

目次

巻頭言

- 3 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行下における
自然災害への備え 大森純子

原 著

- 4 乳幼児の甘味飲料摂取に対する保健医療専門職である母親の対応
小出恵子・岡本玲子・岡田麻里

- 12 市町村保健師の職業的アイデンティティの形成プロセスと影響要因
小路浩子

研究報告

- 21 アクションリサーチによる地区組織基盤の世代間交流プログラムの
開発と評価 有本 梓・伊藤絵梨子・白谷佳恵・田高悦子

- 33 10代母親への妊娠期から産後にわたる保健師の継続支援
大川聡子・谷村美緒・廣地彩香・眞壁美香・吉田有沙
安本理抄・根来佐由美・金谷志子・上野昌江

- 43 地域包括支援センター看護職が夫介護者を地域の水平的組織
につなげる支援のプロセス
高橋美保・田口(袴田)理恵・河原智江

資 料

- 52 中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を可能にする要因
川嶋元子・小野ミツ・難波峰子・今井 恵

編集後記

- 59 上野まり

Contents

Preface

- 3 Preparedness and Mitigation for Natural Disaster in the COVID-19 Era
Junko Omori

Original Articles

- 4 Health Professional Mothers' Responses to Children's Consumption of Sugar-sweetened Beverages
Keiko Koide, Reiko Okamoto, Mari Okada
- 12 Process and Effect Factors of Professional Identity Formation in Municipal Public Health Nurses
Hiroko Shoji

Research Reports

- 21 Development and Evaluation of a Community-organization-based Intergeneration Program through Action Research
Azusa Arimoto, Eriko Ito, Kae Shiratani, Etsuko Tadaka
- 33 Support Provided by Public Health Nurses to Teen Mothers with Adverse Childhood Experiences (ACEs)
Satoko Okawa, Mio Tanimura, Ayaka Hirochi, Mika Makabe, Arisa Yoshida, Risa Yasumoto, Sayumi Negoro, Yukiko Kanaya, Masae Ueno
- 43 The Support Process Connecting Husband Caregivers with Community-based Horizontal Organizations by Community Comprehensive Support Center Nurses
Miho Takahashi, Rie Hakamada-Taguchi, Chie Kawahara

Information

- 52 Factors that Enable Home Care Support in Outpatient Nursing of a Mid-Sized Hospital
Motoko Kawashima, Mitsu Ono, Mineko Nanba, Megumi Imai

Editor's Note

- 59 *Mari Ueno*

巻頭言

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行下における
自然災害への備え

大森 純子

東北大学大学院医学系研究科

日本地域看護学会誌, 23 (2) : 3, 2020

厚生労働省は2020年1月16日にCOVID-19のわが国初の感染確認を公表した。その後、感染者は増え続け、4月7日に緊急事態宣言が発令された。緊急事態措置を実施する地域は当初7都府県であったが、16日には6道府県が加わり、県境を越えた移動の自粛が要請された。未曾有の危機に政府と国民が一丸となり、3つの密を徹底的に避ける、人と人との距離をとる、マスク着用、手洗い等の手指衛生などの基本的な感染対策を徹底した。他国にみる医療崩壊を回避するため、クラスター（患者間の関連が認められる集団）の発生を抑え、オーバーシュート（爆発的な感染拡大）の発生を予防し、感染者、重症者、死亡者の発生を最小限に食い止めるために、ステイホームを合言葉にウイルスの封じ込め作戦を実行した。

その成果があり、5月25日に緊急事態宣言が解除された。新しい生活様式を取り入れ、段階的に社会的活動が再開され、6月19日からは県境を越えた移動も可能となった。ステイホームの大型連休中、連日のように地震が発生し、避難所では3つの密は避けられないと不安を覚えた。第一波を乗り越えたが、ウイルスを完全に封じ込めたわけではない。新型コロナウイルスは、新型病原体であり不明なことも多い。いまだ複数の地域で散発的にクラスターの発生が報告され、水面下のウイルスの広がりが懸念される。次の波がいつ来るかわからないが、これから11月まで台風シーズンが続く。COVID-19と自然災害による複合災害に備えることは喫緊の課題である。

地域看護学には、地域特性に適った新しい生活様式と社会的活動を地域住民と共に創り出す実践研究が求められる。地域看護学の知の集積をフル活用する好機でもある。このウイルスは、若年層では感染しても症状が出ない場合も多く、大半の人は咳や発熱など軽症である。一方、高齢や脆弱な人には、容赦なく襲いかかる。肺炎が急性増悪し、短時間で危篤状態となり、人工呼吸が必要となる。ウイルスは私たちの生活様式の間をつき、静かに急速に拡がる。人間の社会的活動をとおして猛威を振るうが、それが弱点でもある。人々が知恵を出し合い、協力し合い、賢明に行動すれば、行き場を失う。複合災害の文脈では、発災時の危機対応、避難所の衛生管理、コミュニティ支援、フレイル予防、災害弱者、スティグマ、孤立、格差などに関連するさまざまな知見を総動員できる。また同時に、実践科学である地域看護学には、COVID-19と自然災害による複合災害に関連するエビデンスを集積する役割もある。

また、被害軽減や被害抑止といった減災や災害への備えに関する検討が必要である。備えの物品にマスクや消毒液等は必須となり、在宅避難や車中避難など分散型避難（マルチ避難）が推奨されている。命を守る行動にも、従来の自分の命を自分で守ることだけでなく、自分と周囲を同時に守る行動をとることの意味も加わった。これまで以上に、住民がコミュニティの一員であることを意識し、平常時から心理的にも物理的にも互いに適度な距離感をもって利他的に行動できるよう支援することが重要になる。この巻頭言を執筆しているのは6月22日。明日もどこかで災害が起こるかもしれない。複合災害の経験を蓄積し、次に備える災害サイクル・マネジメントの構えをとりたい。

乳幼児の甘味飲料摂取に対する 保健医療専門職である母親の対応

小出恵子¹⁾, 岡本玲子²⁾, 岡田麻里³⁾

抄 録

目的: 本研究の目的は, 保健医療専門職である母親がどのような考え方にもとづき, 乳幼児期の子どもに甘味飲料を与えるのか, その対応を明らかにすることである。

方法: 研究参加者は小学生以下の子どもをもち, 市町村に勤務する保健師等の保健医療専門職である。3グループにフォーカスグループディスカッションを行い, 甘味飲料を与えることに対する考え方等をたずねた。分析方法にはSteps for Coding and Theorizationを用いた。

結果: 母親は場所やその場にいる人, 子どもの状態等そのときどきの状況に応じて, 甘味飲料の対応を〈厳格制限〉または〈育児ニーズ提供〉〈関係重視受け入れ〉という3つから選択していた。母親の甘味飲料の対応は, 3つの選択肢をもちながら状況に応じて変える【トリプルスタンダード対応】であった。

考察: 本結果は, 乳幼児期の自分の子どもにできるだけ甘味飲料を与えたくないと考えている母親が, 状況に応じた対応を選択している実態を示している。今後は, 乳幼児の甘味飲料の習慣化を抑えるための効果的な支援方法を明確にする必要がある。

【キーワード】 母親, 乳幼児, 甘味飲料, 対応, 保健医療専門職, 保健師

日本地域看護学会誌, 23 (2) : 4-11, 2020

I. 緒 言

健康増進法では, 国民は健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め, 健康の増進に努めるよう求めているものの, わが国では生活習慣病が死因の約6割, 国民医療費の約3割を占めており, それらの予防を図ることは重要な課題である。生活習慣は大人になってから改善することがむずかしく, 幼いころから健康的な生活習慣を実践する必要がある。

しかし, 親世代である20・30歳代の生活習慣には, 他の世代と比較して野菜と果物の摂取量の少なさと食品

群を組み合わせで摂取している者, 運動習慣のある者が低いという課題が指摘されている¹⁾。また, この世代は男女ともにやせと肥満といった不適切なBody Mass Index (以下, BMI) の該当者がおおよそ3割に及んでいる¹⁾。榊原は, 母親の健康生活習慣を調査した結果, 「定期的な運動」と「適正体重の維持」の2つの実施率が特に低かったことを報告している²⁾。藤井は, 親と子どもの生活習慣の関連を報告し³⁾, 親の不健康な生活習慣は子どもに影響することを示している。

不健康な食習慣のひとつとして, 糖分を多く含むジュースやイオン水などの甘味飲料の習慣化がある。甘味飲料と過体重や肥満との関連を調べたレビューでは, 子どもと大人ともに過体重や肥満との関連が示されている^{4, 5)}。企業のマーケティング戦略により親子が甘味飲料や菓子等を目にする機会は多く, 子どもの健全な食品

受付日: 2019年9月30日 / 受理日: 2020年4月27日

1) Keiko Koide: 四天王寺大学看護学部

2) Reiko Okamoto: 大阪大学大学院医学系研究科

3) Mari Okada: 香川県立保健医療大学保健医療学部

選択や嗜好をゆがめる可能性が指摘されている⁶⁾。親の生活習慣の課題に加え、これらの環境面の問題は、甘味飲料を習慣的に摂取する乳幼児の増加、ひいては将来の生活習慣病の罹患率の上昇につながるものが危惧される。

4歳未満を対象とした乳幼児栄養調査では、果汁などの甘味飲料を3人に1人が1日1回以上飲んでおり⁷⁾、別の調査では1歳6か月児で3人に1人が、ジュース・清涼飲料を毎日飲んでいると回答している⁸⁾。乳幼児は甘味を好むため、早い時期に頻回に甘味飲料を摂取することは、習慣化につながる可能性を高める。一次予防の観点から、親子が甘味飲料との接点を減らし、習慣化を予防するための対策を検討することは重要である。特に乳幼児期の子どもへの甘味飲料は、主に育児を行っている母親の判断が大きいため、母親の認識を明らかにする必要がある。

そこで、本研究の目的は、甘味飲料が健康におよぼす影響について知識を有する保健医療専門職であり、子育てを経験している母親がどのような考え方にもとづき、乳幼児期の子どもに甘味飲料を与えるのか、または制限するのかという母親の対応を明らかにすることとした。そのことによって、不健康な食習慣のひとつである甘味飲料の習慣的な摂取を抑え、乳幼児がより健康的な生活習慣を身につけるための対策について示唆を得る。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究において甘味飲料とは、砂糖を多く含むまたは甘味のあるもの、すなわちジュース、イオン飲料、乳飲料、炭酸飲料等を含む飲み物と定義する。

2. 研究デザイン

本研究では、保健医療専門職の語りをデータとし、乳幼児への甘味飲料をどのような考え方で与え、制限するのかといった母親の対応を明らかにするために、質的記述的研究を用いた。

3. 研究参加者

研究参加者は、小学生以下の子どもをもち、市町村に勤務する保健師等の保健医療専門職（以下、母親）とした。研究参加者を保健医療専門職とした理由は、甘味飲料が健康に影響をおよぼす一定の知識をもちながらも、

子育てをする母親として乳幼児の子どもに甘味飲料を提供する背景や考えを、十分に言語化できると考えたためである。研究参加者の抽出は、便宜的抽出法であり、3か所の市町村の所属長に研究協力を依頼し、選定条件に合う参加者を推薦してもらった。

4. データ収集方法

データ収集方法は、面接ガイドを用いたフォーカスグループディスカッション（以下、FGD）であり、1グループを4～7人の参加者で構成した。FGDのテーマは①乳幼児期におけるわが子の甘味飲料摂取の状況、②摂取するようになった契機とその状況、③乳幼児期の子どもに甘味飲料を与えることに対する自身の考え方である。FGDを用いた理由は、参加者に乳幼児期の子どもの状況を想起してもらうためである。その他、参加者に想起してもらう工夫として、FGD開始前に「子どもが初めて甘味飲料を飲んだ月齢」をたずねる質問紙に回答してもらった。FGDのファシリテーターは研究者が担当した。面接場所は、研究参加者の勤務先の個室を借り、1グループにつき90分程度実施した。データ収集期間は、2014年12月～2015年3月であった。FGDは参加者の許可を得て録音し、音声記録から作成した逐語録をデータとした。

5. 分析方法

分析方法には、比較的小規模なデータから理論化が可能であるSteps for Coding and Theorization（以下、SCAT）を用いた⁹⁾。SCATとは、マトリクスのなかにセグメント化したデータを記述し、そのそれぞれに、①データの中の着目すべき語句、②それを言い換えるためのテキスト外の語句、③それを説明するようなテキスト外の概念、④そこから浮かび上がるテーマ・構成概念の順にコードを考えて付していく4段階のコーディングと、④のテーマ・構成概念を紡いでストーリー・ラインを記述し、そこから理論を記述する手続きからなる分析方法である⁹⁾。SCATは近年、看護系の研究^{10) 11)}においても用いられている。この方法は、生データを含むすべての分析過程がエクセルシートに可視化されるため、それらを確認することによって研究者らが分析の妥当性を振り返ることが可能である。共同研究者と分析結果についてディスカッションすることによって、真実性の確保に努めた。分析では、参加者同士の会話の流れからいつの時点の話なのかを確認しながら行った。

表1 研究参加者の特性

グループ	年代	経験年数(年) ^{a)}	子どもの年齢(歳) ^{b)}	子どもの人数(人)
1	40歳代	15	8	2
	30歳代	14	3	2
	30歳代	14	3	1
	40歳代	25	8	1
	30歳代	13	2	2
	40歳代	20	3	1
	30歳代	14	2	2
2	30歳代	16	2	3
	30歳代	13	11	2
	40歳代	20	9	4
	40歳代	22	9	1
3	30歳代	13	3	3
	30歳代	17	3	3
	40歳代	22	12	2
	40歳代	18	10	2
	30歳代	16	9	2
	40歳代	19	4	2
	30歳代	16	6	2

a) 経験年数は、保健医療職として勤務した年数を示した

b) 子どもの年齢は、いちばん下の子どものものを示した

6. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究参加者に研究目的と方法、調査協力の自由と個人情報の保護、研究成果の公表等について文書をもとに説明し、同意書に署名を得た。本研究は、岡山大学大学院保健学研究科看護学分野倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認年月日:2014年2月27日, 承認番号:T13-09)。

Ⅲ. 研究結果

FGDは3グループそれぞれに1回ずつ実施し、参加者は7人のグループが2つ、4人のグループが1つであった。研究参加者の特性を表1に示した。研究参加者の職種は保健師が12人(66.7%)、栄養士4人(22.2%)、看護師1人(5.6%)、医師1人(5.6%)であり、全員が乳幼児期に甘味飲料を与えた経験があった。

研究参加者の語りから15サブカテゴリー、3カテゴリー、1コアカテゴリーが抽出された。コアカテゴリーを【】、カテゴリーを〈〉、サブカテゴリーを[]で示し説明するとともに、それらの一覧を表2に示した。

乳幼児期の子どもの甘味飲料に対する研究参加者の対応は、主に母親と子どものみが自宅にいる場合に厳しく制限する〈厳格制限〉と母親がその必要性を感じた場合に自ら与える〈育児ニーズ提供〉、父親と祖父母、その他第三者による子どもへの甘味飲料の提供をやむなく受

け入れる〈関係重視受け入れ〉という3つであった。母親は場所やその場にいる人、子どもの状態等そのときどきの状況に応じて、子どもの甘味飲料の対応を〈厳格制限〉または〈育児ニーズ提供〉〈関係重視受け入れ〉の3つから選択していた。つまり、母親の甘味飲料の対応は、3つの選択肢をもちながら状況に応じて変える【トリプルスタンダード対応】であった。

1. 〈厳格対応〉

母親は、乳幼児期の子どもへの蝕予防や健康的な生活習慣のために、主に母子の二者関係の場面では厳しく甘味飲料を制限する対応しており、以下の3サブカテゴリーから構成された。

[家庭内ルールの設定]では、母親は基本的にはお茶か水を主の飲み物とし、どのような場合に甘味飲料を飲むのかという家庭内でのルールを設定していた。[量と質にもとづく管理]では、母親は子どもに飲むことを許す甘味飲料の一日量とその質を管理していた。母親は、甘味飲料の質を砂糖等の不要な成分が多く含まれず、果汁がより多く含まれるものを良質と判断していた。[アクセスの制限]では、母親は甘味飲料を冷蔵庫の奥に隠す、また自宅では父親に隠れて飲むよう促す等、甘味飲料自体や飲んでいる姿を子どもにみせないよう制限していた。

表2 乳幼児の甘味飲料摂取に対する保健医療専門職である母親の対応

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	生データ
厳格制限	家庭内ルールの設定	量と質にもとづく管理	やっぱ、うちは、のどが渴いたときに飲むものはお茶よってということで、まあ、ルールを決めてるんですけどね (3G)
		アクセスの制限	じいちゃん、ばあちゃんも、その、ジュースなら、きょう1本だけとか、量は多分決めてくれてると思うので、「うん、きょうはそれ、飲んだんだな」っていうことで、じゃあ、家ではそれはなしにしてっていう感じでしてます (1G)
		アクセスの制限	旦那がコーラとかはときどき、飲みます。でも、あんまり子どもの前で飲まないでっていうので、台所で、(中略) そういう隠れる場所としては、すごいよくて (1G)
育児ニーズ提供	ヘルスニーズに応じた提供	屋外での水分目的による提供	熱を出したとき、水分補給で…。なんにも受け付けないっていうときに、ジュースとか、あの、スポーツ飲料とかを飲むようにしとかなないといけないと思ってチャレンジをするんですけども (1G)
		お祝い目的による提供	多分、1歳ごろに、まあ、外出が多くなってから、そういった便利な、あの、清涼飲料水、本当に、あの、リングのジュースが3つか4つぐらくっついてるものを、やっぱり、もって、あの、水分補給にあげていたような気がします (2G)
		お祝い目的による提供	やっぱりイベントかな、最初にいろいろと飲んだり、誕生日のときに、ケーキとジュースを初めて多分、飲ませた。アンパンマンがくせになる。絶対もう欲しがる (3G)
		ストロー練習のための提供	やっぱりイベントかな、最初にいろいろと飲んだり、誕生日のときに、ケーキとジュースを初めて多分、飲ませた。アンパンマンがくせになる。絶対もう欲しがる (3G)
		おしゃぶり目的による提供	マグマグのストローが飲めないときに、あの、バックのジュースでちょっと、あれ、横押しでやればビュッと出るじゃないですか。(中略) やっぱ、その感覚を覚えさせるために何か、買ったのが普通のジュースかなあ (2G)
		お返し目的による提供	やっぱり外出するときにそこで、おとなしくすごしてもらい、ちょっと機嫌よくすごしてもらうために、(ジュースやお菓子を) 忍ばせていくっていうのが、そういえばありました (2G)
		同行による第2子以降への早期提供	お友達とグループで会おうと、「どうぞ」みたいにもらって、じゃあ、私もなんかもって行かにゃいけないので、こう、4つで4人にこう、1個ずつ分けたりとか、そういう、こう、集まるときには一応、こう、ジュースとかを用意して (2G)
関係重視受け入れ	父親による関心引き提供の受け入れ	同行による第2子以降への早期提供	いっしょにいる時間が多い間は気を付けてたつもりですけど、やっぱり1人目よりは2人目のほうが緩くなっちゃう。いろんな所に出かけると、まわりと合わせるような、自分だけ厳しくいうのもなんかおかしいので、なので場所に分けて、みんなとおるときはみんなといっしょよ、みたいな感じで、自分だけのときはちょっと守る (2G)
		祖父父母による関心引き提供の受け入れ	私は買ってこないですよ。主人がいつも (買ってきて)、主人が飲んでると子どもが欲しがって、という悪循環で、休みの日は少しは飲んでるかなと思います (2G)
		保育園による補食時提供の受け入れ	じいばあの家に行くとき10時のおやつ(の)習慣が、なぜかしら、あって、活動してないのに10時にヤクルトがボンと出てきたりとかするんですけど (1G)
		母友による提供の受け入れ	保育園のときに多分、いちばんよく飲んでたかなあと。 (延長保育に) おやつがもう1回出るようになっていて、(中略) 必ず(バック)ジュース1本と、それから市販のクッキーみたいなのが必ず1個出されるので (1G)
		地域交流の場における提供の受け入れ	家でバーベキューとかをしたときに、なんか、その、飲み物担当の人(ママ友達)が、オレンジジュースを買ってきたんです。(中略) あなたに買ってきたよって感じで出されたので、私も、ああ、って思ったんですけど、もう、つがざるを得なかった (1G)

トリプルスタンダード対応

2. 〈育児ニーズ提供〉

母親は子育てをするなかで甘味飲料を与えることが必要と判断した場合において、自ら子どもに与える対応をしており、以下の6サブカテゴリーから構成された。

[ヘルスニーズに応じた提供]では、母親は子どもが発熱や下痢、便秘等の体調がよくない場合に、電解質やビタミンを補給するために甘味飲料を与えていた。[屋外での水分目的による提供]では、母親は外出時に簡便

に水分を与えたい場合や、ファーストフード等で食事をする際に飲み物の選択肢が限られている場合において甘味飲料を与えていた。[お祝い目的による提供]では、母親は誕生日等の記念日にお祝いの気持ちを示す手段、および子どもががんばった際のご褒美として甘味飲料を与えていた。[ストロー練習のための提供]では、母親は紙パックジュースを用いて簡単にストローを使う練習をさせるために甘味飲料を与えていた。[おしゃぶり目的による提供]では、母親は外出時に親子以外の人々がいる場面において、子どもにぐずらず静かにしてもらうことを目的に、おしゃぶりを与えるかのように甘味飲料を与えていた。[お返し目的による提供]では、母親は子ども同士で遊んでいる場面において、他の母親が子どもたちに甘味飲料やお菓子等をくれることに対するお礼のために、自分と他の子どもに甘味飲料を与えていた。[同行による第2子以降への早期提供]では、母親は兄姉の行事や習い事に第2子以降を連れて行く必要があるため、兄姉やその友だちと同じように甘味飲料を与えることによって、第2子以降には早期に与えていた。

3. 〈関係重視受け入れ〉

母親は家庭内では父親、家庭外では祖父母、ママ友達、保育園、地域といった子育てにおいて重要な者との関係を円滑にするため、彼らが子どもに与える甘味飲料をやむなく受け入れる対応をしており、以下の5サブカテゴリーから構成された。

[父親による関心引き提供の受け入れ]では、母親は父親が自宅内に甘味飲料を持ち込むことや子どもの前で飲むことによって、子どもが甘味飲料を欲しがり、父親がそれに応じて与えようとする場面において、父親からの提供を受け入れていた。[祖父母による関心引き提供の受け入れ]では、母親は祖父母に子どもの面倒を看てもらっているという遠慮から、祖父母が子どもを喜ばせ、関心を引くことを目的に提供する甘味飲料の提供を受け入れていた。[保育園による補食時提供の受け入れ]では、母親は保育園が補食を理由に提供する甘味飲料を仕方がないとあきらめ、受け入れていた。[母友による提供の受け入れ]では、母親は子どもの友達と家族ぐるみで遊ぶ場面において、ママ友達が提供する甘味飲料を受け入れていた。[地域交流の場における提供の受け入れ]では、母親は地域行事に参加している際、子ども全員に提供され、その場で多くの子どもが飲む甘味飲料を受け入れていた。

IV. 考 察

1. 乳幼児の甘味飲料に対する母親の対応

本研究の結果、わが子の甘味飲料に対する母親の対応は、〈厳格制限〉による制限と〈育児ニーズ提供〉による自らの提供、〈関係重視受け入れ〉による第三者からの提供の受け入れという3つを、そのときどきの状況に応じて使い分ける【トリプルスタンダード対応】であることが明らかになった。本結果は、乳幼児期のわが子にできるだけ甘味飲料を与えたくないと考えている母親が、状況に応じて対応を選択している実態を示している。

〈厳格制限〉は、この時期の甘味飲料の摂取が習慣化につながる恐れを認識している、保健医療専門職の母親特有の対応と考えられる。母親はときには甘味飲料を自ら与え、他者が与えることを許していた。しかし、〈厳格制限〉を用いる強硬な姿勢によって、甘味飲料は「特別なときに飲むもの」という子どもの認識につながると推測される。

母親は、甘味飲料に含まれている砂糖や果汁という質と、飲ませてもよい量を定める[量と質にもとづく管理]、家庭内で飲み物のルールを決める[家庭内ルールの設定]により甘味飲料を制限していた。加納らは、幼児のテレビ・ビデオ視聴の時間量や時間帯等のルールを設定している家庭では、そうでない家庭と比較し、視聴時間が有意に短いことを報告している¹²⁾。そのため、家庭でルールを設定することは、甘味飲料の制限にも効果的と考えられる。また、先行研究では、健康的な生活習慣である野菜と果物における幼児の習慣的な摂取は、すぐに食べられる状態にしておく、つまりそれらへのアクセスと関連していることを示している¹³⁾。母親が子どもから甘味飲料を遠ざける[アクセスの制限]も有効な手段といえる。

〈育児ニーズ提供〉は、母親が必要を感じた場合に自ら甘味飲料を与えるものであった。これは、母親が子どものニーズを判断して与える場合と母親側にニーズがある場合に分けられた。母親が子どものニーズを判断して与えるものは、子どもの発熱等の必要時に飲ませられるように備える[ヘルスニーズに応じた提供]、および社会性を育み、子ども同士の円滑な関係づくりのための[お返し目的による提供]があった。一方、母親側にニーズがあるものは[おしゃぶり目的による提供]と[同行による第2子以降への早期提供][屋外での水分目的による提供][ストロー練習のための提供][お祝い目的に

よる提供]があった。

[おしゃぶり目的による提供]は、その場の雰囲気に合わせて、子どもに静かにしてもらうために甘味飲料を与えるものであり、子どもに社会的行動や親の意図どおりの行動をとるよう働きかける養育行動のひとつである統制ととらえられる。大西らは、3歳児の養育に統制が必要な場面において、母親がスマートフォンを使用している実態を示しており¹⁴⁾、本結果は甘味飲料も統制の手段に用いられている可能性を示した。中高年女性を対象に現代の子育てに対する違和感を調査した結果では、親子を取り巻く環境として、社会が子どもに厳しい目を向けるようになったことが挙げられている¹⁵⁾。このような現状は、専門的知識を有し、甘味飲料を与えたくない母親にとっても負担であるため、甘味飲料を使用せざるを得ない可能性がある。

また、[同行による第2子以降への早期提供]は、兄弟の活動範囲の広がりに伴い、幼い第2子以降も外出の機会が増え、兄弟やその友だちと同じように母親が甘味飲料を与えるものであった。その結果、第2子以降は兄弟と比較して甘味飲料の摂取開始時期が早く、回数も多くなることが推測された。このことは、家庭外で過ごす時間が増えるにつれ、母親は〈厳格制限〉を選択できず、子どもの甘味飲料の摂取が増えることを示唆している。

〈関係重視受け入れ〉は、母親が関係のある他者から子どもに与えられる甘味飲料を、関係を損なうことによって育児に影響することを恐れ、受け入れるものであった。本結果は一般の人々にとって甘味飲料は身近であり、子どもに喜ばれるアイテムとして認識されていることを示唆している。また、育児のパートナーである父親が、母親が設定した甘味飲料に関するルールを無視し、子どもに与えている実態が明らかになった。この要因として、父親は甘味飲料が健康に影響をおよぼす知識の少なさだけではなく、母親より父親の方が炭酸飲料等の甘味飲料を好むことが考えられる。今後、親世代の甘味飲料の摂取量や頻度の実態を明らかにする必要がある。

