

目次

巻頭言

- 3 地域看護のソーシャルイノベーション
大森純子

原著

- 4 1歳6か月児健康診査に来所した親子への保健師の問診技術
大比叡和子・尾崎伊都子・門間晶子

- 13 就労介護者の仕事と家庭役割間の葛藤と
就労継続への意思との関連
深山華織・河野あゆみ

研究報告

- 21 地域包括支援センターの看護師が行う地区活動の特徴に関する
質的記述的研究
佐藤太地・井口 理・石田千絵

- 31 乳幼児虐待予防に向けて市町村保健師が支援の必要な
「気になる親子」を判断するためのアセスメントの視点
飯塚瑞季・大澤真奈美・行田智子

第26回学術集会報告：学術集会長講演

- 43 学校保健からみた地域包括ケアシステム
荒木田美香子

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

- 50 健康生成論とストレス対処力SOC
戸ヶ里泰典

編集後記

- 57 田口敦子

Contents

Preface

- 3 Social Innovation in Community Health Nursing; The Challenge of Nursing to Enhance Social Inclusion
Junko Omori

Original Articles

- 4 Interview Skills of a Public Health Nurse at Health Check-ups for One-and-a-half-year-olds and Their Parents
Kazuko Obie, Itsuko Ozaki, Akiko Kadoma
- 13 Relation between Working Caregivers' Work-family Conflicts and Their Intentions to Continue Working
Kaori Fukayama, Ayumi Kono

Research Reports

- 21 Qualitative Descriptive Research on the Local Activities of Community Comprehensive Support Center Nurses
Taichi Sato, Aya Iguchi, Chie Ishida
- 31 Perspectives of Assessment for Municipal Public Health Nurses to Determine "Parents and Children of Concern" in Need of Support in Preventing Child Maltreatment
Mizuki Iizuka, Manami Osawa, Tomoko Nameda

The 26th Annual Conference of JACHN : Presidential Address

- 43 Community Comprehensive Care System from the School Health Perspective; Focusing on Smoking Prevention
Mikako Arakida

Index for Utilization in Community Health Nursing

- 50 Salutogenesis and Sense of Coherence; Concepts and Measurements
Taisuke Togari

Editor's Note

- 57 *Atsuko Taguchi*

巻頭言

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——

大森 純子

東北大学大学院医学系研究科
(第27回学術集会長)

日本地域看護学会誌, 26(3):3, 2023

来年度の日本地域看護学会第27回学術集会は東北地方初開催となります。2024年6月29日(土)・30(日)の2日間、メインテーマ『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——』を掲げ、杜の都仙台で行います(8月31日までオンデマンド開催)。東北地方は超高齢少子社会の先進地域です。日本の総人口は2020年に1億2,615万人でしたが、50年後には8,700万人になると予測され、この人口減少の問題は静かなる有事といわれています。ここ東北では、急速に進む人口減少による過疎化や自治組織の終活など人々の生活の質に関わる課題に住民とともに向き合い、新しい考え方や発想、新たな価値を創出する諸活動が展開されています。

イノベーションには、物事の新しい見方やとらえ方、新たな視点の入れ方や思考の切り口を指す新機軸と、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。現在、企業、大学、研究機関、行政による産学官の連携を通じてさまざまな分野で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、だれもが快適で活力に満ちた質の高い生活を送ることができる人間中心の未来社会を実現しようとする日本の未来社会 Society5.0 構想が動き出しています。国家として、IoTですべての人とモノがつながり、人工知能やロボットなどの技術を用い、年齢や障害などによる労働や行動の制限、少子高齢化や過疎化の地域の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”を通じて、これまでの閉塞感を打破し、希望をもてる社会、世代を超えて互いに尊重しあえる社会、1人ひとりが快適に活躍できる社会をつくらうとしています。

このような未来社会を目指す動きのなかで、地域看護はどのような新機軸をもち、どのような社会的意義や新たな価値を生み出す活動を展開できるでしょうか。国家資格を有する看護職は、最先端技術をだれも取り残さない包容力の高い地域社会づくりに利活用し、自身が所属する地域コミュニティにおいて人々の生活の質とそれを支えるケアシステムを保障する責任があります。コミュニティは人類の文明の進歩とともに、血縁を中心とした原始家族的コミュニティ、狩猟や農耕を中心とした生活共同体コミュニティ、産業活動を中心とした都市コミュニティ、時間と空間を超えて常に影響し合うグローバルコミュニティへと変化してきました。これから、最先端技術を駆使した人間中心の包摂的コミュニティの時代が本当に訪れるのか、人々の健康の保持増進、生活の質の向上、地域でケアすることを専門とする私たち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思います。

第27回学術集会では、地域看護の新機軸を共有し、未来志向で意見交換する。学際的交流を通じて参加者間の学び合いがそれぞれの立場で実践、教育、研究を推進する熱量となり、個人の気づきや閃きが連鎖して地域看護学の新たな価値創造の原動力になることを祈念します。

1歳6か月児健康診査に来所した親子への保健師の問診技術

大比叡和子¹⁾, 尾崎伊都子²⁾, 門間晶子²⁾

抄 録

目的：本研究の目的は、1歳6か月児健康診査における保健師の問診技術を明らかにすることである。

方法：自治体に勤務する母子保健業務が経験豊富な保健師に対し、インタビューを行った。インタビュー内容は、問診での親子に対する着眼点や、問診を進める際の工夫点とした。分析は質的記述的方法を用いて行った。

結果：研究協力者は、自治体に勤務する9人の保健師とし、保健師経験年数の平均は23.0年 (SD=6.5)、このうち母子保健分野での経験年数の平均は19.8年 (SD=5.4)であった。1歳6か月児健康診査に来所した親子への保健師の問診技術として【第一印象や問診票に記載されている内容から、さらに詳しく把握すべき情報に目星をつける】【母親の表情、口調から健康問題にどこまで深く立ち入るかを見極め、問診後の対応を方向づける】等、8個のカテゴリー、31個のサブカテゴリーが生成された。

考察：保健師の問診技術は、支援の始まりとなる関わりのかきかけをつくり助言を行うとともに、特に継続支援が必要な人には会話を通して母親の課題に対する気づきを促し、問診で立ち入るラインを見極め、個別保健指導を含む次の段階への方向づけをするものであった。

【キーワード】保健師、1歳6か月児健康診査、問診技術

日本地域看護学会誌, 26 (3) : 4-12, 2023

I. 緒 言

市町村による母子保健事業のひとつである乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）は、母子保健法第12条・第13条に規定され、1歳6か月児健康診査（以下、1歳6か月児健診）、3歳児健康診査が定められている。わが国の母子保健事業の根幹をなし、子どもの心と身体の健康の保持増進と疾病・異常の早期発見を主たる目的として実施されてきた。しかし、近年の母子を取り巻く環境の変化に伴い、乳幼児健診の内容も発達・発育を確認するだけでなく、子どもの「育てにくさ」を感じる親への支

援を含むものとなっている¹⁾。

乳幼児健診の保健指導の目的は親子の顕在的および潜在的な健康課題を明確化し、その健康課題の解決に向けて親子が主体的に取り組むことができるように支援することである。その一連の保健指導のなかで対面式の問診の役割は、「親子の健康課題の明確化」と位置づけられている¹⁾。2府4県で保健師長もしくは母子担当責任保健師に実施された調査では、乳幼児健診で保健師は対象者と関わる回数や場面が多く、特に問診と個別保健指導において主に関わっていた²⁾。

熟練保健師は五感を使いながら親子の状況を把握するなど、多種多様な問診技術を駆使している³⁾。保健師は健診の問診をはじめ、観察の機会が多いため、経験則による「勘」も保健師の技術のひとつであり、「勘

受付日：2023年1月30日／受理日：2023年9月5日

1) Kazuko Obie：相山女学園大学看護学部

2) Itsuko Ozaki, Akiko Kadoma：名古屋市立大学大学院看護学研究科

によって、問題点を的確に抽出する能力が備わってくる⁴⁾。しかし、このような技術は、系統的な知識と経験の活用から備わるものであり、新任期からすぐに身についてくるものではない。健診結果の判断基準の有無やフォロー方法には保健師間で差がみられ、健診における子育て支援の充実に、保健師の関わり方が大きく影響することが指摘されている^{2,5)}。

乳幼児健診での支援技術に関して、1歳6か月児健診の個別保健指導場面を明らかにした研究⁶⁾では、短時間で母親の話を聞きそのニーズを満たすという、より高度な技術であることを示唆している。都筑⁷⁾は、保健師が乳幼児健診で母親に視点をおき、育児や生活の困難性から「援助の必要性を見極める」プロセスとそのためを用いた看護技術を示しており、そのひとつとして問診での観察やアセスメントの視点について示している。乳幼児健診の問診は、限られた時間で親子との関係性を築き健康課題を明確化するという高度な技術を必要とするにもかかわらず、健診の問診票に基づいて行われるため、そのプロセスが記録に残らない可能性が高い。人間ドックにおける問診技術向上のための検討報告⁸⁾や、高度実践看護師の疾病管理能力のひとつとして問診に必要な能力を明らかにした研究報告⁹⁾はあるものの、保健師の乳幼児健診の問診技術を明らかにした研究は見当たらない。国外の母子保健や母子健診の報告に目を向けると、途上国の母子健診に必要な健診項目を検討した報告¹⁰⁾はあるものの、身体的な異常や疾患の早期発見に関する内容が中心であり、乳児の発達についても離乳食や予防接種と関連する項目にとどまり、看護師や保健師の問診技術については明らかにされていなかった。また、欧米先進国等の小児科の面接技術に関する研究として学生に関する報告¹¹⁾はあるが、看護職の問診技術に関する研究は見当たらなかった。問診技術を可視化し保健師間で共有、伝達を促進するためには、実践知として明らかにする必要がある。

本研究は、1歳6か月児健診における保健師の問診技術を明らかにすることを目的とする。1歳6か月という月齢は、乳児期から幼児期へ移行し、ひとり歩きや意味のある単語を話し始める節目の時期である。子どもの発達や成長は母親にとって励みとなることが多い一方で、1歳6か月児特有の自立心の芽生えや行動範囲の拡大は母親のストレス増加をもたらす、育児不安をもつ要因のひとつとなる¹²⁻¹⁴⁾。2~3歳児をもつ母親がイライラと抑制の効かない攻撃性をもつ傾向があるのに対して、1

歳児をもつ母親は心配や戸惑いをもつ傾向があるといわれている¹⁵⁾。このように発達段階によって親が抱える心配ごとは変化するため、1歳6か月児と3歳児では乳幼児健診における指導内容や支援方法も異なり、月齢に応じた問診技術の明確化が必要である。本研究は問診技術に関する研究の第一段階として、親の不安が変化しやすい1歳6か月児に焦点を当てる。問診の効果的な技術を提示することは、健診に携わる保健師の共通認識となり、保健師間の経験の差を埋め、支援技術の向上につながる。とともに、経験の少ない保健師のスキルアップのための具体的な研修方法の検討につながる。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

乳幼児健診の保健師の問診技術については明らかにされていないこと、保健師の語りに根づいた分析をしていく必要があることから、半構造化面接による質的記述的研究とした¹⁶⁾。

2. 用語の定義

「乳幼児健診における保健師の問診技術」は、乳幼児健診の問診で、親子の支援ニーズの解決を目的とする保健指導プロセスの導入または一環として、潜在のおよび顕在的な親子の困りごとや支援ニーズを明らかにするために意図的に用いている方法とした^{1,3)}。診察・計測等の結果を踏まえた最後に行う個別の保健指導とは区別する。

3. 研究参加者

研究参加者は自治体に勤務する母子保健活動の経験が豊富な保健師とした。母子保健活動の経験は、「1歳6か月児健診での問診の経験があること」に加え、「母子保健業務における管理的立場の経験があること」または「子育て世代包括支援センターに配属された経験があること」を重視して、研究参加者を選定した。

4. 研究参加者の選定

研究参加者の選定は機縁法とし、研究者らの知人で対象者の選定条件に合う保健師に、研究の主旨や調査方法を説明し研究への協力を求め、同意が得られた者を対象とした。また、対象となった保健師に対象候補者の紹介を依頼し、研究協力への同意が得られた者も対象とした。

表1 研究協力者の概要

	年齢	性別	母子保健業務 経験年数	保健師経験 年数	母子保健業務 の管理的立場	子育て世代包括 支援センターに 配属された経験
A	30代	女性	17	17		有
B	30代	女性	8	9		
C	40代	女性	21	21	有	
D	40代	女性	21	28	有	
E	40代	女性	21	26	有	
F	50代	女性	23	23	有	有
G	50代	女性	27	27	有	
H	50代	女性	23	28	有	
I	50代	女性	17	28	有	有

最終的に研究参加者は9人であった。

5. 調査方法

2021年1～5月にインタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。インタビュー時間は30分程度とした。1歳6か月児健診における保健師の問診技術を明らかにするため、「親子に対する着眼点」「はじめのあいさつ、声かけ、保健師自身の態度」「問診を進める際の工夫点」「問診票に心配なしと記入している母親への対応」「子どもがぐずる、母親のもとを離れようとするなど落ち着かない状況での問診の進め方」「個別保健指導へつなげるという観点で意識していること」「ほかの乳幼児健診と比較し、1歳6か月児健診で意識していること」とした。インタビューでは、対象者が実際の問診場面での状況や意識していることを自由に語れるように配慮した。なお、インタビュー内容は対象者に承諾を得てICレコーダーに録音した。

6. 分析方法

インタビュー内容の逐語録から、保健師が親子へ働きかける際の視点や、どのように親子の状況を理解し親子の抱える健康課題を引き出しているのかに着目して、問診技術が語られている部分を抽出しコード化した。研究参加者同士のデータを比較しながら、研究参加者の類似する内容をまとめてサブカテゴリー化し、サブカテゴリー間の関係性について検討しさらにカテゴリーを生成した。その際保健師の問診技術を用いる意図と意味を解釈し、問診技術の意味を深くとらえていくことに留意した。

分析結果の厳密性を確保するため、分析の過程で指導教員および質的研究の経験のある研究者から、スーパーバイズを受けた。さらに、一旦カテゴリーを生成した段

階で、すべての研究参加者へのメンバーチェックングを質問紙を用いて郵送により実施した。質問紙では、問診技術として生成したカテゴリー・サブカテゴリーについて納得できるかどうかを五肢択一でたずねた。8人から回答が得られ、「納得できる」以外の回答が得られた10サブカテゴリーについてデータとコードに立ち返り、その内容を適切に示すサブカテゴリー名になるよう再考を行った。

7. 倫理的配慮

研究の主旨、研究方法、研究参加と取りやめについての自由意志の確保、不参加による不利益の排除、匿名性の確保、研究結果の公表について文書と口頭で説明し、書面による同意を得た。名古屋市立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認日2020年12月28日、ID:20022-3)。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は9人で、すべて女性であった(表1)。平均年齢は46.0歳(SD=7.4)、保健師経験年数の平均は23.0年(SD=6.5)であった。このうち母子保健分野での経験年数は平均19.8年(SD=5.4)であった。母子保健業務の管理的立場を経験している者は7人、子育て世代包括支援センターの業務経験を有している者は3人であった。

2. 1歳6か月児健診における問診技術

1歳6か月児健診における保健師の問診技術として、8カテゴリー、31サブカテゴリーを生成した(表2)。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕, 具体的な

表2 1歳6か月児健康診査における保健師の問診技術の特徴

カテゴリー	サブカテゴリー
第一印象や問診票に記載されている内容から、さらに詳しく把握すべき情報に目星をつける	母親の身だしなみから暮らしぶりを嗅ぎ取る 問診票の字体から、神経質や几帳面など母親の性質をキャッチする 母子健康手帳や問診票のにおいや状態など、嗅覚や視覚から入る事項によって情報収集の範囲を広げる 子どものにおい、洋服の汚れから、適切に養育されていない可能性を感知する 目にとまる問診項目は、追加で質問をすることであいまいな点を具体化し、掘り下げる
垣間みえる母親の姿から育児行動を推察する	子どもの行動を見守らずに口や手を出してしまうなど、隙間に普段の母親の育児行動を見つける 待ち時間や移動時、母親の子どもに対する声のかけ方から、親子関係を推察する
母親が醸し出す健診従事者への距離感を探り会話を進めていく	母親の話し方や振る舞いを観察し、距離の取り方や話し口調を決める 母親の緊張感や子どもの様子を見て、どちらへ最初にアプローチするとよいか決める 母親が答えやすい質問に見当をつけ、そこから会話を開始する 小児科医に相談できる機会であるなど、健診の流れや目的を説明する 母親の頑張る姿勢や行動を言葉にしてねぎらう
母親が落ち着いて話せるきっかけをつくる	ぐずる子どもだけを見て評価せず、母親から子どもの普段の様子を聞く 親子が落ち着いて問診に参加できる場所やきっかけをつくる
母親の抱える不安や困りごとから、健康課題につながる情報を整理する	母親の目の動きに注目し、視線を合わせないときは、拒否的な気持ちで来所した可能性を推察する 母親の答え方、声のトーンから不安や自信の低さを読み取る 母親が子どもの発達をどのように保健師に伝えるのかに着目する メンタルヘルスに心配のある母親の健康状態は、問診票の記載だけでなく、聞き取りで再度確認する 毎日、子どもと向き合う母親が、なにに困っているのかを引き出す質問をする 問診票の家族構成を基点に父親をはじめとした家族全員の関係性や育児の協力体制を確認する
子どもの動き方や振る舞いから、この時期に重視すべき発達の状況を確認する	子どもが母親を求める行動をしているか観察する 子どもと最初に対面したとき、周囲へどのような反応を示すのか観察する 子どものひとり歩きの様子から、その可否と落ち着きのない行動の有無を確認する
子どもの発達に対する母親の理解の程度に合わせた対応をする	自我が芽生えた子どもに振り回される母親に共感し、子どもの成長を認める 母親が子どもの発達の遅れを受け入れられないときは、その気持ちや発言を肯定する 目の前の子どもの様子を共有し、普段の様子を問いかけることで、母親が子どもの発達状況を振り返るきっかけをつくる 伝えたことが母親にとって納得いく内容なのか、どう理解しているかをくみ取り、返す内容を決める 母親が実践しやすい子どもへの関わり方や具体策を示す
母親の表情、口調から健康問題にどこまで深く立ち入るかを見極め、問診後の対応を方向づける	母親の感情の変化を見落とさず、問いかけのどの段階まで答えてくれるのか探りながら問診後の流れにのせる さらに聞きたい内容について、母親から歯切れのよい回答が聞かれれば「あとでゆっくり聞かせてほしい」と会話の余地を残しておく 母親が拒否的な反応の場合、一旦母親の言葉を受け入れ、あとで話ができる関係をつくっておく

語りを「 」で示す。

1) 【第一印象や問診票に記載されている内容から、さらに詳しく把握すべき情報に目星をつける】

保健師は、対面した時点から〔母親の身だしなみから暮らしぶりを嗅ぎ取る〕ことや〔問診票の字体から、神経質や几帳面など母親の性質をキャッチする〕技術を用い、課題を明確化する糸口となる情報を探っていた。そして、「(問診票が)ぐちゃぐちゃになってシミがついているとか(中略)喫煙、たばこを吸っていると母子手帳にもおったりだとか、その人にもおうんだけど、そういうのが少しでもあるといろいろ聞かなきゃなってことは覚悟して聞く(中略)」といった〔母子健康手帳や問診票のにおいや状態など、嗅覚や視覚から入る事項によって情報収集の範囲を広げる〕判断を行い、問診を開始していた。〔目にとまる問診項目は、追加で質問をすること

であいまいな点を具体化し、掘り下げる〕技術を用い、課題の明確化につなげていた。

2) 【垣間みえる母親の姿から育児行動を推察する】

保健師は、健診に対し身構えている母親は、育児の困りごとを表出できない可能性を想定し、「ため息をついたりとか、ちょっとぴりぴりしてたりとか、言葉かけ“早くいらっしやい”」といった家庭での母親の様子を連想させる場面を注意深く観察し、抱えている不安や悩みにつながるものを見過ごさないようにしていた。この技術のひとつは、〔子どもの行動を見守らずに口や手を出してしまうなど、隙間に普段の母親の育児行動を見つける〕ことで、子どもの成長に合わせた関わりを苦手とする母親の、潜在的な支援ニーズをアセスメントしていた。保健師は親子と対面している以外の場面でも、母親の子どもに対する関わり方について観察し〔待ち時間や移動

時、母親の子どもに対する声のかけ方から、親子関係を推察する]技術を用いていた。さらにそのなかでも、母親の子どもに対する声かけや、「お母さんもうどういふふうで待ってるか、ずっとスマホをみてるのか、子どもを目で追ってるのかとか」という点に着目していた。さらには、「子どもがどこかに行っちゃったときに呼びに行くのか(中略)」といった母親が行動を起こすタイミングに注目していた。

3)【母親が醸し出す健診従事者への距離感を探り会話を進めていく】

保健師は、母親の言動や振る舞いから距離感を探りながら、「(母親が)親しげにしてくれば、それに合わせないけどちょっと軽い感じにはするし、問診票の(職業欄に)会社員って書いてある人だと“今日お休みで来てくれたんですか?”(中略)」と〔母親の話し方や振る舞いを観察し、距離の取り方や話し口調を決める〕よう努めて会話を進めていた。また、保健師は「泣いてる子を座らせよう、一生懸命向き合おうとしてくれるお母さんには“こういう初めてのところ苦手だよね、よく来てくれたね”とかその子に合った声かけをしますよね」のように、健診が〔母親の頑張る姿勢や行動を言葉にしてねぎらう〕という、子育ての大変さや困りごとを吐き出してもらう場であることを意識して関わっていた。

4)【母親が落ち着いて話せるきっかけをつくる】

1歳6か月という月齢は、健診会場のように慣れない場では、場所見知りや動き回る姿がたびたびみられる。このため保健師は、「(子どもが)大変なときは、でも“できないね”っていうより、お母さんの話を聞くようにするかな。(中略)お母さんいつもこういう感じ?”と、〔ぐずる子どもだけをみて評価せず、母親から子どもの普段の様子を聞く〕ことで、子どもの状況把握や育児の困難感を引き出そうとしていた。子どもの気持ちを切り替えるため、集団から離れた場所へ移動し〔親子が落ち着いて問診に参加できる場所やきっかけをつくる〕対応をとっていた。

5)【母親の抱える不安や困りごとから、健康課題につながる情報を整理する】

保健師は問診の限られた時間で、潜在的な課題も含め親子が抱える健康課題を探る行動をとっていた。母親と会話を進めながら〔母親の目の動きに注目し、視線を合わせないときは、拒否的な気持ちで来所した可能性を推察する〕技術や、母親が、質問の答えがつかまる、しどろもどろである場合、〔母親の答え方、声のトーンから不

安や自信の低さを読み取る〕技術を用いて、母親が表出しづらい事実がある可能性をアセスメントしていた。

〔(問診で)なにが困ってるのかっていうのを短い時間で見つけるためには、お母さんがなにを感じてどう考えるかっていうのを探ることが一番かなと思うので〕という語りからは、保健師が母親の困りごとは子どもの発達に結びついているという視点を持ち、「家で大変」という母親の言葉を掘り下げていくなど〔毎日、子どもと向き合う母親が、なにに困っているのかを引き出す質問をする〕技術を用いていたことが明らかになった。

6)【子どもの動き方や振る舞いから、この時期に重視すべき発達の状況を確認する】

自由に歩き回る月齢であるものの「子どもがちょっとよろしててもお母さんのところに戻っていくか」という〔子どもが母親を求める行動をしているか観察する〕技術を用いて、子どもの精神的発達や親子の愛着関係をアセスメントしていた。

子どもの名前を呼んでから着席までの非常に短い時間のなかで、「〇〇ちゃんって呼んで目が合うとか(中略)そのあたりもまず座った瞬間はみますよね」のように子どもの反応、座り方等を同時に把握するという、〔子どもと最初に対面したとき、周囲へどのような反応を示すのか観察する〕技術を用いていた。また、診察前の問診で〔子どものひとり歩きの様子から、その可否と落ち着きのない行動の有無を確認する〕技術から、1歳6か月児の発達の到達度を確認するうえで重要な項目のひとつであるひとり歩きだけでなく、保健師は精神発達の問題による継続支援の可能性も見据え、子どもの歩く姿や動きを観察していることが示された。

7)【子どもの発達に対する母親の理解の程度に合わせた対応をする】

問診後の個別保健指導につなぐために、母親が子どもの発達をどうとらえているかを把握することが必要と考え、〔伝えたことが母親にとって納得いく内容なのか、どう理解しているかをくみ取り、返す内容を決める〕技術を用いていた。

「お母さんの表情はすごく気にしています。(中略)その話がお母さんにとって受け入れられるものなのかなっていうところはくみ取りながら話をしてます」と母親の受け止め方の反応を確認していた。また保健師は、母親が子どもの発達の目安や見通しをもって家庭で関わるように〔母親が実践しやすい子どもへの関わり方や具体策を示す〕技術を用いていた。

8)【母親の表情、口調から健康問題にどこまで深く立ち入るかを見極め、問診後の対応を方向づける】

保健師は、親子が抱える健康課題について掘り下げていく際、「怒り口調になる」「すごく不安気になってくる」など母親から発せられるサインを見落とさず、その後の対応を方向づける技術を用いていた。「聞きすぎもやっぱりこれ以上関係が築けなくなってしまって(中略)ここまでではいいかなっていつも考えながら踏み込んではいますけど…」のように「母親の感情の変化を見落とさず、問いかけのどの段階まで答えてくれるのか探りながら問診後の流れにのせる」ことで、母親が健診後の継続支援を受け入れるための準備をしていた。「さらに聞きたい内容について、母親から歯切れのよい回答が聞かれれば「あとでゆっくり聞かせてほしい」と会話の余地を残しておく」技術は、相談を先に進められる、という判断だけにとどめる問診の役割についても示していた。「母親が拒否的な反応の場合、一旦母親の言葉を受け入れ、あとで話ができる関係をつくっておく」ことは、問診で母親の支援ニーズを明らかにできなくても、その後の個別保健指導など相談の場や、従事者が変わることで支援のきっかけをつかめる可能性を残す技術であった。

IV. 考 察

1. 1歳6か月児健診の問診において保健師が用いる問診技術の構成

本研究の結果、保健師は健康課題の明確化のため、親子の状況に応じて多様な技術を駆使していた。明らかになった問診技術の構成、それぞれの問診技術が用いられる意図、公衆衛生看護活動への示唆について考察する。

保健師は、親子を観察する際【第一印象や問診票に記載されている内容から、さらに詳しく把握すべき情報に目星をつける】【垣間みえる母親の姿から育児行動を推察する】技術を用いて得られた情報を咀嚼しながら会話の段取りをつけていた。【母親が醸し出す健診従事者への距離感を探り会話を進めていく】【母親が落ち着いて話せるきっかけをつくる】ことで、母親の会話のペースに寄り添い、健診の最初の出会いの場として信頼関係構築を目指し働きかけていた。問診で育児環境や子育ての状況に関する項目をたずねることで、母親が健診を育児に関する相談ができる場所と認識できるため¹⁷⁾、母親が話してもよいと思える環境が必要である。そして母親の言葉を真摯に受け止めていくことは【母親の抱える不

