

目 次

巻頭言

- 3 希望ある未来を切り拓く地域看護の新機軸

佐藤紀子

原 著

- 4 青年期の自我同一性と愛着スタイルとの関連

植田可織・佐々木直美

- 12 子ども虐待対応困難事例への支援における市町村
熟練保健師の実践知

市川定子・庄司一子

- 21 COVID-19流行拡大初期に感染者への対応で保健所
保健師が経験した葛藤

牛尾裕子・松尾香織・藤田さやか
水川真理子・宮本純子

研究報告

- 31 積極的な育児をしている父親の生活と育児の調整のあり様

遠山大成・三輪真知子

資 料

- 41 中小規模市町村に勤務する保健師の職業的アイデン
ティティに関連する背景要因

西山智子・城賀本晶子・西嶋真理子

- 48 血圧有所見労働者へのセルフケア能力に焦点をあてた
減塩指導における効果

堀内寿美子・上野昌江・大川聰子

編集委員会企画連載：地域看護に活用できるインデックス

- 57 プライマリ・ケアの質評価

金子 悅

- 64 ワクチン躊躇

加藤由希子・齋藤あや

編集後記

Contents

Preface

- 3 Towards a Hopeful Future: Emerging Paradigms in Community Nursing
Noriko Sato

Original Articles

- 4 Relationship between Ego-identity and Attachment Style in Adolescents
Kaori Ueda, Naomi Sasaki
- 12 Practical Knowledge of Expert Municipal Public Health Nurses in Difficult-to-Respond-to Child Abuse Cases
Sadako Ichikawa, Ichiko Shoji
- 21 Conflicts Faced by Public Health Nurses in Responding to COVID-19 Infected or Suspected Individuals in Early Stages of Pandemic
Yuko Ushio, Kaori Matsuo, Sayaka Fujita, Mariko Mizukawa, Junko Miyamoto

Research Report

- 31 Adjustment of Life and Childcare by Fathers Actively Engaged in Parenting
Taisei Toyama, Machiko Miwa

Informations

- 41 Background Factors Related to the Professional Identity of Public Health Nurses Working in Small and Medium Municipalities
Tomoko Nishiyama, Akiko Jogamoto, Mariko Nishijima
- 48 Effectiveness of Salt Reduction Guidance Focusing on Self-care Agency for Workers with High Blood Pressure
Sumiko Horiuchi, Masaue Ueno, Satoko Okawa

Index for Utilization in Community Health Nursing

- 57 Assessing the Quality of Primary Care: A Patient Experience Perspective
Makoto Kaneko
- 64 Vaccine Hesitancy
Yukiko Kato, Aya Saito

Editor's Note

- 71 *Yuko Ushio*

巻頭言

希望ある未来を切り拓く地域看護の新機軸



佐藤 紀子

千葉県立保健医療大学健康科学部看護学科
(第29回学術集会長)

日本地域看護学会誌, 28 (3) : 3, 2025

2026年9月5日(土)・6日(日), 千葉県の幕張メッセ国際会議場にて日本地域看護学会第29回学術集会を開催いたします。これまでの歩みを礎に、成熟した学会への発展に向けて実りある議論と交流の場となるよう準備を進めております。

今回のテーマは「希望ある未来を切り拓く地域看護の新機軸」です。

人生100年時代が到来し、現代社会は新たな人生のあり方を模索しています。長寿化は、働き方や学び方、余暇の過ごし方、家族のあり方など、あらゆる側面に影響を及ぼし、人生の多様性が広がりつつあります。こうした時代において、「健康」「生涯にわたる学び」「豊かな人間関係」は重要な鍵となり、従来の「当たり前」にとらわれず、新しい価値を見いだしていくことが求められています。

さらにSociety 5.0の取り組みにより、すべての人々が安全で快適な生活を送れる社会の実現に向けて、社会全体が動き始めています。テクノロジーの進化は、社会のありようだけでなく、人々の意識や関係性にも深く影響を及ぼすと考えられます。

現在は、こうした新しい時代に向かう過渡期であり、経済や地域格差に起因する健康格差、社会的孤立、虐待、多文化共生など、複雑で多様な課題が交錯しています。これらは行政のみならず、地域社会全体で乗り越えていかなくてはならない課題です。

千葉県では、過疎化が進む地域において、民間と行政が連携し、子育て家族の移住支援など新たな取り組みが始まっています。全国的にも、職種や資格を問わず、多様なアプローチで住民の生活や健康を支える活動が広がっています。

これから社会においては、立場や分野を超えて、「どのように人々の生活や健康を守っていくのか」「そのためどのような地域をつくっていくのか」「そのための活動をどう生み出していくのか」といった未来志向の対話が、ますます重要になってきます。そのなかで、看護がどのように貢献できるのか、地域看護の新たな展望を描くときがきています。

地域看護学は、時代や社会の変化に対応しながら、人々の健康と生活の向上に寄与する看護学の一領域として発展してきました。これまで培ってきた地域看護学の知見を基盤に据えながらも、既存の枠組みを超えて新たな社会的意義や価値を創造し、教育・研究・実践に反映させていく必要があります。本学術集会が、希望ある未来を切り拓く地域看護の新機軸を考える機会となることを期待します。

千葉県での開催は、実に17年ぶりとなります。会場となる幕張メッセは、世界規模のイベントも多く開催されるアクセス至便な場所です。自然豊かなスポットや歴史ある街並み、新鮮な海の幸など、千葉ならではの魅力も満載です。

学術集会が、皆様にとって学びと心の豊かさを育むひとときとなることを願い、心よりご参加をお待ちしております。

■原 著■

青年期の自我同一性と愛着スタイルとの関連

植田可織¹⁾, 佐々木直美²⁾

抄 錄

目的：こころの健康に関する要因のひとつとされる青年期における自我同一性の感覚と、愛着スタイルとの関連を明らかにする。

方法：18～22歳までの学生を対象に、多次元自我同一性尺度 (MEIS)、一般他者を想定した愛着スタイル尺度 (ECR-GO) を用いた無記名自記式質問紙調査を実施し、648人を分析対象とした (有効回答率87.9%)。

結果：分析対象は、男性232人、女性416人、平均年齢は 18.96 ± 0.96 歳であった。重回帰分析の結果、MEISのすべての下位尺度および総得点に ECR-GO の「見捨てられ不安」「親密性の回避」が関連していた。「自己齊一性・連続性」($\beta = -.521, p < .001$)、「対自的同一性」($\beta = -.355, p < .001$)、「心理社会的同一性」($\beta = -.452, p < .001$)、「MEIS総得点」($\beta = -.502, p < .001$) には「見捨てられ不安」が、「対他的同一性」($\beta = -.376, p < .001$) には「親密性の回避」がもっとも強い関連を示した。

考察：自我同一性の確立を支援するためには、ネガティブな自己観および他者観といった愛着スタイルに着目することが重要である可能性が示された。

【キーワード】自我同一性、愛着スタイル、青年期、こころの健康

日本地域看護学会誌、28 (3) : 4-11, 2025

I. 緒 言

2003(平成15)年をピークに減少傾向にあったわが国における自殺者の数は、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行が始まった2020(令和2)年に増加に転じ、依然として高い数値を示している¹⁾。なかでも10～39歳の若者の自殺者数は増加傾向を示しており、2022年は5,826人、2023年では全自殺者数の27%を占める5,918人であった²⁾。2022年には子ども・若者の自殺対策のさらなる推進・強化、地域自殺対策の取組強化などを柱にした第4次自殺総合対策大綱が閣議決定され、地域レベルの実践的な取り組みを中心とした自殺対

策が求められた³⁾。自殺の原因は多くの場合、多様かつ複合的であるが、高校生以上ではうつ病の割合がもっとも多い²⁾。これに関連して厚生労働省は、公衆衛生的アプローチを基盤とした活動を展開する保健医療従事者においては予防の観点からうつ対策を実施することが重要であるとし、「こころの健康」に関する知識の普及・啓発や相談窓口の設置などによる一次予防の必要性を示した⁴⁾。

うつ病をはじめとする精神疾患に関する要因は多岐にわたるが、Eriksonの提唱した漸成的発達理論における青年期の発達課題である自我同一性の確立が達成できなかった場合も、人間関係の不和や不適応、神経症様症状など、さまざまな精神医学的・臨床心理的な問題が表れやすいとされる⁵⁾。漸成的発達理論では、人の心理社会的側面は乳幼児期に養育者が子どもの要求に対して敏

受付日：2025年1月27日／受理日：2025年6月23日

1) Kaori Ueda：山口県立大学大学院健康福祉学研究科 博士後期課程

2) Naomi Sasaki：山口県立大学大学院健康福祉学研究科

感に対応することや、養育者自身が地域社会において信じられる存在であるということを示すことにより形成される基本的信頼感の獲得から始まり、文化や対人関係を含む社会の影響を受けながら、生涯にわたって段階的に発達していくとされる⁵⁾。近年の研究においても、自我同一性が拡散した者では希死念慮やひきこもり症状のような不適応の得点が高かった⁶⁾という結果が得られており、増加傾向にある若者の自殺対策、うつ予防の観点から、自我同一性に関連する要因を検討し、支援の方策を検討することは重要であるといえる。

自我同一性と同様に、幼少期の養育者との関係にその基礎があるとされるのが、愛着スタイルである。幼少期の養育者との相互作用により生じる情緒的な絆である愛着は、主に養育者の世話や養育を求める、泣きなどの愛着行動に対する養育者の対応により、自己が愛されるに値する存在であるかという自己観と、他者が自己にとって呼応的であるかという他者観という2つの情報として内在化し、自身と全般的な他者との関係のあり方を規定する愛着スタイルとして青年期以降も機能する⁷⁾。このようにして形成された愛着スタイルは多くの場合生涯にわたり個人の愛着スタイルとして機能するが、環境や経験、新たな愛着対象からの情緒的コミュニケーションを通して修正の余地がある⁷⁾、ネガティブな愛着は容易には変容しがたいが、新たな愛着対象者による長期にわたる肯定的な関わりを通して安定的に変容させることが可能である⁸⁾とされる。自我同一性と愛着スタイルとは、幼少期の養育者との関係にその基礎があるという点では類似しているが、自我同一性が全般的な社会の影響を受ける一方、愛着スタイルはより狭義の社会である信頼できる他者との関係性に大きく影響を受けるという点で異なる。自我同一性と愛着スタイルとが関連するのであれば、自我同一性の確立を支援するためには、ポピュレーションアプローチのみではなく支援者が信頼できる他者としてより密接に関わることが有効である可能性が示されると考える。自我同一性と愛着スタイルとの関連を示した研究はいくつかみられるが⁹⁻¹²⁾、社会背景の異なる海外における研究や^{9, 10)}、愛着スタイルを自己観と他者観の高低の組み合わせによる4類型に分類したうえで分析された報告が多く^{11, 12)}、現在のわが国の社会背景における青年期の自我同一性と、愛着スタイルにおける自己観、他者観のそれぞれの側面との関連は明らかになっていない。

そこで本研究では、現在のわが国における青年期の自我同一性と愛着スタイルとの関連について明らかにする

ことを目的に調査を行った。

II. 研究方法

1. 用語の定義

青年期：Eriksonは青年期を、児童期と成人期との間に位置する⁵⁾とし、年齢の区分を明らかにしていない。こども家庭庁は青年期をおおむね18～29歳までとしているが、本研究では、自我同一性尺度作成者である谷¹³⁾の文献を参考に、18～22歳までを青年期として分析対象とした。

自我同一性：自我同一性は、自分が何者であるかの明確な実感であると同時に、自分自身の考える自己の普遍性と連続性が、他者にとっての自己と合致しているという感覚¹³⁾である。谷は、Eriksonの記述に基づき、自我同一性は「自己同一性・連続性」「対自己同一性」「対他的一同一性」「心理社会的一同一性」の4つの次元からとらえられる¹³⁾としており、本研究においても同様の4次元からなる概念であると定義する。

愛着スタイル：愛着スタイルは、乳幼児期において観察可能な愛着行動の特徴を類型化したもの¹⁴⁾であり、乳幼児期以降は、他者との関係を規定する表象モデルである内的作業モデル (internal working model) における、自己観および他者観の2次元により概念化される¹⁵⁾。すなわち本研究における愛着スタイルは、愛着が内在化し「見捨てられ不安 (自己観)」「親密性の回避 (他者観)」という形で他者との関係を規定する内的作業モデルを意味する。本研究では、特定の類型に属する対象者への支援の方策を検討するという目的を有していないことから、自己観と他者観の高低の組合せによる類型化は行わず、愛着スタイルの自己観、他者観の各側面について分析した。

2. 研究対象者

人口、都市規模、地形的な要素が類似する、都市部ではない2県の大学および専門学校に在学する18～22歳までの学生737人を対象とした。対象者の選定は、特定の学部、学科に著しくかたよることがないよう配慮した。

3. データ収集方法

研究の趣旨や倫理的配慮について、研究者自身または研究協力者である教員により口頭で説明したうえで、研究協力の同意が得られた対象者へ文書による説明が記載

された無記名自記式の質問紙調査を、各学校の授業終了後に直接配布し、回収箱を用いて1週間の期間を設け回収した。研究期間は2023年4～9月であった。

4. 調査項目

1) 基本属性

年齢、性別、学校種別、所属学部についてたずねた。

2) 多次元自我同一性尺度 (MEIS)⁶⁾

自我同一性の測定には、谷⁶⁾により作成された、多次元自我同一性尺度 (Multidimensional Ego Identity Scale; MEIS) を用いた。MEISはErikson理論に基づき、18歳～おおむね22歳程度の青年期V期の発達課題である自我同一性の感覚を測定する尺度であり、信頼性および妥当性は尺度作成者によって確認されている。「過去において自分自身を置き去りにしてきたような気がする（逆転項目）」など、自分が自分であるという一貫性、時間的連続性を有しているという感覚を示す5項目から構成される「自己一貫性・連続性」(開発時の $\alpha=.89$)、「自分が望んでいることがはっきりしている」など、自分自身が目指すべきものや望んでいるものが明確に意識されている、自己意識の明確さの感覚を示す5項目から構成される「対的同一性」(開発時の $\alpha=.89$)、「自分は周囲の人々によく理解されていると感じる」など、他者からみられているであろう自分自身が、本来の自分自身と一致しているという感覚を示す5項目で構成される「対他的同一性」(開発時の $\alpha=.83$)、「現実社会のなかで自分の可能性を十分に実現できると思う」など、自分が理解している社会的現実のなかで、自分自身を意味づけられるという、自分と社会との適応的な感覚を示す5項目で構成される「心理社会的同一性」(開発時の $\alpha=.81$)の、4つの下位尺度からなる。「1. まったく当てはまらない」～「7. 非常に当てはまる」までの7件法で回答を求めた。尺度得点の合計は140点であり、得点が高いほど自我同一性の感覚が高いことを示す。

3) 一般他者を想定した愛着スタイル尺度 (ECR-GO)¹⁶⁾

愛着スタイルの測定には、中尾・加藤¹⁶⁾により作成された、一般他者を想定した愛着スタイル尺度 (the Experiences in Close Relationships Inventory-the-Generalized-Other-version; ECR-GO) を用いた。ECR-GOは親密さを前提としないあらゆる他者との相互パターンを測定することができる尺度であり、信頼性および妥当性は尺度作成者によって確認されている。「私は

表1 対象者の属性 (n = 648)

	属性	人数	(%)
性別	女性	416	(64.2)
	男性	232	(35.8)
年齢	18歳	246	(38.0)
	19歳	235	(36.3)
学校種別	20歳	121	(18.7)
	21歳	37	(5.7)
学科	22歳	9	(1.4)
	4年制大学	608	(93.8)
看護・保健	専門学校	40	(6.2)
	経済・経営	241	(37.2)
栄養	看護・保健	207	(31.9)
	栄養	72	(11.1)
工学	工学	61	(9.4)
	福祉	45	(7.0)
人文、他	人文、他	22	(3.4)

は項目ごとに648人を100%として算出した。少数第2位を四捨五入したため、「年齢」の総計は100.1%となった。

一人ぼっちになってしまふのではないかと心配する」など、親密さへの欲求が満たされない、受容されないことに対する不安、ネガティブな自己観に関する18項目から構成される「見捨てられ不安」(開発時の $\alpha=.90$)、「私は人に心を開くのに抵抗を感じる」など、親密になることに対する抵抗や心理的独立性を維持しようとする、ネガティブな他者観に関する12項目から構成される「親密性の回避」(開発時の $\alpha=.83$)の、2つの下位尺度からなる。「見捨てられ不安」の合計は126点であり、得点が高いほど自己観がネガティブであることを示す。「親密性の回避」の合計は84点であり、得点が高いほど他者観がネガティブであることを示す。「1. まったく当てはまらない」～「7. 非常によく当てはまる」までの7件法で回答を求めた。

5. 分析方法

すべての項目について単純集計を実施した。MEISおよびECR-GOの信頼性を確認するため、Cronbach's α 係数を算出した。MEISおよびECR-GOにおける性差を確認するため、それぞれの下位尺度について男女間のt検定を実施した。自我同一性の感覚は年齢とともに高くなる⁵⁾とされるため、年齢を自我同一性の交絡因子とし、年齢とECR-GOの2つの下位尺度の合計得点を説明変数、MEISの各下位尺度の合計得点および総得点を目的変数とした、強制投入法による重回帰分析を実施した。有意水準は5%とし、分析にはIBM SPSS Statistics ver.29を使用した。

表2 自我同一性・愛着スタイルの α 係数、平均値、標準偏差、最小値、最大値、得点範囲 (n = 648)

	Mean	SD	最小値	最大値	得点範囲
MEIS ($\alpha = .939$)					
自己同一性・連続性 ($\alpha = .890$)	24.54	7.09	5	35	5-35
対自の同一性 ($\alpha = .861$)	21.10	6.88	5	35	5-35
対他の同一性 ($\alpha = .844$)	20.79	6.39	5	35	5-35
心理社会的同一性 ($\alpha = .829$)	22.27	5.99	5	35	5-35
MEIS 合計 ($\alpha = .939$)	88.72	22.47	20	140	20-140
ECR-GO ($\alpha = .895$)					
見捨てられ不安 ($\alpha = .916$)	56.03	18.98	18	118	18-126
親密性の回避 ($\alpha = .830$)	43.52	11.45	14	78	12-84

MEIS: 多次元自我同一性尺度, ECR-GO: 一般他者を想定した愛着スタイル尺度

表3 自我同一性、愛着スタイルにおける性差 (n = 648)

	女性 (n = 416)	男性 (n = 232)	t 値	p 値
MEIS				
自己同一性・連続性	24.79 (7.09)	24.13 (7.08)	1.13	.26
対自の同一性	21.31 (6.79)	20.66 (7.03)	1.15	.25
対他の同一性	21.03 (6.56)	20.42 (6.08)	1.83	.24
心理社会的同一性	22.41 (6.05)	22.02 (5.89)	.81	.42
MEIS尺度合計	89.54 (22.98)	87.23 (21.49)	1.28	.20
ECR-GO				
見捨てられ不安 (自己観)	57.07 (19.47)	54.20 (17.96)	1.89	.06
親密性の回避 (他者観)	43.66 (11.70)	43.03 (10.98)	.69	.49

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

女性と男性の数値は、Mean (SD) を示す。

MEIS: 多次元自我同一性尺度, ECR-GO: 一般他者を想定した愛着スタイル尺度

6. 倫理的配慮

研究目的、方法、匿名性の保持、研究協力は自由意志であること、協力しないことによる不利益は受けないこと、無記名で実施されるため調査票提出後の同意撤回はできないこと、回答内容はすべて統計的に処理し、個別のデータは公開しないことを、文書内に記載したうえで、研究者あるいは研究協力者である教員が口頭で説明し、調査票の提出をもって同意を得るものとした。回収は回収箱を使用し1週間の期限を設けて実施し、対象者の都合のよい時間に回答、提出を行えるようにした。本研究は山口県立大学生命倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 2022-37)。

III. 結 果

1. 研究対象者

737人中、678人から回答を得られた(回収率91.9%)。うち回答の一部に欠損値があった25人および年齢が分析対象外であった5人を除き、男性232人、女

性416人、計648人を分析対象とした(有効回答率87.9%)。年齢の範囲は18~22歳まで、平均年齢は 18.96 ± 0.96 歳であった(表1)。

2. 尺度の信頼性

信頼性分析の結果、各尺度および下位尺度におけるCronbach's α は.829~.939であり、信頼性は確認された(表2)。

3. ECR-GO, MEISの性差

ECR-GOおよびMEISの各下位尺度およびMEISの合計点においてt検定を実施した結果、すべての下位尺度およびMEISの合計点において、性別による有意な差はみられなかった(表3)。

4. 自我同一性における年齢および愛着スタイルの関連

自我同一性と、年齢および愛着スタイルの関連について、年齢とECR-GOの2下位尺度を説明変数、MEISの4下位尺度および尺度合計点をそれぞれ目的変数とし

表4 自我同一性と愛着スタイルの関連：重回帰分析の結果 (n = 648)

目的変数	説明変数	β	p 値	β の95%信頼区間	
				下限	上限
自己同一性・連続性	年齢	-.034	.265	-.691	.191
	見捨てられ不安	-.521***	<.001	-.217	-.172
	親密性の回避	-.270***	<.001	-.205	-.129
	F 値	148.796***	<.001		
	R^2	.409			
	調整済み R^2	.407			
対自的同一性	年齢	-.105**	.002	-1.225	-.281
	見捨てられ不安	-.355***	<.001	-.153	-.104
	親密性の回避	-.308***	<.001	-.226	-.144
	F 値	84.041***	<.001		
	R^2	.281			
	調整済み R^2	.278			
対他的同一性	年齢	-.025	.375	-.545	.206
	見捨てられ不安	-.376***	<.001	-.147	-.108
	親密性の回避	-.496***	<.001	-.307	-.243
	F 値	193.652***	<.001		
	R^2	.474			
	調整済み R^2	.472			
心理社会的同一性	年齢	-.090*	.017	-.090	-2.936
	見捨てられ不安	-.452***	<.001	-.452	-14.343
	親密性の回避	-.340***	<.001	-.340	-10.783
	F 値	141.547***	<.001		
	R^2	.397			
	調整済み R^2	.395			
MEIS 総得点	年齢	-.074**	.007	-2.999	-.475
	見捨てられ不安	-.502***	<.001	-.660	-.529
	親密性の回避	-.410***	<.001	-.913	-.696
	F 値	231.792***	<.001		
	R^2	.519			
	調整済み R^2	.517			

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

強制投入法

MEIS：多次元自我同一性尺度

た、強制投入法による重回帰分析を実施した（表4）。Durbin-Watsonは1.78～1.92であり、残渣の等分散性が確認された。Q-Qプロットにおいて残渣が正規分布していることが確認された。VIF (variance inflation factor) は1.005～1.060であり、多重共線性は許容範囲であった。

結果、MEISのすべての下位尺度および総得点において、ECR-GOの「見捨てられ不安」および「親密性の回避」の関連が有意であった。「自己同一性・連続性」($\beta = -.521$, $p < .001$), 「対自的同一性」($\beta = -.355$, $p < .001$), 「心理社会的同一性」($\beta = -.452$, $p < .001$), 「MEIS 総得点」($\beta = -.502$, $p < .001$)においては、「見捨てられ不安」がもっとも強い関連を示した。「対他的同一性」($\beta = -.410$, $p < .001$)においては、「親密性の回避」がもっとも強い関連を示した。また、「対他的同一性」

($\beta = -.376$, $p < .001$) にも関連を示した。「見捨てられ不安」が高いほど自我同一性の感覚が低いことが示された。

「対他的同一性」($\beta = -.496$, $p < .001$)においては、「親密性の回避」がもっとも強い関連を示し、「自己同一性・連続性」($\beta = -.270$, $p < .001$), 「対自的同一性」($\beta = -.308$, $p < .001$), 「心理社会的同一性」($\beta = -.340$, $p < .001$), 「MEIS 総得点」($\beta = -.410$, $p < .001$) にも関連を示した。「親密性の回避」が高いほど自我同一性の感覚が低いことが示された。

年齢は「対自的同一性」($\beta = -.105$, $p = .002$), 「心理社会的同一性」($\beta = -.090$, $p = .017$), 「MEIS 総得点」($\beta = -.074$, $p < .007$) に弱い関連を示し、年齢が高い

ほど自我同一性の感覚が低かった。

IV. 考 察

1. 自我同一性の感覚と「見捨てられ不安」の関連について

MEISにおける「自己齊一性・連續性」「対自的同一性」は自意識に関連が強い感覚であり、「心理社会的同一性」は社会のなかで自身を意味づける感覚である。「見捨てられ不安」が高い者は自己観がネガティブであるため、自己観を保つために他人からの承認を必要とする一方で、自己を傷つけないように間接的に安全欲求を表現する¹⁷⁾。つまり、自分は他者から受け入れられない存在であるという不安のため、他者に自身を肯定してほしいという希求がある一方で、適度な距離感で他者と接することや、うまく他者を頼ることが困難であり、そのことが自意識や社会とのつながりに関連する感覚の低さに影響したと考える。よって、自己観のネガティブさをもつ者に対しては、間接的な安全欲求を見落とすことなくくみ取ること、そして肯定的な関わりを通して、自身が他者によって拒絶されたり傷つけられたりする存在ではないという体感や、ありのままの自分で受け入れられるという安心感を得られるように関わることが重要であると考える。2021年に閣議決定された「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針」では、こども家庭庁を中心とし、子どもや若者が安心して過ごすことができる居場所づくりを推進する方針が示された¹⁸⁾。地域における居場所づくりにおいて、このような支援の姿勢を実践すること、つくられた居場所がだれのことも肯定的に受け入れる場所であるということを積極的に発信することにより、自己観がネガティブな者の愛着変容を促し、自我同一性の確立を支援することができるのでないかと考える。

2. 自我同一性の感覚と「親密性の回避」の関連について

MEISにおける「対他的同一性」は、他者からみられているであろう自分自身が本来の自分自身と一致しているという感覚であり、他者との関係性のなかで発達する感覚であるといえる。「親密性の回避」が高い者は他者観がネガティブであるため、他者と親密に関わることを回避する¹⁷⁾。そのことが「対他的同一性」の低さに強く関連し、さらに社会との相互作用によって発達する自我

同一性全般に関連したと考える。他者観がネガティブな者はこのような傾向から孤立や孤独に陥りやすく、支援が届きにくいことが予想される。たとえば前述した地域における居場所においても、自主的に参加することや、積極的に他者との交流をもつことは困難である可能性が高い。自我同一性の確立が達成できなかった場合、規範意識の希薄化などの不適応反応が生じやすい¹⁹⁾とされることからも、自ら支援を求めることがむずかしい者に对しても適正な時期に自我同一性の確立を支援することは不可欠である。そのため他者観がネガティブな者に対しては、学校などの所属機関や医療機関、福祉機関などと協力し、潜在的な支援対象者を把握すること、ソーシャル・ネットワーキング・サービス(SNS)や地域イベントを介して支援のきっかけをつくることなどにより、アウトリーチ支援を行うことが有効なのではないかと考える。ただし、他者との関わりを回避する傾向は、他者は自身の要求に応じてくれる存在ではないという他者観に由来することから、信頼関係をていねいに築いていくことが不可欠である。たとえば、あいさつなどの声がけや、定期的な訪問、面談により日常会話を継続すること、支援者が信頼できる人物であることを示すことなどにより、長い時間をかけて信頼関係を築き、支援につなげていくことが重要である。支援対象者の、支援者に対する受け入れや個別性を尊重し、支援者が信頼できる他者であることを意識して関わることで、ネガティブな他者観の変容を促し、自我同一性の確立を支援することができると考える。

3. 自我同一性と年齢の関連について

自我同一性の感覚は年齢が上がるほど高くなる⁵⁾とされているが、今回の調査では「対自的同一性」「心理社会的同一性」「MEIS総得点」において、年齢が低いほど高いという結果が得られた。その背景として、本研究の調査期間、2023年4~9月に年齢の高い者であった21歳、22歳の学生が、通学やアルバイトなどの積極的な社会参加が期待される高校卒業直後の時期に、COVID-19の流行により社会的なつながりを著しく制限されていたことがあると考える。自我同一性は社会との相互作用で発達していくため、青年期にこのような社会的な制約を受けた者では適正な時期における自我同一性の確立が困難であった可能性があり、青年期以降においても自我同一性の確立が達成できるよう支援を行う必要があることが示された。

V. 本研究の限界

本研究は横断研究であることから、因果関係については述べることができない。また、都市部ではない2県にある一部の大学および専門学校における調査であったこと、COVID-19の社会的な影響の残る時期における調査であったことにより、一般化には限界がある。加えて自我同一性にはさまざまな交絡因子が存在すると考えられるため、今後は対象地域や人数規模を拡大し、多様な要因を調査項目に含めたうえで、縦断研究により因果関係を明らかにすることが必要である。今後も自殺対策やうつ予防の観点における支援の方策やその効果について、引き続き多方向から検証していくことが必要である。

【謝辞】

本研究を行うにあたり、ご指導くださいました山口県立大学田中マキ子先生、唐田順子先生、丹佳子先生に心より御礼申し上げます。またご協力いただきました先生方、ならびに調査にご協力くださいました皆様へ、心から感謝いたします。なお本研究は、山口県立大学大学院健康福祉学研究科に提出した修士論文（2023年）に加筆・修正したものである。本研究の一部は、日本家族心理学会第40回大会において発表した。

【利益相反（COI）開示】

本研究に、開示すべき利益相反（COI）はありません。

【文献】

- 1) 厚生労働省自殺対策推進室：警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移等. <https://www.mhlw.go.jp/content/001197856.pdf> (2025年5月21日).
- 2) 厚生労働省：令和6年版自殺対策白書. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyo2024.html (2025年5月21日).
- 3) 厚生労働省：自殺総合対策大綱；誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して. <https://www.mhlw.go.jp/content/001000844.pdf> (2025年5月21日).
- 4) 厚生労働省：地域におけるうつ対策検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5.html#2> (2025年5月21日).
- 5) Erikson EH : Identity and the Life Cycle. W.W.Norton & Company, New York, London, 1959. (小比木啓吾訳編：自我同一性；アイデンティティとライフサイクル. 5-10, 70, 158, 145, 161-194, 誠信書房, 東京, 1973).
- 6) Hihara S, Sugimura K, Umemura T, et al.: Positive and negative valences of identities; Longitudinal associations of identity content valences with adaptive and maladaptive functioning among Japanese young adults. *Development and Psychopathology*, 34 (4) : 1516-1530, 2022.
- 7) Bowlby J : Attachment and Loss, Volume I ; Attachment. Basic Books, New York, 1969 (黒田実朗・大羽 薫・岡田洋子訳：愛着行動. 母子関係の理論・1, 岩崎学術出版社, 東京, 1982).
- 8) 山崎勝之：愛着と虐待. 鳴門教育大学学校教育研究紀要, 36 : 111-121, 2022.
- 9) Gupta A : The Attachment Connection ; Unveiling the Link Between Attachment Styles and Adolescent Identity. *The International Journal of Indian Psychology*, 12 (3) : 449-457, 2024.
- 10) Arslan E, Ari R : Analysis of ego identity process of adolescents in terms of attachment styles and gender. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2 : 744-750, 2010.
- 11) 柴田康順：大学生の対人関係はアイデンティティによって規定されるか；愛着スタイルとアイデンティティ・スタイルの関連から. 大正大學研究紀要, 102 : 357-374, 2017.
- 12) 三船直子・志野万敬：青年期における愛着と内的作業モデルの研究：自我同一性の観点から. 児童・家族相談所紀要, 27 : 25-35, 2012.
- 13) 谷 冬彦：青年期における同一性の感覚の構造；多次元自我同一性尺度（MEIS）の作成. 教育心理学研究, 49 : 265-273, 2001.
- 14) 島 義弘：愛着の内的作業モデルに関する一考察；構造と機能に着目して. 心理学評論, 50 (2) : 151-162, 2007.
- 15) 中尾達馬・加藤和生：成人愛着スタイル尺度間にはどのような関連があるのだろうか？；4カテゴリー（強制選択式、多項目式）と3カテゴリー（多項目式）との対応性. 九州大学心理学研究, 4 : 57-66, 2003.
- 16) 中尾達馬・加藤和生：一般他者を想定した愛着スタイル尺度の信頼性と妥当性の検討. 九州大学心理学研究, 5 : 19-27, 2004.
- 17) 中尾達馬・加藤和生：成人愛着スタイルは成人の愛着行動パターンの違いを本当に反映しているのか？. パーソナリティ研究, 14 (3) : 281-292, 2006.
- 18) 厚生労働省：こども政策の新たな推進体制に関する基本方針について. <https://www.mhlw.go.jp/content/11907000/000897584.pdf> (2025年3月21日).
- 19) 松田君彦・広瀬春次：青年期における自己像と自我同一性. 教育心理学研究, 30 (2) : 157-161, 1982.

■Original Article■

Relationship between Ego-identity and Attachment Style in Adolescents

Kaori Ueda¹⁾, Naomi Sasaki²⁾

1) Doctoral Course, Graduate School of Health and Welfare, Yamaguchi Prefecture University

2) Graduate School of Health and Welfare, Yamaguchi Prefectural University

Objective: To determine the relationship between the sense of ego-identity in adolescence and attachment styles, which is considered one of the factors associated with mental health.

Methods: An anonymous self-administered questionnaire survey was conducted targeting students aged 18 to 22 using the Multidimensional Ego Identity Scale (Multidimensional Ego Identity Scale ; MEIS) and the attachment style scale for general others (the Experiences in Close Relationships Inventory-the-Generalized-Other-version ; ECR-GO). A total of 648 participants were analyzed (valid response rate: 87.9%).

Results: The analysis included 232 men and 416 women, with an average age of 18.96 ± 0.96 years. The results of multiple regression analysis showed that all subscales and the total score of MEIS were associated with ECR-GO “abandonment anxiety” and “avoidance of intimacy”. “Abandonment anxiety” was most strongly related to “self-unity/continuity” ($\beta = -.521$, $p < .001$), “self-identity” ($\beta = -.355$, $p < .001$), “psychosocial identity” ($\beta = -.452$, $p < .001$), and ‘total MEIS score’ ($\beta = -.502$, $p < .001$). ‘Avoidance of intimacy’ was most strongly related to ‘other-identity’ ($\beta = -.376$, $p < .001$).

