

目次

- 巻頭言  
3 看護基礎教育に求められる地域看護学 岸恵美子
- 原 著  
4 原子力災害に備える保健活動に関するエスノグラフィー  
大森純子・川崎千恵・中野久美子・田口敦子・北出順子
- 研究報告  
13 委託型地域包括支援センター保健師が成長を実感した経験  
宇都宮千都・田中美延里・野村美千江
- 23 住民ボランティアの見守り対象高齢者数と見守り活動・  
見守り関連活動や活動満足感・負担感との関連  
西 結香・池田直隆・河野あゆみ・岡本双美子
- 32 愛着形成が成人期におけるSOC (Sense of Coherence) と  
自殺リスクに及ぼす影響  
藤岡神奈・高嶋伸子
- 編集委員会企画連載：地域看護に活用できるインデックス  
41 高齢者の社会活動 平野美千代
- 45 緩和ケアにおける患者報告型アウトカム 宮下光令
- 委員会報告  
50 2020年度第1回研究セミナー  
健康で安全な地域社会の構築を目指す実践研究  
研究活動推進委員会
- NEWS FROM JACHN  
63 NEWS FROM JACHN No. 20
- 編集後記  
71 井手知恵子

## Contents

### Preface

- 3 Community Health Nursing Required for Basic Nurses' Education  
*Emiko Kishi*

### Original Article

- 4 Ethnographical Study on Preparations for Nuclear Disaster as Perceived by Public Health Nurses in the Zone of Nuclear Power Plants  
*Junko Omori, Chie Kawasaki, Kumiko Nakano, Atsuko Taguchi, Junko Kitade*

### Research Reports

- 13 Experiences of Realization of Professional Development by Public Health Nurses in Outsource-type District Comprehensive Support Centers  
*Chizu Utsunomiya, Minoru Tanaka, Michie Nomura*
- 23 Relationship between the Number of Older People Living Alone that Local Volunteers Monitor and Satisfaction with or Burden of Monitoring Activities and Monitoring-related Activities  
*Yuka Nishi, Naotaka Ikeda, Ayumi Kono, Fumiko Okamoto*
- 32 Effects of Attachment Formation on Sense of Coherence and Suicide Risk in Adulthood  
*Kanna Fujioka, Nobuko Takashima*

### Index for Utilization in Community Health Nursing

- 41 Social Activities for Older People  
*Michiyo Hirano*
- 45 Patient-reported Outcome Measures in Palliative Care  
*Mitsunori Miyashita*

### Committee Report

- 50 Practical Research for Building a Healthy and Safe Community  
*Committee on Research Promotion*

### NEWS FROM JACHN

- 63 NEWS FROM JACHN No. 20

### Editor's Note

- 71 *Chieko Ide*

## 巻頭言

# 看護基礎教育に求められる地域看護学



岸 恵美子

東邦大学大学院看護学研究科

日本地域看護学会誌, 24 (1) : 3, 2021

近年、看護職の対象である人々の生活の多様性、複雑性も高まり、地域で暮らす人々の生活の継続性、包括性を保証し生活の質の向上に貢献できる看護職者の育成が求められ、地域看護の実践の対象、場、方法は急激に広がりを見せている。日本地域看護学会は、2014年に地域看護学を、「健康を支援する立場から地域で生活する人々のQOLの向上とそれらを支える公正で安全な地域社会の構築に寄与することを探求する学問である」と定義した。その後、看護職には地域で展開する看護に対する理解が不可欠であり、看護職に共通する基盤としての地域看護学の定義を改めて明確にする必要があることから、2015年度より継続して地域看護学の教育内容と方法について検討してきた。そして、2019年に「地域看護学」を保健師、助産師、看護師の看護職に共通して求められる知識や能力を培う基盤となる学問として位置づけ、「人々の生活の質の向上とそれを支える健康で安全な地域社会の構築に寄与することを探求する学問」と再定義した<sup>1)</sup>。

看護基礎教育において「地域看護学」が明示されたのは、1996年の保健師助産師看護師学校養成所指定規則改正により、保健師教育課程での主要科目が「公衆衛生看護学」から「地域看護学」に変更されたときである。その後、2011年に保健師教育課程において、「地域看護学」は「公衆衛生看護学」へと変更になり、看護師教育課程では、「地域看護学」という科目名は指定規則に明示されなかった。一方、在宅看護論は1996年の指定規則改正で、看護師教育課程で科目として明示された。地域看護学の内容は、在宅看護、継続看護、ヘルスプロモーション看護、基礎看護の一部など多様な形で各教育機関の教育課程に取り入れられたものの、明確に科目として指定規則に明示されなかった。

2020年10月30日、「保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令の公布について」が発出された。今回の改正において、看護師が行う看護の対象は療養者を含めた地域で生活する人々であることに加え、また療養の場の拡大により看護を提供する場も拡大していることから、その趣旨を踏まえて「在宅看護論」から「地域・在宅看護論」となった。「地域・在宅看護論」は、専門分野に位置づけられ、3年課程では現行の4単位から2単位増の6単位とされ、実習においても、地域に暮らす人々の理解とそこで行われる看護について学ぶことを強化すること、および今回の改正により実習施設要件を見直すことから、地域における多様な場での実習や多職種連携に関する実習が促進されるよう示された。

日本地域看護学会がこれまで発信し続けてきた保健師・助産師・看護師の共通の基盤としての地域看護学の教育がついにスタートする。そして地域看護学の基盤のうえに、保健師教育の学問的基盤としての公衆衛生看護学が構築され、保健師教育のコア科目に位置づくことで、保健師教育の質向上にもつながることが期待できる。

地域看護学は実践の科学である。看護師教育課程において、生活を継続的・包括的にとらえる視点を持ち、人々やコミュニティと協働しながら効果的な看護を実践できる看護職を育成するために、さらに地域看護学を発展させていくことが日本地域看護学会に求められている。

### 【文献】

- 1) 日本地域看護学会：地域看護学の再定義。 [http://jachn.umin.jp/ckango\\_saiteigi.html](http://jachn.umin.jp/ckango_saiteigi.html) (2021年3月24日)。

# 原子力災害に備える保健活動に関するエスノグラフィー

## ——原子力発電所立地区域の市町村保健師の内情の開示——

大森純子<sup>1)</sup>，川崎千恵<sup>2)</sup>，中野久美子<sup>1)</sup>，田口敦子<sup>3)</sup>，北出順子<sup>4)</sup>

### 抄 録

**目的：**原子力災害に備える保健活動に関する原子力発電所立地区域の市町村保健師（保健師）の内情を文化として記述する。

**方法：**エスノグラフィーの手法を用いた。保健師が胸中に秘めている内情を明らかにするため、インタビューによるデータを基軸とし、内情の開示例を用いて記述した。

**結果：**研究参加者は25人、キーインフォーマントは原子力発電所（原発）立地区域の市町村保健師9人であった。原子力災害に備える保健活動に関する保健師の内情のテーマ“もしものときを想定するほどに立地の保健師の職責を果たせるか不安が募る”は、〈原発と共にある小規模自治体職員の役割を遵守する〉〈住民の命と生活を守るための看護の気づきを溜める〉の2つのドメインのサブセットにより構成された。自治体職員である保健師は、福島第一原発事故後、住民の命と生活を守るために原子力災害に備える保健活動を行うことが自分の職責と意識するも、もしものときを想定すればするほど、役場のなかでその職責を果たせるか不安を募らせていた。

**考察：**保健師は住民の暮らしと小規模自治体の行財政を支えてきた原発への自身の価値づけに加え、役場の組織風土の影響を受け、自身の気づきを抑制していると考えられる。自治体組織において保健師が原子力災害に備える保健活動を先導して行うことは、個人の努力では限界がある。国や都道府県の広域的支援による、原発立地区域の保健師間の連携や専門性の発揮が必要であることが示唆された。

【キーワード】原子力災害，災害の備え，保健師，内情，エスノグラフィー

日本地域看護学会誌，24（1）：4-12，2021

## I. 緒 言

わが国には全国各地に、建設中、停止中、廃炉決定・見込みの22基を含め50基以上の原子力発電所（原発）が存在する<sup>1)</sup>。加えて、原発の稼働に伴い発生する低レベル放射性廃棄物は各原発の貯蔵施設、高レベル放射性廃棄物は2か所の貯蔵管理センターで保管されている<sup>2)</sup>。

施設では放射性物質が適切に管理されることが前提だが、自然災害等による電源喪失や広域停電が起こる可能性も否めない。そのため、放射性物質の存在をその地域の原子力災害リスクととらえる必要がある。2011年の福島第一原発事故の教訓をもとに、原子力規制委員会が原子力災害対策指針を定め、国際基準を参考に放射性物質が放出される前から予防的に避難等を開始する考え方が盛り込まれた。原発からおおむね5km圏を予防的防護措置を準備する区域（Precautionary Action Zone；PAZ）、おおむね5～30km圏を屋内退避などの防護措置を行う緊急防護措置を準備する区域（Urgent Protective action

受付日：2020年1月20日／受理日：2020年11月27日

1) Junko Omori, Kumiko Nakano：東北大学大学院医学系研究科

2) Chie Kawasaki：長野保健医療大学看護学部

3) Atsuko Taguchi：慶應義塾大学看護医療学部

4) Junko Kitade：福井大学医学部

planning Zone : UPZ) と定めた<sup>2)</sup>。2013年には安定ヨウ素剤の配布・服用に関するガイドラインを取りまとめ<sup>1)</sup>、PAZの市町村では災害弱者や要援護者に配慮した避難計画の策定や住民への安定ヨウ素剤の事前配布を実施し、保健師は中心的役割を担った。

災害発生時、保健師には災害対策基本法や原子力災害対策特別措置法、災害救助法等に基づき、自治体職員としての役割と公衆衛生看護専門職として住民の命と生活を守る役割が求められる<sup>3)</sup>。保健師は、公衆衛生看護の専門職として、発災直後から復旧・復興期にわたり、継続的に情報収集・分析・方針決定、医療・救護に関わる調整支援、住民の健康被害防止のための直接支援、関係機関との連携・調整などの役割を担うとされる<sup>4)</sup>。福島第一原発事故においても、原発から5～30km圏内4町の保健師は、事故直後の数日間、昼夜を問わず発令される屋内退避指示や避難指示のもと、避難援助が必要な高齢者、臨月や要治療の妊婦、透析患者や精神障害者等の医療的・福祉的対応の調整にあたった<sup>5)</sup>。保健師は発災時から復旧・復興期まで長期にわたり、健康調査に基づく住民の健康支援やこころのケアを行うとともに<sup>6)</sup>、住民が放射線の知識を生活に取り入れ、健康的な行動を選択し、生活習慣に取り入れることができるよう支援を行ってきたとの報告もある<sup>7)</sup>。

原子力災害への対応の経験から、根本ら<sup>5)</sup>は平時からの原子力災害への備えを今後の課題に挙げ、花積<sup>8)</sup>は当該県の保健師として、自ら第一線に出向き、市町村の保健師を支えることができなかつた反省をもとに、危機意識をいっそう高め、早期に対応できる体制を平時から整える重要性を示した。自然災害が増加している今日、原子力災害に関しても、他の災害と同様に平時からの備えを強化することが課題とされる<sup>5)</sup>。防災計画の策定に関しては、計画の段階で計画者と実務者が乖離している問題<sup>9)</sup>、保健師の役割を明文化することや自治体組織内で保健師の専門性が発揮できるための条件整備の必要性<sup>10)</sup>などが指摘されている。これらの課題に取り組むためには、原発立地区域の市町村保健師（以下、保健師）が原子力災害に備える保健活動を実際にどのようにとらえているのか、自治体組織の内部者の視点からその内情を明らかにする必要がある。福島第一原発事故後の原子力災害による健康被害については、精神的健康と社会的健康がもっとも重要な健康への影響とする報告<sup>11)</sup>や避難生活により健康行動の変化を強いられることによる身体的・精神的健康への影響<sup>12)</sup>、立ち入り制限地域から避難

した住民のメンタルヘルスへの影響<sup>13)</sup>などが報告されている。また、原子力災害下における保健師の活動経験や役割<sup>5-7)</sup>、保健師等支援者の放射線に対する不安とその関連因子<sup>14)</sup>などの報告もみられる。しかし、平時の原子力災害に対する備えについては、地方自治体の防災マニュアルや放射線教育などの準備状況<sup>15,16)</sup>、保健師活動への期待<sup>5)</sup>は示されているものの、備える役割を期待されている原発立地区域の保健師が抱える事情には焦点が当てられていない。

原発や廃棄物の保管施設は、都市部から離れた郡部に建設されている。原発立地区域は、郡部特有の人口構造や物理的・自然的環境、原発と切り離せない経済産業的な構造など地域特性が共通している。本研究では、原発立地区域の共通性に着目し、社会的状況の影響を受ける存在であると推測される保健師の原子力災害に備える保健活動に関する内情を文化として記述する。本研究における内情とは、表向きにしていけない内部の事情とする。

## II. 研究方法

研究方法は、共通する社会的状況にある保健師の原子力災害に備える保健活動に関する内情を文化として記述するため、エスノグラフィーの手法を用いた。本研究における文化とは、Spradley<sup>17)</sup>の定義「人々が経験を解釈し、行動を起こすために用いる、共通する物事の捉え方」をもとに、「原発立地区域の保健師が自治体組織における経験を解釈し、原子力災害に備える保健活動に関する行動を起こすために用いる、共通の物事のとらえ方」とする。

### 1. フィールドワーク

フィールドワークの期間は、2015年11月～2018年9月であった。都道府県の原子力災害対策関連部署の職員、原子力災害医療協力機関指定病院の原子力災害対応担当者である医師や看護師らゲートキーパーから研究参加者の紹介を受け、インタビューと公的な場の観察、公開されている既存資料の閲覧を行った。観察や閲覧では、役所や物産館、市民広場、原発PRセンターなど公的に開かれた場の観察を行い、地域防災計画（原子力編）、避難計画、市町村勢要覧、市町村政だより等の閲覧を行った。インフォーマルインタビューでは研究参加者の所属機関に出向き、地域の概要・特徴を聞き取った。フォーマルインタビューを開始する際には、福島第一原発事故



表1 研究参加者と自治体の概要 (2016年時点)

参加者ID	キー・インフォーマントの概要				自治体の概要				
	年代	勤続年数 (年)	人口規模 (人)	町の面積 (km <sup>2</sup> )	第一次産業 (%)	第二次産業 (%)	第三次産業 (%)	高齢化率 (%)	常勤 保健師数 (人)
B	50歳代	30以上	<5,000~10,000	300~400	20~30	20~30	50~60	30~35	5
C	50歳代	20~30	5,000未満	100未満	0~10	10~20	60~70	35~40	4
D	50歳代	20~30	<10,000~20,000	100未満	0~10	30~40	60~70	30~35	6
N	50歳代	30以上	5,000未満	100~200	10~20	10~20	70~80	40~45	2
P	50歳代	30以上	<10,000~20,000	100未満	10~20	20~30	60~70	30~35	7
U	50歳代	20~30	<5,000~10,000	100~200	10~20	20~30	70~80	35~40	7
T	50歳代	30以上	20,000以上	200~300	0~10	20~30	60~70	25~30	19
V	50歳代	30以上							
W	60歳代	10~20							

立地区域および自治体、研究参加者の特定を避ける表記とした

後の原発の再稼働に関する議会の議論や住民運動の動向を注視し、レイニンガー<sup>18)</sup>が提唱する、見知らぬ人—友人モデルを用い、胸中に秘めている内情を語ってもらえる時機を判断した。複数の原発のPAZを比較するためにPAZを含む7つの市町村を中心に、広域的に隣接する自治体も含めたUPZまでフィールド・ワークの範囲とした。表1に7つの市町村と市町村に所属する保健師の概要を示す。

## 2. 研究参加者

研究参加者は、ゲートキーパーを含む関連情報を提供するインフォーマント25人であった。本研究では、原子力立地地域の市町村保健師の内情について記述するため、7市町村の保健師9人をキーインフォーマントとした(表1)。一般的情報を提供するプライマリーインフォーマントは、保健所保健師3人、病院保健師1人、病院看護師5人、訪問看護師1人、医師2人、行政職員等3人、消防署職員1人であった。

## 3. データ生成と分析

データ生成はフォーマルインタビューの対話を通じて行った。フォーマルインタビューでは、原子力災害に備える保健活動について考えていることや思うところについて自由に語ってもらった。それはなぜか、どのような目的や理由があるのか、そのための手段はなにかなどの問い語りによりデータ生成を進めた。キーインフォーマントには2回、プライマリーインフォーマントには1回のフォーマルインタビューを実施し、逐語録をデータとした。分析は、キーインフォーマントのデータをメインデータとし、プライマリーインフォーマントのデータ、観察記録、既存資料は、出来事言動、言い回しの解釈に

用いた。原子力災害に備える保健活動に関する経験の解釈と行動のもととなる物事のとらえ方のパターンに着目し、繰り返し出現するパターンの類似性と相違性を比較検討し、意味内容の領域(ドメイン)を特定し、ドメインのサブセット間の関係を説明するテーマを導出した。ゲートキーパーには分析の途中で意見交換、キーインフォーマントには分析の終盤で結果のアウトラインについてメンバーチェックを行い、データの解釈に賛同を得ながら分析を進めた。

## 4. 倫理的配慮

研究参加者には、研究の目的とエスノグラフィーの方法、研究への参加や辞退を選択できる自由を保障すること、個人情報保護の厳守、研究成果の公表について、文書および口頭で説明し、同意書に署名を得た。本研究は倫理審査委員会の承認を受けて実施した(承認年月日:2015年10月14日、承認番号:2015-1-467)。

## 5. 結果の記述

エスノグラフィーは、文化を記述することも研究方法と位置づけるため、ドメインを〈 〉、キーインフォーマントの語りにおける象徴的な言葉や文節を「 」, 開示例を文中に織り込み、原子力災害に備える保健活動に関する保健師の内情を記述する形式をとる。

## Ⅲ. 研究結果

### 1. 内情の開示のパターン

研究参加者にフォーマルインタビューを依頼した当初、保健師は役場の職員が原子力災害について話すと、原発再稼働賛成派にも反対派にも利用される、町長や原

テーマ：もしものときを想定するほどに立地の保健師の職責を果たせるか不安が募る

《原発とともにある小規模自治体職員の役割を遵守する》

- ・自治体職員として首長の原発関連の政策方針に則る
- ・縦割組織である原子力行政のトップダウンの指示を守る
- ・小規模自治体ゆえのマルチタスクの役割期待に応える
- ・原発産業と密着した財政基盤と生活基盤を支持する
- ・役場の一員であることで保健師の役割を果たそうとする

《住民の命と生活を守るための看護の気づきを溜める》

- ・原発事故後に原子力が身近にあると感じるようになった
- ・安定ヨウ素剤の事前配布を担ったときに保健師の役割を自覚した
- ・いざというときに役立つ住民個々人の情報の重要性に気づく
- ・看護職として避難時の住民のケアニーズを見積もろうとする

図1 原子力発電所立地地域の市町村保健師の内情：テーマとドメイン

発担当部署の許可が必要との理由で、インタビューに応じることを躊躇した。フィールドワークで何度か足を運び、インフォーマルインタビューを続け、B保健師が「ずっと役場のだれにも話せずに抱えていた葛藤を退職前にどうしても話しておきたいと思った」と切り出したことを皮切りに、保健師自身の判断で胸中に秘めてきた内情を語り出した。

保健師は、自分の自治体を「立地」、役場の行政を「原子力行政」と呼んだ。役場の入口には、電子パネルが設置され、市町村全域の地図に各所のリアルタイムの放射線量が表示されていた。そばには各種のイベントや制度の案内に混じって原発PR関連のリーフレットも置かれていた。周辺には、重厚な市民ホール等の公共施設や原発PRセンターが点在し、山向こうの海の方から無数の高压電線が大都市に向かって尾根伝いに延びていた。原発は幹線道路からみえない山影に位置し、海側からしかみることができない。保健師は、「原発をリスクととらえるところに住み続けられない」「この主な産業は原発か公務員、役場の一員として原子力行政には踏み込めない」と話しながらも、「役場のだれより住民の情報や住民との関係をもっているのは自分たち」「看護職は自分たちしかいない」と内省を深め、原子力災害時のケアニーズを見積もり、このままでよいのかと自問自答を繰り返した。インタビューを通じて、原発事故が起こったときのことを考えれば考えるほど、保健師として住民の命と生活を守ることができるのか、表向きにしてこなかった不安を語り出した。

## 2. 内情のテーマと2つのドメインのサブセット (図1)

保健師の原子力災害に備える保健活動に関する内情のテーマは、「もしものときを想定するほどに立地の保健師の職責を果たせるか不安が募る」であった。テーマは、《原発とともにある小規模自治体職員の役割を遵守する》と《住民の命と生活を守るための看護の気づきを溜める》のドメインのサブセットにより構成された。立地の保健師にとって2つのドメインはどちらも大切なことであった。自治体職員の役割を遵守しながら、看護の気づきを溜める保健師は、有事を想定するほどに自分の職責を果たせるか不安を募らせていた。

《原発とともにある小規模自治体の役割を遵守する》は、〈自治体職員として首長の原発関連の政策方針に則る〉〈縦割組織である原子力行政のトップダウンの指示を守る〉〈小規模自治体ゆえのマルチタスクの役割期待に応える〉〈原発産業と密着した財政基盤と生活基盤を支持する〉〈役場の一員であることで保健師の役割を果たそうとする〉の5つのドメインで構成された。

《住民の命と生活を守るための看護の気づきを溜める》は、〈原発事故後に原子力が身近にあると感じるようになった〉〈安定ヨウ素剤の事前配布を担ったときに保健師の役割を自覚した〉〈いざというときに役立つ住民個々人の情報の重要性に気づく〉〈看護職として避難時の住民のケアニーズを見積もろうとする〉の4つのドメインで構成された。

## 3. 《原発とともにある小規模自治体職員の役割を遵守する》の開示内容

役場の行政は、科学の粋である原発が地元にあることを誇りとする教育や原発の安全を謳う広報を行ってきた。保健師は、「原発ができたときから何十年も同じ町長で、原発を感じさせない町づくりをしてきたから、安全神話にどっぷりつかってきた」と、〈自治体職員として首長の原発関連の政策方針に則る〉ことは至極当然であり、「原子力に関することは、すべて国からのトップダウンで動く」と、〈縦割組織である原子力行政のトップダウンの指示を守る〉ことに「ここは立地だから」と疑問をもつことなく役場の業務を遂行してきた。

D保健師の開示例：市町村が勝手に決められる権限って限られてくる。…中略…原子力は自分たちの所管の課ではないんです。あくまでもいちばん最初は(原子力の)担当課、私たちは外側の担当課。…中略…そこまではやっぱり踏み込めない。村の保健師が踏

み込むっていうふうにはいかない。やっぱり担当者レベルではそうはならない。

毎年行われる避難計画に基づく訓練も「県から国からの命令系統が課単位で降りてくる」トップダウンのひとつであり、「原子力災害時の避難計画に則り、私たちも年に1回の都道府県との避難訓練に参加する」が、立地の小さな役場では、保健師であっても、「管理職であれば本部陣営の対応、専門家がないからサーベイメーターをもって線量の計測に入ることもあれば、女子職員という理由で炊き出しを担当する場合もある」、しかし「そこには口を出すことはできない」と、〈小規模自治体ゆえのマルチタスクの役割期待に応える〉ように努めてきた。

保健師が原子力行政に「口を出せない」理由は2つあった。1つ目の理由は、「この町の主要な産業は原発と公務員しかない」「各町村はすごく潤っている」「それで生活している方もいっぱいいる」と原発があることで成り立っている自治体の〈原発産業と密着した財政基盤と生活基盤を支持する〉ことを価値づけているためであった。その価値に基づき、原発があるがゆえの原子力災害リスクを考えることに後ろ向きになっていた。

V保健師の開示例：地元にいる人は原発にも助けてもらっているし、原発のなかで生活をしていて生計を立ててたり、原発があるから転勤とか転入とかもしてくるしってというのがずっとあったので、そんななかでの生活の一部だからね。…中略…安全神話じゃないけど、自分たちもそうなんです。本当に共存なんです。

U保健師の開示例：私の愛する町にこんな危険なものがあるなんて思いたくない。ずっと生まれ育ってきた、そのときからあるしね。住民にとっても放射能をまき散らすようなことはないというのが前提だから、あれが原発、絶対大丈夫って思っていますよね。

2つ目の理由は、「私たちは役場にいるからこそ、できることも多い」と〈役場の一員でいることで保健師の役割を果たそうとする〉存在の仕方であった。役場組織の慣例や規範に従うことを優先し、「(原発事故を想定した)何回訓練をやっても結局いつもそこ、私はもっと(看護職としての意見を)やっぱりいってかなきゃ駄目だって思いながら、なかなか(いえない)。やっぱり原発っていうところが、他の災害よりもやっぱりなにか壁になっている気がする」と、意見があっても口に出さずにきた。立地の保健師は、そうすることによって事務職と協働し日常の業務を円滑に遂行していた。

P保健師の開示例：行政で働く者としては(役場の職員であることと保健師であること)のどちらも大事ってところはあるんですね。役場で働いているメリットもすごくあるんだと思うんです。役場において、こういう住民の情報を出せるというのが保健師の強みかなと。

N保健師の開示例：私も保健師っていう立場よりは、公務員としての立場で動く形になるのかなと思います。本当に災害真っ最中の只中のときは、ある程度収まったら、たぶん健康の部分とか、避難所の方々のメンタルの部分とかに関わるようになると思うんですけど、とりあえず渦中のときは、公務員として住民課の一員として動きなさいというのがあるので。

#### 4. «住民の命と生活を守るための看護の気づきを溜める»の開示内容

立地の保健師は、福島第一原発事故の後、「まさかそんな大爆発が日本で起こるとか、そんなふうにして生活していなかった」「あの事故から何でも起こり得るんだなって学びました」と、「安全神話」に疑問をもつようになった。住民の暮らしを支える原発のリスクを把握するも、「そんなことを思ったら、(住民も自分も)ここで安心して生活できない」と、原子力災害リスクに正面から向き合うことができない状況にあった。それゆえ、住民の命と生活を守るための気づきをだれかに伝えることもできず、胸の内に溜め込んでいた。

保健師は、安定ヨウ素剤配布の担当となり、〈原発事故後に原子力が身近にあると感じるようになった〉。「住民にヨウ素剤を配るために問診したのがすごく大きかった」「行政にいる保健師さんしかできないということで、説明会して、疑問だとかないか確認も全部自分たちがしたので」と初めて放射線に関する知識を学び、住民の健康と命を守る役割について考えるようになった。「保健師の役割について明記されていたから、そこに従事する行政の専門職であり、医療の専門職っていう認識がヨウ素剤配布のときに初めて感じた」と〈安定ヨウ素剤の事前配布を担ったときに保健師の役割を自覚した〉。

D保健師の開示例：変わったのは、やっぱり福島の災害があったからだと思う。特にヨウ素剤を配りますよってところは、保健師さんの問診がなければ駄目なんだよって、保健師っていうところがボンとクローズアップされて、そのところは保健師さんが担ってねってというような。…中略…具体的に自分たちの役割のな



かにそういうのが身近に、原子力が身近に感じた。ヨウ素剤を配るのは保健師の役割と明記されてて、そこに従事する行政の専門職、医療の専門職っていうような認識は、このときに初めて感じたかもしれない。

安定ヨウ素剤の事前配布の任務に就くときには、「(あのときは)ヨウ素を配布するための勉強会だったので、もっと避難の実際を想定して勉強しないとならないねって」と管内の保健師同士で話していたが、「市町村でも原子力とかに関するとところがあるのは、非常に人口も少なく不便なところが多いじゃないですか、そういうところって保健師の数もすごく限られていて、本当に兼務、兼務兼務兼務くらい状況のなかで、上も仕事を増やすのをいやがる。いまやらなくてはいけない事の優先順位が先でしょってことになる。備えが後になっちゃうんです」と、役場内では、保健師たちだけの力ではどうにもならない実情を語った。

V保健師の開示例：なにができていないのかわかっている自分があるって思います。…中略…多分ずうーっとそれが後回しになってきて、なにも手付かずみたいなことに(なっている)。…中略…本当に風化するなっていうのは、もうしゃべっててすごいですね。でも、明日起こるかもしれないんですよ。で、明日起こったらどうしよう、なんにも動けないっていう、そういう思いはすごくあるんです。どうしようって。…中略…本当にいつも頭にあって、いま、起こったらどうしようっていう。

T保健師の開示例：たとえば、ヨウ素剤の服用っていう話で、じゃあ、飲んでくださいって薬だけ渡せばいいものでもなくて、その水は汚染されているかもしれないようなことを、ちゃんと知識としてもっているかどうかで、また、対応も変わってくるんだらうなって。風向きとか雲の動きとかっていう、そういう情報が出たときに。…中略…町民さんといっしょに不安になっていたら、避難に連れていかれる人はもっと不安になりますよね。

保健師は、「(役場の方針は)いざというときは、(バスで)逃がすまでなんです。いまの行政が考えているのは、そのときにどう逃がすかということだけ。役場のなか(職員)も、逃げた先が何とかしてくれるんじゃないかって。そこに集まればぐらいの感覚でしかない」と行政の姿勢に疑問を抱いていた。「でも、他の災害関連では、名簿とか私たちがもっている」と、保健師だから把握している(いざというときに役立つ住民個々人の情

報の重要性に気づく)と同時に、〈看護職として避難時の住民のケアニーズを見積もろうとする〉が原発事故発生時を考えるほどに、住民の命と生活を守るための看護の気づきを溜め込んでいた。

B保健師の開示例：その先に本当に万が一、避難した、だれかが具合が悪くなったら、じゃあ自分たちがどうしようっていうのが根底に常にあるので、それをどうするか、常に考えますよね。…中略…電力会社の社宅がある地域に乳幼児、妊産婦さんが集中している。産科医療との連携はとてなんんか心配なところで、不測の事態が起きるときは、妊産婦さんはなにが起こるかわからないので、長距離を逃げなきゃいけないってなったときに、いろいろなことが心配される。不安なところではありますね。…中略…混乱しやすい人とか、精神、障害で在宅、引きこもり系の人たちなんてどうなるんだらうっていう不安はありますよね。

C保健師の開示例：この人にこの薬をもって行かなきゃとか、その辺の判断を事務職ができるとは思えない。安全なところまで逃げてからじゃないとなにもしてあげられないってことが起きちゃうんで。不安を感じる現実があります。いわゆる災害弱者といわれるような人たちが出てくるのが常につきまとうと思うんです。

立地の保健師は、自治体内の災害弱者の存在を把握しており、避難時のケアニーズを見積ろうとすればするほど看護の気づきを溜め、住民の命と生活を守る職責をよりいっそう意識するも、原発と共にある原子力行政の役場で、その職責を果たせるか不安を募らせていた。

#### IV. 考 察

原発立地区域にある自治体の保健師は、福島第一原発事故をきっかけに原子力災害リスクを認識し、行政機関に所属する唯一の看護職として住民の重要な情報を携え、住民の生命と生活を守ることが自分たちの責務であることを強く意識していた。原子力災害に備える保健活動に正面から向き合うことができない状況下で、看護職として住民の命と生活を守るための気づきを溜めて不安を募らせていた。その背景には、電源三法<sup>2)</sup>に基づく多額な交付金と地域の主要産業となった原発が住民の暮らしと小規模自治体の財政を支えてきた地域の歴史、原発立地区域に暮らす保健師自身の原発に対する価値づけがあった。そのうえで、役場組織の一員として日常の業務

を円滑に遂行するために、原子力災害に備える保健活動の必要性について気づきながら、トップダウンの指示を遵守していた。ゼネラリスト重視の人材管理や、公務員としてあるべき規範を強要される<sup>20)</sup>特性をもつ行政組織で、保健師の立場と組織の慣例に従う行動は、自治体職員により共有されている組織内の目にみえる行動パターン、すなわち組織風土<sup>21, 22)</sup>と考えられる。看護師を対象とした先行研究では、自己の感情や気づいた事実等の当人の本音の抑制には、自己制御のほか、組織風土が関わっているとされる<sup>23)</sup>。保健師は、原発への価値づけに加え、自治体の組織風土の影響を受け、自己の気づきを抑制していると考えられる。

地方自治体の行政組織は、地域の伝統と革新といった住民意識の影響を受けており<sup>23)</sup>、多くの利害関係のなかで政治的に運営され<sup>24)</sup>、利害関係者との利害に対する配慮を怠らないことが、組織を存続させるための基本要件<sup>25)</sup>とされる。住民の生命や尊厳、生活と安寧を守る公衆衛生看護を専門とする保健師も、このような組織風土と自治体組織のなかであって、原発が住民の暮らしとその行財政を支えている自治体の職員であるため、その専門性を発揮することを優先し、原子力災害に備える保健活動の必要性を唱え、先導して実施することは個人の努力では限界があると考えられる。行政組織風土の変革には、職員自身や組織内対人関係の変革、中央政府との、そして地域住民との関係変革が同時的・計画的に必要<sup>24)</sup>とされる。医療専門職が少数派である行政組織で働く保健師は、日常的に事務系職員との間で事業計画立案や実施などにおける意向の相違を経験し、葛藤が生じるとされてきた<sup>26)</sup>。

しかし本研究においては、原発立地区域の保健師は公衆衛生看護専門職として、原子力災害リスクと住民の命と生活を守る職責をより具体的に意識するほどに不安を募らせながらも、所属する自治体組織の政策方針に則り、トップダウンの指示を守る行政職としての自己と公衆衛生看護専門職としての自己を共生させている内情が明らかになった。また、原発立地区域ならではの小規模行政組織では、行政職として期待されるマルチタスクを積極的に熟しながら、専門職として地元の自治体で働き続ける保健師の内情も明らかになった。

