

目次

| | | |
|-----------------|--|------------------------|
| 巻頭言 | | |
| 3 | 地域看護学定義に基づく2040リサーチアジェンダ24から未来へ | 石丸美奈 |
| 原著 | | |
| 4 | 10代初産母親の逆境的小児期体験(ACE)の特徴と 育児中の心身の健康、経済的状況との関連 | 大川聡子, 眞壁美香, 金谷志子, 上野昌江 |
| 研究報告 | | |
| 13 | 地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術 山下清香, 中谷久恵, 尾形由起子, 小野順子, 中山貴美子, 山口のり子 | |
| 22 | デイサービスに勤務する看護職の自律性に関連する要因 森 繁子, 松原三智子, 和泉比佐子 | |
| 32 | 精神障がいを抱える親の妊娠期から学童期における支援ニーズ 加藤ねね, 蔭山正子, 岩崎りほ | |
| 41 | 発達障害をもつ子どもとその家族における災害レジリエンス向上のための 災害準備指標の作成と信頼性・妥当性の検討 岩切茉祐, 内村利恵, 小寺さやか | |
| 50 | 乳幼児を育てる母親の育児幸福感に関連する要因 | 明野聖子 |
| 59 | 看護者対対象者の2者関係に基づく地域生活集団を対象とした看護モデルの開発 松下光子, 梅津美香, 大井靖子, 堀 里奈, 山田洋子, 山本真実 | |
| 69 | 新任期保健師のアセスメント力向上を目指した事例検討における質問の特徴 山下千絵子, 塩川幸子, 藤井智子 | |
| 資料 | | |
| 77 | 都道府県型保健所の地域精神保健福祉従事者における暴力予防のための工夫 および心がけ 酒井太一, 江口晶子, 川田梨絵, 岩清水伴美 | |
| 84 | 精神科訪問看護利用者が希望を語ることにつながった看護師の関わり 高木美歩, 福田和美 | |
| 委員会報告 | | |
| 92 | 日本地域看護学会定義に基づく2040リサーチアジェンダ24と次世代の 地域看護の発展に向けて 次世代育成推進委員会 | |
| NEWS FROM JACHN | | |
| 96 | NEWS FROM JACHN No. 22 | |
| 編集後記 | | |
| 106 | | 尾崎章子 |

Contents

Preface

- 3 Toward the Future : Overview from the Research Agenda 24 for Community Health Nursing in 2040
Mina Ishimaru

Original Article

- 4 The Correlation between Adverse Childhood Experiences (ACEs) of Teenage Mothers on Physical and Mental Health and Economic Status.
Satoko Okawa, Mika Makabe, Yukiko Kanaya, Masae Ueno

Research Reports

- 13 Skills Used by Public Health Nurses When Promoting Participation in Community Health Activities
Kiyoka Yamashita, Hisae Nakatani, Yukiko Ogata, Junko Ono, Kimiko Nakayama, Noriko Yamaguchi
- 22 Factors Related to the Autonomy of Nurses Working in Elderly People Daycare Services Facilities
Shigeko Mori, Michiko Matsubara, Hisako Izumi
- 32 Support Needs of Parents with Mental Disabilities from Pregnancy to School Age
Nene Kato, Masako Kageyama, Riho Iwasaki
- 41 Developing a Disaster Preparedness Evaluation Scale to Improve Disaster Resilience in Families of Children with Developmental Disabilities
Mayu Iwakiri, Rie Uchimura, Sayaka Kotera
- 50 Factors Associated with Child-care Happiness Scores of Mothers by the Age of their Children
Seiko Akeno
- 59 Development of Nursing Model Focused on Community Based on Person-to-Person Relationships between Nurses and Clients
Mitsuko Matsushita, Mika Umezu, Yasuko Ohi, Rina Hori, Yoko Yamada, Mami Yamamoto
- 69 Characteristics of Questions in Case Discussions Aiming to Improve Assessment Skills of Newly-appointed Public Health Nurses
Chieko Yamashita, Sachiko Shiokawa, Tomoko Fujii

Informations

- 77 Ideas and Intentions to Prevent Violence in Community Mental Health and Welfare Workers at Prefectural Public Health Centers
Taichi Sakai, Akiko Eguchi, Rie Kawata, Tomomi Iwashimizu
- 84 Psychiatric Home-Visit Nurses' Involvement Led to Clients Talking about Hope
Miho Takaki, Kazumi Fukuda

Committee Report

- 92 Research Agenda 24 for Community Health Nursing in 2040 Based on JACHN Definition and Strategies for Next Generation
The Committee on Next-generation Research Activity Promotion

NEWS FROM JACHN

- 96 NEWS FROM JACHN No. 22

Editor's Note

- 106 *Akiko Ozaki*

巻頭言

地域看護学定義に基づく
2040 リサーチアジェンダ 24 から未来へ

石丸 美奈

千葉大学大学院看護学研究院

日本地域看護学会誌, 26 (1) : 3, 2023

2021～2022年度は、地域看護学定義に基づく2040リサーチアジェンダ24と戦略の柱が作成され、のちにこれらを具体的に展開する委員会が2つ立ち上がり、魅力ある学会づくりに向けて活動が行われた。

リサーチアジェンダ24を提案したことは、田高悦子理事が第25巻第2号の巻頭言で説明しているが、これらは、2040年の社会のありようを考慮し実現したい未来を描き、そのためになにが必要なのかと考えるバックキャストの思考により進められた。では2040年に実現したい未来とは何だろうか。それは健康で安全な地域社会の構築であり、地域住民や地域の多様な主体が参画し地域を共につくっていく地域共生社会であろう。リサーチアジェンダでは、地域看護学および地域看護実践が、専門・非専門を問わず、また領域や分野を越えて、さまざまな人々との連携やパートナーシップを重視していることを踏まえ、主なパートナーのひとつに「住民や地域との協働」を掲げた。なかでも当事者との協働は重要であろう。

それは、国の施策においても当事者参画が進んできていることもある。たとえば、認知症施策推進大綱では、「普及啓発・本人発信支援」を認知症施策の柱のひとつとしており、認知症の本人からの発信の機会が増えるよう認知症の人が「希望大使」として任命されている。われわれは全国の認知症の人が認知症とともに生きていく姿をホームページで閲覧でき¹⁾、認知症とともに自分らしく生きるとはどういう経験かを知る。今後ますます、「支え手」「受け手」という関係を越えて、リサーチアジェンダにもある「生活課題を抱える当事者とともに挑む社会課題の解決」を追究していこう。

医学研究・臨床試験においては、患者・市民参画 (PPI; Patient and Public Involvement) の取り組みが推進されており²⁾、地域看護研究・実践においても研究チームへの当事者の参画は、地域看護の価値をいち早く伝えることとなり、地域看護学の再定義の普及になることだろう。

リサーチアジェンダの作成は、学会内では、委員会で活動のテーマを設定したり、学術集会でさまざまなプログラムをつくったりする際の活用が期待される。また、個々の研究者においても、卒業論文に取り組む学部学生から大型研究に挑むシニア研究者まで、さまざまなレベルの研究者の研究課題の選択、また一般市民への地域看護の諸課題に関する啓発などにも広く使用されることが期待できる。

2040年に本学会の理事を任命される者も、いまは、次世代の地域看護を発展させる研究や実践を担う若手人材である。次世代育成推進委員会の、多くが若手人材の当事者として、悩みを共有したり、研究・実践を各自が深めていったりできるようコミュニケーションリソースをつくるなど、若手人材の課題解決に取り組んでいる。これらの取り組みが未来へと続くことを期待している。

【文献】

- 1) 厚生労働省：認知症本人大使「希望大使」。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/kibou.html
- 2) 日本医療研究開発機構：研究への患者・市民参画 (PPI)。 <https://www.amed.go.jp/ppi/> (2023年2月3日)。

10代初産母親の逆境的小児期体験（ACE）の特徴と 育児中の心身の健康，経済的状況との関連

大川聡子¹⁾，眞壁美香²⁾，金谷志子³⁾，上野昌江²⁾

抄 録

目的：10代初産母親のACE（逆境的小児期体験）の特徴と，育児中の自尊心や育児感情，主観的健康感，経済的状況との関連を明らかにする。

方法：調査項目はACE，育児感情尺度，日本語版ローゼンバーグ自尊心尺度（RSES）10項目，家計の心配等とし，未就学児を育てる初産10代，20歳以上の母親各200人，計400人に調査を実施した。分析は，初産年齢別比較について χ^2 検定，10代初産を従属変数とし，ACE項目を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。さらに初産10代および20代のACE合計値が育児中の自尊心・家計の心配と関連し，自尊心を介して主観的健康感・育児感情と関連するという因果モデルを仮定しパス解析を行った。

結果：すべての項目に回答した289人を分析対象とした。ACE合計値は10代初産が有意に高かった。多重ロジスティック回帰分析で10代初産と関連がみられたACE項目は，身体的虐待（OR=2.67，CI=1.08～6.58），自然災害や事故によるストレス（OR=2.88，CI=1.33～6.25），家庭外のいじめや差別（OR=0.32，CI=0.14～0.69）であった。パス解析の結果，初産10代のACE合計値と育児中の自尊心（ $\beta = -.55$ ），家計の心配（ $\beta = .23$ ），自尊心と主観的健康感「健康でない」（ $\beta = -.76$ ）に因果関係が認められた。

考察：10代初産母親はACEをより多く経験していた。ACEは自尊心を介し主観的健康感に影響を及ぼすことから，10代母親においては特に心身の状況に着目し，受容することで自尊心を高める関わりが必要である。

【キーワード】 逆境的小児期体験（ACE），若年妊娠，若年母親，自尊心，育児感情，パス解析

日本地域看護学会誌，26（1）：4-12，2023

I. 緒 言

2020年の10代出産数は6,948人（人口動態統計）であり，前年度比834人（10.7%）減少し，全出生数の0.83%である。一方，同年の10代の人工妊娠中絶件数は11,058件（衛生行政報告例）である。10代での出産は全体としては少数であるが，その後の生活に大きな「社会的リスク」を抱えていく可能性が高い¹⁾ことから，養育

支援が必要な対象であるとされている。社会的リスクを抱える10代母親の育児支援を行うためには，母親たちが子ども時代にどのような経験をし，どう生きてきたのかを理解することが必要である。

子ども時代の経験を表す指標のひとつに，逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experiences；ACE）がある。ACEはアメリカで開発された，18歳までの有害な体験と長期的な健康との関係を特定する指標である。10項目で構成されており，内容は身体的・精神的虐待，ネグレクトの経験，家庭や地域社会での暴力の目撃，家族の自殺や自殺企図の有無を問う。また子どもの安全・安定や親との絆の感覚を損なう可能性のある子ども期の

受付日：2022年1月20日／受理日：2022年11月16日

1) Satoko Okawa：関西医科大学看護学部

2) Mika Makabe, Masae Ueno：四天王寺大学看護学部

3) Yukiko Kanaya：武庫川女子大学看護学部

環境、たとえば親の薬物乱用、精神疾患、親との離別、家族の取監なども含む²⁾。ACEが身体に影響を及ぼすメカニズムは、ACEピラミッドとして示されている³⁾、逆境的小児期体験により神経発達が中断し、社会的・情緒的・認知的障害を負い、健康リスクのある行動を選択するようになり、疾患や障害、社会的問題をもち、ひいては早世につながるという内容である。ACE数(以下、ACEスコア)の多さが症状や行動に及ぼす影響として、海外では、小児期の原因不明の身体症状(嘔吐・めまい・頭痛・便秘)⁴⁾、小児期の学習・行動障害¹⁾や注意欠如・多動症⁵⁾、教育達成度の低さ⁶⁾、14歳未満の違法ドラッグ使用⁷⁾、初交年齢の早さ、性感染症の罹患率、10代(思春期の)妊娠、ドメスティック・バイオレンス(Domestic Violence; DV)の被害・加害、自殺未遂⁸⁾、脳血管疾患⁹⁾、循環器疾患・がん⁸⁾などの生活習慣病の発症の増加が指摘されている。育児期の母親においては、ACEが自尊心の低下を介して抑うつ症状につながる¹⁰⁾ことや、貧困¹¹⁾との関連が指摘されている。

日本では、児童虐待の世代間連鎖に関してはこれまで数多く報告されてきた^{12, 13, 14)}が、家族の機能不全も含めて子ども期の成育環境を明らかにするACE調査は緒に就いたばかりである。これまで、ACE 1項目以上該当する女子高生が11.9%¹⁵⁾、養育者が28.3%¹⁶⁾、若年女性では47.8%¹⁷⁾であること、4~12歳での精神疾患の罹患に関連がみられ、特に親の精神疾患や家族間の暴力との関連が強いこと¹⁸⁾や、ACEとリスクのある性行動¹⁷⁾との関連が報告されている。しかし、ACEと育児中の母親の心身の健康状態や経済的状况との関連については明らかにされていない。

また10代は自尊心の発達において重要な時期であり¹⁹⁾、自尊心の高さは健康度の高さにつながり²⁰⁾、自尊心の低さは否定的な育児感情と関連する²¹⁾ことが指摘されている。さらに小児期の逆境体験に起因する自尊心の低さは、気分障害や不安障害など精神症状につながりうる¹⁹⁾ことも指摘されている。このことから、母親のメンタルヘルスや育児支援のために、特に初産10代母親のACEの特徴と自尊心・育児感情・主観的健康感や経済的状况との関連を把握することが必要であると考えた。

本研究では、初産10代母親のACEの特徴と、ACEが母親の心身の健康状態や経済的状况に及ぼす影響を明らかにし、その影響を緩和するための子育て支援のあり方について検討する。

II. 研究方法

1. 調査項目

調査項目は、以下のとおりである。

- ①母親の基本属性；第1子年齢と初産年齢、同居している子どもの数、同居家族、学歴、主観的健康感、就業形態、パートナーの就業形態、経済状態、妊娠への批判・差別。
- ②育児支援状況；育児支援者、夫・自身の母親への相談状況、相談者の有無。
- ③育児に対する思い；住田ら(1999)の育児不安尺度²²⁾をもとに、荒牧ら(2008)²³⁾が作成した「育児への否定的・肯定的感情尺度」(以下、育児感情尺度)16項目。
- ④ACE；Felittiら²⁾の調査と、Philadelphia Expanded ACE調査²⁶⁾およびIsumiら¹⁶⁾の研究を参考にACE項目を選定し、国内・海外研究者、保健師らから意見を聞いた。海外研究者からは、従来のACEが家庭内に特化されすぎていることへの批判があること、日本独自のACE項目を入れること、経済的困難に関する項目を入れるよう助言を受けた。このため、「経済的困難」と「自然災害や事故によるストレス」に関する項目を追加した。一方保健師からは、ACE項目をアンケート調査でたずねる際の表現方法について助言を受け、心理的負担感を与えない表現を工夫し、9項目を逆転項目とした。以上合計11項目を4件法でたずねた。
- ⑤自尊心；Rosenberg(1962)²⁴⁾が開発した自尊心尺度をMimuraら(2007)²⁵⁾が翻訳した日本語版RSES(ローゼンバーグ自尊心尺度)10項目。
- ⑥自由記載。

2. データ収集方法

若年母親の回答が比較的得られやすいと考えた、モバイルインターネット調査会社に委託し、未就学児を育てる第1子を19歳以下で出産した母親、20歳以上で出産した母親、それぞれ200人、計400人のモニターに対し、モバイルアンケート調査を実施した。調査実施期間は2020年11月~2021年3月とした。

3. 分析方法

初産年齢別ACEスコアの比較として、Mann-WhitneyのU検定を行った。ACE項目について、中央値はMann-

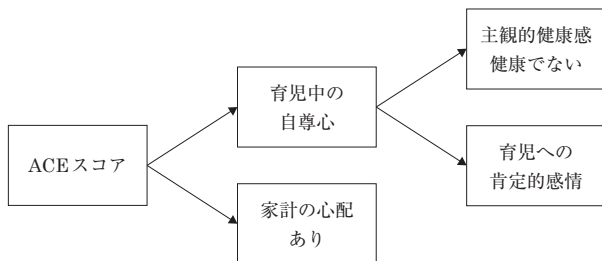


図1 本研究の仮説モデル

表1 回答者の基本属性

| | | N = 289 | |
|--------------------|-----------------|------------|--------|
| 項目 | | 人数 | (%) |
| 回答者の初産年齢 | 19歳以下 | 141 | (48.8) |
| | 20代 | 73 | (25.2) |
| | 30代 | 75 | (26.0) |
| 初産年齢平均 (Mean ± SD) | | 24.1 ± 6.9 | |
| 19歳以下再掲 | 16歳 | 14 | (4.8) |
| | 17歳 | 19 | (6.6) |
| | 18歳 | 27 | (9.3) |
| | 19歳 | 81 | (28.0) |
| 初産年齢2区分 | 19歳以下 | 141 | (48.8) |
| | 20歳以上 | 148 | (51.2) |
| 学歴 | 中学卒業 | 60 | (20.8) |
| | 高校卒業 | 107 | (37.0) |
| | 専門・短大・大学等 | 122 | (42.2) |
| 主観的健康感 | 非常に健康である | 104 | (36.0) |
| | まあ健康である | 153 | (52.9) |
| | あまり健康でない | 30 | (10.4) |
| | 健康でない | 2 | (0.7) |
| 家計の状況 | ゆとりがあり、全く心配がない | 34 | (11.8) |
| | ゆとりはないが、心配していない | 95 | (32.9) |
| | ゆとりがなく、多少心配である | 117 | (40.5) |
| | 苦しく、非常に心配である | 43 | (14.9) |

WhitneyのU検定、初産年齢2区分別のACE項目比較では χ^2 検定を用い、出産年齢10代、20代以上の2群間比較を行った。10代初産とACE項目については、Spearmanの順位相関係数を算出し、10代初産の有無を従属変数、ACE各項目を独立変数とし、最終学歴の2区分（「中学・高校卒業」と「専門・短大・大学等」）を調整変数とした多重ロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。分析にあたっては、各項目間の順位相関係数を算出し、相関係数が高かった項目を削除した。さらに、本研究では先行研究を踏まえ因果関係モデルを作成した（図1）。具体的には初産10代、20代以上のACEスコアが育児中の自尊心・家計の心配と関連し、自尊心を介して主観的健康感・育児感情に関連すると仮定し

て、10代初産、20代以上初産母親それぞれのパス解析を行った。ACE項目のカテゴリ分類は、Philadelphia Expanded ACE Survey²⁶⁾を参考に、「そう思う・ややそう思う」を「はい」、「あまり思わない・全く思わない」を「いいえ」の2件法とし、逆転項目を反転させ、11項目の合計値をACEスコアとして算出した。自尊心、育児感情尺度は合計点を分析に用いた。主観的健康感は、「非常に健康である」と「まあ健康である」を「健康である」、「あまり健康でない」と「健康でない」を「健康でない」の2区分とした。家計の心配は「ゆとりがあり、全く心配がない」と「ゆとりはないが、心配していない」を「家計の心配なし」「ゆとりがなく、多少心配である」と「苦しく、非常に心配である」を「家計の心配あり」とした。

モデル全体の適合度は、GFI、AGFI、CFI、RMSEAをもとに判定した。統計解析にはSPSS Regression28.0およびAmos28を用いた。

4. 倫理的配慮

ACE項目は、回答者の精神的負担とならないよう表現方法に配慮し、回答できる部分のみで差し支えないことを明記し、出産年齢以外のすべての設問の選択肢に「答えたくない」を設けた。対象者からの調査に関する問い合わせや疑問には、調査主体を明記し返答することとし、必要な場合は研究分担者である臨床心理士と連携して対応できるよう体制を整えた。また本研究は、所属する研究機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認年月日：2020年8月6日、承認番号2020-27）。

III. 研究結果

すべての項目に回答した289人（有効回答率72.3%）を分析対象とした。回答者の平均年齢は24.1±6.9歳、初産19歳以下が141人、20歳以上が148人であった。学歴は、中学卒業が60人（20.8%）、高校卒業が107人（37.0%）、専門・短大・大学等が122人（42.2%）であった（表1）。

ACE項目のなかで、最も回答者が多かったのは「経済的困難」が166人（57.4%）、次いで「家庭外のいじめや差別」100人（34.6%）、次いで「家族間のDV」が93人（32.2%）、「心理的虐待」92人（31.8%）であった（表2）。尺度全体のCronbach's α 係数は0.706であった。各項目に該当した場合を1点とし、合計数を初産年齢別に比較

表2 初産年齢2区分別にみたACE項目の比較

| | | | N = 289 | | | |
|--|----------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------|
| 項目 | | | 全体 | 初産19歳以下 | 初産20歳以上 | p値 |
| | | | n = 289 | n = 141 | n = 148 | |
| 経済的に苦しい時期があった | 経済的困難 | そう思う・ややそう思う | 166 (57.4) | 98 (69.5) | 68 (45.9) | 0.000 |
| 家庭の外でいじめや差別を受けたことはなかった | 家庭外でのいじめや差別 | あまり・全く思わない | 100 (34.6) | 42 (29.8) | 58 (39.2) | 0.060 |
| 両親間で暴力をふるったり暴言をいいたうことはなかった | 家族間のDV | あまり・全く思わない | 93 (32.2) | 47 (33.3) | 46 (31.1) | 0.388 |
| 親から傷つくことをいわれたり侮辱されたりしたことはなかった | 心理的虐待 | あまり・全く思わない | 92 (31.8) | 52 (36.9) | 40 (27.0) | 0.047 |
| 自然災害や事故に遭い大きなストレスを感じた | 自然災害や事故によるストレス | そう思う・ややそう思う | 80 (27.7) | 47 (33.3) | 33 (22.3) | 0.025 |
| 親から暴力や体罰を受けたことはなかった | 身体的虐待 | あまり・全く思わない | 77 (26.6) | 47 (33.3) | 30 (20.3) | 0.009 |
| 生まれてからずっと両親といっしょに住んでいた | 両親との離別 | あまり・全く思わない | 57 (19.7) | 30 (21.3) | 27 (18.2) | 0.309 |
| 自分を大事な存在だと感じさせてくれる人が身近にいた | 心理的ネグレクト | あまり・全く思わない | 57 (19.7) | 33 (23.4) | 24 (16.2) | 0.083 |
| 同居していた家族に精神科に通院していた人や、アルコール・薬物依存の人はいなかった | 同居家族の依存症・精神疾患 | あまり・全く思わない | 52 (18.0) | 28 (19.9) | 24 (16.2) | 0.257 |
| 自分が望まない性的な行為を強制されたことはなかった | 性的虐待 | あまり・全く思わない | 51 (17.6) | 29 (20.6) | 22 (14.9) | 0.132 |
| 十分な食べ物や服を与えられた | 身体的ネグレクト | あまり・全く思わない | 35 (12.1) | 21 (14.9) | 14 (9.5) | 0.108 |

値は人数, ()内は%を表す. χ^2 検定

表3 ACEスコア中央値の比較

| N = 289 | | | | |
|----------------|-----|-----------|-----|---------|
| | 人数 | 平均値±標準偏差 | 中央値 | 最小値-最大値 |
| 全体のACEスコア | 289 | 2.97±2.38 | 2.0 | 0-10 |
| 初産10代のACEスコア | 141 | 3.36±2.74 | 3.0 | 0-9 |
| 初産20代以上のACEスコア | 148 | 2.61±2.33 | 2.0 | 0-10 |

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$

Mann-WhitneyのU検定

したところ、初産10代のACE数の中央値は3.0、初産20代以上の中央値は2.0であり、有意な差がみられた ($p = 0.002$) (表3)。

初産年齢別のACE比較について、「そう思う・ややそう思う」を「はい」、「あまり思わない・全く思わない」を「いいえ」とし、 χ^2 検定を行ったところ、10代初産母親は「経済的困難」「身体的虐待」「心理的虐待」「自然災害や事故によるストレス」に「はい」と回答した者が20代以上と比較して有意に多かった。

10代初産とACE項目との相関についてSpearmanの順位相関分析を行ったところ、有意確率0.2以下の項目は「経済的困難」「身体的ネグレクト」「身体的虐待」「心理的虐待」「家庭外でのいじめや差別」「自然災害や事故によるストレス」「心理的ネグレクト」の7項目であった。このうち、「身体的虐待」と「心理的虐待」は、相関係数

が0.71と高かったため、有意確率がより高かった「心理的虐待」を除外した。以上6項目を独立変数とし、初産年齢10代を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。その結果、初産10代に関連がみられたACE項目は、「身体的虐待」(OR=2.67, CI=1.08~6.58), 「自然災害や事故によるストレス」(OR=2.88, CI=1.33~6.25), 「家庭外でのいじめや差別」(OR=0.32, CI=0.14~0.69)であった(表4)。

次に仮説モデルをもとに、10代初産母親141人、20代初産母親148人のパス解析を行った結果、初産10代のACEスコアと育児中の自尊心 ($\beta = -.55$), 家計の心配 ($\beta = .23$), 自尊心と主観的健康感「健康でない」($\beta = -.76$)に因果関係が認められた。図2に最終的なモデルで有意となったパスを示す。適合度指標は、 $\chi^2 = 2.4$ ($df = 2$, $p = .303$), GFI = .992, AGFI = .958, CFI = .972,

表4 10代初産とACE項目との関連

N = 289

| 項目 | | 粗オッズ比 | 95%信頼区間 | p値 | 調整オッズ比 | 95%信頼区間 | p値 |
|---|-----|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-------|
| 経済的に苦しい時期があった (経済的困難) | いいえ | Reference | | | Reference | | |
| | はい | 2.68 | 1.66-4.35 | <0.001 | 1.43 | 0.73-2.80 | 0.298 |
| 十分な食べ物や服を与えられた (身体的ネグレクト) | はい | Reference | | | Reference | | |
| | いいえ | 1.68 | 0.82-3.44 | 0.160 | 0.90 | 0.23-1.84 | 0.416 |
| 自分を大事な存在だと感じさせてくれる人が身近にいた (心理的ネグレクト) | はい | Reference | | | Reference | | |
| | いいえ | 1.58 | 0.88-2.84 | 0.127 | 0.81 | 0.30-1.80 | 0.499 |
| 親から暴力や体罰を受けたことはなかった (身体的虐待) | はい | Reference | | | Reference | | |
| | いいえ | 1.97 | 1.16-3.35 | 0.013 | 2.67 | 1.08-6.58 | 0.033 |
| 家庭の外でいじめや差別を受けたことはなかった (家庭外でのいじめや差別) | はい | Reference | | | Reference | | |
| | いいえ | 0.66 | 0.40-1.07 | 0.094 | 0.32 | 0.14-0.69 | 0.004 |
| 自然災害や事故に遭い大きなストレスを感じた (自然災害や事故によるストレス) | いいえ | Reference | | | Reference | | |
| | はい | 1.74 | 1.03-2.94 | 0.037 | 2.88 | 1.33-6.25 | 0.007 |

Hosmer-Lemeshow 検定 $p=0.658$, 判別の中率 80.3%

従属変数「初産年齢」10代=1, 20代以上=0

最終学歴を調整変数として投入

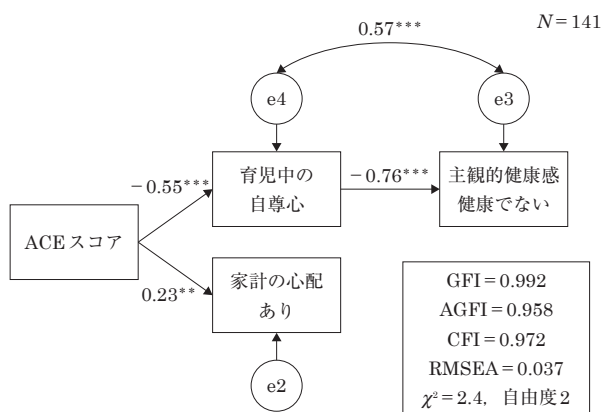


図2 10代初産母親のACEスコアと育児期の心身・経済状況との関連

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$, ***: $p<0.001$

RMSEA=.037であり、良好な適合度が得られた。一方、初産20代以上において、ACEスコアと育児中の自尊心 ($\beta=-.27$)、家計の心配 ($\beta=.16$)、自尊心と育児への肯定的感情 ($\beta=.58$) に因果関係が認められたが、適合度指標は $\chi^2=8.11$ ($df=2$, $p>0.05$)、GFI=.974、AGFI=.869、CFI=.295、RMSEA=.163と低く、モデルは成立しなかった。

IV. 考 察

1. ACEスコアと初産年齢との関連

アメリカでは、ACEスコアと10代妊娠との関連が指摘されていたが⁸⁾、本研究においても10代初産母親はACEスコア中央値が20代以上の母親と比較して有意に

高く、10代初産の背景にACEがあることが示唆された。また、多重ロジスティック回帰分析では、「身体的虐待」を受けている割合がオッズ比2.67と高かった。アメリカでは、思春期の虐待やネグレクトが10代初産となる確率を上げることが報告され²⁷⁾、日本でも10代母親は貧困や虐待・ネグレクトにより家に居場所がない²⁸⁾ことが指摘されているが、本研究では、「身体的虐待」と10代初産との間にのみ有意な関連がみられた。ただし「身体的虐待」は「心理的虐待」と相関が高かったことから、10代初産母親は、「身体的虐待」に加え「心理的虐待」も受けている可能性も高いことが考えられる。

また自然災害や事故に遭い、大きなストレスを感じた人も10代初産母親に多かった。災害と10代妊娠に関する研究において、フィリピンでは台風発生時の10代妊娠率と家族以外との同居、大学の中退、アルコールの摂取、避難所の移動等との関連が示されており²⁹⁾。若年女性がかつ社会的脆弱性が、災害時などの緊急事態に顕在化することが推測される。このことから母親の情報収集を行う際に、被虐待歴や家族の機能不全だけでなく、子ども時代の経済的困窮状態や、事故・災害などの心理的に大きな影響を及ぼす出来事をさまざまな視点から捉える必要性が示唆された。

一方、「家庭外でのいじめや差別」など、10代初産母親に少なく、20代以上に多い逆境体験もみられた。本研究で用いたACEは筆者らが日本の状況に合わせて改変を加えたものであるため、スコア化の評価に関しては今後も検討を重ねていく必要がある。

2. ACEスコアが初産年齢と心身の健康状態に及ぼす影響

10代初産母親における仮説モデル検証の結果、ACEスコアは「家計の心配」「育児中の自尊心」に関連し、「育児中の自尊心」を介して「主観的健康感」にも関連がみられた。一方、20代以上初産母親に本モデルは適合せず、育児期にACEの影響を大きく受けるのは、10代初産母親であることが示された。Hillsら(2004)³⁰⁾は、若年妊娠の心理社会的負の要因は、若年出産でなくACEに起因する可能性を指摘している。本報告においても、10代初産母親において、ACEスコアと「育児中の自尊心」および「家計の心配」に有意な関連がみられたことから、10代初産の「社会的リスク」¹⁾には、ACEが影響していると考えられる。妊娠・育児期はACEの世代間連鎖を断ち切るための重要な時期であることから、育児中の心身の健康状態や経済状況にACEが影響を及ぼすことに留意し、10代初産母親においては特にACEスコアなどの成育歴を把握し、適切な育児支援につなげる必要性が示唆された。

3. ACEの世代間連鎖を予防する子育て支援のあり方

10代初産母親の育児中の心身の健康状態にACEスコアが影響を及ぼしていたことから、可能であれば妊娠中の比較的早い時期にACEを把握し、必要な対応策を検討していくことが必要である。カリフォルニア州政府(2020)³¹⁾は、妊娠前、出産前、出産後の母親全数を対象にACEスクリーニングを行うよう提言している。日本では、妊娠中に「育児支援チェックリスト」³²⁾等を用いて、経済的不安、親との関係、精神科受診歴等をたずねる自治体もある。特に、特定妊婦の「保護者の状況」例³³⁾には、ACEスコアの高さが発症の増加に関連するとされる精神疾患、薬物依存、DV被害などの項目が含まれていることから、特定妊婦にはその背景にACEがあることを予測した関わりも必要である。

妊婦面接や産前・産後の家庭訪問、乳幼児健診を通して親と関係を構築していく過程で、支援者が累積するACEに気づいた場合には、ACEが与えたトラウマ経験に配慮しながら、自分自身を大切に思えるよう、妊娠に至るまで家庭や学校や地域でどのような生活を送ってきたのか、話をじっくり聞き、受容することで自尊心を高める関わりが必要である。

またMclaughlin(2017)³⁴⁾は、逆境的小児期体験を「脅威」と「剥奪」の2軸4象限で表すモデルを作成し、

「身体的虐待」を「脅威」、「ネグレクト」を「剥奪」に分類し、「貧困」を2軸の中心に位置づけた。「脅威」が多い環境では脅威に対する情動反応が拡大し、またその反応を効果的に調節することが困難となるため、感情や思考および行動のコントロールができにくくなる。また「剥奪」の多さは認知機能の持続的な欠陥をもたらし、子どもの発達初期の豊かな感覚的・社会的情報収集による学習機会を制限する。このことから、母親が受けたACEを把握できていれば、母子に対して必要となる支援をあらかじめ予測して関わることも可能となるだろう。さらに10代初産母親においては、ACEが育児中の自尊心を介し主観的健康感にも影響を及ぼしていたことから、身体的側面への配慮も重要である。

若年出産は家族関係、友人関係、そして社会的な出来事が個人に与える影響を含めた、子ども期の成育環境の帰結である。出産年齢のみに着目するのではなく、10代での出産に至るまでの半生を押し量り、子どもとともに母親として成長していく過程を見守り続ける関わりが求められる。

4. 研究の限界

本研究の限界は4点挙げられる。1つは、インターネット上でモニターを対象に行った調査であることから、対象者の選択バイアスが生じている可能性がある。2つ目に、10代初産母親の回答者が141人と少なかったことから、分析に必要なサンプルサイズを満たすことができず、有意な検定結果が得られなかった可能性がある。3つ目に、本調査は18歳までの経験を問うことから、想起バイアスにより正確な回答が得られなかった可能性がある。4つ目に、本調査は横断調査であるため、因果関係を特定することはできない。今後は、コホート調査でACEの時期や内容をより詳細に明らかにし、どのような経験がより育児に影響を及ぼし、どのような支援が必要かを検討したい。

V. 結 語

未就学児を育てる母親を対象に、逆境的小児期体験が妊娠・出産・育児に及ぼす影響について検討した。10代初産母親は、20代以上初産の母親と比較して有意にACEスコアが高かった。またACEスコアは「家計の心配」「育児中の自尊心」に関連し、「育児中の自尊心」を介して「主観的健康感」にも関連がみられた。これらの

結果から、母親の成育歴に着目し、被虐待歴や家族の機能不全だけでなく、経済的困窮状態、子ども時代に起きた事故・災害など心理的に大きな影響を及ぼす出来事を捉え、それらが自尊心や育児感情、そして経済的状况など生活に与える影響を注視していく必要があることが示唆された。

【謝辞】

育児でお忙しいなか、研究の趣旨をご理解いただき、ご回答くださったみなさまに心より感謝を申し上げます。ACE項目に関してご助言くださった保健師のみなさま、Lee Smithbattle先生、Pat Freed先生に感謝を申し上げます。本研究は、JSPS科研費19H03948の助成を受けて行われました。研究分担者の安田裕子先生、小川久貴子先生、正保正恵先生、白井千晶先生、森田明美先生には、貴重なご助言をいただき、ありがとうございます。また統計解析について多くのご助言をいただきました。甲田勝康先生に感謝を申し上げます。本論文の内容は、日本地域看護学会第24回学術集会において発表しました。

【利益相反】

本研究について、開示すべきCOIはありません。

【文献】

- 1) 定月みゆき：若年妊娠・出産・育児への対応。母子保健情報, 60 : 53-58, 2009.
- 2) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. : Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults ; The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Prevention Medicine*, 14 (4) : 245-258, 1998.
- 3) Centers for disease control and prevention : About the CDC-Kaiser ACE Study. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html> (2022年6月5日) .
- 4) Kisling LA, Das JM : Prevention strategies. Stat Pearls, Treasure Island FL, 2020.
- 5) Sege RD, Browne CH : Responding to ACEs with HOPE ; Health outcomes from positive experiences. *Academic Pediatrics*, 17 (7) : S79-S85, 2017.
- 6) Houtepen LC, Heron J, Suderman MJ, et al. : Associations of adverse childhood experiences with educational attainment and adolescent health and the role of family and socioeconomic factors ; A prospective cohort study in the UK. *Plos Medicine*, 17 (3) : e1003031, 2020.
- 7) Garner AS, Shonkoff JP, Siegel BS, et al. : Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician ; Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129 (1) : e224-231, 2012.
- 8) Baglivio MT, Swartz K, Huq MS, et al. : The prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) in the lives of juvenile offenders. *Journal of Juvenile Justice*, 3 : 1-23, 2014.
- 9) Liu SR, Kia-Keating M, Nylund-Gibson K : Patterns of adversity and pathways to health among white, black, and latinx youth. *Child Abuse & Neglect*, 86 : 89-99, 2018.
- 10) Kim Y, Lee H, Park A : Patterns of adverse childhood experiences and depressive symptoms ; self-esteem as a mediating mechanism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57 : 331-341, 2022.
- 11) Braveman P, Heck K, Egarter S, et al. : Economic hardship in childhood ; A neglected issue in ACE studies? *Maternal Child Health Journal*, 22 : 308-317, 2018.
- 12) 西澤 哲：子どもの虐待；子どもと家族への治療のアプローチ。誠信書房，東京，1994.
- 13) 渡辺久子：母子臨床と世代間伝達，金剛出版，東京，2000.
- 14) 木本美際・岡本祐子：母親の被養育経験が子どもの養育態度に及ぼす影響。広島大学心理学研究, 7 : 207-225, 2007.
- 15) 松浦直己・橋本俊顕：発達特性と不適切養育の相互作用に関する検討；女子少年院在院生と一般高校生との比較調査より。鳴門教育大学情報教育ジャーナル, 4 : 29-40, 2007.
- 16) Isumi A, Fujiwara T : Association of adverse childhood experiences with shaking and smothering behaviors among Japanese caregivers. *Child Abuse and Neglect*, 57 : 12-20, 2016.
- 17) 田中惣太郎・井上まり子・山岡和江：小児期の逆境体験を持つ若年女性とリスクのある性行動の関連性。母性衛生, 62 (4) : 602-609, 2022.
- 18) Fujiwara T, Kawakami N : Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan ; Results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (4) : 481-487, 2011.
- 19) Zeigler HV : The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of contemporary psychotherapy*, 41 : 157-164, 2011.
- 20) Zeigler-Hill V : The importance of self-esteem. In Zeigler-Hill V (Ed.), *Self-esteem*, 1-20, Psychology Press, 2013.
- 21) 佐藤淑子：ワーク・ライフ・バランスと乳幼児を持つ父母の育児行動と育児感情。教育心理学研究, 63 : 345-358, 2015.
- 22) 住田正樹・中田周作：父親の育児態度と母親の育児不安。九州大学大学院教育学研究紀要, 2 : 19-98, 1999.

- 23) 荒巻美佐子・無藤 隆：育児への負担感・不安感・肯定感とその関連要因の違い：未就学児を持つ母親を対象に。発達心理学研究, 19(2)：87-97, 2008.
- 24) Rosenberg M：The association between self-esteem and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 1(2)：135-152, 1962.
- 25) Mimura C, Griffiths P：A Japanese version of the rosenberg self-esteem scale ; Transition and equivalence assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 62：589-594, 2007.
- 26) Public Health Management Cooperation：Findings from the Philadelphia urban ACE survey. <https://www.rwjf.org/en/library/research/2013/09/findings-from-the-philadelphia-urban-ace-survey.html> (2022年6月5日).
- 27) Noll JG, Shenk CE：Teen birth rates in sexually abused and neglected females. *Pediatrics*, 131(4)：e1181-e1187, 2013.
- 28) 中島かおり：孤立した若年妊婦からのSOS：妊娠葛藤相談窓口妊娠SOS東京の現場から。第2回こども政策の推進に係る有識者会議。 https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomo_seisaku_yushiki/dai2/gijisidai.html (2022年6月5日).
- 29) Nelson GL, Rodriguez MV：Teenage pregnancy in severely-affected and moderately-affected typhoon municipalities in eastern visayas region, Philippines. National Research Council of the Philippines, 2017.
- 30) Hills SD, Anda RF, Dube SR：The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences and fetal death. *Pediatrics*, 113(2)：320-327, 2004.
- 31) State of California, Roadmap for Resilience：The California surgeon general's report on adverse childhood experiences, toxic stress, and health. <https://osg.ca.gov/information-resources/> (2022年6月5日).
- 32) 吉田敬子(監修)：産後の母親と家族のメンタルヘルス：自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル。母子保健事業団, 2005.
- 33) 厚生労働省：妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備について。 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb7525&dataType=1&pageNo=1 (2022年6月5日).
- 34) McLaughlin K：The long shadow of adverse childhood experiences ; Adverse environments early in life have lasting consequences for children's health and development. <https://www.apa.org/science/about/psa/2017/04/adverse-childhood> (2022年6月5日).

The Correlation between Adverse Childhood Experiences (ACEs) of Teenage Mothers on Physical and Mental Health and Economic Status

Satoko Okawa¹⁾, Mika Makabe²⁾, Yukiko Kanaya³⁾, Masae Ueno²⁾

1) Kansai Medical University, Faculty of Nursing

2) Shitennoji University, Department of Nursing

3) Mukogawa Women's University, School of Nursing

Objective: We explored Adverse Childhood Experiences (ACEs) of first-time mothers in their teens and the effects thereof on self-esteem, parental feelings, subjective health, and household budget during child-rearing.

Methods: We documented ACEs, and child-rearing emotions and support, using the 10-item Japanese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale, with insufficient household budgets. We conducted a mobile-based questionnaire survey of 400 mothers, 200 of whom were teens raising preschool children and 200 of whom were aged over 20 years. The ACE scores of both groups were compared using the Mann-Whitney U-test. Furthermore, path analysis was conducted assuming a causal model in which ACE scores for first childbearing age 10s and 20s and older are associated with self-esteem while raising children and household budget, and with subjective health and parenting feelings via self-esteem.

Results: A total of 289 respondents answered all items. In multiple logistic regression analysis, the ACE items associated with first-time motherhood were Parental violence or physical punishment (OR=2.67, CI=1.08-6.58), Stress from disasters or accidents (OR=2.88, CI=1.33-6.25), Bullying or discrimination outside the home (OR=0.32, CI=0.14-0.69). Path analysis showed a causal relationship between ACE score and self-esteem ($\beta=0.23$), and Worried about household budgets ($\beta=-0.55$) in teen mothers. Also found between self-esteem and subjective health was the answer "not healthy" ($\beta=-0.76$). The model evidenced a good fit.

Discussion: ACEs significantly impacted the physical and mental status of teen mothers. In order to enhance the self-esteem of teen mothers, we should focus on their physical and mental condition and accept their growth as mothers.

