

【原 著】

## 市町村保健師の家庭訪問の優先度認識に影響を与える要因

大西 章恵\* 近藤 明代\* 笹原 千穂\* 羽原美奈子\*\*  
真溪 淳子\*\*\* 北山 明子\*\*\*\* 河野 啓子\*\*\*\*\*

【要 旨】

本研究は、市町村保健師の家庭訪問の優先度認識に影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。北海道の市町村において保健事業に従事する保健師 1178 名を対象とし、自記式質問紙調査票を郵送した。610 名 (51.8%) から回答が得られ、そのうち 587 名 (49.8%) を解析対象とした。家庭訪問の優先度認識を従属変数とし、個人に関する要因、職場環境に関する要因、対象者に関する要因の 3 つの枠組みから導いた要因 23 項目を独立変数として重回帰分析を行った。その結果、有意な影響要因として 12 変数が明らかになった。上位についてあげると、「家庭訪問数が減少した場合の危機感」で、次いで「職場全体が家庭訪問を重視する傾向」「家庭訪問はやりがいのある仕事」「必要な対象者への家庭訪問の実施」であった。市町村保健師の家庭訪問の優先度認識を高めるには、個々の市町村保健師が家庭訪問の意義を認識することが大切であり、あわせて、家庭訪問を組織的に取り組むため職場環境を整えていくことの重要性が示唆された。

【キーワード】 市町村保健師、家庭訪問、優先度認識

## I. はじめに

地域保健法の制定により、保健所保健師、市町村保健師各々の役割が明確となり、保健所保健師は広域的、専門的、先駆的な活動を期待され、一方、市町村保健師には生活に密着した保健活動とともに調整機能や施策化機能などの役割が求められるようになってきた<sup>1)</sup>。市町村保健師の支援は、各市町村の地域住民全体を対象としており、その中には近隣住民や保健・福祉の専門家などのサポートをどこからも受けていない人たちも含まれる。これらの人達は、多くの生活問題を抱えていることが多く、個々への支援を通して市町村保健師は地域の課題が見えてくる。市町村保健師は、地域の健康課題を市町村の施策に結びつける役割を担っていることを踏まえ、援助を必要としている個人の生活実態を捉える必要がある。対象者の生活実態を捉えることができることで、問題を引きおこしている背景は何なのか、どのようにして地域の健康課題を解決するのか、そしてその手がかりを捉えることが出来るのが家庭訪問の

特徴である。

しかし、市町村の保健師が行う家庭訪問数は減少傾向にある。北海道を例にしてみると、保健師一人あたりの月平均訪問件数は、2005 年度では実数 6.0 件、延数 10.0 件であった<sup>2)</sup>。これは 1970 年代と比較して約 38%となっている。1997 年以降は報告様式が変更されたために全国データは無いが、1996 年までの状況 (国民衛生の動向、看護関係統計資料集) から判断して、保健師の家庭訪問の減少は北海道だけではなく全国的な傾向であると考えられる。地域住民のニーズに基づく保健活動を発展させるためには、家庭訪問を充実させていくことが重要である。保健師の活動は、健診や相談業務など事業が優先されがちで、家庭訪問は地区担当保健師に任されているのが現状であるため、各保健師の意識が重要<sup>3)</sup> となってくる。そのためには、保健師の家庭訪問の優先度認識を高めることが必要であると考えられる。

保健所及び市町村保健師の家庭訪問の促進・阻害要因に関する先行研究をみると、保健師活動全体における家庭訪問業務の位置づけの明確さ<sup>3)</sup>、家庭訪

\* 日本赤十字北海道看護大学 \*\* 北海道文教大学 \*\*\* 元日本赤十字北海道看護大学 \*\*\*\* 北海道北見保健所 \*\*\*\*\* 四日市看護医療大学

問対象者の把握状況<sup>4)5)</sup>、新人をサポートする体制<sup>6)</sup>やチームでサポートする体制<sup>7)</sup>など、家庭訪問の力量を高める職場づくりなどが保健師の家庭訪問の実施に影響するという報告がされている。家庭訪問は主に保健師が単独で行なう活動であるため、信頼関係形成能力や潜在している問題を見抜くなどニーズを把握する能力<sup>8)9)10)11)</sup>、家族全体を含めた支援能力<sup>12)13)</sup>、評価能力<sup>14)</sup>など家庭訪問に関する能力も家庭訪問の実施に影響を与える要因として報告がされている。また、保健師は地域を担当していることから、個別相談の中から、常に地域の問題を意識化して捉えること<sup>15)</sup>や、関係職種も含めて援助供給体制の整備へと発展させることを意識していること<sup>11)15)16)</sup>についても要因として報告がされている。対象者側の要因としては、家庭訪問サービスの認知状況<sup>17)</sup>など住民の認識状況も保健師の家庭訪問に影響を与えるという報告がされている。

