施設側との詳細な打ち合わせは顧問を含む有志教員が行い、施設での活動内容・感染対策、年間の活動日時と現地での振り返り会議の実施などについて調整した。特に感染対策においては、施設側の規約を遵守し活動前後の感染対策チェックリストと活動後の確認報告を双方で徹底した。

実際の活動に向け前進したのは、学生たちの学びたい、活動したいという思いが施設に伝わったと記しても過言ではない。

## 2. 具体的活動実践に向けての調整

活動は、施設側の年間予定や施設規模と大学学事の内容をすり合わせ、年4回から5回、1回4名まで、時間は午睡のある子どもたちの日課に合わせ2~3時間程度とした。

施設の特徴から、学生が安心・安全に活動できるよう教員の引率が必要であると考え、2022(令和4)年度から四日市看護医療大学看護医療交流センター教員提案事業として、活動母体『施設で過ごす子ども訪問「ひまわりの会」』を申請した。

初年度の参加者募集に向けた学生への周知は、先ずは、ボランティアサークルと障害児・者支援サークル・くれよんの両サークルメンバーを集め、サークルリーダーの学生から本会の活動主旨と内容を具体的に説明する場を設定した。専門知識の学修に入っている3、4年生を優先し、参加希望学生数が両サークル内で定員に満たない場合は、サークルへの所属有無は関係なく学年全体から募った。多くの学生に参加の機会をもってもらう為、初めて参加する学生を優先し、引率教員と参加希望学生の日程調整はプロジェクトメンバーの教員で行った。

参加する学生全てが事前に「乳幼児の発達と保育」に関する学習をDVDで行う事とした。

感染予防と活動上の注意については、施設側と

取り決めた約束事や活動内容の規約について、参加学生に紙面で配布し事前に熟読してもらい、遵守の上参加するよう徹底した。

## 3. 活動内容と学生からの声

活動内容は表-1【活動内容】に、活動回数と参加人数については表-2【活動回数と参加人数】に示す。

毎回、活動後には参加メンバー全員で振り返りを行った。可能な範囲で施設職員の参加を依頼し、協力を得た。学生からは率直な感想や学びが聞かれた。振り返り記録からの教員がとらえた学生の主な気づきと感想を表-3【振り返り記録から教員がとらえた学生からの主な気づきと感想】にまとめた。

## Ⅲ. まとめ

本会の活動は、学生らに社会的背景をもつ地域の乳幼児の成長発達支援を通し、対人援助を学び、地域施設で働く看護職の役割を学ぶ機会とすることを目的に発足した。これまでの活動の振り返りから考察と今後への活動について述べる。

参加学生からの率直な感想をみると、対象とする子ども達の素直な反応への戸惑い、生活支援を通しての専門職の対応から多くの気づきや学びを得ていた。石川ら<sup>4)</sup>は、「大学生時代の課外活動は社会人基礎力と関連している」、と述べている。学生は職員の接し方から乳幼児の日常生活ケアへの心遣いや繊細な子どもの心理を汲むことの実際を知り、また職員同士の連携等を含め、多くの気づきを体験していたと考える。これらは、関わる対象者は発達過程にある乳幼児であるが、“広く対人援助の基本となる生命を慈しみ育てる”<sup>1)</sup>、学び・気づきに繋がると考える。

また、社会的背景をもつ子どもの育ちの場で働く看護師の存在を知り、多方面で活躍する看護職の多様性を知る機会にもなったのではないかと考える。

一方、“乳幼児期の子どもの発達課題として、人に対する基本的信頼感の獲得があり、子どもには

表-1 活動内容

活動前	体温チェックと手洗い・マスク着用
活動時間	9:00～12:30
活動内容	その日の担当職員（保育士・看護師）と共に、遊び（室内遊びや屋外での遊び）を中心とした生活支援（着替えやおむつ交換、入浴介助、食事誘導、午睡誘導）を行う。
活動後	参加メンバー全員で現地にてその日の振り返りを行う。 (可能な範囲で施設職員が参加)

表-2 活動回数と参加人数

活動年度	活動回数 ／年	参加学生数		計	同行教員数
		3年生	4年生		
2022年度	4回	6	9	15	6
2023年度	5回	12	15	27	6
計(人)		18	24	42	

表-3 振り返り記録から教員がとらえた学生からの主な気づきと感想

- ・子どものパワーへの驚き
- ・触れることの大切さの実感
- ・子どものサインをくみ取る難しさ
- ・子どもの成長を支えるという意識
- ・褒めることと安全を守ることの重要性を知る
- ・体験してみないとわからない
- ・職員から学ぶ母親のような愛情と子どもへの関わり方

いろいろな大人と接することができる機会が必要である”<sup>5)</sup>。施設側からは、子どもと学生が相互に理解し合えること、そのためには学生が学んだ専門的知識を活かす場であるような活動が望ましいとの意見をいただいた。そして、参加した学生が施設で過ごす子ども達をどう感じるのか、現場で直接聞き、感じ、刺激を与えあうことのできる人権教育の場でもあって欲しいとの思いを伝えられた。

また、活動への参加希望学生数は毎年増加傾向にあった。そのため参加人数と活動回数を増やすなどの調整を施設側と適宜行っていった。この点からも本会への学生らの関心の高さ、活動成果が伺える。

