

博士学位論文

「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の  
構造化と効果的な現任教育

山口大学大学院 医学系研究科保健学専攻

兼 平 朋 美

# 学位論文の要旨

氏名 兼平 朋美

〔題名〕

「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の  
構造化と効果的な現任教育

〔要旨〕

本研究は「地域保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」（以下スキル）の構造を明らかにし、その結果を基にスキルを向上させる現任教育の具体的な方法を検討し実施し、評価することを目的とした。

研究方法はまず、全国の都道府県保健所の精神保健担当保健師を対象とした無記名自記式質問紙調査を実施した。その結果から探索的因子分析を行なった。家庭訪問スキルは【ニーズを見極める】【家族関係をとらえる】【家庭訪問を管理する】【保健医療福祉に関する情報を把握する】【対象者との関係性を高める】【危機的状況に対応する】の6因子36下位尺度項目で構成されていることが明らかとなった。さらにスキルの習得状況は業務経験年数が上がるにつれ、因子別の習得得点は上昇していたことから、スキルの習得には業務経験が重要であることが示唆された。研究1.2から効果的な現任教育を検討した。スキルを習得するには事例検討会で用いる「ケースシート」に着目し、スキルを意識できる「ケースシート」を考案した。さらに「ケースシート」を用いて事例検討会を実施し、その効果を評価した。合計評価点は全ての事例検討会で有意に上昇しており（ $p < 0.05$ ）、6因子のうち【ニーズを見極める】【家族関係をとらえる】は効果が認められた。その他の4因子においても有意差はみられなかったものの、下位尺度評価点は全ての項目で上昇傾向がみられた。以上のことから家庭訪問スキルを向上させる現任教育として、「ケースシート」を用いた事例検討が効果的であることが示唆された。具体的な方法としては、1事例につき事例検討会を2回組み合わせ、2回目は経過報告を含めて検討する方法が有効であることが認められた。また、この研究結果の普及で、家庭訪問スキルの向上が期待できると考えられた。

「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の  
構造化と効果的な現任教育

目 次

第1章 緒言	1
1. 研究背景	1
1) 精神障害の現状	1
2) 家庭訪問の目的・特性	5
3) 訪問看護と家庭訪問	5
4) 地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問	6
5) 現任教育における事例検討	7
2. 本研究の目的と意義	8
1) 研究目的と意義	8
2) 本論文における用語の定義	9
3) 本論文の構成と研究の概要	9
第2章 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の構造	11
1. 研究背景及び目的	11
2. 研究方法	11
1) 調査対象	12
2) 調査方法	12
3) 調査紙作成手続き	12
4) 調査紙の構成	13
5) 分析方法	13
6) 倫理的配慮	13
3. 研究結果	13

1) 回答者の概要	13
2) 家庭訪問スキルとその因子構造	14
4. 考察	18
1) 対象者の特性	18
2) 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」とその構造	18
5. 結論	20

### 第3章 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の習得状況 22

1. 研究背景及び目的	22
2. 研究方法	22
1) 調査対象	22
2) 調査方法	22
3) 調査紙の構成	23
4) 分析方法	23
5) 倫理的配慮	23
3. 研究結果	24
1) 回答者の概要	24
2) 家庭訪問スキルの習得状況 (年齢・保健師経験年数・精神保健業務経験年数比較)	24
4. 考察	28
1) 対象者の特性	28
2) 庭訪問スキルの習得	28
5. 結論	29

### 第4章 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を 向上させる現任教育の検討 30

1. 家庭訪問スキルの現任教育	30
2. 事例検討	30
3. 「ケースシート」の活用	31
4. 「ケースシート」の作成手続き	32
<b>第5章 「ケースシート」を用いた事例検討会の効果</b>	<b>35</b>
1. 研究の背景	35
2. 研究方法	36
1) 事例検討会の実施方法	36
2) 対象と評価方法	38
3) 倫理的配慮	39
3. 研究結果	40
1) 分析対象者の属性	40
2) 事例の概要	40
3) 家庭訪問総スキル得点の変化	41
4) 各因子のスキル得点	42
5) 保健師経験年数及び事例提供経験と総スキル得点の関連	43
4. 考察	44
1) 事例検討会開始前の家庭訪問スキルの習得状況	44
2) 事例検討会による家庭訪問スキルの向上	44
3) 家庭訪問スキルと「ケースシート」の内容	45
4) 家庭訪問スキルを向上させる事例検討会の方法	46
5. 結論	48
<b>第6章 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の     構造化と効果的な現任教育</b>	<b>49</b>

1. 本研究の総括	49
1) 第2章 (研究1)	
「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の構造化	49
2) 第3章 (研究2)	
「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の習得状況	49
3) 第4章 (研究3)	
「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を向上させる現任教育の検討	50
4) 第5章 (研究4)	
「ケースシート」を用いた事例検討会の効果	50
2. 本研究の活用と今後の展望	51
文献	53

## 資料

第2章・第3章の調査紙

第5章の調査紙

## 第1章

### 緒言

#### 1. 研究背景

##### 1) 精神障害の現状

###### (1) 我が国の精神疾患の現状

現代社会はストレス社会といわれており、少子高齢化や長引く不況、核家族化に伴う家族機能の低下、地域との連帯の希薄化などの社会背景<sup>1)</sup>をもとに精神疾患患者は増加している。

我が国における精神疾患患者の平均在院日数は281.2日、精神科病床数が人口千対2.66<sup>2)</sup>と、諸外国と比較して入院期間も長期であり、病床数の割合も高い<sup>3)</sup>。厚生労働省の2014年の患者調査<sup>2)</sup>では精神及び行動の障害は入院266万人、外来258万人と報告されている。入院患者は徐々に減少しているが外来患者は増加しており、地域で生活する精神疾患患者は増加している。2011年には精神疾患患者が320万人を超え<sup>4)</sup>、従来の「4大疾病」の患者数よりも多くなっていること等から、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾患としてがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に精神疾患を加えて「5大疾病」となり<sup>4)</sup>、2013年度から「5疾病5事業」になった医療計画が実施されている<sup>4)</sup>。このように精神疾患は身近な疾患となっている。

###### (2) 精神疾患と精神障害

精神科医療における精神疾患を分類する考え方は変遷してきた。その中でICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth revision: 疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版)による分類は精神科医療で広く使われている。ICD-10では精神障害とは器質性精神病(症状性を含む器質性精神障害)、アルコール・薬物(精神作用物質)使用による精神及び行動の障害、統合失調症及びその他の精神病障害、気分(感情)障害、神経症性障害、

ストレス関連障害、摂食障害、非器質性の睡眠障害と性機能障害、パーソナリティ及び行動の障害、精神遅滞、小児期・青年期の発達障害と行動及び情緒の障害に分類されている。

また、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）では対象とする精神障害者は、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質そのほかの精神疾患を有する者とされている。安斎<sup>5)</sup>は精神疾患と精神障害の関係について、「疾病による精神機能の異常は患者の表情、ことば、行動、人間関係を通して社会生活の中に障害としてあらわれる」、「発症初期から疾病の症状と障害が共存してあらわれる」「障害に疾病の特徴があらわれる。したがって障害から疾患名を切り離されない」「障害に対するリハビリテーションや援助は同時に疾病の治療でもあり、予防でもある」「常に疾病再発の危険を伴う」の5つの特徴をあげ、疾病と障害が同時に強い結びつきで存在していると述べている。精神疾患は生活障害とも解釈できることから「精神疾患」と「精神障害」は、ほぼ同一の概念として捉えられている<sup>5-6)</sup>。

### （3）世界における精神障害

2013年にWHOの総会で包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020が採択された<sup>7)</sup>。アクションプランの核心には「メンタルヘルスなしに健康なし」という世界的に受け入れられた原則がある。アクションプランは保健医療、社会部門による協調的なサービスを通じ、プロモーション、予防、治療、リカバリーに重点をおいた包括的他部門アプローチをとっている<sup>7)</sup>。

アクションプランでは、精神障害を有する人々は、障害経験率と死亡率が突出して高く、例えば、大うつ病及び統合失調症を有する人々の早期死亡は一般集団に比して40%～60%高いが、これはがんや心血管疾患等の身体的健康問題の放置と自殺によると述べており<sup>7)</sup>、世界的にも精神障害は大きな健康課題となっている。



#### (4) 精神障害と地域生活

精神保健医療福祉政策は脱施設化を目指し、精神障害者が地域で生活できる取り組みをすすめている。精神障害者が地域生活を困難とする要因として「陽性症状の出現と生活障害」、「スティグマ」、「近隣苦情」の3つがあげられる。

まず、「陽性症状の出現と生活障害」については幻覚、妄想等の陽性症状やコミュニケーション能力の低下、集中力の低下、生活リズムの乱れ等の障害が現れることが知られており<sup>8)</sup>、自立して安定した日常生活が難しい。また、退院した精神障害者の半数以上が5年以内に治療を中断し入退院を繰り返す『回転ドア現象』も報告されている<sup>9)</sup>。

一方、内閣府の障害者白書<sup>10)</sup>によれば外来の精神障害者の精神科初診時の年齢は20歳未満が41.0%であり、40歳以上は20.1%となっている。また、疾患別では精神疾患で最も多い統合失調症において20歳未満が56.2%を占めており、40歳以上は6.2%に過ぎない。そのため、在学中の発病等により、就職経験もなく社会生活への適応に困難を有する者が多い<sup>10)</sup>と考えられた。さらに、精神疾患は長期入院により社会適応能力の低下や、働き盛りに就労できず、治療も長期に渡り、経済的基盤が脆弱であることがあげられる。これらの精神障害者が社会生活の持続を困難にしている要因を佐藤ら<sup>11)</sup>は生活技術性、社会性、経済性、統合性の4点に分けて分析し、生活しづらさと表現している。臺<sup>12)</sup>は生活のしづらさについて「生活技術の不得手」と「対人関係の問題」、「職場では協力を必要とする仕事に困難」、「安定性に向け持続に乏しい」、「分裂病患者では、全てにわたって、出現した空想にふけることが多く、生きがいの喪失、動機づけの乏しさ」の5項目をあげ、生活障害と表現している。また、精神障害者の日常生活における困りごとの研究<sup>13)</sup>から精神障害者と家族との間に意識のずれが生じていることが報告されている。家族は要援助と考えているが対象者は感じていないことは、服薬支援や掃除、規則的な生活、友人・近所との人間関係、経済的な問題等の日常生活の全般にみられた<sup>13)</sup>。対象者と家族の意識のズレは双方にとってストレスの原因となる。そのため、精神障害者やその家族への支援が必要となる。

次に精神障害に関わる「スティグマ」があげられ、精神障害者の生活に不利益を与える<sup>14)</sup>。スティグマについて山口ら<sup>15)</sup>は2つの側面から6つの要素をあげている。それは、1) 市民や専門職からのスティグマ：知識（無知）や態度（偏見），差別（行動）と、精神障害者にとってのスティグマ：知覚されたスティグマ，経験されたスティグマ，セルフスティグマである。このようなスティグマから医療への受診や保健福祉の支援を拒否する精神障害者や家族は多く存在する<sup>16)</sup>。また，精神疾患患者は病識が乏しいために受診が遅れる特徴がある。吉岡ら<sup>17)</sup>の報告によれば保健福祉専門職による支援を拒否する住民の精神的要因は精神科治療の未治療，治療中断者が有意に高いとの報告もある。

一方，小山ら<sup>18)</sup>は精神障害者に対する一般地域住民のイメージは【認知的反応】【治療可能性】【社会的距離感】の3つの因子があり，特に「危険」や「話しかけにくい」等の【社会的距離感】に対するネガティブなイメージが強かったと報告している。そのため，精神障害者についての理解が不十分であることから排除に動く場合もあり<sup>19)</sup>，住民に対する精神障害の理解を深める普及啓発は重要である。

精神障害者の地域生活を困難にしている3つめの要因として「近隣苦情」があげられる。「近隣苦情」は精神疾患に伴う言動や，特に症状の悪化や遷延化に伴う生活破綻から近隣住民とのトラブルが生じてしまうことである<sup>20)</sup>。元永ら<sup>21)</sup>によると都市型保健所において，5年間で727件の精神保健活動の内，15件が近所からの苦情としてあがっており，このうち93.3%は未受診であった。このように近隣住民からの苦情として持ち込まれる相談には未治療者・治療中断の精神障害者が大きな比重を占めている。未治療や治療中断の精神障害者は社会生活を続ける上で大きな問題となる。また，精神障害者や家族の困りごとにも近所付き合いが4割以上と上位にあがっている<sup>13)</sup>。近隣住民が精神障害者や家族へ理解を示すことは精神障害者が地域生活を継続する上で重要である。近隣苦情があがると保健師は家庭訪問で日常生活や社会生活の様子を確認する。保健師は医療関係者との信頼関係がほとんどない対象者や家族と関係性を創り，対象者が地域で生活していく権利の擁護を行い，行政として関わることで周囲の不安を軽減させている<sup>22-23)</sup>。それは保健師が精神的な問題だけでなく，身体的な健康問題全般に働きかけられる看護者のバック

ボーンを活用しながら、関係性構築の技術を提供できる専門職の機能を持っている<sup>16)</sup>からである。

## 2) 家庭訪問の目的・特性

精神障害者へのアプローチ方法として家庭訪問はしばしば実施されている。家庭訪問は保健師が用いる活動の一つで古くから知られている個別の接近法・技術の一つである<sup>24)</sup>。対象者の生活の場に出向き、対象者を生活者としてとらえ、対象者・家族のニーズを生活の中に見出し、家庭生活、地域社会に適した方法で問題解決を行う<sup>25)</sup>。一方で地域全体の健康レベルの向上と、人々が主体的に健康行動をとれるように支援することを目的としている<sup>26)</sup>。保健師の家庭訪問は地域の中で優先的に関わるべき対象を見つけ、生活の場へ出向いて困難な状況を見極め、対象者とともに生活を改善していく<sup>27)</sup>。長谷部<sup>27)</sup>はこの努力の積み重ねが、様々な保健医療システム構築へと発展してきたと述べている。田村<sup>28-31)</sup>は家庭訪問の特質を「対象者の生活状況の知覚・推測を重ねて、対象者の支援ニーズを把握すること」、「ニーズに対する看護援助の緊急性と対象者の援助ニーズを把握する」、「ニーズに対する看護援助の緊急性と対象者の生活状況や価値観に見合うように、看護援助の優先度を判断する」、「家庭や地域の中で対象者がその人らしく生活し、自己肯定できることを思考する」、「保健事業に反映させる」としている。このように家庭訪問は個から地域へ発展させていく保健師の活動の基本である。

精神障害者が生活する場に出向いて行く保健師の家庭訪問は、精神障害者や家族だけでなく周囲からの情報も得られ、地域精神保健福祉活動を推進するためにも効果的な方法である<sup>32)</sup>。

## 3) 訪問看護と家庭訪問

厚生労働省は精神科訪問看護サービスの機能として、保健所・市町村の行う訪問指導と保険医療機関の行う訪問看護、訪問看護ステーションの行う訪問看護に分類している。

訪問看護は精神疾患を有する在宅療養者を対象とした利用者の居宅に看護者が出向い

て看護を提供するもので、対象者との契約に基づき、対象者・家族に看護サービスを行う。前者は「退院後等の病状不安定期の患者等に外来医療の一環としての看護サービス」を行い、後者は「通院困難に陥りやすい在宅療養者（精神障害者）への生活支援を中心とした看護サービス」を行う<sup>33)</sup>。訪問看護は、訪問看護利用者の入院日数の減少<sup>34)</sup>、退院後1年の再発率の減少<sup>35)</sup>、等の効果があり、精神障害者の地域での生活を支えるためにも重要である。

訪問看護は利用者と看護者との双方の契約関係で成り立っているが、十分な合意のない精神障害者への訪問看護は難しい。林ら<sup>36)</sup>は精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難として、契約遂行上の困難があり、利用者と訪問看護師、病院側の三者の合意形成が必要と指摘している。そのため、訪問看護は同意の得られない精神障害者や、治療中断者、未治療者への働きかけは難しい。一方、保健師の家庭訪問（訪問指導）は地域に暮らす全ての人や関係者を対象に健康生活向上のための地区活動方法の一つであり、対象者や家族が自発的に相談行動を起こせなくとも、潜在的な健康問題に働きかけることが可能な立場にいる<sup>16)</sup>。保健師の家庭訪問は訪問看護とは区分される公衆衛生の目的に沿って実施されるものであり、法的根拠も示されており、業務として位置づけられている<sup>26)</sup>。

#### 4) 地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問

地域精神保健福祉活動は、1965年の精神衛生法一部改正により、保健所が地域における精神保健福祉行政の第一線機関として位置づけられ、在宅の精神障害者への訪問指導や相談事業が強化された<sup>37)</sup>。それ以降、地域精神保健福祉は保健所を中心として展開されてきた。2002年より精神障害者に対する福祉サービスは、保健所から住民にとって身近な市町村へと活動の主体が移った<sup>37)</sup>。そのため、市町村保健師は普及啓発活動、精神障害の予防、早期発見、社会復帰までの役割を担うこととなった<sup>37)</sup>。

地域の受け入れが整えば退院可能な精神障害者が退院するには、精神障害者の生活しやすい地域づくりが必要であり、精神保健福祉活動は市町村の重要施策として展開されている<sup>38)</sup>。全国の市町村の精神保健福祉業務に担う主たる職種は看護師・保健師であり<sup>39)</sup>、「相