このように先行研究から、様々な要因が保健師の家庭訪問に関連していることが考えられるが、いずれの報告も要因間の関連を検証するにとどまっておらず、関連の強さを検証する研究はなされていなかった。また、家庭訪問に関する研究では、保健所保健師及び市町村保健師の双方を対象としたものが目立ち、市町村保健師を対象とした研究<sup>5)14)</sup>は少なかった。

そこで本研究では、市町村保健師の家庭訪問の量的・質的充実に向けて、市町村保健師の家庭訪問の優先度認識に対する影響要因を明らかにすることを目的とした。今後において、市町村保健師は地域に密着した活動が期待されていることを踏まえ、市町村保健師に焦点を当てることとした。

## II. 研究方法

### 1. 対象者及び調査方法

北海道の208市町村において保健事業に従事する保健師1178名を調査対象として無記名自記式の質問紙調査を行った。調査票は、市町村の保健部門の保健師責任者に郵送し、保健師責任者より各保健師への配布を依頼した。回収は、郵送にて直接返送される方法を用いた。

### 2. 調査内容

#### 1) 属性

年齢、性別、保健師経験年数、職位、業務体制、

保健師教育課程とした。

#### 2) 保健師活動における家庭訪問の優先度認識

市町村保健師は活動の中で家庭訪問を重要視しているのかを明らかにしたいと考え、家庭訪問の優先順位について個人の認識を質問した。回答は、「高い」「どちらかといえば高い」「どちらともいえない」「どちらかといえば高くない」「高くない」の5段階のリッカートスケールで求めた。

#### 3) 影響要因

保健師活動における家庭訪問の優先度認識に影響すると考えられる要因を「個人に関する要因」「職場環境に関する要因」「対象者に関する要因」の3つの枠組みで考えた。3つの枠組みに対する具体的な質問項目については、先行研究や筆者たちが本研究に先駆けて実施した研究<sup>19)20)22)</sup>で得られたデータを参考に独自に作成した。質問項目の妥当性を確保するために、市町村保健師の活動に精通した学識経験者の助言を受け、さらに、現在市町村で活動している保健師20名の協力を得てプレテストを2回実施しその都度修正を加えた。信頼性については、Cronbachの $\alpha$ 係数を求めて確認した。

##### (1) 個人に関する要因 (表1)

家庭訪問に対する重要性の認識(6項目)、家庭訪問の苦手意識(2項目)、保健師の専門性の認識(7項目)、保健師職に対する考え方(2項目)、家庭訪問に必要な能力の自己評価(7項目)、家庭訪問の大切さを伝える(3項目)、自己啓発(2項目)、他者とのコミュニケーション(3項目)、自己の生活(2項目)について、5段階のリッカートスケールで回答を求めた。

##### (2) 職場環境に関する要因 (表2)

職場の体制・方針(10項目)、現任教育(4項目)、関係機関とのネットワーク(5項目)、国の政策による影響(3項目)について、5段階のリッカートスケールで回答を求めた。

##### (3) 対象者に関する要因 (表3)

家庭訪問に対する住民の認識(2項目)、地理的な条件の影響(1項目)について、5段階のリッカートスケールで回答を求めた。

表1 個人に関する調査項目

調査項目 (5件法)
家庭訪問の重要性の認識
①家庭訪問数が減少した場合の危機感
②家庭訪問を他機関に任せても良いか
③来所・電話・集団支援で対処できる
④信頼を築く上で家庭訪問は有効
⑤家庭訪問で得られる情報は重要
⑥家庭訪問はやりがいのある仕事
家庭訪問の苦手意識
①苦手意識
②望んでいない対象者には足が遠のく傾向
保健師の専門性の認識
①ヘルスニーズの明確化
②保健師活動の計画書作成
③地域の潜在ニーズの発掘
④地区の特徴をサービスに反映
⑤支援体制づくり
⑥地域ケアシステムの構築
⑦保健師活動の評価
保健師職に対する考え方
①保健師のやりがい
②見習える先輩の存在
家庭訪問に必要な能力の自己評価
①ニーズの明確化
②家庭訪問計画立案
③健康や生活状況に応じた支援
④家庭訪問の振り返り
⑤面接技術
⑥家族支援
⑦必要な対象者への家庭訪問の実施
家庭訪問の大切さを伝える
①家庭訪問の大切さを職場内の他部署に理解
②家庭訪問の大切さを関係機関・職種に理解
③家庭訪問の大切さを住民に理解
自己啓発
①自費で研修会への参加
②文献や専門書の購読
他者とのコミュニケーション
①保健師間のコミュニケーション
②職場の他職種とのコミュニケーション
③他機関関係者とのコミュニケーション
自己の生活
①健康状態
②日常生活の充実

