



家族支援

佐藤 美樹

国立保健医療科学院生涯健康研究部

日本地域看護学会誌, 24 (3) : 54-60, 2021

I. はじめに

地域看護学を取り巻く社会状況は、少子高齢化の進展、家族の機能の変化、健康格差の拡大、感染症の流行や自然災害の発生など地域社会のコミュニティの崩壊を背景に、児童虐待・高齢者虐待、社会的孤立、健康格差など、地域の健康課題は個人の力量だけでは解決し得ないものが増大している。

社会的存在である個人は、生活の大半を何らかの集団（家族、学校、仲間、職場など）に所属し、そこでさまざまな影響を受ける。たとえば、個人は家族の一員として生活するなかで、親や家族員の習慣や健康に関する保健行動、価値観、地域の伝統や慣習などの影響を受ける。そのため、家族の健康問題は、個人のみならず他の家族員の健康にも影響を及ぼすのである。家族は個人と地域社会を媒介するものであるから、地域社会の基本的な単位である家族を対象とした支援を行うことは、個人の健康問題への働きかけおよび地域社会の健康課題解決への働きかけとなる。少子高齢化の進展や家族機能が弱体化している現在、家族内の関係性の調整や地域との関係性の構築などの視点から、家族を社会のなかの1つの単位としてとらえ、支援の対象とすることで、個人・家族のセルフケア機能の向上と地域の健康づくりへつなげることが重要である。

本稿では、家族支援に用いられる理論や家族アセスメントモデル、代表的な評価指標を紹介し、地域看護実践における活用方法について述べる。

II. 家族支援に関わる概念整理

1. 家族の定義

家族という概念は、時代や社会、地域の文化などによって、多様な意味をもち、定義する人の根拠とする理論によってさまざまに定義されている。代表的な定義には次のようなものが挙げられる。

Hansonら¹⁾は、「家族とはお互いに情緒的、物理的、そして/あるいは経済的サポートを依存しあっている2人かそれ以上の人々のことである。家族のメンバーとは、その人たち自身が家族であると認識している人々である」としている。Friedman²⁾は、「家族は相互に情緒的に巻き込まれ、地理的に近くで生活をしている人々（ふたり以上の人々）からなる」と定義している。家族ケア研究会の島内ら³⁾は、家族ケアにおける家族の定義を「同居して（または近隣に住み）生計を同じく（または別に）している共同体（夫婦、親子、血縁者など）として生活し、独自の保健機能を持つ健康問題の予防・発見・ケアの基本的単位である」としている。いずれの定義においても、血縁関係だけでなく、情緒的な親密さや支え合い、そして構成員が家族と認識している集団のことを家族と定義している。

2. 家族に焦点を当てる必要性

Hansonら¹⁾は、家族看護学のさまざまな専門領域の背景として、4つの異なったアプローチが存在すると述べている。4つのアプローチは、①背景としての家族（個人のアセスメントとケアに焦点を当てる）、②クライエ

ントとしての家族(すべての家族成員がアセスメントの対象), ③システムとしての家族(相互作用のシステム), ④社会の構成要素としての家族(家族は健康, 教育, 宗教, 経済などの社会のなかの組織の1つ)である。家族と地域社会の組織との接点に焦点を当てる地域看護学は, 特に4つ目のアプローチからその基盤の多くが取り入れられてきた¹⁾。地域看護実践においては, 地域住民全体の健康をよりよい状態にするという目標を念頭において, 個人・家族のセルフケア機能の向上を目指して支援を行う。さらに, 家族のセルフケア機能が地域社会とどのように影響し合うのかをとらえ, 地域の健康づくりへつなげることが重要である。

3. 家族を理解するための理論

家族および家族看護に関する理論は, それを構成する要素のなかにさまざまな概念も内包している。代表的なものとして, 家族システム理論が挙げられる⁴⁾。家族システム理論は, 1945年に生物学者のBertalanffyが提唱した一般システム理論に基づいて家族をとらえた理論である。また, 家族療法の潮流を生み出した文化人類学者のBatesonにより, 生物系システム(Living System)に直線的な思考には限界があり, 循環的因果関係でとらえなければならないという理論が追加され, 家族システム理論の基礎ができた⁴⁾とされる。

