

目次

巻頭言		
3	地域共生社会と地域看護というケアの営み	田村須賀子
研究報告		
4	統括保健師が配置されていない小規模町村における 部署横断的な保健師の活動内容	太田あゆ美・春山早苗
13	乳幼児をもつ母親の育児に関するヘルスリテラシーの明確化 多田美由貴・岡久玲子・岩本里織・松下恭子	
23	都市近郊地域の60歳代地域在住者における自覚的疲労感と 家庭内役割との関連 仲野宏子・荒木田美香子・長弘千恵・小笹美子	
資料		
34	新人保健師に期待する実践能力 塩澤百合子・野尻由佳・会沢紀子・板垣昭代・安藤はるか	
第24回学術集会報告：学術集会長講演		
43	共生社会を目指す地域看護	岸恵美子
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		
54	家族支援	佐藤美樹
委員会報告		
61	2020年度第2回研究セミナー 「マルチレベル分析の理論と実際」	研究活動推進委員会
編集後記		
73		蔭山正子

Contents

Preface

- 3 Community Development on Inclusive Society and Community Health Nursing as the Soul of Care
Sugako Tamura

Research Reports

- 4 Interdepartmental Community Health Activity Practices of Public Health Nurses in Small Municipalities Where Supervising Public Health Nurses Are Not Assigned
Ayumi Ota, Sanae Haruyama
- 13 Health Literacy among Mothers with Infants
Miyuki Tada, Reiko Okahisa, Saori Iwamoto, Yasuko Matsushita
- 23 Association between Fatigue and Household Roles among Community Residents in Their 60s
Hiroko Nakano, Mikako Arakida, Chie Nagahiro, Yoshiko Ozasa

Information

- 34 Practical Abilities Expected of New Public Health Nurse
Yuriko Shiozawa, Yuka Nojiri, Noriko Aizawa, Akiyo Itagaki, Haruka Ando

The 24th Annual Conference of JACHN : Presidential Address

- 43 Community Health Nursing Toward Inclusive Society
Emiko Kishi

Index for Utilization in Community Health Nursing

- 54 Family Support
Miki Sato

Committee Report

- 61 Report of Committee on Research Promotion about 2020 Seminar
“Research Theory and Practice of Multilevel Analysis”
The Committee on Research Promotion

Editor's Note

- 73 *Masako Kageyama*

巻頭言

地域共生社会と地域看護というケアの営み

田村須賀子

富山大学学術研究部

日本地域看護学会誌, 24 (3) : 3, 2021

地域共生社会とは、2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」において提案された理念である。その理念とは、制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会とがつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる、包摂的なコミュニティ、地域や社会を創るという考え方である¹⁾。これは、本学会過去3回の学術集会においても、講演テーマ等に掲げられてきたものである。さらに地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築を推進する市町村モデル事業として、①断らない相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援の3つの支援を内容とする、新たな事業の創設も進められている¹⁾。

本学会が2019年に再定義した「地域看護学」とは、「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」「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」「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」とある²⁾。地域共生社会にうたわれている理念と共通するところを感じつつ、地域看護の教育・研究・実践者であるわれわれが、地域共生社会の実現に向けた取り組みに、看護職として担う者なのかと問われると、答えに少し躊躇する。

もとより保健所・市町村保健師は専門職としての裁量を発揮し、保健医療福祉制度の統合のもと、継続的・包括的に地区活動を展開してきた。疾病や障害・介護、出産・子育てなど、支援が必要となる要因を想定し、高齢者、障害者、子どもなどの対象者ごとの保健事業を含む、公的な支援を提供してきた。しかしたとえば、新生児への家庭訪問であれば、新生児に限って支援するものではなく、個人や世帯単位で複数分野の課題の有無を把握し、複合的に支援するという原則がある。地区担当制と業務担当制を併用した活動展開にも、その特徴の反映がうかがえる。そのあたりが対象者ごとに、「縦割り」で整備された福祉の公的サービスだけでは対応が困難なケースであっても、「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」支援で対応できるのが地域看護であり、実践科学としての地域看護学であるととらえる。

次に地域共生社会の「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会とがつながっていくことに関して、精神科医・医療人類学者のアーサー・クラインマンによるケアの概念を紹介したい。「ケアという営みは人間関係の中心にある。ケアすることと受けることは分かち合いのプロセスである。そのなかで、思いやりや承認、実際の支援や情緒的行動であり、実践であり、表現である。ときにそれは応答である。さまざまな状況や背景のもとで、他者と自己の欲求に絶え間なく応答することである。ケアというのは、不安に怯え傷ついている人に寄り添い続けることである」³⁾と、地域看護を担う看護職として「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」に、人と人、人と社会とが、この「ケアという営み」でつながっていく・つながり続ける地域社会づくりに貢献し、自らも一個人としてつながり存在しうる看護職の取り組みが、今後も研究として本学会誌から発信されることを期待したい。

【文献】

- 1) 地域共生社会推進検討会：「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会（地域共生社会推進検討会）」最終とりまとめ、2019年12月26日。
- 2) 日本地域看護学会：地域看護学の再定義。 http://jachn.umin.jp/ckango_saiteigi.html (2021年11月29日)。
- 3) アーサー・クラインマン (著)・皆藤 章 (監訳)：ケアのたましい、福村出版、2021。

統括保健師が配置されていない小規模町村における 部署横断的な保健師の活動内容

太田あゆ美¹⁾，春山早苗²⁾

抄 録

目的：統括保健師が配置されていない小規模町村の部署横断的な保健活動における保健師の活動内容を明らかにし、住民のニーズを充足する部署横断的な保健活動を推進するための小規模町村保健師の活動の方法を検討する。

方法：小規模町村のうち統括保健師を配置していない町村に従事している保健師4人におのおの過去3年以内の部署横断的な保健活動を1事例ずつ半構造化面接により聴取し、質的記述的に分析した。

結果：保健師の活動内容は4事例から42の活動内容のコードが抽出され、26のサブカテゴリー、15のカテゴリー、4のコアカテゴリーに分類された。コアカテゴリーは【他職種とおのおのが重視することをすり合わせるための活動】【関係性を保ちながら他者の協力を得て必要な役割を担ってもらうための活動】【統括保健師という役割や職位がないなかで活動するためにコミュニケーションの方法や機会を駆使した活動】【統括保健師が配置されていないなかで部署横断的な活動を実現するために上司や主管部署にリーダーシップを発揮してもらう活動】であった。

考察：小規模町村では、統括保健師という部署横断的な活動を調整する者がおらず課題があるなか、統括保健師の役割や職位のない保健師が、協働部署と所属部署に対して、段階的な調整や上司や実働する職員に説明する順番やタイミングを見計らう等の戦略的な活動を行うことにより部署横断的な保健活動を推進していく必要がある。

【キーワード】小規模町村， 部署横断， 保健活動， 保健師， 協働， 統括保健師

日本地域看護学会誌， 24 (3) : 4-12, 2021

I. 緒 言

近年、市町村保健師が対応する住民の健康課題は、さまざまな分野の課題と絡み合って複雑化しており、対象者の状況に応じて包括的に支援を行うことが必要となっている¹⁾。「地域における保健師の保健活動に関する指針²⁾」では、市町村保健師は、保健、医療、医療保険、福祉、環境、教育、労働衛生等の関係者、関係部署との

連携を密にし、総合的な調整を図り、効果的な保健活動を展開することとされている。すなわち、複雑化している住民の健康課題の解決のため、部署横断的な活動が求められている。実際、保健福祉部署と児童福祉部署で行う妊娠期からの切れ目ない支援³⁾や保健部署と教育部署で行った事業により小児生活習慣病の該当率が減少した活動等⁴⁾、統括保健師が調整役となり部署を越えて健康課題の解決に向けて連携・協働した活動が報告されている。統括保健師は、保健師がさまざまな部署で求められ、分散配置されるようになり、包括的な住民への支援と計画的な保健師の人材育成を行うために、部署を越えて調

受付日：2020年9月16日／受理日：2021年6月29日

1) Ayumi Ota：東京慈恵会医科大学医学部看護学科

2) Sanae Haruyama：自治医科大学看護学部

整を行い、旗振り役となる保健師が必要となり配置が推進されている⁵⁾。そのような経緯から統括保健師は、保健師の代表として所属組織内での部署を越えた対応や組織全体における保健活動推進のための横断的な調整等の役割を担っている⁶⁾。また、統括保健師は、所属部署を越えたすべての保健師に対する職責があり、所属部署にかかわらず調整を行い、自治体全体の健康課題を分析し、保健師活動全体を把握・検討し、情報交換や協議等から方向性を示すという役割特性があり、所属部署内の職員の範囲で職責を担う部長や課長等の管理職の保健師とは異なる⁷⁾。他方、統括保健師が配置されていない自治体において、管理的立場の保健師が統括保健師の役割の一部を担っていることが明らかにされている⁸⁾。現在、統括保健師は1,638の全市町村のうち849(52%)の市町村に配置されており、いまだ約半数の市町村には配置されていない⁹⁾。また、508(31%)の市町村は係長以下の保健師のみで構成されており、管理的立場の保健師もいない状況であり、その多くは小規模町村である¹⁰⁾。小規模町村の保健師は、各自治体に平均約4人と少数配置であり、半数以上の小規模町村では全員が係長以下の職位であり¹⁰⁾、部署内の係の業務に関する責務はあるが、部署を越えた業務に関する権限をもっていない。

さらに、小規模町村は、その他の自治体に比べ、部署数が少なく、その他の自治体では、いくつも分かれている部署の業務を1つの部署で複数行い、職員が兼務を行っているという特徴がある¹¹⁾。よって、小規模町村では、統括保健師という部署横断的な活動を調整する者がおらず課題があるのか、連携する職員や部署が少なく効率的に部署横断的な活動をしやすいのか、両方の可能性が考えられる。しかし、統括保健師が配置されていない小規模町村における部署横断的な保健活動に関して、保健師がどのように活動しているかは明らかにされていない。そこで、統括保健師が配置されていない小規模町村の部署横断的な保健活動における保健師の活動内容を明らかにし、住民のニーズを充足する部署横断的な保健活動を推進するための小規模町村保健師の活動の方法を検討することを目的とした。それにより、小規模町村においても住民に必要な保健サービスを効果効率的に提供する看護実践の手がかりとなり、小規模町村の住民ニーズを充足する保健サービスが提供されると考える。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究において「統括保健師」とは、保健師の保健活動を技術的および専門的側面から指導および調整する役割を担い、部署横断的な活動の推進に向けて厚生労働省が各自治体1人程度の配置を推進している保健師とした。

「小規模町村」とは、人口1万人未満の町村とした。

「部署横断的な活動」とは、当該町村の組織内で部署を越えて課題等を共有し、健康課題の解決に向けて連携・協働することとした。

2. 研究参加者

研究参加者は、小規模町村のうち統括保健師を配置していない町村に従事し、部署横断的な保健活動を行った経験があり、過去3年以内の部署横断的な保健活動を語るができる保健師とした。また、離島や山村過疎地域などの地域特性等を考慮するとともに実行可能性を考え、研究参加者を4人とした。

3. 研究参加者の選定

研究者が所属するNPO法人へき地保健師協会等のネットワークを用い、ネットワークサンプリングにより選定した。

4. データ収集方法

研究参加者に対し、調査対象の基本属性と3年以内に行った部署横断的な保健活動(事例の概要、活動の対象、活動の意図、活動の行為、活動の結果)について、半構造化面接により聴取した。面接は、研究参加者の希望する時間帯や場所とし、60分以内(対象の理解が得られた場合は最大90分)で面接回数は原則1回(必要時2回)として行った。なお、インタビューにより得たデータは、研究参加者に同意を得てICレコーダーに録音した。データ収集期間は2019年6～12月とした。

5. 分析方法

インタビュー内容について逐語録を作成し、事例ごとに逐語録から活動の対象、活動の意図、活動の行為、活動の結果を抽出し経時的に整理した。活動の対象ごと、かつ、活動の行為のひとつとまりごとに活動の意図と行為を要約し、それぞれを活動の意図の要約、活動の行為

表1 研究参加者の概要

対 象	A	B	C	D
年 代	50歳代	30歳代	30歳代	30歳代
所属町村における保健師経験年数	7年	17年	5年	4年
所属町村以外での保健師経験年数	25年	0年	0年	6年
所属部署	保健福祉部署	保健部署	保健部署	保健福祉部署
職 位	係長	係長	係員	係員
町村の概要				
地域特性	山間部	山間部	離島	離島
人口(人)	約7,000	約6,000	約3,000	約3,000
保健師数(人)	4	3	3	3
保健師の職位	係長・係員	係長・係員	係員	係員
インタビュー回数(回)	1	1	1	2
事例の経験を開始したときの所属町村における保健師経験年数	1年目	10年目	3年目	2年目
事例の経験をしたときの所属部署	保健福祉部署	保健部署	保健部署	保健福祉部署
事例の経験をしたときの職位	係員	係員	係員	係員

の要約とした。活動の意図の要約と活動の行為の要約を合わせてコード化し、活動内容のコードとした。活動内容のコードについて、すべての事例を合わせ意味内容の類似性に基づき、カテゴリー化した。その際、所属部署・協働部署の違いや職位の違いを考慮した。活動内容のカテゴリーの意図に着目し、意図の共通性から活動内容のカテゴリーを分類し、コアカテゴリーとし、部署横断的な保健活動を推進するための小規模町村保健師の活動方法を検討した。また、活動の意図や行為が不明瞭な場合は、研究参加者にカテゴリー化した結果を伝え、確認を行った。へき地に関する地域看護分野や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

面接は研究参加者の希望に沿って日程を決定し、研究説明書を用いて研究目的、研究方法、研究協力に伴う利益・不利益とその軽減方法、研究協力への任意性、研究参加中断の自由、個人情報の保護等を文書と口頭で説明し、同意を得た。必要な場合は、所属長への説明を行った。対象者から聴取した面接内容は匿名化し、研究参加者が特定されないよう所属する自治体の人口の詳細や当該自治体独自の事業名の場合は事業名を記載しないようにした。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:2019年6月24日, 承認番号:第臨大19-006号)。

III. 研究結果

1. 事例の概要

研究参加者である保健師4人の概要を表1に示す。研究参加者の保健師が事例の経験をしたときの職位は全員係員であった。Aの事例は、健康増進法に基づく健康増進計画を策定し、住民が疾病を予防し健康づくりを推進するために保健福祉部署、教育部署、農林部署、総務部署が連携した健康増進計画策定事業だった。Bの事例は、養育や発達に課題のある親子が乳幼児期から継続し安心して小中学校生活を送る支援体制づくりのために保健部署、教育部署、児童福祉部署、社会福祉部署が連携した子育て支援事業だった。Cの事例は、障害者に関する講演会による障害者が安心して暮らすことができる地域づくりのために保健部署と福祉部署が連携した障害者に関する普及啓発事業だった。Dの事例は、障害者自立支援法に基づく障害者自立支援協議会を設置し、村内で障害者が生涯安心して暮らすための障害福祉サービス整備のために保健福祉部署、教育部署、医療部署(診療所)、産業観光部署、総務部署が連携した障害者自立支援協議会設置事業だった。

2. 統括保健師が配置されていない小規模町村の部署横断的な保健活動における保健師の活動内容

活動内容は、4事例から42の活動内容のコードが抽出され、26のサブカテゴリー、15のカテゴリー、4のコアカテゴリーに分類された(表2)。以下、活動内容のコアカテゴリーを【 】, カテゴリーを< >, サブカテゴリーを< >, コードを[]で示す。

表2 部署横断的な保健師の活動内容

1) コアカテゴリー【他職種とおのおのが重視することをすり合わせるための活動】

活動内容のコード例〔活動内容を語った研究参加者 ^{a)} 〕	〈サブカテゴリー〉	《カテゴリー》
新規事業について実働する保健部署の事務職員の理解を得るために、事務職員が重視する予算計画と事務作業量を話し合う [B] 他	新規事業の理解を得るための事務職の志向に合わせた説明 [B, D]	新規事業の理解を得るための他職種の志向に合わせた説明
福祉部署の社会福祉士の考える作業所や老人ホームの職員に向けた内容と保健師の考える障害者家族や障害者への偏見をもつ地域住民に向けた内容の両方を含めた内容について、福祉部署の社会福祉士の理解を得るために、福祉部署の社会福祉士が重視する内容を強調して福祉部署の社会福祉士にプレゼンテーションを行い、話し合う [C] 他	他部署との意見をすり合わせるための他部署の専門職の志向に合わせた提案 [C]	
健康増進計画策定に向けた分科会での円滑な話し合いのために、まとめ役として保健福祉部署の保健師達に提案し、村の健康に関して、他職種が重視するデータとしてまとめる [A]	活発な意見交換を行うための住民の健康に関するデータの提示 [A]	部署横断的な会議のなかで住民ニーズの共通理解を促すための住民の実態の提示
障害者に対する偏見により障害者就労に理解が得られないなか、村内で影響力の強い産業観光部署の理解を得るために、自立支援協議会にグループワークを取り入れて、他職種が重視する住民の声を聞く機会を設ける [D] 他	他部署の理解を得るための住民の声を聞く機会の提供 [D]	

2) コアカテゴリー【関係性を保ちながら他者の協力を得て必要な役割を担ってもらうための活動】

活動内容のコード例〔活動内容を語った研究参加者 ^{a)} 〕	〈サブカテゴリー〉	《カテゴリー》
村ではだれから声をかけるかが重要であるため、事務職員から信頼の厚い保健福祉部署の係長に健康増進計画策定に向けたライフステージ別の分科会の参加部署の事務職員に対する声かけを依頼する [A] 他	部署内外の事務職員に新規事業の協力を得るための事務職員に影響力のある事務職の係長からの説明を依頼 [A, D]	部署横断的な新規事業に協力を得るための所属部署内外に影響のある人物の活用
社会資源の少ない町ですべての親子が健やかに暮らすための新規事業の意義について教育部署の事務職員に理解を得るために、すでに保健部署で協力を得ている町の親子の状況を知る養育や発達の専門家を交えて話し合いを行う [B] 他	他部署の事務職員に所属部署との部署横断的な新規事業の理解を得るための当該町村の健康課題に精通している専門家の活用 [B]	
村出身者で村役場唯一の社会福祉士であり、かつ年上であることにより発言権のある社会福祉士がもつ障害者支援に対する強い思いを考慮し、関係性を良好に保ち、新規事業を効果的に実施するために、社会福祉士の提案にまずは賛成する [C]	初期段階での町村内で影響力のある他部署福祉職の意向の受け止め [C]	
保健福祉部署の係長に障害者自立支援協議会を始める利点を上手く説明するために個別支援で連携している村外の障害福祉サービス事業所に相談する [D]	所属部署の事務職係長に新規事業の理解を得るための町村外の保健福祉機関の活用 [D]	
障害者に対する偏見により障害者就労に理解が得られないなか、村内で影響力の強い産業観光部署の理解を得るために、保健師が支援した事例をとおして障害者の生活とともに保健福祉部署と連携する効果を示す [D] 他	連携する効果を感じてもらうための保健師のもつ住民の情報や専門性の明示 [B, D]	連携する効果を感じてもらうための保健師のもつ住民の情報や専門性の明示
支援体制に児童福祉部署を新たに巻き込む際に、顔のみえる関係性のなかで保健部署との連携に悪い印象を与えないよう児童福祉部署の保育士の負担の少ないことから協力を依頼する [B] 他	関係性を良好に保ちつつ係員と協働していくために部署内外の係員に負担の少ないことから協力を依頼 [B, D]	関係性を保ちながら協力を得るための役割分担内容への配慮
職員が少なくさまざまな仕事があるなかで他部署の仕事にまで関心をもてない事務職員に対し他部署の事業である健康増進計画策定に向けた分科会に関心をもってもらうために、議事録を早期に回覧し、当該職員が主役になる役割を担ってもらう [A] 他	事務職員に新規事業に関心をもってもらうために事務職員が主体となる機会を設定 [A, D]	
青年期の住民へ健康づくりのアプローチをするためにターゲットの所属集団である消防団を管轄する総務部署に保健福祉部署の係長からの声かけと文書により健康増進計画策定に向けた準備会に参加してもらうことを依頼する [A]	ターゲットの所属集団である自治組織にアプローチするために管轄する他部署に新規事業の参加を依頼 [A]	新規事業を実施するための住民の生活に影響のある部署の巻き込み
主要産業の農業と健康を連動するために保健福祉医療部署の係長からの声かけと文書により農林部署の事務職員に農林部署に健康増進計画策定に向けた準備会に参加してもらうことを依頼する [A] 他	主要産業等の村内で影響力の強い他部署の理解を得るための会議の連絡と内容の調整 [A, D]	

3) コアカテゴリー【統括保健師という役割や職位がないなかで活動するためにコミュニケーションの方法や機会を駆使した活動】

活動内容のコード例〔活動内容を語った研究参加者 ^{a)} 〕	〈サブカテゴリー〉	《カテゴリー》
教育部署の事務職員に保健部署と連携する効果を実感してもらい教育部署と連携できない状況を改善するために、教育部署から持ち込まれた相談の機会を活用して話し合いを行う [B] 他	他部署との連携構築のための他部署から持ち込まれた住民対応に関する相談の活用 [C,B]	他部署との連携構築のための他部署から持ち込まれた住民対応に関する相談の活用
障害福祉サービスの少ない村で障害者が生涯安心して暮らすための障害福祉の整備に向けた障害者自立支援協議会を設置するために、最初に直属の上司である保健福祉部署の係長の意見を聞く [D]	職位に沿った報告のための所属部署の直属の上司（係長）への新規事業の相談 [D]	職位に沿った報告のための所属部署の直属の上司への新規事業の相談
少ない職員で円滑に活動するために新たな取り組みの検討を始めることについて課長の理解を得る前にあらかじめ実働する保健部署の事務職員に相談する [B] 他	事務職員に理解を得るための所属部署長（課長）より先に実働する事務職員に行う新規事業の相談 [B, D]	事務職員に理解を得るための所属部署長より先に実働する事務職員に行う新規事業の相談
他部署の参加協力を得るために、保健福祉部署の課長に全部署の集まる課長会で健康増進計画策定に向けたライフステージ別の5つの分科会の活動を行うことについて周知することを依頼する [A] 他	他部署に新規事業を周知するための既存の会議の活用 [A]	他部署に新規事業を周知するための既存の会議の活用
社会資源の少ない町ですべての親子が健やかに暮らすための新規事業の意義について教育部署の事務職員に理解を得るために、定期的に話し合いの場を設ける [B] 他	他部署の事務職員に新規事業の理解を得るための頻度や内容を考慮した話し合いの場の設定 [A, B]	新規事業を開始するための部署横断的な話し合いの場の調整
医療部署と連携するために、あらかじめ保健師から医師と看護師、保健福祉部署の係長とともに医療部署の係長に説明した後、保健福祉部署課長、係長とともに医療部署課長に説明し、保健福祉部署と医療部署で集まる会議を設けて障害者自立支援協議会の説明と参加の依頼を行う [D]	複数部署で集まる会議を設けるための所属部署課長や係長とともに他部署職員への個別説明 [D]	
保健師が繰り返し提案した対象者の拡大について評価を共有することにより、今後の当事業の活動でも対象者を縮小せず地域全体にアプローチするために、福祉部署の社会福祉士と事務職員とともに講演会実施後の振り返りを行う [C]	当該アプローチの必要性を共有するための事業実施後の協働部署との評価の実施 [C]	当該アプローチの必要性を共有するための事業実施後の協働部署との評価の実施

4) コアカテゴリー【統括保健師が配置されていないなかで部署横断的な活動を実現するために上司や主管部署にリーダーシップを発揮してもらう活動】

活動内容のコード例〔活動内容を語った研究参加者 ^{a)} 〕	〈サブカテゴリー〉	《カテゴリー》
自立支援協議会設置について保健福祉部署の課長の許可を得るために、保健福祉部署の係長と事務職員とともに説明する [D] 他	部署横断的な新規事業立ち上げの了承のための所属部署長（課長）への説明 [A, B, D]	所属部署の活動として認めてもらうための所属部署長への説明
障害に関する講演会について、保健部署の課長が保健部署の活動だと認識し、リーダーシップを発揮してもらうために、日々の報告に加え福祉部署との話し合いで決まった障害に関する講演会の詳細を報告する [C]	所属部署長（課長）が所属部署としての活動だと認識し、リーダーシップを発揮してもらうための新規事業の詳細の報告 [C]	
自立支援協議会設置について保健福祉部署の課長の許可を得るために、全額補助の補助金のことを含めて説明する [D]	所属部署長（課長）に部署横断的な新規事業の許可を得るために活用可能な補助金の説明 [D]	
隣の建物だが入るのをとまどうほど関係性が構築されていない教育部署と連携するために、あらかじめ保健師から学校の教諭に、保健福祉部署係長とともに教育部署係長に、保健福祉部署課長と係長とともに教育部署課長に障害者自立支援協議会の参加を依頼する [D] 他	部署の活動としてリーダーシップを発揮してもらうために水面下で調整した後の所属部署長（課長）とともに他部署長（課長）への説明 [D]	部署の活動としてリーダーシップを発揮してもらうために水面下で調整した後の所属部署長とともに他部署長への説明
養育や発達に課題のある親子への乳幼児期から小中学校までの一貫した支援体制づくりに社会福祉部署を位置づける意義を理解し、教育部署に主管として責任をもってもらうために社会福祉部署への説明は教育部署が行うことを提案する [B]	他部署に主管としての責任をもってもらうための新たに巻き込む部署に説明する役割の提案 [B]	新規事業の主管としての責任を果たすための所属部署内外への役割の促し
障害福祉サービス整備を推進する専任職員を確保するために、教育部署と医療部署の人事部署への働きかけに合わせて保健福祉部署課長に人材確保の必要性を説明する [D]	他部署の動きに合わせて主管部署である所属部署の課長への人材確保の必要性の説明 [D]	

a) 表中アルファベットは表1の研究参加者記号を示す

1) 他職種とおのおのが重視することをすり合わせるための活動

保健師は、〈新規事業の理解を得るための事務職の志向に合わせた説明〉等の〈新規事業の理解を得るための他職種の志向に合わせた説明〉をしていた。また、〈活発な意見交換を行うための住民の健康に関するデータの提示〉や〈他部署の理解を得るための住民の声を聞く機会の提供〉という〈部署横断的な会議のなかで住民ニーズの共通理解を促すための住民の実態の提示〉をしていた。これらは、【他職種とおのおのが重視することをすり合わせるための活動】であった。

2) 関係性を保ちながら他者の協力を得て必要な役割を担ってもらうための活動

保健師は〈部署内外の事務職員に新規事業の協力を得るための事務職員に影響力のある事務職の係長からの説明を依頼〉したり、〈他部署の事務職員に所属部署との部署横断的な新規事業の理解を得るための当該町村の健康課題に精通している専門家の活用〉をする等の〈部署横断的な新規事業に協力を得るための所属部署内外に影響力のある人物の活用〉をしていた。また、〈連携する効果を感じてもらうための保健師のもつ住民の情報や専門性の明示〉をしていた。〈関係性を良好に保ちつつ係員と協働していくために部署内外の係員に負担の少ないことから協力を依頼〉する等の〈関係性を保ちながら協力を得るための役割分担内容への配慮〉をしていた。〈主要産業等の村内で影響力の強い他部署の理解を得るための会議の連絡と内容の調整〉等といった〈新規事業を実施するための住民の生活に影響力のある部署の巻き込み〉をしていた。これらは【関係性を保ちながら他者の協力を得て必要な役割を担ってもらうための活動】であった。

3) 統括保健師という役割や職位がないなかで活動するためにコミュニケーションの方法や機会を駆使した活動

保健師は〈他部署との連携構築のための他部署から持ち込まれた住民対応に関する相談の活用〉や〈職位に沿った報告のための所属部署の直属の上司への新規事業の相談〉や〈事務職員に理解を得るための所属部署長より先に実働する事務職員に行う新規事業の相談〉をしていた。また、保健師は〈他部署に新規事業を周知するための既存の会議の活用〉をしたり、〈複数部署で集まる会議を設けるための所属部署課長や係長とともに他部署職員への個別説明〉等の〈新規事業を開始するため

の部署横断的な話し合いの場の調整〉をしていた。また、保健師は〈当該アプローチの必要性を共有するための事業実施後の協働部署との評価の実施〉をしていた。これらは、【統括保健師という役割や職位がないなかで活動するためにコミュニケーションの方法や機会を駆使した活動】であった。

4) 統括保健師が配置されていないなかで部署横断的な活動を実現するために上司や主管部署にリーダーシップを発揮してもらう活動

保健師は〈部署横断的な新規事業立ち上げの了承のための所属部署長（課長）への説明〉等の〈所属部署の活動として認めてもらうための所属部署長への説明〉をしたり、〈部署の活動としてリーダーシップを発揮してもらうために水面下で調整した後の所属部署長とともに他部署長への説明〉をしていた。また、〈他部署に主管としての責任をもってもらうための新たに巻き込む部署に説明する役割の提案〉等の〈新規事業の主管としての責任を果たすための所属部署内外への役割の促し〉をしていた。これらは、【統括保健師が配置されていないなかで部署横断的な活動を実現するために上司や主管部署にリーダーシップを発揮してもらう活動】であった。

IV. 考 察

本研究の結果から、統括保健師が配置されていない小規模町村の部署横断的な保健活動における保健師の活動内容4つが明らかとなった。その背景として、事例では、当初、住民の健康課題解決のために連携が必要な部署との間に、なかなか連携できない状況という課題や隣の建物だが入るのをとまどう程関係性が構築されていないという課題等がみられた。また、法律に基づいた事業であっても複数の部署が協働する部署横断的な事業を行うことができていなかったという課題があった。統括保健師の役割には、連携方法を工夫し部署横断的な連携の場を確保する取り組み⁸⁾や専門職同士が相談し合える関係づくり¹²⁾、行政計画策定に参加し保健活動を位置づけること等が明らかとなっている¹³⁾。よって、小規模町村では、統括保健師という部署横断的な活動を調整する者がおらず課題があるなか、以下の4つの活動内容を行い部署横断的な保健活動を推進していたと考えられる。

1. 他職種とおのおのが重視することをすり合わせるための活動

部署横断的な活動における他職種との連携には、他職種の役割の理解が必要であると明らかになっている¹⁴⁾。しかし、小規模町村保健師は、少数配置のため、他職種から保健師の特性の理解と承認を得ることがむずかしいと感じていることが明らかとなっている¹⁵⁾。本研究でも同様に保健師は感じており、保健師の特性について理解を得ていない他職種に対し、最初から保健師の重視することを伝えるのではなく、《新規事業の理解を得るための他職種の志向に合わせた説明》を行っていた。その後、保健師の重視することを伝える際は、《部署横断的な会議のなかで住民ニーズの共通理解を促すための住民の実態の提示》を行っていた。よって、事務職員の予算計画・事務作業量・法律の読み解き等の他職種の重視することから説明し、その後、保健師の重視する住民ニーズを伝えることにより、事業展開において価値をおくことが異なる他職種と段階的に調整することが必要だと考えられる。

2. 関係性を保ちながら他者の協力を得て必要な役割を担ってもらうための活動

小規模町村では職員が少数で顔見知りのことが多く¹⁶⁾、一度連携に否定的な印象をもつと後々の他の活動にも影響することがある。そのため、他の地域よりも関係性を保つことが、保健活動の推進に影響を及ぼし、重要だと考える。また、協働のための合意形成には、協働する他者に無理をさせず、自信をもてる方法を用いることが必要だと明らかにされている¹⁷⁾。よって、関係性を保ちつつ協働に合意を得て役割を担ってもらうために《関係性を保ちながら協力を得るための役割分担内容への配慮》等を行っており、【関係性を保ちながら他者の協力を得て必要な役割を担ってもらうための活動】が必要であると考えられる。また、住民の生活等、保健師が日々の活動で得ている情報を活用し、町村職員を含め、住民や地域について把握している保健師の専門性を発揮していたと考える。

3. 統括保健師という役割や職位がないなかで活動するためにコミュニケーションの方法や機会を駆使した活動

通常の保健活動では、事業の必要性を所属部署長に説明し、事業化への道筋をつける³⁾。また、統括保健師が

配置されている場合は、協働部署に部署横断的な活動の承認を得るために、係員の保健師が統括保健師に部署横断的な活動の必要性等を伝え、統括保健師主導で協働部署への働きかけを担うことが明らかとなっている³⁾。本研究では、係員の保健師が部署長を越えて他部署に働きかけることはできないため、他部署からの相談の機会を逃さず最大限生かすことや上司や実働する職員に説明する順番やタイミングを見計らうこと等により事業化への道筋をつけていたと考えられる。

4. 統括保健師が配置されていないなかで部署横断的な活動を実現するために上司や主管部署にリーダーシップを発揮してもらう活動

3.で述べたように、係員の保健師が部署長を越えて部署内外のリーダーシップをとることができないため、主管部署としての責任を上司や他部署に気分を害さず果たしてもらうことが、当該事業の推進に必要であり、住民の希望として伝えること等を行っていたと考えられる。また、チーム構築には、トップの承認を得る根回し¹⁸⁾やメンバー間の合意形成のために問題解決ができるメンバーを集める等の根回しが効果的かつ効率的な方略だと明らかにされている¹⁷⁾。本研究においても、協働する他部署長の承認を得るために新規事業のメンバーにあらかじめ説明し理解を得る等の根回しがあり、必要であると考えられる。