安や困りごとから、健康課題につながる情報を整理することとなり、親子の困りごとや支援ニーズを探る技術として問診における健康課題の明確化がていねいに行われていた。発達障害児の支援の必要性を見極めるためには、子どもの特徴や発達のかたよりをとらえることに加え、保護者が子どもの発達をどう認識しているか把握する必要がある¹⁸⁾。保健師は【子どもの動き方や振る舞いから、この時期に重視すべき発達の状況を確認する】と同時に、母親が子どもの発達をどう受け止めているか把握する必要がある。そのうえで【子どもの発達に対する母親の理解の程度に合わせた対応をする】ことは、対象によって共感や日常の振り返りなどさまざまであるが、母親を肯定し気づきのきっかけをつくる技術で、問診における助言の役割があると考えられる。【母親の表情、口調から健康問題にどこまで深く立ち入るかを見極め、問診後の対応を方向づける】ことは、母親の反応から問診で立ち入るラインを見極め、個別保健指導および健診後の継続支援のための下準備をする技術で、親子に対する支援の始まりと考えられた。

2. 乳幼児健診の問診における保健師の技術とその意図

1) 第一印象から生活をとらえる

子どもの服装や不衛生さは、それをきっかけに養育態度の詳細な聞き取りへつながるケースが多いため、重要な観察項目である¹⁹⁾。松原²⁰⁾は、文字の書き方と母親の性格や人となりを結びつける視点は保健師特有であり、母親の性格が育児に及ぼす影響を考えながら対象者をとらえる保健師の視点を明らかにしている。本研究の結果において、保健師は「母親の身だしなみから暮らしぶりを嗅ぎ取る」技術を用いており、視覚や嗅覚から観察した情報を親子の生活に結びつけることで養育環境を推察していた。問診の導入段階で、保健師が得るべき情報に目星をつけることは、限られた時間で親子の抱える健康課題を明確化させるために重要である。

2) 母親との関係構築を意識して関わる

熟練保健師は、関係性を築くことを重視した問診を行っている³⁾。本研究で保健師は、健診の最初の出会いの場となる問診において【母親が醸し出す健診従事者への距離感を探り会話を進めていく】技術を用いていた。

片山ら⁶⁾は、1歳6か月児健診で、保健師の「話を聞く姿勢」「態度」「受けとめ」が母親からの「情報収集」「ニーズの把握」に影響し、保健指導の質を左右することを明らかにしている。本研究で保健師は、子どもがぐ

ずる、落ち着かない場合に、話せるひとときやスペースを確保し、話を聞く姿勢を示すことを重要ととらえていた。限られた時間でも【母親が落ち着いて話せるきっかけをつくる】ことで、生活状況や子どもの発達について母親自身による表現を促し、親子のおかれている状況を理解することが必要である。

3) 個別保健指導へ向けた下準備をする

本研究で保健師は、【母親の表情、口調から健康問題にどこまで深く立ち入るかを見極め、問診後の対応を方向づける】ことを意識していた。江口ら²¹⁾は、発達障害の特性をもつ子どもの親に対する支援技術として、消極的、逃避的な様子がみられた場合はその思いを尊重しつつも次回の約束をつなぐ必要性を述べている。問診で健康問題にどこまで立ち入るかを見極め、その後の対応、支援を方向づけることは、母親に健康問題を意識化してもらい個別保健指導へ向けた下地をつくることであると考える。

4) 発達上の課題と関連づけて子どもの動きに着目する

本研究では、【子どもの動き方や振る舞いから、この時期に重視すべき発達の状況を確認する】技術が明らかになった。1歳から2歳という月齢は、子どもと母親との間の情緒的な結びつきがまだ不安定な場合もあるものの²²⁾、〔子どもが母親を求める行動をしているか観察する〕技術は、精神的な発達を確認し健康課題を明確化するうえで必要である。また、たえず動き回る、という子どもの行動をどう解釈するかは母親と保健師で異なるため²³⁾、1歳6か月児健診で保健師が直接観察して、発達上の課題を発見することは重要である。本研究においても、継続的な支援が必要になる可能性を踏まえ、〔子どものひとり歩きの様子から、その可否と落ち着きのない行動の有無を確認する〕技術を用いており、保健師は集団健診という場の特性を生かして、子どもの動き方や特徴的な行動を観察し、発達上の課題につながる動きに着目していく視点が必要である。

5) 会話から母親の問題意識を解釈する

江口ら²¹⁾は、1歳6か月児健診後の継続的支援に対する親の理解を得ることが困難な状況を、母親が求める支援と保健師が必要と考える支援との間にずれが生じている状態と説明し、親の態度や言動に注目し関わりをもつ重要性を示している。本研究で明らかになった〔母親が子どもの発達の遅れを受け入れられないときは、その気持ちや発言を肯定する〕技術は、母親の健康課題に対する認識を探りながら、継続支援を意識した関わりである。

田村²⁴⁾は、家庭訪問援助のニーズ把握について、保健師は対象との人間関係を形成後、再び対象の認識・要望を把握する過程を明らかにしている。問診は、この過程と異なり、後に続く個別保健指導や継続支援で健康課題やニーズを確認する。そのため問診では、健康課題を明確化するだけでなく、母親の子どもの発達に対する考えや認識について引き出し、場合によっては気づきの場となるよう言葉を投げかけることが重要となる。

3. 1歳6か月児健診における問診技術と個別保健指導技術の違い

1歳6か月児健診の個別保健指導では、母親のニーズを把握し、対象者に応じた助言や情報提供を行うことでそのニーズを満たす技術および継続支援の必要性を見極める技術が必要である^{3,6)}。問診票は自答式であるため、限られた時間で主観的な不安要素を重点的に確認でき、養育者の状況や育児環境などについて支援が必要な点の予測にもつながる¹⁷⁾。本研究で保健師は、〔目にとまる問診項目は、追加で質問をすることであいまいな点を具体化し、掘り下げる〕技術により、潜在的ニーズを明らかにし、【子どもの発達に対する母親の理解の程度に合わせた対応をする】ことで問診を起点として始まる支援を意識した介入を行っていた。1歳6か月児健診における問診技術は、より発展した援助的関係を必要とする個別保健指導の技術とは異なり、支援の始まりとなる関わりをのきっかけをつくり、継続支援が必要な人には会話を通して母親の課題に対する気づきを促し、問診で立ち入るラインを見極め、個別保健指導を含む次の段階への方向づけをするものであった。

4. 公衆衛生看護活動への示唆

本研究の結果から、問診において親子の健康課題につながる情報を引き出すためには、問診票の記載内容だけでは把握しきれない母親の心情や子どもに対する関わり方、子どもの動き方や立ち振る舞いを注意深く観察する技術が必要であることがわかった。本研究の結果を活用し、健診従事者が親子の観察ポイントを共有し、問診に適用することが可能であると考えられる。また、問診で健康問題にどこまで深く立ち入るかを見極め、個別保健指導を含む次の段階へ向けた下準備や方向づけをする問診技術が明らかになったため、健診における保健師間の効果的な伝達と、問診で得られた潜在的な健康課題や親子の健康課題に関する情報共有についての検討の必要性が示唆

された。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は異なる自治体に所属しており、乳幼児健診の方法は多少異なると考えられるが、1歳6か月児健診において保健師が共通して用いている問診技術を体系的に明らかにすることができた。しかし、本研究の対象者は同一県内自治体の9人であったことから、他県の自治体に対象を広げた際に個別保健指導等、健診方法が大きく異なる場合には、新たな問診技術が明らかになる可能性がある。今後は、本研究の結果で得られた1歳6か月児健診における保健師の問診技術がほかの自治体においても適応可能な技術であるのかについての検討、および3歳児健診における問診技術についても明らかにしていく必要があると考える。

【利益相反】

本研究における利益相反はない

【謝辞】

本研究にご協力くださいました研究協力者のみなさまに深謝いたします。本論文は2021年度名古屋市立大学大学院看護学研究所に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

【文献】

- 1) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班:標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/tebiki.pdf> (2022年12月19日).
- 2) 都筑千景・村嶋幸代:1歳6か月児健康診査の実施内容と保健師の関わり. 日本公衆衛生雑誌, 56(2):111-120, 2009.
- 3) 平成27年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)【成育疾患克服等総合研究事業】乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究班:乳幼児期健康診査における保健指導と評価の標準的な考え方. <https://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/pdf/fronten.pdf> (2022年12月19日).
- 4) 渡部昭男・君和田容子:鳥取県における障害児の早期発見・対応の現状と課題(Ⅳ). 鳥取大学教育学部研究報告教育科学, 30(2):299-325, 1988.
- 5) 高見知枝:「軽度発達障害」の早期発見・早期支援における保健師の役割と専門性. 滋賀大学大学院教育学研究科論文集, 11:49-60, 2008.
- 6) 片山京子・飯田澄美子:1歳6か月児健康診査の保健指導に関する研究. 小児保健研究, 67(5):790-797, 2008.
- 7) 都筑千景:援助の必要性を見極める:乳幼児健診で熟練保健師が用いた看護技術. 日本看護科学会誌, 24(2):3-12, 2004.
- 8) 六田有紀・盛川恵美子・石本裕美:問診精度向上のための検討. 人間ドック, 29:477-483, 2014.
- 9) 大釜信政・大釜徳政:高度実践看護師に求められる疾病管理能力に関する検討. ヒューマンケア研究学会誌, 3:31-37, 2012.
- 10) 松井由美子・津田朗子:インドネシア共和国マカッサル市の母子健康診査項目と母子保健の課題:保健所と母子病院の比較から. 金大医保つるま保健学会誌, 40(2):85-93, 2016.
- 11) Maree OK, Peter B, Michael S, et al.: The association between maternal ratings of child health interviews and maternal and child characteristics. *Family Practice*, 21(6):684-688, 2004.
- 12) 山崎さやか・篠原亮次・秋山有佳他:乳幼児を持つ母親の育児不安と日常の育児相談相手との関連:健やか親子21最終評価の全国調査より. 日本公衆衛生雑誌, 65(7):334-345, 2018.
- 13) 谷口美智子・小倉由紀子・高田理衣他:東濃地区における第一子幼児(1歳6カ月児)を育てる母親の育児状況と育児ストレスに関する要因の検討. 中京学院大学看護学部紀要, 5(1):41-52, 2015.
- 14) 北村眞弓・土屋直美・細井志乃ぶ:子どもの年齢別にみた母親の育児ストレス状況とストレス関連要因の検討:父親との比較に焦点をあてて. 日本看護医療学会雑誌, 8(1):11-20, 2006.
- 15) 平岡康子・松浦和代・野村紀子:乳幼児をもつ就労女性の育児ストレスと職業性ストレスの分析. 小児保健研究, 63(6):647-652, 2004.
- 16) グレグ美鈴・麻原きよみ・横山美江:よくわかる質的研究の進め方・まとめ方:看護研究のエキスパートを目指して 第2版. 医歯薬出版, 2020.
- 17) 波田弥生・山崎初美・杉本尚美他:乳幼児健康診査における子育て支援の観点からみた要経過観察者のスクリーニングのあり方について. 日本公衆衛生雑誌, 52(10):886-896, 2005.
- 18) 中山かおり・齋藤泰子・牛込三和子:就学前の発達障害児とその家族に対する保健師の支援技術構造の明確化. 日本地域看護学会誌, 11(1):59-67, 2008.
- 19) 宮本知子・伊達久美子・飯島純夫:市町村保健師の乳幼児健康診査における養育問題把握方法と内容. 小児保健研究, 65(2):322-330, 2006.
- 20) 松原三智子:1歳6か月児健康診査で保健師が気になる母子の様子. 北海道科学大学研究紀要, 39:1-8, 2015.
- 21) 江口晶子・荒木田美香子:発達障害の特性をもつ子どもの

- 親に対する熟練保健師による支援過程と支援技術；1歳6か月児健診後の継続的支援の導入が困難な状況に焦点をあてて。家族看護学研究, 25(1)：41-54, 2019.
- 22) 伊藤由香・小林恵子：子どもの発達障害の特性を指摘された母親の子育てにおける体験；発達障害の特性を指摘されてから専門機関の継続的な支援を受けるまで。日本地域看護学会誌, 21(2)：22-30, 2018.
- 23) 伊丹恵子・武本昌子・石井陽子他：発達要支援児の1歳6か月児健康診査問診項目の検討。日本公衆衛生看護学会誌, 6(2)：178-186, 2017.
- 24) 田村須賀子：新生児家庭訪問における援助ニーズ把握に関わる看護職の意図。千葉看護学会会誌, 6(2)：32-38, 2000.

■ Original Article ■

Interview Skills of a Public Health Nurse at Health Check-ups for One-and-a-half-year-olds and Their Parents

Kazuko Obie¹⁾, Itsuko Ozaki²⁾, Akiko Kadoma²⁾

1) Sugiyama Jogakuen University Department of Nursing

2) Nagoya City University Graduate School of Nursing

Objective: This study aimed to determine the interviewing skills of public health nurses during health examinations of children aged 1 year and 6 months.

Methods: Municipal public health nurses with extensive experience in maternal and child health care were interviewed. The focus and points to be considered while conducting the interview were on the parent and child. Qualitative descriptive methods were used for the analysis.

Results: Participants included nine public health nurses employed in local government, with an average experience of 23.0 years (SD=6.5). Of these 23.0 years, they spent 19.8 years (SD=5.4) in the maternal and child healthcare field. Healthcare workers' interviewing skills for parents of children aged 1 year and 6 months who visited for health checkups comprised eight main categories and 31 subcategories: (1) identifying information that requires more detailed questioning through the first impression and information in the questionnaire and (2) determining the extent of information that is required about the health issues based on the mother's facial expressions and tone and orienting their responses after the interview.

Discussion: The public health nurses' interview skills focused on creating an opportunity for involvement and offering advice that would provide support, promote awareness about the mothers' issues through conversation, especially for those requiring continued support, identify the line to enter through the interview, and direct them to the next stage of individualized health guidance.

Key words : public health nurse, health check-ups for one-and-a-half-year-olds, interview skills

■原 著■

就労介護者の仕事と家庭役割間の葛藤と 就労継続への意思との関連

深山華織¹⁾, 河野あゆみ²⁾

抄 録

目的：わが国では、家族の介護を理由とした離職者が増加し、介護者が就労継続できるための支援体制の構築が課題である。そこで本研究では、就労介護者の仕事と家庭役割間における葛藤と就労継続への意思との関連を明らかにする。

方法：対象者は就労介護者3,000人とした。郵送で無記名自記式調査を実施し、696人（有効回答率23.2%）を分析対象とした。調査内容は、基本属性や仕事とワーク・ファミリー・コンフリクト（WFC）尺度（WIF：仕事から家庭への葛藤、FIW：家庭から仕事への葛藤）、退職・転職・就業形態変更への意思とした。

結果：対象者の平均年齢は57.2（SD=8.8）歳で、女性が79.3%であった。退職、転職、就業形態変更の意思がある者は、それぞれ36.2%、24.4%、41.4%であった。ロジスティック回帰分析の結果、WIF高群は低群より、退職の意思（OR=1.57, 95%CI=1.09～2.27）、転職の意思（OR=2.25, 95%CI=1.47～3.45）、就業形態変更の意思（OR=2.84, 95%CI=1.97～4.10）があった。また、FIW高群は低群より退職の意思（OR=1.52, 95%CI=1.06～2.17）、転職の意思（OR=2.37, 95%CI=1.57～3.58）、就業形態変更の意思（OR=2.14, 95%CI=1.51～3.04）があった。

考察：WFCが高い就労介護者は離職意思があり、就労継続が困難となる可能性があることが示唆された。

【キーワード】就労介護者、ワーク・ファミリー・コンフリクト、就労継続、意思

日本地域看護学会誌, 26 (3) : 13-20, 2023

I. 緒 言

わが国では、少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少や、育児や介護との両立など働く者のニーズの多様化による課題に直面している。こうしたなか、就労者の就業機会の拡大や意欲・能力を存分に発揮できる環境をつくることが重要な課題になっており、「働き方改革」が推進されている¹⁾。介護や看護のために離職する介護離職者は2017年には約9万人で、2010年代になって約2倍に増えた²⁾。そのため、就労しながら家族の介護をする者（以

下、就労介護者）の仕事と家庭の両立が可能な働き方を促進することが重要である。

就労介護者は、介護役割を果たすために欠勤する、仕事の責任を減らす、昇進を断る、仕事を打ち切るなどの傾向がある³⁾。一方、介護者が複数の役割を担う利点として、いずれかの役割に不満があった場合の緩衝材として機能する可能性がある⁴⁾ことが示されており、就労介護者の場合、仕事役割を担うことで社会的意義だけでなく介護から離れられストレスが緩和することが考えられる。また家族の介護役割を担うことで、就労継続への意欲につながることも考えられる。これらは先行研究において、社会的相互作用に満足している介護者は否定的な心理症状が少なく⁵⁾、役割負担が少なく介護経験からの

受付日：2022年9月21日／受理日：2023年9月19日

1) Kaori Fukayama：大阪公立大学大学院看護学研究科在宅看護学

2) Ayumi Kono：大阪公立大学大学院看護学研究科地域包括ケア科学

利点が多い⁶⁾ことが示されており、就労介護者にとって仕事と介護役割を両立した生活が維持できることは健康や生活における意義が大きいと考える。

先行研究⁷⁾において、就労介護者の仕事と家庭の各役割は相互関係にあり、就労介護者は役割間の葛藤として定義されるワーク・ファミリー・コンフリクト (Work-Family Conflict ; WFC) を抱えていることが示されている。また、WFCはストレスの原因となり、幸福や行動に影響を与え⁸⁾、仕事の満足度⁹⁾に関連する。就労介護者の支援においては、ケアマネジャーが心理的支援の必要性があると判断する就労介護者は、就労により家庭役割を遂行するうえで葛藤を抱えていることが示されている¹⁰⁾。これらから、就労介護者の仕事と家庭役割間のバランスが保たれ、よりよい将来の展望がもてるよう、個々の意思や特性を踏まえた就労継続ができるための支援の構築が求められる。しかしながら、就労介護者を対象とし、WFCや特性による就労継続の意思への影響については十分に明らかにされていない。そこで、本研究では、就労介護者の仕事と家庭役割間における葛藤と就労継続への意思との関連を明らかにする。

II. 研究方法

本研究は、横断研究として実施した調査¹⁰⁾で得られたデータを再解析した結果について示すものである。

1. 研究対象者

本研究の対象者は、居宅介護支援事業所を利用する要介護高齢者の就労介護者3,000人とした。対象者の選定にあたり、まず居宅介護支援事業所の利用者および介護者を対象に郵送調査を実施した先行研究¹¹⁾の郵送数および回収率を参照し、統計上必要な対象人数を決定した。具体的には、2018年11月末時点で、介護サービス情報公表システムにより検索した全国の居宅介護支援事業所40,794か所より、全国平均以上のケアマネジャーが所属する事業所(常勤換算2.9人¹²⁾以上)18,972か所を抽出した。次に、各都道府県別の事業所数に応じて比例配分を行い、さらに無作為に3,000か所の居宅介護支援事業所を抽出した。また本研究の就労介護者の基準として、仕事に就きながら同居・別居にかかわらず、キーパーソンとして要介護高齢者の日常生活における何らかの援助や意思決定の援助を行っている者とした。金銭的な援助のみや一時的な手助けが必要な場合のみは除外した。

仕事役割は夜勤専従者を除き就業形態を問わず有償の仕事に従事していることを指し、家庭役割は、介護・家事・子どもの世話における無償の作業や業務をもつことを指すこととした。

2. 質問紙の配布と回収

郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。3,000か所の居宅介護支援事業所の管理者宛に研究依頼文書と質問紙を送付した。研究依頼文書には、研究対象とする就労介護者は、管理者がケアマネジャーとして担当する要介護高齢者の主介護者のうち本研究の基準に沿った者とする記載した。選択バイアスを最小限にとどめるため、要介護高齢者の氏名が五十音順で最も早い者を1人選定し、研究依頼文書および質問紙を担当ケアマネジャーから手渡してもらうことを依頼した。回収された質問紙は、就労介護者が765人(25.5%)であり、担当ケアマネジャーから得られたデータとマッチングできる696人(有効回答率23.2%)を分析対象とした。データ収集期間は2019年8~11月であった。

3. 調査内容

1) 基本属性

対象者の基本属性として、その個人特性、就労特性、家庭特性を把握した。個人特性として、年齢(「30歳代以下」「40歳代」「50歳代」「60歳代」「70歳代以上」の5カテゴリーに分類)、性別、婚姻状況(配偶者またはパートナーの有無)、最終学歴(選択肢から1つ選択してもらい、「中等教育以下」「高等教育以上」の2カテゴリーに分類)、要介護者との続柄(選択肢から1つ選択してもらい、「配偶者」「子ども」「義理の子ども」「その他」の4カテゴリーに分類)、要介護者の住居との距離(選択肢から1つ選択してもらい、「同居」「30分未満」「30分以上」の3カテゴリーに分類)、主観的健康観(「よい」「悪い」の2カテゴリーに分類)を把握した。就労特性として、就労形態(選択肢から1つ選択してもらい、「常勤」「非常勤」「自営業」「その他」の4カテゴリーに分類)、介護を理由とした離職経験の有無、介護休業・介護休暇の利用の有無を把握した。家庭特性として、介護・家事・子どもの世話の負担感を把握し、「とても負担がある」「少し負担がある」「負担感が大きい」とし、「あまり負担がない」「まったく負担がない」「負担感が少ない・ない」と分類した。要介護高齢者の状況を正確に把握するため、担当ケアマネジャーに要介護高齢者の年齢、

性別、要介護度を質問紙に回答してもらい把握した。

2) 仕事と家庭役割間の葛藤

対象者の仕事と家庭役割間の葛藤として、WFCを把握した。WFCは、Carlsonら¹³⁾が開発し、信頼性と妥当性が検証されているワーク・ファミリー・コンフリクト尺度 (Work-Family Conflict Scale ; WFCS) の日本語版¹⁴⁾にて測定した。WFCSは、2つの下位尺度で構成され、「仕事から家庭への葛藤 (Work Interference with Family ; WIF)」が9項目、「家庭から仕事への葛藤 (Family Interference with Work ; FIW)」が9項目の計18項目にて構成される。本尺度¹⁴⁾で示されている方法に沿って各質問項目は、「全く当てはまらない (1点)」から「全くそのとおりである (5点)」の5件法で回答を求めた。WIF・FIWの得点の算出方法は、各9項目の得点を加算し、項目数で除した数値を各得点とした。WIF・FIWの各得点範囲は1～5点であり、得点が高いほど葛藤が高いことを示す。

3) 就労継続への意思

対象者の就労継続への意思として、退職の意思、転職の意思、就業形態変更の意思の有無を把握した。

4. 分析方法

説明変数は、対象者のWFCおよび個人特性、就労特性、家庭特性とし、目的変数は就労介護者の就労継続への意思とし、関連性を検討した。分析方法として、まず、対象者のWFCの下位尺度であるWIFとFIWは、先行研究^{15, 16)}を参考にしうえて正規性が確認されたため、それぞれ平均値をカットオフ値として高群/低群に分類した。就労継続への意思は、退職・転職・就業形態変更の各意思をあり群/なし群に分類した。

次に、二項ロジスティック回帰分析にて強制投入法を用いて、対象者の就労継続への意思に対するWIF・FIWに関するオッズ比 (odds ratio ; OR) および95%信頼区間 (95% confidence interval ; 95% CI) を算出した。説明変数を検討する際に、WIF・FIWの群別に対象者の個人特性、就労特性、家庭特性の各変数との単変量ロジスティック回帰分析を行った。その結果、有意な関連のあった対象者の個人特性 (年齢、性別、要介護者との続柄、主観的健康観)、就労特性 (就業形態、介護を理由とした離職経験、介護休業・介護休暇の利用)、家庭特性 (介護負担感、家事負担感) を説明変数として投入することとした。また、説明変数間の分散拡大係数 (Variance Inflation Factor ; VIF) がすべて1.8以下で

あり、多重共線性が認められないことを確認した。統計解析はSPSS Ver. 26を使用し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

対象者に対し、文書にて研究の目的や趣旨、倫理的配慮を説明した。対象者は、要介護高齢者が支援を受けているケアマネジャーを介して研究協力への依頼を受けるため、研究への協力を断りにくい立場におかれていることを十分に考慮し、研究への協力は自由意思であり、拒否によって不利益が被らないことを明記した。ケアマネジャーから研究依頼文書および質問紙を手渡す際に、ケアマネジャーが要介護高齢者の個人情報に関わる事項について情報提供することを説明してもらい、情報提供への了承が得られた場合のみ受け取ってもらった。また、対象者とケアマネジャー両者のデータがそろった場合のみデータとして取り扱う旨を明記した。さらに、対象者には質問紙の冒頭に研究への同意についてチェックを入れてもらったうえで回答を求めた。なお、本研究は、大阪市立大学大学院看護学研究科倫理委員会の承認を受け、実施した (承認番号2019-1-1)。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の概要

対象者696人の平均年齢±標準偏差 (Standard Deviation ; SD) は57.2±8.8歳で、50歳代が300人 (43.1%) で最も多く、女性が552人 (79.3%) であった。要介護高齢者との続柄は子どもが444人 (63.8%) で、同居している者が504人 (72.4%) で、主観的健康観がよい者は539人 (77.4%) であった。就労特性として、就労形態は常勤327人 (47.0%) であり、過去に介護を理由とした離職経験がある者は84人 (12.1%)、介護休業・介護休暇を利用したことがある者は93人 (13.4%) であった。家庭特性として、介護への負担感がある者は571人 (82.0%)、家事への負担感がある者は540人 (77.6%)、子どもの世話への負担感がある者は107人 (15.4%) であった。また、要介護者の平均年齢は83.1 (SD 8.8) 歳で、女性が480人 (69.0%) であった。対象者のWFC得点では、WIF得点は2.8 (SD 0.7) 点、FIW得点は2.5 (SD 0.7) 点であった。退職の意思がある者は252人 (36.2%)、転職の意思がある者は170人 (24.4%)、就業形態変更の意思がある者は288人 (41.4%) であった (表1)。

表1 対象者の特性

N = 696

	n (%)
	平均 (SD)
個人特性	
年齢	
30歳代以下	18 (2.6)
40歳代	100 (14.4)
50歳代	300 (43.1)
60歳代	223 (32.0)
70歳代以上	47 (6.8)
欠測値	8 (1.1)
性別	
男性	140 (20.1)
女性	552 (79.3)
欠測値	4 (0.6)
婚姻状況	
配偶者またはパートナーあり	450 (64.7)
なし	242 (34.8)
欠測値	4 (0.6)
最終学歴	
中等教育以下	300 (43.1)
高等教育以上	391 (56.2)
欠測値	5 (0.7)
要介護者との続柄	
配偶者	79 (11.4)
子ども	444 (63.8)
義理の子ども	129 (18.5)
その他(孫など)	32 (4.6)
欠測値	12 (1.7)
要介護者の居住地との距離	
同居	504 (72.4)
30分未満	128 (18.4)
30分以上	51 (7.3)
欠測値	13 (1.9)
主観的健康観	
よい	539 (77.4)
悪い	144 (20.7)
欠測値	13 (1.9)
就労特性	
就業形態	
常勤	327 (47.0)
非常勤	209 (30.0)
自営業	72 (10.3)
その他	69 (9.9)
欠測値	19 (2.7)
介護を理由とした離職経験	
なし	605 (86.9)
あり	84 (12.1)
欠測値	7 (1.0)
介護休業・介護休暇の利用	
なし	593 (85.2)
あり	93 (13.4)
欠測値	10 (1.4)
家庭特性	
要介護者の年齢(歳)	83.1 (8.8)
要介護者の性別	
男性	212 (30.5)
女性	480 (69.0)
欠測値	4 (0.6)
要介護度	
要介護1	202 (29.0)
要介護2	185 (26.6)
要介護3	146 (21.0)
要介護4	80 (11.5)
要介護5	74 (10.6)
欠測値	9 (1.3)
ワーク・ファミリー・コンフリクト (WFC)	
仕事から家庭への葛藤 (WIF) ※	2.8 (0.7)
家庭から仕事への葛藤 (FIW) ※	2.5 (0.7)
就労継続への意思	
退職の意思	
なし	411 (59.1)
あり	252 (36.2)
欠測値	33 (4.7)
転職の意思	
なし	496 (71.3)
あり	170 (24.4)
欠測値	30 (4.3)
就業形態変更の意思	
なし	367 (52.7)
あり	288 (41.4)