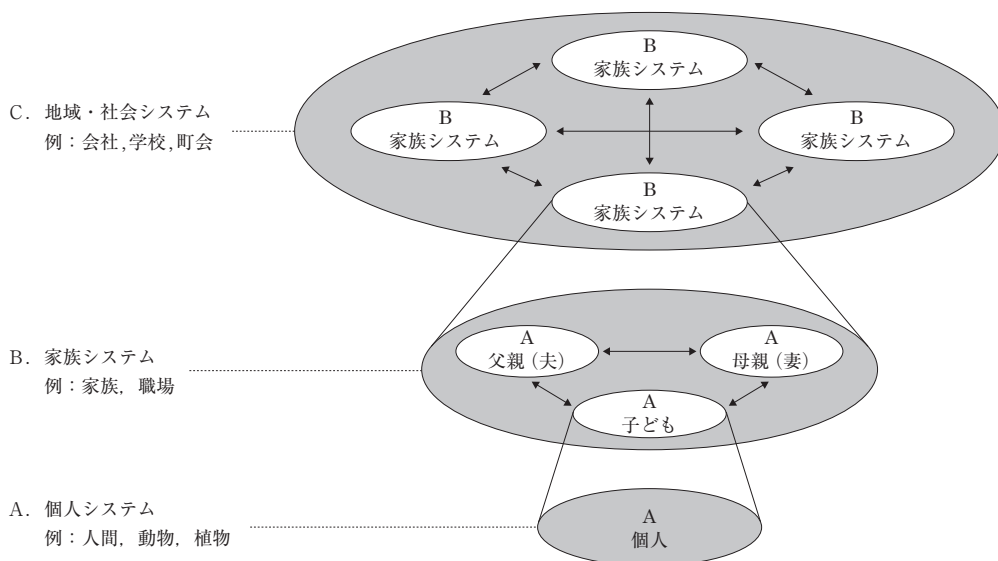
家族システム理論において家族は, 複数の個人が相互に関連しあって形成されているシステムととらえてい

る。家族システムには, 表1に示すような5つの特性がみられる⁴⁾。このような特性から, 家族成員の1人に働きかけることは, 何らかの形で家族全体に影響を及ぼし, さらにその属する地域社会に波及することが理解できる。システム理論のなかでは, システムを階層的な体系と想定しており, 家族もその階層レベルのなかに位置づけてとらえる^{5,6)}とされている(図1)。地域看護実践においては, 家族を1つひとつの要素が結びつきあって相互に作用しあうシステムとしてとらえ, 家族単位で支援していくことがよりいっそう求められる。

表1 家族システムの特性

①全体性	家族は複数の家族員によって構成されるが機能するのは家族全体であり, 家族の一員の変化は家族全体の変化として現れる。
②非累積性	家族成員間の相互作用には相乗効果があり, 全体としての機能は家族成員の機能の総和以上のものとなる。
③恒常性	家族システムは, システム内外の変化に絶えず対応して安定状態を取り戻そうとする。
④循環的因果関係	1家族成員の行動は家庭内に次々と反応を呼び起こす。
⑤組織性	家族成員同士は, 独立した存在であると同時に, 夫婦, 親子などのいくつかのサブシステムを形成する。また家族には, 階層性と役割期待がある。