談できる保健師の存在」は地域の精神障害者の生活しやすさ指標の一つの要素にもなっている<sup>40)</sup>。地域の精神保健福祉活動のニーズ把握は、精神障害者が生活する場に出向いて行く家庭訪問によるところが大きい<sup>32)</sup>。精神障害者や家族のニーズを把握し、施策に反映させることも重要である<sup>32)</sup>。精神保健活動における市町村保健師の家庭訪問は増加している<sup>41)</sup>。一方で、家族や親戚、近隣住民等の周囲からの苦情や相談が家庭訪問のきっかけとなることも多い<sup>21)</sup>。また、日本精神保健福祉連盟の調査<sup>42)</sup>によると、市町村が非自発的な受診勧奨、医療中断、迷惑行為等の対応困難な事例に苦慮している現状が報告されており、それらに対応できる高度な家庭訪問技術が求められている<sup>38)</sup>。高度な家庭訪問技術は家庭訪問の実践から学ぶものであり、現任教育で培われる技術である。

## 5) 現任教育における事例検討

保健師の現任教育には、体系的に入職時の配置場所とその後のジョブローテーション、職場内教育(OJT: On the job Training)、職場外教育(Off-JT: Off-the job Training)、自己啓発がある。知識や技術の習得や判断力の育成等、実践能力を向上させるのは主にOJTで行なわれ、Off-JTは研修会への参加が主となり、原則的、体系的な技能の習得に役立っている<sup>43)</sup>。事例検討はOJTの一つであり、中板<sup>44)</sup>は効果的な活動の伝承には、支援内容を細かに精査して体験からの学びを意識的に確認する機会と日々の実践を通してサポートされる機会が不可欠であり、気軽にとり入れられる方法が事例検討であると述べている。

事例検討について山口<sup>45)</sup>は「事例とは個別的な事実のことであり、事例検討は過去の実践や現在行われている実践を事例として取り上げ、多面的に調べ、状況を深く把握して実践の適切さを吟味し、考えることである」としている。また、末安<sup>46)</sup>は「事例検討は自己のケアを考えるための一つの方法である」としている。事例検討の有効性について外口<sup>47)</sup>は①看護実践を通して成長を遂げる方法、②実践行為としての看護の隠された構造を明らかにしていく方法、③自己の看護経験を積み重ねる方法の3点をあげている。このように事例検討は看護場面の状況を深く捉え、看護者の実践技術を深めることができ、それを他

の事例にも応用できる。

保健師の行う管理には「事例管理」、「業務管理」、「地域管理」の側面があり<sup>48)</sup>。「事例管理」は新任の保健師においても保健師個人に任されている。そのため、家庭訪問はアセスメント、支援、評価という一連の作業を保健師一人が行う傾向があり、多問題を抱える事例に行き詰まり感を持ちやすい<sup>47)</sup>。また、保健師の経験等の力量により支援に格差が生じる可能性がある。事例検討は保健師の経験や力量により困難事例の対応の格差を縮め、保健師が事例の支援を客観的に評価でき、一人で事例を抱え込まないしくみとしても重要である<sup>49-51)</sup>。事例検討を行い、丁寧に看護実践を振り返ることで個人の成長を促し、訪問技術を深めることができ、経験を次の事例に応用できるのである。萱間<sup>52)</sup>は事例検討に提出された事例の結論ではなく、事例を理解することが目標であり、事例に対する問題意識は人によってレベルが異なると述べている。事例検討は専門職として何を問題と感じたかの感度を高めるためにも重要である。

## 2. 本研究の目的と意義

### 1) 研究目的と意義

本研究は、市町村保健師や新人保健師のように経験の少ない保健師でも地域精神保健福祉活動における家庭訪問を困難感なく実施できるように必要なスキルを明らかにし、家庭訪問スキルを構造化する。さらにスキルの習得状況を明らかにし、その結果を基にスキルを向上させる具体的な現任教育を検討し、実施し、効果を検討することを目的とした。具体的には以下の4点を研究目的とする。

- (1) 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の構造を明らかにする。
- (2) 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の習得状況を明らかにする。
- (3) 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を向上させる現任教育方法を検討する。

(4)「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を向上させる「ケースシート」を用いた事例検討会を実施し、その効果を検討する。

研究の意義は「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を向上させる方法が明らかとなることで、保健師の技術の向上に寄与でき、結果として、地域の精神障害者も住みやすい地域づくりに貢献できると考える。

## 2) 本論文における用語の定義

本論文中では「行政保健師（保健師）」を「行政に席を置き、行政職の身分で保健活動を行っている保健師」とした。また、行政保健師が行う訪問指導を「家庭訪問」とした。なお、スキルは「専門性を必要とする技術」と定義した。

## 3) 本論文の構成と研究の概要

目的を明らかにするために、以下の各研究を段階的に行なった。本論文における構成を図1に示した。次に本論文を構成する各章ごとの内容と各段階の研究の概要を述べる。

第2章では、「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」について先行研究を基に調査項目を作成し、全国の保健所保健師に調査を行う。その結果から「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の構造を明らかにする。

第3章では保健所保健師を対象に調査を行い「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の習得状況を明らかにする。

第4章では第2章、第3章の結果から「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を向上させる現任教育を検討する。

第5章では「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を向上させる「ケースシート」を用いて事例検討会を実施し、その効果を検討する。

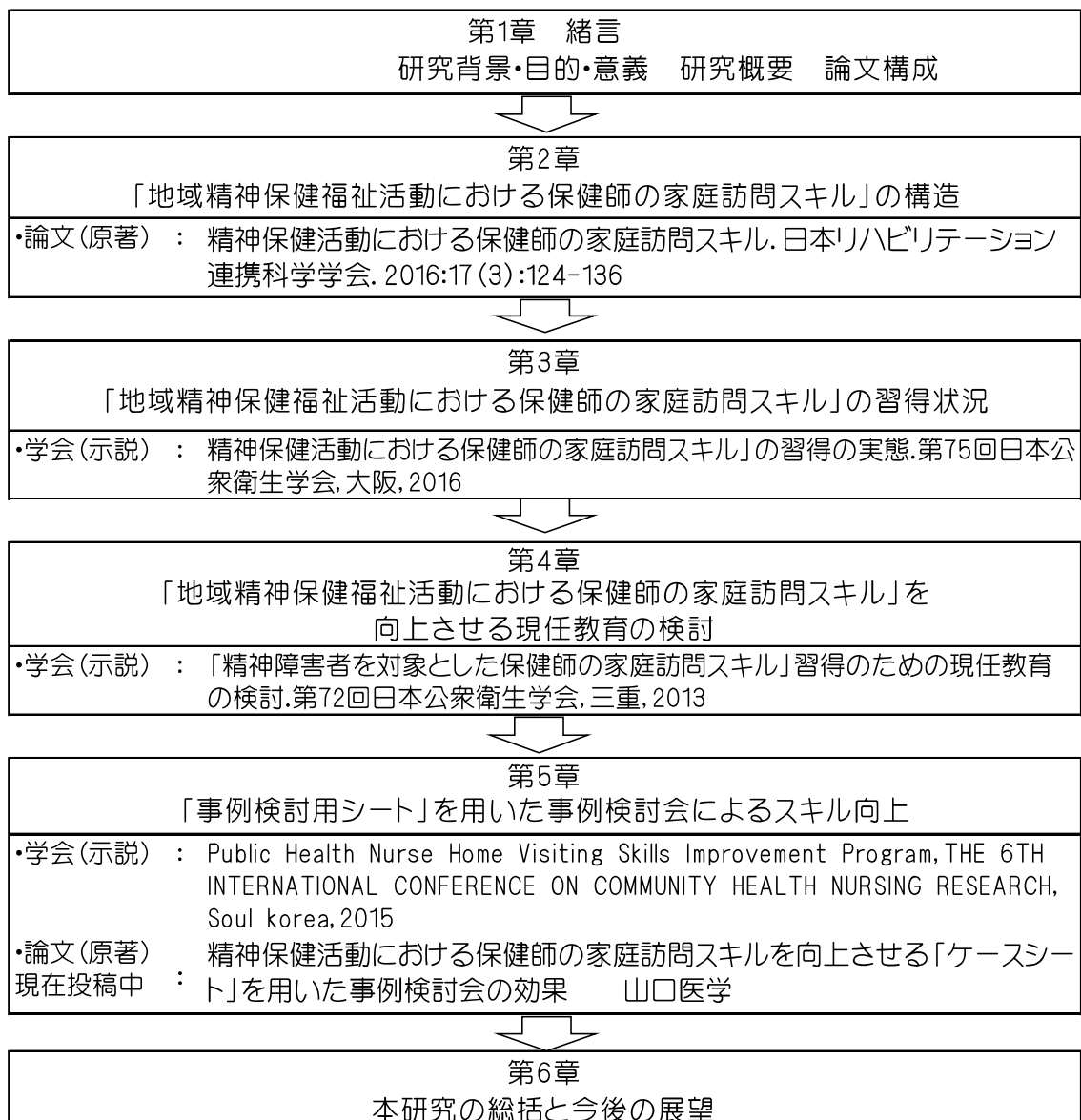


図1 論文の構成



## 第2章

### 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の構造

#### 1. 研究背景及び目的

我が国では、精神障害者の平均在院日数、精神科病床数は諸外国と比較して入院期間も長期であり、病床数の割合も高い<sup>2-4)</sup>。2013年に「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が示され、精神障害者が悪化防止や再発予防しながら、地域で安心して生活できることの重要性が明記された<sup>53)</sup>。

精神障害者の生活しやすい地域づくりのためには精神保健福祉事業の充実が必要であり、精神保健福祉活動は市町村の重要施策として展開されている<sup>38)</sup>。精神障害者が生活する場に向向いて行く家庭訪問は、精神保健福祉活動におけるニーズ把握のためにも効果的な方法の一つであり、精神保健福祉活動における市町村保健師の家庭訪問は増加している<sup>41)</sup>。しかし、市町村は非自発的な受診勧奨、医療中断、迷惑行為等の対応困難な事例に苦慮しており<sup>42)</sup>、それらに対応できる高度な家庭訪問技術が求められている。また、新人保健師は小児や成人・高齢者と比較して精神障害者の看護支援に難しさを感じており<sup>54)</sup>、地域精神保健福祉活動における家庭訪問に必要な具体的なスキルを明らかにする必要がある。

地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問に関する研究では、精神障害者の生活を重視したアセスメント項目<sup>54)</sup>や統合失調症の訪問頻度の基準<sup>55)</sup>、関係性を創る<sup>56)</sup>、日常生活のケア等の対象者に提供している看護技術<sup>22)</sup>が明らかにされている。しかし、市町村保健師が苦慮している困難な事例に対応できるスキルや、新人保健師が困難を感じずに家庭訪問するためのスキルは明らかになっていない。そこで、第2章では市町村保健師や新人保健師のように経験の少ない保健師が地域精神保健福祉活動における家庭訪問を困難感なく実施できるように必要なスキルを明らかにすることを目的とした。

#### 2. 研究方法

## 1) 調査対象

地域精神保健福祉活動は、1965年の精神衛生法一部改正により、保健所が地域における精神保健福祉行政の第一線機関として位置づけられており、保健所保健師は長年の経験から「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を経験していると考えられた。市町村保健師を対象とした研究結果<sup>57)</sup>から「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問に必要なスキル」を質的研究で導き出し、その結果の妥当性を高めるために、今回はスキルを習得していると考えられる保健所保健師を調査対象とした。調査対象は全国保健所一覧<sup>58)</sup>に掲載されている都道府県保健所(支所を含む)436か所の精神保健担当保健師とした。

## 2) 調査方法

調査方法は郵送による無記名自記式調査とし、研究の目的・方法・倫理的配慮を記載した依頼文と調査紙、返信用封筒を3枚ずつ同封し、施設の保健師代表者に調査対象者への配布を郵送にて依頼した。調査期間は平成22年1月1日～平成22年2月28日であった。

## 3) 調査紙作成手続き

調査項目は、先行研究<sup>57)</sup>の「精神障害者を対象とした家庭訪問スキル」43スキルを基に地域看護学の研究者2人と実務経験15年以上の保健師4人の合計6人で、4段階評価の質問項目になるように検討した。具体的には『継続を考えた訪問をする』と『初回の関係づくりを意識する』は「次回訪問できる関係性をつくる」に項目をまとめた。『話しやすい雰囲気づくり』と『話しやすい場づくり』は「対象者が安心できる話しやすい場を選んで話す」にまとめた。『必要な情報を提供できる』と『利用できるサービスや施設の下見をしておく』は「対象者に適した事業やサービスを選択し紹介できる」にまとめた。『危険回避できるよう準備』と『具体的な危険回避のイメージを意識する』は「保健師の危機的状況を予測し防御する」にまとめた。最終的に4段階評価の調査項目は39項目と設定し、これを「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」とした。

#### 4) 調査紙の構成

調査紙は、基本属性（年齢、保健師経験年数、精神保健福祉業務経験年数、）と「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」39項目の重要性で構成した。なお、保健師経験年数、精神保健福祉業務経験年数（以下業務経験年数）は通算経験年数とした。スキルの重要性と習得状況については4段階の設問で問うた。

#### 5) 分析方法

家庭訪問スキル39項目の重要性は「重要である」：4点、「ある程度重要である」：3点、「あまり重要でない」：2点、「重要でない」：1点の得点を与えて数値化し、4段階評定尺度とした。従って得点が高いほど、重要度が高いことを意味している。

スキルの重要性は中央値を算出した。さらに、家庭訪問スキルの構造を明らかにするために、因子分析を実施した。因子分析の結果、得られた下位尺度は信頼性を確認する目的でCronbach's  $\alpha$  係数の検討を行なった。分析ソフトはSPSS ver. 18.0 for Windows を用いた。有意水準は5%（両側）とした。

#### 6) 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言、疫学研究に関する倫理指針を遵守して行うこととし、所属大学の研究倫理審査委員会の承認を得た（管理番号113）。対象者への調査票の郵送時に拒否の自由、匿名性の保証、データの管理と活用等の説明文を同封し、倫理的配慮をした。

### 3. 研究結果

#### 1) 回答者の概要

回収数は474であった。そのうち記入漏れ等の回答不備を除き298（有効回答率62.9%）を分析対象とした。回答者の年齢は22～61歳の範囲であり、平均41.8歳（標準偏差±10.0）であった。保健師経験年数は0年～37年の範囲であり、平均17.9年（±10.3）であった。

業務経験年数は0年～37年の範囲であり、平均9.3年(±8.0)であった。

## 2) 家庭訪問スキルとその因子構造

家庭訪問スキルの重要性の中央値は39項目中28項目が「重要である」、11項目が「ある程度重要である」であった。家庭訪問スキル39項目について、「重要である」と「ある程度重要である」と回答した者の割合は86.6%～100.0%であった(表1)。

以下、因子名を【 】,スキル項目名は「 」で表記する。

探索的因子分析(主因子法・プロマックス回転)の結果、共通因子の抽出を試みた。固有値の変化は13.20, 2.00, 1.86, 1.38, 1.19, 1.11であり、6因子構造が妥当であると考え、主因子法、プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、他のいずれかの項目と重なり弁別性に乏しい項目の「対象者の理解度に合わせて説明する」、「事例に共通した生活しづらさを見つける」の2項目と、十分な因子構造を示さなかった「表情や動作、話し方から精神状態を把握し関わる」を外し、再度、主因子法、プロマックス回転による因子分析を行ったところ6因子の最適解を得た。なお、項目削除前の累積寄与率は57.34、削除後の累積寄与率は57.60であった。因子の解釈はプロマックス回転後の因子行列に着目し、因子負荷が0.35以上でかつ2因子にまたがって0.35以上の負荷を示さない項目に基づいて行った。最終的な因子パターンと因子相関を表2に示した。

第1因子(10項目)は対象者や家族の気づかないニーズを見極めるための項目で構成されており、【ニーズを見極める】と命名した。第2因子(6項目)は対象者と家族の関係性を捉えるための項目で構成されており、【家族関係をとらえる】と命名した。第3因子(6項目)は家庭訪問を計画的に実施するための項目で構成されており、【家庭訪問を管理する】と命名した。第4因子(6項目)は病状や服用している薬の作用・副作用、地域の事業や把握のための項目で構成されており、【保健医療福祉に関する情報を把握する】と命名した。第5因子(5項目)は対象者との良好な関係性を築くための項目で構成されており、【対象者との関係性を高める】と命名した。第6因子(3項目)は危機的状況に対応するための項目で構成されており、【危機的状況に対応する】と命名した。Cronbach's  $\alpha$  係数は0.95

であり、6 因子の Cronbach' s  $\alpha$  係数は 0.75 以上であった。

地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキルは【ニーズを見極める】【家族関係をとらえる】【家庭訪問を管理する】【保健医療福祉に関する情報を把握する】【対象者との関係性を高める】【危機的状況に対応する】の6因子で構成されていた。