Considerations: It was shown that focusing on attachment styles, such as negative views of self and others, may be important to support the establishment of ego-identity.

Key words : Ego Identity, Attachment Styles, Adolescence, Mental Health

■原 著■

子ども虐待対応困難事例への支援における 市町村熟練保健師の実践知

市川定子¹⁾、庄司一子²⁾

抄 錄

目的：子ども虐待対応困難事例への支援において、市町村熟練保健師が有する実践知を明らかにする。

方法：首都圏近郊の市町村熟練保健師14人を機縁法でリクルートし、半構造化面接を行った。参加者には対応困難事例の支援において、どう実践したのか、それはなぜかをたずね、支援の実践知について時系列で語ってもらった。面接内容は逐語録を作成し、質的記述的研究方法により質的に分析した。

結果：子ども虐待対応困難事例への支援における市町村熟練保健師の実践知として【親にとって信頼できる存在になる】【親に保健師と関わると「得」と思ってもらう】【父親を理解して解決の突破口を見いだす】【実親等との関係性を見極め、見据えて関わる】【支援者間でチームワークを高め合う】の5つのカテゴリが抽出された。

考察：対応困難事例への支援から得られた市町村熟練保健師の実践知は、親の「信頼」と「得」を軸に、効果的に親との関係をつなぐものであった。また、父親や実親等家族全体への関わりが明らかになり、虐待予防の幅を広げる可能性が示唆された。対応困難事例には多くの支援者が関わるため、熟練保健師は支援者とチームワークを高め合い、チーム支援に貢献していた。これら熟練保健師の実践知は、親や家族、支援者への指導や説得ではなく、信頼関係に焦点をあて、自らが主体的に動けるよう、相手の状況に合わせて関わる状況呼応的な支援といえるであろう。

【キーワード】熟練保健師、実践知、子ども虐待、対応困難事例、親、実親

日本地域看護学会誌、28 (3) : 12-20, 2025

I. 緒 言

わが国では、核家族化や地域社会の希薄化により、児童相談所や市町村への児童虐待相談件数は年々増加し、2023年には過去最多を記録した¹⁾。2022年には母子保健法と児童福祉法が改正され、市町村の母子保健と児童福祉の一体的支援となることでも家庭センターの設置が推進され、子ども虐待予防（以下、虐待予防）が強化された。一方、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等につ

いて（第20次報告）」²⁾では、死亡事例（心中以外）56人中0歳が25人と44.6%を占め、加害者は実母が23人（41.1%）に及ぶことから、妊娠期から虐待予防に携われる市町村保健師の役割はますます重要となる³⁾。

虐待予防では親との関係形成が重要とされる⁴⁾が、虐待事例は多様な問題をもち、多くの市町村保健師が対応に困難を抱えていることが指摘されている^{5,6)}。また、対応に困難と感じる事例（以下、対応困難事例）ほど関係形成がむずかしく、長期的かつ継続的な関わりを要し、その対応は個人の経験や力量に任せられている⁴⁾。特に新任期保健師は熟練保健師と比べて、対応に有意に高い困難感を示すことが報告されている⁶⁾。一方、虐待予防に

受付日：2024年9月30日／受理日：2025年7月26日

1) Sadako Ichikawa：自治医科大学

2) Ichiko Shoji：東海大学

に関する市町村保健師の研究では、妊娠期から虐待ハイリスク親を早期に把握し、多職種と連携しつつ虐待予防を図る実践が報告されている^{3, 7, 8)}。熟練保健師に関する先行研究では、家庭訪問⁹⁾や乳幼児健診¹⁰⁾による援助の見極めや信頼関係構築の実践が報告されている。さらに、佐藤ら¹¹⁾は保健所を含む熟練保健師による対応困難な母親への信頼関係構築までを明らかにした。しかしこれらは、ハイリスク親等への妊娠届や乳幼児健診、家庭訪問などによる信頼関係構築までの初期段階での実践に焦点をあてており、虐待事例のなかでも対応困難事例への市町村熟練保健師の継続的な実践までは明らかにされていなかった。

パトリシア・ベナー¹²⁾は、熟練した看護職には豊富で長い経験のなかで獲得される「実践的知識（以下、実践知）」があるとし、麻原¹³⁾は、実践知を目前の問題解決のためにその場で戦略的に創出される知識と述べている。つまり、実践知とは実践を積み重ねて形成される実践に関わる知識であり、この知識がさらに効果的な実践を可能にするという、知識と実践の循環を生み出すと考える。しかし実践知は、実践に使える知識でありながら、実践者にとって暗黙知として共有されることが多く、言語化や体系化による次世代への継承は困難とされている^{13, 14)}。熟練保健師に関する実践知の研究では、熟練保健師の地域課題抽出や事業化の実践知が報告されている¹⁵⁾が、市町村保健師における、対応困難事例への支援に特化した実践知の研究は見当たらなかった。

そこで本研究は、子ども虐待対応困難事例への支援における市町村熟練保健師の実践知を明らかにすることを目的とした。熟練保健師の実践知の明確化は、対応困難事例への支援向上の一助となり、保健師の人材育成等にも貢献する¹²⁾と考えた。

II. 研究方法

1. 用語の定義

対応困難事例：佐藤ら¹¹⁾にならい、保健師が「関わりがむずかしい」と感じる事例とした。

熟練保健師：都筑¹⁰⁾による「5年以上で助言指導が可能」との見解を参考に、市町村保健師経験10年以上、母子保健経験5年以上の者とした。さらに、長期的な支援を語ってもらうため、同じ対応困難事例に1年以上継続支援した者とした。

実践知：仕事の経験から得られた「どうすればいい

か」に関する知識¹²⁾である。実践知は思考や行動に活かされることから、今回は、対応困難事例への支援経験から得た「～すると～になるだろう」という予測的な知識を踏まえ、「～だから～する（しない）」と判断して行動する保健師の思考・行動とした。

2. 研究参加者

機縁法により自治体保健師に研究目的を口頭で説明を行い、「用語の定義」で示した条件に当てはまる熟練保健師の推薦を依頼した。結果、首都圏近郊4県13市（政令都市1市、中核市1市、一般市11市）14人の保健師が推薦された。参加者に口頭および文書、所属長には文書で協力を依頼し、承諾が得られた者を研究参加者（以下、参加者）とした。

3. データ収集方法

参加者には事前にインタビューガイドを渡し、保健師経験のある筆者が半構造化面接を行った。実践知は暗黙知でもあるため、参加者自身意識していない可能性がある¹⁴⁾。萱間¹⁶⁾は、実践知を聞くためには対象者の表情や感覚等、その場の空気の想起が必要と述べている。そこで参加者に対応困難事例を想起してもらい、どう実践したのか、それはなぜか、その実践知について時系列で語ってもらった。14人への面接を終えた時点で新たな内容が得られなかっため、内容は飽和されたと判断して調査を終了した。面接時間は一人約60分最大90分とし、録音の同意を得て実施し、終了後筆者が録音内容の逐語録を作成した。面接期間は2020年8～12月で、面接形式は対面のほかに新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行拡大により12月はWebで行った。

4. 分析方法

質的記述的研究は看護の臨床実践等の疑問に率直な回答を与える¹⁷⁾とされ、実践知の明確化に適した方法と判断した。谷津¹⁸⁾の分析方法を参考に、データ化した逐語録から、対応困難事例支援ならではの知識・思考・行動に該当する記述を抽出し、意味内容を損なわない範囲で要約した。次に要約した内容を統合してコードを生成した。得られたコード間の類似性・相違性を検討し、統合・抽象化した文をサブカテゴリとした。さらに類似するサブカテゴリを集め、抽象化して実践知が明瞭になるように表現し、これをカテゴリとした。この過程は共同研究者と分析内容の検討を重ね、公衆衛生看護学の研

究者と参加者にも分析内容を示し、その記述的解釈的妥当性を評価した。

5. 倫理的配慮

筑波大学人間系研究倫理委員会の審査を受け、承認を得て実施した（課題番号：筑2020-29A）。研究協力依頼では、参加者およびその所属先の長に研究内容や倫理的配慮等を十分に説明をし、参加者には研究同意書への署名をもって同意を得た。面接はプライバシーが保てる個室で行い、得られたデータは個人情報保護を徹底した。

III. 研究結果

1. 参加者の属性および語られた主な対応困難事例の概要（表1）

参加者は全員、市の保健師で、所属は保健部門11人、児童福祉部門3人で、年齢は43～55歳で平均は48.4歳（標準偏差 $SD \pm 3.5$ ）であった。保健師経験は平均24.1年（ $SD \pm 5.1$ ）、母子保健経験は平均13.0年（ $SD \pm 4.7$ ）、面接時間は1人44～93分、平均65.1分（ $SD \pm 13.9$ ）であった。

参加者が語った事例は、支援拒否や攻撃性、受援力が低い傾向であったが、なかには無反応や依存的な者もいた。さらに家族に精神疾患や障がいをもつ場合があり、母子家庭や父による母へのDV、生活保護等、多くの問題を抱え、実親との関係も悪く、頼れる支援者が少なかつた。引き継いだ事例や次の子どもが生まれる等支援は長期にわたり、多くの支援者が関わっていた。

2. 子ども虐待対応困難事例への支援における市町村熟練保健師の実践知（表2）

「分析方法」のとおり、逐語録のデータから具体的な実践知を抽出し、31コード、11サブカテゴリ、5つのカテゴリが生成された。以下、カテゴリごとに述べ、カテゴリを【】、サブカテゴリを《》、コードを〈〉、語りをそのまま「」、語った参加者を（）で示した。親とは父親、母親の両方であり、父親に限定した語りは父親と表現した。

1) 【親にとって信頼できる存在になる】

このカテゴリは、《親の味方になる》《親のよき理解者になる》《親が援助要請を出せる相手になる》の3つのサブカテゴリより生成された。

①《親の味方になる》では、参加者は親とつながれば

なんとかなるとし、親の味方になれば支援の入り口をつくれると考えていた。全参加者はすぐ核心には触れず、まず親を心配していることを伝え、「～しましょう」は親には指導的に聞こえ拒否されるととらえ、「どうしようか」等いっしょに考える対等な態度を示していた。また、親と関係性がとれないときほど会うべきと語り、直接会える機会を逃さず、まことに足を運んでいた。隠しごとはせずに、親の信頼を大切にしつつ誠実な態度で接していた。

「（親に）～しなさいは（虐待予防の）遠回りになっちゃうから、まずは話を聞いてもらえる関係性をつくることがいちばん近道……中略……味方だなって思ってもらえるような努力（B）」

②《親のよき理解者になる》では、参加者は親のよき理解者になることで親は安心して話せると考えていた。全参加者は親の生い立ちが言動に影響すると語り、親の生い立ちを傾聴し、親のつらさやがんばりを認め、「それでいいと思うよ」と心から肯定し、共感的な態度を示していた。また、「子育てと関係ないことが後に親との関係や支援に効いてくる（M）」と語り、親自身に関心を寄せ、子育て以外のことも共に楽しむ態度を示していた。

「（生い立ちや一生懸命やってきたことを）認めてほしいっていうのがすごくあるから、その話を聞いてつらかったんだねとか、……中略……（理解することで）親の態度が落ち着く（H）」

③《親が援助要請を出せる相手になる》では、参加者は、親は人からの指示は嫌うが、自らから言い出したことは実施すると考え、親の援助要請を出せる相手になることで信頼を得られると考えていた。参加者は親の受援力の低さを理解し、親が困る前からタイミングよく声をかけ、親の困りごとを引き出す工夫をしていた。また、親の相談に迅速に対応できるよう、職場内の理解と支援体制の整備に努めていた。

「困る前からね、困ったときにタイミング的に予測できるじゃないですか。そこでこっちから声をかけておくっていうのが続いていくと、向こうから声がかかってくる（A）」

2) 【親に保健師と関わると「得」と思ってもらう】

このカテゴリは、《親の役にたつ存在になる》《親が主体的にできることを増やす》《親に子育ての成果を実感してもらう》の3つのサブカテゴリより生成された。

①《親の役にたつ存在になる》では、参加者は「（親は自分にとっての）メリットが見つかると意外と（保健師を）

表1 研究参加者の属性および語られた主な対応困難事例の概要

保健師	年齢	保健師 経験	母子保健 経験	家族構成	語られた主な対応困難事例の概要	
					担当当初の事例の状況	連携した支援者
A	50歳代	30	20	児(10, 15, 18歳)と母親	母は精神的に不安定で、父親からのDVで別居中。子ども3人は発達障害と精神疾患。生活保護。児が乳児のころからネグレクトで支援。支援拒否。	保健センター、市役所他部署、民生委員、児童相談所等
B	40歳代	20	12	児(3歳)と母親、パートナー	母は第7子を妊娠中。母は精神的不安定で、うそをつくことが多く連絡が取れず、受援力が低い。妊娠・乳児健診未受診。外国人(不法滞在)のパートナー(既婚者)と同居。生活保護。	保健センター、市役所他部署、保育園、産科医、民生委員等
C	40歳代	24	12	児(6歳)と母親と継父	母は知的障害で、18歳まで養護施設で育つ。母は攻撃的暴力的で、児に対する暴力があり、就学まで養護施設で保護。継父による母へのDVがある。継父は仕事に行かないこともあります。経済的に困窮。	保健センター、家庭相談員、学校、市役所他部署、民生委員等
D	40歳代	24	8	児(0~12歳5人)と両親	母は第7子を妊娠。妊娠健診未受診。自宅分娩や死産の経験があり。反応が薄く真意がつかめず、受援力が低い。経済的に困窮し、転居をくりかえす。	保健センター、家庭相談員、児童相談委員、警察等
E	40歳代	14	14	児(3歳)と両親	母は、アルコール依存症であり、育児に負担感はあるが受援力が低い。子どもは2人いるが第1子は、実家の祖母が育てている。父は反社会的集団に所属。父による母へのDVがある。	保健センター、保育園、市役所他部署、児童相談所等
F	40歳代	20	13	母親(妊娠)と父親	18歳の若年妊娠。第2子を妊娠中。妊娠健診未受診。母の前夫との第1子は実母に預けて家出。父母とも実母(母子家庭)との関係が悪い。父は易怒的・暴力的、犯罪歴があり保護観察中。	保健センター、保護司、市役所他部署、産科医等
G	50歳代	30	13	母親(妊娠)と父親	母が精神疾患で「死ね」等の幻聴がある。精神的に不安定で内服管理はできず、受援力も低い。父による母へのDVがある。母の実家は家族すべて知的障害者で施設に入所。父の実親は両親とも他界。	保健センター、市役所他部署、精神科医、産科医、警察等
H	50歳代	33	9	児(3歳)と母親	母子家庭で母が人格障害であり、易怒的で攻撃的。子どもが児童相談所に保護されたことで、前任保健師(辞職)の支援が悪いと裁判を起こしている。	保健センター、市役所他部署、児童相談所等
I	50歳代	25	12	母親(妊娠)と実親	19歳の若年妊娠で発達障害。実親に内緒で風俗のアルバイトをして妊娠した。パートナーは不明。中学生から不登校でリストカットがあり、精神科受診中。子育ての意識は低く、実親と関係が悪い。また実親の夫婦関係も悪く、実母親も発達障害傾向。	保健センター、市役所他部署、児童相談所等
J	40歳代	26	7	児(小学生2人)と母親	10代で出産し、母子家庭。母が意味不明の言動があり、育児がままならず支援が開始され、薬物依存と判明する。その後再犯歴あり。子どもは不登校。	保健センター、市役所他部署、警察、児童相談所等
K	40歳代	25	18	児(0, 10歳)と両親	母親は心身障害があり、家事・育児は第1子(父親は異なる)がしている。母は時々に支援拒否となる。父親は定職に就かず、家の金を持出しても失踪をくりかえす。実親とは絶縁状態で、支援者がいない。	保健センター、学校、市役所他部署、警察、児童相談所等
L	50歳代	29	23	児(3歳)と母親	母子家庭で、精神的不安定。攻撃的で支援拒否。被虐待歴あり、経済的に困窮し、実家との仲も悪く、支援者がいない。	保健センター、市役所他部署、児童相談所等
M	40歳代	18	6	児(0歳)と両親	母がうつ病を発症。児に対する愛情がもてず、児に身体的暴力があり。父の危機意識が低く、理解が得られない。	保健センター、市役所他部署、精神科医等
N	40歳代	20	15	児(3歳)と母親	母は人格障害で、被虐待児のため養護施設で育つ。父によるDVで母子寮に入っているが規律が守れず、人に対して攻撃的、支援拒否。生活保護。	保健センター、精神科医、市役所他部署、施設職員等

受け入れてもらえる(A)」と語った。親に保健師は役に立つと認識されることで、継続的な関わりを受け入れてもらいやすくなると考えていた。そのため、早い段階から親に保健師が関わるメリットを伝え、保育所等の事務手続きや水道が壊れたときの水の配達等生活全般の利点を感じてもらっていた。また、関わる支援者も多いため、

親の代弁や仲介、ときには親の相談が他の支援者に伝わりやすいよう裏で根回し等の調整もしていた。

「(メリットがわかり)お父さんも保健師だけとりあえず(訪問が)OKだったんです(K)」

②《親が主体的にできることを増やす》では、参加者は親を「(育児は毎日の繰り返しで)ちょっとしたことが

表2 子ども虐待対応困難事例への支援における市町村熟練保健師の実践知

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
親にとって信頼できる存在になる	親の味方になる	親に早期に関わり、すぐ核心には触れず、心配していることを伝える 親を決して指導せず、親といっしょに考える 親に会う機会を逃さず、まめに足を運ぶ 親の信頼を損なわないよう誠実な態度を示す
	親のよき理解者になる	親の生い立ちを聴き、親のつらさやがんばりを認める 親の気持ちや思いに、心から相づちを打ち共感的態度を示す 親に关心はあることを伝え、親との話を楽しむ態度を示す
	親が援助要請を出せる相手になる	親に困っていることはないか、いつでも相談に乗ると言い続ける 親自身からの援助要請を引き出す 親の相談にいつでも乗れる状態でいる
親に保健師と関わると「得」と思ってもらう	親の役にたつ存在になる	親に保健師が関わるメリットをアピールする 親の役に立ちたい、手伝いたいことを伝える 親が気にしていることやしてほしいことを手伝う 親の代弁や紹介、ときには他の支援者に根回しをする
	親が主体的にできることを増やす	親の求めに応じて、主体的にできる内容を助言する 親にあった継続できうことから勧める
	親に子育ての成果を実感してもらう	子どもの成長や変化を見逃さず親に伝え、いっしょに喜ぶ 親の変化や継続を称賛し、子育て等の成果を実感してもらう
父親を理解して解決の突破口を見いだす	父親に直接会って話を聞く	父親が威圧的でも帰りが遅くても、早々に父親と直接会う 父親を否定せず、思いや考えをよく聞く
	父親の協力を得て解決の突破口を見いだす	父親に母親の内服管理や子どもの安否確認の協力を得る 子育ての方法を父親と共有し、子育てサービスの利用を促す
実親等との関係性を見極め、見据えて関わる		親の状況と実親との関係性を評価し、実親等の連絡先を把握する 実親の親への理解や状況を聞きつつ、吟味してさきを見据えて関わる
支援者間でチームワークを高め合う	支援者間で支え合う	ひとりで抱えるのではなく、他の支援者を頼る 他の支援者からの仲介や支援の求めに応える 担当保健師が潰れないように支え合う職場風土をつくる 他の支援者が動きやすいように、その職場の理解を図る
	チーム支援を話し合う	チーム間で意見が平行線のときは、家族のいちばんに話を集中する チーム間で責め合いにならないように工夫する チーム間で真摯にチーム支援を評価する

あるとくじけてしまう (L)」等、持続力が弱いと考えていた。子育てを継続するには、親が人を頼りにし、主体的にできることを増やすことだと考えていた。参加者は親のやる気を削がないよう、アドバイスを求められたときは、意欲を讃め、親が主体的にできる内容を助言し、親にあった継続できうことから勧めていた。

「(知的障害の親に) いっぱい聞かれても(失敗するとなくなるので)『いやいや、いまはこれだけできればいいんですよ』っていう感じで、指導する内容を厳選した (C)」

③《親に子育ての成果を実感してもらう》では、参加者は親の自己肯定感が低いととらえ、自己肯定感を高めるには、親が子育て等の成果を実感できることだと考えていた。参加者は親の傍らにいて、子どもの成長や変化を見逃さず親に伝え、親の子育てに対する態度や継続をフィードバックしていた。

「お母さんががんばったからだねとか、お母さんこういうことに気がつくのはちゃんとみている証拠だねとか、

やっぱり、なにかそういうお母さんに対するメッセージを送った (E)」

3) 【父親を理解して解決の突破口を見いだす】

このカテゴリは、《父親に直接会って話を聞く》《父親の協力を得て解決の突破口を見いだす》の2つのサブカテゴリより生成された。

①《父親に直接会って話を聞く》では、参加者は、「今まででは、結局お父さんはだれにも頼れない感じだったわけですよ。まわりの人がみんなお父さんを理解していないのと同じで (C)」と語り、父親は自身を話す機会や頼れる人が少ないと考えていた。参加者は、父親の虐待やDV等の有無に関係なく、早めに父親と直接会っていた。また、養育者のひとりである父親を否定せず、父親自身の話を傾聴することで「お父さんの思いや家族の全体像を把握でき、保健師への理解や協力にもつながった (C)」と語っていた。

「お父さんは関わる時間が少なくても、養育の一部を担っている人……中略……最初にお父さんと会って、お

父さんにつらいことがないかってちゃんと聞いて、お話をする (M)」

②《父親の協力を得て解決の突破口を見いだす》では、参加者は「お父さんの言い分を聴いたり、お父さんにも関わったりすることで、なにかこう、突破口がみえる (E)」と語り、父親と接触し、協力を取り付けることで、解決の突破口が見つかる可能性があると考えていた。父親と継続して関わり、母親の精神薬の内服管理や子どもの状況確認の協力を取り付け、さらに父親の在宅に合わせ訪問し、子育て方法の共有や保育所等の利用の承諾を得ていた。

「お父さんと直接話せるようになって、(母が)お薬がちゃんと飲めてなかつたこともわかつて、結局お父さんにお願いしたら、ちゃんと飲めるようになって落ち着いた (C)」

4) 【実親等との関係性を見極め、見据えて関わる】

このカテゴリは、《実親等との関係性を見極め、見据えて関わる》というサブカテゴリより生成された。

実親が協力的でも、うつ病への理解不足や親子間の潜在的軋轢を抱える事例、逆に実親との関係が悪くても出産を契機に良好になる事例等、実親等との関係性は一見では判断できず、変化しうるととらえていた。特に若年妊娠や障がい者等の事例では、連絡がとれない場合もあるため、参加者は親の状況と実親との関係性を慎重に評価し、安全な子育てがむずかしいと判断したときは、実親等の連絡先を把握していた。さらに、実親や親の子どものころを把握していることもあり、実親からの親の情報と実親の事情も踏まえ、実親が将来的に支援リソースとなるか、さきを見据えて実親に関わっていた。

「おばあちゃんとの関係をまずつくって、おじいちゃんとも1対1で話ができる……中略……(支援拒否の発達障害の若年妊娠)娘さんとも妊娠中から関わって、個別で対応できた (I)」

5) 【支援者間でチームワークを高め合う】

このカテゴリは、《支援者間で支え合う》《チーム支援を話し合う》の2つのサブカテゴリより生成された。

保健福祉分野に限らず、多くの支援者が関わっていた(表1)。虐待リスクが高い対応困難事例は、長期間継続的に関わる必要があるうえ、支援拒否や攻撃的な言動から多くの支援者が対応に苦慮し、メンタル不調や辞職に至る者もいた。

①《支援者間で支え合う》では、参加者は「(支援を続けるには)やっぱ自分に余裕がないと (L)」と語り、職

場内の支援体制整備だけでなく、他の支援者の職場にも出向き職場の理解を図っていた。さらに、ひとりで抱え込まず他の支援者を頼りにし、他の支援者からの求めにも応えるようにしていた。

「校長先生を巻き込まないと、……中略……最終的に上がだめって言つたらストップしちゃうことが多かったので、学校で要対協(要保護児童対策地域協議会)を開いた (A)」

②《チーム支援を話し合う》では、対応困難事例は多職種で関わっているため、「(チーム間で)足並みがそろわないとこ(部分)は絶対ある (A)」と考え、それを理解したうえで「連携がうまくいけば、(親への)支援がすごく回る (J)」と語り、協調的なチームは親によい結果を生むと考えていた。参加者は意見が平行線のときは、家族のいちばんのチーム支援を考えることに集中させ、会議での責め合いを避けるため、会議以外の根回し等の工夫をしていた。参加者のなかには、チーム間で支援を評価することで、事例への対応力が向上し、他の事例においても虐待の再発が少ないと語った。

「(意見が平行線のとき)お互いの考え方を理解しながら否定はしないんだけど、じゃあこのケースにはなにがいちばんぴったりなんだろうねっていうのを、考えられるようにもっていった (B)」

IV. 考 察

参加者が語った主な対応困難事例は表1のとおりで、複合的な問題を抱えていた。市町村熟練保健師による支援の実践知として5つのカテゴリが生成され、その特徴は、親や家族、支援者への指導や説得ではなく、信頼関係に焦点をあてて相手が主体的に動けるように、状況に応じて関わり方を柔軟に変化させる状況呼応的な実践知であった。

1. 親と「信頼」と「得」でつながる

本研究では、参加者は親に共感的な態度で接し、【親にとって信頼できる存在になる】【親に保健師と関わると「得」と思ってもらう】という、親の視点に立った実践知を示した。親の過去の被虐待経験等は支援拒絶に影響することが報告されている^{7, 8, 11, 19)}。大浦ら²⁰⁾は、被虐待経験者は自己指向的共感反応(以下、自己指向)が高く、他者指向的共感反応(以下、他者指向)が低いことを示した。自己指向は攻撃性や対人不安等反社会的傾向

に関連し、自己注目が高く自己防衛的であるのに対し、他者指向は社会的スキル等向社会的傾向と関連する²¹⁾。参加者は長年の経験を通して、被虐待者の心理的構造を無意識に理解し、信頼関係の形成に焦点をあてた実践をしていたと考えられる。これにより自己防衛的な親の態度を徐々に和らげ、「得」に注目した実践から自己注目が高い親の関心を引き、自ら関わりを求めてくるような自発的な関係に導き、継続的支援につなげたと考えられる。

また、《親が援助要請を出せる相手になる》ことで援助要請を引き出し、他の支援者につなげることで支援の幅を広げていった。常に傍らで親の援助要請に応じる保健師の存在は、自己肯定感が低い親¹¹⁾にとって「得」になっていたと推測される。

大浦ら²⁰⁾は不安定な愛着の修復と併せて、自己指向・他者指向のバランスをとる介入の必要性を述べている。親の瞬間的反応に惑わされず、「信頼」と「得」を支援の軸に据え、共感的態度で関わり続けることで、親は社会的スキルを学び、他者を受け入れ他者指向の発達を促す可能性がある。このことは親子双方の安定につながり、結果として虐待予防に資する効果的実践となると考える。

2. 父親や実親等との家族全体での子育てにつなげる

上田ら¹⁹⁾は、虐待事例における父親の対人関係と行動特性を明らかにし、保健師による父親との関係構築の困難を報告している。本研究の参加者が語った父親にも、攻撃的・拒否的言動、DV行為等がみられ、これらは上田ら¹⁹⁾の報告と共通していた。Grönteら²²⁾は、児童保護調査(CPI)で父親との信頼関係構築を示したが、これは初期段階の支援であり、構築後の支援は明らかではなかった。本研究では、対応困難事例の支援において、父親との信頼関係構築後も関係性を維持し、状況に応じた柔軟な支援を通じて【父親を理解して解決の突破口を見いだす】実践知を示した。Zanoniら²³⁾、上田ら¹⁹⁾は、虐待予防において父親は母親の支援者であり、子どもにも影響を与える存在として父親支援の必要性を述べている。これまで、父親を敬遠しがちと指摘されていたが今回、父親とつながることで支援の幅を広げられる可能性を示唆できた。こうした実践知は、保健師が父親との協働関係を持続的かつ効果的に築くための父親支援スキルの向上に貢献できると考える。

さらに、上田ら¹⁹⁾は実親との関係を考慮した支援の

必要性を述べたが、支援の方法までは示さなかった。本研究では【実親等との関係性を見極め、見据えて関わる】という二段階の実践知が示された。双方の関係性の変化を評価しつつ、今後の変化や潜在的支援力も踏まえて状況に応じて関わったことで、親が支援を受け入れやすくなった事例が語られた。実親とつながることが必ずしも親のプラスになるとは限らないが、支援者が少ない現状では、リスクが高い場合は子育てのリソースとして、実親とのつながりも検討の余地があると考える。特に、地方の市町村や若年妊娠の事例では地元在住が多く、こうした状況下では、実親等の家族支援を含む実践知が有効と考えられる。

3. 支援者間でチームワークを高め合う

多職種連携の困難は指摘される^{5, 6)}が、千葉ら⁸⁾は子ども虐待ハイリスク家族に対する支援者との信頼関係構築の取組を示した。本研究ではさらに、支援者間の信頼関係構築に加え、親への対応のむずかしさから、支援者の心理的安全性の確保と負担の分散、協調性を高め、チーム一丸で支援する【支援者間でチームワークを高め合う】という実践知を示した。また、千葉ら⁸⁾は保健師による支援評価を示したが、今回はチーム間での支援評価を明らかにし、それにより支援の質が向上し、虐待予防や再発防止に資する可能性を示唆した。

村瀬²⁴⁾は効果的なチームは単独ではなし得ない支援を発揮できるとし、チームビルディングの有用性を述べている。この効果的なチームには、明確な目標、信頼と尊重、円滑なコミュニケーション、考え実行するスキル、適切なリーダーシップ、組織からの支援が不可欠である²⁵⁾。これらを本研究のサブカテゴリに当てはめると《支援者間で支え合う》には信頼と尊重、円滑なコミュニケーション、組織からの支援が、《チーム支援を話し合う》には明確な目標や考え、実行するスキルが内在し、参加者は適切なリーダーシップを発揮していたと考えられる。今回の支援者間の実践知は、多くの支援者が関わる対応困難事例における効果的なチーム形成に貢献し、支援スキル向上につながると考える。

4. 研究の限界と今後の課題

参加者は首都圏の市の熟練保健師に限定され、過去の支援の場合は想起バイアスが存在する可能性と、無意識下で実施した支援や記憶にない支援は、語りの内容に反映されない可能性がある。また、熟練保健師の父親や実

親への取り組みを示唆できたが、当事者側の意見を聞いたわけではない。今後は虐待予防における家族全体での子育て支援を検討していく必要がある。

V. 結語

本研究から、子ども虐待対応困難事例への支援における市町村熟練保健師の実践知として、【親にとって信頼できる存在になる】等、5つのカテゴリが生成された。熟練保健師は、対応がむずかしいと感じる親と「信頼」と「得」を軸につながり、父親や実親等を含めた家族全体での子育てにつなげ、支援者間でチームワークを高め合う実践知が示された。これらの実践知は対応困難事例の支援や保健師の人材育成等の一助になると考える。

【謝辞】

本研究を実施するにあたり、コロナ渦のご多忙中にもかかわらず、調査の依頼をご快諾・ご協力いただきました所属長および熟練保健師の皆様に、心より感謝申し上げます。また、本論文は、2023年度第12回日本公衆衛生看護学会学術集会にて発表しました。

【利益相反 (COI) 開示】

本研究において、開示すべきCOIはありません。

【文献】

- 厚生労働省：福祉行政報告例. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450046&tstat=000001034573> (2025年6月6日).
- こども家庭庁：こども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第20次報告）. https://www.cfa.go.jp/councils/shingikai/gyakutai_boushi/hogojirei/20-houkoku (2025年6月6日).
- Yokobori H, Iwasaki-Motegi R, Naruse T, et al.: Public Health Nurses' Activities toward Child Abuse Prevention before Childbirth in Japan. *Public Health Nursing*, 39 (6) : 1346-1354, 2022.
- Ferguson H, Disney T, Warwick L, et al.: Hostile relationships in social work practice; anxiety, hate, and conflict in long-term work with involuntary service users. *Journal of Social Work Practice*, 35 (1) : 19-37, 2021.
- 有本 梓・田高悦子：行政保健師における児童虐待事例への支援に対する困難感の理由と特徴. 横浜看護学雑誌, 11 (1) : 19-27, 2018.
- Hashimoto H, Takahashi K: Difficulties faced by public health nurses involved in prevention of child abuse. *The Journal of Nursing Investigation*, 18 (1) : 1-12, 2020.
- Yokomizo A, Nagae H, Athurupana R, et al.: Collaborative support for child abuse prevention; Perspectives of public health nurses and midwives regarding pregnant and postpartum women of concern. *PLoS One*, 18 (3) : e0281362, 2023.
- 千葉栄子・桂 晶子・安斎由貴子：子ども虐待ハイリスク家族に対する市町村保健師の関係機関との連携の取り組み. 日本公衆衛生看護学会誌, 9 (1) : 10-17, 2020.
- 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, 30 (1) : 34-41, 2010.
- 都筑千景：援助の必要性を見極める；乳幼児健診で熟練保健師が用いた看護技術. 日本看護科学会誌, 24 (2) : 3-12, 2004.
- 佐藤睦子・上野昌江・大川聰子：児童虐待予防においてかかわりが難しい母親との信頼関係構築に着目した熟練保健師の支援. 日本公衆衛生看護学会誌, 10 (1) : 3-11, 2021.
- パトリシア・ベナー（著）・井部俊子（監訳）：ベナー看護論 新訳版；初心者から達人へ. 医学書院, 東京, 2005.
- 麻原きよみ：特定集団の人々が共有するルールを探求する；看護の対象となる人々の実践知と研究者および実践が得るもの. 日本看護科学会誌, 24 (1) : 84-86, 2010.
- 野中郁次郎・遠山亮子・紺野 登：『知識創造企業』再訪問. 組織科学, 33 (1) : 35-47, 1999.
- Yoshioka-Maeda K, Murashima S, Asahara K: Tacit knowledge of public health nurses in identifying community health problems and need for new services; a case study. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (7) : 819-826, 2006.
- 萱間真美：精神科訪問看護の実践知とその研究方法. 日本看護科学会誌, 24 (1) : 87-89, 2004.
- マーガレット・サンデロウスキー（著）・谷津裕子・江藤裕之（訳）：質的記述はどうなったのか？質的研究をめぐる10のキークエスチョン；サンデロウスキー論文に学ぶ. 医学書院, 東京, 2000/2013.
- 谷津裕子：Start Up 質的看護研究（第2版）. 学研メディカル秀潤社, 東京, 2014.
- 上田 泉・佐伯和子・河原田まり子他：保健師がとらえる子ども虐待事例における父親の対人関係と行動の特性. 日本公衆衛生看護学会誌, 2 (1) : 2-11, 2014.
- 大浦真一・松尾和弥・福井義一：被虐待経験は本当に共感性を低下させるのか？；愛着の内的作業モデルを媒介変数として. *Journal of Health Psychology Research*, 32 (Special_issue) : 127-134, 2020.
- 鈴木有美・木野和代：多次元共感性尺度 (MES) の作成；自己指向・他者指向の弁別に焦点を当てて. 教育心理学研究, 56 (4) : 487-497, 2008.