SD: 標準偏差 欠測値は、未回答を示す。

※WIF・FIWの各得点範囲は1～5点であり、得点が高いほど葛藤が高いことを示す。

2. 対象者のWIF(仕事から家庭への葛藤)、特性と就労継続への意思との関連

対象者のWIFと就労継続への意思との関連性について二項ロジスティック回帰分析で検証した結果、WIF高群は低群と比較して、退職の意思(OR=1.57, 95%CI=1.09~2.27)、転職の意思(OR=2.25, 95%CI=1.47~3.45)、就業形態変更の意思(OR=2.84, 95%CI=1.97~4.10)があった。

また、対象者の特性と就労継続への意思との関連性について二項ロジスティック回帰分析で検証した結果、介護を理由とした離職経験のある者はない者と比較して、退職の意思(OR=2.10, 95%CI=1.21~3.62)、転職の意思(OR=2.69, 95%CI=1.50~4.84)があった。介護休業・介護休暇の利用がある者はない者と比較して、退職の意思(OR=1.88, 95%CI=1.16~3.05)、就業形態変更の意思(OR=1.83, 95%CI=1.12~2.99)があった。そして、介護負担感がある者は少ない、およびない者と比較して、就業形態変更の意思があった(OR=2.33, 95%CI=1.33~4.10)(表2)。

3. 対象者のFIW(家庭から仕事への葛藤)、特性と就労継続との関連

対象者のFIWと就労継続への意思との関連性について二項ロジスティック回帰分析で検証した結果、FIW高群は低群と比較して、退職の意思(OR=1.52, 95%CI=1.06~2.17)、転職の意思(OR=2.37, 95%CI=1.57~3.58)、就業形態変更の意思(OR=2.14, 95%CI=1.51~3.04)があった。

また、対象者の特性と就労継続への意思との関連性について二項ロジスティック回帰分析で検証した結果、介護を理由とした離職経験のある者はない者と比較して、退職の意思(OR=2.08, 95%CI=1.20~3.59)、転職の意思(OR=2.58, 95%CI=1.44~4.63)があった。介護休業・介護休暇の利用がある者はない者と比較して、退職の意思(OR=1.85, 95%CI=1.14~3.00)、就業形態変更の意思(OR=1.80, 95%CI=1.10~2.93)があった。そして、介護負担感がある者は少ないおよび、ない者と比較して、就業形態変更の意思があった(OR=2.29, 95%CI=1.31~4.01)(表3)。

表2 就労介護者のWIFと就労継続への意思との関連：二項ロジスティック回帰分析

N = 696

		退職の意思 (目的変数：なし0, あり1)	転職の意思 (目的変数：なし0, あり1)	就業形態変更の意思 (目的変数：なし0, あり1)
		OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)
WIF	低群	1.00	1.00	1.00
	高群	1.57 (1.09 ~ 2.27) *	2.25 (1.47 ~ 3.45) **	2.84 (1.97 ~ 4.10) **
個人特性				
年齢	30歳代以下	1.00	1.00	1.00
	40歳代	1.53 (0.42 ~ 5.54)	0.71 (0.22 ~ 2.31)	1.20 (0.37 ~ 3.86)
	50歳代	1.97 (0.57 ~ 6.82)	0.77 (0.25 ~ 2.42)	1.64 (0.53 ~ 5.07)
	60歳代	2.76 (0.77 ~ 9.84)	0.42 (0.13 ~ 1.39)	1.95 (0.61 ~ 6.21)
	70歳代以上	2.85 (0.64 ~ 12.7)	0.11 (0.02 ~ 0.72) *	1.70 (0.41 ~ 7.09)
性別	女性	1.00	1.00	1.00
	男性	0.95 (0.59 ~ 1.51)	0.78 (0.45 ~ 1.33)	0.84 (0.53 ~ 1.33)
要介護者との続柄				
	配偶者	1.00	1.00	1.00
	子ども	0.81 (0.44 ~ 1.48)	0.52 (0.26 ~ 1.02)	0.83 (0.44 ~ 1.55)
	義理の子ども	0.64 (0.32 ~ 1.30)	0.37 (0.17 ~ 0.82) *	0.63 (0.31 ~ 1.29)
	その他(孫など)	0.55 (0.20 ~ 1.52)	0.39 (0.13 ~ 1.23)	0.87 (0.32 ~ 2.36)
主観的健康観	よい	1.00	1.00	1.00
	悪い	1.43 (0.94 ~ 2.18)	1.30 (0.82 ~ 2.07)	0.85 (0.55 ~ 1.31)
就労特性				
就業形態				
	常勤	1.00	1.00	1.00
	非常勤	0.73 (0.47 ~ 1.13)	0.81 (0.50 ~ 1.33)	0.76 (0.49 ~ 1.18)
	自営業	0.27 (0.13 ~ 0.56) **	0.14 (0.04 ~ 0.47) **	0.54 (0.29 ~ 1.02)
	その他	0.70 (0.38 ~ 1.30)	0.97 (0.49 ~ 1.92)	0.87 (0.48 ~ 1.61)
介護を理由とした離職経験	なし	1.00	1.00	1.00
	あり	2.10 (1.21 ~ 3.62) *	2.69 (1.50 ~ 4.84) **	1.49 (0.86 ~ 2.58)
介護休業・休暇制度の利用	なし	1.00	1.00	1.00
	あり	1.88 (1.16 ~ 3.05) *	1.35 (0.80 ~ 2.27)	1.83 (1.12 ~ 2.99) *
家庭特性				
介護負担感	少ない・ない	1.00	1.00	1.00
	大きい	1.62 (0.92 ~ 2.84)	1.43 (0.75 ~ 2.72)	2.33 (1.33 ~ 4.10) **
家事負担感	少ない・ない	1.00	1.00	1.00
	大きい	1.48 (0.91 ~ 2.40)	1.25 (0.72 ~ 2.17)	1.18 (0.73 ~ 1.89)
モデルの要約				
	-2対数尤度	771.185	632.99	776.328
	Cox-Snell R ² , Nagelkerke R ²	.111, .151	.133, .196	.129, .172
Hosmer-Lemeshow 検定				
	χ ² 検定, 自由度, 有意確率	4.045, 8, .853	10.07, 8, .260	3.768, 8, .877

OR：オッズ比, 95%CI：95%信頼区間, *：p<.05, **：p<.01

IV. 考 察

1. 就労介護者の仕事と家庭役割間の葛藤と就労継続への意思との関連

本研究では、就労介護者の仕事と家庭役割間の葛藤を示すWFCと、退職、転職、就業形態変更への意思との関連を検証した結果、就労介護者のWFCが高い者は退職、転職、就業形態変更の意思があり、就労継続が困難となることが示された。看護師¹⁷⁾や医師¹⁸⁾らの医療従事者を対象とした研究ではWFCが高いと離職意思を強めることを示しており、本研究の結果と一致する。また、深山らの先行研究¹⁰⁾においては、ケアマネジャーが心理的支援の必要性があると判断している就労介護者はWFCが高かった。これらから、就労介護者は仕事と家庭役割間の葛藤が高いと心理的負担が高まり、退職や転

職、就業形態変更といった離職をして働き方を変えようとする意思が強まると考えられる。つまり、本研究の結果から医療従事者だけではなく、就労介護者のWFCは離職意思の予測因子となり得る可能性があることが示唆される。

また本研究では、過去に介護を理由とした離職経験のある者は、退職や転職の意思があることが明らかになった。一旦介護離職した者の再就職率は3割にとどまる²⁾と報告されており、再就職できた経験から離職の選択をしやすい可能性がある。そして、介護休業・休暇制度を利用したことがある者は、退職や就業形態変更への意思があった。先行研究¹⁶⁾では有給休暇が取りやすいことや仕事の調整のしやすさがWFCを緩和することが示されている。そのため制度を利用した者は離職の選択をしないことが考えられるが、別の研究¹⁹⁾では企業の制度・

表3 就労介護者のFIWと就労継続への意思との関連：二項ロジスティック回帰分析

N=696

	退職の意思	転職の意思	就業形態変更の意思
	(目的変数：なし0, あり1) OR (95%CI)	(目的変数：なし0, あり1) OR (95%CI)	(目的変数：なし0, あり1) OR (95%CI)
FIW 低群	1.00	1.00	1.00
高群	1.52 (1.06 ~ 2.17)*	2.37 (1.57 ~ 3.58)**	2.14 (1.51 ~ 3.04)**
個人特性			
年齢 30歳代以下	1.00	1.00	1.00
40歳代	1.38 (0.38 ~ 4.97)	0.59 (0.18 ~ 1.94)	0.96 (0.30 ~ 3.05)
50歳代	1.73 (0.50 ~ 5.95)	0.63 (0.20 ~ 1.97)	1.25 (0.41 ~ 3.83)
60歳代	2.43 (0.69 ~ 8.60)	0.34 (0.10 ~ 1.13)	1.42 (0.45 ~ 4.44)
70歳代以上	2.61 (0.60 ~ 11.44)	0.14 (0.02 ~ 0.79)*	1.28 (0.32 ~ 5.12)
性別 女性	1.00	1.00	1.00
男性	0.95 (0.60 ~ 1.52)	0.76 (0.45 ~ 1.31)	0.88 (0.56 ~ 1.39)
要介護者との続柄			
配偶者	1.00	1.00	1.00
子ども	0.86 (0.47 ~ 1.57)	0.58 (0.30 ~ 1.12)	0.95 (0.52 ~ 1.75)
義理の子ども	0.68 (0.34 ~ 1.37)	0.41 (0.19 ~ 0.90)*	0.77 (0.39 ~ 1.56)
その他(孫など)	0.56 (0.20 ~ 1.53)	0.41 (0.13 ~ 1.26)	0.91 (0.34 ~ 2.42)
主観的健康観 よい	1.00	1.00	1.00
悪い	1.45 (0.95 ~ 2.20)	1.37 (0.86 ~ 2.16)	0.97 (0.64 ~ 1.47)
就労特性			
就業形態			
常勤	1.00	1.00	1.00
非常勤	0.70 (0.46 ~ 1.07)	0.75 (0.47 ~ 1.21)	0.65 (0.42 ~ 0.99)*
自営業	0.24 (0.12 ~ 0.50)**	0.12 (0.03 ~ 0.40)**	0.44 (0.24 ~ 0.82)**
その他	0.67 (0.36 ~ 1.24)	0.92 (0.47 ~ 1.81)	0.86 (0.48 ~ 1.56)
介護を理由とした離職経験 なし	1.00	1.00	1.00
あり	2.08 (1.20 ~ 3.59)*	2.58 (1.44 ~ 4.63)**	1.49 (0.86 ~ 2.57)
介護休業・休暇制度の利用 なし	1.00	1.00	1.00
あり	1.85 (1.14 ~ 3.00)*	1.29 (0.77 ~ 2.18)	1.80 (1.10 ~ 2.93)*
家庭特性			
介護負担感 少ない・ない	1.00	1.00	1.00
大きい	1.58 (0.89 ~ 2.78)	1.29 (0.67 ~ 2.48)	2.29 (1.31 ~ 4.01)**
家事負担感 少ない・ない	1.00	1.00	1.00
大きい	1.47 (0.91 ~ 2.40)	1.27 (0.73 ~ 2.22)	1.20 (0.75 ~ 1.93)
モデルの要約			
-2 対数尤度	773.091	633.952	791.978
Cox-Snell R ² , Nagelkerke R ²	.111, .150	.135, .199	.109, .146
Hosmer-Lemeshow 検定			
χ ² 検定, 自由度, 有意確率	2.517, 8, .961	7.215, 8, .514	11.319, 8, .184

OR：オッズ比, 95%CI：95%信頼区間, **p*：<.05, ***p*：<.01

支援が利用可能であると離職意向が高まることを示しており、本研究の結果と同様の傾向である。この理由として、就労介護者は制度を利用することで職場に介護をしていることが知られ肩身の狭い思いをし、場合によっては人事評価が低下することが考えられ、離職の選択をしやすいたことが推測される。これらから、介護離職の経験や介護休業・休暇制度の利用がある者は、労働環境によって就労継続への意思を妨げる可能性があると考えられる。

さらに、本研究において就労介護者が介護に負担感を抱えていると就業形態変更の意思があったことから、就労介護者は介護負担をやわらげるために働き方を変えて調整しようとするのが考えられる。先行研究では、高齢者の要介護度や認知症状が重く、介護負担が重いほど在宅での介護継続への意思が低く²⁰⁾、就労時間の短縮や

離職など就労を抑制する²¹⁾傾向を示している。これらから、就労介護者の介護負担感が就労継続への意思を妨げる可能性が示唆される。

2. 看護実践への示唆

本研究において、就労介護者のWFCが高いことが離職意思の予測因子となり、介護離職の経験や介護休業・休暇制度の利用、介護負担感が就労継続への意思の妨げになる可能性が示唆された。これらから訪問看護師は、ケアマネジャーなどと連携・協働を図りながら、就労介護者の仕事役割と家庭役割間の葛藤が高くなっていないかを判断する必要がある。さらに介護離職の経験や介護休業・休暇制度の利用があるのかを把握し、介護負担感が増大していないかを継続して判断し、ケアマネジメントを行い環境調整していくことが重要となると考える。

そして、産業保健領域においても、就労しながら介護をしている労働者を把握する必要がある。特に離職意思の予測因子や就労継続を妨げる可能性がある要因をもつ労働者については、注意深く経過を観察し、継続的に仕事と介護を両立するうえで心身の健康が維持できるよう管理することが必要であると考え。就労介護者が今後のキャリアや人生を考えるうえで、介護役割によってそれらを妨げることがないよう、周囲の人たちの理解が必要である。そのためには、みなが将来介護役割を担うにあたって必要な制度やサービス利用の仕組み、具体的な介護内容などの知識をいざというときに活用できるよう知っておくことが必要である。訪問看護ステーションなどの事業所や大学が協働してこれらの知識や情報の活用方法を提供、発信することが求められていると考える。

3. 限界と強み

本研究の限界として、本研究は横断的研究であり、就労介護者の状況や意思には時間差が生じるため、変数間の因果関係は明らかにできない。そのため、縦断的にデータを蓄積し、就労介護者のWFCにおける就労への意思に対する影響を検証する必要がある。また、本研究の対象となった就労介護者をケアマネジャーが選択しており、各ケアマネジャーが担当するすべての就労介護者のデータを反映できているわけではない。そして、有効回答率が低く応答バイアスがあり、一般化には限界がある。

一方で、本研究の強みとして、全国の居宅介護支援事業所から各都道府県の事業者数に応じて比例配分してデータを収集したことにより、一般化が図りやすいと考える。本研究において就労介護者のWFCは離職意思の予測因子となることが示唆され、これは先行研究では明らかにされていない新たな知見になり得る。また、介護離職の経験者は再び離職しやすい可能性が示されたことは、先行研究の知見とは異なる就労介護者の課題として、新たな視点で検討していく必要性を提示できた。本研究における知見は、就労介護者の地域や職場において、個々の意思や特性を踏まえて仕事と家庭役割間のバランスを保つために必要な支援や介護離職予防を促進するうえで活用できると考える。

【利益相反】

本研究における利益相反は存在しない。

【謝辞】

本研究の実施にあたり、調査に参加して下さった、就労介護者のみなさま、ケアマネジャーのみなさまに、心よりお礼申し上げます。本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金(基盤研究(C)課題番号17K12473)を受け、実施した。

【文献】

- 1) 厚生労働省：「働き方改革」の実現に向けて。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322.html> (2023年2月15日)。
- 2) 大和総研：介護離職の現状と課題。 <https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/suishin/meeting/wg/hoiku/20190109/190109hoikukoyo01.pdf> (2023年2月15日)。
- 3) Lilly MB, Laporte A, Coyte PC : Labor market work and home care's unpaid caregivers ; A systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work. *Milbank Q*, 8 (4) : 641-90, 2007.
- 4) Greenhaus JH, Powell GN : When work and family are allies ; A theory of work-family enrichment. *Acad Manage Rev*, 31 : 72-92, 2006.
- 5) Brodaty H, Donkin M : Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11 : 217-228, 2009.
- 6) Kramer BJ : Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *Gerontologist*, 37 : 239-249, 1997.
- 7) Greenhaus JH, Beutell NJ : Sources of conflict between work and family roles. *Acad Manage Rev*, 10 (1) : 76-88, 1985.
- 8) Geurts SAE, Kompier MAJ, Roxburgh S, et al. : Does Work-Home Interference mediate the relationship between workload and well-being? *J Vocat Beha*, 63 : 532-559, 2003.
- 9) Anafart N : The relationship between work-family conflict and job satisfaction ; A structural equation modeling (SEM) approach. *International Journal of Business and Management*, 6 : 168-177, 2011.
- 10) 深山華織・河野あゆみ：就労介護者の仕事と家庭役割間の葛藤とケアマネジャーによる就労継続支援の判断、就労介護者の特性との関連。日本看護科学会誌, 42 : 31-39, 2022.
- 11) 白澤政和：ソーシャルワーク・ケアマネジメントの独自性とその評価に関する研究, 2017年度 科学研究助成事業実績報告書。 <https://kaken.nii.ac.jp/ja/grant/KAKENHI-PROJECT-16H03712/> (2022年8月30日)。
- 12) 厚生労働省：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan>

- Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000125048.pdf (2022年8月30日).
- 13) Carlson DS, Derr CB, Wadsworth LL : The effects of Internal career orientation on multiple dimensions of Work-family conflict. *J Fam Econ Issues*, 24 : 99-116, 2000.
 - 14) 渡井いずみ・錦戸典子・村嶋幸代 : ワーク・ファミリー・コンフリクト尺度 (Work-Family Conflict Scale : WFCS) 日本語版の開発と検討. *産業衛誌*, 48 : 71-81, 2006.
 - 15) 山口善子 : 訪問看護師のワーク・ファミリー・コンフリクトが主観的健康感と訪問看護就業継続意志に与える影響. *日看管会誌*, 16 (2) : 111-118, 2012.
 - 16) 熊谷麻紀・五十嵐久人 : 中小企業雇用者におけるワーク・ファミリー・コンフリクトに関連する要因. *日公衛誌*, 67 (12) : 850-859, 2020.
 - 17) Yildiz B, Yildiz H, Ayaz Arda O : Relationship between work-family conflict and turnover intention in nurses ; A meta-analytic review. *J Adv Nurs*, 77 (8) : 3317-3330, 2021.
 - 18) Lu Y, Hu XM, Huang XL : The relationship between job satisfaction, work stress, work-family conflict, and turnover intention among physicians in Guangdong, China ; A cross-sectional study. *BMJ Open*, 7 (5) : 1-12, 2017.
 - 19) 林 邦彦 : 仕事と介護の両立における職場環境が就労に及ぼす影響について. *社会デザイン学会会誌*, 12 : 26-39, 2020.
 - 20) 菅原直美・坂田由美子・高田ゆり子 : 家族介護者の介護評価と居宅サービス利用状況との関連. *老年社会科学*, 37 (4) : 406-416, 2016.
 - 21) 大津 唯 : 在宅介護が離職に与える影響. 樋口美雄・赤林英夫・大野由香子 (編), *働き方と幸福感のダイナミズム : 家族とライフサイクルの影響*, 139-153, 慶応義塾大学出版, 東京, 2013.

■ Original Article ■

Relation between Working Caregivers' Work-family Conflicts and Their Intentions to Continue Working

Kaori Fukayama¹⁾, Ayumi Kono²⁾

1) School of Nursing Osaka Metropolitan University Home Health Nursing

2) School of Nursing Osaka Metropolitan University Community-based Intergrated Care Science

Purpose: As more people quit work to take care of family members, it has become urgent to construct a support system so that they can continue their outside work. To meet that necessity for a system, this study clarifies the relation of working caregivers' conflicts between work and family roles and clarifies their intentions to continue working.

Methods: This study examined 3,000 working caregivers. Anonymous, self-administered questionnaires were sent by mail. Analyzable questionnaires were returned by 696 respondents (response rate 23.2%). The questionnaire asked respondents about their basic attributes, jobs, work interference with family (WIF) and family interference with work (FIW) using a Japanese version of the work-family conflict (WFC) scale, and their intentions to resign, change jobs, change employment status.

Results: The average respondent age was 57.2 (SD8.8) years; 79.3% were women. Those who intended to resign, change jobs, or change employment status were, respectively, 36.2%, 24.4%, and 41.4%. Logistic regression analysis results indicated that the group of respondents with higher WIF was more likely to have intentions to resign (OR=1.57, 95%CI=1.09-2.27), change jobs (OR=2.25, 95%CI=1.47-3.45), or change employment status (OR=2.84, 95%CI=1.97-4.10) compared to the group with lower WIF. The group of respondents with higher FIW was more likely to have those intentions than the group with lower FIW (OR=1.52, 95%CI=1.06-2.17; OR=2.37, 95%CI=1.57-3.58; OR=2.14, 95%CI=1.51-3.04).

Discussion: Results suggest that working caregivers with high WFC intended to resign from their jobs, suggesting difficulties with continued working.

Key words : working caregivers, work-family conflict, continuing employment, intention

■研究報告■

地域包括支援センターの看護師が行う地区活動の特徴に関する質的記述的研究

佐藤太地, 井口 理, 石田千絵

抄 録

目的: 地域包括支援センターの看護師が行う地区活動の特徴を明らかにする。

方法: 委託型地域包括支援センターで地区活動を実践する看護師6人に半構造化面接を行い、質的記述的に分析した。

結果: 分析の結果、7つのカテゴリーが抽出され、【住民がその人らしく暮らせる形を模索する】【住民の困りに早期に気づける環境をつくる】【住民の悩みを解決できる人や場所を探す】【多職種とともに在宅生活の継続に向けた資源をつくる】【地域課題への取り組みを住民とともに検討する】【住民同士のピアサポートの機会を設ける】【介護予防に取り組む住民活動を支援する】が明らかになった。

考察: 地域包括支援センターの看護師は個別事例のニーズと支援を起点として、個人が望む生活を体現するべく、地域への理解を深め、住民や関係職種と協働しながら在宅生活を支えられる地域づくりを推進していた。個別事例に向き合うなかで地域を支援対象とする必要性を認識していたが、個人の経験や環境により差があると考えられるため、地区活動の視点を身につける仕組みづくりの必要性が示唆された。

【キーワード】 地域包括支援センター, 看護師, 地区活動, 質的記述的研究, 地域づくり, 地域ネットワーク

日本地域看護学会誌, 26 (3) : 21-30, 2023

I. 緒 言

地域包括支援センター（以下、包括）は、包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う機関として、平成18年施行の改正介護保険法により創設されたもの（第115条の46第1項）である。地域包括支援センターの事業内容として、地域における連携・協働の体制づくりや、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に着実に結びつけていくことが示されており¹⁾、個別支援の充実とそれを支える社会基盤の整備が求められている。包括的支援事業を適切に実施するため、原則として①保健師、②社会福祉士、

③主任介護支援専門員をおく（介護保険法施行規則第140条の66第1号イ）と定められている。また職種の確保が困難である等の事情により、この人員によりがたい場合には、保健師に準ずる者として、地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師を配置することもできる¹⁾とされている。

実際に地域包括支援センターに配置されている看護職の内訳として、保健師が4,339人、看護師が2,983人で、看護師の配置について「看護師の配置なし」42.7%、「看護師のみ」37.6%、「看護師と保健師が混合」16.1%である²⁾。37.6%の地域包括支援センターでは保健師の代わりに看護師が配置され、半数以上の地域包括支援センターには看護師が配置されている。保健師が配置されていない理由としては、保健師を求人しても応募がないことが最も多い³⁾。また全体の7割以上を占める委託型の

地域包括支援センターでは、保健師が2,073人、看護師が2,590人と看護師の方が多く働いている²⁾ことから、保健師が確保できない等の理由で地域包括支援センターには多くの看護師が配置されている現状がある。

平成31年度より地域包括支援センターの看護師（以下、包括看護師）の要件として、高齢者に関する公衆衛生業務経験を1年以上有するもの¹⁾が追加されたことから、包括看護師は、保健師同様に地域保健や地域ケアに加えて、公衆衛生の視点が求められている。地域包括ケアシステムの推進等の状況に対応した「地域における保健師の保健活動に関する指針」として「個人および地域全体の健康の保持増進および疾病の予防を図るため、所属する組織や部署にかかわらず、保健活動を行うこと」としたうえで、「地区活動に立脚した活動の強化」と明記されている⁴⁾。地区活動は、公衆衛生看護活動の最良の手法⁵⁾とされ、保健師は地区活動を行うことで、地域課題を見出して住民や地域の関係者と連携して人々の主体性を引き出し地域に合ったまちづくりへとつなげている⁶⁾。地域包括支援センターの保健師においても、個別支援を行いながら、出会った近隣住民に対して、コミュニティ・エンパワメントを促す⁷⁾、ひとりの住民との出会いを次の出会いにつなげ、草の根を張るように地域でのネットワークを広げ、当事者や地域を巻き込んだ活動へと発展させる⁸⁾等の地区活動を実施している。そこで包括看護師に着目すると、保健師も含めた看護職を対象とした研究では介護予防事業を通して個別支援だけでなく地域支援を行っていることが報告^{9,10)}されているが、包括看護師という特性に対して焦点を当てた研究や調査自体が少なく、包括看護師がどのように地区活動を行っているか明らかにされていない。

そのため、今回は包括看護師のなかでも地区活動の実践者に着目し、包括看護師の地区活動がどのように行われているかを分析し、その特徴を明らかにすることを目的とした。これにより包括看護師による地区活動の展開が後押しされ、地域づくりが推進されることにより地域課題の解決に貢献する一助となると考えられる。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

半構造化面接法による質的記述的研究デザインである。

2. 用語の操作的定義

市町村保健活動の再構築に関する検討会¹¹⁾や永井ら¹²⁾の定義を参考として、本研究では地区活動を「地域住民の健康に関心を向け、個別支援と地域支援を連動させて、地域特性を生かして住民との協働のなかで地域の健康課題解決能力を高める手法」と定義する。

3. 研究対象

A県内の運営形態が委託型である地域包括支援センターにおいて看護師として雇用されており、地区活動を実践している看護師を対象とした。対象となる看護師は、保健師の資格を所持しておらず、地域包括支援センター職員の看護師として働いている者とした。なお、看護師の87%が委託型に配置されている²⁾ことから、直営型は対象から除外した。

