

宮崎美砂子先生を偲んで

本学会元理事長の宮崎美砂子先生が2024年6月25日にご逝去されました。享年64歳でした。

先生は、2001年から千葉大学大学院看護学研究院教授で、研究科長・学部長、副学長も務められました。病氣療養しながらも最終勤務日は6月19日でしたので、突然にお別れを迎えたように感じておられる方も多いと思います。

先生は、階段を降りるように急激に体調が悪化するなか、ご自身が担当していた教育、研究、地域貢献の仕事をほぼ自ら遂行、または後任に引き継ぎをされ、関係者が困らぬように責任をもって差配されました。心より「お疲れさまでした。ゆっくり休んでください。」とお伝えしたいと思います。

本学会においては1997年に会員となられ、編集委員長（2009年7月～2012年6月）、第12回学術集会長（2009年8月8日）、災害支援のあり方検討プロジェクト委員長（2012年8月～2015年7月）、そして理事長（2015年6月～2023年6月）を務められました。理事・監事歴は2003～2024年であり、長きにわたり本学会の発展に力を尽くされました。

私は、先生が理事長時代に総務理事でした。就任当初に、先生は私と真っ先に任期中のスケジュールをみて、特に社員総会と選挙については定款の条文も読みながら確認されたことをよく覚えています。常に根拠となるものに照らして確認する姿勢は学会以外の仕事でも同様で、仕事に向き合う姿勢を学びました。

先生の理事長時代のご活躍といえば、まず「地域看護学の再定義」でしょう。2018年には地域看護学に関する教育のあり方について検討し、厚生労働省看護基礎教育検討会に「看護基礎教育における地域看護学の必要性と教育内容・方法に関する要望書」を提出されました。また、2019年には厚生労働省看護基礎教育検討会、ならびに、文部科学省大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会へ、「看護基礎教育における地域看護学の必要性と新設に関する要望書」をそれぞれ提出されました。

また、2020年4月～2021年9月には新型コロナウイルス感染症パンデミックにより緊急事態宣言が発出され、理事会や学術集会も対面から書面やオンラインに切り替えざるを得ませんでした。学会の対応として、会員等の活動に速やかに役立つよう、学会ホームページに、新型コロナウイルス関連情報特設サイトを立ち上げられました。また、厚生労働省から本学会に協力要請があり、学会員が、感染症対策に係る保健活動の専門的・技術的支援の実施および厚生労働省における感染症対策に係る業務を実施しましたが、理事長としてその陣頭指揮をとられました。

昨今、本学会は会員数が微減状態で学会の活性化が課題でした。先生は、2021年7月24日の理事会で理事長・副理事長の連名でワーキンググループ設置の提案をされ、課題、提案事項、活動期間、活動推進エンジンチームと次世代研究活動推進チームの趣旨とメンバー案をA4用紙1枚にまとめ説明されました。だれもが納得できる内容でその場で承認となり、翌年には実践促進委員会、次世代育成推進委員会として発展していることは周知のとおりです。

宮崎先生の姿勢や活動は、私たちが導くものであり、功績は決して忘れ去ることはありません。心から感謝と敬意を捧げます。先生のご冥福を心よりお祈り申し上げます。

2024年12月

石丸 美奈（千葉大学大学院看護学研究院）

目次

巻頭言

5 地域包括ケアシステムのこれから

石田千絵

原著

6 新任保健師と母親との信頼関係構築のプロセス

光井朱美・郷良淳子・志澤美保

研究報告

17 保健師による効果的なオンライン特定保健指導の実践内容

品川祐子・黒田寿美恵

26 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の
コーディネーションの関連要因

岡野明美

資料

35 社会資源創出に関するシナリオ学習教材の開発プロセス

石丸美奈・鈴木悟子・石橋みゆき・辻村真由子・
飯野理恵・諏訪さゆり・宮崎美砂子

第27回学術集会報告：学術集会長講演

43 地域看護のソーシャルイノベーション

大森純子

編集委員会企画連載：地域看護に活用できるインデックス

52 ウェルビーイングを看護に活用する

秋山美紀

委員会報告

58 復旧・復興の過程で生じる移動と地域社会とのつながり

健康危機支援委員会

編集後記

62

和泉比佐子

Contents

Preface

- 5 Towards a Community-based Inclusive Society
Chie Ishida

Original Article

- 6 The Process of Building Trusting Relationships between
New Public Health Nurses and Child-rearing Mothers
Akemi Mitsui, Junko Gora, Miho Shizawa

Research Reports

- 17 Practical Details of Effective Online-specific Health Guidance by
Public Health Nurses
Yuko Shinagawa, Sumie Kuroda
- 26 Factors Influencing the Coordination of Community General Support
Centers in Providing Life Support to Older Adults with Dementia
Akemi Okano

Information

- 35 Development of Scenario-Based Learning Materials for
Social Resource Creation
*Mina Ishimaru, Satoko Suzuki, Miyuki Ishibashi, Mayuko Tsujimura,
Rie Iino, Sayuri Suwa, Misako Miyazaki*

The 27th Annual Conference of JACHN : Presidential Address

- 43 Social Innovation in Community Health Nursing
Junko Omori

Index for Utilization in Community Health Nursing

- 52 What We Need to Know How to Provide Nursing Care that Aims to
Improve People's Well-being
Miki Akiyama

Committee Report

- 58 Movement and Community Connections in the Process of
Recovery and Reconstruction
Health Crisis Support Committee

Editor's Note

- 62 *Hisako Izumi*

巻頭言

地域包括ケアシステムのこれから
——全ての人がつながりあう社会をつくる——

石田 千絵

日本赤十字看護大学看護学部地域看護学

日本地域看護学会誌, 27 (3) : 5, 2024

2025年9月6日から7日に東京(広尾)にて、「地域共生社会のこれから」をテーマに、第28回日本地域看護学会学術集会を開催いたします。

急速な少子高齢化や人口減少、地域間の格差が進むなかで、地域共生社会は、住民1人ひとりが自分らしく暮らしながら、支え合い、助け合うことのできる社会の実現を目指す重要な理念です。2025年という節目に際し、このテーマには、これからの地域社会が目指すべき方向性を議論し、新たな一步を踏み出す契機にしたいという願いを込めました。

地域共生社会は、全ての人安心して暮らせる社会を実現するための基盤となります。その構築には、多様なニーズに応じた保健・医療・福祉による統合的な支援、さらには社会的孤立や貧困、災害リスクへの対応といった課題への取り組みが不可欠です。また、住民が主体的に役割をもち、多様な主体が協働する仕組みの構築が求められます。地域看護は、そのような社会において、住民の健康と生活を支える要となる存在です。看護職が地域のなかでどのように支援を展開し、住民の生活に寄り添うかは、地域共生社会の成否を左右する重要な要素といえます。しかしながら、地域共生社会の実現は決して容易ではありません。現代社会が直面する課題は複雑であり、多様性が広がる地域では各地域の特性に応じた柔軟な対応が求められます。そのなかでも特に重要なのは、住民1人ひとりや支援を必要とする多様な当事者の声に耳を傾けることです。

そこで、今回の学術集会では、本学会を通じて参加者同士が新たなネットワークを築き、多職種や異なる地域との連携を進める契機となるように、当事者を主体にディスカッションできる場や災害時に係る多職種連携・学際的連携について終日、学び合える場も設けます。また、東京都渋谷区という大都会の特性をはじめ、主に関東地方における保健・医療・福祉職の活動に注目して、多職種連携を生かした地域包括ケアの実践等、地域看護の現場で培われた知見や研究成果を共有し、新たな視点を獲得の機会を提供します。

学会参加者の交流のなかで生まれる新たなアイデアや協働の可能性は地域看護にとどまらず、地域社会全体により影響を及ぼすでしょう。さらに、若手研究者や実践者の発表を通じて、地域看護の未来を担う人材の成長を支援することも、本学術集会の重要な役割と考えています。

また、今回のテーマを通じて、地域住民が共生社会の中心的な存在であることを改めて認識していただけたと思います。地域看護は住民を支える存在であると同時に、住民自身の力を引き出し、主体的な行動を促す役割も担っています。参加者のみなさまが本学会で新たな気づきを得て、それぞれの地域に戻った際に活用できる知見やネットワークを持ち帰ることができる集会となるよう願っております。本学術集会が、地域共生社会の未来に向けた大きな一歩となることを心より期待しております。みなさまの積極的なご参加をお待ちしております。

新任期保健師と母親との信頼関係構築のプロセス

光井朱美, 郷良淳子, 志澤美保

抄 録

目的: 新任期保健師と母親との信頼関係構築のプロセスを明らかにする。

方法: 経験年数5年未満の行政に勤務する新任期保健師30人に対し、インタビューを行い、得られたデータから修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。

結果: 新任期保健師と母親との信頼関係構築のプロセスは、〈受け入れられるための試行錯誤〉〈協働関係の第一歩〉〈共に作り上げる〉の3つの段階であった。母親との関わりの最初は〈母親がみえないなかでの関わり〉と〈関わり続けることの不安と苦悩〉が並行していた。不安と苦悩に対応するために〈真摯に向き合う〉を行い、〈母親の全体像を自分なりにつくってみる〉をしていた。新任期保健師は〈真摯に向き合う〉と〈母親の全体像を自分なりにつくってみる〉を繰り返すうちに、母親との関係が変わる〈流れが変わるのを感じる〉、新任期保健師の〈母親に合わせた支援〉が、次第に【対等な関係】となり、〈一体感の手ごたえ〉を感じた新任期保健師が、【知識と経験を活用する】ことで、母親と【共に次の一手が考えられる】を行い、〈互いに作り上げる〉につなげた。

考察: 新任期保健師が、第1段階の〈受け入れられるための試行錯誤〉を乗り越えられるように重点的にサポートすることは、その後新任期保健師自身が考え、実践し、自分なりの支援方法の確立を目指すことを可能にすると考える。

【キーワード】 新任期保健師, 母親, 信頼関係構築, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ, 試行錯誤

日本地域看護学会誌, 27 (3) : 6-16, 2024

I. 緒 言

急速な少子高齢化、疾病構造の変化、社会情勢の変化に伴い、地域の健康課題は複雑、多様化し、保健師は、地域保健活動において、こうした新たな健康課題への専門的な対応が求められている¹⁾。実際の現場では、新任期保健師であっても、保健、福祉、介護等の幅広い知識・技術が求められ、困難事例を担当することも少なくない²⁾。そのため、新任保健師が保健師として感じている

困難感として、その場に応じたアセスメントが難しい、業務を実施する際の知識や技術が不足している、個別支援の難しさがあるため、効果的な支援方法がわからないことが指摘されていた³⁾。

個別支援の方略として、看護職の看護過程と同様に保健師も関係性の構築とアセスメント、問題の抽出、支援計画を行う必要性は言われているが⁴⁾、そのためにどのような支援技術を獲得していけばいいのかは、明確にはなっていない。

公衆衛生看護における母子保健および母親への個別支援は、ほとんどの保健師が行うが、そのなかでも、母子保健の家庭訪問は、その場で相談されるさまざまな問題

受付日：2024年9月30日／受理日：2024年9月2日
Akemi Mitsui, Junko Gora, Miho Shizawa：京都府立医科大学大学院
保健看護学研究科

についての確で迅速な判断・対応が必要になり、新任期に限らず、困難を抱きやすい。新任期保健師は、個別支援において、「相談の際の知識・技術不足」「アセスメント技術の不足」「対象者との関係づくり」などの困難を感じる事が多く⁵⁾、子育てに不安や疲れを抱いている母親が対象者の場合は、さらなる困難な状況がみられる。また、児童虐待事例への支援に関わる中堅期保健師の90%以上は困難を感じ、具体的には養育者との信頼関係構築の難しさ、介入必要性の判断の難しさなどを感じている⁶⁾。その中堅期保健師の母子保健活動において、『かわりの糸口を探す』、『心地よい関係をつくる』⁷⁾、『母が保健師を客人として拒否せずにうけ入れた』⁸⁾、『母が保健師を身近な存在としてとらえる』姿勢によって⁸⁾、保健師と母親の信頼関係が相互に構築されることが明らかになっている。また、母親と保健師の信頼関係に関する概念分析では、先行要件としては、「母親が尊重される人としての存在」、「保健師が見逃さずにとらえる感性と直感」、定義の属性として「保健師が母親を主人公にする」、「心地よい関係を相互作用で構築」、「保健師が母親の身近な存在として浮かびあがる」、帰結として「子育て中の母親の安定感」が導きだされていた⁹⁾。

これらの保健師と母親の信頼関係の構築に関する研究はいずれも経験年数5年以上の保健師を対象としたものであり、この知見や技術に到達するまでの新任期保健師の研究はみられない。保健師が地域保健活動を推進させていくためには、新任期から実際の母親との信頼関係の構築に関する支援技術や介入のタイミングを見極める技術などを積み重ねていく必要があると考える。そこで今回は、新任期保健師の多くが経験する可能性のある母子保健領域での個別支援をどのように行っているかを明らかにし、すでに示されている経験年数5年以上の保健師の支援技術等との相違やそこに到達するまでの要因等を検討し、新任期保健師の人材育成の検討に生かしたいと考える。

そこで本研究の目的は、個別支援における新任期保健師と母親との信頼関係構築のプロセスを明らかにし、指導方法の検討の示唆を得ることである。

II. 研究方法

1. 用語の操作的定義

本研究では、経験年数5年未満の保健師を新任期保健師と定義する。

理由は、厚生労働省による「新任時期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会報告書」¹⁰⁾「保健師指導者の育成プログラムの開発」¹¹⁾、共に新任時期を5年以下としており、これを参考に定義した。

信頼関係は、「子育て中の母親が安定感を得ることで、さまざまなサポートを積極的に受けていくことを可能にするために必要な関係」と定義する。

新任期保健師と母親との信頼関係構築のプロセスは、「子育て中の母親が、さまざまなサポートを積極的に受けていくことを可能にするために新任期保健師が自分の心情と向き合い、さまざまな協力、助言を得て母親と関係を作り上げていくプロセス」と定義する。

2. 研究デザイン

本研究の研究デザインは、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）¹²⁾を用い、特に「新任期保健師」の視点から子育て中の母親との信頼関係を分析した。本研究は、新任期保健師と母親が直接やり取りする相互作用に着目し、現象のプロセスを分析する研究手法であるため、M-GTAは適していると判断した。

3. 研究協力者

研究協力者は、合目的なサンプリングにより近畿圏の府県保健師ならびに市町村自治体に所属する新任期保健師とした。研究協力者の依頼方法は、研究協力者が所属する機関や自治体の統括的な役割の保健師に、研究目的を説明しインタビューまでに複数の母親への支援の経験がある新任保健師の紹介を受けた。

4. データ収集方法

実施前に、説明書を用いて、口頭にて説明を行い、属性に関わる聞き取りの後にインタビューを実施した。インタビューは、研究者の所属先や研究対象者の事前に同意が得られた場所等プライバシーを確保できる場所で行った。インタビュー時間は1時間前後とし、インタビューガイドを作成し、研究協力者に半構造化面接を行った。インタビューの内容は、母子保健活動で担当した個別支援において、対象者と信頼関係をいかに構築しようとして関わってきたかがわかるような事例を想起してもらい、母親への支援開始時の観察項目や母親に対する印象や推測した母親が保健師に抱いた印象、母親の子育てに関する不安や願い、支援を進めていくなかでの母親との関係性の変化の有無、その内容などであった。収集内

容は、研究協力者への同意を得てICレコーダーに録音した。調査期間は、2019年7～11月であった。

5. 分析方法

分析は、逐語録をデータとし、新任期保健師における母親との信頼関係構築のプロセスに焦点をあて、新任期保健師と周囲の専門職等との関係性に関しては分けて、M-GTAの手順に基づき実施した。分析ワークシートを活用し、データをコード化し、継続的比較により、概念生成、カテゴリー生成を行い、さらにカテゴリー間の関係を検討し結果図を作成した¹²⁾。「分析テーマ」と「分析焦点者」という2つの点に集中してデータをみていき、関連する箇所に着目し、分析ワークシートの具体例の欄に転記した。転記したデータからの最初の具体例を比較材料とし、データを類似性と対極性の2方向で分析を進めた。その具体例の意味を解釈した内容を分析ワークシートに記入し、その後データを収集・分析するなかで定義と概念を記入した¹²⁾。分析は、分析ワークシートを活用しこれ以上概念が生成されない段階に達したときを、理論的飽和化と判断し、その後カテゴリー間の関係を結果図として示し、それをもとにストーリーラインを記述し、分析結果を最終的に確認した。

6. 厳密性の確保

分析内容の厳密性として外挿可能性、確実性、確認可能性について確保した^{13,14)}。外挿可能性の確保のために、合目的なサンプリングを使用し、またコード化、概念生成のもととなる具体的に代表的なデータを表示した。確実性を確保するために、分析過程でピアレビューを受け、研究の全過程でM-GTAの研究経験がある指導教員と継続して検討を行い、スーパービジョンを受けた。また、M-GTA研究会に継続的に参加し、M-GTAの分析方法ならびに手順に習熟した。さらに確認可能性確保のために、分析ワークシートを活用し、生成した概念とデータの照合が行えるようにした。

7. 倫理的配慮

京都府立医科大学医学倫理審査委員会承認（決定通知番号：ERB-E-421）後、研究協力者に研究の趣旨、研究協力の意思選択の権利、途中辞退の自由、プライバシーの保護、結果公表の予定等について文書と口頭で説明し、文書で同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究協力者の特性と面接の状況（表1）

本研究の研究協力者は、近畿圏の府県保健所ならびに市町村自治体に所属する新任期保健師30人であった。研究協力者の所属は、中核都市16人（53%）、府県保健所6人（20%）、政令都市5人（17%）、市町村3人（10%）であった。現在の所属での保健師の経験年数の平均は 2.3 ± 1.0 年、年齢の平均は 26.8 ± 4.6 歳であった。最終学歴は、大学卒、27人（90%）であり、その他3人（専門学校卒業1、専攻科修了1、大学院修了1）（10%）であった。前職が有る者は9人（看護師4、保健師と看護師2、保健師2、助産師1）であった。インタビューの平均時間は 36.3 ± 6.9 分、場所は研究協力者の職場が最も多かった。

2. 結果図とストーリーライン

M-GTAの分析の結果44個の概念と、9つのサブカテゴリー、3つのカテゴリーが生成された。これらの概念とカテゴリーを比較検討した結果図は図1のとおりである。また、各カテゴリーについて、サブカテゴリーを使ったストーリーラインを示し、さらにデータの抜粋を提示しながら概念を説明する。表記であるが、コアカテゴリーを【 】, カテゴリーを< >, サブカテゴリーを< >, 概念を【 】, バリエーションは「 」で表した。

分析の結果、新任期保健師における母親との信頼関係構築のプロセスは、新任期保健師が母親に受け入れてもらいつながり続けるプロセスであった。新任期保健師は、母親との関わりの当初は【張りつめる】【最初の一步が進めない】と感じる一方で【すんなり受け入れられると感じる】など<母親がみえないなかでの関わり>を行い、<関わり続けることの不安と苦悩>を感じていた。新任期保健師が関わり続けることの不安と苦悩に対応するために【否定しない】【誠実に向き合う】【頑張っ個人的な共通点のみつける】などの<真摯に向き合う>ことを続けた。それらをとおして、新任期保健師は【見た目から一片をはめていく】【子どもへの関わり方から一片をはめていく】【理想と実際の子育てのずれを感じる】などの<母親の全体像を自分なりにつくってみる>ことをしていた。このように新任期保健師は、<真摯に向き合う>と<母親の全体像を自分なりにつくってみる>という<受け入れられるための試行錯誤>を繰り返していた。その後、【母親の本音がみえてくる】【母親の力が抜ける】

表1 研究協力者の特性

番号	年代	性	経験年数	最終学歴	前職有無	前職	所属	担当業務	母子保健	精神保健	
1	A	20	女	4	大学	無		政令都市	母子保健	有	有
2	B	20	女	1	大学	有	看護師1年, 保健師1年	政令都市	母子保健	有	無
3	C	20	女	1	大学	無		政令都市	母子保健	有	有
4	D	40	女	4	専攻科	有	看護師14年	都道府県	他業務	有	無
5	E	20	女	3	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
6	F	20	女	3	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
7	G	20	女	4	大学	無		政令都市	母子保健	有	有
8	H	20	女	2	大学	無		政令都市	母子保健	有	有
9	I	20	女	4	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
10	J	20	女	3	大学	有	看護師3年	中核都市	母子保健	有	有
11	K	20	女	1	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
12	L	20	女	2	大学院	無		中核都市	母子保健	有	有
13	M	20	女	2	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
14	N	20	女	3	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
15	O	30	女	1	大学	有	看護師5年	中核都市	母子保健	有	無
16	P	20	女	2	大学	有	看護師5年, 助産師1年	中核都市	母子保健	有	有
17	Q	20	女	2	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
18	R	30	女	3	大学	有	看護師12年	中核都市	母子保健	有	有
19	S	20	女	1	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
20	T	20	女	2	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
21	U	20	女	1	大学	無		中核都市	母子保健	有	有
22	V	20	女	2	専門学校	無		都道府県	母子保健	有	無
23	W	30	女	3	大学	有	看護師8年, 保健師3年	都道府県	母子保健	有	無
24	X	20	女	4	大学	無		都道府県	母子・難病	有	有
25	Y	20	男	3	大学	無		都道府県	母子・難病	有	有
26	Z	20	女	2	大学	有	保健師1年	都道府県	母子・難病	有	無
27	AA	20	女	1	大学	有	保健師4年	中核都市	母子保健	有	有
28	BB	20	女	2	大学	無		市町村	母子保健	有	無
29	CC	20	女	2	大学	無		市町村	母子保健	有	無
30	DD	20	女	2	大学	無		市町村	母子保健	有	無

や【母親から発信する】などの「流れが変わるのを感じる」。新任期保健師は母親の姿が見え始めて「協働関係の第一歩」としての【距離の保ち方がわかる】【母親といっしょにする】といった「母親に合わせた支援」が始まった。その結果、母親とは【以心伝心】【対等な関係】となり、「一体感の手ごたえ」を感じ、関わりに必要な場合は、【自分の否定的な意見を相手にいえる】ようになった。新任期保健師は、【知識と経験を活用する】によって、母親と【共に次の一手が考えられる】ことができ、「共に作り上げる」ことにつながった。

この2者関係のプロセスにおいて、新任期保健師は、周囲の専門職の支援を受けていた。この支援は、最初は受動的で、【先輩保健師といっしょに出会う】【足りないピースを差し出してくれる】など全面的に「先輩保健師や関係職の力に頼」っていたが、母親との関係が進み「母親に合わせた支援」を行えるようになり、【先輩保健師に主体的に助言を求める】のように「周囲の関係職に主体的に支援を求める」に変化していた。これら全体

が、【新任期保健師が母親に受け入れてもらいつながり続ける】プロセスであった。

3. 抽出された概念と生成されたカテゴリーの説明

新任期保健師における母親との信頼関係構築のプロセスは、「受け入れられるための試行錯誤」から「協働関係の第一歩」へ「共に作り上げる」に進展する3つの段階であった。

1) 第1段階「受け入れられるための試行錯誤」

第1段階は、「母親がみえないなかでの関わり」<関わり続けることの不安と苦悩><真摯に向き合う><母親の全体像を自分なりにつくってみる>の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

(1) 「母親がみえないなかでの関わり」

新任期保健師は、母親に出会ったときの緊張に加え、関わる手がかりがみつからず、なにを観察、情報収集すればよいのかわからないことで緊張が強くなり、気持ちが【張りつめる】。具体的には「私が新しく来た保健師っ

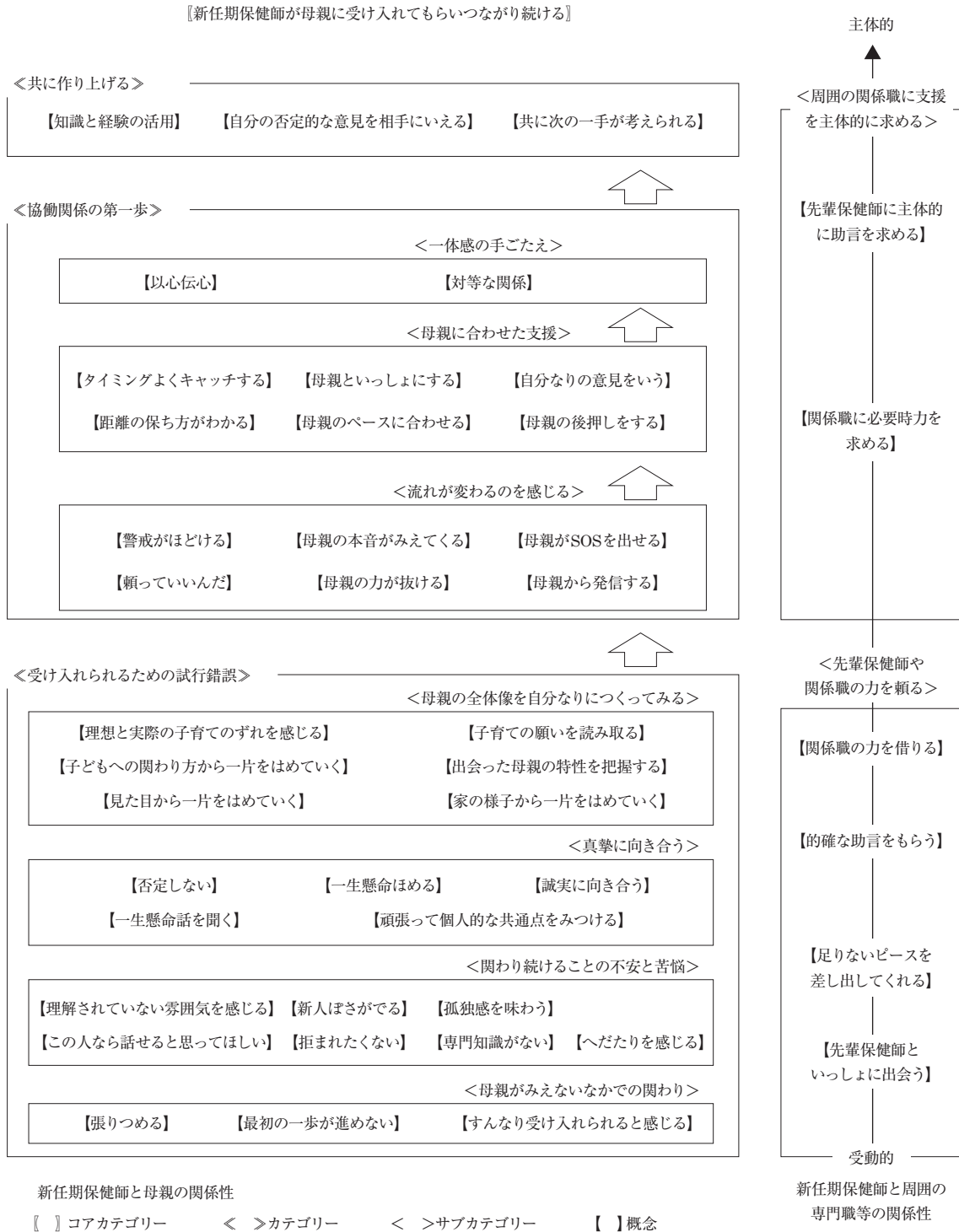


図1 新任期保健師における母親との信頼関係の構築プロセス

というのもあって、多分、だれやろう？この人みたいなんで思ってたのも、お母さん、ひとりですっつとしゃべってるし、きょろきょろしてるし、もう落ち着かへんなって感じの」であった。新任期保健師は、そのようなときに、先輩や関係職の力を借りるが、ときには、それが逆に影響し、「もうちょっと2人で私的な話であったりと

か、何気ない日常の話、もうちょっと1対1でできるように時間があれば、もうちょっと踏み込みにくいところにも踏み込んでいってもいいのかな」と【最初の一步が進めない】と感じることがあった。その一方で、「私のほうをあえて顔を見て、私にしゃべろうとしてくれるようなお母さんやったんで、次の担当やからとちょっと