- 22) Grönte M, Mattsson T, Plantin L: Strategies to increase fathers' engagement in child protection investigations due to domestic partner abuse in Sweden. *Child & Family Social Work*, 29 (3) : 669–678, 2023.
- 23) Zanoni L, Warburton W, Bussey K, et al.: Fathers as 'core business' in child welfare practice and research; An interdisciplinary review. *Children and Youth Services Review*, 35 (7) : 1055–1070, 2013.
- 24) 村瀬樹太郎：多職種連携とチームビルディング. 治療, 101 (12) : 213–221, 2023.
- 25) The Korn Ferry Institute: Driving Team Effectiveness, 2009. <https://jocon.com/fileadmin/download/pdf/Teamwhitepaper.pdf> (2025年6月6日).

■ Original Article ■

Practical Knowledge of Expert Municipal Public Health Nurses in Difficult-to-Respond-to Child Abuse Cases

Sadako Ichikawa¹⁾, Ichiko Shoji²⁾

1) Jichi Medical University

2) Tokai University

Objective: To elucidate the practical knowledge that expert municipal public health nurses use in supporting difficult-to-respond-to child abuse cases.

Methods: Fourteen expert municipal public health nurses from municipalities near the Tokyo metropolitan area were recruited using snowball sampling. We asked the participants to provide a detailed, chronological explanation of how they assessed difficult cases and provided effective support, focusing on their practical knowledge. The interviews were transcribed verbatim, and the data were analyzed qualitatively using a descriptive qualitative analysis method.

Results: The analysis showed five categories of practical knowledge used by expert municipal public health nurses in support of difficult-to-respond-to child abuse cases: “Become a trustworthy presence for parents,” “Make parents view the perceived benefits of engaging with public health nurses,” “Understanding the father and identifying a breakthrough for resolution,” “Assessing the relationship with biological family members and engaging when foresight,” and “Enhancing teamwork among supporters”.

Discussion: Drawing on practical knowledge gained from supporting difficult-to-respond-to child abuse cases, expert municipal public health nurses, focusing on trust and perceived benefits, effectively building relationships with parents. Additionally, initiatives targeting fathers and biological parents, which were identified in this study, have suggested the potential to expand efforts to prevent child abuse. Expert municipal public health nurses play a key role in fostering collaborative relationships and enhancing the effectiveness of team-based support. Their practical knowledge focuses on trust with parents, families, and supporters while emphasizing involvement that is situationally responsive and empowers them to take initiative, rather than instructing or persuading them.

Key words : Expert public health nurse, Practical knowledge, Child abuse, Difficult-to-respond-to cases, Parents, biological family members

■原 著■

COVID-19 流行拡大初期に感染者への対応で 保健所保健師が経験した葛藤

牛尾裕子¹⁾、松尾香織²⁾、藤田さやか³⁾、水川真理子⁴⁾、宮本純子⁵⁾

抄 錄

目的：新形コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックの初期において、保健所保健師が感染者への対応で経験した葛藤の様相を明らかにすることである。

方法：A県の県型保健所の保健師に対し、半構成的インタビューを行い「感染者のつらさの共感」など具体的なエピソードを語ってもらい、グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した。調査は、COVID-19パンデミック1年目の2020年10～11月に実施した。

結果：5県型保健所9人の保健師より協力を得た。感染症流行拡大初期に保健所保健師の葛藤をもたらす核となる現象は【感染者らの苦悩を間接的直接的に知る】であった。感染者らの《不安・混乱に直面》から始まり、《支援の迷い・もやもやした気持ち・後悔の念》または《成長の実感または希求・経験からの学び》に帰結した。

結論：保健師が【感染者らの苦悩を間接的直接的に知る】ことは、看護職としての倫理的感受性が試される経験であった。保健所保健師には、平常時の倫理教育、パンデミック時には倫理的問題を調整・支援する仕組みの導入が必要と考えられた。

【キーワード】COVID-19パンデミック、保健所保健師、葛藤、感染者対応、看護倫理

日本地域看護学会誌、28 (3) : 21-30, 2025

I. はじめに

2019年12月に中国で最初の集団感染が報告され、以降世界に拡大した新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）は、わが国においては2020年1月に第1号患者が報告され、2月に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、法）に基づく「指定感染症」に指定された。その後世界各地で感染が拡大し、わが国でも2020年2月以降第1波の感染者数約1.7

万人から、2022年11月以降第8波では約1200万人と爆発的に拡大し¹⁾、医療逼迫と約9万人の死者をもたらして²⁾、2023年5月に感染症法5類に基づく対策へと移行した。当初は感染性重症度に未知な部分が多く、検査およびワクチン、治療薬等医療体制も整わないなか、第一線で感染拡大制御を担う保健所における対応は困難を極めた。

感染症は、命を脅かす疾病であると同時に、患者自身が感染源となるため行動制限を強いられるという特徴をもつ。このため人間は感染を避ける行動特性をもつとされ³⁾、感染源である患者や疑い者を忌避する行動にもつながってきた⁴⁾。看護職である保健師は、感染拡大を制御する対応を担うと同時に、感染した患者を看護する立場にある。このとき、感染者の尊厳の尊重と社会防衛と

受付日：2025年1月20日／受理日：2025年9月11日

1) Yuko Ushio : 山口大学大学院医学系研究科

2) Kaori Matsuo : 東京医療保健大学和歌山看護学部

3) Sayaka Fujita : 兵庫県立大学地域ケア開発研究所

4) Mariko Mizukawa : 神戸市看護大学いちかんダイバーシティ看護開発センター

5) Junko Miyamoto : 広島国際大学看護学部

して感染拡大を防ぐことの間で重んじるべき価値の対立が生じる。

医療職がコロナ禍で経験した倫理的な問題を調査した報告⁵⁾では、医療従事者自身などへの偏見、感染者対応への医療従事者間の軋轢、制限による患者・家族への不利益などが挙げられた。最前線でコロナ対応にあたった保健師は、見通しがもてない過酷な勤務状況のなかで、感染者等への対応の困難や理不尽さを感じていた⁶⁻⁹⁾ことが報告されており、背景には、感染者らに対応する過程での看護職として相反する価値の対立に起因する苦悩や葛藤があったことが推測される。

保健師が平常時に現場で感じる倫理的なジレンマは、対象者と家族の意向が異なるときがもっとも多く、ついで対象者と近隣住民の意向が異なるとき、保健師としての判断と関係機関の意向が異なるときなどであったとの報告がある¹⁰⁾。しかし人類が未経験のCOVID-19パンデミック禍において、感染症に対して法に基づく対応を担うわが国の保健所という機関に所属する保健師が経験する葛藤を質的に明らかにした研究は少ない。

II. 研究目的

本研究の目的は、COVID-19パンデミックの初期において、感染者に第一線で対応する保健所保健師が、感染者への対応で経験した葛藤の様相を明らかにすることである。本研究から得られる知見は、今後新たに未知の感染症によるパンデミックが起こった際、法に基づき感染拡大防止対策を担う保健師による支援を検討する資料となると考える。

本研究における葛藤とは、勝原¹¹⁾の研究を参考に、「複数の優先順位をつけられない要求があるが、それらのすべてを達成することができず対応に迷い悩む状況」とする。保健所保健師が法に基づき感染拡大を防止する対応と感染者らの人権を擁護することはときに相反し、これにより葛藤が生じると考えられる。本研究では感染者への対応において葛藤が生じる過程を明らかにすることとした。

III. 研究方法

1. 研究協力者

A県内のすべての県型保健所を対象とし、2020年3～8月それぞれの所属管内でCOVID-19感染者（以下、

感染者）が初めて確認されてから調査までの間に、感染者や濃厚接触者に電話等で対応した保健師とした。保健所長あてに協力を依頼し許可を得て、保健師あてに依頼書等を送付し、協力申し出のあった保健師に、研究について説明し、書面により同意を得た。

2. データ収集方法

調査期間は、2020年の10～11月で、対面による個別またはグループでの半構成的なインタビューを実施した。リサーチクエスチョンは、「保健所保健師が、未知のウイルスによる感染症流行拡大初期において感染者等への対応で経験する葛藤はどのように起こっているか」である。平林ら¹²⁾の研究を参考に問い合わせを設定し、感染者のつらさや困難への共感や個人情報を守る困難・課題への直面など、印象に残っている具体的な事例のエピソードを語ってもらった。あわせて、研究協力者の属性を聴取した。

3. 分析方法

保健師と感染者等との相互作用で生じるプロセスを現象として把握するなかで葛藤を明らかにするために、戈木¹³⁾のグラウンド・セオリー・アプローチ (grounded theory approach : GTA) を参考にした。GTAは、多様なプロセスにおける変化を把握する研究法で、本研究は保健師の立場から感染者らとの多様なやりとりで葛藤が生じる状況を把握するため適していると考えた。

分析は、①逐語録を作成して読み込み、②内容に応じ切片化し、③切片ごとにプロパティ（分析者の視点）とディメンション（プロパティからみたときの位置づけ）を抽出し、さらに切片を表すラベル名をつけた後、類似するラベルを集め、より抽象度の高いカテゴリー名をつけた。④プロパティとディメンションを用いてカテゴリー同士を関連づけ、データに照らし合わせて現象を把握し、インタビュー単位でカテゴリー関連図を作成した。グループインタビューのデータも個別の語りを特定して関連図を作成した。⑤インタビュー単位のカテゴリー関連図を類似するカテゴリーと重ね合わせ、意味内容やカテゴリー間の関連の検討を繰り返しながら統合した。

GTAでは理論的サンプリングを行うとされるが、本研究は理論開発を目的とせず、コロナ禍の制限された状況下で得られたデータから現象を把握する試みのため、理論的サンプリングは行っていない。GTAに精通する研究者から指導を受け、保健所保健師経験がある公衆衛

生看護学の研究者と、災害看護、慢性疾患看護等の専門的背景を有し、保健所等でのCOVID-19感染者対応経験を有する研究メンバーで分析を進めた。分析結果は、研究協力者2人とCOVID-19感染拡大初期に保健所保健師として感染者への対応を経験した保健師2人に、保健師の葛藤状況を適切に表現できているかについて確認を得た。

4. 倫理的配慮

筆頭著者が調査当時所属していた兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を受けて行った（承認番号2020F04）。協力申し出のあった保健師に、研究の目的・方法と参加協力の自由、同意撤回の方法などを口頭と書面で説明し、同意書への署名により同意を得た。協力にあたっては研究協力者の意向を最優先し、個人および個別の施設名などが特定されないことを約束した。

IV. 結 果

1. 研究協力者

A県内の県型保健所のうち5保健所9人の保健師より協力を得た。このうち4人は研究協力者側の希望でグループインタビューとなった。インタビュー時間は33～82分平均56.7分であった。年齢は20歳代1人ではが全員50歳以上であった。保健師経験年数は1人が5年未満、8人が20年以上であった。調査時点で対応したCOVID-19感染者数は、10人未満が3人、10～20人が2人、グループインタビューの4人はそれぞれが20人以上であった。なお、研究協力者の所属保健所管内の調査当時の1日あたり新規感染者数は、第2波の時期で、A県全体が62人/日、各研究協力者の保健所管内は3～6人/日であった。この時期は、新規感染者報告数がもっとも多い都道府県が472人/日、もっとも少ない県が0人/日であった。

2. 葛藤の核心となる現象【感染者らの苦悩を間接的直接的に知る】

図1は、保健師が葛藤を経験するプロセスの始まりから帰結を表している。カテゴリーの主語は感染者らに対応する保健所保健師である。

本研究の結果、【感染者らの苦悩を間接的直接的に知る】という現象が明らかになった。この現象は、COVID-19

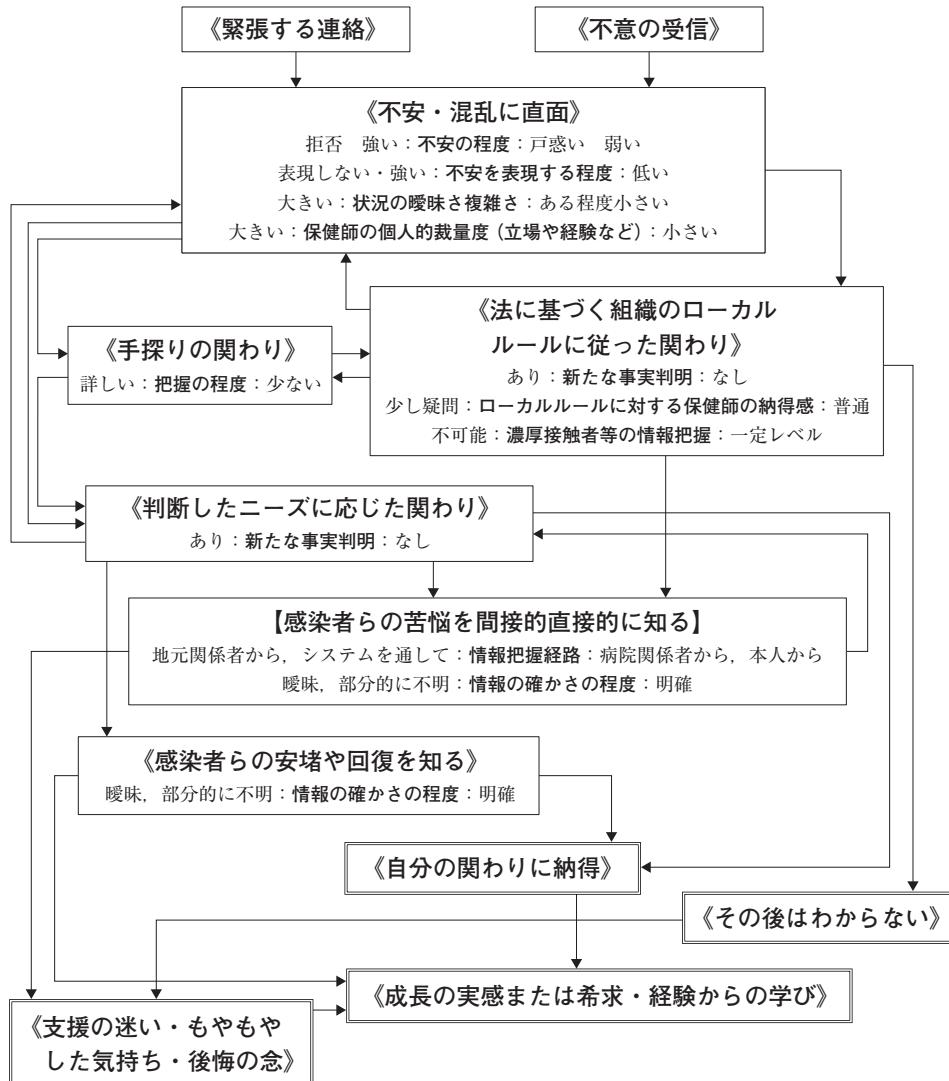
感染症流行拡大初期において感染者に対応する保健師に葛藤をもたらす中心となる現象を説明していた。以下、現象の中心となるカテゴリーを【 】、この現象を構成するそのほかのカテゴリーを《 》で表記し、現象を説明する。

1) 保健所保健師が感染者への対応で経験する葛藤のストーリーライン

保健師側からの感染者や濃厚接触者への聞き取りのための《緊張する連絡》、または感染疑い者や感染者などの保健所への訴え・相談の《不意の受信》により、感染者らの《不安・混乱に直面》することから始まり、感染者らとの相互の関わりを経て、《支援の迷い・もやもやした気持ち・後悔の念》または《成長の実感または希求・経験からの学び》に帰結していた。多くは《その後はわからない》に終結し、そこからも《支援の迷い・もやもやした気持ち・後悔の念》に移行していた。

保健師が感染者等の《不安・混乱に直面》に至る経緯には、検査結果陽性等の把握に基づく保健師側から感染者や濃厚接触者への《緊張する連絡》によるものと、感染者等から有症状の相談や対応への抗議の訴えなど《不意の受信》によるものとがあった。感染者らの不安が強く聞き取りを明確に拒否する場合は《手探りの関わり》へ、不安を表現せず聞き取りに応じる場合は《法に基づく組織のローカルルールに従った関わり》へ、不安が強く保健師個人の裁量度が大きい場合《判断したニーズに応じた関わり》へなど、感染者らの不安の強さ、不安を表現する程度等が次の展開に関連していた。経過において新たな感染者が判明するなどから再び《不安・混乱に直面》する展開もあった。

《法に基づく組織のローカルルールに従った関わり》のあとで関わりは終了し《その後はわからない》に終結するが、一部は医療機関から感染者が希死念慮を口にしていると知らされるなど【感染者らの苦悩を間接的直接的に知る】に至ることもあった。状況が変化し再び感染者の《不安・混乱に直面》し《手探りの関わり》のなかで感染者が根拠のないうわさで苦しんでいることを知り（【感染者らの苦悩を間接的直接的に知る】）、《判断したニーズに応じた関わり》がなされ、その結果《感染者らの安堵や回復を知る》に至ることもあった。保健師の関わりのなかで《感染者らの安堵や回復を知る》ことができた場合は《自分の関わりに納得》し《成長の実感または希求・経験からの学び》に至っていた。死亡した感染者の妻が閉じこもっているらしいとうわさなどで知った



【】および《》はカテゴリー名。四角内にはカテゴリー同士を関連づける矢印の方向に関わるプロパティ（太字）とディメンションを示した。プロパティは視点、ディメンションはその視点からみた位置づけである。カテゴリーの左右から出る矢印は、ディメンションによりカテゴリー同士を関連づける方向がデータで確認されたもの。【】は保健師の葛藤をもたらす中心的カテゴリー、太枠二重線で囲ったカテゴリーは帰結を示す。

図1 「感染者らの苦悩を間接的直接的に知ること」がもたらす葛藤のプロセス

場合（【感染者らの苦悩を間接的直接的に知る】）は、その後の関わりが必要と考えても組織の取り決めにはないため《支援の迷い・もやもやした気持ち・後悔の念》が生じていた。

2) 各カテゴリーの説明

以下、研究協力者の語りは原文のまま斜体で示し、ラベルを〈〉とし番号（No.）は保健師を表している。

（1）【感染者らの苦悩を間接的直接的に知る】

保健師は、感染判明直後から感染者とその濃厚接触者に対し、法に基づく感染拡大防止のための聞き取りを担い、医療・検査につなげる。そのような初期の関わりが終わったあとで、感染者やその家族らが地域・職場など

の生活で経験する苦悩を知るという状況があった。それは療養を支援するなかで感染者らから直接聞く場合もあったが、周囲から入るうわさという間接的な情報で感染者や家族のおかれた厳しい状況を知るに至っていた。

・〈感染者家族の自死と転居を間接的に知る：No.3〉

「その地元ですよね。その、本人（感染者）が住んでいる地元で、あの、えっと誹謗中傷の落書きを家にしたりとか、で、結局その家族は1人自殺されたんです。……中略……何か、私も細かくはあれなんですけどね、その本人が退院してしばらくして、そこの～（家族員）は亡くなって、でその、えっと、家族は引っ越ししたんです」

地域第1号感染事例で、地元関係者から間接的に、家

族が自死して家族全員引っ越したという情報が保健師に入っていた。感染者へは初期の聞き取りと入院調整、濃厚接触者となった家族への電話による健康観察も行っており、地域第1号であったため特別にていねいに行つたというが、この間に家族から、中傷などの被害について保健師に伝えられることはなかった。

ほかにも、入院中死亡した感染者の妻が、夫の感染死を近所に話すことができず寝込んでいる〈死別を経験した家族のつらさ：No.6〉、地域第1号感染者がその後学校を退学した〈退学したといううわさ：No.5〉など、保健師はその後の状況を、関係者などからのうわさとして間接的に知るに至っていた。一方、地域第1号感染者で保健師が退院後も電話や訪問による関わりを継続した結果、感染者本人から直接、いわれのないひどい中傷被害を受けていることを把握していた〈近隣からの排除：No.1〉。

(2) 《緊張する連絡》あるいは《不意の受信》から《不安・混乱に直面》

保健師の感染者らとの関わりは、検査の結果陽性となり感染者とされた者に対し、感染者の状況および濃厚接触者を聞き取るための《緊張する連絡》と、感染不安の相談や個人情報開示への抗議の訴えなど《不意の受信》のいずれかから開始していた。そしていずれも、感染者あるいは感染疑い者の強い《不安・混乱に直面》していた。

● 〈いじめを恐れて強い拒否：No.8〉

「その地域の小学生でいじめを苦に自殺した子どもさんがいて、近くにね。そういう子どもが自殺したという地域の近くの方だったので、もしそれ（検査を受けたことで感染者とされる）がきっかけでうちの子どもが自殺したらお前は責任をとるのかとまで言われて……」

母親が検査の結果感染が判明し、濃厚接触者である夫に本人と子どもへの検査受診を勧めた際、夫が断固として検査を拒否した状況が語られた。

(3) 《法に基づく組織のローカルルールに従った関わり》

保健師は、法に基づき感染拡大を防ぐ対応を担う立場にある。感染判明直後に聞き取るべき内容、把握した情報に基づきとるべき措置、感染者らに関わる方法や頻度なども含め法に基づきその組織ごとに決められたローカルルールがあり、そのルールに従って対応する過程で心苦しさを経験していた。

● 〈濃厚接触者とせざるを得ない：No.2〉

「同居されていたので、患者が自分の職場で出たという段階から接触していなかったんだと言われるんですけれども、やっぱり家のなかでマスクをしていたわけではないので、家族は濃厚接触者にせざるを得ない」

(4) 《手探りの関わり》

感染事実がもたらす状況に感染者が強く不安を感じ、事実を述べない場合や家族への検査を強く拒否する場合は、組織が決めたルールに従った対応ができない、試行錯誤の手探りで対応することとなっていた。

● 〈家族から言ってもらうしかない：No.2〉

「でも、（学校や職場に保健所から検査が必要と）説明できないんですよね。（守秘義務があるから）保健所はできないし、そこ（感染者の）のご主人さんから言ってもらうしかないじゃないですか」

● 〈状況不明ななかでの対応：No.5〉

「だれがどこまで情報を知ってるかわからない（父親が別居中の子どもと会っていることを、父親は母親である元妻に知らせておらず、父親が感染し、感染可能期間中に子どもと会っていたことがだれにどのような内容で伝えられているのか不明）なかで、話（濃厚接触者を特定し、検査を受けてもらうように説明する）をしないといけないので、すごくやっぱりむずかしかった」

(5) 《判断したニーズに応じた関わり》

保健所管内で初発の感染者の場合や、対応ケースが多くなく余裕がある場合は、個別の状況に応じた対応がなされていた。

● 〈退院後も訪問傾聴：No.1〉

「（管内初発感染者への退院後の電話で、感染させた妻への強い後悔の訴えを聞き）これはちょっとこう心配だなあと思って、数日後に訪問いたしましたね。（訪問して）同じような思いをずっとこう、聞いていました」

一方、感染者が必死に抵抗し、その説明から感染者がおかれた状況を深く理解した場合、ルールにのっとらず感染者の希望に応じることもあった。No.8は検査を断固として拒否する濃厚接触者に、毎日健康観察の電話をして決められた期間中発症しないことを見届けた。

● 〈親の必死さで考えを変える：No.8〉

「本当にその子がいじめにあうとか、学校に行けなくなるとか、濃厚接触者だということの検査の必要のためには、その子の一生を棒に振るようなことと（いま検査を受けてもらうこととの間で）私も天秤にかけて、もし私もその子の親だったとしたら私も同じことをいうな

思ったときに、もういいわと思ったんですよ」

（6）《感染者らの安堵や回復を知る》

感染者が退院したあとまで継続的に関わったことから、感染者が地域生活に戻ったあとの状況と気持ちを感染者らや保健師が共有し、保健師自身も安堵して喜ぶという経過があった。

●〈回復の実感を共有：No.1〉

「回復してきてるねみたいなことを、なんていうかなあ、私もこう感じていたし、（本人も）そういわれればそうですよねみたいな感じでの、回復を共にこう共感できた」

（7）《自分の関わりに納得》

感染者らの個別の状況に応じた対応ができたこと、またその結果として感染者らの安堵や回復を共有できたことで、保健師は自分の関わりに納得していた。

●〈失敗だが自分は納得：No.8〉

「保健師の仕事としてはだめかも、あの（検査を）受けさせるということについては失敗したけれども、私としては（検査拒否に応じたことに）すごく納得できた」

No.3は、保健所の取り決めでは訪問不要とした発熱者に保健師の判断で訪問し、感染でないことを確認し、不安の強い家族や民生委員に説明したことを適切な対応であったと振り返っていた〈いろんな人が関わるので対面重要：No.3〉。

（8）《支援の迷い・もやもやした気持ち・後悔の念》

感染者死亡後、高齢の妻が閉じこもっていることを間接的に知るなど、決められた関わりの終了後に気になる情報が入り、看護職としては支援が必要と考えても、組織の取り決めにはないため、支援するかどうか迷い、もやもやした気持ちに至っていた。

●〈感染者死後の家族へのグリーフケア実施の迷い：

No.8〉

「でもやっぱり保健師として、やっぱりそれ（家族のグリーフケア）は保健所の保健師がやるべきことだろうなというふうに考えて、それをまだ行動に移せてない、そのしんどさというか、してもいいのかとか、するべきかとか……」

また、間接的に感染者の家族が自死し、家族が転居したと知ることで、強い後悔の念を抱いていた。

●〈気になりつつ連絡しなかった後悔：No.3〉

「でも、職場の全体の雰囲気がやっぱりその、そこまでフォローアップしていくというのがどうなんかな（必要ないという職場の雰囲気）って思って、それでまあ、

何かそこが、うん、どうなんだろう、自分も、うん、だからずっと気になってるから、こう頭のなかで尾を引いてるというか、（あのとき）SOS出してねとかもっと強く（言っておけばよかった）……」

No.3は、別の感染者が入院中に希死念慮を訴えていると間接的に知るが、組織が対応を決めないことに対し、〈放置してはいけないと強い思い：No.3〉をもちつつも、感染者が増えると対応しきれないなど悶々とした気持ちを語った。

（9）《その後はわからない》

法では感染者が医療につながり、周囲への感染拡大がないことが確認できれば対応は終了し、その後の感染者との接点はないため、状況が不明なままであった。そのようななか、その後の地域や職場での生活の感染者の苦難を想像し、心を痛める状況もあった。

●〈職場復帰できたか心痛める：No.4〉

「本当に職場復帰がきちんとできているのかなというようなところは（言いよどむ）、あのう心痛むところ（言いにくそうに息を吐く）ですかね」

（10）《成長の実感または希求・経験からの学び》

さまざまなケースを幾例も経験したのちに、電話越しに〈相手のうちの情況が目に浮かぶようになる：No.8〉、〈対応でわかった地域の実態：No.6〉等自身の成長や学びを実感していると語られた。支援をするか否か迷い、できていないことを語った保健師も、〈1人ひとりの気持ちをていねいに聞くことが保健師の役割：No.8〉〈ていねいな関わりで柔軟になる：No.6〉など、経験による学びを語った。さらに〈濃厚接触者への配慮がとても大事：No.5〉などを実感したことで、〈だれもが濃厚接触者に同じ質の対応ができるよう：No.4〉に、対応をマニュアル化する必要を感じていることも語られた。後悔を含む一連の経験・思いの振り返りの希求〈くすぶる思いを振り返りたい：No.3〉、世の中に訴える強い意図（代弁者としての研究協力：No.2）が、研究協力の動機になった者もいた。

V. 考 察

1. パンデミック初期に感染者への対応で保健所保健師が経験していた葛藤の特質

保健所保健師は、感染者への対応の各場面で心苦しさ、迷い、苦悩を経験していた。その内容を、看護の倫理原則の一部、善行と無害、正義、自律尊重¹⁴⁾の観点から

考察する。

感染症の発生の予防とまん延の防止を図るため、保健所の職員に感染症発生の状況や原因の調査をさせることが法で規定されている¹⁵⁾。このように法で対応が決められているにもかかわらず、保健所保健師は対応に迷い悩む状況を経験していた。感染拡大を防ぐ(正義)ために感染者らの社会生活を制限すべき(善行・無害に反する可能性)、一方で感染者やその家族の価値観や信念を尊重するべき(自律尊重)など複数の看護の倫理原則の間で対立が生じる状況があった。対応の対象には同居家族など感染が疑われる者も含まれ、その背景には感染者や家族が所属する学校や職場の関係者が関わっていた。つまり、感染に関与する複数のさまざまな利害関係者に対応しており、それぞれの立場を考慮しなければならなかった。別居中の妻に秘密で会っていた父親(感染者)と子ども、それを知る祖母、事情を知らない妻(母親)、保健師はそれぞれの戸惑いや不安を把握しつつ感染拡大防止のための事実を聞き出さなければならない。すなわち善行や無害と自律を尊重すべき対象が同時に複数あり、それらの者の間の相反する考え方や価値観が存在し、それぞれに対応する保健師の内面にも価値・信念の対立が生じたといえる。

法では、感染者が治癒したあとの対応は規定していない。しかし看護職である保健師は治療が終わっても感染者の苦悩が継続しているなら支援したいと考える。このことから、組織のローカルルールに疑問をもったり、感染による死者の家族へのグリーフケアを行うべきか迷ったりする状況が生じていた。これはつまり、法を正義の規準とすることへの迷いといえる。

Jameton¹⁶⁾は、倫理的問題のタイプを、不確かな状態である「道徳的不確かさ」、2つ以上の倫理原則が適用されジレンマを感じる「倫理的ジレンマ」、倫理原則に基づき行為を選択したときに起こる「道徳的悩み」の3つのタイプがあると述べている。感染者への対応で保健師が迷い、悩んだ状況は、正義と自律など2つ以上の倫理原則の間、または複数の対象の異なる価値や選択を尊重する間で生じる「倫理的ジレンマ」であったといえる。また、適切公平な資源の配分を規定する法とこれを守る組織の対応に疑問を感じるなど、守るべき規準の「道徳的不確かさ」も経験していたといえる。

2. 保健所保健師にとって【感染者らの苦悩を間接的直接的に知る】ことの意味

保健所保健師の関わりの終了は、保健所により異なっていた。感染性がなくなったあとの関わりの規定がないため、新たな感染者等への対応に追われるなかで感染者が学校・職場などでの生活に戻ったあとは「わからない」という状況であった。そのようななか、ひどい風評被害にあったらしい、家族が自死したらしい、学校を辞めたらしいことを間接的に知るに至っていた。感染者らの苦悩を感染者や家族から直接聞いた場合には支援提供に至ったが、間接的な情報の場合は支援を迷い、ためらっていた。保健師が法にのっとることのみを自らの責務と信じていたならば、法に規定されていない感染者への支援を迷ったり、支援しなかったことへの後悔の念が生じたりすることはない。

倫理的的感受性とは倫理的な問題に気づく能力¹⁴⁾であり、倫理教育の目標のひとつは、倫理的的感受性を高めることとされている¹⁷⁾。保健所保健師が法のみに準拠し、退院後感染者が経験する苦悩を職務範囲外と割り切ってしまえば、看護職としての倫理的実践を自身に問う必要はない。保健師が感染者のその後の苦悩を知ることは、看護職としての倫理的的感受性が試される経験と考えられた。

3. 葛藤を乗り越え、倫理的実践力を高める方策

岡本ら¹⁸⁾が保健師が経験している倫理的課題を2018年(COVID-19パンデミック前)に調査した結果では、本人・家族間の意向の相違、当事者の介入拒否、規定外支援の必要などの平均遭遇件数が3年間で2~3件であり、経験していないとする回答がもっとも多かったとしている。本研究協力者は初めて感染者が発生したあとの約半年間でこれらの倫理的課題の多くを経験しており、パンデミック禍の保健所保健師は通常と異なる質と量の倫理的課題を経験する事態におかれることが明らかになった。

研究に協力した保健師は葛藤をどのように乗り越えたかの一部も明らかになった。法や組織の取り決めに縛られず感染者のニーズに対応し、その結果を感染者と共有することで、自身の関わりを肯定し、学びの獲得につながっていた(No.8)。だれもが同じ質の対応ができるよう対応マニュアルを作成する必要があるとの語り(No.4)からは、保健師が経験から学んだことをマニュアル化し、組織内で共有されれば、組織のローカルルールの見直しに還元されると考えられた。インタビューで