以上により、統括保健師の役割や職位のない保健師は、協働部署に直接働きかけることができないため、協働部署と所属部署に対して戦略的に活動を行うことにより部署横断的な保健活動を推進していく必要があると考えられる。

他方、統括保健師が配置されていないため、さまざまな活動が必要となり、所属部署や協働部署との合意に時間を要したと推察される。統括保健師ではない保健師が部署を越えて活動するには限界があり、本研究で明らかとなった活動内容等により実現できている部分もあるが、もともと職員が少ない等の背景もあり、必要性があっても実現できていないことが考えられる。よって、厚生労働省が各自自治体1人の統括保健師の配置を推進しているが、小規模町村においても統括保健師が配置されれば、このような課題が生じにくく、住民ニーズを充足するための部署横断的な保健活動を推進しやすいのではないかと考える。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、山間部や離島等の地域特性を考慮して研究参加者を選定し、研究目的を追求したが、保健師経験年数や保健師の配置人数や配置場所等も影響を与える可能性がある。よって、今後は地域特性以外の保健師活動に影響を与えることが考えられる点を加味して研究を重ねていく必要がある。また、今回の4事例から明らかにしたことが他の小規模町村にも該当するかどうかということの検証を重ねていく必要がある。

【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町村保健師のみなさまに深く感謝申し上げます。

【文献】

- 1) 厚生労働省：平成28年版厚生労働白書。 https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/1-04_04.pdf (2021年7月27日)。
- 2) 厚生労働省：地域における保健師の保健活動について。 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1 (2021年7月27日)。
- 3) 日本公衆衛生協会：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(分担事業者：曾根智史)。 http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h30_01.pdf (2021年7月27日)。
- 4) 柿澤のぞみ・吉澤尚子・柴川ゆかり：地域特性に応じた保健活動を進めるための体制と組織横断的な連携強化。保健師ジャーナル, 75(11)：927-934, 2019。
- 5) 日本看護協会：平成25年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 市町村保健活動のあり方に関する検討報告書Ⅲ。 <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2014/25-houkoku-shichoson-03.pdf> (2021年7月27日)。
- 6) 日本看護協会：平成26年度保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書。 <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2015/26-katsudokiban.pdf> (2021年7月27日)。
- 7) 奥田博子・宮崎美砂子・石丸美奈：統括的な役割を担う保健師の現状と課題。保健医療科学, 65(5)：466-473, 2016。
- 8) 安藤智子・梅田君枝・池邊敏子：管理的立場にある行政保健師が感じている地域保健活動の課題と取り組み。千葉科学大学紀要, 9：223-231, 2016。
- 9) 厚生労働省：平成30年度保健師活動領域調査の結果。 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/ryoukicchousa_h30_houdou.pdf (2021年7月7日)。
- 10) 厚生労働省：平成30年度保健師活動領域調査表。表23(1)-2。市町村職位別常勤保健師数(詳細集計)。 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450471&tstat=000001035128&cycle=7&tclass1=000001038888&tclass2=000001049578&tclass3val=0> (2021年7月27日)。
- 11) 総務省：小規模市町村における事務処理体制の現状について、広域連携が困難な市町村における補完のあり方に関する研究会(第1回)。 http://www.soumu.go.jp/main_content/000452795.pdf (2021年7月27日)。
- 12) 松本亜由美・川名部美代子・山口ふじ子他：保健師の分散配置を越えた連携の必要性と統括的な立場の保健師の役割。保健師ジャーナル, 69(2)：130-138, 2013。
- 13) 鳩野洋子・鈴木浩子・真崎直子：市町村統括保健師の役割遂行尺度の開発。日本公衆衛生雑誌, 60(5)：275-284, 2013。
- 14) Kate M, Jeffrey N, Agustina G, et al. : Community Health Workers and Family Medicine Resident Education : Addressing the Social Determinants of Health. *Family Medicine*, 48(4) : 260-264, 2016.
- 15) 島袋尚美：沖縄県中堅保健師のキャリア発達における保健師マインドの継承；離島の中堅保健師の事例に焦点をあてて。名桜大学紀要, 21 : 55-65, 2016。
- 16) 茂呂悦子・平良由香里・鈴木典子他：へき地における急性・重症患者看護専門看護師の活動の可能性と今後の課題；CNSの実習を通して。自治医科大学看護学ジャーナル, 10 : 87-92, 2012。
- 17) 山本かよ・森下安子：在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチ。高知女子大学看護学会誌, 41(1) : 76-85, 2015。
- 18) 長谷川真澄・栗生田友子・鳥谷めぐみ他：急性期病院におけるせん妄ケアチームの構築プロセス。老年看護学, 21(2) : 32-41, 2017。

■ Research Report ■

Interdepartmental Community Health Activity Practices of Public Health Nurses in Small Municipalities Where Supervising Public Health Nurses Are Not Assigned

Ayumi Ota¹⁾, Sanae Haruyama²⁾

1) The Jikei University, School of Nursing

2) Jichi Medical University, School of Nursing

Purpose: This study investigates the realities and activities of public health nurses in small municipalities as they pursue interdepartmental community health actions to satisfy residents' needs.

Method: Using a qualitative and descriptive design, individual semi-structured interviews of public health nurses were conducted to acquire information on their experiences in interdepartmental community health activities in the last three years. The participants included four public health nurses in small municipalities where public health nurses supervisors are not assigned.

Results: The activity contents of the 4 public health nurses were extracted using 42 codes and classified into 26 subcategories, 15 categories, and 4 core categories. The core categories that emerged from the data were as follows: "sharing values with other personnel," "maintaining relationships and requiring others to cooperate and play an important role," "making full use of communication methods and opportunities without the role or position of a public health nurse supervisor" and "producing interdepartmental activities without a public health nurse supervisors where one's superior or superintendent department exercised leadership."

Discussion: A lack of public health nurses supervisors who coordinate interdepartmental community health activity is a problem in small municipalities. Public health nurses who do not hold the position of supervisors should promote interdepartmental community health activities through strategic activities based on collaboration between departments, such as coordinating and deciding the order and timing of discussions with bosses and working staff.

Key words : small municipalities, interdepartmental, community health activities, public health nurses, collaboration, supervising public health nurses

■研究報告■

乳幼児をもつ母親の育児に関する ヘルスリテラシーの明確化

多田美由貴¹⁾, 岡久玲子¹⁾, 岩本里織²⁾, 松下恭子¹⁾

抄 録

目的: 健康や医療に関する情報を入手, 理解, 評価, 活用して健康に結びつくよりよい意思決定ができる力であるヘルスリテラシーが健康を決める力として注目されている. 本研究では, 乳幼児をもつ母親の育児に関するヘルスリテラシー (以下, 育児リテラシー) を明確化することを目的とする.

方法: A県の子育て支援施設を利用しており, 育児リテラシーを発揮して育児ができていると推薦された乳幼児をもつ母親10人を研究参加者とした. 半構成的面接調査を実施し, 母親の育児リテラシーについて, 質的帰納的に分析した.

結果: 乳幼児をもつ母親の育児リテラシーとして, 【子育て情報にアンテナを張る】【複数の子育て情報源にアクセスする】【子育て情報を理解する】【子育て情報の信頼性を判断する】【自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する】【子育て情報を自分の子育てに取り入れる】の6つのカテゴリーが抽出された.

考察: 乳幼児をもつ母親の育児リテラシーの内容に特徴的な要素として【子育て情報にアンテナを張る】【自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する】の2カテゴリーが, ヘルスリテラシーに共通する要素として残り4カテゴリーが明確化された. 保健師は, 早期からの育児リテラシー教育とともに, 育児相談等における環境づくりや根拠を基にしたアドバイス, また, 母親に対するねぎらいの言葉をかける等の支援の必要性が示唆された.

【キーワード】 育児リテラシー, ヘルスリテラシー, 母親, 乳幼児, 育児情報, 保健師

日本地域看護学会誌, 24 (3) : 13-22, 2021

I. 緒 言

近年, 核家族化や人々のつながりの希薄化により, 家庭や地域における相互扶助機能が低下している. 一方で, それらを補完するために information and communication technology (ICT) を利用したオンラインコミュニティによるつながりが広がってきており¹⁾, 育児を取り巻く環境が変化している. 従来, 育児に関する情報は,

主として親や友人等, 身近な育児経験者から得ていたが, 現在はICTの発展により時間や場所を問うことなく, いつでも最新の育児情報を幅広い視点から得られるようになった. しかし, 多様かつ膨大な情報のなかから自身が必要とする情報を入手することはむずかしく, 情報格差による健康格差の広がりが懸念されている²⁾. 2017年には, 生後6か月の乳児にはちみつ入りの離乳食を与えたことで, 乳児ボツリヌス症による死亡事例³⁾が発生した. 1歳未満の子どもにはちみつを与えてはいけないことは, 自治体から母子健康手帳等をとおして広報されているものの, レシピサイトにはちみつ入りの離乳食が複数掲載されており, 周知されていたとはいえない現状と

受付日: 2020年12月8日/受理日: 2021年7月7日

1) Miyuki Tada, Reiko Okahisa, Yasuko Matsushita: 徳島大学大学院地域看護学分野

2) Saori Iwamoto: 神戸市看護大学公衆衛生看護学分野

ともに、誤った情報は子どもの健康をおびやかす危険性があることも明らかになった。そこで、健康や医療に関する情報を入手、理解、評価、活用して健康に結びつくよりよい意思決定ができる力であるヘルスリテラシーが健康を決める力⁴⁾として注目されている。

ヘルスリテラシーの概念は、1990年代に開発されて以来、急速に展開されており、健康行動につながる重要な概念として位置づけられている。Nutbeamは、World Health Organization (WHO) によるヘルスリテラシーの定義⁵⁾をもとに、機能的リテラシー(基礎的な読み書き計算能力)、相互作用的反リテラシー(コミュニケーションにより情報を積極的に獲得して日常生活に活用する能力)、批判的反リテラシー(情報を批判的に分析してその情報を生活や状況の管理に使うことができる能力)の3つに分類したヘルスリテラシーモデルを提唱し、機能的リテラシーを土台として階層構造になっていることを説明した⁶⁾。このモデルは、公衆衛生分野におけるヘルスリテラシーの概念を広げるきっかけとなり、現在もヘルスリテラシーの研究において中心的な考えとなっている。最近では、情報の種類によって必要となるリテラシーの種類が異なることが指摘されており、より具体的な疾病や生活習慣等に特化したリテラシーの研究が進んでいる⁷⁻⁹⁾。

本研究では、健康や医療に関する情報はもちろん、子どもとの愛情のきずなを重視した育児に焦点を当てた、育児に関するヘルスリテラシー(以下、育児リテラシー)に着目した。平成28年社会生活基本調査¹⁰⁾によると、わが国の6歳未満の子どもをもつ母親の育児・家事関連時間は、父親の3倍以上であり、諸外国と比較してもその比率は高い。予防接種に関する調査¹¹⁾では、母親が接種決定者となる場合がもっとも多く、母親のもつ情報が任意の予防接種の接種決定と関連していることが報告されている。これらのことから、わが国では乳幼児の健康は、母親の育児リテラシーの影響を強く受けているといえる。しかし、2016年にA県で行った調査¹²⁾では、全体の約2割の母親は信頼できる育児情報を選択できておらず、育児リテラシーが低い母親も一定数いる可能性が示唆された。これまで母親の育児リテラシーに関する研究は、アメリカが中心で調査対象も肥満や疾患をもつ子どもの母親や社会経済的に制限のある母親等限定的であり、評価指標も育児リテラシーに特化したものではなかった¹³⁾。わが国においても石川ら¹⁴⁾は、特定の疾患をもたない一般市民を対象に、機能的リテラシーに問題の

ないことを前提とした相互作用的反リテラシーおよび批判的反リテラシーを評価する指標を、また、中山ら¹⁵⁾は一般市民を対象に、「ヘルスケア」「疾病予防」「ヘルスプロモーション」の健康関連領域に分けた評価指標を作成し、国際比較を行い、日本人もヘルスリテラシーに問題を抱えていたことを示唆している。これらは、成人を対象に利用されることが多く、育児リテラシーに特化した評価指標ではなかった。乳幼児の健康は生涯の健康基盤にもなることから、次世代の健康づくりを進めるうえでも育児リテラシーを適切に把握し、それを高めるための支援方法を検討する必要がある。

以上より、本研究では、乳幼児をもつ母親の育児リテラシーを明確化することを目的とする。本研究成果は、母親の育児リテラシー尺度開発のための基礎的資料とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

半構成的面接調査による質的記述的研究とした。

2. 操作的定義

ヘルスリテラシーとは、よい健康状態を推進して維持させられるような、情報にアクセスし、理解し、利用するための個人の意欲と能力を決める認知的社会的スキル⁶⁾である。本研究における育児リテラシーとは、子どもの健やかな成長発達および子どもと母親との愛着形成促進のために、育児に関する情報にアクセスし、理解し、利用するための個人の意欲と能力を決める認知的社会的スキルと定義した。

3. 研究参加者

研究参加者は、育児リテラシーを発揮できている乳幼児をもつ母親である。研究参加者の選定にあたり、A県の2か所の子育て支援施設の協力を得た。子育て支援施設に研究協力依頼を口頭および文書で行い、承諾を得たのち、候補者の推薦を受けた。候補者の推薦基準は、管理者に育児リテラシーの定義を説明し、1か所以上の子育て支援施設を利用した経験があり、そこで母親同士またはスタッフと積極的につながり、やりとりしている人とした。また、それらを含めた人脈や情報源を利用して子育ての不安や悩みを解決してきた経験がある人とした。候補者には、子育て支援施設の代表者を通じて口頭

および文書で研究協力依頼を行い、本研究への同意が得られた10人を研究参加者とした。

4. 調査方法

2019年4月にインタビューガイドを用いた半構成的面接調査法により行った。調査は、個別に研究参加者の希望する日時に合わせて、子育て支援施設の1室で行った。調査回数は1回、調査時間は60分以内とした。インタビューガイドの内容は、子育てに関する知識や技術はどのようにして学んでいるか、これまで子育てをしていて悩んだり困ったりしたことはどんなことか、およびその対処法、現在の子育てやそれにまつわる情報について思うことや感じること等であった。面接開始前に研究参加者の概要（年齢、職業等）を把握するための調査票への記載を依頼した。面接内容は、研究参加者の同意を得てICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

ICレコーダーに録音した記録をもとに逐語録を作成した。育児リテラシーの定義をもとにそれを発揮して育児を行っている部分を、意味の読み取れる範囲で抽出して語りの内容や言葉に忠実にコード化した。次にコードの意味に留意してサブカテゴリー化、カテゴリー化を行った。分析にあたり、地域看護学を専門にする教育研究者および質的研究の実績がある研究者によるスーパーバイズを受けながら進めた。

6. 倫理的配慮

研究参加者には、研究目的、研究参加および中断の自由、匿名性の確保について文書および口頭にて説明し、同意書に署名を得た。本研究は、徳島大学病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認年月日：2018年3月26日、承認番号：2747-1）。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者10人の平均年齢は34.8歳（29～40歳）であった。子どもは平均1.8人で平均年齢（2人以上いる場合は1番下の子）は1.6歳であった。職業は主婦が6人、会社員・公務員が4人であった。最終学歴は大学卒業以上が7人であった。全員が育児の相談相手がいると回答していた。

2. 乳幼児をもつ母親の育児リテラシーの内容（表1）

研究参加者の語りから、6つのカテゴリー、19のサブカテゴリー、44のコードが抽出された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, 具体的な語りを「 」で示す。

1) 【子育て情報にアンテナを張る】

このカテゴリーでは、3つのサブカテゴリーと6つのコードが抽出された。乳幼児健診等に出向くだけでなく、<日ごろから子育て情報に興味関心をもっておく>ことで「各種専門家の方のお話が直接聞ける今日みたいな機会とかがあっていうのを見つけて、自分で足を運ぶことが多くなりました」と自分から積極的に動いて少しでも役に立つ情報を得ようという姿勢をもっていった。また、<最新の子育て情報が得られるタイミングを逃さない>ように「予防接種に行ったときに次の予防接種のことを聞いたりとか、ちょっと体のことで気になることがあったらそのときに聞いたり、あと健診のときにも気になることを聞いたり」と確認することを心がけ、「ベビーマッサージとかで知り合った人たちでLINEグループをつくって、行ってよかったよっていうところをそこにそれぞれが載せたりとかして」と母親同士のつながりをつくる等<子育て情報が得られやすい人間関係を構築する>ことで、さまざまな方面から情報が得られるように準備していた。

2) 【複数の子育て情報源にアクセスする】

このカテゴリーでは、5つのサブカテゴリーと15のコードが抽出された。「直接このことを知りたいって思ったら、インターネットで検索することが多いです」というように<子育て情報を発信しているインターネットやマスメディアを利用する>ことで、忙しいなかでも簡便に自分の知りたい情報を得ていた。そのような状況下においても、<子育て経験者から子育ての知恵を聞く><自分と似た状況で子育てしている母親と情報交換する>ことで「やっぱりこういうところで実際の体験者、お母さんとか先輩ママとかに聞いたほうがためになるなと思って」と育児している環境が似ている母親の生の声からより生きた情報を得ていた。また、<専門職に子育てについて相談する><自治体や地域の子育て支援施設などを利用する>ことで、専門的な視点からのアドバイスや地域の育児事情に精通している人から情報を得ていた。本研究参加者は、1つの情報源だけでなく自治体から送付される子育て情報を読むといった受け身の情報も大切にしつつ、複数の情報源にアクセスしていた。

表1 乳幼児をもつ母親の育児リテラシー

【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	コード
子育て情報にアンテナを張る	日ごろから子育て情報に興味関心をもっておく	日ごろから子育て情報を集めるために積極的に動く 出産前から子育てをイメージして情報収集に動く
	子育て情報が得られやすい人間関係を構築する	ママ同士のつながりをつくる 信頼できる専門職とつながる
	最新の子育て情報が得られるタイミングを逃さない	子育て情報が得られる機会を逃さない 最新の子育て情報が受け取れるように準備しておく
複数の子育て情報源にアクセスする	子育て経験者から子育ての知恵を聞く	子育て経験のある家族に相談する 子育て経験豊富な先輩ママに聞く 子育ての知恵をもつ祖父母世代に聞く
	自分と似た状況で子育てしている母親と情報交換する	同年代の子どもがいるママと情報交換する 自分と似た境遇のママと情報交換する
	子育て情報を発信しているインターネットやSNSメディアを利用する	インターネットで子育て情報を検索する 子育てに関する本や雑誌を読む 子育てに関するテレビ番組をみる
	専門職に子育てについて相談する	専門職による子育て相談日を調べて行く 専門職に自分が知りたい子育て情報を伝える 専門職に子育ての不安や悩みをうちあける
	自治体や地域の子育て支援施設などを利用する	自治体から送付される子育て情報を読む 自治体や地域の子育て支援施設などにある子育て情報のパンフレットを読む 自治体や地域の子育て支援施設などのスタッフから子育て情報を聞く 自治体や地域の子育て支援施設などが主催する子育て講習会に参加する
子育て情報を理解する	子育て情報の内容や必要性がわかる	記載または説明された子育て情報の内容がわかる 記載または説明された子育て情報がなぜ必要であるかわかる
	子育て情報を理解するために足りない情報をさらに調べる	子育て情報についてより詳しく知りたいときに納得するまで調べる 子育て情報をやりとりするなかでわからないことはそのままにせず質問する
子育て情報の信頼性を判断する	信頼できる子育て情報源であるか確認する	根拠のある子育て情報を発信している情報源であるか確認する
	子育て情報を批判的にみる	すべての子育て情報を鵜呑みにしない 複数の情報源をもとに信頼性が高い子育て情報を見極める 当たり前になっている子育て情報に疑問をもつ
	最新の子育て情報であるか確認する	祖父母世代からの子育ての常識が変わっていないか確認する 前回の子育て時と子育ての方法が変わっていないか確認する
自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する	自分の子育て観を大切に子育て情報を選択する	自分の考え方に似た子育て情報を選択する 自分が納得できる子育て情報を選択する
	ポジティブな子育てにつながる子育て情報を選択する	子どもとの時間を楽しむために必要な子育て情報を選択する 子どもの前で笑顔でいるために必要な子育て情報を選択する
	自分や子どものことをよく理解している人の助言を選択する	判断に迷ったときは自分が信頼している人の助言を選択する 判断に迷ったときは普段から子どものことをよく知る人の助言を選択する
	子どもの状況に合った子育て情報を選択する	子どものペースに合った子育て情報を選択する 子どもの月齢に合った子育て情報を選択する 子どもの成長発達を優先して子育て情報を選択する
子育て情報を自分の子育てに取り入れる	子どもの成長発達を見据えて子育て情報を活用する	子どもの成長発達により影響を与える情報を子育てに取り入れる 子育て情報をもとにこれまでの自分の子育てを振り返る
	子育て情報をもとに行動を起こす	子育て支援サービス等を利用するかどうか決める 1つの情報にとらわれず複数の子育て情報を試してみる

3) 【子育て情報を理解する】

このカテゴリーでは、2つのサブカテゴリーと4つのコードが抽出された。得た情報を見たり読んだり、また、「先生は血液だけじゃなくて、唾液とかそういうのからもうつるから、保育園とか幼稚園とかに行くことを考えたら（予防接種を）受けたほうがいいよ」といった専門職等による説明やアドバイスを聞いて「子育て情報の内容や必要性がわかる」こと、そのなかでわからないことは「おもしろそうだなと思っても、でもこれ行ったことあるっていう人を聞かないなみたいだったら、たとえば子育て支援施設でみつけたリーフレットの場合は、職員の方にこのみかん狩りとかってどんな感じですか聞いてみたり」と「子育て情報を理解するために足りない情報をさらに調べる」ことで、理解を深めていた。

4) 【子育て情報の信頼性を判断する】

このカテゴリーでは、3つのサブカテゴリーと6つのコードが抽出された。得た情報を発信している情報源が「信頼できる子育て情報源であるか確認する」ことや、1つの情報や情報の1つの側面だけでなく「インターネットは顔がわからないというか、それが事実かどうかもわからないので、鵜呑みにすることはないですかね」と「子育て情報を批判的にみる」ことで、得た情報の信頼性を吟味していた。また、「母の世代といま、ちょっと考え方が変わっているみたいで、母のときは抱き癖がつくからあんまり抱いちゃいけないみたいなのを教えてもらったけど、いまはそんなことないとか抱っこしてあげたほうがいいとか」と母親や祖父母世代、上の子のときと情報が変わっていないか等、「最新の子育て情報であるか確認する」ことで、自分のもっている情報を更新していた。

5) 【自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する】

このカテゴリーでは、4つのサブカテゴリーと9つのコードが抽出された。得た情報から「自分の子育て観を大切に子育て情報を選択する」ことや「(情報を選ぶときは)いつも笑顔で、できるだけ子どもとは接するようにしないと、やっぱり子どもも感じ取るのかなあと思っているの、笑うとか明るく楽しく、自分が楽しむっていうことを心がけていて」と「ポジティブな子育てにつながる子育て情報を選択する」ことで、自分が笑顔で育児をすることが可能となり、それは子どもの笑顔につながり、健やかな成長発達につながると信じて情報を選択していた。また、「やっぱりそれぞれ助産師さんにして

もいうことが違うかったり、小児科の先生それぞれみなさん違うかったりして困るんですけど、結局は保育所の先生に聞くのがいちばんいいかな」と「自分や子どものことをよく理解している人の助言を選択する」、「虫歯の関係で、母子手帳にも書いてあるんですけど哺乳ビンやめてっていう人は多かったですね。本当はそれがいちばんいいってわかってるんですけど、私たちには必要でやめなかったんですけど」と「子どもの状況に合った子育て情報を選択する」ことで、一般的な信頼性だけでなく、自分や子どもにとってどうかという視点での判断を大切に選択していた。

6) 【子育て情報を自分の子育てに取り入れる】

このカテゴリーでは、2つのサブカテゴリーと4つのコードが抽出された。「結局なにが正解がよくわからないですけど、私は子どもの今後のことをいろいろ調べて(予防接種を)受けようかなって思って、必要なことはこれから考えていこうかなと思ながら」と「子どもの成長発達を見据えて子育て情報を活用する」ことで、現在だけでなくこれからさきの子どもの成長発達の姿を想像しながら情報を取り入れるかどうか決めていることがわかった。また、一歩踏み出すことをとまどったり、本当にこれでよいのか「やっぱりこれが絶対正しいと思ってしまうと無理させることになってしまったりもするかなと思うので、できるだけ試してダメだったらやめます」と試行錯誤しながら「子育て情報をもとに行動を起こす」ことで、正解のない育児に向き合っていた。

IV. 考 察

1. 乳幼児をもつ母親の育児リテラシーの内容の特徴

乳幼児をもつ母親は、日ごろから【子育て情報にアンテナを張る】【複数の子育て情報源にアクセスする】ことで情報を得て、【子育て情報を理解する】、そして【子育て情報の信頼性を判断する】【自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する】ことで情報を評価し、【子育て情報を自分の子育てに取り入れる】ことで活用していた。

ヘルスリテラシーの定義^{6, 16-18)}はさまざまあるが、共通しているものは情報に基づいた意思決定であり、健康情報へのアクセス、理解、評価、活用が要素となることが報告されている¹⁹⁾。健康情報のなかでも育児情報に特化した育児リテラシーもヘルスリテラシーのひとつであるため柱となる要素は共通していた。しかし、本

研究結果から、いくつかの相違点もみられた。まず、育児情報へのアクセスでは、情報を得るための窓口を知っているという知識やアクセスするための手段をもっているというだけでなく、前提要因として日ごろから【子育て情報にアンテナを張る】という、母親の情報獲得に対する積極的な姿勢や準備態勢が明らかになった。一般市民を対象に利用されている既存のヘルスリテラシー尺度¹⁴⁾では、「もし必要になったら」と、情報が必要になった場合を仮定している。本研究では、仮定ではなく、実際に育児をしている母親を対象としたため、先行研究では明確にされていなかった姿勢や準備態勢が、育児リテラシーに特徴的な要素のひとつとして明確化されたと考えられる。これらがあったからこそ、本研究参加者は、Nutbeam⁶⁾が提唱する機能的リテラシーを発揮して情報をみたり読んだりすることはもちろん、相互作用のリテラシーを発揮してさまざまな立場の人と情報をやり取りする等、【複数の子育て情報源にアクセスする】ことで情報を得ることができていたと考えられる。とくに、《子育て経験者から子育ての知恵を聞く》《自分と似た状況で子育てしている母親と情報交換する》ことは、専門家と同様に同月齢の児をもつ母親の経験談を求めている^{20,21)}乳幼児をもつ母親の特徴といえる。

次に、育児情報の理解および評価では、得た【子育て情報を理解する】後に、批判的リテラシーを発揮して【子育て情報の信頼性を判断する】という要素は共通していた。近年では、育児情報の取得にインターネットを利用している母親が9割近くいることが報告されている²²⁾。他者と関わるのが苦手な母親にとっては、インターネットを利用して情報が得られることで、育児ストレスが緩和されるというメリットが報告されている²³⁾。一方で、母親のインターネット依存傾向に育児ストレスが関連しているというデメリットも示唆されている²⁴⁾。インターネットは簡便にさまざまな情報が得られる情報源であることから、本研究参加者も全員が利用していた。しかし、信頼性に関する判断は、母親自身に任されており、情報に振り回されるリスクが大きいことも報告されている²⁵⁾。光武ら⁷⁾は、インターネット上の健康情報を有効に活用するために、インターネット情報に特化したヘルスリテラシー尺度であるe Health Literacy Scale 日本語版を作成した。全部で8項目ある質問項目のうち、「私は、インターネット上で見つけた健康情報サイトを評価することができるスキルがある」や「私は、インターネット上の質の高い健康情報サイトと質の低い健康情報サイ

トを見分けることができる」といった健康情報サイトの評価に関する視点は、インターネット情報に限定してはいないが、これらは本研究結果の《信頼できる子育て情報源であるか確認する》《子育て情報を批判的にみる》視点と共通している。本研究参加者は、子どもの平均人数が1.8人であったことから、これまでに育児を経験したことがある母親も含まれている。経験から得た知識は一般的な根拠がなくても実践しやすいため、《最新の子育て情報であるか確認する》視点は、育児経験がある、また、育児経験がある祖父母世代が身近にいる乳幼児をもつ母親にとっては、大切な視点であるといえる。さらに、育児情報の評価では、【自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する】と、育児書に掲載されているような一般的によいとされる情報よりも、自分にとってまた子どもにとってどの情報がベストかといった2つの視点を大切にしていることが明らかになった。母親は自分だけでなく子どものためにも笑顔を大切にしており、子どもとの愛情のきずなを育みつつ、自分らしいポジティブな育児につなげられる情報を選択していた。木村ら²⁶⁾は、3～4か月児をもつ母親の母親役割促進に導く自己肯定感を高めるためには、ポジティブ心理学的要因が影響していることを報告している。このような視点は、情報をうまく活用することで、子どもの健やかな成長発達および子どもと母親がよりよい関係性を築いていく愛着形成促進のために大切な視点であり、育児リテラシーに特徴的な要素のひとつとして明確化されたと考える。

最後に、育児情報の活用では、【子育て情報を自分の子育てに取り入れる】かどうか、自ら意思決定し行動を起こすという要素は共通していた。そのなかで、《子どもの成長発達を見据えて子育て情報を活用する》ことは、現在だけでなく健やかに成長発達していく子どもの姿を想像して行動するという未来の視点が含まれている。一般市民を対象に利用されている既存のヘルスリテラシー尺度においても、健康改善のためであったり¹⁴⁾、健康と充実感を向上させるためであったり¹⁵⁾と、現在だけでなく理想とする自分の姿を想像して行動するという未来の視点は含まれている。しかし、育児は自分が主体となって行動しているものの、その結果は子どもに現れることから、この子どもの未来を想像する視点は、乳幼児をもつ母親の特徴といえる。

以上のことから、ヘルスリテラシーに共通する要素として【複数の子育て情報源にアクセスする】【子育て情報を理解する】【子育て情報の信頼性を判断する】【子育て

情報を自分の子育てに取り入れる】の4カテゴリーと、乳幼児をもつ母親の育児リテラシーの内容に特徴的な要素として【子育て情報にアンテナを張る】【自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する】の2カテゴリーが明確化された。また、共通する要素のなかにも、対象である乳幼児をもつ母親ならではの特徴的な視点が含まれていた。

2. 育児リテラシー向上への支援の方向性と今後の課題

近年、保健師による保健活動においては、地域住民の健康課題に目を向けるだけでなく、その人のもつ健康への力に焦点を当てた支援²⁷⁻²⁹⁾が大切にされている。育児リテラシーもその力のひとつであり、情報によって母親の育児ストレスや子どもの健康が左右される現代社会において、保健師による支援が必要であると考えられる。

保健師は、根拠のある子育て情報を発信している情報源であり、妊娠、出産、育児の過程において、妊娠時は母子健康手帳の交付や両親学級、出産後は家庭訪問や乳幼児健診等をとおして母親と関わる機会がある。山崎ら³⁰⁾は、育児の相談相手として夫や祖父母の存在は育児不安の低さと、保健師を含む専門職の存在は育児不安の高さと関連があったことを報告している。母親は、専門職に対して家族よりも高度で専門的なアドバイスを期待しており、その期待の高さゆえに十分に満たされなかった場合は育児不安の高さにつながる。また、育児不安の高い母親が家族以外の相談相手を求めている可能性もあることを報告している。母親が保健師に育児相談したい場合、まず、【子育て情報にアンテナを張る】【複数の子育て情報源にアクセスする】ことで、相談日時や場所等に関する情報を得ることから始まる。次に、保健師から受けた説明やアドバイスの内容や必要性を、足りない情報を補いながら【子育て情報を理解する】ことが重要となってくる。保健師は、母親がしっかり理解できるように、質問しやすい雰囲気づくりや話の途中で質問の時間を設ける等、環境を工夫する必要がある。また、コミュニケーションが苦手な母親かどうか母親のタイプを見極めて接することも必要であると考えられる。ここでの母親の理解が次の【子育て情報の信頼性を判断する】【自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する】評価につながる。育児情報の評価について、保健師はそのつど伝えるのではなく、両親学級等の健康教育の機会を利用して、妊娠時から知識や方法について教育していくことで、早期から母親自身で適切な評価ができるよ

うになることが期待できる。さらに、【子育て情報を自分の子育てに取り入れる】育児情報の活用については、乳幼児健診のチェック項目や育児書に書いてある子どもの成長発達に関する情報は、あくまでも目安であることを伝え、「順調ですよ」「大丈夫ですよ」という声かけだけでなく、その根拠をもとに説明するとともに、自分なりの育児を模索している母親に対するねぎらいの言葉をかける必要があると考える。