Key words : adverse childhood experiences (ACEs), teenage pregnancy, teenage childbearing, self-esteem, parenting emotions, path-analysis

■研究報告■

地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術

山下清香¹⁾, 中谷久恵²⁾, 尾形由起子¹⁾, 小野順子¹⁾, 中山貴美子³⁾, 山口のり子⁴⁾

抄 録

目的：地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術を明らかにすることである。

方法：文献研究を行った。まず保健師教育の教科書から住民参加の定義を収集し、操作的定義を作成した。次に医学中央雑誌およびCiNii ArticleのWeb版で住民参加に関する研究論文を収集し（検索日2020年7月）、保健活動の実施者の活動や技術に関する記述を抽出してコード化し、内容分析の手順を参考に質的帰納的に分析した。

結果：18文献から177コードを作成し、47サブカテゴリーから5つのカテゴリーを抽出した。地域保健活動への住民参加を促進する技術のカテゴリーは、【地域保健活動への参加の動機づけ】【地域保健活動に参加する住民グループの育成】【地域保健活動に参加できる知識と技術の強化】【住民とのパートナーシップの関係性の形成】【住民が参加する仕組みの構築】であった。

考察：地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術は、住民の地域保健活動への参加を動機づけ、組織的に参加できるようにグループを育成して住民の知識と技術を高め、住民と専門職と行政が対等に協働するパートナーシップの関係性を形成し参加する仕組みを構築する技術であった。保健師は住民の参加を促し、関係者が共通認識をもち、多様な住民の立場を理解して対等な関係性を形成するよう働きかけることが必要である。

【キーワード】行政保健師, 住民参加, 地域保健活動, 公衆衛生看護技術

日本地域看護学会誌, 26 (1) : 13-21, 2023

I. 緒 言

地域保健活動を支える基本的な理念は、プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションであり、これらの実践活動の大前提には住民参加がある¹⁾。地域保健活動への住民の参加は、新たな実態の把握、専門家の価値観の問い直し、新しい発想の獲得につながり、効果的な

保健活動の実施や評価を可能とする²⁾。生活と深く関わる健康課題解決のためには生活の主体者である住民の視点が不可欠であり²⁾、住民と保健師は、責任を分かち合い、協働する関係にある³⁾。

わが国では住民は、母子保健推進員や食生活推進員、健康教育や健康学習を基盤としたグループ活動を通して地域保健活動に参画してきた。戦前から地域住民の相互扶助により培われてきた地区組織活動の素地は、戦後の健康改善の要因のひとつと考えられている⁴⁾。一方、保健医療福祉施策では、国民健康日本21において保健計画策定への住民参加が推奨された。地域包括ケアシステムの推進や健康危機管理におけるリスクコミュニケー

受付日：2022年1月20日／受理日：2022年11月2日

1) Kiyoka Yamashita, Yukiko Ogata, Junko Ono：福岡県立大学看護学部

2) Hisae Nakatani：広島大学大学院医系科学研究科

3) Kimiko Nakayama：神戸大学大学院保健学研究科

4) Noriko Yamaguchi：田川市立病院医療支援センター

ションにおいては、住民との対等なパートナーの関係性と協働活動が重視されており^{5,6)}、施策としても住民参加は重要となっている。

先行研究では、住民ボランティア養成^{7,8)}や地区組織と連動した保健活動⁹⁾、健康増進計画¹⁰⁾や地域包括ケアシステムの支援プログラム¹¹⁾に関するプロセス評価やアウトカム評価が報告され、保健活動における住民参加の成果が検証されている。効果的に保健活動を展開するために、保健師はさまざまな場面で住民参加を促していくことが必要である。しかし、住民参加型の活動における保健師の機能や役割の研究は散見されたものの、住民参加を促進する技術は明らかにされていなかった。行政保健師は、取り組む健康課題が幅広く状況に応じて活動方法を選択することから、広く保健活動に活用できる技術を明らかにすることが必要であると考え、そこで本稿では、地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術を明らかにすることを目的とした。保健師が習得すべき技術を明確化することにより、行政保健師による住民参加を促進する活動の推進に資するものとする。

また、本稿における住民参加を促進する行政保健師の技術は、岩本ら¹²⁾の公衆衛生看護技術の定義を参考に、地域保健活動への住民参加を目的として行政保健師が用いる技術であり、保健師の専門的知識に基づく判断と意図をもって意識的に行う行為とした。

II. 研究方法

1. 研究方法

地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術を明らかにするために、文献研究を行った。活動内容や対象を限定せずに住民参加を意図した地域保健活動に関する文献を選定し、保健活動の実施者の住民参加を促す実践の記述を収集し質的帰納的に分析した。

2. 地域保健活動における住民参加の操作的定義の作成

地域保健活動における先行研究では、住民参加の定義が活動を限定したものや住民参加の特徴や構成要素の部分的な記述であったことから、住民参加を促進する技術を明らかにするため参加する住民の姿が明確になるように「住民参加」の操作的定義を作成した。まず、保健師の基礎教育課程で用いる教科書と地域保健活動における住民参加を解説した図書から、住民参加を定義する文章が記載された6冊^{2,12-16)}を選定し、7つの定義を収集した。

文章の構成要素として、住民参加の「目的」、住民の「参加する活動」「参加の過程」、住民と行政との「関係性」、住民の「参加を促す手段」を特定した。

本稿では、これらの要素をもとに地域保健活動への住民参加の操作的定義を、「地域の健康レベルの向上と暮らしやすい地域づくりの目的のために、地域住民にとってよりよい健康施策が立案され実現するように、住民が地域保健活動の展開過程に主体的・積極的に参加し、パートナーシップの関係性で保健医療福祉サービスの利用、維持管理あるいは創出に関与するプロセスである」とした。

3. 地域保健活動への住民参加を促進する技術の抽出

1) 文献の選定

医学中央雑誌およびCiNii ArticlesのWebにて「住民参加」をキーワードに文献を検索した(検索期間:1990年代~2020年7月)。選定条件を、①日本国内の地域保健活動、②住民参加の概念が操作的定義に合致する、③地域保健活動の実施者の行為および行為の意図、判断が読み取れるとし、除外条件を、①海外の活動、②教育活動、③保健師以外の専門職の活動で保健師との関連が見いだせない、④文献研究とした。医学中央雑誌でヒットした原著599件に「地域保健」or「公衆衛生」or「保健師」をかけ合わせ、除外条件と選定条件をもとに研究論文422件から16件を選定とした。CiNii Articlesでヒットした5,546件に「地域保健」「公衆衛生」「保健師」を掛け合わせ、それぞれ50件、77件、17件から重複を除き条件に合った2件を追加した。最終的に18件の論文を分析対象とした。

2) 分析方法

分析は、内容分析の手順¹⁸⁾を参考に行った。第1段階は、論文を熟読し、方法、結果および考察から保健活動の実施者の行為の記述を抜き出した。職種が不明でも保健師の実践と読み取れるものはデータとし、量的研究は、調査結果から考察した住民参加を促進する行為の記述を収集した。第2段階は、データを意味内容が理解できる短文にし、類似するものはまとめ技術を表すコードとし、類似コードをまとめてサブカテゴリーとした。文章表現の抽象度に差があり意図が不明確な記述もあったため、第3段階は、第2段階でまとめたサブカテゴリーを精選するため、共同研究者を含む公衆衛生看護学研究者4人、修士の学位をもつ経験年数15年以上の保健師2人に意見を求めた。住民参加の操作的定義を示し、住民参加を促進するための必要度を「必要不可欠」「必要」「少し必

表1 対象文献一覧

| No | タイトル：掲載雑誌，巻（号）（発行年） | 研究 デザイン | 参加する 保健活動 | 保健師の 立場 |
|-----|--|---------------|----------------|-------------|
| 1. | 高齢者のエンパワメントに着目した介護予防支援ガイドの作成：千葉看護学会誌，24（1）（2018） | 介入研究 | 保健事業 | 市町村 |
| 2. | 現健康推進員，既健康推進員，非健康推進員のヘルスリテラシー，ソーシャルキャピタルおよび健康行動の特徴：日本公衆衛生雑誌，65（3）（2018） | 量的研究 | 地域組織活動 | 市町村 |
| 3. | 健康推進員組織の課題解決を目指した研修プログラムの効果：日本公衆衛生雑誌，64（4）（2017） | 介入研究 | 地域組織活動 | 市町村 |
| 4. | 福島県川内村における「健康サポーター」育成が帰村後の地域活動に与えた影響：保健学研究，28（2016） | 介入研究 | 地域組織活動 | 市町村 |
| 5. | 高齢糖尿病患者の主体的な参加による仲間との活動プロセスとその評価：沖縄県立看護大学紀要，15（2014） | 介入研究 | 保健事業 | 医療機関 |
| 6. | 介護予防システムを推進する活動：保健師と住民との協働に焦点をあてて：社会医学研究，28（1）（2011） | 質的研究 | 地域ケア システム構築 | 市町村 |
| 7. | 小規模村に適した住民参加型子育て支援計画の開発：参加型アクションリサーチ：沖縄県立看護大学紀要，12（2011） | アクション リサーチ | 保健計画策定 | 市町村 |
| 8. | 行政事業協力型保健ボランティア活動におけるファシリテーション技術とその関連要因の検討：厚生 の指標，57（8）（2010） | 量的研究 | 地域組織活動 | 市町村 |
| 9. | 戦後日本の「蚊とハエのいない生活実践運動」：住民参加と国際協力の視点から：国際保健医療，24（1）（2009） | 事例研究 | 地域組織活動 | 保健所 |
| 10. | 地域ケアシステム構築における専門職者の役割の検証：1島1市町村型モデル島の事例：日本ルーラル ナーシング学会誌，2（2006） | アクション リサーチ | 地域ケア システム構築 | 市町村・ 研究者 |
| 11. | 沖縄県一離島における住民参加の活動プロセス；住民参加のモデルとの比較：日本ルーラルナーシ ング学会誌，1（2006） | アクション リサーチ | 地域ケア システム構築 | 市町村・ 研究者 |
| 12. | 「住民参加」による保健福祉計画策定における住民の力を活かすための要因：千葉看護学会誌，12（1） （2006） | 質的研究 | 保健計画策定 | 市町村 |
| 13. | 住民参加型の母子保健計画策定における住民・保健師の変化に関する研究：日本赤十字北海道看護大 学紀要，5（2005） | アクション リサーチ | 保健計画策定 | 市町村 |
| 14. | 住民参加での地域保健活動実践に関する研究；保健計画策定において行政（事務局）に必要なこと：県 立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要，3（2003） | 事例研究 | 保健計画策定 | 市町村・ 保健所 |
| 15. | 住民参加による中高年層の健康実態調査と地域保健活動：統計学，82（2002） | 事例研究 | 地域保健活動 | 市町村 |
| 16. | 支援チームスタッフのエンパワメント：住民参加を軸にしたまちづくりをととして：金沢大学医学 部保健学会つつま保健学会誌，25（1）（2001） | 事例研究 | 地域保健活動 | 市町村 |
| 17. | 保健行動の変容に関連するヘルスプロモーションの唱道プロセス；保健婦の活動経過より：日本地域 看護学会誌，2（1）（2000） | 事例研究 | 地域保健活動 | 市町村 |
| 18. | 住民参加型地域保健活動における保健婦の役割；徳島県相生町の実践事例の分析から：四国公衆衛生 雑誌，44（1）（1999） | 事例研究 | 地域保健活動 | 市町村 |

要」「住民参加促進技術とはいえない」の4段階でたずねた。6人中半数以上が「必要不可欠」としたものを選定し、半数以上が「住民参加の促進技術とはいえない」としたものは除外した。半数以上が「必要不可欠」または「必要」としたのから、参加を促す手段と判断できるものを選定した。第4段階は、第3段階で選定したサブカテゴリーの内容を精査し、行為を表す表現に整え、類似性と相違性に留意してカテゴリー化した。文脈から読み取った行為の意図の共通性に留意して修正を繰り返した。内容を的確に表すネーミングに修正していった。

倫理的配慮として、論文を精読して記述内容を正しく理解し、データ収集および分析においては論文の趣旨を

損なわないように配慮した。分析過程では、研究者間でコードの解釈とカテゴリー化に合意が得られるように複数回の分類を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 文献概要

分析対象は表1に示す18件で、発表年は1999～2019年であった。

2. 地域保健活動への住民参加を促進する技術

地域保健活動の実施者の行為の記述から、地域保健活

動への住民参加を促進する技術として177コードを作成し、47サブカテゴリーと5つのカテゴリーを抽出した(表2)。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >で表す。

1) 【地域保健活動への参加の動機づけ】

【地域保健活動への参加の動機づけ】は、4コードの3つのサブカテゴリーから抽出した。民生委員等の住民と協働の関係性をつくるため、住民からの相談への誠実な対応や行政の活動を継続的に住民に伝える技術、住民の地域保健活動への参加意欲を高めるため<保健活動に参加することの重要性を住民に伝える>技術であった。

2) 【地域保健活動に参加する住民グループの育成】

【地域保健活動に参加する住民グループの育成】は、51コードの14サブカテゴリーから抽出した。

住民グループの核となるリーダーを育てるため、リーダー候補者を探し、地域の健康課題を共有して、段階的に役割を担えるよう協働し、交流会など<住民リーダーがグループ代表として活動する場をつくる>技術であった。また主体的な住民グループを育てるために、パートナーとなる住民グループをつくり組織の成長をアセスメントし、振り返りを促すなど<住民グループが活動を継続できるよう関わり続ける>技術であった。そして住民グループメンバーの活動意欲を高めるため、グループメンバーの活動目標や課題の共有を促し、仲間意識を高め、積極的な取り組みを促す技術であり、住民グループの活動を地域に広げるために、グループメンバーの地域住民との交流や住民グループ同士の交流を促し、<住民グループが地域住民に向けて活動することを促す>技術であった。

3) 【地域保健活動に参加できる知識と技術の強化】

【地域保健活動に参加できる知識と技術の強化】は、50コードの10サブカテゴリーから抽出した。

地域の健康課題を住民と共有するため、地域の健康課題を理解しやすい媒体をつくり、実態をもとに健康教育を行い、住民と健康課題の検討や協働での実態把握を行い、地域保健活動の趣旨や必要性の理解を促す技術であった。また住民が自立して保健活動を実践できるように、教室運営など保健事業で住民の役割をつくり、先駆事例紹介など活動のイメージをもたせ、知識・技術の提供、予算や場の確保、活動の評価や課題解決を支援して活動の発展を促し、保健計画など行政施策のなかに住民の活動を位置づける技術であった。

4) 【住民とのパートナーシップの関係性の形成】

【住民とのパートナーシップの関係性の形成】は、45コードの12サブカテゴリーから抽出した。

住民が自由に発言できるように、話しやすい雰囲気づくり、発言の促し、批判的意見の真意の確認などの多様な意見を受け止める技術であった。また住民が話し合いの内容を理解するための住民のペースでの話し合い、媒体や話し合いの進め方の工夫、話し合いの結果の確認であった。そして住民との対等な話し合いで意思決定するため、さまざまな場面で住民の本音を聞き出し、住民を操作しない距離での本音の意見交換、意見の対立の調整等により対等に話し合って決定する技術であった。

5) 【住民が参加する仕組みの構築】

【住民が参加する仕組みの構築】は、27コードの8サブカテゴリーから抽出した。

住民参加に対する行政や関係者の共通認識を得るため、住民参加の必要性、活動の必要性や目的・目標等の理解を関係者に働きかけ、学習機会をつくる技術であった。また住民の支援体制の強化のため、支援者をチームにし、役割を明確にして活動を行い、支援者のサポート体制をつくる技術であった。そして地域住民の意向を施策に反映させるため、住民の力が活かされる組織をつくり、地域住民の代弁者となれる参加者を構成員に選ぶ技術であった。

IV. 考 察

1. 地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術

1) 住民参加の定義の構成要素との整合性

地域保健活動への住民参加を促進する技術として、【地域保健活動への参加の動機づけ】【地域保健活動に参加する住民グループの育成】【地域保健活動に参加できる知識と技術の強化】【住民とのパートナーシップの関係性の形成】【住民が参加する仕組みの構築】を抽出した。まず住民参加の定義の構成要素である住民参加の目的、住民の参加する活動および過程、住民と行政との関係性、参加を促す手段との整合性を検討した。住民参加の概念との整合性は確認されたと考える。

住民参加の目的は、地域の健康レベルの向上と暮らしやすい地域づくり、住民の意向を反映した健康施策の実現であった^{2,13,15)}。住民は、地域保健活動の実施と地域の保健医療福祉サービスのマネジメントに関与し^{15,17)}、

表2 地域保健活動への住民参加を促進する技術

| カテゴリー | サブカテゴリー | 代表的なコード (抽出した文献No) | コード数 | 抽出した文献No |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--|------------------------------|
| 参加の動機づけ | 1. 住民からの相談に誠実に対応し協力関係を維持する | ・民生委員に相談の結果を返して協力関係を継続させる (6) | 1 | 6 |
| | 2. 行政の活動を継続的に住民に伝える | ・行政の取組みを母子保健推進員に随時報告する (7) | 1 | 7 |
| | 3. 保健活動に参加することの重要性を住民に伝える | ・活動が社会に役立つことを伝える (8) ・住民にできることから始める大切さを伝え続ける (10) | 2 | 8, 10 |
| 地域保健活動への参加の動機づけ | 4. リーダー候補者の住民を探す | ・リーダーを勧誘する (8) ・リーダー育成の研修会を開催する (15) | 3 | 8, 10, 15 |
| | 5. 住民リーダーと地域の健康課題を共有する | ・住民リーダーとデータを読む (17) ・住民リーダーへ問題提起する (17) | 2 | 17 |
| | 6. 住民リーダーと協働で活動する | ・住民リーダーと活動報告と予算を検討する (17) ・住民リーダーと協働で地域住民に対応する (17) | 2 | 17 |
| | 7. 住民リーダーに段階的に役割をもってもらう | ・補足的な役割から実施してもらう (7) ・住民リーダーに場の運営を任せる (17) | 3 | 7, 10, 17 |
| | 8. 住民リーダーがグループ代表として活動する場をつくる | ・リーダー候補者を研修等へ派遣し、報告する場をもつ (10) ・リーダーの集まる研究会や交流会をもつ (6) | 3 | 6, 10 |
| | 9. 地域にパートナーとなる住民グループをつくる | ・自主グループの発足と活動を支援する (17) ・参加者の意見をもとにプログラムを企画する (4) | 6 | 1, 4, 11, 17 |
| | 10. 住民グループをアセスメントし主体的に活動できるようにする | ・グループの自立状況により支援し徐々に手を引く (6) ・企画段階は重点的に介入し、徐々に住民の活動の比重を増やす (10) | 3 | 6, 10 |
| | 11. 住民グループが活動を継続できるよう関わり続ける | ・活動から得たことを確認する振り返りの機会をもつ (2) ・組織的に解決が必要な課題を挙げてもらい話し合う (3) | 6 | 1, 2, 3 |
| | 12. 住民グループメンバーの活動目標や課題の共有を促す | ・課題や目標、解決方法をグループワークで共有する (3) ・話し合いに参加していない人との共有を促す (3) | 5 | 2, 3 |
| | 13. 住民グループメンバーの仲間意識を高める | ・参加者同士の交流を促す (1) ・意図的に仲間意識をつくる声かけをする (6) | 5 | 1, 5, 6, 16 |
| | 14. 住民グループメンバーの積極的な取り組みを促す | ・参加者が自信や楽しみをもてるように働きかける (1) ・活動の意義を確認し、参加者の満足感を高める (3) | 4 | 1, 3, 6, 10 |
| | 15. 住民グループメンバーが地域住民と交流することを促す | ・ボランティア等多様な人との交流を促す (1) ・地域の人々へ働きかけるようにメンバーを育てる (2) | 2 | 1, 2 |
| | 16. 住民グループ同士の交流を促す | ・グループ間で情報交換するよう活動状況を知らせる (6) ・住民グループの連携を調整する (8) | 2 | 6, 8 |
| | 17. 住民グループが地域住民に向け活動することを促す | ・自主グループの活動報告会を開催する (17) ・活動の展望や支援を示し、活動拡大を働きかける (6) ・地域住民と情報を共有する方法を提案する (10, 11) | 5 | 6, 10, 11, 17 |
| | 地域保健活動に参加する住民グループの育成 | 18. 住民が地域の健康課題を理解しやすい媒体をつくる | ・健康問題の調査結果を資料化する (18) ・わかりやすく工夫した資料を用いて住民と話し合う (17) | 2 |
| 19. 地域の実態をもとにした健康教育を行う | | ・事例をもとに健康教育を実施する (18) ・機会があるごとに若い世代に高齢者の理解を促す (6) | 5 | 1, 2, 6, 18 |
| 20. 地域の実態や健康課題について住民と話し合う | | ・地域懇談会を開き、意見交換を行う (17) ・民生委員の集まりで地域の課題を話し合う (6) | 6 | 6, 13, 17 |
| 21. 住民と協働で地域の実態を把握する | | ・地域のニーズを確認する調査を提案する (10) ・住民とリストをつくりハイリスク者を把握する (6) | 4 | 6, 10, 11 |
| 22. 住民が地域保健活動の趣旨や必要性を理解できるようにする | | ・活動の理念や目的、必要性を確認し合う (13) ・活動の趣旨を繰り返し説明する (7, 14) | 4 | 6, 7, 13, 14 |
| 23. 保健活動の展開のなかに住民の役割をつくる | | ・介護予防教室の卒業生に教室運営を協力してもらう (6) ・体操の効果を確認し、他の住民に伝えてもらう (6) | 3 | 6 |
| 24. 住民に保健活動の展開のイメージをもたせる | | ・活動の意図や進め方、支援の仕方を説明する (14) ・全国の先駆事例や成功事例の情報を住民に提供する (10) | 3 | 10, 14, 18 |
| 25. 住民の保健活動の発展を促す | | ・地域の課題を話し合い、今後の方策を練る (6) ・物資の提供、専門家の派遣等で住民の活動実施を支援する (8) | 13 | 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 17 |

(表2 つづき)

| カテゴリー | サブカテゴリー | 代表的なコード (抽出した文献No) | コード数 | 抽出した文献No |
|----------------------|-----------------------------------|--|------|---------------------|
| 地域保健活動に参加できる知識と技術の強化 | 26. 保健活動の評価と課題解決を支援する | ・活動を肯定的に評価し、相談や援助の仕組みをつくる (4) ・住民自身で考えられるように住民グループの心配事をいっしょに考える (6) | 6 | 1, 3, 4, 6 |
| | 27. 住民の活動を行政施策のなかに位置づける | ・活動を行政の保健事業に組み入れる (18) ・住民組織に保健計画の中核の役割をもたせる (11) | 4 | 6, 11, 17, 18 |
| | 28. 住民が話しやすい雰囲気をつくる | ・住民の話聞く姿勢を示す (16) ・感謝の意を参加者一人ひとりに伝える (13) | 6 | 1, 3, 12, 13, 16 |
| | 29. 住民が発言することを促す | ・声をかけて発言を促す (8) ・公平な発言の機会をつくる (7) | 4 | 7, 8 |
| | 30. 住民の多様な意見を受け止める | ・趣旨から外れた意見も受け止める (7) ・批判的な意見も否定せず真意を確認する (13) | 3 | 7, 13 |
| | 31. 住民のペースで話し合いを進める | ・参加者にわかりやすい言葉で伝える (3) ・運営に対する参加者の提案を積極的に受け入れる (7) | 6 | 3, 5, 7, 14 |
| | 32. 住民が内容を理解しやすい媒体を作成する | ・課題に関する媒体を作成して話し合いを進める (14) ・参加者の意見を可視化して提示する (4) | 3 | 4, 14 |
| | 33. 住民が理解しやすいように話し合いの進め方を工夫する | ・理解を促すために外部講師の講義を実施する (14) ・課題共有のため、話し合いと発表の場を設ける (3) | 6 | 3, 4, 14 |
| | 34. 話し合いの結果を住民と確認する | ・話し合った内容から主要課題を整理する (3) ・会議の趣旨を繰り返し説明する (7) | 5 | 3, 7, 14 |
| | 35. さまざまな場面で住民の本音を聞き出す | ・会議以外の場でも意見を受けつける (14) ・会議の合間に個別に参加者と意見交換を重ねる (14) | 2 | 14 |
| 住民とのパートナーシップの関係性の形成 | 36. 住民と本音で意見交換をする | ・住民を支持しながら意見を聴き、保健師の意図も伝える (14) ・推進員と行政とで知恵を出し合っていっしょに考える (2) | 3 | 2, 14 |
| | 37. 住民を操作しない距離を保つ | ・住民と行政との距離感やバランスを意識する (16) ・住民の批判的意見への介入が操作につながることを意識する (6) | 2 | 6, 16 |
| | 38. 住民と対等に話し合って決定する | ・話し合いの参加者の対等な立場を確認する (14) ・いっしょに作り出すよう参加者の力を終結させる (18) | 3 | 14, 16, 18 |
| | 39. 参加者の意見の対立を調整する | ・個人への非難を避けて問題解決をする (14) ・意見の一致が困難な話し合いに対応する (14) | 2 | 14 |
| | 40. 行政職員が住民参加の必要性を共有するよう働きかける | ・住民参加の必要性を共有する場をつくる (12) ・行政の役割、保健師の機能、住民参加の意義を事務局で共有する (14) | 2 | 12, 14 |
| | 41. 関係者が活動の必要性や目的・目標を理解できるよう働きかける | ・目的や価値観の相互理解のため、係職員と検討を重ねる (18) ・課題共有のため上司や関係者が理解しやすい資料を提示する (17) | 3 | 17, 18 |
| | 42. 住民参加について関係者が学習する場をつくる | ・関係者を対象に活動方法の学習会を行う (14) ・住民の立場に立てるよう行政職員の学習の場をもつ (16) | 2 | 14, 16 |
| | 43. 支援者の活動チームをつくる | ・公助機能の強化のため行政職員が参加できるよう調整する (10) ・行政組織を横断する会議を組織する (17) | 2 | 10, 17 |
| | 44. 支援者がサポートを得られるようにする | ・活動の推進に専門的支援を受ける (7) ・ファシリテーターとなる職員を補佐する (7) | 2 | 7 |
| | 45. 役割を明らかにして活動する | ・メンバーの役割を明確にし、各自が役割を担い協働する (14) ・役割確認の場を意識的にもつ (18) | 4 | 13, 14, 16, 18 |
| 住民が参加する仕組みの構築 | 46. 住民の力が生かされる組織をつくる | ・住民を計画策定組織の構成員とし話し合いを活動に生かす (17) ・住民組織の役割・機能を生かした組織をつくる (11) | 6 | 9, 11, 17, 18 |
| | 47. 地域住民の代弁者となれる者を参加者に選ぶ | ・性別、年代の偏りを考慮した構成員にする (13) ・多様な意見を得るため経験や状況が異なる人の意見を得る (5) ・住民に圧力となると予想される者は排除する (11) | 6 | 3, 5, 9, 11, 13, 14 |

企画段階から評価まで全過程での参加が望まれる^{13, 15, 16}。【地域保健活動への参加の動機づけ】と【地域保健活動に参加できる知識と技術の強化】は地域の実態に基づく住民主体の保健活動を支援し、【住民が参加する仕組みの構築】は、地域のマネジメントへの住民参加を促進すると考える。

地域保健活動は住民と行政、保健医療福祉の専門家の活動であり、住民参加は3者のパートナーシップの関係性を重視する^{2, 13, 15}。積極的な【住民とのパートナーシップの関係性の形成】は、非常に重要な技術であると考えられる。

住民参加を促進する手段は、住民組織の育成¹⁵と健康教育¹⁷であった。「住民参加」について宮坂¹⁴は、自治体行政への参加、健康教育の企画への参加、コミュニティ・オーガニゼーションの参加に加え、プライマリ・ヘルス・ケアにおけるcommunity participationを紹介している。これはコミュニティの参加を意味し、日本では地域保健への参加である。日本の地区組織活動は「住民参加」と異なるとされるが¹⁴、組織的な地域社会の参加は公衆衛生の構成要素であるため¹⁹、【地域保健活動に参加する住民グループの育成】は不可欠な技術と考える。

2) 公衆衛生看護活動の実践への適応

次に、5つの技術の公衆衛生看護活動の実践への適応について考察した。

【地域保健活動への参加の動機づけ】は、住民参加を意図した住民や住民組織との日常活動でのコミュニケーションを通じた実践である。

【地域保健活動に参加する住民グループの育成】は、グループ支援や地区組織活動の実践である。住民の自主グループへの参加は、個人から地域全体へと意識が広がり²⁰、グループ活動の相互交流はコミュニティ形成の基盤となる²¹。種々のグループの活動を地域全体に広げ、地域の変革を意図した実践が重要と考える。

【地域保健活動に参加できる知識と技術の強化】は、健康教育を基盤とした住民との協働活動の実践である。地域包括ケアシステムにおいても、住民・利用者が専門職との交流を通じた「参加と協働」が重視されている²²。保健師は、地域の健康課題を住民と共有し、伴走しながら住民の後ろ盾となって住民主体の活動を支援することが必要と考える。

【住民とのパートナーシップの関係性の形成】は、あらゆる保健活動での実践が望まれる。パートナーシップは市民主体で健康問題の改善に取り組むピープルセン

タード・ケアPeople-Centered Careの重要な鍵であり、相互の理解や信頼、尊敬、役割の担当や意思決定共有などの行動姿勢が必要な要素である²³。サービスの受け手である住民は提供者にもなり、地域ケア会議や地域計画策定会議では地域のマネジャーにもなる。多様な立場や役割を理解したうえで用いる技術であり、技術習得には実践を通じた学習が必要と考える。

【住民が参加する仕組みの構築】は、地域保健計画の策定や地域ケアシステム構築の会議等で実践できる。住民参加の阻害要因として、行政の構造や住民との関係に対する認識²、行政職と専門職とで関心事や規準、姿勢、重視点が異なること²⁴が挙げられている。行政への参加手法は種々あるが、行政のあり方や保健師の施策への関わりは自治体で異なることから、この技術はさらなる研究が必要と考える。

2. 本稿の意義と限界

地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術の明確化は、今後の住民参加の促進／推進に寄与すると考える。しかし、文献研究による結果であり、今後、実践への適応の検証が必要である。

本稿で明らかになった技術は、日常の保健活動への適用は可能と考えるが、コミュニティ参加型活動のコミュニケーションや連携の技術の習得にはパートナーシップによる実践が必要とされるように²⁵、住民参加の促進する技術の習得も同様に意図的な実践が必要と考える。そのためには、実践や技術習得の向上に対する保健師の動機づけが重要と考える。

V. 結 論

本稿では、地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術を明らかにするため文献研究を行った。47サブカテゴリーから5つのカテゴリーを抽出した。

その結果、地域保健活動への住民参加を促進する行政保健師の技術は、住民の地域保健活動への参加を動機づけ、組織的に参加できるようグループを育成し、住民の保健活動の知識と技術を高め、住民と専門職と行政が対等に協働できるパートナーシップの関係性を形成し参加の仕組みを構築していく技術と考えられた。住民参加の概念との整合性があり、実践活動への適用は可能であるが、実施の動機づけと実践的教育による技術習得が必要と考えられた。

【利益相反】

本研究における利益相反はない。

【謝辞】

本研究に快くご協力し、論文の作成にあたり貴重なご助言をいただきましたベテラン保健師および協力者のみなさまに心より感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS科研費18K10585の助成を受けたものである。

【文献】

- 1) 湯浅資之・菅波 茂・中原俊隆：プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの共通点・相違点の考察；ヘルス・プロモーションの開発途上国適用への模索，日本公衆衛生雑誌，48(7)：513-520, 2001.
- 2) 近藤明代：住民参加，中西睦子(監)，TACSシリーズ実践地域看護学，50-57，建帛社，東京，2010.
- 3) 大森純子：住民との協働による地域づくり，佐伯和子(責任編集)，公衆衛生看護学テキスト第2巻公衆衛生看護技術，113-117，医歯薬出版，東京，2014.
- 4) 湯浅資之：戦後20年間でなぜ日本の農村は劇的に健康改善を達成できたのか；健康の決定要因別政策介入に関する仮説の検討，日本公衆衛生雑誌，64(3)：123-132, 2017.
- 5) 田口敦子：グループ支援の技術，村嶋幸代(編)，最新保健学講座2 公衆衛生看護支援技術，288-296，メヂカルフレンド社，東京，2015.
- 6) 中村裕美子：関係機関・関係職種・住民とのチームワークおよび協働活動，標準保健師講座2 公衆衛生看護技術，第3版，256-257，医学書院，東京，2020.
- 7) 野藤 悠・清野 諭・村山洋史他：兵庫県養父市におけるシルバー人材センターを基軸としたフレイル予防施策のプロセス評価およびアウトカム評価，日本公衆衛生雑誌，66(9)：560-573, 2019.
- 8) 小宇佐陽子・清水由美子・李 相倫他：地域の保健・福祉の向上を目指した住民ボランティア育成への取り組み；埼玉県鳩山町におけるこれまでの歩みと今後の課題，日本公衆衛生雑誌，59(3)：161-170, 2012.
- 9) 片岡大輔・曾根智史・谷畑健生他：益田市における地区活動と部会活動による介入効果の検討，日本公衆衛生雑誌，52(10)：898-905, 2005.
- 10) 比嘉憲枝・吉川千恵子・石川幸代他：「健康いへや21」計画策定過程における組織的ヘルスプロモーション活動への一考察，名桜大学総合研究，25：17-149, 2016.
- 11) 大湾明美・田場由貴・山口初代他：「鳥しょ型地域包括ケアシステム」の支援プログラム開発と住民参加による評価；2つのモデル島での参加型アクションリサーチから，日本ルーラルナースング学会誌，13：13-27, 2018.
- 12) 岩本里織・大木幸子・滝澤寛子他：親子保健における公衆衛生看護技術の体系化；小地域における親子保健活動技術の明確化に焦点を当てて，保健師教育，5(1)：56-65, 2021.
- 13) 松下 拓：地域の健康問題の構造，中村裕美子・中谷久恵・松下 拓他，標準保健師講座2 公衆衛生看護技術，第3版，27，医学書院，東京，2016.
- 14) 宮坂忠夫：住民参加と健康教育，宮坂忠夫・川田智恵子・吉田 亨(編著)，最新保健学講座 別巻1，健康教育論，第2版，178-188，メヂカルフレンド社，東京，2013.
- 15) 木下由美子：地域の理念と目的，木下由美子(編集代表)，エッセンシャル 地域看護学，第2版，7-13，医歯薬出版，東京，2009.
- 16) Bruce L：地域のエンパワメントとヒーリング，エリザベスT. アンダーソン・ジュディス・マクファーレン(編)，金川克子，早川和生(監訳)，コミュニティアズパートナー；地域看護学の理論と実際，第2版，85，医学書院，東京，2007.
- 17) 野原忠博：住民参加と健康教育，宮坂忠夫・川田智恵子・吉田 亨(編著)，地域保健と住民参加，93-96，第一出版，東京，1983.
- 18) 舟島なをみ：質的研究への挑戦，40-80，医学書院，東京，2007.
- 19) 麻原きよみ：公衆衛生看護とは，麻原きよみ(責任編集)，公衆衛生看護学テキスト1 公衆衛生看護学原論，第2版，1-5，医歯薬出版，東京，2022.
- 20) 鈴木良美・麻原きよみ：定年退職した男性の地域の自主グループ参加による変化；社会参加を促進するために，日本公衆衛生看護学会誌，10(3)：103-111, 2021.
- 21) 金森弓枝・森田孝恵：地域組織活動への参加によって健康を維持する独居高齢者の相互交流の構造，山口医学，70(1)：5-16, 2021.
- 22) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究〈地域包括ケア研究会〉2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム；「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会，平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業，https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_17.pdf (2022年9月20日).
- 23) 高橋恵子・朝澤恭子・有森直子他：People-Centered Careパートナーシップ(PCCP)-16尺度の開発；市民と保健医療専門職の協同に着目した信頼性と妥当性の検討，日本看護科学会誌，40：620-628, 2020.
- 24) 大森純子・宮崎紀枝・麻原きよみ他：保健事業の展開において保健師と事務系職員の意見が異なる状況に関する質的分析，日本地域看護学会誌，9(2)：81-86, 2007.
- 25) Kulbok PA, Thatcher E, Park E, et al. : Evolving public health nursing roles; Focus on community participatory health promotion and prevention. <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Evolving-Public-Health-Nursing-Roles.html> (2022年9月20日検索).

■ Research Report ■

Skills Used by Public Health Nurses When Promoting Participation in
Community Health ActivitiesKiyoka Yamashita¹⁾, Hisae Nakatani²⁾, Yukiko Ogata¹⁾,
Junko Ono¹⁾, Kimiko Nakayama³⁾, Noriko Yamaguchi⁴⁾

1) Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

2) Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University

3) Kobe University Graduate School of Health Sciences

4) Tagawa Municipal Hospital

Objective: In this study, we clarify the skills used by public health nurses in promoting the residents' participation in community health activities.

Methods: First, we used a range of published textbooks about public health nursing to define community participation. Next, we collected research papers on community participation (search date: July 2020) and technical items were generated from the literature and analyzed.

Results: From 18 papers, 5 categories and 47 subcategories were extracted. The categories were: motivating participation in community health activities, developing resident organizations, participating in community health activities, strengthening knowledge and skills for participating in community health activities, forming partnerships with residents and establishing a mechanism for resident participation.

Discussion: The skills used by public health nurses to promote participation in community health activities include: increasing the residents' interest in community health activities and initiating their participation, developing residents' organizations as core groups, promoting participation in the expansion of health activities, and supporting the formulation of a policy on community health activities on equal footing with participants and professionals and administrative officials. Public health nurses also collaborate with appropriate individuals to create a system that allows residents to participate freely.

Public health nurses were required to encourage systematic participation of residents by making full use of support from district organizations and groups as well as health education technology, and to encourage the government and professionals to have a common understanding, understand the diverse positions of residents, and engage in equal relationships.

Key words : government-employed public health nurse, community participation, community health activities, public health nursing skill

デイサービスに勤務する看護職の自律性に関連する要因

森 繁子¹⁾, 松原三智子²⁾, 和泉比佐子³⁾

抄 録

目的：デイサービス (DS) は一次～三次予防まで兼ね備えた介護保険サービスのひとつであり、需要は高まっている。看護職の自律性は、他職種と連携・協働において専門職の役割が認められ、他者から拘束・制限を受けずに行動・判断・選択ができ、意思決定や熟練した技術を実践できることを意味している。本研究の目的は、DSに勤務する看護職の自律性とその関連要因について明らかにすることである。

方法：全国老人福祉施設協議会に登録されているDS 4,214か所から、1,771か所を無作為に抽出した。1か所のDSにつき看護職1人を対象とし、無記名自己記入式質問紙による郵送調査を行った。調査項目は、個人的要因が基本属性、看護職としての自己実現等、施設の特徴は現在の役職等、組織的要因は労働環境等、看護職としての自律性とした。

結果：403件の返信があり (回収率22.8%)、看護職の自律性を測定する自律性尺度 (DPBS) 日本語版尺度に欠損がなく、協力の同意が得られた344人 (有効回答率19.4%) を調査対象とした。DPBS全体の平均得点±SDは、93.0±14.5であった。ロジスティック回帰分析の結果、個人的要因は看護職としての自己実現、施設の特徴は現在の役職等が、組織的要因は働きやすい労働環境が自律性と有意な関連があった。

結論：自己実現に働きかける支援等を行うことが、DSに勤務する看護職の実践能力および高齢者支援の質の向上につながることを示唆された。

【キーワード】 デイサービス, 看護職, 自律性

日本地域看護学会誌, 26 (1) : 22-31, 2023

I. 緒 言

2000年に介護保険制度が開始されて以来、要介護認定者数は増加し続け、なかでも要介護1の認定者数が最も多く、介護予防対策が急務とされている¹⁾。介護保険サービスのなかで居宅サービスに位置づけられている通所介護、通称：デイサービス (DS; Daycare Service) は、要介護1の利用者が最も多く²⁾、介護予防を行うサー

ビスとして期待が大きい。

DSの人員基準は、生活相談員 (社会福祉士等)、看護職員 (看護師・准看護師)、介護職員、機能訓練指導員 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員等) の配置が必要とされている²⁾。なかでも、介護職員の配置が最も多く、単位ごとに常時1人配置する必要がある、利用者数に応じて職員の配置が必要とされている²⁾。それに比べ、看護職員の人員基準は単位ごとに専従で1以上とされており、提供時間帯を通じて専従する必要はなく、訪問看護ステーション等との連携も可能とされている。このように人員基準には医師が規定されていないことから、利用者の健康上の判断は看護職に委ねられる可能性

受付日：2021年9月20日／受理日：2022年11月5日

1) Shigeko Mori：北海道科学大学大学院保健医療学研究所

2) Michiko Matsubara：北海道科学大学公衆衛生看護学専攻科

3) Hisako Izumi：神戸大学大学院保健学研究所

が高く、看護職は自律性をもって他の専門職と役割分担・連携していく必要があると考える。

看護職の自律性について、Engel³⁾は規範に従った職業上の意思決定(行動・判断・選択)を専門職が自ら行うことと述べ、草刈⁴⁾は、自律性の度合いは社会がその職業をどの程度専門職としてみなすかの指標であると述べている。したがって、看護職の自律性は、他職種と連携・協働するうえで専門職の役割が認められ、他職種から拘束・制限を受けずに行動・判断・選択ができ、意思決定や熟練した技術を実践できることを意味している。

また、小谷野⁵⁾は自律性について、専門職者が実践における意思決定を自らの信念・価値観に基づいて行うことであり、専門職が自ら立てた倫理および道德規範に従って行動し自己を統制、他者からコントロールされたり、権威に従属することのない行動を示すことと定義している。さらに小谷野⁵⁾は、Dempster⁶⁾が開発した4つの構成要素(エンパワメント、レディネス、行動の実現化、価値)からなる自律性尺度(Dempster Practice Behaviors Scale; DPBS)を日本語版に翻訳・修正し、急性期病院の看護職を対象に自律性とその関連要因について調査した。その結果、自律性のなかでもエンパワメントが最も高く、自律性を発揮するには臨床経験年数や看護職としての自己実現等が関連していることを明らかにしている。また、自律性と最も関連があったのは自己実現であり、看護職の自律性は自己実現を基盤に役割行動として現れることを明らかにしているが、自己実現を支援する職場環境のあり方やその関連⁵⁾については明らかにしていない。

菊池ら⁷⁾は、看護活動は、患者の情報収集と分析に始まり、さまざまな情報を統合して看護診断をし、それに基づいて具体的な看護実践を行うことと述べていることから、専門職的自律性について、主体的に認知、判断、実践の一連のプロセスを遂行することと定義し、5つの構成要素(認知能力、具体的判断能力、抽象的判断能力、自立的判断能力、実践能力)からなる尺度を作成している。この5つの構成要素のうち、病院に勤務する看護職の自律性は、自立的判断能力が最も高く、抽象的判断能力が最も低いことを明らかにし、他の職種に依存することなく必要な看護の方法を考察する能力が高いことが示された。また、森ら⁸⁾は、菊池らが作成した尺度を用いて介護施設の看護職の自律性を測定した結果、自立的判断能力がやや高めであり、抽象的判断能力は低いことを明らかにしている。さらに、撫養ら⁹⁾は、病院に勤務す

る看護職の自律性と職務満足との関連について、職務満足を構成する4つの構成要素(仕事に対する肯定的感情、上司からの適切な支援、働きやすい労働環境、職場での自らの存在意識)との間に正の相関があることを明らかにしている。

以上の結果から、病院や介護施設に勤務する看護職の自律性の特徴とその関連要因について先行研究がなされていたが、DSに勤務する看護職の自律性についての先行研究は見当たらなかった。近年、看護職は病院のみではなく地域で活躍する場が高まっており、DSに勤務する看護職が自律性をもって高齢者を支援することで、高齢者の介護予防や機能維持・増進につながる可能性があると考えられる。そのため、病院や介護施設とは職場環境が異なり、ケアの対象や看護職に求められる役割も異なるDSに勤務する看護職の自律性および自律性に関する要因について明らかにする必要がある。

本研究の目的は、DSに勤務する看護職の自律性とその関連要因について明らかにすることである。DSに勤務する看護職の自律性とその関連要因を明らかにすることで、DSの看護職の実践能力を高める体制づくりおよび高齢者支援の質向上の一助とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

DSに勤務する看護職の自律性を従属変数、個人的要因、施設の特徴、組織的要因を独立変数とした関連検証型研究である。

2. 用語の定義

DSの看護職の自律性：利用者の意思を尊重し、医療と介護・生活を包括的に捉えて、その人にとって適切なケアを看護職自らが意思決定(行動・判断・選択)し、他職種と連携・協働しながらケアの実践を行い、その結果に達成感を得ることとした。

3. 対象

全国老人福祉施設協議会に登録されているDSに勤務する看護職(保健師、助産師、看護師、准看護師)を対象とした。

4. 調査方法

全国老人福祉施設協議会に登録されているDS 4,214

か所から、信頼率95%、回収率20%を想定し、ランダム関数を使用して乱数表を作成し、1,771か所を無作為に抽出した。抽出されたDSの看護職あてに、研究協力依頼文書で調査協力を依頼し、無記名自己記入式質問紙および返信用封筒を郵送した。1か所のDSにつき看護職1人を対象とし、看護職の選定については施設側に委ねた。回収は、回答後2週間以内に個別での郵送法とし、データ収集期間は2019年9月～2020年5月までとした。

5. 調査内容

1) 個人的要因

性別、年齢、現在のDSおよび看護職としての経験年数、看護職として最初に勤務した病院／施設、勤務した病院／施設での卒後教育、現在勤務しているDS以外に福祉施設の勤務経験、看護職としての自己実現とした。

看護職としての自己実現は、中山ら¹⁰⁾が作成した看護師としての自己実現スケールを開発者の許可を得て使用した。尺度全体のCronbach α 係数は.88であり、「看護志向性(看護師としてのやり甲斐)」「現実志向性」「創造性」「変革力」の4つの下位尺度から構成される。「私は看護にやり甲斐を感じている」等の全10項目の質問について、段階の間隔尺度で回答を求めるもので、10～50点の範囲で得点が高いほど自己実現が高いことを示す。

2) 施設の特徴

現在の雇用形態および役職、機能訓練指導員の役割、看護職の配置人数から構成した。

3) 組織的要因

「働きやすい労働環境」と「上司からの適切な支援」は、撫養⁹⁾が作成した職務満足測定尺度の下位尺度の項目を、看護管理者をデイサービス施設管理者またはデイサービスセンター長に変更し、開発者の許可を得て使用した。働きやすい労働環境では、「他職種と利用者のケアについてお互いに相談しあえる」等で構成され、上司からの適切な支援では、「職場のデイサービス施設の管理者またはデイサービスセンター長に何でも相談することができる」等で構成される。これらは、いずれも6項目5段階の間隔尺度で回答を求めるもので、得点範囲は6～30点でCronbach α 係数はそれぞれ.80と.90である。

4) 看護職の自律性

看護職の自律性はDempster⁶⁾が開発し、小谷野⁵⁾が日本語版に翻訳・修正したDPBSを開発者の許可を得

て使用した。この尺度は「エンパワメント」「レディネス」「行動の実現化」「価値」の4つの下位尺度で構成され、30～150点の範囲で得点が高いほど自律性が高いことを示す。「自分の行為とその結果に責任をとっている」「自分の仕事から満足を得ている」等の全30項目の質問について、5段階のリッカート尺度により回答を求めるものである。Cronbach α 係数は.91、再テスト法の信頼係数は $r = .84$ である⁵⁾。DPBSを用いた理由は、病院の看護業務に特化した質問項目ではないため、DSに適用が可能であると考えたからである。

6. 分析方法

すべての項目で記述統計を求めた。従属変数とするDPBS得点は、尺度全体および下位尺度ごとの平均得点を求め、各下位尺度で平均得点を比較した。また、DPBSの下位尺度項目数が異なるため、1項目あたりの平均得点を算出して比較した。さらに正規または非正規分布により、平均値または中央値で高群と低群に2分した。看護職としての自己実現、働きやすい労働環境、上司からの適切な支援については、平均得点を求め、正規または非正規分布により、平均値または中央値で低群と高群に2分した。分析は、平均値または中央値を用いて、 χ^2 検定または t 検定を行い、DPBSと独立変数との関連について分析した。

DPBSを従属変数とし、 t 検定および χ^2 検定で関連のみられた項目を独立変数として、ロジスティック回帰分析(変数増加法)を行い、オッズ比(OR; odds ratio)と95%信頼区間(以下、95%CI)を算出した。なお、多重共線性については独立変数間の相関係数を求め、すべて0.8以下であり問題がない¹¹⁾ことを確認した。分析には統計解析ソフトIBM SPSS Statistics 26を使用し、有意水準は5%とした。

7. 倫理的配慮

対象者に、研究協力の任意性、個人情報の匿名化、データの保管・処理方法、研究成果の開示等について文書で説明をした。質問紙の回収は、強制力が働かないよう無記名での回答とし、個別での郵送法を行った。質問紙に設けた研究協力の同意を示すチェックボックス欄に記入があることで、同意を得たものとした。

なお、本研究は、北海道科学大学研究倫理審査の承認を得て実施した(承認番号423)。

本研究における利益相反は存在しない。

Ⅲ. 研究結果

質問紙の回収は403人(回収率22.8%)であり、従属変数であるDPBSに欠損がなく、協力の同意が得られた344人(有効回答率19.4%)を分析対象とした。

1. 本研究の全対象者の特徴(表1)

1) 個人的要因

対象者の性別は、女性が332人(96.5%)、平均年齢±標準偏差(Standard Deviation; SD)は52.7±9.7歳であった。

取得資格は、「看護師」が201人(58.4%)、「准看護師」が124人(36.0%)、「保健師」が13人(3.8%)、「助産師」が4人(1.2%)であった。現在のDSでの経験年数の平均±SDは8.2±6.1年、看護職としての経験年数の平均±SDは27.5±13.8年であった。

看護職としての自己実現の平均得点±SDは31.6±5.5であり、中央値は31(範囲14-50)で、2分した低群は167人(49.1%)、高群は173人(50.9%)であった。

2) 施設の特徴

現在の雇用形態は、常勤が223人(64.8%)、非常勤が119人(34.6%)、役職があるが45人(13.1%)、役職がないが104人(86.6%)であった。機能訓練指導員の役割は、担っているが238人(69.2%)、担っていないが104人(30.2%)であった。

看護職の配置人数の平均±SDは3.0±2.3人であった。

3) 組織的要因

働きやすい労働環境の平均得点±SDは19.2±4.2であり、中央値は19(範囲8-30)で2分した低群は160人(47.1%)、高群は180人(52.9%)であった。

上司からの適切な支援の平均得点±SDは17.8±5.3であり、中央値は18(範囲6-30)で2分した低群は157人(45.6%)、高群は187人(54.4%)であった。

4) DSに勤務する看護職の自律性

DPBSの平均得点±SDは93.0±14.5であり、1項目あたりの平均得点±SDは3.1±0.5であった。DPBSを中央値93(範囲46-137)で2分した低群は171人(49.7%)、高群は173人(50.3%)であった。下位尺度「エンパワメント」「レディネス」「行動の現実化」「価値」の各平均得点±SDは25.1±3.8, 31.3±6.6, 28.3±5.2, 8.3±2.1であり、1項目あたりの各平均得点±SDは3.6±0.5, 2.8±0.6, 3.1±0.6, 2.8±0.7であった。

2. DPBSの高群と低群の個人的・組織的要因および施設の特徴との比較(表2)

個人的要因では「取得資格($P=.005$)」「看護職として最初に勤務した病院/施設の卒後教育($P=.002$)」「看護職としての自己実現($P<.001$)」、施設の特徴では「現在の雇用形態($P=.046$)および役職($P=.003$)」がDPBSの得点が高いことと有意な関連が認められた。

組織的要因では「働きやすい労働環境($P<.001$)」であること、「上司からの適切な支援($P=.001$)」があることが、DPBSの得点が高いことと有意な関連が認められた。

3. DPBSに影響を及ぼす要因(表3)

DPBSを従属変数とし、関連のみられた独立変数および先行研究⁵⁾において自律性と関連のみられた看護職としての経験年数を調整変数として投入し、ロジスティック回帰分析を行った。臨床経験年数が自律性に関連していたことより、調整変数として選択して投入した結果、「看護職として最初に勤務した病院/施設の卒後教育を受けていること」(OR: 1.86, 95%CI: 1.02-3.37)、「現在の雇用形態が非常勤であること」(OR: 2.47, 95%CI: 1.35-4.52)、「役職があること」(OR: 4.20, 95%CI: 1.80-9.78)、「看護職としての自己実現が高いこと」(OR: 7.58, 95%CI: 4.33-13.27)、「働きやすい労働環境であること」(OR: 2.92, 95%CI: 1.68-5.05)が、DPBSが高いことと有意な関連が認められた。

Ⅳ. 考 察

1. 対象者の背景および施設の特徴

本研究の対象者はほぼ女性で、50歳代が最も多く、39歳以下は1割にも満たない結果となった。この結果は、特別養護老人ホームや介護老人保健施設に勤務している看護職と同様¹²⁾であり、DSを含めた福祉施設に勤務する看護職は年齢が高いことが考えられる。また、DSでは60歳以上の看護職の割合と非常勤の割合が全体の約3割を占め、定年退職後の職場として勤務している可能性が考えられる。福祉施設に勤務する看護職の経験年数は、特別養護老人ホーム等で約20.0年という報告もあり¹²⁾、本結果ではさらに7年程度長かったことから、DSの看護職は他の福祉施設よりも経験が長いと考えられる。