経験を振り返ること、社会に感染者の思いを代弁することを意図し、研究に協力した者もあった（No.2, No.3）。このことから、葛藤を乗り越える方策として、次の2点が示唆される。①自分が納得する支援を提供し、その結果まで把握する経験をすること、②葛藤を他者と共有し、経験の意味を見いだすことである。米澤ら¹⁹⁾は臨床看護師の倫理観と疲労との関係を調べ、倫理的感受性が強いほど葛藤が増加し、蓄積的疲労が強くなることを示唆した。保健師が経験する葛藤は、社会防衛を目的とした法的対応の担い手と、感染者を擁護する看護職の2つの立場の間で生じており、容易に解消できるものではない。パンデミック禍において倫理的感受性を低くすることは燃え尽きないための自己防衛ともいえる。しかし研究に協力した保健師は、葛藤する気持ちを抑え込み、感じないようにするのではなく、できる範囲で感染者のニーズに応じた対応を行い、その結果を自己評価することを通して自信を得ていたと考えられる。そしてそのような経験を他者と語り合うこと、特にそれが職場内でなされることは、組織の倫理的風土を醸成すると考えられる。

平間ら²⁰⁾は、倫理的判断力を有する看護師は、心に刻まれる臨床経験と向き合い、内省し患者や周囲からの承認を心の支えとして、倫理的知識をチームで共有し、患者中心の看護を実践しているとした。病棟や訪問看護の現場では看護管理者等による倫理調整役割の実践^{21, 22)}が報告されている。保健師においても、平常時から倫理的実践力を高める教育、パンデミック等の非常時には保健師個人が抱く倫理的問題を調整・支援する仕組みの導入が必要と考えられる。

4. 本研究の限界と課題

本研究は、COVID-19感染拡大初期において、比較的感染者数の少ない地域の保健所に所属し、本研究への協力が得られた保健師による語りから得られた範囲の結果であり、この時期の保健所保健師が経験した葛藤のすべてを反映したものではない。また、今回は感染者への対応に焦点をあてたが、保健師は同時に学校や職場など感染者が属するコミュニティの関係者や組織内外の関係者との間でも苦悩を経験していたが、今回はそれらの結果は含んでいない。感染が爆発的に拡大した地域での経験や感染者の周囲の関係者への対応における経験などからの知見が追加される必要がある。

VII. 結 語

パンデミック初期の保健所での感染者への対応において保健師は、正義と自律尊重など2つ以上の倫理原則の間、複数の対象の異なる価値や選択を尊重する間で葛藤を経験し、さらに守るべき規準の「道徳的不確かさ」を経験していた。保健師が感染者の苦悩を間接的直接的に知ることは、看護職としての倫理的感受性が試される経験であった。平常時より倫理的実践力を高める教育、パンデミック等の非常時には保健師個人が抱く倫理的問題を調整・支援する仕組みの導入が必要と考えられた。

【謝辞】

本研究のインタビューにご協力いただき、貴重な経験をお話しくださった保健所保健師の皆様に心よりお礼を申し上げます。本調査の実施に協力いただいた稻垣真梨奈氏、立垣祐子氏、石井久仁子氏に心より感謝いたします。本研究は、兵庫県立大学令和2年度新型コロナウイルス関連研究助成を受けて実施した。

【利益相反 (COI) 開示】

本研究に関する利益相反はない。

【文献】

- 1) 厚生労働省：データからわかる：新型コロナウイルス感染症情報. <https://covid19.mhlw.go.jp/> (2024年10月3日).
- 2) 厚生労働省：死亡診断書（死体検案書）の情報を用いたCOVID-19関連死亡数の分析（令和5年8月分）. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001160068.pdf> (2024年10月3日).
- 3) Schaller M, Park JH: The Behavioral Immune System (and Why It Matters). *Current Directions in Psychological Science*, 20 (2) : 99–103, 2011.
- 4) 山縣芽生・寺口 司・三浦麻子：COVID-19禍の日本社会と心理；2020年3月下旬実施調査に基づく検討. 心理学研究, 92 (5) : 452–462, 2021.
- 5) 村松妙子・片山はるみ：新型コロナウイルス感染症の流行に伴って医療従事者が経験した職務上の倫理的問題. 日本看護科学会誌, 42 : 55–62, 2022.
- 6) 宮崎 星・大宮朋子：COVID-19パンデミック禍の各フェーズにおいて保健所保健師たちが経験した苦悩と奮闘；全国質問紙調査の記述分析から. 保健師ジャーナル, 80 (3) : 222–228, 2024.
- 7) 鶴田華恋・鳩野洋子：COVID-19対応の中で保健所保健師が直面した困難；「COVID-19感染拡大下における保健所保健師のメンタルヘルスに関する調査」自由記載の内容の分析. 日本職業・災害医学会会誌, 71 (6) : 212–223,

- 2023.
- 8) 門脇睦美・和智由里子・安岡圭子他：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に立ち向かう保健所保健師の活動報告 その1. 都市部の保健師活動世田谷区におけるCOVID-19対応について（2020年1月～9月）. 日本公衆衛生看護学会誌, 9 (3) : 186-191, 2020.
- 9) 佐藤さえ子：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に立ち向かう保健所保健師の活動報告 その2. 都市部近郊での保健師活動；宮城県塩釜保健所（黒川支所）の新型コロナ対応状況下の様子. 日本公衆衛生看護学会誌, 9 (3) : 192-196, 2020.
- 10) 鳩野洋子・嶋津多恵子・丹野久美他：公衆衛生看護の日常活動・実践研究における倫理に関する実態調査の結果報告. 日本公衆衛生看護学会誌, 5 (3) : 266-272, 2016.
- 11) 勝原裕美子：看護部長の「倫理的ジレンマ」をもたらす道德的要求. 日本看護科学会誌, 23 (3) : 1-10, 2003.
- 12) 平林直次・金子雅彦：医療現場における医療従事者のストレス；HIV感染症の医療現場から. ストレス科学, 14 (1) : 28-33, 1999.
- 13) 戸木クレイグヒル滋子：グラウンデッド・セオリー・アプローチ改訂版；理論を生みだすまで. 2-5, 113-138. 新曜社, 東京, 2016.
- 14) サラ・T. フライ・メガン-ジェーン・ジョン斯顿（著）, 片田範子・山本あい子（訳）：看護実践の倫理；倫理的意思決定のためのガイド（第3版）. 28-33, 267-273, 日本看護協会出版会, 東京, 1994/2010.
- 15) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 (1998). <https://laws.e-gov.go.jp/law/410AC0000000114/> (2024年10月3日).
- 16) Jameton A: Dilemmas of Moral Distress; Moral Responsibility and Nursing Practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4 (4) : 542-551, 1993.
- 17) 角 智美・森 千鶴：臨床看護師の倫理的感受性尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本看護倫理学会誌, 10 (1) : 36-44, 2018.
- 18) 岡本玲子・羅 琢・藤山正子他：公衆衛生看護における倫理的課題；保健師が遭遇する実態と主観的困難度. 日本公衆衛生看護学会誌, 9 (3) : 136-145, 2020.
- 19) 米澤弘恵・佐藤啓造・石津みゑ子他：臨床看護師の倫理観と疲労との関係；道徳的発達段階・倫理的感受性と蓄積的疲労との比較. 昭和学士会雑誌, 73 (3) : 203-215, 2013.
- 20) 平間あけみ・一條明美・升田由美子：看護師の倫理的問題の経験が倫理的判断に及ぼす影響. 日本看護研究学会雑誌, 44 (1) : 51-60, 2021.
- 21) 川村三希子・齋 若奈・古都昌子他：倫理的感受性のアセスメントの視点と倫理的感受性を育むアプローチ；がん看護専門看護師の倫理調整場面から. 札幌市立大学研究論文集, 14 (1) : 3-12, 2020.
- 22) 實 金栄・井上かおり・山口三重子：訪問看護ステーション看護管理者の臨床倫理ケースカンファレンスでの倫理調整役割に伴うストレスへの関連要因の検討. 日本在宅医療連合学会誌, 2 (2) : 1-8, 2021.

■ Original Article ■

Conflicts Faced by Public Health Nurses in Responding to COVID-19 Infected or Suspected Individuals in Early Stages of Pandemic

Yuko Ushio¹⁾, Kaori Matsuo²⁾, Sayaka Fujita³⁾, Mariko Mizukawa⁴⁾, Junko Miyamoto⁵⁾

1) Yamaguchi University Graduate School of Medicine

2) Tokyo Healthcare University in Wakayama

3) University of Hyogo, Research Institute of Nursing Care for People and Community

4) Kobe City College of Nursing, Ichikan Nursing Development center for Diversity

5) Hiroshima International University, Faculty of Nursing

Objective: To elucidate the conflicts experienced by public health nurses (PHNs) at public health centers in response to COVID-19 during the early stages of the pandemic.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with nine PHNs from five public health centers. The participants shared specific experiences, such as “empathizing with the suffering of COVID-19 infected or suspected individuals.” The analysis was based on a grounded theory approach. The survey was conducted between October and November, 2020.

Results: The core phenomenon causing conflicts for PHNs during the early stages of the pandemic was “becoming aware of the suffering of COVID-19 patients indirectly or directly.” PHNs’ conflicts arose at various points during the process of “facing the anxiety and confusion” of infected or suspected individuals, leading to outcomes such as “hesitation to provide support, unresolved feelings, and regret” or “a sense of growth and learning from the experience.”

Conclusion: For PHNs, “becoming aware of the suffering of COVID-19 patients indirectly or directly.” tested their ethical sensitivity as nursing professionals. To better equip PHNs in managing ethical dilemmas during pandemics, ethical education and training should be provided during non-crisis periods, along with the development of systems to support PHNs in navigating ethical challenges.

Key words : COVID-19 pandemic, public health nurses, conflicts, response to infected individuals, nursing ethics

■研究報告■

積極的な育児をしている父親の生活と育児の調整のあり様

遠山大成, 三輪真知子

抄 錄

目的：積極的な育児をしている父親が、育児を行うにあたりどのように思い考え、折り合いをつけ、自身の生活と育児の調整をしているのかを明らかにする。

方法：A県内の父親を対象とした民間主催の育児支援教室に参加している父親を積極的な育児をしている父親とし、そのなかで3歳以下の乳幼児をもつ共働きの父親7人を研究対象とした。半構造化面接法でデータ収集し、質的統合法（KJ法）で分析した。

結果：父親は、生活と育児の調整にあたり、【育児の醍醐味：誕生への感謝と幸福感から成長する実感と大変さを凌駕する楽しさ】を感じ、それを中心として【自分を見つめての対応：家事育児の不安から妻との協力による家族優先の生活へ】【妻を見つめての対応：気持ちと価値観の尊重による協働育児へ】【子どもを見つめての対応：子どもの幸せを導く家庭環境の実現へ】の3つが相まって対応していた。そのような育児状況ゆえに、【求められる職場環境：父親の育児支援の仕組みの強化】と【求められる社会環境：地域で父親の育児を支える環境づくり】の2つの対応の必要性を感じていた。

考察：父親は育児の醍醐味を感じることで、自分のみではなく、家族を優先して、家族としての将来を考え、妻との協働意識をもち、子どもの将来のための家庭環境の構築や、職場や地域における育児環境の整備の意識が高まっていたと考えられた。

【キーワード】父親、育児、積極的、生活、調整、質的統合法（KJ法）

日本地域看護学会誌、28 (3) : 31-40, 2025

I. 緒 言

国は2010年に父親の育児参加を促進する「イクメンプロジェクト」¹⁾を開始し、次に健やか親子21（第2次）²⁾において「積極的に育児に参加している父親の割合」を評価指標として掲げた。2020年には少子化社会対策大綱³⁾で「男性の家事・育児参画の促進」を打ち出し、2022年には育児・介護休業法を改正、出生直後の休業制度である「産後パパ育休」の新設など、父親の育児休

業取得に関する新たな制度を導入した。このように、国は父親の育児参加を支援するための法的な枠組みを整えている。しかし、「令和3年社会生活基本調査」⁴⁾によると、2021年の夫の家事・育児時間は1時間54分、そのうち育児時間は1時間5分である。夫の育児時間は2001年の25分から2.6倍に増加したが、妻の7時間28分（うち育児時間3時間54分）と比べると、依然として短い状況にある。また、乳幼児の保護者のライフキャリアと子育てに関する調査⁵⁾では、母親・父親ともに約8割が「子育て・家事は夫と妻が同等に行うべき」と考えている一方で、半数以上が「実際にはむづかしい」と感じている。これにより、父親の育児参加への意識は高まり、ある程

度の行動の変化はあるものの、実際の行動に至ることが困難な現状にあることが明らかとなった。

先行研究では、父親の役割を「家族を守る覚悟の下、妻の負担軽減のためサポートをし、育児の実践や育児方針の検討を行い、子どものいる生活へ移行しながら経済力を担う」⁶⁾と定義し、父親が積極的に育児に関与することが子どもの社会性の発達⁷⁾や、母親の幸福感により影響を与える⁸⁾と示唆されている。しかし、父親が育児を実践するには、子どもの人数⁹⁾、親の仕事の量や通勤時間¹⁰⁾、母親の勤務形態等¹¹⁾など家庭環境や仕事などの外的要因が大きく影響し、父親自身のライフスタイルを調整する必要がある¹²⁾ことも指摘されている。宗像¹³⁾は「行動は主として認知的な態度に基づくものと、主として感情的な態度に基づくものとがある」と述べている。このことから、生活と育児の調整をする、つまり、父親が仕事や地域等の家庭外や、家庭内での暮らしのなかで、生活と育児をほどよく折り合いをつけて両立していくために、認知的態度として、どのように考えているか、そして、感情的な態度として、どのように思っているのかを明らかにすることが重要であると考えた。しかし、このことに焦点をあてた先行研究は見当たらなかった。

そこで本研究では、積極的な育児をしている父親が、育児を行うにあたりどのように思い考え、折り合いをつけ、自身の生活と育児の調整をしているのか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

半構造化面接法による質的帰納的研究とした。

2. 用語の操作的定義

積極的な育児：育児支援教室等の社会資源に参加し、育児に前向きな意識や行動があり、子どもに愛情をもち、子どもと関わり世話をし、母親とともに使う子どもの成長発達への営み。

生活：仕事や地域等の家庭外および、育児を除く家事等の家庭内の暮らしの営み。

生活と育児の調整：生活と育児をほどよく折り合いをつけて両立していく様子。

3. 研究参加者

筆者が研究前に参加した2か所の父親支援教室では、

主に父親同士の交流を通して、情報交換を行うなどの支援を行っていた。また、参加者との交流をした際に「子どもが生まれてからは子どもがいちばんの優先順位になった」「(子どもを)お風呂に入れたり、おむつを替えたりする、かわいいと思う」「妻には自分が休みの日には休んでほしい、(育児は)分担していきたい」「子どもの変化する(成長発達の)様子をみるのが楽しい」などの発言があった。このことから、2か所の父親支援教室参加者は「育児に前向きな意識や行動があり、子どもに愛情をもち、子どもと関わり世話をし、母親とともに使う子どもの成長発達への営み」をしているのではないかと考えた。そこで、末子が3歳以下の障害等がない乳幼児をもつ、A県内の民間が主催する父親支援教室2か所のどちらかに参加し、研究参加の同意が得られた父親7人を研究参加者とした。対象選定の理由は、障害児を育児する父親は、通院や療育など、健常児を育児する父親よりも多くの生活と育児の調整が必要と考えられるため、本研究では除外した。また、末子が3歳以下としたのは育児休業の取得や、子どもの就園など、生活と育児の調整が発生しやすい時期と考えたためである。

4. データ収集方法

データ収集期間は2023年4～8月である。育児している父親の背景を理解するために、研究参加者の年代、職業、子どもの月齢等をたずねた。インタビューガイドを用いた半構造化面接調査を行った。インタビュー内容は①教室に参加した理由、②育児に関心をもったきっかけ、③家庭内での育児の関わり方、④育児で困っている点や、工夫している点、⑤育児に対して思うこととした。対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

5. データ分析方法

データ分析は積極的に育児を行う父親が生活と育児の調整について、なにをどのように思い考えているかなどの内的側面を明らかにするのに適切であると考え、質的統合法(KJ法)¹⁴⁾を用いた。

1) 逐語録のラベル化

インタビュー内容を逐語録に起こした。逐語録は、積極的な育児を行うにあたり思い考えていることや、生活と育児の調整をしていると思われる文脈に着目し、訴える内容が1つになるように意味ごとに区切った。また、なるべく語られた内容のまま60～120字程度の一文にして、1枚のラベルとした。

表1 研究参加者の概要

研究参加者	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏	G氏
年代	20歳代	30歳代	30歳代	30歳代	20歳代	30歳代	30歳代
職業	公務員	会社員	会社員	公務員	会社員	会社員	会社員
雇用形態	正規雇用	正規雇用	正規雇用	正規雇用	正規雇用	正規雇用	正規雇用
育児休業取得の有無	有(1年間)	無	無	有(2か月)	有(2週間)	有(3か月)	有(4週間)
パートナーの年代	20歳代	30歳代	20歳代	30歳代	30歳代	30歳代	20歳代
パートナーの職業	公務員	事務	事務	会社員	会社員	会社員	会社員
パートナーの雇用形態	正規雇用	非正規雇用	正規雇用	正規雇用	正規雇用	正規雇用	正規雇用
パートナーの育児休業取得の有無	有(1年間)	有(1年間)	有(1年間)	有(1年2か月)	有(1年間)	有(1年間)	有(1年間)
子どもの人数	1人	2人	1人	1人	1人	1人	1人
子どもの月齢	7か月	3歳10か月/ 10か月	10か月	1歳3か月	4か月	3か月	3か月
子どもの性別	女児	女児/男児	女児	男児	女児	女児	男児
面接時間	44分	43分	40分	67分	41分	46分	62分
ラベル数	49	41	51	69	43	45	87

2) 個別分析

対象者ごとに各ラベルの語りの内容を読み取る。その語りがもつ意味が似ている2~4枚のラベルを集め一文をつづり、新たなラベルとするグループ編成を2段階目まで行った。

3) 統合分析

2段階目までのすべてのラベルを合わせ、①育児を行うにあたり思い考えていることや、生活と育児の折り合いをつけ、両立するための行動などを表している内容であるものを残す。②ラベルが多様になるように、ラベルの内容が異なるものを残す。この2つの判断基準で絞り込みを行う多段階ピックアップ法により、ラベルを精選した。精選したラベルを元ラベルとし、個別分析と同様の手順で抽象度を上げながらグループ編成し、ラベルが6枚程度になるまで繰り返しながら分析した。

4) 全体像の作成

最終ラベル6枚を空間配置したあと、6つの最終ラベルおののの性質を抽出したシンボルマークを【事柄：エッセンス】の二重構造で作成し、シンボルマーク間の関係を示す「関係記号」と「添え言葉」¹⁵⁾を用いて、相互の関係性を検討し、全体像を作成した。

5) 信頼性妥当性の確保

分析の信頼性および妥当性の確保のために、分析は研究者が看護質的統合法(KJ法)初心者研修会を受講して実施した。分析過程は看護質的統合法(KJ法)の経験豊富な指導教員による助言・指導とともに、『質的統合法

入門：考え方と手順』¹⁴⁾の著者にスーパーバイズを受けた。

メンバーチェッキングとして作成した全体像(後掲図1)が研究参加者の思いを反映した構造か否かについて、研究参加者に確認をする。

6. 倫理的配慮

本研究は、聖隸クリストファー大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号22045)。研究参加者に研究の概要や個人情報の取り扱い、取得したデータは本研究以外では用いず、個人が特定できないように匿名化し、研究内容は学会などで発表、また学術論文として投稿することを文書と口頭で説明し、同意書への署名をもって同意とした。インタビューはプライバシーが確保できる個室で行った。逐語録等研究にかかるデータのうち、個人の特定につながる情報はすべて記号化した。

III. 研究結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の概要は表1のとおりであった。

研究参加者は7人であった。7人についてはインタビューの内容から、育児に前向きな意識や行動があり、子どもに愛情をもち、母親とともに子どもと関わり、子どもの世話をするなど、積極的な育児を行っていることを確認した。年代は20歳代が2人、30歳代が5人、雇

用形態は7人全員が正規雇用で、5人が会社員、2人が公務員、育児休業は2人が取得なし、5人が取得しており、期間は2週間～1年間であった。パートナーの年代は20歳代が3人で、30歳代が4人、子どもの人数は1人が6人、2人が1人であった。

2. 積極的な育児をしている父親の生活と育児の調整のあり様

7人の個別分析のラベルは385枚、2段階のラベルは170枚であった。170枚のラベルを多段階ピックアップ法により、105枚に精選した。精選したラベルを元ラベルとして統合分析を行い、7段階のグループ編成を経て6つの最終ラベルに統合された。

以下、6つのシンボルマークとそれを構成する最終ラベル、元ラベルについて叙述する。

6つの最終ラベルにつけたシンボルマークは【事柄：エッセンス】で示し、《 》は最終ラベルを示す。「」は元ラベルあるいは研究参加者の発言を抜粋したものである。前後の文脈のわかりにくいところは()のなかに言葉を補った。

1) 【育児の醍醐味：誕生への感謝と幸福感から成長する実感と大変さを凌駕する楽しさ】

この最終ラベルは、《子どもの誕生には、妻に対しての感謝と幸福感とともに父親としての覚悟を感じ、子どもの成長は大変さもあるが子どもに合わせて関わることで成長を実感し、将来を想像するなど、子どもが生まれて子どもと過ごす生活は、大変さよりも楽しい》であった。元ラベルは「血（血液）や妻が苦しむ姿をみるのが苦手で出産の立ち合いはしたくなかったが、妻から誘われ、立ち合い出産をした際には妻への感謝と幸福感、子どもを抱いたときには父親になった実感と覚悟をする体験となった」「子どもの将来のスポーツの習いごとについて、自分は水泳、妻はダンスと平行線だが自分の娘がいちばんかわいいというのもあり、子どもといっしょにそのスポーツをするなど成長する姿を想像する」「子どもの言語の発達や、運動機能の成長がみられることや、情緒的な発達が進み自分の意思が出てきて親としては大変だが、成長を実感し、日々変化していく姿をみることが楽しい」などがあった。

2) 【自分を見つめての対応：家事育児の不安から妻との協力による家族優先の生活へ】

この最終ラベルは、《もともと子ども好きというなかでも、家事育児ができるかの不安はあったが、妻と育児

をする生活のなかで、妻との協力関係ができ、社会環境への関心が深まり、自分のことのみではなく、子どもと家族を優先して、家族としての将来を考えるようになった》であった。元ラベルは、「子どもや家庭で過ごす時間は大切であり、残業をする日、しない日など仕事にメリハリつけて帰るようにして、子どもが寝ている早朝や昼寝の時間に自分の趣味の時間をとるようにしている」「自分と子どものみになったときに自分は妻と同じように家事、育児などができるのか不安であり、育児休暇取得後はがんばらなくてはと思う」「育休中には子どもが夜泣きの際には、妻が母乳をあげるのをトライしている間に自分がミルクをつくるなど2人で対応をして、1か月間の育児休暇の取得をしていてよかった」「(生まれてからの自身の変化) 番組のニュースで子どもの事件事故とかって見方がまったく変わります。虐待の事件とかしないとい。ニュースとかを何かショックです。敏感になる」「育休はとらずに定時に帰るようにと考えているが、仕事が忙しく時期によっては早朝から夜の8時9時の仕事で、子どもが寝たあとに帰ることはあるが、定時に帰れるときは帰るなど子どもと関わることができるよう仕事と生活のリズムをつけている」などがあった。

3) 【妻を見つめての対応：気持ちと価値観の尊重による協働育児へ】

この最終ラベルは、《妻への不満があっても妻への感謝の気持ちをもち、価値観を尊重し、子どもと妻の状況を察しながら、自分の仕事の状況を伝えて、必要なタイミングで時間を確保してコミュニケーションをとり、家事育児の分担調整をして、妻といっしょに子どもがいる生活を営んでいる》であった。元ラベルは、「自分は食事をつくり、洗濯を干してがんばっているが、妻にもっとがんばってほしいという気持ちもある。(一方で)妻が自分に感謝をしているとも思う。見返りを求めているわけではなく、妻への感謝の気持ちもある」「育休期間中や現在の育児も夫婦のお互いの意識や大変さは違うため、お互い思うことは伝えるようにしている」「家事育児の分担は厳密には決めていないが、洗濯掃除、食事は自分が主に行い、授乳や子どもをあやしたり、子どもの世話は妻が7、自分が3くらいの割合で行い、合計では負担が半々になるように努力をしている」などがあった。

4) 【子どもを見つめての対応：子どもの幸せを導く家庭環境の実現へ】

この最終ラベルは、《愛情をもって育ててくれた親の

ように、子ども自身のことを尊重しながらも、子どもがよりよく育ち、将来幸せになるように導き、安心して生活ができるよう経済的、教育的、情緒的に安定した家庭環境をつくりていきたい》であった。元ラベルは、「自分の家族がしてくれたように、親は子どもが成長発達できるよう、子どもの考えを尊重しながら良好な関係を構築することが大事だと思い、そのように子どもが育つ環境をつくりたいと思っている」「独身のときにはどこに転勤になんでも構わないと思っていたが、子どもの就園や進学を考えると転勤の可能性があるいまの仕事をどうしようかなと思う」「子どもが生まれたことにより、将来的な資産形成や住居や仕事の転勤など今後の生活設計を考える機会となり、子どもが大人になるころは日本の状況が不透明ではあるが、英語は必須なので教材は高いが子どもに英語を習わせ、海外での経験をさせたいと思っている」などがあった。

5) 【求められる職場環境：父親の育児支援の仕組みの強化】

この最終ラベルは、《性差で役割を分けて男性が仕事だけをする価値観は世の中の流れとしても古く、職場でも父親が育児について共有することや、育児休業の取得が普通になるなど、父親の育児を支援していく仕組みを強化していく必要があると思う》であった。元ラベルは、「『仕事は男、家庭は女』という価値観は古いと思うし、自分のまわりの人もそのように思っている人はいない、育児は適性があるかもだが、奥さんが100%やるべきものではない」「5年前は職場は育児休暇をとりづらかったが、現在は、他の部署でも育児休暇を取得している人がちらほらおり、変わってきてている状況下で自分は休暇が取得できてよかったです、後輩にも育児休暇は取得してほしいと思っている」「職場の仕事は忙しく、自分の役職の代わりもいなため、残業も多く、休みや育児休業を取得するのはむずかしく、職場に対しての不満がある」などがあった。

6) 【求められる社会環境：地域で父親の育児を支える環境づくり】

この最終ラベルは、《育児をするうえで、親族に頼ることができないこともあります、子どもを連れていきやすい場や父親が安心して情報共有ができるコミュニティや近隣住民の力を借りるなど、住んでいる地域で育児を支えるような環境があるとよいと思う》であった。元ラベルは「両親が他県で特に助けが身内からあるわけではないので、ここで完結させるしかないんですよ」「世の中に

子どもを育てたい父親世代と母親世代とかじゃなくて、うん、何か子どもをちょっとだけみるとかしたい人がいっぱいいるはず、その地域のおじさんとかマンションの隣の人とか、地域で子どもをみれる環境だといいなと思うんですけど」「(支援センターなど)そういうことだいたい平日の昼間やってる、お母さんと子どものなかで僕だけひとり、そこはそれでおもしろいはおもしろいんですけどやっぱりね、なんていうかちょっと浮いてる状況だったりするんで、そういう人たちばかりいるなか、(父親の交流会は)やっとアウェイじゃなくてホームになったな」などがあった。

3. 積極的な育児をしている父親の生活と育児の調整のあり様の全体像

積極的な育児を行う父親の生活と育児の調整のあり様の全体像を図1に示し、6つのシンボルマークおよび最終ラベルの相互の関係について以下に述べる。

全体像については、メンバーチェッキングとして対面およびメールで研究参加者の思いを反映した構造か否かについてうかがった。その結果、4人の研究参加者より、ほぼ参加者の思いを反映した構造であることを確認した。

父親は、【育児の醍醐味：誕生への感謝と幸福感から成長する実感と大変さを凌駕する楽しさ】を感じていた。この【育児の醍醐味】は、【自分を見つめての対応：家事育児の不安から妻との協力による家族優先の生活へ】【妻を見つめての対応：気持ちと価値観の尊重による協働育児へ】【子どもを見つめての対応：子どもの幸せを導く家庭環境の実現へ】の3つに相互に影響し合っていた。また、この【自分を見つめての対応】では、自分のことのみではなく、子どもと家族を優先して将来を考えるようになり、同時並行して【妻を見つめての対応】では、自分の仕事がある場合は子どもと妻の状況を察しながら妻との育児や家事の分担調整をしており、これらは、自分と妻の両者を見つめ、相まって生活と育児の折り合いをつけていた。

【子どもを見つめての対応】では、子どもが安心して生活ができるよう安心して生活ができるよう安定した家庭環境づくりを目指しており、【子どもを見つめての対応】【自分を見つめての対応】【妻を見つめての対応】の3つは、子どもを幸せに導く育児環境づくりに向けて相まって、生活と育児の調整をしていた。

父親は生活と育児の調整をする状況ゆえに、2つの側

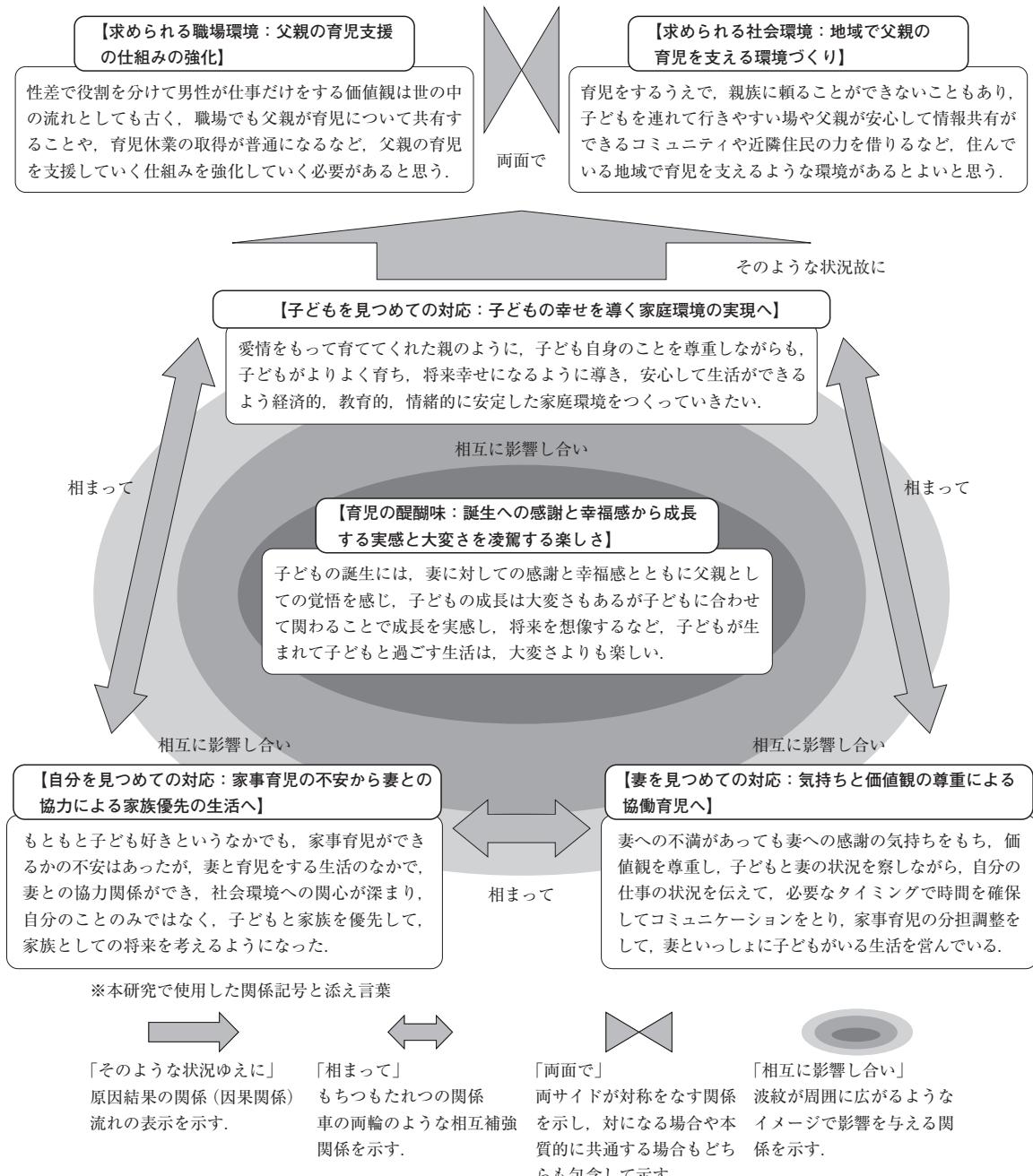


図1 積極的な育児を行う父親の生活と育児の調整のあり様についての全体像

面の環境改善の必要性を感じていた。1つは、【求められる職場環境：父親の育児支援の仕組みの強化】、もう1つは、【求められる社会環境：地域で父親の育児を支える環境づくり】であった。

積極的な育児をしている父親の生活と育児の調整のあり様の全体像は、父親は子どもが誕生したときの感動や、育児をしながら成長発達する子どもの姿に感動するなかで、育児の醍醐味を感じていた。このように育児の醍醐味を感じたことから、自分自身を内省し、妻との関係や

子どもの関係へ意識が向き、家族になる意識を強めていくなかで生活と育児の調整をしていた。生活と育児の調整は家族のみでは限界があり、職場環境や、近隣住民などの地域で育児を支えるといった地域環境の整備を求めていた。

IV. 考 察

本研究結果から、父親は育児の醍醐味を感じていた。

また育児の醍醐味を感じることで、自分を見つめた対応、妻を見つめた対応、子どもを見つめた対応をし、子どもの成長発達を保障する家庭環境づくりをして、生活と育児の調整をしていた。そして、このような状況のなか、家族のみでの生活と育児の調整に限界を感じ、職場や社会の環境整備が必要であるとの思いをもっていた。そこで、研究結果で明らかになった、①父親が感じる育児の醍醐味、②子どものよりよい成長発達を保障する父親として考える家庭環境づくり、③父親が求める職場や地域での育児環境の整備の3点から考察する。