産後うつや子ども虐待等、ハイリスクな母親をスクリーニングするためのさまざまなスクリーニング³¹⁻³³⁾はあるが、そこまでではないが「どうすればよいかわからない」「ちょっとしんどい」と感じている母親は多くいると考える。今後ますます情報化が進展し、また、新型コロナウイルス感染症のように新たな感染症が出現してオンライン支援が主となってくるなかで、母親の育児リテラシーを考慮した支援は必要不可欠であると考えられる。しかし、現在、母親の育児リテラシーは目にみえる形で評価されておらず、アセスメントが困難である。今後は、適切に母親の育児リテラシーを評価できる指標を開発し、個々の母親の育児リテラシーに合わせて、低い意欲や能力は高める支援が必要であり、高い意欲や能力はそれを母親の強みとしてとらえて支援していくことが求められる。そうすることで、育児リテラシーを高めることにつながり、子どもの健やかな成長発達および子どもと母親との愛着形成促進につながる。これは、産後うつや子ども虐待等のリスクを減らし、母親と子ども双方そして次世代の健康づくりにつながることを期待できる。

3. 本研究の限界と今後の課題

育児情報は、環境による影響が大きいと考える。本研究ではA県に在住している母親を対象とし類似した環境の者のみであるため、今後は地域特性や受信環境等の異なる環境要因にある母親の育児リテラシーを考慮した検討が必要であると考えられる。

V. 結 語

乳幼児をもつ母親の育児リテラシーを分析した結果、【子育て情報にアンテナを張る】【複数の子育て情報源にアクセスする】【子育て情報を理解する】【子育て情報の信頼性を判断する】【自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する】【子育て情報を自分の子育てに取り

入れる】の6つのカテゴリーが抽出された。

乳幼児をもつ母親の育児リテラシーの内容に特徴的な要素として【子育て情報にアンテナを張る】【自分や子どもに必要な子育て情報であるか判断する】の2カテゴリーが、ヘルスリテラシーに共通する要素として残り4カテゴリーが明確化された。また、共通する要素のなかにも、対象である乳幼児をもつ母親ならではの特徴的な視点が含まれていた。

保健師は、育児リテラシー向上に向けた早期からの育児リテラシー教育とともに、育児相談等における質問しやすい環境づくりや根拠を示した説明やアドバイス、また、自分なりの育児を模索している母親に対するねぎらいの言葉をかける等の支援の必要性が示唆された。今後ますます情報化が進展していくなかで、適切に母親の育児リテラシーを評価できる指標を開発し、個々の母親の育児リテラシーに合わせた支援を行っていくことが求められる。

【謝辞】

インタビュー調査にご協力いただいたみなさま、ならびに子育て支援施設のみなさまに、心より感謝申し上げます。

なお、本研究は平成28年度科学研究費補助金若手研究(B)の助成を受けて実施した。

【文献】

- 総務省：平成30年版情報通信白書。 <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h30/pdf/index.html> (2020年10月2日)。
- 鈴木一行：ヘルスリテラシーの定義。福田 洋・江口泰正(編著),ヘルスリテラシー：健康教育の新しいキーワード, 4-6, 大修館書店, 東京, 2016。
- 国立感染症研究所：乳児ボツリヌス症。 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/7275-botulinum-intro.html> (2020年10月2日)。
- 鈴木一行：ヘルスリテラシーの定義。福田 洋・江口泰正(編著),ヘルスリテラシー：健康教育の新しいキーワード, 4-6, 大修館書店, 東京, 2016。
- Nutbeam D : Health literacy. WHO Health Promotion Glossary. 10, WHO, 1998.
- Nutbeam D : Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3) : 259-267, 2000.
- 光武誠吾・柴田 愛・石井香織他：e Health Literacy Scale (eHEALS) 日本語版の開発。日本公衆衛生雑誌, 58 (5) : 361-371, 2011.
- 高泉佳苗・原田和弘・柴田 愛他：健康的な食生活リテラシー尺度の信頼性および妥当性インターネット調査による検討。日本健康教育学会誌, 20 (1) : 30-40, 2012.
- 河田志帆・畑下博世・金城八津子：性成熟期女性のヘルスリテラシー尺度の開発女性労働者を対象とした信頼性・妥当性の検討。日本公衆衛生雑誌, 61 (4) : 186-196, 2014.
- 総務省統計局：平成28年社会生活基本調査の結果。 <http://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/kekka.html> (2020年10月2日)。
- 遠藤重貴子：乳幼児期予防接種における親の接種決定・行動に影響する要因。小児保健研究, 73 (5) : 689-696, 2014.
- 多田美由貴：乳幼児をもつ母親の育児に関するヘルスリテラシーの実態調査。生協総研賞・第13回助成事業研究論文集, 49-55, 2017.
- 多田美由貴・岩本里織・岡久玲子他：母親のヘルスリテラシーを測定している尺度と関連要因に関する文献検討。 *The Journal of Nursing Investigation*, 16 (1, 2) : 1-9, 2019.
- Ishikawa H, Nomura K, Sato M, et al. : Developing a measure of communicative and critical health literacy ; a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23 (3) : 269-274, 2008.
- 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.
- US Department of Health and Human Services : Healthy People 2010. Washington, DC : U.S. Government Printing Office.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS : Advancing Health Literacy ; A Framework for Understanding and Action. JOSSEY BASS, San Francisco, 2006.
- Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, et al. : Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 : 80, 2012.
- 中山和弘：ヘルスリテラシーとは女性の健康を決める力。更年期と加齢のヘルスケア, 12 (1) : 44-49, 2013.
- 井田歩美・猪下 光：1歳未満の児をもつ母親のソーシャルメディア上における育児に関する発言の実態；延べ34万件の分析。ヒューマンケア研究学会誌, 5 (2) : 7-13, 2014.
- 井田歩美・猪下 光：2, 3歳児をもつ母親の育児情報ニーズ；ソーシャルメディアにおける発言の分析。ヒューマンケア研究学会誌, 8 (1) : 71-77, 2016.
- 中島千英子・永井由美子：母親の育児情報源としてのSNS利用に関する調査。大阪教育大学紀要, 68 : 41-49, 2020.

- 23) 小林 真：インターネットの利用が母親の育児ストレスに及ぼす緩和効果. 富山大学教育学部紀要, 58 : 85-92, 2004.
- 24) 野口三奈生・山口 一：母親と子どものモバイル端末使用と母親のインターネット依存傾向；子育てストレスとアタッチメントとの関連. 桜美林大学心理学研究, 10 : 32-43, 2020.
- 25) 澤田雅子：スマホ世代に向けた育児情報の伝え方. 月刊母子保健, 679(11) : 1-3, 2015.
- 26) 木村奈緒美・堀田法子：母親役割を促進する自己肯定感に影響を与えるポジティブ心理的要因の検討. 母性衛生, 61(2) : 322-331, 2020.
- 27) 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.
- 28) 小出恵子・岡本玲子・猫田泰敏他：保健師を対象としたリフレクションに基づく保健指導技術向上プログラムの効果. 日本地域看護学会誌, 17(3) : 4-13, 2015.
- 29) 田仲里江・本田 光・進藤ゆかり他：地域保健活動におけるソーシャル・キャピタルの醸成を意図した保健師活動. 北海道公衆衛生学雑誌, 31(2) : 93-99, 2018.
- 30) 山崎さやか・篠原亮次・秋山有佳他：乳幼児を持つ母親の育児不安と日常の育児相談相手との関連；健やか親子21最終評価の全国調査より. 日本公衆衛生雑誌, 65(7) : 334-346, 2018.
- 31) 岡野禎治・村田真理子・増地聡子他：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学, 7(4) : 525-533, 1996.
- 32) Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, et al. : A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding Scale ; factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 15(5) : 343-352, 2012.
- 33) 古川 薫・森脇智秋：子ども虐待のハイリスクな母親の育児力アセスメントツールの開発. 母性衛生, 61(1) : 151-158, 2020.

■ Research Report ■

Health Literacy among Mothers with Infants

Miyuki Tada¹⁾, Reiko Okahisa¹⁾, Saori Iwamoto²⁾, Yasuko Matsushita¹⁾

1) Department of Community Health Nursing, Graduate School of Biomedical Sciences, Tokushima University

2) Department of Public Health Nursing, Kobe City College of Nursing

Purpose: Health literacy-the ability to obtain, understand, evaluate, and use health and medical information to make better health decisions-has garnered attention for its role in determining a person's health. We sought to clarify the health literacy of mothers with infants in terms of how they raise their children ("parenting literacy").

Method: The study participants were 10 mothers with infants who were using a parenting support facility in Prefecture A, and who had been recommended to the researchers for exhibiting parenting literacy skills in raising their children. We conducted a semi-structured interview examining their parenting literacy, and performed qualitative inductive analysis on their responses.

Results: We identified the following six categories relating to parenting literacy among mothers with infants: Being receptive to parenting information; Accessing multiple sources of parenting information; Understanding parenting information; Assessing the reliability of parenting information; Assessing the importance of parenting information for oneself and one's child; and Integrating parenting information into one's own parenting.

Discussion: We clarified two categories, "Being receptive to parenting information" and "Assessing the importance of parenting information for oneself and one's child," as distinguishing factors in the nature of parenting literacy among mothers with infants, and the remaining four categories as common factors of health literacy. Our findings suggested that public health nurses need to provide support for mothers with infants not only through initiatives such as delivering early education on parenting literacy, developing parenting consultation services and providing evidence-based advice, but also by vocally encouraging mothers dealing with parenting hardships.

Key words : parenting literacy, health literacy, mothers, infants, parenting information, public health nurse

■研究報告■

都市近郊地域の60歳代地域在住者における 自覚的疲労感と家庭内役割との関連

仲野宏子¹⁾, 荒木田美香子²⁾, 長弘千恵³⁾, 小笹美子⁴⁾

抄 録

目的: 60歳代地域在住者の自覚的疲労感と家庭内役割との関係を明らかにすることである。

方法: A町在住の60歳代4,970人を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。家庭内役割を孫の世話、介護とし、調査内容は、自覚的疲労感は蓄積的疲労徴候調査の一部を除く72項目、家庭内役割の状況、生活状況(健康意識・暮らし向き等)、保健行動(運動習慣等)、健康状態(腰痛や肩痛等)とし、自覚的疲労感を従属変数として二項ロジスティック回帰分析にて検討した。

結果: 回収した2,052人(回収率41.2%)のうち記入欠損を除く1,990人を分析対象とした。家庭内役割は、孫の世話のみあり男性11.1%、女性16.3%、介護のみあり男性13.6%、女性15.2%、孫の世話と介護の両方あり男性2.6%、女性3.2%であった。男性の身体的・精神的疲労感に家庭内役割は関連していなかった。女性の身体的疲労感には、介護のみあり(OR=2.52, 95%CI: 1.57~4.05)、孫の世話と介護の両方あり(OR=3.16, 95%CI: 1.39~7.20)、精神的疲労感には、介護のみあり(OR=1.72, 95%CI: 1.07~2.75)は関連が示された。男女ともに身体的・精神的疲労感には健康意識、暮らし向き、運動習慣、腰痛や肩痛が関連していた。

考察: 60歳代地域住民の自覚的疲労感と家庭内役割との関連は性別で異なることから、性差を考慮した理解が必要であることが示唆された。

【キーワード】60歳代地域在住者、家庭内役割、孫の世話、介護、自覚的疲労感、性差

日本地域看護学会誌, 24(3): 23-33, 2021

I. 緒 言

諸外国に例をみない速さで高齢化が進行しているわが国において、健康日本21第二次計画では高齢者の社会参加の促進が目標のひとつとされ、その活躍が期待されている。高齢者が社会の支え手として活躍し続けられる社会を築くには、就労を引退した後に就労以外の役割を選択しながら、健康状態を維持することが重要である。

わが国における家庭内役割と健康状態に関する報告では、家事、家族の世話、庭・菜園の管理等の6分類で検討し、家庭内役割をもつことは、生活活動力、精神的活力と関連することが報告されている¹⁾。また、60歳代以上を対象とし、就労、社会貢献、家族親族内役割の3つの役割と健康状態を検討した報告では、家族内親族内役割を有する者の割合が75%と最も多く、具体的な内訳は、家事、相談相手、まとめ役、子どもの世話、介護・世話の順であったこと、家事や育児・介護は、義務的状況や心身の負担が高い状況に陥りやすいことから、主観的well-beingへの効果は、状況によりポジティブにもネガティブにもなること²⁾が報告されている。

受付日: 2021年1月20日/受理日: 2021年8月19日

1) Hiroko Nakano: 産業医科大学産業保健学部

2) Mikako Arakida: 川崎市立看護短期大学

3) Chie Nagahiro: 兵庫大学看護学部

4) Yoshiko Ozasa: 徳島文理大学保健福祉学部

家庭内役割において、家事や相談等は長年の役割であることが多いと推察されるが、介護と孫の世話は60歳代ごろに経験する新たな役割と考えられること、かつそれら2つの役割は、核家族化の進行に伴い高齢になっても複数年続く可能性があり、疲労感との関係性が予想されるため、本研究では孫の世話と介護の2つの家庭内役割に限定することとした。

高齢者の健康状態は、年代別受療率(外来)³⁾・介護保険の要介護認定率ともに70歳代から急増し、要介護認定となる原因⁴⁾は、それ以前の健康状態や生活習慣が大いに関係しており、60歳代の健康状態を注視する必要がある。60歳代では、職業からの引退を迎えるだけでなく、初孫誕生の平均年齢は、男性63.8歳・女性60.5歳(2009年)⁵⁾であり、被介護者と同居する主介護者の年齢階級は、60～69歳が30.6%⁶⁾ともっとも多い。これらのことから60歳代は多様な変化を経験する世代といえる。Meleisらは、移行の時期は健康と疾病のサイクルに関連するとし、保健医療従事者による健康支援を強調している⁷⁾。

60歳代の地域住民の健康状態を検討するにあたり、疲労感に着目した。疲労感とは、自覚的で休養という保健行動に結びついており⁸⁾、地域住民への支援が可能であると考へた。わが国では、地域住民の約6割⁹⁾、高齢者の約4～6割¹⁰⁾が疲労感を実感しており、高血圧などの持病⁹⁾と疲労感に関連すると報告されている。海外では疲労感とは、死亡率¹¹⁾、虚弱の主観的指標¹²⁾、身体機能の低下¹¹⁾、身体活動量の低下¹³⁾、不眠やうつ状態¹¹⁾など健康状態悪化の予測指標になることが報告されている。

本研究にて、家庭内役割と自覚的疲労感との関連が明らかになることは、高齢者世代の健康状態が良好で、社会の支え手として活躍し続けながら健康状態を維持することの検討の一助になると考へる。そこで本研究では、60歳代地域在住者の自覚的疲労感と家庭内役割との関連を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象

本研究の目的のため、高齢者の家族同居が多い福岡県A町を調査協力地域として選定した。A町は都市近郊に位置し、町の産業はかつて米作中心の農業が主要であったが、近年は兼業農家が主となり人口が増加している。2015年国勢調査結果では、人口約45,000人、老年人口

割合16.9%、世帯数約18,000世帯で、世帯総数に占める高齢者単身世帯割合が7.2(全国11.1)%、高齢者夫婦世帯7.4(全国11.4)%と高齢者の世帯数は全国の割合よりも少ないが、高齢者世帯の家族同居世帯が48.1(全国42.2)%と高齢者の家族同居割合が全国より高い地域である。産業従事者人口割合は、第一次産業1.2%、第二次産業20.8%、第三次産業77.0%である。調査対象は、A町在住の要介護認定者を除いた60～69歳の全住民4,970人であった。2016年に無記名自記式質問紙郵送調査を実施し、回収した2,052人(回収率41.2%)の記入欠損を除く1,990人を分析対象とした。

2. 調査項目

本研究では、自覚的疲労感を従属変数とし、家庭内役割として孫の世話と介護を設定し、個人背景(生活状況、保健行動、健康状態)を含めて家庭内役割と自覚的疲労感との関連を概念図に基づき調査した(図1)。

1) 自覚的疲労感

疲労感とは小木の定義⁸⁾を参照し、生化学的データに基づくものではなく、自覚的疲労感に基づくとして、蓄積的疲労徴候調査(The Cumulative Fatigue Symptoms Index; CFSI)¹⁴⁾を参照することとした。

CFSIは本来、就労者の蓄積的疲労感を把握するための81項目からなる尺度であるが、地域在住の介護者^{15,16)}や子育て中の母親¹⁷⁾にてCFSIの有用性が報告されている。本研究では地域在住者への調査にあたり、CFSI作成者である越河氏の助言を受け、就労に関する一部の項目を除外した身体不調(7項目)・一般的疲労感(10項目)・慢性疲労(8項目)・不安感(11項目)・抑うつ感(8項目)・気力の減退(9項目)、イライラの状態(7項目)・意欲の低下(12項目)とされる8特性区分に関する72項目を使用し、各質問項目に対して○、×の回答を求めた。CFSIの信頼性・妥当性は、尺度作成者が男子37,646例、女子23,835例の調査データから分析結果を示していること、心身両面から健康状態の把握が可能であること、集団の傾向をみる尺度であること¹⁴⁾から、信頼性、妥当性を評価し採用した。

2) 家庭内役割

孫の世話は、孫の世話の有無をたずねた。祖父母の健康状態には、孫の世話の頻度と強度¹⁸⁾が関連することが報告されていること等を参照し、孫との居住(同居・近居・遠居)、世話日数/週、孫の世話の動機(孫がかわいい・孫の親を支えたい・仕方なく)、孫の世話への負

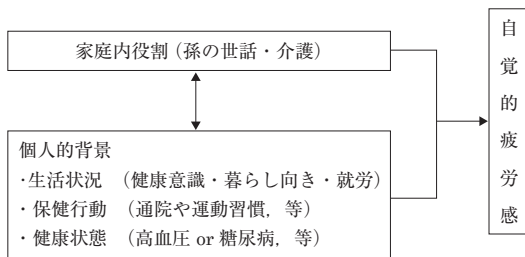


図1 研究の枠組み

担の有無をたずねた。介護は、家族に介護を必要とする人の有無をたずねた。介護者の疲労感には被介護者と介護者の関係¹⁹⁾等が関連するとの報告等を参照し、介護者の区分(要支援・要介護)、被介護者との関係をたずねた。

3) 個人背景

孫の世話をする祖父母の疲労感には、健康意識、腰痛、世話の動機や負担感等が関連すること²⁰⁾、介護者の健康状態は、高血圧の有病率が高く、睡眠、栄養状態が不良で、主観的健康感が低いこと²¹⁾が報告されている。これらの先行研究を参照し本研究では、性、年齢以外は次の項目とした。生活状況は、健康意識を5段階(よい・まあよい・普通・あまりよくない・悪い)、経済面は暮らし向き4段階(満足・まあ満足・あまり満足していない・満足していない)とし、就労の有無をたずね、ありとの回答者には就労日数/週をたずねた。保健行動ではBreslowの7つの健康習慣を参考に、睡眠時間(7時間以上・未満)、運動習慣の有無、朝食摂取の有無、気分転換する時間の有無とした。それ以外には、定期的な外出の有無をたずねた。健康状態では、持病の有無をたずね、ありとの回答者には高血圧や糖尿病、腰痛や肩痛、不眠の有無をたずねた。定期的な通院や服薬の有無をたずねた。

3. 分析方法

性別による影響を考慮しすべて男女別に分析した。健康意識は、よい・まあよい・普通を「良好」、あまりよくない・悪いを「不良」とした。暮らし向きは、満足とまあ満足で「良好」、あまり満足していない・満足していないを「不良」とした。家庭内役割は孫の世話のみあり、介護のみあり、孫の世話と介護の両方あり、家庭内役割なしで集計した。

自覚的疲労感には、CFSIの分析方法に基づき8特性区分別に、尺度作成者が示す計算式にて1人あたり何個の訴え数があったかを%で示す「平均訴え率」を算出し、

尺度作成者が示す基準値¹⁴⁾と比較した。CFSIでは8特性区分を「身体的側面」「精神的側面」「社会的側面」の3つの側面で構成している¹⁴⁾。しかし尺度作成者は、3つの側面は、必ずしも固定的なものではないと述べている¹⁴⁾ことから、CFSIを用いた先行研究²²⁾も参照し、身体的疲労感(身体不調、一般的疲労感、慢性疲労)と精神的疲労感(不安感、抑うつ感、気力の減退、イライラの状態、意欲の低下)の2つに分類することとした。本研究では身体的疲労感(0~25)・精神的疲労感(0~47)の各総訴え数を算出し、尺度作成者が疲労感高値との判断に各訴え数の70%値を使用していたので、本研究でも各総訴え数の70%値を算出した。

CFSIの8特性区分の集計では、0がもっとも多く順次1, 2と少なくなる右下がりの分布であること、総応答数は離散変数であり連続変数ではないこと¹⁴⁾が示されている。本研究でも身体的・精神的疲労感の訴え数の分布は、右下がりの分布であったため、連続変数を用いた分析には適応しないと考え、70%値で群別した二項ロジスティック回帰分析を行った。

自覚的疲労感に関連する要因は、身体的疲労感(70%値以上=1, 未満=0)を従属変数、家庭内役割と個人背景を独立変数、年齢を調整変数として、2つのモデルで二項ロジスティック回帰分析(強制投入法)にて分析した。モデルI[家庭内役割]は、孫の世話のみありとなし(ダミー)、介護のみありとなし(ダミー)、孫の世話と介護の両方ありとなし(ダミー)を投入した。モデルIIは個人背景を追加投入した。2モデルのロジスティック回帰分析を行った理由は、家庭内役割のみの場合と個人背景を含めたモデルの比較検討をするためである。独立変数の投入に際し、多重共線性は相関分析にて検討したが、 $r > 0.40$ の相関係数が高い項目はみられなかったため、全変数を投入した。モデルの適合は、決定係数の目安とされるNagelkerke R^2 にて確認した。同様に精神的疲労感も分析した。本研究では、疲労感をCFSIの一部の項目を除いた72項目で把握したが、信頼性の検定は α 係数を確認することとした。統計学的検定は両側検定、有意水準は両側5%未満とし、統計解析にはSPSS統計パッケージver.25を使用した。

4. 倫理的配慮

対象者の抽出等の個人情報管理は町担当者が担当し、研究者は個人情報を扱わないこと、データの厳重管理と結果公表時に個人の特定はないことを説明し、A町と覚

書を締結した。対象者への調査協力依頼は、研究目的と意義、倫理的配慮、協力は任意であると依頼文に記載し、調査票の回答と返送をもって対象者の同意とした。本調査は、国際医療福祉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5月14日、承認番号：15-T-10）。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の状況と自覚的疲労感の状況

1,990人の分析対象者は、男性909人、女性1,081人で、平均年齢（±標準偏差）は男女ともに 64.7 ± 2.9 で、健康意識が良好は男性87.1%、女性85.4%、暮らし向きが良好は男女ともに約79%であった。就労ありは男性64.6%、女性38.9%で男女ともに平均就業日数は5日/週であった（表1）。

家庭内役割は、孫の世話のみは男性11.1%、女性16.3%、介護のみは13.6%、女性15.2%で、孫の世話と介護の両方は、男性2.6%、女性3.2%であった。孫の世話の動機では、男性は「孫がかわいい」が46.4%で、女性では「孫の親の負担を支えたい」が61.6%であった。介護の状況では、被介護者は要介護が半数を超え、親が70%以上であった。

身体的疲労感の総訴え数は男性平均5.4（±4.7）、女性平均5.6（±4.8）で、精神的疲労感の総訴え数は男性平均6.6（±8.8）、女性平均7.0（±8.3）であった（表2）。本研究では疲労感をCFSIの一部の項目を除いて把握したが、信頼性の検定にて α 係数は0.9であった。

2. 身体的・精神的疲労感に関連する要因（表3・表4）

身体的・精神的疲労感の各総訴え数〔70%以上=1（高値）、70%未満=0（低値）〕を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析では、記入欠損を除く男性747人、女性789人を分析し、Nagelkerke R^2 値は男女ともにモデルⅡのほうが高かった。男性の身体的・精神的疲労感、家庭内役割との関連は示されなかった。男性の身体的疲労感が高値には、健康意識が不良OR=4.75（95%CI：2.60～8.67）、暮らし向きが不良2.08（1.33～3.25）、就労あり1.65（1.13～2.43）、運動習慣なし1.74（1.21～2.52）、腰痛や肩痛あり3.42（2.25～5.20）が関連を示した。精神的疲労感が高値には、健康意識が不良3.66（2.01～6.66）、暮らし向きが不良4.42（2.83～6.91）、定期的な外出なし1.59（1.07～2.36）、腰痛や肩

痛あり1.66（1.08～2.55）が関連を示した。就労ありは0.69（0.47～0.99）であった。

女性の身体的疲労感が高値には、モデルⅠでは介護のみあり2.38（1.58～3.57）と関連を示し、モデルⅡでは介護のみあり2.52（1.57～4.05）、孫の世話と介護の両方あり3.16（1.39～7.20）が関連を示した。それ以外では、健康意識が不良8.47（4.71～15.23）、暮らし向きが不良2.33（1.48～3.65）、運動習慣なし1.48（1.01～2.18）、朝食摂取なし2.03（1.08～3.84）、腰痛や肩痛あり2.59（1.67～4.00）、不眠あり2.25（1.15～4.40）が関連を示した。精神的疲労感が高値には、モデルⅠで介護のみあり1.81（1.20～2.74）、モデルⅡでも介護のみあり1.72（1.07～2.75）が関連を示し、それ以外では健康意識が不良4.38（2.58～7.43）、暮らし向きが不良3.52（2.28～5.45）、7時間以上の睡眠なし1.48（1.03～2.12）、腰痛や肩痛あり1.72（1.12～2.64）等で関連が示された。

Ⅳ. 考 察

本研究では、疲労感をCFSIの一部の項目を除いた72項目で把握したが、信頼性の検定にて α 係数は0.9であり、8特性区分の平均訴え率の結果もCFSI作成者らが把握していた55歳以上の結果¹⁴⁾と類似していたことから、使用可能と判断した。

1. 60歳代地域在住者の自覚的疲労感と家庭内役割との関連

家庭内役割だけを投入したモデルⅠよりも個人背景（健康意識、保健行動、健康状態）を投入したモデルⅡはNagelkerke R^2 値が高く、モデルの適合はよかった。このことから、家庭内役割だけでなく複数の要因が関連して自覚的疲労感をもたらしているといえる。

本研究では、男性の身体的・精神的疲労感と介護との関連はみられなかった。しかし、女性では身体的・精神的疲労感に介護のみありが関連を示した。先行研究では、女性介護者は、首・肩・背中のこりと腰痛やストレス、睡眠障害の訴えが高く²³⁾、男性介護者よりも抑うつ感、不安など精神面でネガティブな影響が強い²⁴⁾ことが報告されており、それらは精神的疲労感につながるといえる。また、介護者の疲労感には介護負担感が関連する¹⁹⁾ことが示されている。全国調査では女性介護者が67%と多く（2016年⁴⁾、介護時間が「ほとんど終日」の同居

表1 対象者の状況

				n (%)		
		回答数	男性 (n = 909)	回答数	女性 (n = 1,081)	
平均年齢 (±標準偏差)		909	64.73 (±2.9)	1,081	64.74 (±2.9)	
生活状況						
健康意識	良好	897	792 (87.1)	1,065	923 (85.4)	
暮らし向き	良好	896	716 (78.8)	1,064	858 (79.4)	
就労	あり	908	587 (64.6)	1,072	421 (38.9)	
保健行動						
運動習慣	あり	902	486 (53.5)	1,059	502 (46.4)	
朝食摂取	あり	901	790 (86.9)	1,066	984 (91.0)	
気分転換する時間	あり	902	722 (79.4)	1,065	916 (84.7)	
7時間以上の睡眠	あり	793	450 (49.5)	864	368 (34.0)	
定期的な外出	あり	897	341 (37.5)	1,061	566 (52.4)	
通院や服薬	あり	904	590 (64.9)	1,070	681 (63.0)	
健康状態						
持病	あり	889	600 (66.0)	1,061	666 (61.6)	
高血圧や糖尿病	あり		400 (44.0)		342 (31.6)	
腰痛や肩痛	あり		188 (20.7)		216 (20.0)	
不眠	あり		40 (4.4)		82 (7.6)	
家庭内役割		909		1,081		
孫の世話のみ	あり		101 (11.1)		176 (16.3)	
介護のみ	あり		124 (13.6)		164 (15.2)	
孫の世話と介護の両方	あり		24 (2.6)		35 (3.2)	
家庭内役割	なし		660 (72.6)		760 (70.3)	
孫の世話の状況						
孫の世話	あり ^{a)}	909	125 (13.8)	1,081	211 (19.5)	
孫との居住 ^{b)}	同居	118	33 (26.4)	201	50 (23.7)	
	近居		74 (59.2)		130 (61.6)	
	遠居		7 (5.6)		15 (7.1)	
	複数回答		4 (3.2)		6 (2.9)	
孫との関係 ^{b)}	娘の子	121	78 (62.4)	207	132 (62.6)	
	息子の子		38 (30.4)		69 (32.7)	
	両方の子		5 (4.0)		6 (2.8)	
	未回答		4 (3.2)		4 (1.9)	
世話日数 ^{b)}	平均 (±SD)	103	3.7 (±2.4)	161	3.9 (±2.0)	
孫の世話の動機 ^{b)}	孫がかわいい	122	58 (46.4)	198	50 (23.7)	
	孫の親の負担を支えたい		54 (43.2)		130 (61.6)	
	仕方なく		9 (7.2)		15 (7.1)	
	複数回答		1 (.8)		3 (1.4)	
孫の世話への負担 ^{b)}	あり	122	29 (23.2)	205	75 (35.5)	
	なし		93 (74.4)		130 (61.6)	
介護の状況						
介護	あり ^{a)}	909	149 (16.4)	1,081	201 (18.6)	
被介護者の介護度 ^{c)}	要支援	102	28 (18.8)	150	35 (17.4)	
	要介護		71 (47.7)		107 (53.2)	
	複数回答		3 (2.0)		8 (4.0)	
被介護者との関係 ^{c)}	親	141	113 (75.8)	192	149 (74.1)	
	伴侶		10 (6.7)		15 (7.5)	
	兄弟		4 (2.7)		8 (4.0)	
	その他		12 (8.1)		13 (6.5)	
	複数回答		2 (1.3)		7 (3.5)	

a) 単独および孫の世話と介護の両方ありを含む

b) 孫の世話ありとの回答者に対する割合

c) 介護ありとの回答者に対する割合

表2 自覚的疲労感の状況；蓄積的疲労徴候調査 (CFSI) 平均訴え率と総訴え数

8特性区分	身体的疲労感			精神的疲労感				
	身体不調	一般的疲労感	慢性疲労	気力減退	不安感	抑うつ	イライラの状態	意欲の低下
男性基本 平均訴え率 (%) ^{a)}	17.4	22.7	31.7	18.8	17.9	19.4	17.7	17.2
平均訴え率 (%)	15.9	29.0	17.3	15.0	15.2	14.4	11.4	13.3
60歳代男性 総訴え数 平均値 (±SD)	5.4 (±4.7)			6.6 (±8.8)				
総訴え数 70%値	7.0			7.0				
女性基本 平均訴え率 (%) ^{a)}	15.4	28.3	33.6	20.3	18.8	23.4	19.4	18.7
平均訴え率 (%)	16.4	29.9	18.0	19.3	16.8	15.6	9.5	13.1
60歳代女性 総訴え数 平均値 (±SD)	5.6 (±4.8)			7.0 (±8.3)				
総訴え数 70%値	7.0			8.0				

a) 尺度作成者の報告による基本値で、1人あたり何個の訴え数があったかを%で示す¹⁴⁾

の主な介護者は「男」が約3割、「女」が約7割とされる⁶⁾。女性のほうが、終日の介護を要する介護度が高い被介護者を介護している割合が高いといえる。本研究では、介護をしている割合は15～17%程度で、男女の違いはみられなかったが、全国調査の結果は、本調査にて男性介護者は疲労感との関連が示されなかった一因と推察される。介護者の疲労感には被介護者の身体状況や精神症状の有無¹⁵⁾、介護時間や期間^{15, 25)}、サポートの有無²⁵⁾等が関連することが報告されている。しかし本研究では、介護の具体的な内容について把握をしていないため、今後の検討が必要である。介護者の精神的疲労感、介護への慣れと専門家への相談で軽減できる可能性¹⁶⁾が示されている。疲労感は休息と関連する⁸⁾ことから介護者の疲労軽減に向けて、相談体制の充実、継続的な健康管理と介護者が休息をとれるように社会資源の積極的な活用は求められる。

孫の世話では、男女ともに身体的・精神的疲労感との関連はなかった。海外の報告では、孫の世話は精神的疲労感であるうつ傾向との関連はない²⁶⁾とされ、国内においても、孫の世話をする祖母に特徴的な疲労感は見いだされていない²⁰⁾。本研究もこれらの報告を支持する結果であった。本研究では孫の世話の動機が、「孫がかわいい」と「孫の親の負担を支えたい」を合わせると8割を超えており、積極的な理由が多かったといえる。先行研究では、疲れは感情を伴うものであり、スポーツなど自主的な意識や積極的な動機による活動は、気持ちのよい疲れを体験できる²⁷⁾と報告されている。そのため孫の世話による疲労感、気持ちのよい疲れとして実感されることが多いと推察される。休息がとれる範囲で孫の世話に関わることは、職業からの引退後に緩やかに役割を狭小化することにつながり、「支える側」としての役割選択の1つになり得るといえる。