さらに、現在のDSでの平均経験年数は8.2±6.1年で

表 1 全対象者の特徴

N = 344

| 項目 | | n | % | |
|---------------------------------|---------------------|-------------|-------------|------|
| 個人的要因 | 性別 | 女性 | 332 | 96.5 |
| | | 男性 | 11 | 3.2 |
| | | 無回答 | 1 | 0.3 |
| | 年齢 (歳) | 39歳以下 | 30 | 8.7 |
| | | 40歳代 | 95 | 27.6 |
| | | 50歳代 | 131 | 38.1 |
| | | 60歳以上 | 86 | 25.0 |
| | | 無回答 | 2 | 0.6 |
| | | 平均値 ± SD | 52.7 ± 9.7 | |
| | 現在のDSでの経験年数 (年) | 平均値 ± SD | 8.2 ± 6.1 | |
| | 看護職としての経験年数 (年) | 中央値 (範囲) | 25 (0-55) | |
| | | 平均値 ± SD | 27.5 ± 13.8 | |
| | 看護職として最初に勤務した病院/施設 | 一般病院 | 273 | 79.4 |
| | | 診療所 | 45 | 13.1 |
| | | 福祉施設 | 9 | 2.6 |
| その他 | | 5 | 1.4 | |
| 無回答 | | 12 | 3.5 | |
| 看護職として最初に勤務した病院/施設の卒後教育 | 受けた | 154 | 44.8 | |
| | 受けていない | 121 | 35.2 | |
| | わからない | 59 | 17.1 | |
| | 無回答 | 10 | 2.9 | |
| 現在勤務しているDS以外に福祉施設 (通所を含む) の勤務経験 | 勤務した経験がある | 162 | 47.1 | |
| | 勤務した経験がない | 176 | 51.2 | |
| | 無回答 | 6 | 1.7 | |
| 看護職としての自己実現 (n = 340) | 看護志向性 | 平均得点 ± SD | 10.1 ± 3.5 | |
| | 現実志向性 | 平均得点 ± SD | 6.7 ± 1.5 | |
| | 創造性 | 平均得点 ± SD | 6.6 ± 2.0 | |
| | 変革力 | 平均得点 ± SD | 8.3 ± 4.0 | |
| | 尺度全体 | 中央値 (範囲) | 31 (14-50) | |
| | | 平均得点 ± SD | 31.6 ± 5.5 | |
| 施設の特徴 | 現在の雇用形態 | 常勤 | 223 | 64.8 |
| | | 非常勤 | 119 | 34.6 |
| | | 無回答 | 2 | 0.6 |
| | 現在の役職 | 役職がある | 45 | 13.1 |
| | | 役職がない | 298 | 86.6 |
| | | 無回答 | 1 | 0.3 |
| | 機能訓練指導員の役割 | 担っている | 238 | 69.2 |
| | | 担っていない | 104 | 30.2 |
| | | 無回答 | 2 | 0.6 |
| | 勤務しているDSの看護職の配置人数 | 平均値 ± SD | 3.0 ± 2.3 | |
| 組織的要因 | 働きやすい労働環境 (n = 340) | 中央値 (範囲) | 19 (8-30) | |
| | | 平均得点 ± SD | 19.2 ± 4.2 | |
| | 上司からの適切な支援 | 中央値 (範囲) | 18 (6-30) | |
| | | 平均得点 ± SD | 17.8 ± 5.3 | |
| 自律性 (D P B S) | エンパワメント | 平均得点 ± SD | 25.1 ± 3.8 | |
| | レディネス | 平均得点 ± SD | 31.3 ± 6.6 | |
| | 行動の実現化 | 平均得点 ± SD | 28.3 ± 5.2 | |
| | 価値 | 平均得点 ± SD | 8.3 ± 2.1 | |
| | 尺度全体 | 中央値 (範囲) | 93 (46-137) | |
| | 平均得点 ± SD | 93.0 ± 14.5 | | |

表2 DPBSの高群と低群の個人的・組織的要因および施設の特徴との比較

| | | | 自律性尺度DPBS | | | | |
|---|-----------------------------------|--------|-----------------------|------|-----------------------|---------------------|--------|
| | | | 高群 (≥93) (n = 173) | | 低群 (≤92) (n = 171) | | P |
| | | | n | % | n | % | |
| 個人的要因 | 年齢 (n = 342) | 平均値±SD | 52.8± 9.9 | | 52.5± 9.4 | 0.822 ^{a)} | |
| | 現在のDSでの経験年数 (n = 339) | 平均値±SD | 7.8± 5.9 | | 8.7± 6.3 | 0.153 ^{a)} | |
| | 看護職としての経験年数 (n = 320) | 平均値±SD | 28.4±13.8 | | 26.7±13.8 | 0.850 ^{a)} | |
| | 取得資格 (n = 343) | | | | | | |
| | 看護師 | | 123 | 71.1 | 96 | 56.5 | 0.005 |
| | 准看護師 | | 50 | 28.9 | 74 | 43.5 | |
| | 看護職として最初に勤務した病院/施設の卒後教育 (n = 334) | | | | | | |
| | 受けた | | 93 | 55.0 | 61 | 37.0 | 0.002 |
| | 調整済み残差 | | 3.31 | | -3.31 | | |
| | 受けていない | | 55 | 32.6 | 66 | 40.0 | |
| 調整済み残差 | | -1.42 | | 1.42 | | | |
| わからない | | 21 | 12.4 | 38 | 23.0 | | |
| 調整済み残差 | | -2.54 | | 2.54 | | | |
| 現在勤務しているDS以外に福祉施設 (通所も含む) の勤務経験 (n = 338) | | | | | | | |
| 勤務した経験がある | | 84 | 49.4 | 78 | 46.4 | 0.583 | |
| 勤務した経験がない | | 86 | 50.6 | 90 | 53.6 | | |
| 看護職としての自己実現 (n = 340) | | | | | | | |
| 高群 (≥31) | | 125 | 74.0 | 48 | 28.1 | <0.001 | |
| 低群 (≤30) | | 44 | 26.0 | 123 | 71.9 | | |
| 施設の特徴 | 現在の雇用形態 (n = 342) | | | | | | |
| | 常勤 | | 104 | 60.1 | 119 | 70.4 | 0.046 |
| | 非常勤 | | 69 | 39.9 | 50 | 29.6 | |
| | 現在の役職 (n = 343) | | | | | | |
| | 役職がある | | 32 | 18.5 | 13 | 7.6 | 0.003 |
| | 役職がない | | 141 | 81.5 | 157 | 92.4 | |
| 機能訓練指導員の役割 (n = 342) | | | | | | | |
| 担っている | | 119 | 68.8 | 119 | 70.4 | 0.743 | |
| 担っていない | | 54 | 31.2 | 50 | 29.6 | | |
| 組織的要因 | 働きやすい労働環境 (n = 340) | | | | | | |
| | 高群 (≥19) | | 112 | 65.9 | 68 | 40.0 | <0.001 |
| | 低群 (≤18) | | 58 | 34.1 | 102 | 60.0 | |
| | 上司からの適切な支援 (n = 344) | | | | | | |
| 高群 (≥18) | | 110 | 63.6 | 77 | 45.0 | 0.001 | |
| 低群 (≤17) | | 63 | 36.4 | 94 | 55.0 | | |

a) t検定

a) 以外は χ^2 検定

検定の際に無回答は除外

あり、福祉施設の勤続年数 (特別養護老人ホーム: 6.8年, 介護老人保健施設: 5.4年)¹²⁾と比較すると長く、福祉施設のなかでも定着率はよいと考える。この理由として、DSは日勤での勤務時間や残業が少ない等の勤務形態が、要因のひとつになっていると考える。

本研究では看護職の自己実現の得点 31.6 ± 5.5 は、急性期病院に勤務する看護職の自己実現の得点 28.3 ± 5.3 ⁶⁾よりも高く、この理由はDSの施設において機能訓練指導員の役割を担っている者が多かったことが考えられる。

2. DSに勤務する看護職の自律性の特徴

DSに勤務する看護職の自律性は、急性期病院や手術室に勤務する看護職のDPBS得点と比較して^{5, 13)}高かった。看護職の自律性が十分に発揮されるには、少なくとも10年の臨床経験が必要である⁷⁾ことが示されており、本研究では年齢が高く、臨床経験年数が長いこと、さらに急性期病院や手術室に勤務する看護職よりも臨床経験年数が長かったこと^{5, 13)}が、DPBS得点の高さに影響していた可能性が考えられる。

DPBS得点の4つの下位尺度のうち、1項目あたりの

表3 DPBSに影響を及ぼす要因

| 要因 | | オッズ比 | 95%信頼区間 | P |
|-------------|-------------------------|------|------------|--------|
| 個人的要因 | 看護職として最初に勤務した病院／施設の卒後教育 | | | |
| | 受けていない | 1.00 | | |
| | わからない | 0.80 | 0.35- 1.81 | 0.591 |
| | 受けている | 1.86 | 1.02- 3.37 | 0.042 |
| 看護職としての自己実現 | 低群 (≤30) | 1.00 | | |
| | 高群 (≥31) | 7.58 | 4.33-13.27 | <0.001 |
| | | | | |
| 施設の特徴 | 現在の雇用形態 | | | |
| | 常勤 | 1.00 | | |
| | 非常勤 | 2.47 | 1.35- 4.52 | 0.003 |
| | | | | |
| 現在の役職 | 役職がない | 1.00 | | |
| | 役職がある | 4.20 | 1.80- 9.78 | 0.001 |
| | | | | |
| 組織的要因 | 働きやすい労働環境 | | | |
| | 低群 (≤18) | 1.00 | | |
| | 高群 (≥19) | 2.92 | 1.68- 5.05 | <0.001 |

ロジスティック回帰分析 (変数増加法 (尤度比))

従属変数は、低群=0、高群=1とした。

独立変数は、取得資格、看護職として最初に勤務した病院 (施設) の卒後教育、現在の雇用形態、現在の役職の有無、看護職としての自己実現、働きやすい労働環境、上司からの適切な支援を投入した。調整変数として、看護職としての経験年数を投入した。

HosmerとLemeshownoの検定の結果は、 $P=0.806$ であった。

平均得点±SDで最も高かったのは、他者から権利や行動を承認されることを意味する「エンパワメント」であり、最も低かったのは、実践の場において技術や熟練に関連する「レディネス」であり、急性期病院に勤務する看護職の自律性の特徴と同様であった。DSの看護職は、年齢層が高く経験年数も長いことに加え、医師が常時いない環境下で医療的判断が求められるため、医療施設に勤務する看護職と同様に、エンパワメントが高い結果になったと考える。

一方、レディネスが低かった理由は、DSの看護職の配置人数からモデルとなる看護職の存在が少ないことが関連していると推察する。DSの看護職のレディネスを高めるためには、他施設の看護職が集まる研修会や交流会等の場を設け、情報交換等を行いながらDSの看護職の役割やあり方について、明確になる必要があると考える。

3. 看護職の自律性と個人的要因、組織的要因および施設の特徴

1) 自律性と個人属性および施設の特徴

個人属性のうち自律性に影響を及ぼす要因は、「看護職として最初に勤務した病院／施設の卒後教育を受けていること」「看護職としての自己実現が高いこと」であ

り、なかでも「看護職として最初に勤務した病院／施設の卒後教育を受けていること」がDPBS得点と関連があることが明らかになった。看護職の自律性は、パーソナリティ要因としての教育背景、臨床経験、卒後継続教育などにより芽生え、法律や制度による職業的規制、組織風土などの文化的影響を受けながら、臨床看護実践のなかで発揮される¹⁴⁾といわれており、本研究対象も同様であったと考える。

さらに、自己実現は最も自律性に関連する要因であることが明らかになった。小谷野⁵⁾は、看護職としての自己実現である看護志向性、現実志向性、創造性、変革力は、看護職自身の価値・関心・信念に深く関わるもので、看護師の自律性はこれらを基盤に役割行動として現れるとも述べている。自律性を高めるためには看護職としての自己実現の構成概念に働きかける支援やその支援を支える環境づくりが重要と考える。具体的には、通所介護計画書に看護目標を明確に示しケアすることや、看護職がDSの価値を自ら考え目標設定し、それらを達成することをチームで取り組むような体制づくりが必要と考える。

2) 自律性と勤務形態

施設の特徴では、自律性に影響を及ぼす要因は、「現在の雇用形態が非常勤であること」「現在の役職がある

こと」であった。雇用形態では、常勤の看護職よりも非常勤のほうが、DPBS得点が高かった。施設に勤務する非正規雇用の看護職を対象にした報告¹⁵⁾では、非正規雇用と比べ正規雇用の経験年数の長さが自律性に与える影響が大きいことを明らかにしている。本研究の対象者は、60歳以上の看護職が全体の約4分の1を占めており、調査時点では非常勤であっても60歳以下の時点では正規雇用であった可能性も考えられ、雇用形態での経験年数についても検討する必要がある。

先行研究¹⁶⁾において、役職者は専門職的自律性の認知能力、具体的・抽象的・自立的判断能力、実践能力のすべての項目において有意な差が認められ、職位は専門職的自律性を獲得する傾向にあることが明らかにされている。本研究結果でも役職がある看護職は、役職がない者に比べオッズ比は約4倍高く、DPBSと有意な関連があった。自律性が高い看護職が役職に就いた可能性があると同時に、役職の獲得が自律性を高めるうえで重要な要因であると考え、組織内での看護職の役職の確保を促進する必要があると考える。

3) 自律性と働きやすい労働環境

本研究では職務満足のうち「働きやすい労働環境」と「上司からの適切な支援」について検討し、「働きやすい労働環境」とDPBSと関連することが明らかになった。

DSに勤務する看護職は、介護職よりも配置人数が少ないことから、介護職と連携・協働しながらケアを実践することが必要である。看護職と介護職の役割を互いに理解し、互いに連携・協働しやすい関係をつくることのできる能力が自律性に影響すると考える。

病院に勤務する看護職の自律性には、職場の人間関係や職務満足が影響する^{9,17)}ことが明らかにされ、介護施設に勤務する看護職を対象とした研究¹⁸⁾では、労働と休息のバランスや給料、職員間協働の実践などが職務満足の構成要素であることが示されている。

古賀は、看護師の自律性の先行因子として、教育背景や臨床経験などのパーソナリティ要因と法律や制度の職業的規制や組織風土などの社会的要因があり、自律性の発揮はこれらの因子の影響を受けること¹⁴⁾を述べている。したがって、連携・協働しやすい関係をつくるためには、職場の人間関係の構築が必要である。ほかにも給与や労働と休息のバランスなどを整えることが、看護職の自律性を高めるうえで重要であると考えられる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、全国にあるDS施設を無作為に抽出し、1施設1人の看護職を対象に、DSに勤務する看護職の自律性とその関連要因について明らかにしたものである。

本調査における質問紙の回収率は2割程度であり、看護職の選定についても、施設に委ねているため、自律性が高い看護職が回答した可能性がある。DSの規模別に調査をしていないため、一般化するには限界がある。

今後、DSに勤務する看護職の自律性をさらに高めるための要因を明らかにするには、DSの規模別による調査、職場における人間関係や職務満足の仕事に対する肯定的感情および、職場での自らの存在意識についても検討する必要がある。また、本研究は横断調査であり因果関係まで言及できず、今後は縦断研究で自律性がどのような場面で必要なのか、自律性を高める要因についても明らかにしていく必要があると考える。

VI. 結 語

本研究は、DSに勤務する看護職の自律性とその関連要因について明らかにすることを目的に調査を実施した。DSに勤務する看護職の自律性は、急性期病院に勤務する看護職や手術室に勤務する看護職よりも高いことが明らかになった。個人的要因では看護職としての自己実現、現在の役職等、組織的要因では働きやすい労働環境が自律性と有意な関連が認められ、組織内での看護職の役職の確保、研修会やDSの看護職同士の交流の場を設けるなど、自己実現に働きかける支援やその支援を支える環境づくりなどの労働環境の整備が必要である。上述のことを行うことがDSに勤務する看護職の実践能力の向上につながり、高齢者支援の質の向上にもつながることが示唆された。

【文献】

- 1) 厚生労働省 (2020) : 令和元年度版高齢社会白書. <https://www.8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/index.html> (2021年1月24日).
- 2) 厚生労働省 (2017) : 第141回社会保障審議会介護給付費分科会 (H29.6.21). 参考資料3 通所介護及び療養通所介護. [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000168705.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/) (2022年2月6日).

- 3) Engel GV : Professional Autonomy and Bureaucratic Organization, *Administrative Science Quarterly*, 15 : 12-21, 1970.
- 4) 草刈淳子 : 専門職の概念と専門職化が進み始めた看護職. *インターナショナル・ナーシング・レビュー*, 18(1) : 5, 1995.
- 5) 小谷野康子 : 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因分析 : 急性期病院の看護婦を対象にして. *聖路加看護学会誌*, (27) : 1-9, 2001.
- 6) Dempster JS : Autonomy in practice : Conceptualization, construction, and psychometric evaluation of an empirical instrument. University of San Diego, 1-252, 1990.
- 7) 菊池昭江・原田唯司 : 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. *静岡大学教育学部研究報告(人文・社会科学篇)*, 47 : 241-254, 1997.
- 8) 森 幹雄・小野美喜 : 特別養護老人ホームで働く看護職の専門職的自律性に寄与する要因. *日本看護倫理学会誌*, 6(1) : 47-52, 2014.
- 9) 撫養真紀子・勝山貴美子・青山ヒフミ : 病院に勤務する看護師の職務満足測定尺度の信頼性・妥当性の検討. *社会医学研究*, 31(1) : 37-44, 2014.
- 10) 中山洋子・粟生田友子・片平好重 : 看護婦の仕事に対する認識と満足度・継続意志に関する記述的研究 : 組織基盤の異なる病院で働く看護婦を対象とした調査結果の比較検討. *聖路加看護大学紀要*, 23 : 2-14, 1997.
- 11) 神田善伸 : *EZRでやさしく学ぶ統計学*, 改訂2版, 13, 中外医学社, 東京, 2015.
- 12) 高橋優子 : 介護保険施設における看護師の実態と定着への課題 : 介護老人福祉施設と介護老人保健施設の看護職員の比較結果. *社会教育研究*, 27 : 31-46, 2009.
- 13) 西田文子・中村美知子 : 手術室看護師の道徳的感性与自律性の特徴. *山梨医科大学紀要*, 19 : 79-84, 2002.
- 14) 古賀節子 : 「看護師の自律性」概念分析. *豊橋創造大学紀要*, 23 : 87-103, 2019.
- 15) 萩尾直美・池西悦子 : 非正規雇用看護師の専門職的自律性形成の実態と影響要因の検討. *日本看護学会論文集 : 看護管理*, 257-260, 2017.
- 16) 辻 ちえ・竹田千佐子・伊良部優子 : 看護の専門職的自律性に関与する要因. *聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, 12 : 27-38, 2004.
- 17) 友澤永子 : 看護師の臨床経験年数と「自律性」・「職務意識・職場環境」の関係. *日本赤十字看護学会誌*, 6(1) : 103-109, 2006.
- 18) 小木曾加奈子・樋田小百合・今井七重他 : 介護老人保健施設の看護職と介護職の職務満足についての検討. *日本看護研究学会雑誌*, 40(2) : 171-180, 2016.

■ Research Report ■

Factors Related to the Autonomy of Nurses Working
in Elderly People Daycare Services FacilitiesShigeko Mori¹⁾, Michiko Matsubara²⁾, Hisako Izumi³⁾

1) Hokkaido University of Science Graduate School of Health Sciences

2) Hokkaido University of Science The Division of Public Health Nursing

3) Kobe University Graduate School of Health Sciences

Purpose: Demand for elderly people daycare service (DS), a long-term care insurance service that combines primary and tertiary prevention, has been increasing. Autonomy of nurses working in DS implies that they be recognized in their professional roles in working and collaborating with other professionals, be able to act, make decisions, make choices without restraint or restriction from others, and apply decision-making and other skills in practice. We report the results of a survey aimed at clarifying factors associated with the autonomy of DS nurses.

Methods: Among 4,214 registered DS nurses in the Japanese Council of Senior Citizens Welfare Service, we randomly selected 1,771. An anonymous self-rated questionnaire survey, sent to one nurse per DS by post, included questions about personal factors (basic attributes, self-actualization as a nurse, etc.), institutional characteristics (current position, etc.), organizational factors (work environment, etc.), and autonomy as a nurse.

Results: Among the 403 replies (22.8% response rate) received, 344 participants (19.4% valid response rate) agreed to cooperate with the study and were not deficient as per the Japanese version of the Dempster Practice Behaviors Scale (DPBS), which measures nursing autonomy, were included. Total mean \pm standard deviation of the DPBS score was 93.0 ± 14.5 . Logistic regression analysis revealed that personal factors (self-actualization as a nurse), institutional factors (current job titles), and organizational factors (comfortable working environment) were significantly associated with autonomy.

Conclusion: Providing support that encourages self-actualization can improve the practical ability of nurses working in DS and the quality of support for the elderly.

Key words : elderly people daycare services facilities, nurse, autonomy

精神障がいを抱える親の妊娠期から学童期における支援ニーズ ——質的記述的研究——

加藤ねね¹⁾, 蔭山正子²⁾, 岩崎りほ³⁾

抄 録

目的: 精神障がいを抱える親の妊娠から子育てにおける支援ニーズを当事者の認識に基づいて具体的に記述することを目的とした。

方法: 質的記述的研究とした。18歳未満の子をもつ精神障がいと診断されている親10人(女性8人, 男性2人)に個別の半構造化面接を行った。逐語録から「当事者の支援ニーズとはどのようなものか」という視点でコードを作成し, 抽象度を上げて小・中・大カテゴリーを作成した。支援ニーズは妊娠期から学童期までの時期, 支援者の違いを検討した。

結果: 精神障がいを抱える親の支援ニーズとして【病気で差別されない・しないようにしてほしい】【妊娠・授乳中に服薬の説明や病状悪化時の備えがほしい】【病状や障がいによる家事や育児のできないところを補う支援がほしい】【障がいを抱えながらも親であるように支えてほしい】【連携して親子を支援してほしい】【身近なところで気にかけて話を聞いてほしい】の6の大カテゴリー, 《病状悪化時に子どもに当たらないよう支援してほしい》など16の中カテゴリーが生成された。

考察: 当事者が差別や偏見を受けないような対応や配慮, 周産期における服薬や病状への支援, 家事・育児負担の軽減, 病状悪化時も子どもと暮らせるようなりカバリー志向の親支援, 当事者自らも子どもに当たらずにすむ支援, 親という共通性に立つ支援, 支援者間で連携した支援, 本人の了解を得た情報提供, 相談しやすい相談体制が必要だと考えられた。

【キーワード】 精神障がい, 子育て, 支援ニーズ, 育児支援, 双極性障害, 統合失調症

日本地域看護学会誌, 26(1): 32-40, 2023

I. 緒 言

日本における外来通院中の精神障がい者数は, 2011年は287.8万人だったが2017年には389.1万人となり増加している¹⁾。精神保健医療福祉施策は入院医療中心から地域生活中心への移行を目指しており, 地域で暮らす精神障がいを抱える当事者(以下, 当事者)は増加する

ことが見込まれる。米国では精神障がいをもつ女性の約6割, 男性の約半数が親になると報告されている²⁾。日本において, 地域で暮らす65歳未満の精神障害者保健福祉手帳所持者では, 子との同居率は15.5%と報告されている³⁾。日本においても, 親となり子育てをする当事者は今後増加することが予想される。

当事者が子育てをする際には, 疾患や障がい特性による困難が生じ得る⁴⁾。わが国では, 児童相談所や児童福祉施設に虐待を理由に入所している子の3分の1から半数程度に親のメンタルヘルスの問題があることが報告されている⁵⁾。欧米においても, 当事者の子育てに関する

受付日: 2022年5月1日 / 受理日: 2022年11月16日

1) Nene Kato: 岐阜市北保健センター

2) Masako Kageyama: 大阪大学高等共創研究院

3) Riho Iwasaki: 国立保健医療科学院生涯健康研究部

研究は、親の精神疾患による虐待などの子への否定的な影響に長く焦点が当てられてきた⁶⁾。しかし、近年、当事者の主観的な見方を重視する方向に変化しており⁶⁾、国内においても当事者の感情や体験を記述した質的研究が少ないながらも報告されている⁷⁻⁹⁾。

子育て中の当事者からみた支援者の支援に関する研究では、支援が批判的で支持的でない、親自身への心理的ケアが少ない、精神疾患への偏見がある、当事者不在でケア内容が決定されるなどの必ずしも当事者のニーズに合致していない側面が報告されている^{6,9-11)}。池谷ら⁹⁾は、当事者の親がニーズに合致しない支援を受けた経験として、保健師、保育士、学校教員、児童虐待担当職員など多岐にわたる支援者を記述している。当事者の親の支援には、医療、保健、福祉、教育などの多機関の支援者が妊娠期から子育て期の長期間にわたって関わる¹²⁾。当事者の支援ニーズに応じた支援を発展させるためには、当事者の視点から支援を検討する必要性が指摘されており¹¹⁾、多岐にわたる職種の長期間にわたる支援ニーズを明らかにする必要がある。しかし、これまでの質的研究では当事者の体験の一部に支援ニーズと類推できる内容が記述されるにとどまっておき、当事者の支援ニーズに着眼していない。また、職種や時期を含めた当事者の具体的な支援ニーズは十分に記述されていない。

そこで本研究は、精神障がいを抱える親の支援ニーズを当事者の認識に基づいて具体的に記述することを目的とした。当事者の支援ニーズを明らかにすることは、支援者が適切な支援を行う方法を検討するうえで役立ち、将来的に当事者がニーズに合致した支援を受けられることにつながることを期待できる。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

既存の理論や枠組みがなく、ほとんど明らかになっていない現象を具体的に記述するため、質的記述的研究¹³⁾を選択した。

2. 用語の操作的定義

Thompsonらによる知的障がい者の support needs の定義¹⁴⁾から felt need を参考とし、本研究ではニーズを「必要なものが欠如している状態」、支援ニーズを「通常の生活や活動をするために必要なものが欠如している状態」に対して、その人が支援を望み、支援が必要だと認識

している状態」と定義した。

3. 研究協力者

18歳未満の子をもつ精神障がいの診断を受けた親10人(女性8人、男性2人)とした。

4. 調査方法

2020年6～7月に精神障がいを抱える親の自主的な主催の、全国各地から参加するオンラインの集いの場で研究協力の案内を文書と口頭で行った。関心のある人は研究者まで直接連絡してもらった。10人から協力を得て、精神障がいを抱える親の自主的な会と継続的な関わりがある著者1人が個別インタビューを各1回実施した。新型コロナウイルス感染症の流行を鑑み、方法は対面もしくはオンラインの選択を可能とし、4人が対面、6人はオンラインを選択した。研究協力者の概要は基本情報として記載してもらった。インタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。インタビューガイドは、妊娠・出産から子が18歳になるまでの支援者の対応について次の4点、①困っていたが、支援されなかったこと、②支援を求めたが、支援されなかったこと、③支援されたが、ニーズに合っていないと思ったこと、④ニーズに合っていると思った支援、をたずねた。①～③は、どのように支援されればよかったかもたずねた。経験を語ってもらう際には、時期(子どもを基準)、支援者の職種や機関も把握した。支援者とは、「医療、保健、福祉、教育の専門職や職員、地域の民生委員なども含め、当事者を支援する立場の人」とした。インタビュー時間は平均69.3(SD=16.6)分、インタビュー内容は同意を得て録音した。

5. 分析方法

音声データから逐語録を作成し、「当事者の支援ニーズとはどのようなものか」という視点で意味のまとまりごとに区切り、コードを作成した。コードは時期(妊娠期、出産期、乳児期、幼児期、学童期)、支援者(職種や所属機関)を区別した。コードは相違点、共通点を比較し、抽象度を上げて小カテゴリー、中カテゴリー、大カテゴリーを作成した。中カテゴリーごとに時期、支援者、親の疾患や性別を比較した。論文としてまとめた結果を示して研究協力者である当事者に分析の結果を示し、当事者全般として結果が納得できるかどうかを問うた。返答のあった4人全員が結果に納得できると回答した。

表1 精神障がいを抱える親の妊娠期から学童期における支援ニーズおよび時期や職種の比較

| 大カテゴリー | 中カテゴリー | 子どもの時期 | | | | | 職種・場所 | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|----|-------------|
| | | 妊娠期 | 出産期 | 乳児期 | 幼児期 | 学童期 | 医師 | 保健師 | 保育園 | 児相 | ヘルパー その他 |
| 病気で差別されない・しないようにしてほしい | 病気を伝えるときの配慮をしてほしい | | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | ○ |
| | 病気をもっている人もっていない人と同じように扱ってほしい | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ |
| 妊娠・授乳中に服薬の説明や病状悪化時の備えがほしい | 服薬についていねいに説明してほしい | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | | | ○ |
| | 病状悪化時に備えた準備を支援してほしい | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ |
| 病状や障がいによる家事や育児のできないところを補う支援がほしい | 病状悪化時に子どもの面倒をみてほしい | | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 家事援助をしてほしい | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | ○ |
| | 生活の困りごとに柔軟に対処してほしい | | | | ○ | ○ | | | | | ○ |
| 障がいを抱えながらも親であれるように支えてほしい | 疾患特性を踏まえて育児を支援してほしい | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 病状悪化時に子どもに当たらないよう支援してほしい | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | ○ |
| | 精神障がいをもっている子どもと暮らせるように考えてほしい | | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 親として同じような状況の当事者・支援者と話をしたい | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ |
| 連携して親子を支援してほしい | 障がいのある子どもと自分を支援してほしい | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ |
| | 支援者同士で連携して支援してほしい | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 無断で支援者同士で情報共有をすることなく連携してほしい | | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | |
| 身近なところで気にかけて話を聞いてほしい | 自分から働きかけなくても支援してほしい | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | ○ |
| | 気軽に話を聞いてほしい | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ |

児相：児童相談所

6. 倫理的配慮

本研究は、大阪大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会（2016年10月19日、No.16283）の承認を得た。研究の目的や協力の自由などを口頭および書面で説明し、書面で同意を得た。対面もオンラインの場合もプライバシーが確保された個室で実施した。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者10人は、年齢が30～50歳代、主な精神疾患は、双極性障害5人、統合失調症3人、うつ病1人、解離性同一性障害1人であった。子は1～3人、年齢は10か月～16歳であった。ひとり親世帯が2人、全員が核家族であった。罹病期間は平均21.1年であった。精神障害者保健福祉手帳は9人（2級6人、3級3人）が所持していた。受診以外の疾患や障がいに対応した医療や福祉サービスは8人が利用しており、障害者総合支援法の居宅介護サービス（家事援助）5人、訪問看護3人、就労支援3人などであった。保育園等の育児サポートは全員が利用していた。子どもに発達障がいがある親が3人

いた。

2. 精神障がいを抱える親の支援ニーズ

インタビュー逐語録から、487のコード、89の小カテゴリー、16の中カテゴリーが抽出され、6の大カテゴリーが生成された（表1）。大カテゴリーを【 】, 中カテゴリーを《 》, 生データ（当事者の生の語り）は「 」とIDで示した。当事者の疾患や性別による明確な違いは認められなかった。また時期や職種は特徴的なもののみを記述した。

1) 【病気で差別されない・しないようにしてほしい】

この大カテゴリーは、当事者が病気によって差別されることを恐れ、病気を伝えるときの配慮をしてほかの人から差別されるような状況を避けてもらいたいという支援ニーズや、病気をもっている人も差別せずに扱ってほしいという支援ニーズである。

(1) 《病気を伝えるときの配慮をしてほしい》

乳幼児健診で「けっこう周りにね、人もおった状況で」（ID7）保健師から当事者の妻に対して精神障がいのサービスの話をされたことがあり、そのせいで「悪い方向に行かなきゃいいな」（ID7）と感じた経験が語られた。周

困の人に病気に関連する話をするとき、時と場所の配慮をしてほしいと思っており、この中カテゴリーは乳児期・幼児期に、保健師・保育園・子育て支援センター保育士などに対して語られていた。

(2) 《病気をもっている、もっていない人と同じように扱ってほしい》

当事者は、産科医が「偏見の目で」(ID5)みずに接してくれたことを喜んだ。また、妊娠中に保健師に「病気はもってるし、未婚だし、あんたそんなんでほんとに産むの」(ID10)といわれた者がいた。彼らは、病気をもっていない人と同様に扱ってほしいと思っていた。

2) 【妊娠・授乳中に服薬の説明や病状悪化時の備えがほしい】

この大カテゴリーは、妊娠・授乳に伴う服薬内容の変化について説明がほしいという支援ニーズや、妊娠中から産後の病状悪化に向けた備えがほしいという支援ニーズである。

(1) 《服薬についていねいに説明してほしい》

当事者は妊娠したとわかって精神科の主治医に服薬のことを聞くと「まあ大丈夫大丈夫といわれるか、もう全部止めなさいといわれるか、という感じ」(ID1)で根拠の不十分な説明に不満を抱いた。出産後は「病院とかでも、とにかく母乳、みたいな感じ」(ID6)で断薬が続いたため、出産後、完全母乳以外の選択肢を教えてほしかったと語った者がいた。この中カテゴリーは妊娠期・出産期・乳児期に、医師に対して多く語られていた。

(2) 《病状悪化時に備えた準備を支援してほしい》

当事者のなかには、妊娠前から「断薬して通院止めちゃって」(ID8)いても妊娠中は病状が比較的安定していた者もいた。しかし、出産後、「たぶんホルモンが急に変わるし、何か一気に症状がバーッと出たんだと思う」(ID9)というように突然病状が悪化した経験を、妊娠中から産後の精神症状悪化に備えた準備が必要だと振り返った。この中カテゴリーは妊娠期から乳児期に、医師・保健師・助産師・看護師の医療関係者に対して語られていた。

3) 【病状や障がいによる家事や育児のできないところを補う支援がほしい】

この大カテゴリーは、当事者が病状や障がいによりできない部分を補ってほしいという支援ニーズであり、子どもの面倒や家事、その他の困りごとに対して柔軟に対処してほしいという支援ニーズである。

(1) 《病状悪化時に子どもの面倒をみてほしい》

当事者は、乳児期から幼児期の育児について「やっぱり疲れちゃうし、何かすごい動き回るので」(ID5)と子どもをみることで疲れが蓄積したと振り返った。保健師に紹介された子育て支援センターやファミリーサポートなどを利用しても「短時間預けるだけだったらどうしてもしんどさっていうのがとれない」(ID1)ため、長時間子どもをみてほしいと思っていた。この中カテゴリーは乳児期・幼児期に語られていた。

(2) 《家事援助をしてほしい》

当事者は、病状が不安定だったり、掃除は「苦手」(ID5)なことがあり、家事援助を望んでいた。また、子どもが幼いころは、家事援助サービスを受けられることを「知らなかった」(ID5)ため、早い時期からサービスがあることを知り、受けたかったと話した者もいた。

(3) 《生活の困りごとに柔軟に対処してほしい》

当事者のなかには、ゴミ捨て、破産手続き、生活保護申請などさまざまな生活の困りごとをもつ者がいた。壊れた家電製品などを捨てるために「どこに行っていかなかった」(ID3)ため、訪問看護師が手伝ってくれたというように、困りごとに対応できないとき、本来の仕事以外でも助けてくれたことに感謝していた。ほかにもデイケア職員が「訪問看護やヘルパーさんがやるようなことをやってくれ」(ID4)など、支援者には自分の業務以外のことも柔軟に対処してほしいと思っていた。

4) 【障がいを抱えながらも親であるように支えてほしい】

この大カテゴリーは当事者が、疾患特性や病状悪化などの困難を抱えながらも親として子どもに当たらないように、また、子どもと暮らせるように支えてほしいという支援ニーズであり、そのために、親として同じような状況の人と話したいという支援ニーズである。

(1) 《疾患特性を踏まえて育児を支援してほしい》

当事者は、保育士から「保育所にでも預けてるのを、なんで？みたいな感じでみられたり」(ID8)、育児のたいへんさが「生きるか死ぬか」(ID9)というほどたいへんなことを保健師に理解してもらえないなどを経験し、疲労が蓄積しやすいなどの疾患特性を踏まえて育児を支援してほしいと思っていた。

(2) 《病状悪化時に子どもに当たらないよう支援してほしい》

当事者のなかには「子どもといっしょにいると危険」(ID1)でなにをしてしまうかわからない状態になってし

まうため、自分の気持ちをコントロールしたいと思う者がいた。病状が悪化したときに子どもに手を上げてしまう自分を「とにかく止めてほしい」(ID1) ため、だれかがいてくれて子どもに当たってしまうのを防ぎたいという気持ちも語られた。

(3) 《精神障がいをもっていても子どもと暮らせるように考えてほしい》

当事者のなかには、子どもが乳児期のころ、児童相談所職員に「精神障がいを抱えていると、自分のうちでみられない」(ID3) といわれた者がいた。当事者はショックを受け、精神障がいをもっていても、自分で子どもを育てたいと強く思った。子どもが児童相談所に一時保護された経験のある当事者は、子どもを引き取った数年後に子どもから「いままでお母さんが、こんなに私のこと大切に思ってるなんて思わなかった」(ID8) といわれた。親子分離されたときのことがトラウマになっており、子どもとの信頼関係を壊さずに支援してほしいと強く望んでいた。

(4) 《親として同じような状況の当事者・支援者と話をしたい》

当事者は、出産後すぐ精神保健福祉士や精神科医が「自分の家の状況」(ID2) を話してくれたことがよかったなど、支援者でも子育ての経験のある人と話をしたいと思っていた。また、当事者は「同じような状況の人が周りに全然いない」(ID9) ため、SNSなどで障がいを抱えながら子育てをしている人の話が聞きたいという思いもあった。この中カテゴリーは全時期を通して多様な職種に対して語られていた。

5) 【連携して親子を支援してほしい】

この大カテゴリーは、当事者に無断で支援者同士が情報共有をすることなく、当事者と子どもを支援者同士で連携して支援してほしいという支援ニーズである。

(1) 《障がいのある子どもと自分を支援してほしい》

精神障がいを抱える親のなかには、子どもにも発達障がいのある者がいた。親は、常に子どものことでなにかしら悩みがあり「自分のケア」(ID1) ができないため、子どもをみながら、自分のケアもしたいと思っていた。ある親は、子どもの小児科医から保健師を紹介してもらったが面接は「1回だけで終わってしまった」(ID6) ため、孤立してしまった。その後、子どもを担当する教育センターの先生が自らの判断で親にも面接してくれたことで、「親子共に救われた」(ID6) と話した。当事者は、自分のことも子どものことも相談したいと思い、関係機

関が連携して《障がいのある子どもと自分を支援してほしい》と思っていた。

(2) 《支援者同士で連携して支援してほしい》

当事者は、自身のことは障がい担当課に、子どものことは児童担当課に相談しているが「つながって相談できるみたいなことも、あったらうれしい」(ID7) と思い、分野横断的に相談する体制を望んでいた。福祉サービスは、「ほぼ自分が調べてる」(ID1) という者もあり、支援を求めたら、支援者同士で連携して対応することを望んでいた。

(3) 《無断で支援者同士で情報共有をすることなく連携してほしい》

当事者は、分野横断的に連携した支援を求める一方で、情報共有に疑問を抱く経験もした。「保育園の先生のことを信頼できていなかったのも、保健師さんだけにいった内容があった」(ID2) が「保育園の先生と、保健師さんが連絡を取り合ってる」(ID2) ように感じた経験があり、無断で支援者同士で情報共有をすることなく連携してほしいと希望していた。この中カテゴリーは乳児期・幼児期に、保健師と保育士に対して語られていた。

6) 【身近なところで気にかけて話を聞いてほしい】

この大カテゴリーは、自分から働きかけなくても支援者から働きかけてほしいという支援ニーズや、気軽に話を聞いてほしいという相談の仕方に関する支援ニーズである。

(1) 《自分から働きかけなくても支援してほしい》

当事者は保健師に対し「連絡くれたりしたら、何か困ってることとか相談できるのにな」(ID10) と思うが、自分から連絡することは難しかったと振り返った。そして、「わがままなようですけど」(ID6)、体調が悪く自分から支援者に働きかけることが難しい人もいるという認識をもってほしいと話した。この中カテゴリーはすべての時期を通して、保健師・児童民生委員に対して語られていた。

(2) 《気軽に話を聞いてほしい》

精神障がいを抱える親は、「いつも不安抱えて育児してる」(ID1) ため、「この人ならいえる」(ID9) という相談できる支援者を複数必要としており、「だれかいてくれるっていうその安心感がものすごい大きい」(ID1) と語った。相談の仕方については「悩みとか、家庭事情とかさまざま」(ID1) な相談をしたときに、対応する部署が違って聞いてほしいと望んでいた。

IV. 考 察

1. 精神障がいを抱える親の支援ニーズと実践への示唆

【病気で差別されない・しないようにしてほしい】には《病気を伝えるときの配慮をしてほしい》という支援ニーズがあった。先行研究においても、他人に病気を知られることへの抵抗感^{4, 15-18)}や子どもが偏見にさらされる不安¹⁹⁾などが報告されている。この支援ニーズは、乳幼児期の保育園や健診場面で多くの親が近くにいる状況で保健師や保育士の対応について語られており、保育園や健診場面等では特に留意する必要があると考えられる。また、《病気をもっている、もっていない人と同じように扱ってほしい》という実際に差別を受けた経験からの支援ニーズがあった。先行研究でも当事者の育児支援を行う際に、看護師が抱くスティグマが支援の障壁になることが報告されている²⁰⁾。支援者はスティグマ低減に努める必要がある。

【妊娠・授乳中に服薬の説明や病状悪化時の備えがほしい】には《服薬についてていねいに説明してほしい》という支援ニーズがあった。先行研究でも妊娠中の服薬による催奇形性など子どもへの影響にまつわる不安^{4, 9)}や、妊娠中や授乳中の服薬調整や相談の必要性^{21, 22)}が報告されており、本研究結果と一致していた。この支援ニーズは医師の対応で語られており、周産期に医師は向精神薬の説明をていねいに行う必要があると考えられる。《病状悪化時に備えた準備を支援してほしい》という支援ニーズは、医療関係者に対して語られており、妊娠期から病状悪化の予防や早期対応を見据えた支援が必要だと考えられる。妊娠届受理から関わる保健師は、当事者の不安が解消されるよう医療機関と連携をとる必要がある。

【病状や障がいによる家事や育児のできないところを補う支援がほしい】には、《病状悪化時に子どもの面倒をみてほしい》《家事援助をしてほしい》という支援ニーズがあった。先行研究においても、病状悪化時の子育ての困難^{4, 8, 23, 24)}、病状悪化時に子どもの面倒をみる人がいない²⁴⁻²⁶⁾、家事の困難⁴⁾、家事援助の必要性⁹⁾が報告されており、本研究結果と一致していた。訪問看護や障害者総合支援法の居宅介護サービス(家事援助)の早期導入を検討する必要がある。《生活の困りごとに柔軟に対処してほしい》という支援ニーズもあり、制度やサービスでは対応できない部分にも柔軟な対応が必要であると考えられる。

【障がいを抱えながらも親であるように支えてほしい】には、《疾患特性を踏まえて育児を支援してほしい》という支援ニーズがあり、支援者は精神疾患と育児への影響を理解することが求められる。《病状悪化時に子どもに当たらないよう支援してほしい》《精神障がいをもっている子どもと暮らせるように考えてほしい》という親であることを支える支援ニーズも含まれていた。先行研究では、親のメンタルヘルス問題と児童虐待の関連が示されている⁵⁾。本研究では、親は子どもに手を上げてしまいそうになる自分をコントロールしたいと思ひ、だれかに止めてほしいという支援ニーズがあることが新たに記述された。親も子どもに当たって、虐待に至るかもしれない状況を止めてほしいという支援ニーズがあることを支援者も理解する必要がある。また、《親として同じような状況の当事者・支援者と話をしたい》という支援ニーズは、先行研究においても当事者である親同士のピアサポートの重要性が報告されている⁹⁾。本研究では、支援者に「親」という共通性に立った話をしてほしいという支援ニーズが新たに記述された。当事者は、「精神障がい」という共通性だけでなく、「親」という共通性における体験共有を求めている。この支援ニーズはすべての時期で多様な職種について語られており、いつでもどの職種の支援者も親としての体験を共有するという支援ができると考えられる。

【連携して親子を支援してほしい】という支援ニーズには、親子の家族包括的な支援を関係機関との十分な連携で行ってほしいという側面が含まれていた。当事者の育児支援では、家族包括的な支援が重要であることが先行研究で明らかになっている²⁷⁾。なかでも、《障がいのある子どもと自分を支援してほしい》という支援ニーズがあった。研究協力者のうち3人は子どもに発達障がい認められた。発達障がい児を支援する法律や体制は整えられてきているものの、育てる親はさまざまな不安や困難に直面しやすいため、育児ストレスも高く、うつ状態など精神状態にも影響を及ぼすリスクが報告されている^{28, 29)}。発達障がいのある子どもを育てる当事者は、障がいをもっているケアを受けるだけでなくケアをする側にもなり、親は子どもをケアしながら自分のケアも行う必要がある。特に、発達障がいのある子どもを育てる当事者には、家族を包括的にみた、よりいっそうの支援が必要であると考えられる。また、《支援者同士で連携して支援してほしい》一方で、《無断で支援者同士で情報共有をすることなく連携してほしい》という支援ニ

ズもあった。各機関が連携して支援することで、さまざまなサービスにつなげることが可能になると考えられる。しかし一方で当事者は無断で情報共有されることを恐れているため、原則的には本人の了解を得て情報共有することが重要である。

【身近なところで気にかけて話を聞いてほしい】には、《自分から働きかけなくても支援してほしい》《気軽に話を聞いてほしい》という支援ニーズがあった。先行研究においても、当事者は体調不良やコミュニケーションの障がいから自ら支援を求めづらいことが報告されている⁹⁾。保健師や児童民生委員などの支援者は相談を待つだけではなく、支援者から声をかけて様子を聞くことが重要であると考えられる。また、本研究では、相談できる人が複数必要であること、さまざまな相談内容を対応する部署が違っていてもいったん話を聞いてほしい、といった支援ニーズが語られ、より気軽に相談できる対応が望まれる。

2. 本研究の意義と限界

本研究にはいくつかの限界がある。まず、研究協力者をオンラインで開催している当事者グループ参加者からリクルートしたことである。そのような会に参加している当事者は、オンライン操作が可能なりテラシーの高い人たちであるため、本論文では、リテラシーの低い当事者の支援ニーズは把握できていない可能性があることに留意する必要がある。また、研究協力者のうち父親は2人のみであり、多くは女性であった。家事援助のサービスなどジェンダーによって異なる支援ニーズがある。本研究は、母親を中心とした当事者の支援ニーズを記述していることに留意する必要がある。

一方、本研究では、精神障がいを抱える当事者の子育ての支援ニーズとして、子どもに当たって虐待に至るかもしれない状況を止めてほしいという支援ニーズや、支援者に「親」という共通性に立った話をしてほしいという支援ニーズを新たに見いだすことができた。本研究は、幅広い職種や時期について当事者の視点から把握した数少ない研究であり、一定の意義があると考えられる。

【謝辞】

インタビューに参加していただいた研究協力者のみなさまに感謝申し上げます。本研究はJSPS科研費JP19H03960の助成を受けて実施した。なお、本研究は大阪大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部に加筆修正を加えたものである。本研究に開示すべきCOI状態はない。

【文献】

- 1) 内閣府：令和元年度障害者白書. <https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r01hakusho/zenbun/pdf/ref2.pdf> (2022年12月6日).
- 2) Nicholson J, Biebel K, Katz-Leavy J, et al. : The prevalence of parenthood in adults with mental illness ; Implications for state and federal policymakers, programs and providers. *Psychiatry Publications and Presentations*, 120-137, 2002. Retrieved from https://repository.escholarship.umassmed.edu/bitstream/handle/20.500.14038/45624/MHUS02_Chapter_10.pdf?sequence=2&isAllowed=y (2022年12月6日).
- 3) 厚生労働省：平成28年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h28.pdf (2022年12月6日).
- 4) 南 智子・宮岡佳子・内田里華他：精神疾患を有する母親の育児における喜びと困難。跡見学園女子大学文学部紀要, 43 : 61-75, 2009.
- 5) 松宮透高：児童虐待と親のメンタルヘルス問題の接点；先行研究にみるその実態。県立広島大学保健福祉学部誌, 12 (1) : 103-115, 2012.
- 6) Krumm S, Becker T, Wiegand-Grefe S : Mental health services for parents affected by mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 26 (4) : 362-368, 2013.
- 7) Ueno R, Kamibeppu K : Narratives by Japanese mothers with chronic mental illness in the Tokyo Metropolitan Area : their feelings toward their children and perceptions of their children's feelings. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (7) : 522-530, 2008.
- 8) 村方多鶴子：精神障害をもつ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験。精神障害とリハビリテーション, 21 (1) : 78-87, 2017.
- 9) 池谷実歩・蔭山正子：精神障がいを抱えながら育児を継続している親の経験。日本地域看護学会誌, 23 (3) : 13-22, 2020.
- 10) Montgomery P : Mothers with a serious mental illness ; a critical review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19 (5) : 226-235, 2005.
- 11) Megnin-Viggars O, Symington I, Howard LM, et al. : Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK ; a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Archives of Women's Mental Health*, 18 (6) : 745-759, 2015.
- 12) 蔭山正子：メンタルヘルス不調のある親への育児支援；保健福祉専門職の支援技術と当事者・家族の語りに学ぶ。

- 44-45, 明石書店, 東京, 2018.
- 13) グレッジ美鈴：主な質的研究と研究手法. グレッジ美鈴・麻原きよみ・横山美江(編著), よくわかる質的研究の進め方・まとめ方：看護研究のエキスパートをめざして, 第2版, 54-72, 医歯薬出版, 東京, 2007.
 - 14) Thompson J, Bradley V, Buntinx W, et al. : Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (2) : 135-146, 2009.
 - 15) Montgomery P, Tompkins C, Forchuk C, et al. : Keeping close ; mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (1) : 20-28, 2006.
 - 16) Blegen N, Hummelvoll J, Severinsson E : Mothers with mental health problems ; A systematic review. *Nursing Health Sciences*, 12 : 519-528, 2010.
 - 17) Blegen N, Hummelvoll J, Severinsson E : Experiences of motherhood when suffering from mental illness ; A hermeneutic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 : 419-427, 2012.
 - 18) Jones M, Pietila I, Joronen K, et al. : Parents with mental illness ; A qualitative study of identities and experiences with support services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23 : 471-478, 2016.
 - 19) 上田明美・石橋照子・吉川洋子：精神疾患を有する母親の育児体験の意味. 日本看護研究学会雑誌, 43 (1) : 51-62, 2020.
 - 20) Vives-Espelta J, Burjalés-Martí M, Ferré-Grau C : Nurses' views and practices on parental mental illness ; An integrative review. *International Journal of Mental Health*, 31 (1) : 8-24, 2022.
 - 21) Heron J, Gilbert N, Dolman C, et al. : Information and support needs during recovery from postpartum psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 15 : 155-165, 2012.
 - 22) Seeman M : Clinical interventions for women with schizophrenia ; Pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127 : 12-22, 2013.
 - 23) Perera D, Short L, Fernbacher S : There is a lot to it : being a mother and living with a mental illness. *Advances in Mental Health*, 12 (3) : 167-181, 2014.
 - 24) Rampou A, Havenga Y, Madumo M : Parenting experiences of mothers living with a chronic mental illness. *Health SA Gesondheid*, 20 : 118-127, 2015.
 - 25) Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL : Mothers with mental illness ; I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, 49 (5) : 635-642, 1998.
 - 26) Dipple H, Smith S, Andrews H, et al. : The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37 (7) : 336-340, 2002.
 - 27) Leonard R, Linden M, Grant A : Effectiveness of family-focused home visiting for maternal mental illness ; A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28 : 1113-1127, 2021.
 - 28) 芳賀彰子・久保千春：注意欠陥／多動性障害, 広汎性発達障害児をもつ母親の不安・うつに関する心身医学的検討. 心身医学, 46 (1) : 75-86, 2006.
 - 29) 野邑健二・金子一史・本城秀次他：高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて. 小児の精神と神経, 50 (3) : 259-267, 2010.