出典: 文献4) より作成



出典: 文献5, 6) を参考に筆者が作成

図1 システムの階層性

表2 代表的な家族アセスメントモデル

モデル名	理論的背景	説明	特徴
フリードマン家族看護アセスメントモデル ⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・家族システム理論、家族発達理論、構造―機能理論を基盤としている。 ・家族を地域社会、社会システムの下位システムとしてとらえ、構造・機能・家族以外の社会システムとの関係性に焦点を当てて家族を理解しようとするものである。 	A. 基礎資料：家族構成、家族形態、文化的背景、宗教、社会的地位、趣味・余暇活動 B. 家族の発達段階と家族歴 C. 環境：居住タイプ、地域の環境、居住年数、地域のコミュニティサービス等 D. 家族構造：役割構造、家族の価値観、コミュニケーションパターン、勢力構造 E. 家族機能：感情機能、社会化、ヘルスケア F. 家族のストレスと対処・適応	<ul style="list-style-type: none"> ・地域社会との関連を明確に示されており、保健師や訪問看護師が地域で健康課題を抱える家族への支援に活用できる。 ・支援者が家族に面接する際の家族アセスメントのガイドラインがある。
家族生活力量モデル ^{9,10)}	<ul style="list-style-type: none"> ・地域看護実践者の実践知を帰納的に理論化したもので、家族の生活力量を明らかにするモデルである。 ・家族生活力量の基盤となる考え方は、ケア対象の健康問題が解決されることにとどまらず、自らの健康問題や課題に気づき、それを自ら解決していく力量（セルフケア力およびエンパワメント）を身につける、あるいはそのような力を拡大することにある。 	1. 家族の健康問題に対する生活力量アセスメント指標： ①家族のセルフケア力（4項目） a. 健康維持力, b. 健康問題対処力, c. 介護力または養育力, d. 社会資源の活用力 ②家族の日常生活維持力（5項目） e. 家事運営力, f. 役割再配分補完力, g. 関係調整・統合力, h. 住環境整備力, i. 経済・家計管理力 ③家族生活力量に影響する条件（3項目） j. ライフサイクル, k. 社会資源, l. 自然・社会環境 ※アセスメントの際には上記9項目に加えて必要である。 2. 家族生活力量アセスメントスケール： ①上記の指標を開発する過程で抽出された項目を構成概念として開発 ②9領域106項目（簡易版は60項目）の質問文で構成	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント方法として、事例の健康問題や同指標によるアセスメント結果によって、家族システム論や家族危機管理理論などを用いて、さらにアセスメントを深めていく。 ・アセスメントスケールは、9領域おのおのの得点を質問数に応じた割合に換算し、レーダーチャートに示すことにより、家族生活力量を視覚的に把握できる。
家族看護エンパワメントモデル ¹¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・家族システム理論、家族発達理論、家族ストレス対処理論、シンボリック相互作用論、オレムのセルフケア理論を基盤としている。 ・疾患や障害をもつ人を抱えている家族が、より健康的な日常生活を営めるように、家族が力を発揮できるように援助するモデルとして開発された。 	1. 家族エンパワメントモデルの構造：「家族の病気体験の理解」を基盤とし、「家族との援助関係の形成」と「家族アセスメント」を行い、「家族像の形成」し、「家族エンパワメントを支援する看護介入の実践」を行う構造となっている。 2. 家族アセスメントの視点： ①家族構成、②家族の発達段階、③家族の役割関係、④家族の勢力関係、⑤家族の人間関係・情緒的關係、⑥家族のコミュニケーション、⑦家族対処行動や対処能力、⑧家族の適応力や問題解決能力、⑨家族の資源、⑩家族の価値観、⑪家族の期待・希望、⑫家族のセルフケア能力 3. 家族への看護介入： ①家族の日常生活、セルフケアの強化 ②家族への情緒支援の提供、家族カウンセリング ③家族教育 ④家族の意思決定への支援とアドボカシー ⑤家族の役割調整 ⑥家族関係の調整およびコミュニケーションの活性化 ⑦家族の対処行動と対処能力の強化 ⑧親族や地域社会資源の活用に関する支援 ⑨家族発達課題の達成への支援 ⑩家族危機に対する働きかけ ⑪家族の力の育成	<ul style="list-style-type: none"> ・どのような家族にも活用できるが、家族成員が健康問題をもち、支援者とかわる場合により適している。 ・家族看護エンパワメントガイドラインが作成されている。

Ⅲ. 家族支援に関する評価指標および活用状況

家族支援を展開するために、さまざまな家族アセスメントモデルや評価指標が国内外で開発されている。それぞれに特徴があり、対象となる個人・家族の状況に最適なものを選択して使用することが必要である。

1. 家族アセスメントモデル（表2）

フリードマン家族看護アセスメントモデル⁷⁾は、支援者が家族に面接する際のガイドラインとして開発されたもので、家族を地域社会、社会システムの下位システムとしてとらえ、構造・機能・家族以外の社会システムとの関係性に焦点を当てて家族を理解しようとするものである。表2に示したA～Fの6つの領域からなる。地域