女性で「孫の世話と介護の両方あり」は身体的疲労感のモデルⅡで関連が示されたが、精神的疲労感との関連は示されなかった。60歳代では、育児時間・介護時間ともに男性より女性の方が長く²⁸⁾、女性が2つの世代への世話時間が長いことは、身体疲労の一因と考えられる。中国における4世代世帯を対象とした縦断研究では、曾祖母の介護と孫の世話をする祖父母世代の健康状態は、非介護者と比較して生活満足度が高く、抑うつ症状が低く、高血圧の減少がみられた²⁹⁾と報告されている。世代の異なる家族の世話は、時間や手間から身体的疲労感をもたらすが、2つの世代の世話をすることは精神的疲労感の軽減をもたらす可能性は考え得るが、本研究では明らかではなく詳細な検討が必要である。

モデルⅡで投入した就労は、男性では身体的疲労感が高いことと精神的疲労感が低いこの両方に関連が示された。疲労感が十分に回復されない状態が続くと、身体的、精神的な症状が強まるだけでなく、さまざまな病気に結び付くとされる⁸⁾。高齢の就労者の疲労が蓄積しないような職務設計の必要性が示されている³⁰⁾ことから、高齢者の疲労感を含めた健康状態と就労の関連についても注目していく必要がある。健康意識と暮らし向きは男女ともに身体的・精神的疲労感と高い関連が示された。先行研究からも健康意識と暮らし向きなどの経済状態が健康状態に与える影響は大きく³¹⁾、本研究もそれを支持するといえる。それ以外にも男女ともに、運動習慣、腰痛や肩痛が身体的・精神的疲労感に関連を示した。腰痛や肩痛は疲労感の要因⁹⁾として報告されており、運動習慣があることは精神的疲労感を低減すること³²⁾が示されていることから、運動の継続や腰痛等の改善は疲労感の軽減につながるといえる。

これらの結果から、自覚的疲労感を蓄積させずに60歳代地域住民が支える側として社会で活躍するために

表3 自覚的疲労感に関連する要因（二項ロジスティック回帰分析）

独立変数・調整変数	比較カテゴリー	従属変数 身体的疲労感（訴え数：70%未満=0, 70%以上=1）				従属変数 精神的疲労感（訴え数：70%未満=0, 70%以上=1）							
		モデル I		モデル II		モデル I		モデル II					
		オッズ比	95%信頼区間 下限 上限	p 値	オッズ比	95%信頼区間 下限 上限	p 値	オッズ比	95%信頼区間 下限 上限	p 値			
年齢		1.00	0.95 1.06	0.972	1.03	0.97 1.10	0.310	1.02	0.96 1.07	0.582	1.00	0.94 1.07	0.905
家庭内役割													
孫の世話のみ	なし=1/あり	0.83	0.51 1.37	0.469	0.94	0.55 1.62	0.830	0.79	0.48 1.32	0.366	0.92	0.52 1.61	0.764
介護のみ	なし=1/あり	1.00	0.65 1.55	0.984	1.08	0.67 1.74	0.748	1.43	0.94 2.18	0.095	1.58	0.99 2.53	0.054
孫の世話と介護の両方	なし=1/あり	0.43	0.14 1.30	0.137	0.51	0.16 1.69	0.274	0.47	0.16 1.41	0.179	0.75	0.23 2.51	0.643
生活状況													
健康意識	よい=1/不良				4.75	2.60 8.67	<0.001				3.66	2.01 6.66	<0.001
暮らし向き	よい=1/不良				2.08	1.33 3.25	0.001				4.42	2.83 6.91	<0.001
就労	なし=1/あり				1.65	1.13 2.43	0.010				0.69	0.47 0.99	0.046
保健行動													
定期的な通院や服薬	なし=1/あり				0.77	0.50 1.19	0.233				1.28	0.83 1.99	0.265
運動習慣	あり=1/なし				1.74	1.21 2.52	0.003				0.95	0.65 1.39	0.797
朝食摂取	あり=1/なし				1.08	0.65 1.81	0.768				1.56	0.93 2.62	0.088
気分転換する時間	あり=1/なし				1.19	0.76 1.86	0.459				1.44	0.92 2.25	0.111
7時間以上の睡眠	あり=1/なし				1.11	0.78 1.57	0.571				1.22	0.86 1.74	0.267
定期的な外出	あり=1/なし				1.32	0.90 1.95	0.159				1.59	1.07 2.36	0.021
健康状態													
高血圧や糖尿病	なし=1/あり				1.38	0.92 2.08	0.119				0.96	0.64 1.45	0.858
腰痛や胃痛	なし=1/あり				3.42	2.25 5.20	<0.001				1.66	1.08 2.55	0.020
不眠	なし=1/あり				1.76	0.67 4.56	0.249				1.35	0.51 3.54	0.546
NagelkerkeR ²		0.01			0.24			0.01			0.26		

男性 (n = 747)

表4 自覚的疲労感に関連する要因(二項ロジスティック回帰分析)

独立変数・調整変数	比較カテゴリ	従属変数 身体的疲労感 (訴え数: 70%未満=0, 70%以上=1)						従属変数 精神的疲労感 (訴え数: 70%未満=0, 70%以上=1)					
		モデル I			モデル II			モデル I			モデル II		
		オッズ比	95% 信頼区間 下限 上限	p 値	オッズ比	95% 信頼区間 下限 上限	p 値	オッズ比	95% 信頼区間 下限 上限	p 値	オッズ比	95% 信頼区間 下限 上限	p 値
年齢		0.96	0.91 1.01	0.121	0.90 1.02	0.230	0.93	0.88 0.98	0.007	0.92	0.87 0.98	0.012	
家庭内役割													
孫の世話のみ	なし=1/あり	0.85	0.55 1.30	0.447	0.62 1.64	0.965	0.96	0.62 1.47	0.836	1.16	0.72 1.87	0.533	
介護のみ	なし=1/あり	2.38	1.58 3.57	<0.001	1.57 4.05	<0.001	1.81	1.20 2.74	0.005	1.72	1.07 2.75	0.025	
孫の世話と介護の両方	なし=1/あり	1.83	0.86 3.90	0.118	1.39 7.20	0.006	0.63	0.25 1.58	0.320	0.86	0.33 2.27	0.764	
生活状況													
健康意識	よい=1/不良				4.71 15.23	<0.001	8.47		<0.001	4.38	2.58 7.43	<0.001	
暮らし向き	よい=1/不良				1.48 3.65	<0.001	2.33		<0.001	3.52	2.28 5.45	<0.001	
就労	なし=1/あり				0.77 1.62	0.571	1.11		0.571	0.93	0.64 1.35	0.709	
保健行動													
定期的な通院や服薬	なし=1/あり				0.82 1.90	0.292	1.25		0.292	1.26	0.83 1.91	0.278	
運動習慣	あり=1/なし				1.01 2.18	0.043	1.48		0.043	1.34	0.92 1.97	0.129	
朝食摂取	あり=1/なし				1.08 3.84	0.029	2.03		0.029	1.75	0.94 3.27	0.080	
気分転換する時間	あり=1/なし				0.57 1.60	0.861	0.95		0.861	1.29	0.78 2.14	0.320	
7時間以上の睡眠	あり=1/なし				1.00 2.06	0.052	1.43		0.052	1.48	1.03 2.12	0.034	
定期的な外出	あり=1/なし				0.80 1.71	0.424	1.17		0.424	0.86	0.59 1.26	0.438	
健康状態													
高血圧や糖尿病	なし=1/あり				0.67 1.57	0.909	1.03		0.909	1.09	0.71 1.66	0.693	
腰痛や肩痛	なし=1/あり				1.67 4.00	<0.001	2.59		<0.001	1.72	1.12 2.64	0.014	
不眠	なし=1/あり				1.15 4.40	0.017	2.25		0.017	2.21	1.17 4.18	0.015	
Nagelkerke ²		0.04					0.33			0.03			

女性 (n = 789)

は、60歳代地域住民の自覚的疲労感と家庭内役割との関連は性別で異なっており、性差および個人背景を含めた理解が必要であることが示唆された。

2. 60歳代地域在住者の健康支援に対する本研究からの示唆

男性は自覚的疲労感と家庭内役割は関連しないことが明らかになったが、女性介護者の自覚的疲労感が高かったことから、今後も社会資源の活用と介護者の健康管理への支援が必要といえる。自覚的疲労感と家庭内役割との関連は性別で異なることから、性差を考慮した理解が必要である。

健康意識や暮らし向きという生活状況や腰痛や肩痛の自覚が身体的・精神的疲労感に関連を示した。これらの結果から、自覚的疲労感を蓄積させずに60歳代地域住民が支える側として社会で活躍するためには、家庭内役割はもとより、健康意識や暮らし向きを含めた生活状況や健康管理への理解が必要であることが示唆された。

60歳代の就労率の上昇と高齢化に伴う介護や共働きによる子育て支援の要請など、60歳代が複数の役割を担う状況は今後も続く想定される。今後は、就労を含めた複数の役割と健康状態の検討が必要であろう。

3. 本研究の限界と課題

本研究には4つの限界が存在する。第1に本研究は一自治体における調査であり、地域性の影響から、一般化はむずかしいと考えられる。他地域での再現性の確認、他年代にも拡大した比較調査が必要である。第2に60歳代と他年代との比較を行っていないため、60歳代の特徴として結論付けることはむずかしいといえる。第3に孫の世話や介護の量的内容、被介護者のBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 認知症の行動・心理症状)を含めた認知症の状況等について把握していなかったが、これらは疲労感に影響すると考えられることから、今後の検討が必要である。第4に家庭内役割は世帯類型の影響を受けるが、世帯類型が未把握であったことは限界があるといわざるを得ない。

このような限界はあるが、都市近郊の自治体における60歳代地域在住者の男性の身体的・精神的疲労感に家庭内役割は関連せず、女性の身体的疲労感には、介護のみあり、孫の世話と介護の両方あり、精神的疲労感には、介護のみありは関連が示された。少子化の進行や三世代

同居が減少するなか、血縁に基づく家族の世話を担う機会は限定的ともいえる。今後は、就労やボランティアなどの家庭外活動にも着目し、活動内容の詳細な把握や疲労感に関するエビデンスを築いていく必要がある。

V. 結 論

都市近郊のA町60歳代地域住民を対象に自覚的疲労感と家庭内役割との関連について検討した。その結果、男性は自覚的疲労感と家庭内役割は関連しないことが明らかになった。女性は身体的疲労感に、介護のみありと孫の世話と介護の両方ありが関連を示し、精神的疲労感には、介護のみありが関連を示した。男女ともに健康意識が不良、暮らし向きが不良、腰痛や肩痛の自覚という生活状況や健康状態が身体的・精神的疲労感に関連していた。

60歳代地域住民の自覚的疲労感と家庭内役割との関連は性別で異なることから、性差を考慮した理解が必要であることが示唆された。

【謝辞】

調査にご協力をいただきましたA町民のみなさまと職員のみなさまに厚くお礼申し上げます。本研究は、文部科学省科学研究費補助金(課題番号:15K20817)の助成を受けて実施されたものであり、2019年度国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士論文の内容の一部である。本研究に関し、開示すべき利益相反(COI)はない。

【文献】

- 1) 佐藤美由紀・齊藤恭平・芳賀 博: 地域高齢者の家庭内役割QOLの関連. 日本保健福祉学会誌, 17(2): 11-19, 2011.
- 2) 菅原育子: 60歳からの社会的役割と主観的well-being. <https://csrda.iss.u-tokyo.ac.jp/rps/RPS049.pdf> (2021年1月10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>. (2021年1月10日).
- 4) 厚生労働省: 平成28年国民生活基礎調査, IV 介護の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>. (2021年1月10日).
- 5) 厚生労働省: 平成23年度版 厚生労働白書 第1部第1章. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/dl/01-01.pdf>. (2021年1月10日).
- 6) 厚生労働省: 2019年国民生活基礎調査の概況 IV. 介護の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/>

- k-tyosa19/index.html. (2021年1月10日).
- 7) Meleis Afaf Ibrahim (編), 片田範子 (監訳) : 移行理論と看護, 1-123, 学研メディカル秀潤社, 東京, 2019.
 - 8) 小木和孝 : 現代人と疲労, 38-137, 紀伊國屋書店, 東京, 1994.
 - 9) 井上正康・倉恒弘彦・渡辺恭良 : 疲労の科学, 222-228, 講談社サイエンティフィク, 東京, 2001.
 - 10) Tsutsumimoto K, Doi T, Shimada H, et al. : Self-reported exhaustion associated with physical activity among older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 16 (5) : 625-630, 2016.
 - 11) Moreh E, Jacobs JM, Stessman J : Fatigue, function, and mortality in older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 65 (8) : 887-895, 2010.
 - 12) Schultz-Larsen K, Avlund K : Tiredness in daily activities : a subjective measure for the identification of frailty among non-disabled community-living older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 44 (1) : 83-93, 2007.
 - 13) Egerton T, Chastin SF, Stensvold D, et al. : Fatigue May Contribute to Reduced Physical Activity Among Older People : An Observational Study. *The Journals of Gerontology, Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*, 71 (5) : 670-676, 2016.
 - 14) 越河六郎・藤井 亀 : 労働と健康の調和 : CFSI (蓄積的疲労徴候インデックス) マニュアル, 1-284, 労働科学研究所出版部, 2002.
 - 15) 横山美江 : 在宅要介護老人の介護者における蓄積的疲労徴候と介護環境要因. *日本看護研究学会雑誌*, 16 (3) : 23-31, 1993.
 - 16) 山田紀代美・鈴木みずえ・佐藤和佳子他 : 要介護老人の介護者の疲労に関する基礎的研究 (第2報) : 疲労の社会的側面に焦点をあてて. *静岡県立短期大学部研究紀要*, 9 : 103-114, 1995.
 - 17) 横山美江・清水忠彦・由良品子他 : 多胎児をもつ母親の心身の疲労と育児協力状況. *日本公衆衛生雑誌*, 44 (2) : 81-88, 1997.
 - 18) McGarrigle CA, Timonen V, Layte R : Choice and Constraint in the Negotiation of the Grandparent Role : A Mixed-Methods Study. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, DOI : 10.1177/2333721417750944, 2018.
 - 19) 佐藤敏子・清水裕子 : 女性介護者の蓄積的疲労徴候の実態と介護継続関連要因 : 嫁・妻・娘の検討. *日本在宅ケア学会誌*, 9 (1) : 46-51, 2005.
 - 20) 仲野宏子・長弘千恵・猪狩明日香他 : 60歳代祖母による孫の世話の状況と疲労との関連. *日本地域看護学会誌*, 19 (1) : 14-23, 2016.
 - 21) 星野純子・堀 容子・近藤高明他 : 女性介護者における心身の健康的特性. *日本公衆衛生雑誌*, 56 (2) : 75-86, 2009.
 - 22) 市江和子・西川浩昭・水谷聖子他 : 女性看護師の疲労感・生活習慣・自己効力感との関連性に関する研究. *聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, 22 : 1-14, 2014.
 - 23) 鈴木岸子・玉腰浩司・星野純子 : 女性家族介護者の筋骨格系症状に関連する生活習慣要因. *日本看護医療学会雑誌*, 14 (2) : 13-22, 2012.
 - 24) 杉浦圭子・伊藤美樹子・三上 洋 : 在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 51 (4) : 240-251, 2004.
 - 25) 陶山啓子・河野保子 : 在宅高齢介護者の疲労感とその要因分析. *老年社会科学*, 24 (1) : 80-89, 2002.
 - 26) Hughes ME, Waite LJ, LaPierre TA, et al. : All in the family : the impact of caring for grandchildren on grandparents' health. *The journals of gerontology, series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 62 (2) : S108-119, 2007.
 - 27) 斉藤良夫 : 人間の疲れとは何か : その心理学的考察 : 労働者の長期的疲労の研究方法を構築するための検討. *労働科学*, 88 (1) : 13-24, 2012.
 - 28) 総務省統計局 : 平成28年社会生活基本調査の概要. <https://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/kekka.html>. (2021年1月10日).
 - 29) Xu H : Physical and mental health of Chinese grandparents caring for grandchildren and great-grandparents. *Social Science & Medicine*, 229 : 106-116, 2019.
 - 30) 藤原佳典・南 潮 : 第4章 高齢者の健康と労働能力との相関, 75-99, ミネルヴァ書房, 東京, 2016.
 - 31) 近藤克則 (編) : 検証「健康格差社会」 : 介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 医学書院, 東京, 2007.
 - 32) 水野恵理子・天野志保・本間 健他 : 蓄積的疲労徴候調査票 (CFSI) による運動と疲労感との関係の評価検討. *The Annals of Physiological Anthropology*, 13 (6) : 403-410, 1994.

■ Research Report ■

Association between Fatigue and Household Roles among Community Residents in Their 60s

Hiroko Nakano¹⁾, Mikako Arakida²⁾, Chie Nagahiro³⁾, Yoshiko Ozasa⁴⁾

1) School of health Sciences, University of Occupational and Environmental Health

2) Kawasaki City College of Nursing

3) Faculty of Nursing, Hyogo university

4) Faculty of Health and Welfare, Tokushima Bunri University

Objective: The purpose of this study is to clarify the relationship between household roles and fatigue among community residents in their 60s.

Method: In 2016 an anonymous self-administered questionnaire survey was conducted among 4,970 residents in town A in Fukuoka Prefecture. Household roles were defined as caring for grandchildren and older adults. The survey consisted of household role, living conditions, health behavior, health condition, and fatigue. After calculating descriptive statistics, hierarchical binomial logistic regression analysis was conducted with physical fatigue and mental fatigue as dependent variables.

Results: Of the 2,052 respondents (recovery rate 41.2%), 1,990 were included in the analysis. Household roles were as follows: 11% of men and 16% of women only took care of their grandchildren, 13% of men and 15% of women only took care of older adults, and 2.6% of men and 2.2% of women took care of both of them. The fatigue of men was not related to their household roles, while the physical fatigue of women was high when they took care of both grandchildren and older adults (OR=3.16, 95% CI:1.39 ~ 7.20), and when they only took care of older adults (OR=2.52, 95% CI:1.57 ~ 4.05). And mental fatigue was high when they only took care of older adults (OR=1.72, 95% CI:1.07 ~ 2.75). Health consciousness and living conditions were associated with both physical and mental fatigue in both men and women.

Discussion: This study examined the relationship between fatigue and household roles in a suburban community in the 60s. The results showed that there were sex differences in the relationship between household roles and fatigue.

Key words : community residents in their 60s, household roles, caring for grandchildren, caregiving, fatigue, gender difference

新人保健師に期待する実践能力 ——A県市町の管理期保健師のインタビュー分析——

塩澤百合子¹⁾，野尻由佳²⁾，会沢紀子¹⁾，板垣昭代³⁾，安藤はるか¹⁾

抄録

目的：市町の管理期保健師が期待する新人保健師の実践能力について明らかにする。

方法：A県内市町の管理期の保健師で，公募により協力が得られた8人を対象に半構造化面接を実施し，新人保健師に期待する実践能力に着目し質的記述的に分析した。

結果：分析の結果，コード数88から13のサブカテゴリと4つのカテゴリ①組織のなかで円滑なコミュニケーションを図る②動機と前向きな姿勢をもち，取り組む③住民に関心を寄せ，生活の視点からニーズを予測して対象への支援を主体的に行う④地域特性を生かし他者をつながり活動するが生成された。①②は“社会や組織で働くうえでの基本的な能力”で，③④は“保健師としての基盤を形成する能力”であった。

考察：新人保健師には，社会人としての姿勢や態度面を中心とした“社会や組織で働くうえでの基本的な能力”を基盤として，個別支援から地域活動を展開する“保健師としての基盤を形成する能力”を求めていることが示唆され，看護基礎教育のなかで意識づけていくことが必要であると考え。保健師基礎教育で実施している個別支援から地域をとらえ地域診断を基盤に地域活動を展開する学習の必要性が再確認でき，教育の充実を図るとともに自分から質問し考え，主体性を高める教育の必要性が示唆された。教育機関は時代が求めている新人保健師の傾向をとらえて到達目標と合わせて基礎教育を行うよう行政保健師と情報共有していく必要があると考える。

【キーワード】新人保健師，実践能力，コミュニケーション，看護基礎教育

日本地域看護学会誌，24(3)：34-42，2021

I. 緒言

少子高齢化社会のさまざまな社会問題があるなかで，保健師が従事する仕事は複雑・困難な健康問題への対応が求められるようになり，高度な実践力が期待されている¹⁾。住民のニーズに応えられるような質の高い看護の提供と保健師の実践能力向上には，保健師基礎教育と現任教育の充実が求められている¹⁾。

保健師の現任教育については，「新人看護職員研修ガイドライン（保健師編）²⁾」や「保健師の保健活動指針³⁾」が示され，「保健師に係る研修のあり方等に関する検討会」から2016年に最終報告として「自治体保健師に標準的なキャリアラダー」が示されたことで，個々の能力に合わせて計画的に保健師の人材育成を進めることが求められるようになった¹⁾。しかし，研修の実施は5割前後にとどまっており⁴⁾，指針等を生かして現任教育が活発になされているとはいいがたい状況にあると考えられる。

保健師基礎教育においては「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と達成度（以下，卒業時到達目

受付日：2020年9月17日／受理日：2021年9月13日

1) Yuriko Shiozawa, Noriko Aizawa, Haruka Ando：獨協医科大学看護学部

2) Yuka Nojiri：国際医療福祉大学大学院

3) Akiyo Itagaki：常磐大学看護学部

標)⁵⁾」を指針の1つとして、保健師教育の質の担保を図る具体的指針である「保健師教育におけるミニマム・リクワイアメント⁶⁾」が示されている。ここには、保健師学生が習得すべき技術が明確に報告されている。一方、実際の保健師基礎教育の指針について、教育現場からは過密なカリキュラムによる教育の質の担保、実習内容の限定と受け入れ側の負担増大、学生のモチベーションの低さと学習負担など保健師教育課程で行う教育の限界などが課題として挙げられている⁷⁻¹⁰⁾。教育者は卒業時の実践能力の到達度を高く設定し、高度な技術を求める傾向がみられると報告¹¹⁾されており、保健師現場との認識の相違が推察される。一方、新人保健師は、現場の保健師が求めるレベルまで到達していないまま卒業している報告²⁾があり、実践で働く現場の保健師は、入職してくる新人保健師にどのような実践能力を期待しているのか疑問を抱いた。

新人保健師に期待する実践能力については、保健師基礎教育の課題から考察した報告¹²⁻¹⁵⁾や国の視点でとらえられた指針等^{1, 6, 7)}が示され、参考になる。また、現場の保健師と教育機関の2者を対象とした調査票による調査^{3, 16)}は年数が経過しているが、実践能力が示されている。しかし、現任教育の現場の保健師の視点で新人保健師に期待する実践能力について、現場からの研究報告は検索できなかった。

新人保健師の実践能力は、看護基礎教育を基盤として現任教育で高められることから、行政の保健師が新人保健師に期待する実践能力を把握することは、現場のニーズに合わせた保健師基礎教育の検討のための基礎資料となると考える。

本研究は、保健活動の業務が増大し、新人保健師数が多く、保健指導の機会や対象者数が多い市町村保健師に着目した。本研究の目的は、指導的立場にある管理期保健師に焦点を当て、新人保健師に期待する実践能力について明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 用語の定義

実践能力：新人保健師が、保健業務を遂行する力とした。

新人保健師：市町村に初めて就業した1年以内の常勤保健師とした。

管理期保健師：管理期保健師は、おおむね20年以上

の経験者とし、保健師教育において部下を指導して育てる立場にあり、係や課全体をみて保健師現任教育の企画・調整を担っている者とした。

2. 研究対象

本研究の対象者は、A県内の市町の管理期保健師とした。

3. 対象者の公募

A県市町村保健師業務研究会の協力依頼を得て、各市町村保健師へ公募の文書を配布して、研究に興味・関心のある人（以下、研究対象候補者）を公募した。公募で集まった研究対象候補者と所属長に、研究について文書と口頭で説明し、同意の得られた人を研究対象者とした。

4. 調査方法

1) データ収集方法

データ収集期間は、2018年10～12月とし、対象者の所属施設内の個室にて、半構造化面接を実施した。面接では、管理期保健師の基本属性について調査票を用いて聞きとったうえで、インタビューガイドを用いて「入職から1年までに到達して欲しいと思う実践能力は何ですか」「1年目の保健師に期待する実践能力は何ですか」と質問した。インタビューは、対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

5. データ分析方法

ICレコーダーに録音した内容をすべて逐語録化した。逐語録を熟読し、新人保健師に期待する実践能力を表現する文脈を、意味内容を損なわないようにコード化した。その後、研究目的に照らし合わせて類似するコードごとに分類しながらサブカテゴリー名を付した。サブカテゴリー間の類似する内容をグループ化し、抽象度を高めたカテゴリー名を生成した。生成したカテゴリー名に命名し表現する際に指針やガイドラインで示された能力項目¹⁷⁻¹⁹⁾で使用している用語の表現を参考に検討した。最終段階として、カテゴリーは、類似性に従い分類しコアカテゴリー名を付した。分析の過程においては、妥当性を高めるために研究者全員で繰り返し協議した。さらに、信頼性を高めるために、対象者8人に抽出されたカテゴリーを郵送にて提示し、語られた内容がおおむね網羅されているかを確認し、同意が得られた。

6. 倫理的配慮

本研究は、獨協医科大学看護研究倫理委員会の承認（承認年月日：2018年8月22日，承認番号：看護30028）を得て実施した。対象者の公募案内の協力を依頼する団体に対して研究趣旨の説明を口頭と文書で行い，研究対象候補者の公募は文書で行った。公募で集まった研究対象候補者と所属長には，文書と口頭で承諾を得て開始した。文書には，調査への協力と拒否の自由，匿名性の保持，途中辞退の意向の保障，調査協りに要する労力と時間，データの管理と活用について記載した。

Ⅲ. 調査結果

1. 対象者の概要（表1）

対象者は，A県の市町に勤務する管理期保健師8人であった。年齢は40～50歳代（平均52.6±4.6歳）の女性であり，保健師経験年数は19年7か月～35年6か月（平均28年5か月±8年10か月）であった。対象者の職位は，課長補佐1人，係長5人，係長相当（担当主査）1人，主査1人であった。また，対象者全員が過去5年間に職場内で1～2人の新人保健師を受け入れており，6人が市町独自の教育ガイドラインを使用し，ガイドラインのない2人は，A県現任教育指針を使用した定期的な面接評価とPDCAサイクルを意識して新人教育を実施していた。面接時間は，37～58分（平均42.6分）であった。

2. 管理期保健師が新人保健師に期待する実践能力

新人保健師に期待する実践能力として88のコードと13のサブカテゴリーから4つのカテゴリーを生成した（表2）。4つのカテゴリーは，【組織のなかで円滑なコミュニケーションを図る】【動機と前向きな姿勢をもち，取り組む】【住民に関心を寄せ，生活の視点からニーズを予測して対象への支援を主体的に行う】【地域特性を生かし他者とつながり活動する】であった。また，4つのカテゴリーは，“社会や組織で働くうえでの基本的な能力”と“保健師としての基盤を形成する能力”の2つのコアカテゴリーとして構成した（表2）。

以下，新人保健師に期待する4つの実践能力について，カテゴリーを【 】，サブカテゴリーを〈 〉，補足が必要な部分には管理期保健師の語りのコードを「 」で述べる。

1）組織のなかで円滑なコミュニケーションを図る能力
管理期保健師が新任保健師に期待する実践能力とし

表1 対象者の基本属性

N = 8

年齢（平均±標準偏差）	52.6歳±4.6歳	
職位		
課長補佐		1
係長（地区担当リーダー含）		5
係長相当（担当主査）		1
主査		1
保健師経験年数	28年5か月±8年10か月	
20年未満		1
20～25年		1
25～30年		3
30～35年		1
35年以上		2
市町の人口規模		
5～10万人以下		6
50万以上		2
過去5年間に受け入れた新人保健師数		
1人		2
2人		6
独自の新人教育の有無		
あり		8
なし		0
独自の教育ガイドラインの有無		
あり		6
なし		2

て、「はっきりと話をし返事ができる」「わからないことを伝えることができる」といった「職場のスタッフと報告や連絡ができる」能力を期待していた。また、「プリセプター以外の先輩にも，必要な細かいことを聞ける姿勢がある」ことや「自らプリセプターに状況を報告する」といった「先輩に相談し意見交換ができる」能力と，「指示を素直に前向きにとらえる」「いわれたことが響いて行動につながる」といった「素直に聞く姿勢をもつ」能力を期待していた。

2）動機と前向きな姿勢をもち，取り組む能力

仕事に向かう姿勢として，「主体的に学ぶ姿勢がある」ことや，「多少負担がかかる業務でも根気よく行う」と述べ，目的や情熱と「動機をもち，根気強く取り組む」能力を期待していた。また，「物事を関連づけて応用し改善や行動ができる」ことや状況に応じて必要なことを「臨機応変に前向きに行動する」能力を期待していた。

3）住民に関心を寄せ，生活の視点からニーズを予測して対象への支援を主体的に行う能力

新人保健師の対象者への支援において，相手の言葉の裏にある思いをとらえる姿勢や責任をもってケアできる面接の基本を身につけ，「相手を尊重した接遇や対応ができる」能力を期待していた。また，対象に対してどうなってもらいたいのか，なにができるだろうといった，

表2 管理期保健師が新人保健師に期待する実践能力

コア カテゴリー	【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	主な「コード」(抜粋)
社会や組織で働くうえでの基本的な能力	組織のなかで円滑なコミュニケーションを図る	職場のスタッフと報告や連絡ができる	返事や挨拶、適切な電話対応ができる はっきりと話をし返事ができる わからないことを伝えることができる わからないことを聞いて報告できる
		先輩に相談し意見交換ができる	先輩へ相談ができ、コミュニケーションがとれる 先輩に対して、自分の意見や考えを述べるができる 自らプリセプターに状況を報告する プリセプター以外の先輩にも、必要な細かいことを聞ける姿勢がある
		素直に聞く姿勢をもつ	アドバイスを素直に吸収しようとする姿勢をもつ 指示を素直に前向きにとらえる いわれたことが響いて行動につながる
	動機と前向きな姿勢をもち、取り組む	動機をもち、根気強く取り組む	多少負荷がかかる業務でも根気よく行う 本人のやる気がある 主体的に学ぶ姿勢がある 動機と目的、情熱をもって行う 忙しい業務のなかでも自分の目的をはっきりもつ
	臨機応変に前向きに行動する	臨機応変に対応できる 意見を聞き状況をみて必要な行動をとる 物事を関連づけて応用し改善や行動ができる	
保健師としての基盤を形成する能力	住民に関心を寄せ、生活の視点からニーズを予測して対象への支援を主体的に行う	相手を尊重した接遇や対応ができる	看護職としての接遇や対応、面接の技術を身につけている 相手の言葉だけでなくその言葉の裏にあることを考える姿勢がある 責任をもってケアでき、相手に不愉快な思いをさせない
		住民に対する熱意と自分なりの思いをもつ	対象に関わり、なにができるかという思いをもつ ケースに対してどうなってもらいたいかという思いを芯にもっている ケースや多くの対象者と関わって、自分の考えに気づく
		生活状況から予測して支援を見立てる	相手の情報や生活を正しくみる力がある 支援経過や情報から対象をイメージして、必要な情報を見立てて予測していく力がある 疾患やトラブルを起こす前の予防の視点をもつ 家庭訪問の必要性を見極めて、優先順位をつける 家族の環境を把握する訪問のよさに気づく
		個別支援を自立して行う	助言をもらいながらみて判断して支援するひととおりができる 面談による支援は、指導を受けながら行う 予防の部分で、さまざまな社会資源を使って支援する ひとりで自立して訪問に行き、関係機関との調整がひとりで行える
		担当する事業を適切に行なう	事業の目的を押さえる 担当する業務を簡単に説明できる 1年目では年間の定期的な事業はできるようにする
	地域特性を生かし他者とつながり活動する	個の事例から地域をとらえてつなげていく	個人への支援を施策とのつながりで理解する 地域を理解したうえでケース支援をしていく 業務や1人のケースをとおして、地域をみていく 個の訪問から見える地域課題を考える ケース支援と事業のつながりをPDCAで組み立てられる
	地域特性を把握して、課題や目標を見いだす	1年目では地域のさまざまな情報を集める 自分の町の概要と取り組む課題を説明できる 地域診断から課題を見だし、アプローチをかける 1年後には地区把握ができて地域の課題目標をもってやっていく	
	他職職と関係性を築く	地域の役員と顔がつながる 他職種との連携に物怖じしない 他職種との同行訪問でコミュニケーションを図る さまざまな職種や年齢のなかで関係性をつくり、補い合える 上司の助言を生かして、関係機関と調整ができる	

「住民に対する熱意と自分なりの思いをもつ」能力を期待していた。

さらに、家族の環境を把握する家庭訪問のよさに気づき、予防の視点を持ち「家庭訪問の必要性を見極めて、優先順位をつける」ことや「相手の情報や生活を正しくみる力がある」といったケース支援に必要な「生活状況から予測して支援を見立てる」能力を期待していた。支援においては、「助言をもらいながらみで判断して支援するひととおりができる」といった「個別支援を自立して行う」能力や担当する業務について簡単に説明でき、年間の定期的な業務など「担当する事業を適切に行う」能力を期待していた。

