

目次

巻頭言

- 3 地域看護のソーシャルイノベーションを掲げて

秋山正子

原著

- 4 児童虐待対応における児童相談所保健師の支援関係形成のプロセス

藤村保志花・西嶋真理子

総説

- 15 成果につながる特定保健指導技術に関するナラティブレビュー

鈴木悟子・杉田由加里

研究報告

- 23 事業場における認知症に関する取り組みの実態と産業看護職の認識

富塚美和・門間晶子・尾崎伊都子

- 33 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターの
コーディネーションを困難にする要因と教育ニーズ

岡野明美

編集委員会企画連載：地域看護に活用できるインデックス

- 42 地域在住の高齢者の低栄養のリスク

梶井文子

委員会報告

- 49 質的記述的研究とは何ぞや

——質的研究に関する10のキークエスチョンを基軸に学ぶ——

研究活動推進委員会

NEWS FROM JACHN

- 54 NEWS FROM JACHN No. 23

編集後記

- 62

平野美千代

Contents

Preface

- 3 Upholding Social Innovation in Community Nursing
Masako Akiyama

Original Article

- 4 The Process of How Public Health Nurses at Child Guidance Centers Build Supportive Relationships When Handling Child Abuse Cases
Hoshika Fujimura, Mariko Nishijima

Review Article

- 15 Narrative Review on Specific Health Guidance Skills Leading to Positive Health Outcomes
Satoko Suzuki, Yukari Sugita

Research Reports

- 23 The Current Situation of Dementia-related Efforts in Workplaces and the Recognition of Occupational Health Nurses : OHN
Miwa Tomizuka, Akiko Kadoma, Itsuko Ozaki
- 33 Factors Hindering Coordination in Supporting Older Adults with Dementia and Educational Needs at General-support Community Centers
Akemi Okano

Index for Utilization in Community Health Nursing

- 42 The Risk of Protein and Energy Malnutrition among Community-dwelling Elderly
Fumiko Kajii

Committee Report

- 49 What is Qualitative Descriptive Research? Learn from a Base of 10 Key Questions about Qualitative Research.
The Committee on Research Promotion

NEWS FROM JACHN

- 54 NEWS FROM JACHN No. 23

Editor's Note

- 62 *Michiyo Hirano*

巻頭言

地域看護のソーシャルイノベーションを掲げて

——地域看護の未来と可能性——



秋山 正子

(株) ケアーズ白十字訪問看護ステーション

日本地域看護学会誌, 27 (1) : 3, 2024

2024年お正月早々、能登半島地震、飛行機事故。ここ数年、対応に明け暮れた新型コロナウイルス感染症の感染拡大も、やっと少し下火になったかという矢先の出来事。改めて、被災地でいまだに行方不明のままの方がおられ、また亡くなられた方のご遺族の悲しみに深く哀悼の意を表したい。また、自身も被災しながら、現地に踏みとどまり救護活動に当たってくださっている看護職のみなさま、支援に向かわれた各地の看護職のみなさまに敬意を表したい。

災害は忘れたころにやってくるとは言い得て妙ではあるが、忘れもしない東日本大震災は13年前の出来事となった。これまでの経験を生かして行われる災害支援活動のなかで、都市型とも異なる中山間地の特徴が浮かび上がった。交通網の遮断、ライフライン被害の甚大さなどへの対応の遅れは、人口減少、超高齢化社会の縮図をまさに見せつけられる思いである。

2023年3月末に各都道府県知事あてに厚生労働省医政局より医療計画について通知が出された。2014年には地域包括ケアシステム構築の取り組みも、地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備として、この流れのなかで法改正が行われている。そこに加えて患者の医療アクセス向上および医師の勤務負担の軽減を図る目的で、2024年4月より医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始がなされる。これからの人口動態を考えると、働き手の確保問題も喫緊の課題となり、医療ニーズの質・量の変化に対応した医療体制の整備を、医療計画に盛り込んでいかなければならない。医療をめぐる問題は、コロナ感染拡大のなかで医療提供体制に多大な影響が生じ、救急医療をはじめ、地域医療のさまざまな課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等を行う重要性や、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担のもとで必要な医療提供を行う重要性などが改めて認識された¹⁾。

地域のなかで必要とされる看護のことを考えるに、看護職それぞれのおかれている地域の特性を生かした医療計画のなかに包摂されていくものとする。しかし、看護を対象とする人々の像も変わりゆくものと推察できる。これまでのようなおまかせ医療に身をゆだねる患者は減っていくのではないだろうか。自分の健康のことに関心をもち、(それが間違っただけであっても)医師に対しても意見が言える患者が増えてきていると感じている人は多い。意思決定を迫られる医療現場のなかで、意思決定支援の大事さを、各分野の看護職は実践しようと努力している。

健康に関心をもち、できるだけ自立しながら長生きをという自らの健康寿命の延伸を目指す人も多くなった。ICTの活用も盛んであり、遠隔地でのオンライン診療などもあり、地域という社会のなかで変化が起こっている。まさにソーシャルイノベーション。自分のこれからをどう生きるのか？どう死ぬのか？を元気なうちから周囲の人と話し合っておこうというACP普及も盛んに行われるようになった。

こういったことを踏まえて、もっと身近に相談支援の場があればと2011年に始めた「暮らしの保健室」の活動は、各地に伝播しはじめ、多くの看護職の仲間がセカンドステージの活動の場として、まさに地域で看護を展開している。何気ないいつもの会話を通じて、健康のことも暮らしのことも話せる居場所となっている。13年経ってやっと人々の認知度が上がってきた。住民、まさに地域のなかに飛び出して、元気なうちから知ってもらえる在宅ケアの話もできるようになっている。また、ここが学生教育の場になっているのも心強い。医療計画のなかに、ぜひ、こういった外来以上、在宅未満の方の健康維持の場(まさに地域看護の現場)も入れてほしいと願っている。

【文献】

1) 厚生労働省：医療計画について。 <https://www.mhlw.go.jp/content/001108169.pdf> (2024年2月17日)。

児童虐待対応における児童相談所保健師の 支援関係形成のプロセス

藤村保志花¹⁾, 西嶋真理子²⁾

抄 録

目的：児童相談所（以下、児相）に配属された保健師が児童虐待対応において親と支援関係を形成する際の思考と行動のプロセスを明らかにする。

方法：方法は質的帰納的研究、対象は児相で乳幼児の児童虐待対応の経験がある保健師8人とした。半構造的面接法でデータを収集し、M-GTAで分析を行った。

結果：38の概念と12のサブカテゴリー、5つのカテゴリーを生成した。児童虐待対応における児相保健師の支援関係形成のプロセスは、『なによりも子どもの生命を優先する』を土台に、『親と対峙する姿勢』と『親への受容的な態度』を両立し、『途切れず気にかける』にたどり着くプロセスであり、その中心には『腰を据えてありのままを認める態度』が存在した。

考察：児相保健師の支援の土台となる『なによりも子どもの生命を優先する』は、児相の設置目的と相談援助活動の理念に合致していた。本研究で明らかになったプロセスから、信頼関係の形成に固執するのではなく、関係性を紡ぎ続けて支援していくことの重要性が見いだされた。また、児相保健師が『腰を据えてありのままを認める態度』を意識して『途切れず気にかける』関係性を紡いでいることが明らかになったことが本研究の新規性である。

【キーワード】 児童虐待, 児童相談所, 保健師, 支援関係形成

日本地域看護学会誌, 27 (1) : 4-14, 2024

I. 緒 言

近年、児童虐待に関する痛ましい事件があとを絶たず、児童虐待に対する社会的な関心が高まっている。全国の児童相談所（以下、児相）における児童虐待相談対応件数は、2000年度には17,725件であったが、2011年度には59,919件、2021年度には207,660件と増加の一途をたどっている¹⁾。わが国では2000年に児童虐待の防止等に関する法律が成立したが、児相に通告されながらも虐待による死亡が防げなかった事例が頻発し、2007年

に児童虐待防止法の改正法が成立、児相の権限と責任が大幅に強化された。また、2016年には児童虐待へのさらなる対応強化のため児童虐待防止法が改正され、児童虐待、発達障害、非行など心身の発達等に課題をもつ子どもに対する医学的判断等や、子どもと保護者に対する心の治療に至る連続的な関わりが必要であることから、児相に医師または保健師の配置が必須となり²⁾、2022年度からは医師と保健師それぞれが必置となった³⁾。

児童相談所運営指針では、児相保健師に求められる職務内容を示しているが、それらは地域保健領域の保健師活動にも共通する内容であり、児相保健師に特徴的な活動として具体的に示されているものは、一時保護している子どもの健康管理⁴⁾のみである。特に、ほとんどの児

受付日：2023年5月20日／受理日：2024年1月22日

1) Hoshika Fujimura：香川県立保健医療大学保健医療学部

2) Mariko Nishijima：愛媛大学大学院医学系研究科

相保健師が関わっている児童虐待対応⁵⁾の詳細は具体的に示されていない。児相の虐待対応は通告によって始まり、閉鎖的な家族関係への介入や措置権限を行使する場合もあることから、保護者と対立した状態から支援を開始することも少なくない⁶⁾。そのため、児相保健師には地域保健領域の保健師活動とは異なる児童虐待対応の特徴があるはずである。児相保健師に関する先行研究では、保健師に期待される役割や必要とされる能力については明らかにされているものの^{5, 7-12)}、市町村保健師の役割と類似していたり、保健師の基本的な支援技術と同様であったりして、児相保健師に特徴的な内容は表されていない。

一方、児童虐待対応がより先進的に取り組まれている米国では、Zerwekh JVが家族ケア提供モデル¹³⁾を示しており、脆弱な家族、特に親の適切な養育に対する支援においては、信頼関係を築くことが基盤のひとつであるとされている。しかしながら、わが国の児相における児童虐待対応では、一概に信頼関係から関係性が築けるとは言い難い⁶⁾。Zerwekh JVも、信頼関係を築くことはあらゆる援助のための関係づくりの基本であるが、同時にそれは非常に難しい課題であるともしている¹³⁾。

わが国の保健師基礎教育においても、対象者と保健師の信頼関係形成が重視されており、対象者との信頼関係が相談の前提であること、支援を受け入れてもらうために信頼関係を構築することの必要性が説かれている¹⁴⁾。また、大木ら¹⁵⁾が示した親子保健活動における公衆衛生看護技術の体系でも、個人・家族への技術として妊婦や親などの対象者との信頼関係の構築が挙げられている。ここでは保健師の支援技術として「親子分離の必要性を保健師として判断し、分離に向けた対応を行う」と示されているものの、このような介入をしなければならないような場面での保健師の思考と行動について具体的に記述されたものは見当たらなかった。

このように、保健師と対象者の支援関係構築の重要性は明らかであるが、児相での児童虐待対応という親との対立や親子分離の可能性を含む困難な状況での保健師の技術についてはこれまでに示されていない。そこで、本研究ではわが国における児相保健師が児童虐待にどのように対応しているのかに着目した。児童虐待のように困難な事例の対応には児相保健師に特有の技術があると推察され、それらは熟練した保健師の個々の活動の語りを統合し、支援関係形成のプロセスを明らかにすることで示せると考えた。そこで、本研究では、児相に配属され

た保健師が、児童虐待対応において親と支援関係を形成する際の思考と行動のプロセスを明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究である。

2. 用語の定義

児相保健師：児相において児童虐待対応を行う保健師。児相で児童福祉司として任用されている場合も含む。

支援関係：本研究では支援関係を「子どもを救うために親を支え助けようと関わる保健師の、親との関係」と定義した。

3. 研究対象者

研究参加の同意が得られた保健師計8人とした。対象者の選定基準は、児相において児童虐待事例に主担当として対応した経験があることとし、児相での任用は、児童福祉司・保健師のいずれも可とした。子どもの発達段階の違いによって虐待の様相や支援に差異が生じる可能性、また、児相保健師が関わる対象は乳幼児が多い^{7, 9)}ことを考慮し、本研究では乳幼児の虐待事例について語る事ができる保健師を対象とした。

4. データ収集方法

データ収集期間は2021年4～8月とし、インタビューガイドに基づいて半構造的面接法を行った。新型コロナウイルス感染症(Covid-19)流行下であったことから、Web会議システムも併用した。インタビュー内容は保健師の属性(年齢や職位、経験年数、最終学歴等)と、対象者が支援した児童虐待事例についてどのように考え行動したのかを時系列に沿って語ってもらった。インタビュー内容は対象者の許可を得て録音し、逐語録を作成した。インタビュー時間は、平均1時間7分(43分～1時間52分)であった。

5. データ分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach; M-GTA)^{16, 17)}を用いて分析を行った。M-GTAは、社会的相互作用の絶えず変化していく「うごき」を説明する理論を生成する方法であ

り、児相保健師の支援関係形成のプロセスをみるためには適当であると考えた。また、M-GTAでは生成する概念を一定水準に収め、データに密着した分析を行うため分析焦点者と分析テーマの設定が重要となる。本研究では、分析焦点者を「児相において児童虐待への対応経験のある保健師」とし、分析テーマは、収集されたデータのなかで対象者が事例を支援するためにどのように考えて行動したかが詳細に語られていたことから、「児相保健師は児童虐待対応において支援関係を形成するためにどのように考え、どのように行動しているのか」とした。具体的には、逐語録から分析焦点者と分析テーマに関連する箇所に着目し、その意味を解釈して概念化していった。生成した概念の完成度を上げるため、データは継続的に比較分析し、類似例や対極例の検討を行った。同時に、浮かんだアイデアや疑問点などを理論的メモに記述した。また、1つの概念を基点にそれと関係のあるもう1つの概念を見いだしていく作業を繰り返し、複数の概念間の関係を解釈的にまとめてカテゴリーを生成していった。その間もデータと行き来し、妥当性を確かめながらカテゴリーを収束し、それらの相互関係を結果図に示した。8例の分析終了時点で新たな概念や解釈の生成がみられなかったことから理論的飽和化の判断を行い、継続的比較分析を終了した。

6. 真実性の確保

信用可能性、明解性、確認可能性の視点で真実性を確保した。信用可能性は、研究の全過程において、公衆衛生看護の専門家でありM-GTAの研究経験が豊富な研究者と検討を繰り返し、研究の厳密さを確保した。また、対象者8人に結果図とストーリーラインを送付し、児童虐待対応における児相保健師の支援関係形成のプロセスを表すことができているか参加者チェックを行った。7人から回答が得られ、「よく表している」が3人、「表している」が4人であった。明解性は、分析に際して研究者の思考のプロセスを自覚化し言語化を徹底するために、分析ワークシートの理論的メモに分析上の判断内容や理由などを記入することで確保した。確認可能性は、分析ワークシートを用いて生成した概念とデータの照合が行えるようデータに番号を付けることで再現性を確保した。

7. 倫理的配慮

本研究は、香川県立保健医療大学倫理審査委員会の承

認を得て実施した(承認番号343)。研究の主旨、研究参加への自由意思の尊重、プライバシーの保護、データの処理と管理方法、公表範囲等について口頭および文書にて説明し、同意書への署名が得られたものを研究参加者とした。また、同意書とともに同意撤回書を渡した。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者と児童虐待事例の概要(表1)

8人の対象者は、年齢は30～70歳代、経験年数は8～46年、児相経験年数は1～14年、職位は課長級～主任、再任用の保健師であった。また、すべての対象者が児相配属前に他部署での勤務経験があり、保健師経験は8年以上で、新任期に配属された保健師はいなかった。語られた児童虐待事例は、身体的虐待が6事例・ネグレクトが4事例(重複あり)であり、すべての事例で家族構成員に乳児がいた。また、6事例が医療機関からの通告であった。

2. ストーリーライン

38の概念と12のサブカテゴリー、5つのカテゴリーを生成した。生成したサブカテゴリー、カテゴリーを簡潔に文章化したストーリーラインと、結果図(図1)および概念・サブカテゴリー・カテゴリーの対応表(表2)を作成した。

児童虐待対応における児相保健師の支援関係形成は、『なによりも子どもの生命を優先する』を土台に、『親と対峙する姿勢』と『親への受容的な態度』を両立しながら、最終的に『途切れず気にかける』にたどり着くプロセスであり、その中心には『腰を据えてありのままを認める態度』が存在することが見いだされた。

支援関係形成のプロセスの土台となる『なによりも子どもの生命を優先する』は、〈子ども第一〉〈子どもの居場所を守る〉によって構成されている。『親と対峙する姿勢』は、〈児相職員としての使命感〉をみせ、〈堂々と親と対する〉対応をし、一方『親への受容的な態度』は、〈親の存在を肯定〉し、〈親に歩み寄る〉を行っていた。両方のバランスをとりながら、『腰を据えてありのままを認める態度』をとっており、それは〈冷静な観察〉をし、〈責めない姿勢〉で、〈これまでの道のりを共有〉している関係であった。さらに、〈変わらない親への諦念〉を感じながらも〈親の成長に期待〉し、関わりに〈時間をかける〉ことで、『途切れず気にかける』

表1 対象者の属性と語られた児童虐待事例の概要

対象	年代	経験年数		児童相談所 経験年数	児童相談所		職位	所属	児童虐待事例の概要		
		保健師	看護師		配属前 経験年数	最終学歴			虐待種別	家族構成	関わりの概要
A	30	8	—	3.0	2	4年制大学	主任	県	身体的虐待 ネグレクト	実母, 実母の交際相手, 幼児, 乳児	医療機関, 市から未熟児の安否確認の通告を受 理. 保健師が書いた手紙をきっかけに母子に会 うことができ, 他機関にもつなぐことができた 結果, 母子は在宅で落ち着いて生活を継続した.
B	70	46	3	8.0	30	専門学校	再任用	中核市	ネグレクト	実母, 実父, 幼児, 乳児	母から養育困難の訴えがあり一時保護. 家庭復 帰するも, その後里親委託となった. 関係を築 きにくい母であったが, 干渉しすぎず, しかし 関わりが切れないように見守り続けた.
C	60	35	4	5.0	30	専門学校	再任用	県	身体的虐待	実母, 実父, 幼児, 乳児	医療機関から頭部打撲, 火傷痕の通告を受 理し関わりを開始. 父母を責めることはしないが, 受傷については毅然とした態度で関わった. 関 係構築が難しい父母であったが, 児の安全を第 一として, 再統合に向けたプログラムを進めた.
D	50	31	2	1.0	22	専門学校	課長 補佐	県	身体的虐待 ネグレクト	実母, 実父, 小学 生, 幼児, 幼児, 乳 児	保育所や町から長期欠席の家庭の通告を受 理. 長子を一時保護し, 入所措置となった. 母との 関係構築をしながらも, 子どもの安全を守るた め必要時は毅然とした態度で父母と関わった.
E	40	10	5	3.5	4	専門学校	主任	県	身体的虐待	実母, 実父, 幼児, 乳児	医療機関から乳児の急性硬膜下血腫の通告があ り, 一時保護, 入所措置となった. 親族の支援, 見守り体制の構築, 母の安全な養育実績を積み 重ねることで, 関係機関の納得を得て家庭引き 取りとなった.
F	30	9	—	1.0	5	4年制大学	主任	県	ネグレクト	実母, 乳児	医療機関からネグレクトの通告があり, 一時保 護, 入所措置となった. いかにも母子の安全を保 って地域に返せるか模索を続けた. 母の居住地で の支援体制を整える手助けをし, 家庭引き取り となった.
G	50	34	—	12.0	20	専門学校	課長級	県	身体的虐待	実母, 実父, 幼児, 乳児	医療機関から乳児の急性硬膜下血腫の通告があ り, 一時保護, 入所措置となった. 原因不明で あったが父母を責めることはせず, 養育能力を 客観的に評価し, 家庭復帰について検討を重ね た.
H	60	39	—	14.0	19	専門学校	再任用	県	身体的虐待	実母, 実父, 乳児	医療機関から乳児の頭部外傷の通告があり, 一 時保護, 親族里親措置となった. 父母の成育歴 に配慮しながらも, 見相としての枠組みは明確 に設定し, 児が里親宅で安全に養育される環境 を確保した.

注) 年代, 経験年数はインタビュー時点のものである.

関係性が形成されていくプロセスであった.

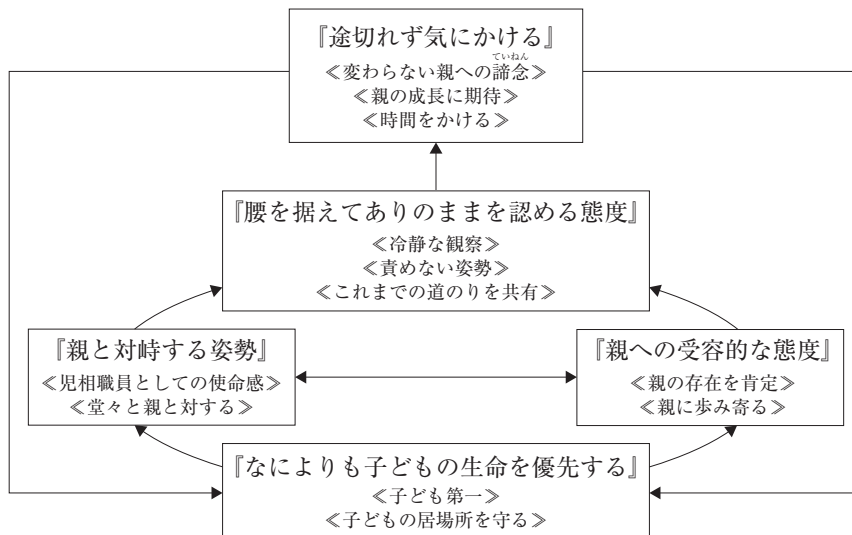
3. 児相保健師の親との支援関係形成のプロセス

次に, それぞれの『カテゴリー』, ≪サブカテゴリー≫, 【概念】の関係とヴァリエーションの具体例を示す. 具体例は斜体で記し, 具体例内の意味のわかりにくいところは () で状況を表す文言を補った. それぞれの具体例には対象者を表すアルファベットを付した. 概念・具体例には対応表(表2)の概念に相当する番号をつけた.

1) 『なによりも子どもの生命を優先する』

＜子ども第一＞

児相保健師が対応する児童虐待の場面にはさまざまなものがあるが, どのような場面にあっても, 児相保健師は【(1) 子どもの命を最優先とする覚悟】をもち, そのために【(2) 常に子どもの気配を探る】ことをしていた. 子どもを最優先で考えるため, 【(3) 親自身と子どもにとっての親を分けて考える】視点を持ち, 必要があれば【(4) 支援者になり得る人を見定めてその人の信頼を獲



注) カテゴリーを『 』, サブカテゴリーを< >で示す。

図1 児童虐待対応における児童相談所保健師の支援関係形成のプロセス

得] することも行っていた。

(1) B: いままで自分が培ってきたもので自分がどう判断・決断していくかということかな。そこでやっぱりまあまあは許されんからね。こども命に関わっていたかもしれん。(子どもが) 小さかったから、特にね。ひとつ間違ったら命に関わっていたから。そういうことを常に思っとくのはとても大切なことだったね。覚悟があるよ。

(3) G: いくらなにかした(虐待してしまった)親であっても、子どもにとって親がどうであるかっていう風に私は考えるので。ちゃんとした設定(面会に向けたルール)をしてそのことを守ってくれば、やっぱり子どもにとって必要な面会交流とかは必要だと思うので。

＜子どもの居場所を守る＞

子どもが本来育つはずだった家庭や地域で育つことを願って【(5) 地域で支援する土壌を整えたい】と行動し、そのなかでも地域の支援機関が支援の輪に入りたがらないといった【(6) 子どもの居場所を守るうえでの障壁に向き合う】ことをして、子どもの居場所を守るために児相保健師は行動していた。

(6) E: 周りの関係機関一同が「あのお母さんに(子どもを)返すのはちょっと…」ってすごく渋って。関係機関は、直接お母さんのことを知らなくて、虐待の事実しか知らないから、すごく心配だということをいってくるんだと思うので、外出や外泊の実績を積み重ねて、お母さんに外泊中の日記も書いてもらって、頑張っている感を関係機関に共有できるようにした。周囲の理解が得

られなくて、子どもを返すまでにずいぶん時間がかかってしまった。

2) 『親と対峙する姿勢』

＜児相職員としての使命感＞

児相内の看護職として乳幼児の事例への理解が深いことを自認する【(7) 育児のスペシャリストという自負】をもち、子どもを守るために【(8) つぶさに観察して虐待の疑いがあれば速やかに介入に切替】え、親に拒否されることになっても児相として果たすべき責任を全うしようとする【(9) 児相の覚悟をみせる】ことをしていた。

(7) A: 未熟児の家庭訪問をしていたので、訪問して子どもをみたりだとか、体重や発育発達が良好かどうかををしていたので、そういうところで心配があったら病院につないだりだとか、そういうことができるのかなとは思っていました。あと、お母さんの育児支援、相談もなにかできるんじゃないかなと思っていました。あとは保健センターの方との連携、保健師の連携というところでも、保健師のケースだなと思いました。

(9) D: 私たちは子どもの安全を守らないかんから、お父さんお母さんが預けたくないっていても、必要な時はお子さん預かります、みたいな。ビシッと線ひいとかんかね。

＜堂々と親と対する＞

親と対立する場面になっても【(10) 児相の一員としての毅然とした態度】と【(11) 非常識な言動や手のひら返しにも動じない】態度を保ち、【(12) 子どもを守るために職権保護も辞さない】という確固たる姿勢をもって