表1 家庭訪問スキル項目の重要性得点分布

n=298

項目	1. 重要でない		2. あまり重要でない		3. ある程度重要である		4. 重要である		MD	重要 (3.4) の割合 (%)
	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)		
利用できる制度を広範囲に理解する	0	(0.0)	1	(0.3)	65	(21.8)	232	(77.9)	4	99.7
対象者に適した事業やサービスを選択し紹介できる	0	(0.0)	2	(0.7)	66	(22.1)	230	(77.2)	4	99.3
事業や制度の詳細情報把握し提示できる	0	(0.0)	34	(11.4)	160	(53.7)	104	(34.9)	3	88.6
対象者の病状の特徴を把握する	0	(0.0)	1	(0.3)	49	(16.4)	248	(83.2)	4	99.7
対象者の服用している薬の作用・副作用を把握する	0	(0.0)	6	(2.0)	142	(47.7)	150	(50.3)	4	98.0
現病歴・病歴・治療歴を把握する	0	(0.0)	1	(0.3)	74	(24.8)	223	(74.8)	4	99.7
訪問するタイミングを逃さない	0	(0.0)	2	(0.7)	73	(24.5)	223	(74.8)	4	99.3
ゆとりを持った訪問をする	1	(0.3)	25	(8.4)	161	(54.0)	111	(37.2)	3	91.3
受け入れられる訪問目的を伝える	0	(0.0)	4	(1.3)	101	(33.9)	193	(64.8)	4	98.7
その日の訪問終了を見極める	0	(0.0)	9	(3.0)	133	(44.6)	156	(52.3)	4	97.0
訪問間隔の判断根拠を持つ	0	(0.0)	8	(2.7)	155	(52.0)	135	(45.3)	3	97.3
次回訪問できる関係性をつくる	0	(0.0)	1	(0.3)	64	(21.5)	233	(78.2)	4	99.7
対象者の興味、関心を把握し話題をつくる	0	(0.0)	8	(2.7)	133	(44.6)	157	(52.7)	4	97.3
対象者の生活歴、生活状況、周囲との人間関係を把握する	0	(0.0)	0	(0.0)	76	(25.5)	222	(74.5)	4	100.0
訪問で先入観持たない観察をする	0	(0.0)	11	(3.7)	139	(46.6)	148	(49.7)	3	96.3
相手の意向を尊重し共感を伝える	0	(0.0)	1	(0.3)	82	(27.5)	215	(72.1)	4	99.7
曖昧なことは確認する	1	(0.3)	22	(7.4)	147	(49.3)	128	(43.0)	3	92.3
保健師の気持ちを素直に伝える	1	(0.3)	39	(13.1)	189	(63.4)	69	(23.2)	3	86.6
対象者が安心できる話しやすい場を選んで話す	0	(0.0)	1	(0.3)	114	(38.3)	183	(61.4)	4	99.7
対象者の理解度に合わせて説明する	0	(0.0)	2	(0.7)	89	(29.9)	207	(69.5)	4	99.3
家族から話を聞く	0	(0.0)	1	(0.3)	102	(34.2)	195	(65.4)	4	99.7
家族の問題を引き出す	0	(0.0)	1	(0.3)	97	(32.6)	200	(67.1)	4	99.7
家族が解決できるように関わる	0	(0.0)	0	(0.0)	77	(25.8)	221	(74.2)	4	100.0
対象者と家族のニーズの違いがあることを知る	0	(0.0)	1	(0.3)	81	(27.2)	216	(72.5)	4	99.7
家族関係を観察する	0	(0.0)	2	(0.7)	80	(26.8)	216	(72.5)	4	99.3
生活空間から対象者・家族の生活環境を観察する	0	(0.0)	5	(1.7)	118	(39.6)	175	(58.7)	4	98.3
対象者・家族が気づかない健康課題を探る	1	(0.3)	9	(3.0)	132	(44.3)	156	(52.3)	4	96.6
対象者の持てる力を見出す	0	(0.0)	2	(0.7)	104	(34.9)	192	(64.4)	4	99.3
対象者の気持ちがわかるために確認しながら聞く	0	(0.0)	5	(1.7)	106	(35.6)	187	(62.8)	4	98.3
表情や動作、話し方から精神状態を把握し関わる	0	(0.0)	1	(0.3)	99	(33.2)	198	(66.4)	4	99.7
対象者が不安定となる要因を把握する	0	(0.0)	3	(1.0)	116	(38.9)	179	(60.1)	4	99.0
生活に変化があった時は原因を探る	0	(0.0)	15	(5.0)	146	(49.0)	137	(46.0)	3	95.0
事例に共通した生活しづらさを見つける	0	(0.0)	18	(6.0)	136	(46.0)	144	(48.3)	3	94.0
直接会える工夫し会って話を聞く	1	(0.3)	32	(10.7)	148	(49.7)	118	(39.6)	3	89.3
会えない対象者は記録し会える機会を探し続ける	2	(0.7)	21	(7.0)	149	(50.0)	126	(42.3)	3	92.3
関係者全員が情報・方針を共有する方法をつくる	1	(0.3)	2	(0.7)	60	(20.1)	236	(79.2)	4	99.3
医療従事者、サービス提供者、関係機関の担当者、近所の人等の周囲から話を聞く	1	(0.3)	6	(2.0)	165	(55.4)	126	(42.3)	3	97.7
保健師の危機的状況を予測し防御する	1	(0.3)	2	(0.7)	60	(20.1)	236	(79.2)	4	99.3
対象者や家族の危機的状況を予測し予防的に関わる	1	(0.3)	2	(0.7)	83	(27.9)	213	(71.5)	4	99.3

表2 家庭訪問スキルの重要性の因子分析の結果 (n=298)

尺度項目	因子負荷量					
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
<b>第1因子【ニーズを見極める】 Cronbach's <math>\alpha=0.90</math></b>						
曖昧なことは確認する	<b>0.66</b>	0.02	0.12	-0.07	0.00	-0.14
直接会える工夫し会って話を聞く	<b>0.66</b>	-0.18	0.09	-0.06	0.22	-0.21
会えない対象者は記録し会える機会を探し続ける	<b>0.65</b>	0.05	0.04	0.15	-0.14	0.04
医療従事者、サービス提供者、関係機関の担当者、近所の人等の周囲から話を聞く	<b>0.63</b>	0.12	0.12	-0.08	-0.18	0.12
対象者の気持ちがわかるために確認しながら聞く	<b>0.59</b>	-0.04	0.17	0.11	-0.19	0.20
保健師の気付きを素直に伝える	<b>0.59</b>	0.11	0.06	-0.12	0.00	0.09
生活に変化があった時は原因を探る	<b>0.59</b>	-0.11	-0.07	0.06	-0.02	0.28
対象者・家族が気づかない健康課題を探る	<b>0.58</b>	0.08	-0.33	-0.01	0.17	0.24
対象者の持てる力を見出す	<b>0.54</b>	0.27	-0.11	0.06	0.07	0.00
対象者が不安定となる要因を把握する	<b>0.37</b>	-0.02	0.12	-0.09	0.22	0.31
<b>第2因子【家族関係をとらえる】 <math>\alpha=0.88</math></b>						
家族が解決できるように関わる	-0.03	<b>0.73</b>	-0.03	0.08	0.07	-0.04
家族から話を聞く	0.12	<b>0.72</b>	-0.11	0.14	0.03	-0.04
生活空間から対象者・家族の生活環境を観察する	0.12	<b>0.72</b>	-0.10	0.17	-0.06	-0.06
家族の問題を引き出す	-0.12	<b>0.67</b>	0.17	-0.05	0.05	0.06
対象者と家族のニーズの違いがあることを知っておく	0.25	<b>0.48</b>	0.16	-0.08	0.03	0.03
家族関係を観察する	-0.07	<b>0.46</b>	0.05	-0.18	0.20	0.34
<b>第3因子【家庭訪問を管理する】 <math>\alpha=0.80</math></b>						
ゆとりを持った訪問をする	0.06	-0.14	<b>0.71</b>	0.09	-0.12	0.06
その日の訪問終了を見極める	0.04	0.07	<b>0.68</b>	-0.07	0.03	0.05
訪問するタイミングを逃さない	0.00	0.22	<b>0.60</b>	0.01	0.02	-0.08
訪問間隔の判断根拠を持つ	0.09	0.08	<b>0.41</b>	-0.01	0.13	0.05
訪問で先入観持たない観察をする	-0.12	0.12	<b>0.40</b>	0.00	0.00	0.28
受け入れられる訪問目的を伝える	0.13	-0.08	<b>0.39</b>	0.05	0.17	0.00
<b>第4因子【保健医療福祉に関する情報を把握する】 <math>\alpha=0.75</math></b>						
対象者に適した事業やサービスを選択し紹介できる	-0.03	0.12	0.00	<b>0.69</b>	-0.09	0.01
対象者の服用している薬の作用・副作用を把握する	0.04	0.18	-0.02	<b>0.56</b>	0.05	-0.10
現病歴・病歴・治療歴を把握する	0.05	-0.09	0.25	<b>0.47</b>	-0.04	0.13
利用できる制度を広範囲に理解する	-0.24	0.09	0.01	<b>0.39</b>	0.21	0.26
対象者の病状の特徴を把握する	-0.10	-0.02	0.01	<b>0.37</b>	0.22	0.29
事業や制度の詳細情報把握し提示できる	0.13	-0.19	0.32	<b>0.36</b>	0.14	-0.17
<b>第5因子【対象者との関係性を高めるスキル】 <math>\alpha=0.76</math></b>						
対象者の生活歴、生活状況、周囲との人間関係を把握する	-0.03	0.09	-0.07	-0.04	<b>0.66</b>	0.17
対象者が安心できる話しやすい場を選んで話す	-0.12	0.07	0.06	0.04	<b>0.63</b>	0.03
相手の意向を尊重し共感を伝える	0.30	0.08	0.07	-0.02	<b>0.43</b>	-0.17
次回訪問できる関係性をつくる	0.13	0.14	0.17	0.06	<b>0.38</b>	-0.04
対象者の興味、関心を把握し話題をつくる	0.11	-0.06	-0.04	0.08	<b>0.35</b>	0.19
<b>第6因子【危機的状況に対応する】 <math>\alpha=0.76</math></b>						
関係者全員が情報・方針を共有する方法をつくる	0.09	-0.10	0.00	0.03	0.17	<b>0.63</b>
対象者や家族の危機的状況を予測し予防的に関わる	0.21	0.12	-0.01	0.05	-0.06	<b>0.52</b>
保健師の危機的状況を予測し防御する	-0.02	0.33	0.08	0.01	-0.09	<b>0.44</b>
累積寄与率	36.67	42.23	47.39	51.23	54.52	57.59
固有値	13.20	2.00	1.86	1.38	1.18	1.11
因子間相関	第1因子	1.00	0.63	0.60	0.44	0.56
	第2因子		1.00	0.47	0.41	0.62
	第3因子			1.00	0.47	0.43
	第4因子				1.00	0.44
	第5因子					1.00
	第6因子					
Cronbach's $\alpha$ total	=0.949					

因子抽出法：主因子法 回転：プロマックス法

## 4. 考 察

### 1) 対象者の特性

平成 21 年度保健師活動領域調査<sup>59)</sup> 及び活動基盤調査<sup>60)</sup> より，都道府県保健所の保健師数 3,730 人，都道府県保健所の精神保健担当保健師は 16.4%であり，精神保健担当保健師は 612 人と推計された．本調査の対象はこの推計数の 77.5%に相当した．また，分析対象者は保健師活動基盤調査の平均年齢 40.7 歳，保健師経験年数は約 16 年と比較するとやや高いもののほぼ一致した．従って本調査における対象サンプルは母集団をある程度代表できるものと考えられた．

### 2) 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」とその構造

家庭訪問スキルの重要性の全項目で重要（3 点以上）と回答している者の割合は 86.6%～100.0%であったことから調査項目は，「地域精神保健福祉活動における保健師に必要な家庭訪問スキル」あることが示唆された．また，Cronbach's  $\alpha$  係数は 6 因子全てで 0.75 以上であったことから，指標としての信頼性が確保されていることが確認された．

第1因子である【ニーズを見極める】とは，保健師が家庭訪問における適切な支援を実施するために，事例のニーズを常に意識していることを意味している．地域精神保健福祉活動における対象者のニーズを引き出すことは難しく<sup>61-62)</sup>，さらに，保健師の家庭訪問のニーズ把握には個人のニーズと地域のニーズという側面がある<sup>63)</sup>．対象者と家族，地域を含めた事例の全体像をとらえ，【ニーズを見極める】ことは重要である．

保健師は，生活状況から対象者の不安定となる要因を探り，ニーズを表出できるように，一緒に考え，曖昧なことや気持ちを確認し，整理しながら聞いていく．また，精神疾患のために病識が乏しく，自ら SOS を発信しにくい対象者や会えない対象者に会える機会を探し続ける．第 1 因子はこのような手法で【ニーズを見極める】スキルであると考えられた．

第 2 因子の【家族関係をとらえる】は，保健師が家庭訪問する際に対象者だけでなく，家族関係が重要な鍵となることを認識しており<sup>64-66)</sup>，家族のエンパワメントを念頭におき，本人と家族の関係をとらえていることを意味している．



地域精神保健福祉活動における相談の初回相談者は家族・親族等が約6割との報告<sup>21)</sup>もあり、家族とともに暮らす対象者の家庭訪問は、精神障害者の地域生活を支える上で、【家族関係をとらえる】ことのできる重要な場面である。

第3因子の【家庭訪問を管理する】は訪問のタイミングや対象者が納得する訪問目的の設定、訪問間隔の判断、訪問の終了時期を見定めるなどの「事例管理」を意味している。

保健師の行う管理には「事例管理」、「業務管理」、「地域管理」があり<sup>67)</sup>。【家庭訪問を管理する】の項目は「事例管理」に該当する。

保健師は目的を持って家庭訪問計画を立て、最も適切な時期に、訪問するタイミングを逃さず訪問する<sup>22)</sup>。たとえ、対象者から訪問の要請がなくても、相手が納得できる訪問目的を持ち、ゆとりを持った訪問を行っている。また、保健師は先入観を持たない観察をし、訪問時の状況から終了時期を見定めている。そして、一定の基準や根拠を持って適度な訪問間隔を判断しており<sup>55,68)</sup>、家庭訪問の管理は重要であると認識していることが明らかとなった。【家庭訪問を管理する】スキルは初任者から保健師個人に任されている現状からも、初任者に早期から習得させる現任教育が望まれる。

第4因子の【保健医療福祉に関する情報を把握する】は、保健師が家庭訪問を実施する中で、対象者が生活を維持できるよう地域の保健・医療・福祉の事業や制度の現状を把握することを意味している。対象者の服薬遵守は再発防止や悪化防止に繋がっており<sup>69)</sup>、保健師が服薬の知識、方法、副作用の認識を持ち、対象者にわかりやすく説明できることは精神障害者の地域生活を持続するために重要である。新井<sup>70)</sup>は、精神障害者の家族の自立に向けた支援には保健師の保健医療福祉の情報提供の重要性を述べている。吉岡ら<sup>71)</sup>は精神障害者を医療につなげる技術に薬や病気、症状、制度の知識を提供する技術の重要性をあげている。このように、保健医療福祉の情報を相手にわかりやすく提供することは保健師にとって重要なスキルである。そのためには日頃の活動を通じて常に、地域の事業やサービスや事業の現状を把握するスキルが必要である。

第5因子の【対象者との関係性を高める】は、保健師の家庭訪問を対象者に受け入れてもらうには、対象者との良い関係づくりが基盤となることを意味している。

地域精神保健福祉活動における保健師の訪問は、家族や親戚、近隣住民等の周囲からの苦情や相談が訪問のきっかけとなることも多く<sup>16)</sup>、本人や家族からの要請のない家庭訪問をする場合もある。そこで保健師は対象者の家庭へ出向き、家庭訪問を受け入れてもらう必要がある。そのため、保健師の家庭訪問は、プライベートな生活空間に受け入れてもらえる関係をつくる<sup>56)</sup>ことから始まる。萱間<sup>23)</sup>は、保健師・看護師の訪問技術の実践分析において、関係性を創る技術は対象者との信頼性を確立させるプロセスであると述べている。そして訪問を受ける選択は本人に預けるなどの相手の意向を尊重する技術は、病識のない他人の関与に恐怖心を持つ対象者に対して実践されており、これを語ったのは9割が保健師であったと述べている<sup>23)</sup>。このように保健師は、相手が安心できる話しやすい場で話し、相手の意向を尊重し共感を伝える。また、相手の興味、関心、性格を把握し、話題をつくる等の工夫を行い、次の訪問につなげる関係性をつくっている。

第6因子の【危機的状況に対応する】は対象者・家族の危機的状況を予測し、予防的に関わることで、保健師自身が危機的状況を防御することの二つの意味を有している。

地域で生活する精神障害者は、親密な支援者を喪失したなどのきっかけで地域生活が困難となる状況に対し、精神症状の悪化を引き起こす要因の解決により症状の悪化が予防できるとされる<sup>72)</sup>。そのため、対象者や家族の危機的状況を予測し予防的に関わることは精神障害者の悪化防止や再発予防の上で重要である。

保健師の危機的状況の調査<sup>73-74)</sup>によると26%の保健師が暴力等の被害を受けており、特に精神保健分野の家庭訪問での被害が多い<sup>75-76)</sup>。治療中断者や未受診者の不安定な症状により危機的状況に陥る可能性もある。また、暴力は保健師の離職や勤労意欲の低下と深く関連するという報告もあり<sup>76)</sup>、危機的状況に対応できるスキルの習得は重要である。そして、関係職員全員が情報や方針を共有することで、担当保健師だけでなく関係職員も対象者に対して統一した質の高い対応ができると考える。