4) 地域特性を生かし他者とつながり活動する

保健業務において、「個の訪問からみえる地域課題を考える」能力や「業務や1人のケースをとおして、地域をみていく」という「個の事例から地域をとらえてつなげていく」能力を期待していた。そして、地域活動において「自分の町の概要と取り組む課題を説明できる」ことや、「1年目では地域のさまざまな情報を集める」「1年後には地区把握ができて地域の課題・目標をもってやっていく」といった、「地域特性を把握して、課題や目標を見いだす」能力を期待していた。

さらに、地域の活動は、「地域の役員と顔がつながる」関係や「他職種との同行訪問でコミュニケーションを図る」関係をつくり、「他職種との連携に物怖じしない」で、「上司の助言を生かして、関係機関と調整ができる」といった、「他職種と関係性を築く」能力が期待されていた。

5) 新人保健師に期待する実践能力を構成するカテゴリーの構成について

前述した4つのカテゴリーはコアカテゴリー“社会や組織で働くうえでの基本的な能力”である【組織のなかで円滑なコミュニケーションを図る】力と、【動機と前向きな姿勢をもち、取り組む】力で構成された。また、コアカテゴリー“保健師としての基盤を形成する能力”は、【住民に関心を寄せ、生活の視点からニーズを予測して対象への支援を主体的に行う】力と、【地域特性を生かし他者とつながり活動する】力で構成された。管理期保健師は新人保健師に“保健師としての基盤を形成する能力”とともに、社会人としての“社会や組織で働くうえでの基本的な能力”を期待しており、これら2つのコアカテゴリーが4つのカテゴリーを構成する実践能力である。

IV. 考 察

新人に期待する実践能力について分析の結果、コアカテゴリーとして“保健師としての基盤を形成する能力”と“社会や組織で働くうえでの基本的な能力”が見いだされた。

新人保健師には“保健師としての基盤を形成する能力”を基礎に、“社会や組織で働くうえでの基本的な能力”を伴うこと、つまり高橋²⁰⁾が述べているように専門的能力以前の適切なコミュニケーション能力などの社会人基礎能力をつけていくことが期待されていた。以下、2つのコアカテゴリーを構成する能力と保健師教育の課題について考察する。

1. 社会や組織で働くうえでの基本的な能力

管理期保健師は日ごろから新人保健師をみているなかで、新人保健師が基本となる接遇や対人スキルをもち、職場内でコミュニケーションを取り、自分の意見を述べることを期待していた。コミュニケーション能力は、社会に出て活躍するために必要な能力要素であり²¹⁾、新人保健師においても必要とされている報告^{13, 22)}と同様の結果であった。頭川ら²³⁾は、新任保健師はもっとも困難と感じる「相談の際の知識・技術」を、「先輩・指導保健師に相談及び活動から学ぶ」と述べているように、新人保健師が、職場内の隣席の先輩などに必要なことを聞ける能力は、業務に必要な知識や技術を学ぶことにつながると考える。聞ける能力は状況把握力や発信力、関心の度合いが関係していると述べられ²⁰⁾、教育現場でも同様に求められることから、看護基礎教育から意識づけ促していくことが重要であると考えられる。後藤²²⁾は、現任教育が困難な理由として、若い人のコミュニケーション能力の低下について述べているが、コミュニケーション能力が高まることで、保健業務に必要な専門的な能力の向上につながり、新人保健師教育が効果的に行われることが期待できると考える。

また、今回見いだされた能力に【動機と前向きな姿勢をもち、取り組む】がある。これは、インタビューで特徴的に聞かれた「動機」「やる気」「情熱」という表現に代表され、管理期保健師が期待する特徴的な能力であった。管理期保健師が入職したころは、意欲的な姿勢を大切に地域に根づいた活動をしており²⁴⁾、A県でも現在の管理期保健師が新人であったころの年代に当たる30年前は、「熱意・やる気」を大切にしていた²⁵⁾ことから、

管理期保健師は質の向上の姿勢として「やる気」「情熱」を新人保健師にも求めていることが推測される。

また、入職時にも責任性や効率性で示される態度と積極的な行動は、その後の保健師業務遂行に好ましい関連が報告されている²⁶⁾。本研究においては、新人保健師に「責任をもってケアでき、相手に不愉快な思いをさせない」といった「相手を尊重した接遇や対応ができる」能力が期待されていた。また、積極的な行動を促す「主体的に学ぶ姿勢がある」や「本人のやる気がある」は、「動機をもち根気強く取り組む」能力につながり期待される能力であった。動機づけによって好奇心や意欲が活性化され学習行動を起こすことで学習効果が上がると述べられている²⁷⁾ことから、「動機をもち根気強く取り組む」能力は、保健業務を円滑に進めるうえで重要な能力ととらえていることが推察できる。

“社会や組織で働くうえでの基本的な能力”は、姿勢・態度面とよばれる資質や能力²⁰⁾で卒業時の到達目標やキャリアラダーには示されていないが、管理期保健師が新人保健師に期待する能力として重視していることが確認された。

2. 保健師としての基盤を形成する能力

新人保健師に対して、対象者に関心をもち、情報や生活からニーズを見いだす洞察力や支援に対する自分なりの考えをもち支援を見立てて自立していく力と担当業務を的確に主体的に行える能力を期待していた。支援を見立て自立していく力は、対人支援活動¹⁷⁾の個人および家族への支援計画を立案できるや基本的な事例への対応を主体的に行うと類似していた。これは、大倉¹⁶⁾が述べる入職1～3年目の保健師に期待されているヘルスケア能力といわれる家庭訪問技術や基礎的な看護ケア提供能力と共通していた。この専門的能力が期待されるのは、市町の保健活動の現場で複雑・困難な事例や健康問題への対応がより切実に求められていることが背景にあるためと考える。

また、担当する事業を的確に主体的に行える能力は、事業化・施策化のための活動¹⁷⁾である担当業務を理解し事業を実践できる能力と類似していた。

新人保健師が行う対象への支援は、「助言をもらいながらみて判断して支援するひととおりができる」のように、サポートを得ながら段階を踏んで対象への支援が行えることを期待されていると推察できる。今回の研究対象である管理期保健師は、新人保健師の指導経験があり、

所属する組織では独自の教育ガイドラインや方針をもっていることから、OJTによる人材育成を大切にしていると考えられる。

新人保健師が対象への支援を予測して見立て、自立して行うことができるのは、キャリアラダーの専門技術の到達レベル¹⁷⁾に示されるように、基本的な事例の対応から始め、段階的に困難な事例の支援をとおして技術や知識を積むことから始めることが好ましいと考える。しかし、本結果においては新人保健師が支援する対象者について具体的に語られてはいなかった。現場では、基本的な事例の支援から始めていると予測するが、本研究においては言及されていなかった。新人保健師の現任教育にあたっては、新人保健師の受けた保健師基礎教育の現状や課題を理解し、新人保健師の能力を見極めて自治体保健師の標準的キャリアラダーの段階¹⁷⁾に応じて働きかけを意識し、支援対象の選定を行うことが重要であると考えられる。

【個の事例から地域をとらえてつなげていく】能力は、守田²⁸⁾が述べる「個」から「地域」をみる視点であり、保健師の「個」に対するていねいな関わりの積み重ねにより「地域の共通の問題」が浮上されると述べている。このことから、地域活動を展開していくうえで個別の対象支援が基本となることが再度確認できた。さらに【生活状況から予測して支援を見立てる】【個別支援を自立して行う】は、キャリアラダー¹⁷⁾の保健師の活動領域の対人支援活動にある【個人および家族への支援】を行う能力と類似している。また、【地域特性を把握して課題や目標を見いだす】は、担当地区の情報を収集・分析し、健康課題を明確にする能力である【地域診断・地区活動】と類似していた。【他職種と関係性を築く】は担当地区の地域特性や各種サービスを理解し、住民とともに活動できる能力である【地区組織活動】や【ケアシステムの構築】であり、保健師の活動領域の地区支援活動¹⁷⁾と類似していた。また、地区支援活動を行う際には、主なコードで示されているようにコミュニケーション能力が基本的な能力として求められていた。

以上のように、“保健師としての基盤を形成する能力”は、キャリアラダー¹⁷⁾のキャリアレベルの定義や対人支援活動に示している能力と類似しており、新人保健師の実践能力として期待される能力であることが確認できた。

3. 保健師教育の課題

本研究の結果から，“保健師としての基盤を形成する能力”とともに保健活動に対する姿勢や態度面を中心とした“社会や組織で働くうえでの基本的な能力”を育む教育の重要性が示唆された。教育機関は、卒業時の到達目標をディプロマポリシーに組み込んでおり、学生の講義・演習・実習における課題の取り組みや多様な活動とさまざまな人々との関わりにおいて、社会や組織で働くうえでの基本的な態度や姿勢を学ぶ学修方法を工夫することが必要であると考え。そして、動機や目的をもち、工夫しながら課題をやり遂げ、わからないことを質問し、自分の意見を述べる機会を大学生生活のなかで意識的に促すことが求められる。

また、保健師基礎教育で実施している対人支援や個から地域をとらえる地域診断を基盤に地域活動を展開する学習は、新人保健師に期待される能力であることが確認でき、教育の充実を図るとともに、自分から質問し考える主体性、自立性を高める教育の必要性が示唆された。そして教育機関は、時代が求める新人保健師の傾向をとらえて到達目標と合わせて基礎教育を行えるよう行政保健師と情報共有していく必要があると考える。

4. 本研究の限界と課題

本研究は、A県市町の8人の管理期保健師のインタビューから得られた知見であり、一般化するには限界がある。今後は、調査の対象地域や参加者の人数を拡大して調査を継続し、研究結果を検証するとともに、新人保健師教育の特徴や状況についても調査・分析することも必要であると考え。

【謝辞】

本研究を実施するにあたり調査に協力くださいました市町の保健師のみなさま、A県市町村保健師業務研究会および事務局とA県保健師長会に深く感謝致します。本研究は、2020年に日本地域看護学会第23回学術集会の誌上発表に加筆・修正したものである。なお、本研究は、平成30年度獨協医科大学看護学部共同研究費の研究助成を受けて実施した。

【文献】

- 1) 奥田博子・宮崎美砂子・守田孝恵他：保健師の人材育成計画策定ガイドライン。 <https://www.niph.go.jp/soshiki/10kenkou/hokenshi.pdf> (2020年7月1日)。
- 2) 厚生労働省：新人看護職員ガイドライン(保健師編)。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000128o8-att/2r985200000128w7.pdf> (2018年8月2日)。
- 3) 厚生労働省：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/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000144644.pdf> (2018年8月2日)。
- 4) 一般社団法人全国保健師教育機関協議会：平成30年度定時社員総会 春季研修会資料集, 全国保健師教育機関協議会, 2017。
- 5) 厚生労働省：保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と達成度。 <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000552462.pdf> (2018年9月1日)。
- 6) 一般社団法人全国保健師教育機関協議会：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(2013)。 <http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h25-iinkai-hokenshi-mr-houkoku.pdf> (2020年8月8日)。
- 7) 佐藤公子：保健師教育の課題と方向性；看護系大学統合カリキュラムに対する学生の意識調査。日本看護学会論文集, 42, 213-216, 2012。
- 8) 安齋由貴子：日本における保健師教育(PHN)の免許教育と課題。保健の科学, 50(3)：183-186, 2008。
- 9) 村嶋幸代：保健に求められる修士レベルの教育。保健の科学, 47(7)：512-518, 2005。
- 10) 尾形由紀子・山下清香：大学と現場が実習のあり方をともに考える。保健師ジャーナル, 64(5)：404-410, 2008。
- 11) 麻原きよみ・大森純子・小林真朝他：保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度。日本公衆衛生雑誌, 57(3)：184-194, 2010。
- 12) 鎌田久美子：新人を受け入れる側から見た現在の保健師教育；現場が求める保健師教育への期待。保健師ジャーナル, 69(9)：676-680, 2013。
- 13) 小野美奈子・川原瑞代・山内裕子他：新人保健師実践力自己・他者評価と看護基礎教育へのニーズ。日本看護学会論文集, 41：289-292, 2010。
- 14) 立花八寿子・玉井綾子：北海道内市町村保健師職係長を対象とした現任教育の実態。北海道公衆衛生学雑誌, 24(2)：36-38, 2010。
- 15) 森岡幸子：保健師教育の現状と課題；保健師学生、保健師を受け入れている立場から。公衆衛生, 74(7)：576-579, 2010。
- 16) 大倉美香：行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究；デルファイ法を用いて。日本公衆衛生雑誌, 51(12)：1018-1028, 2004。
- 17) 厚生労働省：保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ；自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて。 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120158.pdf> (2020年9月1日)。
- 18) 地域保健従事者資質向上検討会のための調査研究委員会：第5章 地域保健従事者の人材育成の方向性。 <https://>

www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/s0715-2b5.html (2020年9月1日).

- 19) 岡本玲子：保健師のコンピテシー. 麻原きよみ・佐伯和子・岡本玲子(編)他. 公衆衛生看護学原論, 87-98, 医歯薬出版, 東京, 2019.
- 20) 高橋 恵：人との交わり・経験を通じて身につけてきたもの. 箕輪とき子・高橋 恵(編), 看護職としての社会人基礎力の育て方 第2版, 2-3, 22, 日本看護協会出版会, 東京, 2018.
- 21) 経済産業省：大学生の「社会人観」の把握と「社会人基礎力」の認知度向上実証に関する調査. 平成21年度就職支援体制調査事業, <https://selectra.jp/sites/default/files/pdf/201006daigakuseinosyakaijinkannohaakutonintido.pdf> (2020年8月21日).
- 22) 後藤順子・菅原京子・太田絢子他：山形県における行政に勤務する新任保健師の実践能力向上. 山形保健医療研究, 11：15-29, 2008.
- 23) 頭川典子・安田貴恵子・御子紫裕子他：学士課程卒業後の保健師が新任期に感じる困難感と対処状況. 長野県立看護大学紀要, 5：31-40, 2003.
- 24) 高尾茂子：現在の保健師能力の形成で問われること. 高尾茂子, 保健師—地域の健康をつむぐその働きと能力形成, 117-127, ふくろう出版, 岡山, 2015.
- 25) 矢板橋チヅ子・五味アヤ子・矢口君江他：保健師の職業観確立への影響因子を探る：栃木県における新任者教育に関する意識調査からの検討. 保健婦雑誌, 46(3)：241-248, 1990.
- 26) 大阪府保健師長連絡会：新任期の保健師の成長に係る要因研究報告書. http://www.nacphn.jp/03/pdf/2016_osaka.pdf (2020年8月3日).
- 27) 中村淳子：問題解決カウンセリング. 國分康孝(監), 現代カウンセリング事典, 380, 金子書房, 東京, 2005.
- 28) 守田孝恵：個から地域へ広げる活動の手法. 守田孝恵, PDCAの展開図でわかる「個」から「地域」へ広げる保健師活動, 8, クオリティケア, 東京, 2013.

Practical Abilities Expected of New Public Health Nurses

Analysis of Interviews with Managerial-Level Public Health Nurses
in Municipalities in Prefecture A

Yuriko Shiozawa¹⁾, Yuka Nojiri²⁾, Noriko Aizawa¹⁾, Akiyo Itagaki³⁾, Haruka Ando¹⁾

1) Dokkyo Medical University, School of Nursing

2) International University of Health and Welfare Graduate School

3) Tokiwa University, Faculty of Nursing

Purposes: To clarify practical abilities expected of new public health nurses (PHNs) by managerial-level PHNs in municipalities.

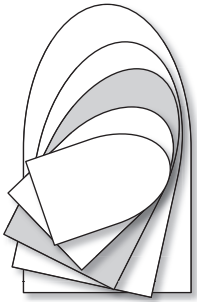
Method: Semi-structured interviews were conducted with eight managerial-level PHNs in municipalities in Prefecture A who provided cooperation through an open recruitment process. Responses collected were analyzed qualitatively and descriptively, focusing on practical abilities expected of new PHNs.

Results: 88 codes were extracted and grouped into 13 subcategories and four categories: 1) promoting smooth communication within organizations; 2) working with motivation and a positive attitude; 3) providing support proactively by anticipating community needs based on lifestyle; and 4) engaging with stakeholders in activities based on community characteristics. (1) and (2) are basic skills for working in society and organizations and (3) and (4) are abilities in forming a foundation as a PHN.

Discussion: The results suggest that new PHNs must be able to form a foundation to develop community activities, building on basic skills for working in society and organizations. This is mainly in terms of attitude and behavior, and they must be made aware of this in basic nursing education. We reconfirmed the need to expand from individual support in basic PHN education to understanding the community and developing activities based on needs. This suggests enhancing education programs to encourage PHNs to ask questions, think for themselves and take initiative. We believe it is necessary for educational institutions to share information with administrative PHNs so they can understand what is required of new PHNs and provide basic education and achievement goals.

Key words : new public health nurses, practical abilities, communication, basic nursing education

日本地域看護学会第24回学術集会報告：学術集会長講演



共生社会を目指す地域看護

——新たな地域看護への期待と課題——

学術集会長：岸 恵美子 東邦大学大学院看護学研究科

日本地域看護学会誌, 24 (3) : 43-53, 2020

1. はじめに

少子高齢化の進展による人口構造の変化に伴い、わが国の75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加している。図1に示すように、2050年には1人の若者が1人の高齢者を支えるという厳しい「肩車型」社会が訪れることが予想されている¹⁾。

高齢者を取り巻く課題はさまざまであり、高齢者が高齢者を介護する老老介護、高齢者が高齢の障害者を介護する老障介護、それらの介護負担などにより、高齢者虐待のリスクは高まる。また、高齢者自身が閉じこもりやセルフ・ネグレクトにより孤立することにより、さらに心身の問題が悪化することがある。高齢者の認知症では家族もどのように対応したらよいかわからず、虐待につながる可能性があるため、孤立もあわせて起こってくることを視野に入れて対応する必要がある。

では、高齢者以外の課題として近年挙がっているものは何であるか考えてみよう。近年問題になっているのは、「8050問題」である。2018年に、「札幌で親子が衰弱死した」という悲しい事件が起きた。札幌市中央区のアパートで、82歳の母親と52歳の娘がともに遺体で見つかったという事件である。死因はいずれも栄養失調による衰弱死であったと報道されている。近所の人の話では、「娘は10年以上も引きこもり、近所づきあいはほとんどなかったという。近所の男性は、娘は家からほとんど出ず、年2、3回しか会わなかった、母親も助けを求めたりしていなかった」と語っていたという。遺体の状態から、母親がさきに死亡し、娘はその後、しばらく経ってから死亡しているとのことであった。娘は死亡した母親の遺体のそばで生活しており、遺体が見つかる10日ほ

ど前、アパート近くで1人うずくまる娘と思われる女性の姿が目撃されている。近所の人が声をかけたが「大丈夫」とだけ答え、ひとり家のなかに入ってしまったという。

このような問題は近年「8050問題」といわれている。つまり、80歳代の親と50歳代の子どもの組み合わせによる生活問題である。高齢の親が経済的にひっ迫した状態で相談に訪れる例が共通に確認されているが、困窮するにつれ、親の年金に生活を依存するなどさまざまな状況に陥ることが指摘されている。このような問題に対応する看護職に課せられた使命は、たとえ病気になるとしても、また、障害を負ったとしても、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生き生きと生活することをいかに支えていくかではないだろうか。病院等の看護の充実だけでは決して実現することはできないことである。

「住み慣れた地域で最期まで安心して暮らしたい」というのは多くの国民の願いである。そのニーズにこたええるためにも、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進すること、そしてそれに看護職が寄与することが求められている。

地域包括ケアシステムは、決して高齢者施策におけるものだけではない。生活困窮者に対する生活困窮者自立支援制度の創設など、各制度においても支援の包括化・地域連携・ネットワークづくりを推進している。こちらに示したように、高齢者・生活困窮者、こういった人たちを含め全世代・全対象型の地域包括ケア体制が求められている。

地域包括ケアシステムとは療養する高齢者だけではなく、子どもを産み育てる人々、子どもたち、障害のある

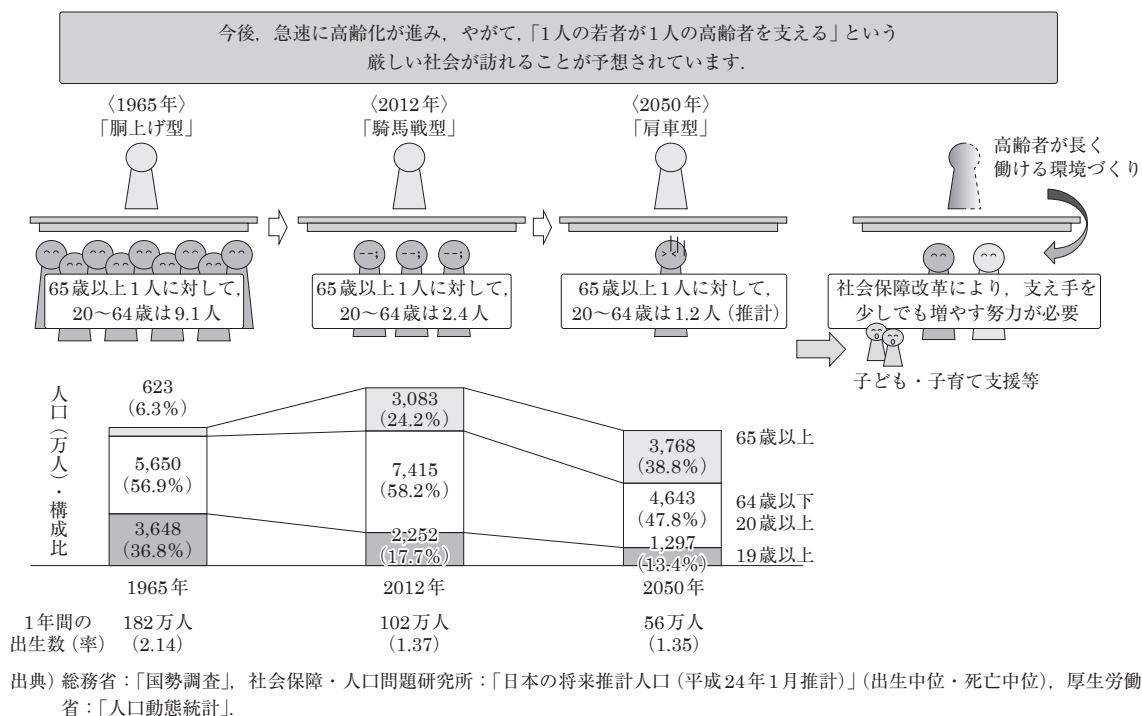


図1 「肩車型」社会へ

人々など、すべての人を含む人々の生活を地域で支えるものである。全世代型の地域包括ケアシステムの実現が求められている。看護は、対象となる人々をどのような健康状態であっても人生を生きる1人の個人として総合的にみていく必要がある。

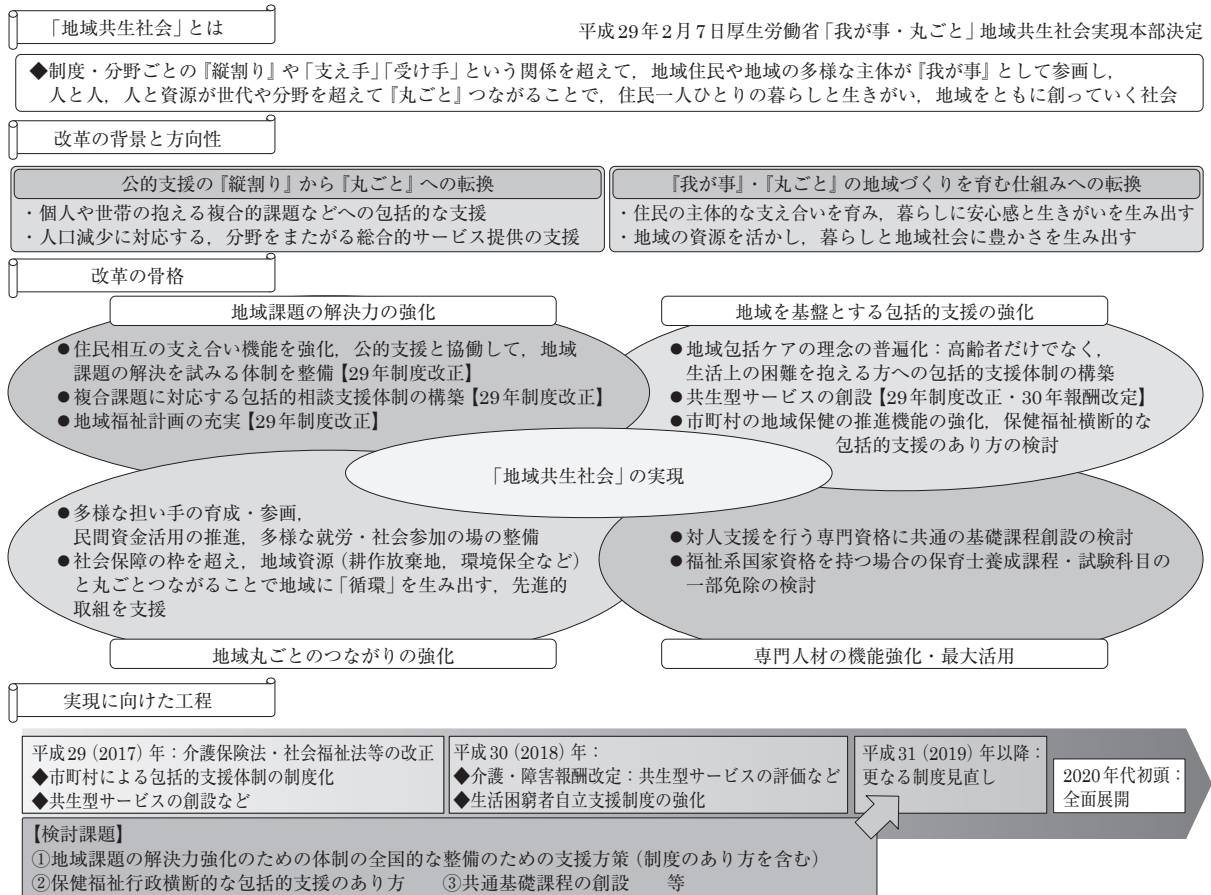
共生社会を目指す地域看護はどうあるべきか、現状の課題を踏まえたうえで、地域看護に期待されることを述べていく。

2. 共生社会とSDGs

地域共生社会とは、「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民1人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」を目指すものである²⁾(図2)。「改革の背景と方向性」に示したように、公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換、『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換が求められている。改革の骨格として、「地域共生社会」を実現するためには、地域課題の解決力の強化をしていくこと、こちらには住民相互の支え合い機能を強化することも必要となる。それから、地域を基盤とする包括的支援の強化ということで、地域包括ケアの理念の普遍化のためには高齢者だけでなく、

生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築が必要である。また、地域丸ごとのつながりの強化として、多様な担い手の育成・参画をしていくこと、社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出すこととなる。そして、専門人材の機能強化・最大活用では対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討もされている。

「地域共生社会」の実現には、縦割りの限界を克服する必要がある。さまざまな分野の課題が複雑に絡み合い、個人や世帯単位で複数分野の課題を抱え、複合的な支援を必要とするといった状況が散見されている。縦割りで整備された公的な支援制度のもとで、対応の困難なケースが浮き彫りとなっている。たとえば、介護と育児に同時に直面する世帯があり、いわゆる「ダブルケア」といわれている。また、障害をもつ子と、要介護の親の支援も必要となる。精神疾患患者やがん患者、難病患者など、地域生活を送るうえで福祉分野に加え、保健医療や就労などの分野も含めて支援を必要とする人もますます増加している。急激な人口減少が進んでおり、地域によっては、利用者数が減少し、専門人材の確保も困難になっている。公的支援が、個人の抱える個別課題に対応するだけではなく、個人や世帯が抱えるさまざまな課題に包括的に対応していくこと、また、地域の実情に応じて、高



出典) 厚生労働省：「地域共生社会」の実現に向けて。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html> (2021年11月11日)。

図2 「地域共生社会」の実現に向けて(当面の改革工程)【概要】

齢・障害といった分野を超えて総合的に支援を提供しやすくすることが必要になるため、公的支援のあり方を縦割りから丸ごとへと転換する改革が必要である。

持続可能な開発目標であるSDGs(Sustainable Development Goals；持続可能な開発目標)は、2015年9月の国連サミットで全会一致で採択された。「誰一人取り残さない」持続可能で多様性と包摂性のある社会を実現するために2030年を年限とする17の国際目標が立てられた。普遍性、包摂性、参画型、統合性、透明性が重要なキーワードとなっている。

「SDGsアクションプラン2021」³⁾(図3)という2021年の重点事項としては、第Iに感染症対策と次なる危機への備え、第IIによりよい復興に向けたビジネスとイノベーションを通じた成長戦略、第IIIにSDGsを原動力とした地方創生、経済と環境の好循環の創出、そして第IVに1人ひとりの可能性の発揮と絆の強化を通じた行動の加速が示されている。特に感染症対策と次なる危機への備えについては、現在COVID-19による感染爆発が起こっている状況で、いままさに対策を講じないといけな

いという緊急な事態が発生している。

地域共生社会を目指すためには、「つながり」の再構築が求められる。社会的孤立の問題や制度が対象としないような身近な生活課題への必要性の高まりといった課題が顕在化している。たとえば、軽度の認知症や精神障害が疑われ、さまざまな問題を抱えているけれども、公的支援制度の受給要件を満たさないという「制度の狭間」の問題がある。かつては地域や家族のつながりのなかで対応できていたものが、高齢化や人口減少の急速な進行を背景として地域のつながりは希薄化し、高齢者のみの世帯や高齢者の単身世帯の増加などによる家族機能の低下、会社への帰属意識の低下による職場の人間関係の希薄化の問題なども起きている。そのため、地域では人とのつながりの再構築が求められている。地域を基盤として、人と人とのつながりを育むことで、だれもが尊重され包摂を受けながら、その人らしい生活を実現できる社会を構築していくことが求められている。地域住民の主体性に基づいて、他人事ではなく我が事として取り組み、地域全体が結束し連帯する。これが地域共生社会

「SDGsアクションプラン2021」では、以下を重点事項として取り組む

I. 感染症対策と次なる危機への備え

- ・感染症対応能力を強化するため、治療・ワクチン・診断の開発・製造・普及を包括的に支援し、これらへの公平なアクセスを確保する。
- ・次なる危機に備え、強靱かつ包摂的な保健システムを構築し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の達成に向けた取組を推進する。国内では、PCR 検査・抗原検査等の戦略的・計画的な体制構築や保健所の機能強化など、国民の命を守るための体制確保を進める。
- ・栄養、水、衛生等、分野横断的取組を通じて感染症に強い環境整備を進める。東京栄養サミットの開催を通じて世界的な栄養改善に向けた取組を推進し、国内では食育や栄養政策を推進する。

II. よりよい復興に向けたビジネスとイノベーションを通じた成長戦略

- ・Society5.0の実現を目指してきた従来の取組を更に進めると共に、デジタルトランスフォーメーションを推進し、誰もがデジタル化の恩恵を受けられる体制を整備し、「新たな日常」の定着・加速に取り組む。
- ・ESG投資の推進も通じ、企業経営へのSDGs取り込みを促進すると共に、テレワークなどの働き方改革を通じてディーセントワークの実現を促進し、ワーク・ライフ・バランスの実現等を通じ、個人が輝き、誰もがどこでも豊かさを実感できる社会を目指す。
- ・バイオ戦略やスマート農林水産業の推進など、科学技術イノベーション (STI) を加速化し、社会課題の解決を通じてSDGsの達成を促進すると共に、生産性向上を通じた経済成長を実現し、持続可能な循環型社会を推進する。

III. SDGsを原動力とした地方創生、経済と環境の好循環の創出

- ・2050年までに温室効果ガス排出を実質ゼロとする「カーボンニュートラル」への挑戦も通じ、世界のグリーン産業を牽引し、経済と環境の好循環を作り出していくとともに、防災・減災、国土強靱化、質の高いインフラの推進を継続する。
- ・「大阪ブルー・オーシャン・ビジョン」実現に向けた海洋プラスチックごみ対策などを通じ、海洋・海洋資源を保全し、持続可能な形で利用する。
- ・SDGs未来都市、地方創生SDGs官民連携プラットフォーム、地方創生SDGs金融等を通じ、SDGsを原動力とした地方創生を推進する。

IV. 一人ひとりの可能性の発揮と絆の強化を通じた行動の加速

- ・あらゆる分野における女性の参画、ダイバーシティ、バリアフリーを推進すると共に、人への投資を行い、十分なセーフティネットが提供される中で、全ての人が能力を伸ばし発揮でき、誰ひとり取り残されることなく生きがいを感じることで包摂的な社会を目指す。
- ・子供の貧困対策や教育のデジタル・リモート化を進めると共に、持続可能な開発のための教育 (ESD) を推進し、次世代へのSDGs浸透を図る。
- ・京都コンGRESSや東京オリンピック・パラリンピック等の機会を活用して法の支配やスポーツSDGsを推進すると共に、地球規模の課題に関して、国際協調・連帯の構築・強化を主導し、国際社会から信用と尊敬を集め、不可欠とされる国を目指す。

出典) 外務省国際協力局地球規模課題総括課：持続可能な開発目標 (SDGs) 達成に向けて日本が果たす役割、2021。

図3 「SDGsアクションプラン2021」(2021年の重点事項)