保育園や祖父母は、仕事をしている母親にとって子どものお世話をお願いするという点、ママ友達や地域関係者は家族や子ども同士のつきあいという点から、母親にとって重要な存在といえる。母親の孤独感に関する研究では、乳児をもつ母親はママ友達・友人と直接会う機会および実父母とママ友達・友人からのソーシャルサポートが¹⁶⁾、1歳6か月児をもつ母親はソーシャルネットワークの育児仲間¹⁷⁾が孤独感と関連していることを示した。

つまり、母親は彼らとの関係を損なうことにより、子育てをひとりで抱えるという孤独感につながりやすいため、自身の甘味飲料に対する方針を言い出しにくいと推察される。

2. 【トリプルスタンダード対応】に至る背景

【トリプルスタンダード対応】という結果は、幼少期に健康的な生活習慣を身につける必要を理解している保健医療専門職である母親であっても、状況によっては甘味飲料を与えることが有用と感じていることを示している。健康行動論のひとつであるヘルスビリーフモデルでは、健康行動を実践するためにはその行動の利益を認識するとともに、行動に対する障壁を下げる必要性を指摘している¹⁸⁾。

本研究の結果をヘルスビリーフモデルにもとづいて考えると、母親は子どもとの二者関係の場面においては、甘味飲料を与えないことによる健康面の利益を認識し、与えないよう行動していた。しかし、甘味飲料を与えないことによる育児面での支障や、周囲との関係が損なわれるという障壁を認識した場合には、甘味飲料を与えるという選択をしていた。たとえば、〈育児ニーズ提供〉の〔お返し目的による提供〕と〔同行による第2子以降への早期提供〕、〈関係重視受け入れ〉は甘味飲料を与えないことによる健康面の利益よりも、与えないことによる障壁が大きい結果といえる。

先行研究では、幼児の甘味飲料の摂取は、過体重や肥満のリスクを高めることが報告されている¹⁹⁾。しかし、甘味飲料を乳幼児期に数回与えることが、すぐに健康には影響するとは限らず、保健医療専門職である母親にとっては、将来の利益より目の前の障壁が上回ると推察される。そのため、母親は制限だけではなく、状況に応じた対応を選択していると考えられる。

本結果は、甘味飲料に関する知識をあまりもたない母親に知識を提供するだけでは、保健医療専門職の母親と同様に家庭外では制限できないため、有効ではないことを示唆している。育児や周囲との関係性という障壁を低くするため、乳幼児期の甘味飲料の習慣的な摂取が、健康に影響するという知識をあらゆる世代に普及することによって、安易に与えない社会規範をつくる必要がある。また、甘味飲料が乳幼児の目にふれない環境を整備することが重要と考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、選定条件に合う者が少ないため、乳幼児期だけでなく、学童期の子どもがいる保健医療専門職者を研究参加者に含めたことである。しかしながら、本結果は甘味飲料の習慣化の予防に向け、あらゆる世代への支援や環境整備の必要性を示した。今後は、乳幼児の甘味飲料の摂取状況が成長に応じてどのように変化するのかというわが国の実態やそのプロセスを明らかにすることによって、これらの課題を具体化し、より効果的な支援方法を明確にする必要がある。

V. 結 語

本研究の目的は、甘味飲料が健康に影響をおよぼす一定の知識をもつ母親がどのような考え方にもとづき、乳幼児期の子どもに甘味飲料を与えるのかという母親の対応を明らかにすることである。研究参加者は保健医療専門職であり、小学生以下の子どもをもつ女性とした。データ収集方法はFGDであり、3グループに実施した。その結果、母親の対応は、主に母親と子どものみが自宅にいる場合には厳しく甘味飲料を制限する（厳格制限）と、母親がその必要性を感じた場合に自ら与える（育児ニーズ提供）、父親と祖父母、その他第三者が子どもに甘味飲料を提供することをやむなく受け入れる（関係重視受け入れ）の3つがあり、母親はそのときどきの状況に応じて子どもへの対応を変える【トリプルスタンダード対応】であった。

本結果は、乳幼児期の自分の子どもにできるだけ甘味飲料を与えたくないと考えている母親が、状況に応じた対応を選択している実態を示している。そのため、乳幼児期の甘味飲料の習慣化予防に向けて、母親への支援だけでなく、安易に与えない社会規範をつくることが重要と考えられる。

【謝辞】

本調査にご協力いただきました保健医療専門職の皆様には深謝いたします。本研究はJSPS科研費 JP24792554の助成を受けたものです。本研究に関し、著者全員に開示すべき利益相反はない。

【文献】

- 1) 厚生労働省：平成25年国民健康・栄養調査結果の概要。
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h25-houkoku-03.pdf> (2019年9月25日)。

- 2) 榊原千佐子・古澤洋子：育児中の母親の健康生活習慣に関する研究。日本地域看護学会誌, 5(1)：65-69, 2002.
- 3) 藤井千恵・榊原久孝：児童生徒と両親の生活習慣病危険因子の相関に関する研究。厚生指標, 57(15)：1-10, 2010.
- 4) Malik VS, Schulze MB, Hu FB：Intake of Sugar-sweetened Beverages and Weight Gain；A Systematic Review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 84(2)：274-288, 2006.
- 5) Te Morenga L, Mallard S, Mann J：Dietary Sugars and Body Weight；Systematic Review and Meta-analyses of Randomised Controlled Trials and Cohort Studies. *British Medical Journal*, 346：e7492, 2013.
- 6) 吉池信男：妊産婦および小児における食生活の現状と課題。日本食生活学会誌, 24(4)：211-215, 2014.
- 7) 厚生労働省：平成17年度乳幼児栄養調査結果の概要。
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/06/dl/h0629-1b.pdf> (2019年9月25日)。
- 8) 菅原博子・幸地省子：1歳6か月児と3歳児の飲み物摂取についての比較。小児保健研究, 66(3)：427-434, 2007.
- 9) 大谷 尚：SCAT；Steps for Coding and Therization；明示的手続きで着しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法。感性工学, 10(3)：155-160, 2011.
- 10) 増永悦子・大谷 尚：がん患者遺族ボランティアによる語りの分析；緩和ケア病棟でボランティアをする意味の解明。Palliative Care Research, 8(2)：351-360, 2013.
- 11) 田中美帆・岡本玲子・小出恵子：保健師学生が日常生活実践中に記述したリフレクシオンの概念化；リフレクティブスキルの質評価に向けて。日本地域看護学会誌, 20(1)：22-30, 2017.
- 12) 加納亜紀・高橋香代・片岡直樹他：幼児期のテレビ・ビデオ視聴と養育環境の関連。小児保健研究, 68(5)：549-558, 2009.
- 13) Wyse R, Campbell E, Nathan N, et al.：Associations between Characteristics of the Home Food Environment and Fruit and Vegetable Intake in Preschool Children；a Cross-sectional Study. *BMC Public Health*, 11：938, 2011.
- 14) 大西竜太・平野美代子・佐伯和子：3歳児の養育における統制場面でのスマートフォン使用に関する母親の認識。日本公衆衛生看護学会誌, 6(3)：240-248, 2017.
- 15) 寺本妙子・柴原宣幸：中高年女性による地域子育て支援に関する調査研究；現在の子育てに対する違和感について。日本橋学館大学紀要, 14：61-73, 2015.
- 16) 馬場千恵・村山洋史・田口敦子他：乳児を持つ母親の孤独感と社会との関連について；家族や友達とのソーシャルネットワークとソーシャルサポート。日本公衆衛生雑誌, 60(12)：727-737, 2013.
- 17) 佐藤美樹・田高悦子・有本 梓：都市部在住の乳幼児を持

- つ母親の孤独感に関連する要因；乳幼児の年齢集団別の検討. 日本公衆衛生雑誌, 61 (3) : 121-129, 2014.
- 18) Irwin MR, Victor JS, Marshall HB : Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15 (2) : 175-183, 1988.
- 19) Quah PL, Kleijweg J, Chang YY, et al. : Associations of Sugar Sweetened Beverage Intake at Ages 18 Months and 5 Years with Adiposity Outcomes at Age 6 Years : The Singapore GUSTO Mother-offspring Cohort. *British Journal of Nutrition*, 1-25, 2019.

■ Original Article ■

Health Professional Mothers' Responses to Children's Consumption of Sugar-sweetened Beverages

Keiko Koide¹⁾, Reiko Okamoto²⁾, Mari Okada³⁾

1) Faculty of Nursing, Shitennoji University

2) Osaka University Graduate School of Medicine

3) Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences

Purpose: The purpose of this study is to provide insights into how mothers who are also health professionals respond to infant children with regard to giving them their favorite sugar-sweetened beverages, and the basis of their decision-making.

Method: The participants in the study comprised health professionals who work as public nurses for municipalities and have children of elementary school age or younger. Participants were divided into three groups in which focus group discussions were facilitated to learn about their thinking regarding giving children sugar-sweetened beverages; the data were analyzed using the Steps for Coding and Theorization (SCAT) method.

Results: The circumstances included varied factors such as location, who was present, and the child's current condition. Mothers approached drink preferences with three different options: "strict restriction," "providing childcare needs," and "acceptance in consideration of relatives." Their responses to providing a favorite beverage followed a "triple standard response" that changed according to the situation while taking into account these three options.

Discussion: These results show the actual situation of mothers who wish their children to have as few sugar-sweetened beverages as possible during infancy when selecting the response appropriate to their situation. In the future, it is necessary to identify effective support methods to inhibit habituation to sugar-sweetened beverages by infants.

Key words : mother, children under elementary school age, sugar sweetened beverage, responses, health professional, public health nurse

市町村保健師の職業的アイデンティティの 形成プロセスと影響要因

——複線径路等至性モデリング (TEM) による4類型からみた特徴——

小路 浩子

抄 録

目的：複線径路等至性モデリング (Trajectory Equifinality Modeling ; TEM) を用いて，市町村保健師の職業的アイデンティティ (以下，職業的ID) の形成プロセスと影響要因を明らかとする。

方法：A県内の市町村に勤務する保健師19人を対象に，半構成的面接を1人につき2回実施し，TEMの分析手法を用いて質的記述的に分析した。

結果：保健師の職業経験のプロセスを「保健師の選択動機」「ロールモデルとの出会い」「個から集団・地域へと地区活動を発展させる」に焦点を当て，径路の類似点・相違点を比較検討した結果，Ⅰ型：積極的選択活動発展型，Ⅱ型：積極的選択組織忠実型，Ⅲ型：消極的選択活動発展型，Ⅳ型：消極的選択日常業務埋没型の4タイプに類型化された。Ⅰ型，Ⅲ型はロールモデルと出会い，個から集団・地域へと地区活動を発展させた経験が転換点となり，職業的IDを認識していた。Ⅱ型は新たな制度構築という役割の遂行を経て職業的IDを認識していた。Ⅳ型は日常業務に追われ，地区活動の経験が乏しく，職業的IDの揺らぎを感じていた。

考察：類型化により，個から集団・地域へと地区活動を発展させる経験が職業的IDに影響すること，地区活動を発展させる経験にはロールモデルの存在が影響することが示唆された。市町村保健師の職業的IDの形成プロセスの特徴として，事務職との有機的な関係性を構築しながら，保健師としてだけでなく行政職としての意識も同時に成長させていたことが明らかとなった。

【キーワード】市町村保健師，職業的アイデンティティ，複線径路等至性モデリング

日本地域看護学会誌，23 (2) : 12-20, 2020

I. 緒 言

市町村保健師は地域保健関連の法制度の変化とともに増員され，活動領域は多岐に渡っている。業務の多様化と拡大は保健師の職業的アイデンティティ (以下，職業的ID) の拡散を生み¹⁾，市町村保健師の職業的IDの形成は地域保健福祉施策に直結する重要な課題となっている。職業的IDは保健師活動の能力の基盤をなすものであり²⁾，人材育成の鍵ともいえる。しかしながら，保健

師の職業的IDに関連する研究^{3, 4)}は保健所保健師と市町村保健師が混在し，市町村保健師の職業的IDの特徴をとらえた研究は少ない。Iwasakiら⁵⁾は市町村保健師が認識している職業的IDの構造を示したが，市町村保健師がどのように職業的IDを形成してきたのかを明らかとした研究は見あたらない。住民に直結する事務業務を担う市町村の構成要員はそのほとんどが一般事務職 (以下，事務職) である⁶⁾。医師等の保健医療専門職が配置されている保健所と比べ，事務職が大多数を占める環境下で少数専門職として働く市町村保健師には保健所保健師とは異なる職業的IDの形成プロセスがあると考えられる。市町村保健師の職業的IDの形成を考えるうえで，

そのプロセスを明らかにし、職業的IDの形成に影響を与えた要因を明らかとすることが必要である。

McAdams⁷⁾は、アイデンティティは人間の行動と経験の中に内在するとし、個々の人生経験を丹念に辿ることによりその発達モデルを示した。グレッグ⁸⁾は、看護師の職業的IDは周囲の環境、自己の学びなどが関連し合い、発達するとしている。保健師の職業的IDも同様に、個人の資質や経験、社会的・文化的な背景や環境が互いに関連しながら獲得されていくものであり、その職業人生のプロセスを辿ることにより、そこに内在する職業的IDを明らかとすることができると考える。そこで、職業経験の多様なプロセスを辿り、それを分析する手法として、時間を捨象せず、個人の変容を社会との関係でとらえ記述しようとする複線径路等至性モデリング (Trajectory Equifinality Modeling; 以下、TEM)⁹⁾を用いることが有効であると考えた。TEMは個人が多様な径路を辿ったとしても等しく到達する地点 (等至点 Equifinality Point; EFP) があるという概念を発達の・文化的に組み込み、径路と選択に焦点を当てて、人の発達や人生径路の多様性・複線性の時間的変容をとらえる文化心理学の方法論である⁹⁾。さらに、多様な経験を「同一でないが似ている経験」として類型化することにより径路の特徴やその事象の背後に潜む関係性を見いだすことができ⁹⁾、職業的IDの形成に影響を与えた要因を明らかにすることができる。

本研究の目的は、TEMを用いて市町村保健師の職業経験の径路の多様性をとらえ、径路に影響を与えた要因を探究することにより、そこに内在する職業的IDの形成プロセスと影響要因を明らかとすることである。これにより、市町村保健師の実践能力向上につながる人材育成プログラムの開発に活用することができると考える。

II. 用語の定義

根岸ら⁴⁾の定義を参考として、本研究では保健師の職業的IDを「自らの思考、行動に結びつく、常に保健師であるという職業に対する意識であり、職業・人生経験をとおして周囲の環境との相互作用のなかで日々変化しながら培われるもの」と定義する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

TEMの分析手法を用いた質的記述的研究である。TEMは研究を具体的に行うために用意された概念ツールを用いて、個人の経験を記述する⁹⁾。概念ツールは、個人の経験や内的状態、個人に対する周囲からの力、時間の流れ等を表し、社会と個人との関係を可視化するために用いられる⁹⁾。本研究で用いた概念ツールおよび意味は表1のとおりである。

2. 研究協力者

研究協力者 (以下、協力者) は、A県内の市町村 (政令市、中核市を除く) に勤務する入職11年以上の保健師とし、県の市町村保健師を統括する協議会の会長から紹介を受けた。佐伯ら¹⁰⁾により、事業化や施策化への参画能力が高まるのは11年目以上の後期中堅期とされることから、多様な経験を聴き取ることができると考えた。地域を限定した理由としては、制度や施策の大きな違いや地理的条件の差異は協力者の同質性を損なう可能性が高くなると考えた。A県は市街化された地域が多く地理的環境の差異が少ないことと老人保健法施行以前の保健師活動の蓄積が乏しかった特有の背景がある。A県は市町村の保健師配置が遅く、老人保健法施行により初めて保健師を採用した自治体が約半数を占め¹¹⁾、彼らは身近に見習う者もいないなかで模索しながらの活動を余儀なくされた。このような経験からの豊かな語りを得ることができると考えた。

3. データ収集

2014年7月～2015年6月において、半構成的面接を1人につき2回実施した。1回目の面接では、保健師になる前から現在までの経験を聴き取り、語りを時系列に整理した活動年表を作成した。2回目の面接ではその年表に沿って、特に印象に残っている出来事やそのときの気持ち、周囲との関係、職業に対する意識についてさらに深く聴きとった。語りは協力者の同意を得て録音した。

4. 分析方法

TEMの分析手法に基づき以下の手順で行った。

①音声記録を逐語録化し、職業的IDに関連する語りに焦点を当て、エピソードごとに切片化し、それぞれに内容を端的に示すラベルをつけてカード化し、時間軸に

表1 TEMの概念ツールと意味・本研究での適用

概念ツール	意味	本研究での適用
等至点 (Equifinality Point : EFP)	多様な経路がいったん収束した状態で経験や認識を表す。研究者の研究目的として設定されるほか、分析によって検出された事象としても設定される	研究目的である職業的IDの形成に基づき、多様な経路が職業的IDの形成という形で収束すると考え「職業的IDを形成している状態」とした
両極化した等至点 (Polarized EFP : P-EFP)	研究者が設定した等至点の補集合的な事象であり、等至点と対極の意味をもつ。P-EFPの設定によりデータの飽和とみなされる	等至点とは対極の意味をもつ状態として「職業的IDが插らいている状態」とした
分岐点 (Bifurcation Point : BFP)	経路が複数に分かれるような経験や判断を表す。選択を促したもの (SG)、あるいは妨害したもの (SD) をとらえながら、選択が等至点とどのように関連しているのかを分析する	等至点との関連をとらえるため、職業的IDの形成に関連すると考えられた経験 (自信向上やキャリア形成のきっかけとなった経験、等) が分岐する地点とした
必須通過点 (Obligatory Passage Point : OPP)	制度や通例に従い、通常、ほとんどの人が経験すること	市町村保健師であれば、多くが経験せざるを得ない事象 (人事異動や昇進等) とした
社会的方向づけ (Social Direction : SD)	等至点に近づくことを妨害する力	職業的IDの插らぎを生じさせる経験、認識、周囲の環境や時代背景等とした
社会的ガイド (Social Guidance : SG)	等至点に近づくことをサポートする力	職業的IDの形成を促す経験、認識、周囲の環境や時代背景等とした
非可逆的時間	決して後戻りしない持続的かつ生きられた時間を表象するもの	保健師になる前から現在までの時間とした

安田ら⁹⁾の解説をもとに作成

沿って時系列に並べ替え、概念ツール (表1) を用いて経験の経路を可視化した図 (以下、TEM図) を1事例ずつ作成した。②市町村保健師の職業的IDの形成プロセスの特徴を見いだすために、19例のTEM図の類似点、相違点を比較検討し、経験は異なるが共通の意味を有し、かつ職業的IDの形成に関連していると考えられた地点を、等至点 (以下、EFP)、分岐点 (以下、BFP)、必須通過点 (以下、OPP) として焦点化し、経路を4つに類型化したTEM図を作成した (図1)。③類型化したTEM図について、組織の体制や人間関係、時代背景といった社会的要因としての社会的方向づけ (以下、SD) あるいは社会的ガイド (以下、SG)、個人の感情や経験としてのSDあるいはSGがOPP、BFP、EFPにどのように作用しているのか、またOPP、BFP、EFPがどのようなSDあるいはSGにつながっているのかを丹念に辿り、協力者の経験と社会的要因を関連づけながら職業的IDの形成プロセスと影響要因を分析した。

5. 倫理的配慮

研究は、大阪府立大学看護学研究倫理委員会で承認を得て実施した (承認年月日: 2014年6月26日、承認番号: 26-23)。協力者および所属長に「研究協力依頼書」を事前に郵送した後、研究要旨、個人情報保護および人権擁護に関する説明を口頭と書面で説明し、同意書への署名をもって承諾を得た。

IV. 研究結果

1. 研究協力者の属性

A県内の16の市町村に勤務する保健師19人ですべて女性であった (C1~C19)。11人は管理職業務の専任、8人は管理職と保健師の実務を兼務していた。経験年数の平均は 27.2 ± 3.4 年、平均年齢は 51.4 ± 3.9 歳で全員がベテラン期に属していた。15人が老人保健法施行時または施行後3年以内に採用されており、このうち2人は自治体初の採用であった。老人保健法施行以前のA県では保健所が主として地域活動を担っており、市町村での保健師に対する認知は低かった。彼らの活動時期は介護保険法や地域保健法の施行等、法制度の変遷と重なっていた。

2. 市町村保健師の経験の経路と類型化による特徴

TEM図 (図1) について、経路の時期区分と各地点の焦点化の根拠、選択岐路による類型化より導き出された4つの経路の特徴と各地点との関連について記述する。TEM図において示されている用語や文言については < > で示し、行動や経験における保健師の認識や思いを象徴する語りを [] で示す。

1) TEM図における時期区分と各地点の焦点化の根拠
保健師という職業に対する意識やキャリア形成の状態により、経路は4期に区分された。第1期は職業選択時

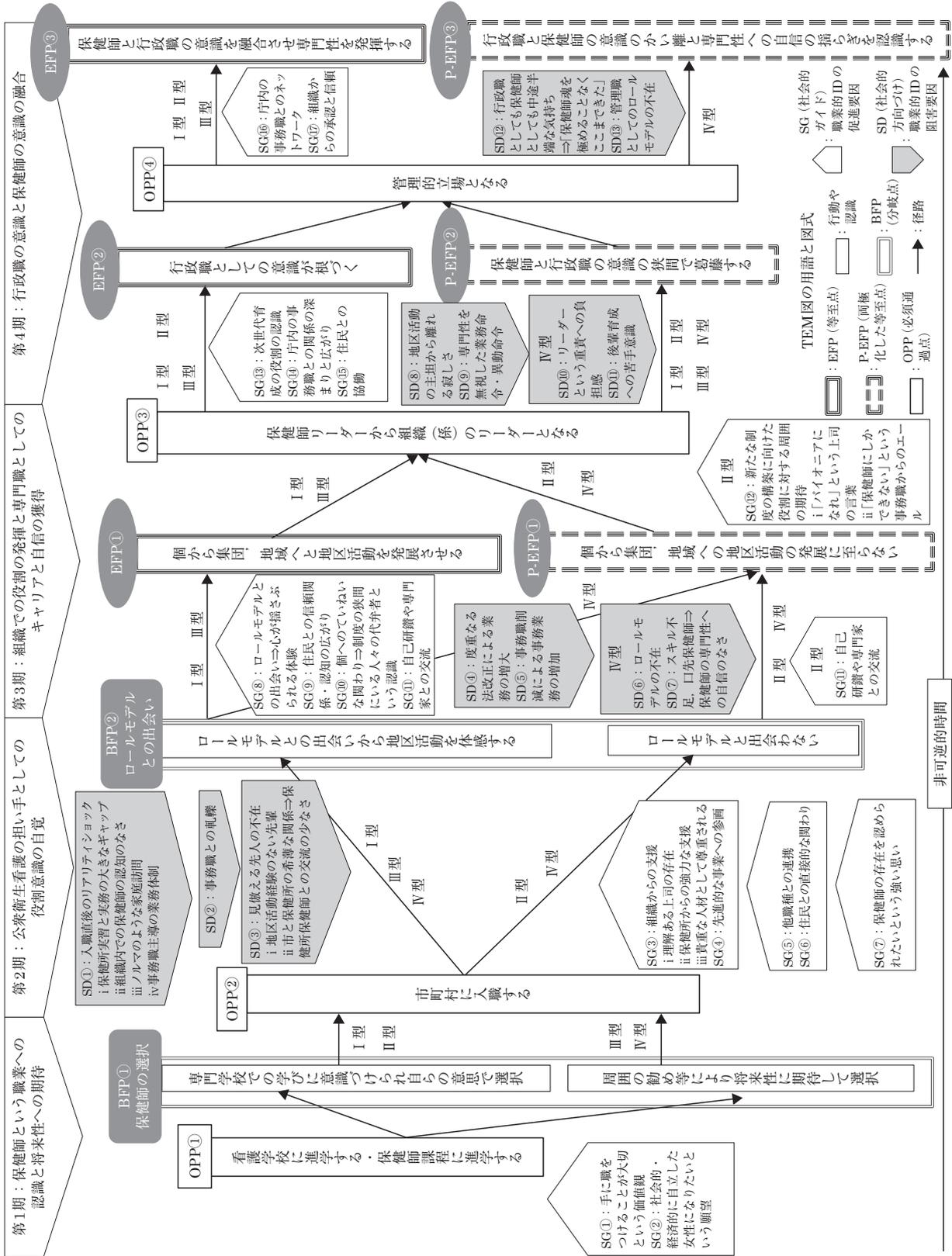


図1 19人の保健師の経路を類型化したTEM図

表2 選択岐路による類型

		事象の状態：EFP③またはP-EFP③	
		あり：職業的ID形成 ^{d)}	なし：職業的IDの揺らぎ ^{e)}
選択：BFP① ^{a)}	する：積極的に選択する ^{b)}	【1】：C1, C3, C5, C8, C9, C10, C12, C15, C19	【2】：該当者なし
	しない：積極的に選択しない ^{c)}	【3】：C4, C6, C7, C11, C13, C14	【4】：C2, C16, C17, C18

出典) 安田裕子・サトウタツヤ：TEMでわかる人生の径路：質的研究の新展開。42, 誠信書房, 東京, 2012, 表1-2を改変

a) 保健師の選択, b) 専門学校での学びに意識づけられ自らの意思で選択, c) 周囲の勧め等により将来性に期待して選択, d) 保健師と行政職の意識を融合させ専門性を発揮する, e) 保健師と行政職の意識のかい離と専門性への自信の揺らぎを認識する, BFP：分岐点, EFP：等至点, P-EFP：両極化した等至点

の背景や認識が示されていたことから「保健師という職業への認識と将来性への期待」と命名した。保健師選択理由が自らの意思と他者の勧めに分岐したことから「保健師の選択」を最初のBFPとした。

第2期は行政組織での戸惑いと事務職との関係に悩みながらも、保健師としての役割意識に目覚めていく時期として「公衆衛生看護の担い手としての役割意識の自覚」と命名した。そして、ロールモデルとの出会いの有無により「ロールモデルとの出会い」を2つ目のBFPとした。

第3期は、リーダーへと成長し、専門職としての自信とキャリアを獲得した時期として「組織での役割の発揮と専門職としてのキャリアと自信の獲得」と命名した。さまざまな経験が収束し保健師として一定の自信が形成された地点として「個から集団、地域へと地区活動を発展させる」経験を最初のEFPとした。一方で、P-EFPとして「個から集団、地域への地区活動の発展に至らない」が設定された。

第4期は多様な役割を担うことにより、行政職である意識が高まり、やがては保健師と行政職の意識が融合し、アイデンティティの保持に至っていたことから「行政職の意識と保健師の意識の融合」と命名した。また、保健師としての役割意識に加え、行政職としての意識が高まった地点として「行政職としての意識が根づく」を2番目のEFPとした。「管理的立場となる」ことは、在職年数上からも避けられない地点であったことから4番目のOPPとした。そして「保健師と行政職の意識を融合させ専門性を発揮する」を職業的IDが形成されている状態ととらえ、最終のEFPとした。一方で、管理的立場を受け入れがたく、保健師としても達成感が得られていない「行政職と保健師の意識のかい離と専門性への自信の揺らぎを認識する」というP-EFPが設定された。