## 5. 結 論

家庭訪問スキルの重要性の全項目で重要（3点以上）と回答している者の割合は8割以

上であり、調査項目 39 項目は「地域精神保健福祉活動における保健師に必要な家庭訪問スキル」であることが示唆された。また、探索的因子分析により、Cronbach' s  $\alpha$  係数は 0.95 であり、6 因子の Cronbach' s  $\alpha$  係数は 0.75 以上であった。家庭訪問スキルは【ニーズを見極める】【家族関係をとらえる】【家庭訪問を管理する】【保健医療福祉に関する情報を把握する】【対象者との関係性を高める】【危機的状況に対応する】の 6 因子 36 項目で構成されていた。

## 第3章

### 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の習得状況

#### 1. 研究背景及び目的

我が国では、諸外国と比較して入院期間も長期であり、病床数の割合も高い<sup>2-3)</sup>。そのため、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療へと改革が進められてきた。2002年より、精神障害者に対する福祉サービスは市町村に移管された。精神保健福祉活動は市町村の施策として展開されており、保健師の家庭訪問は増加している<sup>4)</sup>。しかし、未受診者への受診勧奨、医療中断、迷惑行為等の対応の困難な事例に市町村は苦慮しており<sup>4)</sup>、対応できる家庭訪問技術が必要である。

地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問に関する研究では、服薬管理等の訪問ケアに用いられる看護技術<sup>23, 56, 69)</sup>等については明らかにされている。しかし、地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問の具体的な技術の習得状況を明らかにした研究は見当たらない。そこで第3章では、第2章で得られた「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の6因子36下位尺度項目における習得の状況を明らかにすることを目的とした。

#### 2. 研究方法

##### 1) 調査対象

調査対象は全国保健所一覧<sup>58)</sup>に掲載されている都道府県保健所(支所を含む)436か所の精神保健福祉担当保健師とした。

##### 2) 調査方法

調査方法は郵送による無記名自記式調査とし、研究の目的・方法・倫理的配慮を記載した依頼文と調査紙、返信用封筒を3枚ずつ同封し、施設の保健師代表者に調査対象者への配布を郵送にて依頼した。調査期間は平成22年1月1日～平成22年2月28日であった。

### 3) 調査紙の構成

調査紙は、基本属性（年齢、保健師経験年数、精神保健福祉業務経験年数、相談体制の有無）と「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」36項目<sup>32)</sup>の習得状況で構成した。なお、保健師経験年数、精神保健福祉業務経験年数（以下業務経験年数）は通算経験年数とした。

### 4) 分析方法

家庭訪問スキル36項目の習得状況は、「十分習得している」:4点、「ある程度習得している」:3点、「あまり習得していない」:2点、「習得していない」:1点の得点を与えて数値化し、4段階評定尺度とした。従って、得点が高いほど習得状況が高いことを意味している。家庭訪問スキルの習得状況を単純集計をし、中央値を算出した。さらに、先行研究で得られた家庭訪問スキルの6因子について、因子内の項目の合計点を因子習得得点として算出した。

年齢は20歳代、30歳代、40歳代、50歳以上の4群、保健師経験年数及び業務経験年数は上田ら<sup>55,77)</sup>の区分を参考に1年未満、1年以上~3年未満、3年以上~5年未満、5年以上~10年未満、10年以上~20年未満、20年以上の6群に分類した。年齢、保健師経験年数、業務経験年数の区分と、因子習得得点との関連を見た（Kruskal-WallisのH検定、有意差の認められた因子はMann-WhitneyのU検定で多重比較）。分析ソフトはSPSS ver.18.0 for Windowsを用いた。有意水準は5%（両側）とした。

### 5) 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言、疫学研究に関する倫理指針を遵守して行うこととし、所属大学の研究倫理審査委員会の承認を得た（管理番号113）。対象者への調査票の郵送時に拒否の自由、匿名性の保証、データの管理と活用等の説明文を同封し、倫理的配慮をした。

### 3. 研究結果

#### 1) 回答者の概要

回収数は 474 であった。そのうち記入漏れ等の回答不備を除き 298 (有効回答率 62.9%) を分析対象とした。

回答者の年齢は 22~61 歳の範囲であり、平均 41.8 歳 (標準偏差±10.0) であった。保健師経験年数は 0 年~37 年の範囲であり、平均 17.9 年 (±10.3) であった。業務経験年数は 0 年~37 年の範囲であり、平均 9.3 年 (±8.0) であった。職場に相談体制のある保健師は 284 (95.3%)、相談体制のない保健師は 14 人 (4.7%) であった。

#### 2) 家庭訪問スキルの習得状況 (年齢・保健師経験年数・業務経験年数比較)

家庭訪問スキルの習得状況の中央値は 36 項目全てが「ある程度習得している : 3 点」であった。家庭訪問スキルを「十分習得している : 4 点」と「ある程度習得している : 3 点」と回答した者は 72.8~97.6% であった (表 1)。

家庭訪問スキル 6 因子の因子習得得点で習得状況を確認した。【ニーズを見極める】は平均 28.97 (range10-40), 【家族関係をとらえる】18.45 (6-24), 【家庭訪問を管理する】17.90 (6-24), 【保健医療福祉に関する情報を把握する】17.62 (6-24), 【対象者との関係性を高める】15.27 (5-20), 【危機的状況に対応する】8.60 (3-12) であった。

家庭訪問スキルの各因子習得得点について、年齢 4 群、保健師経験年数 6 群、業務経験年数 6 群で比較した。因子習得得点は、年齢・保健師経験年数・業務経験年数で有意差が認められたため ( $p < 0.05$ )、多重比較した。

6 因子全てにおいて年齢が上がるにつれ得点は上昇する傾向があった。20 歳代が、40 歳代、50 歳以上の 2 群より有意に低値であった ( $p < 0.05$ )。各因子における習得得点の平均点に到達した年代は 40 歳代であった。

保健師経験年数別にみると、6 因子全てについて 10 年未満の群が 10 年以上の群よりも有意に低値であった ( $p < 0.05$ )。また各因子の平均点に到達したのは保健師経験 10~19 年であった。

表1 家庭訪問スキル項目の習得得点分布

n=298

項目	1. 習得していない		2. あまり習得していない		3. ある程度習得している		4. 十分に習得している		MD	習得(3.4)の割合(%)
	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)		
利用できる制度を広範囲に理解する	0	(0.0)	22	(7.4)	232	(77.9)	44	14.8	3	92.6
対象者に適した事業やサービスを選択し紹介できる	1	(0.3)	37	(12.4)	238	(79.9)	22	(7.4)	3	87.2
事業や制度の詳細情報把握し提示できる	11	(3.7)	61	(20.5)	198	(66.4)	28	(9.4)	3	75.8
対象者の病状の特徴を把握する	0	(0.0)	14	(4.7)	256	(85.9)	28	(9.4)	3	95.3
対象者の服用している薬の作用・副作用を把握する	10	(3.4)	65	(21.8)	217	(72.8)	6	(2.0)	3	74.8
現病歴・病歴・治療歴を把握する	5	(1.7)	17	(5.7)	246	(82.6)	30	10.1	3	92.6
訪問するタイミングを逃さない	6	(2.0)	34	(11.4)	231	(77.5)	27	(9.1)	3	86.6
ゆとりを持った訪問をする	4	(1.3)	37	(12.4)	223	(74.8)	34	11.4	3	86.2
受け入れられる訪問目的を伝える	2	(0.7)	27	(9.1)	230	(77.2)	39	13.1	3	90.3
その日の訪問終了を見極める	4	(1.3)	19	(6.4)	229	(76.8)	46	15.4	3	92.3
訪問間隔の判断根拠を持つ	4	(1.3)	31	(10.4)	234	(78.5)	29	(9.7)	3	88.3
次回訪問できる関係性をつくる	2	(0.7)	20	(6.7)	242	(81.2)	34	11.4	3	92.6
対象者の興味、関心を把握し話題をつくる	2	(0.7)	30	(10.1)	237	(79.5)	29	(9.7)	3	89.3
対象者の生活歴、生活状況、周囲との人間関係を把握する	2	(0.7)	16	(5.4)	245	(82.2)	35	11.7	3	94.0
訪問で先入観持たない観察をする	5	(1.7)	31	(10.4)	238	(79.9)	24	(8.1)	3	87.9
相手の意向を尊重し共感を伝える	2	(0.7)	7	(2.3)	230	(77.2)	59	19.8	3	97.0
曖昧なことは確認する	3	(1.0)	27	(9.1)	217	(72.8)	51	17.1	3	89.9
保健師の気付きを素直に伝える	5	(1.7)	45	(15.1)	219	(73.5)	29	(9.7)	3	83.2
対象者が安心できる話しやすい場を選んで話す	2	(0.7)	22	(7.4)	237	(79.5)	37	12.4	3	91.9
対象者の理解度に合わせて説明する	2	(0.7)	34	(11.4)	230	(77.2)	32	10.7	3	87.9
家族から話を聞く	1	(0.3)	10	(3.4)	226	(75.8)	61	20.5	3	96.3
家族の問題を引き出す	3	(1.0)	20	(6.7)	235	(78.9)	40	13.4	3	92.3
家族が解決できるように関わる	3	(1.0)	26	(8.7)	231	(77.5)	38	12.8	3	90.3
対象者と家族のニーズの違いがあることを知る	4	(1.3)	14	(4.7)	225	(75.5)	55	18.5	3	94.0
家族関係を観察する	3	(1.0)	18	(6.0)	235	(78.9)	42	14.1	3	93.0
生活空間から対象者・家族の生活環境を観察する	4	(1.3)	25	(8.4)	223	(74.8)	46	15.4	3	90.3
対象者・家族が気づかない健康課題を探る	8	(2.7)	61	(20.5)	208	(69.8)	21	(7.0)	3	76.8
対象者の持てる力を見出す	2	(0.7)	39	(13.1)	219	(73.5)	38	12.8	3	86.2
対象者の気持ちがわかるために確認しながら聞く	4	(1.3)	39	(13.1)	222	(74.5)	33	11.1	3	85.6
表情や動作、話し方から精神状態を把握し関わる	3	(1.0)	34	(11.4)	219	(73.5)	42	14.1	3	87.6
対象者が不安定となる要因を把握する	7	(2.3)	59	(19.8)	213	(71.5)	19	(6.4)	3	77.9
生活に変化があった時は原因を探る	6	(2.0)	60	(20.1)	215	(72.1)	17	(5.7)	3	77.9
事例に共通した生活しづらさを見つける	4	(1.3)	57	(19.1)	215	(72.1)	22	(7.4)	3	79.5
直接会える工夫し会って話を聞く	9	(3.0)	72	(24.2)	201	(67.4)	16	(5.4)	3	72.8
会えない対象者は記録し会える機会を探し続ける	6	(2.0)	50	(16.8)	207	(69.5)	35	11.7	3	81.2
関係者全員が情報・方針を共有する方法をつくる	4	(1.3)	68	(22.8)	192	(64.4)	34	11.4	3	75.8
医療従事者、サービス提供者、関係機関の担当者、近所の人等の周囲から話を聞く	4	(1.3)	36	(12.1)	228	(76.5)	30	10.1	3	86.6
保健師の危機的状況を予測し防御する	8	(2.7)	71	(23.8)	198	(66.4)	21	(7.0)	3	73.5
対象者や家族の危機的状況を予測し予防的に関わる	3	(1.0)	33	(11.1)	234	(78.5)	28	(9.4)	3	87.9

業務経験年数別では、1年未満の群は他の5群よりも習得得点が低く、6因子全てで有意差が認められた ( $p < 0.05$ )。また、全ての因子において、業務経験年数1年未満～19年までの5群では、年数が上がるにつれ習得得点は上昇しており、有意差が認められた ( $p < 0.05$ )。また各因子の平均点に到達した業務経験年数をみたところ、【ニーズを見極める】  
【家庭訪問を管理する】【保健医療福祉に関する情報を把握する】は5～9年で平均点に到達していた。【家族関係をとらえる】【対象者との関係性を高める】【危機的状況に対応する】は10～19年であった。結果を表2に示した。



表2 家庭訪問スキル因子における習得得点（精神保健業務経験年数）

	年数	度数	平均値	標準偏差	多重比較
ニーズを見極める	1年未満	18	23.17	7.00	
	1～2	43	26.58	4.90	]**
	3～4	51	28.47	4.08	]**
	5～9	64	29.14	2.84	***]
	10～19	81	30.70	3.46	***] **]
	20年以上	41	30.95	3.57	***] **]
家族関係をとらえる	1年未満	18	15.72	4.65	
	1～2	43	17.60	2.66	]*
	3～4	51	18.29	2.21	]**
	5～9	64	18.39	1.87	]*
	10～19	81	19.20	2.24	***]
	20年以上	41	19.32	2.34	**]
家庭訪問を管理する	1年未満	18	14.78	3.87	
	1～2	43	17.26	2.64	]**
	3～4	51	17.47	2.44	***]
	5～9	64	17.94	1.56	***]
	10～19	81	18.79	1.93	***]
	20年以上	41	18.66	1.97	***]
保健医療福祉に関する情報を把握する	1年未満	18	14.17	3.71	
	1～2	43	16.51	2.18	]*
	3～4	51	17.59	1.70	***]
	5～9	64	17.95	1.78	***]
	10～19	81	18.42	1.54	***]
	20年以上	41	18.27	1.50	***]
対象者との関係性を高める	1年未満	18	13.50	3.67	
	1～2	43	14.72	1.72	]**
	3～4	51	15.06	1.50	***]
	5～9	64	15.11	1.09	**]
	10～19	81	15.88	1.89	**]
	20年以上	41	15.90	1.69	**]
危機的状況に対応する	1年未満	18	6.7778	1.99	
	1～2	43	8.0465	1.62	]*
	3～4	51	8.4510	1.40	***]
	5～9	64	8.5781	1.08	***]
	10～19	81	9.1975	1.18	***]
	20年以上	41	9.0244	1.25	***]

注1) Kruskal Wallis H検定 (多重比較検定 Mann-Whitney 検定)  
 \* : p<0.05    \*\* : p<0.01    \*\*\* : p<0.001

## 4. 考 察

### 1) 対象者の特性

平成 21 年度保健師活動領域調査<sup>59)</sup> 及び活動基盤調査<sup>83)</sup> より、精神保健福祉担当保健師は 612 人と推計された。本調査の対象はこの推計数の 77.5%に相当した。また、分析対象者は保健師活動基盤調査の平均年齢 40.7 歳、保健師経験年数は約 16 年と比較するとやや高いもののほぼ一致した。従って本調査における対象サンプルは母集団をある程度代表できるものと考えられた。

### 2) 家庭訪問スキルの習得

業務経験年数が家庭訪問スキルの習得に最も影響しており、業務経験 1 年未満の群は最も低く、1~2 年で急激に上昇している傾向は、精神保健福祉活動における実践経験の重要性を示唆していた。

佐伯ら<sup>78)</sup> は個人家族支援の評価は保健師経験年数と関連することを報告している。今回の調査では精神保健福祉業務経験年数は、精神保健福祉専任に限らず、難病等の複数の業務を兼任している場合も精神保健福祉業務経験年数とカウントされており、精神保健業務の内容分別が明確にできない点が本研究の限界である。しかし、業務内容の分別が不明確でありながらも精神保健福祉業務経験と家庭訪問スキルの習得は関連していた。これは佐伯ら<sup>78)</sup> の一般的な個人家族支援能力を保健師経験で習得していた研究結果とは異なっており、精神保健福祉業務をすすめる中で育成されるスキルであることが示唆された。

精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問には専門性の高い技術が要求され、困難な事例に対する職場のサポート体制は重要である。しかし、職場に相談体制のない保健師も 14 人と少数ながら存在していた。今井<sup>79)</sup> の報告では、精神保健業務と他の業務ではバーンアウトの有病率が高く、他の保健師からの支援の頻度が多いほどバーンアウトの有病率が下がっていた。保健師がスキルの習得を促進し、危機的状況に対応でき、バーンアウトを防ぐためにも業務の中で、スキルアップできる職場の体制が必要である。

「精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」は実践経験から習得されるもの

であり、現任教育において育成されるものである。家庭訪問スキルを向上させる方法の一つとして事例検討があげられる。職場で事例検討を行うことでスキルの向上や職場のサポート体制ができると考える。

障害者総合支援法も施行され、市町村も精神保健福祉における家庭訪問が増加することが予測される。今後ますます「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の向上が必要になってくる。

## 5. 結論

「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の習得状況の中央値は36項目全てが「ある程度習得している：3点」であった。スキルの習得状況は業務経験年数が上がるにつれ、因子別の習得得点は上昇していたことから、スキルの習得には経験の中から学べる職場の事例検討が有効であることが示唆された。

## 第4章

### 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を 向上させる現任教育の検討

#### 1. 家庭訪問スキルの現任教育

保健師の基礎教育は主として、看護師資格を取得して1年間の保健師養成専門学校で行われてきた。その後、総合カリキュラムが1996年度（平成8年度）の保健師助産師看護師養成所指定規則改定により導入された。「地域精神保健福祉活動における家庭訪問スキル」は専門的な実践技術であり、現任教育の場で実践を通して学ぶ必要がある。