は思ってもらえたのかなあとあって]のように【すんなり受け入れられると感じる】こともあり、新任保健師が自分で関わりをコントロールができないだけでなく、母親との関係性がいまどんな状況にあるのかもみえない混沌とした状況であった。

(2) <関わり続けることの不安と苦悩>

新任保健師は、母親に対して【この人なら話せると思ってほしい】【拒まれたくない】と思う反面、【専門知識がない】ことへの不安や、「そんな厳しい言葉を別にいわれたりとかはなかったですけど、反応はないって感じですよ」と【へだたりを感じる】【理解されていない雰囲気を感じる】や、「子育てされたことあるんですかってよく聞かれるし、お子さんいられるんですかとか聞かれるので、多分新人っぽさが出てたんやと思うんですけど」の【新人っぽさが出る】【孤独感を味わう】などの<関わり続けることの不安と苦悩>があった。第1段階では、<関わり続けることの不安と苦悩>は、多少の違いはあるが常にあり、そのなかで<母親がみえないなかでの関わり>を始めていた。

(3) <真摯に向き合う>

新任保健師は、母親との最初の出会いにおいて、母親の姿や本音がまったくみえないなかで、目の前の母親とつながろうと必死になっていた。具体的には、【一生懸命話を聞く】【頑張って個人的な共通点を見つける】ことをがむしゃらに行っていた。その際【否定しない】【一生懸命ほめる】ことも繰り返して行っていた。これから【誠実に向き合う】ことが結果的にでき、自分が安心して関わっていた。

(4) <母親の全体像を自分なりにつくってみる>

新任保健師は、母親との関わりからパズルのように【見た目から一片をはめていく】【家の様子から一片をはめていく】【子どもへの関わり方から一片をはめていく】ことを行い、【出会った母親の特性を把握】していった。それらをおして新任保健師は、「保健師としてまああんまり養育がまったくしてない訳ではないので、子どもの健康とかに関してはある一定やらはるのでそこはよいかと思うんですけど、お母さんの精神面とかを考えると私の関わり的にはお母さんのやってることに反対したりはせず、ある程度認めてあげたほうがいいかなってスタンスでは関わってはいます」といった【理想と実際の子育てのずれを感じる】や【子育ての願いを読み取る】ことで母親の実際の子育てが把握できるようになるとともに、母親の思いや願いが透けてみえるようになって

いった。これらの一連の対応をとおして徐々に、新任保健師なりに<母親の全体像を自分なりにつくってみる>ことができるようになり、母親とのつながりを作り出していた。

2) 第2段階<協働関係の第一歩>

第2段階は、さらに、<流れが変わるのを感じる>から<母親に合わせた支援>となり、<一体感の手ごたえ>に移行する3つの局面から構成されていた。

(1) <流れが変わるのを感じる>

新任保健師は、それまでの母親との関係と違う潮目を感じとれるようなく流れが変わるのを感じるようになり、母親とのつながりができた実感ももてるようになった。具体的には、【警戒がほどける】ことや「顔つきも目つきも柔らかくなった気がします。固さもなくなったし、全然普通です」の【母親の力が抜ける】ことも増えていった。それまでは新任保健師のほうから母親への質問が多かったが、あるときから「お母さんのほうから積極的に子どもの質問とかをしてくれるようにはなったので、そのあたりで打ち解けてくれるようにはなったのかなって。最終的には自分で計測に来てくれるようになった」の【母親から発信する】や母親の【頼っていいんだ】という気持ちの変化を新任保健師が感じとれるようになっていた。新任保健師がこれまでの母親との関係と違う潮目を感じた後の関わりを継続するなかで「子どもが生まれてからはやっと生きる理由が見つかりました、この子のために頑張りたいと仰っていた」の【母親の本音がみえてくる】ことや【母親がSOSを出せる】関係に発展し、新任保健師が母親にとって必要な支援を主体的に考え実践する段階につながっていった。

(2) <母親に合わせた支援>

新任保健師に目の前の母親の言動について判断するゆとりが出てきて、「このお母さんは人を信頼しやすいところが逆にあって、最初は警戒されてたんですけど、すぐに打ち解けて、私は逆に年齢近いこともあってお母さんから私のプライベートなことも質問されることもあったりして、それは近くなりすぎるのは怖いなって」と【距離の保ち方がわかる】ように一定の距離が必要と考えるようになった。また【母親のペースに合わせ】て、実際行っている子育てや考えについて【母親の後押しをする】ことで母親が自分なりの子育てを側面からサポートしていた。また、母親の不安や迷い、葛藤を「キャッチしたのは、この人に関してはかなり大きいかなと思います。キャッチしたタイミングでないと私は介入とか支

援できないと思うので、病院にしんどいっていつてくれたのもよかったのかなと思います」のように【タイミングよくキャッチする】ことを行っていた。ときには、日々の子育てに関することや行政等の手続きなどを【母親といっしょにする】ことは、新任期保健師と母親の関係をさらに強くさせるものとなった。新任期保健師と母親の安定してきた関係のなかでは、「決めるのはお母さんやから決める助けとなる情報を伝えたり、こっちを選んだらこうだよとか、逆にこっちを選んだらこうだよとか見通しも伝えつつ、いっしょに悩みたいなと思います」などの母親に【自分なりの意見をいう】ことが増えた。これらの関わりは＜母親と保健師の協働＞であった。

(3) <一体感の手ごたえ>

この局面では、「すごく考えとか思いがいっしょになってきたなっていうのを感じる、信頼関係とかも」のように【以心伝心】で新任期保健師と母親との間になにもいわなくても互いの心情を察することができる関係ができてきた。また、新任期保健師と母親の間において支援をする側、受ける側の関係ではなく【対等な関係】に発展していき、新任期保健師は、母親との間の＜協働関係の手ごたえ＞を感じていた。

3) 第3段階<共に作り上げる>

第3段階は、【知識と経験を活用する】【自分の否定的な意見を相手にいえる】【共に次の一手が考えられる】の3つの概念から構成されていた。

母親との間で協働関係の手ごたえを感じるようになった新任期保健師は、「やっといまになってそれはあんまりよくないんじゃないですかとか、それはこうしたほうがいいのかいえるようになりましたけど、わりとそれは最近の出来事で」のように支援に必要となる【自分の否定的な意見を相手にいえる】ようになっていた。新任期保健師は、母親との継続した関わりの中で、これまでに蓄えてきた【知識と経験を活用する】ことを行い、現在必要な支援や今後起こるかもしれないリスクを予防する支援を母親と話し合いながら【共に次の一手が考えられる】ようになった。これらの第2段階での対等な関係になったことで、新任保健師は、母親と関係性を＜共に作り上げる＞ことができていた。

新任期保健師は、第1段階の＜受け入れられるための試行錯誤＞では、＜関わり続けることの不安と苦悩＞は常にあったものが、第2段階の＜協働関係の第一歩＞では、＜母親に合わせた支援＞を行うなかで、＜関わり続けることの不安と苦悩＞が＜一体感の手ごたえ＞に変化

した。そして、段階的に自信が付き、＜共に作り上げる＞を目指し、支援を計画し実践するまで発展していた。そして『新任期保健師が母親に受け入れてもらいつながり続ける』ことにつながっていた。新任期保健師は、母親との信頼関係構築の始まりでは先輩保健師の助言や指導を全面的に受動的に得ていたが、段階が進むと、徐々に主体的に必要なときに具体的に支援を求める方向に変化させていた。

4) 母親との信頼関係構築のための周囲の専門職の支援を得ること

本研究の新任期保健師は、母親との信頼構築のプロセスにおいて、第1から3段階で、先輩保健師や関係職の力を借りており、これが信頼関係の構築と関連していた。周囲の専門職の支援は、段階が進むにつれて主体的に求めるようになっていた。

(1) <先輩保健師や関係職の力に頼る>

第1段階の母親への支援の導入時、新任期保健師は引継ぎや人材育成を兼ねて【先輩保健師といっしょに母親に出会う】。新任期保健師は、【的確な助言をもらう】【関係職の力を借りる】の＜先輩保健師や関係職の力に頼る＞ことで安心するが、大小の差こそあれ＜関わり続けることの不安と苦悩＞は常にあった。混沌とした母親との関わりが続くと、【足りないピースを差し出してくれる】など、周囲の関係職が主導した助けがあった。

(2) <周囲の関係職に支援を主体的に求める>

第2、3段階目において、新任期保健師は【先輩保健師に主体的に助言を求める】ことや、【関係職に必要な時力を借りる】ことを行っていた。具体的には、「毎回の訪問に目標をちゃんともっていったほうがいいよっていうのは、先輩方にいってもらってたので、今日は、お母さんが前こんなことってたから、療育のことについてちょっとお話ししようとか、(中略)この前大変だったっていったから、保健所にある見本もっていってみようとか、(中略)なにかしら目標を立てててですかね。」であった。自分の意見や母親に必要なだと考える支援をより母親のニーズに近づいたものにするために意図的、主体的に周囲の専門職の支援を求めている。

IV. 考 察

1. 新任期保健師と母親との信頼関係構築プロセス

新任期保健師と母親との信頼関係構築は、＜受け入れられるための試行錯誤＞＜協働関係の第一歩＞＜共に作

り上げる」の3つの段階であった。

新任期保健師は、支援を受けながら早期から、ひとりで母親への家庭訪問などの個別支援に従事することが多い。また、新任期保健師は、単独での家庭訪問の必要性を理解していても、「何がわからないのかわからないこと」「知識のないことの辛さ」「即戦力を求められることへの負担感」などの自分自身の力量不足から【自信がないまま行う辛い家庭訪問】と認識している^{14,15)}。本研究の第1段階の「関わり続けることへの不安や苦悩」<母親がみえないなかでの関わり>は、先行研究における早期の【自信がないまま行う辛い家庭訪問】¹⁵⁾と同様で、基礎教育で得た知識と技術はあるが、対象者である母親に「いざ会おうと、聞くことで精一杯になり、なにがわからないのかもわからない状態になり、不安が強く自信のない状態であると考えられる。そして、支援に必要なものの選択や結合にまで至らず、その不安と期待を探索し、思いを巡らしながら認めてもらうための関係づくりを試し続けていたと考えられる。加えて、支援関係の始まりでは、支援する側と支援される側に立場上の不均衡があり、支援される側が意識的無意識的に関係のつり合いを取る行動をとる¹⁶⁾。つまり、本研究の場合は、母親が、新任期保健師の不安や自信のなさを敏感に感じ取り、母親も不安や自信のない相手に不信感をもつような関係性をおのずとつくってしまうため、関係性は良好とはいえない状態になってしまうと推測される。

このような信頼関係構築が難しくなるこの段階において、<先輩保健師や関係職の力に頼る>ことで混沌とした関係性を打破し、がむしゃらに“よい”関係性をつくらうとして「真摯に向き合う」ことで、新任期保健師自身の不安や自信のなさを軽減し、それが母親の新任期保健師との関係性の不安を軽減することにつながったと考えられる。これが、母親が安心して安全に話せる環境を作り出すことにつながる。

また、新任期保健師の個別支援の期間が4か月を経ると、母親と上手につながる事が出来るかの不安と期待が、関係構築の「傾聴」「共に考えようとする姿勢」「価値観や信念の尊重」をもった訪問に変化していることが指摘されていた¹⁷⁾。この「傾聴」「共に考えようとする姿勢」「価値観や信念の尊重」は、本研究の第1段階の、<真摯に向き合う><母親の全体像を自分なりにつくってみる>と類似しており、母親の話をも否定せずに一生懸命聞くなかで少しずつ母親に関する情報や心情や子育てに関する断片的な情報をパズルのように1つずつはめ込んで

いくことで、母親の普段の様子や価値観、実態に近づく作業を可能にしていくと考えられる。

この第1段階の「受け入れられるための試行錯誤」は、新任期の特徴であると考えられる。経験5年以上の保健師の支援では、子育て中の母親が支援者として保健師を認知できるように関係性を構築し、母親の育児の安定を図っている⁸⁾。これと比較して、新任期保健師の「受け入れられるための試行錯誤」は、不安をできるだけ軽減するための自身の努力が母親との相互の期待を探索することへの手ごたえを感じていくために支援の準備性としては重要であると考えられ¹⁶⁾、その「受け入れられるための試行錯誤」によって、次の「協働関係の第一歩」の段階を踏むことにつながると考えられる。

第1段階では、新任期保健師が母親を理解しようとして一生懸命話を聞くなどの「真摯に向き合う」ことが、母親の柔らかい表情や母親自ら発信してくる言動などを促す要因のひとつと考えられる。第1段階の母親との張り詰めた状況との違いを新任期保健師が感じとったものは、第2段階の「協働関係の第一歩」の「流れが変わるのを感じる」であったと考えられる。これは、新任期保健師と母親が互いの立場や役割が安全、快適と感じていたことの表れであり、互いがより対等の立場になる方向で関係が移行していく¹⁶⁾第一歩となったといえる。そして、新任期保健師は母親といっしょに目的を共有し¹⁸⁾、第3段階の「共に作り上げる」に進んでいくと考えられる。

本研究の新任期保健師と母親の信頼関係構築のプロセスの特徴は、「受け入れられるための試行錯誤」であり、新任期保健師ががむしゃらに母親を理解し、関係をつくらうとしていることで自身が安心することになり、母親の安心につながることを経験のなかで体感でき、関係性が次第に確立するための重要なプロセスであるといえる。

一方、経験年数10年以上の熟練保健師の新生児家庭訪問での母親との信頼関係構築⁸⁾は、有効な支援を行ううえでの不可欠な支援技術であり、新任期保健師のがむしゃらに母親を理解し、認めてもらうために関係をつくらうとしているものと違うものであった。熟練保健師は、対象者が心を開いてくれるまで辛抱強く何度も訪問し、「母親の話をとことん聴く」「暮らしぶりから母親を見立てる」ことを行い、さまざまな工夫をして、信頼関係を構築し、問題の本質をとらえようとしていた^{19,20)}。問題解決を目指すためには、それらの方法の必要性を十分に理解し、支援技術として行っているのが、熟練保健師

の特徴といえる。

保健師の関わり方の意図の明確さは、熟練保健師と新任保健師では異なるかと推察されるが、新任保健師があの手この手を使い、先輩保健師や多職種の手を借りながら関わりを続けていく本研究の《受け入れられるための試行錯誤》の経験は、熟練保健師の「対象者との信頼関係」の支援技術の獲得の土台になると考えられる。

本研究の新任保健師は、＜真摯に向き合う＞ことを繰り返し使いながら、母子の家庭訪問において母親を尊重し、丁寧に支援技術を研鑽していくなかで、母親との信頼関係を獲得し積み上げていくことを可能にする¹⁹⁾と考えられる。

2. 母親の信頼獲得に向けての第1段階《受け入れられるための試行錯誤》の重要性

Austinは、看護職における信頼の概念を分析しているが、そのなかで、信頼を他者の善意に対する期待であると定義づけている。つまり、ケア対象者は、看護職者の思いやりのある行動を信頼と直接結びつけており、そのうえで、ケア対象者の期待以上のケアの提供があれば、信頼を獲得できると指摘している²¹⁾。

本研究の支援の受け手である母親が、新任保健師の第1段階の安心して関わることは思いやりの行動として映っていたと考えられる。それが相互作用となり、自分なりにつくった母親像が母親自身と重なり始めるために重要であったといえる。経験や知識が浅く相談するには不十分と母親にみえていた新任保健師が、頼りになる存在として変化していったのではないかと考えられる。

信頼関係は新任保健師の不安を軽減することから始まるため、新任保健師と母親の信頼関係の構築の素地となる第1段階は、母親に受け入れてもらうための試行錯誤を行うことが重要である。この第1段階は、新任保健師にとってストレスであるが、その後の母親との関係性を変化させ信頼関係の構築には必要な時期であると考えられる。この時期を乗り越えるためには、新任保健師が母親との関係についての経験を、だれかに肯定的なフィードバックを得て、語ることであると考える。経験を語ることは、自身での経験の整理や、他者の理解、自己経験を意味づけることを可能にし²²⁾、他者の新しい世界観や解釈の枠組みを生み出し²³⁾、新任保健師の次の支援の自信となると考えられる。このように語りの聴いてもらう存在が必要であり、それが先輩保健師や関係職ではないかと考える。経験の語りによって、徐々に保健

師としての自信が付き、その後の保健師としての成長・活動の質の変化を起こしていくと考える。その後の新任保健師が母親との協働関係を構築し、手ごたえを感じ、能動的な支援を実践していくことを可能にしていくと考える。これは、本件研究の第1段階から第3段階をとおして一貫して行うものであるが、最初の第1段階の受け入れられるための試行錯誤を十分に行えるように支援することが重要である。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、近畿圏の限られた新任保健師の活動であり、他の地域では適用されない場合もある。また、新任保健師からの分析であったが、信頼関係は相互作用であると考えると母親側からの新任保健師との信頼関係構築のプロセスについても今後の研究課題にしていきたい。また、今回の結果のプロセスは、子育て中の母親に限定したものであり、他の対象への個別支援で応用可能かどうかはさらなる検証が必要である。

VI. 結 語

本研究では、新任保健師における母親との信頼関係構築のプロセスを明らかにした。その結果は、新任保健師が自身を受け入れ、母親に受け入れてもらいつながり続けるプロセスであり、そのプロセスは、《受け入れられるための試行錯誤》《協働関係の第一歩》《共に作り上げる》の3つの段階であった。特に、新任保健師は、第1段階の《受け入れられるための試行錯誤》を積み重ねることで次の段階の《協働関係の第一歩》《共に作り上げる》に進展していた。このプロセスは、新任保健師が母親の本質を見極め、問題解決のために、能動的な支援を実践していくことを目指すことを可能にする重要なものであった。

【謝辞】

本研究のインタビュー調査にご協力くださいました保健師のみなさまに感謝申し上げます。本研究は、研究の遂行、論文作成における利益相反はありません。

【文献】

- 1) 厚生労働省：地域保健従事者の資質の向上に関する検討会報告書 2002。 <https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=17182&ct=030110060> (2024年3月10日)。

- 2) 上野昌江・和泉京子：公衆衛生看護学第3版. 586-589, 中央法規, 東京, 2021.
- 3) 川端泰子・千田みゆき：行政で働く新任保健師の困難に関する文献検討. 埼玉医科大学看護学科紀要, 13(1)：41-47, 2019.
- 4) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン；保健師編 2012. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/oshirase/dl/130308-3.pdf> (2024年3月10日).
- 5) 頭川典子・安田貴恵子・御子柴裕子他：学士課程卒業後の保健師が新任期に感じる困難と対処状況. 長野県看護大学紀要, (5)：31-40, 2003.
- 6) 有本 梓・田高悦子：行政保健師における児童虐待事例への支援に対する困難感の理由と特徴. 横浜看護学雑誌, 11(1)：19-27, 2018.
- 7) 上野昌江・山田和子・山本裕美子：児童虐待防止における保健師の支援内容の分析；母親との信頼関係構築に焦点をあてて. 子どもの虐待とネグレクト, 8(2)：280-289, 2006.
- 8) 大西竜太：新生児家庭訪問における信頼関係構築. 日本地域看護学会誌, 15(1)：89-98, 2012.
- 9) 光井朱美：母親と保健師の信頼関係の概念分析. 京都府立医科大学看護学科紀要, 28：1-6, 2018.
- 10) 厚生労働省：新任期における地域従事者の現任教育に関する検討会報告書. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2005/058071/200501206A/200501206A0001.pdf> (2024年3月10日).
- 11) 厚生労働省：保健師指導者の育成プログラムの開発 平成17年度総括・分担研究報告書 2006. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2005/058071/200501206A/200501206A0001.pdf> (2024年3月10日).
- 12) 木下康仁：定本 M-GTA；実践の理論化をめざす質的研究方法論. 61-226, 医学書院, 東京, 2020.
- 13) 木原雅子・木原正博(監訳)：質的研究法：その理論と方法；健康・社会科学分野における展開と展望. 32-41, メディカルサイエンスインターナショナル；東京, 2022.
- 14) グレグ美鈴・麻原きよみ・横山美江(編著)：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 第2版；看護研究のエキスパートをめざして. 41-47, 医歯薬出版, 東京, 2016.
- 15) 近藤明代・大西章恵・羽原美奈子他：新任期の保健師がもつ家庭訪問に対する認識. 札幌保健医療大学紀要, 3(2), 27-37, 2016.
- 16) E. H. シャイン：プロセス・コンサルテーション；援助関係を築くこと. 稲葉元吉・尾川丈一(訳). 42-56, 白桃書房, 東京, 2020.
- 17) 佐伯和子・水野芳子・平野美千代他：就業1年目保健師の家庭訪問能力の発達；指導者の評価による縦断調査. 日本公衆衛生看護学会誌, 10(2), 43-52, 2021.
- 18) 圓増 文：医療従事者と患者の信頼関係構築に向けた取り組みとしての「目的の共有」. 医学哲学 医学倫理, 26, 1-10, 2008.
- 19) 高橋美砂子：熟練保健師の家庭訪問における支援技術；思考と行動の特徴. 日本看護科学会誌, 30(1), 34-41, 2010.
- 20) 佐藤睦子・上野昌江・大川聡子：児童虐待予防においてかわりが難しい母親との信頼関係構築に着目した熟練保健師の支援. 日本公衆衛生看護学会誌, 10(1), 3-11, 2021.
- 21) 山田智恵理(監訳)：看護の重要コンセプト20；看護分野における概念分析の試み. 315-329, エルゼビアジャパン, 東京, 2008.
- 22) 佐々原正樹：「語り直す力」を育てる文学教育；「語り」から「語り直し」へ. 広島大学大学院教育学研究科紀要. 第一部, 学習開発関連領域, 62, 117-126, 2013.
- 23) 宇田川元一：他者と働く「わかりあえなさ」から始める組織論. 32-35, ニューピックス, 東京, 2019.

The Process of Building Trusting Relationships between New Public Health Nurses and Child-rearing Mothers

Akemi Mitsui, Junko Gora, Miho Shizawa

Kyoto Prefectural University of Medicine, Graduate School of Nursing for Health Care Science

Purpose: This study aims to clarify the process of building trusting relationships between public health nurses (PHNs) with limited experience and their child-rearing mothers.

Method: Thirty public health nurses with five years or less experience was interviewed and the obtained data was analyzed using a modified grounded theory approach.

Results: Three stages of the relationship building process between the PHNs and mothers emerged: “engaging through PHNs’ trial-and-error”, “beginning of cooperating relationship”, and “building the relationship together”. In the early stage of relationship building, the PHNs experienced “interacting with the mothers without sufficient understanding of them” while simultaneously experiencing “a struggle and anxiety in developing the relationship with them”. They tried “being sincere” and “capturing a general picture of mothers” to address the anxiety and distress. PHNs repeated these two processes until arriving at “feeling the change of the flow” where the relationship started to shift. The “mother-centered support” based on the PHNs’ accommodation to their mothers gradually transformed into “an equal relationship”. Subsequently, PHNs with “a sense of unity” with their mothers started “utilizing their knowledge and experience” to “strategize the next step together” which led to “building the relationship together”.

Discussion: It is suggested that providing focused support to help new PHNs overcome the first stage of relationship building “engaging through PHNs’ trial-and-error” will enable them to think about and practice their own methods of support, and formulate their own methods.

Key words : New public health nurse, child-rearing mother, building trusting relationship, modified grounded theory approach, trial and error

■研究報告■

保健師による効果的なオンライン特定保健指導の実践内容

——動機づけ支援初回面接に焦点化して——

品川祐子, 黒田寿美恵

抄 録

目的：保健師による効果的なオンライン特定保健指導の実践内容を明らかにし、実践指針開発の基礎資料とする。

方法：オンラインでの動機づけ支援初回面接を10件以上経験している保健師20人に半構造化面接を行い、Krippendorffの内容分析の手法を参考に分析した。

結果：【画面越しにより制限される表情・口調・仕草に関する情報の獲得や心理的距離の接近のために対面時よりも注意深く細やかに対応する】【Webカメラ越しでも食べ物の大きさや身体の動きを正しく伝えるためにカメラ位置や使用する媒体を調整・工夫する】【他事による中断がなく面接に集中できる環境でつないでもらう】【表示画面への意識集中・発言内容の視覚化など画面共有機能の利点を活かす】【具体的で実施可能な行動変容を考えるために自宅・職場という日常環境下でオンライン接続していることを活かす】など10カテゴリーが得られた。

考察：保健師は、援助的関係構築に向けて非対面がもたらすコミュニケーションの障壁を克服し、保健指導を困難にするオンラインゆえの要因を解決しようとし、また、オンラインの利点を有効活用していると推察された。実践指針を開発するうえでは、事業所ごとの特殊性やデバイスへの考慮も必要である。

【キーワード】オンライン, 特定保健指導, 動機づけ支援, 初回面接

日本地域看護学会誌, 27 (3) : 17-25, 2024

I. 緒 言

生活習慣病リスクの高い人に疾病予防の観点から重点的に相談や指導を行うハイリスクアプローチとして、2008年に特定保健指導が開始された。初回面接は原則対面とされてきたが、遠方の対象者の利便性と実施方法の多様化を図る観点から、2013年以降ICTを活用した初回面接を行うことが可能となり¹⁾、2018年より働く世代への保健指導のオンライン化が推進されている²⁾。わが国の未来像であるSociety5.0の健康促進作用として健

康寿命延伸・治療費削減が期待されており³⁾、デジタル技術の進歩やコロナ禍での急速なオンライン化促進、移動時間や経費、地域格差なく指導可能なこと、インターネット利用率の高さ⁴⁾から、特定保健指導のオンライン化は今後加速すると予測される。実際、コロナ禍で特定保健指導のオンライン化を進めた企業の約6割が今後も積極的に活用する意向を示している⁵⁾。一方、健康日本21(第二次)最終評価では「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」がD判定⁶⁾であり、特定保健指導の実施率向上と効果的な指導が喫緊の課題となっている。今後のオンラインでの特定保健指導実施率上昇を見据えるとオンラインでの効果的な指導は必至となるが、ICTを用いた保健指導には対面とは異なる困難さが

予測されるため、オンラインに特化した実践が求められると推察される。

医療・保健分野におけるICTの活用に関する研究は、2型糖尿病⁷⁾や冠状動脈性心疾患⁸⁾などについて報告されている。減量のための遠隔配信プログラムが対面と同様の結果をもたらす可能性がある⁹⁾と示唆している研究もある⁹⁾。文献レビューでは、遠隔技術による介入で効果があったのは、精神科疾患を対象にした精神科診療または心理療法に関するものが最も多く、次に多いのが慢性疾患の遠隔診療であったと示されている¹⁰⁾。Telenursingに関する研究では、糖尿病腎症セルフマネジメント教育プログラムでタブレット端末を用いた遠隔面談において行動変容が観察されたこと¹¹⁾や、遠隔看護介入モデルの有用性¹²⁾が示されている。このように、遠隔医療や遠隔看護については複数の研究が実施されている。

一方、オンライン特定保健指導において保健行動の変容を効果的に支援する方法は、現段階では研究知見が乏しく明確でない。今後、特定保健指導のオンライン化を進め、効果的な指導を行うためには、オンライン特定保健指導の実践指針を開発する必要があると考える。このことは、多忙さゆえに対面での特定保健指導の受診がむずかしい働く世代の健康増進、子育てや介護中の人の健康支援につながり、健康寿命の延伸や健康維持に伴う生活の質の向上による幸せな生活、医療費削減に貢献できると考える。そこで、本研究では、保健師による効果的なオンライン特定保健指導の実践内容を明らかにし、オンライン特定保健指導実践指針開発の基礎資料とする。なお、特定保健指導は生活習慣病リスクに応じて動機づけ支援と積極的支援があり、初回面接が重視されている¹³⁾こと、動機づけ支援は初回面接のみであること、積極的支援は初回面接後のメールや電話での継続支援が最終評価に影響を与えることから、本研究では動機づけ支援での初回面接に焦点化することとした。