2) 市町村保健師の経験のプロセスと類型化による特徴

(1) 経験の径路の類型化

BFP①を起点として協力者がどのような径路を辿っ

てEFP③(P-EFP③)へと至っていたのかを分類づけるため、19人の径路を類型化した。類型化の手順は次のとおりである。選択を「する」「しない」という2つの径路は、等至点となる状態に「あり」「なし」という2つの状態につながっており、その組合せは4通りとなる。まず、BFP①「保健師の選択」が、自らの意思で選択したか、あるいは他者からの勧めで選択したか、つまり、「積極的な意思のもとに選択したかしないか」で分類した。そのうえで、EFP③「保健師と行政職の意識を融合させ専門性を発揮する」状態なのか、あるいはP-EFP③「行政職と保健師の意識のかい離と専門性への自信の揺らぎを認識する」状態なのか、つまり、「職業的IDが形成されているか揺らいでいるか」でまとめた結果、3つの類型が導き出された(表2)。

この3類型に属する協力者がそれぞれどのようにBFP①からEFP③(P-EFP③)に至っていたのかを、個々に辿っていった結果、表2において【1】に該当する者の径路はBFP②で分岐し、【3】は全員が同じ径路を辿り、【4】はロールモデルの有無で分岐したが、径路に大きな差異はなく、結果的に4通りの径路が導き出された(表3)。それぞれの径路の特徴を表す言葉を用いて、I型を「積極的選択活動発展型」、II型を「積極的選択組織忠実型」、III型を「消極的選択活動発展型」、IV型を「消極的選択日常業務埋没型」と命名した。

(2) 市町村保健師の経験のプロセスと類型による特徴

最初のOPPである「看護学校に進学する・保健師課程に進学する」という選択は「SG①：手に職をつけることが大切という価値観」「SG②：社会的・経済的に自立した女性になりたいという願望」に動機づけされていた。入職後は、保健所実習とは異なる市町村の業務や組織内での認知のなさから、ほぼ全員が「SD①：入職直後のリアリティショック」を経験し、「自分たちは健診のために雇われた兵隊のようだ(C14)」と、保健師の専門性が理解されていないことへの憤りが語られた。また「保健師は専門職というけれど、事務も事務の専門だ

表3 職業的ID形成プロセスの4類型

類型	径路の特徴	該当者
I型：積極的選択活動発展型	専門学校学びから意識づけられ自ら保健師を選択 (BFP①) ⇒ ロールモデルを得る (BFP②) ⇒ 個から集団・地域へと広がる地区活動を発展 (EFP①) ⇒ 保健師と行政職の意識を融合させ専門性を発揮する (EFP③)	C3, C8, C9, C12, C15, C19
II型：積極的選択組織忠実型	専門学校学びから意識づけられ保健師を選択 (BFP①) ⇒ ロールモデルを得ず (BFP②) ⇒ 個から集団・地域へと広がる地区活動の発展には至らない (P-EFP①) ⇒ 組織から求められた役割を忠実に遂行し保健師と行政職の意識を融合させ専門性を発揮する (EFP③)	C1, C5, C10
III型：消極的選択活動発展型	周囲の勧め・将来性への期待から保健師を選択 (BFP①) ⇒ ロールモデルを得る (BFP②) ⇒ 個から集団・地域へと地区活動を発展 (P-EFP①) ⇒ 保健師と行政職の意識を融合させ専門性を発揮する (P-EFP③)	C4, C6, C7, C11, C13, C14
IV型：消極的選択日常業務埋没型	周囲の勧め・将来性への期待から保健師を選択 (BFP①) ⇒ ロールモデルの有無 (BFP②) には関わらず、日常業務をこなしていくことに追われるなか保健師の地区活動が埋没し、個から集団・地域への地区活動の発展には至らない (P-EFP①) ⇒ 行政職と保健師の意識の乖離と専門性への自信の揺らぎを認識する (P-EFP③)	C16, C18 (ロールモデルあり) C2, C17 (ロールモデルなし)

BFP：分岐点、EFP：等至点、P-EFP：両極化した等至点

から (C8)] といった言葉にみられる<SD②：事務職との軋轢>や<SD③：見倣える先人の不在>が保健師としての存在意義の認識を困難にさせていた。また<OPP③：保健師リーダーから組織 (係) のリーダーとなる>から<OPP④：管理的立場となる>までの径路では<SD⑧：地区活動の主坦から離れる寂しさ>や<SD⑨：専門性を無視した業務命令・異動命令>より〔これまでやってきたことを否定されたような絶望感 (C9)〕に襲われるなど<P-EFP②：保健師と行政職の意識の狭間で葛藤する>状態を経験していた。以上は類型を問わず、全員が辿っていた径路である。各類型の特徴を以下に示す。

① I型：積極的選択活動発展型；I型は〔自分にピタッとくる感覚 (C15)〕を覚えるという適性感、〔保健師は住民から信頼される職業である (C3)〕といった肯定感を強く感じることで、積極的な意識化で保健師を選択していた。事務職との軋轢を経験するが、〔専門性とは自分でいうものではなく、まわりが認めるもの (C8)〕という気づきを経て<SG⑦：保健師の存在を認められたいという強い思い>へと昇華される。そして同じ地区を受け持つ保健所保健師と活動を共にし、〔教科書に書いてあるような、こんな活動ができるんだ (C3)〕と感動し、保健所保健師をロールモデルとして個別支援を積み重ね、<EFP①：個から集団、地域へと地区活動を発展させる>。リーダーとなり、<SG⑭：庁内の事務職との関係の深まりと広がり>を得て<EFP②：行政職としての意識が根付く>に至る。そして住民の生活を知る行政職として<SG⑯：庁内の事務職とのネッ

トワーク><SG⑰：組織からの承認と信頼>に支えられ<EFP③：保健師と行政職の意識を融合させ専門性を発揮する>に至っていた。

② II型：積極的選択組織忠実型；II型は、看護学校での慢性疾患患者との出会いや多様な人々を対象とする保健師の仕事に魅力を感じ、積極的な意識化のもとに保健師を選択していた。ロールモデルとの出会いはないが、<SG④：先進的な事業への参画>のなかで<SG⑪：自己研鑽や専門家との交流>の機会を得る。<SD④：度重なる法改正による業務の増大><SD⑤：事務職削減による事務業務の増加>が地区に出かける機会を減少させ、<P-EFP①：個から集団、地域への地区活動の発展に至らない>。その後、制度の創設に伴い人事異動を経験し、〔パイオニアになれ (C5)〕という保健師上司や〔保健師にしかできない仕事だから (C1)〕という事務職の言葉に背中を押されるように<SG⑫：新たな制度の構築に向けた役割に対する周囲の期待>に応えるべく、業務を遂行し、<EFP③>に至る。

③ III型：消極的選択活動発展型；III型は<BFP①：周囲の勧め等により将来性に期待して選択>するという、I型・II型と比べ消極的な意識下で保健師を選択していた。保健所保健師や同僚と地区活動を共にするなかで〔目から鱗 (C13)〕の体験や〔まさに点を線にし、面へと広げる地区活動 (C6)〕を目の当たりにし、自らもその活動を働きたいと思うようになる。I型と同様に個別支援を積み重ね、<EFP①：個から集団、地域へと地区活動を発展させる>。リーダーとなるなかで<SG⑬：次世代育成の役割の認識>や<SG⑭：庁内の事務

職との関係の深まりと広がり>に支えられ<EFP②：行政職としての意識が根づく>。そして、<SG⑦：組織からの承認と信頼>を自覚することで、管理職としての明確な役割意識をもち、保健師と行政職の複眼的視点を生かしながら、<EFP③>に至っていた。

④Ⅳ型：消極的選択日常業務埋没型；Ⅳ型は、Ⅲ型と同様に、Ⅰ型・Ⅱ型と比べて消極的な意識下で保健師を選択していた。ロールモデルを得た者もあるが、<SD④><SD⑤>の業務量の増大により日常業務をこなすことに追われ、<P-EFP①：個から集団、地域への地区活動の発展に至らない>ままリーダーとなる。また事務職との関係が浅く、庁内での人脈の薄さが自身の弱みであると自覚していた。<SD⑩：リーダーという重責への負担感><SD⑪：後輩育成への苦手意識>を感じながらも<OPP④：管理的立場となる>が、[現場の保健師との距離感や孤独(C18)]といった存在価値への揺らぎや[保健師魂を極めることなくここまで来てしまったという後悔(C16)] [行政職としても保健師としても中途半端な気持ち(C2)]といった<P-EFP③：行政職と保健師の意識の乖離と専門性への自信の揺らぎを認識する>に至っていた。

V. 考 察

4つの類型化から得られた職業的IDの形成プロセスの特徴と影響要因について考察する。Ⅰ型・Ⅲ型は保健師の選択岐路では分岐したが「ロールモデルとの出会いから地区活動を発展させる経験を経てEFP③に至る」という同じ径路を辿っており、職業的IDの形成にはロールモデルとの出会いと地区活動の発展が関連していることが示唆された。[教科書に書いてあるような、こんな活動ができるんだ]と感動し[目から鱗]の体験で開眼していく、このような心が揺さぶられる経験が原動力となり、地区活動を発展させる実践力へとつながったと考えられる。SmithBattleら^{12, 13)}は、熟練した先輩、同僚がいるコミュニティは新人の認識力を広げ全体像をつかむ力を伸ばすとし、保健師として成長するためにはメンターの存在が重要であると述べている。保健所保健師は、所属は違えども同じフィールドで活動する熟練した先輩として、また頼れるメンターとして存在し、新人期の彼らを地区活動へと導き、後の職業的ID形成にも影響を与えていたことが示唆された。Ⅳ型は、地区活動を体感する経験が得がたかった環境と煩雑な業務の重なりが、

地区活動の発展へと至らない要因となっていたと考えられ、保健師としての自信や達成感が得られないまま管理的立場となり、後輩育成の困難さや管理職の責務を重圧と感じる心理的要因も重なり[保健師としても行政職としても中途半端な]状態を認識するに至ったと推察される。金藤ら¹⁴⁾は、新任保健師は保健師活動の省察の繰り返しにより自信を得て職業的IDを形成するとしている。Ⅳ型が新人期において十分な地区活動の経験を得られなかったことは、その後の職業的IDの形成に影響を与えたことが示唆される。

Ⅱ型は、Ⅰ型やⅢ型とは異なる径路を辿り職業的IDを形成していた。地域保健法の施行による市町村業務の拡大¹⁵⁾や介護保険法の制定等、市町村の福祉施策が拡充されるなかで保健師は福祉部署等に単独で配置されていく。この時代背景が職業的IDの形成に関連していた。彼らはロールモデルとの出会いや地区活動の発展の経験はなかったが、新たな制度構築という組織の要請に忠実に応え、保健師の専門性を生かし、行政職としての責務を果たすことで自信と役割意識を成長させていたと考えられる。

職業的IDの形成プロセスでは、個人の意識が強い入職時、ロールモデルの影響を受けながら成長する新人期、専門職としての自覚が強化される前期中堅期、責務の重みと励みという相反的感觉を抱き職業的IDが揺れる後期中堅期、専門職の中心的存在から管理職への役割変化、という5段階のプロセスが先行研究³⁾において示されている。本研究でも、第1期は入職時、第2期は新人期、第3期は前期中堅期、第4期は後期中堅期から管理職に相当すると考えられ、先の5段階とほぼ同様の経過を辿っていた。さらに先行研究³⁾では言及されていなかった保健師と事務職との関係性や行政職としての成長プロセスが明らかとなった。保健師への認知の低さから、事務職と保健師の間には軋轢が生じ、このことは入職時の職業的IDを揺るがす要因となっていた。しかし、この経験は[専門性とは自分というものではなく、まわりが認めるものだ]という語りにみられるように「自らが専門職として成長することが本来である」ことを気づかせるきっかけとなり、その意識の転換は事務職との関係を変え、組織内での幅広い人脈形成へとつながり、行政職としての意識の形成にもつながっていったと推察される。

以上のことから、市町村保健師の職業的IDの形成にあたっては「個から集団、地域へと地区活動を発展させる経験」と地区活動へと導いた「ロールモデルの存在」

が鍵となることが示唆された。また、市町村保健師には法に則った職務遂行のなかで事務職と有機的な関係性を構築しながら、保健師と行政職の意識を同時に成長させるという独自の職業的IDの形成プロセスがあった。本研究で見いだされた4類型の特徴を踏まえ、職業的IDの形成のために有効な人材育成の方策を検討することが今後の課題である。

【謝辞】

本研究にご協力くださいました市町村保健師のみなさま、関係者の方々に深く感謝申し上げます。また、本研究にあたりご指導いただきました上野昌江先生、大川聡子先生、専門の見地より貴重なご意見・ご助言をいただきました田垣正晋先生、安田裕子先生に心から感謝申し上げます。本研究における利益相反はない。なお、本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

【文献】

- 1) 佐伯和子：保健師の「使命感」を考える。地域保健, 43 (6) : 44-47, 2012.
- 2) 地域保健に従事する人材の計画的育成に関する研究班：「保健師の人材育成計画策定ガイドライン」, 平成27年度厚生労働科学研究費, 2016.
- 3) Okura M, Uza M, Izumi H, et al. : Factors That Affect the Process of Professional Identity Formation in Public Health Nurses. *Open Journal of Nursing*, 3, 8-15, 2013.
- 4) 根岸 薫・麻原きよみ・柳井晴夫：「行政保健師の職業的アイデンティティ尺度」の開発と関連要因の検討。日本公衆衛生雑誌, 57 (1) : 27-38, 2010.
- 5) Iwasaki R, Kageyama M, Nagata S : The Structure of the Perceived Professional Identity of Japanese Public Health Nurses. *Public Health Nurs*, 35 : 220-227, 2018.
- 6) 宇賀克也：地方自治法概説, 第6版。有斐閣, 東京, 2015.
- 7) McAdams DP : The Psychology of Life Stories. *Review of Geeneral Psychology*, 5 (2) : 100-122, 2001.
- 8) グレグ美鈴：看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築。看護研究 : 196-204, 2002.
- 9) 安田裕子・サトウタツヤ：TEMでわかる人生の径路；質的研究の新展開。誠信書房, 東京, 2012.
- 10) 佐伯和子・和泉比佐子・宇座美代子他：行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達；経験年数郡別の比較。日本地域看護学会誌, 7 (1) : 16-22, 2004.
- 11) 大阪府：保健婦・士活動指針21世紀の大阪の保健活動を担う保健婦・士の役割と機能。15, 2000.
- 12) Lee SmithBattle, Margaret Diekemper, Sheila Leander : Getting Your Feet Wet ; Becoming a Public Health Nurse, Part 1. *Public Health Nursing*, 21 (1) : 3-11, 2004.
- 13) Lee SmithBattle, Margaret Diekemper, Sheila Leander: Moving Upstream: Becoming a Public Health Nurse, Part 2. *Public Health Nursing*, 21 (2) : 95-102, 2004.
- 14) 金藤亜希子・中谷久恵・大塚美樹：行政機関に勤務する新任保健師の職業的アイデンティティの構成要素。広島大学保健学ジャーナル, 14, 1-10, 2017.
- 15) 大野絢子・佐藤由美・森 陽子他：地域保健法施行後の業務実態からみた市町村保健師の役割と課題。北関東医学, 50 (2) : 139-150, 2000.

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

■ 研究報告 ■

アクションリサーチによる地区組織基盤の 世代間交流プログラムの開発と評価

有本 梓, 伊藤絵梨子, 白谷佳恵, 田高悦子

抄 録

目的: 地区組織基盤の世代間交流プログラムを開発し, 1年後の高齢者の健康ならびにソーシャルキャピタル(SC)への評価を行い, 今後の地域づくりにおける示唆を得る.

方法: 2015年2月~2018年3月にA市2地区で高齢者ボランティア(参加群)を対象に, 園芸活動を中心とする世代間交流プログラムを実施した. 世代間交流の不足, フレイルの地域の問題解決のために, 住民・地区組織・自治体・大学などがアクションリサーチを展開した. 定量的評価として, 基本属性, 健康指標(握力等), SC(地域コミットメント等)についてベースラインと1年後に測定し, 地域在住高齢者(非参加群)と比較した. 定性的評価として, フォーカスグループディスカッション(FGD)を実施し質的に分析した.

結果: 参加群($n=36$)は 72.6 ± 5.6 歳, 非参加群($n=36$)は 74.7 ± 4.6 歳, 両群ともに男性23人(63.9%)であった. 参加群は非参加群に比べ, 握力の改善傾向がみられた. 非参加群では地域コミットメントが有意に低下したのに対し, 参加群では維持されていた($p < 0.05$). FGDでは, 【子どもたちと関わり合える喜び】【経験の伝承による子どもの育成】【内省による人生の価値づけ】【地域の人とのつながりの拡大】等が抽出された.

考察: 地区組織基盤の世代間交流プログラムにより, 高齢者の健康およびSCに効果をもたらされる可能性が示唆された.

【キーワード】アクションリサーチ, 世代間交流, プログラム開発, 地区組織, 高齢者, 評価

日本地域看護学会誌, 23(2): 21-32, 2020

I. 緒 言

わが国では人口減少の一方で, 高齢化率は上昇を続け, 2036年に33.3%に達すると推計されている¹⁾. 高齢者と子どもの同居率や交流機会は大幅に減少し²⁾, 高齢者の社会的孤立や文化継承能力の低下³⁾, ひいては地域全体の衰退が危惧される. 世代間交流を可能とする新たな居場所の構築や, 地域活動のきっかけづくりが求められている. 自治体では社会的孤立対策として世代間交流の導入を行ってきた. 次世代育成対策の自治体行動計画に

も地域在住高齢者が参画した世代間交流の推進⁴⁾が組み込まれるなど, 施策的にも高齢者の世代間交流への参加による高齢者自身および他世代へ及ぼす影響が期待されている.

世代間交流はアメリカで幅広い社会課題に対応するために開発され, 「高齢者と青少年の間で互いの能力や知識を意図的・継続的に交換し合う社会的媒体」⁵⁾と定義されている. 世代間交流の効果として, 社会的政策的問題に答え, 高齢者および子どもの双方に利益がある⁶⁾とされている. しかし, 成功している世代間交流は希少で⁷⁾, 評価の実施は非常に少ない⁸⁾との指摘がある. 効果的な世代間交流の開発と評価を行うことは喫緊の課題である.

受付日: 2019年6月14日/受理日: 2020年5月13日
Azusa Arimoto, Eriko Ito, Kae Shiratani, Etsuko Tadaka :
横浜市立大学大学院医学研究科

高齢者における世代間交流の効果に関しては、先行研究において、主観的健康感や握力⁹⁾などの身体的健康の向上、人生への満足感⁶⁾、QOLの向上¹⁰⁾、抑うつ^{10, 11)}などの精神的健康の向上^{6, 12)}に加え、ソーシャルキャピタルの向上¹³⁾、高齢者と子どもの世代継承性の増加^{10, 14)}などが報告されている。

しかし、既存の世代間交流にはいくつかの限界がある。まず、主体がいずれも研究機関・大学・施設等であり施設や学校を拠点としており^{6, 8-10, 12-15)}、自治会・町内会などの地縁に基づく住民組織（以下、地区組織）が主体となり地域を拠点に実施される地区組織基盤の世代間交流は見当たらない。また、世代間交流は継続性が重要⁶⁾である一方で、多くは単発的かつ集中的であることが課題とされている^{8, 12)}。加えて、既存の世代間交流の内容は、読み聞かせなど室内活動が主である^{7-10, 12-15)}。さらに、参加者は女性が多く^{7, 9, 10)}、男性の参加が課題として挙げられている¹⁵⁾。地区組織基盤による室外で多世代の幅広い対象が継続的に実施可能な内容の世代間交流が求められる。

室外で多世代が体験可能な活動のひとつに、園芸活動が挙げられる。園芸活動は、植物に関連する諸活動をとおり、身体や心理機能などの維持・回復・生活の質の向上を図ることが可能であり、施設入居高齢者、認知症高齢者、地域在住虚弱高齢者、自立高齢者における効果が報告されている¹⁶⁻²⁵⁾。園芸活動により、身体機能の維持¹⁷⁾、抑うつの軽減¹⁸⁻²²⁾や幸福感の向上^{18, 24)}、認知機能の改善²¹⁾、孤独感の軽減^{2, 21, 24)}、対人交流の促進^{24, 25)}など、身体・心理・社会的側面に効果があるとされている。園芸活動には、種まき、水やり、土起こし、植替えなど、さまざまな活動要素が含まれ、身体的負担が比較的軽い活動から重い活動までであるため、個人の状態に合わせた活動を選ぶことで、さまざまな状態像の者が関わる事が可能である。すなわち、子どもから、自立高齢者だけでなくフレイル高齢者でも参加が可能であることから、世代間交流に適した活動内容である。

地域課題解決に寄与する地区組織基盤での新たな世代間交流の開発と評価が必要である。地区組織基盤の世代間交流を通じた新たな活躍の「場」や「出番」の開発により、地域在住高齢者の健康の維持・向上、ひいては健康寿命の延伸、高齢者と子どもの互恵性の関係をとおしたソーシャルキャピタルの醸成および地域の活性化に寄与できると考える。さらに、保健師による新たな地域づくりおよび地区組織支援を促進できると考えられる。以上

より、本研究は、継続的な園芸活動による地区組織基盤の世代間交流プログラムを開発のうえ実施し、高齢者の健康ならびにソーシャルキャピタル (SC) への有効性を評価し、今後の地域づくりにおける示唆を得ることを目的とする。

II. 方 法

1. 研究参加者

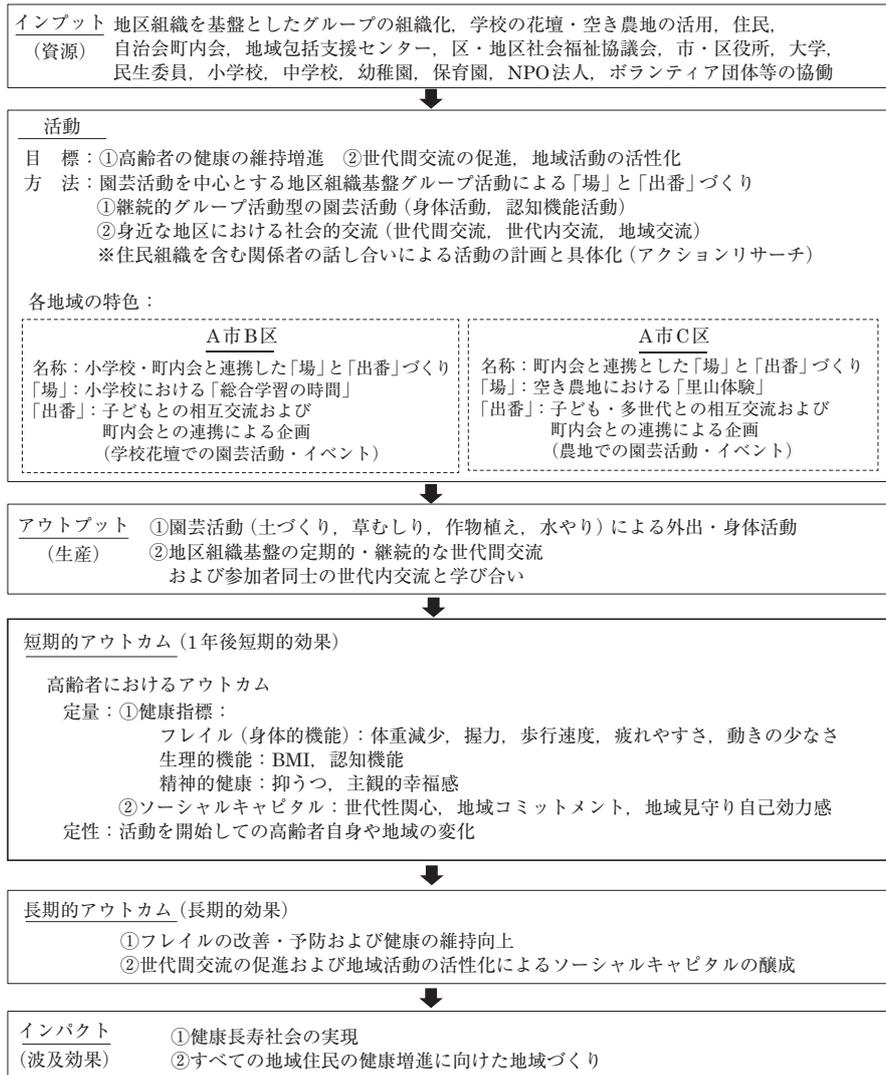
参加者は、A市B区およびC区在住の65歳以上高齢者であり、各区保健センターならびに地域包括支援センターの掲示による公募に応じ、ベースライン調査に参加した地域在住高齢者146（参加群36、非参加群110）人のうち、世代間交流に参加した高齢者ボランティア（参加群）36人と、参加していない（非参加群）36人の2群を比較した。非参加群は、参加群の性別、年齢（±5歳）により1:1マッチングを行った。なお2群への割付は公募時の本人の希望どおり研究者が行った。

A市は人口371.2万人、高齢化率22.9%（2018年）、18行政区から構成される政令指定都市であり、高齢化率の増加、高齢夫婦世帯、高齢単独世帯の増加が課題となっていた。A市では2015・2016年度に世代間交流に関する取組みについて公募を行い、応募したB区とC区を選定した。B区、C区の概要について、B区は、人口20万人、高齢化率26.8%、C区は、人口15.4万人、高齢化率27.8%である（2018年）。2区では高齢化率は2025年に31.4%、31.1%に増加することが推計されている。

2. 地区組織基盤の世代間交流プログラムの開発および内容

アクションリサーチにより地区組織基盤の世代間交流プログラム（以下、世代間交流プログラム）を実施した。アクションリサーチは社会を変化させることに挑む方法²⁶⁾であり、住民、行政などの関係者、研究者が協働により、地域の問題の特定から解決策の検討と実施、効果検証、地域の課題解決を図る研究手法である²⁷⁾。

地域の問題として、A市および2区では、高齢夫婦世帯や高齢単独世帯の急増による生活の孤独化、子ども世代においても家族内での人間関係の希薄化、学校・勉強生活中心による地域文化継承の乏しさ、子どもが自らつながらる力の不足、近隣とのつながりの少ない多世代の住民層の存在が指摘され、「世代間交流」に着目した近隣



・図中の活動, アウトプット, 短期的アウトカム, 長期的アウトカム, インパクトにおける番号①②はそれぞれ対応している
 ・開発段階での共通要素を示す, 具体的な方法は住民および関係者との話し合いを経て計画された

図1 地区組織基盤の世代間交流プログラムの概要: ロジックモデル

とのつながりのない住民を外に誘い, さまざまな世代が交流できる居場所づくりの取り組みが必要視されていた。加えて, 高齢者への介護予防の必要性が高く, 個人で行う健康づくりのみならず, 地域に出るきっかけづくりが求められていた。