社会との関連が明確に示されており、保健師や訪問看護師が地域で健康課題を抱える家族への支援に活用できる。しかし、アセスメント項目が詳細に設定されているため、地域社会における全体像を明確にする際には有効であるが、多くの時間が必要とされることから、介入にあたって短時間でアセスメントができるように短縮版アセスメントモデルが開発されている⁸⁾。

家族生活力量モデル⁹⁾は、地域看護実践者の実践知を帰納的に理論化したもので、家族の生活力量を明らかにするモデルである。家族生活力量とは、家族が健康生活を営むための知識、技術、態度、対人関係、行動、情動が統合されたもので、家族が健康問題や課題に気づき、それを自ら解決していく力量（セルフケア力およびエンパワメント）を身につける、あるいはそのような力量を拡大することとされている¹⁰⁾。家族の健康問題に対する生活力量アセスメント指標は、家族のさまざまな健康レベルにおいて家族が自らのために行動する「家族のセルフケア力（4項目）」と、健康に影響を及ぼす重要な生活要素である「家族の日常生活維持力（5項目）」で構成される。さらにアセスメントの際には「家族の生活力量に影響する条件（3項目）」が必要である⁹⁾。

また、常に変動を繰り返している家族生活力量の充足度を9領域106の共通項目を用いてアセスメントする尺度として「家族生活力量アセスメントスケール」が開発されている。その後、60項目の簡易版スケール¹¹⁾が開発された。このモデルの地域における活用例としては、保健師や訪問看護師による家族生活力量の概念に基づく事例研究が多く報告されている。地域における活用例としては、児童虐待が発生している家族に関する事例的研究¹²⁾、ハイリスク母子への初回訪問と継続訪問における保健師による支援の傾向の分析¹³⁾などがある。事例ごとに9領域のスケール得点から類型化することにより、経時的なアセスメント方法の検討や支援の方向性の検討など、家族の生活力量の向上を目指した支援方法の検討が可能である。

家族看護エンパワメントモデル¹⁴⁾は、家族を1単位のケアの対象としてとらえ、家族自身もてる力を発揮して健康問題に積極的に取り組み、健康的な生活が実現できるように予防的、支持的、治療的な支援を行うことを目指している。家族システム理論、オレムのセルフケア理論等のさまざまな理論、先行研究などから導き出された病者を抱える家族を理解するための視点やアセスメントの視点が含まれている。このモデルでは、12項目

のアセスメントの視点をもとに系統的に情報を収集し、アセスメントを行うことができる。さらに11の看護介入方法が提示されており、必要な介入を選択し実践することができる¹⁴⁾。家族アセスメントの視点をもつことにより、支援の必要な問題を抽出し、家族の力を引き出し、家族が主体的に健康問題に取り組むことが可能となる。地域における活用例としては、母親と子どもが障害を持つ家族の在宅療養の復帰への支援¹⁵⁾や重度心身障がい者を抱える家族への支援¹⁶⁾等の家族エンパワメントモデルを活用した事例検討などが報告されている。

家族アセスメントモデルと合わせて使用すると効果的なツールとして、ジェノグラム（家系図）やエコマップがある¹⁷⁾。いずれのツールも視覚的な記録（資料）であるため、対象者との間で情報を確認したり、共通理解を図ったりすることにも活用ができる。さらに地域とのつながりや社会的ネットワークの状況が明らかとなり、対象者やその家族にとって必要な資源を検討することができる。

2. 家族支援に活用できる尺度

家族支援に活用できる尺度とは、家族社会学、精神医学、心理学などの看護学以外の学問領域で開発された。主にアメリカで開発され、わが国に適用できるように翻訳され用いられている。以下に代表的な尺度を紹介する。