### 3. 分析方法

まず、一次分析で全ての変数について基本統計量を算出した。次に、二次分析として、市町村保健師における家庭訪問の優先度認識と各要因との関連はピアソンの積率相関分析で、属性との関連をt検定及び一元配置分散分析で検討した。三次分析として、「家庭訪問の優先度認識」の関連要因を独立変数、「家庭訪問の優先度認識」を従属変数として、変

表2 職場環境に関する調査項目

調査項目 (5件法)
職場の体制・方針
①職場での家庭訪問対象基準
②家庭訪問実施のチェック体制
③家庭訪問に関する相談者の存在
④事例検討会の実施
⑤家庭訪問後の記録提出システム
⑥事例担当変更時の事例引継ぎ
⑦職場全体が家庭訪問を重視する傾向
⑧家庭訪問から得た情報を保健師活動へ反映
⑨家庭訪問に必要な予算削減の影響
⑩家庭訪問に必要な公用車の確保
現任教育
①現任教育の目標は明確化
②研修に参加しやすい職場体制
③管内保健師研修会の重要性認識
④職場外の専門職からの指導・助言
関係機関とのネットワーク
①家庭訪問事例に関する関係機関との連携
②保健所保健師との連携
③関係職員の保健師の役割の理解
④地域の事例検討会議の実施状況
⑤職場で関係機関・職種とのネットワーク
国の政策による影響
①法律・制度の変化からの影響
②厚生労働省・都道府県からの事業の影響
③事務量の増加

表3 対象者に関する調査項目

調査項目 (5件法)
家庭訪問に対する住民の認識
①住民からの家庭訪問依頼
②保健師などが家に入ることへの抵抗感
地理的な条件の影響
①地理的条件の影響

数減少法による重回帰分析を行った。なお、統計ソフトはSPSS Ver.12.0 for Windowsを用いた。

### 4. 倫理的配慮

対象者のプライバシーに配慮して調査票は無記名とし、回答内容は調査者以外に漏出しないよう、個別の回収用封筒を添付した。また、調査票に同封した調査依頼票には、研究目的、情報の使用方法を明記し、調査結果は本研究目的以外には使用しないこと、回答の意志は自由であり、回答内容により不利益は生じない旨について説明し、返送をもって同意とした。

### Ⅲ. 結 果

調査期間は平成17年8月10日～9月30日であった。回収した610通(回収率51.8%)のうち、記入不備の23通を除く587名を分析対象とした。

#### 1. 研究協力者の属性(表4)

性別については男性0.8%、女性は99.0%であった。平均年齢は34.4歳(標準偏差8.5)であった。保健師経験年数は、5年以下が28.6%、6年～9年が31.3%、10年～19年が27.3%、20年～29年が10.4%、30年以上が13名2.2%であった。職位は係長以上15.3%、主任保健師15.2%、一般保健師66.1%、その他2.9%であった。業務体制は、業務分担16.4%、地区分担4.3%、混合型78.4%、その他0.7%であった。

表4 研究協力者の属性 n=587

項目区分	人数(人)	割合(%)
性別		
男性	5	0.8
女性	581	99.0
無回答	1	0.2
年齢		
29歳未満	203	34.6
20～39歳	234	39.9
40～49歳	102	17.4
50～59歳	46	7.8
無回答	2	0.3
保健師経験年数		
5年未満	168	28.6
6～9年	184	31.3
10～19年	160	27.3
20～29年	61	10.4
30年以上	13	2.2
無回答	1	0.2
市町村人口		
5,000人未満	115	19.6
5,000人～9,999人	153	26.1
10,000人～49,999人	154	26.2
50,000人～99,999人	34	5.8
100,000人～199,999人	61	10.4
200,000人以上	62	10.6
無回答	8	1.3
職位		
保健師	388	66.1
主任保健師	89	15.2
係長以上	90	15.3
その他	17	2.9
無回答	3	0.5
業務体制		
業務分担	96	16.4
地区分担	25	4.3
混合型	461	78.4
その他	4	0.7
無回答	1	0.2
保健師教育課程		
看護大学	59	10.1
短期大学専攻科	55	9.4
保健師養成所	471	80.2
無回答	2	0.3

