

目次

巻頭言		
3	日本地域看護学会と社会貢献について	北山三津子
原著		
4	認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター 保健師のコーディネーション尺度の開発	岡野明美・上野昌江・大川聡子
13	親の介護をしながら働く女性看護師のワーク・ファミリー・ コンフリクトに関連する要因	高林知佳子・坪倉繁美
研究報告		
23	特定保健指導非該当者である壮年期男性事務職の健診に おけるヘルスリテラシーの様相	横山歩香・田高悦子・白谷佳恵・伊藤絵梨子・有本 梓
32	乳幼児をもつ生活困窮者世帯の育児に関わる支援課題 および市町村保健師の活動内容	山縣千開・春山早苗
42	訪問看護新規利用者の訪問看護開始期における緊急対応が 発生する要因	福田由紀子・島内 節・藤原奈佳子
資料		
52	訪問看護ステーションでの実習における実習指導者と 教員との連携の実態と課題	柴田滋子・鈴木美和・町田貴絵
59	保健医療福祉計画策定における日本の保健師の用いている 方策に関する文献レビュー	吉岡京子
編集委員会企画連載：地域看護に活用できるインデックス		
66	在宅ケアにおけるIPWに関する尺度	井出成美
70	看護師による退院支援の実践能力を評価する指標	戸村ひかり
委員会報告		
76	「地域看護学」の再定義	地域看護学術検討ワーキンググループ
NEWS FROM JACHN		
81	NEWS FROM JACHN No. 19	
編集後記		
88		永田智子

## Contents

### Preface

- 3 An Idea about Social Responsibility in JACHN  
*Mitsuko Kitayama*

### Original Articles

- 4 Development of a Coordination Scale Focused on Life Support of Elderly People with Dementia for Public Health Nurses in Community General Support Centers  
*Akemi Okano, Masae Ueno, Satoko Okawa*
- 13 Factors Associated with Work-family Conflicts in Female Nurses Who Work While Taking Care of a Parent  
*Chikako Takabayashi, Shigemi Tsubokura*

### Research Reports

- 23 Aspects of Health Literacy Among Middle-aged Male Office Workers Who do not Qualify for Specific Health Guidance  
*Ayuka Yokoyama, Etsuko Tadaka, Kae Shiratani, Eriko Ito, Azusa Arimoto*
- 32 Issues in Nursing Interventions for Needy Households with Infants and Nursing Activities by Municipal Public Health Nurses  
*Chiharu Yamagata, Sanae Haruyama*
- 42 Factors for Emergency Care of New Home-visit Services Users in the Initial Period of Home-visit Nursing  
*Yukiko Fukuta, Setsu Shimanouchi, Nakako Fujiwara*

### Informations

- 52 The Present Conditions and Problems in Collaboration between Clinical Instructors and Teachers in the Visiting Nursing Station Practice  
*Shigeko Shibata, Miwa Suzuki, Takae Machida*
- 59 A Comprehensive Review of Related Literature Focusing on the Strategies of Health, Medical Care and Welfare Planning Utilized by Japanese Public Health Nurses (since 2013-2018)  
*Kyoko Yoshioka-Maeda*

### Index for Utilization in Community Health Nursing

- 66 Scales for Assessing Interprofessional Work in Home Care  
*Narumi Ide*
- 70 Introduction of Scales to Evaluate Nurses' Practical Expertise Needed in Discharge Planning  
*Hikari Tomura*

### Committee Report

- 76 Renewal of Definition of Community Health Nursing  
*Community Health Nursing Sciences Study Working Group*

### NEWS FROM JACHN

- 81 NEWS FROM JACHN No. 19

### Editor's Note

- 88 *Satoko Nagata*

## 巻頭言

# 日本地域看護学会と社会貢献について



北山三津子

岐阜県立看護大学看護学部

日本地域看護学会誌, 23 (1) : 3, 2020

日本地域看護学会の中核的な事業のひとつである日本地域看護学会誌の発行は、従来冊子体で年3回発行してきたが、本第23巻第1号(2020年4月発行)から電子媒体のみとなる。この変更は、編集委員会および理事会で検討して得た結論である。

これまでの経過を振り返ると、研究成果を広く社会に公表するため2013年から電子化を開始しCiNiiに公開していたが、第19巻1号からはバックナンバーを含めて科学技術情報発信・流通総合システム(以下、J-STAGE)で公開することとなった。公開時期は、会員のメリットを考慮して冊子体発行の1年後として現在に至っている。今回の変更では、わが国はもちろん、世界的にさまざまな学会誌が電子ジャーナル化されている現状にあって、多くの人々に、より早く研究成果を届けることを目指して、電子媒体で即時公開することを決定した。そのため、日本地域看護学会のホームページ上での公開と同時にJ-STAGEにおいて公開することとした。つまり、社会に広く・迅速に研究成果を発信することは、看護学教育・実践の質の向上と看護学研究の発展に有益であり、学会および論文の著者にとっては社会貢献につながる考えた末の結論である。また、冊子体の発行に要していた印刷費や郵送費を学会の目的を達成するために必要な他の学会活動に当てることができるようになるという点も考慮した。会員のみならずには、今回の変更の趣旨についてご理解いただき、日ごろの研究成果を論文としてまとめ、積極的に投稿していただきたいと考えている。

筆者は、上記のことをきっかけにして、学会のあり方を考える機会を得たが、同時期に新型コロナウイルス感染症の感染拡大が世界的に急速に進行し、人々の健康生活が多方面から脅威に曝される状況となり、改めて本学会の社会貢献について問われていると考えた。

日本地域看護学会の定款に明記されている目的には、「本会は、地域看護学の学術的発展と教育・普及を図り、人々の健康と福祉に貢献することを目的とするとともに、目的を達成するため、次の事業を行う。(1)学術集会の開催、(2)学会誌の発行、(3)研究活動の推進、(4)研究論文の表彰、(5)国際的な研究協力の推進、(6)その他、この法人の目的達成に必要な事業」と明記されている。

学会では、新型コロナウイルス感染症の感染対策にあたる人々や地域看護の活動に取り組む人々に活用していただくために、いち早く「新型コロナウイルス関連情報特設サイト」を開設した。また、支援システム体制の構築のためのワーキンググループ「2020日本地域看護学会新型コロナウイルス支援システム作成WG(仮称)」を立ち上げるとともに、厚生労働省の要請を受けて幾つかの支援を実施している。今後、厚生労働省、自治体、その他関連団体から学会に応援要請があった場合にタイムリーに対応できるようにするための体制づくりや支援者間のネットワークづくりおよび情報交換のシステムづくりに着手している。

これらの活動を学会の目的に照らしてみると、地域看護学の学術的基盤をもつ教育者、研究者あるいは実践者である会員が、人々の健康と福祉に貢献するための諸活動を行うことは、正しく社会貢献であり、会員の活動を組織化し、活動から得られた知見を社会に還元することが学会の社会的責任といえることができるのではないだろうか。この学会が行う社会貢献については、会員間で更なる議論がなされることに期待したい。

# 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師の コーディネーション尺度の開発

岡野明美<sup>1)</sup>, 上野昌江<sup>2)</sup>, 大川聡子<sup>3)</sup>

## 抄 録

**目的：**認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーション尺度を開発することである。

**方法：**尺度原案の作成は、地域包括支援センター保健師の半構成的面接からアイテムプールを作成し、認知症高齢者、地域包括支援センター保健師活動、コーディネーションに精通している実務者と研究者に表面妥当性と内容妥当性を確認し57項目を選定した。信頼性と妥当性の検討は、全国の地域包括支援センター414施設499人の保健師を対象に、郵送法による無記名自己記入式質問紙調査を行った。

**結果：**372人から回答があり有効回答の314人(有効回答率62.9%)を調査対象とした。項目分析の結果32項目を探索的因子分析し、3因子25項目が抽出された。下位尺度は「認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする」「地域のなかで認知症高齢者を支える社会資源を創出する」「認知症高齢者を医療と介護の関係機関につなぐ」と命名した。Cronbach's  $\alpha$ 係数は0.90~0.957、再テスト法による相関係数は0.818~0.869で、信頼性が確認された。外部基準尺度との関連ではすべてに正の有意な相関を認め、確証的因子分析による適合度は一定の許容範囲であったことから妥当性が確認された。

**結論：**本開発尺度は3因子25項目からなり、一定の信頼性と妥当性を備えた尺度であることが確認された。今後本開発尺度の活用により、コーディネーション力の自己評価と自己研鑽の糸口になることが望まれる。

【キーワード】認知症高齢者、地域包括支援センター、保健師、コーディネーション、尺度開発

日本地域看護学会誌, 23(1): 4-12, 2020

## I. 緒 言

わが国の高齢化率は2017年現在27.7%で今後も伸展することが予測されている<sup>1)</sup>。人口の高齢化とともに有病率が高まる疾患が認知症であり<sup>2)</sup>、2012年15.0%であった65歳以上の認知症有病率は、2025年には20%になる見込みである<sup>1)</sup>。このような高齢化を背景に、2015年の介護保険法改正で認知症対策が地域包括ケアシステ

ム構築のなかに位置づけられた。具体的には新オレンジプラン(認知症施策推進総合戦略)によって進められ、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進していくため、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に伝えていくこと<sup>3)</sup>とされる。

認知症は、症状の進行とともに生活支援がもっとも必要になる主な疾患である<sup>4)</sup>が、介護保険等制度利用の申請や契約の手続きが出来ない、あるいはいったん契約しても継続手続きが出来ない、認知症高齢者自身のサービスや受診の拒否、医療機関側の受け入れ拒否、周辺の人々の認知症理解の浸透の不十分さなど<sup>5)</sup>から、認知症高齢

受付日：2019年5月20日／受理日：2019年12月17日

1) Akemi Okano：京都府立医科大学医学部看護学科

2) Masae Ueno：関西医科大学看護学部看護学研究科

3) Satoko Okawa：大阪府立大学大学院看護学研究科

者ひとりでは医療や介護保険制度、成年後見制度などの制度利用につながりにくい状況にある。支援の遅れは、認知症の行動心理症状の出現と悪化、身体状態の悪化、家族介護者の疲弊、地域社会でのトラブル等の要因となり、住み慣れた地域での暮らしが困難となり、精神科病院への入院や施設入所に頼らざるを得ない状況となる<sup>6)</sup>。また行動心理症状がいちじるしく増強すると、介護サービスの利用困難になりかねず、それによって関わる専門職の存在が乏しくなり、認知症高齢者および家族は孤立状態になる場合がある<sup>7)</sup>。これらを未然に防ぐために、早期の支援体制構築が求められ、これを可能にする方法のひとつにコーディネーションがある<sup>8)</sup>と考える。

コーディネーションは、教育や福祉、地域看護などさまざまな分野で使用される用語であるが、統一した定義は示されていない。共通する属性として①異なる分野・業種間をとりもつ、②さまざまな提供主体によるサービスを調整する、③個別とシステムの2つのレベルがある、があげられる<sup>8)</sup>。保健師のコーディネーションについては、高崎<sup>9)</sup>や平野<sup>10)</sup>らの定義から、個別に対するコーディネーションから地域づくりに発展させるコーディネーションまで含まれると解される。

しかし2000年4月介護保険制度がはじまり、ケアマネジメントの用語が使われることが多くなった。ケアマネジメントは「利用者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源の活用・改善・開発をとおして、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」を意味する<sup>11)</sup>。すなわち、介護保険サービスを利用している、あるいは利用ニーズがあることが前提となる、ハイリスクアプローチである。認知症高齢者に求められる支援は、地域のなかに認知症の相談に応え、包括的なアセスメントを行い、必要なサービスを調整できる機関の配置や、地域住民が認知症の正しい知識をもって偏見を解消し、認知症に気づいて支援する行動の促進などである<sup>9)</sup>。また認知症高齢者に関する相談は、家族や近隣住民、関係機関から寄せられ、相談者は認知症高齢者の対応に困っている状態であった<sup>12)</sup>。これらから認知症高齢者の支援には、困っている段階から関わり、認知症高齢者の状態や支援内容の必要性をアセスメントする。そして必要な資源につなげるとともに、認知症高

齢者が安心して暮らせるよう関係機関や住民に働きかける、ハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチまでの包括的なコーディネーションが求められる。

しかし、地域包括支援センター（以下、地域包括）の認知症高齢者支援は、認知症の基礎的な理解や地域資源に関する理解は個別的な相談支援にとどまっており、民生委員や自治会との連携、ケアマネジャーとの協力、医療機関の受診支援、介護保険施設との連携など、関係機関のコーディネートが十分できているとはいえない<sup>13)</sup>との指摘がある。そこで、地域包括保健師のコーディネーション力を高めるためのコーディネーション尺度を開発することで、尺度に示す項目を振り返る自己評価ツールとなる。また他施設の地域包括保健師と共有するための資料となり、認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括保健師のコーディネーションの現状について検討し、チームとしての課題をみつける機会となると考えた。そしてこれらの結果、認知症高齢者が地域で安心して生活できることへの貢献につながると考える。

## II. 方 法

### 1. 尺度原案の作成

#### 1) 概念の明確化

Walker & Avant<sup>14)</sup>の方法を用い、「保健師のコーディネーション」を中心概念とした概念分析を行った。その結果、6属性が抽出され、用語の定義を行った<sup>8)</sup>。保健師のコーディネーションとは「個別の支援体制を形成するとともに地域づくりに発展させる連続した活動である。それは、対象や対象が暮らす地域のニーズや支援協力者を掘り起し、つなぐための調整を行い、サービスやサポートにつなぐ。そして、関係者間で情報を共有し、個並びに地域の支援体制をつくる行動」と定義した。

#### 2) 下位概念、アイテムプールの選出

認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括保健師のコーディネーションの実態を把握するために、研究協力の同意のあった地域包括保健師10人に半構成的面接を行った。認知症状がある高齢者で個別支援の形成から地域づくりのきっかけとなった事例を1事例想起していただき、保健師のコーディネーションプロセス<sup>9,10)</sup>を参照にそれらの具体性が引き出せるよう、①つないだ関係機関や専門職とそのつなぎ方の具体、②コーディネーションを実施していくうえでの困難や工夫、③コーディネーションの結果を語ってもらった。得られたデータをカテ

ゴリー化したところ、17カテゴリー、84サブカテゴリーが抽出された<sup>12)</sup>。

次に認知症に関する項目に不足がないか確認するため、概念分析の6属性とインタビュー調査の17カテゴリーを照合させ、認知症看護<sup>15)</sup>やコーディネーションに関する先行文献<sup>16-18)</sup>を参考に検討した結果、概念分析6属性にインタビュー調査のカテゴリーから3項目を追加し、9下位概念とした。アイテムプールは、文献検討、インタビュー調査のサブカテゴリーから、認知症高齢者の特徴が表されている項目を選び、81項目となった<sup>19)</sup>。

### 3) 尺度原案の表面妥当性・内容妥当性の検討

尺度原案の表面妥当性・内容妥当性の検討のため、認知症高齢者、地域包括保健師活動、コーディネーションに精通する実務者7人と教育・研究者4人、11人を対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。表現の明確性について81項目中36項目を表現修正したことから内容・評価の重複する21項目を削除し、項目の移動を2項目行った。追加は1項目あった。内容妥当性指数 (Item-level Content validity Index : I-CVI) の検討を行うにあたり、61項目について概念・下位概念の内容に異なりがないことを確認し、研究力者8人に確認をとった。そして上述の研究協力者のうち、所属が福祉施設2人と教育・研究者1人を除く8人にI-CVIの検討を依頼した。I-CVIの基準はPolit FDらの基準<sup>20)</sup>を用い、0.78未満の4項目を除外し、57項目が尺度原案修正案とした<sup>19)</sup>。

## 2. 尺度の信頼性・妥当性の検討

### 1) 調査対象

調査対象は、全国の地域包括4,557施設で活動している保健師である。

### 2) 調査方法

調査方法は、郵送法による無記名自己記入式質問紙調査である。全国の地域包括の施設長に文書で研究の趣旨を説明し、調査協力の意向確認を行い、同封のハガキの返送により意向を確認した。調査協力意向が示された施設に調査票を郵送した。同時に再テストの協力依頼意向確認を行った。調査協力意向が示された対象者へ再テスト調査票を1回目の調査票返信3週間後に送付した。調査期間は2018年7～10月であった。

### 3) 調査内容

調査内容は、①個人属性に関する項目(運営形態、性別、年齢、保健師配置人数、保健師経験年数、地域包括

保健師勤務年数、前職歴、取得資格)、②認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括保健師のコーディネーション尺度57項目(1=全く実践していない、2=少し実践している、3=まあまあ実施している、4=ある程度実施している、5=かなり実施している、6=十分実践している)(以下、本開発尺度)、③外部基準(介護職簡略版認知症ケア尺度18項目<sup>21)</sup>、保健師の連携尺度15項目<sup>22)</sup>、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16項目<sup>23)</sup>)とした。

## 4) 分析方法

### (1) 項目分析

天井効果と床効果を確認し、Good-Poor (*G-P*) 分析、Item-Total (*I-T*) 相関分析、項目間相関分析を行った。

### (2) 探索的因子分析

探索的因子分析を行った。因子抽出方法は最尤法、回転方法はプロマックス回転とした。固有値1以上の因子をカイザーガットマン基準および固有値の変化量を基準とするスクリープロットを基準に因子数を決定し、因子負荷量が0.4以上の項目を採用し、それ以外は除外基準とした<sup>24)</sup>。

### (3) 信頼性の検討

内的一貫性の確認のため項目全体と各因子のCronbach's  $\alpha$ 係数を求め、0.8以上を基準値とした<sup>25)</sup>。また、安定性を確認するために約3週間の期間において<sup>26)</sup>再テストを実施し、1回目の得点とのピアソンの相関係数を求めた。

### (4) 妥当性の検討

併存妥当性の確認のため基準関連妥当性として外部基準とのピアソンの相関係数を求めた<sup>27)</sup>。また、構成概念妥当性を確認するために確証的因子分析を行った。

相関係数は次のように判断した<sup>24)</sup>。ほとんど相関がない $r=0.00\sim\pm 0.20$ 、低い相関がある $r=0.20\sim\pm 0.40$ 、中程度相関がある $r=0.40\sim\pm 0.70$ 、高い相関がある $r=0.70\sim\pm 1.00$ 。

解析にはSPSS Statistics 25 (Amosを含む)を用いた。

## 5) 倫理的配慮

地域包括センター長と研究対象者に対して書面にて、研究の目的と方法、調査協力の自由、個人情報保護、データの保存方法、研究結果の公表、調査協力に負担等について文章で説明した。研究協力の同意は、質問紙の同意欄のチェックをもって同意が得られたとみなした。外部基準の測定用具の使用にあたり、著作権法等の

関連法規を遵守し、作成者の許可を得て使用した。再テストについては、個人が特定出来ないよう注意し、同じ回答者であることの確認のために、研究対象者が作成したパスワードを1回目、2回目それぞれの調査票の表に記入してもらい、パスワードマッチングを行った。調査は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認年月日：2018年5月25日、承認番号：30-03）。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 分析対象

全国4557施設の地域包括の施設長宛に研究協力意向を伺ったところ、589施設から回答があった（回収率12.9%）。協力の得られた414施設、499人に調査票を郵送し、372人から回答があった（回収率74.5%）。再テストは、再テスト研究協力意向の結果、協力を示した272人に郵送し、234人から回答があった（回収率86.0%）。このうち、本開発尺度、基準関連尺度のうちひとつでも欠損のあるデータおよび対象外のデータを削除し、314人（有効回答率62.9%）、再テストは215人のデータ（有効回答率78.3%）を分析対象とした。

#### 2. 対象者の属性

対象者が所属する地域包括の運営形態は、直営32.8%、委託66.9%であった。年代は30～40歳代が全体の6割を占めた。地域包括における保健師配置は、2人以上の配置が5割を超えていた。地域包括保健師勤務年数は、3年未満が5割を占め、保健師経験年数は15年以上がもっとも多く、10年以上が5割を占めた（表1）。

運営形態別による属性の違いは、地域包括における保健師配置人数、保健師経験年数、前職歴に有意な差が認められた。直営の方が有意に多かった属性は保健師配置2人以上、保健師経験年数10年以上、地域包括配属前の職種が保健師であった。一方委託の方が有意に多かった属性は地域包括配属前の職種が看護師であった。

#### 3. 項目の統計的分析

項目全体の分布はShapiro-Wilk検定 $p=0.913$ から正規性が認められた。天井効果・床効果、 $G-P$ 分析、 $I-T$ 相関分析において除外対象となる項目はなかった。項目間相関分析で、 $r=0.7$ 以上が39組みられたことから、相関係数の高い組み合わせから概念の意味合いを確認し

表1 対象者の属性  $N=314$

項目	人	%
運営形態		
直営	103	32.8
委託	210	66.9
記載なし	1	0.3
性別		
男性	27	8.6
女性	287	91.4
年代		
20歳代	54	17.2
30歳代	96	30.6
40歳代	94	29.9
50歳代	60	19.1
60歳以上	10	3.2
保健師配置人数		
1人	139	44.3
2人	98	31.2
3人以上	74	23.6
記載なし	3	1.0
地域包括支援センター保健師勤務年数		
1年未満	62	19.7
1～3年未満	96	30.6
3～5年未満	69	22.0
5～10年未満	55	17.5
10年以上	30	9.6
記載なし	2	0.6
保健師経験年数		
1年未満	23	7.3
1～3年未満	39	12.4
3～5年未満	39	12.4
5～10年未満	58	18.5
10～15年未満	62	19.7
15年以上	92	29.3
記載なし	1	0.3
前職歴		
保健師	139	44.3
看護師	131	41.7
その他	51	16.2
保有資格		
介護支援専門員	140	44.6
社会福祉士	8	2.5
その他	47	15.0

ながら項目整理を行い、25項目が除外された。以上から尺度項目は32項目となった。

#### 4. 探索的因子分析と因子の命名

因子数の決定は、固有値1.0以上・スクリープロットから、3因子となった。

因子抽出方法は最尤法、回転方法はプロマックス回転で行い、除外基準である因子負荷量0.4未満の5項目と複数の因子に因子負荷量を示す2項目を除外し、尺度項

表2 探索的因子分析

番号	項目の内容	第1因子	第2因子	第3因子
第1因子 認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする				
6	認知症高齢者の行動や態度の意味を推察する	0.880	0.110	-0.208
2	認知症高齢者のペースに合わせて話を引き出す	0.846	-0.028	-0.048
7	室内の状態や日常生活用品の使用状況から生活行為の実態を推察する	0.844	-0.116	0.081
4	興奮状態や徘徊などの様子を目の当たりにしてBPSDの実態を把握する	0.791	0.047	-0.046
9	薬袋や処方箋などから受療状況を推察する	0.701	-0.224	0.243
11	生活に影響を及ぼしている状態から認知症の専門治療の必要性を判断する	0.665	0.008	0.166
21	認知症高齢者を介護している家族の介護負担感の状態を理解する	0.626	0.163	0.003
1	認知症高齢者に会うために訪問を繰り返す	0.529	0.146	0.090
19	認知症高齢者が暮らす市区町村の認知症施策を理解する	0.409	0.247	0.108
第2因子 地域のなかで認知症高齢者を支える社会資源を創出する				
53	住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる	-0.243	0.825	0.020
51	認知症について住民に啓発活動を行い見守りの目を増やす	-0.013	0.781	-0.066
27	地域の核となる住民をみつける	0.117	0.729	-0.080
42	認知症高齢者を認知症カフェや集いの場など介護保険サービス以外の資源につなげる	0.189	0.634	-0.048
57	認知症高齢者に対する住民や関係機関の声から支援協力者が増えていることを確かめる	-0.003	0.630	0.202
41	認知症高齢者のつながりから地域の支援者に相談し協力を得る	0.166	0.589	0.049
43	認知症高齢者の支援に必要な関係者がケース会議に参加できるよう調整する	0.047	0.537	0.225
28	認知症高齢者に関係する社会資源の特徴を把握しておく	0.250	0.478	0.132
第3因子 認知症高齢者を医療と介護の関係機関につなぐ				
33	受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる	-0.238	0.165	0.819
36	公共料金や税金が滞納状態となった理由を市区町村に説明し発生した不利益の対応について相談する	-0.146	0.126	0.804
31	介護保険の主治医意見書を書いてもらえる医療機関をみつけて受診につなぐ	0.081	-0.030	0.742
35	認知症高齢者の状態にあわせてケアマネジメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ	0.203	-0.211	0.695
30	前もって関係機関に相談し受診やサービスの受け入れをよくする	0.147	0.057	0.624
38	認知症高齢者の状態にあわせた対応協力を関係機関に依頼する	0.292	-0.014	0.614
34	認知症高齢者が確実に内服できる方法を調整する	0.158	0.131	0.564
39	認知症高齢者を受診につなげない場合は訪問の医療サービスなど別の方法を調整する	0.257	0.036	0.496
因子間相関		第1因子	—	0.656
		第2因子	—	0.691
		第3因子	—	—

因子抽出法：最尤法，回転法：プロマックス法

目25項目が抽出された。因子と項目を質的に確認し、3因子、25項目を最適解とした(表2)。

各因子の解釈については以下のとおりである。

第1因子は、認知症高齢者と顔なじみになるための行動、行動心理症状や受療状況、日常生活を推察し、必要となる支援の種別を判断する、介護家族の介護負担感を理解するなど9項目で構成され【認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする】と命名した。第2因子は、認知症高齢者に関する社会資源の特徴を把握し、地域の支援者に協力を求め、協力者になってもらう、そして住民が支援者として活躍できる場をつくり、認知症高齢者が利用できる資源とするなど、認知症高齢者が安心して暮らせる地域を地域住民と共につくる行動など8項目で構成され【地域のなかで認知症高齢者を支える社会資源を創出する】と命名した。第3因子は、治療放置の状態から医療につなぎ、治療中断が起らない方法を調整す

るなど、認知症高齢者の健康管理の行動や、主治医のいない認知症高齢者が介護保険認定申請を行うための医療機関への働きかけ、居宅介護支援事業所を選定しつなぐなど、認知症高齢者の状態に合わせて介護保険サービスが提供されるようにする、金銭管理支援機関につなぐことで医療と介護の利用を受けやすくするなど8項目で構成され【認知症高齢者を医療と介護の関係機関につなぐ】と命名した。

## 5. 信頼性・妥当性の検討

### 1) 信頼性の検討

Cronbach's  $\alpha$  係数は0.957、各因子では第1因子0.922、第2因子0.900、第3因子0.915で、基準とした0.8を上回った。またテスト、再テストの相関係数は尺度全体で $r=0.869$  ( $p<0.01$ )、各因子では第1因子 $r=0.823$ 、第2因子 $r=0.818$ 、第3因子 $r=0.824$ 、ですべてに正



表3 基準関連妥当性

	項目全体	第1因子	第2因子	第3因子
介護職簡略版認知症ケア尺度	0.738**	0.737**	0.605**	0.667**
保健師の連携尺度	0.595**	0.471**	0.575**	0.559**
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	0.635**	0.549**	0.591**	0.584**

ピアソンの相関係数：\*\*は1%水準で有意(両側)

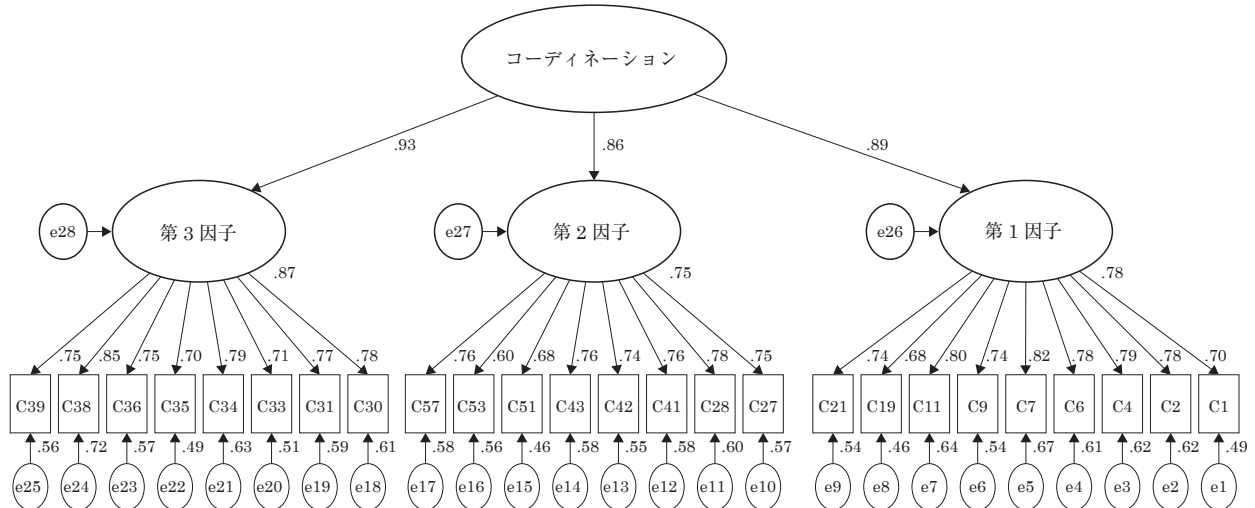


図1 確証的因子分析

の有意な相関が認められた ( $p < 0.01$ ).

2) 妥当性の検討

併存妥当性として、3つの外部機基準と本開発尺度の相関係数を確認した。介護職簡略版認知症ケア尺度との関連では  $r = 0.738$  ( $p < 0.01$ ) と高い相関を認め、各因子では  $r = 0.605 \sim 0.737$  と中程度から高い相関を認めた。保健師の連携尺度との関連では  $r = 0.595$  ( $p < 0.01$ ) と中程度の相関を認め、各因子においても  $r = 0.471 \sim 0.575$  ( $p < 0.01$ ) と中程度の相関を認めた。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との関連では  $r = 0.635$  ( $p < 0.01$ ) と中程度の相関を認め、各因子においても  $r = 0.549 \sim 0.591$  ( $p < 0.01$ ) と中程度の相関を認めた(表3)。

探索的因子分析で得られた結果に基づく仮説モデルにデータが一致するかを検討するため、確証的因子分析を行った。モデルは、認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括保健師のコーディネーションを二次因子、抽出された3因子を一次因子とする高次因子モデルを仮定した。分析の結果、適合度指数は、CFI=0.902, GFI=0.833, AGFI=0.801, RMSEA=0.078であった(図1)。

6. 下位尺度の得点分布

項目全体と各下位尺度の正規性は、 $p > 0.05$ でありすべてに正規性が認められた(Shapiro-Wilk検定)。本尺度項目全体は平均92.7 (SD 20.35)、第1因子は平均36.7 (SD7.06)、第2因子は平均26.5 (SD7.35)、第3因子は平均29.6 (SD8.06)であった。以上から、かたよりのない尺度であることが確認された。

IV. 考 察

1. 信頼性と妥当性

信頼性の検討においては、基準値<sup>25)</sup>以上の信頼性係数が得られ、尺度の信頼性が確認されたと考える。

妥当性の検討について、まず併存妥当性として外部基準との比較においては、有意な正の相関が得られた。介護職簡略版認知症ケア尺度は、生活支援の視点に立って認知症高齢者の支援ニーズをアセスメントし必要なケアの検討・実践を示すもので、アセスメント項目を中心とする本開発尺度の第1因子と強い正の相関を示した。介護職簡略版認知症ケア尺度は認知症高齢者を対象にした尺度であり、認知症高齢者の生活支援に向けたコーディ

ネーションについての併存妥当性が確認された。保健師の連携尺度は、関係機関と連携するために、情報の共有や人事交流、関係機関に協力を要請する、あるいは要請されるなどを示し、中程度の正の相関を認めた。保健師の連携と保健師のコーディネーションは、関連概念と考えられることから、併存性を確認しつつも、異なる尺度であることも確認された。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は、社会資源の創出のために、地域の健康課題や政策の把握、創出のための計画や評価、住民・関係者との共同を示し、中程度の正の相関を認めた。個別の健康課題の把握から住民と共に地域づくりを行う行動についての併存妥当性が確認された。

構成概念妥当性について、尺度原案の構成概念と比較したところ、「Ⅰ本人と顔なじみになる」「Ⅱ対象と対象の暮らす環境のニーズを掘り起こす」「Ⅲ家族ができる世話としんどさを理解して支援する」が第1因子【認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする】に、「Ⅳ支援協力者・資源を発掘する」「Ⅴつなぐための調整を図る」「Ⅵサービスやサポートにつなぐ」「Ⅶ関係者間で情報を共有し支援体制をつくる」「Ⅷ地域づくりに発展させる」「Ⅸ個人の安定と地域における認知症理解の深まりを確かめる」の地域住民に関する内容が、第2因子【地域の中で認知症高齢者を支える社会資源を創出する】に、「Ⅴつなぐための調整を図る」「Ⅵサービスやサポートにつなぐ」が、第3因子【認知症高齢者を医療と介護の関係機関につなぐ】に集約された。尺度原案では細かなコーディネーションプロセスを重視した質的な概念構造であり、統計的分析によって、認知症高齢者と家族、地域住民、関係機関として集約されたと考えられた。

また、高次因子モデルを仮定としたモデルの適合度は一定の許容範囲を示し、因子と各項目間の関係性においても統計学的に確認されたことが示唆された。

これらから、尺度の妥当性は確認されたと考えられる。

以上から、認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括保健師のコーディネーション尺度は、一定の信頼性と妥当性が確認されたと考える。

## 2. 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーション尺度（本開発尺度）の特色

本開発尺度の特色は、個別支援、関係機関につなぐ、地域資源の創出の3つの因子が抽出されたことである。

コーディネーションに関する文献には、個別支援を中心に行っているもの<sup>28, 29)</sup>や個別支援と地域支援を分けて考える文献<sup>30, 31)</sup>がみられるが、本開発尺度は個別の課題を関係機関、地域づくりにつなげていく活動であることを示した。これは、個別的な対応から個人の健康・生活問題をとらえ、それを個別の支援で終わらせてよいかを洞察し、問題の本質をとらえ地域課題と設定する。そこで地域の住民や関係者をつなぎ、ネットワークを築いて協働し、地域関係者の組織的努力で問題を解決する<sup>32)</sup>という公衆衛生看護活動の考え方をコーディネーションを用いて具現化していた。本開発尺度項目は、公衆衛生看護を学問基盤とする保健師だからこそできるコーディネーションの視点として「認知症高齢者が暮らす市区町村の認知症施策を理解する」「地域の核となる住民をみつける」「認知症について住民に啓発活動を行い見守りの目を増やす」「住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる」「認知症高齢者に対する住民や関係機関の声から支援協力者が増えていることを確かめる」など認知症高齢者の課題を地域関係者に働きかけて解決するポピュレーションアプローチを示した。これらは、地域住民を巻き込み、それらを生かしてその地域のニーズにふさわしい受け皿を作る<sup>18, 33)</sup>、不足している地域資源の整備や資源の開発を行う<sup>32)</sup>など保健師のコーディネーションを示す先行研究と同様の内容であり、認知症高齢者の課題を個人、家族を対象にしたハイリスクアプローチだけでなく、集団、地域も対象とするポピュレーションアプローチが存在するところに保健師の専門性が示されていると考える。

また認知症施策のねらいは、認知症を知り地域をつくる10ヵ年構想から新オレンジプランに至るまで一貫して、正しい認知症の理解の普及と認知症高齢者等にやさしい地域づくりである。すなわち、認知症高齢者の支援活動には地域全体を視野に入れた包括的なアプローチが求められ、本開発尺度の項目はそれらを表している。

以上から本開発尺度は、認知症高齢者の課題をハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを含む包括的なアプローチを示したところに特色がある。そして地域包括保健師には、認知症高齢者支援活動を公衆衛生看護の考え方とコーディネーションを用いて個別支援から地域づくりにつなげていく専門的役割があると考えられる。

### 3. 地域看護実践における本開発尺度の活用性

認知症高齢者支援を行う際に、本開発尺度の項目に当てはめて自己のコーディネーションを振り返り、各下位因子を点数化し、個別支援、地域、関係機関のどの段階に自己の課題があるかを確認する。そして質問項目の内容から不足部分を認識し、意識しながらコーディネーションをする。また、地域包括保健師間で認知症高齢者のコーディネーションを検討する資料や機会をつくるひとつの手段とする。このような本開発尺度の活用により、認知症高齢者のコーディネーション力を高める糸口になると考える。

### 4. 本研究の限界と今後の課題

本開発尺度は地域包括保健師を対象に作成されたが、再現性の検証については明らかにしていない。今後はコーディネーションに影響を与える要因を明らかにし、教育プログラムの開発に展開させ、地域包括保健師の認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーション力の向上が求められる。

#### 【謝辞】

本研究にご協力いただきました地域包括支援センター保健師のみなさまに心より感謝申し上げます。また、本研究はJSPS 科研費 15K15933の助成を受けた。

#### 【文献】

- 1) 内閣府：平成30年版高齢社会白書(全体版)。 [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html) (2019年3月11日)。
- 2) 栗田主一：21世紀前半のわが国の高齢化について。栗田主一・鷲見幸彦・井藤佳恵他(編)，認知症の総合アセスメントテキストブック改訂版，7-8，東京都健康長寿医療センター，東京，2014。
- 3) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html> (2017年4月30日)。
- 4) 厚生労働省：平成28年国民生活基礎調査。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf> (2019年3月11日)。
- 5) 沖田裕子：認知症者の生活は支えられているか：とくに独居の認知症者をめぐって。老年精神医学雑誌，21(1)：44-51，2010。
- 6) 栗田主一：認知症早期体制：とくにアウトリーチ(訪問型ケア)の課題。老年精神医学雑誌，24(9)：883-889，2013。
- 7) 木村暢男・加賀田聡子・清水賢司他：在宅認知症高齢者が

精神科病院への入院に至る要因と他職連携の課題。日本福祉大学社会福祉論集，134：173-187，2016。

- 8) 岡野明美・上野昌江・大川聡子：保健師のコーディネーションの概念分析。大阪府立看護学雑誌，24(1)：21-30，2018。
- 9) 高崎絹子：ケアコーディネーションの概念と地域保健活動。保健婦雑誌，50(10)：763-771，1994。
- 10) 平野かよ子：ケアマネジメントとケアコーディネーション。保健婦雑誌，53(12)：970-978，1997。
- 11) 厚生労働省：ケアマネジメントの基本。 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0428-1h/04-2a.html> (2018年10月20日)。
- 12) 岡野明美・上野昌江・大川聡子：認知症が疑われる高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーションの実態。日本地域看護学会誌，22(1)：51-58，2019。
- 13) 水上 然・黒田研二・佐瀬美恵子他：地域包括支援センター職員の認知症支援業務の実施状況と認知症に関連する知識との関係。日本認知症ケア学会誌，14(3)：667-677，2015。
- 14) Walker LO・Avant KC(著)・中木高夫(訳)他：看護における理論構築の方法。89-122，医学書院，東京。
- 15) 堀内園子：認知症看護入門。19-27，ライフサポート社，神奈川県，2016。
- 16) 植橋明子・尾形由紀子・山下清香他：神経難病患者の在宅療養のために保健師が行った関係機関調整技術。日本地域看護学会誌，18(2,3)：33-40，2015。
- 17) 岡久ジュン・錦戸典子：がんに罹患した労働者への支援において産業保健師が行うコーディネーション。日本地域看護学会誌，17(1)：13-21，2014。
- 18) 織井藤枝・岡 朋子・岡本絹子他：高齢者の在宅ケアにおける保健師のケアコーディネーションのあり方。保健婦雑誌，51(5)：391-398，1995。
- 19) 岡野明美・上野昌江・大川聡子：認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度項目の選定：表面妥当性と内容妥当性の検討。大阪府立看護学雑誌，25(1)：77-81，2018。
- 20) Polit DF, Beck CT, Owen SV: Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30: 459-467, 2007.
- 21) 小木曾加奈子・樋田小百合・佐藤八千子他：介護職簡略版認知症ケア尺度の信頼性と妥当性の検証。日本看護福祉学会誌，22(2)：45-56，2017。
- 22) 筒井孝子・東野定律：全国の市町村保健師における「連携」の実態に関する研究。日本公衆衛生雑誌，53(10)：762-776，2006。
- 23) 塩見美抄・岡本玲子・岩本里織：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。公衆衛生雑誌，56(6)：391-400，2009。

- 24) 小塩真司：SPSSとAmosによる心理・調査データ解析（第2版）. 116-141, 東京図書, 東京, 2017.
- 25) 村上宜寛：心理尺度のつくり方, 33-50, 北大路書房, 京都市, 2013.
- 26) 河口てる子：看護調査研究の実際：尺度開発のプロセス, 看護研究, 30 (5): 87-93, 1997.
- 27) Streiner LG, Norman RG, Cairney J, et al.：医学的測定尺度の理論と応用妥当性, 信頼性からG理論, 項目反応理論まで, 166-168, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2016.
- 28) 津島ひろ江：養護教諭のコーディネーション機能, 保健の科学, 49 (2): 131-137, 2007.
- 29) 二宮佐和子：処遇困難な在宅高齢者のケアコーディネーション. 大阪府立大学看護学部紀要, 12 (1): 115-121, 2006.
- 30) 平野かよ子：ケア・コーディネーションの行政的背景と保健婦のコーディネーション機能の向上, 保健婦雑誌, 50 (10): 772-777, 1994.
- 31) 石井享子：新しい介護システムと保健婦活動；保健婦のコーディネーションを中心に, 保健の科学, 38 (8): 515-519, 1996.
- 32) 平野かよ子：公衆衛生における保健師のアイデンティティ, 公衆衛生, 79 (1): 14-17, 2015.
- 33) 望月弘子：保健婦活動における調整機能とは, 保健婦雑誌, 47 (10): 759-763, 1991.