高齢者の健康づくりの主要な課題は, 筋力の低下などの身体的問題, 精神・心理的問題, 社会的問題等, 広範な要素を有するフレイル²⁸⁾の改善および予防であった。フレイル高齢者は, “健康高齢者”と“要支援・要介護高齢者”との中間に位置づけられ, しかるべき早期の介入により再び健康な状態に戻る可逆性を有した予防的意義の高い高齢者である^{29, 30)}。自立高齢者においても, フレイル予防は近年の重要課題である。

これらの問題の解決策として, 世代間交流プログラムを開発した。世代間交流プログラムの概要を図1においてロジックモデル³¹⁾を用いて示した。インプット(資源)に示すとおり, 地域住民・地区組織, 地域包括支援センター・区社会福祉協議会の職員, A市および2区の保健師, 大学の研究者が協働で組織をつくり, 解決策を話し合い検討した。開発過程において, 世代間交流プログラムの先行研究^{6, 8-15)}における組織化・主体性向上に向けた学習, 住民組織が地域で継続的に活動するための質指標にある自主性および地域の健康課題解決への志向性の向上³²⁾に基づき, 住民は, 開始時における地域課題と本プログラムの学習, 月1回の活動中に園芸活動や子どもへの関わり方の学習に関与した。地域住民は活動計画,

活動場所の管理運営・園芸作業，ファシリテーター，地域包括支援センターは活動後方支援（広報・運営），活動拠点・器材の提供，市は本プログラムの枠組み，活動後方支援，機関間調整，区は活動支援，地区組織・機関調整，助成金申請支援，大学研究者は本プログラムの枠組み提案，効果評価を担った。住民および関係者は，活動のたびに振り返りと話し合いを行い，活動を具体化していった。

本プログラムの目標（アウトプット，短期的・長期的アウトカム，インパクトと対応）は，①高齢者の健康の維持増進ならびに②世代間交流の促進，地域活動の活性化である。方法は園芸活動¹⁶⁻²⁵⁾を中心とする地区組織基盤グループ活動による「場」と「出番」づくり，具体的には①継続的グループ活動型の園芸活動，②身近な地区における社会的交流⁶⁻¹³⁾（世代間交流，世代内交流）である。これらは，世代間交流を行う高齢者ボランティアの組織化⁷⁻¹³⁾，住民が主体的かつ継続的に地域課題に対し実施可能となるような地区組織との連携³³⁾を根拠とした。プログラムの共通要素に基づき，各地域で特色に応じて展開した。B区では，名称は，小学校・町内会と連携した「場」と「出番」づくり，「場」は小学校の「総合的な学習の時間」，「出番」としては，校庭花壇での園芸活動であった。小学校区内の地区組織と協働した高齢者ボランティア（参加群）が，子どもとの世代間交流プログラムとして，グループ形式の園芸活動（児童への技術・知識の教示，花壇活動や歴史に関する題材をテーマとした交流）を月1回小学校の総合学習の時間に実施した。週に1度のグループ形式の園芸活動も実施した。C区では，名称は，町内会を主体とした「場」と「出番」づくり，「場」は空き農地における「里山体験」「出番」としては農地での園芸活動であった。自治会町内会と連携した高齢ボランティア（参加群）が，世代間交流プログラムとして，月1回推進会議を開催し里山における園芸活動の企画・運営を行い，週に1度のグループ形式の園芸活動（季節に応じた農作物の苗植え，水やり，収穫等）ならびに，年4回程度の高齢者および子どもと壮年期が園芸活動を行う収穫イベント（芋掘り会・芋煮会）を実施した。両地域における参加者と地区組織の連携は，ボランティアの地区組織への参画，地区組織による予算・物品・人員確保，日常的な地区組織活動を通じた周知・声かけなどであった。

3. データ収集方法および調査項目（短期的アウトカム）

1) 定量的評価

データ収集方法は，無記名自記式質問紙調査ならびに保健師資格を有する研究者による身体機能測定であり（図2），同時に地域包括支援センター，老人福祉センターにて実施した。無記名自記式質問紙はその場で配布回収した。調査期間は，ベースライン（T1）が2015年2～5月および2017年1月であり，フォローアップ（1年後：T2）が2016年2～3月および2018年1月であった。

フレイル（身体的機能）については，Friedの定義に基づき翻訳，改変されたフレイル指標³⁴⁾を用いた。本指標は，①体の縮み，②弱々しい，③緩慢な動作，④疲れやすい，⑤動きの少なさの5項目からなり，3項目以上で一定の基準³⁴⁾に該当する場合をフレイル，1項目あるいは2項目該当する場合をプレフレイル，該当項目なしをノンフレイルと定義する。測定方法は，身体機能測定にて，①体の縮みは，体重を実測し，前年の体重を聴取のうえ体重減少率を算出した。②弱々しさは，スメドレー式握力計（アズワン株式会社製）を用いて直立姿勢のまま腕をおろし，腰の横で全力で握り，左右おのおの測定した。③緩慢な動作は，設定区間（5mを2回）を通常の歩行速度で歩き，その速度を測定のうえ，分速に換算した。以下の2指標は質問紙にて収集した。④疲れやすいは，2つの質問「この1週間何をするのも面倒だ」と「この1週間物事に手がつかない」をたずねた。⑤動きの少なさは，2つの質問「家事をするか」と「活動的な余暇活動をするか」をたずねた。判定基準³⁴⁾は表1に示すとおりである。

生理的機能は，Body Mass Index（以下，BMI），認知機能から構成した。BMIは身長，体重を身体機能測定にて実測し算出した。認知機能は，Frontal Assessment Battery（以下，FAB）³⁵⁾を用いて保健師資格をもつ研究者が評価した。本尺度は，前頭葉機能に焦点化した尺度であり，「類似性」「語の流暢性」「運動系列」「葛藤指示」「Go/No-Go課題」「把握行動」の6つの構成要素からなり，それぞれ0-3点に点数化され得点範囲は0-18点であり，得点が高いほど認知機能が高いことを示す。

無記名自記式質問紙調査では，基本属性，精神的健康，SCを把握した。基本属性として，年齢，性別，世帯状況，居住年数，主観的健康感（「非常に健康だと思う」～「健康ではない」の4件法）について収集した。

精神的健康は，抑うつ，主観的幸福感から構成した。

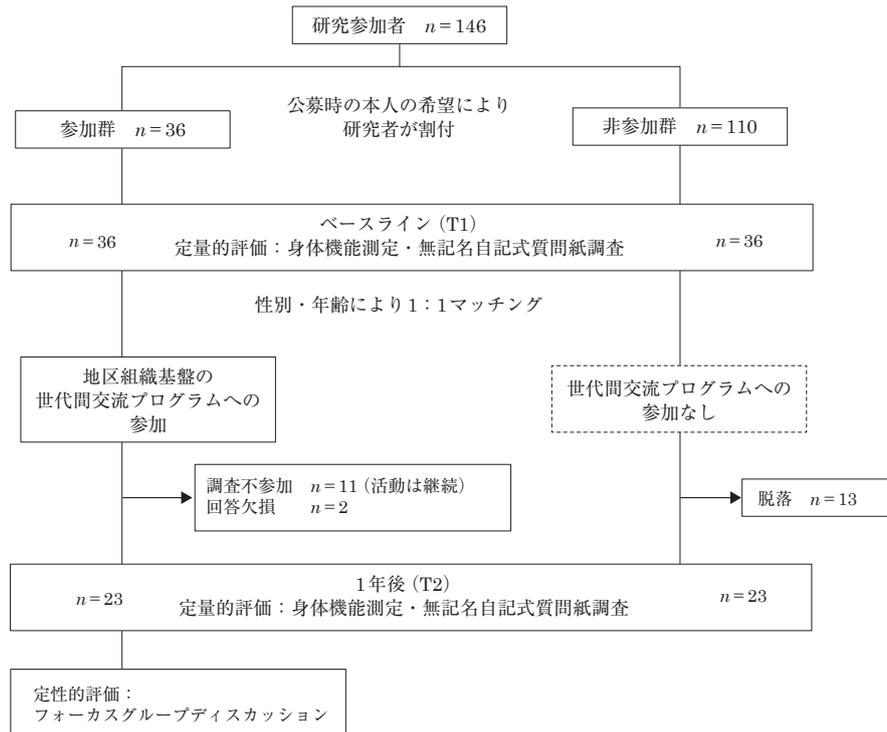


図2 研究参加者フローおよびデータ収集の時期と方法

抑うつは、Geriatric Depression Scale 5 (以下、GDS5)³⁶⁾を用いた。「はい(1点)」「いいえ(0点)」の2件法で、得点範囲は0-5点であり、得点が高いほど抑うつ傾向であることを示す。主観的幸福感は、PGCモラルスケール³⁷⁾を用いた。本尺度は「心理的安定」「孤独感」「老いに対する態度」の3因子17項目からなり、「はい/そう思う/よい(1点)」「いいえ/そう思わない/同じ・悪い(0点)」の2件法である。得点範囲は0-17点であり、得点が高いほど主観的幸福感が高いことを示す。

SCは、世代性関心、地域コミットメント、地域見守り自己効力感から構成した。世代性関心は改訂日本語版世代性関心尺度³⁸⁾を用いた。本尺度は「創造性」「世話」「世代継承性」の3因子20項目からなり、「当てはまる(4点)」～「当てはまらない(1点)」の4件法である。得点範囲は20-80点であり、得点が高いほど世代性関心が高いことを示す。地域コミットメントは、地域コミットメント尺度³⁹⁾を用いた。本尺度は「つきあい」「帰属感」の2因子8項目からなり、「とてもそう思う(3点)」～「全く思わない(0点)」の4件法である。得点範囲は0-24点であり、得点が高いほど地域コミットメントが高いことを示す。地域見守り自己効力感、地域見守り自己効力感尺度⁴⁰⁾を用いた。本尺度は「地域ネットワーク」「地域の見守り」の2因子8項目からなり、「とてもそう

思う(3点)」～「全く思わない(0点)」の4件法である。得点範囲は0-24点であり、得点が高いほど地域見守り自己効力感が高いことを示す。

2) 定性的評価

参加群へは、1年後(T2)に地域別にフォーカスグループディスカッション(FGD)を実施した(図2)。内容は、調査時点における活動を開始しての自身および地域への効果等であった。

4. 分析方法

定量的評価については、ベースラインの各変数において記述統計を行った。次いで、2時点における各変数に対するプログラムの効果を評価するために、性別・年齢を調整した一般化線形モデルを用いて、群または時間主効果および群×時間の交互作用を評価した。有意水準(p 値)は5%未満、10%未満は傾向有りとした。解析にはSPSSver.22 for Windowsを使用した。定性的評価については、FGDで語られた内容を逐語録とし質的に分析した。調査時点における効果に着目して抽出しカテゴリー化し、アウトカム評価とした。

5. 倫理的配慮

本研究は横浜市立大学医学研究倫理審査委員会の承認

表1 参加群と非参加群におけるベースラインにおける基本属性

	参加群 <i>n</i> = 36		非参加群 <i>n</i> = 36	
	<i>n</i> or Mean ± SD	% or (range)	<i>n</i> or Mean ± SD	% or (range)
年齢 (歳)	72.6 ± 5.6	(65.0–90.0)	74.7 ± 4.6	(67.0–87.0)
年齢階級				
60–69	13	36.1	4	11.1
70–74	11	30.6	11	30.6
75–79	8	22.2	16	44.4
80–	4	11.1	5	13.9
前期高齢者	23	63.9	15	41.7
後期高齢者	13	36.1	21	58.3
性別				
男性	23	63.9	23	63.9
女性	13	36.1	13	36.1
世帯状況				
ひとり暮らし	3	8.3	12	33.3
妻または夫のみ	14	38.9	15	41.7
妻または夫と子ども	12	33.3	4	11.1
妻または夫と子どもと孫	3	8.3	2	5.6
子ども	4	11.1	2	5.6
その他	0	0.0	1	2.8
居住年数				
5年未満	1	2.8	3	8.3
5–10年未満	1	2.8	2	5.6
10年以上	30	83.3	31	86.1
出生時から	4	11.1	0	0.0
主観的健康感				
非常に健康である	4	11.1	5	13.9
健康である	30	83.3	28	77.8
不健康である	2	5.6	3	8.3
非常に不健康である	0	0.0	0	0.0
フレイル指標 (身体的健康) ^{a)}				
ノンフレイル				
該当なし	14	38.9	10	27.8
プレフレイル				
1項目+2項目	18	50.0	18	50.0
1項目	12	33.3	12	33.3
2項目	6	16.7	6	16.7
フレイル				
≥3項目	0	0.0	5	13.9
3項目	0	0.0	4	11.1
4項目	0	0.0	1	2.8
5項目	0	0.0	0	0.0

a) フレイル指標は①体の縮み, ②弱々しい, ③緩慢な動作, ④疲れやすい, ⑤動きの少なさの5項目からなる。下記基準に3項目以上該当をフレイル, 1~2項目該当をプレフレイル, 該当項目なしをノンフレイルと定義する。

- ①体の縮み: 調査時の体重と, 前年の体重から体重減少率を算出し, 5%以上の体重減少がある場合を該当とした。
 ②弱々しさ: 握力が79歳以下男性29.0 kg未満, 女性17.5 kg未満, 80歳以上男性23.5 kg未満, 女性12.5 kg未満を該当とした。
 ③緩慢な動作: 5 mの歩行速度を分速に換算し, 79歳以下男性73.0 m/分未満, 女性67.0 m/分未満, 80歳以上男性62.0 m/分未満, 女性51.0 m/分未満を該当とした。
 ④疲れやすい: 2つの質問「この1週間何をするのも面倒だ」と「この1週間物事に手がつかない」のいずれか一方に「週1~2日」「週3~4日」「週5日以上」と回答した場合を該当とした。
 ⑤動きの少なさ: 「家事はしない, かつ, 活動的な余暇活動もほとんどしない, または週1回程度」もしくは, 「家事はするが, 活動的な余暇活動はほとんどしない」を回答した者を該当とした。

(承認年月日：2015年3月26日，承認番号：A150326012)を得た。プログラム開発に際しては保健師等専門職との協働から実践知に照らして倫理的に問題のないことを確認した。参加者に対し，研究参加は自由意志であり，調査拒否をしても不利益を被らないこと，すべての調査並びに測定は無記名で行われ個人が特定されないこと等を文書と口頭で説明し，自由意志による応募者のみを対象とした。調査に必要な個人情報，B区地域包括支援センターまたはC区保健センターが管理した。

Ⅲ. 研究結果

1. 参加者の特性

ベースラインにおける参加群の平均年齢は 72.6 ± 5.6 歳，男性23人(63.9%)であり，非参加群の平均年齢は 74.7 ± 4.6 歳，男性23人(63.9%)であった。世帯状況は夫婦のみ世帯がもっとも多く，参加群14人(38.9%)，非参加群15人(41.7%)であり，居住年数は10年以上がもっとも多く，参加群30人(83.3%)，非参加群31人(86.1%)であった。基準³⁴⁾によるフレイルは参加群0人，非参加群5人(13.9%)，プレフレイルは参加群18人(50.0%)，非参加群18人(50.0%)であった(表1)。両群に有意な差はみられなかった。

なお，参加群では11人が調査不参加，2人に大幅な回答欠損があり，非参加群では13人が脱落したため，フォローアップ調査終了時の分析対象者は，参加群23人，非参加群23人であった(図2)。この2群は性別，年齢(± 5 歳)の点でマッチングを確認済みであり，2群における基本属性について統計的有意差は認められなかった。

2. ベースラインおよび1年後の参加群と非参加群における変化

参加T1：ベースラインからT2：1年後において，参加群では握力(平均値)が2.0 kg増大したのに対し，非参加群では0.5 kg減少し，参加群では非参加群と比較して，身体的健康における「握力」は改善する傾向がみられた($p < 0.1$)。また，SCについて，地域コミットメントにおいて，非参加群では地域コミットメント平均点が16.1点から14.8点に有意に低下していたのに対し，参加群では16.5点から16.8点と維持されていた($p < 0.05$)(表2)。

3. フォーカスグループディスカッションによる定性的評価

定性的評価では，【子どもたちと関わり合える喜び】【経験の伝承による子どもの育成】【内省による人生の価値づけ】【新たな知識や技術の向上】【地域の人とのつながりの拡大】【地域への愛着】【活動継続や担い手育成への期待】に関する効果が聞かれた(表3)。

4. 世代間交流プログラムの開発

両地区ともに，参加者は自主組織化し，2年目以降もプログラムを継続運営することとなった。また，地区組織とボランティアは，連携・協働により相互補完して，予算の確保，それぞれの活動参加者の拡充，地区組織活動の担い手確保，地区組織の関連行事として予算・物品・人員確保・広報の協力などによりプログラムを継続した。さらに，A市・各区役所・地域包括支援センターの職員・大学の研究者などが協働で会議を1年間行い，B区・C区の活動をモデルとした手引書を作成した。手引書はA市18区および全地域包括支援センター約140か所に配布され，研修会も開催された。

Ⅳ. 考 察

本研究は，アクションリサーチにより地区組織基盤の継続的な室外での園芸活動を中心とする世代間交流プログラムを新たに開発のうで実施し，地域在住高齢者を対象に，身体精神健康の維持向上，SCへの効果の検討を目的とした。地区組織基盤の世代間交流プログラムによる高齢者におけるアウトカムとして，定量的には身体機能の向上傾向およびSCのうち地域コミットメントの有意な維持がみられ，定性的には，主観的幸福感，世代性関心や地域の愛着などのSCに関わる効果が抽出された。世代間交流が高齢者の健康とともにSC醸成にも効果がもたらされる可能性が示唆された。

まず，健康指標に関して，握力は，有意水準には至らなかったものの改善傾向を示した。読み聞かせボランティアによる継続的な世代間交流の効果を検討した先行研究^{9, 41, 42)}において，1年後⁹⁾および7年後⁴²⁾に握力の低下が有意に抑制されたとの報告がある。園芸活動など屋外における世代間交流に関する研究は見当たらず，継続的な屋外での園芸活動を取り入れた本研究における改善傾向は，新たな知見である。身体活動の維持は園芸活動の効果としては示されており¹⁷⁾，本研究においては，定

表2 参加群と非参加群におけるベースラインおよび1年後の評価

項目	参加群 n=23		非参加群 n=23		主効果 ^{a)}		交互作用 ^{a)} 群×時間	
	T1: ベースライン		T2: 12か月後		群	時間		
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD				
【健康指標】								
フレイル指標 (身体的健康)								
握力 (kg)	31.8 ± 8.2	33.8 ± 9.3	23.6 ± 7.2	23.1 ± 6.8	0.000***	0.141	0.057 [†]	
歩行速度 (m/分)	85.6 ± 19.6	85.3 ± 15.0	82.5 ± 20.5	83.4 ± 18.2	0.623	0.820	0.699	
生理的健康								
BMI ^{b)}	22.9 ± 2.7	23.4 ± 3.6	24.3 ± 4.2	24.8 ± 4.2	0.144	0.003**	0.784	
FAB ^{c)} (点)	15.3 ± 2.0	15.4 ± 2.0	15.7 ± 1.6	15.9 ± 1.6	0.425	0.021	0.294	
精神的健康								
GDS5 ^{d)} (点)	1.1 ± 1.2	1.0 ± 1.3	0.7 ± 0.7	0.7 ± 0.9	0.189	0.744	1.000	
PGCモラル ^{e)} (点)								
心理的不安	2.9 ± 1.4	2.9 ± 1.4	3.3 ± 0.9	3.5 ± 0.7	0.063 [†]	0.379	0.298	
老いに対する態度	3.8 ± 1.5	4.2 ± 1.5	4.2 ± 1.4	4.6 ± 1.2	0.259	0.047*	0.827	
孤独	5.0 ± 1.7	5.5 ± 1.7	5.8 ± 1.2	6.0 ± 1.2	0.046*	0.013*	0.497	
合計	11.7 ± 3.9	12.5 ± 3.8	13.3 ± 2.9	14.2 ± 2.4	0.047*	0.013*	0.857	
【ソーシャルキャピタル】								
世代性関心尺度 ^{f)} (点)								
創造性	20.0 ± 4.1	20.6 ± 4.7	19.7 ± 4.4	19.8 ± 5.2	0.642	0.600	0.586	
世話	21.9 ± 2.3	21.9 ± 2.4	21.1 ± 5.3	21.1 ± 4.0	0.518	0.761	0.758	
世代継承性	13.7 ± 2.2	13.0 ± 2.3	11.9 ± 3.5	12.0 ± 3.7	0.062 [†]	0.306	0.404	
合計	55.5 ± 6.2	55.5 ± 7.1	52.7 ± 10.3	52.9 ± 9.9	0.642	0.600	0.586	
地域コミットメント尺度 ^{g)} (点)								
つきあい	8.1 ± 1.9	8.8 ± 2.9	8.2 ± 2.5	8.0 ± 2.1	0.538	0.497	0.129	
帰属感	8.3 ± 2.1	8.3 ± 2.4	7.9 ± 2.4	6.8 ± 1.9	0.130	0.059 [†]	0.111	
合計	16.5 ± 3.7	16.8 ± 3.9	16.1 ± 3.5	14.8 ± 3.2	0.235	0.242	0.042*	
地域見守り自己効力感尺度 ^{h)} (点)								
地域ネットワーク	7.5 ± 2.5	7.7 ± 2.5	5.9 ± 3.1	6.7 ± 3.1	0.102	0.071 [†]	0.301	
地域の見守り	6.3 ± 3.1	7.0 ± 2.1	6.0 ± 3.1	6.3 ± 3.0	0.605	0.110	0.510	
合計	13.8 ± 5.3	14.7 ± 4.0	12.0 ± 5.9	13.0 ± 5.8	0.240	0.053 [†]	0.899	

† : $p < 0.1$, * : $p < 0.05$

a) 性別、年齢を調整した一般化線形モデルを用いて群ならびに時間による主効果、および、上記の群×時間の交互作用を評価した

b) BMI : Body Mass Index

c) FAB : Frontal Assessment Battery, 得点が高いほど認知機能が高い

d) GDS5 : Geriatric Depression Scale 5, 得点が高いほど抑うつ傾向

e) PGCモラル : Philadelphia Geriatrics Center モラル, 得点が高いほど高齢者の主観的幸福感が高い

f) 得点が高いほど世代性関心が高い

g) 得点が高いほど地域コミットメントが高い

h) 得点が高いほど地域見守り自己効力感が高い

期的に園芸活動へ外出し、握力を使い立ち座りや歩行を伴う作業を行うことにより、図1に示す活動目標①「高齢者の健康の維持増進」のうち、筋力の向上につながったと考えられる。先行研究^{9, 41, 42)}では、健康な自立高齢者のみが対象であったが、本研究参加者のうち50-60%がプレフレイル・フレイルに該当し、握力はフレイルの指標^{29, 34)}でもあることから、本プログラムはプレフレイル高齢者および自立高齢者に適用でき、身体機能の維持向上に寄与する可能性が新たに示唆された。

SCのうち、地域コミットメントにおいて参加群では

維持されていたが非参加群では有意な低下が認められた。定性的評価においても、地域愛着にあたる語りや、地域の人とのつながりの拡大などが抽出された。世代間交流の効果として、参加群では、1年後に地域共生意識の地域に愛着と誇りをもつ項目において有意に改善し⁹⁾、近所の人は助けになると思う者が増えたとの報告がある¹³⁾。世代間交流の効果に関する文献レビューでも、帰属感の高まりが報告されている¹¹⁾。参加群では地区組織基盤の継続的な園芸活動をとおして、図1に示す活動目標②にある世代間・世代内交流が維持拡大したことを

表3 参加群における1年後のフォーカスグループディスカッションによる定性的評価：活動を開始しての自身や地域の効果

カテゴリー	代表的な語り(一部)
子どもたちと関わり合える喜び	老体に鞭打ちながらも、子どもたちといっしょにやれることは逆に喜び お礼に歌ってくれた合唱、本当にかわいくて、うまくて、感動した
経験の伝承による子どもの育成	子どもたちがお父さんになったときゲームでしか遊んであげられないんじゃないか、いろいろ教えてあげたい 昔はひもじかった、食糧難っていてもわからないみたい、そういう話をこれからもしたい 年代の違う人と話すと、子どもたちが人生を歩むときにいちばん重要、そのために私は来てる
内省による人生の価値づけ	自分の子どものことはまったくノータッチだった、生徒と会話をもちたい、生徒と会話をもてるってのがいい 子どもたちに接するとき昔のことを頭に入れすぎてみたいで、自分の人生を反省しなきゃいけない
新たな知識や技術の向上	土を耕したりして畑をつくと、いかに土づくりが大変かわかる 畑仕事などにいろいろ知らないことを教えてもらい勉強になった
地域の人のつながりの拡大	知り合いがいなかったけど顔見知りが増えた みんなと会話ができ、人的ネットワークが広がった、もっと広げていきたい 畑は笑顔の人に会える、幸せをいただき自分もそうなる、元氣とパワーがもらえる、気持ちもほっとする
地域への愛着	明治維新の活躍者たちの別荘地域に最初にできた小学校、誇りをもって 自分の子どもが卒業生でPTA役員として活躍した、40数年ぶりに手伝えてうれしい 地域包括支援センターで活動を知って、小学校に入れるんだったらやってみたいと思った
活動継続や担い手育成への期待	里山にもいろいろな仕事があるが、それぞれの人が持ち味をもって参加してくれる 一方的だと担い手は集まらないが、ごく自然にやって自分にもこの分野ならできかなと、これを機会に担い手に発展できればいい 話すことでお互いの立場ってのがわかる、世代間ギャップを埋める、とりもなおさず町づくりになる 歩いて、経験して、ものをみて、人を知って、こんな町に住んでよかったっていうふうにしたい

介して、活動目標②の地域活動の活性化につながる、地域への愛着や帰属感、住民同士の信頼、地域コミットメントが維持・拡大されたと考えられる。

定量的評価ではSCの世代性関心に関する有意な結果は得られなかったが、定性的評価において、参加群では【子どもたちと関わり合える喜び】【経験の伝承による子どもの育成】などの世代性関心の高まり、【内省による人生の価値づけ】【新たな知識や技術の向上】など自身にとっての効果が語られた。これらは、先行研究にみる高齢者と子どもの相互理解¹⁴⁾、世代継承性の増加^{10, 14)}に合致し、身近な地域で継続的に行う世代間交流プログラムが人生への満足感⁶⁾およびQOLの向上¹⁰⁾に寄与した可能性が推察できる。

本プログラムの特長は、主体が地区組織基盤型であること、場と内容が屋外での園芸活動が中心かつ継続的であること、参加群として男性の割合が多くプレフレイル高齢者を含むことの3点である。拠点が学校または大学、継続的でも屋内活動中心、参加群は女性かつ自立高齢者が大半という先行研究^{9-12, 15, 41-43)}での課題を改良したプログラムととらえることができる。また、参加群が自主組織化し、プログラムは継続運営され地域の社会資源として地域課題に対処している点から、住民組織のコミュニティ・エンパワメント過程の質指標³²⁾の主体性、指向性、社会資源にあたると思われた。さらに、アクシ