表2 児童虐待対応における児童相談所保健師の支援関係形成のプロセス

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
なによりも子どもの生命を優先する	子ども第一	(1) 子どもの命を最優先とする覚悟 (2) 常に子どもの気配を探る (3) 親自身と子どもにとっての親を分けて考える (4) 支援者になり得る人を見定めてその人の信頼を獲得
	子どもの居場所を守る	(5) 地域で支援する土壌を整えたい (6) 子どもの居場所を守るうえでの障壁に向き合う
親と対峙する姿勢	児相職員としての使命感	(7) 育児のスペシャリストという自負 (8) つぶさに観察して虐待の疑いがあれば速やかに介入に切替 (9) 児相の覚悟をみせる
	堂々と親と対する	(10) 児相の一員としての毅然とした態度 (11) 非常識な言動や手のひら返しにも動じない (12) 子どもを守るために職権保護も辞さない
親への受容的な態度	親の存在を肯定	(13) 親も庇護すべき存在として心を寄せる (14) 親の強みや頑張りを見つけて評価する (15) 乳幼児期の親子分離のリスクを懸念 (16) 保護していても子どもの様子を逐一伝える
	親に歩み寄る	(17) 親の窮地に駆け付ける (18) 児相でなく保健師を前面に出して警戒させない (19) 親の反応をみながら距離を詰める (20) 親の困りごとに誠実に向き合う (21) 取り付く島もない相手に何とか気持ちを伝える手段を探す (22) 理不尽な怒りも受け止める (23) 親の言動から気持ちをすくい取る (24) 細々とでも関係をつなぐ
腰を据えてありのままを認める態度	冷静な観察	(25) 観察して生活を知る (26) 家族関係の違和感を察知 (27) 虐待の真実を知ろうとする
	責めない姿勢	(28) ごまかしを咎めない (29) 指摘はするが責めたてない
途切れず気にかける	これまでの道のりを共有	(30) しんどい場面を一緒に乗り越えた連帯感 (31) つかず離れずの距離感
	変わらない親への諦念	(32) 繰り返される虐待に関係が壊れる (33) どうしようもできないこともあるとあきらめ
時間をかける	親の成長に期待	(34) 親を親として育てようとする (35) 見通しをもたせる (36) 親の様子から改善に期待
	時間をかける	(37) 時間が解決する (38) ずっと気にかけている

親に対応していた。

(10) G: 児相としては、あなたが同意しないのであれば、裁判所に28条の申し立てをするという方法をとっていきますっていう話をしています。そうしたらお母さんは「それはちょっと」という感じだったと思います。私たちは、同意がなくても法的な手段で子どもの安全を守るという姿勢をきちんと示していました。

(11) C: 向こう(保護者)は、一時保護することによって子どもの心と体に影響する、どう責任とってくれるんや、と正当化するためのたいていのことはいつてき

た。愛着ができなくなったらどうしてくれるんや、とか。だから何回も話したと思う。

3) 『親への受容的な態度』

《親の存在を肯定》

親を虐待者という側面だけで捉えるのではなく、【(13) 親も庇護すべき存在として心を寄せる】ことと【(14) 親の強みや頑張りを見つけて評価する】ことで親に親身になろうとし、【(15) 乳幼児期の親子分離のリスクを懸念】し、【(16) 保護していても子どもの様子を逐一伝える】ことで、親を養育者としても捉えた行動して

いた。

(13) F: そのときは必死だったんだけど、いま思えばこんなお母さんだけど、支えたいとは思っていた。私自身も出産して復帰したところで子育ての大変さは身に染みていたし、特にお母さんは未婚で産んでいたから経済的にも不安定だし、両親との仲も悪かったから、ひとりで育てていくなんで無理やな……、私やったら無理やな……、って思っていた。子どもというかお母さんを支えてあげたいなという思いだった。

(15) E: 親子の絆を大事にしたいから早く返したかったんだけどね。あんなに母子分離しとってえんかな……、っていつも思うけどね。離しとったら安全やけど、離れる時間が長ければ長いほど帰りにくくなる。子どもにとっても環境はコロコロ変わってしまうし、イヤイヤ期に子どもが返ってきて、「なつかない」と思ってしまったら、余計に虐待のリスクは高まる。

〈親に歩み寄る〉

親からのSOSを見逃さずに【(17) 親の窮地に駆け付ける】ことをし、【(18) 兎相でなく保健師を前面に出して警戒させない】ように接触したり、【(19) 親の反応をみながら距離を詰める】ことをし、【(20) 親の困りごとに誠実に向き合う】姿勢をとっていた。また、関係形成の突破口を見つけるために【(21) 取り付く島もない相手に何とか気持ちを伝える手段を探す】ことをしたり、【(22) 理不尽な怒りも受け止める】こと、【(23) 親の言動から気持ちをすくい取る】ことによって、【(24) 細々とでも関係をつなぐ】ことをしていた。

(17) B: 最初はお母さんから電話があった。生後1か月の子を育てられんというか、ちょっとしんどいというか、そのような電話があった。で、それはいかんわってなって、「今日家庭訪問するわ」って言って家庭訪問した。

(20) E: お母さんの1つひとつの困りごとや心配ごとに応えていってあげると、自分の思いとかをいってくれるようになっていった。

(23) H: 「死にたい」っていついていたんですよ。そういう精神状態だったからこういう事件になってしまったのか、もともと自分の存在の否定があってそういうふうになったのかはわからないですけど……。向き合うっていうよりも、逃げたいとか、なかったことにしたいとか、そういう気持ちだったんだと思います。

(24) A: なにか気に入らないことがあったら(心を)閉ざしてしまう人だろうなと。とりあえずはお母さんと

の関係をつくることを大事に大事にとは思っていました。シャッターを下ろされてしまったら子どもの確認ができなくなってしまうので、ミルクをあげられているか心配はあったが、「もしよかったら1週間後くらいに訪問に来させてもらってもいいですか?」と次の訪問にこぎつけた。

4) 『腰を据えてありのままを認める態度』

〈冷静な観察〉

兎相保健師は冷静な観察をしており、それらは【(25) 観察して生活を知る】こと、【(26) 家族関係の違和感を察知】すること、【(27) 虐待の真実を知ろうとする】ことであった。

(26) G: なにか奇妙だったのは、重大なことがあったわけでしょう。兎相に子どもとられたって状況なのに……。なんの深刻感もないのかしら、みたいな。そんなご夫婦ではありましたね。

(27) H: 「どんな抱き方をしていたの?」「膝の高さから落ちたっていついてたけど、どんなふうにかがんだの?」とか細かく聞いていたんですけど……。でも頭のケガの状況は結構ひどくて、私もCT画像をみていたんですけど、かなり脳が腫れていて、1回こつんと落とすただけではないだろうとは思っていました。

〈責めない姿勢〉

兎相保健師は、虐待者である親に対しても責めない姿勢で関わっており、それは【(28) ごまかしを咎めない】ことと【(29) 指摘はするが責めたてない】ことであった。

(28) D: お母さんは子ども置いてパチンコに行っているという近所からの情報があって、……お母さんは『仕事してた』っていうから、『それはいかん。虐待になる。お仕事されてたのかもしれないけれど、子どもは小学校や保育所に行かないと。』と話をした。

(29) A: このようなケースに対しては虐待告知はあえてさらっと、いかんことだったね、でもわかってたよねというふうに伝えるようにして。

〈これまでの道のりを共有〉

兎相保健師は【(30) しんどい場面を一緒に乗り越えた連帯感】を親と感じつつ、【(31) つかず離れずの距離感】を保って関わっていた。

(30) H: 介入はストレスがかかる場面ではあるんですけど、しんどいところを乗り越えてきたという連帯感が生まれるわけですよ。だから支援するときも『あのときのことを知ってくれているから』っていうので、心を

開いてくれたりつながりができたりして、支援もしやすくなるんですね。お互いにいいことがいえたりとか。

(31) B: お互いここまで許容できるというのができてくる。信頼とまではいなくても。

5) 『途切れず気にかける』

〈変わらない親への諦念〉

児相保健師は【(32) 繰り返される虐待に関係が壊れる】ことを繰り返し、【(33) どうしようもできないこともあるとあきらめ】た気持ちになっていた。

(32) E: 心から信頼はされんよね。なにかあるたびに危機介入をしないといけないわけだし。これまでも、信頼関係できてきたなって思ったところで、事案があってまた一時保護しないといけないことがあって、お母さんとの関係がギクシャクしてしまって、っていうことがあった。

(33) B: 一応預け先ができたっていう安心感があったり、こんなお母さんだから絶対返さなきゃという感じでもなかったから。ここまで酷い虐待をされて再度引き上げているからね。もう無理やわという感じもあった。

〈親の成長に期待〉

【(34) 親を親として育てようとする】関わりをし、【(35) 見通しをもたせる】ことと、【(36) 親の様子から改善に期待】することで、親の成長に期待していた。

(34) C: 名前を呼んで抱いてあげてください。家でするのと同じように、遊んだり抱っこしたりしてあげてください。って伝えた。

(36) F: そうしたら次の日にすごく落ち着いた声で電話がかかってきて「昨日はすみませんでした、自分もきちんと経済的なことを整えていきたいと思ってて」と話をしてくれた。それで、支援に乗ったとそのときは思ってた。

〈時間をかける〉

関係形成には【(37) 時間が解決する】必要性があることを理解し、介入したり手厚く支援すべき時期を終えても【(38) ずっと気にかけている】ことをしていた。

(37) B: ある面では時間が解決する。なんだかんだいいながらもね、時間がね。

(38) H: お母さんがまた孤立していないかな、寂しくなっていないかなってのは気がかりでした。ひとりにしちゃいけない人だと思っていたので。

IV. 考 察

本研究は、児相保健師が児童虐待対応において親と支援関係を形成する際の思考と行動のプロセスを明らかにすることを目的とした。先行研究において、家族ケア提供モデル¹³⁾では、「子どもを救う」場合にどのようなプロセスがあるのかについての詳細は明らかにされていなかった。「信頼関係を築く」段階があるものの、それは「子どもを救う」場合には必ずしも経るプロセスとはされていなかった。本研究はこの「子どもを救う」場面に注目したプロセスであったといえるが、それは常に『なによりも子どもの生命を優先する』姿勢でいることであり、最終的に『途切れず気にかける』関係性に到達することが示された。また、石井ら¹¹⁾によると、児相保健師には「保健師を意識して児相で活動する」特徴があると示されており、その詳細が『親への受容的な態度』で表された。一方、児相に特徴的な措置権限があるがゆえの『親と対峙する姿勢』は、児相保健師の思考として新たに明らかになったものである。児相保健師は、この両方を持ち合わせた『腰を据えてありのままを認める態度』を経て、親にとって気にかけてくれる存在に到達することが明らかになったことが、本研究の新規性といえる。

本研究で明らかになった支援関係形成のプロセスについて、どのような背景からこのようなプロセスに至るのか考察する。

1. なによりも子どもの生命を優先する

児相保健師の支援には、『なによりも子どもの生命を優先する』ことが常に土台としてあることが明らかになった。これは、子どもの福祉を回り権利を擁護するという児童相談所運営指針⁴⁾に示される児相の設置目的と相談援助活動の理念にも沿うものであり、どのような状況にあっても児相保健師がこの意識をベースに行動していることがわかった。地域保健領域の保健師活動においても子どもの安全は当然重視されるものであるが、地域保健領域の保健師は親を支える視点が強いことに対し、児相保健師にとっては親支援よりも子どもの権利擁護の視点がなによりも重視されていると考えられる。

2. 保健師であることと児童相談所職員であることの両立

地域保健領域の保健師と比較して、児相保健師に特徴的なものとして表されたものが『親と対峙する姿勢』である。措置権限という児相にしか持ち得ない責任を自覚

し、親との対立を恐れず毅然とした態度をとることで、なによりも子どもの安全を優先する姿勢を貫いている。一時保護ガイドライン¹⁸⁾においても、子どもの安全確保が必要な場面であれば、躊躇なく一時保護を行うべきであるとされており、本カテゴリーと合致する。親と対峙することは一見すると一時的に児相保健師と親との支援関係形成を阻害するようにも見えるが、この姿勢を貫くことが、親に対する抑止力として働くことにつながっていると考える。親にとっては強制力のある働きかけではあるものの、このことが養育環境や親子関係を改めるきっかけとなる場合があるため、長期的な視点で見ればよりよい養育に資する場面であり、結果的には支援関係の形成につながっていくと考えられる。

一方で、保健師が本来持ち合わせている『親への受容的な態度』も表された。子どもの生命を最優先とさせつつも、親自身も支援の対象者として寄り添う必要があると認識している。また、子どもが最終的には親のもとに帰っていくことを考え、親とのつながりを絶たないような配慮の表れとも考えることができる。この一見矛盾してみえる2つの姿勢を両立してバランスをとっていることが、児相保健師に特徴的な支援関係である。鈴木¹⁹⁾も不本意な一時保護を経験した保護者への支援として親の話を聞く姿勢を持ち続けるなどのコンセプトがあると述べており、本研究結果で児相保健師においても同様であることが示された。

このことは、わが国の児相が、通告から措置、家族再統合までの一連の業務を担っている、すなわち児童虐待対応において一貫して児相が親に関わり続けているからこそ形成される支援関係であると考えられ、欧米のようにEmergency Response child welfare workerが調査やごく短期間の緊急一時保護を行い、措置権限は司法にある²⁰⁾といった場合は、異なった支援関係形成のプロセスをたどる可能性がある。

3. つかず離れずの距離感

保健師と児相職員の立場のどちらにも偏ることなく適切な距離を保とうとしている象徴的かつ重要なカテゴリーが『腰を据えてありのままを認める態度』として表された。これは、親を親として育てたいという保健師ならではの感覚をもちつつも、なかなか変化せず虐待を繰り返す親にやるせなさを感じ、しかし、決して見放すことのない『途切れず気にかける』関係性に収束していく。これが意味することは、見守り続けている人がいるとい

う姿勢を示し続けることを大切にしていることである。児相で関わる親は孤立している場合も多く、そのような親にとって、彼らのよいときも悪いときも知ったうえで気にかける存在は貴重である。この関係性にたどり着くためには、《これまでの道のりを共有》してきて、互いのことをわかっていることが重要であろう。このような関係性を維持することが、親を孤立させないことにつながっているのではないかと考えられる。このプロセスからは、いわゆる信頼関係の形成に固執するのではなく、関係性を紡ぎ続けていることを大切に、支援関係を途絶えさせないことの必要性が見いだされた。

児相には児童虐待通告が次々と舞い込み、緊急対応終了後の支援が継続できなかつたり、一時保護時とそれ以降で担当職員が変更になったりすることもある。しかし本研究からは、乳幼児の虐待事例の支援において、緊急対応からその後の関わりまで、一貫して同じ児相保健師が担当し、保健師と児相職員の両方の特徴を生かしながら見守り続けることの重要性が示唆された。

V. 結 語

児相で勤務経験がある保健師に面接調査を行い、児相保健師が児童虐待対応において親と支援関係を形成する際にどのようなプロセスをたどっているかについて以下のことが明らかになった。

M-GTAを用いた分析によって38の概念と12のサブカテゴリー、5つのカテゴリーを生成した。児童虐待対応における児相保健師の支援関係形成のプロセスは、『なによりも子どもの生命を優先する』を土台として、子どもを守るためには親と対立することも厭わない『親と対峙する姿勢』と親自身も支援しようとする『親への受容的な態度』を両立させながら、『途切れず気にかける』ものであり、その中心には『腰を据えてありのままを認める態度』が存在した。家族ケア提供モデルや児相保健師についての先行研究において、このような具体的な支援関係形成のプロセスを表したものはなく、権限をもった覚悟を背負いながらも、保健師らしい対応とのバランスをとって支援している児相保健師ならではの特徴が初めて明らかになった。本研究で明らかにされたプロセスは、今後児相に配属される保健師に対する指導の一助となると期待される。

VI. 本研究の限界と課題

児相で保健師が児童虐待対応をしてきた歴史はまだ浅いため、本研究の対象者は豊かな保健師経験のある人ばかりではあったが、児相経験年数にはばらつきがあった。また、そのなかには黎明期に配属され、手探りのなか、自身の経験や知恵を頼りに支援を行ってきた人もいた。子どもを守るという児相の理念は揺るぎないものの、支援方法や関係形成のプロセスは現時点のものであり、今後児相保健師が増えていくなかでより洗練されたプロセスが示される可能性がある。

【謝辞】

本研究の実施にあたり、快くインタビューにご協力いただきました保健師のみなさまに心より感謝いたします。

【利益相反】

本研究において、開示すべきCOIはありません。

【文献】

- 1) 厚生労働省：福祉行政報告例の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/38-1a.html> (2023年2月25日)。
- 2) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長：児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について(平成28年6月3日付雇児発0603第1号)。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/h28kouhu.pdf> (2023年2月25日)。
- 3) 内閣府男女共同参画局長・厚生労働省子ども家庭局長：児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について(令和元年6月26日付府共第98号, 子発0626第1号)。 https://www.mhlw.go.jp/content/01kaisei_tsuuchi.pdf (2023年2月25日)。
- 4) 厚生省児童家庭局長：児童相談所運営指針について(令和5年3月29日付子発0329第14号)。 <https://www.mhlw.go.jp/content/001089117.pdf> (2023年5月19日)。
- 5) 小山 修・門脇睦美・才村 純他：保健師の活動スキルに関する研究。日本子ども家庭総合研究所紀要, 40 : 227-231, 2004。
- 6) 才村 純：児童虐待対応に伴う児童相談所への保護者のアクション等に関する調査研究。厚生指標, 50(11) : 14-20, 2003。
- 7) 佐藤和宏・山本恒雄：児童相談所における保健師の役割について。日本子ども家庭総合研究所紀要, 45 : 385-394, 2009。
- 8) 石井陽子・二宮一枝：児童相談所保健師に必要な専門的能力；児童相談所所管部門と保健師統括部門の比較。川崎医療福祉学会誌, 27(2-1) : 425-432, 2018。
- 9) 石井陽子・二宮一枝：児童相談所保健師の活動と役割に関する文献的考察。川崎医療福祉学会誌, 27(2-2) : 505-512, 2018。
- 10) 石井陽子・二宮一枝：統括保健師が児童相談所保健師に求める専門的能力と重視する事柄；デルファイ法と自由記述からの検討。岡山県立大学保健福祉学部紀要, 25 : 9-17, 2019。
- 11) 石井陽子・二宮一枝・富田早苗：児童相談所における保健師の対人支援活動の特徴と対人支援能力；計量テキスト分析を用いて。日本公衆衛生看護学会誌, 8(3) : 153-162, 2019。
- 12) 富田早苗・石井陽子・二宮一枝：児童相談所保健師に求められる役割と課題；児童相談所を経験した保健師への面接調査。社会医学研究, 37(2) : 164-175, 2020。
- 13) Zerwekh JV : A Family Caregiving Model for Public Health Nursing. *Nursing Outlook*, 39(5) : 213-217, 1991。
- 14) 岸恵美子・渡井いずみ・村山洋史他：保健学講座第2巻公衆衛生看護支援技術。岸恵美子・平野かよ子・村嶋幸代(編), 42-94, メヂカルフレンド社, 東京, 2022。
- 15) 大木幸子・桑原ゆみ・下山田鮎美他：親子保健活動における公衆衛生看護技術の体系化(第2報)。保健師教育, 3(1) : 21-34, 2019。
- 16) 木下康二：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践；質的研究への誘い, 弘文堂, 東京, 2003。
- 17) 木下康二：ライブ講義M-GTA実践的質的研究法；修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて, 弘文堂, 東京, 2007。
- 18) 厚生労働省子ども家庭局長：一時保護ガイドラインについて(令和4年12月6日付子発1216第6号)。 <https://www.mhlw.go.jp/content/001089122.pdf> (2023年5月19日)。
- 19) 鈴木浩之：子ども虐待に伴い不本意な一時保護を経験した保護者への「つなげる」支援のプロセスと構造；子ども虐待ソーシャルワークにおける「協働」関係の構築。社会福祉学, 58(1) : 112-127, 2017。
- 20) California : Welfare and Institutions Code 305. <https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml> (2023年5月19日)。

The Process of How Public Health Nurses at Child Guidance Centers Build Supportive Relationships When Handling Child Abuse Cases

Hoshika Fujimura¹⁾, Mariko Nishijima²⁾

1) Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences

2) Faculty of Nursing, Graduate School of Medicine, Ehime University

Objectives: To identify the processes that public health nurses (PHNs) assigned to Child Guidance Centers (CGCs) use for building supportive relationships with parents when handling child abuse cases.

Methods: The participants were eight PHNs with experience handling child abuse cases of infants and toddlers at CGCs. Data were collected using semi-structured interviews and analyzed using the Modified Grounded Theory Approach.

Results: Thirty-eight concepts, 12 subcategories and five categories were generated. The process of building supportive relationships used by CGC PHNs when handling child abuse cases has as its basic principle to “prioritize life of a child above all else.” This process achieves ‘seamless care’ by combining both the “confrontational attitude with parents” and a “receptive attitude towards parents.” At its core, there was “a calm and grounded attitude of accepting matters as they are.”

Discussion: The basic principle of support provided by CGC PHNs, “prioritize life of a child above all else,” was consistent with the purpose of establishing CGCs and the principles of consultation assistance activities. The process highlighted the importance of not necessarily fixating on a trusting relationship but on continuing to build any type of connection for the providing of assistance. This study identified that CGC PHNs are always mindful of keeping “a calm and grounded attitude of accepting matters as they are.”

Key words : child abuse, child guidance centers, public health nurses, building supportive relationships

■ 総 説 ■

成果につながる特定保健指導技術に関する
ナラティブレビュー鈴木悟子¹⁾, 杉田由加里²⁾

抄 録

目的: 本研究の目的は、先行研究の文献検討により、厚生労働省が提示している標準的な健診・保健指導プログラム（以下、標準プログラム）に示された各プロセス（①保健指導の準備、②対象者との信頼関係の構築、③アセスメント（情報収集・判断）、④気づきの促し、⑤科学的根拠に基づく健康行動の理解促進および教材の選定、⑥目標設定、⑦保健指導期間中の継続フォロー、⑧評価）における成果につながる特定保健指導技術を明らかにすることである。

方法: 医学中央雑誌（Web版）、MEDLINEとCINAHLで検索した。文献選定の適格基準は、（1）特定保健指導を対象としていること、（2）具体的な保健指導の内容の記述があること、（3）保健指導の成果または保健指導の内容の質を確保する方法が明示されていることとした。論文タイトルに「特定保健指導」を含む、2008～2021年に発表された研究論文として計418文献が抽出された。設定した適格基準に基づき、19文献が選定された。

結果: 標準プログラムのプロセスの①～⑦では、それぞれ2～10文献から効果につながる特定保健指導技術が示された。しかし、⑧評価の特定保健指導技術を明らかにしている文献はなかった。

考察: 評価のプロセスで、どのような特定保健指導技術が使われ、支援を受けることでの対象者の行動変容の継続や、翌年の特定健診の受診といった成果につながるのかを明らかにする研究が必要と考える。

【キーワード】 特定保健指導、標準的な健診・保健指導プログラム、特定保健指導技術、ナラティブレビュー

日本地域看護学会誌, 27 (1) : 15-22, 2024

I. 緒 言

2008年4月より実施されている特定健診・特定保健指導の制度のもと、市区町村を含む保険者において、生活習慣病の予防を意図した保健指導が展開されている。この保健指導の実施にあたり、厚生労働省より示された「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」¹⁾（以下、標準プログラム）が活用されている。この標準プログラムでは保健指導のプロセス（①保健指導の

準備、②対象者との信頼関係の構築、③アセスメント（情報収集・判断）、④気づきの促し、⑤科学的根拠に基づく健康行動の理解促進および教材の選定、⑥目標設定、⑦保健指導期間中の継続フォロー、⑧評価（3～6か月後））ごとに、保健指導技術の展開例が示され、特定保健指導でも活用されている。現行の標準プログラムに示されている保健指導のプロセスと必要な保健指導技術は、2007年に制度開始に先駆けて、標準プログラム（確定版）²⁾にて示され、以降、標準プログラムは版を重ねてきているが、特定保健指導の成果を反映した特定保健指導技術としての大幅な修正は行われていない。

一方で、2022年度の第4期特定健診・特定保健指導

受付日：2023年3月23日／受理日：2023年11月26日

1) Satoko Suzuki：富山大学学術研究部医学系

2) Yukari Sugita：千葉大学大学院看護学研究院

の見直しに関する検討会では、アウトカム評価として対象者の状態の改善や行動変容の評価の導入が検討され³⁾、特定保健指導においてより成果を示すことが求められている。

2008年に特定健診・特定保健指導が開始されて以降、その有効性は報告されている⁴⁾が、特定保健指導の成果と特定保健指導技術に着目した文献検討は見当たらない。

以上により、本研究の目的は文献検討により、標準プログラムの各プロセスにおける成果につながる特定保健指導技術を明らかにし、標準プログラムにて示されている保健指導プロセスにおける保健指導技術に加筆すべき点を明確にするとともに、特定保健指導における保健指導技術に関する研究への示唆を得ることである。

II. 用語の定義

・特定保健指導技術

特定保健指導で用いる専門的知識に基づいた判断および意図をもった行為⁵⁾であり、個人から個人へと伝承可能なもの⁶⁾とする。

・成果

特定保健指導実施後、特定保健指導の評価の指標として使用される体重、BMI、特定保健指導の実施率等⁷⁾の改善がみられることとする。その際、改善の程度は問わない。

III. 研究方法

本研究は、2008年以降に報告されている、成果につながる特定保健指導技術を網羅的に概観、整理し、今後必要と考えられる研究範囲を特定することを目的としているため、網羅的に既存の文献を調べ、研究する必要がある未解決な部分を特定するスコーピングレビュー⁸⁾の手法を参考にした。スコーピングレビューでは採用される文献デザインを幅広く採用することが多い⁸⁾が、本研究では成果につながる特定保健指導技術を研究論文から抽出することとしたため、ナラティブレビューとして実施した。

1. 文献検索の方法

和文献は、医学中央雑誌(Web版)を用い、検索ワードは、タイトルに「特定保健指導」を含む医学中央雑誌で原著論文として登録されている論文(研究報告、調査

報告等含む)とした。洋文献は、MEDLINEとCINAHLを用い、検索ワードは、タイトルに「health guidance」、要旨に「Japan or Japanese」を含み、使用言語は英語とした。検索期間は、特定保健指導制度が開始された2008～2021年とした。和文献は2021年11月16日に検索し、398件が該当した。洋文献は、2021年11月24日に検索し、20件が該当した。

2. 文献の選択

文献選定の適格基準は、(1)特定保健指導を対象としていること、(2)具体的な保健指導の内容の記述があること、(3)保健指導の成果または保健指導の内容の質を確保する方法が明示されていることとした。2人の著者が独立してタイトルと抄録を読み、適格基準をもとに文献を選定し、その後、共に検討した(一次スクリーニング)。一次スクリーニングで選定した文献の本文をそれぞれが独立して精読し、適格基準を満たしている文献を採択候補とした。その後、著者2人で共に検討し、採択文献を決定した(二次スクリーニング)。

