

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

北海道公衆衛生学雑誌 (2022.3) 35(2):133-139

保健師の個別支援における看護過程の課題
ーアセスメント力向上を目指したアクションリサーチを通してー

塩川 幸子, 藤井 智子, 山下 千絵子

保健師の個別支援における看護過程の課題 －アセスメント力向上を目指したアクションリサーチを通して－

塩川 幸子¹⁾, 藤井 智子¹⁾, 山下 千絵子²⁾

要 旨

本研究は保健師の個別支援における看護過程の課題を明らかにすることを目的とした、アクションリサーチのフィールド3地区で個別支援におけるアセスメント力向上を目指し、看護過程の講義と事例検討を2～4回行った。初回介入後にフォーカスグループインタビュー (FGI) を実施し新任期・中堅前期の保健師27名が参加した。3地区のFGIの複合分析から看護過程の課題10カテゴリを抽出した。アセスメントでは【地域での生活のイメージを広げられない】、【地域で暮らす家族の力を見極められない】、【判断の根拠となる情報が取れない】、【保健師自身が持つ価値観に当てはめて考えてしまう】、【一つひとつの情報をアセスメントし全体の統合が難しい】、診断では【今だけにフォーカスし時間軸で看護問題を捉えられない】、【その場でアセスメントしきれずニーズを特定できない】課題が挙げられた。これらの課題が、【ニーズが曖昧なまま試行錯誤し支援している】、【関係が途切れない介入の仕方への迷いがある】という真のニーズを捉えた支援を困難にし、【支援の方向性への確信が持てない】評価の課題へと看護過程全体に影響を及ぼすことが示唆された。

今後は、多面的な情報収集と自身の価値観から脱却した包括的アセスメントおよび看護問題を特定していく思考プロセスの獲得に向けた事例検討が必要と考える。

キーワード：保健師、個別支援、看護過程、課題、アクションリサーチ

I 緒 言

保健師の看護過程は、地区診断など地域レベルの看護過程に関する研究^{1) 2)}が多く、個別支援は、対象別の支援の特徴を明らかにしたもの^{3) 4)}が散見されるが、総合的に看護過程の特徴を示したものはみられない。

看護過程は対人的援助関係の過程を基盤として、看護の目標を達成するための科学的な問題解決法を応用した思考過程の道筋である⁵⁾。地域で生活する人々への個別支援として、訪問を手段に展開する在宅看護過程⁶⁾や家族看護過程⁷⁾は示されているが、保健師に特化したものはみられない。保健師基礎教育における個別支援の看護過程の研究⁸⁾は未だ少なく、保健師の看護過程の研究は発展途上にあると言える。

保健師は人々の成長発達のあらゆる段階、疾病や障害のあらゆる状態にある人々に関わり、多様で複雑化する健康問題に対峙している。その中で、家庭訪問は対象者の家庭状況に合わせて評価し直し、常に支援を構成し直していく高度で複雑な支援技術⁹⁾である。家庭訪問を原点に事例を積み重ね、地域の健康課題を探り保健事業や施策へと反映させる意義は大きく、決して手放してはならない地区活動¹⁰⁾とされる。

しかし、平成27年度保健師活動領域調査¹¹⁾における常勤行政保健師の家庭訪問稼働割合は2010年8.2%、2015年7.8%と減少傾向にある。新人保健師は家庭訪問が苦手¹²⁾、その場に応じたアセスメントが難しい¹³⁾と感じており、個別支援に困難を感じる保健師が増加する悪循環が危惧される。著者らが行うアクションリサーチは、地域で生活する人々の個別支援におけるアセスメント力向上を目指しており、保健師の現任教育ニーズに即した意義が大きいと考える。

