

目次

- 巻頭言
3 地域看護にとってのデジタル改革の意味
大木幸子
- 原著
4 男性高齢者の社会活動への参加要因に関する研究
森永朗子・原田春美・緒方久美子・兼岡秀俊
- 12 日本人労働者のヘルスリテラシーの概念分析
帆苅なおみ・石川麻衣・松井理恵・佐藤由美
- 総説
21 Violent Victimization of Adults with Severe Mental Illness Living
in a Community
Kana Kimura, Akiko Sasaki, Shio Tsuda
- 研究報告
31 独居高齢者の低栄養の高リスクと身体的・心理社会的健康との関連
廣地彩香・上野昌江・大川聡子・根来佐由美
- 資料
40 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師の
コーディネーションの現状と課題
岡野明美
- 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
48 発達障害の可能性のある子どもと親への早期支援
西嶋真理子
- NEWS FROM JACHN
53 NEWS FROM JACHN No. 21
- 編集後記
62
都筑千景

Contents

Preface

- 3 What Digital Reform Means for Community Nursing
Sachiko Oki

Original Articles

- 4 Study of the Factors of Elderly Male Participation in Social Activities
Akiko Morinaga, Harumi Harada, Kumiko Ogata, Hidetoshi Kaneoka
- 12 Concept Analysis of Employee Health Literacy among Japanese Workers
Naomi Hokari, Mai Ishikawa, Rie Matsui, Yumi Sato

Review Article

- 21 Violent Victimization of Adults with Severe Mental Illness Living in a Community
Kana Kimura, Akiko Sasaki, Shio Tsuda

Research Report

- 31 Relationship between High Risk of Undernutrition and Increased Risk of Physical and Psychosocial Health Problems among Older Adults Living Alone through Study of Luncheon
Ayaka Hirochi, Masae Ueno, Satoko Okawa, Sayumi Negoro

Information

- 40 Coordination Practice for and Issues Encountered by Public Health Nurses in Community General Support Centers Regarding Life Support Provided to Older Adults with Dementia
Akemi Okano

Index for Utilization in Community Health Nursing

- 48 Early Support for Children Who May Have Developmental Disabilities and Their Parents
Mariko Nishijima

NEWS FROM JACHN

- 53 NEWS FROM JACHN No. 21

Editor's Note

- 62 *Chikage Tsuzuki*

巻頭言

地域看護にとってのデジタル改革の意味
——「コンヴィヴィアリティ」をとおして考える——

大木 幸子

杏林大学保健学部看護学科

日本地域看護学会誌, 25 (1) : 3, 2022

2020年から始まったCOVID-19のパンデミックにより、われわれの生活は多くの変化が生じ、世界の風景も一変した。その1つにデジタル環境の急速な進展がある。デジタル技術は、直接手当てをする看護とは遠い印象もあるが、地域看護にとっての意味をイヴァン・イリイチの「conviviality」という視点から考えたい。

イリイチは『コンヴィヴィアリティのための道具』¹⁾で、技術を使いこなすことで人間の自由度が高まるが、次第に技術に隷属し、行き過ぎた産業主義が進行することで、人々はサービスの消費者となると指摘している。医療や公衆衛生においても、技術進歩により医学が疾病を定義し、医学管理により住民は医療サービスの消費者となったりする。こうした状況は保健福祉介護にも共通する側面をもっている。

イリイチはこのような産業主義的な生産性と対峙する言葉として「conviviality」(自立共生)を用いた。イリイチによると、convivialityは「各人のあいだの自立的で創造的な交わりと、各人の環境との同様の交わり」であり、convivialityのための道具とは、「それを用いる各人に、おのれの想像力の結果として環境をゆたかなものにする最大の機会を与える道具」である。

現在のデジタル改革は、われわれにこの技術をconvivialityのための道具とできるかという問いを投げかけているといえる。convivialityのためのデジタル技術の活用例では、台湾のデジタル担当大臣であるオードリー・タン氏の推進した政策がある。たとえばジョイン(Join)という行政プラットフォームを双方向性のオンライン議会に進化させ、「使い捨て食器の禁止」という高校生の提案が、プラスチック製ストローの段階的禁止という政府方針につながった。また、COVID-19流行初期に政府によって公開されたマスクの在庫データベースを民間プログラマーが用いて、6,000か所以上の販売拠点のマスク在庫を30秒ごとに自動更新するマスクマップが迅速に開発された。これらのキーワードは公開、対等、協働である。

地域看護の実践において、人々が主体であることが指摘されて久しい。しかし、専門職と住民の間には情報格差があり、支援ネットワークは専門職が中心である場合が少なくない。地域看護実践においても、デジタル技術を、住民とデータをオープンに共有し、現状を分かち合い、対等に話し合う文化を醸成していくための技術として活用できるかは、重要なテーマである。

また、COVID-19流行に伴う急激なデジタル化では、IT環境やスキルをもつ者ともたない者をつくり、新たな排除を生み出すことも顕在化された。しかしオードリー氏は、社会の困難の解決には包摂の視点による変革が重要であり、そうした社会変革を起こすには、安全な居場所が必要であると指摘している。そしてそのためにもAI技術が活用できるとしている²⁾。少数の人々の困難を生活の場でいち早くとらえること、そして彼らが自らの暮らしをよくするために新たな技術を用いることができるような道具の構造を探索することは、地域での看護実践者の役割でもあり、イリイチの述べた「conviviality」社会の創造への参画につながるのではないかと考える。

【文献】

- 1) イヴァン・イリイチ(著)：コンヴィヴィアリティのための道具、渡辺京三、渡辺梨佐(訳)、筑摩書房、東京、2015。
- 2) 佐野未来：スペシャルインタビュー オードリー・タン、*The Big Issue Japan*, 425 : 4-8, 2022。

男性高齢者の社会活動への参加要因に関する研究

森永朗子¹⁾, 原田春美²⁾, 緒方久美子³⁾, 兼岡秀俊³⁾

抄 録

目的: 地域在住男性高齢者の社会活動参加に関連する要因を明らかにし, 男性高齢者の社会活動への参加を促進する支援のあり方について考察することを目的とした.

方法: A市在住の65歳以上の男性高齢者を対象とし, 無記名自記式アンケート調査を実施した. 社会活動に関する質問項目を因子分析し抽出した下位因子と, 個人的側面, 身体的側面, 心理的側面, 生活的側面, 社会的側面との関連について分析した.

結果: 980人に調査票を配布し, 416人を分析対象者とした(有効回答率42.5%). 社会活動に関する質問項目を因子分析し, 「地元との交流」「個人の楽しみ」「継続する学び」の3因子を抽出した. すべての因子と有意な関連があった項目は「経済的余裕」「歩行への自信」「老研式活動能力指標」「地域コミットメント尺度」であった. 「地元との交流」活動でのみ関連がみられた項目は, 疾患がない人, 後期高齢者であり, 「個人の楽しみ」活動でのみ関連がみられた項目は, 前期高齢者であることであった.

考察: 男性高齢者が社会活動へ参加するために, 介護予防支援や移動への支援, ICTの活用が効果的と思われる. 切れ目なく社会活動に参加するためにすべての年代の人が「地元との交流」活動に参加できるよう支援することも有効であると考えられる.

【キーワード】 男性高齢者, 社会活動, 参加要因, 地域

日本地域看護学会誌, 25(1):4-11, 2022

I. 緒 言

わが国の高齢化率は28.4%と世界でももっとも高い¹⁾. 平均寿命は2018年現在, 男性81.3年, 女性87.3年と男女とも80年を超えた¹⁾. 一方で, 健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間(健康寿命)は, 平均寿命と比べると男性で約9年, 女性では約12年も短い¹⁾. 健康寿命を延ばし平均寿命へ近づけることは, 高齢者自身のクオリティ・オブ・ライフの向上の

ためにはもちろん, 現在ひっ迫しているわが国の社会保障制度を持続可能とするためにも必須の課題といえる.

厚生労働省が推進している地域包括ケアシステム構築²⁾では介護予防への具体策として, 住民運営の通いの場の充実, 高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進を挙げている. 社会活動に参加している高齢者は, 参加していない高齢者に比べ, 要介護への移行が緩やかになること³⁾や, 認知機能が維持されること⁴⁾, 抑うつ状態の発生が有意に低いこと⁵⁾等が指摘されている. 一方で, 家族や地域社会との交流が乏しい, 社会的に孤立した高齢者が問題となっており, この社会的孤立は孤立死や高齢者による犯罪の増加, 高齢者を対象とした悪質商法の

受付日: 2021年5月15日 / 受理日: 2021年12月16日

1) Akiko Morinaga: 福岡大学大学院医学研究科

2) Harumi Harada: 関西福祉科大学大学院看護研究科

3) Kumiko Ogata, Hidetoshi Kaneoka: 福岡大学医学部看護学科

蔓延といった問題と関連があるとされている⁶⁾。このような社会的孤立と深く関係している背景要因として、年齢が高いこと、独居であること等とともに、男性であること^{7,8)}が挙げられている。男性高齢者は、介護予防事業への参加⁹⁾や、ふれあいサロンへの参加¹⁰⁾等の活動の場への参加が女性に比べて少ないこと等が孤立に陥りやすい原因であると考えられる。こうした社会活動に参加していない男性高齢者が活動に参加するようになれば、社会的孤立の予防となり、さらに健康維持・増進のための重要な手段となると期待される。これまで行われた高齢者の社会参加の要因に関する研究は、地域の高齢者サロンや老人クラブに参加している人を対象とした研究¹¹⁻¹³⁾、独居高齢者¹⁴⁾や虚弱高齢者^{15,16)}といった特定の社会活動に参加している人を対象としたものが多く、社会活動に参加していない高齢者を対象とした研究や、それらの男性高齢者の特徴を明らかにした研究はまだ少ない。そこで本研究の目的は、地域に住む男性高齢者を対象として、社会活動参加と関連する要因を明らかにし、男性高齢者の社会活動への参加を促進する支援のあり方について考察することとした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式調査票による量的記述研究デザインである。

2. 用語の定義

高齢者の社会活動には統一された明確な定義はない。橋本らは、「高齢者の社会活動」を「家庭外の対人活動」と規定し、そのなかの一側面に社会参加や奉仕活動のような狭い意味での社会活動があるとしている¹⁷⁾。平野は、日本の「高齢者の社会活動」の概念を、集団・組織への参加だけではなく、「家族以外の身近な人との相互交流や集団・組織への参加、また他者との交流を主眼とせずこれまで会社や家庭内で役割を果たしていた時間を自分のために使う、自己完結する活動を通じた社会との関わり」と分析し、ひとりで行う活動も間接的に社会とつながっているととらえている¹⁸⁾。本研究では、直接的な社会との関わりだけではなく、間接的な関わりも社会活動とすることとし、個人活動も含めた「家庭外での対人活動」と定義した。また、男性高齢者とは65歳以上の男性のこととした。

3. 対象

政令指定都市A市の住宅地であるB校区に住む男性高齢者のうち、協力者が把握している男性高齢者980人を対象とした。2019年9月現在の校区総人口は約22,000人、65歳以上の高齢者数は約5,900人、高齢化率は26.8%である。そのうち男性高齢者数は約2,400人である。

4. データ収集方法

地域の民生委員40人を協力者とし、研究責任者が民児協定例会で研究趣旨を文章と口頭で説明した。その後、協力者が対象者を訪問して調査票と同意説明文書、返信用封筒を配布し、対象者が研究責任者に直接郵送する方法で回収した。データ収集期間は2019年4月24日～9月2日であった。

5. 調査項目

平野¹⁸⁾や岡本¹⁹⁾の先行研究を参考に、高齢者の社会活動への参加には個人的側面、身体的側面、心理的側面、生活的側面、社会的側面が関連していると仮定し、調査項目を設定した。個人的側面(基本属性)は、年齢、既往の疾患も含めた疾患の有無、介護認定の有無、家族構成、介護している家族の有無、婚姻状態、住居形態、いちばん長く就いていた職業、最終学歴、現在の経済状態、趣味の有無についてたずねた。身体的側面は、主観的健康感、歩行、聴力、視力についてたずねた。心理的側面は、小塩らによる日本語版ten item personality inventory (TIPI-J)²⁰⁾を使用した。この尺度は、Goslingら²¹⁾が開発した10項目でBig Five²²⁾の5因子(外向性、協調性、勤勉性、神経症傾向、開放性)を測定するTIPIの日本語版である。調査票作成にあたり、尺度開発者の承諾を得て回答様式を番号記入式から選択式に変更した(2018年12月24日承認)。生活的側面は、古谷野らによる老研式活動能力指標²³⁾を使用した。これは、日常生活動作の測定ではとらえられない高次の生活能力を評価するために開発された13項目からなる尺度である。13点満点として生活での自立を評価し、得点が高いほど高次生活機能が高いことを意味する。社会的側面はKonoらによる地域コミットメント尺度日本語版²⁴⁾を使用した。地域コミットメントとは、人々がもつ地域に対する帰属や人付き合いに対する意識のことである。この尺度は、「付き合い」4項目と「帰属感」4項目の2つの下位尺度の計8項目から成り立ち、得点が高いほど地域コ

ミットメントが高いことを示す。男性高齢者の社会活動については、橋本¹⁷⁾や岡本¹⁹⁾の研究に基づいて、仕事、地域行事、町内会・自治会、老人会、趣味の会、ボランティア、伝承活動、シニア教室、カルチャーセンター、市民講座、シルバー人材、近所付き合い、近所での買い物、デパートで買い物、近くの友人訪問、遠くの友人訪問、国内旅行、海外旅行、誘引知人との食事、スポーツ、個人的な娯楽の21項目の調査項目を設定した。参加の頻度は「いつも」～「していない」までの4件法でたずね、3点満点で得点化した。

6. データ分析方法

男性高齢者の社会活動に関する項目について項目分析を行い、平均値と標準偏差、item-total (I-T) 相関を確認した後、探索的因子分析を行った。因子負荷量0.4以上を示し、かつ複数の因子に0.4以上の負荷量を示さないことを条件とし、因子の解釈可能性を検討しながら項目を採用した。抽出された因子は、項目内容に基づき因子名を命名した。信頼性はCronbach's α 係数を算出し、標本妥当性はKaiser-Meyer-Olkin (KMO) 測度とBartlettの球面性検定を行い検討した。次に、得られた男性高齢者の社会活動の因子を従属変数とし、独立変数を個人的側面、身体的側面の各項目としてt検定を行った。男性高齢者の社会活動の因子と心理的側面、生活的側面、社会的側面の各項目との関係はそれぞれPearsonの相関分析を用いて確認した。

解析にはSPSS 統計ソフト (Windows版SPSS statistics 25.0) を使用し、有意水準を5%未満とした。

7. 倫理的配慮

協力者である民生委員には口頭および書面にて調査方法について説明し、協力は任意であり断っても不利益にはならないことを伝え、アンケート配布の協力を依頼した。

対象者に対しては、調査依頼票に、研究の目的と方法、対象者の人権擁護 (プライバシー・心身の負担等への配慮、結果の公表の仕方)、研究協力は任意であり断っても不利益にはならないが、無記名調査の特性上提出後は、研究参加をとりやめることができないこと、研究協力同意や撤回の方法等について明記した。本研究は、福岡大学医に関する倫理委員会の承認を得て行った (承認年月日: 2019年3月26日、承認番号: U19-03-006)。

III. 研究結果

1. 回収状況

980人に調査票を配布し451人から回答を得た (回収率46.0%)。そのうち、年齢に欠損値がある者、要介護認定を受けている者を除いた416人を分析対象者とした。

2. 対象者の概要 (表1)

対象者は全員男性で、平均年齢は74.1歳 (標準偏差6.15)、内訳は75歳未満の前期高齢者が231人 (55.5%)、75歳以上の後期高齢者は185人 (44.5%) であった。

3. 男性高齢者の社会活動項目の因子分析結果 (表2)

まず、回答を得点化した後、項目分析し天井項目のみられた1項目を除外し主因子法による因子分析を行った。初期解におけるスクリープロットと固有値から3因子構造が妥当であると考えられたため、再度3因子を仮定してプロマックス回転による因子分析を行った。段階的に因子分析を行った結果、3因子15項目で各因子に含

表1 対象者の概要

項目	mean \pm SD or n (%)
年齢	74.1 \pm 6.15
年齢区分	前期高齢者 231 (55.5) 後期高齢者 185 (44.5)
疾患	あり 266 (63.9) なし 148 (35.6)
家族形態	独居 35 (8.4) それ以外 380 (91.6)
介護の必要な家族	あり 48 (11.5) なし 367 (88.2)
婚姻状況	結婚している 361 (86.8) 結婚していない 55 (13.2)
配偶者	あり 361 (86.8) なし 55 (13.2)
住居の形態	持ち家 367 (88.2) 賃貸その他 49 (11.8)
いちばん長くついた職業	自営業 69 (16.6) その他 347 (83.4)
最終学歴	中学卒 37 (8.9) それ以外 379 (91.1)
経済状態	余裕がある 221 (53.1) 余裕がない 191 (45.9)
趣味	あり 329 (79.1) なし 87 (20.9)

表2 男性高齢者の社会活動項目の因子分析

n = 381, $\alpha = 0.85$

	項目	因子負荷量		
		第1因子	第2因子	第3因子
第1因子	地元との交流 $\alpha=0.87$			
2	地域行事	0.98	-0.05	-0.06
3	町内会	0.94	0.01	-0.12
4	老人会	0.69	-0.06	0.19
12	近所付き合い	0.52	0.21	-0.05
6	ボランティア	0.51	-0.01	0.27
第2因子	個人の楽しみ $\alpha=0.71$			
15	近くの友人訪問	0.10	0.75	-0.03
16	遠くの友人訪問	-0.06	0.68	-0.02
19	友人知人と食事	0.01	0.65	0.00
17	国内旅行	0.04	0.41	0.00
21	個人的な娯楽	-0.07	0.41	0.20
第3因子	継続する学び $\alpha=0.64$			
8	シニア教室	0.07	-0.13	0.69
5	趣味の会	-0.04	0.14	0.56
9	カルチャーセンター	-0.10	0.02	0.53
10	市民講座	0.16	-0.01	0.43
7	伝承活動	0.05	0.14	0.41
	因子寄与	3.95	2.65	3.16
	寄与率(累積%)	30.1	39.4	44.3

因子抽出法：プロマックス回転による主因子法、因子負荷量0.4以上で記載、項目は採用した15項目

まれる項目の意味内容に矛盾のない最適解を得た。3因子の累積寄与率は44.3%であった。全体のCronbach's α 係数は0.85、第1因子は0.87、第2因子は0.71、第3因子は0.64となった。第3因子はやや低いものの、第1因子、第2因子に関しては十分な値が得られたため、一定の信頼性をもつと判断した。KMOの標本妥当性の測度は0.88、Bartlettの球面性検定で $p < 0.01$ であり、この因子分析の標本妥当性を確認した。以上より、男性高齢者の社会活動の下位因子として3因子15項目を採用し、この後の評価を行うことに問題がないと判断した。第1因子5項目は、地域行事や近所の人との関わりに関連する項目から構成されていると解釈し、「地元との交流」と命名した。第2因子5項目は個人的な楽しみに関連する項目から構成されていると解釈し、「個人の楽しみ」と命名した。第3因子5項目は学習意欲と関連する項目から構成されていると解釈し、「継続する学び」と命名した。

4. 男性高齢者の社会活動と各側面との関係

個人的側面および身体的側面との関係の結果を表3に示す。経済的余裕があることは、「地元との交流」「個人

の楽しみ」「継続する学び」との間で有意な関連があった。また歩行状態がよいことも、すべての男性高齢者の社会活動の因子との間で有意な関連があった。「地元との交流」活動でのみ関連があった項目は、疾患がないこと、後期高齢者であり、「個人の楽しみ」活動でのみ関連があった項目は、前期高齢者であった。趣味があることは「個人の楽しみ」「継続する学び」活動で有意な関連があったが、「地元との交流」活動では関連がみられなかった。

心理的側面、生活的側面、社会的側面との関係は表4に示す。「個人の楽しみ」では、TIPI-Jにおける外向性との間、開放性との間に正の弱い相関が認められたが、その他の社会活動因子と性格側面との間には十分な相関がある項目はなかった。

生活的側面である老研式活動能力指標との関係では、「個人の楽しみ」活動との間にやや強い正の相関があり、他の活動との間には弱い正の相関が認められた。社会的側面である地域コミットメント尺度との関係では、「地元との交流」活動との間でやや強い正の相関があり、他の活動との間には弱い正の相関があった。

IV. 考 察

1. 活動能力に関する支援

本研究では歩行に自信があることは、社会活動のすべての因子と有意な関連があった。生内らは、社会的活動への参加は総合的に評価した体力、特に下肢の動作実行能力とも関連があるとしている²⁵⁾。また、田中らは、社会参加が低い高齢者は、高い高齢者に比べ身体的虚弱である割合が、性、年齢等の個人要因を調整しても有意に高かったとしている²⁶⁾。本研究の結果もこれらの先行研究と合致する結果となった。現在の高齢者支援の中心のひとつである介護予防運動の推進は、高齢者が活動に参加するためにも有効な支援方法であると考えられる。一方、身体機能が低下した高齢者が活動に参加するためには、移動手段の確保が課題である。現在、介護保険の通所型サービスには送迎があり、移動手段は確保されている。しかし、介護保険を利用していない身体機能が衰え始めている高齢者が活動に参加するためには、個人で移動手段を確保しなければならないという問題がある。調査対象とした地域では、送迎のある運動教室や公共交通機関の割引制度、地域の活動の場を増やす運動を実施していた。これらの制度をより周知し支援の範囲を増やす

表3 男性高齢者の社会活動と個人的側面および身体的側面との関係

		地元との交流				個人の楽しみ				継続する学び			
		n	M	SD	t	n	M	SD	t	n	M	SD	t
年齢区分	前期高齢者	221	3.75	3.91	-2.48*	227	5.38	3.01	2.49*	227	1.27	2.15	-1.34
	後期高齢者	174	4.85	4.70		176	4.63	3.05		178	1.59	2.57	
疾患	あり	249	3.91	4.10	-1.98*	254	4.99	2.99	-0.52	256	1.36	2.21	-0.51
	なし	144	4.83	4.62		147	5.16	3.16		147	1.48	2.58	
家族形態	独居	33	3.27	4.20	-1.34	32	4.69	3.13	-0.70	34	0.76	1.35	-2.68*
	それ以外	362	4.32	4.31		371	5.08	3.05		371	1.47	2.41	
介護する	あり	46	3.96	4.59	-0.47	47	4.57	2.72	-1.14	47	1.17	2.04	-0.74
	なし	349	4.27	4.27		356	5.12	3.09		358	1.44	2.38	
個人	配偶者	345	4.35	4.31	1.36	352	5.12	3.02	1.16	352	1.47	2.40	1.37
	なし	50	3.46	4.21		51	4.59	3.23		53	1.00	1.89	
的側面	住居形態	350	4.46	4.37	3.57**	359	5.13	2.98	1.33	359	1.49	2.41	2.65**
	賃貸その他	45	2.51	3.30		44	4.39	3.57		46	0.76	1.66	
職業	自営	64	3.70	4.25	-1.08	67	4.88	3.31	-0.50	65	0.92	2.31	-1.85
	その他	331	4.34	4.31		336	5.09	3.00		340	1.50	2.34	
学歴	中学卒	34	3.62	4.76	-0.88	35	3.34	2.84	-3.52**	36	0.72	1.65	-2.50*
	それ以外	361	4.29	4.26		368	5.21	3.02		369	1.48	2.39	
経済状態	余裕がある	209	4.83	4.52	2.86**	214	5.61	3.03	3.97**	213	1.62	2.57	2.04*
	余裕がない	183	3.60	3.97		185	4.42	2.94		188	1.15	2.05	
趣味	あり	314	4.37	4.33	1.25	320	5.55	2.90	6.83**	321	1.64	2.51	5.83**
	なし	81	3.70	4.17		83	3.12	2.87		84	0.51	1.24	
健康感	健康	290	4.63	4.42	3.05**	294	5.31	3.03	2.83**	294	1.54	2.43	1.82
	不健康	99	3.21	3.85		103	4.33	3.02		104	1.09	2.12	
歩行状態	自信がある	271	4.63	4.53	2.67**	276	5.46	3.04	4.07**	276	1.67	2.51	3.47**
	自信がない	118	3.46	3.70		121	4.13	2.88		122	0.88	1.88	
視力	みえる	375	4.38	4.35	5.11**	381	5.09	3.03	0.99	382	1.43	2.37	0.41
	みえない	14	1.43	1.99		16	4.31	3.46		16	1.19	2.10	
聴力	聞こえる	384	4.27	4.32	-0.07	392	5.04	3.05	-0.70	393	1.44	2.37	0.79
	聞こえない	5	4.40	5.13		5	6.00	3.61		5	0.60	0.89	

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

表4 男性高齢者の社会活動と心理的側面、生活的側面、社会的側面との相関関係

	地元との交流	個人の楽しみ	継続する学び
心理的側面			
外向性	0.19**	0.35**	0.19**
協調性	0.14**	0.18**	0.15**
勤勉性	0.12*	0.10	0.13**
神経症傾向	-0.15**	-0.16**	-0.11*
開放性	0.14**	0.28**	0.15**
生活的側面			
老研式活動能力指標	0.30**	0.50**	0.24**
社会的側面			
地域コミットメント	0.56**	0.30**	0.26**

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

ことが、高齢者が切れ目なく活動に参加するために有効であると考えられる。

さらに、今後の新しい活動参加方法として、情報通信技術 (information and communication technology ; ICT) の活用も期待できる。ICTの利用は、身体機能が

衰え外出が困難となった高齢者でも、友人と交流することやグループ活動に自宅から参加することを可能とする。これらによって今回、他の活動に比べ参加が少なかった「継続する学び」活動は、特に参加が増える可能性がある。高齢者のスマートフォンやタブレットの利用率は60～69歳では73.4%であるが、70歳以上では40.8%とまだ利用者が少ない²⁷⁾。今後、ICTを使用した活動を広めていくためには、高齢者向けのICT利用の説明会や体験講座等を進めることが必要であると思われる。

2. 経済的問題との関連と支援

桂らは暮らし向きが普通以上であることが社会活動の参加と関連があったとしており²⁸⁾、金らは暮らし向きが個人的活動との間で関連があったと述べている²⁹⁾。本研究では男性高齢者の社会活動のすべての因子で、経済的な余裕がある人のほうが活動への参加が有意に高く、これらの先行研究を裏づける結果となった。

高齢者が参加する活動は必ずしも金銭的な負担が多い

わけではない。それでも経済的余裕と社会活動が関連するという事は、藤原らが所得や暮らし向きの違いが抑うつや将来への不安感の増悪と関連があったとしているように³⁰⁾、経済的な余裕が心理的な余裕と関連しているためと推測される。高齢者の経済問題と社会的ネットワークは、どちらも健康の社会的決定要因³¹⁾として取り上げられている分野でもあり、この点からも今後、さらに研究・支援が必要であると考え、高齢者の経済問題には教育歴や社会環境等、さまざまな要因が関連しており、支援するためには多方面からの研究・協力が必要であると推察される。