## ■ Original Article ■

### Development of a Coordination Scale Focused on Life Support of Elderly People with Dementia for Public Health Nurses in Community General Support Centers

Akemi Okano<sup>1)</sup>, Masae Ueno<sup>2)</sup>, Satoko Okawa<sup>3)</sup>

1) Kyoto Prefectural University of Medicine School of Nursing

2) Kansai Medical University, Faculty of Nursing

3) Osaka Prefecture University, School of Nursing

**Objective:** This study aimed to develop a scale to evaluate coordination practice provided by public health nurses (PHNs) in community general support centers for elderly people with dementia.

**Method:** Preparation of a draft scale allowed for the selection of 57 items extracted from semi-structured interviews with PHNs in community general support centers; these items were investigated for surface and content, validity by administrators who work with elderly people with dementia, PHNs in community general support centers, and experts on coordination practices. A scale with demonstrated reliability and validity was administered to measure results of a self-administered questionnaire provided to 499PHNs in 414 community general support centers.

**Results:** The number of subjects surveyed were 372PHNs, with valid date obtained from 314PHNs (valid response rate: 62.9%). Three factors comprising 25 items were selected from 32 items based on the results of item analysis, and exploratory factor analysis. The three subscales were named as follows: Assessing the impact of cognitive symptoms on one's life; Creating a resource to support elderly people with dementia in the community; and Connecting elderly people with dementia to institutions of medical and nursing care. Cronbach's alpha coefficient for the draft scale was 0.90-0.957 and correlation coefficients of the test-retest were 0.818-0.869. Validity assessment was conducted for criterion-related validity for the three subscales. Confirmatory factor analysis was in the acceptable range.

**Conclusion:** Results confirmed that this scale possesses a certain degree of reliability and validity.

---

**Key words :** elderly people with dementia, community general support centers, public health nurses, coordination, scale development

■ 原 著 ■

## 親の介護をしながら働く女性看護師の ワーク・ファミリー・コンフリクトに関連する要因

高林知佳子<sup>1)</sup>, 坪倉繁美<sup>2)</sup>

## 抄 録

**目的:** 親の介護をしながら働く女性看護師のワーク・ファミリー・コンフリクト (以下, WFC) と, 就業継続意思, 介護環境, 職場環境, 家事の協力状況との関連を明らかにする。

**方法:** 親の介護をしながら働く女性看護師を対象に無記名自記式質問紙調査 (郵送法) を実施した。分析対象者は全国の病院に勤務する女性看護師 480 人であった。WFC は親の介護をしながら働く女性看護師の WFC 尺度 (FN-WFC) により測定し, FN-WFC 得点を従属変数とする重回帰分析を行った。

**結果:** 対象者の年齢は  $52.3 \pm 6.8$  歳で, FN-WFC 得点は  $46.8 \pm 12.3$  点 (最小値 16.0 点, 最大値 68.0 点) であった。FN-WFC 得点と有意な関連が認められたのは, 介護環境では, 介護のために夜中に起きる ( $\beta = -0.243, P < 0.01$ ), 受診に付き添う ( $\beta = -0.114, P < 0.01$ ), 職場環境では, 職場の労働負荷 ( $\beta = -0.273, P < 0.01$ ), 家事の協力状況では, 掃除の協力 ( $\beta = -0.115, P < 0.05$ ) であった。

**考察:** ケアマネジャーや訪問看護師等は, 女性看護師の介護の負担状況をみながら, 利用できる介護保険サービス等を紹介し, 家族で協力し合えるよう支援していくことが重要である。職場においては, 女性看護師の介護の負担状況に応じて, 上司等が両立支援制度等の情報提供と利用の検討を行い, 仕事量や働き方を調整していくことが重要である。

【キーワード】 女性看護師, 介護, 両立, ワーク・ファミリー・コンフリクト (WFC)

日本地域看護学会誌, 23 (1) : 13-22, 2020

## I. 緒 言

わが国では, 人口の高齢化と共働き世帯の増加に伴い, 介護を理由に離職した労働者人口が一貫した増加傾向にある<sup>1)</sup>。また要介護認定者数も, 介護保険制度が創設されて以来, 増加し続けている<sup>2)</sup>。これにより介護を要する高齢者が住み慣れた地域で安心して療養することが求められる一方で, 介護をしながら働く労働者がワーク・ファミリー・コンフリクト (Work-family Conflict; 以下, WFC) を抱くことなく介護と仕事を両立できるよ

う支援していくことは重要な課題である。WFC とは「個人の仕事と家庭からの役割要請が, いくつかの観点で互いに両立しないような役割間葛藤の一形態」であり<sup>3)</sup>, 労働者が経験するストレス要因のひとつ<sup>4)</sup>として国内外で広く研究されている。看護師は, 肉体的にも心理的にも厳しく, WFC がより起こりやすい職業であり<sup>5)</sup>, その要因はさまざまである。国外の研究では, 長時間労働<sup>6)</sup>で WFC が増加し, 離職意向の向上<sup>7)</sup>と WFC が関連していることが報告されている。また国内の研究では, 子育て中の看護師は育児家事を手助けしてくれる人がいないと WFC が高くなり<sup>8)</sup>, 病院等で働く看護師は WFC が高いほど就業継続意志が低くなる<sup>8)</sup>ことが報告されている。

さらに, 家族の介護は仕事の大きな負担となり葛藤に

受付日: 2019年6月17日/受理日: 2019年11月20日

1) Chikako Takabayashi: 新潟県立看護大学看護学部

2) Shigemi Tsubokura: 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所

つながる<sup>9)</sup>ことから、介護環境や職場環境、家庭における家事の協力は、就業継続意思と密接に関係していると考えられる。

わが国の40歳代の看護職員の13人に1人、50歳代では5人に1人が「現在、家族等の介護をしている」状況であり<sup>10)</sup>、50歳代の求職者が前職場を離職した理由は「親族の健康・介護」がもっとも多い<sup>11)</sup>。これらの年代の看護師が介護離職していくことは、看護組織にとって歴大な損失といえる。しかし、日本の性役割分業は根強く<sup>12)</sup>、家庭内役割分担がわが国の特徴的なライフスタイルである<sup>4)</sup>なかで、親の介護をしながら働く女性看護師のWFCの関連要因の研究についての検討は十分になされているとはいいがたい。

そこで、本研究では、社会的にも貴重な人材である看護師が介護による離職をすることなく就業を継続させることにつながる基礎資料とするため、親の介護をしながら働く女性看護師のWFCとその関連要因を明らかにすることを目的とする。

なお、本研究における親の介護をしながら働く女性看護師のWFCの定義はGreenhausら<sup>3)</sup>の定義を参考に「親の介護をしながら働く女性看護師が仕事の役割と介護を含めた家庭の役割が十分果たせないことで感じる葛藤」とする。また、介護とは「排泄や入浴等の身体介助、施設や遠距離での介護に加え、定期的な声かけ、食事のしたくや掃除、洗濯等の家事、ちょっとした買い物やゴミ出し、通院の送迎や外出の手助け、金銭の管理等の手助けも含むものとし、要介護認定を受けているかどうかは問わない<sup>13)</sup>」範囲とする。

## II. 研究方法

### 1. 本研究における概念枠組み

WFCは、労働者の主要なストレス要因のひとつである<sup>4)</sup>。ストレスに対し対処行動をとり適切にコントロールするというストレス理論では、受け手がストレスをどう認知するかのコピーング特性によってストレスが異なる<sup>14)</sup>とされており、このコピーング特性はワーク・エンゲイジメント(Work Engagement; 以下、WE)の重要な説明変数になることが報告されている<sup>15)</sup>。WEとは仕事に関連するポジティブな感情と認知と定義される概念で、構成要素は活力、熱意、没頭である<sup>16)</sup>。WEの高い人は、仕事に誇りを感じ、熱心に取り組んでいる状態にあり<sup>17)</sup>、離職意思の低さ<sup>18)</sup>や、役割行動や役割以外の

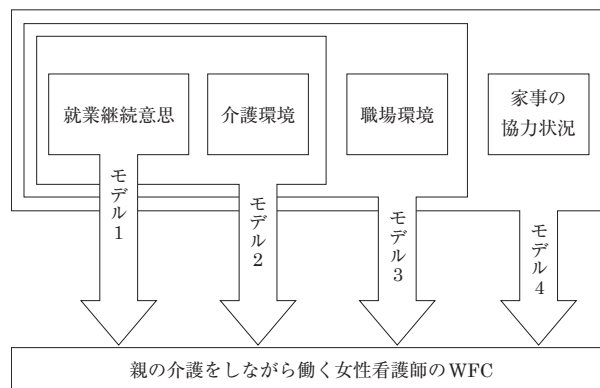
行動を積極的に行うこと<sup>19)</sup>がWEと相関関係にあることが報告されている。本研究は、このストレス理論およびWEの概念ならびに関連要因を参考にし、親の介護をしながら働く女性看護師のなかでも現在の職場で働き続けたいと思う人は、仕事に誇りを感じ、仕事と介護や家庭の役割を積極的に行い、介護と仕事の両立からくるストレスを適切にコントロールすることで、現在の職場で働き続けたくないと思う人に比べWFCは低いのではないかと考えた。そこで、親の介護をしながら働く女性看護師のWFCは、就業継続意思により規定されるという仮説を立て、そのうえで、①就業継続意思は、親の介護をしながら働く女性看護師のWFCに関連し、②介護環境、③介護環境に応じた職場環境、④介護環境と職場環境に応じた家事の協力状況の影響を受けながらWFCに関連するという概念枠組みを構築した(図1)。

### 2. 調査対象者

対象者は、全国の病院(小規模・中規模・大規模含む)より無作為に抽出された病院の正規職員として、親の介護をしながら働く女性看護師である。

### 3. 調査方法

全国の地域や病床の規模にかたよりが無い1,500の医療機関を抽出するために層化多段抽出を行った。2016年11～12月に、看護部長宛に条件を満たす女性看護師2人の選定と質問紙の配布を依頼し、郵送にて返送を求めた。回収した537通(回収率17.9%)のうち、回答にいちじるしく不備のあるものを除外した結果、本研究の分析対象者は480人であった。



モデル1～4すべてにおいて、就業継続意思はWFCに関連する。モデル2は就業継続意思と介護環境、モデル3はモデル2に加えて職場環境、モデル4はモデル3に加えて家事の協力状況で構成され、モデル内の構成概念がWFCに関連する。

図1 本研究の概念枠組み

#### 4. 調査内容

基本属性として年齢、職位、介護をしている親の続柄、介護認定状況等をたずねた。WFCは、親の介護をしながら働く女性看護師のWFC尺度(FN-WFC)<sup>20)</sup>により測定した。FN-WFCは親の介護をしながら働く女性看護師の葛藤の測定が可能な尺度として開発され、全体と各因子のCronbach's  $\alpha$ 係数は0.77~0.91、WFCS日本語版<sup>21)</sup>との相関係数は0.37~0.61、適合度はSRMR=0.043、CFI=0.951、RMSEA=326.837と信頼性と妥当性が検証されている<sup>21)</sup>。FN-WFCは、「仕事役割から介護役割への葛藤」「介護役割から仕事役割への葛藤」「介護役割から家庭役割への葛藤」「家庭役割から介護役割への葛藤」の4因子16項目(得点範囲16~80点)で構成され、得点が高いほどWFCのレベルが高いと解釈される。なお、本研究における全体のCronbach's  $\alpha$ 係数は0.93であり内的整合性を確認した。就業継続意思は、「現在の勤務先で働くことを続けたい」とし、5段階で5~1点とした。介護環境は、先行研究<sup>22)</sup>を参考に、「介護のために夜中に起きる」「受診に付き添う」「介護の協力」の項目を設定した。職場環境は、中央労働災害防止協会が作成した「快適職場調査(ソフト面)従業員用チェックシート」<sup>23)</sup>を使用した。これは、「仕事の裁量性」等の7領域35項目で構成され、各領域の平均値が3.0(得点範囲1~5点)より低いと快適感が低いことを示している<sup>23)</sup>。家事の協力状況は、家族や親族が日ごろ手助けしてくれる家事の内容をたずねた。

#### 5. 分析方法

基本属性の記述統計量を求め、回答分布を $\chi^2$ 検定により確認した。次に、FN-WFC得点のKolmogorov-Smirnov検定を行った後、各独立変数におけるFN-WFC得点の差をWilcoxonの順位和検定またはKruskal-Wallisの検定により分析し、FN-WFC得点と就業継続意思、介護環境、職場環境、家事の協力状況との関連について、年齢、職位、介護をしている親の続柄、介護認定状況を統制した偏相関分析を行った。さらに、単変量解析とステップワイズ法による結果および多重共線性を確認した。分析は、本研究の概念枠組みに基づき、FN-WFC得点を従属変数、年齢、介護認定状況を調整変数とし、①就業継続意思(モデル1)、②介護環境(モデル2)、③職場環境(モデル3)、④家事の協力状況(モデル4)を順次加え4つの分析モデルを設定し、これらを独立変数とする重回帰分析(強制投入法)を行った。

解析にはSPSS ver.21を使用し、有意水準は5%とした。

#### 6. 倫理的配慮

対象者に、質問紙とは別の協力依頼文書に、研究の趣旨、研究協力は自由意思であること、研究協力への拒否による不利益がないこと、個人情報保護、結果公表の可能性と匿名性を遵守することについての説明を記述し、回答者からの質問紙の返送をもって研究協力への同意とした。本研究は、新潟県立看護大学倫理委員会の承認(承認年月日:2016年10月24日、承認番号:016-8)を得て実施した。

### III. 研究結果

#### 1. 対象者の概要(表1)

対象者の平均年齢は52.3±6.8歳であった。また、対象者の年代、職位、介護認定状況の回答分布に有意差が認められた( $P<0.001$ )。介護をしている親の続柄別に「介護をしている」「介護をしていない」の回答分布について期待値を用い $\chi^2$ 検定にて確認した結果、実父26.9%で有意差が認められた( $P<0.001$ )。FN-WFC得点の各項目の平均は2.59~3.36点(得点範囲1~5点、標準偏差0.94~1.19)であった。なお、表には示していないが、職場環境の快適感が高いと回答した割合は、「職場の仕事の裁量性」ではスタッフ63.8%、師長79.1%、看護部長91.8%( $P<0.001$ )、「休暇・福利厚生」ではスタッフ40.0%、師長57.4%、看護部長73.5%( $P<0.001$ )であった。

#### 2. 親の介護をしながら働く女性看護師のFN-WFC得点と各変数における差の分析(表2)

FN-WFC得点の平均値は、46.8±12.3点であった。FN-WFC得点のKolmogorov-Smirnov検定では $P=0.04$ であり、正規性は認められなかった。単変量解析の結果、FN-WFC得点に有意差( $P<0.001$ )が認められたのは、「職位」「介護のために夜中に起きる」「受診に付き添う」「職場の仕事の裁量性」「職場の休暇・福利厚生」「職場の労働負荷」であった。

#### 3. 親の介護をしながら働く女性看護師のWFCに関連する要因

年齢、職位、介護をしている親の続柄、介護認定状況を統制変数としてFN-WFC得点との偏相関分析を行っ

表1 対象者の概要

N = 480

項目	n	%	P	項目	n	%	P
年代				介護をしている親の続柄 <sup>a)</sup>			
40歳未満	20	4.2%	0.000	実父	129	26.9%	0.000
40歳代	120	25.0%		実母	263	54.8%	0.036
50歳代	285	59.4%		義父	57	11.9%	0.002
60歳以上	55	11.5%		義母	112	23.3%	0.003
				その他	35	7.3%	0.004
職位				介護認定状況 <sup>b)</sup>			
スタッフ	225	46.9%	0.000	要支援1	23	4.8%	0.000
副師長	38	7.9%		要支援2	33	6.9%	
師長	129	26.9%		要介護1	64	13.3%	
副看護部長	39	8.1%		要介護2	78	16.3%	
看護部長	49	10.2%		要介護3	70	14.6%	
同居の有無				要介護4	49	10.2%	
同居	225	46.9%	0.171	要介護5	61	12.7%	
別居	255	53.1%		申請なし	90	18.7%	
				申請中	12	2.5%	
FN-WFC尺度 <sup>c)</sup>				平均値		標準偏差	
1				夜勤・交代制勤務や休日の変則であるために、十分な介護ができない	2.87	1.10	
2				仕事から帰ったとき、疲れているために、親の介護をする元気がない	3.36	0.98	
3				仕事で精神的に疲れているために、家族が話す介護の愚痴を真剣に聞くことができない	3.13	1.05	
4				仕事で疲れてしまい、親の介護から逃げたいと思いつつながら介護をする	3.05	1.13	
5				介護で体を休める時間がとれないために、疲労がたまつた状態で仕事をする	3.20	1.11	
6				介護があるために、院内の勉強会や院外研修等に参加できない	2.59	1.03	
7				介護で寝るのが遅くなるために、寝不足を感じながら出勤する	2.79	1.17	
8				仕事で、介護を要する親のことが気にかかる	3.05	1.10	
9				介護に時間をとられるために、家事をする時間が少なくなる	2.86	1.05	
10				介護に時間をとられるために、睡眠時間が満足にとれない	2.75	1.13	
11				介護に時間をとられるために、自分が楽しむ時間がもてない	3.15	1.19	
12				介護を要する親がいるために、気軽に出かけることができない	3.34	1.17	
13				家事に時間がとられるために、十分な介護ができない	2.61	0.95	
14				介護以外の家のことで時間がとられるために、介護がおろそかになる	2.62	0.94	
15				介護以外の家のことで忙しいために、急かせるように介護をする	2.72	1.03	
16				介護以外の家のことで疲れているために、介護をする気力がない	2.71	1.00	

検定方法は、 $\chi^2$ 検定

a) 複数回答、%はnを分母として計算

b) 複数いる場合は、回答者ともっとも介護の関わりが深い人とした

c) まったく当てはまる(5点)、どちらかといえばあてはまる(4点)、どちらともいえない(3点)、どちらかといえばあてはまらない(2点)、まったくあてはまらない(1点)

た結果、0.3以上の有意なprが得られたのは、「介護のために夜中に起きる」 $pr=0.33$  ( $P<0.001$ )、「労働負荷」 $pr=0.31$  ( $P<0.001$ )であった(表3)。FN-WFC得点を従属変数とする重回帰分析では(表4)、モデル1以降では、モデル1と2で「就労継続意思」が有意な関連を示したが、モデル3と4では有意な関連を認めなかった。モデル2以降では、モデル2~4において「介護のために夜中に起きる」( $\beta=-0.243$ ,  $P<0.01$ )と「受診に付き添う」( $\beta=-0.114$ ,  $P<0.01$ )がFN-WFC得点と有意な関連が認められた。モデル3以降では、モデル3と4で「職場の労働負荷」( $\beta=-0.273$ ,  $P<0.01$ )、モデル4では「掃除の協力」( $\beta=-0.115$ ,  $P<0.05$ )がFN-WFC

得点と有意な関連が認められた。なお、いずれのVIF値も3以下であったことから、多重共線性がないことが確認された。

#### IV. 考 察

##### 1. 親の介護をしながら働く女性看護師のFN-WFC得点の特徴

本調査において、親の介護をしながら働く女性看護師のFN-WFC得点の平均値は「職位」で有意差( $P<0.001$ )が認められた。介護が必要な親をもつ40~59歳の就労者が抱く不安でもっとも高い割合を占めるのは



表2 介護をしながら働く女性看護師のFN-WFC得点と各変数における差の分析

N = 480

項目	n	平均値±標準偏差	P	項目	n	平均値±標準偏差	P
FN-WFC得点 <sup>a)</sup>	480	46.8±12.3		移乗・移動			
就労継続意思				協力あり	124	48.1±11.8	0.174
続けたい	263	45.4±12.2	0.041	協力なし	356	46.4±12.4	
どちらかという続けたい	108	47.1±12.3		通院・外出			
どちらともいえない	76	49.5±11.8		協力あり	264	46.5±11.9	0.493
どちらかという続けたくない	19	51.0±13.4		協力なし	216	47.2±12.7	
続けたくない	14	50.9±11.2		運動・散歩の付き添い			
属性				協力あり	62	47.7±11.2	0.652
年代				協力なし	418	46.7±12.4	
40歳未満	20	50.0±10.6	0.313	見守り			
40歳代	120	48.3±12.1		協力あり	205	46.4±11.3	0.409
50歳代	285	46.2±12.6		協力なし	275	47.1±12.9	
60歳以上	55	45.5±10.9		職場環境			
職位				キャリア形成・人材育成			
スタッフ	225	49.7±12.7	0.000	快適感が高い	388	46.1±12.4	0.025
副師長	38	49.6±13.1		快適感が低い	92	49.7±11.3	
師長	129	44.8±11.2		人間関係			
副看護部長	39	45.1±11.7		快適感が高い	402	46.1±12.2	0.005
看護部長	49	41.6±10.6		快適感が低い	78	50.4±11.8	
介護認定状況				仕事の裁量性			
要支援1	23	49.4±12.0	0.034	快適感が高い	355	45.6±12.1	0.000
要支援2	33	45.3±10.3		快適感が低い	125	50.4±12.1	
要介護1	64	48.0±11.5		処遇			
要介護2	78	46.7±12.8		快適感が高い	306	45.5±11.9	0.004
要介護3	70	47.3±14.5		快適感が低い	174	49.1±12.5	
要介護4	49	47.2±14.5		社会とのつながり			
要介護5	61	49.8±10.2		快適感が高い	433	46.5±12.0	0.053
申請なし	90	42.3±11.8		快適感が低い	47	50.1±13.8	
申請中	12	49.8± 8.0		休暇・福利厚生			
同居の有無				快適感が高い	249	44.3±11.9	0.000
同居	225	48.5±11.7	0.014	快適感が低い	231	49.5±12.1	
別居	255	45.3±12.6		労働負荷			
介護環境				快適感が高い	188	42.2±12.1	0.000
介護のために夜中に起きる				快適感が低い	292	49.8±11.4	
ほとんど毎晩ある	31	54.8±12.1	0.000	家事の協力状況			
ときどきある	127	51.6±10.9		買い物			
あまりない	101	47.3±11.7		協力あり	243	46.1±11.7	0.140
ほとんどない	221	42.7±11.7		協力なし	237	47.5±12.8	
受診に付き添う				料理			
受診の際はほとんど付き添う	254	49.2±11.9	0.000	協力あり	197	47.1±10.9	0.954
ときどき付き添う	108	45.8±12.9		協力なし	283	46.6±13.1	
付き添うことはあまりない	57	42.2± 9.7		食事の片づけ			
ほとんどない	61	43.1±12.5		協力あり	193	46.0±11.5	0.165
介護の協力				協力なし	287	47.3±12.7	
食事				掃除			
協力あり	163	47.8±11.7	0.185	協力あり	179	45.0±11.6	0.010
協力なし	317	46.3±12.5		協力なし	301	47.9±12.5	
排泄				洗濯			
協力あり	106	48.2±11.5	0.266	協力あり	185	45.2±12.3	0.012
協力なし	374	46.4±12.5		協力なし	295	47.8±12.2	
入浴				風呂洗い			
協力あり	86	48.9±11.5	0.112	協力あり	161	45.0±11.5	0.032
協力なし	394	46.3±12.4		協力なし	319	47.7±12.5	
衣類着脱				ゴミ出し			
協力あり	118	47.8±11.8	0.273	協力あり	239	46.5±11.7	0.681
協力なし	362	46.5±12.4		協力なし	241	47.1±12.8	

Kolmogorov-Smirnov検定による正規性の検定を行ったうえで、Wilcoxonの順位和検定またはKruskal-Wallisの検定を行った

a) FN-WFC得点は16点から80点までの範囲で、得点が高いほうがWFCレベルが高い

表3 FN-WFC得点との相関係数

N = 480

項目	<i>pr</i>	<i>P</i>	項目	<i>pr</i>	<i>P</i>
就労継続意思 <sup>a)</sup>	-0.157	0.001	職場環境		
介護環境			キャリア形成・人材育成	-0.207	0.000
介護のために夜中に起きる <sup>b)</sup>	0.326	0.000	人間関係	-0.212	0.000
受診に付き添う <sup>c)</sup>	0.209	0.000	仕事の裁量性	-0.241	0.000
介護の協力(あり=1, なし=0)			処遇	-0.250	0.000
食事	-0.036	0.428	社会とのつながり	-0.134	0.003
排泄	-0.024	0.599	休暇・福利厚生	-0.265	0.000
入浴	-0.066	0.147	労働負荷	-0.314	0.000
衣類着脱	-0.015	0.749	家事の協力状況(協力あり=1, 協なし=0)		
移乗・移動	-0.038	0.413	買い物	-0.050	0.275
通院・外出	-0.016	0.728	料理	-0.013	0.779
運動・散歩の付き添い	-0.030	0.511	食事の片づけ	-0.056	0.224
見守り	-0.028	0.535	掃除	-0.118	0.010
			洗濯	-0.117	0.010
			風呂洗い	-0.102	0.026
			ゴミ出し	-0.023	0.623

検定方法はFN-WFC得点との偏相関分析

数字は年齢, 職位, 介護をしている親の続柄, 介護認定状況を統制した偏回帰係数

a) 「続けたい」=5から「続けたくない」=1まで

b) 「ほとんどである」=4から「ほとんどない」=1まで

c) 「日ごろからしている」=5から「していない」=1まで

「自分の仕事を代わってくれる人がいない」である<sup>13)</sup>。また、2010～2015年度の育児・介護休業法に制定された介護休暇制度の利用実績は、いずれの年度も「利用なし」がもっとも多く、58.5～76.0%を占めている<sup>24)</sup>。このように、親の介護をしている看護師は、介護休暇をとりたくても、仕事を代わってくれる人がおらず、FN-WFC得点が高くなると考えられる。勤務シフトの満足度は、スタッフより役職者が高いことが報告されている<sup>25)</sup>が、看護師の勤務シフトは通常、師長が作成する立場にあり、役職のある看護師の方がスタッフより週末勤務や夜勤等の日数が少ないことが考えられる。本研究でも、職位が高くなるほど職場の仕事の裁量性や休暇・福利厚生の快適感が高く、スタッフは役職者に比べると仕事の裁量性や職場の休暇取得が困難な状況にあると考えられる。

## 2. 親の介護をしながら働く女性看護師のWFCに関連する要因

WFCに関連する要因として、就業継続意思、介護環境、職場環境、家事の協力状況を順次投入したモデルでは、就業継続意思がモデル1・2で有意な関連が認められたが、すべてのモデルでの有意な関連は認められず、親の介護をしながら働く女性看護師のWFCは、就業継続意思により規定されるという仮説は支持されなかった。現在の職場で働き続けたいという意思をもつことは、介護

環境に関わらずWFCは低減される傾向があるが、職場環境や家事協力の状況に応じてWFCは必ずしも低減されないことが示された。先行研究では、看護師と就業継続意思に影響を与えるもののひとつにWFCがあることが明らかになっている<sup>6)</sup>が、就業継続意思がWFCに影響を与えることの報告はなく、本研究でも就業継続意思がWFCに影響を与えることは示されなかった。本研究は、現在の職場で働き続けたい意思をもつ人は仕事をポジティブにとらえている人として仮説を立てたが、中年期の就労介護者は家族の扶養や養育の責任を担い、生計を維持するために仕事を辞めることができない背景をもつ<sup>26)</sup>ことから、現在の職場で働き続けたい意思をもつ人すべてが仕事をポジティブにとらえているとは言いきれず、むしろそのような背景をもつ人においては、自らの社会的役割である仕事の状況と家庭や家族員の状態によってはWFCが増大すると考えられる。

また、モデル3・4では、就業継続意思との有意な関連は認められなかったが、親の介護のために夜中に起きたり、受診に付き添ったり、労働負荷が過重となっている職場環境にいることがWFCの増大につながるとうかがえた。肉体的にも心理的にも厳しい職種と考えられている看護師<sup>4)</sup>にとっては、長時間労働<sup>5)</sup>でWFCが高くなることが報告されており、本研究の結果においても、深夜に家族介護をする疲労から体調を崩し、日中の仕事の能率が低下する<sup>22)</sup>ことや通院の付き添いのため

表4 FN-WFC得点に対する重回帰分析

N = 480

	モデル1		モデル2		モデル3		モデル4	
	$\beta$	P	$\beta$	P	$\beta$	P	$\beta$	P
就労継続意思 <sup>a)</sup>	-0.147	0.001	-0.111	0.010	-0.050	0.237	-0.055	0.197
属性								
年齢			-0.089	0.051	-0.071	0.108	-0.065	0.142
職位 <sup>b)</sup>			-0.128	0.005	-0.141	0.002	-0.128	0.005
介護認定状況 <sup>c)</sup>			0.042	0.407	0.036	0.458	0.037	0.453
同居の有無 (同居=1, 別居=2)			-0.083	0.070	-0.083	0.059	-0.067	0.140
介護環境								
介護のために夜中に起きる <sup>d)</sup>			0.261	0.000	0.237	0.000	0.243	0.000
受診に付き添う <sup>e)</sup>			0.138	0.002	0.114	0.008	0.114	0.008
介護の協力 (あり=1, なし=0)								
食事			-0.020	0.698	-0.032	0.530	-0.036	0.499
排泄			-0.016	0.810	-0.031	0.619	-0.034	0.588
入浴			-0.038	0.458	-0.050	0.309	-0.061	0.214
衣類着脱			-0.014	0.827	-0.003	0.965	-0.023	0.718
移乗・移動			-0.014	0.787	-0.023	0.640	-0.020	0.684
通院・外出			-0.015	0.752	-0.020	0.653	0.000	1.000
運動・散歩の付き添い			-0.010	0.839	-0.005	0.905	-0.009	0.837
見守り			-0.028	0.544	-0.042	0.335	-0.040	0.364
職場環境								
キャリア形成・人材育成					-0.040	0.408	-0.036	0.475
人間関係					-0.004	0.929	-0.003	0.941
仕事の裁量性					-0.002	0.971	-0.010	0.847
処遇					-0.008	0.859	-0.024	0.588
社会とのつながり					-0.033	0.444	-0.031	0.485
休暇・福利厚生					-0.075	0.117	-0.071	0.140
労働負荷					-0.276	0.000	-0.273	0.000
家事の協力状況 (協力あり=1, 協力なし=0)								
買い物							-0.017	0.722
料理							-0.028	0.621
食事の片づけ							-0.029	0.609
掃除							-0.115	0.034
洗濯							-0.074	0.175
風呂洗い							-0.008	0.877
ゴミ出し							-0.056	0.260
R <sup>2</sup>	0.02		0.22		0.31		0.32	
Durbin-Watson	1.81		1.90		1.89		1.86	

重回帰分析 (強制投入法) による分析.  $\beta$ は, 標準偏回帰係数を示す.

a) 「続けたい」=5から「続けたくない」=1まで

b) 「スタッフ」=1, 「副師長」=2, 「師長」=3, 「副看護部長」=4, 「看護部長」=5

c) 「要支援」=1から「要介護5」=7まで

d) 「ほとんどである」=4から「ほとんどない」=1まで

e) 「日ごろからしている」=5から「していない」=1まで

に仕事を休む必要が生じていても休めない<sup>27)</sup> ことによってWFCは増大することを示していると考えられる.

また, 家事の協力状況を追加したモデル4の結果からは, 家事協力のうち, 掃除の協力がWFCの軽減につながる傾向があることがうかがえた. 家族の介護をしながら働く女性は, 出勤前は自分自身と被介護者の身支度に追われ, 帰宅後は家事や被介護者の排泄等の後始末のために自分の時間や休息時間がなく<sup>28)</sup>, 園児をもつ保護者

の場合では, 食事の片付けを夫がすることが妻の負担軽減につながる<sup>29)</sup> ことが報告されている. 本研究では, 親の介護をしながら働く女性看護師のWFCの軽減につながる傾向がある家事協力は掃除であることが示されたが, 日ごろの協力がある家事のうち食事の片づけが掃除の協力よりも多い結果もみられていたことから, 女性看護師の生活リズム, 介護をしている親の状態, 家族等の状況によってはWFCの軽減につながる家事協力の内容が違ってくる可能性も考えられる.

### 3. 親の介護をしながら働く女性看護師の両立支援への示唆

親の介護をしながら働く女性看護師の両立を支援していくには、家族、地域、職場の協力が軸となり、適切なサポートを適切な時期に行っていく必要がある。本研究で、親の介護のために夜中に起きたり、受診に付き添ったり、労働負荷が過重となっている職場環境がWFCの増大につながっていたことを踏まえると、ケアマネジャーや訪問看護師等は、女性看護師の介護の負担状況をみながら、利用できる介護保険サービス等を紹介したり、家族で協力し合えるよう支援していくことが重要である。また職場では、師長等の上司が、女性看護師から介護に関する相談を受けたときはよく話を聞き、いっしょに考え、両立を支援する姿勢でいることが重要である。また、女性看護師の介護の負担状況に応じては、看護部長や人事労務担当者等も加わり、介護休業制度や介護休暇制度、介護のための所定労働時間の短縮等の措置といった育児・介護休業法が定める両立支援制度等の情報提供とそれらの利用の検討を行い、仕事量や働き方を調整していくことが重要である。

### 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、横断研究における知見であり、因果関係を十分結論づけることはできない。本研究の回収率がきわめて低かったのは、介護と仕事の両立に困難をきわめている女性看護師が本研究に参加しなかった可能性がある。また、親が単身か夫婦世帯かによってWFCは異なることが考えられる。これらは今後の研究課題ないしは、今回の研究の限界でもある。しかしながら本研究は、全国の親の介護をしながら働く女性看護師のWFCに関連する要因について検討し、実践の示唆を得たものとして一定の意義を有している。

#### 【謝辞】

本研究にあたり、大変な状況のなかにも関わらず調査にご協力くださいました女性看護師のみなさま、調査の進行にご協力くださいました看護部長のみなさまに心より感謝申し上げます。本研究は、科学研究費助成事業基盤研究(C)26463285による助成を受けて実施した。

#### 【文献】

- 厚生労働省：雇用動向調査：結果の概要。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/9-23-1c.html> (2019年5月7日)。
- 内閣府：平成30年版高齢社会白書。 [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1\\_2\\_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html) (2019年5月7日)。
- Greenhaus H, Beutell N: Sources and conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10: 76-88, 1985.
- 中山純果・飯島佐知子・大西麻未：ワーク・ファミリー・コンフリクト(WFC)の低減を目的とする職場介入に関する文献レビュー。 *医療看護研究*, 14 (1): 54-62, 2017.
- Takeuchi T, Yamazaki Y: Relationship between work-family conflict and a sense of coherence among Japanese registered nurses. *Japan Journal of nursing science*, 7 (2): 158-168, 2010.
- Anna A, Philip B, Irena IG, et al.: Working Time Society consensus statements: Evidence-based effects of shift work and non-standard working hours on workers, family and community. *Industrial Health*, 57 (2): 184-200, 2019.
- Shacklock K, Brunetto Y: The intention to continue nursing: work variables affecting three nurse generations in Australia. *Journal of advanced nursing*, 68 (1): 36-46, 2012.
- 山口善子：訪問看護師のワーク・ファミリー・コンフリクトが主観的健康感と訪問看護就業継続意志に与える影響。 *日本看護管理学会誌*, 16: 111-118, 2012.
- 中垣明美：成人期の女性看護師における生涯発達上の危機となる体験。 *日本看護研究学会雑誌*, 33 (1): 57-68, 2010.
- 日本看護協会：2017年看護職員実態調査。 *日本看護協会調査研究報告*, 92: 47, 2018.
- 日本看護協会：平成28年度ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人に関する分析報告書。 [https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/NCCS/html/pdf/h28/228\\_2.pdf](https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/NCCS/html/pdf/h28/228_2.pdf) (2019年9月4日)。
- OECD: Balancing paid work, unpaid work and leisure. <https://www.oecd.org/gender/data/balancingpaidworkunpaidworkandleisure.htm> (2019年5月6日)。
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書。 [http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/dl/h24\\_itaku-chousa00.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/dl/h24_itaku-chousa00.pdf) (2019年5月6日)。
- Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company, New York, 1984.
- 佐藤百合・三木明子：病院看護師における仕事のストレス要因、コーピング特性、社会的支援がワーク・エンゲイジメントに及ぼす影響；経験年数別の比較。 *労働科学*, 90 (1): 14-25, 2014.
- Schaufeli WB, Salanova M, Gonzalez RB, et al.: e measurement of engagement and burnout; A two sample confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3: 71-92, 2002.

- 17) 島津明人：シンポジウム ワーク・エンゲイジメントに注目した個人と組織の活性化. 日本職業・災害医学会会誌, 63 (4): 205-209, 2015.
- 18) De Simone S, Planta A: The intention to leave among nurses; the role of job satisfaction, self-efficacy and work engagement. *La Medicina del lavoro*, 108 (2): 87-97, 2017.
- 19) Salanova M, Lorente L, Chambel M, et al.: Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: e mediating role of self-e cacy and work engagement. *Journal of advanced nursing*, 67: 2256-2266, 2011.
- 20) 高林知佳子・坪倉繁美：親の介護をしながら働く女性看護師のワーク・ファミリー・コンフリクト尺度の開発：信頼性・妥当性の検討. 日本健康医学会誌, 27 (1): 34-43, 2018.
- 21) 渡井いずみ・錦戸典子・村嶋幸代：ワーク・ファミリー・コンフリクト尺度 (Work-Family Conflict Scale: WFCS) 日本語版の開発と検討. 産業衛生学雑誌, 48 (3): 71-81, 2006.
- 22) 池田心豪：仕事と介護の両立支援の新たな課題：介護疲労への対応を. JILPT Discussion Paper, 13 (1): 1-21, 2013.
- 23) 中央労働災害防止協会：継続的かつ計画的に快適な職場環境の形成に取り組むために. ハード・ソフト両面からのアプローチ. [http://www.jaish.gr.jp/user/anzen/sho/sho\\_07.html](http://www.jaish.gr.jp/user/anzen/sho/sho_07.html) (2019年5月7日).
- 24) 日本看護協会：平成22～27年度「看護職のワーク・ライフ・バランス (WLB) インデックス調査」データ分析報告書. <https://www.nurse.or.jp/wlb/wlbindex/doc/bunsekihokoku.pdf> (2019年9月6日).
- 25) 川北敬美・原 明子・松尾淳子他：看護師の雇用形態および職位からみた職務特性, 職務満足度, 成長欲求度の比較. 大阪医科大学看護研究雑誌, 6: 12-22, 2016.
- 26) 越智若菜・田高悦子・臺 有桂他：中年期就労介護者の介護と仕事の両立の課題に関する記述的研究. 日本地域看護学会誌, 13 (2): 140-145, 2011.
- 27) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局：今後の仕事と家庭の両立支援に関する研究会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000093495.html> (2019年6月2日).
- 28) 内田佳見・松岡広子：仕事をしている女性が主介護者として在宅介護を担う体験：両立の困難さと生活安定のための工夫. 愛知県立大学看護学部紀要, 22: 27-35, 2016.
- 29) 久保桂子：共働き夫婦の家事・育児分担の実態. 日本労働研究雑誌, 689: 17-27, 2017.

## Factors Associated with Work–family Conflicts in Female Nurses Who Work While Taking Care of a Parent

Chikako Takabayashi<sup>1)</sup>, Shigemi Tsubokura<sup>2)</sup>

1) Niigata College of Nursing, Faculty of Nursing

2) Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare

**Aim:** The study aimed to examine the relationship between work–family conflict (WFC) and willingness to continue working, home care environments, work environments, and housework support for female nurses who work while taking care of a parent.

**Method:** In all, 480 female nurses who were working in a hospital in Japan while taking care of a parent were included in the study. Data were collected using an anonymous questionnaire and analyzed using multiple regression analyses. WFC scale in female nurses who were working while taking care of their parent (FN-WFC) was used to assess the WFC level.

**Results:** Mean age and FN-WFC score of the participants was  $52.3 \pm 6.8$  years and  $46.8 \pm 12.3$  (range, 16.0–78.0), respectively. Multiple regression analyses revealed that the FN-WFC score was significantly correlated with waking up in the middle of the night to provide care ( $\beta = 0.243$ ,  $P < 0.01$ ), escorting the parent to a hospital ( $\beta = 0.114$ ,  $P < 0.01$ ), workload in the workplace ( $\beta = -0.273$ ,  $P < 0.01$ ), and support available in cleaning the house ( $\beta = -0.115$ ,  $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** It is important for care managers and visiting nurses to introduce nursing care insurance services in accordance with the burden of nursing care and to help the nurses in cooperating with their families. In addition, it is important for head nurses to provide information regarding the work–life balance support system to female nurses, in cooperation with the director of the nursing department, depending on the situation.