1. 父親が感じる育児の醍醐味

父親の子育ての思いの変化に関する中村の研究¹⁶⁾では、「父親は子どもの誕生前後に子育ての知識を得たり、夫婦で協力して子育てを進めたりする過程で、育児に対する思いが肯定的に変化する」と述べている。本研究でも、父親は育児の楽しさや新たな発見を通じて「育児は大変さよりも楽しい」という【育児の醍醐味】を感じ、妻とともに育児を進めるなかで協力関係を築き、自分のことのみではなく、家族（家庭）を優先する意識に至ったと考えられた。河本らの研究¹⁷⁾では、「出産立ち合いの経験及び自ら育児を行うようになると、妻と協力していかなければならぬという意識の変化が父親になるプロセスのなかで重要である」と述べている。また、Martin¹⁸⁾は「『エンゲロスマント』という概念で、子どもとの接触経験により、母親と同様に父親も父子相互作用によって、父性を確立し、わが子へのめり込むような、没入感情をもつようになる」と述べている。本研究の父親もこのような、子どもの成長を実感することで育児が楽しいと、わが子へのめり込むような没入感情をもっていたと考えられる。そして、子どもの発育に伴い、子どもの意思が出てきて親の思うように言うことを聞かないなどの大変さを感じていた。しかし、子どもに合わせて関わることで成長を実感し、将来を想像するなど、子どもが生まれて子どもと過ごす生活は、大変さよりも楽しいという【育児の醍醐味】を感じ、生活と育児の調整を行っていると考えられる。さらに、幼児をもつ父親の養育に影響する要因に関する前原らの調査¹⁹⁾では、「『親であることが好きである』『親になったことで人間的に成長ができた』など父親であることを肯定的に受容する『肯定的親役割受容』が父親の養育意識である『子どもへ関わる意識』『家族へ関わる意識』『社会性を促す意識』に影響していたこと」を明らかにしている。本研究の父

親も育児を行うなかで【育児の醍醐味】を感じ、育児が楽しいと父親であることを肯定的に受容したと考えられた。【育児の醍醐味】を感じることで、【自分を見つめた対応】では、自分を振り返り家族へ関わる意識をもち、【妻を見つめた対応】では、妻とともに育児をする意識を強めていた。また【子どもを見つめた対応】では、子どもに安定した幸せな家庭環境をつくっていきたいという意識をもっていた。父親は【育児の醍醐味】を感じることで自分を内省し、妻との関係を見直し、子どもの父親としての責任を感じ、家族となる意識を強めていくなかで、生活と育児を調整していたと考えられた。

2. 子どものよりよい成長発達を保障する父親として考える家庭環境づくり

家族の変化の過程を捉えた家族発達理論において、鈴木²⁰⁾は「第一子が生まれた養育期について、親としての新しい役割を自覚し、育児という役割行動を習得しなければならない時期である。これまでの2者関係から3者関係となり、新しい家族関係が形成される」と述べている。本研究の父親は、【自分を見つめた対応】として、育児に不安があっても、妻と協力しながら社会環境への関心を高めていた。【妻を見つめた対応】として、自分だけでなく妻の状況を察し、コミュニケーションをとて妻の育児負担を理解する努力をしていた。また、妻の価値観を尊重しつつ自分の状況も伝え、家事育児を分担する、親としての役割を自覚し、夫婦で協力して新たな2者から3者という家族関係を形成していたと考えられた。【子どもを見つめた対応】として、子どもと関わるなかで子どもへの関心を高め、父親個人ではなく、妻や子ども、さらには家族を優先するという父親個人から家族へと意識を変化させていた。また、父親として経済的、教育的、情緒的に安定した家庭基盤をつくり、子どもの将来が幸せになるように導くために、転勤がある現在の仕事について検討しようとする意識がうかがえた。このように、積極的に育児をしていく過程のなかで自分、妻、子どもへの対応をしながら、その3つの対応は相まって、相乗効果が生み出され、家族として発達し、子どものよりよい成長発達を保障する父親としての家庭環境づくりへと向かっていると考えられた。

3. 父親が求める職場や地域における育児環境の整備

岩佐らの研究²¹⁾では、「男女平等的な性別役割分業觀を持つ父親は育児参加に積極的である」と述べている。

2022年度の雇用均等基本調査²²⁾では、「男性の育児休業取得率は17.1%」であるが、本研究では約70%が育児休業を取得しており、本研究の父親は平等的な性別役割意識が高く、育児休業を希望し、職場環境がそれを支えていたと考えられる。

川合ら²³⁾は、「父親が育児休業を取得することで、子どもと直接関わる貴重な機会を得られ、母親の苦労を共感し、家庭での新たな役割を見出せるメリットがある」と述べている。しかし、一部の父親は仕事が忙しく、代替者がいないなどの理由で育児休業を取得できず、職場に対する不満を抱いていた。そのような職場環境のなかで本研究の父親は、生活と育児の調整をしていくには家族だけでは、困難だと感じ、【求められる職場環境：父親の育児支援の仕組みの強化】を求めるようになったと考えられた。

また、本研究の父親は【求められる社会環境：地域で父親の育児を支える環境づくり】について、地域の助け合いによる育児支援を望んでいた。山口ら²⁴⁾は、「地域社会全体として子育てに取り組む意識としての『子育ての社会化』に関連する要因として、母親や地域住民の『ソーシャル・キャピタルの意識』が関連していること、またそのなかでも『つながり・交流』が影響している」と述べている。本研究の父親も、積極的に育児を行うなかで、母親同様に自分たち家族のみで育児は完結できないと思い、地域のつながりや交流のなかで育児していく必要性が芽生えていたと考えられた。そこから【求められる社会環境】として地域で協力し、育児する環境整備が必要という考えにたどりついたと考えられる。

4. 本研究の限界と課題

本研究は、A県内で民間機関が行う父親を対象とした育児支援教室2か所という限定された場所での研究対象であり、育児の意識が高く、時間や状況に余裕のあると思われる限定的な対象としての研究結果であった。今後は育児に積極的ではない父親も含めた事例を積み重ね、定量的研究に発展させ、父親が生活と育児の調整を促していくための要件を明らかにしたい。

V. 結 論

積極的に育児を行う父親たちは、出産から育児を通して妻への感謝や子どもの成長を実感するという育児の醍醐味を感じていた。また、育児の醍醐味を感じることで、

自らの意識に変化が生じ、妻と協働することや子どもの将来を考え、子どものよりよい成長発達を保障する父親としての家庭環境づくりへと向かい、生活と育児の調整をしていた。父親は生活と育児の調整を行うなかで、自らの環境に応じて職場環境や社会環境の改善を求めるようになっていた。

【謝辞】

本研究を行うにあたり、研究協力に快諾し、貴重なお話を聞かせてくださいました研究参加者の父親の皆様、また、本研究の趣旨へのご理解と研究へのご協力をいたいたNPO法人代表者様、社団法人代表者様をはじめ、職員の皆様に心から感謝申し上げます。本論文は著者が聖隸クリストファー大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆修正したものである。

【利益相反 (COI) 開示】

本研究に関して開示すべき利益相反はない。

【文献】

- 1) 厚生労働省：イクメンプロジェクト. <https://ikumen-project.mhlw.go.jp> (2022年6月20日).
- 2) 厚生労働省：健やか親子21(第2次)について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/mhlw/stf/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujido-ukateikyoku-Soumuka/s2.pdf> (2022年6月20日).
- 3) 内閣府：少子化社会対策大綱(概要)：新しい令和の時代にふさわしい少子化対策へ. <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/backdata/01-02-04-05.html> (2022年6月20日).
- 4) 総務省統計局：令和3年社会生活基本調査. <https://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/index.html> (2022年6月20日).
- 5) ベネッセ教育総合研究所：乳幼児の保護者のライフキャリアと子育てに関する調査. <https://berd.benesse.jp/jisedai/research/detail1.php?id=5882> (2023年11月10日).
- 6) 岡田麻代・西村香織・村田美代子他：父親役割の概念分析. 母性衛生, 59(2) : 398-405, 2018.
- 7) 加藤邦子・石井ケンツ昌子・牧野カツコ他：父親の育児かかわり及び母親の育児不安が3歳児の社会性に及ぼす影響：社会的背景の異なる2つのコホート比較から. 発達心理学研究, 13(1) : 30-41, 2002.
- 8) 加藤承彦・越智真奈美・可知悠子他：父親の育児参加が母親、子ども、父親自身に与える影響に関する文献レビュー. 日本公衆衛生雑誌, 69(5) : 321-337, 2022.
- 9) 中村瑛一・有本 梢・田高悦子他：3歳児をもつ父親と母親における親役割達成感の関連要因. 日本地域看護学会誌, 19(1) : 4-13, 2016.
- 10) 多喜代健吾・北宮千秋：父親の育児参加への育児参加要因

- およびソーシャルサポートの影響. 日本看護研究学会雑誌, 42 (4) : 763-773, 2019.
- 11) 深川周平・佐伯和子：ワーク・ライフ・バランスにおける父親の育児参加に関する研究の動向. 北海道公衆衛生学雑誌, 25 (2) : 45-52, 2012.
- 12) 阿川勇太・中山美由紀：出産家族における家族の発達課題に対する父親の取り組み. 家族看護学研究, 25 (2) : 189-200, 2020.
- 13) 宗像恒次：第2章 保健行動入門. 最新 行動科学からみた健康と病気, 84-123, メディカルフレンド社, 東京, 1996.
- 14) 山浦晴男：第1章 質的研究の特徴と意義. 質的統合法入門；考え方と手順, 1-20, 医学書院, 東京, 2012.
- 15) 山浦晴男：関係記号と添え言葉. 質的統合法入門；考え方と手順, 58, 医学書院, 東京, 2012.
- 16) 中村恵美：子育てに対する父親の思いの変化；フォーカス・グループ・インタビューによる父親の語りから. 小児保健研究, 75 (2) : 254-260, 2016.
- 17) 河本恵理・田中満由美・杉下征子他：父親になるプロセス. 母性衛生, 58 (4) : 673-681, 2018.
- 18) マーチン・グリーンバーグ (著)：第3章 父親のめり込み；新生の魔力. 竹内 徹 (翻訳) 父親の誕生, 43-72, メディカ出版, 大阪, 1994.
- 19) 前原敬子・椎葉美千代・渡辺晴美他：幼児を持つ父親の養育に影響する要因. 母性衛生, 58 (4) : 640-647, 2018.
- 20) 鈴木和子：第2章 看護学における家族の理解. (鈴木和子・渡辺裕子・佐藤律子著) 家族看護学；理論と実践, 第5版, 28-60, 日本看護協会出版会, 東京, 2019.
- 21) 岩佐 一・石井佳世子・吉田祐子：性別役割分業観ならびに母親からのソーシャルサポートと父親の育児参加との関連. 日本公衆衛生雑誌, 70 (2) : 112-123, 2023.
- 22) 厚生労働省：令和4年度雇用均等基本調査. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/71-r04.html> (2023年12月20日).
- 23) 川合美奈・三国久美・佐鹿孝子：父親の育児休業取得に関する文献検討. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 11 (1) : 69-76, 2015.
- 24) 山口のり子・尾形由起子・樋口善之他：「子育ての社会化」についての研究；ソーシャル・キャピタルの視点を用いて. 日本公衆衛生雑誌, 60 (2) : 69-78, 2013.

■ Research Report ■

Adjustment of Life and Childcare by Fathers Actively Engaged in Parenting

Taisei Toyama, Machiko Miwa

Seirei Christopher University

Objective: This study aims to explore how fathers actively engaged in childcare perceive, reconcile, and adjust their lives while managing childcare.

Methods: Fathers participating in privately organized childcare support classes in Prefecture A were considered actively involved in parenting. Among them, seven fathers from dual-income households with their youngest child under the age of three were selected as participants. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the Qualitative Synthesis Method (KJ Method).

Results: Fathers recognized the “essence of childcare: joy and gratitude for birth, a sense of growth, and enjoyment that surpasses challenges.” This perspective underpinned three mutually reinforcing approaches: (1) self-focused responses—transitioning from anxiety about household chores and childcare to prioritizing family life through cooperation with their wives; (2) Wife-focused responses—working toward cooperative parenting through mutual respect for feelings and values; and (3) child-focused responses—creating a home environment that fosters their child's happiness. Fathers also identified the need for (1) workplace reforms to strengthen systems supporting fathers in childcare and (2) community-based efforts to build environments that aid fathers in parenting.

Discussion: By recognizing the essence of childcare, fathers prioritized family over personal interests and envisioned a shared future together. This strengthened their sense of collaboration with their wives and heightened their awareness of creating a supportive home environment for their children's future while advocating for improved childcare systems at work and in the community.

Key words : father, parenting, active, life, adjustment, the Qualitative Synthesis Method (KJ Method)

■資料■

中小規模市町村に勤務する保健師の職業的アイデンティティ に関する背景要因

西山智子, 城賀本晶子, 西嶋真理子

抄録

目的：中小規模市町村の保健師に焦点をあて、職業的アイデンティティに関する背景要因を明らかにすることを目的とした。

方法：全国の人口10万人未満の市町村に勤務する常勤保健師を対象に質問紙調査を行った。行政保健師の職業的アイデンティティ尺度(PISP)を用い、背景要因として、基本属性や所属する自治体、保健師としての経験をたずねた。背景要因を独立変数、PISPを従属変数とする重回帰分析を行った。

結果：有効回答152人を解析した結果、「他部門保健師との連携・協力体制の有無」は、PISP合計と5つの下位尺度すべてに関連がみられた。「仕事外においても住民に保健師として認識されているかの有無」は、PISP合計と4つの下位尺度に、「保健師の手本の有無」は、PISP合計と2つの下位尺度に関連がみられた。

考察：他部門保健師と連携・協力体制を構築していることや仕事外でも周囲から保健師として認識されていることが、保健師の職業的アイデンティティに大きく影響を与えていたことが示唆された。中小規模市町村に勤務する保健師の多くは、生活の場がそのまま保健活動の場であるため、生活者としての保健師自身が保健師活動に効果的に影響していると感じる経験を重ねることや、職場内外の保健師間のネットワーク化を推進していくことが保健師の職業的アイデンティティに関連すると考える。

【キーワード】中小規模市町村、保健師、職業的アイデンティティ

日本地域看護学会誌, 28 (3) : 41-47, 2025

I. 緒言

搖らぎが生じやすい⁴⁾。

健康課題が複雑化し、個別性の高いヘルスニーズに対応するために、1人ひとりの保健師により高い専門能力¹⁾やソーシャル・キャピタルを活用した健康づくりの推進等、地域特性に応じた保健活動が求められている²⁾。また、保健師の配属部門は多岐にわたり³⁾働く環境が大きく変化するなか、保健師は、自身の専門性を明確に認識し難く、職業的アイデンティティ（以下、職業的ID）に

職業との自己一体意識を職業的IDと定義されている⁵⁾が、保健師は仕事の性質上地域と深いつながりをもちながら仕事を行うことから⁶⁾、職業的IDには、個人の資質や経験、社会的・文化的な背景や環境が互いに関連していると考えられる⁷⁾。これまで市町村保健師のIDの研究は、行政保健師のアイデンティティ尺度が開発され⁴⁾、IDの形成プロセス⁷⁻¹⁰⁾や経験年数に焦点をあてたIDの構成要素に関する研究¹¹⁾等が行われている。職業的IDは保健師の活動能力の基盤をなし、地域の保健福祉施策の質に大きく関わる⁸⁾ため、保健師の職業的IDに影響を及ぼす要因を明らかにすることは重要である。保健師の活動は、自治体の規模によって業務裁量が異なる

るが、特に中小規模市町村の保健師数は少なく、中堅保健師が総合的かつ多面的に活動しなければ、質の高い保健活動を住民に提供することがむずかしい¹²⁾。さらに、中小規模市町村では、保健師数の少なさや業務多忙により人材育成が行われにくい現状にある¹³⁾。また、多様な保健医療専門職が配置されている保健所と比べて、事務職が多数を占めるなかで少数専門職の市町村保健師は、保健所保健師とは異なる職業的IDの形成プロセスが明らかにされている⁷⁾。一方、小規模自治体ほど保健師らしく活動できると感じる保健師の割合が高いという調査結果もある¹⁴⁾。

そこで本研究は、中小規模市町村の保健師に焦点を当て、職業的IDに関連する背景要因を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 用語の定義

「保健師の職業的ID」とは、根岸らの研究⁴⁾に基づき「自らの思考、行動に結びつく、常に保健師であるという職業に対する意識」とする。また、保健師とは、市町村（保健所設置市および特別区を除く）の常勤保健師とする。

2. 調査対象

本研究では、中小規模市町村を人口規模10万人未満とし、全国の人口規模10万人未満の市町村1,453（2020〈令和2〉年1月時点）¹⁵⁾を無作為に並べて、上から順に調査への協力依頼を行った。必要サンプルサイズは、G*Power 3.1.9.7を用いて算出した。説明変数の個数を16とした重回帰モデルにおいて、effect size $f^2 = 0.11$ （自由度調整済み決定係数 $R^2 = 0.10$ ）、有意水準5%，検出力80%で検定を想定した結果、必要サンプルサイズは187例と計算された。郵送法での回答率を約50%と見込み、約400人の保健師に質問紙が行き渡ることを目指した。

3. 調査方法

保健師を所管する部門にメールで調査協力を依頼し、協力の可否および自治体に所属する常勤保健師数について回答を求め、後日、常勤保健師数の調査協力依頼書および質問紙を郵送した。各保健師に対しては無記名自記式質問紙調査とし、返信用封筒を用いて直接研究者へ返

信するよう依頼した。調査は、2022年7～11月に実施した。

4. 調査内容

1) 背景要因

(1) 基本属性

「年齢」「性別」のほか、保健師の職業的IDに関連すると考えられる個人的経験として「配偶者の有無」「育児経験の有無」介護や育児等さまざまな理由での「長期休暇の取得経験の有無」について回答を求めた。

(2) 所属する自治体について

「自治体種別」「人口規模」「自治体内常勤保健師数」「部門内常勤保健師数」「部門内事務職員数」について回答を求めた。

(3) 保健師としての経験

現在の自治体での「保健師としての経験年数」（以下、経験年数）、「役職の有無」「部門を超えた異動経験の有無」「他部門保健師との連携・協力体制の有無」「保健師の手本の有無」「居住地が勤務先の市町村であるか否か」「仕事外においても自治体で出会う多くの人から保健師として認識（以下、仕事外でも周囲から保健師として認識）されているかの有無」について回答を求めた。

2) 職業的ID

根岸ら⁴⁾による「行政保健師の職業的アイデンティティ尺度（Professional Identity Scale for Public Health Nurse；PISP）」を著者の許可を得て用いた。PISPは、保健師としての自信（12項目）、職業と自己の生活の同一化（7項目）、他者からの評価と自己尊重（6項目）、職業への適応と確信（8項目）、職業と人生の一体化（4項目）の5つの下位尺度37項目で構成されており、それぞれ「あてはまる（5点）」～「あてはまらない（1点）」の5段階リッカート尺度で回答を求めた。

3) 分析方法

背景要因ごとに基本統計量を算出し、PISP合計および5つの下位尺度と背景要因との関連を検討するためにPearson積率相関係数を算出した。背景要因との比較には、Student's *t*-testまたは、一元配置分散分析を行った。さらに、PISPに関連する背景要因の影響力を明らかにするため、単変量解析でPISPと有意な関連を認めた変数および中小規模市町村の特徴を示すと研究者が考えた変数を独立変数、PISPの合計および5つの下位尺度を従属変数とし、重回帰分析を行った。多重共線性を避けるため、独立変数間の相関分析を行い、相関のないこと

を確認した。また、独立変数間の分散拡大係数 (variance inflation factor; VIF) 値が 10.0 以下であり、従属変数となる PISP の合計や下位尺度の残差の正規性を確認したうえで分析を行った。分析には、IBM SPSS Statistics 28 を使用し、有意水準は 5% 未満とした。代表値は平均値 ± 標準偏差で表した。

4) 倫理的配慮

研究の目的・意義・方法、研究参加は自由意思であること、不参加の場合でも不利益はいっさいないこと等について文書を用いて説明した。本研究は、愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻研究倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した（承認番号：看 2022-11）。

III. 結 果

1. 対象者

全国の人口規模 10 万人未満の市町村 1,453 (2020 年 1 月時点)¹⁵⁾ のうち、519 の自治体に依頼した段階で、41 市町村（市町村協力率：7.9%）から研究協力の承諾が得られた。41 市町村の所属保健師 448 人に質問紙を配布し、219 人（回収率：48.9%）から回答を得た。このうち、同意欄にチェックのなかった 15 人、複数項目に無回答があった 45 人、PISP に無回答があった 7 人の計 67 人を除く、152 人を分析対象者とした（有効回答率：33.9%）。

2. 背景要因（表 1）

対象者 152 人（男性 2 人、女性 150 人）の平均年齢は 41.4 ± 10.1 歳、経験年数は 15.5 ± 10.9 年であった。所属する自治体の種別は、市 99 人（65.1%）、町 44 人（28.9%）、村 9 人（5.9%）であった。自治体内常勤保健師数は 14.4 ± 5.4 人であり、部門内常勤保健師数は 7.2 ± 4.8 人、部門内事務職員数は 4.4 ± 4.6 人であった。また、居住地が勤務先の市町村であると回答した者は 108 人（71.1%）、仕事外でも周囲から保健師として認識されていると回答した者は 83 人（54.6%）であった。

3. 職業的 ID

1) PISP 合計と背景要因との関連（表 2, 3）

PISP の合計は 138.1 ± 17.4 点であった。PISP 合計と有意な正の相関があったのは、年齢、経験年数であった。また、他部門保健師との連携・協力体制の有無、保健師の手本の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の

表 1 背景要因 (N = 152)

項目	内訳/ Mean ± SD	人数	%
【基本属性】			
年齢	41.4 ± 10.1 歳		
	20～29 歳	27 人	17.8%
	30～39 歳	37	24.3
	40～49 歳	53	34.9
	50～59 歳	33	21.7
	60 歳以上	2	1.3
性別	女性	150	98.7
配偶者	あり	105	69.1
育児経験	あり	99	65.1
長期休暇の取得経験	あり	92	60.5
【所属する自治体】			
自治体種別	市	99 人	65.1%
	町	44	28.9
	村	9	5.9
人口規模	1 万人未満	15	9.9
	1～5 万人未満	93	61.2
	5～10 万人未満	44	28.9
自治体内常勤保健師数	14.4 ± 5.4 人		
部門内常勤保健師数	7.2 ± 4.8 人		
部門内事務職員数	4.4 ± 4.6 人		
【保健師としての経験】			
経験年数	15.5 ± 10.9 年		
	5 年未満	35 人	23.0%
	5～10 年未満	25	16.5
	10～15 年未満	15	9.9
	15～20 年未満	11	7.2
	20～25 年未満	29	19.1
	25～30 年未満	19	12.5
	30 年以上	18	11.8
役職	あり	66	43.4
部門を超えた異動経験	あり	96	63.2
他部門保健師との連携・協力体制	あり	129	84.9
保健師の手本	あり	135	88.8
部門を超えた異動経験	あり	96	63.2
他部門保健師との連携・協力体制	あり	129	84.9
居住地が勤務先の市町村である	あり	108	71.1
仕事外でも周囲から保健師として認識されている	あり	83	54.6
認識			

有無に有意差があった。

2) PISP 下位尺度と背景要因との関連（表 2, 3）

保健師としての自信尺度と有意な正の相関があったのは、年齢、経験年数であり、配偶者の有無、育児経験の有無、長期休暇の取得経験の有無、役職の有無、部門を超えた異動経験の有無、他部門保健師との連携・協力体制の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の有無に有意差があった。職業と自己の生活の同一化尺度では、部門内常勤保健師数との間に弱い正の相関があり、他部門保健師との連携・協力体制の有無、保健師の手本の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の有無に有意

表2 行政保健師の職業的アイデンティティ尺度 (PISP) と背景要因との相関 (N = 152)

	PISP合計	Pearsonの相関係数				
		保健師としての自信尺度	職業と自己の生活の同一化尺度	他者からの評価と自己尊重尺度	職業への適応と確信尺度	職業と人生の一体化尺度
年齢	0.220**	0.401**	0.136	0.048	0.010	0.183*
経験年数	0.212**	0.410**	0.120	0.073	0.007	0.122
自治体内常勤保健師数	-0.010	0.040	-0.014	0.060	-0.052	-0.102
部門内常勤保健師数	0.077	0.027	0.166*	0.049	0.096	-0.010
部門内事務職員数	-0.055	-0.058	-0.056	0.006	0.008	-0.136

* p<0.05, ** p<0.01

表3 PISPと背景要因 (N = 152)

	PISP合計	PISP合計		保健師としての自信尺度	職業と自己の生活の同一化尺度	他者からの評価と自己尊重尺度	職業への適応と確信尺度	職業と人生の一体化尺度
		人数	%	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
配偶者	あり	105	69.10	138.67 ± 17.95	43.11 ± 6.10*	28.34 ± 3.76	23.55 ± 3.38	30.59 ± 4.76
	なし	47	30.90	136.96 ± 16.11	40.45 ± 6.47	28.51 ± 3.27	23.81 ± 3.02	31.51 ± 4.05
育児経験	あり	99	65.10	140.08 ± 17.36	43.46 ± 5.93**	28.59 ± 3.77	23.73 ± 3.13	30.96 ± 4.50
	なし	53	34.90	134.51 ± 16.94	40.09 ± 6.48	28.04 ± 3.27	23.45 ± 3.53	30.72 ± 4.70
長期休暇の取得経験	あり	92	60.50	139.92 ± 17.57	43.63 ± 5.77**	28.55 ± 3.80	23.66 ± 3.18	30.80 ± 4.57
	なし	60	39.50	135.40 ± 16.82	40.23 ± 6.61	28.15 ± 3.30	23.58 ± 3.41	30.98 ± 4.59
自治体種別	市	99	65.10	137.78 ± 16.99	42.17 ± 6.13	28.22 ± 3.89	23.70 ± 3.15	30.90 ± 4.30
	町	44	28.90	138.11 ± 18.29	42.36 ± 6.42	28.61 ± 3.11	23.52 ± 3.43	30.55 ± 5.30
	村	9	5.90	142.22 ± 18.41	43.22 ± 8.32	29.22 ± 2.64	23.44 ± 4.00	32.22 ± 3.49
役職	あり	66	43.40	141.26 ± 17.45	44.24 ± 5.33**	28.91 ± 3.29	24.05 ± 3.39	30.88 ± 5.01
	なし	86	56.60	135.74 ± 17.01	40.79 ± 6.63	28.00 ± 3.80	23.31 ± 3.15	30.87 ± 4.21
部門を越えた異動経験	あり	96	63.20	139.26 ± 16.80	43.52 ± 5.17**	28.29 ± 3.58	23.83 ± 3.14	30.68 ± 4.80
	なし	56	36.80	136.21 ± 18.29	40.18 ± 7.49	28.57 ± 3.67	23.29 ± 3.46	31.21 ± 4.13
他部門保健師との連携・協力体制	あり	129	84.90	140.26 ± 16.80**	42.85 ± 6.17**	28.85 ± 3.27**	23.96 ± 3.01**	31.29 ± 4.22**
	なし	23	15.10	126.26 ± 15.92	39.13 ± 6.36	25.83 ± 4.35	21.78 ± 4.03	28.57 ± 5.72
保健師の手本	あり	135	88.80	139.50 ± 16.60**	42.58 ± 6.34	28.60 ± 3.56*	23.99 ± 2.87**	31.21 ± 4.21**
	なし	17	11.20	127.29 ± 19.92	40.00 ± 5.78	26.76 ± 3.63	20.82 ± 4.71	28.18 ± 6.25
居住地が勤務先の市町村である	あり	108	71.10	139.32 ± 17.26	42.85 ± 5.30	28.56 ± 3.58	23.91 ± 3.24	31.02 ± 4.49
	なし	44	28.90	135.23 ± 17.47	40.91 ± 7.27	28.00 ± 3.68	22.95 ± 3.26	30.52 ± 4.76
仕事外でも周囲から保健師として認識	あり	83	54.60	141.86 ± 17.49**	43.73 ± 5.90**	29.10 ± 3.41**	24.13 ± 3.03*	31.33 ± 4.49
	なし	69	45.40	133.67 ± 16.24	40.55 ± 6.40	27.55 ± 3.68	23.03 ± 3.45	30.33 ± 4.61

* p<0.05, ** p<0.01

差があった。他者からの評価と自己尊重尺度では、他部門保健師との連携・協力体制の有無、保健師の手本の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の有無に有意差があった。職業への適応と確信尺度では、他部門保健師との連携・協力体制の有無と保健師の手本の有無に有意差があった。職業と人生の一体化尺度では、年齢との間に弱い正の相関があり、育児経験の有無、他部門保健師との連携・協力体制の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の有無に有意差があった。

3) PISPと背景要因の重回帰分析 (表4)

PISPを従属変数とし、単変量解析でPISPとの関連がみられた変数や研究者が中小規模市町村の保健師に特徴的と考えた変数を含む8変数を独立変数として、強制投入法による重回帰分析を行った。独立変数間のVIF値はすべて3.0以下であり、多重共線性はみられなかった。

PISP合計では、他部門保健師との連携・協力体制の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の有無、保健師の手本の有無に関連があった。保健師としての自信

表4 PISPと背景要因の重回帰分析 (N = 152)

	PISP合計		保健師としての自信尺度		職業と自己の生活の同一化尺度		他者からの評価と自己尊重尺度		職業への適応と確信尺度		職業と人生の一体化尺度		VIF
	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値	
経験年数	0.138	0.248	0.340	0.004	0.042	0.727	-0.137	0.260	-0.008	0.947	0.179	0.147	2.546
役職の有無	-0.019	0.857	-0.048	0.646	0.015	0.892	0.128	0.241	-0.034	0.762	-0.106	0.337	2.046
部門を超えた異動経験の有無	0.030	0.748	0.104	0.247	-0.036	0.694	0.123	0.189	-0.031	0.748	-0.082	0.389	1.511
部門内常勤保健師数	0.103	0.233	0.044	0.602	0.191	0.029	0.096	0.271	0.106	0.246	0.008	0.927	1.326
部門内事務職員数	-0.088	0.277	-0.067	0.391	-0.117	0.154	-0.016	0.843	-0.034	0.690	-0.145	0.083	1.168
他部門保健師との連携・協力	0.242	0.002	0.159	0.034	0.271	0.001	0.174	0.027	0.189	0.022	0.245	0.002	1.057
体制の有無													
仕事外でも周囲から保健師として認識の有無	0.193	0.014	0.174	0.023	0.184	0.020	0.168	0.034	0.112	0.175	0.164	0.042	1.081
保健師の手本の有無	0.198	0.010	0.112	0.131	0.137	0.077	0.300	0.001	0.188	0.021	0.123	0.119	1.039
R^2	0.157		0.208		0.144		0.135		0.054		0.157		

重回帰分析(強制投入法)を実施した。 β :標準化係数, R^2 :調整済み決定係数, VIF:分散拡大係数

※独立変数: 経験年数, 役職の有無, 部門を超えた異動経験の有無, 部門内常勤保健師数, 部門内事務職員数, 他部門保健師との連携・協力体制の有無, 仕事外でも周囲から保健師として認識の有無, 保健師の手本の有無(8変数)

尺度では、経験年数、他部門保健師との連携・協力体制の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の有無に関連があった。職業と自己の生活の同一化尺度には、部門内常勤保健師数、他部門保健師との連携・協力体制の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の有無に関連があった。他者からの評価と自己尊重尺度には、他部門保健師との連携・協力体制の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の有無、保健師の手本の有無に関連があった。職業への適応と確信尺度には、他部門保健師との連携・協力体制の有無、保健師の手本の有無に関連があった。職業と人生の一体化尺度では、他部門保健師との連携・協力体制の有無、仕事外でも周囲から保健師として認識の有無と関連があった。

IV. 考 察

本研究のPISP合計の平均は、先行文献⁴⁾のPISP合計の平均値 131.92 ± 21.55 よりも高値であった。本研究対象者は、先行文献の平均年齢 39.9 ± 9.99 歳⁴⁾よりも1.5歳高く、経験年数20年以上の対象者の割合は43.4%と、先行文献の36%⁴⁾に対して約7%高かった。保健師としての経験を積み、指導的役割を果たす保健師が多く、PISP合計得点も高くなつたと推測される。

PISP全体およびすべての下位尺度に影響する要因として、他部門保健師との連携・協力体制が抽出された。専門職特有の知識や技術は、同職種から得るものが大きく、保健師同士のネットワーク拡大を行う必要がある¹⁶⁾

とされ、中小規模市町村では、保健師数の配置が少ないため、他部門保健師とも連携・協力することが職業的IDに大きく影響すると考える。保健師の配属先が多様化するなか、部門を超えた保健師同士の連携の促進が求められる。

PISP全体および4つの下位尺度に影響する要因として、仕事外でも周囲から保健師として認識されていることが抽出され、職業的IDに重要な要因であることが示唆された。保健師は地域の文化的背景をとらえ、生活の中の気づきから地域診断を行うことで、地域特性に応じた保健活動の展開につながるとされている¹⁷⁾。本研究対象者の71.1%が居住地と勤務先の自治体が同じであり、仕事外でも周囲から保健師と認識されていると感じている者は54.6%と半数を超えていたことから、自身の生活上の課題を住民の生活のなかに見いだしながら、仕事を離れた日常生活においても保健師としての実践を重ねていると推測される。保健師として住民から評価や承認を得たり、よい変化に気づいたりすることで保健師としての活動意欲が高まる¹⁸⁾ことから、住民から保健師として認知されることは、活動意欲の向上や保健師の職業的IDにも影響を与えることが示唆された。本研究結果から、中小規模市町村に勤務する保健師の多くは、PISP下位尺度の構成概念に含まれる生活の場がそのまま保健活動のフィールドであり、人生そのものである⁴⁾状況と考えられることから、先行文献⁴⁾よりも職業的IDが高い結果となった要因のひとつと考える。また、本研究においても先行文献⁴⁾と同様に、年齢や経験年数

とPISP合計との間に有意な正の相関がみられた。生活者としての保健師自身が保健師活動に効果的に影響していると感じる経験を重ねることが、保健師の職業的IDには重要であると推察する。保健師としての自信尺度に経験年数が影響を与えており、前述の経験を積むことが保健師としての自信につながると考える。一方、人口規模の小さな地域で働く看護専門職は、地域とのつながりを感じつつも私生活と職業生活の境界のあいまいさを実感しており¹⁹⁾、中小規模市町村では、保健師自身の私生活を守りながら専門職として住民との関係構築が課題である。

保健師の手本の有無は、PISP全体および下位尺度の他者からの評価と自己尊重尺度、職業への適応と確信尺度に影響を与えていた。ロールモデルとの出会いは、保健師の職業的IDの形成に関わる重要な要因である⁷⁾。保健師数が少ない中小規模市町村の保健師にとって、職場外でのロールモデルは保健所や他自治体の保健師である。保健所には市町村との人事交流や個別ケースを通じた連携、管轄自治体保健師間の交流の企画など、市町村保健師の人材育成を担う重要な役割があることが示唆された。

部門内常勤保健師数は、職業と自己の生活の同一化尺度に影響していた。中小規模市町村であっても同じ部門内に複数の保健師がいることで、おののの経験を共有し、保健師活動の基盤となる考えを深められると考える。生活者として地域の健康課題を見いだし、自分が効果的に影響している経験やその経験を保健師間で共有することは、中小規模市町村の人材育成における利点になりうると推測した。

本研究は、新型コロナウイルス感染症第7波の最中の調査であり、小規模の町村からの協力が得られにくく状況であった。しかし、全国の人口10万人未満の自治体¹⁵⁾の保健師所属比率は市59.9%、町35.8%、村4.3%である²⁰⁾のに対し、本研究の対象者比率は市65.1%、町28.9%、村5.9%という結果であり、母集団の代表性をある程度は確保していると考える。一方、本研究の限界として調査期間が短く、必要サンプル数に達しなかった。また、自治体構成比率を考慮し、均等なサイズのサンプルを得るような選定方法を検討する必要性があったと考える。

【謝辞】

新型コロナウイルス感染症拡大第7波の業務逼迫によるご多

忙のなか、調査にご協力いただきました市町村保健師の皆様に深く感謝いたします。

本論文は、愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文の一部を修正したものである。

【利益相反 (COI) 開示】

本研究に関して開示すべき利益相反はない。

【文献】

- 1) 岩本里織・岡本玲子・塩見美抄：「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証：保健師の全国調査結果から。日本公衆衛生雑誌, 55 (9) : 629–639, 2008.
- 2) 厚生労働省：地域における保健師の保健活動に関する指針 (平成25年4月19日付け健発0419第1号厚生労働省健康局長通知) 001129302.pdf (mhlw.go.jp) (2024年5月4日).
- 3) 厚生労働省：令和2年度保健師活動領域調査（領域調査）結果の概要。https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ho/ken/katsudou/09/dl/ryouikichousa_r02_1.pdf (2024年3月21日).
- 4) 根岸 薫・麻原きよみ・柳井晴夫：「行政保健師の職業的アイデンティティ尺度」の開発と関連要因の検討。日本公衆衛生雑誌, 57 (1) : 27–38, 2010.
- 5) グレッグ美鈴：看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築。看護研究, 35 (3) : 196–204, 2002.
- 6) 知念真樹・川崎道子・牧内 忍他：離島・へき地に勤務する保健師・看護師等の離職や就業継続の要因に関する文献レビュー。沖縄県立看護大学紀要, 22 : 49–56, 2020.
- 7) 小路浩子：市町村保健師の職業的アイデンティティの形成プロセスと影響要因；複線径路等至性モデリング (TEM) による4類型からみた特徴。日本地域看護学会誌, 23 (2) : 12–20, 2020.
- 8) 小路浩子・西原 翼：一人の保健師が地域包括支援センターの保健師として職業的アイデンティティを形成するまでのプロセス；複線径路等至性モデリング (TEM) による分析。神戸女子大学看護学部紀要, 7 : 1–11, 2022.
- 9) 小路浩子：中堅期の市町村保健師の職業的アイデンティティの形成プロセスと影響要因；複線径路等至性モデリング (Trajectory Equifinality Modeling: TEM) による分析。日本看護科学会誌, 41 : 876–884, 2021.
- 10) 小路浩子・上野昌江・大川聰子：市町村保健師の経験のプロセスからみた職業的アイデンティティ形成の影響要因；熟練保健師の経験の語りから。神戸女子大学看護学部紀要, 3 : 55–64, 2018.
- 11) 金藤亜希子・中谷久恵・大塙美樹：行政機関に勤務する新任保健師の職業的アイデンティティの構成要素。広島大学保健学ジャーナル, 14 : 1–10, 2017.
- 12) 渡部瑞穂・荒木田美香子：行政中堅保健師実践能力尺度の開発；中小規模市町村における検討。日本公衆衛生看護学会誌, 7 (2) : 60–71, 2018.