地域包括支援センターの所管である自治体の担当部署の保健師または業務担当者（紹介者）に対して、地区活動を実践している地域包括支援センターの看護師の紹介を依頼した。委託元の自治体より紹介してもらった包括看護師であれば、地区活動の実践者であり、地域づくりの推進に寄与する実践が語られると考えた。依頼にあたり、設置主体が委託型である地域包括支援センターを有すること、地域包括ケアシステム構築や介護予防事業等の取り組みに関する厚生労働省の事例集等を参考に地域包括支援センターが積極的に地域づくりに取り組んでいる自治体を選択した。自治体に対して紹介者1人あたり1人以上の研究参加者の紹介を依頼した。

4. データ収集方法

調査期間は、2021年3月～11月であった。上記対象者に対し、インタビューガイドを用いて半構造化面接を行った。対象者が指定する場所に研究者が出向き、プライバシーが確保できる個室で、面接時間は1人あたり60分程度のインタビューを1回実施した。面接内容は、研究参加者のプライバシーに配慮し、同意を得たうえでICレコーダーへの録音とメモをとった。

5. 調査内容

1) 対象者の背景

面接に先立ちフェイスシートにて、参加者の属性や経験年数等の情報を得た。

2) インタビュー内容

インタビューガイドに沿って以下の内容に関する対象

者の語りを得た。

- (1) 地区活動の概要(目的・方法・関係機関や協力者について)
- (2) 地区活動に関わる具体的な経緯, 地区活動がもたらした変化や影響
- (3) 地区活動を展開できた要因, 行うにあたっての工夫

6. 分析方法

インタビューの録音内容から逐語録を作成した。逐語録を精読し, 地区活動について語られた箇所を, 意味内容ごとに1つの文脈単位として抽出した。文脈として意味内容を損なわないように要約してコード化した。すべてのコードの意味内容の相違性と類似性を比較し, 共通性のあるコードを集めてサブカテゴリーを作成した。さらに抽象度を上げて同様の手順を踏み, 最終的にカテゴリーを形成した。分析過程においては, 地域看護学領域の教員による助言・指導と同領域の大学院生によるピアレビューを受け, 研究者のデータ内容や意味の解釈の信頼性や妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認(承認番号2020-064)を得て実施した。紹介者には, 協力および参加の任意性を説明し, 参加候補者へ研究参加への強制力が生じないように配慮することを依頼し, 参加候補者に研究諾否についてたずねないことについて同意を得た。参加者には, 研究の目的と概要, 調査協力の任意性, 拒否と中断の自由, 不参加による利益がないこと, 個人情報の保護, 関連学会での発表などについて, 文書および口頭にて説明し同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の属性

研究参加者は4か所の自治体より紹介を受けた委託型地域包括支援センターに勤務する看護師6人。看護師経験年数は平均32.2年, 地域包括支援センター経験年数は8.8年, 5人が包括以外に訪問看護や施設での地域看護分野の経験があり平均9.4年であった。

2. 地域包括支援センターの看護師の地区活動

インタビューデータより, 地区活動について語られた

内容をコード化し, 464のコードが得られた。分析の結果, 地域包括支援センターの看護師の地区活動を説明するカテゴリーとして, 【住民がその人らしく暮らせる形を模索する】【住民の困りごとに早期に気づける環境をつくる】【住民の悩みを解決できる人や場所を探す】【多職種とともに在宅生活の継続に向けた社会資源をつくる】【地域課題への取り組みを住民とともに検討する】【住民同士のピアサポートの機会を設ける】【介護予防に取り組む住民活動を支援する】の7つのカテゴリーと, それらを構成する22のサブカテゴリーが抽出された(表1)。

以下に, カテゴリー毎に内容について詳しく記載する。本文中の【 】はカテゴリー, 《 》はサブカテゴリーを示す。研究参加者の語りは, 斜体「 」, 語りの最後に参加者(アルファベット)を記す。さらに研究者による説明の補足は()で追記した。

1) 【住民がその人らしく暮らせる形を模索する】

包括看護師は活動するにあたり, 「私は仕事してて重要にしてるところは興味をもつということですね。なんでこんな風に思うんだろうとか(B)」と《対象に興味をもち, 同じ目線になってその人らしさに関心を向けて》いた。さらに, 《在宅生活の多様性やたくましさを踏まえつつ, 歩み寄って落としどころをつける》姿があり, 「落としどころみたいところを歩み寄ってつけられたら, そこがその人にとってのその場での1番よい支援なのかな。人によって, それは違うと思うんですよ(F)」と模索していた。

そして「自分が人の役に立っているとか, 人に認めて欲しいとか。根本的な要求じゃないですか?やっぱりそこをどうすくい上げて, その人たちなりにね(A)」と着目し, 「私が(認知症カフェ)活動で工夫しているのは, 認知症の方も自分で発信できる, 発言できるというところ(C)」と《認知症の当事者等が地域のなかで自らを発信でき, 役割を担える機会を設ける》動きをしていた。

2) 【個々の住民の困りごとに早期に気づける環境をつくる】

包括看護師は, 「(地域の取り組み)に出てくれる人は, なにかあれば拾えるっていうか緩やかな。かなり緩やかだけど見守りになっている(A)」と考えて《個別対応ケースをサロンや健康教室等につなげて, モニタリングの場として活用する》ことを意識していた。地域での支え合いを念頭に, 「(精神疾患を抱える)当事者と地域の人で交流会を開いたんです。(当事者が)自分のなかで

表1 包括看護師による地区活動

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(発言者)
住民がその人らしく地域で暮らせる形を模索する	対象に興味をもち、同じ目線になってその人らしさに関心を向ける	その人らしい最期や介護って何だろうと常に考えて活動する(D) 対象が大変になる理由に関心を向けて、対象目線で問題解決の糸口を探る(C) 対象を否定するのではなく、対象の生き方に応じて向き合っていく姿勢をもつ(B)
	在宅生活の多様性やたくましさを踏まえつつ、歩み寄って落としどころをつける	病気をもって生活する人の看護をするという視点を再認識する(A) 病院で改善させても繰り返し入院する人の在宅生活のたくましさを知る(C) 対象との押し引きのなかでそのときのベターを決めていく(F)
住民の困りごとに早期に気づける環境をつくる	認知症の当事者等が地域のなかで自らを発信でき、役割を担える機会を設ける	人に認めてほしいという承認欲求を尊重し、役割発揮の機会を重要視する(A) 認知症の当事者が、自ら発信できる・発言できる環境を整える(C) 豊かな生活をするために既存のコミュニティカフェにつなげる(F)
	地域から孤立している人に対して、民生委員等と連携して見守り体制を構築する	地域から孤立している人のリスト化と地域とともに見守る事業を活用する(B) 民生委員に対して勉強会を企画し、地域担当と顔合わせをする機会を設ける(D) 民生委員との顔がみえる関係をつくり、円滑な相談・協働を展開する(E)
	当事者と地域住民が交流する機会を設けて相互理解を支援し、地域のなかでの助け合いを促す	当事者と地域住民の相互理解を支援する目的の交流会を企画する(B) 介護保険制度で補えない生活支援に対するインフォーマルサービスの構築のために声掛けをする(D)
	個別対応ケースをサロンや健康教室等につなげて、モニタリングの場として活用する	ひとりでの生活が継続できるか集団につなげてモニタリングを行う(F) ケアマネやヘルパーの協力を得て、個別ケースを集団につなげてもらう(C) 定着支援のための導入期における同行支援を行う(A)
住民の生活に関わる郵便局等となにかのときに早期に連絡がもらえる連携体制をつくる	住民の生活に関わる郵便局等となにかのときに早期に連絡がもらえる連携体制をつくる	個別のモニタリングできる場が地域にたくさんあった方がよいと認識する(A) 郵便局と銀行に対して、包括の周知および連携状況についてアンケートを用いた現状確認を図る(E)
	地形や地域性に着目して問題をとらえたうえで、高齢者の生活に関心を向ける	地形的に資源にアクセスが難しく孤立している地域に着目する(C) 体を動かす習慣や運動資源に富んでいる地域性に着目する(F) 対面的に気にする地域性を分析し、相談が来ないことに課題意識をもつ(D)
	支援の担い手やサロンの場となり得ないか、地域でくすぶる人や場所に目をつける	いままでの関わり(個別ケースの関係者)のなかから、新たな担い手・協力者になり得る人材をみつける(C) いままで築いてきた地域との関係性を生かして、信頼関係を担保として場を探す(E)
住民の悩みを解決できる人や場所を探す	相談者の悩みごとを大事にして、住民がもともと欲しているものを見つける	地域がもともと欲しているものに着目できたら活動は広がると考える(A) 点で対応する際の相談者の小さな声から大きなことに発展する可能性を意識して、都度の小さな悩みごとを大事にする(C)
	在宅での生活を望んだ本人を支えるにあたり、制度では足りない部分を補う社会資源をつくる	本人が家で死にたいと望んだら介護サービスだけでなくインフォーマルサービスもつなげて、望みを叶えられる体制を目指す(D) どこまで在宅で生活と考えたときに、こういうサービスや場があったらとその都度イメージする(A)
多職種とともに在宅生活の継続に向けた社会資源をつくる	日常的に包括三職種でケース共有し、関連させて地域ケア会議や講座等を企画する	職員間での朝夕ミーティングを通して、行き詰まりを共有する(C) 事業を進めるにあたり、意識的に視点の違う人から意見をもらうようにする(F) 毎朝の朝礼や毎月の定例会で情報共有や地域ケア会議の内容検討を話し合う(E)
	医療と介護・福祉の間に入りケース支援だけでなくサロン運営に多職種・事業所を巻き込む	介護・福祉職の医療職に対する苦手意識を理解しその間に入る(D) それぞれの職種の専門性を生かせる環境を調整する(E) カフェの立ち上げの際にケアマネ・訪看・有料老人ホーム・薬局と複数の事業所に声をかける(F)
地域課題への取り組みを住民とともに検討する	地域と向き合うにあたって、相手の懐に入って顔の見える関係をつくる	自主的なサロン運営に継続的に顔を出して町会と顔の見える関係となる(E) なにかのときは包括ですと集団や地域に宣伝する(A) 関係づくりや顔を覚えてもらう仕事に時間を割く(F)
	町会の会合や講座の場で地域課題を周知し、地域のなかでできることを検討する	マップづくりを通して地域住民に課題を自分事として意識してもらえるように働きかける(A) 地区課題への取り組みとして地域カフェづくりを提起する(C)
	事業と住民のつなぎ役を担うなかで現場を認識し、行政にフィードバックする	行政からの施策や経済的援助に連動させて地区活動を展開する(A) 地域での各機関の役割、現場の声に即した事業展開を行政に働きかける(E) ケース支援の手法や事例を共有する行政とのケースリスト会議を開催する(F)

(表2 つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (発言者)
住民の同士のピアサポートの機会を設ける	同じ境遇の人の共感の力に着目し地域で支え合う機会を設ける	同じ境遇の人同士での共感を活用して、介護負担の発散を図る (B) 個別の家族支援において気持ちが喋るだけ喋れたり、みんな同じと思える場への参加を促す (A)
	共通の課題に焦点を当てた介護者の会を運営する	個別対応するのは限界があるため、共通の心配事から集団化を図る (A) 男性の抱え込みやすい傾向をアセスメントし、できるだけ同じ境遇で活動がやりやすい集団を模索する (C)
自主グループ活動の安定した運営を支援する	既存の集まりを生かしつつ、介護予防を取り入れたサロン化や通いの場に向けて声をかける	あらためて立ち上げるのではなく既に立ち上がっている自主グループを継続させることに注力する (D) サロン開設後に健康づくりにも着目し体操等の内容を提案する (E)
	立ち上げにあたり参加者目線でグループ構成やサロンの場、日程等の調整を進める	立地に着目し、高齢者が歩いてその目線でみえてふらっと入れる場所を探す (F) 立ち上げる自主グループに包括の講座を組み合わせて音頭をとる (C) 自治会と自治会長の人柄から地域づくりのやりやすさを考慮して介入する (E)
	世話役となり得る人材の意欲を引き出し、その友人等つながりからメンバーを増やす	個人との関係性を温めるなかで徐々にお世話係へと気持ちを引き出していく (C) 有力な人材を支援しつつ、その同僚や友人などのネットワークを活用し担い手を増やす (E)
	カフェやサロンが住民達で運営している「自律」を念頭において伴走支援を行う	いつまでも包括が関わるのではなく、住民の主体的な運営を目指す (D) 地域活動に意欲的な人材に対する軌道に乗るまでの伴走支援を行う (B) 集団が自分達で運営している「自律」を目指し、必要時フォローしていく (A)

はこういう不安もあってみたいな話をすると、地域の人もちゃんと理解して、話を聞けば受け入れるんだよね。(B)」のように「当事者と地域住民が交流する機会を設けて相互理解を支援し、地域のなかでの助け合いを促す」活動をしていた。

また地域での見守りでは「うちは民生委員さんと関係はちゃんと構築していこうと、民生委員さんからの情報っていうのはすごく大事なんですよ。(D)」と「地域から孤立している人に対して、民生委員等と連携して見守り体制を構築する」活動を進めていた。さらに「電気屋さんが地域包括ケアのグループに入っているの、最近何回も呼ばれてちょっと心配だから行ってといわれて、電気屋さんの紹介で来ましたって言って状況を掴んで(E)」と「住民の生活に関わる郵便局・電気屋等となにかの際に早期に連絡がもらえる連携体制をつくる」取り組みを行っていた。

3) 【住民の悩みを解決できる人や場所を探す】

包括看護師は地区活動を行う際に、「町会によって全然特色が違うんですけど、仲のいいところは、ご近所さんで助け合いが残っていたり、あそこのお家が気になるよっていうのをいただくんですよね(D)」と「地形や地域性に着目して問題をとらえたうえで、高齢者の生活に関心を向け」ていた。そして「Oさんの奥さんはこういうことができるというのを自分のなかにストックしといて、やるときにはよろしくねと声をかけたりとかしてみ

ました(F)」と「支援の担い手やサロンの場となり得ないか、地域でくすぶる人や場所に目をつける」活動をしていた。その姿勢として「こっちはこういうの欲しいじゃないんですよ。もともとなにか欲しいって欲しているものがあることがあって、そこにできたら、パーって(広がるように)なると思います。(A)」と「相談者の悩みごとを大事にして、住民がもともと欲しているものを見つける」ことに着目していた。

4) 【多職種とともに在宅生活の継続に向けた社会資源をつくる】

包括看護師は在宅支援にあたり、「介護保険じゃ、お子さんたちの支援が入れないので、近所で助け合ってくださいの買い物とか、本当に日常の主婦がやってるようなお手伝いをしてくださる形をインフォーマルサービスとしてつくっていかなくてはいけないと思って、丁度声かけしはじめているところ。(D)」と「在宅での生活を望んだ本人を支えるにあたり、制度では足りない部分を補う資源をつくる」活動を進めていた。包括看護師は、地域包括支援センターの3職種の一員として活動しており、「相談は社会福祉士とか主任ケアマネさんもいらっしやるんですけど、看護師は医療の知識の観点で、引き出すこともできるじゃないですか。(E)」と「日常的に包括三職種でケース共有し、関連させて地域ケア会議や講座等を企画する」ように議論を重ねていた。さらに、「介護職の方は、医療職の方がはっきりモノをいう方が

多いので、すごく苦手だとおっしゃるので、なんかそういう意味でも、間に入る。(D)」役割を担い、「デイの連絡帳に認知症カフェのチラシを入れてもらうと、デイに問い合わせがいき、デイの人も認知症カフェを知らないと説明ができないし、ちゃんと説明をお願いするっていう感じで、巻き込む。(F)」のように「医療と介護・福祉の間に入りケース支援だけでなくサロン運営に多職種・事業所を巻き込む」動きをしていた。

5) 【地域課題への取り組みを住民とともに検討する】

地域で活動するにあたり、「周りや仕事を覚えたり、その関係づくり、顔を覚えてもらったりとか、そういう仕事に時間を割かなきゃいけないし、あそこにはこの人がいるって思ってもらえたところでやっぱり始まっていくと思う。(F)」と考え、「地域と向き合うにあたって、相手の懐に入って顔の見える関係をつくる」活動を進めていた。関係性を深めるなかで、「ふらっと行けるところがあるといいわよねっていうのが地域ケア会議だったので。じゃあ生きづらさを抱えた方たちでも、気軽に立ち寄れる地域カフェをつくりたいですねっていう地区課題への取り組みとしてあげたんですよ。(C)」と「町会の会合や講座の場で地域課題を周知し、地域のなかでできることを検討する」ことを仕掛けていた。さらに「(介護予防事業として)いろいろな活用できるものはないかと、行政って縦割りなので、包括ってこの縦割りをつなぐ役目なのかな。(E)」と意識して、「上の方(行政)がやっぱり現場がみえてないところもあるじゃないですか。(現場を)フィードバックできたらいいな。(E)」ように「事業と住民のつなぎ役を担うなかで現場を認識し、行政にフィードバックする」ことで、より行政の動きが有効になるように働きかけていた。

6) 【住民同士のピアサポートの機会を設ける】

個別支援から「男性介護者が妻の介護をするなかで、病気の理解ですとか、自分のなかに認めることができなかつたというケースが続いてたんですよ。じゃあ、男性の方だけに集まってもらいましょうかと立ち上げたところもあります(C)」と「介護負担の軽減を目的に共通の課題に焦点を当てた介護者の会を運営する」活動へとつなげていた。さらに、介護者支援の場面で、「私らが相談を受けてもそれは大変だよなみたいな感じになるんだけど、やっぱり本当に実際経験した人が『そうだよ』っていうのと、私たちが『そうだよ』っていう同じ『そうだよ』は全然違うんだよな。重みはね。すごいなって思って(B)」と「同じ境遇の人の共感の力に着目し、

介護者の会等の地域で支え合う機会を設ける」ことにより、個別の家族支援において気持ちが喋るだけ喋れたり、みんな同じと思える場への参加を促していた。

7) 【介護予防に取り組む住民活動を支援する】

包括看護師は、地域づくりを広げるにあたり「もともと既存でなんかやってるようなところをオレンジカフェにしない?って、やってみましたね。(A)」と「既存の集まりを生かしつつ、介護予防を取り入れたサロン化や通いの場に向けて声をかける」ことをしていた。また個々事例から、「この人だったら来るのに負担がないだろうなっていう場所を頭に浮かべながら、ここの場所だったら、どこの事業所に声をかけようかなと考えてましたね(F)」と「立ち上げにあたり参加者目線でグループ構成やサロンの場、日程等の調整を進める」姿があった。さらに世話役について「1本釣りですよ。その方がいいわよっておっしゃってくださったら、じゃあお友達居ませんか?って。お世話係って年齢が上になってくると、やっぱり3人か4人居ていただいたほうがよいんですよ。(C)」と「世話役となり得る人材の意欲を引き出し、その友人等のつながりからメンバーを増やす」支援をしていた。またカフェやサロンに対して、「自立ではなく、律する方の「自律」ですよ。立つんじゃなくて、自分たちでこうちゃんと運営していけるように、フォローしていくっていう意識をもってはやっています。だから回っていますよ。(A)」と「カフェやサロンが住民達で運営していける「自律」を念頭において伴走支援」を行っていた。

IV. 考 察

1. 包括看護師による地区活動の特徴

1) 個別事例のニーズと支援を起点として地域づくりを推進する

包括看護師が地区活動を推し進めるうえで大きな動機となるのが、【住民がその人らしく暮らせる形を模索する】に代表されるように、個別事例のニーズと支援を起点として、よりその個人が望む生き方を模索する視点である。看護師は人の健康の保持増進苦痛の緩和等に働きかけることを第一義的に考える¹³⁾ように、包括看護師は支援対象となる個別事例の健康に強い関心を寄せている。また病棟看護師のときと比較して暮らしの場に深く関わる経験をすることが、暮らしと健康問題は不可分一体の現象であるから地域住民の生活把握を土台に、健康

課題に対応する予防機能を発揮できる立場を確保できる¹⁴⁾とされるように、生活と健康問題を一体としてとらえて、先を見越した支援を考えるきっかけとなっている。また地域づくりを推進する訪問看護師は、個別のニーズにとことん立ち向かっていくとそれはもう地域を変えることになることを実感としてもっていて、地域づくりは個人のケアからの連続性にとらえていた¹⁵⁾と分析されている。包括看護師も個別事例のニーズに向き合い、在宅生活の継続を支援するなかで地域を変える必要性に気づき、【住民の困りごとに早期に気付ける環境をつくる】や【住民の悩みを解決できる人や場所を探す】ように、個人を支えるにあたっての地域づくりを推進する地区活動を展開していた。

そのうえで、包括看護師は【介護予防に取り組む住民活動を支援する】ことや【住民同士のピアサポートの機会を設ける】こと等を通して、個別事例の困りごとを地域の資源を活用することで住民自身が主体的に解決できるように支援し、地域での支え合いの構築に取り組んでいた。包括看護師は個別事例のニーズを解決するために、日常の保健師活動で培った人脈や資源を活用し住民組織を有機的につなげることで住民組織活動の拡大を図る¹⁶⁾、地域のつながりを強化し、住民・関係者との協働を通して地域の健康づくりを推進し地域を動かすプロセスでソーシャル・キャピタルの醸成を図る¹⁷⁾ように、住民のつながりや助け合いに着目して地域づくりの基盤整備を展開していると考えられる。つまり包括看護師は個別事例のニーズを解決することに着目したうえで地区活動を通して住民や関係職種と協働しながら地域包括ケアシステムの構築を促進させている。

2) 医療と介護・福祉の間に入り、保健医療福祉のハブ役を担う

包括看護師は「医療と介護・福祉の間に入りケース支援だけでなくサロン運営に多職種・事業所を巻き込む」ことや、介護職や福祉職が医療職に対して苦手意識をもつ場合には間に入るなど、看護師として医療職と介護職や福祉職をつなぐ役割を担っている。多職種連携の現状として、専門分化した保健医療福祉の職種間の認識の違いから、共通理解が困難な状況があるとされ¹⁸⁾、介護支援専門員と訪問看護師間で情報共有をしにくいと感じている介護支援専門員は24.9%、訪問看護師では44.5%あり、情報共有をする際、両者が何らかの困難性を感じていることが明らかになっている¹⁹⁾ことから、包括看護師として多職種連携の課題に直面することが多いこ

とが推察される。だからこそ個別支援から地域づくりに至るため、意図的に多職種を巻きこみ、地域の保健医療福祉をつなぐ活動を実践していた。そのうえで、包括看護師は【多職種とともに在宅生活の継続に向けた社会資源をつくる】ように、既存の資源に着目し関係者や地域としての問題解決能力の向上を図っていた。地域ケア体制を高めた保健師の看護として、個別援助を積み重ねるなかで役立つ認識を増やし、ほかのケースに意図的に役立て、関係者の認識の変化を促し資源や制度の隙間を埋める地域ケア体制づくりを行っている²⁰⁾ように、包括看護師は個別支援を積み重ねるなかで、自らの看護経験や医療的視点を生かして地域における保健医療福祉のハブ役を担い、多職種の認識の変化を促し、役立つ資源を増やすことで、在宅生活を継続するにあたって支障となる資源や制度の隙間を埋める動きを行っている。

2. 包括看護師が地区活動の視点を身に着ける機会の必要性

保健師は保健師基礎教育が基盤となることで、地域を活動の対象ととらえるのは基本的なことで認識して地域資源を含めて個人・家族をとらえている²¹⁾。しかし看護師養成課程の指定規則では、昭和26年公布時こそ「公衆衛生看護概論」が含まれていたが、昭和42年の改正で記載は消え²²⁾、現在でも公衆衛生看護に関する明確な位置づけがない²³⁾状況であるため、看護師基礎教育で身に着ける機会は乏しい。包括看護師の場合には地域での業務経験を重ねるなかで、保健師の専門能力形成と要因となる地域・臨地活動体験から個の対応→家族→地域社会をとらえる²⁴⁾のような体験を経ることにより、人の暮らし全体をとらえて、地区活動の視点を身に着けていると考えられる。

しかし本研究は自治体より推薦された地区活動を実践している包括看護師の語りに基づくものであることを留意する必要がある。実際に、包括看護師に対する調査では自身の保健活動の知識が乏しいことについてのジレンマを抱えていることや、それらに対する研修がない²⁵⁾ことが明らかになっており、包括看護師の個々の経験や身をおく環境等の個人特性に起因して、十分に地区活動に取り組めていない包括看護師がいる可能性がある。

また全国の包括保健師（または包括看護師）に着目した調査では、新任教育を受けた者は67.0%であるが、現任教育プログラムやマニュアルを有する者は11.1%とされ、保健師（または看護師）を対象とした保健師活

動に関する研修を受けた者は25.8%にとどまる³⁾ことから、包括看護師を対象とした支援や教育の機会が確保されているとはいえないなかで、自身の役割を模索しながら業務に従事していると推測される。さらに、看護基礎教育検討会報告書では、看護師は療養者を含めた地域で暮らす人々を対象ととらえると示されている²⁶⁾ことから、包括看護師においても、地域特性を把握して、個別事例を積み重ねるなかで全体の課題を見出していく視点が必要であると考えられる。

以上のことから、今後、現場の包括看護師の教育ニーズを把握し、地区活動の視点に関する研修を受講する機会や指針を整備すること等により、包括看護師の地区活動の質を担保していく必要があると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究における限界として、今回の研究参加者はリクルートする際に行政機関に問い合わせ、各自治体の包括看護師のなかから地区活動の実践者として紹介された者であり、本研究結果は自治体より評価された包括看護師による地区活動の実践といえる。このためすべての包括看護師に共通する地区活動であるかは不明瞭であり、十分に地区活動に取り組めていないケースがある可能性も否定できない。今後、結果の一般化を図るためには、より広く包括看護師からデータを集める必要がある。

V. 結 語

包括看護師は個別事例のニーズと支援を起点として、個人が望む生活を体現するべく、地域への理解を深め、住民や関係職種と協働しながら、地区活動を通して在宅生活を支えられる地域づくりを推進していた。さらに保健医療福祉のハブ役を担い多職種や事業所等の分野を越えてつなげることや、地域の力を生かして地域住民による主体的な問題解決を促す支援すること等を通して、問題解決に役立つ資源やネットワークを増やし地域資源や制度の隙間を埋めていた。これらのように包括看護師は地区活動を通して在宅継続がしやすい地域をつくることで、住民個々がその人らしく暮らすことができる地域づくりを行っていた。また、本研究を通して、包括看護師を対象とした支援や教育の機会が確保されているとはいえない状況が示唆されたため、今後研究者が広くデータ収集を行うなかで、現場の包括看護師の教育ニーズを把握し、包括看護師への支援とその運営主体について検討

していく必要があると考えられる。

【利益相反】

本研究における利益相反は存在しない。

【謝辞】

本研究の実施にあたり、ご協力いただきましたみなさまに心から感謝申し上げます。本論文は、日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士論文の一部に加筆修正したものです。本研究は、令和3年度「日本赤十字看護大学松下清子記念教育・研究および奨学金」の研究助成を受けて実施しました。