にしていくうえで非常に重要なことである。

地域共生社会とは、制度・分野ごとの縦割りや支え手・受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が我が事として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて、丸ごとつながることで、住民1人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものである。ここに、看護職としていかに関わることができるか、貢献することができるかが重要な課題であると考え、地域の暮らしにおける安心感と生きがいを生み出す、地域のもつ可能性を拓く、地域の課題に応える、地域を基盤とした包括的支援体制を構築する。これにいかに看護職として貢献していくかが今後の課題であると考え。

3. 誰一人取り残さない社会

筆者はここ10年来、セルフ・ネグレクトについて研究している。セルフ・ネグレクトとは、たとえば認知症

や精神疾患等による抑うつや意欲低下はもちろんであるが、疾患や障害がないにも関わらず、自身を放任する行為をする人がいる。つまり時間をかけて自分を放任することにより生命・健康がおびやかされる状態、それがセルフ・ネグレクトである。言い換えれば「消極的な自殺」「緩やかな自殺」ともいえる。これまでは、本人が拒否するのだからこれ以上は入りこめない、仕方がない、放っておくしかないといわれてきた。しかし、このセルフ・ネグレクトの人たちは拒否という形でしか自分のニーズを表出できない人、また、他者を遠ざけることでしかSOSを出せない人、また、SOSを出さなければならない状態にあることに自身が気づかない人であると考えられるのではないだろうか。

セルフ・ネグレクトとは時間をかけて自分を放任することにより生命・健康・生活・安全がおびやかされる状態に陥ることである。それはつまり、助けを求める力が低下、欠如しているともいえる。「拒否するのだから仕

方ない」「支援を受け入れないから放っておくしかない」といってしまっただけののだろうか。外来では、低栄養や複数の箇所の褥瘡、蜂窩織炎の繰り返し、低温の熱傷の繰り返し、また、夏の時期には敗血症、熱中症や脱水症を繰り返して救急車で搬送される人が少なくない。また、いわゆるごみ屋敷となり皮膚疾患に繰り返し悩まされる人、また、糖尿病の治療中断で合併症が悪化する人、精神疾患の未治療や治療中断する人など、さまざまな健康問題を抱えている人がセルフ・ネグレクトの人には多く含まれる。

厚生労働省は、高齢者の場合、セルフ・ネグレクトは高齢者虐待防止法の虐待の種類に含まれていないが、虐待に準じて対応するよう通達を出している。なぜなら、先述したようにセルフ・ネグレクトは緩やかな自殺ともいえ、最終的には孤立死につながる可能性があるからである。ネグレクトは他者、たとえば親やケア提供者などによる世話の放棄・放任をさすが、セルフ・ネグレクトは自分自身による世話の放棄・放任である。それは、他者によるか、自分自身によるかの違いであって、結果的にはどちらも人として権利利益が侵害されている状態であり、生命・健康・生活が損なわれるような状態におかれていることである。つまり、セルフ・ネグレクトの人の権利擁護のために支援が必要であると判断し、事例に応じて必要な支援を行うことが重要である。

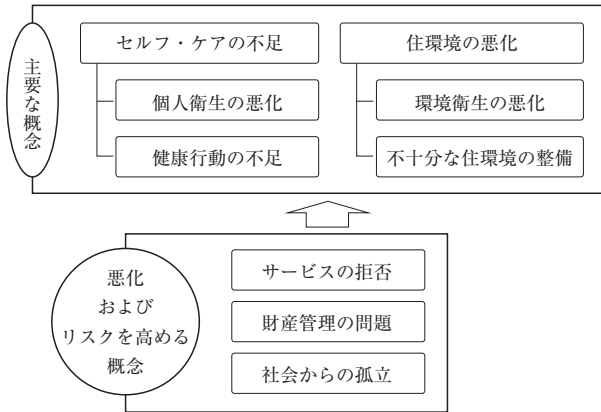
詳述すると、セルフ・ネグレクトとは、個人衛生、環境衛生を継続的に怠り、不衛生に陥る、また、生活に必要な最低限の治療やサービスを拒否する、そして危険な行為により、自分自身の健康や安全をおびやかす、このような行為を意図的、あるいは非意図的に行うと定義される。意図的、というのは自分で自分の行為の結果がわかって行為を行うことをさすが、非意図的というのは認知症や精神疾患などで、自分の行為の意味がわからない、あるいは行為の結果、どのようなことが起きるかということがわからずに行うことをさす。

セルフ・ネグレクトの状態については、6つの要素があることが調査で明らかになっている⁴⁾。「不潔で悪臭のある身体」「不衛生な住環境」、この2つが特に特徴的な場合に、いわゆるごみ屋敷、といわれることがあるが、ごみ屋敷はセルフ・ネグレクトの一類型である。そのほかに「生命をおびやかす治療やケアの放置」「奇異にみえる生活状況」などの要素がある。「奇異にみえる生活状況」の1つに多頭飼育とよばれる、猫や犬を管理せず放し飼いのような状態で家のなかに放棄・放置することを

さす。他に「不適當な金銭・財産管理」「地域のなかでの孤立」が挙げられる。「地域のなかでの孤立」は、これだけが単独で要素としてあった事例はなく、他の要素とともに事例でみられた。つまり、「地域のなかでの孤立」だけではセルフ・ネグレクトとはいえないが、セルフ・ネグレクトに関わる重要な要素である。

具体的には、次のような事例がセルフ・ネグレクトに該当する。まず「家の前や室内にごみが散乱したなかで住んでいる」「極端に汚れている衣類を着用したり、失禁があっても放置している」「窓や壁などに穴が開いていたり、構造が傾いていたりする家にそのまま住み続けている」である。このような状態にあると、いわゆるごみ屋敷というようにマスコミで取り上げられることがあるが、セルフ・ネグレクトの一類型であり、不衛生な家屋で生活している状態である。しかしセルフ・ネグレクトは実は不衛生な家屋で生活しているばかりではない。「生活に必要な最低限の制度、介護、福祉サービスの利用を拒否する」「重度のけがを負っている、あるいは治療が必要な病気があるにもかかわらず、受診・治療を拒否する」という特徴があり、もちろん不衛生な家屋で生活している場合もあれば、清潔な家屋で生活している場合もある。そして、以上のことにより「高齢者の言動や生活、住環境により、近隣住民の生命・身体・生活・財産に影響がある」事例も少なくない。本人の人権はもちろんであるが、近隣住民の安全や安心などの人権も擁護することが必要である。周辺住民は、その悪臭あるいは害獣虫によって生命や身体、生活、財産に悪影響を受けられる場合がある。すでに述べたように、近隣住民の人権を守ることは重要であるが、近隣住民の声に耳を傾けなかったり、状況をみてみぬふりをするにより、周辺の住民が本人を追い出そうとしたり、排除しようとすることになり、結果としてセルフ・ネグレクトの人が生活をおびやかされることにもなる。専門職としては、もちろんセルフ・ネグレクトの人の生命・安全・健康を守ることが最優先ではあるが、周辺住民の人々の生命・健康・安全も守る必要があり、それが相反する対応になるため、しばしばジレンマを抱えることになる。

これまで主に高齢者のセルフ・ネグレクトについて述べてきたが、セルフ・ネグレクトは決して高齢者だけの問題ではなく、成人以上であればだれでも起こりえる。また、独居の場合の問題かというところでもなく、たとえば母親とその子どもの2人世帯などの家族であっても起こりうる。

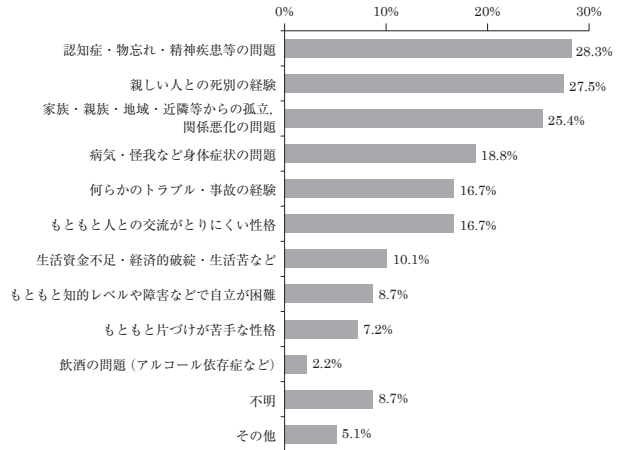


定義：「健康、生命および社会生活の維持に必要な個人衛生、住環境の衛生もしくは整備、または健康行動を放任・放棄していること」(野村祥平・岸恵美子・小長谷百絵他、高齢者虐待防止研究、2014)
 出典) 岸恵美子(編集代表)：セルフ・ネグレクトの人への支援：ゴミ屋敷・サービス拒否・孤立事例への対応と予防、中央法規、東京、2015。

図4 セルフ・ネグレクトの定義・概念

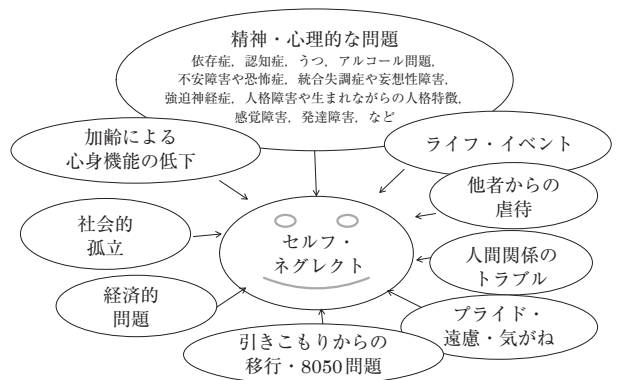
筆者らの研究班では、セルフ・ネグレクトのことを「健康、生命および社会生活の維持に必要な個人衛生、住環境の衛生もしくは整備、または健康行動を放任・放棄していること」と定義している⁵⁾(図4)。セルフ・ネグレクトの主要な概念は「セルフ・ケアの不足」「住環境の悪化」であり、どちらか一方のみでもセルフ・ネグレクトといえる。また、地域の専門職は、「セルフ・ケアの不足」あるいは「住環境の悪化」の状態にある人を見つけ出すことがむずかしい。そのため、「悪化およびリスクを高める概念」に示したように、サービスの拒否をする人、財産管理の問題で生活が困窮している人、あるいは社会からの孤立をしている人などを早期に発見することにより、セルフ・ネグレクトの人を発見することができる。

セルフ・ネグレクトの要因や契機についての数年前の調査で、セルフ・ネグレクト状態に陥った本人への調査結果は興味深い⁶⁾(図5)。この調査では、本人が認知症・精神疾患等で回答できない場合には、その人をよく知る人に回答してもらった。もっとも多かった回答は、「認知症・物忘れ・精神疾患等の問題」であり、それ以降、「親しい人との死別の経験」や「家族・親族・地域・近隣等からの孤立、関係悪化の問題」また、終末期等ではない「病気・怪我など身体症状の問題」「何らかのトラブル・事故の経験」「もともと人との交流がとりにくい性格」などが明らかになっている。つまり、認知症や精神疾患以外でもセルフ・ネグレクトの契機となることが本人の回答から明らかになっている。



出典) 内閣府：セルフネグレクト状態にある高齢者に関する調査；幸福度の視点から、平成22年度内閣府経済社会総合研究所委託事業、2011。

図5 調査対象者が現在の状況(改善している場合は以前の状況)になったきっかけ・理由について



出典) 岸恵美子：セルフ・ネグレクト高齢者への効果的な介入・支援とその評価に関する実践的研究。

図6 セルフ・ネグレクトのリスク要因

さらに、セルフ・ネグレクトのリスク要因をまとめたものが図6である⁷⁾。精神・心理的な問題を抱えている場合には、確かにセルフ・ネグレクトのリスクではあるが、精神・心理的な問題を抱えていても、自分の異変に気づき早期に助けを求めることができればセルフ・ネグレクトを回避することが可能である。一方で、ライフ・イベントや他者からの虐待、人間関係のトラブル、プライド・遠慮・気がね、引きこもりからの移行・8050問題、経済的問題、社会的孤立、加齢による心身機能の低下といった問題は、セルフ・ネグレクトのリスク要因となりえる。つまり、セルフ・ネグレクトは、だれでも経験する可能性のある出来事により陥る可能性があるということである。

海外では日本よりも早くからセルフ・ネグレクトは着

目され、研究も進んでいる。特にアメリカでは、1996年のAdult Protective Services (APS, 日本でいう地域包括支援センターに近い組織)という成人保護機関を対象に行われた調査の結果において、全虐待のうちセルフ・ネグレクトは約半数であったと報告されている。アメリカのAPSは日本とは異なり、高齢者のみに対応しているのではなく、成人以上の権利擁護に関わっているのが特徴である。また、シカゴの大規模調査では、高齢者の約9%にセルフ・ネグレクトがみられたという報告や、年収が低い人、認知症や身体障害者では発生率が15%に上昇するという報告がある。また、特に注目すべきことは、セルフ・ネグレクトではない高齢者と比較すると1年以内の死亡リスクが約6倍であるという報告が出されていることである。

残念ながら日本では、セルフ・ネグレクトの調査があまり進んでいない。また、内閣府の2010年の調査では日本におけるセルフ・ネグレクト状態にある高齢者の全国推計値は1万人前後といわれ、さきほどの数字に比べてはるかに低い数字になっている。筆者らの研究班の調査ではセルフ・ネグレクトのうち「不衛生型」よりも「不衛生・住環境劣悪・拒否型」「拒否・孤立型」「複合問題型」のほうがより孤立死との関連が高く深刻な状態に該当しやすいことが明らかになった⁸⁾。つまり、ごみ屋敷のように家屋が不衛生な状態のセルフ・ネグレクトより、拒否や孤立をしているセルフ・ネグレクトのタイプのほうが孤立死と関連し、深刻になりやすいという結果が示された。

セルフ・ネグレクトとは、助けを求める力の低下・欠如の問題であると考えている。リスク要因として、病気やけが、リストラや親しい人との死別の経験、遠慮や気がね、世間体やプライド、人間関係のトラブルなどが要因となって、生活する能力あるいは意欲の低下、生活に関わるさまざまな情報やサービスを取捨選択する判断力が低下してしまう結果、支援を求めることができなったり、支援を求める力が低下してしまうことが生じ、結果的に地域から孤立することとなり、やがて孤立死という結末を迎えることになる。

このように、助けを求める力が低下・欠如した人への対応として、まずは、支援者からみると支援を拒否する、つまり、なぜ助けを求めることができなくなってしまったのかということの原因を探ることが重要である。そして、定期的な訪問により安否確認をすること、繰り返し訪問することによって信頼関係を構築すること、支援者

だけでは信頼関係の構築がむずかしい場合には、地域のキーパーソンをみつけることや、地域住民の協力を得て信頼関係を構築することが重要となる。そして信頼関係が構築された後は、本人の潜在的なニーズ、困りごとを引き出し、ちょっとした手助けなどの支援を受け入れてもらうことによって、支援関係が構築される。先述したように、セルフ・ネグレクトは孤立死のリスクが非常に高いため、見守りにより安否確認をしていくことが非常に重要である。

セルフ・ネグレクトの人への支援として、看護職が担っていく必要があるのは、孤立死を予防するために生命のリスクを常に見極めることと、もし明確に生命のリスクがある場合には、それを本人が理解できる言葉で伝えること、そして本人に生命のリスクを回避する行動をとってもらうことである。また、本人は自身の今後について予測することができないので、支援者が起こりうるイベントを予測し、それがイメージできるよう伝え、回避する方法を提案するという働きかけが必要である。つまり、猛暑が続き熱中症を発症しやすいことが予測できれば、「同じ団地で熱中症で倒れて救急車で運ばれた人が2、3日前にいたんですよ」などと働きかけて、本人が危機感を感じるように仕向けていくことも効果的な場合がある。

そしてなによりも重要なのは、本人を支援することについて、地域の力を借りるということである。これはまさに地域看護学ではないだろうか。地域の住民の人に見守り、あるいはちょっとした手助けをしてもらうなど、地域の住民を巻き込んでコミュニティを育てていくことが必要になる。そのためには、地域住民にセルフ・ネグレクトはだれにでも起こりうること、我が事と認識してもらいように働きかけ、自分も同じような状況になれば支援してもらいたいと実感してもらうことも重要である。専門職である支援者とセルフ・ネグレクトの人の関係性だけではなく、地域の人たちを支援者に育てていくこと、地域で暖かく見守る人に育てていくこと、そのようなコミュニティを再生していくことにより、次に同じようなセルフ・ネグレクトの人が地域に出てきたとしても、地域住民の力により地域のなかで包摂されると考える。

ここで、セルフ・ネグレクトへの支援をまとめると、セルフ・ネグレクトのリスク要因、そしてサービス・支援の繰り返しの拒否、地域・社会からの孤立などによりセルフ・ネグレクトに陥りやすいが、これらの1つでも

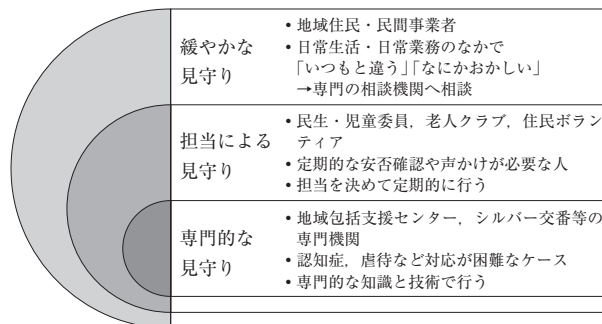
阻止することができれば、セルフ・ネグレクトが生じない、あるいは悪化しないということである。つまり、地域・社会から孤立させないということのみ可能になれば、セルフ・ネグレクトを予防することができ、その結果、最悪の孤立死という状態に陥ることを回避することができるのである。

4. 切れ目ない支援と地域包括ケア

なぜ、切れ目ない支援が必要なのであろうか。これまで述べたように、セルフ・ネグレクトにより支援を求めないからといって手を差し伸べなければ、そこで支援の切れ目ができてしまう。「切れ目ない」とは、辞書では「途切れることなく継続した対応」と示されており、文字どおり、継続的に支援することである。同じ部署の担当者が引き継ぎを十分にし、継続して支援するということが重要であるが、複数の関係者が関わっている場合には関係者間の支援の隙間ができないようにすることが重要である。つまり、専門職が自身の役割の部分のみで支援するのではなく、他職種の役割の部分も一歩踏み込んで支援することで、支援の隙間に対象者が落ちることを防ぐことができる。問題の早期発見・早期対応のためにも、安全確保や再発予防の観点からも、多職種と必要な情報を共有し、切れ目ない支援を展開することで孤立予防にもつながる。

「我が事・丸ごと」の地域づくりの強化に向けた取り組みを推進するためには、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みるができるよう体制づくりを支援することが重要である。看護職としてどのような対象にも同様の支援をするのではなく、他人事を我が事に変えていくような働きかけ、セルフ・ネグレクトの例でいえば、リスク要因であるライフ・イベントや老化はだれにでも起こりうることだと認識してもらうことである。セルフ・ネグレクトに陥る可能性を研修会などで住民に伝えて、他人事ではなく我が事であるにとらえてもらう働きかけが重要となる。さらに地域の課題を丸ごと受け入れる場が必要となるので、ここでは住民のボランティアや地区社会福祉協議会、市区町村社会福祉協議会の担当者、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域の子育て支援拠点、NPO法人等、さまざまな機関や職種、住民の人々がともに地域の課題を丸ごと受け止めて地域の課題をみなで解決していくという体制づくりが必要となる。

地域の課題を丸ごととらえて専門職が住民とともに課



出典) 東京都福祉保健局「高齢者の見守りガイドブック」平成25年を一部改変。

図7 地域における重層的な見守りシステム

問題を解決するための体制づくりをしていくとともに、地域の人々が孤立しないよう、地域で気になる人がいれば早期に発見し対応することが重要である。現在、多くの自治体では、図7に示すように、高齢者を中心に「緩やかな見守り」「担当による見守り」「専門的な見守り」による重層的な見守りが実施されている。地域住民に気になる人がいたら地域包括支援センターへ連絡・相談するように伝えたり、民生委員やボランティアから気になる高齢者について連絡があれば、専門職として他職種と連携しながら対応していくことが早期に対応するために重要となる。

5. 共生社会を目指すために

では、共生社会を目指すために、誰一人取り残さない社会を目指して切れ目ない支援を展開していくためには、地域看護はどうあるべきだろうか。看護基礎教育において地域看護をどう教育すべきかを考えてみる。

日本地域看護学会では、2019年に地域看護学を再定義した。その背景として、看護職の対象である人々の生活において多様性・複雑性が増すとともに、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たからである。また、保健師、助産師、看護師の働く場は今後、ますます地域に広がることが予想され、看護職は多職種と連携して、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きている。そのため、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ること、そして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生じた。

地域看護学の再定義では、「地域看護学」を保健師、助産師、看護師に共通して求められる知識や能力を培う、基盤となる学問として位置づけた。そして「人々の生活

表1 日本地域看護学会 地域看護学の再定義

地域看護学の定義 (2014)	地域看護学の再定義 (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。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>	<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>

出典) 日本地域看護学会：地域看護学の再定義。 http://jachn.umin.jp/ckango_saiteigi.html (2021年11月11日)。

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」とした。「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」を目的とし、「多様な場で生活する、様々な健康レベルにある人々」を対象として、「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求する実践科学」と定義した。

表1は、2014年の地域看護学の定義と2019年の地域看護学の再定義を比較して示したものである⁹⁾。再定義では、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」と示しているが、2014年の地域看護学の定義にも同様に示されている。そして、「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」と目的が示されているが、特に「生活の継続性を保障すること」が重要なキーワードであると考えられる。さらに、「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求する実践科学である」としており、「継続的」であり「包括的」であるということ、「コミュニティと協働して」看護を提供することが、地域看護として重要な視点ではないかと考える。

日本地域看護学会では、2014年の地域看護学の定義を踏まえ、2015年度より継続して地域看護学の教育内容と方法について教育委員会において検討してきた。ま

ず、看護学基礎教育における地域看護の能力、コンピテンシーをより明確化することを目的とし、卒業時到達目標を提案するための調査を実施した。その調査結果を「学士課程版実践応力と到達目標2011」と照合し、地域看護に関わる6つの能力に絞って整理した。さらに6つの能力を中心に、2019年の地域看護学の再定義を踏まえ、基礎教育のなかでも看護職すべてが卒業時に身につけておくべき地域看護の能力としてさらに検討を重ねてきた。また、検討において、看護の対象は個人・家族であるが、人々の健康や暮らしを支援するために、生活の基盤である「地域」を併せて理解するものとして教育内容と方法を検討した。地域看護に関する6つの能力を以下に示す。6つの能力は「多様な個人と家族の生活を査定(Assessment)する能力」「生活の場としての地域の特性を査定(Assessment)する能力」「健康の保持増進と疾病を予防する能力」「地域ケアシステムの構築・推進と看護機能の充実を図る能力」「安全なケア環境の提供と健康危機管理に関わる能力」「ケアを必要とする個人および家族を支えるための専門職及び多職種連携の能力」である。日本地域看護学会が提案する地域看護学の卒業時到達目標の内容・方法については日本地域看護学会のホームページに記載しているので、参照していただきたい。

6. 共生社会を目指す地域看護

看護師は医師との連携のもと、患者の疾病や治療内容を理解し、身体的状態などを的確に観察・アセスメントすることが重要である。患者の病態の変化を予測すると

ともに、その兆候を察知し、医療の必要性の判断に基づき、看護職自身が包括的な指示に即して医療的介入を行うか、または医療につないで随時適切な医療を提供し、命を守ることが非常に重要な役割である。看護は、人々が疾病や障害とともに暮らすことになっても、できる限り自立して生活の質を維持し、尊厳をもって、その人らしい生活ができるように支えていく。疾病などによる生活機能障害の程度を評価し、改善の可能性も想定しながらセルフ・ケア能力を高めることを支援していく。病状や障害の悪化予防と生活の質という観点から、支援内容や程度を具体的に提案して、本人または家族の意思を尊重しながらサービス事業者やボランティア、NPO法人などと連携し、調整して人々の暮らしを支えていく。また、地域包括ケアシステムでは、多くの職種や関係機関が連携してチームで医療やケアを提供していく。チームがそれぞれの専門性を適切に発揮して患者を総合的にとらえ、質の高い医療・ケアを提供するためには、マネジメント能力が非常に重要となる。このように看護には、医療と生活の両方の視点をもって全体を見通し、療養者・住民の変化に合わせて必要なときに必要なサービスが提供されるよう、医療・介護・福祉などのサービス全体を総合的にマネジメントして暮らしを守っていくことが期待される。

看護職は、個別に1人ひとりに対応するだけでなく、地域住民を対象に予防の視点をもつことが大事である。それとともに、人々が孤立しないようにコミュニティを育てること、つまり、自助・互助をコミュニティに働きかけてコミュニティのなかで行われるように働きかけていくことも必要になる。自分が困ったときに相談できる人や場をつくっておくことや、自分が困ったときに手助けしてくれる人をつくっておくことだけでなく、子どものころから人に助けってもらうことに慣れておくことや人を手助けすることに慣れておくことも、学校教育や地域のなかで必要ではないかと考える。また、趣味の集いに参加して自分の居場所を若いころからつくっておくように心がけてもらうことや、そのような多様な居場所を提供することも地域における看護職の役割であると考えられる。

次に地域のネットワークについて考えてみるとネットワークが一重の網であると、網の目から落ちてしまう高齢者や家族がいても気づくことができない。つまり、支援の隙間ができてしまう。セーフティネットとして何重にも網を張り巡らせるよう、看護職からも必要なネット

ワークを提案していくことが必要であると考えられる。

人々の安心で安全な生活、そして生活の質の向上のためには、看護職による介入・支援はもちろんだが、NPO法人や民間事業者の導入、住民の気付きや見守り、声かけ、IT機器を活用した見守りなど関係機関・関係職種と連携しながら住民を孤立させないように支援していくことが重要である。看護職は地域のキーパーソンとして、病院も含め、地域において住民と資源をつないでいくことが可能であり、地域から強く求められていると考える。

7. おわりに

今後、医療依存度が高い人がますます増えていくことが予想される。また、認知症や障害をもつ人が増加することも予想される。そしてこれまで述べてきたセルフ・ネグレクトのように、自ら支援を求めない人たちもいる。そのようななかでも看護職がさまざまな資源をつないでいき、コミュニティを育てて、人々がリソースとしての役割を担ってもらえるような地域にすること、また地域がセルフ・ネグレクトの人々のSOSをキャッチし、地域でネットワークをつくって人々を孤立させないようにするための働きかけを、多職種とともに地域の看護職が働きかけていくことが重要であると考えられる。そのような看護を新たに創造していくことが重要ではないだろうか。

すでに、病院中心の考え方ではなく、地域を中心とした考え方への転換が始まっている。つまり、「病院完結型」から「地域完結型」では、地域の関係者が必要に応じて病院に集まるということではなく、病院の人材も含めて必要な資源が地域で連携して患者をみていく構造へと転換が必要になる。こうした体制を推進するうえで、看護職はキーパーソンになることが期待されている。看護職の原点は、生活を基盤としたケアの提供である。医療・看護・生活という包括的な視点をもって全体を見通し、医療・看護・介護等のサービス全体を統合的にマネジメントできるのは看護職であると考えられる。この看護職の能力を地域全体で活用することによって、地域完結型の医療を実現し、その人らしい、自立した生活を切れ目なく包括的・統合的に実現できると考える。

住民・多職種とともに地域を看護で支える社会を目指していくためには、地域で看護職はなにができるのかをこれからも考え続け、看護を創造していきたい。現在でも看護職は多様な場で働いている。暮らし(町)の保健

室やケアグループなどと連携しながら、新たな看護を地域で創造できるのではないかと考える。

【文献】

- 1) 総務省：「国勢調査」，社会保障・人口問題研究所：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位），厚生労働省：「人口動態統計」。
- 2) 厚生労働省：「地域共生社会」の実現に向けて。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html> (2021年11月11日)。
- 3) 外務省国際協力局 地球規模課題総括課(2021)：持続可能な開発目標 (SDGs) 達成に向けて日本が果たす役割。
- 4) 小長谷百絵・岸恵美子・野村祥平他：高齢者のセルフ・ネグレクトを構成する因子の抽出；専門職のセルフ・ネグレクトへの支援の認識から。高齢者虐待防止研究, 9(1)：54-63, 2013。
- 5) 野村祥平・岸恵美子・小長谷百絵他：高齢者のセルフ・ネグレクトの理論的な概念と実証研究の課題に関する考察。高齢者虐待防止研究, 10(1)：175-187, 2014。
- 6) 内閣府：セルフネグレクト状態にある高齢者に関する調査；幸福度の視点から。平成22年度内閣府経済社会総合研究所委託事業, 2011。
- 7) 岸恵美子（編集代表）：セルフ・ネグレクトの人への支援；ゴミ屋敷・サービス拒否・孤立事例への対応と予防。中央法規, 東京, 2015。
- 8) 斉藤雅茂・岸恵美子・野村祥平：高齢者のセルフ・ネグレクト事例の類型化と孤立死との関連；地域包括支援センターへの全国調査の二次分析。厚生指針, 63(3)：1-7, 2016。
- 9) 一般社団法人日本地域看護学会：地域看護学の再定義。 http://jachn.umin.jp/ckango_saiteigi.html (2021年11月11日)。



家族支援

佐藤 美樹

国立保健医療科学院生涯健康研究部

日本地域看護学会誌, 24 (3) : 54-60, 2021

I. はじめに

地域看護学を取り巻く社会状況は、少子高齢化の進展、家族の機能の変化、健康格差の拡大、感染症の流行や自然災害の発生など地域社会のコミュニティの崩壊を背景に、児童虐待・高齢者虐待、社会的孤立、健康格差など、地域の健康課題は個人の力量だけでは解決し得ないものが増大している。

社会的存在である個人は、生活の大半を何らかの集団（家族、学校、仲間、職場など）に所属し、そこでさまざまな影響を受ける。たとえば、個人は家族の一員として生活するなかで、親や家族員の習慣や健康に関する保健行動、価値観、地域の伝統や慣習などの影響を受ける。そのため、家族の健康問題は、個人のみならず他の家族員の健康にも影響を及ぼすのである。家族は個人と地域社会を媒介するものであるから、地域社会の基本的な単位である家族を対象とした支援を行うことは、個人の健康問題への働きかけおよび地域社会の健康課題解決への働きかけとなる。少子高齢化の進展や家族機能が弱体化している現在、家族内の関係性の調整や地域との関係性の構築などの視点から、家族を社会のなかの1つの単位としてとらえ、支援の対象とすることで、個人・家族のセルフケア機能の向上と地域の健康づくりへつなげることが重要である。

本稿では、家族支援に用いられる理論や家族アセスメントモデル、代表的な評価指標を紹介し、地域看護実践における活用方法について述べる。

II. 家族支援に関わる概念整理

1. 家族の定義

家族という概念は、時代や社会、地域の文化などによって、多様な意味をもち、定義する人の根拠とする理論によってさまざまに定義されている。代表的な定義には次のようなものが挙げられる。

Hansonら¹⁾は、「家族とはお互いに情緒的、物理的、そして/あるいは経済的サポートを依存しあっている2人かそれ以上の人々のことである。家族のメンバーとは、その人たち自身が家族であると認識している人々である」としている。Friedman²⁾は、「家族は相互に情緒的に巻き込まれ、地理的に近くで生活をしている人々（ふたり以上の人々）からなる」と定義している。家族ケア研究会の島内ら³⁾は、家族ケアにおける家族の定義を「同居して（または近隣に住み）生計を同じく（または別に）している共同体（夫婦、親子、血縁者など）として生活し、独自の保健機能を持つ健康問題の予防・発見・ケアの基本的単位である」としている。いずれの定義においても、血縁関係だけでなく、情緒的な親密さや支え合い、そして構成員が家族と認識している集団のことを家族と定義している。

2. 家族に焦点を当てる必要性

Hansonら¹⁾は、家族看護学のさまざまな専門領域の背景として、4つの異なったアプローチが存在すると述べている。4つのアプローチは、①背景としての家族（個人のアセスメントとケアに焦点を当てる）、②クライエ

ントとしての家族(すべての家族成員がアセスメントの対象), ③システムとしての家族(相互作用のシステム), ④社会の構成要素としての家族(家族は健康, 教育, 宗教, 経済などの社会のなかの組織の1つ)である。家族と地域社会の組織との接点に焦点を当てる地域看護学は, 特に4つ目のアプローチからその基盤の多くが取り入れられてきた¹⁾。地域看護実践においては, 地域住民全体の健康をよりよい状態にするという目標を念頭において, 個人・家族のセルフケア機能の向上を目指して支援を行う。さらに, 家族のセルフケア機能が地域社会とどのように影響し合うのかをとらえ, 地域の健康づくりへつなげることが重要である。

3. 家族を理解するための理論

家族および家族看護に関する理論は, それを構成する要素のなかにさまざまな概念も内包している。代表的なものとして, 家族システム理論が挙げられる⁴⁾。家族システム理論は, 1945年に生物学者のBertalanffyが提唱した一般システム理論に基づいて家族をとらえた理論である。また, 家族療法の潮流を生み出した文化人類学者のBatesonにより, 生物系システム(Living System)に直線的な思考には限界があり, 循環的因果関係でとらえなければならないという理論が追加され, 家族システム理論の基礎ができた⁴⁾とされる。