---

**Key words :** female nurse, nursing care, coexistence, work–family conflict (WFC)

## ■研究報告■

## 特定保健指導非該当者である壮年期男性事務職の 健診におけるヘルスリテラシーの様相

横山歩香<sup>1)</sup>, 田高悦子<sup>2)</sup>, 白谷佳恵<sup>2)</sup>, 伊藤絵梨子<sup>2)</sup>, 有本 梓<sup>2)</sup>

## 抄 録

**目的：**特定保健指導非該当である壮年期事務職男性の健診結果の受け取りにおけるヘルスリテラシーの様相を明らかにし、今後の健診を活用した健康づくりに向けた示唆を得る。

**方法：**対象は、首都圏の壮年期男性事務職6人である。リサーチクエスションは、「特定保健指導非該当者である壮年期男性事務職は、健診結果をどのように理解、評価、活用しているのか」である。個別の半構造化面接によりデータ収集し、質的帰納的分析法によりデータ分析した。本研究は、所属研究機関により承認を受けて実施された。

**結果：**壮年期男性事務職の健診におけるヘルスリテラシーの様相について、理解については、【現在の身体状況を大まかに読み取る】【将来の健康状態をおぼろげに察する】【健診と健康の重要性を改めて知る】、評価については、【日常生活と照らし合わせ意味づける】【自分の健康状態を解釈する情報として意義は認める】【入手した情報を手がかりに自己判断する】、活用については、【疾病リスクへの予防意識を高める】【健康維持・増進の緩めの縛りとして役立たせる】の計8つのカテゴリーが抽出された。

**考察：**特定保健指導非該当である壮年期事務職男性の健診を活用した健康づくりの推進に向けては、個別支援として健診結果の通知のあり方や活用を向上すること、環境づくりとして健康づくりを支える人材や体制の整備が必要である。

【キーワード】ヘルスリテラシー、特定健康診査、特定保健指導非該当者、壮年期男性、生活習慣病、一次予防

日本地域看護学会誌, 23 (1) : 23-31, 2020

### I. 緒 言

生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底は、今日のわが国の重要課題のひとつである。健康日本21をはじめとするさまざまな取り組みが進められているにもかかわらず、依然として有病率は増加し、国民の死亡原因の約5割<sup>1)</sup>、国民医療費の約3割<sup>2)</sup>を占めている。少子高齢化とともに人口減少社会を迎える日本において、国民の

生活習慣病の発症予防と重症化予防は個人の生活の質の向上とともに、社会保障負担の軽減にもかかる、活力ある持続可能な社会の実現における喫緊の課題である。このようななかで壮年期男性は、身体的、精神的、社会的機能が充実し、家庭や社会における重要な担い手として活動する世代である一方、多忙や過労によりストレスが重なる世代であって、生活習慣病の発症が増える世代でもある。具体的には、肥満の割合は壮年期男性(40歳代)がもっとも多く、高血圧や脂質異常症の受療率は、40歳代後半から急増する<sup>3)</sup>ことが知られている。なかでも壮年期男性の事務職は、デスクワークが中心のライフスタイルとなりやすく、技能職と比べて身体活動量が低い

受付日：2019年3月30日／受理日：2019年12月3日

1) Ayuka Yokoyama：茅ヶ崎市役所福祉部

2) Etsuko Tadaka, Kae Shiratani, Eriko Ito, Azusa Arimoto：横浜  
市立大学大学院医学研究科

ことなどから<sup>4)</sup>、生活習慣病の発症リスクとともに予防的意義の高い集団であると考えられる。すなわち壮年期男性事務職は、生活習慣病の一次予防の意義を有する、わが国では壮年期男性労働者全体のなかで規模の大きな集団であると考えられる。

このようななかで、わが国では、2008年より40～74歳に対する特定健康診査（以下、健診）・特定保健指導（以下、保健指導）が義務化されている。健診・保健指導の実施率は年々上昇傾向にあるものの、2017年度の全国の健診実施率は約5割、保健指導実施率は約2割<sup>5)</sup>と、決して高いとはいえない。しかしそれでも、毎年約2,800万人<sup>5)</sup>が健診を受けており、健診や保健指導対象者に関する多くの知見が蓄積されつつあるが、その中心は、保健指導対象者である。日本学術会議による提言「働く世代の生活習慣病予防—健診・保健指導の今後の展開と若年期からの対策の重要性—」<sup>6)</sup>において、保健指導非該当者に着眼する指摘はなされているものの、日本の生活習慣病一次予防対策における重要な対象者として焦点を当てた研究<sup>7)</sup>は、現在のところきわめて少ない。

保健指導対象者には、リスクに応じて保健指導が実施される一方、保健指導非該当者には、健診結果通知および情報提供のみが実施されている。情報提供とは、検査値などに関する説明文とともに、自らの身体状況を認識し、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなる情報の提供<sup>8)</sup>とされている。すでにメタボリックシンドローム該当者および予備群である保健指導対象者においては自ら有する危険因子を把握し、主体的な生活習慣病の二次予防や管理に向けた貴重な機会や資源であるが、保健指導非該当者においても、生活習慣病の一次予防や健康づくりに向けた貴重な機会や資源である。今後は、保健指導対象者のみならず、非該当者を含めた生活習慣病予防を可能とする革新的な健診制度のあり方を講ずる必要がある。

近年、健康と密接に関連し、健康格差を埋める重要な個人の資源であるヘルスリテラシー（以下、HL）に注目が集まっている。HLとは「健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力であり、それによって、日常生活におけるヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断したり意思決定したりして、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができるもの」と定義され、「入手」「理解」「評価」「活用」の4つの能力<sup>9)</sup>からなる。健診結果について保健師等専門職から一定の説明や指導がなされる保健指導対象者と異

なり、保健指導非該当者においては健診結果を自ら有意義に活用する際の重要な能力である。

これまで一般住民を対象とする健診結果通知については、生活上の注意点の確認<sup>10)</sup>などに活用されている一方、生活改善に直接つなげる活用のしにくさ<sup>11)</sup>も報告されている。しかしながら、これまで保健指導非該当者である壮年期男性のHLの様相については明らかにされていないことも多い。壮年期男性事務職というホワイトカラー層は他層と比較し、健診受診率は必ずしも低くはないが、うち保健指導非該当者が自らの健診結果に対してどのように理解、評価、活用しているかというHLの様相については不明である。保健指導非該当者である壮年期男性事務職において、健診結果の受け取りに対するHLの様相を明らかにすることは、個人に対しては健診をとおした生活習慣病の一次予防はもとより、生涯にわたる健康長寿に向けた新たな支援の示唆を得ることが期待できる。また社会に対しては、今後の一次予防を含めた生活習慣病予防方策の充実に向けた健診や健康づくりのあり方について効果的な施策への示唆を得ることも期待される。

以上より本研究では、特定保健指導非該当者である壮年期（40～64歳）男性事務職の健診結果の受け取りにおけるHLの様相を質的帰納的に明らかにするとともに、今後の個人や社会に対する効果的な実践の示唆を得ることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

本研究では、Sorensen<sup>9)</sup>らのHLの定義を参考に健診結果を健康情報の入手とみなし、「理解」については入手した健康情報を理解する（知る、分かる）能力、「評価」については入手した健康情報を解釈し、不要な情報を取り除き、判断する能力、「活用」については健康を維持・改善するための意思決定のために、健康情報を伝達・利用する能力とし、「理解」「評価」「活用」から構成される3能力をHLと定義した。

Sorensenらの定義は、これまでに発表されたHLについての17の定義と12の概念モデルを整理し、HLには意思決定だけでなく問題解決が含まれるとしている。本研究では、健診結果から現在の身体状況を認識し、リスクに適切に対応する問題解決が必要であるため、SorensenらのHLの定義を用いた。



## 2. 対象

首都圏在住・在勤の壮年期男性事務職のうち、①2018年に特定健康診査を受診した者であり、②これまでに特定保健指導の対象に該当せず、③現在、糖尿病、高血圧または脂質異常症の治療に関わる薬剤を服用していない、リスクのない特定保健指導非該当者について、機縁法により研究協力に自由意志による同意が得られた6人を研究対象者とした。研究対象者を6人とした理由は、継続的に分析を行い、データ分析の飽和に達したと考えられた時点でデータ収集を終了したためである。また、事業所数は2事業所であり、どちらも専属産業医を選任する必要がある労働者数1,000人以上の大規模事業所であった。

## 3. データ収集方法

研究対象者に対し、個別インタビューによる半構造化面接法を用いた。具体的には、対象者の基本属性について把握したのち、「特定保健指導非該当者である壮年期男性事務職は、健診結果をどのように理解、評価、活用しているのか」というリサーチクエスションに基づいて作成したインタビューガイド（健診結果および情報提供や健診に対する考え、健診結果通知を受けての生活変化等）を用いて、1人あたり60分程度の面接を1回実施した。インタビューは研究対象者の同意を得て、ICレコーダーで録音、記録した。調査期間は、2018年8月16日～11月21日であった。

## 4. 分析方法

研究デザインは質的研究であり、分析方法は、研究対象者が用いる言葉や経験の意味内容について、理解、評価、活用の観点から明らかにするため、内容分析を用いた。まず、インタビュー内容についてすべて逐語録を作成した。逐語録からHLの定義における、「理解」「評価」「活用」に関わる認識や言動をコードとして抽出した。次に、意味内容によって分類したコードを抽象化しサブカテゴリーを作成、さらに類似性・共通性に着目し、サブカテゴリーを抽象化しカテゴリーを生成した。分析の妥当性と信頼性を高めるために、本テーマを専門とする複数の研究者で分析を実施し、分析と議論を繰り返した。また最終分析結果についてすべての研究対象者に示し、妥当性の確認を行った。

## 5. 倫理的配慮

本研究は横浜市立大学医学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認年月日：2018年1月26日、承認番号：A150122012）。対象者には、本研究の意義、目的、方法、協力の拒否権、プライバシーおよび個人情報の保護、データ処理方法などについて対象者に文書と口頭で説明し、本人の自由意志による同意を書面で得たうえで実施された。

## Ⅲ. 研究結果

### 1. 対象者の基本属性

対象者の基本属性について、表1に示す。対象者は、2事業所の保健指導非該当者である壮年期男性事務職6人で、年齢は40～62歳（平均50歳）であった。

### 2. 保健指導非該当者である壮年期男性事務職のHL

保健指導非該当者である壮年期男性事務職のHLの様相として、理解に関する3カテゴリー、評価に関する3カテゴリー、活用に関する2カテゴリーが抽出された（表2）。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >として表記する。また、サブカテゴリーを代表するコードを< >で示した。

#### 1) 理解に関するHLの様相

##### (1) 【現在の身体状況を大まかに読み取る】

対象者は健診結果を受け取り、<判定結果をみて、まず、心配されるような病気や結果がないか、A（異常なし）以外のものがないかチェックする>など、<異常の有無をまず把握>していた。また、<消化器の軽度異常の理由は、以前からの逆流性胃炎>など、<指摘された項目の原因がだいたいわかって>いた。

##### (2) 【将来の健康状態をおぼろげに察する】

対象者は<要注意になった項目が身体にもたらずものって何なんだろう>など、<検査項目がもたらす健康

表1 対象者の基本属性

	年齢	役職	同居家族	健診結果の伝達手段
A氏	60歳代	一般職	妻、子	紙面
B氏	40歳代	一般職	妻、子	紙面
C氏	40歳代	局長	単身赴任	紙面
D氏	40歳代	係長	妻、子	紙面
E氏	50歳代	課長	妻、子	紙面
F氏	60歳代	課長	妻、子	紙面

表2 特定保健指導非該当者である壮年期男性事務職のHLの様相

	カテゴリー	サブカテゴリー	コード (抜粋)
理解	現在の身体状況を大まかに読み取る	異常の有無をまず把握する	判定結果をみて、まず、心配されるような病気や結果がないか、A(異常なし)以外のものがないかチェックする 前回健診の要注意項目が今回、改善したのか、さらに進んでいるのか、正常域から外れていないのか気になる
		指摘された項目の原因が知りたいわかる	消化器の軽度異常の理由は、以前からの逆流性胃炎 腎臓に結石ができやすい自分の体質は知っている
	将来の健康状態をおぼろげに察する	検査項目がもたらす健康全般への影響を疑問に感じる	基準値より高いも低いもいけないと思うが、それでどうなんの 要注意になった項目が身体にもたらすものって何なんだろう
		検査項目と一般的な病気をぼんやりと認識する	血糖が高いと糖尿病に、血圧が高ければ脳血管障害とか、そういう原因になることはわかるっていうか、そうなのかなっていうぐらい
健診と健康の重要性を改めて知る	健診をきっかけに健診の重要性に気づく	自覚症状が無いうちに早期に見つけられて治療につながればいいし、自分の検査値がわかれば注意するから健康診断は受けるべき	
	働き盛りの健康の重要性を自覚する	肝臓系や内臓系がB(要注意)やC(要再検査)になれば働くには支障が出るし、家族にも迷惑がかかるので、そこは気をつけないと	
評価	日常生活と照らし合わせ意味づける	自分の生活を振り返り判定結果に照らし合わせる	こんなにビール飲んでても健診結果は正常域なんだ、っていう逆納得っていうんですかね、意外な感じがある 運動も食事も睡眠時間も明らかによくないとは思ってはいるけども、それでもまだ要医療ではないんだ
		自分の行動に思い当たるものが見いだせない	アルコールを飲むわけではないのに、肝機能が悪い 経過観察の眼圧はなにもせず、翌年正常
	自分の健康状態を解釈する情報として意義は認める	自分の健康状態の現状を解釈する	健診結果を重くでも軽くでもなく、自分の現状はこうなんだっていうとらえ方をしている 健診結果は自分のありのままの姿っていうか、自分の状況として受け取っている
		今後の健康づくりに向けた情報として全面的には支持できない	医者から「あなた、こうしなさいよ」って上から目線で書かれても、「はいはいがんばります」にはならない 参考資料を提供して健診結果を生かすも殺すもあなた次第って、もうちょっと寄り添ってもらえないかな
入手した情報を手がかりに自己判断する	情報を手がかりに自分で判断する	血圧140を少し超えたぐらいならまだ深刻にとらえなくてもいいんじゃないか 判定結果が要受診・要治療になるまでは必要以上に気にかけなくていいかな	
	情報を基に自分なりに対応するよりない	総合コメントに「生活習慣を見直して下さい」とあるが、なにのどこをどうしたらいいのかわからない 腹部脂肪は、極力減らしたほうがいいのはわかるけど、明確な数値がない	
活用	疾病リスクへの予防意識を高める	病気に対する軽微なりスクを身近に感じる	血糖は高めだけど、糖尿病を調べるまでにはまだいってない。いまは、片足突っ込んだのかなぐらい 振り返って、以前から血糖値が高いので、病気に陥りやすい項目は気をつけないと
		現在の健診結果を維持したいと思う	正直、要受診にいかないっていう意味でB(要注意)留まりでもいい。要受診・要治療にいかないようにウォーキングをしている 要治療・要受診になったら、もう生活習慣を変える覚悟を決めないと。その日が先延ばしになることを願っていますけど
	健康維持・増進の緩めの縛りとして役立たせる	健康維持・増進の確証がもてないまま行動に移す	間食を控えたり、間食をガムに変えることで来年になったら血糖が改善するか、根本的な解決になっているか、確証はいっさいない 自己判断でいいのかなと迷いながら、行動をとりあえず起こしてみている、という感じ
		仕事を考慮しながらせめても調整を行う	減量するには本当はもっと運動したほうがいいんでしょうけど、仕事で運動する時間が少ないので自分に合った方法だけを実行している ビールを飲むんですけど、せめて糖質オフのグリーンラベルのビールぐらいにはしないと なと思ひ、ここ2、3年やっている
	行動を継続するための動機の維持に役立てる	何年かぶりに体重を下げて本当に体が軽くて楽だっていう感覚があるので、また戻したくないし維持したい B(要注意)になったらまずいよねっていうところもあって、テニスは継続しないといけないって思う	

全般への影響を疑問に感じ》ていた。また、＜血糖が高いと糖尿病に、血圧が高ければ脳血管障害とか、そういう原因になることはわかるっていうか、そうなのかなっていうぐらい＞など、＜検査項目と一般的な病気をぼんやりと認識》していた。

### (3) 【健診と健康の重要性を改めて知る】

対象者は健診受診を通して、＜自覚症状が無いうちに早期に見つかり治療につながればいいし、自分の検査値がわかれば注意するから健康診断は受けるべき＞など、＜健診をきっかけに健診の重要性に気づいて》いた。また、＜肝臓系や内臓系がB(要注意)やC(要再検査)になれば働くには支障が出るし、家族にも迷惑がかかるので、そこは気をつけないと＞など、＜働き盛りの健康の重要性を自覚》していた。

## 2) 評価に関するHLの様相

### (1) 【日常生活と照らし合わせ意味づける】

対象者は＜運動も食事睡眠時間も明らかによくないとは思ってはいるけども、それでもまだ要医療ではないんだ＞など、＜自分の生活を振り返り判定結果に照らし合わせて》いた。また、＜アルコールを飲むわけではないのに、肝機能が悪い＞など、＜自分の行動に思い当たるものが見いだせない》様相もみられた。

### (2) 【自分の健康状態を解釈する情報として意義は認める】

対象者は＜健診結果を重くでも軽くでもなく、自分の現状はこうなんだっていうとらえ方をしている＞など、＜自分の健康状態の現状を解釈》していた。また、＜参考資料を提供して健診結果を生かすも殺すもあなた次第って、もうちょっと寄り添ってもらえないかな＞など、＜今後の健康づくりに向けた情報として全面的には支持できない》様相もみられた。

### (3) 【入手した情報を手がかりに自己判断する】

対象者は＜判定結果が要受診・要治療になるまでは必要以上に気にかけなくていいかな＞など、＜情報を手がかりに自分で判断する》状況や、＜総合コメントに「生活習慣を見直して下さい」とあるが、なにのどこをどうしたらいいのかわからない＞など＜情報を基に自分なりに対応するよりない》ことへの困惑がみられた。

## 3) 活用に関するHLの様相

### (1) 【疾病リスクへの予防意識を高める】

対象者は＜血糖は高めだけど、糖尿病を調べるまでにはまだいってない。いまは、片足突っ込んだのかなぐらい＞など、＜病気に対する軽微なりスクを身近に感じ》

ていた。また、＜正直、要受診にいかないっていう意味でB(要注意)留まりでもいい。要受診・要治療にいかないようにウォーキングをしている＞など、＜現在の健診結果を維持したいと思う》様相がみられた。

### (2) 【健康維持・増進の緩めの縛りとして役立たせる】

対象者は＜間食を控えたり、間食をガムに変えることで来年になったら血糖が改善するか、根本的な解決になっているか、確証はいっさいない＞など、＜健康維持・増進の確証がもてないまま行動に移し》ていた。また、＜減量するには本当はもっと運動したほうがいいんですけど、仕事で運動する時間がないので自分に合った方法だけを実行している＞など、＜仕事を考慮しながらせめてもの調整を行って》いた。さらに、＜何年かぶりに体重を下げたときに体が軽くて楽だっていう感覚があるので、また戻したくないし維持したい＞など、＜行動を継続するための動機の維持に役立ってる》様相がみられた。

## IV. 考 察

### 1. 保健指導非該当者である壮年期男性事務職のHL

#### 1) 「理解」の特性

対象者の理解に関するHLの様相として、【現在の身体状況を大まかに読み取る】をはじめとする特性が示された。ユーザーテストに基づく望ましい健診結果票のあり方に関する研究<sup>12)</sup>では、健診結果票に示された健康状態が対象者には漠然としたイメージとしてとらえられている可能性を示唆しており、本研究の【将来の健康状態をおぼろげに察する】と類似している。対象者は健診結果を基に、現在の健康状態については確認している一方で、将来的な疾病リスクについては明確に読み取っていないことが示唆された。このような認識が生じる背景のひとつとして、健診結果から疾病リスクに関する情報や知識を身につける機会が関連していると考えられる。HLと健康に関する情報や知識を身につける学習の機会との関連は指摘<sup>13)</sup>されている。したがって、壮年期男性事務職においても健診結果に基づく将来的な疾病リスクの読み方に関する情報や知識を身につける学習の機会乏しい可能性がある。

一方、対象者は健診受診をととして【健診と健康の重要性を改めて知る】ことも示された。動機づけ支援対象者のHLについての研究<sup>14)</sup>では、自分の生活を振り返って理解し思考する能力であるreflective health literacy

(以下, RHL) が見いだされている。《健診をきっかけに健診の重要性に気づく》《働き盛りの健康の重要性を自覚する》というサブカテゴリーはこのRHLと類似しており、これらは健診結果に基づく将来的な疾病リスクを読み取る学習の動機づけに有用な資源となる可能性があると考えられる。

### 2) 「評価」の特性

対象者の評価に関するHLの様相として、【日常生活と照らし合わせ意味づける】をはじめとする特性が示された。特定保健指導対象の職域男性における減量についての研究<sup>15)</sup>では、減量が成功しない要因のひとつとして「病気になるば本気になる」といった減量の必要性や重要性に関する個人の価値判断が見いだされているが、本研究の【日常生活と照らし合わせ意味づける】【自分の健康状態を解釈する情報として意義は認める】はこれらに類似した個人の価値判断である。一方、地域住民の健診結果の活用状況に関する研究<sup>11)</sup>では、通知されても対処方法がわからない、という状況が見いだされており、本研究の【入手した情報を手がかりに自己判断する】と一致している。これらから、対象者は健診結果をいったんは受け止めるが、その活用につながる十分な意義づけや価値評価を行えているとは言い難い面も混在していることが示唆された。特に《情報を基に自分なりに対応するよりない》という点については、いかに健康維持・改善のための具体的方法が一般に浸透していないかという<sup>11)</sup>現状の表れということもできる。したがって対象者は健診結果を受け入れつつもその価値を判断するのに足る情報や知識を十分得ておらず、活用結びつけられるような評価をしかねている可能性がある。

### 3) 「活用」の特性

対象者の活用に関するHLの様相として、【疾病リスクへの予防意識を高める】をはじめとする特性が示された。30歳代男性勤労者の健康学習サイクルの構造に関する研究<sup>16)</sup>では、健診結果に異常所見が出て初めて自身の健康の変化を感じるという経験や、保健指導を受けた成人男性の生活習慣改善過程におけるストレングスに関する研究<sup>17)</sup>では、生活習慣改善目標を自分の生活に合わせて具体化する力が報告されている。本研究では健診結果通知により《病気に対する軽微なリスクを身近に感じる》とともに《現在の健診結果を維持したいと思う》という志向性が抽出された。すなわち対象者は、健診結果にて自らの疾病リスクの可能性に接することにより、これ以上進行させることなく現在の健康状態を維持したい

という認識化に活用し、かつ【健康維持・増進の緩めの縛りとして役立たせる】という方法で、自分に無理のない範囲で行動化にも活用していると解釈できる。欧州で開発されたHLS-EU-Q47の日本語版を用いて日本人のHLを測定した研究<sup>18)</sup>において、日本人のHLはEU8か国のHLより低いことが示唆されている。またHLの4能力<sup>9)</sup>のうち、特に「評価」「活用」の項目で他国より低く、「理解」まではできたとしても、認識や行動の変容には十分移せない状況が報告されている。本研究の対象者が示した認識や行動は、それぞれの可能な範囲の「活用」であり、これらは必ずしも欧州諸国に比して十分高い活用の水準とは言い難いが、おのおのの対象者がおのおのの生活や状況に照らして実現可能な活用水準で認識し、行動している活用の側面であると解釈された。

## 2. 地域看護実践への示唆

保健指導非該当者への生活習慣病予防対策が提言されるなか<sup>6,7)</sup>、本研究で明らかになった保健指導非該当の壮年期の事務職の男性のHLは、健診を健康づくりに生かすうえで強みと弱みの側面がある。たとえば、評価の様相において、対象者が健診結果を受け入れることは強みとなる一方、自己判断に任せられ自発性を求められることについては弱みともなり得る。健診における健診結果の情報提供のあり方は、第三期(2018年度)計画の新たな項目<sup>19)</sup>であり、今後は、強みを生かし、弱みを克服するため、対象者に対する個別支援とともに対象者を取り巻く環境づくりについて地域看護における実践への示唆について検討する。

まず、保健指導非該当者である壮年期男性事務職に対する個別支援についてである。本研究では保健指導非該当の壮年期男性事務職が、健診結果から現在の健康状態を理解することはできるが、将来の健康状態を認識したり、健診結果を真に評価することは必ずしも容易ではないことが示された。より効果的な健診のためには、健診の実施主体が情報の受け取り手の目線を意識<sup>12)</sup>し、健康増進サービス提供者は不十分なHLをもつ健診受診者の存在を認識<sup>20)</sup>する必要があると報告している。また、近年、デザインやコピーライティングなどといった、わかりやすく、人々に影響を与える広告的視点を医学に取り入れる「広告医学」<sup>21)</sup>という概念が注目されており、健診においても広告的視点を取り入れることはわかりやすい健診結果通知や情報提供に有効ではないかと考える。

したがって、1点目として、健診結果および情報提供

を改善し、対象者の個別性に応じた画一的でない健診結果の見方や情報の提供を行うこと、また2点目として、個々の健診結果に基づく具体的な健康行動の普及・啓発や健康教育の機会を情報通信技術 (ICT)<sup>22-25)</sup>などの、対象者がアクセスしやすい媒体を用いて広く提供することにより、主体的な健康づくりへの動機づけや行動の促進につながると考えられる。また、将来の健康状態を認識するのはむずかしいことから、健診結果や問診票に基づき、将来の健康状態を人工知能 (AI) が予測し、受診者に過度な不安を与えない範囲で、受診者の将来の姿をみえる化することで、健康づくりへの動機づけにつながると考えられる。

次に、壮年期男性事務職の職場や働き方をはじめとする環境づくりについてである。本研究では、《仕事を考慮しながらせめてもの調整を行う》とともに、《行動を継続するための動機の維持に役立てる》様相が示された。Healthy Workplace Framework and Model<sup>26)</sup>では、健康な職場 (Healthy Workplace) について、モチベーションが高く健康的で有能な労働者なしに事業は成功しないことを前提に、すべての労働者が肉体的、精神的、社会的な健康と安全を堅持・増進できる職場環境の重要性を指摘し、職域ヘルスプロモーションと安全衛生の統合による、Healthy Workplaceの推進が望まれている。したがって、保健指導非該当者である壮年期男性事務職の健康づくりが、個人の熱意や努力のみに帰すことのない職場の風土づくりや場の創出が求められる。福田<sup>27)</sup>は、生活習慣病の放置を解決していくためには、労働者のHLの向上に加えて、経営者の理解や社会の健康風土の醸成が有効であると指摘している。したがって、保健指導非該当者である壮年期男性事務職の健康づくりを支援するような人的資源や体制の整備とともに、よりよい働き方を見いだせるような、職場や社会全体の環境づくりが重要であると考えられる。具体的には、壮年期の労働者個人に働きかけるとともに、職場に働きかけることが有効<sup>28)</sup>であるため、個別支援のアプローチのみならず、当該事業所内の効果的な集団単位 (業務や機能、部署や世代) へのグループアプローチに着眼し、個人の熱意のみならず職場ぐるみで健康づくりに臨めるよう支援をすることが挙げられる。

### 3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、これまで明かされていない保健指導非該当

者である壮年期男性事務職の健診結果通知の情報提供の機会を通じてみたHLの様相を明らかにし、今後の実践の示唆を得たことに一定の意義がある。一方、首都圏という地域に限局した2事業所の壮年期男性事務職6人より回顧的に語られたものであることから、サンプリングバイアスや想起バイアスが生じた可能性があり、一般化するには限界がある。今後は、対象地域や対象者を拡大しサンプル数を増やしたのち、他の業態・職種も含めて検証を重ねることが課題である。

#### 【利益相反】

本研究について記載すべき利益相反はない。

#### 【謝辞】

本研究にあたり、ご多忙のなか、インタビューに快くご協力くださいました対象者のみなさまに厚く御礼申し上げます。なお、結果の一部は日本地域看護学会第22回学術集会で発表した。

#### 【文献】

- 1) 厚生労働省：平成29年 (2017) 人口動態統計 (確定数) の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/index.html> (2019年12月1日)。
- 2) 厚生労働省：平成28年度 国民医療費の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/16/index.html> (2019年12月1日)。
- 3) 厚生労働省：平成29年 (2017) 患者調査の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html> (2019年12月1日)。
- 4) 田代隆良・井上晶代・木津舞子他：日本人勤労者におけるメタボリックシンドロームと身体活動の関連。保健学研究, 20 (1) : 75-81, 2007。
- 5) 厚生労働省：2017年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況。 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202_00002.html) (2019年12月1日)。
- 6) 日本学術会議臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会：働く世代の生活習慣病予防；健診・保健指導の今後の展開と若年期からの対策の重要性。 <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-23-t251-2.pdf> (2019年12月1日)。
- 7) 宮本恵宏：非肥満者に対する保健指導方法の開発に関する研究。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000142218.pdf> (2019年12月1日)。
- 8) 厚生労働省保険局：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き。 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/info03d-1.pdf> (2019年12

- 月1日)。
- 9) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. : Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 25 : 12-80, 2012.
  - 10) 桑原ゆみ・宮崎美砂子 : 市町村国民健康保険による特定健康診査受診に関する知識・態度・行動 ; 定期受診者および不定期受診者への半構造化面接より. *千葉看護学会誌*, 18 (1) : 53-60, 2012.
  - 11) 高橋和子 : 生活習慣病予防における健診結果の活用についての検討 ; 地域住民によるグループワークを通して. *北日本看護学会誌*, 11 (2) : 31-37, 2009.
  - 12) 須賀万智・小田嶋剛・杉森裕樹他 : ユーザーテストに基づく望ましい健診結果票のあり方. *総合健診*, 40 (6) : 593-603, 2013.
  - 13) 中山和弘 : 市民に向けた情報提供のあり方について (1) ; ヘルスリテラシーと情報を得た意思決定の支援. *保健の科学*, 54 (7) : 447-453, 2012.
  - 14) 上野満里・岡村 純・松尾和枝 : 特定健康診査動機付け支援対象者の Health Literacy ; Health Literacy 概念の再考. *日本赤十字九州国際看護大学紀要*, 10 : 35-46, 2011.
  - 15) 林 美美・武見ゆかり・赤松利恵他 : 特定保健指導対象の職域男性における減量の非成功要因についての検討 ; 個別インタビューによる質的検討. *日本健康教育学会誌*, 22 (2) : 111-122, 2014.
  - 16) 鈴木悟子・宮崎美砂子 : 30歳代男性勤労者の健康学習サイクルの構造. *千葉看護学会誌*, 21 (1) : 11-21, 2015.
  - 17) 岡久玲子・多田敏子 : 保健指導を受けた成人男性の生活習慣改善過程におけるストレングス. *日本地域看護学会誌*, 17 (3) : 41-50, 2015.
  - 18) Nakayama K, Osaka W, Togari T, et al. : Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe : a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*, 15:505, 2015.
  - 19) 厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室 : 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き (第3版). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000173545.pdf> (2019年12月1日)。
  - 20) Suka M, Odajima T, Okamoto M, et al. : Reading comprehension of health checkup reports and health literacy in Japanese people. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 19 (4) : 295-306, 2014.
  - 21) 武部貴則・梅田悟司 : 医学とコミュニケーションの融合への提言 ; 広告医学プロジェクトの実例から. *日経広告研究所報*, 49 (5) : 34-41, 2015.
  - 22) 足達淑子・田中みのり・石野祐三子他 : 個別化助言を自動化した非対面行動変容プログラムによる特定保健指導の効果. *厚生指針*, 59 (7) : 18-22, 2012.
  - 23) 尾崎伊都子・小西美智子・松浦恵美 : 勤労者に対するウェブサイトを用いた保健指導プログラムの活用と介入度の違いによる効果の検討. *日本地域看護学会誌*, 16 (1) : 29-39, 2013.
  - 24) 尾崎伊都子・松浦恵美・小西美智子 : 若年男性労働者に対するウェブサイトを活用した減量支援プログラムの評価. *名古屋市立大学看護学部紀要*, 16 : 7-14, 2017.
  - 25) 尾崎伊都子・渡井いずみ・西嶋真理子 : インターネットを用いた減量プログラムにおける人的支援の効果 ; 無作為比較試験のシステマティックレビュー. *日本健康教育学会誌*, 26 (3) : 203-220, 2018.
  - 26) World Health Organization : Healthy Workplace Framework and Model ; Background and Supporting Literature and Practices. [http://www.who.int/occupational\\_health/healthy\\_workplace\\_framework.pdf](http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf) (2019年12月1日)。
  - 27) 福田 洋 : 職域ヘルスプロモーション (WHP) の変遷と成果 ; 有効で感謝される働き盛り世代の健康支援とヘルスリテラシーの向上を目指して. *日本健康教育学会誌*, 26 (1) : 59-68, 2018.
  - 28) 天野真実・市原志織・堀川みなみ他 : 働く人の生活習慣病の予防行動と必要因子の実態 ; 壮年期にある人に焦点をあてて. *高知女子大学看護学会誌*, 41 (2) : 88-96, 2016.

## ■ Research Report ■

## Aspects of Health Literacy Among Middle-aged Male Office Workers Who do not Qualify for Specific Health Guidance

Ayuka Yokoyama<sup>1)</sup>, Etsuko Tadaka<sup>2)</sup>, Kae Shiratani<sup>2)</sup>, Eriko Ito<sup>2)</sup>, Azusa Arimoto<sup>2)</sup>

1) Welfare Department, Chigasaki City

2) Graduate School of Medicine, Yokohama City University

**Aim:** This study aims to elucidate aspects of health literacy among middle-aged male office workers who do not qualify for Specific Health Guidance while also gaining insight into the direction of future health promotion by way of physical examination.

**Method:** Study participants were 6 male office workers. The research question was: “How do office workers understand, evaluate, and implement the results of their physical examination?” Data were collected from individual semi-structured interviews and qualitative inductive analysis was performed. This study was conducted with the approval of the affiliated research institution.

**Results:** Health literacy included the following eight categories: regarding the understanding of physical examination results, “a readout of current general health,” “a vague indication of future health,” and “a learned the importance of health and regular health checkup” were identified; regarding the evaluation of physical examination results, feelings of “I integrate it in my daily life,” “I recognize the significance as information to interpret my health,” and “I judge myself based on the information I get” were identified; and regarding the implementation of physical examination results, “heighten awareness of preventing risk factors of disease” and “help motivate health maintenance and improvement.”

**Discussion:** It is necessary to improve both how individuals are notified of physical exam results and the support for utilizing the health information. It is further necessary to establish human resources and systems that support health promotion in order to change the environment for middle-aged male office workers.

---

**Key words :** health literacy, specific health checkup, specific health guidance non-target person, middle-aged men, lifestyle related disease, primary prevention

## 乳幼児をもつ生活困窮者世帯の育児に関わる 支援課題および市町村保健師の活動内容

山縣千開<sup>1)</sup>，春山早苗<sup>2)</sup>

### 抄 録

**目的：**乳幼児をもつ生活困窮者世帯のなかの児童虐待ハイリスクケースを対象とした育児支援における支援課題と活動内容を明らかにし，妊娠・出産・育児を支援し，児童虐待を予防するための市町村保健師の活動方法を検討する。

**方法：**質的記述的研究デザインで，研究協力者は乳幼児をもつ生活困窮者世帯に対する支援で成果を上げたと認識できる事例をもつなどの保健師とし，A県内の保護率上位10市町村の統括的立場の保健師に条件に該当する研究協力候補者の選定を依頼した。データ収集方法は，半構造化面接とした。

**結果：**9市町村の9人の保健師から聴取した9事例を分析した。乳幼児をもつ生活困窮者世帯への育児に関わる支援課題は9カテゴリー，活動内容は25カテゴリーが生成された。支援課題カテゴリーには【子どものことにお金をかけられずに子どもの成長発達が妨げられる可能性】などがあり，活動内容カテゴリーには《生活困窮者自立支援事業相談員の情報提供により，支援の必要な世帯に家庭訪問でアウトリーチをする》などがあった。

**考察：**支援課題の要因である「経済的困難」は、「妊娠中の健康管理力や養育能力の低さ」「生活能力の低さ」「移動手段の欠如」と重なっており，これらが重なることで不適切な養育となる。保健師は，経済的困難に加えて他の要因が重なっていないかアセスメントして支援を判断する必要がある。養育問題の背景に経済的困難がないかを積極的に把握しなければならない。

【キーワード】生活困窮者世帯，育児支援，児童虐待予防，市町村保健師，保健師活動

日本地域看護学会誌，23(1)：32-41，2020

### I. 緒 言

児童相談所での児童虐待相談の対応件数は，12万件<sup>1)</sup>を超え増加傾向にあり，公衆衛生看護上の重大な課題である。

わが国の児童虐待予防は，市町村の母子保健対策が中心であり，健やか親子21(第2次)では重点課題のひとつに「妊娠期からの児童虐待防止対策」が掲げられた。

しかし，妊娠・出産等に関わる母子保健事業は，関係する機関が多いことなどにより，その情報を関係機関で十分共有し活用することがなされておらず，連携が不十分で見落とされているケースがあるといった指摘がされている<sup>2)</sup>。

児童虐待のリスク因子には，経済的問題<sup>3-5)</sup>があることが複数の文献により明らかにされており，親が生活困窮にあることで養育意欲が低下し，ネグレクト環境につながってしまったり，イライラが暴力や暴言等で表現され身体的虐待や心理的な虐待につながってしまいがちである。

受付日：2019年5月11日／受理日：2019年12月11日

1) Chiharu Yamagata：自治医科大学大学院看護学研究科

2) Sanae Haruyama：自治医科大学看護学部



児童虐待ハイリスクケースへの市町村保健師（以下、保健師）の活動には、要支援家庭を把握するなどの「ハイリスクケースを早期把握する活動」<sup>6)</sup>、親が成長し自立できるよう支えるなどの「基本的な生活を支える活動」<sup>6-8)</sup>、養育支援訪問事業により児童虐待の発生予防・進行防止を行うなどの「育児支援のための資源を取り入れた活動」<sup>8)</sup>、児童虐待防止のために周産期の医療機関との連携システムを整備する、地域に対する啓発活動・地域でのネットワークづくりなどといった「地域ケアのシステムづくりの活動」<sup>8,9)</sup>がある。また、生活困窮者に対する保健師の活動には、支援を通じ本人の地域生活を包括的に把握しニーズを見いだすなどの「健康状態悪化と生活困窮の悪循環を断ち切るための本人への援助」<sup>10)</sup>の活動と、他職種との連携強化・開発などの「他職種との連携強化・資源の開発などの健康的な環境づくりのための援助」<sup>10)</sup>の活動がある。しかし、生活困窮者世帯への育児支援に関する研究は見当たらない。

そこで本研究は、乳幼児をもつ生活困窮者世帯のなかの児童虐待ハイリスクケースを対象とした児童虐待予防のための育児支援における支援課題と活動内容を明らかにし、生活困窮者世帯の妊娠・出産・育児を支援し、虐待を予防するための保健師の活動方法について検討することを目的とした。

## II. 用語の定義

本研究において「児童虐待予防」とは、児童虐待に至るおそれのある要因を抱える家族に対して、虐待の発生を防ぐためにリスクを取り除くあるいは軽減する支援を提供することによって虐待を未然に防ぐことをいい、支援には出産前からの支援も含むこととした。

また「生活困窮者」とは、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者（生活困窮者自立支援法第3条第1項）とし、「生活困窮者自立支援事業」とは、生活困窮者自立支援法に基づき実施されている事業とした。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

生活困窮者世帯の妊娠・出産・育児に関わる支援課題に対する保健師の活動内容を明らかにし、その意図と行為に着目して、虐待を予防するための保健師の活動方法

を検討するものであり、質的に明らかにすることが適していると考え、質的記述的研究デザインを用いた。

### 2. 研究協力者

乳幼児をもつ生活困窮者世帯に対する支援により、親が子どもの成長発達を促すような育児に取り組めるようになり虐待に至らなかったなど成果を上げたと認識できる事例があり、過去5年以内に母子保健を1年以上担当したことがある、支援当時の経験年数が中堅期以降である保健師とした。なお、本研究では、中堅期を5年（6年目）以降とした<sup>11)</sup>。

### 3. 研究協力者の選定

A県内の保護率上位10市町村の統括的立場の保健師に、文書と口頭にて研究概要を説明したうえで条件に該当する研究対象候補者の選定を依頼した。研究協力の意向があった研究対象候補者に対し、研究者が改めて文書と口頭で研究協力を依頼し、同意を得られた者を研究協力者とした。

### 4. データ収集

研究協力者に対して事例を支援した活動を時系列で「いつ」「だれに」「何のために」「どういう働きかけ」を行い、その「結果」はどうであったかをインタビューガイドを基に、60分程度の半構造化面接で各研究協力者に1回実施した。インタビュー内容は研究協力者の同意を得て録音した。データ収集期間は2017年4～7月であった。