3. 「地元との交流」活動参加への支援

本研究では、前期高齢者による「個人の楽しみ」活動への参加が後期高齢者に比べ有意に高く、後期高齢者は前期高齢者に比べ「地元との交流」活動への参加が有意に高かった。この結果から、高齢者は心身共に元気な間は個人的な楽しみを活動続けているが、身体機能の衰えとともに身近な活動に移行しているのではないかと推察される。男性高齢者が切れ目なく社会活動に参加し続けるためには、後期高齢者となる前から「地元との交流」活動に参加するよう支援を行うことが有効であると考え、

そのためには、まず若い世代が地域に興味・関心をもつような支援が必要である。Yasunagaらは小学生時代から世代間プログラムに参加した中学生は地域社会に正の関心を示したとしている³²⁾。三世交代活動や子ども向けの地域学習、学校単位の認知症サポーター養成講座等、子どもやその親たちが高齢者や地域社会を知るような活動を広げていくことが有効であると思われる。また、金らが示しているように²⁹⁾、一般的に就労している世代の人々の地域活動への参加度は低い。就労中の人には、興味をもちやすいプログラムづくりや開催時間の工夫も必要となる。特に高齢期に近い世代に対してはより具体的な支援が必要となると思われ、たとえば定年が近い人に対して、企業と地域が共同で、退職後の地域との関わり方の講座を開くこと等が有効であると考え、

高齢者のみならず、すべての地域住民が、自分の住む地域に関心をもち、活動に参加することは困難ではあるが、今後の地域包括ケアシステム構築と循環のための重要な課題だと推察される。

5. 本研究の意義と限界

本研究は、社会活動に参加している男性高齢者だけではなく、参加していない男性高齢者にも調査を行った。これにより男性高齢者の活動の状況、さらに活動因子と各側面との関連が明らかになり、具体的に参加を促すための示唆が得られた。これらのことは今後の地域高齢者支援にとって意義があると思われる。ただし、本研究は特定の地域を対象とした横断研究のため、すべての男性高齢者の社会活動を把握できていない。今後この研究結果を一般化するためには、調査対象を広げるとともに、社会活動内容もさらに精査し、高齢者の社会活動参加の要因を検討する必要があると考える。

【謝辞】

本研究の調査にご協力いただきました対象者のみなさまと、お忙しいなか、調査票の配付にご協力いただきました民生委員のみなさま、ならびに関係者の方々に厚く御礼申し上げます。

【文献】

- 1) 内閣府：令和2年版高齢社会白書（全体版）。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/02pdf_index.html（2021年4月1日）。
- 2) 厚生労働省：地域包括ケアシステム。https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（2021年4月1日）。
- 3) 平井 寛・近藤克則・尾島俊之他：地域在住高齢者の要介護認定のリスク要因の検討；AGESプロジェクト3年間の追跡研究。日本公衆衛生雑誌，56（8）：501-512，2009。
- 4) 根本裕太・佐藤慎一郎・高橋将記他：地域高齢者における認知機能低下の関連要因：横断研究。日本老年医学会雑誌，54（2）：143-153，2017。
- 5) 藤井啓介・北濃成樹・神藤隆志他：独居高齢者における地域活動への参加と抑うつとの関連性。理学療法科学，32（1）：105-110，2017。
- 6) 内閣府：平成23年度版高齢者白書（全体版）。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html（2021年8月22日）。
- 7) 江尻愛美・河合 恒・藤原佳典他：都市高齢者における社会的孤立の予測要因；前向きコホート研究。日本公衆衛生雑誌，65（3）：125-133，2018。
- 8) 齊藤雅茂・冷水 豊・武居幸子他：大都市高齢者の社会的孤立と一人暮らしに至る経緯との関連。老年社会科学，31（4）：470-480，2010。
- 9) 大久保豪・斎藤 民・李 賢情他：介護予防事業への男性参加に関連する事業要因の予備的検討；介護予防事業事例の検討から。日本公衆衛生雑誌，52（12）：1050-1058，2005。

- 10) 前川 海・河野あゆみ・池田直隆他：男性高齢者における地域サロンへの参加と地域ネットワークの関連. 保健師ジャーナル, 75(6) : 506-512, 2019.
- 11) 田島 愛・大橋 明・橋本廣子他：高齢者サロンにおける男性の参加要因に関連する探索的検討. 岐阜医療科学大学紀要, 11 : 59-72, 2017.
- 12) 池森康裕：老人クラブ参加者の性別・年齢別の社会参加状況と社会活動への意向. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 10(1) : 15-22, 2014.
- 13) 長田久雄・鈴木貴子・高田和子他：高齢者の社会的活動と関連要因：シルバー人材センターおよび老人クラブの登録者を対象として. 日本公衆衛生雑誌, 57(4) : 279-290, 2010.
- 14) 多次淳一郎・北岡英子・渡部月子他：大都市における一人暮らし高齢者の外出による社会参加の頻度と関連要因：地縁組織活動への参加に焦点をあてて. 東海公衆衛生雑誌, 4(1) : 103-109, 2016.
- 15) 安齋紗保理・佐藤美由紀・池田晋平他：地域在住の虚弱高齢者における社会活動に関連する要因. 老年学雑誌, 8 : 17-31, 2018.
- 16) 宮下智葉・田高悦子・伊藤絵梨子他：地域在住要支援高齢者における社会活動の実態と関連する要因の検討. 日本地域看護学会誌, 20(2) : 12-19, 2017.
- 17) 橋本修二・青木利恵・玉腰暁子：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.
- 18) 平野美千代：日本の「高齢者の社会活動」概念分析. 日本保健科学学会誌, 14(3) : 121-128, 2011.
- 19) 岡本秀明：都市部3地域の高齢者に共通する社会活動への参加に関連する要因：東京都区東部, 千葉県市川市, 大阪市の調査研究から. 和洋女子大学紀要, 55 : 135-147, 2015.
- 20) 小塩真司・阿部晋吾・Pino Cutrone：日本語版Ten Item Personality Inventory (TIPI-J) 作成の試み. パーソナリティ研究, 21(1) : 40-52, 2012.
- 21) Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB Jr: A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37 : 504-528, 2003.
- 22) 村上宣寛・村上千恵子：主要5因子性格検査の尺度構成. 性格心理学研究, 6(1) : 29-39, 1997.
- 23) 古谷野亘・柴田 博・中里克治他：地域老人における活動能力の測定：老研式活動能力指標の開発. 日本公衆衛生雑誌, 34(3) : 109-114, 1987.
- 24) Kono A, Tadaka E, Kanaya Y, et al. : Development of a community commitment scale with cross-sectional survey validation for preventing social isolation in older Japanese people. *BMC public health*, 12(1) : 903, 2012.
- 25) 生内由佳・本田貴紀・陳 涛他：地域在住高齢者における社会的活動への参加と体力との関連. 日本公衆衛生雑誌, 63(12) : 727-737, 2016.
- 26) 田中博史・菊池宏幸・小田切優子他：日本人高齢者の社会参加と身体的虚弱との関連：国民健康・栄養調査を用いた横断研究. 東京医科大学雑誌, 76(1) : 47-56, 2018.
- 27) 総務省：令和3年版情報通信白書. <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/pdf/01honpen.pdf> (2021年11月15日).
- 28) 桂理江子・佐藤直由：地域在住高齢者における社会活動の関連要因：仙台市を事例として. 保健福祉学研究, 15 : 1-10, 2017.
- 29) 金 貞任・新開省二・熊谷 修他：地域中高年者の社会参加の現状とその関連要因：埼玉県鳩山町の調査から. 日本公衆衛生雑誌, 51(5) : 322-334, 2004.
- 30) 藤原佳典・小林江里香・深谷太郎：地域高齢者における年取および暮らし向きと心理的健康指標との関連. 老年精神医学雑誌, 23(2) : 211-220, 2012.
- 31) World Health Organization : Social Determinants of Health, 2nd Edition. <https://www.tmd.ac.jp/med/hlth/whocc/pdf/solidfacts2nd.pdf> (2021年11月15日).
- 32) Yasunaga M, Murayama Y, Takahashi T, et al. : Multiple impacts of an intergenerational program in Japan ; Evidence from the Research on Productivity through Intergenerational Sympathy Project. *Geriatrics & gerontology international*, 16 Suppl 1 : 98-109, 2016.

■ Original Article ■

Study of the Factors of Elderly Male Participation in Social Activities

Akiko Morinaga¹⁾, Harumi Harada²⁾, Kumiko Ogata³⁾, Hidetoshi Kaneoka³⁾

1) Fukuoka University, Graduate School of Medical Sciences

2) Kansai University of Social Welfare, Graduate School of Nursing

3) Fukuoka University, Faculty of Medicine, Department of Nursing

Objective: The objective was to reveal the outline of elderly males' participation in social activities and to discuss ways of support to help participation.

Method: An anonymous questionnaire survey of elderly males living in the city of A was conducted. The analysis focused on the relationship between the lower factors, which were selected through factor analysis, and personal aspects, physical and mental aspects, aspects of life, or social aspects.

Results: The questionnaires were distributed to 980 elderly males: 416 of them were selected as subjects of analysis. Three factors, "Interacting with locals", "Personal amusement", and "Continued learning", were selected through the factor analysis of the question about social activities. The items showed the important relation with all the factors were "economic affordability", "confidence in walking", "Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology index of competence", and "Community Commitment Scale". The items showed the relation of "Interacting with locals" only to be people with no disease and the advanced elderly. The item which showed a relationship only with "Personal amusement" was the young elderly.

Discussion: In order to facilitate elderly males' participate in community services, mobility support, using ICT, and support for prevention of frailty would be effective. To help their continuous participation in social activities, supporting all generations' participation in the activity, "Interacting with locals" would also be effective.

Key words : elderly meles, social activities, factor of participation, community

日本人労働者のヘルスリテラシーの概念分析

帆苺なおみ, 石川麻衣, 松井理恵, 佐藤由美

抄 録

目的：労働者のヘルスリテラシーの概念を明らかにし、産業保健看護職による労働者のヘルスリテラシー向上の支援の示唆を得ることを目的とした。

方法：Rodgersの概念分析の方法に基づいて分析した。2008～2020年に公表された25文献（日本語文献23、英語文献2）を分析対象とした。

結果：【健康診断を有効な健康情報として理解し活用】【健康・仕事・家庭を連動させて理解】【健康・仕事・家庭の調和が出来る行動を实践】【社内外の専門家の支援】【同僚やパートナーからの支援】【同僚・職場・企業の健康づくりに寄与】の6つの属性および、6つの先行要件、3つの帰結が抽出された。

考察：労働者のヘルスリテラシーは「健康診断結果を有効な健康情報として理解・活用し、自身の健康を仕事と家庭を連動させて理解し、それらの調和が出来る行動を实践することであり、社内外の専門家や同僚やパートナーの支援を得ながら実施している。その結果、同僚や職場、企業の健康づくりにも寄与している。そして、それらにより、個人のセルフケア力を向上させ、健康状態を良好にし、健康的な職場・組織・企業を形成していくことである」と定義した。以上から、産業保健看護職の支援においては、健康診断の機会を活用することと労使協働での課題解決を促進することが重要であるという示唆を得た。

【キーワード】ヘルスリテラシー、従業員、労働者、概念分析、産業保健、産業看護職

日本地域看護学会誌, 25 (1) : 12-20, 2022

I. 緒 言

職域では少子高齢化による労働人口の減少を背景に、多様な働き方に対応した働きやすい職場環境づくりや生涯現役を目指した健康づくりの重要性が高まっている¹⁾。労働者の健康概況をみると2020年には、定期健康診断の有所見率は58.5%、さらに仕事での強いストレスを感じる労働者は54.2%²⁾であり、心身の健康づくり対策が重要課題である。

職域でのヘルスプロモーション活動は厚生労働省「事

業場における労働者の健康保持増進のための指針²⁾により取り組まれてきた。また、近年は従業員等の健康を経営的な視点で考え、戦略的に実践する「健康経営」の理念が急速に広がっており、先駆的な企業において一定の健康づくり活動の効果が確認されている^{3,4)}。そのようななかで近年注目されているのが、ヘルスリテラシーの概念である。Sørensenの包括的ヘルスリテラシーの概念では「ヘルスリテラシーとは、健康情報を獲得し、理解、評価し、活用するための知識、意欲、能力であり、それによって疾病管理、疾病予防、健康増進について判断したり意思決定をしたりして、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができるもの」とされている。さらに、ヘルスリテラシーは資産であり、健康を増進す

るための幅広い活動に従事し、他の人に健康的な意思決定をさせる能力を持つと考えられており⁵⁾、労働者のヘルスリテラシーは、労働者個人だけでなく周囲の同僚や組織活動へと発展し、健康的な職場や企業の形成により、企業全体の健康づくりにつながる事が想定される。労働者の健康増進と健康的な職場づくりのために、労働者のヘルスリテラシーを向上させることが重要である。

包括的ヘルスリテラシーの概念では、ヘルスリテラシーの社会的環境的要因として、文化・環境・ソーシャルサポート・ヘルスプロモーション活動が示されており、それらの影響を受けながら、ヘルスリテラシーが形成されることが理解できる^{5,6)}。労働者は1日の大半を職場ですごしており、労働環境は労働者のヘルスリテラシーの形成に大きく影響する社会的環境要因だと考えられる。しかし、既存の概念は抽象度が高く、労働や職場のソーシャルキャピタルのなかで形成される労働者特有のヘルスリテラシーの解釈を試みたときには推測の域を越えられない。また、今後の研究で労働者のヘルスリテラシーの支援を明らかにするためには、労働者のヘルスリテラシーの具体的な要素を把握することが重要であることから、労働者のヘルスリテラシーの概念を明らかにする必要があると考える。

先行研究では、労働者のヘルスリテラシーと生活習慣やメンタルヘルスの関連の報告があるが⁸⁻¹⁰⁾、労働者に特化したヘルスリテラシーの概念やその向上に関する研究は見当たらない。そこで、本研究では労働者のヘルスリテラシーの概念を明らかにし、産業保健看護職による労働者のヘルスリテラシー向上の支援の示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. データ収集方法

Nutbeamがヘルスリテラシーの3つのレベルを提唱した2000年以降、識字力に限定されたヘルスリテラシーの概念が、社会的なスキルも含むより幅の広い能力として拡張された。本研究では、法的な背景により各国での産業保健看護職の役割が異なることから、わが国の労働者を対象としており、社会的スキルも含むヘルスリテラシーの概念を取り扱うため、2000年以降の文献を対象とした。文献は、医中誌Web版(ver.5)、Web of Science、PubMedを用いて日本語・英語の文献を検索した。検索式を原著に限定し、和文は「ヘルスリテラシー AND (労働者OR従業員OR産業保健OR職域)」とし、22件が抽出された。英文は、「Health literacy AND (Adult OR occupational health OR Employee OR work OR Worker)」とし、58件が抽出された(検索日:2020年11月30日)。文献の表題、抄録を確認し、表題に「ヘルスリテラシー、Health literacy」が含まれるもので、日本の事業場で働く労働者を対象にしている文献(和文献8件、英文文献2件、計10件)を抽出した。抽出出来た文献が少なかったため、日本産業衛生学会(2015~2020年)、ヘルスコミュニケーション学会(2020年)の抄録集から、同条件の文献(和文15件)を抽出した。より多くの文献を対象とするため、文献内容は質的・量的研究に加えて、学術集会の講演集、特別報告、パネルディスカッションの内容を収録した文献を含め、最終的に抽出した25文献(和文23文献、英文2文献)すべてを対象とした(表1)。

2. データ分析方法

ヘルスリテラシーの概念は時代の流れやおかれている生活環境により変化しライフコースによっても異なる^{11,12)}。変化を伴う概念を明らかにするための手法として、Rodgersの概念分析の手法を選択した。Rodgersの概念分析は、概念は時代や文脈によって変化し発展するという基盤に立ち、言葉の性質や使われ方に焦点を当て、文脈や概念の変化に注意を払いながら、概念を社会的、経時的に説明し理解することを目的としている^{13,14)}。分析においては、労働者のヘルスリテラシーを定義づける「属性」、概念の発生に先立って生じる出来事である「先行要件」、概念が発生した結果として生じる「帰結」に該当する文脈を抽出した¹⁷⁾。質的研究はコード、サブカテゴリー、カテゴリーから抽出した。また、量的研究は労働者のヘルスリテラシーを把握するために使われた調査項目とヘルスリテラシーの尺度項目を抽出し、調査結果で労働者のヘルスリテラシーとの関連がなかった項目は除外した。分析のプロセスのなかで抽象度を揃え、データを共通性と類似性に基づきカテゴリー化した。ヘルスリテラシーの定義を念頭におきつつ、文脈の意味を確認しながら労働者に特徴的な要素を念頭において分類した。また、分析は共同研究者間で行い、妥当性を確保した。

表1 分析対象文献

番号	文献名	発表年
1.	Imamura Y, Kubota K, Morisaki N, Suzuki S, Oyamada M, Osuga Y: Association of Women's Health Literacy and Work Productivity among Japanese Workers: A Web-based, Nationwide Survey. <i>Japan Medical Association Journal</i> , 3 (3): 232-239, 2020.	2020
2.	横山歩香・田高悦子・白谷佳恵・伊藤絵梨子・有本 梓: 特定保健指導非該当者である壮年期男性事務職の健診におけるヘルスリテラシーの様相. <i>日本地域看護学会誌</i> , 23 (1): 23-31, 2020.	2020
3.	喬 雨珊・田中智子・寺尾友希・中村美花・山下修平・鹿 瑠・園田純子・弘津公子・草平武志・長谷川真司・吉村耕一: ヘルスリテラシーに着目した勤労者の腰痛対策. <i>山口県立大学学術情報</i> , 13: 123-127, 2020.	2020
4.	後藤英子・石川ひろの・奥原 剛・岡田宏子・木内貴弘: 日本人従業員における心の健康と職業性ストレス、ヘルスリテラシーとの関連(横断研究). 第12回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会抄録集: 47, 2020.	2020
5.	小杉さつき・井出陽子・川上智子・福嶋義光・野見山哲生: ヘルスリテラシーと健診結果の受け止め方・対処方法. <i>日本産業衛生学雑誌</i> 第93回日本産業衛生学会講演集, 62: 444, 2020.	2020
6.	井出陽子・小杉さつき・川上智子・福嶋義光・野見山哲生: ヘルスリテラシーと生活習慣・健診結果の関連について. <i>日本産業衛生学雑誌</i> 第93回日本産業衛生学会講演集, 62: 445, 2020.	2020
7.	木村宣哉・小原健太郎・秋林奈緒子・宮本貴子: 日本の鉄道会社における包括的ヘルスリテラシーの実態と職場の健康診断・健康相談などに関する行動との関連. <i>日本産業衛生学雑誌</i> , 61 (4): 123-132, 2019.	2019
8.	関野智果・萩原真一・古口祥子・沖杉希世子・田口智亮・高久晶子: ヘルスリテラシーと健康指標関連に関する横断的検討. <i>日本産業衛生学雑誌</i> 第92回日本産業衛生学会講演集, 61: 555, 2019.	2019
9.	福田 洋・坂本侑香・諏訪佳世・岸美代子・桑木ゆかり・江上有佳: ヘルスリテラシーを高める職域ヘルスプロモーション(第1報)活動の歴史とインパクト. <i>日本産業衛生学雑誌</i> 第92回日本産業衛生学会講演集, 61: 556, 2019.	2019
10.	吉川沙紀・村上郁也・池田晴恵・澤田有喜子・岡田睦美・三宅 仁: A工場の生活習慣とヘルスリテラシーの実態. <i>日本産業衛生学雑誌</i> 第92回日本産業衛生学会講演集, 61: 555, 2019.	2019
11.	酒井咲紀・永田智久・大谷 誠・神出 学・森 貴大・木村公紀・永田昌子・藤野善久・森 見爾: 健康経営・コラボヘルス研究第13報 ヘルスリテラシーと定期健康診断後の受療行動. <i>日本産業衛生学雑誌</i> 第92回日本産業衛生学会講演集, 61: 557, 2019.	2019
12.	福田 洋: 職域ヘルスプロモーション(WHP)の変遷と成果: 有効で感謝される働き盛り世代の健康支援とヘルスリテラシーの向上を目指して. <i>日本健康教育学会誌</i> , 26 (1): 59-68, 2018.	2018
13.	福田 洋: 健康経営の現状と最新動向: 組織のヘルスリテラシー向上を目指して. <i>日本健康教育学会誌</i> , 26 (2): 162-168, 2018.	2018
14.	後藤英子・石川ひろの・奥原 剛・加藤美生・岡田昌史・木内貴弘: 日本人男性労働者におけるヘルスリテラシーと生活習慣、主観的健康観との関連: 受診勧奨該当者を対象に. <i>日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌</i> , 8 (1): 11-18, 2017.	2017
15.	河田志帆・畑下博世: 若年女性労働者に対する産業保健活動の検討: 20歳代女性労働者のヘルスリテラシーとライフイベント及び子宮頸がん検診受診行動との関連. <i>日本公衆衛生看護学会誌</i> , 4 (1): 41-47, 2015.	2015
16.	古澤洋子・菊池亜矢子・森 礼子: 中小企業で働く労働者のヘルスリテラシーと生活習慣との関連. <i>岐阜聖徳学園大学看護学研究誌</i> , 創刊号: 16-26, 2016.	2016
17.	坂本侑香・森田理江・諏訪佳世・藤原章子・福田 洋: ホワイトカラーに企業従業員におけるヘルスリテラシー(第3報): ライフスタイル・生産性との関連. <i>日本産業衛生学雑誌</i> 第88回日本産業衛生学会講演集, 57: 382, 2015.	2015
18.	福田 洋: 職域におけるヘルスリテラシーと生活習慣の関連: 分散事業所を含む中規模事業所. <i>日本産業衛生学雑誌</i> 第88回日本産業衛生学会講演集, 57: 243, 2015.	2015
19.	河田志帆・畑下博世・金城八津子: 性成熟期女性のヘルスリテラシー尺度の開発: 女性労働者を対象とした信頼性・妥当性の検討. <i>日本公衛雑誌</i> , 4: 186-196, 2014.	2014
20.	荒木田美香子・吉岡さおり・青柳美樹・大谷喜美江・山下留理子・藤田千春: 労働者のヘルスリテラシーと保健行動との関連. <i>日本看護科学学会学術集会講演集</i> , 34: 289, 2014	2014
21.	荒木田美香子: ヘルスリテラシーの向上をめざして. <i>日本公衆衛生看護学会誌</i> , 2 (1): 38-44, 2014.	2014
22.	石川ひろの: 健康開発特集2013フォーラム「ヘルスリテラシー」パネルディスカッション「ヘルスリテラシーを“測る”」. <i>健康開発</i> , 18 (1): 25-39, 2013.	2013
23.	福田 洋: 健康開発特集2013フォーラム「ヘルスリテラシー」パネルディスカッション「ヘルスリテラシーを使う～職域におけるヘルスリテラシー活用の試み～」. <i>健康開発</i> , 18 (1): 39-44, 2013.	2013
24.	Ishikawa, H. Nomura, K. Sato, M. Yano, E.: Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. <i>Health Promotion International</i> , 23 (3): 269-273, 2008.	2008
25.	中村奈々子・久保 満: 企業の従業員におけるメンタルヘルス・リテラシー: うつ症状に関する知識と対処行動の実行可能性を中心に. <i>コミュニティー心理学研究</i> , 12 (1): 23-34, 2008.	2008

Ⅲ. 研究結果

概念分析の結果、「労働者のヘルスリテラシー」の属性として6つのカテゴリー、先行要件として6つのカテゴリー、帰結として3つのカテゴリーが抽出された。以下カテゴリーを【 】で、それを構成するサブカテゴリーを< >として示す(図1)。

1. 労働者のヘルスリテラシー概念の属性(表2)

【健康診断を有効な健康情報として理解し活用】【健康・仕事・家庭を連動させて理解】【健康・仕事・家庭の調和が出来る行動を实践】【社内外の専門家の支援】【同僚やパートナーからの支援】【同僚・職場・企業の健康づくりに寄与】の6つの属性が抽出された。

- (1) 【健康診断を有効な健康情報として理解し活用】<健診結果を有用な健康情報として認知><健診結果で健康リスクを理解><健診結果を解釈して判断><健診結果を健康の維持・改善に活用>の4つのサブカテゴリーから構成された。
- (2) 【健康・仕事・家庭を連動させて理解】<生活習慣と健康の関連を理解><自覚症状や体験と照らし合わせて、健康を理解><就労世代のライフサイクルと健康を理解><仕事に関連する疾患を理解><健康・仕事・家庭の関連や影響を理解>の5つのサブカテゴリーから構成された。
- (3) 【健康・仕事・家庭の調和が出来る行動を实践】<健康情報に基づく計画立案と行動><仕事をしながら出来る健康管理を实践><就労とライフサイクルに応じた健康管理><事故や職業性疾病の予防><ワークライフバランス>の5つのサブカテゴリーで構成された。
- (4) 【社内外の専門家の支援】<社内の身近な専門職の支援><保健医療専門家に相談>の2つのサブカテゴリーで構成された。
- (5) 【同僚やパートナーからの支援】<パートナーからの支援><同僚との交流からの学び>の2つのサブカテゴリーで構成された。
- (6) 【同僚・職場・企業の健康づくりに寄与】<健康な職場環境づくりの働きかけ><同僚の健康を支援>の2つのサブカテゴリーで構成された。

2. 労働者のヘルスリテラシー概念の先行要件(表3)

【個人的背景】【就労特性】【健診受検】【産業保健体

制・健康管理の仕組み】【職場環境や健康について労使参画の仕組み】【企業特性】の6つの先行要件が抽出された。

- (1) 【個人的背景】<年齢><性別><学歴><インターネット利用>の4つのサブカテゴリーで構成された。
- (2) 【就労特性】<雇用形態><事業場規模><業種・職種><職位><収入>の5つのサブカテゴリーで構成された。
- (3) 【健診受検】<特定健康診査受検><健診結果通知>の2つのカテゴリーから構成された。
- (4) 【産業保健体制・健康管理の仕組み】<産業保健専門職の存在><産業保健専門職の支援機会>の2つのサブカテゴリーで構成された。
- (5) 【職場環境や健康について労使参画の仕組み】<情報共有される環境><労働者の交流の機会><労使の参画を促す取り組み>3つのサブカテゴリーで構成された。
- (6) 【企業特性】<気運><企業風土><キーパーソンの存在><理解ある経営者・管理者><企業経営>の5つのサブカテゴリーから構成された。

3. 労働者のヘルスリテラシー概念の帰結(表4)