本研究は、保健師の個別支援における看護過程の課題を明らかにすることを目的とし、アクションリサーチの方向性と現任教育のあり方への示唆を得る。

II 対象と方法

1 対象

対象の選定は、機縁法により新任期・中堅期の研修に

1) 旭川医科大学医学部看護学科

2) 北海道科学大学保健医療学部看護学科

連絡先：塩川 幸子

旭川医科大学医学部看護学科

〒078-8510

北海道旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

T E L : 0166-68-2953

F A X : 0166-68-2953

E-mail : shio32@asahikawa-med.ac.jp

において事例検討を行っている北海道立保健所に依頼し、承諾の得られた3保健所（以下、3地区と示す）をアクションリサーチのフィールドとした。

3地区の研修概要は、A地区が保健師経験年数1～3年目の新任保健師研修、B地区は1～5年目の新任を中心とし中堅期以降も含めた保健所保健師対象の研修、C地区は3年以上10年未満の中堅前期対象の研修であった。なお、研修対象である新任期中堅前期の設定は各保健所によって異なるが、本研究では新任を1～3年目、中堅前期を4～9年目として考察する。本研究では、3地区で開催された管内市町村と保健所の新任・中堅期保健師研修会の事例検討に参加した50名のうち、フォーカスグループインタビュー（FGI）に参加した新任から中堅前期にある保健師28名を対象とした。

2 方法

研究デザインは質的記述的研究とした。アクションリサーチは、3地区において2～4回の研修を企画し、2018年10月～2019年2月の期間にそれぞれ初回介入として研修を実施した。初回介入の内容は講義（保健師が行う家庭訪問、看護過程の考え方、家族看護、事例管理等）と事例検討とした。初回介入後に、保健師の個別支援の看護過程における難しさ・課題、事例検討の学びについて30～60分のFGIを実施した。内容は対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。対象者の属性として、性別、年齢、保健師経験年数、保健師教育の出身校、看護師経験の有無等を事前に把握した。

FGIは生の声の体系的な整理、相互作用による情報の引き出しが課題整理に適している¹⁴⁾とされ、本研究で課題を明らかにするために効果的と考えFGIを用いた。分析は、安梅¹⁵⁾のFGIを統合してまとめる複合分析の方法を参考とした。3地区のFGIの逐語録を精読し、地区毎に個別支援や看護過程の課題を表す記述を抽出しコード化、意味内容の類似性からサブカテゴリを抽出した。さらに、3地区のサブカテゴリを比較して中位カテゴリを抽出、その共通性からカテゴリを抽出した。サブカテゴリから中位カテゴリに統合する段階で3地区を比較し共通点と相違点を検討した。なお、公衆衛生看護学の複数の教員で繰り返し検討するとともに、参加者にフィードバックしてメンバーチェックを行い、内容について賛同を得て、真実性の確保に努めた。

3 用語の定義

本研究において「看護過程」とは、個別支援における看護過程を指す。看護過程はアセスメント、診断、計画、実施、評価という相互に関連しあう5つの段階から構成される¹⁶⁾。アセスメントは対象の状態・状況を明らかにするために必要なデータを目的・系統的に収集し、分

析する段階を経て明らかになった対象の状態・状況を受けて診断（看護問題）を行う¹⁷⁾とされる。本研究では、看護過程のプロセスに沿って「アセスメント・診断（看護問題）」と「計画・実施・評価」に大きく分けて分析結果を記述する。なお、保健師の特徴である家庭訪問場面での再アセスメント¹⁸⁾は看護問題の特定に関わるため「診断」に含むこととする。

4 倫理的配慮

研究参加者に対し、研究目的と方法、研究参加の自由意志、不参加により不利益を被ることがないこと、匿名性の確保、結果の公表等について文書及び口頭で説明し、同意書により承諾を得た。なお、本研究は旭川医科大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号18052、2018年7月5日承認）。

Ⅲ 結果

1 対象者の概要

FGI参加者27名の所属は市町村16名（59.3%）、保健所11名（40.7%）であり、性別は女性25名（92.6%）、男性2名（7.4%）、年齢は20歳代15名（55.6%）、30歳代12名（44.4%）であった。保健師教育の出身校は専門学校10名（37.0%）、大学（統合カリキュラム）10名（37.0%）、大学（学部選択制）6名（22.2%）、大学院1名（3.7%）であった。保健師経験年数の平均はA地区1.8年、B地区3.3年、C地区5.2年で、全体の平均は3.4年であった。看護師の職歴は、なし15名（55.6%）、あり12名（44.4%）であった。地区の特性として、保健所管内人口（2018年10月1日現在）は、A地区が約3万1千人、B地区が約22万7千人、C地区が約15万8千人であった（表1）。