### 5. 分析

インタビュー内容の逐語録を作成し、事例ごとに活動を必要とした状況、活動の対象、活動の意図・行為、活動の結果、活動の自己評価を継続的に整理した。活動を必要とした状況から、生活困窮者世帯の支援課題を取り出し、要約したうえでコード化した。また、各支援課題に対応する活動内容の意図・行為についてひとつの活動を成す単位で取り出し、活動内容のコードとした。全事例の支援課題を併せて、意味内容の類似性に基づきその特徴が損なわれない範囲でカテゴリー化した。さらに、支援課題のカテゴリーに対応する全事例の活動内容を併せ、意味内容の類似性に基づきカテゴリー化した。事例ごとに支援課題カテゴリーを整理し、その支援課題カテゴリーが生じた主要な原因を要因として整理し、背景となる要因の関連を考察した。また、支援課題に対する活

動内容から、保健師の活動方法について考察した。

研究協力者によるチェックとして継時的に整理した活動の意図・行為などに齟齬がないか確認を得た。また、要約されたコード、カテゴリーについては、研究ゼミにおいて地域看護分野の複数の研究者から意見を得て改善し、質的研究に精通した研究者のスーパーバイズを受け研究結果の信頼性や妥当性の確保に努めた。

## 6. 倫理的配慮

研究協力者に対して、研究への参加は任意であり同意をしなくても不利益を受けないこと、同意後いつでも同意を撤回し参加をやめられること、面接内容を匿名化し個人情報が保護されること、研究結果を学術誌に公表することを十分説明し、研究参加同意書の署名をもって同意を確認した。研究協力者から語られた事例については、個人や組織が特定できないよう個人情報保護に留意した。自治医科大学臨床研究等倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認年月日：2017年3月31日、承認番号：16-096）。

## IV. 研究結果

研究協力者は9市町村の9人の保健師であり、各保健

師1事例、合計9事例の乳幼児をもつ生活困窮者世帯を分析した。研究協力者と事例の概要を表1に示す。支援開始時の子どもの年齢は、胎児（妊娠中）が5事例でもっとも多かった。支援期間を平均すると2年5か月となり、すべての事例がインタビュー実施時点で支援継続中となっていた。

乳幼児をもつ生活困窮者世帯への育児に関わる支援課題として、17サブカテゴリーから9カテゴリーが生成された（表2）。活動内容は、46サブカテゴリーから25カテゴリーが生成された（表3）。

### 1. 乳幼児をもつ生活困窮者世帯の育児に関わる支援課題および支援課題に対する活動内容

以下に、支援課題カテゴリーごとに活動内容カテゴリーを《 》、活動内容サブカテゴリーを〈 〉で述べる。なお、支援課題カテゴリーで可能性と表現されているものは潜在的問題としてとらえられていたものであり、可能性が入っていないものは問題として顕在化していたものである。

1) 子どものことにお金をかけられずに子どもの成長発達が妨げられる可能性

この支援課題に対し保健師は、生活困窮者自立支援事業相談員からの乳児がいるにも関わらず料金滞納により

表1 研究協力者と事例の概要

	研究協力者			事例			
	年齢	経験年数	母親の年齢	支援開始時の子どもの年齢	支援期間	把握契機	特徴
A	20歳代後半	5年	30歳代前半	2歳0か月	3年5か月	母親の来所相談	国民健康保険料滞納、食べ物に困る、収入に見合わない賃貸住まい
B	30歳代前半	5年	10歳代後半	胎児（妊娠中）	4年5か月	妊娠届時	遅い妊娠届出、若年、外国人のパートナー、被虐待歴
C	30歳代後半	12年	30歳代前半	0か月	2年6か月	産婦人科病院の継続支援依頼	分娩費用に不安、飛び込み分娩、シングルマザー
D	30歳代後半	15年	30歳代後半	胎児（妊娠中）	1年10か月	家庭相談員の情報提供	生活保護受給歴、自己負担が生じることをおそれ妊婦健診未受診、外国人の夫、ステップファミリー
E	30歳代後半	15年	30歳代前半	8か月	1年1か月	生活困窮者事業相談員の情報提供	ガス・水道料金滞納、ミルク・おむつ代に困る、カード会社に借金
F	40歳代前半	17年	20歳代後半	胎児（妊娠中）	3年8か月	母親のメール相談	生活保護世帯での育ち、シングルマザー
G	40歳代後半	17年	30歳代前半	胎児（妊娠中）	1年0か月	妊娠届時	シングルマザー、自己負担が生じることをおそれ妊婦健診未受診
H	40歳代後半	22年	10歳代後半	胎児（妊娠中）	1年0か月	妊娠届時	生活保護世帯での育ち、シングルマザー、若年、被虐待歴
I	50歳代前半	28年	20歳代前半	1歳4か月	3年8か月	第2子妊娠届時	ガス料金滞納、ミルク・おむつ代に困る、ミルクより自分の嗜好品を優先して購入

表2 乳幼児をもつ生活困窮者世帯の育児に関わる支援課題

支援課題カテゴリー	支援課題サブカテゴリー
子どものことにお金をかけられずに子どもの成長発達が妨げられる可能性	育児や子どものミルク、食事にお金が使われず、子どもの健やかな成長発達が妨げられる可能性【C, D, E, G, I】 国民健康保険料滞納により、保険証が利用できない状況【A】 育児用品準備や住居などの育児環境を整えられない可能性【H】
子どもを預けられないことにより子どもが置き去りにされる可能性	子どもを預けられないことにより子どもが置き去りにされる可能性【A, B, F】
育児との両立が困難な仕事に就くことにより育児が十分にできなくなる可能性	育児との両立が困難な仕事に就くことにより育児が十分にできなくなる可能性【F】
金銭管理能力が低いことによりミルク代などが不足する問題が繰り返される可能性	金銭管理能力が低いことによりミルク代などが不足する問題が繰り返される可能性【A, B, E, I】
妊娠中の健康管理が十分でなく母体や胎児の健康が妨げられる可能性	妊娠への理解が不足しており妊娠中の健康管理が十分でない可能性【B】 経済的不安から子どもを産む気持ちが揺らいでいる可能性【F, G, H】 妊婦健診未受診により、妊娠中の健康管理が十分でない可能性【D, I】
養育能力が低く子どもの成長発達が妨げられる可能性	適切な育児行動がなされず、子どもの成長発達が妨げられる可能性【A, B, C, E, F, I】 母親の関わりが子どもの生活習慣やしつけ、成長発達のために十分ではない可能性【B, F】 妊娠中の不適切な健康管理や乳幼児健診未受診がみられ、ネグレクトに移行する可能性【C】 出産に伴う入院により、残された子ども達が放置される可能性【G】
保健師の支援拒否や乳幼児健診未受診など母子保健サービスを利用しない可能性	乳幼児健診未受診であり、母子保健サービスを子どもが利用しない可能性【I】 保健師の関わりを避けており、母子保健サービスを利用しない可能性【F】
移動手段がないことによる母子保健医療サービスの利用困難の可能性	移動手段がないことによる母子保健医療サービスの利用困難の可能性【A, H, I】
母親の育児に支障が出ていることに家族が気づかない	母親の育児に支障が出ていることに家族が気づかない【I】

表3 乳幼児をもつ生活困窮者世帯の育児に関わる支援課題ごとの保健師の活動内容

支援課題カテゴリー	活動内容カテゴリー	活動内容サブカテゴリー
子どものことにお金をかけられずに子どもの成長発達が妨げられる可能性	生活困窮者自立支援事業相談員の情報提供により、支援の必要な世帯に家庭訪問でアウトリーチをする	生活困窮者自立支援事業相談員の情報提供により、支援の必要な世帯に家庭訪問でアウトリーチをする【E】
	子どもの社会生活や健全な状況かを確認する	保育園に子どもの出席状況、身なり、清潔などを確認する【E, G】 子どもの成長発達が年齢相応であるかを確認する【A, E, G】
	母親と育児用品および育児の確保を話し合う	短期間の乳児院の利用を勧める【E】 母親とどう生活を整え育児をしていくかを話し合う【C, E, I】
	家庭相談員および生活困窮者自立支援事業相談員との連携により生活基盤を整備する	家庭相談員などの関係者に支援が必要な世帯であることを伝え支援方法を検討する【E, H】 生活困窮者自立支援事業相談員との連携により家計の見直しをする【A, D】 生活保護の適用可能性を探ったり、利用できるようにする【C, G】 家庭相談員との連携により、社会福祉協議会の生活福祉資金貸付制度を利用する【C】
	寄付や備蓄を利用して育児に必要な物品を提供する	生活困窮者自立支援事業における食糧支援や児童福祉部署に備蓄されたミルクなどを工面する【A, E】
子どもを預けられないことにより子どもが置き去りにされる可能性	保育園選択のための情報提供や利用のための申し込みを支援する	自宅から通える範囲の保育園を紹介し見学を支援する【B】 保育園利用のための書類の用意や申込み手続きを支援する【A, F】
育児との両立が困難な仕事に就くことにより育児が十分にできなくなる可能性	育児との両立に無理のない仕事を母親と模索する	育児との両立に無理のない仕事を母親と模索する【F】

(表3つづき)

金銭管理能力が低いことによりミルク代などが不足する問題が繰り返される可能性	福祉関係者と協働して両親の金銭管理能力を高める支援をする	家庭相談員、生活困窮者自立支援事業相談員などの関係者に、両親が金銭管理能力を高める必要性を伝え支援方法を検討する【A, E, I】 生活困窮者自立支援事業の債務整理、家計相談の利用手続きを支援する【B, E】 市町村営住宅の利用を助言する【A】 最低限の育児用品費を取り分けておくことを助言する【I】
妊娠中の健康管理が十分でなく母体や胎児の健康が妨げられる可能性	出産、育児に向き合えるよう支援する  支援が必要な妊婦に家庭訪問を行う	母親の育児への思いを引き出し把握する【F, G, H】 夫婦で協力し合って出産、育児に向き合えるよう両親学級参加を促す【B】 母体および胎児が心配という姿勢で妊婦健診の必要性を母親に伝える【B, D】  家庭相談員の情報提供により、支援が必要な妊婦を判断し虐待リスクアセスメントのための家庭訪問でアウトリーチをする【D】 連絡が途絶えた妊婦への家庭訪問を行う【F】
	妊娠・出産・育児を支援する地区担当保健師であることを伝える	妊娠・出産・育児を支援する地区担当保健師であることを伝える【G, H】
	産婦人科病院および家庭相談員などの関係者と妊娠中から連絡を取り合う	産婦人科病院に事前に特定妊婦として関わっている世帯であることを情報提供する【I】 妊娠の把握により特定妊婦として関わっていくことを家庭相談員と確認する【D, H】
養育能力が低く子どもの成長発達が妨げられる可能性	世帯に身近である民生委員および保育士などと虐待リスクを共有し見守り意識を高めてもらう  産婦人科病院および家庭相談員などの関係者と情報共有し、担う役割を明確にする	保育園に母親の育児行動や父親の就労等の変化を速やかに報告してもらえよう依頼する【I】 民生委員に世帯の虐待リスクの情報共有を行い見守り意識を高め、変化があった場合に報告してもらえよう依頼する【I】  ケース検討会で、市町村は育児支援を行い、産婦人科病院は地元小児科に紹介状を発行することを関係者で共有する【C, I】 家庭相談員は生活保護等経済面の支援を行い、保健師は養育状況や子どもの成長発達の支援を行うことを確認、共有する【C】
	母親の話を傾聴しながら、育児や生活の課題を整理して伝える	母親の話を傾聴しながら、育児や生活の課題を整理して伝える【G】
	育児環境を確認し、育児用品の不足を寄付などから工面する	育児用品の準備や育児環境を確認する【C】 育児用品の不足を寄付などから工面する【C】
	保護者不在で子どもが放置される状況を回避するために、ショートステイを利用する	保護者不在で子どもが放置される状況を回避するために、ショートステイを利用する【G】
	養育支援家庭訪問事業の利用を支援する	養育支援家庭訪問事業の適用の可能性も考え児童福祉部署保健師と同伴で家庭訪問を行う【B, F】 母親の育児支援、相談相手として養育支援訪問員に養育支援訪問を依頼する【B】
	栄養士に依頼し経済状況に合わせた個別栄養指導を行う	栄養士に依頼し経済状況に合わせた個別栄養指導を行う【E】
	子どもが成長発達の刺激を得られるよう保育園の利用を支援する	保育園の紹介や利用申請のための手続きなど保育園の利用を支援する【F】 母親の関わりだけでは子どもの生活習慣やしつけの確立が不十分であるため保育園入園を促す【A, B, I】
保健師の支援拒否や乳幼児健診未受診など母子保健サービスを利用しない可能性	自宅に近い乳幼児健診や予防接種の会場などパンフレットを用いて紹介する  連絡が途絶えた母親との連絡方法を模索する	自宅に近い乳幼児健診や予防接種の会場などパンフレットを用いて紹介する【I】  連絡が途絶えた母親との連絡方法を模索する【F】 連絡が途絶えた母親の情報を産婦人科病院から得る【I】
移動手段がないことによる母子保健医療サービスの利用困難の可能性	市町村のデマンドタクシーやNPOの移送サービスなどの利用を支援する  保健サービスの利用などの移動について家族に援助を求める	NPO移送サービス利用のための手続きを家庭相談員に依頼する【H】 デマンドタクシー利用のための登録手続きを母親と一緒に行う【A】  保健サービスの利用などの移動について家族に援助を求める【I】
母親の育児に支障が出ていることに家族が気づかない	家族が協力しなければならない内容を具体的に伝える	第2子が誕生し第1子に手をかけられない母親の状況を家族に理解してもらい【I】 子どもの清潔ケアを手伝うなど家族で協力して育児をするよう家族に伝える【I】

ライフラインが止められそうな家庭があるとの情報を基に家庭相談員との家庭訪問を行い《生活困窮者自立支援事業相談員の情報提供により、支援の必要な世帯に家庭訪問でアウトリーチをする》をしたり、〈保育園に子どもの出席状況、身なり、清潔などを確認する〉などによって《子どもの社会生活や健全な状況かを確認する》ことをしたり、〈短期間の乳児院の利用を勧める〉などによって《母親と育児用品および育児の確保を話し合う》ことをしていた。

また、〈家庭相談員などの関係者に支援が必要な世帯であることを伝え支援方法を検討する〉〈生活困窮者自立支援事業相談員との連携により家計の見直しをする〉などの《家庭相談員および生活困窮者自立支援事業相談員との連携により生活基盤を整備する》や、〈生活困窮者自立支援事業における食糧支援や児童福祉部署に備蓄されたミルクなどを工面する〉という《寄付や備蓄を利用して育児に必要な物品を提供する》をしていた。

## 2) 子どもを預けられないことにより子どもが置き去りにされる可能性

保健師は、保育園の場所や申請方法のみならず、どういう所でなにをしているのかもわからない母親に、〈自宅から通える範囲の保育園を紹介し見学を支援する〉などで《保育園選択のための情報提供や利用のための申し込みを支援する》をしていた。

## 3) 育児との両立が困難な仕事に就くことにより育児が十分にできなくなる可能性

保健師は、育児をしながら続けられない仕事を選んでしまう母親に、《育児との両立に無理のない仕事を母親と模索する》をしていた。

## 4) 金銭管理能力が低いことによりミルク代などが不足する問題が繰り返される可能性

保健師は、〈家庭相談員、生活困窮者自立支援事業相談員などの関係者に、両親が金銭管理能力を高める必要性を伝え支援方法を検討する〉〈生活困窮者自立支援事業の債務整理、家計相談の利用手続きを支援する〉などで《福祉関係者と協働して両親の金銭管理能力を高める支援をする》をしていた。

## 5) 妊娠中の健康管理が十分でなく母体や胎児の健康が妨げられる可能性

保健師は、妊娠届出週数が遅かったり妊婦健診未受診について強く指摘されることを不安に思う母親に対し、〈母体および胎児が心配という姿勢で妊婦健診の必要性を母親に伝える〉〈母親の育児への思いを引き出し把握す

る〉などで《出産、育児に向き合えるよう支援する》をしていた。また、上の子どものことに関わっていた家庭相談員からの母親が妊娠したようであるという情報提供を受け、妊娠届出を照会するとともに家庭訪問を行う〈家庭相談員の情報提供により、支援の必要な妊婦を判断し虐待リスクアセスメントのための家庭訪問でアウトリーチをする〉などで《支援が必要な妊婦に家庭訪問を行う》や、若年で妊娠や出産の知識が乏しく、シングルマザーで産み育てる気持ちが揺らいでいる妊婦に支援者として認識してもらえよう、《妊娠・出産・育児を支援する地区担当保健師であることを伝える》をしていた。そして、第1子をとおして把握している母親の養育リスクを第2子妊娠で受診する産婦人科病院と共有したり、家庭相談員が関わっている、妊娠の兆候があるのに産婦人科病院を受診しない母親に対し、《産婦人科病院および家庭相談員などの関係者と妊娠中から連絡を取り合う》をしたりしていた。

## 6) 養育能力が低く子どもの成長発達が妨げられる可能性

保健師は、両親の生活をつかみやすい立場にある保育士や民生委員に対して、生活の変化によっては不適切な養育を引き起こしかねないことを理解してもらい報告してもらえるようにするために、《民生委員および保育士などと虐待リスクを共有し見守り意識を高めてもらう》をしていた。また、〈ケース検討会で、市町村は育児支援を行い、産婦人科病院は地元小児科に紹介状を発行することを関係者で共有する〉〈家庭相談員は生活保護等経済面の支援を行い、保健師は養育状況や子どもの成長発達の支援を行うことを確認、共有する〉ことで、《産婦人科病院および家庭相談員などの関係者と情報共有し、担う役割を明確にする》をしていた。そして、パートナーとの関係が良好でなく出産、育児の準備に取りかかれないでいる母親に、《母親の話を傾聴しながら、育児や生活の課題を整理して伝える》をしたり、飛び込み分娩等で育児環境や育児用品が整っていないことが予測される母親への退院前の家庭訪問により、《育児環境を確認し、育児用品の不足を寄付などから工面する》や、シングルマザーの出産に伴う入院中の上の子どもの世話について、《保護者不在で子どもが放置される状況を回避するために、ショートステイを利用する》をしていた。さらには、夫が外国人で孤立している母親や沐浴がおぼつかず祖父母の協力もないシングルマザーに対して、《養育支援家庭訪問事業の利用を支援する》や、安くて簡単

に調理できるよう《栄養士に依頼し経済状況に合わせた個別栄養指導を行う》をしたり、〈母親の関わりだけでは子どもの生活習慣やしつけの確立が不十分であるため保育園入園を促す〉ことで、《子どもが成長発達の刺激を得られるよう保育園の利用を支援する》をしていた。

#### 7) 保健師の支援拒否や乳幼児健診未受診など母子保健サービスを利用しない可能性

保健師は、自家用車がなく行動範囲の限られている母親が乳幼児健診未受診、予防接種未接種にならないように行きやすい会場を母親といっしょに確認するために《自宅に近い乳幼児健診や予防接種の会場などパンフレットを用いて紹介する》をしていた。また、妊娠届出週数が遅い、未婚での出産などで母親が後ろめたい気持ちをもっていることで生じた支援拒否に対し、〈連絡が途絶えた母親の情報を産婦人科病院から得る〉などで《連絡が途絶えた母親との連絡方法を模索する》をしていた。

#### 8) 移動手段がないことによる母子保健医療サービスの利用困難の可能性

保健師は、公共交通手段もなく自家用車も金銭的な余裕もない妊婦や母親の医療機関までの移動手段を確保するために、《市町村のデマンドタクシーやNPOの移送サービスなどの利用を支援する》や、夫だけでなく市内に暮らす祖父母にも乳幼児健診の送迎をお願いすることで、《保健サービスの利用などの移動について家族に援助を求める》をしていた。

#### 9) 母親の育児に支障が出ていることに家族が気づかない

保健師は、第2子が産まれたことで第1子の育児に手をかけられていないにも関わらず、同居家族が母親に協力していない状況に対して、《家族が協力しなければならない内容を具体的に伝える》といったことをしていた。

## 2. 事例からみた支援課題および支援課題に対する活動内容とその結果

乳幼児をもつ生活困窮者世帯の育児に関わる支援の特徴が示されていた事例Eについて、支援課題および支援課題に対する活動内容とその結果を示す。

事例Eは、両親と、幼児期前期と生後8か月の子ども2人の世帯であった。保健師は、生活困窮者自立支援事業相談員からの「母親がお金の借り入れに来た。子どものミルクなどにも困っていそう」との情報提供で世帯を

把握した。支援課題（以下、支援課題カテゴリーを【 】で述べる）に、【子どものことにお金をかけられずに子どもの成長発達が妨げられる可能性】があり、これに対し保健師はネグレクトなどを懸念して家庭相談員と連携し〈生活困窮者自立支援事業相談員の情報提供により、支援の必要な世帯に家庭訪問でアウトリーチをする〉の同伴家庭訪問を行った。家庭訪問では、生後8か月の子どもの身体計測を行い〈子どもの成長発達が年齢相応であるかを確認する〉をした。その結果、4か月健診時と比べ体重が増えておらず、母親はミルクがないので代わりに麦茶を与えていたことがわかった。そこで保健師は、家庭相談員と調整して児童福祉部署に備蓄される粉ミルクを調達して提供し《寄付や備蓄を利用して育児に必要な物品を提供する》をした。その結果、提供されたミルクで授乳がされるようになり子どもの体重は順調に増えた。

また、両親にキャッシング・カード決済の借金があることなどから、【金銭管理能力が低いことによりミルク代などが不足する問題が繰り返される可能性】を把握した。これに対し保健師は、〈家庭相談員、生活困窮者自立支援事業相談員などの関係者に、両親が金銭管理能力を高める必要性を伝え支援方法を検討する〉によって、両親の金銭管理に係る問題の関係者間の共通理解を図った。そして、生活困窮者自立支援事業相談員と連携しながら〈生活困窮者自立支援事業の債務整理、家計相談の利用手続きを支援する〉を行った。その結果、借金の債務整理や家計相談の利用につながり、世帯の金銭管理を継続的に支援していく体制が構築された。

## V. 考 察

### 1. 乳幼児をもつ生活困窮者世帯の育児に関わる支援課題の要因

#### 1) 経済的困難

支援課題には、【子どものことにお金をかけられずに子どもの成長発達が妨げられる可能性】【子どもを預けられないことにより子どもが置き去りにされる可能性】【育児との両立が困難な仕事に就くことにより育児が十分にできなくなる可能性】があり、これらに共通する要因は、育児にお金をかけられなかったり、子どもの預け先が未定にも関わらず母親が家計のために仕事に就かなければならない経済的困難があった。経済的困難は、虐待の重要な要因と指摘されており<sup>3-5)</sup>、親は育児に向き合う余

裕がなくなる。また、世帯収入が貧困基準以下の世帯の子どもは、朝食欠食者が多く野菜の摂取頻度が低く、インスタント麺の摂取頻度が高い<sup>12)</sup>など栄養の問題が生じ、妊娠時には、妊婦健診未受診となることも多い<sup>13)</sup>というように健康行動に影響することで子どもの健全な成長発達や母体の健康の妨げとなる。

本研究でも、経済的困難によって、乳児にミルクを十分与えられず体重増加不良を招いていたり、妊婦健診未受診となり適切な妊娠・出産のための行動をとれなかったり、生活費を確保するための仕事で育児と両立できないなど、経済的困難を背景とした子どもの成長発達や保健医療サービス利用など出産・育児への影響があったことから、経済的困難による妊娠・出産・育児への影響をとらえた支援が重要となる。

### 2) 生活能力の低さ

支援課題の【金銭管理能力が低いことによりミルク代などが不足する問題が繰り返される可能性】には、育児用品費を考えずにお金を使う、収入に見合わない賃貸アパートに暮らすといった金銭管理能力を中心とした生活能力の低さが要因としてあった。

不適切な養育を受けた子どもは、社会的行動に関する能力がいちじるしく低い<sup>14)</sup>。事例のなかには、子ども時代にネグレクトを受けていたなど被虐待歴のある母親が2事例あり、このような育ちをもつ親は、日常生活に必要なスキルを学ぶチャンスが少なかったと推測される。親の行動に一貫性がなく無秩序で混沌としたネグレクト家庭で育つことで、一人前の大人になるために必要不可欠な能力の獲得がむずかしい<sup>15)</sup>ともいわれ、そのため金銭管理能力も低くなってしまわないかと思われた。また、仮に母親の生活能力が低くても父親や同居家族の生活能力が高ければ改善も考えられるが、本研究においては家族全体の生活能力が低かったことから、世帯全体の生活能力をアセスメントし、育児への影響をとらえた支援が重要となる。

### 3) 妊娠中の健康管理力や養育能力の低さ

支援課題には、【妊娠中の健康管理が十分でなく母体や胎児の健康が妨げられる可能性】【養育能力が低く子どもの成長発達が妨げられる可能性】【保健師の支援拒否や乳幼児健診未受診など母子保健サービスを利用しない可能性】があり、これらに共通する要因には、妊婦健診未受診、育児の仕方がわからないといった妊娠中の健康管理力や養育能力の低さがあつた。不適切な養育を受けた母親は、自分の子どもに対する「共感の欠如」など自分

自身も不適切な養育をしてしまうことが報告されており<sup>16)</sup>、子ども時代にきちんとした親のモデルをもっていなかった結果として低い養育能力しかもてない<sup>15)</sup>ことや、それまでの生活のなかで健康に関する知識や判断力を十分に得られる機会がなかった<sup>17)</sup>ことが考えられる。

本研究でも、妊娠届出週数が遅い、未婚での出産などで母親が後ろめたい気持ちをもつことからの支援拒否がみられたり、そのような経過から子どもの乳幼児健診未受診や予防接種未接種が予測され妊婦と胎児の健康や子どもの成長発達への影響が考えられ、健康管理力や養育能力による妊娠・出産・育児への影響をとらえた支援が重要となる。

### 4) 移動手段の欠如

支援課題の【移動手段がないことによる母子保健医療サービスの利用困難の可能性】には、自家用車がなく公共交通機関もないため妊婦健診を受診できない、乳幼児健診を受診できないという移動手段の欠如が要因としてあつた。乳幼児健診未受診理由に、交通手段がないことがある<sup>18)</sup>。

自家用車、公共交通機関以外には、タクシー利用もあるが、生活困窮にあることでタクシー代を捻出する余裕はなく、結果的に母子保健医療サービス利用の行動に影響がでていた。経済的困難の要因と移動手段の欠如の要因は強く結びついており、移動手段と妊婦や子どもの健康管理への影響をとらえた支援が重要となる。

## 2. 乳幼児をもつ生活困窮者世帯の児童虐待を予防するための保健師の活動方法への示唆

活動内容の結果から示唆される乳幼児をもつ生活困窮者世帯の児童虐待を予防するための保健師の活動方法について以下に述べる。支援課題の要因である「経済的困難」は、「妊娠中の健康管理力や養育能力の低さ」「生活能力の低さ」「移動手段の欠如」と重なっており、これらが重なることで不適切な養育となり虐待リスクが高まり、社会資源へのアクセスが遮断されやすく母児の健康管理に影響する。

生活困窮者は、健康リテラシーレベルが低い<sup>19)</sup>など健康管理力が低く、そのことが養育能力として育児にも影響している。保健師は、経済的困難に加えて他の要因が重なっていないかアセスメントして支援の必要性を判断する必要がある。養育問題の背景に経済的困難がないかを積極的に把握しなければならない。潜在的支援ニーズをもつ生活困窮者は、母子保健の関わりだけでは把握

が困難であり、申請主義的な福祉制度のもとでは生活保護受給者のように把握することができず、コーディネートしていく存在がなければサービスから排除されてしまう。そのため、母子手帳交付時はもちろんのこと、ひとつの事例への支援でつながった社会福祉協議会やNPOといった福祉部署など関係機関とのネットワークを、日常的な情報共有や連絡調整を重ねて他の事例においても生かしていくことで確実な連携体制にし、アウトリーチできるようにしていくことが必要である。

### 3. 本研究の限界

本調査は、A県内の保護率上位10市町村の保健師のみを対象としており、対象者が限られているため一般的な適用についての限界がある。乳幼児をもつ生活困窮者世帯を支援する保健師の活動基盤は各市町村により異なっていると考えられるため、今後は、より広い範囲で生活困窮者世帯を支援する保健師の活動の実態を明らかにし、見いだされた活動基盤のパターンごとに活動体制も含めた活動方法を検討することで研究を発展させていく必要がある。

## VI. 結 論

支援課題の「経済的困難」の要因は、「妊娠中の健康管理力や養育能力の低さ」「生活能力の低さ」「移動手段の欠如」と重なっており、これらが重なることで不適切な養育となり虐待リスクが高まり、社会資源へのアクセスが遮断されやすく母児の健康管理に影響する。保健師は、養育問題の背景に経済的困難がないかを積極的に把握しなければならない。また、生活困窮者は把握がむずかしいため、母子手帳交付時はもちろんのこと、福祉部署など関係機関の情報からアウトリーチできるよう、社会福祉協議会やNPOなどとの連携体制をつくる必要がある。

#### 【利益相反】

本研究に関し開示すべきCOIはない。

#### 【謝辞】

本研究にご協力いただきました市町村保健師のみなさまに深く感謝いたします。

#### 【文献】

1) 厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課：子ども虐待による死

亡事例等の検証結果等について（第14次報告）、平成29年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数及び平成29年度「居住実態が把握できない児童」に関する調査結果。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000173365\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000173365_00001.html)（2019年3月24日）。

- 2) 一瀬 篤：「妊娠・出産包括支援事業」とは地域でつくる包括的母子保健の未来；“切れ目ない”妊娠・出産・育児支援をめざして。保健師ジャーナル，72(1)：8-13，2016。
- 3) 橋本浩子・谷 洋江・二宮恒夫：周産期からの子ども虐待予防に関する全県の取り組みの現状と課題；産科病院，市町村母子事業において把握されたリスク因子の比較を通して。子どもの虐待とネグレクト，16(2)：151-158，2014。
- 4) 丸山朋子・逸見尚子・野間治義他：当センター出生の社会的ハイリスク新生児261例の実態と虐待との関連性。日本周産期・新生児医学会雑誌，51(3)：1039-1045，2015。
- 5) 田上幸治・松井 潔・山本敦子：当センターで経験した被虐待症例のカテゴリー別リスク因子の検討。日本小児科学会雑誌，116(8)：1219-1222，2012。
- 6) 大場千佳：母子保健と小児保健による虐待予防；北海道の母子保健活動における虐待予防の取り組み。子どもの虐待とネグレクト，11(3)：288-297，2009。
- 7) 有本 梓・岩崎りほ・尾形玲美他：ネグレクトのリスクを持つ家庭に対する保健師による個別支援の方法。横浜看護学雑誌，6(1)：15-22，2013。
- 8) 有本 梓・田高悦子：児童虐待に対する保健師による活動内容と課題に関する文献検討。日本地域看護学会誌，17(2)：45-54，2014。
- 9) 尾形玲美・有本 梓・村嶋幸代：児童虐待ハイリスク事例に対する個別支援時の行政保健師による保育所保育士との連携内容。日本地域看護学会誌，14(1)：20-29，2011。
- 10) 丸谷美紀：生活保護相談員として配置された保健師の活動事例における公衆衛生看護の機能。日本地域看護学会誌，12(1)：80-86，2009。
- 11) 永江尚美：中堅期保健師の人材育成に関するガイドラインおよび中堅期保健師の人材育成に関する調査研究報告書。  
[http://www.nacphn.jp/03/pdf/2011\\_nagae.pdf](http://www.nacphn.jp/03/pdf/2011_nagae.pdf)（2019年3月24日）。
- 12) 裕野佐也香・中西明美・野末みほ他：世帯の経済状態と子どもの食生活との関連に関する研究。栄養学雑誌，75(1)：19-28，2017。
- 13) 小野良子・安田立子・山本瑠美子他：当院における未受診妊婦の周産期予後の検討。産婦人科の進歩，64(3)：300-307，2012。
- 14) 田中陽子・長友真実・前田直樹他：児童養護施設における被虐待児への心理的ケアに関する研究(2)。九州保健福祉大学研究紀要，7：103-112，2006。
- 15) エリザベス・A・W・シーガル：家族の評価。坂井聖二(訳)，子どもの虐待防止センター(監)，虐待された子ども；ザ・バタード・チャイルド，329-377，明石書店，東



- 京, 2003.
- 16) Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL: Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18 (3): 623-649, 2006.
- 17) 門田加奈: 生活困窮者自立相談支援事業と保健師の役割. 藍野学院紀要, 29: 75-80, 2017.
- 18) 中村こず枝・高遠幸子・桜井育子他: 保健活動の対象を捉えなおす; 全体を把握して対象を特定した事例; ②10か月児健康診査が未受診の家庭を訪問して. 保健師ジャーナル, 62 (3): 212-215, 2006.
- 19) Bo A, Friis K, Osborne RH, et al.: National indicators of health literacy; ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 14: 1095, 2014.

## ■ Research Report ■

### Issues in Nursing Interventions for Needy Households with Infants and Nursing Activities by Municipal Public Health Nurses

Chiharu Yamagata<sup>1)</sup>, Sanae Haruyama<sup>2)</sup>

1) Jichi Medical University, Graduate School of Nursing

2) Jichi Medical University, School of Nursing

**Purpose:** To reveal the activities and issues of nursing interventions targeting parents at parents at high risk of committing child abuse in low-income households. To examine the ways municipal public health nurses (PHNs) work in supporting pregnancy, childbirth, and childrearing, as well as preventing child abuse.

**Method:** Using a qualitative and descriptive research design, research subjects were selected by PHNs who have achieved success in nursing interventions for the poor with infants. We asked nine PHNs in management roles, with the number of welfare recipients in the top ten municipalities to select research subject candidates. Data was collected via semi-structured interviews.

**Results:** We analyzed nine cases from PHNs. Nine issues were identified regarding nursing intervention for the poor with infants, whereas 25 nursing activities were classified. Categories included “a possibility of children’s development being hindered because of lack of money for childrearing” and “outreach to households in need of support based on information from counselors for self-reliance projects for the poor.”

**Discussion:** “Financial difficulty” is the primary factor for support and often comes with “low health management ability during pregnancy and low childcare ability,” “low capacity of leading a normal life,” and “lack of transportation.” Improper childcare occurs when these factors come together. Furthermore, PHNs need to evaluate whether other factors overlap with one another or not, as well as evaluate financial difficulties and decide on necessary support. PHNs must actively grasp whether there are any financial difficulties behind the childcare problem.

---

**Key words :** needy households, childcare support, child abuse prevention, municipal public health nurses, nursing activities

## 訪問看護新規利用者の訪問看護開始期における 緊急対応が発生する要因

福田由紀子<sup>1)</sup>, 島内 節<sup>2)</sup>, 藤原奈佳子<sup>1)</sup>

### 抄 録

**目的：**訪問看護新規利用者の訪問看護開始期における緊急対応が発生する要因を明らかにする。緊急対応の定義は、療養者・家族の要望により、計画以外の緊急訪問看護（緊急訪問）や電話相談で対応（電話対応）したこととした。

**方法：**訪問看護開始日～14日間に緊急対応が発生した訪問看護新規利用者の2015年10月～2016年9月のカルテ調査である。調査施設は訪問看護ステーション15か所である。調査内容は緊急対応の内容、社会資源等である。分析方法は、緊急対応の要因を明らかにするため訪問看護開始日から7日（1週目）と8日～14日（2週目）に分け、 $\chi^2$ 検定、緊急対応の有無を従属変数とするロジスティック回帰分析を用いた。

**結果：**緊急対応した新規利用者は95人（緊急対応発生率16.3%）であり、緊急訪問60人（63.2%）、電話対応35人（36.8%）であった。対応時期は1週目に緊急訪問、電話対応とも有意に多かった（ $P<0.02$ ）。緊急訪問に影響を及ぼす要因として1週目では、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上（オッズ比10.09：95%信頼区間1.27-81.11）、2週目は、医療処置の実施（3.87：1.06-14.12）であった。

**考察：**緊急訪問の発生要因は1週目では認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上で10倍、2週目は医療処置の実施で10倍のリスク要因であった。認知レベルを評価し早期に情報を共有すること、医療処置については教育・支援を行うことで緊急訪問の発生を減少させることが示唆された。

【キーワード】緊急訪問，訪問看護，訪問看護開始期，訪問看護新規利用者

日本地域看護学会誌，23（1）：42-51，2020

### I. 緒 言

2025年には65歳人口が3,677万人に達すると見込まれ<sup>1)</sup>、在宅で療養する高齢者が増加し、退院後の医療管理や介護を要する高齢者が増えるとされている。さらに、高齢者の単独世帯や夫婦世帯が増え、家族介護者のマンパワーが低下し、問題発生や緊急時の対応力が低くなることは容易に推察できる。また、在宅ケアの充実に伴い、

末期がん患者や医療依存度が高い療養者の在宅療養が可能になった。その一方、患者・家族ともに緊急時の対応・病状悪化に対する不安といった問題が残されている<sup>2-4)</sup>。訪問看護ステーションは緊急の対応のため「24時間連絡対応体制加算」や「緊急時訪問看護加算」を活用して、緊急時の対応に24時間対応している。この療養初期にあたる訪問看護開始期の緊急対応に適切に対応すること、さらには緊急対応が起らないよう看護することは、在宅療養を継続し生活の安定を図るための重要な条件となると考える。

訪問看護における緊急対応の研究は、在宅療養継続には緊急体制の確保・整備が必要なこと、24時間の支援

受付日：2019年6月17日／受理日：2020年1月23日

1) Yukiko Fukuta：人間環境大学大学院看護学研究科

2) Setsu Shimanouchi：日本在宅ケア教育研究センター

1) Nakako Fujiwara：人間環境大学大学院看護学研究科

体制により安心と安全が確保できることの体制整備と異常の早期発見と対応が必要であること<sup>5)</sup>、看護師の緊急時訪問などが家族の不安感軽減となっていること<sup>6)</sup>が報告されており、訪問看護の緊急対応が不安感軽減につながっている。訪問看護開始期に関する研究は、本人や家族のストレスが高まり、問題が生じやすいこと<sup>7)</sup>、医療依存度の高い療養者・家族から、緊急連絡を受けることが多いこと<sup>8)</sup>が明らかとなっている。実際に問題となる緊急対応は、本人の状態の急変以外に退院調整などのシステム上の問題が起こっていることが報告されている<sup>9)</sup>。しかし、訪問看護開始期での緊急対応の発生要因を明らかにした研究は少ない。

訪問看護開始期には、療養生活環境の変化や症状の変化に本人や家族も対応ができず緊急対応が多くなると考えられる。開始期をうまく乗り越えられないと在宅の継続が困難になり入院を繰り返すことになる。また、ケアにあたる訪問看護師は新規利用者のため情報収集に時間を要し、訪問看護開始期に緊急対応がどのような要因で発生するのかを明らかにすることができれば、訪問看護師が開始期の特性に応じた緊急対応に適切に対応することができ、在宅療養を継続し、療養生活の安定を図ることができると考える。

そこで本研究は、訪問看護開始1週目と2週目の発生時期に着目し、訪問看護新規利用者の緊急対応が発生する要因を明らかにすることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 用語の操作的定義

訪問看護開始期：訪問看護開始日～14日間。

緊急対応：療養者または家族の要望により、緊急訪問や電話対応で対応したこと。

緊急訪問：療養者または家族からの要望により、計画されていた訪問看護以外で緊急に訪問し看護を実施すること。

電話対応：療養者または家族からの電話相談で対応すること。

### 2. 調査対象

2015年10月～2016年9月に訪問看護ステーション15施設において新規に契約した40歳以上の訪問看護新規利用者（以下、新規利用者）である。観察期間は、島内らの研究<sup>7)</sup>より訪問看護開始日から14日間（以下、訪

問看護開始期）とした。

調査施設としたA法人訪問看護ステーション15か所の訪問看護ステーションは、A市における高齢者等の在宅療養のための基盤整備を図り、保健・医療・福祉サービス水準の向上を目的として1995年9月に設立された。A市全区に訪問看護ステーションを開設し、訪問看護事業、居宅介護支援事業、地域包括支援事業を提供している。

今回の研究では、訪問看護師の教育・研究等が調査に影響すると考え、訪問看護の理念や訪問看護師の教育・研修等が同じであるA法人事業所の訪問看護ステーション15か所とした。

### 3. 調査方法と調査内容

調査方法は、厚生労働省から示され全国で共通して利用されている訪問看護指示書、訪問看護計画書、緊急対応記録を利用した後向き横断調査である。訪問看護指示書は訪問看護師、訪問看護計画書、緊急対応記録の情報収集は研究者が実施した。

調査内容は、緊急対応日、緊急対応の方法、緊急対応の内容である。対象者については、年齢、性別、病名、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準<sup>10)</sup>、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準<sup>11)</sup>、医療処置、医師の指示、社会資源である。施設調査として、利用者数、緊急体制である。

