

令和2年度～4年度 青森県立保健大学 プロジェクト型研究

---

青森県の保健医療福祉分野におけるヘルスコミュニケーションに関する研究  
研究報告書

---

令和5年3月  
研究代表者 大西基喜  
青森県立保健大学

## 目次

|                                                       |          |
|-------------------------------------------------------|----------|
| はじめに                                                  | p2-3     |
| 〔医療分野〕                                                |          |
| A. 医療における患者と医療従事者間のヘルスコミュニケーションに関する研究                 |          |
| A-1 青森県の患者・看護師・医師のインタビュー調査より                          | p4-12    |
| A-2 青森県民および東北・北海道在住の医師・看護師に対する Web 調査                 | p13-27   |
| B. 外国人からみた医療者のヘルスコミュニケーション調査                          | p28-48   |
| 〔保健分野〕                                                |          |
| C. 地域の特性に合わせた住民と保健担当者のヘルスコミュニケーションに関する研究              |          |
| C-1 地元中小企業における健康増進事業の実態と評価                            | p49-62   |
| C-2 コロナ禍における地区組織活動の支援に向けた検討～保健協力員活動の<br>現状と課題～        | p63-73   |
| C-3 COVID-19 が市町村保健師とコミュニケーションに関わる保健師活動へ<br>及ぼす影響     | p74-85   |
| D. 青森県における農業・漁業従事者の生活習慣に関する探索的研究：<br>インタビュー調査からの検討    | p86-94   |
| E. 親子の食生活に関するヘルスコミュニケーション                             | p95-105  |
| 〔福祉分野〕                                                |          |
| F. 介護支援専門員によるヘルスコミュニケーションの実態と認知症高齢者への<br>意思決定支援       | p106-115 |
| G. 介護保険を利用する外来患者に係る外来看護職と介護支援専門員等の<br>コミュニケーションの現状と課題 | p116-123 |

## はじめに

研究代表者 大西基喜

青森県の健康課題は多く、その対策は、喫煙や肥満などの生活習慣の改善、病気の予防、受診の仕方など、住民の課題が主体でした。保健医療福祉の分野でいえば、ケア<sup>注)</sup>の受ける側の課題とその対策に焦点があたっていました。私たちは課題やその対策を根底から見直す一助として、ケアの提供者側の問題も含め、健康・医療等の情報を巡る双方向的なヘルスマコミュニケーション（以下、HC）の観点から課題を検討してみることにしました。

ここでいう HC とは、人の健康保持・増進、疾病/障害のケア、健康危機の回避など、生命や健康を守るための科学的情報をめぐるコミュニケーションのことです。この概念には、どのようなコミュニケーションが最も適切かを検討し、不断に改善することまで、戦略的な意味合いも含まれています。

今回の研究に当たり、保健・医療・福祉の分野の多くの研究者が集い、プロジェクトを構築できましたが、課題は極めて多く、研究対象もその分広くなります。全課題を網羅することは到底できませんが、さまざまな専門から課題を抽出し、研究を行ってきました。

本報告書は 10 の研究報告書から構成されており、それぞれの研究の遂行によって得られた研究成果をまとめたものです。医療の分野では、主に青森県の医療現場での意思決定上の HC について、患者と医療者の両者を対象に質的研究(A-1)、アンケート調査(A-2)を行いました。また、外国人の医療における課題を検討しました(B)。保健の分野では、HC はポピュレーション（集団）・アプローチが主になるため、行動変容に有効な働きかけについての戦略的側面が強くなります。まず、地元中小企業の健康増進事業を取り上げました(C-1)。さらに、COVID-19 に保健協力員や保健師の HC の変容や課題についても研究を行いました(C-2,3)。また、一次産業従事者の健康は重要な課題ですが、考え方など基本的志向が不明なままなので、そこを対象に質的研究を行っています(D)。子どもの肥満は大きな課題ですので、親子の食を巡る HC のあり方を検討しました(E)。介護の分野では、近年サービスの拡充を受け、HC 上の課題が山積しています。ここでは介護支援専門員（ケアマネジャー）の意思決定支援の実態把握(F)、また、介護医療連携による支援の実態に面接とアンケートから迫る調査を行いました(G)。