3. 分析方法

採択文献から、論文タイトル、著者、発行年、研究目的、保健指導の対象者特性、保健指導実施者の特性、保健指導の成果、保健指導の内容を抽出した。抽出した保健指導の内容は、標準プログラムの保健指導のプロセス①～⑧のどれに該当するかを検討し、一覧表を作成した。

保健指導のプロセス①～⑧ごとに、保健指導の内容の意味内容を損ねないように同質性から整理し、特定保健指導技術として記述した。記述にあたり、保健指導実践者が実際に活用できるかという観点から抽象度を検討し、表現した。第2著者が作成した案を2人で検討し、特定保健指導技術として決定した。

IV. 研究結果

1. 文献選定フロー

文献選定フローを図1に示した。一次スクリーニングの結果、62件が選定され、二次スクリーニングを経て最終的に19件が採択文献となった。

2. 対象文献の概要

採択した文献の一覧を表1に示した。本文上の(No.)は表1のNo.を示す。2011年より毎年のように1～3件

(表1 つづき)

No.	著者 (発行年)	保健指導の対象者特性	保健指導 実施者	保健指導の主な成果または、 得られた保健指導の内容の根拠	特定保健指導のプロセス*							
					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
11	林美美他 (2015) ¹⁹⁾	2011年9月～2013年3月に初回面接を受けた積極的支援対象者38人(男性25人, 女性13人)	管理栄養士, 保健師	1年後: 体重(70.1±7.2→69.1±7.6), 腹囲(92.9±4.7→91.2±4.8)			○					○
12	友田貴子他 (2014) ²⁰⁾	積極的支援該当者中, 従来の特定保健指導を希望した者10人と遠隔特定保健指導を希望した10人の計20人	保健師	6か月後: 体重(遠隔: 80.3±9.6→73.6), 腹囲(遠隔: 94.7±6.7→87.8), 検査データの改善(血糖値: 110→93, HbA1c: 5.6→5.3, GOT: 28→20, GPT: 46→23, γ-GTP: 116→61)								○
13	小出恵子他 (2014) ²¹⁾	記載なし	保健師	技術項目案の網羅性と内容妥当性の確認を看護系大学の教員4人と行政・産業に勤務する保健師6人に実施. 質問紙調査を生活習慣病予防に関する保健指導に従事した経験が5年以上あり, 保健指導業務において新人保健師等の教育に携わった経験のある者に実施等	○	○	○				○	
14	早川泰子他 (2014) ²²⁾	2008年4月～2010年12月にA施設で初回動機づけ支援を受けた139人	記載なし	6か月後: 体重(71.7→69.5), 生活習慣の改善(運動, 食事)								○
15	工藤明美他 (2012) ²³⁾	2009年度積極的支援の参加者のうち筆者が担当した40～63歳(平均年齢52.5歳)の男性6人	著者	6か月後: 体重減少, 検査データの改善(TG, 空腹時血糖, HDL-C), 行動目標(飲食5人, 運動1人: 全員が達成度7割以上)								○ ○
16	松永里香他 (2012) ²⁴⁾	2009年の40～60歳の動機づけ支援と積極的支援のリスクに該当する者, 降圧薬・高脂血症薬・血糖降下薬の内服治療をしていない39人	記載なし	6か月後: 体重(73.2±8.3→70.2±8.7), BMI(25.0±2.2→24.0±2.3), 腹囲(90.3±6.0→86.7±5.8), 階層化レベルの改善(情報提供0人→21人), 行動変容ステージ(ステージ上昇29人)								○
17	青佐泰志他 (2011) ²⁵⁾	保健指導を受け, 仮想形式ランチバイキング法を施行し, 支援開始より6か月後の評価を行った44人(動機づけ支援者: 38人, 積極的支援者: 6人)	記載なし	6か月後: BMI(動機づけ: 数値未記載), 検査データの改善(積極的: 収縮期血圧, 拡張期血圧, 中性脂肪: 数値未記載), 生活習慣の改善(動機づけ: 摂取エネルギー量の低下)								○
18	渡邊美穂他 (2011) ²⁶⁾	2008年度に積極的支援を受けた9健康保険組合の男性の被保険者	管理栄養士	体重(30日体重変化比: 0.98±0.02, 90日体重変化比: 0.97±0.03)								○
19	森口次郎他 (2011) ²⁷⁾	2008年度に積極的支援または動機づけ支援を受け, 2009年度に特定健診を受診した40歳以上の男性260人	保健師, 管理栄養士	1年後: 体重(76.3±7.2→74.9±7.8), BMI(26.1±2.2→25.7±2.5), 腹囲(91.0±5.1→89.7±6.7), 検査データの改善(HbA1c: 5.1±0.4→5.0±0.4他), 喫煙本数(6.9±9.9→6.1±9.0)								○

*①保健指導の準備, ②対象者との信頼関係の構築, ③アセスメント, ④気づきの促し, ⑤科学的根拠に基づく健康行動の理解促進および教材の選定, ⑥目標設定, ⑦保健指導期間中の継続フォロー, ⑧評価(3～6か月後)

の文献が公表されていた。保健指導実施者は、多くは保健師および管理栄養士であった。特定保健指導の主な成果は、減量が一番多く12件(No. 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19), 生活習慣や行動の改善等が5件(No. 3, 6, 8, 14, 17), 中性脂肪や血糖値等の検査データの改善が4件(No. 1, 8, 12, 19), 特定保健指導の階層化レベルの改善が2件(No. 6, 16), 行動目標の達成が1件(No. 15), 行動変容ステージの上昇が1件(No. 16), 喫煙本数の減少が1件(No. 19), 特定保健指導開始率の増加が

1件(No. 2)であった。保健指導の熟練者へのインタビュー調査等の質的研究(No. 5, 9, 13)においては、保健指導の内容の質を確保する方法が示され、成果については明記されていなかった。

3. 保健指導のプロセスごとの特定保健指導の内容

保健指導の①～⑧のプロセスごとの成果につながる特定保健指導技術を表2に示した。『 』は特定保健指導技術を示す。

表2 成果につながった特定保健指導技術（保健指導のプロセスごと）

保健指導のプロセス	特定保健指導技術
①保健指導の準備	・利用率の向上に向け、特定保健指導の流れや概要を示した資料を作成し、保健指導実施者の説明内容と方法を統一する（No. 2） ・生活全般が影響する健康問題の予測、気になる検査データの原因探索の準備、問診票からの確認事項の選定を行うことにより、健康問題を抽出し、事前に対象者の全体像をイメージする（No. 9）
②対象者との信頼関係の構築	・対象者が安心して話すことができるよう気持ちをほぐし、対象者が考えや気持ちを話すことができるよう聴き、対象者の思いや価値観を捉えられるよう努め、関係性を築く（No. 13） ・社会的・親密な関係づくりに努めるなかで、対象者の健康に対する関心・問題認識を見極める（No. 5, 9）
③アセスメント	・対象者の健康課題・生活状況という事実とともに、行動変容に対する関心の程度や準備性・気持ちの変化をアセスメントする（No. 9, 11, 13）
④気づきの促し	・対象者の身近な集団の生活習慣の特徴を示し、関心を促す（No. 1） ・対象者の生活習慣や健診結果に対する知識を把握し、ときには、正しい知識を提供する（No. 5） ・行動変容ステージに合わせ、対象者の健康や身体に対する関心・意欲を高め、行動変容に対する利益と不利益をその対処法とともに具体的に考えられるよう支援する（No. 9, 13）
⑤科学的根拠に基づく健康行動の理解促進および教材の選定	・標準的質問票の結果から得られた対象者の身近な集団の生活習慣の特徴を示す資料を作成する（No. 1） ・実寸大食品見本カードの作成・活用により保健指導の場で対象者へ提示する、行動変容ステージ別のワークブックを作成・活用するなど、対象者に響くアプローチ方法を検討する（No. 9, 16, 17）
⑥目標設定	・目標設定において、健康課題と生活実態をつなぐ、生活実態と行動計画をつなぐ、実行に向けた自信を高めるよう支援する（No. 13） ・達成目標は、目標体重の設定等、対象者からみて達成可能な目標を設定する（No. 5, 15） ・行動目標は、効果と実効性の視点から①「なに」を「どうするか」が明確か、②セルフモニタリングできるか、③対象者自身が自ら決定したかを配慮する（No. 4, 6, 9, 14, 15） ・行動目標を設定する際、対象者の行動継続を支援してくれる身近な支援者（ソーシャルサポート）を設定し、サポートを得るための具体的な方法について助言する（No. 15）
⑦保健指導期間中の継続フォロー	・アプリやビデオ通話等、対象者の希望に沿った形態で指導する（No. 8, 12, 19） ・支援期間中、同じ間隔で支援するのではなく、はじめの1か月に特に集中して支援する（No. 18） ・セルフモニタリングできるツール（紙、アプリ、Web上）に行動目標の達成状況、体重等の事実と気持ちや体調を記載してもらい、賞賛や承認を伝え、必要時には助言をする（No. 3, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 19）
⑧評価（3～6か月後）	・（該当事項なし）

（ ）は表1のNo.

1) 保健指導の準備

『利用率の向上に向け、特定保健指導の流れや概要を示した資料を作成し、保健指導実施者の説明内容と方法を統一する（No. 2）』等の2つを得た。

2) 対象者との信頼関係の構築

『対象者が安心して話すことができるよう気持ちをほぐし、対象者が考えや気持ちを話すことができるよう聴き、対象者の思いや価値観を捉えられるよう努め、関係性を築く（No. 13）』こと等の2つを得た。

3) アセスメント（情報収集・判断）

『対象者の健康課題・生活状況という事実とともに、行動変容に対する関心の程度や準備性・気持ちの変化をアセスメントする（No. 9, 11, 13）』の1つを得た。

4) 気づきの促し

『対象者の身近な集団の生活習慣の特徴を示し、関心を促す（No.1）』等の3つを得た。

5) 科学的根拠に基づく健康行動の理解促進および教材の選定

『実寸大食品見本カードの作成・活用により保健指導

の場で対象者へ提示する、行動変容ステージ別のワークブックを作成・活用するなど、対象者に響くアプローチ方法を検討する（No. 9, 16, 17）』等の2つを得た。

6) 目標設定

体重や腹囲の減少といった成果を含めた達成目標と生活習慣の獲得を含めた行動目標別に整理できた。『達成目標は、目標体重の設定等、対象者からみて達成可能な目標を設定する（No. 5, 15）』『行動目標は、効果と実効性の視点から（1）「なに」を「どうするか」が明確か、（2）セルフモニタリングできるか、（3）対象者自身が自ら決定したかを配慮する（No. 4, 6, 9, 14, 15）』『行動目標を設定する際、対象者の行動継続を支援してくれる身近な支援者（ソーシャルサポート）を設定し、サポートを得るための具体的な方法について助言する（No. 15）』等の4つを得た。

7) 保健指導期間中の継続フォロー

『アプリやビデオ通話等、対象者の希望に沿った形態で支援する（No.8, 12, 19）』ことや、『セルフモニタリングできるツール（紙、アプリ、Web上）に行動目標の達

成状況、体重等の事実と気持ちや体調を記載してもらい、賞賛や承認を伝え、必要時には助言をする (No. 3, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 19)』等の3つを得た。

8) 評価 (3～6か月後)

対象文献から特定保健指導技術は得られなかった。

V. 考 察

本研究では、先行研究のナラティブレビューにより、標準プログラムの各プロセスにおける成果につながる特定保健指導技術を明らかにした。考察では、標準プログラムの保健指導技術の展開例と結果より得られた特定保健指導技術を比較し、標準プログラムに特に加筆すべき点について論じ、今後に必要なと考える特定保健指導における保健指導技術に関する研究について述べる。

標準プログラムのプロセス①～⑤において得られた特定保健指導技術と標準プログラムに記載された保健指導技術の展開例を比較すると、特定保健指導技術は保健指導技術の展開例と類似しており、生活習慣病予防のための保健指導技術として適切な内容が得られたものと考えられる。

⑥目標設定のプロセスにおいて現行の標準プログラムでは、「減量の数値目標の具体化」「より具体的な目標設定を設定できるように促す」¹⁾のように「目標」の記載が達成目標と行動目標とが混在した表現となっており、行動の結果を示す達成目標と具体的な行動の獲得やスキルの向上を示す行動目標とを区別して記載していくことの必要性が示されたと考える。また、『行動目標は、効果と実効性の視点から、(1)「なに」を「どうするか」が明確か、(2)セルフモニタリングできるか、(3)対象者自身が自ら決定したかを配慮する (No. 4, 6, 9, 14, 15)』と行動目標設定に関し多くの文献にて知見が示されており、加筆すべき点と考える。

さらに、『行動目標を設定する際、対象者の行動継続を支援してくれる身近な支援者 (ソーシャルサポート) を設定し、サポートを得るための具体的な方法について助言する (No. 15)』と整理できた。生活習慣病予防につながる行動とソーシャルサポートの関連では、男女ともに運動に誘ったり勧めてくれる人がいるほうが健康行動得点が高いことが報告²⁸⁾されている。これまで標準プログラムでは、「設定した目標を家族や仲間宣言することを促す」と記載しているが、対象者の行動継続をサポートしてくれる人を対象者に設定してもらい、継続を

促すという点も効果的と考えられ、加筆すべき点である。

⑦保健指導期間中の継続フォローのプロセスにおいて抽出された『アプリやビデオ通話等、対象者の希望に沿った形態で指導する (No. 8, 12, 19)』に対し、標準プログラムでは支援形態の確認として「面接、電話、電子メール、FAX等の具体的な方法を確認する」¹⁾とされている。アプリやビデオ通話等のICT技術を活用した遠隔保健指導では、遠隔面接に向いている対象者として、従来の保健指導を利用しにくいと感じていること、遠隔面接に納得していること、ICTを活用するための知識・技術を有すること²⁹⁾としている。対象者の希望に沿うなかでは、これらの点について判断しつつ、対象者に適切な方法が提供できるようICTに関する知識や遠隔面接実施に必要な技術を高める必要がある。特定保健指導における遠隔面接実施に必要な技術についてはICT技術の著しい変化の速さも考慮し、特定保健指導のプロセス全体を通じて、実証的な研究により今後も検討が必要な点と考えられる。

また『セルフモニタリングできるツール (紙、アプリ、Web上) に行動目標の達成状況、体重等の事実と気持ちや体調を記載してもらい、賞賛や承認を伝え、必要時には助言をする (No. 3, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 19)』は多くの先行研究より得られた。セルフモニタリングは、⑥目標設定のプロセスにのみ記載がある。また、セルフモニタリングツールの使用状況は文献により差があり^{23, 30, 31)}、適切なセルフモニタリングツールの使用は対象者自身が取り組みだした保健行動を継続することにおいても重要と考えられる。目標の状態に近づけることや自身の行動についての気づきを得られるようモニタリングツールには継続的に行動目標を意識できること、測定データの記載とともに心情も記載できることが必要と考えられる。保健指導実施者からのフィードバックは、セルフモニタリングの意味と効用を確認し単なる記録にならず、自己効力感を高める支援としても有効と考えられ、⑦保健指導期間中の継続フォローのプロセスへの加筆が必要と考える。

本研究では、1年後の成果を報告した文献 (No. 1, 3, 6, 7, 8, 11, 19) があってもかかわらず、特定保健指導の「⑧評価」のプロセスの特定保健指導技術が得られなかった。特定保健指導は、継続支援後に成果が持続するかが課題となっており、「⑧評価」のプロセスは、継続支援がなくとも行動変容を維持していくための支援を行える最後の機会である。また2021年度特定健康診査の

実施率が56.5%であり、前年度と比較し3.1ポイントの向上はある³²⁾ものの、2023年度の全国目標の70%に届くことは難しい状況からすると、次の健診につなげる機会としても重要であると考えられる。保健指導の「⑧評価」のプロセスでは、目標達成の確認と個人の健診データの評価について実施する内容が書かれている。特定保健指導開始1年後以降に、3~6か月時の評価のプロセスで、どのような特定保健指導技術が使われ、支援を受けることでの対象者の行動変容の継続や、翌年の特定健診の受診といった成果につながるのかを明らかにする研究が必要と考える。

研究の限界として、本研究はナラティブレビューであるため、高いエビデンスを示すものではない。

【謝辞】

本研究は、厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「特定健康診査および特定保健指導における問診項目の妥当性検証と新たな問診項目の開発研究」(研究代表者:中山健夫, 課題番号21FA1004)の分担研究として助成を受けた。

研究の一部は、The 7th International Collaboration for Community Health Nursing Researchで発表した。利益相反の事項はない。

【文献】

- 1) 厚生労働省健康局: 標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html> (2023年1月30日)。
- 2) 厚生労働省健康局: 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)。 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info03a.html> (2023年1月30日)。
- 3) 厚生労働省: 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会(とりまとめ)。 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_27378.html (2023年3月2日)。
- 4) 村本あき子・津下一代: わが国の肥満症対策と特定保健指導の成果。 *The Lipid*, 28(4): 68-75, 2017.
- 5) 岩本里織・大木幸子・滝澤寛子他: 親子保健における公衆衛生看護技術の体系化: 小地域における親子保健活動技術の明確化に焦点を当てて。 *保健師教育*, 5(1): 56-65, 2021.
- 6) 武谷三男: 技術論. 弁証法の諸問題[新装版], 143-159, 勁草書房, 東京, 2010.
- 7) 村本あき子: 保健指導の評価. 門脇 孝・津下一代(編), 第三期特定健診・特定保健指導ガイド, 236-244, 南山堂, 東京, 2018.
- 8) 友利幸之介・澤田辰徳・大野勘太他: スコーピングレビューのための報告ガイドライン日本語版: PRISMA-ScR. *日本臨床作業療法研究*, 7: 70-76, 2020.
- 9) 中村允俊・下田誠也・柴田 祐他: 標準的質問票の集団分析で得られる生活習慣の特徴は特定保健指導効果を向上するか?. *人間ドック*, 36(3): 385-394, 2021.
- 10) 畑中智花・木戸博美・川嶋真理子他: 特定保健指導開始者増加への取り組み. *人間ドック*, 35(1): 33-37, 2020.
- 11) Ekuni D, Furuta M, Kimura T, et al.: Association between intensive health guidance focusing on eating quickly and metabolic syndrome in Japanese middle-aged citizens. *Eating and weight disorders*, 25(1): 91-98, 2020.
- 12) 西村久美子・阿部圭子・鮎子田睦子他: 特定保健指導による減量効果は、行動目標の有無や質によって異なるか? *予防医学ジャーナル*, 501: 72-75, 2018.
- 13) 金子あけみ: 特定保健指導における熟練保健師のコミュニケーションの特徴: 動機付け支援対象者との相互作用の分析から. *北里看護学誌*, 19(1): 11-21, 2017.
- 14) 藤巻佐和子・堀内里枝子・齊藤由紀子他: 積極的支援におけるアドバイスシートの活用の有無と1年後の人間ドック結果との関連. *人間ドック*, 32(1): 17-25, 2017.
- 15) 林 浩範: 早食いに関する保健指導は特定保健指導参加者の肥満を改善する. *口腔衛生学会雑誌*, 66(4): 381-388, 2016.
- 16) 中川芳江・山下亮子・小川陽子他: 特定保健指導の介入方法の評価と改善策の検討. *日本看護学会論文集: ヘルスプロモーション*, 46: 112-115, 2016.
- 17) 桐生育恵・佐藤由美: 特定保健指導の行動計画設定支援における保健師の思考プロセス. *日本地域看護学会誌*, 18(2-3): 51-60, 2015.
- 18) 藤巻佐和子・堀内里枝子・竜沢日出美他: アドバイスシート活用の有効性についての一考察: 特定保健指導の積極的支援を通して. *保健の科学*, 57(11): 779-786, 2015.
- 19) 林 美美・武見ゆかり・奥山 恵他: 特定保健指導の積極的支援における支援者用ツール「脱メタボリックシンドローム用食・生活支援ガイド」の導入とその評価. *日本健康教育学会誌*, 23(2): 87-98, 2015.
- 20) 友田貴子・平井真理・西脇由起他: 遠隔特定保健指導トライアルを実施して; その有用性と対象者の利便性や効果に対する満足度の検討. *淀川キリスト教病院学術雑誌*, 25-28, 2014.
- 21) 小出恵子・岡本玲子・草野恵美子他: 生活習慣病予防のための行動変容を促す初回保健指導における保健師のコアとなる技術項目. *四国公衆衛生学会雑誌*, 59(1): 103-113, 2014.
- 22) 早川泰子・山口仁美・岩村洋子他: 特定保健指導における保健指導効果とその保健指導内容との検討: 動機づけ保健指導に焦点をあてて. *保健師ジャーナル*, 70(1): 42-48, 2014.
- 23) 工藤明美・竹中晃二: 行動変容技法を用いた特定保健指導の効果; 事例からの検討. *保健師ジャーナル*, 68(2):

- 126-133, 2012.
- 24) 松永里香・小池城司・樗木晶子：特定保健指導における行動変容ステージ別アプローチ方法. 保健師ジャーナル, 68 (1) : 50-56, 2012.
- 25) 青佐泰志・千葉政一・石川真奈美他：仮想形式ランチバイキング法を用いた行動療法の実践. 肥満研究, 17 (3) : 216-223, 2011.
- 26) 渡邊美穂・市川太祐・大橋 健他：初期の体重減少は保健指導効果の予測因子となる. 厚生指針, 58 (7) : 27-29, 2011.
- 27) 森口次郎・松尾福子・江島桐子他：特定保健指導プログラムのメタボリックシンドローム予防における効果の検討. 人間ドック, 26 (1) : 75-79, 2011.
- 28) 高橋和子・工藤 啓・山田嘉明他：生活習慣病予防における健康行動とソーシャルサポートの関連. 日本公衆衛生雑誌, 55 (8) : 491-502, 2008.
- 29) 江角伸吾：情報通信技術を活用した保健指導の実践のための手引き. <https://www.myu.ac.jp/application/files/8316/5588/7559/esumishingoseeds.pdf> (2023年3月2日).
- 30) 尾崎伊都子・松浦恵美・小西美智子：若年男性労働者に対するウェブサイトを活用した減量支援プログラムの評価. 名古屋市立大学看護学部紀要, 16 : 7-14, 2017.
- 31) Karppinen P, Oinas-Kukkonen H, Alahäivälä T, et al. : Persuasive user experiences of a health behavior change support system ; A12-month study for prevention of metabolic syndrome. *International journal of medical informatics*, 96 : 51-61, 2016.
- 32) 厚生労働省：2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/newpage_00043.html (2023年10月12日).

■ Review Article ■

Narrative Review on Specific Health Guidance Skills Leading to Positive Health Outcomes

Satoko Suzuki¹⁾, Yukari Sugita²⁾

1) Faculty of Medicine, Academic Assembly, University of Toyama

2) Graduate School of Nursing, Chiba University

Purpose: This review aims to identify specific health guidance skills for 1. preparation for guidance; 2. building trustworthy relationships with participants; 3. assessment; 4. promoting awareness; 5. promoting understanding of health behaviors based on scientific evidence and selecting teaching materials; 6. goal setting; 7. ongoing follow-up during the guidance period, and 8. evaluation. These are indicated in the standard program for health examination and guidance proposed by the Ministry of Health, Labor and Welfare. This study will suggest future research on health guidance topics and additions to the current health guidance skills.

Methods: We searched the Central Journal of Medicine (Web version), MEDLINE, and CINAHL. The eligibility criteria were as follows: (1) cover specific health guidance; (2) describe the specific content of health guidance, and (3) clearly indicate the outcomes of health guidance or methods to ensure quality health guidance content. Information was extracted from 418 journals with research articles published between 2008 and 2021 with “specific health guidance” in the title. Nineteen journals were selected.

Results: For 1. to 7. of the health guidance skills processes, articles on effective health guidance skills were reported by 2 to 10 journals. However, no journal containing articles on the evaluation of health guidance skills was identified.

Discussion: Further research is needed to understand specific health guidance techniques used in the evaluation process and whether receiving support leads to outcomes such as continued behavioral change in the target population and the following year’s specified health checkups.