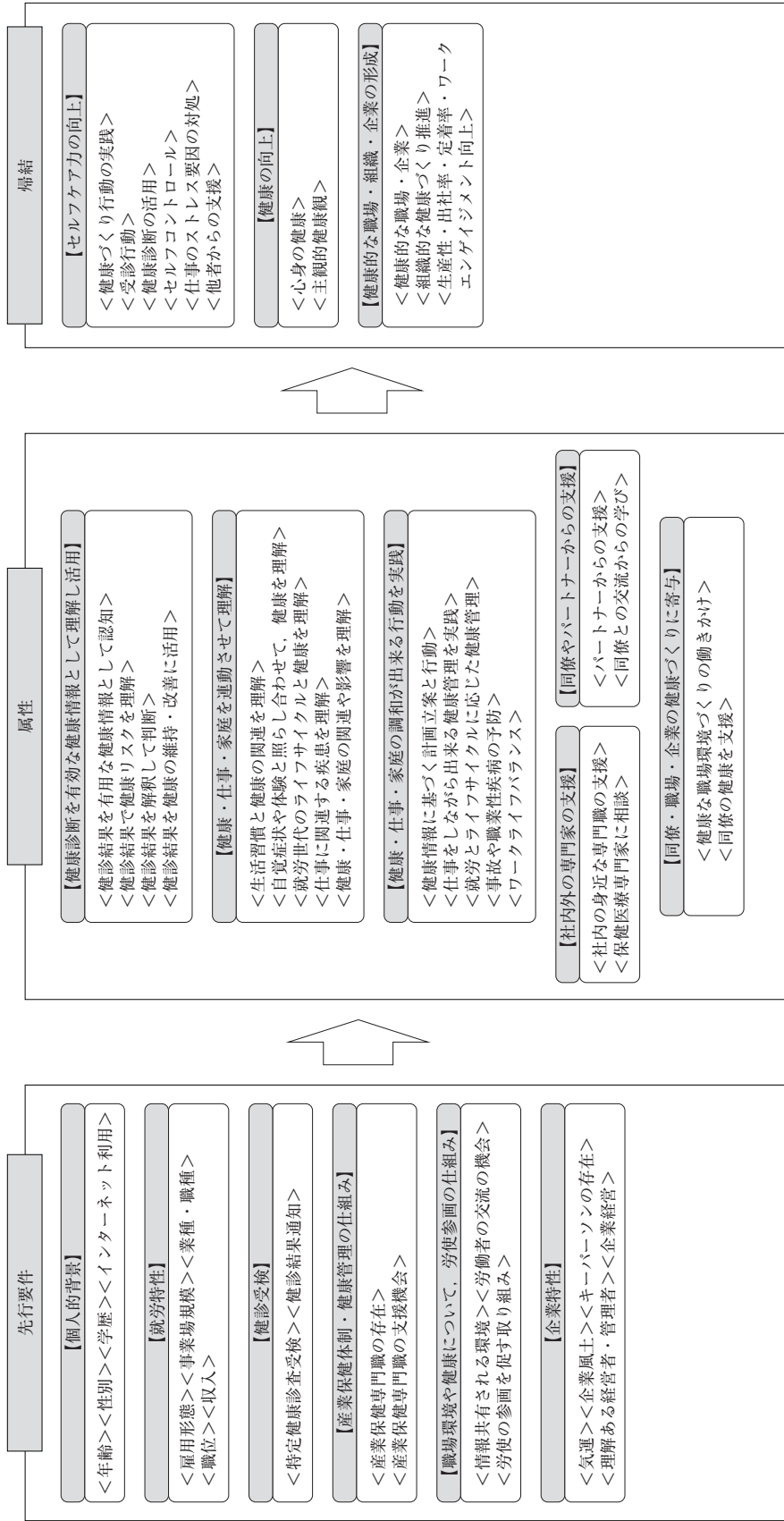
【セルフケア力の向上】【健康の向上】【健康的な職場・組織・企業の形成】の3つの帰結が抽出された。

- (1) 【セルフケア力の向上】<健康づくり行動の实践><受診行動><健康診断の活用><セルフコントロール><仕事のストレス要因の対処><他者からの支援>の6つのサブカテゴリーで構成された。
- (2) 【健康の向上】<心身の健康><主観的健康観>の2つのサブカテゴリーで構成された。
- (3) 【健康的な職場・組織・企業の形成】<健康的な職場・企業><組織的な健康づくり促進><生産性・出社率・定着率・ワークエンゲイジメント向上>の3つのサブカテゴリーで構成された。

Ⅳ. 考 察

1. 概念の定義

労働者のヘルスリテラシーは「健康診断結果を有効な健康情報として理解・活用し、自身の健康を仕事と家庭を連動させて理解し、それらの調和が出来る行動を实践することであり、社内外の専門家や同僚やパートナーの支援を得ながら実施している。その結果、同僚や職場、



【】：カテゴリ、< >：サブカテゴリ

図1 労働者のヘルスリテラシーの先行要件、属性、帰結

表2 労働者のヘルスリテラシー概念の属性

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード	文献番号
健康診断を有効な健康情報として理解し活用	健診結果を有用な健康情報として認知	健診をきっかけに健診の重要性に気づく	2, 7, 23
	健診結果で健康リスクを理解	病気に対する軽微なリスクを身近に感じる	2, 23
	健診結果を解釈して判断	健康情報を解釈し, 不要な情報を取り除き, 判断する	2
	健診結果を健康の維持・改善に活用	健診結果で要受診・要治療にいかないようにウォーキングをしている	2, 23
健康・仕事・家庭を連動させて理解	生活習慣と健康の関連を理解	指摘された項目の原因がだいたいわかる	2, 3
	自覚症状や体験と照らし合わせて, 健康を理解	自分の精神症状についての正しい認知的判断を行う	2, 3, 24, 25
	就労世代のライフサイクルと健康を理解	性成熟期女性労働者が月経に伴う心身の変化に気づいている	15, 19
	仕事に関連する疾患を理解	業務と関連した腰痛についての腰痛予防の運動療法, 認知行動療法, 環境整備についての情報を入手し理解する	3, 25
	健康・仕事・家庭の関連や影響を理解	健診結果がB判定やC判定になると働くには支障がある, 家族にも迷惑がかかるから気をつける	2
健康・仕事・家庭の調和が出来る行動を実践	健康情報に基づく計画立案と行動	情報をもとに健康改善のための計画や行動を決めることが出来る	10, 14, 16, 18, 23
	仕事をしながら出来る健康管理を実践	仕事を考慮しながらせめてもの調整を行う	2
	就労とライフサイクルに応じた健康管理	月経時につらい症状があるときは, 積極的に対処法を行っている	3, 9, 25
	事故や職業性疾患の予防	事故や職業性疾患の予防により健康を守る能力	22
	ワークライフバランス	適切なワークライフバランスを目指す能力	22
社内外の専門家の支援	社内の身近な専門職の支援	職場巡視に来た保健師による健康相談, 保健指導, 特定保健指導を受けたことがある	2, 7
	保健医療専門家に相談	医療機関を受診し医師などから正しい情報を得て, 理解, 判断をしている	16, 19, 23, 25
同僚やパートナーからの支援	パートナーからの支援	必要なときは, パートナーと避妊について話し合うことが出来る	15, 19
	同僚との交流からの学び	グループワークやディスカッションを通して健康情報の評価	3
同僚・職場・企業の健康づくりに寄与	健康な職場環境づくりの働きかけ	仕事の安全性や健康増進的な職場環境のために働きかける能力	3, 22
	同僚の健康を支援	地域または職場で困っている人を支援する活動に参加している	3, 9, 11, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24

企業の健康づくりにも寄与している。そして、それらにより、労働者個人のセルフケア力を向上させ、健康状態を良好にし、健康的な職場・組織・企業を形成していくことである」と定義した。労働者のヘルスリテラシーは、健康診断がヘルスリテラシー形成の重要要素であること、また、個人の健康行動から同僚や職場、企業の健康づくりに発展し、職場・組織・企業の健康を増進させていくという2つの特徴があった。

労働者のヘルスリテラシーの概念は、包括的ヘルスリテラシー概念の社会的環境決定要因や核となる情報の入手、理解、評価、活用の要素、またヘルスリテラシーのアウトカムを労働者の特性を踏まえて説明出来る概念となったと考える。

2. 労働者のヘルスリテラシー向上の産業保健看護職の支援に関する示唆

わが国においては、労働安全衛生法、高齢者の医療の確保に関する法律により定期健康診断、特定健康診査が義務づけられており、健康診断が普及している。本概念分析の結果においても、健康診断を受検して健診結果が返却されることで、労働者が健診結果の有効性を認知し、その結果を理解、活用するヘルスリテラシーが抽出された。日本の労働者にとって健康診断の結果はもっとも身近で容易に入手可能な健康情報である。産業保健看護職は健康診断の結果通知から事後保健指導や特定保健指導、受診勧奨に至るまで実施しているため¹⁶⁾、健康診断を活用した労働者のヘルスリテラシー向上に取り組むことが有効であると考えられる。先行研究では、健診後の

表3 労働者のヘルスリテラシー概念の先行要件

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	文献番号
個人的背景	年齢	成人労働者	2, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 25
	性別	男性労働者・女性労働者	2, 14, 15, 16, 19, 20, 25
	学歴	大学卒以上・高卒以上・高学歴	20, 24
	インターネット利用	インターネットを利用している	21, 24
就労特性	雇用形態	常勤雇用・正社員	15, 19, 25
	事業場規模	大企業・中小規模事業場	2, 10, 14, 15, 16, 18, 21, 25
	業種・職種	事業所に勤務する従業員	2, 4, 5, 6, 7, 15, 19, 20, 24, 25
	職位	一般従業員	4
	収入	年収・標準報酬月額	14
健診受検	特定健康診査受検	特定健診を受診している	2
	健診結果通知	健診を受けており、結果を通知されている	2, 7, 8, 11, 14, 24
産業保健体制・健康管理の仕組み	産業保健専門職の存在	産業医・保健師がいる	9, 15, 17
	産業保健専門職の支援機会	20歳代、30歳代にも保健指導を提供する健康管理体制のある企業で働いている	2, 3, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 21
職場環境や健康について労使参画の仕組み	情報共有される環境	健康や職場環境の問題について継続的にコミュニケーションをとり、行動に移すことが出来る環境	13
	労働者の交流の機会	他の労働者や社会資源と交流する機会を提供	24
	労使の参画を促す取り組み	経営層をはじめとしたキーパーソンや従業員の参画を促す取り組み	13
企業特性	気運	気運の高まり	9
	企業風土	オープンな企業風土	9
	キーパーソンの存在	健康に関心の高いキーパーソンの存在	9
	理解ある経営者・管理者	労働者の上司と代表の参加	3, 9
	企業経営	株式非上場	9

表4 労働者のヘルスリテラシー概念の帰結

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	文献番号
セルフケア力の向上	健康づくり行動の実践	運動習慣がある・喫煙なし・減塩・朝食欠食しない	6, 8, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24
	受診行動	医療機関を受診し医師などから正しい情報を得て、理解・判断をしている	11, 12, 15, 16, 23
	健康診断の活用	健診結果に異常があった場合に対処行動をとる	5, 7, 8, 18
	セルフコントロール	月経異常・PMSに対する保健行動	3
	仕事のストレス要因の対処 他者からの支援	仕事のストレス問題を積極的に解決する 他者からのサポートを得て問題に対処する	4, 24 24
健康の向上	心身の健康	自覚症状が少ない	4, 8, 24
	主観的健康観	主観的健康観が高い	1
健康的な職場・組織・企業の形成	健康的な職場・企業	個人の健康度を高めるだけでなく、健康な職域や会社をつくる	18, 23
	組織的な健康づくり促進	衛生委員会や健康に関する行事等が活性化し、健康的な職場や企業の風土が形成される	3, 12, 24
	生産性・出社率・定着率・ワークエンゲイジメント向上	出勤率、業績、エンゲージメント、定着率、医療費を改善	1, 7, 17, 18

受診成功要因の1つにヘルスリテラシーがあり、健康管理のための必要な情報を提供出来る産業看護職の活用の追加が重要であると述べられている¹⁷⁾。定期健康診断は毎年実施により、形骸化し有効な健康情報としての認知が低くなり、労働者に活用されていないことも多い。産業保健看護職は労働者が健康診断の活用の意義や有用性

を認知出来るよう、継続的な啓発活動を実施する必要がある。また、労働者のヘルスリテラシーの条件として、労働者と管理者が共通課題をもち、相互に情報共有される環境と経営者の理解や企業風土が抽出された。安全衛生委員会等で健康課題について共有し、労働者の健康づくりについて経営者の理解を促し、労使の連携を図り、

協働した課題解決を支援することが重要であると考え
る。

3. 今後の課題

本概念分析では、概念の要素を抽出することが出来た
が、そのプロセスや要素間の関係を明らかにすることが
出来なかった。産業保健看護職の労働者のヘルスリテラ
シー向上の支援のために、今後は本研究で明らかになっ
た概念の要素を踏まえて、労働者を対象にした調査研究
を行い、労働者のヘルスリテラシーの向上のプロセスや
影響要因を明らかにし、その結果を活用した産業保健看
護職の支援のあり方を明らかにしていくことが重要であ
る。

また、本研究では日本の事業場を対象にした研究であ
り、諸外国では健康診断が普及していないことや産業保
健看護職の役割も異なるため活用には限界がある。

【利益相反】

本研究における利益相反はなし。

【文献】

- 1) 日本産業衛生学会政策法制度委員会：産業医および産業保
健活動の今後のあり方に関する答申書。 https://www.sanei.or.jp/images/contents/440/Report_for_occupational_health.pdf (2021年5月1日)。
- 2) 労働衛生の概況：労働衛生のしおり（令和3年度），18-
90，中央労働災害防止協会，東京，2021。
- 3) 木戸美里：喫煙者0人への活動と「わくわく健康プラン」
によるアプローチ；株式会社KSKの健康増進施策の取組
み。日本健康教育学会誌，28(4)：307-313，2020。
- 4) 福田 洋：企業レベルのアドボカシー；産業保健活動か
ら；ヘルシーカンパニー・健康経営へのアドボカシー。日
本健康教育学会誌，23(3)：237-245，2015。
- 5) ドン・ナットビーム・イローナ・キックブッシュ（著）：
ヘルスリテラシーとはなにか？；その理解を深めるため
に。島内憲夫（編訳），ヘルスリテラシーとは何か？；21
世紀のグローバルチャレンジ，54-68，垣内出版，東京，
2017。
- 6) Sørensen K: Health literacy and public health ; A
systematic review and integration of definitions and
models. *BioMed Central Public Health*, 2012.
- 7) 福田 洋・江口泰正：ヘルスリテラシー；健康教育の申し
いキーワード。8-126，大修館書店，東京，2016。
- 8) 後藤英子・石川ひろの・奥原 剛他：日本人男性労働者に
おけるヘルスリテラシーと生活習慣，主観的健康観との関
連；受診勧奨該当者を対象に。日本ヘルスコミュニケー
ション学会雑誌，8(1)：11-18，2017。
- 9) 河田志帆・畑下博世：若年女性労働者に対する産業保健活
動の検討；20歳代女性労働者のヘルスリテラシーとライフ
イベント及び子宮頸がん検診受診行動との関連。日本公衆
衛生看護学会誌，4(1)：41-47，2015。
- 10) Ishikawa, H, Nomura, K, Sato, M, et al. : Developing a
measure of communicative and critical health literacy: a
pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion
International*, 23(3)：269-273, 2008.
- 11) 阿部四郎：ヘルス・リテラシー概念に関する一考察。東北
福祉大学感性福祉研究所年報，13：23-38，2012。
- 12) 中山和弘：ヘルスリテラシーとヘルスプロモーション，健
康教育，社会的決定要因。日本健康教育学会誌，22(1)：
76-87，2014。
- 13) Randi Toftthagen, Lisbeth M, Fagerström : Rodgers'
evolutionary concept analysis – a valid method for
developing knowledge in nursing science. *Scandinavian
Journal of Caring Sciences*, 24 : 21-31, 2010.
- 14) 濱田真由美：Beth L Rodgersの概念分析について；哲学
的基盤に基づく目的と結果の再考。日本赤十字看護学会誌，
17(1)：45-52，2017。
- 15) 中本高夫・川崎修一：看護における理論構築の方法，89-
106，医学書院，東京，2008。
- 16) 井伊久美子：産業保健師の活動基盤に関する実態及び
日本看護協会が取り組む事業に日本看護協会が取り組
む事業について。 [https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/
2r985200000qwhz-att/2r985200000syjm.pdf](https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r985200000qwhz-att/2r985200000syjm.pdf) (2021年5
月9日)。
- 17) 鈴木真美子・酒井博子・福田吉治：健診結果に基づく事業
場労働者の医療機関受診につながる要因。産業衛生学雑誌，
61(6)：247-255，2019。

■ Original Article ■

Concept Analysis of Employee Health Literacy among Japanese Workers

Naomi Hokari, Mai Ishikawa, Rie Matsui, Yumi Sato

Gunma University, Graduate School of Health Sciences

Objective: To clarify the concept of employee health literacy and to obtain suggestions for improving employee health literacy among occupational health nurses.

Method: A concept analysis was conducted using Rodgers' evolutionary method in which 25 articles (23 Japanese, 2 English) published between 2008 and 2021 were analyzed.

Results: The following six attributes were identified: Utilizing health examinations as understandable and effective health information; Understanding the health of current workers by linking work and family; Practicing behaviors that harmonize health, work, and family; Obtaining support from internal and external experts; Getting help from partners and colleagues; and Contributing to the health promotion of colleagues; Furthermore, six antecedent factors and three consequences were identified.

Discussion: Employee health literacy entails using health examination results as effective health information, promoting understanding of one's own health by linking work and family, and creating harmony among health, work and family. It is a feasible practice of healthy behavior implemented with the support of experts, colleagues and partners inside and outside the workplace. As a result, it contributes to the improved health of colleagues. In so doing, we improve the self-care ability of individual workers, improve their health, and promote healthy workplaces, to create healthier organizations and companies. Thus, in supporting occupational health nursing, it is important to utilize the opportunity for the health examination and promote the resolution of issues through labor-management collaboration.

Key words : health literacy, employee, workers, concept analysis, occupational health, occupational health nursing

Violent Victimization of Adults with Severe Mental Illness Living in a Community

— An Integrative Literature Review —

Kana Kimura¹⁾, Akiko Sasaki²⁾, Shio Tsuda¹⁾

Abstract

Objective: This review clarifies the violence type, research design, and factors associated with violent victimization of adults with severe mental illness (SMI) living in a community in foreign countries and obtains suggestions for future activities of Japanese public health nurses (PHNs) and research issues.

Method: A literature search was conducted using PubMed and CINAHL in September 2021 with keywords related to adults with SMI and victimization. Based on the quality evaluation of studies, we screened studies, had published since 2015, that have collected empirical data on violent victimization of adults with SMI in a community. We summarized details of the 15 studies in a table to synthesize the characteristics descriptively.

Results: Physical, sexual, and psychological violence were addressed in almost all of the studies, while fewer studies addressed financial exploitation, neglect, violence from family members, and community violence. The factors associated with overall violent victimization and violence from family members were consistent with previous reviews while refraining from reporting victimization, female gender, and non-employment were new findings. As study design, cross-sectionals, cohorts, and randomized control trials, and a qualitative study were employed.

Discussion: Future research needs to take a comprehensive view of violent victimization, including psychological violence, financial exploitation, and neglect, and to investigate community violence. Employment support aimed at financial independence is recommendable for preventing violence from family members. The trend in research design has been changing from factor analysis to practical intervention. In Japan, it is possible to take a research approach targeting PHNs or statistical data.

Key words : mental disorders, violence, victimization, community health, public health nurse, review

Journal of Japan Academy of Community Health Nursing, 25 (1) : 21–30, 2022

I. Introduction

In Japan, the number of cases of abuse against persons with severe mental illness (SMI) is increasing¹⁾. According to a Japanese national survey, in abuse against persons with disabilities from family members, 36.7% of the victims were persons with SMI, as

well as 13.5% in the abuse from facility workers¹⁾. Researchers in the field of social welfare reported that psychological abuse and financial exploitation were common in the abuse against persons with SMI^{2,3)}. In the field of nursing, there are reports on multi-organizational collaboration against abuse of persons with disabilities⁴⁾ and on sexual violence against persons with intellectual disabilities⁵⁾, however, the only study on abuse of persons with SMI is about patients with dementia⁶⁾. The act on the prevention of abuse of persons with disabilities and support for caregivers defines abuse as violence, financial

Received : May 20, 2021 / Accepted : January 24, 2022

1) Department of Community Health Nursing, Graduate School of Health Care Science, Tokyo Medical and Dental University

2) Department of Nursing, Faculty of Medical Science and Welfare, Tohoku Bunka Gakuen University

exploitation, and neglect from caretakers, employers, and welfare facility workers. Since in other countries violence is viewed more comprehensively than the Japanese framework of abuse⁷, this review examined violent victimization, which includes violence from acquaintances or strangers, violence in public places, and abuse. Violent victimization of persons with SMI has not yet been investigated in Japan.

In Western countries where the deinstitutionalization of psychiatric patients was almost completed in the mid-1990s⁸, researches on violent perpetration by adults with SMI have been conducted^{9,10}. On the other hand, violence against them has also occurred in communities¹¹. Studies reported that adults with SMI living in a community are more likely to be victimized by physical violence and sexual violence than the general population¹²⁻¹⁴, however, there is little evidence of psychological violence, financial exploitation, and neglect. Khalifeh et al.¹² conducted the latest review of studies of violent victimization against adults with SMI that had been published until 2015 and revealed the lack of researches on sexual victimization of men and associated factors of the violence from family members. It claimed a necessity to apart the violence from family members from the community violence, which is the violence from acquaintances, strangers, or in public places⁷, because depending on the victim-perpetrator relationship, measures of interventions vary¹².

As for violence from family members, Japanese public health nurses (PHNs) who visit the homes of adults with SMI are required to detect and report it at an early stage. Researchers of Japanese PHNs have accumulated knowledge about child abuse¹⁵ and elder abuse¹⁶, which are similar to violence from family members against adults with SMI^{17,18}, and have also investigated home-visit methods¹⁹ and family support of adults with SMI²⁰. Daycare provided by PHNs in health centers aims to help adults with SMI learn the rules of social life and improve their interpersonal relationship²¹, which will also help them acquire coping skills to avoid getting involved in violence in the community. Therefore, PHNs can play an essential role in preventing violence against adults with SMI in Japan.

In considering the activities of Japanese PHNs to prevent violent victimization, it is important to investigate the latest research trends of violent victimization and associated factors against adults with SMI in foreign countries. This review clarifies the violence type, research design, and factors associated with violent victimization of adults with SMI living in a community in foreign countries and obtains suggestions

for future activities of Japanese public health nurses PHNs and research issues.

II. Methods

A literature search was conducted using Medline and CINAHL in September 2021. The search formula combined keywords related to persons with SMI and those associated with victimization: “serious mental illness,” “severe mental illness,” “mentally ill persons,” “schizophrenia,” “bipolar disorder,” “depressive disorder, major;” “victimization,” “maltreatment,” “physical abuse,” “restraint, physical,” “psychological abuse,” “sexual abuse,” “financial abuse,” “exploitation,” “neglect,” “domestic violence.” Filtering was set to “journal article, peer-reviewed, published from January 2015 to September 2021, written in English” in each database. We selected the studies collecting quantitative or qualitative empirical data on violent victimization of adults with SMI living in a community. Violent victimization indicated physical, sexual, or psychological violence, financial deprivation, or neglect from caretakers, acquaintances, strangers, or in public places⁷. Following Japan’s basic law for persons with disabilities, adults with SMI were defined as adults who have long-term restrictions on daily life or social life due to mental illness. We did not include children in a target population because their developmental characteristics would have a biased impact on the results of victimization. To focus on typical chronic mental illnesses, we included studies in which the majority of mental illnesses of the target population were schizophrenia, bipolar disorder, or major depression. We excluded studies that focused solely on dementia, developmental disabilities, intellectual disabilities, or other specific mental disorders. We also excluded pre-onset violent victimization, case reports, reviews, conference proceedings, and dissertations.

Figure 1 shows the flowchart of the study selection process. From 1358 search results, 112 duplicates were excluded using EndNote™ Online. The authors of community health nursing specialists screened the titles and abstracts and excluded 1204 studies. The texts of the remaining 42 studies were carefully read, and 21 were removed. At this point, a quality evaluation of the studies was conducted by the authors. To evaluate quantitative studies, the study quality assessment tools²², which evaluate a total of 14 categories as “yes,” “no,” “not reported,” “can’t determine,” or “not applicable” were applied according to each study design. We rated studies that achieved positive answers more than 8 as good, those with 8 to 6 positive answers as fair, and those with positive answers

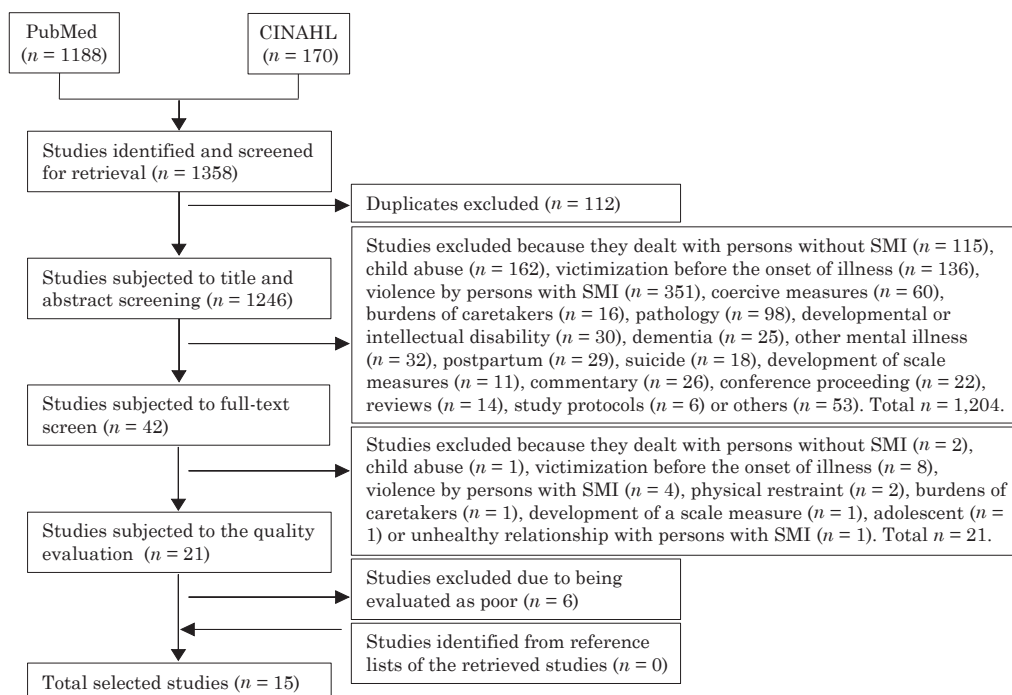


Figure 1 A flowchart of the study selection process

less than 6 as poor. To evaluate qualitative studies, we applied a checklist of a critical appraisal skills programme²³, which evaluates a total of 10 categories as “yes,” “no” or descriptively. Studies that achieved positive answers more than 6 were rated as good, those with 6 positive answers as fair, and those with positive answers less than 6 as poor. If the evaluation differed by the authors, we discussed the studies and made a judgment in the evaluation. After excluding 6 studies rated as poor, 15 studies, 5 rated as good and 10 evaluated as fair, were selected for analysis. A hand search was performed from the reference lists of the selected studies, but no study met the selection criteria.