II. 用語の定義

オンライン特定保健指導：実施者と対象者が相互に表情、声、仕草のすべてが確認できるWeb会議システムなどを利用した特定保健指導

効果的な特定保健指導：最終評価時に、体重減少、行動変容ステージの進展、生活習慣改善等のいずれかに肯定的な変化がみられた特定保健指導

III. 研究方法

1. 対象

①特定保健指導の従事経験3年以上、②オンラインでの動機づけ支援初回面接の経験10件以上、③面接への参加協力を同意が得られる、の3条件を満たす保健師とした。

2. データ収集方法

特定保健指導を実施している全国の15施設に研究協力を依頼し、同意の得られた施設から研究対象の条件を満たす保健師の紹介を得て、半構造化面接を実施した。面接ガイドは、オンラインで動機づけ支援初回面接を行い、最終評価時に、体重減少や行動変容ステージの進展、生活習慣改善等のいずれかに肯定的変化がみられた事例を想起してもらい、想起した事例ごとに初回面接実施前の準備で工夫した点、初回面接で行動変容に向けて実践した内容について、その意図も含めて具体的に語ってもらうよう構成した。面接は30～60分程度で1回のみ行い、同意を得て録音し、逐語録を作成した。

3. 分析方法

Krippendorffの内容分析の手法¹⁴⁾を参考に、次の手順で分析した。なお、Krippendorffの手法は、質的データの存在する文脈に関連づけて妥当な推論を行う方法であり、メッセージのシンボリックな意味を探るという特徴がある。本研究は、特定保健指導の受け手となる対象者の状況と指導を行う保健師の状況、オンラインで特定保健指導が行われているという状況など、得られたデータの文脈を重視しながらそこに含まれる意味を明らかにしていくことから、この手法が適していると考えた。①対象者毎に逐語録を熟読して全体の意味をとらえ、保健師による効果的なオンライン特定保健指導での実践内容を表す記述を対象者の言葉のまま抽出し、意味内容を忠実に示すよう、かつ、隠された主語や目的語などを補足して内容が明瞭になるよう一文で書き表し、コードとした。②全対象のコードについて、記述が抜き出された文脈に還りながら意味内容が同類のものを集め、集まったコードに共通して含まれる本質的な意味を表すように一文で書き表しサブカテゴリーとした。③すべてのサブカテゴリーについて②と同様の手順で集め、さらに抽象度を上げて本質的な意味を表すよう一文で書き表してカテゴリーとした。分析の全過程において、コード・サブ

表1 研究対象者の概要

項目	Mean ± SD
年齢 (歳)	47.0 ± 8.9
保健師経験年数 (年)	21.9 ± 11.0
特定保健指導経験年数 (年)	11.8 ± 4.1
オンライン特定保健指導件数 (積極的) (件)	21.6 ± 13.8
オンライン特定保健指導件数 (動機づけ) (件)	16.2 ± 9.1
面接時間 (分)	49.4 ± 8.7
保険者種別	健康保険組合: 19件 全国健康保険組合: 1件

カテゴリー・カテゴリーの適切性について研究者間で意見が一致するまで繰り返し検討するとともに、看護研究および質的研究の経験豊富な研究者の指導を受けることで真実性を確保した。

4. 倫理的配慮

本研究は、県立広島大学研究倫理委員会 (承認番号: 第22MH015号) および研究実施施設の承認を得て実施した。研究協力を承諾の得られた施設の施設長あるいは保健師所属部長より対象候補者の紹介を得て、研究目的および方法、研究協力の自由意志と中断の自由、協力拒否による不利益の回避、個人情報保護、データの厳重な管理と目的外での不使用、結果の公表、について文書と口頭で説明し、署名による同意を得て対象者とした。なお、研究参加への強制力が働かないよう、施設長あるいは保健師所属部長が対象候補者を選定する際には、候補者に対して研究参加は自由意思であることを必ず説明するよう依頼した。

IV. 研究結果

1. 対象者の概要 (表1)

7施設の保健師20人から協力が得られた。面接方法は対面9人、オンライン10人、電話1人であった。平均年齢は47.0歳、保健師経験は平均21.9年、特定保健指導経験は平均11.8年、オンラインの動機づけ支援経験は平均16.2件であった。

2. 保健師による効果的なオンライン特定保健指導の実践内容 (表2)

全対象の逐語録より保健師による効果的なオンライン特定保健指導の実践内容として抽出された記述は、138コード、38サブカテゴリーとなり、最終的に10カテゴリーとなった。カテゴリーを【 】、対象者の具体的な

発言例を「斜体」、文脈をわかりやすくするために研究者が補足した言葉を () として示す。

1) 【画面越しにより制限される表情・口調・仕草に関する情報の獲得や心理的距離の接近のために対面時よりも注意深く細やかに対応する】

このカテゴリーは、42コード、10サブカテゴリーで構成された。カメラ越しでは対象者の反応がとらえづらいことや心理的隔たりを感じて関係性を築きにくいことがあるため、説明に対する対象者の反応や発言内容に、対面時よりもていねいに意識を向けることであった。

「オンラインの面談は、対面の面談よりも顔の表情だったり、音声だったりっていう情報が少ないと思うので、ゆっくり話したり、反応をみながら対応したり、お返事返したりっていう形で確認したり。コミュニケーションのやりとりは少しゆっくりめ。」

2) 【表情や声量・身振りなどの非言語的コミュニケーションを活用して対面時よりも大きなリアクションをとる】

このカテゴリーは、17コード、3サブカテゴリーで構成された。表情を豊かにし、声の大きさを意識し、手や指で具体的な数字を示すなど、オーバーに反応することであった。

「やりますよ。グッド(親指を立てる)とか。動機づけ支援の場合だと、最終、4か月後(指で4を示す)にあと1回(指で1)。聞こえてますか?と聞くときに(腕でマル)。」

3) 【映像・音声のタイムラグを考慮して対象者の反応を確認しつつ発言のタイミングを見計らう】

このカテゴリーは、13コード、3サブカテゴリーで構成された。映像や音声のタイムラグにより沈黙や間が空きやすいことを考慮し、意図的に間をとり相手の反応を確認して話し始めるタイミングの見当をつけたり、話し終わったことをジェスチャー等で示すことであった。

「間を大切にしたり。間、空きすぎたらICTまた大変なので。考えてて途切れるのか、次の言葉を(待っていて)あえて途切れてるのか、(相手に伝わりにくい)と思うので、声かけとか、ジェスチャーを使って、それも、オーバーに(リアクションします)。」

4) 【Webカメラ越しでも食べ物の大きさや身体の動きを正しく伝えるためにカメラ位置や使用する媒体を調整・工夫する】

このカテゴリーは、7コード、3サブカテゴリーで構成された。一般的に共通認識できるものと比較すること

表2 保健師による効果的なオンライン特定保健指導の要素（動機づけ支援初回面接）

カテゴリー	サブカテゴリー
画面越しにより制限される表情・口調・仕草に関する情報の獲得や心理的距離の接近のために対面時よりも注意深く細やかに対応する	説明内容に対する理解度や疑問点の確認を対面時よりも細かくていねいに行う
	対面よりも反応がとらえにくいいため注意深く観察しながら対象者にも会話を促し一方的な説明にならないようにする
	対面時よりも対象者の反応を判断するための情報量が少ないため表情や口調・様子をていねいに確認しながら話を進める
	オンラインという環境が生じさせる心的距離や抵抗感・緊張感に配慮し雰囲気や和らげる
	対象者と視線が合うようカメラに顔を向けて話をする
	画面越しの様子から面接へのレディネスをとらえ指導内容・方法を調整する
	対象者の反応を把握しやすくしたり関係を築きやすくしたりするためにマスクを外して相互の表情がみえるようにする
	冒頭ではカメラをONにして相互に表情をみながら話をする
	対象者の顔を常時みられるように資料を閲覧・共有するディスプレイを別に準備するか事前送付しておく
	必ずカメラをONにして顔をみながら面接を行う
表情や声量・身振りなどの非言語的コミュニケーションを活用して対面時よりも大きなリアクションをとる	対象者の話に対するこちらの受け止めや指導する内容が確実に伝わるよう非言語的コミュニケーションを活用して対面時よりもオーバーにリアクションをする
	相手の反応に応じて自分のリアクションの大きさを調整する
	接続状況を確認する過程でのリアクションや言葉かけでオンライン面接への緊張をほぐす
映像・音声のタイムラグを考慮して対象者の反応を確認しつつ発言のタイミングを見計らう	映像・音声のタイムラグによりごこちない対話になりやすいため瞬間瞬間の相手の反応をていねいに確認する
	映像・音声のタイムラグにより発言の重なりや沈黙がおこりやすいため自分の発言が終わったことが対象者にわかるよう言葉やジェスチャーで伝える
	指導内容を確実に伝えるために通信環境による映像・音声の中断の有無を適宜確認する
Webカメラ越しでも食べ物の大きさや身体の動きを正しく伝えるためにカメラ位置や使用する媒体を調整・工夫する	食べ物の量や大きさは一般的に共通認識しているものと比較することで双方の認識を一致させる
	運動の指導は実際の動きが画面に映るよう座る位置やカメラの角度を調整していっしょに実施する
	オンライン面接では計測できない血圧・体重・腹囲を把握する代替手段を講じる
全般的な資料と個別化した資料を準備しタイムリーに画面共有できるようパソコン上で開いておく	健診結果に基づき個々の対象者に必要な資料をカスタマイズしたものを画面共有できるよう事前に準備する
	対象者との話から必要と判断した資料を即時抜粋して提示できるようすべての資料について画面共有の準備をする
オンライン疲労やオンラインでの伝わりやすさを考慮して資料の視認性・判読性と口頭説明の明瞭性を探求する	オンライン疲労を考慮して面接時間を短縮するために話す内容を事前に整理する
	オンラインでも印象に残りやすいよう話の焦点を絞る
	オンラインでも理解しやすいように一文を短く簡潔にしてゆっくり話す
	パソコン画面上でもみやすく伝わりやすい簡潔な文章・写真・イラストを使用する
オンラインであるために手渡しできなかった画面共有資料を活用してもらうためにメール送付する	スマートフォンからつなぐ際は画面が小さいため画面共有する資料の内容を考慮する
	画面共有した資料を継続的かつ家族にも活用してもらえるよう希望に応じて送付する
他事による中断がなく面接に集中できる環境でつないでもらう	決めた行動目標が対象者に残らないため相違がないよう事後にメールで確認をとる
	職場内での面接は仕事から思考が離れることが困難なので面接に集中できる環境からつなぐ
表示画面への意識集中・発言内容の視覚化など画面共有機能の利点を活かす	プライバシーを確保でき面接に集中できる環境からつないでもらう
	対面と異なり画面共有している資料とカメラ越しの顔が同一視線に表示されるため資料をしっかりみてもらいながら話を進める
	資料の内容が常に目にはいるよう常時画面共有しておく
	終了時には対象者が決めた行動目標を改めて画面上で入力して共通認識する
具体的で実施可能な行動変容を考えるために自宅・職場という日常環境下でオンライン接続していることを活かす	健康行動を全般的に確認するために振り返りシートを画面共有しながら生活状況を確認する
	特定保健指導への動機づけのために面接の最初に健診結果を画面共有する
	生活状況を把握するためマスクを外すよう依頼する
普段の生活空間のなかで行動変容を具体的にイメージしながら考えられるように自宅からつなぐ	普段の生活空間のなかで行動変容を具体的にイメージしながら考えられるように自宅からつなぐ
	普段の仕事の環境下での面接であれば、生活のなかで習慣的に行っていることを対象者自身の目で確認することで改善策を考える

で大きさや量に対して認識の一致を図ったり、全身が映るように自分の位置やカメラの角度を調整して、実際の運動の動きを正確に伝えることであった。

「オンラインでは、私と相手が思ってるご飯の量が違ったりすると話がずれていくなって。どの茶碗を想像してるのか。ご自身の拳くらいですかね？野球、テニスボールとか、ソフトボールくらいですかね？みたいな感じで、お互いわかるものを（提示する）。」

5) 【全般的な資料と個別化した資料を準備しタイムリーに画面共有できるようパソコン上で開いておく】

このカテゴリーは、13コード、2サブカテゴリーで構成された。対象者全員に共通して使用している資料と、個々の問題に特化して事前にカスタマイズしておいた資料を、必要時すぐに画面提示できるようにパソコン上で準備しておくことであった。

「中性脂肪とLDLが高く、問診票で間食が多かったの、お菓子とLDL（の関係）について、関心を示したときに提示できるよう（パソコン上に）準備しました。」

6) 【オンライン疲労やオンラインでの伝わりやすさを考慮して資料の視認性・判読性と口頭説明の明瞭性を探求する】

このカテゴリーは、14コード、5サブカテゴリーで構成された。デジタル眼精疲労の回避と理解しやすさのため、文字量を減らし、写真やイラストを使用し、簡潔に話すことであった。

「基本的には写真とかイラストとか、目でパッと把握できるものじゃないと、疲れさせてもいけないです。し、（たくさんの情報があっても）脳の（機能上）残らないです。目からの情報は限界があるので、30分もお付き合いしてもらっているのにいっぱい読んでもらうというのは（申し訳ない）ので、そこは工夫しているところですね。」

7) 【オンラインであるために手渡しできなかった画面共有資料を活用してもらうためにメール送付する】

このカテゴリーは、7コード、2サブカテゴリーで構成された。あとで読み返したり、家族にもみてもらうために、希望者に資料の簡易版や抜粋を郵送やメール送信することであった。

「『奥さんがご飯をすごいいっぱい作る。だから運動してもしても食べちゃうから。残すこともできないし、しにくい』って話があって。具体的に、これを減らすと何キロカロリー減りますよ、とかっていうスライドをみたときに、このスライドもらえないかっていわれて、

冷蔵庫に貼って嫁にもみてもらいたいからって、本人に送りました。」

8) 【他事による中断がなく面接に集中できる環境でつないでもらう】

このカテゴリーは、6コード、2サブカテゴリーで構成された。電話や仕事関係者の往来等による中断がなく、集中して会話できる場所からの接続を促すことであった。

「会社なので、途中で電話かかってきたりとか。（対面で）面談させてもらってたところは、扉がガラスになっていて外からみえて、人の通りも感じてしまうので、おそらく守られた空間で、家からで、画面越しだったのでご本人はしゃべりやすかったかもしれない。」

9) 【表示画面への意識集中・発言内容の視覚化など画面共有機能の利点を活かす】

このカテゴリーは、14コード、5サブカテゴリーで構成された。パソコン上に表示された内容に意識が集中されることや、面接中に立てた目標を共通認識するために画面共有中のファイルに書き込むなど、オンライン会議の画面共有機能の長所を有効に用いることであった。

「（提示した資料は）オンラインだからじっくりみることができたのかな。対面だと話すことに夢中になるし、私もここ（目の前）にいるのでなかなか（資料を）注視されることもないと思います。（オンラインの場合は）ちゃんとみてくれる方が多いなと。」

10) 【具体的で実施可能な行動変容を考えるために自宅・職場という日常環境下でオンライン接続していることを活かす】

このカテゴリーは、5コード、3サブカテゴリーで構成された。自宅や職場のデスクなど、対象者の日常生活・職場環境から接続されたときには、それを活かして、その環境下で実施可能な行動変容をイメージしながら考えてもらったり提案をすることであった。

「『運動はやっとなつりだけど、なんだろうな悪いところって、あ、これかあ』って（お菓子を）みせてくれて、ここ（パソコンの下）にたくさん置いといて、仕事の合間にすごい食べるっていわれて、『そこにカロリーが書いてあるけ、みてもらっていいですか』というような話をして、『えー』って驚いて『これはいけん、ちょっと食べずに控えるわ』みたいな話をされたので、それはオンラインならではだったかな。」

V. 考 察

1. 保健師による効果的なオンライン特定保健指導の実践内容

1) 非対面に起因するコミュニケーションの障壁を克服し、保健指導の基盤である援助的関係を構築する

生活習慣病の予防を支援する看護においては、協働関係にある者同士が相互理解を深める段階から信頼関係を構築することが重要といわれる¹⁵⁾。オンラインでは、対面でも見落としがちな複雑な表情を画面越しに微細に感じ取ることが困難なため、関係構築が難しい¹⁶⁾。また、オンラインでは、曖昧な語尾や沈黙から相手の表情を汲み取る困難さ¹⁷⁾や空気感の共有の難しさが、相手と打ち解ける阻害要因になっているという指摘もある¹⁸⁾。これらは、非対面であることが心理的距離を生じさせ、保健指導の前提となる対象者との関係構築を阻害していることを示唆しており、【画面越しにより制限される表情・口調・仕草に関する情報の獲得や心理的距離の接近のために対面時よりも注意深く細やかに対応する】は、これらの要因を解消する方略として有用と推察される。また、コロナ禍以降現在もマスク着用者は多く、職場から接続する場合はマスクを着用したままの場合も多い。人は表情のなかの目や口などさまざまな手がかりを参照し、それらを統合して感情を読み取っている¹⁹⁾。保健師は自分も対象者もマスクを外すことで、相互に相手の感情を読み取りやすくし、心理的距離を近づけようとしていたと考えられる。心理的距離は、二者間の親密度・親和性・親近感の度合いや程度を表す概念であり²⁰⁾、心理的距離を遠く感じると相手への否定感情を生む可能性があるため、画面越しでも心理的距離を近づけようとする保健師のこれらの対応は、対象者との関係構築に向けた有用な方略であるといえる。

コミュニケーションで相手に伝える情報量は、言語情報が7%、聴覚情報が38%、表情が55%²¹⁾と、非言語的情報の占める割合が高い。オンラインでは、画面越しで全身が映らず視覚情報が限定されるため²²⁾、対面よりも非言語的手がかりが減少すると考えられる。また、映像を介することで視線やジェスチャーがわかりにくくなる²³⁾。一方、オンラインによるコミュニケーションにおいては、非言語情報を重視する人が対面よりも多いと報告されている²²⁾。これらより、【表情や声量・身振りなどの非言語的コミュニケーションを活用して対面時よりも大きなリアクションをとる】は、人のコミュニケー

ションの特徴を踏まえ、オンラインにおける非言語的手がかりの減少を補完する有用な方略といえる。また、大きなリアクションは、保健師の傾聴姿勢を対象者に感受してもらいやすくなることから、オンラインにおける関係構築の促進要因としても作用していると考えられる。

対面では非言語情報を有効に利用して発話の衝突を避け円滑に話者交代している²⁴⁾。一方、オンラインでは音声や映像が遅延し、相手の表情や雰囲気を読み取りにくいいため、間が掴みにくく、結果的に同時に話し始めてしまうなど、会話がかぶり気味になるとの指摘がある¹⁰⁾。それに対し、【映像・音声のタイムラグを考慮して対象者の反応を確認しつつ発言のタイミングを見計らう】は、発話の衝突を回避し、円滑なコミュニケーションを図ることに寄与していたと考えられる。また、音声遅延による発話衝突は精神的ストレスを増し²⁵⁾、発話衝突を避けて遠慮や自制が働くことで緊張感を孕む場になる可能性も示唆されている²⁶⁾。これらより、良好なオンラインコミュニケーション進展のためには、タイムラグが遠慮や自制、緊張感をもたらすことを念頭におき、保健師が対象者の反応をていねいに確認しながら適切に間をとりつつ対話を進めることが重要といえる。

これらのことより、上記3つのカテゴリーは、援助的関係を構築するために非対面がもたらすコミュニケーションの障壁を克服するための工夫であり、保健指導の基盤となる実践内容であると考えられる。

2) オンラインでも情報伝達が円滑になる手段を講じる

オンラインでは情報伝達や情報収集が困難であり²⁷⁾、伝達内容の記憶量が少なく理解度が低いといわれる²⁸⁾。行動変容を促すためには、健康行動実施の必要性やそのための具体的方法を理解することが必要であり²⁹⁾、支援者側には「伝える」のではなく「伝わる」支援が重要である³⁰⁾。食事指導で使用されるフードモデルや食器は、カメラ越しでは大きさや量に対する齟齬が生じやすくなり、運動指導においては、画面上に映る範囲が限定され、全身の動きが伝わりにくい。【Webカメラ越しでも食べ物の大きさや身体の動きを正しく伝えるためにカメラ位置や使用する媒体を調整・工夫する】ことは、これらの問題を解決する手段となり、オンラインで「伝わる」支援のための手段として有用といえる。

対面の場合は双方がその場で同一の資料をみるが、オンラインの場合、相手のデバイスや画面サイズによっては、文字やイラストがみえづらくなる可能性がある。また、曖昧な話し方や冗長な話は、対面ではそれほど気に

ならなくとも、オンラインでは要点が伝わりにくくなる¹⁶⁾。【全般的な資料と個別化した資料を準備しタイムリーに画面共有できるようパソコン上で開いておく】【オンライン疲労やオンラインでの伝わりやすさを考慮して資料の視認性・判読性と口頭説明の明瞭性を探求する】は、パソコン画面上でもみやすく伝わりやすい簡潔な文章・写真・イラストを使用した資料を準備し、一文を短く簡潔にしてゆっくり話す工夫である。情報を伝える際には、「適切な速さではっきり話す」「図やイラスト等を使用して視覚的に示す」ことでヘルスリテラシーが低い人でも理解しやすくなるといわれており³¹⁾、保健師が実施していたこれらの実践は、オンラインでの情報伝達の難しさを補完し理解度を高めるうえで有用であるといえる。

対象者に健康情報が「伝わる」ためには、重要なことは持ち帰れるメモや資料にして渡すことが必要³¹⁾であるが、オンライン面接ではその場で手渡すことができない。【オンラインであるために手渡しできなかった画面共有資料を活用してもらうためにメール送付する】は、このような欠点を補う方略である。また、職場から接続する場合は、仕事の電話や同僚の視線などにより面接への集中が途切れる可能性があるが、【他事による中断がなく面接に集中できる環境でつないでもらう】ことで、このような負の環境要因を解決することが可能となる。人は重要または価値があると感じることに対して思わず注意を向ける傾向がある³²⁾ことから、環境面への配慮は重要である。

これらのことより、上記5つのカテゴリーには、オンラインコミュニケーションを円滑にするための工夫があり、オンラインであるがゆえに保健指導がむずかしくなる要因を解決しようとして保健師が行っている実践内容であると考えられる。

3) オンラインの利点を有効活用する

対面では有効視野が広いために注意散漫で注意力が途切れる瞬間がある³³⁾が、オンラインで画面に集中して資料を閲覧しながら対話することは、タスクに集中すると有効視野が狭窄するという人間の特性³⁴⁾からも有用と考えられる。【表示画面への意識集中・発言内容の視覚化など画面共有機能の利点を活かす】は、これらの特性を活用したオンライン面接の利点であるといえる。【具体的で実施可能な行動変容を考えるために自宅・職場という日常環境下でオンライン接続していることを活かす】は、普段の生活・職場環境の場で考えることで健

康行動の阻害要因を探索しやすく、焦点化した具体的な目標設定へのアプローチにつなげやすくなることを示唆している。これは、保健指導技術として、生活に即した目標設定のために、職業や居住形態だけでなく、生活状況や生活環境等も確認し健康問題を抽出する³⁵⁾ことが必要とされていることから支持される。オンライン面接であるからこそ可能であるこの支援方法を意識することは重要である。これらより、上記2つのカテゴリーは、オンラインの利点を有効活用しようとしている実践内容であると考えられる。

2. オンライン特定保健指導の実践指針開発に向けた示唆

保健師が効果的な特定保健指導であったと評価した好事例に実践していた内容が明らかになったことから、本研究結果はオンライン特定保健指導の実践指針の基礎資料として有用と考える。しかし、オンライン特定保健指導の方法は事業所ごとに特殊性があり、オンライン面接で用いるデバイスやツールが異なるため、本研究で得られた結果がすべてのオンライン特定保健指導に有用とは限らない。また、本研究は動機づけ支援初回面接に限定しているため、今後、積極的支援における効果的な実践内容に対する知見を得る必要がある。

【謝辞】

本研究にご協力いただきました保健師のみなさまに深く感謝申し上げます。

【文献】

- 1) 厚生労働省：特定保健指導における情報通信技術を活用した面接による指導の実施について。 https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/dl/info03j-130822_01.pdf (2024年1月16日)。
- 2) 厚生労働省：情報通信技術を活用した特定保健指導の実施について。 https://jhep.jp/jhep/sisetu/pdf/tokuho_it.pdf (2024年1月16日)。
- 3) 内閣府：総合イノベーション戦略2024。 https://www8.cao.go.jp/cstp/tougosenryaku/togo2024_honbun.pdf (2024年6月4日)。
- 4) 総務省：令和4年版情報通信白書。 <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r04/html/nd238110.html> (2024年1月16日)。
- 5) 厚生労働省：ICTを活用した特定保健指導の実施状況について。 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000927404.pdf> (2024年1月16日)。
- 6) 厚生労働省：健康日本21（第二次）最終評価報告書概要。

- <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000999445.pdf> (2024年1月16日).
- 7) Cha SA, Lim SY, Kim KR, et al. : Community-based randomized controlled trial of diabetes prevention study for high-risk individuals of type 2 diabetes; Lifestyle intervention using web-based system. *BMC Public Health*, 387 (17) : 1-9, 2017.
 - 8) Smith JA, Winther LR, Shefer GS, et al. : Factors Associated With Engagement With a Web-Based Lifestyle Intervention Following Provision of Coronary Heart Disease Risk; Mixed Methods Study. *JMIR*, 19 (10) : e351, 2017.
 - 9) Marra MV, Lilly CL, Nelson KR, et al. : A Pilot Randomized Controlled Trial of a Telenutrition Weight Loss Intervention in Middle-Aged and Older Med with Multiple Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Nutrients*, 11 (2) : 229, 2019.
 - 10) Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S, et al. : Effectiveness of telemedicine; a systematic review of reviews. *Int J Med Inform*, 79 (11) : 736-771, 2010.
 - 11) 尾崎伊都子・渡井いずみ・宮川沙友里：肥満の若年男性労働者における行動変容の阻害要因とそれに対する保健指導の技術. 日本看護学会誌, 37 : 86-95, 2017.
 - 12) 石橋信江・東ますみ・藤永新子他：高齢慢性心不全患者のセルフモニタリングを促す遠隔看護介入モデルの実践と有用性の検証. 日本看護学会誌, 38 : 219-228, 2018.
 - 13) 厚生労働省：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4.1版）. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001248033.pdf> (2024年5月24日).
 - 14) Krippendorff K : メッセージ分析の技法. 勁草出版, 東京, 1989.
 - 15) 川本美香・時長美希：生活習慣病の予防を目的とした保健指導における保健師と対象者の協働的パートナーシップ. 高知女子大学看護学会誌, 43 (1) : 91-101, 2017.
 - 16) 田中将司・古賀なな子・新村信貴他：臨床心理学におけるオンラインインタビューの方法論と倫理的配慮. 九州大学総合臨床心理研究, 12 : 91-96, 2020.
 - 17) 有田悦子・竹平理恵子：オンライン医療面接「患者心理とコミュニケーション」の試み：教育効果と留意点. 薬学教育, 5 : 1-5, 2021.
 - 18) 森 綾子・加藤いずみ・柏木 仁他：オンライン会議システムを活用した医療面接実習の実践とその評価. 薬学雑誌, 142 (6) : 661-674, 2022.
 - 19) Calvo E, Khan BA, Farber MO, et al. : Interventions to improve the physical function of ICU survivors. *a systematic review*, 144 (5) : 1649-1480, 2013.
 - 20) 星野翔一・青木健一・福住紀明：きょうだい構成の視点からみた心理的距離に関する実証的研究. カウンセリング研究, 44 (2) : 127-135, 2011.
 - 21) Mehrabian A, Ferris SR : Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31 (3) : 248-252, 1967.
 - 22) 藤木美奈子：印象に残るスピーチの要素；対面とオンラインとの比較から. 桜美林大学研究紀要, 1, 114-126, 2020.
 - 23) 馬田一郎・伊集院幸輝・加藤恒夫他：対面・オンラインのコミュニケーション特性比較；共創活動の観点から. 認知科学, 29 (2) : 163-173, 2022.
 - 24) 松尾太加志：コミュニケーションの心理学. 41-54, ナカニシヤ出版, 東京, 1999.
 - 25) 玉木秀和・東野 豪・小林 稔他：音声遅延が遠隔会議中の発話衝突と精神的ストレスに与える影響. 電子通信学会論文誌, 96 (1) : 35-45, 2013.
 - 26) 永井洋子・金井秀明・北島宗雄：オンライン心理臨床面接における音声の遅延のビデオ分析. 情報処理学会研究報告, GN-117 (1) : 1-8, 2022.
 - 27) 川原里奈・根井さやか・玉木 藍他：対面式と非対面式による特定保健指導のメリット・デメリット. 保健師ジャーナル, 66 (4) : 366-374, 2010.
 - 28) 藤野秀則・岡本健太：オンライン会議とオンサイト会議での議論内容の記憶量および理解度の違い. ヒューマンインタフェース学会論文誌, 23 (3) : 303-306, 2021.
 - 29) 赤松利恵・林 美美・奥山 恵他：減量成功者が取り組んだ食行動の質的研究；特定保健指導を受診した男性勤労者の検討. 栄養学雑誌, 71 (5) : 225-234, 2013.
 - 30) 江口泰正：ヘルスリテラシーと健康行動の変容. 総合健診, 47 (6) : 7-13, 2020.
 - 31) 石川ひろの：ヘルスコミュニケーション学入門. 48-50, 大修館書店, 東京, 2020.
 - 32) 迫田陽子・村井 均・鈴木 隆他：放射線カウンセリング・ステップONE. 日本放射線カウンセリング学会, 東京, 2005.
 - 33) 宮内佑実・遠藤正之：オンライン会議とオフライン会議の意思疎通の比較. 経営情報学会全国研究発表大会要旨集, 202011 (0) : 144-147, 2020.
 - 34) 桑原樹蘭・高橋 拓・中村聡史：一点注視型タスクにおける周辺視野への視覚刺激提示が集中度に及ぼす影響. 情報処理学会研究報告, HCI-180 (13) : 1-7, 2018.
 - 35) 桐生育恵・佐藤由美：特定保健指導の行動計画設定支援における保健師の思考プロセス. 日本地域看護学会誌, 18 (2,3) : 51-60, 2015.