#### 2. 市町村保健師の家庭訪問の優先度認識

市町村保健師における家庭訪問の優先度認識の結果は、「高い」が22.8%、「どちらかといえば高い」45.5%、「どちらともいえない」25.4%、「どちらかといえば高くない」6.1%、「高くない」0.2%であった。市町村保健師の約7割において、保健師活動における家庭訪問の優先度認識が高かった。平均値は3.85、標準偏差0.85、最大値5、最小値1であった。家庭訪問の優先度認識について、性別、年齢、保健師経験年数、職位、業務体制、保健師教育課程別で有意な差は認められなかった。

#### 3. 家庭訪問の優先度認識に影響を与える要因(重回帰分析結果)(表5)

分析した結果、各関連要因同士の相関が高いものは整理し、「家庭訪問の優先度認識」との関連で有意な差のみられた23変数を独立変数、「家庭訪問の優先度認識」を従属変数として重回帰分析を行った。

「家庭訪問の優先度認識」に影響を及ぼす変数は12項目あり、最も影響が強かった要因は、「家庭訪問が減少した場合の危機感」で、標準偏回帰係数は(以下 $\beta$ とする)は0.232であった。「家庭訪問数が減少した場合の危機感」は「家庭訪問の優先度認識」に最も影響を与え、保健師活動において家庭訪問が減少した場合の危機感を感じている人ほど、家庭訪問の優先度認識は高かった。

次に関連の高かった要因は「職場全体が家庭訪問を重視する傾向」( $\beta = 0.176$ )であった。職場で家庭訪問を重視する傾向が強いほど、家庭訪問の優先度認識は高かった。

3番目に関連の高かった要因は「家庭訪問はやりがいのある仕事」( $\beta = 0.159$ )であった。家庭訪問はやりがいのある仕事だと感じている人ほど、家庭訪問の優先度認識は高かった。

4番目に関連の高かった要因は、「必要な対象者への家庭訪問の実施」( $\beta = 0.158$ )であり、必要な対象者に家庭訪問を実施している人ほど、家庭訪問の優先度認識は高かった。

5番目に高かった要因は「家庭訪問から得た情報を保健師活動へ反映」( $\beta = -0.138$ )であった。「家庭訪問から得た情報を保健師活動へ反映」の共通認識は家庭訪問の優先度認識に負の影響を与えており、職場では家庭訪問から得た情報を保健師活動に反映させようという共通認識がないと感じている人ほど、家庭訪問の優先度認識が高かった。

6・7番目に関連の高かった要因は、「家庭訪問で得られる情報は重要」及び「家庭訪問の大切さを関係機関・職種に理解」( $\beta = 0.119$ )で、家庭訪問で得られる情報は重要だと感じている人ほど、また、家庭訪問の大切さを関係機関・職種に理解を促している人ほど家庭訪問の優先度認識は高かった。

8番目に関連の高かった要因は「職場での家庭訪問対象基準」( $\beta = -0.104$ )であった。「職場での家庭訪問対象基準」は家庭訪問の優先度認識に負の影響を与えていた。職場で家庭訪問対象基準があるとは言えないと思っている人ほど、家庭訪問の優先度認識は高かった。

9番目は「家庭訪問実施のチェック体制」( $\beta = 0.090$ )であり、職場で家庭訪問のチェック体制があるほど家庭訪問の優先度認識は高かった。

10番目は「保健師などが家に入ることへの抵抗感」( $\beta = -0.086$ )であり、「保健師などが家に入ることへの抵抗感」は家庭訪問の優先度認識に負の影響を与えていた。住民側に保健師などが家に入ることへの抵抗感がないほど、家庭訪問の優先度認識は高かった。

11番目は「来所・電話・集団支援で対処できる」( $\beta = -0.080$ )であり、「来所・電話・集団支援で対処できる」は家庭訪問の優先度認識に負の影響を与えていた。家庭訪問を実施しなくても、来所や電話での相談また集団支援で対応できると考えている人ほど、家庭訪問の優先度認識は低かった。

12番目は「望んでいない対象者には足が遠のく傾向」( $\beta = -0.076$ )であり、「望んでいない対象には足が遠のく傾向」は家庭訪問の優先度認識に負の影響を与えていた。望んでいない対象者に足が遠のく傾向