■ Research Report ■

Support Needs of Parents with Mental Disabilities from Pregnancy to School Age

A Qualitative Descriptive Study

Nene Kato¹⁾, Masako Kageyama²⁾, Riho Iwasaki³⁾

1) Gifu City Kita Public Health Center

2) Osaka University Institute for Advanced Co-Creation Studies

3) Department of Health Promotion, National Institute of Public Health

Objective: This study aimed to describe the support needs of parents with mental disabilities during pregnancy and parenting per the parents' perceptions.

Methods: The qualitative descriptive study with individual semi-structured interviews was conducted with 10 parents (eight female, two male) with mental disabilities who have children under the age of 18. The transcripts were coded from the perspective of "what support do the parents need?" Categories were created at a higher level of abstraction. Support needs were examined at different times by different support personnel.

Results: Six categories were identified: not to discriminate against them because of their disability, need an explanation of medication and preparation for worsening symptoms during pregnancy and breastfeeding, need support to supplement housework and childcare they cannot do due to illnesses or disabilities, need support as a parent despite their disabilities, need cooperation to support parents and children, need caring and empathy. Sixteen subcategories were identified, including "support to prevent children from being hit when parents' medical condition worsens".

Conclusion: The following are considered necessary: support to prevent discrimination, support for medication and medical conditions during the perinatal period, reduction of the burden of housework and childcare, recovery-oriented support for parents so that they can live with their children even when their condition worsens, support that enables them to avoid being harsh with their children, support based on the commonality of being parents, support in cooperation with other supporters, sharing information with the parent's consent, and a system for easy consultation.

Key words : mental disability, child-raising, support needs, childcare support, bipolar disorder, schizophrenia

■研究報告■

発達障害をもつ子どもとその家族における災害レジリエンス 向上のための災害準備指標の作成と信頼性・妥当性の検討

岩切茉祐, 内村利恵, 小寺さやか

抄 録

目的: 発達障害児の家族を対象にした災害レジリエンスを高めるための災害準備指標を開発し, その信頼性と妥当性を検討することを目的とした。

方法: 災害レジリエンスの概念枠組みをもとに, 先行研究から項目を収集および精選し, 26項目の暫定版災害準備指標を作成した。全国の発達障害児の親の会21か所に所属する6歳以上18歳未満の発達障害児(疑いを含む)の保護者453人を対象に質問紙調査(郵送法)を実施し, 指標の信頼性・妥当性を検討した。

結果: 回収数179人(回収率39.5%)のうち, 172人から有効回答を得た。子どもの平均年齢は 12.48 ± 3.13 歳であった。項目分析により2項目を削除し, 探索的因子分析を繰り返し行った結果, 3因子22項目で最適解を得た。因子は【家族・地域間のリスク共有】【暮らしのリスク低減】【必要物品の準備】と命名した。Cronbach's α 係数は, 災害準備指標全体が0.923, 3因子は0.814~0.900であり, 内的整合性が認められた。災害準備指標と災害準備の自己評価の間には中等度の相関($\rho=0.625$)があり, 基準関連妥当性が確認された。

考察: 本研究で開発した災害準備指標が, 信頼性および妥当性を有することが確認された。本災害準備指標は, 発達障害児の家族にとって, 災害準備性を振り返り, 評価するツールとして有用であることが示唆された。

【キーワード】 発達障害, 家族, 災害, レジリエンス, 尺度作成

日本地域看護学会誌, 26(1): 41-49, 2023

I. 緒 言

発達障害児は, 慣れない場所での落ち着きのなさや不安傾向, 予想できない事態に対する適応の困難といった特性がみられる。しかし, 発達障害は一般的に想定される障害のイメージとは異なって見えるため, 周囲から障害を理解され難いことが課題となっている¹⁾。さらに, 親が児の問題行動の発生を予測することが難しく²⁾, 児だけでなく家族も社会的に困難を抱えやすい。

特別な支援が必要な児は災害に対応できず, 特に脆弱

な存在になりやすい。普段と異なる環境におかれることが苦手の発達障害児において, 周囲の環境が一変する災害時に情緒的混乱や睡眠障害³⁾, 聴覚過敏や味覚過敏による避難所生活の困難⁴⁾等が報告されている。また, 児の行動を周囲に気兼ねすることで家族の心理的負担も大きい⁵⁾。

2011年に発生した東日本大震災の経験から, 2013年に各自治体に避難行動要支援者名簿の作成が義務づけられた。避難行動要支援者名簿とは, 災害対策基本法に基づいて各自治体が要支援者を名簿で把握し, 地域の支援者が連携して避難行動の支援を行う制度である⁶⁾。しかし, 発達障害児は知的障害を伴わず自立して避難行動をとれる場合も多く, 名簿の登録要件を満たさないことか

ら公助や共助の対象から取り残される可能性がある。また、避難行動がとれても避難所において運営担当職員等が、発達障害の特性に応じた柔軟な対応をとれるとは限らない⁴⁾。したがって、発達障害児と家族による自助の取り組みへの支援が重要である。しかし、発達障害児の家族は災害準備の不足を認識しつつも⁷⁾、教育や就労等の確実に起こる課題が山積し災害に備える余裕がない⁸⁾等の課題が明らかになっている。

近年、国際社会では防災の優先行動として、「災害準備性の強化」と「レジリエンスの向上」が求められている⁹⁾。災害レジリエンスとは被害の発生を前提とし、そこから立ち直る力（回復力）であり、個人とコミュニティレベルから論じられることが多い¹⁰⁾。中林は家族レベルの災害レジリエンスの必要性を論じ、家族レジリエンスを「災害に直面した時、家庭単位で元の状態に戻ることができる力」と述べている¹¹⁾。レジリエンスの向上は、災害からの復興を促進するだけでなく、社会資源への関与を通してメンタルヘルスにより影響を与えるとされている¹⁰⁾。しかし、レジリエンスは災害後に急に育つものではないため、災害レジリエンスの向上には平常時から災害準備性を高めることが重要である。

近年、災害準備性の強化を目的として、障害児を対象にした災害準備マニュアル¹²⁾や自閉症をもつ人と家族を対象としたハンドブック¹³⁾が作成されている。これらは情報伝達媒体としては有効だが、家族の自助を高めるには、自ら災害準備状況を振り返り、必要な準備を確認できるツールが必要である。災害準備性を評価する尺度は存在する¹⁴⁾が、災害時に特有の困難を抱える発達障害児に対応したものは存在しない。

そこで本研究では、発達障害児の家族において災害レジリエンス向上のための災害準備性を自己評価する指標を開発することを目的とした。発達障害児と家族が本指標を用いて自身の準備状況を振り返ることにより、災害レジリエンスの向上につながると考える。

本研究では、災害準備とは「災害による被害の軽減、および家庭の回復のために平常時から持ち合わせている知識やとっている行動」と定義した。

II. 研究方法

1. 暫定版指標の作成

本研究では、林による災害レジリエンスの概念^{15,16)}に基づき、予測力を「情報に基づいて将来の被害を予測す

る力」、予防力を「住まいや財政状態への被害を未然に防ぐ力」、対応力を「災害が起こっても命と毎日の暮らしを守り生活を再建する力」とした。これらに該当する災害準備を国内外の先行研究^{5, 8, 12-16)}から収集し、項目が災害による被害の軽減、および家庭の回復のために平常時から持ち合わせている知識や行動、資源を示しているか判断し、26項目の暫定版指標を作成した。その後、発達障害を専門とする医療職1人、発達障害児の保護者2人から意見を聴取し、質問項目の妥当性および回答のしやすさ等の表現の適切性を確認した。なお、暫定版指標作成のすべての段階において研究者2人が繰り返し協議を行い、内容妥当性を検討した。

暫定版指標は、一般的に必要とされる災害準備15項目と、発達障害児の家族に特に必要な災害準備11項目を含み、予測力6項目、予防力4項目、対応力16項目から構成された。各項目について、「とてもあてはまる」から「まったくあてはまらない」までの4件法にて回答を求めた。

2. 調査方法

本研究の対象は、6歳以上18歳未満の発達障害と診断された児（その疑いのある児を含む）の保護者であり、かつ当該児と同居している者とした。2020年1～3月に、全国の発達障害の親の会のうちホームページ等で連絡先が公表されている78か所の代表者に研究協力を依頼した（2019年の台風による被災10県を除く）。協力が得られた21か所に所属する保護者のうち、選定要件に合致する453人を対象に自記式質問紙調査を行った。なお、同一家族に複数の発達障害児がいる場合は、そのうちの1人について回答を求めた。対象数に応じた依頼文書と質問票を親の会の代表者へ送付したのち、代表者から各対象者へ配布を依頼した。回答済みの調査票は、保護者から研究者あてに個別に返送してもらった。

3. 調査項目

調査項目は、回答者の基本属性2項目（年代、児との関係）、児の基本属性5項目（年齢、性別、診断の有無、障害者手帳等の取得状況、支援の必要度）、暫定版指標26項目であった。また、暫定版指標と関連が予想される既存の指標が存在しないため、基準関連妥当性には、災害準備の自己評価を用いた。これは、「災害への準備がまったくできていない」から「災害への準備は万全である」までの11段階のサーストン法を用いて評価する1

項目である。また、先行研究¹⁷⁻¹⁹⁾より災害準備との関連が示されている地域の防災訓練の参加経験の有無1項目、居住地域で災害が起こる可能性の認知1項目(1:絶対に起こらないと思う~5:必ず起こると思う)、災害の備えに対する負担感1項目(1:とても負担である~4:まったく負担ではない)について回答を求めた。

4. 分析方法

妥当性の検証は以下の手順で行った。まず、暫定版指標の項目分析として、平均値±標準偏差が4以上(天井効果)または1以下(床効果)の項目がないか確認した。次に、I-T分析(Item-Total Correlation Analysis, $\rho > 0.3$)およびG-P分析(Good-Poor Analysis)を行った。さらに、項目間の相関係数($\rho > 0.7$)を算出した。構成概念妥当性の確認のため、項目分析で整理した項目に対し、最尤法による探索的因子分析(プロマックス回転)を行い、因子負荷量と因子数を検討し完成版指標を作成した。因子分析の妥当性は、KMOの標本妥当性の測度(≥ 0.5)およびBartlettの球面性検定($p < 0.05$)にて確認した。因子数は理論的構造と固有値、スクリープロットによって判断し、因子負荷量は0.4以上を基準とした。その後、確認的因子分析により因子構造を確認し、モデルの適合度を算出した。適合度指標には χ^2 値、GFI、AGFI、CFI、RMSEAを用いた。基準関連妥当性の検証のため、災害準備の自己評価との相関をSpearmanの順位相関係数、災害が起こる可能性の認知については、「必ず起こると思う/起こると思う」を高認知群、「どちらともいえない/起こらないと思う/絶対に起こらないと思う」を低認知群、災害への備えに対する負担感については、「とても負担である/ある程度負担である」を高負担群、「まったく負担でない/あまり負担でない」を低負担群として回答を2群化し、Mann-WhitneyのU検定により確認した。

信頼性の検証にはCronbach's α 係数および折半法によるSpearman-Brownの係数を算出し、内的一貫性を検討した。収集したデータは統計解析ソフトSPSS Statistics Ver.26およびAmos Ver.19を用いて分析し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

研究対象者には、研究目的、方法、研究の不参加が個人の不利益にはならないこと、個人は特定されないこと、調査票の回答をもって研究協力への同意とすること等を

表1 回答者および児の属性

| N = 172 | | |
|----------------|--------------------|------|
| 変数 | n (人) Mean ± SD | % |
| 回答者と子どもの関係 | | |
| 父親 | 4 | 2.3 |
| 母親 | 166 | 96.5 |
| 祖母 | 2 | 1.2 |
| 回答者の年齢 | | |
| 39歳以下 | 21 | 11.9 |
| 40~49歳 | 124 | 72.1 |
| 50歳以上 | 27 | 15.7 |
| 児の年齢(歳) | 12.48 ± 3.13 | |
| 児の性別 | | |
| 男児 | 141 | 82.0 |
| 女児 | 30 | 17.4 |
| 発達障害の診断の有無 | | |
| 受けている | 160 | 95.2 |
| 受けていない | 8 | 4.8 |
| 診断名(複数回答) | | |
| 自閉スペクトラム症 | 155 | 90.1 |
| 注意欠如/多動性障害 | 45 | 26.2 |
| 学習障害 | 23 | 13.4 |
| 知的障害 | 53 | 30.8 |
| その他 | 8 | 4.7 |
| 障害手帳取得状況(複数回答) | | |
| 療育手帳A | 15 | 8.7 |
| 療育手帳B | 71 | 41.3 |
| 身体障害者手帳1, 2級 | 3 | 1.7 |
| 精神障害者保健福祉手帳1級 | 5 | 2.9 |
| いずれももっていない | 79 | 45.9 |
| 児の支援の必要度 | | |
| 日常的な支援の必要なし | 72 | 41.9 |
| 特定の時期に支援が必要 | 12 | 7.0 |
| 特定の環境で支援が必要 | 51 | 29.7 |
| 全面的な支援が必要 | 36 | 20.9 |
| 無回答除く | | |

明記した調査協力依頼文書を調査票とともに郵送した。また、倫理的配慮を遵守した。本研究は、神戸大学倫理委員会からの承認(第894号)を受けて実施した。

III. 研究結果

調査票の回収数は179人(回収率39.5%)であり、暫定版指標に欠損値がある4人、それ以外の複数項目に欠損値がある2人、調査票に回答したものの調査協力に同意しないと意思表示があった1人の回答を除く計172人(38.0%)を分析対象とした。

1. 回答者と児の基本属性

回答者と児の基本属性を表1に示した。回答者は、母

表2 災害準備指標の探索的因子分析結果

| 質問 番号 | 質問項目 | 探索的因子分析 | | | Cronbach α 係数 |
|--|---|---------|--------|--------|-------------------------|
| | | 因子負荷量 | | | |
| | | 第1因子 | 第2因子 | 第3因子 | 0.923 (全22項目) |
| 第1因子 家族・地域間のリスク共有 (Risk Sharing Within Family and Community) | | | | | |
| 15 | 家族の安否確認の方法を話し合っている | 0.887 | -0.152 | -0.004 | 0.900 (11項目) |
| 12 | 災害時に一般避難所以外に避難できる場所を決めている | 0.793 | -0.078 | -0.097 | |
| 16 | 被災中や被災後になにをすべきか家族内で話し合っている | 0.746 | -0.101 | 0.116 | |
| 4 | 防災について家族で話し合うことがある | 0.700 | 0.058 | 0.002 | |
| 5 | 災害のリスクと影響について子どもの理解に合わせて教えている (例:「地震が起こると落ちてきた物に当たってケガをすることがある」などを伝える) | 0.672 | 0.121 | -0.061 | |
| 3 | 災害が起きたとき、どのような行動をとるか想定している | 0.621 | 0.209 | 0.012 | |
| 17 | 災害発生時に自分をどのように守ればよいか子どもの理解に合わせて教えている | 0.604 | 0.095 | 0.105 | |
| 23 | 災害時に日常生活に起こる変化について子どもの理解に合わせて話をしている (例:「地震や大雨で避難しているときはしばらく学校には行けないことがある」などを伝える) | 0.551 | 0.064 | 0.107 | |
| 14 | 災害時に信頼して使える情報源を知っている | 0.469 | 0.119 | -0.064 | |
| 6 | 災害後に子どもに起こり得る変化を予測している | 0.442 | 0.263 | -0.083 | |
| 27 | 子どもが普段から地域の人々に関わる機会(地域行事への参加など)をもっている | 0.431 | 0.126 | 0.083 | |
| 第2因子 暮らしのリスク低減 (Mitigating Risk of Living) | | | | | |
| 9 | 家屋の耐震性を点検、整備している | -0.069 | 0.799 | -0.068 | 0.816 (7項目) |
| 11 | 住んでいる地域の避難場所、避難経路の確認をしている | 0.183 | 0.576 | -0.054 | |
| 10 | 災害時に自宅で危険になりそうな場所の補強など具体的な改善策を検討している | 0.164 | 0.568 | 0.061 | |
| 8 | 家具や家電などの転倒/転落防止対策を行っている | -0.006 | 0.559 | 0.202 | |
| 1 | 住んでいる地域のハザードマップを確認している | 0.191 | 0.488 | 0.045 | |
| 7 | 災害による被害を補償できる保険に加入している | -0.094 | 0.461 | 0.076 | |
| 2 | 最新の災害に関する気象情報を入手している | 0.227 | 0.424 | -0.076 | |
| 第3因子 必要物品の準備 (Preparing Necessary Items) | | | | | |
| 21 | 家族の常備薬(風邪薬など)/常用薬(普段服用しているお薬)を持ち出せるように準備している | 0.240 | -0.208 | 0.765 | 0.814 (4項目) |
| 20 | 非常用持ち出し品の準備ができている | -0.087 | 0.090 | 0.719 | |
| 22 | 子どもの気持ちの安定や時間を過ごすために使うグッズを準備している | 0.150 | -0.060 | 0.677 | |
| 19 | 子どもに偏食があっても食べられる非常食を備蓄している | -0.261 | 0.290 | 0.672 | |
| 因子間 相関 | 第1因子 | 1 | | | |
| | 第2因子 | 0.632 | 1 | | |
| | 第3因子 | 0.587 | 0.528 | 1 | |

最尤法, Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

因子負荷量0.4以上を太字で表記

採用した項目は暫定版尺度26項目のうち(18)(24)(25)(26)を除く22項目

親が166人(96.5%),年代は40~49歳が124人(72.1%)と最も多かった。児の平均年齢は12.5±3.12歳で、男児が8割であった。9割以上の児が発達障害の診断を受けており、自閉スペクトラム症児が155人(90.1%)であった。また、療育手帳Bの所有者が71人(41.3%),いずれの手帳も所有していない者が79人(45.9%)であった。日常的な支援の必要がない児が72人(41.9%),全面的な支援が必要な児が36人(20.9%)であった。

2. 暫定版指標の項目分析と構成概念妥当性の検証

暫定版指標26項目の各平均値は1.82~2.98点、標準偏差は0.78~1.07点であった。項目25「子どもにヘルプカードやヘルプマークを持たせている」に床効果がみ

られたため尺度項目から省いた。G-P分析において暫定版指標の各項目平均得点の群間比較を行ったところ、全項目で $p<0.001$ の有意差がみられた。I-T分析において相関係数は0.405~0.723であった。項目間相関において、項目18と19の間に0.7以上の相関が認められたため、意味内容を吟味し項目18「家族分の食料や飲料などを備蓄している」を除外した。

残った24項目について探索的因子分析を行った。KMOの標本妥当性の測度=0.901、Bartlettの球面性検定も $p<0.001$ であり、因子分析が可能であると判断した。探索的因子分析を繰り返し実施した結果、22項目3因子の最適解を得た(表2)。その過程で、因子負荷量が0.4未満であった項目24「災害後の子どもの心のケアに

表3 災害準備指標と外部基要因

N = 172

| 要因 | n | 指標全体 | 第1因子 | 第2因子 | 第3因子 |
|-------------------|-----|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | 相関係数 Mean ± SD | 相関係数 Mean ± SD | 相関係数 Mean ± SD | 相関係数 Mean ± SD |
| 災害準備についての自己評価 | 172 | 0.625*** | 0.513*** | 0.472*** | 0.626*** |
| 地域の防災訓練の参加経験 | | | | | |
| あり | 95 | 56.4 ± 12.9** | 27.6 ± 6.8* | 19.4 ± 4.5** | 9.4 ± 3.4 |
| なし | 77 | 51.1 ± 9.6 | 25.2 ± 6.1 | 17.6 ± 3.6 | 8.3 ± 2.5 |
| 居住地域で災害が起こる可能性の認知 | | | | | |
| 高認知群 | 112 | 56.1 ± 12.6** | 27.6 ± 6.9** | 18.9 ± 4.5 | 9.6 ± 3.0*** |
| 低認知群 | 60 | 50.0 ± 9.2 | 24.5 ± 5.6 | 17.9 ± 3.5 | 7.5 ± 2.6 |
| 災害の備えについての負担感 | | | | | |
| 高負担群 | 135 | 52.5 ± 11.3** | 25.5 ± 6.3*** | 18.5 ± 4.1 | 8.5 ± 2.7** |
| 低負担群 | 36 | 60.0 ± 12.4 | 30.4 ± 6.5 | 19.1 ± 4.5 | 10.5 ± 3.6 |

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$

無回答除く

Mann-WhitneyのU検定, Spearmanの順位相関係数を使用した

ついて知っている」と26「防災活動に限らず日頃から地域活動に積極的に参加している」の2項目を削除した。各因子に属する項目は0.424～0.887の因子負荷量を示した。因子間の相関係数は0.528～0.632, 指標全体に対する最終的な累積寄与率は47.5%であった。構成概念妥当性について, 当初の試案26項目と, 因子分析後の22項目の指標の分類を比較した。第1因子は, 当初「対応力」に分類されていた18, 24, 26は削除され, 残った「対応力」7項目と当初「予測力」に分類されていた6項目のうち4項目が吸収され計11項目となった。リスクの予測だけでなく共有が含まれることから【家族・地域間のリスク共有】と命名した。第2因子は, 当初「予測力」に分類されていた2項目と「対応力」に分類されていた1項目が, 「予測力」の4項目に吸収され, 計7項目となった。生活に関わる被害の予防が含まれることから【暮らしのリスク低減】と命名した。第3因子は, 「対応力」のうち災害時の必需品に関する4項目から構成されていることから, 【必要物品の準備】と命名した。

探索的因子分析の結果について, 共分散構造分析を用いて確証的因子分析を行った。3因子22項目のモデル適合度指標は, $\chi^2(df) = 463.446(206)$, $p < 0.001$, GFI = 0.800, AGFI = 0.754, CFI = 0.854, RMSEA = 0.085であった。適合度が十分ではなかったため, 修正指数の値(>20)と項目の内容の類似性から3対(項目17-23, 5-17, 15-16)の誤差変数間に共分散を追加したところ, GFI = 0.835, AGFI = 0.795, CFI = 0.897, RMSEA = 0.072と適合度は改善した。しかし, 修正モデルの χ^2 値

は $p < 0.001$ で棄却された。

3. 信頼性の検証

災害準備指標全体のCronbach's α 係数は0.923, 各因子のCronbach's α 係数は第1因子から第3因子の順に0.900, 0.816, 0.814であった。また, 折半法によるSpearman-Brownの信頼性係数は0.861であった。

4. 基準関連妥当性の検証

災害準備指標と災害準備の自己評価とのSpearmanの順位相関係数は0.625 ($p < 0.001$)であった(表3)。また, 地域の防災訓練の参加経験の有無, 災害が起こる可能性の認知, 災害の備えに対する負担感において有意差がみられた(いずれも $p < 0.01$)。各因子と災害準備の自己評価との相関係数は0.472～0.626 ($p < 0.001$)であった。地域の防災訓練の参加経験については第3因子, 災害が起こる可能性の認知および災害の備えに対する負担感については第2因子との間に有意な関連がみられなかった。

IV. 考 察

1. 研究対象の特徴

本研究は, 発達障害児の家族が災害レジリエンスを向上させるために, 災害準備性を自己評価できる指標を開発し, その信頼性および妥当性を検討したものである。研究対象は全国にある親の会の加入者であったが, 親の

会へ加入するのは「困っていることをどうにかしたい」「何らかの支援を受けたい」という動機である²⁰⁾との報告から、児の養育に課題を抱える保護者に偏った可能性がある。特に、自閉症児の家族は強いストレスを抱えている²¹⁾といわれていることから、本研究において自閉症スペクトラム症児の保護者が全体の9割を占めたことにも影響していると考えられる。一方で、2016年の厚生労働省の調査²²⁾では、発達障害と診断された者は男性のほうが多く、本研究でも同様に男児が多いという結果は一致した。本研究データは、養育に課題を抱える保護者の意見が多く反映されていると推測されるものの、そのような家族ほど災害に対する脆弱性がより高い集団といえることから、本研究目的に適した対象であったと考えられる。

2. 災害準備指標の信頼性と妥当性

最終的に、22項目3つの下位尺度で構成される発達障害児の家族の災害準備性を評価する指標が作成された。本指標全体のCronbach α 係数は0.923, Spearman-Brownの信頼係数は0.861を示した。いずれも0.8以上であることから、測定用具として許容可能な基準を満たしており²³⁾内的整合性を有していた。

探索的因子分析の結果、当初の理論的枠組みと比較して一部項目の入れ替わりはあったものの3因子に整理された。

災害準備指標の第1因子【家族・地域間のリスク共有】には、情報に基づいて起こり得るリスクを予測するだけでなく、リスクを家族内で共有し、児に教えることも含まれていた。平常時のリスクコミュニケーションは、災害対策についての知識と理解を深め、実際の行動に結びつけて備えを促進することや互いが災害対応の自己効力感を高めることができることから、災害レジリエンスの向上につながるといわれている²⁴⁾。障害児を含む災害弱者のなかには災害対応に無力感をもち、防災や避難を諦める場合がある。しかし、家族が児の目線に立って災害のリスクを教えることは、自分の身を守れるという児の自信につながる可能性があることも示唆されている²⁵⁾。第1因子にはリスクの予測だけでなく、家族内でのリスクコミュニケーションを通して災害レジリエンスを向上させる要素が含まれていた。また、第1因子には児が地域の人々と関わりをもつことも含まれた。発達障害児をもつ家族が地域とつながりをもつためには、災害時に起こり得ることの具体的なイメージをもつことが必

要である⁸⁾。本項目には、家族が情報に基づいて将来のリスクを予測し、家族だけでは対処できず他者の支援が必要になる場面を想定すること、それを地域の人々と共有し支援を求められる関係性を築くという意図が含まれていると考えられる。

第2因子【暮らしのリスク低減】には、家具の固定等の家庭内でのハード面の対策や保険への加入といった項目が含まれた。これらは住まいや財政状態への被害を未然に防ぐ「予防力」に含まれる。加えて、本研究では避難場所・経路の確認、気象情報の把握など、災害発生時に家族の安全を確保し、逃げ遅れるという被害を未然に防ぐための対応能力に関する項目が含まれた。これらの項目は、先行研究²⁶⁾で示されている災害時の効果的な対応を可能とする知識や準備(即応性)に含まれる。したがって、第2因子は災害発生時に逃げ遅れるリスクを最小化するために必要な準備も包含すると考えられる。

第3因子の【必要物品の準備】について、薬や児の安心グッズなど災害時の必需品に関する項目で構成されていた。これらは、災害直後の命を守るとともに避難生活の維持や再建につながる「対応力」に含まれる。畠山らはレジリエンスの評価指標のひとつとして「資源」を掲げ、リスク発生時に生き抜くために個人、家庭、地域が準備できる資源および混乱からの回復を可能とする資源の例として防災グッズや生活用品を挙げている²⁶⁾。第3因子はこれらの内容と一致していた。

構成概念を検証するために確証的因子分析を行ったところ、 χ^2 値は棄却された($p < 0.001$)。小標本の場合、モデルは χ^2 適合度検定で棄却されない必要があることから²⁷⁾、本指標の構成概念には課題が残った。今後、標本数を増やし、構成概念妥当性の再検証が必要である。

外的基準である災害準備の自己評価と本指標全体およびすべての下位因子との間に中等度の相関が認められ、基準関連妥当性が確認された。また、地域の防災訓練の参加経験、災害が起こる可能性の認知、災害準備に対する負担感と指標全体との間に有意な関連がみられた。一方で、下位因子ごとにみると、特に第2因子【暮らしのリスク低減】において、災害が起こる可能性の認知、災害準備に対する負担感と有意な関連はみられなかった。このことは、先行研究²⁸⁾と同様に「備えの必要性」というたてまえと「いますぐに起こらないであろう災害に備えるのは面倒」という本音の乖離、つまり「わかっているけどできない」という心理の影響が考えられる。発達障害児の家族は日々の生活に余裕がなく、災害準備が進

まないことが報告されている⁷⁾。第2因子は、家屋の点検・整備など特に時間や労力を要する項目が含まれることから、日々の生活の余裕のなさが乖離に影響していると考えられる。したがって、本災害準備指標を活用することで、最低限必要な災害準備を即座に知ることができ、発達障害児の家族の時間的・心理的負担の軽減につながることが期待できる。

5. 活用の可能性と限界

発達障害児とその家族において、特有の災害時の脆弱性が指摘されている²⁵⁾。しかし、脆弱性は変化や刺激に対する敏感さを有しているという点で²⁹⁾、逆境に対して積極的に適応するための有益な特性である。つまり、災害時に特有の脆弱性を有する児と家族において、その特性を自覚することは家族の災害レジリエンスの向上につながる可能性がある。本指標では、災害によって一変した環境に適応できないことで児に起こり得る困難を事前に緩和できるような備えの項目を網羅した。本指標を用いて、家族が児に起こり得る困難を予測し災害準備性を振り返ることで、家族が現在保有している資源に気づき、災害準備を進める動機づけになり得る。また、発達障害児と家族への支援を中心的に行っている保健師や学校教育関係者が、本指標を用いて防災教育を実施することは、家族の災害準備を促す実践の一例として考えられる。

本研究の調査対象は全国の発達障害の親の会に所属する保護者であり、自ら問題解決しようとする意欲が高い集団の回答に偏ることが限界として挙げられる。また、調査対象者は全国から抽出されたものの、尺度開発で必要な最低サンプル数200³⁰⁾を満たさなかった。

さらに、発達障害児の家族において、親自身が生活のしづらさを抱えている例や³¹⁾、親の特性が日々の養育に負の影響を与えることが報告されているが³²⁾、本研究では親自身の特性については十分考慮できていない。今後はサンプル数を増やして信頼性、妥当性を再検討し、発達障害児をもつ親の特性も含めて指標の構成項目を精緻化していくことが課題である。

V. 結 語

本研究では、発達障害児とその家族の災害準備性を評価できるツールとして、災害レジリエンスの概念に着目した3因子22項目の指標を考案した。探索的因子分析の結果は理論的解釈が可能であり、内的整合法による信

頼性、災害準備の自己評価等を外的基準とした基準関連妥当性が確認され、一定の活用可能性が示された。

【謝辞】

本研究にご協力いただいた全国の発達障害児・者の親の会の代表者および保護者のみなさまに心よりお礼申し上げます。また、本研究に際しご助言をいただきました神戸大学大学院保健学研究科の篠川裕子先生に感謝申し上げます。本研究は、神戸大学大学院保健学研究科修士論文の一部に加筆・修正し作成したものである。

【利益相反】

研究における利益相反はない。

【文献】

- 1) 鳥居深雪：脳からわかる発達障害；子どもたちの「生きづらさ」を理解するために。12, 中央法規出版, 東京, 2014.
- 2) 芳賀彰子・久保千春：注意欠陥／多動性障害, 広汎性発達障害児をもつ母親の不安・うつに関する心身医学的検討, 心身医学, 46(1)：75-86, 2006.
- 3) 本田教一・菅野智美・田子久夫他：東日本大震災により発達障害児に生じた心身変調と対応について, 心身医学, 55(5)：453, 2015.
- 4) 高田 哲・米山 明・木村重美他：災害時の子どもへの支援；障害のある子どもたちに焦点をあてて, 脳と発達, 51：56-59, 2019.
- 5) 菅原佐和子・清水道子・藤原加奈江：発達障害児・者への災害時支援のあり方について；発達支援教室講演会からの考察, 東北文化学園リハビリテーション学科紀要, 8(1)：33-41, 2012.
- 6) 内閣府：避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針(概要), hinansien-gaiyou.pdf (bousai.go.jp) (2020年12月31日).
- 7) Wolf-Fordham S, Curtin C, Maslin M, et al. : Emergency preparedness of families of Children with developmental disabilities; What public health and safety emergency planners need to know. *Journal Emergency Management*, 13(1)：7-18, 2015.
- 8) 細谷紀子・石丸美奈・宮崎美砂子：災害時に支えとなり得る地域との繋がりを築いていくための支援の検討(第1報)；発達障害児の親の自然災害への備えの実情, 千葉県看護師会誌, 24(2)：31-41, 2019.
- 9) United Nations : Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030> (2020年12月31日).
- 10) Madrigano J, Chandra A, Costigan T, et al. : Beyond Disaster Preparedness; Building a Resilience-Oriented Workforce for the Future. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 14 (12) 1563, 2017.
- 11) 中林一樹：家庭の「レジリエンス」を高めて災害に負けない都市をつくる. <https://president.jp/articles/-/21646> (2020年12月31日).
 - 12) 国立国際医療研究センター：障害を抱え特別な支援が必要な子どもと、その家族のための緊急対応準備マニュアル. <http://www.ncgmkohndai.go.jp/subject/100/201409manual.pdf> (2020年12月31日).
 - 13) 日本自閉症協会：防災・支援ハンドブック. <http://www.autism.or.jp/bousai/?msclid=0b1e858ced411ecab46ad6fafd851e2> (2020年12月31日).
 - 14) 堤 敦朗・井筒 節・田中英三郎他：「レジリエンス向上のための災害準備性チェックリスト (DPRC)」の有用性に関する研究. 心的トラウマ研究, 14 : 23-30, 2019.
 - 15) 林 春男：戦略的創造研究推進事業 (社会技術研究開発) 「コミュニティがつなぐ安全・安心な都市・地域の創造」研究開発領域. 国立研究開発法人科学技術振興機構社会技術研究開発センター, 2018.
 - 16) 林 春男：災害から立ち直る力=レジリエンスを. 教育と医学, 60 (7) : 632-641, 2012.
 - 17) 有馬昌宏：住民の防災意識および防災対策の地域差に関する研究；全国ウェブ調査の結果から. http://www.jsrsai.jp/Annual_Meeting/PROG_48/Resume1/rA05-4%20ArimaMasahiro.pdf (2020年12月31日).
 - 18) 増田祐太郎・甲斐田直子：防災行動の負担感が行動実践に与える影響. 土木学会論文集D3 (土木計画学), 75 (5) : 109-116, 2019.
 - 19) 山崎祐輔・天王嘉乃・高木朗義：洪水災害に対する住民の備えとその促進策の検討. 土木計画学研究・論文集, 25 (1) : 85-92, 2008.
 - 20) 通山久仁子：特定非営利活動法人 全国LD親の会にみる全国組織としての「親当事者」団体の機能. 西南女学院大学紀要, 21 : 75-85, 2017.
 - 21) 有川宏幸：自閉症児・者をもつ家族の地域支援のあり方. 特殊教育学研究, 40 (4) : 429-434, 2002.
 - 22) 厚生労働省：平成28年生活のしづらさなどに関する調査 (全国在宅障害児・者等実態調査) 結果. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h28.pdf (2020年12月31日).
 - 23) D.F. ポーリット・C.T. ベック：看護研究；原理と方法. 近藤潤子 (翻訳), 433-437, 医学書院, 東京, 2010.
 - 24) 奈良由美子：災害心理とリスクコミュニケーション；災害レジリエンスを高めるために. 日本難病看護学会誌, 25 (3) : 246-249, 2021.
 - 25) 山本美智代・中川 薫・米山 明他：首都圏に住む発達障害児の母親の東日本大震災での体験. 小児保健研究, 73 (1) : 52-58, 2014.
 - 26) 畠山慎二・坂田朗夫・川本篤志他：コミュニティ・レジリエンスの考え方に基づくコミュニティ継続計画 (CCP) 策定手法の提案. 土木学会論文集F6 (安全問題), 69 (2) : I_37-I_42, 2013.
 - 27) 朝野熙彦・鈴木督久・小島隆矢：入門 共分散構造分析の実際. 118-119, 講談社, 東京, 2005.
 - 28) 高尾堅司・元吉忠寛・佐藤照子他：住民の防災行動に及ぼす水害経験及び水害予測の効果；東海豪雨災害の被災地域住民を対象にして. 防災科学技術研究所研究報告, 63 : 71-83, 2002.
 - 29) 河野哲也：境界の現象学；始原の海から流体の存在論へ. 201-208, 筑摩書房, 東京, 2014.
 - 30) 村上宣寛：心理尺度のつくり方. 25, 北大路書房, 京都, 2008.
 - 31) 江口晶子・荒木田美香子：発達障害の特性をもつ子どもの親に対する熟練保健師による支援過程と支援技術；1歳6か月児健診後の継続的支援の導入が困難な状況に焦点をあてて. 家族看護学研究, 25 (1) : 41-54, 2019.
 - 32) Shameem-Agha S, Zammit S, Thapar A, et al. : Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22 : 369-377, 2013.

■ Research Report ■

Developing a Disaster Preparedness Evaluation Scale to Improve Disaster Resilience
in Families of Children with Developmental Disabilities

Verification of its Reliability and Validity

Mayu Iwakiri, Rie Uchimura, Sayaka Kotera

Kobe University Graduate School of Health Science

Objective: This research aims to develop an evaluation scale to assess the disaster preparedness of families with children with developmental disabilities to enhance disaster resilience, as well as to examine reliability and validity of the scale.

Methods: Items were collected and selected from previous studies, and a 26-item scale was created based on the conceptual framework of disaster resilience. Anonymous self-administered questionnaires were mailed to 453 parents of children with developmental disabilities (including presumed diagnosis) aged 6–18 years. The parents were from 21 parents' association of children with developmental disabilities throughout Japan.

Result: A total of 172 valid surveys (36.1% of the original) were analyzed. The average age of the children was 12.48 ± 3.13 years. In item analysis, two items were excluded. Exploratory factor analysis identified three subscales among 22 items: sharing risk within family or community, mitigating risk of living, and preparing necessary items. The scale had an overall Cronbach's alpha coefficient of .923, and Cronbach's alpha coefficients for the three subscales ranged from .814 to .900. The scale had a significant moderate correlation with the self-assessment of disaster preparedness ($\rho = .625$).

Discussions: The Disaster Preparedness Scale for Families of Children with Developmental Disabilities satisfied good internal consistency, and construct validity, and criteria-related validity. This study suggests that the scale can be used to self-evaluate disaster preparedness for families of children with developmental disabilities.

Key words : developmental disabilities, family, disaster, resilience, scale development

乳幼児を育てる母親の育児幸福感に関連する要因

——乳幼児の健診年齢別の検討——

明野聖子

抄 録

目的：乳幼児を育てる母親の育児幸福感に関連する要因を乳幼児健診の対象年齢別に明らかにする。

方法：乳幼児健診に来所した3～5か月児（以下、乳児）、1歳6か月児、3歳児の母親1,011人を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、基本属性、父親の育児・家事、育児に関する情緒的サポート、3下位尺度からなる親性、8下位尺度からなる育児幸福感である。健診年齢別に母親の育児幸福感を従属変数とした重回帰分析を行った。

結果：388人（38.4%）の有効回答を得た。すべての健診年齢において、母親の親性「親役割の状態」が高いほど育児幸福感が高かった。1歳6か月児の母親では母親の年齢が低く、3歳児の母親では出生順位が低いことが育児幸福感に関連していた。また、乳児と1歳6か月児の母親では、「子どもへの認識」が高いほど育児幸福感が高かった。3歳児の母親では、父親の育児に関する情緒的サポートを認識しているほど育児幸福感が高かった。

結論：母親の育児幸福感を高めるためには、親としての役割に満足感を抱くことが重要であると示唆された。乳児および1歳6か月児の母親では試行錯誤する育児を支えること、1歳6か月児の母親では子どもの成長・発達の様子を理解し、子どもとのよりよい関係性を保ち子どもの特性に応じた柔軟な関わりがもてること、3歳児の母親では子どもの成長・発達に関する心配やしつけにおいて父親の情緒的サポートを促す支援が必要である。

【キーワード】 育児幸福感, 母親, 乳幼児健康診査, 親性, 育児支援

日本地域看護学会誌, 26 (1) : 50-58, 2023

I. 緒 言

乳幼児を育てる多くの母親は、育児ストレスを抱えながらも¹⁾、同時に育児に伴う肯定的な情動、育児幸福感を感じている²⁾。母親の育児幸福感は、母親の心理的安定や子どもへの愛着心、家族への思いやりといったポジティブ思考により育児の原動力になることが報告されている³⁾。母親の育児幸福感を高めることは、母親が心理

的に安定して育児をすることにより子どもとの愛着形成を促し、家族の健やかな生活を支えるために重要である。

母親の育児幸福感は子どもの年齢によって異なることが示唆されている⁴⁾。しかし、子どもの年齢別に母親の育児幸福感に着目し、関連要因を検討した研究は見当たらない。また、母親の育児幸福感には、父親の育児サポートに対する母親の認知が関連している⁵⁾。子どもの年齢別に、母親の育児幸福感と父親の育児・家事状況に対する母親の認知との関連を捉えることにより、子どもの発達段階に応じた家族への支援のあり方を検討することが可能になる。

一方、親としての特性を多側面から捉える親性という概念がある。育児期における親性は、子どもを育む親としての特性であり、妊娠・出産・育児によって変化する親としての成長的側面を捉える概念である^{6,7)}。育児期特有の幸福感である母親の育児幸福感を高める支援には、子どもの発達段階や育児によって変化する親としての成長的側面を支えることが重要となる。育児期において、親役割の獲得や子どもを育む経験は人間性を成熟させる親としての成長的側面であり⁸⁾、母親の支援には欠かせない視点である。しかし、育児に伴う肯定的な情動を測定する育児幸福感と親としての成長的側面を測定する親性との関連は明らかにされていない。育児幸福感と親性との関連が明らかにされれば、母親の親性を捉え親としての成長的側面を支援することの重要性を裏づける基礎的資料となる。また、育児幸福感と発達段階別にみた親性との関連が明らかになれば、子どもの発達段階の時期に応じた母親への支援のあり方を検討することができる。

自治体では、4か月児健康診査（以下、健診）、1歳6か月児健診、3歳児健診の実施により、虐待予防やメンタルヘルス向上の観点から母親を支援している。これらの健診対象となっている年齢別（以下、健診年齢別）に母親の育児幸福感に関連する要因を明らかにすることにより、乳幼児健診において母親の育児幸福感を高めるための支援のあり方を検討することが可能になると考える。

本研究は、乳幼児を育てる母親の育児幸福感の関連要因を健診年齢別に明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究対象者

研究対象者は、4市において乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を受診した児の母親1,011人とした。各市の乳児健診の呼び出し時期は、3か月児が1市、4か月児が2市、4～5か月児が1市であった。1歳6か月児健診と3歳児健診の呼び出し時期は、4市すべてがおのおの、1歳6か月児、3歳児であった。

2. データ収集方法

4市の承諾を得て、乳幼児健診会場で、依頼文書を用いて研究の目的・趣旨等を説明したうえで、研究協力の同意が得られた人に、無記名自記式質問紙を配布し郵送

法により回収した。データ収集期間は、2018年2～3月である。

3. 調査項目

1) 基本属性

基本属性として、両親の年齢、家族形態をたずねた。また、母親については職業の有無、父親については職業、帰宅時間、週の労働時間をたずねた。子どもの基本属性として、健診対象児の月齢、性別、出生順位をたずねた。

2) 父親の育児・家事、育児に関する情緒的サポート

父親の育児・家事に関する項目は、国立社会保障人口問題研究所が2013年に実施した第5回全国家庭動向調査⁹⁾から、「遊び相手をする」「風呂に入れる」「寝かしつける」「泣いた子をあやす」「おもむを替える」の育児5項目、「ゴミ出し」「日常の買い物」「部屋の掃除」「風呂洗い」「洗濯（物干し・取り入れを含む）」「炊事」「食後の片付け」の家事7項目を使用した。

育児に関する情緒的サポートの項目は、父親の育児サポートに関する母親の認知尺度¹⁰⁾のうち、「子育てで疲れたり、悩んだりしているときに励ましてくれる」「子育ての精神的支えになってくれる」「子育てや子どもの発達に関する心配事や悩み事があるときに、親身になって聞いてくれる」「子育てをしている私を気遣ったり、思いやったりしてくれる」の情緒的サポート4項目を用いた。

いずれも、1週間のうち「0：全くしない」「1：週に1回以下」「2：週に数回する」「3：毎日する」の4件法とし、各項目を点数化し算出した合計点数を分析に用いた。

3) 母親の親性

大橋ら⁷⁾によって作成された育児期の親性尺度を用いた。この尺度は、「親役割の状態」13項目、「子どもへの認識」11項目、「親役割以外の状態」9項目の3つの下位尺度計33項目で構成される。「親役割の状態」は子どもに接しながら、授乳や排泄の世話といった育児能力を身につけ、母親が育児に関心をもち親としての役割に満足感を抱いている状態、「子どもへの認識」は子どもとの関係を育みながら、子どもの現在の成長・今後の発達の様子の理解を深め愛情を抱きながら接している様子、「親役割以外の状態」は自己肯定感や社会との関係性を含めた夫や妻といった役割をもち社会で働く存在認識を示すことであると定義される。各項目について、「まったく違う」から「まったくそのとおり」の5件法で回答を求め、各項目の回答を1～5点に点数化した。得点が

高いほど親性が高いことを示す。なお、本研究における母親の親性尺度のCronbach α 係数は総得点で.933, 下位尺度別では親役割の状態.897, 子どもへの認識.861, 親役割以外の状態.879であった。

4) 母親の育児幸福感

育児幸福感に関しては、清水ら⁴⁾が開発した育児幸福感尺度を用いた。育児幸福感尺度は、「子どもの成長」6項目、「希望と生きがい」8項目、「親としての成長」7項目、「子どもに必要とされること」5項目、「夫への感謝の念」5項目、「新たな人間関係」4項目、「子どもからの感謝や癒し」3項目、「出産や子育ての意義」3項目の8つの下位尺度計41項目で構成されている。各項目について、「あてはまらない」から「あてはまる」までの5件法で回答を求め、各項目を1～5点に点数化した。得点が高いほど育児幸福感が高いことを示す。なお、本研究における母親の育児幸福感尺度のCronbach α 係数は総得点で.921, 下位尺度別では子どもの成長.553, 希望と生きがい.808, 親としての成長.706, 子どもに必要とされること.798, 夫への感謝の念.715, 新たな人間関係.743, 子どもからの感謝や癒し.582, 出産や子育ての意義.775であった。

4. 分析方法

すべての調査項目について記述統計を行った。次に、健診年齢別に育児幸福感と基本属性との関連を検討するために、Mann-Whitney U検定またはKruskal-Wallis検定を行った。また、健診年齢別に母親の育児幸福感と父親の育児・家事、育児に関する情緒的サポートおよび親性との関連を検討するために、Spearmanの順位相関係数を算出し、 $r_s = .3$ 以上を正の相関ありとした。母親の育児幸福感の総得点と有意な関連がみられた項目を独立変数として投入し、育児幸福感を従属変数とした重回帰分析を行った。有意水準は5%未満とした。統計解析にはSPSS ver.26を使用した。

5. 倫理的配慮

研究協力機関である4市に対して、母子保健担当部署の責任者に研究の趣旨等を説明し、承諾を得て研究を実施した。また、研究対象者に対しては、調査回答に拒否しても不利益はないことを個別に説明したうえで確認し質問紙を渡した。自由意思による調査への回答、返送をもって、研究協力への同意とみなした。また、本研究は、北海道医療大学看護福祉学研究科研究倫理委員会の承認