■ Research Report ■

Practical Details of Effective Online-specific Health Guidance by Public Health Nurses

Focusing on the Initial Motivation Support Interview

Yuko Shinagawa, Sumie Kuroda

Prefectural University of Hiroshima Faculty of Health and Welfare

Objective: This study identified the practical details of effective online-specific health guidance provided by public health nurses and extracted basic data from the results for developing practical guidelines.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 20 public health nurses who had given an online initial motivation support interview at least 10 times. The results were analyzed following Krippendorff's content analysis method.

Results: A total of 10 categories were extracted: "Communicate more carefully and meticulously than face-to-face interviews to obtain information about facial expressions, voice tones, and gestures, which are restricted through the screen, and also to reduce the psychological distance"; "To correctly convey the size of food and body movements through a web camera, adjust and devise the position of the camera and media used"; "Have the patient join the online interview in an environment which allows them to focus on the interview without being interrupted by unrelated matters"; "Take advantage of screen share function, such as the concentration of consciousness on the display screen and visualization of statements"; and "To consider concrete and feasible behavior modification, take advantage of being online in an everyday environment at home or in the workplace".

Discussion: To build supportive relationships, public health nurses are trying to overcome communication barriers attributed to non-face-to-face conditions, resolve factors related to being online which inhibit health guidance, and effectively use the advantages of being online. In developing practical guidelines, each institution's particularity and devices should also be considered.

Key words : Online health guidance, Specific health guidance, Motivational support, Initial interview

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の コーディネーションの関連要因

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のコーディネーションに関連する要因を明確にし、認知症のコーディネーション向上への示唆を得る。

方法：地域包括支援センターの保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員を対象に無記名自記式質問紙調査を行った。調査内容は、個人属性、地域診断や認知症に関する研修参加の有無、5因子からなる認知症に関連する知識の理解、7因子からなる顔の見える関係、4因子からなる3職種間の協働要素である。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のコーディネーションを目的変数とした重回帰分析を行った。

結果：259人を分析対象とした。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のコーディネーションに関連のあった要因は、認知症に関連する知識の理解の下位尺度の「認知症の基本的な理解」($\beta=0.203$, $p=0.009$)、「地域資源の理解」($\beta=0.176$, $p=0.008$)、3職種間の協働要素の下位尺度の「相互的な活動の共有」($\beta=0.159$, $p=0.015$)、地区診断 ($\beta=0.109$, $p=0.026$) であった。

考察：認知症のコーディネーションを高めるには、認知症の基本的な理解、地域資源や担当地区の理解と3職種間の相互理解の重要性が示唆された。これらを実践していく方法として、地区診断や地域ケア会議が考えられた。

【キーワード】 認知症高齢者、地域包括支援センター、コーディネーション

日本地域看護学会誌, 27 (3) : 26-34, 2024

I. はじめに

わが国の高齢化が伸展するなか、加齢とともに有病率が高まる疾患が認知症で、2025年には高齢者の5人に1人と推計される¹⁾。これらの動向に政府は、認知症はだれもがなりうるものであるという前提から「共生」と「予防」の両輪の社会を目指すことを示した²⁾。共生とは、認知症があってもなくても同じ社会で共に生きること、生活上の困難が生じた場合でも周囲や地域の理解と協力のもと、自分らしく暮らし続ける社会を目指す。予

防とは、認知症になるのを遅らせる、認知症になっても進行を緩やかにするということであり、運動不足の解消、生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消等通いの場における活動の推進に重点を置く²⁾。これらの具体的な事業には、認知症初期集中支援チーム、認知症サポーター養成講座、認知症カフェ、介護予防教室等があり、主な実施機関は地域包括支援センター（以下、包括）である。これまでの成果には相談事例の4割が受診、6割が介護保険制度のサービスにつながり³⁾、認知症サポーター養成講座受講者数が目標に達成⁴⁾し、自治体の半数で認知症カフェが開催される⁵⁾等が報告される。しかし、早期把握の仕組みづくり、チームと関係機関の役割分担の明確化やチームによる適切なアセスメント²⁾、

サポーター活動につながっていない⁶⁾、認知症カフェの参加者が集まらない⁵⁾、認知症等心身機能に不具合があると地域の集いの場に通えない⁷⁾等、共生や予防体制の課題は多い。これらの課題に対して栗田⁸⁾は、認知症支援事業の縦割りを整理し統合していくための包括によるコーディネーションの深化が必要と述べ、事業の実施だけでは施策目標実現の難しさを示す。

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のコーディネーション（以下、認知症高齢者のコーディネーション）の実態は、支援の必要性のアセスメントや介護保険サービスへのつなぎは概ね実施できているが、BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)、治療放置、金銭管理困難な状態の認知症高齢者のサービスへのつなぎや、地域住民と課題を共有し地域社会資源の創出に課題⁹⁾がある。今後、共生および予防に向けたコーディネーションの深化を果たすには認知症高齢者のコーディネーションを高める要因を探索する必要があると考えた。認知症のコーディネーションの関連要因について、包括保健師のコーディネーションとの関連¹⁰⁾が明らかにされているが、多変量の分析には至っていない。包括の認知症支援等事業は、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員（以下、3職種）が、それぞれの専門性を活かして包括全体で支援の目標に向かって事業を遂行する¹¹⁾。そこで、包括の認知症高齢者のコーディネーションに関連する要因を明らかにし、認知症高齢者のコーディネーション向上への示唆を得ることを本研究の目的とした。

II. 用語の定義

1. 認知症高齢者

認知症症状が出現する65歳以上で、何らかの支援の必要が予測される者

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のコーディネーション

認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントし、個別の支援体制を形成するとともに地域資源の創出に発展させる行動¹²⁾

III. 研究方法

1. 対象

包括に勤務し認知症高齢者の相談業務に携わる3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）とした。

2. 調査方法

2022年10～12月に郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査依頼は、2020年4月1日現在の厚生労働省が示す各都道府県の包括一覧表から系統抽出法によって3分の1程度抜粋し、包括施設長に研究協力の意向確認を文書で行った。協力する意向のあった施設の施設長宛に協力可能人数分の研究対象者用の依頼文、質問紙等を郵送した。研究対象者は依頼文を読んで研究に協力するかどうかを判断し、協力する場合は質問紙の同意欄にチェックをいれて記入済の質問紙を各自で返信してもらうようにした。

3. 調査項目

1) 個人属性

年齢、職種、運営形態、包括経験年数、包括経験年数を除いた当該職種経験年数。

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のコーディネーション

包括3職種を対象に改変された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のコーディネーション尺度¹²⁾を使用した。本尺度は、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(8項目)、第2因子認知症高齢者を医療・介護・権利擁護の支援につなぐ(9項目)、第3因子地域の支援者に協力を得る(3項目)、第4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(3項目)、の4因子23項目で構成され、信頼性・妥当性が確認されている。まったく実践していない～十分実施している、の6段階でコーディネーションを評価し、最低点は23点、最高点は138点で、点数が高いほどコーディネーション力が高いことを示す。

3) 認知症の理解

認知症高齢者の支援には認知症の知識が必要である^{13,14)}ことから、認知症に関連する知識をたずねた。認知症に関連する知識の質問項目は、認知症に関連する知識の理解の構成要素¹⁵⁾を使用した。第1因子：認知症関連疾患の理解(5項目)、第2因子：関連制度・政策の理解(7項目)、第3因子：精神疾患に関する理解(6項目)、

第4因子：認知症の基礎的な理解（7項目）、第5因子：地域資源の理解（5項目）、30項目から構成され、クロンバック α 係数から内的一貫性、探索的因子分析から構成概念妥当性が確認されている。理解が不足している～十分理解している、の4段階で評価し、点数が高いほど認知症に関する知識の理解が高いことを示す。最低点は30点、最高点は120点である。

4）関係機関との関係性

本研究における認知症のコーディネーションは、個別の支援体制を形成するとともに地域資源の創出に発展させる行動と定義することから、個別支援の関係者のつながりの程度をたずねた。質問項目は、在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度¹⁶⁾（以下、顔の見える関係）を使用した。構成要素は、第1因子：他の施設の関係者とやりとりができる（3項目）、第2因子：地域の他の職種の役割がわかる（3項目）、第3因子：地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる（3項目）、第4因子：地域の多職種で会ったり話し合う機会がある（3項目）、第5因子：地域の相談できるネットワークがある（3項目）、第6因子：地域のリソースが具体的にわかる（3項目）、第7因子：退院前カンファレンス等病院と地域の連携がよい（3項目）、21項目から構成され、信頼性と妥当性が確認されている。そう思わない～そう思う、の5段階で評価し、得点が高いほど関係性が良好であることを示す。最低点は21点、最高点は105点である。

5）包括3職種間の関係性

認知症支援事業は包括3職種で遂行する。3職種で業務を行ううえで重要な要素に、情報の共有、専門性の理解、人間関係、活動方針の共有¹⁷⁾が挙げられ、認知症高齢者のコーディネーションにおいても必要と考えた。そこで、地域包括支援センター内における三職種間の協働の要素¹⁸⁾（以下、三職種間の協働要素）を質問項目として使用した。包括3職種を対象に抽出された要素であり、第1因子：相互的な活動の共有（5項目）、第2因子：専門性と役割の理解（4項目）、第3因子：事業における目標の共有（3項目）、第4因子：建設的な意見の表出（3項目）、15項目から構成されている。クロンバック α 係数から内的一貫性、探索的因子分析から構成概念妥当性が確認されている。あてはまらない～あてはまる、の4段階で評価し、得点が高いほど3職種間の関係が良好であることを示す。最低点は15点、最高点は60点である。

6）地域ケア会議の年間参加回数

地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討を行い、

その積み重ねを通して関係者の課題解決能力の向上やネットワークの構築を目的¹⁹⁾とすることから地域ケア会議の年間参加回数を質問項目とした。地域ケア会議には、市町村単位のものとは包括担当圏域内で開催されるものがあるため双方たずねた。

7）地区診断の実施の有無

地区診断は、地域包括ケアシステム構築の第1プロセスで、先行研究で有意差^{10,19)}がみられたことから、地区診断の実施の有無を質問項目とした。

8）認知症に関する研修参加の有無

包括は個別相談や認知症サポーター養成講座等の認知症支援事業実施機関であり、認知症に関する知識・情報は必要とされることから認知症に関する研修参加の有無を質問項目とした。

4. 分析方法

対象者の属性および各要因の項目について基本記述統計量を算出した。使用尺度の内的一貫性を確認するため信頼性係数を算出し基準を0.8以上とした。認知症高齢者のコーディネーションに関連する要因を探索するために、運営形態、地区診断や認知症に関する研修参加の有無について、対応のない t 検定を行った。また連続量である経験年数（包括・当該職種）、地域ケア会議参加回数（市町村・地区単位）、認知症に関する知識の理解、顔の見える関係、3職種間の協働要素は、ピアソンの相関係数を算出し、0.3以上を正の相関ありとした。認知症高齢者のコーディネーションの総得点と有意な関連がみられた項目を説明変数に、認知症高齢者のコーディネーションを目的変数とした重回帰分析を行った。多重共線性の基準は許容度が0.2以上、VIF (Variance Inflation Factor) 値が10以下とした。解析には統計解析ソフトSPSS28を用い、有意確率0.05未満とした。

5. 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、断った場合何ら不利益は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。本研究は大阪公立大学大学院看護学研究科研究倫理審査委員会の承認（2022 - 25, 2023年1月31日）を得て実施した。

表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のコーディネーションの現状 N = 259

	平均値	標準偏差
総得点	92.0	18.4
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		
認知症高齢者に会うために訪問を繰り返す	4.2	1.0
認知症高齢者のペースに合わせ話を引き出す	4.5	1.0
興奮状態や徘徊などの様子を目の当たりにしてBPSDの実態を把握する	3.8	1.1
認知症高齢者の行動や態度の意味を推察する	4.4	2.1
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	4.5	1.0
薬袋や処方薬などから受療状況を推察する	4.6	1.0
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	4.6	0.9
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	4.5	1.0
第2因子 認知症高齢者を医療・介護・権利擁護の支援につなぐ		
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	4.4	1.1
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	4.5	1.2
受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる	3.8	1.3
認知症高齢者の状態に合わせた対応協力を関係機関に依頼する	4.3	1.1
認知症高齢者が確実に内服できる方法を調整する	3.7	1.1
認知症高齢者の状態に合わせてケアマネージメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ	4.5	1.1
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	3.5	1.5
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	3.9	1.3
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	3.4	1.2
第3因子 地域の支援者に協力を得る		
地域の核となる住民をみつける	3.9	1.1
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	3.7	1.1
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	3.8	1.2
第4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		
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	3.8	1.1
住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる	3.0	1.3
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	2.8	1.3

IV. 結 果

1,759施設に研究協力意向確認を行い、129施設から返信があった(回収率7.3%)。308人に郵送し、299人の回答が得られた。そのうち分析に必要な項目の欠損を確認し、259人(有効回答率84.0%)を分析対象とした。

1. 対象者の背景

平均年齢は47.2歳(±10.0)、運営形態は直営型16.2%、委託型83.8%であった。職種は保健師等39.4%、社会福祉士32.0%、主任介護支援専門員25.9%、記載なし2.7%であった。包括経験年数の平均は6.4年(±4.6)、包括経験年数を除いた当該職種経験年数の平均は10.5年(±9.7)であった。

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のコーディネーションの現状

認知症高齢者のコーディネーションの得点平均値を表1に示す。各因子において得点が高かった項目を抜粋

すると、第1因子「薬袋や処方薬などから受療状況を推察する」「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」、第2因子「認知症高齢者の状態に合わせてケアマネージメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ」「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」等であった。一方低かった項目は、第1因子「興奮状態や徘徊などの様子を目の当たりにしてBPSDの実態を把握する」、第2因子「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」「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」、第3因子「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」、第4因子「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」「住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる」等であった。信頼性係数は0.851~0.93であった。Shapiro-Wilk ($p = 0.082$) から正規性が確認された。

表2 認知症高齢者のコーディネーションと運営形態、地区診断や認知症に関する研修参加の有無との関連

関連要因		n	平均値	標準偏差	p
運営形態	直営	42	89.5	20.7	0.386
	委託	217	92.5	17.9	
地区診断の実施	なし	116	86.5	19.4	0.001
	あり	141	96.6	16.2	
認知症に関する研修参加	なし	38	88.4	14.2	0.111
	あり	221	92.6	18.9	

t検定

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のコーディネーションと各要因の関連

1) 運営形態、地区診断の実施、認知症に関する研修参加
認知症高齢者のコーディネーションの総得点との関連をみたところ(表2)、地区診断の実施ありで有意に認知症のコーディネーション得点が高かった($p=0.001$)。運営形態、認知症に関する研修参加には有意な差が認められなかった。

2) 経験年数(包括・当該職種)、地域ケア会議参加回数(市町村・地区単位)、認知症に関連する知識の理解、顔の見える関係、3職種間の協働要素

認知症高齢者のコーディネーションの総得点との関連をみたところ(表3)、認知症に関連する知識の理解、顔の見える関係、3職種間の協働要素の下位尺度すべてに相関係数0.3以上の正の相関($p<0.01$)がみられた。認知症に関連する知識の理解は、「認知症関連疾患の理解」 $r=0.373$ 、「関連制度・施策の理解」 $r=0.334$ 、「精神疾患に関する理解」 $r=0.391$ 、「認知症の基本的な理解」 $r=0.463$ 、「地域資源の理解」 $r=0.495$ であった。顔の見える関係は、「他の施設の関係者とやりとりができる」 $r=0.383$ 、「地域の他の職種の役割がわかる」 $r=0.424$ 、「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」 $r=0.331$ 、「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」 $r=0.379$ 、「地域の相談できるネットワークがある」 $r=0.387$ 、「地域のリソース(資源)が具体的にわかる」 $r=0.505$ 、「退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい」 $r=0.411$ であった。3職種間の協働要素は、「相互的な活動の共有」 $r=0.478$ 、「専門性と役割の理解」 $r=0.508$ 、「事業における目標の共有」 $r=0.423$ 、「建設的な意見の表出」 $r=0.525$ であった。経験年数(包括・当該職種)、地域ケア会議参加回数(市町村・地区単位)には0.3以上の相関が認められなかった。

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のコーディネーションに関連する要因

認知症高齢者のコーディネーションと各要因の関連の結果、t検定において有意差が認められた地区診断とピアソンの相関係数0.3以上であった認知症に関連する知識の理解、顔の見える関係、3職種間の協働要素の下位尺度すべてを説明変数に重回帰分析を行った。説明変数の投入は強制投入を行い、地区診断をダミー変数(0=実施なし、1=実施あり)、他の変数は連続量とした。結果、調整済み R^2 は0.501、F値は14.1($p=0.001$)であった。関連のあった要因は、認知症に関連する知識の理解の下位尺度の「認知症の基本的な理解」($\beta=0.203$, $p=0.009$)、「地域資源の理解」($\beta=0.176$, $p=0.008$)、3職種間の協働要素の下位尺度の「相互的な活動の共有」($\beta=0.159$, $p=0.015$)、地区診断($\beta=0.109$, $p=0.026$)であった。多重共線性はなかった。有意になった変数のみを表4に記載した。

V. 考 察

1. 対象の特性

全国の運営形態は、直営20.0%、委託80.0%²⁰⁾、職種の配置平均人数は、保健師等1.7(保健師1.1、看護師0.6)人、社会福祉士1.9、主任介護支援専門員1.4人²¹⁾であり、本調査の回答者は、委託および保健師が多い傾向にあった。

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のコーディネーションに関連する要因とコーディネーション向上に向けた実践への示唆

認知症高齢者のコーディネーションは、認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントし、個別の支援体制を形成するとともに地域資源の創出に発展させる行動である。この行動に関連する要因は、認知症に関連する知識の理解の「認知症の基本的な理解」「地域資源の理解」、3職種間の協働要素の「相互的な活動の共有」、地区診断であった。

認知症高齢者のコーディネーションの構成因子は、認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする、認知症高齢者を医療・介護・権利擁護の支援につなぐ、地域の支援者に協力を得る、地域の中で認知症高齢者を支える社会資源を創出する、から構成¹²⁾され、どの因子にも「認知症の基本的理解」は不可欠な要素であると考え

表3 認知症のコーディネーションと経験年数、地域ケア会議、各尺度との関連

	n	平均値	標準偏差	r
経験年数				
地域包括支援センター	257	6.4	4.6	0.179**
当該職種 (包括経験を除く)	254	10.5	9.7	0.121
認知症に関連する知識の理解				
認知症関連疾患の理解	259	13.2	3.4	0.373**
関連制度・施策の理解	259	15.6	3.8	0.334**
精神疾患に関する理解	259	14.6	3.6	0.391**
認知症の基本的な理解	259	20.1	3.4	0.463**
地域資源の理解	259	14.7	2.6	0.495**
顔の見える関係				
他の施設の関係者とやりとりができる	259	12.4	2.1	0.383**
地域の他の職種の役割がわかる	259	10.5	2.2	0.424**
地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる	259	9.9	2.3	0.331**
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	259	11.2	2.4	0.379**
地域の相談できるネットワークがある	259	12.2	2.0	0.387**
地域のリソース (資源) が具体的にわかる	259	12.6	2.0	0.505**
退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい	259	11.7	2.2	0.411**
3職種間の協働要素				
相互的な活動の共有	259	16.8	2.7	0.478**
専門性と役割の理解	259	14.1	1.8	0.508**
事業における目標の共有	259	9.3	2.2	0.423**
建設的な意見の表出	259	9.1	2.0	0.525**
地域ケア会議の年間参加回数				
市町村単位	252	4.8	5.3	0.159*
地区単位	251	3.0	4.2	0.061

pearson相関分析 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

表4 認知症高齢者のコーディネーションに関連する要因

	標準化係数 (β)	p	VIF
認知症に関連する知識の理解			
認知症の基本的な理解	0.203	0.009	2.8
地域資源の理解	0.176	0.008	2.1
3職種間の協働要素			
相互的な活動の共有	0.159	0.015	2.0
地区診断	0.109	0.026	1.0
調整済み $R^2 = 0.501$, F 値 = 14.1 ($p = 0.001$)			

強制投入 $p < 0.05$

地区診断 (0 = 実施なし, 1 = 実施あり)

られる。また支援困難となる認知症高齢者の背景には、高齢者自身の受診拒否、生活実態の把握困難、高齢者・家族及び地域住民の認知症に関する理解不足^{22, 23)}等が報告され、支援困難となる認知症高齢者の理解を深め、認知症高齢者に必要な資源につなげていくためにも「認知症の基本的な理解」は必要とされると考える。次に、認知症高齢者のコーディネーションの関連する要因に「地域資源の理解」が示唆された。認知症は症状の進行とともに生活支援が必要となる。しかし、制度利用の申請や

契約の手続きができない、サービスや受診の拒否、医療機関側の受け入れ拒否、周辺の人々の認知症理解の浸透の不十分さ等²⁴⁾、認知症高齢者ひとりでは医療や介護保険制度、成年後見制度等の制度利用につながりにくい。これらから認知症高齢者を医療・介護・権利擁護の支援につなぐためには「地域資源の理解」は必要とされる要素である。「地域資源の理解」には地域のサロンや老人クラブ等のインフォーマル資源、認知症疾患医療センターや地域の医療機関や介護保険サービス提供事業所等

のフォーマル資源¹⁴⁾があり、これら地域の資源を熟知することで認知症高齢者のコーディネーションが高められると考える。

次に包括三職種間の協働の「相互的な活動の共有」が認知症高齢者のコーディネーションの関連要因であることが示唆された。3職種の配置状況は1施設各1～2人²¹⁾で、認知症支援業務を遂行するためには3職種の協力が必要不可欠となる。「相互的な活動の共有」とは、担当する事業において3職種間で共に活動や評価をしている¹⁷⁾状況で、チームとしての活動が求められる。しかし、包括職員のチームとしての活動の実際は、具体的にどのような行動を指すのかまでの理解がわかりづらく互いの専門性の理解に微妙な違いがある。その理解不足がチームとしての行動の姿勢に影響を与える¹⁶⁾との報告がある。これらから3職種間の「相互的な活動の共有」を遂行できることが認知症高齢者のコーディネーションを高める要素であると考えられる。

次に地区診断の実施が認知症高齢者のコーディネーションの関連要因であることが示唆された。包括が実施する地区診断の目的は、担当地区内の現状を量的・質的に把握し、担当地区の理解を深めること、地域ケア会議等で担当地区の特性と課題を共有し、必要なネットワークを構築していくこと²⁴⁾とされる。認知症のコーディネーションは個別支援の形成から地域資源の創出に発展させるまでをつなげる行動であることから、地区診断の実施によって認知症高齢者の地区課題を抽出し、3職種間および関係機関と共有することによって認知症のコーディネーションが高められると考える。

以上から認知症高齢者のコーディネーションを高めるには、認知症の基本的な理解、地域資源や担当地区の理解と3職種間の相互理解を総合的に実践していくことが重要である。その具体的な方法には、第一に認知症高齢者に関する地区診断の実施が挙げられる。日頃の相談業務からみえる個別支援の課題を支援体制の形成課題としてインフォーマル資源やフォーマル資源へのつなぎの視点で整理し、地区の課題を抽出する。そして地区課題の対応を3職種で検討する。地区診断実施の成果には地域特性の3職員間の共有化^{25, 26)}が報告されることから、地区診断によって担当する地区の相互理解が高まることが考えられる。次に地区課題を地域ケア会議で関係者と共有・検討することが挙げられる。地域ケア会議で認知症高齢者や地域資源の新しい情報を得たり、必要とされる研修内容を把握する等につながる。これらの取り組み

によって、認知症高齢者のコーディネーションを高め、認知症高齢者が安心して暮らせる地域につながっていくと考える。

VI. 研究の限界と今後の課題

回答者属性が全国の分布と一致せず²⁰⁾、委託および保健師が多い傾向にあった。データ収集期間の地域ケア会議の参加回数へのコロナ禍の影響が否定できず、通常活動に戻った時点での確認が必要である。

【謝辞】

本研究にご協力いただいた地域包括支援センター職員のみなさまに深くお礼を申し上げます。

本研究は、JSPS科研費の助成(22K17535)を受けたものです。本調査において開示すべきCOIはない。

【文献】

- 1) 厚生労働省老健局：認知症施策の総合的な推進について。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000519620.pdf> (2024年4月13日)。
- 2) 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2024年4月13日)。
- 3) 国立長寿医療センター：認知症初期集中支援チームにおける効果的な活動に関する調査研究事業報告書。
<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R2-3H.pdf> (2023年12月6日)。
- 4) 宮野公恵・成松玉委・藤井博英：認知症サポーター事業に関わる現状と課題。東京情報大学研究論集, 21(2)：67-75, 2018。
- 5) 認知症介護研究・研修仙台センター：認知症カフェの類型と効果に関する調査研究報告書。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001128627.pdf> (2023年12月18日)。
- 6) 大野裕美：認知症サポーター養成講座修了者の活動実態調査。豊橋創造大学紀要, 24：11-24, 2020。
- 7) 中村圭一・山田 孝：「地域づくりによる介護予防推進支援事業」に対する高齢者のニーズ調査。作業行動研究, 24(4)：145-151, 2021。
- 8) 栗田主一：認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター；コーディネーションとネットワークングという観点から。日本老年医学雑誌, 57(1)：22-27, 2020。
- 9) 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。
- 10) 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現状と課題. 日本地域看護学会誌, 25 (1) : 40-47, 2022.
- 11) 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会: 地域包括支援センター運営マニュアル. 39-42, 129-135, 長寿社会開発センター, 東京, 2022.
 - 12) 岡野明美: 保健師を対象とした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のコーディネーション尺度の3職種への適用可能性の検討. 日本公衆衛生看護学会誌, 12 (2) : 109-11, 2023.
 - 13) 小山尚美・流石ゆり子・渡邊裕子他: 一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難. 日本認知症ケア学会誌, 12 (2) : 408-418, 2013.
 - 14) 片井美菜子・長田久雄: 認知症高齢者ケアにおける一般病院看護師の困難の実態. 日本早期認知症学会誌, 7 (1) : 72-79, 2014.
 - 15) 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.
 - 16) 福井小紀子: 在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度の適切性の検討. 日本在宅医療学会誌, 16 (1) : 5-11, 2014.
 - 17) 大和三重: 地域包括支援センターにおけるチームアプローチの実態と課題. Human Welfare, 10 (1) : 67-77, 2018.
 - 18) 及川真子・向井美那子・石黒 毅他: 北海道の地域包括支援センター内における三職種間の協働の要素. 北海道公衆衛生学雑誌, 26 (2) : 59-65, 2012.
 - 19) 国立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/kaigimannual00.pdf> (2023年11月15日).
 - 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/12300000/001236442.pdf> (2023年12月18日).
 - 21) 三菱UFJ&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.pdf (2023年12月14日).
 - 22) 平澤園子・王吉 彤・三上章允: 認知症支援における課題と地域包括支援センターの取り組み. 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要, 21 : 71-80, 2020.
 - 23) 依田純子・佐藤悦子・泉宗美恵他: A県内の地域包括支援センターに所属する専門職の認知症支援における困難とその対処. 山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル, 6 (1) : 9-19, 2020.
 - 24) 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.
 - 25) 村山洋史・上松志乃・鈴木祐里子: 地域包括支援センター職員への地区研修プログラムの効果. 日本公衆衛生雑誌, 60 (1), 10-20, 2013.
 - 26) 近藤純子・尾ノ井美由紀・樺山 舞他: 委託型地域包括支援センター看護職を対象とした地域診断研修プログラムの有効性検討. 大阪大学看護学雑誌, 25 (1), 36-45, 2019.