本研究の結果では、原発立地区域の保健師は共通して、原子力災害に備える保健活動の必要性、住民の生命と生活を守る看護専門職としての職責を意識していた。災害時の体制を構築するためには、平常時から所属機関内外

との信頼関係を構築しておくことの重要性や<sup>27)</sup>、平常時に意識的に放射線に関する情報や知識を蓄積していくことが原子力災害発生時の活動への肯定的な取り組みの支えになる<sup>15)</sup>との報告もある。原子力災害に備える保健活動を推進するために、都道府県による広域的支援により、放射線に関する学習機会を定期的に設け、知識に基づく実践的応用力の獲得を図ると同時に、原発立地区域の保健師が原子力災害のリスクや職責等に関する気づきを共有する機会を設け、原子力災害に備える保健活動へのモチベーションの維持を支援することが重要である。このような広域的な支援により原発立地区域における近隣市町村の保健師間の顔のみえる関係が形成できれば、災害発生時に互いに連携し住民の生命や生活を守る実践が可能になると考える。

また、本研究の参加者の自治体では、保健師の公衆衛生看護の専門職としての役割が防災および避難計画に明示されず、公務員の役割を期待されていた。住民の命を守るリスクマネジメントの観点から、保健師が原子力行政や防災および避難計画の立案に積極的に関わり、役場内で専門性を発揮できるように国や都道府県が後方支援することも必要である。

## V. 結 語

本研究はエスノグラフィーを用い、原子力災害に備える保健活動に関する保健師の内情を記述した。“もしものときを想定するほどに立地の保健師の職責を果たせるか不安が募る”のテーマは、《原発と共にある小規模自治体職員の役割を遵守する》と《住民の命と生活を守るために看護の気づきを溜める》のドメインのサブセットにより構成された。立地の保健師は住民のために原子力災害に備える保健活動を行うことが自分の職責と意識しているものの、原発事故発生時を考えるほどに、原子力行政の役場においてその職責を果たせるか不安を募らせていた。本研究は、機縁法に基づく9人の原発立地区域の保健師の語りを中心とした分析結果である。今後は、全国の原発立地区域にフィールドを拡大し普遍性を確認すると共に、原子力災害に備える保健活動の実態と課題等に関する調査が必要である。

### 【利益相反】

開示すべきCOIはない。

## 【謝辞】

本研究にご協力いただきましたみなさまに心より感謝申し上げます。本研究は平成27年度科学研究費助成事業 挑戦的萌芽研究 (B) 原子力災害リスクに対する備えの看護職間ネットワーク構築に関するエスノグラフィーの一環として、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得て実施しました。

## 【文献】

- 1) 原子力規制委員会ホームページ：原子力災害対策指針。  
<https://www.nsr.go.jp/activity/bousai/measure/index.html> (2018年12月20日)。
- 2) 経済産業省資源エネルギー庁ホームページ：日本の原子力発電所の現状；エネルギー白書。[https://www.enecho.meti.go.jp/category/electricity\\_and\\_gas/nuclear/001/](https://www.enecho.meti.go.jp/category/electricity_and_gas/nuclear/001/) (2017年12月20日)。
- 3) 田上豊資：DHEATの具体的な業務（総論）に関する研究。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「広域大災害時における地域保健支援・受援体制構築に関する研究」。平成27年度分担研究報告書，45-55, 2016。
- 4) 奥田博子：特集 災害時の公衆衛生活動，災害時の保健師の健康支援活動の発展と現在の課題。公衆衛生，80 (9)：658-663, 2016。
- 5) 根本裕美子・末永カツ子・鈴木香純他：福島第1原子力発電所事故による原子力災害における保健師活動と今後の備え。東北大学医学部保健学科紀要，23 (1)：27-38, 2014。
- 6) 大石万里子：原発事故への対応から市民生活の復興をめざして。保健師ジャーナル，68 (3)：183-189, 2012。
- 7) 麻原きよみ：原子力災害復旧期における保健師活動；放射線防護文化の形成をめざして。保健師ジャーナル，70 (5)：424-428, 2014。
- 8) 花積めぐみ：東日本大震災から3年；福島からの報告，福島県保健師の立場から災害時保健活動の振り返りと今後への思い。保健師ジャーナル，70 (3)：187-193, 2014。
- 9) 藤井 誠：調査報告A県内市町村の防災担当者が保健師に期待する防災や災害時の役割とその課題。保健師ジャーナル，63 (8)：706-711, 2007。
- 10) 石川麻衣・牛尾裕子・武藤紀子他：自然災害発生時における市町村保健師の活動の特徴；噴火災害の一事例分析から。千葉大学看護学部紀要，26: 85-91, 2003。
- 11) United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR): Levels and effects of radiation exposure due to the nuclear accident after the 2011 great east-Japan earthquake and tsunami. UNSCEAR 2013 report to the General assembly, (1)：10, 2013。
- 12) Hasegawa A, Ohira T, Maeda M, et al.: Emergency responses and health consequences after the Fukushima accident; Evacuation and relocation. *Clinical Oncology*, 28 (4)：237-244, 2016。
- 13) Yabe H, Suzuki Y, Mashiko H, et al.: Psychological distress after the Great East Japan Earthquake and Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident; results of a mental health and lifestyle survey through the Fukushima Health Management Survey in FY2011 and FY2012. *Fukushima J Med Sci*, 60: 57-67, 2014。
- 14) Yoshida K, Orita M, Goto A, et al.: Radiation-related anxiety among public health nurses in the Fukushima Prefecture after the accident at the Fukushima Daiichi Nuclear Power Station: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 2016。
- 15) 北宮千秋：放射線災害を想定した地方自治体および保健所保健師の取り組みと認識。日本公衆衛生誌，58 (5)：372-381, 2011。
- 16) 松川京子・松成裕子：原子力発電所立地3県に勤務する保健師の放射線に関する知識および認識の比較調査。日本放射線看護学会誌，5 (1)：56-62, 2017。
- 17) Spradley JP: Participant observation. 63, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1980。
- 18) マデリン M レイニンガー：看護における質的研究。伊藤和弘 (翻訳)，医学書院，東京，1997。
- 19) 田中豊治・日置弘一郎・田尾雅夫：地方行政組織変革の展望；人と組織を変える。学文社，112-120, 1991。
- 20) Kayama M, Akiyama T, Ohashi A, et al.: Experiences of municipal public health nurses following Japan's earthquake, tsunami, and nuclear disaster. *Public Health Nursing*, 31 (6)：517-525, 2014。
- 21) 松尾 陸：組織風土の規定因に関する研究。産業・組織心理学研究，10 (1)：75-87, 1996。
- 22) Kawasaki C, Omori J, Ono W, et al.: Public Health Nurses' Experiences in Caring for the Fukushima Community in the Wake of the 2011 Fukushima Nuclear Accident. *Public Health Nursing*, 33 (4)：335-342, 2015。
- 23) 松本友一郎：看護師の職場における本音の抑制と社会的自己制御及び組織風土の関連。中京大学心理学研究科・心理学部紀要，16 (2)：1-12, 2017。
- 24) 田中豊治：地方行政官僚制における組織変革の社会学的研究，時潮社，東京，1994。
- 25) 宮入 (茨城) 小夜子：地方自治体の行政組織の特性と組織風土改革。日本大学大学院総合社会情報研究科紀要，14: 115-126, 2013。
- 26) 大森純子・宮崎紀枝・麻原きよみ他：保健事業の展開において保健師と事務系職員の意見が異なる状況に関する質的分析。日本地域看護学会誌，9 (2)：81-86, 2007。
- 27) 笹谷孝子：台風9号による豪雨災害後の支援活動における課題；面接調査結果からみた保健医療専門職者間の連携。近大姫路大学看護学部紀要，3: 75-81, 2010。

## Ethnographical Study on Preparations for Nuclear Disaster as Perceived by Public Health Nurses in the Zone of Nuclear Power Plants

Junko Omori<sup>1)</sup>, Chie Kawasaki<sup>2)</sup>, Kumiko Nakano<sup>1)</sup>, Atsuko Taguchi<sup>3)</sup>, Junko Kitade<sup>4)</sup>

1) Graduate School of Medicine, Tohoku University

2) Faculty of Nursing, Nagano University of Health and Medicine

3) Faculty of Nursing, Medical Care, Keio University

4) Faculty of Medical Science, University of Fukui

**Objective:** To describe the culture and true state of affairs of how public health nurses (PHNs) perceive preparation for the nuclear disaster.

**Method:** Interviews were analyzed along with field exploration, participant observation according to the ethnographical methodology.

**Results:** Nine PHNs were selected as key informants out of 25 participants near nuclear power plants. The extracted theme of PHNs' preparations for nuclear disaster was "being concerned with the responsibility of PHNs in the nuclear zone to anticipate emergency situations." The main theme consisted of two domains: "adhering to roles as officers in a small municipality in the nuclear zone" and "bearing in mind the awareness to protect lives and living of residents as a nursing professional". PHNs have become increasingly aware of the risk after the accident in Fukushima, and of the necessity of preparing and protecting the lives of residents while feeling uneasiness.

**Discussion:** PHNs have felt the responsibility of preparing health activities while suppressing their feelings and awareness due to the organizational climate and their own views on the nuclear power plant, which had financed the lives of the residents and the municipality's administration. Because of the municipal characteristics, it is difficult for PHNs to take the initiative in conducting health activities and preparing for disaster. The implications from this research include building partnerships among PHNs in nuclear zones and demonstrating the expertise of PHNs within municipality offices by providing wider support at regional and national level.

---

**Key words :** nuclear disaster, disaster preparedness, public health nurses, true state of affairs, ethnography



## ■研究報告■

## 委託型地域包括支援センター保健師が成長を実感した経験

——行政職歴のない新任保健師に焦点を当てて——

宇都宮千都<sup>1)</sup>，田中美延里<sup>2)</sup>，野村美千江<sup>2)</sup>

## 抄 録

**目的：**行政職歴のない委託型地域包括支援センター新任保健師の成長を実感した経験を明らかにすることを目的とする。

**方法：**対象は、A県内の委託型地域包括支援センターに所属する実務経験1年以上6年未満の行政職歴のない保健師9人である。方法は質的記述的研究であり、半構造化面接によりデータ収集を行った。データから成長を実感した経験に関連する内容を抽出しカテゴリー化を行い、最上位のカテゴリーのまとまりを様相とした。

**結果：**成長を実感した経験は、【地域への接近による住民との信頼関係構築】【小集団の特性に合わせた健康教育の実現】【個別事例への対応による連携ネットワークの形成】【グループ育成を契機とした地域志向性の向上】の4つの様相で示された。【グループ育成を契機とした地域志向性の向上】には、《グループ立ち上げに向けた包括内での試行錯誤》《近隣包括のモデルを参考にしたグループの立ち上げへの挑戦》《グループ育成を通じた保健師役割の自覚》等が含まれた。

**考察：**委託型地域包括支援センター新任保健師は、個別事例の積み重ねにより連携力を高めていた。グループ育成の取り組みにおいて、自組織外に地域づくりのモデルを求めることによって、地域全体をみる視点が培われ、保健師としての成長を実感したと考える。

【キーワード】地域包括支援センター，事業委託，新任保健師，成長，経験

日本地域看護学会誌，24(1)：13-22，2021

## I. 緒 言

地域包括支援センター（以下、地域包括）は、2006年4月の介護保険法改正により全国の市町村に創設された。地域包括ケアシステムの中心的な役割を担う機関である。地域包括には、原則として保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員をおくこととされ、3職種のチームアプローチにより地域課題の解決を目指している。保健

師は、地域における医療の専門職として、介護予防事業や高齢者等の支援、連携・協働、地域づくりにおいて重要な役割を果たすことが求められている<sup>1)</sup>。

2016年4月末で地域包括は全国に4,905か所設置され、運営形態では市町村直営が25.0%、民間法人への委託が75.0%であり、委託の割合は、創設時と比較すると増加している<sup>2)</sup>。保健師の実配置人数は、直営は2.0人、委託は1.1人<sup>2)</sup>である。2013年度の実態調査<sup>3)</sup>によると、保健師は直営の95.6%に配置されているものの、委託では44.1%の配置に止まっており、運営形態により保健師確保に大きな違いがみられる。

委託型地域包括支援センター（以下、委託包括）の総

受付日：2020年5月20日／受理日：2021年1月15日

1) Chizu Utsunomiya：前愛媛県立医療技術大学大学院保健医療学研究科

2) Minori Tanaka, Michie Nomura：愛媛県立医療技術大学保健科学部

合相談業務における運営上の課題のうち上位1～3位は、業務量が過大、職員数が不足、職員の力量不足である。直営型地域包括支援センター（以下、直営包括）の運営上の課題では、職員の力量不足が3位までに挙がっていない<sup>2)</sup>。したがって、委託包括においては、量的確保が困難なうえ、専門職の力量形成といった質の確保が困難な現状がうかがえる。また、運営形態別に社会資源創出の有無を調査した研究<sup>1)</sup>では、委託包括は直営包括よりも地域の社会資源を創出している割合は少ないことが明らかにされている。さらに、古賀<sup>5)</sup>は委託包括保健師の活動の課題として、校区保健師との連携がとれていない点を挙げている。

全国初の地域包括の保健師活動の実態調査<sup>3)</sup>において、今後強化したいスキルについては、行政職歴のある保健師や経験年数が長い保健師ほど、地域包括ケア体制の構築に関連するスキルを強化したいと回答する者の割合が有意に高かったと報告されている。

2つの全国調査<sup>2,3)</sup>および俵<sup>4)</sup>、古賀<sup>5)</sup>の研究から、委託包括では保健師の確保困難、職員の力量不足、地域資源の創出に課題があると考えられる。保健師平均1人<sup>2)</sup>という同職種がない職場環境で活動している現状において、行政職歴のない保健師および経験年数の短い保健師は、個別対応のスキルの強化にとどまり<sup>3)</sup>、地域づくりの力量形成が促進されにくい可能性があると考えられる。

直営包括には自治体保健師がジョブローテーションで配属され、地域保健に関する「地域における保健師の保健活動に関する指針」<sup>6)</sup>に基づき活動している。また、2016年3月に示された「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」<sup>7)</sup>を活用した人材育成が推進されている。自治体保健師の人材育成に関する先行研究では、新任期において、地域全体に関わることへの困難さ<sup>8)</sup>や住民との関わりで手応えを感じていること<sup>9)</sup>、On the Job Training（以下、OJT）が機能する職場環境が保健師としての成長に重要であること<sup>10-12)</sup>や、職場の教育体制が整っていることで職務への自信を獲得できること<sup>13)</sup>が明らかになっている。このように、自治体保健師の人材育成に関しては、新任期の経験に着目した質的研究が数多くみられ、それらの成果が保健師の継続教育のあり方を検討する基礎資料となっている。近年では、保健師の主観に基づく立場で新任保健師の職業的アイデンティティの構成要素<sup>14)</sup>や新人保健師が自己成長感を獲得していくプロセス<sup>15)</sup>に着目した質的研究もみられる。

以上のように、委託包括保健師の活動の現状や課題に

ついては明らかになりつつあるが、自治体保健師に比べて人材育成に関する研究が少なく、新任期の経験に焦点を当てた研究はみられない。

そこで、本研究は、委託包括に所属する行政職歴のない新任期保健師を対象とし、成長を実感した経験を明らかにすることを目的とする。行政職歴のない保健師は地域を視野に入れた活動展開に課題があるとされており、人材育成体制の不備が危惧される委託包括における新任期の継続教育には困難が大きいと考える。本研究の成果は、委託包括の職場環境や業務特性に合った継続教育のあり方を検討する基礎資料となる可能性がある。

## II. 用語の定義

新任期：委託包括に就職して1～5年目

経験：能動的成長を促す教育理論を提唱したDewey<sup>16)</sup>の定義を採用し、個人と個人を取り巻く環境との相互作用とする。直接的に関与したことのみでなく、感情や思考も含める。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究である。行政職歴のない委託包括保健師の新任期における経験に焦点を当てた先行研究はみられないため、もっとも初歩的な現象の記述によりその現象の理解を促す質的記述的研究<sup>17)</sup>が適切と考えた。

### 2. 研究対象者

対象者は、A県の委託包括に勤務する保健師のうち、行政職歴がなく就職した者かつ委託包括の実務経験が1年以上6年未満の者とした。行政職歴は、都道府県・市町村保健師の職歴とした。対象者のリクルートにおいては、市町村主管部門を通じて委託包括管理者に選定基準を満たす保健師の紹介を依頼した。連絡先提供に了解の得られた保健師に、研究者から研究協力を依頼し同意を得た。

### 3. データ収集方法

対象者の所属施設の個室にて、インタビューガイドを用いた半構造化面接を60～80分程度実施した。対象者の基本属性、所属委託包括の職員構成および新任研修受

表1 【地域への接近による住民との信頼関係構築】

カテゴリー	サブカテゴリー
包括内他職種による助言の活用	他職種上司から保健師として地域に入る方法を示された
集いの場を生かした地域での包括事業PR	地域の集まりに出向き、包括の事業を説明した
地域住民とのなじみの関係づくり	地域住民から地域の情報を教えてもらった 必要に応じて、委託元の事業を紹介した 包括保健師として住民に受け入れられた

講の有無を聞き取った。その後、新任期の活動を振り返って保健師として「成長した」と実感した経験について、「いつごろのどのような経験か」「そのとき、どのようなことが支えになったか」「その経験をとおして、保健師としてどのような力が高まったか」をたずねた。面接内容は、許可を得てICレコーダーで録音した。データ収集期間は2018年7～9月である。

#### 4. データ分析方法

まず、作成した逐語録を繰り返し読むことで、語りの文脈から活動の流れとその目的に注目し、全体像を把握することに努めた。次に、対象者ごとに成長を実感した経験に関連すると思われる内容を意味の取れる範囲で抜き出し、可能な限り対象者の言葉を使いコード化した。全対象者のコードの類似性と相違性に留意し、コードの意味内容ごとにサブカテゴリー、カテゴリーの抽象化を図った。最後にカテゴリーをまとめ、成長を実感した経験のまとまりを示す様相とした。

データ分析の全過程において、質的研究あるいは保健師活動に精通した地域看護学の研究者と検討を重ね、分析結果の正確性の確保に努めた。

#### 5. 倫理的配慮

研究対象者には、本研究の目的と方法、研究参加・不参加は自由意思であり拒否しても業務上の不利益がないこと、同意撤回書提出による途中辞退が可能であること、プライバシーの保護、研究成果の公表、研究に関する問い合わせ方法を書面および口頭で説明した。なお、本研究は愛媛県立医療技術大学研究倫理委員会による承認を受けて実施した（承認年月日：2018年6月15日、承認番号：18-005）。

### IV. 研究結果

#### 1. 対象者の概要

対象者9人はすべて女性で、20～50歳代であった。

委託包括勤務年数は3年未満4人、3年以上6年未満5人であり、医療機関の看護師・助産師や産業保健師等、全員が看護職としての職歴を有していた。9人のうち8人は看護系大学卒業者であった。所属の委託包括は2市6施設で、3職種の合計人数は3～10人であった。6施設のうち4施設が保健師複数配置であった。対象者9人のうち8人が委託元主管部門や法人の新任職員研修を受講していた。

#### 2. 成長を実感した経験

行政職歴のない委託包括新任期保健師が成長を実感した経験は、【地域への接近による住民との信頼関係構築】【小集団の特性に合わせた健康教育の実現】【個別事例への対応による連携ネットワークの形成】【グループ育成を契機とした地域志向性の向上】の4つの様相として示された（表1～4）。以下、様相を【 】、カテゴリーを《 》、サブカテゴリーを[ ]、研究者による補足を（ ）で表し、代表的な語りと事例IDで示す。

##### 1) 【地域への接近による住民との信頼関係構築】（表1）

この様相は、1人の保健師の語りにより導かれ、3カテゴリー、5サブカテゴリーで構成された。

##### 2) 【小集団の特性に合わせた健康教育の実現】（表2）

この様相は、2人の保健師の語りにより導かれ、4カテゴリー、12サブカテゴリーで構成された。

##### 3) 【個別事例への対応による連携ネットワークの形成】（表3）

この様相は、6人の保健師の語りにより導かれ、9カテゴリー、29サブカテゴリーで構成された。

委託包括では、新任期から「病気に対する認識が低い事例」[劣悪な生活環境で多問題の事例][主介護者と親戚間で意見の対立がある事例]のような《想像を超える事例への直面》をしていた。保健師は「初回相談を受けたので、担当となり」《頼りになる包括内チームメンバーとの始動》をしていた。[先輩保健師と行動を共にし、対応を参考にし][包括内の先輩職員といっしょに動き心強かった]と感じながら、[包括内のチームで力を合

表2 【小集団の特性に合わせた健康教育の実現】

カテゴリー	サブカテゴリー
対象の特徴をとらえた企画	依頼を受け、対象の特性をとらえた 看護職経験を生かして対象にあった内容を考えた いままでにない健康教室のテーマを思いついた
創意工夫した教材を用いた実施	身近な方法で調べ、最新の情報を収集した 対象の特徴をとらえたスライドを作成した 教室講師の伝え方からヒントを得た 日ごろの情報を生かしてケア用品を入手した 閉じこもり予防のために、ケア用品の活用を勧めた
地域資源への視点の広がり	地域の社会資源にアンテナを張る必要性を再認識した 人が集まる機会に自主グループの案内をした
保健師らしい健康教室の探求	保健師部会で健康教育の媒体を充実させるアイデアが浮かんだ より充実させるために、保健師の役割について悩んでいる

表3 【個別事例への対応による連携ネットワークの形成】

カテゴリー	サブカテゴリー
想像を超える事例への直面	病気に対する認識が低い事例に直面した 劣悪な生活環境で多問題の事例に直面した 主介護者と親戚間で意見の対立がある事例に直面した
頼りになる包括内チームメンバーとの始動	初回相談を受けたので、担当となった 先輩保健師と行動を共にし、対応を参考にした 包括内の先輩職員といっしょに動き心強かった 包括内のチームで力を合わせて事例に対応した
看護師として培った病態アセスメント能力の発揮	家族や近所の人から生活状況を聞き、病態をアセスメントした 病状の進行を考え、予防的な対応を検討した 予後を見通して、現実を本人・家族に伝えてよいのか迷った
社会資源の重要性の認識	身体面のみを考えていたらいけないと思った 社会資源に関する知識が不足しているという弱みに気づいた 連携する機関の役割が具体的にわかった 先を見据えて成年後見制度を念頭においた
連携する包括外専門職への信頼	「この人に聞いてみよう」と思って情報収集した ニーズに合った施設につなげることができた 包括外の専門職と連携をして、ネットワークができた ケア会議で出席者の思いを確認できた
対象者・支援者の良好な変化の感知	対象者のセルフケア能力が高まった 対象者が継続訪問を受け入れてくれた いっしょに事例に対応したことで、民生委員から頼りにされるようになった
築いたネットワークを生かした事例への対応	以前築いたネットワークが機能し、緊急事態に迅速に対応できた 介護者の危機にもネットワークの力で対応できた
次々と舞い込む事例への奮闘	1年日は事例の対応に精一杯だった 1つひとつの事例が解決しても自信がない
保健師として予防の視点の再認識	重症化予防の視点を大切に、地域住民に関わらないといけないと思った 保健師には、医療につなぐための適切な判断力が必要と認識した なにをしたらその人が地域で安心して生活できるのかを考えられるようになった 地域にはまだまだ埋もれている人がいるとわかった

わせて事例に対応し]ていた。

また、[家族や近所の人から生活状況を聞き、病態をアセスメントし][病状の進行を考え、予防的な対応を検討]といった《看護師として培った病態アセスメント能力を発揮》していた。さらに、[身体面のみを考えて

いたらいけない]と《社会資源の重要性の認識》もしていた。加えて、《連携する包括外専門職への信頼》をし、[ニーズに合った施設につなげることができ][包括外の専門職と連携して、ネットワークができた]と実感していた。そして[対象者のセルフケア能力が高まった]



表4 【グループ育成を契機とした地域志向性の向上】

カテゴリー	サブカテゴリー
グループ立ち上げに向けた包括内での試行錯誤	住民から集まりの場を求める声を聞いていた 保健師としても予防の重要性を感じていた 自主グループの立ち上げを委託元に求められ、方法がわからず戸惑った データを地図に落としとして地区別に情報を整理し、同僚保健師といっしょに分析した 同僚保健師とお互いできることを補いながら実施した 既存事業の参加者の動向から、自主グループができそうとあたりをつけた 委託包括独自の体操体験会の開催を試みたが、継続には至らなかった
近隣包括のモデルを参考にしたグループの立ち上げへの挑戦	保健師部会で自主グループ立ち上げの実践報告を聞いた 自主グループを立ち上げた近隣の包括保健師に相談し見学に出かけた 保健部門理学療法士から立ち上げのノウハウの提供を受けてとりかかった 立ち上げの途中で近隣包括ベテラン保健師が経過を気にかけてくれた 民生委員、町内会等で自主グループの周知を依頼した 包括内他職種が自主グループの広がりに対し、保健師の取り組みを認めてくれた
住民の反応における活動成果の感知	参加者から体操の効果を実感している声を聞いた 参加者が主体的に運営できることに気づいた 参加者の口コミによる自主グループの広がりを感じた 自主グループ参加者と顔なじみの関係を築けた 参加者から、運動以外のテーマの講話の依頼があった
グループ立ち上げに携わった専門職との継続支援	継続するためにどうしたらよいか、同僚保健師と考えた 保健部門理学療法士と立ち上げに関する情報交換を行った 継続するための自主グループのモニタリングを行った
グループ育成を通じた保健師役割の自覚	自主グループの集まりを健康教育の場として活用した 保健師活動としての成果に確証がもてない 系統的な地区診断に取り組めていない 地域アセスメントの視点がもてるようになった 地域住民との信頼関係を築くことが重要であると再認識した 個別支援を優先すると自主グループ育成は後回しになる 日常の活動のなかで、地域をみるようになった

[いっしょに事例に対応したことで、民生委員から頼りにされるようになった]と、《対象者・支援者の良好な変化の感知》をしていた。《築いたネットワークを生かした個別事例への対応》には、[以前築いたネットワークが機能し、緊急事態に迅速に対応でき][介護者の危機にもネットワークの力で対応できた]ことが含まれた。

(在宅酸素療法中の終末期高齢者に、急遽電動ベッドを手配することになり) 至急動いてくれるケアマネを探そうとしたら、心当たりのあるケアマネさんがちょうど来たんですよ。その場で、業者さんに連絡とってもらって、すぐ夕方には(電動ベッドが)設置済。(中略)状況をすぐさまくみ取ってくれて、その場で病院側とも連絡とってくれて、とんとん拍子で用意してくださったんです(D氏)。

一方で、[1年目は事例の対応に精一杯だった][1つひとつの事例が解決しても自信がない]と《次々と舞い込む事例への奮闘》をしていた。

以上のように関係機関との連携をとおして、[重症化予防の視点を大切にして、地域住民に関わらないといけ

ないと思った][保健師には、医療につなぐための適切な判断力が必要と認識した][なにをしたらその人が安心して生活できるのかを考えられるようになった]と《保健師として予防の視点の再認識》していた。

やっぱり保健師として、いつまでも健康でとか、予防の視点とかそういうところは大切にしてもらわないといけない、そういう思いで地域の人と関わらないといけないと思うことがあります(B氏)。

さらに、[地域にはまだまだ埋もれている人がいるとわかった]と潜在的な問題にも視野が広がっていた。

実際に生活してる場面で、こういうことが困ってるとか、医療にかかりたくてもかかれないとか、医療にかかる必要性をわかってない方とか、埋もれている人がまだまだいるんだなというのがちょっとわかってきたので、このまま医療につなげていく活動とか(をしていきたい)(F氏)。

#### 4) 【グループ育成を契機とした地域志向性の向上】(表4)

この様相は、3人の保健師の語りにより導かれ、5カ

テゴリー、28サブカテゴリーで構成された。

《グループ立ち上げに向けた包括内での試行錯誤》では、[(既存の介護予防事業廃止前から)住民から集まりの場を求める声を聞いていて][保健師としても予防の重要性を感じていた]、[自主グループの立ち上げを委託元に求められ、方法がわからず戸惑い]つつ、[データを地図に落としとして地区別に情報を整理し、同僚保健師と一っしょに分析した]、[同僚保健師とお互いできることを補いながら実施し][既存事業の参加者の動向から、自主グループができそうとあたりをつけ][委託包括独自の体操体験会の開催を試みたが、継続には至らなかった]と語られた。

《近隣包括のモデルを参考にしたグループの立ち上げへの挑戦》では、[(委託元主管部門が主催する)保健師部会で自主グループの立ち上げの実践報告を聞いた][自主グループを立ち上げた近隣の包括保健師に相談し見学に出かけた][保健部門理学療法士から立ち上げのノウハウの提供を受けてとりかかった][立ち上げの途中で近隣包括ベテラン保健師が経過を気にかけてくれた][民生委員、町内会等で自主グループの周知を依頼した][包括内他職種が自主グループの広がりに対し、保健師の取り組みを認めてくれた]と語られていた。

(後日)、その(相談したベテランの)保健師さんから、「あの、いま、どんな感じ?」と声をかけてくれたりするようになって、「なんか、そういうのも保健師同士の話ができてるなー、保健師の活動だな」みたいに思ったりしました(G氏)。

[参加者から体操の効果を実感している声を聞き][参加者が主体的に運営できることに気づき]ながら、[参加者の口コミによる自主グループの広がりを感じた]ことで、《住民の反応における活動成果の感知》をし、《グループ立ち上げに携わった専門職との継続支援》をしていた。

《グループ育成を通じた保健師役割の自覚》には、[自主グループの集まりを健康教育の場として活用した][地域アセスメントの視点がもてるようになった][地域住民との信頼関係を築くことが重要であると再認識した][個別支援を優先すると自主グループ育成は後回しになる][日常の活動のなかで、地域をみることができるようになった]が含まれた。

(包括内でも)地域性があるので、1つのところで上手くいったから、ほかの地域でそのやり方が上手くいくわけではないので、普段の総合相談や訪問して感じ

たこととか、地域のこの人にいえば広めてくれるだろうというのが、回数重ねていくごとにできてきている。そういう地域をみるというところでは、ちょっとは高まってきているのかなと思います(G氏)。

## V. 考 察

### 1. 行政職歴のない委託包括新任保健師が成長を実感した経験の特徴

本研究では、行政職歴のない委託包括新任保健師が成長を実感した経験として4つの様相が見い出された。ここでは、新任保健師が困難を乗り越えたことで成長を実感していた【個別事例への対応による連携ネットワークの形成】【グループ育成を契機とした地域志向性の向上】の2つの様相を取り上げ、委託包括特有の人材育成の課題を踏まえて考察する。

#### 1) 【個別事例への対応による連携ネットワークの形成】

今回、新任保健師が対応した総合相談の事例は、「高齢者本人の認知症BPSD」や「経済的問題」といった地域ケア個別会議で検討される割合が高い課題<sup>2)</sup>を有するものであった。地域包括における相談担当の決め方は、「受け付けた職員が担当する」が「職員ミーティングで相談して決めている」よりも多い<sup>2)</sup>とされ、運営形態にかかわらず、どの職種も就職1年目から複雑な事例の担当を余儀なくされている現状がうかがえる。「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」<sup>7)</sup>によると、新任者に該当するキャリアレベルA-1では、「基本的な事例への対応を主体的に行う」ことが求められ、A-2レベルに「複雑な事例への対応を必要に応じて指導を受けて実施する」ことが位置づけられている。地域包括においては、新任者に個別事例への対応をキャリアラダーに沿って段階的に経験できるとは限らないと考える。

本研究の新任保健師は、複数の健康問題をもつことが多い高齢者を主担当で受け持ち、問題解決に向けてアセスメント能力を発揮していた。個々の生活状況と病態を結び付けたアセスメント能力は、医療機関の看護師経験をもつ保健師の強みと考える。在宅医療介護を支える専門職間の連携力は、まず顔の見える関係を築くこと、次に連携するという意識を持つこと、最後に連携行動を取ること<sup>18)</sup>の3段階でとらえられている。本研究では、緊急事態にこれまでに築いたネットワークを生かす迅速な対応ができた例が挙げられた。このような保健師の対応は、チームの関係構築や予測的判断の共有、ケア方針

の調整等を行う<sup>18)</sup>連携行動に相当する高い連携力を示していた。

宮本らは、地域包括保健師のコンピテンシーの概念を構成する属性の1つに、「個別支援を基盤に地域を巻き込む」というカテゴリーを導出し、多くの文献が日常の個別支援での関わりを地域づくりに循環させながら実践していたと述べている<sup>19)</sup>。本研究の新任期保健師は個別支援の積み重ねにより連携力を高める一方で、それらを基盤にした地域を巻き込む活動への発展はみられなかった。直営包括にひとりで配属された1年目の保健師が広い視野をもち活動することがむずかしかった<sup>20)</sup>ように、委託包括においても何らかの助言がなければ、新任期に事例の背景にある地域課題の分析を行うことは困難と考える。

本研究の新任期保健師は事例対応の際に職場内でのサポートを受け心強さを感じていたことから、個別事例の問題解決においては委託包括内のOJTが一定の機能を果たしていると推察される。しかしながら、個別事例の共通性から地域課題を見いだすには至っておらず、地域づくりに向けて3職種のチーム力を高める必要性が示唆された。

## 2) 【グループ育成を契機とした地域志向性の向上】

本研究の新任期保健師は、同僚保健師との地区分析作業など、包括内で試行錯誤しながら住民に働きかけるが、グループ立ち上げには至らず、解決に向けて委託包括保健師のネットワークの活用や委託元保健部門の専門職に助言を求める行動を起こしていた。このことは、保健師複数配置の委託包括であってもグループ育成の経験豊かな保健師が不在である可能性を示している。社会資源の創出がむずかしいとされる委託包括<sup>4)</sup>は、新任期保健師にとって地域づくりの身近なモデルを見だしにくい職場環境と考える。