【文献】

- 1) 厚生労働省老健局：「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について（平成30年5月10日付け老総発0510第1号老高発0510第2号老振発0510第3号老老発0510第1号）。<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000205731.pdf>（2023年9月28日）。
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：平成28年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域包括支援センターが行う包括的支援事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書。https://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c4.pdf（2023年9月28日）。
- 3) 日本看護協会：平成25年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 地域包括支援センター及び市区町村主管部門における保健師活動実態調査 報告書。https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/senkuteki/2014/hokatsushiencenter_report.pdf（2023年9月28日）。
- 4) 厚生労働省健康局長：地域における保健師の活動について（平成25年4月19日付け健発0419第1号）。https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1（2023年9月28日）。
- 5) 地区活動のあり方とその推進体制に関する検討会：平成20年度地域保健総合推進事業地区活動のあり方とその推進体制に関する検討会報告書。<http://www.jpha.or.jp/jpha/pdf/chiku%20report%20h20.pdf>（2023年9月28日）。
- 6) 高橋都子：地域包括ケアシステム構築における保健師への期待。保健師ジャーナル，70（11）：936-940，2014。
- 7) 川本晃子・田口敦子・桑原雄樹他：地域包括支援センター 保健師が地域住民と協力して行った個別支援の内容。日本地域看護学会誌，15（1）：109-118，2013。
- 8) 小路浩子・西原 翼：一人の保健師が地域包括支援センターの保健師として職業的アイデンティティを形成するまでのプロセス；複線径路等至性モデリング（TEM）による分析。神戸女子大学看護学部紀要，7：1-11，2022。
- 9) 吉田令子：A市地域包括支援センターの看護職の役割と連携の実際在宅高齢者の介護予防支援ネットワークの環境整

- 備の為の基礎研究(第2報). 目白大学健康科学研究, 13: 97-104, 2020.
- 10) 田中瑠美・田口理恵: 住民主体の地域づくりに向けた地域包括支援センター看護職の支援. 共立女子大学看護学雑誌, 7: 59-66, 2020.
 - 11) 市町村保健活動の再構築に関する検討会: 市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0330-8.html> (2023年9月28日).
 - 12) 永井智子・梅田麻希・麻原きよみ他: 地域保健活動における主要用語の定義デルファイ法を用いた全国調査. 日本公衆衛生雑誌, 68(8): 538-549, 2021.
 - 13) 石橋みゆき・吉田千文・雨宮有子他: 退院支援過程において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術の特徴. 保健医療福祉連携, 10(1): 19-28, 2017.
 - 14) 佐々木久美子: 保健師の地区活動の在り方. 宮城大学看護学部紀要, 14(1): 37-42, 2011.
 - 15) 中村 茜・月野木ルミ: 地域づくりを推進する訪問看護師の実践. 日本看護科学学会誌, 39: 366-372, 2019.
 - 16) 田口敦子・岡本玲子: ヘルスプロモーションを推進する住民組織への保健師の支援過程の特徴. 日本地域看護学会誌, 6(2): 19-27, 2004.
 - 17) 田仲理江・本田 光・新藤ゆかり他: 地域保健活動におけるソーシャル・キャピタルの醸成を意図した保健師活動. 北海道公衆衛生学雑誌, 31: 93-99, 2017.
 - 18) 吉田令子・武田保江: 文献から見た地域包括ケアシステムにおける訪問看護の連携の現状と課題; 退院支援の多職種連携に焦点を当てて. 目白大学健康科学研究, 14: 35-42, 2021.
 - 19) 泉宗美恵・佐藤悦子・依田純子他: 専門職連携実践(IPW)に関する訪問看護師と介護支援専門員の意識. 保健医療福祉連携, 6(1-2): 11-21, 2013.
 - 20) 春山早苗: 個別援助の積み重ねにより築く地域ケア体制づくり. 千葉看護学会会誌, 7(1): 35-43, 2001.
 - 21) 青木亜砂子: 中堅保健師が認識する「対象としての地域」とその認識に影響する経験. 日本公衆衛生看護学会誌, 9(2): 101-111, 2020.
 - 22) 保健師助産師看護師法60年史 編纂委員会: 保健師助産師看護師法60年史, 看護行政のあゆみと看護の発展. 日本看護協会出版会, 100-103, 2009.
 - 23) e-Gov 法令検索: 保健師助産師看護師学校養成所指定規則(昭和二十六年文部省・厚生省令第一号). <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=326M50000180001> (2023年9月28日).
 - 24) 高尾茂子: 地域保健行政で働く保健師の専門能力形成の要因分析保健師の経験“語り”調査から. ヒューマンケア研究学会誌, 5(1): 47-54, 2013.
 - 25) 杉原百合子・山田裕子: 地域包括支援センターにおける看護職の課題; インタビュー内容のテキストマイニング分析より. 京都府立医科大学雑誌, 123(7): 487-490, 2014.
 - 26) 厚生労働省: 看護基礎教育検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (2023年9月28日).

■ Research Report ■

Qualitative Descriptive Research on the Local Activities of Community Comprehensive Support Center Nurses

Taichi Sato, Aya Iguchi, Chie Ishida

Japanese Red Cross College of Nursing

Objectives: To elucidate the characteristics of the local activities of nurses at community comprehensive support centers.

Methods: We conducted semi-structured interviews of six nurses engaged in local activities at a contractor-style community comprehensive support center, followed by a qualitative descriptive analysis.

Results: From the analysis, we were able to derive seven categories: [Looking for a way of life that is suitable for residents], [Creating an environment in which the problems of residents are noticed quickly], [Searching for people and places that can solve the problems of residents], [Building resources for the continuation of living at home with multiple types of professions], [Considering initiatives for local problems together with residents], [Creating opportunities for fellow residents to support each other], and [Supporting resident activities related to preventative care].

Observations: Starting from the support needs of individual cases, community comprehensive support center nurses were raising awareness and collaborating with residents and related occupations while promoting the development of communities that allow patients to live at home in their ideal way. As they dealt with each unique case, the nurses recognized the need to support the community as a whole. Differences in people's experiences and environments, however, suggests the need to create a framework for understanding the perspective of local activities.

Key words : community comprehensive support center, nurse, local activities, qualitative descriptive research, community development, community networks

■研究報告■

乳幼児虐待予防に向けて市町村保健師が支援に必要な「気になる親子」を判断するためのアセスメントの視点

飯塚瑞季¹⁾, 大澤真奈美²⁾, 行田智子²⁾

抄 録

目的: 乳幼児虐待予防に向けて市町村保健師が支援に必要な「気になる親子」を判断するためのアセスメントの視点を明らかにし、母子保健活動への示唆を得る。

方法: A県内の自治体に所属している経験9年以上かつ母子保健の経験5年以上の市町村保健師10人を対象に、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。Berelson B.の内容分析を参考にデータを質的帰納的に分析した。

結果: アセスメントの視点として18カテゴリーが形成され、アセスメントした対象により母親・父親・子どもの3つの視点に分類できた。母親に対しては【他者への関わりで不器用さやあいまいさ・乱暴な態度をみせる】など12カテゴリー、父親に対しては【家事や育児へ非協力的な行動をとる】など2カテゴリー、子どもに対しては【他者とのやりとりの難しさやほかの子とは違う距離感がある】など4カテゴリーであった。Scott WAの式による3人の一致率は88.6%以上であり、カテゴリーの信頼性を確認できた。

考察: 市町村保健師はアセスメントの視点を、母親に対しては母親の発言や子どもへの関わり、暮らしぶりなどの観察から把握し、父親に対しては母親の発言から父親の様子を推測して把握し、子どもに対しては母親の発言や子どもの観察から把握していた。またアセスメントの視点は市町村保健師が、親子との関わりで把握し支援につなげた経験を通してつくりあげた自身に内在する基準となるもので、それに照らし直感的に判断していると考えられた。

【キーワード】 児童虐待, 発生予防, 気になる親子, 保健師, アセスメント, 視点

日本地域看護学会誌, 26 (3) : 31-42, 2023

I. 緒 言

近年児童相談所における児童虐待の相談対応件数は増加傾向であり、令和3年度は207,659件¹⁾と過去最多であった。重症事例も報告されているが、これらは顕在化された事例であり、明らかな虐待の所見やリスク要因はなくても支援を必要²⁾としている親子の存在が伺える。

このような現状を踏まえ、虐待はだれにでも起こりうるものとして予防的な支援の重要性³⁾が指摘されている。そのなかで、顕在するリスク要因を有する親子のみならず、明らかなリスク要因はないが虐待予防の観点から親子の様子で気になる点がある場合を「気になる親子」とし、支援の対象範囲を拡げることで確実に把握⁴⁾できると期待されている。この「気になる親子」は法律等で規定されていないが、実践現場においては気になる点がある場合に用いられ、研究が重ねられつつある。支援の必要な親子を把握しやすい立場⁵⁾として虐待発生を防ぐ³⁾役割を担っている市町村保健師は、母子保健事業を通し

受付日: 2023年5月14日 / 受理日: 2023年11月7日

1) Mizuki Iizuka: みどり市保健福祉部健康管理課大問々保健センター

2) Manami Osawa, Tomoko Nameda: 群馬県立県民健康科学大学看護学部

て地域で生活するほぼすべての親子と関わり、それぞれの経験に基づいて何となく気になる、支援が必要な場合に、「気になる親子」と判断している。

厚生労働省は虐待のリスク要因⁶⁾を提示しているが、これは虐待ケースを把握するものであり明らかな虐待のリスク要因のない親子も含む「気になる親子」を適切に判断するものではない。国内の研究では「気になる親子」に関して、助産師の対応⁷⁾や連携^{8,9)}、保健師が健診で気になった親子の様子¹⁰⁾や家族のアセスメント項目¹¹⁾を明らかにしたものが散見されるが、関わる時期や場所が限定的であったり、気になる項目の提示にとどまっているなど、市町村保健師が日ごろの活動においてどのような親子の様子から「気になる親子」を判断するのか、その視点として具体的な内容は示されていない。海外では、虐待のリスク要因が重複するなどより複雑なほうが虐待発生リスクが高いこと¹²⁾や、虐待の疑いがある親子への対応方法¹³⁾、子どもの世話をできないことがある、産後うつであることなどと子どものニーズを評価するための枠組み¹⁴⁾が示されている。しかし、これらは虐待のリスク要因が顕在化している事例が対象であることから、虐待予防に向けて支援の必要な「気になる親子」を判断するための視点としての活用には不十分である。また、支援の判断で直感を使っている¹⁵⁾ことなども明らかにされているが、その内容は明らかにされておらず、支援の必要な「気になる親子」をどうとらえるか親子の様子を具体的に示したアセスメントの視点は見当たらない。そのため、経験の浅い保健師は判断に迷い、どのように介入すべきか苦慮¹⁶⁾したり、潜在的に支援の必要な親子が見落とされてしまう可能性が考えられる。そこでアセスメントの視点が明確になれば、潜在する支援が必要な親子の見落としを防げるのではないかと考えた。

以上より、支援の必要な「気になる親子」のアセスメントの視点を明らかにし、母子保健活動への示唆を得ることを目的とした。本研究の成果は、潜在する虐待のリスク要因や支援が必要な親子の見落としを防ぎ、漏れなく虐待予防への支援につなげることに役立つと期待できる。さらに、経験が浅く判断に自信がない、アセスメントに不安を抱く保健師の不安や困難感の軽減にもつながり、母子保健活動の一助になると考える。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究における「気になる親子」とは、市町村保健師が日ごろの親子との関わりの中で虐待予防の観点から違和感や異質性を感じるなどしたために支援が必要と判断した親子、「アセスメントの視点」とは、支援の必要性を判断するために注視した内容と定義した。

2. 研究デザイン

本研究では、市町村保健師の語りをデータとし市町村保健師が親子のどのような様子から支援の必要な「気になる親子」と判断したのかその内容を明らかにするため、質的記述的研究を用いた。データを客観的に分析するため Berelson B¹⁷⁾の内容分析を参考にした。

3. 研究対象者

A県内で従事する市町村保健師とした。また、経験6年以上¹⁸⁾の中堅では問題を見極める力を有し¹⁹⁾、その分野の経験2年以上で実践上の問題を話すのに適している²⁰⁾とされることから、6年以上の保健師経験があり、かつ2年以上の母子保健業務経験を有する者として、理論的サンプリングを行った。はじめにA県内の市町村保健師を管轄する主管課の保健師主務者の協力を得て、研究実施の周知を行うとともに研究対象候補者の紹介を依頼した。候補者へ研究者より、研究に関して説明のうえ同意が得られた者を研究対象者とした。研究対象者の人数について、質的研究では標本の大きさを決めるための基準や規則はない²¹⁾ため、新しいサブカテゴリーが出現しないことが確認された時点でデータ収集を終了することとした。内容分析を用いた先行研究²²⁻²⁶⁾において、研究対象者の人数は6~13人、平均9.6人であった。したがって、研究対象者10人以上を目標とした。また、質的研究では網羅的な結果²⁷⁾が得られているかが重要であることから、データの代表性を高め系統的偏りを弱めるため、A県内の多様な人口規模における市町村保健師が含まれるよう留意した。

4. データ収集方法

半構造化面接によるインタビューを実施した。本研究の目的と用語の定義を説明したうえで、親子との関わりの中で支援の必要な「気になる親子」であると判断し、実際に支援した事例を想起してもらい、どのような様子

表1 研究対象者の概要

	年代	経験年数		所属自治体	所属自治体の人口	インタビュー時間
		保健師	母子保健			
A	50歳代	32年	14年	A市	49,453人 (2022年11月末日)	63分
B	30歳代	10年	10年	B町	12,117人 (2022年11月末日)	55分
C	40歳代	22年	20年	C市	104,786人 (2022年11月末日)	50分
D	50歳代	33年	20年	D市	369,417人 (2022年11月末日)	60分
E	50歳代	25年	25年	A市	約49,453人 (2022年11月末日)	55分
F	40歳代	25年	12年	E市	63,008人 (2022年11月1日)	57分
G	40歳代	21年	13年	F市	55,353人 (2022年11月末日)	47分
H	40歳代	27年	16年	G市	331,910人 (2022年11月末日)	20分
I	50歳代	28年	25年	G市	331,910人 (2022年11月末日)	26分
J	30歳代	9年	5年	H村	約4,185人 (2022年1月末日)	40分
平均	—	23.2年	16年	—	—	47.3分
範囲	—	9～33年	5～25年	—	—	20～63分

や状況の観察から判断したのか具体的な内容を語ってもらうよう依頼した。具体的には、「親子のどのようなところに違和感や異質性等を感じたかについて話していただけですか」などと問いかけた。なお、専門家会議およびパイロットスタディを実施し、質問内容の妥当性や実施方法の適切性の検討を行った。インタビューは対象者が自由な気持ちで語れるよう、対象者が従事する施設の相談室など、対象者の希望に応じた場所と時間を設定した。また、許可を得てICレコーダーに録音した。データ収集期間は2022年5～8月であった。

5. データ分析の具体的手順

保健師の語りから逐語録を作成し、アセスメントの視点として親子の様子や言動、状況などが表現されているまとまりのある文章を文脈単位とした。文脈単位を1つの意味内容のまとまりごとに、意味内容を損なわないよう短文で表現し記録単位を作成した。記録単位の内容を損なわないように、より簡潔に表現したコードを作成した。次に得られたコードを、類似性と差異性を比較し、同じ意味内容のものをまとめた。主観を排除するためコードの表現を用いながらシンボリック²⁸⁾に表現したものとなるよう命名し、サブカテゴリー、カテゴリー名とした。データの解釈・分析の過程では、共同研究者間で検討を重ね、厳密性の確保に努めた。データ分析におけ

る結果の信頼性の確認を自治体保健師の経験があり、かつ質的研究の経験を有する研究者3人へ依頼した。まず、コード総数298から約20%のコードを抽出した。カテゴリー一覧、コード一覧、用語の定義を提示し、コード一覧のコードを表していると判断するカテゴリーをカテゴリー一覧から選択してもらい、Scott WAの式²⁹⁾を用いて一致率を算出した。

6. 倫理的配慮

研究協力者へは、口頭および文書により、研究目的と方法、協力は自由意思であること、いつでも辞退できること、データは研究目的以外に使用しないこと、個人情報保護に努めることを説明し、書面を用いて研究協力の同意を得た。必要に応じて、研究協力者の所属する施設の長への説明を行うなど、強制力が働くことのないように配慮した。本研究は、群馬県立県民健康科学大学倫理委員会の承認(健科大倫第2021-40号)および学長の許可を得て実施した。なお本研究において、開示すべき利益相反はない。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は10人であった。データ分析はデータ取

集と並行して行い、8人の分析を終えた時点で繰り返し同様のデータが現れてきたため、おおむね飽和状態と判断した。追加で2人へインタビューを行い、新しいサブカテゴリーが出現しないことが確認されたため、データ収集を終了した。研究対象者の所属自治体は、市8人、町1人、村1人であり、人口規模は多様であった。年齢は、30～50歳代で、保健師経験は9～33年、母子保健業務経験は5～25年であった。インタビューはすべての対象者に対面で実施し、平均47.3分であった。

2. 乳幼児虐待予防に向けて市町村保健師が支援の必要な「気になる親子」を判断するためのアセスメントの視点

アセスメントの視点に関する内容は、316の記録単位が得られ、合計298のコードが形成された。これらを分類した結果、56サブカテゴリー、18カテゴリーが形成された。この18カテゴリーは保健師がアセスメントをした対象によって、母親・父親・子どもに対するアセスメントの視点に分類された。なお、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》, サブカテゴリーの意味合いを含みカテゴリーの内容を象徴する代表的なコードは『 』により示す。

1) 母親に対するアセスメントの視点

母親に対するアセスメントの視点は、市町村保健師が母親の発言や直接観察して把握した母親の様子を表している。

【幼く見える外見や心身の状態の不安定さ・発達の特徴がある】は、《母親と思えないくらい幼く見える》《自身の体調管理ができておらず体調が悪くても放置する》《子どもの世話ができなくなるほどのメンタルの不安定さや発達の特徴がある》の3サブカテゴリーから形成され、『子どもがいると思えない幼さがある』などのように、子どもがいるのかと疑うような幼い雰囲気、自身の体調管理ができていない様子を示していた。【言動が実際の状況と異なったり物事のとらえ方にずれがある】は、《実際の状況と母親の言動や認識が矛盾している》《保健師や医師が意図したことと違う受け取り方をする》《子どもの特性や発達の遅れを受け入れられない、また認識していない》の3サブカテゴリーから形成され、『説明に対して「あーなるほど」とわかったような返答をするが理解していない』などの母親の話と実際の状況に矛盾が生じたり、相手の意図と違う受け取り方や、一見わかったようでも理解していない様子を示していた。【他

者への関わりで不器用さやあいまいさ・乱暴な態度をみせる】は、《コミュニケーションの不器用さや関わりにくさ、対人トラブルがみられる》《自分本位の視点で多くを一方向的に語る》《支援者とのつながりを切ったり他者に介入してほしいくない雰囲気を示す》《質問しても嘘をついたりはぐらかしてあいまいにする》《乱暴さや怒り、気分のむらをみせる》《慣れている人としか話せなかったり、助けを求めることや不安の表出が苦手である》《対面での感情の表出や反応が乏しい》の7サブカテゴリーから形成され、『質問しても「別に、いつもなんで」と具体的に答えない』などの他者との関わりがうまくいかない様子や、質問に対する返答があいまいである様子などを示していた。【子どもへの威圧的な対応または無関心・過剰な心配など極端な態度・行動がみられる】は、《子どもの行動を威圧的に制止しようとする》《育児や子どもの話題で話が弾まない》《子どもができたうれしさが伝わってこない》《子どもの状態を神経質なほど気にしすぎる》の4サブカテゴリーから形成され、『育児に関する話題でも話が弾まず、何となくやりとりも乗ってこない』などの子どもに対する威圧的な言動や、育児の話題でも話が進まずやりとりに乗ってこなかったり、神経質になってしまう様子を示していた。【子どもの危険回避や成長発達に応じた適切な対応ができない】は、《子どもを放置したり危険を予測した行動がとれない》《発達段階に応じた育児ができない》《育児の見通しが立てられない》《子どもの成長に適した身だしなみや必要なものを整えられない》《子どもがなにを求めているのかわからない》《頻回に他者に相談しないと子どもへの対応ができない》《育児に必要なサービスの手続きなどができない》《子どもの動きや求めに応じて対応しない》《自分のことを優先し子どものことは二の次である》《ネット上の育児に関する情報を極端にうのみにしたりそのとおりにやろうとする》の10サブカテゴリーから形成され、『どうして泣いているのか子どもの反応を理解できない』などの子どもの発達段階に応じた育児がわからなかったり、適切な対応を母親が判断できない様子を示していた。【子どものことまで手が回らなかったり家事やほかの兄弟の世話を子どもに任せている】は、《子どものことまで手が回らない》《子どもヘヤングケアラーのように家事やほかの京大の世話を任せる》の2サブカテゴリーから形成され、『夜間の仕事で子どもの朝ごはんの準備や幼稚園への送り出しができない』など母親が一生懸命でも生活に余裕がないために子どもの

表2 市町村保健師が支援の必要な「気になる親子」を判断するためのアセスメントの視点

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	コードの例
幼くみえる外見や心身の状態の不安定さ・発達の特徴がある	母親と思えないくらい幼くみえる	3	子どもがいると思えない幼さがある
	自身の体調管理ができておらず体調が悪くても放置する	3	受診が滞り自分自身の体調管理ができていない
	子どもの世話ができなくなるほどのメンタルの不安定さや発達の特徴がある	3	子どもの要求に応じられないほどのメンタル不調がある
言動が実際の状況と異なったり物事のとらえ方にずれがある	実際の状況と母親の言動や認識が矛盾している	4	話す内容と子どものけがの程度が異なる
	保健師や医師が意図したことと違う受け取り方をする	4	説明に対して「あーなるほど」と返答するが理解していない
	子どもの特性や発達の遅れを受け入れられない、また認識していない	3	「なんでうちの子こうなんですか」と子どもの特性を受け入れられず自分を責めてしまう
他者への関わりで不器用さやあいまいさ・乱暴な態度をみせる	コミュニケーションの不器用さや関わりにくさ、対人トラブルがみられる	6	一見社交的であるが、人との関わりで空回りしている
	自分本位の視点で多くを一方向的に語る	10	「私の話を聞いて」というように自己中心的に話す
母	支援者とのつながりを切ったり他者に介入してほしくない雰囲気を示す	11	支援(者)とのつながりを自ら切ってしまう
	質問しても嘘をついたりはぐらかしてあいまいにする	17	質問しても「別に、いつもなんで」と具体的に答えない
親	乱暴さや怒り、気分のむらみせる	5	気持ちが激しく上がったりが下がりすぎる
	慣れている人としか話せなかったり、助けを求めることや不安の表出が苦手である	7	人に助けを求めたりSOSを出すことが苦手なタイプである
対	対面での感情の表出や反応が乏しい	5	反応が薄く、指導や話の内容が伝わった感じがしない
	子どもへの威圧的な対応または無関心・過剰な心配など極端な態度・行動がみられる	4	子どもへ乱暴な関わり方をしている
ス	育児や子どもの話題で話が弾まない	2	初めてのお子さんにしては子どもについてのやりとりに乗って来ない
	子どもができたうれしさが伝わってこない	3	妊娠がうれしかったと話すわりにはそのうれしさが伝わってこない
メ	子どもの状態を神経質なほど気にしすぎる	4	夜寝ないで我が子を見守るなど頑張りが過ぎてしまう
	子どもの危険回避や成長発達に応じた適切な対応ができない	5	子どもを家においたまま自分の用事を済ませに出かけてしまう
ト	発達段階に応じた育児ができない	5	自分の考えでミルクを制限するなど独自の育児を行う
	育児の見通しが立てられない	3	保育園に入る年齢など子どもの成長に応じた見通しが立たない
視	子どもの成長に適した身だしなみや必要なものを整えられない	3	クレヨンやバックなど就園に必要な物を整えられない
	子どもがなにを求めているのかわからない	4	どうして泣いているのか子どもの反応を理解できない
点	頻回に他者に相談しないと子どもへの対応ができない	4	頻回に他者に確認しないと子どもへの対応ができない
	育児に必要なサービスの手続きなどができない	7	普通な自分のできるような保育園の手続きなどを相談してくる
の	子どもの動きや求めに応じて対応しない	6	子どもが困っている様子でもみてみぬふりをする
	自分のことを優先し子どものことは二の次である	4	子どものことより自分の興味でいろいろなことをやろうとする
の	ネット上の育児に関する情報をうのみにしたりそのとおりにやろうとする	5	ネット上の過度な細かい情報を信じ切る
	子どものことまで手が回らなかつたり家事やほかの兄弟の世話を子どもに任せられている	8	保育園の送り出しができず門が閉まってから登園する
の	子どもへヤングケアラーのように家事やほかの兄弟の世話を任せている	3	ヤングケアラーのように下の兄弟の面倒を全部みている

(表2 つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	コードの例
母	上の子と下の子で異なる関わり方をする	4	下の子をかわいがりが、上の子にはあまり手をかけていない
	片方の子へ常に気をとられている	4	話の内容は来所時の健診対象の子どもよりも手のかかる子のことばかりである
親	育児や生活の負担感や困難感の訴えが多い	4	家事と育児の負担が大きく自分は育てられないと訴える
		2	育児に対して一生懸命やろうとするが続かない
		2	自分ひとりで子どもを育てていくことに対する不安が強い
対	不安定な働き方や金銭感覚のずれがあったりゆとりがない生活ぶりである	10	日雇いや派遣といった働き方で安定しない
		10	生活必需品を買うべきでもゲームの課金に使う
		2	就労意欲はあるが継続できず収入が安定しない
		2	離婚あるいは理由が不明の転出入を繰り返している
		7	生活や気持ちのゆとりがなく子どものことまで気が回らない
		6	自宅を片付けられなかったり生活空間が荒れていてもそのままにする
		6	部屋のなかはものであふれかえっている
ス	母親の実父母との関係にトラウマ・問題がある	12	子どものころに愛情を受けていた実感が無い
		8	実母とつながりはあるがあまり関わりたくないと思っている
メ	身近な人によるサポートがない	7	生活や育児で困ったことがあっても助けてくれる人がいない
		2	子どもとどんな生活をしているのかみえない
		12	夫の話題になると返事が途切れ途切れで話が進まない
		2	夫が働き、専業主婦なのに保険証が扶養になっていない
ン	夫との関係の不安定さや育児の様子が推測できない	2	夫が働き、専業主婦なのに保険証が扶養になっていない
		12	夫との関係が不仲だったり不安定であったりする
		2	夫との扶養関係が一般的ではない
ト	家事や育児へ非協力的な行動をとる	10	家で家事や育児などなにもしない
		3	自分にお金を使うが妻と子どもに対してはお金をかけない
		2	一生懸命子どもに話しかけて遊ぼうとするが子どもの反応は乏しく、普段遊び慣れていない感じがする
の	子どもとの関係性が築けていない	2	一生懸命子どもに話しかけて遊ぼうとするが子どもの反応は乏しく、普段遊び慣れていない感じがする
		2	子どもとの関係ややりとりがうまくいかない
		2	一生懸命子どもに話しかけて遊ぼうとするが子どもの反応は乏しく、普段遊び慣れていない感じがする
視	他者とのやりとりの難しさやほかの子とは違う距離感がある	4	言葉に遅れがあったり、やりとりが難しかったりする
		6	他者との距離感が妙に近かったりほかの子とは違う
		3	周りの様子をうかがうような言動がある
点	感情表現の乏しさがある	1	周りが関わっても関わらなくても平坦な様子である
		1	反応が薄く感情の変化が平坦である
		5	かんしゃくを起して泣く
子	手のかかる発達の特徴がある	5	かんしゃくを起して泣く
		5	かんしゃくを起して泣く
		5	かんしゃくを起して泣く
も	ほかの子とは違う見た目や行動がみられる	11	母親にくっついて大人すぎる
		6	動物に平気で大量の水をかけるなど動物の扱い方がひどい
に	生き物に対して乱暴な行動がみられる	6	動物に平気で大量の水をかけるなど動物の扱い方がひどい
		6	動物に平気で大量の水をかけるなど動物の扱い方がひどい