家族アプガー尺度（Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve Score ; Family APGER Score）は、1978年にSmilkstein¹⁸⁾により報告された簡便な家族機能尺度である。家族の構成員が自分の家族についてどう感じているのかを問う内容で構成されている。家族の機能を適応（Adaptation）、伴侶性（Partnership）、成長（Growth）、愛情（Affection）、問題解決（Resolve）の5項目の質問内容からなる。10点満点で採点し、得点が高いほど良好な家族機能を有していると評価する。日本語版として妥当性・信頼性は確認されていないが、養育期の家族を対象とした研究では、得点の低得点群の家族では乳幼児の問題行動が有意に高いこと¹⁹⁾、ライフイベントと家族機能との関連²⁰⁾が示され、乳幼児健診では母親のみならず父親からも情報を得て総合的に家族機能を把握¹⁹⁾し、家族への支援に生かすことの有効性が報告されている。

家族評価尺度（Family Assessment Device ; FAD）²¹⁾は、1983年にアメリカの精神医学の研究者であるEpstein NBらが開発した家族機能を測定する尺度であ

る。家族システム理論を基盤とした60項目4件法の尺度で、「問題解決」「意思疎通」「役割」「情緒的反応」「情緒的関与」「行動制限」「全般的機能」の7つの下位尺度を有する。下位尺度ごとに平均得点が高いほど家族機能が低下していると判断する。日本語版は佐伯²²⁾が作成し、信頼性と妥当性が確認されている。地域における活用例としては、在宅要介護者の摂食嚥下障害と家族機能のうち問題解決機能及び全般的機能との関連²³⁾や母性看護領域の研究では産後うつ予防的介入プログラムの介入効果として家族機能を検討した研究²⁴⁾等がある。

家族支援に必要な実践能力を評価する指標もいくつか開発されている。ここでは、行政保健師に関する尺度を紹介する。保健師の専門能力のなかで家族支援に焦点を当てた評価指標として、松坂らによる行政保健師の家族支援実践力尺度²⁵⁾が開発されている。この尺度は、「支援に必要な家族の発見」「家族理解のための情報収集」「アセスメントと目標設定」「家族への直接的な支援」「地区活動をベースとした家族支援」「家族支援チームの形成」「家族支援の評価」の7因子78項目からなり、妥当性・信頼性が確認されている。実践能力を保健師自身が自己評価により測定し、家族への支援の振り返りに活用できるものである。しかし、尺度としては項目数が多いため、実用化に向けては項目数の精選が課題として挙げられている。他にも保健師の対人支援能力を測定する実践能力および専門能力に関する評価指標が開発されており、本企画連載No.3²⁶⁾とNo.28²⁷⁾で複数紹介されているので合わせて参照してほしい。

IV. 活用できる地域看護実践例

家族支援に関する評価指標について、地域看護の実践および研究における活用方法について述べる。

実践現場においては、第1に家族アセスメントモデルや評価指標を用いた事例検討や保健事業の評価における活用である。健康相談や家庭訪問などの個別支援の場では、多様化・複雑化する家族の潜在的な健康問題を予見し、時間経過のなかで構造的にとらえることによって問題を整理し、個人・家族に対する必要な情報の提供や予防的介入に役立てることができる。たとえば、既存の家族アセスメントモデルには家族の健康と生活の関連のアセスメントの枠組みが示されており、これらを活用することでより効果的に必要なアセスメントを実施できる可能性がある。また、乳幼児健康診査や育児教室などの

集団支援の場においては、支援事例のアセスメントに加えて、事業の評価の双方に活用することができる。たとえば、産後うつ予防的介入プログラムの介入効果の判定にFADを用いた研究では、介入プログラムによる家族機能の強化やうつ症状の抑制に対する効果が報告されている²⁴⁾。FADなどの尺度を集団支援のプログラムの開発に用いることで、プログラムの評価指標として活用していくことができる。

第2に、地域で生活する個人・家族への支援をきっかけとして、地域全体を視野にいれ、住民や関係者と協働した活動を組織的に行う際の活用である。たとえば、多職種で連携して家族支援を行う際に同じ評価指標を共有することで、問題意識の共有や目的の共有、役割分担や支援方法の検討に活用していくことができる。また、対象集団別や地域単位別の分析では、その集団や地域の家族の実態を把握し、共通性を見いだすことで、それらを踏まえた保健事業の企画・立案・運営・評価や保健福祉計画等の策定に必要な基礎的なデータとして活用していくことができる。