く人ほど家庭訪問の優先度認識は低かった。

保健師活動における家庭訪問の優先度認識に有意に影響していた要因は以上の12項目であり、重回帰モデル調整済み決定係数は0.342であった。

## IV. 考 察

### 1. 市町村保健師の家庭訪問の優先度認識に影響を与える要因

#### 1) 個人に関する影響要因

##### (1) 家庭訪問数が減少した場合の危機感

今回の研究の結果、市町村保健師の家庭訪問の優先度認識に最も影響をしていた要因は「家庭訪問数が減少した場合の危機感」であり、日常の保健師活動の中で家庭訪問数が減少していることに危機感を感じていることが、家庭訪問の優先度認識を高めていた。

保健師の家庭訪問の意義については多くの文献の中で報告<sup>6)17)18)</sup>されているが、筆者ら<sup>19)</sup>の先に行った研究においても、保健師は家庭訪問を「生活に基盤をおく活動」「家族全員が対象」という対人保健サービスであると捉え、そして「地域特性を把握する手段」「家庭訪問から活動が発展」を意義として捉えていた。全国市町村保健師活動協議会の報告によると<sup>20)</sup>市町村保健師が最も重要であると考えている業務は「訪問指導業務」であった。しかし、多くの時間と労力を費やしている業務は「健康相談・健康教育業務」であった。保健師自身が大切な活動であると考えている家庭訪問は減ってきている現状にある。その背景として、「日常業務で事務量が増加している」と約85%の市町村保健師が認識しており<sup>22)</sup>、現場において「財政難で事務職の削減もあり、事務に関わる業務が増加」「分散配置により保健活動に従事する保健師の減少」の声<sup>20)</sup>があるように、保健師活動に市町村合併や保健師の分散配置などが影響を与えていることが考えられる。保健師にとって家庭訪問は大切な手段であることを認識しているものの、家庭訪問ができていないことに危機感を感じており、そのような現実に対する危機感が、家庭訪問を大切に活動を展開したいという家庭訪問の優先度認識を高めていると考える。

市町村における保健活動は、国の健康政策に大きく影響を受ける。支援の必要者に対して家庭訪問を実施するためには、全体の業務内容の調整が

表5 家庭訪問の優先度認識に影響を与える要因

従属変数		$\beta$	p-value
家庭訪問数が減少した場合の危機感	scale range 1-5	0.232	**
職場全体が家庭訪問を重視する傾向	scale range 1-5	0.176	**
家庭訪問はやりがいのある仕事	scale range 1-5	0.159	**
必要な対象者への家庭訪問の実施	scale range 1-5	0.158	**
家庭訪問から得た情報を保健師活動へ反映	scale range 1-5	-0.138	**
家庭訪問で得られる情報は重要	scale range 1-5	0.119	**
家庭訪問の大切さを関係機関・職種に理解	scale range 1-5	0.119	*
職場での家庭訪問対象基準	scale range 1-5	-0.104	*
家庭訪問実施のチェック体制	scale range 1-5	0.090	*
保健師などが家に入ることへの抵抗感	scale range 1-5	-0.086	*
来所・電話・集団検診で対処できる	scale range 1-5	-0.080	*
望んでいない対象者には足が遠のく傾向	scale range 1-5	-0.076	*
住民からの家庭訪問依頼	scale range 1-5	0.075	NS
R		0.585	
調整済み決定係数		0.342	

$\beta$ : 標準偏回帰係数 \* :  $p < 0.05$  \*\* :  $p < 0.01$

必要である。その時々、保健師は職場の上司や同僚に対して地域の健康問題や保健師の役割などを伝える努力をすることが、保健師本来の活動をすすめることにつながると考える。

## (2) 家庭訪問はやりがいのある仕事・必要な対象者への家庭訪問の実施

「家庭訪問はやりがいのある仕事」「必要な対象者への家庭訪問が実施」できていると認識しているほど、家庭訪問の優先度認識は高かった。

最近、住民1人ひとりが抱える問題も多岐にわたり、対応の困難な事例や他機関との連携が必要な事例が増加している。そのため、保健師は支援のあり方について悩みながら活動を行っているが、病気や障害を持ちながらも力強く生きている対象者から「人間の力強さ」「人間としての生き方」「生活を支える支援」など保健師としての学びも多いと認識している<sup>22)</sup>。このように保健師は家庭訪問に対してやりがい感を持っている。そのことが家庭訪問の優先度認識を高めることにつながると考えられる。