今後も、「ひまわりの会」は学生の貴重な経験・学びの学外活動の場として、これまで同様に先方施設との調整を行い、協働し活動継続していく予定である。さらに、施設での看護師業務や、多職種との連携・協働についても考えられるような機会も視野に入れていきたいと考えている。

#### IV. おわりに

本活動報告内容は、乳児院責任者との間で合意のもとまとめたものである。

本活動において、多くの施設スタッフ、施設の子ども達にこの場を借りて謝辞申し上げます。

## 文 献

- 1) 小野若菜子, 竹森志穂, 西村恵理奈, 森田誠子, 他 (2023): 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, 8, 17-23.
- 2) 安積陽子 (2008): 看護系・福祉系大学生の養護性の形成に関する一考察 - 性別と乳幼児接触体験との関連から -, 甲南女子大学研究紀要創刊号 看護学・リハビリテーション学編, 23-28.
- 3) 妹尾香織 (2008): 若者におけるボランティア活動とその経験効果, 花園大学福祉学部研究紀要, 16, 35-42.
- 4) 石川美智子, 板倉朋子, 夏本明美 (2013): 看護大学に在籍する学生の課外活動と社会人基礎力との関連性, 獨協医科大学看護学部紀要, 7, 11-21.
- 5) 文部科学省: 子どもの発達段階ごとの特徴と重視すべき課題 (2024.7.22 閲覧) <https://www.mext.go.jp/index.htm>

## 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等の種類は、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
- (5) 短報：学会において、口演発表を行った要旨
- (6) その他：上記の分類に該当しないもの（活動報告等）

(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判用紙（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、本学ホームページ及び本学学術機関リポジトリ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。

附 則

この規程は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和6年4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。各ページの左端に行番号を表示する。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），引用箇所のあるページ－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>, 2007.5.21.

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。

附 則

この要領は，令和6年4月1日から施行する。

## 編集後記

本学は、本年度、学部臨床検査学科開設から5年目を迎え、大学院看護医療学研究科臨床検査学専攻を開設いたしました。臨床検査学科設置後初めての同学科からの投稿掲載となりました。宮崎徳子助成金採択者必須項目としての紀要投稿の1報となります。令和6年度紀要第18巻第1号は、研究報告1編、資料4編、その他2編の計7編を掲載いたしました。

また、私が委員5年、委員長3年を経験した間で2021年6報、2022年9報（寄稿を含む）、2023年6報、2024年4報の経過となっています。これまでのHP掲載から、2年前から開始されたりポジトリ掲載で外部からの閲覧回数も増えたと推測され、紀要掲載を通して本学の研究が益々、外部へ発信できればと期待をしています。また、大学内での研究報告だけでなく他施設の諸先生方からの依頼寄稿を掲載している紀要もみかけます。これまでも寄稿掲載はありましたが、これからもより一層その方向性の検討を行なっていきたいと考えています。

末筆となりましたが、投稿者、査読者、編集委員の皆様から心から感謝申し上げます。

（委員長 星野 真理）

## 紀要委員会

星野 真理（委員長）  
 杉崎 一美（副委員長）  
 久留島 実姫  
 山口 央輝  
 高塚 麻由  
 塩澤 志保（編集事務担当）

## 査読委員（五十音順）

大西 信行	小菅 優子
杉浦 諭	多次 淳一郎
千原 猛	豊田 妙子
三好 陽子	森 啓至
森本 誠	吉田 和枝

## 四日市看護医療大学紀要 第18巻, 第1号

2025年3月3日発行

編集行 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. 18, No. 1, March 2025

CONTENTS

**RESEARCH REPORTS**

- Trends in disaster nursing education content taught in nursing degree programs  
in Japan; Through syllabus analysis  
..... Naomi Kotera, Junichiro Taji, Kazuma Mori 1

**BRIEF REPORTS**

- Survey on the practical skills required for public health nurses at medical  
institutions to promote community-based integrated care  
..... Kimie Otani, Yuki Goto 9

- Is HHV-6 DNA Copy Number in Saliva a Useful Stress Marker of  
Student Stress During Clinical Training?  
..... Yoshihiko Enomoto, Sakura Higashi, Masaru Ihira  
Tadayuki Iida, Yasuhiro Ito 25

- Literature review on the impact of working in old age on health  
..... Yuka Fujii, Yuuko Satou 31

- A literature review of visiting nurses' support from the perspective of  
the narratives of end-of-life care people recuperating at home  
..... Iomi Nakamura, Shigemi Haruna 39

**ACTIVITY REPORTS AND OTHER**

- Classroom Exercises Aimed at Preparing for Clinical Training  
— Simulation-Based Blood Pressure Measurement Technique Check —  
..... Miki Kurushima, Iomi Nakamura, Kasumi Hayashi, Junko Kusano  
Naomi Kotera, Yuka Fujii, Yoko Matsuda, Makiko Kitai  
Yuko Sato, Chika Furuta, Saki Nagasumi, Yuhi Okamura  
Kari Baba, Aiko Ito, Naoko Uegomori 49

- Visiting children in facilities “Himawari no Kai”  
Report on support activities  
..... Shigemi Haruna, Yumi Masuda, Makiko Kitai, Iomi Nakamura 57