ョンリサーチを用いており、開発した枠組みを応用して地域特性に応じた活動展開の可能性がある点で、実践的有用性が高いと考える。

本研究の限界は、サンプルサイズが十分とはいえないこと、群分けは年齢・性別によるマッチングを行ったものの本人の意向により脱落がみられたこと、事業の有効性を検出するには評価期間が十分ではなかった可能性がある。今後は、参加者数および地域の拡大、ランダム化比較試験による有効性の検討、非参加群に対する動機づけ、効果指標の変化が期待できる十分な評価期間の設定が重要である。

しかしながら、高齢者における能力発揮の「場」と「出番」によって、高齢者と子どもの両世代が楽しみを分かちあう時間と空間が小地域の単位に醸成され、高齢者の身体的健康およびSCの地域コミットメントが維持されたことについては一定の意義を認める。地域住民、地区組織、自治体、大学などが協働で取り組むアクションリサーチにより、地域特性に応じた園芸活動を中心とする継続的な世代間交流プログラムを行うことは、高齢者の健康づくりならびに地域づくりに寄与できる可能性がある。

【謝辞】

本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力くださった地域住民

のみなさま、A市ならびにB区・C区の関係機関のみなさまに厚く御礼申し上げます。平成26～29年度横浜市健康福祉局受託研究事業「地域におけるシニアパワー発揮推進事業」(研究代表者：田高悦子)により実施しました。

【文献】

- 1) 内閣府：平成28年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況：第1章高齢化の状況。 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (2019年5月15日)。
- 2) 北村安樹子：シニア・シルバー層の世代間交流の実態と意識。ライフデザインレポート, 163: 24-31, 2004。
- 3) 金森由華：高齢者と子どもの世代間交流：交流内容を中心に。愛知淑徳大学論集福祉貢献学部篇, 2: 69-77, 2012。
- 4) 厚生労働省：次世代育成支援対策全般行動計画策定指針。 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/koudou-zenbun.html> (2019年5月15日)。
- 5) 草野篤子・金田利子・間野百子他：世代間理論構築のための序論とその歴史。世代間交流効果：人間発達と共生社会づくりの視点から, 1-17, 三学出版, 東京, 2007。
- 6) Martins T, Midão L, Veiga SM, et al. : Intergenerational Programs Review; Study Design and Characteristics of Intervention, Outcomes, and Effectiveness. *Journal of Intergenerational Relationships*, 17: 1, 93-109, 2019。
- 7) 村山 陽・竹内瑠美・大場宏美他：世代間交流事業に対する社会的関心とその現状：新聞記事の内容分析および実施主体者を対象とした質問紙調査から。日本公衆衛生雑誌, 60: 138-145, 2013。
- 8) Kamei T, Itoi W, Kajii F, et al. : Six Month Outcomes of an Innovative Weekly Intergenerational Day Program with Older Adults and School-aged Children in a Japanese Urban Community. *Japan Journal of Nursing Science*, 8: 95-107, 2011。
- 9) 藤原佳典・西真理子・渡辺直紀他：都市高齢者による世代交流型ヘルスプロモーションプログラム“REPRINTS”の1年間の歩みと短期的効果。日本公衆衛生雑誌, 54(9): 615-625, 2007。
- 10) 亀井智子・糸井和佳・梶井文子他：都市部多世代交流型プログラム参加者の12か月間の効果に関する縦断的検証：Mixed methodsによる高齢者の心の健康と世代間交流の変化に焦点を当てて。老年看護学, 14(1): 16-24, 2010。
- 11) 糸井和佳・亀井智子・田高悦子他：地域における高齢者と子どもの世代間交流プログラムに関する効果的な介入と効果：文献レビュー。日本地域看護学会誌, 15(1): 33-44, 2012。
- 12) Murayama Y, Ohba H, Yasunaga M, et al. : The Effect of Intergenerational Programs on the Mental Health of Elderly Adults. *Aging & Mental Health*, 19(4): 306-314, 2015。
- 13) de Souza EM, Grundy E: Intergenerational Interaction, Social Capital and Health; Results from a Randomized Controlled Trial in Brazil. *Social Science & Medicine*, 65(7): 1397-1409, 2007。
- 14) de Souza E: Intergenerational Interaction Through Reminiscence Process; A Theoretical Framework to Explain Attitude Changes. *Journal of Intergenerational Relationships*, 5(1): 39-56, 2007。
- 15) Yasunaga M, Murayama Y, Takahashi T, et al. : Multiple Impacts of an Intergenerational Program in Japan; Evidence from the Research on Productivity Through Intergenerational Sympathy Project. *Geriatrics & Gerontology International*, 16 Suppl(1): 98-109, 2016。
- 16) 豊田正博：高齢者を対象とした日本の園芸療法実践的研究の課題：実施施設、健康状態、活動形態、目標からの考察。人間・植物関係学会雑誌, 7(2): 15-21, 2008。
- 17) 東方和子・澤田みどり・生田純也他：通所介護施設における虚弱な高齢者向け園芸活動プログラムの効果。老年学雑誌, 1: 29-38, 2011。
- 18) 杉原式穂・青山 宏・竹田里江他：園芸療法が施設高齢者の精神機能及び行動面に与える効果。老年精神医学雑誌, 16(10): 1163-1173, 2005。
- 19) Masuya J, Ota K, Mashida Y: The Effect of a Horticultural Activities Program on the Psychologic, Physical, Cognitive Function and Quality of Life of Elderly People Living in Nursing Homes. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 1: 109, 2014。
- 20) Chu HY, Chen MF, Tsai CC, et al.: Efficacy of a Horticultural Activity Program for Reducing Depression and Loneliness in Older Residents of Nursing Homes in Taiwan. *Geriatric nursing*, 40(4): 386-391, 2019。
- 21) Bassi M, Rassiga C, Fumagalli N, et al. : Quality of Experience During Horticultural Activities : An Experience Sampling Pilot Study among Older Adults Living in a Nursing Home. *Geriatric nursing*, 39(4): 457-464, 2018。
- 22) Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, et al. : Effectiveness of Horticultural Therapy; A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(5): 930-943, 2014。
- 23) 杉原式穂・青山 宏・杉本光公他：園芸療法が施設高齢者の精神面、認知面および免疫機能に与える効果。老年精神医学雑誌, 17(9): 967-975, 2006。
- 24) 太田 淳・山口 創：高齢者の園芸活動と健康に関する心理学的研究。桜美林大学心理学研究, 4: 77-85, 2013。
- 25) 黒田利香・小西美智子・寺岡佐和他：特別養護老人ホームにおけるアクティビティケアとしての園芸活動の効果。広島大学保健学ジャーナル, 1(1): 49-53, 2001。

- 26) Lewin K: Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2: 34-46, 1946.
- 27) JST社会技術研究開発センター・秋山弘子(編著): 高齢社会のアクションリサーチ: 新たなコミュニティ創りをめざして. 初版, 東京大学出版会, 東京, 2015.
- 28) 日本老年医学会: フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント. http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf (2019年5月15日).
- 29) Fried LP, Tsngen CM, Walston J, et al.: Frailty in Older Adults; Evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56 (3): M146-M156, 2001.
- 30) 葛谷雅文: 老年医学における Sarcopenia & Frailty の重要性. 日本老年医学会雑誌, 46 (4): 279-285, 2009.
- 31) W. K. Kellogg Foundation: Logic Model Development Guide, 2004.
- 32) 中山貴美子: 保健専門職による住民組織のコミュニティ・エンパワメント過程の質的評価指標の開発. 日本地域看護学会誌, 10 (1): 49-58, 2007.
- 33) 地域保健対策におけるソーシャルキャピタルの活用のある方に関する研究班: 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金 健康安全・危機管理対策総合研究事業「住民組織活動を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き」. 2015. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000Kenkoukyoku/0000092157.pdf> (2020年5月1日).
- 34) 新開省二・渡辺直紀・吉田裕人他: 介護予防チェックリストの虚弱指標としての妥当性の検証. 日本公衆衛生雑誌, 60 (5): 262-274, 2013.
- 35) 小野 剛: 簡単な前頭葉テスト. 脳の科学, 23 (6): 487-493, 2001.
- 36) 町田綾子・鳥羽研二: 簡易鬱スケール GDS5 の本邦における信頼性, 妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌, 39 (suppl): 104, 2002.
- 37) 古谷野亘: 生きがいの測定; 改訂 PGC モラルスケールの分析. 老年社会科学, 3: 83-95, 1981.
- 38) 丸島令子・有光興記: 世代性関心と世代性行動尺度の改定版作成と信頼性, 妥当性の検討. 心理学研究, 78 (3): 303-309, 2007.
- 39) Kono A, Tadaka E, Kanaya Y, et al.: Development of a Community Commitment Scale with Cross-sectional Survey Validation for Preventing Social Isolation in Older Japanese People. *BMC Public Health*, 12: 903, 2012.
- 40) Tadaka E, Kono A, Ito E, et al.: Development of a Community's Self-efficacy Scale for Preventing Social Isolation among Community-dwelling Older People (Mimamori Scale). *BMC Public Health*, 16: 1198, 2016.
- 41) Fujiwara Y, Sakuma N, Ohba H, et al.: REPRINTS; Effects of an Intergenerational Health Promotion Program for Older Adults in Japan. *Journal of Intergenerational Relationships*, 7 (1): 17-39, 2009.
- 42) Sakurai R, Yasunaga M, Murayama Y, et al.: Long-term Effects of an Intergenerational Program on Functional Capacity in Older Adults; Results from a Seven-year Follow-up of the REPRINTS Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64: 13-20, 2016.
- 43) Kaplan M: Intergenerational Programs in Schools: Consideration of form and Function. *Intergenerational Review of Education*, 48 (5): 305-334, 2002.

■ Research Report ■

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

Azusa Arimoto, Eriko Ito, Kae Shiratani, Etsuko Tadaka

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

■研究報告■

10代母親への妊娠期から産後にわたる保健師の継続支援

——逆境的小児期体験 (ACE) の有無による比較——

大川聡子¹⁾, 谷村美緒²⁾, 廣地彩香²⁾, 眞壁美香³⁾, 吉田有沙²⁾,
安本理抄¹⁾, 根来佐由美¹⁾, 金谷志子⁴⁾, 上野昌江⁵⁾

抄 録

目的: 10代母親への妊娠中から育児期をとおした保健師の支援について, 10代母親のもつACEの有無に焦点を当てて考察する。

方法: A市保健師50人に対し質問紙調査を行った。調査期間は2016年8～9月。調査内容は10代妊婦の成育歴, 支援内容, 10代母親に関わる際の工夫点等とした。量的データは χ^2 検定およびFisherの直接確率法を行い, 有意水準を5%とした。質的データは, 質的帰納的分析を行った。本研究は所属大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

結果: 回答者数47人(回収率94.0%), 10代妊婦の分析対象事例は110人であった。10代母親のうちACEあり45人(40.9%), なし49人(44.5%)であった。ACEありの母親は, 高校進学せず・中退, 特定妊婦, 出産年齢18歳未満, 妊娠時の思いが「不安」, 出産までに母となる決意が「あいまい・みられない」者がACEなしの母親と比較して有意に高かった。ACEをもつ母親への保健師の支援として, 妊娠届出提出後の面接・訪問, 妊娠後期の電話・面接・訪問, 入院中の病院訪問を行う割合が有意に高く, 4か月児健診前に母親からコンタクトがある割合も有意に高かった。

考察: 母親の子ども時代の逆境的体験が学校生活や妊娠への思い, そして母となる決意に影響をおよぼし続けていると考えられた。10代母親の支援にあたっては, 妊娠中からACEの有無を把握し, ACEをもつ母親には妊娠後期から重点的な支援を行ない, 保健師との関係づくりから集団における事業へと橋渡しすることが重要である。

【キーワード】 10代母親, 逆境的小児期体験 (ACE), 妊娠中, 保健師, 継続支援

日本地域看護学会誌, 23 (2) : 33-42, 2020

I. 緒 言

2018年の10代出産数は8,778人¹⁾であり, 前年比1,122人(12.8%)減少し, 全出生数の0.96%である。

一方, 同年の10代の人工妊娠中絶件数は13,588件²⁾である。出産数と人工妊娠中絶件数を和した数を妊娠数とした場合, 10代で妊娠した女性のうち, 出産する女性は39.2%である。10代での妊娠は全体としては少数であり, 出産を選択する人も少ない。しかし, 10代母親は妊娠の受容が困難³⁾であり, 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⁴⁾こと, また児童虐待に至る保護者側のリスクのひとつである⁵⁾ことから支援が必要なケースとされ, 保育園児をもつ10代母親⁶⁾や, 医療機関を受診する10代母親の横断的調査^{7,8)}

受付日: 2019年6月17日/受理日: 2020年5月21日

1) Satoko Okawa, Risa Yasumoto, Sayumi Negoro: 大阪府立大学看護学類

2) Mio Tanimura, Ayaka Hirochi, Arisa Yoshida: 元大阪府立大学大学院看護学研究科

3) Mika Makabe: 四天王寺大学看護学部

4) Yukiko Kanaya: 武庫川女子大学看護学部

5) Masae Ueno: 関西医科大学看護学部

など、さまざまな実態調査が行われている。

一方、アメリカでは18歳までの逆境的小児期体験 (Adverse Childhood Experience; 以下, ACE) が生涯にわたり身体的・健康的状態に影響することが広く知られている。ACEとは、①身体的・心理的・性的虐待、②実母や同居している家族の薬物乱用・精神疾患・自殺企図・収監された経験、③ネグレクト (心理的, 身体的) の経験の総称である⁹⁾。2013年にフィラデルフィア在住成人に対し行われた調査では、18歳までに身体的虐待を経験した者が35.0%, 心理的虐待33.2%, 性的虐待16.2%, 身体的ネグレクト19.1%, 心理的ネグレクト7.7%であったと報告されている¹⁰⁾。またACE項目に多く該当する女性は10代で妊娠する割合が高く、10代母親の成人期の心理社会的負の要因 (家族・金銭面・仕事の問題や高いストレス, コントロールできない怒り) は10代妊娠でなく、根底にあるACEに起因する¹¹⁾ことも報告されている。イギリスでも、イングランド¹²⁾とウェールズ¹³⁾で独自のACE尺度を用いた調査が行われ、ACE体験と精神疾患や生活習慣病の罹患との関連が指摘されている。日本では、4か月児健診受診児保護者におけるACE経験1回以上の者が28.3%であること¹⁴⁾や、ACEと4～12歳での精神疾患の罹患には関連がみられ、特に親の精神疾患や家族間の暴力との関連が強いこと¹⁵⁾、女子少年院生と女子高校生のACEスコアの比較において、女子少年院生が有意に高いこと¹⁶⁾などが報告されている。

10代母親を対象としたACE研究はこれまで行なわれていないが、成育歴のなかで両親の離婚経験^{7, 8, 17, 18)}や、家族と音信不通状態にある者が3割を占める¹⁹⁾こと、また妊娠にまったく関わらない家族もいる²⁰⁾など、生育家族との関係の希薄さが指摘されている。こうした成育歴をもつ10代妊婦や母親にどのような特徴があるのか、また保健師がいつの時点で、どのように支援したのかについては明らかにされていない。

社会的リスクを抱える10代母親の支援を行うためには、母親たちの子ども時代の経験をとらえ、どのような経験や環境が10代での出産をもたらしたのかを理解することが必要である。このことから、ACEを含む出産に至るまでの成育歴に焦点をおき、母親のACEと出産に至るまでの背景にどのような特徴がみられるのか、またそうした特徴をもつ10代母親に、保健師はいつどのように支援し、母親からの反応はどのようなものであったかを明らかにしたいと考えた。

本研究は、10代母親に対する妊娠中から産後にわたる保健師の継続支援の内容について、母親のACE経験の有無に焦点をおき、妊娠中から育児期をととした10代母親への保健師の継続支援のあり方について考察する。

II. 研究方法

1. 対象者および調査方法

2016年8～9月に、A市保健師ならびにA市保健部門の長に対し、筆者が研究の目的や方法、対象者の権利擁護について記載した文書と口頭で研究内容を説明し、保健師に調査協力を依頼した。研究の承諾が得られた保健師に無記名自記式調査票を配布した。調査票を配布した保健師のうち、2014年7月以降に妊娠届を提出し、2016年6月までに出産した10代の妊婦を担当し、妊娠中から出産後も継続して支援を行った保健師には、支援した事例の概要と支援内容も合わせて記入を求めた。10代妊婦を複数名担当した保健師は、複数の調査票を記入している。記載された調査票は、保健センター内に設置した回収箱にて回収した。

2. 調査内容

調査内容は、①回答者の基本属性 (所属, 年齢, 保健師経験年数)、②10代妊婦との初回面接の際に情報収集すべき項目、③10代母親と関わる際の工夫点とした。10代妊婦を担当した保健師に対しては、①10代妊婦の生活歴 (転入・転出の有無, 両親の離婚, 親からの暴力などのACEに関する項目, 支援者の状況)、②10代妊婦の妊娠歴・健康状態 (これまでの妊娠経過, 健康状態, 経済的状況)、③出産後の子どもの状況 (在胎週数, 出生体重, 基礎疾患の有無, 乳幼児健診受診状況)、④妊娠中・産後の支援 (電話・面接・訪問回数, 支援の内容) とした。支援の内容としては、被虐待児の支援者に行った先行研究²¹⁾を参考に、「具体的育児指導」「子どもの発達過程を伝える」「パートナーとの関係調整」「事故予防」等の項目を調査した。⑤母親からの反応として、「4か月児健診前に母親からコンタクトがある」「4か月児健診来所状況」をたずねた。

3. 分析方法

各項目について記述統計を行った。10代母親の事例については、母親が「両親の離婚」「親との死別」「親の精神疾患」「施設入所」「親からの厳しいしつけ・虐待」

「ネグレクト」「経済的困窮状態」をひとつ以上経験している者を「ACEあり」とし、「ACEあり」「ACEなし」の2群に分け、10代妊婦の生活歴、出産後の子どもの状況、妊娠中・産後の保健師の支援について比較した。分析は χ^2 検定およびFisherの正確確率法を行った。統計解析はSPSS ver. 24を使用し、有意水準は5%未満とした。自由記載の内容については、ローデータをコード化したものを徐々に抽象度を上げ、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。また信頼性を確保するために、複数の研究者による合意形成をしながら分析を行った。

4. 用語の定義

本研究では、以下のとおり用語を定義した。

10代妊婦：10代で妊娠した母親とし、妊娠時10代であり、出産時に20歳となった母親も含む。

ACE：逆境的小児期体験を指す。本研究では「両親の離婚」「親との死別」「親の精神疾患」「施設入所」「親からの厳しいしつけ・虐待」「ネグレクト」「経済的困窮状態」をひとつ以上経験している者をACEありとした。

5. 倫理的配慮

倫理的配慮として、A市保健部門の長に研究の趣旨を説明し、同意を得た。その後、母子担当保健師に対し研究の趣旨を文書と口頭で説明した。質問紙は無記名とし、10代妊婦の対象者コード番号の管理および照合は、A市の個人情報保護条例に基づきA市の窓口担当保健師が行い、研究者は10代妊婦の個人情報を取り扱わないこととした。また回答は任意であり、協力しない場合でも不利益はないこと、得られたデータは統計的に処理し、研究目的以外では使用しないことを説明し、依頼文に明記した。説明後、該当事例への支援経験があり、研究参加の同意が得られた保健師に調査票を配布し、職場内に設置した回収箱への投函をもって研究協力の同意を得られたものとした。同意を撤回する場合は、回答者からA市の窓口担当保健師に申し出てもらい、研究者は対象者を特定することなくデータを削除できるよう、体制を整えた。収集したデータは施錠できる場所に厳重に管理し、収集されたデータをパソコンで使用する際には、認証付きUSBメモリーを用いた。またパソコンでのデータの整理および統計処理中は、インターネットに接続しなかった。なお本研究は、大阪府立大学大学院看護学研究所研究倫理委員会の審査・承認を得て実施した（承認日：2016年8月5日、承認番号：28-35）。

表1 回答者の基本属性

単位：人（%）， $n = 47$

回答者の年齢	
20代	13 (27.7)
30代	12 (25.5)
40代	6 (12.8)
50代	11 (23.4)
60代	2 (4.3)
無記入	3 (6.4)
保健師経験年数	
1～5年	12 (25.5)
6～10年	8 (17.0)
11～15年	4 (8.5)
16～20年	2 (4.3)
21年以上	15 (31.9)
無記入	6 (12.8)

Ⅲ. 結 果

1. 回答者ならびに10代妊婦事例の概要

調査票配布数は50部、回収数は47部（回収率94.0%）であった。回答者の年齢でもっとも多かったのは20代13人（27.7%）、次いで30代12人（25.5%）、50代11人（23.4%）であった。保健師経験年数でもっとも多かったのは、21年以上15人（31.9%）、次いで1～5年12人（25.5%）であった。保健師が支援した10代妊婦は111事例であった。事例は、出産年齢に欠損がなかった110事例を分析対象とした。回答者および事例の属性を表1、2に示す。

10代妊婦の平均年齢は18.9歳であった。家族背景は、両親の離婚38人（34.5%）、親からの厳しいしつけ・虐待12人（10.9%）、施設入所3人（2.7%）、その他6人（5.5%）であった。その他のなかには生活困窮（生活保護受給）、親との死別、親の精神疾患、ネグレクト等が含まれた。ACE有無別人数は、ACEあり45人（40.9%）、なし49人（44.5%）であった。最終学歴が中学卒業、もしくは高校中退者は37人（33.6%）であり、学歴が把握できた人数（74人）のなかでは半数を占めた。母親の持つ障害や疾患は、知的障害が7人（6.4%）、精神疾患・パーソナリティ障害が6人（5.5%）、身体障害1人（0.9%）であった。

妊娠について、予定した妊娠でなかった者が61人（55.5%）であったが、妊娠して「嬉しい」という思いをもった人が88人（80.0%）であった。パートナーは「いる」が96人（87.3%）、「いるが連絡がとれない」7人（6.4%）、「いない」5人（4.5%）であった。妊娠・出産に関する相談者および協力者では、実家の母が87人

表2 分析事例の基本属性

単位：人（%）， $n = 110$

母の出産年齢 ^{a)}	
16歳	3 (2.7)
17歳	11 (10.0)
18歳	20 (18.2)
19歳	38 (34.5)
20歳	38 (34.5)

18歳未満	14 (12.7)
18歳以上	96 (87.3)
ACE経験（複数回答）	
両親の離婚	38 (34.5)
親からの厳しいしつけ・虐待	12 (10.9)
施設入所	3 (2.7)
その他	6 (5.5)

ACEあり	45 (40.9)
ACEなし	49 (44.5)
不明	16 (14.5)

障害の有無、既往歴	
知的障害	7 (6.4)
精神疾患・パーソナリティ障害	6 (5.5)
身体障害	1 (0.9)

高校進学状況	
在学中・卒業	37 (33.6)
進学せず・中退	37 (33.6)
不明	36 (32.7)

パートナー	
いる	96 (87.3)
いるが連絡が取れない	7 (6.4)
いない	5 (4.5)
不明	2 (1.8)

予定した妊娠	
はい	45 (40.9)
いいえ	61 (55.5)
不明	4 (3.6)

妊娠したときの思い（複数回答）	
嬉しい	88 (80.0)
不安	22 (20.0)
戸惑っている・困っている	11 (10.0)

妊娠・出産に関する相談者および協力者（複数回答）	
実家の母	87 (79.1)
パートナー	59 (53.6)
だれもない	3 (2.7)

妊娠中の転居	
あり	45 (40.9)
なし	64 (58.2)
不明	1 (0.9)

a)：平均値±SD 18.9±1.09

(79.1%)と最も多く、パートナーは59人(53.6%)であった。妊娠中に転居した者は45人(40.9%)であった。

2. ACE有無別にみた10代妊婦の特徴

ACE有無別にみた10代妊婦の特徴を表3に示す。

ACEありの母親は、「高校進学せず・中退」が27人(69.2%)を占め、ACEなしの母親と比較して有意に高かった($p < 0.001$)。また特定妊婦も26人(57.8%)と、ACEなしの母親と比較して有意に高かった($p < 0.001$)。他にも、出産年齢が18歳未満の者が有意に高く($p < 0.01$)、妊娠時の気持ちに「嬉しい」と答えた者が有意に少なく($p < 0.05$)、「不安」と答えた者が有意に多かった($p < 0.01$)、また「出産までに母親となる決意があいまい・いいえ」の人も8人(18.2%)おり、ACEなしの母親と比較して有意に高かった($p < 0.01$)。

3. ACE有無別にみた保健師の支援と母親からの反応

ACE有無別にみた保健師が行った支援内容と母親からの反応を表4に示す。すべての支援においてACEありの母親に行なっている割合が高かった。なかでも「妊娠届提出後の面接・訪問」($p < 0.01$)、「妊娠後期に電話」($p < 0.001$)、「妊娠後期に面接」($p < 0.001$)、「妊娠後期に訪問」($p < 0.001$)など、妊娠後期に関わる割合が有意に高かった。また入院中に病院訪問を行った割合が有意に高かった($p < 0.01$)。母親側からの反応として、ACEありの母親は、4か月児健診前に母親からコンタクトがある割合が多かった($p < 0.05$)。

4. 妊娠から出産をととしての保健師の支援

10代妊婦・母親に対して行った保健師の支援を図1に示す。もっとも多かったのは「できていることをほめる」「具体的育児指導」「社会資源の紹介」「予防接種」「親への共感を示す」の順であった。このうち「できていることをほめる」支援は、妊娠中から産後にかけて継続して行われていた。

5. 10代妊婦との初回面接の際に必ず情報収集しておくべきと考える項目

保健師が10代妊婦との初回面接時の際に必ず情報収集しておくべきと考える項目は、「支援者の有無」が46人(97.9%)と最も高く、次いで「パートナーとの関係」22人(46.8%)、「経済状況」20人(42.6%)、「妊娠したときの思い」14人(29.8%)、既往歴(精神科受診歴含む)9人(19.1%)であった。

表3 ACE有無別にみた10代妊婦の特徴

単位：人(%)，n = 94

	ACEあり n = 45	ACEなし n = 49	p
高校通学状況 ^{a)}			
進学せず・中退	27 (69.2)	9 (30.0)	0.001**
在学中・卒業	12 (30.8)	21 (70.0)	
パートナー ^{a)}			
いる	37 (82.2)	46 (93.9)	0.075
いるが連絡がとれない・いない	8 (17.8)	3 (6.1)	
予定した妊娠 ^{a)}			
はい	13 (30.2)	24 (49.0)	0.053
いいえ	30 (69.8)	25 (51.0)	
特定妊婦 ^{a)}			
はい	26 (57.8)	9 (18.4)	<0.001***
いいえ	19 (42.2)	40 (81.6)	
出産年齢 ^{a)}			
18歳未満	12 (27.9)	2 (3.9)	0.002**
18歳以上	33 (76.7)	47 (92.2)	
妊娠中の転居 ^{a)}			
あり	19 (42.2)	22 (44.9)	0.479
なし	26 (57.8)	27 (55.1)	
妊娠・出産に関する協力者			
いる	44 (97.8)	47 (95.9)	0.532
いない	1 (2.2)	2 (4.1)	
妊娠時の気持ち：嬉しい ^{a)}			
はい	32 (71.1)	43 (87.8)	0.045*
いいえ	13 (28.9)	6 (12.2)	
妊娠時の気持ち：不安 ^{a)}			
はい	16 (35.6)	5 (10.2)	0.003**
いいえ	29 (64.4)	44 (89.8)	
出産前に母となる決意を固めていた			
はい	36 (81.8)	44 (100.0)	0.003**
あいまい・いいえ	8 (18.2)	0 (0.0)	
児の体重 ^{a)}			
2,499g以下	6 (13.3)	6 (12.2)	0.559
2,500g以上	39 (86.7)	43 (87.8)	

a) χ^2 検定を使用，その他はFisherの正確確率検定を使用した。

*：p<0.05，**：p<0.01，***：p<0.001

無回答が存在するため，合計値が一致しない場合がある

6. 10代母親との関わりのなかで保健師が工夫している点

10代母親との関わりのなかで保健師が工夫している点として，保健師が自由記載した内容から6つのカテゴリー，18のサブカテゴリーが抽出された。内容を表5に示す。抽出されたカテゴリーは，【本人の思いに重きをおく】【困りごとや子どもの様子から支援の糸口を見つける】【長所を見つけ，相手に合わせて関わる】【母親に寄り添い，次につながる関係をつくる】【パートナーや両親との関係に配慮する】【母親として成長していくための社会性を育む】であった。