また、保健師活動の特徴は、個人・家族に直接関わる援助を行いながら、生活支援に関わる体制の充実に関わること<sup>23)</sup>であるといわれている。すなわち、保健師は、個人をケアしながら地域の関係者や住民と手を結び健康的な地域を創り上げて行くことに関わることで、保健師としての醍醐味・やりがいを感じ、そのことが家庭訪問の優先度認識を高めていると考えられる。

## (3) 家庭訪問で得られる情報は重要

「家庭訪問で得られる情報は重要」と認識している人ほど、家庭訪問の優先度認識が高かった。

生活の場へ行ってその人の暮らしを見ることは、どんな情報収集よりも有効で、暮らしぶりや生活歴、家族や地域との関係性まで見えてくる<sup>24)</sup>。金子が、個別の相談の中から、常に問題の本質的な原因に地区の問題を意識化して捉えていくことが必要<sup>25)</sup>であることを述べているように、行政保健師は、支援を必要としている事例に深く関わることで地域自体の問題や課題を実感として捉えることができる。つまり、家庭訪問で得られる情報から、事例の求めていることを軸として地域を捉える視点が定まり、地域で不足しているサービスを捉えることにつなげることができ、家庭

訪問の優先度認識を高めると推察される。個々の保健師が、行政に所属している保健専門職として、事例や地域を担当する意義を改めて意識する必要があると考える。

## (4) その他の要因

さらに、「家庭訪問の大切さを関係機関・職種に理解を促すこと」についても、影響要因として認められ、家庭訪問の大切さについて関係機関・職種の理解を促している人ほど、家庭訪問の優先度認識が高かった。小野は、家庭訪問を実施する上での問題点は、関わる職種の連携が十分とれていなく、役割分担も不明確である<sup>23)</sup>ことだと述べている。対象者に対する支援は、保健師単独では難しくネットワークの中で保健師は役割を果たすことのできる。保健師の役割や家庭訪問の特徴について関係機関・職種に理解してもらうことは、より良い支援につながる。関係職種との連携の大切さや効果的な家庭訪問のあり方など保健師本来の活動を理解している人は、家庭訪問の優先順位を高くつけるのではないかと思われる。個々の事例について、保健師は地域関係職種と連携を積み重ねていくことが、地域から保健師に相談が持ち込まれることに繋がるものと考えられる。

その他、「来所・電話・集団支援で対処できる」と家庭訪問以外の支援方法で対処できると認識している人、「望んでいない対象者には足が遠のく傾向」と認識している人は、家庭訪問の優先度認識は低かった。

## 2) 職場環境に関する影響要因

### (1) 職場全体が家庭訪問を重視する傾向

「職場全体が家庭訪問を重視する傾向」があるほど、市町村保健師の家庭訪問の優先度認識が高いことが明らかになった。梅澤が<sup>26)</sup>、「組織風土は心理的な行動環境であり、現実の行動はこれとの対応によって決定される」と述べているように、職場の風土は人の行動を後押しし、組織のあり様が職場風土を高め個々の考え方に影響を与えといえる。筆者らが先に行った家庭訪問に対するグループインタビュー<sup>19)</sup>においても、家庭訪問を後押しする保健師仲間の雰囲気があれば、違和感を持つことなく訪問を大切だと捉えると認識していた。一方で、職場での信頼関係が築けない中、保健師が一人で悩んでいる姿も浮かび上がる<sup>20)</sup>。

職場風土や雰囲気が、個々の保健師活動に大きく影響を与えるものと思われる。保健師仲間が積極的な姿勢を見せ合い、相互の考えや悩み受け止め、肯定的にサポートできるように組織体制を整えることが、保健師の前向きな活動の認識につながる。そのためには、保健師リーダーの役割が大きいと考える。

## (2) その他の要因

職場には「家庭訪問から得た情報を保健師活動に反映」させようという共通認識がないと回答した保健師、「職場で家庭訪問対象基準」がないと回答した保健師のほうが、家庭訪問の優先度認識が高いという結果がでた。看護職が行う家庭訪問援助は、対象本人・家族に留まらない他事例への看護援助や、その地域の事業や施策に反映させ、関連職種を含めた援助体制への整備へと発展させるものである<sup>5)</sup>。保健師間にそのような共通の課題認識があるかについては、現状にはまだ不十分な点があると感じており、何とかしなくてはならないと認識している現れであると思われる。また、斉藤<sup>1)</sup>は、家庭訪問対象の優先順位の基準や緊急性や看護の必要性、頻度など具体的な基準のない点を報告している。つまり、保健師の家庭訪問対象や、継続訪問の判断などは地区担当の保健師に任されている傾向が強いということがいえよう。現状の基準の曖昧さを感じ、具体的な家庭訪問対象基準を設け、家庭訪問において組織的な取り組みが必要と感じているかが、つまり現状では不十分だという意識が結果に影響したものと思われる。