Key words : specific health guidance, standard health screening and health guidance programs, specific health guidance skills, narrative review

■研究報告■

事業場における認知症に関する取り組みの実態と
産業看護職の認識

——健康教育の際の認知症に関する話題提供に焦点をあてて——

富塚美和¹⁾, 門間晶子²⁾, 尾崎伊都子²⁾

抄 録

目的: 行政による認知症対策を事業場との連携により推進させるうえでの可能性を検討するため、事業場での認知症に関する取り組みと産業看護職の認識の実態を明らかにするとともに認知症に関する取り組みのうち「健康教育の際の認知症に関する話題提供」の実施と関連する要因を明らかにする。

方法: 関連学会名簿、企業名鑑より無作為抽出した産業看護職を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、産業看護職と所属事業場の特性、事業場における認知症に関する取り組みの実態と産業看護職の認識、産業看護職の保健活動の現状と健康課題に対する認識とした。

結果: 産業看護職の約6割は認知症に関する教育を必要と思う一方で、健康教育の際に認知症に関する話題提供をしている者は12.8%であった。話題提供する群はしない群に比べて看護職の配置人数が有意に多く、看護職自身および労働者に認知症に関する知識がないと思う者、認知症予防に関する取り組みの優先順位を1~7位とした者、認知症予防に関する教育の必要性があると思う者の割合が有意に高かった。

考察: 産業看護職が本来の職務を遂行するなかで認知症予防対策を実現可能なものにするための方策として、顕在化している健康課題へのアプローチと連動させた支援が有効である可能性が示唆された。事業場において認知症予防対策に取り組む意義を明確にするとともに、地域・職域連携の制度や体制整備の検討が今後の課題であると考えられる。

【キーワード】 認知症予防, 健康教育, 中年期, 労働者, 産業看護職, 事業場

日本地域看護学会誌, 27 (1) : 23-32, 2024

I. 緒 言

日本では、認知症有病率が2030年に23.2%にまで上昇すると見込まれていることを背景に¹⁾、認知症施策推進大綱のなかでこれまで共生に重点をおいていた認知症施策に予防を盛り込む方針を示している²⁾。認知症の危険因子としては、遺伝的要素や教育歴等に加え、喫煙や運動不足などの不健康な生活習慣や、高血圧、糖尿病などの生活習慣病が挙げられている³⁾。これらの危険因子

は、若年から高齢期の幅広い年代に渡って点在し、中年期に関わる危険因子を取り除くことで認知症の約15%を予防できる可能性が示されている⁴⁾。このことから、高齢期のみならず中年期からの予防的な働きかけの方策が求められている。また、高血圧や肥満、喫煙、運動不足など、認知症の危険因子と生活習慣病の危険因子は重複しているものも多く³⁾、中年期から認知症予防を意識して健康行動を実行することは、認知症の発症リスクの低減とともに生活習慣病予防の強化にもつながる可能性があることから、中年期からの支援を推進させる意義は大きいと考える。

筆者らが中年期にある人々を対象に認知症への態度や

受付日: 2023年5月20日/受理日: 2024年1月21日

1) Miwa Tomizuka: 駒沢女子大学看護学部

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

知識および予防行動について調査した結果では、認知症予防を意識して健康行動を実行していた者は約2割にとどまり、予防行動の実行には年齢が高いことと認知症に関する知識があると認識していることが関連していた。また、認知症に関する知識があることと認知症の人への肯定的な態度が関連していたことから、中年期にある人々への認知症に関する知識の普及が今後の課題であると考えられた⁹⁾。認知症予防に関する取り組みにおいては、これまで高齢者を対象にしたさまざまな支援が検討され、認知機能の向上に一定の効果が示されている⁶⁻⁸⁾ものの、中年期に焦点をあてた報告は限られている。中年期にある人々を対象に認知症予防のための働きかけをするにあたっては、今日の雇用期間の延長や女性の社会進出等により大半の人が就労している現状を踏まえると、中年労働者への働きかけの充実が、認知症への正しい理解と認知症予防の普及に寄与できるものと考えられる。

産業保健活動においては、安全配慮義務が事業者の責務として、自己保健義務が労働者の責務として労働安全衛生法で規定され、職場の安全と健康は、労使双方の協力によって推進されることが原則である。産業看護職はそれを踏まえ事業者と労働者の中立的立場に立ち両者を支援することが求められている⁹⁾。近年の事業場における健康課題は、生活習慣病、精神疾患、過重労働等に加え、コロナ禍以降の労働環境の急速な変化などを経てさらに多様化している^{10,11)}。また、2021年改正高齢者雇用安定法の成立により、70歳までの就業機会の確保が企業の努力義務となった。今後60歳以上のシニア世代が働き続ける事業場はさらに増加し、産業保健分野の支援対象の年齢構成は65歳以上の高年齢層側への拡大が予測される。「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」では、労働者が高齢期を迎えても働き続けるためには心身ともに健康が維持されていることが必要であり、そのためには高齢期の健康悪化を防ぐ中長期的・予防的な観点から、若年期からの健康保持増進に取り組むことが有効である¹²⁾と強調されている。認知症の有病率は今後さらに上昇することが予測されており¹⁾、現在主に行政主導で取り組んでいる認知症の予防対策を、産業保健分野と連携して取り組むことができれば、認知症の予防において大きな意義があると考えられる。

そこで、本研究では、行政による認知症対策を事業場との連携により推進させるうえでの可能性を検討するため、事業場での認知症に関する取り組みと産業看護職の認識の実態を明らかにするとともに、認知症に関する取

り組みのうち「健康教育の際の認知症に関する話題提供」の実施と関連する要因を明らかにする。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究において、「認知症に関する取り組み」を以下のとおり定義した。

産業保健活動において、個人・集団に対する健康教育、保健指導、相談対応や情報提供等の際に主な内容として認知症について扱うこと。また、生活習慣病など認知症以外の疾患に向けた支援の際に認知症および認知症予防に関する話題を併せて提供すること。

2. 研究対象者とデータ収集方法

関東地域の民間企業において産業保健に携わる保健師および看護師を対象とした。都道府県別従業員数¹³⁾をもとに、許容誤差5%、信頼水準90%とし必要サンプル数を約300件と算出し、一般的な郵送による質問紙調査の回収率3割を参考に対象者数を1,000件とした。研究対象者に対し郵送により研究協力依頼文、自記式質問紙および返信用封筒を配布した。データ収集期間は2018年4～7月であった。質問紙の送付先は、以下の2つの手順で選定した。

1) 関連学会会員名簿からの質問紙送付先選定方法

産業保健に関連する学会において、登録内容および情報公開状況を確認した。公開内容に、保有資格と所属組織に関する情報があつた日本産業看護学会において、所定の手続きを経たうえで会員名簿から質問紙を送付する個人を選定した。選定条件は看護職(看護師・保健師)であること、除外条件は所属が教育機関・健診機関・医療機関であることとし、110件に質問紙を送付した。

2) 企業名鑑からの質問紙送付先選定方法

帝国データバンク会社名鑑関東・東京版より、先行研究による産業看護職就業実態¹⁴⁾を参考に、産業看護職の配置が想定される従業員数500人以上の企業を無作為に選定した。選定した結果、前述の方法で選定された企業と重複した場合は除外し、前述の手順で選定された110件と合計し、1,000件に至るまで無作為に890件選定した。

3. 調査の方法と内容

自記式質問紙の調査内容は、以下6項目全29問で構

成した。

1) 産業看護職の基本属性

年齢、性別、産業看護職としての経験年数、主たる資格、雇用形態について回答を求めた。雇用形態については「正社員・派遣社員・契約社員・パートアルバイト・その他」の5つの選択肢を用意した。また、

2) 所属事業場の特性

従業員の数、平均年齢、産業看護職および産業医の配置人数について具体的な数値にて回答を求めた。業種は、日本標準産業分類¹⁵⁾を参考に、その他を含む21個の選択肢からたずねた。

3) 所属事業場における産業看護職の産業保健活動の現状と健康課題に対する認識

事業場における産業看護職の業務内容については、産業看護職の業務内容調査¹⁴⁾の項目を参考にその他を含む21個の選択肢から、携わっている業務のすべてと、時間を多く費やしている主要業務のうち上位3つを選択してもらった。産業保健分野における課題については、先行研究^{16,17)}を参考に「生活習慣病・メンタルヘルス・食生活・運動・禁煙・アルコール・認知症予防(若年性認知症含む)・事故予防・過重労働・治療と職業両立支援・働き方改革・子育て支援・作業関連疾患・その他」の14個の選択肢から、「産業看護職として特に重要と考えるテーマ」について、上位3つをたずねた。また、産業保健に関する知識や情報を入手する際の主な相手および手段については、それぞれ9つの選択肢から、3つまで回答してもらった。

4) 産業看護職の認知症およびその取り組みに対する認識

事業場において認知症予防に関する教育の必要性があると思うか、認知症に関する取り組みを実施するにあたり産業看護職自身は認知症に関する知識があると思うか、労働者は認知症に関する知識があると思うかについて「まったく思わない・あまり思わない・ややそう思う・そう思う」の4件法でたずねた。認知症予防に関する教育の必要性について「まったく思わない・あまり思わない」と回答した者にはその理由を自由記述でたずねた。認知症予防に関する取り組みの優先順位については、前述の産業看護職が特に重要と考えるテーマについての14個の選択肢のなかで、優先順位を1～14の数値で回答を求めた。また、中年期にある人々を対象とした認知症予防に関する教育プログラムがあれば活用してみたいと思うかどうかを、「まったく思わない・あまり思わない・ややそう思う・そう思う」の4件法で回答を求め、

「ややそう思う・そう思う」と回答した者に対し、認知症予防に関する教育に適していると考える方法を「集団教育・個別教育・リーフレット配布等による情報提供・Web環境を利用した教材による自己学習」の選択肢から回答を求めた。認知症に関する教育を実施するにあたり課題となりそうなものについては「ない・予算・時間・事業者の意向」の選択肢から回答を求めた。

5) 事業場における認知症に関する取り組みの実態

健康教育等の際の認知症に関する話題提供は「まったくない・あまりない・時々ある・ある」の4件法でたずねた。認知症サポーターキャラバンについては、参加の有無をたずねた。認知症サポーターキャラバン以外の認知症に関する取り組みがあると思うかについては「まったく思わない・あまり思わない・ややそう思う・そう思う」の4件法でたずねた。認知症予防に関して地域保健と連携をしていると思うかについては「まったく思わない・あまり思わない・ややそう思う・そう思う」の4件法で回答を求めた。

4. 分析方法

事業場における認知症に関する取り組みの実態と産業看護職の認識について記述統計量を算出した。さらに、事業場における認知症に関する取り組みの実態のうち、健康教育等の際の認知症に関する話題提供の有無を従属変数とし、産業看護職の特性、所属事業場の特性、産業看護職の認知症に関する取り組みへの認識の各項目との関連を、量的データは χ^2 検定を、質的データについてはFisherの正確確率検定を用いて分析した。質的データのうち、セル内の数値が20に満たない項目についてはWilcoxonの順位和検定にて分析した。分析の際は、従属変数に回答を得ることができなかった場合は分析除外対象とし、従属変数以外の項目の未回答については欠損値として扱った。4件法で回答を求めた質問については、「思う(ややそう思う・そう思う)」と「思わない(あまり思わない・まったく思わない)」の2群に分類した。また、認知症予防に関する取り組みの優先順位については1～7位と8～14位の2群に分類した。分析にはJMP統計ソフトを用い、有意水準は5%とした。認知症予防に関する教育が必要と思わない理由に関する自由記述は、意味内容の類似性に基づきグループ化し、カテゴリーとした。

5. 倫理的配慮

研究対象者には、質問紙とともに同封した依頼文にて、研究の概要、個人情報管理方法、匿名性の確保、研究の公表方法および研究参加への任意性の確保等について説明し、協力を依頼した。研究協力への同意確認は、質問紙の返送をもって同意が得られたものとした。本研究は名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会の承認を受け実施した（承認年月日：2018年5月22日、承認番号：17024-3）。

Ⅲ. 研究結果

1. 質問紙の回収状況

調査対象1,000件から宛所不明による返送10件を除く990件のうち、160件の返送が得られた（回収率16.2%）。該当者不在による返送8件、現在質問内容に関する業務に従事していないことを理由とする返送3件、主たる職種が産業看護職でないと回答した7件を除き、有効回答の得られた142件を分析対象とした（有効回答率88.6%）。

2. 産業看護職の基本属性と所属事業場の特性（表1）

産業看護職の性別は、無回答1人を除く141人が女性であった。年齢は50歳代が最も多く33.1%、次いで40歳代32.4%であり、平均年齢（±標準偏差）は45.9（±11.6）歳であった。就業状況は、経験年数13.3（±9.6）年であり、正社員が最も多く62.0%、次いで契約社員26.8%であった。保有資格は、保健師87人（61.3%）、看護師55人（38.7%）であった。

所属事業場の特性については、従業員の人数は1,000人以上5,000人未満が最も多く65人（45.8%）、次いで300人以上1,000人未満が57人（40.1%）であり、従業員の平均年齢は43.0歳（±4.0）であった。事業場内の産業看護職の配置人数は、1人配置の事業場が最も多く44.2%、平均配置人数は2.3人（±2.0）であった。業種は製造業が最も多く88事業場（62.4%）であった。

3. 所属事業場における産業看護職の産業保健活動の現状と健康課題に対する認識（表2）

所属事業場において、日常的に時間を多く費やしている主要業務の上位3つとして選択された業務とその選択人数は、健康診断事後措置118人（83.7%）、メンタルヘルス対策77人（54.6%）、健康教育（個別）36人

表1 研究対象者の基本属性と所属事業場の特性

項目	平均値±SD
産業看護職の年齢 (n=142)	45.9±11.6
産業看護の経験年数 (n=140)	13.3±9.6
産業看護職の配置人数 (n=140)	2.3±2.0
産業医の配置人数 (n=141)	1.9±2.2
従業員の平均年齢 (n=119)	43.0±4.0
産業看護職の性別 (n=141)	人 (%)
女性	141 (100.0)
男性	0 (0.0)
産業看護職の主たる資格 (n=142)	
看護師	55 (38.7)
保健師	87 (61.3)
産業看護職の雇用形態 (n=142)	
正社員	88 (62.0)
契約社員	38 (26.8)
派遣社員	3 (2.1)
パート・アルバイト	2 (1.4)
その他	11 (7.7)
従業員数 (n=141)	
50～99人	3 (2.1)
100～299人	11 (7.7)
300～999人	57 (40.1)
1,000～4,999人	65 (45.8)
5,000人以上	6 (4.2)
業種 (n=141)	
製造業	88 (62.4)
建設業	14 (9.9)
卸売業・小売業	11 (7.8)
情報通信業	6 (4.3)
運輸業・郵便業	6 (4.3)
金融業・保険業	4 (2.8)
鉱業・採石業・砂利採取業	2 (1.4)
電気・ガス・熱供給・水道業	2 (1.4)
学術研究・専門・技術サービス業	2 (1.4)
サービス業（他に分類されないもの）	2 (1.4)
その他	2 (1.4)
医療・福祉	1 (0.7)
複合サービス業	1 (0.7)
農業・林業	0 (0.0)
漁業	0 (0.0)
不動産業・物品賃貸業	0 (0.0)
生活関連サービス業・娯楽業	0 (0.0)
宿泊業・飲食サービス業	0 (0.0)
教育・学習支援業	0 (0.0)
公務（他に分類されないもの）	0 (0.0)

（25.5%）であった。現在実践しているものとして選択した業務の数は、平均13.2個（±3.8）であった。産業看護職として重要と考えるテーマについては、最も多かったのがメンタルヘルス対策80.3%、次いで生活習慣病対策69.0%であった。

産業看護職の知識の入手手段（3つまで選択）は、研修会100人（71.4%）、インターネット81人（57.9%）、

表2 所属事業場における産業看護職の産業保健活動の現状

項目	主要業務 (上位3つ選択) (n = 141)	実践している業務 (すべて選択) (n = 142)
	人 (%)	人 (%)
業務内容		
健康診断事後措置	118 (83.7)	139 (97.9)
メンタルヘルス対策	77 (54.6)	127 (89.4)
健康教育 (個別)	36 (25.5)	128 (90.1)
健康診断企画運営	34 (24.1)	120 (84.5)
一般事務	22 (15.6)	79 (55.6)
ストレスチェック	21 (14.9)	103 (72.5)
過重労働対策	18 (12.8)	103 (72.5)
診療介助	18 (12.8)	56 (39.4)
特定保健指導実施	15 (10.6)	48 (33.8)
海外派遣者の対応	11 (7.8)	97 (68.3)
特定健診関連業務	10 (7.1)	89 (62.7)
健康教育：集団	8 (5.7)	93 (65.5)
事業のデータ集計・分析	8 (5.7)	88 (62.0)
年間保健計画作成	6 (4.3)	84 (59.2)
安全衛生管理委員会	5 (3.5)	108 (76.1)
職場巡視	2 (1.4)	107 (75.4)
傷病の応急処置	2 (1.4)	118 (83.1)
作業管理・作業環境管理	1 (0.7)	37 (26.1)
化学物質対策	0 (0.0)	42 (29.6)
感染症対策	0 (0.0)	96 (67.6)
その他	14 (9.9)	11 (7.7)

雑誌76人(54.3%)、産業保健総合支援センター50人(35.2%)、関連学会48人(32.4%)、専門書40人(28.6%)、産業医・産業看護職関連の協議会等15人(10.7%)、労働安全衛生大会7人(5.0%)、その他8人(5.7%)であった。

4. 産業看護職の認知症および認知症に関する取り組みに対する認識(表3)

日常の産業看護活動における認知症予防に関する取り組みの優先順位については、最高順位は2位、平均10.3位であり、1~7位に回答した者が28人(20.1%)、8~14位に回答した者が111人(79.9%)であった。認知症予防に関する教育の必要性があると思うかについては、「思う」25人(17.6%)、「やや思う」64人(45.1%)、「あまり思わない」51人(35.9%)、「思わない」2人(1.4%)であった。

認知症予防に関する教育の必要性について「あまり思わない・まったく思わない」と回答した理由は、44人から回答が得られた。記述内容は【必要だとは思いますがもっとほかに優先される事柄がある】【対象者が不在】【家族の介護に関する教育のニーズの方が多い】【いままで認

知症予防に対し実感がなかった】【人的資源・時間的余裕がない】【ほかの健康課題に対する支援との連動による取り組みが有効】【個別事例への対応で十分】【産業看護職として立場に応じた役割が求められている】【国・自治体の資源を活用する必要がある】【方法がわからない】の10個のカテゴリーに分類された。【必要だとは思いますがほかに優先される課題がある】ことを理由とした者が、優先度の高い課題として挙げていた内容は、過重労働、メンタルヘルス、生活習慣病、がん、感染症、子育て両立支援であった。

労働者が認知症に関する知識があると思うかについては、136人(98.6%)の者が「あまり思わない・まったく思わない」と回答した。産業看護職自身が認知症に関する知識があると思うかについても「あまり思わない・まったく思わない」が113人(80.7%)であった。さらに、中年期にある人々を対象とした認知症予防に関する教育プログラム活用の希望については、「ややそう思う(57.7%)」と「そう思う(13.7%)」を併せて71.4%であった。さらに、活用したいと思うと回答した者に適していると考える教育方法についてたずねた結果、集団教育51人(37.0%)、リーフレット配布等による情報提供23人(16.7%)、Web環境を利用した教材による自己学習19人(13.8%)、個別教育5人(3.6%)、希望なし40人(18.2%)、無回答4人であった。認知症に関する教育を実施するにあたり課題となりそうな事柄については、事業主の意向61人(62.2%)、時間22人(22.4%)、予算13人(13.3%)、ない2人(2.0%)、無回答4人であり、事業主の意向に関わる課題が最も多かった。

5. 事業場における認知症に関する取り組みの実態(表3)

認知症に関する取り組みの実態として、日常の健康教育等の際の認知症に関する話題提供については「時々ある」15人(10.6%)、「ある」3人(2.1%)であった。認知症サポーターキャラバンに参加している企業は4施設(2.8%)であった。それ以外の認知症予防に関する取り組みをしていると思うかについては「ややそう思う・そう思う」が3施設(2.2%)であった。認知症予防における保健所、市町村保健センター等の地域保健との連携が十分図れていると思うかについては、「そう思う・ややそう思う」と回答した者は13人(9.2%)であった。

表3 健康教育等の際の認知症に関する話題提供の有無に関連する要因

項目	全体 人 (%)	健康教育等の際の認知症 に関する話題提供の有無		P値
		なし	あり	
		中央値 (第1-4四分位)	中央値 (第1-4四分位)	
研究対象者および所属事業場の特性				
研究対象者の年齢 (n = 140)	45.9 (11.4)	46.0 (37.0 ~ 52.3)	47.5 (39.8 ~ 54.5)	.58 ^{a)}
経験年数 (n = 140)	13.3 (9.6)	11.0 (5.0 ~ 20.0)	10.0 (6.5 ~ 26.0)	.36 ^{a)}
産業看護職配置人数 (n = 140)	2.3 (2.0)	2.0 (1.0 ~ 3.0)	2.5 (1.0 ~ 5.0)	.02 ^{a)}
産業医の配置人数 (n = 141)	1.9 (2.2)	1.0 (1.0 ~ 2.0)	2.0 (1.0 ~ 3.0)	.25 ^{a)}
従業員の平均年齢 (n = 119)	43.0 (4.0)	43.0 (40.8 ~ 45.0)	43.0 (39.3 ~ 45.8)	.89 ^{a)}
実践している業務の選択個数 (n = 142)	13.2 (3.8)	14.0 (11.0 ~ 16.0)	14.5 (10.8 ~ 16.5)	.78 ^{a)}
	人 (%)	人 (%)	人 (%)	
全体	141	123 (87.2)	18 (12.8)	
研究対象者の保有資格 (n = 141)				
看護師	55 (39.0)	51 (41.5)	4 (22.2)	.13 ^{b)}
保健師	86 (61.0)	72 (58.5)	14 (77.8)	
研究対象者の雇用形態 (n = 140)				
正社員	87 (62.1)	70 (57.3)	17 (94.4)	—
派遣社員	3 (2.1)	3 (2.5)	0 (0.0)	
契約社員	37 (26.3)	36 (29.5)	1 (5.6)	
パート・アルバイト	2 (1.4)	2 (1.6)	0 (0.0)	
その他	11 (0.0)	11 (9.0)	0 (0.0)	
産業看護職の認知症に関する取り組みに対する認識				
産業看護職自身の認知症に関する知識の有無 (n = 140)				
知識があると思わない	113 (80.7)	104 (85.2)	9 (50.0)	<.01 ^{b)}
知識があると思う	27 (19.3)	18 (14.8)	9 (50.0)	
労働者の認知症に関する知識の有無 (n = 138)				
知識があると思わない	136 (98.6)	120 (100.0)	16 (88.9)	<.01 ^{b)}
知識があると思う	2 (1.4)	0 (0.0)	2 (11.1)	
認知症予防に関する取り組みの優先順位 (n = 139)				
1 ~ 7位	28 (20.1)	23 (19.0)	5 (27.8)	.04 ^{b)}
8 ~ 14位	111 (79.9)	98 (81.0)	13 (72.2)	
認知症予防に関する教育の必要性 (n = 142)				
必要があると思わない	53 (37.3)	50 (40.7)	3 (16.7)	<.01 ^{b)}
必要があると思う	89 (62.7)	73 (59.3)	15 (83.3)	
認知症予防に関する教育プログラム活用の希望 (n = 140)				
活用したいと思わない	40 (28.6)	36 (29.5)	4 (22.2)	.78 ^{b)}
活用したいと思う	100 (71.4)	86 (70.5)	14 (77.8)	

a) Wilcoxonの順位和検定, b) Fisherの正確確立検定 (両側検定)

6. 健康教育等の際の認知症に関する話題提供の有無に関連する要因 (表3)

健康教育の際に認知症に関する話題提供をする群はしない群に比べて事業場における産業看護職の配置人数が有意に多かった ($P = .02$)。また、話題提供する群はしない群に比べて看護職自身に認知症に関する知識があると思う者 ($P < .01$)、労働者に認知症に関する知識がないと思う者 ($P < .01$)、認知症予防に関する取り組みの優先順位を1~7位に回答した者 ($P = .04$)、認知症予防に関する教育の必要があると思う者 ($P < .01$)の割合が有意に高かった。

IV. 考 察

1. 研究対象者の基本属性

本研究の対象者は、平均年齢45.4歳、正規職員の割合63.3%、1人配置職場44.2%であり、「産業保健師の活動基盤に関する実態調査」の結果¹⁷⁾と比較し、いずれも10%程度の差はあったものの、類似した傾向であった。また、主要業務については、上位から「健康診断事後措置」「メンタルヘルス」「健康教育」「健康診断企画運営」であり、前述の実態調査の「健康相談・保健指導」「各種健康診断と事後処理」「メンタルヘルス対策」¹⁷⁾と概ね同様の業務に携わっていたことから、本研究の対象

者は先行研究における産業看護職の活動実態の傾向とかけ離れた集団ではなかったといえる。

2. 事業場における認知症に関する取り組みおよび産業看護職の認識の実態と今後の課題

本研究は、労働者を対象とした認知症予防に関する介入のあり方を検討するため、事業場における認知症に関する取り組みと産業看護職の認識の実態を明らかにするとともに、認知症に関する取り組みのうち「健康教育の際の認知症に関する話題提供」の実施と関連する要因について検討した。対象者の約6割が認知症予防に関する教育の必要性を認識し、約7割が認知症予防に関する教育プログラムの活用を希望していたことから、比較的多くの産業看護職が、認知症に対しても問題意識をもっていることがわかった。しかし、認知症に関する取り組みを実施している企業は数パーセントであり、取り組みのなかでも健康教育等の際の認知症に関する話題提供については、比較的成本やマンパワーをかけずに実施可能な取り組みではあるが、実施している者は約1割であった。この認識と取り組み実施のギャップの背景には、産業保健活動では認知症予防の取り組みの優先順位が下位に位置づけられていたことや、教育の実施における課題として事業主の意向が最も多く挙げられていたことがあると考えられる。また、認知症予防に関する教育を必要だと思わない者が挙げた理由には【産業看護職として立場に応じた役割が求められている】【人的資源・時間的余裕がない】があった。このような現状において、認知症予防に関する取り組みを、産業看護職が企業の特性や健康課題に応じて産業保健活動に取り入れていくためには、実現可能な方策を検討していく必要がある。そこで、その方策のひとつとして、本調査対象が日常的に携わっていると回答した主要業務の上位である健康診断事後措置など、顕在化している健康課題へのアプローチと連動させて提供することが有効なのではないかと考えた。生活習慣病予防や心の健康づくりのための健康習慣は、規則的な食事や適度な運動、禁煙、適正飲酒などであり、これらは認知症予防のための健康習慣と重複するものが多い。そのため、生活習慣病予防に対する健康教育や保健指導の際に認知症の話題を取り入れていくことにより、行動変容への動機づけを高めることや、健康行動の強化・継続につながる可能性がある。また、認知症予防において中年期からの支援の意義は大きいと考えるものの、この時期には労働者自身の認知症に対する意識は低

い可能性がある。生活習慣病やメンタルヘルス対策など現在顕在化している健康課題へのアプローチと連動させて認知症予防の話題を提供することにより、認知症予防を目的とした単独の健康教育より効率的な企画・実施が可能となるとともに、生活習慣改善に向けた行動変容の動機づけも強化されることが期待される。このことは産業保健分野において認知症予防に取り組んでいく意義のひとつとなるのではないかと考える。

本研究では認知症予防に関する教育の必要性を認識している者はそうでない者に比べて、健康教育等の際に認知症に関する話題提供をしている者が多かった。また、認知症予防に関する取り組みをするにあたって、自分自身に認知症に関する知識があると思わない産業看護職が8割以上であり、健康教育の際の認知症の話題提供は知識があると思う者の方が実施している者が多かった。そこで、産業看護職への情報提供については、知識の主な入手先である研修会やインターネット、雑誌等の媒体を生かす方策を探る必要がある。今後はより具体的な情報提供の方法を検討するため、産業看護職が認知症の予防や対策に関してどのような情報を望んでいるのかについても明らかにしていく必要がある。また、認知症予防に関する教育プログラムの活用の希望は、認知症に関する話題提供の実践の有無にかかわらず7割以上と多かった。先述した生活習慣病対策と連動したアプローチを行うためには、労働者に生活習慣病と認知症との関連や、健康習慣を継続する意義などを分かりやすく示すなど、中高年に対応可能な認知症予防に関する情報提供のための教育プログラムや媒体を検討する必要があると考える。