ことまで手が回っていない様子を示していた。【上の子と下の子で異なる関わり方をする】は、《上の子と下の

子で関わり方かなりの差がある》《片方の子へ常に気をとられている》の2サブカテゴリーから形成され、『話

の内容は来所時の健診対象の子どもより手のかかる子のことばかりである』などの片方の子のことばかりに常に気をとられている様子を示していた。【育児や生活の負担感や困難感の訴えが多い】は、《育児や生活の負担感や困難感を訴えてくる》《育児を一生懸命やろうとするが継続できない》《育児に対する不安が強い》の3サブカテゴリーから形成され、『育児と家事の負担が大きいことで私は育てられないと訴えがある』などの育児や生活への負担感や不安を強く訴えてくる様子を示していた。【不安定な働き方や金銭感覚のずれがあったりゆとりのない生活ぶりである】は、《不安定な働き方やうまくお金をやりくりできず生活を営むことが難しい》《現実認識が乏しく金銭面などの生活感覚が普通とずれている》《就労意欲はあるが継続できず収入が安定しない》《離婚あるいは理由が不明の転出入を繰り返している》《生活や気持ちにゆとりがなく子どものことまで気が回らない》《自宅を片付けられなかったり生活空間が荒れていてもそのままにする》の6サブカテゴリーから形成され、『生活必需品を買うべきでもゲームの課金に使う』などの現実認識が乏しい様子、ゆとりのない生活ぶりを示していた。【母親の実父母との関係にトラウマ・問題がある】は、《幼少期の愛情や育ちにトラウマがある》《母親の実父母との関係に問題がある》の2サブカテゴリーから形成され、『自分が実父母から愛情を受けていた実感が十分もてない』などの実父母との関係にトラウマや問題がある様子を示していた。【身近な人によるサポートがない】は、《家族以外で身近につながりをもつ人や支援してくれる人がだれもいない》から形成され、『通常であれば身近な人に相談できる困りごとが解決できない』などの身近につながりのある人の存在がみえないことや相談相手がいない様子を示していた。【夫との関係の不安定さや育児の様子が推測できない】は、《普段の生活の様子や子どもへの接し方がわからない》《夫との関係が不仲であったり不安定であったりする》《夫との扶養関係が一般的ではない》の3サブカテゴリーから形成され、『夫の話題になると返事が途切れ途切れで話が進まない』などの夫との関係が不安定であったり、育児の様子が推測できない様子を示していた。

2) 父親に対するアセスメントの視点

父親に対するアセスメントの視点は、市町村保健師が母親の発言を通して把握した父親の様子を表している。

【家事や育児へ非協力的な行動をとる】は、《家で家事や育児などなにもしない》《家族のことよりも自分を優

先に考えたり行動しようとする》の2サブカテゴリーから形成され、『自由にお金を使うが妻と子どもに対してはお金をかけない』などの父親が自分の好きなように行動し家族よりも自分を優先する様子を示していた。【子どもとの関係性が築けていない】は、《子どもとの関係ややりとりがうまくいかない》から形成され、『一生懸命子どもに話しかけて遊ぼうとするが子どもの反応は乏しく、普段遊び慣れていない感じがする』などの関わりが一方通行で不自然さを感じる様子を示していた。

3) 子どもに対するアセスメントの視点

子どもに対するアセスメントの視点は、市町村保健師が母親の発言や直接観察してとらえた子どもの様子を表している。

【他者とのやりとりの難しさやほかの子とは違う距離感がある】は、《言葉に遅れがあったり、やりとりが難しかったりする》《他者との距離感が妙に近かったりほかの子とは違う》《周りの様子をうかがうような言動がある》の3サブカテゴリーから形成され、『人との距離感が妙に近い』などのほかの子とは違うやりとりの様子や言動を示していた。【感情表現の乏しさがある】は、《反応が薄く感情の変化が平坦である》から形成され、『反応の薄さがある』などの他者が関わっても反応が平坦な様子や、感情表現が乏しい様子を示していた。【手のかかる発達の特性がある】は、《手がかかりそうな発達の特性がある》から形成され、『かんしゃくを起こして泣き育てにくさがある』などの子どもの言動が親にとって対応できる程度を超えていたり、子育てのなかで手がかかりそうな特性がある様子を示していた。【ほかの子とは違う見た目や行動がみられる】は、《ほかの子とは違う見た目や行動がある》《生き物に対して乱暴な行動がみられる》の2サブカテゴリーから形成され、『動物に平気で大量の水をかけるなど動物の扱い方がひどい』などのほかの子とは違う見た目や行動の様子を示していた。

3. カテゴリの信頼性

Scott WAの式によるカテゴリの一致率は、それぞれ、95.4%、92.0%、88.6%であった。

IV. 考 察

1. データの適切性

全ての対象者が保健師経験9年以上母子保健経験5年

以上であった。先行研究¹⁸⁻²⁰⁾より研究目的に対して十分なデータを得られる対象者であったと考える。また、所属自治体は人口規模の異なる8市町村であり、語られた事例は全員複数であったことから、系統的偏りをより少なくし、豊富なデータが得られたと考える。さらに、Berelson Bを用いた研究では、Scott WA²⁹⁾の一致率70%以上の場合にカテゴリーの信頼性を確保したと判断²⁷⁾しており、本研究はこの基準を満たし信頼性が確保できたと考える。

2. 市町村保健師が支援の必要な「気になる親子」を判断するためのアセスメントの視点

1) 母親に対するアセスメントの視点

母親に対するアセスメントの視点は最も多くのコードから抽出された。これは、市町村保健師が乳幼児健診などの母子保健事業を通して、母親と直接関わりをもつ機会が定期的であり、母親を中心にとらえアセスメントしているためと考えられた。市町村保健師は母親の発言や観察から【幼くみえる外見や心身の状態の不安定さ・発達の特性がある】【他者への関わりで不器用さやあいまいさ・乱暴な態度をみせる】【言動が実際の状況と異なったり物事のとりえ方にずれがある】ことを把握していた。先行研究では養育者の感情的不安定さが虐待リスクを高め¹⁵⁾ること、社会性を確認³¹⁾することの重要性が述べられ、本結果と類似した内容であった。このことから市町村保健師は母親の観察より、見た目や心身の不安定さ、他者への関わり方などの様子をとらえていると考える。また、市町村保健師は母親との会話のなかで、【育児や生活の負担感や困難感の訴えが多い】【母親の実父母との関係にトラウマ・問題がある】【身近な人によるサポートがない】ことを把握していた。乳幼児虐待の根幹は親自身の育成歴³²⁾であることや、育児負担感への寄与因子にサポート不足³³⁾があるといわれているように、育児や生活への負担感、実父母との関係をとらえていることが考えられた。さらに子どもへの対応場面から、【子どもの危険回避や成長発達に応じた適切な対応ができない】【子どもへの威圧的な対応または無関心・過剰な心配など極端な態度・行動がみられる】【上の子と下の子で異なる関わり方をする】様子を把握していた。古川ら³¹⁾は、子どもとのやりとりを、足立ら¹⁸⁾は、子どもに対する態度や行動を見極める必要性を述べており、保健師は子どもに過剰な心配を向けたり、一方で興味を示さないような子どもへの関わりの様子をとらえている

と考える。また、夫や生活に関する話題のなかで【夫との関係の不安定さや育児の様子が推測できない】【不安定な働き方や金銭感覚のずれがあったりゆとりのない生活ぶりである】【子どものことまで手が回らなかったり家事やほかの兄弟の世話を子どもに任せている】状況を把握していた。虐待ハイリスクの家庭では夫との関係性に問題がある³⁴⁾こと、生活の不安定さは虐待移行に強い関連性がある³⁵⁾などの報告がある。このように母親との会話から、夫との関係や暮らしぶりにゆとりのない様子をとらえていると考える。以上より市町村保健師は、母親の発言や子どもへの関わり、夫との関係や暮らしぶりの様子を把握する経験を積み重ね、ほかの多くの母親と比較することで、支援の必要な「気になる親子」を判断していると考えられた。

2) 父親に対するアセスメントの視点

父親に対するアセスメントの視点は、最も少ないコードで構成された。これは、市町村保健師が母子保健事業の実施機会において父親と直接会う機会が少ないことから、母親との関わりをなかで、母親の発言やそのときの表情などの反応を通してアセスメントしているためと考えられた。たとえば、【家事や育児へ非協力的な行動をとる】のように、家庭内における父親の様子を把握し、【子どもとの関係性が築けていない】のように、父親の子どもとの関係性をアセスメントしていた。父親の育児協力の程度によって要経過観察者を判断³⁶⁾すること、父親の親性³⁷⁾をアセスメントすることが重要だと報告されていることから、市町村保健師は、対面しているのが母親と子どものみでも母親への父親に関する発問を工夫し、発言や表情などから父親の家庭での様子を推測することで、支援の必要な「気になる親子」を判断していると考えた。

3) 子どもに対するアセスメントの視点

市町村保健師は、子どもの様子を直接観察したり、子どもとのやりとりのなかで、【他者とのやりとりの難しさやほかの子とは違う距離感がある】【感情表現の乏しさがある】【ほかの子とは違う見た目や行動がみられる】様子をとらえていた。また、母親の発言のなかで【手がかかりそうな発達の特性がある】様子を把握していた。気になる母子の様子として発達や子育てしにくい気質³⁸⁾があること、虐待の結果発達障害に類似した臨床像がもたらされ³⁹⁾、徐々に発達障害特性として認識³⁸⁾されると報告がある。以上より市町村保健師は、直接的な観察により子どもの言動や反応をとらえたり、人との距離感や

これまで関わった同年代の子どもとの比較から、その異なる様子や不自然さをとらえ、支援の必要な「気になる親子」を判断していると考えた。

3. 支援の必要な「気になる親子」を判断する方法

虐待のリスク要因⁶⁾では、たとえば保護者の援助者への態度について、「援助への態度」などの項目と「援助を拒絶・暴力・脅迫的反発」などの状況例として提示されている。それに対して、本研究のカテゴリーは【他者への関わりで不器用さやあいまいさ・乱暴な態度をみせる】というように、市町村保健師が実際に親子を観察したより具体的な親子の様子として表現された。ほかにもリスク要因では「収入不安定」と項目で示されているが、本研究結果では【不安定な働き方や金銭感覚のずれがあったりゆとりのない生活ぶりである】などのように具体的な状況がイメージできるように表現され示された。またリスク要因には項目として示されていないが、本研究では【言動が実際の状況と異なったり物事のとりえ方にずれがある】などのように新たな状況として示されていた内容もある。本研究で明らかになったアセスメントの視点を保健師が用いることで、潜在的に支援の必要な親子まで、幅広く対象をとらえることが可能であると考ええる。以上から本研究は、支援の必要な「気になる親子」をどうとらえるか親子の様子を具体的に表現したアセスメントの視点であり、親子の観察においてそのまま用いることが可能なものとして示した新たな知見である。実践の場面において、家庭訪問や乳幼児健診等の親子と関わる前、あるいは関わりの振り返りとして活用することで、経験の浅い保健師であっても、予防的な観点から「気になる親子」を確実に把握し、支援につなげることができると考える。

本研究において、「気になる親子」の様子の語りからアセスメントの視点として示された。この内容は、リスク要因とは別の観点から示されたものである。すなわち保健師自身のなかに具体的にとらえ判断するための基準があると思われる。この基準は多くの親子と関わり支援につなげた経験の積み重ねによって形成され、目の前の親子をその内在する基準に照らし、比較することで、現在の様子からその先にある将来を予測し、支援の必要な「気になる親子」を直感的に判断している可能性が考えられる。先行研究において、直感的に介入³⁷⁾の必要性を判断すること、直感的な気づきは不可欠¹⁵⁾であると示されている。一方で、直感に頼りすぎると誤った認識

につながるため複数の目で状況を確認し、直感的・分析的な推論の必要性が報告されている⁴¹⁾。本研究において市町村保健師は、目の前の親子を、経験を通してつくられた自身に内在する基準に照らし、直感的に支援の必要な「気になる親子」を判断していると考えられた。これは日ごろの乳幼児健診等で地域に住むすべての親子を観察しているからこそ、数値でない感覚的な部分を判断できる保健師のスキルであることを示唆する。以上より乳幼児虐待予防においては、保健師の経験を積み重ねて磨かれた直感的な気づきを大切にしつつ、誤った認識に陥らないために多くの目で確認しながら判断する必要があると考える。また、このアセスメントの視点の活用は、経験年数が少ない保健師にとって親子の様子や状況をとらえる視点の充足や、虐待予防の必要なケースの見極めを手助けする資料となり、経験豊富な保健師にとってもアセスメントの確認や新たな気づきを得ることにつながると考えられる。さらに、このアセスメントの視点をもとに保健師がこれまでの経験を想起して実際の様子をほかの保健師へ伝えることで、直感的な気づきを共有し、新たな気づきを得て、潜在するケースの確実な把握につながると考える。すなわち本研究で明らかにしたアセスメントの視点は、保健師のアセスメント力向上を図ることに加え、直感的な気づきを共有する機会をもたらすものと期待できる。こうした活用によって、乳幼児虐待予防に寄与できると考えた。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究における対象者は、1県内における10人の市町村保健師であること等から、一般化するには限界があると考えられる。また、データ収集では記憶バイアスが生じている可能性がある。加えて、事例の個別性が高いことから、さらなるデータの蓄積が必要であると考えられる。今後の課題は、研究対象の地域を拡大し、より豊富なデータをもとに研究を重ねることである。また、本研究の結果をより多くの市町村保健師が活用して、親子をとらえる視野を広げ予防的な関わりを促進するとともに、現場での活用の実践を踏まえ、より洗練させ、精度を高めていくことであると考えられる。

【謝辞】

研究実施にあたりご協力いただきましたみなさまに感謝申し上げます。

【文献】

- 1) 厚生労働省：令和3年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数(速報値). <https://www.mhlw.go.jp/content/11907000/000989486.pdf> (2022年10月27日).
- 2) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会：子ども虐待による死亡事例等の検証結果について(第18次報告)の概要. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190801_00006.html (2023年1月30日)
- 3) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課：子ども虐待対応の手引き. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/00.html> (2023年3月21日).
- 4) 厚生労働省子ども家庭局：「要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」の一部改正について. <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000336009.pdf> (2021年11月8日).
- 5) 厚生労働省：地域における保健師の活動指針について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901,000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0,000144,644.pdf> (2023年3月21日).
- 6) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課：児童虐待に係る児童相談所と市町村の共通リスクアセスメントツールについて. <https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/1079552/jidougyakutainikakaru.pdf> (2022年10月27日).
- 7) 唐田順子・市江和子・濱松加寸子：産婦人科病院・診療所の助産師が「気になる親子」の情報を提供してから他機関との連携が発展するプロセス；子ども虐待の発生予防を目指して(第2報). 日本看護研究学会雑誌, 38(5)：1-12, 2015.
- 8) 服部律子・武田順子・名和文香他：助産師が認識する「気になる母子」への対応と他機関との連携に関する研究. 岐阜県立看護大学紀要, 19(1)：63-73, 2019.
- 9) 唐田順子・市江和子・濱松加寸子他：産科医療施設(総合病院)の看護職者が「気になる親子」を他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス；乳幼児虐待の発生予防を目指して(第1報). 日本看護研究学会雑誌, 42(2)：219-230, 2018.
- 10) 松原三智子：1歳6か月児健康診査で保健師が気になる母子の様子. 北海道科学大学紀要, 39：1-8, 2015.
- 11) 頭川典子：市町村保健師による子ども虐待発生予防の実態と今後の課題. 日本地域看護学会誌, 8(2)：73-78, 2006.
- 12) Vial A, van der Put C, Stams GJJM, et al. : Exploring the interrelatedness of risk factors for child maltreatment ; A network approach. *Child Abuse & Neglect*, 107, 2020.
- 13) Matone M, Kellom K, Griffis H, et al. : A mixed methods evaluation of early childhood abuse prevention within evidence-based home visiting programs. *Maternal and Child Health Journal*, 22(1)：79-91, 2018.
- 14) Department of Health : Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. London The Stationery Office, London, 2000.
- 15) Erisman JC, de Sabbata K, Zuiderent-Jerak T, et al. : Navigating complexity of child abuse through intuition and evidence-based guidelines ; A mix-methods study among child and youth healthcare practitioners. *BMC Family Practice*, 2020.
- 16) 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)：29-37, 2018.
- 17) Berelson B : 内容分析. 稲葉三千男・金 圭煥(訳), 63, みすず書房, 東京, 1957.
- 18) 足立安正・中原洋子・上野昌江：支援の必要な妊婦を見極めるために保健師が重視する情報と支援内容. 兵庫医療大学紀要, 7(1)：1-10, 2019.
- 19) バトリシア・ベナー：ベナー看護論(新訳版)；初心者から達人へ. 井部俊子(訳), 11-32, 医学書院, 東京, 2015.
- 20) Jack SM, Gonzalez A, Marcellus L, et al. : Public health nurses' professional practices to prevent, recognize, and respond to suspected child maltreatment in home visiting ; An interpretive descriptive study. *Global Qualitative Nursing Research*, 8 : 1-15, 2021.
- 21) Polit DF, Beck CT : 看護研究；原理と方法(第2版). 近藤潤子(監訳), 317, 医学書院, 東京, 2010.
- 22) 中村 茜・月野木ルミ：地域づくりを推進する訪問看護師の実践. 日本看護科学学会誌, 139 : 366-372, 2019.
- 23) 吉岡さおり・片山はるみ：終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識. 日本看護科学学会誌, 138 : 133-141, 2018.
- 24) 中村幸代・習田昭裕：病気を抱えながら就業した看護職の体験. 日本看護科学学会誌, 137 : 336-343, 2017.
- 25) 田辺裕美・林裕 栄：小児在宅療養における訪問看護の機能に関する研究；訪問看護師が抱えた小児訪問看護の役割. 日本看護学会論文集小児看護, 150-153, 2012.
- 26) 浮舟裕介・田嶋長子：否定的感情を抱いた精神科看護師が前向きな関わりに切り替える方略. 日本精神保健看護学会誌, 27(2)：53-60, 2018.
- 27) 横山美江：よくわかる地域看護研究の進め方・まとめ方. 61-83, 医歯薬出版, 東京, 2010.
- 28) 有馬明恵：内容分析の方法. 20-23, ナカニシヤ出版, 京都, 2007.
- 29) Scott WA : Reliability of content analysis the case of nominal scale coding. *Public Opinion Quarterly*, 19 : 321-325, 1955.
- 30) 舟島なをみ：質的研究への挑戦(第2版). 46, 医学書院, 東京, 2007.
- 31) 古川 薫・森脇智秋・橋本文子：子ども虐待予防における

- 保健師によるハイリスクな母親の育児力を評価する視点. 小児保健研究, 76(2):177-185, 2017.
- 32) 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 母子グループ: 保健師のための子ども虐待予防のポイント. <https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3964/00016596/02kisohen.pdf> (2022年12月23日).
- 33) 吉永茂美・眞鍋えみ子・瀬戸正弘: 育児ストレス尺度作成の試み. 母性衛生, 47:386-395, 2006.
- 34) 岩崎美輝・松浦和代: NICUにおける子ども虐待予防に向けた新生児集中ケア認定看護師の臨床判断. 日本新生児看護学会誌, 26:30-40, 2020.
- 35) 吉岡京子・鎌倉由起・神保宏子他: A自治体における要支援児童とその母親の特徴の検討; 保健師の判断と組織的検討による児童虐待の可能性の高低に基づく比較. 日本公衆衛生看護学会誌, 6(1):10-18, 2017.
- 36) 波田弥生・山崎初美・杉本尚美他: 乳幼児健康診査における子育て支援の観点からみた要経過観察者のスクリーニングのあり方について. 日本公衛誌, 52(10):886-897, 2005.
- 37) 鶴 有希・松浦和代: NICUにおける入院児の父親の親性に対するエキスパート看護師のアセスメントの視点と看護. 日本新生児看護学会誌, 23:9-15, 2017.
- 38) 松原三智子・岡本玲子・和泉比佐子: 保健分野で予防的に支援が必要な親の子どもへの不適切な関わり; 子どもの虐待問題に携わる専門職へのインタビューをとおして. 日本公衆衛生看護学会誌, 4(2):121-129, 2015.
- 39) 杉山登志郎: そだちの凸凹(発達障害)とそだちの不全(子ども虐待). 日本小児看護学会誌, 20(3):103-107, 2011.
- 40) 松平登志子・杉山登志郎: 虐待の発見②; 虐待による精神疾患の特徴. チャイルドヘルス, 14(9):16-19, 2011.
- 41) 岩野千尋・塚本康子: 熟練訪問看護師の訪問対象者に対する「なんとなく変」の気づきと臨床判断. 日本在宅看護学会誌, 10(1):22-31, 2021.

■ Research Report ■

Perspectives of Assessment for Municipal Public Health Nurses to Determine
“Parents and Children of Concern” in Need of Support
in Preventing Child Maltreatment

Mizuki Iizuka¹⁾, Manami Osawa²⁾, Tomoko Nameda²⁾

1) Midori city Omama Public Health Center

2) Gunma Prefectural College of Health Sciences

Objective: We explored and clarified assessment perspectives for municipal public health nurses to determine “parents and children of concern” who need support in preventing child maltreatment, and to obtain suggestions for maternal and child health care activities.

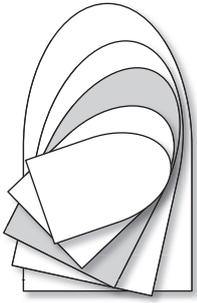
Methods: Semi-structured interviews were conducted with 10 municipal public health nurses with at least 9 years of experience and at least 5 years of experience in maternal and child health in a municipality in prefecture A. Data were analyzed qualitatively inductively with reference to the content analysis in Berelson B.

Results: 18 categories were formed as assessment perspectives, which could be classified into three perspectives for mothers, children, and fathers depending on the subject assessed. For the mothers, there were 12 categories, including clumsiness, ambiguity, and violent behavior when interacting with others. For the fathers, there were 2 categories, including uncooperative behavior in housework and childcare. For the children, there were 4 categories, including difficulty in interacting with others and a sense of distance from other children. The Scott, W.A. formula was confirmed to ensure the reliability of the categories.

Discussion: The researchers considered the assessment perspectives of mothers in terms of their own condition, and of fathers in terms of the fathers’ condition inferred from the mothers’ statements, involvement with their children, and lifestyle, of children in terms of their own condition. In addition, their assessment perspectives were characterized by the fact that they created their own internal “standards” through their experiences with parents and children, and made intuitive judgments in light of these standards.

Key words : child maltreatment, prevention, parents and children of concerned, public health nurse, assessment, perspective

日本地域看護学会第26回学術集会報告：学術集会長講演



学校保健からみた地域包括ケアシステム

——喫煙防止対策に焦点を当てて——

学術集会長：荒木田美香子 川崎市立看護大学看護学部

日本地域看護学会誌, 26 (3) : 43-49, 2023

I. はじめに

第26回学術集会のテーマを「『みんなで創る地域包括ケアシステム』の今を検証する」と設定した。「地域包括ケアシステム」という言葉は、2005年の介護保険法改正で初めて使われ、少子高齢化の進行が引き起こすと予想される問題を緩和するために、地域包括支援センターの創設が打ち出された。その後、2014年には「医療介護総合確保推進法」が施行され、地域包括ケアシステムの構築が全国的に推進された。また、「にも包括」と呼ばれるように、2017年の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書において、精神障害者にも地域包括ケアシステムのサービスが展開されるように方向づけられ、そして、さらに障害者へもその考え方は広がっている。

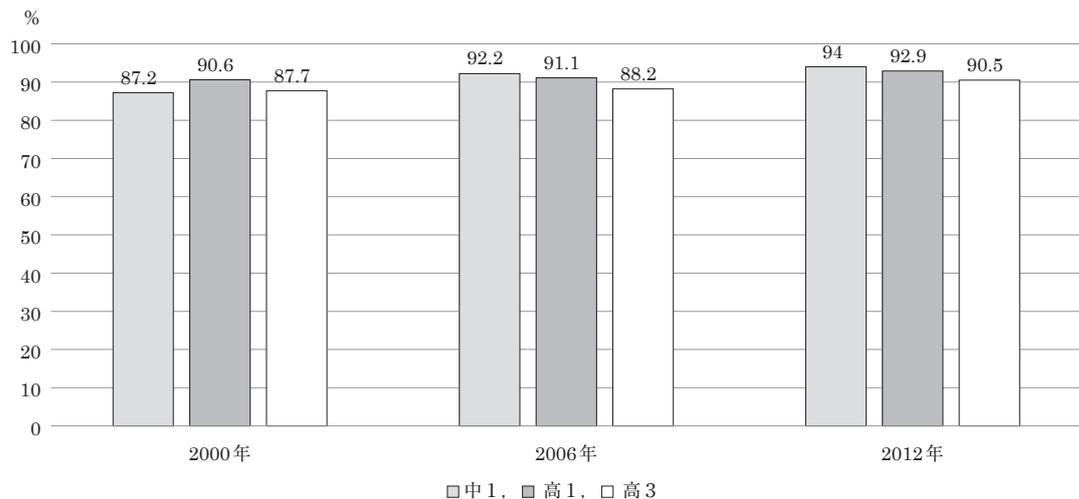
日本地域看護学会は、「地域看護学は、実践領域である行政看護、産業看護、学校看護、在宅看護で構成されている」という設立当初からの定義を2019年に見直した。その再定義のなかには「地域看護学は、多様な場で生活する、さまざまな健康レベルにある人々を対象とし、その生活を継続的・包括的にとらえ、人々やコミュニティと協働しながら効果的な看護を探究する実践科学である」とある。この発展上に地域包括ケアシステムが構築されると考えることができる。また、地域包括ケアシステムが本格的に政策として現れてから20年がたち、その成果を検証する機会とすることも含め、今回の学術集会のテーマとした。とはいうものの、学術集会長である著者の専門領域は高齢者ではなく、学校保健と産業保健である。そのなかで、地域包括ケアシステムとしての

取り組みの成果を検証できるテーマとして、喫煙防止対策を取り上げてみることにした。また、喫煙防止対策が広義（高齢者に限定されることがない）の地域包括ケアシステムととらえることができるのかということについても論じてみたい。