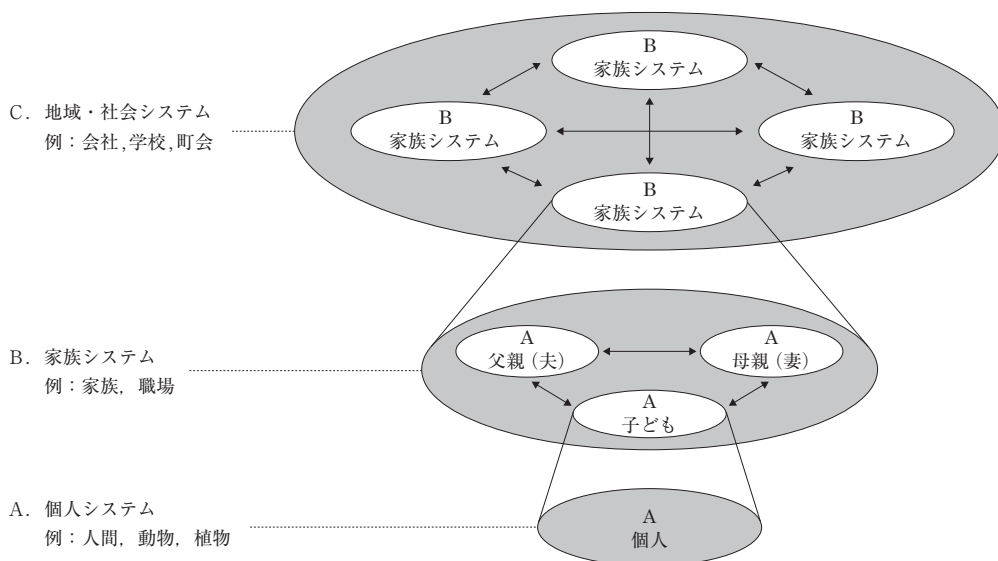
家族システム理論において家族は, 複数の個人が相互に関連しあって形成されているシステムととらえてい

る。家族システムには, 表1に示すような5つの特性がみられる⁴⁾。このような特性から, 家族成員の1人に働きかけることは, 何らかの形で家族全体に影響を及ぼし, さらにその属する地域社会に波及することが理解できる。システム理論のなかでは, システムを階層的な体系と想定しており, 家族もその階層レベルのなかに位置づけてとらえる^{5,6)}とされている(図1)。地域看護実践においては, 家族を1つひとつの要素が結びつきあって相互に作用しあうシステムとしてとらえ, 家族単位で支援していくことがよりいっそう求められる。

表1 家族システムの特性

①全体性	家族は複数の家族員によって構成されるが機能するのは家族全体であり, 家族の一員の変化は家族全体の変化として現れる。
②非累積性	家族成員間の相互作用には相乗効果があり, 全体としての機能は家族成員の機能の総和以上のものとなる。
③恒常性	家族システムは, システム内外の変化に絶えず対応して安定状態を取り戻そうとする。
④循環的因果関係	1家族成員の行動は家庭内に次々と反応を呼び起こす。
⑤組織性	家族成員同士は, 独立した存在であると同時に, 夫婦, 親子などのいくつかのサブシステムを形成する。また家族には, 階層性と役割期待がある。

出典:文献4)より作成



出典:文献5, 6)を参考に筆者が作成

図1 システムの階層性

表2 代表的な家族アセスメントモデル

モデル名	理論的背景	説明	特徴
フリードマン家族看護アセスメントモデル ⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・家族システム理論、家族発達理論、構造-機能理論を基盤としている。 ・家族を地域社会、社会システムの下位システムとしてとらえ、構造・機能・家族以外の社会システムとの関係性に焦点を当てて家族を理解しようとするものである。 	A. 基礎資料：家族構成、家族形態、文化的背景、宗教、社会的地位、趣味・余暇活動 B. 家族の発達段階と家族歴 C. 環境：居住タイプ、地域の環境、居住年数、地域のコミュニティサービス等 D. 家族構造：役割構造、家族の価値観、コミュニケーションパターン、勢力構造 E. 家族機能：感情機能、社会化、ヘルスケア F. 家族のストレスと対処・適応	<ul style="list-style-type: none"> ・地域社会との関連を明確に示されており、保健師や訪問看護師が地域で健康課題を抱える家族への支援に活用できる。 ・支援者が家族に面接する際の家族アセスメントのガイドラインがある。
家族生活力量モデル ^{9,10)}	<ul style="list-style-type: none"> ・地域看護実践者の実践知を帰納的に理論化したもので、家族の生活力量を明らかにするモデルである。 ・家族生活力量の基盤となる考え方は、ケア対象の健康問題が解決されることにとどまらず、自らの健康問題や課題に気づき、それを自ら解決していく力量（セルフケア力およびエンパワメント）を身につける、あるいはそのような力を拡大することにある。 	1. 家族の健康問題に対する生活力量アセスメント指標： ①家族のセルフケア力（4項目） a. 健康維持力, b. 健康問題対処力, c. 介護力または養育力, d. 社会資源の活用力 ②家族の日常生活維持力（5項目） e. 家事運営力, f. 役割再配分補完力, g. 関係調整・統合力, h. 住環境整備力, i. 経済・家計管理力 ③家族生活力量に影響する条件（3項目） j. ライフサイクル, k. 社会資源, l. 自然・社会環境 ※アセスメントの際には上記9項目に加えて必要である。 2. 家族生活力量アセスメントスケール： ①上記の指標を開発する過程で抽出された項目を構成概念として開発 ②9領域106項目（簡易版は60項目）の質問文で構成	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント方法として、事例の健康問題や同指標によるアセスメント結果によって、家族システム論や家族危機管理論などを用いて、さらにアセスメントを深めていく。 ・アセスメントスケールは、9領域おのおのの得点を質問数に応じた割合に換算し、レーダーチャートに示すことにより、家族生活力量を視覚的に把握できる。
家族看護エンパワメントモデル ¹¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・家族システム理論、家族発達理論、家族ストレス対処理論、シンボリック相互作用論、オレムのセルフケア理論を基盤としている。 ・疾患や障害をもつ人を抱えている家族が、より健康的な日常生活を営めるように、家族が力を発揮できるように援助するモデルとして開発された。 	1. 家族エンパワメントモデルの構造：「家族の病気体験の理解」を基盤とし、「家族との援助関係の形成」と「家族アセスメント」を行い、「家族像の形成」し、「家族エンパワメントを支援する看護介入の実践」を行う構造となっている。 2. 家族アセスメントの視点： ①家族構成、②家族の発達段階、③家族の役割関係、④家族の勢力関係、⑤家族の人間関係・情緒的關係、⑥家族のコミュニケーション、⑦家族対処行動や対処能力、⑧家族の適応力や問題解決能力、⑨家族の資源、⑩家族の価値観、⑪家族の期待・希望、⑫家族のセルフケア能力 3. 家族への看護介入： ①家族の日常生活、セルフケアの強化 ②家族への情緒支援の提供、家族カウンセリング ③家族教育 ④家族の意思決定への支援とアドボカシー ⑤家族の役割調整 ⑥家族関係の調整およびコミュニケーションの活性化 ⑦家族の対処行動と対処能力の強化 ⑧親族や地域社会資源の活用に関する支援 ⑨家族発達課題の達成への支援 ⑩家族危機に対する働きかけ ⑪家族の力の育成	<ul style="list-style-type: none"> ・どのような家族にも活用できるが、家族成員が健康問題をもち、支援者とかわる場合により適している。 ・家族看護エンパワメントガイドラインが作成されている。

Ⅲ. 家族支援に関する評価指標および活用状況

家族支援を展開するために、さまざまな家族アセスメントモデルや評価指標が国内外で開発されている。それぞれに特徴があり、対象となる個人・家族の状況に最適なものを選択して使用することが必要である。

1. 家族アセスメントモデル（表2）

フリードマン家族看護アセスメントモデル⁷⁾は、支援者が家族に面接する際のガイドラインとして開発されたもので、家族を地域社会、社会システムの下位システムとしてとらえ、構造・機能・家族以外の社会システムとの関係性に焦点を当てて家族を理解しようとするものである。表2に示したA～Fの6つの領域からなる。地域

社会との関連が明確に示されており、保健師や訪問看護師が地域で健康課題を抱える家族への支援に活用できる。しかし、アセスメント項目が詳細に設定されているため、地域社会における全体像を明確にする際には有効であるが、多くの時間が必要とされることから、介入にあたって短時間でアセスメントができるように短縮版アセスメントモデルが開発されている⁸⁾。

家族生活力量モデル⁹⁾は、地域看護実践者の実践知を帰納的に理論化したもので、家族の生活力量を明らかにするモデルである。家族生活力量とは、家族が健康生活を営むための知識、技術、態度、対人関係、行動、情動が統合されたもので、家族が健康問題や課題に気づき、それを自ら解決していく力量（セルフケアおよびエンパワメント）を身につける、あるいはそのような力量を拡大することとされている¹⁰⁾。家族の健康問題に対する生活力量アセスメント指標は、家族のさまざまな健康レベルにおいて家族が自らのために行動する「家族のセルフケア力（4項目）」と、健康に影響を及ぼす重要な生活要素である「家族の日常生活維持力（5項目）」で構成される。さらにアセスメントの際には「家族の生活力量に影響する条件（3項目）」が必要である⁹⁾。

また、常に変動を繰り返している家族生活力量の充足度を9領域106の共通項目を用いてアセスメントする尺度として「家族生活力量アセスメントスケール」が開発されている。その後、60項目の簡易版スケール¹¹⁾が開発された。このモデルの地域における活用例としては、保健師や訪問看護師による家族生活力量の概念に基づく事例研究が多く報告されている。地域における活用例としては、児童虐待が発生している家族に関する事例的研究¹²⁾、ハイリスク母子への初回訪問と継続訪問における保健師による支援の傾向の分析¹³⁾などがある。事例ごとに9領域のスケール得点から類型化することにより、経時的なアセスメント方法の検討や支援の方向性の検討など、家族の生活力量の向上を目指した支援方法の検討が可能である。

家族看護エンパワメントモデル¹⁴⁾は、家族を1単位のケアの対象としてとらえ、家族自身もてる力を発揮して健康問題に積極的に取り組み、健康的な生活が実現できるように予防的、支持的、治療的な支援を行うことを目指している。家族システム理論、オレムのセルフケア理論等のさまざまな理論、先行研究などから導き出された病者を抱える家族を理解するための視点やアセスメントの視点が含まれている。このモデルでは、12項目

のアセスメントの視点をもとに系統的に情報を収集し、アセスメントを行うことができる。さらに11の看護介入方法が提示されており、必要な介入を選択し実践することができる¹⁴⁾。家族アセスメントの視点をもつことにより、支援の必要な問題を抽出し、家族の力を引き出し、家族が主体的に健康問題に取り組むことが可能となる。地域における活用例としては、母親と子どもが障害を持つ家族の在宅療養の復帰への支援¹⁵⁾や重度心身障がい者を抱える家族への支援¹⁶⁾等の家族エンパワメントモデルを活用した事例検討などが報告されている。

家族アセスメントモデルと合わせて使用すると効果的なツールとして、ジェノグラム（家系図）やエコマップがある¹⁷⁾。いずれのツールも視覚的な記録（資料）であるため、対象者との間で情報を確認したり、共通理解を図ったりすることにも活用ができる。さらに地域とのつながりや社会的ネットワークの状況が明らかとなり、対象者やその家族にとって必要な資源を検討することができる。

2. 家族支援に活用できる尺度

家族支援に活用できる尺度とは、家族社会学、精神医学、心理学などの看護学以外の学問領域で開発された。主にアメリカで開発され、わが国に適用できるように翻訳され用いられている。以下に代表的な尺度を紹介する。

家族アプガー尺度（Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve Score ; Family APGER Score）は、1978年にSmilkstein¹⁸⁾により報告された簡便な家族機能尺度である。家族の構成員が自分の家族についてどう感じているのかを問う内容で構成されている。家族の機能を適応（Adaptation）、伴侶性（Partnership）、成長（Growth）、愛情（Affection）、問題解決（Resolve）の5項目の質問内容からなる。10点満点で採点し、得点が高いほど良好な家族機能を有していると評価する。日本語版として妥当性・信頼性は確認されていないが、養育期の家族を対象とした研究では、得点の低得点群の家族では乳幼児の問題行動が有意に高いこと¹⁹⁾、ライフイベントと家族機能との関連²⁰⁾が示され、乳幼児健診では母親のみならず父親からも情報を得て総合的に家族機能を把握¹⁹⁾し、家族への支援に生かすことの有効性が報告されている。

家族評価尺度（Family Assessment Device ; FAD）²¹⁾は、1983年にアメリカの精神医学の研究者であるEpstein NBらが開発した家族機能を測定する尺度であ

る。家族システム理論を基盤とした60項目4件法の尺度で、「問題解決」「意思疎通」「役割」「情緒的反応」「情緒的関与」「行動制限」「全般的機能」の7つの下位尺度を有する。下位尺度ごとに平均得点が高いほど家族機能が低下していると判断する。日本語版は佐伯²²⁾が作成し、信頼性と妥当性が確認されている。地域における活用例としては、在宅要介護者の摂食嚥下障害と家族機能のうち問題解決機能及び全般的機能との関連²³⁾や母性看護領域の研究では産後うつ予防的介入プログラムの介入効果として家族機能を検討した研究²⁴⁾等がある。

家族支援に必要な実践能力を評価する指標もいくつか開発されている。ここでは、行政保健師に関する尺度を紹介する。保健師の専門能力のなかで家族支援に焦点を当てた評価指標として、松坂らによる行政保健師の家族支援実践力尺度²⁵⁾が開発されている。この尺度は、「支援に必要な家族の発見」「家族理解のための情報収集」「アセスメントと目標設定」「家族への直接的な支援」「地区活動をベースとした家族支援」「家族支援チームの形成」「家族支援の評価」の7因子78項目からなり、妥当性・信頼性が確認されている。実践能力を保健師自身が自己評価により測定し、家族への支援の振り返りに活用できるものである。しかし、尺度としては項目数が多いため、実用化に向けては項目数の精選が課題として挙げられている。他にも保健師の対人支援能力を測定する実践能力および専門能力に関する評価指標が開発されており、本企画連載No.3²⁶⁾とNo.28²⁷⁾で複数紹介されているので合わせて参照してほしい。

IV. 活用できる地域看護実践例

家族支援に関する評価指標について、地域看護の実践および研究における活用方法について述べる。

実践現場においては、第1に家族アセスメントモデルや評価指標を用いた事例検討や保健事業の評価における活用である。健康相談や家庭訪問などの個別支援の場では、多様化・複雑化する家族の潜在的な健康問題を予見し、時間経過のなかで構造的にとらえることによって問題を整理し、個人・家族に対する必要な情報の提供や予防的介入に役立てることができる。たとえば、既存の家族アセスメントモデルには家族の健康と生活の関連のアセスメントの枠組みが示されており、これらを活用することでより効果的に必要なアセスメントを実施できる可能性がある。また、乳幼児健康診査や育児教室などの

集団支援の場においては、支援事例のアセスメントに加えて、事業の評価の双方に活用することができる。たとえば、産後うつ予防的介入プログラムの介入効果の判定にFADを用いた研究では、介入プログラムによる家族機能の強化やうつ症状の抑制に対する効果が報告されている²⁴⁾。FADなどの尺度を集団支援のプログラムの開発に用いることで、プログラムの評価指標として活用していくことができる。

第2に、地域で生活する個人・家族への支援をきっかけとして、地域全体を視野にいれ、住民や関係者と協働した活動を組織的に行う際の活用である。たとえば、多職種で連携して家族支援を行う際に同じ評価指標を共有することで、問題意識の共有や目的の共有、役割分担や支援方法の検討に活用していくことができる。また、対象集団別や地域単位別の分析では、その集団や地域の家族の実態を把握し、共通性を見いだすことで、それらを踏まえた保健事業の企画・立案・運営・評価や保健福祉計画等の策定に必要な基礎的なデータとして活用していくことができる。

第3に、保健師等の個別性に応じた人材育成における活用である。たとえば、理論や家族アセスメントモデルを職場内の事例検討などの機会に用いることで、支援事例の振り返りやアセスメントに必要な情報を系統的に収集するための実践力の向上に役立てることができると考えられる。また、家族支援の実践能力は現場での経験を積み重ねることによって高められていく^{25, 28)}専門的技術であるため、家族支援実践力尺度などの対人支援能力を測定する既存の尺度²⁵⁻²⁸⁾を用いて、経験の節目における自己評価や他者評価を行うことで達成度や今後の課題を確認するための形成的評価に活用していくことができる。

研究においては、共通する課題をもつ集団を対象に家族にかかわる評価指標を活用することで、個人・家族の健康問題の把握にとどまらず、対象集団に共通する健康課題を把握する指標として活用していくことができる。たとえば、3歳児健康診査を受診した児の問題と家族機能(Family APGER score)を調査した研究では、家族機能が低得点群の家族では「育てにくさ」を感じており、児の問題行動が有意に高いという結果が報告されている¹⁹⁾。時間の限られた乳幼児健康診査などの場面では、自ら訴えることができない家族は、支援の必要性があっても見逃される可能性がある。そのため、家族支援においては家族のなかの個人だけではなく家族全体を視野に

入れ、支援の必要性がある家族の健康ニーズをアセスメントできる評価方法を検討していく必要がある。本稿では紙幅の都合で取り上げることができなかったが、このほかにも家族支援に活用できる尺度として、地域で情緒障害児を養育する親やその他の家族員のエンパワメントを評価する34項目3つのレベル(家族、サービスシステム、地域・政治的環境)からなる家族エンパワメント尺度(Family Empowerment Scale)^{29,30)}や、乳幼児健康診査等でさまざまな健康レベルの家族に使用できる26項目5つの下位因子からなる幼児をもつ親の家族エンパワメント尺度³¹⁾も開発されている。地域看護実践においては、多様化・複雑化する家族の潜在的なニーズをどのようにアセスメントするかということに困難を感じる場面がある。今後は、本稿で紹介した家族アセスメントモデルや尺度等の評価指標を組み合わせて活用するとともに、家族支援のアウトカム評価に活用できる尺度を用いた研究のさらなる発展が期待される。

以上のことから、地域における家族支援の実践や研究の発展のためには、まずこれらの評価指標を活用し実践能力を高めること、次いで現場の実践者と研究者が共同で研究を行える体系的な人材育成体制の構築、さらに既存の評価指標を用いた実践的研究の蓄積とさらなる有用な評価指標の開発が求められる。

【文献】

- 1) Harmon Hanson SM・Boyd ST：第1章 家族看護学とは。Harmon Hanson SM・Boyd ST, 村田恵子・津田紀子・荒川靖子(監訳), 家族看護学—理論・実践・研究, 3-32, 医学書院, 東京, 2001.
- 2) Friedman MM：家族についての概論。Friedman MM・野嶋佐由美(監訳), 家族看護学 理論とアセスメント, 3-19, へるす出版, 東京, 1993.
- 3) 家族ケア研究会：第1章 家族ケアの基本。家族ケア研究会, 家族生活力量モデル アセスメントスケールの活用方法, 1-4, 医学書院, 東京, 2002.
- 4) 鈴木和子：家族を理解するための諸理論。鈴木和子・渡辺裕子, 家族看護学 理論と実践 第4版, 46-60, 日本看護協会出版会, 東京, 2012.
- 5) 野嶋佐由美・川上理子・中野綾美他：6章 家族を理解するための理論や考え方。野嶋佐由美(監修), 家族エンパワメントをもたらす看護実践, 85-93, へるす出版, 東京, 2005.
- 6) 遊佐安一郎：一般生物体システム理論。遊佐安一郎, 家族療法入門：システムズ・アプローチとの理論と実際, 30-36, 星和書店, 東京, 1984.
- 7) Friedman MM：家族のヘルスアセスメント。Friedman MM・野嶋佐由美(監訳), 家族看護学 理論とアセスメント, 131-360, へるす出版, 東京, 1993.
- 8) 法橋尚宏・福島道子・長戸和子他：家族アセスメントモデル 家族支援モデル。法橋尚宏(編著), 新しい家族看護学 理論・実践・研究, 80-118, メヂカルフレンド社, 東京, 2010.
- 9) 福島道子・島内 節・亀井智子他：「家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標」の開発。日本看護科学会誌, 17(4)：29-36, 1997.
- 10) 家族ケア研究会：第2章 家族生活力量モデル。家族ケア研究会, 家族生活力量モデル；アセスメントスケールの活用方法, 5-11, 医学書院, 東京, 2002.
- 11) 家族ケア研究会：第3章 家族アセスメントツール。家族ケア研究会, 家族生活力量モデル；アセスメントスケールの活用方法, 13-23, 医学書院, 東京, 2002.
- 12) 福島道子・北岡英子・大木正隆他：「家族生活力量」の視点に基づく児童虐待が発生している家族に関する事例的研究。日本地域看護学会誌, 6(2)：38-46, 2004.
- 13) 守村里美・白井英子・岩本 泉：ハイリスク母子への家庭訪問における保健師の支援の傾向と課題：家族生活力量モデルを用いた初回訪問と継続訪問の分析から。保健師ジャーナル, 64(7)：642-647, 2008.
- 14) 野嶋佐由美・中野綾美：家族エンパワメントをもたらす看護実践。へるす出版, 東京, 2005.
- 15) 坂井麻耶・石見和世：母親と子どもが障害を持つ家族の在宅療養復帰への支援：家族エンパワメントモデルを用いて。家族看護, 2：140-147, 2012.
- 16) 市川百香里：重度心身障がい児を抱える家族の支援：障がいを持つ子どもの家族に焦点を当てて。保健師ジャーナル, 74(9)：758-763, 2018.
- 17) 草場ヒフミ・小野智美：第5章 家族アセスメントと介入。SM ハーモン ハンソン・ST ボイド・村田恵子・津田紀子・荒川靖子(監訳), 家族看護学—理論・実践・研究, 89-106, 医学書院, 東京, 2001.
- 18) Smilkstein G：The family APGAR：a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6：1231-1240, 1978.
- 19) 和田紀子：三歳児健診を受診した児にみられる問題と家族機能の評価。小児保健研究, 59(1)：25-34, 2000.
- 20) 塩川広郷：幼児の養育者用ライフイベント質問票の作成。自治医科大学紀要, 30：165-172, 2007.
- 21) 鈴木和子：家族の形態と機能。鈴木和子・渡辺裕子, 家族看護学；理論と実践 第4版, 34-42, 日本看護協会出版会, 東京, 2012.
- 22) 佐伯俊成：Family Assessment Device (FAD) 日本語版の信頼性と妥当性。精神科診断学, 8(2)：181-192, 1997.
- 23) 松田明子：在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無

- と家族機能との関連. 老年社会科学, 25(4): 429-439, 2004.
- 24) 新井陽子: 産後うつ予防的看護介入プログラムの介入効果の検討. 母性衛生, 51(1): 144-152, 2010.
- 25) 松坂由香里・荒木田美香子: 行政保健師の家族支援実践能力尺度の開発: 信頼性・妥当性の検討. 家族看護学研究, 22(2): 74-86, 2017.
- 26) 吉岡京子: 保健師の実践能力. 日本地域看護学会誌, 17(3): 93-96, 2015.
- 27) 塩見美抄: 保健師の専門能力とその評価指標に関する概観. 日本地域看護学会誌, 24(2): 76-82, 2021.
- 28) 佐伯和子・和泉比佐子・宇座美代子他: 行政機関に働く保健師の専門職遂行能力の発達: 経験年数群別の比較. 日本地域看護学会誌, 7(1): 16-22, 2004.
- 29) Koren PK, Dechillo N, Friesen BJ: Measuring empowerment in families whose have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37(4): 305-321, 1992.
- 30) 涌水理恵・藤岡 寛・古谷佳由理他: 障害児を養育する家族のエンパワメント測定尺度Family Empowerment Scale (FES) 日本語版の開発. 厚生指標, 57(13): 33-41, 2010.
- 31) 佐藤美樹・荒木田美香子・金子仁子他: 幼児を持つ親の家族エンパワメント尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌, 67(2): 121-133, 2020.

日本地域看護学会委員会報告

2020年度第2回日本地域看護学会研究セミナー 「マルチレベル分析の理論と実際」

2019～2020年度研究活動推進委員会

日本地域看護学会誌, 24(3): 61-72, 2021

I. はじめに

本学会では、地域看護学を「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」と再定義した(地域看護学の再定義(2019年)). http://jachn.umin.jp/ckango_saiteigi.html).

地域看護の対象である多様な場や人々の特徴からは、サブコミュニティを見いだすことができる。その階層構造を生かしたマルチレベル分析について学び、人々やコミュニティと協働しながら効果的な看護実践を展開するためのエビデンスについて考える機会として、2020年度第2回日本地域看護学会研究セミナーを企画した。

II. 研究セミナーの概要

1. “マルチレベル分析の理論と実際”と講師

研究セミナーは“マルチレベル分析の理論と実際”と題し、講師は東北大学大学院医学系研究科教授で医学統計学の専門家である山口拓洋氏に「マルチレベル分析の理論」を中心に、慶應義塾大学看護医療学部教授の田口敦子氏には「マルチレベル分析を用いた地域看護学研究の実例」についてご講演いただいた。

2. 日時・方法

2021年3月13日(土)10:00～12:00にライブ配信によるオンラインセミナーを開催した。ライブ配信を収録し、翌日3月14日(日)～21日(日)の期間、オンデ

マンド配信を行った。

3. 参加者数

オンラインによる研究セミナーの参加者数は、210人であった。参加者の内訳は、学会員182人、非会員7人、学生(学部・大学院)21人であった。

III. 講演①「マルチ分析の理論と活用」(資料1)

講師：山口 拓洋氏(東北大学大学院医学系研究科)

1. マルチレベル分析とは

1980年代くらいから、特に社会科学、行動科学の分野で発展してきた解析方法で、マルチレベルモデル、混合効果モデル、階層型モデルなどといわれている。

対象とするデータはグループ化されたデータ、グループごと、クラスターごとにとられたデータ、あるいは階層的な構造になってデータをとられたもので、こういう相関のあるデータに対して用いられるモデルがマルチレベルモデルで、そのモデルを使った分析方法がマルチレベル分析ということになる。

まず研究対象集団があり、たとえば施設ごとにデータがとられる。各施設には、それぞれ各個人、対象者がいる。こういう階層のかたちになっているデータを階層構造、階層データ、施設ごとにグループ化されたデータ、あるいは、クラスターデータという。

データを測定する最初の単位をレベル1ユニットといい、その次の測定単位が施設ごとに各個人のデータがとられているということで、施設単位がレベル2ユニット

という。

以下は、1つ目のポイントである。クラスターが異なれば、そのデータは相関がないと考えてよい。一方で、同じクラスター、同じ施設での個人の結果や同じ家族、母親と子どもの結果など、同じ家族ごとや同じ施設ごとでとられている。そこに相関が生じてくる。これをクラスター内相関、級内相関などという。ここをどう考えていくか、解析でどう考慮していくかがポイントとなる。

2. Bravoらの研究

まず事例として、介護ケア施設のクオリティにどういった要因が関係するかを調べたBravoらの論文を紹介する。階層モデルでマルチレベル分析を使っているということで、2つの利点がある。

1つ目の利点は、同じ施設であれば、その同じ対象者は当然データには相関が生じているため、そこを考慮することが可能である。2つ目の利点は、各個人のキャラクターや要因と施設のいろいろな要因の両方を考慮することができる。ケアのクオリティに対して、個人要因だけではなく施設要因も考慮することが可能であることで、レベル1・2のユニット両方の、さまざまな特徴を考慮することができる。

2つ目の利点は、施設ごとにデータがとられているが、施設間差のようなもの、クラスターが地域であれば地域間差ということになるが、なぜ差があるのかを検討できることが、この分析のポイントである。

その施設に関する要因で、たとえば何人ぐらいその施設で雇っているのか、その施設のマネジャーはどのくらいトレーニングを受けているのか、そういった要因によっても変わってくるので、このような分析が可能であることがメリットのひとつである。

まず考えるのは、レベル1モデル、この場合でいうと施設内のモデルになるが、ある施設に属する各個人の結果に対して、Xは個人レベル、いろいろな年齢や変数を説明変数としてモデル化する。その年齢やさまざまな個人レベルの変数の影響が施設ごとで違っているというモデルを立てる。

続いて、レベル2としてのモデル化は、その年齢の影響などが施設間で異なるという前提で、その施設特有の効果（施設間差）を推定するモデルである。しかしながら、たとえば各施設、人数が多ければ施設での年齢の影響、ある施設での性別の影響など、施設ごとに効果を推定することはできるが、1施設2〜3人しかいないよう

な場合には、その施設特有の効果の推定はむずかしくなる。では、どうすればよいのか。施設特有の効果がある一定の大きさでばらついている。平均的な施設よりも影響が大きい施設もあれば、小さい施設もある。平均的な施設の効果からの差を施設効果（施設間差）であると考え、その差は平均をとれば0になる（平均より効果が大きい（プラスの）施設もあれば小さい（マイナスの）施設もあるため、平均を考えれば0となる）。各施設の効果は、平均が0で、平均を中心にばらついており、そのばらつきを表す分散がある値の正規分布に従うという仮定をおく。こういう効果を変量効果という。一方で、回帰分析などをして、たとえば重回帰やロジスティック回帰分析などでてくるさまざまな要因のアウトカムに対するさまざまな要因の影響（効果）は固定効果や母数効果という。

施設の例でいうと、各施設にそれなりに人数がいる場合には、各施設の効果も固定効果として推定することができる。一方で、サンプル内のクラスター数や施設数が多い場合、クラスターごとあるいは施設ごとのサンプル数は多くなく、通常は各施設の効果（固定効果として）推定することは不可能である。このような場合は、施設効果がある分布に従う変量効果として考慮することで、対応することが可能である。通常は正規分布を考えるが、なにか正規分布などに従うという仮定において、効果を推定する場合、変量効果あるいはランダム効果という言葉をする。ここが1つわかりにくいところであるが、こういった変量効果も含んだモデルを混合（固定効果と変量効果が両方混ざっているという意味）効果モデルとっている。通常の回帰モデル、たとえば重回帰分析、分散分析、共分散分析などは一般線形モデルとよばれ、さらにロジスティック回帰分析などを含んだ場合には一般化線形モデルなどとよばれるが、これに変量効果が入ったようなモデルのことを一般線形混合効果モデル、一般化線形混合効果モデルとよぶ。

Bravoらの例では、関心のあるアウトカムに対して、レベル1モデルで施設ごとのさまざま異なる変数の影響、個人のレベルの変数の影響が施設ごとに違うと仮定をおく。施設ごとに違う効果（施設効果、施設間差）は変量効果に従う、そのようなモデルを考える。

施設間差などを考えない場合には、個人の影響はさまざまな個人レベルの変数で影響を受けているため普通の重回帰分析となるが、それだけではなく、平均的な施設の効果からの差のようなものを考える。それを変量効果というかたちで形式化しているところが、この混合効果

モデルのポイントとなる。

もう1つ、先ほどさまざまな個人レベルの変数の影響などが施設によって異なるモデル化を考えたが、ではなぜ異なるのか、ということにレベル2モデルにて着目する。さまざまな施設の影響がなにに起因しているのか、その原因を調べたい場合に、各施設効果に対して、なにか施設レベルでの変数、たとえば施設の規模や何人ぐらい対象者がいるのか、設立してから何年経過しているか、スタッフ数は何人くらいいるかなどの要因が影響しているかどうかを分析することも可能である。

Bravoらの論文では、各介護施設での対象者が評価した施設の質に対するスコアがアウトカムになっている。個人レベルの変数(レベル1の変数)として年齢、性別、認知機能など。施設レベルの変数として、マネジャーやスタッフのキャラクター、さまざまな施設での特徴を表す変数がレベル2の変数となる。

また級内相関係数、クラスター内相関係数を求めることにより施設間でどの程度ばらつきがあるのか、かつ、施設内の個人間でどの程度ばらついているかということがわかる。

冒頭にも記したが、同じ施設内での個人なので相関がある、つまり結果変数、反応変数に相関があるということ。この相関が生じているところで解析方法を考慮しなければいけないところがポイントになる。

レベル1モデルの次のレベル2モデルはどうするかというと、個人レベルの変数で、反応変数に影響を及ぼす変数を同定することで、どういった変数に施設間差があり、施設による影響が異なり結果に影響を及ぼしているのか検討していく。

ここまでをまとめると、分析によりコグニティブ・ファンクションなどに関しては、反応変数に影響を及ぼしている変数のようである。かつ、その影響の大きさは施設間差がありそうだ。ある施設は大きく、また、小さい施設もあることがわかったことになる。

次に、その施設レベルの変数で、施設効果に影響を及ぼす変数を探す。先ほどは個人レベルの変数で年齢や性別、コグニティブ・ファンクションということであったが、レベル2ではマネジャーのさまざまなキャラクターや、施設のキャラクターということになり、どのような施設レベルの変数がアウトカムに影響を及ぼしているのか、そういう変数があるのかどうか、ということになる。各施設でのコグニティブ・ファンクションの影響が、たとえばマネジャーの年齢によって異なっているのかどう

か、あるいは外部の協力者の数によって異なっているのかといったことを検討していることになる。

結果として、コグニティブ・ファンクションがアウトカムであるケアの質に影響があり、影響の程度に施設間差が認められた。そのコグニティブ・ファンクションの影響の施設間差については、マネジャーがトレーニングを受けている施設か否かによって、コグニティブ・ファンクションとケアの質の関係が異なることがわかった。