■ Research Report ■

Factors Influencing the Coordination of Community General Support Centers in Providing Life Support to Older Adults with Dementia

Akemi Okano

Osaka Metropolitan University Graduate School of Nursing

Purpose: This study aimed to identify factors related to community general support centers providing life support to older adults with dementia, while seeking suggestions for improving coordination among dementia patients.

Methods: The study focused on the staff at community general support centers. The questionnaire included personal attributes, a coordination scale, knowledge of dementia (five factors), face-to-face relationships (seven factors), elements of collaboration among the three professions (four factors), annual participation in community care meetings, and regional diagnoses. Multiple regression analysis was conducted using the scales of community general support centers to provide life support to older adults with dementia as an objective variable.

Results: A total of 259 participants were included in the analysis. Significant differences were observed in the “Basic understanding of dementia” subscale of understanding of dementia-related knowledge ($\beta = 0.203$, $p = 0.009$). Additionally, differences were noted in the “Understanding local resources” subscale ($\beta = 0.176$, $p = 0.008$), and the “Sharing mutual activities” subscale of elements of collaboration among the three professions ($\beta = 0.159$, $p = 0.015$). Finally, significant differences were observed in regional diagnoses ($\beta = 0.109$, $p = 0.026$).

Discussion: It is essential to understand dementia, local resources, and the area in charge, including mutual understanding among the three professions. The practice of district diagnoses and local care meetings was considered way to link these in practical activities.

Key words : older adults with dementia, coordination, community general support centers

■資料■

社会資源創出に関するシナリオ学習教材の開発プロセス

——地域における認知症ケアを題材として——

石丸美奈¹⁾, 鈴木悟子²⁾, 石橋みゆき¹⁾, 辻村真由子³⁾,
飯野理恵¹⁾, 諏訪さゆり¹⁾, 宮崎美砂子^{1)†}

抄録

目的: 看護学学士課程において、地域における認知症ケアを題材に、社会資源創出に関する能力向上のためのシナリオ学習教材を開発し、その開発プロセスを明らかにする。

方法: 社会資源創出のニーズに対応するために必要とされる看護実践能力を明確化したうえで学習目標を設定し、インストラクショナルデザイン理論を参考に、学習目標と教育内容、評価方法の3要素がマッチする教材設計をした。学習目標に基づきシナリオを作成し、地域包括ケア実践者(8人)と地域包括ケアに関する内容を教授する大学教員(8人)の各グループインタビューによりシナリオの内容妥当性を評価し精練した。そしてシナリオ学習教材を完成させた。

結果: 研究は3段階で構成し、研究1では9つの看護実践能力を明らかにした。研究2のシナリオ作成では当事者のもつ力に着目して支援する能力を重視した。認知症を有する人とその家族を主人公とした【認知症初期の対応】から【地域のなかで支え合える場づくりと継続】まで6テーマを含めた。研究3のシナリオ評価では、場面は概ね妥当と評価を得たが、テーマ毎に詳細な指摘がなされた。

考察: 本教材の開発プロセスは、学生が獲得すべき看護実践能力を明確にしたうえでのシナリオ作成、地域包括ケア実践者と経験豊かな教員による内容妥当性の評価からリアリティのあるストーリーをもとにしたシナリオ作成、段階的学習のための学習目標と学習課題の設定が特徴であった。

【キーワード】 地域包括ケア, 認知症ケア, 社会資源創出, シナリオ作成, リアリティ, 教材開発

日本地域看護学会誌, 27(3): 35-42, 2024

I. 緒言

近年、地域包括ケアシステムの構築が進むなかで、地域看護の実践の対象、場、方法は急激に広がりを見せ、すべての看護職者が地域包括ケアを担えるように実践能力の向上を図ることは重要な課題と考える。看護学教育

モデルコア・カリキュラム¹⁾においても、看護学学士課程卒業時に共通する能力として「地域包括ケアにおける看護実践能力」が項目立てされ、学修目標が提示された。日本地域看護学会においても、2019年に「地域看護学」を再定義²⁾し、地域で暮らす人々の生活の継続性、包括性を保証し、生活の質の向上に貢献できる看護職者の育成を目指して教育内容・方法が検討されている。以上より看護基礎教育段階で地域包括ケアにおける看護実践能力向上を目指した教育方法を開発することは意義があると考えられる。

筆者らは、地域包括ケアのなかでも、見守り合いなどの互助を生かした社会資源創出に関する看護実践能力に

受付日: 2024年1月31日/受理日: 2024年10月21日

1) Mina Ishimaru, Miyuki Ishibashi, Rie Iino, Sayuri Suwa, Misako Miyazaki: 千葉大学大学院看護学研究院

2) Satoko Suzuki: 富山大学学術研究部

3) Mayuko Tsujimura: 滋賀医科大学医学部

†故人であるが、本研究の計画、実施、論文執筆上の貢献を踏まえ共著者とした。

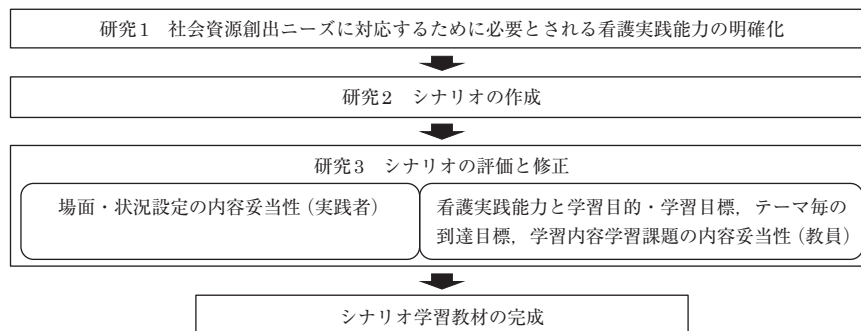


図1 本研究の構成

着目した。理由は、地域包括ケアとは、高齢者等が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的および継続的に支援すること³⁾だからである。また、「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」の地域包括ケアにおける看護の役割の項目には「地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族のニーズに対応するために、必要な新たなケアを創造する必要性が理解できる」など7つの学修目標があり、この「必要な新たなケア」にピア・サポートや地域の互助を生かした活動などの社会資源創出によるケアも含まれると考えた。特に、認知症を有する人が住み慣れた地域で暮らし続けるには、見守り合いなどの互助が重要と考え、地域における認知症ケアに焦点をあてた。

看護実践能力の向上を目指した教材開発のうえで、学生にとって視聴覚教材で具体的にイメージできると効果的な学習になると考えた。そして、看護基礎教育へも導入され期待の大きいシミュレーション教育⁴⁾のなかでの活用を想定しシナリオ学習教材とした。

教材はすべての看護学領域の教育に必要とされ、授業展開に向けては普遍的な要素である⁵⁾。看護学教育における教材開発研究においては、教材の効果に着目した研究が多く⁶⁻⁸⁾、教材開発のプロセスについての研究は少ない^{9,10)}。教材開発のプロセスを明確にすることは、学習目標の到達に向けて授業展開に不可欠な教材を作成する道筋を具体的に示すものであり、本研究は教材開発のプロセスを可視化する基礎的研究として価値がある。

そこで、本研究は、看護学学士課程において、地域包括ケアに関する能力、なかでも社会資源創出に関する看護実践能力向上のためのシナリオ学習教材を、地域における認知症ケアを題材に開発し、その開発プロセスを明

らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

社会資源創出：地域の人々の健康生活を支える資源を利用者のニーズに合わせてつくること。本研究では、地域における認知症ケアに焦点をあて、認知症高齢者の家族介護者が介護経験を生かしてピア・サポートや互助を促す住民活動を利用者のニーズに合わせてつくること。

看護実践能力：看護の知識・技術・態度を統合した能力

シナリオ：シミュレーション教育におけるシナリオとは、「効果的なシミュレーション学習をねらって指導者が設計する、体系化された計画」を意味する¹¹⁾。本研究におけるシナリオには、学習者、学習目的、学習目標、事例の説明、テーマ、テーマ毎の場面・状況設定・到達目標・学習内容・学習課題が含まれる。

シナリオ学習教材：シナリオと、テーマ毎の場面・状況設定をもとに作成したストーリーのある映像と事前課題から構成される。

テーマ：社会資源創出にかかる経過において焦点をあてた事柄

場面：出来事や登場人物を示す。

状況設定：登場人物の設定と場面のなかでの登場人物の言動や思いが含まれる。

III. 研究方法

研究は3段階で構成した(図1)。

1. 社会資源創出ニーズに対応するために必要とされる看護実践能力の明確化(研究1)

地域における認知症ケアに焦点をあて、社会資源創出

において当事者のもつ力に着目して支援すること、それをリアリティをもって伝えられる教材開発をしたいと考え、認知症高齢者を自宅で介護した経験をもち、認知症カフェなど社会資源創出の企画に携わり活動を継続している家族を調査対象者として、研究者の所属大学がある市の地域包括ケア担当課に推薦を依頼した。インタビューガイドを用いた半構成的面接(1回60分程度)を行い、基本的属性(年代、性別、創出に携わった社会資源)と介護をして困った経験、および困った経験への対処行動とその思いを聴取した(2017年8~10月)。インタビュー内容を逐語録に整理した後に、個別分析で、介護で困ったこと、その理由、社会資源創出に向けて行ったこと、社会資源創出の結果を抽出してデータとし、端的に短文で表し、それらから社会資源創出のニーズを読み取りコードとした。全体分析でコードを集約し、内容の類似性により社会資源創出のニーズとしてカテゴリー化し、本人や家族のニーズに対応するために必要な社会資源創出のニーズとして妥当か文献を用いて確認した。そして、個別分析の社会資源創出のニーズのコードに戻り、だれにとつてのニーズかの観点で、社会資源創出のニーズに対応するために必要とされる看護実践能力を読み取り、コード化したものを全体分析でカテゴリー化した。その際には、看護学教育モデル・コア・カリキュラムの看護実践能力を参照し、分析の視点におくとともに結果が「地域包括ケアにおける看護実践」の看護実践能力として妥当であるかを確認した。

2. シナリオの作成(研究2)

学習者中心の教育パラダイムに基づき、学習者の成果や内発的動機付けに価値を置くインストラクショナルデザイン(ID)理論¹²⁾を基盤に、学習目標の達成を目指し、学習目標と教育内容、評価方法のIDの3要素がマッチする教材とした。シミュレーション教育の作成方法¹³⁾を参考に、①学習者の選定、②学習目的、学習目標の設定、③テーマ毎の授業計画書(場面、状況設定、到達目標、学習内容、学習課題)の作成、④教材と学習環境の決定、⑤評価方法の決定をした。

学習者は看護基礎教育の学生で講義演習をおよそ終えた者として、看護学教育モデルコア・カリキュラムで課題として示された「地域包括ケアに関する看護実践能力」、なかでも社会資源創出に関する看護実践能力を踏まえて学習目標を設定した。

ついで、設定した学習目標に基づいて、シナリオテ-

マを作成し、テーマ毎に、授業計画書を作成した。場面と状況設定は、研究1の社会資源創出ニーズ、認知症の人の経験や健康生活上の問題、また介護者の経験や介護問題についての報告書¹⁴⁾、書籍¹⁵⁾を参考にした。

教材は、シナリオに合わせて映像教材を制作することとし、オンデマンド上で繰り返し視聴できる環境での使用を想定した。学習者に対する評価は形成的評価とし、テーマ毎の学習課題に対するワーク内容を評価することとした。

3. シナリオの内容妥当性の評価と修正(研究3)

まず、シナリオのテーマ毎の場面・状況設定が地域包括ケア実践者の日常の実践活動と照らし合わせ、看護実践能力を発揮する場面として内容が妥当であるか、またFidelity(本物らしさ)¹⁷⁾をインタビュー調査により評価した。地域包括ケアの実践者で、認知症の啓発や地域づくりにも取り組む一医療法人に対象者の紹介を依頼し、インタビューガイドを用いたグループインタビューを1回60分程度実施した。また、基本的属性(職種、所属施設の種別、年代、本職種の経験年数、現在の業務概要等)について5分程度の簡易なアンケート調査を行った。分析は、テーマ毎にインタビュー内容を記述し、整理した。

ついで、研究1で明確化した看護実践能力と、シナリオは社会資源創出に関する看護実践能力向上に資するものとして妥当かについてインタビュー調査により評価した。地域包括ケアの概念が幅広く医療保健福祉にかかっているので、対象者は看護系大学で地域包括ケアに関する看護学や福祉学の授業実績のある大学教員で、本学の授業担当経験があり学生のレディネスを知る者とした。研究者のネットワークにより依頼し、インタビューガイドを用いたインタビュー調査(グループ・個人)を、1回60分程度実施した。基本的属性(職位、専門領域、年代、教員経験年数、地域包括ケアに関連する授業の概略)は簡易なアンケート調査を行った。分析は、調査項目別にインタビュー内容を記述、整理し、要約してコードとした。

上記2つの結果をもとにシナリオを精練しシナリオ学習教材として完成させた。

4. 倫理的配慮

研究者所属大学の倫理審査委員会の承認を得た後に実施した(研究1:29-29, 研究3:30-83)。

表1 社会資源創出のニーズとそのニーズに対応するために必要とされる看護実践能力

社会資源創出のニーズ	社会資源創出ニーズに対応するために必要とされる看護実践能力 (研究1)	社会資源創出ニーズに対応するために必要とされる看護実践能力 (研究3)
A. 認知症の人にとって心地よい時間と場の継続	1) 本人と家族の意思を尊重した支援ができる	1) 本人と家族の意思を尊重した支援ができる
B. 認知症初期の対応方法と相談先の理解	2) 本人と家族の地域での暮らしを地域社会の文化を踏まえて理解できる	2) 本人と家族の地域での暮らしを地域社会の文化を踏まえて理解できる
C. 認知症の行動・心理症状への対応方法の理解	3) 本人のアセスメントをして、本人・介護者の状態に合わせた情報提供をし、適切な資源につなぐことができる	3) <u>本人と家族を身体的、精神的、社会的側面からアセスメントできる</u>
D. 介護ストレスを抱え込まない	4) 介護者の健康維持のための支援ができる	4) <u>本人と家族が暮らす地域がもつ強みや課題をアセスメントできる</u>
E. 介護経験の振り返りと意味づけ	5) 介護者のピアサポートの必要性を理解できる	5) <u>必要に応じて、本人・家族の状態に合わせた情報提供をし、適切な資源につなぐことができる</u>
F. 近隣に限らず地域のなかで集い支え合える場づくり	6) 同じ介護者のために力を発揮できるよう介護者自身の経験や強みを生かすことができる	6) 本人、家族の健康維持のための支援ができる
G. 社会資源の運営方法の具体的理解と行動	7) 介護者の社会資源創出の意欲を支持し、必要な情報提供をしたり、場につないだりできる	7) 介護者同士のピアサポートの必要性を理解できる
	8) 直面した個別の問題から、地域に社会資源創出のニーズがあることを推察できる	8) 同じ介護者のために力を発揮できるよう介護者自身の経験や強みを生かすことができる
	9) 社会資源創出に関する知識や経験のある人とネットワークを築き、協働して推進できる	9) 介護者の社会資源創出の意欲を支持し、必要な情報提供や場につなぐことができる
		10) 直面した個別の問題から、地域に社会資源創出のニーズがあることを推察できる
		11) <u>社会資源創出に関する知識や経験のある人とのネットワークを活用し、キーパーソンとなる人々と協働して推進できる</u>

下線は研究3で評価を受けて修正した箇所。

IV. 結 果

1. 社会資源創出のニーズに対応するために必要とされる看護実践能力 (研究1)

社会資源創出のニーズに関する調査は、5人(男性2人、女性3人)の協力が得られ、認知症と診断された配偶者(2人)や親(3人)の介護経験を有し、創出した社会資源は、認知症カフェ(ケアラズカフェ含む)3人、住民グループでの医療介護の勉強会(2人)であった。介護開始から社会資源創出までの期間は1~4年が3人、10~14年が2人であった。

全体分析の結果、社会資源創出のニーズに対応するために必要とされる看護実践能力は、9つの内容が明らかとなった。看護の基本である「本人と家族の意思を尊重した支援ができる」こと等に加えて「直面した個別の問題から、地域に社会資源創出のニーズがあることを推察できる」「社会資源創出に関する知識や経験のある人とネットワークを築き、協働して推進できる」があった(表1)。

2. シナリオの作成 (研究2)

社会資源創出は地域包括ケアのひとつであり、その基盤にあるのは本人の選択である。ゆえに、看護職者等支援者が主体となるよりも、本人や家族といった当事者のもつ力に着目して支援する要素が大事であり、社会資源創出に関する看護実践は、本人家族の支援の延長上にあることがわかるように学習目的と学習目標を設定した

(表2)。

事例は、認知症を有する人とその家族を主人公とした。認知症の進行に伴い本人や家族のニーズが変化し、地域の支援者や利用する介護保険サービス、支援内容も変化することが表現できると考えたからである。テーマは、認知機能低下により戸惑う本人とその家族の【①認知症初期の対応】、親の介護の問題に直面した【②認知症をもつ人の家族が困ったことを相談できない】、本人が【③自分らしさを保てる地域】で、【④多様な専門職や地域住民との連携・協働】によりインフォーマル、フォーマルのサポートに支えられ転帰を迎えた後に、【⑤介護経験の振り返りと意味づけ】により、それを生かしてケアラズカフェを地域のボランティア等と創出する【⑥地域のなかで支え合える場づくり】とした。

テーマ毎に、場面と状況設定を詳細にし、地域で暮らす人の物語として、普遍的かつリアリティがあるようにして、併せて、テーマ毎の到達目標・学習内容・学習課題を設定した。

3. シナリオの内容妥当性の評価と修正 (研究3)

場面と状況設定の内容妥当性についての検証の協力者は8人であり、全員、法人実施の認知症を有する人や介護者、支援関係者らの集いなど当事者が参加する企画や運営に携わっていた。所属施設は、地域包括支援センター、認知症対応型通所介護、認知症初期集中支援チーム、認知症対応型共同生活介護等で、管理職者3人、看護職(保健師、看護師)4人、認知症外来医療相談員1人

表2 シナリオ：学習目的と学習目標

	研究2	研究3
学習目的	在宅療養者とその家族が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるようにするために、多様な専門職および地域の人々と連携・協働し、看護の役割を發揮する能力を身につける	・地域で暮らす人々が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるようにするために、多様な専門職および地域の人々と連携・協働し、看護の役割を發揮する能力を身につける
学習目標	1. 地域で暮らす支援が必要な人とその家族のケアニーズについて、生活、人々の価値観、地域の特徴、文化を踏まえ、アセスメントできる 2)	1 地域で暮らす人や在宅療養者とその家族の身体面、精神面、社会面の健康状態やケアニーズを、地域の生活、人々の価値観、地域の特徴、文化を踏まえ、アセスメントできる 2) 3)
	2. 地域に暮らす人や、在宅療養者の自己決定(意思決定)への支援について説明できる 1)	2 地域に暮らす人や、在宅療養者や家族の意思決定の支援について説明できる 1)
	3. 地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族の強みや主体性を引き出し、セルフケア力の發揮を促す支援について説明できる 4) 6) 7)	3 地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族の強みや主体性を引き出し、セルフケア力の發揮や経験からの学びを促す支援について説明できる 4) 6) 7) 8)
	4. 地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族に必要な社会資源を理解できる 3)	4 地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族に必要な社会資源を理解できる 5) 9)
		5. <u>地域のなかでの互助や共助も社会資源であることを理解し、それらの強みや課題をアセスメントすることができる 4) 7)</u>
	5. 地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族への支援計画案における看護の役割を説明できる 1)～9)	6. 地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族への支援計画案における看護の役割を説明できる 1)～9)
	6. 地域における多職種会議の方法を理解できる 9)	7. 地域における多職種会議や多職種等とのネットワークのつくり方や協働の方法を理解できる 9) 11)
7. 地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族のニーズに対応するために、必要な新たなケアを創造する必要性が理解できる 8)	8. 地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族のニーズに対応するために、 <u>必要な仕組みをつくる必要性と方法</u> が理解できる 10) 11)	

学習目標の文末の番号は、表1の看護実践能力の番号に対応している。

表中の研究2の学習目標は表1研究1の看護実践能力、研究3の学習目標は表1研究3の看護実践能力に対応。

下線は研究3で評価を受けて修正した箇所。

だった。現在の職種での就業年数は、10～36年であり、いずれの者も地域の認知症ケアに精通しているととらえた。評価は、場面については全員が「概ね妥当である」との意見だったが、たとえば、テーマ3では「本人の徘徊の理由は示されていたが現実との乖離が大きい」などの指摘があった(表3)。

ついで、社会資源創出に関する看護実践能力とその向上に資するシナリオ(学習目的・学習目標とテーマ毎の到達目標、学習内容、学習課題)の内容妥当性についての評価の協力者は4大学8人で、専門領域は基礎系看護学(2人)、臨床系看護学(5人)、福祉学(1人)で、職位は、教授、准教授、講師であった。教員経験年数は、6～18年であり、担当の地域包括ケアに関する授業は7人が講義、6人が演習、5人が実習だった。いずれの者も学生の学習状況を踏まえた地域包括ケアの教授方法に精通しているととらえた。評価は、看護実践能力については「アセスメントする内容を入れること」などの意見があり、修正した(表1)。シナリオについては、たとえば、自分らしさを保つために地域の互助の大事さを示す

テーマ3の学習課題では「本人にとって集会所の意味よりも編み物の意味を考えられるとよい」などの意見を得た(表4)。

上記を踏まえて、認知症をもつ人とその家族の経験やその経過をより現実に即して、介護保険申請の場面も入れて詳細に設定し事例の説明に追加し、学生が認知症をもつ人と家族の立場にたって考えられるようにテーマ毎の場面と状況設定を修正した。また、到達目標、学習内容、学習課題を修正した(表5)。最終的に、本人や家族の気持ちの描写を入れて各場面5～10分の映像を制作した。そして、場面や状況設定に含まれていた事例の説明を整理し、学習課題に含まれていた事前課題を別に整理し完成させた。

V. 考 察

本教材開発のプロセスの特徴として2点挙げる。1点目は、学習目標の設定である。先行研究では、研究チームのフリーディスカッションにより教材の基本構想を練

表3 シナリオとしての場面・状況設定の内容妥当性の評価

テーマ	調査協力者からの意見
1. 認知症初期の対応と相談先	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の現病歴や服用している薬が具体的にありとよい、認知症初期の対応で重要な専門医につながるきっかけに受診があるので、受診状況を事例情報に入れる必要がある ・本人が違和感や不安をもつ場面を入れるとテーマ3につながり対象者の背景の理解につながる ・家族が本人を認知症と疑う葛藤が書いてあるとよい
2. 認知症の介護者が周りに相談できない	<ul style="list-style-type: none"> ・テーマが「相談できない」であるので、介護者が近所に相談できない理由を明確にした方がよい ・テーマ2は家族の心情や気持ちとして大事な場面である ・シナリオ1と2のつなぎとして、介護者が親の家に通う理由には受診できていないことを入れる
3. 自分らしさを保てる時間と場	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の徘徊理由は示されていたが現実との乖離が大きい
4. 多様な専門職や地域住民との連携・協働	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議に参加しているメンバーに、民生委員など地区の住民を入れる必要がある ・地域ケア会議で検討する本人の問題を具体的にすると会議参加者の役割や役割分担を深く考えられる
5. 介護経験の振り返りと意味づけ	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアラズカフェの企画の助言は一般人では難しいので開催経験があるなどの説明を加える ・介護保険申請の場面も入れたほうがよい、介護保険サービスの導入後の家族の変化を示すのもよい、施設入所した後も家族の葛藤は継続するので、その葛藤を認知症カフェ等で共有するのもよい
6. 地域のなかで支え合える場づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアラズカフェの雰囲気、開催頻度、参加者数等の情報が細かくあるほうがよい、紹介時に大事になる ・ケアラズカフェ等自治体が支援していることが多いので、相談先に自治体が入ってもよい

表4 シナリオとしての授業計画書の評価

テーマ	到達目標	学習内容	学習課題
1. 認知症初期の対応と相談先	<ul style="list-style-type: none"> ・このテーマの学習目標1が大きい ・認知症初期の支援が受診だけに限定されている ・学生にアセスメントさせたいニーズについて具体化すべき 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の困難を学習するというよりも、認知機能の低下による本人や家族の生活への影響や対応方法ではないか 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の困難を考えさせる前に、家族員に認知症が疑われたときに、家族がどのような状態になるかを考えてほしい ・この時期に家族がどう対応したらよいかも考えられるとよい ・家族の対応を省略して地域への相談対応を考えさせるのは不自然である
2. 認知症の介護者が周りに相談できない	<ul style="list-style-type: none"> ・新たなケアとはなにか、新たなケアを創造するとはなにか ・本人や家族がもつ人との関係性がサポート資源になる可能性を見いだせることを学習目標におくとよい 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の力、そして家族の力を生かし、外部の人の力を借りるという段階をイメージできるとよい 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の認知症により別居の娘の生活にも影響が出ていることについて考えられるとよい
3. 自分らしさを保てる時間と場	<ul style="list-style-type: none"> ・このテーマの学習目標1が大きい ・地域の見守りが自然にできている感じがする、それに学生が気づければよい ・認知症の人が自分らしさを保てる時間と場があるには過程がある、見守りの大事さや見守りになる人の理由がわかるとよい 	<ul style="list-style-type: none"> ・集会所というよりも、本人にとって編み物をみんなですることの意味を理解できるとよい ・地域の見守りの大事さ、それを支援することを示す 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人にとっての集会所の意味よりも、編み物の意味を考えられるとよいのではないか ・地域のなかでの会合など人の集まりを調べるのは学生にとってむずかしい、地域の見守りがあることの意味を考えられるとよい
4. 多様な専門職や地域住民との連携・協働	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症悪化予防には、慢性疾患の管理が必要であることを押さえられるとよい ・ケアマネジャーや地域ケア会議について知識習得していることが学習の前提となる ・地域ケア会議に薬剤師も入るとよい、多職種連携についても学べる、薬の情報も必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活の支障から認知症の行動・心理症状へ影響を及ぼし家族の困難な状況が起こる関連がわかるとよい 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の症状が現れて困難となる前に、なぜこの症状が出たのか、その予防について考えられるとよい
5. 介護経験の振り返りと意味づけ	—	—	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアラズカフェの立ち上げの相談に対してどう対応するかを、学生が考えるのはむずかしいだろう
6. 地域のなかで支え合える場づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアラズカフェは学習目標1の社会資源ととらえてよいのか ・社会資源とケア、互助、共助の用語の整理が必要 ・当事者主体で、当事者同士が支え合える場づくりとその継続を支援する必要性を理解できるとよい 	—	<ul style="list-style-type: none"> ・この地域で地域共生社会の仕組みをつくるにはどうしたらよいかを学習課題にしてもよいのではないかと、未来志向の課題が望ましい