自治体保健師が自己成長感を獲得していくプロセス<sup>15)</sup>において、入職1年目の保健師は地域住民から支持され、先輩保健師から受容されたことを心の拠り所として活動するなかで、専門職意識の芽生えに至っていた。本研究では、他の委託包括保健師がグループ育成の経過を気にかけてくれたことが、新任期保健師の支えになっていた。松尾<sup>21)</sup>によれば、育て上手の指導者は、若手の「経験から学ぶ力」を引き出すために、①より高い目標に向かって挑戦するよう励まし、②相談しやすい雰囲気をつくって仕事の進み具合について確認し、③内省を促し、④教訓を引き出したり、よい面をフィードバックする傾向に

あったと報告されている。新任期保健師は、ロールモデルとした近隣包括の保健師からの進捗確認の声かけにより経過報告でき、関わりをとおして承認されたと感じることで、保健師としての成長を実感したと考える。このことは、新任期に保健師としての活動を評価し承認される機会が少ない委託包括の職場環境の課題を反映している。日々の活動の意味づけ支援や承認の機会があれば、自己効力感を高め、保健師活動に誇りをもてる可能性がある。

## 2. 能動的成長を促す新任期の活動経験

保健師は、新任期から個から地域へと有機的につなぐ活動の連動性を意識することで実践能力を獲得していくことが求められる。本研究で見いだされた【地域への接近による住民との信頼関係構築】と【小集団の特性に合わせた健康教育の実現】は、地域づくりの基盤として新任期に獲得すべき重要な能力と考える。

石田らによると、地域包括保健師は、地域課題に対して拠点づくり・新規事業の創出という手段で“ないものを作る”という解決方法を取っている<sup>22)</sup>。本研究の新任期保健師は、介護予防事業の移行期に委託元に拠点づくりを求められ、グループ育成という“ないものを作る”ことに挑戦していた。包括内の支援を得て解決に向かう事例対応と異なり、取り組みに困難を感じながらも自組織外の協力を求めてグループを育成することをとおして保健師の役割を自覚し、地域アセスメントの視点がもてるようになっていた。このように、行政職歴のない委託包括新任期保健師は、先に述べた地域づくりの基盤となる能力を養い、個別支援を積み重ねて連携力を高めつつ、グループ育成に取り組むことで地域を対象とした実践能力を向上させ、保健師としての成長を促すことができると考える。

## 3. 継続教育における組織的支援の重要性

事業の外部委託における自治体保健師の役割には、委託事業を保健活動として機能させること、委託先の質の維持・向上にかかわること、委託後も当該対象住民のニーズが把握できるようにすることが含まれる<sup>23)</sup>。地域包括を外部委託する自治体主管部門の保健師は、委託包括の質の管理として人材育成を支援する役割を担っている。古賀<sup>24)</sup>は、地域包括保健師の業務における不安解消や資質向上の機会確立のために教育体制を整える必要がある。スーパーバイザーは、市町村保健師の介護予防



活動担当の長や同法人の同職種であることが望ましいと述べている。委託元主管部門の保健師は、委託包括新任保健師と共に活動をふりかえる機会を設け、保健部門などで培った地域づくりの経験を生かして意味づけを促し、保健師としての成長を実感できるような支援を行うことが可能と考える。

地域包括の全国調査<sup>3)</sup>によると、市区町村や他の地域包括の保健師と保健師活動について情報交換をする機会について、委託包括のなかでも、主管部門に保健師が配置されている委託包括ほど、「公式の機会がある」割合が有意に高かった。保健師部会のような定期的な情報交換の機会が、互いの活動を共有する学びの場になることにより、委託包括保健師ネットワークを活用した学び合いへと発展し、保健師の専門性を発揮した地域づくりの取り組みが委託包括全体に広がる可能性がある。委託包括新任保健師の能動的成長を促すには、委託包括保健師ネットワークを活用した学び合いの促進など、委託元主管部門による組織的支援が重要である。

#### 4. 研究の限界

本研究は、対象者が過去の経験を想起して語った内容をデータとしており、インタビューにおける研究者との相互作用が活動の意味づけを促した可能性がある。また、対象者9人の所属は、1県の2自治体6委託包括に限られており、職場環境が類似していることは否めない。さらに、介護予防事業の移行期という施策の影響を受ける時期の調査でもあった。加えて、対象となった6委託包括の保健師配置は、全国調査<sup>2)</sup>の保健師平均人数(1.1人)よりも多く、代表性があるとはいいがたい。しかし、全国的にも職員複数配置の方向に進んでいるため、本研究の成果は今後の委託包括の継続教育に寄与すると考える。

#### 【利益相反】

本研究に関連する利益相反はない。

#### 【謝辞】

本研究にあたり、インタビューにご協力くださいました委託型地域包括支援センターの新任保健師のみなさまに心より感謝申し上げます。なお、本研究は、愛媛県立医療技術大学大学院に提出した修士論文の一部に加筆修正したものであり、一部は日本地域看護学会第22回学術集會にて発表した。

#### 【文献】

- 1) 村中峯子・南平直宏・橋本結花他：地域包括支援センター及び市区町村主管部門における保健師活動実態調査。看護，66(7)：44-55, 2014.
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業：地域包括支援センターが行う包括的支援事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書。 [https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai\\_180418\\_c5.pdf](https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c5.pdf) (2020年4月26日)。
- 3) 日本看護協会：平成25年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業地域包括支援センター及び市区町村主管部門における保健師活動実態調査報告書。 [https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2014/hokatsushiencenter\\_report.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2014/hokatsushiencenter_report.pdf) (2020年4月26日)。
- 4) 依志江：地域包括支援センターの専門職による社会資源の創出に関連する要因の検討。日本地域看護学会誌，14(1)：62-70, 2011。
- 5) 古賀佳代子：直営・委託の地域包括支援センターの現状と専門的スキル。第6回日本公衆衛生看護学会学術集會ワークショップ資料，2018。
- 6) 厚生労働省健康局長通知：地域における保健師の保健活動について。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000144644.pdf> (2020年4月26日)。
- 7) 厚生労働省：保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ：自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて，平成28年3月31日。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120070.pdf> (2020年4月26日)。
- 8) 安孫子尚子：新任保健師の仕事に対するイメージの変化について。聖泉看護学研究，3：93-108, 2014。
- 9) 若杉里実・安田貴恵子：新任保健師1年目の体験：母子保健事業での住民との関わりに焦点を当てて。日本地域看護学会誌，13(2)：61-68, 2011。
- 10) 佐伯和子・大野昌美・大倉美佳他：地域保健分野における保健師育成のOJTに対する指導者の意識と組織体制：新任者教育の実践を通して。日本公衆衛生雑誌，56(4)：242-250, 2009。
- 11) 藤井智子・塩川幸子・北村久美子：北海道自治体に働く1～4年目新任保健師の困難な状況と対処方法および成長の自覚の変遷：フォーカスグループインタビューを通して。北海道公衆衛生学雑誌，29(2)：107-113, 2016。
- 12) 望月宗一郎・山岸春江・飯島純夫：新任保健師への現任教育に対する市町村保健師の認識。山梨大学看護学会誌，5(2)：19-24, 2007。
- 13) 小川智子・中谷久恵：行政保健師の職務への自信とその影響要因。日本公衆衛生雑誌，59(7)：457-465, 2012。
- 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) 山田小織・越田美穂子：新人保健師が自己成長感を獲得し



- ていくプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 40(5):803-811, 2017.
- 16) John Dewey: Experience and Education. 市村尚久(訳), 経験と教育, 42-76, 講談社, 東京, 2004.
- 17) グレック美鈴: 主な質的研究と研究手法. グレック美鈴・麻原きよみ・横山美江(編), 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目指して, 64-83, 医歯薬出版, 東京, 2016.
- 18) 福井小紀子: エンド・オブ・ライフケアを地域で効果的に進めるための多職種連携のあり方. 日本在宅ケア学会誌, 18(1):32-38, 2014.
- 19) 宮本美穂・柳澤理子: 地域包括支援センター保健師のコンピテンシー. 日本在宅看護学会誌, 7(1):242-251, 2018.
- 20) 若杉里実: 新任保健師1年目の体験; 保健センターと地域包括支援センター保健師の比較. 岐阜看護研究会誌, (4):13-19, 2012.
- 21) 松尾 睦: 学ぶ力を育てるOJT. 職場が生きる人が育つ「経験学習」入門, 161-191, ダイヤモンド社, 東京, 2011.
- 22) 石田梨絵・榊原 文: 地域包括支援センター保健師が捉えた地域課題に対する解決方法. 保健師ジャーナル, 75(7):602-608, 2019.
- 23) 鳩野洋子: 保健活動のアウトソーシングと保健師活動. からだの科学 増刊 これからの保健師, 72-76, 2006.
- 24) 古賀佳代子・木村裕美・西尾美登里他: 地域包括支援センター保健師の専門性に関する研究; テキストマイニング分析を用いた内容分析から. 日本農村医学会雑誌, 68(5):634-642, 2020.

## ■ Research Report ■

## Experiences of Realization of Professional Development by Public Health Nurses in Outsource-type District Comprehensive Support Centers

Focusing on Newly Appointed Public Health Nurses with No Previous Local Government Work

Chizu Utsunomiya<sup>1)</sup>, Minori Tanaka<sup>2)</sup>, Michie Nomura<sup>2)</sup>

1) Former the Graduate School of Ehime Prefectural University of Health Sciences

2) Ehime Prefectural University of Health Sciences

**Objective:** To clarify realization experiences of professional development by newly appointed public health nurses with no previous local government work in outsource-type district comprehensive support centers.

**Method:** Nine public health nurses working for six outsource-type district comprehensive support centers in prefecture A with at least 1 year and <6 years of practical experience and no previous local government work were included. In this qualitative descriptive research, data were collected via semi-structured interviews. Contents related to realization experiences of professional development were extracted from interview data and categorized based on similarity; a group with the highest-level categories was referred to as an aspect.

**Results:** Realization experiences of professional development were represented by the following four aspects: [approach toward a community to build a relationship of trust with residents], [realization of health education tailored to small group characteristics], [alliance network formation through responses to individual cases], and [considering group development as an opportunity for community-oriented improvement]. The aspect of [considering group development as an opportunity for community-oriented improvement] comprised <trial and error within the comprehensive support center for group establishment>, <challenges to group establishment based on models>, and <consciousness of public health nurses' role via group development>.

**Discussion:** Newly appointed public health nurses of outsource-type district comprehensive support centers improved their cooperative skills via accumulation of individual cases. They presumably acquired a broader perspective to cover the entire community and realized professional development as public health nurses for group development based on a community development model available outside the support center.

---

**Key words :** district comprehensive support center, outsourcing, newly appointed public health nurses, professional development, experience

## ■研究報告■

## 住民ボランティアの見守り対象高齢者数と 見守り活動・見守り関連活動や活動満足感・負担感との関連

西 結香<sup>1)</sup>, 池田直隆<sup>2)</sup>, 河野あゆみ<sup>2)</sup>, 岡本双美子<sup>2)</sup>

## 抄 録

**目的:** 住民ボランティアの見守り対象高齢者数とその活動や活動満足感・負担感との関連を明らかにすることを目的とした。

**方法:** 高齢者見守り活動を担う住民ボランティアの1,812人(100%)を調査対象者とし、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査項目は基本属性、過去1か月間の見守り対象高齢者数、見守り活動、見守り関連活動、地域高齢者社会活動尺度、見守り活動満足感・活動負担感尺度である。住民ボランティア1人当たりの過去1か月間の見守り対象高齢者数が0人の者を0人数群、1人以上5人以下の者を少人数群、6人以上の者を多人数群の3群に分類し、基本属性と見守り関連活動の項目は $\chi^2$ 検定、地域高齢者社会活動尺度と見守り活動満足感・活動負担感尺度の項目は、一元配置共分散分析と多重比較を行った。

**結果:** 749人(66.8%)を有効回答数とし、分析対象者とした。見守り対象高齢者数が多いほど、見守り関連活動のグループ援助活動の実施者が占める割合や地域高齢者社会活動尺度、見守り活動満足感尺度得点も有意に高かった( $p<.001$ )。活動負担感尺度得点は少人数群が0人数群と多人数群と比して有意に低かった( $p<.001$ )。

**考察:** 見守り対象高齢者数が多いほど見守り関連活動の実施頻度が高くなること、見守り対象高齢者数と活動満足感は影響することが明らかになった。活動負担感は、見守り対象高齢者数が多すぎることやボランティアの役割を担うこと自体により増大し得ることが考えられた。

【キーワード】 住民ボランティア、ひとり暮らし高齢者、見守り活動、見守り関連活動、活動満足感、活動負担感

日本地域看護学会誌, 24 (1) : 23-31, 2021

### I. 緒 言

近年、少子高齢化や核家族化が進展し、2018年には総人口に占める高齢者の割合が28.1%で過去最高となり<sup>1)</sup>、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加<sup>2)</sup>しており、家族で支え合うことが困難になってきている。また、近隣住民同士の関係が希薄化してきているため<sup>3)</sup>、地域での

見守り機能が脆弱化しており、高齢者の孤独死などが問題視されている。これらの問題を予防するために、互助という考えを基にした近隣住民間の見守りネットワークを構築することが一方策として挙げられる。

住民ボランティアによる高齢者見守り活動は、ひとり暮らし高齢者の社会的孤立の防止に有用であり、全国各地で展開されている<sup>4)</sup>。見守り活動の定義はまだまだ統一されていないが、一般的に見守り活動とは、高齢者に対して、普段の生活のなかであいさつを交わしたり、声をかけたり、住居や服装の様子を気にかけて、戸別訪問したりする等の活動と考えられる。見守り活動によっ

受付日: 2020年5月20日 / 受理日: 2020年11月26日

1) Yuka Nishi: 松原市役所地域保健課

2) Naotaka Ikeda, Ayumi Kono, Fumiko Okamoto: 大阪市立大学大学院看護学研究科

て、見守り対象である高齢者が地域で質の高い生活を送ることができること<sup>5)</sup>、高齢者が近隣住民との関係を構築するなかで健康な状態を維持できること<sup>6)</sup>など、見守り活動についての一定の意義が報告されている。

見守り活動を行う住民ボランティア側への影響としては、見守り活動経験年数が長くなるほど住民ボランティア自身の自尊感情や自己効力感が向上すること<sup>7)</sup>、積極性や共同志向が高くなること<sup>8)</sup>、地域への愛着感や関心度が向上すること<sup>9)</sup>が報告されている。また、見守り活動経験年数が長いほど活動満足感が高く<sup>9)</sup>、活動経験年数が一定の期間をすぎると活動負担感が軽減すること<sup>10)</sup>も報告されている。

地域での見守り活動に対する意識やとらえ方<sup>11-13)</sup>について概観すると、見守り住民ボランティアは、地域活動での住民間の関係づくりや見守りの意義、活動への満足感ややりがいを認識している一方で、住民自身の生活を営むうえで、見守り活動について負担を適正にとどめた対象者数や方法を希望していると考えられる。

そこで、本研究では、住民ボランティアの見守り対象高齢者数とその活動状況や活動満足感・活動負担感との関連を明らかにすることを目的とする。本研究は、住民ボランティアの見守り活動の維持・拡大に資する基礎資料となると考える。

## II. 研究方法

### 1. 調査地域と対象者

調査地域である寝屋川市は大阪府の北東部、淀川左岸に位置する人口約23.5万人の市である。昭和40年代以降、ベッドタウンとしての開発の進行に伴い人口が急増した時期があったため、近年では近隣市に比べて高齢化が急速に進んでいる。

寝屋川市では、住民ボランティアが、市社会福祉協議会と協力して、おおむね小学校区を単位とし、小地域ネットワーク活動を推進しながら活動を展開している<sup>14)</sup>。

調査対象者は、寝屋川市にて高齢者の見守り活動と見守り関連活動を実施する20歳以上で福祉委員などボランティア部会員として寝屋川市社会福祉協議会に登録されている住民ボランティアの1,812人(全数)である。本調査における住民ボランティアには、小学校区別に選ばれた福祉委員(1,386人)ならびにボランティアを育成する部会に所属している委員(234人)、前述の者以外で近隣の高齢者の見守り活動に協力している住民(192

人)が含まれる。なお、調査地における民生委員または児童委員は、福祉委員を兼ねているため、民生委員または児童委員を務める321人については、福祉委員1,386人に含まれている。対象者のうち、1,121人(61.9%)から返送があり、基本属性等が未記入である質問紙と地域高齢者社会活動尺度、活動満足感・活動負担感尺度において2割以上の欠損値があった質問紙の合計372人分(33.2%)は除外し、最終的に749人(66.8%)を有効回答数とし、分析対象者とした。尺度の欠損値にはその下位尺度の平均値を推定値として代入した。

### 2. 調査方法

寝屋川市社会福祉協議会に協力を依頼し、小学校区ごとの代表者である住民ボランティアをとおして無記名自記式質問紙を配布した。質問紙は郵送により回収した。調査期間は2019年7～8月であった。

### 3. 調査項目

基本属性、見守り対象高齢者数、見守り活動、見守り関連活動、見守り活動に対する活動満足感・活動負担感についてたずねた。

#### 1) 基本属性

性別、年齢、世帯構成、居住年数、主観的健康観、暮らし向き、就業の有無、活動年数の8項目を把握した。

#### 2) 見守り対象高齢者数

過去1か月間に見守り活動の対象としたひとり暮らし高齢者の人数に関して、0人、1～5人、6～10人、11～15人、16～20人、21人以上の6項目で把握した。分析に際しては、見守り対象高齢者数の分布と中央値から0人を0人群、1～5人を少人数群、6～10人、11～15人、16～20人、21人以上を多人数群の3群に分類した。

#### 3) 見守り活動

街中や近所で会った際の声かけ、新聞ポストや夕方以降の室内灯の確認、戸別訪問、日常的な生活援助(ごみ出しや買い物・通院の付き添い等)の見守り活動4項目について、過去1か月間に提供した高齢者数(0人、1～5人、6～10人、11～15人、16～20人、21人以上)を把握した。

#### 4) 見守り関連活動

グループ援助活動と地域社会活動を把握した。グループ援助活動として、会食・サロン・喫茶の運営、配食サービス、(児童から高齢者に至るまでの)世代間交流、相



談所（身近な福祉相談の実施や地域住民が集う拠点）の運営の4項目について、過去1年間に提供した頻度（0回、年に数回、月に1回以上）を把握した。地域社会活動への参加状況は、地域高齢者社会活動尺度を用いて測定した<sup>15)</sup>。この尺度は、「交通安全や防犯に関する活動」などの6項目に対し、「過去に一度もない」1点、「過去半年以前にある」2点、「過去半年以内にある」3点で回答し、加算した合計点で評価する。得点が高いほど、地域での社会活動を活発に行っていることを示す。尺度全体のCronbach  $\alpha=0.78$ <sup>15)</sup>と、十分な信頼性を有している。

#### 5) 見守り活動に対する満足感と負担感

活動満足感尺度・活動負担感尺度を用いて測定した<sup>16)</sup>。活動満足感尺度は、「見守り活動が好きである」などの9項目に対して、「そう思わない」～「そう思う」で回答し、1～4点として加算した合計点で評価し、活動愛着の5項目、自己利益の4項目の下位尺度から構成される。得点が高いほど、活動への満足感が高いと感じていることを示す。

活動負担感尺度は「見守り活動のために、家事、買い物、仕事などに支障がある」などの14項目に対して、「そう思わない」1点～「そう思う」4点で回答し、加算した合計点で評価し、日常生活負担の5項目、精神的負担の6項目、活動量負担の3項目の下位尺度から構成される。得点が高いほど、活動への負担感が高いと感じていることを指す。各下位尺度のCronbach  $\alpha=0.738\sim0.890$ <sup>16)</sup>であり、十分な信頼性を有している。

#### 4. 分析方法

見守り対象高齢者数と基本属性の関連を検討するため $\chi^2$ 検定およびFisherの直接確率検定を、見守り対象高齢者数と活動満足感・活動負担感の関連を検討するため見守り対象高齢者数と有意に関連した変数を共変量として投入した一元配置共分散分析を行った。ここで投入した共変量は、性別と年齢に加えて、見守り対象高齢者数と有意に関連した世帯構成を選択した。なお、活動年数は見守り対象高齢者数と有意に関連していたが、年齢と強い相関関係が確認されたため、多重共線性を回避するために除外した。その後、見守り対象高齢者数3群の対比較を行うためTukey-Kramerの多重比較検定を行った。統計学的な有意水準は5%未満とし、統計処理にはSAS<sup>®</sup> University Editionを用いた。

#### 5. 倫理的配慮

質問紙は無記名とし、研究内容や目的、研究参加の自由、目的外使用はしないことなどを文書に明記し、質問紙の返送をもって研究参加の同意を得られたものとした。また、市町村名を明記することについて同意を得ている。本研究は、大阪市立大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て行った（承認年月日：2019年7月22日、承認番号：2019-3-3）。

### Ⅲ. 研究結果

#### 1. 見守り活動の対象高齢者数と住民ボランティアの基本属性の関連（表1）

性別に関して、住民ボランティアの502人（67.0%）が女性で、3群間で女性が占める割合を比較すると、0人群は79人（48.8%）、少人数群は245人（74.7%）、多人数群は178人（68.7%）であり、性別と見守り対象高齢者数は有意に関連していた（ $p<.001$ ）。年齢に関しては、372人（49.7%）が前期高齢者、202人（27.0%）が後期高齢者で、3群間で前期高齢者が占める割合を比較すると、0人群は77人（47.5%）、少人数群は152人（46.3%）、多人数群は143人（55.2%）、後期高齢者が占める割合は、0人群は36人（22.2%）、少人数群は99人（30.2%）、多人数群は67人（25.9%）であり、年齢と見守り対象高齢者数は有意に関連していた（ $p<.001$ ）。

活動年数に関しては、420人（56.5%）が6年以上活動に取り組んでおり、3群間で比較すると、0人群は67人（41.6%）、少人数群は174人（53.9%）、多人数群は179人（69.2%）であり、見守り対象高齢者数が多いほど、住民ボランティアで6年以上活動を行っている者の割合が有意に高かった（ $p<.001$ ）。

#### 2. 見守り対象高齢者数

住民ボランティアの見守り対象者数の内訳は表2に示すとおり、見守り対象高齢者数が0人の者は162人（21.6%）、1～5人の者は328人（43.8%）、6～10人の者は94人（12.6%）、11～15人の者は43人（5.7%）、16～20人の者は38人（5.1%）、21人以上の者は84人（11.2%）であった。

#### 3. 見守り対象高齢者数別にみた住民ボランティアの見守り活動

各項目の全数の実施率は、街中や近所でお会いした際

表1 住民ボランティアの基本属性ならびに見守り対象高齢者数と基本属性との関連  $n$  (%),  $N = 749$ 

	全数	0人群	少人数群	多人数群	$\chi^2$ 値
性別 <sup>a)</sup>					33.5***
男性	247 (33.0)	83 (51.2)	83 (25.3)	81 (31.3)	
女性	502 (67.0)	79 (48.8)	245 (74.7)	178 (68.7)	
年齢 <sup>a)</sup>					10.7*
65歳未満	175 (23.4)	49 (30.3)	77 (23.5)	49 (18.9)	
65～74歳	372 (49.7)	77 (47.5)	152 (46.3)	143 (55.2)	
75歳以上	202 (27.0)	36 (22.2)	99 (30.2)	67 (25.9)	
世帯構成 <sup>b)</sup>					15.9*
ひとり暮らし	98 (13.1)	19 (11.7)	46 (14.1)	33 (12.7)	
夫婦のみ	335 (44.8)	57 (35.2)	150 (45.9)	128 (49.4)	
子と同居	232 (31.0)	69 (42.6)	89 (27.2)	74 (28.6)	
その他	83 (11.1)	17 (10.5)	42 (12.8)	24 (9.3)	
居住年数 <sup>b)</sup>					11.6
10年以下	33 ( 4.4)	13 ( 8.0)	13 ( 4.0)	7 ( 2.7)	
11～20年	93 (12.4)	25 (15.4)	41 (12.5)	27 (10.4)	
21～30年	88 (11.8)	22 (13.6)	35 (10.7)	31 (12.0)	
31年以上	534 (71.4)	102 (63.0)	238 (72.8)	194 (75.0)	
主観的健康観 <sup>c)</sup>					7.2
とても健康	128 (17.1)	23 (14.3)	64 (19.5)	41 (15.9)	
まあまあ健康	552 (74.0)	118 (73.3)	238 (72.6)	196 (76.0)	
あまり健康でない	61 ( 8.2)	19 (11.8)	22 ( 6.7)	20 ( 7.8)	
全く健康でない	6 ( 0.8)	1 ( 0.6)	4 ( 1.2)	1 ( 0.4)	
暮らし向き <sup>d)</sup>					3.9
余裕がある	471 (63.9)	93 (57.8)	214 (66.9)	164 (64.1)	
余裕がない	266 (36.1)	68 (42.2)	106 (33.1)	92 (35.9)	
就業状況 <sup>b)</sup>					2.3
就業している	530 (70.9)	55 (34.0)	91 (27.8)	72 (27.8)	
就業していない	218 (29.1)	107 (66.0)	236 (72.2)	187 (72.2)	
活動年数 <sup>e)</sup>					76.4***
1年未満	69 ( 9.3)	38 (23.6)	25 ( 7.7)	6 ( 2.3)	
1～5年	254 (34.2)	56 (34.8)	124 (38.4)	74 (28.5)	
6～15年	273 (36.7)	52 (32.3)	117 (36.2)	104 (40.2)	
16年以上	147 (19.8)	15 ( 9.3)	57 (17.7)	75 (29.0)	

\*\*\*:  $p < .001$ , \*\*:  $p < .01$ , \*:  $p < .05$ a-c), e)  $\chi^2$ 検定を用いた。d) Fisherの直接確率検定を用いた。a) 0人群 ( $n = 162$ ), 少人数群 ( $n = 328$ ), 多人数群 ( $n = 259$ ). b) 0人群 ( $n = 162$ ), 少人数群 ( $n = 327$ ), 多人数群 ( $n = 259$ ), 欠損値=1. c) 0人群 ( $n = 161$ ), 少人数群 ( $n = 328$ ), 多人数群 ( $n = 258$ ), 欠損値=2. d) 0人群 ( $n = 161$ ), 少人数群 ( $n = 320$ ), 多人数群 ( $n = 256$ ), 欠損値=12. e) 0人群 ( $n = 161$ ), 少人数群 ( $n = 323$ ), 多人数群 ( $n = 259$ ), 欠損値=6.

の声かけが560人(75.8%)ともしっかり行われており、次いで新聞ポストや夕方以降の室内灯の確認が450人(61.8%), 戸別訪問が388人(53.4%), そして、日常的な生活援助が131人(18.2%)ともしっかり行われていなかった。

各項目の見守り活動実施者の割合は、街中や近所でお会いした際の声かけが、少人数群で309人(95.4%), 多人数群で251人(99.2%), 新聞ポストや夕方以降の室内灯の確認が、少人数群で234人(73.4%), 多人数群で216人(87.1%), 戸別訪問が、少人数群で166人(53.2%), 多人数群で222人(88.1%), 日常的な生活援助は、少人数群で51人(16.5%), 多人数群で80人(32.5%)であることから、すべての見守り活動に関し

て、少人数群より多人数群の方が実施者の割合は高かった。

#### 4. 見守り対象高齢者数と住民ボランティアの見守り関連活動との関連(表3)

各項目の全数の実施率は、会食・サロン・喫茶の運営は494人(69.1%), 配食サービスは216人(34.5%), 世代間交流は289人(45.0%), 相談所の運営は126人(20.7%)であることから、見守り関連活動では、会食・サロン・喫茶の運営がもっとも行われており、相談所の運営がもっとも行われていなかった。

各項目の見守り関連活動実施者の割合は、会食・サロン・喫茶の運営が、0人群で76人(49.7%), 少人数群

表2 見守り対象高齢者数別にみた住民ボランティアの見守り活動状況

n (%), N = 749

見守り対象高齢者数	全数	0人群	少人数群	多人数群
見守り対象高齢者数(全数)	749 (100)	162 (100)	328 (100)	259 (100)
0人	162 (21.6)	162 (100)	0 (0)	0 (0)
1~5人	328 (43.8)	0 (0)	328 (100)	0 (0)
6~10人	94 (12.6)	0 (0)	0 (0)	94 (36.3)
11~15人	43 (5.7)	0 (0)	0 (0)	43 (16.6)
16~20人	38 (5.1)	0 (0)	0 (0)	38 (14.7)
21人以上	84 (11.2)	0 (0)	0 (0)	84 (32.4)
街中や近所でお会いした際の声かけ <sup>a)</sup>				
0人	179 (24.2)	162 (100)	15 (4.6)	2 (0.8)
1~5人	279 (37.8)	0 (0)	219 (67.6)	60 (23.7)
6~10人	131 (17.7)	0 (0)	49 (15.1)	82 (32.4)
11~15人	61 (8.3)	0 (0)	17 (5.3)	44 (17.4)
16~20人	28 (3.8)	0 (0)	11 (3.4)	17 (6.7)
21人以上	61 (8.2)	0 (0)	13 (4.0)	48 (19.0)
新聞ポストや夕方以降の室内灯の確認 <sup>b)</sup>				
0人	279 (38.3)	162 (100)	85 (26.7)	32 (12.9)
1~5人	314 (43.1)	0 (0)	207 (64.9)	107 (43.1)
6~10人	76 (10.4)	0 (0)	13 (4.1)	63 (25.4)
11~15人	23 (3.2)	0 (0)	9 (2.8)	14 (5.7)
16~20人	16 (2.2)	0 (0)	2 (0.6)	14 (5.7)
21人以上	21 (2.9)	0 (0)	3 (0.9)	18 (7.3)
戸別訪問 <sup>c)</sup>				
0人	302 (41.6)	162 (100)	146 (46.8)	30 (11.9)
1~5人	255 (35.1)	0 (0)	155 (49.7)	100 (39.7)
6~10人	68 (9.4)	0 (0)	8 (2.6)	60 (23.8)
11~15人	26 (3.6)	0 (0)	3 (1.0)	23 (9.1)
16~20人	9 (1.2)	0 (0)	0 (0)	9 (3.6)
21人以上	30 (4.1)	0 (0)	0 (0)	30 (11.9)
日常生活援助 <sup>d)</sup> (ごみ出しや買い物・通院の付き添い等)				
0人	587 (81.8)	162 (100)	259 (83.5)	166 (67.5)
1~5人	113 (15.7)	0 (0)	47 (15.2)	66 (26.8)
6~10人	11 (1.5)	0 (0)	3 (1.0)	8 (3.3)
11~15人	4 (0.6)	0 (0)	1 (0.3)	3 (1.2)
16~20人	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
21人以上	3 (0.4)	0 (0)	0 (0)	3 (1.2)

a) 0人群 (n=162), 少人数群 (n=324), 多人数群 (n=253), 欠損値=10. b) 0人群 (n=162), 少人数群 (n=319), 多人数群 (n=248), 欠損値=20. c) 0人群 (n=162), 少人数群 (n=312), 多人数群 (n=252), 欠損値=23. d) 0人群 (n=162), 少人数群 (n=310), 多人数群 (n=246), 欠損値=31.

で207人(67.9%), 多人数群で201人(82.4%)であり, 見守り対象高齢者数が多いほど, 会食・サロン・喫茶の運営の実施者が占める割合は有意に高かった ( $p < .001$ ,  $F$ 値=57.3). 配食サービスは, 0人群で20人(14.6%), 少人数群で95人(34.8%), 多人数群で100人(47.9%)であり, 見守り対象高齢者数が多いほど, 配食サービスの実施者が占める割合は有意に高かった ( $p < .001$ ,  $F$ 値=41.1). 世代間交流は, 0人群で40人(28.2%), 少人数群で117人(42.2%), 多人数群で129人(59.7%)の者であり, 見守り対象高齢者数が多いほど, 世代間交流の実施者が占める割合は有意に高かった ( $p < .001$ ,  $F$ 値=36.7). 相談所の運営は, 0人群で16人(11.8%), 少人数群で44人(16.6%), 多人数群で65人(32.4%)の者であり, 見守り対象高齢者数が多いほど, 相談所の

運営の実施者が占める割合は有意に高かった ( $p < .001$ ,  $F$ 値=29.7).

地域社会活動への参加状況は, 全数における平均得点は13.6(0.1)点であった. 調整後の共分散分析による平均推定得点(標準誤差)は, 0人群は11.3(0.2)点, 少人数群は13.5(0.2)点, 多人数群は14.9(0.2)点であり, 見守り対象高齢者数が多いほど, 地域高齢者社会活動尺度得点は有意に高かった ( $p < .001$ ,  $F$ 値=79.7).