また、「家庭訪問実施のチェック体制」についても、市町村保健師の家庭訪問の優先度認識に影響していることが認められた。

## 3) 対象者に関する影響要因

「保健師などが家に入ることへの抵抗感」が少ないほど市町村保健師の家庭訪問の優先度認識が高かった。

中山は、家庭訪問での利用希望に影響する要因を分析した結果、家庭訪問サービスを認知していない地域住民が多いことをあげており、さらに、家庭訪問を受けた経験のある者の方が家庭訪問を希望していたことを報告<sup>27)</sup>している。保健師の家庭訪問件数が年々少なくなっていることを踏まえ、タイムリーな対応、相談のしやすさ、関

係者との連携を評価し、住民から安心して問題が持ち込まれるよう、日頃から受け入れの姿勢を示し、地域住民に対して保健師活動を周知していくことが、保健師の訪問に対する住民の抵抗感を少なくすることにつながると考える。加えて、地域では家族問題を抱えるなどの困難事例が増加してきており、地域住民に頼られ期待されるように家庭訪問の質を高めることが必須であろう。

## 2. 市町村保健師の家庭訪問の充実に向けて

市町村保健師が活動の中で家庭訪問を量的・質的に充実させていくためには、個々の市町村保健師が家庭訪問の意義を認識することが大切であり、あわせて、保健師相互にサポートできるように組織体制を整えることが重要であると考えられる。

一方、職場の同僚や地域の関係職種、住民に対して保健師の役割・家庭訪問の意味などを知ってもらう努力が保健師自身に必要である。これには、事例を通してネットワークづくりを地道に行っていくことが重要であり、その積み重ねが施策化や地域づくりにつながっていくものと考えられる。

地域に必要な活動が根づくためには、地域のニーズから出発することが欠かせない。保健師が地域に出向き生活実態や住民の思いを捉えることの重要性を、改めて考えてみる必要がある。

## V. 終わりに

本研究では、市町村保健師における家庭訪問の優先度認識に影響する要因を明らかにすることができた。しかし、限定された地域の市町村保健師を調査対象としたため、その地域特性が結果に影響を与えた可能性がある。本結果が他の都府県の市町村保健師にどの程度合致するのかが確認していく必要がある。また、市町村保健師の活動の場も福祉・介護分野などに拡大しているので、その点も含めて調査していくことが課題である。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました北海道市町村保健師の皆様へ深く感謝いたします。

なお、本研究は、科学研究費補助金基盤研究(C)「行政保健師の家庭訪問に対する認識の実態と今後の課題」(課題番号 16592219)の助成を受けて実施したものである。