第3に、保健師等の個別性に応じた人材育成における活用である。たとえば、理論や家族アセスメントモデルを職場内の事例検討などの機会に用いることで、支援事例の振り返りやアセスメントに必要な情報を系統的に収集するための実践力の向上に役立てることができると考えられる。また、家族支援の実践能力は現場での経験を積み重ねることによって高められていく^{25, 28)}専門的技術であるため、家族支援実践力尺度などの対人支援能力を測定する既存の尺度²⁵⁻²⁸⁾を用いて、経験の節目における自己評価や他者評価を行うことで達成度や今後の課題を確認するための形成的評価に活用していくことができる。

研究においては、共通する課題をもつ集団を対象に家族にかかわる評価指標を活用することで、個人・家族の健康問題の把握にとどまらず、対象集団に共通する健康課題を把握する指標として活用していくことができる。たとえば、3歳児健康診査を受診した児の問題と家族機能(Family APGER score)を調査した研究では、家族機能が低得点群の家族では「育てにくさ」を感じており、児の問題行動が有意に高いという結果が報告されている¹⁹⁾。時間の限られた乳幼児健康診査などの場面では、自ら訴えることができない家族は、支援の必要性があっても見逃される可能性がある。そのため、家族支援においては家族のなかの個人だけではなく家族全体を視野に

入れ、支援の必要性がある家族の健康ニーズをアセスメントできる評価方法を検討していく必要がある。本稿では紙幅の都合で取り上げることができなかったが、このほかにも家族支援に活用できる尺度として、地域で情緒障害児を養育する親やその他の家族員のエンパワメントを評価する34項目3つのレベル(家族、サービスシステム、地域・政治的環境)からなる家族エンパワメント尺度(Family Empowerment Scale)^{29,30)}や、乳幼児健康診査等でさまざまな健康レベルの家族に使用できる26項目5つの下位因子からなる幼児をもつ親の家族エンパワメント尺度³¹⁾も開発されている。地域看護実践においては、多様化・複雑化する家族の潜在的なニーズをどのようにアセスメントするかということに困難を感じる場面がある。今後は、本稿で紹介した家族アセスメントモデルや尺度等の評価指標を組み合わせて活用するとともに、家族支援のアウトカム評価に活用できる尺度を用いた研究のさらなる発展が期待される。

以上のことから、地域における家族支援の実践や研究の発展のためには、まずこれらの評価指標を活用し実践能力を高めること、次いで現場の実践者と研究者が共同で研究を行える体系的な人材育成体制の構築、さらに既存の評価指標を用いた実践的研究の蓄積とさらなる有用な評価指標の開発が求められる。