- 13) 一般財団法人日本公衆衛生協会：平成27年度 地域保健総合推進事業「保健師活動指針の活用に係る事例の収集」報告書. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h27_02.pdf (2024年3月3日).
- 14) 公益社団法人日本看護協会：平成30年度 厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書. https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/senkuteki/2019/hokenshi_katsudokiban.pdf (2024年3月3日).
- 15) 総務省：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査【総計】市区町村別人口、人口動態及び世帯数. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200241&tstat=000001039591&cycle=7&year=20200&month=0&tclass1=000001039601&result_back=1&tclass2val=0 (2024年3月3日).
- 16) 金藤亜希子・宮腰由紀子・小野ミツ：連携する他職種が捉える保健師像：保健師教育の方向性を探る. 日本看護研究学会雑誌, 34 (2) : 109-118, 2011.
- 17) 丸谷美紀：地域の文化に根ざした保健師活動の展開方法. 日本地域看護学会誌, 8 (1) : 73-80, 2005.
- 18) 斎藤尚子・山本武志・北池 正：市町村保健師が健康で意欲的に仕事ができる職場環境に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, 63 (8) : 397-408, 2016.
- 19) MacKay SC, Smith A, Kyle RG, et al.: What influences nurses' decisions to work in rural and remote settings?; A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Rural and Remote Health*, 21 (1) : 1-26, 2021.
- 20) 厚生労働省：保健師活動領域調査 令和2年度 領域調査（詳細集計）. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450471&tstat=000001035128&cycle=7&tclass1=000001150826&tclass2=00001150828&stat_infid=000032062094&tclass3val=0 (2024年3月3日).

■ Information ■

Background Factors Related to the Professional Identity of Public Health Nurses Working in Small and Medium Municipalities

Tomoko Nishiyama, Akiko Jogamoto, Mariko Nishijima

Ehime University School of Medicine

Objectives: This study examines the background factors related to the professional identity of municipal public health nurses working in small and medium municipalities.

Methods: A random sample of full-time public health nurses working in municipalities with populations of less than 100,000 were selected and questionnaire survey was conducted. Professional identity was clarified using Professional Identity Scale for Public Health Nurses (PISP). We conducted a survey on their basic attributes, professional experience, and the municipalities they serve. Multiple regression analysis was conducted using the background factors considered relevant to the PISP as independent variables and the scores on each subscale of the PISP as dependent variables.

Results: There were 152 valid responses. Cooperating and collaborating with other public health nurses was significantly associated with total PISP scores and all five subscales. In addition, being recognized by residents as a public health nurse outside of work and the presence of administrative public health nurse role models had a significant impact on the professional identity.

Discussion: To promote their professional identity, it is necessary to create an environment through support for human resource development and networking among public health nurses. Furthermore, in small and medium municipalities, where nurses often live in the communities they serve, being recognized by residents as a public health nurse and leveraging personal life experiences in public health nursing practices significantly enhances the development of their professional identity.

Key words : small and medium municipalities, public health nurses, professional identity

■資料■

血圧有所見労働者へのセルフケア能力に焦点をあてた減塩指導における効果

堀内寿美子¹⁾, 上野昌江²⁾, 大川聰子¹⁾

抄録

目的：血圧有所見の労働者に対し、セルフケア能力に焦点をあてた減塩指導を行い、指導後の労働者の減塩に対する意識、生活習慣、セルフケア能力の変化を明らかにし、減塩に対する意識、塩分摂取、生活習慣の改善の効果について考察する。

方法：対象者は、定期健康診断で降圧薬内服の有無を問わず、収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧80mmHg以上の35人である。対象者にセルフケア能力を査定する質問紙(SCAQ)を用い、労働者のもつセルフケア能力に焦点をあてた減塩指導を実施し、指導前と指導後3か月の2時点で質問紙調査を行い、セルフケア能力、食生活の意識、生活習慣、塩分摂取について比較した。分析は、対応のあるt検定、Wilcoxonの符号付順位検定、Mann-WhitneyのU検定を行い、統計的有意水準は両側検定で5%とした。

結果：35人を分析対象とした。前後評価で改善があった項目は、食生活の意識($p<0.001$)、塩分摂取($p<0.001$)、セルフケア能力($p<0.001$)であった。生活習慣($p=0.441$)は改善に至らなかった。

考察：セルフケア能力、食生活の意識、塩分摂取に改善がみられた要因としてセルフケアシートや塩分チェックシートを用いて生活場面を想起した振りりができたことや可視化により対象者が具体的に取り組める方法を認識できたことが挙げられる。また、継続支援の重要性が示唆された。

【キーワード】労働者、健康診断、血圧、セルフケア能力、減塩指導、生活習慣

日本地域看護学会誌、28(3):48-56, 2025

I. はじめに

わが国の高血圧患者は約4300万人と推定され、そのうち約70%の人は自分が高血圧であることを自覚していない、あるいは未治療または治療していても十分に血圧がコントロールできていない¹⁾。脳血管疾患の主要因子は高血圧であり、わが国の2023(令和5)年の死因別死亡率では上位を占めている状況である²⁾。死因だけでなく健康寿命にも大きな影響を及ぼしており、脳血管疾

患は介護が必要となった主な原因の16.1%を占めている³⁾。このことから、高血圧対策はわが国における喫緊の課題となっている。

就労世代に着目すると、2023年度の定期健康診断の血圧有所見率は18.3%と年々増加傾向にあり⁴⁾、定期健康診断は実施だけでなく、産業医や保健師と連携し、保健指導を行う等、健診結果を活かす取組みがさらに必要とされている⁵⁾。

高血圧は自覚症状が乏しいため、治療や生活習慣改善等を認識することがむずかしく、保健行動をとりにくいうことが指摘されている⁶⁾。また、高血圧から引き起こされる脳心血管疾患予防のためにも、健診結果の高血圧有所見者に対する効果的な指導が求められている⁷⁾。高血

受付日：2025年1月23日／受理日：2025年9月8日

1) Sumiko Horiuchi, Satoko Okawa:関西医大看護学部

2) Masae Ueno:四天王寺大学看護学部

圧は塩分摂取と強い関連があることが報告されており^{8,9)}、高血圧対策には減塩を行うことが重要である。日本人の1日あたりの食塩摂取量は、2023年9.7g¹⁰⁾と減少傾向にあるが、高血圧および慢性腎臓病の重症化予防を目的とした基準である6g¹¹⁾には至っていない。このため、「健康日本21(第三次)」では高血圧を減らすためにさらなる減塩を目標に掲げている¹²⁾。

労働者を対象とした先行研究^{13,14)}では、減塩指導の一定の効果は認められているものの、事業所給食の改善のむずかしさや食環境改善による食塩摂取量の改善のむずかしさが指摘されており、労働者に対して食環境を含めた、個々の食生活の意識に合わせた支援を考えいくことが必要である。

労働者が自ら生活習慣を変化させようと思うような保健指導においては個別性を重視し、その人がどうありたいのか、その人らしく生きていくことを尊重し、支える姿勢をもつことが重要である¹⁵⁾。熟練産業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を明らかにした研究では、看護職が対象者に対して、その人らしく働くことや生きることの実現を目的として支援していることが示されている¹⁶⁾。その際の看護職は一方向の知識提供ではなく、対話により自らの気づきにつながる支援を行っていた。労働者のセルフケア能力に焦点をあてた減塩指導とは、自分自身の内なる力や可能性を信じ、それを引き出し、最大限に活かすことを意識した支援である。その支援により引き出されているものは、本庄¹⁷⁾が述べている「自分の健康に关心を向けて、医療者を含めたさまざまな資源を活用しながら、主体的に自分の健康管理をしていくこと」と定義されたセルフケアであると考える。保健指導においては対象者を多面的に理解することが重要であり、一方向的な知識の提供ではなく、対象者の生活を理解し¹⁸⁾、生活習慣の改善方法を共に考えていく支援が必要である。本庄¹⁹⁻²¹⁾が開発したセルフケア能力を査定する質問紙 (Self-Care Agency Questionnaire : SCAQ-30) を活用した支援は、病棟や外来において、人々のもつ力に焦点をあて、対話を通して対象者自身も支援者も対象者を多面的に理解し、支援者は対象者ができることに目を向け、行動に移そうという意欲を支持し、対象者が行動に移すことできらなる自信につながっていた²²⁾。セルフケア能力に焦点をあてた支援を行うことで、自分の強みや弱み、価値観や興味関心等に目を向け、気づくことにより自分自身への理解を深め、自分自身がまだ気づいていない、あるいは十分に活用できていない力

を引き出し、行動に移していくことにつながると考える。しかし、セルフケア能力に焦点をあてた職場での減塩指導の効果を検討した報告は確認されていない。

このため、セルフケア能力に主眼をおき対象者の人生に沿った生活習慣の改善の方法を共につくる保健指導¹⁵⁾方法を検討することが必要であると考えた。

本研究では血圧の境界域または高血圧の労働者にSCAQ-30を活用し、労働者のもつ力に目を向けたセルフケア能力に焦点をあてた減塩指導を行い、減塩に対する意識、塩分摂取、生活習慣の変化を明らかにし、その改善効果について検討することを目的とした。

II. 用語の定義

1. 血圧有所見

降圧薬内服の有無を問わず、『高血圧治療ガイドライン2019』の診察室血圧の分類に則り、収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧80mmHg以上とした。

2. セルフケア能力

本庄¹⁷⁾のセルフケア能力の定義をもとに「個人がより良い状態を得るために自分自身および環境を調整する意図的な行動を遂行するための能力である。後天的な能力で学習により獲得が可能である」とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

減塩指導による介入の前後比較調査であった。

2. 対 象

機縁法により依頼したA企業は化学系製造メーカーで国内外に複数の事業所をもつ。そのうちa事業所とb事業所に依頼した。a事業所は従業員数184人、2021年度の血圧有所見率21.2% (39人)、b事業所は従業員数85人、血圧有所見率17.4% (15人) であり、全国の定期健診診断血圧有所見率17.9%と大きな差がみられなかつた。また、年代別の血圧有所見率は40代以降に増加傾向であり、わが国の血圧有所見率の年代傾向に近い集団であった。減塩対策は2事業所ともに社員食堂には減塩調味料を配置し、塩分表示を行っているが個別での減塩指導は実施されていなかった。

2事業所のうち、a事業所はデスクワーク者が多く交

代勤務者はおらず、定期健康診断は従業員の誕生月に実施していた。b事業所は製造機械が24時間稼働し、デスクワーク者もいるが約半数が有機溶剤等を取り扱う有害業務、2交代制勤務に従事しており、定期健康診断は6月に実施していた。このため、選定基準とした健診と減塩指導の期間は対象者により3か月～1年3か月の間隔があった。サンプルサイズは、効果量と検出力は水本と竹内²³⁾の論文を設定根拠とし、t検定、ノンパラメトリック検定を両側検定で行うこととし、G*Power 3.1.9.7で計算した。これらの設定（効果量0.5、有意水準0.05、検出力80%）に基づき、必要サンプルサイズを計算した結果、34～53と算出された。a、b事業所における2021年度の血圧有所見者数は55人であり、倫理的な配慮と現実的な実施可能性を考慮し、算出された必要サンプルサイズの下限である34人を目標対象者数として設定した。

対象者は、2021年度の定期健康診断で降圧薬内服の有無を問わず、収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧80mmHg以上とし、治療や内服をしている人も含めることとした。除外基準は、治療中の疾患によって調査が困難と主治医が判断した者、健康診断を受けていたが調査時点では休職中の者とした。

3. リクルート方法

調査依頼は、2事業所をそれぞれ統括する健康管理を担当する責任者に文書で行った。協力する意向を得たあとに各事業所の担当者に文書で研究の趣旨および内容を説明し、事業所内にポスターを掲示し、チラシを配布する許可を得て、従業員から研究協力を募った。応募のあった従業員に文書で研究の趣旨および内容を説明し、協力の了解を得たあとに同意書と質問紙を手渡しし、質問紙は事業所内担当者へ手渡しまたは回収箱へ投函の方法にて回収した。

4. 調査方法

1) 減塩指導前

減塩指導時にセルフケアシートと塩分チェックシートを渡せるように作成した。セルフケアシートとは、質問紙調査で得たSCAQ-30の結果から対象者各自のセルフケア能力^{19, 24)}の得点率をもとにレーダーチャートを作成し、構成概念5項目のうちもっとも得点率の高かった項目を「セルフケアの強み」（強み項目）、もっとも得点率の低かった項目を「セルフケアの弱み」（弱み項目）とし

て示したものである。このセルフケアシートには、強み項目のなかで得点の高かった質問項目と弱み項目のなかで得点の低かった質問項目も記載した。また、対象者各自の結果を塩分チェックシート²⁵⁾に記載した。

2) 減塩指導（介入1回目）

減塩指導は、対象者が就業している2つの事業所で健康支援に従事している産業保健経験が10年以上の保健師（研究者）が、就業時間中に事業所の個室で30分間実施した。研究者がSCAQ-30の尺度項目、5つの構成概念について理解し、特にセルフケアシートの結果から「あなたはこのように答えてくださっていますが」というように、対象者自身が自分の強みや弱みを振り返ることができるような投げかけを意識して減塩指導に臨んだ。

（1）セルフケアシートの提示

対象者にはセルフケア能力について「自分の健康に関心を向けて、医療者を含めたさまざまな資源を活用しながら、主体的に自分の健康管理をしていくことである」¹⁷⁾という説明を行った。

対象者に漠然と生活を振り返ってもらうのではなく、1回目のデータ収集の結果から導き出された対象者のセルフケア能力の強みや弱みについてシートをみながら確認し、対象者の生活に当てはまるエピソードや大切にしていること等を聞いた。

（2）対象者の高血圧の状態、高血圧が身体に及ぼす影響の説明

独自に〈高血圧はあなたが気づかないうちに血管を傷めます〉というパンフレットを作成し、それを用いて説明した。

（3）塩分チェックシートの提示

土橋ら²⁵⁾が簡便に使用できる食事調査法として開発した塩分チェックシートを使用した。塩分チェックシートには対象者が回答した項目と、対象者の回答結果から導かれた総合判定箇所に○印をつけた。

もっとも塩分摂取が低いとされる「あまりとっていない」という総合判定の対象者には、日ごろの取組みを賞賛し、気づかぬうちに塩分摂取している可能性、栄養成分表示の活用、カリウム摂取について重点的に情報提供了。総合判定が「平均的」「多め」の対象者には、「あまりとっていない」場合の説明に加え、日本人の現在の塩分摂取量を示し、さらなる減塩の必要性について情報提供了。

（4）塩分摂取が血圧上昇に及ぼすメカニズムの説明

独自に〈なぜ塩分は血圧を上げるのか〉というパンフ

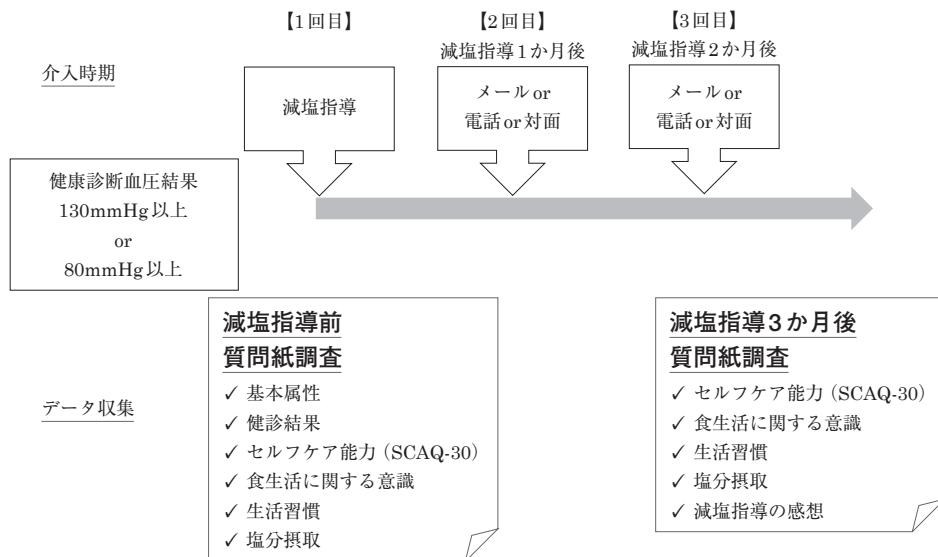


図1 データ収集手順・内容と介入時期

レットを作成し、それを用いて説明した。

(5) 対象者の生活に合わせた減塩方法の提案

対象者の属性(性別、家族構成等)やセルフケア能力の結果に応じて生活に合わせた減塩方法を提案した。減塩方法は、対象者の職場環境や業務内容、生活環境を考慮し、旬の野菜や果物、減塩調味料、減塩食品、惣菜の選び方、野菜ジュース等の具体的提案を行った。

(6) 取組み内容の共有

外食や市販の総菜を減らすことに挑戦する人にはそれを支持し、減らせないという人には社員食堂や外食等の塩分量を把握し、塩分の少ないほうを選ぶことを提案するというように、対象者ができそうな取組みであることに注意をはらった。

3) フォローアップ(介入2回目・3回目)

減塩指導の1か月後と2か月後にメール、電話や対面によるフォローアップを行った。フォローアップ内容は、減塩指導時に共有したセルフケア能力についての振り返り・取組みの確認と対象者が行っていることに対する肯定的評価・必要時に追加の情報提供をした。メールは1往復以上、電話・対面は10分程度とした。

5. データ収集手順と内容

データ収集手順と内容を図1に示した。

データ収集期間は、2022年7月12日～10月31日であった。

1) データ収集手順

1回目のデータ収集は研究協力の同意を得られた対象

者に質問紙を手渡しし、回収した。2回目のデータ収集は減塩指導から3か月後に質問紙を送付し、回答した質問紙は回収箱への投函を依頼し、回収した。

2) データ収集内容

(1) 減塩指導前

①基本属性：性別、年齢、勤務形態、職位、同居家族の有無

②健診結果：血圧値、健康診断の結果において医療機関から血圧が高いという指摘を受けた経験の有無と血圧に関する受診経験の有無と降圧薬の内服の有無

③セルフケア能力に関する項目：SCAQ-30を使用した。「いいえ(1点)」～「はい(5点)」までの5件法で、高得点ほどセルフケア能力が高いことを示す。質問紙については、作成者から使用許諾を得た。

④食生活の意識に関する項目：塩分摂取、栄養成分表示、野菜摂取に関する意識についての5項目とした。「まったくない」～「よくある」の4件法で、意識するほど高得点となる。

⑤生活習慣に関する項目：運動、ストレス、飲酒、喫煙の計10項目とした。「いいえ」～「はい」までの4件法で、よい習慣ほど高得点となる。

⑥塩分摂取に関する項目：「塩分チェックシート」²⁵⁾を使用した。13項目あり、項目に応じて0～3点の配点がある。高得点ほど食塩摂取量が多いとされ、合計得点から総合判定として「あまりとっていない」「平均的」「多め」「かなり多め」の4段階で評価できる。質問紙については、作成者から使用許諾を得た。

表1 対象者の属性と血圧に関する状況 (N=35)

項目		人	(%)
性別	男性	30	(85.7)
	女性	5	(14.3)
年齢(歳)	平均±SD	48.0 ± 11.1	
血圧が高いという指摘 ^{a)}	血圧が高いと指摘されたことはない	4	(11.4)
	初めて血圧が高いと指摘された	8	(22.9)
	以前にも血圧が高いと指摘された	23	(65.7)
血圧に関する受診経験 ^{b)}	受診経験なし	22	(62.9)
	受診経験あり	13	(37.1)
受診経験ありのうち (n=13)	初めて血圧が高いと指摘された	1	(7.7)
	以前にも血圧が高いと指摘された	12	(92.3)
降圧薬の内服なし		5	(38.5)
	降圧薬の内服あり(漢方等含む)	8	(61.5)
降圧薬の内服ありのうち (n=8)	140mmHg未満かつ90mmHg未満	2	(25.0)
	140mmHg以上または90mmHg以上	6	(75.0)
血圧値 (mmHg)	収縮期血圧平均値±SD	135.37±12.7	
	拡張期血圧平均値±SD	88.8 ± 8.2	

a) 健康診断の結果において医療機関から指摘された経験を問うており、質問紙の質問項目「これまでに血圧が高いと指摘されたことがありますか」に対する回答。

b) 質問紙の質問項目「血圧について受診したことはありますか」に対する回答。

(2) 減塩指導後

基本属性と健診結果を除き、減塩指導前と同様の項目とした。また、減塩指導後のみ今回の減塩指導についての感想、思いを自由記載として設けた。

6. 分析方法

対象者の属性、各項目については記述統計を行った。減塩指導の前後比較は、各変数にShapiro-Wilk検定を行い、正規分布には対応のあるt検定、非正規分布にはWilcoxonの符号付順位検定、Mann-WhitneyのU検定を行った。分析にはIBM SPSS Statistics Version 29を使用し、統計的有意水準は両側検定で5%とした。

7. 倫理的配慮

対象者には文書で調査の趣旨、協力は任意であること、断った場合何ら不利益は発生しないこと、個人情報の保護などを説明し、同意書への署名をもらった。減塩指導では、会話内容が外に聞こえない個室を準備し、時間順守を徹底した。なお、本研究は関西医科大学医学倫理審査委員会(登録番号2022032)の承認を得て実施した。また、本研究はjRCT (Japan Registry of Clinical Trials; 臨床研究等提出・公開システム)に登録済みである(臨床研究実施計画番号jRCT1050220040)。

IV. 結 果

研究に同意を得られた2事業所の35人を対象とした。フォローアップ方法の内訳は、対面6人(17.1%)、電話5人(14.3%)、メール24人(68.6%)であった。脱落者ではなく、35人全員が減塩指導3か月後の質問紙調査の回答まで参加した。

1. 対象者の属性と血圧の状況

対象者の基本属性と血圧の状況について、表1に示した。

対象者は、a事業所従業員24人、b事業所従業員11人であった。職種は、製造部門10人(28.6%)、営業部門5人(14.3%)、管理部門16人(45.7%)、その他4人(11.4%)であった。交代勤務者は6人(17.1%)であった。家族形態は、同居家族有りが28人(80.0%)、ひとり暮らしが7人(20.0%)であった。血圧平均値は、収縮期血圧135.4±12.7mmHg、拡張期血圧88.8±8.2mmHg、血圧の受診あり13人(37.1%)、血圧の以前からの指摘あり23人(65.7%)であった。

2. 減塩指導の前後比較

対象者の減塩指導前後の比較について、表2に示した。

表2 対象者の減塩指導前後の比較 (N = 35)

項目	得点範囲	減塩指導前		P 値
		平均値 \pm SD	平均値 \pm SD	
セルフケア能力b)	健康のために気をつけていること	5~25	20.5 \pm 3.3	.009
	健康のために選んでいること	5~25	18.2 \pm 3.5	<.001 ^{a)}
	体調を整えること	6~30	20.1 \pm 4.2	.018
	生活のなかで続けること	7~35	23.7 \pm 5.4	<.001 ^{a)}
	支援してくれる人をもつこと	7~35	26.0 \pm 4.4	.024 ^{a)}
	合計得点	30~150	108.5 \pm 16.9	<.001 ^{a)}
食生活の意識b)	塩分を気にしている		3.1 \pm 0.8	<.001
	食品に書かれている栄養成分表示を確認する	各項目すべて	2.6 \pm 0.9	.002
	野菜を毎食食べるようしている		3.4 \pm 0.7	.020
	栄養バランスを考えて食事をとっている	1~5	3.1 \pm 0.8	.035
	就寝前の2時間以内に夕食をとらないようにしている		2.6 \pm 0.9	.001
	合計得点 (得点範囲5~20点)	5~25	14.9 \pm 2.8	<.001
塩分摂取c)	各項目の食べる頻度について			
	みそ汁、スープなど	0~3	2.0 \pm 0.6	.083
	つけ物、梅干しなど	0~3	0.4 \pm 0.6	.132
	ちくわ、かまぼこなどの練り製品	0~2	0.4 \pm 0.6	.132
	アジの開き、みりん干し、塩鮭など	0~2	0.3 \pm 0.5	.564
	ハムやソーセージ	0~2	0.6 \pm 0.5	1.000
	うどん、ラーメンなどの麺類	0~3	1.4 \pm 0.7	1.000
	せんべい、おかき、ポテトチップスなど	0~2	0.4 \pm 0.7	.132
	各項目について当てはまる内容			
	しょうゆやソースなどをかける頻度		1.0 \pm 0.7	.033
	うどん、ラーメンなどの汁を飲むか		1.5 \pm 1.1	.109
	昼食で外食やコンビニ弁当などの利用	各項目すべて	0.6 \pm 0.8	.206
	夕食で外食やお惣菜などの利用		0~3	1.0 \pm 1.0
	家庭の味付けと外食の味付けとの比較		1.0 \pm 1.2	.951
	食事の量について		1.4 \pm 0.9	.388
	合計得点	0~35	11.9 \pm 3.7	.007 ^{a)}
	判定 (1: 少なめ, 2: 平均, 3: 多め, 4: かなり多め)		2.3 \pm 0.7	<.001

統計学的分析は、無印は Wilcoxon の符号付順位検定、a) 対応のある *t* 検定を用いて行った。

b) 「セルフケア能力」「食生活の意識」：得点が高いほど、セルフケア能力や食生活への意識が高いことを示す。

c) 「塩分摂取」：得点が低いほど、塩分摂取量が少ないことを示す。

1) 食生活の意識

食生活の意識の合計得点ならびにすべての質問項目において減塩指導前後で有意な得点の増加がみられた。

2) 塩分摂取

塩分摂取の合計得点で、減塩指導前後で有意な得点の減少がみられた。

3) セルフケア能力

セルフケア能力の合計得点ならびにすべての構成概念の得点では、減塩指導前後において有意な得点の増加がみられた。

4) 生活習慣

生活習慣の合計得点において、減塩指導前後での有意差はみられなかった ($p = 0.441$)。

5) 取組み内容

初回に対象者が立てた取組み内容で多かった分類（複

数回答有り）は、「野菜や果物を摂取する」19人、「減塩（みそ汁を減らす等）」18人、「塩分量を確認する」10人、「食事量や間食を減らす」5人であった。フォローアップ時に介入1回目の減塩指導時に決めた取組みに加えて、自主的に取り組んでいると報告があった取組み内容で多かった分類（複数回答有り）は、「野菜や果物を摂取する」5人、「減塩（みそ汁を減らす等）」4人等であった。「塩分を確認する」については、フォローアップ時に社員食堂に示されている塩分表示をみて少ないほうを選ぶようになったという声が複数あった。また、減塩指導時に話題に出ていなかった野菜や果物の種類や指導後にみつけた減塩食品についての減塩の効果に関する質問があった。

V. 考 察

1. 継続支援の重要性

本研究の2回のフォローアップは、初回の減塩指導時に対象者が決めた減塩内容だけでなく、対象者からの新たな取組みや質問を話し合う機会となった。対象者の主体的な姿勢は、初回の支援時に取組む内容を決める過程として、自分にとって必要であることを対象者なりに納得し、選択したことが影響しているのではないかと考える。2回のフォローアップでの励ましや助言が、対象者への情緒的サポート、情報的サポートとして対象者各自の取組みの承認や強化につながった。これは、専門職とつながりつつも自立した意識的な取組みにつながる先行研究²⁶⁾と一致するを考える。そして、支えてくれる人の存在といった心理的要因がセルフケア能力に影響し、減塩指導後のセルフケア能力の改善傾向に現れたのではないかと考える^{26, 27)}。

また、人によって健診と減塩指導の期間に幅があったものの、フォローアップは期間の幅の長短にかかわらず減塩に向けた行動の維持に貢献したと考える。特に期間の幅が長い場合でも、フォローアップが自己効力感の維持を助け、行動の維持につながった可能性が示唆される。

一人の脱落者も出なかつたことは、応募による参加で関心が高い対象者が多かつたこと、対象者が働いている事業所内で勤務時間中に実施された利用しやすさが影響したのではないかと考える。

2. セルフケアシートを用いて可視化した保健指導の重要性

セルフケアシートや塩分チェックシートの活用は、漠然と生活を振り返るのではなく、当てはまる生活場面を想起し、自身の習慣や価値観に目を向け、話し始めるきっかけとなっているようであった。指導場面で対象者の話を聞くことは重要であり¹⁸⁾、Knowlesが述べるように「成人は主として自分の経験によって自己の定義づけをするからこそ、彼らはそれに深い価値づけを行う」²⁸⁾ことから、経験の共有は対象者の振り返りや価値観の再認識になるだけでなく、支援者が対象者を理解していくことにもつながり、信頼関係構築につながるのではないかと考える。

また、可視化されたデータは健康行動を維持するための動機づけに有効であるとの報告がある²⁹⁾。塩分摂取状況を可視化することは、対象者自身が塩分摂取しがちな

項目に気づき、「減塩（みそ汁を減らす等）」「食事量や間食を減らす」といった対象者の生活に応じた減塩の立案と取組みの意欲につながったと考える。このことは、塩分チェックシートを使用することで、どの食品群の摂取あるいは食行動が食塩の過剰摂取に関連しているのかを具体的に検討することができる³⁰⁾という先行研究の指摘と同様の結果が得られたと考える。