認知症予防に関する取り組みをする際の課題として、事業主の意向が最も多かった。事業主は、産業看護職に対して、主に労働安全衛生法等により事業者責任の発生する健康課題に対する人的サービスの担い手としての役割を期待しており、事業主の理解なくしては取り組みを実施することは難しい。一方で、厚生労働省(2021)は、労働者の高齢化を背景に、「高齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン」を策定し、そのなかで高齢労働者の健康や体力の状況に応じた対応として、認知機能の低下を含むフレイルやロコモティブシンドロームの予防を意識した心身両面にわたる健康保持増進措置の推進を目指している¹⁸⁾。畑中らは、産業看護職は「会社組織の状況やキーパーソンを見極め、タイミングを見計らった提案と活動の提供」を行っていた¹⁹⁾と述べている。

企業内で認知症予防のための活動を展開するためには、労働者の高齢化を視野に入れ、企業にとって予防的に認知症対策に取り組む意義を、事業主をはじめとしたキーパーソンに明確に説明することが必要であろう。本研究では、健康教育等の際に認知症に関する話題提供を行っている者は約13%であり、認知症サポーターキャラバンに参加している企業やその他の認知症予防に関する取り組みを行っている企業も数パーセントと少なかった。一方で、労働者世代の若年性認知症発症が微増傾向にあること²⁰⁾、親の認知症発症による介護負担や介護離職など、認知症は中年期においても直面する課題ともいえる。また、2023年には軽度認知障害あるいは軽度の認知症に有効とされる薬剤が承認された²¹⁾ことをうけ、早期発見の重要性についても叫ばれている。これらを背景に、企業においても認知症対策に取り組む意義を明確化するとともに体制整備に向けた示唆を得るため、現在先駆的に対策に取り組んでいる企業が、どのような課題から認知症に関する取り組みをするに至ったのかといった事例の詳細を明らかにしていく必要があると考える。

最後に、本研究では、保健師1人配置を含め少数配置の事業所が多く、健康教育等の際に認知症予防に関する話題を提供していたのは産業看護職の配置人数が多い事業場の者であった。産業領域における保健師の活動基盤の実態調査による業務内容の割合は、各種健康診断と事後管理、健康相談、保健指導が5割を上回るが、ほかの業務については2割に満たなかった¹⁷⁾。したがって認知症のように顕在化していない健康課題への支援を、産業看護職が少数配置の事業場内のみで充実させることには困難が伴うと考えられる。自由記述においても認知症対策は、【国・自治体の資源を活用する必要があると思う】という記述があり地域・職域の連携が有効である可能性が示唆された。しかし、地域と連携しているとの回答は1割弱であり、厚生労働省は、地域・職域連携推進協議会の設置および連携事業の推進を目的に「地域・職域連携推進事業ガイドライン」²²⁾を提示しているものの、この連携においては生活習慣病予防が主な目的とされ、認知症対策については根拠法令や自治体内における担当部署が異なる現状もある。そこで、今後に向けては、地域・職域連携推進事業に認知症対策をも包含し、継続的かつ包括的に認知症対策を展開していくことを可能なものとするための制度や体制整備についても検討の余地があると考えられる。

V. 研究の限界と課題

研究対象は、学会名簿および企業名鑑東京・関東版からの選定であったことから、大半が関東圏内に所属する産業看護職にとどまり、一部の限られた地域に所属する看護職の結果であったといえる。また、回収率に関しては、対象者の選定方法を関連学会名簿と企業名鑑からの選定としたことから、前者は個人宛、後者は企業担当部署宛となっており、個人宛と担当部署宛に送付しているものが混在している。これらのことが回収率に影響を及ぼした可能性があり、対象者の選定方法に課題があったと考える。以上のことから、選択バイアスの影響により、回答内容に偏りが生じている可能性を否定できないことから、一般化には限界を有する。質問にあたっては、「認知症に関する取り組み」の定義を対象者に提示できていなかったことから、認知症に対する取り組みの対象を労働者自身と捉えている者と家族をも含めて捉えている者が混在していることが推測され、認知症に関する教育の必要性の有無やその理由に対する回答結果に影響を及ぼしている可能性が考えられる。また、認知症予防に関する教育の必要性がないと回答した者にのみ、その理由をたずねていることから、記述内容にバイアスが生じている可能性が考えられる。以上のバイアスを克服するため、今後は質問内容を再検討し、用語の定義を明確に提示したうえで、対象地域、人数を拡大した縦断調査による検討が必要である。

【謝辞】

質問紙調査にご協力いただいたみなさまに深く感謝申し上げます。なお、本論文は名古屋市立大学大学院看護学研究科博士論文の一部に加筆修正したものである。

【文献】

- 1) 二宮利治・清原 裕・小原知之他：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究総括研究報告書 平成26年度総括・分担報告書。2014。 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2014/141031/201405037A/201405037A0001.pdf> (2022年3月7日)。
- 2) 厚生労働省：認知症施策大綱（認知症施策推進関係閣僚会議 令和元年6月18日）。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2022年3月7日)。
- 3) Li J, Wang Y J, Zhang M, et al. : Vascular risk factor promote conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, 76 : 1485–1491, 2011.
- 4) Livingston G, Huntley G, Sommerlad A, et al. : Dementia prevention intervention, and care 2020

- report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396 : 413-446, 2020.
- 5) 富塚美和・門間晶子・尾崎伊都子：認知症に対する中高年期男女の態度と知識の実態および予防行動実行に関連する要因. 日本看護研究学会, 41 (5) : 899-910, 2018.
 - 6) 福間美紀・塩飽邦憲・馬庭留美：高齢者の複合型認知症予防プログラムによる認知機能改善の効果. 日本農村医学会誌, 63 (4) : 606-617, 2014.
 - 7) 畑野相子・北村隆子・安田千寿他：スリー A 教室における脳刺激訓練プログラムの効果の検討. 人間看護学研究, 10 : 85-94, 2012.
 - 8) 伊藤智子・加藤真紀・佐藤公子他：七田式脳トレーニング法による健常高齢者の認知機能への影響. 島根県立大学出雲キャンパス紀要, 12 : 11-17, 2017.
 - 9) 井伊久美子・勝又浜子・森永祐美子他：新版保健師業務要覧第4版2023年版. 日本看護協会出版会, 東京, 2023.
 - 10) Xiao Y, Becerik GB, Des D, et al. : Impacts of working from home during COVID-19 pandemic on physical and mental well-being of office workstation users. *Occupational and Environmental Medicine*, 63 (3), 181-190, 2021.
 - 11) 山本晴義：特集1新型コロナウイルス感染症とメンタルヘルスケア. 産業保健, 21 : 2-4, 2021.
 - 13) 総務省・経済産業省：令和3年経済センサス—活動調査. <https://www.stat.go.jp/data/e-census/2021/index.html> (2023年9月1日).
 - 14) 五十嵐千代：平成20年度地域保健総合推進事業【産業保健師就業実態調査研究事業】報告書(2009). http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_08_all.pdf (2024年4月10日).
 - 15) 厚生労働省：日本標準産業分類(平成25年10月改定)(平成26年4月1日施行). https://www.soumu.go.jp/main_content/000286962.pdf (2023年5月19日).
 - 16) 厚生労働省：事業場における労働者の健康保持増進のための指針(2023). <https://www.mhlw.go.jp/content/001080091.pdf> (2023年3月28日).
 - 17) 社団法人日本看護協会：産業保健師の活動基盤に関する実態及び日本看護協会が取り組む事業について. <https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000qwhz-att/2r9852000000syjm.pdf> (2024年1月7日).
 - 18) 厚生労働省：高年齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン(エイジフレンドリーガイドライン). <https://www.mhlw.go.jp/content/11302000/000609494.pdf> (2023年10月15日).
 - 19) 畑中純子・畑中三千代・高崎正子：熟練看護職が産業看護活動において重視する目的と活動の構造. 日本看護科学学会誌 : 40 : 5-13, 2020.
 - 20) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：わが国の若年性認知症の有病率と有病者数. https://www.tmg Hig.jp/research/release/cms_upload/20200727.pdf (2024年1月13日).
 - 21) 厚生労働省：最適使用推進ガイドラインレカネマップ(遺伝子組換え). <https://www.mhlw.go.jp/content/001180610.pdf> (2024年1月13日).
 - 22) 厚生労働省：地域・職域連携推進ガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000549871.pdf> (2023年10月15日).

■ Research Report ■

The Current Situation of Dementia-related Efforts in Workplaces and the Recognition of Occupational Health Nurses : OHN

Focus on the Provision of Dementia-related Topics in Health Education

Miwa Tomizuka¹⁾, Akiko Kadoma²⁾, Itsuko Ozaki²⁾

1) Komazawa Woman's University

2) Nagoya-City University Graduate School of Nursing

Objective: To examine the possibility of promoting administrative dementia countermeasures in collaboration with workplaces, we will clarify the current status of dementia-related initiatives at workplaces and the recognition of OHN. We will clarify the factors associated with the provision of dementia-related topics during education.

Methods: We conducted an anonymous self-administered questionnaire survey among OHN randomly selected from relevant academic societies and company directories. The survey covered the basic characteristics of OHN and their workplaces, the current situation of dementia-related efforts in workplaces, the awareness of OHN, the current situation of health activities, and their awareness of health issues.

Results: Approximately 60% of nurses felt that dementia-related education was necessary, while 12.8% provided dementia-related topics during health education, compared to the group that did not provide dementia-related topics. Significantly higher percentages were found for a “large number of nurses assigned,” “subjects who believe that nurses themselves have knowledge about dementia,” “subjects who believe that workers have no knowledge about dementia,” “subjects who ranked the first to seventh priority for efforts to prevent dementia,” and “subjects who thought that education on dementia prevention was necessary.”

Discussion: It is suggested that support linked to approaches to current health issues may be effective as a measure to make dementia prevention measures feasible for nurses to carry out their duties. In addition to clarifying the significance of taking measures to prevent dementia at workplaces, future challenges include establishing systems for regional health and occupational collaboration.

Key words : dementia prevention, health education, middle age, workers, occupational health nurses, workplaces

■研究報告■

認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターの
コーディネーションを困難にする要因と教育ニーズ

岡野明美

抄 録

目的：認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターのコーディネーションを困難にする要因と教育ニーズを明らかにする。

方法：地域包括支援センターで3年以上勤務する保健師，看護師，社会福祉士，主任介護支援専門員を対象に半構造化面接を行い，得られたデータを質的記述的に分析した。

結果：研究参加者は11人であった。コーディネーションを困難にする要因は【高齢者自身の長年の経過に認知症症状が加わった複雑さ】【家族の協力を得る難しさ】【認知症高齢者，家族，地域住民おのこの認知症を受け入れ難さ】【制度・施策利用の壁】【認知症高齢者および関係機関と包括の意見の異なりに折り合いをつける難しさ】【包括と本人・家族を含む住民間にある乖離】等8カテゴリー，教育ニーズは【認知症高齢者と周囲の現象を関連づけてアセスメントすること】【地域住民や関連機関と連携関係を構築すること】【地域住民や関連機関とともに考え協働を推進すること】【地域をアセスメントし地域支援を展開すること】の4カテゴリーが抽出された。

考察：困難には認知症高齢者・家族や地域住民側，所属機関・専門性・立場の違い，施策策定側の要因があった。教育ニーズは，認知症高齢者の理解を家族や地域の特性等と関連付けて多職種・多組織で共有し，支援の方向性を見出して，連携・協働できることであり，それを充足するには地区診断やファシリテーションスキルの獲得が示唆された。

【キーワード】 認知症高齢者，コーディネーションにおける困難，教育ニーズ，地域包括支援センター

日本地域看護学会誌，27(1)：33-41，2024

I. はじめに

人口の高齢化とともに有病率が高まる疾患が認知症であり，症状の進行とともに生活支援が必要となる。しかし，制度利用の申請や契約の手続きができない，サービスや受診の拒否，医療機関側の受け入れ拒否，周辺の人々の認知症理解の浸透の不十分さ等¹⁾から，認知症高齢者1人では医療や介護保険制度，成年後見制度等の制度利用につながりにくい。支援の遅れは，認知症症状や身体

状態の悪化，家族介護者の疲弊，地域社会でのトラブル等²⁾，認知症高齢者および家族介護の生活の質を低下させる。

認知症施策の経緯は，2005年の認知症を知り地域をつくる10か年で，住民対象に認知症の正しい知識普及活動が本格始動した。その後，認知症支援は介護保険制度に組み込まれ，地域包括ケアシステム構築の一環とした総合的な施策となり，認知症対策等総合支援事業(2012)により，市町村が裁量をもって個別から地域支援までの施策を展開することになった。認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン，2012)で医療の要素が組

み込まれ、団塊の世代が75歳以上となる2025年を視野に入れた認知症施策推進5か年計画（新オレンジプラン、2015）につながる。さらに認知症施策推進大綱（2019）により、認知症はだれもがなりうるものであるという前提から認知症の発症や重度化を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる共生と予防の両輪の社会を目指すことが示された。

具体的には地域包括支援センター（以下、包括）において、認知症初期集中支援チーム等による個別相談、認知症サポーター養成講座や地域住民の集いの場での啓発活動等が実施される。主な成果は、認知症初期集中支援チームにより、相談事例の4～6割が受診やサービスにつながった³⁾、認知症サポーター養成講座受講者数が目標に達成した⁴⁾等が報告される。しかし初期段階の把握や調整、チームによる適切なアセスメント³⁾、受講後のサポーター活動につながっていない⁵⁾等、認知症支援事業は20年近く推進されてきたが、いまだ早期段階からの対応や共生体制には至っていない。その背景には、高齢者自身の受診拒否、生活実態の把握困難、高齢者・家族および地域住民の認知症に関する理解不足^{6,7)}等が存在し続けている。栗田⁸⁾は、認知症支援事業の縦割りを整理し統合していくためのコーディネーションの深化が必要と、事業の実施だけでは施策目標実現の難しさを示す。コーディネーション（調整）の定義は統一されていないが、認知症高齢者の生活支援に向けた包括のコーディネーションの構造因子として、認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする、認知症高齢者を医療・介護・権利擁護の支援につなぐ、地域の支援者に協力を得る、地域のなかで認知症高齢者を支える社会資源を創出する⁹⁾、の4因子が報告される。

包括のコーディネーションの現状は、個別的な支援に留まり¹⁰⁾、権利擁護支援や地域社会資源の創出が不十分¹¹⁾であり、多様な課題をもつ事例や地域支援に向けたコーディネーションの実践が懸念されるが困難となる要因は明らかにされていない。また全国レベルでの包括の人材育成の基盤や方針¹²⁾、コーディネーション力を高める研修等は見当たらない。

そこで本研究目的は、認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターのコーディネーションを困難にする要因と教育ニーズを明らかにすることにした。これらが明らかになることで、包括のコーディネーション力を高めるための教育内容を検討する一助になると考えた。

II. 用語の定義

1. 認知症高齢者

地域包括支援センターに相談があった認知症症状のある高齢者のなかで何らかのサービス利用が必要と推察された者

2. 認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーション

認知症症状が生活に与える影響をアセスメントし、医療、介護、権利擁護の関係機関および地域の支援者につなぎ、さらに地域のなかで認知症高齢者を支える社会資源を創出する行動

3. 困難

コーディネーション行動で滞りや対応策につながらない等苦慮した事象

4. 教育ニーズ

コーディネーションの困難さを打開するために必要とすること

III. 方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究参加者の選定

包括の保健師、看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員（以下、主任CM）で、3年以上の包括経験を有する者を研究参加者とした。3年以上とした理由は、包括経験年数3年未満が全体の約半数である¹³⁾ことや3年未満・以上でコーディネーション力に差があった^{9,11)}ことから判断した。選定方法は、自治体や施設が重ならないようにし、機縁法によって研究目的を理解し条件に合致する包括職員を紹介いただいた。

3. 面接方法

半構造化面接を3人程度と同職種グループで60分程度1回行った。同職種グループにした理由は、同職種間の方がより意見を引き出せると考えたためであった。認知症高齢者の相談を受けてから支援が進まない事例とその要因を伺った後にコーディネーションの困難さを打開するためにどのような知識や技術があればよいと思うか

をたずねた。面接はオンラインで実施し発言がしやすいように既存研究^{6,7)}で示された認知症高齢者の支援困難を参考資料として事前に郵送した。また3職種で認知症高齢者のコーディネーションの解釈が大きく異なるように、面接開始時に保健師のコーディネーションの概念分析¹⁴⁾から上述のコーディネーションの定義について説明し質問を受けた。インタビュー内容はICレコーダーへの録音許可をとってから録音した。データ収集期間は、2022年10～12月であった。

4. 分析方法

逐語録を作成し全体を熟読したうえで、認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターのコーディネーションを困難にする要因と教育ニーズの語りを別々に意味のまとまりごとに抽出しコードを作成した。内容の重複等を整理し最終コードを作成、コード間における類似と相違の類別をおのおの繰り返し行い、サブカテゴリー化、さらに抽象度を上げてカテゴリー化した。分析の真実性・妥当性の確保のために、分析過程の詳細な記述に努め、包括に精通する研究者2人に助言を受けた。また、研究参加者に分析結果を提示し内容の確認を行った。

IV. 倫理的配慮

研究協力者に口頭と文書で研究目的、協力の意思は自由であり断った場合の不利益はまったく生じないこと、また同意後でも分析に入るまでは同意撤回できることを説明した。研究同意は同意書の返信によって確認した。インタビュー日時は協力者の意向を優先し決めた。ZoomはPWを設け招待者以外は入れないように設定した。なお、本研究は大阪公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:2022年6月24日, 承認番号:2022-3)。

V. 結果

1. 研究参加者の属性

研究参加者は、保健師3人、看護師2人、社会福祉士3人、主任CM3人の計11人で、すべて委託型包括であった。包括平均経験年数は 9.3 ± 5.9 年、当該職種平均経験年数は 14.2 ± 9.3 年であった。職種別の平均年数は、包括では、保健師 12.3 ± 8.0 年、看護師 10.5 ± 7.8 年、社

会福祉士 8.0 ± 7.0 年、主任CM 6.3 ± 1.5 年、当該職種経験では、保健師 19.3 ± 4.5 年、看護師 24.0 ± 11.3 年、社会福祉士 8.0 ± 5.3 年、主任CM 5.3 ± 0.6 年であった。

2. 認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーションを困難にする要因

8カテゴリー、17サブカテゴリー、56コードが抽出された。表1にカテゴリー、サブカテゴリー、主なコードを示した。カテゴリーは【 】,サブカテゴリーは〈 〉,コードは「 」で説明する。

1) 【高齢者自身の長年の経過に認知症症状が加わった複雑さ】

包括職員は相談を受け家庭訪問するも「もともと関係性をつくれない人が長年の積もり積もった経過があつていま、困難ケースとなっている」というように〈これまでの経過に認知症症状が加わることでいまの難しさにつながっている〉や「高齢者の病気、家族の問題、地域社会や行政サービスが密接に関わって複合的な難しさをつくっている」と〈課題が複合的に重なって困難を作り出している〉状況から【高齢者自身の長年の経過に認知症症状が加わった複雑さ】によって相談に至る事象の把握に時間を要し、コーディネーションを困難にする要因となっていた。

2) 【支援を必要とする認知症高齢者の生活実態把握の困難】

家庭訪問するも「独居や日中独居の場合生活実態がみえないことが多く認定調査にうまく反映されずに本当の姿を把握することが難しい」ように〈訪問時の姿と実際の生活実態の異なりがある〉や、「ゆっくり関わって意向を確認したり、理解しながら支援をしたいが急ぐところ(実態把握の)難しさを感じる」ように〈急いで支援体制をつくることを求められることから十分な生活実態把握が難しい〉ことから【支援を必要とする認知症高齢者の生活実態把握の困難】が、コーディネーションを困難にする要因となっていた。

3) 【認知症高齢者、家族、地域住民おのおの認知症の受け入れ難さ】

時間をかけて訪問を受け入れられても「高齢の集まりで認知症の講話をすればそれだけはないとかなかなか反応を示す」ように〈高齢者自身のなかに認知症への偏見や否認がある〉となり、受診や介護サービス利用の説明を受け入れてもらえない、また家族に相談内容や訪問時の様子を伝えても「うちの親に限ってそんなこ

表1 認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーションを困難にする要因

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
高齢者自身の長年の経過に認知症症状が加わった複雑さ	これまでの経過に認知症症状が加わることでいまの難しさにつながっている	もともと関係性をつくれな人が長年の積もり積もった経過があっでいま、困難ケースとなっている
	課題が複合的に重なって困難を作り出している	高齢者の病気、家族の問題、地域社会や行政サービスが密接に関わって複合的な難しさをつくっている
支援を必要とする認知症高齢者の生活実態把握の困難	訪問時の姿と実際の生活実態の異なりがある	独居や日中独居の場合生活実態がみえないことが多く認定調査にうまく反映されず本当に姿を把握することが難しい
	急いで支援体制をつくることを求められることから十分な生活実態把握が難しい	ゆっくり関わって意向を確認したり、理解しながら支援をしたいが急ぐというところに（実態把握の）難しさを感じる
認知症高齢者、家族、地域住民おのおの認知症の受け入れ難さ	高齢者自身のなかに認知症への偏見や否認がある	高齢の集まりで認知症の講話をすればそれだけはないとたくな反応を示す 認知症を受け入れていないと時間をかけて受け入れてもらっても受診の話題になるとまた拒否が始まる
	親の認知症の状態をまずは否認する	「うちの親に限ってそんなことない」という家族に認知症症状や金銭管理の必要性の説明をしても理解してもらおうことが難しい
家族の協力を得る難しさ	本人、家族、地域の人、専門職のもつ重度のイメージ	本人、家族、地域の人、専門職でも（認知症は）重度のイメージが強く重度化してからの相談になる
	家族との根深い関係性があるため協力を求められない	家族が支援できない理由を理解すると家族に支援を求めることができず動きがとれなくなる
施策や制度利用の壁	同居家族が支援者になりにくい現状がある	同居家族のことが理由になってサービスの拒否があった
	認知症高齢者あるいは家族に制度の理解不足がある	家族に介護保険制度の理解不足があると関係性がつけれない
認知症高齢者および関係機関と包括の意見の異なりに折り合いをつける難しさ	制度の仕組みや施策の限界があって対応が難しい	ひとり暮らしの人のゴミ出し対応を施策で実施している行政では問題化しないが、住民や有料ボランティアに依頼する場合は機能せず解決に至らないこともある
	支援の必要性に認知症高齢者と包括間で折り合いがつかない	急いで受診やサービスを必要とする場合の拒否は生活や命が関係してくるため非常に困る
地域住民による地域支援の担い手不足	専門職間の合意形成に時間がかかる	機関や立場によって本人の意思の捉え方が異なるため合意形成に時間がかかり、医療やサービスにつなげられない
	地域住民間で支援の輪が広がらない	認知症の正しい理解が深まることを目的にサポーター養成講座や介護予防教室を開いても同じ方の参加で対象者が広がらない
包括と本人・家族を含む住民間にある乖離	住民が認知症高齢者の行動への対応がわからない	住民が認知症への接し方がわからずうまく対応できなくてトラブルになることもある
	認知症について自分や家族のことではないという認識がある	地域で認知症の人を見守る意識になかなかたどり着けないため地域で認知症の人を見守る地域づくりに困難している 地域の重鎮の一言に非協力的な発言があると近隣住民が影響されその方向に流れが急に変わる
	本人、家族、地域と包括の間に認知症の捉え方の乖離がある	本人、家族、地域と包括との乖離があつて認知症の理解や捉え方の足並みが揃わない状況を埋めていかなければ困難さが増す

となという家族に認知症症状や金銭管理の必要性の説明をしても理解してもらおうことが難しい」等、〈親の認知症の状態をまずは否認する〉となる。また「本人、家族、地域の人、専門職でも重度のイメージが強く、重度化し

てからの相談になる」ように、〈本人、家族、地域の人、専門職のもつ重度のイメージ〉が根底にあり【認知症高齢者、家族、地域住民おのおの認知症の受け入れ難さ】が、コーディネーションを困難にする要因となつていた。

4) 【家族の協力を得る難しさ】

家族から手掛かりを得ようと働きかけるも「家族が支援できない理由を理解すると家族に支援を求めることができず動きが取れなくなる」と〈家族との根深い関係性があるため協力を求められない〉や、「同居家族のことが理由になってサービスの拒否があった」等、家族に判断や支援をお願いしたくても〈同居家族が支援者になりにくい現状がある〉があり【家族の協力を得る難しさ】が、コーディネーションを困難にする要因となっていた。

5) 【制度・施策利用の壁】

介護保険制度の利用には契約を必要とするが「家族に介護保険制度の理解不足があると関係性がつかれない」と〈認知症高齢者あるいは家族に制度の理解不足がある〉場合は、サービス利用を希望していても具体的な話になると合意に至らない状況になる。また「ひとり暮らしの人のゴミ出し対応を施策で実施している行政では問題化しないが、住民や有料ボランティアに依頼する場合は機能せず解決に至らないこともある」と市町村の施策によって住民に協力を求める内容が異なり〈制度の仕組みや施策の限界があって対応が難しい〉が生じ【制度・施策利用の壁】が、コーディネーションを困難にする要因となっていた。

6) 【認知症高齢者および関係機関と包括の意見の異なりに折り合いをつける難しさ】

拒否があったとしても生命や安全な生活に必要な支援であれば本人に包括の提案を受け入れてもらえるよう働きかけるが「急いで受診やサービスを必要とする場合の拒否は生活や命が関係してくるため非常に困る」というように〈支援の必要性に認知症高齢者と包括間で折り合いがつかない〉状況となる。また認知症高齢者自身または家族の判断が難しい場合は関係者で支援方法の検討をすることになるが、異なる機関で話し合うため「機関や立場によって本人の意思の捉え方が異なるため合意形成に時間がかかり、医療やサービスにつなげられない」と〈専門職間の合意形成に時間がかかる〉ことになる。これらから【認知症高齢者および関係機関と包括の意見の異なりに折り合いをつける難しさ】が、コーディネーションを困難にする要因となっていた。