II. 青少年の喫煙に関する意識、行動の変化

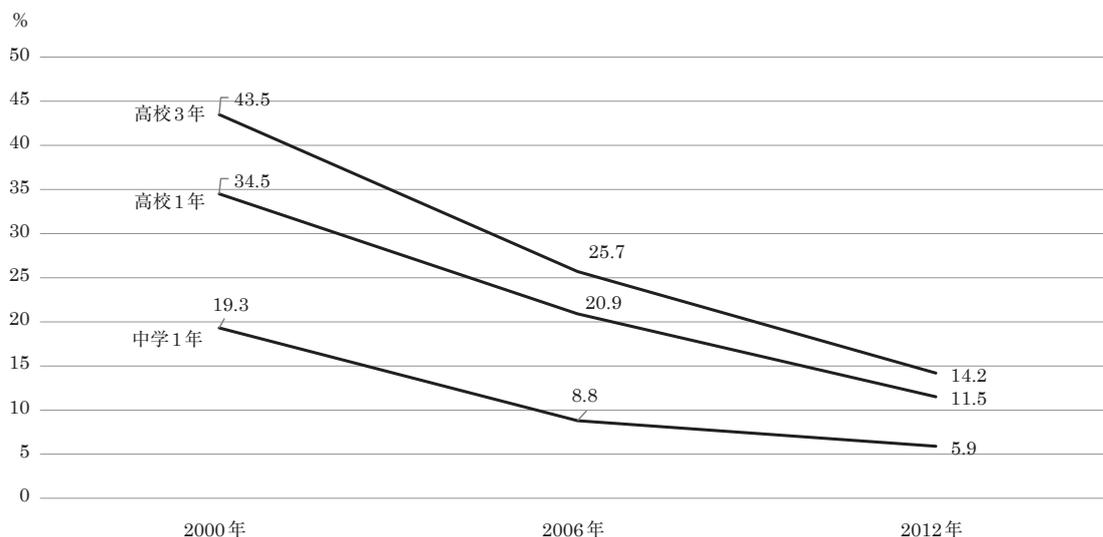
喫煙に対する青少年の意識は大きく変化してきた。文部科学省で実施された「薬物等に対する意識等調査報告書」¹⁾から2000年、2006年、2013年の推移を図1・2に示した。たばこに対する興味や喫煙したことがある率は男子のほうが高い傾向にあるため、今回は男子の値のみを示す。「たばこを吸うと健康に害があると思いますか」という問いに対しては、いずれの年度も85%以上が「おおいに害がある」と回答していた(図1)。一方で、「未成年の喫煙は禁じられていますが、あなたはこれまでにたばこを吸いたいと思ったことがありますか」という問いに対しては、図2に示すように、年々減少する傾向があった。特に、高校3年生男子では2000年の43.5%から2012年では14.2%まで減少していた。

著者が養護教諭として勤務していた国立大学附属中学校3年生に対して1989年にたばこの授業に先立って調査したものでは、「喫煙したことがありますか」という質問に対して、「喫煙経験があり」と回答したものは、17.1% (134人中23人)であった。さらに、「喫煙したきっかけは何ですか」という質問への回答では、「おもしろそうだから」10人、「友人に勧められて」5人、「家族に『一度吸ってみろ』と言われて」6人という状況で



男子：喫煙はおおいに害があると回答した割合
 文部科学省：薬物等に対する意識等調査報告書¹⁾より作成

図1 青少年の「喫煙の健康被害」に関する知識



男子：たばこを吸ってみたい
 文部科学省：薬物等に対する意識等調査報告書¹⁾より作成

図2 青少年の喫煙に関する興味

あった²⁾。当時の家庭や社会が喫煙に寛容であった状況を反映している結果であろう。

このように、中高生に喫煙の害の知識や喫煙に対する意識が大きく変化してきた背景には、喫煙の害に対する研究成果、社会の活動、法的規制、教育の推進などが複合的に関わっているといえる。それらを概観してみる。

Ⅲ. これまでの喫煙に関する日本と世界の動向

日本の喫煙防止対策の進化に大きな影響を与えた出来事を振り返ってみる(表1)。1964年の米国厚生教育省公衆衛生局がたばこと肺がん等疾患との関係性を発表し

た報告書として「喫煙と健康」がある³⁾。この報告書はわが国でも大きな反響を呼び、その結果として、1965年1月に厚生省児童局長「児童の喫煙禁止に関する啓発指導の強化について」という通知を発出し⁴⁾、そのなかに「喫煙と健康」の内容を引用している。

1981年には有名な平山雄氏による、喫煙者の妻の肺がん死亡リスクが高くなるという疫学研究が報告された。いまでこそ、受動喫煙の害は周知の事実であるが、その先駆けとなったものである。日本の29保健所管内に住む91,540人の大規模コホート研究であり、世界にも大きな衝撃をもたらした⁵⁾。

1986年には国際がん研究機関(International Agency

表1 喫煙対策に関わる近年の動き

年	WHO等の動き	日本の動向
1964	米国厚生教育省公衆衛生局による、たばこ肺がん等疾患との関係性を発表した報告書「喫煙と健康」	厚生省がこの報告書を受けて「児童の喫煙禁止に関する啓発指導の強化について」を发出
1981		喫煙者の妻の肺がん死亡リスクに関する論文：受動喫煙（平山雄）
1986	国際がん研究機関（International Agency for Research on Cancer：IARC）能動喫煙は口腔、咽頭、喉頭等様々な器官に対して発がん性がある。	
1987		公衆衛生審議会が厚生大臣に対して意見具申し、国として初めて喫煙と健康の問題を総合的にとらえた「喫煙と健康問題に関する報告書」（通称「たばこ白書」）
1988	世界禁煙デー（5月31日）の設定	
1992		労働安全衛生法の改正「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」に受動喫煙対策が取り入れられた
1995		公衆衛生審議会が21世紀に向けた総合的なたばこ対策の礎として、「防煙対策」、「分煙対策」、「禁煙支援・節煙対策」
2002		健康増進法の制定、人が集まる場所での受動喫煙防止に向けた措置を努力義務化
2004	IARC：受動喫煙は肺がんの原因である。	
2016		国立がん研究センター受動喫煙の発がん性のリスク評価を、「ほぼ確実」から「確実」へと引き上げた。「たばこ白書」改訂
2018		健康増進法の改正、望まない受動喫煙を防止するための取り組みを制度化（2020年より全面施行）

for Research on Cancer；IARC）が能動喫煙は口腔、咽頭、喉頭等のさまざまな機関に対して発がん性があるという報告を出した⁶⁾。なお、IARCは2004年に受動喫煙は肺がんの原因であるとして発表している⁷⁾。

国内では、1987年に公衆衛生審議会が厚生大臣に対して意見具申し、国として初めて喫煙と健康の問題を総合的にとらえた「喫煙と健康問題に関する報告書」（通称「たばこ白書」）を公表した⁸⁾。

1988年には、WHOが5月31日を世界禁煙デーと定めて世界各国で活動が行われている。日本においても1992年より5月31日～6月6日を禁煙週間と定めてキャンペーンなどが開催されてきた。

1992年には、労働安全衛生法の改正「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」に受動喫煙対策が取り入れられた。しかし、この段階では企業の多くは施設内禁煙ではなく、空間分煙、時間分煙（喫煙できる時間を定めること）、喫煙室の設置の実施を進めることとなった。そのため禁煙時間の前に喫煙が多くなる、喫煙室の周囲の煙もれが問題となることもあった。

1995年には公衆衛生審議会が21世紀に向けた総合的なたばこ対策の礎として、「防煙対策」「分煙対策」「禁煙支援・節煙対策」とすることを定め、国としてこの3つの方面から対策を行うこととなった⁹⁾。この時期に至っ

ても、「分煙対策」なのである。

2002年には、ようやく健康増進法が制定された。人が集まる場所での受動喫煙防止に向けた措置を努力義務化することが記載されている。

日本の喫煙防止対策にアクセルをかけることとなったのが、当初2020年に予定されていた東京オリンピックである。また、それらの対策を進めるうえでの根拠となるエビデンスとして「たばこ白書」（2016年）が15年ぶりに改訂された¹⁰⁾。国立がん研究センターが受動喫煙の発がん性のリスク評価を、「ほぼ確実」から「確実」へと引き上げた。2018年には、健康増進法が改正され、望まない受動喫煙を防止するための取り組みを制度化（2020年より全面施行）されて、現在へと至っている。

このように、喫煙や受動喫煙の害を明らかにする研究やキャンペーン、法規制とさまざまな動きにより、喫煙に寛容であった社会が確実に変わってきたのである。

社会の変化としては、たばこパッケージの側面に「健康のため吸いすぎに注意しましょう」という表示が義務化されたのが1972年、続いて1985年以降の「たばこ広告に関する指針」が大蔵省より出された。それまで時間を定めて自主規制されていたテレビなどでの広告が、1998年には全面的に自主規制となった。いわゆる「恩賜のたばこ」といわれた菊の紋章が入ったタバコが宮内省で用いられていたが、2006年には製造を中止した。

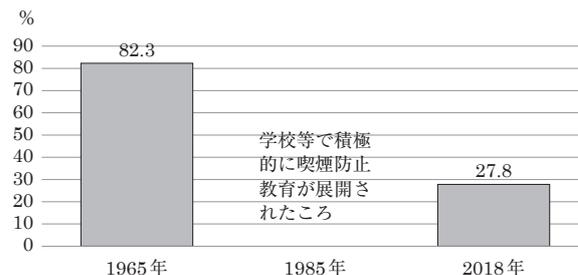
また、公共交通機関である電車車両内にも灰皿が設置されていたように、通勤用の一部の列車を除き、一般的に電車内での喫煙は可能であった。1976年に新幹線「こだま」の16号車に禁煙車が初導入されてから、徐々に禁煙車が拡大し、JR東海・JR西日本・JR九州の3社は2024年春に東海道・山陽・九州新幹線車内の喫煙ルームをすべて廃止する予定となっている¹¹⁾。

IV. 学校保健における喫煙防止教育

著者が中学校の養護教諭として、保健体育の授業の一部を担当することになったのが、1985年であった。試行錯誤を繰り返しながら、「たばこ、アルコール、薬物乱用防止」に関する授業を行い、徐々に体系化していった。1989年の紀要にはその実践状況を報告した²⁾ 当時は、1981年の平山論文⁵⁾ による受動喫煙の害が一般でも取り上げられてきた時期ではあったが、たばこの害に関する情報も十分ではなかった。そこで、喫煙習慣が広がった歴史から健康被害等、経済的損失等の系統的な知識をまとめた小冊子をテキストとして作成した。さらに、視聴覚教材として、ビデオなどに加えて、喫煙した肺をイメージできるようなモデル（両肺をイメージできるように綿花をおいて、片方にはたばこの煙を吸引できるようにした）を作成した。さらに、透明のアクリルの箱に入れたハツカネズミにたばこの煙を吸引させるといった実験を行ったり（現在では、動物虐待にあたると考えられるため、勧められない）、喫煙防止に向けた生徒のコミュニケーション能力の向上を図るために、先輩からの喫煙の誘いを断る場面を想定したロールプレイを行った。

学校教育の内容は学習指導要領に定められているが、喫煙防止に関する教育が中学校・高等学校の学習指導要領に記載されたのは1989年であった。つまり、学習指導要領に記載される前より先進的に取り組んでいたわけである。当時は、喫煙防止教育を行っている教員は数多くなかったものの、教育者同士つながりをもって活動していた。

1990年代には、ロールプレイングゲームの感覚で学ぶ「SMOKE BUSTERS」が発表され¹²⁾、Japan Know Your Body (JKYB) はライフスキル教育の一環として喫煙防止教育を行ってきた¹³⁾。また、西岡らが発表したNICE II (Nippon Intervention Study for Cigarette Free Environment) は介入モデルがPRECEDE-PROCEEDモデルを参考にしたもので、教育の成果を行動におくこ



JT：全国たばこ喫煙者率調査¹⁷⁾をもとに作成

図3 男性の喫煙率の変化

と、健康関連行動が複合的な要因の関係性の結果であることを想定して、複合的なアプローチで健康教育プログラムを構築した¹⁴⁾。このように、喫煙防止教育は内容やアプローチ方法という点で目覚ましい発展を遂げた。

また、児童・生徒にとっては身近な社会環境である、学校敷地内の全面禁煙措置も遅い動きではあったものの確実に改善していった。敷地内禁煙を行っていた学校は2005年では45.9%であったが、2012年に82.6%、2017年に90.4%という状況であった¹⁵⁾。

西岡ら¹⁴⁾のNICE IIの枠組みをPRECEDE-PROCEED (2022年版)¹⁶⁾におけるたばこ対策との関係でみると、準備因子、強化因子、実現因子のみならず、たばこの広告の自主規制や健康増進法などによる受動喫煙の防止対策など、さまざまな政策的取り組みと保健行動の変化の関係性がわかる。

その成果として、1965年に男性の喫煙率が82.3%であったのに比較して、2018年には27.8%までの減少が可能になったといえよう (図3)¹⁷⁾。

しかしながら、喫煙防止教育の手を緩めてよいわけではない。2023年に著者の勤務している大学1年生100人に「喫煙やたばこについてのイメージを3つまで書いてください」といった簡単なWeb調査を行った。それらの結果をワードクラウドで表現したものが図4である。データをそのまま投入したものではあるが、大まかな傾向としてたばこに対して、ネガティブなイメージができあがっていることがわかった。しかし、「かっこいい」という言葉が6件あった。うち、2件は「かっこいいと思っていそう」というものであったが、多くはないものの「かっこいい」というイメージがあるということは、まだまだ、喫煙防止教育（電子タバコ、加熱式たばこ等を含む）を着実に進めていく必要があること、薬物防止教育を同時に展開していくことの必要性を認識したところである。

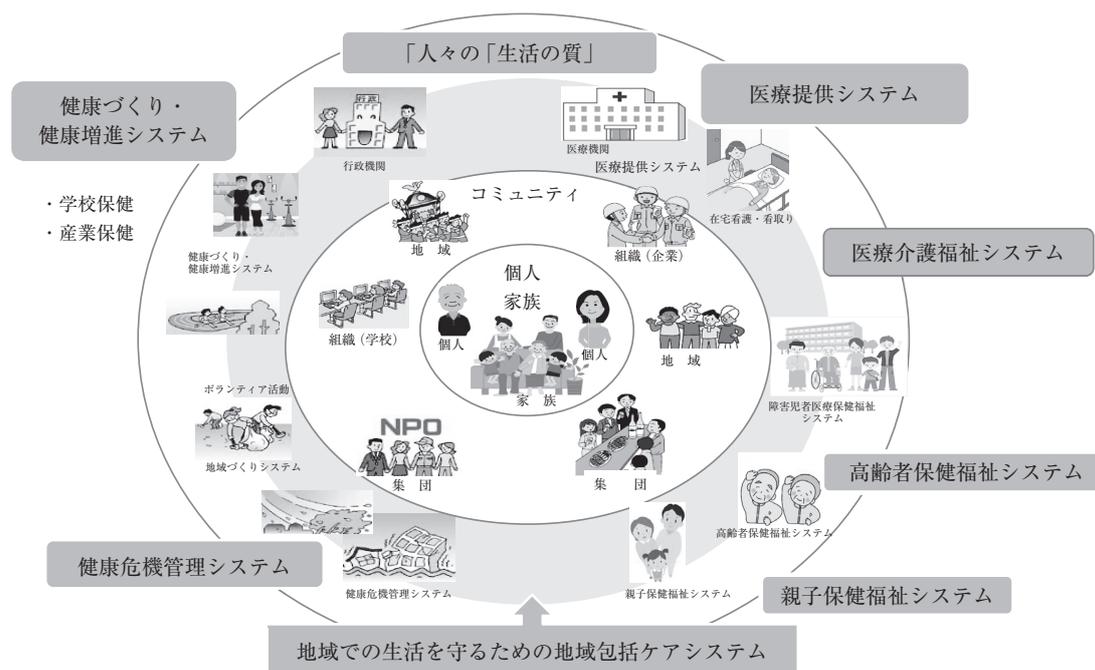


図5 地域での生活を守るための地域包括ケアシステムのイメージ図

ら述べたが、学校保健は、健康づくり・健康増進システムとして存在し、健康危機管理システム、親子保健福祉システム、医療保健福祉システムとも関係しあう存在である。そして、著者が養護教諭として働いていたときの「健康課題」のひとつに、「喫煙を防止する」ことがあった。1980年代の未成年の喫煙は、知識の問題というよりも、家庭の影響、周りの仲間の影響、喫煙に対して寛容な社会というシステムのなかに存在していた。著者は、自分がみている目の前の子どもの健康課題に取り組んでいただけではあったが、健康づくりシステムを推進する1つの動きをしていたのではないかと考える。教育や予防の成果は10年後、20年後にならないと現れないといわれるが、喫煙対策の成果は、50年が経過し、男性の喫煙率が約1/3に低下したという成果が出ている。喫煙対策は、健康教育のみならず、たばこの自動販売機の禁止、たばこのコマーシャルの禁止、たばこの価格の上昇、公共交通機関の禁煙化、健康増進法等による受動喫煙の制限などの多角的な対策が成果として実を結んできたといえる。そして、健康日本21の最終評価では、高校3年生男子の喫煙者は3.1%（2017年）となっており、将来のさらなる喫煙率の低下が見込まれる。

VI. DX時代のたばこ対策の可能性

DX（デジタル・トランスフォーメーション）時代にお

いて、喫煙防止対策はさまざまな可能性が考えられる。

海外での研究をみると、喫煙防止対策については、Virtual Reality（以下、VR）やアバターなどを活用した教育方法が展開されている。禁煙においては、すでに多くの研究がなされており、そのシステムティックレビューも行われている¹⁹⁾。また、著者はVRによる禁煙教材の展開として、たばこの煙が充満する喫煙室への没入体験等を考えたが、実際には、高校生を対象にした電子タバコの防止対策として、教育用仮想現実ゲームなどが開発され、高校生の知識や意識が大きく変化することが報告されている²⁰⁾。電子タバコは、スマートなイメージや健康への影響が少ない、周りに迷惑をかけないというイメージができあがりつつある。電子タバコ、加熱式たばこの健康への害も研究により明らかとなってきているところであるが、これらの害についてより研究が進むことを願っている。

すでに、いくつかの自治体で、禁煙を希望する人に対して「卒煙支援アプリ」が実用化されている。また、妊婦の禁煙や産後の喫煙再開などの対策や受動喫煙対策の環境づくりにもDXが活用できるのではないかと考える。大阪市は、20歳以上かつ大阪市民のうち、「20歳未満の人と同居している喫煙者」「妊婦と同居している喫煙者」「喫煙している妊婦」等の妊婦や子育て世代を対象とした卒煙支援事業を始めた²¹⁾。著者の発想の域を出ないが、母親が母子健康手帳を受け取ったら、スマートフォ

ンアプリに妊婦支援サービスの内容の一環として、喫煙と飲酒の害が届く、さらにそれらのメッセージを送りたい家族にも送信することができるといったものがあれば、周りの人にさりげなく禁煙を促すことができるのではないだろうか。

さらに、ウェアラブル端末を活用して、タバコの煙に近づくとスマートウォッチからアラームが鳴ったり、禁煙支援でも、個人が喫煙していた時間に、スマートフォンから「深呼吸しましょう」とか「好きな曲」が流れる等、さまざまな発展性が考えられる。

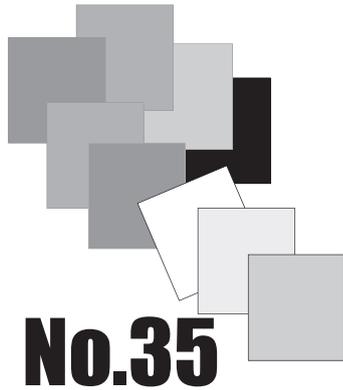
ケアシステムを展開させるうえで対象者が知識をもち自分の健康に主体的に関わろうとすることが根本であり、地域看護学として忘れてはならないことであると考ええる。地域看護学が取り組む健康課題は幅広い。今後、多くの研究者、実践者、当事者が力を合わせて地域包括ケアシステムを推進し、成果を出していくことを願うとともに、第26回学術集会にご協力いただいたみなさまに深く感謝する。

【注】

図5は、著者と春山早苗氏（自治医科大学）が活動のなかでたたき台として検討した図ではあるが、これまでに公表したことはないため、今回初めて公表するものになる。

【文献】

- 1) 文部科学省：薬物等に対する意識等調査. https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1338364.htm (2023年11月20日).
- 2) 荒木田美香子：タバコ・アルコール・薬物乱用を題材とした保健教育の試み。お茶の水女子大学附属中学校紀要, 1990.
- 3) US Department of Health, Education, and Welfare : Smoking and Health : Report of the advisory committee to the Surgeon. General of the Public Health Service. *Public Health Service Publication*, 1103, Washington D.C., 1964.
- 4) 厚生省児童局長：児童の喫煙禁止に関する啓発指導の強化について。児発, 60, 1964.
- 5) Hirayama T : Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer ; A study from Japan. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 282 (6259) : 183-185, 1981.
- 6) IARC : International Agency for Research on Cancer Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans Tobacco Smoking. <https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/06/mono38.pdf> (2023年11月20日).
- 7) IARC : IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*, 83, 2004.
- 8) 厚生省：喫煙と健康；喫煙と健康問題に関する報告書。健康・体力づくり事業財団, 1987.
- 9) 公衆衛生審議会：「今後のたばこ対策について」（意見具申）。https://www.health-net.or.jp/tobacco_archive/more/mr280000.html (2023年11月20日).
- 10) 喫煙の健康影響に関する検討会：喫煙と健康；喫煙の健康影響に関する検討会報告書。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf> (2023年11月20日).
- 11) 東海旅客鉄道：『東海道新幹線 車内喫煙ルームの廃止について』。 https://jr-central.co.jp/news/release/_pdf/000042990.pdf (2023年11月20日).
- 12) 中村正和・高橋浩之・内尾和正：スモークバスター；たばこを吸い始めないために。ばすてる書房, 1991.
- 13) JKYB研究会：ライフスキルを育む喫煙防止教育NICE2；学習材と授業のすすめ方。東山書房, 2005.
- 14) 西岡伸紀：未成年者への喫煙防止教育プログラム；教育内容と学習方法、および評価。 *J. Natl. Inst. Public Health*, 54 (4), 2005.
- 15) 文部科学省：学校における受動喫煙防止対策実施状況調査。 https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1402885.htm (2023年11月20日).
- 16) Green LW, Gielen AC, Ottoson JM, et al. : Health Program Planning, Implementation, and Evaluation : Creating Behavioral, Environmental, and Policy Change. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2022.
- 17) JT : 全国たばこ喫煙者率調査。 https://www.jti.co.jp/investors/library/press_releases/20180730_01.html (2023年11月20日).
- 18) 厚生労働省：地域包括ケアシステム。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2023年11月20日).
- 19) Tatnell P, Atorkey P, Tzelepis F : The Effectiveness of Virtual Reality Interventions on Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity and/or Obesity Risk Factors : A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19 (17), 2022.
- 20) Guo JL, Hsu HP, Lai TM, et al. : Acceptability Evaluation of the Use of Virtual Reality Games in Smoking-Prevention Education for High School Students ; Prospective Observational Study. *J Med Internet Res*, 23 (9), 2021.
- 21) 大阪市：報道発表資料 ICTを用いた禁煙支援事業「おおさか チャチャッと卒煙」の参加者を募集します。 <https://www.city.osaka.lg.jp/hodoshiryoku/kenko/0000606465.html> (2023年11月20日).



健康生成論とストレス対処力SOC

——概念と測定——

戸ヶ里泰典
放送大学

日本地域看護学会誌, 26(3): 50-56, 2023

I. 健康生成論と健康生成モデル

健康生成論は、1970年代後半に健康社会学者アロン・アントノフスキーによって提唱された学問的・実践的立場を指す。アントノフスキーは1960年代に建国間もないイスラエルにおいてユダヤ人女性を対象とした更年期障害の調査を実施した。その調査のなかで、第二次大戦中に強制収容経験があった人は、その経験がなかった人よりも、心身症状を呈している人が約70%いることを明らかにした。これはストレス理論の考え方からすれば、強制収容経験というストレスラーによって、何らかのストレス反応が生じ、現在でも心身に問題を抱えているということが説明でき、その意味では当然の結果であった。しかしアントノフスキーが着眼したのは、収容所経験がありながらも症状もなく健康状態が良好である人が30%存在している、という事実であった。

そこでアントノフスキーは、従来、医学において行われてきていた、疾患とその原因であるリスクファクター（危険因子）に着眼して、リスクファクターを取り去るための取り組みではなく、健康に着眼することを主張した。つまり、健康を回復させ、増進させる要因をサルタリーファクター（健康要因）と呼び、その解明を目指し、なにが健康をつくるのか、という立場で研究を進めていく必要があることを提案した。前者を“pathogenesis”（疾病生成論、あるいは病因論）と称するのであれば、この新たな立場は“salutogenesis”（健康生成論）と称することができる、とした¹⁾。健康生成論はその後、オタワ憲章に始まるWHOのヘルスプロモーションにおける

哲学的基礎のひとつとされた²⁾ほか、EU各国における保健施策の基礎となっている³⁾。

健康生成論を基礎として健康生成のメカニズムをモデル化したものが健康生成モデルである。健康生成モデルは当時アントノフスキーがそれまで温めてきた健康生成のメカニズムに関する仮説と古今東西の理論や実証研究を統合して構築されたモデルである。このモデルは、さまざまな健康要因により構成されている。そのなかで柱ともいえる構成概念が2つあり、1つは汎抵抗資源（general resistance resources）もう1つがSOC（sense of coherence）である。健康生成モデルでは、SOCは汎抵抗資源によって提供される良質な人生経験により形成され、形成されたSOCは汎抵抗資源を動員することでストレスラーを対処することを通じて健康の維持・増進をすることが描かれている。健康生成モデルの詳細については、アントノフスキーの著書“*Health, Stress, and Coping: New perspectives on mental and physical well-being*”¹⁾において詳しく解説されている。日本語でのモデルの詳細は『健康の謎を解く』^{4,5)}ならびに『健康生成力SOCと人生・社会』⁶⁾（いずれも有信堂刊）において紹介されているので、併せて参照されたい。

アントノフスキーによる健康生成に関する一連の理論のなかでは、ストレスラーとストレスについて新たな解釈を与えていることが特徴的である。セリエ（Selye H）のストレス理論やその後心理学におけるラザルスとフォークマン（Lazarus R & Forkman S）や、コーエン（Cohen S）に至るストレスプロセスモデルの考え方では、ストレスラー（ストレス要因）となりうる特定の出

来事や経験が刺激となってストレス反応が生じる、というものであった。その特定の出来事や経験がストレスサーと認知的評価がなされることにより、対処（コーピング）が行われ、ストレスサーの処理が行われる。しかしAntonovskyの考え方はユビキタス・ストレスサー（ubiquitous stressor）を前提におくことにある点で大きく異なっている。「ユビキタス」とは「遍く存在する」という意味であり、人の一生はストレスサーのなかで進み、ストレスサーにまみれて生活・人生を送っている、という前提である。従来の考え方ではストレスサーを除去したり回避することにより対処することで解決としているが、健康生成論ではユビキタス・ストレスサーであるため、特定のストレスサーを完全に除去することは考えない。ストレスサーをうまくやりくりし、適応しうまく付き合いながら生活・人生を歩んでいくことをイメージしている。