We mainly examined the violence type, research design, and associated factors in violent victimization of adults with SMI living in a community. We summarized them in a table and compared them to describe the characteristics of the studies.

III. Results

Table 1 shows details of the studies collecting data from adults with SMI²⁴⁻³⁶ and Table 2 shows details of the studies collecting data from the carers of adults with SMI^{37, 38}. All studies analyzed physical and sexual violence, except for one study that did not specify the type of violent victimization³⁴. Twelve studies analyzed psychological violence^{24, 25, 27-30, 32, 33, 35-38}, 3 analyzed financial exploitations^{28, 36, 38}, and 1 analyzed ne-

glect³⁵. The prevalence rate of adults with SMI ranged from 1.1%³⁶ to 75%²⁷ for total violent victimizations, from 1.7%³⁸ to 53%²⁷ in physical violence, from 0.2%³⁸ to 61.6%²⁸ in sexual violence, from 1.5%³⁸ to 73%²⁷ in psychological violence, from 0.1%³⁸ to 0.2%³⁸ in financial exploitation, 22%³⁵ in neglect, from 2.2%³³ to 67.1%²⁸ in violence from family violence, and from 12.5%²⁶ to 17.1%²⁶ in community violence. Three studies analyzed financial exploitation^{28, 36, 38} and 1 analyzed neglect³⁵. Three studies analyzed intimate partner violence (IPV)^{27, 37, 38}, 2 of which targeted women with SMI^{27, 37}. Seven studies were conducted in the Netherlands^{24, 25, 30-32, 36, 38}, 3 in the United Kingdom^{26, 28, 33}, 2 in the United States^{35, 37}, and 3 in other countries^{27, 29, 34}. As the study design, 10 studies used cross-sectional studies^{24-28, 30-33, 35}, 2 used cohort studies^{29, 34}, and 2 used randomized control trials^{36, 38}, and 1 used qualitative study³⁷.

1. Violence from family members and community violence

Ten studies showed results of violence from family members and community violence^{24-28, 31, 33, 35, 37, 38}. In a study that conducted a multiple comparison test of the locations of violent victimization²⁵, 54.5% of the violent victimization took place at their own homes, 31.8% occurred in public, 4.5% were at other's homes, and 4.5% were at bars ($p = .014$). Khalifeh, et al.²⁶ compared the victimization of violence from family members in adults with SMI with that in the general

Table 1 Details of studies collecting data from adults with severe mental illness

Study/ country/ year ^{a)}	Sample	Types of violent victimization	Prevalence rates of violent victimization	Perpetrator	Location	Design/ analysis	Association with violent victimization	Score
De Mooij, et al. ^{21)/} Netherlands/ 2005-11	Men and women diagnosed with schizophrenia, psychotic disorder, complications of psychosis and substance addiction, severe anxiety or mood disorder, who have received mental health care for more than 2 years (<i>n</i> = 89)	Physical Sexual Psychological	Total 22.5%, physical 5.6%, sexual 4.5%, psychological 15.7%	[Physical violence] Ex-partner 10.5%, family member 21.7%, neighbor 15.8%, acquaintance 10.5%	NP	Cross- sectional/ multiple comparison tests	(+) Living in a community	Good ^{d)} (10)
Meijwaard, et al. ^{22)/} Netherlands/ 2011-12	Men and women diagnosed with schizophrenia, schizotypal personality disorder or bipolar disorder, who have received mental health care for more than 2 years (<i>n</i> = 92)	Physical Sexual Psychological	Total 21.7%, physical 7.6%, sexual 3.3%, psychological 17.4%	(Ex)-partner 13.6%, relative 4.5%, neighbor 27.3%, acquaintance 13.6%, stranger 40.9%	Own home 54.5%, other's home 4.5%, in public 31.8%, bar 4.5%, work or school 0%	Cross- sectional/ multiple comparison tests	(+) Diagnosis of schizophrenia (+) location of victimization (-) Perpetrators	Good ^{d)} (9)
Khalifeh, et al. ^{23)/} U.K./ 2011-12	Men and women with chronic mental illness, who have received mental health care for over a year (<i>n</i> = 361)	Physical Sexual	Total 26.3%, physical: men 22.6%; women 23.4%, sexual: -%; 9.4%, family ^{b)} : 6.7%, 11.7%, community ^{c)} : 17.1%; 12.5%	Partner, family member, acquaintance, stranger	NP	Cross- sectional/ multivariate analysis	(+) Severe mental illness (+) anxiety, depressive symptoms or panic attacks (+) injury due to victimization (+) perpetrators	Good ^{d)} (9)
Afe, et al. ^{27)/} Nigeria/ 2014	Women diagnosed with schizophrenia, who have lived with a partner for over a year (<i>n</i> = 77)	Physical Sexual Psychological	Total 75%, physical 5.3%, sexual 25%, psychological 73%	Partner	NP	Cross- sectional/ 2-group comparison tests	[Sexual violence] (+) younger age [psychological violence] (+) younger age (+) unemployment (+) non-compliance	Fair ^{d)} (7)
Anderson, et al. ^{28)/} U.K./ 2011-13	Men and women with chronic mental illness, who have received mental health care for over a year (<i>n</i> = 318)	Physical Sexual Psychological Financial	Sexual 34.6%; men 61.6%; women 21.6%, family ^{b)} 46.9%; men 67.1%; women 45.5%	Partner, family member, acquaintance, stranger	NP	Cross- sectional/ multivariate analysis	[Sexual violence] (+) victimized of child abuse [family violence ^{b)} (+) female gender (+) victimized of child abuse	Fair ^{d)} (7)
Penney, et al. ^{29)/} Canada/ NP	Forensic psychiatric patients (men and women) within one month of hospital discharge (<i>n</i> = 87)	Physical Sexual Psychological	Total 28.7%	NP	NP	Cohort/ multiple comparison tests	NP	Fair ^{d)} (6)

Author(s) / Year	Study Design / Population	Physical	Sexual	Psychological	Total %	Physical	Sexual	Psychological	Other	NP	NP	Cross-sectional/ 2-group comparison tests	(+) Dual diagnosis	Fair ^{d)} (6)
De Waal, et al. ^{30)/} Netherlands/ 2014	Men and women diagnosed with psychotic disorder, mood disorder, anxiety disorder, ADHD, personality disorder, intellectual disability or other mental illness, who have also diagnosed with substance dependence (n = 243)	Physical	Sexual	Psychological	Total 60%, physical 38%, sexual 12%, psychological 47%	Physical	Sexual	Psychological		NP	NP	Cross-sectional/ 2-group comparison tests	(+) Dual diagnosis	Fair ^{d)} (6)
De Waal, et al. ^{31)/} Netherlands/ 2014-16	Men and women diagnosed with psychotic disorder, mood disorder, anxiety disorder, ADHD, personality disorder, intellectual disability or other mental illness, who have also diagnosed with substance dependence (n = 243)	Physical	Sexual	Psychological	Physical: men 34.5%; women 47.2%, sexual: men 4.1%; women 29.2%	Physical	Sexual	Psychological		[Physical violence] (Ex)-partner 20.4%, relative 7.5%, neighbor 5.4%, fellow patient 9.7%, acquaintance 24.7%, stranger 32.3%	[Physical violence] (+) refraining from reporting (+) perpetrators (+) location of victimization (-) gender [sexual violence] (+) female gender	Cross-sectional/ 2-group and multiple comparison tests	(+) Dual diagnosis	Fair ^{d)} (6)
Christ, et al. ^{32)/} Netherlands/ 2012-2014	Men and women diagnosed with major depressive disorder, who have had no symptoms for more than 2 months (n = 140)	Physical	Sexual	Psychological	Total 12.1%, physical 4.3%, sexual 1.4%, psychological 7.9%	Physical	Sexual	Psychological		NP	NP	Cross-sectional/ multivariate analysis	(+) Living alone (-) age (-) ethnicity	Good ^{d)} (8)
Jones & Banbury ^{33)/} U.K./ 2013	Men and women diagnosed with first episode psychosis, who have received mental health care for over a year (n = 98)	Physical	Sexual	Psychological	Total 18%, physical 16.3%, sexual 2.2%, psychological 7.2%, family ^{b)} 2.2%	Physical	Sexual	Psychological		NP	NP	Cross-sectional/ 2-group comparison tests	(+) Non-Caucasian (-) gender	Fair ^{d)} (8)
Langeveld, et al. ^{34)/} Norway & Denmark/ 1997-2000	Men and women diagnosed with schizophrenia, schizotypal personality disorder, delusional disorder, mood disorder or other psychiatric disorders (n = 298)	Not specified			22.5%					NP	NP	Cohort/ 2-group comparison tests	(+) Drug abuse (+) alcohol dependence (+) violent behavior (-) age (-) working hours	Fair ^{d)} (8)
Jun, et al. ^{35)/} U.S./ 2017	Men and women diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, depressive disorder, anxiety disorder, PTSD or obsessive-compulsive disorder (n = 1,000)	Physical	Sexual	Psychological	Total 53%, physical 19%, sexual 4%, psychological 22%, neglect 22%	Physical	Sexual	Psychological	Neglect	Police	Police	Cross-sectional/ multivariate analysis	(+) Severe mental illness	Fair ^{d)} (8)
Albers, et al. ^{36)/} Netherlands/ NP	Men and women diagnosed with psychiatric disorder according to DSM-IV, who receive care from flexible assertive community treatment teams (intervention n = 216; control n = 184)	Physical	Sexual	Psychological	Total: 1.3% in intervention; 1.1% in controle, physical and sexual: 0.6%; 0.6%	Physical	Sexual	Psychological	Financial	NP	NP	Randomized control trial/ multivariate analysis	(-) Victimization-informed intervention for professionals	Fair ^{d)} (8)

Note: a) The year when data were collected. b) violence from family members. c) violence from acquaintances, strangers, or in public places. d) quality assessment tool for observational cohort and cross-sectional studies- study quality assessment tools (score max = 14). e) quality assessment of controlled intervention studies- study quality assessment tools (score max = 14). Abbreviations: NP, not provided; DSM-IV, the diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV; ADHD, attention-deficit hyperactivity disorder; PTSD, post traumatic stress disorder.

Table 2 Details of a study collecting data from the carers of adults with severe mental illness

Study/ country/ year ^a	Sample	Types of violent victimization	Prevalence rates of violent victimization	Perpetrator	Location	Design/ analysis	Association with violent victimization	Score
Van Deirse, et al. ^{37/} U.S./ NP	Shelter staffs of domestic violence who care for women of intimate partner violence victims diagnosed with chronic mental illness ($n = 28$)	Physical, Sexual Psychological	-	Partner	Own home	Focus group interview/ coding	Victims: increased risk due to drug addiction; homelessness; prostitution or pregnancy; dependence on perpetrators; absence of supporters, carers: lack of social resources and knowledge; inadequate multi-institutional cooperation.	Good ^b (8)
Ruijine, et al. ^{38/} Netherlands/ 2016-18	Psychiatrists, psychologists, general nurses, social psychiatric nurses and social workers of community mental health teams who provide outpatient care to men and women with severe mental illness (intervention $n = 225$; control $n = 99$)	Physical Sexual Psychological Financial	Total: 2.8% in intervention; 3.8% in controle, physical: 1.7%; 2.2%, sexual: 0.3%; 0.2%, psychological: 1.5%; 2.1%, financial: 0.1%; 0.2%	Partner	NP	Randomized control trial/ multivariate analysis	(-)Training program of knowledge and skills on domestic violence and abuse	Fair ^b (8)

Note: a) The year when data were collected. b) quality assessment of controlled intervention studies - study quality assessment tools (score max = 14). c) the checklist of critical appraisal programme (score max = 10). *Abbreviations*: NP, not provided.

population by gender. Both men and women with SMI were more likely to be victimized by family members than the general population ($p < .05$)²⁶. On the other hand, women with SMI were more likely to be perpetrated by acquaintances or strangers than the general population or than by family members ($p < .001$)²⁶. In a study of violent victimization in adults with a dual diagnosis, De Waal, et al.³¹ conducted multiple comparison tests of perpetrators and locations of physical violence. Of the perpetrators, 32.3% were strangers, 24.7% were acquaintances, and 20.4% were (ex)-partners ($p < .001$)³¹. In addition, 47.3% of physical violence occurred in public, 39.8% of those happened at their own homes, and 7.5% of those were at others' homes ($p = .007$)³¹. A study by Jun, et al. reported that adults with a diagnosis of schizophrenia or bipolar disorder were more likely to get physical violence from police than adults with other mental illnesses ($p < .01$)³⁵.

2. Factors associated with violent victimization

Violent victimization in adults with SMI was associated with living in a community²⁴, living alone³², non-Caucasian³³, diagnosis^{25, 26, 30, 35}, violent behavior³⁴, substance dependence³⁴, perpetrators^{26, 31}, location of violent victimization^{25, 31}, and refraining from reporting victimization to the police³⁷. In the study by De Waal, et al.³¹, 83.9% of adults with a dual diagnosis who had undergone physical violence did not report victimization to the police, and 16.1% reported it. Violence from family members against adults with SMI was associated with younger age²⁷, female gender^{28, 31}, unemployment^{27, 37}, victimization of child abuse²⁸ and non-compliance with medication²⁷. In a study of IPV in women with SMI in an outpatient hospital²⁷, unemployed women with SMI experienced more psychological violence than employed women with SMI ($p = .01$). In a study on the staff caring for women with SMI-victimized IPV³⁷, there was testimony that a victim was unable to leave the perpetrator who continued violence due to inadequate local language skills and the inability to find employment.

IV. Discussion

In previous studies, violent victimization has mainly consisted of physical and sexual violence^{12, 13}. In this review, most of the studies included also psychological violence as violent victimization, and some studies included financial exploitation and neglect. Previous studies on violence from caretakers against children pointed out that psychological violence often occurs in combination with other types of violence³⁹,

in which case the damage is more severe⁴⁰⁾, and that neglect can be a precursor to violence in many cases⁴⁰⁾. Future research needs to take a comprehensive view of violent victimization of adults with SMI, including psychological violence, financial exploitation, and neglect, and to investigate the victimization of community violence. When PHNs assess the interpersonal relationship between adults with SMI and caretakers, it is necessary to consider the various forms of violence to identify situations that require intervention.

A previous review has indicated the need for studies focusing on high-risk groups⁴¹⁾, and in this review, some studies focused on adults with a dual diagnosis^{30,31)}. The research fields were biased on the Netherlands and England and Wales in the United Kingdom because half of the cross-sectional studies, which made up the majority of this review, were based on crime victimization statistics of the governments in those countries. The proportion of longitudinal studies has increased compared to past reviews^{12,13)}, and the research trend in violent victimization of adults with SMI is shifting from the elucidation of associated factors to practical interventions. In Japan, it is difficult to obtain the cooperation of medical institutions and local governments for research involving patients because of the priority of protecting personal information and maintaining relationships with patients⁴²⁾. It is possible to take a research approach targeting PHNs or statistical data related to adults with SMI.

The finding that adults with SMI are likely to get violence from family members is consistent with a previous review¹²⁾. The past review called for exploring the factors associated with violence from family members¹²⁾, and female gender and unemployment were associated with violence from family members in this review^{27,37)}. The study on IPV³⁷⁾ presented difficulty in escaping from perpetrator-dependent lives without financial independence. Employed adults with SMI can spend most of their day at their workplace; in the case of violence from family members, by employment, victims can secure a certain amount of daytime away from the perpetrators. Moreover, employment can strengthen the self-efficacy of adults with SMI and lead to empowerment⁴³⁾. Employment support, especially toward women with SMI, aimed at financial independence is recommendable for preventing violence from family members. Another study indicated that men with SMI were likely to be victimized by family members as well as women with SMI²⁶⁾. It has been reported that sexual minorities have a high rate of victimization of sexual violence⁴⁴⁾.

Future research should take into account the sexual diversity of the target population.

Few studies have shown results for community violence. One study indicated that SMI patients were likely to be victims of community violence²⁶⁾, and adults with a dual diagnosis were reported high rates of victimization of community violence³¹⁾. While previous studies of violent victimization by specific perpetrators had only been on IPV or violence from family members^{12,13)}, this review found a study that analyzed community violence from other specific perpetrators³⁵⁾. In collaboration with the police, who are generally familiar with crime trends and where crime frequently occurs, PHNs can strengthen measures to prevent community violence against adults with SMI⁴⁵⁾. Further research needs to focus on what characteristics make adults with SMI more likely to be victimized by community violence, from whom, and under what circumstances.

Adults with SMI can make themselves more likely to be victimized due to the deterioration of mental symptoms⁴⁶⁾. They can also become substance dependent or aggravate mental symptoms after victimization¹³⁾. Factors associated with victimization in this review, living alone³²⁾, substance dependence³⁴⁾, and violent offending³⁴⁾ describe the unfavorable situations when adults with SMI are involved in victimization. An association between the victimization and refraining from reporting victimization to the police³¹⁾ adds an explanation that certain adults with SMI may not be able to ask for help and get out of the unfavorable situation. By introducing cognitive-behavioral therapies and social skills training in daycare in health centers, PHNs can develop the ability of adults with SMI to decline invitations to use illegal drugs and to control their emotions to avoid violent behavior, which prevents their victimization.

A recent review has indicated that violent offending by adults with SMI is more easily recognized than violent victimization against them and easier to collect research samples¹⁴⁾. In this review, studies of violent offending by them were the most common among the excluded studies. Studies on coercive measures such as physical restraint and involuntary hospitalization were also common among the excluded studies. Several of those studies pointed to the need for education on the appropriate use of physical restraints for novice nurses^{47,48)} and the lack of knowledge of family members about the risks of physical restraint⁴⁹⁾. Coercive measures are taken to suppress violent offending by persons with SMI and to ensure social safety, and when it becomes excessive, it results in physical damage and violation of their human

rights⁵⁰⁾. The study of police violence by Jun, et al.³⁵⁾ in this review is an example of a violation of human rights through the abuse of coercive measures. When PHNs engage with stakeholders in communities on violent offending by persons with SMI, PHNs need to be aware that, depending on how coercive measures are applied, the person performing the coercive measure may become the perpetrator.

This review has a limitation in comparing the results since the definition of adults with SMI, sample size, data collection method, and evaluation scale vary among the articles. Samples with mental illnesses other than typical chronic mental illness, such as attention-deficit hyperactivity disorder, were included in the target population, however, their small numbers have little impact on the results. Further research in areas with different social backgrounds is needed, as the bias of the research field limited generalizability. Due to time and resource constraints, the results were derived from studies published over a limited period. To compensate for this, we screened the reference lists of the studies to be analyzed.

[References]

- 1) The Ministry of Health Labor and Welfare : Heisei 30 nendo shogaisya gyakutai taio joukyo chosa [Results of a survey on the status of responses based on the act on the prevention of abuse of persons with disabilities and support for caregivers in 2018] [Internet]. [cited 2020 Nov 30]. 2019. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000189859_00003.html.
- 2) Ikeda N : Keizaiteki rieki no shingai kara dou sukuuka, dou mamoruka [How to save and protect from violation of economic property]. *Chiiki Seishin Hoken Fukushi Jouhou Review*, 14 (1) : 21–23, 2006.
- 3) Iwasaki K : Seisin hoken hukushi ryoiki niokeru shogaisya gyakutai boushi no kouka to kadai [The effectiveness and challenges of preventing abuse of persons with disabilities in the mental health and welfare field]. *Normalization*, 5 : 27–29, 2012.
- 4) Nomura M : Jidou, koreisha, shogaisya no gyakutai boushi ni hokatsuteki ni torikumumu; Saitama ken gyodashi no torikumi [Comprehensive strategies to prevent abuse of children, the elderly, and persons with disabilities; Gyoda city, Saitama]. *The Japanese Journal of Community Health Care*, 43 (10) : 42–49, 2012.
- 5) Funayama K : Chiteki shogaisya no seitteki toraburu ni mukiau [Face sexual troubles of people with intellectual disabilities]. *The Japanese Journal of Community Health Care*, 50 (5) : 24–27, 2019.
- 6) Morita M, Watanabe T, Yamamura M, et al. : Zaitaku seisin shogaisya wo shien suru homon kangoshi ga kaeru konnankan; Gyakutai to gray zone no hazamade [Difficulties faced by visiting nurses supporting persons with mental illness at home; In the gray zone of abuse]. *The Journal of Japan Academy of Health Sciences*, 21 (1) : 14–22, 2018.
- 7) Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. : World report on violence and health. *Biomedica*, 22 Suppl 2 : 327–336, 2002.
- 8) Lamb HR : Deinstitutionalization at the beginning of the new millennium. *Harvard Review of Psychiatry*, 6 (1) : 1–10, 1998.
- 9) Monahan J : Mental disorder and violent behavior; Perceptions and evidence. *American Psychologists*, 47 (4) : 511–521, 1992.
- 10) Torrey EF : Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital & Community Psychiatry*, 45 (7) : 653–662, 1994.
- 11) Short TBR, Thomas S, Luebbers S, et al. : A case-linkage study of crime victimisation in schizophrenia-spectrum disorders over a period of deinstitutionalisation. *BMC Psychiatry*, 13 (66) : 2013.
- 12) Khalifeh H, Oram S, Osborn D, et al. : Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness; A systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 28 (5) : 433–451, 2016.
- 13) Latalova K, Kamaradova D, Prasko J : Violent victimization of adult patients with severe mental illness; A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10 : 1925–1939, 2014.
- 14) Choe JY, Teplin LA, Abram KM : Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness; Balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59 (2) : 153–164, 2014.
- 15) Iwasaki R, Arimoto A, Kageyama M, et al. : Jido gyakutai yobo ni okeru hoken bunya no hokenshi no senmonteki yakuwari no meikakuka; Hokenshi to kankeisha heno interview niyoru bunseki [Professional role to prevent child abuse by public health nurses; Through interviews with public health nurses]. *Kimura Found Study for Nursing Education*, 22 : 1–12, 2015.
- 16) Takasaki K : Jissenrei de miru koreisya gyakutai heno taio [Practical examples of how to respond to elder abuse]. Takasaki K, Kishi E, Ohaze M, Ono M(Eds.), *Jissen kara manabu koreisya gyakutai no taio to yobo [Learning from practice; Intervention and prevention of elder abuse]*, 72–106, Japanese Nursing Association Publishing Company, Tokyo, 2010.
- 17) Matsuda N : Hokenshi ni kitai sareru yakuwari; 3tsu no gyakutai boushiho wo tujite [The expected role of public health nurses; Through the act on the prevention of abuse]. *The Japanese Journal of Community Health Care*, 43 (10) : 28–34, 2012.
- 18) Nozawa K : Shogaisya gyakutai boushiho niyori nani ga

- kawaruka [What will be changed by the act on the prevention of abuse of persons with disabilities and support for caregivers]. *Japanese Journal of Public Health Nursing*, 69 (3) : 186–190, 2013.
- 19) Kayama M : Seishin bunretsubyosya ni taisuru homon care ni mochiirareru jukuren kangoshoku no kango gi-jutsu [Nursing skills of skilled nurses used in home-care for schizophrenic patients]. *The Japanese Journal of Nursing Research*, 32 (1) : 53–76, 1999.
 - 20) Kageyama M, Shirota Y, Toga M, et al. : Togo shiccho-sho no honnin wo chiryo ni tsunageru saino gyosei senmonsyoku niyoru kazoku shien [Professional mental health support provided by local government to families of people with schizophrenia in need of treatment]. *Japanese Journal of Public Health*, 59 (4) : 259–268, 2012.
 - 21) Arizumi K, Kondo N : Seishin hoken hukushi center to hokenjo niokeru daycare no genjo to shomondai [Current status and problems of daycare in mental health welfare centers and public health centers]. *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, 30 (2) : 127–133, 2001.
 - 22) National Heart Lung and Blood Institute : Study quality assessment tools [Internet]. [cited 2019 Nov 22]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.
 - 23) Critical appraisal skills programme : CASP qualitative studies checklist [Internet]. [cited 2021 Oct 6]. Available from: https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf.
 - 24) De Mooij LD, Kikkert M, Lommerse NM, et al. : Victimization in adults with severe mental illness; Prevalence and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 207 (6) : 515–522, 2015.
 - 25) Meijwaard SC, Kikkert M, de Mooij LD, et al. : Risk of criminal victimisation in outpatients with common mental health disorders. *PLoS One*, 10 (7) : e0128508, 2015.
 - 26) Khalifeh H, Johnson S, Howard LM, et al. : Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 206 (4) : 275–282, 2015.
 - 27) Afe TO, Emedoh TC, Ogunsemi O, et al. : Intimate partner violence, psychopathology and the women with schizophrenia in an outpatient clinic South-South, Nigeria. *BMC Psychiatry*, 16 (1) : 197, 2016.
 - 28) Anderson F, Howard L, Dean K, et al. : Childhood maltreatment and adulthood domestic and sexual violence victimisation among people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51 (7) : 961–970, 2016.
 - 29) Penney SR, Marshall LA, Simpson AIF : The assessment of dynamic risk among forensic psychiatric patients transitioning to the community. *Law and Human Behavior*, 40 (4) : 374–386, 2016.
 - 30) De Waal MM, Dekker JJM, Goudriaan AE : Prevalence of victimization in patients with dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*, 13 (2) : 119–123, 2017.
 - 31) De Waal MM, Dekker JJM, Kikkert MJ, et al. : Gender differences in characteristics of physical and sexual victimization in patients with dual diagnosis; A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17 (1) : 270, 2017.
 - 32) Christ C, de Jonge M, Bockting CLH, et al. : Prevalence and predictors of violent victimization in remitted patients with recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 1 (238) : 405–411, 2018.
 - 33) Jones R, Banbury L : Rates of criminal victimization in an early intervention for psychosis service; A cross sectional survey. *Early Intervention in Psychiatry*, 12 (6) : 1081–1086, 2018.
 - 34) Langeveld J, Bjørkly S, Evensen J, et al. : A 10-year follow-up study of violent victimization in first episode psychosis; Risk and protective factors. *Psychiatry Research*, 259 : 545–549, 2018.
 - 35) Jun H-J, DeVylder JE, Fedina L : Police violence among adults diagnosed with mental disorders. *Health and Social Work*, 45 (2) : 81–89, 2020.
 - 36) Albers WMM, Roeg DPK, Nijssen YAM, et al. : Intervention to prevent and manage the effects of victimization related to social participation for people with severe mental illness; Results from a cluster randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44 (3) : 254–265, 2021.
 - 37) Van Deirse TB, Wilson AB, Macy RJ, et al. : Intimate partner violence and women with severe mental illnesses; Needs and challenges from the perspectives of behavioral health and domestic violence service providers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 46 (2) : 283–293, 2019.
 - 38) Ruijter R, Mulder C, Zarchev M, et al. : Detection of domestic violence and abuse by community mental health teams using the BRAVE intervention; A multicenter, cluster randomized controlled trial. *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (288) : 1–27, 2021.
 - 39) Briere J, Runtz M : Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect*, 14 (3) : 357–364, 1990.
 - 40) Ney PG, Fung T, Wickett AR : The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 18 (9) : 705–714, 1994.
 - 41) Maniglio R : Severe mental illness and criminal victimization; A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119 (3) : 180–191, 2009.
 - 42) Inaba K : Kojinjoho hogo to kenkyu rinri [Protection of personal information and research ethics]. *Igaku no Ayumi*, 215 (4) : 235–239, 2005.