(承認年月日平成29年12月19日：承認番号N23023)を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

1,011人に配付した質問紙のうち、421人(回収率41.6%)から回答が得られた。無回答の項目がある質問紙を除いた388人(有効回答率38.4%)を分析対象とした。

1. 対象者の基本属性

対象者の基本属性を表1に示した。母親の年齢は30～39歳が256人(66.0%)、職業なしが254人(65.5%)であった。子どもの出生順位は第1子が189人(48.7%)、家族形態は354人(91.2%)が核家族であった。健診年齢別に基本属性を比較すると、母親($p = .009$)および父親($p < .001$)の年齢が29歳以下、職業なしと回答した母親($p = .010$)の割合は3～5か月児(以下、乳児)で有意に多かった。

2. 母親からみた父親の育児・家事、育児に関する情緒的サポート

父親の育児($p < .001$)・家事($p = .002$)、育児に関する情緒的サポート($p = .001$)の合計得点は、いずれにおいても乳児の母親が有意に高かった(表2)。

3. 母親の親性

母親の親性の総得点の平均値 128.4 ± 16.0 、中央値は129点であった。健診年齢別に親性を比較すると、乳児の母親は下位尺度「親役割の状態」の得点($p < .001$)が有意に高かった(表2)。

4. 母親の育児幸福感

母親の育児幸福感の平均値は 189.1 ± 14.3 、中央値は192点であった。健診年齢別に育児幸福感を比較すると、乳児の母親は総得点($p = .013$)と下位尺度「子どもの成長」($p < .001$)、「希望と生きがい」($p = .036$)、「夫への感謝の念」($p = .002$)、「出産や子育ての意義」($p = .003$)の得点が有意に高かった(表2)。

5. 乳幼児の健診年齢別にみた母親の育児幸福感の総得点と各要因の関連

乳児の母親の育児幸福感の総得点と基本属性の関連をみたところ(表3)、出生順位が低いほど有意に育児幸福

表1 対象者の基本属性

| | | 人数 (%) | | | | p 値 |
|-----------|----------|----------------|----------------|----------------------|----------------|--------|
| | | 全 体 N = 388 | 乳 児 n = 133 | 1 歳 6 か 月 n = 130 | 3 歳 n = 125 | |
| 母親の年齢 | 29歳以下 | 78 (20.1) | 35 (26.3) | 28 (21.5) | 15 (12.0) | 0.009 |
| | 30～39歳 | 256 (66.0) | 86 (64.7) | 86 (66.2) | 84 (67.2) | |
| | 40歳以上 | 54 (13.9) | 12 (9.0) | 16 (12.3) | 26 (20.8) | |
| 母親の職業 | なし | 254 (65.5) | 100 (75.2) | 82 (63.1) | 72 (57.6) | 0.010 |
| | あり | 134 (34.5) | 33 (24.8) | 48 (36.9) | 53 (42.4) | |
| 父親の年齢 | 29歳以下 | 50 (12.9) | 26 (19.5) | 17 (13.1) | 7 (5.6) | <0.001 |
| | 30～39歳 | 253 (65.2) | 88 (66.2) | 88 (67.7) | 77 (61.6) | |
| | 40歳以上 | 85 (21.9) | 19 (14.3) | 25 (19.2) | 41 (32.8) | |
| 父親の職業 | 会社員 | 247 (63.7) | 85 (63.9) | 82 (63.1) | 80 (64.0) | 0.929 |
| | 公務員 | 98 (25.3) | 35 (26.3) | 34 (26.2) | 29 (23.2) | |
| | 自営業, その他 | 43 (11.1) | 13 (9.8) | 14 (10.8) | 16 (12.8) | |
| 父親の帰宅時間 | 17～19時以前 | 162 (41.8) | 61 (45.9) | 52 (40.0) | 49 (39.2) | 0.376 |
| | 19～22時以前 | 175 (45.1) | 55 (41.4) | 65 (50.0) | 55 (44.0) | |
| | 22時以降 | 51 (13.1) | 17 (12.8) | 13 (10.0) | 21 (16.8) | |
| 父親の週の労働時間 | 49時間以内 | 168 (43.3) | 66 (49.6) | 51 (39.2) | 51 (40.8) | 0.434 |
| | 50～59時間 | 132 (34.0) | 38 (28.6) | 49 (37.7) | 45 (36.0) | |
| | 60時間以上 | 88 (22.7) | 29 (21.8) | 30 (23.1) | 29 (23.2) | |
| 子どもの性別 | 男 | 185 (47.7) | 58 (43.6) | 65 (50.0) | 62 (49.6) | 0.509 |
| | 女 | 203 (52.3) | 75 (56.4) | 65 (50.0) | 63 (50.4) | |
| 出生順位 | 第1子 | 189 (48.7) | 65 (48.9) | 69 (53.1) | 55 (44.0) | 0.594 |
| | 第2子 | 142 (36.6) | 47 (35.3) | 46 (35.4) | 49 (39.2) | |
| | 第3子以降 | 57 (14.7) | 21 (15.8) | 15 (11.5) | 21 (16.8) | |
| 家族形態 | 核家族 | 354 (91.2) | 125 (94.0) | 117 (90.0) | 112 (89.6) | 0.382 |
| | 複合家族 | 34 (8.8) | 8 (6.0) | 13 (10.0) | 13 (10.4) | |

χ²検定

表2 母親からみた父親の育児・家事, 育児に関する情緒的サポート, 母親の親性および育児幸福感

mean ± SD

| 項 目 | 最大値 ¹⁾ | 全 体 N = 388 | 乳 児 (a) n = 133 | 1 歳 6 か 月 (b) n = 130 | 3 歳 (c) n = 125 | p 値 | 多重比較 ²⁾ |
|-------------------------|-------------------|----------------|--------------------|--------------------------|--------------------|--------|--------------------|
| 父親の育児・家事, 育児に関する情緒的サポート | | | | | | | |
| 父親の育児 | 15 | 9.6 ± 3.5 | 10.5 ± 3.2 | 9.8 ± 3.2 | 8.3 ± 3.7 | <0.001 | a>c*, b>c** |
| 父親の家事 | 21 | 7.9 ± 4.4 | 8.7 ± 4.4 | 8.2 ± 4.4 | 6.8 ± 4.3 | 0.002 | a>c**, b>c* |
| 父親の育児に関する情緒的サポート | 12 | 7.9 ± 3.6 | 8.9 ± 3.3 | 7.9 ± 3.5 | 6.9 ± 3.7 | 0.001 | a>c** |
| 母親の親性 | | | | | | | |
| 親役割の状態 | 65 | 128.4 ± 16.0 | 130.2 ± 14.3 | 127.9 ± 18.2 | 126.8 ± 15.4 | 0.262 | |
| 子どもへの認識 | 55 | 54.3 ± 7.4 | 56.3 ± 6.2 | 53.7 ± 8.1 | 52.8 ± 7.3 | <0.001 | a>c**, a>b* |
| 親役割以外への状態 | 45 | 42.4 ± 5.5 | 41.8 ± 5.5 | 42.8 ± 5.9 | 42.7 ± 4.9 | 0.211 | |
| 親役割以外への状態 | 45 | 32.4 ± 6.0 | 32.8 ± 5.4 | 32.2 ± 6.6 | 32.0 ± 5.8 | 0.677 | |
| 母親の育児幸福感 | | | | | | | |
| 子どもの成長 | 30 | 189.1 ± 14.3 | 192.0 ± 12.5 | 188.7 ± 14.2 | 186.5 ± 15.7 | 0.013 | a>c* |
| 希望と生きがい | 40 | 29.2 ± 1.5 | 29.7 ± 0.8 | 29.0 ± 1.2 | 28.8 ± 2.1 | <0.001 | a>c**, a>b** |
| 親としての成長 | 40 | 38.0 ± 3.0 | 38.5 ± 2.3 | 37.9 ± 3.0 | 37.5 ± 3.4 | 0.036 | a>c* |
| 子どもに必要とされること | 35 | 32.4 ± 2.8 | 32.7 ± 2.7 | 32.2 ± 2.9 | 32.3 ± 2.9 | 0.318 | |
| 夫への感謝の念 | 25 | 21.5 ± 3.8 | 21.9 ± 3.5 | 21.0 ± 4.1 | 21.6 ± 3.6 | 0.217 | |
| 新たな人間関係 | 25 | 22.8 ± 2.5 | 23.2 ± 2.4 | 22.9 ± 2.2 | 22.2 ± 2.8 | 0.002 | a>c** |
| 子どもからの感謝と癒し | 20 | 17.4 ± 2.5 | 17.6 ± 2.3 | 17.3 ± 2.5 | 17.3 ± 2.6 | 0.747 | |
| 出産や子育ての意義 | 15 | 14.4 ± 1.2 | 14.4 ± 1.1 | 14.3 ± 1.3 | 14.4 ± 1.2 | 0.760 | |
| 出産や子育ての意義 | 15 | 14.0 ± 1.7 | 14.3 ± 1.6 | 13.8 ± 1.7 | 13.8 ± 1.7 | 0.003 | a>b**, a>c* |

* : p<0.05, ** : p<0.01

1) 最大値 : 項目ごとの合計点がとりうる値

2) Bonferroni法

Kruskal-Wallis検定

表3 基本属性別にみた母親の育児幸福感

| 項目 | mean ± SD | | | | | | |
|-----------|-----------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|-------|
| | 乳児 | | 1歳6か月 | | 3歳 | | |
| | n = 133 | p値 | n = 130 | p値 | n = 125 | p値 | |
| 母親の年齢 | 29歳以下 | 193.8 ± 2.0 | | 196.8 ± 1.5 | | 187.8 ± 4.4 | |
| | 30～39歳 | 191.4 ± 1.4 | 0.703 | 187.2 ± 1.6 | <0.001 | 187.0 ± 1.7 | 0.487 |
| | 40歳以上 | 191.3 ± 2.5 | | 182.4 ± 2.8 | | 184.2 ± 3.2 | |
| 母親の職業 | なし | 190.7 ± 2.9 | | 188.3 ± 1.6 | | 185.0 ± 2.2 | |
| | あり | 192.4 ± 1.1 | 0.703 | 189.3 ± 2.1 | 0.602 | 187.6 ± 1.8 | 0.339 |
| 父親の年齢 | 29歳以下 | 194.7 ± 2.3 | | 194.8 ± 2.5 | | 183.1 ± 7.1 | |
| | 30～39歳 | 191.5 ± 1.4 | 0.237 | 188.9 ± 1.5 | 0.041 | 190.0 ± 1.4 | 0.018 |
| | 40歳以上 | 190.6 ± 2.3 | | 183.8 ± 2.9 | | 180.6 ± 2.9 | |
| 父親の職業 | 会社員 | 192.9 ± 1.2 | | 189.4 ± 1.5 | | 186.3 ± 1.8 | |
| | 公務員 | 190.3 ± 2.7 | 0.661 | 189.6 ± 2.3 | 0.339 | 190.2 ± 2.1 | 0.361 |
| | 自営業, その他 | 190.7 ± 3.0 | | 182.2 ± 4.7 | | 180.9 ± 5.1 | |
| 父親の帰宅時間 | 17～19時未満 | 191.1 ± 1.9 | | 189.3 ± 2.1 | | 189.0 ± 2.1 | |
| | 19～22時未満 | 193.1 ± 1.3 | 0.996 | 187.6 ± 1.8 | 0.610 | 184.1 ± 2.4 | 0.286 |
| | 22時以降 | 191.8 ± 2.9 | | 191.8 ± 2.6 | | 186.9 ± 2.8 | |
| 父親の週の労働時間 | 49時間以内 | 191.3 ± 1.7 | | 185.7 ± 2.2 | | 187.9 ± 1.8 | |
| | 50～59時間 | 193.9 ± 1.4 | 0.924 | 190.7 ± 1.7 | 0.254 | 184.4 ± 2.6 | 0.787 |
| | 60時間以上 | 191.1 ± 2.5 | | 190.4 ± 2.6 | | 187.4 ± 3.1 | |
| 子どもの性別 | 男 | 192.0 ± 1.5 | | 187.9 ± 1.9 | | 185.4 ± 2.1 | |
| | 女 | 192.0 ± 1.6 | 0.624 | 189.4 ± 1.7 | 0.782 | 187.0 ± 1.9 | 0.497 |
| 出生順位 | 第1子 | 195.6 ± 1.1 | | 190.5 ± 1.6 | | 191.5 ± 1.7 | |
| | 第2子 | 189.2 ± 2.0 | 0.007 | 185.6 ± 2.3 | 0.227 | 185.0 ± 2.2 | 0.002 |
| | 第3子以降 | 187.1 ± 3.4 | | 189.5 ± 3.2 | | 176.9 ± 4.3 | |
| 家族形態 | 核家族 | 192.1 ± 1.1 | | 188.0 ± 1.3 | | 186.6 ± 1.5 | |
| | 複合家族 | 191.3 ± 5.4 | 0.754 | 195.2 ± 2.6 | 0.087 | 185.4 ± 4.0 | 0.621 |

Mann-Whitney U検定またはKruskal-Wallis検定

表4 母親の育児幸福感と母親からみた父親の育児・家事, 育児に関する情緒的サポートおよび母親の親性との相関

| 項目 | 乳児 | 1歳6か月 | 3歳 |
|-------------------------|---------|---------|---------|
| | n = 133 | n = 130 | n = 125 |
| 父親の育児・家事, 育児に関する情緒的サポート | | | |
| 父親の育児 | .302** | .197** | .241** |
| 父親の家事 | .195* | .123 | .190* |
| 父親の育児に関する情緒的サポート | .312** | .190* | .333** |
| 母親の親性 | | | |
| 総得点 | .553** | .590** | .431** |
| 親役割の状態 | .578** | .596** | .495** |
| 子どもへの認識 | .384** | .451** | .372** |
| 親役割以外への状態 | .380** | .372** | .235** |

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

Spearmanの順位相関係数

感が高かった ($p = .007$)。母親の育児幸福感と父親の育児・家事, 育児に関する情緒的サポートとの相関をみたところ (表4), 育児幸福感の総得点と父親の育児, 父親の育児に関する情緒的サポートで正の相関がみられた ($p < .001$)。また, 母親の育児幸福感と親性との相関をみたところ (表4), 育児幸福感の総得点と親性のすべての下位尺度で正の相関がみられた ($p < .001$)。

1歳6か月児の母親の育児幸福感と基本属性との関連をみたところ (表3), 母親の年齢 ($p < .001$) および父親の年齢 ($p = .041$) が低いほど有意に育児幸福感が高かった。母親の育児幸福感と親性との相関をみたところ (表4), 育児幸福感の総得点と親性のすべての下位尺度で正の相関がみられた ($p < .001$)。

3歳児の母親の育児幸福感と基本属性の関連をみた

表5 健診年齢別にみた母親の育児幸福感総得点の関連要因

| 項目 | 独立変数 | β | p値 |
|-------------------|-------------------------|---------|--------|
| 乳児 n = 133 | 基本属性 | | |
| | 出生順位 | -0.125 | 0.105 |
| | 父親の育児・家事, 育児に関する情緒的サポート | | |
| | 父親の育児 | 0.131 | 0.112 |
| | 父親の育児に関する情緒的サポート | 0.144 | 0.100 |
| | 母親の親性 | | |
| | 親役割の状態 | 0.370 | <0.001 |
| | 子どもへの認識 | 0.255 | 0.003 |
| | 親役割以外の状態 | -0.004 | 0.245 |
| | R^2 | 0.410 | |
| 調整済み R^2 | 0.382 | | |
| 1歳6か月児 n = 130 | 基本属性 | | |
| | 母親の年齢 | -0.259 | 0.004 |
| | 父親の年齢 | 0.033 | 0.712 |
| | 母親の親性 | | |
| | 親役割の状態 | 0.368 | 0.002 |
| | 子どもへの認識 | 0.197 | 0.038 |
| | 親役割以外の状態 | 0.003 | 0.980 |
| | R^2 | 0.386 | |
| 調整済み R^2 | 0.361 | | |
| 3歳児 n = 133 | 基本属性 | | |
| | 父親の年齢 | -0.088 | 0.250 |
| | 出生順位 | -0.186 | 0.017 |
| | 父親の育児・家事, 育児に関する情緒的サポート | | |
| | 父親の育児に関する情緒的サポート | 0.164 | 0.035 |
| | 母親の親性 | | |
| | 親役割の状態 | 0.393 | <0.001 |
| | 子どもへの認識 | 0.087 | 0.347 |
| R^2 | 0.362 | | |
| 調整済み R^2 | 0.335 | | |

強制投入法

出生順位：第1子=1, 第2子=2, 第3子以降=3

母親および父親の年齢：29歳以下=1, 30～39歳=2, 40歳以上=3

ころ(表3), 父親の年齢($p=.018$)が30～39歳である母親の育児幸福感が最も高かったことに加え, 出生順位($p=.002$)が低いほど有意に育児幸福感が高かった。育児幸福感と父親の育児・家事, 育児に関する情緒的サポートとの相関をみたところ(表4), 育児幸福感の総得点と情緒的サポートで正の相関がみられた($p<.001$)。母親の育児幸福感と親性との相関をみたところ(表4), 育児幸福感の総得点と親性の下位尺度「親役割の状態」と「子どもへの認識」で正の相関がみられた($p<.001$)。

6. 乳幼児の健診年齢別にみた母親の育児幸福感に関連する要因

重回帰分析により, 健診年齢別に母親の育児幸福感の関連要因を検討した(表5)。すべての健診年齢において, 母親の育児幸福感と親性の「親役割の状態」との関連が

みられ, 母親が親としての役割に満足感を抱いているほど(乳児の母親 $\beta=.370$, $p<.001$, 1歳6か月児の母親 $\beta=.368$, $p=.002$, 3歳児の母親 $\beta=.393$, $p<.001$), 育児幸福感が高かった。さらに, 乳児の母親では親性の「子どもへの認識」が高いほど($\beta=.255$, $p=.003$), 育児幸福感が高かった。1歳6か月児の母親では, 母親の年齢が低く($\beta=-.259$, $p=.004$), 親性の「子どもへの認識」をよくしているほど($\beta=.197$, $p=.027$), 育児幸福感が高かった。3歳児の母親では, 出生順位が低く($\beta=.186$, $p=.017$), 父親の育児に関する情緒的サポートを認識しているほど($\beta=.164$, $p=.035$), 育児幸福感が高かった。

IV. 考 察

1. 乳幼児の健診年齢別にみた母親の育児幸福感

母親の育児幸福感を健診年齢別に比較したところ、乳児を育てる母親の育児幸福感が最も高かった。先行研究において、子どもの末子年齢が低い母親は育児幸福感が高く、特に「夫への感謝の念」や「出産や子育ての意義」が有意に高かったという報告⁴⁾は本研究と同様の結果であった。これらに加えて、本研究では、健診年齢が低いほど「子どもの成長」「希望と生きがい」が有意に高く、健診年齢による母親の育児幸福感の差が認められた。本研究で対象とした健診年齢のうち、3～5か月ごろは、特に、子どもが声を出して笑うようになったり、母親をみて能動的に微笑みかけてくれるようになったり、一際子どもの成長が感じられる時期である。清水ら⁴⁾が述べているように、末子年齢が低いほど子どもとの関わりの頻度も高く手もかかる反面、育児幸福感が高められていたと考える。子どもの成長を目の当たりにすることで、母親は育児幸福感を感じていたと推察される。

2. 乳幼児の健診年齢別にみた母親の育児幸福感に関連する要因

乳児の母親の育児幸福感には、親性の「親役割の状態」「子どもへの認識」が関連していた。乳児期初期は新たな家族が加わり、互いに関心を寄せ合い、夫とともに協力して育児や家事を行いながら生活を整え家族を形成していく変化の時期にある。家族として大きく変化する時期において、母親が親としての役割を獲得し、親としての役割に満足感を感じられることは母親が育児幸福感を感じるうえで不可欠な要素であると考えられる。また、3～5か月ごろは、授乳や寝かしつけなどの子どもの欲求を読み取り対応することを通して、子どもへの認識がより一層高められる時期である。子どもへの理解を深め、愛情を抱きながら関係を育むことにより、育児幸福感が高められていたと考えられる。

1歳6か月児の母親では、母親の年齢が低いほど育児幸福感が高いことが示唆された。短縮版の育児幸福感尺度¹¹⁾では、30歳未満の母親の「育児の喜び」は35歳以上の母親の平均値よりも有意に高いことが報告されており、35歳以上の母親は30歳未満の母親よりも子ども数が多く、子育て経験の多さから「育児の喜び」という感情への慣れにより育児の喜びを感じにくくなっている可能性が述べられている。本研究では、子ども数を聴取し

ていないが、同様のことが推察される。今後は、子ども数を含めてデータを収集し、育児幸福感の関連要因について、さらなる研究結果の蓄積が必要である。また、本研究では、1歳6か月児の母親は、親性の「親役割の状態」「子どもへの認識」が高いほど育児幸福感が高く、子どもの成長・発達の様子や子どもの発達段階や特性に応じた関わりの重要性が示唆された。1歳を過ぎると、子どもの行動範囲が一段と広がるとともに、身の周りのことへの自立心が高まり、自我の育ちに伴い自己主張が始まり、乳幼児期のなかでも母親の育児ストレスが最も高まる時期である^{12,13)}。育児ストレスが高い状況においても、自己主張は子どもの発達過程であると捉え、親としての満足感を感じられることが育児幸福感につながると考えられる。一方、1歳6か月のころは、子どもの言語発達も徐々に進み、乳児期に比べて意思疎通が図りやすくなる時期である。そのため、母親にとっては子どもの成長・発達の様子や性格や個性など特性の理解が深まり「子どもへの認識」が高まる時期である。母親の育児幸福感を高めるためには、子どもの成長・発達および特性といった側面から、母親が子どもへの理解を深められるとともに、子どもの成長・発達および特性に応じた関わりがもてる視点が重要であるといえる。

3歳児の母親では、出生順位が低いほど育児幸福感が高いことが示唆された。清水ら¹⁴⁾の報告では、末子年齢と育児幸福感の「親としての成長」には正の相関があり、末子年齢が上がるにつれ、母親の心にゆとりが生まれて幸福感が高まる可能性が述べられている。しかし、出生順位と育児幸福感との関連性が明らかにされた先行研究はなく、今後のさらなる検証が必要である。一方で、3歳のころは、第1反抗期を迎え、自己主張が強くなる時期である。母親にとっては、子どもの行動や性格、子どもの扱いやしつけへの不安が生じやすく、子どもの成長・発達やしつけに関する心配や気持ちは育児不安との関連性があると報告されている¹⁵⁾。そのため、父親が子育ての精神的支えとなり、子育てや子どもの成長・発達に関する心配事や悩み事を親身になって聞くといった情緒的サポートに対する母親の認知が高いほど、母親の育児幸福感が高いことが考えられた。本研究において、3歳児の母親では、子どもへの直接的な世話よりも、父親の情緒的サポートに対する母親の認知が育児幸福感を高める要因であることが明らかになったといえる。先行研究では、3歳児の母親は父親からの情緒的支援行動が多いと認識しているほど親役割達成感が高いことが報告

されている¹⁶⁾。本研究では、親性の「親役割の状態」が高いほど母親の育児幸福感が高いことが示唆された。これらを踏まえると、父親が育児に関する情緒的サポートを行っているという母親の認知が親としての満足感を介して、母親の育児幸福感に影響している可能性が考えられた。

3. 乳幼児健診における母親の育児幸福感を高める支援への示唆

4か月児の母親は試行錯誤する育児のなかで子どもの成長を実感し、自分自身の成長と母親であることを認識するようになる¹⁷⁾。乳児健診の場において、保健師や助産師が母親と子どもの成長を共有する機会とするだけでなく、試行錯誤しながら育児する母親の姿勢を支持することの重要性が改めて示された。1歳6か月児の母親の育児幸福感を高めるためには、子どもとのよりよい関係性を保ち、子どもの特性に応じた柔軟な関わりができるよう支援していくことの重要性が示された。また、3歳児の母親の育児幸福感を高めるためには、乳児期とは異なる父親の育児に関する情緒的サポートが重要であると示された。子どもの成長・発達に関する心配やしつけに関して夫婦間で共有し方向性を合わせて子どもに関わることができるような支援が必要である。

これらの健診年齢別にみた母親の育児幸福感に関連する要因に応じた育児支援を行うことにより、母親の育児幸福感を高め、母親の精神的健康や子どもとの愛着形成を促し、家族としての健やかな生活を支えることにつながると思われる。

4. 本研究の限界

本研究の限界として、父親の育児・家事、育児に関する情緒的サポートは、あくまでも母親の主観的な認識であり、実際に父親が実施している頻度と一致しているとは限らない。さらに、本研究は横断調査の結果であり、縦断的な変化や因果関係について言及することはできない。

【謝辞】

育児にお忙しいなか、アンケートにお答えいただいたお母さま方をはじめ、ご協力いただいた保健師のみなさまに深くお礼申し上げます。なお、本研究は、JSPS科研費JP25862267の助成を受けた。本論文の一部は、第46回日本看護研究学会学術集会において発表した。

【利益相反】

本研究は開示すべき利益相反(COI)はない。

【文献】

- 1) 清水嘉子：育児ストレスの実態研究；ストレス情動反応を中心に。母性衛生, 44(4)：372-378, 2003.
- 2) 清水嘉子・伊勢カンナ：母親の育児幸福感と育児事情の実態。母性衛生, 47(2)：344-351, 2006.
- 3) 清水嘉子・遠藤俊子・松原美和他：子育て期をより幸福に過ごすための母親の工夫とその効果。日本助産学会誌, 21(2)：23-35, 2007.
- 4) 清水嘉子・関水しのぶ・遠藤俊子他：母親の育児幸福感；尺度の開発と妥当性の検討。日本看護科学会誌, 27(2)：15-24, 2007.
- 5) 明野聖子・澤田あずさ・工藤禎子他：1歳6か月児の父親の育児サポートに関する母親の認知に関連する要因。日本地域看護学会誌, 13(1)：83-90, 2010.
- 6) 大橋幸美・浅野みどり：親性とそれに類似した養護に関する国内文献の検討；親性の概念明確化に向けて。家族看護学研究, 14(3)：57-65, 2009.
- 7) 大橋幸美・浅野みどり：育児期の親性尺度の開発。日本看護研究学会誌, 33(5)：45-53, 2010.
- 8) 柏木恵子：子どもも育つ、親も育つ；〈生涯発達〉の視点。子どもが育つ条件：家族心理学から考える, 187-224, 岩波書店, 東京, 2008.
- 9) 国立社会保障・人口問題研究所：第5回全国家庭動向調査結果の概要。http://www.ipss.go.jp/ps-katei/j/NSFJ5/Kohyo/NSFJ5_gaiyo.pdf (2021年1月11日).
- 10) 中嶋和夫・桑田寛子・林 仁美他：父親の育児サポートに関する母親の認知。厚生指針, 4(15)：11-18, 2000.
- 11) 清水嘉子・関水しのぶ・遠藤俊子：母親の育児幸福感尺度の短縮版尺度開発。日本助産学会誌, 24(2)：261-270, 2010.
- 12) 大橋幸美・浅野みどり・門間晶子他：1歳6ヶ月の子どもの行動特徴と母親の育児ストレス・QOL・家族機能との関連。日本家族看護学研究, 18(1)：2-12, 2012.
- 13) 三国久美・深山知代・広瀬たい子他：1歳6か月児を持つ両親の育児ストレスとコーピングスタイル。日本看護研究学会誌, 26(4)：31-43, 2003.
- 14) 清水嘉子・関水しのぶ・遠藤俊子他：育児中の母親の幸福感；就労別にみた母親の年齢、子ども数、末子年齢による幸福感への影響。母性衛生, 51(2)：367-375, 2010.
- 15) 河野古都絵・大井伸子：3歳児をもつ母親の育児不安に影響する要因についての検討。母性衛生, 55(1)：102-110, 2014.
- 16) 中村瑛一・有本 梓・田高悦子他：3歳児をもつ父親と母親における親役割達成感の関連要因。日本地域看護学会誌, 19(1)：4-13, 2016.
- 17) 鈴木由紀乃・小林康江：産後4か月の母親が母親としての自信を得るプロセス。日本助産学会誌, 23(2)：251-260, 2009.

■ Research Report ■

Factors Associated with Child-care Happiness Scores of Mothers by the Age of their Children

Seiko Akeno

Department of Nursing, School of Nursing and Social Services, Health Sciences

Objective: To identify factors associated with scores on the Child-care Happiness Scale (CHS) among mothers of children at different health checkup ages.

Methods: An anonymous, self-administered questionnaire was sent to 1,011 mothers who visited health centers for a health checkup for their infants or children. The questionnaire included respondents' basic attributes, fathers' involvement in childcare and housework, mothers' perception of fathers' emotional support, parenting (3 areas), and mothers' CHS scores (8 areas). Multiple linear regression was performed using mothers' CHS scores as a dependent variable, according to child's health checkup age.

Results: Of all responses, 388 (38.4%) were valid. For all health checkup ages, the CHS scores were higher among mothers with higher scores on the "state of the parental role," a subscale of "parenting." A mother being younger, and a child's birth order being lower were associated with higher CHS scores among mothers of 18-month-olds and 3-year-olds, respectively. The CHS scores were also higher with higher "mothers' perception of their child" scores among mothers of infants and 18-month-olds, and with stronger perceptions of fathers' emotional support among mothers of 3-year-olds.

Conclusion: Having a sense of satisfaction with her role as a parent is found to be important for a mother to have higher CHS scores. This requires that mothers of infants and 18-month-olds have parenting support, while mothers of 18-month-olds should be able to interact with their children in a flexible manner according to the child's personality. For mothers of 3-year-olds, promoting fathers' emotional support in parenting is essential.

Key words : childcare happiness, mothers, infant health checkup, parenting, childcare support

■研究報告■

看護者対対象者の2者関係に基づく地域生活集団を対象とした 看護モデルの開発

——活動事例における保健師の考え方と働きかけの明確化
および看護モデルの前提となる考え方の検討——

松下光子¹⁾, 梅津美香¹⁾, 大井靖子¹⁾, 堀 里奈¹⁾, 山田洋子¹⁾, 山本真実²⁾

抄 録

目的：看護者対対象者の2者関係に基づいて保健師活動を説明する看護モデルの開発を目指して、活動事例における保健師の考え方と働きかけを明らかにし、モデルの前提となる考え方を検討することである。

方法：4つの活動事例について、実践した保健師への聞き取り、4事例中2事例は保健師が働きかけた対象者への聞き取りも行った。その内容をもとに、当該活動での保健師の判断、働きかけ、対象者の反応、2者関係の変化を構造図に示した。図の作成を通して看護者対対象者の2者関係に基づいて活動展開を説明しようとした際に確認できた保健師の考え方と働きかけを記述し、その内容を分類整理した。

結果：保健師の考え方と働きかけは、34項目抽出され、「保健師は、目の前にいる1人の住民だけでなく、家族単位で対象を捉えている」等18の分類、さらに、【対象者の捉え方と対象者との関係に関すること】【保健師と対象者との関係からみた活動の展開に関すること】【保健師間の関係に基づく活動の展開に関すること】【活動展開における保健師の判断に関すること】の4大分類に整理された。

考察：看護者対対象者の2者関係に基づいて保健師活動を説明するとき、対象者を家族や所属組織、住民同士のつながり等の人と人との関わりのなかにいる人と捉えることや、健康課題解決のための仕組みづくりを関係者1人ひとりの変化と関係の変化として理解すること等が前提となる考え方になる。

【キーワード】看護者対対象者、2者関係、地域生活集団、保健師活動、看護モデル開発

日本地域看護学会誌, 26 (1) : 59-68, 2023

I. 緒 言

行政保健師の活動は、公衆衛生看護であり、個人・家族および特定集団、さらに地域住民全体を含む地域生活集団にも焦点を当てる¹⁾。保健師は、受け持ち地区の地区住民に生じている健康問題と、その問題の原因や背景を検討して地域の健康課題として取り組むべき問題を明らかにし、計画を立てて活動に取り組む²⁾。

看護援助を構成する要素は、看護職、患者、その2者

の関係、すなわち看護者と対象者の1対1の関係が基本形態である³⁾。看護者と対象者の1対1の2者関係という観点からみると、個人・家族への援助である家族介護に関わる保健師の家庭訪問援助⁴⁾では、看護者である保健師は、被介護者本人のみでなく、家族、関わる援助関係者を含めて援助の対象とし、看護者である保健師と各対象者の変化および関係の変化、さらに、対象者同士の関係の変化が導かれていることが確認されている。

守田⁵⁾は、保健師活動における個から地域へ広げる活動の手法として、すべてが「人」と「人」の関係であり、組織であっても、地域の人、地域の関係機関の人、地域組織の人であるとしている。地域生活集団に焦点を当て、地域の健康課題解決を目指す保健師の活動についても、

受付日：2022年3月14日／受理日：2023年1月16日

1) Mitsuko Matsushita, Mika Umezu, Yasuko Ohi, Rina Hori, Yoko Yamada : 岐阜県立看護大学看護学部

2) Mami Yamamoto : 浜松医科大学医学部

保健師は、看護活動として地域生活集団を構成する1人ひとりの人に働きかけるものと捉え、援助の提供者である看護者、すなわち保健師と、保健師が関わる1人ひとりを援助の対象者として、2者関係が同時に、また、経時的に多数形成されて展開される活動として、保健師活動の成り立ちを説明できるのではないかと考える。

日本の保健師の活動を説明する理論やモデル開発の取り組みとしては、未解決の健康課題に対する地域ケアシステムの構築をプロセスとして整理したもの⁶⁾や保健師活動における行為目的を構造的に整理したもの⁷⁾、保健師誕生から20世紀終わりまでの地域保健活動を3つの時期に区分し、保健師が健康問題を見つけ、住民に啓発、指導するという第1相から保健師がほかの援助者を調整する第3相までの看護活動モデルを示したもの⁸⁾等がある。しかし、看護者対対象者の2者関係を基盤として保健師活動を説明するモデル等は見当たらない。

保健師活動を看護者対対象者という看護の基本構造に基づいて説明することは、看護活動としての保健師活動のあり方を明確にする。また、患者等の個人を対象とした看護、家族単位を対象とした看護、さらに地域生活集団に焦点を当てた看護について、看護者対対象者の2者関係に基づく展開という共通する考え方で捉えることを可能にし、地域包括ケアが求められる現在、多様な看護職が地域を視野においた看護実践を行う基盤をつくることになることを考える。

本調査は、最終的には看護援助の基本的構造である看護者と対象者という2者関係を用いて、保健師活動の成り立ちを構造的に示し、活動を説明するとともに保健師の思考を支えて活動推進に役立つ看護モデルの開発を目指す取り組みの第一段階であり、看護モデルの前提となる考え方⁹⁾を明確にする作業の一部である。

本調査の目的は、保健師の活動事例の活動展開過程における看護者対対象者の2者関係に基づく保健師の考え方と働きかけを明らかにすること、明らかになった保健師の考え方と働きかけをもとに、看護者対対象者の2者関係に基づいて保健師活動を説明する際の前提となる考え方を検討することである。

II. 研究方法

1. 調査対象事例の選定

保健師の実践活動の掲載が多い雑誌として保健師ジャーナル、公衆衛生情報、公衆衛生、地域保健の4雑

誌を情報源とした。実践した保健師等への聞き取り調査を行うことと候補事例数を確保する意味から、調査開始時の2014年8月から2年8か月さかのぼった2012年1月までの掲載記事を調べた。①取り組み当初から地域の健康課題解決を目指した活動であること、②その活動により地域の健康課題が解決した、あるいは、健康課題解決につながる地域ケア体制の構築や何らかの地域資源の開発が行われていることの2つを必須要件とし、さらに、実践活動を行った保健師および保健師が働きかけた対象者への聞き取り調査実施の可能性がある事例という視点から活動事例を抽出した。

抽出した20事例について、内容を再確認し、まず、だれと関わったどのような活動かという視点から、【住民ボランティアの育成、住民自主活動】など、6つのグループに分けた。そのうえで、働きかけた対象が住民なのか、専門職中心なのかなど働きかけた対象の特徴が異なる事例を含むこと、活動開始のきっかけに個別事例への援助がある事例を含むこと、活動した保健師が明確で聞き取り調査の対象が明確であること、という視点で調査対象事例の候補を絞り込んだ。最終的に4事例を選定し、全事例に調査協力の了解を得た。4事例中2事例は保健師のみの聞き取り、保健師の働きかけた対象者が明確であり聞き取り調査が可能と判断した2事例は保健師と保健師が働きかけた対象者への聞き取りを行った。保健師が働きかけた対象者への聞き取りを2事例行った理由は、地域生活集団の健康課題の解決を目指すと考えた場合に、保健師が働きかけた対象からさらに他者への働きかけが広がり、地域生活集団のなかにいる人々の変化や動きが起きると考え、保健師が働きかけた対象がさらに他者に働きかける実態も捉えるためである。

2. データ収集方法

1) 保健師への聞き取り調査

対象者は、活動事例の実践を行った保健師で研究協力の了解が得られた者である。実践した保健師が複数いる場合は、複数の保健師を対象とした。1事例は、実践した栄養士も対象とした。

聞き取りは、対象者の所属施設に研究者が出向き、対象保健師1人あるいは実践した保健師が複数いる場合は、複数同席して行った。インタビューガイドに基づき、活動経過に沿って聞いた。インタビューガイドは、①この活動のきっかけはどのようなものでしたか、②あなたは、なにを目指して、だれにどのように働きかけようと

考えましたか、③実際にあなたは、だれになにを、どのように働きかけましたか、④働きかけた相手の反応はどうでしたか、⑤相手の反応をみて、あなたはなにを考えましたかの5大項目とし、下位の質問も準備した。⑤の質問から②に戻ることを繰り返して活動経過を聞いた。保健師の属性（保健師経験年数、取り組み時期と経験年数、当時の職位）も聞き取った。聞き取りは、研究者2人または3人で90～120分で行い、2015年1～3月に実施した。

対象保健師の了解を得て録音し、逐語録を作成し基データとした。

2) 保健師が働きかけた対象者への聞き取り調査

対象者は、活動事例4事例中2事例において、保健師が働きかけた対象者である。保健師への聞き取り調査前に対象者の候補を挙げ、保健師への聞き取り時に保健師に相談して対象者を確定、対象者の紹介を受けた。

聞き取りは、対象者の希望する場所で、対象者1人あるいは複数同席で行った。保健師同席の場合もあった。インタビューガイドに基づき、対象者が保健師とともに活動した経緯を聞いた。①なにがきっかけでその活動が始まりましたか、②あなたは、なにを目指してどのように行動されましたか、③その結果、なにが起きましたか、④保健師は、あなたの取り組みにいつ、どのように関わっていますか、という4項目とした。

聞き取りは、研究者2人または3人で30～60分で行い、2015年1～3月に実施した。対象者の了解を得て録音し、逐語録を作成し基データとした。

3. 分析方法

1) 看護者対対象者の2者関係という視点からの活動展開の整理

(1) 活動展開の構造図の作成

聞き取った内容を2者関係に基づく活動展開という視点から整理するために、看護者である保健師の判断、働きかけ、対象者の反応、2者関係の変化について、活動事例ごとに構造図を描いた。図の作成は、活動事例ごとに研究者間で方法を検討しながら実施した。

4事例に共通して行った作業は、保健師への聞き取りの逐語録を意味内容ごとに区切り、そこで語られている活動の実施時期、保健師の判断や意図、働きかけとして行った行動、働きかけた対象、働きかけた対象の反応を取り出し、時系列で表に整理する作業である。活動事例抽出時の雑誌記事、聞き取り時に保健師が活用した資料

も参考にした。

保健師が働きかけた対象への聞き取りの逐語録は、1事例は、保健師への聞き取りから整理した表に働きかけた対象から捉えた状況として情報を追記し、1事例は、保健師からの聞き取り内容を整理した表の項目に加えて、働きかけた対象者の状況などの欄を追加して別表として整理した。

この作業により、保健師がだれにどのように働きかけ、それによって対象からどのような反応があったかという看護者と対象者の2者関係を明確にし、それをもとに、図を作成した。各活動事例の特徴に合わせて、実施時期ごと、活動内容ごと、聞き取りをした対象ごとに区切って作成した。

(2) 作成した構造図の保健師との共有と確認

構造図作成後、当初の聞き取りを行った保健師に、構造図と活動を整理した表や説明文を提示し、①活動経過が実際と一致しているか、②保健師の判断・行動・相手の反応など区分した内容が実際と一致しているか、③関係性や意味など解釈している内容が適切か、④保健師からの追加発言の4項目を確認した。

1事例は、現地保健師の事情により当初の保健師ではなく、実践したほかの保健師への提示と確認となった。聞き取りは、研究者2人または3人で90～120分で行い、2015年12月～2016年1月に実施した。対象者の了解を得て録音した。

録音内容を逐語録とし、保健師の意見を確認しながら、構造図、関連資料の修正を行った。

2) 看護者対対象者の2者関係に基づく保健師の考え方と働きかけの記述

構造図の作成と確認を通して看護者対対象者の2者関係に基づいて活動展開を説明しようとした際に確認できた保健師の考え方と働きかけについて、活動事例を整理した担当者がそれぞれ記述した。記述する際は、事例の実際の状況を含めて説明するよう意識した。

3) 看護者対対象者の2者関係に基づく保健師の考え方と働きかけの分類整理

活動事例ごとに記述した、看護者対対象者の2者関係に基づいて活動展開を説明しようとした際に確認できた保健師の考え方と働きかけについて、内容をよく読み、意味内容のまとまりごとに区切って要約を作成した。要約の作成は、事例の実際の状況と記述を再確認しながら、事例の状況を反映した表現となるように努めた。4事例分の要約を集めて分類・整理した。この作業は、研究者

表1 調査対象事例の概要

| 事例番号 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------|--|--|---|--|
| タイトル | 住民のボランティアグループづくりと継続支援 | 関係機関との連携体制づくり | 患者会と地域支援体制づくり | 住民主体の健康づくり体制構築 |
| 概要 (主に分析対象とした活動の年数) | 乳幼児のむし歯保有率が高く、むし歯予防教室などを実施していたが、市町村合併を機に、母親たちによるむし歯予防活動のボランティアグループを立ち上げ、継続的に支援してきた(21) | 保健所設置市となり難病対策に取り組む必要が生じ、ALS患者への家庭訪問から実態を把握、レスパイト入院の体制整備と難病在宅ケアネットワーク会議を立ち上げた(13) | 断酒会をアルコール関連問題をもつ当事者とともに立ち上げて自主活動へと支援し、さらに、当事者を支える支援者のネットワークをつくり、支える体制を構築した(4) | 関連団体や施設からメンバーが入り、食・運動・心の3部会と全体会からなる「健康づくり推進委員会」を町が立ち上げ、保健師が各部会と全体会に関わり、健康づくりの取り組みを展開(11) |
| 所属自治体 | 村→市(合併で移行) | 保健所設置市 | 市 | 町 |
| 保健師 | 4人 | 3人 | 1人 | 2人 (うち1人栄養士) |
| 聞き取り対象者数 | 5人 (ボランティアグループメンバー) | 4人 (患者、家族、病院ケースワーカー、病院看護部長) | 該当せず | 該当せず |
| 作成した構造図の枚数(図の区分単位) | 19枚 (実施時期ごと) | 4枚 (聞き取り対象ごと) | 6枚 (活動内容ごと) | 9枚 (実施時期ごと) |

間で共有、検討しながら行った。

4. 倫理的配慮

研究協力者には、文書と口頭で、調査の目的、方法、倫理的配慮について説明し、文書で了解を得た。本調査の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理委員会の審査を受け、承認を得た(承認年月日：平成26(2014)年9月25日)。

Ⅲ. 結 果

1. 調査対象事例の概要

対象の4事例は、表1に示した。事例1は乳幼児のむし歯保有率が高いという課題に対し、母親たちによるむし歯予防活動のボランティアグループを立ち上げ、継続的に支援してきた「住民のボランティアグループづくりと継続支援」の活動である。事例2は難病対策としてALS患者への家庭訪問から実態を把握し、レスパイト入院の体制整備と難病在宅ケアネットワーク会議を立ち上げた「関係機関との連携体制づくり」の活動である。以上2事例は保健師と保健師が働きかけた対象者の両方に聞き取りを行った。事例3はアルコール関連問題をもつ当事者と断酒会を立ち上げ、また、支援者のネットワー

クをつくり、支援体制を構築した「患者会と地域支援体制づくり」の活動である。事例4は関連する団体や施設からメンバーが入った健康づくり推進委員会を町が立ち上げ、保健師が関わり健康づくりの取り組みを展開している「住民主体の健康づくり体制構築」の活動である。以上2事例は保健師のみに聞き取りを行った。

2. 看護者対象者の2者関係に基づく保健師の考え方と働きかけ

保健師の考え方と働きかけは、事例1は12、事例2は10、事例3は5、事例4は7の計34件が抽出され、表2に示す18分類、4大分類に整理された。以下、大分類を【 】、分類を「 」で示す。

【対象者の捉え方と対象者との関係に関すること】は5分類が含まれた。互いに専門職として共通の目的をもつ対象者との信頼関係と子育て支援を通じた住民との信頼関係など「保健師と対象者の2者関係は、働きかけた対象者の特性によってその関係が異なる」、ある住民との関係は、協働して他住民を支援する仲間であると同時に、保健師にとってはその人も心の支援が必要な支援対象者でもあるなど「保健師と住民の2者関係は、協働する相手としての関係と支援する相手としての関係の2つの側面が同時に存在する」、健診で会う母子だけでなく、同

表2 看護者対対象者の2者関係に基づく保健師の考え方と働きかけ

| 大分類 | 分類(要約数) | 要約例示(事例番号-事例のデータ番号) | 該当事例 |
|--|--|--|---------|
| 対象者の捉え方と対象者との関係に関すること | 保健師と対象者の2者関係は、働きかけた対象者の特性によってその関係が異なる(1) | 保健師と対象者の2者の関係性は、ボランティアであり専門職である住民とは専門職として共通の目的をもって取り組む信頼関係、ほかのボランティア住民とは子育て支援を通じた信頼関係など、働きかけた対象の特性によってその関係の質が異なる。(1-6) | 1 |
| | 保健師と住民の2者関係は、協働する相手としての関係と支援する相手としての関係の2つの側面が同時に存在する(2) | 保健師と協働する相手となる住民は、「孤独や生きづらさ」を抱える人を共に支援する立場にある仲間でもあり、同時にその協働する相手となる住民も心の支援が必要な守るべき支援対象者でもある。保健師と協働する相手となる住民との関係には2つの側面がある。(3-2) | 1, 3 |
| | 保健師は、目の前にいる1人の住民だけでなく、家族単位で対象を捉えている(2) | 保健師は、健診で出会う母と子だけでなく同居している祖父母も対象に、地域のむし歯への意識を変えていかないといけないと考えており、目の前にいる1人の住民だけでなく、その人が共に暮らす家族単位で対象を捉えている。(1-10) | 1, 4 |
| | 実際に支援等を行っているスタッフだけでなく、組織の長など管理者の考えを捉えて判断する、管理者同士が課題を共有する機会をつくる(2) | 各組織のトップが参加する健康づくり推進協議会で問題が共有されている状況が活動の基盤となり、保健師が保育園との協力関係をつくりやすかった。(1-1) | 1, 2 |
| | 保健師と対象者の2者関係は、対象者がさらに他者に働きかけるという次の関係に広がっており、保健師は対象者の先にいる人への働きかけも意図している(7) | 保健師として自身が直接働きかけるだけでなく、ほかの人に伝えて、その人が動き出すことを重視する。そのことを通して、人を育てたり、その人の先にいる人へのより効果的な働きかけを意図したり、より広い効果を期待している。(4-5) | 1, 3, 4 |
| 保健師と対象者との関係からみた活動の展開に関すること | 健康問題をもつ住民の困りごとに一生懸命対応し、問題解決することを通して信頼を得て、信頼関係を構築していく(1) | 家庭訪問して患者の困りごとを聞き、日常生活の相談に対応する、家族のさまざまな相談に一生懸命対応し、相談相手と認識されるなど、(患者家族が)抱えている問題を解決することにより保健師に対する信頼を得て、信頼関係を構築していく。(2-8) | 2 |
| | 日常の活動を通して形成した住民1人ひとりとの1対1の信頼関係が保健師の活動の基盤となる(1) | 地区内の母親たちにとって保健師は顔のみえる身近な存在であり、保健師から「どう、一緒に」と声をかけられるとボランティアに参加しやすい状況があり、日常の保健活動を通してつくられた1人ひとりの住民との信頼関係が住民ボランティア活動の基盤となっている。(1-12) | 1 |
| | 健康問題をもつ住民1人ひとりとの1対1の関わりを通して捉えた実態を整理して課題を明らかにし、課題解決のための活動を展開する(2) | 神経難病患者への訪問を重ねて、さらに、それらをもとに健康課題をもった住民の実態と課題を保健師間でディスカッションを行って、書き表していった。1人ひとりの健康課題をもった対象者・家族への訪問がその後の活動の基盤となっている。(2-7) | 2 |
| | 保健師は、個別支援だけでは解決できない地域の問題を解決するために必要な体制や仕組みづくりを目指して、支援者同士の関係を形成、発展、安定させていく(1) | 関係機関・関係者に対しては、個別支援の積み重ねだけでは解決できない地域の問題解決に必要な体制・仕組みづくりを目指して、難病患者・家族を支援する立場の者同士の関係をつくりながら、形成された関係を発展させ、さらにその関係が安定するようにしている。(2-3) | 2 |
| | 組織内のキーパーソンとなる人との関係をつくって、住民の活動を知ってもらい、関係機関や行政の活動のなかに住民の活動を位置づけることができるようにする(1) | 保健師は、住民のボランティア活動が保育園で継続できたり市の活動として市町村合併後も継続できるように、市の職員に活動を知ってもらうなど、住民の自主活動が行政機関のなかで認められるように、組織内のキーパーソンとなる人に働きかける。(1-5) | 1 |
| 支援者同士の連携・協働関係において、双方の役割を明確にして、機能する連携とする(1) | 保健師は、一度できた関係を継続、発展させて、課題解決につながる連携や仕組みに発展させる(5) | 保健師が築いてきた医療機関(ケースワーカー、相談員、医師等)との信頼関係を基盤として、患者家族の情報共有、必要なタイミングでの入退院時の支援、断酒会立ち上げへの理解と協力、入院中プログラムから退院後に引き続き支援を実現し、医療機関と地域の支援者がつながり、アルコール関連問題を抱える人々を地域で支える仕組みづくりにつながった。(3-4) | 2, 3, 4 |
| | 話し合いによる役割の整理により、病院のMSWは院内の調整、保健師は外部との調整を担うというように、役割を明確にして連携しており、患者・家族を支援する立場の者(専門職)同士のうまく機能する連携・協働関係をつくるうえで双方の役割を明確にしていく。(2-9) | | 2 |