【文献】

- 1) Harmon Hanson SM・Boyd ST：第1章 家族看護学とは。Harmon Hanson SM・Boyd ST, 村田恵子・津田紀子・荒川靖子(監訳), 家族看護学—理論・実践・研究, 3-32, 医学書院, 東京, 2001.
- 2) Friedman MM：家族についての概論。Friedman MM・野嶋佐由美(監訳), 家族看護学 理論とアセスメント, 3-19, へるす出版, 東京, 1993.
- 3) 家族ケア研究会：第1章 家族ケアの基本。家族ケア研究会, 家族生活力量モデル アセスメントスケールの活用方法, 1-4, 医学書院, 東京, 2002.
- 4) 鈴木和子：家族を理解するための諸理論。鈴木和子・渡辺裕子, 家族看護学 理論と実践 第4版, 46-60, 日本看護協会出版会, 東京, 2012.
- 5) 野嶋佐由美・川上理子・中野綾美他：6章 家族を理解するための理論や考え方。野嶋佐由美(監修), 家族エンパワメントをもたらす看護実践, 85-93, へるす出版, 東京, 2005.
- 6) 遊佐安一郎：一般生物体システム理論。遊佐安一郎, 家族療法入門：システムズ・アプローチとの理論と実際, 30-36, 星和書店, 東京, 1984.
- 7) Friedman MM：家族のヘルスアセスメント。Friedman MM・野嶋佐由美(監訳), 家族看護学 理論とアセスメント, 131-360, へるす出版, 東京, 1993.
- 8) 法橋尚宏・福島道子・長戸和子他：家族アセスメントモデル 家族支援モデル。法橋尚宏(編著), 新しい家族看護学 理論・実践・研究, 80-118, メヂカルフレンド社, 東京, 2010.
- 9) 福島道子・島内 節・亀井智子他：「家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標」の開発。日本看護科学会誌, 17(4)：29-36, 1997.
- 10) 家族ケア研究会：第2章 家族生活力量モデル。家族ケア研究会, 家族生活力量モデル；アセスメントスケールの活用方法, 5-11, 医学書院, 東京, 2002.
- 11) 家族ケア研究会：第3章 家族アセスメントツール。家族ケア研究会, 家族生活力量モデル；アセスメントスケールの活用方法, 13-23, 医学書院, 東京, 2002.
- 12) 福島道子・北岡英子・大木正隆他：「家族生活力量」の視点に基づく児童虐待が発生している家族に関する事例的研究。日本地域看護学会誌, 6(2)：38-46, 2004.
- 13) 守村里美・白井英子・岩本 泉：ハイリスク母子への家庭訪問における保健師の支援の傾向と課題：家族生活力量モデルを用いた初回訪問と継続訪問の分析から。保健師ジャーナル, 64(7)：642-647, 2008.
- 14) 野嶋佐由美・中野綾美：家族エンパワメントをもたらす看護実践。へるす出版, 東京, 2005.
- 15) 坂井麻耶・石見和世：母親と子どもが障害を持つ家族の在宅療養復帰への支援：家族エンパワメントモデルを用いて。家族看護, 2：140-147, 2012.
- 16) 市川百香里：重度心身障がい児を抱える家族の支援：障がいを持つ子どもの家族に焦点を当てて。保健師ジャーナル, 74(9)：758-763, 2018.
- 17) 草場ヒフミ・小野智美：第5章 家族アセスメントと介入。SM ハーモン ハンソン・ST ボイド・村田恵子・津田紀子・荒川靖子(監訳), 家族看護学—理論・実践・研究, 89-106, 医学書院, 東京, 2001.
- 18) Smilkstein G：The family APGAR：a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6：1231-1240, 1978.
- 19) 和田紀子：三歳児健診を受診した児にみられる問題と家族機能の評価。小児保健研究, 59(1)：25-34, 2000.
- 20) 塩川広郷：幼児の養育者用ライフイベント質問票の作成。自治医科大学紀要, 30：165-172, 2007.
- 21) 鈴木和子：家族の形態と機能。鈴木和子・渡辺裕子, 家族看護学；理論と実践 第4版, 34-42, 日本看護協会出版会, 東京, 2012.
- 22) 佐伯俊成：Family Assessment Device (FAD) 日本語版の信頼性と妥当性。精神科診断学, 8(2)：181-192, 1997.
- 23) 松田明子：在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無

- と家族機能との関連. 老年社会科学, 25(4): 429-439, 2004.
- 24) 新井陽子: 産後うつ予防的看護介入プログラムの介入効果の検討. 母性衛生, 51(1): 144-152, 2010.
- 25) 松坂由香里・荒木田美香子: 行政保健師の家族支援実践能力尺度の開発: 信頼性・妥当性の検討. 家族看護学研究, 22(2): 74-86, 2017.
- 26) 吉岡京子: 保健師の実践能力. 日本地域看護学会誌, 17(3): 93-96, 2015.
- 27) 塩見美抄: 保健師の専門能力とその評価指標に関する概観. 日本地域看護学会誌, 24(2): 76-82, 2021.
- 28) 佐伯和子・和泉比佐子・宇座美代子他: 行政機関に働く保健師の専門職遂行能力の発達: 経験年数群別の比較. 日本地域看護学会誌, 7(1): 16-22, 2004.
- 29) Koren PK, Dechillo N, Friesen BJ: Measuring empowerment in families whose have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37(4): 305-321, 1992.
- 30) 涌水理恵・藤岡 寛・古谷佳由理他: 障害児を養育する家族のエンパワメント測定尺度Family Empowerment Scale (FES) 日本語版の開発. 厚生指標, 57(13): 33-41, 2010.
- 31) 佐藤美樹・荒木田美香子・金子仁子他: 幼児を持つ親の家族エンパワメント尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌, 67(2): 121-133, 2020.