表5 シナリオ修正 (評価を受けて修正の多かったテーマ3と4を抜粋)

テーマ	3. 自分らしさを保てる地域	4. 多様な専門職や地域住民との連携・協働
場面	本人の認知症が進み、家族が目を見離した際に、手芸作品をつくり外に出ていき、家族が探しまわった結果、相談していた民生委員からの連絡でみつかった場面	・キャッシュカードを繰り返し紛失し、認知症サポーター養成講座を受けていた郵便局から地域包括支援センターに連絡が入り、住民も含めた支援関係者による地域ケア会議が開催された場面
状況設定	近隣住民は民生委員でもある設定にする。この場面より前に、家族より状況を説明し見守りを依頼されており、本人のいつもと違う様子を公園でみかけて、家族に電話を入れる	・父の体調不良から本人の認知症の症状が進み、夫婦二人と別居の娘の世話だけでは生活が難しくなったため、ヘルパーや訪問薬剤師、そして民生委員を含めた地域ケア会議を開催し、この世帯の支援体制について検討する
到達目標	1. 認知症をもつ人の <u>とる行為の意味</u> について、その人の生活や価値観、地域の特徴、文化を踏まえて理解できる<1> 2. 地域の互助も社会資源であることを理解できる<5> 3. 地域に暮らす人や、在宅療養者とその家族のニーズに対応するための、 <u>社会資源の必要性</u> について理解できる<4>	1. 認知症の症状が現れた人について、どのような生活背景があり出現しているかアセスメントし、悪化予防の方法について説明できる<1> 2. 認知症の症状が進行したときに、どのように暮らしていきたいか本人や家族の意思決定の支援を説明できる<2> 3. 地域ケア会議の目的や内容を理解できる<4> 4. 地域ケア会議を活用した地域内での見守りおよび多職種とのネットワーク形成や協働の方法を理解できる<7>
学習内容	1. 認知症の人の行為や背景の理解 2. 地域のあらゆる <u>人や関係性</u> の社会資源としての可能性	1. 生活の支障からくる認知症の行動・心理症状と家族への影響 2. 認知症の家族や別居の家族の今後の暮らし方についての意思決定の支援について説明できる 3. 地域ケア会議の運営について (なにの目的でだれを招き、なにを話し合うか)
学習課題	1. 本人が外に出て行ってしまったことをどのように説明できるか 2. 本人にとって、みんなで毛糸を持ち寄って編み物をするとは <u>どんな意味があるか</u> 3. 民生委員に出会わなかったらどうなっていたらどうか 4. <u>あなたが近隣の住民だったとして、本人をみかけたときにどう対応するか</u> 5. 介護保険の認定を受けてはいるがサービスは受けていない本人が活用できる社会資源は <u>どのようなものがあるか</u> また、 <u>どのような社会資源があることが望ましいか</u> 。全国の活動事例を探してみよう	1. 母に認知症の行動・心理症状が出現するようになった理由として考えられることを書きなさい。また、さらなる悪化予防のためには <u>どのようなことが必要か</u> 2. 母に認知症の行動・心理症状が現れたことにより、この家族の生活にはどのような影響があるか 3. あなたが地域ケア会議を開催するとして、どのような目的でだれを招くか。この課題にあたり、地域ケア会議とサービス担当者会議の違いについて、 <u>根拠法令を確認して説明しなさい</u> 4. 会議で効率的に話し合うための検討資料をA4 1枚程度にまとめなさい。会議名、日時・場所、出席予定者、これまでの状況と検討課題は <u>少なくとも入れなさい</u>

到達目標の文末の数字は表2の研究3学習目標番号に対応する
下線は研究3で評価を受けて修正した箇所

り、学生が学ぶ機会が制限される看護場面を取り上げて作成したもの¹⁰⁾や、学生の認識や理解状況を学生の授業評価から分析し学習の到達目標を定めたもの¹¹⁾があった。本研究では認知症の介護経験を有する家族のインタビュー調査から、社会資源創出のニーズに対応するために必要とされる看護実践能力を導き出した。そして、ID理論を参考にその要素である学習目標、学習内容、評価方法がマッチするように、学習者に合わせて学習目標を設定し、その到達のために取り組む学習内容、学習者に対する形成的評価のための学習課題を段階的に設定した。経験豊かな教員から教材の内容が妥当であるか評価を受けたプロセスにより、社会資源創出に関する看護実践能力の向上に向けて段階的学習となるよう学習目標・内容の設定について十分検討できたと考える。

2点目は、ストーリーのあるシナリオ作成である。社会資源創出の経験のある当事者インタビューの経験を生かし、認知症の進行に伴い認知症を有する人と家族のニーズ、支援者やサービスが変化する経過をたどるス

トーリーのシナリオを作成し、Fidelity (本物らしさ) を追求し、地域包括ケア実践者に場面や状況設定の内容妥当性について評価を受けた点である。これにより、認知症をもつ人とその家族の経験や経過をよりリアリティをもたせて詳細に設定できた。シナリオ教材成功の秘訣は、教材の中で用いる内容をより現実に近い魅力的なものにすることである¹⁷⁾。開発された学習教材は、本人の症状や介護に対する家族の受け止め、本人・家族と地域とのつながり、社会資源創出に向けた家族の行動力によって社会資源創出ニーズが変化する様相を表し、地域での暮らしの理解から、社会資源創出のニーズの推察、ネットワークの構築と推進に向けた協働まで、当事者の立場に立った社会資源創出の支援を段階的に学習できる内容になったと考える。

VI. 本研究の限界と課題

社会資源創出に関する看護実践能力を踏まえてシナリ

オを作成したが、研究3の教員からの評価によりその看護実践能力には修正の余地があった。シナリオの妥当性の評価について、教育学の研究者は含まれておらず、ID理論の観点から教材の妥当性については検証できていない。

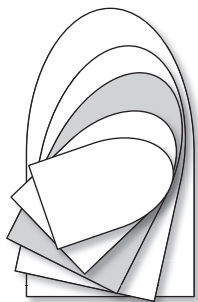
【謝辞】

本研究はJSPS科研費17H04464の助成を受け実施した。調査にご協力いただいた教育研究者、実務者のみなさまに深く感謝申し上げます。なお、本研究の一部は、第38、39回日本看護科学学会学術集会、および第22回日本地域看護学会学術集会で発表した。本研究に開示すべきCOI状態はない。

【文献】

- 1) 文部科学省高等教育局医学教育課：看護学教育モデル・コア・カリキュラム：「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標の策定について。
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/1397885.htm (2024年8月3日)
- 2) 地域看護学会学術検討ワーキンググループ：「地域看護学」の再定義-第22回学術集会ワークショップから。日本地域看護学会誌, 23(1)：76-80, 2019.
- 3) 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会：地域包括支援センター運営マニュアル2訂. 16, 長寿社会開発センター, 東京, 2018.
- 4) 阿部幸恵(編著)：臨床実践力を育てる！看護のためのシミュレーション教育. 10-13, 医学書院, 東京, 2015.
- 5) 杉森みどり・舟島なをみ：看護教育学第5版. 223-227, 医学書院, 東京, 2012.
- 6) Álvarez-Nieto C, Richardson J, Parra-Anguita G, et al.: Developing digital educational materials for nursing and sustainability ; The results of an observational study. *Nurse Education Today*, 60 : 139-146, 2018.
- 7) Cho DB, Lee W, Kim SY, et al.: Effect of online education on the knowledge on, attitudes towards, and skills in patient safety for nursing students in Korea ; A mixed-methods study. *Journal of educational evaluation for health professions*, 19, 14 : 1-7, 2022.
- 8) 小田嶋裕輝・古都昌子：看護学教育・看護継続教育における教材開発検証研究の動向. 日本看護医療学会雑誌, 21(1)：1-13, 2019.
- 9) 村井嘉子・堅田智香子・加藤亜妃子他：看護実践力の向上を支援するためのシナリオ学習教材の開発. 石川看護雑誌, 8 : 93-101, 2011.
- 10) 山田小織・藤野ユリ子・八尋陽子他：統計学的思考を持った看護職を育成するための新ICT教材開発のプロセス. 福岡女学院看護大学紀要, 11 : 11-18, 2021.
- 11) 阿部幸恵(編著)：臨床実践力を育てる！看護のためのシミュレーション教育. 86, 医学書院, 東京, 2015.
- 12) C.M.ライゲルース・R.D.マイヤーズ・ダバエ.リー：学習者中心の教育パラダイム. C.M.ライゲルース・B.J.ピーティ・R.D.マイヤーズ(編), 鈴木克明(監修, 翻訳), 学習者中心の教育を実現するインストラクショナルデザイン理論とモデル, 9-16, 北大路書房, 京都, 2020.
- 13) 阿部幸恵(編著)：臨床実践力を育てる！看護のためのシミュレーション教育. 86-94, 医学書院, 東京, 2015.
- 14) 認知症介護研究・研修仙台センター：認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業研究事業報告書, 2018.
https://dncet.gr.jp/support/research/center/detail_322_center_3.php (2024年10月3日)
- 15) 健康と病の語りディベックス・ジャパン：認知症の語り：本人と家族による200のエピソード. 394-464, 日本看護協会出版会, 東京, 2018.
- 16) 阿部幸恵(編著)：臨床実践力を育てる！看護のためのシミュレーション教育. 95-96, 医学書院, 東京, 2015.
- 17) 根本淳子・鈴木克明：ゴールベースシナリオ (GBS) 理論の適応度チェックリストの開発. 日本教育工学会論文誌, 29(3)：309-318, 2005.

日本地域看護学会第27回学術集会報告：学術集会長講演



地域看護のソーシャルイノベーション

——地域社会の包容力を高める看護の挑戦——

学術集会長：大森純子 聖路加国際大学大学院看護学研究科、東北大学名誉教授

日本地域看護学会誌, 27 (3) : 43-51, 2024

I. はじめに

第27回学術集会の開会に際し、地域看護のソーシャルイノベーションに関する議論の起こしとして、地域社会の包容力を高める看護の挑戦について理解を深める時間をもちましょう。日本の人口統計データをもとに社会課題、国策として進められている未来社会像 Society 5.0 構想、人間中心のケアの時代の到来について確認し、地域社会の包容力を高める看護の挑戦に関する議論の手がかりとして、個人、家族、近隣コミュニティの生活の質、生活の質に関わる社会課題のとらえ方、コミュニティ概念の変遷、そこからの私たち地域看護が目指すコミュニティ像について提案し、ソーシャルキャピタルと地域への愛着、近隣コミュニティにおける住民自治について共有します。

II. 地域社会の地殻変動をどうとらえるか

1. これまでの30年間、これからの30年間

この学術集会の準備を始めた2年前、令和5年版高齢社会白書によると、日本は2022年には高齢化率29.0%を超え、3人に1人は高齢者という状況でした¹⁾。開催間近の2024年5月には、警察庁が初めて孤独死・孤立死の実態把握を行い、同年1～3月に自宅で亡くなった人は21,716人(暫定値)のうち、高齢者がおよそ8割を占めたとの報道がありました²⁾。2040年ごろには、年間死亡者数はピークに達し、臨死期を迎える場所をみつけれない看取り難民が40万人以上出るともいわれています³⁾。また、この講演の準備を始めた2024年6月5日、

厚生労働省から「人口動態統計」の概数が公表され、1人の女性が産む子どもの数の指標となる、2023年の合計特殊出生率は1.20で過去最低、去年の東京は「1.0」を下回ることがわかりました⁴⁾。今年度行われる国勢調査の結果では、COVID-19のパンデミックにより高齢者を中心に多くの方々が命を落としたことや、婚姻率の低下による出生率の低下および人口減少が反映されると思われま

す。私が保健師の駆け出しだった30年前、1994年の日本は高齢社会の入り口でした¹⁾。2007年には超高齢社会に突入し⁵⁾、2008年には総人口がピークアウトすると同時に、団塊世代が後期高齢者となり、2025年問題は現実となりました⁶⁾。今後も人口減少は続き、戦後(終戦1954年8月)の復興期のレベルまで減り、団塊世代ジュニアが高齢期に入ることもあり、年少人口と生産年齢人口の総和に対して高齢者人口が多い状況が続きます⁶⁾。

この30年間の社会の価値や人々の生活の変化に視点を落とすと、近年は戦後生まれの個人主義の先駆け世代である団塊世代が後期高齢者となり、多様性の尊重という世界的な潮流も相まって個人の価値観やライフスタイルが、より一層尊重される時代となり、人々の生き方や家族の概念も多様化しています。いまや30年前のステレオタイプの高齢者像は大きく変わり、性別や年齢や障害の有無や程度、国籍等にかかわらず、地域社会でみな

が活躍する時代になりました。社会の多様性の拡大と地域看護の協働者の多様化に、私たち地域看護は対応できているのでしょうか。

2. 2030年問題と看護職の責務

2030年には、人口減少・超高齢社会の進展による社会的問題が顕在化するといわれています。いわゆる2030年問題です。地方の過疎化や医療と介護のニーズが増大する一方、労働力不足が深刻になり、医療保険や年金等の社会保障制度への影響も懸念され、さらに2050年以降までみると、長期的な視点からは、どの地域、どの年代にとっても、住民、行政、専門職等立場を問わず、生活の質を揺るがす問題が次々と現実となります。

2030年問題について掘り下げてみます。労働需要と労働供給のバランスをみると、いまから5年後（私たちが働き終えている間に）に644万人不足する状態となることが示されています⁷⁾。人手が不足する業種の内訳をみると、サービスと医療・福祉が最も不足状態となります⁷⁾。その背景は、これまでお話ししてきたことに起因するわけで、私たち地域看護は、この後戻りできない状況を直視しなければなりません。

看護職は国家資格を有する専門職です。憲法第25条の生存権および国民生活の社会的進歩向上に努める国の義務を具現する社会に対する責務があります。「すべての国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」「国はすべての生活部面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という条項文を思い出してください。国民には生存権があり、国家には生活保障の義務があるという意味ですが、私たち看護職は、人々の健康で文化的な生活を営む権利を保障するために、最善の努力を続ける義務があるということです。

3. 地域社会の持続可能性

2024年4月、有識者グループ人口戦略会議は令和6年地方自治体持続可能性分析レポートを発表し、全体の4割にあたる744の自治体で、2050年までに最終的には消滅する可能性があるとした分析を公表しました⁸⁾。このレポートには賛否ありますが、2014年に日本創成会議が示した消滅可能性都市リスト⁹⁾の10年後の検証でもあります。消滅可能性の指標である20～30歳代の女性が半減する市町村の割合が80%以上の4県が東北地方に集中し、50%以上を合わせると東北6県と北日本はすべてが該当します⁸⁾。

今回の分析の特徴で注目すべき点は、外国人の流入人口も加味して計算されていることと、出生率が低く他の地域からの人口流入に依存している25の自治体をあら

ゆるものを吸い込むブラックホールになぞらえ、ブラックホール型自治体としているところですが、ここからいえることは、長期的なスパンで考えると、たとえば東京都特別区のような都市部であっても、人口減少・少子高齢化による生活の質に関わる問題を自分たちごととしてとらえる必要があるということです。

Ⅲ. 日本の未来社会像 Society 5.0 構想と地域看護

1. 未来社会像 Society 5.0 構想

この2030年以降の社会課題を背景に、第5期科学技術基本計画では、目指すべき未来社会像として Society 5.0 構想が提唱されました¹⁰⁾。サイバー空間とフィジカル空間を高度に融合させたシステムにより、経済発展と社会的課題の解決を両立する人間中心の社会をつくる構想です¹¹⁾。最先端技術をあらゆる社会生活に取り入れ、新たな価値を創造し、だれもが快適で活気に満ちた質の高い生活を送ることができる人間中心の社会の実現に向かう国策の方針が示され、人口減少や少子高齢化による地域課題の克服に挑む社会の変革（ソーシャルイノベーション）を通じ、だれもが希望をもてる社会、世代を超えて互いに尊重し合える社会、1人ひとりが快適に活躍できる社会をつくる構想¹¹⁾が産学官の連携で始動しています。

Society 1.0は人類誕生のころの狩猟社会、Society 2.0は紀元前1300年の農耕社会、第一次産業革命（軽工業：蒸気機関、紡績機）、第二次産業革命（重化学工業：電力・石油・モーター）からなる Society 3.0は18世紀以降の工業社会、Society 4.0は20世紀以降の第3次産業革命（自動化・情報化、コンピューター、インターネット）からなる情報社会、Society 5.0は21世紀以降の第4次産業革命（デジタル革命、AI、IoT）と、近代以降、急加速する社会経済的変化のもとで、日本が目指す未来社会像が示されました。

2. 地域看護学会による地域看護の定義

ここで一旦、本学会の地域看護学の定義（2019）を確認しておきましょう。地域看護学は、人々の生活の質の向上とそれを支える健康で安全な地域社会の構築に寄与することを探求する学問です¹²⁾。改めて、この定義をみると、驚くほど、時代のベクトルと一致しています。

静かなる有事ともいわれる人口減少・少子高齢社会の

進行に伴う生活の質に関わる社会経済活動の難局をどのような視点で予測し、どう向き合うか、生活の質とはなにか、生活の継続性を保障するとはどういうことか、さまざまな健康レベルにある人々とどう協働し、どんな地域社会（コミュニティ）を目指すか、地域看護のソーシャルイノベーションについて早急に議論をはじめする必要があります。

3. 1人ひとりが多様な幸せ (well-being) を実現できる社会へ

Society 5.0構想の地域看護のポイントは、最新の技術を活用し、人間中心の社会づくりを目指していることです。特に地域看護的には、どこにいても、年齢や障害の有無にかかわらず、生きる活力と快適で質の高い生活を営める社会を目指しているところは、まさに私たちの看護ケアやケアシステムの構築が目指すところと合致します。どこにいても、必要なモノやサービスを、必要な人に必要なときに、必要なだけ提供できる未来社会をつくるには、ケアシステムの構築も、経済的発展と社会課題の解決を両立させる必要があります。この発想こそ、地域看護のイノベーションとして共有しておきたいポイントです。

さらに、第6期科学技術・イノベーション基本計画では、Societyの未来社会像を、持続可能性と強靭性を備え、国民の安全と安心を確保するとともに、1人ひとりが多様な幸せ (well-being) を実現できる社会と謳っています¹³⁾。ますます地域看護の目的に近付いているように感じます。私たち地域看護の最善の努力として、なにをどのようにとらえ、だれとどのような活動を展開するのか、その活動が地域社会に根差して持続可能となるように、新しい価値を醸成しながら活動を展開する必要があります。

IV. 人間を中心としたケアの時代の到来

私はこの20年間、気遣い合い的日常生活^{14,15)}という概念を立ち上げ、ご近所や自治会といった近隣コミュニティにおける社会関係の事象や、それがなぜ起こるかという問いの発展から、地域への愛着に着目して実践研究を展開してきました¹⁶⁻¹⁹⁾。さらにその延長上で、社会的包摂に関する研究^{20,21)}に取り掛かりました。社会的包摂に関する研究を始めたきっかけは、東日本大震災の被災地の復興において、ハード面は復興しても人々の心の

復興が追い付いていない現実に触れたことでした。避難所、仮設住宅、復興支援住宅への入居まで何度もコミュニティをつくっては失う経験を繰り返し、ようやく終の棲家を得たというのに、孤独死や自死が増える現実、この先にながが必要かと考え、だれひとり取り残さない社会的包摂を具現するような、地域社会の包容力が必要だと気づきました。コミュニティの包容力はどこから来ると考えるに、住民間や専門職らの気遣い合い的日常生活や地域への愛着にほかならぬように感じています。

そこから、社会的包摂や改めてコミュニティとはなにかという思考の深みにはまり、新たな視点の入れ方として出会ったのが、定常型社会を出発点として未来社会について思考することでした。コミュニティや生活の質の発想の転換という意味において、未来社会を想像するうえで大きな刺激を受けた論考を紹介します。広井は著書「コミュニティを問いなおす：つながり・都市・日本社会の未来」のなかで、現在は地球規模で資源制約と生産過剰の状況のなかで新しい価値原理がおこる定常化があると指摘し、今後は各世界で同時多発的に主たる関心が人と人との関係あるいは人そのものの移り、個人や文化の内的部分で発展的变化がおこり、「ケア」といった人と人との関係の在りさまをテーマとする新しいコミュニティの創造が中心課題となると提言しています²²⁾。要は、これまでの成長や拡大という軸ではない、「豊かさ」の再定義が必要であり、価値原理が置き替わることを示唆しています。

人類史の軌跡をたどると、人間は原始宗教では自然を敬い血縁関係のコミュニティをつくり、農業革命では農耕をする生活共同体の村社会をつくり計画的に食料を得る手段をもち、定住するようになると爆発的に人口が増え、社会的な序列、ヒエラルキー・階層を生み出しました。ここである種の成熟化と定型化の時代をむかえつつあった時代に、その状況を背景に、新たな価値原理が生じ、各地に交易による都市ができ、現在の宗教にみる普遍宗教が生まれ、ここでも、ある種の成熟化と定型化の時代をむかえつつあった時代に、科学革命が起こり、近代の物質的・量的拡大を豊かさとして求めた市場化、産業化、情報化・金融化、帝国主義からグローバリゼーションへと突き進み、国家のボーダーレス化や多様化の時代となりました。次なる新たな思想・価値原理はやはり、人間を中心としたケアの時代へ向かうのでしょうか。

V. 地域看護のソーシャルイノベーションの第一歩

人間を中心としたケアの時代が到来し、さらに、人と人との関係性、すなわちコミュニティをテーマにケアの質を議論し探究する時代にむかうとすれば、私たちはその主要なイノベーターになることは必至です。近代からの変化の速さは増し、情報化はAIの登場で異次元の猛スピードで進化しています。いまこそ、地域看護の新機軸と新たな意義や価値を生み出す活動について、未来志向で議論する時機です。若い世代を中心に業種を問わず日常業務ではAIを活用して効率化を図り、住民も遺伝子情報に関心を持ち個別化予防について質問をしてくる時代になっています。近未来に人間中心のケアの時代、包摂的コミュニティの時代がおとずれるように、私たちも最新の知識と技術を積極的に看護実践に利活用する必要があります。

イノベーションには、①物事の新しい見方やとらえ方をさす新機軸と、②新しいアイデアや技術から社会的意義や価値を生み出す活動の2つの意味があります。看護は実践科学なので、コミュニティの包容力を高める挑戦として、①と②を同時進行してこそイノベーションといえます。

人を中心としたケアの時代を牽引するのは、私たち地域看護です。人と人との関係性に関心を寄せ、だれもが安心・安全に暮らすことができる包摂的コミュニティへと未来社会を導くひとりになろうという「新たな思考や価値原理」もイノベーションの第一歩です。地域看護がどんな地域社会、コミュニティを目指すか、議論を進めましょう。

VI. 地域社会の包容力を高める看護の挑戦について議論する際の手がかり

1. 個人、家族、近隣コミュニティの生活の質と生活の質に関わる社会課題のとらえ方

個人、家族、近隣コミュニティの生活の質について考えてみましょう。地域に住み暮らす個人／家族、近隣コミュニティの日常生活はさまざまな要素からなっています。医学モデル、身体的・心理的健康モデル、役割モデルだけは説明できない複雑さがあります。多様な要素には、政治・経済、教育・文化、倫理・科学・化学などコミュニティの人々が作り出すものもあれば、その結果と

して変化する自然・生物・物理的なものもあります。これらの要素間の相互影響は、サステナビリティ（持続可能な発展）とエシカル思考（人権の相互保障）によって、生活の質として維持されます。全体性の調和とバランスが崩れている場合は、近未来に生活の質が破綻する可能性もあるということです。このことを前提に、個人、家族、近隣コミュニティの生活の質に関わる社会課題をとらえる地域看護の視点について整理します。

1) 常に変化を続ける社会をアセスメントする

地域社会としてのコミュニティ、コミュニティを構成する組織や集団、家族と個人という見方をする。社会の変化とコミュニティの変化をアセスメントし、その社会の構成員、要素として、組織/集団、近隣コミュニティ、個人/家族とその変化にフォーカスする視点です。

2) 包摂的な眼差しで社会全体を俯瞰する

どんな特性がある社会のなかで、生きづらさや困り感を抱え、取り残されていないか、取り残されている人はいないか、将来的に取り残される可能性はないか、という見方をします。エシカル思考で人権の相互保障ができていないか評価する視点です。

3) 社会をシステムとしてとらえる

社会の構成要素や要素間の相互作用、社会集団の構造や機能をとらえ、相互作用の不具合や機能不全が生じていないか、システムのどの部分にテコ入れが必要かという見方をする。システム思考も大事です。サステナブルで持続可能な発展を維持できているか評価する視点です。

4) グローバルとローカルの複眼的視点で社会事象をとらえる

社会システムの全体（グローバル）と部分（ローカル）に同時に目を向けると相互の影響がみえてくる。地元で起きている問題は、全国で類似の事象が起きているたり、国内外で起きている問題と連鎖関係にあるはずで、目の前で生じている事象の背景にある社会の変化と時代の流れを読む視点も大切です。

2. コミュニティ概念の変遷

コミュニティという概念は時代とともに社会のあり方を映し出しながら変化し続けています。ここからは、人間中心の未来社会を構想するために、コミュニティ概念の変遷を温故知新の観点から確認していきましょう。

1) 生涯を一定の地域で暮らした時代

人々が先祖代々、生涯を通じてほぼ一定の地域のなか

で共に住み暮らす時代²³⁾には、生活の共同をとおして人々の間には共同感情が生まれ、おのずと一定地域の人々の間には共通の社会的特徴がみられました。このような社会集団がコミュニティの古典的な定義でした。マッキーバー(1917)の著書「コミュニティ」の定義によると、コミュニティとは地域において営まれる共同生活(common life)です。コミュニティで生まれる社会的特徴(1921)は、社会的類似性(social likeness)、社会的観念(common social idea)、共通の習慣(common custom)、共属感情(sense of belonging together)に整理されました。著書「社会」(1950)に記されているコミュニティの要件は、地域性とコミュニティ感情です。コミュニティ感情は、分ち難く体感に結びつけられているという感覚であるわれわれ意識、役割を通りして全体に結びついているという感情である役割意識、他人に対する心理的依存の感情である依存意識の3つからなるとされました。

2) 工業化や都市化が進展した時代

工業化や都市化が進み、生業を求め多くの人々が都市部へ移住するようになった時代²³⁾が来ると、都市社会学者が動植物の生態を人間にも適用した人間生態学という考え方でコミュニティが説明されるようになりました。人間が一定地域空間に侵入すると競争、協同、共生が営まれ、その過程とパターンが着目されるようになりました。R.D.マッケンジー(1933)は、生態学的立場からコミュニティを、第一次産業コミュニティ、商業的コミュニティ、工業的コミュニティ、経済的基盤を欠くサービス・コミュニティの4つのタイプに分けました。コミュニティの要素には地域性と相互依存性は維持されているが、この時代のコミュニティの概念には、共同感情の欠落がみられました。

3) メトロポリタン・エリアが出現した時代

次なるコミュニティ概念の変化は、メトロポリタン・エリアとよばれる人口の集積が形成された時代²³⁾に起こりました。その周囲には、職場に通勤する人々の地区である郊外ができ、能動的に変化する現実の社会をとらえることが困難となりました。コミュニティに関する古典的な概念は現実とはかけ離れたものになっているという議論が起こり、コミュニティとは、地域に関わりある主要な機能を果たしている社会単位やシステムの複合体と再定義されました。この時代は、地域性と機能に焦点があたり、このころからコミュニティの議論にもシステム論が導入され、複雑化する社会の姿としてコミュニ