## VI. 引用文献

- 1) 平山朝子：3. 地域看護活動の場別にみた看護者の活動の特徴（宮崎美砂子、北山三津子、春山早苗編、最新地域看護学）、70-76、日本看護協会出版会、2006.
- 2) 1970年度より2005年度まで毎年度調査、北海道庁保健福祉部医療政策局調べ.
- 3) 北川定謙、平野かよ子、守田孝恵、他：21世紀の地域保健福祉対策に従事する保健師の活動と配置のあり方に関する研究、平成11年度厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）、17-26、2000.
- 4) 渡邊輝美、金子仁子：家庭訪問優先順位決定に関する研究、小児保健研究、4、465-471、1999.
- 5) 渡邊輝美、金子仁子：家庭訪問優先順位決定に関する研究～乳児への家庭訪問計画・実態調査から～、保健婦雑誌、55（7）、1999.
- 6) 今掘初美：家庭訪問を1人で抱え込まない仕組みづくり、保健婦雑誌、59（1）、22-27、2003.
- 7) 大木幸子、守田桂：何のために家庭訪問をするのか、保健婦雑誌、59（1）、8-14、2003.
- 8) 村嶋幸代、齋藤恵美子、服部真理子他：地域看護の能力に関する研究とJoyce Zerwekh博士の仕事、看護研究、32（1）、3-13、1999.
- 9) 田村須賀子：家庭訪問の援助行為における看護職の意図、千葉看護学会誌、5（2）、73-78、1999.
- 10) 田村須賀子：新生児訪問における援助ニーズ把握に関わる看護職の意図、千葉看護学会誌、6（2）、32-38、2000.
- 11) 田村須賀子：看護職の意図により捉える家庭訪問の特質、千葉看護学会誌、8（1）、61-66、2002.
- 12) 佐藤紀子：家族援助における看護職の思考過程の特徴－軽度発達遅滞の児をもつ家庭訪問援助過程における看護職の志向内容の分析から－、家族看護学研究、8（2）、197-203、2003.
- 13) 佐藤紀子：家族員一人ひとりの援助を基盤とした家族援助のあり方、千葉看護学会誌、8（1）、15-21、2002.
- 14) 齋藤ひろみ：保健事業「訪問指導」における保健婦活動の課題、東北医技短部紀要、9（2）、199-209、2000.
- 15) 金子仁子、渡邊輝美：家庭訪問から事業化へ、保健婦雑誌、59（1）、34-38、2003.
- 16) 宮崎美砂子、井出成美、山田洋子他：生活の質に対する行政保健婦・士の接近方法、千葉大看護学部紀要、23、23-28、2001.
- 17) 中山文子、柳久子、湊孝治他：市町村の訪問指導および訪問看護ステーションによる訪問看護の利用希望に影響する要因の分析、日本公衆衛生誌、50（2）、118-129、2003.
- 18) 錦織正子：保健師が持つべき「家族への介入技法」とは、保健婦雑誌、58（4）、294-299、2002.
- 19) 近藤明代、大西章恵、羽原美奈子他：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、10（1）、35-41、2007.
- 20) 大西章恵、近藤明代、羽原美奈子他：行政保健師の家庭訪問に対する認識の実態と今後の課題、科学研究助成金報告書（課題番号 16592219）
- 21) 全国市町村保健婦活動協議会：市町村保健師の活動環境改善のための意識調査（調査概要その2）－市町村保健師の大きく変化する職場環境に対する満足度は－、全国市町村保健、9、2005.
- 22) 大西章恵、近藤明代、羽原美奈子：現場の声から探る家庭訪問の現状、保健師雑誌、64（8）、684-689、2008.
- 23) 小野桂子、山田裕子、大橋裕子：行政保健師の訪問指導および看護実施状況、日本赤十字愛知短期大学紀要、15、115-123、2004.
- 24) 野村陽子：市町村保健師をめぐる議論、公衆衛生、68（5）、326-339、2004.
- 25) 金子仁子、渡邊輝美：家庭訪問から事業化へ－個別援助から思春期講演会開催の事例を通して－、保健婦雑誌、59（1）、34-38、2003.
- 26) 梅澤正：組織と人間の発達、組織の行動科学、282-283、福村出版株式会社、1994.
- 27) 中山文子、柳久子、湊孝治他：市町村の訪問指導および訪問看護ステーションによる訪問看護の利用希望に影響する要因の分析、日本公衆衛生誌、50（2）、118-129、1998.



## Factors affecting the priority of home visits by municipal public health nurses

Akie Onishi <sup>\*</sup>, Akiyo Kondo <sup>\*</sup>, Chiho Sasahara <sup>\*</sup>, Minako Habara <sup>\*\*</sup>  
Junko Matani <sup>\*\*\*</sup>, Akiko Kitayama <sup>\*\*\*\*</sup>, Keiko Kono <sup>\*\*\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

<sup>\*\*</sup> Hokkaido Bunkyo University

<sup>\*\*\*</sup> Former, The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

<sup>\*\*\*\*</sup> Hokkaido Kitami Public Health Center

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Yokkaichi Nursing and Medical Care University

### [Abstract]

The objective of the present study was to clarify the factors that affect the priority of home visits for municipal public health nurses as compared to their other activities. A self-administered questionnaire survey was mailed to a total of 1178 public health nurses who were involved with 208 municipal health services in Hokkaido. A reply was obtained from 610 nurses (51.8%), and of these, a total of 587 valid responses (49.8%) were analyzed. With the priority of home visits as a dependent variable, multiple regression analysis was conducted using 23 independent variables derived from the following three categories: individual factors, work environment factors, and object factors. The results showed that 12 factors had a significant influence. The top four factors were as follows: "sense of crisis if the number of visits is reduced"; "the entire workplace emphasizes home visits"; "nurses' perception that home visits are rewarding"; and "meeting with individuals who require home visits". The results suggest that, in order to increase the priority of home visits compared to the other activities of municipal public health nurses, it is necessary for individual municipal public health nurses to recognize the value of home visits and to improve the organizational ability of work environments to deal with home visits.