7) 【地域住民による地域支援の担い手不足】

地域住民に協力を求める際「認知症の正しい理解が深まることを目的にサポーター養成講座や介護予防教室を開いても同じ人の参加で対象者が広がらない」というように〈地域住民間で支援の輪が広がらない〉ため、ごく

一部の住民にしか協力してもらえない。また認知症高齢者が困っている状況に遭遇したときに〈住民が認知症高齢者の行動への対応がわからない〉ことで認知症高齢者との間に距離感が生じ【地域住民による地域支援の担い手不足】から地域の支援者が増えない現実があり、コーディネーションを困難にする要因となっていた。

8) 【包括と本人・家族を含む住民間にある乖離】

地域住民に認知症の理解について啓発活動を実施しているが「地域で認知症の人を見守る意識になかなかとり着けないため地域で認知症の人を見守る地域づくりに困難している」ように〈認知症について自分や家族のことではないという認識がある〉状況であった。また「本人、家族、地域と包括との乖離があって認知症の理解や捉え方の足並みが揃わない状況を埋めていかなければ困難さが増す」ように〈本人、家族、地域、包括の間に認知症の捉え方の乖離がある〉ことによって認知症の理解が浸透しない。認知症高齢者が安心して暮らし続けられる地域に至らない【包括と本人・家族を含む住民間にある乖離】が、コーディネーションを困難にする要因となっていた。

3. 教育ニーズ

4カテゴリー、9サブカテゴリー、38コードが抽出された。表2にカテゴリー、サブカテゴリー、主なコードを示した。カテゴリーは[], サブカテゴリーは〈 〉、コードは「 」で説明する。

1) [認知症高齢者と周囲の現象を関連づけてアセスメントすること]

長年の経過や複合的な難しさがある状況で「高齢者本人の情報だけではアセスメントが難しいためその人を知る周りの人を探すこと」というように〈認知症高齢者と周囲にながら起こっているのかの情報を引き出す情報収集〉を求めている。また「どのような要因があって困難な状況になっているのか、難しさの要因をアセスメントすること」というように〈複合的な要因を的確にアセスメントすること〉を求めている。これらを実施するには〈認知症や精神疾患の継続的な学習〉によって、病気を正確に知ることや具体的なアドバイスを得る等[認知症高齢者と周囲の現象を関連づけてアセスメントすること]を必要としていた。

2) [地域住民や関連機関と連携関係を構築すること]

認知症高齢者の身体・介護面のほか「高齢者の問題のほかに経済的なこと、障がいをもつ子の支援について障

表2 包括職員が捉える教育ニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
高齢者と周囲の現象を的確に把握し関連づけてアセスメントすること	高齢者と周囲になにが起こっているのかの情報を引き出す情報収集	高齢者本人の情報だけではアセスメントが難しいためその人を知る周りの人を探すこと
	複合的な要因を的確にアセスメントすること	どのような要因があって困難な状況になっているのか、難しさの要因をアセスメントすること
	認知症や精神疾患の継続的な学習	病気の種類によって認知機能の低下状態や進行が異なるため事例の病気を正確に知ること
地域住民や関連機関と連携関係を構築すること	高齢者以外の関連機関と連携するために伝えることと話し合えること	高齢者の問題のほかに経済的なこと、障がいをもつ子の支援について障害や生活保護の機関に協力してもらうこと
	包括の活動に地域住民を巻き込み協力してもらうこと	地域住民を振り向かせ巻き込む方法や知恵
地域住民や関連機関とともに考え協働を推進すること	複合的な問題に関して関連機関と話し役割分担できること	関連機関と目標やゴールを話し合い役割分担できること
	地域住民と話し合える地域ケア会議の進め方	地域ケア会議等会議や研修の企画、参加者の意見を引き出すファシリテーションの技術
地域をアセスメントし地域支援を展開すること	地域や地域の社会資源を分析して計画すること	地区の統計データの背景になにがあるのかを考えることと実際みたことをデータ化すること
	地域住民を対象に教室やイベントを展開すること	地区課題解決のために自治会に働きかけ教室を実施したり、その実際の運営スキル

害や生活保護の機関に協力してもらうこと」というように、関連機関に相談しても伝わりにくく〈高齢者以外の関連機関と連携するための伝えることと話し合えること〉や「地域住民を振り向かせ巻き込む方法や知恵」といった〈包括の活動に地域住民を巻き込み協力してもらうこと〉のように「地域住民や関連機関と連携関係を構築すること」を必要としていた。

3) [地域住民や関連機関とともに考え協働を推進すること]

介護保険制度だけでは隙間や限界があり「関連機関と目標やゴールを話し合い役割分担できること」というように〈複合的な問題に関して関連機関と話し役割分担できること〉を求めている。また「地域ケア会議等会議や研修の企画、参加者の意見を引き出すファシリテーションの技術」というように〈地域住民と話し合える地域ケア会議の進め方〉といった「地域住民や関連機関とともに考え協働を推進すること」を必要としていた。

4) [地域をアセスメントし地域支援を展開すること]

「地区の統計データの背景になにがあるのかを考える力と実際みたことをデータ化すること」というように〈地域や地域の社会資源を分析して計画すること〉から地域のなかで個人を捉える視点をもつ。そして地域の課題解決に向けて取り組むために「地区課題解決のために自治会に働きかけ教室を実施したり、その実際の運営スキル」のように〈地域住民を対象に教室やイベントを展

開すること〉によって教室の開催や自治会に働きかける等「地域をアセスメントし地域支援を展開すること」を必要としていた。

VI. 考 察

1. 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターのコーディネーションを困難にする要因

コーディネーションを困難にする要因には【高齢者自身の長年の経過に認知症症状が加わった複雑さ】【支援を必要とする認知症高齢者の生活実態把握の困難】が示すように「複雑さ」や「生活実態の把握困難」があった。これらは認知症高齢者側の要因であると考えられた。また、日々の生活のあり様は同居している家族や親族以外では把握しにくく、特に他者との交流機会の少ない高齢者の場合は衣食住等日常生活のあり様すら把握できない⁴⁾が【家族の協力を得る難しさ】が示すように、家族側の要因が生活実態の把握を困難にさせていることが推測された。次に【地域住民による地域支援の担い手不足】【包括と本人・家族を含む住民間にある乖離】には「担い手不足」や「乖離」があった。これらは地域住民側の要因であると考えられた。認知症サポーター養成講座で相当数の講座修了者が輩出されているにもかかわらず、住民によるサポーター活動に結びつけない⁵⁾現状がある。また、認知症の世論のイメージは『介護施設に入ってサ

ポートを利用することが必要になる』が最も多く、『サポートを利用しながらいままでも暮らしてきた地域で生活していける』を上回り¹⁵⁾、支援をしてもよいが自分は受けたくない、支援には日常生活の会話ができる程度の付き合いが必要である等¹⁶⁾である。この世論の傾向は【認知症高齢者自身、家族、地域住民おのおのの認知症の受け入れ難さ】のように地域住民による互助活動に影響を与えると考える。次に【認知症高齢者および関係機関と包括の意見の異なりに折り合いをつける難しさ】には‘折り合いがつかない’や‘合意形成に時間がかかる’があった。これらは所属機関や専門性、立場の違いから生じる要因と考えられた。包括は行政職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等、異なる事業目的や施設理念、役割をもつ関係機関との関わりから事例の支援を行う。しかし共通の学問や教育基盤がない^{17, 18)}ことから、支援の方向性の合意形成を図ることは容易でないことが推測される。さらに包括職員の6割近くが地域ケア会議運営のファシリテーションを困難¹⁹⁾と感じ、会議の位置づけや目標設定に対する迷いや会議運営のスキル不足に伴う負担感²⁰⁾があった。次に、施策や制度利用の利用には認知症高齢者あるいは家族の同意が必要となるため【施策や制度利用の壁】が示すように、制度の理解不足があると利用に至らない。また制度の仕組みや施策は個々人のニーズにすべて合わせるには限界があった。これらは施策策定側の要因と考えられた。

2. 認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーションの困難を打開するために必要な教育内容

1) 認知症高齢者・家族側の要因

‘複雑さ’や‘生活実態の把握困難’があったように、認知症症状は多様性があるため、ひとりで認知症高齢者の全容を把握するには限界がある。そのため複数の関係者で認知症高齢者像を共通認識することが求められる。しかし、包括職員に共通した教育基盤がなく^{17, 18)}、各職員の知識量のばらつきが大きいことが予測される。加えて認知症高齢者支援のイメージは座学だけでは難しい²¹⁾とされることから多角的な視点から認知症高齢者を理解する機会が必要であると考えられる。多角的な視点から認知症高齢者を理解するには、教育ニーズの[認知症高齢者と周囲の現象を関連づけてアセスメントすること]が相応すると考えられた。認知症高齢者の理解を家族や地域の特性等と関連づけて多職種・多組織で共有し、支援の方向性を見いだすことが求められる。

2) 地域住民側の要因

‘担い手不足’や‘乖離’があったように、地域住民による互助活動に働きかけるには、教育ニーズの[地域住民や関係機関と連携関係を構築すること][認知症高齢者と周囲の現象を関連づけてアセスメントすること][地域をアセスメントし地域支援を展開すること]が相応すると考えられた。[地域住民や関係機関と連携関係を構築すること]とは〈高齢者以外の関係機関と連携するために伝えることと話し合えること〉〈包括の活動に地域住民を巻き込み協力してもらうこと〉であり、地域住民や関係機関と連携を図るようにすることであった。連携を図るには[認知症高齢者と周囲の現象を関連づけてアセスメントすること]によって、地域住民に協力を求める理由を的確に伝えることが必要である。また[地域をアセスメントし地域支援を展開すること]で、地域や社会資源の分析やイベントへの参加・実施によって、普段から地域住民とつながりをもつことにつながると考える。これらの教育ニーズを充足する教育内容には、地区診断の実施が挙げられる。地区診断は、担当している地区を対象に独自の活動計画をつくる出発点として実施するもの²²⁾であり、課題の解決に向かって計画的に進めることで連携の必要性やタイミングを捉えやすくなると考える。

3) 所属機関や専門性、立場の違いから生じる要因

‘意見の異なり’や‘合意形成に時間がかかる’があったように、多職種・多組織の意見を引き出しまとめるには、教育ニーズの[地域住民や関係機関とともに考え協働を推進すること]が相応すると考えられた。具体的には〈複合的な問題に関して関係機関と話し役割分担できること〉〈地域住民と話し合える地域ケア会議の進め方〉であり、関係機関や地域住民と話し合って連携・協働に進むことを目指していた。しかし包括は先にも述べた、地域ケア会議でのファシリテーションや目標設定等の運営スキル不足を感じていた。教育ニーズを充足させるには、ファシリテーションスキルの獲得や地区診断の実施が挙げられ、それによって地区の情報や課題が共有され、地域ケア会議の位置づけの認識や目標設定につながると考える。

4) 施策策定側の要因

制度には‘同意’を必要としたり、施策にはすべての個々人のニーズに合わせられない等の限界がある。それらを踏まえて支援するためには、教育ニーズの[認知症高齢者と周囲の現象を関連づけてアセスメントするこ

と]が相応すると考えられ、多職種・多組織で話し合っ
て支援の方向性を見いだす教育内容が求められる。

以上、コーディネーションを困難にする要因には、認知
症高齢者・家族側の要因、地域住民側の要因、所属機関・
専門性・立場の違いから生じる要因、施策策定側の要因
があった。これらの困難を打開するための教育ニーズは
要因間で重複しており、認知症高齢者の理解を周囲の現
象や地域特性、施策と関連づけて多職種・多組織で共有
し、支援の方向性を見だし、連携・協働できるように進
めることであった。その教育ニーズを充足するために地
区診断やファシリテーションスキルの獲得が示唆された。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の協力者は各専門職2～3人の計11人、都市部
の包括から導き出された結果であった。認知症高齢者の
コーディネーションの困難さは地域環境や自治体によっ
ても異なることから、本研究は地域性の限界がある。今
後は教育プログラムの計画立案を検討することが課題で
ある。

【謝辞】

本研究に協力いただきました地域包括支援センターの職員
のみなさまに深くお礼申し上げます。本研究は文部科学省の研究
費(22K17535)の助成を受けたものです。

本調査において開示すべきCOIはない。

【文献】

- 1) 沖田裕子：認知症者の生活は支えられているか：とくに独
居の認知症者をめぐって。老年精神医学雑誌, 21(1) :
44-51, 2010.
- 2) 栗田圭一：認知症早期体制。老年精神医学雑誌, 24(9) :
883-889, 2013.
- 3) 国立長寿医療センター：認知症初期集中支援チームにおけ
る効果的な活動に関する調査研究事業報告書。 [https://
www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R2-3H.pdf](https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R2-3H.pdf)
(2023年12月6日)。
- 4) 宮野公恵・成松玉委・藤井博英：認知症サポーター事業に
関わる現状と課題。東京情報大学研究論集, 21(2) : 67-
75, 2018.
- 5) 大野裕美：認知症サポーター養成講座修了者の活動実態調
査。豊橋創造大学紀要, 24 : 11-24, 2020.
- 6) 平澤園子・王 吉彤・三上章允：認知症支援における課題
と地域包括支援センターの取り組み。中部学院大学・中部
学院大学短期大学部研究紀要, 21 : 71-80, 2020.
- 7) 依田純子・佐藤悦子・泉宗美恵他：A県内の地域包括支援
センターに所属する専門職の認知症支援における困難とそ
の対処。山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャー
ナル, 6(1) : 9-19, 2020.
- 8) 栗田圭一：認知症初期集中支援チームと地域包括支援セン
ター：コーディネーションとネットワークングという観点
から。日本老年医学雑誌, 57(1) : 22-27, 2020.
- 9) 岡野明美：保健師を対象とした認知症高齢者の生活支援に
向けた地域包括支援センターのコーディネーション尺度の
3職種への適用可能性の検討。日本公衆衛生看護学会誌,
12(2) : 109-118, 2023.
- 10) 水上 然・黒田研二・佐瀬美恵子他：地域包括支援セン
ター職員の認知症支援業務の実施状況と認知症に関連する
知識との関係。日本認知症ケア学会誌, 14(3) : 667-
678, 2015.
- 11) 岡野明美：認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援
センター保健師のコーディネーションの現状と課題。日本
地域看護学会誌, 25(1) : 40-47, 2022.
- 12) 田中裕子・工藤禎子：地域包括支援センターの保健師の人
材育成に関する研究・報告の動向。北海道医療大学看護福
祉学部紀要, 28 : 21-30, 2021.
- 13) 三菱UFJ&コンサルティング：地域包括支援センターが
行う包括的支援事業における効果的な運営に関する調査研
究事業報告書。 [https://www.murc.jp/uploads/2018/04/
koukai_180418_c5.pdf](https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c5.pdf) (2023年7月3日)。
- 14) 岡野明美・上野昌江・大川聡子：保健師のコーディネ
ーションの概念分析。大阪府立大学看護学雑誌, 24(1) :
21-30, 2018.
- 15) 内閣府：「認知症に関する世論調査」の概要。 [https://
survey.gov-online.go.jp/hutai/r01/r01-ninchisho.pdf](https://survey.gov-online.go.jp/hutai/r01/r01-ninchisho.pdf)
(2023年4月11日)。
- 16) 本橋隆子・小平隆雄・中辻侑子他：地域包括ケアシステム
における日常生活の互助に対する意識とその関連因子：宮
前区民の暮らしを豊かにするためのアンケートより。日本
公衆衛生雑誌, 67(3) : 191-210, 2020.
- 17) 高木寛之・大津雅之・田中 謙：専門職養成課程における
地域アセスメントの視点の相違。山梨県立大学人間福祉学
部紀要, 12 : 125-137, 2017.
- 18) 田中八州夫：地域包括支援センター職員の専門性と実用的
スキルに関する考察。Doshisha University policy &
management review, 13(2) : 139-153, 2012.
- 19) 国立長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル。
[https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.
pdf](https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf) (2023年12月2日)。
- 20) 原田小夜・種本 香：地域包括支援センター職員の地域ケ
ア会議運営の課題と運営の工夫。日本公衆衛生雑誌, 65
(10) : 575-588, 2018.
- 21) 松井安樹：看護学生が認知症高齢者に抱く困難に関する文
献検討。人間看護学研究, 18 : 41-48, 2020.
- 22) 宮内清子：地域診断・活動計画。保健師の基軸をつくる
公衆衛生看護キーワード・ナビ, 83-84, インターメディ
カル, 東京, 2013.

■ Research Report ■

Factors Hindering Coordination in Supporting Older Adults with Dementia
and Educational Needs at General-support Community Centers

Akemi Okano

School of Nursing, Osaka Metropolitan University

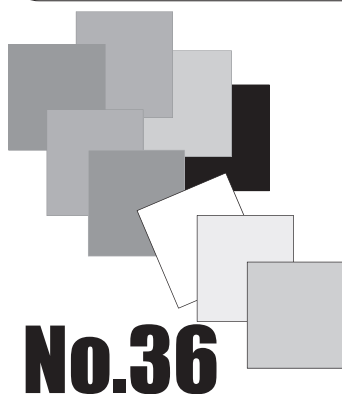
Purpose: This study aimed to identify factors hindering the coordinated support of older adults with dementia and educational needs.

Methods: A semi-structured interview targeted public health nurses, nurses, social workers, and chief long-term-care support specialists at general-support community centers, with over three years of experience. Data were analyzed qualitatively and descriptively.

Results: There were 11 research participants. 8 categories of Factors that make coordination difficult are: [complexity of including dementia symptoms in the long-term course of older adults] [difficulty in getting family support] [challenges in gaining acceptance of the dementia diagnosis from individuals with dementia, their families, and residents] [barriers in using existing systems and measures] [difficulties in coming to terms due to conflicting opinions between individuals with dementia, community centers, and related organizations], and [discrepancies between community general support centers and residents, including individuals and their families]. The educational needs are: [assessing the relationship between older adults with dementia and surrounding phenomena] [negotiating skills to cooperate with residents and related organizations] [facilitation skills to collaborate with residents and related organizations], and [assessing the region and develop regional support].

Discussion: Difficulties included older adults with dementia, their families, residents, different affiliated institutions, expertise, and positions, and local government. Education is required on the connection between understanding older adults with dementia and the characteristics of families and local communities. Identification of how to direct support, cooperation and collaboration should be shared across multiple professions and organizations. Acquiring district diagnosis and facilitation skills will be required.

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



地域在住の高齢者の低栄養のリスク

梶井 文子

東京慈恵会医科大学

日本地域看護学会誌, 27 (1) : 42-48, 2024

I. はじめに

2022年の日本人の平均寿命は、男性81.05歳、女性87.09歳¹⁾と、男女ともに80歳を超えている超高齢社会の日本において、単に寿命を延伸することが重要ではなく、介護予防の点からも健康寿命を延伸することが大切であるといわれている。その健康寿命を脅かす要因のひとつに低栄養があり、その原因は多要因からなる(表1)²⁾。65歳以上の低栄養傾向の者(BMI \leq 20)は、男性12.4%、女性20.7%であり、85歳以上になると男性17.2%、女性27.9%に上昇し³⁾、年齢とともに低栄養のリスクが高くなると報告されている。

地域では、要介護高齢者だけでなく、身体的に自立しているが、加齢に伴うフレイルやサルコペニアのリスクのある者などさまざまな健康状態の高齢者が生活している。介護予防の重要な支援のひとつとして、低栄養の予防が重要であることから、本稿では、高齢者の低栄養に関連する概念を整理し、早期発見と予防に役立つ指標や活用できるツールを紹介する。

II. 概念の定義

低栄養に関連のある概念の定義を述べる。

(1) 栄養(nutrition)とは、人が生命を維持し生活するために必要なものを外界から取り入れて利用し、不要になったものを排泄する、この一連の営み⁴⁾をいう。

(2) 低栄養とは、タンパク質・エネルギー低栄養状態(protein-energy malnutrition; PEM)⁵⁾をいう。

表1 高齢者の低栄養の要因

社会的要因	疾病要因
貧困	臓器不全
独居(孤食)	炎症・悪性腫瘍
介護不足	薬物副作用
孤独感	咀嚼を含む歯科の問題
	摂食・嚥下障害
精神的心理的要因	ADL障害
認知機能障害	疼痛
うつ	消化管の問題(下痢・便秘)
誤嚥・窒息の恐怖	
加齢の関与	その他
嗅覚、味覚障害(減塩)	食形態の問題
食欲低下	栄養に関する誤認識
	医療者のまちがった指導
	不適切な食事提供量
	入院・入所

出典) 葛谷雅文: 高齢者の栄養状態に関連する要因。高齢者の栄養管理パーフェクトガイド。臨床栄養臨時増刊号, 135 (4) : 398, 2019.

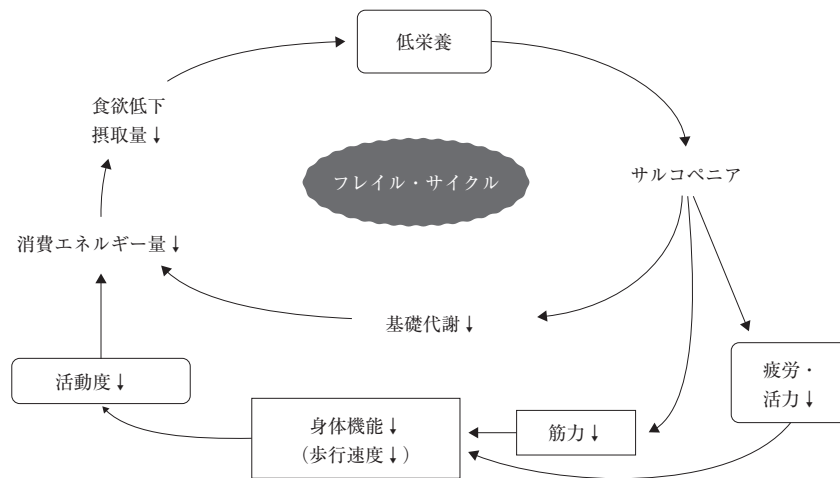
PEMは人間が生存するために必要なタンパク質と活動するためのエネルギーが不足した状態であり、栄養失調、栄養不良とも呼ばれる。PEMには、タンパク質とエネルギーのそれぞれの栄養状態の組み合わせによって、体重は減少しないがタンパク質が欠乏し、血清アルブミン値が低下したクワシオコル型、筋肉や体脂肪の減少がみられ、体重が減少したマラスムス型、これらの両方の症状があるマラスムス・クワシオコル混合型の3つの状態(表2)⁶⁾がみられる。

(3) フレイルとは、加齢に伴う生理的予備能力の低下により、ストレスに対する脆弱性が亢進し、不健康を引き起こしやすい状態のことである⁷⁾。これは、健常状

表2 タンパク質・エネルギー低栄養状態の分類

成人マラスムス型	筋肉・体脂肪の消耗 エネルギーとタンパク質の摂取不足が原因 血清アルブミン値は正常 プレアルブミンによる評価が可能
マラスムス・クワシオコル型	筋肉・体脂肪の消耗 低アルブミン血症 ストレス, またはタンパク質の摂取不足
成人クワシオコル型	低アルブミン血症傾向 体重は標準あるいは肥満傾向 異化(分解)が同化(合成)を上回っている

出典) 西村秋生: 栄養アセスメント; 臨床審査. 細谷憲政・松田 朗(監), 小山秀夫・杉山みち子(編), これからの高齢者の栄養管理サービス; 栄養ケアとマネジメント, 47, 第一出版, 1998.



出典) 伊藤貞嘉・佐々木敏(監): 高齢者. 日本人の食事摂取基準(2020年度版), 415. 第一出版, 東京, 2020.

図1 フレイル・サイクル

態と要介護状態の中間的な段階として位置づけられる。フレイルの判定となる要件は、①体重減少、②筋力低下、③疲労感、④歩行速度の低下、⑤身体活動の低下の5つのうち、3つ以上に該当する場合を指す。健常状態とフレイルの中間として、1から2つ該当する場合をプレフレイルという。

(4) サルコペニアとは、加齢に伴い生じる筋肉量と筋力の低下⁸⁾とされる。①筋肉量の低下、②筋力の低下、③身体能力の低下の3つのうち、①に加え②または③をもっていることをいう。

以上の概念は、食欲不振により食事摂取量が減少し低栄養に陥るとサルコペニアが生じ、身体機能が低下し身体活動量が減ることによってエネルギー消費量も減少し、食欲がさらに低下し低栄養が重度化していくというフレイル・サイクル(図1)⁹⁾を示す。

III. 指標の紹介

低栄養のリスクは複数の項目で総合的に評価していく。下記はそのうちの主要な指標を説明する。

1) 体格指数 (body mass index ; BMI)

BMIは、体重(kg)÷[身長(m)]²で算出する。身体が機能的に最もよい状態で活動しやすく、有病率の最も低い個人の理想的な体重である理想体重(ideal body weight ; IBW)は、BMIを使って求める。日本肥満学会では、最も有病率が低い理想的なBMIを22としている。65歳以上では、フレイルと生活習慣病の両者の発症予防に配慮して、目標とするBMIの範囲を示した(表3)¹⁰⁾。65~74歳は21.5~24.9、75歳以上は21.5~24.9である。

一般的に低体重(やせ)はBMIが18.5未満である。BMIの減少は、体重の減少によるものであり、徐脂肪

表3 目標とするBMIの範囲(18歳以上)

年齢(歳)	目標とするBMI(kg/m ²)
18～49	18.5～24.9
50～64	20.0～24.9
65～74	21.5～24.9
75以上	21.5～24.9

出典)伊藤貞嘉・佐々木敏(監):目標とするBMIの範囲,日本人の食事摂取基準(2020年度版),61,第一出版,東京,2020.

組織の一部の体タンパク質(骨格筋)の減少は,サルコペニアに該当する.全骨格筋量と高い相関のある指標である「ふくらはぎの周囲長」¹¹⁾は,BMIが測定できない場合の代替えとする.

2) 体重減少率

体重減少率(%)は,〔平常時体重(kg)－現在の体重(kg)〕÷平常時体重(kg)×100から算出する.体重減少率が1か月で5%,3か月で7.5%,6か月で10%以上は重篤な体重減少であり,PEMの目安とする.