- 43) Hiroe J : Seishin shogaisya no ippan syuro shien; Jusan model kara empowerment model wo [General employment support for persons with mental disabilities; From a vocational model to an empowerment model]. *Japanese Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 7 (2) : 164-169, 2003.
- 44) Hidaka Y : Shakai chosa ga shimesu LGBTs niokeru DV to seiboryoku higai no genjo [The current situation of domestic violence and sexual violence among LGBTs which social surveys show]. *The Japanese Journal of Community Health Care*, 50 (5) : 28-31, 2019.
- 45) Freeman RB, Heinrich J : Gokan; Zoudai suru kyohu [Rape; Increasing fear]. Hashimoto M(Ed.), Chiikihoken to kango katsudou; Riron to jissen [Community health nursing practice], 312-317, Igaku-Shoin Saunders, Tokyo, 1984.
- 46) Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, et al. : Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50 (1) : 62-68, 1999.
- 47) Shrestha Y : Knowledge and attitude of family member of mentally ill patient regarding restraint, 2016. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (2) : 297-299, 2018.
- 48) Mahmoud AS : Psychiatric nurses' attitude and practice toward physical restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31 (1) : 2-7, 2017.
- 49) Gandhi S, Poreddi V, Nagarajaiah, et al. : Indian nurses' knowledge, attitude and practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. *Investigation y Educacion en Enfermeria*, 36 (1) : e10, 2018.
- 50) Maruyama M : Seisin iryo niokeru kyosei nyuin no seitouka konkyo to jakkan no ripporon [Involuntary admission system as psychiatric medical treatment]. *Nanzan Law Review*, 45 (1) : 57-90, 2021.

■ 総 説 ■

諸外国における地域で生活する精神障害者の 暴力的被害に関する文献検討

木村佳菜¹⁾, 佐々木明子²⁾, 津田紫緒¹⁾

1) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

2) 東北文化学園大学医療福祉学部

目的： 諸外国の地域で生活する精神障害者の暴力的被害について暴力の内容、関連要因、研究方法を明らかにし今後の研究課題と日本の保健師による活動への示唆を得る。

方法： 2021年9月にPubMedとCINAHLを用いて精神障害者と被害に関連するキーワードにより文献検索を実施した。2015年以降出版の地域で生活する精神障害者の暴力的被害に関する実証データを収集した文献を選択し、さらに研究の質評価により分析対象文献15編を抽出した。分析対象文献の詳細を表に記し特徴を質的に統合した。

結果： 身体的暴力、性的暴力と心理的暴力はほぼすべての文献で扱われていたが、経済的搾取、ネグレクト、家族からの暴力、公共における暴力を扱った文献は少なかった。暴力的被害全体と家族からの暴力についての関連要因は以前のレビューと一致していたほか、被害の非通報、女性、非雇用が新たな知見として示された。研究デザインは、横断的研究、コホート研究、無作為化比較対照試験、質的研究が採用されていた。

考察： 今後は、暴力的被害を身体的・性的暴力と共に心理的暴力、経済的搾取とネグレクトを含めて包括的に捉える視点と、公共における暴力の研究が必要である。家族からの暴力的被害の予防には経済的自立を目指した就労支援が望ましい。研究デザインは要因分析から実践介入へと傾向が変化してきていた。日本では統計資料や保健師を対象とした研究アプローチが可能である。

【キーワード】 精神障害者, 暴力, 被害, 地域保健, 保健師, レビュー

■研究報告■

独居高齢者の低栄養の高リスクと 身体的・心理社会的健康との関連 ——会食会参加者への調査をとおして——

廣地彩香¹⁾, 上野昌江²⁾, 大川聡子²⁾, 根来佐由美³⁾

抄 録

目的: 会食会に参加した独居高齢者の低栄養の高リスクと身体的・心理社会的健康との関連を明らかにする。

方法: A市の独居高齢者会食会に参加している対象者に、無記名自記式質問紙調査を行った。従属変数をNutrition Screening Initiative (NSI) により評価した低栄養リスク(高リスク=1)とし、独立変数を身体的・心理社会的健康として多変量ロジスティック回帰分析を行った。

結果: すべての質問に回答した283人(有効回答率78.0%)を分析対象とした。本研究における低栄養の高リスク群は90人(31.8%)であった。高リスクと関連があったのは、「糖尿病で通院あり」(オッズ比3.25, 95%信頼区間1.41-7.52), 「食べ物の飲み込みにくさあり」(オッズ比4.03, 95%信頼区間1.79-9.09), 「主観的健康感が健康以外」(オッズ比4.91, 95%信頼区間2.32-10.40), 「友人に会う頻度が週1回未満」(オッズ比2.39, 95%信頼区間1.23-4.64), 「家族に食料品の買い物を頼むことがある」(オッズ比10.96, 95%信頼区間1.06-113.82)であった。

考察: 独居高齢者を対象とした会食会の参加者の約3割が低栄養の高リスクであり、先行研究における要介護認定を受けているものと同程度もしくは多かった。糖尿病通院歴が低栄養の高リスクと関連していたため、糖尿病の通院や食事療法の状況を確認し健康相談を勧奨することが低栄養の高リスクに有用であると考えられる。また、独居高齢者が買い物の自立を継続できるような支援や食に関する社会資源の拡充も低栄養の高リスク予防につながると考える。

【キーワード】 会食会, 独居高齢者, 低栄養, 身体的健康, 心理社会的健康, NSI (Nutrition Screening Initiative)

日本地域看護学会誌, 25 (1) : 31-39, 2022

I. 緒 言

2019年の日本の高齢化率は28.8%であり、65歳以上の世帯数のうち単独世帯が1980年の10.7%から2019年には28.8%となったことから、ひとり暮らし高齢者の割合は高齢化の進展とともに徐々に増加している¹⁾といえる。近年、要介護状態に至る前段階で身体の虚弱だ

けでなく精神・社会性の虚弱を含むフレイル対策が重視されており、診断基準に低栄養状態が含まれている²⁾。地域で自立した生活を維持しているようにみえる高齢者のなかにも低栄養リスクを有する人が含まれていると考えられ、地域在住高齢者に対して定期的に栄養状態を確認していくことの必要性が指摘されている³⁾。

高齢者の栄養状態の実態について、2019年度の国民健康栄養調査では低栄養傾向(BMI \leq 20kg/m²)にある者は16.8%であった⁴⁾。また、Moraisらが行った高齢者の世帯構成別比較では、独居高齢者は非独居高齢者に比べ低栄養になるリスクが3倍であったと報告してい

受付日: 2020年9月20日/受理日: 2021年12月10日

1) Ayaka Hirochi: 元大阪府立大学大学院看護学研究科

2) Masae Ueno, Satoko Okawa: 関西医科大学看護学部

3) Sayumi Negoro: 大阪府立大学看護学類

る⁵⁾。また、独居高齢者は非独居高齢者に比べ栄養素摂取量の少なさや欠食が多いといわれている⁶⁾。これらの研究から独居高齢者は特に低栄養の高リスクに陥りやすいと考えられる。高齢者の低栄養は慢性疾患、身体機能や嚥下機能の低下等の身体的健康⁷⁾、主観的健康感⁸⁾、社会的孤立⁹⁾や孤食⁷⁾などの心理社会的健康との関連が示され低栄養に陥ることを予防することが重要である。そのため独居高齢者に焦点を当て、栄養状態と身体的・心理社会的健康の関連を検討することが必要であると考ええる。

厚生労働省の高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインでは、医療専門職者が通いの場に積極的に関与し、フレイル予防に着眼した高齢者の支援が推奨されている¹⁰⁾。A市では社会福祉協議会が主体となり、通いの場のひとつとして独居高齢者の閉じこもり予防を目的に小学校区ごとに年3回独居高齢者会食会（以下、会食会）が開催されている。企画・運営を担う校区の民生委員は、身体の衰えや社会的孤立に懸念がある高齢者に個別に参加を促しており、「食という目的が参加を後押しする」と語っている。このような会に参加する独居高齢者の低栄養の高リスクの実態を明らかにし、低栄養の高リスクへの支援を検討することが地域の高齢者のフレイル予防対策につながると考えた。本研究の目的は会食会に参加した独居高齢者の低栄養の高リスクと身体的・心理社会的健康との関連を明らかにし、会食会における低栄養の高リスクへの支援を検討することである。

II. 研究方法

1. 研究対象者とデータ収集方法

A市は2016年度の人口11万人、高齢化率28.9%、独居世帯が5,459世帯¹¹⁾で14小学校区に分かれている。14校区のうち12校区14か所で会食会形式、他の2校区は配食形式をとっている。研究対象者は、2018年6～11月に実施され、民生委員が研究実施に同意した11か所の会食会に参加した363人である。会食会のプログラムは社会福祉協議会、市の保健部門、地域包括支援センター等からの情報提供、民生委員が企画する催し物である。本研究では会食会に参加した高齢者のうち調査の同意が得られた人に無記名自記式質問紙を配布し、その場で記入してもらい回収箱に調査票を投函してもらった。

2. 調査項目

1) 基本属性

性別、年齢、独居年数（10年未満／10～20年未満／20～30年／30年以上）、家族の居住地（同一敷地内／市内／市外／県外／いない）、身長・体重の5項目。

2) 低栄養リスクの評価

NSI (Nutrition Screening Initiative) を使用した。NSIはアメリカにおいて地域高齢者の栄養状態を簡易に判定することができる¹²⁾とされており、本研究では翻訳者⁸⁾の許諾を得て使用した。

3) 身体的健康

歩いて外出することに支障の有無、通院疾病の有無（糖尿病等で該当するものを回答）、食欲と食事のおいしさ5件法（とてもある／まあある／ある／あまりない／まったくない）、食べ物の飲み込みにくさの有無等の口腔・嚥下機能に関する12項目。

4) 心理社会的健康

主観的健康感を4件法（非常に健康／まあ健康／あまり健康でない／健康ではない）、家族・友人に会う頻度等を5件法（毎日／週1回程度／月に1回程度／ほとんど会わない／いない）、会食会以外の自治会等の地域参加の有無の8項目。先行研究¹³⁾を参考に共食（家族といっしょに食事をとるか等）・買い物（自分で食料品の買い物を行うか、弁当や総菜の配達をしてもらうか等）・調理（自分で調理を行うか、調理をするのに不自由さを感じるか等）に関する食行動16項目を5件法（いつも／だいたいいつも／ときどき／あまりない／まったくない）の合計24項目とした。

3. 分析方法

身体的・心理社会的健康をカテゴリー化は以下のとおりとした。食欲・食事のおいしさは「とてもある」～「ある」を「あり」、それ以外を「なし」とした。「主観的健康感」は「非常に健康」と「まあ健康」を「健康」とそれ以外を「健康以外」とし、家族や友人に会う頻度は「毎日」と「週1回」を「週1回以上」、それ以外を「週1回未満」とした。また食行動は「いつも」～「ときどき」を「あり」、それ以外を「なし」とした。

栄養状態の評価は、NSI得点は項目ごとに重みづけで得点を算出し、21点満点で3点未満が「低リスク」、3点以上6点未満が「中等度リスク」、6点以上が「高リスク」である¹²⁾。本研究においても重みづけ得点を用い、カットオフ値は先行研究⁸⁾を参考に6点以上を<高リスク

群>, 6点未満を<低リスク群>とした。NSI得点高低別に基本属性, 身体的・心理社会的健康を比較した。カテゴリ変数には χ^2 検定およびFisherの直接確率法, 正規分布する量的変数には t 検定を行った。また低栄養リスク(高リスク群=1, 低リスク群=0)を従属変数, 性別・年齢を調整変数, 低栄養リスク別の比較時に有意差があった項目を独立変数とし, ファイ係数を用いて多重共線性を確認し, 独立変数を選択し強制投入法による多変量ロジスティック回帰分析を行い, 低栄養の高リスクに関連する要因を検討した。統計解析にはSPSS Statistics ver.23を使用し, 有意水準は5%とした。またNSIのクロンバック α 係数を算出し信頼性の検討も併せて行った。

基本属性として身長・体重を収集したが, 身長・体重を最近測定したものは少なく, また記載されている数値から本人の記憶や他の参加者の数値から自身の体重を推定して回答するものも多く, 正確な情報ではないと考えられたため, 分析から除外した。

4. 倫理的配慮

A市の社会福祉協議会の長に, 文書と口頭で研究の趣旨と内容を説明し研究協力の依頼を行った。研究協力の承諾が得られた後に, 会食会を担当する校区の民生委員に文書と口頭で研究の趣旨と内容を説明し, 研究協力を依頼した。会食会において研究対象者に文書と口頭で研究の趣旨および研究参加は任意であることを説明し, 同意が得られた人に無記名自記式質問紙配布した。無記名自記式質問紙には同意欄を設け, 記入前にも同意を確認し, 回収箱で回収した。本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認(承認年月日: 2018年5月23日, 承認番号: 30-08)を受けて実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 分析対象者の特徴と低栄養状態別にみた基本属性, 身体的・心理社会的健康

調査対象者363人のうち研究参加の同意を得られた340人に調査票を配布, 回収した(回収率93.7%)。調査票の同意欄にチェックがあり, すべての回答に欠損がない283人(有効回答率78.0%)を分析対象とした。分析対象者は男性が37人(13.1%), 女性が246人(86.9%)であった。平均年齢は80.2 \pm 5.5歳で, 後期高齢者が239人(84.5%)を占めた(表1)。また分析除外者は分析対

表1 対象者の特徴 (N = 283)

項目	人数(%)または平均 \pm SD
性別	
男性	37 (13.1)
女性	246 (86.9)
年齢	
平均 \pm SD	80.2 \pm 5.5
前期高齢者	44 (15.5)
後期高齢者	239 (84.5)
独居年数	
10年未満	128 (45.2)
10~20年未満	93 (32.9)
20~30年未満	34 (12.0)
30年以上	28 (9.9)
家族の居住場所	
同一敷地内	11 (3.9)
市内	120 (42.4)
県内	99 (35.0)
県外	41 (14.5)
いない	12 (4.2)
外出頻度	
毎日	168 (59.4)
2~3日に1回程度	88 (31.1)
週1回程度	19 (6.7)
月1回程度	3 (1.1)
ほとんど外出しない	5 (1.7)
ヘルパーに食料品の買い物を頼む	
いつも	9 (3.1)
だいたいいつも	1 (0.4)
ときどき	3 (1.1)
あまりない	3 (1.1)
まったくくない	267 (94.3)
ヘルパーに調理を頼む	
いつも	4 (1.4)
だいたいいつも	0 (0.0)
ときどき	4 (1.4)
あまりない	4 (1.4)
まったくくない	271 (95.8)

象者と比べ, 男性(29.4%)と前期高齢者(30.3%)の割合が有意に高かった。NSIのクロンバック α 係数は0.34, 低栄養の高リスク群は90人(31.8%)であった。NSIの項目では「ひとりで食事をすることが多い」が263人(92.9%)の回答がもっとも多かった(表2)。NSI得点高低別の基本属性では性別, 年齢, 独居年数, 家族の居住場所に有意な差はみられなかった。

NSI得点高低別の身体的健康では, 高リスク群のほう「歩いて外出することに支障あり」($p<0.001$), 「糖尿病で通院あり」($p<0.001$)等が有意に多かった。また「食べ物の飲み込みにくさあり」($p<0.001$), 「固い食べ物の食べにくさあり」($p<0.001$)等が高リスク群で有意に多かった(表3)。心理社会的健康は, 高リスク

表2 対象者の栄養状態

(N = 283)

			人数 (%)
低栄養			
高リスク群 (NSI \geq 6)			90 (31.8)
低リスク群 (NSI<6)			193 (68.2)
項目番号	項目得点	項目	
1番	(2点)	最近、病気のために食べるものの種類や量が変わった	48 (17.0)
2番	(3点)	1日1食だけ、あるいは、まったく食べないことがある	12 (4.2)
3番	(2点)	果物野菜、乳製品を食べない	19 (6.7)
4番	(2点)	ビールやお酒、ワインなどのアルコール類を毎日3杯以上飲む	16 (5.7)
5番	(2点)	歯や口のなかの具合が悪いため、食べることが困難なことがある	65 (23.0)
6番	(4点)	お金のことが気になって、食べ物を買うことを控える	53 (18.7)
7番	(1点)	ひとりで食事することが多い	263 (92.9)
8番	(1点)	1日に3種類以上の薬を飲んでいる	175 (61.8)
9番	(2点)	この1年で体重が4~5kg以上変わった	49 (17.3)
10番	(2点)	体の具合が悪いため、調理または食事をしない	93 (32.9)

表3 NSI得点高低別にみた身体的健康

(N = 283)

	全体 (N=283)	高リスク群 (n=90)	低リスク群 (n=193)	p値
歩いて外出すること				
支障あり	80 (28.3)	41 (45.6)	39 (20.2)	<0.001
支障なし	203 (71.7)	49 (54.4)	154 (79.8)	
通院疾病				
あり	243 (85.9)	82 (91.1)	161 (83.4)	0.084
なし	40 (14.1)	8 (8.9)	32 (16.6)	
糖尿病で通院				
あり	38 (13.4)	22 (24.4)	16 (8.3)	<0.001
なし	245 (86.6)	68 (75.6)	177 (91.7)	
食欲				
あり	265 (93.6)	78 (86.7)	187 (96.9)	0.001
なし	18 (6.4)	12 (13.3)	6 (3.1)	
食事のおいしさ				
おいしい	263 (92.9)	76 (84.4)	187 (96.9)	<0.001
おいしくない	20 (7.1)	14 (15.6)	6 (3.1)	
食べ物の飲み込みにくさ				
あり	43 (15.2)	26 (28.9)	17 (8.8)	<0.001
なし	240 (84.8)	64 (71.1)	176 (91.2)	
茶や汁物でむせる				
あり	59 (20.8)	29 (32.2)	30 (15.5)	0.001
なし	224 (79.2)	61 (67.8)	163 (84.5)	
固い食べ物の食べにくさ				
あり	99 (35.0)	46 (51.1)	53 (27.5)	<0.001
なし	184 (65.0)	44 (48.9)	140 (72.5)	

値は人数, ()内は%を表す. χ^2 検定.

群のほうが、主観的健康感が「健康以外」($p<0.001$), 「友人に会う頻度が週1回未満」($p<0.001$)等が有意に多かった(表4).

2. 低栄養の高リスクに関連する身体的・心理社会的健康(表5)

低栄養の高リスク群との比較において有意差があった身体的・心理社会的健康25項目のうち多重共線性を確認し、独立変数を選択した。「食欲」と「食事のおいしさ」,

表4 NSI得点高低別にみた心理社会的健康 (N = 283)

	全体 (N = 283)	高リスク群 (n = 90)	低リスク群 (n = 193)	p 値
主観的健康感				
健康	227 (80.2)	52 (57.8)	175 (90.7)	<0.001
健康以外	56 (19.8)	38 (42.2)	18 (9.3)	
友人に会う頻度				
週1回以上	187 (66.1)	44 (48.9)	143 (74.1)	<0.001
週1回未満	96 (33.9)	46 (51.1)	50 (25.9)	
会食会以外の自治会などの地域参加				
あり	188 (66.4)	51 (56.7)	137 (71.0)	0.018
なし	95 (33.6)	39 (43.3)	56 (29.0)	
経済状況				
心配がある	40 (14.1)	31 (34.4)	9 (4.7)	<0.001
心配がない	243 (85.9)	59 (65.6)	184 (95.3)	
家族といっしょに食事をとる				
あり	139 (49.1)	35 (38.9)	104 (53.9)	0.019
なし	144 (50.9)	55 (61.1)	89 (46.1)	
友人・近隣住民といっしょに食事をとる				
あり	160 (56.5)	43 (47.8)	117 (60.6)	0.042
なし	123 (43.5)	47 (52.2)	76 (39.4)	
自分で食料品の買い物を行う				
あり	264 (93.3)	80 (88.9)	184 (95.3)	0.044
なし	19 (6.7)	10 (11.1)	9 (4.7)	
家族に食料品の買い物を頼む				
あり	49 (17.3)	25 (27.8)	24 (12.4)	0.001
なし	234 (82.7)	65 (72.2)	169 (87.6)	
自分で調理を行う				
あり	265 (93.6)	80 (88.9)	185 (95.9)	0.025
なし	18 (6.4)	10 (11.1)	8 (4.1)	

値は人数, ()内は%を表す, χ^2 検定.

「友人に会う頻度」と「近隣住民に会う頻度」, 「自分で調理を行う」と「自分で食料品の買い物を行う」間はファイ係数が0.4以上であったため「食事のおいしさ」「近隣住民に会う頻度」「自分で食料品の買い物を行う」を除外した. またNSI各項目と独立変数間の類似性をファイ係数で検討したところ, NSI項目番号5番「歯や口のなかの具合が悪いために, 食べることが困難なことがある」と「固い食べ物の食べにくさ」で0.498, 項目番号6番「お金のことが気になって, 食べ物を買うことを控える」と「経済状況」は0.481であったため除外した. 以上から独立変数を「歩いて外出すること」「糖尿病で通院」「食べ物の飲み込みにくさ」「主観的健康感」「友人に会う頻度」「友人・近隣住民といっしょに食事をとる」「家族に食料品の買い物を頼む」「自分で調理を行う」とし, 強制投入法による多変量ロジスティック回帰分析を行った. その結果, 低栄養の高リスクと関連があったのは, 「糖尿病で通院あり」(オッズ比3.25, 95%信頼区間

1.41-7.52), 「食べ物の飲み込みにくさあり」(オッズ比4.03, 95%信頼区間1.79-9.09), 「主観的健康感が健康以外」(オッズ比4.91, 95%信頼区間2.32-10.40), 「友人に会う頻度が週1回未満」(オッズ比2.39, 95%信頼区間1.23-4.64), 「家族に食料品の買い物を頼むことあり」(オッズ比10.96, 95%信頼区間1.06-113.82)の5項目であった.