##### 5. 見守り対象高齢者数と住民ボランティアの見守り活動に対する満足感と負担感との関連(表4)

見守り活動満足感は, 全数における平均得点は24.7点(0.2)であった. 調整後の共分散分析による平均推定得点(標準誤差)は, 0人群は21.8(0.4)点, 少人数群

表3 見守り対象高齢者数と住民ボランティアの見守り関連活動状況との関連

n (%), N = 749

見守り関連活動実施頻度	全数	0人群	少人数群	多人数群	$\chi^2$ 値またはF値	
会食やサロン、喫茶の運営 <sup>a)</sup>					57.3***	
0回	221 (30.9)	77 (50.3)	98 (32.1)	43 (17.6)		
年に数回	263 (36.8)	55 (36.0)	104 (34.1)	100 (41.0)		
月に1回以上	231 (32.3)	21 (13.7)	103 (33.8)	101 (41.4)		
配食サービス <sup>b)</sup>					41.1***	
0回	410 (65.5)	117 (85.4)	178 (65.2)	109 (52.2)		
年に数回	196 (31.3)	19 (13.9)	87 (31.9)	89 (42.6)		
月に1回以上	20 (3.2)	1 (0.7)	8 (2.9)	11 (5.3)		
世代間交流 <sup>c)</sup>					36.7***	
0回	353 (55.0)	102 (71.8)	160 (57.8)	87 (40.3)		
年に数回	207 (32.2)	29 (20.4)	81 (29.2)	95 (44.0)		
月に1回以上	82 (12.8)	11 (7.8)	36 (13.0)	34 (15.7)		
相談所の運営 <sup>d)</sup>					29.7***	
0回	483 (79.3)	120 (88.2)	221 (83.4)	136 (67.7)		
年に数回	74 (12.2)	7 (5.2)	23 (8.7)	43 (21.4)		
月に1回以上	52 (8.5)	9 (6.6)	21 (7.9)	22 (11.0)		
地域社会活動への参加状況 <sup>e)</sup> (地域高齢者社会活動尺度得点)	平均推定 得点 (SE)	13.6 (0.1)	11.3 (0.2)	13.5 (0.2)	14.9 (0.2)	79.74***

\*\*\* :  $p < .001$ a-d)  $\chi^2$ 検定を用いた。e) 調整変数を、性別、年齢、世帯構成とした一元配置共分散分析にて算出した。a) 0人群 ( $n = 153$ ), 少人数群 ( $n = 305$ ), 多人数群 ( $n = 244$ ), 欠損値 = 47. b) 0人群 ( $n = 137$ ), 少人数群 ( $n = 273$ ), 多人数群 ( $n = 209$ ), 欠損値 = 130. c) 0人群 ( $n = 142$ ), 少人数群 ( $n = 277$ ), 多人数群 ( $n = 216$ ), 欠損値 = 114. d) 0人群 ( $n = 136$ ), 少人数群 ( $n = 265$ ), 多人数群 ( $n = 201$ ), 欠損値 = 147. e) 0人群 ( $n = 162$ ), 少人数群 ( $n = 328$ ), 多人数群 ( $n = 259$ ), 欠損値 = 0.

表4 見守り活動の担当高齢者数と住民ボランティアの見守り活動に対する認識との関連

N = 749

	平均推定値 (SE)				F値	p値		
	全数 ( $n = 749$ )	0人群 ( $n = 162$ )	少人数群 ( $n = 328$ )	多人数群 ( $n = 259$ )		0人群 vs 少人数群	0人群 vs 多人数群	少人数群 vs 多人数群
活動満足感 (活動満足感尺度得点)	24.7	21.8 (0.4)	24.3 (0.3)	25.7 (0.4)	26.2***	<.001	<.001	<.01
活動愛着	12.8	11.1 (0.3)	12.6 (0.2)	13.4 (0.2)	25.3***	<.001	<.001	<.01
自己利益	11.9	10.7 (0.2)	11.8 (0.2)	12.3 (0.2)	17.9***	<.001	<.001	<.05
活動負担感 (活動負担感尺度得点)	27.3	29.5 (0.6)	25.9 (0.5)	28.7 (0.6)	13.9***	<.001	n.s.	<.001
日常生活負担	9.0	9.6 (0.3)	8.3 (0.2)	9.5 (0.2)	12.6***	<.001	n.s.	<.001
精神的負担	12.5	13.7 (0.3)	12.3 (0.2)	12.8 (0.3)	6.9***	<.001	n.s.	n.s.
活動量負担	5.8	6.2 (0.2)	5.3 (0.1)	6.4 (0.2)	19.37***	<.001	n.s.	<.001

\*\*\* :  $p < .001$ 

調整変数を、性別、年齢、世帯構成とした。一元配置共分散分析にて算出し、Tukey-Kramer法にて多重比較を行った。

は24.3 (0.3) 点、多人数群は25.7 (0.4) 点であり、見守り対象高齢者数が多いほど、活動満足感尺度得点が有意に高かった ( $p < .001$ ,  $F$ 値 = 26.2)。また、3群間の多重比較を行った結果、活動満足感ならびに活動愛着、自己利益で、多人数群の得点は、0人群 ( $p < .001$ ) の得点や少人数群 ( $p = .0041$ ,  $p = .003$ ,  $p = .0358$ ) の得点に比べて有意に高かった。

見守り活動負担感、全数における平均得点は27.3点 (0.3) であった。調整後の共分散分析による平均推定得点 (標準誤差) は、0人群は29.5 (0.6) 点、少人数群は25.9 (0.5) 点、多人数群は28.7 (0.6) 点であり、0人群ならびに多人数群である場合に、活動負担感尺度得点

が有意に高かった ( $p < .001$ ,  $F$ 値 = 13.9)。また、3群間の多重比較を行った結果、活動負担感ならびに日常生活負担、活動量負担で、少人数群の得点は、0人群 ( $p < .001$ )、多人数群 ( $p < .001$ ) の得点に比べて有意に低かった。なお、精神的負担では、少人数群の得点は、0人群の得点に比べて有意に低かった ( $p < .001$ )。

#### IV. 考 察

本研究の特徴は、住民ボランティア全数を対象とし、住民ボランティアの見守り対象高齢者数と見守り活動状況や見守り活動満足感・活動負担感との関連を明らかに



したことである。その結果、以下に得られた知見について考察する。

### 1. 見守り活動の対象高齢者数と住民ボランティアの基本属性の関連

本研究では、住民ボランティアのうち過半数が女性であった。これは、住民ボランティアへのこれまでの調査<sup>8,9,17-19)</sup>と同様の結果を示しており、見守り活動の主な担い手は女性であると考えられた。女性の方がボランティア活動を行う傾向にあるのは、女性は家事や近所づきあいを行うなかで地域との関わりをもって生きるという考えをもつ世代である<sup>20-21)</sup>ことが影響していると考えられる。年齢に関して、住民ボランティア全体の約半数が前期高齢者であり、3群とも全体の約半数が前期高齢者であった。これは、先行研究<sup>22-24)</sup>と同様の結果であり、対象地域における地域社会活動の主な担い手は前期高齢者であることが示された。前期高齢者は、後期高齢者よりも要支援・要介護認定率が低く<sup>19-20)</sup>身体的に健康であるため、ボランティア活動に参加している割合が高いと考える。活動年数に関しては、見守り対象高齢者数が多いほど6年以上活動を行っている者の割合が高かった。これは、経験が培われることで、活動の中心的な存在となって活動を展開させていく役割を担うようになる<sup>9)</sup>ためであると考えられる。

### 2. 見守り対象高齢者数と、住民ボランティアの見守り活動や見守り関連活動

本研究では、住民ボランティアの見守り対象高齢者数は、0～21人以上という対象人数の幅が大きかった。見守り対象人数に幅があるのは、見守り対象人数は個人の裁量に任されている可能性<sup>5,11-13)</sup>があることが考えられた。

見守り活動では、街中や近所でお会いした際の声かけは約8割の者が実施し、見守り関連活動のグループ援助活動では、会食・サロン・喫茶の運営は約7割の者が実施していた。また、見守り活動0人群の住民ボランティアの見守り関連活動実施者の割合に着目した場合、見守り活動は行っていないけれども見守り関連活動であるグループ援助活動を行っている者が、会食・サロン・喫茶の運営では約5割みられた。これらの活動は、日中の買い物等の外出時に行えることや、住民ボランティアが複数人で共同して運営し、運営主体である住民ボランティア自身も楽しみながら行えるなど、もっとも負担のない活動

であると考えられた。特に、グループ援助活動は、地域社会活動への参加率の方が個人的な付き合いのある者の割合よりも高い風潮がある<sup>22)</sup>ことから、比較的取り組みやすい活動であるといえる。

一方、日常生活援助や相談所の運営は約2割しか実施していなかった。これらの活動はそれ以外の活動に比べて、見守り対象高齢者との信頼関係を構築し生活空間に入り込んで行うことや、困りごと等を抱える対象者の相談を受ける必要があるため、近隣住民同士の関係が希薄化している<sup>25,26)</sup>現代においては行いにくい活動であると考ええる。

地域社会活動への参加状況では、尺度開発論文の平均得点は10.4点であった<sup>15)</sup>が、本研究における平均得点は13.6点であり、本研究の対象者である住民ボランティアは、地域社会活動が活発であると考えられる。

本研究では、見守り対象高齢者数が多いほど、見守り関連活動と見守り活動以外の地域社会活動の実施頻度が高くなっており、見守り対象高齢者数の多さと見守り関連活動と見守り活動以外の地域社会活動の活発さは相互に影響を与えているといえる。

### 3. 見守り対象高齢者数と住民ボランティアの見守り活動に対する満足感と負担感との関連

見守り活動満足感では、尺度開発論文の調査時の見守り活動満足感の平均得点の25.8点<sup>16)</sup>であったが、本研究における平均得点は24.7点であり、大きな差は認められなかった。本研究では、3群間での多重比較において見守り対象高齢者数が多いほど見守り活動満足感有意に高かった。このことから、見守り対象高齢者数が多いことと見守り活動満足感が高いことは相互に影響を与えていると考えられた。

見守り活動負担感では、尺度開発論文の調査時の見守り活動負担感の平均得点は30.9点<sup>16)</sup>であったが、本研究における平均得点は27.3点と、本調査対象者の住民ボランティアの方が見守り活動に対する負担感はやや低かった。本研究では、3群間での多重比較において、もっとも負担感が低いのは少数群の25.9点、次に高いのは多数群の28.7点、もっとも負担感が高いのは0人群の29.5点であった。多数群は、見守り対象高齢者数が21人以上の者が相当数いたため、住民ボランティア自身の日常生活圏域外にも見守り活動のために足を運んでいる可能性があり、見守り対象高齢者数が多すぎることに伴い負担が生じていると考えられた。一方で、0人

群では見守り活動を行っていないにも関わらず負担感が高いため、住民ボランティアという役割を担っていることが負担となっていると考えられる。活動負担感、見守り対象高齢者数が6人を超えると高くなる傾向にあり、1～5人であれば負担感が低かったことから、見守り対象高齢者数には適正な人数が存在すると考えられた。そのため、見守り活動を実施する住民ボランティアの見守り対象高齢者数が多くなりすぎないように配慮することが必要となる。

#### 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究には、4点の限界と課題が挙げられる。第一に、有効回答率が41.3%であり、調査対象者のなかでも特に見守り活動への関心が高い者が分析対象となったことが予測される。第二に、見守り対象高齢者数の明確な規定はなく、調査対象者個々人の主観的な人数であるため、調査対象者が認識する見守り対象高齢者の認識には差異があることが予測される。第三に、寝屋川市は住民ボランティアの活動が以前から活発な地域であるため、本調査の結果が全国の市区町村に適応可能性については検討を要する。第四に、横断研究であるため、見守り対象高齢者数と見守り活動満足感・活動負担感の程度の因果関係について今後明らかにすることが必要である。

これらの限界はあるものの、本研究では、見守り対象高齢者数と見守り活動状況や見守り活動満足感・負担感との関連を明らかにすることができた。この結果は、今後の見守り活動のあり方の検討や、活動の維持・拡大に役立てられると考える。

#### 【謝辞】

本研究の趣旨をご理解いただき、快くご協力くださった寝屋川市社会福祉協議会のみなさま、住民ボランティアのみなさまに厚く御礼申し上げます。

#### 【文献】

- 総務省統計局：統計からみた我が国の高齢者：「敬老の日になんで」. <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1130.html> (2019年4月24日)。
- 厚生労働省：平成29年 国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf> (2019年4月24日)。
- 内閣府：平成30年版高齢社会白書（全体版）. [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1\\_2\\_6.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_6.html) (2019年4月24日)。
- 厚生労働省：見直しませんか 支援のあり方・あなたのみち. [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/anshin-seikatu/dl/houkoku\\_2408.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/anshin-seikatu/dl/houkoku_2408.pdf) (2019年4月24日)。
- 舛田ゆづり・田高悦子・臺 有桂他：住民組織からみた都市部の孤立死予防に向けた見守り活動におけるジレンマと方略に関する記述的研究. 日本公衆衛生雑誌, 58(12)：1040-1048, 2011.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB: Social relationships and mortality Risk; A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7)：e1000316, 2011.
- 星野明子・桂 敏樹・成木弘子：保健推進員活動が参加者の心理的側面に与える影響. 日本健康医学会雑誌, 11(1)：2-7, 2002.
- 村山洋史・田口敦子・村嶋幸代：健康推進員のもつ地域社会への態度の関連要因：経験年数別での検討. 日本地域看護学会誌, 9(2)：24-31, 2007.
- 村山洋史・田口敦子・村嶋幸代他：健康推進員の活動意識経験年数別での比較. 日本公衆衛生看護学会雑誌, 54(9)：633-643, 2007.
- Davis MH, Hall JA, Meyer M, et al.: The first year : influences on the satisfaction, involvement , and persistence of new community volunteers. *Pubmed*, 29(2)：248-260, 2003.
- 野崎瑞樹：地域住民による高齢者への見守りの支援：都内S町事例から見た資源と課題. 福祉社会開発研究, 6: 89-98, 2014.
- 久富紗織・水野芳子・仁村優希他：大都市の小地域における高齢者の見守り実施に対する高齢者と壮年者の意識. 日本公衆衛生看護学会誌, 5(3)：230-238, 2016.
- 金谷志子・津村智恵子：地域高齢者が安全に生活できるための地域住民による高齢者見まもり活動の特徴. 大阪市立大学看護学雑誌, 8: 17-23, 2012.
- 寝屋川市社会福祉協議会：地域の福祉活動. [http://www.neyagawa-shakyo.or.jp/chiiki.html#b\\_kai4](http://www.neyagawa-shakyo.or.jp/chiiki.html#b_kai4) (2019年12月26日)。
- 井上彩乃・田高悦子・白谷佳恵他：地域在住高齢者における社会活動尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本地域看護学会誌, 19(2)：4-11, 2016.
- 村山洋史・田口敦子・村嶋幸代：健康推進活動員における活動満足感、活動負担感の尺度開発. 日本公衆衛生看護学会雑誌, 53(12)：875-883, 2008.
- 野崎瑞樹：大都市住民による高齢者の見守りの段階的検討；東京都A区の見守り参加住民に対する質問紙調査. 社会福祉学評論, 13: 30-41, 2014.
- 梶田聖子・大井美紀・川井太加子他：A市における地域住民を主体とした地域見守りネットワーク活動の現状；地域別比較を通して. 甲南女子大学研究紀要, 3: 111-120, 2009.
- 梶田聖子・金谷志子・大井美紀他：都市部と農村部におけ

- る高齢者の地域見守りネットワーク活動の実態. 甲南女子大学研究紀要, 3: 33-44, 2009.
- 20) 内閣府: 女性の活躍推進に関する世論調査. <https://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-joseikatsuyaku/index.html> (2019年12月26日).
- 21) 内閣府: 令和元年版高齢者社会白書(全体版). [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s3s\\_02.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s3s_02.pdf) (2019年12月26日).
- 22) 厚生労働省: 平成29年度 介護保険事業状況報告(年報). [https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/17/dl/h29\\_gaiyou.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/17/dl/h29_gaiyou.pdf) (2019年12月26日).
- 23) 吉澤裕世・田中友規・高橋 競他: 地域在住高齢者における身体・文化・地域活動の重複実施とフレイルの関係. 日本公衆衛生看護学会雑誌, 66(6): 306-316, 2019.
- 24) 田口敦子・村山洋史・竹田香織他: 地域保健に関わる住民組織の特徴と課題; 全国市町村への調査. 日本公衆衛生看護学会雑誌, 66(12): 712-722, 2019.
- 25) 斎藤雪彦: 都市近郊農村地域における余暇生活とその個人化, 孤立に関する基礎的研究. 日本建築学会計画系論文集, 77(673): 543-552, 2012.
- 26) 小泉弥生・粟田主一・関 徹 他: 都市在住の高齢者におけるソーシャル・サポートと抑うつ症状の関連性. 日本老年医学会雑誌, 41(4): 426-433, 2004.

## ■ Research Report ■

### Relationship between the Number of Older People Living Alone that Local Volunteers Monitor and Satisfaction with or Burden of Monitoring Activities and Monitoring-related Activities

Yuka Nishi<sup>1)</sup>, Naotaka Ikeda, Ayumi Kono, Fumiko Okamoto<sup>2)</sup>

1) Matsubara City Community Health Division

2) Osaka City University Graduate School of Nursing

**Purpose:** This study aimed to clarify the relationship between the number of older people living alone that local volunteers monitor and satisfaction or burden regarding monitoring and monitoring-related activities.

**Method:** An anonymous self-administered questionnaire survey was conducted with 1,812 (100%) local volunteers monitoring older people living alone. The survey items consisted of basic characteristics, number of older people living alone that they monitor in a month, monitoring activities, monitoring-related activities, scale of social activities, and scales of satisfaction and burden regarding monitoring activities. The number of older people living alone that they monitor in a month was classified into three groups: zero, one to five people, and six or more people.  $\chi^2$  test was performed for items of basic characteristics and monitoring-related activities, and one-way covariance analysis and multiple comparison tests were conducted to examine satisfaction with or burden of monitoring activities according to each group.

**Result:** The number of responses analyzed was 749 (41.3%). The percentage of those who performed monitoring-related activities and scores on scales of social activities and satisfaction were highest in the group of six or more people ( $p < .001$ ). The burden score was lowest in the group of one to five people compared with the other groups ( $p < .001$ ).

**Conclusion:** The results suggest that the large number of older people living alone that local volunteers monitor was related to a high degree of satisfaction and monitoring-related activities, and that local volunteers monitoring one to five people might be most appropriate.

---

**Key words:** local volunteers, older people living alone, monitoring activities, monitoring-related activities, satisfaction regarding monitoring activities, burden regarding monitoring activities

## 愛着形成が成人期におけるSOC (Sense of Coherence) と自殺リスクに及ぼす影響

藤岡神奈<sup>1)</sup>, 高嶋伸子<sup>2)</sup>

### 抄 録

**目的:** 養育者との愛着形成が成人期におけるSOC (首尾一貫感覚) と自殺リスクに及ぼす影響の因果構造を明らかにし, 支援者が自殺予防対策を講じるための知見を得ることを目的とした。

**方法:** 地方都市A市に住む20～39歳の男女2,000人を層化無作為抽出し, 無記名自記式質問票調査を実施した。SOCと自殺リスク(K6)および, 養育者との愛着(母親役割者とのECR-RS; アダルト・アタッチメント・スタイル尺度, 父親役割者とのECR-RS), 精神的不健康感の因果構造を共分散構造分析により分析した。

**結果:** 「自殺リスクと母親役割者とのECR-RS, 精神的不健康感, SOCの因果モデル」(GFI=0.922, AGFI=0.885, CFI=0.943, RMSEA=0.072) および「自殺リスクと父親役割者とのECR-RS, 精神的不健康感, SOCの因果モデル」(GFI=0.928, AGFI=0.893, CFI=0.944, RMSEA=0.070)を作成した。2つのモデルに共通して, 精神的不健康感から自殺リスクの標準化パス係数が最大であった。また, ECR-RSはSOC, 精神的不健康感を經由してK6を決定係数( $R^2$ )=0.75と規定していた。

**考察:** 精神的不健康感が自殺の「意識的な動機」のひとつであり, 母親役割者や父親役割者それぞれとの愛着形成が自殺の「無意識的な動機」のひとつになる因果構造が明らかになった。したがって, 成人期の自殺予防対策のためには, 産業保健分野と地域保健分野の連携したメンタルヘルス対策に加え, 地域保健分野における母親役割者や父親役割者それぞれとの乳幼児(特に生後6か月～5歳前後)に対する愛着形成を深める支援対策が求められる。

【キーワード】 K6, ECR-RS, SOC, 精神的不健康感, 共分散構造分析, 愛着形成

日本地域看護学会誌, 24(1): 32-40, 2021

### I. 緒 言

わが国において, 15～39歳の死因第1位は自殺であり, 死亡率も他の先進国に比べて高い傾向で, 国際的にみて深刻である<sup>1)</sup>。自殺とは, Sheneidman<sup>2)</sup>によると「人間が自ら引き起こした, そして自ら意図した, 生命を終わらせる行為」であり, この行為は「意識的かつ無意識的な多くの動機」により起こるとされている。

「意識的な動機」は, 警察庁の自殺統計原票を集計した結果<sup>3)</sup>によると, 15～19歳は学校問題が多く, 20～39歳は健康問題が多いことが明らかになっている。

一方, 「無意識的な動機」は, Durkheim<sup>4)</sup>が社会の統合性, 人々の連帯性の強さを挙げ, 具体的に家族的結合, 宗教的結合, 政治的結合の3つの指標がある。

わが国では, 3つの指標のなかの「家族的結合」に影響力がある。わが国における国民性の研究<sup>5)</sup>では, 自分にとっていちばん大切と思うものは, 家族・子どもが約5割を占め, 家族が重要視されている。しかし, 森岡ら<sup>6)</sup>は家族の機能は低下していると指摘している。平成19

受付日: 2020年9月18日/受理日: 2021年2月18日

1) Kanna Fujioka: 神戸市看護大学

2) Nobuko Takashima: 香川県立保健医療大学



年度版国民生活白書<sup>7)</sup>によると、家族に対して精神的なやすらぎや愛情を求めながらも、得られていない人が約3割存在しており、愛情という情緒的結びつきも弱くなっている。

Bowlbyは、家族との強い情緒的結びつきを愛着ととらえ、愛着理論を提唱した<sup>8)</sup>。愛着理論で、愛着対象との関係は、内的作業モデルとして内在化し、それ以降の対人関係の基礎になるとされる。この内的作業モデルは、生後6か月～5歳前後にもっとも敏感に形成される<sup>9)</sup>。このことから、主要な養育者との愛着形成が重要である。また、愛着の行動スタイルはアタッチメント・スタイルと呼ばれ、Steppら<sup>10)</sup>により自殺関連行動に関連することが明らかになっている。

自殺につながるストレスは、進学、就職、結婚、出産といったライフイベントや逆境を経験する際に生じるが、15～39歳のなかで、特に家族構成に変化のある20～39歳の成人期は、ストレスが高まるため、適正に対処することが重要である。一方、自殺予防は、ストレス対処能力である首尾一貫感覚 (Sense of Coherence ; SOC) と関連する。SOCは、愛着理論を支持し、乳幼児期と思春期の発達をもっとも重要とし、その後の時間連続性も示している<sup>11,12)</sup>。

以上のことより、特に自殺が深刻な成人期において、家族のなかでも「養育者との愛着」と「SOC」および「自殺」の関連が先行文献で示されているが、その構造は定かではない。したがって、その構造を明らかにすることが、自殺予防対策を検討するための意義ある資料になる。

そこで、本研究では自殺へ至る因果関係の一部である、養育者との愛着形成が成人期におけるSOCと自殺リスクに及ぼす影響の因果構造を明らかにし、自殺予防対策に知見を得ることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

自殺：自殺とは、Sheneidman<sup>2)</sup>によると「人間が自ら引き起こした、そして自ら意図した、生命を終わらせる行為」であり、この行為は「意識的かつ無意識的な多くの動機」により起こるとされている。本研究においても、Sheneidmanの定義を用いる。

成人期：成人期の年齢範囲は、服部の『生涯人間発達論』<sup>13)</sup>によると成人前期を22～30歳、中期を30～50歳であるとし、その後を成熟期としている。本研究では、

民法第4条<sup>14)</sup>上での成年者である20歳から家族構成の変化が多い39歳までを「成人期」と定義する。

家族：家族とは、Friedman<sup>15)</sup>や日本の文献<sup>6,16)</sup>を参考にすると親族関係を基盤にして成立する情緒的に結びついた社会的な小集団であるが、家族のなかでも養育者である母親あるいは母親役割者 (以下、母親役割者)、父親あるいは父親役割者 (以下、父親役割者) との情緒的なつながりが重要なことから、本研究では、「養育者 (母親役割者、父親役割者) を基盤にして成立する情緒的に結びついた社会的な小集団」と定義する。

### 2. 調査対象および調査方法

調査期間は、2017年6～10月である。調査対象は、地方都市A市に住む20～39歳の男女約21,000人から性別・地区・年齢を考慮した2,000人をA市個人情報公開・個人情報保護審査会に承認を得て、住民基本台帳から層化無作為抽出し、郵送で無記名自記式質問票調査を実施した。

### 3. 調査内容

「基本属性」は、「性別」「年齢」「最終学歴」「職種」「1年間の総収入 (以下、総収入)」をたずねた。

「家族」は、「結婚の既婚 (配偶者あり)・既婚 (離別)・未婚」「現在の家族への主観的信頼感のあり (とてもあてはまる、あてはまる、どちらかといえばあてはまる)・なし (どちらかといえばあてはまらない、あてはまらない、全くあてはまらない)・家族はいない」「現在の家族への主観的満足感の満足 (とても満足している、満足している、どちらかといえば満足している)・不満 (どちらかといえば不満である、不満である、とても不満)・家族はいない」をたずねた。

「養育者との愛着」は、「日本語版ECR-RS<sup>17)</sup> (以下、ECR-RS)」を用いた。ECR-RSは、Fralelyらにより作成され、古村らが翻訳、開発した尺度で、成人期のアタッチメント・スタイルを測定するものであり、2つの下位概念である、回避6項目、不安3項目からなる。「回避」は、他者との親密さに心地よさを感じない程度を表し、「不安」は、他者に見捨てられることへの不安を表している。回答は、9項目7件法で「全くあてはまらない=1」～「非常にあてはまる=7」で得点範囲は9～63点で、2次元 (回避、不安) の平均値を基準に高群・低群に分け評価する。なお、平均値については、特別な解釈方法がない旨を翻訳・開発者に確認した。また、成人期のアッ

チメント・スタイルは、乳幼児期のアタッチメント・スタイルにある程度沿った形で発達するが、成人期は複数の重要他者とのアタッチメント・スタイルがある。そのため、本尺度は、母親役割者、父親役割者、配偶者あるいは恋人、もっとも親しい友人、それぞれのアタッチメント・スタイルを測定できる。本研究では養育者に着目し、翻訳・開発者に許可をとり、母親役割者と父親役割者に限定してたずねた。なお、本尺度は信頼性妥当性が検証されている。

「健康状態」は、「現病歴の有無」「現病歴の内訳（高血圧、がん、糖尿病、心臓病、脳卒中、肝臓病、脂質異常、骨・関節の病気、呼吸器の病気、精神疾患、むし菌・菌周病、胃・腸など消化器系の病気、その他の病気）」「主観的健康感の健康である（とても健康である、まあまあ健康である）・ない（あまり健康でない、健康でない）」「主観的生活満足感の満足（満足している、まあ満足している）・不満（どちらともいえない、どちらかといえれば不満である、不満である）」「一般的信頼感のあり（はい、場合による）・なし（いいえ）」「互酬性のあり（はい、場合による）・なし（いいえ）」「1か月間のストレスの程度（以下、ストレス）のなし（全くない、あまりない）・あり（多少ある、大いにある）」「ストレスの分類（健康問題、家庭問題、勤務問題、経済生活問題、男女問題、学校問題、その他）」をたずねた。

「SOC」は、「日本語版13項目短縮版<sup>12)</sup>」を用いた。回答は、13項目7件法で「全くない=1点」～「とてもよくある=7点」で、得点範囲は13～91点である。高得点ほど、よりSOCが高いと判断される。また、戸ヶ里ら<sup>18)</sup>が基準値を59点と算出しており、59点未満を低群、59点以上を高群に分け評価する。

「自殺リスク」は、「日本語版K6<sup>19)</sup>（以下、K6）」を用いた。本尺度は、気分・不安障害の状態を測定する尺度であるが、川上ら<sup>20)</sup>が過去12か月の自殺行動のスクリーニングとしても有効性を示した。回答は、6項目5件法で「全くない=0点」～「いつも=4点」で得点範囲は0～24点で、合計値を算出した。得点の高さはリスクの高さを表しており、川上らは、5点を最適カットオフ値としているため、5点未満を低群、5点以上を高群に分け評価する。

なお、SOCおよびK6は、信頼性、妥当性が検証されており、著作権はフリーである。

「自殺リスクの関連要因」は、「自殺念慮経験の有無」「自殺未遂経験のなし（ない）、あり（1回だけある、2～

3回ある、4回以上ある、答えたくない）」をたずねた。

#### 4. 分析方法

分析方法は、記述統計により各項目の度数・平均値・標準偏差を算出した。各尺度の信頼性は、Cronbach's  $\alpha$  係数を算出した。K6およびSOCと各項目の $\chi^2$ 検定、 $t$ 検定にて関連を検討した後、単相関係を検討した。その結果、SOCは相関係数の低い項目2, 6を除き、2次3因子にしたモデルの適合度が最良だったものを用いた。なお、翻訳・開発者に報告し、許可を得た。SOCとK6、共に関連がみられた項目について確証の因子分析、因果構造には、共分散構造分析を用い、もっとも適合度の高い決定係数が大きいモデルとした。有意水準は、 $p < 0.05$ とした。以上の分析には、統計ソフト「SPSS Base 15.0 Windows版」および「IBM SPSS Amos version 23.0」を用いた。

#### 5. 倫理的配慮

倫理的配慮は、研究対象の自治体であるA市個人情報公開・個人情報保護審査会に承認を得たうえで、対象者を市の住民基本台帳から無作為抽出した。また、香川県立保健医療大学倫理審査委員会において、承認を受けて実施した（承認年月日：2017年2月7日、承認番号：207）。

対象者には、依頼状に研究の主旨、研究への承諾は自由意思であること、回答をもって調査の協力が得られたものとする、回答がない場合も不利益は被らないことを明記し、無記名の調査票を返信用封筒にて返送依頼した。また、調査票に心理的負担感を感じた際の連絡先を記載した。

### Ⅲ. 研究結果

#### 1. 分析対象者の特徴（表1）

回答の得られた549人（回収率27.5%）のうち、回答不備（各項目の欠損値あり）を除いた433人（433/549 = 78.9%）を分析対象とした。

基本属性は、性別が、男性169人（39.0%）、女性264人（61.0%）、年齢が、平均 $31.0 \pm 5.5$ 歳、20歳代174人（40.2%）、30歳代259人（59.8%）であった。最終学歴は、大学等が333人（76.9%）、職種は、主に会社員や公務員が242人（55.9%）、総収入は、300万未満が269人（62.1%）であった。

家族は、結婚が既婚（配偶者あり）241人（55.7%）、現在の家族への主観的信頼感ありが381人（88.0%）、主観的満足感の満足が391人（90.3%）であった。

ECR-RSは、母親役割者とのECR-RSの「回避」が平均値 $17.8 \pm 8.5$ 、「不安」が平均 $5.5 \pm 3.5$ であった。父親役割者とのECR-RSは、「回避」が平均値 $22.0 \pm 8.8$ 、「不安」が平均値 $5.6 \pm 3.5$ であった。

健康状態は、現病歴ありが67人（15.5%）で、その内訳の精神疾患が10人（2.3%）、主観的健康感ありが371人（85.7%）、主観的生活満足感の満足が280人（64.7%）、一般的信頼感ありが383人（88.5%）、互酬性ありが386人（89.1%）であった。ストレスは、ありが322人（74.4%）で、その内訳は、勤務問題が203人（46.9%）、家庭問題が113人（26.1%）であった。

SOCは、平均値 $54.3 \pm 12.5$ であり、K6は、平均値 $5.4 \pm 5.3$ であった。

自殺リスクの関連要因は、自殺念慮経験ありが112人（25.9%）、自殺未遂経験ありが45人（10.4%）であった。

また、SOCとK6の両者に有意差（ $p < 0.001$ ）がみられた項目は、母親役割者とのアダルト・アタッチメント・スタイル尺度（The purpose of this study was to translate the Experience of Close Relationship-Relationship Structure；ECR-RS）、父親役割者とのECR-RS、主観的健康感、主観的生活満足感、ストレス、自殺念慮経験、自殺未遂経験であった。

## 2. 養育者との愛着形成が成人期におけるSOCと自殺リスクに及ぼす影響の因果構造

母親役割者や父親役割者とのECR-RSの両者を合わせたモデルより、母親役割者や父親役割者それぞれとK6、精神的不健康感（主観的健康感、主観的生活満足感、ストレス）、SOCからなる2つのモデルの適合度が高値であった。

「自殺リスクと母親役割者とのECR-RS、精神的不健康感、SOCの因果モデル」（図1）の適合度は、 $GFI = 0.922$ 、 $AGFI = 0.885$ 、 $CFI = 0.943$ 、 $RMSEA = 0.072$ であった。標準化パス係数は、「母親役割者とのECR-RS」から「精神的不健康感」は0.39、「母親役割者とのECR-RS」から「SOC」は-0.40、「母親役割者とのECR-RS」から「K6」は0.00、「精神的不健康感」から「SOC」は-0.59、「SOC」から「K6」は-0.40、「精神的不健康感」から「K6」は0.53であった。

「自殺リスクと父親役割者とのECR-RS、精神的不健

康感、SOCの因果モデル」（図2）の適合度は、 $GFI = 0.928$ 、 $AGFI = 0.893$ 、 $CFI = 0.944$ 、 $RMSEA = 0.070$ であった。標準化パス係数は、「父親役割者とのECR-RS」から「精神的不健康感」は0.51、「父親役割者とのECR-RS」から「SOC」は-0.33、「父親役割者とのECR-RS」から「K6」は0.03、「精神的不健康感」から「SOC」は-0.57、「SOC」から「K6」は-0.37、「精神的不健康感」から「K6」は0.54であった。