2 分析結果

分析の結果、10カテゴリ、32中位カテゴリを抽出した（表2）。3地区のサブカテゴリ数はA地区22、B地区20、C地区15であった。以下、カテゴリを【 】, 中位カテゴリを〔 〕で示す。

保健師の看護過程における課題は、【地域での生活のイメージを広げられない】、【地域で暮らす家族の力を見極められない】、【判断の根拠となる情報が取れない】、【保健師自身が持つ価値観に当てはめて考えてしまう】、【一つひとつの情報をアセスメントし全体の統合が難しい】、【今だけにフォーカスし時間軸で看護問題を捉えられない】、【その場でアセスメントしきれずニーズを特定できない】、【ニーズが曖昧なまま試行錯誤し支援している】、【関係が途切れない介入の仕方への迷いがある】、【支援の方向性への確信が持てない】の10カテゴリが抽出された。

表1 対象者の属性 (n=27)

		A地区	B地区	C地区	計	%
所属	市町村	7	0	9	16	59.3
	保健所	1	8	2	11	40.7
性別	男性	0	1	1	2	7.4
	女性	8	7	10	25	92.6
年齢	20歳代	6	4	5	15	55.6
	30歳代	2	4	6	12	44.4
保健師教育の出身校	専門学校	4	3	3	10	37.0
	大学 (統合カリキュラム)	2	2	6	10	37.0
	大学 (学部選択制)	1	3	2	6	22.3
	大学院	1	0	0	1	3.7
保健師経験年数	1～3年	7	4	4	15	55.6
	4～6年	1	4	5	10	37.0
	7～9年	0	0	2	2	7.4
	平均経験年数	1.8	3.3	5.2	3.4	
看護師の職歴	なし	5	2	8	15	55.6
	あり	3	6	3	12	44.4
	平均経験年数	4.3	4.2	6.6	5.0	
地区の特性	保健所管内人口 (2018年10月1日現在)	約31,000	約227,000	約158,000		

表2 保健師の個別支援における看護過程の課題

カテゴリ (10)	中位カテゴリ (32)	地区			
		A	B	C	
アセスメント	地域での生活のイメージを広げられない	入院中の一時期の看護から地域生活自体のイメージが持てない	●	●	
		病気よりも人のアセスメントが難しい	●	●	
		初回訪問はどんな人なのか予想がつかない	●	●	
		病気と療養生活の関係をとらえることが難しい		●	
	地域で暮らす家族の力を見極められない	家族全体を見ようとすると問題点が絞れなくなる	●	●	●
		家族内の関係性や地域社会との関わり方の把握が難しい			●
		理解力のアセスメントが難しい	●		
		家族の歴史を知った上で家族の力を見極めることが難しい	●		●
	判断の根拠となる情報が取れない	生活のアセスメントツールがあったら取れていない情報が沢山あると思う	●		
		本人中心で家族全体の生活歴の情報を深められない	●		
診断 (看護問題)	保健師自身が持つ価値観に当てはめて考えてしまう	病気だからこうだろうと対象者の生活を型にはめて考える	●	●	
		対象者の思いを確認せず保健師の価値観や先入観で考えてしまう	●	●	●
	一つひとつの情報をアセスメントし全体の統合が難しい	症状と生活を結び付けて考える視点がなかなか身につかない	●	●	●
		事実と想像・印象を混在させてアセスメントしてしまう			●
	今だけにフォーカスし時間軸で看護問題を捉えられない	目先の困りごとに目がいき今の状態の判断で精一杯	●	●	
		生育歴やこれまでの生活を深く掘り下げて聞けない	●	●	
		対応経験がない疾患の人の今後の生活をイメージできない	●	●	
		一人一人の情報から家族機能をみて起こりうる問題を予測できない			●
	その場でアセスメントしきれずニーズを特定できない	本人・家族がどうしたいか聞き取れずニーズを特定できない	●	●	
		対象者の言葉が本当なのか疑問を持たずうのみにしてしまう	●	●	
計画・実施		地域での支援は広すぎて支援方針が立てきれない	●	●	
		訪問場面で背景要因を考え看護問題の再設定が難しい	●	●	
	ニーズが曖昧なまま試行錯誤し支援している	思いを表出しない人から汲み取ることが難しい	●	●	●
		その場で判断して支援しきれず問題が先送りになる	●	●	
評価		アセスメントを飛ばしてすぐ具体策に走ってしまう			●
	関係が途切れない介入の仕方への迷いがある	拒否されても細く長くつながるための介入の加減に迷う	●	●	●
		一筋縄ではいかない支援に行き詰まりを感じる	●	●	●
	支援の方向性への確信が持てない	記録を書きながら支援の方向性が間違っていないか迷う	●	●	
		関係機関との連携が本当にこれでいいのか迷う	●	●	●
		次回の支援を明確にする記録の書き方ができない			●