汎抵抗資源は、このユビキタス・ストレスサーに抵抗していくという意味で「汎（general）」という修飾語をつけた概念名称になっている。アントノフスキーによれば、汎抵抗資源とは、身体的、生化学的、物質的、認知・感情的、評価・態度的、関係的、社会文化的な、個人や集団における特徴のことで、ユビキタス・ストレスサーの回避あるいは処理に有用であるものと定義されている¹⁾。身体的、生化学的汎抵抗資源とは遺伝的、神経免疫学的な資源、物質的汎抵抗資源とは個人においてはカネ、体力、住居、衣類、食事等、個人間に関しては、権力、地位、サービスの利用可能性といった側面も含む資源である。認知・感情的汎抵抗資源とは知識や知性、知力およびアイデンティティの2つであり、評価・態度的汎抵抗資源とは、主にコーピングにおける行動計画的な戦略である合理性、柔軟性、先見性の3つの態度が挙げられている。関係的汎抵抗資源とはソーシャル・ネットワーク、ソーシャルコミットメント、ソーシャル・サポート等の社会関係を指し、社会文化的汎抵抗資源とは、宗教やイデオロギーや哲学を指す。

II. ストレス対処力SOCとは

アントノフスキーによると、SOCとは次のように定義されている。SOCとは、

その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚の程度によって表現される、その人の生活世界全般への志向性（orientation）のことである。そ

れは第1に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序付けられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第2に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第3に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信から成る。⁵⁾

この定義のなかに示される第1の確信の感覚は把握可能感（sense of comprehensibility）、第2の確信の感覚は処理可能感（sense of manageability）、第3の確信の感覚は有意味感（sense of meaningfulness）と呼ばれており、SOCの3つの下位概念として知られている。SOCは51人の苦難の経験をもつ人々へのインタビュー調査の分析結果と、アントノフスキー自身がさまざまな先行研究や理論を踏まえて考えてきた仮説を総合して生成された概念である。困難を乗り越えるばかりか、それを糧にして生きる人々は、共通して、この定義で示されたような、生活・人生に対する見方や向き合い方を有していたということ整理された。

簡約すれば、把握可能感は、自分がする経験や周りで生じる出来事は、生じるべくして生じており、予測や説明が可能、と感じている程度のことである。処理可能感は、そうした経験や出来事に対処するための資源は常に使えると感じる程度である。有意味感は、そうした経験や出来事というものは自分への挑戦で、そこに全身全霊で向き合う価値があると感じる程度を指す。こうした感覚を強く有している人ほど、直面した経験や出来事はうまく処理され成功裏に乗り越えることになる。そのためSOCはストレス対処力概念（stress coping ability/capacity）とも呼ばれており、「ストレス対処力SOC」という形で表現されることが多い。

SOCはユビキタス・ストレスサーに対して、きわめて前向きで安定した見方や向き合い方を有する感覚であるのと同時に、対処資源たる汎抵抗資源の動員力概念でもあるが、その汎抵抗資源により提供される良好な人生経験によりSOC自体が形成される。SOCの形成・発達・向上の詳細の解説は『健康の謎を解く』⁴⁾および『思春期のストレス対処力SOC』⁷⁾（いずれも有信堂刊）等の他著に譲るが、あとで述べる地域看護実践に関わる部分でもあるためにここでは簡単に述べる。

SOCは後天的に、3種の良好な人生経験が繰り返され実感されることにより形成される。1つは一貫性の経験と呼ばれ、秩序立ちルールが明確な心理社会的環境下の経験である。逆に朝令暮改のようなことが繰り返される

環境ではSOCは培われない。もう1つは過大負荷－過少負荷のバランスの経験と呼ばれている。これはあまりにストレスフルで乗り越えることができないような環境や、逆に、ストレスフリーでなにもストレスを感じることもない環境ではない、という意味である。ここで「バランス」があることとは、ある程度のストレスフルな状況下であっても、乗り越えることが可能な程度の動員可能な汎抵抗資源を有していることを意味している。最後が結果形成への参加の経験である。これは自身が考える重要な物事の最終的な結末につながる意思決定に関与する経験を意味する。たとえば、会社の命運を左右する取引の決定に関与すること、自分の今後の進路やキャリアの決定に積極的に関与すること、といった経験を指す。こうした経験は、一度や二度ではなく、日々繰り返され、経験を意識し、実感することを通じて少しずつ培われていくこととなる。

なお、SOCは成人前期までに形成され、その後成長が止まるという説がある。これは、こうした人生経験を実感できるのは、たいていは青年期から成人前期までで、成人後期以降は人生に慣れ、実感することが少なくなるからという理由である。しかし近年では必ずしもそうはいえず否定されることが多くなっており、実際のデータとしても生涯を通じて少しずつ向上していく可能性が示されている⁶⁾。

Ⅲ. SOCの測定方法

SOCの測定尺度は複数ある。どのようなSOCスケールが開発されていて、その使用状況はどのようなものであるのかについて記していきたい。

1. SOC-29, SOC-13 (Orientation to Life Questionnaire ; OLQ)

アントノフスキーは社会学の出身であり、調査研究を得意とする実証研究者であった。測定方法論についての訓練を受けていたこともあり、SOC概念の生成とともに、その測定法の開発に取り組んだ。なお、具体的にどのような作業のもとアントノフスキーがスケール作成を行ったかについては著書『健康の謎を解く』の第4章で約30ページにわたりSOCスケールの開発過程について紹介している^{4,5)}。また、この開発過程の詳しい解説は拙著『ストレス対処力SOC』の第2章でも説明している⁸⁾ので、併せて参照されたい。

アントノフスキーがSOCスケール作成にあたり、ガットマン (Guttman L) のファセット・アプローチと呼ばれる一連の測定理論を参照し、その1つの柱でもある「ファセットデザイン」を採用した。この「ファセットデザイン」とは、「①観察のための概念枠組みの準備」「②質問文と回答形式の選択」「③マッピングセンテンス (調査の理論的・仮説的図式を文章の形で表現する技法)」から成立している⁹⁾。このうち「観察のための概念枠組みの準備」はすでに先に示したSOCの定義の設定により完了し、「②質問文と回答形式の選択」を行うため、市民に対してインタビューを実施し、インタビューデータのなかからスケール項目の具体案を作り出した。

次に「③マッピングセンテンス」を作成し4つの刺激を表すファセット (面) を設定した。1つ目のファセットは「刺激の性質」であり、手段的・認知的・感情的のいずれかとした。2つ目のファセットは「刺激の源」であり、内的・外的・両方のいずれか、3つ目のファセットは「刺激の要求」であり具体的・散漫・抽象的のいずれか、4つ目のファセットは「時間」で、過去・現在・未来のいずれかとした。ここにSOCの3つの下位概念を加えてマッピングセンテンスとして、次のようなセンテンス (文) を構成した。

回答者Xが反応する刺激は〈手段的/認知的/感情的〉な刺激であり、

その刺激は、〈内的な/外的な/両方の〉環境に由来し、

その刺激は、〈具体的/散漫/抽象的〉な要求を課し、

その刺激は、〈過去/現在/未来〉の時間の者であり、

SOCの構成要素としては、〈把握可能感/処理可能感/有意味感〉の点で〈高い/低い〉次元に属する反応である。

このセンテンスに配置された4つのファセットにはそれぞれ3つの要素がある。さらに、SOCの3つの構成要素のいずれかであることから、 $3^5=243$ 通りのセンテンスが考えられる。先に行ったインタビューデータに基づいた帰納的な文を準備し、マッピングセンテンスによっていわば演繹的に項目を設定し、あてはめる形で候補となる項目プールを作成した。

また、測定法は“semantic differential” (SD ; 意味微分法) 法という測定方法が採用された。これは、心理学で主に感情を問う自記式質問紙で頻繁に用いられる方法である。SOCは7件法とされ、SP法で1から7までの数字の列の極である1と7の数字の下に対になる句または文が用意され、その間を7段階に分けて測定する。

プレテストを繰り返し、項目分析を重ねて項目の削減を行い、把握可能感11項目、処理可能感10項目、有意味感8項目の計29項目7件法より成立するスケール(SOC-29)が作成された。また、同時に13項目の短縮版(SOC-13)も提示された。このSOC-29、SOC-13は質問紙のタイトルにOrientation to Life Questionnaire(人生の志向性に関する調査票)とあるため頭文字をとってOLQと呼ばれることもある。

このSOC-29およびSOC-13の信頼性と妥当性に関しては詳細な検討が行われている^{10,11)}。ただし因子的妥当性については、探索的因子分析を実施しても当初想定した3因子には分類できない結果となったため、アントノフスキー自身はOLQについては下位因子は想定せず上位概念であるSOCの一因子として扱うことを推奨したこともあった。しかしその後確証的因子分析による検討が相次いで行われ上位のSOC因子の下に、3つの下位因子を配した二次三因子構造のモデルで良好な適合度が得られることが報告されており⁸⁾、因子的妥当性が確認されたものとなった。

日本語版のSOC-29およびSOC-13については、1999年に山崎らにより開発され、信頼性と妥当性は確認されている^{8,12)}。日本語での使用および報告については、非営利目的の使用の場合は引用元を明記のうえ自由となっている。英語での報告を検討している場合は著作権を管理する団体(2023年時点ではSTARSという団体<https://stars-society.org/scales/>)に登録することが条件となっている。また日本語版の尺度内容については訳書『健康の謎を解く』⁴⁾の巻末付録として掲載されていることから当該書籍を参照のこと。

2. 3項目版SOCスケール

さまざまな研究分野が合同で関わるような大規模で多目的の一般住民調査の場合や、高齢者や疾患や障害を抱えており長時間の回答に困難をきたす対象のSOCを測定する場合、29項目や13項目の設問を用いることは困難であることが多い。こうしたことから、いくつかのさらに短縮されたSOCスケールが開発されてきたスウェーデンのlundberg (Lundberg O)らは短縮版3項目SOCスケール(SOC-3)の開発を行なった¹³⁾。SOCの各下位概念の要素を表現したオリジナルの項目内容とされた。SOC-3はスウェーデン語および英語版が作成され、スウェーデンや英国における大規模一般住民調査において採用されている。SOC-3は回答時間の短縮を

念頭においており3件法とされ、トータルスコアのレンジが0~6ポイントとなっている。連続量としての使用には慎重である必要があり、研究では主として高、低の2値化した変数による分析が行われていた。

そのほかにもシューマンらは、ドイツ語版SOC-3を作成し、信頼性と妥当性を検証した¹⁴⁾。BASOCはまた、BASOCは多項目スケールであるSOC-29のなかの3項目としているほか、SOCの下位概念のうち、有意味感1項目、把握可能感2項目よりなり、処理可能感の項目はない。古典的テスト理論に基づく多項目尺度は、複数の項目に共通する要素である因子を測定することを前提としており、多項目のうちの1項目を取り出し測定したところで、その測定結果と概念の真値とは大きく乖離する可能性が高い。

以上の問題点を踏まえて開発された尺度がSOC3-UTHS(東大健康社会学版3項目SOCスケール; University of Tokyo Health Sociology Version of SOC3 Scale)で、特にSOC-3やBASOCスケールの課題を克服することを念頭に新たに作成された¹⁵⁾。SOC3-UTHSは自記式調査票を念頭においており、オリジナルスケールにみられる7ポイントのSD法を採用しており、レンジを3~21とある程度幅をもたせ、間隔尺度としての使用にたえうるものとした。日本語ワーディングを微修正した最新版(ver1.2)は『ストレス対処力SOC』⁸⁾に掲載しており、参照されたい。使用にあたっては、各項目スコアを逆転したうえで合計したトータルスコアを使用する。全国代表サンプルでは、 α 係数は.83を示しており、平均(SD)得点は男性で14.8(3.6)、女性で15.1(3.5)であった⁶⁾。使用にあたっては、SOC3-UTHSの項目内容はSOC-29やSOC-13の項目とは異なるオリジナルのものであること、および、現時点では日本語版のみが開発されていることに注意する必要があるが、研究・教育など非営利目的であれば使用は自由となっている。ただし、項目内容を含め信頼性や妥当性などの詳細について『ストレス対処力SOC』の第2章⁸⁾をよく読んでから使用することが望ましい。

3. 児童用SOC13スケール

アントノフスキーのSOCスケールの項目内容はやや抽象的であるうえ、過去の経験に基づく設問内容(たとえば、「いままであなたの人生は明確な目標があった」等)が多くみられることから、小学生から中学生ではその認知的発達を考慮しても、解答を難しいと考えられる。

そこでノルウェーの心理学者であるトルシェイムらはSOC-13をもとに学童期の対象者にも回答しやすい項目に修正したSOCスケール (Age Adopted SOC Scale) を開発した (クロンバック α 係数は.85で、再テスト信頼性係数は.78)¹⁶⁾。林らはSOC-29をもとに小学校高学年向け29項目のSOCスケールを開発し (クロンバック α 係数は.82)¹⁷⁾。坂野らは、トルシェイムらの項目と、林らの日本語29項目版をもとに簡便な13項目版の児童用SOCスケール (CSOC-13) を開発した¹⁸⁾。さらに、朴峠は微修正を行うとともに、回答の際に児童が項目内容を理解しやすいように、周囲の大人がサポートすることを前提とした測定を試み、その際のサポーターへの解説書を作成し、そのうえでの測定を試みた¹⁹⁾。現時点では主に小学校高学年の児童に対しては朴峠版のCSOC-13を使用することが望ましい。項目内容やサポーターへの解説などの情報は、『ストレス対処力SOC』第12章¹⁹⁾にあるので参照されたい。

4. 29項目版か13項目版か

SOC-29かSOC-13か、どちらを使用するかについては、本スケールが、古典的テスト理論に基づく多項目スケールである点、また、システマティックレビューの結果からすると、SOC-29が最も信頼性、妥当性が高い測定ツールである。ただし調査票のスペース等の問題がある場合は13項目短縮版の使用も考えられる。

同様に7件法か、5件法か、3項目版スケールを使用するかで悩む場合と、多くの選択肢があるため、研究者にとっては大変に悩ましいと考えられる。しかしながら、これまでに記してきたようにそれぞれのスケールには必ずなにかしら短所、長所があることから、それぞれを踏まえたうえで使用することが望ましい。もし調査票スペース、回答者の回答負担、時間、調査費用等についての問題が解決できているのであれば、筆者であれば間違いなくSOC-29を使用する。

IV. SOCに関する研究

SOCに関する研究はPubMedでは現在3,000件を超える論文が登録されており、2022年までは右肩上がり論文件数が増えている状況である。医療系以外でもSOC概念は注目されており、今後引き続きSOCを使用した研究がなされていくことが予測される。詳細なレビューについては別稿^{20), 21)}に譲り、本稿ではおおまかな

研究の傾向について解説をしていきたい。

SOCが開発されて流布された1990年代後半から2000年代までは、大学生やローカルサンプルを対象とした研究が多く、総じて、「そもそもSOCなる概念は存在し得るのか」「SOC尺度は本当に測定可能なのか」「SOCは本当にストレス対処の成功を導く機能を有している概念であるのか」というような疑問のもとで設計された研究と整理できる。しかし2010年代後半以降は看護師や医療従事者などの労働者のほか、患者や障害者などの当事者を対象とした研究や、代表サンプルなど大規模サンプルの調査で使用されることも多くなった。特に臨床現場等で当事者を対象としてSOCを測定し、健康アウトカムとの関連を報告している研究が多く見受けられる。これは「臨床実践や政策設定上に問題があるとみられる対象 (集団) ではSOCはどのような状況であり、そうした対象の支援にあたりSOCを応用させることができるのか」という関心が強まっている印象である。ストレスリダクションプログラムや、認知行動療法などのストレス緩和を目的としたプログラムや、ストレス耐性の向上やマインドフルネス療法などの、アウトカム指標のひとつとしてSOCが用いられる例は2000年代後半より増えてきている。さらに健康生成論と健康生成モデルを基礎理論としてSOCの向上のためのプログラムの開発を行い、そのアウトカム評価指標として用いられる研究も少しずつ増えてきている。

こうした研究の動向を踏まえると、2000年代までは「SOC研究」と呼ばれるようなSOC概念の究明を目指していた段階であったが、SOC概念に対する内的・外的妥当性の理解が分野を超えて進み、各領域における研究で扱う諸概念のなかにSOC概念を組み込みつつ、問題の解決に応用することを念頭におく研究方針が進展していると理解することができる。同時に研究の担い手も、公衆衛生学やヘルスプロモーション領域、あるいは行動科学やストレス心理学などから、看護学、社会福祉学、臨床心理学、臨床医学の各分野を構成するさまざまな領域にまで広がっていると整理できるだろう。

V. 地域看護実践への応用

SOC概念の実践への応用を整理するにあたり、公衆衛生学において古くから知られている、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの枠組み²²⁾をみていく。SOCに関するハイリスクアプローチとは、ま

さにSOCスコアが低い対象に対するアプローチである。ここではさらに2つのアプローチに細分化できる。1つはSOCスコアが低い対象のSOCを向上させるための方法を検討することである。これはすでにいくつかの研究で行われてきているような、SOC向上のためのプログラムの構築とその実践活用が望まれる。SOCの形成や向上は、先に示したように、汎抵抗資源により提供される良質な3種の人生経験により生じる。この良質さは、客観的・絶対的な評価よりもむしろ、主観的・相対的に評価される。自身の生活経験をどのような形で主観的・相対的に評価するのかについて、自身で日々の生活のなかで再認識をしたり、そうした再認識のありかたを定期的に専門家によって軌道修正の助言を得たり、グループワークにおけるディスカッションを通じて気づきを得る、といった形でSOCの向上が認められてきている。こうした健康生成モデルに基づいたSOC向上の介入については、地域住民や高齢者、在宅患者を対象とした検討が多く、比較的古くから検討が進んでいるのは、フィンランドのランゲランド (Langeland E) らによる地域在住の精神障害のある人々を対象としたサルートジェニック・コーピングプログラム²³⁾だろう。こうしたSOC向上のためのプログラムの具体的な内容は別著を参照されたい²⁴⁾。

もう1つのハイリスクアプローチの方法は、SOCが低い(弱い)対象へのサポートの可能性である。SOCの向上は一朝一夕で成るものではなく、一定の期間が必要である。その一方でSOCが低い(弱い)対象は、ストレス対処プロセスがうまく進行せず、対処の失敗を繰り返すことでさらにSOCが低下するような、負のスパイラルに陥っている可能性がある。こうした状況を慎重にアセスメントし、スパイラルを断ち切り、低いSOCに代わり、ストレスを評価し資源の動員や出来事の意味付けを支援することを通じて、ストレス対処の進行をサポートするというアプローチが考えられる。ただし、このSOCが低い対象に対する支援的アプローチについてはまだ十分な実践例がないことが課題である。また、どの程度のSOCをもって低いと判断するのか、SOCのアセスメントに関する課題もある。SOC-13の場合は標準得点を用いることで、標準値-2SD未満などの極端な例に対して検討することも1つの方法である。長期的な観察研究に基づいたカットオフポイントの探求も課題になってくるだろう。とくにSOCの支援にかかるケーススタディの蓄積が必要になってくるだろう。

地域看護学実践におけるSOCの向上にかかるポピュレーションアプローチとしては、一般住民・労働者・児童・生徒などを対象とした、健康生成モデルに基づく心理社会的な生活環境づくりおよび改善のアプローチが挙げられ、そのプライマリアウトカムとしてSOCが位置づく。健康生成モデルに基づく心理社会的な生活環境とは、先に示したSOCの形成や向上につながる良質な経験を提供する環境を意味する。労働職場環境にたとえる場合、一貫性のある経験を提供する心理社会的な環境とは、賞罰の規定が明確であったり、雇用の安定性があること、同一賃金同一労働の原則などが挙げられる。職場内での価値観の共有や、適切なフィードバックを受けることも相当する。これらは健康生成論を出すまでもなく労働者の基本的人権の観点で当然のことといわれている。しかし、健康生成モデルの観点からも、一貫性のある経験を提供しうる環境であるという点で、きわめて的を射ていると説明できる。近年関心を集めている心理的安全性のある環境もまた一貫性のある経験を提供する環境といえるだろう。

過大負荷-過少負荷のバランスの経験を提供する心理社会的な職場環境について、仕事の内容が複雑で高度であることが指摘されている⁵⁾。ただし、その仕事を遂行するにあたって必要なサポートも含めた資源が利用可能な状況であることが条件となる。仕事が複雑で高度であるほど資源の活用は必須となり、その経験がSOCの形成を促すことにつながる。また、結果形成への参加の経験は、仕事に対する喜びや誇りを感じることで、内容的にも時間的にも一定の裁量を与えられることが挙げられている⁵⁾。仕事の意義や意味を明確に描くことができることも挙げられる。この点は環境面と同時に個人の認識へのアプローチも必要になるだろう。

以上SOC概念の地域看護実践への応用可能性について職場環境を例に説明したが、もちろん地域住民集団や、学校環境、高齢者集団などさまざまなコミュニティを想定して応用することも可能である。このようなSOCの向上も念頭に入れつつ、健康生成モデルや健康生成論の考え方・立場を踏まえた政策・臨床実践は「サルートジェニック・アプローチ」と呼ばれ、さまざまな実践現場における方策として活用されている^{25, 26)}。SOCの向上だけでなく、健康生成論に基づいた健康生成に向けた健康施策や実践全体を含んだ形で扱われることが多くなっている。特に欧州においてこのアプローチがとられることが多くなっているが、日本国内においても健康

生成論的なアプローチがより広がっていくことを期待したい。

【文献】

- 1) Antonovsky A : Health, stress, and coping. Jossey-Bass Pub, 1979.
- 2) Eriksson M, Lindström B : A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int*, 23 (2) : 190–199, 2008. doi:10.1093/heapro/dan014 [published Online First : 20080320]
- 3) Maass R, Kiland C, Espnes GA, et al. : The application of salutogenesis in politics and public policy-making. Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, et al. (eds.), *The Handbook of Salutogenesis*, 239–248, Cham (CH) : Springer 2022.
- 4) Antonovsky A : 健康の謎を解く ; ストレス対処と健康保持のメカニズム. 山崎喜比古・吉井清子 (監訳), 有信堂高文社, 2001.
- 5) Antonovsky A : Unraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well. *Jossey-Bass 1st ed*, 1987.
- 6) 戸ヶ里泰典・山崎喜比古 : 健康生成力SOCと人生・社会 : 全国代表サンプル調査と分析. 有信堂高文社, 2017.
- 7) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典 : 思春期のストレス対処力SOC ; 親子・追跡調査と提言. 有信堂高文社, 2011.
- 8) 戸ヶ里泰典 : SOCはどのように測ることができるのか. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (編), *ストレス対処力SOC ; 健康を生成し健康に生きる力とその応用*. 25–38, 有信堂高文社, 東京, 2019.
- 9) 真鍋一史 : ファセット・アプローチに基づく調査票設計とデータ解析の試み ; 「日本語観国際センサス調査」の事例. *行動計量学*, 30 : 53–69, 2003.
- 10) Antonovsky A : The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*, 36 (6) : 725–733, 1993. doi:10.1016/0277-9536 (93) 90033-z
- 11) Eriksson M, Lindström B : Validity of Antonovsky's sense of coherence scale : A systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59 (6) : 460–466, 2005. doi:10.1136/jech.2003.018085
- 12) Taisuke T, Yoshihiko Y, Kazuhiro N, et al. : Construct validity of Antonovsky's sense of coherence scale : Stability of factor structure and predictive validity with regard to the well-being of Japanese undergraduate students from two-year follow-up data. *Japanese journal of health and human ecology*, 74 : 71–87, 2008.
- 13) Lundberg O, Peck MN : A simplified way of measuring sense of coherence. *European Journal of Public Health*, 5 (1) : 56–59, 1995.
- 14) Schumann A, Hapke U, Meyer C, et al. : Measuring sense of coherence with only three items : A useful tool for population surveys. *Br J Health Psychol*, 8 (4) : 409–421, 2003. doi:10.1348/135910703770238275
- 15) Togari T, Yamazaki Y, Nakayama K, et al. : Development of a short version of the sense of coherence scale for population survey. *J Epidemiol Community Health*, 61 (10) : 921–922, 2007. doi:10.1136/jech.2006.056697
- 16) Torsheim T, Aaroe LE, Wold B : Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence : interactive, indirect or direct relationships? *Soc Sci Med*, 53 (5) : 603–614, 2001. doi:10.1016/s0277-9536 (00) 00370-1
- 17) 林 仁美・小林美智子・山崎喜比古 : 前思春期用健康保持能力SOCスケールの開発と応用. 日本健康教育学会誌, 11 : 37–48, 2003.
- 18) 坂野純子・戸ヶ里泰典・山崎喜比古 : 小学校高学年向け学校帰属感覚尺度日本語版の開発. *学校保健研究*, 49 (1) : 47–59, 2007.
- 19) 朴峠周子 : 思春期のSOC. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (編), *ストレス対処力SOC ; 健康を生成し健康に生きる力とその応用*, 193–206, 有信堂高文社, 東京, 2019.
- 20) 戸ヶ里泰典・津野陽子 : SOCと健康. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (編), *ストレス対処力SOC ; 健康を生成し健康に生きる力とその応用*, 77–97, 有信堂高文社, 東京, 2019.
- 21) 戸ヶ里泰典 : 健康生成論とSOCに関する研究と実践. 一般社団法人日本健康教育学会 (編), *健康行動理論による研究と実践*, 184–190, 医学書院, 東京, 2019.
- 22) ジェフリー・ローズ : 予防医学のストラテジー. 水嶋春朔 (訳), 医学書院, 東京, 1998.
- 23) Langeland E, Riise T, Hanestad BR, et al. : The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns*, 62 (2) : 212–219, 2006. doi:10.1016/j.pec.2005.07.004 [published Online First : 20051019]
- 24) 笹原信一郎・大井雄一 : 成人のSOCは変えられるか. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (編), *ストレス対処力SOC ; 健康を生成し健康に生きる力とその応用*, 59–74, 有信堂高文社, 東京, 2019.
- 25) Lindström B, Eriksson M : The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy : Illustrated by a case study. *Glob Health Promot*, 16 (1) : 17–28, 2009. doi:10.1177/1757975908100747
- 26) Sagy S : Preventing drug abuse among children and adolescents : Where does the salutogenic approach direct us? *Health*, 2014.

編集後記

師走の候、日本地域看護学会誌第26巻3号をお届けします。本号には、1歳6か月健康診査の保健師の問診技術、および就労介護者の就労継続に関する原著論文2編、地域包括支援センターの地区活動、および乳幼児虐待予防に向けてのアセスメントの視点に関する研究報告2編が掲載されています。いずれも地域看護学の技術の可視化や健康課題の明確化に資する意義深い論文です。また、そのほかにも9月に開催されました日本地域看護学会第26回学術集会における荒木田美香子学術集会長の講演、地域看護に活用できるインデックスも掲載されています。

さて、日本地域看護学会第26回学術集会にて拡大編集委員会が開催され、35人の編集委員、査読委員が参集し活発な議論が行われました。なかでも、投稿を促進するための方法として、迅速な査読方法、投稿者資格や投稿料の見直し、英文の取り扱いなど、多岐にわたるアイデアが挙がりました。これらについては、できることから取り組んで参りたいと、編集委員会で1つひとつ検討を行い進めているところです。教育・研究者の割合が多い学会であることを生かし、より一層学術的な活動を促進できる学会誌を目指して参りたいと存じます。

末筆ではございますが、今期から副委員長を務めさせていただくことになりました。ご指導のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

(田口 敦子)

「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ております。

日本地域看護学会誌 第26巻第3号
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.26, No.3

発行日 2023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
http://jachn.umin.jp
発売元 株式会社 ワールドプランニング
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1
Tel : 03-5206-7431 Fax : 03-5206-7757
E-mail : world@med.email.ne.jp http://www.worldpl.com
振替口座 : 00150-7-535934