2つのモデルは、 $GFI = 0.9$ 以上、 $AGFI$ 、 $CFI$ は1に近く、 $GFI \geq AGFI$ 、 $RMSEA = 0.08$ 以下という採択基準を満たした<sup>21)</sup>。また、「K6」の決定係数（ $R^2$ ）はいずれも0.75であった。

## IV. 考 察

### 1. 分析対象者の特徴

分析対象者は、現在の家族への主観的信頼感・主観的満足感ありが多かった。職種は、主に会社員や公務員が多かった。現病歴は少なく、現病歴の内訳の精神疾患も少なかった。主観的健康感・主観的生活満足感ありが多かった。一般的信頼感あり・互酬性ありが多かった。以上のことから、現在の家族、経済的、身体的、精神的、社会的な健康状態が安定している者が多いことが示された。

ストレスありは、74.4%であったが、厚生労働省の「平成23年度自殺対策に関する意識調査」<sup>22)</sup>では、20歳代は79.9%、30歳代は76.4%であり、ストレスありの割合は低値であった。

SOCは、平均値 $54.3 \pm 12.5$ であったが、戸ヶ里ら<sup>18)</sup>の研究で、日本人の25～34歳は平均値 $54.7 \pm 11.7$ 、35～44歳は平均値 $56.7 \pm 11.6$ であり、異なる年齢も含まれているが、ストレス対処能力に顕著な差はなかった。

K6は、平均値 $5.4 \pm 5.3$ であったが、川上らの研究<sup>20)</sup>で、一般住民の平均値は $3.5 \pm 3.8$ であり、異なる年齢も含まれているが、自殺リスクは高値であった。

自殺リスクの関連要因は、自殺念慮経験ありが25.9%で、自殺未遂経験あり10.4%であった。「日本財団自殺意識調査2016」<sup>23)</sup>では、自殺念慮経験ありの20～30歳代は34.5%、自殺未遂経験ありの20歳代は15.3%、30歳代は13.6%となっており、自殺念慮経験、自殺未遂経験という自殺リスクの関連要因の割合は低値であった。

以上のことより、現在の家族、経済的、身体的、精神的、社会的な健康状態も安定している者が多く、ストレ

表1 SOCおよびK6と各項目の関連

分類	項目	N = 433	SOC			K6		
			低群 (59点未満) n = 272	高群 (59点以上) n = 161	p 値	低群 (5点未満) n = 232	高群 (5点以上) n = 201	p 値
基本属性	性別							
	男性	169 (39.0)	105 (38.6)	64 (39.8)	0.813 <sup>a)</sup>	97 (41.8)	72 (35.8)	0.203 <sup>a)</sup>
	女性	264 (61.0)	167 (61.4)	97 (60.2)		135 (58.2)	129 (64.2)	
	年齢							
	20歳代	174 (40.2)	116 (42.6)	58 (36.0)	0.174 <sup>a)</sup>	76 (32.8)	98 (48.8)	0.001 <sup>a)</sup>
	30歳代	259 (59.8)	156 (57.4)	103 (64.0)		156 (67.2)	103 (51.2)	
	最終学歴							
	小・中・高校	100 (23.1)	73 (26.8)	27 (16.8)	0.016 <sup>a)</sup>	52 (22.4)	48 (23.9)	0.718 <sup>a)</sup>
	大学等	333 (76.9)	199 (73.2)	134 (83.2)		180 (77.6)	153 (76.1)	
	総収入							
300万未満	269 (62.1)	177 (65.1)	92 (57.1)	0.100 <sup>a)</sup>	138 (59.5)	131 (65.2)	0.223 <sup>a)</sup>	
300万以上	164 (37.9)	95 (34.9)	69 (42.9)		94 (40.5)	70 (34.8)		
家族	結婚							
	既婚(配偶者あり)	241 (55.7)	145 (53.3)	96 (59.6)	0.201 <sup>a)</sup>	143 (61.6)	98 (48.8)	0.007 <sup>a)</sup>
	既婚(離死別)・未婚	192 (44.3)	127 (46.7)	65 (40.4)		89 (38.4)	103 (51.2)	
	現在の家族への主観的信頼感							
	あり	381 (88.0)	232 (85.3)	149 (92.5)	0.025 <sup>a)</sup>	216 (93.1)	165 (82.0)	<0.001 <sup>a)</sup>
	なし	52 (12.0)	40 (14.7)	12 (7.5)		16 (6.9)	36 (18.0)	
現在の家族への主観的満足感								
満足	391 (90.3)	239 (87.9)	152 (94.4)	0.026 <sup>a)</sup>	222 (95.7)	169 (84.0)	<0.001 <sup>a)</sup>	
不満	42 (9.7)	33 (12.1)	9 (5.6)		10 (4.3)	32 (16.0)		
養育者との愛着	母親役割者との ECR-RS							
	回避	17.8±8.5	19.7±8.7	14.6±6.9	<0.001 <sup>b)</sup>	16.4±7.8	19.4±9.0	<0.001 <sup>b)</sup>
	不安	5.5±3.5	6.1±3.8	4.4±2.7	<0.001 <sup>b)</sup>	4.9±3.0	6.2±3.9	<0.001 <sup>b)</sup>
	父親役割者との ECR-RS							
回避	22.0±8.8	23.9±8.4	18.6±8.3	<0.001 <sup>b)</sup>	20.6±8.5	23.6±8.7	<0.001 <sup>b)</sup>	
不安	5.6±3.5	6.2±3.7	4.6±2.9	<0.001 <sup>b)</sup>	5.0±3.1	6.3±3.8	<0.001 <sup>b)</sup>	
健康状態	現病歴							
	なし	366 (84.5)	226 (83.1)	140 (87.0)	0.282 <sup>a)</sup>	207 (89.2)	159 (79.1)	0.004 <sup>a)</sup>
	あり	67 (15.5)	46 (16.9)	21 (13.0)		25 (10.8)	42 (20.9)	
	主観的健康感							
	健康である	371 (85.7)	220 (80.9)	151 (93.8)	<0.001 <sup>a)</sup>	219 (94.4)	152 (75.6)	<0.001 <sup>a)</sup>
	健康でない	62 (14.3)	52 (19.1)	10 (6.2)		13 (5.6)	49 (24.4)	
	主観的生活満足感							
	満足	280 (64.7)	150 (55.1)	130 (80.7)	<0.001 <sup>a)</sup>	184 (79.3)	96 (47.8)	<0.001 <sup>a)</sup>
	不満	153 (35.3)	122 (44.9)	31 (19.3)		48 (20.7)	105 (52.2)	
	一般的信頼感							
あり	383 (88.5)	230 (84.6)	153 (95.0)	0.001 <sup>a)</sup>	215 (92.7)	168 (83.6)	0.003 <sup>a)</sup>	
なし	50 (11.5)	42 (15.4)	8 (5.0)		17 (7.3)	33 (16.4)		
互酬性								
あり	386 (89.1)	234 (86.0)	152 (94.4)	0.007 <sup>a)</sup>	217 (93.5)	169 (84.0)	0.002 <sup>a)</sup>	
なし	47 (10.9)	38 (14.0)	9 (5.6)		15 (6.5)	32 (16.0)		
ストレス	ストレス							
	なし	111 (25.6)	44 (16.2)	67 (41.6)	<0.001 <sup>a)</sup>	91 (39.2)	20 (10.0)	<0.001 <sup>a)</sup>
あり	322 (74.4)	228 (83.8)	94 (58.4)		141 (60.8)	181 (90.0)		
関連要因	自殺念慮経験							
	なし	321 (74.1)	176 (64.7)	145 (90.1)	<0.001 <sup>a)</sup>	203 (87.5)	118 (58.7)	<0.001 <sup>a)</sup>
	あり	112 (25.9)	96 (35.3)	16 (9.9)		29 (12.5)	83 (41.3)	
	自殺未遂経験							
なし	388 (89.6)	231 (84.9)	157 (97.5)	<0.001 <sup>a)</sup>	225 (97.0)	163 (81.1)	<0.001 <sup>a)</sup>	
あり	45 (10.4)	41 (15.1)	4 (2.5)		7 (3.0)	38 (18.9)		

値は、N (%) または Mean ± SD. 欠損値は除く. a) :  $\chi^2$  検定, b) : t 検定.



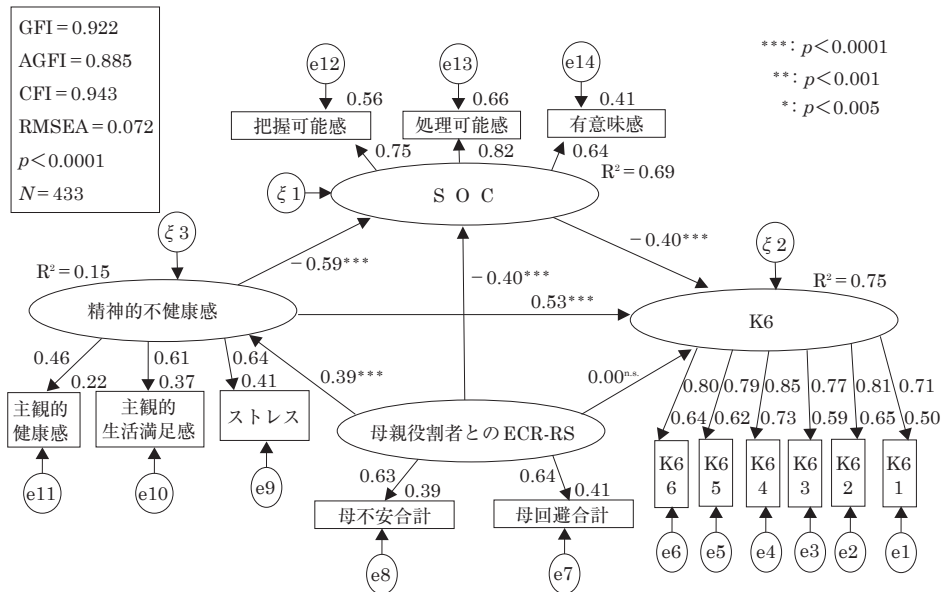


図1 自殺リスクと母親役割者との ECR-RS, 精神的不健康感, SOC の因果モデル

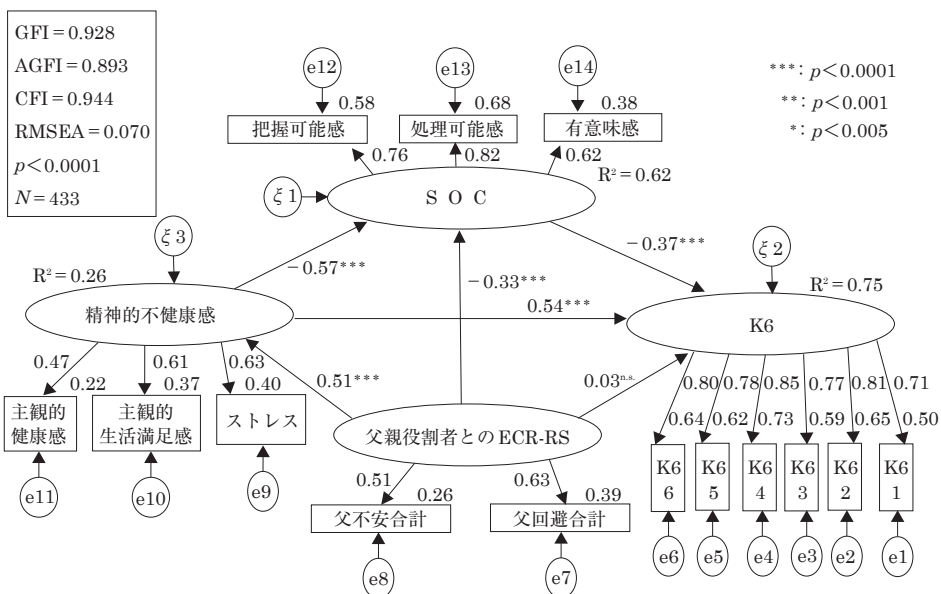


図2 自殺リスクと父親役割者との ECR-RS, 精神的不健康感, SOC の因果モデル

スありの割合は低値で、ストレス対処能力は先行研究とほぼ同様であった。しかし、自殺リスクは高値で、20～39歳の死因第一位が自殺であること<sup>1)</sup>からも20～39歳は着目すべき年齢であることが示唆された。

また、先行文献と同様に、SOCおよび自殺リスクと、母親役割者や父親役割者（養育者）との愛着、主観的健康感・主観的生活満足感・ストレスといった精神的不健康感、自殺念慮経験・自殺未遂経験といった自殺リスクの関連要因が関連すること<sup>10-12)</sup>が再認識された。

## 2. 養育者との愛着形成が成人期におけるSOCと自殺リスクに及ぼす影響の因果構造

検討の結果、母親役割者や父親役割者との ECR-RS の両者を合わせたモデルより、それぞれのモデルを作成した方がより適合度が高値であった。このことは、対象により、個人内でアタッチメント・スタイルが、構造的に異なっている結果であり、両親との関係性でなく、母親役割者や父親役割者それぞれとの関係性に着目する必要があることが示唆された。

2つのモデルに共通して、「精神的不健康感」は、主観

的健康感、主観的生活満足度、ストレスからなる潜在変数で、「SOC」を低下させることから、精神的な不健康感が高くなるとSOC、つまりストレス対処が困難になることが示唆された。また、「精神的な不健康感」から「K6」の標準化パス係数が最大であり、「精神的な不健康感」が自殺リスクを高めていたことから、自殺の「意識的な動機」である精神的な不健康感への対策の必要性が再認識された。特にストレスの内訳が、勤務問題となっていることから、自殺総合対策大綱<sup>24)</sup>の自殺総合対策における当面の重点課題にあるように、産業保健分野におけるメンタルヘルス対策が重要である。

「ECR-RS」は、成人期のアタッチメント・スタイルを表し、他者に見捨てられることへの不安を表す「不安」と他者との親密さに心地よさを感じない程度を表す「回避」からなる潜在変数であり、「精神的な不健康感」を高め、「SOC」を低下させていたが、「K6」とは有意な関連がなかった。しかしながら、2つのモデルの「ECR-RS」は「SOC」「精神的な不健康感」を経由して「K6」を決定係数( $R^2$ )=0.75と規定していた。このことは、母親役割者や父親役割者それぞれとのアタッチメント・スタイルが基盤となりSOCを低下させ、精神的な不健康感を高め、間接的に自殺リスクを高めていることが示唆された。つまり、母親役割者や父親役割者とのアタッチメント・スタイルが、自殺の「無意識的な動機」のひとつになる因果構造が明らかになった。

したがって、アタッチメント・スタイル、つまり愛着の基盤がもっとも敏感に形成される時期が生後6か月～5歳前後<sup>9)</sup>であることから、その時期に主に関わる地域保健分野における母親役割者や父親役割者それぞれとの愛着形成を深める支援が重要であることが再認識された。たとえば、地域保健分野の保健師は、産業保健分野と連携するとともに、乳幼児健康診査(平成30年度1歳6か月児健康診査96.5%、3歳児健康診査95.9%<sup>25)</sup>)等の母子保健事業の機会をとらえ、母親役割者や父親役割者それぞれとの乳幼児(特に生後6か月～5歳前後)に対する愛着形成を深める支援対策が求められる。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、横断研究であり、一時点での因果関係が示されている。また、調査回収率が27.5%と低値で、健康で調査に協力的な人のみの特性を表した可能性がある。加えて、対象地域がA市に局限しているため、地域特性のみを表した可能性があり、今後は研究対象の地域

を拡大した調査を行うとともに、年代の異なる対象によるモデルの検討が必要である。

## V. 結 語

本研究では、支援者が自殺予防対策を講じるための知見を得ることを目的に、養育者との愛着形成が成人期におけるSOCと自殺リスクに及ぼす影響の因果構造を検討した。その結果、精神的な不健康感が自殺の「意識的な動機」のひとつであり、母親役割者や父親役割者それぞれとの愛着形成が自殺の「無意識的な動機」のひとつになる因果構造が明らかになった。

したがって、成人期の自殺予防対策のためには、産業保健分野と地域保健分野の連携したメンタルヘルス対策に加え、地域保健分野における母親役割者や父親役割者それぞれとの乳幼児(特に生後6か月～5歳前後)に対する愛着形成を深める支援対策が求められる。

### 【謝辞】

本研究の調査に快くご協力くださいました調査票回答者のみなさま、調査環境を整えていただいたA市役所に心より深く感謝申し上げます。また、本研究に関して開示すべきCOI状態はない。

### 【文献】

- 1) 厚生労働省：平成29年版自殺対策白書。 <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/17/index.html> (2020年9月2日)。
- 2) Shneidman ES: Comprehensive Textbook of Psychiatry II, 1774-1785, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 1975.
- 3) 厚生労働省：自殺の統計：各年の状況。 [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaihashukushi/jisatsu/jisatsu\\_year.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/jisatsu/jisatsu_year.html) (2020年9月2日)。
- 4) Durkheim E：自殺論。宮島 喬(訳)，3-50, 中央文庫，東京，1985。
- 5) 統計数理研究所：国民性の研究。 <http://www.ism.ac.jp/kokuminsei/table/index.htm> (2020年9月2日)。
- 6) 森岡清美・望月 嵩：新しい家族社会学4版。4-8, 169-178, 培風館，東京，2012。
- 7) 内閣府：平成19年度版国民生活白書。 [https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/9990748/www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h19/10\\_pdf/01\\_honpen/index.html](https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/9990748/www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h19/10_pdf/01_honpen/index.html) (2020年9月2日)。
- 8) Bowlby J：ボウルビイ母子関係入門。作田 勉(訳)，178-225, 星和書店，東京，1981。

- 9) Bowlby J: 母子関係の理論Ⅱ: 分離不安. 黒田実郎・岡田洋子・吉田恒子(訳), 222-406, 岩崎学術出版社, 東京, 2002.
- 10) Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, et al.: The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide Life Threat Behavior*, 38(5): 592-607, 2008.
- 11) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子: ストレス対処能力 SOC. 3-125, 有信堂高文社, 東京, 2008.
- 12) Antonovsky A: 健康の謎を解く; ストレス対処と健康保持のメカニズム. 山崎喜比古・吉井清子(訳), 3-225, 有信堂高文社, 東京, 2001.
- 13) 服部祥子: 生涯人間発達論. 97-132, 医学書院, 東京, 2001.
- 14) 法務省: 民法. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=129AC0000000089> (2020年12月10日).
- 15) Friedman MM: 家族看護 理論とアセスメント. 野沢佐由美(訳), 12, へるす出版, 東京, 1993.
- 16) 島内 節・久常節子・野島さゆみ: 地域看護学講座2 家族ケア. 2-8, 169-186, 医学書院, 東京, 1999.
- 17) 古村健太郎・村上達也・戸田弘二: アダルト・アタッチメント・スタイル尺度(ECR-RS)日本語版の妥当性評価. *心理学研究*, 87(3): 303-313, 2016.
- 18) 戸ヶ里泰典・山崎喜比古・中山和弘他: 13項目7件法 sense of coherence スケール日本語版の基準値の算出. *日本公衆衛生雑誌*, 62(5): 232-237, 2015.
- 19) 古川壽亮・大野 裕・宇田英典他: 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究, 127-130, 2003.
- 20) 川上憲人・近藤恭子・柳田公佑他: 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究, 147-169, 2005.
- 21) 山本嘉一郎・小野寺孝義: Amosによる共分散構造分析と解析事例[第2版]. 16-18, 36-42, ナカニシ出版, 京都, 2008.
- 22) 厚生労働省: 平成23年度自殺対策に関する意識調査. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000131495.html> (2020年11月8日).
- 23) 日本財団: 日本財団のちを支える自殺対策プロジェクト『日本財団自殺意識調査2016』第1回自殺意識調査. [https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2018/12/wha\\_pro\\_sui\\_mea\\_04.pdf](https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2018/12/wha_pro_sui_mea_04.pdf) (2020年9月2日).
- 24) 厚生労働省: 自殺総合対策大綱. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/taikou\\_h290725.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/taikou_h290725.html) (2020年11月8日).
- 25) 厚生労働省: 平成30年度地域保健・健康増進事業報告の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/18/dl/kekka1.pdf> (2020年11月8日).

## ■ Research Report ■

## Effects of Attachment Formation on Sense of Coherence and Suicide Risk in Adulthood

Kanna Fujioka<sup>1)</sup>, Nobuko Takashima<sup>2)</sup>

1) Kobe City College of Nursing

2) Kagawa Prefectural University of Health Sciences

**Purpose:** The causal structure in which each of the mothers' and fathers' attachment formation affects sense of coherence (SOC) and suicide risk was clarified.

**Method:** A self-completed questionnaire survey of 2,000 men and women 20 ~ 39 years of age living in a provincial city was conducted. The causal structure was analyzed using covariance structure analysis for ECR-RS of caregivers in SOC, K6, each of the mothers and the fathers, and the respective models and feelings of poor mental health.

**Results:** The causal model with K6, the ECR-RS of the mothers, feelings of poor mental health, and SOC as latent variables were as follows: GFI = 0.922, AGFI = 0.885, CFI = 0.943, RMSEA = 0.072. When the ECR-RS of fathers was applied, GFI 0.928, AGFI 0.893, CFI 0.944, RMSEA 0.070, the coefficient of determination ( $R^2$ ) for both models was 0.75. In both cases, feelings of poor mental health as latent variables were followed by the structure that defines K6 via SOC and feelings of poor mental health, with ECR-RS as the foundation.

**Discussion:** Feelings of poor mental health were associated with suicide risk. Attachment formation from mothers and fathers was newly suggested to be one of the factors in "many unconscious motives" of suicide. Therefore, for the measures of suicide prevention in adulthood, community health care in collaboration with industrial health care for poor mental feeling, as well as support measures, are required to deepen the formation of attachments from mothers and fathers, especially around the age of 6 months to 5 years.

---

**Key words :** K6, ECR-RS, SOC, feelings of poor mental health, covariance structure analysis, attachment formation



## ■企画連載■ 地域看護に活用できるインデックス



## 高齢者の社会活動

平野 美千代

北海道大学大学院保健科学研究院

日本地域看護学会誌, 24 (1) : 41-44, 2021

## I. はじめに

近年の高齢者は過去の高齢者に比べ健康度が高い<sup>1)</sup>ことが報告されている。また、高齢者を年齢で区分することに医学的・生物学的に明確な根拠はなく、65歳という暦年齢をもって高齢者と定義することを改める提言もなされている<sup>2)</sup>。人生100年時代が到来するといわれる現在、高齢者が健康を維持し、地域社会のなかで活気ある生活を営むことが期待される。

社会活動は高齢者の健康に寄与し、生活を豊かにするものである。先行研究にて、社会活動は高齢者の認知機能<sup>3)</sup>、運動機能<sup>4)</sup>、心理機能<sup>5)</sup>の向上のほか、幸福感の向上<sup>6)</sup>、生きがいの獲得と維持<sup>7)</sup>といった心理的well-beingに効果を示すことが報告されている。社会活動は高齢者の健康的な生活を導き、さらに地域への社会貢献や地域社会への活力になり得るものと考えられる。

## II. 高齢者の社会活動

社会活動は研究者により多様に定義され、統一されたものはない。そのなかでもよく用いられているのが、橋本らの「家庭外での対人活動」<sup>8)</sup>という定義である。また、岡本は社会活動を「地域で実施される集団的活動とし、対人活動は家庭外で行われる家族・親族を越えた関わり」<sup>9)</sup>とし、社会活動の内容と活動を通じて接する他者を明確化している。近年では、井上らが社会活動を「高齢者が他者とのつながりを持ち、社会に参加して行う行動」<sup>10)</sup>とし、対人活動を具体化し、社会への参加を明示

している。

社会活動は高齢者の心身機能により活動が異なる。要支援認定を受けた高齢者（以下、要支援高齢者）の社会活動は、「家族および家族以外の身近な人との相互交流や集団・組織への参加」<sup>11)</sup>と定義され、かかわる対象に家族が含まれているのが特徴である。要支援高齢者の社会活動に関する研究<sup>12-14)</sup>では、要支援高齢者は手段的日常生活動作の低下により活動範囲が縮小し、活動の範囲や内容が健康な高齢者とは異なることが指摘されている。

社会活動の概念の関係性を図1に示す。社会活動は性別による違いが<sup>15)</sup>報告されているが、性別を問わず共通するものが存在すると考えられる。また、健康な高齢者と要支援高齢者においても、社会活動は共通したものと異なるものが存在するといえる。次章の指標の紹介で

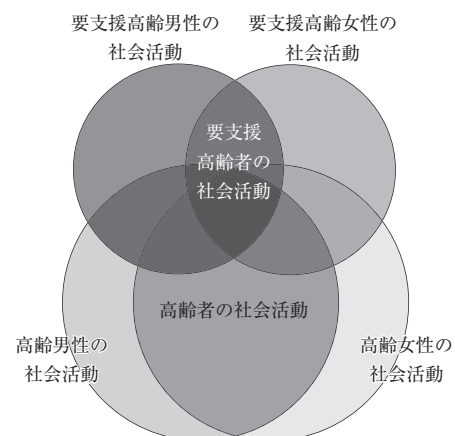


図1 高齢者の社会活動の関係性

表1 高齢者における社会活動状況の指標<sup>8)</sup> およびいきいき社会活動チェック表<sup>16)</sup>

高齢者における社会活動状況の指標	いきいき社会活動チェック表
個人的活動	個人活動
近所づきあい	近所つきあい
近所での買い物	生活用品や食料品の買い物(近所での買い物)
デパートでの買い物	デパート
近くの友人訪問	近くの友人・友達・親戚を訪問
遠方の友人訪問	遠方の友人・友達・親戚を訪問
国内旅行	国内旅行
外国旅行	外国旅行
お寺参り	お寺参り(神社仏閣へのお参り)
スポーツ	スポーツや運動
レクリエーション	レクリエーション活動
社会的活動	社会参加・奉仕活動
地域行事	地域行事(お祭り・盆踊りなど)への参加
町内会活動	町内会や自治会活動
老人会活動	老人会(老人クラブ)活動
趣味の会の活動	趣味の会など仲間うちの活動
奉仕活動	奉仕(ボランティア)活動
特技などの伝承活動	特技や経験を他人に伝える活動
学習的活動	学習活動
老人学級	老人学級・老人大学への参加
カルチャーセンター	カルチャーセンターでの学習活動
市民講座	市民講座・各種研修会・講演会への参加
シルバー人材センター	シルバー人材(能力活用)センター活動
仕事	仕事
仕事	収入のある仕事についていますか

- ・高齢者における社会活動状況の指標：回答選択肢は「いつも」「ときどき」「なし」とし、仕事のみ「あり」「なし」とする。「いつも」または「ときどき」と回答した項目数を計算する。得点範囲は、個人的活動0～10、社会的活動0～6、学習的活動0～4、仕事0、1である。
- ・いきいき社会活動チェック表：回答選択肢は「時々またはいつもしている」「していない」とし、仕事のみ「あり」「なし」とする。「ときどきまたはいつもしている」「あり」を1点、「していない」「なし」0点で換算する。得点範囲は、個人活動0～10点、社会参加・奉仕活動0～6点、学習活動0～4点、仕事0～1点である。

は健康な高齢者と要支援高齢者の社会活動尺度それぞれについて紹介する。

### Ⅲ. 指標の紹介

#### 1. 高齢者の社会活動を測定する尺度

研究や実践で多く用いられているのは、橋本らの「高齢者における社会活動状況の指標(以下、社会活動指標)」である(表1)。この指標は社会活動を個人的活動(10項目)、社会的活動(6項目)、学習的活動(4項目)、仕事(1項目)の4側面にとらえ、側面ごとに活動の実施状況を測定する。回答選択肢は仕事のみ「あり」「なし」、それ以外の20項目は「いつも」「ときどき」「なし」となっている。質問項目は単純明快であり、回答選択肢も具体

表2 地域高齢者における社会活動尺度<sup>10)</sup>

項目	
地域への寄与	交通安全や防犯に関する活動 環境美化等のまちづくりに関する活動 高齢者の支援に関する活動
自己の啓発	体操やスポーツ等の身体的活動 趣味の会など文化的活動 同居者以外との会食や茶話

回答選択肢は「過去に一度もない」1点、「過去半年以前にある」2点、「過去半年以内にある」3点、として換算する。合計得点範囲は6～18点である。

的な頻度を問わない簡便性を重視した設計になっている。社会活動指標は再現性、感度、妥当性が検証されている<sup>8)</sup>。

尾島らは、社会活動指標の4側面の順序や名称などを若干改訂した「いきいき社会活動チェック表」と高齢者の社会活動判定表を開発した(表1)<sup>16)</sup>。回答選択肢は仕事のみ「あり」「なし」、それ以外の項目は「ときどきまたはいつもしている」「していない」となっている。本チェック表は「ときどきまたはいつもしている」「あり」を1点、「していない」「なし」を0点で換算し、点数を算出後、高齢者の社会活動判定表にて活発度を判定することができる。いきいき社会活動チェック表は再現性、感度、妥当性が検証されている<sup>16)</sup>。

なお、社会活動指標およびいきいき社会活動チェック表は1990年代に開発されているため、実際に使用する際には、対象地域の状況や高齢者の社会活動の現状に留意する必要があると考える。

2016年、井上らは、地域在住高齢者の社会活動の指標を明確化した定量化可能な尺度として「地域高齢者社会活動尺度」を開発した(表2)<sup>10)</sup>。本尺度は「地域への寄与」「自己の啓発」の2因子6項目で構成され、回答選択肢は「過去に一度もない」1点、「過去半年以前にある」2点、「過去半年以内にある」3点として得点換算する。尺度の信頼性、妥当性は検証されている<sup>10)</sup>。本尺度の「地域への寄与」は、高齢者が他者、地域、社会へ貢献していく活動から構成され、地域や社会との結びつきを強める活動が抽出されている。

また、「自己の啓発」は学習活動という限定的なものではなく、高齢者が生きがいをもって自分を高めようとする活動が抽出されている。2つの因子共に現在の高齢者の特徴や状況を反映していると考えられる。本尺度は都市部に在住する高齢者を対象に開発されたことから、都市以外の地域に適用する場合には慎重さを要すること

表3 要支援高齢者の社会活動尺度<sup>11)</sup>

	項目
友人、近所とのかかわり	近所の人と親しくつきあう 近所の人と世間話をし、情報を得る 友人と手紙や電話で近況を把握しあう 知人で困っている人がいれば自分のできる範囲で助ける お菓子や食べ物を友人にあげる(配る) 近所の人が気さくに声をかけてくれる 気心が知れた友人と楽しい時間を過ごす
家族との親密なつきあい	食事やおしゃべりを通じ家族と楽しい時間を過ごす 同居ないし別居している家族と共にリラックスした時間を過ごす 家族や親族が生活にかかわる作業を手伝ってくれる お菓子や食べ物を家族にあげる(配る)
各種活動での他者とのかかわり	老人クラブや趣味の集まり、デイサービスで他の参加者の活動や様子を眺める 老人クラブや趣味の集まり、デイサービスで参加者と会話を楽しむ 地域包括支援センター職員やデイサービスの職員、ヘルパー等の介護サービス関係者から病気を良くするための情報を得る 地域包括支援センター職員やデイサービスの職員、ヘルパー等の介護サービス関係者から療養に関するアドバイスをもらう

・ 回答選択肢は回答選択肢は「ほぼ毎日」5点、「週1回以上」4点、「1回以上」3点、「年1回以上」2点、「していない」1点、として換算する。15～75点である。

・ 文献11)より筆者が作成

が指摘されている<sup>10)</sup>。

## 2. 要支援高齢者の社会活動を測定する尺度

高齢者の社会活動は、身体、認知、心理機能の維持向上、生活満足度の向上に関連する有効な活動である。しかし、健康な高齢者の社会活動を基準に開発された尺度は、要支援高齢者の社会活動は十分に測定できない可能性がある。そこで、平野らは要支援高齢者に特徴的な社会活動を測定できる尺度を開発した<sup>11)</sup>。本尺度は「友人、近所とのかかわり」「家族との親密なかかわり」「各種活動での他者とのかかわり」の3因子15項目で構成され、回答選択肢は「ほぼ毎日」5点、「週1回以上」4点、「1回以上」3点、「年1回以上」2点、「していない」1点として得点換算する。尺度の信頼性、妥当性は検証されている(表3)<sup>11)</sup>。

尺度の開発では、要支援高齢者と健康な高齢者の両者を対象に調査を行い、「友人、近所とのかかわり」は健康な高齢者が要支援高齢者より得点が有意に高く、「各種活動での他者とのかかわり」は要支援高齢者が健康な高齢者より得点が有意に高かった。一方、「家族との親密なかかわり」は両者の得点に有意な差はみられなかった<sup>11)</sup>。「家族との親密なかかわり」は高齢者全般で可能な活動であり、加えて、手段的日常生活動作が低下した要支援高齢者であっても維持できる活動であった<sup>11)</sup>。本尺度は、要支援高齢者という特定集団でありサンプル数

を確保できなかったため一般化に限界があること、また予測的妥当性と反応性が検証できていないことが限界としてあげられる<sup>11)</sup>。

## IV. 地域看護学実践における尺度の活用

1点目は、対象者や地域の状況にあわせた社会活動尺度や指標を用いることで、高齢者の社会活動を正しく測定することができる。複数の社会活動に参加した者は社会活動がない者より認知障害のリスクが低くなる<sup>17)</sup>ことから、社会活動の頻度のほか、種類やその数についても着目することが有効である。

2点目は、対象者の個別ケアに社会活動尺度の活用が可能である。尺度は対象者の社会的側面をアセスメントする際に活用でき、ケアプラン作成時および評価時に尺度を用いて前後比較することで、社会活動の実施状況を数量的に示すことができる。また、社会活動とあわせて、認知機能やWell-being、フレイル等の尺度を加えることで、対象者の状況を多面的にとらえた支援計画をより具体的に検討することが可能となる。

3点目は、社会活動は高齢者の健康度にかかわらず、すべての高齢者に期待されている活動である。社会活動尺度は事業対象者や担当地区、対象地域等、さまざまな集団に活用ができ、対象となる集団や地域の特徴を理解できることが可能である。事業の場合は尺度を事業評価

や支援内容の効果検証にも活用できるであろう。さらに、対象集団内での個々人の社会活動の相対的位置を示すことも可能であり、集団における個別支援にも役立つと考える。担当地区や対象地域で用いた場合、地域の高齢者の社会活動の実態を把握でき、資源の創出や地域づくりに必要な基礎的なデータとして示すことができると考える。

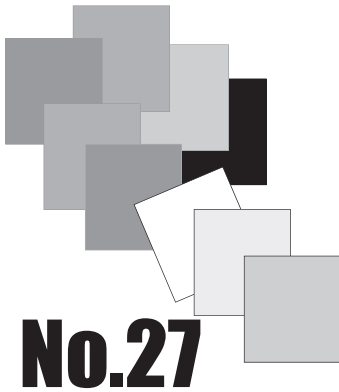
以上のことから、社会活動尺度は地域看護学実践において、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両方に活用可能である。また、ケアや事業評価では前後比較することで、社会活動の効果をより正確に示すことができるであろう。

#### 【文献】

- 1) 秋山弘子：長寿・健康・経済のリンクが鍵。東京大学高齢者社会総合研究機構，2030年超高齢未来，68-78，東洋経済新報社，東京，2010。
- 2) 荒井秀典：高齢者の定義について。日本老年医学雑誌，56(1)：1-5，2019。
- 3) Choi Y, Park S, Cho KH, et al.: A change in social activity affect cognitive function in middle-aged and older Koreans; analysis of a Korean longitudinal study on aging (2006-2012). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(8)：912-919, 2016.
- 4) Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, et al.: Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Archives of internal medicine*, 169(12)：1139-1146, 2009.
- 5) Nakanishi N, Tatara K: Correlates and prognosis in relation to participation in social activities among older people living in a community in Osaka, Japan. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(4)：299-307, 2000.
- 6) Menec VH: The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study. *The journals of gerontology, Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(2)：74-82, 2003.
- 7) 岡本秀明：市川市における高齢者の活動と心理的well-beingの関連。和洋女子大学紀要，50: 41-53, 2010。
- 8) 橋本修二・青木利恵・玉腰暁子他：高齢者における社会活動状況の指標の開発。日本公衆衛生雑誌，44(10)：760-768, 1997。
- 9) 岡本秀明：高齢者の社会活動とそれに対するフェルト・ニーズ (felt needs)；実証的研究の提案。生活科学研究誌，4: 281-295, 2005。
- 10) 井上彩乃・田高悦子・白谷佳恵他：地域在住高齢者における社会活動尺度の開発と信頼性・妥当性の検討。日本地域看護学会誌，19(2)：4-11, 2016。
- 11) Hirano M, Saeki K, Ueda I: Development of a social activities scale for community-dwelling older people requiring support. *Nursing Open*, First published: 26 July 2020.
- 12) 平野美千代・佐伯和子・河原加代子：要支援にある独居の前期高齢女性の社会活動の特徴。日本在宅ケア学会誌，14(2)：66-75, 2011。
- 13) 平野美千代・河原加代子・佐伯和子：要支援高齢女性の社会活動尺度の開発。日本地域看護学会誌，17(2)：19-27, 2014。
- 14) 平野美千代・佐伯和子・上田 泉他：要支援認定を受けた高齢男性の社会活動とその目的。日本公衆衛生学雑誌，64(1)：14-24, 2017。
- 15) Gagliardi C, Spazzafumo L, Marcellini F, et al.: The outdoor mobility and leisure activities of older people in five European countries. *Ageing & Society*, 27: 683-700, 2007.
- 16) 尾島俊之・柴崎智美・橋本修二他。いきいき社会活動チェック表の開発。公衆衛生，62(12)：894-899, 1998。
- 17) Gleib DA, Landau DA, Goldman N, et al.: Participating in social activities helps preserve cognitive function : an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International Journal of Epidemiology*, 34(4)：864-871, 2005.