IV. 考 察

1. 会食会に参加した独居高齢者の基本属性と低栄養の高リスクの実態

本研究対象者は女性86.9%, 後期高齢者が84.5%であった. 身体的健康では, 「歩いて外出することに支障あり」は28.3%であった. 独居虚弱高齢者を対象とした先行研究¹⁴⁾では「15分間歩き続ける」ことができないものが16.5%であり, 対象や調査項目が異なるため単純

表5 低栄養の高リスクに関連する身体的・心理社会的健康

	カテゴリー	オッズ比	95% 信頼区間 (下限-上限)	p 値
年齢	前期高齢者	1		0.698
	後期高齢者	0.85	0.38-1.93	
性別	女性	1		0.674
	男性	1.21	0.50-2.91	
歩いて外出すること	支障なし	1		0.122
	支障あり	1.71	0.87-3.36	
糖尿病で通院	なし	1		0.006
	あり	3.25	1.41-7.52	
食べ物の飲み込みにくさ	なし	1		0.001
	あり	4.03	1.79-9.09	
主観的健康感	健康	1		<0.001
	健康以外	4.91	2.32-10.40	
友人に会う頻度	週1回以上	1		0.010
	週1回未満	2.39	1.23-4.64	
友人・近隣住民といっしょに食事をとる	あり	1		0.056
	なし	3.85	0.97-15.30	
家族に食料品の買い物を頼む	なし	1		0.045
	あり	10.96	1.06-113.82	
自分で調理を行う	あり	1		0.178
	なし	1.79	0.77-4.20	

χ^2 検定, $p < 0.01$; Hosmer と Lemeshow の検定 $p = 0.971$; 判別率 79.5%

に比較はできないが、本研究のほうが歩行に支障ありの割合が高かった。また「食べ物の飲み込みにくさあり」は15.2%と先行研究¹⁵⁾よりも高かった。心理社会的健康では、本研究対象者は外出頻度が毎日のものが59.4%、会食会以外の自治会などへの参加は66.4%と先行研究¹⁾よりも割合が高く、民生委員が会食会参加を意図していた社会的孤立が懸念される状況にあるものは調査時点では少なかったが、身体的に虚弱なものが多く、将来社会参加がむずかしくなることが予測される高齢者であった。

本研究における低栄養の高リスク者は31.8%であった。この割合は都市部の要介護者と同等であったが、農村部と比較して高かった⁸⁾。また老人福祉センターの利用者(平均年齢73歳)を対象とした先行研究¹⁶⁾よりも高かった。調査地が異なるため単純に比較することはできないが、低栄養のリスクが高いと予測される要介護認定を受けている人だけでなく、地域で一見自立して生活しているようにみえる独居高齢者に低栄養のリスクがあると考えられる。NSIの項目番号7番に「ひとりで食事をすることが多い」があり、この項目に該当した対象者が多かったことが影響している可能性があると考えられる。さらに独居高齢者の共食頻度が月1回未満の人は食品数

や食品摂取頻度が少ないため食事摂取量が少ないと示されており¹⁷⁾、本研究対象者もひとりで食事をする頻度が多く、栄養のかたよりの摂取量の不足により低栄養リスクのものが先行研究より高かったと考えられる。

2. 低栄養の高リスクに関連する身体的・心理社会的健康への支援

身体的健康では低栄養の高リスクと「糖尿病で通院」に関連がみられた。糖尿病の高齢者の食事療法では厳格な制限による体重減少や理想を提示するだけの栄養指導によりかたよった制限を生じ低栄養を招く恐れがあるといわれている¹⁸⁾。本研究の対象者は独居のため自身で糖尿病の管理を行う必要があり、糖尿病の食事療法への認識から食事摂取量が少なく、かたよった食事により低栄養の高リスクへとつながった可能性がある。会食会の初回参加時に、糖尿病の通院や食事療法の相談状況を質問紙で保健センターの地区担当保健師が把握し、受診や相談なしのものに電話等でかかりつけ医への定期受診や健康相談を促すことが必要であると考えられる。また糖尿病の通院がある者の低栄養を防ぐために栄養バランスに配慮した比較的多めのエネルギー摂取やタンパク質の摂取¹⁹⁾を促し、食事内容を記録する資料等を配布説明し、食生

活を見直すような取り組みが必要であると考え。

また、低栄養の高リスクは、心理社会的健康状態を示す「家族に買い物頼むことがある」「友人と会う頻度が週1回未満」とも関連があることが示された。家族に買い物頼むことについて、社会性の低下から始まる負の連鎖を示すフレイル・ドミノに「生活範囲」が含まれており²⁾、独居高齢者が自身で買い物に出向くことが低栄養の高リスク対策につながると考えられる。本研究対象者は今後、身体機能が低下し、買い物が困難になる可能性があるため、ADL (activities of daily living; 日常生活動作) を維持するために会食会のなかでの介護予防体操を実施や体操に関するチラシやDVDを参加者に配布し、自宅でも継続できるよう支援することが低栄養のリスクを予防するために有用であると考えられる。また、多変量解析で「友人と会う頻度が週1回未満」と低栄養の高リスクに関連がみられた。友人と会う頻度についてはフレイル・ドミノにおいて社会とのつながりを失うことがフレイルの最初の入口²⁾と示され、社会とのつながりの場の提供が低栄養の高リスク対策に有用であると考えられる。特に本研究対象者は、身体的に虚弱な状態や低栄養の高リスクにあるものが多く、独居高齢者の身体や食事摂取状況を定期的に見守る機会が必要である。孤立した高齢者に地域とのつながりを促す「社会的処方」という取り組みが推進されており²⁰⁾、本研究対象者は身体機能が低下しても会食会に参加していたことから独居高齢者が食事と交流の場として定期的に利用しやすい場を社会資源として増やすことが今後、必要である。地域住民等による民間発の取り組みとして安価で栄養のある食事や温かな団らんを提供する子供食堂²¹⁾のような食事提供と交流の場やADLが低下しても自分で買い物ができる移動式スーパーのような環境整備など地域づくりが課題であると考え。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の有効回答率は78.0%と比較的高かったが、女性が大半を占め、女性の独居高齢者の低栄養に関連する身体的・心理社会的問題にかたよった結果となった可能性がある。今後、男性独居高齢者への調査等を行い、独居高齢者の低栄養に関連する要因について研究を継続していくことが必要である。また低栄養のリスク評価にNSIを採用したが、本研究における信頼性は低かった。その理由として独居高齢者を対象としているためNSI項目番号7番「ひとりで食事をすることが多い」を回答

したものが多かったことが影響していると考えられる。今後は、低栄養状態を正確に評価するために身長・体重を計測する調査が必要であると考え。さらにNSIと共線性があったため食事内容に影響する可能性がある経済状況を除外したが、今後は低栄養状態と経済状況との関連をみる必要があると考え。

また、先行研究で主観的健康感と低栄養の関連が指摘されている⁸⁾ことや独居高齢者において主観的健康感が生活機能低下の因子である²²⁾ことから独居高齢者が対象の本研究では抑うつではなく主観的健康感を収集した。今後は問診形式で調査を行い、抑うつも含めた心理社会的健康を測定することが必要であると考え。

V. 結 語

独居高齢者の会食会の参加者の約3割が低栄養の高リスクであることが示された。会食会で糖尿病の通院状況や食事療法の相談状況を確認し、健康相談を促すことが低栄養の高リスク予防につながると考える。また、買い物の自立を継続できるような支援や独居高齢者が定期的に通うことができる食に関する場づくりが地域に求められる。

【利益相反】

本研究における利益相反はない。

【謝辞】

本研究にご協力いただいた地域住民のみなさま、ならびにA市社会福祉協議会と地域包括支援センターのみなさまに心から感謝申し上げます。本論文は2018年度大阪府立大学大学院看護学研究科博士前期課程修士論文に加筆したものである。本論文の内容は第22回日本地域看護学会学術集会において発表した。

【文献】

- 1) 内閣府：令和3年度版高齢者白書。 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/03pdf_index.html (2021年7月3日)。
- 2) 飯島勝矢：口腔機能・栄養・運動・社会参加を総合化した複合プログラムを用いての新たな健康づくり；市民サポーター養成研修マニュアルの考察と検証（地域サロンを活用したモデル構築）を目的とした研究事業事業実施報告書。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136676.pdf> (2019年10月10日)。
- 3) 植村瑠美・井沢幸子：地域在住高齢者における健康状態の把握と生活背景の検討。愛知学院心身科学部紀要, 13: 43-52, 2017。

- 4) 厚生労働省：令和元年国民健康・栄養調査報告. <https://www.mhlw.go.jp/content/000711005.pdf> (2021年7月17日).
- 5) Morais C, Oliveira B, Afonso C, et al. : Nutritional risk of European elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67 (11) : 1215-1219, 2013.
- 6) 伊藤勇貴・山中克己・安友裕子他：地域支援介護予防事業対象者における居住形態からみた食生活習慣の実態. 名古屋栄養科学雑誌, 2 : 25-31, 2016.
- 7) 葛谷雅文：高齢者における栄養管理上の問題. 「高齢者における代謝栄養管理」, 外科と代謝・栄養, 52 (1) : 11-16, 2018.
- 8) 高橋龍太郎：地域在住要介護高齢者の低栄養リスクに関連する要因について. 日本老年医学雑誌, 43 (3) : 375-382, 2006.
- 9) 新井清美・榊原久孝：都市公営住宅における高齢者の低栄養と社会的孤立状態との関連. 日本公衆衛生学会誌, 62 (8) : 379-389, 2015.
- 10) 厚生労働省：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第2版. <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000604327.pdf> (2020年5月10日).
- 11) 羽曳野市：第7期羽曳野市高齢者いきいき計画. <https://www.city.habikino.lg.jp/material/files/group/31/7kikeikaku.pdf> (2021年2月3日).
- 12) Posner BM, Jette AM, Smith KW, et al. : Nutrition and health risks in the elderly : the nutrition screening initiative. *American Journal of Public Health*, 83 (7) : 972-978, 1993.
- 13) 武見ゆかり・足立己幸：独居高齢者の食事の共有状況と食行動・食態度の積極性との関連. 民族衛生, 63 (2) : 90-110, 1997.
- 14) 板東 彩・河野あゆみ・津村智恵子：独居虚弱高齢者の身体的機能, 心理社会的機能, 生活行動における性差の比較. 日本地域看護学会誌, 11 (1) : 93-99, 2008.
- 15) 相原洋子：75歳以上高齢者の社会要因；食と栄養情報と食品摂取の多様性. 老年社会科学, 34 (3) : 394-402, 2012.
- 16) Kusabiraki T, Tanimoto Y, Sugiura Y, et al. : Usefulness of the nutrition screening initiative (NSI) in community-dwelling elderly people in Japan. *Bulletin of Osaka Medical College*, 60 (1) : 27-34, 2014.
- 17) Ishikawa M, Takemi Y, Yokoyama T, et al. : "Eating Together" Is Associated with Food Behaviors and Demographic Factors of Older Japanese People Who Live Alone. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 21 (6) : 662-672, 2017.
- 18) 木下かほり：1. 食生活を見直そう. PART4. 生活支援に根ざした介入. 葛谷雅文・楽木宏実 (監), フレイル対策シリーズ各論編④生活習慣病と健康長寿・フレイル対策, 81-82, 先端医学社, 東京, 2021.
- 19) 荒木 厚・井藤英喜：「高齢者糖尿病診療ガイドライン2017」を踏まえた治療の要点と展望. 日本老年医学会雑誌, 55 (1) : 1-12, 2018.
- 20) 西 智弘 (編著)：1章 目に見えない「孤立という病」. 社会的処方：孤立という病を地域のつながりで治す方法, 25-28, 学芸出版社, 京都, 2020.
- 21) 農林水産省：子供食堂と地域が連携して進める食育活動事例集. <https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/attach/pdf/kodomosyokudo-33.pdf> (2020年8月13日).
- 22) 渡辺美鈴・渡辺丈真・河村圭子他：ひとりでは遠出できないとする高齢者の背景要因；大都市近郊に独居する自立前高齢者における調査. 日本公衆衛生雑誌, 51 (10) : 854-861, 2004.

■ Research Report ■

Relationship between High Risk of Undernutrition and Increased Risk of Physical and Psychosocial Health Problems among Older Adults Living Alone through Study of Luncheon

Ayaka Hirochi¹⁾, Masae Ueno²⁾, Satoko Okawa²⁾, Sayumi Negoro³⁾

1) Fomer Osaka Prefecture University, Graduate School of Nursing

2) Kansai Medical University, Faculty of Nursing

3) Osaka Prefecture University, School of Nursing

Objective: To investigate the relationship between high risk of undernutrition and increased risk of physical and psychosocial health problems among older adults living alone.

Method: We conducted a questionnaire survey of older adults who were living alone in A-city and who attended a luncheon. We conducted multiple logistic regression analyses based on nutritional status, as evaluated by the Nutrition Screening Initiative, with responses to various items about physical and psychosocial health as the independent variables.

Results: Overall, 31.8% of participants were classified to be at high risk for malnourishment. Risk factors associated with malnutrition included “diabetes outpatient” (OR = 3.25, 95% CI: 1.41–7.52), “awareness of difficulty swallowing” (OR = 4.03, 95% CI: 1.79–9.09), “non self-rated health” (OR = 4.91, 95% CI: 2.32–10.40), “meeting friends less often than once a week” (OR = 2.39, 95% CI: 1.23–4.64), and “asking family members to shop for groceries” (OR = 10.96, 95% CI: 1.06–113.82).

Discussion: About 30% of our participants were at (high risk for) undernutrition, which is as high as or higher than patients requiring long-term care in previous studies. Because malnutrition is associated with a history of diabetes, clinicians should ensure that patients attend diabetes appointments, and encourage them to attend health consultations. To mitigate malnutrition and related risks, older individuals living alone should receive support in shopping for groceries; it would also be helpful to expand social resources related to food.

Key words : luncheon, older people living alone, malnutrition, physical factor, psychosocial factors, NSI (Nutrition Screening Initiative)

■ 資 料 ■

認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師の コーディネーションの現状と課題

岡野 明美

抄 録

目的：認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーションの現状と課題を明らかにする。

方法：全国の地域包括支援センター保健師509人に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。調査内容は、個人属性、認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーション、地域づくり活動項目（地域ケア会議の参加回数、地域診断実施の有無）とした。分析は、記述統計、個人属性と地域づくり活動項目との関連についてMann-Whitney U検定を行った。

結果：分析対象は136人（有効回答率26.7%）。対象者の平均年齢は42.2歳であった。認知症高齢者をアセスメントし、医療と介護につなげる項目の得点平均値は4.0～4.5でおおむね実践していた。しかしBPSDや治療中断、税金等の滞納状態のある認知症高齢者へのコーディネーション項目の得点平均値は3.4～3.7で低かった。また、第1因子～第3因子の間でもっとも得点平均値が低かったのは、地域のなかで認知症高齢者を支える人や場所を創出する項目群である第3因子であった。検定により有意な差が認められた因子は、地域包括支援センター保健師経験年数、地域ケア会議の年間参加回数、地域診断実施の有無であった。

考察：地域ケア会議の参加回数や地域診断の実施が少ない要因は、実施の位置づけや実施目的を保健師自身が明確にできていないことが考えられた。尺度に示す第3因子の実施を促すためにも地域ケア会議の参加や地区診断の実施が求められる。

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

日本地域看護学会誌, 25 (1) : 40-47, 2022

I. はじめに

わが国の高齢化が進展するなか、人口の高齢化とともに有病率が高まる疾患が認知症である¹⁾。認知症は症状の進行とともに生活支援が必要になり介護を要する主な疾患である²⁾が、認知症高齢者1人では医療や介護などの制度利用につながりにくい状況にある³⁾。支援の遅れは認知症高齢者および家族介護の生活の質を低下させ

る⁴⁾。認知症対策は介護保険法改正により地域包括ケアシステム構築のなかに位置づき⁵⁾、早期・事前的な対応の必要性の強調によって、認知症対策等総合支援事業により市町村が可能な限り裁量をもって事業の展開・推進をする流れとなった。具体的には、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等を地域包括支援センター等に配置して、医療機関や介護サービスおよび地域の支援機関をつなぐコーディネートや、医療と介護の連携強化、地域における支援体制の構築を展開していくことである⁶⁾。しかし現状は、認知症の基礎的な理解や地域資源に関する個別的な相談支援にとどまっている⁷⁾。

コーディネーションは、教育や福祉、地域看護等さまざまな分野で使用される用語であるが、統一した定義は示されていない。コーディネーションに共通する属性として、①異なる分野・業種間をとりもつ、②さまざまな提供主体によるサービスを調整する、③個別とシステムの2つのレベルがある⁸⁾。認知症高齢者には、上述の認知症対策の趣旨からも個別ケアから地域のよい環境づくりまでを含む包括的なコーディネーションが必要であると考えられる。

包括的なコーディネーションは、保健師のコーディネーションの定義^{9,10)}などから、従来保健師が展開してきた活動であり、地域包括支援センター業務でも継承されるべき保健師の活動であると考えられる。しかし、保健師経験年数の長い地域包括支援センター保健師は業務成果をあげている¹¹⁾一方で、業務量の多さや業務のかたよりによって本来の保健師活動に支障がある¹²⁾、保健師1人配置のところが多く実践力が向上できない¹²⁾、求められる役割が認識しづらい¹³⁾、委託型の地域包括支援センターであることでの活動のやりにくさ¹⁴⁾等の困難感が報告されている。その背景となる地域包括支援センター保健師の業務実態は、地域包括支援センターの委託化が進行するなか、保健師配置平均人数は市町村が運営する直営型では2.3人、市町村から委託された民間法人が運営する委託型では0.7人、地域包括支援センター保健師経験3年未満が51.2%である。業務内容は相談や地域支援を行う包括的支援事業と要支援1、2認定者のケアマネジメントを行う介護予防支援業務があり、両方を兼務している保健師数は0.7人で委託型に多い¹⁵⁾。委託型の地域包括支援センターに保健師人数の少なさや介護予防ケアマネジメント業務の兼務が多い状況が読み取られ、保健師職の視点をもった地域活動の困難さや保健師職としての役割の遂行に苦慮していることが推測され、認知症の人のケア～地域のよい環境づくりまでを含む包括的なコーディネーションの状態が懸念される。

そこで本研究は、認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーション尺度を用いて地域包括支援センター保健師の現状を明らかにし、地域包括支援センター保健師に必要な支援の示唆を得ることを目的とする。これらが明らかになることによって、地域包括支援センター所属の保健師の活動能力の向上や人材育成に寄与できると考える。

II. 用語の定義

認知症高齢者：認知症症状が出現している65歳以上の者。

保健師のコーディネーション：個別の支援体制を形成するとともに地域づくりに発展させる活動である。それは、対象や対象が暮らす地域のニーズや支援協力者を掘り起こし、つなぐための調整を行い、サービスやサポートへとつなぐ。そして、関係者間で情報を共有し、個ならびに地域の支援体制をつくる行動である⁸⁾。

III. 研究方法

1. 対象と方法

全国の地域包括支援センター4,557施設に郵送で、研究協力意向および保健師の配置の有無と人数の回答によって保健師配置が確認された420施設、509人に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。研究期間は2019年11月～2020年3月31日であった。

2. 調査内容

認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーション、地域づくり活動、個人属性を調査した。

1) コーディネーション

「認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーション尺度」¹⁶⁾を使用した。本尺度は「認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする」(9項目)、「認知症高齢者を医療と介護の関係機関につなぐ」(8項目)、「地域のなかで認知症高齢者を支える社会資源を創出する」(8項目)、の3因子25項目で構成されており、信頼性・妥当性が検証されている。1=まったく実践していない～6=十分実施している、の6段階で実践状態を評価する。点数が高いほど実践力が高いことを示し、最低点は25点、最高点は150点である。

2) 地域づくり活動

地域包括ケアシステム構築に必要とされる地域ケア会議と地区診断を用いた。地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討を行い、その積み重ねをとおして関係者の課題解決能力の向上や支援ネットワークを構築することを意図している¹⁷⁾ことから、地域ケア会議の年間参加回数を項目に含めた。また、地域ケア会議には地域包

括支援センターの担当圏域内で開催されるものと市町村単位のものがあるため、それぞれについて質問した。地域診断は、地域包括ケアシステム構築のプロセスとして地域課題の把握や地域ケア会議の実施が示されている¹⁷⁾ことから、地域診断の実施の有無を項目に含めた。

3) 個人属性

地域包括支援センターおよびコーディネーションに関する先行文献^{7, 18, 19)}を参考に、関連する個人属性として、年齢、運営形態、在宅介護支援センター勤務年数、介護支援専門員資格の有無、地域包括支援センター保健師経験年数、保健師経験年数(地域包括支援センターおよび在宅介護支援センターでの保健師経験年数を除く)を項目とした。

3. 分析方法

記述統計により、「認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーション尺度」の因子間および各項目の平均値を比較した。次に個人属性、地域づくり活動とコーディネーションとの関連についてMann-Whitney U検定を行った。2群の境界は、地域包括支援センター保健師経験年数は、前職歴をもつものが8割であること¹⁷⁾や地域包括支援センター保健師のコーディネーションに関する先行文献²⁰⁾から、3年未満と3年以上とした。保健師経験年数は、佐伯ら²¹⁾の保健師の専門職遂行能力で示された5年以上・5年未満とした。地域ケア会議の参加回数は、データの分布から中央値により低群・高群に分けた。分析にはSPSSver25.0for Windows, 有意水準は $p < 0.05$ を用いた。

4. 倫理的配慮

研究対象者に文章で、研究目的、方法、協力するか否かは自由意思であり、断った場合になんら不利益が発生しないこと等を説明した。質問紙の同意欄のチェックにより同意を確認した。本研究は京都府立医科大学の医学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認年月日: 2019年10月16日, 承認番号: ERB-E-427)。

IV. 結果

143人の回答があり(回収率28.1%), 136人(有効回答率26.7%)を分析対象とした。

表1 対象者の属性

項目		n (%)
年代	20歳代	13 (9.6)
	30歳代	43 (31.6)
	40歳代	49 (36.0)
	50歳代	27 (19.9)
	60歳以上	4 (2.9)
運営形態	直営型	37 (27.2)
	委託型	99 (72.8)
在宅介護支援センター勤務経験	なし	120 (88.2)
	あり	16 (11.8)
介護支援専門員資格	なし	71 (48.1)
	あり	65 (51.9)
地域包括支援センター保健師経験年数	3年未満	36 (26.5)
	3~5年未満	40 (29.4)
	5~10年未満	44 (32.4)
	10年以上	16 (11.8)
地域包括支援センターを除く保健師経験年数	5年未満	58 (42.6)
	5~10年未満	23 (16.9)
	10~20年未満	34 (25.0)
	20年以上	17 (12.5)
	記入なし	4 (2.9)

1. 対象者の属性

対象者の平均年齢は42.2歳(25~68歳)、所属する地域包括支援センターの運営形態は、直営型27.2%、委託型72.8%であった。地域包括支援センター保健師経験年数は、5年未満55.9%、地域包括支援センターを除く保健師経験年数は、5年未満42.6%であった。介護支援専門員資格あり51.9%、なし48.1%であった(表1)。

2. 記述統計

1) 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーション

総合得点の平均値は97.8(SD21.1)であった。因子ごとの得点平均値(標準偏差)は、第1因子「認知症症状が生活におよぼす影響をアセスメントする」38.0(8.4)、第2因子「認知症高齢者を医療と介護の関係機関につなぐ」31.8(7.9)、第3因子「地域のなかで認知症高齢者を支える社会資源を創出する」28.1(6.9)であった(表2)。

第1因子の各項目の得点平均値は4.2(3.7~4.5)、因子間でいちばん高かった。項目のなかでは「薬袋や処方薬などから受療状況を推察する」がもっとも高く、「興奮状態や徘徊などの様子を目のあたりにしてBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia: 認知症の行動・心理症状)の実態を把握する」がもっとも低かった。第2因子の各項目の得点平均値は4.0(3.4~

表2 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーション尺度の得点平均値

N = 136

項目	得点平均値(最大値)	標準偏差(SD)
認知症高齢者へのコーディネーション	97.8 (150)	21.1
第1因子：認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする	38.0 (54)	8.4
1. 認知症高齢者に会うために訪問を繰り返す	4.1	1.1
2. 認知症高齢者のペースに合わせ話を引き出す	4.3	1.1
3. 興奮状態や徘徊などの様子を目のあたりにしてBPSDの実態を把握する	3.7	1.2
4. 認知症高齢者の行動や態度の意味を推察する	4.0	1.1
5. 室内の状態や日常生活用品の使用状況から生活行為の実態を推察する	4.3	1.0
6. 薬袋や処方薬などから受療状況を推察する	4.5	1.1
7. 認知症高齢者を介護している家族の介護負担感の状態を理解する	4.4	1.0
8. 生活に影響を及ぼしている状態から認知症の専門治療の必要性を判断する	4.3	1.0
9. 認知症高齢者が暮らす市区町村の認知症施策を理解する	4.3	1.1
第2因子：認知症高齢者を医療と介護の関係機関につなぐ	31.8 (48)	7.9
10. 前もって関係機関に相談し受診やサービスの受け入れをよくする	4.3	1.1
11. 介護保険の主治医意見書を書いてもらえる医療機関をみつけて受診につなぐ	4.3	1.2
12. 受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる	3.7	1.3
13. 認知症高齢者の状態にあわせて対応協力を関係機関に依頼する	4.2	1.1
14. 認知症高齢者が確実に内服できる方法を調整する	3.8	1.1
15. 認知症高齢者の状態にあわせてケアマネジメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ	4.4	1.1
16. 公共料金や税金が滞納状態となった理由を市区町村に説明し発生した不利益の対応について相談する	3.4	1.4
17. 認知症高齢者を受診につなげない場合は訪問の医療サービスなど別の方法を調整する	3.7	1.4
第3因子：地域のなかで認知症高齢者を支える社会資源を創出する	28.1 (48)	6.9
18. 地域の核となる住民をみつける	3.4	1.1
19. 認知症高齢者に関係する社会資源の特徴を把握しておく	3.8	1.1
20. 認知症高齢者のつながりから地域の支援者に相談し協力を得る	3.7	1.1
21. 認知症高齢者を認知症カフェや集いの場など介護保険サービス以外の資源につなげる	3.7	1.1
22. 認知症高齢者の支援に必要な関係者がケース会議に参加できるよう調整する	3.8	1.2
23. 認知症について住民に啓発活動を行い見守りの目を増やす	3.9	1.1
24. 住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる	2.9	1.2
25. 認知症高齢者に対する住民や関係機関の声から支援協力者が増えていることを確かめる	3.0	1.2

4.4)、「認知症高齢者の状態にあわせてケアマネジメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ」がもっとも高く、「公共料金や税金が滞納状態となった理由を市区町村に説明し発生した不利益の対応について相談する」がもっとも低かった。第3因子の各項目の得点平均値は3.5(2.9~3.8)、因子間でいちばん低かった。「認知症について住民に啓発活動を行い見守りの目を増やす」がもっとも高く、「住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる」がもっとも低かった。

正規性の確認はKolmogorov-Smirnovの正規性の検定($p=0.801$)と正規分布表の目視で確認した。本データによるCronbach's α 係数は0.964であった。

2) 地域ケア会議の参加状況

専門機関間で行う市町村単位の地域ケア会議の年間参加回数の中央値は2回、最小回数は0回、最高回数は48回であった。民生委員等地区組織の委員を含めた地区単位の地域ケア会議の参加回数の中央値は2回、最小回数は0回、最高回数は24回であった。地域ケア会議の参

加状況は、市町村単位、地区単位双方とも年間参加回数2回以下が半数を占め、そのうち0回が市町村単位は30.3%、地区単位は26.9%であった。一方、12回以上の参加は、市町村単位は23.4%、地区単位は17.7%であった(表3)。

3) 地域診断の実施の有無

地域診断の実施率は、実施している34.8%、実施していない65.2%であった。

3. 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーションの関連要因

1) 個人属性による比較

個人属性のうちコーディネーションとの関連で有意な差が認められた項目は、地域包括支援センター保健師経験年数のみであり、3年以上に平均位が有意に高くなっていた。また因子ごとの比較では、第1因子のみに有意差が認められ、3年以上に平均位が有意に高くなっていた。運営形態、在宅介護支援センター勤務年数、介護支

援専門員資格の有無，保健師経験年数には有意差は認められなかった。

2) 地域活動による比較

地域活動のうち，コーディネーションとの関連で有意な差が認められた項目は，地区単位の地域ケア会議年間参加回数，地域診断実施の有無であった。地区単位の地域ケア会議では，参加回数が多いほうに，地域診断実施では実施ありのほうに平均位が有意に高かった。また因子ごとの比較では，地区単位の地域ケア会議において，第1因子と第3因子に参加回数高群に平均位が有意に高

くなっていた。市町村単位の地域ケア会議，年間参加回数には有意差は認められなかった(表4)。

V. 考 察

1. 回答者の特徴

回答者の傾向を全国調査と比較すると，全国の運営形態，直営21.1%，委託78.9%²²⁾，地域包括支援センター保健師経験年数3年未満51.2%¹⁵⁾，保健師としての経験年数5年未満19.3%¹¹⁾と比べると，本調査の回答者は，直営および地域包括支援センター経験年数が多く，保健師経験年数が少ない傾向にあった。

2. 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーションの現状

記述統計の得点平均値から全体的な実施状況は6割程度であった。尺度項目の得点平均値をみると，認知症高齢者をアセスメントし，医療と介護につなげるコーディネーションはおおむね実践していた。しかし認知症の行動・心理症状であるBPSDや治療中断，滞納状態のある認知症高齢者の場合の得点平均値は低くなっていた。これらは，話の内容や行動から認知症の症状を推察し，認知症高齢者の代弁者となって生活に必要なサービスを確保する²³⁾ことであり，自身の状態を表現しにくくなっ

表3 地域ケア会議(市町村単位，地区単位)の年間参加回数と参加割合 *n*(%)

年間参加回数	市単位	地区単位
0	36 (30.3)	32 (26.9)
1	9 (7.6)	10 (8.4)
2	20 (16.8)	21 (17.6)
3	6 (5.0)	6 (5.0)
4	7 (5.9)	13 (10.9)
5	1 (0.8)	- (-)
6	12 (10.1)	14 (14.8)
9	- (-)	2 (1.7)
12	21 (17.6)	17 (14.3)
24	5 (4.2)	4 (3.4)
36	1 (0.8)	- (-)
48	1 (0.8)	- (-)