繰り返しになるが、まずさまざまな個人を表す変数のアウトカムに対する効果に施設間差があるかどうかを検討し、施設間差があった場合に、影響を及ぼしている原因は何であるか、どうしてそういう施設間差が起きているのか、その原因のひとつにマネジャーがトレーニングを受けているかどうか、ということであった。

最終的に、多くの変数を同時に検討して行った結果、何人ぐらい介護者がいるのか、そして施設の規模によってもコグニティブ・ファンクションがクオリティに対してどういった影響を及ぼしているのかという関係性が異なっていることもわかった。

以上、Bravoらの論文を例にあげて説明した。

3. 田口氏の研究

次に、田口氏らの研究について導入的なことを説明する。

健康推進員が主導で健康教室を行い、参加者への効果があるのかを滋賀県彦根市で検証した。栄養や食事に着目し、「バランスよく食べて介護要らずの生活を」というテーマで、食品摂取多様性をアウトカムとし、健康教室を行うことで介入効果があるかどうかを検討した。

2014～2015年に4地区それぞれで介入した時期と介入しない時期があり、こういったデータを使い、その介入の効果、健康教室を開催した影響を調べた、というデザインである。クラスターは地域で地区ごとに行う、いわゆるクラスター割付のデザインになっている。同じ地区でその健康教室を受けた人をクラスターとしてデータを得た。通常、各個人で介入や治療が変わってくるが、同じ地区で、同じ健康教室に参加した人たちのデータということになる。

地域看護学ではこういった研究が多いと思われるが、個人単位での介入はなかなかむずかしかったり、地域全体として予防的な観点からさまざまな疾病やイベント発生を抑えたいなどがあると考えられる。個人単位では、たとえば隣人や近所、知り合いが教室を受けている、な

にか介入を受けたら、自分も受けようといったことが起こる可能性があり、地域単位でやったほうがそれだけメリットが多いと考える。

今回は健康教室であるが、このような研究は国内外で多くあり、たとえばダイエットメニューの研究や禁煙プログラムはアメリカに多く、日本でも実施されているが、学校や職場単位で割り付けられたり、テレビでCMを流すなどマスメディアを使ったり、地域や学校という単位で、介入を行う・行わないなど、介入方法を変えるという研究デザインがとられている。

有名な事例を2つ挙げると、発展途上国の特に乳幼児の死亡率が高いところで、ビタミンAの介入をする・しないという研究がある。これは農村をクラスターとして、クラスター割付して、ビタミンAの効果をみている。また、禁煙に関して大規模なコミットという有名な研究があるが、アメリカの22地域に対してマスコミを使ったキャンペーンをやる・やらないという比較研究が行われている。

こういった研究は、マルチレベル分析の対象になり、当然クラスター単位でしか効果をみられないこともある。あとは行いやすさである。たとえば同じ家族で、兄はこちらの介入で、妹は別の介入というより家族単位で行ったほうが行いやすいということもあり、このような研究は大変増えている。

問題は、結局相関のあるデータになっているため、そこをきちんと解析段階で考慮しなければならないということである。同じクラスターに属する人は、さまざまな意味でいていところがあるため、同じような結果、相関があるというところがポイントである。

先ほどのBravo氏の例ではクラスター内相関0.8程度で高かったが、級内相関係数の値や相関が高ければ高いほど、当然結果が似てくる。たとえば相関が1であると、10人いても1人いても、結果が同じとなり、個人数と同じだけグループ数が必要となってしまう。完全に相関が0であれば、個人割付と同じようなサンプルサイズで済むというところで、サンプルサイズが増えてしまうということが、このデザインのデメリットというか、仕方のないところになる。

したがって、研究デザインを考えるときは、何クラスターほどであると考えなのか、1グループあたり何人ほどいるのか、級内相関係数はどの程度かということをも具体的に調べることで、デザイン段階で考えることと、解析方法をマルチレベル分析がよいのか、あるいは他の分析

方法がよいのか、目的に応じて考える必要がある。

各個人の結果が、まず施設間で差があること。施設ごとに平均スコアがいくつぐらいか、それがばらついているということ。そういったモデルを考えることとなる。施設内相関、クラスター内相関がどの程度か、特に研究デザインを考える場合には検討が必要である。このデザインの考え方の基になっているのが、先ほどの階層モデル、マルチレベルでのモデルということになる。

余談ではあるが、クラスター内相関の大きさが ρ とすると、Mが何クラスター程度あるか、通常、個人ごとに割付ける場合と比べて、 $[1+(m-1)\rho]$ 倍くらいのサンプルサイズが必要になるといわれている。

田口氏の研究でむずかしいところは、さらに階層構造になっていることである。地区ごとに介入がある・ないがあり、かつ、継時的にデータを複数ポイントでとっているため各個人で結果が複数、レベル3まであり、さらにむずかしい構造になっているのが、複雑なところである。3段階モデルになっているが、考え方は同様で、3回アウトカムをとっている場合には各時点、この場合でいうと、1時点目、2時点目、3時点目で上にあがって、その時点効果がどうなっているか、各時点の効果がどうで、その時点の効果に個人の影響があるかどうか、それを見るのがレベル1モデルになる。

レベル2は、そのうえで個人間差があるのかどうか。あった場合、それに対して、施設間差があるのかどうか。個人間差をその施設の影響があるかどうかでモデル化することがレベル2モデルである。

さらに、レベル3モデルは、施設間差がもしあったら、それがどういう要因で施設間差が生じているのか。やっていることは2段階モデルの話とまったく同様で、より上にあがって行って、下のレベルに対して、その上のレベル、たとえば時点効果に対して個人の影響がどうか。今度は個人効果に対して、施設の影響はどうか。こういったかたちで階層を考えてモデル化していくのが基本中の基本である。ただこのレベルが増えれば増えるほど、より複雑になっていくのが大変なところである。

まず個人で、この場合だと3時点あるので、個人で3個データがあり、この3個のデータの相関がどうなっているのかを考え、さらに同じ施設で対象者が複数いるので、その相関がどうなっているのかを考えることがむずかしいこととなる。

IV. 講演②「マルチレベル分析を用いた地域看護研究の実例」(資料2)

講師：田口 敦子氏(慶應義塾大学看護医療学部)

1. はじめに

地域看護領域を専門とする研究者として、マルチレベル分析を用いた研究の実践から伝えたいことは、3点である。

まず1点目は、地域看護ではマルチレベル分析に遭遇する機会が多いということである。やはり地域という対象に階層があるからで、都道府県、保健所、保健センターや市町村、中学校区、小学校区、そしてさらに住民というような階層構造があること、筆者らが扱う対象自体にそういう特性があるので遭遇しやすい。リサーチクエスチョンを全うしたいときに、複雑な解析になってしまうところがむずかしいと考える。

本稿では「健康推進主導の地域在住高齢者の食バランス改善プログラムの効果」について述べる。

まず健康推進員の仕組みとしては、個人ではなく世帯加入、また、行政との強い結びつきがあり、1つの組織と考えられている。一般的には地縁組織ともよばれており、地の利、地理的なグループを基盤としているところに特徴がある。

自治会とまた異なる点は、健康にフォーカスをして活動をしているグループであるが、専門職ではなく一般の住民であることである。最初は第二次世界大戦直後などに低栄養の状態であったり、感染症で亡くなる人がいたりということで、これらの改善を目的に立ち上げられた。現在では生活習慣病や介護予防に関して活動をされていることが多く、今後また健康課題に応じて変遷していくと思われる。

特徴としては、行政が育成支援しているところ、そして健康の知識をもつ住民として情報の伝達や相談にのっていることで、行政と住民とのパイプ役といわれている。

わが国ではいろいろな名称の推進員があり、食事にフォーカスをした食生活改善推進員、赤ちゃん訪問などを行っている母子保健推進員などがある。アメリカやカナダにも似たようなルーツをもつ組織があり、レイ・ヘルス・アドバイザー(Lay Health Advisor)、ナチュラル・ヘルパー(Natural Helper)、コミュニティー・ヘルスワーカー(Community Health Worker)といわれる組織がある。

わが国の食生活改善推進員は全国的な組織であり、84.5%の市町村が設置、健康推進員は63.2%である。最近、近所付き合いが少なくなっていることから地縁組織をつくっていく、継続していくということがむずかしく、課題も多い。状況としては参加者の減少や、新しいメンバーが入らない、そして、活動内容がマンネリ化してリーダーの後継者がいない等悪循環になり、継続させむずかしく、やめてしまう地域も多いといわれている。筆者が関わった滋賀県彦根市等でも、継続がむずかしく今後どうしようかというところで、行政と共に取り組んだ研究である。その解決策では、活動の魅力を高めていくことが重要であり、どうしたらよいか3点挙げた。まず、推進員は一般の人なので、得意なことが生かせることが必要なのではないか。また、負担があまり大きくないということである。活動内容がむずかしくないということが重要である。住民のために働くため、住民が困っていることが解決でき、成果がみえやすいこと。さらにみなに共通することは、ありがたいといわれたときがもっとも嬉しいということであったため、健康教室のなかで参加者から感謝されていることが実感できるように考えた。

滋賀県では、食生活推進員と健康推進員を兼務しているため、栄養面の知識には強かったことから、栄養バランスに焦点を当て、介護予防が必要な年代を対象に健康教育を行うこととした。

焦点を当てたのが、食品摂取多様性であった。食べている食品の多様性が低いと、要介護状態へのなりやすさや死亡率に関連するというエビデンスがあり、これを用いて実施した。具体的には10種類、肉や魚、卵、豆など、だいたい毎日食べている場合は1点、それ以下の場合は0点として、10点満点で換算した。3点以下は要注意で要介護状態にもなりやすい。4~8点があと一息、9~10点は素晴らしいということで、これをアウトカムとして、健康教室を行った。

研究枠組みとしては、健康推進員主導型のプログラム、つまり健康推進員が健康教室を実施し、参加者の効果がどうか、実際に食品摂取多様性で効果を確認し、さらに実施した健康推進員の効果を目的とした。今回はこちらの結果を主に説明する。

2. 研究の紹介

具体的な健康教室実施について、まず小学校区の65~74歳の住民全員にアンケートを実施した。そこで食

品摂取多様性の3点以下を対象に、健康教室の案内をして参加者を募集し、教室を提供した。

研究全体のデザインにはクロスオーバー法を用いている。先発の介入と表現するが、最初に健康教室を行う、その前にベースラインで調査をして、その後にも測定。後発の介入には教室開始まで待機してもらう期間を設けている。さらに健康教室を同じように受けてもらい、3回測定しており、先ほどこの辺りが複雑であるといわれていたところである。

対象者全員4地区で3,086人にアンケートを郵送し、食品摂取多様性スコアにチェックを依頼し、返答が6~7割(1,972人)であった。そのうち該当者は5~6割(1,220人)で、その人たちに健康教室の案内を郵送し、参加者は93人であった。人数減については見込めなかったところであった。

マルチレベル分析の適用理由としては3回測定という点である。それぞれの地区で3回測定していること、さらに、地区の特性を考慮しなくてはならないということで、マルチレベル分析の適用を検討すべきデザインといえる。

次に結果である。ベースラインの基本属性は平均年齢が68、69歳であった。健康教室の実施を先発地区と後発地区にわけて実施した。

先発も後発も、最初のスコアは平均1.73や1.66であったが、先発介入群の方は教室実施後に約3点上がっており、後発も自然に上がってしまった部分もあったが、教室実施後は同様に約3点上がった結果になった。したがって、結果的には推進員が実施した健康教室は効果があったという結論が得られた。以上が研究の紹介である。

3. 統計専門家と共同する際のポイント

まず、1点目は研究デザインから相談することである。統計のところのみ相談されても困るといわれることがある。たとえば研究全体のデザインやサンプルサイズなどから相談することが重要であると考えられる。

2点目は、共同方法ははじめに明確にしておくことである。研究体制や、助言を得るポイントである。どこで助言をもらおうと、より確実に進めていけるのか、介入研究などはどんどん進んでいくため、手遅れにならないようにどこで相談すればよいのかをあらかじめ確認するようにしている。

3点目は、論文執筆では、統計的な執筆が過不足ないかということも確認するようにしている。全過程を共

に共同研究として行っていくことがやはり重要であると感ずる。

4点目は信頼関係づくりについてである。山口氏との共同研究体制も10年以上になるが、はじめは自分がどういう専門性をもっているのか、どういった考えで行っているのかということをしていねいに説明しながら行っていくことが重要である。さいわい地域看護に興味をもってくださり、おもしろいと言ってくれるため、いっしょに取り組ませてもらいよかったと思っている。

V. 山口氏からの補足説明・まとめ

本稿では地域単位で得られるデータ、いわゆるクラスターデータを中心に述べた。反復測定データ、たとえば時系列的にアウトカムを複数時点とっていくようなデータで同じようなイベントを繰り返すようなもの、あるいは今回紹介したクラスターデータや、調査票の尺度開発などではテスト・リテスト等、これらは前後という意味で関連のあるデータである。あとは疾病地図、全国都道府県の標準化死亡比(SMR)などを出すときは空間データやいわゆる地理のデータ等である。こういった場面では、マルチレベルモデルというよりも、より広い意味で混合効果モデルが適用されている。

本稿の例のように施設間差や地域間差がある場合には、積極的にどういう理由なのか、あるいは考慮した解析を行いたい場合に、このような分析が使われるということをもっと押さえておいていただきたい。

施設間差や地域間差、あるいは個人間差などを、本稿で紹介した言葉でいうと、変量効果というもので考えて、なぜそういう施設間差が生じているのか、原因が何であるか、生じている場合は、そのばらつきの大きさはどのくらいなのかといったことを主要な目的とするような考え方である。マルチレベル分析は、まさにそういった目的に適する解析方法(対象特定アプローチ)であると考えられる。

一方で、そういうことに興味がなく、たとえば健康教室を行ったとする。どのくらい効果があったのかさえわかればよい。相関が生じているようなデータで、個人差や地域差も当然あるのだろうが、平均的にどの程度の介入効果なのか、治療効果なのか、などに興味がある。そういったアプローチを「集団平均アプローチ」という。

どちらのアプローチを行うかによって、解析方法は当然変わってくるため、そこは研究計画を立てるうえで、

デザイン解析計画を考えるとよいと思う。

今回の例でいうと、施設ごと、地域ごとにさまざまな要因の効果が違う、施設ごとに年齢の影響が異なる、施設ごとに性別の影響が異なるなど、そういったモデルを考えるとということである。もし相違点があるのならば、ばらつきの大きさがどの程度であるか、あるいはその相違点に影響を及ぼしている要因は何であるのかを考えていくことである。なおかつそのときに、各施設や各地域の数が多ければ、直接その施設での効果の大きさなどを推定するが、それがむずかしい場合、変量効果やランダム効果という考え方を取り入れて、解析で対応することになる。

広い意味でクラスター内の変数か、クラスター同一地域、同一施設に複数人いる対象者が同じ施設、同じ地域であるということ、結果に相関が生じている。そこを考慮できるようになかたちになっている。

多少むずかしい言い方になるが、クラスター間は、クラスターが施設であれば施設間で、どの程度その施設の影響があるのか。クラスター内は、同じクラスター、同じ施設のなかでの個人間のばらつきがどの程度かということである。施設間差が非常に大きいのかどうか、むしろ施設間差はさほど大きくないのかなど、そういった評価を行うことも可能である。

さらに、施設規模など施設の要因、あるいは施設のなかの個人の要因、年齢、性別など両方を考慮したかたちで、それぞれがどういうかたちでアウトカムに影響しているかどうかを調べることができるのもポイントである、という話であった。

ほかは、さまざまなパッケージ、統計ソフトがあること。階層モデル専用のソフトもある。最近ではパッケージもかなり発達しており、多様な分析ができると考える。数式の細かいところまで理解することを求めるつもりはないが、考え方や、どういったかたちで行っているのかなどは、ぜひ理解してもらえるとよいと思う。可能であればまわりの統計の専門家など、こういった分析に詳しい人と共同に研究を行ってもらえると、ありがたいと思う。

VI. 質疑応答

山口氏への質問

質問：具体的に階層構造を組む際に、人数は最低どの程度必要か、またサンプルサイズの考え方について、レ

ベルが2層になると必要となるサンプル数も増えることになるか。

回答：一般論としてレベルが増えていくとそれだけデータに相関がでてきたりするため、必要サンプルサイズとしては増えていくと考えてもらってよいと思う。あとは、何施設程度かについては、まず実施可能性等の面から制限されることが多々あると考える。

たとえばこのくらいの施設、このくらいの地域数しかできない等、その制限をまず考えてもらい、何地域のみであったら、1地域あたり何人くらいのデータをとってもらおうという相談になると考えられる。そのときに必要なことは、その効果がどのくらいか、どの程度見積もるかが重要なところと、あとは結果がどの程度似ているかということである。級内相関係数に関して述べたと思うが、先行研究か、あるいは事前に何人かに行ってもらいデータをとる等、見積もりのためのデータが事前に必要になってくると考える。

質問：理論的に理解したつもりであっても、いざソフトを使って分析しようとするとのどのように行えばよいかわからない、という状況に陥ることがある。なにか参考になる資料などあれば、教えていただきたい。

回答：

- 山口拓洋：グループを対象とした研究の計画と解析。看護研究, 36 (7) : 603-608, 2003.
- 藤野善久・近藤尚己・竹内文乃：保健医療従事者のためのマルチレベル分析活用ナビ。診断と治療社, 東京, 2003.
- 三輪 哲・林 雄亮(編著)：SPSSによる応用多変量解析。オーム社, 東京, 2004.

書籍や資料も参考になるが、大事なのは自分自身でまず行ってもらうこと、また、1つの考え方として、全て専門家に依頼することも1つの方法であると思うが、まず手を動かしてみて、そして見よう見まねで、参考書等のまねでよいから行ってもらい、あとはまわりに多少詳しい人や聞ける人がいるかどうか。結果は出てくるが、どう読み取ればよいか、どう解釈すればよいか、わからない部分、むずかしい部分は出てくる。解析処方や統計ソフトが発展して、むずかしい解析でもすぐできるようになったため、まず自身で行ってみて、わからなくなったところは専門家に聞いてもらえればと思う。

質問：疫学・統計学の先生と共同する際のポイントについて教えていただきたい。

回答：統計の専門家も10・20年前よりは大幅に増えてきているため、なにかあれば相談等してもらえればと思う。先生によって、最初の相談の仕方等、さまざまなパターンがあるため、まず身近なところで、統計や疫学で相談できるような先生を調べてもらい連絡をする、あるいはうかがって相談してもらうこと。相談に行くときは、適切なアドバイスのためにも、どういう目的で、どういった研究を行いたいのか、こちらになにを求めているのか、研究デザイン全般的なところで関わる、たとえば共同研究であるのか、あるいは解析の部分のみアドバイスをもらいたいのか等を明確にしてもらえればと思う。理想はやはり、研究デザインを考えるとところからいっしょに行ってもらうことが望ましい。お互い対等な立場で研究を行うことができればよいと思っている。

田口氏への質問

質問：最後の「助言を得るポイント」で具体的な時期や内容で参考になることを教えて欲しい。

回答：時期に関しては、はじめに確認しておくことがよいと考える。統計の先生に、長い経過があるため、どこで相談するのがタイムリーであるかということをお互い相談し合うことが重要であると考えている。あとはできるだけ限り全体を把握してもらうのに、頻回に進捗報告をしていくことも重要である。内容に関しては、必ず具体的なもの、分析したものをもってデータを見てもらうこと。どのようなデータを持参するかについても先生に相談・確認していくとよいと思う。

質問：今回の研究で、結果を地域の人々に還元して、どのように受け止められたのか教えてほしい。

回答：計画段階から、どういった趣旨で行いたいかについては、地区のなかに入って説明をするようにした。還元ということでは、実際に困りごとやみなとの共通ごとであったので、それに関してはいねいに説明会を行い、フィードバックをするようにした。地区が多くあると、競争意識もあったようで、張り切って行ってもらったり、その課題に対してみなが思いを寄せてくれたので、ここまで行うことができたのだと思っている。

VII. 研究セミナーを終えて

終了後のアンケートでは85人(回答率40.5%)から回答が得られ、内容については8割以上が「かなりよかった」「まあよかった」と答えた。マルチレベル分析の理論やその実際についての理解は7割以上が「理解できた」とあり、本セミナーの目的はおおむね達成できたと思われる。約2割は「理解できなかった」と回答したが、自由記載では「このセミナーを機会に学びたい」「さらに理解できるように勉強したい」「実際に活用してみたい」など多くの意見や感想が寄せられており、参加者のマルチレベル分析への関心の高さや今後に向けての意欲がうかがえた。今後、希望するセミナーのテーマについては「マルチレベル分析の第2弾」「そのほかのさまざまな分析方法」「事業や活動の評価」などについてあげられ、今後の企画への参考にしたい。

オンラインによるセミナー開催は2回目となり、主催者側も参加者側も慣れてきたように思われる。研究セミナーの会場に向かずとも、開始時間にデバイスを立ち上げれば、遠隔でも気軽に参加でき、オンデマンド配信の期間に何度でも聴講できるなどのメリットも実感できた。今後も、社会情勢に合わせたセミナー運営を進めていきたいと考える。

講師の先生方にはご多用のなか、大変わかりやすいご講演、また詳細な資料の提供を賜りましたこと、心より感謝申し上げます。さらに、本稿をまとめるにあたり、講演内容の確認もしていただき、誠にありがとうございました。

【文献】

- 1) 田口敦子・村山洋史・竹田香織他：地域保健に関わる住民組織の特徴と課題；全国市町村への調査。日本公衆衛生雑誌, 66(11)：712-722, 2019.
- 2) 田口敦子・村山洋史・宮尾智香子他：バランスよく食べて介護いらずの生活を！；彦根市における健康推進員主導の健康教室。保健師ジャーナル, 72(11)：893-934, 2016.
- 3) 村山洋史・田口敦子・宮尾智香子：健康推進員主導による健康教室の効果評価；滋賀県彦根市での取り組み。公衆衛生情報, 46(6)：26-27, 2016.
- 4) Murayama H, Taguchi A, Spencer MS, et al. : Efficacy of a community health worker-based intervention in improving dietary habits among community-dwelling older people ; A controlled, cross-over trial in Japan. *Health Education & Behavior*, 47 (1) : 47-56, 2020, doi: 10.1177/1090198119891975.

2019～2020年度研究活動推進委員会

委員長：大森 純子（東北大学大学院）
副委員長：和泉 京子（武庫川女子大学）
委員：北岡 英子（神奈川県立保健福祉大学）

平野美千代（北海道大学大学院）
松永 篤志（東北大学大学院）
山下留理子（国際医療福祉大学大学院）

マルチレベル分析の理論と活用

東北大学大学院医学系研究科
医学統計学
山口拓洋

日本地域看護学会 研究セミナー 13MAR2021

マルチレベル分析

○ 1980年代から社会科学や行動科学の分野で発展

- マルチレベルモデル Multilevel Models
- 混合効果モデル Mixed Effects Models
- 階層型モデル Hierarchical Models
- ...

階層構造

研究対象集団

施設1 施設2 施設3 ...

個人1 個人2 個人3 個人4 ...

level 2 units

level 1 units

混合効果モデル

- 通常の回帰モデル: 固定効果モデル
 - 一般線形モデル
 - 重回帰分析, 分散分析, 共分散分析...
 - 一般化線形モデル
 - ロジスティック回帰分析, ポアソン回帰分析...
 - 非線形モデル
- 固定効果と変量効果を両方含んだ回帰モデル
 - 一般線形混合効果モデル
 - 一般化線形混合効果モデル
 - 非線形混合効果モデル

健康推進員主導による健康教室の効果評価

一滋賀県彦根市での取り組み

- 健康推進員活動の効果を感ずるプロジェクト
- 推進員さんの得意分野である栄養/食事に注目して、健康教室「バランスよく食べて、介護いらずの生活を！」を企画
- 食品の摂取多様性(どれだけたくさんさんの食品を摂取しているか)に注目

クラスター(グループ)割り付け

- 通常のデザイン
 - 治療や介入の割り付けは個人単位
- クラスター割り付け
 - 治療や介入の割り付けはクラスター単位
 - 家族、学校、職場、地域...

地域やクラスターへの介入の理由

- 個人単位での介入が不可能
- 対象者を限定するよりも、地域全体として疾病発生を減少可能
- 地域の物理的・社会的・法的な環境の変化による予防効果
- 社会的な影響・地域内の交流による行動の変化
 - 混交 (contamination)

3段階モデル(概略)

研究対象集団

群1 群2 群3 ...

施設1 施設2 施設3 ...

個人1 個人2 個人3 個人4 ...

level 3 units

level 2 units

level 1 units

T1 T2 T3

- さらに複雑なモデル
- Level 1 model
 - 各時点の結果変数を考慮する
 - 各時点の covariate
 - 個人間差があるかどうか
- Level 2 model
 - 個人間差を推定効果でモデル化
 - 個人間差があるかどうか
- Level 3 model
 - 施設間差をモデル化

まとめ

- マルチレベルモデル
 - 個人単位での介入が不可能
 - 対象者を限定するよりも、地域全体として疾病発生を減少可能
 - 地域の物理的・社会的・法的な環境の変化による予防効果
 - 社会的な影響・地域内の交流による行動の変化
- マルチレベルモデル
 - 個人単位での介入が不可能
 - 対象者を限定するよりも、地域全体として疾病発生を減少可能
 - 地域の物理的・社会的・法的な環境の変化による予防効果
 - 社会的な影響・地域内の交流による行動の変化

資料2 マルチレベル分析を用いた地域看護研究の実例

一般社団法人日本地域看護学会
2020年度第2回研究活動推進委員会主催 研究セミナー
マルチレベル分析の理論と実践 2021/5/13

マルチレベル分析を用いた 地域看護研究の実例

慶應義塾大学
田口敦子

Contents

1. 地域看護ではマルチレベル分析の必要性は高い
2. マルチレベル分析を用いた研究の実例
3. 疫学・統計学の先生と共同する際のポイント

01 地域看護ではマルチレベル分析の必要性は高い

地域には階層がある

02 マルチレベル分析を用いた研究の実例

健康推進員のルーツ

個人ではなく、世帯加入
行政との強い結びつきがある

健康推進員の取り組み健康課題の変遷

健康推進員活動の継続をゆるがす3大問題

健康推進員活動の魅力を高める策は？

- 推進員の得意なことが活かせる
- 推進員の負担が少なく活動内容が楽しくない
- 住民が困っていることが解決でき成果が見えやすい

住民から“ありがとう”と言われる

健康推進員活動の効果を高めるように...

推進員さんの得意分野である栄養/食事に注目して、
健康教室バランスよく食べて、
介護いらずの生活を！を企画

健康教室のポイント

- 食品の摂取多様性：どれだけ多様な食品を摂取しているかに注目

食べている食品の多様性が低いと、要介護状態へのなりやすさや死亡率に関連することが知られている

- (栄養士・保健師さんではなく)地域の健康づくりのリーダーである推進員に教室を実施してもらう
- 参加者にとっての効果、推進員にとっての効果をしっかり調べる

食品摂取多様性スコア

• 普段食べている食品の種類の多さや少なさを判断できる
 • 以下の10食品について、ほぼ毎日（週5日以上）食べる場合は1点、それ以下の場合0点として、10点満点で算出

TOTAL AMOUNT OF DIFFERENT FOODS	Your Score
1. Meat	0-10点
2. Seafood	0-10点
3. Eggs	0-10点
4. Legumes	0-10点
5. Milk	0-10点
6. Green and yellow vegetables	0-10点
7. Seaweed	0-10点
8. Potato	0-10点
9. Fruit	0-10点
10. Fats	0-10点

※ 食品摂取多様性スコアは、2015年10月1日より実施されています。

研究の枠組み

健康推進員主導型プログラムの実施 → 参加者の効果（楽しさ、やりがい、食品摂取多様性） → 健康推進員の効果（楽しさ、やりがい、活動への自信）

教室実施までの流れ

小学校区の65-74歳の住民全員へのアンケート調査
 ◆ 地域の栄養に関する問題の把握
 ◆ 栄養改善に貢献する参加者の抽出
 ◆ スコアが低く以下を教室の対象者

教室の案内、参加者の募集 → 教室の実施

教室の実施概要

• 2014年に城北・城崎、2015年に佐和山・龜山で教室を実施
 • それぞれの教室の前夜で測定会を行い、教室の効果を調べる

2014年 2015年
 先夜測定会 城北・佐和山 測定会 教室 測定会 教室
 後夜測定会 城北・佐和山 後夜測定会 教室
 10月(9月) 20日(10月) 30日(12月)

参加者フロー

2014年 2015年
 城北 佐和山 亀山
 先夜測定会 先夜測定会 先夜測定会
 後夜測定会 後夜測定会 後夜測定会
 10月(9月) 20日(10月) 30日(12月)

マルチレベル分析の適応理由

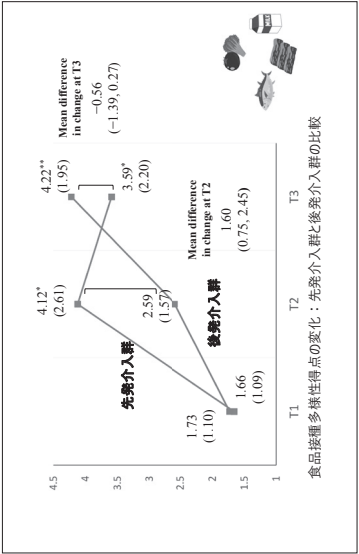
地区・個人間の影響を考慮

2014年(3回測定) 2015年(3回測定)
 城北 佐和山 亀山
 推進員 参加者 推進員 参加者 推進員 参加者

ベースライン時の基本属性

年齢(歳)	性別	職業	教育程度	居住地	先夜測定会	後夜測定会	p
68.1 ± 3.0	68.1 ± 3.4	68.1 ± 3.0	68.1 ± 3.4	68.1 ± 3.0	68.1 ± 3.4	68.1 ± 3.0	0.729*
26(63.4)	27(73.0)	26(63.4)	27(73.0)	26(63.4)	27(73.0)	26(63.4)	0.466*
7(17.1)	8(21.6)	7(17.1)	8(21.6)	7(17.1)	8(21.6)	7(17.1)	0.775*
12(28.3)	4(10.8)	12(28.3)	4(10.8)	12(28.3)	4(10.8)	12(28.3)	0.087*
23(56.1)	25(67.6)	23(56.1)	25(67.6)	23(56.1)	25(67.6)	23(56.1)	0.087*
1(2.4)	4(10.8)	1(2.4)	4(10.8)	1(2.4)	4(10.8)	1(2.4)	0.168*
5(12.2)	1(2.4)	5(12.2)	1(2.4)	5(12.2)	1(2.4)	5(12.2)	0.168*
4(9.8)	7(18.9)	4(9.8)	7(18.9)	4(9.8)	7(18.9)	4(9.8)	0.168*
30(73.2)	26(70.3)	30(73.2)	26(70.3)	30(73.2)	26(70.3)	30(73.2)	0.003*
2(4.9)	3(8.1)	2(4.9)	3(8.1)	2(4.9)	3(8.1)	2(4.9)	0.003*
4(9.8)	0(0.0)	4(9.8)	0(0.0)	4(9.8)	0(0.0)	4(9.8)	0.003*

* F-test, † chi-square test, ‡ Mann-Whitney U test.



疫学・統計学の先生と共同する際のポイント

- 研究デザインから相談する
- 共同研究の方法は最初に明確にしておく
 - 研究体制
 - 助言を得るポイント
 - 論文執筆
- 信頼関係づくりから

編集後記

編集後記を書いている11月末、COVID-19のオミクロン株が出現し、世界に不安が広がっています。本号が公開される頃には、少しでも状況がよくなり、会員のみなさま、ご家族、そして世界が落ち着いて新年を迎えられることを切に願っております。

さて、本号には、研究報告3編、資料1編が掲載されました。小規模町村における保健師活動や新人保健師に期待する実践能力といった保健師活動に関する論文があり、いずれも保健師の現任教育や実践活動に役立つ内容となっています。乳幼児をもつ母親の育児リテラシーに関する論文は、現代の情報社会において母親の育児支援に示唆に富む内容です。60歳代の疲労感と家庭内役割に関する論文は、核家族化と高齢化が進むなかで生じた、介護と孫の世話という新しい課題を認識させてくれる内容です。どれも時代に即した報告であり、地域看護実践にとって有意義な内容となっています。

私事ですが、今期より初めて本学会の理事、および副編集委員長を拝命しました。社会における看護ニーズの多様化などにより、地域看護の役割がよりいっそう重要になっている時期にこのような大役を仰せつかり、これまで以上に地域看護について考えるようになりました。第24回学術集会では、多様な場、多様な形で地域看護を展開している多くの実践活動が紹介され、地域看護の可能性に胸が躍りました。理事会では、時代に求められる地域看護のさらなる実践活動や研究活動の推進を図るべく、ワーキンググループも立ち上がりました。新しい地域看護の形とはなにか、可能性を秘めた実践と学問をみなさまといっしょに創造する機会に恵まれたことはうれしい限りです。どうぞよろしく願いいたします。

(蔭山 正子)

「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24巻第3号
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.24, No.3

発行日 2021年12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