3. 職場での活用に向けての示唆

フォローアップのなかで、「社員食堂での塩分表示をみるようになった」「会社にある血圧計で血圧を測るようになった」という声が聞かれた。対象者である労働者が減塩を継続していくために、個人の努力だけでなく、職場環境における健康を支援する環境づくりといったポピュレーションアプローチが重要であると考える。また、健診時期が多様であることから、職場での減塩指導においては、個々の健診時期に応じた柔軟なアプローチと、それに合わせた指導体制の構築が重要である。本研究では、労働者自身の「個人技術の向上」という側面を強調したが、労働者が1日の多くの時間を過ごす職場環境は、生活習慣に大きな影響を及ぼすと考えられるため、「健康的な環境づくり」との両輪で行うことで、個人だけでなく集団への減塩指導効果を高めていくと考える。

4. 本研究の意義と限界

本研究は、介入前後比較調査であり、減塩指導なしの対照群を設けていないため、食生活の意識、塩分摂取量の減少、セルフケア能力の向上が減塩指導によるものか明らかではない。生活習慣の項目については有意な変化は認められなかった。その理由として、対象者は血圧有所見者であり、応募により参加した人であるため、減塩や血圧、健康に関心がある人が集まつた可能性がある。

また、対象者の血圧値や塩分摂取状況について尿中のナトリウム (Na) とカリウム (K) 値の測定といった客観的データを収集できていないため、正確な塩分摂取状況等の評価ができない。今後、これらの値を取り入れ、効果を客観的に把握できる減塩指導を行っていく必要があると考える。

さらに、同居家族は食習慣に大きな影響を与えるため、同居者がいる場合には、家族に向けた血圧コントロールや減塩の必要性とその効果等の情報提供を行うことが必要であったと考える。

健診から減塩指導までの期間のばらつきは、介入効果

の評価に影響を与えた可能性がある。このばらつきによる影響を統計的に排除することは困難であり、健診後の介入開始時期をより統一的に設定する等の工夫が必要であった。これらを踏まえて、さらなる介入方法を検討し、減塩指導の有用性を検証していくことが必要であると考える。

【謝辞】

本研究にご理解、ご協力くださいました研究協力者の皆様、研究協力者の所属長の方々に心より感謝申し上げます。なお、本論文は、関西医科大学大学院看護学研究科に提出した修士論文に加筆修正したものである。

【利益相反 (COI) 開示】

本調査において開示すべき COI はない。

【文献】

- 1) 梅村 敏：第1章 高血圧の疫学. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(編), 高血圧治療ガイドライン2019, 4-12, 日本高血圧学会, 東京, 2019.
- 2) 厚生労働省政策統括官：表6 性別にみた死因順位(第10位まで)別死亡数・死亡率(人口10万対)・構成割合. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei/23/dl/10_h6.pdf (2025年1月1日).
- 3) 厚生労働省政策統括官：IV 介護の状況. 2022(令和4)年国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/05.pdf> (2025年1月1日).
- 4) 厚生労働省労働基準局：定期健康診断結果報告. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=000001018638&cycle=7&class1val=0> (2025年1月2日).
- 5) 厚生労働省：生活習慣病を知ろう！ <https://kennet.mhlw.go.jp/slp/event/disease/index> (2025年1月1日).
- 6) 有馬秀二：高血圧管理の向上に求められること. 日本内科学会雑誌, 111(3) : 544-549, 2022.
- 7) 近藤隆久・奥村尚樹・横井由宇樹他：男性心血管系疾患発症予防は就業世代から. 総合健診, 45(5) : 641-647, 2018.
- 8) 青木由香里・後藤敏和・尾形千春他：人間ドック受診者の随時尿から推定した塩分摂取量と血圧との関係. 人間ドック, 32(5) : 726-732, 2018.
- 9) 野澤美樹・桑原和代・久保田芳美他：横断研究による推定24時間尿中ナトリウム・カリウム比およびBMIと血圧との関連：神戸研究. 日本公衆衛生雑誌, 67(10) : 722-733, 2020.
- 10) 厚生労働省健康・生活衛生局：令和5年 国民健康・栄養調査結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/109000> 00/001338334.pdf (2025年1月1日).
- 11) 土橋卓也：日本における食塩摂取量の現状と減塩推進への課題；日本高血圧学会の取組みを中心に. 厚生労働省第2回「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」2021年3月29日, <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000760248.pdf> (2025年1月1日).
- 12) 厚生労働省健康局健康課栄養指導室：健康日本21(第三次)について；栄養・食生活関連を中心に. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001122156.pdf> (2025年1月1日).
- 13) 小島美世・小川佳子・中川圭子他：新潟県における成果の見える減塩対策；「にいがた減塩ルネサンス運動」10年間の取組とその成果. 栄養学雑誌, 78(5) : 232-242, 2020.
- 14) 入山八江・串田 修・村山伸子他：勤労者を対象とした食環境介入と栄養教育が食塩摂取量及び行動変容の要因に及ぼす効果. 栄養学雑誌, 76(6) : 139-155, 2018.
- 15) 包國幸代・麻原きよみ：対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術. 日本看護科学会誌, 33(1) : 71-80, 2013.
- 16) 畑中純子・畠中三千代・高崎正子：熟練産業看護職が産業活動において重視する目的と活動の構造. 日本看護科学会誌, 40 : 5-13, 2020.
- 17) 野月千春・本館教子：第1章 セルフケア看護の基本. 本庄恵子(監)・野月千春・本館教子(著), セルフケア看護：基礎から実践まで学べる, 11-23, ライフサポート社, 神奈川, 2015.
- 18) 白石知子：第4章 保健師の基礎技術 4) 健康相談. 井伊久美子・勝又浜子・森永裕美子他(著), 新版 保健師業務要覧, 4版, 2024年版, 206-214, 日本看護協会出版会, 東京, 2024.
- 19) 本庄恵子：慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂. 日本看護科学会誌, 21(1) : 29-39, 2001.
- 20) 本庄恵子：セルフケア能力を査定する質問紙(改訂版)の信頼性と妥当性の検討(第一段階). 第27回日本看護科学会学術集会講演集, 242, 2007.
- 21) 本庄恵子：慢性疾患をもつ人のセルフケア能力を高める看護実践の検討；セルフケア能力を査定する質問紙の作成を通して. 日本慢性看護学会誌, 2(1) : 20-22, 2008.
- 22) 下村裕子・スミス美保子：第2章 事例で学ぶセルフケア支援. 本庄恵子・古川祐子(監), セルフケア研究会(著), セルフケア支援ガイド：多職種協働で理念を実践に活かすための一その人らしく生きることを支える, 33-138, ライフサポート社, 神奈川, 2018.
- 23) 水本 篤・竹内 理：効果量と検定力分析入門；統計的検定を正しく使うために. メソドロジー研究部会報告論集, 1 : 47-73, 2011.
- 24) 本庄恵子：壮年期の慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の開発；開発の初期の段階. 日本看護科学会誌, 17(4) : 46-55, 1997.
- 25) 土橋卓也・増田香織・鬼木秀幸他：高血圧患者における簡

- 易食事調査票『塩分チェックシート』の妥当性についての検討. 血圧, 20 : 1239-1243, 2013.
- 26) 高橋秀治・石丸美奈：壮年期独身男性の生活習慣病予防につながるセルフケア行動とソーシャルサポートの構造. 千葉看護学会会誌, 28 (1) : 45-55, 2022.
- 27) 森下美佳・服部園美・宮井信行：高齢糖尿病患者におけるセルフケア能力と主観的健康統制感およびソーシャルサポートの関連. 日本衛生学会誌, 72 (1) : 77-86, 2017.
- 28) Knowles MS : The Modern Practice of Adult Education;

- From Pedagogy to Andragogy. Cambridge Adult Education, Cambridge, 1980. (堀 薫夫・三輪建二監訳：成人教育の現代的実践；ペタゴジーからアンドラゴジーへ. 凤書房, 東京, 2002).
- 29) 田木真和・玉木 悠・森川富昭他：NFC通信歩数計を活用した健康データの可視化による生活習慣の行動変容. 医療情報学, 34 (6) : 281-291, 2014.
- 30) 土橋卓也：日本人はどこまで食塩を減らせるか？栄養学雑誌, 78 (2) : 49-56, 2020.

■ Information ■

Effectiveness of Salt Reduction Guidance Focusing on Self-care Agency for Workers with High Blood Pressure

Sumiko Horiuchi¹⁾, Masae Ueno²⁾, Satoko Okawa¹⁾

1) Kansai Medical University Faculty of Nursing

2) Shitennoji University Graduate School of Nursing

Objective: To conduct salt reduction coaching centered on self-care skills for workers with elevated blood pressure and to explore how worker awareness of salt reduction, daily habits, and self-care skills evolve post-coaching, while evaluating the impact of enhanced awareness, reduced salt consumption, and lifestyle improvements.

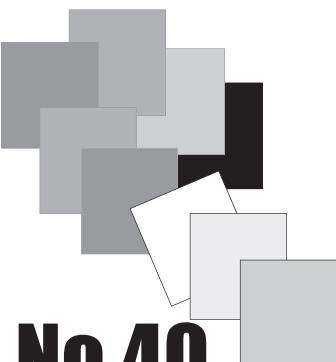
Methods: The study involved 35 workers who were identified during routine health screenings with systolic blood pressure ≥ 130 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 80 mmHg, regardless of whether they were on blood pressure medication. A self-care ability questionnaire (Self-Care Agency Questionnaire ; SCAQ) was used to assess participants' capabilities. Tailored salt reduction coaching was delivered, focusing on these abilities. Surveys were conducted before and three months after coaching to compare self-care skills, dietary awareness, lifestyle patterns, and salt consumption. Data were analyzed using paired *t*-tests, Wilcoxon signed-rank tests, and Mann-Whitney *U* tests, with a significance level set at 5% (two-tailed).

Results: All 35 participants were included in the analysis. Notable improvements were observed in dietary awareness ($p < 0.001$), salt consumption ($p < 0.001$), and self-care skills ($p < 0.001$). Lifestyle patterns showed no significant change ($p = 0.441$).

Discussion: The progress in self-care skills, dietary awareness, and salt consumption likely stem from the use of self-care and salt-tracking tools, which prompted participants to reflect on their daily routines and recognize practical steps for change through clear visualization. The findings highlight the value of sustained support for lasting impact.

Key words : Workers, health checkup, blood pressure, self-care agency, salt reduction guidance, lifestyle

■企画連載■ 地域看護に活用できるインデックス



プライマリ・ケアの質評価

—患者経験の視点から—

金子 慎

横浜市立大学大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻

日本地域看護学会誌, 28 (3) : 57-63, 2025

I. はじめに

1. プライマリ・ケアとは？

本稿はプライマリ・ケアの質を測定する尺度の紹介を主眼とするが、まずは本稿におけるプライマリ・ケアの定義について述べる。プライマリ・ケアの定義にはさまざまなものがあるが、本稿ではそれは医師によってのみ提供されるものではなく看護師・事務員などからなるチームで提供されるものであることを強調したい。たとえば、Cambridge Dictionaryでprimary careを引くと“medical treatment provided by local doctors or other health workers, rather than special treatment in a hospital”と出てくる¹⁾。すなわち“地域の” (=local) 医師もしくはそれ以外の医療職による医療の提供を指す言葉であることがわかる。日本のプライマリ・ケアに関する学術団体である日本プライマリ・ケア連合学会のウェブサイトにある「プライマリ・ケアとは？」では、1996年の米国国立科学アカデミー (National Academy of Sciences : NAS) の定義を引用し、「primary careとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」と説明している²⁾。同ウェブサイトでは、上記のNASの定義を踏まえて、「プライマリ・ケアとは、国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能と考えられます」と結んでいる²⁾。NASの定義では「臨

床医」となっているが、日本プライマリ・ケア連合学会の記述はプライマリ・ケアとは「機能」である、と述べている²⁾。また、アメリカ家庭医療学会 (American Academy of Family Physician : AAFP) の定義には、“Primary care is the provision of integrated, accessible health care services by physicians and their health care teams who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community. The care is person-centered, team-based, community-aligned, and designed to achieve better health, better care, and lower costs”³⁾とあり、上記のNASの定義およびその引用に続く日本プライマリ・ケア連合学会の記述と多くの部分が共通すること、「医師とヘルスケアチームによって」提供されるものとしていることがわかる。さらに、AAFPのウェブサイトにはプライマリ・ケアチームの定義も記載されている。具体的には“Patients are best served when their care is provided by an integrated practice care team led by a primary care physician. Health professionals work together as an interprofessional, interdependent team in patients' best interests to support comprehensive care delivery. They manage the care of an individual patient and a population of patients using an interprofessional, collaborative approach to health care. The team should support enhanced communication and processes that empower all staff to effectively utilize the skills, training, and

abilities of each team member to the full extent of their professional capacity”³⁾とあり、統合されたケアがチームで提供されること、個別の患者および住民に多職種で協同してケアを行うこと、が強調されている。わが国の現状を考えてもプライマリ・ケア提供の現場である診療所や中小病院は医師だけでなく看護師をはじめとした多職種で協力して診療を行っている場合が多いと考えられる。

そこで本稿ではプライマリ・ケアを上述の定義に含まれる「全人的・統合的・継続的なケア」「個別の患者だけでなく地域住民・コミュニティなどの集団も対象とするケア」であると同時に「チームで行うケア」ととらえることとする。そのうえで、その質をどのように測定し活用していくかについて議論していきたい。

2. プライマリ・ケアの質評価

プライマリ・ケアの質評価にはさまざまな視点があるが、ここでは代表的なものを紹介したレビュー論文であるOlde Hartmanら⁴⁾のDeveloping measures to capture the true value of primary careをもとに概説する。この論文ではDonabedianのモデルに基づき医療の質を構造、過程、結果の3つに分けており、代表的なプライマリ・ケアの質評価指標5つがそれぞれどの領域をカバーしているかを記載している⁴⁾。それぞれの概要は表1⁴⁻⁹⁾を参照してもらいたい。ここで取り上げられている5つの指標、すなわちEuropean Primary Care Monitor Framework (EPCM)^{4, 5)}、Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI)^{4, 6)}、Quality and Outcome Framework (QOF)^{4, 7)}、Primary Care Assessment Tool (PCAT)^{4, 8)}、Person-Centered Primary Care Measure (PCPCM)^{4, 9)}のうちEPCMとPHCPIは構造、過程、結果すべての評価であり、QOFは主に結果を、PCATとPCPCMは過程と結果を評価するものである。

EPCMは、国単位の指標であり、ヨーロッパ諸国を対象に、プライマリ・ケアの構造(制度・財政・人材)、過程(近接性・継続性・協調性・包括性)、結果(質・効率・公平性)を総合的に評価するものである⁴⁾。これ用いることで国単位でのプライマリ・ケア指標が住民のアウトカムとどのように関連しているかを検討することができる。PHCPIも同様に国単位の指標であり、主に低・中所得国を対象に、プライマリ・ヘルスケアの測定・改善を目指す国際的枠組みである⁴⁾。

表1 プライマリ・ケアの質評価指標とそのカバーする領域

ケアの次元	PCAT ⁸⁾	QOF ⁷⁾	PHCPI ⁶⁾	EPCM ⁵⁾	PCPCM ⁹⁾
構造					
ガバナンス			●	●	●
経済的要因			●	●	●
労働力			●		●
過程					
近接性	●		●	●	●
継続性	●		●	●	●
協調性	●		●	●	●
包括性	●	●	●	●	●
家族・患者中心性	●				●
地域志向性	●				●
結果					
質	●	●		●	●
効率性		●	●	●	
公平性		●	●		

表中の肩書き番号は、文末の文献番号を示す。

PCAT : Primary Care Assessment Tool, QOF : Quality and Outcomes Framework, PHCPI : Primary Health Care Performance Initiative, EPCM : European Primary Care Monitor Framework, PCPCM : Person-Centred Primary Care Measure

出典) Olde Hartman, Bazemore A, Etz R, et al.: Developing measures to capture the true value of primary care. *BJGP Open*, 5 (2) : 1-8, 2021をもとに作成。

それに対し、QOFはイギリスで用いられている診療所単位の指標で、慢性疾患管理、電子カルテ導入、チーム医療の推進などについてあらかじめ決められた具体的な項目の達成割合をみるものである⁴⁾。具体的には心房細動をもつ患者で抗凝固療法の適応がある患者に抗凝固薬が処方されている割合、慢性腎臓病と高血圧をもつ患者に対してアンジオテンシン変換酵素(angiotensin converting enzyme inhibitor; ACEI) /アンジオテンシンII受容体拮抗薬(angiotensin II receptor blocker; ARB)が処方されている割合などのエビデンスに基づいた診療が行われているかを測定している⁴⁾。

PCATは、患者への質問紙調査を用いてプライマリ・ケアの過程・結果を測定するものであり、アメリカで開発され、わが国でも日本版でありJPCATが広く用いられている^{4, 10)}。プライマリ・ケアの重要な要素である近接性・継続性・協調性・包括性、地域志向性などを患者視点から測定できるという点で重要なツールであり、さまざまな研究で使用されている⁴⁾。しかし、英語の原版は質問数が多く、回答に40分ほどかかるなど研究目的以外には使用しにくい面があった⁴⁾（わが国では短縮版のJapanese version of Primary Care Assessment Tool Short Form (JPCAT-SF)も利用可能¹¹⁾）。そのような点を克服し、患者視点でのプライマリ・ケアの質を簡便

に測定するために作成されたのが今回主に扱うPCPCMである⁹⁾。PCPCMは11の短い質問でプライマリ・ケアの幅広い要素を評価するものであり28か国語に翻訳されている^{4,9)}。

3. プライマリ・ケアの質と患者経験

医療の目指すアウトカムとしてTriple Aimでは健康アウトカム、コストと並んで患者経験が挙げられている¹²⁾。特に、プライマリ・ケアにおいては患者視点からの医療の質である患者経験が重要なアウトカムであるとされている¹³⁾。上記の指標のなかで患者経験を測定しているのはPCAT⁸⁾およびPCPCM⁹⁾であり、本稿ではより短い質問で多くの要素を評価することができ、今後使用が世界的に広がっていくと考えられているPCPCMおよび筆者らが開発したその日本版を中心に患者経験の視点からプライマリ・ケアの質評価を論ずることとする。

II. 概念の定義

1. プライマリ・ケアにおける患者経験

患者経験（あるいは患者経験価値と訳される場合もある）は、Patient Experience (PX) の日本語訳であり「一連のケアを通じ、患者に単発的あるいは集合的に起きる事象」と定義される¹⁴⁾。患者経験は医療サービスに関する患者の具体的な「経験」を意味する概念であり、評価主体は患者である¹⁴⁾。プライマリ・ケアにおける患者経験は上述のようにプライマリ・ケアの重要な要素である近接性・継続性・協調性・包括性・地域志向性などを通じて測定される¹⁴⁾。患者経験は有効性や安全性といった医療の質と正の関連を示すと同時に、アドヒアランスやセルフマネジメントなど患者の行動にも影響を与えることが示されている¹⁴⁾。わが国の患者を対象とした研究でも、患者経験のスコアが高いことが予防医療の利用¹⁵⁾やアドバンス・ケア・プランニング (Advanced Care Planning)¹⁶⁾の実施に正の関連があり、スコアが低いことがプライマリ・ケア医をスキップし、病院など高次の医療機関への直接受診することと関連すること¹⁷⁾が報告されている。

2. PCPCMの作成過程

プライマリ・ケアにおける患者経験尺度のひとつであるPCPCMは、アメリカでEtzらによって開発された⁹⁾。Etzらはまず、患者・臨床医・保険者を対象としたクラ

ウドソーシング調査を実施し、重要度の高いプライマリ・ケアの質指標領域を探索した ($n = 1,022$)⁹⁾。 参加した医師の65%は大学などのアカデミア以外の施設に勤務しており、患者参加者の性別・年齢・居住場所は多様であった⁹⁾。 この調査で得られた18の質指標領域をもとに、2017年に開催された国際カンファレンス「Starfield Summit III」において、臨床家・患者・政策立案者など多様なステークホルダーとの議論が行われ、領域を11に統合・精緻化した⁹⁾。学際的チームがその会議の録音データおよび議事録を分析し、11項目からなる初期案を作成し、参加者および外部有識者によるフィードバックを経て最終的な案を作成した⁹⁾。最終的な11項目はケアへのアクセス、ケアの包括性、ケアの統合、ケアの調整、医療者と患者の関係性、ケアの継続性、アドボカシー、家族状況を考慮したケア、地域状況を考慮したケア、目標志向のケア、健康増進である⁹⁾。その後、一般住民を対象としたオンライン調査と医療機関の患者を対象とした質問紙調査をそれぞれ行い、計量心理学的な信頼性・妥当性を確認している⁹⁾。

III. 指標の紹介

1. 日本版PCPCMの作成過程

日本版PCPCMは、わが国的一般住民を対象とした調査で信頼性・妥当性が検証されている¹⁸⁾。プライマリ・ケアの専門家から構成される研究チームで原版の翻訳を行い、日本語と英語のバイリンガルによる逆翻訳の後に、7人の患者による認知的デブリーフィングを行って内容的妥当性を確認している¹⁸⁾。その後、神奈川県横浜市港南区の住民基本台帳から無作為抽出した20～74歳の1,000人に郵送調査を行い、信頼性はCronbachの α および項目・合計相関で評価され、構造的妥当性は原版と同じ1因子モデルの仮説に基づき確証的因子分析を行った¹⁸⁾。基準関連妥当性はJPCAT-SF¹¹⁾との相関により検証され、収束的妥当性はインフルエンザワクチン接種との関連から評価された¹⁸⁾。

2. 日本版PCPCMの内容

日本版PCPCMの具体的な質問項目を表2に示す。わが国ではプライマリ・ケア医への登録制度がなく、患者が自由に医療機関を選べるため、最初にどの医療機関について答えるかを定義する必要がある。PCPCM日本版では、先行して開発されたJPCAT-SFと同様に「体調が

表2 Person-Centered Primary Care Measure (PCPCM) 日本版の概要

ステップ1. 「体調が悪いときや健康について相談したいときに、いつも受診する医療機関はありますか？ はい/いいえ」について「はい」と答えた方はその医療機関について以下の質問に答えてください。
※日本では、プライマリ・ケア医への登録制度が無く患者さんが自由に医療機関を選べます。従って最初に上記の質問を行い、「はい」と答えた方を対象に、その医療機関について回答して頂く形式となっています。

ステップ2. 以下の項目について「確実にそうだ ほとんどそうだ まあまあそうだ そうではない」のいずれかを選択してください。

ケアへのアクセス	医師やスタッフは、私が受診しやすくしてくれている
ケアの包括性	医師やスタッフは、必要なケア（診断、治療、指導、アドバイスなど）のほとんどを提供できる
ケアの統合	私をケアするに当たって、医師やスタッフは私の健康に影響する全ての事を考えててくれる
ケアの調整	医師やスタッフは、他の場所から受けているケアについても配慮し調整してくれる
医療者と患者の関係性	医師やスタッフは、私を一人の人として認識している
ケアの継続性	医師やスタッフは、私と共に多くのことを経験してきた
アドボカシー	医師やスタッフは、私が困ったときに守ってくれる
家族状況を考慮したケア	私が受けているケアは私の家族についても考慮されている
地域状況を考慮したケア	私が受けているケアは私が住んでいる地域のことも考慮されている
目標志向のケア	医師やスタッフは継続的に、健康についての目標を達成するのを支援してくれる
健康増進	医師やスタッフは継続的に、健康でいられるように支援してくれる

各項目1点から4点で評価され4点が満点、総合得点には各項目の平均値を用います。

出典) Kaneko M, Okada T, Aoki T, et al.: Development and validation of a Japanese version of the person-centered primary care measure. *BMC Primary Care*, 23 (1) : 112, 2022. doi: 10.1186/s12875-022-01726-7 より作成。

悪いときや健康について相談したいときに、いつも受診する医療機関はありますか？ はい/いいえ」という質問を行い、「はい」と答えた場合に、その医療機関について回答してもらう形式となっている¹⁸⁾。筆者らの開発した日本版PCPCMは、原著者らのウェブサイト¹⁹⁾に正式な日本版として掲載されている。また、研究目的であれば筆者の研究室のウェブサイト²⁰⁾から申請することで日本版PCPCMのフォーマットと使用マニュアルを無償で使用可能である。

3. 日本版PCPCMの使用マニュアル

日本版PCPCM使用マニュアルには上記のほかにスコアリングの方法を記載している。具体的には、

①得点の算出法

「確実にそうだ」「ほとんどそうだ」「まあまあそうだ」「そうではない」の4検で「確実にそうだ」が4点、以下、3点、2点、1点とする。

②総合得点の算出法

総合得点として、(①)で算出した各項目の得点の平均点を算出する。そのため総合得点は1~4点の範囲をとる。

③欠損値の扱い

回答に欠損があった場合、

- ・全11項目のうち、8項目以上を回答している結果のみ用いる→7項目までしか回答していないものは除外する
- ・8~10項目を回答している場合はその平均値を総合得点とする

また、1因子構造なので、基本的にはアウトカムとの関連などをみる場合には総合得点を用いる。

日本版PCPCMを研究で利用する場合はKanekoらの文献¹⁸⁾を引用することとしている。

筆者らが行った研究では、PCPCMの平均点は2.59点であった(4点満点)¹⁸⁾。この得点をもとに経済協力開発機構(OECD)加盟35か国を対象として行われた先行研究と比較すると35か国中28位であり、現在のわが国のプライマリ・ケアの質を表す目安のひとつとなると考えられる¹⁸⁾。また、項目別の得点(それぞれ4点満点)では、ケアへのアクセス(2.98点)、ケアの包括性(2.98点)、ケアの統合(2.66点)、ケアの調整(2.56点)、医療者と患者の関係性(3.16点)、ケアの継続性(2.14点)、アドボカシー(2.48点)、家族状況を考慮したケア(2.18点)、

地域状況を考慮したケア (2.12点), 目標志向のケア (2.57点), 健康増進 (2.68点) であり, ケアの継続性, 家族や地域の状況を考慮したケアの得点が低い傾向にあった¹⁸⁾. これはわが国のプライマリ・ケアの特徴と考えられると同時に, アメリカでも同様の傾向がみられており他国でも共通の課題である可能性がある¹⁸⁾.

IV. 指標の活用状況

1. PCPCMを使った海外の研究

PCPCMは, 2019年に発表された比較的新しいツールであるが, OECD 35か国的一般住民に対してPCPCMを用いてプライマリ・ケアの質を比較した研究²¹⁾に加え, 中国²²⁾, オランダ²³⁾など各国版の開発, アメリカでの小児患者に対する信頼性・妥当性の検証²⁴⁾などが行われており, その利用可能な対象が広がりつつある. さらに, トロント (カナダ)²⁵⁾, 上海 (中国)²⁶⁾などで実際の診療所での質評価に導入されていることとPCPCMがどのような患者属性や既存の尺度と関連しているかが報告されている. トロントの研究では, 健康状態が良好であること, カナダ出身であること, 高学歴, 医療提供者との関係性が長いことなどが良好なPCPCMスコアと関連していた²⁵⁾. また, アクセス, 患者中心性, ケアの継続性に関連する患者経験を測定する既存の尺度とも関連していた²⁵⁾. 上海での研究はPCPCMスコアとQOL (quality of life, 生活の質) が関連することを示しており, PCPCMスコアを高めることでQOLなどの患者アウトカムが改善することが示唆されている²⁶⁾.

2. PCPCMを使った国内の研究

わが国においては, 筆者らがPCPCMを使った研究を複数行っている²⁷⁻²⁹⁾. 1つはPCPCMスコアと地域差の関連をみたもので, 全国的一般住民を対象に「医療分野におけるべき地尺度, Rurality Index for Japan (RIJ)」³⁰⁾を用いて提供されているプライマリ・ケアの質を比較した²⁷⁾. この研究ではRIJによるPCPCMスコアの差はなく, 諸外国では都市部のほうがプライマリ・ケアの質が高いとする研究もあるものの, わが国では地域によらずある程度同等の質のプライマリ・ケアが提供されている可能性を示した²⁷⁾. また, 横浜市の一般住民を対象にした研究ではかかりつけ医療機関をもつこと, PCPCMスコアが高いことが低い孤独の点数と関連していることを示した²⁸⁾. この結果は, かかりつけ医療機関をもつこと,

そこで質の高いプライマリ・ケアが提供されることが孤独を緩和することを示唆している²⁸⁾. また, PCPCMスコアが高いことがインフルエンザワクチン接種と量・反応関係があることも報告しており, PCPCMスコアと臨床的なアウトカムの関連を実証した世界で初めての論文となっている²⁹⁾. 上記の研究以外にも, 今後は日本老年学的評価研究 (JAGES) 機構が継続的に全国で行っている20万人以上を多少としたコホート研究にバージョン項目 (全参加者が回答するものではなく一部の参加者が回答するもの) にPCPCMが使用される予定であり, さらに幅広いアウトカムとの関連が検証されることが期待される.

V. 活用できる地域看護実践例

1. 「医師やスタッフ」でのプライマリ・ケアの質

表2にあるようにPCPCMの質問項目の主語は「医師やスタッフ」となっており, 回答者は医師だけでなくスタッフも含めた評価を記載していることとなる. これは同様にプライマリ・ケアにおける患者経験を測定するJPCAT-SFとの相違点であり, PCPCMが地域看護に活用できると考える理由である. 病院と比べてスタッフの人数が少ない診療所では, 医師の仕事と看護師の仕事は一体となって行われており, それぞれを分けて評価したり, それぞれの仕事とアウトカムの関連を検証することはむずかしいと考える. そこでPCPCMを用いて診療所が提供している医療の質を評価すること, それをもとに診療所全体の質改善につなげていくことは有用と考える. 一般的にプライマリ・ケアの質指標と考えられている予防接種や必要なスクリーニングの実施, 慢性疾患の増悪による入院や退院後の再入院などは診療所において医師だけでなく看護師やその他の職種が一体となって取り組んでいると考えられ, PCPCMスコアと指標とこのような指標の関連をみていくことは診療所看護を含む診療所のプライマリ・ケア機能を評価していくことにつながると考えられる.

2. プライマリ・ケアの質

行政 (自治体) の保健所・保健センター, 地域包括支援センターなどに勤める保健師・看護師等が, PCPCMの評価を事業や調査に組み込むことにより, 地域の医療の質評価をする, 地域診断により行政や医療機関などとの連携, 地域包括ケアシステムに活用する, といった活

動も今後考えられる。実際に横浜市立大学が横浜市と連携して行っている「よこはま健康研究」³¹⁾では横浜市の健康増進を目的とする調査の一部にPCPCMが組み入れられている。

【文献】

- 1) Cambridge University Press and Assessment : Cambridge Dictionary. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/primary-care> (2025年6月29日).
- 2) 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会：プライマリ・ケアとは？ <https://www.primarycare-japan.com/primarycare.htm> (2025年6月29日).
- 3) American Academy of Family Physicians : Primary Care. <https://www.aafp.org/about/policies/all/primary-care.html> (2025年6月29日).
- 4) Olde Hartman TC, Bazemore A, Etz R, et al.: Developing measures to capture the true value of primary care. *BJGP Open*, 26; 5 (2) : BJGPO.2020.0152, 2021. doi: 10.3399/BJGPO.2020.0152.
- 5) Kringsos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al.: The strength of primary care in Europe; an international comparative study. *The British Journal of General Practice*, 63 (616) : 742–750, 2013.
- 6) Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, et al.: Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of General Internal Medicine*, 32 (5) : 566–571, 2017.
- 7) Roland M:Linking physicians' pay to the quality of care; a major experiment in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 351 (14) : 1448–1454, 2004.
- 8) Shi L, Starfield B, Xu J : Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, 50 (2) : 161, 2001.
- 9) Etz RS, Zyzanski SJ, Gonzalez MM, et al.: A New Comprehensive Measure of High-Value Aspects of Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 17 (3) : 221–230, 2019.
- 10) Aoki T, Inoue M, Nakayama T : Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. *Family Practice*, 33 (1) : 112–117, 2016.
- 11) Aoki T, Fukuhara S, Yamamoto Y : Development and validation of a concise scale for assessing patient experience of primary care for adults in Japan. *Family Practice*, 37 (1) : 137–142, 2020.
- 12) Berwick DM, Nolan TW, Whittington J : The triple aim; care, health, and cost. *Health Affairs (Project Hope)*, 27 (3) : 759–769, 2008.
- 13) 青木拓也：プライマリ・ケアの質評価；患者経験を中心として. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 38 (1) : 40–44, 2015.
- 14) 青木拓也：Patient Experience (PX) 評価の意義と展望. 医療の質・安全学会誌, 17 (4) : 393–398, 2022.
- 15) Aoki T, Fujinuma Y, Matsushima M : Usual source of primary care and preventive care measures in the COVID-19 pandemic; a nationwide cross-sectional study in Japan. *BMJ Open*, 12 (3) : e057418, 2022.
- 16) Aoki T, Miyashita J, Yamamoto Y, et al.: Patient experience of primary care and advance care planning; a multicentre cross-sectional study in Japan. *Family Practice*, 34 (2) : 206–212, 2017.
- 17) Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, et al.: Effect of Patient Experience on Bypassing a Primary Care Gatekeeper; a Multicenter Prospective Cohort Study in Japan. *Journal of General Internal Medicine*, 33 (5) : 722–728, 2018.
- 18) Kaneko M, Okada T, Aoki T, et al.: Development and validation of a Japanese version of the person-centered primary care measure. *BMC Primary Care*, 23 (1) : 112, 2022. doi: 10.1186/s12875-022-01726-7
- 19) The Larry A. Green Center : Person-Centered Primary Care Measure. <https://www.green-center.org/pcpcm> (2025年6月29日).
- 20) プライマリ・ケアリサーチユニット：お問い合わせフォーム. <https://pcru-kanekolab.studio.site/contact#top> (2025年6月29日).
- 21) Zyzanski SJ, Gonzalez MM, O'Neal JP, et al.: Measuring Primary Care Across 35 OECD Countries. *Annals of Family Medicine*, 19 (6) : 547–552, 2021.
- 22) Wang Y, Yu D, Jin H : Translation, adaptation, and validation of Person-Centered Primary Care Measures for patients in family doctor contract services within mainland China. *BMC Primary Care*, 26 (1) : 91, 2025. doi: 10.1186/s12875-025-02796-z. Erratum in *BMC Primary Care*, 26 (1) : 153, 2025. doi: 10.1186/s12875-025-02857-3
doi: 10.1186/s12875-025-02796-z. Erratum in *BMC Prim Care*, 2025 May 10; 26 (1) : 153. doi: 10.1186/s12875-025-02857-3
- 23) Schut T, van de Meeberg B, Lucassen P, et al.: Dutch Translation and Psychometric Evaluation of the Person-Centered Primary Care Measure. *Annals of Family Medicine*, 22 (4) : 288–293, 2024.
- 24) Ronis SD, Westphal KK, Kleinman LC, et al.: Performance of the Person Centered Primary Care Measure in Pediatric Continuity Clinic. *Academic Pediatrics*, 21 (6) : 1077–1083, 2021.
- 25) Li E, Latifovic L, Etz R, et al.: How the Novel Person-

- Centered Primary Care Measure Performs in Canada. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 35 (4) : 751–761, 2022.
- 26) Wang Y, Jin H, Yang H, et al.: Primary care functional features and their health impact on patients enrolled in the Shanghai family doctor service; a mixed-methods study. *Journal of Global Health*, 15 : 04007, 2025. doi: 10.7189/jogh.15.04007
- 27) Kaneko M, Yamada H, Okada T : Patient experiences in primary care do not differ according to rurality; a cross-sectional study. *BMC Prim Care*, 25 (1) : 132, 2024. doi: 10.1186/s12875-024-02397-2. Erratum in *BMC Prim Care*, 26 (1) : 49, 2025. doi: 10.1186/s12875-025-02752-x
- 28) Kaneko M, Shinoda S, Nakayama I, et al.: Usual source and better quality of primary care are associated with lower loneliness scores; a cross-sectional study. *Family Practice*, 41 (3) : 312–320, 2024.
- 29) Kaneko M, Yamada H, Okada T : Higher person-centered primary care measure score is associated with better influenza vaccine uptake; a nationwide cross-sectional study. *Family Practice*, 42 (3) : cmaf030, 2025. doi: 10.1093/fampra/cmaf030
- 30) Kaneko M, Ikeda T, Inoue M, et al.: Development and validation of a rurality index for healthcare research in Japan; a modified Delphi study. *BMJ Open*, 13 (6) : e068800, 2023. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068800
- 31) 横浜市立大学医学部・大学院医学研究科公衆衛生学教室 : 研究プロジェクト よこはま健康研究. (https://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~p_health/health_research.html (2025年6月29日).