IV. 考 察

1. 10代妊婦の特徴

本調査における10代妊婦の家族背景について，「両親が離婚」していた者が38人(34.5%)おり，2018年の離婚率1.68(人口千対)²²⁾と比較すると非常に高く，10代母親は，両親が離婚している者がきわめて多かった。障害の有無・既往歴について，知的障害あり7人(6.4%)，精神疾患・パーソナリティ障害6人(5.5%)など，10代で出産したこと以外にも，関わりにおいて注視すべき特性をもつ母親たちもいた。またパートナーがいない，いても連絡がとれない者もあわせて12人(10.9%)であった。妊娠・出産に関する相談者および協力者においても，8割近くが実家の母を挙げたが，パートナーを挙げた人

表4 保健師が妊娠中・産後に行った支援と母親からの反応

単位：人(%)，n = 94

		ACEあり n = 43	ACEなし n = 51	p
妊 娠 中	妊娠(転入)届出時の面接			
	あり	25 (96.2)	22 (95.7)	0.724
	なし	1 (3.8)	1 (4.3)	
	妊娠届提出後の面接・訪問 ^{a)}			
	あり	15 (75.0)	8 (30.8)	0.003**
	なし	5 (25.0)	18 (69.2)	
	妊娠後期に電話 ^{a)}			
	あり	37 (84.1)	21 (42.9)	<0.001***
	なし	7 (15.9)	28 (57.1)	
	妊娠後期に面接 ^{a)}			
あり	14 (33.3)	2 (4.1)	<0.001***	
なし	28 (66.7)	47 (95.9)		
妊娠後期に訪問 ^{a)}				
あり	32 (74.4)	10 (20.4)	0.001***	
なし	11 (25.6)	39 (79.6)		
入 院 中	入院中の病院訪問			
	あり	8 (18.2)	2 (4.1)	0.030*
	なし	36 (81.8)	47 (95.9)	
	入院中・産後の保健師訪問			
あり	42 (93.3)	35 (71.4)	0.005**	
なし	3 (6.7)	14 (28.6)		
4 か 月 時	4か月児健診前に母親からコンタクト ^{a)}			
	あり	18 (40.0)	9 (18.4)	0.018*
	なし	27 (60.0)	40 (81.6)	
	4か月児健診来所(対象月齢のみ)			
あり	37 (90.2)	45 (93.8)	0.411	
なし	4 (9.8)	3 (6.3)		

a) χ^2 検定を使用，その他はFisherの正確確率検定を使用した。* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$

無回答が存在するため，合計値が一致しない場合がある

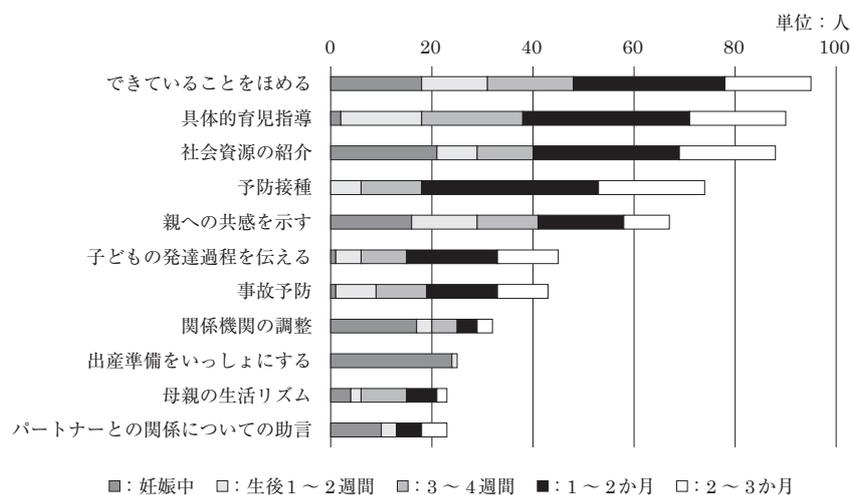


図1 10代妊産婦に対し保健師が行った支援の内容とその時期

は59人(53.6%)と実家の母と比べて少なく、「だれもいない」と答える人もいるなど，妊娠・出産においてパートナーに頼れない状況にある者や，インフォーマルサポートの不足が懸念される。妊娠中に転居する人も4

割を超えることから，保健師間での引継ぎを余儀なくされるケースも多いことが推察される。こうした産後のサポート状況や，転居予定の有無などを妊娠中のなるべく早い時期に把握しておき，産後の支援の方向性を検討し

表5 10代母親とのかかわりの中で保健師が工夫した点

カテゴリー	サブカテゴリー
【本人の思いに重きをおく】	〔母親と思いを共有する〕 〔母親が表現できない思いを代弁する〕 〔成育歴、価値観や思いを時間をかけて引き出す〕
【困りごとや子どもの様子から支援の糸口を見つける】	〔本人がいちばん困っていることに対し、直接的な支援をする〕 〔子どもの様子から母の状況を推し量る〕 〔子どもの気持ちや育児の方法を具体的に伝える〕
【長所を見つけ、相手に合わせて関わる】	〔いいところ、がんばっていることをみつけて本人に伝える〕 〔最小限の内容を、わかりやすい言葉で説明する〕 〔本人に合わせて柔軟に関わり方を変える〕
【母親に寄り添い、次につながる関係をつくる】	〔保健師の関わる目的やできることを伝える〕 〔親近感をもってもらえる雰囲気と距離感を保つ〕 〔信頼関係をつくるために、母の気持ちに寄り添い否定しない〕 〔次の支援につながるように関わる〕
【パートナーや両親との関係に配慮する】	〔確実に本人と連絡を取るためパートナーや両親とも関わる〕 〔親と切り離し本人の意向を聞く環境をつくる〕
【母親として成長していくための社会性を育む】	〔関係機関に同行し必要な手続きをいっしょに行う〕 〔本人に動いてもらい、自信を高める〕 〔母親としての自分の将来設計ができるように促す〕

ておくことが重要である。

一方、本調査において予定した妊娠でなかった者は61人(55.5%)であるが、一方で妊娠して「嬉しい」という思いをもった人が8割と、妊娠を肯定的に受け止める人も多かった。予期せぬ妊娠を予防するための性教育とあわせて、妊娠して「嬉しい」と思う背景にある家族歴やパートナーとの関係に着目しながら、その思いを出産後も継続して持ち続けることができるための関わりが必要である。

2. ACEをもつ母親の特徴

本研究でACEとして抽出したのは「両親の離婚」「親との死別」「親の精神疾患」「施設入所」「親からの厳しいしつけ・虐待」「ネグレクト」「経済的困窮状態」であった。これに「心理的虐待」「DVの目撃経験」を加えたIsumiらの研究¹⁴⁾では、1項目以上の該当者が28.3%と本研究の対象者40.9%と比較して少なかった。このことから、10代母親にはACEありの者が多いと考えられる。

またACEありの者は、学歴が中学卒業・高校中退、特定妊婦、妊娠中に不安を抱え、母親となる決意があいまい・みられない、18歳未満での出産など、子ども時代の逆境的体験が学生生活や妊娠への思い、そして母親としての決意にも影響をおよぼし続けていると考えられた。特に「ACEあり」と「特定妊婦」の間に強い関連が

みられた。特定妊婦の状況例に「虐待歴等」が含まれている²³⁾ことに起因すると考えられるが、特定妊婦を支援する際には虐待歴だけでなく、家族歴や成育歴における逆境体験を把握し、継続した支援を行うことが必要であると考えられる。

ACEをもつ母親を支援する際の視点について、10代母親が受けた身体的虐待と母子関係の構築の困難さを調査した論文²⁴⁾では、10代母親のもつ母子関係の困難さは、主たる養育者との関係と自身の出産へのとらえ方によって媒介され、もし過去に虐待歴があったとしても、妊娠期からのパートナーとの情緒的なつながりがあれば、母子関係に影響をおよぼす過去の虐待の影響は緩和されるという。このことから、特に被虐待経験などのACEをもつ母親には、妊娠中に両親など被養育者にどのような思いをもっていたのか、また妊娠の受け止め方やパートナーとの関係を把握し、母子関係が困難となりうる要因を早期にとらえることが必要である。

3. 10代妊産婦に対する保健師の支援

10代妊産婦に対し保健師が行なった支援の内容として、「できることをほめる」が妊娠中、出産後をとおしてもっとも多かった。また支援の際に工夫した点も【長所を見つけ、相手に合わせて関わる】など、10代妊婦のできるどころ、よいところに着目した支援が行われていた。10代母親の特徴として、成育歴において自己否定

につながる経験をもつ人がいる²⁵⁾ことや、家事と育児を両立させる自信のなさ²⁶⁾が指摘されている。本研究においても保健師はできることをほめ、育児に自信がもてるような関わりをしていた。

また保健師は両親やパートナーから必要な情報を得ながらも距離を保ち、本人の意向を尊重するなど、【パートナーや両親との関係に配慮する】関わりを行っていた。その背景として、妊娠中からパートナーの1割が事実上不在の状況にあり、ACEをもつ母親も4割に上ることから、保健師は親やパートナーの前では表出できない、本人のニーズを汲み取ることの重要性を認識していたためであると考えられる。

ACEありの妊婦に対し保健師が妊娠中・産後に行なった支援として、妊娠届提出後の面接・訪問、妊娠後期の電話・面接・訪問、入院中の病院訪問、産後の保健師訪問が有意に高かった。保健師は妊娠届提出時や提出後の関わりをとおして支援の必要性を推し測り、産前産後にACEなしの母親と比較して重点的な支援を行っていたと考えられる。こうした支援の結果、「4か月児健診前に母親からコンタクト」がある割合がACEなしの母親と比較して有意に多かった。また、ACEありの母親は妊娠中から困難な状況を抱えていたにもかかわらず、4か月児健診の受診率には有意な差がみられなかった。妊娠中からの関わりによって母親と保健師の関係が構築できたことが、乳幼児健診といった集団事業への参加につながったと考えられる。

10代母親のなかには、「今まで社会から無視されてきたが、子どもをもつことで自信をもつことができた」と語る母親もいる²⁷⁾。また母親となることは、世代間連鎖を修復する可能性がある²⁸⁾ことも指摘されている。両親の離婚や教育歴の短さ、また親からの虐待など困難な成育歴を抱え、新たな母親像の構築を必要とする10代母親には、妊娠中から家族の機能不全などACEの有無を把握し、ACEのある母親には、特に妊娠後期から出産直後にかけて重点的な支援を行ない、保健師との関係づくりから集団における事業へと橋渡しすることが重要であることが示唆された。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究における事例は110人と少なかつたため、分析において、本来であれば有意差のみられる項目に有意差がみられないといった、第2種の過誤を引き起こしている可能性がある。またA市のみの調査であるため、一般

化には限界がある。さらに保健師による事例想起を用いた研究であるため、思い出しバイアスを生じている可能性がある。今後さらに対象となる市町村を増やし、10代母親の特徴と支援についてより緻密にとらえる必要がある。

また、本研究におけるACEは項目が限定されていたことから、今後さらにACEを把握しうる項目を追加することが必要である。さらに調査票の不備により、事例を回答した保健師の人数を把握することができなかったこと、保健師が妊娠中から出産後も継続して支援を行った事例を抽出したことから、継続した関わりが困難であった事例が除外されたことも、本研究の限界として挙げられる。

これらの課題はあるが、本研究で特徴が示されたACEをもつ母親45人は、母子保健における関わりが重要な対象者であると考えられる。今後は、10代母親とその家族に対する妊娠期からの保健師の具体的な関わり方について明らかにする必要がある。

V. 結 語

本研究では、10代妊婦の特徴と妊娠期からの保健師の支援の内容を明らかにし、ACEを踏まえた、妊娠中から育児期をとおした保健師の継続支援の実態について明らかにした。ACEは学校生活や妊娠への思い、そして母となる決意にも影響を及ぼし続けていると考えられた。10代母親の支援においては、妊娠中からACEの有無を把握し、ACEをもつ母親には、特に妊娠後期から出産直後にかけて重点的な支援を行ない、保健師との個別の関係づくりから集団における事業へと橋渡しすることが重要であることが示唆された。

【利益相反】

本研究において開示すべき利益相反はない。

【謝辞】

本調査の実施にご協力いただき、調査項目の選定に際し多くのご助言をいただきました。A市保健師のみなさまに心より感謝を申し上げます。本研究は、JSPS科研費15K18992ならびに大阪府立大学ダイバーシティ研究環境研究所研究実践力評価支援プログラムの助成を受けて実施したものの一部である。

【文献】

- 1) 厚生労働省：人口動態統計。平成30年(2018)人口動態

- 統計(確定数)の概況;母の年齢(5歳階級)・出生順位別にみた出生数. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/dl/08_h4.pdf (2020年2月29日).
- 2) 厚生労働省:平成30年度衛生行政報告例の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/18/dl/kekka6.pdf (2020年2月29日).
 - 3) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課:子ども虐待対応の手引き(平成21年度改訂版), 2009.
 - 4) 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.
 - 5) 厚生労働省社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会:子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について, 第15次報告, 2019.
 - 6) 東京都社会福祉協議会保育部会:10代で出産した母親の子育てと子育て支援に関する調査報告書, 2003.
 - 7) 賀数いづみ・前田和子・西平朋子:沖縄県における10代母親の現状とハイリスク者の特定. 沖縄県立看護大学紀要, 16:49-61, 2015.
 - 8) 村越友紀・望月善子・渡辺博等:10代出産女性の現状と課題:10代出産女性のアンケート調査からの検討. Dokkyo Journal of Medical Sciences, 38(1):87-94, 2011.
 - 9) Felitti VJ, Anda RF: The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior; implication for healthcare. Lanius, RA, Vermetten F, Pain S (Eds.), The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease; The Hidden Epidemic. New York, Cambridge University Press, 2010.
 - 10) Public Health Management Cooperation, Findings from the Philadelphia Urban ACE Survey, 2013.
 - 11) 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.
 - 12) Bellis MA, Ashton K, Hughes K, et al.: Childhood Experiences and their impact on health-harming behaviors in the Welsh adult population, Public Health Wales, Cardiff, 2015.
 - 13) Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, et al.: National Household Survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine*, 12(1):72, 2014, <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-72> (2020年4月15日).
 - 14) 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.
 - 15) 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.
 - 16) 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;女子少年院在院者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, 4:29-49, 2007.
 - 17) 小川久貴子・安達久美子・恵美寿文枝:10代妊産婦に関する研究内容の分析と今後の課題;1990から2005年の国内文献の検討から. 日本助産師学会誌, 20(2):50-63, 2006.
 - 18) 大川聡子:10代の母というライフスタイル;出産を選択した社会的経験に着目して. 見洋書房, 京都, 2016.
 - 19) 上山直美・松尾博哉:妊娠期から産褥期における母親の問題体験とその対処行動の分析. 神戸大学大学院保健学研究科紀要, 24:41-50, 2009.
 - 20) 金子由美子:生きづらさを抱えた子どもたち;高校生の妊娠出産の具体的支援. 子どもの虐待とネグレクト, 20(1):60-67, 2018.
 - 21) 大阪児童虐待研究会(編):大阪の乳幼児虐待(第二版)資料1, 児童虐待調査票, 214-219, 大阪児童虐待研究会, 大阪, 1994.
 - 22) 平成30年(2018)人口動態統計(確定数)の概況:人口動態総覧. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/index.html> (2020年2月29日).
 - 23) 厚生労働省:雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長(通知), 要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の一層の推進について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000146793.pdf> (2020年5月11日).
 - 24) Milan S, Lewis J, Ethier K, et al.: The Impact of Physical Maltreatment History on the Adolescent Mother-infant Relationship; Mediating and Moderating Effects During the Transition to Early Parenthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32:249-261, 2004.
 - 25) 上田真弓:家族の向こう 見つけれない困難と希望について;若年出産女性聞き取り調査から. 高校生活指導, 205:70-75, 2018.
 - 26) Ogawa K, Adachi K, Emisu F: Distressing experiences of and changes in adolescent mothers who have started parenting. *The Journal of Japan Academy of Health Sciences*, 14(2):63-76, 2011.
 - 27) Cater S, Coleman D: "Planned" teenage pregnancy, Perspectives of young parents from disadvantaged backgrounds. The Polity Press, Bristol, 2006.

28) Smithbattle L : The past is prologue? The long arc of childhood trauma in a multigenerational study of teen

mothering. *Social Science and Medicine*, 216 : 1–8, 2018.

■ Research Report ■

Support Provided by Public Health Nurses to Teen Mothers with Adverse Childhood Experiences (ACEs)

Satoko Okawa¹⁾, Mio Tanimura²⁾, Ayaka Hirochi²⁾, Mika Makabe³⁾, Arisa Yoshida²⁾, Risa Yasumoto¹⁾, Sayumi Negoro¹⁾, Yukiko Kanaya⁴⁾, Masae Ueno⁵⁾

1) Osaka Prefecture University, School of Nursing

2) Former Osaka Prefecture University, Graduate School of Nursing

3) Shitennoji University, Department of Nursing

4) Mukogara Women's University, School of Nursing

5) Kansai Medical University, Department of Nursing

We evaluated the support practices provided by public health nurses (PHNs) for pregnant teenagers with adverse childhood experiences (ACEs). Fifty PHNs were surveyed between August and September 2016. The survey was designed to obtain maternal characteristics and support needs from conception to 4 months postpartum. Data were analyzed using a chi-square test and a Fisher's exact test. The significance level was set to 0.05 for all analyses. Forty-seven PHN surveys were completed (response rate 94%) and 110 pregnant teenage mothers were analyzed. Forty-five (40.9%) mothers had one or more ACEs. The ACE mothers were more likely to discontinue high school, have special needs, be < 18 years old, feel anxiety about pregnancy and motherhood, and have unplanned pregnancies. PHNs had a significantly higher contact rate with ACE mothers compared with non-ACE mothers. Contact included personal interviews and visits in early pregnancy; telephone calls, personal interviews and visits during the third trimester; and hospital visits during delivery. There was more contact from ACE mothers before the 4-month postnatal checkup. ACEs impacted schooling during pregnancy and after birth. Thus, it is important to determine the ACE status of teenage mothers and to provide specialized support throughout pregnancy and the postpartum period. Our results imply that PHNs play an important role in connecting mothers to activities that emphasize maternal and child health.

Key words : teen mothers, adverse childhood experiences (ACEs), pregnant period, public health nurses, continuous support

■ 研究報告 ■

地域包括支援センター看護職が夫介護者を地域の 水平的組織につなげる支援のプロセス ——認知症の妻を介護する高齢夫介護者に焦点を当てて——

高橋美保¹⁾, 田口(袴田)理恵²⁾, 河原智江²⁾

抄 録

目的: 本研究は、地域包括支援センター看護職が、虐待予防や健康保持のために認知症の妻を介護する高齢夫介護者を地域の水平的組織につなげる支援のプロセスを明らかにすることを目的とした。

方法: 認知症の妻を介護する高齢夫介護者を地域の水平的組織につなげた経験をもつ地域包括支援センター看護職7人を対象に半構造化面接を行い、夫介護者が自らの意思で水平的組織に参加継続するまでの支援を聴取した。得られたデータは複線径路・等至性モデリングの手法で分析し、支援のプロセスを示した。

結果: 地域包括支援センター看護職が高齢夫介護者を地域の水平的組織につなげる支援のプロセスは4つの時期から構成された。第1期は、サービス利用の提案に消極的な夫介護者と支援関係の構築を図る時期であり、その後、妻の介護環境を整え信頼を得て、夫自身の健康の大切さを気づかせる第2期となる。第3期は、水平的組織参加の一步を踏み出させ、メリットを感じてもらう時期となる。第4期に至ると、水平的組織への参加継続に向けて環境の再調整を行う時期となる。

考察: 認知症の妻を介護する高齢夫介護者を地域の水平的組織につなげていくためには、妻の状況に合わせ段階的に夫介護者の意識を変えていくこと、ならびにその段階に応じた支援の展開が必要であることが示された。また、男性の関心事に合う多くの種類の水平的組織を育成し、周知していくことの重要性が示唆された。

【キーワード】 夫介護者、地域包括支援センター看護職、ソーシャルサポート、水平的組織、高齢者虐待予防、認知症

日本地域看護学会誌, 23 (2) : 43-51, 2020

I. 緒 言

近年、在宅療養における介護の担い手は多様化し、男性介護者も全体の3割を超えるまでに増加している¹⁾。男性介護者は、慣れない家事や介護の戸惑いがある²⁾ことや、感情の表出が不得手で孤立しやすく³⁾身近な専門職や他の家族にも弱音が吐けない⁴⁾ことから、自身の健康にも負の影響を与えていると考えられる。実際、男性介護者は主観的な健康感が低く⁵⁾とりわけ老老介護世帯

の夫介護者に健康不安が大きい⁶⁾ことが報告されている。また認知症高齢者の家族介護者は、認知症特有の行動、心理症状による身体的、精神的負担が大きく、介護負担感が強いことが報告されており⁷⁾、介護負担感の高まりは虐待のリスク要因となる⁸⁾。2018年度の高齢者虐待に関する調査⁹⁾によると、被虐待高齢者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上が71.7%を占め、加えて虐待加害者の6割以上が男性⁹⁾であることから、認知症の妻を介護する高齢夫への支援は喫緊の課題といえる。

一方、ソーシャルサポートには介護者の介護負担感を緩衝する効果があることが報告されている¹⁰⁾。しかし、高齢夫介護者はソーシャルサポートが得にくく¹¹⁾、このソーシャルサポートの不足が介護負担感を高める一因と

受付日：2019年9月12日／受理日：2020年5月10日

1) Miho Takahashi：共立女子大学看護学部

2) Rie Hakamada-Taguchi, Chie Kawahara：共立女子大学大学院看護学研究科

なっている可能性があり、高齢夫介護者がソーシャルサポートを得ることは、虐待予防や健康状態の悪化防止の一助になると考えられる。このため地域の高齢者支援の中核機関である地域包括支援センター（以下、包括）は、介護者に対するソーシャルサポートの獲得や健康保持を目的として水平的組織¹²⁾へつなげる支援を行っている。水平的組織とは、ソーシャル・キャピタルの構成要素であり、互いの対等平等な関係が中心となっている組織を指す¹²⁾。介護者は水平的組織へつながることにより、仲間からの情緒的、情動的サポートが得られ、介護負担感の軽減や健康保持につながることを期待される。

しかし、男性介護者は、助けを求めようとせずひとりで抱え込む傾向があるため^{3,4)}水平的組織につながることが困難であり、支援者側も女性介護者に比べて男性介護者に対する支援がむずかしいととらえていることが報告されていることから¹³⁾、夫介護者を水平的組織につなげるための支援方法を見いだす必要があると考えられる。

そこで本研究は、包括に勤務する看護職（以下、包括看護職）が認知症の妻を介護する夫介護者を地域の水平的組織につなげる支援のプロセスを明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

包括看護職が夫介護者を地域の水平的組織につなげるまでの経緯は多様であると考えられるため、本研究では分析モデルとして複線径路・等至性モデリング (Trajectory Equifinality Modeling ; TEM)¹⁴⁾を採用した。TEMは、多様な径路が収束する地点を等至点として^{14,15)}そこに至るまでの径路の多様性、複線性をとらえる分析、思考の枠組みモデルである。本研究では、包括看護職が最初に夫介護者と面接してから地域の水平的組織につなげるまでの間の、夫介護者の状況や反応に応じて包括看護職が支援を行っていく径路の複線性を示しつつ、支援のプロセスを表すこととした。

2. 用語の定義

水平的組織：参加者同士が対等な関係をもつ組織のことで、本研究では介護予防を目的とした運動グループや介護者の会を指す。

水平的組織につなげる：水平的組織に自らの意思で参

加継続するようになる状態を指す。

包括看護職：保健師または地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師として包括に勤務する者を指す。

3. 研究協力者の選定条件・リクルート方法

研究協力者は、認知症の妻の高齢夫介護者を地域の水平的組織につなげた経験を持ち、包括勤務経験が3年以上の保健師または看護師とした。研究協力者のリクルートは機縁法にて行い、同意の得られた7人を研究協力者とした。

4. 対象事例の選定条件

研究協力者に以下の条件をともに満たす1事例について語ってもらった。

- ①認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の妻を介護する同居の65歳以上の夫介護者。
- ②もともと地域の水平的組織の参加に対し消極的であったが、包括看護職の支援を受けて継続的に参加できるようになった夫介護者。

5. データの収集方法

インタビューガイドを用い、研究協力者1人につき1～2回、60～90分程度で半構造化面接を行った。まず、研究協力者ならびに対象事例の基本属性を質問後、夫介護者を地域の水平的組織につなげるために行った支援や関係者との連携、また支援に対する夫介護者の反応を時系列で聴取し、了解を得て録音した。調査期間は、2018年3～11月であった。

6. 分析方法

1) 逐語録を作成し、包括看護職が最初に夫介護者と面接してから地域の水平的組織につなげるまでの「包括看護職の支援」「包括看護職がとらえた夫の介護状況と支援への反応」「包括看護職以外からの支援」「社会資源の状況」に関するデータを抽出後、コード化し時系列に並べた。

2) 1) から対象事例ごとのTEM図を作成した。TEM図は「包括看護職がとらえた夫の介護状況と支援への反応」の径路を中心に描き、「包括看護職の支援」「包括看護職以外からの支援」「社会資源の状況」のなかで地域の水平的組織につながるよう方向づけた要因を社会的助勢 (Social Guidance ; SG)¹⁴⁾、地域の水平的組織につながらないように方向づけた要因を社会的方向づけ

(Social Direction ; SD)¹⁴⁾で表し、径路の上下に配置した。なお、TEMの手法に基づき、等至点(Equifinality Point ; EFP)¹⁴⁾に「夫介護者が地域の水平的組織につながる」を設定し、理論上EFPと対極に位置する等至点(Polarized Equifinality Point ; P-EFP)¹⁴⁾に「夫介護者が地域の水平的組織につながらない」を設定した。また、語りからの径路は実線、論理的に存在すると考えられる径路は点線で示した。