訪問看護においては精神科訪問看護の手引書が幾つか存在する<sup>80-83)</sup>。紀伊國屋 Web では「精神科」and「訪問看護」では5種類のテキストが検索された。しかし、保健師の精神保健福祉活動における家庭訪問のテキストは見当たらなかった。未受診者や治療中断者、対応の困難な精神障害者に対応することもある保健師の家庭訪問は個別性があり、手引書の形にするのは困難だと考えられた。元来、このような実践技術は現任教育の場でOJTを通して先輩から後輩へとスキルを学んできたという経緯もある。また、新任保健師が個人・家族支援能力を獲得するには具体的に家庭訪問等の個別支援事例を通して、支援技術を習得していく研修プログラムが必要との報告もある<sup>84-85)</sup>。具体的な個別支援事例を通して学ぶには現任教育が適しており、職場内教育で育成されるものとする。

#### 2. 事例検討

第3章の研究結果から精神保健福祉業務経験年数が家庭訪問スキルの習得に最も影響していた。しかも、佐伯ら<sup>78)</sup>の一般的な個人家族支援能力を保健師経験で習得していた研究結果とは異なっており、精神保健福祉業務をすすめる中で育成されるスキルであることが示唆された。Okamotoら<sup>86)</sup>は、保健師の専門性を高めるには実践経験の質を高める方法が重要で、それには自分の実践を材料とする有効性を明らかにしている。また、松尾<sup>87)</sup>は保健師の経験学習の中で、知識、スキル、考え方が変化したり、向上したきっかけとなった

経験の一つに困難事例への対応を上げている。困難事例の対応から保健師は人間関係の構築や寄り添いを学んでいた。このことから、困難事例を対象とした事例検討から家庭訪問スキルを向上させることができると考えられた。事例検討は実践を材料としており、支援を振り返ることで実践した看護技術を見直し、質を高めることができる。また、職場で行う事例検討は臨機応変に実施でき、困難を感じた時にすぐに対応でき、他の保健師から助言や支援が受けられる。また、同じ職場であるため、地域特性に応じた助言が得られ、実行可能な対応ができる。さらに他の事業等で事例の情報を把握している保健師もおり、また年代や考え方の違う保健師からも助言や意見を聞くことで、多角的に事例を理解することができる等の利点がある。スキルの習得には実践経験を重ねることが重要であり、職場で事例検討を行うことで、事例担当者だけでなく、他の保健師にとっても貴重な経験となる。

### 3. ケースシートの活用

家庭訪問スキルの向上のためには必要なスキルを明確にし、それを参加者が意識することが必要である。事例検討における事例概要の様式に統一されたものはないが、事例提供者が事例概要をまとめることは一致している。事例検討会において事例提供者が作成する事例概要等の報告用紙が参加者に配布されている場合が多い。末安<sup>46)</sup>は事例報告用紙の必要性として、「事例提供者は体験や状況を整理でき、自分の気がかりに焦点を当てられ、参加者は事例提供者が検討したい内容やポイントを簡潔に示すことで質問や議論の分散を防げる」としている。蒔田ら<sup>84)</sup>は新任地域保健従事者研修において、家族を含めた訪問対象者に着目できるように家庭訪問アセスメントシートを作成し、活用したことで、家族をとらえる視野が広がったことを報告している。そこで、事例検討会において参加者や事例提供者が注意して見る事例報告用紙に家庭訪問スキルを記載することで、スキルが意識づけられ、向上するのではないかと考えた。

#### 4. ケースシートの作成手続き

ケースシート試案は精神障害者ケアガイドライン検討委員会版<sup>89)</sup>の相談票(第4版)とケアアセスメント票(第4版)、障害者ケアガイドラインの様式<sup>90)</sup>、津村ら<sup>54)</sup>の「家庭訪問における精神障害者の生活を重視したアセスメント項目を参考に、事例検討を実施する上で必要とする最小限のアセスメント項目を抜粋した。「フェイスシート」と「支援経過記録」に分けて、A4サイズ3枚で「ケースシート試案」を作成した。

2013年7月～12月に、A市が実施している保健師の職場内教育の事例検討会の3回において、「ケースシート試案」を用いて事例検討会を実施した。個人情報、固有名詞は削除されている「ケースシート試案」を用いて記載された事例の概要から、家庭訪問スキル36項目に関連した文脈を抜粋し、36項目毎にまとめた。家庭訪問スキル36項目は一つでも関連した語句があった場合は「スキルが出現」とした。データの信頼性を高めるために参加者全員に抽出した結果の確認を求めた。さらにスキルを構成する「ニーズを見極める」「家族関係をとらえる」「家庭訪問を管理する」「保健医療福祉に関する情報を把握する」「対象者との関係性を高める」「危機的状況に対応する」の6因子別にレーダーチャートを用いて6因子の出現の偏りや出現しないスキル項目を分析した。「ケースシート試案」が36スキルを全て網羅できるように、2014年1月～3月までの4回の事例検討会において修正を加え「ケースシート試案」の改善を試みた。6因子別のレーダーチャートにて分析を行う過程において、出現が少ないスキルは「ニーズを見極める」因子の「曖昧なことは確認する」等の16スキルであった。これらは保健師が家庭訪問を実施する上で常に意識しておくスキルであり、アセスメント項目とは異なっていた。そのため、訪問した事例提供者が訪問場面を振り返って評価する項目として『家庭訪問後の評価項目』を追加した。最終的に、「ケースシート」は『アセスメント項目』と『家庭訪問後の評価項目』で構成される36スキルが全て網羅され、A4サイズ1枚のものとなった。家庭訪問スキルと「ケースシート」の記載項目は表1に示した。

「ケースシート」の内容は事例のタイトル、提出理由と検討課題、性別、年齢、住環境、地域特性、家族構成図、エコマップ、生育歴、病歴・治療歴、服用中の薬、生活上困難な

こと、経済状況、対象者の希望、予測できる危機的状況と対処方法、利用している保健医療福祉制度、関係職員の情報共有、事例の健康課題、地域のあるべき姿、提供者と対象者の関わり（事例把握のきっかけ、支援経過）、考察、家庭訪問後の評価項目で構成した。ケースシートを図1に示した。

表1. 家庭訪問スキルに対応する事例検討用シートの項目

因子	家庭訪問スキルの下位尺度項目	事例検討用シートの項目
ニーズを見極める	曖昧なことは確認する	家庭訪問後の評価項目
	直接会える工夫し会って話を聞く	家庭訪問後の評価項目
	会えない対象者は記録し会える機会を探し続ける	家庭訪問後の評価項目
	医療従事者、サービス提供者、関係機関の担当者、近所の人等の周囲から話を聞く	家族構成図
	対象者の気持ちが変わるために確認しながら聞く	家庭訪問後の評価項目
	保健師の気付きを素直に伝える	家庭訪問後の評価項目
	生活に変化があった時は原因を探る	家庭訪問後の評価項目
	対象者・家族が気づかない健康課題を探る	事例の健康課題, 考察
	対象者の持てる力を見出す	本人がしたいこと
	対象者が不安定となる要因を把握する	事例の健康課題, 考察, 生活上困難なこと
家族関係をとらえ	家族が解決できるように関わる	考察
	家族から話を聞く	家族構成図
	生活空間から対象者・家族の生活環境を観察する	地域特性, 住環境, 経済状況,
	家族の問題を引き出す	家族構成図, 事例の健康課題, 考察
	対象者と家族のニーズの違いがあることを知っておく	考察
	家族関係を観察する	家族構成図
家庭訪問を管理する	ゆとりを持った訪問をする	家庭訪問後の評価項目
	その日の訪問終了を見極める	家庭訪問後の評価項目
	訪問するタイミングを逃さない	家庭訪問後の評価項目
	訪問間隔の判断根拠を持つ	家庭訪問後の評価項目
	訪問で先入観持たない観察をする	家庭訪問後の評価項目
	受け入れられる訪問目的を伝える	家庭訪問後の評価項目
保健医療福祉に関する情報を把握する	対象者に適した事業やサービスを選択し紹介できる	エコマップ, 必要な保健医療福祉の制度・サービス
	薬の作用・副作用を知る	服薬中の薬
	現病歴・病歴・治療歴を把握する	病歴・治療歴, 診断名
	利用できる制度を広範囲に理解する	エコマップ, 必要な保健医療福祉の制度・サービス
	対象者の病状の特徴を把握する	病歴・治療歴
性対象高者めとの関係	事業や制度の詳細情報把握し提示できる	エコマップ, 必要な保健医療福祉の制度・サービス
	対象者の生活歴、生活状況、周囲との人間関係を把握する	エコマップ, 生育歴・及び生活歴
	対象者が安心できる話しやすい場を選んで話す	家庭訪問後の評価項目
	相手の意向を尊重し共感を伝える	家庭訪問後の評価項目
	次回訪問できる関係性をつくる	家庭訪問後の評価項目
	対象者の興味・関心を把握し話題をつくる	家庭訪問後の評価項目
状況に危機的対応	関係者全員が情報・方針を共有する方法をつくる	関係者全員が情報・方針を共有する方法をつくる
	対象者や家族の危機的状況を予測し予防的に関わる	生活上困難なこと, 予測できる危機的状況と対処方法
	保健師の危機的状況を予測し防御する	予測できる危機的状況と対処方法

ケースシート

事例検討会月日：

事例提出者：

事例のタイトル																					
提出理由と検討課題																					
氏名		診断名 (発症年月日)		医療機関		性別		生年月日		住所											
地域特性					住環境																
家族構成図（ジェノグラムで示す） 話を聞いた人（家族・周囲の人）					エコマップ																
生育歴及び生活歴等																					
療病歴・治							服薬中の薬（作用・副作用）														
生活上困難なこと（本人・家族等）					経済状況																
本人がしたいこと					予測できる危機的状況と対処方法																
必要な保健医療福祉の制度・サービス					関係職員全員が情報共有すべきこと																
事例の健康課題（保健師の総合判断）					地域のあるべき姿																
提出者とケースのこれまでの関わり	（事例把握のきっかけ） 年月日																				
	（支援経過） 年月日																				
考察																					
家庭訪問後の評価項目（訪問場面をチェック） 気をつけた項目◎ 気をつけなかった項目△																					
判断 根拠	イ ミ ン グ の	す な は 先 入 観 察 持 た	的 な 入 訪 問 目 的	受 け 入 れ 目 的	工 直 夫 接 会 え る	は 曖 昧 な 認 事 件	を 探 る 会 話 の 統 括 的 な 見 方	出 発 点 を 明 確 に し て お く こ と	は 生 活 に 変 化 を も た せ る こ と	く し な が ら 確 認 し て お く こ と	に 付 き を 確 認 し 	保 健 師 の 直 接 的 な 関 与	持 つ た り の 問 題	複 雑 な 問 題 を 見 極 め た り	を 把 握 し て お く こ と	味 方 を 選 ぶ こ と	を し や す い る こ と	く り か え る こ と	次 回 訪 問 の 目 的	共 に 重 ん じ む こ と	相 手 の 意 向

図 1. ケースシート



## 第5章

### 「ケースシート」を用いた事例検討会の効果

#### I. 研究の背景

我が国では、精神疾患患者の平均在院日数は281.2日、精神科病床数が人口千対2.66<sup>2)</sup>と、諸外国と比較して入院期間も長期であり、病床数の割合も高いため<sup>3)</sup>、精神科医療施策は、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための医療へと改革が進められている。

厚生労働省は2013年に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の一部改正を受けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」<sup>53)</sup>を2014年3月に策定した。その前文で精神障害者が地域で安心して生活できる権利の享有を確保する方向性が明記されている。

精神障害者が生活しやすい地域づくりには、精神障害者に適したサービスや事業が必要であり、精神保健福祉事業の精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）や精神障害者短期入所事業（ショートステイ）等の精神障害者居宅生活支援事業は身近な市町村を中心に展開されている。全国の市町村の精神保健福祉業務に担う主たる職種は看護師・保健師であり<sup>90)</sup>、「相談できる保健師の存在」は地域の精神障害者の生活しやすさ指標の一つの要素にもなっている<sup>40)</sup>。保健師は家庭訪問や面接相談、グループ支援などの技術を駆使して対象者である精神障害者の療養生活上のニーズに対応している<sup>91)</sup>。中でも、家庭訪問は保健師の象徴的な活動技術とされ、その意義や効果に関する研究は1950年頃から長年に渡り集積されている<sup>91)</sup>。

家庭訪問は精神障害者が生活している場に出向き支援する技術であり、地域精神保健福祉活動のニーズ把握にも効果的な技法である<sup>32)</sup>。地域保健・健康増進事業報告<sup>41)</sup>によれば、精神保健活動における訪問指導は、平成21年度318,456件、平成26年度357,757件と6年間に12.3%増加しており、背景には心の健康づくり（自殺予防）の増加がある。

家庭訪問は家族や親戚、近隣住民等の周囲からの苦情や相談がきっかけとなることも多い<sup>16)</sup>。また、市町村が、医療機関への受診拒否、医療中断、迷惑行為等の対応困難な事例に苦慮している現状も報告されており<sup>42)</sup>、困難な事例に対処できる高度な家庭訪問技術が求められている。さらに、新人保健師は小児や成人・高齢者と比較して精神障害者の看護支援に難しさを感じており<sup>54)</sup>、市町村保健師は個別対応で抱える困難についても報告がある<sup>92)</sup>。保健師の分散配置や業務の細分化により保健師の技術の継承が難しい状況の中<sup>93)</sup>、「精神保健活動における家庭訪問スキル」を早期に習得できる職場の体制の構築が喫緊の課題となっている。

家庭訪問を行う上での職場の体制としては、事例検討会が重要であり<sup>94)</sup>、事例検討会は保健師の成長に有効である<sup>95)</sup>とされている。Okamoto et al<sup>86)</sup>は自分の実践を題材に行う、仕事に即役立つなどの学習が専門能力の向上に有用であると報告している。これらの報告や参加者が体験を共有することで、スキルアップを目指せる事例検討会<sup>50)</sup>を職場で実施することで、職場の保健師全体のスキルが上がる方法として着目した。「精神保健活動における家庭訪問スキル」を早期に習得するには事例検討会が有効であると考えられた。

事例検討の研究では、司会の技術<sup>16)</sup>、保健師の育成方法<sup>95)</sup>等が報告され、保健師のスキルの向上に関して、事例検討の効果<sup>50,96,97)</sup>はすでに明らかとなっており、モデル<sup>50)</sup>も提示され実用化も進んでいる。しかし、一定の技術や能力の開発を目的とした事例検討の方法を明らかにした報告や事例検討の効果を経時的に、数量的に示したものは見当たらなかった。そこで、本研究は精神保健福祉活動で求められる家庭訪問のスキルを向上させる事例検討の方法として、「ケースシート」を用いた事例検討の効果を検討することを目的とした。

## 2. 研究方法

### 1) 事例検討会の実施方法

筆者らは、2013年度よりA市と共催で家庭訪問に関する事例検討会を1年間に4回の

頻度で実施し、1事例につき2回の検討を行ってきた。参加者は司会、事例提供者の役割を輪番で担うこととした。事例は、地域精神保健活動における保健師の家庭訪問事例から対応に困難感が生じている事例とした。

事例検討会の具体的な内容については表1に示した。

表1. 事例検討会の具体的な内容

区分	時間	内容	目標
事例検討会1回目	5分	事例説明	・参加者がエピソードから事例をイメージできる
	20分	質疑応答	・事例を通してスキルの認識ができる
	50分	事例の検討	・事例を多方向から捉え、よりよい支援の方向を模索する ・事例と担当者のエピソードや参加者の意見を通してスキルの習得が上がる
	3分	今後の方向性を確認	「今後の方向性」を全員で共通認識できる
	2分	家庭訪問スキルを事例から確認 地域の健康課題を確認	事例検討の中で話し合われた家庭訪問スキルを確認できる 事例を通して地域の健康課題を言語化できる
10分	学びの確認	事例検討会の効果を言語化できる	
事例検討会2回目	5分	事例の経過報告	経過報告から「今後の方向性」に添って働きかけた結果や新たな情報を得ることで、事例検討の結果、アセスメントや支援の方向性が妥当性が検討できる
	10分	質疑応答	・事例を多方向から捉え、よりよい支援の方向を模索できる ・事例と担当者のエピソードや参加者の意見を通してスキルの習得が上がる
	30分	事例検討と地域の健康課題を確認	・今までと同様の幾つかの事例を通して地域の健康課題を言語化できる
	3分	今後の方向性を確認	「今後の方向性」を全員で共通認識できる
	2分	家庭訪問スキルを事例から説明 地域の健康課題を確認	事例検討の中で話し合われた家庭訪問スキルを確認できる 事例を通して現れた地域の健康課題を言語化できる
10分	学びの確認	事例検討会の効果を言語化できる	

事例1、事例2ともに、事例検討会1回目は事前に事例提供者が「ケースシート」を用いて事例概要を作成し、参加者に配布した。当日は事例提供者が「ケースシート」を用いて事例を説明し、質疑応答で事実確認をしつつ、事例の理解を深めた。その後、「今後の支援の方向性」を検討した。ホワイトボードに「今後の支援の方向性」を記載し、確認した。なお、事例検討会1回目は全体で90分を要した。

事例1、事例2ともに、事例検討会2回目は、事例検討会1回目で議論した事例への対応や事例の状況の変化等の経過報告を行うために1ヶ月後に設定した。事例検討会1回目において、ホワイトボードに記録した「今後の支援の方向性」を印刷し、参加者に配布した。参加者は1回目の「ケースシート」と「今後の支援の方向性」を資料として、経過報