本プロジェクトの最終目的としては、社会実装に向けて、各々の課題解決につながるモデル的介入プログラム(例えば、研修会、双方向性ツール開発など)を実施する予定でしたが、研究期間がコロナ禍の 3 年間と重なり、ほとんどの個別研究が遅滞し、実態調査に終始しました。今後、例えば次期プロジェクト等で社会実装的研究に取り組み、広報活動を行うとともに、保健医療福祉に携わる専門職に対して、成果としての介入プログラムやツールの普及を図っていくなど、最終的に社会に還元していくことが望まれます。

注)「ケア」について：ここでは、保健・医療・福祉の分野で、治療、看護、介護など専門職の提供するすべての行為を「ケア」と呼称しています。

## 研究担当者

| [担当者名]                     | [担当研究]               |
|----------------------------|----------------------|
| 伊藤瑠美 <sup>4)</sup>         | A-2 B                |
| 大西基喜 <sup>1)</sup> (研究代表者) | A-1, 2 B C-1, 2, 3 D |
| 大野智子 <sup>2)</sup>         | E                    |
| 長内志津子 <sup>1)</sup>        | A-1, 2               |
| 葛西孝幸 <sup>3)</sup>         | F G                  |
| 笠原美香 <sup>4)</sup>         | C-3 D                |
| 川内規会 <sup>1)</sup>         | B                    |
| 工藤英明 <sup>3)</sup>         | F G                  |
| 古川照美 <sup>1)</sup>         | E F G                |
| 反町吉秀 <sup>1)</sup>         | D                    |
| 千葉敦子 <sup>1)</sup>         | C-1, 2, 3            |
| 盛美咲 <sup>5)</sup>          | E                    |
| 山本明子 <sup>1)</sup>         | F G                  |

(アイウエオ順)

- 1) 青森県立保健大学看護学科
- 2) 同大学栄養学科
- 3) 同大学社会福祉学科
- 4) 同大学客員研究員
- 5) 同大学大学院生

## A. 医療における患者と医療従事者間のヘルスコミュニケーションに関する研究

### A-1 青森県の患者・看護師・医師のインタビュー調査より

大西基喜、長内志津子

#### 要旨

医療現場では患者にとって多くの意思決定場面が生じ、その決断が人生を左右することもまれではなく、医療者が意思決定場面で、患者をどう支援するかは大きな課題である。その際、患者・医療者間のヘルスコミュニケーションのあり方が重要になる。近年、患者中心の医療が提唱され、規範的視点から患者・医療者関係や対話の変化について多く議論される一方で、わが国の現場でのヘルスコミュニケーションの実態は不明のままである。

われわれはモデル的に地域を青森県に限定し、その実態を質的研究で明らかにしようとした。がんまたは糖尿病有病者7名、医師5名、看護師5名に半構造化面接を実施し、経験と意思決定場面での支援を重点的に聴取した。分析はSCATを用いた。

患者・職種の集団毎の理論記述では、患者像の特徴として寡黙や面倒くさがりなど多く指摘され、また看護師のヘルスコミュニケーションの特徴として補完役割としての苦悩、時間的制約による不十分さなど、医師の同特徴としての、同教育の欠如、医学モデル偏重傾向、大学医局のヘルスコミュニケーションへの負の影響などが認められた。全体として、患者中心の医療を保証するヘルスコミュニケーションが未だ不十分な過程にあると認められた。これらは青森県の特徴であると同時に、わが国の現況を反映しているものと考えられた。

#### 1. 研究目的

青森県は健康・疾病に課題が多く、健康指標の一つである平均寿命は、現在、都道府県の比較で最も短く、男性は1950年より、また女性は2000年より最下位を続けている。これには生活習慣、疾病管理に大きな問題があると指摘されている（中路，2018）。その一方で、受診が遅れについても課題があるようだ。例えば、全数把握の疾病である結核で、「受診の遅れ」（咳などの発症から受診まで2ヶ月以上経過したものの総数に対する比率）で見ると、青森県は例年その比率が高い傾向にあり、例えば2020年のデータでは、32.1%であり、これは全都道府県中の3番目の高さとなっている（結核研究所，2022）。また、Matsuzaka（2016）は青森県のがん登録のデータ分析で、多くのがんで診断時に進行期となっていることを示し、受診の遅れがあると指摘している。