緊急対応の内容は、日本版在宅ケアアウトカムツールとこれまでの緊急対応に関する研究<sup>7, 8), 12-14)</sup>から緊急対応の内容を抽出し、身体症状に関すること、精神症状に関すること、医療処置に関すること、薬に関すること、介護に関すること、事故・アクシデントの7項目とした。

ここで用いた日本版在宅ケアアウトカムツールは、島内ら<sup>15)</sup>によりアメリカでPeter W Shaughnessy<sup>16)</sup>が開発したアセスメントツールOASIS (Outcome Assessment Information Set) の評価指標と評価方法を参考にわが国の在宅サービスの質の評価のため開発されたものである。データ収集期間は2016年10月～2017年2月である。

### 4. 分析方法

緊急対応の状況を把握するため訪問看護開始日から7日（以下、1週目）と8日から14日（以下、2週目）に分け、電話対応と訪問看護対応を二項検定により分析した。また、緊急対応の発生に関連する要因を明らかにするた

め、従属変数を緊急対応発生の「なし」を0, 「あり」を1とし、単変量解析として $\chi^2$ 検定, およびFisherの直接確率検定を用いた。そのうえで、 $P < 0.250$ の関連性のみられた変数を年齢で調整し、ステップワイズ減少法( $p \geq 0.100$ にて除外)によるロジスティック回帰分析を用いた。

統計処理には、SPSS Statistics ver.25 (IBM社)を用いて、統計的有意水準は5%未満とした。

## 5. 倫理的配慮

訪問看護ステーション管理者、訪問看護師に研究目的と訪問看護指示書からの記載のための時間が必要であること等の方法を説明のうえ、文書で同意を得た。さらに、受け持ち訪問看護師より、新規利用者へ研究の参加・協力は自由意思であり、それによって対象者が不利益を被ることはいっさいないこと、データは研究の目的以外では使用せず、個人が特定されることは決してないこと、研究データの取り扱い方法、学会・論文等で結果を公表することを文書と口頭で説明し、新規利用者の研究同意を得た。研究に必要な情報はすべて匿名化後に活用し、厳重に管理・保管を行った。本研究は、人間環境大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認年月日: 2016年9月13日, 承認番号: UHE-201618号)。本研究において開示すべき利益相反はない。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 対象者の基本属性

調査した訪問看護ステーション15施設の調査期間の新規利用者は1,235人、1か月の平均利用者数は $123.9 \pm 43.3$ 人であった。新規利用者1,235人のうち24時間連絡対応体制、緊急時訪問看護の登録者は584人(47.3%)であり、訪問看護開始日～14日間に初回の緊急対応発生があった新規利用者は95人(緊急対応発生率16.3%)であった(図1)。

調査施設のすべてに24時間の電話対応・訪問体制をとっており、「緊急時の対応・連絡方法」「事故発生予防の手順書」は整備されていた。

調査対象者95人は、女性51人(53.7%)、平均年齢は $77.6 \pm 11.8$ 歳であり、75歳以上が64人(67.4%)であった。医療処置の実施は60人(63.2%)、71件(複数回答)であった。医療処置の多かった内容は、膀胱留置カテーテル20件、在宅中心静脈栄養法18件であった(表1)。

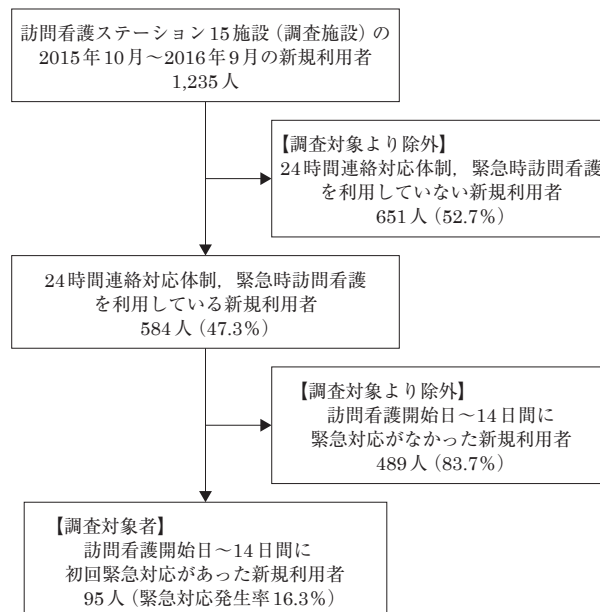


図1 調査対象者の選定

訪問看護指示書による医師からの療養生活上の指示内容(複数回答)は、医療処置の援助・管理54件、リハビリテーション38件、褥瘡等の処置23件であった。主疾患はがん54人(56.8%)であり、内訳は肺がん13人(13.7%)、次いで胃がん、大腸がん9人(9.5%)であった。非がんは41人(43.2%)であり、脳梗塞8人(8.4%)がもっとも多く、次いで認知症、心不全6人(6.3%)であった(表2)。

### 2. 初回緊急対応の発生状況

訪問看護開始から14日間の初回対応をした95人は緊急訪問が60人(63.2%)、訪問せず電話のみでの対応が35人(36.8%)であった。緊急対応の比較は緊急訪問を実施した60人は、1週目43人(71.7%)、2週目17人(28.3%)であり、訪問看護開始1週間の緊急訪問が有意に多かった(二項検定:  $p = 0.001$ )。電話のみの対応は1週目25人(71.4%)、2週目10人(28.6%)であり、訪問看護開始1週間の電話のみの対応が有意に多く同じ傾向であった(二項検定:  $p = 0.020$ ) (表3)。緊急訪問と電話のみの対応で重複している利用者はいない。

### 3. 緊急対応の内容

緊急訪問の内容(複数回答)は、身体症状に関すること40件(66.7%)、医療ケアに関すること16件(26.7%)、介護に関すること、事故・アクシデント3件(5.0%)、薬に関すること、精神症状に関すること1件(1.7%)と

表1 対象者の背景

N = 95

項目	人数 (平均)	% (SD)
平均年齢	(77.6)	(11.8)
年齢階級		
40歳-65歳未満	11	11.6
65歳以上-75歳未満	20	21.0
75歳以上	64	67.4
性別		
男性	44	46.3
女性	51	53.7
家族形態		
単独世帯 (独居)	21	22.1
夫婦のみの世帯	32	33.7
その他の世帯	42	44.2
障害高齢者の日常生活自立度		
J・A	29	30.5
B	23	24.2
C	40	42.1
未回答	3	3.2
認知症高齢者の日常生活自立度		
自立	27	28.4
I・II	42	44.2
III・IV	19	20.0
M	3	3.2
不明	4	4.2
要介護度		
要支援1-要介護1	20	21.0
要介護2・3	26	27.4
要介護4・5	33	34.7
申請中	7	7.4
未申請	9	9.5
医療処置		
あり	60	63.2
なし	35	36.8
医療処置内容 (複数回答) 71件	件数	%
膀胱留置カテーテル	20	28.2
在宅中心静脈栄養法	18	25.4
在宅酸素療法	9	12.7
注射 (筋注皮下注静注点滴)	6	8.5
人工肛門	7	9.9
真皮を越える褥瘡	3	4.2
人工膀胱	1	1.4
自己導尿	1	1.4
自己注射	1	1.4
在宅持続陽圧呼吸法	1	1.4
気管切開指導管理	1	1.4
気管カニューレ	1	1.4
ドレーンチューブ	1	1.4
経管栄養法 (胃ろうを含む)	1	1.4

身体症状に関することがもっとも多かった (表4)。

電話対応の内容 (複数回答) は、身体症状に関すること20件 (57.1%)、医療処置に関すること9件 (25.7%)、介護に関すること6件 (17.1%)、薬に関すること4件

表2 主疾患の詳細

N = 95

疾患	人数	%
がん	54	56.8
肺がん	13	13.7
胃がん	9	9.5
大腸がん	9	9.5
すい臓がん	4	4.2
乳がん	3	3.2
悪性リンパ腫	2	2.1
肝臓がん	2	2.1
食道がん	2	2.1
腎臓がん	2	2.1
膀胱がん	2	2.1
皮膚がん	1	1.1
下咽頭がん	1	1.1
子宮がん	1	1.1
前立腺がん	1	1.1
胆のうがん	1	1.1
白血病	1	1.1
非がん	41	43.2
脳梗塞	8	8.4
認知症	6	6.3
心不全	6	6.3
肺炎	4	4.2
大腿骨転子部骨折	3	3.2
パーキンソン病	2	2.1
筋萎縮性側索硬化症	2	2.1
脊髄損傷	2	2.1
うつ病	2	2.1
慢性閉塞性肺疾患	1	1.1
ギランバレー症候群	1	1.1
肝硬変	1	1.1
胃潰瘍	1	1.1
腎不全	1	1.1
糖尿病	1	1.1

(11.4%)、精神症状に関すること1件 (2.9%) であった (表5)。

#### 4. 緊急対応の発生に関連する要因

緊急対応は、1週目が2週目よりも有意に多く発生していた ( $p=0.001$ )。その結果から、1週目と2週目には、緊急対応が発生する要因に違いがあると仮説を立て、訪問対応が必要であった利用者を1週目と2週目に分け、時期の違いによる緊急対応が発生する要因を検討した。1週目で緊急訪問対応した利用者は43人、2週目で緊急訪問対応した利用者は29人であった。60人の基本属性、医師の指示内容、社会資源を単変量解析し、独立変数を選択した。ロジスティック回帰分析に使用した変数は、単変量解析で  $p<0.250$  の項目とした。1週目は認知症高齢者の日常生活自立度 ( $p=0.050$ )、医療処置の有無 ( $p=0.247$ )、訪問看護の回数 ( $p=0.228$ ) の3変数とし

表3 初回の緊急対応の状況

N = 95

緊急対応の状況	初回の緊急対応の発生時期				p値 <sup>a)</sup>
	1週目：訪問看護開始～7日		2週目：8日～14日		
	人数	%	人数	%	
緊急訪問 <sup>b)</sup> (N=60)	43	71.7	17	28.3	0.001
電話のみの対応 <sup>b)</sup> (N=35)	25	71.4	10	28.6	0.020

a) 二項検定

b) 利用者の重複なし

表4 緊急訪問で対応した内容(複数回答含む)

N = 60

内容	件数	%
身体症状に関すること	40	66.7
消化器症状	11	27.5
痛み	7	17.5
呼吸苦・呼吸困難	5	12.5
意識レベルの低下	5	12.5
心肺停止状態	4	10.0
倦怠感	4	10.0
胸部症状・不整脈	1	2.5
悪寒	1	2.5
尿閉	1	2.5
痙攣	1	2.5
医療ケアに関すること	16	26.7
点滴・中心静脈栄養	8	50.0
導尿・泌尿器系の処置	3	18.8
人工肛門・人工膀胱の管理	2	12.5
排便・洗腸	1	6.3
在宅酸素療法・酸素吸入	1	6.3
気管内吸引	1	6.3
介護に関すること	3	5.0
転倒など事故・アクシデント	3	5.0
精神症状に関すること	1	1.7
薬に関すること	1	1.7

た。2週目は認知症高齢者の日常生活自立度 ( $p=0.204$ )、医療処置の有無 ( $p=0.140$ )、点滴指示の有無 ( $p=0.037$ )、訪問看護の回数 ( $p=0.129$ )、訪問看護以外の訪問サービスの利用 ( $p=0.205$ ) の5変数とした(表6)。

従属変数を緊急訪問の発生の「なし」を0, 「あり」を1とし、上記の手順で選択した変数を年齢で調整したステップワイズ減少法で検討した。訪問看護開始期の1週目では、緊急訪問の発生に影響を及ぼす要因として、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上が緊急訪問の発生にもっとも強く影響しており、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の利用者としてⅡ以下の利用者を比べたオッズ比は10.09であった(95% CI: 1.27–81.11,  $p=0.028$ )。次いで、計画訪問看護を週2回以上実施した利用者は週

表5 電話相談で対応した内容(複数回答含む)

N = 35

内容	件数	%
身体症状に関すること	20	57.1
医療処置に関すること	9	25.7
介護に関すること	6	17.1
薬に関すること	4	11.4
精神症状に関すること	1	2.9

1回の訪問看護利用者として比べてオッズ比は0.13であった(95% CI: 0.02–0.92,  $p=0.042$ )。このモデルのHosmer-Lemeshow検定結果は $p=0.915$ で適合していることが示され、予測値と実測値の判別率の中率は80.0%であった(表7)。

2週目で緊急訪問の発生に影響を及ぼす要因は、点滴の指示の有無がもっとも強く影響しており、医師からの点滴の指示がある利用者として指示のない利用者として比べたオッズ比は4.44であった(95% CI: 1.05–18.69,  $p=0.042$ )。次いで、医療処置がある利用者として医療処置がない利用者として比べたオッズ比は3.87(95% CI: 1.06–14.12,  $p=0.040$ )であった。認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の利用者は認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以下の利用者として比べたオッズ比は0.21であった(95% CI: 0.04–0.94,  $p=0.042$ )。このモデルのHosmer-Lemeshow検定結果は $p=0.761$ で適合していることが示され、予測値と実測値の判別率の中率は70.0%であった。独立変数においてステップワイズ法にて除外された変数は、計画訪問看護の回数、訪問看護以外の訪問サービスの2変数であった(表8)。

#### IV. 考 察

本研究は、訪問看護新規利用者を対象に訪問看護開始1週目と2週目の発生時期に着目し、緊急対応の発生要因を検討する探索的研究である。その結果、訪問看護開

表6 緊急訪問発生に関連する要因(単変量解析)

N = 60

項目	1週目：訪問看護開始～7日				p値	2週目：8日～14日				p値
	緊急訪問あり N = 43		緊急訪問なし N = 17			緊急訪問あり N = 29		緊急訪問なし N = 31		
	人数	%	人数	%		人数	%	人数	%	
基本属性										
性別										
男	21	48.8	9	52.9	0.774 <sup>a)</sup>	16	55.2	14	45.2	0.438 <sup>a)</sup>
女	22	51.2	8	47.1		13	44.8	17	54.8	
年齢										
75歳未満	13	30.2	4	23.5	0.755 <sup>b)</sup>	3	10.3	4	12.9	1.000 <sup>b)</sup>
75歳以上	30	69.8	13	76.5		26	89.7	27	87.1	
主疾患										
がん	22	51.2	8	47.1	0.774 <sup>a)</sup>	13	44.8	17	54.8	0.438 <sup>a)</sup>
非がん	21	48.8	9	52.9		16	55.2	14	45.2	
家族形態										
独居	9	20.9	5	29.4	0.511 <sup>b)</sup>	6	20.7	9	29.0	0.456 <sup>a)</sup>
独居以外	34	79.1	12	70.6		23	79.3	22	71.0	
障害高齢者の日常生活自立度										
自立度J-B	27	62.8	13	76.5	0.375 <sup>b)</sup>	14	48.3	17	54.8	0.611 <sup>a)</sup>
自立度C	16	37.2	4	23.5		15	51.7	14	45.2	
認知症高齢者の日常生活自立度										
正常-II	30	69.8	16	94.1	0.050 <sup>b)</sup>	23	79.3	20	64.5	0.204 <sup>a)</sup>
III-M	13	30.2	1	5.9		6	20.7	11	35.5	
要介護度										
自立-要介護3	27	62.8	11	64.7	0.890 <sup>a)</sup>	18	62.1	20	64.5	0.844 <sup>a)</sup>
要介護4・5	16	37.2	6	35.3		11	37.9	11	35.5	
排泄ケア										
あり	12	27.9	6	35.3	0.574 <sup>a)</sup>	10	34.5	10	32.3	0.855 <sup>a)</sup>
なし	31	72.1	11	64.7		19	65.5	21	67.7	
医療処置										
あり	34	79.1	11	64.7	0.247 <sup>a)</sup>	24	82.8	16	51.6	0.140 <sup>b)</sup>
なし	9	20.9	6	35.3		5	17.2	15	48.4	
医師の指示										
療養生活指導										
あり	30	69.8	11	64.7	0.418 <sup>a)</sup>	21	72.4	23	74.2	0.876 <sup>a)</sup>
なし	13	30.2	6	35.3		8	27.6	8	25.8	
点滴指示										
あり	17	39.5	4	23.5	0.369 <sup>b)</sup>	14	48.3	7	22.6	0.037 <sup>a)</sup>
なし	26	60.5	13	76.5		15	51.7	24	77.4	
社会資源										
訪問看護の回数										
1回/週	15	34.9	3	17.6	0.228 <sup>b)</sup>	4	13.8	10	32.3	0.129 <sup>b)</sup>
2回以上/週	28	65.1	14	82.4		25	86.2	21	67.7	
訪問看護以外の訪問サービス										
あり	18	41.9	8	47.1	0.714 <sup>a)</sup>	15	51.7	11	35.5	0.205 <sup>a)</sup>
なし	25	58.1	9	52.9		14	48.3	20	64.5	

a)  $\chi^2$ 検定

b) Fisherの直接確率検定

始1週目は2週目に比べ、緊急対応が有意に多く、身体症状に関する事で多くの緊急訪問、電話対応を実施していた。さらに、緊急対応が発生する要因として1週目は、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の利用者は約10倍、2週目は医療処置や点滴を実施している利用者は約4倍の緊急対応が発生する要因となっていることを

明らかにしたことは新たな知見である。

## 1. 緊急対応の状況

新規利用者は、1週目では緊急訪問対応は43人(71.7%) ( $p=0.001$ )、電話対応は25人(71.4%) ( $p=0.020$ )と2週目よりも有意に多く対応していた。今回、

表7 1週目(訪問看護開始～7日)の緊急訪問に関連する要因  
N = 60

項目	AOR	95% CI (下限-上限)	p値
認知症高齢者の日常生活自立度			
正常-II	1.00		0.028
III-M	10.09	(1.27-81.11)	
計画訪問看護の回数			
1回/週	1.00		0.042
2回以上/週	0.13	(0.02- 0.92)	

Hosmer-Lemeshow 検定:  $p = 0.915$ 

判別率: 80.0%

従属変数: 緊急訪問対応の「なし」=0, 「あり」=1

ステップワイズ減少法によるロジスティック回帰分析, 除外:  $p \geq 0.100$ 

独立変数においてステップワイズ法にて除外された変数: 医療処置の有無

AOR: Adjusted Odds Ratio, CI: Confidence interval

1週目に緊急訪問, 電話対応を多く実施していることが明らかとなった。これは, 1週目に認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の利用者が13人(30.2%)と2週目より多いためと考えられる。在宅療養継続には, 緊急体制の確保, 24時間の支援体制で安心と安全の確保, 異常の早期発見と対応が重要と報告されている<sup>17-19)</sup>。緊急対応を抑え在宅療養の生活の安定のためには, 緊急対応が多かった訪問看護開始から7日間のケアがもっとも重要であることが示唆された。特に訪問看護開始から7日間に訪問する回数を増やす, 電話相談を実施する, 多職種との情報交換等の連携を積極的に行うことで緊急対応が必要となる状況を早めに察知できると考える。

## 2. 緊急訪問発生に関連する要因

1週目で緊急訪問が発生する要因は, 認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の利用者のオッズ比は10.09(95% CI: 1.27-81.11)であり, 認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以下の利用者とは比べて, 緊急訪問のリスクが10倍高くなることが明らかとなった。

認知症の人は2025年には約700万人と推計され, 今後さらに増加することが予測されている<sup>20)</sup>。また, 医療費高騰を抑制するため, 2025年には, 病床数を最大20万削減し, 30万人を自宅や介護施設での治療に切り替える施策を進めている<sup>21)</sup>。しかし, 医療機関退院後の高齢者が希望する療養場所は「家庭」がもっとも多く, 75歳以上でも約7割となっており<sup>22)</sup>。在宅で生活する認知症高齢者, 重度の要介護者の増加や在宅看取り, 医療ニーズの高い人が大幅に増えることが推察できる。

このような予測のなかで, 訪問看護開始期に必要な支

表8 2週目(8日～14日)の緊急訪問に関連する要因  
N = 60

項目	AOR	95% CI (下限-上限)	p値
認知症高齢者の日常生活自立度			
正常-II	1.00		0.043
III-M	0.21	(0.04- 0.94)	
医療処置			
なし	1.00		0.040
あり	3.87	(1.06-14.12)	
点滴の指示			
なし	1.00		0.042
あり	4.44	(1.05-18.69)	

Hosmer-Lemeshow 検定:  $p = 0.761$ 

判別率: 70.0%

従属変数: 緊急訪問対応の「なし」=0, 「あり」=1

ステップワイズ減少法によるロジスティック回帰分析, 除外:  $p \geq 0.100$ 

独立変数においてステップワイズ法にて除外された変数: 計画訪問看護の回数(週1回/週2回以上), 訪問看護以外の訪問サービスの有無

AOR: Adjusted Odds Ratio, CI: Confidence interval

援として, 認知症高齢者の日常生活自立度判定がⅢ以上の高齢者の退院時には, 必ず退院前カンファレンスを開催する。そして, 入院中の状況や環境変化等について情報を共有し, 在宅での療養生活にチームで備えることが必要であるとする。退院前カンファレンスが開催できなかった場合は, 退院サマリーなどに入院中の状況や認知機能の変化, 認知症高齢者の日常生活自立度を明記し, 情報提供を行う必要がある。初回の訪問看護時には, 必ず認知症高齢者の日常生活自立度の評価を実施する。訪問看護開始時には1週間以内に必ずケア担当者会議を開催するなどして, 今後起こり得る状況について予測し, 必要な看護, 介護について支援することで緊急訪問に備えることができると考える。

緊急訪問の発生の可能性が低くなる要因は, 週2回以上の計画訪問看護を実施した利用者であり, オッズ比は0.13(95% CI: 0.02-0.92)であった。訪問看護開始1週目には2回以上の訪問看護を実施することで, 緊急訪問が必要となる緊急事態を抑えられ緊急訪問の実施が少なくなることが考えられる。在宅での生活を支援する訪問看護は, 利用者の状態に関する情報収集を訪問時に行いつつ, 医学的知見から療養上の課題を明確にすることが求められる。バイタルサインの確認, 状態観察, 薬剤管理を行うとともに, 緊急時の対応を含め医療処置に関する対応を医師の指示のもと実践, 医師と連携し, 在宅生活の安定のためのケア・支援を実施している<sup>23)</sup>。在宅ケア開始期に医療者の手厚い支援を実感すると, 利用者, 家族は在宅で過ごすことができるという安堵感, 開放感



に満たされ<sup>24)</sup>、開始期に必要なケアを十分かつ効果的・効率的に行うことによって、在宅ケア利用者の病状安定・維持が図れ、生活基盤整備を早期に実現することで、本人・家族の負担の軽減や生活の安定を図ることができると報告されている<sup>7)</sup>。居宅サービス計画などの訪問看護計画では、訪問看護開始1週間に週2回以上の訪問看護を計画するなど、訪問看護開始1週間の訪問看護サービスの回数を増やし、利用者の状況で訪問看護計画を変更するなどの対応が必要であるとする。

2週目で緊急訪問が発生する要因として、医療処置を実施している利用者のオッズ比は3.87 (95% CI: 1.06–14.12) であり、医療処置を実施していると緊急訪問のリスクが3倍高くなるという結果であった。1週間は退院時の指導等により、本人・家族が医療処置に対応できていたが、2週目になり本人と家族が医療処置にも慣れてくることでその家庭の方法で管理していることが考えられる。訪問看護師は、1週間医療処置が管理できたので問題ないと考えず、2週目に緊急訪問が多くなることを踏まえ、本人・家族への教育・支援を行う必要があると考える。

また、医師からの点滴の指示がある利用者のオッズ比は4.44 (95% CI: 1.05–18.69) であり、医師からの点滴の指示があると緊急訪問のリスクが4倍高くなるという結果であった。これは、点滴の指示がある利用者は身体状態が悪い利用者が多く、そのために緊急対応が発生していると考えられる。訪問看護師はサービス開始時には、点滴の指示がある利用者は緊急対応が発生する可能性が高いことを知り、状態の把握に努める必要がある。

緊急訪問の可能性が低くなる要因として、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の利用者のオッズ比は0.21 (95% CI: 0.04–0.94) であった。認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上は1週目では、緊急訪問の発生を高める要因であったが、訪問看護開始からの看護ケアにより状態の安定、環境への適応により1週目のケアの成果として2週目は低くなっていることが示唆される。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究の調査期間が2015年10月～2016年9月の1年であり、訪問看護の新規利用者としたため、対象者が95人と少ないこと、そのため、電話対応については35人と少なく、電話対応の関連要因が検討できていない。また、対象者は後期高齢者が多く、対象の約6割ががん

疾患であり、約6割は医療処置が必要であった。本研究の限界は、カルテからの後ろ向き調査のため、緊急対応に対して訪問看護師が対応した内容の調査のみであり、訪問看護師が対応する以前の関わりが調査できていないこと、また、緊急対応に関わる訪問看護師のアセスメント能力や判断等の関連要因が検討できていないことである。分析では、緊急対応の発生に関連する療養者の特徴などの要因を明らかにするため、従属変数を緊急対応の内容ではなく緊急対応発生の有無としているため、要因と要因との組み合わせによる影響を反映できていないことである。

しかし、カルテからの後ろ向き調査から訪問看護開始期における緊急対応の発生要因を明らかにできたことは、増加する在宅療養者の生活の安定のため、緊急対応が減少するよう緊急事態を予測できる事象を明らかにすることができ、在宅療養に寄与する有用な成果である。

今後の課題として、今回の調査施設では、24時間の電話対応体制、連絡方法、医療処置の手順、事故の発生予防のための手順書の活用に関する調査を実施する必要がある。

## VI. 結 論

本研究は、訪問看護開始期14日間に緊急対応があった新規利用者95人を対象に、訪問看護開始期における緊急対応が発生する要因を明らかにした。

その結果、訪問看護開始1週間に緊急訪問、電話対応を有意に多く実施していることが明らかとなった。緊急対応の発生を抑え、在宅療養の生活の安定のためには、特に訪問看護開始の1週間の支援がもっとも重要であることが示唆された。

緊急訪問に影響を及ぼす関連要因は、1週目は、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上で緊急訪問が多くなり、低くなる要因は週2回以上の計画訪問看護を受けているためであった。2週目は、医療処置、医師からの点滴の指示があると緊急訪問多くなり、低くなる要因は認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上であった。

### 【謝辞】

本研究を進めるにあたりご理解ご協力をいただきました利用者みなさま、訪問看護ステーションの管理者をはじめ、訪問看護師みなさまに心より感謝を申し上げます。また、論文の作成にあたり大変貴重なご指導をいただいた、金城学院大学教授市川誠一先生に感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS科

研費JP16K12281の助成を受けたものです。

#### 【文献】

- 1) 内閣府：平成30年版高齢社会白書；高齢化の現状と将来像。 [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_1.html) (2019年6月5日)。
- 2) 本郷澄子・近藤克則・牧野忠康：健康在宅高齢者のターミナルケアにおいて介護者が求める支援；遺族を対象とした調査。ターミナルケア, 13 (5): 404-411, 2003。
- 3) 川越 厚・松浦志のぶ・川越牧子：在宅ホスピス相談外来の実態と役割；相談外来受診者の転帰から。ターミナルケア, 13 (6): 494-498, 2003。
- 4) 大川二郎・鳥居久美子・河野通雄：がん在宅医療の現状と問題点。兵庫県立成人病センター紀要, 15: 55-59, 1998。
- 5) 關優美子・森山恵美・釜屋洋子他：一人暮らしの在宅療養者が生活を継続できる要因；訪問看護ステーションの調査を通して。日本看護福祉学会誌, 20 (2): 297-308, 2015。
- 6) 小檜山希・金井須磨子・津田栄江子他：独居多系統萎縮症男性の在宅生活継続の要因；病状の進行に伴う生活環境の対応。訪問看護と介護, 16 (12): 102-103, 2011。
- 7) 島内 節・鈴木琴江：在宅高齢者の終末期ケアにおける経過時期別にみた緊急ニーズ。日本看護科学会誌, 28 (3): 24-33, 2008。
- 8) 藤江裕子・岡野順子・尾本有加他：在宅でのCVリザーバー管理の実際；訪問看護師を対象とした実態調査。神戸市立病院紀要, 48: 88-92, 2010。
- 9) 安井かおり・高橋 歩・後藤真美子他：訪問看護師のとらえた排液ドレナージを留置したまま在宅療養をすることでの困難さに対する支援の構造。人間看護学研究, 12: 15-23, 2014。
- 10) 厚生労働省：「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について；平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知。 [http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/57625\\_197430\\_misc.pdf](http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/57625_197430_misc.pdf) (2019年6月13日)。
- 11) 厚生労働省：「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について；平成18年4月3日老発第0403003号 厚生省老人保健福祉局長通知。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001hi4o-att/2r9852000001hi8n.pdf> (2019年6月13日)。
- 12) 島内 節・友安直子・内田陽子(編)：在宅ケア；アウトカム評価と質改善の方法。4-20, 26-27, 124-139, 医学書院, 東京, 2002。
- 13) 森田祐代：訪問看護サービスにおける24時間の電話対応と緊急時対応の実態。日本看護研究学会雑誌, 36 (2): 105-117, 2013。
- 14) 前田修子・滝内隆子・小松妙子他：長期膀胱留置カテーテル留置者の訪問看護緊急対応状況の実態。訪問看護と介護, 17 (10): 888-892, 2012。
- 15) 島内 節(編)：現場で使える在宅ケアのアウトカム評価；ケアの質を高めるために。1-4, ミネルヴァ書房, 京都, 2018。
- 16) Shaughnessy PW, Crisler KS, Schlenker RE, et al.: Outcome-based quality improvement in home care. *Caring*, 14 (2): 44-53, 1995。
- 17) 青木万由美・渡部啓子・吉崎由希子他：在宅医療；在宅療養のための訪問看護ステーションの役割。ホスピスケアと在宅ケア, 16 (3): 218-224, 2008。
- 18) 全国訪問看護事業協会：訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査研究事業報告書。平成20年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業), 1-5, 2009。
- 19) 柿木那保・中 千賀・上田稚代子：医療依存度が高い療養者の在宅療養継続要因の明確化；訪問看護で関わった一事例を通して。日本看護学会論文集 看護総合, 41: 353-355, 2010。
- 20) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)；認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて。 [https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitais akusuishinshitsu/02\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitais akusuishinshitsu/02_1.pdf) (2019年6月5日)。
- 21) 社会保障制度改革推進本部：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告；医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって。 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf> (2019年6月5日)。
- 22) 厚生労働省：地域高齢者等を取り巻く食環境の状況等について。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/siryu2.pdf> (2019年6月1日)。
- 23) 日本在宅ケア学会(編)：在宅ケア学；第1巻 在宅ケア学の基本的な考え方, 246, ワールドプランニング, 東京, 2015。
- 24) 川越 厚：がん患者の在宅ホスピスケア。49, 医学書院, 東京, 2013。

## ■ Research Report ■

## Factors for Emergency Care of New Home-visit Services Users in the Initial Period of Home-visit Nursing

Yukiko Fukuta<sup>1)</sup>, Setsu Shimanouchi<sup>2)</sup>, Nakako Fujiwara<sup>1)</sup>

1) University of Human Environments Graduate School Department of Nursing Research

2) Japan Home Care Institute of Education and Research Center

**Backgrounds:** Responding adequately to emergency needs in the initiation phase of visiting nursing is an important requirement for planning lifestyle stability and continuing home care. First, emergency visits by a visiting nurse to new users of visiting nursing services were divided into the first week (1st to 7th day of discharge) and second week (8th to 15th day of discharge) to investigate relationships between the conditions of the emergency visit.

**Method:** 95 new users of 14 visiting nursing stations and above in October 2015 to September 2016 who received emergency care in the period between the 1st and 15th days of discharge were surveyed for the nature of the emergency and their social resources. The emergency response was analyzed by a chi-square test, and a logistic regression analysis was performed to investigate correlations between parameters with the emergency visit by time since starting visiting nursing.

**Results:** There were significantly more emergency phone calls and visits in the first week ( $P < 0.02$ ). The associated factors that affected the emergency visit in the first week were dementia grade III or above (odds ratio 10.09: 95% confidence interval: 1.27-81.11) and performing medical procedures in the second week (3.87: 1.06-14.12).

**Conclusions:** The results revealed that emergency visits were more frequent in the first week, suggesting the need to make nurse visits twice weekly or more and provide care to users of dementia grade III or above in the first week and then provide medical procedures in the second week.

---

**Key words :** emergency care, home-visit nursing, home-visiting nursing starting period, new visiting nursing services user

## 訪問看護ステーションでの実習における 実習指導者と教員との連携の実態と課題

柴田滋子<sup>1)</sup>，鈴木美和<sup>2)</sup>，町田貴絵<sup>3)</sup>

### 抄 録

**目的：**訪問看護ステーションでの在宅看護学実習における実習指導者と教員との連携の実態と課題を明らかにすることを目的とした。

**方法：**在宅看護学実習を受け入れている35施設の訪問看護師77人を対象に自記式質問紙調査を行った。記述統計量算出後、自由記載については内容分析を行った。

**結果：**質問紙の有効回答数は38人(49.4%)であった。実習指導者は、教員との連携を重要であると感じていたが、むずかしさを感じている者も約半数いた。教員との連携に関する自由記載の内容は、【連携の機会】【連携の方法】【連携の内容】【実習の指導体制】【実習指導のメリット】の5つのカテゴリーに分類された。

**考察：**実習指導マニュアルがある施設は半分以下であり、実習指導者に実習指導方法を一任している施設が少なくないことが推察された。訪問看護ステーションでの実習においては、実習指導者と教員が直接、学生の情報を共有する機会は少ない。そのため教員は、事前の打ち合わせや事後のフィードバックなどを活用して実習施設との関係性を構築し、連携の機会を広げていくことが重要であると考えられた。また、実習中は指導者と教員のそれぞれの役割や関わりを互いに伝えていく姿勢が必要であると考えられる。

【キーワード】在宅看護学実習，訪問看護ステーション，実習指導者，連携

日本地域看護学会誌，23(1)：52-58，2020

### I. 緒 言

近年，わが国では，高齢化の進行や医療費の増加等を背景に療養の場が見直され，地域包括ケアシステムの構築が推進されている。1992年の第二次医療法改正では，療養者の自宅が医療の場として位置づけられ，同年，老人訪問看護ステーションが設立された。2000年には介護保険法が施行され，訪問看護は居宅介護サービスのひとつとして位置づけられるなど看護においても，地域で活躍する場が設けられ訪問看護ステーション数は増加し

ている。また，看護教育においても1996年の保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正の際に「在宅看護論」が新たに位置づけられ，これまで成人看護学や老年看護学等の科目に包含されていた教育内容が独立したことからも，在宅看護の重要性がうかがえる。

在宅看護論は，保健師助産師看護師学校養成所指定規則のなかでも新しい教育内容である。また，その主な実習先となっている訪問看護ステーションも歴史は浅く，介護保険法の改正に影響を受けながら，多種多様な機能を担い，その役割を果たしている。このような訪問看護ステーションは，看護学実習の場として中心的施設となる病院と比べると小規模施設が多い<sup>1)</sup>。そのため実習の受け入れは1度に2～4人と少なく，多くの施設を利用するため教員も複数の施設を担当する<sup>2)</sup>。また，実習内

受付日：2019年5月9日／受理日：2020年2月5日

1) Shigeko Shibata：杏林大学保健学部

2) Miwa Suzuki：淑徳大学看護栄養学部

3) Takae Machida：武蔵野大学看護学部

容は、主として訪問看護師への同行訪問となるため、教員は学生と共に同行訪問することはむしろ難しく、巡回指導となることが多い。

このような状況下における在宅看護学実習に関する研究は、実習記録物の分析を含め学生の視点から学びの内容を検討するものが多かった<sup>3-6)</sup>。一方で、実習を受け入れている訪問看護ステーションの視点から行われている調査は少なかったが、訪問看護師へのインタビュー内容から実習施設側と教員との連携の強化が課題のひとつとして挙げられていた<sup>7)</sup>。また、実習施設側と教員との連携の実態に焦点を当てた調査は見当たらなかった。

連携においては、実習施設および指導者と教員の双方の協力が必要であるため、教員にとって、実習施設側の実習に対する理解を深めることは重要である。

そこで、本研究では訪問看護ステーションの実習指導者と教育機関の教員とがどのような連携を行いながら実習を進めているのかという実態を実習施設側の視点から明らかにし、学習効果を高めるためのより効果的な連携方法について検討することを目的とした。

## II. 用語の定義

実習指導者：実習期間中に臨地（訪問看護ステーション）で同行訪問の実施や記録物の点検、カンファレンスなどをとおして、学生指導に関わる者とする。

連携：宮崎<sup>8)</sup>を参考に、在宅看護学実習の目標達成に向けて、実習指導者と教員が互いに連絡をとり、学生の学びとおのおのの具体的な役割との関連を確認し合いながら、学生指導に関わる者とする。

## III. 研究方法

### 1. 研究対象

関東圏内のA県B地域にある訪問看護ステーション138か所のうち、在宅看護学実習を受け入れており、かつ、本研究への協力を承諾が得られた35施設の実習指導者77人を対象とした。

### 2. データ収集方法

実習で使用することが多いA県B地域内の訪問看護ステーションをWAM NET（総合情報サイト）から抽出し、管理者に在宅看護学実習受け入れの有無について確認後、実習を受け入れている訪問看護ステーション宛に

研究依頼文、質問紙、返信用封筒を送付した。調査は、2017年6～10月に実施した。

## 3. 調査内容

### 1) 対象者の基本属性（7項目）

性別、年齢、看護経験年数、訪問看護経験年数、現在の職場での勤続年数、実習に関する研修参加の有無、実習指導の経験年数とした。

### 2) 職場の体制（5項目）

勤務形態、職位、指導体制（人数、マニュアルの有無）、1年間の実習受け入れ教育機関数、臨地での実習期間（日数）とした。

### 3) 実習における教員との連携について

実習前、実習中、実習終了後における教員との連絡回数、特に、実習中については1日あたりと1週間あたりの連絡回数についてたずねた。また、連絡方法とその内容、連携への認識（7段階評価）、教員との連携においてよかったこと、教員との連携において困ったこと、その他実習中の連携においての自由記載欄をそれぞれ設けた。

## 4. 分析方法

- ①質問紙で得られたデータから、記述統計量の算出を行った。
- ②自由記載内容は、教員との連携に関する素データをまとまりのある文脈ごとに抽出し一文脈一単位としてデータ番号をつけ、意味内容からカテゴリー化した。一連の分析は、2人の看護学研究者で実施した。

## 5. 倫理的配慮

本研究は、淑徳大学看護栄養学部研究倫理審査委員会の承認を得て（承認年月日：2017年6月1日、承認番号：N17-02）実施し、対象者には研究の趣旨、内容、倫理的配慮等について書面にて説明し、研究への同意は質問紙の投函をもって得られたと判断させてもらうことを明記した。

## IV. 研究結果

回収数は47人（61.0%）、有効回答数は38人（49.4%）であった。

## 1. 対象者の特徴

平均年齢は47.1歳であった。訪問看護の平均経験年数は10.2年であったが、なかには1～2年目の者も数人みられた。現職場の平均勤続年数は5.9年、実習担当経験の平均年数は5.5年であったが、このなかには病院実習の経験も含まれていた(表1)。実習に関する研修への受講経験者は19人(50.0%)であった。

## 2. 実習受け入れ体制

1施設あたり1年間の実習受け入れ教育機関数の平均は $2.6 \pm 1.3$ 校、実習日数は2～14日であった。2人以上で実習指導を担当していると回答した実習指導者は、30人(78.9%)であった。また、施設内に実習指導マニュアルが一部分でもあると回答した実習指導者は、15人(39.4%)であった。

## 3. 実習における実習指導者と教員との連携

### 1) 連絡頻度と方法

実習前の連絡回数は0～5回であり平均 $1.6 \pm 1.0$ 回、その方法は電話、会って話す、文書であり、いずれも同等の使用頻度であった。実習中の連絡回数は0～4回であり平均 $1.3 \pm 0.9$ 回/週、その方法は、会って話す、次

いで電話の使用であった。実習後の連絡回数は0～2回であり平均 $0.7 \pm 0.5$ 回、その方法は電話や文書であった(表2)。

### 2) 実習指導者の教員との連携に対する認識

「とても思う」「思う」「やや思う」との回答を思う群とすると、「教員との連携は重要である」と思う実習指導者は38人(100%)、「教員との連携は役立っている」と思う実習指導者は34人(89.5%)、「教員と必要な連携はできている」と思う実習指導者は26人(68.4%)であった。その一方で「教員との連携はむずかしい」と思う実習指導者は20人(52.6%)と約半数の者がむずかしさを感じていた(表3)。また、「教員との連携は役立っている」と思わない・あまり思わないと答えた4人は、「教員との連携はむずかしい」ととても思う3人、思う1人と回答しており、「教員と必要な連携はできている」に対してもあまり思わない3人、まったく思わない1人と回答していた。