告を受けて意見交換を行い、新たな支援の方向性について再検討した。事例検討会 2 回目は、全体で 60 分であった。

## 2) 対象と評価方法

事例検討会は、2013 年度から A 市と共催で実施している。今回は、2014 年度分の事例検討会を対象とした。事例検討会は、兼平らが考案した「ケースシート」を用いた 2 事例の事例検討会であり、参加した A 市保健センターの保健師に各事例検討会の実施前と終了後に無記名自記式調査で家庭訪問スキルの習得状況の評価を依頼した（図 2 を参照）。研究期間は、2014 年 4 月～2015 年 3 月であった。

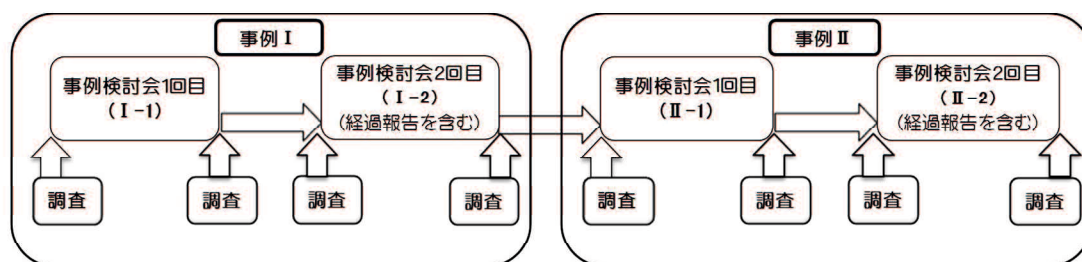


図1. 各事例検討会と調査時期

事例検討会の評価は、兼平ら<sup>32)</sup>の「精神保健活動における保健師の家庭訪問スキル」を用いた。このスキルは 6 因子 36 項目で構成されている。

事例検討会の評価のための質問紙調査票は、基本属性（年齢、保健師経験年数、事例提供の有無）と「精神保健活動における保健師の家庭訪問スキル」36 項目で構成した。家庭訪問スキルの習得状況の評価は、兼平ら<sup>32)</sup>の先行研究に準じて 4 段階評定とし、家庭訪問スキル 36 項目それぞれに対して、「十分持っている」：4 点、「ある程度持っている」：3 点、「あまり持っていない」：2 点、「持っていない」：1 点の得点を与えて 4 段階評価尺度とし、数値化した。

事例検討会の評価は、家庭訪問スキル 36 項目<sup>32)</sup>の合計点を「家庭訪問総スキル得点」とした。さらに、家庭訪問スキル 6 因子それぞれの習得状況を比較検討するために、家庭

訪問スキル6因子それぞれの項目の合計点を各項目数で割った因子ごとの平均値を算出し、「ニーズを見極める」スキル得点、「家族関係をとらえる」スキル得点、「家庭訪問を管理する」スキル得点、「保健医療福祉に関する情報を把握する」スキル得点、「対象者との関係性を高める」スキル得点、「危機的状況に対応する」スキル得点とした。分析は次の手順で行なった。

(1) 各事例検討会の開始前と終了後の総スキル得点の差を Wilcoxon の順位和検定で分析した。

(2) 事例検討会 (I-1) の開始前と事例検討会 (II-2) の終了後において、総スキル得点の差とそれぞれの因子ごとのスキル得点の差を Wilcoxon の順位和検定で分析した。

(3) 保健師経験年数 10 年未満と 10 年以上の 2 群において、事例検討会前後の総スキル得点の変化を Mann-Whitney 検定にて分析した。兼平らの研究<sup>32)</sup>において、保健師経験年数 10 年未満と 10 年以上ではスキルの習得状況に有意差が認められたことから 2 群に区分し分析した。

(4) 事例提供の有無の 2 群において、事例検討会前後の総スキル得点の変化を Mann-Whitney 検定にて分析した。

なお、事例 1 の事例検討会 1 回目は事例検討会 (I-1) とし、事例 1 の事例検討会 2 回目は事例検討会 (I-2)、事例 2 の事例検討会 1 回目は事例検討会 (II-1)、事例 2 の事例検討会 2 回目は事例検討会 (II-2) と表した。

分析ソフトは SPSS ver. 18.0 for Windows を用い、有意水準は 5% (両側) とした。

### 3) 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言、疫学研究に関する倫理指針を遵守して行い、所属大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認 (承認番号 247) を得た。調査対象者へ調査拒否の自由、匿名性の保証、データの管理と活用等の説明を口頭及び文にて説明し、実施した。

### 3. 研究結果

#### 1) 分析対象者の属性

全4回の事例検討会を通して、9名の保健師が参加し、全ての事例検討会に参加したのは7名であったため、7名を分析対象者とした。分析から除外した2名は業務の都合による欠席であったが、1名は1回のみ参加、1名は3回の参加であった。

事例提供者2名を含む7名の平均保健師経験年数は、15.5年(±9.7)であった。保健師経験年数は0～5年未満は1人、5～10年未満は2人、10～20年未満は2人、20年以上は2人であった。事例提供者の保健師経験年数は、それぞれ6.4年と19.5年であった。

#### 2) 事例の概要

研究期間2014年4月～2015年3月の2014年度中に検討された事例は、2事例であった。

表2. 事例検討会で検討された事例の概要

区分	事例のテーマ	事例検討会区分	事例検討会の主な内容
事例検討会	事例 I 異臭が強く、不衛生な環境で、諸問題(児に発達障害疑い、児童虐待疑い、認知症高齢者の家族、訪問を拒否する母親)をかかえる家族への支援	事例検討会 1回目	3歳児が一人で一人でうろろしていた。近隣から虐待の恐れがある情報が入るが母親から訪問拒否
		事例検討会 2回目	家の前を通りかかり、鍵のかかっていない車の中や屋根で子どもが遊んでいる様子を確認。小学校との連携強化の必要性再認識 母の血圧測定を訪問理由にし、月1回の訪問頻度を確認
	事例 II 介護保険のサービスを拒否する要介護5の高齢者と精神的な問題を持つ息子を抱える家族への支援	事例検討会 1回目	思い通りにならないと周囲に大声で暴言を吐き、混乱させる本人とその息子。地域から孤立しており、介護者は体調を崩し通院中。本人・家族のニーズ把握が困難
		事例検討会 2回目	対象者はケアマネジャーが勤める通所サービスを拒否しながらも「リハビリ(テーション)がしたい」と真情を吐露

事例の概要を表2に示した。事例1では、家に入る前から異臭が強く不衛生な環境であり、認知症の家族、発達障害の疑いがある児等の多問題を抱えているケースであった。子ども達は着替えや入浴をしていない不健全な状況であり、児童虐待が強く疑われ、一方で子どもたちの母親は保健師による家庭訪問を頑なに拒否していた。

事例2では、要介護5の高齢者が介護サービスを拒否し、高齢の配偶者が介護の全てを単独で行っており、そのため、介護者が体調を崩して病院通いをしていた。家族構成と

して高齢者夫婦とともに、思い通りにならないと大声でわけの分からない暴言を吐き、周囲を混乱させる息子が同居していた。家族には、訪ねてくる近所の人や親戚、友人も無く、周囲から孤立している家族のケースであった。

### 3) 家庭訪問総スキル得点の変化

各事例検討会の実施前、終了後における家庭訪問総スキル得点の変化を図2に示した。

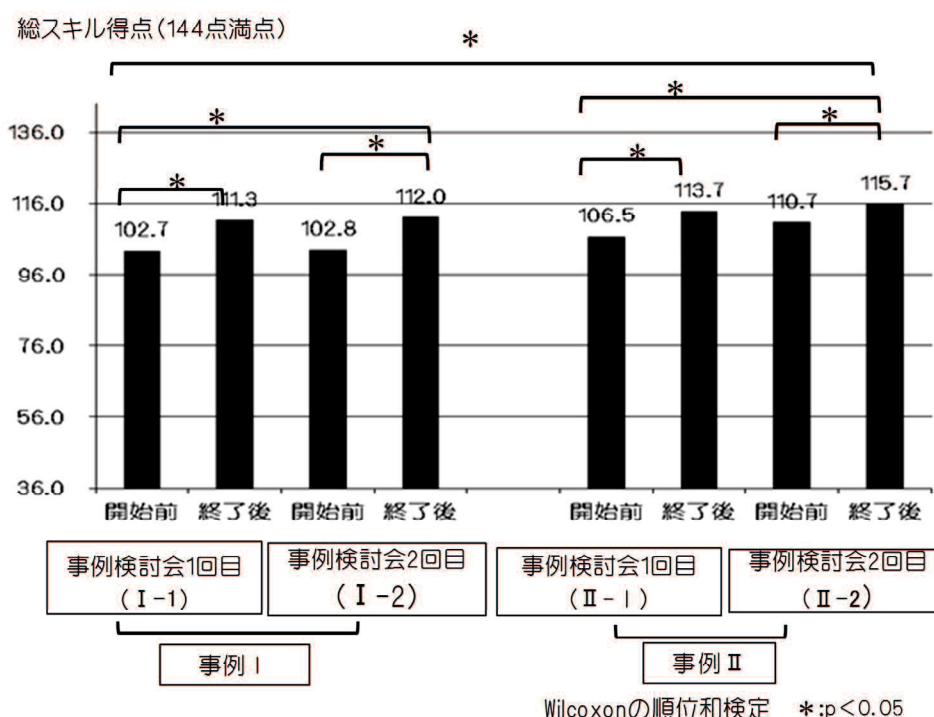


図2. 各事例検討会における総スキル得点の変化

各事例検討会の家庭訪問総スキル得点の開始前の平均と終了後の変化量をみると、事例検討会 (I-1) では開始前 102.7 点、終了後は 8.6 点上昇 ( $p < 0.05$ )、事例検討会 (I-2) の開始前は 102.8 点、終了後が 9.2 点上昇 ( $p < 0.05$ )、事例検討会 (II-1) の開始前は 106.5 点、終了後は 7.2 点上昇 ( $p < 0.05$ )、事例検討会 (II-2) の開始前は 110.7 点、終了後は 5.0 点上昇しており ( $p < 0.05$ )、全事例検討会の開始前と終了後には有意に家庭訪問総スキル得点が増加していた。また、家庭訪問総スキル得点は事例検討

会（Ⅰ-1）開始前から事例検討会（Ⅱ-2）の終了後まで、全体を通して13.0点の上昇を認めた（ $p < 0.05$ ）。

#### 4) 各因子のスキル得点

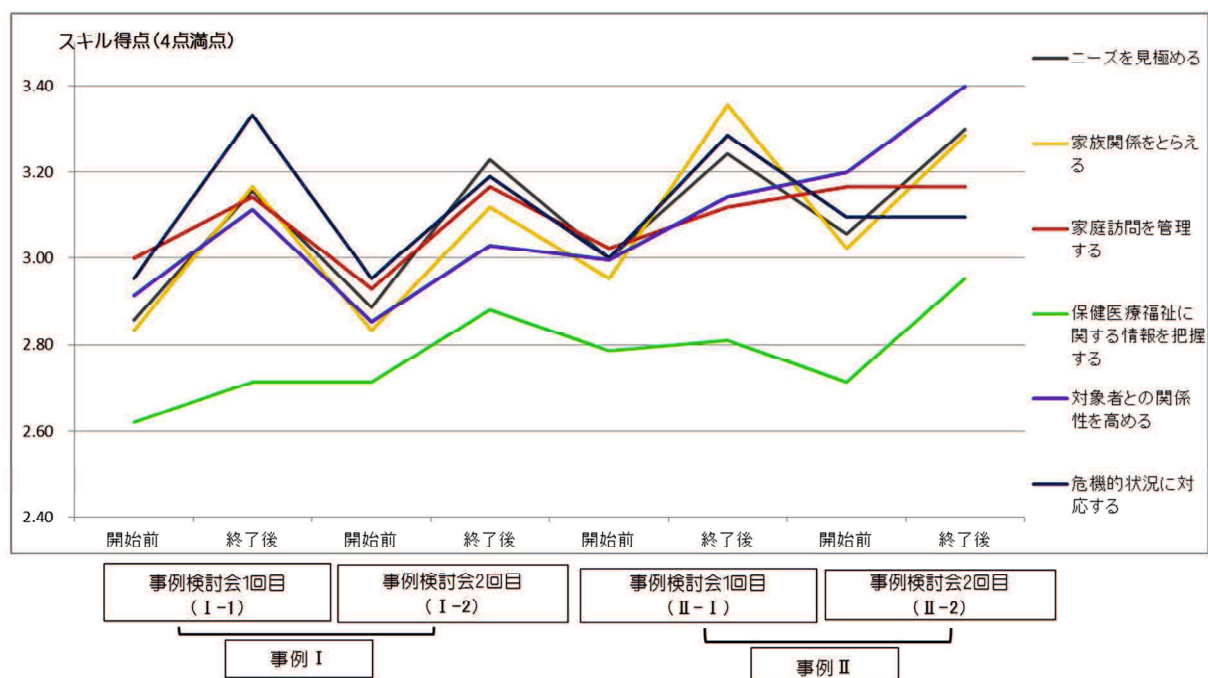


図3. 各事例検討会における家庭訪問スキルの因子別スキル得点の変化

家庭訪問スキルの各因子におけるスキル得点の変化を図3に示した。

事例検討会（Ⅰ-1）の開始前と事例検討会（Ⅱ-2）終了後の各因子のスキル得点の変化を検討した。「ニーズを見極める」スキル得点は0.44点上昇し（ $p < 0.05$ ）、「家族関係をとらえる」スキル得点は0.46点上昇していた（ $p < 0.05$ ）。また、有意差は認められなかったが、「家庭訪問を管理する」スキル得点は0.10点上昇、「保健医療福祉に関する情報を把握する」スキル得点は0.33点上昇、「対象者との関係性を高める」スキル得点は0.49点上昇、「危機的状況に対応する」スキル得点では0.15点上昇しており、つまり6因子すべてのスキル得点で上昇傾向がみられた。「保健医療福祉に関する情報を把握する」スキル得点は、各事例検討会の実施前、終了後において6因子中で最も低値であり、スキル得点の上昇を認めにくいスキルであった。



## 5) 保健師経験年数及び事例提供経験と総スキル得点の関連

保健師経験年数 10 年以上の 4 名と 10 年未満の 3 名の 2 群に区分し、事例検討会の 1 回目の開始前 (I-1) と 2 回目の終了後 (II-2) で総スキル得点の群間比較を行った (Mann-Whitney 検定)。

保健師経験年数 10 年以上では 19.3 点上昇し、10 年未満の保健師では 3.7 点上昇し、保健師経験年数 10 年以上の群は 10 年未満の群より有意に上昇していた ( $p < 0.05$ )。保健師経験年数 10 年以上の群の総スキル得点は、事例検討会 (I-1) 開始前では平均 102.3 点 (範囲 89~119 点) であり、事例検討会 (II-2) 終了後には平均 121.5 点 (110~142 点) に上昇していた。一方、保健師経験年数 10 年未満の 3 名の総スキル得点は、事例検討会 (I-1) 開始前では平均 103.3 点 (それぞれ 108, 106, 96 点) であり、そのうち 2 名は 全体平均 102.7 点よりも高く、事例検討会 (II-2) 終了後では 3 名とも 107 点であった。

事例提供者は、事前に「ケースシート」を作成したことから、事例提供の有無ごとに総スキル得点を検討した。事例提供者 2 名の事例検討会 (I-1) の実施前の総スキル得点の平均は 97.5 点、事例検討会 (II-2) 終了後では 112 点であり、14.5 点上昇し、事例提供をしなかった群では事例検討会 (I-1) の実施前では平均 104.8 点、事例検討会 (II-2) の終了後では 116.6 点であり 11.8 点上昇しており、事例提供者の群において高い上昇傾向を示したが、両群に有意な差は認められなかった。個人別、調査時期別、総スキル得点の変化については図 4 に示した。