■企画連載■ 地域看護に活用できるインデックス



ワクチン躊躇

加藤由希子¹⁾、齋藤あや²⁾¹⁾慶應義塾大学看護医療学部²⁾新潟大学大学院保健学研究科

日本地域看護学会誌、28 (3) : 64-70, 2025

I. はじめに

予防接種は、流行感染症の罹患率・死亡率の低下、根絶など公衆衛生の歴史において重大な成果を挙げた施策のひとつである。現在もワクチンで予防できる疾患に対するさまざまな種類の予防接種が開発・提供されており、ライフコースに合わせて適切な予防接種を受けることは感染症の罹患・重症化予防に有用である。しかしながら予防接種の普及に伴い、世界的な課題となっているのがワクチン躊躇 (vaccine hesitancy) である。わが国ではワクチン忌避と訳されることも多いが、後述する定義や概念によると、予防接種をためらう・迷う状態も含まれる。そのため、本稿ではワクチン躊躇を使用する。世界保健機関 (World Health Organization: WHO) は、2019年にワクチン躊躇を「世界の健康に対する10の脅威」のひとつに挙げ¹⁾、2021年には小児予防接種率に過去30年間で最大の持続的減少がみられていることを報告した²⁾。わが国においても、ワクチンについての誤情報の拡散³⁾やヒトパピローマウイルス (human papillomavirus; HPV) ワクチンの接種率の低迷⁴⁾などが課題となっている。実際に、行政保健師や地域の予防接種指定医療機関に勤務する看護師は、実践を重ねるなかでワクチン接種に不安や疑問をもつ人に出会うことが少なくない。しかしながら、対象者の思いや懸念点を十分に理解し、適切な支援を行なう上で重要な概念であるワクチン躊躇について体系的に学べる機会は少ない。

そこで本稿では、ワクチン躊躇の定義と関連要因、主な測定尺度とその活用について紹介する。

II. 概念の定義と関連要因

ワクチン躊躇は、「予防接種サービスが利用できるにも関わらず、予防接種の遅れや拒否が起きること」と定義され⁵⁾、具体的には、“ほぼ接種しているが迷いがある”“一部接種している”“接種しているがスケジュールが遅れている”“ほぼ接種していない”などさまざまな状態を含む連続体であるとされている(図1)。すべてのワクチンを完全に拒否している状態はvaccine refuser (ワクチン拒否者) やanti-vaccine movement (反ワクチン運動) など、別の概念として整理される。また、ワクチンの在庫切れ、接種プログラムがない、接種会場へのアクセスが悪くて行けない等が原因の未接種は、ワクチン躊躇の範囲外とされる⁵⁾。

ワクチン躊躇については、各国でその関連要因が検討されており、心理的要因を表す代表的な概念モデルが「ワクチン躊躇の3Csモデル」である⁵⁾。Complacencyは、認識されている疾病危険性を意味し、たとえば「自分はその病気にかかるないからワクチン接種は不要」と主張する場合である。Confidenceは、予防接種や接種システムに対する信頼で、具体的にはワクチンの有効性や安全性、政府や医療機関、ワクチンメーカー等への不信感などが挙げられる。Convenienceは、ワクチン接種の受けやすさ、つまりコストや地理的なアクセシビリティ、言語やヘルスリテラシーなどを指す。Betschらは上記3つの要因に、Calculation (予防接種の個人的なコストとベネフィットの重み付けの度合い) とCollective responsibility (他人を守り感染症をなくそうとする意志)

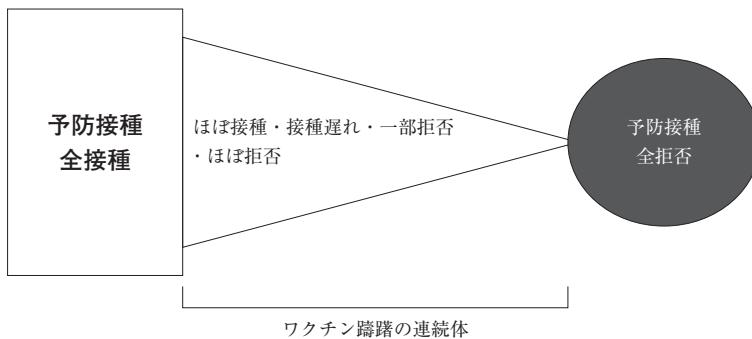


図1 ワクチン躊躇

表1 7Cモデル構成要素

Confidence : 信頼
予防接種の安全性と有効性、保健所、ワクチンを推奨・開発する保健当局への信頼
Complacency : 無頓着
感染症のリスクが低いと認識しているため、予防接種を受けようとしない無頓着な態度
Constrains : 障壁
ワクチン接種を困難または費用がかかるものとする日常生活における構造的または心理的なハードル
Calculation : 打算
ワクチン接種の個人的なコストとベネフィットの重み付けの度合い
Collective Responsibility : 集団責任
他人を守り、感染症をなくそうとする意志があること
Compliance : 社会規範の支持
ワクチンを接種していない人を社会的に監視し、罰則を加えることへの支持
Conspiracy : 陰謀論的思考
ワクチン接種に関する陰謀論的思考とフェイクニュースへの確信

出典) Geiger M, Rees F, Lilleholt L, et al.: Measuring the 7Cs of vaccination readiness. *European Journal of Psychological Assessment*, 38 (4) : 261-269, 2022 ; 東京医科大学公衆衛生学分野：予防接種レディネス尺度：7C日本語版：用語の説明、妥当性・信頼性、使用方法について、第3版、2023. https://www.tmu-ph.ac/news/uploads/2023112616300025_pattern_pdf_1.pdfをもとに作成.

の2つを加えた5Cを発表した⁶⁾。さらに、Compliance (接種状況を社会的に監視することへの考え方) と Conspiracy (陰謀論に対する考え方) を加えた7Cモデルも提唱され、段階的に発展している(表1)^{7,8)}。

次に、心理的要因に加えて、社会人口統計学的な要因との関連も多数報告されている。社会人口統計学的要因としては、性別、年齢、社会経済的状況、職業、民族などとワクチン躊躇の関連が調べられている。新型コロナワクチンに対するワクチン躊躇に関するシステムティックレビューでは、女性や若年者、収入や教育歴が低い者、子どもをもつ保護者に躊躇する者が多いことが報告されている⁹⁾。しかしながら教育歴を例にとると、多くの研究で低い教育歴とワクチン躊躇の関連が示されている一方で、高い教育歴をもつ集団における選択的躊躇の存在も報告されており¹⁰⁾、教育歴とワクチン躊躇との関連は単純な直線的関係ではないことがわかる。また、個人の

心理的要因・社会人口統計学的要因のみならず、家族や友人、医療者とのやりとり、居住地域や宗教などによってもワクチン接種に対する態度は左右される¹¹⁾。このように、ワクチン躊躇は文脈依存的、具体的には時期、場所、ワクチンの種類、所属するサブグループ等によって異なる⁵⁾性質があり、複雑な様態を示す。

わが国においては、新型コロナワクチンを接種しない、または躊躇する理由としてもっと多いのが「副反応への心配」、次に「ワクチンの安全性や効果に対する懸念」^{12, 13)}であると報告されている。HPVワクチンにおいても、過去の報道や政府の積極的勧奨差し控えによる副反応への懸念が消えず、特異的な接種率低迷が長期にわたり持続⁴⁾している。これらのことから、日本人はワクチンの副反応に対する懸念や、ワクチンの安全性・効果を重視する傾向を示唆していると考える。

表2 乳幼児の予防接種の健康信念モデルスケール日本語版

認知された重大性
1. ワクチンで予防できる病気は、(重い症状に苦しんだり、命に関わるような)重篤な病気である
2. ワクチンで予防できる病気は乳幼児にとって、(重い症状に苦しんだり、命に関わるような)重篤な病気である
認知された脆弱性
1. たぶん私の子どもは「ワクチンで予防できる病気」にからならないだろう (R)
認知された有効性
1. 予防接種は、「ワクチンで予防できる病気」で具合が悪くならないようにしてくれるだろう
2. もし私の子どもが予防接種を受ければ、家族や子どもの友人が「ワクチンで予防できる病気」に感染しなくてすむだろう
3. 予防接種を受ければ、「ワクチンで予防できる病気」に感染せずにすむので子どもが保育園を休まずにすむだろう
4. もし乳幼児期に必要な予防接種を受ければ、われわれ親(保護者)が子どもの看病のために仕事を休まなくてすむだろう
認知された障害
1. 予防接種を受けると、子どもの具合が悪くなってしまいそうだ (R)
2. 予防接種は、「ワクチンで予防できる病気」にかかると防いでくれないだろう (R)
3. 乳幼児(1か月～5歳)に必要な予防接種の費用は高いので負担に思う (R)
4. 予防接種で自分の子どもは痛がったり、泣いたりすると思うので見守ることが負担になると思う (R)
5. 自分の子どもが予防接種を受けたあと一日中接種したところを痛がるのを見守るのはつらいと思う (R)
自己効力感
1. 私は自分の子どもに予防接種を受けさせることに不安はない
2. 子どもに予防接種を受けさせていいか、夫に気兼ねなく相談できる
行動コントロール感
1. 自分の子どもに予防接種を受けさせるか、または、受けさせないかは自分で管理する
指示的規範
1. 私にとって大切な多くの人(配偶者など)は、私の子どもに予防接種を受けさせるべきだと考えていると思う
2. 小児科医は、私の子どもに予防接種を受けさせるべきだと考えていると思う
3. 私の両親は、私の子どもに予防接種を受けさせるべきだと考えていると思う
4. 私の友人は、私の子どもに予防接種を受けさせるべきだと考えていると思う
記述的規範
1. 自分の子どもに予防接種を接種させた同年代の親たちを知っている
2. 私の友人の多くは自分の子どもに予防接種を接種させている

5件法で「全くそう思う」5点～「全くそう思わない」1点で領域ごとの合計点を算出。

(R)と記載された項目は、「全くそう思わない」が5点、「全くそう思う」が1点になるように逆転させることが推奨される。

出典) 斎藤あや・永田智子: 乳幼児の予防接種の健康信念モデルスケール日本語版の信頼性・妥当性の検証. 小児保健研究, 76 (4): 319-327, 2017.

III. 指標の紹介

ワクチン躊躇を評価する尺度には、予防接種全般を対象にするものと、特定のワクチンを対象にするものがある。本稿では日本語に翻訳され、予防接種全般を対象とした信頼性・妥当性が確認されている尺度を紹介する。他の予防接種全般を評価する尺度については、町田らの総説¹⁴⁾を参照していただきたい。

1. 乳幼児の予防接種の健康信念モデルスケール日本語版(表2)

本尺度は、Painterらが2010年にHealth Belief ModelとIntegrated Behavioral Modelをもとに作成し¹⁵⁾、斎藤らが日本語訳した尺度¹⁶⁾である。保護者の乳幼児のワクチン接種に関する意思決定に影響を及ぼす態度・信念を評価することができる。自記式質問紙を用い、項目は表2のとおりである。回答は5件法で「全くそう思う」

5点、「そう思う」4点、「どちらともいえない」3点、「そう思わない」2点、「全くそう思わない」1点で領域ごとの合計点を算出し、得点が高いほど予防接種に対して肯定的な信念をもつことを示す。

2. 予防接種レディネス尺度: 7C日本語版(表3)

本尺度は、2022年に開発された7C of vaccination readiness scale⁷⁾を町田らが日本語訳した尺度である¹⁷⁾。予防接種レディネスを測定できる。予防接種レディネスは、予防接種を受ける意向があり、その準備ができる傾向のことをいい、Geigerらはある集団の予防接種率は、その集団の予防接種の利用可能性(ワクチンが入手可能かつ安価であるかどうか)と予防接種レディネスの関数である⁷⁾としている。予防接種全般が対象であるが、特定の予防接種にも対応できる。全21項目は表3のとおりで、太字で示した7項目が短縮版である。それぞれの項目にどの程度同意するか、「1: 全く同意

表3 予防接種レディネス尺度：7C 日本語版

ワクチンの副反応はまれにしか起こらず、私にとって深刻ではない。
予防接種に関する政治的判断は、科学的根拠に基づいて行われる。
政府関係機関が効果的で安全なワクチンのみを許可すると確信している。
感染症は私に大きな影響を与えないでの、予防接種は必要ない。(R)
私はめったに病気にならないので、予防接種は不要だ。(R)
感染すると非常に危険なので、私は予防接種を受ける。
私は、最も重要な予防接種を適切な時期に確実に受けるようにする。
予防接種は私にとってとても大切な、他のことよりも優先する。
予防接種は面倒なので、予防接種の機会を逃すことがある。(R)
私にとってデメリットが見当たらない場合、予防接種を受ける。(R)
利益が危険性より明らかに上回る場合にのみ、予防接種を受ける。(R)
それぞれのワクチンについて、自分に必要かどうかを慎重に検討する。(R)
感染に弱い人達を守ることも私にとっては重要なので、私は予防接種を受ける。
予防接種は病気の蔓延を防ぐための集団行動だと思う。
他の人を守ることができるので私は予防接種を受ける。
特定の病気の予防接種を受けていない人をイベント（コンサートなど）から排除することが可能になるようにすべきだと思う。
保健機関は、高い接種率に到達するためにあらゆる手段を講じるべきである。
保健機関による予防接種の推奨に従わない人には、制裁を加えることができるようすべきだ。
ワクチンの接種は、それが本来防ぐ病気よりも、もっと深刻な病気やアレルギーを引き起こす。(R)
保健機関は製薬会社の権力と影響力に屈している。(R)
予防接種には、毒性のある化学物質が含まれている。(R)

7件法のリッカート尺度（1：全く同意しない～7：強く同意する）で評価を行い、回答した選択肢番号を点数として使用。

全体版と短縮版の2種類があり、短縮版は太字になっている7項目を使用する。

(R)と記載された項目は、「1：全く同意しない」が7点、「7：強く同意する」が1点になるように逆転させられることが推奨される。

出典) Machida M, Kojima T, Popiel HA, et al.: Development, validity, and reliability of the Japanese version of the 7C of vaccination readiness scale. *American Journal of Infection Control*, 51 (4) : 426-433, 2023.

しない」～「7：強く同意する」のなかで選択する。ただし(R)と記載された項目については「1：全く同意しない」が7点、「強く同意する」が1点になるように逆転させられることが推奨される。点数が高いほど予防接種レディネスが高いことを意味する。予防接種レディネススコアの点数は全体版、短縮版ともに項目のスコア平均で表され、カットオフ値を用いて予防接種レディネスの程度を2カテゴリー（高い/低い）に分類することも可能である。その場合には全体版が4.02点以上、短縮版が4.07点以上の者を高い予防接種レディネスをもつと判断する¹⁸⁾。予防接種レディネスを構成する要素として7つのコンポーネントを挙げており（表1）、その妥当性・信頼性は全体版、短縮版ともに全体的に良好であることが報告されている¹⁷⁾。本尺度については、東京医科大学公衆衛生学分野のウェブサイトにて、詳しい解説「予防接種レディネス尺度：7C 日本語版；用語の説明、妥当性・信頼性、使用方法について」¹⁷⁾や、実際に尺度に回答し、結果を確認できる「ウェブ上で試してみる【予防接種レディネス尺度7C】」¹⁹⁾に公開されている。

IV. 指標の活用状況

ワクチン躊躇を評価する指標は、主に①個人のワクチン躊躇を把握する、②国やサブグループごとのワクチン躊躇を可視化する、③同一集団の躊躇を経時的にモニタリングする目的で使用されている。

①個人のワクチン躊躇の程度を把握することである。アメリカの小児科外来において行われた研究では、保護者に事前にワクチン躊躇を測定する自記式質問紙に回答してもらい、その結果を診察前に医師に知らせることで、ワクチン未接種の平均日数に違いが出るかを調べた²⁰⁾。結果、平均日数に差はみられなかったが、その原因のひとつは、この研究での介入が躊躇の程度を医師に知らせるにとどまり、その後どのように対応するかについては個々の医師にまかされていたことが影響していると考察されている。しかしながら、質問紙で事前に躊躇の有無や程度をスクリーニングしておくことは臨床場面においてどの対象者に時間をとって個別対応すべきかの識別には有用である。

②国やサブグループなど特定の集団のワクチン躊躇の可視化や比較に活用されている。一般市民が予防接種に対してもつ意見や態度について検証した研究では、2015

～2019年にかけて世界149か国で実施した回答者数計28万人以上から得たデータの分析が行われ、わが国は「予防接種は安全だと思う」に強く同意する人が17.13%で149位、「重要」に強く同意するのは48.14%で139位、「効果がある」に強く同意するのは22.27%で148位となり、いずれも世界最低レベルであると報告された²¹⁾。また、被接種者にとってもっとも信頼度が高い情報源²²⁾である保健医療従事者のワクチン躊躇についてもさかんに研究が行われており、国内では看護師・保健師・助産師を含む看護職は小児科医と比較して躊躇が高い傾向にあるという報告がある²³⁾。

③同一集団の傾向を経時にモニタリングすることである。前述したようにワクチン躊躇は時期によって変化する性質をもつ。そのため、一時点ではなく継続的に調査することでその変化をとらえ、感染症の流行状況やワクチンに関する情報の普及、政策など他の要因との関連を検討することができる。国内の研究では、一時点目で新型コロナワクチン接種に消極的であったが、1年後に接種を受け入れたグループの意向の変化理由を調べ、ワクチン接種のメリットや社会的意義に関する認識や周囲の接種状況、短期的副反応への懸念の払拭などが躊躇を覆す主な理由であったこと²⁴⁾が報告されている。このように接種に対する思いの変化や、変化の種類ごとのクラスターの特徴を明らかにすることができるのも経時にモニタリングする利点である。

これまで述べてきたようにワクチン躊躇の指標は、主には研究の場面で活用されていることが多い。次章では地域看護実践にどのように活用できるかについての考えを述べる。

V. 活用できる地域看護実践例

ここでは、地域看護実践において指標を活用する方法に加え、その後の支援についても記述する。なお、今回は地域看護に関わる職種のなかでも、予防接種について住民への周知・説明・意思決定支援などの重要な役割を担う行政保健師を想定した活用例を検討した。

1. 個別支援

前章で紹介したアメリカの小児科外来で行われた研究のように、地域では、たとえば保健師が行う新生児訪問の場面で保護者にワクチン躊躇に関する尺度の質問紙に回答してもらい、事前に回答内容を把握する。それによ

り保護者が今後始まる子どもへの予防接種に対してどのような思いをもっているのか、また躊躇がある場合には尺度の構成要素ごとの点数を確認することでワクチンそのものへの懸念なのか(7Cにおける信頼)、感染症のリスクが低いという認識なのか(無頓着)、時間がなく面倒なのか(障壁)、など対象者の認識の詳細を短時間で把握することができる。対象者の現在地を把握したあとに、ワクチン躊躇に該当すると判断した場合には動機づけ面接を用いた対話を用いることが効果的といわれている²⁵⁾。面接を行ううえで重要なポイントは、常に相手に寄り添い信頼関係を構築しながら会話を進めることである。また、「OARS」—Open-ended question(自由回答式の質問)、Affirmation(肯定)、Reflection(反映)、Summarize(まとめる)—の順番でインタビューを進める。たとえば、「ワクチンについて心配なことは何ですか? (自由回答形式の質問)」「お子さんのワクチンについて考え始めたのですね、すばらしいです(賛同)」「なるほど、お子さんにいちばんよい方法を選びたいけれども少し心配なんですね、とても理解できます。いま教えてくださったことについて少し情報をお伝えしてもよいですか(反映)」「あなたにとってお子さんへの予防接種は……中略……なのですね。次回かかりつけの小児科の先生にお時間をとって話をきいてみることはいかがでしょうか(まとめる)」などである。もしワクチン躊躇の範疇ではなく、冒頭の定義で紹介したワクチン完全拒否者の場合には別の対応が適切であるとされる²⁶⁾。具体的には、①関係性が途切れないよう、健診や相談などの機会に接点をもち続けられるようにすること、②子どもを守りたいという気持ちを共有しながら、科学的なエビデンスを押しつけずに対話を重ねること、③将来的にワクチンに対する考え方や態度が変容したとき、再び接種を検討できる環境を保障しておくことであると考える。「正しい情報」を伝えるだけでは、かえって自分の信条が強化されるbackfire effect(バックファイア効果)を生む可能性がある²⁷⁾。予防接種を受けないと考える理由について批判せずに傾聴し、保護者の子どもを守りたいという意図を尊重する言葉がけを行い、集団健診の場では「必要になったときはいつでも相談できる」という関係性を継続できるよう配慮することが重要である。

また、対象者と信頼関係を築くためには、支援者がcaring(共感的関与)とcompetence(専門的な能力)の両方をもっている必要がある²⁸⁾。そのため保健師は、ワクチン接種のリスクとベネフィット、ワクチンで予防可

能な疾患のリスクに関する正しい知識とその知識をどのように伝えるかというコミュニケーションの方法の両輪を学び、準備をしておく必要がある。日本小児科学会では、「知っておきたいわくちん情報」²⁸⁾というリーフレットを公開しており、知識の習得に有用である。また「ワクチン忌避に対する動機づけ面接トレーニングワークショップ」を開催しており、研鑽できる環境も整備されてきている。

2. 同じ属性のグループ/地域/国などの特徴やニーズの理解、介入の効果評価

個別支援だけでなく、地域全体を対象とした集団・自治体レベルでの活用も重要である。尺度の活用を行うことで集団の特徴やニーズの理解に役立てる。たとえば新型コロナワクチンのように新しいワクチンが導入された際、自分が勤務する自治体の住民のワクチン躊躇について尺度を用いて調査をすることで、住民の集団としての傾向について知ることができる。その際、同じ尺度で縦断的に測定することで他自治体や、サブグループ別（性別、年齢、成人、保護者等）の比較や経時的な変化のモニタリングも可能となる。また近年、わが国では個人のソーシャルキャピタルと接種意向の関連が報告されている²⁹⁾。そのため、個人のワクチンに対する信念に加えてソーシャルキャピタルについても調べて考慮することが望ましい。これらのデータは行政保健師が行う地区診断の貴重な資料となり、対象集団のニーズに合った介入を具体的に検討することにつながる。たとえば、接種に前向きでない集団の躊躇が情報不足からきていると判断した場合には情報提供の方法を検討する、予約システムのわかりにくさ、使いにくさ、接種可能な医院が近くにないなどアクセスの問題からきていると判断した場合にはシステムの改善など実現可能なものから取り組んでいくことなどが考えられる。また、保健師が所属自治体の状況に関するデータをもっていれば、医師会や地域内の病院・診療所などの関係機関との連携が必要となった場合にも、具体的な情報を伝えることができ、スムーズな連携につながることが期待される。

さらに、検討した具体的介入を行ったあとに、再度同じ尺度で測定し前後比較することによって、介入の効果評価にも利用できる。

VII. おわりに

本稿では、ワクチン躊躇の概念と関連要因、評価指標とその活用について整理し、さらに行行政保健師による地域看護実践への応用可能性について検討した。ワクチン躊躇は、社会人口統計学的要因や心理的要因、さらには社会文化的背景や政策の影響など多面的な要素に規定され、単純に「接種する/しない」でとらえることはできない複雑な現象である。また、わが国においては、副反応に対する懸念や安全性・有効性に対する信頼の揺らぎが特に大きく影響しており、HPVワクチンや新型コロナワクチンの事例はその象徴といえる。

評価尺度を活用することにより、個人の信念や態度を把握し、対話の糸口とすることができますだけでなく、集団としての特徴やニーズを明らかにし、経時的変化をモニタリングすることも可能である。

新興感染症の出現や、定期接種の課題を背景に、予防接種政策の実効性を高める実践が求められている。行政保健師をはじめとする地域の看護専門職がワクチン躊躇の知見と指標を活用し、科学的根拠と住民との信頼関係の双方に基づいた実践を展開していくことが期待される。ワクチン躊躇への理解と対応は、単に接種率向上のためではなく、住民が自らの健康に主体的に関与できる環境を支えるための基盤としても重要である。

【文献】

- 1) World Health Organization : Ten threats to global health in 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (2025年10月10日).
- 2) World Health Organization : COVID-19 pandemic fuels largest continued backslide in vaccinations in three decades. <https://www.who.int/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades> (2025年10月10日).
- 3) Toriumi F, Sakaki T, Kobayashi T, et al.: Anti-vaccine rabbit hole leads to political representation; the case of Twitter in Japan. *Journal of Computational Social Science*, 7 : 405–423, 2024.
- 4) Miyagi E : Human papillomavirus (HPV) vaccination in Japan. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 50 (Suppl 1) : 65–71, 2024.
- 5) MacDonald NE ; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy : Vaccine hesitancy; Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33 (34) : 4161–4164, 2015.
- 6) Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, et al.: Beyond

- confidence; Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS One*, 13 (12) : e0208601, 2018.
- 7) Geiger M, Rees F, Lilleholt L, et al.: Measuring the 7Cs of vaccination readiness. *European Journal of Psychological Assessment*, 38 (4) : 261–269, 2022.
- 8) 東京医科大学公衆衛生学分野：予防接種レディネス尺度：7C日本語版；用語の説明、妥当性・信頼性、使用方法について。第3版, 2023. https://www.tmu-ph.ac/news/uploads/2023112616300025_pattern_pdf_1.pdf (2025年10月10日).
- 9) Al Rahbeni T, Satapathy P, Itumalla R, et al.: COVID-19 Vaccine Hesitancy; Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analysis. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10 : e54769, 2024.
- 10) Tang S, Liu X, Jia Y, et al.: Education level modifies parental hesitancy about COVID-19 vaccinations for their children. *Vaccine*, 41 (2) : 496–503, 2023.
- 11) Barry R, Paul-henri L : Determinants of vaccine hesitancy, drivers of vaccine acceptance. *The Vaccine Book*, Second Edition, 510–514, Academic Press, London, UK, 2020.
- 12) Yoda T, Katsuyama H : Parents' hesitation about getting their children vaccinated against COVID-19 in Japan. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17 (12) : 4993–4998, 2021.
- 13) Okubo R, Yoshioka T, Ohfuji S, et al.: COVID-19 vaccine hesitancy and its associated factors in Japan. *Vaccines (Basel)*, 9 (6) : 662, 2021.
- 14) 町田征己・井上 茂：Vaccine hesitancy(ワクチン躊躇)の現状、関連要因、評価、対策. 日本公衆衛生雑誌, 70 (8) : 474–482, 2023.
- 15) Painter JE, Sales JM, Pazol K, et al.: Psychosocial correlates of intention to receive an influenza vaccination among rural adolescents. *Health Education Research*, 25 (5) : 853–864, 2010.
- 16) 斎藤あや・永田智子：乳幼児の予防接種の健康信念モデルスケール日本語版の信頼性・妥当性の検証. 小児保健研究, 76 (4) : 319–327, 2017.
- 17) Machida M, Kojima T, Popiel HA, et al.: Development, validity, and reliability of the Japanese version of the 7C of vaccination readiness scale. *American Journal of Infection Control*, 51 (4) : 426–433, 2023.
- 18) Machida M, Takamiya T, Odagiri Y, et al.: Estimation of cutoff score for the 7C of vaccination readiness scale. *Vaccine* X, 15 : 100394, 2023.
- 19) 東京医科大学公衆衛生学分野：ウェブ上で試してみる【予防接種レディネス尺度7C】. <https://www.tmu-ph.ac/calculation/7C.php> (2025年10月10日).
- 20) Opel DJ, Henrikson N, Lepere K, et al.: Previsit Screening for Parental Vaccine Hesitancy; A Cluster Randomized Trial. *Pediatrics*, 144 (5) : e20190802, 2019.
- 21) Figueiredo A, Simas C, Karafillakis E, et al.: Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake; a large-scale retrospective temporal modelling study. *The Lancet*, 396 (10255) : 898–908, 2020.
- 22) Bouder F : Risk communication of vaccines; challenges in the post-trust environment. *Current Drug Safety*, 10 (1) : 9–15, 2015.
- 23) Saitoh A, Shobugawa Y, Sato I, et al.: Pilot study of evaluating attitudes toward childhood immunization among healthcare workers in Japan. *Vaccines (Basel)*, 10 (7) : 1055, 2022.
- 24) Nomura S, Eguchi A, Yoneoka D, et al.: Characterising reasons for reversals of COVID-19 vaccination hesitancy among Japanese people; One-year follow-up survey. *The Lancet Regional Health. Western Pacific*, 27 : 100541, 2022.
- 25) Gagneur A : Motivational interviewing; A powerful tool to address vaccine hesitancy. *Canada Communicable Disease Report*, 46 (4) : 93–97, 2020.
- 26) World Health Organization : Conversations to build trust in vaccination; A training module for health workers. <https://share.google/DLU76N92soRT9gRFB> (2025年10月10日).
- 27) Pluviano S, Watt C, Della Sala S : Misinformation lingers in memory: failure of three pro-vaccination strategies. *PLoS One*, 12 (7) : e0181640, 2017.
- 28) 公益社団法人日本小児科学会：日本小児科学会の「知っておきたいわくちん情報」(日本版Vaccine information statement (VIS)). https://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=263 (2025年10月10日).
- 29) 福島若葉：厚生労働行政推進調査事業費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業 令和6年度総括・分担研究報告書「ワクチンの有効性・安全性の疫学的評価と予防接種政策の最適化に資する研究」(24HA2007). https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_pdf/2024/202418035A.pdf (2025年10月10日).

編集後記

ひどく暑くて長い夏が続いた1年でした。山野の実りが影響を受け、獣が人間社会との境界を越えて頻繁に出現し、これまでになく人間をおびやかす事件も続いています。毎年毎年新たな異常事態が起こるようと思われます。

そのようななか、2025年9月6日、7日に開催された日本地域看護学会第28回学術集会は、世代や制度の垣根を越えて共に生きる「地域共生社会のこれから」を主題に掲げ、さまざまな観点から枠を超えてその世界を広げる多彩なプログラムが展開されました。予測不能で不透明な未来に対し挑戦しようとする力がかきたてられるような活気溢れる学術集会でした。

さて日本地域看護学会誌第28巻3号をお届けします。本号は原著3編、研究報告1編、資料2編から構成されています。子どもの虐待やパンデミックなど危機的な状況への保健師の対応、中小規模市町村に所属する保健師のアイデンティティなど、保健師の専門性やあり様に焦点をあてた研究、労働者、青年期、育児をする父親など特定の対象集団の理解を深め支援を探る研究が報告されています。地域看護に活用できるインデックスでは、プライマリ・ケアとワクチン躊躇を取り上げました。いずれも、本学会による2040リサーチアジェンダに掲げられた重点的に取り組むべきテーマに通じ、地域看護の未来に多様な観点から迫る興味深い論文となっています。ぜひご高覧いただければと存じます。

私事ですが、今期より初めて、理事ならびに副編集委員長を仰せつかりました。学会運営の中核に参加させていただくことになり、本学会が30年にも及ぶ長い間地域看護学の学術的発展のためさまざまな取り組みをなさってこられた諸先生方のご努力とその成果を目の当たりにする機会をいただいております。人々の健康・福祉への本学会ならではの貢献に向けて、微力ながらお役に立てればと存じます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

(牛尾 裕子)

「日本地域看護学会誌」投稿論文の締切について

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

日本地域看護学会誌 第28巻第3号
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.28, No.3

発行日 2025年12月20日

発 行 一般社団法人日本地域看護学会
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 (株)ワールドプランニング内
E-mail : jachn@worldpl.jp
<https://www.jachn.net>
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 : wp-office@worldpl.co.jp <https://worldpl.co.jp>
振替口座 : 00150-7-535934