以下、看護過程の枠組みに沿って課題を述べていく。

1) アセスメント・診断（看護問題）の課題

アセスメントにおいて、個人を捉える視点として、〔入院中の一時期の看護から地域生活自体のイメージが持てない〕、〔病気よりも人のアセスメントが難しい〕、〔病気と療養生活の関係をとらえることが難しい〕などと【地域での生活のイメージを広げられない】ことを課題と感じていた。家族を捉える視点としては、〔家族全体を見ようとする問題点が絞れなくなる〕、〔家族の歴史を知った上で家族の力を見極めることが難しい〕といった【地域で暮らす家族の力を見極められない】と感じていた。

アセスメントにおける情報収集では、〔生活のアセスメントツールがあったら取れていない情報が沢山あると思う〕、〔本人中心で家族全体の生活歴の情報を深められない〕、〔本人・家族の強みの情報収集が抜けてしまう〕、〔支援に必要な情報を掘り下げて収集できない〕という【判断の根拠となる情報が取れない】ことに課題を感じていた。

さらに、〔病気だからこうだろうと対象者の生活を型にはめて考える〕、〔対象者の思いを確認せず保健師の価値観や先入観で考えてしまう〕と【保健師自身が持つ価値観に当てはめて考えてしまう】ことが課題であった。

また、〔症状と生活を結び付けて考える視点がなかなか身につかない〕、〔事実と想像・印象を混在させてアセスメントしてしまう〕といった【一つひとつの情報をアセスメントし全体の統合が難しい】と包括的アセスメントに課題を感じていた。

診断では、〔目先の困りごとに目がいき今の状態の判断で精一杯〕となり〔一人一人の情報から家族機能をみて起こりうる問題を予測できない〕といった【今だけにフォーカスし時間軸で看護問題を捉えられない】ことが課題であった。さらに、実施場面での再アセスメントから〔本人・家族がどうしたいか聞き取れずニーズを特定できない〕、〔対象者の言葉が本当なのか疑問を持たずうのみにしてしまう〕ことや、〔地域での支援は広すぎて支援方針が立てきれない〕、〔訪問場面で背景要因を考え看護問題の再設定が難しい〕という【その場でアセスメントしきれずニーズを特定できない】ことを課題と捉えていた。

2) 計画・実施・評価における課題

計画・実施では、〔思いを表出しない人から汲み取ることが難しい〕ことや〔その場で判断して支援しきれず問題が先送りになる〕、〔アセスメントを飛ばしてすぐ具体策に走ってしまう〕というように【ニーズが曖昧なまま試行錯誤し支援している】ことを課題と感じていた。〔拒否されても細く長くつなげるための介入の加減に迷

う〕、〔一筋縄ではいかない支援に行き詰まりを感じる〕といった【関係が途切れない介入の仕方への迷いがある】ことも挙げられた。

支援の評価では、〔記録を書きながら支援の方向性が間違っていないか迷う〕、〔関係機関との連携が本当にこれでいいのか迷う〕、〔次回の支援を明確にする記録の書き方ができない〕という【支援の方向性への確信が持てない】ことを課題と捉えていた。