(表2 つづき)

| 大分類 | 分類(要約数) | 要約例示(事例番号-事例のデータ番号) | 該当事例 |
|------------------------|---|--|------|
| 保健師間の関係に基づく活動の展開に関すること | 保健師のなかにも管理的立場があり、また、上司、先輩、同僚という立場や関係のなかで協働や指導があり活動している(2) | 事業担当保健師間(先輩・後輩)、担当保健師と上司保健師等、保健師間の協議や助言指導等という2者関係のなかでの取り組みにより、家庭訪問より把握した実態に基づく課題整理と家庭訪問の評価、今後の活動計画立案へと活動を推進させる。(2-6) | 2, 4 |
| 活動展開における保健師の判断に関すること | 保健師は、地域の目指す姿を描き、その目指す姿に向かって複数の活動に同時に取り組んでいる(1) | 保健師活動を支える基盤は、村の代表者や住民との話し合い、健康づくり推進協議会の設置や住民代表者とともに行った健やか親子21の計画策定を通して、認識の共有や関係づくりを行ってきたという前任者の活動への思いや前任者が作り上げた成果を基盤としながら次の保健師が引き継いで活動することで行われる(1) | 1 |
| | 保健師の判断・意図の内容として、地域の健康課題の現状、地域の目指す姿、取り組み方法とその意図がある(1) | 保健師の判断・意図は、高いむし歯保有率に関して保健師が捉えた地域の健康課題の現状、地域の健康課題の現状に対して目指す姿、取り組みの方法とそのねらいに区分した。(1-9) | 1 |
| | 保健師は、個別の援助と地域の健康問題への援助の2つの方向で考えている(1) | 保健師は、1人ひとりの子どもとその家庭へのていねいな個別支援を行い、さらにむし歯保有率が高いという地区の健康問題を捉えて取り組みを行っており、個別の援助と地域の健康問題への援助の2つの方向で考えている。(1-11) | 1 |
| | 保健師は、基盤とする考えをもち、その考えに基づいて活動を展開している(2) | 保健師が常に基盤として考えていたことは、当事者である患者・家族と支援する立場の専門職等の両方の1人ひとりとの関係を、患者・家族の健康や生活にとってよい方向に導くことであった。(2-2) | 2, 3 |

居している祖父母も働きかけの対象と考えているなど「保健師は、目の前にいる1人の住民だけでなく、家族単位で対象を捉えている」、各組織のトップが参加する会議で問題が共有されていることで保育園との協力関係をつくりやすいなど「実際に支援等を行っているスタッフだけでなく、組織の長など管理者の考えを捉えて判断する、管理者同士が課題を共有する機会をつくる」、保健師が直接働きかけるだけでなく、ほかの人に伝えて、その人が動き出すことを重視し、その人の先にいる人への働きかけを意図するなど「保健師と対象者の2者関係は、対象者がさらに他者に働きかけるという次の関係に広がっており、保健師は対象者の先にいる人への働きかけも意図している」である。

【保健師と対象者との関係からみた活動の展開に関すること】は7分類が含まれた。家庭訪問して困りごと等に一生懸命対応し、対象者から相談相手と認識されるなど「健康問題をもつ住民の困りごと一生懸命対応し、問題解決することを通して信頼を得て、信頼関係を構築していく」、母親たちには保健師は身近な存在であり、保健師から「どう、一緒に」と声をかけられるとボランティアに参加しやすいなど「日常の活動を通して形成し

た住民1人ひとりとの1対1の信頼関係が保健師の活動の基盤となる」、神経難病患者への訪問を重ね、それらをもとにディスカッションして健康問題をもつ住民の実態と課題を書き表すなど「健康問題をもつ住民1人ひとりとの1対1の関わりを通して捉えた実態を整理して課題を明らかにし、課題解決のための活動を展開する」、関係機関・関係者に対して「保健師は、個別支援だけでは解決できない地域の問題を解決するために必要な体制や仕組みづくりを目指して、支援者同士の関係を形成、発展、安定させていく」、住民のボランティア活動が市町村合併後も継続できるよう、市職員に活動を知ってもらうなど「組織内のキーパーソンとなる人との関係をつくって、住民の活動を知ってもらい、関係機関や行政の活動のなかに住民の活動を位置づけることができるようにする」、これまで築いてきた医師等との信頼関係を基盤に、問題を抱える人々を支える仕組みづくりにつながるなど「保健師は、一度できた関係を継続、発展させて、課題解決につながる連携や仕組みに発展させる」、病院のソーシャルワーカーと保健師の役割を明確にして連携するなど「支援者同士の連携・協働関係においては、双方の役割を明確にして、機能する連携とする」の7つで

ある。

【保健師間の関係に基づく活動の展開に関すること】は2分類が含まれた。事業担当保健師間の協議や助言指導など「保健師のなかにも管理的立場があり、また、上司、先輩、同僚という立場や関係のなかで協働や指導があり活動している」、前任者の活動への思いや活動成果を基盤とするなど「保健師活動を支える基盤は、前任の保健師が関係者との認識の共有や関係づくりなどを行った成果を次の保健師が引き継いで活動することでつくれる」の2つである。

【活動展開における保健師の判断に関すること】は4分類が含まれた。むし歯保有率半減のため、むし歯予防教室や健診の場での個別保健指導などを実施しているように「保健師は、地域の目指す姿を描き、その目指す姿に向かって複数の活動に同時に取り組んでいる」、保健師の判断・意図の区分として「保健師の判断・意図の内容として、地域の健康課題の現状、地域の目指す姿、取り組み方法とその意図がある」、1人ひとりの子どもとその家庭への個別支援とむし歯保有率が高いという地区の健康問題を捉えた取り組みのように「保健師は、個別の援助と地域の健康問題への援助の2つの方向で考えている」、保健師は常に基盤として考えていたことがあり、「保健師は、基盤とする考えをもち、その考えに基づいて活動を展開している」の4つである。

IV. 考 察

4事例から確認した保健師の考え方や働きかけから、看護者対対象者の2者関係に基づいて保健師活動を説明する際の前提となる考え方を検討する。

1. 保健師の働きかける対象は人と人との関わりのなか にいる1人である

【対象者の捉え方と対象者との関係に関すること】では、「保健師は、目の前にいる1人の住民だけでなく、家族単位で対象を捉えている」とあるように、保健師は、住民を家族の一員と捉えている。また、「実際に支援等を行っているスタッフだけでなく、組織の長など管理者の考えを捉えて判断する、管理者同士が課題を共有する機会をつくる」のように、支援の関係者は、組織内で管理者やスタッフ等の立場にある1人として捉え、働きかけていた。このことは、地域ケア体制の構築における保健師活動の特徴とされる、支援関係者の業務内容や立場

を考慮すること、関係者の所属する組織の長など周囲の人々の理解も得ておくことと重なる¹⁰⁾。さらに、「保健師と対象者の2者関係は、対象者がさらに他者に働きかけるという次の関係に広がっており、保健師は対象者の先にいる人への働きかけも意図している」とあるように、保健師は対象者が働きかける他者をも意識して働きかけており、対象者は他者とつながっていることを意識していた。保健師が対象にする生活集団を構成する1人ひとり、家族や住民と互いに関わり合い、地域の影響を受けながら生活している¹¹⁾といわれるように、対象者の捉え方として、家族や所属組織、住民同士のつながり等の人と人との関わりのなかにいる人と捉える考え方が重要と考える。

また、【保健師間の関係に基づく活動の展開に関すること】では「保健師のなかにも管理的立場があり、また、上司、先輩、同僚という立場や関係のなかで協働や指導があり活動している」とあるが、保健師も行政組織の一員であり、複数の保健師が共同することによって社会の要請に応える活動ができるといわれており¹²⁾、組織内の立場があり、組織内の人と人との関わりのなかにいる1人と考えることができる。

2. 1対1の関係が基盤となって活動が展開していく

【保健師と対象者の関係からみた活動の展開に関すること】では「健康問題をもつ住民の困りごとに一生懸命対応し、問題解決することを通して信頼を得て、信頼関係を構築していく」「日常の活動を通して形成した住民1人ひとりとの1対1の信頼関係が保健師の活動の基盤となる」「個別への援助による健康問題をもつ住民1人ひとりとの1対1の関わりを通して捉えた実態を整理して課題を明らかにし、課題解決のための活動を展開する」とあるように、保健師は、健康問題をもつ住民1人ひとりに一生懸命対応して信頼関係を構築し、日頃の活動を通して形成した信頼関係が保健師活動の基盤となっていることを確認した。そして、1人ひとりの住民と関わる個別の援助を通して捉えた実態から地域の課題を捉え、課題解決のための活動に展開していく、という保健師活動の基本的な展開方法¹³⁾が、本調査においても確認できた。

また、【対象者の捉え方と対象者との関係に関すること】として「保健師と住民の2者関係は、協働する相手としての関係と支援する相手としての関係の2つの側面が同時に存在する」とあるように、住民との2者関係に

は、支援する相手という関係と支援のため協働する相手という関係のように異なる関係が同時に存在した。地域社会づくりに関わる活動において保健師は、住民1人ひとりを援助対象としているが、その場合、ケアの受領者と提供者の両側面を同時に捉えているとの指摘¹⁴⁾とも一致するといえる。さらに、「保健師と対象者の2者関係は、働きかけた対象者の特性によってその関係が異なる」とあるように、各対象者の特性をふまえて、関係の意味を捉える必要がある。看護者対対象者の2者関係に基づく活動展開では、1対1の関係が基盤となって活動が展開していくと考え、対象者1人ひとりとの関係をついねいに理解し、意味づけることが重要と考える。

3. 健康課題解決のための仕組みづくりも関係者1人ひとりの変化と関係の変化である

【保健師と対象者との関係からみた活動の展開に関すること】では「組織内のキーパーソンとなる人との関係をつくって、住民の活動を知ってもらい、関係機関や行政の活動のなかに住民の活動を位置づけることができるようにする」「保健師は、一度できた関係を継続、発展させて、課題解決につながる連携や仕組みに発展させる」とあるように、保健師は1人ひとりの支援の関係者に働きかけて2者関係をつくり、その関係者にほかの人や組織をつなげて新しい関係をつくり、活動を発展させていた。また、「保健師は、個別支援だけでは解決できない地域の問題を解決するために必要な体制や仕組みづくりを目指して、支援者同士の関係を形成、発展、安定させていく」「支援者同士の連携・協働関係においては、双方の役割を明確にして、機能する連携とする」とあるように、課題解決のための仕組みとして関係者同士の関係を形成し、また、各関係者の役割が明確になり有効に機能する連携となるようにしていた。保健師が地域ケア体制づくりにおいて目指すものとして、保健師を含む各関係者間の協力関係をつくり、強化して、各関係者、保健師それぞれの機能が十分に発揮されるようにしていくこと、との指摘がある¹⁰⁾。看護者対対象者の2者関係に基づく活動展開では、地域の健康課題解決のための仕組みづくりとは、関係者1人ひとりの変化と関係の変化と考えることができる。

4. 基盤とする考えに基づき、個と地域の2方向から、目指す姿に向かって複数の活動に同時に取り組む

【活動展開における保健師の判断に関すること】では

「保健師は、基盤とする考えをもち、その考えに基づいて活動を展開している」「保健師は、個別の援助と地域の健康問題への援助の2つの方向で考えている」のように、保健師は基盤とする考えがあり、その考えに基づき活動を展開し、個別の援助と地域の健康問題への援助の2つの方向で考えていた。仕事の信念は、仕事上の行動・判断・評価を方向づけているといわれる¹⁵⁾が、活動展開における保健師の判断には、活動展開を方向づける保健師が基盤とする考えがあると考える。

実際の活動展開では、「保健師は、地域の目指す姿を描き、その目指す姿に向かって複数の活動に同時に取り組んでいる」「保健師の判断・意図の内容として、地域の健康課題の現状、地域の目指す姿、取り組み方法とその意図がある」とあるように、保健師の判断として、目指す姿を描き、その目指す姿に向かって複数の活動に同時に取り組むこと、取り組み方法では、地域の健康課題の現状と地域の目指す姿、その間をつなぐ取り組み方法とその意図に整理されると確認した。これは、地区活動における事業（活動）の構成として、最終アウトカムである地区活動の目標（目指す姿）に向けて、複数の中間アウトカム、初期アウトカムがあり、初期アウトカム実現のための具体的な事業（活動）を関連性をもたせて計画実施することにより、総合的な活動となる¹⁶⁾という内容とも一致し、保健師の考えの整理として有効と考える。

【謝辞】

ご協力いただいた保健師等のみなさまに感謝申し上げます。

本研究はJSPS科研費（課題番号26671040）の助成を受けて実施した。

【利益相反】

報告すべき利益相反はない。

【文献】

- 1) 宮崎美砂子：公衆衛生看護の概念。宮崎美砂子・北山三津子・春山早苗他（編）、最新公衆衛生看護学第3版2021年版総論、133-139、日本看護協会出版会、東京、2021。
- 2) 宮崎美砂子：受け持ち地区の診断。宮崎美砂子・北山三津子・春山早苗他（編）、最新公衆衛生看護学第3版2021年版総論、123-132、日本看護協会出版会、東京、2021。
- 3) 薄井坦子：〔改訂版〕看護学原論講義、55-56、現代社、東京、1995。
- 4) 松下光子：家族介護にかかわる看護援助の構造に関する研究。千葉看護学会誌、4(1)：8-14、1998。
- 5) 守田孝恵編著：PDCAの展開図でわかる「個」から「地域」

- へ広げる保健師活動 改訂版. 5-12, クオリティケア, 東京, 2019.
- 6) 山口佳子・森田 桂・加藤昌代他：未解決の健康課題を地域ケアシステム構築によって解決する保健師活動の展開過程の特徴；概念モデル作成のための一考察. 杏林大学研究報告(教養部門), 31:21-31, 2014.
 - 7) 田口敦子・吉岡京子・酒井太一他：目的重視型保健活動モデルの実際. 看護研究, 38(6):475-488, 2005.
 - 8) 菱沼典子・田代順子・森 明子他：日本の都市型保健所における看護活動モデル；プライマリヘルスケアの視点から. 聖路加看護学会誌, 6(1):44-50, 2002.
 - 9) ベギー・L・チン, メオーネ・K・クレイマー：チン&クレイマー 看護学の総合的な知の構築に向けて. 川原由佳里(監訳), 111-116, エルゼビア・ジャパン, 東京, 2013.
 - 10) 平山朝子・春山早苗：地域ケア体制の構築における保健師活動の特徴. 宮崎美砂子・北山三津子・春山早苗他(編), 最新公衆衛生看護学第3版2021年版総論, 291-298, 日本看護協会出版会, 東京, 2021.
 - 11) 北山三津子：対象集団のとらえ方. 宮崎美砂子・北山三津子・春山早苗他(編), 最新公衆衛生看護学第3版2021年版総論, 111-118, 日本看護協会出版会, 東京, 2021.
 - 12) 北山三津子：活動方法の特質. 宮崎美砂子・北山三津子・春山早苗他(編), 最新公衆衛生看護学第3版2021年版総論, 118-121, 日本看護協会出版会, 東京, 2021.
 - 13) 三橋美和：家庭訪問からはじまる地域活動への展開. 上野昌江・和泉京子(編), 公衆衛生看護学, 第2版, 63-80, 中央法規出版, 東京, 2016.
 - 14) 坪内美奈：地域社会づくりに関わる看護援助方法の特質. 千葉看護学会誌, 6(1):9-15, 2000.
 - 15) 松尾 睦：経験からの学習；プロフェッショナルへの成長のプロセス, 149, 同文館出版, 東京, 2009.
 - 16) 宮崎美砂子：地区活動計画の立案と実施. 宮崎美砂子・北山三津子・春山早苗他(編), 最新公衆衛生看護学第3版2021年版総論, 133-139, 日本看護協会出版会, 東京, 2021.

■ Research Report ■

Development of Nursing Model Focused on Community Based on Person-to-Person Relationships between Nurses and Clients

Clarification of Ways of Thinking and Approaches of Public Health Nurses within Practice Cases,
and Discussion of Assumptions in Nursing Model

Mitsuko Matsushita¹⁾, Mika Umezu¹⁾, Yasuko Ohi¹⁾,
Rina Hori¹⁾, Yoko Yamada¹⁾, Mami Yamamoto²⁾

1) Faculty of Nursing, Gifu College of Nursing School of Nursing

2) Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine

Objective: We aim to develop a model for public health nursing based on nurse-client relationships. This study aimed to clarify ways of thinking and approaches of public health nurses in their practice, to form the assumptions for our nursing model.

Method: Public health nurses were interviewed and given four cases to put into practice. Persons approached by public health nurses in two out of four cases were interviewed. A structural drawing was then created to show the nurses' judgments, approaches and reactions as well as changes in person-to-person relationships based on interviews. The public health nurses' ways of thinking and approaches were then analyzed.

Results: Thirty-four items associated with the nurses' ways of thinking and approaches were classified into 18 sub-categories. Public health nurses understand that clients are part of a family unit, and are not only the person in front of them. The sub-categories were classified into four main categories: "related to understanding of the subject and nurse-client relationships", "related to process of practice based on nurse-client relationships", "related to process of practice based on nurse-nurse relationships", and "related to public health nurses' judgement on process of practice".

Discussion: When explaining public health nursing based on nurse-client relationships, examples of assumption of our model were as follows: a subject is a person in a person-to-person relationship, creating a system for health-problem solving depends on each person and person-to-person relationship, and working on approaches for the client and community helps to achieve goals.

Key words : nurse and client, person-to-person relationship, community, public health nursing practice, nursing model development

■研究報告■

新任期保健師のアセスメント力向上を目指した 事例検討における質問の特徴 ——母子の個別支援を通して——

山下千絵子¹⁾, 塩川幸子²⁾, 藤井智子²⁾

抄 録

目的: 新任期保健師研修における事例検討を通して, 保健師が行う母子支援に必要と考える情報と判断を問う質問内容の特徴を明らかにし, アセスメント力向上への示唆を得る.

方法: A保健所管内新任期保健師研修で行われた母子支援の事例検討の質問内容を分析した. 事例検討の逐語録から新任期保健師, プリセプター, 管理期保健師のグループごとに質問内容を抽出しカテゴリー化した.

結果: 研究参加者は, 保健師25人(新任期保健師11人, プリセプター7人, 管理期保健師7人)であった. 事例検討では, 《兄の成長発達の経時的評価》《育児に向き合う心のバランス》《母の兄に対する関わり方の違和感》《親の人物像や生活歴》《親の育児観》《家族全体の関係性とサポート力》といった【家族の育児力を判断する問いかけ】で情報整理がされていた. また, 《家族の育児力に合わせた働きかけ》《介入の手がかり》《専門職の判断を踏まえた課題の見極め》といった【介入の機会と方向性を探る問いかけ】で支援の検討を促していた.

考察: 母の育児力の判断を中心に据えて, 発達に合わせた支援経過を時間軸で捉え, 家族全体の総合的な育児力の判断を促す特徴が示された. 支援では専門職の判断を共有し介入のタイミングと方法を見極め, 方向性の検討を促していた. 新任期保健師と先輩保健師が共に参加し, 保健師経験に応じた重層的な質問でアセスメントを促す事例検討の企画の有効性が示唆された.

【キーワード】保健師, アセスメント力, 事例検討, 現任教育

日本地域看護学会誌, 26(1): 69-76, 2023

I. 緒 言

子どもを取り巻く環境は, 経済的な貧困や障害, 虐待など非常に多岐にわたり, いくつかの困難が複合的に現れ, 複雑化している¹⁾. 子どもの状況のみならず, 親や親子を取り巻く環境にも視点を置き, 保健師として, 多角的そして長期的のスパンで親子を捉えていく視点を心がけることが重要である²⁾.

2014年度保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書

において, 行政保健師の64.8%が「対応するケースや業務が複雑・困難になっている」と現状認識しており³⁾, 保健師の家庭訪問に対する苦手意識や意欲に影響を及ぼしている⁴⁾. そのようななか, 新任期保健師は母子保健を担当することが多く, 子どもの成長発達を判断する難しさ⁵⁾や個別性のある支援に困難さ⁶⁾を抱いており, 新任期保健師の個別支援能力向上への支援が重要となっている. 個別支援能力は保健師活動の基盤となり, 新任期に育成すべき重要な能力である. 保健師が専門職としての能力を修得していくためには, 職場内外での研修機会が必要であり, その方法のひとつに事例検討がある. 事例検討は, 対象事例に対して, 多様な視点から効果的な

受付日: 2022年9月16日/受理日: 2023年2月24日

1) Chieko Yamashita: 北海道科学大学保健医療学部

2) Sachiko Shiokawa, Tomoko Fujii: 旭川医科大学医学部

対応策を導き、その状況改善に向けて行動する目的をもつ⁷⁾。事例検討を通し、多くの経験を共有し積み重ねることは、多様化する支援事例への対応力を育成するために重要な役割を果たすと考えられる。

事例検討については、支援の振り返りによる援助の改善や意識の変化などに関する研究⁸⁻¹⁰⁾が多数みられ、その効果が明らかにされている。保健師の支援対象は母子保健、精神保健、難病等多岐にわたり、事例検討においてもさまざまな対象が取り上げられる。特に母子支援においては、子どもの成長発達に応じた視点や子どもとその家族を一体とした視点は欠かせないものであり、領域別のアセスメントの視点を育成することは母子支援の質向上にも寄与すると考える。上原¹¹⁾は、事例の全体像把握において、問題となる状況を分析し、再統合するために必要な情報を集めていく意図的な質問の重要性を述べている。事例検討における「質問」内容を明らかにすることは、保健師が対象を支援するために実践している情報収集やアセスメントの思考プロセスを可視化することにつながると考えられる。研究者らは、これまでの現任教育に関わる研究において、保健師の個別支援における看護過程について、アセスメントの思考プロセスの定着や支援経験をもとに意見交換ができる職場風土の醸成の必要性を明らかにした¹²⁾。

そこで本研究では、都道府県型保健所が企画する管内新任保健師研修の事例検討を通して、保健師が行う母子支援に必要と考える情報と判断を問う質問内容の特徴を明らかにし、アセスメント力向上への示唆を得る。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究デザインである。

2. 用語の定義

アセスメント力：川島らは、看護アセスメント能力を「専門的知識や過去の経験を有効活用しながら、対象の情報をプロセスのなかで繰り返し、収集し、見極め、推論したことを表現する能力である」と定義している¹³⁾。本研究で用いるアセスメント力とは、専門的知識や過去の経験を活用し対象の情報を収集し、健康や生活に関する課題を見極める力とする。

育児力：松本ら¹⁴⁾を参考に、子を安全に育てるために、子を理解し受け入れ、日常生活を整え、工夫して子

に関わる力とする。

3. 研究参加者

研究参加者は、A保健所管内新任保健師研修に参加した保健所および市町村に勤務する保健師とした。フィールドとなったA保健所管内は、1～3年目の保健師を対象に新任保健師研修を実施しており、研究者らが研修講師を務めている地域である。新任保健師のアセスメント力向上に向けて、新任保健師のみではなく、育成する立場のプリセプターと管理期保健師が参加する研修を企画した。研修参加者は新任保健師を1～3年目までの保健師、プリセプターを新任保健師の指導担当保健師、管理期保健師は係長以上とし、保健師経験年数および役割で分類した。

4. 研究の手順

2018～2019年度に開催された、A保健所管内新任保健師研修日程のうち、事例検討を行った2日間を研究対象場面とした。

A保健所管内新任保健師研修は、前期・中期・後期の年3回実施している。講義と事例検討を組み合わせ、前期と後期は集合研修、中期は各職場内での事例検討を研修として位置づけている。前期は、家庭訪問と看護過程についての講義と事例検討を行い、中期では、職場内で新任保健師の受け持つ事例を検討し、方向性を共有した訪問を経験する。そして、後期では、集合研修の事例検討で、さらに対象理解や支援を深める視点を明確にすることを狙いとしている。本研究では、前期と後期に行われた事例検討場面を対象とした。事例提供者は新任保健師とし、テーマや事例の選出理由、基本情報、アセスメント、課題、支援方針等を記載した事例概要の資料を事前に作成し提出した。事例検討の流れは、まず、新任保健師による事例提供を行い、続いて保健師経験年数および役割別に、新任保健師、プリセプター、管理期保健師のグループワークを行った。事例情報やアセスメントに対する質問を検討し、最後に事例提供者からの回答内容を踏まえ、支援目標や支援策について質問を活用した全体討議を行った。事例提供した新任保健師も新任保健師グループに入り、グループワークを行った。事例に対する質問のグループワークでは“実践力UP事例検討会”¹⁵⁾の手法を参考に、新任保健師には事例を理解するために必要な情報、プリセプターにはアセスメントを深める質問、管理期保健師には支援者の判断

表1 研究参加者の概要 (n = 25)

| | | 新任期 | プリセプター | 管理期 | 計 | % |
|-----------|--------------|-----|--------|------|----|----|
| 総数 | | 11 | 7 | 7 | 25 | |
| 所属 | 市町村 | 9 | 5 | 4 | 18 | 72 |
| | 保健所 | 2 | 2 | 3 | 7 | 28 |
| 性別 | 男性 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| | 女性 | 10 | 7 | 7 | 24 | 96 |
| 年齢 | 20歳代 | 7 | 2 | 0 | 9 | 36 |
| | 30歳代 | 4 | 3 | 0 | 7 | 28 |
| | 40歳代 | 0 | 1 | 5 | 6 | 24 |
| | 50歳代 | 0 | 1 | 2 | 3 | 12 |
| 保健師経験年数 | 平均経験年数 | 2.2 | 10.1 | 23.8 | | |
| 看護師の職歴 | なし | 6 | 4 | 6 | 16 | 64 |
| | あり | 5 | 3 | 1 | 9 | 36 |
| | 平均経験年数 | 4.4 | 1.4 | 5.0 | | |
| 保健師教育の出身校 | 専門学校 | 5 | 4 | 7 | 16 | 64 |
| | 大学(統合カリキュラム) | 4 | 3 | 0 | 7 | 28 |
| | 大学(学部選択制) | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| | 大学院 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 参加回数 | 1回 | 5 | 3 | 6 | 14 | 56 |
| | 2回 | 6 | 4 | 1 | 11 | 44 |

や気持ちの動きを考える質問について検討するよう提示した。全体討議では、それぞれのグループワークの発表を聞き、重要なポイントは重ねて発言しながら、質問を通して母子事例を捉える情報収集項目やアセスメント、支援の方向性を検討した。1事例の検討時間は事例提供からグループワークを行い全体討議に至るまでの50分とし、録音の同意を得て、ICレコーダーに録音した。

研究参加者の基本情報については、研究参加の同意を得たあと、所属、性別、年齢、保健師経験年数、看護師経験の有無、保健師教育の出身校について、アンケート用紙を用いて記載を依頼した。

研究者らは、本研修会の事例検討の企画、スーパーバイザーとして講義と意見交換の助言を担当した。また、事例検討の進め方について、保健所研修企画担当者と検討し、研修の事前・事後に打ち合わせを行った。

5. データ収集方法と分析方法

分析は、グレッグら¹⁶⁾の質的記述的研究の方法を参考にした。母子支援の事例検討の逐語録から新任期保健師、プリセプター、管理期保健師の3つのグループごとに質問内容を抽出・コード化し、意味内容の類似性からサブカテゴリーを生成した。その後、複数のグループを統合してまとめる統合分析¹⁷⁾を行い、3グループのサブカテゴリーを比較し類似するものをまとめ中位カテゴリーを生成し、中位カテゴリーの共通性から抽象度を上

げカテゴリー、さらにコアカテゴリーを生成した。分析結果は、公衆衛生看護学の複数の教員等と繰り返し検討するとともに、研究参加者のメンバーチェックングを得て、真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

研究参加者には、研究目的と方法、研究参加の自由意志、不参加により不利益を被ることがないこと、研究途中で研究参加の辞退が可能であること、匿名性の確保、結果の公表等について文書および口頭で説明し、同意書により承諾を得た。

本研究は、旭川医科大学倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号18052, 承認日2018年7月5日)。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は保健師25人であった。所属は、市町村18人(72%)、保健所7人(28%)、性別は男性1人、女性24人であった。保健師経験年数および役割別グループでは、新任期保健師11人(44%)、プリセプター7人(28%)、管理期保健師7人(28%)であった。事例検討参加回数は、1回のみ参加が14人(56%)、2回参加は11人(44%)であった(表1)。また、1回目は新任期保健師9人、プリセプター6人、管理期保健師6人の計21

表2 事例検討会の概要

| 事例提供者 | 検討テーマ | 参加者 | | | |
|-------|--------------------------------------|-----|--------|-----|----|
| | | 新任期 | プリセプター | 管理期 | 計 |
| A | 母の精神面の悪化が児の精神状態に影響しているケースへの今後の支援 | 9 | 6 | 6 | 21 |
| | 困り感があっても自ら相談することが少ない母親への支援 | 7 | 5 | 2 | 14 |
| B | 生活に支障がない程度に、発達障害の特徴がみられる児と母への関わり | 9 | 6 | 6 | 21 |
| C | 発達の遅れが疑われる児を療育している心身の健康状態が不安定な母親への支援 | 9 | 6 | 6 | 21 |
| | 養育力や生活力が低く、将来的に親族からの支援が難しくなる母と児への支援 | 7 | 5 | 2 | 14 |
| D | 被虐待歴があり、養育者へのアプローチが難しい児の支援 | 9 | 6 | 6 | 21 |

人、2回目は、新任期保健師7人、プリセプター5人、管理期保健師2人の計14人であった。

事例提供者の保健師経験年数はすべて2年であった。

事例検討は15事例が実施され、そのうち母子支援の検討事例は6事例で、すべて市町村の事例であった。事例検討の内容は、児の発達の遅れ2例、母の精神面の支援2例、発達障害をもつ母子1例、児童虐待1例であった(表2)。

2. 分析結果

母子の事例検討の保健師経験年数および役割別グループの質問内容から新任期保健師は19サブカテゴリー、プリセプターは20サブカテゴリー、管理期保健師は8サブカテゴリーが生成された。複合分析の結果、2コアカテゴリー、9カテゴリー、30中位カテゴリーが生成された。コアカテゴリー【 】, カテゴリー《 》, 中位カテゴリー〈 〉で示す(表3)。

母子の事例検討を分析した結果、【家族の育児力を判断する問いかけ】【介入の機会と方向性を探る問いかけ】の2コアカテゴリーが生成された。コアカテゴリーごとに保健師が母子の個別支援に必要と考える情報や判断を問う質問内容を述べる。

1) 【家族の育児力を判断する問いかけ】

【家族の育児力を判断する問いかけ】は《児の成長発達の経時的評価》《育児に向き合う心のバランス》《母の児に対する関わり方の違和感》《親の人物像や生活歴》《親の育児観》《家族全体の関係性とサポート力》の6つのカテゴリーから生成された。

《児の成長発達の経時的評価》では、〈児の年齢に合わせた身体・精神発達の経過〉や〈家と外での児の様子

の違い〉の質問が挙げられていた。《育児に向き合う心のバランス》では、〈母の精神面の不安定さと背景〉ですべてのグループから質問が挙げられ、〈母自身の精神症状の受け止め〉〈母の精神面の家事への影響〉や〈母の精神面の仕事への影響〉について、プリセプターから質問が挙げられていた。また、《母の児に対する関わり方の違和感》では、新任期保健師からは〈母の児との関わり方のエピソード〉について、プリセプターからは〈母の子ども発達の受け止め〉〈集団のなかでの母の様子と児への関わり〉の質問が挙げられていた。《親の人物像や生活歴》では、〈母の学歴や職歴、成育歴〉〈母の個性や人柄〉〈父の人物像や生活力〉が挙げられ、《親の育児観》では、〈母のしつけに対する考え〉〈両親の子育てへの思い〉〈家族計画に対する考え〉といった質問が挙げられていた。《家族全体の関係性とサポート力》では、〈家族の役割と関係性〉ですべてのグループから質問が挙げられ、〈親と児の関係性〉〈家族と祖父母との関係性〉〈祖父母の育児サポート力〉〈金銭管理状況を含めた経済基盤〉の質問が挙げられていた。

2) 【介入の機会と方向性を探る問いかけ】

【介入の機会と方向性を探る問いかけ】は、《家族の育児力に合わせた働きかけ》《介入の手がかり》《専門職の判断を踏まえた課題の見極め》の3つのカテゴリーから生成された。

《家族の育児力に合わせた働きかけ》では、プリセプターと管理期保健師から〈母の反応を読み取った関わりや判断の変化〉についての質問が挙げられ、新任期保健師からは〈発達に合わせた保健指導のタイミングと伝え方〉、プリセプターからは〈指導媒体の活用効果〉についての質問が挙げられていた。《介入の手がかり》では、〈他

表3 事例検討における母子事例への質問

| コアカテゴリー (2) | カテゴリー (9) | 中位カテゴリー (30) | 新任期 | プリセプター | 管理期 |
|------------------|-------------------|--|-----------------------|------------------|--------|
| 家族の育児力を判断する問いかけ | 児の成長発達の時期的評価 | 児の年齢に合わせた身体・精神発達の経過 家と外での児の様子の違い | ○ ○ | ○ | ○ |
| | 育児に向き合う心のバランス | 母の精神面の不安定さと背景 母自身の精神症状の受け止め 母の精神面の家事への影響 母の精神面の仕事への影響 | ○ | ○ ○ ○ ○ | ○ |
| | 母の児への関わり方の違和感 | 母の児との関わりエピソード 母の子どもの発達状況の受け止め 集団のなかでの母の様子と児への関わり | ○ | ○ ○ | |
| | 親の人物像や生活歴 | 母の学歴や職歴、成育歴 母の個性や人柄 父の人物像や生活力 | ○ ○ ○ | ○ ○ | ○ |
| | 親の育児観 | 母のしつけに対する考え 両親の子育てへの思い 家族計画に対する考え | ○ | ○ ○ | |
| | 家族全体の関係性とサポート力 | 家族の役割と関係性 親と児の関係性 家族と祖父母との関係性 祖父母の育児サポート力 金銭管理状況を含めた経済基盤 | ○ ○ ○ ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| 介入の機会と方向性を探る問いかけ | 家族の育児力に合わせた働きかけ | 母の反応を読み取った関わりや判断の変化 発達に合わせた保健指導のタイミングと伝え方 指導媒体の活用効果 | ○ | ○ ○ | ○ |
| | 介入の手がかり | 他児との比較による親の困り感の度合い 困ったときに助けを求め力 保健師に対する受け入れの感触 保健師との関わりで親の心が動いたきっかけ 保健師の捉えるキーパーソンへのアプローチ | ○ ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ |
| | 専門職の判断を踏まえた課題の見極め | 専門職につなぐ判断の根拠 関係職種と互いのアセスメントの共有 | ○ | ○ | ○ |

児との比較による親の困り感の度合い) や〈困ったときに助けを求め力〉の質問が挙げられ、〈保健師に対する受け入れの感触〉や〈保健師との関わりで親の心が動いたきっかけ〉〈保健師の捉えるキーパーソンへのアプローチ〉といった質問が挙げられていた。《専門職の判断を踏まえた課題の見極め》では、新任保健師とプリセプターから挙げられた〈専門職につなぐ判断の根拠〉に加えて、管理期保健師から〈関係職種と互いのアセスメントの共有〉について質問が挙げられていた。

IV. 考 察

保健師が母子支援において必要と考える情報と判断を問う質問内容の特徴を考察し、保健師のアセスメント力向上に向けての示唆を得る。

1) 保健師の母子支援における対象理解と判断の特徴

【家族の育児力を判断する問いかけ】では、《児の成長発達の時期的評価》から成長発達を捉え、母の《育児に向かう心のバランス》を考えながら、《母の児に対する関わり方の違和感》の有無を見定め、母と児を中心とした対象理解を深める質問がなされていた。そして、《親の人物像や生活歴》や《親の育児観》を踏まえて、《家族全体の関係性とサポート力》をみることで父母から家族全体のもつ力へと総合的な育児力を判断するための質問がなされる流れがあった。

多くの先行研究で、児の成長発達が及ぼす母の精神状況への影響¹⁸⁾や母の精神状況による育児への影響^{19, 20)}が明らかにされている。本研究においても、児と母のそれぞれの状況や関係性を軸に情報を整理する質問がなされており、〈母の精神面の家事への影響〉や〈母の精神面の仕事への影響〉などの母の精神面を評価しながら、子育

てとの間で揺れ動く母の心のバランスを推し量っていると考えられる。また、ハイリスクな母における子どもとのやりとりは、母子の相互作用を評価するために重要²¹⁾であり、保健師は、〈母の児との関わりのエピソード〉などの母と児の関わりや行動を整理する質問で、母子の関係性に違和感の有無を探しながら母の育児力を判断していると考えられた。また、保健師は、家庭内外での母子の関係性を多角的にアセスメントし、さらには、その母子を取り巻く家族へと視野を広げ、家族のもつ総合的な育児力を判断していることが示唆された。

2) 母子支援での介入の手がかりと他職種連携の特徴

【介入の機会と方向性を探る問いかけ】では、《家族の育児力に合わせた働きかけ》の経過を整理し、《介入の手がかり》を探る質問で介入時期と方法の効果を検討し、《専門職の判断を踏まえた課題の見極め》を通して、支援の方向性を考えさせることが示された。成長発達を続ける子どもとその親に対し、その時々状況に合わせた判断や支援を問うことは、保健師の支援経過における再アセスメントにつながると考える。

保健師は、〈他児との比較による親の困り感の度合い〉や〈保健師に対する受け入れの感触〉などといった親の心の動きをみる質問をし、介入の必要性和そのタイミングを見定めていると考えられる。受け入れの感触を確認する理由として、保健師は、親が支援を必要としないときにも子ども虐待のリスク等踏まえ介入を判断しなければならない場合もあり、受け入れの感触の確認は必須である。母子支援は、妊娠期から始まり乳幼児期、ときには学童期へとその関わりは長期間にわたることからも、必要な支援を行うための判断や介入のタイミングを見逃さない関係性を重視していると考えられる。また、他職種との連携において、〈専門職につなぐ判断の根拠〉や〈関係職種と互いのアセスメントの共有〉を重視していることが示された。保健師は、子どもの成長とともに変化する発達の課題と連携相手を予測し支援しており²²⁾、他職種との連携は一貫した支援を行うために介入の方向性を判断する情報項目として捉えていると考える。

3) 保健師経験に応じた重層的な質問からアセスメントを深める

今回の事例検討の企画では、新任保健師、プリセプター、管理期保健師の保健師経験年数および役割別グループに対しそれぞれに検討の視点を提示し、質問を通して事例を検討した。新任保健師からは、対象者それぞれの理解を深める質問がされており、保健師基礎教育

や日々の保健師業務から得た知識を活用し質問を検討していたと考える。一方で、新任保健師は複数の情報を組み合わせてアセスメントしたり、保健師の判断を含める質問は少なく、子どもや家族の将来を見据えた情報の活用や判断力の未熟さがみられた。経験の少ない保健師は、介入のタイミングや家族の変化といった介入効果までを予測して行動するのは困難²³⁾であることが指摘されている。本研究においても、新任保健師の対象理解を深める質問に、プリセプターと管理期保健師が母の反応を読み取った育児力の判断や支援の方向性を考えさせる質問を重ねることで、さらなるアセスメントを促していることが示された。熟練者の指摘や他者との経験の共有は新任保健師の知覚能力を高め実践に結びつく²⁴⁾とされており、新任保健師にとって、先輩保健師の重層的な質問はアセスメントに必要な新たな視点を得ることにつながると考える。同じ保健所管内でさまざまな経験をもつ保健師が共に参加する事例検討の企画は、情報整理や判断と支援の方向性を明確にする思考プロセスを共有し、アセスメント力の向上に有効であることが示唆された。

4) 本研究の限界と今後の課題

本研究における事例検討は、事例提供者が事例概要を提示し、保健師経験年数別グループからの質問を通して情報整理やアセスメントを発展させる研修として実施した。提示された事例情報に対して、不足している情報の確認やアセスメントを深める質問であったため、事例検討後のアセスメントの変化も捉えていく必要がある。本研究は、保健師のアセスメント力向上に向けて、母子支援を検討するために必要な視点を明らかにしたが、1つの保健所管内における事例検討の分析であり、研究参加者となった保健師の属する管内市町村は比較的小規模であった。今後は、地域によって社会資源が異なることから、多様な地域をフィールドに事例検討を行っていく必要がある。また、今回明らかにされた視点をもとに家庭訪問等の個別支援を実践しアセスメント向上に向けて検証していく必要がある。

V. 結 語

保健師が母子支援において必要と考える情報と判断を問う質問内容の特徴とアセスメント力向上への示唆は以下のとおりである。

- ① 児と母の状況や関係性を軸に情報を整理し、母の育

児力の判断を中心に据えながら、その母子を取り巻く家族へと視野を広げ、総合的な育児力の判断を促す流れがあった。

- ②保健師の支援経過を整理し、母の受け入れ状況や育児の困り感から介入の手がかりを探り、専門職の判断を共有し、支援の方向性を考えさせる特徴があった。
- ③保健師経験に応じた重層的な質問がアセスメントを促し、新任保健師と先輩保健師が共に参加する事例検討の企画の有効性が示唆された。

【謝辞】

本研究において、共に研修企画を行った保健所保健師の方々、および研修にご参加いただいた保健師のみなさまに深く感謝申し上げます。本研究は2018～2022年度JSPS科研費(JP18K10532, 研究代表者 塩川幸子)の助成を受けて実施した。本研究は、第10回日本公衆衛生看護学会学術集会(2022年1月大阪・オンライン開催)における発表をもとに加筆修正を加えたものである。

【利益相反】

本研究に開示すべきCOI状態はない。

【文献】

- 1) 内閣府：令和3年版子供・若者白書。 https://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/r03honpen/pdf_index.html (2023年2月16日)。
- 2) 須田由紀・村松照美・小尾英子：市町村保健師が発達面で気になる児と親に対して行った支援内容と支援体制強化のための取り組みとの関連。山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル, 7(1)：25-35, 2021。
- 3) 日本看護協会：平成26年度厚生労働省先駆的保健活動交流事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書。 <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2015/26-katsudokiban.pdf> (2023年2月16日)。
- 4) 近藤朋代・大西章絵・羽原美奈子他：行政保健師の家庭訪問に対する認識。日本地域看護学会誌, 10(1)：35-41, 2007。
- 5) 藤井智子・塩川幸子・北村久美子：北海道の自治体に働く1～4年目新任保健師の困難な状況と対処方法および成長の自覚の変遷：フォーカスグループインタビューを通して。北海道公衆衛生学雑誌, 29(2)：107-113, 2016。
- 6) 川端泰子・千田みゆき：行政で働く新任保健師の困難に関する文献検討。埼玉医科大学看護学科紀要, 13(1)：41-47, 2020。
- 7) 日本看護協会：平成26年度厚生労働省 保健指導支援事業 保健指導技術開発事業 “実践力Up事例検討会”におけるアセスメントを深めるためのファシリテーターの手引き。 <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/hokenshido/2015/facilitator.pdf> (2023年2月16日)。
- 8) 小林恵子：子どもの虐待事例検討会の実践による保健師の意識と支援の変化；アクションリサーチを用いて。日本看護研究学会雑誌, 34(2)：131-142, 2011。
- 9) 松波実智誉・北山三津子：実践活動を自己評価し改善できる保健師の育成方法の検討；事例検討会を充実させる取り組み。岐阜県立看護大学紀要, 15(1)：77-86, 2015。
- 10) 永吉ルリ子・比嘉憲枝・金井優子他：北部保健師事例検討会の評価と今後の課題。名桜大学総合研究, 25：55-62, 2016。
- 11) 上原 久：ケア会議の技術2 事例理解の深め方, 36-40, 中央法規出版, 東京, 2012。
- 12) 塩川幸子・藤井智子・山下千絵子：保健師の個別支援における看護過程の課題；アセスメント力向上を目指したアクションリサーチを通して。北海道公衆衛生学雑誌, 35(2)：133-139, 2021。
- 13) 川島美佐子・岡美智代・上屋浩子：看護アセスメント能力の概念分析。日本保健医療行動科学会雑誌, 35(1)：30-43, 2020。
- 14) 松本憲子・斎藤益子・高木廣文：一歳児を育てる母親の育児力尺度の開発(1)；育児力の概念分析と尺度原案作成。日本母子看護学会誌, 11(2)：31-41, 2018。
- 15) 日本看護協会：そうだ！事例検討会をやろう！“実践力UP事例検討会”～みて・考え・理解して～, 平成25年度厚生労働省 保健指導支援事業 保健指導技術開発事業 報告書。 https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/hokenshido/2014/jireikento_report01.pdf (2023年2月16日)。
- 16) グレック美鈴：質的記述の研究。グレック美鈴・麻原きよみ・横山美江(編著), よくわかる質的研究の進め方・まとめ方；看護研究のエキスパートをめざして, 第2版, 64-84, 医歯薬出版, 東京, 2017。
- 17) 安梅勅江：分析の段階。安梅勅江(編著)ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ／論文作成編；科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 17-26, 医歯薬出版, 東京, 2010。
- 18) 茂本咲子・奈良間美保・浅野みどり：母親が認識する乳児の状態と育児困難感の特徴とその関連。小児保健研究, 69(6)：781-789, 2010。
- 19) 小林康江・遠藤俊子・比江島欣慎他：1カ月の子どもを育てる母親の育児困難感。山梨大学看護学会誌, 5(1)：9-16, 2006。
- 20) 木戸久美子・藤田久美：発達障害児の母親の精神面の健康と育児上の気がかりに関するFramework matrixを用いた質的研究。医療と社会, 29(1)：135-154, 2019。
- 21) 古川 薫・森脇智秋・橋本文子：子ども虐待予防における保健師によるハイリスクな母親の育児力を評価する視点。小児保健研究, 76(2)：177-185, 2017。

- 22) 杉本由利子・山下清香・小野順子他：市町村保健師の発達障害児に対する連携技術の構成概念の検討. 日本地域看護学会誌, 24(2) : 22-29, 2021.
- 23) 入江安子・津村智恵子：保健師の家族看護介入能力に関する研究. 家族看護, 2(2) : 138-147, 2004.
- 24) SmithBattle L, Diekemper M, Leander S : Getting your feet wet ; becoming a public health nurse, part 1. *Public Health Nursing*, 21(1) : 3-11, 2004.

■ Research Report ■

Characteristics of Questions in Case Discussions Aiming to Improve Assessment Skills of Newly-appointed Public Health Nurses

With Focus on Individualized Mother-child Support

Chieko Yamashita¹⁾, Sachiko Shiokawa²⁾, Tomoko Fujii²⁾

1) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Hokkaido University of Science

2) Department of Nursing, Asahikawa Medical University

Purpose: This study aims to identify the characteristics of questions used by public health nurses (PHN) to obtain information and make the decisions necessary for mother-child support through case discussions at a newly-appointed PHN training course, and to obtain ideas for PHN assessment skills.