ティの機能面に関心が寄せられました。

4) 今日のコミュニティ概念

今日的なコミュニティの概念は、さらにバリエーションが増え、多様になってきました。地域看護の視点から、概念の整理を試みます。

(1) 統治手段としてのコミュニティ概念

日本では1969年に国民生活審議会調査部会コミュニティ問題小委員会から報告書「コミュニティ；生活の場における人間性の回復」が出され、国民による福祉国家を目指す政策理念として「国家は国民の集合体であるとともにコミュニティの集合体でもある」と明示されました²⁴⁾。このとき、初めて政策用語としてコミュニティが使われました。さらに、1971年の中央審議会「コミュニティ形成と福祉国家(答申)」では、「コミュニティとは、地域社会という生活の場において、市民が自主性と主体性と責任をもって、生活環境と生活の向上という共通の目標をめざし、一致して行う地域集団活動により醸成される」と理想とするコミュニティ像が掲げられました²⁵⁾。やがて、現在の地域包括ケアシステムや地域共生社会にもつながる、国家の政策方針に沿った統治手段としてのコミュニティ概念といえます。

(2) 時空を超えた新しいコミュニティの台頭

地域性と個性性を超越する新しいコミュニティが社会を変える力をもつようになりました。だれもがデジタルデバイスを持ち歩く今日、簡単な操作でソーシャルネットワークに参加できるようになり、場所に規定されることなく、時間と空間を超えた非対面によるコミュニティ形成が自然発生的に急速に増大し続けています。コミュニティは現実空間だけに存在するものではなく、仮想空間にも存在するようになりました。バーチャルコミュニティも自己実現や居場所として機能しています。時代によって、人間とはなにか、社会とはなにかの価値原理が変化するとすれば、コミュニティはそれを映す鏡のようなものです。時空を超えた新しいコミュニティの台頭は、社会の価値原理の変化の証ともいえます。

(3) 現代コミュニティにおける地縁・血縁集団や機能集団の共存

現代コミュニティは、都市では人口規模が膨張し続け、人口密度も高くなり、住民の多様性も高まる一途です。このような地域には、かつての村社会のようなコミュニティは存在しないかのようにみえますが、内部者の目には、大都市のなかにも、互いに家屋のなかや家庭の事情までわかるような地縁や血縁で結ばれたコミュニティも

存在します。俯瞰する視点とコミュニティの内部者の視点の両方をもつとみえてくる、住まいを中心に生活のインフラを共有しながら、日常的に交流関係を保持できる人間関係網の範囲、たとえば自治会・町内会のような機能集団も存在します。

3. 私たちが目指すコミュニティ像

私たち地域看護は、どのようなコミュニティを目指すか、未来コミュニティ像のビジョンを共有すれば、おのずと協働者や手段が定まり、最先端の知識や技術を活用できるようになります。人間が命をつなぐために自然発生的に集まり、日々を暮らすために意図的に集まり、互いに存在を意識して生活するところに地域社会が成り立ち、そこに「コミュニティケア」の始まりがありました。コミュニティケアの原点の確認から、人間には地域社会に包容されて安心・安全によりよき生活を送りたいという、欲求があることは明白です。

地域における人間関係の希薄化が進む現実のなかで、社会的包摂とはどういうことか考えるようになったとき、住民にとってコミュニティとはなにか悩み、思考が進まない時期がありました。そのときに出会った、社会学者Bauman (2001) の「コミュニティ；安全と自由の戦場」(2017 翻訳本)²⁶⁾の一部を紹介します。

「コミュニティ」という言葉は、とりわけ甘く響く。この言葉が呼び起こすのは、ないと困るものばかりであり、それなしでは安心できず、自信が持てず、人を信頼することができないものである。(中略) 私たちはみな、この急速なグローバル化する世界の中で相互依存関係にあり、相互依存関係ゆえに誰一人として自分で自分の運命を決めることができない。個々の人間が直面しても、個人的に立ち向かうことも、対処することもできない課題がある(中略)もし、コミュニティが人々が構成する世界で存在できるならば、それは分かち合いと相互の配慮で織り上げられたコミュニティでしかありえない。それは、人を人たらしめる平等な権利や、そのような権利の上で平等に行動しうることについて、関心や責任を有するコミュニティである。

この書籍との出会いは、コミュニティについて探究する意味は何なのか、悩みを深める私の霧を晴らしてくれました。看護職が社会的包摂を志向することに意味があることを確認できました。

2000年に入るとデジタル化とグローバル化が急速に進み、社会の諸活動を国境のない身近な活動としてとら

えることができるようになりました。身近な出来事も、閉鎖的な特定地域の固有の出来事としてとらえることが少なくなりました。個人の帰属意識も複数の集団にあり、個人からみたコミュニティは多数ある時代になりました。インターネットによる通信技術や情報科学の進歩は異次元の速さで加速を続けています。いつでも、どこからでも、だれとでもつながることができ、多くの情報を効率的に入手し活用できるデジタル化と、国家を超えて地球規模で共通の価値や信念で人と人がつながることができるグローバル化はコミュニティの在り方を変えています。コミュニティの境界のあいまいさや構成員の流動化が増し、関係性の弱さが問題視されることもあります。

しかし、コミュニティ概念は時代とともに変化するものであればこそ、国家や行政区の境界線の意味が薄れ、構成員が自由に緩やかに結びつくことはそれを強みとした新しいコミュニティを創造できる可能性もあります。自由なコミュニティは人々の癒しや救いになったり、共通の価値から社会を変える可能性もあります。その一方で、テクノロジーが発達し、情報社会といわれて久しく、個人の尊重や多様性、流動化が進む今日もなお、人々は人間の基本的な欲求として地域性や相互作用を実感できる地域コミュニティの包容力を求めているのではないのでしょうか。

4. 住民にとってのコミュニティの意味と地域看護への示唆

10年前に東北大学に着任した2014年1月は、東日本大震災発災から間もなく3年が経とうとしている時期でした。復旧期から復興期への移行期、復興への長い道のりを歩み始めたばかりの被災地の住民の方々が「私たちはコミュニティがないと生きていられない」とコミュニティという言葉が普通に使う事象に頻繁に触れ、そこで気づいたことがあります。人々はコミュニティになにを求めているのか、それは“地域社会の包容力”ではないかと思に至りました。それまでの私は、健康をゴールにそのための資源や手段として、コミュニティを支援対象としていたことを猛省しました。私たち看護職は、住民からすれば、この地域で安心安全な生活を送るための一資源であり、自分たちのコミュニティの関係者の一員であることを強く自覚しました。

1) ソーシャルキャピタルと地域への愛着

ソーシャルキャピタル(社会関係資本)は、人々の協調された諸活動を活発にすることにより社会の効率性を

改善できる、信頼、互酬性の規範、ネットワークといった社会関係・構造の特徴を指します。社会関係資本や人間関係資本といわれ、人間主義や積極的集団主義の日本には、もともと類似概念・類義語がたくさんあります。お互い様精神、助け合い、寄り合い、隣組、ご近所付き合い、絆、つながり等々です。“地域への愛着”は、ソーシャルキャピタルの苗床といえます。

地域への愛着をもっている人が多く住むまちでは、ソーシャルキャピタルが高まり、地域社会の安寧が保たれ、安心安全な生活を通じて、人々の心身の健康により効果をもたらします。気遣い合いができるご近隣さんとの良好な関係があれば、日常の困りごとの解決のみならず、なにかあれば助けてもらえるという安心感を得て暮らすことができます。地域への愛着が希薄であると、住民同士の信頼、互惠性の規範、コミュニティを豊かにする人間関係網は生まれにくくなります。

私は、保健師の実務経験をもとに、人々の幸せを追求する権利と健康で文化的な生活を保障する公衆衛生看護の英略として、地域への愛着を育む健康増進プログラムを開発¹⁶⁻¹⁹⁾し、メソッド(実践の手引き)^{27, 28)}を作成、普及してきました。地域密着の活動をしている人たちのヒアリングから、「地域への愛着は、日常生活圏における他者との共有経験によって形成され、社会的状況との相互作用を通じて変化する、地域に対する支持的意識であり、地域の未来を志向する心構えである」^{16, 28)}とわかりました。さらに質問紙調査から、“人と人とのつながりを大切にしたい”“自分らしく居られる所”“生きるための活力の源”“住民であることの誇り”の4つの概念で構成されることを確認しました^{17, 28)}。新興住宅地に居住する50～60歳代を対象に実施した健康増進プログラム「このまちを好きになってますます健康になろう!」では、4つの構成概念を1つひとつ形成していく4回の講座を行いました^{19, 27, 28)}。このまちで共に年を重ねていく仲間と出会い、地域の魅力を再発見し、10年後の地域課題に目を向け、退職後にできることを考える内容としました。

プログラム終了後、参加者は「自分の心もこのまちに住むようになった」と、仲間との交流を楽しみながら、小学校の防犯、子どもたちの登下校の見守り、保安や減災防災など地域の課題に取り組んでいます。プログラムの参加者は、地域の未来を志向した個人の活動とグループの活動を楽しみながら、信頼、互惠性の規範、人間関係網を広げています。この事象は地域の問題解決力が高

まっている状態といえます。

2) 近隣コミュニティにおける住民自治

近隣コミュニティとは、地域コミュニティの最小ブロックであり、人が住まうことを基軸とした隣近所の交流の範囲を指します。また、地縁に基づく社会であり、生活基盤をおく地理的空間において人々の生活を支える機能をもちます。近隣コミュニティを住民が自ら自治する組織として自治会があります。自治会は、住民による自治組織であり、地縁による団体の一般的な通称で、地域の生活に関わる多種多様な問題に応じるため、環境整備、親睦活動、交流活動、保安活動、自衛活動、防災活動、福祉活動など、包括的な機能をもっています²³⁾。自治会の客観的特性は、一定の地域区画をもち、その区画が相互に重なり合わない、世帯を単位として構成される、原則として全世帯(戸)加入の考え方に立つ、地域の諸課題に包括的に関与する、それらの結果として行政や外部の第三者に対して地縁を代表する組織となるの5つがあるといわれています²⁹⁾。近年は、自主防災組織の立ち上げを支援することで、平時からの備えとして、災害時の要援護者の名簿作成や防災訓練を通じて、住民同士の顔のみえる関係づくりができ、地域包括ケアシステムの要として期待できます。

3) コミュニティにおける多様なアソシエーションの共存

多様なステークホルダーと地域社会の未来をつくることも重要です。コミュニティは社会の母体であり、共通の目的や関心をもった人々が自発的に活動する社会集団であるアソシエーションには、自治会のほかにも、青年会や婦人会、子ども会、PTA、シニアクラブ、消防団や自衛団など、さまざまなアソシエーションが共存することによって、生活上の課題を住民の力で解決・改善し、より安心で安全な生活を支え合うコミュニティとして発展できます。より多くのアソシエーションがあれば、それだけ、ストレスに対するバッファゾーンが強靱なコミュニティになります。コミュニティのリジリエンスも高まります。

VII. 結 び

近未来に人間中心のケアの時代、包括的コミュニティの時代を牽引するには、①人々の日々の暮らしに寄り添い、地域社会のなかで個人/家族、集団/組織をケアすることを専門とする「地域看護のソーシャルイノベー

ションにかかっている！」と、1人ひとりがイノベーターとなる意志をもつこと、②そこから生まれる発想や活動原理をもとに、自身の活動を振り返り、最新の知識や技術を住民（患者・利用者・関係者）と利活用すること、③新たな発想や価値原理をもとにした良質なエビデンスの蓄積・発信をすることが必要です。①②③を同時進行させれば、社会における看護の新しい価値が生まれます。それが地域看護のソーシャルイノベーションになるのです。

私たち看護職は、住民にとっては地域社会でよりよく生きるためのヒューマンリソースです。看護職が触媒となり、「地域社会の包容力を高める」という同じ方向を向いて、コミュニティが本来的にもつ、人々が互いを慮り互いに恵みをもたらすケアリングの力を引き出し、維持・定着させるため、住民とともに最新の知識や技術を利活用し、発信していきましょう。

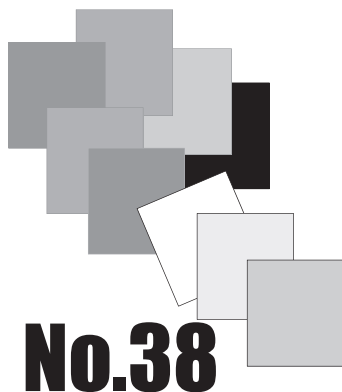
人々の基本的人権を守り、人を中心としたケアの時代を牽引するイノベーターになるべく、本学術集會に集う同志の意見交換から、参加者1人ひとりの気づきやひらめきが連鎖することを願い、第27回学術集會のプログラムを展開します。本會が学び合いの場となることを祈念し、私の話を終わりにします。

【文献】

- 1) 内閣府：令和5年版高齢社会白書。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (2024年6月10日)。
- 2) 警察庁捜査第一課：警察取扱死体のうち、自宅において死亡した一人暮らしの者；令和6年第1四半期（1～3月）分暫定値。https://www.npa.go.jp/publications/statistics/shitai/hitorigurashi/20240515_kenshi4.pdf (2024年6月10日)。
- 3) 中央社会保険医療協議会：わが国の医療についての基本資料。https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001hsqc-att/2r9852000001hswu.pdf (2024年6月10日)。
- 4) 厚生労働省：令和5年（2023）人口動態統計（確定数）の概況。https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/dl/gaikyouR5.pdf (2024年6月10日)。
- 5) 内閣府：平成20年版高齢社会白書。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2008/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (2024年6月10日)。
- 6) 厚生労働省：令和5年版厚生労働白書。https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/zentai.pdf (2024年6月10日)。
- 7) 株式会社パーソル総合研究所・中央大学：労働市場の未来推計2030。https://rc.persol-group.co.jp/thinktank/spe/roudou2030/ (2024年6月10日)。
- 8) 人口戦略会議：令和6年・地方自治体「持続可能性」分析レポート；新たな地域別将来推計人口から分かる自治体の実情と課題。https://www.hit-north.or.jp/cms/wp-content/uploads/2024/04/01_report-1.pdf (2024年6月10日)。
- 9) 日本創生会議・人口減少問題検討分科会：成長を続ける21世紀のために「ストップ少子化・地方元気戦略」。http://www.policycouncil.jp/pdf/prop03/prop03.pdf (2024年6月10日)。
- 10) 内閣府：第5期科学技術基本計画。https://www8.cao.go.jp/cstp/kihonkeikaku/5honbun.pdf (2024年6月10日)。
- 11) 内閣府：Society 5.0。https://www8.cao.go.jp/cstp/society5_0/ (2024年6月10日)。
- 12) 日本地域看護学会：地域看護の定義。https://www.jachn.net/other/ckango_saiteigi.html (2024年6月10日)。
- 13) 内閣府：第6期科学技術・イノベーション基本計画。https://www8.cao.go.jp/cstp/kihonkeikaku/6honbun.pdf (2024年6月10日)。
- 14) 大森純子：前期高齢女性の家族以外の身近な他者との交流関係に関する質的記述的研究：関係性の特徴『気遣い合い的日常交流』。老年社会科学，27(3)：303-313, 2005。
- 15) 大森純子：前期高齢女性の近隣他者との交流関係と健康関連QOLとの関連。日本公衆衛生雑誌，54(9)：605-614, 2007。
- 16) 大森純子・三森寧子・小林真朝他：公衆衛生看護のための“地域への愛着”の概念分析。日本公衆衛生看護学会誌，3(1)：40-48, 2014。
- 17) 酒井太一・大森純子・高橋和子他：向老期世代における“地域への愛着”測定尺度の開発。日本公衆衛生雑誌，63(11)：664-674, 2016。
- 18) 高橋和子・大森純子・田口敦子他：首都圏近郊都市部の向老期世代の“地域への愛着”に関連する要因。日本公衆衛生看護学会誌，7(2)：80-90, 2018。
- 19) 宮崎紀枝・大森純子・酒井太一他：新興住宅地における向老期世代の“地域への愛着”を育むプログラムの開発。日本公衆衛生看護学会誌，9(3)：172-180, 2020。
- 20) 岩本 萌・佐藤美沙・藤崎万裕他：「Social Inclusion」の概念分析 社会的包摂を志向する公衆衛生看護活動の定着に向けて。日本公衆衛生看護学会学術集會講演集，9：132, 2020。
- 21) 松永篤志・白岩憲子・岩本 萌他：社会的包摂を志向する公衆衛生看護活動のロジック・モデルの考案。日本公衆衛生看護学会学術集會講演集，11：122, 2022。
- 22) 広井良典：コミュニティを問いなおす；つながり・都市・日本社会の未来。251-279。筑摩書房，東京，2019。
- 23) 大森純子：第2章公衆衛生看護の対象；公衆衛生看護学テキスト①公衆衛生看護学原論（第2版）。麻原きよみ（責任編集），佐伯和子・岡本玲子・荒木田美香子（編集），23-54,

医歯薬出版, 東京, 2022.

- 24) 国民生活審議会調査部会コミュニティ問題小委員会：コミュニティ；生活の場における人間性の回復. <https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/syakaifukushi/32.pdf> (2024年6月10日).
- 25) 中央社会福祉審議会：コミュニティ形成と社会福祉（答申）. <https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/syakaifukushi/7.pdf> (2024年6月10日).
- 26) Bauman Z：コミュニティ；安全と自由の戦場. 奥井智之（訳）, 10, 222-223, 筑摩書房, 東京, 2017.
- 27) 地域への愛着研究会：地域への愛着を育む健康増進プログラム. <http://www.pubnurse.med.tohoku.ac.jp/aichaku/research/program/index.html> (2024年6月10日).
- 28) 地域への愛着研究会：地域への愛着メソッド；地域の底力を高める“地域への愛着”を育むプログラム 実践の手引き. <http://www.pubnurse.med.tohoku.ac.jp/aichaku/achievement/images/aichaku2.pdf> (2024年6月10日).
- 29) 中田 実：新版 地方分権時代の町内会・自治会. 16-17, 自治体研究社, 東京, 2019.



ウェルビーイングを看護に活用する

秋山 美紀

武蔵野大学ウェルビーイング学部

No.38

日本地域看護学会誌, 27 (3) : 52-57, 2024

I. はじめに

現代は、変化が大きく、先がみえにくく、複雑かつあいまいで予測が困難であることから、VUCA (変動性、不確実性、複雑性、あいまい性) の時代といわれている。産業革命以来われわれは経済成長こそが幸せにつながると信じ、発展させてきた。しかしその結果、環境問題、貧困問題、など、さまざまな問題が生じてきた。このような状況だからこそ、経済的な豊かさだけでなく、精神的な豊かさや健康を含めて幸福をとらえるウェルビーイングという考え方が、重視されてきている¹⁾と思われる。

看護職であるわれわれにとっては、ウェルビーイングは、学生のころから慣れ親しんでいた言葉である。仕事のうえでもなじみのある言葉であり、普段、当然のように使っていた言葉である。なぜにいまさら注目を浴びているのか、と思う方も多いかもかもしれない。

「心理的安全性」がもともと医療の分野で提唱されたにもかかわらず、ビジネスの分野で注目を受け、逆輸入のような形になってしまったが、それと同じように、古くから医療・看護の分野で使われてきた言葉であるにもかかわらず、ビジネスや行政の世界で使われ始めて、また再び再注目されるという形になった。

本稿では、あらためて、ウェルビーイングとはなにか、どのように測定できるのか、地域看護にどのように活用できるのかについて、述べていきたい。

II. 概念の定義

1. WHO (World Health Organization ; 世界保健機関) の健康の定義

おそらくわれわれが初めてウェルビーイングという言葉を目にしたのは、WHOの健康の定義ではないだろうか。WHOの健康の定義は「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」(日本WHO協会仮訳)²⁾となっているが、ここでの「満たされた状態」が原文ではwell-beingとなっている。心と体と社会の良い状態のこの意味合いであり、「楽しい」「うれしい」など幸せの感情の一部を表す英語のハピネスとはニュアンスが違っている³⁾。

2. エウダイモニアとヘドニズム

アリストテレスは、欲望のいくつかは快楽をもたらすものだとしても、「よい人生」に結び付くものではないとし、「真の幸福とは、徳のある人生を生き、価値ある行為をすることによって得られる」⁴⁾とした。それをエウダイモニアという。

エウダイモニアに対して、ヘドニズム (快楽主義) は、最大限の喜び (ポジティブ感情) と最小限の苦痛 (ネガティブ感情) を追求する考え方である。

エウダイモニアとヘドニズムは、高く相関することが知られている。たとえば毎日、快感情 (ヘドニア) を感じている人ほど、人生における意味も感じているということになる。しかし、この2つは異なる概念でもある。

ヘドニアが経験に即した幸福感情であるのに対し、エウダイモニアはより広い視点で人に生きる意義や幸福を感じさせる機能を持つ評価的幸福といえる⁵⁾。

3. セリグマンのウェルビーイング理論

1998年に、ポジティブ心理学を提唱したセリグマンがこのように述べている。「心理学—特に臨床心理学—は、めざましい発展を遂げてきたが、そこでは、精神的な障害や人間の弱さに焦点が当てられ研究されてきた(中略)しかし、本来の心理学が目指してきたものは、そのように障害や弱さだけを研究することだけであるはずはなく、人間の優れた機能(human strength)について研究することでもあったはずである。そして、そのように考えれば、心理学が社会の中で応用される場合に、弱いところを補い援助することのためだけではなく、人間のもつ良いものを育み養うために、もっと力が注がれるべきである」⁶⁾と。

かつて考えられた疾病モデルでは、すべての疾病には、特定できる外的な要因があり、その原因を特定すること、および、それへの対処である治療が行われるというものであった。セリグマンは、人間を、外的な影響を受動的に受ける傷つきやすいものと考えのではなく、いきいきとした人生を築いていくことを目指して、環境に対して積極的に働きかけていく楽観性を持ち、自分の人生に対して責任のある存在とみるという観点の重要性を主張⁶⁾している。

そのセリグマンのウェルビーイング理論として、PERMAがある。PERMAとは、ウェルビーイングは独立して測定可能な5つの要素から構成されると仮定しているもので、その5つの要素とは、ポジティブ感情(P)、エンゲイジメント(E)、人間関係(R)、意味(M)、達成(A)⁷⁾である。

4. 前野の4因子

一方、わが国においては、ウェルビーイングの構成要因として、前野が「幸せの4つの因子」を提唱している。幸せには長続きしない幸せと長続きする幸せがあり⁸⁾、長続きする幸せのうち、心的要因について因子分析を行って抽出したものが「幸せの4つの因子」である。4つの因子とは、「やってみよう因子」「ありがとう因子」「なんとかなる因子」「ありのままに因子」⁹⁾である。

4つの因子のそれぞれについて説明していくと、「やってみよう！」因子とは、自己実現と成長の因子であり、

自分のやりたいこと・人生の意義が明確であり、わくわくしながら目標達成に向けてがんばることができることである。

第2の因子は「ありがとう！」因子、つながりと感謝の因子である。他者と積極的につながり、人に感謝し、他人とのよい関係をもつことである。

第3の因子は「なんとかなる！」因子であり、前向きと楽観の因子である。楽観的で気持ちの切り替えが早いことである。

第4の因子は、「ありのまま！」因子、独立と自分らしさの因子である。本来のありのままの自分をよくわかっていて、人の目を気にせず、人と比較しないで行動できること¹⁰⁾である。

ウェルビーイングのはっきりした定義はまだ定まっていないといわれるが、現時点では、狭い意味での心身の健康だけではなく、こころの豊かな状態である幸福と、社会の良好な状態をつくる福祉を合わせた、心と体と社会のよい状態³⁾がウェルビーイングといえるであろう。そしてそれは短期的な幸福だけではなく人生の意義・意味も含む持続的な幸福といえるであろう。

III. 指標の紹介

指標に関しては、大きく分類して、客観的ウェルビーイングと主観的ウェルビーイングがある。

1. 客観的ウェルビーイング

客観的ウェルビーイングとは、対象の状態のよしあしについて、外部から観察可能な変数で判断することである。たとえば対象が「社会」とすると、GDP(Gross Domestic Product; 国内総生産)、平均寿命などが代表的な変数となる¹⁰⁾。

1) GDP

GDP(Gross Domestic Product)は国内総生産のことであり、国内で一定期間内に生産されたモノやサービスの付加価値の合計額¹¹⁾である。かつては経済的に豊かであれば幸せ、と思われたこともあり、確かに生命の維持や基本的な生活を過ごすためにはある程度の経済力は必要だと思われていた。わが国は、1958年から1人あたりのGDPは増え続け、30年後には5倍近くになった。しかしながら、人生の満足度はほとんど改善がみられなかった¹²⁾。内閣府「幸福度に関する研究会」の「幸福度に関する研究会報告～幸福度指標試案」では、1978年

表1 人生満足度尺度

1. ほとんどの面で、私の人生は私の理想に近い。
2. 私の人生は、とても素晴らしい状態だ。
3. 私は自分の人生に満足している。
4. 私はこれまで、自分の人生に求める大切なものを得てきた。
5. もう一度人生をやり直せるとしても、ほとんど何も変えないだろう。

次の1から7までの番号を使って答えてもらう。

「1. まったく当てはまらない」「2. ほとんど当てはまらない」「3. あまり当てはまらない」「4. どちらとも言えない」「5. 少し当てはまる」「6. だいたい当てはまる」「7. 非常によく当てはまる」

これらの得点の合計を出し、それが人生の満足度となる。

出典) Diener E, Biswas-Diener R: Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57 (2), 119-169, (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1014411319119>
日本語訳は(大石, 2009) から引用¹⁶⁾

から2011年の間で1人あたりGDP(実質)が増加している時期も、幸福度等が横ばいまたは微減していることを明らかにしている¹³⁾。

このため、以前はGDPと経済成長が幸福の指標とされていたが、GDPだけでは幸福を理解できない⁵⁾とされてきた。ブータンでは「GDPよりGNH(Gross National Happiness; 国民総幸福)」といわれている。

2) 平均寿命

平均寿命は、保健医療の水準を指す指標¹⁴⁾といわれてきた。わが国の平均寿命は年々延長しているが、かといってウェルビーイングであるかということは一概に言えない。なぜなら、日常生活が制限される期間も含んでいるからである。健康上の理由で日常生活が制限されることなく生活できる期間を健康寿命というが、近年はこの健康寿命の延伸が課題¹⁴⁾となっている。人生においては長さだけではなく質が求められる時代になってきた。

2. 主観的ウェルビーイング

以上のような背景から主観的ウェルビーイングを測定することの大切さが語られるようになった。主観的ウェルビーイングとは、ある出来事について、対象がどのように感じたのか¹⁰⁾を指す。

1) 人生満足度尺度

おそらく代表的なものはディーナーの人生満足度尺度(the Satisfaction With Life Scale; SWLS)¹⁵⁾である。人生満足度尺度の項目は5つである(表1)。

30点以上の人は非常に満足度が高く、すべての面で人生がうまくいっていると感じている人である。25点から29点の人は、だいたいにおいて人生が順調な人。20から24点の人は、平均的な人生の満足度。15から

19点の人は、人生の満足度はやや低め。人生のある側面で非常に不満がある人。10から14点の人は、さまざまな面で不満のある人。5から9点の人は、自分の人生に対して不満が非常に強い人¹⁶⁾といわれる。

2) 協調的幸福尺度

人生満足度尺度は「これまで望んだものは手に入ってきた」などと、個人的な獲得を表す項目があり、日本では人生満足度尺度の得点は低くなってしまいう傾向がある⁵⁾。日本では穏やかで、人並みの、自分だけではなく他者とともに実現される幸福が重要になることも多く、人生満足感尺度ではあまりうまく日本の幸福感が捉えられていないという可能性がある⁵⁾と示唆されている。一言と内田は、日本の人々はもっと穏やかで平和な幸福を願っており、行き過ぎないささやかな幸福が続くことや他者との関係を考慮に入れていることを測定しようと、協調的幸福尺度¹⁷⁾を開発した(表2)。