## ■企画連載■ 地域看護に活用できるインデックス



## 緩和ケアにおける患者報告型アウトカム

宮下 光令

東北大学大学院医学系研究科

日本地域看護学会誌, 24 (1) : 45-49, 2021

## I. はじめに

本稿では緩和ケア領域における患者報告型アウトカム (Patient-Reported Outcome ; PRO) の概念と、日本において使用可能な尺度、そして、PROをどのように臨床で活用するかについて解説する。日本では緩和ケアはがん領域を中心に発展してきたが、海外ではがん・非がんを区別せず適用されており、在宅ケアでは特にその傾向は強い。また、海外の緩和ケアではhospital setting, community settingと報告されることはあるが、日本に比べて病院ケアと在宅ケアの区別も少ないことも前提におく。筆者らは、商業誌「がん看護」の2020年9・10月号で「患者報告型アウトカム～患者の体験をケアに活かす～」という特集を行った。本稿はこの特集号の筆者の原稿など加筆修正したものである。

## II. 概念の定義

## 1. 患者報告型アウトカム (PRO) とはなにか

患者報告型アウトカムとは「被験者の症状やQOLに関して、自分自身で判定し、その結果に医者をはじめ、他のものが一切介在しないという評価方法」と定義されている<sup>1)</sup>。たとえば地域看護領域でも患者に対して「いまの痛みは0点から10点の何点ですか？」というアセスメントが行われているだろうが、この痛みのスケールもPROである。いわゆる (Quality of Life ; QOL) 尺度もPROのひとつであり、地域看護領域でも研究を中心に広く利用されている。

緩和ケアの対象となる患者 (多くが終末期やそれに近い状況) の症状は主観的なものであり、本来は患者にたずねなければわからない。もちろん日常臨床ではそれを患者にたずねながら診察や看護が行われている。しかし、そのときどきに困っている関心がある症状についてたずねることが多く、日常的に (ルーチンに) 決まったアンケート用紙などを用いて症状をアセスメントすることはあまり行われてこなかった。また、わが国の緩和ケアの領域では、(Support Team Assessment Schedule ; STAS-J) という医療者が評価する尺度が広く使われてきた歴史がある<sup>2)</sup>。

## 2. 患者中心の医療とPRO

では、なぜ、いまPROなのだろうか。1つの理由は過去の多くの研究において医療者による評価は患者の評価に比べて症状を過少評価することが知られてきたことにある<sup>3)</sup>。単なる過小評価だけでなく、患者にとって気がかり、問題となる症状の見過ごしもまれではない。もう1つの理由は、医療におけるQOLの重視である。生命予後の延長を目的とした医療から、QOLや患者の価値感を重視した医療への転換がある。超高齢者社会における地域看護領域ではその傾向はより強いだろう。患者中心の医療の実現には、患者の症状や直面する問題を正確にアセスメントすることが必須である。これらの背景にテクノロジーの進歩などが重なり、臨床におけるPROの活用の必要性が広く叫ばれるようになった。

表1 PROとして用いることができる評価スケールと特徴

名称	評価項目	評価方法	長所	短所	その他
ESAS-r-J	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体症状7項目</li> <li>精神症状2項目</li> <li>全般的症状1項目</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0～10の11段階のNRS</li> <li>原則として「いま」の症状を記入する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>簡便で記入しやすい(1分程度)。</li> <li>広く症状をとらえることができる。</li> <li>11段階なので細かな変化をとらえることができる。</li> <li>家族や医療者が記入してもよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>項目が症状のみである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>北米を中心に世界で広く用いられている。</li> <li>臨床的に意味がある差やカットオフ値に関する研究が比較的豊富にある。</li> </ul>
MDASI-J	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体症状10項目</li> <li>精神症状3項目</li> <li>日常生活の支障6項目</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0～10の11段階のNRS</li> <li>原則として24時間の症状を記入する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>比較的簡便で記入しやすい。</li> <li>広く症状をとらえることができる。</li> <li>11段階なので細かな変化をとらえることができる。</li> <li>生活への支障の項目がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>項目が症状と生活の支障のみである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>北米を中心に世界で比較的広く用いられている。</li> </ul>
IPOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体症状10項目</li> <li>精神症状2項目</li> <li>社会的問題1項目</li> <li>スピリチュアルペイン1項目</li> <li>家族の不安1項目</li> <li>病状説明、コミュニケーション2項目</li> <li>患者の気がかり(自由回答)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0～4の5段階のVRS</li> <li>原則として「3日間」「7日間」の症状を記入する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>比較的簡便で記入しやすい(5分程度)。</li> <li>身体・精神症状だけでなく、全人的な苦痛や抱えている問題点を広く評価できる。</li> <li>スタッフ版も用意されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0～4の5段階なので、細かな変化をとらえられない可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>欧州を中心に世界で広く用いられている。</li> <li>日本で広く普及しているSTAS-Jの後継版なので、取り入れやすい。</li> <li>臨床でどのように活用するか、という研究が比較的豊富にある。</li> <li>日本語版の詳細なマニュアルなどが整備されている。</li> </ul>
PRO-CTCAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体症状</li> <li>精神症状80の項目(124問) (患者の状態に沿って自由に項目を設定できる)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>症状の有無</li> <li>症状の頻度、程度、日常生活への影響は5段階のVRS</li> <li>原則として「7日間」の症状を記入する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>比較的簡便で記入しやすい(28問で5分程度)</li> <li>個々の項目ごとに、症状の有無、頻度、程度、日常生活の影響を評価する(すべての項目でこの4種類の評価方法が準備されているわけではない)</li> <li>特に化学療法の副作用を詳細に評価できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>項目が症状のみである。</li> <li>0～4の5段階なので、細かな変化をとらえられない可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日本を含めた世界標準の化学療法などの積極的治療の副作用の評価尺度であるCTCAEのPRO版なので、特に化学療法の領域などでは親しみがあり導入しやすい。</li> <li>化学療法の有害事象評価では、今後世界標準になる可能性が高い。</li> </ul>
生活のしやすさの質問票	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体症状(12項目)</li> <li>精神症状(1項目)</li> <li>症状への対応の必要性(1項目)</li> <li>症状のパターン(1項目)</li> <li>専門家紹介のニーズ(3項目)</li> <li>病気や生活の気がかり(自由回答)</li> <li>その他</li> </ul>	評価方法や想起期間は項目によって異なる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>いくつかの既存の尺度を組み合わせたものであり、症状だけでなく社会的問題も含んで広く評価できる。</li> <li>緩和ケアチームなど専門家への紹介のニーズの項目が含まれている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則は患者自記である。</li> <li>日本語版しか存在しない(ただし、症状などの項目は国際的に広く用いられている尺度からとられている)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>わが国の拠点病院で実施されている苦痛スクリーニングでもっとも多く用いられている。</li> </ul>
つらさと支障の寒暖計	<ul style="list-style-type: none"> <li>気持ちのつらさ1項目</li> <li>気持ちのつらさによる日常生活の支障1項目</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>VAS</li> <li>原則として「7日間」の症状を記入する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2項目であり、非常に簡便であり、スクリーニング尺度として適している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>気持ちのつらさと支障を評価するため、身体症状などは別途評価する必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国際的に使われている尺度でもあり、適応障害やうつ病のスクリーニング精度も検討されている。</li> </ul>

(表1つづき)

名称	評価項目	評価方法	長所	短所	その他
QOL尺度 (EORTC-QLQ-C30, C15PAL, FACT-Gなど)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尺度によって異なるが、身体症状、精神症状、社会的問題などを評価する。</li> <li>・30項目程度のものが多い。(C15PALは緩和ケア用に当てた15項目)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・VRSが多い</li> <li>・想起期間は尺度によって異なる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・包括的にQOLをとらえられる。</li> <li>・共通性が高い症状については、たいてい含まれている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・やや項目数が多く、時間がかかる可能性がある。</li> <li>・0～4などのVRSが多く、細かな変化をとらえられない可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研究に活用できる。</li> </ul>

- ・症状の項目はどの評価スケールも患者の状態に合わせて自由に追加できると考えてよい。
- ・想起期間は尺度によって定められているが、臨床でのルチーンな利用であれば修正して用いることができるものも多い。
- ・Numerical Rating Scale (NRS) 通常、最小値 (0)、最大値 (10) のみが定義され、その間のどこにあてはまるかをチェックする。
- ・Verbal Rating Scale (VRS) 個々の段階の定義がはっきりと書かれているため、NRSより回答しやすい傾向にある。
- ・Visual Analog Scale (VAS) 10cmのものさしを用いる。日本人は回答しにくいといわれているが、つらさと支障の寒暖計は回答しやすいように工夫されている。

### Ⅲ. 指標の紹介

#### 1. PROとして用いる評価スケール(尺度)

PROの本質は「どの評価スケールを用いるか」より「どのようにPROを用いて、看護に役立てるか」であるが、実際に臨床でPROを用いる場合には、どのような評価スケールを用いるかを決めなくてはならない。表1にわが国で利用可能な緩和ケア領域における主なPROのスケールをまとめた<sup>4)</sup>。それぞれの臨床セッティングや目的に照らし合わせ、長所・短所を考慮しながら用いるPROスケールを決めることとなる。

#### 2. Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)

筆者らの研究室ではこのなかで (Integrated Palliative care Outcome Scale : IPOS) を中心にPROに関する研究活動をしているため、これらの評価尺度を代表し、IPOSについて少し説明する<sup>5,6)</sup>。IPOS患者版の調査票を図1に示す。緩和ケア領域では患者を身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛といったお互いに関連しあうさまざまな苦痛を抱えたひとりの人としてアセスメントすることが重要であり、これを全人的苦痛(トータルペイン)と呼ぶ。IPOSの項目は表1に整理したように、身体症状、精神症状、社会的問題(経済面や個人的な気がかり、家族とのコミュニケーション)、スピリチュアルペインを網羅的に含んでおり、全人的苦痛のアセスメントが可能となっている。

また、IPOSはわが国で広く普及しているSTAS-Jの後継版であり、STASと同じように使うことができる。STAS-Jがわが国で普及した理由は、症状などに関して0～10のNRSのように症状の強さでたずねるのではな

く、症状の生活への支障に焦点をおいたことであるが、IPOSも同様に生活への支障の程度をもとに評価する。STAS-Jと同様に0～4の5段階で評価し、それぞれの段階につける基準が明確にされているので、患者にとっても答えやすいという特徴がある。このときの評価の基準となるものは「2. 中くらいあった(いくら支障がでた)」で、何らかの治療の変更やケアなどの介入が必要ときに「2」をつける。


IPOSは患者が記入するPROと説明してきたが、実際には苦痛症状が強い、患者の認知機能の低下などで患者が評価できないケースが少なくない。IPOSは患者版とともにスタッフ版も用意されており、患者が自分で評価できない場合も臨死期までの同じツールでの評価が可能である。もちろん、臨死期の患者の心理などはわからないケースが多いが、そのような場合は欠損(未記入)にして問題ない。IPOSによって患者の声に基づき、より正確にアセスメントすることが目的なので、すべての項目に回答しなくてはならないわけではなく、臨床現場への導入の際には一部の項目だけの使用も問題ない。

IPOSは非がん患者にも使用可能である。海外ではIPOS腎疾患版、認知症版、神経難病版などの開発も進んでいるが、それらは疾患特異的な症状をプラスしているだけなので、オリジナルのIPOSを用いて非がん患者のアセスメントが可能である。今後は非がん患者のアセスメントスケールの定番のひとつになることが期待されている。また、IPOS認知症版に関してはわが国でも開発研究が進んでおり、腎疾患版の開発予定もある。

### Ⅳ. 指標の活用状況

ここではSTASやIPOSを開発したイギリスKing's

**IPOS 患者版**



www.pos-pal.org

**Q1. この3日間、主に大変だったことや気がかりは何でしたか？**

1. ....

2. ....

3. ....

**Q2. 以下はあなたが経験したかもしれない症状のリストです。それぞれの症状について、この3日間、どれくらい生活に支障があったか最もよく表しているもの一つだけチェックしてください。**

	全く支障は なかった	少しあった (気になら なかった)	中くらい あった (いくらか 支障がでた)	とても あった (大きな支 障が出た)	耐えられない くらいあった (他のことを 考えられな かった)
痛み	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
息切れ (息苦しさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
力や元気が出ない感じ (だるさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
吐き気 (吐きそうだった)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
嘔吐 (実際に吐いた)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
食欲不振 (通常の食欲)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
便秘	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
口の痛みや渴き	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
眠気	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
動きにくさ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

上記以外の症状があれば記入し、この3日間、どれくらい生活に支障があったか一つだけチェックしてください。

1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**この3日間についてお聞きします**

	全くなし	たまに	ときどき	たいてい	いつも
Q3. 病気や治療のことで不安や心配を感じていましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4. 家族や友人は、あなたのことで不安や心配を感じていた様子でしたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. 気分が落ち込むことはありましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q6. 気持ちは穏やかでいられたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7. あなたの気持ちを家族や友人に十分に伝えてもらえましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. 治療や病気について、十分に説明がされましたか？	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q9. 病気のために生じた、気がかりなことに対応してもらえましたか？ (経済的なことや個人的なことなど)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q10. どのようにしてこの質問票に答えましたか？	自分で	友人や家族に手伝ってもらって	スタッフに手伝ってもらって		

この質問票について心配なことがあれば医師や看護師に伝えてください

図1 IPOS患者版調査表

表2 緩和ケア領域におけるPRO使用の効果

1. 症状アセスメントの迅速化
  - ・症状やその悪化に迅速に気づくことができる
  - ・包括的にアセスメントすることにより、心理的・スピリチュアルな問題など、潜在的な問題に気づくことができる
2. 患者と医療者のコミュニケーションの促進
  - ・QOLに関する話し合いが促される。QOLに目を配ることになる
  - ・現在の症状やQOLに関する認識が患者と医療者で一致する
3. 適切な治療や紹介
  - ・症状を緩和するための治療やケアを迅速に実施できる
  - ・緩和ケアチームや多職種に迅速に紹介のできる
4. 上記の結果としてのQOLの向上
  - ・症状の軽減
  - ・特に患者・家族の心理的な問題や苦痛の軽減

College Londonのグループによって行われたレビュー研究を紹介する。このレビューでは、緩和ケア領域においてPROの活用に関する184研究が抽出され、研究の場や使用したツール、使用方法などについてまとめている<sup>7)</sup>。特に重要な点である、PROの使用によって、ケアに対してどのような効果があったかについて表2にまとめた<sup>4)</sup>。海外では病院セッティングではあるが、外来化学療法を受けるがん患者に対してPROの使用の効果を検討したランダム化比較試験において、QOLの向上や生存期間の延長なども報告されている<sup>8,9)</sup>。

## V. 活用できる地域看護実践例

筆者は地域看護領域にはあまり詳しくなく、日本においての実践例の知識に乏しい。ただ、筆者らの研究グループによる検討や国内外の知見をもとに、地域看護の領域でPROを用いる際のポイントについて表3に私見をまとめた。

PROを臨床現場で用いる目的は患者や家族のケアに役立てることである。ただし、日本だけでなく、国際的にどのようにPROを使えば臨床看護に有用であるかは、あまりはっきりしない。その最大の理由はPROは患者や医療者に少なからずの負担を与えることになるからである。実は1990年代からわが国でも臨床でPROを活用することの議論はあったが、患者や医療者の負担を考慮し、普及しなかったという歴史がある。しかし、患者中心の医療がより強く提唱されている現在においては、このハードルは若干低くなってきたように思う。筆者らはこのバリアを軽減し、どのようにしたら臨床で有益に活用できるかについて研究をすすめている。特に重要なことは、それぞれのケアの場所に沿った運営の方法を考えること、患者や医療者への利益が負担を上回るように工



表3 地域看護領域でPROを用いる際のポイント

1. 評価するタイミングや項目数を厳選する。
  - ・地域看護領域では毎日の評価は非常に難しく、意味がないことも多い。英国の多くのホスピスで導入されているOACC (Outcome Assessment and Complexity Collaborative) プロジェクトでは、Phase of illnessというスケールを併用し、患者の病期が変化した時点でPRO (IPOS) を収集している。1週間ごとや安定している患者では1か月ごとなどでもよいだろう。
  - ・初診時のみでもよい。少なくとも、新しく始めるときには、初診時などに絞って開始して徐々に慣れていったほうがよい。
  - ・ESASやIPOSなどのすべての項目をとる必要はない。研究で用いるとしたらすべてとることが推奨されるかもしれないが、臨床で用いる場合には、必要な項目だけでよく、また開始当初は厳選した項目から始めたほうがよいこともある。

---

2. すべて患者が自分で記入する必要はない。
  - ・PROの原則は患者の自己記入だが、地域看護領域では患者の認知機能の低下などにより難しい場合もある。看護師が1問1問たずねながら記入しても構わない。
  - ・欠損があってもよい。英国のある報告だと、入院時でも欠損が10～20%であり、2回目の測定ができた患者は半数程度だった。無理にすべての項目をとる必要はない。そのような場合に、医療者の評価で記入するか、欠損のままにするかは、その施設の判断である。必ず医療者が記入しなければならないことはない。心理的な問題などは医療者ではわからないことも多い。

---

3. とりっぱなしにしない。必ず問題点に対応する。
  - ・患者の立場に立てば、症状や困りごとを記入したのに何の対応もなければ不信感をもつだろう。何らかの症状や困りごとを書いたということは、患者からのメッセージであり、それはそのまま受け止める必要がある。実際にはPROのスコアだけでは、その詳細はわからないので、どんなときに、どのように困っているかを患者に直接たずねることになる。それが患者に対する深い理解とアセスメント、コミュニケーションにつながる。
  - ・PROの使用が軌道に乗ると、逆にとることがルーチン化してしまい、ケアに生かされないようなことがある。定期的に見直しを行う必要がある。

---

4. 医療者が効果を実感できる方法ですめる
  - ・PROを収集することは看護師にとって負担となる。その負担感を利益が上回る必要がある。特に導入初期には重要で、たとえばカンファレンスなどでPROの結果を取り上げて共有する。実際にPROを使ってみてどのような気づきがあったか、それがケアに生かされたかを振り返りを通して、効果を実感しつつ進めることが重要である。効果を実感できなければ、なにかやり方の変更が必要なのかもしれない。
  - ・定期的集計をするなど、全体像を俯瞰しながらすすめることが望ましい。ただし、これには電子カルテとの連携が必要となることが多い。
  - ・電子カルテや電子デバイスとの連携、ePROについては今後の課題である。

夫することである。ここで負担のほうが強ければ、それは長続きしないだろう。わが国では、臨床看護におけるPROの活用は始まったばかりであり、叡智を集めてその効率的かつ効果的な運用を検討していく段階にある。

冒頭で紹介した「がん看護」の特集号では表1に挙げた評価スケールの詳細や、さまざまながん看護の領域におけるPRO使用の実践例について紹介している。なお、筆者らのグループはIPOSのWebサイト (<http://plaza.umin.ac.jp/~pos/>) やサイト内のIPOS使用マニュアル内に最新情報やノウハウを提供している。

#### 【文献】

- 1) FoodandDrugAdministration: Guidance for industry ; patient-reported outcome measures ; use in medical product development to support labeling claims. 2009.
- 2) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliat Support Care*, 2 (4) : 379-385, 2004.
- 3) Basch E: The missing voice of patients in drug-safety reporting. *The New England Journal of Medicine*, 362 (10) : 865-869, 2010.
- 4) 宮下光令: 患者報告型アウトカム (PRO) とはなにか。 *がん看護*, 25 (7) : 613-617, 2020.
- 5) Murtagh FE, Ramsenthaler C, Firth A, et al.: A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness : Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliative Medicine*, 33 (8) : 1045-1057, 2019.
- 6) Sakurai H, Miyashita M, Imai K, et al.: Validation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) - Japanese Version. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2019.
- 7) Etkind SN, Daveson BA, Kwok W, et al.: Capture, transfer, and feedback of patient-centered outcomes data in palliative care populations; does it make a difference? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49 (3) : 611-624, 2015.
- 8) Basch E, Deal AM, Kris MG, et al.: Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment; A Randomized Controlled Trial. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 34 (6) : 557-565. 2016.
- 9) Basch E, Deal AM, Dueck AC, et al.: Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. *Journal of American Medical Association*, 318 (2) : 197-198, 2017.

日本地域看護学会委員会報告

## 2020年度第1回日本地域看護学会研究セミナー 健康で安全な地域社会の構築を目指す実践研究 ——実践者と研究者の協働手法CBPR——

2019～2020年度研究活動推進委員会

日本地域看護学会誌, 24(1): 50-62, 2021

### I. はじめに

研究活動推進委員会では、会員の研究方法に関する知識を高めるとともに、会員間の研究に関する交流を活発にすることによって会員の研究活動を促進し、地域看護学の発展に寄与することを目的に活動している。このたびは、本学会が2019年に地域看護学を「人々の生活の質の向上とそれを支える健康で安全な地域社会の構築に寄与することを探求する学問」であり、「人々やコミュニティと協働しながら効果的な看護を探求する実践科学」と再定義したことを受け、「コミュニティを基盤とした参加型研究」であるCBPRに着目しセミナーを企画するに至った。

当初は、従来通り対面によるセミナーを2020年3月に予定していたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受けて急遽延期とし、10月にオンデマンド型での講演の配信と質疑応答・意見交換のLIVE配信を実施することとなった。

講師として、CBPRのスペシャリストである麻原きよみ氏（聖路加国際大学大学院看護学研究科教授）、本手法を用いて活動している実践者・研究者として、平原優美氏（日本訪問看護財団あすか山訪問看護ステーション統括所長）、成瀬昂氏（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野・講師）、小林正幸氏（文京湯島・文京昭和高齢者在宅サービスセンターセンター長）にご登壇いただいた。講師の方々には、延期やセミナー形式の変更にもかかわらず、貴重な講義および意見交換をしていたいただいた。その貴重な内容を報告する。

### II. 研究セミナーの概要

#### 1. タイトル

健康で安全な地域社会の構築を目指す実践研究；実践者と研究者の協働手法CBPR

#### 2. 日 時

2020年10月 2日（金）10:00

講演オンデマンド配信・質問受付開始

2020年10月10日（土）14:00～15:00

質疑応答・意見交換（LIVE配信）

2020年10月18日（日）21:00

オンデマンド配信終了

### III. 講演①「Community Based Participatory Researchとは」

講師：麻原 きよみ氏（聖路加国際大学大学院看護学研究科教授）

#### 1. CBPRとは

地域づくりの方法の道標になるCommunity Based Participatory Research（以下、CBPR）について述べたい。地域づくり、これは地域社会・組織を対象とする保健師にとっての活動そのものと考えている。しかし、地域づくりは、特定の卓越した保健師が地域を変えるような取り組みをし、「あの人だからできたんだよね」といわれ片付けられてしまうことがよくある。地域づくりとは定義も具体的なスキルも明確になっておらず、「地域づ

くりといっても漠然としてよくわからない」「協働、パートナーシップというけれど地域の人々とどのように活動していったらよいかわからない」「地域づくりの結果が出せない、評価できない」「地域の人たちといっしょに研究したいんだけど研究というといやがられてしまう」という意見が聞かれる。

CBPRの定義<sup>1)</sup>は、「コミュニティの健康課題を解決し、健康増進し、より良い生活のために、コミュニティ(地域)の人々と専門職のパートナーシップによって行われる研究(取り組み・活動)」であり、筆者らが立ち上げたCBPR研究会の概念分析や文献検討から明らかにしたものである。ここでのR(Research)は、研究という意味であり、はじめは研究として取り組まれていたが、その目的やプロセス、方法が公衆衛生の専門家の地域/地区活動に取り入れられるようになった。近年、アメリカでは、CBPA(Action)と表現されることもあるが、ここでは、一般的であるCBPRを用いる。

CBPRは、地域住民とどのように関係をつくり、どのように協働して健康な地域づくりを行うのか、系統的に、また具体的な方法やポイントが示されている。CBPRは万能薬ではないが、地域づくりの方法論としてその道標として活用することができる。

筆者らが行った平成28～30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)「地域特性に応じた保健活動推進ガイドラインの開発」のデルファイ法の結果<sup>2)</sup>では、地域づくりとは、「地域の人々の暮らしや健康を守り人々が望む生活を目指して行われる諸活動であり、そのプロセス、地域に生活する人々、行政・民間団体等が協働すること、地域への愛着や関心強みを育むことを通して推進される」地域づくりの目指すものは、地域住民が地域に関心をもつこと、よりよく生きるための行動や活動ができること、そして、強みである社会資源や仕組みをつくることである。

CBPRの目指すものも地域づくりと同じく、人々の健康増進と人々が望むよりよい生活である。健康課題の解決を主目的としながら、コミュニティのメンバーと関係者がパートナーシップを組み、協働でコミュニティの課題を解決することから、メンバーが互いに学び合い、認識や行動が変化しコミュニティの課題解決のための力をつけることが期待される。それはコミュニティのメンバーが地域の課題解決への意欲をもち、その方法を知ることができるようになることである。そして、実際に地域で社会資源をつくることが期待される。これは、地域

づくりの目指すものと同じである。

## 2. CBPRとの出会いとアクション

筆者らがCBPRとどのように出会い、その後どのようなアクションをしてきたのか、そして、アメリカでの動向をお話しすることでCBPRと地域づくりの接点、その理念、公衆衛生におけるCBPRの重要性を伝えることができると思う。特定の保健師にしかできない、卓越した技として紹介されることの多かった地域づくりについて、以前から筆者はその定義や体系的な方法、評価がわからず、不消化感を抱いていた。また、2000年代からCBPRに関する論文数が急増していることにも気づいていた。

2004年に米国公衆衛生学会で行われた継続教育講習会でCBPRに関するものがあった。とても関心のある内容であったので参加し、衝撃を受けた。CBPRの理念や方法論は系統的に示されており、日本の地域づくりに適用できるのではないかと確信したのである。CBPRのセッションでは、会場に入りきれない人が出入り口から溢れ、筆者は会場の通路になんとかスペースを確保して腰を下ろし、苦手な英語であったが、1つも聞き逃すまいと聞き耳を立てた。

一方、筆者の所属する大学では、2003年に文部科学省COE大型研究費「市民主導型の健康生成を目指す看護形成拠点」にて、市民が主人公のケア(People-Centered Care; PCC)に取り組んでいた。概念化にみなが苦勞するなかで、2005年に研究についてのアメリカの評価委員から本研究の研究枠組みがCBPRであると発言があり、COEの研究の概念化が一気に加速した。2005年に地域看護CBPR研究会を発足し、文献検討を始めた。2006年1月にはCBPRをテーマとして、大学セミナーのシンポジウムで発表し、雑誌に文献のレビュー論文は公表した。また、公衆衛生における地域づくりの具体的な方法を日本に導入し、広めたいという思いから、さまざまな学会等でワークショップを開催し、学術雑誌に発表した。さらに、2010年には「地域保健に活かすCBPR:コミュニティ参加型の活動・実践・パートナーシップ<sup>1)</sup>」を出版した。

アメリカにおいては、1995年前後にコミュニティメンバーと研究者が協働した研究論文が公表されるようになり、その後、1999年ごろから、CBPRと呼ばれるようになった。米国科学アカデミーの付属機関である医学研究所(Institute of Medicine; IOM)が、21世紀の公



衆衛生の専門職教育に必要な8つの領域の1つにCBPRを挙げた。さまざまな民族・人種等によるコミュニティが形成され、地域格差・健康格差の大きいアメリカにおいてはとりわけCBPRの取り組みが重要であったと考えられる。Israelらは改訂を重ねながらCBPRの本を出版している<sup>3)</sup>。また、学術と公衆衛生実践の連携協議会(The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice)の公衆衛生専門職のためのコア・コンピテンシー<sup>4)</sup>、および公衆衛生看護組織の4者連合協議会(Quad Council Coalition)の地域／公衆衛生看護コンピテンシー<sup>5)</sup>にCBPRの記載がある。このように、CBPRは、公衆衛生領域における地域／地区活動の重要なスキルとされている。

### 3. CBPRの理論的背景

CBPRは、公衆衛生のアクションリサーチといわれている。アクションリサーチは、現実と社会問題の実際の解決を目的として、問題の生じている現場において、当事者と研究者が協働して行う研究である。個人は社会構造にはめ込まれて存在しているのであるから、人々に生じた課題とは、社会的歴史的なものであり、組織の権力構造との関連性のなかで生じる。だから問題を生じている社会構造を変革する必要がある。そのためには問題が生じているその現場で当事者と研究者が協働する必要がある。それは、計画・実施・評価など継続したプロセスである。この計画・実施・評価の循環するプロセスというのは、少数数の民族集団などの生活改善や問題解決を目的に研究者と現場の関係者が、共同で研究を行ってきたクルト・レヴィンによるアクションリサーチの流れから来ている<sup>6)</sup>。そのなかで、当事者と研究者は相互に、そして共にアクションリサーチのプロセスから学ぶ。アクションリサーチは当事者と研究者との関係性のなかで行われるため、とりわけ両者の認識の変化が重要であること、また、社会変革を目指し政治的方向性を意図する研究にもなりうることから、研究者の認識や思考、関わりを振り返りながら行うリフレクションが重要になる。

公衆衛生のアクションリサーチであるCBPRの理論的背景は、現象のとらえ方と目的において2つに分けることができる。現象のとらえ方としてまず、社会構成主義である。これは、現実是人々と人々を取り巻く状況との相互作用によって構築されるとする世界観である。アクションリサーチでは、当事者と研究者は同じ世界、文脈を構成し、そのなかで相互作用しながら社会問題の解