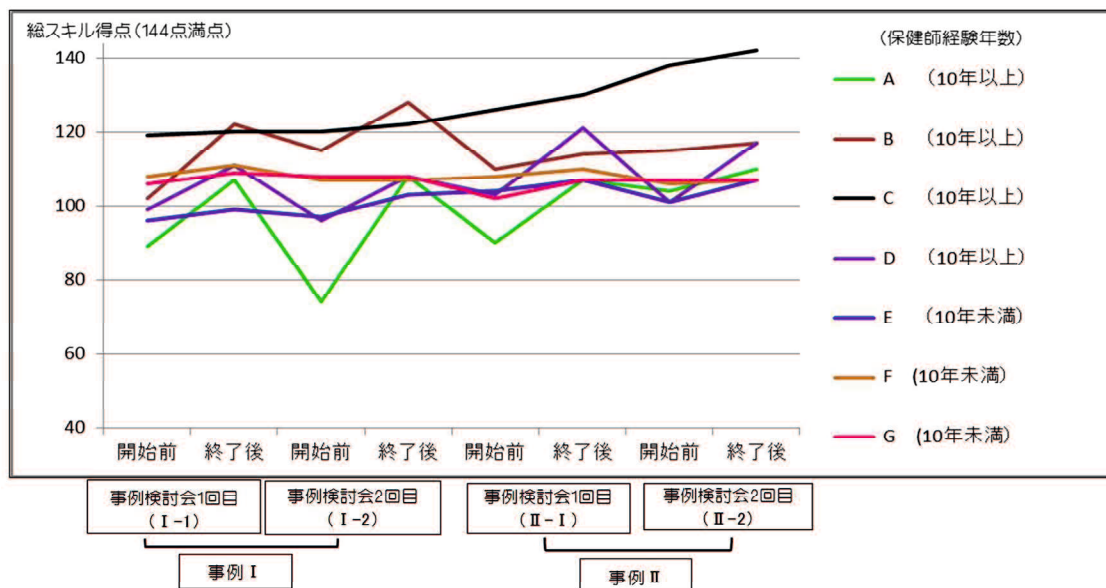


図4. 個人別, 調査時期別総スキル得点の変化

#### 4. 考察

##### 1) 事例検討会開始前の家庭訪問スキルの習得状況

本研究の事例検討会の開始前の総スキル得点は102.7点であった。兼平ら<sup>32)</sup>の報告による都道府県保健所保健師の家庭訪問スキルの調査による総スキル得点は106.8点であり、経験年数10年以上は10年未満と比較して、有意に習得状況(総スキル得点)が高かったことが明らかになっている。本研究の対象者の事例検討会開始前の総スキル得点は、保健師経験年数10年未満の群では103.3点、10年以上の群では102.3点であり、保健師経験年数10年未満のほうが10年以上よりも総スキル得点は高かった。事例検討会は、相山<sup>98)</sup>の言う看護職の学習は自らの状況の認識能力を鍛え、看護者間で共有する学習機会となっていることが考えられた。また、今回の調査が自己評価によるもので評価が困難であり、自己評価が高かったためとも考えられた。対象者それぞれの主観的評価により、スキル得点を導出した点は本研究の限界であると考えられる。

##### 2) 事例検討会による家庭訪問スキルの向上

事例検討会による家庭訪問スキルの習得は、各事例検討会の開始前、終了後において確

実に上昇しており、例えば事例2の事例検討会1回目（Ⅱ-1）の開始前106.5点、終了後113.7点、さらに事例検討会2回目（Ⅱ-2）の開始前110.7点、終了後115.7点のように、事例検討会2回目の開始前では1回目の終了後よりも低値になっているものの、1回目の開始前よりも上昇していた。つまり、事例検討会を複数回開催することにより、家庭訪問総スキル得点は全体として徐々に上昇傾向にあることが示された。家庭訪問スキルの習得は、今回のような事例検討会などの学習の機会を持つことで向上するが、時間の経過により元に戻り、再度学習をすることで前回よりも向上する特性を持っていることが示唆され、学習を継続することで徐々にスキルが向上していくことが明らかとなった。家庭訪問スキルを向上させるには、事例検討会等の学習が継続して実施できる体制が必要である。

さらに、保健師経験年数10年以上の群では全体を通して総スキル得点19.2点の上昇、10年未満の群では107.0点と3.7点上昇しており、兼平らの都道府県保健所保健師の家庭訪問スキル<sup>32)</sup>と比較すると保健師経験年数10年未満、10年以上ともに都道府県保健所保健師よりも上昇していた。このことから、今回実施した事例検討会が有効である可能性が示唆された。

保健師経験年数10年以上において、総スキル得点の上昇を認めたこととして、職業人は既に職場経験を積んでおり、討議する時にはその職場経験の内省的観察が行われ、職場経験の知識の影響を受けるといわれており<sup>99)</sup>、経験年数10年以上の保健師は事例検討会において議論していく中で、これまでの職場経験を基に、自分の経験に照らし合わせて理解することで家庭訪問スキルの向上につながったのではないかと推察される。

看護職の学習は看護者間で共有する学習機会が必要だといわれており<sup>98)</sup>、事例検討会で議論をし、学習を深めることでスキルの理解が深まり、スキルの習得を客観的に評価できるようになったと考えられた。

### 3) 家庭訪問スキルと「ケースシート」の内容

全4回の事例検討会を通して総スキル得点は有意に向上しており、家庭訪問スキルの6

因子のうち「ニーズを見極める」スキル得点、「家族関係をとらえる」スキル得点の2因子が有意に上昇していた。他の4因子のスキル得点については、有意差が認められなかったものの上昇傾向であったことから、考案した「ケースシート」を用いた事例検討会は家庭訪問スキルを向上させる効果が認められたと考えられた。

今回、地域精神保健活動における保健師の家庭訪問スキルを向上させる事例検討会用のケースシートを新たに考案したが、これは「アセスメント項目」と「家庭訪問後の評価項目」から構成されたものである。「アセスメント項目」は家庭訪問に限らず、精神保健活動において対象者を把握・評価、支援する際の視点として必要であろう。家庭訪問スキルは、事例の支援をし、支援を振り返り、保健師の専門性に照らし合わせて判断することで習得していく経験学習と考えられ<sup>86,96)</sup>、「ケースシート」を用いることで家庭訪問スキルを意識づけて議論することを可能としたと言える。

一方で、「家庭訪問後の評価項目」は今回新たに追加した項目であり、例えば訪問前に対象者に「受け入れられる訪問目的」を考えて家庭訪問を実施したか、「対象者の気持ちを確認しながら聞いたか」などの保健師として対象者に対峙する際の態度や意識を訪問後に保健師自身が評価できるようにしたものである。これらの項目を追加したことより、保健師は対象者のアセスメントにとどまらず、家庭訪問の全過程を総括的に評価することが可能になったと考えられる。

#### 4) 家庭訪問スキルを向上させる事例検討会の方法

今回の事例検討会における司会（ファシリテーター）や事例提供者は、事例1と事例2で異なる保健師が担当した。事例検討会の司会の技術について青木ら<sup>16)</sup>は、「会を進行させる技術」「意見交換を促進させる技術」「安心して意見交換できる雰囲気をつくる技術」等の3つの技術を示し、司会の果たす役割を指摘している。また司会選びの失敗は、事例検討会の失敗につながるとしている<sup>51)</sup>。また、司会や板書、事例提供者の役割について<sup>50)</sup> 細かに指摘しているものもある。今回、事例提供者は、事前に「ケースシート」を作成したことから、事例提供者と事例提供しなかった群に分け、総スキル得点を分析した

が、両群に有意な差は認められなかった。つまり、今回の「ケースシート」を用いた事例検討会では、司会や事例提供者の役割を担う保健師の経験年数等が異なったにも関わらず、家庭訪問の総スキル得点は毎回事例検討会の開始前と終了後でほぼ同様に上昇が認められた。

末安<sup>46)</sup>によると、事例提供の報告用紙は事例提供者が検討したい内容やポイントを簡潔に示すと質問や議論の分散を防ぐとされる。今回作成した「ケースシート」は、家庭訪問スキル36項目を網羅していたことから、司会による会の進行が不慣れであっても「ケースシート」で家庭訪問スキルが焦点化されていたため、それぞれの事例検討会における家庭訪問スキルの向上効果が認められたと考えられた。

事例検討会の実施において、「保健医療福祉に関する情報を把握する」スキル得点は、6因子中で最もスキル得点が低いことから、このスキル得点を向上させるには工夫が必要である。保健師は、治療中断者や未受診者を医療につなげるには家族や対象者に情報をわかりやすく伝える技術が必要とされている<sup>70,71)</sup>。「保健医療福祉に関する情報を把握する」スキル得点には、「事業や制度の詳細情報を把握し提示できる」「対象者に適した事業やサービスを選択し紹介できる」「薬の作用・副作用を知る」等の項目が含まれていることから、精神医療との繋がりが深い保健所や、福祉分野の保健師と一緒に事例検討会を定期的に重ねることで、医療や福祉の情報が得られると同時に、地域精神保健医療福祉のネットワークができ、「保健医療福祉に関する情報を把握する」スキル得点の上昇につながると考えられた。

「危機的状況に対応する」スキル得点は、事例検討会（Ⅰ-1）の実施において大きく上昇していたが、事例検討会（Ⅱ-2）の実施では横ばい状態であった。今回の事例1のように児童虐待のあるケースでは、参加者である保健師が危機を強く感じた事例検討会（Ⅰ-1）終了後に「危機的状況に対応する」スキル得点が大きく向上していた。「危機的状況に対応する」スキル得点は、担当者だけでなく職場の全員で関わることで、経験を増やすことが可能である。一つ一つを全員で丁寧に検討していくことで「危機的状況に対応する」スキル得点が上昇したと考えられた。つまり、事例検討会の事例の内容に大きく影響を受

けていたのではないかと考えられた。

また、1事例につき経過報告を含めた事例検討会を複数回実施したことは、事例検討会で決定した対応を評価でき、今後の支援を考える上で重要とされている<sup>19,22,26)</sup>。事例検討会を複数回実施することは新たに「ケースシート」を作成する時間も省略でき、事例検討会に要する時間も1回目90分から2回目60分と短縮が可能であり、総スキル得点においても1回目以上の上昇が認められた。さらに1事例につき2回の事例検討会を実施したことで、1事例につき1回の事例検討会よりも家庭訪問スキルが向上していた。1事例につき事例検討会を複数回実施することの有効性が示唆された。

## 5. 結論

本研究では、「地域精神保健活動における保健師の家庭訪問スキル」を向上させる「ケースシート」を考案し、それを用いて事例検討会を実施した結果、各事例検討会の実施で家庭訪問スキルは有意に向上した。また、「ニーズを見極める」スキル得点、「家族関係をとらえる」スキル得点の2因子のスキルを有意に向上させる効果があった。有意差は認められなかったが、「家庭訪問を管理する」等の4因子のスキルを上昇させる傾向を認めた。家庭訪問スキルを向上させるには1事例につき複数回の事例検討会と経過報告を含めた事例検討会を行うことが有効である。また、事例検討会等の学習を継続することで家庭訪問スキルは向上しており、継続できる実施体制が必要である。

## 第6章

### 「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」 の構造化と効果的な現任教育

#### 1. 本研究の総括

本研究は、「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の構造を明らかにした。家庭訪問スキルの習得の状況を検討し、その結果を基に家庭訪問スキルを向上させる現任教育の具体的な方法を検討し、事例検討会で用いる家庭訪問スキルを向上させるための「ケースシート」を考案した。さらに「ケースシート」を用いて事例検討会を実施し、検討した結果、以下の知見を得ることができた。

#### 1) 第2章(研究1):「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の 構造化

第2章では「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の重要性は3点以上と回答している者の割合が8割以上であったことから、36調査項目は「地域精神保健福祉活動における保健師に必要な家庭訪問スキル」であることが示唆された。また、探索的因子分析により、家庭訪問スキルの因子は【ニーズを見極める】【家族関係をとらえる】【家庭訪問を管理する】【保健医療福祉に関する情報を把握する】【対象者との関係性を高める】【危機的状況に対応する】の6因子36下位尺度項目で構成されていることが明らかとなった。

#### 2) 第3章(研究2):「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の習得 状況

第3章では都道府県保健所の精神担当保健師の家庭訪問スキルの習得状況の調査において、36項目の中央値は全て「ある程度習得している:3点」であった。スキルの習得状況は精神保健業務経験年数が上がるにつれ、因子別の習得得点が上昇していたことから、

スキルの習得には精神保健の経験の積み重ねが重要であることが示唆された。

### 3) 第4章(研究3):「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を向上させる現任教育の検討

第4章では、第2章、第3章で得られた結果から「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」を向上させる現任教育の検討を行った。先行研究から家庭訪問を促進させる職場の体制として事例検討会があること、事例検討会には保健師の力量の差を縮める効果がある、参加者がスキルアップする、専門的なスキルの向上には自らの実践を材料として使う方法が効果的であることから、職場における事例検討会の有効性に着目した。具体的には家庭訪問スキルの向上を目指して、家庭訪問スキル36項目を全て網羅した「ケースシート」を新たに考案した。

### 4) 第5章(研究4):「ケースシート」を用いた事例検討会の効果

地域精神保健福祉活動における家庭訪問において対応に困難感を持つ事例を対象に、「ケースシート」を用いた事例検討会を実施し、効果を検討した。総スキル得点は全ての事例検討会で有意に向上していた。また、6因子のスキル得点では、【ニーズを見極める】【家族関係をとらえる】はスキルを向上させる効果が認められた。その他の4因子においても、有意差は認められないものの因子スキル得点は全ての項目で上昇傾向がみられた。

また、保健師経験10年未満の群と10年以上の群では10年以上の群がスキル得点を大きく上昇させていたが、スキルは両群とも事例検討会の前後で毎回伸びていた。また、事例検討会の実施により、総スキル得点は、全国の保健所保健師の平均よりも全員が上昇していた。以上のことから家庭訪問スキルを向上させる効果的な現任教育として、職場内教育の一つである事例検討が効果的であることが明らかとなった。家庭訪問スキルを向上させるには、職場外への研修会に個人が参加するだけでなく、職場で学習機会が継続される職場の体制が必要である。スキルを向上させる具体的な方法としては、考案した「ケースシート」を用いて事例検討を行い、1事例につき事例の経過報告を含めた事例検討会を複



数回組み合わせることで、家庭訪問スキルの向上が図れる可能性があることが、示唆された。

## 2. 本研究における現任教育への活用と今後の展望

本研究で得られた知見を活かし、「地域精神保健福祉活動における保健師の家庭訪問スキル」の効果的な現任教育として、事例検討会を保健師の職場内教育として位置づけることで、定期的な学習機会が得られスキルは向上すると考えられる。精神保健活動における家庭訪問が苦手な保健師でも90分～60分の事例検討を開くことで、特別な司会進行や事例提供の技術も必要なく、職場で事例検討することで、家庭訪問スキルの向上を図れる可能性が示唆された。また、今後の展開として、従来のシートを用いた事例検討会と比較することや、スキル習得には経験と事例検討会が影響していることから、具体的な経験に焦点を当てて分析することなどの新たな側面からの研究の取り組みも必要であると考えられる。

## 謝 辞

本研究は、職場の保健師全員で精神障害者の皆様に初回訪問し、研究に取り組んだことをきっかけに発展してきました。この研究を完成するにあたって、応援して下さった元同僚の皆様や調査にご協力下さった全国都道府県保健所保健師の皆様、事例検討会に快く参加させて下さった A 市保健センターの皆様に心から感謝申し上げます。

本研究をすすめるにあたり、大学院入学前の研究生の時から現在に至るまで、指導教授としてご尽力いただいた山口大学大学院医学系研究科保健学専攻看護領域の守田孝恵教授に深く感謝いたします。

また、本論文の主査、副査の先生方から熱心にご指導ご助言をいただきました。山口大学大学院医学系研究科地域看護学の先生方には、いつもご指導、ご助言、激励を賜りました。心からお礼を申し上げます。

平成 29 年 3 月

兼平 朋美

## 文 献

- 1) 土田英人. 地域精神保健医療福祉の現状と課題. 京都府立医科大学雑誌 2013 ; 122(10) : 697-705.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室. “平成 26 年 (2014) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況”. 厚生労働省.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14> (参照 2016-08-24)
- 3) OECD, Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Publishing, Paris. 2014.  
[http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/making-mental-health-count\\_9789264208445-en#.V76sEFNkiuc](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en#.V76sEFNkiuc)  
(参照 2016-08-24)
- 4) 厚生労働省. 精神疾患のデータ.  
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>. (参照 2016-12-12)
- 5) 安斎三郎. 地域における精神科リハビリテーションー精神科診療所の立場からー. 総合リハビリテーション 1987 ; 15(5) : 339-346.
- 6) 磯村聡子. 精神障害者が地域で生活し続けるために住民との近隣交流を促進する地域ケア. 博士論文. 2016.
- 7) WHO. メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020. 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター. 2014.
- 8) 守田孝恵. 精神保健福祉施策と精神障害者の生活支援に関する研究の動向と課題. 山口医学 2004 ; 53(3) : 127-131.
- 9) Phyllis Montgomery and Helen Kirkpatrick: Understanding Those Who Seek Frequent Psychiatric Hospitalizations . Archives of Psychiatric Nursing 2002;16(1) : 16-24.
- 10) 内閣府. 平成 24 年度障害白書. 2013.  
<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h25hakusho/zenbun/index-pdf>.

html. (参照 2016-12-08)

- 11) 佐藤三四郎, 橋口弓枝, 渡嘉敷明, 高畑隆, 他. 我が国におけるシステム化の動向—生活支援の観点から—. 臨床精神医学 1980 ; 9(6) : 647-655.
- 12) 臺弘. 生活療法の復権. 精神医学 1984 ; 26 (8) : 803-814.
- 13) 影山隆之, 大賀淳子, 河島美枝子, 舞 治代, 他. 在宅精神障害者の日常生活における困りごと・苦手なこと 当事者と家族の意識のずれ. 大分看護科学研究 2002 ; 3(2) : 33-39.
- 14) 山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 岩本華子, 他. 精神障害者に対するスティグマの是正への根拠: スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見. 精神障害とリハビリテーション 2011 ; 15(1) : 75-85.
- 15) 山口創生, 木曾陽子, 米倉裕希子, 岩本華子, 他. 精神障害者に関するスティグマの定義と構成概念: スティグマに関する研究の今後の課題. 社会問題研究 2013 ; 62 : 53-66.
- 16) 新村順子. 看護学からみた社会精神医学の可能性—支援や治療を受け入れにくい精神障害者への自治体保健師の支援から—. 日本社会精神医学会雑誌 2015 ; 24(2) : 177-183.
- 17) 吉岡京子, 黒田真理子・保健福祉専門職による支援を拒否する住民の特徴とその関連要因の解明. 日本公衆衛生学会誌 2015 ; 62(1) : 20-26.
- 18) 小山明日香, 長沼洋一, 沢村香苗, 立森久照, 他. 精神障害を有する人に対する一般地域住民のイメージ. 日本社会精神医学会雑誌 2011 ; 20(2) : 116-127.
- 19) 大久保豪, 宮田裕章. 都市部における精神障害者向けグループホーム開設の困難さ—東京都, 神奈川県グループホーム運営団体へのインタビューから—. 医療と社会 2009 ; 19(3) : 235-247.
- 20) 社団法人日本精神保健福祉連盟. 地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成報告書. 厚生労働省平成 23 年度障害者総合福祉推進事業. 2012.