この尺度を用いると日本は欧米と比較しても低いスコアにならないことが確認されている。また、協調的幸福尺度は日本だけではなく、他の国でも一定の妥当性をもっていることが確認されている⁵⁾。

3) OECD(Organisation for Economic Co-operation and Development; 経済協力開発機構)のウェルビーイングの測定

OECD(経済協力開発機構)のウェルビーイングの測定のガイドライン¹⁸⁾では、ウェルビーイングは「肯定的なものから否定的なものまで、人々が自分の生活について行うあらゆる評価と、人々が自身の経験に対して示す感情的反応を含む良好な精神状態」とあり、次の3要素①生活評価:ある人の生活またはその特定側面に対する自己評価、②感情:ある人の気持ちまたは情動状態、通常は特定の一時点を基準にして測る。③エウダイモニ

表2 協調的幸福尺度

1. 自分だけではなく、身近なまわりの人も楽しい気持ちでいると思う。
2. 周りの人に認められていると感じる。
3. 大切な人を幸せにしていると思う。
4. 平凡だが安定した日々を過ごしている。
5. 大きな悩み事はない。
6. 人に迷惑をかけずに自分のやりたいことができている。
7. まわりの人たちと同じぐらい幸せだと思う。
8. まわりの人並みの生活は手に入れている自信がある。
9. まわりの人たちと同じくらい、それなりにうまくいっている。

上記の文それぞれについて、「1. 全くあてはまらない」「2. あまりあてはまらない」「3. どちらともいえない」「4. ややあてはまる」「5. 非常にあてはまる」のうち、あてはまる数字1つを選んで回答してもらう形式

出典) Hitokoto, H, Uchida Y: Interdependent Happiness: Theoretical Importance and Measurement Validity. Journal of Happiness Studies, 2014. DOI 10.1007/s10902-014-9505-8

ア: 人生における意義と目的意識, または良好な精神的機能¹⁸⁾, が含まれるとあり, 測定も可能になっている。

IV. 指標の活用状況

人生満足度尺度は, 幸福感研究において最も広く使われているツールである。日本語版の構成概念妥当性も検証されている¹⁹⁾。国内外で広く使われ, 国際比較ができることが強みであるが, その文化の差が出ることを考慮しなければならないであろう。

協調的幸福感尺度は, わが国における活用例として, 精神科看護師を対象とした, 幸福感とワークライフ・バランスの研究において, 幸福感の指標として採用されていたが, その理由は, 「日本人の日常感覚に近い幸福感を評価できる」という考え²⁰⁾があるからであった。おそらく今後, わが国でウェルビーイングを測定する際は, この尺度が使われてくるのではないと思われる。

OECDの指標については, 2025年に新しいガイドラインを公表することを予定¹⁰⁾しており, まだ発展途上という状況である。

1. わが国での動き

わが国では, 「経済財政運営と改革の基本方針2017」(2017年6月閣議決定)において, 「従来の経済統計を補完し, 人々の幸福感・効用など, 社会のゆたかさや生活の質(QOL)を表す指標群(ダッシュボード)の作成に向け検討を行い, 政策立案への活用を目指す」²¹⁾とあるように, 幸福感を含めた生活の質が考慮されることとなった。

また, 「経済財政運営と改革の基本方針2018」(2018

年6月閣議決定)では, 「国民の満足度, 生活の質が向上されるよう, 満足度・生活の質を示す指標群を構築するとともに, 各分野のKPIに関連する指標を盛り込む」²¹⁾こととなった。

2019年5月の「満足度・生活の質に関する調査」に関する第1次報告書の時点では, 「満足度」と記載されていたが, 同年7月の第2次報告書には, 「満足度(well-being)」²¹⁾とされていた。ここでおそらく初めて「ウェルビーイング」の文言がみられた。

2021年に「政府の各種の基本計画等について, Well-beingに関するKPIを設定する」とされ, 関係府省庁が連携してウェルビーイングに関する取組を推進する方向性²²⁾となった。地方自治体でも富山県のようにウェルビーイングの推進を成長戦略の中心²³⁾としているところもみられてきた。

2. 活用できる地域看護実践について

1) 高齢者が語る幸せ

筆者らは, 成人した子どもの依頼によって, 親である高齢者の幸せについての語りをまとめた雑誌のインタビュー逐語録50人分の2次分析(質的分析)²⁴⁾を行った。インタビューのなかでは「あなたにとっての幸せとは」という問いに対する答えが語られている。

その結果, 全年代・男女を通じて語られたのは, 自分の幸せとは, 「健康であること」「生きがいをもつこと」ということであった。そして「感謝の気持ち」「試練を乗り越えたこと」も語られた。80代・90代と年齢が上がるにつれては「平穏に暮らすこと」「家族と過ごすこと」が語られた。特に女性に多くみられたのは, 「人とのつながり」であった。

厚生労働省は、介護予防という観点からも、社会参加、生きがいづくり、健康づくりなどの活動を社会全体の取組として積極的に行われることが必要である²⁵⁾としており、インタビューで幸せについて高齢者が語ったことと類似している。またこれらは前野の幸せの4つの因子にも一部相当する。

「健康であること」「生きがいをもつこと」「感謝の気持ち」「試練を乗り越えたこと」「人とのつながり」「平穏に暮らすこと」「家族と過ごすこと」ということが高齢者のウェルビーイング向上の要因のヒントになるかもしれない。

2) 宇都宮市における健康づくり

宇都宮市において、市民1人ひとりの主体的な健康づくりを推進するため、健康づくりの3要素(栄養・運動・休養)の重要性や具体的な取組等を紹介する「健康つつみやき」²⁶⁾というガイドブックが作成された。宇都宮市では、独自の「健康づくり推進員」というボランティア制度があり、健康づくり推進員は、運動・栄養・休養のバランスのとれた生活習慣を自ら実践するとともに、健康づくりを身近な地域のなかに広めていく活動を行っている。健康づくり推進員の研修にもポジティブ心理学の技法が取り入れられ、筆者はガイドブックの「休養」の部分監修し、ポジティブ心理学の代表的な技法でウェルビーイングを高めるものを紹介した。

具体的な内容としては、今日よかったことを3つノートに書くこと、いまに集中すること(マインドフルネス)、人とのつながりを可視化する、感謝の気持ちを書くことなどである。これらも簡便にできることであり、ケアに生かすことができると思われる。

V. おわりに

このように、ウェルビーイングは、まだ確定した定義はなく、測定方法も一部確立しているが、まだまだ模索されているところである。学問体系も、ポジティブ心理学と関連分野によって発展してきたが、発展途上である。

しかしながら、高齢者のインタビューから抽出された「健康」「生きがい」「つながり」「感謝」などは、日常のケア場面において活用できることである。

さらにはPERMAや4つの因子からの、「ポジティブ感情」「意味」「達成」「自己実現と成長」「前向きと楽観」「独立と自分らしさ」などもヒントとなり、これらを支えることで、ケアの対象者のウェルビーイング向上を目

指していけるのではないだろうか。

1つひとつ事例を重ねていき、実践をとおして、これから「ウェルビーイング看護学」をみなで力を合わせて構築していければよいと願っている。

【文献】

- 1) 前野隆司・秋山美紀：ウェルビーイング学会の創設とその背景；今、「ウェルビーイング」から地域や保健活動を捉え直す意義。保健師ジャーナル79(4)，2023。
- 2) 公益社団法人日本WHO協会：公益社団法人日本WHO協会ホームページ。 <https://japan-who.or.jp/about/who-what/charter/> (2024年10月31日)。
- 3) 前野隆司・前野マドカ：ウェルビーイング。17，日本経済新聞出版，2022。
- 4) イローナ・ボニユエル(著)：ポジティブ心理学が一冊でわかる本。成瀬まゆみ(監訳)，115-116，国書刊行会，2015。
- 5) 内田由紀子：これからの幸福について。文化的幸福観のすすめ，2-3，新曜社，2020。
- 6) 島井哲志：ポジティブ心理学；21世紀の心理学の可能性。4-5，ナカニシヤ出版，2006。
- 7) Seligman MEP：Flourish：A visionary new understanding of happiness and well-being。Atria Paperback。2012。
- 8) 前野隆司：Well-being(幸せ，健康，福祉)の現在と未来。作業科学研究，17，41-42，2023。DOI: <https://doi.org/10.32191/jjos.17.005> (2024年10月31日)。
- 9) 前野隆司：オピニオン#29「幸せの4因子」を満たしていけば，幸せなまち，企業，社会を創ることができます。 <https://www.recruit-ms.co.jp/research/2030/opinion/detail29.html> (2024年10月31日)。
- 10) 石川善樹・高野 翔：主観的ウェルビーイングの測定法；国際標準の現状と今後の展望。ウェルビーイングレポート日本版，2024。 https://society-of-wellbeing.jp/wp/wp-content/uploads/2024/07/wellbeing_report2024_1.pdf (2024年10月31日)。
- 11) 内閣府：GDPとGNI(GNP)の違いについて。 <https://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/otoiawase/faq/qa14.html> (2024年10月31日)。
- 12) Diener E, Biswas-Diener R：Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57(2)，119-169，(2002)。 <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00415126> (2024年10月31日)。
- 13) 鈴木 寛：第四章；ウェルビーイングの国内動向，Well-being Report Japan 2022 ウェルビーイングレポート日本版2022。 https://society-of-wellbeing.jp/wp/wp-content/uploads/2022/09/Well-Being_report2022.pdf (2024年10月31日)。
- 14) 特定非営利活動法人日本成人病予防協会：健康管理士一般指導員・文部科学省後援 健康管理能力検定1級テキスト

1. 健康管理学, 第16版. 15-16, 日本医協学院, 2020.
- 15) Diener E, Horwitz J, Emmons RA : Satisfaction with Life Scale. Happiness of the very wealthy. *Social Indicators Research*, 16, 263-274, 1985.
- 16) 大石繁宏 : 幸せを科学する ; 心理学からわかったこと. 49, 新曜社, 2009.
- 17) Hitokoto, H, Uchida Y : Interdependent Happiness : Theoretical Importance and Measurement Validity. *Journal of Happiness Studies*, 2014. DOI 10.1007/s10902-014-9505-8
- 18) 経済協力開発機構 (OECD) (編著) : 主観的幸福を測る ; OECDガイドライン. 桑原進 (監訳), 高橋しのぶ (訳), 47-48, 明石書店, 2015.
- 19) 浅野良輔 : 日本語版人生満足度尺度の妥当化 ; 大規模サンプルによる検討. 日本教育心理学会, 第65回総会発表論文集. 2023. https://www.jstage.jst.go.jp/article/pamjaep/65/0/65_400/_pdf/-char/ja (2024年10月31日)
- 20) 滝本多恵・和田由美 : 精神科看護師の幸福感とワーク・ライフ・バランスとの関係 ; 性別と属性の影響, 心理・教育・福祉研究, 22, 2023. <https://core.ac.uk/download/pdf/564336213.pdf> (2024年10月31日)
- 21) 内閣府 : 満足度・生活の質に関する調査. <https://www5.cao.go.jp/keizai2/wellbeing/manzoku/index.html> (2024年10月31日)
- 22) 内閣府 : 第1回 Well-beingに関する関係府省庁連絡会議 (2021年7月30日). <https://www5.cao.go.jp/keizai2/wellbeing/action/20210730/agenda.html> (2024年10月31日)
- 23) 富山県 : ウェルビーイングの推進. <https://www.pref.toyama.jp/100224/wellbeing-toyama.html> (2024年10月31日)
- 24) 秋山美紀・神山晃男・前野隆司 : 親である高齢者の幸せに関する質的研究. 第6回日本ポジティブサイコロジー医学学会学術集会, 2017.
- 25) 厚生労働省 : 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 ; 高齢者の生きがいづくりと健康づくり, 2004. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/040219/2-3d.html> (2024年10月31日)
- 26) 宇都宮市 : 健康つつみやき. <https://www.city.utsunomiya.tochigi.jp/kurashi/kenko/kenkodukuri/1028283.html> (2024年10月31日)

日本地域看護学会委員会報告

健康危機支援委員会ワークショップ 復旧・復興の過程で生じる移動と地域社会とのつながり ——能登半島地震を対象にGIS(地理情報システム)を用いて——

2023～2024年度健康危機支援委員会

日本地域看護学会誌, 27(3): 58-61, 2024

I. はじめに

健康危機支援委員会では「復旧・復興の過程で生じる移動と地域社会とのつながり」をテーマに、第27回学術集会にてワークショップを実施した。事例紹介として能登半島地震を対象としてGIS(Geographic Information System: 地理情報システム)を活用した保健師活動支援と、現地の状況報告、過去の災害における被災者の住まいと地域社会とのつながりについての考察を行った。3つの事例報告に加えて参加者とのディスカッションを通じて、災害時における地域看護職としての役割や課題、今後の展望について深く議論した。本ワークショップにご参加いただいたみなさまに改めて感謝を申し上げる。また、2024年3月に本委員会にて能登半島地震の現地調査を実施した結果を併せてご紹介する。

1. 事例報告1: GISを用いた保健師活動支援WebGISの紹介

報告者: 堀池 諒 (大阪医科薬科大学)

最初の事例報告では、堀池氏がGISを用いた保健師活動支援WebGISの開発経緯とその活用方法について詳細に紹介した。能登半島地震の発生を受け、多くのGIS関連オープンデータが民間や公的機関から公開されたことを背景に、土地勘のない派遣保健師チームが現地の状況を迅速かつ確に把握できるツールとしてGISを作成した (<https://sites.google.com/view/g-cham/NotoEQ>)。

1) 開発の経緯と目的

能登半島地震の発生を1月1日にテレビで知り、1月6

日に多くのオープンデータが公開されていることを把握した。GIS活用の必要性を感じてWebGISの作成を開始した。1月8日にはウェブ上で公開し、地域看護学会や全国保健師長会のホームページに掲載された。その後、3月には現地調査にも参加し実際の現地の状況を確認した。WebGISは公開から3日間で約900ビューを記録し、6月20日時点では2,800件以上のビュー数となった。

2) データの収集と処理

WebGISには60件以上のオープンデータが統合されている。平時から公開されているデータとして、保健センター、役場、保健所、災害拠点病院、指定避難所、学校、公民館、医療機関、土砂災害警戒区域、250メートルメッシュの人口データ、循環道路、緊急輸送道路などがある。災害発生後に公開されたデータとしては、国土地理院の航空写真、道路の通行止め情報、津波浸水範囲、土砂崩れの判定結果、孤立集落の位置と人口、避難所ごとの避難者数、応急仮設住宅の位置と戸数などがある。

これらのデータは、オープンソースのGISソフトウェアであるQGISを用いて処理・調整され、WebGISに統合された。データの重ね合わせにより、多角的な情報を1つの地図上で確認できるようになった。

3) WebGISの活用方法

WebGISの利点として、以下の点が挙げられる。

- ①人口分布の把握: 人口密度や高齢者の分布を視覚的に確認でき、重点的な支援が必要な地域を特定できる。
- ②地上の状況確認: 航空写真から斜面の崩落や浸水管所、避難所の設営状況を詳細に把握できる。
- ③避難所と避難者数の確認: 避難所の位置や収容人数を経時的に確認でき、避難者の動向を把握できる。

④道路の通行状況：通行不能箇所や緊急輸送道路の状況を確認し、最適な移動ルートの計画が立てられる。

⑤個別訪問の計画：建物の位置データを活用し、孤立した集落や在宅避難者の位置を特定できる。

⑥仮設住宅の状況把握：応急仮設住宅の位置や種類（従来型、コンテナ型、トレーラーハウス型）、戸数を確認し、被災者の生活環境を把握できる。

具体的な活用例として、航空写真から避難所の設営状況や仮設住宅の種類を確認したり、土砂崩れの発生箇所と建物の位置を重ね合わせて被害状況を推測することが挙げられる。たとえば、津波浸水範囲に指定されている地域を航空写真で確認すると、実際に津波の影響があったことを視覚的に確認できる。また、建物の位置データはGoogle社のAI技術を用いて航空写真から建物を判定したものであり、家屋ごとの詳細な位置情報を提供している。

4) 今後の展望

WebGISは災害時の保健師活動において、迅速な情報共有と意思決定を支援する有効なツールである。今後もオープンデータの活用と技術の進化により、さらなる支援策の開発が期待される。

2. 事例報告2：能登半島地震発生直後の現地状況と活動

報告者：板谷智也（宮崎大学）

次に、宮崎大学の板谷氏から能登半島地震発生直後の現地状況と支援活動についての報告があった。板谷氏は石川県輪島市出身であり地震のニュースを受け、1月5日に実家のある輪島市に向かった。

1) 現地の被害状況

発災4日後の現地の被害状況は以下のとおりである。

①インフラ被害：広範囲で断水、停電、通信障害が発生していた。主要道路は損壊や土砂崩れで通行不能となり、孤立集落が多数発生していた。道路の通行止め情報をみると、通行不能な箇所が多く、実際には主要道路以外にも多くの道路が通行不能であった。

②海底隆起：海岸線が最大3メートル隆起し、漁港への物資輸送に影響が出ていた。船舶が接岸できず、物資は沖合の船からゴムボートで輸送されていた。袖ヶ浜ではかつて海であった場所が岩場となり、景色が一変していた。

③川井町の大規模火災：断水と海底隆起の影響で消火活動が困難となり火災が拡大した。消防隊は川の水を使

用しようとしたが、海底隆起により川の水も利用できなかった。地域コミュニティへの影響が深刻であった。

2) 支援活動の内容

現地入りした後、福祉避難所での支援活動に参加した。医師や看護師とともに避難所を巡回し、避難者の健康チェックや生活状況の聞き取り、DMAT（災害派遣医療チーム）への報告を行った。

①避難所の衛生状態：大規模避難所ではゴミの蓄積や衛生環境の悪化がみられた。一方、小規模避難所では地域住民が自主的に清潔を保っており、衛生状態が良好であった。医療関係者が来ていない避難所でも、住民が知恵を絞り工夫を凝らして環境を整えていた。

②地域コミュニティの力：地域のつながりが強い集落では、住民同士で協力し、避難所の運営や生活環境の改善が行われていた。コミュニティの力が衛生状態や生活の質に大きく影響していた。

③孤立集落への訪問：土砂崩れで孤立した深見集落を訪問し、高齢化が進む集落での生活状況や医薬品の不足などの課題を確認した。住民の平均年齢は70歳以上であり薬の備蓄も限られていた。住民は慣れ親しんだ地域での生活を望み、二次避難所への移動に不安を抱いていた。移動先の情報が不足しておりコミュニティがバラバラになることへの懸念があった。

3) 現在の課題と展望

現地の状況や支援のあり方から考えられる課題と展望は以下のとおりである。

①ボランティアの不足：倒壊した建物の撤去が進まず復旧作業が停滞している。建物のなかの家財道具の撤去が進まないため、がれき処理もできない状況である。ボランティアが不足しており被災地への関心の低下が懸念される。

②長期的な復興支援：復興には長期的な支援が必要であり地域のつながりを維持しながら、被災者1人ひとりに寄り添った支援が求められる。夏季休暇中のボランティア参加に期待が寄せられているが、関心の維持が課題である。

③地域コミュニティの力を生かし住民主体の復興を支援することが重要である。また、ボランティア活動の促進や情報発信を通じて、支援の輪を広げる必要もある。

3. 事例報告3：過去の災害における被災者の住まいと地域社会とのつながり

報告者：佐々木亮平（岩手医科大学）

最後に、岩手医科大学の佐々木氏から、過去の災害における被災者の住まいと地域社会とのつながりについての報告があった。佐々木氏は、新潟県中越地震（2004年）と東日本大震災（2011年）での支援活動を経験されている。

1) 新潟県中越地震での経験

新潟県中越地震は、震度7を記録し、死者・行方不明者68人（うち災害関連死52人）を出す大規模な地震であった。斜面崩落や道路寸断により集落が孤立し、過疎化・高齢化が進む地域での支援活動が求められ、岩手県の保健師チームとして旧川口町に入り、孤立した木沢集落を訪問した。

当時は情報伝達技術が未熟であり1人体制での活動であった。町の保健師から提供された地域の概要図を活用し、現地での活動を行った。現地では被災者が自宅周辺での生活や地域のつながりを強く望んでいることを確認した。避難所ではなく自宅近くでの対話や支援を求める傾向があった。

地域の文化や歴史を理解し住民のニーズに応じた支援の重要性を実感した。また、情報伝達手段の不足を痛感し、技術の活用が必要であると感じた。現地での活動を通じて、被災者が慣れ親しんだ地域での生活を続けたいという強い思いをもっていることが明らかになった。

2) 東日本大震災での経験

東日本大震災では大津波により甚大な被害を受け、多くの避難所や公共施設が機能を失った。避難所自体が被災し市民のほとんどが避難生活を余儀なくされた。陸前高田市での保健活動を継続し、避難所の設置や住民の健康管理、復興計画への参画など多岐にわたる活動を行った。

震災後、人々は海沿いから内陸部へ移動し独居世帯が増加するなど、地域社会の変化が顕著であった。応急仮設住宅での生活は長期化しすべての仮設住宅が解消されるまでに10年を要した。移動回数の多さや慣れ親しんだ地域からの離脱が、被災者の心身に影響を与えていた。

移動や生活環境の変化が被災者に与える影響を考慮し支援策を講じる必要がある。GISなどの技術を活用し地域の状況を可視化することで、被災者支援に役立てることができる。また、住民や多様な団体との対話を重ね、被災者の生活再建と地域社会とのつながりを保つための取り組みが重要であると強調した。

被災者の「これからどう生きていけばいいのか」という切実な声に対し、1人ひとりに寄り添い地域の再生に

向けた支援が必要である。地域コミュニティの再構築や、新たな生活環境への適応を支援することが復興への鍵である。

II. ディスカッション

3つの事例報告を受け、参加者は「復旧・復興の過程で生じる移動を余儀なくされる生活と地域社会とのつながりを保つために、地域看護職としてできること」をテーマにグループディスカッションを行った。

1. グループ1のディスカッション内容

①被災後、住民が慣れ親しんだ地域から離れることで、コミュニティが崩壊するリスクがある。地域のキーパーソンを活用し住民同士のつながりを維持することが重要である。しかしキーパーソンに負担が集中しすぎると疲弊してしまうため、支援のバランスが必要である。

②移動先で新たなコミュニティを形成する支援も重要である。適応できる人と取り残される人への個別対応が求められる。被災者が新しい環境に馴染めるよう、集まれる場所や機会を提供し人々が自然に集まれる仕組みづくりが必要である。

③地域特性や住民のニーズに応じた支援が求められる。海沿いの地域と内陸部では、被害状況や復興の進み方が異なるため、柔軟な対応が必要である。

2. グループ2のディスカッション内容

①地域の保健師がもつ情報を可視化し他の職種や団体と共有することで、効果的な支援が可能となる。GISなどのツールを活用し地域の状況を客観的に把握することが有効である。

②保健師が調整役として地域のつながりを維持・再構築するための支援を行うことが期待される。キーパーソンへの負担を軽減し、地域全体で支え合う仕組みづくりが求められる。

③住民の声を尊重し主体的な参加を促すことで、持続可能な復興を目指す。地域住民との信頼関係を築き情報を収集・共有することで、効果的な支援を実現することができる。

3. 全体のまとめ

ディスカッションを通じて、以下の点が重要であることが確認された。

①地域の实情に応じた柔軟な支援：地域特性や住民のニーズを的確に把握し、支援策を講じることが重要である。

②コミュニティの維持・再構築：被災前のコミュニティを維持する努力とともに、新たなつながりを形成するための支援が必要である。集まれる場所や機会を提供し、住民同士の交流を促進することが求められる。

③情報の共有と可視化：保健師がもつ地域情報を可視化し多職種や関係機関と共有することで、効果的な支援を実現する。GISなどの技術を活用し客観的な情報に基づいた意思決定を行うことが重要である。

④住民主体の復興支援：住民の声を尊重し主体的な参加を促すことで、持続可能な復興を目指す。キーパーソンへの負担を軽減し地域全体で支え合う仕組みを構築することが必要である。

⑤継続的な支援と関心の維持：復興は長期にわたるプロセスであり、被災地への継続的な支援と社会全体の関心を維持することが重要である。ボランティア活動の促進や情報発信を通じて支援の輪を広げることが求められる。

Ⅲ. おわりに

本ワークショップを通じて、能登半島地震をはじめとする災害時における地域看護職の役割や課題が明らかになった。技術の進歩により、GISなどのツールを活用し

た情報共有が可能となり、被災地での迅速かつ的確な支援が期待される。また、地域コミュニティの力や住民同士のつながりが復興の鍵となることが再認識された。

地域看護職として多面的な視点で被災者に寄り添い、生活再建と地域社会のつながりを支える活動を継続していくことが求められる。今後も被災地の復旧・復興に向けて地域看護職が果たすべき役割は大きい。住民との継続的な対話を通じて住民の声を尊重し、地域の实情に応じた柔軟な支援を提供することで、持続可能な復興と地域社会の再生に貢献していくことが期待される。

また、直接的な支援だけでなく他職種や関係機関との連携を深め、オープンデータや技術を活用した後方支援にも積極的に取り組んでいくことが重要である。本報告書が今後の災害対応や地域看護活動における一助となれば幸いである。

2024年度健康危機支援委員会

委員長：石田 千絵 (日本赤十字看護大学)

副委員長：奥田 博子 (国立保健医療科学院)

委員：川口 奏子 (在宅看護研究センター LLP/日本在宅看護システム有限会社)

川野 和也 (立川市北部東わかば地域包括支援センター)

佐々木亮平 (岩手医科大学)

堀池 諒 (大阪医科薬科大学)

吉川 悦子 (日本赤十字看護大学)

編集後記

2024年も残りわずかとなり年の瀬も押し迫るなか、日本地域看護学会誌第27巻第3号をお届けいたします。本号の冒頭には、本年6月にご逝去されました元理事長の宮崎美砂子先生への追悼文を収めています。宮崎先生の多大な貢献や功績に、心から感謝と敬意を捧げ、ご冥福を心よりお祈り申し上げます。

本号には原著1編、研究報告2編、資料1編の計4編の論文、6月に開催されました日本地域看護学会第27回学術集会における大森純子学術集會長の講演、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」、健康危機支援委員会報告が掲載されています。新任保健師の母親との信頼関係構築のプロセスに関する原著、保健師の効果的なオンラインによる特定保健指導の実施内容に関する研究報告が掲載されており、保健師活動における技術や方法の発展につながると考えます。また、認知症高齢者の生活支援におけるコーディネーションに関連する要因に関する研究報告と看護師基礎教育における認知症ケアでの社会資源創出のための学習教材の開発に関する資料は、認知症ケアの実践や教育に重要な示唆を与えてくれるものと考えます。

2010年代前半に警鐘が鳴らされ始めた「2025年問題」のひとつのターニングポイントである2025年が目前となり、地域での健康支援や在宅ケア、地域社会全体で支援する包括的なシステム構築の重要性が増し、地域看護においても看護ケアの拡充、人材の確保、多職種連携の強化など多岐にわたる課題があります。これらの課題解決および高齢者人口がピークを迎える2040年問題に対応するためにも地域看護学の教育と地域看護実践に携わっている方々の協働と研究成果の発信が重要と考えます。地域看護活動の発展につながる知見を広く共有するために、できるだけ多くの会員のみなさまにご投稿いただきますようお願い申し上げます。

(和泉比佐子)

「日本地域看護学会誌」投稿論文の締切について

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

日本地域看護学会誌 第27巻第3号
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.27, No.3

発行日 2024年12月20日

発行 一般社団法人日本地域看護学会
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 (株)ワールドプランニング内
E-mail : jachn@worldpl.jp
<https://www.jachn.net>
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 : wp-office@worldpl.co.jp <https://worldpl.co.jp>
振替口座 : 00150-7-535934