決という現実をつくり上げる。次いで生態学である。これは、生物と環境の間の相互作用を扱う学問である。人間は、社会、文化、歴史、自然といった多様な側面をもつ環境と相互作用しながら生活し、発達していくという地球的な視点を含めた見方である。これは、人間を取り巻く環境の重要性、そして、それを対象とする視点を示している。目的に関する理論的背景として、まずヘルスプロモーションが挙げられる。これは個人では解決し得ない社会構造の問題である社会的決定要因に対処することの必要性を示している。

次いでクリティカル・セオリー(Critical Theory)である。クリティカル・セオリー<sup>7)</sup>とは、社会的弱者、貧しい人・地域によっては女性とか特定の民族など少数派であって社会での発言権が制約され生活の質が著しく不利で、傷つきやすい人々が現状に甘んじて諦めている思いに気づかせて啓発し、エンパワーメントし、社会構造の束縛から解放することを助けることを目指す研究である。これらの人々の声を取り戻し、民主主義的な公正な社会の実現を目指すものである。アクションリサーチは、クリティカル・セオリーの代表的な研究ともいわれる。

自然科学における研究者と研究対象者の位置づけは、研究対象(観察対象)と研究者(観察者)が別々の世界を構成しているとする。一方、人間科学における研究者と研究対象者の位置づけは、研究対象者(当事者)と研究者が同じ世界を構成し、相互作用しながら現実を作り出す。アクションリサーチは後者に含まれ、質的研究の要素を備えていると考えられる。

今回、筆者がもっとも伝えたいこと、これさえ納得できれば住民との協働ができると思っていることを述べる。いままでは、研究者が一方向的に自身の関心のある内容についてデータを収集し、研究者の視点で解釈し、研究者のための論文を書いていた。同様に、行政職員の立場であれば、住民の意向を聴くことなしに政策を作成する、などがあったかもしれない。それらに対する反省から、CBPRの理念、姿勢には、以下のような倫理的な概念、要素が示されていると考える。まず「自律」である。人としてその人を尊重する、人を自律した個人として尊重すること、個人の自己決定と選択を尊重すること、「アドボカシー」、その人らしく尊厳をもって生きられるよう積極的に支援・サポートすること、その人の尊厳や権利を尊重した支援を行うこと、「民主的であること」、自由や平等を尊重すること、「協力・協働」、物事を達成するために他者と協調したり、相互に協働し能動的に参加



することである。近年、倫理的観点から質的研究の評価基準が示されている<sup>8)</sup>。たとえば、研究に研究者の認識論的視点が示されているか、多様な声が反映されているか、研究における研究者と対象者の関係性が上下関係ではないか、どのくらい互酬的なものになっているか、研究者だけが特権を得ていないか、である。

#### 4. 用語の定義

筆者たちCBPR研究会<sup>1)</sup>は、コミュニティとは「人々が共通の特性、例えば価値や規範、文化などをもち、そこに何らかの帰属意識をもち、さらにそこに一定の連帯や支えあいの意識が働いている集団」と定義した。また、CBPRの核であるパートナーシップは、「異なる立場の機関や人たちでつくられた組織の活動を通して形成される、信頼し合いそれぞれの力を生かして育ちあう関係性(組織形態)」と定義した。パートナーシップは、2人以上の協力関係、共同を示すもので、協働(連携)する相手との関係性のあり方である。

パートナーシップの特徴として、コミュニティメンバーと公衆衛生の関係者/研究者の関係性において、一方通行の関係性では相互作用は生じない。公衆衛生の専門家が保健医療の専門的な知識やスキルをもっていると同時に、コミュニティの人々はそのコミュニティに暮らしていることにおいて、生活のプロである。相互に尊重し、互いの考えに耳を傾ける必要がある。コミュニティの問題解決の方法をもっともよく知っているのもコミュニティの人々である。CBPRのパートナーシップではパワーシェアリングが重要とされる。それは、特定のだれかが決定権をもつのではなく、パートナーシップを形成するそれぞれのメンバーが決定権を共有するということである。

従来は、専門家である医療者が(よかれと思って)素人の患者に指導する、という専門職種のパートナーリズムであったが、その後、病院内で「患者様」と呼ぶなど顧客第一主義になった。しかし、重要なのは両者の姿勢・関係性であり、このパートナーシップモデルは新たな保健医療者とクライアントの関係者のモデルになると考えられる。

#### 5. CBPRのパートナーシップ

CBPRのパートナーシップは、コミュニティの問題に関係するコミュニティメンバー、公衆衛生の専門家、研究者などで構成された組織になる。その結びつきの強

さに応じて、ネットワーク、連携、協働といった類型があるとされている。

#### 6. CBPRのプロセス

CBPRのプロセス<sup>3)</sup>としては、まずCBPRのパートナーシップをつくることから始まる。メンバーは、コミュニティの健康課題に関連したコミュニティの人々、関係者、研究者で構成する。これはたとえば、会社において特定の製品をつくる際に結成されるプロジェクトチームのようなものと考えてもらえばよいだろう。つまりコミュニティの課題解決のためのプロジェクトチームである。CBPRにおいてはこれをもっとも重要である。次に、コミュニティの強みとダイナミクスをアセスメントする。これはコミュニティのメンバーといっしょに行うと効果的である。それから健康課題の優先度を決める。そして、原因への介入や政策を計画し、実行する。政策を解釈してフィードバックし、成果をわかりやすくして周知する。必ずコミュニティのメンバーに成果を周知することが重要である。これを循環し、駆動していくのがCBPRのパートナーシップであり、このパートナーシップを維持・持続・評価することが核となる。CBPRのプロセスにおいて、コミュニティの問題によってはパートナーシップを機能分化して、ワーキンググループにするということもある。たとえばコミュニティの問題解決のためのイベントを解決する場合に、地域ごとにイベント開催のためのグループや、広報のグループをつくったりなどを行う。

#### 7. 成功の秘訣

よりよいパートナーシップを育むためのポイント<sup>1,3)</sup>は、①メンバー同士が知り合う機会をつくる、②話しやすい雰囲気をつくる、③対等に参加できるように配慮する、④だれもが対等な決定権をもつ、⑤信頼関係を深める、⑥ファシリテーターの役割が大切、⑦目的・目標・優先順位を決める、⑧グループで必要な決まりをつくる、⑨コミュニティの強みと特徴に気づく、⑩対立に立ち向かう、である。ただ、これは各パートナーシップによるので、それに応じた工夫が必要になる。

Israelら<sup>1,3)</sup>が示したCBPRのための9つの原則は、①地域を共通の価値観や帰属意識をもつ集団ととらえる、②コミュニティの強みや資源を活用する、③活動のすべての段階において対等なパートナーシップを目指す、④それぞれの知識や技術を共有して互いに学び合い、

能力を高める、⑤活動の成果は地域に利用しやすいように還元する、⑥生態学的（エコロジカル）な視点でコミュニティの問題を多角的にとらえる、⑦活動は循環し繰り返しながら発展させていく、⑧結果を利用しやすい形でコミュニティに還元し、広く社会に普及する、⑨長期的で持続できるように努力する、である。

プロジェクトチームであるパートナーシップをつくって、特定のコミュニティの課題解決をするわけだが、そのコミュニティの特性や健康課題によってそれぞれ具体的なやり方は異なる。いままでは原則を示してきたが、示されたとおり行えばそのまま地域づくりができるというのではなく、実際には活動の過程で問題に直面し、どうしたらよいかメンバーで悩み、考え、それを実行していく。それらが各コミュニティにあった新しい方法であり、活動の過程で常に作り出されるものである。地域づくりとは、みなで話し合い、計画して実行し、評価する、そのとき、その場で行われている。そして、その活動が地域に波及していき、地域づくりが行われる。

## 8. CBPRの結果得られるもの

CBPRの結果得られるものは、コミュニティの健康課題の解決、活動に取り組むメンバー（コミュニティのメンバーも専門職／研究者も含む）自身の能力の向上、コミュニティの社会資源の充実（コミュニティの組織、ネットワーク、制度）などである。

CBPRの評価方法は、従来からの保健活動の評価方法でよいと思われる。結果評価：目的は達成されたか、効果・変化はあったか、実施評価：実施方法は適切だったか。評価方法は、質問紙調査、インタビュー調査、活動資料の検討が含まれる。CBPRの場合はパートナーシップがもっとも重要であるので、その評価も必要である。

CBPRのむずかしさには、相互理解がむずかしい、意思疎通がむずかしい、時間とお金がかかる、活動の調整が不可欠、資源や責任の分担がむずかしい、評価と継続がむずかしい、が挙げられる。地域づくりは数年から十年単位で長い時間がかかり、コミュニティメンバーと上手くやっていくのはむずかしいことである。

## 9. 研究として関わる

研究として関わる場合は、コミュニティとの関係の取り方、つまりコミュニティに向かう研究者の姿勢がもっとも重要である。データは「とり」に行かない。研究者としてCBPRに関わる場合、コミュニティの課題解決

が8割で、2割が研究という研究者もある。研究者としてCBPRに関わる場合は、コミュニティの課題解決に、研究の手法でいかに貢献できるかを考えるということが大切である。多くの場合、それはコミュニティのアセスメントであったり、評価の部分になると考えられる。研究者の倫理的な姿勢が重要になる。

## 10. CBPRの実際

最後に、CBPRの例を1つ紹介する。これは、東京都台東区の取り組みである。詳しくは文献<sup>9,10)</sup>を参照されたい。

きっかけは、台東区は保健師の分散配置などで業務遂行に焦点が当たり、保健師が地域づくりの視点をもてなくなってきたという台東区の保健師の危機感が始まりである。区の保健師は、区の基本理念である「いきいき台東推進指針」をきっかけに、プロジェクトチームをつくり、指針に基づいて「保健師活動のあり方」の枠組みを作成した。あり方を具体化する1つの方法として、当時23区で高齢化率をもっとも高いこと、三社祭に代表されるように、住民の一年の生活が、祭りのサイクルで回っている区の文化を生かして、介護予防の取り組みであり、また地域づくりのきっかけとして、「いきいき若返りまつり」を区内の地区ごとに行った。計画実施に際しては、地区ごとに地域座談会を設置し進めた。区役所にも関係機関会議を設置し、毎年、住民と台東区、関係機関のみなで報告会を実施した。

各地区の座談会は、保健師、地域包括の職員、各地区の住民組織の代表などで構成された。これがCBPRのパートナーシップにあたる、地域づくりのプロジェクトチームである。地区の問題を共有し、「いきいき若返りまつり」に向けて、計画、実施、評価を行った。座談会がきっかけとなり、地区内の関係団体同士がつながった。また、「いきいき若返りまつり」を実施することで、コミュニティのメンバーと閉じこもりの高齢者、地区内の関係者や団体同士もつながっていった。これを毎年、一年のサイクルで循環して行っていった。7つの地区で地域の実情に合った、また、ときには他地区を参考にしながら、地区独自の「いきいき若返りまつり」が開催された。

実施評価と結果評価も行っている。結果評価では、アンケート調査のみならず、自由記載を「保健師活動のあり方」の枠組みに基づいて内容分析した。保健師活動のあり方もこの結果に基づいて修正し、保健師活動の指針

としていった。「いきいき若返りまつり」を開催した2006年を100として、健康寿命の伸び率が東京都と比較すると、まつり開始の3年後の2009年以降は、伸び率が東京都より高くなっている。

CBPRの結果得られるものを、台東区の例について整理した。①コミュニティの健康課題の解決：健康寿命の伸び率が増加し、高齢者と地域につながりができた。②活動に取り組むメンバー自身の能力の向上：地域住民については、地域に関心をもつ住民が増え、地域の問題を解決しようという意識と行動がみられた。専門職／関係者については、地域住民とつながりができ、専門職／関係者の関係ができた、エンパワーメントされた、現任教育の場になった。③コミュニティ資源の充実：座談会、まつりといった資源ができた、住民と専門職／関係者のネットワークができた、ということが挙げられる。

地域づくりが成功した秘訣の保健師側の要因は、目的が明確であること、意欲（覚悟）があること、専門職としてあること・活動するという姿勢、「保健師活動のあり方」の枠組みといたした立ち返ることができるものを共有していること、明文化していること、住民と共に行うこと、住民を信頼すること、よい関係を築けること、保健師だけではできないことを知ること、他職種を巻き込むこと、あきらめないこと、きちんと評価し次につなげること、変わり続けること、住民に抽象的なことでなく具体的に示すこと、うまくいく方法を求めるのではなく悩んで作り出すこと、住民と共に活動することは「楽しい」ことを実感すること、であった。

地域の要因は、何とかしなければいけない、みえやすい課題があるということが重要であった。アメリカにおいても、貧困や、たとえば妊婦の検診率が低いといった明確なコミュニティの健康課題がある場合、CBPRが成功しているという報告がある。そして、住民の気持ちや意欲がとても大切である。住民自身に地域の人々のためという思いがあったり、地域の人たちとつながろうという明確な気持ちや意欲があった。

方法としての要因は、座談会、いきいき若返りまつり、報告会などの仕組みをつくること、地区ごとの方法のノウハウを作り出すこと、住民のやろうとする気持ち・意欲を高めること、協働すること、継続すること、である。たとえば、地区ごとで閉じこもりの人を「いきいき若返りまつり」に呼ぶときには、まずは直接の声かけがいちばん効果があるということに気づき、手紙を書いて手渡したりとか、それぞれ地区ごとにさまざまな工夫、効果

がもたらされるようなノウハウを多く作り出しているということがあった。

関係者・行政の気持ち・意欲も大切である。まつりや座談会をとおして、地域の住民や関係者と連携をとる機会となっている、顔つなぎや関係が築けた、仕事がしやすくなった、包括を知ってもらう機会になった、座談会で情報交換ができる、座談会は地域づくりの場であること、区民が主役で地域をつくっていると感じた、まちの人たちの力はすごい参加者への声かけが上手だ、まちの人たちは自分たちでは把握しきれない情報・資源をたくさん知っている、信じることって大切だと感じた、が挙げられた。

この活動において、地域づくり（CBPR）のためには、パートナーシップ（プロジェクトチーム）としての座談会、「いきいき若返りまつり」というきっかけ・仕掛けという仕組み（これらはすべて社会資源でもある）がコミュニティにあることが大切であるということがわかり、地域づくり（CBPR）の成功要因であることがわかった。

#### 【文献】

- 1) 麻原きよみ・大森純子・永田智子他：平成30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）「地域特性に応じた保健活動推進ガイドラインの開発（H28-健危-一般-003）研究報告書。 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201826001A> (2021年3月1日)。
- 2) CBPR研究会：地域保健に活かすCBPR；コミュニティ参加型の活動・実践・パートナーシップ。医歯薬出版、東京、2010。
- 3) Israel BA, Eng E, Schulz A, et al.: Methods for Community-Based Participatory Research for Health. Second ed, Jossey-bass, San Francisco, 2014.
- 4) The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice: Core Competencies for Public Health Professionals. [http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core\\_Competencies\\_for\\_Public\\_Health\\_Professionals\\_2014June.pdf](http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2014June.pdf) (2021年3月1日)。
- 5) Quad Council Coalition: Community/Public Health Nursing [C/PHN] Competencies. [https://www.cphno.org/wp-content/uploads/2020/08/QCC-C-PHN-COMPETENCIES-Approved\\_2018.05.04\\_Final-002.pdf](https://www.cphno.org/wp-content/uploads/2020/08/QCC-C-PHN-COMPETENCIES-Approved_2018.05.04_Final-002.pdf) (2021年3月1日)。
- 6) 武田 文：参加型アクションリサーチ（CBPR）の理論と実践；社会変革のための研究方法論。17-23, 世界思想社、京都、2015。



- 7) Denzin N, Lincoln YS: *Qualitative Research*, 3<sup>rd</sup> ed, SAGE Publications, Thousand Oaks, 183-190, 2005.
- 8) Denzin N, Lincoln YS: *Revised Handbook of Qualitative Research* 4<sup>th</sup> ed, SAGE Publications, Thousand Oaks, 97-128, 2011.
- 9) 麻原きよみ・山田圭子・米津由美他:「地域づくり」のプロになる;台東区の挑戦から. 保健師ジャーナル, 6(3): 216-237, 2010.
- 10) 角園真枝・山田圭子・本田記子他:「地域座談会」を通じた地域づくり その活動が保健師に与えた影響. 保健師ジャーナル, 70(6): 490-497, 2014.

#### IV. 講演②「Community Based Participatory Researchの実例」

講師: 平原 優美氏 (日本訪問看護財団あすか山訪問看護ステーション統括所長)

##### 1. はじめに

近年, 地域包括ケアシステム構築において, 住民の「自助」といった主体的な健康活動が推進されている。訪問看護ステーションは, 地域住民とともに地域づくりを行っており, 「暮らしの保健室」「まちの保健室」は増加している。この活動をとおして, 私たちは, 地域住民は大変なストレスを抱えていると感じている。住民にとって身近な場所で, 心身のバランスを整える機会や心身の健康課題について相談できる機会重要であると考え, 住民とパートナーシップをもとに訪問看護活動をとおしていっしょに考えていく必要があると考えている。

日ごろ, 訪問看護師が行なっているケアについて説明する。訪問看護ステーションは, 地域のなかでケアが必要な障害児者や高齢者に訪問看護を行っており, これらの方々には, これまでの暮らしや多様なストレスによる心身の向上性が低下していることを知っている。これらの方々へ, 筆者らは訪問看護師として身体への時間をかけた温浴法やマッサージなどていねいなケアと信頼関係に裏づけされた認知への働きかけにより, 症状緩和や自己効力感の向上, 心身の安寧を得られるように看護活動している。

##### 2. 地域の特性と住民との協同

筆者が勤務するステーションは, 高齢化率24.6%と東京都23区のなかで2位の高さの北区に位置している。大規模な都営住宅が多く, 高齢化率は50%以上のエリ

アもある。下町で商店街が多いのも特徴である。ここで, 筆者は30年間訪問看護を行っており, 2014年から地域包括支援センターが主催する住民と健康を考える機会に住民とともにさまざまな課題を考えてきた。たとえば, 自然治癒力の向上や暮らし方, ACP (advance care planning; 人生会議) などである。また, 2016年からは住民主体の「街カフェだんだん東十条」という活動に企画運営から関わっている。

「街カフェだんだん東十条」の会長は, 自治会の役員なども担い, 企業の地域振興のリーダーという立ち位置の50歳代の魅力的な方である。委員は, NPO 法人の介護事業所のケアマネジャーや呼吸器を装着して生活している障害者, 外国人へ何十年もボランティア団体として活動している方, 小学校のPTA 役員, NPO法人の成年後見人団体代表者, 筆者や同じステーションに勤務する作業療法士 (Occupational Therapist; OT), 地域在住の勤務医, 管理栄養士, 地域の会社に勤める住民, 地域包括支援センター職員, 「街カフェだんだん東十条」の近隣住民, 社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカーである。ボランティアとして, 地域住民20人以上と地域包括支援センターの看護師と訪問看護師が連携しながら, 街カフェの活動の合間に, 病気の早期発見などの時間と機会を設けている。具体的には足裏など全身のフィジカルアセスメントである。ホットタオルによる足ほぐし行い, 身体の緊張を解きながら, これまでのことやいまの悩みを話していただき, ときには高齢者に医療や介護へつなげる役割も果たしている。

「街カフェだんだん東十条」の参加者の健康問題を運営委員会でいつも情報交換をしており, ひとり暮らし高齢者が多く, 不安や孤独を感じていることが報告され, 高齢者は複数の疾患をもち, 通院はしているが健康について相談できる人がいないことが共有された。また, ストレス, 不眠, 便秘, 口の渇き, 腰痛, 足の痛みなどを抱えていることを共有していた。

専門職は住民から地域特有の文化や習慣, リアルタイムで動くまちの情報をいただきながらよく知る。たとえばあそこの銭湯はいま工事中とか, どこそこの道は工事をしているから危ないとか, である。そして, 専門職は住民に専門情報を正確に伝える。こういった平等なパートナーシップ関係を積み重ねることで話しやすさがでて, 互いに情報共有ができる。ケアマネジャーや栄養士・看護師・作業療法士等が所属する事業所も, 組織は違うが, 緩く結びついてお互いの情報共有ができてい



つもと違うと住民の様子をみて察知できる人が家族以外にいることは、地域の健康や安心、人との絆を深めることにつながる。そして、疾病予防や早期対応、重症化予防につながっているということを感じ、高齢者も障害者も子どもも立ち寄れる場で、住民と専門職が健康や暮らし方を考えるということは、とても重要であると思っている。

### 3. 訪問看護師による地域住民を対象とした看護ケアプログラムの開発

地域で「まちの保健室」のようなカフェ、街カフェに参加する住民の方のニーズや支援方法を明らかにした研究はまだ少ない状況であり、訪問看護師が活用できる心身両面での看護ケアを検討したいと考えた。中学校区の生活圏に居住する動機づけがある地域住民を対象にした身体へ介入する看護ケア技術と認知に働きかける教育的指導を組み合わせたプログラムを考案し、訪問看護師による地域における看護ケアを検討することを目的に、2016年から河原加代子氏が代表を務める科学研究費補助金による「患者看護師相互作用プロセスにおけるケア効果を引き出す最適プロセス設計の開発」に参画することとした。

これは、患者、看護師の相互作用におけるラポールのプロセスを参考に、地域住民の心身の向上性や自然治癒力の向上に貢献できる身体と認知に働きかける看護ケアについて検討する大きなプロジェクトである。

まず、副交感神経活動を上昇する皮膚の温覚刺激や引張刺激、触覚刺激、圧刺激から「温罨法を併用した手のマッサージ法」を開発し、パイロットスタディを行った。また、「自分の体のことをよく理解しましょう」という紙芝居仕立ての教材を作成した。2人に1人ががんになり、地域にも多いことから、たとえば、がんの進化の過程や自己防御反応、重力、恒常性ホメオスタシスの仕組みについて絵を使いながら説明をした教材である。そして、さまざまな方々の意見をいただきたいと思い、学会発表や学会誌への投稿を行った。

研究の枠組みを述べる。地域住民はデモグラフィック特性、社会的影響、これまでどのような医療を受けたか、環境の資源をどんな風にもっているか、ということから内的動機づけをもち、そして認知的なとらえや感情的なものをもって訪問看護師から看護技術を受け、認知的なもの、教育的支援を受けるという相互作用を受ける。そのことがプログラム後に、生理的感情的な変化として、

あるいは気分・感情を表すPOMS2日本語版によってどのように効果が上がったか、自己効力感がどのように上がったか、ということを見る枠組みとなっている。

看護ケア技術実施者は、参加者と同じ行政区の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師とし、あらかじめ1時間程度の技術講習を受け、意図的コミュニケーションを取得しこの実験にあたっていただいた。

結果は、男性14人、女性72人の参加で平均年齢は55.5±17.1歳であった。がんを含む外来治療中の地域住民は、48.2%で、63.5%が過去に医療経験をもち、83.5%にストレスがあった。看護ケア技術実施者は29人で、平均年齢40.9±8.0歳であった。訪問看護経験年数は、平均6.0±4.7年であった。地域住民の特性と自律神経活動指標とPOMS2との関連は、医療機関受診者、睡眠時間が6時間未満の住民は、副交感神経活動と自律神経の活動が低いことがわかった。また、生活リズムが規則的であると副交感神経活動が高く、またPOMS2の「疲労—無気力」は低いことがわかった。運動を週1回以上している住民は、「緊張—不安」とネガティブ感情が全体的に低く、近所の人や友人とよく会う住民は、「活力—活力」「友好」感情が高いことがわかった。

看護ケアプログラムの介入中は副交感神経活動が上昇し、POMS2の「怒り—敵意」「混乱—当惑」「抑うつ—落ち込み」「疲労—無気力」「緊張—不安」そしてネガティブ感情すべてが有意に改善した。また、看護ケアプログラムを受けた結果、自己効力感が向上した。

教材「自分の体のことをよく理解しましょう」を聞いた住民の感想としては、がんを有する人から、このことを早く知っていたらよかった、がんばろうという意見がすぐよくよかった、ためになった、人に伝えたいという意見があり、ポジティブな感情をもつ住民がたいへん多かったのが印象的であった。健康行動を心がけている住民は、プログラム後、交感神経活動が低下し、間食習慣のある住民は、介入中、交感神経活動が低下することもわかった。訪問看護師が体の恒常性と生活の知識、また根拠に基づく看護技術や意図的コミュニケーション方法を身につけ、心身両面から看護ケアを実施すると、地域住民は自らの体や生きる力に意識を向け、自然治癒力の向上に必要な食事や睡眠、運動などの生活の理解を深め、自己効力感を高めることができると期待している。

訪問看護師は、ケアが必要のない方にも関わることはとても重要であると考え、訪問看護師と研究者のチームが、ディスカッションしながらよく吟味し、住民に働

きかけ、住民とパートナーシップをもつ、という活動は、住民が自身で身体症状と生活習慣を結びつけることができ、主体的な健康行動促進するのに大変有効だと感じている。また、訪問看護師の新たな予防看護活動を実践する場として、この街カフェの取り組みは、たいへん有効である。

今後の課題として、地域の健康課題を住民と専門職が互いの情報を共有しながら、明らかにしていくことが重要と考える。「街カフェだんだん東十条」の参加者が、自ら健康を維持し、また向上する能力が高まり、地域全体へ広がることが期待される。また、住民と専門職のパートナーシップは、年数を追うとともにさらに発展した垣根がない地域のなかで、お互いの健康を保持し、自らの人生をいっしょに考える、そういった関係が構築できると期待している。参加している専門職以外にも幅広い分野の方々が参加できる。そして、住民とさまざまな領域の専門職、行政も参加し、地域特性による健康課題をみなで考え解決するにはどうしたらいいか、という主的な取り組みがさらに発展することが筆者らの課題となっている。

## V. 講演③「Community Based Participatory Researchの実例：通所介護事業所との協働研究プロジェクト 研究者の立場から」

講師：成瀬 昂氏（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野講師）

本プロジェクトは、2019年度まで通所介護サービスの質評価に関するアクションリサーチという名前で実施してきた。目標は通所介護サービスの質を改善することであり、それに必要なあらゆる研究・実践思考を行ってきた。組織としては東京都福祉協議会のデイサービス課題検討委員会と東京大学地域看護学教室であり、2020年度からはオーストラリアの大学の先生方にもご協力いただいている。このプロジェクトは構成員や名前を少しずつ変えながらも、発展的に継続してきている。

東京都福祉協議会は東京大学から非常に近いところにあった。学務等の合間を縫って研究時間を捻出する筆者にとって、この「近い」ということがとても重要なことであり、お互いを行き来してコーヒーを飲みながら近況を共有したり、わからないことがあれば顔を合わせてお話をしたりすることができた。

プロジェクトの概要としては、2016～2017年度にプロジェクトを発足させ、初期メンバーを決定した。また、基礎研究①ロジックモデル作成として計画・実施・評価を行った。2018～2019年度は、基礎研究②評価指標の開発として計画・実施・評価を行った。2020年度秋は、介入プログラムの計画と実施を行っている。ここでは、2016～2017年度の研究プロセスの実例をCBPRコンセプト・モデルのコンテキスト、パートナーシッププロセス、インターベンション&リサーチ、アウトカムの4つのステップにしたがって紹介する。

まず、コンテキストとして、このプロジェクトが発足し、継続している背景を紹介する。東京都福祉協議会に所属する事業所を含め、通所介護事業所の管理者の方々、そして社会福祉法人という法人の職員、それぞれが普段の業務のなかでさまざまな問題意識・危機感を感じていた。本研究に関連性が高いところでは、通所介護事業所の管理者の方々にとっては、介護保険サービスのデータに基づく評価が開始されることに対して、漫然とした危機感があった。

次に、パートナーシップ形成である。コンテキストのなかで、東京都福祉協議会のなかには、あれもこれもやらなければ、考えなければいけないという手一杯な状況があった。通所介護事業所の管理者が手弁当で集まり、通所介護が抱える問題に関して、いくつかの委員会が立ち上がっていた。その1つに小林氏が委員長を務める「デイサービス課題検討委員会」があった。5年以上の知人関係にあった筆者に声をかけることを小林氏が思いつき、「委員会のスーパーバイザーに来てみないか？」とお誘いをいただいた。筆者がお役に立てるのかどうか、どんな風にお役に立てるのか、といったことを相談するところから始めた。

委員会の課題の1つが、通所介護サービスの役割の可視化である、と聞いていた。そこで筆者の方から委員会で「委員のみなさんは、通所介護がどんな役割をしていると考えておられるのですか？ 資料はありますか？」とたずねた。委員からは「適切なお預かりによる介護者負担の軽減」「安全な入浴・保清」「楽しいお食事」という答えが端的に返ってきた。「では、レスパイトとお風呂呂とご飯なのですか？」と聞き直すと、「いやいや、そうじゃない。適切なお預かりと安全な入浴、楽しいお食事」と返ってきた。言葉を変えながらも、どうもかみ合わない押し問答がしばらく続いた。筆者は、この押し問答が生じるところに、まだ言葉になっていないなにか現

場の想いや具体的な実践の中身が詰まっているように感じた。そこで、とりあえず自分自身が説明できるようになってみようと思ひ、現場のみなさんの「なんとか可視化したい」という思いに対して、どのようなお答えができるかを探しに、事業所見学をさせていただいた。

視察をする前にもいわれていたのが「適切なお預かり」「安全な入浴・保清」「楽しいお食事」であり、視察をしてよくわかったことは、「適切な」「安全な」「楽しい」の部分にこそ職員の方や委員の方の熱意がこもっているということであった。筆者が問うべき問いは「なにをしているのですか？」ではなく、「どのようなことを目指して、どんな風に、なにをしているのですか？」という問いだったのだと気がついた。そうすると、「適切な」の部分や、「安全な」の部分に対して、実にさまざまな工夫がなされていることが、豊かに語られた。きっとここを可視化していきたいというのが、委員会の意図なのだろう。そして、それができないまま、目にみえるデータだけでサービスを評価されていくことに対して漠然とした基金があるのだということがわかった。そこでサービスの因果の連鎖を説明する方法として、まず「ロジックモデルを描く」ことを提案した。サービスの質の改善が委員会共通の目的である。筆者は、質の改善に向けた議論を詰めていくためにはサービスの質として語ることの構造を言語で示す必要があり、そのためにはそもそもなにを提供しているかを明らかにすることがどこかで必ず求められると考えていた。筆者自身の研究者としてのそんな考えに基づき、ロジックモデルの描写に踏み込むことになった。

ロジックモデルは、フォーカスグループインタビューの手法を使って描くことになった。職員や事業所がインプットしたものが、どのような経過を経て最終的なアウトカムに結びつくのか、職員のその思考のなかのプロセスを絵に描いた。まだまだ抽象度が高く、矢印も完全に結ばれていないところが多くあるが、これは、この程度で押さえておくことが職員の方々の肌にもっともフィットするということがわかったからである。言葉をもっと洗練させていく必要や、矢印の結びつきについて検討する必要については、随分と議論を重ねたが、まずあらゆる利用者、あらゆる事業所に共通する考え方を示すことを目的として、いったんはこれを最終的なアウトプットとした。

こうしてロジックモデルを描いたのが1つ目の研究である。この過程で、筆者がもっとも大事にしたことは、

研究課題、リサーチクエスチョンを明確にすることであった。フォーカスグループインタビューや委員会の議論のなかではファシリテート役となり、そこで筆者自身は、自分を通所介護のことを「教えてもらう立場」に徹した。委員の熱い気持ちやこれまでの悩みをすべて自分に向けてぶつけてもらうことで、心のなかにあるさまざまな経験値や考えを吐き出してもらうことにした。意見や質問に対し筆者がお返しする言葉は、わからないところをそのままごまかさずに、わからないことはわからない、もしくはわかったことは自分なりにわかったことを伝えた。その際、クリアで定義可能な日本語に加工し、「こういうことですか？」とお返事して、自分を含めて、全体の理解を少しずつ固めていくことを繰り返した。そうすることで、現在の委員の感じているさまざまな課題や、なにを明らかにするべきなのかということ、漠然と話さず、1つひとつ拾い、ていねいに箱にしまっていくように、形をつくっていった。もう1つ、自分の役割として意識したのは、常に研究手法の妥当性を担保するように内省することであった。卒業論文を書く学生、修士の学生、指導教員の先生などに随時相談しながら、デザインや研究手法に間違いがないか、振り替えるようにした。また、研究手法を考える過程や、調査の過程、結果を考察する過程にも、委員や職員に積極的に参加していただいた。そうすることで、実現可能性が高く、現場にとって受け入れやすい方法をデザインできた。また、結果からの解釈や考察の内容も、現場の方にとって「なるほど、そうそう、そういうこと！」と思ってもらえるものができたと振り返っている。特に、調査の計画段階では、委員が「面白いね」と思うところや盛り上がるポイントに常に目配せをしつつ、研究デザイン全体としてクリティカルな欠点がないよう、バランスに気をつけた。

ロジックモデルは、通所介護を端的に紹介できる資料としてさまざまな方に活用いただけるようになった点が、短期的な成果といえる。長期的な成果をあえて説明するとすれば、研究をいっしょにした委員から「このロジックモデルを使えば次はこんな研究ができるんじゃないか」という発言が聞かれたように、委員や関係者に、研究に対する積極的な雰囲気や醸成できたことが、嬉しい変化と考えている。

基礎研究②に関しても同じように議論を重ねながら行った。それはロジックモデルを元にした「デイサービスの経験頻度に基づくケアプロセス評価指標の開発」である。申し上げたいのは、基礎研究①が基礎研究②に発



展し、可視化という言葉で止まっていた問題意識が、因果関係を検証したり、実態を把握して振り返ったり、具体的なケアの項目に落とし込んでいくために指標化していきたいと考えたり、より具体的な課題式に発展していったということである。研究という視点からみても、調査項目をつくる過程、調査をすることの意味、それから調査結果に対する解析方法の選定、そこに委員や職員のコメントが生かされている。