- : 無回答

表4 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーションの2群間比較

項目	2群	<i>n</i>	全体		第1因子		第2因子		第3因子		
			平均位	<i>P</i>	平均位	<i>P</i>	平均位	<i>P</i>	平均位	<i>P</i>	
運営形態	直営	37	59.7	0.113	58.3	0.064	64.5	0.469	57.7	0.050	
	委託	99	71.8		72.3		70.0		72.6		
在宅介護支援センター経験	なし	120	67.1	0.244	67.2	0.306	67.0	0.216	67.5	0.398	
	あり	16	79.2		78.0		79.9		76.3		
介護支援専門員資格	なし	70	71.4	0.325	71.3	0.341	70.0	0.561	73.4	0.124	
	あり	65	64.8		64.9		66.1		63.0		
経 験	地域包括保健師	3年未満	36	57.2	0.044	57.1	0.042	58.9	0.088	58.3	0.068
		3年以上	100	72.6		72.6		72.0		72.2	
	保健師(包括経験除く)	5年未満	58	65.8	0.853	67.8	0.850	68.7	0.961	68.6	0.972
		5年以上	78	67.1		69.1		68.4		68.4	
地域ケア会議の参加回数(市町村単位)	低群	65	56.6	0.242	57.1	0.396	58.0	0.641	58.1	0.691	
	高群	54	64.1		62.7		61.0		60.7		
地域ケア会議の参加回数(地区単位)	低群	63	53.2	0.023	53.1	0.021	56.3	0.212	50.9	0.002	
	高群	56	67.6		67.8		64.2		70.2		
地域診断実施	なし	86	62.0	0.043	75.3	0.052	75.1	0.060	72.0	0.226	
	あり	47	76.1		61.8		61.9		63.6		

Mann-Whitney U検定, $p < 0.05$

地域ケア会議の高低は中央値を基準とした

ている認知症高齢者のニーズを掘り起こす、保健師のコーディネーションの重要な部分^{9,10)}である。認知症高齢者の早期・事前的な支援を進めるうえで、BPSDや身体合併症等のある高齢者への知識と適切な対応が求められることから、BPSDや治療中断、滞納状態のある認知症高齢者を早期に医療と介護につなげる体制づくりが求められる。

尺度因子間の得点平均値をみると、得点平均値がもつとも低かったのは第3因子であった。第3因子は、地域のなかで認知症高齢者を支える人や場所を創出する項目群であり、地域支援活動に課題があることが示された。地域包括支援センターは認知症サポーター養成講座を実施しているが、受講者の7割はその後活動をしていない²⁴⁾、サポーターの活動が各市町村で活発には行われていない現状がある²⁵⁾等、事業が見守りの目を増やす一時的な役割にはなっていないことが報告されている。地域支援能力は前期中堅期である6～10年目の達成課題である²¹⁾が、地域包括支援センター保健師の場合は個別支援にとどまり、地域支援に発展していない現状であった。それは、地域包括支援センター経験年数5年未満が全体の5割を超えている現状が地域支援活動に影響していること、地域ケア会議にかける平均業務時間数が社会福祉士や主任ケアマネジャーと比較して少ない²⁶⁾ことが考えられた。

地域活動では、地域ケア会議の年間参加回数の中央値は少なく、0回が3割程度、12回以上が2割程度、地区診断の実施は3割と少なかった。地域ケア会議は包括的支援事業であり、関係者の課題解決能力の向上や支援ネットワークの構築を目的とした地域包括支援センターの必須事業である。しかし、地域ケア会議の参加回数が低い背景には、運営担者や開催回数等は各地域包括支援センターに委ねられ、保健師が必ずしも参加する必要がないこと、地域包括支援センター職種別1週間の業務時間数平均値調査²⁶⁾で、保健師は認知症総合支援事業や一般介護予防事業が他職種と比べて非常に多く、業務の役割分担として地域ケア会議よりも優先されていることが考えられた。地域診断の実施割合が低い背景には、地域診断としての明記がなく、総合相談支援業務の実態把握に含まれており認識しづらい、総合相談や介護予防ケアマネジメント業務に多くの時間を要し¹⁵⁾、地域診断に取り組む時間を捻出しづらい、市町村から地域包括支援センターに対する地域診断の支援が不十分¹¹⁾等が考

えられた。地区診断は、地域ケア会議開催地区の選定根拠となる、地域ケア会議の運営に必要なスキルの1つ²⁷⁾、本研究においてコーディネーションの関連変数であった等から、地区診断の実践、地域ケア会議への参加が求められる。

コーディネーションとの関連変数として、本調査では運営形態における有意な差は認められなかった。その理由として本調査では、地域包括支援センター保健師経験年数が直営3年未満43.2%、3年以上56.8%に対して、委託では3年未満20.2%、3年以上79.8%と委託型地域包括支援センターに地域包括支援センターでの保健師経験年数が有意に多かった($p=0.007$)ことが挙げられ、認知症高齢者のコーディネーションには認知症高齢者との経験量に関連があると考えられた。

今回の現状からみえたBPSDや治療中断、滞納状態のある認知症高齢者を医療と介護につなげるためには、現状のサービスやシステムでは困難であることが考えられ、地域包括支援センターの保健師に求められる知識や活動として、BPSDのある認知症高齢者の理解と関わり経験量、地域診断の実施、地域ケア会議の年間参加回数を増やすことが示された。

3. 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーションの課題

本調査の現状の結果からみえてきた課題は、現状のサービスやシステムでは医療や介護につながりにくい認知症高齢者を支援につなげる体制づくりなど、認知症高齢者の支援を個別から地域支援に拡大していくことであった。しかし、保健師の地域ケア会議の年間参加回数や地域診断の実施率は低い現状であり、これらが地域支援に発展していかない要素のひとつであると考えられた。特に地区単位の地域ケア会議は、第3因子に有意な差が認められたことからコーディネーションと地域づくりとの関連性が明らかにされた。加えて、地域ケア会議の開催目的を明確にもつために地域診断の実施の必要性が示された。地域包括支援センター業務は3職種のチームアプローチであるため、これらを可能にする保健師に求められる役割は、認知症高齢者との関わりからとらえられた現状と課題等を資料化し、地域ケア会議のなかで認知症高齢者の地域課題を検討する機会の提案と必要な資源の創出につなげることであり、そして地域づくりを事業計画に位置づけることであると考えられる。保健師のこの行動が尺度で示す第3因子の各項目の実践を促すことにつな

がり、個別レベルにとどまらないコーディネーションの発展となる。そして、認知症高齢者が安心して暮らせる地域づくりの実現に結びつくのではないかと考える。

4. 本研究の限界と今後への示唆

本研究は認知症高齢者を対象にした地域包括支援センター保健師のコーディネーションの現状と課題を示したが、全国の地域包括支援センター所属保健師の1割にも満たさず一部の現状を示したにすぎない。しかし、地域包括支援センター保健師の認知症高齢者支援の現状を示した報告は少なく、今後の活動や研究の資料となる。認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーション力向上に向けた今後の課題は、コーディネーションの構造モデルを明らかにすること、地区診断を業務とする仕組みや教育等の体制づくりであると考えられる。

【謝辞】

本研究にご協力いただきました地域包括支援センター保健師のみなさまに深く御礼を申し上げます。

【文献】

- 1) 栗田圭一：21世紀前半のわが国の高齢化について。栗田圭一（編著）、認知症の総合アセスメントテキストブック（改訂版）、7-8、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター、2014。
- 2) 厚生労働省：平成28年国民生活基礎調査。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05> (2019年3月11日)。
- 3) 沖田裕子：認知症者の生活は支えられているか；とくに独居の認知症者をめぐって。老年精神医学雑誌, 21(1)：44-51, 2010。
- 4) 栗田圭一：認知症早期支援体制；とくにアウトリーチ（訪問型ケア）の課題。老年精神医学雑誌, 24(9)：883-889, 2013。
- 5) 厚生労働省：介護保険制度の改正と地域ケア会議の位置づけについて。 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/shinkouka_1 (2020年4月18日)。
- 6) 厚生労働省：認知症対策等総合支援事業の実施について。 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035rce-att/2r98520000035rgf_1_1 (2021年2月22日)。
- 7) 水上 然・黒田研二・佐瀬美恵子他：地域包括支援センター職員の認知症支援業務の実施状況と認知症に関連する知識との関係。日本認知症ケア学会誌, 14(3)：667-677, 2015。
- 8) 岡野明美・上野昌江・大川聡子：保健師のコーディネーションの概念分析。大阪府立大学看護学雑誌, 24(1)：21-30, 2018。
- 9) 平野かよ子：ケア・コーディネーションの行政的背景と保健師のコーディネーション機能の向上。保健婦雑誌, 50(10)：772-777, 1994。
- 10) 高崎絹子：ケア・コーディネーションの概念と地域保健活動。保健婦雑誌, 50(10)：763-771, 1994。
- 11) 日本看護協会：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 (2017年4月30日)。
- 12) 川原瑞代・杉田加代子・児玉智恵子他：地域包括支援センターの機能強化に関わる保健師の活動実態と課題。宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報, 3：33-42, 2014。
- 13) 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。
- 14) 富田 恵・大沼由香・小池妙子他：委託型の地域包括支援センター保健師のネットワーク構築に関する認識。弘前医療福祉大学紀要, 6(1)：91-98, 2015。
- 15) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：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 (2021年4月29日)。
- 16) 岡野明美・上野昌江・大川聡子：認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター支援センター保健師のコーディネーション尺度の開発。日本地域看護学会誌, 23(1)：4-12, 2020。
- 17) 長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル。 <https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual100> (2020年8月18日)。
- 18) 岡野明美：認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーションの実態(2)。京都府立医科大学紀要, 29：29-30, 2019。
- 19) 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。
- 20) 厚生労働省：地域包括支援センターについて。 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000756893> (2021年4月29日)。
- 21) 佐伯和子・和泉比佐子・宇座美代子他：行政機関に働く保健師の専門職遂行能力の発達；経験年数群の比較。日本地域看護学会誌, 7(1)：16-22, 2004。
- 22) 岡野明美：認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーションの実態(2)。京都府立医科大学看護学雑誌, 29：29-30, 2019。
- 23) 岡野明美・上野昌江・大川聡子：認知症が疑われる高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション

- ンの実態. 日本地域看護学雑誌, 22(1): 51-64, 2019.
- 24) 荒川博美・加藤基子・長島きぬ子: 認知症サポーター養成講座修了者の活動実態と活動意欲. 日本認知症ケア学会誌, 11(3): 665-677, 2012.
- 25) 内田陽子・井出成美・小山晶子他: 認知症サポーター活動に関する実態と今後の課題. 群馬保健学研究, 37:63-68, 2016.
- 26) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング: 地域包括支援センターの業務実態に関する調査研究事業報告書. https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_7.pdf (2021年5月19日).
- 27) 原田小夜・種本 香: 地域包括支援センター職員の地域ケア会議運営の課題と運営の工夫. 日本公衆衛生雑誌, 65(10): 575-588, 2018.



発達障害の可能性のある子どもと親への早期支援

西嶋 真理子

愛媛大学大学院医学系研究科

日本地域看護学会誌, 25 (1) : 48-52, 2022

I. 発達障害のある子どもと親の背景

発達障害は人口の数%から10%に及び、30年前に想定された有病率の100倍となり、ありふれた問題ともいえる¹⁾。発症の原因としては、遺伝要因と環境要因に分けられ、たとえばASD (autism spectrum disorder; 自閉スペクトラム症) の場合、遺伝要因の影響が40～80%程度と考えられている²⁾。複数の遺伝子が発症に関与するとともに、ASDの発症に関与する遺伝子が他の精神疾患の発症にも関与することがわかっているが、遺伝要因、環境要因の多くは解明されていない。また、いずれの発達障害の診断も生理学的指標であるバイオマーカーは存在しておらず、行動評価に基づいて診断を行う必要がある³⁾。経験を要する多職種による子どもの観察や検査に加え、系統的な親との面接が必要である¹⁾。根治的な治療法はないが、幼児期早期の心理療法による社会的コミュニケーションの障害の改善、ペアレントトレーニングといった幼児期の親への教育による易刺激性の改善、認知行動療法による不安症状の改善等が報告されている⁴⁾。

2005年度に発達障害者支援法が施行されるまで、発達障害の認知度は低く、たとえ自閉症であっても、知的障害を伴っていないと公的支援の対象とならなかった。多くの親は、子どものわかりにくい言動に悩みながらも、行動の意味が理解しづらいため、子どもの困難感がわかりにくく、相談や診察につながりにくい。広汎性発達障害120例の調査では、親の最初の気づきが、26.1か月、最初の相談が45.9か月、最初の診断が67.0か月であり、

知的障害のない高機能広汎性発達障害(アスペルガー障害、高機能自閉症等)の場合、最初の診断が80.5か月とさらに遅い⁵⁾。また、広汎性発達障害児の両親を対象にした研究では、健常児をもつ両親や他の障害や慢性疾患のある児の両親と比較して、ストレス、抑うつ、不安が高く⁶⁻⁸⁾、海外のメタアナリシスによると、広汎性発達障害児の両親は、健常児の両親のみでなく、ダウン症児の両親と比較してもストレスが非常に高いことが報告されている⁹⁾。

II. 発達障害の定義

発達障害は、発達障害者支援法のなかで「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されている。「その他」とされている障害・疾患については、厚生労働省の省令で定められ、吃音や、トゥレット症候群、選択性緘黙が含まれる。同法では、発達障害者の自立及び社会参加のためのその生活全般にわたる支援を図ること、支援は個々の発達障害者の性別、年齢、障害の状態及び生活の実態に応じて行うこと、医療、保健、福祉、教育、労働等に関する関係機関及び民間団体相互の緊密な連携の下に、意思決定の支援に配慮しつつ、切れ目なく行われなければならないとされている。

発達障害の診断はDSM-5に従って行われることが多く、以下に概略を示すが、発達障害者支援法の呼称とやや異なる。ICD-11の診断基準はDSM-5に準拠する内容

となっている¹⁰⁾。

1. 自閉スペクトラム症 (ASD)

A. 社会的コミュニケーションの欠陥とB. 限局された反復的な行動様式の2つの基準を満たすときに診断される。Aでは、複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥があること、Bでは、行動、興味、または活動の限定された反復的な様式があることが記されており、どちらも現時点または病歴により明らかとなる¹¹⁾。

2. 注意欠如・多動症／注意欠如・多動障害 (attention deficit hyperactivity disorder : ADHD)

A. 「不注意」および／または「多動性および衝動性」によって特徴づけられる、不注意および／または多動性—衝動性の持続的な様式で、機能または発達の妨げとなっているもの、B. 不注意または多動性—衝動性の症状のうちいくつかは12歳になる前から存在していた、C. 不注意または多動性—衝動性の症状のうちいくつかは2つ以上の状況（家庭、学校、職場等）において存在するという3つの基準が示されている。集中を要したり、座って課題を行う機会が増える幼児期後期から診断されることが多い¹¹⁾。

3. 限局性学習症・学習障害 (specific learning disorder ; LD)

読み、書き、計算といった基本的な学業的技術の習得に関わる認知機能の障害である。LDのなかのひとつである読みの困難なディスレキシアでは、文字の学習が始まる就学後まで気づかれないことも多いが、幼児期には文字に興味がない様子がみられる¹¹⁾。読書を避けるため、学習の遅れにつながりやすい¹¹⁾。近年、ひらがな読み検査¹²⁾等で早期に診断できるようになった。早い段階で音韻認識を高める訓練やデコーディング（文字で表された言葉を音韻や意味に変換すること）がスムーズにできるための指導、しりとりやグリコ遊び等で音韻認識を養う、語彙を増やす等の指導が行われている¹³⁾。

4. 発達性協調運動症 (developmental coordination disorder ; DCD)

協調運動技能の獲得や遂行が年齢などから期待されるよりも劣っており、不器用さ、運動の遅さや不正確さとして現れる。幼児期では、ハサミ、描画などの制作活動、

更衣・箸の操作などの生活活動、遊具や縄遊びなどの運動活動における不器用さ¹¹⁾により相談に至ることが多い。5歳児健診では、片足立ち（3秒立てる）、片足ケンケン（5回以上連続）、前腕の回内回外（検査者のとおり回内回外になる）、指のタッピング（反対側の指が連合反応しない）等が評価項目となる¹¹⁾。

Ⅲ. 発達障害児とその養育者支援に用いる指標

1. 自閉症 (自閉スペクトラム症) の評価

1) M-CHAT (modified checklist for autism in toddlers)¹⁴⁾

イギリスで開発された乳幼児自閉症チェックリスト (checklist for autism in toddlers ; CHAT) に修正を加えた乳幼児期自閉症チェックリスト修正版 (modified checklist for autism in toddlers ; M-CHAT)¹⁴⁾ は、2歳前後の幼児に対して遅れの有無にかかわらずASDのスクリーニングを目的とした検査である。社会的発達に関する16項目、ASD児にみられることのある独特の知覚反応や常同行動に関する4項目、言語理解に関する1項目と、2つのダミー項目の23項目から構成され、該当の有無を親が回答する質問紙である。日本語版は神尾らによって作成され¹⁵⁾、原版にはない絵が追加されてわかりやすく、日本語版およびフォローアップ面接用マニュアルは国立精神神経医療研究センターのホームページからダウンロードが可能である。

日本語版の使用法は18～24か月時に行うことが想定されており、第1段階でカットオフ値 [3/23項目以上、または1/重要10項目以上の不通過] を超えた陽性ケースには2回目の面接で不通過項目を中心に社会的発達状況を具体的にフォローし、再度、陽性 (カットオフ値3/23項目以上、または2/重要10項目以上の不通過) であれば、専門医に紹介することが推奨されている¹⁶⁾。

2段階ともに陽性ケースの2人にひとりにはASDの診断がなされることが長期フォローの結果に示されており¹⁷⁾、M-CHATの2段階法により通常の健診で見逃されやすい知的障害のないASD児の3割強は発見が可能であることがわかっている¹⁶⁾。ASDの陽性的中率は46%、何らかの発達の問題を有する児の陽性的中率は98%である¹¹⁾。

2) 対人応答性尺度 (social responsiveness scale ; SRS)

SRSは、アメリカで開発され、世界でもっともよく使われているASD症状の量的なアセスメント・ツール

のひとつである¹⁾。日本版SRS-2(対人応答性尺度)¹⁸⁾には、幼児版(2歳6か月～4歳6か月)、児童版(4～18歳)、成人版(19歳以上)があり、いずれも65項目からなる。幼児版は、日常生活で観察される児の行動特徴について保護者または担任教師が回答した合計得点を算出する。

3) PARS-TR (PARSテキスト改訂版 [Parent-interview autism spectrum disorders rating scales-text revision])^{19, 20)}

PARS-TRは、ASDの診療補助情報および支援関連情報を得ることを目的とし、わが国で開発されたツールである²⁰⁾。尺度構成は、「対人」「コミュニケーション」「こだわり」「常同行動」「困難性」「過敏性」の6領域57項目からなり、就学前(幼児期)34項目、小学生(児童期)33項目、中学生以上(思春期・成人期)33項目の3年齢帯の項目セットがある。評定は幼児期項目による幼児期ピーク評定(幼児期の症状がもっとも顕著なときの評定)と現在評定(評定実施時の症状評定)の2種類の両方を行う²⁰⁾。専門家がマニュアルに即して養育者に面接し、具体例を示しながら、その症状の強さを頻度と程度に基づいて0(なし)、1(多少目立つ)、2(目立つ)で3段階評定する¹⁶⁾。幼児期ピーク時評定でカットオフ値9点を超えればASDを強く疑い、専門医に紹介する¹⁶⁾。

2. 子どもの情緒や行動の評価

ADHDや情緒・行動の問題は、幼児期に診断に至る機会は少ないが、症状レベルでのアセスメントは幼児期でも可能である。子どものニーズに合った支援を行ううえで、ADHD症状や情緒・行動の問題をカバーするメンタルヘルスの問題を包括的にアセスメントすることは重要である¹⁾。国際的にもよく用いられ、日本版も存在するものとして、以下の指標がある。

1) 子どもの行動チェックリスト (Child Behavior Checklist ; CBCL)²¹⁾

幼児版(1.5～5歳)と学齢期版(6～18歳)がある。幼児版は、「情緒的反応」「不安/抑うつ」「身体的訴え」「引きこもり」「睡眠の問題」「注意の問題」「攻撃的行動」の下位尺度100項目からなり、3件法である。前4下位尺度が内向尺度、後2下位尺度が外向尺度の上位尺度に含まれる¹⁾。保護者や教師(保育士)が評定できる。児童精神科を受診した臨床群の1.5～5歳の男児において、「引きこもり」「注意の問題」「攻撃的行動」では、比較的月齢が幼いころから一般群と比べて差があることが示さ

れており、月齢が高くなるとその差が広がっていることから、スクリーニングとしての信頼性が高い²¹⁾。

2) 子どもの強さと困難さアンケート (Strength and Difficulties Questionnaire ; SDQ)²²⁾

項目数が25項目と少なく、簡便さから世界各国で用いられている。「情緒の問題」「行為の問題」「不注意・多動性」「仲間関係の問題」という困難さと「社会的行動」という強みに関する下位尺度から構成される。上位10%(社会的行動は下位10%)を臨床範囲、次の10%を境界範囲、残りの80%を正常範囲と目安としてとらえることが可能である¹⁾。保護者や教師が評定できる。<https://www.sdqinfo.org>から日本語版と日本人児童の標準値がダウンロードできる。

SDQの「情緒の問題」得点は、CBCLの内向尺度である「ひきこもり」「身体的訴え」「不安/抑うつ」と、SDQの「行為の問題」得点はCBCLの外向尺度である「攻撃的行動」と、SDQの「不注意・多動性」得点は、ADHD Rating Scale-IV得点と高い相関を示している²³⁾。

3. 養育者に関する評価

1) 子育て場面でのふるまい (Parenting Scale ; PS)²⁴⁾

不適切な養育行動を計測するために作成された尺度である。養育者が子育て場面でどのようにふるまうかについて、30項目から構成され、子どもの問題行動場面に對して、効果的なしつけの方略と非効果的なしつけの方略のどちらに近いかを自己評価する。手ぬるさ、過剰反応、多弁さの3種類のしつけのスタイルがわかる。改訂版では、手ぬるさ(寛容的で一貫性を欠くしつけ)、過剰反応(厳しい、感情的、権威主義的しつけと短気)、敵対性(言葉や身体的暴力の使用)の改正3要素が抽出されている。日本語版PSでは「過剰反応」と「手ぬるさ」の2因子が抽出されている²⁵⁾。

2) 養育レジリエンス要素質問票 (Parenting Resilience Elements Questionnaire ; PREQ)²⁶⁾

レジリエンスは精神的健康をいちじるしく悪化させる状況や環境にも関わらず、良好に適応する過程を表す概念として用いられている。先にASDの母親へのインタビュー調査から、発達障害児をもつ養育者のレジリエンスとして、「親意識」「自己効力感」「特徴理解」「社会的支援」「見通し」の5つの構成要素を導き出している²⁷⁾。領域に特化したレジリエンスの尺度として、養育者が発達障害児に関わる問題に適切に対応するための要素をど

の程度もっているかを計測する尺度であり、「子どもの特徴に関する知識」「社会的支援」「肯定的な捉え方」の3因子16項目からなる。これら3因子は、母親のうつ度や精神的健康度(GHQ)と負の相関がみられており、「子どもの特徴に関する知識」が高いほどPSの過剰反応が低い結果であった²⁵⁾。養育者が簡便につけることができる点や支援を受けることや子どもの特徴について学習することで、養育レジリエンスの要素を獲得することが可能であり、養育者自身の成長や支援による変化を検討することができると考えられている²⁶⁾。

4. 支援者の連携活動の評価

1) 発達上気になる子どもの保護者支援に関する保健師-保育士連携活動評価²⁹⁾

多職種で支援することの多い発達上気になる子どもの保護者支援に際して、支援する職種の連携上の課題を見いだすことができるように、保健師と保育士の連携活動を各職種が自己評価する尺度として開発された。発達障害の支援特有の保護者との関係性への配慮や連携職種がどの程度作用しあっているか、連携によりどの程度利益になっているかといった「相互関係性」の視点を含んでいる。6因子「互いの支援に役立つ情報の交換」「相手職種と関わる機会と関係性」「相手職種および社会資源の理解と活用」「対象特性や支援方針の共有と役割分担の理解」「情報共有に対する保護者の同意への配慮と支援結果のやりとり」「情報共有に関する所属機関のルール整備」、25項目から構成され、連携活動の促進に貢献できる。

IV. 活用できる地域看護実践例

厚生労働省は、広汎性発達障害を早期に発見するためのツールとして、M-CHATやPARS-TRの活用・普及を図っているが、2014年にM-CHATを利用しているのは全市町村の7% (124市町村)、PARS-TRは3% (49市町村)にとどまっていることが報告されている³⁰⁾。また、M-CHATやPARS-TRの導入の有無にかかわらず、発達障害が疑われる児童の発見割合は1%前後から30~50%程度までと大きな開きがある³⁰⁾。乳幼児健診でできるだけ発見もれを防ぐために、M-CHATやPARS-TR等のさらなる活用や正しく使うための研修の充実等の改善が求められる。M-CHATでは、知的障害のないASDの発見は3割強にとどまっているため、陰性であった

ケースであっても支援ニーズに沿ったていねいなフォローアップが必要であり¹⁷⁾、確実に3歳児健診につなぐことが重要である。

また、発達障害の早期のアセスメントは、個々の診断の確定よりも、子どもの全体像を的確に把握することが優先される¹⁾。そのため、親の養育態度や子どもの情緒や行動面も含めて総合的にアセスメントして、多職種と連携しながら継続的に支援することが重要と考える。5歳児にASD特性が高いことが、7歳時の「友人関係の問題」「情緒の問題」を有意に予測することが最近の研究で明らかになっており¹⁾、幼児期のASD特性のアセスメントは、発達障害のスクリーニングとして有用だけでなく、情緒に問題のあるハイリスク児を早期に同定し、フォローアップのなかでの早期対応を可能にする意味で重要である¹⁾。

親はすぐには診断を受け入れられなくても、CBCLやSDQによる養育上困難を感じている子どもの情緒や問題行動を数値化した評価であれば理解しやすいと考える。特にSDQは項目数も少なく、簡便に答えることができるため、乳幼児健診やフォローアップ等で、親とともにアセスメントすることにより、子どもの行動を客観的に振り返ることが期待される。PSについては、親が子育て場面でどのようにふるまっているかが数値化されるため、自身の対応を冷静に受け止めやすい。これらの指標は、現時点での状況とその後の経過観察だけでなく、ペアレントトレーニングなどの機会の前後に実施して、介入の効果を評価することも可能である。