3) 2)の構成要素をカテゴリー化し、全事例を集約したTEM図を作成した。加えて、径路のなかで必然的にほとんどの人が通る必須通過点(Obligatory Passage Point ; OPP)¹⁴⁾と、径路の複線性が生じる分岐点(Bifurcation Point ; BFP)¹⁴⁾を設定した。

4) 3)のTEM図において包括看護職の支援の方針や支援方法が変わる要因となる夫介護者の介護状態や支援への反応を境目として時期を区分した。

5) 分析の妥当性、信頼性を確保するためTEMの研修を受講し、質的研究と地域看護学に精通した研究者ならびにTEM開発者からのスーパーバイズを受けた。また、事例ごとのTEM図については研究協力者に対面で確認してもらい、必要な修正を行った。

7. 倫理的配慮

研究協力者に対し、研究目的、研究方法、研究参加の自由、個人情報保護について文書と口頭で説明し同意を得た。本研究は、共立女子大学・共立女子短期大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認年月日：2018年、2月26日、承認番号：KWU-IRBA#17134)。

Ⅲ. 結 果

1. 研究協力者と対象事例の基本属性

研究協力者の職種は7人とも看護師であった。性別は、女性6人、男性1人であり、年齢は30～60歳代であった。包括経験年数は6～12年であった。対象事例の基本属性と包括看護職による支援開始の経緯は表1のとおりである。

2. 包括看護職が夫介護者を地域の水平的組織につなげる支援のプロセス

包括看護職が夫介護者を地域の水平的組織につなげる支援のプロセスは、図1の4つの時期に分かれた。本文中では「包括看護職がとらえた夫の介護状況と支援への反応」を【 】, BFPとOPPを「 」, SGとSDを〈 〉で示す。

1) 第1期：サービス利用の提案に消極的な夫介護者と支援関係の構築を図る時期

支援開始時には、【自ら望んで妻の介護相談のため包括看護職と面接する】夫介護者がいる一方で、〈身近な相談相手が不在(SD)〉のため〈支援関係者が夫を心配し包括看護職を紹介(SG)〉し、【妻の介護相談の必要性を感じていないが、他者から勧められて包括看護職と面接する】者がいる。【自分から困りごとを表出する】夫介護者に対しては、包括看護職は〈困りごとに合わせてサービス利用の提案(SG)〉ができるためスムーズに受け入れられることもある。このようななか、他者から勧められた夫介護者は【質問に対しては答えるが自発的な言葉は少なく困りごとの表出もない】ため、包括看護職は手探りで〈限られた情報と照合しサービスを紹介(SG)〉することとなり、〈家族による介護役割を肯定し、

表1 対象事例の基本属性と包括看護職による支援開始の経緯

研究協力者ID	認知症の妻の高齢夫介護者		認知症要介護者(妻)			包括看護職による支援開始の経緯
	年代	介護期間	年代	要介護度	認知症自立度 ^{a)}	
ID1	80歳代	3年	70歳代	要介護3	Ⅲ a	ケアマネ ^{b)} から夫妻の健康支援について相談を受ける
ID2	70歳代	3年	70歳代	要介護4	Ⅱ b	ケアマネ ^{b)} から夫の介護負担や虐待疑いの相談を受ける
ID3	70歳代	9年	70歳代	要介護3	Ⅲ a	夫から妻の介護の備えについて制度の相談を受ける
ID4	70歳代	3年	70歳代	要介護2	Ⅱ b	夫から妻の認知症についての相談を受ける
ID5	70歳代	5年	70歳代	要介護2	Ⅲ a	市保健師から夫妻の健康支援について相談を受ける
ID6	80歳代	4年	80歳代	要介護3	Ⅱ b	別居家族から介護認定が下りたことで相談を受ける
ID7	80歳代	1年	80歳代	要介護3	Ⅲ a	別居家族から両親の老老介護について相談を受ける

a) 認知症高齢者の日常生活自立度

b) ケアマネジャー

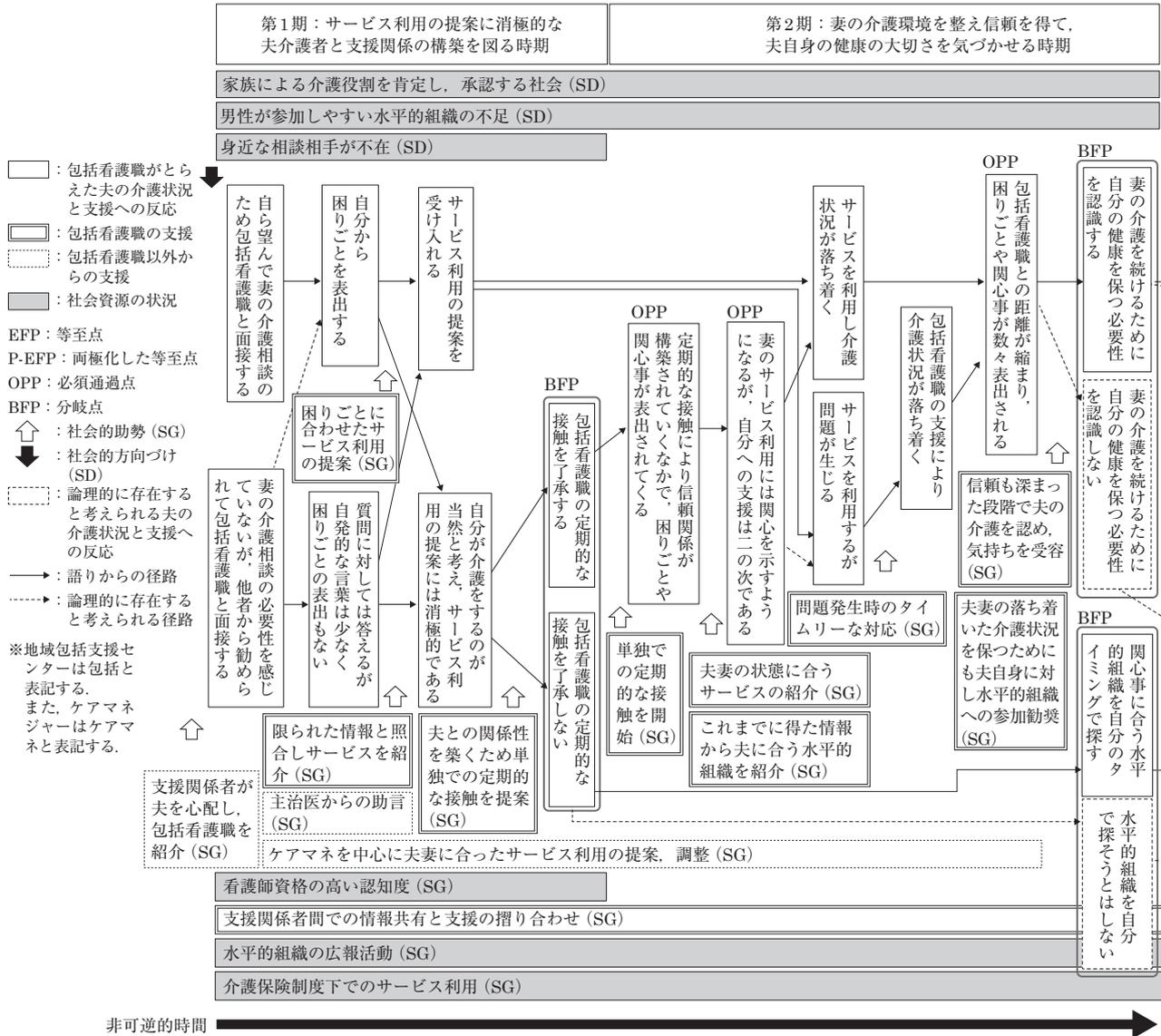


図1 地域包括支援センター看護職が夫介護者を地域の水平的組織につなげる支援のプロセス

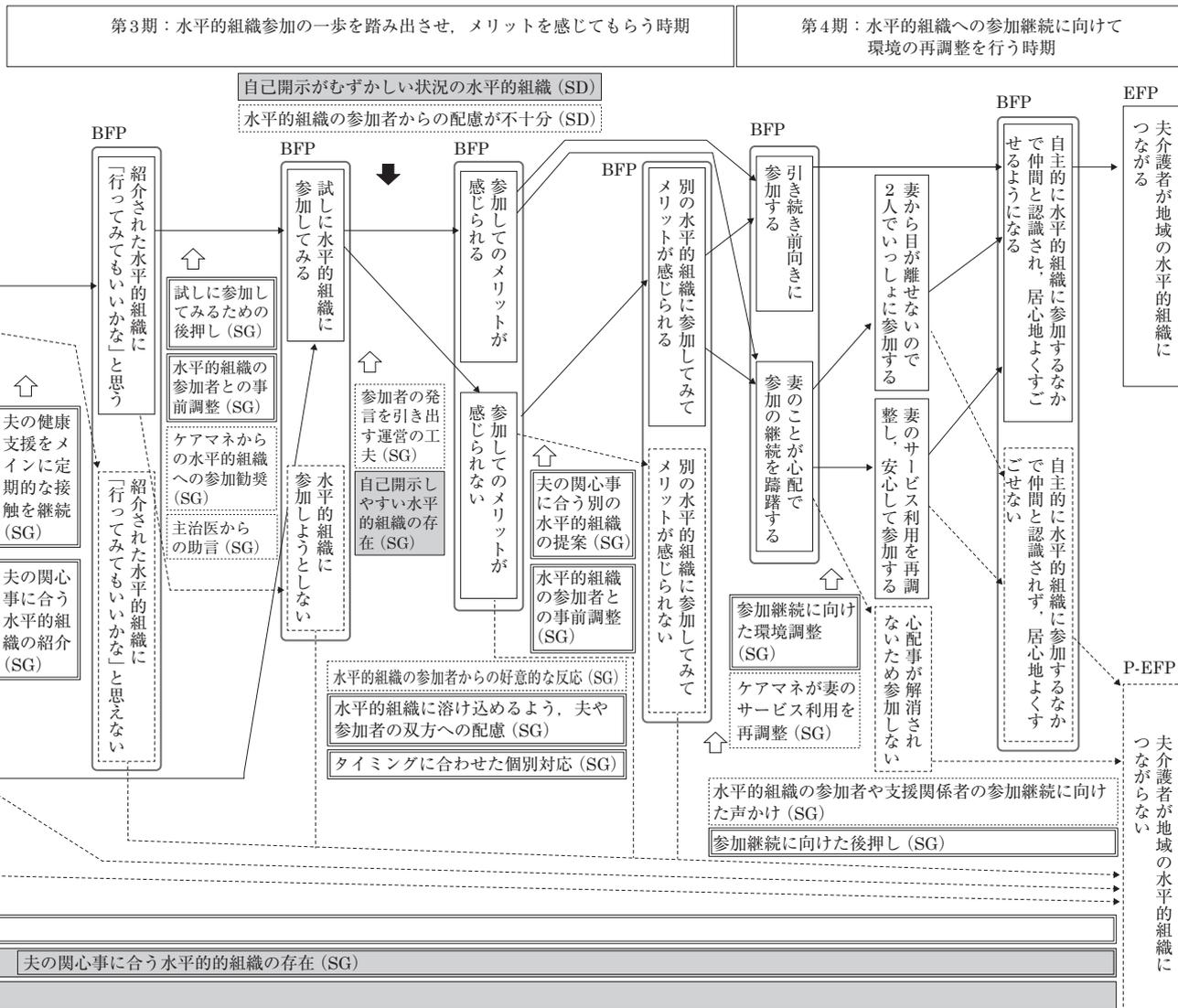
承認する社会 (SD) のなかで、しばしば夫介護者は【自分が介護をするのが当然と考え、サービス利用の提案には消極的である】。しかし、なかには事前の〈主治医からの助言 (SG)〉が後押しとなり【サービス利用の提案を受け入れる】者もある。

包括看護職は、提案に消極的な夫介護者については〈(夫との) 関係性を築くため単独での定期的な接触を提案 (SG)〉する。この提案に対して〈看護師資格の高い認知度 (SG)〉の影響もあり、ほとんどの夫介護者は「包括看護職の定期的な接触を了承する」に至る (BFP)。しかし、まだ妻の認知症は軽症なので今はサービスも不要と接触を受け入れず、「包括看護職の定期的な接触を了承しない」場合もある (BFP)。

2) 第2期：妻の介護環境を整え信頼を得て、夫自身の健康の大切さを気づかせる時期

包括看護職が〈支援関係者間での情報共有と支援の摺り合わせ (SG)〉を行いながら〈単独での定期的な接触を開始 (SG)〉すると、「定期的な接触により信頼関係が構築されていくなかで、困りごとや関心事が表出されてくる」(OPP)。この反応を見逃さず、〈夫妻の状態に合うサービスの紹介 (SG)〉と〈これまでに得た情報から夫に合う水平的組織を紹介 (SG)〉していくが、この時点では夫介護者は「妻のサービス利用には関心を示すようになるが、自分への支援は二の次 (である)」という状態に留まる (OPP)。

妻のサービス利用により状況が落ち着く者がいる一



方、新たに問題が生じる場合もあり、〈ケアマネジャーを中心に夫妻に合ったサービス利用の提案、調整 (SG)〉と包括看護職の〈問題発生時のタイムリーな対応 (SG)〉を行っていく。介護状況が落ち着くと、全員の「包括看護職との距離が縮まり、困りごとや関心事が数々表出され(る)」(OPP)、〈信頼も深まった段階で夫の介護を認め、気持ちを受容 (SG)〉し、〈夫妻の落ち着いた介護状況を保つためにも夫自身に対し水平的組織への参加勧奨 (SG)〉を行っていくと、夫介護者は「妻の介護を続けるために自分の健康を保つ必要性を認識する」(BFP)。

また、第1期で「包括看護職の定期的な接触を了承しない」(BFP) 夫介護者のなかには、日ごろから包括看護職が行っている〈水平的組織の広報活動 (SG)〉に触れ、

「関心事に合う水平的組織を自分のタイミングで探す」者もある (BFP)。

3) 第3期：水平的組織参加の一步を踏み出させ、メリットを感じてもらおう時期

自分の健康の必要性を認識した夫介護者に対し、包括看護職が〈夫の健康支援をメインに定期的な接触を継続 (SG)〉しながら、〈夫の関心事に合う水平的組織の紹介 (SG)〉をすることによって、夫介護者は「紹介された水平的組織に「行ってみたいかな」と思う」(BFP)。包括看護職が夫介護者の一步踏み出そうとする気持ちをとらえたうえで〈試しに参加してみるための後押し (SG)〉や〈水平的組織の参加者との事前調整 (SG)〉を行い、〈ケアマネジャーからの水平的組織への参加勧奨 (SG)〉

〈主治医からの助言 (SG)〉も奏功すると、「試しに水平的組織に参加してみる」こととなる (BFP)。

その際、包括看護職が〈水平的組織に溶け込めるよう、夫や参加者の双方への配慮 (SG)〉をし、〈参加者の発言を引き出す運営の工夫 (SG)〉により〈水平的組織の参加者からの好意的な反応 (SG)〉が得られると、水平的組織は夫介護者にとって居心地のよい場所になる。このように〈自己開示しやすい水平的組織の存在 (SG)〉と多くの支援により、「参加してのメリットが感じられる」と夫介護者は継続的な参加へ前向きとなる (BFP)。

一方、〈水平的組織の参加者からの配慮が不十分 (SD)〉である環境や〈自己開示がむずかしい状況の水平的組織 (SD)〉では「参加してのメリットが感じられ(ない)」ず、参加継続はむずかしくなる (BFP)。包括看護職は、参加のメリットが感じられなかった夫介護者に対しても、訪問により〈タイミングに合わせた個別対応 (SG)〉を行いながら「別の水平的組織に参加してみてもメリットが感じられる」(BFP) ように支援を継続する。

4) 第4期：水平的組織への参加継続に向けて環境の再調整を行う時期

参加のメリットを感じた夫介護者のなかには「引き続き前向きに参加する」(BFP) 者がいる一方、妻の状態変化等から「妻のことが心配で参加の継続を躊躇する」(BFP) 者もいる。その場合は〈参加継続に向けた環境調整 (SG)〉や〈ケアマネジャーが妻のサービス利用を再調整 (SG)〉することにより、【妻から目が離せないの2人でいっしょに参加する】【妻のサービス利用を再調整し、安心して参加する】等状況に合った参加の形に落ち着く。この間〈水平的組織の参加者や支援関係者の参加継続に向けた声かけ (SG)〉や包括看護職による〈参加継続に向けた後押し (SG)〉を行うことによって「自主的に水平的組織に参加するなかで仲間と認識され、居心地よく過ごせるようになる」(BFP)。

これら4つの時期をとおして包括看護職は〈支援関係者間での情報共有と支援の摺り合わせ (SG)〉をしつつ、夫妻の介護状況を整えている。また、夫介護者が水平的組織につながることを支えるものとして〈介護保険制度下でのサービス利用 (SG)〉がある。

IV. 考 察

1. 夫介護者を地域の水平的組織につなげるための包括看護職の支援のプロセス

支援開始段階の夫介護者は支援を受けることに対して消極的であることが多く、先行研究における男性介護者の特徴^{3,4)}と一致していた。このような夫介護者に対しては、アウトリーチの第一歩として〈夫との関係性を築くため単独での定期的な接触を提案 (SG)〉していく重要性が示された。また、この提案が了承されるには、〈支援関係者間での情報共有と支援の摺り合わせ (SG)〉による十分な配慮とともに、〈看護師資格の高い認知度 (SG)〉が影響したと語られていた。高齢夫介護者の多くは健康不安を有する⁶⁾ことから、健康に関する話題を入口として包括看護職が働きかけることの有効性が示唆される。

第2期に入った直後の夫介護者は、自分は介護する側であるとの認識を根強くもっており、男性介護者の大半は介護に対して「当然の義務」と認識している¹¹⁾との報告とも一致していた。このため、まず妻のサービス利用を整えることを最優先とし、介護状況が落ち着いてきてから、夫介護者の目を自身の健康に向けていく必要性が示された。またこのプロセスのなかでは、夫介護者から困りごとが表出されるといった変化を敏感にとらえ、包括看護職に対する信頼の深まりを汲みつつ、〈夫妻の落ち着いた介護状況を保つためにも夫自身に対し水平的組織への参加勧奨 (SG)〉を行っていくことがポイントになると考えられる。

第3期では夫介護者を試し、参加にこぎつけ、そのなかで確実に参加のメリットを感じてもらうために〈水平的組織に溶け込めるよう、夫や参加者の双方への配慮 (SG)〉をし、〈水平的組織の参加者からの好意的な反応 (SG)〉や〈参加者の発言を引き出す運営の工夫 (SG)〉を得やすくする等、支援関係者と共に濃密な支援を行う必要性が示された。グループ支援における参加者間の相互交流促進のためには、話しやすい雰囲気や環境づくり、人間関係づくりを行う必要がある¹⁶⁾。高齢男性は会話が苦手で情緒面のサポートの授受がむずかしいことから¹⁷⁾、包括看護職は、夫介護者が参加しやすい状況と水平的組織も夫介護者を受け入れやすい状況を意識的につくっていくことがきわめて重要になると考えられる。

第4期では、夫介護者の水平的組織への参加状況をモニタリングし、必要時、妻へのサービスの再調整や水平

的組織の後方支援を行っていくことが示された。夫介護者が地域の水平的組織の一員となりソーシャルサポートが確実に得られるように支えていくことは、虐待予防や健康保持の一助につながるものと考えられる。

2. 地域の水平的組織参加とソーシャルサポートの獲得

認知症高齢者の男性介護者には家族会によるソーシャルサポートが介護負担感の軽減に有効であること³⁾が報告されているが、本研究において家族会に参加した夫介護者も参加者からの好意的な反応を得て介護肯定感の高まりや介護負担感の軽減を感じ、これをメリットと受け止めたと考えられる。また、介護予防目的のスポーツの会等に参加した場合も同様に参加者からの好意的な反応を得られていたことから、介護者同士の会にこだわらず、夫介護者が負担なく参加できる水平的組織につなげるのが重要と考えられる。

また、最初に定期的な接触を了承しない夫介護者であっても〈夫の関心事に合う水平的組織の存在 (SG)〉があり、地域で広報活動が行われていることにより、自身の力でつながる場合があることが示された。高齢男性は外出や就労、趣味活動では女性と比べて不活発ではないが、定期的なグループ参加¹⁸⁾や介護予防事業への参加率は低い¹⁹⁾ことが報告されていることから、男性の関心事や行動特性に合う多様な水平的組織の育成と広報活動が重要であると考えられる。

3. 認知症の妻を介護する夫介護者への支援

夫介護者は、サービス利用につながった妻が認知症の症状変化により、急に利用を拒むことに困惑したり(第2期)、妻から目を離せないため、一度水平的組織に参加しても継続を躊躇することがあった(第4期)。これは先行研究における認知症高齢者の家族介護者の特徴⁷⁾とも一致する。包括看護職は、第2期では問題発生時に適切な助言を行うことで困惑を和らげ、第4期では支援関係者間で連携しながら、参加継続に向けて支えていた。このように認知症の妻の夫介護者に対しては、支援関係者間の情報共有によって把握した夫妻のこれまでの生活や関係性を踏まえ、妻の認知症の状況によって変化する夫介護者の心境を理解しながら、適時の対応を行っていく必要があると考えられた。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、TEMの分析方法に基づき、対象事例と同じ径路を辿らなかった事例も確認しながら論理的に存在する径路を点線で描いているが、今後はより多くの事例を集め、本径路の存在を確認していくことが必要と考えられる。また、今回は機縁法にて地域を限定したりルートを行った結果、研究協力者がすべて看護師であったため、保健師の支援と完全に一致しているとは言いきれない。よって、今後は地域を拡大し保健師のデータも収集したうえで支援のプロセスを検討していくことが課題である。しかしながら、本研究の研究協力者は包括勤務経験が豊富な看護師であり、グループ支援も積極的に行っていることが語られていたことから、包括看護職の支援として一定の適用が可能と考えられる。

【利益相反】

本研究における利益相反はない。

【謝辞】

本研究にご協力いただいた包括看護職のみなさまならびにTEM分析においてスーパーバイズいただいた立命館大学総合心理学部安田裕子准教授に心よりお礼申し上げます。

本研究は、一般社団法人共立女子大学・共立女子短期大学櫻友会研究助成金の支援を受けました。ここに記して感謝致します。

なお、本論文の一部は共立女子大学大学院看護学研究科に提出された修士論文である。

【文献】

- 1) 厚生労働省：平成28年国民生活基礎調査。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html> (2020年4月20日)。
- 2) 長澤久美子・飯田澄美子：男性介護者の介護継続要因。家族看護学研究, 14 (1): 58-67, 2008。
- 3) 金子智絵・尾崎章子・齋藤美華他：在宅認知症高齢者の家族介護者における性別による介護経験の差異に関する文献検討。日本在宅看護学会, 5 (2): 44-52, 2017。
- 4) 斎藤真緒：家族介護とジェンダー平等をめぐる今日的課題：男性介護者が問いかけるもの。日本労働研究雑誌, 658: 35-46, 2015。
- 5) 永井邦芳・堀 容子・星野純子他：男性家族介護者の心身の主観的健康特性。日本公衆衛生雑誌, 58 (8): 606-616, 2011。
- 6) 彦 聖美・鈴木祐恵・金川克子他：高齢期の妻や親を介護する男性の介護状況に関する実態調査：石川県における介

- 護支援専門員に対する質問紙調査. 石川看護雑誌, 10 : 37-46, 2013.
- 7) 梶原弘平・辰巳俊見・山本洋子：認知症を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因. 老年精神医学雑誌, 23 (2): 221-226, 2012.
 - 8) 新鞍真理子・荒木晴美・炭谷靖子：家族介護者の要介護高齢者に対する身体的および心理的虐待の切迫感に関連する要因. 老年社会科学, 31 (1): 21-31, 2009.
 - 9) 厚生労働省：平成30年度高齢者虐待の防止；高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果. <https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000584235.pdf> (2020年4月20日).
 - 10) 新名理恵・矢富直美・本間 昭：痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果. 老年精神医学雑誌, 2 (5): 655-663, 1991.
 - 11) 宇多みどり・都筑千景・金川克子：訪問看護を利用している男性介護者の実態と支援ニーズ；夫介護者と息子介護者の比較による検討. 神戸市看護大学紀要, 21 : 49-59, 2017.
 - 12) カワチイチロー・高尾総司・スプラマニアン SV (編)：ソーシャル・キャピタルと健康政策；地域で活用するために. 4-32, 443-445, 日本評論社, 東京, 2013.
 - 13) 彦 聖美・宮下陽江・中村悦子他：能登地域における家族介護者と支援者の当事者グループ活動の実態及び介護者支援のニーズ；男性介護者・家族介護者サポートネットワークシステム構築に向けた取り組みから. 石川看護雑誌, 14 : 85-93, 2017.
 - 14) 安田裕子・サトウタツヤ：TEMでひろがる社会実装；ライフの充実を支援する. 1-25, 誠信書房, 東京, 2017.
 - 15) 安田裕子：不妊という経験を通じた自己の問い直し過程；治療では子どもが授からなかった当事者の選択岐路から. 質的心理学研究, 4 : 201-226, 2005.
 - 16) 錦戸典子・田口敦子・麻原きよみ他：保健師活動におけるグループ支援の方向性と特徴；既知見の統合による概念枠組み構築の試み. 日本地域看護学会誌, 8 (1): 46-52, 2005.
 - 17) 近藤克則 (編)：検証 健康格差社会. 83-97, 医学書院, 東京, 2009.
 - 18) 斎藤 民・近藤克則・村田千代栄他：高齢者の外出行動と社会的・余暇的活動における性差と地域差. 日本公衆衛生雑誌, 62 (10): 596-608, 2015.
 - 19) 大久保豪・斎藤 民・李 賢情他：介護予防事業への参加に関連する事業要因の予備的検討介護予防事業事例の検討から. 日本公衆衛生雑誌, 52 (12): 1050-1058, 2005.

■ Research Report ■

The Support Process Connecting Husband Caregivers with Community-based Horizontal Organizations by Community Comprehensive Support Center Nurses

A Focus on Elderly Husband Caregivers for Wives with Dementia

Miho Takahashi¹⁾, Rie Hakamada-Taguchi, Chie Kawahara²⁾

1) Kyoritsu Women's University, Faculty of Nursing

2) Kyoritsu Women's University, Graduate School of Nursing

This study explored the process of assistance provided by community comprehensive support center nurses to husband caregivers of wives with dementia through connecting them with community-based horizontal organizations for the purpose of abuse prevention and health maintenance.

Semi-structured interviews were conducted with seven community comprehensive support center nurses regarding their experiences of integrating elderly husbands caring for their wives with dementia with horizontal organizations. Data were analyzed using the Trajectory Equifinality Modeling method.

The support that community comprehensive support center nurses offer husband caregivers consists of four phases: First, the nurses try to build trust with husband caregivers who have negative perception regarding the use of the service. In the second phase, the nurses intensify the relationship of trust through preparation of the care environment and direct the husband caregivers' attention to health issues. In the third phase, the nurses support husband caregivers to take the initial steps toward participation in horizontal organizations and feel their benefits of participation. In the fourth and final phase, the nurses adjust the care environment so that husband caregivers can continue to participate in community-based horizontal organizations.