IV 考察

FGIで明らかになった保健師の個別支援における看護過程の課題とその背景を考察する。本研究のA地区とB地区は主に新任期、C地区は中堅前期の保健師が感じていた課題を示しており、3地区の共通点と相違点から新任期・中堅前期における課題の特徴についても述べる。さらに、今後の保健師の個別支援におけるアセスメント方向性を目指した介入の方向性と現任教育のあり方について考察する。

1 対象集団の特性

本研究の対象者は、看護師の職歴がある者が44.4%と半数近く、教育背景は統合カリキュラムが37.0%であり、看護師を経験してから保健師として勤務している者が多い集団であったと考える。統合カリキュラム卒業生への調査から、看護師から保健師への転職者がおり職業選択の広がりやに役立っているという報告¹⁹⁾や、卒業後に保健師としての就業者は増加している²⁰⁾とされており、本研究の対象集団は現在の多様化する保健師の背景を反映した集団と言える。既卒の看護師経験者は看護の基本的能力があるため即戦力として期待される中で保健師としては経験が少なく、アセスメントに課題を抱えている可能性も推察された。

2 保健師の個別支援における看護過程の課題

本研究の結果から、保健師の個別支援における看護過程の課題10カテゴリーのうちアセスメント・診断の課題が7カテゴリーを占めた。情報収集とアセスメントはどちらも不十分でも看護問題の特定に至らず、地域での多様な生活と家族のありのままの姿を捉えて支援することを困難にし、看護過程全体に影響を及ぼす課題であることが示唆された。

1) アセスメントから診断への課題

情報収集では、【判断の根拠となる情報が取れない】という課題が3地区に共通してみられた。地域という場でみられる生活実情は非常に多様であり、混沌とした状況も含めて情報が溢れている。その中で生活のどこに着目し、支援の必要性を判断するために何が意味を持つ情報なのかを見極めることは難しい。新任期は【地域での

生活のイメージを広げられない】と感じており、地域で生活する家族をイメージしながら対象理解を深めていくアセスメントの段階でつまづく要因の一つとなる。また、本研究の対象者は看護師経験のある者も多く、保健師として地域で活動しながら暮らしに焦点を当てたアセスメントにシフトする難しさも推察された。さらに、【地域で暮らす家族の力を見極められない】、【保健師自身が持つ価値観に当てはめて考えてしまう】という自身の価値観の枠を越えて対象者のありのままの姿を捉えられないことを課題と認識していた。このことは、新任期・中堅前期に共通の課題であり、保健師として経験を積む中で様々な家族と出逢い、多様な家族の有り様を受けとめ価値観を広げていくものと考えられる。

家族を単位とし生活歴を捉えることや予後を見据えることが難しく【一つひとつの情報をアセスメントし全体の統合が難しい】といった統合力の弱さから【今だけにフォーカスし時間軸で看護問題を捉えられない】、【その場でアセスメントしきれずニーズを特定できない】という真のニーズを捉えられない課題につながっていることが示された。就業1年目保健師の家庭訪問能力の調査では、情報を関連付けた総合的な判断は到達度が低い²¹⁾と報告されており、本研究の結果と一致していた。しかし、中堅前期になると、【地域での生活のイメージを広げられない】と【その場でアセスメントしきれずニーズを特定できない】課題はみられず、保健師として経験を積み重ねることにより、地域で生活する人としてのアセスメント・診断ができ、訪問場面での再アセスメント力も身につけていく可能性が示唆された。

2) 真のニーズを探りながら介入する難しさ

計画・実施においては、十分にアセスメントを深められず看護問題の特定に至らないまま具体策の実践をしていることが【ニーズが曖昧なまま試行錯誤し支援している】課題の認識へとつながっていた。しかし、保健師は事前情報が少ない中で家庭訪問に出向くことが多く、事前のアセスメント・診断には限界がある。自らSOSを出せない人にも関わるため、対象者自身も意識していない真のニーズをとともに言語化し介入の糸口を探る役割がある。保健師は背景要因を紐解いて潜在化した真の問題を見出す²²⁾とされるように、中堅期は問題が明確でなくても、経験知から具体策を提示し試行錯誤の実践の中で再アセスメントをしていると考えられる。