3) 食事摂取量の減少

食事摂取量の減少は,PEMの要因のひとつである.食事摂取量の減少には,加齢に伴う唾液分泌の減少や消化管運動の低下などの身体的要因,脳血管障害の後遺症による嚥下障害やうつ等の病的要因,ひとり暮らしや介護状況等の社会的要因,薬物の副作用や食事制限等の医原的要因の多様な要因が複合的に関係している¹²⁾.

過去3か月間で食欲不振,消化系の問題,咀嚼・嚥下困難などで食事摂取量が70%以下になる状況を指す¹²⁾.

4) 運動能力

高齢者のADL,特に移動能力と栄養状態とは関連があり,要介護度5と判定された高齢者には栄養状態が良好と判定された者はなく,また要介護度1であっても半数が低栄養のリスク者であった¹³⁾ことから,運動能力は,低栄養のリスクを図る項目である.

5) 精神的ストレスと急性疾患

高齢者における精神的ストレスとは,不安,不眠,うつ,不穏,せん妄などで多様である.これらの精神的ストレス症状のなかでもうつは,低栄養と関連がある¹⁴⁾とされ,リスク因子である.

急性疾患では,多くの疾患の発症時やその後の変化としての異化反応に炎症を伴う¹⁵⁾.急性疾患に伴う低栄養の身体組成の変化として,細胞内液と骨格筋の減少がみられ,脱水症やサルコペニアも合併することが多いとされる.これまで血清アルブミン(ALB),プレアルブミン,トランスフェリン(Tf),レチノール結合タンパク

(RBP)は,タンパク質マーカーとして,栄養状態の指標で使用されてきたが,重症患者の急性反応としての血管透過性の増加や肝臓におけるタンパク質合成の変化を反映しているとされ,栄養状態を正確に示しているとはいえないことから,炎症マーカーである¹⁶⁾といわれている.

6) 認知症

アルツハイマー型認知症の高齢者の約26%が低栄養または低栄養リスクであり,栄養状態が良好だった高齢者に比べ,認知症がさらに進行したとの報告¹⁷⁾がある.認知症高齢者の中等度から重度者に,拒食,異食,偏食などの摂食障害¹⁸⁾が認められる.同時に認知の障害も認められ,口を開くという行動ができない(失行),食事に集中できない(不穏・徘徊)などの特有の症状がある.認知症の進行とともに嚥下機能の低下が認められる.

IV. 指標の活用状況

複数の指標をもとに開発された世界的に認識されている3つの低栄養のスクリーニングツールを紹介する.

1) 主観的包括的アセスメント(SGA: Subjective Global Assessment)¹⁹⁾(資料1)²⁰⁾

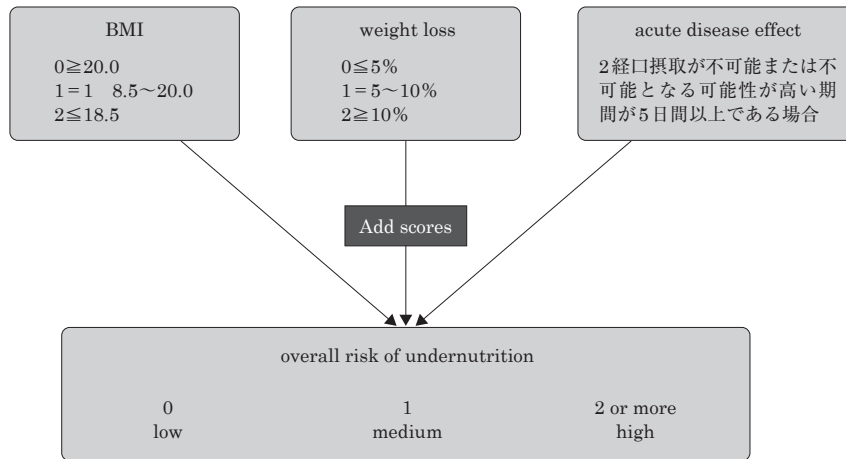
客観的栄養アセスメントと高い相関性を示すことから,最も簡便で広く用いられている.病態と簡単な身体状況のみから栄養状態を評価者が主観的かつ包括的に評価する方法であり,スコアでなく施行した者の主観的に栄養評価する.

2) MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)²¹⁾(図2)²⁰⁾

英国静脈経腸栄養学会が考案した簡便で客観的な栄養スクリーニングツールである.現在のBMI,過去3～6か月の体重減少,最近5日間以上経口摂取できていないかどうかの3項目であり,スコア化でき再現性の結果が得られる客観的指標である.

3) MNA[®] (Mini Nutritional Assessment)²²⁾(資料2)

20か国以上の言語に翻訳され,世界中の栄養に関連する多くの職種に,高齢者の栄養状態を測定する簡便なツールとして知られている.スクリーニングは6項目(MNA[®]-SF)からなり,これにより低栄養と判定した場合には,追加の項目によって18項目のアセスメント(full MNA[®])ができる.スクリーニングの6項目は18項目と強い相関があるため,MNA[®]-SFを活用することが多い.認知症が含まれているので,高齢者に対しては



出典) 櫻井洋一：高齢者の栄養スクリーニングツール：SGA, MUST, MNA[®]の特徴。雨海照祥（監），高齢者の栄養スクリーニングツールMNAガイドブック，19-24，医歯薬出版。東京，2011。

図2 MUSTによる栄養障害の診断

臨床的アウトカムを反映する最も適した栄養スクリーニング評価法である。

V. 地域において活用できる看護の実践例

高齢者の栄養管理における看護職の基本的な役割として、栄養スクリーニングがある。

栄養不良のリスクのある高齢者を早期に発見することで重症化を防ぎ、合併症を予防するだけでなく、QOLの向上に貢献できる。ここでは、高齢者の栄養スクリーニング評価表であるMNA[®]-SFを使用して事例をみてみよう。

【事例】Aさん，80歳女性は，ひとり暮らし。2か月前に夫と死別し，夫の生前に比べ食欲が少しずつ低下していた。別居している娘が，食事摂取量が低下しているAさんを心配し，担当地域の地域包括支援センターに相談した。介護申請をした結果，要支援1の判定となった。自宅からあまり外出しなくなっていたため，介護予防通所介護に週2回送迎バスで通うようになった。現在のBMI19，体重は過去3か月間で2kg減少していた。現病歴に高血圧と腰椎圧迫症があり，コルセット装着で疼痛は比較的少ない。しかし，重量のある重い食品の買い物ができないので，娘が週末に買い物を手伝ってくれている。通所介護以外には，あまり外出を好まない。

<判定>MNA[®]-SFのA-1, B-2, C-1, D-0, E-2, F-1⇒合計7点となり，低栄養とスクリーニングされた。

<対応>地域包括支援センターでは，MNA[®]-SFの結果を受けて，介護保険の「居宅療養管理指導」によって

かかりつけのクリニックに常勤の在宅訪問管理栄養士が自宅訪問し，聞き取りによる栄養アセスメントを行った。その結果，1日の食事回数が2回になる傾向であること，タンパク質の摂取量が少ない傾向があること，ふくらはぎの周囲長が30cmであることがわかった。コルセットを装着していないと腰痛が軽度あり，健康状態や栄養状態についての自己評価に無関心な状況である様子がみられた。低栄養状態指標スコアは17ポイントになり，低栄養の恐れあり(at risk)と判定された。在宅訪問管理栄養士は，Aさんと娘に，高エネルギー・高タンパク質の栄養補助食品の使用，食事内容の改善の食事指導と，自宅周囲の散歩などの生活内での軽い運動も勧めた。また週に1回の体重測定を依頼した。1か月後に体重増加が1kgあり，食欲が出てきたこと，3回の食事をとるようになったことなど，食行動の変化がみられるようになり，低栄養のリスクの改善傾向がみられた。

【文献】

- 1) 厚生労働省：簡易生命表(令和4年)。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life22/index.html>。(2023年10月21日)。
- 2) 葛谷雅文：高齢者の栄養状態に関連する要因。高齢者の栄養管理パーフェクトガイド。臨床栄養臨時増刊号，135(4)：398，2019。
- 3) 厚生労働省：令和元年度 国民健康・栄養調査結果の概要。 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000687163.pdf>。(2023年10月21日)。
- 4) 佐々木公子：2. 栄養とは。關戸啓子(編)，ナーシング・グラフィカ：疾病の成り立ちと回復の促進④臨床栄養学，12，メディカ出版，大阪，2020。

- 5) 細谷憲政 (監) : 高齢者の栄養管理. 日本医療企画, 8-10, 東京, 2005.
- 6) 西村秋生 : 栄養アセスメント ; 臨床診査. 細谷憲政, 松田朗 (監), 小山秀夫・杉山みち子 (編), これからの高齢者の栄養管理サービス ; 栄養ケアとマネジメント, 47, 第一出版, 東京, 1998.
- 7) 牧迫飛雄馬 : フレイルの判定と予防の重要性. 島田裕之 (編), フレイルの予防とリハビリテーション, 1-2, 医歯薬出版, 東京, 2015.
- 8) 堀田 亮 : フレイルとサルコペニア. 島田裕之 (編), フレイルの予防とリハビリテーション, 169-171, 医歯薬出版, 東京, 2015.
- 9) 伊藤貞嘉・佐々木敏 (監) : 高齢者. 日本人の食事摂取基準 (2020年度版), 415, 第一出版, 東京, 2020.
- 10) 伊藤貞嘉・佐々木敏 (監) : 目標とするBMIの範囲. 日本人の食事摂取基準 (2020年度版), 61, 第一出版, 東京, 2020.
- 11) Heymsfield SB, Martin NA, Fong TM, et al. : Body circumferences ; clinical implications emerging from new geometric model. *Nutr Metab (Lond)*, 5 : 24, 2008.
- 12) 宮澤 靖 : MNA[®]-SF 6項目の内容と意義 ; A食事量の減少. 両海照祥 (監), 高齢者の栄養スクリーニングツール MNAガイドブック, 61-65, 医歯薬出版, 東京, 2011.
- 13) Iwasa S, Kuzuya M, Okada K, et al. : The nutritional status of frail with care needs according to the mini-nutritional assessment. *Clin Nutr*, 25 (6) : 962-967, 2006.
- 14) Thomas DR, Zdrowski CD, Wilson MM, et al. : Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr*, 75 : 308-313, 2002.
- 15) Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, et al. : Adult starvation and disease-related malnutrition; A proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *Clin Nutr*, 29 (2) : 151-153, 2010.
- 16) The Use of Visceral Proteins as Nutrition Markers : An ASPEN Position Paper. *Nutr Clin Pract*, 36 (1) : 22-28, 2021.
- 17) Vellas B, Lauque S, Gillette-Guyonnet S, et al. : Impact of nutritional status on the evolution of Alzheimer's disease and on response to acetylcholinesterase inhibitor treatment. *J Nutr Health Aging*, 9 (2) : 75-80, 2005.
- 18) Kindell J : 認知症と食べる障害 ; 食の評価・食の実践. 金子芳洋 (訳), 医歯薬出版, 東京, 2005.
- 19) Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP : What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enteral Nutr*, 11 : 8-13, 1987.
- 20) 櫻井洋一 : 高齢者の栄養スクリーニングツール ; SGA, MUST, MNA[®]の特徴. 両海照祥 (監), 高齢者の栄養スクリーニングツール MNAガイドブック, 19-24, 医歯薬出版, 東京, 2011.
- 21) Elia M : Screening for malnutrition : A multidisciplinary responsibility. Development and use of the "Malnutrition Universal Screening Tool" MUST for adults. *BAPEN*, 2003.
- 22) Nestlé Nutrition Institute : 簡易栄養状態評価表 ; Mini Nutritional Assessment MNA[®]. <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-japanese.pdf>. (2023年10月21日).

資料1 SGAの評価項目と栄養状態評価

A) 患者の病歴から得られる状態

1. 体重の変化

過去6カ月間の体重減少 _____ kg 減少率 _____ %

過去2カ月間の変化 増加 変化なし 減少 kg

2. 食物摂取の状態

変化なし 変化あり

変化の期間 _____ 週

摂取可能なもの 固形食 完全液体食 水分 食べられない

3. 消化器症状

なし 悪心 嘔吐 下痢 食欲不振 その他

4. 機能状態

あり なし

持続期間 _____ 週

タイプ 日常生活可能 歩行可能 寝たきり

5. 疾患および栄養必要量との関連（疾患による代謝ストレス）

初期診断

代謝需要（ストレス） なし 軽度 中等度 高度

B) 身体所見

皮下脂肪の減少（三頭筋、胸部）

骨格筋の減少（四頭筋、三角筋）

下腿浮腫

仙骨部浮腫

腹水

主観的包括的評価

栄養状態良好 中等度の栄養不良 高度の栄養不良

出典) 櫻井洋一：高齢者の栄養スクリーニングツール；SGA, MUST, MNA®の特徴. 雨海照祥（監），高齢者の栄養スクリーニングツールMNAガイドブック，19-24，医歯薬出版，東京，2011.

資料2 簡易栄養状態評価表；Mini Nutritional Assessment MNA®

簡易栄養状態評価表 Mini Nutritional Assessment MNA®		Nestlé Nutrition Institute	
氏名：		性別：	
年齢：	体重：	kg	身長： cm 調査日：
スクリーニング欄の口に適切な数値を記入し、それらを加算する。11 ポイント以下の場合、次のアセスメントに進み、総合評価値を算出する。			
スクリーニング		J 1日に何回食事を摂っていますか？	
A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか？		0 = 1回 <input type="checkbox"/>	
0 = 著しい食事量の減少		1 = 2回 <input type="checkbox"/>	
1 = 中等度の食事量の減少		2 = 3回 <input type="checkbox"/>	
2 = 食事量の減少なし <input type="checkbox"/>		K どんたたんぱく質を、どのくらい摂っていますか？	
B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？		・乳製品（牛乳、チーズ、ヨーグルト）を毎日1品	
0 = 3kg 以上の減少		以上摂取 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1 = わからない		・豆類または卵を毎週2品以上摂取 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
2 = 1~3kg の減少		・肉類または魚を毎日摂取 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
3 = 体重減少なし <input type="checkbox"/>		0.0 = はい、0~1 つ	
C 自力で歩けますか？		0.5 = はい、2 つ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用		1.0 = はい、3 つ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない		L 果物または野菜を毎日2品以上摂っていますか？	
2 = 自由に歩いて外出できる <input type="checkbox"/>		0 = いいえ <input type="checkbox"/> 1 = はい <input type="checkbox"/>	
D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？		M 水分（水、ジュース、コーヒー、茶、牛乳など）を1日どのくらい摂っていますか？	
0 = はい 2 = いいえ <input type="checkbox"/>		0.0 = コップ3杯未満	
E 神経・精神的問題の有無		0.5 = 3杯以上 5杯未満 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
0 = 強度認知症またはうつ状態		1.0 = 5杯以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1 = 中程度の認知症		N 食事の状況	
2 = 精神的問題なし <input type="checkbox"/>		0 = 介護なしでは食事不可能	
F BMI 体重 (kg) ÷ [身長 (m)]²		1 = 多少困難ではあるが自力で食事可能 <input type="checkbox"/>	
0 = BMI が 19 未満		2 = 問題なく自力で食事可能 <input type="checkbox"/>	
1 = BMI が 19 以上、21 未満		O 栄養状態の自己評価	
2 = BMI が 21 以上、23 未満		0 = 自分は低栄養だと思う <input type="checkbox"/>	
3 = BMI が 23 以上 <input type="checkbox"/>		1 = わからない <input type="checkbox"/>	
スクリーニング値：小計（最大：14 ポイント） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		2 = 問題ないと思う <input type="checkbox"/>	
12-14 ポイント： 栄養状態良好		P 同年齢の人と比べて、自分の健康状態をどう思いますか？	
8-11 ポイント： 低栄養のおそれあり (At risk)		0.0 = 良くない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
0-7 ポイント： 低栄養		0.5 = わからない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
「より詳細なアセスメントをご希望の方は、引き続き質問 G~R におすす みください。」		1.0 = 同じ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
アセスメント		2.0 = 良い <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G 生活は自立していますか（施設入所や入院をしていない）		Q 上腕（利き腕ではない方）の中央の周囲長(cm)：MAC	
1 = はい 0 = いいえ <input type="checkbox"/>		0.0 = 21cm 未満 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
H 1日に4種類以上の処方薬を飲んでいる		0.5 = 21cm 以上、22cm 未満 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
0 = はい 1 = いいえ <input type="checkbox"/>		1.0 = 22cm 以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
I 身体のどこかに押して痛いところ、または皮膚潰瘍がある		R ふくらはぎの周囲長 (cm)：CC	
0 = はい 1 = いいえ <input type="checkbox"/>		0 = 31cm 未満 <input type="checkbox"/>	
1 = はい 1 = いいえ <input type="checkbox"/>		1 = 31cm 以上 <input type="checkbox"/>	
Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. <i>Overview of MNA® - Its History and Challenges</i> . J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.		評価値：小計（最大：16 ポイント） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. <i>Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)</i> . J Gerontol 2001; 56A: M366-377.		スクリーニング値：小計（最大：14 ポイント） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Guigoz Y. <i>The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?</i> J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.		総合評価値（最大：30 ポイント） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.		低栄養状態指標スコア	
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.		24~30 ポイント <input type="checkbox"/> 栄養状態良好	
さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、		17~23.5 ポイント <input type="checkbox"/> 低栄養のおそれあり (At risk)	
www.mna-elderly.com にアクセスしてください。		17 ポイント未満 <input type="checkbox"/> 低栄養	

出典) Nestlé Nutrition Institute：簡易栄養状態評価表；Mini Nutritional Assessment MNA®. <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-japanese.pdf>. (2023年10月21日).

日本地域看護学会委員会報告

2022年度日本地域看護学会研究セミナー

質的記述的研究とは何ぞや

——質的研究に関する10のキークエスチョンを基軸に学ぶ——

2021～2022年度研究活動推進委員会

日本地域看護学会誌, 27(1): 49-53, 2024

I. はじめに

地域看護学は人々の生活の質の向上とそれを支える健康で安全な地域社会の構築に寄与することを探求する学問である(地域看護学の再定義2019年, https://www.jachn.net/other/ckango_saiteigi.html). 多様な場で生活するさまざまな健康レベルにある人々の生活の質を保障することを目的とし、暮らしを継続的・包括的に捉え、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。私たちが看護学として最も大切にしたいことは、当事者の経験であり、当事者になにが起こっているのか、その事象を起点に地域看護のナレッジやスキルを開発する必要がある。

看護専門職は当事者に寄り添いながら、変化する地域社会に生きる人々の経験や暮らし方から学び続けている。その学びは良質な質的研究を生み、実践を変える力をもっている。しかしながら、近年、質的研究が広く用いられるようになり、正しい行儀作法があるかのように方法論how toに関心が向きがちである。そこで2022年度日本地域看護学会研究セミナーは、質的研究に関する素朴な疑問や釈然としない事柄を掘り下げ、看護学の発展に関わる本質的な課題について考える機会として企画し、開催した。その貴重な内容を報告する。

II. 研究セミナーの概要

1. 講師

研究セミナーのテーマは、「質的記述的研究とは何ぞや——質的研究に関する10のキークエスチョンを基軸

に学ぶ——」とし、宮城大学人間・健康学系看護学群教授の谷津裕子氏にご講演いただいた。

2. 日時・方法

2023年3月4日(土) 10:00～12:00にライブ配信によるオンラインセミナーを開催した。ライブ配信を収録し、2023年3月7日(火)～3月21日(火祝)の期間、オンデマンド配信を行った。

3. 参加者数

研究セミナーの参加者数は338人であった。参加者の内訳は、学会員226人、非会員40人、学生(学部・大学院)72人であった。

III. 講演「質的記述的研究とは何ぞや——質的研究に関する10のキークエスチョンを基軸に学ぶ——」

講師：谷津 裕子氏

(宮城大学人間・健康学系看護学群教授)

1. 質的研究方法の特徴

質的研究方法の本質的特徴とは、重要な“少ない”数のケースにみられる多くの要素に全体論的に焦点を当て、現象の本質を理解するプロセスである。量的研究における観察対象となる“たくさんの”標本にみられる、ケースの諸側面に広範囲に焦点を当てながら現象の本質を理解するプロセスとは対照的であるといえる。質的研究というのは少ないということに価値をおいている。

まず、質的研究方法を特徴づける性質は多くあるが、特に大事なポイントを5つ挙げる。1つ目は「データが言葉で表される」ということである。データが数ではなく、言葉というものに落とし込まれ、それをデータとして扱って最終的に言葉でまとめていくという、すべてが言葉であるところが質的研究の特徴である。2つ目は、「データに基づいて概念を導き出す」ということである。量的研究の場合、たとえばアンケート調査でなにを聞かが最初にわかっていないとアンケート項目は作成できない。大体の概念、枠組みを先に考え、それに合った質問項目をつくる。ところが、質的研究はそれとはまったく逆の発想であり、まず、データがあってそこから概念を構築していくという帰納法といわれるボトムアップの方法であるというのが特徴である。量的研究のように先に概念を決めてそれに合ったデータをとっていくという演繹的な発想とはかなり違うため、初めて質的研究に取り組む研究者からすると、「なにが出てくるかわからない」という非常に不安な気持ちになることもある。闇夜の手探りでデータをていねいに分析していくことによって、最終的に初めに思いつかなかったような現象が概念として浮かび上がるという発見的な概念をとるのが特徴である。3点目は、「データ収集とデータ分析が同時に行われる」という特徴である。対象者から得られたデータをなるべく早く分析にかけ、そこで見いだされた仮説をもとに「違う状況にある人はどんなふうにか考えるのだろうか、同じような考えなのかそれとも違う考えが出てくるのか」と分析した内容をもとに次のデータ収集をする。データ収集と分析が同時に行われるという特徴が非常におもしろい点である。4点目は、「研究者自身が研究の道具」ということである。量的研究の場合、だれがいつどのように測定しても同じような結果が得られなければそのデータの信頼性が失われる。質的研究の場合、この測定用具や尺度がすべて研究者である。研究者自身の主観を客観的に表現できることがたいへん重要である。これは再帰性といわれ、自分自身の信頼性、妥当性という自分自身がどういう尺度、研究道具なのかを他者にわかるように表現することが重要である。国際的な学会や論文においては、この再帰性について非常に厳しく問われる。5番目は「ケース志向で問いを明らかにする」ということである。「ケース志向で問いを明らかにする」ということには、1) 合目的的な標本抽出法と、2) ケースに方向づけられた分析がある。

1) 合目的的な標本抽出法については、質的研究にお

いて意図的に選択したケースの徹底的な理解が求められる。研究目的に対応する情報を豊かにもつ対象者を選ぶという合目的であることが大切である。量的研究において、母集団をできるだけ代表するような標本を選ぶこと（代表性の重視）とは対照的である。その合目的な標本抽出法のタイプと手法は多くある。そのなかで特に看護研究で扱われることの多いタイプ4つを示す。

理論的サンプリングは、グラウンデッドセオリーアプローチで開発されたものであり、ある人の知識と経験が理論の生成を容易にすると考えられる参加者を募集する。目的に合う人を参加者に募集するという質の前提を共有し、追加の参加者を募集して新しい概念を検証また拡張するということを目的としている。データ収集とデータ分析を交互に行っていくという方法である。緻密にデータを検証しながら、また新しい概念を見つけ出ししていく。2つ目に基準サンプリングがある。これはいわゆる基準をつくってその特性に則した参加者だけを集めてくる、あるいはその特性に適さない人という基準をつくって参加者を募集するというものである。3つ目は多様性が最大になるサンプリングである。質的研究でも目的によっては多様性をみるということがある。たとえばアンケートを作成するときの項目や選択肢において先行研究からわかっていないときは、多様性が最大になるサンプリングを行う。4つ目は逸脱ケースのサンプリングである。ある研究目的を果たしたいときにあえてその目的とまったく違うケースであるネガティブケースを集めてくるタイプのものである。また、手法にはコンビニエンスサンプリングとスノーボールサンプリングがある。コンビニエンスサンプリングとは、研究参加者の条件に合った知人に依頼することである。研究目的に関する情報を豊かにもち、さらに言語化できる人にアクセスするという手法は、第1選択である。条件に合った人が自分の知り合いにいない場合、ある人を仲介してその人に条件に合う人を紹介してもらい、次々と紹介してもらいながら実施する方法をスノーボールサンプリングという。チェーンサンプリング、ネットワークサンプリングなどとも呼ばれる。

2) ケースに方向づけられた分析について述べておく。質的研究はケースの水平的に読んでいくことが重要あり、「これはどんなケースなのか、なにがこのケースをそのケースにさせているのか」といったように、出来事を成り立たせる要素と要素のつながりに着目することで質的研究の命である個別性の理解につながる。質的研究

を通して得られる結果は、 $n=1$ (1人の人) が経験する人生からの教訓を増やし、各ケースの固有性(ケースの多様性)を見いだすことに貢献するといえる。

2. 質的研究の方法論と方法

質的研究にはいくつかのアプローチがある。そのひとつである質的記述的研究は、自然主義に基づき、出来事を日常の言葉で表現するという記述の特徴がある。現象学的研究とは体験の意味や本質について、すでに明らかにされている所与の言葉による解釈や説明を超えて明らかにしたいという目的に適したアプローチである。次に、エスノグラフィという方法は、文化人類学を理論的基盤としているものであり、その集団がもつ価値や信念、そして実践が反映された現象を明らかにしたい場合に適している。グラウンデッドセオリーアプローチは、プロセスを含む社会的な問題について、特定領域に密着した「具体的理論」を生成したい場合に適している。質的記述的研究とそれ以外の研究にはかなりの違いがある。

3. 質的記述的研究とは

質的記述的研究とは、ある出来事についてその出来事を構成するその日常の言葉で包括的に要約する研究デザインである。質的記述的研究を行う研究者は、データの近くにおいて、語られた言葉、出来事の表面から離れないという特徴をもつ。事実やその事実に研究参加者が与える意味を正しく捉えて、明解でわかりやすく伝えることがポイントになる。この質的記述的研究において、ぜひ守らなければいけない2つのことがある。1つは記述的妥当性である。これは同じ出来事を観察した研究者や研究参加者が、まちがいないと認める出来事の正確な証言である。2つ目に解釈的妥当性であり、これは研究参加者がその出来事に与えた意味の正確な説明である。生データを記述することによってエビデンスが示せ、ニュアンスを伝えることができるので説得力が増すが、一方で生データだけを列挙することは避ける。