次に、筆者たちがトライしたいと考えていることがいくつある。開発したロジックモデルや評価指標をさらに多様な通所介護の現場にフィットするよう修正していくことである。また、作成した指標を元に、既存のカルテデータを自動入力するようなシステムをシステム会社とコラボレーションし、蓄積データを使った因果検証もしてみたい。また、もう1度、利用者の目線に立ちサービス評価の枠組みをきちんと見直すことにも挑戦したい。そして、もう1つやってみたいと思うことが、「介入プログラムの開発」である。システムティックレビューを活用した新しい介入プログラムを開発したいと考えており、基盤研究Bをいただき、オーストラリアの先生方にもご助力いただくことができるようになってきた。研究の広がりを感じている。

最後に、資料をまとめるにあたり、改めて気がついたこと、気をつけなくてはいけないと思ったことを述べる。1つ目は、研究方法のクオリティを担保する責任の重さである。研究者として単身で現場のみなさんと議論していく過程では、自分が知っているだけでなく、最新の研究手法や統計手法、哲学的なバックグラウンドまで、ある程度広い知識をもったうえで、自分の直感や現場の課題をどのようにすることが現代の科学技術のなかで最適であるのか、きちんと判断できることが求められると考える。2つ目は、論文執筆の責任の重さである。きちんと社会に発表することで、より多くの方に還元していくことが求められるので、逃げずにきちんとやるべきだと改めて思った。3つ目は、教育業務のスリム化等である。忙しさを受け入れて言い訳をするのではなく、効率化できる部分を探して、実現して変革を起こし、研究者の時間を自らの手で作り出していくことも、現場のみなさんと肩を並べ、歩みを共にするためには大事な務めであると感じている。4つ目は、チームのプロセスを細くオープンにすることの大事さである。この協働研究の過程においては会議や打ち合わせの議事録、議事メモをとっておいた。国際誌に協働型研究を投稿する際、そう

いった議事録や会議の記録を提出するよう求められることがあると聞いた。研究プロセスを証明する材料として大事なことだと思っている。最後は、自分自身を社会にオープンにすることの大事さである。このプロジェクトでは小林氏というキーパーソンが筆者をさまざまな人につないでくれた。筆者自身が一般の方にとって、もっともっとオープンであることでこういったご縁をもっと得やすいのではないかと考え、よりオープンにしていくことがこれからは大事であると感じている。

## VI. 講演④「Community Based Participatory Researchの実例；通所介護事業所との協働研究プロジェクト 実践者の立場から 成瀬先生に共同研究を依頼するまでの経緯」

講師：小林 正幸氏（文京湯島文京昭和高齢者在宅サービスセンター長）

昨年まで「東京都高齢者福祉施設協議会デイサービス分会」の会長を拝命してきたなかで、成瀬氏に共同研究を依頼するまでの経緯について紹介する。

都内370の会員施設が参加しているデイサービス分会に「デイサービス課題検討委員会」を設置し、著者はその委員長も兼任していた。委員会の主な役割はデイサービス分会の企画・運営であるが、もう1つの大切な役割として、介護保険制度の制度改正・報酬改定への要望、提言の素案づくりも担っていた。しかし、さまざまな要望等を提言するも、厚生労働省もしくは東京都にはなかなか声が届かず、行政主導の改正が続いていた。「何とかこちら側（サービスを提供する側）の意見を反映させることはできないだろうか」と思案していたが、なかなか届かない。なぜ届かないのだろうか悩んでいたときに、厚生労働省の方より「デイサービスって、なにをやっているのかわらないんだよね…」といわれ、この言葉をヒントに、ならばデイサービスの機能を知っていただこうと「デイサービス機能検証事業」と銘打ち課題検討委員会のなかで検討することになった。

デイサービス機能検証事業は6～7人の委員で構成されており、そのなかで熱心に話し合いを行うものの、現場目線ゆえなのか思いが先に立ってしまい客観性に乏しい意見が多く、われわれが国や都になにをどう訴えたいのかを焦点化できないままの状況が長く続いた。また、われわれは学者や研究者ではないので、統計・調査も含



めて専門性もなく、エビデンスに欠ける抽象的な「安心して」「安全な」「適切な」など、そういった言葉が多く、ただ思いばかりが先に立ち、また月1回の就業後の委員会では到底時間もとれず当然のごとく行き詰まってしまう、委員だけで進めていくのは厳しい状況となっていました。そこで、委員のなかで議論した結果、研究者への共同研究の依頼することとなった。

次に、だれに依頼するかということで、成瀬氏への依頼に至った経緯をお話する。筆者は、成瀬氏とは、彼が博士課程学生時代の2009年に文京区の「要介護認定審査会」で1年間ごいっしょにさせていただいたことがあった。その際にデイサービスに関心をもっていたが、デイサービスとはどういうものなのか是非みてみたいということで見学に来られたり、その後も、夏祭り等の行事にもボランティアとして参加したりするなど、職員、利用者と自然な交流が生まれる関係を築いてくれていた。そのなかで、成瀬氏に「デイサービスは、なにかもって色んなことができる可能性をもったサービスにみえますね。」という感想をいただいたことも筆者のなかに強く残っていた。このようにわれわれと自然に関わってくれ、ある程度現場を理解している方をお願いするのが最善だろうと考え、筆者が推薦させていただいた。

初めて委員会に参加した際、委員同士の話し合いを先生に聞いていただいたが、相変わらず思いが先行するような客観性に乏しい意見しか出ていなかったように振り返っている。そのとき、成瀬氏から「う～ん、結局なにがしたいのかよくわからないですね」といわれ、「冷蔵庫の中になにが入っているのかわからないのに、こんな料理ができますよ、という話ではできませんよね」という言葉とともに、「デイサービスの中身を可視化することから始めるべきではないですか…」という意見をいただいた。これには委員全員が目から鱗で、やはり抽象的な言葉を並べるのではなく、きちんと客観的に精査していく必要があるのではないかと再確認し、その場でぜひ成瀬氏にお願いしようという結論に至った。

成瀬氏には、デイサービス分会で講演会や研修会も開催していただき、「機能検証事業」も「デイサービス可視化事業」と名称を変更して、まず「デイサービスの中身を可視化する」ことから始め、共同研究に至るという流れとなった。

成瀬氏の、われわれのどんな質問に対しても親身になって二つ返事で応えてくれる対応や、親しみやすさ、かっこよさ、物腰の柔らかさなどが多くの会員を安心さ

せたのだと思う。

もう1つ大事なこととして、いっしょに考えてくれるというスタンスで関わってくれる、むずかしい言葉ではなくてわかりやすい言葉で話してくれる、われわれが理解しやすいようにひも解いてくれる、そういう所が成瀬氏のいい所ではないかと、この場に来られなかった委員から聞いている。

普段、いろいろな先生方から協力を依頼されることがあるが、どちらかというと自分の研究を優先させる方が多いように感じる。高齢者が集まる1つの集団、フィールドというただそれだけの考えで、ある1つの仮説を立て、それを検証するためにこういう調査をさせていただきますというような依頼で、自分の研究を優先させるという傾向が強く感じられて、職員としてみても結局それにお付き合いですという形だけで終わってしまっているところがある。それに比べ、成瀬氏は自分の研究を優先するのではなく、われわれと同じ目線で関わってくれ、まず純粋に現場への関心、興味をもってくれる。

また、職員に対して先生という上から目線ではなくて、垣根がなく職員と交流してくれる、現場を理解しようという気持ちがある。それが、職員、委員、会員に伝わっており、成瀬氏のお人柄だけではなく、自分の研究を優先せず、いっしょに考えてくださるというスタンスがあって、はじめて継続できるものではないかと思っている。

## VII. 質疑応答・意見交換

質疑応答・意見交換のLIVE配信の司会は、北岡英子委員（神奈川県立保健福祉大学教授）と山下留美子委員（徳島大学大学院医歯薬学研究部教授）により進められ、まずは、研究活動推進委員会の大森純子委員長（東北大学大学院医学系研究科教授）より、挨拶と本セミナーの開催趣旨が報告された。

事前に受け付けていた質問でもっとも多かったCBPRの根幹となる具体的な関係性の築き方についての各先生からのご意見は以下のとおりであった。

麻原氏：CBPRでいちばん重要なのは、パートナーシップに代表されるように、民主的であること、平等の関係性でやっていけること、それがCBPRの根幹となる。

住民さんは、その地域で生活をしていることにおいて、

その地域の生活のプロというとならえ方が1つのヒントになる。台東区でCBPRのような形で大学の教員として参加させていただいたけれど、どちらかというと活動を教えてもらうとか院生と入っていったいっしょに学ぼうというスタンスであった。それが重要であったと思う。われわれもなにかできることはお手伝いします、という立場であった。

平原氏：お互いに近くなりいろいろな話をするなかで、私は看護のこと、体、暮らし、まちの習慣、健康をお伝えし、住民からはこのまちのリアルな情報を教えていただくような、いまなんでこんなに不健康なのだろうかという現象をいっしょにじゃ考えてみますか？ という、1つの健康課題や現象がどうして起こったのかっていうところをいっしょに明らかにするっていうことのプロセスだと思う。研究のことをいわなくても、これは何で起こるんですかね？ ちょっと調べてみましょうか、そうやって自然な形でできるっていうのは、とても貴重な場だなと思っている。

成瀬氏：よかった点をあえて言語化するなら、自分がある程度研究者として自立して、アイデンティティをもっていったことは大事だったかなと思っている。個人として、いっしょに楽しくやっていくなかで、自分自身も持っているスキルとか知識とか大事にしたいものっていうのは、あまり意識化せずにみなさんにご提供させていただいた感じがした。自分のアイデンティティがぶれない自律した人、ちゃんと自分の足で立ったうえで、それでいて相手といっしょに寄り添える人がいいのかなと思った。

小林氏：客観的に物事をみてくれる力、現場と寄り添ってくれること、CBPRとしていっしょに研究していくうえで大事なことというのは、現場や利用者、職員に対する理解である。基本的には、いっしょにつくっていく、いっしょに考えていく、という姿勢をもってくださればそんなにむずかしいことではないのかなと思う。

小倉氏（小林氏のご所属の生活相談員）：成瀬氏のインタビューを受けた利用者は、楽しかった、話をしてくれて本当に嬉しかったなど表情が違う。（利用者のそういう表情を引き出してくれる先生だからこそ）職員も喜んで、協力をしたいなという気持ちでいる。

次に、LIVE配信中に「目にみえる関係性が大事であるが、“with コロナ”、フェイス・トゥ・フェイスがで

きない状況でのパートナーシップの構築」への質問がチャットで届いた。それには、多くの人が持っているスマートフォンを用いると、場所や時間に制限されずつながりやすくなったという意見や、その場合は、話す人がかたよらないようにファシリテーターが必要であるという意見、高齢者ではなかなかICTを使えないので、コロナ対策をしたうえで、集まって対面で行うという意見等が出された。

## VIII. 研究セミナーを終えて

参加者は、学会員101人、大学院生30人、非会員8人の計139人であり、多くの参加を得ることができた。終了後のアンケートは43人から得られ（回答率30.9%）、内容については、「かなりよかった」62.8%、「まあよかった」30.2%であり、満足度の高いものであったと考える。また、CBPRについての理解は、「かなり理解できた」30.2%、「まあ理解できた」65.1%であり、CBPRを理解していただける機会となった。

今回の研究セミナーは、初めてのオンライン開催となったが、93.0%が参加しやすいと回答しており、移動時間、旅費もかからず、自分の都合で視聴できるため、気軽に参加できる点が良い、という意見もあった。

今後の研究セミナーへの希望としては、「インタビュー調査のコツ」や「地域看護管理」「CBPRの続編（発展編）」が挙げられた。

アンケートの結果からも、理解しやすい満足度の高い内容であったことが伺え、講師の先生方には、日々の活動を惜しげもなく語ってくださり、深く感謝したい。また、ご多忙なか、動画の撮影やLIVE配信での質疑応答・意見交換への参加など、ていねいにご対応いただき重ねて感謝申し上げます。

### 2019～2020年度研究活動推進委員会

委員長：大森 純子（東北大学大学院）

副委員長：和泉 京子（武庫川女子大学）

委員：北岡 英子（神奈川県立保健福祉大学）

平野美千代（北海道大学大学院）

松永 篤志（東北大学大学院）

山下留理子（徳島大学大学院）

---

# NEWS FROM JACHN

---

## Topics of Japanese Community Health Nursing

### 1. COVID-19 and Community Health Nursing in Japan

#### 1) Overview of COVID-19 in Community Health Nursing Practice in Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare

##### Kyoko Yoshioka-Maeda

Chief senior researcher, Department of Health Promotion, National Institute of Public Health, Saitama, Japan

With the outbreak of COVID-19 in China, the World Health Organization (WHO) declared a public health emergency of international concern in January 2020<sup>1)</sup>. Maintaining the healthcare system in each community is a crucial issue. After facing several waves of the epidemic in 2020 (1), the Japan Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) has asked each health center to estimate the number of personnel and hospital beds needed to respond to the maximum demand for COVID-19 patients in June 2020<sup>2)</sup>. For balancing infection prevention and socioeconomic activities, the MHLW announced future initiatives on 28 August 2020<sup>3)</sup>. To further reduce the burden on public health centers (PHC) and hospitals, COVID-19 patients with minor or asymptomatic conditions are treated at their

homes<sup>3)</sup>. Additionally, expanding the polymerase chain reaction test (PCR) and securing the health and medical care delivery system is a crucial measure for early detection and keeping sustainable service provision to community people<sup>3)</sup>.

Securing staff is an urgent issue for each local government. The World Health Organization (WHO) highlighted the necessity of considering task sharing, securing staff, and task shifting<sup>4)</sup>. With regard to securing staff, the MHLW and the Ministry of Internal Affairs and Communications developed a scheme to supporting the dispatch of public health nurses (PHNs) and other professionals among local governments and from related academic societies and organizations to enable emergency response across prefectures<sup>5)</sup>. In cases of particular urgency the MHLW would coordinate the dispatch of the PHNs without waiting for notification from the prefectural government. Additionally, each prefectural government would prepare to establish a human resource bank to register potential PHNs in 2021. With regard to task sharing and shifting, the MHLW emphasized reducing the workload of PHCs and reexamining the tasks that can be reduced or postponed, and outsourcing work. The MHLW showed good practice regarding developing sustainable health service systems and resource allocation<sup>5)</sup>. Furthermore, due to the increasing number of people entering Japan with the easing of entry restrictions from some countries and consulting with foreign residents in Japan, the MHLW started telephone interpretation services to

public health centers in December 2020. This service covered six languages, including English, Chinese (Mandarin), Korean, Spanish, Portuguese<sup>6)</sup>.

Managing limited human resources and providing specialized care for COVID-19 patients in each community, and developing sustainable health and medical care systems is crucial (Yoshioka-Maeda et al., 2020; WHO, 2020b). The MHLW has provided technical support for local government for combating COVID-19 and saving community-dwelling people's lives.

#### [References]

- 1) World Health Organization: Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (4 January 2020).
- 2) Japan Ministry of Health, Labor and Welfare: Kongo wo misueta hokenshi no soku ou taisei no seibi ni tsuite. <https://www.mhlw.go.jp/content/000641920.pdf> (4 January 2020).
- 3) Japan Ministry of Health, Labor and Welfare: Shingata corona virus kansenshou ni kansuru kongo no torikumi. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000664804.pdf>. (4 January 2020)
- 4) World Health Organization: Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. Interim guidance 19 March 2020. Retrieved:[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF\\_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 5) Japan Ministry of Health: Labor and Welfare and Ministry of Internal Affairs and Communications. Hokensho ni kakaru 'shingata corona virus kansenshou ni kansuru kongo no torikumi' ni tsuite. <https://www.mhlw.go.jp/content/000680239.pdf> (4 January 2020).
- 6) Japan Ministry of Health: Labor and Welfare. Hokensho ni okeru shingata corona irus kansenshou ni shisuru denwa tuuyaku service nit suite. <https://www.mhlw.go.jp/content/000710395.pdf> (4 January 2020).
- 7) Yoshioka-Maeda K , Iwasaki-Motegi R, Honda C: Preventing the dysfunction of public health centers responding to COVID-19 by focusing on public health nurses in Japan. *Journal of Advanced Nursing*, May 4: 1–2, 2020, doi: 10.1111/jan.14409.

## 2) Voluntary Consultation in COVID-19 from Japan Academy of Community Health Nursing

### Sanae Haruyama

*Chair of Committee for Improvement of Disaster Relief*

The Japan Academy of Community Health Nursing (JACHN) began its COVID-19-related support activities in March 2020 by supporting a Hokkaido COVID-19 countermeasures team in response to a request from the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). I set out to Hokkaido with another member of the JACHN to sort out issues in public health activities and advise lead public health nurses. In addition, roughly 20 JACHN members with experience in public health center activities and home care support gathered and organized information on severely ill patients to support the MHLW surveillance team.

In the second wave of COVID-19, which occurred from June to August, about 10 JACHN members supported public health centers in Tokyo and other regions where infections were prevalent. This support included consultations by phone, observing the health of patients recuperating at home and people who had close contact with COVID-19 patients, proactive epidemiological surveys, and preparing checklists to prevent infections at facilities such as elderly care facilities.



These JACHN members also advised lead public health nurses on matters such as securing support staff and constructing a system for accepting support.

In Japan, the spread of COVID-19 has forced public health centers to take on more duties. As a result, the maintenance and enhancement of public health centers' functions have become major issues. The MHLW has created a personnel bank to support public health centers in dealing with COVID-19 and has asked the JACHN for its cooperation. The third wave, in which COVID-19 spread widely from December to February, required networks of all government offices in infected regions throughout the country and securing personnel from outside municipalities dealing with infections and elsewhere to support public health centers. These requirements in turn called for a reexamination of organizational structures and management for accepting large numbers of personnel. Constructing a system for accepting support is not easy when dealing with ever-growing numbers of COVID-19 patients. The JACHN, which has registered with the MHLW's personnel bank, has not only supported the implementation of epidemiological surveys and health observation but has also used its previous support experience to support the management of incoming personnel; this management involves the placement and duties of personnel, orientation in those duties, and the provision of materials. Even as we speak, JACHN members are providing support to local public health centers and other facilities as the spread of infection demands.

Our experience in the ongoing pandemic has brought the roles of the JACHN into focus. These roles include operational support, support for lead public health nurses in regard to COVID-19 countermeasures and management for accepting support, and learning and transmitting public health

nursing findings related to COVID-19 countermeasures.

### **3) Collaboration among Public Health Nurses Belonging to Municipalities or Public Health Centers Toward Countermeasures Against the Novel Coronavirus**

**Hatsumi Yamazaki**

*Director of Public Health Planning, Kobe City Health Bureau*

Kobe is a designated city with a population of around 1.52 million people. There are 224 public health nurses working in 39 departments across 32 divisions at city government and 9 ward offices.

Under normal circumstances, a total of 5 managers and staff members (public health nurses and administrative staff) led by the public health director (a physician) are responsible for policy planning and coordination related to communicable disease. In addition, area-based public health nurses, who are responsible for maternal and child health, adult and elderly health, and comprehensive community care support, handle matters related to infectious diseases in the community.

The outbreak of COVID-19 is recognized as a public health crisis, and all of Kobe's public health nurses are involved in the fight against the virus while continuing to carry out their regular duties. A system allowing flexible support to be provided was implemented jointly by the administrative staff of the human resources division and the heads of each department.

Since the first case of COVID-19 was reported in Japan, public health nurses at city government and each ward office worked together to share information and ensure the smooth handling of matters at each phase of the project.

A consultation center was set up in city

government early on, and relevant information was shared with the public to raise awareness and prevent panic in the community. In addition, staff worked to improve the system by participating in the establishment and operation of treatment facilities.

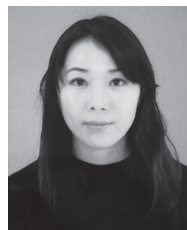
With respect to the care of COVID-19 patients, ward-based public health nurses assessed patients at home or at medical facilities and advised them regarding whether they should stay home from work or be hospitalized. To determine the source of infection and prevent the spread of further infection, patient interviews were conducted to collect information about symptoms, behavior history, and workplace contacts and patients were instructed on proper disinfection techniques. The role of public health nurses is to obtain accurate information, prevent patients from becoming seriously ill, and minimize cluster outbreaks by collaborating with medical institutions and social welfare facilities. Public health nurses also raise awareness about environments and behaviors associated with high risk of infection.

The individual responsibilities of public health nurses vary widely in terms of quantity and quality. Accordingly, they may be actively involved in planning and manualization, with the goal of preventing the spread of infection through cooperation with administrative staff, support from university faculty, outsourcing, and other multidisciplinary efforts.

Lastly, public health nurses have never experienced a situation similar to the current COVID-19 pandemic and it can be difficult to obtain information useful for public health guidance. We sincerely hope that this experience will lead to the establishment of a network that enabling public health nurses to share such information on a global level.

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

### 1) Mothers' Process of Avoiding Radiation Exposure by Fukushima Daiichi Nuclear Power Stations Accident



**Hitomi Matsunaga**

*Atomic Bomb Disease Institute  
Nagasaki University, Department  
of Global Health, Medicine and  
Welfare*

**Background:** On 11 March 2011, the Great East Japan Earthquake caused extensive damage to Tokyo Electric Power Company's Fukushima Daiichi Nuclear Power Station (FDNPS), which resulted in the release of various radionuclides into the atmosphere. Due to the accident, many guardians of children evacuated to their hometowns because of anxiety about exposure to radiation and health effects for their children, even if their area was not under an evacuation order. However, the psychological and behavioral processes of these guardians have not been clarified.

**Objective:** The purpose of the study is to clarify the voluntary evacuation process of mothers of children under 6 years of age for the purpose of avoiding radiation exposure at the time of the FDNPS accident.

**Method:** A semi-structured interview was conducted with the 21 mothers and the data were analyzed following the trajectory equifinality approach (TEA).

**Results:** Immediately after the accident, mothers became aware of the serious damage caused by the accident via TV and radio, and then they began to collect more detailed information on social networking services (SNS) including Twitter, LINE and Facebook. There, mothers saw negative information about the accident. Moreover, they

encountered information from SNS stating that if they were to continue to live in their residential area, their children would begin to suffer various health consequences due to the accident from the radionuclides. At that same time, the Government of Japan said there were no immediate health effects from the accident. However, mothers did not trust the information from the government because they perceived general health symptoms such as cough, fever, and nosebleeds in their children as potential negative health effects from the accident based on information from SNS. From their experience, they began to distrust the information from the Japanese Government which said there would be no harmful health effects from the radiation caused by the accident. The mothers thought that if they continued to live in their residential area instead of evacuating, their children may experience more and more health issues that were attributable to their radiation exposure. Because of this, the mothers began to consider taking their children and evacuating the disaster area. In addition to considering whether to evacuate the disaster area with their children, the mothers also had to think deeply about how this choice would affect their family members, especially their husbands. However, while negotiating whether to evacuate the disaster area with their husbands, the mothers decided to give priority to their role as mother. As a result, they decided to evacuate the disaster area to provide a good life for their children.

**Discussion:** There is scientific evidence that health effects on children living in affected area of the FDNPS accident did not occur<sup>1)</sup>. However, the mothers recognized the possibility of future health effects children due to the FDNPS accident. When working as a regional nurse and providing support to the mothers, it is important to understand that they had to endure suffering and conflict prior to their evacuation. Even if mothers have incorrect

knowledge about the accident and radiation health effects, we should understand their desire to protect their children from the accident.

#### **[Reference]**

- 1) Nuclear Emergency Response Headquarters of Japanese Government. Report of Japanese government to the IAEA ministerial conference on nuclear safety. The Accident at TEPCO's Fukushima nuclear power stations. Available at <http://www.iaea.org/newscenter/focus/fukushima/japan-report/>. Accessed 2020 January 21.

## **2) Psychological Process of Starting and Continuing to Quit Smoking among Outpatients in a Stop-smoking Clinic**



**Akiko Yoda**  
*Saku University, School of Nursing*

**Purpose:** The purpose of this study is to identify the psychological process of stopping smoking and continuing to be smoke free by outpatients of a Stop-Smoking Clinic.

**Method:** Six outpatients of a stop-smoking clinic were interviewed after visiting the clinic for three months, (from the initial visit until the last visit). Results were analyzed using a modified grounded theory approach.

**Results:** Various stages were observed within the process :from “developing the desire to quit smoking” and “preparing to organize one’s feelings” at the initial visit, “seeing the light at the end of the tunnel, and relaxing a little” after starting to stop smoking by “consciously working to change one’s mind to quit,” and “definitely deciding to stop” by the end of the visits. Self-anxiety which decided smoking cessation at the initial visit changed to

feelings of confidence through the above-described process. It was observed that “self-anxieties decreased but could not be completely eliminated” even to the end, and these two processes mutually existed. However, psychological support by family and clinic staff encouraged the stopping of smoking.

**Discussion:** While anxiety regarding being able to continue to stop smoking were concurrently present, a psychological process where feelings of achievement in overcoming difficulties and gaining a feeling of self-efficacy were found to connect to the continuation of efforts to stop smoking.

### 3) Public Health Nurses’ Support Based on the Perspective of the Viability among Residents with Schizophrenia Who Are Untreated or with Interrupted Treatment



**Keiko Matsumoto**  
*Osaka City Health Center*

In mental health, medical, and welfare measures, a “comprehensive community care system for people with mental disorders” has been established, and legal development is underway with the aim of “enhancement of early support for those who have been untreated or with interrupted treatment”. Under such circumstances, further enhancement of the support system for people with schizophrenia is required.

The ultimate goal of treating schizophrenia is to reduce patients’ mental symptoms, help them regain viability and hope for life, which are often lost due to various dysfunctions caused by schizophrenia, and enable them to live their own lives. Therefore, the viability of schizophrenic patients needs to be correctly grasped because it is not only important for treatment, but is also an important index related to a

stable life in the future.

The purpose of this study is to clarify public health nurses’ (PHNs’) support in terms of the viability of residents with schizophrenia in the local community who were untreated or had interrupted treatment. In this study, semi-structured interviews were conducted with 10 PHNs experienced in mental health and welfare counseling at municipal public health centers. Transcripts of the interviews were analyzed qualitatively.

Their average years of experience were 23.2 years as a PHN and 3.4 years as a mental health and welfare counselor. There were four untreated cases and nine cases of interrupted treatment. Nine categories and 42 subcategories were extracted as PHNs’ support in terms of viability. For many of the cases they dealt with, it was difficult to provide continuous support.

The PHNs found the viability of patients from the context of relationships by continuously engaging with residents, and from their living environment, and they led patients to treatment. Viability is partially reduced when the patients’ conditions worsen due to lack of treatment or treatment that is interrupted. However, patients were able to live at home even if their viability declined, and the PHNs found that they had the ability to supplement patients’ viability. Therefore, the PHNs regarded patients’ power as viability, focused on it as giving the ability to continue living in the community, and PHNs provided support.

In this study, while PHNs were carefully involved in the lives of people with schizophrenia, the process of grasping the ingenuity and adaptability acquired by patients and the support skills of PHNs according to patients’ viability were clarified.

We believe that this information can be widely used in various types of difficult cases in the field of mental health in the future.



We aim to convey the support skills revealed in this study to PHNs and improve the quality of assistance for people with schizophrenia and their families from now on.

Finally, we would like to express our sincere gratitude to everyone who cooperated with this research.

### **3. “Community & Home Health Nursing” of the renew curriculum in nursing education in 2020**

**Ayumi Kono**

*Osaka City University, Department of Home Health Nursing*

Japan is facing a declining birth rate and progressively aging population, and a well-designed health care system should be established in accordance with the Community-based Integrated Care System and Regional Health Care Plan, which were promoted by the government. Information and communication technology (ICT), including artificial intelligence (AI) or Internet of Things (IoT), is rapidly introduced to the field of clinical or long-term care and in many other industries. Workplaces of nurses who provide direct care to patients are extending to a wide variety of homes or facilities, not limited to traditional clinical settings including hospitals, outpatient clinics, or nursing homes. Nurses who bear health care of the next generation are expected to acquire competency in interdisciplinary collaboration and creativity to provide care to patients or clients with diverse and complex care needs.

Following these kinds of changes in the situation of our society, the fifth amendment of the Designation Rule for Certifying School of Nursing, which was previously in 2008, was conducted in 2020 according to the Health Policy Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare. Particularly, basic

competency could be enhanced to provide nursing care for individuals living in various public health/clinical/welfare care settings with multidiscipline collaboration in the present revision.

One of the major revisions in our expertise of community health nursing is that the subject “Home Health Nursing” is revised to “Community and Home Health Nursing.” Furthermore, academic credits for nursing lectures are going to increase from four to six credits to enhance nursing provided in community care settings. On achievement of the revised subject, nursing students could understand the characteristics and care needs of community-dwelling individuals and their families and acquire fundamental knowledge and skills and appropriate attitudes for providing nursing care in various community health and welfare care settings.

To date, “Home Health Nursing” was considered a subject in integrated nursing subject group, which generally should be provided to senior grade nursing students after nursing clinical curriculum focused on nursing in hospital. However, in the present revision, “Community and Home Health Nursing” was regarded as a major nursing subject, which should be provided to junior grade nursing students immediately after they learned basic nursing theories or methods. This revision intends for nursing students to study community and home health nursing throughout the course in the school of nursing, as all patients or clients come from their communities and go back to their communities, even though they have diseases or receive medical treatment in hospitals.

The amended rule will be applied in the nursing curriculum, including vocational nursing schools or nursing colleges nationwide from April 2022. Therefore, there is a challenge to clarify and introduce novel or significant aspects of community and home health nursing in nursing education programs.

## The 24th Annual Research Conference of JACHN

**Theme :** New Challenges for Community Health Nursing in Inclusive society

**Date :** August 27- September 12, 2021 (On-demand streaming) , September 11-12, 2021 (Live streaming)

**Chair :** Emiko Kishi (Graduate School of Nursing, Toho University)

**Program :**

◆Chairperson's speech : Emiko Kishi

Community Health Nursing Toward Inclusive Society

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

**Website :** <https://confit.atlas.jp/guide/event/jachn24/top>

## Conference Advertising

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

**Date :** June 21-22, 2022

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

**Greeting :** At Linnaeus University we are very proud to be hosting the upcoming 2022 ICCHNR-conference. We aim to turn this conference an opportunity for researchers from both near and far to attend and to present their most recent research findings in the field of "Community nursing towards sustainable health". We hope to attract specialists from various disciplines of community nursing, professional, education, research and management to the conference.

**Website :** <https://lnu.se/en/communitynursing2022>

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

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

**Venue :** Grand Cube Osaka (Osaka City)

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

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

**Website :** <https://www.gnphn.com/gnphn-6th-international-conference-japan-2022/>

Publisher: International Exchange Promotion Committee

Ayumi Kono (Osaka City University), Kaoru Konishi (Osaka University),

Reiko Okamoto (Osaka University), Miho Hamayoshi (Bukkyo University),

Kyoko Yoshioka (National Institute of Public Health)

Secretariat of JACHN:

162-0825 2F Ozawa-building, 4-1-1, Kagurazaka, Shinjuku-ku, Tokyo

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

MAIL: [office@jachn.net](mailto:office@jachn.net)

## 編集後記

新型コロナウイルス感染症の発生から1年余り、その影響は世界規模で大きく社会を揺り動かしています。ちょうどこの原稿にかかる時期に日本ではワクチン接種が開始され、いよいよWith/Afterコロナの時代を見据えた動きが活発になるともいわれます。さまざまな変化をもたらす未知の時代に、どのように向き合うか、これまでの専門分野にとどまらず広くアンテナを広げて感性を高めつつ、地域看護学の学術発展と社会実装がいよいよ重要と感じているところです。本誌でも、今後さらに、みなさまの活発な研究活動と論文の投稿により幅広い研究成果を共有できることを祈っております。

本号では、原著1編、研究報告3編、地域看護に活用できるインデックス2編、研究セミナー報告、英文ニュースレターを掲載できました。ご尽力いただきました執筆者、投稿者ならびに査読者のみなさまに心より感謝申し上げます。本誌は電子化2年目を迎えましたが、会員のみなさまには電子ジャーナルとなってどのようにお感じでしょうか。編集委員会では、2020年12月下旬～2021年1月中旬に本誌の電子化に関する調査をWeb上で実施し、寄せられた貴重な意見をもとに、すぐにも対応できることから取り組むこととしました。学会誌の最新号やインデックスにアクセス・ダウンロードしやすいよう学会ホームページを工夫すること、各号の発行をより明確にお知らせするメールマガジンの改善などがその例です。今後みなさまからご意見をいただきながら、有用な学会誌のあり方を追求していく必要があると感じています。最後に、このコロナ禍の難局に、地域看護学領域の、それぞれのお立場で対応されている会員のみなさまに心からの敬意を表し、ご健勝とご活躍をお祈りいたします。

(井手 知恵子)

## 「日本地域看護学会誌」投稿論文の締切について

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

## 論文の電子的公開の削除のお知らせ

この度、著者からの申し出および共著者全員の同意に基づき、以下の論文について、電子的公開を削除いたします。

地域看護活動報告「未利用の介護保険経度認定者の認定申請とサービス利用意向」第13巻第2号、p.93-98.

電子的公開削除の理由：著者都合による

以上

日本地域看護学会編集委員長 北山三津子

日本地域看護学会誌 第24巻第1号  
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.24, No.1

発行日 2021年4月20日  
発行 一般社団法人日本地域看護学会  
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 (株)ワールドプランニング内  
E-mail : ckango@zfhv.ftbb.net <http://jachn.umin.jp>  
発売元 株式会社 ワールドプランニング  
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1  
Tel : 03-5206-7431 Fax : 03-5206-7757  
E-mail : world@med.email.ne.jp <http://www.worldpl.com>