また、【関係が途切れない介入の仕方への迷いがある】ことは3地区に共通していた。保健師の家庭訪問は対象者の生活の場に入れてもらわなければならない信頼関係の構築は不可欠²³⁾であるが、拒否されたとしても必要と判断した家庭には訪問に出向くことが行政保健師の使命

である。そのため、保健師経験年数に関わらず、対象者との信頼関係の構築を優先すべきか、介入すべき問題を切り出すかに悩み、その狭間で価値観を揺さぶられ葛藤を感じると考えられる。このことは、対象者の生活の場へ赴きセルフケア力を支える保健師の家庭訪問ならではの課題と言える。

評価では、訪問記録を書きながら振り返り【支援の方向性への確信が持てない】課題が明らかになった。訪問場面における再アセスメントが不十分な場合には、目標が曖昧なまま達成度を評価できず、残された課題も明確になっていかない難しさが示された。

3 アセスメント力向上を目指したアクションリサーチの方向性

本研究の結果から、多面的な情報収集と自身の価値観から脱却した包括的アセスメントおよびニーズを特定していく思考プロセスの獲得に向け、今後は事例検討へのアクションリサーチを行う方向性である。

保健師の判断力を強化するためには、実践の積み重ねと支援の振り返りが不可欠²⁴⁾とされる。事例検討の企画においては、本研究で明らかになったアセスメント・診断の課題をふまえ、継続支援事例を選定し、事例検討の前後で家庭訪問を行い、真のニーズであったかを検証することが望ましい。家庭訪問でニーズを捉えることで、判断の根拠となる情報がとれ、家族や生活のアセスメントも深まっていくと考える。さらに、事例検討の構成も重要であり、新任期保健師の事例検討にはプリセプターや管理期保健師が共に参加し、アセスメントに必要な情報の整理や判断の根拠を問ひかけ、支援者の姿勢や対象者との関係性を考えさせる企画が必要と考える。アセスメント力の強化には事例検討が有効とされる一方で定例化は困難²⁵⁾という調査結果や、4年目保健師が訪問後の会話からベテラン保健師の看護過程を読み取り成長していた²⁶⁾という報告がみられる。職場のOJTでは、タイムリーに節目で事例検討し、看護過程を意識して判断や支援経験を話し合うことがアセスメント・診断の思考プロセス定着を促し、支援の質向上につながると考える。

4 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、研究参加者が看護基礎教育で学んだアセスメント枠組みの詳細は把握していないこと、看護師経験者が約半数おり病棟で看護診断の経験があると考えられるが、それらの影響は分析できない。また、本研究から看護問題の特定に向けた多面的な情報収集と包括的アセスメントの課題を明らかにしたが、アセスメント力向上のための介入の方向性は今後の事例検討へのアクションリサーチを通して検証していく必要がある。現場と協働して効果的な事例検討を企画し、保健師の看

護過程のアセスメント枠組みの構築を検討していきたい。

謝 辞

本研究に快く御協力いただいた保健師の皆様に深く感謝いたします。本研究は2018～2020年度JSPS科研費(18K10532)の助成を受けて実施した。第8回日本公衆衛生看護学会(2020年1月愛媛県松山市)における発表をもとに加筆修正を加えたものである。なお、開示すべき利益相反はありません。