- 21) 元永拓郎, 斎藤高雅, 佐々木雄司, 佐々木昭子, 他. 都市型保健所における地域精神保健活動事例の分析 文京区における5年間の新規把握全727ケースに対する個別支援を通して. 日本公衆衛生雑誌 2005 ; 40(2) : 75-83.
- 22) 萱間真美. 熟練保健婦による精神分裂病患者に対する訪問ケアの能力. 医療と社会 1998 ; 8(3) : 101-113.
- 23) 萱間真美. 精神分裂病患者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術 保健婦, 訪問看護婦のケア実践の分析. 看護研究 1999 ; 31(2) : 53-76.
- 24) 羽原美奈子, 笹原千穂, 真淵淳子, 北山明子, 保健師の家庭訪問に関する海外文献の検討. 日本在宅ケア学会誌 2007 ; 10(2) : 83-90.
- 25) 田村須賀子, 平山朝子. 地域看護技術論 家庭訪問. 最新地域看護学総論. 宮崎美沙子, 北山美律子, 春山早苗, 田村須賀子編集. 最新地域看護学第2版. 日本看護協会 2010 ; 208-248.
- 26) 守田孝恵 : 地域保健活動のツール—家庭訪問. 荒賀直子, 後閑容子編集 : 第3版公衆衛生看護学. jp Public Health Nursing in Japan , 株式会社インターメディカル 2011 : 186-202.
- 27) 長谷部史乃, 京谷三奈子, 近藤紀子. 熟練保健師の家庭訪問実践能力から評価した本学の地域看護学実習プログラム, 日本赤十字武蔵野短期大学紀要 2005 ; (18) : 29-41.
- 28) 田村須賀子. 援助行為における看護職の意図. 千葉看護学会会誌 1999 ; 5(2) : 73-78.
- 29) 田村須賀子. 新生児家庭訪問における援助ニーズ把握に関わる看護職の意図. 千葉看護学会会誌 2000 ; 6(2) : 32-38.
- 30) 田村須賀子. 看護職の意図により捉える家庭訪問援助の特質. 千葉看護学会会誌 2002 ; 8(1) : 61-66.
- 31) 田村須賀子. 保健師の家庭訪問がもつ「保健事業・施策に反映させる」という特質の特徴. 保健師ジャーナル 2004 ; 60(10) : 994-999.
- 32) 兼平朋美, 守田孝恵. 精神保健活動における保健師の家庭訪問スキル. リハビリ

- テーション連携科学 2016 ; 17(2) : 147-159.
- 33) 萱間真美. 精神科訪問看護の始まりとその役割. 坂田三允総編集. 精神看護エクスペール 8 精神科訪問看護. 中山書店. 2005 : 2-7.
- 34) 萱間真美, 松下太郎, 船越明子, 栃井希子, 他. 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究 精神科入院日数を指標とした分析. 精神医学 2005 ; 47(6) : 647-653.
- 35) 緒方明, 三村孝一, 今野えり子, 福田美佳, 他. 精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討. 精神医学 1997 ; 39(2) : 131-137.
- 36) 林裕栄. 精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難, 日本看護研究学会雑誌 2009 ; 32(2) : 23-34.
- 37) 新井信之. 精神保健活動. 荒賀直子, 後閑容子編集: 第3版公衆衛生看護学. jp Public Health Nursing in Japan , 株式会社インターメディカル, 2011 : 344-362.
- 38) 兼平朋美, 守田孝恵. 精神保健活動における保健師の家庭訪問スキルを向上させる「ケースシート」を用いた事例検討の効果. 山口医学 2017 : (2017-01-25 受理.)
- 39) 後藤基行, 明澤誠正人, 竹島正, 立森久照, 他. 市区町村における精神保健福祉業務の現状と課題. 日本公衆衛生雑誌 2015 ; 62(6) : 300-309.
- 40) 守田孝恵, 山崎秀夫, 村上満子, 石川由美子, 他. 地域における精神障害者の生活環境整備に関する研究. 日看会論集: 精神看護 2006 ; 36 : 178-180.
- 41) 政府統計の総合窓口(e-Stat). “地域保健・健康増進事業報告(地域保健・老人保健事業報告)”. 厚生労働省. [http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do%3F\\_toGL08020101\\_%26tstatCode%3D000001030884](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do%3F_toGL08020101_%26tstatCode%3D000001030884). (参照 2016-8-24)
- 42) 日本精神保健福祉連盟. “厚生労働省 平成 26 年度障害者総合福祉推進事業 保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査報告書”. 厚生労働省. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000099385.html>. (参照 2016. 8. 24)
- 43) 佐伯和子. 現任教育の考え方. 最新保健師業務要覧第 2 版. 日本看護協会保健師職

- 能委員会監修. 日本看護協会出版会 2008 ; 104-108.
- 44) 中板育美. 現任教育の実際. 最新保健師業務要覧第2版. 日本看護協会保健師職能委員会監修. 日本看護協会出版会 2008 ; 108-111.
- 45) 山口みのり. 今さら聞けない事例のまとめ方・活かし方: 事例検討から研究まで 事例とは何か?. 看護実践の科学 2013 ; 38(4) : 62-68.
- 46) 末安民生. 実践に活かす! 精神科看護事例検討. 中山書店. 2013.
- 47) 外口玉子編. 方法としての事例検討. 日本看護協会出版 1981.
- 48) 日本看護協会保健師職能委員会. 保健師に求められる看護管理のあり方 地域保健における看護管理の理念の概念整理. 保健師に求められる看護管理のあり方検討小委員会報告書. 日本看護協会 2005.
- 49) 近藤明代, 大西章恵, 羽原美奈子, 笹原千穂, 他. 行政保健師の家庭訪問に対する認識. 日本地域看護学会誌 2003 ; 10(01) : 35-41.
- 50) 日本看護協会. そうだ! 事例検討会をやろう! “実践力UP 事例検討会” ~みて・考え・理解して~. 日本看護協会 2014 ; 平成25年度 厚生労働省保健指導支援事業 保健指導 技術開発事業 報告書.
- 51) 野中猛. 事例検討会の開き方 メンバー形成からフォローアップまでのポイント. 保健師ジャーナル 2003 ; 65(3) : 190-194
- 52) 萱間真美. ケースから学ぶ精神科訪問看護 (11) 事例検討会を振り返って 事例検討会の意義とすすめ方. Community care 2006 ; 8(7) : 70-76.
- 53) 厚生労働省. 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaishahukushi/kaisei\\_seisin/dl/kokuji\\_anbun\\_h26\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaisei_seisin/dl/kokuji_anbun_h26_01.pdf). (参照 2016-08-24)
- 54) 津村寿子, 白井英子, 和田良子, 七里トシ. 家庭訪問における精神障害者の生活を重視したアセスメント項目の検討. 保健婦雑誌 1998 ; 54(5) : 393-403.
- 55) 上田泉, 佐伯和子, 河原田まり子, 平野美千代, 他. 地域精神保健福祉活動における

- 慢性期の総合失調症者に対する訪問回数の判断基準—保健師の訪問回数判断の実態調査から—. 看護総合科学研究会誌 2008 ; 11(1) : 5-12.
- 56) 原田春美, 小西美智子, 寺岡佐和, 浦光博. 支援場面における保健師の人間関係形成の方法とそのプロセス—家庭訪問での精神障害者支援に焦点をあてて—. 実験社会心理学研究 2009 ; 49(1) : 72-83.
- 57) 兼平朋美, 中本厚子, 西川美智江, 桐村操, 他. 精神障害者を対象とした保健師の家庭訪問に必要なスキルに関する検討. 保健師ジャーナル 2010 ; 66(2) : 134-143.
- 58) 全国保健所長会. 全国保健所一覧. <http://www.phcd.jp/03/index.html>  
(参照 2009-12-15)
- 59) 厚生労働省健康局総務課 “平成 21 年度保健師活動領域調査の結果について”. 厚生労働省. [http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/ryouikichousa\\_h21.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/ryouikichousa_h21.html) (参照 2015-08-24)
- 60) 日本看護協会. 平成 21 年度保健師の活動基盤に関する調査. 看護教育学研究. 日本看護協会 2010. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/.../21-houkoku.pdf> (参照 2015-08-24)
- 61) 片倉直子, 山本則子, 石垣和子. 統合失調症をもつ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究. 日本看護科学会誌 2007 ; 27(2) : 80-91.
- 62) 小高真美. 地域で生活する精神障害者のニーズと生活の質に関する研究. ルーテル学院研究紀要 2007 ; 41 : 41-60.
- 63) 石崎 順子, 関 美雪, 頭川 典子. 保健師の保健計画・施策化能力 新任期保健師の住民ニーズの把握に関する能力. 埼玉県立大学紀要 2007 ; 9 : 47-53.
- 64) 蔭山正子, 代田由美, 藤賀美枝子, 他. 統合失調症の本人を治療に繋げる際の行政専門職による家族支援. 日本公衆衛生雑誌 2012 ; 56(4) : 259-268.
- 65) 蔭山正子, 代田由美, 藤賀美枝子, 川端佳奈子, 他. 統合失調症の本人を治療につなげる際の行政専門職による家族支援. 日本公衆衛生学雑誌 2012 ; 59(4) : 259-267.
- 66) 吉岡京子, 荒井澄子. 治療中断のおそれのある精神障害者を医療につなげる際の保健



師の技術の解明—保健師による対象への個別支援の展開過程に焦点をあてて—. 日本地域看護学会誌 2010 ; 13(1) : 68-75.

67) 日本看護協会保健師職能委員会. 保健師に求められる看護管理のあり方 地域保健における看護管理の理念の概念整理. 保健師に求められる看護管理のあり方検討小委員会報告書. 日本看護協会. 2005.

68) 松本泉, 新開淑子. 地域精神保健福祉活動における統合失調症者の訪問判断基準に関する研究. 日本地域看護学会誌 2005 ; 7(2) : 5-12

69) 田中陸子, 神田のぞみ, 松園久恵, 他. 精神障害者家庭訪問における服薬指導のあり方を考える(第1報). 保健婦雑誌 1990 : 46(10) : 845-848.

70) 新井 信之. 精神障害者を抱えた家族の自立に向けた看護支援の特徴と構造 地域における保健師の個別支援活動に焦点をあてて. 順天堂医療短期大学紀要 2003 ; 46 : 75- 84.

71) 吉岡京子, 荒井澄子. 治療中断のおそれのある精神障害者を医療につなげる際の保健師の技術の解明 保健師による対象への個別支援の展開過程に焦点を当てて. 日本地域看護学会誌 2010 ; 13(1) : 68-75.

72) 日本精神保健福祉連盟. 精神保健福祉ならびに精神障害当事者・家族の視点による精神科救急システム充実のための支援等事業報告書. 日本精神保健福祉連盟. 2002.

73) 東京都・特別区保健婦(士)会問題検討委員会. 地区活動で保健師が遭遇する危機的状況と職場体制についての調査. 保健婦雑誌 2002 ; 58(3) : 224-229.

74) 半澤節子. 地域で実践できる危機予防と危機介入他害行為の予防と危機介入システム 保健師の立場から. 精神科臨床サービス 2004 ; 4 : 445-449.

75) 佐野信也. 地域保健・医療・福祉従事者が体験する職場暴力 見過ごされてきた領域. 中板育美, 研究代表者. 厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業) 総括研究報告書(1/3年) 住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する保健従事者の日常活動を保障する組織的安全管理体制の構築に関する研究. 2011.

<http://www.go-go-hokenshi.com/pdf/2011houkoku.pdf> (参照 2016-08-24)

- 76) 日本看護協会. 保健医療福祉施設における暴力対策指針—看護者のために—. 日本看護協会. 2006.
- 77) 上田泉, 新開淑子, 河原田まり子, 他. 統合失調症者に対する保健師の訪問回数判断の困難要因. 看護総合科学会誌 2007 ; 10(1) : 45-56.
- 78) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達—経験年数群別の比較—. 日本地域看護学会誌 2004 ; 7(1) : 16-22
- 79) 今井博久, 本山厚子, 高橋明子, 他. 保健師のストレスの要因分析と国際比較. 保健師ジャーナル. 2007 ; 63(2) : 147-150.
- 80) 中土康代, 北山三律子. 県保健師による市町村保健福祉活動支援の方法の開発 (第1報). 岐阜県立看護大学紀要 2013 ; 13 (1) : 17-28.
- 81) 相澤和美. 佐藤登代子. 千葉信子編集. これで大丈夫! 精神科訪問看護はじめて book. 精神看護出版. 2010.
- 82) 天賀谷隆, 遠藤淑美, 末安民生, 永井裕子, 他編集. 実践精神科訪問看護テキスト 12 精神科訪問看護. 精神看護出版. 2007.
- 83) 萱間真美編集. 公益財団法人日本訪問看護財団監修. 精神科訪問看護 (Q&A と事例でわかる訪問看護). 中央法規出版. 2015.
- 84) 蒔田寛子, 仲村秀子, 鈴木知代, 井本実菜, 他. 新任期保健師の個別支援能力向上を目的とした研修の評価—家族看護に焦点をあてて—. 豊橋創造大学紀要 2012 ; 16 : 93-103.
- 85) 鈴木知代, 佐藤圭子, 平井敦美, 蒔田寛子, 他. 新任期保健師の個人・家族支援能力向上のための研修の評価. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要 2012 ; 20 : 11-20
- 86) Okamoto, R. ; Shiomi, M. ; Iwamoto, S. ; et al. Relationship of experience and the place of work to the level of competency among public health nurses in Japan. Japan Journal of Nursing Science. 2008 ; 5 (1) : 51-59.
- 87) 松尾睦. 保健師の経験学習に関する探索的研究. 神戸大学経営学研究科 Discussion paper 2010 ; 33 : 1-10.

- 88) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 監修 高橋清久, 大島巖 編. 改訂新版ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方 ケアマネジメント従事者養成テキスト. 精神障害者社会復帰促進センター. 2001.
- 89) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部. 障害者ケアガイドライン 平成14年3月31日. 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/03/tp0331-1.html#217>  
(参照 2016. 11. 20)
- 90) 後藤基行, 明澤誠正人, 竹島正, 立森久照, 他. 市区町村における精神保健福祉業務の現状と課題. 日本公衆衛生雑誌 2015 ; 62 (6) : 300-309.
- 91) 北岡英子. 保健師活動の原点. 家庭訪問歴史的変遷からみえてきたこと. 保健師ジャーナル 2004 ; 60(2) : 185-192.
- 92) 飯島清美子, 山口忍, 渡辺尚子, 綾部昭江. 市町村保健師が精神保健分野の個別対応で抱える困難. 日本公衆衛生看護学会誌 2016 ; 5(2) : 144-153.
- 93) 中板育美. 人材育成の現状と課題行政保健師の現任教育から見た人材育成の課題. 母子保健情報 2014 ; 68 : 20-23.
- 94) 大西章恵, 近藤明代, 羽原三奈子. 保健所保健師と市町村保健師の家庭訪問実施に関連する要因. リハビリテーション連携科学 2013 ; 14(1) : 30-38,
- 95) 松波実智誉, 北山三津子. 実践活動を自己評価し改善できる保健師の育成方法の検討 - 事例検討会を充実させる取組み-. 岐阜県立看護大学紀要 2015 ; 15(1) : 77-85.
- 96) 大木幸子. 事例検討会のすすめ方 第1回 事例検討会の意義. 保健師ジャーナル 2015 ; 71(1) : 164-170.
- 97) 杉谷亮, 中坪直樹, 加藤勇太, 北田ひろ代, 他. 保健師の個別援助スキル獲得にむけた事例検討会の活用. 保健医療科学 2011 ; 60(1) : 50-53.
- 96) 大木幸子. 事例検討会のすすめ方 第1回 事例検討会の意義. 保健師ジャーナル 2015 ; 71(1) : 164-170.
- 97) 杉谷亮, 中坪直樹, 加藤勇太, 北田ひろ代, 他. 保健師の個別援助スキル獲得にむけた事例検討会の活用. 保健医療科学 2011 ; 60(1) : 50-53.

- 98) 梶山委都子. 二つの実践の認識論による看護職の生涯学習の検討 薄井坦子 [科学的看護論] と D. A. ショーン [省察的実践とは何か] をめぐって. 千葉看護学会会誌 2009 ; 15(2) : 46-52.
- 99) 佐野享子. 職業人を対象としたケース・メソッド授業における学習過程の理念モデル D. コルブの経験学習論を手がかりとして. 筑波大学教育学系論集 2005 ; 29 : 39-51