To connect husband caregivers to horizontal organizations, it was shown that the awareness of husband caregivers must be amended in stages and that appropriate support must be provided at each phase according to the wife's situation. Moreover, the findings suggest that it is vital to foster and to publicize varied types of horizontal support organizations to suit the interests of men who perform the role of caregivers.

Key words : husband caregiver, community comprehensive support center nurse, social support, horizontal organization, elder abuse prevention, dementia

中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を 可能にする要因

川嶋元子¹⁾, 小野ミツ²⁾, 難波峰子²⁾, 今井 恵¹⁾

抄 録

背景：近年，医療提供の場が病院完結型から地域完結型へと移行している．そのため，地域と病院をつなぐ外来での在宅療養支援が求められている．

目的：中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を可能にする要因を明らかにすることである．

方法：近畿圏内の中規模病院で在宅療養支援を実施している看護師6人を対象に，在宅療養支援の実施の現状についてインタビュー調査を行った．

結果：中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を可能にする要因として，外来看護師は【在宅療養支援が必要な患者を把握している】【多職種との連携を図っている】【在宅療養支援が行える協力体制がある】【在宅療養支援を行うための知識と指導力をもっている】【外来看護師としての役割意識がある】の5つのカテゴリーが抽出された．

考察：外来看護師が在宅療養支援を実施するためには，外来看護師だけが抱え込むのではなく，病院全体の取り組みとし，多職種との協力体制を整える必要がある．また，外来看護師自身の役割意識を向上させることや，在宅療養支援を行える看護実践力を高める必要がある．

【キーワード】中規模病院，外来看護，在宅療養支援

日本地域看護学会誌，23(2)：52-58，2020

I. 緒 言

人口の高齢化，慢性疾患患者の増加，平均在院日数の短縮化等により，在宅医療が推進され，医療提供の場が病院完結型から地域完結型へと移行している．在宅療養者の身近な存在である100床未満の病院では24時間365日の診療体制は，医師の負担が大きいことから統廃合が進んでいる¹⁾．現在，全国にある病院のうち，約7割の病院が200床未満の中小規模病院であるため，100～200床未満の中規模病院には，在宅医療の主たる担い手としての役割が求められている．

病棟においては，退院支援や退院調整を入院直後から始めることは，看護の基本として定着してきている．しかし，いまだに患者は退院後の生活に困りごとや不安を抱えており，外来に通院する患者の6割は，療養上の困難を抱えていることが報告されている²⁾．近年，外来には，患者相談窓口や地域連携室，看護外来が設置されているが，中規模病院での設置は十分とはいえないのが現状である．そのため，中規模病院においても潜在的なニーズのある通院患者が存在し，相談や地域連携室につながる役割も外来看護師には求められている³⁾．

外来では，1992年に医療管理が必要な患者に対し，個別に30分以上の在宅療養上の必要な指導を行い，療養指導記録を作成することで在宅療養指導管理料の算定が可能となった．2002年には，生活習慣病管理料，そ

受付日：2019年6月17日／受理日：2020年3月5日

1) Motoko Kawashima, Megumi Imai：聖泉大学看護学部

2) Mitsu Ono, Mineko Nanba：関西福祉大学看護学部

の後がん患者や外来がん化学療養者の増加を受けて、2010年には、がん患者カウンセリング管理料やリンパ浮腫指導管理料が算定できるようになり、専門的な看護の提供が評価されてきている。また、入院期間の短縮により、患者はセルフケアが確立していない状態で退院することもあり、高度の医療技術が必要な患者以外にも、在宅療養支援のニーズがある⁴⁾。宇都宮は、入院前の外来通院中に、病態予測に基づいて在宅サポート体制を整えておけば、入院しない選択が可能となると述べている⁵⁾。しかし、外来看護師は病棟看護師よりも、在宅療養支援が必要な患者の早期把握の到達度が低いことや、対象や方法がわからない等の理由で在宅療養指導を実施しない看護師が2～3割であることが報告されている^{6,7)}。また、著者が行った中小規模病院の外来における在宅療養支援の実態調査においても、在宅療養支援を実施している病院は、3割にすぎないことがわかっている⁸⁾。しかし、中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を可能とする要因を探る研究は見当たらなかった。

そこで、本研究の目的は、中規模病院の外来看護師による在宅療養支援の実施状況から、在宅療養支援を可能とする要因を明らかにすることである。中規模病院の外来で在宅療養支援の実施を可能とする要因が明らかになれば、外来看護師が行う在宅療養支援の拡充へとつながり、通院患者が安心して在宅療養を継続していくことができると考えられる。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究である。

2. 用語の定義

在宅療養支援：通常の外来を受診した後、医師の治療方針に基づき、保健師または看護師が個別に患者の生活全般のケアや指導、情報提供などの療養上の相談・指導を提供することとする。

中規模病院：100～200床未満の病床をもつ病院のこととする。

3. 研究の対象者

先行研究⁸⁾を参考に、外来看護が診療報酬で評価される項目（在宅療養指導、摂食機能療法、生活習慣病管理料、自己測定血糖値指導加算、糖尿病合併症管理料、が

ん患者指導管理料、リンパ浮腫指導料）を診療報酬で算定している、または、診療報酬の算定の対象外ではあるが、保健師または看護師が、指導が必要と判断し個別に30分以上指導をしている外来をもつ病院の管理者から推薦された、看護師6人とした。推薦の条件として、1週間で3人以上、もしくは1週間で100分以上の在宅療養支援を実施している看護師とした。

4. データ収集方法

先行研究⁸⁾で同意を得られた、近畿圏内の中規模病院のなかで、在宅療養支援を実施している外来をもつ病院の看護管理者に、研究の目的、意義など本研究の主旨を電話で連絡した後、直接病院に出向き、研究の概要、研究依頼書、インタビューガイド、調査協力承諾書に沿って説明を行った。調査協力承諾書には、看護管理者が推薦する外来看護師数を記載していただいた。その後、外来看護師宛に推薦していただいた外来看護師の人数分の研究依頼書、同意書を手渡し、研究の同意を得られた看護師がインタビュー可能な日時に、所属している病院に出向き、再度、口頭と書面で、研究概要および方法について説明した。面接場所は、研究参加者の所属している病院の個室を使用した。

データ収集方法は、半構造化面接を行った。インタビューの内容は、①どのような方法で在宅療養支援を実施しているか、②在宅療養支援を行ううえで困っていること、③在宅療養支援の必要性をどのようなところに感じているのかの3つを中心に据えた。

データは、質的記述的に内容を分析した⁹⁾。ICレコーダーに録音したインタビュー内容に基づいて、逐語録を作成した。在宅療養支援の実施に関する記述を、意味を損なわない範囲で区切り、抽出しコード化した。コード化した意味内容の類似性と相違性を比較しながら類型化し、サブカテゴリー化した。さらにサブカテゴリーを内容別に類型化して、抽象度を高め、カテゴリー化を行った。データの分析は、信頼性、妥当性を高めるために、研究者間で繰り返し行うとともに、十分協議を重ねることで信頼性、および妥当性を確保した。

5. 倫理的配慮

本研究は、聖泉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認年月日：2018年3月22日、承認番号017-013）。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究参加者の概要

病院の看護管理者から推薦を受けた6人から研究への参加協力を得て、分析を行った。研究参加者の平均年齢は、 47.8 ± 7.14 歳、性別は女性のみ、外来看護師経験年数の平均は、 10.1 ± 10.0 年であった。資格は、看護師のみが4人で、2人はがん化学療法認定看護師と、認知症認定看護師であった。勤務形態はすべて常勤であった。インタビュー調査は、研究参加者の勤務する病院の個室で行った。面接所要時間は、22～38分(平均時間26.8分)であった。

2. 中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を可能にする要因

中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を可能にする要因として、5カテゴリー、20サブカテゴリー、142コードが抽出できた(表1)。以下、【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「 」はコードを示す。

中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を可能にする要因は、【在宅療養支援が必要な患者を把握している】【多職種との連携を図っている】【在宅療養支援が行える協力体制がある】【在宅療養支援を行うための知識と指導力をもっている】【外来看護師としての役割意識がある】の5つのカテゴリーが抽出された。サブカテゴリーおよびコードを用いて、それぞれのカテゴリーを説明する。

1) 在宅療養支援が必要な患者を把握している

【在宅療養支援が必要な患者を把握している】は、《患者の病状や医療処置を把握している》《患者の通院状況を把握している》《患者や家族の生活状況や困りごとを把握している》《医師の説明に対する患者の理解度を把握している》《患者の表情や行動を把握している》の5つのサブカテゴリーで構成された。

外来では、医師の指示以外に看護師の判断で、在宅療養支援が必要な患者を把握する必要がある。看護師は「たとえば、フォルティオ使用患者は必ず2回目の来院時に確認する」「どのような状態になったら入院しないといけないかを把握しておく」など《患者の病状や医療処置を把握している》ことや、「外来通院ができていない患者は再入院のリスクが高いので把握しておく」など《患者の通院状況を把握している》ことで在宅療養支援が必要な患者をとらえていた。ほかにも、患者や家族と

の関わりの中で、「家族がいっしょに受診された場合、診察の待ち時間になにか困っていることがないかを確認している」「家族に家でどのように過ごしているのか、どのようなものを食べているのか確認する」など《患者や家族の生活状況や困りごとを把握(している)》していた。また、問診をするだけでなく、「ずっと同じ場所に座っていると、顔色が悪いなどで判断する」など《患者の表情や行動を把握(している)》していた。診察時においても「診察後になにか言いたげなまま出てくるケースには、確認をする」など《医師の説明に対する患者の理解度を把握(してい)る》た。

2) 多職種との連携を図っている

【多職種との連携を図っている】は、《必要に応じて多職種に相談している》《カンファレンスなどに参加し、情報共有している》《病棟から退院患者の情報を得ている》《医師から患者の情報を得ている》の4つのサブカテゴリーで構成された。

外来看護師は外来ですべての相談や支援を担うのではなく「気になる患者については、地域連携室につないでいる」など《必要に応じて多職種に相談をして(いる)》いた。さらに、外来看護師だけで情報交換をするのではなく「退院前の合同カンファレンスに参加している」など患者に関わる多職種と《カンファレンスなどに参加し、情報共有している》ことが示された。また、「病棟からの依頼があれば、診療報酬に関係なく、困っている内容に対応している」など、《病棟から退院患者の情報を得ている》ことで、在宅療養支援が必要な患者を把握していた。外来診察時には、「医師から指導をしてほしいと依頼がある」など、医師の判断を含めた《医師から患者の情報を得ている》ことで、在宅療養支援を行っていた。

3) 在宅療養支援が行える協力体制がある

【在宅療養支援が行える協力体制がある】は、《在宅療養支援に対する上司の理解がある》《在宅療養支援に対する医師の理解がある》《外来看護師間で情報を共有している》《他の看護師のサポートがある》《自分以外の看護師に仕事を任せられる》《外来全体の動きを理解している》の6つのサブカテゴリーで構成された。

診療報酬が算定できる相談や指導は30分以上の時間を要することになる。その際に「在宅療養支援を行う際には、他の看護師がカバーしている」など《他の看護師のサポートがある》ことで、在宅療養支援を実施できていた。

表1 中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を可能にする要因

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
在宅療養支援が必要な患者を把握している	患者の病状や医療処置を把握している	たとえば、フォルティオ使用患者は必ず2回目の来院時に確認するどのような状態になったら入院しないといけないかを把握しておく
	患者の通院状況を把握している	外来通院できているかを把握する 外来通院ができていない患者は再入院のリスクが高いので把握しておく
	患者や家族の生活状況や困りごとを把握している	家族がいっしょに受診された場合、診察待ちの時間になにか困っていることはないか確認している 家族に家でどのように過ごしているのか、どのようなものを食べているのか確認する
	医師の説明に対する患者の理解度を把握している	診察後になにかいいかげんまま出てくるケースには、確認をする 医師の話を理解して聞いているかを診察中に確認する
	患者の表情や行動を把握している	患者さんがどのような言葉を発して、どのような表情をしているのかをみないと問わなければならない ずっと同じ場所に座っていると、顔色が悪いなどで判断する
多職種との連携を図っている	必要に応じて多職種に相談している	気になる患者については、地域連携室につないでいる 訪問看護もあるのでいろいろ相談できる
	カンファレンスなどに参加し、情報共有している	訪問看護が入る場合は、病棟と外来で使っている連絡票を活用し訪問看護と情報共有している 退院前の合同カンファレンスに参加している
	病棟から退院患者の情報を得ている	病棟で継続看護が必要であると判断されたら、外来に情報がおりてくる 病棟から依頼があれば、診療報酬に関係なく、困っている内容に対応している
	医師から患者の情報を得ている	医師から指導をしてほしいと依頼がある 医師の診療中に指示があれば、担当者が本人、家族から話を聞く形をとっている
在宅療養支援が行える協力体制がある	在宅療養支援に対する上司の理解がある	退院カンファレンスが必要な人(患者)がいれば上司に伝えておく 在宅療養支援をしているときは、それ以上の仕事はないように上司がしている
	在宅療養支援に対する医師の理解がある	医師の希望もあり、認定看護師の活動日を設けている 外来で役立つように、医師が定期的に往診した患者の情報のリストをくれる
	外来看護師間で情報を共有している	受け持ちの看護師が患者を見れないときは、他の看護師にメモを残している 適宜カンファレンスをしたり、担当の看護師が状態を報告している
	他の看護師のサポートがある	在宅療養支援を行う際には、他の看護師がカバーしている 困った事例がある場合には、声がかかり、担当場所を変わる体制をとっていた
	自分以外の看護師に仕事を任せられる	スクリーニングはその日の担当看護師に任せている 自分が不在のときは気になる患者にインタビューをしておいてもらう
	外来全体の動きを理解している	診療科ごとに紙面のマニュアルを作成している この病院は、外来全ての診療科を看護師(すべての看護師ではないが)が担当する
在宅療養支援を行うための知識と指導力をもっている	病状に合わせた生活指導ができる	通院化学療法の患者であったので、家での生活の仕方や、苦しくなったときの対応を説明した 食事が食べられなくなったときに、なにを食べたらいいのかを説明した
	患者に必要な医療処置に関する指導ができる	点滴の付属品、点滴チューブの取り扱い等を説明している 尿管カテーテルの自己導尿の管理方法を指導している
	患者に必要な社会資源や活用方法を助言できる	在宅サービスの使い方がわからない人への助言を行う 生活に便利な商品等を紹介している
外来看護師としての役割意識がある	在宅療養支援を行う役割意識がある	外来患者の相談や支援に入っていけないといけないと思っている 在宅で患者さんが困っていることは何とかしていきたい
	在宅療養支援を行うための工夫をしている	個室はないが、別の部屋を使用して話をすることがある 相談が必要なときは診療時間とは別に時間をつくる

また、「スクリーニングはその日の担当看護師に任せている」といった《自分以外の看護師に仕事を任せられる》ことで、《外来看護師間で情報を共有(している)》

をしながら、在宅療養支援が実施できるように協力していることが示された。また、「診療科ごとに紙面のマニュアルを作成している」など、自分の担当の診療科だけで

なく、《外来全体の動きを理解して(いる)》いた。看護師スタッフだけでなく、「在宅療養支援をしているときは、それ以上の仕事はないように上司がしている」など《在宅療養支援に対する上司の理解がある》ことや、「医師の希望もあり、認定看護師の活動日を設けている」といった《在宅療養支援に対する医師の理解がある》ことで、外来看護師を中心に、在宅療養支援を行うための協力体制がつけられていた。

4) 在宅療養支援を行うための知識と指導力をもっている

【在宅療養支援を行うための知識と指導力をもっている】は、「病状に合わせた生活指導ができる」《患者に必要な医療処置に関する指導ができる》《患者に必要な社会資源や活用方法を助言できる》の3つのサブカテゴリーで構成された。

外来看護師は、「通院化学療法患者であったので、家ででの生活の仕方や、苦しくなったときの対応を説明した」といった《病状に合わせた生活指導(ができる)》ができていた。また、医療処置が必要な患者の「点滴の付属品、点滴チューブの取り扱い等を説明している」など《患者に必要な医療処置に関する指導(ができる)》や、「在宅サービスの使い方がわからない人への助言を行う」など、《患者に必要な社会資源や活用方法が指導できる》知識と指導力をもっていた。

5) 外来看護師としての役割意識がある

【外来看護師としての役割意識がある】は、《在宅療養支援を行う役割意識がある》《在宅療養支援を行うための工夫をしている》の2つのサブカテゴリーで構成された。

在宅療養支援を実施している看護師は、「在宅で患者さんが困っていることは何とかしていきたい」といった《在宅療養支援を行う役割意識(がある)》であった。また「個室はないが、別の部屋を使用して話をすることがある」「相談が必要なときは診療時間とは別に時間をつくる」など《在宅療養支援を行うための工夫(をしている)》が行われていた。

IV. 考 察

1. 外来看護師の役割意識の高さと在宅療養支援の実践能力

中規模病院の外来看護師は、在宅で患者さんが困っていることは何とかしていきたいと在宅療養支援を行う役

割意識があり、患者の通院回数の把握や、待合室での表情や行動、患者や家族から生活状況の困りごと等を確認し、在宅療養支援が必要な患者を把握していた。廣川の調査¹⁰⁾においても、外来看護師が役割を遂行するために活用している能力は、外来で看護を必要としている患者を見つけ出す能力、通院患者と関わる時間を抽出する能力であることを明らかにしている。外来看護師は、診療中に患者の重症度や緊急時の判断、障害の程度により看護を必要としている患者が存在するかを確認しているが、本研究では、外来診察時の患者情報から、在宅療養を継続できるかどうかの視点を持ちながら患者の状況を把握していることが明らかとなった。近年、患者相談窓口や地域連携室、看護外来が設置されているものの、それらは患者自らが窓口に出向く必要がある。そのため、在宅療養支援の必要性を感じていない患者の場合は、支援の対象とならないことも多い。病院の機能分化が進み、中規模病院の外来には高度な医療管理だけでなく、慢性疾患のセルフケアへの支援が求められる。看護師は、在宅療養を継続して行うための幅広い疾患や、医療処置、社会資源の活用方法などの支援を行うための実践能力が必要である。

外来で在宅療養支援を行う場合、外来通院患者の疾患、生活状況は、多様であり個別の対応が不可欠となる。外来看護師は病状に合わせた生活指導や、医療処置に関する指導、必要な社会資源の紹介をするなど、在宅療養支援を行うための知識と指導力をもっていた。吉田¹¹⁾は、看護師の経験年数だけでなく、看護師の年代も、退院調整へ影響を及ぼす要因であると述べている。本研究においても外来看護師の経験年数は平均10年で年齢は平均47.8歳であった。専門職として以外にも、人生の経験を重ね生活者としての視点をもてることで、退院後の生活がイメージしやすいことや、具体的なアドバイスや生活のなかの工夫などを伝えることができるのではないかと推察された。

一方で、外来には、子育て世代のパート勤務や非常勤勤務の看護師が混在し、看護のモチベーションに個人差があるともいわれている¹²⁾。本研究では、対象者すべてが常勤勤務の看護師であったため、外来看護師の役割意識が高かったことも考えられる。役割意識の高さは提供する看護の質に影響する。今後、重症患者や医療依存度の高い患者が在宅療養するためには、自宅での生活をイメージできる取り組みや、看護師の役割意識と在宅療養支援の実践能力を高めていくことが求められる。

2. 在宅療養支援ができる協力体制

外来看護師は多職種と連携を図り、必要に応じて相談することや合同カンファレンスに参加し、情報共有をしているなど看護師が中心となり、在宅療養支援の実施に向けて取り組まれていた。本研究は、中規模病院を対象としていたが、中規模病院は、組織が小さいことから、スタッフの特性や能力などを把握しやすく、物事の周知に時間がかからない¹³⁾。そのため、多職種との連携や、在宅療養支援が行える協力体制が作りやすい環境であるのではないかと考えられる。また、村上¹⁴⁾は、外来において看護の役割を遂行する際の困難に、外来看護と病棟、他職種との連携に関する課題があると述べている。多職種と連携を図り、互いの専門職としての役割分担を明確にして支援することは、効率的であり、質の高い在宅療養支援の提供につながると考えられる。さらに、高橋¹⁵⁾は、医師は外来の要であり、よい看護を提供しようとしても医師の協力がなければ成しえないと述べている。外来で在宅療養支援を実施するためには、看護師の在宅療養支援の内容を医師に伝え専門性の理解を得ることも必要である。また、退院カンファレンスの必要な人(患者)がいれば、上司に伝えておくといった、看護師長や課長など、在宅療養支援に対する上司の理解があることが、在宅療養支援を行うことへ影響していると考えられる。業務が煩雑となりやすい外来において、在宅療養支援を行うためには、外来看護師間の協力や連携も重要となる。外来看護師が、外来全体の動きを理解し、他の看護師に任せられる支援体制が有効である。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、近畿圏内の中規模病院のインタビュー結果であるため、得られた結果については、地域特性が影響している可能性があり、結果について一般化、標準化することには限界がある。しかし、現在の中規模病院の外来看護で在宅療養支援を実施するために必要な要因に関する調査は少なく、本研究結果は中規模病院における外来看護師の役割を具体的に検討していくための基礎資料として有用であると思われる。今後は、看護師の役割意識を向上させるための支援方法や在宅療養支援を行うために必要な看護実践能力について検討する必要がある。

V. 結 語

中規模病院の外来看護師による在宅療養支援を可能と

する要因は、在宅療養支援が必要な患者を把握して、それぞれの専門分野の役割を尊重しながら、多職種との連携を図っていくことである。また、外来看護師は、外来看護師としての役割意識があり、在宅療養支援を行うための知識や指導力をもっていた。外来看護で在宅療養支援を実施するためには、外来看護師だけが抱え込むのではなく、病院全体の取り組みとし、多職種との協力体制を整える必要がある。また、外来看護師自身の役割意識を向上させることや、在宅療養支援を行える看護実践力を高める必要がある。

【謝辞】

本研究は平成2016～2018年度文部科学省科学研究費助成若手B課題番号16K20843の一部として実施した。なお、報告すべき利益相反はない。

本研究にご協力いただきました2施設の看護管理者様、外来看護師のみなさまに深く感謝申し上げます。

【文献】

- 1) 江口成美：国内外の小規模病院の特徴と課題. 日医総研, 1, 107-114, 2005.
- 2) 金子みね子：外来看護提供システムの構築に関する研究：外来通院患者の在宅療養上のニーズに関する実態調査. 日本看護管理学会誌, 4 (1): 110-112, 2000.
- 3) 吉川照美・中尾美千代・山野多恵子他：外来患者の在宅療養上のニーズに関する調査. 香川労災病院雑誌, 16 : 95-99, 2010.
- 4) 日本看護協会：外来における看護の専門性の発揮に向けた課題2011. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/gairaikango0731> (2016年10月20日).
- 5) 宇都宮宏子：総論 退院支援から在宅療養支援へ！：退院支援から見えてきた“在宅療養支援”という考え方. 看護, 63 (10): 64-69, 2011.
- 6) 坂井志麻・中田晴美・柳 修平他：特定機能病院における看護師の在宅療養支援に関する認識；経験年数別比較と病棟・外来別比較. 東京女子医科大学看護学会誌, 6 (2): 41-51, 2011.
- 7) 尾ノ井美由紀・白井文恵・伊藤美樹子：一般病院における外来看護師の在宅療養患者支援の課題. 千里金蘭大学紀要, 12 : 145-150, 2015.
- 8) 川嶋元子：中小規模病院の外来における在宅療養支援の実地調査. 日本看護研究学会第32回近畿・北陸地方会学術集会プログラム・抄録集, 39, 2018.
- 9) グレグ美鈴：質的記述的研究. グレグ美鈴・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, 54-72, 医歯薬出版, 東京, 2007.

- 10) 廣川恵子・大久保八重子・植田喜久子：看護実践から見出した外来看護師の能力. 日本赤十字広島看護大学紀要, 8 : 21-29, 2008.
- 11) 吉田有美：中規模病院における看護職の退院支援・退院調整に影響を及ぼす要因. 第48回日本看護学会論文集 在宅看護, 3-6, 2018.
- 12) 大津佐知江・草間朋子：変化する外来看護システム；2 施設の取り組みから. 看護教育, 48 (7): 602-607, 2007.
- 13) 掛谷和美・城生弘美：中規模病院における新人看護師の習熟度に影響する要因. 日本看護研究学会雑誌, 40 (5): 791-802, 2017.
- 14) 村上礼子・松浦利江子・中村美鈴他：大学病院の外来に勤務する看護師が認識する外来看護実践上の課題と看護専門外来開設に向けての示唆. 自治医科大学ジャーナル, 11 : 55-64, 2013.
- 15) 高橋弘枝：患者の期待に応じていくために外来到どう注力していくのか?. Nursing BUSINESS, 13 (1): 8-12, 2019.

編集後記

今年は、年明けから今日に至るまで、新型コロナウイルス感染の影響が地球を覆い、日々更新される感染者数は万人の関心事となり、その数値に一喜一憂する毎日が続いています。本来、今夏はオリンピックで大いに賑わい、その余韻を残したままパラリンピックが盛会となるなか、本学会の第23回学術集会在大阪で開催される予定でした。急な変更事項が重なり、学術集会長始め理事・関係者のみなさまのご苦勞はいかばかりかとお察し申し上げます。

今年度初の編集委員会もオンラインで開催されました。ITに疎い人間は戸惑いも多いですが、委員のみなさまと画面を共有でき、査読委員のみなさまのご尽力のもと、例年どおりの学会誌発行に至り心強く感じています。

今回のコロナ禍においては、新たな感染症の恐ろしさと公衆衛生の重要性を誰もが実感し、100年前のスペイン風邪流行時の市井の人々の暮らしぶりも注目されました。そして、新型コロナウイルスと共に生きていく「新たな生活様式」が始まろうとしています。今号の掲載論文は、母親としての保健師、専門職として活動する保健師、そして地域包括支援センターの看護職、外来看護師と、地域で活動するさまざまな看護職に焦点が当てられています。「新たな生活様式」の定着に向け、人々の行動変容に関わる看護職の活動も、今後の関心事ではないかと思います。

個人が免疫力を有し感染予防行動を励行することで集団感染の拡大を防ぎ、医療・経済双方の崩壊を阻止し、国と世界を守ることが求められています。人命救助はもとより、人々の安定した生活を守ろうとする看護職の活動と、その本質を究めようとする専門職の姿勢を後世に残せるように、発信し続けることが本学会誌の大切な使命であることを改めて感じています。

(上野まり)

「日本地域看護学会誌」投稿論文の締切について

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

日本地域看護学会誌 第23巻第2号
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.23, No.2

発行日 2020年8月20日

発行 一般社団法人日本地域看護学会
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 (株)ワールドプランニング内
E-mail : ckango@zfhv.ftbb.net
http://jachn.umin.jp
発売元 株式会社 ワールドプランニング
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1
Tel : 03-5206-7431 Fax : 03-5206-7757
E-mail : world@med.email.ne.jp http://www.worldpl.com
振替口座 : 00150-7-535934