文 献

- 1) 牛尾裕子, 松下光子, 飯野理恵. 公衆衛生看護教育を担当する大学教員が「地区診断」の教育において重視していた教授内容. 日地域看護会誌2014; 16 (3): 82-89.
- 2) 鈴木知代, 若杉早苗, 入江晶子, 他. A大学における保健師学生の地域診断能力の評価—ミニマム・リクワイアメンツを活用して—. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要2017; 25:19-28.
- 3) 田村須賀子, 高倉恭子, 山崎洋子. 発達障害の可能性を危惧した「気になる子ども」と育児者に対する家庭訪問援助の特質. 日地域看護会誌2016; 19 (2): 31-39.
- 4) 蓮池光人, 小野美奈子. 地域での生活が困難とされた精神を病む患者と家族を支える地域看護実践上の指針—治療を中断し家族との対立が激化している患者と, 家族への看護過程の分析から—. 宮崎県立看護大学研究紀要2011; 11 (1): 13-30.
- 5) 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会第9・10期委員会. 看護学を構成する重要な用語集. 公益社団法人日本看護科学学会 2013; 7.
- 6) 正野逸子, 本田彰子. 関連図で理解する在宅看護過程. メヂカルフレンド社, 東京, 2015; 14.
- 7) 鈴木和子, 渡辺祐子. 家族看護学 理論と実践 第4版. 日本看護協会出版会, 東京, 2012; 75-111.
- 8) 田村須賀子, 山崎洋子, 時田礼子, 他. 学士課程の講義・演習における「保健師の家庭訪問」の教育内容・方法の特徴. 保健師ジャーナル2018; 74 (1): 48-54.
- 9) 井伊久美子, 勝又浜子, 森永裕美子, 他. 新版保健師業務要覧第4版2020年版. 日本看護協会出版会, 東京, 2020; 195.
- 10) 塩川幸子, 藤井智子, 北村久美子, 他. 熟練保健師が語る保健師活動の継承—北海道A地区におけるグループインタビューから. 北海道公衛雑誌2016; 29 (2): 115-121.
- 11) 厚生労働省:平成27年度保健師活動領域調査. 2015. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/katsudouchousa_h27.html (2021年11月1日アクセス可能)
- 12) 大西章恵, 近藤明代, 笹原千穂, 他. 現場の声から探る家庭訪問の現状. 保健師ジャーナル2008; 64 (8): 684-689.
- 13) 川端泰子, 千田みゆき. 行政で働く新任保健師の困難に関する文献検討. 埼玉医科大学看護学科紀要2020; 13 (1): 41-47.
- 14) 安梅勅江. ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ/論文作成編 科学的根拠に基づく質的研究法の展開. 医歯薬出版, 東京, 2010; 2-7.
- 15) 前掲14); 17-28.
- 16) Rosalinda Alfaro. Application of Nursing Process - A Step-by-Step Guide, Third Edition. J.B.Lippincott,1986. 本郷久美子監訳. 基本から学ぶ看護過程と看護診断第7版, 医学書院, 東京, 2016; 4.
- 17) 滝島紀子. 看護過程から理解する看護診断改訂2版. 丸善出版, 東京, 2016; 99-107.
- 18) 塩川幸子, 山下千絵子, 神戸愛, 他. 保健師学生が認識した保健師の看護過程の特徴—看護師と対比して—. 北海道公衛雑誌2021; 34 (2): 123-130.
- 19) 塩澤百合子, 板垣昭代, 野尻由香, 他:統合カリキュラムの保健師教育が卒業後の看護実践で役立っている内容—調査票の自由記載から—. 獨協医科大学看護学部紀要2018; 12: 39-48.
- 20) 浜端賢次, 江角伸吾, 島田裕子, 他:自治医科大学看護学部卒業生の現状調査—看護職を継続するための要因に着目した—考察. 自治医科大学看護学部ジャーナル2013; 11: 65-73.
- 21) 佐伯和子, 水野芳子, 平野美千代, 他. 就業1年目保健師の家庭訪問能力の発達—指導者の評価による縦断調査—. 日本公衆衛生看護学会誌2021; 10 (2): 43-52.
- 22) 吉岡京子. 日本の保健師による分野横断的支援と今後の課題—個別支援を例として—. 保健医療科学 2018; 67 (4): 350-359.
- 23) 高橋美砂子. 熟練保健師の家庭訪問における支援技術—思考と行動の特徴. 日本看護科学会誌2010; 30 (1): 34-41.
- 24) 笹原千穂, 大西章恵, 近藤明代, 他. 行政保健師の家庭訪問の実施に影響する要因についての文献検討. 北海道公衛雑誌2007; 21: 51-57.
- 25) 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. 日地域看護会誌2007; 10 (1): 35-41.

- 26) 藤井智子, 塩川幸子, 北村久美子. 北海道の自治体に働く1～4年目新任保健師の困難な状況と対処方法および成長の自覚の変遷－フォーカスグループインタビューを通して－. 北海道公衛雑誌2016; 29 (2) : 107-113.