### 3) 自由記載からみた教員との連携の実態と問い

119のコードが抽出され、14のサブカテゴリーと5つのカテゴリーに分類することができた(表4)。コードを<>、サブカテゴリーを「」, カテゴリーを【】で表す。

#### (1) 【連携の機会】

実習中は<教員と話す時間がとれない><お互いに時間が合わずずれ違いになってしまう>といった「教員との時間調整がむずかしい」状況にあることが挙げられ、<学生の情報、指導方法など共有できない>といった

表1 基本属性 N = 38

項目	平均(標準偏差)	幅	人数
年齢	47.1 (±7.8) 歳	27～65	
看護経験	22.1 (±9.3) 年	5～52	
訪問看護経験	10.2 (±6.1) 年	1～22	
現職場の勤続年数	5.9 (±5.0) 年	1～22	
実習担当経験	5.5 (±5.2) 年	0～18	
雇用形態:			
常勤			31人(81.6%)
非常勤			7人(18.4%)
職位:			
管理者			15人(39.5%)
スタッフ			20人(52.6%)
その他(不明)			3人(7.9%)

表2 実習における教員との連絡回数と方法 N = 38

		実習前	実習中	実習終了後
連絡回数		0～5回	0～1.5回/日 0～4回/週	0～2回
連絡方法	電話	28人(73.7%)	17人(44.7%)	22人(57.9%)
	会って話す	24人(63.2%)	28人(73.7%)	5人(13.2%)
	文書	21人(55.3%)	1人(2.6%)	17人(44.7%)

表3 実習における教員との連携への認識 N = 38

	まったく思わない	思わない	あまり思わない	どちらでもない	やや思う	思う	とても思う
教員との連携は重要である	0	0	0	0	2人(5.3%)	16人(42.1%)	20人(52.6%)
教員との連携は役立っている	0	2人(5.3%)	2人(5.3%)	0	8人(21.1%)	14人(36.8%)	12人(31.6%)
教員と必要な連携はできている	1人(2.6%)	1人(2.6%)	7人(18.4%)	3人(7.9%)	9人(23.7%)	12人(31.6%)	5人(13.2%)
教員との連携はむずかしい	2人(5.3%)	4人(10.5%)	8人(21.1%)	4人(10.5%)	11人(28.9%)	3人(7.9%)	6人(15.8%)

「話す機会が少なく情報共有がむずかしい」現状が記載されていた。

## (2) 【連携の方法】

実習指導者は、＜直接話ができると考え方などもわかりととてもよい＞と「教員と直接会うことのメリット」を

大事にしながら、ときには＜メールも使えるとありがたい＞といった「連絡方法の工夫」も考慮していた。

## (3) 【連携の内容】

実習指導者は、＜在宅看護学実習の到達目標を実習要項と合わせて確認する＞といった各教育機関の「実習の

表4 教員との連携の実態と思い

カテゴリー	サブカテゴリー (コード数)	コード(例)
連携の機会	教員との時間調整がむずかしい(14)	教員と話す時間がとれない カンファレンス時間の調整が大変 お互いに時間が合わずずれ違いになってしまう 以前に「挨拶に何う」とお互い忙しいのにわざわざ来た、「電話で結構」といっても来る学校もあった
	話す機会が少なく情報共有がむずかしい(7)	教員と話す機会がないため、学生の情報、指導方法など共有できない 教育機関によっては毎日来てくださるところもあり連携がとりやすく助かる
連携の方法	教員と直接会うことのメリット(8)	直接話ができると考え方などもわかりとてもよい 前後は電話で手短に、実習中に会えると学生について学校の実習の方法についてなど話せる
	連絡方法の工夫(5)	時間を決めて打ち合わせをすること。直接会えないときにはFAXやメール等でやりとりができればよいと思う メールも使えるとありがたい
連携の内容	実習の目的・目標の確認(11)	在宅看護学実習の到達目標を実習要項と合わせて確認する 実習前でしっかりと連携(伝達事項や同意書などの書類関係を含む)ができていると、学生の到達目標がよりいっそう明確になる
	学生に関する情報から指導方法を考慮(19)	これまでの実習などから学生の課題となる点、苦手な点などの情報をもらえれば、気に留めて関わることができ、実習内での学習指導も看護師の心構えができる 事前の学生情報を踏まえた指導を行うことができよかった
	学生の実習態度(3)	学生のマナーについて訪問先で困っていたので相談したら改善されたのでよかった
実習の指導体制	教員に施設の特徴を伝える(2)	実習前に教員と会うことで、当ステーションの特徴を知ってもらえるのではと思う そのときのステーションの状況(患者の重篤状況やスタッフ状況)は事前に伝えるようにしている
	教員との役割分担(7)	同行訪問時の学生の様子を伝える 学内日で記録など修正してきてくれ、現場での指導を軽減できた 毎日のカンファレンスなどで指導者の言葉の意味や学生の言葉を補ってくれるので相互理解につながる
	指導者としての対応への不安・苦勞(8)	学生への指導方法について(質問の仕方や教え方)勉強になる 十分な連携がとれず、学生に対しての指導がこれよりよいのか不安はある 同じ利用者に学生同行が集中しがちなので、実習期間は短めのほうが(3~5日)ありがたい 記録を読むのが大変(誤字脱字や文法がおかしい等)
	教員の実習指導体制(11)	教員から「学生が○○について理解できたようです」とフィードバックがあるのも嬉しい 事前~実習中の担当教員が違う場合など学校のシステムに慣れないとカンファレンスの流れや学びの到達度に足りない部分が出るような気がする 実習の主な連絡や調整はほとんど管理者が行っているためスタッフが教員の人と連携する機会が少ない
	教員の実習指導に取り組む姿勢(13)	まったく教員が来ないところもある 教員によってカンファレンス以外まったく来ない、カンファレンスに来てもなにも話さない先生もいる 先生によっては訪問看護の経験がない、興味がなさそうな人がいる 先生の体験実習はどうだろうか 実習中、積極的にステーションに来てもらった学生に指導してもらおうほうが助かる
実習指導のメリット	自己やステーションの発展に生かす(6)	学生の発言から自分のステーションの看護を振り返ることもできるので、教員を交えたカンファレンスは有意義に感じている 自分の行っている看護や自分の看護観を言語化するチャンスなので、スタッフや自分にとってもメリットがある
	学生の成長への期待(5)	学生が理解を深め変化していくのを見るのは、嬉しく感じる この実習でしか感じられないことをたくさん経験してほしい、学生のキラキラした目をみると私もエネルギーをいただき、訪問看護の楽しさに改めて気がつくこともたくさんある

目的・目標の確認」を行っていた。また、＜事前の学生情報を踏まえた指導を行うことができてよかった＞など「学生に関する情報から指導方法を考慮」していた。実習中、＜学生のマナーについて困っていたので相談したら改善されたのでよかった＞と「学生の実習態度」についても教員と共有しながら取り組んでいた。

#### (4) 【実習の指導体制】

実習指導者は、＜そのときのステーションの状況（患者の重篤状況やスタッフ状況）は事前に伝えるようにしている＞と「教員に施設の特徴を伝える」ことを意識的に行い、実習中は教員に＜同行訪問時の学生の様子を伝える＞ことを行っていた。また、＜学内日で記録など修正してきてくれ、現場での指導を軽減できた＞など「教員との役割分担」ができていた様子もうかがえた。一方で、＜十分な連携がとれず、学生に対しての指導がこれでよいのか不安はある＞など「指導者としての対応への不安・苦労」に関する意見もみられた。

＜事前～実習中の担当教員が違う場合など学校のシステムに慣れないとカンファレンスの流れや学びの到達度に足りない部分が出るような気がする＞＜教員から「学生が〇〇について理解できたようです」とフィードバックがあるのも嬉しい＞と「教員の実習指導体制」による実習中の連携や学生の学びへの影響を感じていた。また、＜まったく教員が来ないところもある＞＜先生によっては訪問看護の経験がない、興味がなさそうな人がいる＞と「教員の実習指導に取り組む姿勢」について疑問を感じる意見もみられ、これに対して＜先生の体験実習はどうだろうか＞といった意見もみられた。

#### (5) 【実習指導のメリット】

＜学生の発言から自分のステーションの看護を振り返ることもできる＞＜自分の行っている看護や自分の看護観を言語化するチャンス＞と「自己やステーションの発展に生かす」ことを意識する姿勢と、＜学生が理解を深め変化していくのを見るのは、嬉しく感じる＞と「学生の成長への期待」がみられた。

## IV. 考 察

### 1. 実習受け入れ状況

訪問看護ステーションでは、複数の教育機関からの看護学実習を受け入れていることが多く、実習期間もさまざまであった。このことから実習における達成目標や記録等の内容も異なり、実習指導マニュアルがあっても適

宜修正が必要となることが推察される。そのため、実習指導マニュアルは施設のオリエンテーション内容など部分的であることが考えられる。

また、実習指導をひとりで担当している施設もあり、実習指導担当者の負担は少なくないことが推察される。

### 2. 実習における教員との連携の実態

#### 1) 連携の機会（時期・方法）

教員との実習中の連絡回数は、毎日教員が指導にあたる病棟実習<sup>9)</sup>に比べると少ないといえる。これは、実習指導者は通常業務を行いながら実習指導を行っており、教員と話す時間をつくるのがむずかしい状況であることが推測される。また、教員側も臨地に赴いても学生と共に同行訪問することはむずかしいこと、学生と会える時間が限られていることなどから足を運ぶ機会が減少していることが考えられる。実習中よりも実習前の連絡回数が多かったことから、訪問看護ステーションでの実習においては実習前の打ち合わせが重要視されているように感じた。実習全体をとおして連絡回数が少なく、情報共有が十分に行われていないことが、教員との連携のむずかしさを感じる要因のひとつとなっていると考えられる。

教員と必要な連携はできていないと思う者もいたことから、連携不足を改善していく必要がある。実習指導者は教員と直接会うことのメリットを感じていた。先行研究においても看護学実習連携会議を導入後の調査では、実習指導者と教員とが互いに話しやすくなったなど、コミュニケーションに関連した満足度が高かったことが報告されている<sup>10)</sup>。直接会える機会に関係性の構築に努め、その後の電話やメール等による連絡でも内容が伝わりやすくなるように環境を整えていくことが重要であると考えられる。また、実習指導者と教員のコミュニケーションの機会を増やすことは、相互理解の促進から役割分担、連携の円滑化とメリットは大きいと考えられる。巡回日程や役割分担などを早めに相談すること、連絡のタイミングや連絡方法の検討を行いながら連携の機会を広げていくことが求められる。

#### 2) 指導体制と連携の意義

実習前は、教育機関それぞれの実習目標や方法、学生の特徴など実習指導に必要な情報の確認を行い、役立っていた。また、教員に施設の特徴を伝えることなどは相互理解を促進し、実習中の役割分担を考える機会にもつながる。指導者の考え方に相違はあるが、実習記録の指



導や学びの振り返りなどの教員による関わりを肯定的に受け止めている者は多かった。そのため、今後も役割分担を意識しながら共に取り組む姿勢が大切であると考えられる。一方で、教員の実習指導に対する姿勢に疑問を抱く声も聞かれた。実習中は連携の機会が少ないこともあり、情報共有不足も一因と考えられる。先行研究においては学生側からも、教員が不在であったため看護過程などの相談ができなかったという戸惑い<sup>4)</sup>や、教員に実習施設にいてほしい<sup>11)</sup>といった意見が挙げられている。実習指導者と教員、学生が必要時、確実に連絡のとれる方法やそれぞれが情報共有しやすい体制づくりが必要と考える。教育機関によっては、実習中に学内日を設ける、学生と教員のみでも中間カンファレンスを実施しているところもある。実習中に教員が学生に関わり、記録や学びを整理する機会をつくることも役割分担のひとつの方法と考える。

病棟実習においても指導者は教員との連携にむずかしさを感じていることが報告されている<sup>12)</sup>。ここには各指導者と教員の考え方の相違があると思われ、この要因のひとつとしてコミュニケーション不足が考えられる。訪問看護ステーションでの実習においても同じことがいえると思われる。病棟での実習よりも指導者と教員の話す機会は少なく、そのために効率的な情報共有と互いを知る努力、実習内容や教員の役割を伝えるための働きかけがより重要となる。そのため、実習指導者は実習施設の特徴を伝える、教員は実習への考え方を積極的に発信するなどして相互のコミュニケーションの頻度を高める必要がある。相互理解を深めることで、おのおのが担える役割や関わりがむずかしい状況がみえてくると役割分担も考えやすくなる。そのうえで今後必要な連携について共に考え、連携体制を整えていくことが必要であると考えられる。

### 3) 実習指導のメリット

実習指導者は、学生への指導をとおして自己の振り返りを行い成長へとつなげていた。実習指導者は、実習評価に関する教育機関からのフィードバックを求めていることが報告されている<sup>7)</sup>。このことから実習指導者と教員の連携は、実習終了後も必要であり、特に学生の視点からみた実習指導への評価を実習指導者にフィードバックすることも重要であると考えられる。実習終了後の連携は電話や文章が多く、直接会っての連携は少なかった。しかし、実習終了後の早い時期に顔を合わせての振り返りができると、実習の成果を確認しやすく、課題につい

でも取り組む時間が多く確保できる。そのため、今後は実習後の連携方法と内容についても検討する必要があると考える。

また、実習中は実習指導者以外のスタッフにも協力を得ているため、実習の成果は文書で提示するなどスタッフ全員と情報共有できる方法を考慮していくことも必要であると考えられる。

## V. 結 語

訪問看護ステーションでの実習においては、実習指導者と教員が直接連携する機会は少ないため、事前の打ち合わせや事後のフィードバックなどを充実させていくことが重要である。また、実習指導者は、実習施設の特徴を伝える、教員は、実習への考え方を積極的に発信するなどして相互のコミュニケーションの頻度を高める必要がある。

### 【謝辞】

ご多用のなか、本研究にご協力いただきました訪問看護ステーションのみなさまに深く感謝いたします。

### 【文献】

- 1) 厚生労働省：平成29年介護サービス施設・事業所調査の概況（従事者の概況：1施設・事業所当たり常勤換算従事者数）。[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/kekka-gaiyou\\_04.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/kekka-gaiyou_04.pdf) (2019年3月30日)。
- 2) 光安 梢・酒井康江・松尾和枝他：3年間の歩みから、在宅看護論の授業と実習を振り返る；実習終了後に行ったアンケート結果から。福岡女学院看護大学紀要, 5:1-9, 2014。
- 3) 島田 昇・大谷和枝・丸岡紀子他：在宅看護学関連科目の今後の教育課題についての考察；在宅看護学実習における学習内容から（第2報）。群馬医療福祉大学紀要, 5:75-89, 2017。
- 4) 牛久保美津子・横山詞果・川尻洋美他：群馬大学の在宅看護学実習における学生の体験内容と実習指導課題。群馬保健学紀要, 33:9-18, 2013。
- 5) 春名誠美・荻野妃那・豊島泰子：新カリキュラム後の在宅看護学実習における学びの検討。四日市看護医療大学紀要, 10(1):19-25, 2017。
- 6) 森實詩乃・田中博子：看護基礎教育における地域包括ケアを担う次世代看護師養成の現状；在宅看護学実習「学びのレポート」の分析からの考察。帝京科学大学紀要, 12:171-174, 2016。
- 7) 柏木聖代・川村佐和子・原口道子：看護基礎教育における

- 在宅看護学実習の現状と課題：訪問看護ステーションへのインタビュー調査から. 日本在宅看護学会誌, 3(2): 44-54, 2015.
- 8) 宮崎美砂子：教員と臨地指導者との連携：地域における実習に焦点を当てて. *Quality Nursing*, 7(3): 233-238, 2001.
- 9) 湯浅美千代：教員と臨地指導者との連携：病院実習に焦点を当てて. *Quality Nursing*, 7(3): 227-232, 2001.
- 10) 古都昌子・小村三千代・岩本郁子他：実習施設と教育施設との連携に向けての具体的方策：看護学部開設3年目に導いた看護学実習連携会議の効果. 札幌市立大学研究論文集, 9(1): 25-30, 2015.
- 11) 加治屋愛：訪問看護ステーション実習における実習指導のあり方：看護学生の実習における満足・不満足の原因から. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 31: 77-84, 2005.
- 12) 中澤洋子・齋藤千秋・佐々木俊子他：A市における看護学実習に携わる臨地実習指導者の思い：学生に対する思い・実習指導への思い. 名寄市立大学紀要, 13: 57-65, 2019.

## ■ Information ■

### The Present Conditions and Problems in Collaboration between Clinical Instructors and Teachers in the Visiting Nursing Station Practice

Shigeko Shibata<sup>1)</sup>, Miwa Suzuki<sup>2)</sup>, Takae Machida<sup>3)</sup>

1) Kyorin University Faculty of Health Sciences

2) Shukutoku University College of Nursing and Nutrition

3) Musashino University Department of Nursing

**Aims:** This study aimed to identify the present conditions and problems in collaboration between clinical instructors and teachers in the visiting nursing station practice.

**Method:** We conducted a self-administered questionnaire survey of 77 visiting nurses. We calculated the descriptive statistics and content analysis was performed for the participants' responses to the open-ended questions.

**Results:** There were 38 valid responses (49.4%). Most clinical instructors felt that collaboration with teachers was important, but about half of them felt it was difficult. The contents of the participants' responses regarding collaboration were classified into 5 categories: "Opportunities for collaboration," "Method of collaboration," "Contents of collaboration," "Guidance system in practical training," and "Merits of clinical instruction."

**Discussion:** Fewer than half of the facilities kept a clinical instruction manual, hence it was guessed that there are many facilities where the clinical instructors are in charge of presenting the clinical guidance method. In practical training at a visiting nursing station, there are limited opportunities for clinical instructors and teachers to collaborate directly in sharing information about students. Therefore, it is important for teachers to use prior meetings and feedback to build relationships with clinical facilities and expand collaboration opportunities. Also, during the practice, it is necessary for the roles and relationships of the clinical instructors and the teachers to be communicated.

---

**Key words :** home care nursing practice, visiting nursing station, clinical instructor, collaboration

## ■資料■

# 保健医療福祉計画策定における日本の保健師の 用いている方策に関する文献レビュー ——2013～2018年に発表された論文に焦点を当てて——

吉岡 京子

## 抄録

**目的：**保健師が保健医療福祉計画策定（以下、計画策定）の際にどのような方策を用いているのかを解明し、保健師による計画策定を円滑に進めるための示唆を得る。

**方法：**2019年5月に医中誌WebとCiNii Articlesの検索エンジンを用い、2013～2018年12月までに発表された文献を「健康増進計画」「がん対策推進計画」「医療費適正化計画」「特定健康診査等実施計画」「母子保健計画」「障害福祉計画」「介護保険事業支援計画」「介護保険事業計画」「医療計画」の各ワードと「保健師」「計画策定」をand検索した。

**結果：**収集した29件のうち、事例報告が25件、解説が3件、調査が1件であった。計画策定時に保健師が用いている方策は、1) 計画策定を円滑に進めるための体制づくり、2) 課題分析、3) データ収集、4) 優先課題・ターゲット集団の設定、5) 施策の具体化に向けた検討、6) 評価を視野に入れた準備、7) その他に分類された。関連計画との整合性の検討に関する記載は乏しかった。

**考察：**本結果から保健師は自らの経験知に基づいて計画策定を進めていたと考えられる。保健師が計画策定を円滑に進めることができるようになるためには、その具体的な方策を学ぶための現任教育プログラムの開発が必要と考えられる。

【キーワード】計画策定、保健師、方策、地域、健康課題、行政

日本地域看護学会誌, 23 (1) : 59-65, 2020

## I. 緒言

地方自治体の提供する施策や事業は、策定された各種計画に基づいて進められている。このため計画策定は、行政において必須かつ重要な仕事のひとつである<sup>1)</sup>。また、2013年4月に厚生労働省から通知された「地域における保健師の保健活動に関する指針」<sup>2)</sup>（以下、保健師活動指針）では、「各種保健医療福祉に係る計画の策定」（以下、計画策定）が明示されており、行政に勤務する保健師（以下、保健師）は計画策定に積極的に関与し、

地域の健康課題を効果的に解決することが期待されている。計画策定能力は、保健師が健康の不平等の改善とよりよい社会の構築に貢献するために必須の能力として重視されている<sup>3,4)</sup>。また、保健師は行政職と公衆衛生看護の専門職という二枚看板を背負っており<sup>5)</sup>、日ごろから地域に出向き住民と接するなかで、地域の未解決の課題や住民ニーズを把握しやすい立場にある<sup>6)</sup>。つまり、保健師が地域の健康課題を計画策定時に反映していくことは、重要な責務のひとつといえる。

保健師が把握した住民の健康課題を解決するために事業や施策を創出する方策は「施策化」と呼ばれ、わが国で文献レビューが出された2003年以後急速に研究が進められ<sup>7)</sup>、欧米に追随する形で基礎教育でも教授される

ようになった<sup>8,9)</sup>。しかし、施策化能力全体のうち、保健師が住民の健康課題を計画策定により解決を図る方策については十分に研究が進んでいない<sup>10)</sup>。そこで本研究では保健師が計画策定の際にどのような方策を用いているのかを解明し、計画策定を円滑に進めるための示唆を得ることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 用語の操作的定義

本研究では保健師活動指針<sup>2)</sup>を参考に、各種保健医療福祉に係る計画を「健康増進計画、がん対策推進計画、医療費適正化計画、特定健康診査等実施計画、母子保健計画、障害福祉計画、介護保険事業支援計画又は介護保険事業計画、医療計画等」と操作的に定義した。

### 2. 研究方法

2019年5月に医中誌WebとCiNii Articlesの検索エンジンを用い、先行研究でレビューされた期間を除き、保健師活動指針が発出された2013～2018年12月までに発表された文献を検索した。検索語は操作的定義に基づき、「健康増進計画」「がん対策推進計画」「医療費適正化計画」「特定健康診査等実施計画」「母子保健計画」「障害福祉計画」「介護保険事業支援計画」「介護保険事業計画」「医療計画」の各ワードと「保健師」「計画策定」をand検索した。除外基準は、①重複文献、②計画策定とは無関係な文献である。

収集した文献は事例、解説、調査に分類可能であった。解説は文献の本数が少ないため、分析に含めた。また具体的な策定プロセスの報告事例に関する文献が散見されたため、計画策定においてどのような方策が用いられているのかという観点で分析した。文献は、Garrardのマトリックス方式を参考にし<sup>11)</sup>、Excelに各文献の要約を入力したうえで保健師が用いていた方策を抽出した。抽出された方策は、内容の類似性に基づき分類した。

## III. 結果

検索の結果、医中誌Webで113件、CiNii Articlesで16件の合計129件がヒットし、重複19件、計画策定とは無関係な81件を除外した29件を検討した。その内訳は、計画策定の具体的な策定プロセスに関する事例が25件、解説が3件、調査が1件であった。

### 1. 計画策定の具体的な策定プロセスに関する事例 (表1)

もっとも多かった計画の種類は、データヘルス計画が12件<sup>12-23)</sup>で、次いで健康日本21(第二次)に関する文献が6件<sup>24-29)</sup>、介護保険事業計画が1件<sup>30)</sup>、がん対策推進計画が1件<sup>31)</sup>、その他5件<sup>32-36)</sup>であった。

計画策定時に保健師が用いている方策は、1) 計画策定を円滑に進めるための体制づくり、2) 課題分析、3) データ収集、4) 優先課題・ターゲット集団の設定、5) 施策の具体化に向けた検討、6) 評価を視野に入れた準備、7) その他に分類された。以下、項目ごとに述べる。

#### 1) 計画策定を円滑に進めるための体制づくり

もっとも多かったのは、計画策定に向けた会議体の設置で24件<sup>12-22), 24-36)</sup>あり、次いで庁内の関連部局との連携が20件<sup>12-22), 24, 25), 27-30), 32), 35, 36)</sup>、関係機関・住民等との連携が19件<sup>12-15), 18, 19), 21), 24-30), 32-36)</sup>、関係者との目的・課題の共有化が18件<sup>12, 13), 16, 17), 19-22), 24-30), 32), 35, 36)</sup>であった。大学等からの専門的助言・協力を獲得しているとの記載もあった<sup>19-21), 25), 28), 30), 35, 36)</sup>。

#### 2) 課題分析

既存データを活用した課題分析が最多で23件であった<sup>12-25), 28-36)</sup>。また、地域差の特定<sup>12), 14-17), 21-24), 30), 33)</sup>や、支援の必要な住民の類型化<sup>13), 36)</sup>、既存事業と担当課の一覧表作成<sup>16)</sup>といった内容がみられた。

#### 3) データ収集

既存データの分析と併せて、課題把握のためにアンケート調査実施<sup>15), 24, 25), 28), 30), 32, 33), 35, 36)</sup>やグループワークが開催<sup>28), 35)</sup>されていた。

#### 4) 優先課題・ターゲット集団の設定

計画策定では、優先的に取り組む必要性の高い優先課題の選定<sup>12-24), 28-36)</sup>とターゲット集団の設定<sup>12-14), 16-22), 24), 30-33), 36)</sup>が行われていた。

#### 5) 施策の具体化に向けた検討

具体的な介入方法の検討が最多で22件あり<sup>12-21), 24-27), 29-36)</sup>、次いで関連計画との整合性の検討が8件であった<sup>12, 13), 16-18), 32), 34, 35)</sup>。さまざまな関係者が知恵を出し合うために対策協議のためのグループワークも開催されていた<sup>22), 30, 31), 36)</sup>。少数ではあるが参考になる先進事例の共有<sup>15), 36)</sup>、対策の充実に向けた提言<sup>33), 36)</sup>や予算の確保<sup>25), 28)</sup>といった方策もとられていた。

#### 6) 評価を視野に入れた準備

評価指標の検討<sup>12-20), 24-26), 28-31), 33-35)</sup>や計画実施の進捗管理<sup>18), 36)</sup>について検討されていた。

表1 計画策定時に保健師が用いている方策

n = 25

分類	内容	記載文献数	文献番号
1) 計画策定を円滑に進めるための体制づくり	計画策定に向けた会議体の設置	24	12-22), 24-36)
	庁内の関連部局との連携	20	12-22), 24, 25), 27-30), 32), 35, 36)
	関係機関・住民等との連携	19	12-15), 18, 19), 21), 24-30), 32-36)
	関係者との目的・課題の共有化	18	12, 13), 16, 17), 19-22), 24-30), 32), 35, 36)
	大学等からの専門的助言・協力の獲得	8	19-21), 25), 28), 30), 35, 36)
2) 課題分析	既存データを活用した課題分析	23	12-25), 28-36)
	地域差の特定	11	12), 14-17), 21-24), 30), 33)
	支援の必要な住民の類型化	2	13), 36)
	既存事業と担当課の一覧表作成	1	16)
3) データ収集	課題把握のためのアンケート調査実施	9	15), 24, 25), 28), 30), 32, 33), 35, 36)
	課題把握のためのグループワーク開催	2	28), 35)
4) 優先課題・ターゲット集団の設定	優先課題の選定	22	12-24), 28-36)
	ターゲット集団の設定	16	12-14), 16-22), 24), 30-33), 36)
5) 施策の具体化に向けた検討	具体的な介入方法の検討	22	12-21), 24-27), 29-36)
	関連計画との整合性の検討	8	12, 13), 16-18), 32), 34, 35)
	対策協議のためのグループワーク開催	4	22), 30, 31), 36)
	先進事例の共有	2	15), 36)
	対策の充実に向けた提言	2	33), 36)
	予算獲得	2	25), 28)
6) 評価を視野に入れた準備	評価指標の検討	19	12-20), 24-26), 28-31), 33-35)
	計画実施の進捗管理	2	18), 36)
7) その他	PDCAサイクルを回す	9	15), 17), 19), 22), 24-26), 32), 36)
	予防の視点を持った活動の展開	5	12), 14), 22, 23), 36)

## 7) その他

その他に計画策定時の留意点として、「PDCAサイクルを回す」<sup>15), 17), 19), 22), 24-26), 32), 36)</sup>、「予防の視点を持った活動の展開」<sup>12), 14), 22, 23), 36)</sup>について記されていた。

## 2. 計画策定に関する解説

解説は3件あった。計画策定は保健師が住民の声を直接的・間接的にまちづくりに活用する機会であり、関係者と目的やビジョンを共有し、施策・事業として形づくっていく過程と指摘されていた<sup>37)</sup>。またデータから課題や将来予測を行う必要性<sup>37)</sup>や、地域の課題を重層的に把握し、既存の資源を結び付けて制度をつなぐ必要性<sup>38)</sup>、評価指標を計画策定段階で設定する重要性<sup>37)</sup>も指摘されていた。1つの計画は複数の計画と関連しており、協議の場も重なっている<sup>37), 39)</sup>ため、地域づくりの実現に向けて協働していく必要性が示されていた<sup>38)</sup>。

計画策定の具体的な取り組み方として、①マニュアルや先進事例などの資料からノウハウを学び、関係者間で情報共有する、②ネットデータや全国共通の分析ツール・統計資料などを活用した地域診断を行う、③所内連携、本庁と出先機関の双方向の連携を心がける、④保健

所長と統括保健師が協働する、⑤関係機関・団体の活動状況を把握し、弾力的な取り組みを推進する、⑥地域住民との協働を意識することが挙げられていた<sup>39)</sup>。

## 3. 計画策定に関する調査

調査は1件のみ<sup>40)</sup>で、母子保健施策が位置づけられている計画でもっとも多かったのは次世代育成支援行動計画が15自治体で、次いで健康増進計画が10自治体、保健福祉計画が7自治体となっていた。計画策定の促進要因として、計画策定の必要性の共通認識があること、プロジェクトチームや計画担当部署の設置、母子保健行政のみえにくさを認識していること、保健師の職位が高いことが挙げられていた。阻害要因として計画担当部署がない、経験や人手の不足、計画策定過程で他部門との調整を重視しないことが挙げられていた<sup>40)</sup>。

## IV. 考 察

## 1. 計画策定の具体的な方策について

本結果では、データヘルス計画<sup>12-23)</sup>と健康日本21(第二次)地方計画<sup>24-29)</sup>が多数を占めていたが、検索期間と

これらの策定期が重なったことが影響していたと考えられる。

計画策定に向けた体制整備として、会議体の設置<sup>12-22)</sup>、<sup>24-36)</sup>や関係者と計画策定の目的の共有<sup>12, 13), 16, 17), 19-22), 24-30), 32), 35, 36)</sup>や住民等との連携<sup>12-15), 18, 19), 21), 24-30), 32-36)</sup>が行われていた。これらは保健師が計画策定に取り組む際の促進要因として指摘されており<sup>40, 41)</sup>、先行研究を支持する知見である。一方、計画担当部署がないことは阻害要因と指摘されていた<sup>40)</sup>。事務局は、関係会議や作業部会の企画・進行、関係者へのヒアリング、文章化や図式化、提案された計画の技術的・財政的な裏づけを担う<sup>42)</sup>。本結果は、事務局機能の重要性を示唆する知見と考えられる。

また課題分析の方策として既存データの活用<sup>12-25), 28-36)</sup>のほかに、地域差の特定<sup>12), 14-17), 21-24), 30), 33)</sup>、支援の必要な住民の類型化<sup>13), 36)</sup>、既存事業と担当課の一覧表作成<sup>16)</sup>が行われており、データ収集のためのアンケート調査<sup>15), 24, 25), 28), 30), 32, 33), 35, 36)</sup>やグループワーク<sup>28), 35)</sup>が行われていた。先行研究<sup>43, 44)</sup>でもアンケート調査やヒアリングが行われており、同様の結果といえる。

一方、計画策定において保健師はデータの加工や疫学的な判断について困難を感じていると指摘されていた<sup>45)</sup>が、本結果は根拠に基づく政策形成<sup>46)</sup>が現場で進みつつあることを示唆する知見と考えられる。またこれらの方策は、優先課題やターゲット集団の設定に寄与するだけでなく、庁内で重複した事業を計画策定時にスクラップし、限られた予算や人員を活用して効率的・効果的な保健活動を推進するためにも重要であったと考えられる。なお、行政学分野では長期計画の素案と並行して施策や事業の実行計画を作成する際に、根拠となるデータ以外に時間の優先順位により並べ替えるという方策が用いられており、時間軸も意識することが重要と考えられる<sup>47)</sup>。

一方、具体的な介入方法<sup>12-21), 24-27), 29-36)</sup>や評価指標の検討<sup>12-20), 24-26), 28-31), 33-35)</sup>は大半で記載がみられたが、関連計画との整合性の検討<sup>12, 13), 16-18), 32), 34, 35)</sup>や先進事例の共有<sup>15), 36)</sup>、対策の充実に向けた提言<sup>33, 36)</sup>、予算獲得<sup>25, 28)</sup>、計画実施の進捗管理<sup>18, 36)</sup>に関する記載は乏しかった。計画策定は数年おきに行われるため、他の関連計画の施策や上位計画との整合性を検討する必要性が指摘されている<sup>48)</sup>。また政策決定の際に先進的な取り組みを行っている他の自治体の情報を参照する方策は「相互参照」と呼ばれ、行政において重視されている<sup>49)</sup>。

さらに対策の充実に向けた提言は、保健師活動指針<sup>2)</sup>

を具現化し、専門職としての見識を生かす重要な方策と考えられる。また計画段階から評価を見据えて実施の進捗管理を検討することは、効果的な保健活動を推進する<sup>50)</sup>うえで今後いっそう重要度が高まると考えられる。つまり本結果では少数であったが、これらの方策は今後考慮すべきものと考えられる。なお、計画と予算は紐づけられているため、予算に関する記載は乏しかった可能性が考えられる。

本結果では計画策定における留意点として、「PDCAサイクルを回す」「予防の視点を持って活動を展開する」という記載が散見された。これは保健師活動指針<sup>2)</sup>と一致するものである。また本結果では、保健師が計画策定に取り組む際の促進要因として、保健活動のみえにくさを認識していることや、保健師の職位が高いことが挙げられていた。効率的・効果的に保健活動を推進するためには健康課題の見える化を図り、計画へ位置づけていく必要性が指摘されている<sup>50)</sup>。また施策化と保健師の職位との関連が先行研究でも指摘されており<sup>51)</sup>、本結果と一致している。一方、阻害要因として経験不足や計画策定過程で他部門との調整を重視しないこと等が挙げられていた。計画策定は関係する複数の課との調整抜きには進められない<sup>52)</sup>が、近年保健師の分散配置が進んでいるため、計画策定に関する実践知の伝承が困難になっている可能性が考えられる。こうした背景を考慮すると、保健師が計画策定の具体的な方策を学べるような現任教育プログラムの開発が必要と考えられる。

## 2. 本研究の限界と実践への応用

本結果の限界は和文献のみを検討したことであり、2つの検索データベースに記載されていない文献は検討できなかった点である。また事例報告が大半を占め、研究が乏しかったため解説も含めて検討した点も限界である。今後は海外の研究も含めた検討が必要である。このような限界はあるものの、本結果はわが国の保健師による計画策定の具体的な方策について系統的に整理したレビュー論文であり、これから計画策定に初めて取り組む保健師が参考にできる知見を得た点で意義がある。現段階では計画策定の方策は依然として保健師個人の実践経験に依拠しており、十分に標準化されていない。また先行研究は質的研究が中心であり、実態調査は十分に行われていないことも知られている<sup>10)</sup>。このため保健師による計画策定の具体的な方策に関する実態調査を行い、保健師の果たしている役割や機能およびどのような能力が

求められているのかを解明したうえで、具体的な方策を学べるような現任教育プログラムの開発の必要性があると考えられる。

#### 【謝辞】

本研究はJSPS科研費(研究課題/領域番号19H03972,「保健医療福祉計画策定に必要な保健師の施策化能力向上のための教育プログラムの開発」研究代表者:吉岡京子)の助成を受けて実施したものである。本研究の一部は、日本地域看護学会第22回学術集会にて発表した。本研究に関する利益相反の事項はない。

#### 【文献】

- 1) 西尾 勝: 行政学(新版), 209-298, 有斐閣, 東京, 2001.
- 2) 厚生労働省健康局長: 地域における保健師の保健活動について: 地域における保健師の保健活動に関する指針. [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1) (2019年7月1日).
- 3) American Public Health Association, Public Health Nursing Section (2013): The definition and practice of public health nursing; A statement of the public health nursing section. <https://www.apha.org/~media/files/pdf/membergroups/phn/nursingdefinition.ashx> (2019年7月1日).
- 4) Swider SM, Krothe J, Reyes D, et al.: The Quad Council Practice Competencies for Public Health Nursing. *Public Health Nursing*, 30 (6): 519-536, 2013.
- 5) 吉岡京子・麻原きよみ・村嶋幸代: 地域の健康問題に関する保健師による事業創出のプロセスと方策; 課題設定と事業案作成の段階に焦点を当てて. 日本公衆衛生雑誌, 51 (4): 257-271, 2004.
- 6) 吉岡京子・塩見美抄・片山貴文他: 保健医療福祉専門職のための事業化・施策化のすすめ方. 2-6, クオリティケア, 東京, 2018.
- 7) 吉岡京子・岡本有子・村嶋幸代: 日本の地方公共団体に働く保健師の施策化に関する文献レビュー. 日本地域看護学会誌, 5 (2): 109-117, 2003.
- 8) 厚生労働省医政局看護課: 「保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成30年版」について. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000158962.pdf> (2019年7月1日).
- 9) 全国保健師教育機関協議会・保健師教育検討委員会: 保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ全国保健師教育機関協議会版(2014); 保健師教育の質保証と評価に向けて. <http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h26-iinkai-hokenshi-mr-houkoku.pdf> (2019年7月1日).
- 10) 吉岡京子: 日本の行政保健師による事業化・施策化に関する文献レビュー; 2001年から2013年に発表された文献に焦点を当てて. 日本地域看護学会誌, 16 (3): 4-12, 2014.
- 11) Garrard J: 看護研究のための文献レビューマトリックス方式. 安部陽子(訳), 81-93, 医学書院, 東京, 2012.
- 12) 川本素子: ライフステージに応じた生活習慣病予防対策を実践; 能美市の取り組み. 地域保健, 46 (8): 33-41, 2015.
- 13) 長谷部裕子: 連携でデータを「見える化」, 糖尿病に的を絞った計画を策定; 南アルプス市の取り組み. 地域保健, 46 (8): 22-27, 2015.
- 14) 津下一代: データヘルス計画で健康課題の「見える化」を. 地域保健, 46 (8): 42-47, 2015.
- 15) 土屋厚子: 県内56万人分の特定健診データをマップで「見える化」, 地域の健康課題を示す; 静岡県の取り組み. 地域保健, 46 (8): 10-15, 2015.
- 16) 藤巻郁子: 他部署の統計資料を多角的に分析, 効率的・効果的な事業を目指す; 日光市の取り組み. 地域保健, 46 (8): 16-21, 2015.
- 17) 工藤利枝子: KDBデータの活用で課題を明確化したデータヘルス計画策定と保健事業 池田町の取り組み. 保健師ジャーナル, 71 (10): 842-848, 2015.
- 18) 藤枝市健康推進課・国保年金課・福祉政策課他: 健康・予防日本一のまちを目指して; 藤枝市の取り組み. 地域保健, 46 (8): 28-32, 2015.
- 19) 崎村詩織: 地域の医療保健関係団体と協働で取り組むデータヘルス計画. 保健師ジャーナル, 74 (4): 293-299, 2018.
- 20) 山下峰司・大島亜友美: 個人の健康増進と制度維持の観点からKDBデータを分析; 国保・衛生両部門の保健事業の再構築へ. 保健師ジャーナル, 73 (3): 218-224, 2017.
- 21) 岩崎由紀子: 健康課題の優先度を見える化し, 「裏づけある保健活動」を実現. 保健師ジャーナル, 73 (3): 225-231, 2017.
- 22) 河合美子: 保健師にとってのデータヘルス計画の意義とその活用について. 保健師ジャーナル, 71 (10): 826-831, 2015.
- 23) 竹澤明美・中村美奈栄: 広域で行う高齢者支援のための地域診断へのデータ活用; 愛知県東三河広域連合における取り組み. 保健師ジャーナル, 71 (10): 837-841, 2015.
- 24) 越林いづみ: 健康無関心層にまで届く健康づくりをめざして; 高浜町における「たかはま健康チャレンジプラン」の取り組み. 保健師ジャーナル, 71 (9): 766-772, 2015.
- 25) 野尻孝子・山本紀美代・尾島俊之: 保健所と市町村が協働で推進する圏域健康増進計画「健康日高21」; 和歌山県御坊保健医療圏における13年間の取り組み. 保健師ジャーナル, 69 (9): 720-726, 2013.
- 26) 松本珠実・野崎真実・七堂美香: 健康日本21(第2次)の推進と保健師活動; 大阪市におけるソーシャル・キャピタルの醸成に焦点をあてて. 保健師ジャーナル, 71 (6): 485-490, 2015.