Methods: Questions raised in the case discussions for mother-child support at a newly-appointed PHN training were analyzed. From the transcribed data, questions were extracted and categorized by newly-appointed PHN, preceptors, and managerial PHN.

Results: Twenty-five PHN participated in the study (11 newly-appointed, 7 preceptors, 7 managerial), and organized information into “questions to assess family childcare skills” related to ‘temporal assessments of child growth and development’, ‘balance of mind in the childcare’, ‘uncomfortableness in interactions of mothers with the children’, ‘parent personality and life history’, ‘parent views on childcare’, and ‘family relationships and support skills’. The participants encouraged mothers to use support through “questions to explore opportunities and directions for intervention” by ‘approaches suitable to the childcare skills of the family’, ‘clues for intervention’, and ‘identifying issues based on professional assessment skills’.

Discussion: The case discussions showed that questions by PHN assesses comprehensive family childcare skills by focusing on the mothers, and temporal developments in the support appropriate to child development. The participants assessed the support direction by determining the timing and methods of intervention and shared assessments of professionals. The findings suggest the effectiveness of the case discussions where new and senior PHN participated to promote assessment through multilayered questioning according to the experience as PHN.

Key words : public health nurses, assessment skills, case discussions, in-service training

■ 資 料 ■

都道府県型保健所の地域精神保健福祉従事者における 暴力予防のための工夫および心がけ

酒井太一¹⁾, 江口晶子²⁾, 川田梨絵¹⁾, 岩清水伴美¹⁾

抄 録

目的：保健所の地域精神保健福祉業務において暴力予防を行うために、地域精神保健福祉従事者が工夫していることや心がけを明らかにすることを目的とした。

方法：県保健所に在籍する地域精神保健福祉従事者17人に半構成面接によるインタビュー調査を行った。分析方法は、逐語化したインタビューデータの計量テキスト分析(テキストマイニング)として階層的クラスター分析を用いた。

結果：分析の結果、9つのクラスターが抽出され、クラスターの意味や内容に基づいて4つのカテゴリー【支援対象者との近接圏でのチューニング】【リスク軽減を主目的にした護身的準備】【家族・スタッフとの協力体制の運用】【移送時の周到な人員配備】に分類された。

考察：地域精神保健福祉従事者が暴力を予防するための工夫および心がけは、支援対象者との相互の関わりのあるあり方に注力しながら、個人的・組織的に暴力のリスクを軽減することを重視することであった。

【キーワード】暴力予防, 保健師, 都道府県型保健所, 地域精神保健福祉従事者, テキストマイニング

日本地域看護学会誌, 26 (1) : 77-83, 2023

I. 緒 言

近年、保健医療福祉従事者が受ける暴力が目目され、特に看護職については日本看護協会^{1,2)}が指針をまとめており、職域として暴力の問題を看過しないことを示している。また、厚生労働省³⁾においても医療機関における安全管理体制を構築し、看護職をはじめとする医療従事者の暴力被害を予防するように喚起して久しい。従来から精神科病棟では、看護師が受ける暴力を予防するために包括的暴力防止プログラム(Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme; CVPPP)に代表される技術・手法が開発・普及されてきている⁴⁻¹⁰⁾。

特にCVPPPは、近年では精神科のみならず、ほかの診療科や他職種への活用の広がりが報告されている^{11,12)}。一方、地域精神保健福祉においても、保健師をはじめとする地域精神保健福祉従事者はその業務を遂行する場¹³⁾、立場¹⁴⁾の特性から暴力を被るリスクが高いことが指摘されている。過去には、保健師が家庭訪問中に、医療中断していた精神障害者に刃物で刺傷されたケースも報告されている¹⁵⁻¹⁷⁾。なお、全国保健所長会による「保健所精神保健業務における危機介入手引」¹⁸⁾や平野らによる「暴力防止マニュアル」¹⁹⁾では、特に組織的な対応の重要性について示されている。さらに、地域精神保健福祉に従事する個人がこれを回避する心構えやスキルを身につけることも同時に重要である。佐川²⁰⁾は、保健師が関わる家庭訪問、電話相談、所内相談などの日常業務で発生する危機的状況について、事例を通じて組織的な対応と個人的な対応の取り方を紹介している。また、

受付日：2022年4月7日／受理日：2022年12月5日

1) Taichi Sakai, Rie Kawata, Tomomi Iwashimizu：順天堂大学保健看護学部

2) Akiko Eguchi：聖隷クリストファー大学看護学部

鳩野ら²¹⁾は保健師などが自分の身の安全を守ることも専門職としてのひとつの技術であるとも述べている。しかしながら、これまでの保健師は看護教育や卒後教育のなかで暴力の対応についての教育を十分に受けてきておらず²²⁾、保健師は暴力の対応について学ぶ必要があると考える。保健師をはじめとする地域精神保健福祉従事者が暴力への対応を個人的技術として習得するにあたり、前述したCVPPPのようなすでに病院などの臨床で開発された技術を参考にすることが候補として考えられる。ただし、精神科臨床と地域精神保健福祉の活動現場の状況の相違を考慮すると慎重にならねばならない。これらの技術は、病院などの施設内であり、事前に危険物等を排除することが可能であることや、常に複数の従事者でアプローチすることが可能であるという前提で構築されている。しかし、地域精神保健福祉においては、たとえば訪問先等での危険物の排除を完全に行うことが困難であることや、従事者は単独で支援に当たることも少なくない。

以上のことから、本研究では、保健所の地域精神保健福祉業務においてその従事者が暴力予防のために具体的に工夫していることや心がけをインタビュー調査によって明らかにすることを目的とする。これにより、地域精神保健福祉における暴力予防の教育や技術開発の基礎的な資料とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：質的研究，計量テキスト分析（テキストマイニング）

インタビューデータの分析において、信頼性と客観性を担保しつつ、新たな知見を探索的に行える手法としてテキストマイニングを行った。

2. 研究の対象

A県内の7つの県保健所に在籍する地域精神保健福祉従事者で、調査の同意を得られた17人とした。

まず、A県庁の担当部局に文書と口頭にて調査について説明を行い、同意を得た。その後、担当部局を通じて各保健所に調査協力について依頼した。最後に各保健所から協力の申し出のあった調査対象者に文書と口頭にて調査について説明を行い、同意を得た。

各保健所では、地域精神保健福祉業務（窓口、相談、訪問、移送等）を担当する係内の従事者がすべての業務

に関わっている。したがって、本研究では係内の従事者すべてを調査対象にした。

3. 調査の時期

2014年10月。

4. 調査方法

調査の同意の得られた調査対象者に、インタビューガイドに沿って半構成面接を行った。時間は1人あたり40～50分程度とし、正確な記録を得るために調査対象者の同意を得てICレコーダーにて録音した。

調査内容は、基本属性として、性別、年齢、職種、A県職員としての勤務年数、そのうちの地域精神保健福祉業務への従事年数を事前に確認した。また、インタビュー内容は、地域精神保健福祉業務における暴力事象の発生を予防するために、業務全般での日常的な工夫および心がけとし、調査対象者に自由に話していただいた。

5. 分析方法

インタビューデータは、計量テキスト分析（テキストマイニング）を行った。分析やクラスターの命名、クラスターのカテゴリー化のすべての分析の過程では、保健所での実務経験を有する共同研究者間で検討し、信頼性と妥当性の担保に努めた。なお、本稿では、カテゴリーは【 】, 命名されたクラスター名は[], 抽出語は「 】, 実際の語りは< >で示す。

1) データの準備と前処理

インタビューの録音から逐語録を作成した。逐語録に示された調査対象者の語りのうち、ひとつの意味や内容を示していた1つまたは複数の文章を1データとして区切り、分析用のデータとした。次に、形態素解析の結果から、複合語として抽出すべき単語の指定を行った。たとえば、「保健師」が「保健」と「師」に分離抽出されていたため複合語として指定し抽出した。

2) 分析手法

計量テキスト分析として、単語の出現回数の確認と階層的クラスター分析を行った。まず、単語の出現回数は頻出する上位150語の単語リストを確認した。次に、階層的クラスター分析では、対象となる単語から単語「思う」のみを事前に除外した。「思う」は、語りの語尾で< ……だと思う>と用いられており、本来の動詞としての用いられ方ではなく、助詞的な用いられ方をしていたためである。その他の除外条件としては、出現回数が

10回未満とした。分析の設定では、方法をWard法、距離をJaccardに設定した。クラスター数の決定は、まず分析ソフトにて自動決定し、その後クラスターの併合水準のプロットの描画にてクラスター数が適当であることを確認した。最後に、クラスターに含まれる単語についてのKWIC (Key Word in Context)を確認し、クラスターの命名を行った。クラスターの意味や内容に基づいて類似したものをカテゴリーとしてまとめた。なお、分析には樋口²³⁾が開発した計量テキスト分析ソフトであるKH Coder (version 3.Beta.01)を用いた。

6. 用語の定義

暴力：日本看護協会の指針¹⁾に準じ、暴力とは身体的暴力、精神的暴力(言葉の暴力、いじめ、セクシャルハラスメント、その他いやがらせ)をいう。なお、身体的暴力とは、ほかの人や集団に対して身体的な力を使って身体的、性的、あるいは精神的な危害を及ぼすものをいい、たとえば、殴る、蹴る、叩く、突く、撃つ、押す、噛む、つねる等の行為が該当するものとする。

地域精神保健福祉業務：保健所が担当する精神保健福祉に関わる業務全般とする。

地域精神保健福祉従事者：平野ら¹⁹⁾は職場における暴力被害を防いだり、発生した暴力被害への効果的対応を実現したりするためには、専門職のみではなく当該組織の全職員が研修等を通じて知識と経験を共有した組織的対応基盤をつくる必要があるとしている。そこで、本研究では保健師や精神保健福祉士の専門職に加えて、地域精神保健福祉業務に関わる一般事務職も「地域精神保健福祉従事者」として含めることとする。

暴力予防：保健所における地域精神保健福祉業務において従事者が支援対象者から受ける暴力を予防することとする。

工夫：業務を通じて考えついたよりよい方法とする。

心がけ：業務において持ち続けている姿勢や心構えのこととする。

7. 倫理的配慮

本研究の目的、方法、計画等すべての事柄は、研究者が調査対象者に文書と口頭にて十分な説明を行った。その後、調査対象者の理解と了解を得たあとに研究への協力を依頼し、調査への協力について同意書へサインしてもらい同意を得た。なお、本研究は事前に順天堂大学保健看護学部研究等倫理委員会の承認を得た(承認番

号26001)。

III. 結 果

1. 調査対象者の基本属性

対象者の性別は女性12人(70.6%)、男性5人(29.4%)であった。職種は、保健師が12人(70.6%)、精神保健福祉士が3人(17.6%)、一般事務職が2人(11.8%)であった。年齢は 42.6 ± 9.6 歳、最高齢は56歳、最年少は25歳であった。A県職員としての勤務年数は 17.1 ± 9.6 年、最長は30年、最短は1年であった。そのうち、地域精神保健福祉業務への従事年数(合計)は 7.8 ± 6.9 年、最長は25年、最短は1年であった。

2. 計量的テキスト分析

1) 分析対象単語

計量的テキスト分析の対象とした語りのデータ数は476、文章は1,037文であった。単語は、総単語数(分析対象となった単語の延べ数)が10,185語、異なり単語数(単語の種類数)は1,712語であった。なお、これらの数は、助詞や助動詞のようにどのような文章でも用いられる一般的な語は含まれてはいない。

2) 単語の出現回数

出現回数が多かった上位10位の単語は、「人」を筆頭に「思う」「いう」「行く」「いる」「相手」「聞く」「場合」「話」「家族」で、出現回数は185～80回であった。なお、出現回数が10回以上の単語は149語あった。

3) 階層的クラスター分析

クラスターは以下の9つになった。

第1クラスターは、「警察」「乗る」「車」「移送」「押さえる」などであった。語りではくもし車内で暴れたりしたときには、速やかに退避できるスペースに車を止めて、警察が乗っていないならば、110番で、すぐに警察の臨場を求めます>があった。第1クラスターは、「車内での暴力発生を想定した対応」と命名した。

第2クラスターは、「うしろ」「運転」「席」「列」「乗せる」などであった。語りではく保健所の車に乗せる場合ですが、ここの車はセダンの2列で、運転席のある列とうしろの席しかないので、うしろの席で両側に挟んでもらって乗せるパターンが多いです>があった。第2クラスターは、「安全に配慮した車内の座席配置」と命名した。

第3クラスターは、「座る」「男性」「患者」「警察官」

「女性」であった。語りではく特に女性の方の場合、私が隣に座らないで、挟むのは保健師と警察官もできれば女性の方をお願いしますが、私が運転するときはどうしろから来られないように、ルームミラーをみて注意はしています>があった。第3クラスターは、[安全に配慮した適切な人員配置]と命名した。

第4クラスターは、「支援」「保健所」「受診」「連れる」であった。語りではく本人が嫌がって、絶対に行かないといった場合、保健所の職員が手を引っ張ったり、押ししたりして、連れて行けるわけではないということは、事前に家族へ説明をしておきます>があった。第4クラスターは、[補佐的立場の堅持]と命名した。

第5クラスターは、「人」「いう」「いる」「聞く」「場合」をはじめ、「話」「家族」「本人」「来る」「みる」などであった。語りではくこれ以上悪くなってしまうと思ったので、心配して来てもらったということです。あくまでも受診の説得に来てもらったということで(家族から本人に)話をしてもらいます。この人たちは何のために来たということ、お父さん、お母さんたちが心配で頼んだということ、必ず家族から説明してくださいといっています>があった。第5クラスターは、[協同的姿勢の明示]と命名した。

第6クラスターは、「行く」「相手」「自分」「訪問」「いっしょ」をはじめ、「状況」「考える」「必ず」「情報」「距離」などであった。語りでは具体的な語りの例としては、<ちょうどいい距離というものがあります。離れ過ぎていても、話にならないですしね。相手も自分を警戒していると思われる。そうならない程度の距離に立つということです>や<距離をおいて、いまこの人がどういう状況かというところは確認しながら、訪問なども入っていったほうがいいという気はしています>があった。第6クラスターは、[物理的・心理的間合いの吟味]と命名した。

第7クラスターは、「対応」「入る」「わかる」「形」「多い」などであった。語りではくなにかいらいらされている。怒りっぽい雰囲気や様子がみられる。口調が荒いというようなときがあります。(面談を)約束する段階で、そういったことが感じられる場合は個室ではなくカウンターのほうで、それこそ複数対応という形をとってもらえるように協力を仰ぎます。第三者の目が入るように環境を整えてもらえるようにしています>があった。第7クラスターは、[ほかの職員との緩やかな連携の確保]と命名した。

第8クラスターは、「つける」「気」「外す」「名札」であった。語りではくけがのもとになりそうな、首から下げている名札や、首の周りに巻いているマフラー、自分にはませんが引っ掛けそうな装飾品などをつけていたら、外したほうがいいと思います。自分の所持品なども、手提げよりも両手が空くリュックのような物に入れています>があった。なお、そのほかにも、ネクタイ・胸ポケットのペンを外す、スカートではなくズボン・長袖・かかとの低い靴・運動靴の着用、さらには女性において頭髪を短めにするなどの心がけもあった。第8クラスターは、[安全性を優先した身なりの選択]と命名した。

第9クラスターは、「相談」「暴力」「ただ」「逃げる」「出る」などであった。語りではくとにかく家からぱっと外に出られるようにしています。殴られそうだとか、手が出そうになったときに、すぐ逃げられる体勢といったほうがいいですかね>があった。第9クラスターは、[危険からの逃避手段の確保]と命名した。

3. クラスターの 카테고리化

計量テキスト分析で抽出された9つのクラスターは、クラスターの意味や内容に基づいて4つのカテゴリに分類した。第5クラスター[協同的姿勢の明示]と第6クラスター[物理的・心理的間合いの吟味]を【支援対象者との近接圏でのチューニング】、第8クラスター[安全性を優先した身なりの選択]と第9クラスター[危険からの逃避手段の確保]を【リスク軽減を主目的にした護身的準備】、第4クラスター[補佐的立場の堅持]と第7クラスター[ほかの職員との緩やかな連携の確保]を【家族・スタッフとの協体制の運用】、第1クラスター[車内での暴力発生を想定した対応]と第2クラスター[安全に配慮した車内の座席配置]と第3クラスター[安全に配慮した適切な人員配置]を【移送時の周到な人員配備】と命名した。なお、これら4つのカテゴリを集団レベルの視点で見ると、【支援対象者との近接圏でのチューニング】【リスク軽減を主目的にした護身的準備】は個人的であり、【家族・スタッフとの協体制の運用】【移送時の周到な人員配備】は組織的であった。

IV. 考 察

1. 暴力予防のための個人的な工夫および心がけ

まず、【支援対象者との近接圏でのチューニング】については、支援対象者と対峙した際に、互いの波長を合

わせる(チューニング)ように細やかな関りの調整を行っていた。伊藤ら²⁴⁾は、クレーム対応に熟練した保健師へのインタビュー調査から、彼らはクレーム対応時に“安心してもらって待つことで心を開く”ことや“相手の価値観や大事にしていることを確認しながら探す”ことを行っていることを報告している。また、佐野¹³⁾は、暴力が切迫している際に必要な技術や技法とは、その場で相手の感情を読み取る技術、対峙する相手の安全と尊厳を保証する援助者の意図が伝わるようなコミュニケーションスキルであるとしている。また、暴力傾向のある支援対象者と対峙する際には、通常普通であると感じているパーソナルスペースよりも遠めの距離を維持するほうが無難であると指摘されている²⁵⁾。本研究結果では[協同的姿勢の明示]や[物理的・心理的間合いの吟味]といったクラスターがあった。これらは、いずれも先行研究で示される工夫および心がけと近似した内容であった。支援対象者と対峙した際には、敵対的関係性を生じさせることなく、好ましい関係性を慎重に探りつつ関わっていることが示唆された。

次に、【リスク軽減を主目的にした護身的準備】については、暴力事象の発生リスクを考慮して、それらが生じたとしても被害を最小限にする準備を行っていた。佐川²⁰⁾は、保健師が家庭訪問などの場面で遭遇する危機的状況について、その対処法を具体的に提案している。たとえば、家庭訪問時の注意としては、危険を感じたら室内に入らないことや入ったとしても出口に近いほうに座ること、早めに話を切り上げる、いざというときには逃げることなどである。ケアの中断や離脱の必要性については、本研究結果にも、[危険からの逃避手段の確保]のクラスターがあった。危機的状況の発生リスクを考慮して、逃避というケアの中断や離脱を前提として関わっていることは、暴力予防のための特徴的な心がけであると考えられる。

なお、同カテゴリーには、もう1つ[安全性を優先した身なりの選択]というクラスターもあった。具体的な語りでは、名札・マフラー・腕時計を外すことや、手提げではなくリュックを選択することが挙げられていた。これらは、刺傷・切傷・擦過傷などの外傷、扼頸を予防するとともに、機動性を向上させて離脱を容易にすることを優先した心がけである。ほかの文献においても、ペン・聴診器・コート²⁾や脱ぎ履きしやすい靴¹⁹⁾、ヒールの高い靴や動きにくい服装は避け身軽で動きやすいものを心がけること¹⁹⁾が示されている。従事する業務や環

境に応じてなにを身につけ、なにを身につけないかという選択の工夫や心がけが重要視されていることが示唆された。

2. 暴力予防のための組織的な工夫および心がけ

まず、【家族・スタッフとの協力体制の運用】については、支援において家族やスタッフ間で役割分担が行われていた。佐川²⁰⁾は、所内相談では、相談に対応する保健師のみではなく部署全体で暴力予防に配慮して対応することを提案している。具体的には、面接室に入るときにはほかの職員に声をかける、場合によっては相談室ではなくフロアなどの人目につくところで面接するなどである。また、池戸²⁶⁾は相談室を職員の目が届くように事務室から近い位置に配置することも実際の取り組みとして紹介している。本研究結果でも[ほかの職員との緩やかな連携の確保]といったクラスターがあった。暴力を予防するための心がけとして日常的に互いの安全を確認したり、それをやりやすくしたりしていることが示唆された。また、もう1つのクラスターとして[補佐的立場の堅持]があった。全国保健所長会の報告書¹⁸⁾でも、支援対象者への継続的な支援の基本姿勢として、キーパーソンや家族を支援することで主体的な問題解決力を高めることができるようにすることが重要であることを指摘している。地域精神保健福祉の切迫した現場だからこそ、この支援の原則があえて反芻されていると考えられる。

次に、【移送時の周到な人員配備】については、暴力予防のために必要な人員の確保とそれらの配置方法に格段の配慮がなされていた。全国保健所長会の報告書¹⁸⁾には、入院支援における注意点として移送手段や移送要員について示されている。特に移送要員については、運転手を除く3人以上の人数や、看護職員、対象者が女性の場合は女性を同乗することが挙げられている。さらに、必要に応じて警察官の協力を得ることも挙げられている。本研究結果では[車内での暴力発生を想定した対応]や[安全に配慮した車内の座席配置][安全に配慮した適切な人員配置]といったクラスターがあった。また、語りでは、看護職として保健師、女性スタッフ、警察官などの人員について触れられており、前述の報告書¹⁸⁾で挙げられている内容とも一致していた。状態の不安定さをはらんだ支援対象者とともに屋外を移動する行為(移送)は、地域精神保健福祉業務として特徴的である。周到に人員を準備することで、暴力予防のための格段の配

慮がなされていることが示唆された。

3. 本研究の限界

本研究では、地域精神保健福祉従事者の業務全般における暴力予防のための工夫および心がけをインタビューした。ただし、地域精神保健福祉従事者が直面する多様な場面・状況や、支援対象者の状態変化に応じて支援から暴力回避への切り替えなどにおいて特有な工夫および心がけがあるかもしれない。今後さらなる研究によってこの点についても明らかにする必要があると考える。

V. 結 語

(1) 県保健所に在籍する地域精神保健福祉従事者に対する暴力を予防するための工夫および心がけについてのインタビューを行った。その内容は、計量テキスト分析(テキストマイニング)にて分析した。

(2) 階層的クラスター分析の結果、9つのクラスターが抽出され、クラスターの意味や内容に基づいて4つのカテゴリー【支援対象者との近接圏でのチューニング】【リスク軽減を主目的とした護身的準備】【家族・スタッフとの協力体制の運用】【移送時の周到的な人員配備】としてまとまった。

(3) 地域精神保健福祉従事者が暴力を予防するための工夫および心がけは、支援対象者との相互の関わりのある方に注力しながら、個人的・組織的に暴力のリスクを軽減することを重視することであった。

【謝辞】

本研究の調査にご協力いただきましたA県保健所において地域精神保健福祉業務に従事するみなさまに心より感謝申し上げます。なお、本研究は三菱財団社会福祉事業・研究助成金(社会福祉)「保健師など地域保健福祉従事者のための暴力予防基本技術の開発」の助成を受けて実施しました。当財団にも併せて感謝申し上げます。

【利益相反】

本研究に関して開示すべき利益相反はない。

【文献】

- 1) 日本看護協会：保健医療福祉施設における暴力対策指針。 <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/bouryokusisin.pdf> (2021年1月7日)。
- 2) 国際看護師協会・日本看護協会：職場における暴力対策ガイドライン。 https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/icn/2007/boryokutaisaku_guideline.pdf (2021年1月7日)。
- 3) 厚生労働省：医療機関における安全管理体制について(院内で発生する乳幼児の連れ去りや被害及び職員への暴力被害の取り組みに関して)。 <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/160726-2.pdf> (2021年1月7日)。
- 4) 下里誠二・松尾康志：『包括的暴力防止プログラム』の開発。暴力に対峙するときの身体技術，精神看護，7(6)：32-39, 2004。
- 5) 下里誠二・松尾康志：『包括的暴力防止プログラム』の開発。院内暴力にどう対処するか，看護管理，14(2)：1008-1014, 2004。
- 6) 包括的暴力防止プログラム認定委員会：医療職のための包括的暴力防止プログラム，医学書院，東京，2005。
- 7) 加納佳代子：CVPPPトレーナー交流の場を全国につくりだそう；包括的暴力防止プログラム(CVPPP)・その後暴力防止の技術を自分たちの施設で広める CVPPP関東クラブの取り組みから，精神科看護，36(10)：38-41, 2009。
- 8) 久松久美子：院内でCVPPPを広めてきて；包括的暴力防止プログラム(CVPPP)・その後暴力防止の技術を自分たちの施設で広める CVPPP関東クラブの取り組みから，精神科看護，36(10)：41-43, 2009。
- 9) 下里誠二：研修を重ねる中で見えてきたこと。包括的暴力防止プログラム(CVPPP)・その後身体的介入に偏らず、患者の視点での技術に，精神科看護，36(9)：42-48, 2009。
- 10) 松尾康志：CVPPPは次のステージへ。精神科看護，44(6)：12-16, 2017。
- 11) 三浦珠子・井上大輔・松本哲也他：一般病院職員への包括的暴力防止プログラム研修の効果と課題。日本精神科看護学術集会誌，59(2)：345-349, 2017。
- 12) 北野進：発展！先駆的取り組み；一般科看護師に対するCVPPP試行的研修。日本こころの安全とケア学会誌，1：54-58, 2019。
- 13) 佐野信也：保健師の専門職意識とアウトリーチ活動における暴言・暴力被害；精神科医の視点から。不当な暴言・暴力から組織的に身を守る，保健師ジャーナル，70(12)：1048-1053, 2014。
- 14) 野村武司：地域保健師が負うリスクと暴力；法的観点から見た保健師の仕事の特徴。不当な暴言・暴力から組織的に身を守る，保健師ジャーナル，70(12)：1043-1047, 2014。
- 15) 半澤節子：他害行為の予防と危機介入システム；保健師の立場から。地域で実践できる危機予防と危機介入，精神科臨床サービス，4(4)：445-449, 2004。
- 16) 山口久美子：精神障害者の地域生活を支えるための援助；危機管理を踏まえた援助体制の構築。地域で実践できる危機予防と危機介入，精神科臨床サービス，4(4)：510-514, 2004。

- 17) 松浦美紀・池戸啓子：暴力被害防止に向けて組織的に取り組む。東京都新宿区からの報告。不当な暴言・暴力から組織的に身を守る。保健師ジャーナル, 70(12)：1038-1042, 2014.
- 18) 全国保健所長会：保健所精神保健福祉業務における危機介入手引。平成18年度地域保健総合推進事業「精神保健対策の在り方に関する研究」, 2007.
- 19) 平野かよ子・中板育美・鳩野洋子他：暴力防止マニュアル第2版。地域保健福祉領域において従業者が住民から受ける暴力防止のためのマニュアル。米澤洋美, 福井, 2014.
- 20) 佐川きよみ：こんなときどうする!?!：危機を回避するための対応法。保健師の身近な危機にどう対応するか。保健師ジャーナル, 61(7)：604-611, 2005.
- 21) 鳩野洋子・米澤洋美：地域保健従事者に対する住民からの暴力被害と対応；実態調査の結果から。不当な暴言・暴力から組織的に身を守る。保健師ジャーナル, 70(12)：1054-1058, 2014.
- 22) 佐川きよみ：保健師の身近な危機とは；支援者が燃え尽きないために。保健師の身近な危機にどう対応するか。保健師ジャーナル, 61(7)：600-603, 2005.
- 23) 樋口耕一：テキスト型データの計量的分析；2つのアプローチの峻別と統合。理論と方法, 19(1)：101-115, 2004.
- 24) 伊藤純子・鈴木知代・杉山眞澄他：保健師としてのクレーム対応のあり方と組織としての対応；熟練保健師がもつ経験知の質的な分析から。不当な暴言・暴力から組織的に身を守る。保健師ジャーナル, 70(12)：1067-1073, 2014.
- 25) 鈴木啓子・吉浜文洋：暴力事故防止ケア；患者・看護者の安全を守るために。精神看護出版, 東京, 2005.
- 26) 池戸啓子：“暴力の危険性の高い人”に関わる時。関わり方の極意；新人保健師よ、訪問を恐れるな。地域保健, 46(5)：22-27, 2015.

■ Information ■

Ideas and Intentions to Prevent Violence in Community Mental Health and Welfare Workers at Prefectural Public Health Centers

Taichi Sakai¹⁾, Akiko Eguchi²⁾, Rie Kawata¹⁾, Tomomi Iwashimizu¹⁾

1) Juntendo University Faculty of Health Sciences and Nursing

2) Seirei Christopher University, School of Nursing

The aim of this study was to identify the violence-prevention ideas and intentions of workers in providing the community mental health and welfare services at prefectural public health centers. Methods: A semi-structured interview survey was conducted with 17 mental health and welfare workers at a prefectural public health center. The analysis was conducted through a hierarchical cluster analysis of the verbatim interview data as quantitative text analysis (text mining). Results: Nine clusters were extracted from the analysis and classified into four categories based on the meaning and content of the clusters: “tuning in close proximity with the recipients of support,” “self-defense preparation of risk reduction entities,” “operation of a cooperative system with family and staff,” and “careful deployment of personnel during transfer.” Discussion: the results showed that the best way for mental health and welfare workers, to prevent violence is to focus on reducing the risk of violence, both individually and organizationally, while concentrating on how to interact with the recipients of support.

Key words : prevent violence, public health nurses, prefectural public health centers, community mental health and welfare workers, text mining

精神科訪問看護利用者が希望を語ることに繋がった 看護師の関わり

高木美歩¹⁾，福田和美²⁾

抄録

目的：精神科訪問看護利用者が希望を語ることに繋がった看護師の関わりを，利用者の視点から明らかにする。

方法：精神科訪問看護利用者3人に，インタビューガイドに基づいた半構成的面接を行い，質的記述的方法にて分析した。

結果：精神科訪問看護利用者が希望を語ることに繋がった看護師の関わりとして「人対人の関係構築」「日常生活全体のサポートとセルフケアの促進」「希望の実現に向けた働きかけ」の3テーマ，【主担当であることの明確な説明】【訪問看護場面に限定されない利用者への継続した関心】【利用者の心情，話す内容や範囲を尊重した態度】【希望を話しやすい雰囲気づくりと会話のテクニック】【利用者の生活全体の理解と気遣いによるセルフケアの促し】【利用者自身の疾病管理を目的とした振り返りの機会の設定】【希望や将来に向けた会話の方向づけと資源の提供】【利用者が語る希望の肯定的な受け止めと理解】の8カテゴリーが抽出された。

考察：「人対人の関係構築」は希望を表出する対象の選択に影響し，希望の自己開示や会話のなかでの自然な表出につながり，「日常生活全体のサポートとセルフケアの促進」は日常生活活動や精神状態と同様に希望も話したほうがよいことだという看護師に話す内容の選択に影響し，「希望の実現に向けた働きかけ」はより具体的な希望の語りや次の希望の語りにつながることを示唆された。

【キーワード】精神科訪問看護，希望の表出，利用者視点，精神障害者

日本地域看護学会誌，26(1)：84-91，2023

I. 緒言

1980年代に米国の精神障がい当事者活動から始まったリハビリ概念やソーシャルワーク領域で開発されたストレングスモデルがわが国においても広がりを見せている。精神科訪問看護においても従来の医療モデルに基づく「問題解決型支援」のみでなく，リハビリ概念やストレングスモデルに基づく「伴走型支援」とのハイブリッドモデルが求められるようになってきている¹⁾。伴走型

支援の特性は「対話によって当事者の希望を知るところから始める」¹⁾とされるが，対話によって当事者の希望を知ることの難しさとして，当事者によって「希望」という言葉の捉え方が異なること，質問しても当事者がうまく言葉で表現できないこと，質問することで現実に直面することになるため，準備やタイミングに配慮が必要であることが看護の現場から報告されている²⁾。国内外の先行研究では，看護師の視点による希望を引き出す援助³⁻⁷⁾，当事者の視点による希望内容⁸⁾，希望につながる要素⁹⁾，希望を構築し維持する方略¹⁰⁾が明らかになっている。しかし，当事者が希望を語ることに繋がった援助に関して，当事者の視点から調査した研究は見当たらず

受付日：2022年9月2日／受理日：2023年2月23日

1) Miho Takaki：福岡女学院看護大学

2) Kazumi Fukuda：福岡県立大学看護学部

ない。

精神障がい者のコミュニケーションスキルは健康成人と比較すると低く^{11,12)}、精神科訪問看護利用者の半数近くを占める¹³⁾統合失調症を有する人は他者との信頼関係構築のプロセスにおいて「慎重かつ選択的な自己開示」を行う¹⁴⁾ことが明らかにされている。このような特徴をもつ当事者が、なぜ看護師に希望を語ることができたのか、そこにどのような看護師の関わりがあったのかを当事者の視点から明らかにすることによって、「伴走型支援」の実践に生かすことができると考える。本研究では、精神科訪問看護利用者が希望について自らの言葉で語るまでに看護師とどのような関わりがあったのか、それを利用者の視点から明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 用語の定義

1) 希 望

将来の目標や明確なイメージをもつこと¹⁵⁾、よりよい人生や将来への明るい見通しの感覚⁹⁾、現状の肯定や意味づけ^{9,16)}、将来に向かってやれるという自信¹⁶⁾とする。

2) 関 わり

看護行為に加え、研究対象者が捉えた看護師の雰囲気、態度、話し方、表情、人となりを含める。

2. 研究デザイン

本研究では精神科訪問看護利用者の語りをデータとし、看護師との関わりを通して希望を語ることにつながった体験を解釈することから質的記述の研究とした。

3. 研究対象

精神科訪問看護ステーションの利用者を対象とし、看護師自身が利用者との関わりを通して利用者の希望を捉えていると認識しており、かつ利用者自身も看護師に希望を話した経験があると認識していること、自分の思いを言葉で表現できることを選定条件にした。訪問看護管理者が主治医と協議したうえで、研究参加による病状悪化への影響が少ないと判断した利用者を紹介してもらい、診断名は限定しなかった。精神科訪問看護ステーション2か所に研究協力依頼を行い、承諾の得られた研究協力施設1か所から研究対象候補者4人を紹介してもらい、研究参加の同意が得られた3人を研究対象とした。

4. データ収集方法

研究対象者への訪問看護に1回同行したあとに、インタビューガイドに基づいて半構成的面接を1回実施した。インタビューは研究対象者と研究者のみで、訪問看護ステーションのプライバシーが確保された部屋で行った。希望の内容、希望を語ろうと思ったきっかけ、希望を語ろうと思った看護師の関わり、希望を語った場面に関する4つの質問項目からインタビューガイドを作成した。インタビューは、研究対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。データ収集期間は、2020年11月～2021年5月であった。

5. データ分析方法

本研究は質的記述の方法で分析を行った。音声データから逐語録を作成し、研究対象者が希望を語った場面における「看護師の関わり」、および希望を語ることにつながった援助過程における「看護師の関わり」について1つの意味内容をデータとして抽出した。共通の意味内容をもつコードを集めてサブカテゴリーとし、さらに抽象度を高めてカテゴリーを生成した。分析過程は、質的研究の経験のある研究者の指導のもとに、コードを集める段階、サブカテゴリーを生成する段階、カテゴリーを生成する段階で逐語録を読み返し、インタビューの文脈と照らし合わせ研究対象者の言葉の意味を損なわないように解釈できているか繰り返し検討を行った。その分析結果について、在宅看護の経験を有する研究者から逐語録を読んでいなくても意味が通るか、コーディングが了解可能かの確認を得た。さらに、精神科訪問看護の経験を有する研究者から分析過程のスーパーバイズを受け、研究目的に対して抜き出したデータが妥当であるかを再検討し、分析の偏りや恣意性を排除することに努めた。

6. 倫理的配慮

訪問看護管理者、研究対象者に研究の趣旨、研究協力は任意でありいつでも中止が可能なこと、個人情報の保護、データは研究のみに使用することを口頭と書面で説明し、書面で同意を得た。インタビューはプライバシーが確保された部屋で行った。本研究に関するデータは研究者によって厳重に管理され、逐語録作成の際に個人が特定される情報を記号化した。なお、本研究は福岡県立大学研究倫理部会（承認年月日：2020年6月30日、承認番号：2020-07）および研究協力施設の倫理委員会の承認を得て行った。

表1 精神科訪問看護利用者が希望を語ることに繋がった看護師の関わり

| テーマ | カテゴリー | サブカテゴリー |
|----------------------|------------------------------------|--|
| 人対人の関係構築 | 主担当であることの明確な説明 | 主担当であることを明確にする |
| | 訪問看護場面に限定されな い利用者への継続した関心 | 担当になる前からのつながりを生かして関わる 担当かどうかにかかわらず、利用者に関心を寄せる 訪問看護場面にかかわらず、利用者に関心を寄せる |
| | 利用者の心情、話す内容や 範囲を尊重した態度 | 利用者の心情にタイミングよく応じて話し相手になる どんな話題でも受け止める姿勢を示す 内容にかかわらず親身に相談に乗る 利用者が語る範囲から逸脱せず、範囲内のことについて十分に話す |
| 日常生活全体のサポートとセルフケアの促進 | 希望を話しやすい雰囲気づくりと会話のテクニック | 利用者の話に合わせてながら自己開示する 利用者が楽しく感じ、興味・関心のある話題に寄り添う会話を 自然な会話のなかで、いまの生活や今後の生活、希望についての話を引き出す |
| | 利用者の生活全体の理解と 気遣いによるセルフケアの 促進 | 利用者の生活について詳細や変化をたずねることで、利用者の生活全体を理解する 過去の状況を踏まえて、症状悪化しないよう心配していることを示す 利用者が自分の状態に気づき対処できるよう説明し注意を促す |
| 希望の実現に向けた働きかけ | 利用者自身の疾病管理を目的とした振り返りの機会の設定 | 利用者自身で身体疾患の管理ができるよう促し振り返りを行う 生活全般を振り返る機会を設け、自己管理する意識をもたせる |
| | 希望や将来に向けた会話の方向づけと資源の提供 | 将来のことを利用者が考えられるような発問をする 利用者の希望に関連した話題や資源を提供する |
| | 利用者が語る希望の肯定的な受け止めと理解 | 利用者の希望をありのまま、肯定的に受け止める 利用者の希望について、経緯や理由をたずねることでより深く理解する |

Ⅲ. 研究結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は、訪問看護ステーションの利用者である30～60代の男性3人であり、主診断名は統合失調症2人、パニック障害1人であった。訪問看護の初回利用は3～4年前、インタビュー実施時における直近の訪問看護継続利用期間は3か月～4年、利用頻度は週1～3回、3人中2人は単身生活であった。インタビュー時間は39～70分（平均50分）であった。いずれの研究対象者も研究参加による病状悪化の報告はなかった。

研究対象者Aは「結婚とかそういうのを考えたい」と述べており、自宅で話す相手がいるとよいと感じたことから結婚相手を見つけるという具体的な将来の目標をもつようになっていた。研究対象者Bは「希望はね、一般就労なんです」と述べ、現在、就労継続支援B型を利用していることを一般就労に向けたステップとして意味づ

けており、就労継続支援B型を休まずに続けていることが一般就労を目指すための自信につながっていた。研究対象者Cは「入院する前に戻りたいっていうか、やっぱりずっと働いてたんで、それに対してもとに戻りたいっていいことですね。また一般就労したいってのはあります」と述べ、就労継続支援B型からA型へとステップアップし、一般就労を目指していた。

2. 精神科訪問看護利用者が希望を語ることに繋がった看護師の関わり

インタビュー内容から希望を語ったときの研究対象者が認識した看護師の関わりに該当する部分を収集した結果、57コードが抽出され、20サブカテゴリー、8カテゴリーが生成された。さらに各カテゴリーを関わりの意味に着目して検討した結果、3テーマが生成された（表1）。以下、テーマを{ }、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〔 〕、利用者の語りを「 」で示す。（ ）

内は文脈を明らかにするために研究者が補足した言葉である。

1) {人対人の関係構築}

(1) 【主担当であることの明確な説明】

このカテゴリーは、研究対象者が看護師からの明確な説明を受けて、自分の担当者を理解し、希望の表出につながった看護師の関わりである。

研究協力施設において、利用者は2～3人の決まったスタッフから支援を受けている。そのなかで研究対象者は、看護師が〔主担当であることを明確にする〕関わりをしたと感じていた。研究対象者Cは、「訪問看護さんのほうで、あの、お宅(の担当)はだれ、私になりましたとか、そういう感じでなりました」「担当が決まればやっぱり担当の人にまずいわないといけないとは思う」と語り、この関わりによって研究対象者は自分の担当者が決められていることを知り、それがだれなのかを理解することで、希望を語る相手を選択していた。

(2) 【訪問看護場面に限定されない利用者への継続した関心】

このカテゴリーは、研究対象者が看護師から担当であるかどうかや訪問看護場面かどうかにかかわらず継続的に関心をもたれていると感じ、希望の表出につながった看護師の関わりである。

研究対象者は看護師が〔担当になる前からのつながりを生かして関わる〕〔担当かどうかにかかわらず、利用者に関心を寄せる〕〔訪問看護場面にかかわらず、利用者に関心を寄せる〕関わりをしていると感じていた。研究対象者Bは「自転車に乗って、前よう(前によく)、毎日、峠に行きよったんやけど、またBさんみたよって、また町で自転車乗りよったねっていわれるんですよ」と語り、研究対象者Cは担当者になったFさんが顔見知りであったことから「あーよかったなって。知ってるから、知らない人よりもいいかなって思いました。自分自身もFさんはみてると思ったんで」と語った。

(3) 【利用者の心情、話す内容や範囲を尊重した態度】

このカテゴリーは、研究対象者がそのときの心情やここまでなら話してもよいと思う範囲を、看護師が尊重し一貫して親身に受け止めてくれると感じ、希望の表出につながった看護師の関わりである。

研究対象者は、看護師が〔利用者の心情にタイミングよく応じて話し相手になる〕、訪問看護導入時から〔どんな話題でも受け止める姿勢を示す〕〔内容にかかわらず親身に相談に乗る〕、プライベートな話題に踏み込み

すぎず〔利用者が語る範囲から逸脱せず、範囲内のことについて十分に話す〕関わりをしていると感じていた。研究対象者Aは「家にそういう母親みたいなのがいないんで、そういうこと(結婚のこと)を話す相手がいないんで」と語り、「まあひとりが寂しんでちょっと、そういう話し相手みたいなのがいたらいいなと思って」と看護師に希望を語った理由について述べた。また、研究対象者Cは「この範囲だったら大丈夫かっていう範囲でしゃべってます。ああこの範囲ならいいかっていう。(範囲を越えて聞かれることは)別にはないです。自分としては」と語り、看護師との会話内容が対象者にとって許容範囲であったことを示した。

(4) 【希望を話しやすい雰囲気づくりと会話のテクニク】

このカテゴリーは、研究対象者がその場の雰囲気や会話のなかから自分のことを話さないといけないと思った体験や希望に関する話題を自然に表出することができたときの看護師の関わりである。

研究対象者は、看護師が〔利用者の話に合わせてながら自己開示する〕〔利用者が楽しく感じ、興味・関心のある話題に寄り添う会話をする〕〔自然な会話のなかで、いまの生活や今後の生活、希望についての話を引き出す〕関わりをしていると感じていた。研究対象者Cは「自分のことを話さないといけないっていうのは、あー(看護師が自分のことを)話してくれて、親身に聞いてるんだな、あれ、教えてくれてるんだな、自分も親身になっていわないといけないかなとは思うように、気持ち的になりますけど」と述べ、看護師が自己開示したことによって、それに応えようという思いが語られた。研究対象者Bは「訪問看護師さんとの世間話のなかでですね、いまの生活とかこれからとかそういうことなかで、自然と出てくるんですよ」と会話の自然な流れで希望を語っていたと述べた。

2) {日常生活全体のサポートとセルフケアの促進}

(1) 【利用者の生活全体の理解と気遣いによるセルフケアの促し】

このカテゴリーは、研究対象者が看護師から生活全体について質問され、症状が悪化しないよう気遣われることで、自分で対処できるようにならないといけないと感じた看護師の関わりである。

研究対象者は、看護師が〔利用者の生活について詳細や変化をたずねることで、利用者の生活全体を理解する〕、悪化の徴候がある場合は〔過去の状況を踏まえて、

症状悪化しないよう心配していることを示す) [利用者が自分の状態に気づき対処できるよう説明し注意を促す] 関わりをしていると捉えていた。研究対象者Bは「全部、昔の悪いこととかもいまの体のこと、みんな知ってますから、そのことをいわれますから、ああ、そういうこといいよんだな(いっているんだな)とあって」と語り、「全部あれしますから、全部いわなきゃいけないですもんね。全般的にこう聞かれますからね。まあいろいろ。だからそれもやっぱり……それ(一般就労のこと)もいわなきゃいけないでしょうね」と希望について語った理由を述べた。

(2) 【利用者自身の疾病管理を目的とした振り返りの機会の設定】

このカテゴリーは、研究対象者が訪問看護場面で生活の振り返りを行うことで、自分で疾病管理をする必要性に気づくことができた看護師の関わりである。

研究対象者は、看護師が精神疾患だけでなく身体合併症についても [利用者自身で身体疾患の管理ができるように促し振り返りを行う] [生活全般を振り返る機会を設け、自己管理する意識をもたせる] 関わりを感じていた。研究対象者Bは「それ(食生活や精神状態)のあれじゃないですかね。あの一、1週間に1回のその反省会ちゅうんですか」と語り、そのような体験が「(看護師に聞かれたから)無理矢理じゃなくて、その……うーん、いわんばいかんとか自分で思っただけですね」という症状や日常生活の出来事だけでなく希望についても語る理由に影響していた。

3) {希望の実現に向けた働きかけ}

(1) 【希望や将来に向けた会話の方向づけと資源の提供】

このカテゴリーは、研究対象者が看護師から今後について質問されることや希望に関連した話題や資源を提供されることで、希望について具体的に考えるようになった看護師の関わりである。

研究対象者は、看護師が [将来のことを利用者が考えられるような発問をする]、研究対象者が作れそうな料理のレシピを渡し [利用者の希望に関連した話題や資源を提供する] 関わりをしていると感じていた。研究対象者Bは「前、料理の話しよって、あのこんな方がいいよっていうて、レシピ書いてきてくれたですもんね」と語り、その関わりが料理に携わる仕事に就きたいという、より具体化された希望を語るきっかけになっていた。

(2) 【利用者が語る希望の肯定的な受け止めと理解】

このカテゴリーは、研究対象者が発した言葉を看護師がそのまま受け止め、肯定し、さらにその理由について知ろうとする看護師の関わりである。

研究対象者は、看護師が [利用者の希望をありのまま、肯定的に受け止める] [利用者の希望について、経緯や理由をたずねることでより深く理解する] 関わりから希望の表出につながっていた。研究対象者Aは、結婚したいという希望を話したときの看護師の反応を「そういうこと考えてるんだなーみたいな感じ」だったと述べ、研究対象者Bは「一般就労したいってそういうときの、(看護師は)いいんじゃないか、ダメとはいわんやったですもんね。いいんじゃないかっていうてですね」と述べた。この看護師の関わりが研究対象者にとってありのままを受け止めてもらえる体験となり、安心して次の希望を語るにつながっていた。

IV. 考 察

1. 精神科訪問看護利用者が希望を語ることに繋がった看護師の関わりについて

1) {人対人の関係構築}

研究対象者は、看護師が【主担当であることの明確な説明】を行う一方で、担当であるかどうかにかかわらず【訪問看護場面に限定されない利用者への継続した関心】を向けていると感じ、希望の表出につながっていた。Ljungbergらは効果的な援助関係の要素のひとつとして「時間と可用性」を挙げ、関係の継続性や一貫性、定期的な訪問、専門職が対象を気にかけて、その人のためにそこにいること等が有用な要素であると示している¹⁷⁾。本研究の結果から看護師が利用者に自らの役割を明確にしながらも、その役割にとどまらず継続した関心に向けて関わることで、利用者—看護師関係の一貫性が担保されることが関係の構築・維持につながり、希望を語る相手の選択に影響を与えたと考える。

また、研究対象者は看護師の【利用者の心情、話す内容や範囲を尊重した態度】を感じていた。統合失調症を有する人は「他者との信頼関係構築」のプロセスで「慎重かつ選択的な自己開示」を行う¹⁴⁾が、研究対象者が許容できる範囲で看護師との会話が進められることで、信頼関係構築のプロセスが進み、希望を語ることに繋がったと示唆される。

さらに、看護師の【希望を話しやすい雰囲気づくりと

会話のテクニック】によって、研究対象者は自己開示しようという思いや会話のなかで希望について自然に表出する体験をしていた。自己開示の受け手が、同じ程度の深さ・量の自己開示を開示者に返すという自己開示の返報性¹⁸⁾が影響したと考えられる。また、訪問看護において看護師の自己開示は対象との心理的距離を縮め¹⁹⁾、相互理解のスキルとして有用²⁰⁾であることが報告されており、利用者の興味・関心のある話題を中心とした会話の楽しさや、会話の流れを妨げない範囲での発問とあいまって、利用者は気負わずに自然と希望を表出したと考えられる。