4. 質的研究におけるサンプリング計画

質的研究のサンプリングの対象は人ではなく、出来事や事例、経験である。研究参加者の数だけでなく、信頼できる情報を保証するインタビューや参加観察等の回数、出来事の数を検討することが大切である。質的研究の結果の妥当性とは、参加者の人数や面接回数だけでは判断できず、どのようにして、どのような情報を得たか

という「質」を考慮することが必要である。質的研究の適切なサンプルサイズとは、大きすぎることなくすべての質的研究の顕著な特質である深いケース志向の分析を可能にするものであり、同時にまた、小さすぎることなく、経験を新たにその本質まで理解する結果をもたらすようなサイズである。質的研究におけるサンプルは、出来事・事例・経験であって人そのものではない。

5. 質的研究で得られる結果の一般化可能性

質的研究論文の最終章(研究の限界と今後の課題)において、「本研究の結果は少数の研究参加者から得られたデータの分析結果であるため、この結果を一般化することはできない」という記述を目にすることがある。一般化には4つの分類があり、法則定立的一般化とは量的研究が得意とするものである。個性記述的一般化とは質的研究、そして自然主義的一般化と分析的一般化は、量的研究と質的研究の両方が得意とする。一般化をめぐる議論のもつれはこれら一般化を混同することによって生じている。そこで、法則定立的一般化(nomothetic generalization)について探ると、法則定立とは、できるだけ“たくさん”のデータを集めて結論を導こうとする試みであり、ケースに共通する変数に焦点を当て(変数指向)、繰り返しみられるテーマや転移可能な概念を探究することである。量的研究が得意とし、外的妥当性を高めるために確率標本抽出法を用いて母集団を代表する標本を選ぶ。一方、個性記述的一般化(idiographic generalization)は、1つのケースを調べて、法則定立的な研究方法では見逃しがちな情報を洗い出し、ケースの固有性を掘り下げることによってそのケースの本質を見いだすことである。1つのケースの包括的な深い理解に焦点を当てること(ケース指向)によって見いだされるタイプの一般化であり、質的研究が得意とする。また、研究目的に関する内容豊富なデータを集めるため、合目的サンプリングが行われる。

ここで、普遍と一般の差異について考えてみたい。普遍と一般の差異とは、まず普遍(universal)というものは多様性のなかの一致であり、個別からなる全体である。水平方向にこの個を理解することによって、この輪のなかに次々にparticularなるものを増やしていく。一方、一般(general)というものは、同質性のなかの一致であり、より包括的な上位概念で、垂直方向で理解するということを目指している。この似ているもの同士を集めてさらに似ているものを抽象化し、その似ているものから

最終的に全部に共通するものを見つけ同質性の理解へと向かう。「普遍」を見いだす方向性は個性記述的一般化を行っていくこと、「一般」を見いだす方向性は法則定立的一般化であると考え。また、質的研究のケース志向性とはその方法論の如何やサンプルサイズの違いにかかわらず、基本的にケースを変数に分解してみるのではなく、全体(1つのまとまり)として捉え、その本質を理解しようと努める点に特徴がある。

われわれ研究者は少数のケースから得られる質的研究の結果が、法則定立的一般化にはほとんど貢献もしないという当然の事柄を、「本研究の限界」として述べることや述べられることに慣れてしまっている。「質的研究の成果は一般化できない」という根拠のない言説の一端を担い、質的研究に対する誤解を作り上げているが、法則定立的一般化と個性記述的一般化は、お互い補完し合っていくことが大切であり、量的研究、質的研究の相互がもつ一般化を理解し極めていくということが重要である。真の“本研究の限界と課題”とは、個性記述的一般化からみた限界はどこにあったかを振り返ることであり、以後の研究に大いに役立つ。質的研究におけるケース志向のアプローチを徹底させる方向での省察が、質的研究論文にさらに言及されるべきである。

IV. 質疑応答

質問：サンプル数と一般化に関して補足の説明をしてほしい。

回答：サンプル数において、論文投稿や倫理審査時に執拗に質問されることが多々あり、その数値に根拠を出しにくい。質的研究とは人数ではなくケース志向で分析していくものであるため、それぞれの人がどれくらいのケースを語り出すのかは、インタビューを実施してみないとわからない。実施しケースを分析していくなかで、さらに必要だと思えば追加していくため「現時点で明確に伝えることは難しい」と主張している。

個性記述的一般化を理解するのは難しいが、最初は一部分しか知らなかったことが、段々と個別性が集まることによって体験の輪が広がり、多様ななかの一致があるということが見いだされることである。これは1つの研究のなかでケースを増やしていくことによって達成できるかもしれないし、別の研究者が別のデザインで実施することによって見いだされるかもしれない。体験というところに関しての理解がさらに水平方向に広がってい

く、そのような理解をもってもらいたい。

質問：生データをていねいに記述することが重要と理解したが、論文投稿規定には文字数制限がある。どのように対応すればよいか教えてほしい。

回答：伝えるべきことは研究目的であり、その研究目的に合った方法論で一貫性をもって伝え、研究者がフォーカスを当てたいところをしっかりと描くとよい。サブカテゴリーなどを全部記述するのではなく、研究目的において重要な箇所のカテゴリーに特化して記述していく。表だけで表現できるならそのような工夫を取り入れるとよい。

質問：標本抽出の手法におけるスノーボールサンプリングについて、倫理審査で「研究協力者に負担が生じるため再考するように」というコメントをもらったことがある。このような審査者のコメントにどのように対応すればよいか。

回答：研究参加者と同じく研究協力者にも同じように断る権利があるということをしっかりと伝えるようにする。研究協力者が「断ります」と主張することさえも負担であるため、回答に期限を設け、期日が過ぎても返答がなければ「協力しない」と意思表示として受け取るという方法もある。なるべく研究協力者に負担をかけずに、かつ、協力の有無がわかるような手法を用いることが重要である。そして、断られても研究が進められるように、多くの協力者を考えておくことも大切である。

V. 研究セミナーを終えて

終了後のアンケートは133人(回答率39.3%)から回答が得られた。セミナーの内容は95.5%が「かなりよかった」「まあよかった」と回答し、講演時間は88.7%が「ちょうどよかった」と回答した。オンライン形式のセミナー開催は93.3%が「参加しやすい」と回答するとともに、オンデマンドによる視聴は63.9%であった。また、質的記述的研究について94.0%が「かなり理解できた」「まあ理解できた」と回答していた。

今回の研究セミナーでは質的記述的研究における研究計画の立案や分析、記述の方法、そして論文のあり方や視点について包括的に学びを深めることができた。質的研究は共通性を見いだすというイメージを抱いていたが、「少ないケースから現象の本質を理解する」とことの重要性を認識することができた。改めて、質的記述的研究の奥深さとおもしろさを感じる機会となり、今後の研

究・教育に生かすことのできる研究セミナーとなった。

谷津裕子先生には、ご多用のなかご講演いただきありがとうございました。たいへんわかりやすいご説明で、質的記述的研究についてさらに深く知りたいと思う機会になりました。今回のセミナーは学生(学部・大学院)の参加が72人と多く、研究の初心者にとっても、また、日ごろ質的記述的研究に取り組みながらもその手法に悩んでいる研究者にとっても貴重な機会となりました。講演内容に加え、質疑応答においても細やかなご教示をいただきましたことを心より感謝申し上げます。さらに、

本稿をまとめるにあたり講演内容の確認にもご対応いただき、誠にありがとうございました。

2022年度研究活動推進委員会

委員長：大森 純子(東北大学大学院)
副委員長：和泉 京子(武庫川女子大学)
委員：北岡 英子(湘南鎌倉医療大学)
平野美千代(北海道大学大学院)
松永 篤志(東北大学大学院)
持田 恵理(大泉町役場)
山下留理子(徳島大学大学院)

NEWS FROM JACHN

Topics of Japanese Community Health Nursing

1. Current status and prospects of personal health record (PHR) utilization in community nursing practice and research

1) Trends of Personal Health Record (PHR) in Japanese Public Health

Masayasu Okajima

Chief Researcher, SOMPO Institute Plus Inc.

The utilization of Personal Health Record (PHR), where individuals manage their own health information, has become an international topic. Previously, individual health information was dispersedly managed by healthcare institutions and individuals. The utilization of PHR involves the development of an environment that is centered around the individual's agreement, focusing on centralized data management and population analysis. This has the potential to contribute to the improvement of community nursing and public health. In this newsletter, three trends in Japan's initiatives are highlighted.

1. Government Initiatives in Medical DX

The Japanese government is prompting the construction of a data linkage and analysis system for information generated by healthcare providers. Given that almost all citizens in Japan are enrolled

in health insurance, receipt data submitted by medical institutions to health insurance associations has already been archived nationwide. The portal site (https://myna.go.jp/html/index_en.html) allows individuals and healthcare institutions to access medical treatment under health insurance and vaccination records. The utilization for information sharing between hospitals and clinics and emergency medical history verification is expected. System adoption by medical institutions is already mandatory in principle, and the challenge lies in promoting the use of Individual Number Card (published by local government) as the health insurance card to comprehensively leverage this system.

2. Corporate Health Management Initiatives

In Japan, conducting annual health examination for employees has been a legal obligation for companies. Previously, health examination results were managed without being digitized at the company level. Efforts are now underway to digitize and share health examination results with health insurance associations, to promote individuals' health. Expectations are high that health insurance associations can provide crucial evidence by analyzing PHR data in developing health promotion strategies for lifestyle-related diseases. With a severe labor shortage in Japan, the success of health promotion strategies is expected to contribute to enhancing corporate productivity. These initiatives are spreading not only among large corporations but also among small and medium-sized enterprises in local regions.

Health examination results shared with health insurance associations are also accumulated in the government's medical DX system. In this way, they can contribute to the enhancement of community nursing and public health.

3. Initiatives for Information Collaboration Infrastructure in Local Governments

Some local governments are building information collaboration infrastructure involving regional governments, medical institutions, and private enterprises, following the government's "Digital Garden City" Plan. Through this infrastructure, resident information, vaccination records, maternal and child health information held by local governments, and medical information held by healthcare institutions are shared according to the plans of each local government. These services contribute to the improvement of community nursing and public health, such as the provision of health management apps in the region, utilization in emergency medical care, and digitization of maternal and child health information, including infant health examinations.

PHR facilitates individual information management and generates valuable population analyses. Challenges are standardization of the confirmation procedures for individual consent and the use of convenient personal identification information such as Individual Number and health insurance number, which are legally allowed to be used for specific domains only.

2) Research on the utilization of public health nurse records and PHR for promoting the PDCA cycle of public health nurses' activities in the maternal and child health

Eiki Akatsuka, Madoka Osawa, Atsuko Taguchi
Faculty of nursing and Medical Care, Keio University

In Japan, the national government is actively promoting digital transformation through the establishment of the Digital Agency in 2020. As part of this policy, a novel electronic system is being developed to efficiently manage, integrate, and use personal health records (PHRs). These records include a range of health-related data, including medical expenses, vaccinations, maternal and child health, and various medical examinations, all linked to a unique personal number assigned to each citizen. Administrative agencies in Japan are expected to move forward with digital transformation, and integrate and use the new electronic system, drawing on anonymized information from PHRs to support evidence-based policy making.

It seems likely that in the future, community health nurses within Japanese administrative agencies will need to use PHRs and other pertinent digital data. This will help to quantify the impact of community health nurses' interventions on individuals and communities, and support the ongoing assessment of their work. To fully understand the effects of the work of community health nurses, it is important to bring together PHR data with information on the nature, extent, and timing of nurses' activities. These data are available from the nurses' daily activity records, but these records in Japan are often not digital or standardized. This may hinder the optimal use of recorded data in both practice and research.

To address these challenges, we have focused on the digitization and standardization of community health nurse records. Our interdisciplinary research team includes specialists in community health nursing, medical informatics, and information technology, alongside working community health nurses. This collaborative research aims to enhance the efficiency, quality, and usability of community health nurses' records. We are using the Patient Condition Adaptive Path System (PCAPS), a quality

engineering methodology, to systematize the process of community health nurse activities and identify a framework for optimizing their electronic records. This involves representing their activities in a flowchart and organizing the content of interventions and assessments by these nurses at each step within the chart. Through these studies, our future objective is to establish an electronic record system that enables data-driven evaluation and continuous improvement of daily community health nurse practices.

Future activities among community health nurses should be linked to the development of efficient and high-quality health services through the promotion of 'plan-do-check-act' cycles grounded in insights from data from both PHR and community health nurses' records. To achieve this, it will be necessary to visualize the practices of community health nurses, and generate evidence of these activities. This requires close collaboration between researchers and practitioners.

3) Prospects for Community Health Nursing Research in Accordance with the Utilization and Spread of PHRs

Tomoya Itatani

Department of Nursing, faculty of Medicine, University of Miyazaki

Personal Health Records (PHRs) are digital tools that allow individuals to manage their own health information and share it with healthcare providers. With the proliferation of smartphones and wearable devices in recent years, the use of PHRs has rapidly expanded. PHRs include a wide range of health information, such as medical history, treatment history, test results, and immunization records. The spread of PHRs is expected to make patients the main actors in their health management and improve communication with healthcare

providers.

The use of PHRs in community health nursing holds great potential for promoting health and preventing disease among community residents. Community health nursing professionals can use PHRs to develop personalized health guidance and care plans based on individual health information. For example, in Nishinomiya City, efforts are being made to prevent the worsening of diabetes by combining health examination data, hospital test data, pharmacy dispensing data, and data stored on personal wearable devices. In managing the health of residents with chronic diseases, the regular recording and analysis of health status can enable early detection and intervention of worsening conditions. Furthermore, health education programs utilizing PHRs can also improve the health literacy of community residents.

However, there are several challenges to the spread and use of PHRs, including ensuring privacy protection and data security, improving the digital skills of users, and standardizing information sharing between patients and healthcare providers. Additionally, strict regulations on the handling of personal information are necessary when using PHRs.

Future community health nursing research should explore empirical solutions to these challenges. Specifically, research on effective methods of introducing PHRs, developing educational programs to promote the use of PHRs among community residents, and improving privacy protection and data security are needed. Moreover, long-term follow-up studies on the use of PHRs and their impact in communities are also required.

The spread and use of PHRs hold great potential in community health nursing. However, to

fully utilize these benefits, it is essential to address the challenges mentioned above. This requires collaboration among experts from various fields. A comprehensive approach from technological, ethical, and educational perspectives is needed for the development of PHRs, with community health nursing playing a connecting role. The future role of community health nursing research is to discover methods for utilizing PHRs in a manner centered around the residents.

[Reference materials]

- 1) Ministry of Internal Affairs and Communications “Ministry of Internal Affairs and Communications’ efforts toward building a data infrastructure for health, medical care, and nursing care” <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo2018/health/dai6/siryou2.pdf> (April, 2019)

2. Best Research Awards of Japanese Community Health Nursing

1) Ethnographical study on preparations for nuclear disaster perceived by public health nurses in the zone of nuclear power plants



Junko Omori
*Graduate School of Medicine,
Department of Public Health
Nursing, Tohoku University*

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

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

Results: Nine PHNs were selected as key informants out of 25 participants near nuclear power plants. The extracted theme of PHNs’ preparations

for nuclear disaster was “being concerned about the responsibility of PHNs in the nuclear zone to anticipate emergency situations.” The main theme consisted of two domains: “adhering to roles as officers in a small municipality in the nuclear zone” and “bearing in mind the awareness to protect lives and living of residents as a nursing profession”. PHNs have become increasingly aware of the risk after the accident in Fukushima, and of the necessity of preparing and protecting the lives of residents while feeling uneasiness.

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

[Key words] nuclear disaster, disaster preparedness, public health nurses, true state of affairs, ethnography

2) Development of a Scale that Impedes the Use of Specific Health Guidance by Specific Health Guidance Relevant Individuals



Yaeko Akabori
*Faculty of Health care, Takasaki
University of Health and Welfare*

Objective: The present study aimed to develop a scale for measuring factors that hinder the use of

specific health guidance (Scale of factors that hinder the use of specific health guidance) by specific health guidance relevant individuals.

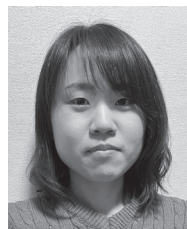
Method: The 50-item factors that hinder the use of specific health guidance Measurement Scale was designed based on previous studies and published data. A questionnaire survey was conducted on 3,738 individuals requiring specific health guidance in two cities, one town, and one village and scale reliability, construct validity, and concurrent validity were investigated.

Results: A total of 1,849 (49.5%) questionnaires were returned, of which 1,459 were valid. Item and exploratory factor analysis identified 18 items within the following 4 factors: feeling of futility regarding altering lifestyle habits; values prioritized above perfect health; negative feelings regarding health guidance; and pride in own judgement regarding personal health. Overall and subscale Cronbach's α coefficients were 0.904 and 0.737-0.845, respectively. Goodness of model fit values were as follows: goodness of fit index GFI=0.951; adjusted AGFI=0.935; comparative fit index=0.952; and root mean square error of approximation=0.053. A significant association was found using the known-groups method and a significant negative correlation was observed regarding concurrent validity.

Conclusion: The present 4-subscale 18-item scale is useful for measuring the factors that hinder the use of specific health guidance.

[Key words] specific health guidance, use, inhibitors, development of a scale

3) Relationship between the number of older people living alone that local volunteers monitor and satisfaction with or burden of monitoring activities and monitoring-related activities



Yuka Nishi
Matsubara City Community Health Division

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

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

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

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

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

3. Brief reports of Participants

1) American Public Health Association 151th Annual Meeting & EXPO (APHA 2023) Atlanta / Nov.12-15, 2023

Satoko Okawa

Kansai Medical University

I presented a poster at the 151st American Public Health Association Meeting in Atlanta, US, in November 2023. The acceptance rate for this conference is 60–70%. Because of a previous rejection, I was careful in selecting my research category during submission. My presentation was titled “Which induces more social disadvantage in Japanese mothers’ parenting: Adverse childhood experiences (ACEs) or teenage pregnancy?”, and fell under the subject of “Maternal and Child Health” with potential perspectives on “Social Disparity”. However, I opted for “International Maternal and Child Health” as my subject because I believed the US audience would be interested in a comparison with the local situation.

The conference committee provided various resources for presenters, including guidance on abstract writing and instructions for making posters/oral presentations after acceptance of the abstract. I found the #BetterScience YouTube video “How to

create a better research poster in less time (#betterposter Generation 1)” (URL: <https://www.youtube.com/watch?v=1RwJbhkCA58>) particularly helpful.

The Opening General Session featured presentations by Katalin Karikó, Ph.D., recipient of the 2023 Nobel Prize in Physiology or Medicine, and Admiral Rachel Levine, MD, the 17th Assistant Secretary for Health for the US, whom I discovered through the Healthy People 2030’s film. Dr. Karikó delivered a humorous speech, quipping, “I failed to retire, but I’m enjoying it,” while emphasizing the importance of decisive leadership and trust in colleagues, which resonated with me for future endeavors.

Taking place in Atlanta, the birthplace of Martin Luther King Jr. and the heart of the civil rights movement, the conference commenced with a drum march performed by children of diverse ethnic backgrounds, which received an immense round of applause.

Now, let’s examine the crucial poster presentations. The format at this conference required standing in front of the poster for an hour, fielding questions from the audience. Before my presentation, I wondered whether there would be any attendees interested in the ACE situation in Japan. However, over 10 individuals approached me with questions. The questions asked by the attendees were wide-ranging. For example, how to select ACE items and the reasons for it, the actual living conditions of teen mothers in Japan, and the support and educational content in schools and communities. Some remarked on the interesting link between ACEs, social disadvantage, and teen mothers. ACE research at this conference primarily comprised secondary analyses of existing surveys, with limited studies incorporating teen mothers due to their relatively small population size. This may have contributed to the interest in our study. As there were several similar secondary analyses and

systematic reviews by first- and second-year Ph.D students in the poster presentations, researchers conducting similar studies may consider this as an opportunity to present their work.

My only small disappointment at the conference stemmed from the lack of practical reports. Upon sharing this observation with a colleague in the US, she recommended The Association of Community Health Nursing Educators (ACHNE). For those interested in presenting practical reports in the US, I encourage considering ACHNE as an option.

2) 26th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS 2023)

Tokyo / Mar. 10-11, 2023

Yuta Himeno

Oita University of Nursing and Health Sciences

I attended the 26th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) in Tokyo on March 10 to 11, 2023. The experience was very exciting for me. This forum consisted of keynote speeches, oral presentations, and poster presentations. I presented "Attempt to Elucidate the Structure of Challenging of Nurses Working in a Medium-Sized Hospital: An Analysis of Two Case Studies (Himeno et al)". In mid-size hospitals, it has become clear that by taking care of patients with various diseases and conditions at the same time, nursing feels like tasks, and is difficult to connect with patients as a rewarding experience. To solve this problem, I believe that it is necessary to take time to understand the meaning of the nursing care we are providing. During the Q&A session, I was asked about the situation of the medium-sized hospital in Japan. Although there are many small and medium-sized hospitals in Japan, I realized the importance of showing the situation of nurses working there compared to those in large hospitals. Through this

question, I learned about the situation of nurses in hospitals abroad. I was also able to obtain information on the methods of support for nurses adopted in other countries.

I am not good at speaking English. However, since EAFONS attracts people from countries where English is not the native language, they will try to listen even if the grammar is different. Therefore, EAFONS is a great opportunity for first-time presenters at overseas conferences. I utilized a variety of tools to create my presentation materials, and with the development of AI, Internet translations also provide natural English. I also utilized tools to prepare this letter. In this way, I managed to prepare my presentation even though I am not good at English. We encourage you to take up the challenge. Our daily practice is of great interest to practitioners and researchers overseas. Unfortunately, because the conference was held in Japan this year, I was not able to go abroad and enjoy the conference while experiencing the local food and culture, but I was able to eliminate my sense of rejection of the idea of presenting at an international conference after giving this presentation. I am also the only one who feels that I cannot speak well at an international conference where no one knows me. I think I can enjoy various things because nobody knows me.

Let's participate in the international conference together and enjoy the food overseas while delivering about nursing in Japan. There are many things you can see and learn from different countries. It isn't easy to make encounters by ourselves, but international conferences are the most accessible opportunities to do so. Why don't you join us at an international conference where you can talk with people with various ideas to improve your practice and research? If you have any problems or questions, please text me anytime.

The 27th Annual Research Conference of JACHN

Main Theme : Community Social Innovation

Date : June 29-30, 2024

Venue : AER, Sendai, Miyagi, Japan. <https://www.sendai-aer.com>

Chairperson : Junko Omori (Professor of Tohoku University School of Medicine)

Program :

- ◆ Chairperson's speech: Junko Omori
- ◆ Educational lecture ◆ Symposium ◆ Keynote speech ◆ Online session ◆ Workshop ◆ Special discussion
- ◆ Board planning seminar ◆ Research seminar ◆ Relay talk.

Website : <https://jachn27.yupia.net/index.html>

The 8th International Nursing Research Conference of the 8th WANS

Main Theme : Nursing around the World: Bringing Excellence in Global Health

Date : August 21-22, 2024

Venue : Prime Park Hotel & Convention Lombok, Indonesia.

Chairperson : Harif Fadillah (The Indonesian National Nurses Association)

Website : <https://wans-icinna.org/>

7th International Conference of the Global Network of Public Health Nursing

Main Theme : Building Resilience and Innovative Solutions: Amplifying Impact and Advancing Positive Global Public Health Change

Date : July 29-31, 2025

Venue : Calgary, Alberta, Canada

Chairperson : Dr. Aliyah Dosani (Mount Royal University) and Dr. Zahra Shajani (the University of Calgary)

Website : <https://www.gnphn.com/7th-international-gnphn-conference>

Program :

- ◆ Leveraging partnerships to tackle global health security.
- ◆ Healthy recovery after COVID-19
- ◆ Global leadership on public health science and data
- ◆ Climates and Environmental Change
- ◆ And many more interesting lines of inquiry that will be confirmed shortly.

Publisher: International Exchange Promotion Committee

Kaoru Konishi (Osaka University),

Satoko Okawa (Kansai Medical University),

Takashi Naruse (Sompo Institute Plus Inc.),

Yuko Fujimoto (Oita University of Nursing and Health Sciences),

Natsuki Yamamoto (Keio University)

Secretariat of JACHN:

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

162-0825, Japan

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

E-mail: office@jachn.net

編集後記

4月は出会いや新しい活動が始まる季節であり、私たちが新たな気持ちで自身の目標を見つめ直し、それに向かってチャレンジできる絶好の時期でもあります。日本地域看護学会では、春から初夏にかけて、学術集会の開催、学会誌の発行、次世代育成推進委員会主催の勉強会など、地域看護に関するさまざまな学びの場を提供しています。これらの活動を通じて地域看護に関する知識を深めることができます。学会活動がみなさまの2024年春の新たなチャレンジを支える一助となれば幸いです。

本号は、児童虐待対応における児童相談所保健師の支援関係プロセスを調査した原著1編、標準的な健診・保健指導プログラムの成果につながる特定保健指導技術に焦点を当てた総説1編、事業場での認知症に関する取り組みと産業看護職の認識の実態や、認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーションを明らかにした研究報告2編を含む、多岐にわたるテーマを扱っています。これらの論文は、児童虐待への対応や認知症に向けた多様な取り組み、生活習慣病対策など、地域看護に携わる方々が直面する課題への対策や、看護実践に役立つ洞察を提供しています。また、英文ニュースレターやインデックス等も掲載しており、地域看護の知見や最新の動向、国際学会での活動内容を把握することができます。

私たちの日々の活動のなかには、地域看護に関する価値ある経験や知見を得る機会が多くございます。学会誌は研究や活動で得られた経験や知見を共有し、広く発信していく場として適しています。地域看護に関する研究や活動についてみなさまからの論文の投稿を心よりお待ちしております。

(平野美千代)

「日本地域看護学会誌」投稿論文の締切について

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

日本地域看護学会誌 第27巻第1号
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.27, No.1

発行日 2024年4月20日

発行 一般社団法人日本地域看護学会
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 (株)ワールドプランニング内
E-mail : 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