- 27) 齋藤輝実：住民の底力で健康づくり計画を策定；市町村合併を乗り越えた益田市の取り組み。保健師ジャーナル, 69 (4): 275-280, 2013.
- 28) 新沼美香：住民・関係機関とともにつくりあげた健康増進計画：「元気トントンおおふなと健康チャレンジプラン」の取り組み。保健師ジャーナル, 72 (9): 734-738, 2016.
- 29) 島田真希：3つの組織が軸となり推進した健康づくり計画：「新健康おおぶ21プラン」の取り組み。保健師ジャーナル, 72 (9): 728-733, 2016.
- 30) 近藤尚己：健康格差の評価・測定とその活用；熊本県御船町での取り組み事例より。保健師ジャーナル, 71 (6): 470-474, 2015.
- 31) 大熊ゆき子：がん検診受診率向上への取り組み；豊島区の「がん対策推進計画」。保健師ジャーナル, 71 (8): 665-670, 2015.
- 32) 東内京一：ニーズ調査等に基づく計画策定と地域ケア会議の活用；アウトカム志向, 課題解決型の地域包括ケアへ。保健師ジャーナル, 74 (4): 300-304, 2018.
- 33) 山本紗矢香・伊藤聡之：4本柱で進める静岡県肝炎対策推進計画。保健師ジャーナル, 73 (6): 486-494, 2017.
- 34) 松田真理・南谷千絵：結核罹患率の減少へ向けた総合的な結核対策「神戸市結核予防計画2020」を踏まえた神戸市の取り組み。保健師ジャーナル, 72 (11): 917-921, 2016.
- 35) 清田義和・石井恭子：「新潟県歯科保健推進条例」にもとづく市町村計画の策定と住民と進める歯科保健；佐渡市での取り組みについて。保健師ジャーナル, 71 (2): 116-121, 2015.
- 36) 角 園子・大江 浩：富山県新川厚生センターの実践；保健所が取り組む糖尿病対策のデータヘルス。保健師ジャーナル, 74 (4): 305-311, 2018.
- 37) 澁谷いづみ：「計画づくり」とその評価；保健師が参画する意義と必要性を考える。保健師ジャーナル, 72 (9): 718-722, 2016.
- 38) 玉置隼人：社会福祉法改正による包括的支援体制構築と地域福祉計画の充実。保健師ジャーナル, 74 (10): 824-830, 2018.
- 39) 大江 浩：保健師が知っておきたい！；行政計画の一体的推進の全体像と実践。保健師ジャーナル, 74 (3): 226-230, 2018.
- 40) 後藤 拓：調査報告 基礎自治体における母子保健行政の現状と課題。保健師ジャーナル, 72 (9): 752-757, 2016.
- 41) 細谷紀子：「住民参加」による保健福祉計画策定における住民の力を活かすための要因。千葉看護学会誌, 12 (1): 7-13, 2006.
- 42) 鈴木孝男・山田晴義：住民と行政職員の参加による計画策定の方法について；宮城県宮崎町における総合計画策定のケースを通じて。日本建築学会計画系論文集, 556: 205-212, 2002.
- 43) 藤内修二・尾崎米厚・福永一郎他：市町村の母子保健計画の策定プロセスと策定後の変化。日本公衆衛生雑誌, 50 (9): 897-907, 2003.
- 44) Woods H, Haruna U, Konkor I, et al.: The influence of the Community-based Health Planning and Services (CHPS) program on community health sustainability in the Upper West Region of Ghana. *International Journal of Health Planning Management*, 34 (1): e802-e816, 2019.
- 45) 佐伯和子・大野昌美・織田初江他：保健福祉計画策定における保健師が認識する困難。北陸公衆衛生学会誌, 33 (1): 42-46, 2006.
- 46) Murray CJL, Lopez AD: Evidence-based health policy-Lessons from the global burden of disease study. *Science*, 274 (5288): 740-743, 1996.
- 47) 小森岳史：「武蔵野市方式」の継承と発展；第五期長期計画にみる。神原 勝・大矢野修（編著），総合計画の理論と実務；行財政縮小時代の自治体戦略, 31-36, 公人の友社, 東京, 2015.
- 48) 田中富雄：個別計画との比較に見る総合計画の特質と役割；なぜ総合計画が必要なのか。地域政策研究, 19 (2): 51-64, 2016.
- 49) 伊藤修一郎：自治体政策過程の動態；政策イノベーションと波及, 11-36, 慶應義塾大学出版会, 東京, 2002.
- 50) 日本公衆衛生協会・曾根智史（分担事業者）：平成30年度地域保健総合推進事業「地方公共団体における効率的・効果的な保健活動の展開及び計画的な保健師の育成・確保について」総合報告書。http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04\_2\_h30\_01.pdf (2019年7月1日)。
- 51) 吉岡京子・村嶋幸代：日本の市町村保健師による事業化プロセスの経験とその関連要因。日本公衆衛生雑誌, 54 (4): 217-225, 2007.
- 52) 東京市町村自治調査会：市町村の総合計画のマネジメントに関する調査研究報告書。http://www.tama100.or.jp/cmsfiles/contents/0000000/275/h25sougoukeikakuzennpezi.pdf (2019年7月1日)。



## ■ Information ■

A Comprehensive Review of Related Literature Focusing on the Strategies of  
Health, Medical Care and Welfare Planning  
Utilizing by Japanese Public Health Nurses (since 2013-2018)

Kyoko Yoshioka-Maeda

Department of Health Promotion, National Institute of Public Health

**Objective:** The purpose of this study was to review the literature that focusing on the kind of strategies public health nurses (PHNs) used to develop health, medical care and welfare planning, and to obtain concrete suggestions to facilitate planning by PHNs.

**Method:** The literature published between 2013 and 2018 was searched by using the web of Japan Medical Abstracts Society and CiNii Articles. The researcher utilized keywords; “health promotion plan”, “cancer control promotion plan”, “medical expenses adjustment plan”, “specific health checkups enforcement plan”, “maternal and child health plan”, “disability welfare plan”, “long-term care insurance project support plan”, “long-term care insurance project plan”, “medical care plan”, and “public health nurse”, and “planning.”

**Results:** Twenty-nine articles were identified; 25 case reports, three commentaries, and one research paper. Among the case reports, seven strategies which PHNs have used through planning were identified: 1) developing a system to facilitate planning, 2) problem analysis, 3) data collection, 4) setting of priority and target group, 5) discussion for realization of programs, 6) preparation for evaluation, 7) others. Few studies indicated any consideration of consistency with the related plans.

**Discussion:** The results of this research suggested that public health nurses have been conducting planning based on their own experience and knowledge. In order to proceed with developing health, medical care and welfare plans smoothly by PHNs, it is necessary to develop educational programs to learn the concrete strategies for such planning.

---

**Key words :** planning, public health nurse, strategy, community, health issues, administration



## 在宅ケアにおけるIPWに関する尺度

井出 成美

千葉大学大学院看護学研究科

日本地域看護学会誌, 23 (1) : 66-69, 2020

### I. 概念の定義

医療の高度化・複雑化, 保健医療職の専門分化, 地域包括ケアシステムの導入などの背景から, 保健医療福祉のさまざまな領域で多職種による連携の必要性が指摘されてきている。

IPWは, Interprofessional Workの略語であるが, このInterprofessionalという単語は, InterとProfessionalの2つの単語の合成による造語であり「専門職が相互作用しあう学習の上に成り立つ協働関係」と説明されている<sup>1)</sup>。IPWの定義については, 吉本が「複数の領域の専門職者が各々の技術と役割をもとに, 共通の目標を目指す協働」と定義しており<sup>2)</sup>, 専門職連携実践と訳される。近年の海外論文ではIPCP (Interprofessional Collaborative practice) のほうが使われている傾向にあるが, 本稿ではIPWの表記を用いることとする。

患者やサービス利用者の安全と提供されるケアの質は, 専門職同士の連携協働により向上するという信念のもと, 世界的に専門職連携の必要性が叫ばれており, WHO (World Health Organization; 世界保健機関) も2010年に地域の保健医療サービスの質を向上させるための専門職連携教育の必要性についてのフレームワークを報告している<sup>3)</sup>。しかし連携とケアの質向上との関連に関して, 疫学的に支持する研究はみられるが, 介入研究による因果関係はまだ確認されていない<sup>4)</sup>。これは, 専門職間連携の活動がさまざまな概念で説明されており共通した定義がないため, 介入を区別することが困難であることが原因と指摘されている<sup>4)</sup>。Andreasらは, 専

門職連携に関わる用語の整理をし, 連携評価のための介入の設計や定義の検討をするために10年間分の関連文献の分析を行い, 専門職連携活動の分類ツール (InterPACT; Interprofessional Activity Classification Tool) を作成した<sup>4)</sup>。このツールによると, 専門職連携活動はメンバー間のリンクの程度によって4種類に分けられ (チームワーク, コラボレーション, コーディネーション, ネットワーク), それぞれにおいて求められる連携活動の6側面 (コミットメントの共有, チームアイデンティティの共有, 目標の明確化, 役割と責任の明確化, メンバー間の相互依存, 業務の統合) の強度に違いがあることが示されている。連携とケアの質の向上の因果関係のエビデンスを示していくための介入設計をするためには, さまざまな医療保健福祉現場の実践の特質によって, どのような種類の連携のどのような側面の連携活動が求められるのかの共通整理が必要であり, このツールはそのために活用できるとしている。

このように, IPWに関するさまざまな事象の概念整理とそれへの共通認識が進むにしたがって, 職種や実践現場のさまざまな条件によらず, 連携のさまざまな側面を評価測定できる尺度が今後ますます開発され, ケアの質向上や患者のQOL (Quality of Life; 生活の質) 向上へのIPWの寄与についての根拠となる知見が蓄積されていくことが期待される。

### II. 尺度の紹介および活用状況

すでに開発・活用されているIPWに関する尺度につ

いて概観すると、A：チームワークやメンバー間の関係性を評価するもの、B：地域診断的観点から地域内の連携の良好さを評価するもの、C：専門職個人の連携能力や連携行動を評価するものがある。

なお、本学会誌の編集委員会企画連載：地域看護に活用できるインデックスNo.8「連携」<sup>5)</sup>にて“①連携しやすさ尺度（日本語版Relational coordination尺度）<sup>6)</sup>”，“②在宅医療介護従事者における「顔の見える関係」評価尺度<sup>7)</sup>”，“③医療介護福祉の地域連携尺度<sup>8)</sup>”がすでに紹介されているので、これらの尺度の解説は当該記事を参照してもらいたい。①連携しやすさ尺度は、A：チームワークやメンバー間の関係性を評価する尺度であり、②在宅医療介護従事者における「顔の見える関係」評価尺度、③医療介護福祉の地域連携尺度は、いずれもB：地域診断的観点から地域内の連携の良好さを評価する尺度であるといえる。

本稿では主に、C：専門職個人の連携能力や連携行動を評価する尺度を3つ紹介する。

## 1. 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度<sup>9)</sup>

藤田らが2015年に開発した、5因子17項目の尺度で、在宅ケアにおける医療職と介護職を含めた多職種による連携行動を評価できる。回答者は在宅サービスを直接提供している医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員、訪問介護従事者である。信頼性については内的一貫性と再現性が、また、妥当性については「顔の見える関係」評価尺度<sup>7)</sup>およびチームの連携達成度との併存的妥当性が検証され、多職種連携行動を自己評価する尺度として一定の信頼性と妥当性を有するとされている<sup>9)</sup>。

5因子の構成は、「意思決定支援」「予測的判断の共有」「ケア方針の調整」「チームの関係構築」「24時間支援体制」からなる。「意思決定支援」は、利用者・家族の希望やその理解について、他職種からの情報収集や情報伝達の行動を問う項目である。「予測的判断の共有」は今後、起こりうる利用者の生活状況・病状・家族の状況の変化について予測し他職種に伝達する行動を問う項目となっている。「ケア方針の調整」はケアの方針・計画・変更について、チームでの合意形成や多職種との意見交換・提案についての行動を問う項目である。「チームの関係構築」は、お互いの提供サービスについての情報収集・伝達、顔合わせの機会や関係構築の行動について問う項目である。「24時間支援体制」は、緊急時および平常時

における連絡可能な体制をとる行動を問う項目である。

本尺度は、在宅ケアを提供している医療職・介護職の連携行動の評価に活用でき、多職種に利用可能な点が特徴である<sup>9)</sup>。一定地域において、地域内で活動する在宅ケアに関わる医療職・介護職の連携行動の実態を調査し、評価して改善の検討をすることなどにも活用できる。

## 2. インタープロフェッショナルワーク実践能力評価尺度 (CICS29：The Chiba Interprofessional Competency Scale)<sup>10)</sup>

酒井らが2016年に発表した、6因子29項目のIPW実践能力の自己評価尺度である。特にチームにおける貢献力と調整力を自己評価する尺度である。回答者は、看護職、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、医師、薬剤師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員、栄養士、管理栄養士、臨床心理士である。内的一貫性と、4つの既存スケールとの比較から構造的妥当性が検証されている<sup>10)</sup>。

6因子の構成は、チームへの貢献力として「患者を尊重した治療・ケアの提供」「プロフェッショナルとしての態度・信念」「専門職としての役割遂行」、チームの調整力として「チームの目標達成のための行動」「チーム運営のスキル」「チームの凝集性を高める態度」からなる。貢献力のうち、「患者を尊重した治療・ケアの提供」は、患者の自立を念頭においた治療・ケア、自己決定できるような関わり、患者にとっての最善の治療やケアの探求などを問うもので患者中心の医療実現のための連携行動であるかを問う項目となっている。「プロフェッショナルとしての態度・信念」は、実践の改善、振り返り、根拠に基づいた治療・ケア、最新知識の活用、専門職としてあるべき姿の追求などを問う項目である。「専門職としての役割遂行」は、専門的知識に基づいた他職種への意見の伝達、チーム内での自職種の役割の遂行、自職種の可能な実践の範囲の理解などを問う項目で、専門職としての責任性や倫理性を問うものである。次に調整力のうち、「チームの目標達成のための行動」は、チームの目標達成のための自身の実践の調整、目標に照らしてのチームメンバーとの意見調整、他のチームメンバーへの必要な支援、チームパフォーマンスの評価と成果の説明について問う項目となっている。「チーム運営のスキル」は、チームメンバーの忙しさや仕事のペースへの配慮、チームメンバーの仕事の範囲や限界の理解、チームメン

バーとの協力による問題解決、対立が生じたときの自らの調整などを問う項目である。「チームの凝集性を高める態度」は、日常的な職種間の良好な人間関係をつくる努力、会議における話しやすい雰囲気づくり、患者の治療・ケアについての日常的な他職種との話し合い、他職種との意識的なコミュニケーションなどを問う項目となっている。

本尺度は、実際の行動を評価できるため、IPE (Inter-professional Education；専門職連携教育)における学習目標達成の評価にも活用可能である<sup>10)</sup>。保健医療福祉現場の実践者向けの連携協働研修の介入前後の変化をみて短期的効果を評価するなど活用できる。たとえば、自治体の主催する多職種協働研修の短期的効果を評価するために使用された活用例がある<sup>11,12)</sup>。

本尺度は自己評価尺度であるため、個人の変化を評価することには向いているが、異なる属性をもつ集団間の比較には不向きである。構造的妥当性は検証されているため、今後、IPW実践能力に影響するさまざまな要因を特定する研究への活用が期待できる。

### 3. IPW コンピテンシー自己評価尺度<sup>13)</sup>

本尺度は、國澤らが2017年に発表した6因子24項目の尺度である。病院に勤務する保健医療福祉専門職全職員を対象にしたIPW自己評価尺度を開発することを目的に開発された<sup>11)</sup>。回答者は、病院で働く看護職、事務職、医師、介護福祉士、介護職、看護助手、薬剤師、社会福祉士、栄養士、調理師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、臨床工学技士、臨床検査技師、放射線技師、歯科衛生士などである。信頼性、妥当性については、内的整合性、再現性、因子的妥当性が検証されており、今後基準関連妥当性を検証し、実用性を高める必要があるとされている<sup>13)</sup>。

6因子の構成は、「チーム活動のマネジメント」「他者の理解と尊重」「事実やアセスメントの相互のやり取り」「統合されたケアのための調整」「対話と議論の促進」「感情の共有と意味づけ」からなる。「チーム活動のマネジメント」は、多職種で行う援助活動の目標の共有・計画・評価・鳥瞰的な観察について問う項目が含まれる。「他者の理解と尊重」は、他の専門職の役割の理解、相手の状況の把握と自分の状況の伝達、尊重、ねぎらい、関わりの振り返りを問う項目からなる。「事実やアセスメントの相互のやり取り」は、他の専門職への患者の情報の伝達や聴取、患者に関する相談をする・相談を受け

ることについて問う項目が含まれている。「統合されたケアのための調整」は、他の専門職との患者の援助方針についての議論、自分の考える方針の伝達、患者が必要なケアを受けられるようにする調整、ケア会議の提案を問う項目からなる。「対話と議論の促進」は、他の専門職同士の議論がかみあうような橋渡し、議論の内容が整理できるような方法の提案、話しやすい雰囲気づくり、相手のいいたいことの確認などについての項目が含まれる。「感情の共有と意味づけ」は、他の専門職との援助の満足感や達成感の共有や援助の不満足感や不全感の共有を問う項目からなっている。

本尺度は、保健医療福祉の実践で働く全職員が、個人のIPWについてのリフレクションに活用できる。IPWに関する自己研鑽の評価に用いたり、個人の変化の評価に用いることができる。

## Ⅲ. 在宅ケアや地域看護実践での活用可能性

### 1. 個人の専門職連携実践能力の評価やリフレクション

今回紹介した3つの尺度は、いずれも個人の連携実践能力や連携行動を自己評価する尺度である。

IPW コンピテンシーは、どのような専門職であっても必ず必要となるコア・コンピテンシーのひとつである<sup>14)</sup>ので、保健医療福祉に携わる専門職には、その実践のなかで、あるいは研修などの自己研鑽を通じてその能力を向上させていく努力が求められる。WHOは2010年の報告書のなかで、専門職連携教育によって向上させるべき専門職の連携実践能力について報告しており、そのなかのひとつに「学習とリフレクション」の能力を挙げている<sup>3)</sup>。

医療保健福祉の専門職は、自身の活動や能力をクリティカルに内省し、必要な学習をして自己研鑽に努めていく責務がある。そうしたリフレクションや自己評価に、今回紹介した尺度は活用可能である。

在宅ケアに携わる医療保健福祉専門職の連携実践能力の向上は、地域包括ケアシステムの推進や、チーム医療、医療と介護の連携などの実現のために必須条件となるであろう。自らの連携実践能力を振り返り評価し、改善・向上すべき自己の能力を把握し、対策を立てるために活用できる。また、3つの尺度いずれも、多様な職種で使用可能とされており、多くの職種を抱える施設や機関では、そこで働く多くの専門職の連携実践能力の評価管理にも活用可能であろう。

## 2. 継続教育や人材育成活動の効果検証

専門職の卒後教育や人材育成活動は、各専門職ごとにラダーが生まれ計画的に実施されていることが多い。IPEは、基礎教育だけでなく継続教育においても重要とされている<sup>3)</sup>。IPEは、複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所で共に学び、お互いから学びあいながら、お互いのことを学ぶと定義されている<sup>15)</sup>。すでに述べたように、IPWコンピテンシーは、どのような専門職であっても必ず必要となるコア・コンピテンシーのひとつであるから、継続教育のプログラムに含めていくことが望ましいが、各職種が別々に単独職種のみで研修や継続教育を受けるだけでは、IPWコンピテンシーの向上は望めない。今後、在宅ケアの場だけでなく、多様な保健医療福祉の現場において、多職種混合のお互いからお互いのことを学ぶ要素を取り入れた継続教育や研修の場をさらに増やしていく必要がある。筆者の所属する千葉大学専門職連携教育研究センターにおいても、こうした保健医療福祉専門職のためのIPW研修を2018年度から開始している<sup>16,17)</sup>。こうした継続教育や人材育成活動において、今回紹介した尺度を用いて介入前後の比較を行い、短期的効果を検証していくことにも活用できる。ただし、今回紹介した尺度はいずれも自己評価尺度であるため、チームパフォーマンスの向上など客観的評価を行うためには、他者評価が必要であり、行動観察などを行うのに活用できる指標の開発はさらに今後の課題となる。

### 【文献】

- 1) Hugh B, Ivan K, Scott R, et al.: *Effective Interprofessional Education; Argument, Assumption & Evidence*, 180, Wiley-Blackwell, UK, 2005.
- 2) 吉本照子：インタープロフェッショナルワークによる専門職の役割遂行。 *Quality Nursing*, 7 (9): 740-747, 2001.
- 3) World Health Organization Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, 2010.
- 4) Andreas X, Scott R, Merrick Z: Examining the nature of interprofessional practice; An initial framework validation and creation of the Interprofessional Activity Classification Tool (InterPACT). *Journal of Interprofessional Care*, 34 (4): 416-425, 2018.
- 5) 成瀬 昂：連携, 編集委員会企画連載「地域看護に活用できるインデックスNo.8」, 日本地域看護学会誌, 18 (2,3): 87-90, 2015.
- 6) 成瀬 昂・阪井万裕・永田智子：Relational coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 61 (9): 565-573, 2014.
- 7) 福井小紀子：「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. *日本在宅医学会雑誌*, 16 (1): 5-11, 2014.
- 8) 阿部泰之・森田達也：「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. *Palliative Care Research*, 9 (1): 114-120, 2014.
- 9) 藤田淳子・福井小紀子・池崎澄江：在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. *厚生指標*, 62 (6): 1-9, 2015.
- 10) Sakai I, Yamamoto T, Takahashi Y, et al.: Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: The Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29). *Journal of Interprofessional Care*, DOI: 10.1080/13561820.2016.1233943
- 11) 白井いづみ・井出成美・馬場由美子他：認知症にかかわる専門職の多職種協働研修プログラムの短期的効果の検証. 第11回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会プログラム・抄録集, 55, 2018.
- 12) 白井いづみ・井出成美・馬場由美子他：認知症にかかわる専門職の多職種協働研修プログラムの短期的効果の検証第2報. 第12回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会プログラム・抄録集, 56, 2019.
- 13) 國澤尚子・大塚真理子・丸山 優他：IPWコンピテンシー自己評価尺度の開発(第2報)：病院に勤務する保健医療福祉専門職等全職員のIPWコンピテンシーの測定. *保健医療福祉連携*, 10 (1): 2-18, 2017.
- 14) Hugh B: Competent to collaborate; Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12 (2): 181-187, 1998.
- 15) 埼玉県立大学編：IPWを学ぶ；利用者中心の保健医療福祉連携. 中央法規出版, 東京, 2009.
- 16) 千葉大学大学院看護学研究科附属専門職連携教育研究センター：IPWベーシック研修；今、現場で本当に必要な連携を实践. [https://www.iperc.jp/education\\_and\\_seminar/2019b1](https://www.iperc.jp/education_and_seminar/2019b1) (2019年11月20日).
- 17) 千葉大学大学院看護学研究科附属専門職連携教育研究センター：IPWマネジメント研修；多職種連携を推進する組織づくり. [https://www.iperc.jp/education\\_and\\_seminar/2019b2](https://www.iperc.jp/education_and_seminar/2019b2) (2019年11月20日).



## 看護師による退院支援の実践能力を 評価する指標

戸村 ひかり

駒沢女子大学看護学部

日本地域看護学会誌, 23 (1) : 70-75, 2020

### I. 退院支援を取り巻く背景と定義

近年、わが国では少子高齢化が急速に進展しており、慢性疾患を有する人が増え、退院後も医療や介護が必要な人が増えている。また、医療費高騰の抑制策として在院日数が短縮化しており、こうしたなか、適切な時期に退院し、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、退院支援の重要性が高まり、国策としても推進されている<sup>1)</sup>。退院支援とは「患者とその家族が退院後の適切なケアプランを作るのを助けるために利用可能でなければならない、部門を越えた病院全体のプロセス」であり<sup>2,3)</sup>、多職種による協働が不可欠である。なかでも、看護師は医療と生活の両方から患者や家族を支援することができるため重要な役割を担っている<sup>4)</sup>。

退院支援看護師(Discharge planning nurse: DPN)は、退院支援業務に専従・専任する看護師であり<sup>1)</sup>、終末期や難病など医療ニーズが高い患者を担当することが多く、求められる役割を果たすためには、正確な病状予測、地域資源の知識、家族介護力の見積もりなど、専門的な知識や技術を十分に有している必要がある<sup>5)</sup>。2016年度の診療報酬改定で「退院支援加算(現、入退院支援加算)」が新設され、退院支援部門に加え、病棟にもDPNを配置することでより高い報酬を得られるようになり<sup>1)</sup>、新任のDPNの数が急速に増加していると推測される。診療報酬を得るにあたり、DPNとしての条件は「退院支援業務に十分な経験を有する者」とされているものの明確な基準はないため<sup>1)</sup>、経験の乏しい看護師が専門的な教育を受けずにDPNとして働くことも多い

と考えられ、DPNによる支援の質の保証は喫緊の課題である。

また、DPNに加え、入院患者のいちばん近くにいる病棟看護師が、患者や家族の退院前の生活の状況や退院先の希望を把握するなど、積極的に退院支援に関与する必要がある<sup>4,6-8)</sup>。しかし、病棟看護師の退院支援に関する能力や関心に差があり、支援が不十分であったこと等が報告されている<sup>6,8,9)</sup>。

退院支援の充実に向け、看護師が各役割を適切に果たすことができるよう実践能力を育成するための取り組みが急務である。DPNや病棟看護師への退院支援に関する教育については、教育プログラムの開発や研修が教育機関や職能団体等により行われている<sup>7,8,10,11)</sup>。効果的な教育のためには、看護師の退院支援の実践能力を定量的に評価できる指標を用い、現状を把握して教育方法を検討したり、教育効果を評価する必要がある。そこで、今回、看護師による退院支援の実践能力を評価でき、信頼性・妥当性が確認されている3つの尺度について、概要や特徴、活用例を紹介する。

### II. 指標の概要や特徴

#### 1. 病棟看護師による退院支援の実践能力を評価する尺度

1) ディスチャージプランニングプロセスの評価尺度(表1)

ディスチャージプランニングプロセスの評価尺度(Discharge Planning-Process Evaluation Measure-

表1 ディスチャージプランニングプロセスの評価尺度 (DCP-PEM)

領域名	項目No	項目名
スクリーニング	Q1	リスクスクリーニングに必要な情報収集をする
	Q2	決められた時間内にリスクスクリーニングをする
	Q3	リスクのある患者を特定する
アセスメント	Q4	患者の治療・看護・リハビリニーズのアセスメントをする
	Q5	患者・家族の日常生活ニーズのアセスメントをする
	Q6	患者・家族の精神的ニーズのアセスメントをする
	Q7	患者の退院先のアセスメントをする
	Q8	患者・家族に教育すべきことを明確にする
	Q9	継続ケア(治療・看護)の体制を把握する
ケアプランニング	Q10	患者・家族が退院後の生活環境の中で実現可能なプランを策定する
	Q11	退院後ケアが継続されるようなプラン策定する
	Q12	ヘルスケアニーズ, 社会的ニーズ, 経済的ニーズを考慮に入れたプランを策定する
	Q13	患者の治療・ケアの到達目標を把握する
	Q14	関係者(患者・家族・他職種)へ退院計画の伝達をする
実施	Q15	退院後に必要となる知識や技術習得のための患者・家族教育をする
	Q16	保健医療福祉関係者・関係機関との連携をとる
	Q17	介護者の支援体制の調整をする
	Q18	患者に合ったセルフケアを促進する
	Q19	家族へのカウンセリング・精神的支援をする
	Q20	退院準備のために患者・家族・重要他者を支援する
	Q21	適切な時期の退院のために, さまざまなケア提供者との調整をする
	Q22	退院時の患者移送手段の手配をする
	Q23	他職種にもわかる紹介の記録を書く
モニタリング	Q24	患者・家族の退院の準備状況を観察する
	Q25	新たに発生するリスク患者を把握する
	Q26	退院調整看護師へ依頼する時期を把握する

注) 退院支援看護師を, 尺度の原文どおり退院調整看護師と表記  
出典) 文献12

ment ; DCP-PEM) は, 千葉により開発され, 退院支援の全体的なプロセスおよび実践内容を評価する尺度である<sup>12)</sup>. 尺度項目を作成する際は, アメリカ病院協会が提示する退院支援プロセスの必須要素<sup>2)</sup>と, 国内の看護研究者による先行文献が用いられ, さらに退院支援に精通した複数の研究者により項目の内容や表現について繰り返し検討された. 項目選定後, 急性期病院2施設の病棟看護師を対象に質問紙調査を実施して尺度を開発し, 信頼性と妥当性も確認している.

DCP-PEMは5領域26項目の尺度で, 5領域は退院支援プロセスの5段階『スクリーニング』『アセスメント』『ケアプランニング』『実施』『モニタリング』で構成されている. 項目の回答方法は, 「1. 全くできていない」「2. あまりできていない」「3. どちらともいえない」「4. だいたいできていない」「5. 十分できている」の5段階のリッカートスケールで, 主観的判断により回答する. 項目ごとに1~5点に点数化し, 各領域と全項目の得点については合計得点とし, 得点が高いほど実践度が高いと評価する.

DCP-PEMは, 病棟看護師による退院支援プロセスの実践内容を包括的・定量的に評価できる, 国内外を通じて初めて開発された尺度であり, 下記の2つの尺度に比べると, 項目の内容は抽象度が少し高く, 簡潔な言葉で表現されている. また, 2つの尺度の開発の際には, DCP-PEMが基準関連妥当性の併存妥当性の確認にも使用されており, 重要な指標のひとつである.

## 2) 病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度(表2)

病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度(Discharge Planning of Ward Nurses ; DPWN)は, 坂井らにより開発され, 病棟看護師が退院支援実践力を自己評価する尺度である<sup>8, 13)</sup>. 本尺度利用の意義は下記4点である.  
①退院支援に関する業務やケア介入についての標準的な指標となる, ②退院支援に関する研修前後の評価指標として利用し, 研修の効果を測定できる, ③自己評価指標として, 到達できている項目の継続と実践力の不足している項目を補う目安となる, ④受講者の研修ニーズに合わせた項目に重点をおいたプログラムを提供できる. 尺度の項目案の作成にあたっては, 先行研究が用いられた.

表2 病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度 (DPWN)

下位尺度名	項目No	項目名
患者・家族からの情報収集	Q1	患者の入院前の生活状況 (ADL, 認知レベル, 住居環境等) について情報収集する
	Q2	患者の疾患, 進行度, 予後について情報収集する
	Q3	患者のADL状況, 認知・理解能力について情報収集する
	Q4	家族構成と関係性, キーパーソン (インフォーマルも含む) について情報収集する
	Q5	患者の社会背景 (生活史, 職業, 信条, 趣味等) について情報収集する
患者・家族への意思決定支援	Q6	患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, 今後どのように過ごしたいのか意向を把握する
	Q7	患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の場を設定する
	Q8	患者のADLより, 今後の生活で起こりうる課題について検討する
	Q9	患者・家族の思いを医師と共有して, 今後の方向性を話し合う
	Q10	病状に伴い, 今後起こりうる生活上の変化について患者・家族へ説明する
	Q11	現在の病院機能と役割について患者・家族へ説明する
	Q12	患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にズレが生じていないか確認する
社会資源の活用	Q13	患者の在住する地方自治体には在宅療養を支えるためにどのようなサービスがあるのか把握する
	Q14	介護保険の対象者, 申請方法, サービス内容について患者・家族へ説明する
	Q15	往診や訪問看護の対象者と利用方法について必要時に患者・家族へ説明する
	Q16	生活保護制度による医療費の負担割合について必要時に患者・家族へ説明する
院内外の多職種連携による療養指導	Q17	患者・家族へ病棟スタッフが統一した内容で医療処置を指導する
	Q18	点滴の管理や内服管理方法について医師や薬剤師と連携して患者・家族が対応可能となるよう簡素化する
	Q19	退院後の環境を想定したADL動作についてリハビリスタッフと連携して患者・家族に指導する
	Q20	栄養士やNSTに在宅での食事方法や栄養について相談する
	Q21	退院調整部門と協働して, 患者の生活に合わせた医療処置の方法をアレンジする
	Q22	在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応方法を患者・家族が理解できているか確認する
	Q23	退院前カンファレンスで在宅生活の課題についてケアマネジャーや往診医, 訪問看護師, ヘルパー, 保健師へ申し送る
	Q24	在宅療養の準備をする (医療材料購入について情報提供, 関係医療機関との調整等)

注) 退院支援部門を, 尺度の原文どおり退院調整部門と表記  
出典) 文献8, 13

さらに, 病棟看護師による効果的な退院支援の提供を目指し, 病棟看護師にとって必要であると考えられ, 実際に実践されている支援内容から項目を選定するため, 看護師19人 (看護師として10年以上のキャリアと, 退院支援部門で2年以上勤務経験がある者) と退院支援を専門とする研究者2人へのインタビューも行われた。その後, 退院支援部門がある急性期病院6施設の病棟看護師624人の質問紙調査のデータをもとに, 4つの下位尺度をもつ24項目の尺度が開発され, 信頼性と妥当性も確認された。

DPWNの下位尺度は『患者・家族からの情報収集』『患者・家族への意思決定支援』『社会資源の活用』『院内外の多職種連携による療養指導』である。項目の回答方法は, 「1. 全くできていない」「2. できていない」「3. あまりできていない」「4. すこしできている」「5. できている」「6. 十分できている」の6段階のリッカートスケールで, 各項目の実施状況について主観的判断により回答する。項目ごとに1~6点に点数化し, 各下位尺度と全項目の得点については合計得点とし, 得点が高いほど実践度が高いと評価する。

千葉が開発したDCP-PEMと比較すると, DPWNは,

項目が病棟看護師による日常の実践内容に即して作成されており, 具体的な行動レベルで表現されている。また, 患者・家族への意思決定支援などが含まれていることが特徴である。

## 2. 退院支援看護師による退院支援の実践能力を評価する尺度

### 1) 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度 (表3)

退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度 (The Nurses' Discharge Planning Ability Scale; NDPAS) は, 筆者らにより, 退院支援の専門職であるDPNの実践能力を適切に評価するために開発された<sup>14, 15)</sup>。尺度の概念枠組みにコンピテンシー理論<sup>16)</sup>を用いて測定する能力を明確に定義づけしている。尺度の項目案については, 高業績者であるベテランDPNによる支援内容をもとに作成するため, 退院支援の研究者が, ベテランDPNの支援内容を構造化した質的研究<sup>5)</sup>など先行文献を検討し, さらに, ベテランDPN7人へインタビューをして項目の選定や表現の修正が行われた。項目案作成後, DPNを対象とした全国調査のデータをも



表3 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度 (NDPAS)

下位尺度名	項目No	項目名
退院後のケアバランスの見積力	Q1	支援早期に退院までの支援の全体像や流れをイメージする
	Q2	退院後に患者が必要とする医療管理や日常生活援助を予測する
	Q3	患者の退院後の経過を考慮した上で、家族の介護の継続可能性を予測する
	Q4	患者の退院後の住環境を把握する
	Q5	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを提供できる医療機関や訪問看護の情報を迅速につかむ
	Q6	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを、家族の介護力と地域資源でまかなえるか、アセスメントする
患者・家族との合意形成力	Q7	患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する
	Q8	患者・家族の退院に伴う不安の内容を把握する
	Q9	患者・家族が、退院後に担う介護負担量を理解できるように情報を提供する
	Q10	家族が介護を行う意思があるか把握する
	Q11	患者・家族の意向を考慮して、実現可能な支援計画をたてる
	Q12	患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける
	Q13	患者・家族の意向と、病院スタッフの方針に相違がある場合は、調整する
退院後のケアバランスの調整力	Q14	病院スタッフとともに、患者・家族の退院後の負担が減るよう、入院中に医療管理やケアを調整する
	Q15	病院スタッフとともに、入院中に患者の自立度 (ADLやセルフケア能力) が最大限上がるように支援する
	Q16	患者・家族が医療管理やケアの手技を習得しやすいよう、病院内外のスタッフとともに指導方法を工夫する
	Q17	患者の状況に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する
	Q18	患者の退院支援に関与する病院スタッフ間で、退院に向けた目標を共有する
	Q19	地域スタッフが、未経験の医療管理やケアの技術をマスターできるように調整する
療養場所の移行準備力	Q20	医療・福祉制度を利用する場合、必要な手続きの手配を、認定に要する期間を考慮して行う
	Q21	退院後に必要な医療管理やケアが出来る医療機関や訪問看護をタイムリーに確保する
	Q22	退院までに退院後の療養環境を整えられるよう、家族や介護支援専門員 (ケアマネジャー) と調整する
	Q23	患者の状況に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する
	Q24	合同カンファレンスの目的を達成するために、患者・家族および必要な病院内外のスタッフが参加できるよう調整する

出典) 文献15

とに、4つの下位尺度をもつ24項目の尺度が開発され、信頼性と妥当性も確認された。

NDPASの下位尺度は、『退院後のケアバランスの見積力』『患者・家族との合意形成力』『退院後のケアバランスの調整力』『退院後の療養場所の移行準備力』で、下位尺度ごとにDPNの特徴的な能力を評価することができる。項目の回答方法は、「1. 全くできていない」「2. あまりできていない」「3. どちらともいえない」「4. だいたいできている」「5. 十分できている」の5段階のリッカートスケールである。DPNのマネジメント力も評価できるよう、自分が直接実施した場合と、自分が働きかけて病院内外のスタッフが実施した場合も含めて各項目の達成度を回答する。項目ごとに1～5点に点数化し、下位尺度の得点は項目の合計得点を項目数で割った平均点で、尺度全体の得点は4つの下位尺度の得点を合計して求めるようになっており、得点が高いほど能力が高いことを示す。本尺度の項目は、ベテランDPNが普段思考している際に用いている抽象度が低い言葉で作成されているため、新任のDPNであっても自身の能力を適切に評価することが可能である。

### Ⅲ. 指標の活用状況と、活用できる実践例

今回、紹介した3つの尺度は、看護実践者や研究者により広く活用されている。指標の活用方法としては、横断研究により看護師の退院支援の実践能力の現状を把握したり、教育プログラムの効果を検証するために用いられたりしている。また、3つの尺度とも自己評価が可能であるため、個々の看護師が自身の退院支援実践能力の向上状況を把握して効果的に自己研鑽を行うこともできる。

#### 1. 病棟看護師による退院支援の実践能力を評価する尺度の活用例

##### 1) 千葉が開発したDCP-PEMの活用例：病棟看護師の退院支援教育プログラムを評価

鈴木らは、病棟看護師を対象とした退院支援に関する知識・態度・行動を改善するための教育プログラムを開発し、その効果を検証するため、2007年に1,210床の病棟の病棟看護師に介入研究を行った<sup>7)</sup>。行動についての評価指標としてDCP-PEMを調べた結果、教育プログラムを実施した介入群87人(有効回答率85.3%)は対

照群 104 人 (67.5%) に比べ、『スクリーニング』は有意傾向がみられたが、その他の領域や合計得点に有意差はなかった。なお、知識や態度については介入郡において改善がみられ、教育プログラムの有用性が認められた。

## 2) 坂井らが開発した DPWN の活用例：病棟看護師の退院支援教育プログラムを評価

坂井らは、看護師を対象とした地域医療福祉職と協働で実施する退院支援研修の効果を検証するため、大学病院 1 施設の看護師に 2012～2015 年の各年研修を実施し、介入前後の DPWN 得点を比較した<sup>11)</sup>。看護師 72 人 (有効回答率 75.0%) のデータを解析した結果、研修後に DPWN の 4 つの下位尺度と合計の得点が有意に上昇し、研修の効果があったと考えられた。

## 2. 退院支援看護師による退院支援の実践能力を評価する尺度の活用例

### 1) 筆者らが開発した NDPAS の活用例：退院支援看護師の実践能力の状況を把握

#### (1) 退院支援の実践能力が高い退院支援看護師の特徴を把握するために尺度を活用

筆者らは、全国の一般病床 100 床以上の病院に勤務する DPN461 人に NDPAS を用いて質問紙調査を行い、DPN の実践能力に関連する要因を明らかにし、能力を向上するために必要な教育について検討した<sup>14)</sup>。結果の 1 例として、『退院後のケアバランスの調整力』の得点の高さには、訪問看護の経験があることが関連していた。訪問看護の経験がない場合、訪問看護師から在宅でできるケア方法を伝授してもらうこと等により能力を向上できると考えられた。

#### (2) 全国の退院支援看護師の退院支援実践能力を把握するために尺度を活用

筆者らは、全国の一般病床 100 床以上の病院に勤務する DPN を対象に NDPAS を用いて 2010 年 (有効回答 461 人、有効回答率 56.3%) と 2014 年 (479 人、50.5%) に実施した質問紙調査の結果を比較し、DPN の実践能力の変化を明らかにして、今後 DPN に求められる役割を果たせるために必要な取り組みを検討した<sup>17)</sup>。その結果、2010 年より 2014 年のほうが『退院後のケアバランスの見積り』の得点が高かったが、残り 3 つの能力の得点は両年で有意差がなく、系統的・継続的な人材育成の必要性が示唆された。

## 【文献】

- 1) 厚生労働省保険局医療課：平成 30 年度診療報酬改定の概要 医科 I；平成 30 年 3 月 5 日版。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf> (2019 年 11 月 16 日)。
- 2) Volland PJ : Evolution of discharge planning. Volland PJ, Discharge planning: An interdisciplinary approach to continuity of care, 3-18, National Health Publishing, Owings Mills, Maryland, 1988.
- 3) 手島陸久：退院計画とは何か。手島陸久・退院計画研究会 (編)，退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム，1-51，中央法規，東京，1996。
- 4) 日本看護協会：2025 年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン：いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護。 <https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-4C.pdf> (2019 年 11 月 16 日)。
- 5) Tomura H, Yamamoto-Mitani N, Nagata S, et al. : Creating an agreed discharge; Discharge planning for clients with high care needs. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (3): 444-453, 2011.
- 6) 戸村ひかり：退院支援を円滑に行う退院支援システムを構築するためのガイドラインの開発。平成 23-24 年度科学研究費補助金研究活動スタート支援研究成果報告書。2013。
- 7) Suzuki S, Nagata S, Zerwekh J, et al.: Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. *Japan Journal of Nursing Sciences*, 9 (2): 201-215, 2012.
- 8) 坂井志麻：病棟看護師の退院支援能力の育成：教育プログラム運用の実際。宇都宮宏子 (監)・坂井志麻 (編)，退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる，26-38，学研プラス，東京，2015。
- 9) 原田かおる・松田千登勢・長畑多代：急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難。日本老年看護学会誌，18 (2): 67-75, 2014。
- 10) 山田雅子・吉田千文・長江弘子他：退院調整看護師の実践力向上を目指した教育プログラムの開発。聖路加看護大学紀要，36: 55-58, 2010。
- 11) 坂井志麻・大堀洋子・田中優子他：大学病院における退院支援研修の取り組みと効果。癌と化学療法，42 (suppl1): 72-74, 2015。
- 12) 千葉由美：ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証。日本看護学会誌，25 (4): 39-51, 2005。
- 13) Sakai S, Yamamoto-Mitani N, Takai Y, et al. : Developing an instrument to self-evaluate the discharge planning of ward nurses. *Nursing Open*, 3 (1): 30-40, doi: 10.1002/nop2.31, 2016.
- 14) 戸村ひかり：退院支援看護師の実践能力評価尺度の開発お

よび, 関連要因の検討. 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻博士学位論文, 2011.