{人対人の関係構築}は基本的な援助の基盤となる関わりであるが、精神科訪問看護利用者にとって希望を表出する対象の選択に影響し、希望の自己開示や会話のなかでの自然な表出につながることを示唆された。

2) {日常生活全体のサポートとセルフケアの促進}

研究対象者は看護師が【利用者の生活全体の理解と気遣いによるセルフケアの促し】や【利用者自身の疾病管理を目的とした振り返りの機会の設定】をしていると感じていた。松田らは、当事者らは訪問看護から「生活力を高める支援」を受け、それによって「障害をコントロールできる」という価値が形成されると述べている²¹⁾。看護師が生活全体を把握し、利用者自身で疾病管理できるように関わってきたことで、研究対象者は自分で気をつけながら生活する力を高め、自分で対処していることを訪問看護の場で振り返っていた。そのことにより、研究対象者は自身の抱く希望を日常生活活動や精神状態などと同様に看護師に話したほうがよいことと捉え、希望の実現に向けて行動する前に看護師に語ったと考える。

3) {希望の実現に向けた働きかけ}

研究対象者は看護師が【希望や将来に向けた会話の方向づけと資源の提供】や【利用者が語る希望の肯定的な受け止めと理解】をしていると感じていた。

【希望や将来に向けた会話の方向づけと資源の提供】によって、看護師との会話で希望に関する話題が繰り返されることで、利用者は希望をより意識するようになり、漠然とした希望が具体化していくと考えられる。

萱間は、看護師が問題解決モデルを引きずったまま当事者のしたいことを聞くと、口を差し挟むことやできないことに着目してしまうことになることを述べている¹⁾。したがって、看護師が、問題解決モデルから利用者の希望を現実的な目標や目の前の問題に引き寄せて言い換えるのではなく、ストレングスモデルに沿った【利用者が語

る希望の肯定的な受け止めと理解】によって利用者が語った希望をありのまま肯定的に受け止めることで、利用者にとって自分の希望が尊重され、安心して話することができる体験となり、次の希望を語るきっかけになったと考えられる。

{希望の実現に向けた働きかけ}という利用者のストレングスや一度表出された希望に焦点を当てた関わりによって、利用者がより具体的な希望やより発展した希望を表出しやすくなることを示唆された。

2. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、精神科訪問看護利用者を対象としたため、倫理面の配慮から協力を得られる施設が限定されたこと、利用者が抱く希望を利用者と看護師が共有しており、利用者が自分の思いを言葉で表現できることを研究対象者の選定条件にしたことから、研究対象者が3人と少なく属性に偏りがあった。多様な関わりを明らかにするには今後より多くの利用者にインタビューする必要がある。また、研究対象者によるメンバーチェックは負担を考慮し行わなかったが、今後はデータ分析過程で研究対象者によるメンバーチェックを行うことで信憑性が向上すると考える。

今回は研究対象者を精神科訪問看護利用者に限定したため、看護師の関わりの目的や意図については明らかにしていない。精神科訪問看護利用者とは看護師の双方からデータを収集することで、相互の関わりが明らかになり、より詳細に希望を語ることにつながった援助が明らかになると考える。今後は研究対象者の範囲を広げ、精神科訪問看護利用者の希望の表出を促す援助をより具体的に明らかにし、利用者、看護師の特性が与えた影響についても検証していく必要がある。

V. 結 語

精神科訪問看護利用者が希望を語ることにつながった看護師の関わりとして【主担当であることの明確な説明】【訪問看護場面に限定されない利用者への継続した関心】【利用者の心情、話す内容や範囲を尊重した態度】【希望を話しやすい雰囲気づくりと会話のテクニック】【利用者の生活全体の理解と気遣いによるセルフケアの促し】【利用者自身の疾病管理を目的とした振り返りの機会の設定】【希望や将来に向けた会話の方向づけと資源の提供】【利用者が語る希望の肯定的な受け止めと理

解】の8カテゴリー、【人対人の関係構築】【日常生活全体のサポートとセルフケアの促進】【希望の実現に向けた働きかけ】の3テーマが明らかになった。

【人対人の関係構築】は希望を表出する対象の選択に影響し、希望の自己開示や会話のなかでの自然な表出につながり、【日常生活全体のサポートとセルフケアの促進】は日常生活活動や精神状態と同様に希望も話したほうがよいことだという看護師に話す内容の選択に影響し、【希望の実現に向けた働きかけ】はより具体的な希望の語りや次の希望の語りにつながることを示唆された。

【謝辞】

調査にご協力いただきましたみなさまに深く感謝申し上げます。本研究は2021年度福岡県立大学大学院看護学研究科修士論文を加筆・修正したものである。

【利益相反】

本研究に開示すべきCOI状態はない。

【文献】

- 1) 萱間真美：伴走型支援と問題解決型支援：看護はハイブリッドモデルで。日本精神保健看護学会誌, 29 (Supplement) : 6-13, 2020.
- 2) 互 優・鈴木敦子・中嶋康子他：使ってみた経験を報告します。特集1ストレンクス・マッピングシートをケアに使ってみて、どうでしたか？, 精神看護, 18 (4) : 340-363, 2015.
- 3) 多田羅光美・國方弘子：精神障がい者の希望を引き出す精神科看護職の看護活動の構造。日本保健科学学会誌, 16 (1) : 5-13, 2013.
- 4) 川田陽子・田嶋長子：患者の希望を引き出す精神科看護師の援助実践の構造と影響要因。大阪府立大学看護学雑誌, 24 (1) : 39-48, 2018.
- 5) 徳永亜衣子：精神障害者のリハビリを促すためのストレンクスを活かした支援の具体的な実践方法；ストレンクスモデルの視点から。精神障害とリハビリテーション, 20 (1) : 82-90, 2016.
- 6) Kirkpatrick H, Landeen J, Byrne C, et al. : Hope and Schizophrenia : Clinicians Identify Hope-Instilling Strategies. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 33 (6) : 15-19, 1995.
- 7) McCann TV : Uncovering Hope with Clients who Have Psychotic Illness. *Journal of Holistic Nursing*, 20 (1) : 81-99, 2002.
- 8) 金崎 悠・三木明子：長い闘病生活の中で統合失調症患者が抱く希望。日本精神保健看護学会誌, 14 (1) : 79-87, 2005.
- 9) Noh C, Choe K, Yang B : Hope from the Perspective of People with Schizophrenia (Korea). *Archives of Psychiatric Nursing*, 22 (2) : 69-77, 2008.
- 10) Kirkpatrick H, Landeen J, Woodside H, et al. : How People with Schizophrenia Build Their Hope. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39 (1) : 46-53, 2001.
- 11) Takahashi M, Tanaka K, Miyaoka H : Reliability and validity of communication skills questionnaire (CSQ). *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 60 : 211-218, 2006.
- 12) 安喰智美・堀内 聡：統合失調症患者のリハビリに関与する心理社会的要因の検討。精神障害とリハビリテーション, 19 (2) : 203-209, 2015.
- 13) 厚生労働省：2019年度訪問看護療養費実態調査。 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450385&tstat=000001052926&cycle=0&tclass1=000001137746&tclass2val=0> (2022年1月27日)。
- 14) 横山和樹・森元隆文・竹田里江他：地域で生活する統合失調症をもつ人における自己開示とセルフステイグマ低減のプロセス。精神障害とリハビリテーション, 18 (2) : 174-182, 2014.
- 15) Ragins M : 第1段階 希望。前田ケイ (監訳), ビレッジから学ぶリハビリへの道：精神の病から立ち直ることを支援する, 32-43, 金剛出版, 東京, 2005.
- 16) Choe K : Development and Preliminary Testing of the Schizophrenia Hope Scale, a Brief Scale to Measure Hope in People with Schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 51 : 927-933, 2014.
- 17) Ljungberg A, Denhov A, Topor A : The Art of Helpful Relationships with Professionals ; A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 86 (4) : 471-495, 2015.
- 18) Jourard SM : Self-disclosure and other-cathexis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59 : 428-431, 1959.
- 19) 渡邊久美・野村佳代・國方弘子他：一般訪問看護師による精神疾患をもつ利用者と家族への防御ラインを察知した接近法。日本看護研究学会雑誌, 35 (5) : 97-104, 2012.
- 20) 三品桂子：アウトリーチ支援における【出会い】のスキル。花園大学社会福祉学部研究紀要, 21 : 63-83, 2013.
- 21) 松田光信・河野あゆみ：地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値。日本看護研究学会誌, 43 (5) : 835-845, 2020.

■ Information ■

Psychiatric Home-Visit Nurses' Involvement Led to Clients Talking about Hope

Miho Takaki¹⁾, Kazumi Fukuda²⁾

1) Fukuoka Jo Gakuin Nursing University

2) Fukuoka Prefectural University, School of Nursing

Purpose: This study investigated the involvement of psychiatric home-visit nurses that led clients to talk about hope, from the clients' viewpoints.

Method: Semi-structured interviews with three clients of psychiatric home-visit nursing were conducted following an interview guide and analyzed using qualitative descriptive methods.

Results: Three themes relating to involvement were found: building personal relationships, supporting overall daily life and promoting self-care, and working toward the realization of hope. In addition, there were eight categories: clarifying leadership role: sustaining interest in the client beyond the home-visit nurse situation; respecting the feelings of the client and the content and scope of what is said; creating an atmosphere conducive to talking about hopes and using conversation techniques; encouraging self-care through understanding and caring for the client's overall life; setting up opportunities for reflection aimed at the client's own disease management; directing the conversation and providing resources toward the client's hopes and future; and accepting and understanding of the hopes expressed by clients.

Discussion: Building personal relationships influences the choice of the target for talking about hope and leads to self-disclosure of hope and its natural emergence in conversation. Support for overall daily life and promotion of self-care influences the choice of what to tell the nurse that hope as well as activities of daily living and mental status are things to talk about. Working toward the realization of hope can lead to more specific hope narratives and the following hope narratives.

Key words : psychiatric home-visit nursing, expression of hope, clients' viewpoints, persons with mental disorders

日本地域看護学会委員会報告

日本地域看護学会定義に基づく2040リサーチアジェンダ24と 次世代の地域看護の発展に向けて

2022年度次世代育成推進委員会

日本地域看護学会誌, 26(1): 92-95, 2023

次世代の地域看護を担う人を応援する活動をするために次世代育成推進委員会（以下、当委員会）が設置された。社会の変化は著しく、地域看護への期待や役割は一層増していると思われる。2021年度、日本地域看護学会（以下、本学会とする）では次世代研究活動推進チーム（田高悦子委員長、大森純子委員、永田智子委員、石丸美奈委員、蔭山正子委員）を中心に、2040年に向けて地域看護で推進すべき「日本地域看護学会定義に基づく2040リサーチアジェンダ24（以下、リサーチアジェンダ24）」を作成した。

次世代の地域看護を発展させていくためには、研究や実践を担う若手人材の育成が不可欠になる。そこで若手を中心とした委員で当委員会を構成し、戦略を練った。2022年10月には“YouTubeはじめました”という企画を実施し、同年12月よりコミュニケーションアプリケーションソフトウェア「LINE」のオープンチャットサービスを利用した「地域看護の次世代を考えるグループ」を開設している。本稿ではリサーチアジェンダ24作成の経緯から当委員会のこれまでの活動と今後について報告する。

I. リサーチアジェンダ24作成の経緯

2040年の日本の社会は、超少子高齢社会とともに人口減少社会とされる。その影響は、産業、経済、教育、社会保障、人々の価値観等、あらゆる側面で言及され、“ジャパンシンドローム”とも称されている。本学会では、2040年を見据えて地域看護学の再定義を2019年に行った¹⁾。「地域看護学」を保健師、助産師、看護師の看

護職に共通して求められる知識や能力を培う、基盤となる学問として位置づけ、以下のように定義した¹⁾。

- 1) 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。
- 2) 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。
- 3) 地域看護学は、多様な場で生活する、さまざまな健康レベルにある人々を対象とし、その生活を継続的・包括的に捉え、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。

この地域看護学の再定義を一層発展させ、2040年の日本はもとより、世界の人々の健康と環境の変化を予測し、かつ適切に対応することが必要である。そのため、本学会では、重点的に取り組むべきリサーチアジェンダを明確にする必要があると考えた。

II. リサーチアジェンダ24の作成過程

次世代研究活動推進チームメンバーは、2021年7月にリサーチアジェンダを明確にするための方法を検討し、同年10月から2022年2月に理事・監事、代議員5人、代議員以外の学会員5人にインタビューを行った。その結果を踏まえて、「地域看護学」再定義（2019）に基づく“2040リサーチアジェンダ”骨子（案）および同戦略（案）（以下、ドラフト）を作成した。次に、2022年2月から3月に代議員を対象としてパブリックコメントを募集、同年3月から4月に全会員を対象としてパブリック

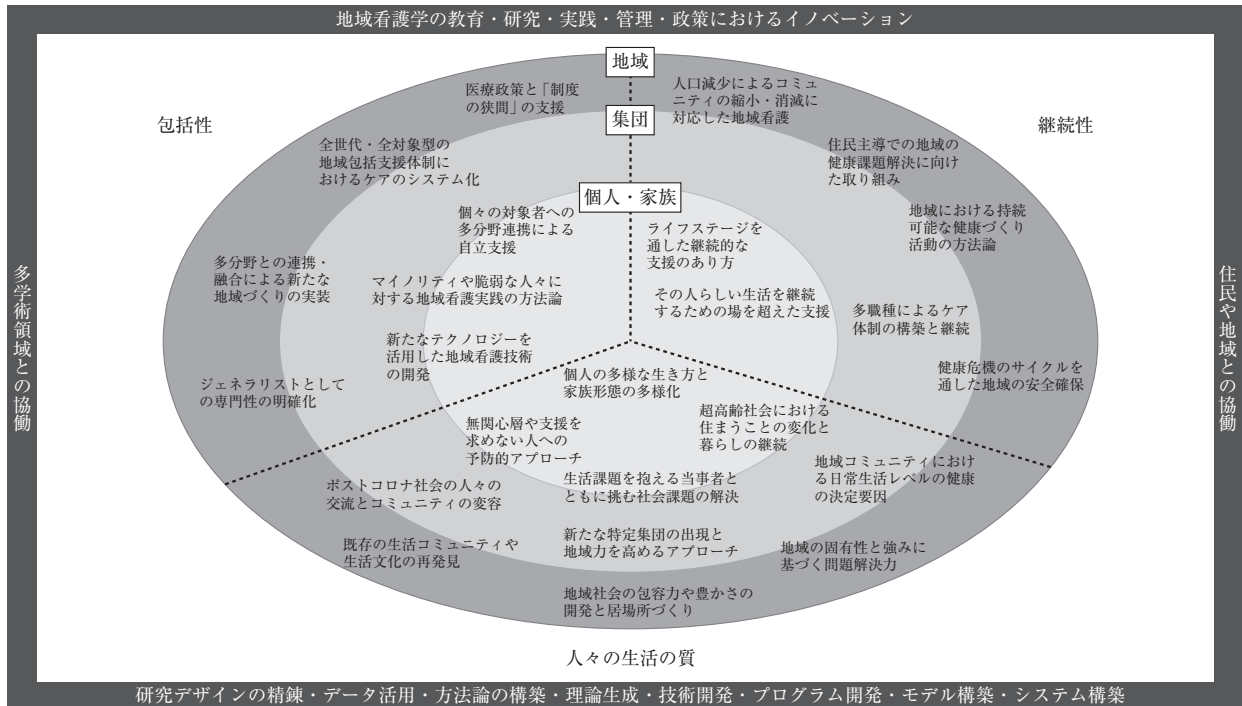


図1 日本地域看護学会定義に基づく2040リサーチアジェンダ24

コメントを募集した。ドラフトに改定を重ね、同年4月にリサーチアジェンダ24および「2040リサーチアジェンダ24の達成にむけた戦略の柱」(以下、戦略の柱)を完成させた。同年5月に理事会承認、6月に会員集会報告を行った。

Ⅲ. リサーチアジェンダ24の枠組み

リサーチアジェンダ24は、地域看護学の再定義(2019)に含まれた、1)人々の生活の質、2)継続性、3)包括性の観点から、重点的に取り組むべきリサーチアジェンダとして抽出した24のテーマである。テーマは、地域看護学の対象である個人、家族、集団、地域を考慮して図示している。なお、地域看護学の定義と1)～3)の観点については、今後も継続的に探究されることを前提としている。図1の上辺「地域看護学の教育・研究・実践・管理・政策におけるイノベーション」は、リサーチアジェンダが目指す目標であり、下辺の「研究デザインの精練・データ活用・方法論の構築・理論生成・技術開発・プログラム開発・モデル構築・システム構築」は、リサーチアジェンダに用いる主な手法である。また地域看護学および地域看護実践が、専門・非専門を問わず、また領域や分野を越えて、さまざまな人々との

連携やパートナーシップを重視していることを踏まえ、主なパートナーとして、右辺に「住民や地域との協働」を、また左辺に「多学術領域との協働」を掲げた。

Ⅳ. リサーチアジェンダ24の内容

1. 人々の生活の質

- ①個人の多様な生き方と家族形態の多様化、②無関心層や支援を求めない人への予防的アプローチ、③超高齢社会における住まうことの変化と暮らしの継続、④生活課題を抱える当事者とともに挑む社会課題の解決、⑤ポストコロナ社会の人々の交流とコミュニティの変容、⑥地域コミュニティにおける日常生活レベルの健康の決定要因、⑦新たな特定集団の出現と地域力を高めるアプローチ、⑧既存の生活コミュニティや生活文化の再発見、⑨地域社会の包容力や豊かさの開発と居場所づくり、⑩地域の固有性と強みに基づく問題解決力

2. 継続性

- ⑪その人らしい生活を継続するための場を超えた支援、⑫ライフステージを通じた継続的な支援のあり方、⑬多職種によるケア体制の構築と継続、⑭健康危機のサイクルを通じた地域の安全確保、⑮地域における持続可

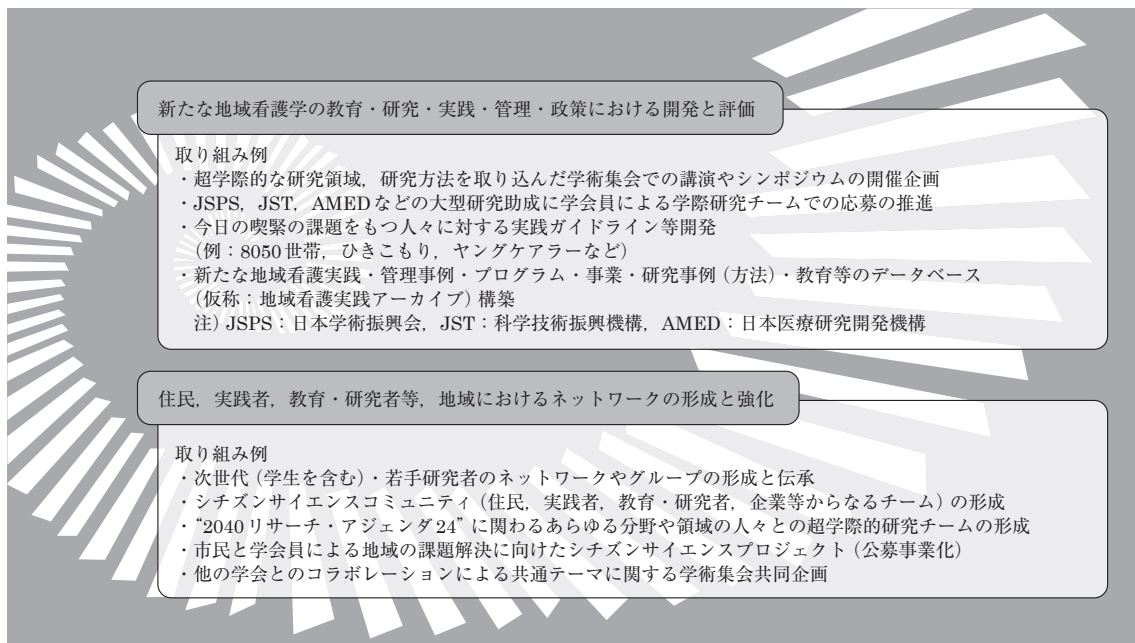


図2 2040リサーチアジェンダ24の達成に向けた戦略の柱

能な健康づくり活動の方法論, ⑯住民主導での地域の健康課題解決に向けた取り組み, ⑰人口減少によるコミュニティの縮小・消滅に対応した地域看護

3. 包括性

⑱新たなテクノロジーを活用した地域看護技術の開発, ⑲マイノリティや脆弱な人々に対する地域看護実践の方法論, ⑳個々の対象者への多分野連携による自立支援, ㉑ジェネラリストとしての専門性の明確化, ㉒多分野との連携・融合による新たな地域づくりの実装, ㉓全世代・全対象型の地域包括支援体制におけるケアのシステム化, ㉔医療政策と「制度の狭間」の支援

V. 戦略の柱

リサーチアジェンダ24の達成に向けた戦略の二大柱を図2に示した。1つの柱は、「新たな地域看護学の教育・研究・実践・管理・政策における開発と評価」であり、もう1つの柱は、「住民、実践者、教育・研究者等、地域におけるネットワークの形成と強化」である。また各柱のもとに、具体的に想定しうるさまざまな取り組みや事業の例も提示した。たとえば、前者には、いまだ十分な方策が確立していない喫緊の課題を有する地域の人々や今後出現する新たな対象集団に対する新たな地域看護学の開発と評価にかかる取り組み等を含め、後者に

は、リサーチアジェンダ24を担う次世代の人材育成にかかる取り組み等を含めた。本戦略は、本学会が依拠すべき倫理上の基本原則と理念を定めた「日本地域看護学会倫理綱領」²⁾の遵守を前提にしたものであり、本学会の趣旨である人々の健康と福祉に寄与し、また広く社会に還元するよう一層努めるものである。

VI. 次世代育成推進委員会の取り組み

1. 若手人材の育成上の課題と新たな取り組み

リサーチアジェンダ24の研究を発展させていくために、次世代の地域看護を発展させる研究や実践を担う若手人材の育成が不可欠である。本学会では、当委員会が新たに設けられた。そこでは、若手人材の育成上の課題として、次の4つのトピックが挙げられた。①住民と協働した研究の難しさ, ②若手研究者間／研究者と実践者間のネットワーク形成機会の不足, ③アフターコロナの研究・実践・教育活動に関する情報不足と疲労感, ④若手研究者が研究アジェンダを深める機会の不足である。これらの課題の背景には、業務の多忙さと学外関係者との接点の不足が共通項としてある。そこで、「教育業務の多忙さに配慮したうえで、悩みを共有したり、研究・実践を各自が深めていったりするためのリソースをつくる必要がある、その手段の1つとして、普段接点がないような他者の経験や知識に接する場をつくる必要があるだ

ろう」と、10月には“YouTubeはじめました”という企画を実施し、12月よりLINEオープンチャット「地域看護の次世代を考えるグループ」を開設した。オープンチャットでは、修士課程・博士課程の研究者や、大学等の教育・研究機関で研究活動を開始したばかりの方の参加があった。

次に、「地域看護の次世代を考えるグループ」参加者で「地域看護次世代育成トークチャンネル」を企画した。第1回テーマは「研究成果の発信のときにモヤモヤマゴマゴすること」である。研究成果をさまざまところに発信したり、論文執筆したりするときに感じるちょっとした疑問やモヤモヤを気軽に身近な先輩に聞けるように考えた。これらはYouTubeのライブ配信で、本学会のYouTubeチャンネルにて公開する。

これらの新しい取り組みが、さらなる新たな企画やネットワークにつながっていくことを期待している。

【文献】

- 1) 地域看護学術検討ワーキンググループ：日本地域看護学会委員会報告「地域看護学」の再定義；第22回学術ワークショップから。日本地域看護学会誌, 23(1)：76-80, 2020.
- 2) 日本地域看護学会：一般社団法人日本地域看護学会倫理綱領。
<http://jachn.umin.jp/ethics.html> (2023年2月7日)

2021～2022年度次世代育成推進委員会

委員長：蔭山 正子 (大阪大学高等共創研究院)

副委員長：石丸 美奈 (千葉大学大学院)

委員：川崎 涼子 (長崎大学)

板谷 智也 (金沢大学)

松永 篤志 (東北大学大学院)

成瀬 昂 (SOMPOインスティテュート・プラス株式会社)

松井 理恵 (群馬大学大学院)

NEWS FROM JACHN

Topics of Japanese Community Health Nursing

1. JACHN Research Agenda 24 for Community Health Nursing in 2040

The Committee on Next-generation Research Activity Promotion

1. Research Agenda development background

In 2040, Japan is expected to have a declining and aging population with a very low birthrate. These effects will extend to all aspects of society, including industry, the economy, education, social security, and people's values, and are also called "Japan syndrome." In 2019, the Japan Academy of Community Health Nursing (JACHN) created a new definition of community health nursing based on predictions of these effects for 2040. Community health nursing was positioned as a foundational discipline that cultivates the shared knowledge and abilities required of public health nurses, midwives, and nurse practitioners, and is defined as follows:

- 1) Community health nursing is an academic discipline that seeks to improve people's quality of life and help build healthy and safe communities that support this quality of life.
- 2) The purpose of community health nursing is to ensure people maintain lifestyle continuity and help improve their quality of life by supporting people's health and safety.
- 3) Community health nursing is a practical science that deals with people at various health levels living in diverse settings, which takes a

continuous and comprehensive view of people's lives, and explores how to achieve effective nursing care in collaboration with people and communities.

This new definition of community health nursing must be further developed in order to anticipate and appropriately respond to changes in people's health and environment in 2040, not only in Japan but in the wider world as well. Therefore, the JACHN determined it was necessary to define a focused research agenda.

2. Research Agenda development process

Interviews were conducted between October 2021 and February 2022 with all board members, self-nominated delegates, other JACHN members, the president, and the auditors, and a draft was prepared based on the results of these interviews. Next, public comments on that draft were solicited from all JACHN members from February to March 2022. After much deliberation, the "JACHN Research Agenda 24 for Community Health Nursing in 2040" (hereinafter, "Research Agenda 24") and the "Strategic Pillars for Achieving Research Agenda 24" (hereinafter, "the Strategic Pillars") were completed.

3. Framework for Research Agenda 24

Research Agenda 24 is a set of 24 selected research agenda themes to be prioritized, from the perspectives of (1) quality of life, (2) continuity, and (3) inclusiveness, as encompassed in the JACHN's new definition of community health nursing (2019). These themes are illustrated in a diagram with

individuals, families, groups, and communities considered as the target groups for community health nursing. It is assumed that the definition of community health nursing and perspectives (1) through (3) will continue to evolve over time. “Innovation in community health nursing education, research, practice, management, and policy” at the top of the figure is the goal of the Research Agenda. “Research design refinement, data utilization, methodology construction, theory generation, technology development, program development, model construction, and system construction” at the bottom of the figure are the main methods used in the research agenda. Because both the study and practice of community health nursing emphasize collaboration and partnership with a variety of professionals and non-professionals across multiple disciplines and fields, “collaboration with residents and local communities” on the far right and “multidisciplinary collaboration” on the far left of the figure are listed as the main partners for the Research Agenda.

4. Content of Research Agenda 24

1) Quality of life

(1) Diverse individual lifestyles and diversification of family structures, (2) preventive approaches for people who are uninterested or do not seek assistance, (3) changes in the concept of comfortable, healthy, and safe living and lifestyle continuity in a super-aging society, (4) solving social issues by working alongside people facing life challenges, (5) transforming social interactions and communities in a post-COVID society, (6) determinants of everyday health in local communities, (7) emergence of new special populations and approaches to increase regional strength, (8) rediscovering existing living communities and cultures, (9) developing community inclusivity and richness and building livable communities, (10) problem-solving skills

based on unique regional characteristics and strengths.

2) Continuity

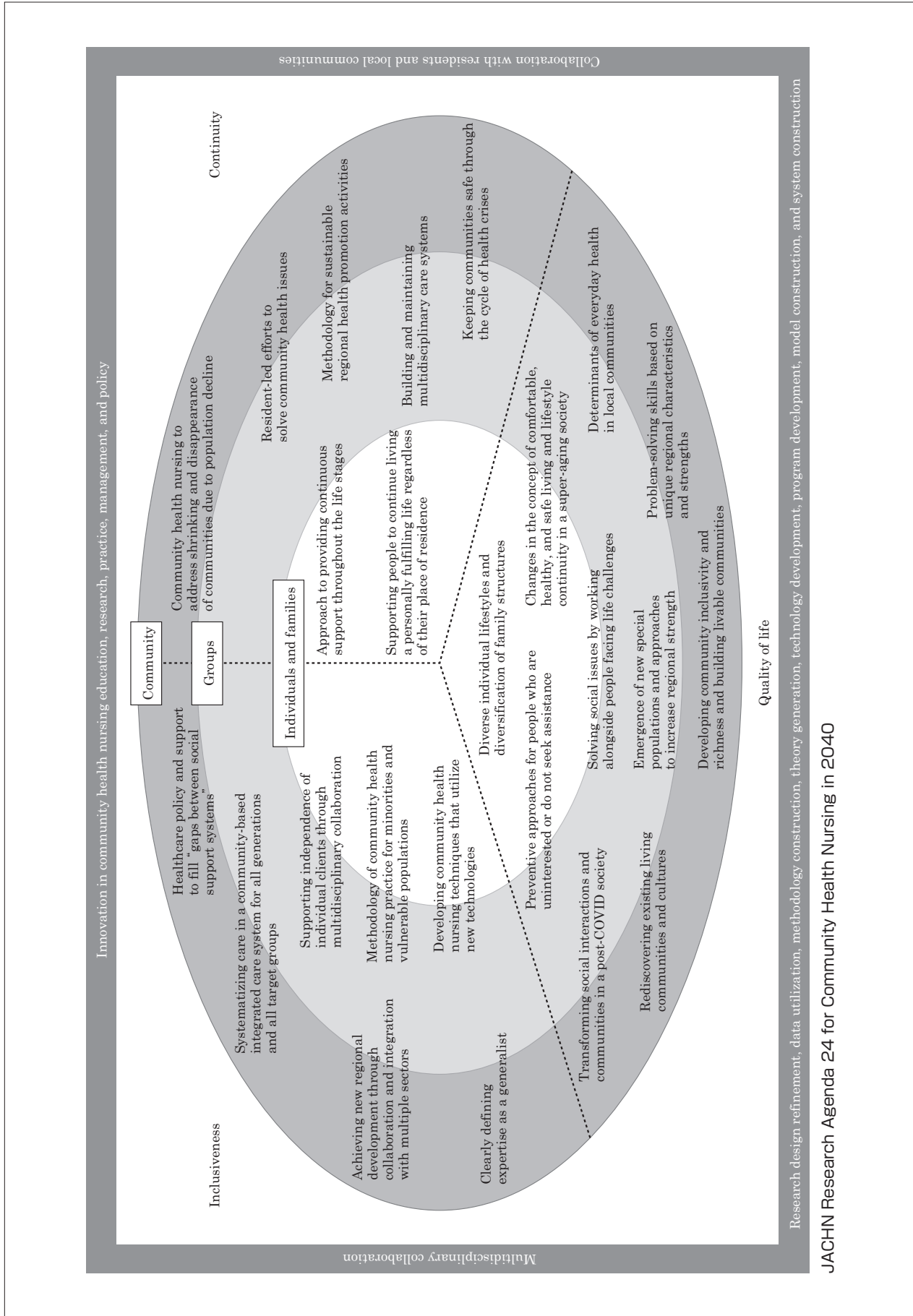
(11) Supporting people to continue living a personally fulfilling life regardless of their place of residence, (12) approach to providing continuous support throughout the life stages, (13) building and maintaining multidisciplinary care systems, (14) keeping communities safe through the cycle of health crises, (15) methodology for sustainable regional health promotion activities, (16) resident-led efforts to solve community health issues, (17) community health nursing to address shrinking and disappearance of communities due to population decline.

3) Inclusiveness

(18) Developing community health nursing techniques that utilize new technologies, (19) methodology of community health nursing practice for minorities and vulnerable populations, (20) supporting independence of individual clients through multidisciplinary collaboration, (21) clearly defining expertise as a generalist, (22) achieving new regional development through collaboration and integration with multiple sectors, (23) systematizing care in a community-based integrated care system for all generations and all target groups, and (24) healthcare policy and support to fill “gaps between social support systems”.

5. Strategic Pillars

The strategy to achieve Research Agenda 24 has two main pillars. The first is “development and evaluation of education, research, practice, management, and policy for the newly defined community health nursing.” The second is “formation and strengthening of local networks formed by community members, practitioners, educators, and researchers.” Examples of potential specific initiatives and projects based on each pillar were also presented. For example, efforts based on the



first pillar included developing and evaluating a new community health nursing that targets community members with urgent issues not adequately addressed by current measures and new target populations that will emerge in the future, and efforts based on the second pillar included training the next generation of professionals who will take on the work of implementing the 2040 agenda. This strategy, which assumes compliance with the “JACHN Code of Ethics” that establishes the basic ethical principles and philosophy for the conduct of the JACHN, is intended to further the organization’s purpose, which is to contribute to human health and welfare as well as society in general.

6. Efforts during this term

To expand on the research laid out in Research Agenda 24, we must foster young professionals who will take on the work of conducting the research and implementing the practices that will launch the next generation of community health nursing. The JACHN has established a new committee to promote training of the next generation. The following four topics were raised as challenges in training young professionals: (1) difficulty conducting collaborative research with community members; (2) lack of opportunities for young researchers to network with each other and for researchers to network with practitioners; (3) post-pandemic lack of information about research, practice, and educational activities and sense of fatigue; and (4) lack of opportunities for young researchers to deepen the research agenda. All of these have common elements of a heavy workload and lack of contact with stakeholders outside of academia. Therefore, it was determined that “we need to consider the heavy workload of education and create resources to address that workload directly and to deepen research and practice respectively, and one way to achieve this would be by creating opportunities for people to connect with the

experience and knowledge of others they normally would not encounter.” Therefore, the JACHN started a LINE OpenChat called “Discussion Group on the Next Generation of Community Health Nursing.” This chat group is open to all JACHN members, and is intended for collaborative creation of video content with young professionals who are not committee members. We hope that this effort will lead to new projects and networks beyond video sharing.

2. Best Research Awards of Japanese Community Health Nursing

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



Akemi Okano
*Kyoto Prefectural University of
Medicine School of Nursing*

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

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

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

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

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

2) Process and Effect Factors of Professional Identity Formation in Municipal Public Health Nurses; Characteristics of Formation Processes Observed in Four Types in Reference to the Trajectory Equifinality Modeling



Hiroko Shoji
Kobe Women's University
Department of Nursing

Purpose: This study aimed at clarifying process and effect factors of professional identity formation in municipal public health nurses using the trajectory equifinality modeling (TEM).

Method: Semi-structured interviews were conducted twice with 19 public health nurses in Prefecture A for

qualitative and descriptive analysis using TEM method.

Results: A comparative investigation of vocational paths focusing on "motivation to become a public health nurse," "encounter with a role model," and "expansion of the regional activities from individuals to groups and communities," resulted in four types of classification: Type I, individuals actively deciding on public nursing and positively expanding activities; Type II, individuals actively deciding on public nursing and performing required work; Type III, individuals passively deciding on public nursing but actively expanding activities; and Type IV, individuals passively deciding on public nursing and performing routine work. Types I and III encountered role models and expanded activities from individuals to groups and communities, which facilitated recognition of professional identity. Type II recognized professional identity through the performance of roles to establish a new system. Type IV struggled to handle routine work without sufficient experience in regional activities, which decreased confidence in professional identity.

Discussion: The classification in this study showed that experience in expanding activities from individuals to groups and communities strengthened recognition of professional identity, and role models influenced expansion of regional nursing activities. This study clarified the characteristic of professional identity formation processes; namely, public health nurses develop awareness of nursing and administrative roles while establishing relationships with clerical staff.

[Key words] municipal public health nurses, professional identity, trajectory equifinality modeling

3) Development and Evaluation of a Community-organization-based Intergeneration Program through Action Research



Azusa Arimoto
Yokohama City University,
Graduate School of Medicine

Purpose: To evaluate the effects on health and social capital among community-dwelling older adults who participated in a one-year community-based intergeneration program.

Method: An intergeneration gardening program was conducted among community-dwelling volunteers, aged 65 years and older, in A city, from February 2015 to March 2018. The program was developed as action research to solve community problems such as limited intergeneration relationship and frailty among older adults by community organizations, local governments and a university. Baseline data were collected on sociodemographic factors, health status including hand grip strength, and social capital. Follow-up data were collected one year later and compared with a similar age control group that did not participate in the program. Qualitative data were collected by focus group discussion and analyzed.

Results: The mean age of the intervention group ($n = 36$) was 72.6 ± 5.6 years and the mean age of the control group ($n = 36$) was 74.7 ± 4.6 years, with 23 males in each group. Significant interaction effects over time were found between the two groups with the intervention group displaying significantly maintain levels of community commitment ($p < 0.05$) and tendency to increase hand grip strength ($p < 0.1$), compared with the control group. Qualitative analysis revealed categories: “pleasure of getting involved with

children,” “tradition and nurture,” “reflection and evaluation of life,” and “extension of relationships between neighbors in the community.”

Conclusion: Study findings suggest that a community-based intergeneration gardening program is an effective intervention to help maintain health status and social capital among community-dwelling older adults.

[Key words] action research, intergeneration exchange, program development, community organization, older adults, outcome evaluation

3. Brief Reports of Participants

1) The 7th Conference on International Collaboration For Community Health Nursing Research : ICCHNR

(1) Taichi Sato

Chiba University, Institute for Advanced Academic Research

The 7th ICCHNR conference, hosted by Linnaeus University, Sweden, was arranged virtually online on June 21-22, 2022. This conference consisted of keynote speeches and poster presentations, and oral presentations in nine disciplines. I presented “Implementation Strategies for Promoting On-the-Job Training (OJT) for Public Health Nurses (PHNs) through Case Conferences: Literature Review (Sato & Ishimaru)” in the area of the nursing workforce. During the Q&A session, we were asked about the extent of the contribution of OJT in the competency development of PHNs. The question made us realize the need to clarify the significance of the study considering the international situation, as we could anticipate that in Japan, OJT occupies an important position in the competency development of PHNs, but in countries with license renewal systems, etc., the weight of OJT is relatively lower than in Japan. Since this was a question that had not been available at previous

conferences in Japan, I was reminded of the importance of presenting to people with different systems and backgrounds and examining the significance of research in international community health nursing research.

In the Q&A session for the research project “Caring Community Oriented Approach in the local community setting: A Scoping Review (Ishimaru et al.)” in which I am involved as a research assistant, we were asked that in the current situation, where residents must participate as care providers in the delivery of integrated care, shouldn't we first encourage the government to fulfill its responsibility to provide necessary services instead of conducting research to promote mutual support among residents. While it is true that the government has the responsibility to address these issues, if the current situation is not being addressed by the government alone, as a researcher in community health nursing, I felt again that it is necessary first to take the necessary initiatives in the community and then encourage such initiatives to be positioned as services by the government eventually.

Besides that, I had set my own goal of asking at least one question at this conference (I had already told this to the graduate students in my lab), so I was able to ask questions at two of the presentations that I was interested in. One of the studies I asked about was a study on the workload of health visitors in the United Kingdom. Because of the difference in the country, I asked about background information such as the postnatal care system in the U.K. The answers to our questions made me realize how well the postnatal care system works in the U.K. and the excessive workload of the health visitors who support it, and I realized anew the significance of research that supports the nursing workforce. I sent an e-mail to the presenter after the event, thanking her for answering my questions and informing her of the situation in Japan.

Before the day of the conference, we practiced our presentations with a professor and graduate students from our laboratory who will also be presenting at the 7th ICCHNR conference. A professor told us, “At the international conference, be confident and speak about what you want to say.” These messages encouraged all the graduate students, and we completed our presentations successfully.

(2) Yuko Fujimoto

Oita University of Nursing and Health Sciences

The 7th ICCHNR-conference was an unforgettable conference presentation for me. This is because it was the first time for me to give an oral presentation at an international conference. I had made several poster presentations at international conferences in the past. However, I was not confident in my English and presentation skills for oral presentations, and felt that the hurdle was too high for me to take on the challenge. This time, when the conference secretariat suggested that I give an oral presentation, I was honestly half-excited and half-anxious, but I thought to myself, “It's a great opportunity! Let's do it!” I was half-excited and half-anxious, but I was determined to give it a try.

When it came time to start the preparations, I found that creating a PowerPoint presentation and developing a manuscript for the explanation was different and more difficult than creating a poster. First, I read books explaining English presentations and learned the basics. Next, I visited my colleagues who had experience giving presentations and asked them for tips. Now, it was time to prepare the presentation materials. However, there were two major problems that plagued me. The first was whether I would be able to convey the content of my presentation in the limited time I had. My advisor knew about these problems and gave me advice from the beginning of the PowerPoint presentation

preparation, and I was able to cover the lack of speaking ability by devising presentation materials. The second issue was how to convey the background to my theme in Japan. My topic was “Conceptual Structure of Mothers’ Needs for Grandmothers’ Childcare Support and Development of Measurement Tools in Japan.” The history and culture of parenting support by relatives are different in Japan than in Western countries. In order for non-Japanese researchers to understand the results and discussion of this study, it was necessary to describe the situation in Japan regarding childcare support by grandparents in an easy-to-understand manner. Therefore, we carefully explained the research background and dared to have a professor from a different field listen to the presentation to confirm that the intent was conveyed correctly and clearly.

Unfortunately, the conference was held online, so I was unable to participate on-site in Sweden, but it was a very valuable experience for me to be able to give an oral presentation at this conference. I may have set the hurdle for the oral presentation too high because of the language barrier. It was certainly more difficult to prepare an oral presentation than a poster presentation, but it was a great pleasure to be able to talk about my research in my own voice and communicate it directly.

If there are others who, like me, have not been able to take the plunge into oral presentations, I hope they will also have an opportunity to experience this joy and sense of accomplishment.

2) The 7th International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science : WANS

(1) Takashi Naruse

Sompo Institute Plus Inc.

I attended the 7th International Nursing Research Conference of the World Academy of

Nursing Science (the 7th WANS) in Taipei on October 18 to 19, 2022. I was recommended by the Japan Academy of Community Health Nursing as a symposium presenter.

1. The 7th WANS report

The theme of the conference was “Nurses Together for Global Challenges - Leading Nursing Science and Knowledge Generation Post Global Pandemic. There were three keynote speeches, three main sessions, four symposia, and one special session related to the theme. In addition, there were poster and oral presentations.

The keywords at the conference were “Application of Information Communication Technology (ICT) to Nursing Care and Education,” with many podium presentations on healthcare data collection using IoT, data analysis and disease prediction using AI, and the development and evaluation of intervention programs using ICT. The overall impression was that the use of communication technology has become commonplace. I felt that nursing has moved from the stage of just trying to use communication technology to the stage of modeling, demonstrating, evaluating, and improving ways to use it more effectively.

At a symposium I attended (Knowledge Generation in Nursing Research Post Global Pandemic), I spoke on the topic of “Community Health Nursing, Impact of COVID-19 on Community Health Nursing and Practical Application Utilizing IT,” introducing the narrowing of the living world of disabled old people due to the impact of COVID-19 and the potential use of ICT there. I suggested that nursing researchers should make a deep analysis of human needs. In a time of rapid ICT spread, we should not vote ourselves on what can be done but on what is needed in the field. I also introduced examples of my own current online practice/research activities in which community members collaborated. As a nursing researcher, I am proud to

be actively involved in both basic needs analysis and pioneering practice. Presentation materials are also available on my website (<https://takanaruse.com/en/recent/wans-oct-2022/>).

Here is one interesting presentation. Regarding nursing education, there was a report on nursing education using virtual reality training machines. The presenter was Professor Hyunsook Shin (College of Nursing Science, Kyung Hee University, Korea). In this training, the player controls an avatar of a nursing student. The player can walk around the school and medical institution created in the virtual reality space and can take on a variety of quests. Players will meet a variety of professionals and patients. I believe that the future of this training space should be like a Massively Multiplayer Online Role-Playing Game, where players interact with each other, there are non-playable characters with their own egos, and players will be able to acquire information with their senses (including tactile senses). In the future, it may be possible to provide a learning environment that is more conducive to the education of students than the real world. The audience looked stimulated by as this kind excellent challenge. Professor Shin's project is described on the University's web page (<https://www.khu.ac.kr/eng/news/detail.do?seq=1005468>).

2. Taiwan Nurses Association

The conference was co-hosted by the Taiwan Nurses Association (TWNA) and the Asia American /

Pacific Islander Nurses Association (AAPINA). As a member of the symposium, I was invited to the Taiwan Nurses Association (TWNA) office and museum with Professor Jing Wang, President of AAPINA, the day before the conference. The TWNA office occupied three floors of a building in downtown Taipei. In the museum, we saw several wall displays, video content, and posters, and learned not only about the history of the TWNA, but also about the leadership of the Taiwan Nurses Association and its active involvement in various policies related to nursing, based on photos and videos. It was a sobering experience to be present at a place where representatives from different countries look back on their history and talk about the future.

3. Follow up

After returning to Japan, I reported about the conference on Facebook and received reactions from people I met at the conference. The conference was mainly conducted through Facebook, Linked in, and other social networking sites. I usually do not like social networking sites, but I was reminded that they are important as a means of networking in a more casual and straightforward manner than email addresses. I thought that SNS would be essential as a business tool to maintain visibility to community members and researchers in other countries. I would like to utilize it proactively without fear.

The 26th Annual Research Conference of JACHN

Main Theme : Examining the Current Status of “Community-based Comprehensive Care Created by Everyone”

Date : August 2-3, 2023

Venue : Kawasaki City College of Nursing

Chairperson : Mikako Arakida (Professor of Kawasaki City College of Nursing)

Program :

- ◆ Chairperson’s speech: Mikako Arakida
- ◆ Educational lecture ◆ Symposium ◆ Appointed workshop ◆ Poster session ◆ Workshop ◆ Open lecture

Website : <https://jachn26.yupia.net/index.html>

7th International Conference of the Global Network of Public Health Nursing

Main Theme : Building Resilience and Innovative Solutions: Amplifying Impact and Advancing Positive Global Public Health Change

Date : July 2025

Venue : Calgary, Alberta, Canada

Chairperson : Dr. Aliyah Dosani (Mount Royal University) and Dr. Zahra Shajani (the University of Calgary)

Website : <https://www.gnphn.com/7th-international-gnphn-conference-calgary/>

Program :

- ◆ Leveraging partnerships to tackle global health security
- ◆ Healthy recovery after COVID-19
- ◆ Global leadership on public health science and data
- ◆ Climates and Environmental Change
- ◆ And many more interesting lines of inquiry that will be confirmed shortly

Publisher: International Exchange Promotion Committee

Kaoru Konishi (Osaka University), Reiko Okamoto (Osaka University),

Takashi Naruse (Sompo Institute Plus Inc.),

Yuko Fujimoto (Oita University of Nursing and Health Sciences),

Natsuki Yamamoto (Keio University)

Secretariat of JACHN:

Ozawa-building 2F, 4-1-1, Kagurazaka, Shinjuku-ku, Tokyo

162-0825, Japan

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

E-mail: office@jachn.net

編集後記

2023年を迎え、日本地域看護学会誌第26巻1号をお届けいたします。投稿論文は原著1編、研究報告7編、資料2編の計10編が掲載されました。研究の対象は、子どもの母親や家族、発達障害や精神障害をもつ子どもを抱える親、デイサービスに勤務する看護職、行政保健師など、地域看護実践の質の向上に寄与する豊かな内容となっています。論文のほかには、次世代育成推進委員会の活動を報告しております。

近年、一部の医学系国際誌では外部査読者として患者さんも査読に加わっているそうです。そこではリサーチ・クエスションの意義が重要視されていると述べられていました。そして、たとえテーマが適切で重要であっても、十分な付加価値をもつリサーチ・クエスションが提起されていなければ不採択となることもあるとのことでした。学術集会上に患者さんや市民が登壇することはこれまででもたびたびありましたが、学術雑誌への掲載（論文の採否）に関しても市民のダイレクトな意見や目線が重要であるということになります。研究の独創性や新奇性だけでなく、「だれにとって」「どのような」意義のある研究なのか、「どのくらいの効果がある（有用な）」研究なのか、だれにでも通じるわかりやすい文章、論理的な文章構成などがますます求められるものと思われまます。今後、このような取り組みは次第に広がっていくものと予想されますが、学会という科学コミュニティが研究者たちだけのものではなく、当事者とともに創り上げ、発展させていくという性格がより強まっていくと考えられます。編集委員会では学術の発展と社会からの期待にこたえるべく、学会誌の編集に取り組んでまいります。会員のみならずからの投稿をお待ちしております。

(尾崎 章子)

「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26巻第1号
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.26, No.1

発行日 2023年4月20日

発行 一般社団法人日本地域看護学会
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 (株)ワールドプランニング内
E-mail : jachn@worldpl.jp
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