【文献】

- 1) 神尾陽子・齊藤 彩・原口英之：発達障がい児に対する早期アセスメントと早期対応。小児科, 59(6)：871-877, 2018.
- 2) Geschwind DH, Flint J：Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science*, 349：1489-1494, 2015.
- 3) 桑原 斉・加藤康彦・山末英典：自閉スペクトラム症の血液マーカーとその治療効果判定。日本生物学的精神医学会誌, 30(4)：177-181, 2019.
- 4) Lord C, Elsabbagh M, Bard G, et al.：Autism Spectrum disorder. *Lancet*, 392：508-520, 2018.
- 5) 宮地泰士：医療ケアにおける診断と告知に関する実態調査、厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業。発達障害児に対する有効な家族支援サービスの開発と普及の研究。平成19-21年度総合研究報告書(主任研究者：辻井正次), 120-133, 2010.
- 6) Benson PR：The impact of symptom severity on

- depressed mood among parents of children with ASD : The mediating role of stress proliferation. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (5) : 685-695, 2006.
- 7) Jellet R, Wood CE, Giallo R, et al. : Family functioning and behavior problems in children with Autism Spectrum Disorders : The mediating role of parent mental health. *Clinical Psychologist*, 19 (1) : 39-48, 2015.
 - 8) Sanders JL, Morgan SB : Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome : Implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy*, 19 : 15-32, 1996.
 - 9) Hayes SA, Watson SL : The impact of parenting stress : A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43 (3) : 629-642, 2013.
 - 10) 森野百合子・海老島健・ICD-11における神経発達症群の診断について, 精神神経学雑誌, 123(4) : 214-219, 2021.
 - 11) 長瀬美香 : 発達障害. 小児科診療, 3(109) : 381-389, 2017.
 - 12) 稲垣真澄(代表編集) : 特異的発達障害, 診断・治療のための実践ガイドライン ; わかりやすい診断手順と支援の実際, 診断と治療社, 2010.
 - 13) 平谷美智夫 : 学習障害、特に読字障害の診断と療育. 子どものこころと脳の発達, 11(1) : 35-41, 2020.
 - 14) Robins DL, Fein D, Barton ML, et al. : The modified checklist for autism in toddlers : An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3 : 131-144, 2001.
 - 15) 神尾陽子 : 発達障害の検出に活用する検査M-CHAT (自閉症児のためのチェックリスト). 小児内科, 50(9) : 1399-1402, 2018.
 - 16) 神尾陽子 : 自閉症, 情緒・行動関連の評価. 小児内科, 46(11) : 1623-1627, 2014.
 - 17) Kamio Y, Inada N, Koyama T, et al. : Effectiveness of using the Modified Checklist for Toddlers with Autism in two-stage screening of autism spectrum disorder at the 18-month health check-up in Japan. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44 : 194-203, 2014.
 - 18) Constantino JN, Gruber CP : Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS-2), 2012. 神尾陽子(監訳・編著) : 日本版SRS-2対人応答性尺度マニュアル児童版尺度換算表付, 日本文化科学社, 2017.
 - 19) 発達障害支援のための評価研究会(編著) : PARS-TR. PARSテキスト改訂版, スペクトラム出版, 東京, 2013.
 - 20) 内山登紀夫 : Wechsler検査とPARS-TRの情報を治療に活用する試み, 児童青年精神医学とその近接領域, 60(1) : 10-15, 2019.
 - 21) 長沼葉月・北 道子・上林靖子他 : ASEBA就学前子どもの行動チェックリスト親記入様式および保育士・幼稚園教諭記入様式の日本語版の開発. 小児の精神と神経, 52 : 193-208, 2012.
 - 22) Ruchkin V, Kuposov R, Schwab-Stone M : The Strength and Difficulties Questionnaire : scale validation with Russian Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (9) : 961-969, 2007.
 - 23) Moriwaki A, Kamio Y : Normative data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire among Japanese school-aged children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1) : 2014, DOI: 10.1186/1753-2000-8-1.
 - 24) Arnold DS, O'Leary SG, Acker MM : The parenting scale : A measure of dysfunctional Parenting in Discipline Situation. *Psychological Assessment*, 5 : American Psychological Association, Inc, 140, 1993.
 - 25) 井澗知美 : Parenting Scale 日本語版の作成および因子構造の検討. 心理学研究, 81(5) : 446-452, 2010.
 - 26) 鈴木浩太・稲垣真澄 : 発達障害児(者)をもつ養育者のレジリエンス ; 尺度の開発と適用について. 精神保健研究, 63, 63-71, 2017.
 - 27) 鈴木浩太・小林朋佳・森山花鈴他 : 自閉症スペクトラム児(者)をもつ母親の養育レジリエンスの構成要素に関する質的研究. 脳と発達, 47 : 283-288, 2015.
 - 28) 稲垣真澄・鈴木浩太 : 発達障がい児をもつ保護者の養育レジリエンス ; 尺度開発と向上に向けて. 小児科, 58(8) : 793-798, 2019.
 - 29) 大塚敏子・巽あさみ・坪見利香 : 発達上気になる子どもの保護者支援に関する保健師-保育士連携活動自己評価尺度の開発. 日本地域看護学会誌, 22(1) : 4-11, 2019.
 - 30) 総務省行政評価局 : 発達障害者支援に関する行政評価・監視結果報告書. 平成29年1月2日付. https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/110614.html#kekkahoukoku (2021年10月7日).

NEWS FROM JACHN

Topics of Japanese Community Health Nursing

1. Current Status and Issues of ICT Application on Community Health Nursing in Japan

1) Takashi Naruse

Division of Care Innovation, Global Nursing Research Center, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Because of the covid-19 spread and technology development, community health nurses are required to use Information and Communication Technologies (ICTs) actively. ICT is a generic term for technologies that utilize computers and networks for exchanging information. It has been becoming very convenient and more accessible. In Japan, the Basic Act on the Formation of an Advanced Information and Telecommunications Network Society was enacted in 2001. The purpose of this law is “to promote measures for the formation of an advanced information and telecommunications network society in a prompt and focused manner.” The advanced information and communication network society is described as a society in which creative and dynamic development in all fields is possible through the free and safe access, sharing, and dissemination of diverse information and knowledge on a global scale via the Internet and other advanced information and communication networks. The active use of ICT will become even more

essential for community health nursing activities that support the people who live and work in various backgrounds. Here are three issues concerning the application of Community Health Nursing in Japan.

1. The implementation of advanced ICTs is not widely enough used in community nursing activities. Textbooks/guidelines emphasized the importance of the PDCA cycle with timely data management and analysis for evidence-based nursing. However, in clinical settings, a system for importing and storing data has not been sufficiently adopted especially in the area of public health nursing. The information exchange between departments and organizations appears to depend on paper-based communication or through direct conversation. My hypothesis is that a vague concern about the leakage of personal information delays active ICT use. Many people cannot imagine that a high-security cloud server might be safer than putting papers in secured lockers to safeguard individual information. There are some institutions that have already introduced an advanced ICT system. Dr. Kikuchi introduces one example in another part.

2. Communication relies on human relationships with community members. Nurses need to communicate with community members to provide appropriate care. Their practices are implemented within a small to a medium-sized group of people. The relationships among them could probably affect the outputs and outcomes. Many nurses would think that face-to-face interaction is essential to developing human relationships. While that may be true, there could be any tasks that can be done without relying on a well-developed relationship. We should

clearly structure our tasks from the perspective of ICT use.

3. Nursing practices in/for online communities. There are many new communities that have emerged in the world of social networking sites (SNSs), no longer being defined by geography, social position, or race. With the spread of the metaverse, the interface between people and society will become less directly invisible. We can use SNSs as new resources in nursing care. It is also necessary to discuss how to utilize our techniques to solve/prevent health problems in SNS communities. As an example of my practice, I opened my own websites and developed online peer learning activities for health care providers/clients (<https://takanaruse.com/en/>).

2) Hiroyuki Kikuchi

Tokyo Medical University Department of Preventive Medicine and Public Health Lecturer

Community-dwelling psychiatric patients are sometimes unable or unwilling to recognize the need for treatment on their own. In such cases, family members or close relatives are often the main ones who encourage them to seek treatment or sometimes assist them in accessing it. However, in some cases, time passes without such support, resulting in worsening of symptoms or involuntary hospitalization. In order to prevent such situations, community health nurses play a role in providing early treatment support to patients living in the community who need treatment.

These supports are provided by public health nurses working in public health centers. Nurses collect a variety of information, including the presence of psychiatric disorders, severity of illness, comorbidities, medical history, risk of self-injury or other harm, family relationships, economic status, and relationships with neighbors. Carefully interpreting this information, which changes from

time to time, public health nurses provide support at the right time and in collaboration with a wide range of medical and welfare professionals.

At the Public Health Centers in Tokyo Metropolitan Government, all of these support records were managed by paper medical records created for each patient. However, there were several problems with the paper-based medical record. The first is that it is not easy for public health centers to understand the characteristics of the entire population they are supporting. For example, if you want to know how many patients have attempted suicide in a year, you have to pick up all the medical records and count them, which is a very time-consuming task. The second point is that the type of information known about each subject differs. There is a limit to the amount of information that can be included in a paper medical record. In order to support the subject appropriately, the public health nurse selects the information with the highest priority and describes it. For example, even if they want to know if a patient is receiving public assistance, there will be a mixture of cases where the information is listed and cases where it is not listed (i.e. unknown).

In 2016, the Tokyo Metropolitan Government replaced its previous paper medical records with an ICT-based electronic medical record system. The benefits of this system include reduced time for record keeping, ease of management, and easier information-sharing with headquarters. One notable benefit of switching from handwritten to electronic medical records is that it has become easier to revise the medical records, which in turn has improved the quality of the records. This was especially beneficial for the novice nurses.

In addition, electric medical record could contribute to scientific evaluation of the support provided by nurses. For quantitative evaluation, the first step is describing the characteristics of the population, i.e., the target group to be supported by

the health center. The number of new cases within the past year, the ratio of males to females, the age structure, and the total consultation response time can be quickly calculated by the system. Furthermore, the information can be uniformly collected by including check-box type input items on the page for each individual patient. It may also be possible to conduct analyses using events such as death and involuntary hospitalization as outcomes to evaluate the effectiveness of the support provided by public health nurses.

In the future, as more ICT is introduced in these health centers, improvement via scientific evaluation is expected, that is, more evidence-based practice would be provided widely in Japan.

3) Hideaki Kanai

Japan Advanced Institute of Science and Technology

Currently, Japan is rapidly aging. Japanese government agencies report that the percentage of elderly people whose ages are at least 65 years will increase up to about 30 percent in 2025. As one of the measures towards this situation, the community-based integrated healthcare system will be introduced in Japan. The system aims to provide elderly people living at home with appropriate health, medical, and welfare services. For the system to succeed, all stakeholders should share with each other any information about the situations of the elderly population living at home.

In spite of this, information on older people is not shared among divisions and is not available. For example, hospitals manage the elderly population with electronic medical records, while nursing center records use other systems, and community centers are managed using paper. In-home scenarios, most cases do not record information. As a result, it becomes difficult to grasp the status of the elderly

population properly, and it becomes impossible to intervene/provide care services for the elderly people at the appropriate time.

We try to solve these issues by using an information-sharing system as an ICT system. Based on interviews of stakeholders in a regional healthcare system, we have developed a supporting system for sharing information about the elderly at home among families, medical professionals, and nursing care centers. The system supports multi-professional collaboration for in-home care by the following functions:

- The function of sharing information about elderly individuals' situations.
- The function of sharing messages
- The function of alerting about changes in the elderly individuals' statuses.

In sharing information about elderly individuals' situations, users can input and access the shared items mentioned above. To make it easier for users to enter and confirm the status of the elderly individuals, the information is displayed and shared in four stages: "emergency," "caution," "attention," and "normal." Users can also trace the history of these statuses. In the function of sharing messages, users can communicate by sending messages, such as SNSs. Users get to know the state of the elderly individuals through shared items and advice and instructions from others. Users can also attach image files to each message to enable the sharing of handwritten care record documents, images of diseased areas, and activity.

To evaluate the system, we conducted a field test in Nomi city, Ishikawa Prefecture, Japan. According to an analysis of the system usage logs and an interview survey, the information-sharing system was effective in reducing the burden on professionals such as care managers and improving efficiency. It was also found that active information sharing by professionals promotes activities related to the confirming and inputting of messages for the

family members of elderly individuals. Additionally, the elderly people were aware that the stakeholders were watching over them carefully, and this awareness had the effect of making their daily lives more regular. From these results, we consider that the use of this system makes it possible to share information that was previously difficult to share among all the stakeholders and demonstrates the possibility of promoting the health of the elderly individuals themselves.

2. Best Research Awards of Japanese Community Health Nursing

1) The Development of Self-assessment Scales of Partnership Activities between Public Health Nurses and Nursery Teachers on Their Support to Parents of Children of Concern



Toshiko Otsuka
*Sugiyama Jogakuen University,
Department of Nursing*

Purpose: The purpose of this research is to develop self-assessment scales measuring partnership activities between public health nurses and nursery teachers on their support to parents of children of concern.

Method: We drew up the draft of scales (31 items) by analyzing the interview data of public health nurses and nursery teachers and sent questionnaires to 248 public health nurses and 881 nursery teachers in nine cities in order to test their reliability and validity.

Results: A total of 940 (83.3%) questionnaires were returned, among them 773 were valid. Four items were excluded from the draft of scales through item analysis. Then, the optimal solution of six factors and 25 items was obtained by exploratory and

confirmatory factor analyses. Six factors were as follows: “exchange of information useful to mutual support,” “opportunities and relationship associated with the type of each job,” “the understanding of the type of each job and social resources and its use,” “care for the approval of guardians on information sharing and the exchange of support consequences,” and “refinement of affiliated institutions’ rules on information sharing.” These results satisfied good internal consistency, and construct validity, confirming their reliability and validity.

Discussion: In this research we developed “self-assessment scales of partnership activities between public health nurses and nursery teachers in their support to parents of children of concern” which comprises six factors and 25 items whose reliability and validity were confirmed. This scale is expected to be used for self-assessment partnership activities between public health nurses and nursery teachers. [Key words] partnership activities, public health nurses, nursery teachers, developmental disorders, parents, self-assessment scales

2) The Process by Which Alcoholics Maintain both Employment and Abstinence; Social Interaction by Members of Danshu-Kai Who Have History of Hospital Treatment



Yukiko Sano
*Human Resources Department,
Daito Trust Construction Co., Ltd*

Objective: This study aimed to clarify the process by which alcoholics maintain both employment and abstinence, and consider support methods.

Method: Semi-structured interviews were conducted with 9 alcoholics who are members of Danshu-Kai (an alcohol abstinence group) and data were analyzed using a modified grounded theory approach.

Results: “A person who is being manipulated by alcohol” selected hospitalization for an “edge of the cliff decision” and participated in “Danshu-Kai to ease my loneliness”.

Although they had a “workplace that supports reinstatement” they experienced “difficulty with reinstatement”. Under these circumstances, they were constantly performing “self-activation to prevent alcohol relapse”. They became “reborn”, taking on a “way of working like oneself” because “I want to cherish my family”.

Furthermore, “self-activation to prevent alcohol relapse” was the central category of the process.

Discussion: This study clarified the process by which alcoholics who are working performed “self-activation to prevent alcohol relapse” and became aware of a “way of working like oneself”. It is important to understand the background of alcoholics who have been drinking for a long time in order to relieve their stress and depressive symptoms. Supporters, including public health nurses, need to continue support to provide for reducing “anxiety about relapse”.

[Keywords] alcoholics, employment, abstinence from drinking, Danshu-Kai, social interaction, process

3) Significance of Community Involvement Experiences of Elderly Men Living Alone in Mountainous Rural Areas in Japan



Chiho Hosoki
Isogo-ward Health and Welfare Center, Yokohama City

Aim: The purpose of this qualitative study was to describe the significance of community involvement of elderly men living alone in mountainous rural areas in Japan, as well as to obtain suggestions for community development in order to prevent social

isolation of elderly men in mountainous rural communities.

Method: The study was designed as a qualitative descriptive approach. Data were collected through semi-structured interviews with six elderly men living alone, who were the primary informants (PI), and nine health and welfare professionals, who were the key informants (KI) in A city in Akita Prefecture, Japan. This study was affiliated with a research institution and informed consent was obtained from the participants.

Results: The study identified five categories that described the significance of involvement with the community of elderly men living alone in mountainous rural areas: “Male tendency produced in the community,” “Grounds for drawing boundaries from others,” “Determination to live the remainder of one’s lifetime,” “Heritage of reducing territorial bonding and blood relatives,” and “Acceptance of irresistible nature and declining village.”

Discussion: For the development of mountainous rural communities, they as individuals are not only receivers but also leaders of community development; thus, it is necessary to create opportunities for their participation in the community. Also, it is necessary to promote the transformation of the sense of values and the culture of their families, neighborhood, village, and even administration, in order to prevent social isolation of the entire mountainous rural community.

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

1) Overview



Reiko Okamoto
*President of Joint Conference (6th GNPHN)
Professor, Osaka University Graduate School of Medicine, Section of Public Health Nursing*

10th Annual Conference of Japan Academy of Public Health Nursing (JAPHN), as a memorial conference to commemorate the 10th Anniversary of JAPHN was held jointly with the 6th International Conference of Global Network of Public Health Nursing (GNPHN) on January 8 to 9, 2022 from Osaka, virtually, under the theme of “Stay watchful in health time! Positive health to prepare for risks, so as to protect LIFE.”

The term “LIFE” in this theme implied “life,” “living,” “production,” and “right to live” according to the wisdom of our ancestors involved in public health. The core mission founding the basis of all professionals engaged in public health nursing, including public health nurses, is to protect the “life” of people. In the real world, there exist many foreseeable as well as invisible risks and in fact, we may suddenly encounter a risk. That’s why we need to stay watchful in time of health to predict potential risks so that we can take appropriate action to handle them once they occur. At that time, taking full advantage of the specialty of our profession, we not only focus on the negative aspect by working hard to “eliminate harmful things” but also focus our attention to the positive aspect by making things “move in positive directions.” It is our specialty as public health nurses to work together with communities, placing importance on “together,” “with others,” and “with fun”.

For the purpose of reinforcing the confidence and pride with which we protect the life of people, the programs provided at this jointly held scientific conference focus on the theme of “Positive health to prepare for risks, so as to protect LIFE” that is widely applicable to a variety of sciences from the field of maternal and child health to the area of health risk management. The number of participants exceeded the initial target of 1300. Although the number of participants from overseas was small, the number of Japanese participants in GNPHN was more than 400, far exceeding our earlier

expectation. The fact that so many graduate students challenged to do oral presentations in English was solid evidence of the progress of globalization in Japan.

I am convinced that this jointly held scientific conference has once again confirmed our expertise and nourished our energy and spirits towards the future. History has witnessed that professionals engaged in public health nursing, including public health nurses, have acted day after day to take care of people who live under totally different social situations and are in individually different health conditions, with the aim of making their health better. These activities have steadily improved with their own creativity and originality to provide professional services for people from the cradle to the graveyard. We have taken over their spirit and are continuously improving our activities according to changes in society. We will keep moving forward and will never stop our progress.

2) Brief Reports of Participants

(1) Aya Tagawa, Yuka Higashijima, Rise Watanabe

Osaka University Graduate School of Medicine, Section of Public Health Nursing

This was our first time to attend an international conference. The theme, positive health, was so interesting, and we were very excited before the conference started.

During the two days of live streaming, we learned about the activities in Covid-19 by public health nurses in various countries, maternal and child health, mental health, and a wide range of other fields, and we were deeply touched by our colleagues active around the world. By comparing Japan with the world, we were able to realize the strengths and challenges of Japan, and we learned the importance of learning about the activities of not

only Japan but also other countries.

In the general presentations, we came into contact with a wide range of new findings from Japan and abroad and received multifaceted opinions through the question-and-answer session in English. It was a meaningful opportunity for us to reconfirm the positions of our own research.

At the online exchange meeting, we danced Zumba and sang songs together with the organizers and participants. Through the exchange, we felt the connection with public health nurses around the world, which warmed our heart and bodies.

As the members of Osaka University, the host of this conference, it was also a very valuable experience for us to be involved in the planning of the exhibition. Through the process of creating it, we were able to touch on what Dr. Hiroshi Maruyama left behind and learn the essence of what it means to protect people's "lives".

Through this conference, we were able to deepen our understanding of what public health nurses should be as professionals. We would like to continue to keep in touch with new knowledge from around the world through this network, and to carry out highly professional practice activities.

(2) Akari Maeda, Mana Shirouchi

Department of Community Health Nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo.

We participated in the 10th annual conference of Japan Academy of Public Health Nursing and the 6th International Conference of Global Network of Public Health Nursing, which was held jointly. The theme of the conference was "Stay watchful in health time! Positive health to prepare for risks, so as to protect LIFE."

It was held on January 8-9, 2022, in Osaka, Japan, and distributed online.

Participants were gathered from various

countries.

The program covered various topics related to communities and people at all life stages and health levels.

We attended the workshop as an audience.

Through the workshops, we learned two things.

The first thing was the implementation of human resource development under COVID-19 situation, such as what was the difficulties experienced by public health nurses and what they have learned through this tough situation. In addition, we understood the necessary capability of public health nurses during the situation.

The other one was how public health nurses can collaborate effectively with occupational health, medical, and welfare services, which the COVID-19 pandemic forced us to think about.

We also exchanged opinions in small breakout groups (Zoom).

The participants came from various backgrounds such as occupational health nurses, public health nurses, University staff, and others.

Their enthusiasm for public health nursing and research was powerful.

It was a valuable opportunity to listen to the current situation of public health nursing during COVID-19 pandemic from practitioners in the field.

We also learned that it is necessary to build a foundation for collaboration in the community at health times and to create a better system in which each relevant profession can utilize its own role and position to prepare for risks.

The main program lectures, general abstract presentations, and special exhibitions could be viewed on-demand as many times as desired until January 31, which was a fulfilling program.

We look forward to the day soon when COVID-19 epidemic is over, and participants can interact face-to-face with each other.

(3) Yui Fukuda

Keio University Graduate School of Health Management

The 6th International Conference on Global Network of Public Health Nursing (GNPHN) was held virtually held in Osaka, Japan. It was also jointly held with the 10th Annual Conference of Japan Academy of Public Health Nursing (JAPHN), which allowed GNPHN participants to participate in both international and domestic programs.

The live stream programs were held on January 8th – 9th. Various topics concerning Covid-19, public health nursing practice, community development, maternal and child health, mental health, and more were discussed during the live sessions.

I was able to participate in all joint programs and most of the main international and domestic live sessions. I was especially interested in the joint symposium which focused on the situation and reaction towards Covid-19 in different countries. Also, I was able to participate in a workshop

concerning the health of foreign residents in Japan. Since I myself presented a research report regarding the mental health of immigrants in the GNPHN, it was a great opportunity for me to exchange opinions and information with other members of the public health nursing community.

On-demand programs were also accessible from January 4th – 31st. Having the opportunity to participate in both live stream and on-demand programs was very satisfying for me. From this, I was able to grasp the dynamic atmosphere of the live sessions, and also composedly look into the on-demand presentations during my spare time. In addition, communicating by chat was very convenient. It made it easier for me to ask and answer questions, since I haven't had much experience in attending academic conferences in the past.

Overall, participating in the 6th GNPHN was an exciting experience for me to discover new knowledge and perceptions of public health nursing and I am looking forward to the coming 7th GNPHN in Calgary, Alberta, Canada.

The 25th Annual Research Conference of JACHN

Main Theme : A Profession of Community Nursing to Support the Health and Wellbeing of Community Members

- Building an Environment to Facilitate Where People and Their Families Can Live Normal Lives -

Date : August 27-28, 2022

Venue : Toyama International Conference Center, Toyama City

Chairperson : Sugako Tamura (Academic Assembly, Faculty of Medicine, University of Toyama)

Program :

◆Chairperson's speech: Sugako Tamura

Community health nursing for supporting the people and their family in daily lives.

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

Website : <https://jachn25.yupia.net/index.html>

Conference Advertising

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

Main Theme: Community Nursing Towards Sustainable Health

Date : June 21-22, 2022

Venue : Linnaeus University in Vaxjo, Sweden

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

<https://www.qni.org.uk/news-and-events/events/icchnr-conference-2022/>

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

Main Theme: Nurses Together for Global Challenge

- Leading Nursing Science and Knowledge Generation Post Global Pandemic

Date : October 18-19, 2022

Venue : Taipei International Convention Center, Taipei, Taiwan

Chairperson: Ching-Min Chen RN, DNS, FAAN (President, Taiwan Nurses Association; TWNA)

Website : <https://twana2022.org/7wans/>

Publisher: International Exchange Promotion Committee

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

Takashi Naruse (University of Tokyo Graduate School),

Yuko Fujimoto (Kobe City College of Nursing), Natsuki Yamamoto

(Keio University), Kyoko Yoshioka (National Institute of Public Health)

Secretariat of JACHN:

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

162-0825, Japan

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

E-mail: office@jachn.net

編集後記

COVID-19オミクロン株による第6波がようやくピークアウトを迎えた3月上旬、2月の北京オリンピックに続いて、パラリンピックが開催されました。その一方で、ロシアのウクライナ侵攻によって、命を脅かされている人々、壊されていく街並みが日々ニュースで流れています。人々が健康で質の高い生活を送っていくためには、その前提として平和な社会がいかに重要であるかを痛切に感じました。1日も早く、人々が安心して暮らせる平和な毎日が戻ってくることを祈念しております。

さて、本号では原著論文2編、総説1編、研究報告1編、資料1編を掲載できました。男性高齢者、日本人労働者、精神疾患をもつ方、独居高齢者など、地域で暮らす対象をより深く理解するための実践的な研究、また支援を提供する地域包括支援センター保健師を対象とした研究と、いずれも地域で行われる看護活動に貢献できる示唆に富む論文となっています。また、総説は本学会誌では初めての英語論文となります。日本の優れた地域看護学の知見を広く世界に発信していく機会として、本学会誌をご活用いただけると幸いです。今後も英語論文の投稿をお待ちしております。その他、「地域看護に活用できるインデックス」の掲載もあり、充実した内容となりました。投稿者と査読者のみなさまに心より感謝申し上げます。

最後に、コロナ禍においても、地域の人々の健康を護るため実践現場や教育研究機関において日々奮闘されていることと拝察いたします。大変な状況ではありますが、このような健康危機事象の下での実践や経験は貴重であり、今後の地域看護活動への示唆として振り返り、蓄積していくことが重要と考えます。本学会誌を通じて、有用な研究成果をみなさまと共有できましたら幸甚に思います。

(都筑 千景)

「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。

訂正のお願い

「日本地域看護学会誌」第24巻第3号において以下の誤りがございました。訂正してお詫び申し上げます。

p34 共著者名 誤：野尻 由佳 → 正：野尻 由香

日本地域看護学会誌 第25巻第1号
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.25, No.1

発行日 2022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 : office@jachn.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