- 15) 戸村ひかり・永田智子・村嶋幸代他: 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発. 日本看護科学会誌, 33 (3): 3-13, 2013.
- 16) Spencer LM, Spencer SM : Competence at work; Models

for Superior Performance. John Wiley & Sons, the United States, 1993.

- 17) 戸村ひかり・永田智子・竹内文乃他: 日本の病院における退院支援看護師の実践状況; 2010年と2014年の全国調査の結果を比較して. 日本看護科学会誌, 37: 150-160, 2017.

日本地域看護学会委員会報告

## 「地域看護学」の再定義

——第22回学術集会ワークショップから——

地域看護学術検討ワーキンググループ

日本地域看護学会誌, 23(1): 76-80, 2020

「地域看護学」の定義については、2009～2011年度本学会教育委員会が検討を開始し、検討を引き継いだ2012～2014年度本学会地域看護学学術委員会が、2014年に示している<sup>1)</sup>。このたび、後述する地域看護学の再定義の必要性から、2018年度事業計画に基づき、本学会倫理綱領作成ワーキンググループのメンバーならびに本学会教育委員会委員長および副委員長の理事7人をメンバーとする地域看護学術検討ワーキンググループが立ち上げられ、「地域看護学」の定義を再検討した。

そして、同ワーキンググループは本学会第22回学術集会においてワークショップを開催し(2019年8月18日)、新たな「地域看護学」の定義とその検討の経緯を報告し、意見交換を行った。参加者は98人であり、会員等の関心の高さがうかがえたが、広く会員をはじめとするみなさまに新たな「地域看護学」の定義を周知し、これからの地域看護学の実践・教育・研究の方向性や本学会の今後のあり方を検討する一助としていただくために、ワークショップの概要をここに報告する。

### I. 地域看護学の再定義の必要性について

地域看護学の定義(2014)を見直し、再定義をする必要性は以下のとおりである。

- ・今日の地域看護の実践の対象、場、方法は多様な広がりを見せており、これまでの4領域(行政看護、産業看護、学校看護、在宅看護)のみでは十分説明できなくなっている。
- ・看護職の対象である人々の生活においては、多様性・複雑性が増すと共に、継続性、包括性を保障し、生活

の質の向上を図ることが重要になってきている。

- ・保健師はいうまでもなく、看護師・助産師の働く場は、今後益々地域に広がると予想され、看護職は多職種と連携し、地域の人々やコミュニティと協働しながら、効果的な看護を創造することが求められている。

したがって、看護職には地域で展開する看護に対する理解が不可欠であり、看護職に共通する基盤としての地域看護学の定義を改めて明確にする必要がある。

### II. 地域看護学の再定義における基本的な考え方や留意点について

地域看護学の再定義検討における基本的な考え方や留意した点は以下のとおりである。

- ・2040年の日本の社会情勢を考慮すると、看護職には、①人々の生活の質、②包括性、③継続性の視点を重視した看護活動がよりいっそう求められ、これらを支える学問としての地域看護学の定義を示す必要がある。
- ・現段階では、看護職が地域で看護を展開するために共通に必要となる教育内容が看護基礎教育課程には位置づけられていない。

看護職員を取り巻く状況の変化および現在の教育実態を踏まえ、将来を担う看護職員を養成するための看護基礎教育の内容と方法について、具体的に検討を行うことを目的に、2018年4月に看護基礎教育検討会が立ち上げられた(厚生労働省医政局実施、2019年9月まで)。同検討会では将来を担う看護師に求められる能力として、「専門職連携実践能力」「多様な場で役割を発揮する能力」「地域をアセスメントする能力」「健康増進や予防

表1 地域看護学の定義について

地域看護学の定義 (2014) <sup>1)</sup>	地域看護学の定義 (2019)
<p>地域看護学は、健康を支援する立場から地域で生活する人々のQOLの向上とそれらを支える公正で安全な地域社会の構築に寄与することを探求する学問である。地域看護学は、実践領域である行政看護、産業看護、学校看護、在宅看護で構成されている。</p>	<p>地域看護学は、人々の生活の質の向上とそれを支える健康で安全な地域社会の構築に寄与することを探求する学問である。</p>
<p>地域看護の目的は、健康の維持、増進、回復、健康状態の悪化の予防、安らかな死の実現をとおして、すべての人々のQOLの向上とそれらを支える公正で安全な地域社会の構築に寄与することである。</p>	<p>地域看護は、人々の健康と安全を支援することによって、人々の生活の継続性を保障し、生活の質の向上に寄与することを目的とする。</p>
<p>地域看護の対象は、地域で生活する多様な健康レベルにある個人や家族、ならびに集団、組織、地域であり、各々相互に関連していると捉える。</p>	<p>地域看護学は、多様な場で生活する、様々な健康レベルにある人々を対象とし、その生活を継続的・包括的にとらえ、人々やコミュニティと協働しながら効果的な看護を探究する実践科学である。</p>
<p>目的を達成するために地域看護が用いる方法は、個人や家族の生活を支え、セルフケア能力の向上を図り、人々の主体的な問題解決能力を促進し、さらに地域の人々と協働して資源の開発や調整を行い、また健康政策の形成を含め、環境の整備を図ることである。</p>	

に関わる能力」などが示され、これらの能力を強化することを前提として検討が進められた。検討会が示しているように、人々の価値観や生活の多様性・複雑性に対応するとともに、少子高齢化はもとより人口減少時代に突入したわが国の医療提供体制が、将来、変化していく可能性も踏まえて、医療機関はもとより在宅や施設等の人々の多様な生活の場で看護を提供できる知識と技術が、これからの看護職にはよりいっそう求められている。このため、地域看護学を看護基礎教育に位置づけ、看護職が将来、幅広く地域で活躍できる基盤を形成する必要がある。この幅広い基盤のうえに、保健師教育の学問的基盤としての公衆衛生看護学が構築され、保健師教育のコア科目に位置づくものと考えられる。

地域看護学および地域看護実践は、専門・非専門を問わず、また領域や分野を越えて、さまざまな人々との連携や協働を重視していることを再定義から読み取れるようにする必要がある。

### Ⅲ. 地域看護学の再定義検討のプロセス

地域看護学術検討ワーキンググループ(以下、WG)は「地域看護学」の再定義を以下のプロセスで検討し、作成した。

・2019年1月:

第1回WGにて、文献<sup>1)</sup>や参考資料も参考にしながら再定義の第一次案を作成

・2019年2月:

2018年度第4回理事会にて第一次案について審議  
上記、審議結果に基づき、第2回WGにて第二次案を作成

・2019年2月下旬～3月中旬:

第二次案について、理事・代議員・名誉会員を対象とした意見募集

・2019年4月:

上記、意見募集の結果に基づき、WGにて第三次案を作成

・2019年4月下旬～5月中旬:

第三次案について、会員を対象としたパブリックコメント

・2019年6月:

上記、パブリックコメントの結果に基づき、2019年度第1回理事会にて最終案作成に向けた審議  
上記、審議結果を踏まえ、第3回WGにおいて最終案を作成

最終案について、理事間での意見交換を行い、2019年度第2回理事会において承認

定義の最終案について、社員総会にて報告

### Ⅳ. 地域看護学の再定義(表1)

これまでの定義と、このたびの定義を「地域看護学の定義について」に示す。

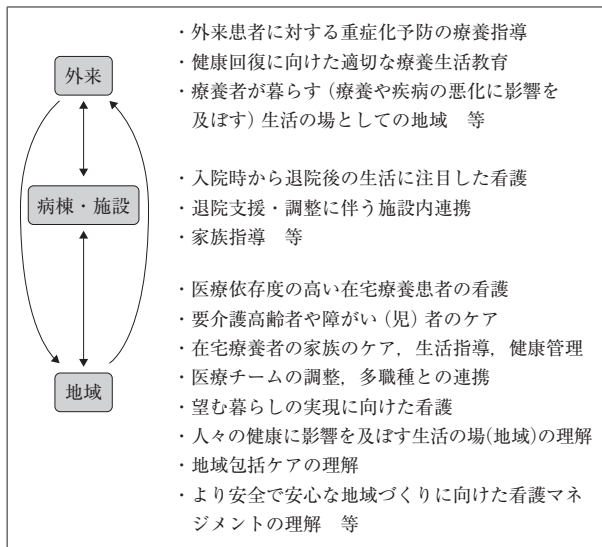


図1 看護師に「地域の視点」が必要な活動例

## V. 「地域看護学」の再定義に基づく教育内容と方法

ワークショップでは、2019年7月22日付で、本学会より厚生労働省の看護基礎教育検討会並びに文部科学省の大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会へ提出した「看護基礎教育における地域看護学の必要性和新設に関する要望書」に基づき、看護基礎教育における「地域看護学」の教育内容の提案も行った。

この内容は、本学会教育委員会において、2期4年間にわたり、「保健師・助産師・看護師の教育に共通に必要な地域看護学」について、検討を重ねてきたものである。1期目（2015～2016年）は、インタビュー調査から地域看護に必要な教育内容の明確化を目指し、「看護学基礎教育で修得すべき地域看護の能力（コンピテンシー）」を導いた<sup>2)</sup>。2期目（2017～2018年）は、①看護学士課程におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標（案）<sup>3)</sup>、②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」の修得を目指した学修目標<sup>4)</sup>、③看護師国家試験出題基準<sup>5)</sup>の項目比較を行うとともに、「従来の枠を超えて活動した事例」や「大学の取り組み」についてヒアリングし、「看護の基礎教育において更に重点を置く必要があること、およびこのままでは不足するので強化が必要と考えられた教育内容」について検討した。

### 1. 教育目標

「地域の視点」が必要な看護師の活動例を検討し

目標A：地域において、多様な場で生活するさまざまな健康レベルにある人々の健康を支える看護活動について理解し、指導のもとで実施できる

- 1) 多様な場で生活する、さまざまな健康レベルにある人々をアセスメントできる
- 2) 人々が暮らす地域の特性をアセスメントできる
- 3) 人々が暮らす地域の特性に基づいて必要なケア資源を提案できる
- 4) 地域で暮らす人々のセルフケア能力を高め、自らが望む暮らしを実現できるように支援する看護について理解し、指導のもとで実施できる
- 5) 地域で暮らす人々を支援するための多職種連携・協働・調整の方法を理解できる

図2-1 看護基礎教育で保健師・助産師・看護師に共通に必要な地域看護学の教育目標・教育内容

目標B：生活の場としての「地域」を視野に入れて、人々の健康を支える看護活動を理解し、説明できる

- 1) 看護の対象となる「地域で暮らす人々」を理解する
- 2) 人々の健康に影響を及ぼす生活の場としての「地域」を理解する
- 3) より安全で安心な地域づくりに向けた看護マネジメントの役割と機能を理解する

図2-2 看護基礎教育で保健師・助産師・看護師に共通に必要な地域看護学の教育目標・教育内容

(図1)、教育目標を、「地域において行う看護活動(目標A)」(図2-1)と「地域を視野に入れて行う看護活動(目標B)」(図2-2)の2側面から設定した。

### 2. 教育内容および方法

教育内容および方法は、講義および演習と、実習例について検討した。講義および演習に含める事項を図3-1に示す。

また、実習方法と実習の意図を図3-2に示す。本学会教育委員会がヒアリングにより収集した実習例には、以下のような例があった。各地域や教育機関の特性に応じて、いろいろな実習方法を創意工夫することができると考えられる。

- a. 「予防的家庭訪問実習」<sup>6)</sup>
- b. 「事例から発し、一歩進んで暮らし易くする」取り組みとして、人工呼吸器を装着しながら小学校に通う小児を、訪問看護師等が応援した事例
- c. 「まちの保健室」や地域包括支援センターでの実習例
- d. 地域イベント（健康まつり）や住民組織活動（サロン）等での健康相談、健康教育等
- e. 「いえラボ」<sup>7)</sup>
- f. 地域の多様な場で人々に会い、生活を聞き取ることを含めた地区踏査

- ①地域および地域看護の概念の理解
- ②生活と健康と地域特性（環境が健康に及ぼす影響を含む）の理解
- ③生活と地域と健康課題の関係性と対応技術
- ④健康支援の方法（健康相談、個別・集団への健康教育の理論とスキル）
- ⑤個人を取り巻く保健医療福祉資源と地域ケアシステム、従事する職種と機能・役割
- ⑥地域で働く看護職の活動分野と機能・開拓の必要性
- ⑦地域特性に関連する健康課題を認識する技術、地域アセスメントの概念と方法
- ⑧ヘルスプロモーションの概念と重要性の理解

図3-1 地域看護学の具体的な教育内容と方法；講義および演習

- a. 協力の得られる地域住民宅への継続的な訪問と周囲環境のアセスメントを通して、日常生活への理解と経年的な視点を養う
- b. 療養している個人・家族の生活の質を充たすために、地域に存在する資源を探し、活用可能にする方策や働きかけの方法を検討する
- c. 「まちの保健室」や地域包括支援センターで出会う住民に対する多職種と協働した看護活動
- d. 地域イベント（健康まつり）や住民組織活動（サロン）等への参加を通じた地域住民との交流とその場を活用した健康相談、健康教育
- e. 地域におけるモデル事例（居住設備の整った家）と事例を用いた体験学習
- f. 地域の色々な場（保育園・農家・シルバー大学・商工会議所等）に行き、そこの人の一日、一年間の生活について知り、それと健康への影響を考える

図3-2 地域看護学の具体的な教育内容と方法（実習方法と実習の意図）

### 3. 保健師、助産師、看護師の共通基盤となる地域看護学

看護職の働く場は、少子・超高齢化、医療費削減、在宅医療の増加により、医療機関から地域の方向へますます拡大してきている。今後、看護職は地域で看護ケアを提供するだけでなく、生活の場としての「地域」を視野に入れて、「地域で暮らす人々」や人々の健康に影響を及ぼす生活の場としての「地域」を理解し、より安全で安心な地域づくりに向けた看護マネジメントの役割と機能を理解することが重要である。地域看護学は、看護職の活躍の場を広げるとともに、看護システムを創造するための基盤を提供することができる。

## VI. 意見交換およびまとめ

意見交換では、『公衆衛生看護学と地域看護学の違いをもっと打ち出していく必要がある』『助産師の母性看護学のように地域看護学を保健師の基盤となるものとしなければ、看護師だけでよいのではないかという方向に

ならないようにする必要がある』『他の職種に通じる言葉を使用したほうがよい』『抽象的でわかりにくい点もあるが、広がりが出てくる定義である』といった意見や、『従来あった4領域と地域看護学との関係はどのようになるのか、4領域との関連を定義には明記しないのか』『定義のなかで公衆衛生看護学との違いを意識して表現した部分があるか』『より上位にある看護学との関連はどうか、学問発展の基盤として地域看護学をどう考えるか』といった質問があった。

本学会では、このたびの再定義に伴い、「地域看護学」を保健師、助産師、看護師のすべての看護職に共通して求められる知識や能力を培う、基盤となる学問であることを示し、定義の前文に示していくこととする。また、公衆衛生看護学との峻別化については、日本公衆衛生看護学会の公衆衛生看護学の定義<sup>8)</sup>が、公衆衛生の理念に基づいて目的・対象・方法が述べられているのに対し、このたびの地域看護学の定義では、生活の継続性と包括性の実現を強調した。

「地域看護学」の再定義は、2040年ごろまでを見据えて、わが国の社会の変化に伴う看護職に求められる役割の変化と期待を踏まえて行ったものである。日本看護協会はタグラインを示し、看護の力が病院だけではなくあらゆる場所で必要とされていること、看護職が「暮らし」というフィールドに立ち、これまでになかった看護のかたちを実現させなければならないこと、最期まで看続けるためにも、看護職が地域全体を見渡し、安心して在宅医療を選択できる看護システムを創ること、そのために、看護職1人ひとりがもっと自由に考え、行動することの重要性を訴えている<sup>9)</sup>。

「地域看護学」の定義は社会や看護教育の動向等も踏まえて、今後も、見直しの必要性が生じるかもしれない。しかし、地域看護学が、看護職の活躍の場を広げるとともに、看護システムを創造するための基盤を提供できることは変わらないと考えている。

### 地域看護学術検討ワーキンググループ

委員長：春山 早苗（自治医科大学）

委員：荒木田美香子（国際医療福祉大学）

上野 昌江（関西医科大学）

岡本 玲子（大阪大学大学院）

金子 仁子（慶應義塾大学）

田高 悦子（横浜市立大学大学院）

村嶋 幸代（大分県立看護科学大学）

## 【文献】

- 1) 日本地域看護学会理事会：第17回日本地域看護学会学術集会報告理事会セミナー「地域看護学の定義と看護師教育課程における「地域看護学」教育. 日本地域看護学会誌. 17 (2): 62-74, 2014.
- 2) 日本地域看護学会平成27～28年度教育委員会：地域看護に必要な教育内容の明確化；看護学基礎教育で修得すべき地域看護の能力（コンピテンシー）. 日本地域看護学会誌. 20 (2): 102-111, 2017.
- 3) 日本看護系大学協議会：看護学士課程におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標（案）. 2017.
- 4) 文部科学省高等教育局医学教育課：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」の修得を目指した学修目標の策定について. [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/1397885.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/1397885.htm) (2019年8月18日).
- 5) 厚生労働省医政局看護科：「保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成30年版」について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000158926.html> (2019年8月18日).
- 6) 大分県立看護科学大学看護研究交流センター：予防的家庭訪問実習とは. <http://www.oita-nhs.ac.jp/np/team/chiikikoryu/coc/kateihoumon.html> (2020年2月15日).
- 7) 東邦大学地域連携教育支援センター：いえラボ；活動内容. <https://www.toho-u.ac.jp/nurs/ielab/project/index.html> (2020年2月15日).
- 8) 日本公衆衛生看護学会：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. [https://japhn.jp/wp/wp-content/uploads/2017/04/def\\_phn\\_ja\\_en.pdf](https://japhn.jp/wp/wp-content/uploads/2017/04/def_phn_ja_en.pdf) (2020年2月15日).
- 9) 日本看護協会：日本看護協会タグライン・ステートメント. <https://www.nurse.or.jp/home/about/tagline/index.html> (2020年2月15日).

html (2020年2月15日).

## 【資料】

- 1) 日本地域看護学会理事会：第14回日本地域看護学会学術集会報告理事会セミナー「地域看護学とは」. 日本地域看護学会誌. 14 (1): 9-10, 2011.
- 2) 日本地域看護学会平成21～23年度教育委員会報告：「地域看護学と公衆衛生看護学の定義に関する資料」. 日本地域看護学会誌. 16 (2): 76-87, 2013.
- 3) 平成24～26年度日本地域看護学会地域看護学学術委員会：地域看護学の定義について. 日本地域看護学会誌. 17 (2): 75-84, 2014.
- 4) 日本地域看護学会：看護基礎教育における地域看護学の必要性和教育内容・方法に関する要望. 平成30年8月13日付（厚生労働省 看護基礎教育検討会座長宛）. <http://jachn.umin.jp/pdf/JACHN看護基礎教育要望書（提出書類）.pdf> (2020年2月15日).
- 5) 看護基礎教育における地域看護学の必要性和教育内容・方法に関する要望書；追加説明資料平成30年8月13日. <http://jachn.umin.jp/pdf/JACHN看護基礎教育要望書（資料）.pdf> (2020年2月15日).
- 6) 日本地域看護学会：看護基礎教育における地域看護学の必要性和新設に関する要望書. 令和元年7月22日付（厚生労働省 看護基礎教育検討会座長宛）. [http://jachn.umin.jp/pdf/（厚生労働省検討会）最終版要望書2019\\_7\\_18.pdf](http://jachn.umin.jp/pdf/（厚生労働省検討会）最終版要望書2019_7_18.pdf) (2020年2月15日).
- 7) 日本地域看護学会：看護基礎教育における地域看護学の必要性和新設に関する要望書. 令和元年7月22日付（文部科学省 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会座長宛）. [http://jachn.umin.jp/pdf/（文部科学省検討会）最終版要望書2019\\_7\\_18.pdf](http://jachn.umin.jp/pdf/（文部科学省検討会）最終版要望書2019_7_18.pdf) (2020年2月15日).



---

# NEWS FROM JACHN

---

## Topics of Japanese Community Health Nursing

### 1. Definition of Community Health Nursing ; We Have Just Re-defined.

**Sanae Haruyama**

*Chair of Community Health Nursing Academic Term- Working Group*

Community health nursing science is an academic field that explores the contribution to the improvement of quality of life and to the construction of safe and healthy communities to support it.

Community health nursing practice aims to ensure the continuity of people's lives and contribute to the improvement of quality of life through supporting the health and safety of people.

Community health nursing is a practical science that grasps the life of people at various health levels living in various places continuously and comprehensively and explores effective nursing care while collaborating with people and the community.

### 2. Best Research Awards of Japanese Community Health Nursing

#### 1) Population-based Study to Explore the Risk Factors to Locomotive Syndrome among community-dwelling Middle-aged People in an Urban Area

**Eriko Ito**

*Graduate School of Medicine, Yokohama City University*

We are honored to receive the Best Research Awards of Japanese Community Health Nursing for the title of "Population-based study exploring risk factors to locomotive syndrome among community-dwelling middle-aged in an urban area: the Yokohama Locomo Study". (Vol.20, No.1, p4-11)

Japan is faced the era of the 100-year life. This creates a pressing problem in addressing health promotion activities for the middle-aged population as well as care prevention for the old-aged. According to the most recent National Livelihood Survey conducted by the Ministry of Health, Labour, and Welfare in Japan<sup>1)</sup>, musculoskeletal disorders, including osteoporotic fractures and falls, are ranked fourth and osteoarthritis is ranked fifth among conditions caused by locomotive syndrome. The middle-aged population is in a period when lifestyle related to locomotive organs is easily disturbed and health condition is easily changed due to high responsibility at work and at home. However, there is insufficient research on prevention of locomotive syndrome in the middle-aged population.

The purpose of this study is to explore the risk factors for locomotive syndrome among community-dwelling middle-aged people in an urban area and to suggest health promotion activities for the middle-aged. This cross-sectional study involved general citizens aged from 40 to 64 years in Yokohama City, with a self-administered questionnaire by mail and

physical performance tests. Data were collected on the presence of locomotive syndrome stage 1 (LS) by index of stand-up test as dependent variables, demographics, physical characteristics (blood pressure, grip strength, body mass index (BMI), perceived ill-health), and social characteristics (scale of social activities, awareness of social resources) as independent variables. The logistic regression analysis was conducted to explore risk factors to locomotive syndrome. A total of 139 populations participated in both the primary and secondary survey. The mean  $\pm$  SD age was 56.2 $\pm$ 6.9 years, and 94 (67.6%) were female. The prevalence of LS was 29.5%. The logistic regression analysis indicated that BMI (OR 4.54, 95%CI 1.63-12.69), perceived ill-health (OR 0.74, 95%CI 0.55-0.99), social activities, (OR 0.75, 95%CI 0.62-0.91), awareness of social resources (OR 3.70, 95%CI 1.55-8.83) were risk factors for LS. The present study demonstrated that 30% of middle-aged people are facing the risk of locomotive syndrome. It is suggested that health practitioners should develop interventions to modify or maintain lifestyle, and to create social activities for middle-aged people.

Finally, we would like to thank all the participants in this study, and commit to continuing to develop the theory and practice of health promotion among community-dwelling people.

(1) Ministry of Health, Labour, and Welfare (2016): Comprehensive Survey of Living Conditions.

## **2) Needs Related Child Rearing in Mothers with Cerebral Palsy Children Discharged from the Neonatal Intensive Care Units (NICU) by Focusing on Infant Stage**

**Satomi Morimura**

*Hokkaido Medical Center for Child Health and Rehabilitation*

There was a need for a partial revision of the Child Welfare Act and other regulations, and in 2016, the obligation of local governments to establish a Comprehensive Child Rearing Support Center and the 2018 Basic Act on Child Development were enacted. These will ensure that through cooperation between institutions the healthy development of child growth is not interrupted, and that the environment will be supported by society as a whole.

With the development of perinatal treatment, infants who have been treated with neonatal intensive care at NICU, after achieving stability from the acute phase, and at home early in order to form attachment for the parent and child.

Needs in child rearing for mothers of children with cerebral palsy discharged from Neonatal Intensive Care Units (NICU).

This study employed a qualitative descriptive approach with a descriptive analysis.

Participants were six mothers of first-born children (younger than 3 years) with cerebral palsy, among whom four were born with extremely low birth weights and two suffered from severe neonatal asphyxia.

Data were collected through semi-structured interviews.

From ethical considerations, the research collaborators had the research objectives explained verbally and in writing, and consent was obtained in writing.

The study was also approved by the Research Ethics Committee of Tenshi College and the Ethics Committee of the Hokkaido Medical Center for Child Health and Rehabilitation.

Needs in child rearing for mothers of children with cerebral palsy were classified into nine categories, and with three classifications for child-rearing needs.

1 “Needs for care involving treatment” were related to the following needs, and showed mothers as willing to meet the basic requirements of the children including diet, sleeping patterns, and cleanliness, and developing the skills needed to conduct daily life safely.

There were characteristic causal early classic symptoms gradually appearing in the central nervous system functions after leaving the hospital NICU.

2 “Needs facilitating development of the child”: when the mothers anxiously realized the disability of the child, they made determined efforts to ensure the growth of the child through effective rehabilitation at facilities for care and education. The mothers showed the desire to realize their feelings for the development of the children to ensure the prospects for the future to continue from birth to the present.

3 There were “needs in the child-rearing environment”, such as understanding and cooperation among family members, achieving peace of mind for the medical condition and childrearing from medical staff, and meeting other mothers who could share their troubles and concerns, receiving adequate support from the family and in the child rearing conditions involved in the childrearing environment.

Instability is an issue in the emotions of mothers of children who are born with low birth weights and who suffer from severe neonatal asphyxia, at the diagnosis and when cerebral palsy is noticed, then from infancy where rehabilitation at facilities for care and education starts, and also when symptoms appear, from the early stage of NICU hospitalization and continuing while observing the growth and development of the child. Here it is vital for clinical and community nurses to share information through joint conferences, and by other means, and to

provide continuous support in cooperation with the mothers toward future discharge from the NICU.

Improving the child-rearing environment for mothers and children reduces the child-rearing anxiety and child-rearing burdens and promotes mother-child bonding during the development of the internalizing of the role of the mother in the child-rearing period and builds family support supported by nurses in early treatment and education. Flexible response of existing systems in the geographical region of residence and the establishment of a childcare support system are urgent issues

### **3) The Structure of Decision-making about the Discharge of Persons with Early Onset Dementia from a Psychiatric Facility among Family Caregivers**

**Yuko Tanaka**

*School of Nursing and Social Services, Health Sciences University of Hokkaido*

In Japan, there are around 37,000 people who have early onset dementia (EOD). The behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) are the main determinants for hospitalization. In Japan, the hospitalization period for dementia is long and family caregivers also suffer from serious BPSD. Family caregivers face difficulty in making decisions about discharge. The family caregivers of persons with EOD experience a dilemma between the dedication to care for their spouse and their own changing perspectives of their future.

The aim of this study is to examine the structure of decision-making among family caregivers about the discharge of patients with EOD from a psychiatric hospital.

Participants included 7 family caregivers of patients with EOD. Family caregivers were recruited from the Medical Centers for Dementia in A

prefecture, from the families of patients with EOD. As a qualitative descriptive study, we used an interview guide and conducted semi-structured interviews. Interviews focused on exploring how family life changed after a person with EOD was admitted to a psychiatric hospital, the concerns of family caregivers related to discharge, and the decisive factors for family caregivers for discharge.

This study was approved by the ethics committees of the Department of Health Sciences in Hokkaido University (approval number 14-39).

Participants were 7 family caregivers, comprising 5 spouses and 2 sisters. The average age of participants at the time of admission was 56.3 years old (48-65 years). The average length of hospital stay was 8.5 months (2-24 months). Two people were discharged to home and 4 to facilities.

Finally, 4 categories were extracted to assess the structure of decision-making about the discharge of persons with EOD from a psychiatric hospital among family caregivers.

“Responsibility of assuming care for persons with EOD when there is no other choice” was a precondition, and “realistic judgment of whether home care is appropriate,” “integrated family caregiver’s life and facing the person with EOD” after their departure and return, and decision-making about the place of discharge were considered. In addition, “awareness of the surrounding environment to encourage the decision” was influenced.

The discharge destination based on the caregiver’s decision-making not only affects the life of patients with EOD, but also leads to reconstruction of the family caregiver’s life. It is important to support the family caregiver, who may affirmatively decide the discharge destination when the patient approaches old age. Moreover, to support the decision-making of the family caregiver,

it is necessary to enhance the social resources and provide appropriate information for the patient with EOD and their families.

Finally, we will continue to strive to contribute to people with EOD and their families through our research activities.

## **The 6th International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science Session for knowledge and practice provided by JACHN**

### **1. Overview**

**Ayumi Kono**

*In Charge of International Exchange Committee, Dept. of Home Health Nursing, Osaka City University*

World Academy of Nursing Science (WANS) aims to contribute the health and wellbeing of people by facilitating nursing science through global research collaboration, scientific conference, and scholarly exchanges, founding by 17 organization members regarding nursing in the world. Our society, the JACHN is one of member organizations.

The 6th WANS (Chairperson Prof. Noriko Katada, Kansai Medical University) with the theme of “Knowledge development in nursing for better health and life of the People in the World: Sharing the Local Knowledge for Universal Knowledge” was just about to hold on February 28-29, 2020, in Osaka. However, unfortunately the 6th WANS cannot help deciding to present all of sessions in abstracts and cancel the conference in person just a few days ago the scheduled day, to avoid the spread of COVID-19 which had reached a critical stage worldwide.

The JACHN was having the session for knowledge and practice, which theme was “Nursing strategy of the of the community-based integrated care system in a super-aging society”. I would like to introduce the outline of the session in the present newsletter.

Japan, with 27.7% of its total national adult population aged 65 years and over – 13.8% of which were aged 75 years and over in 2017 – is the front runner of super-aging societies in the world. Last decade, the community-based integrated care system, which is defined as a care system to ensure the provision of health, long-term and residential care, and livelihood support, was advocated to sustain our limited health or long-term care resources in Japanese national policy.

In the session, three topics were presented, by Dr. Masako Kageyama, PhD & PHN (Osaka University), Dr. Miyuki Ishibashi, PhD & RN (Chiba University), and Dr. Ryoko Kawasaki, PhD & RN (Oita University of Nursing and Health Sciences), respectively.

Dr. Kageyama’s presentation discussed community assessment to identify care needs in the community. She lectured the significance, definition and theoretical foundation of community assessment provided by public health nurses, emphasized the strength of community assessment which was initiated by individual care needs in the community and showed integration of collected quantitative and qualitative data to identify community care needs based on the Community as Partner Model.

Dr. Ishibashi reported on continuity nursing care between hospitals and community strategies focusing on health and long-term care for older people. She has shown that the systematization of nursing skill related to discharge planning including assessment of the power of the individual,

supporting of family members, collaboration with family member and health care professions, and improving care system, according to qualitative data for interviewing a large number of nurses in charge of discharge planning.

Dr. Kawasaki addressed optimal and adequate utilization of community-based resources for the well-being of older adults in a depopulating society. She mentioned the effects of community-based voluntary or involuntary assembly for older adults living on social network or support in neighborhood and their self-rated health. In particular, she concluded that community health nurses could have strategy to build community social network involving residents in various generations, educating local volunteers, and collaboration with local industries.

Thus, in this session a community health nursing strategy could be identified and discussed as the basis to formulate a community-based integrated care system to function efficiently in a super-aging society.

## 2. Brief Reports of Participants

### Meng LI

*Graduate School of Medicine, Osaka University*

#### *A Brief Report Focusing on Presentations/Sessions in Tobacco Control*

Tobacco use is the largest preventable cause of death globally, and is responsible for more than 8 million deaths each year. In light of this troubling fact, the World Health Organization has always been urging health professionals including nurses to engage in tobacco control. In the 6th WANS conference, it was very pleasing to see many nursing studies in tobacco control including epidemiological survey (P1-213, P2-154), the

analysis of smoking-related factors (O-24, P1-194, P1-212, P2-116), nurses' intervention skill (P1-128, P1-173) and support needs and the effects of smoking-related programs (P1-148, P1-184)

In the 2 epidemiological surveys, Tanaka & Taketomi demonstrated that passive smoking and having a dog might have a synergism to worsen the incidence of asthma among Japanese elementary school students aged 6-12 years. Moreover, Sakai et al. demonstrated that environmental tobacco smoke exposure was positively associated with severe menstrual-related symptoms and depressive symptoms in never-smokers among Japanese adolescent girls aged 16-18 years.

In the 4 abstracts on the analysis of smoking-related factors, Ota et al. demonstrated that maternal smoking during pregnancy was associated with maternal abnormal behaviors such as consuming alcohol and feeding their babies with formula. Furthermore, the systematic review with meta-analysis by Li et al. reported that age, depression disorders and side effects of varenicline were associated with success in quitting smoking in the Japanese smoking cessation treatment program. In the 2 overseas studies, Nakaseko et al. demonstrated that mother's better educational background and father's regular occupation could help prevent smoking and drinking among minors in Vanuatu. Banstola et al demonstrated that interventions at family and school level to enhance self-esteem, perceived social support, and social capital for adolescents were helpful in protecting them against risky behaviors including smoking behavior in Nepal.

In the 2 abstracts on nurses' intervention skill and support needs of public health nurses (PHNs), Sezai reported that the frequently used intervention

skills of addiction including nicotine dependence included 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange), motivational interviewing, and SBIRT (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment). A qualitative study conducted by Michibayashi et al. reported that support needs of PHNs working on tobacco control in local governments were "providing study findings", "acquiring of effective material", "establishing a network with external lecturers and researchers", "strengthening legal regulations on national tobacco control", "support for increasing skills in collaboration with schools", and "support for increasing the knowledge of health effects of tobacco and advocacy skills".

Concerning the effects of smoking-related programs, Inaoka et al. assessed the suitability of an educational comic booklet for preventing second-hand smoke for pregnant women at home. In addition, Teruya et al. assessed the effects of a cancer education program including avoiding smoking for elementary school students.

Overall, nurses are in a unique position to enhance tobacco prevention and cessation. In future WANS conferences, we are looking forward to see more nursing studies in tobacco control.

Publisher: International Exchange Promotion Committee

Ayumi Kono (Osaka City University), Kaoru Konishi (Osaka University),  
Reiko Okamoto (Osaka University), Miho Hamayoshi (Bukkyo University),  
Kyoko Yoshioka (National Institute of Public Health),

Secretariat of JACHN:

162-08252F Ozawa-building, 4-1-1, Kagurazaka, Shinjuku-ku,  
Tokyo

TEL: +81-(0)3-5206-7431 FAX: +81-(0)3-5206-7757

## Conference Advertising

### The 7th Conference on International Collaboration for Community Health Nursing Research: ICCHNR

**Date** : June 22-23, 2021

**Venue** : Linnaeus University in Vaxjo, Sweden

**Greeting** : At Linnaeus University we are very proud to be hosting the upcoming 2021 ICCHNR-conference. We aim to turn this conference an opportunity for researchers from both near and far to attend and to present their most recent research findings in the field of "Community nursing towards sustainable health". We hope to attract specialists from various disciplines of community nursing, professional, education, research and management to the conference.

**Website** : <https://lnu.se/en/meet-linnaeus-university/conferences/community-nursing/>

### The 6th International Conference on Global Network of Public Health Nursing: GNPHN

**Date** : January 7-9, 2022

**Venue** : Grand Cube Osaka, Osaka City

**Chair** : Reiko Okamoto, PhD (NS), (Professor, Graduate School of Medicine, Osaka University)

**Vice Chair** : Tamami Matsumoto, (Executive Director of Public Health Nursing, Osaka City Government)

**Website** : <https://www.gnphn.com/>

### The 23th Conference on JACHN

**Theme** : Visualization of Community Potential and Making a Difference in Care

**Date** : August 29-30, 2020

**Venue** : Osaka International House Foundation, Osaka City

**Chair** : Ayumi Kono PhD, RN, (Professor, Dept. of Home Health Nursing, Osaka City University)

**Program** :

◆Chairperson's speech : Ayumi Kono

Visualization of Community Potential and Gerontological Care

◆Special lecture: Ryo Yamazaki (studio-L Inc.), Ayumi Shintani (Graduate School of Medicine, Osaka City University), Katsunori Kondo (Center for Preventive Medical Sciences, Chiba University)

◆Educational lecture ◆Symposium ◆Appointed workshop ◆Poster session ◆Workshop ◆Open lecture

◆Reception

**Website** : <http://jachn.umin.jp/meeting/m23/index.htm>

## 編集後記

新型コロナウイルスによる感染症により、会員のみなさまも公私ともに多大な影響を受けておられることと存じます。この原稿に取りかかる少し前に東京五輪の延期が発表され、今は首都圏内の外出自粛が呼びかけられています。この号が発行されるころにはどのような情勢になっているか予測が付きませんが、少しでも改善の兆しがみえていることを願ってやみません。また会員のみなさまと周囲の方々の健康を心より祈念いたします。

リモートワークがいつそう促進されるなか、本誌も本号から電子化されました。デバイスとネット環境を要するものの、発行コストが低く即応性・携帯性に優れていることから、時宜を得た変化であると思われれます。よりよい学会誌に発展させていくため、ぜひご意見など事務局にお寄せいただければ幸いです。

本号の掲載論文は原著2編、研究報告3編、資料2編と充実しています。介護をしながら働く看護師や乳幼児をもつ生活困窮者世帯といった困難な背景を有する対象に目を向けた論文、地域包括支援センターでのコーディネーションや特定健診、訪問看護などさまざまな活動場面に関する論文など、内容・方法とも多岐にわたっています。保健師助産師看護師学校養成所指定規則の見直しを機に、教育現場では地域看護学の具体的な教育内容に関する議論が活発に交わされていることと存じますが、本号を拝見して改めて地域看護学の豊かさを認識した次第です。研究知見の蓄積と科学的な知識の普及の重要性を再確認することの多い昨今、ぜひ研究成果を広く共有していただきたく、その際に本誌への掲載をお考えいただければと存じます。みなさまの投稿をお待ち申し上げております。

(永田智子)

### 「日本地域看護学会誌」投稿論文の締切について

投稿論文は随時受け付けますが、1月20日、5月20日、9月20日で締め切り、審査を行います。ご投稿をお待ち申し上げます。

日本地域看護学会誌 第23巻第1号

Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.23, No.1

発行日 2020年4月20日

発行 一般社団法人日本地域看護学会

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 (株)ワールドプランニング内

E-mail : ckango@zfhv.ftbb.net

http://jachn.umin.jp

発売元 株式会社 ワールドプランニング

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1

Tel : 03-5206-7431 Fax : 03-5206-7757

E-mail : world@med.email.ne.jp http://www.worldpl.com

振替口座 : 00150-7-535934