しかし、このような議論の依って立つ課題認識を検討すると、ほとんどの議論で、専らケア受領者としての住民側の課題、すなわち住民の生活習慣や受療行動に焦点が当てられている。そこには、ケア提供者側の課題や、双方の交流すなわちヘルスコミュニケーショ

ンの課題の有無に着眼されておらず、その視点が欠如する傾向があるように見える。ケア受領者とケア提供者の双方に焦点を当てた質的・量的研究はこれまで青森県で行われていない。青森県の意思決定支援やそれにとまなうヘルスコミュニケーションの実態を調査・検討することは、地域的に意義は大きいだろう。さらに、そこで得られた知見は一定程度、わが国全体の課題を解決する上でも、重要な基礎資料になるものと考えられる。

#### 2. 研究方法

研究方法はケア受領経験者（以後、患者）とケア提供者（ここでは、医師、看護師に限定する）への面談による質的研究である。

研究参加者：リクルートは便宜的方法に拠った。つまり、知り合いや、さらにその知り合いなどお願いできる人に参加を依頼する手法である。その点で強制にならないよう十分配慮した。参加者はがんや糖尿病に罹患している、または罹患したことがある患者、その時点でまたは過去に両疾病のケアに関わる医師、看護師である。患者は40歳代～60歳代、全7名（がん罹患患者4名、糖尿病罹患患者2名、両罹患患者1名）、医師は、30歳代～50歳代、5名（呼吸器外科医、口腔外科医、皮膚科医、緩和医療医かならなるがんケア従事4名と糖尿病ケア従事する内科医1名）である。看護師は40歳代～50歳代、全5名、ケア内容内訳ではがんケア従事者2名、糖尿病ケア従事者2名、一般的内科ケア従事者1名であった。主たる勤務地は青森市がほとんどで、例外的につがる市1人（患者）、八戸市1人（医師）であった。インタビューは対面またはオンラインで行われた。インタビュー時間は1回あたり平均80分（67～102分）。実施期間は、2020年12月～2021年8月であった。

面接方法は半構造化面接を用いた。インタビューガイドを作成し、基礎的事項に加え、患者には、広く疾病とそれに関わる生活や医療経験等を具体的に語ってもらい、特に意思決定場面での医師・看護師等医療者、ほかの支援者との関わりを詳しく聞き取った。看護師には意思決定場面への関わり、患者や医師との関係の実情や理想、そのギャップ、多職種連携、業務環境など、できるだけ具体的場面に即して聞いた。医師には意思決定支援の現状、理想、教育の状況、他職種との連携、地域の医療連携、大学の所属医局（以下大学医局、末尾の注）参照）との関係などを具体的に聞き取った。

分析は大谷（2008）のSCAT（Steps for Coding and Theorization）法によった。SCATは逐語化した音声データにコーディングを行って、構成概念を抽出し、およびストーリーラインを生成し、さらにストーリーラインを断片化することで理論記述を試みる分析手法である。コーディングは基本的に以下の4ステップで行う。1）行ごとに着目すべきであると考えられる語句を書き出す、2）書き出した語を別の言葉で言い換えることで、個別的事象を一般化する、3）言い換えた語を説明できるような概念や説明を提示する、4）上記を基に、行ごとにテーマや構成概念を書き出す。本研究でもこれらの基本的手法を遵守した。

分析に当たっては、共同研究者2名が個別に分析し、相互に照らし合わせ、合意できる部分を確認する過程を繰り返し行うことで分析内容を確定していった。

### 3. 研究結果

各参加者の逐語データにつきコーディングを実施した。コーディングされた語りは患者191、医師207、看護師259であった。これらから一人毎に患者の意思決定とそれに関わるヘルスコミュニケーション、関係性、その背景因子などについてストーリーラインを作成した。さらにそれらを患者、医師、看護師の集団ごとに統合したストーリーラインを作成した。それをもとに理論記述を作成した。その結果を表1に示す。ストーリーラインのうち、意思決定に関わるコミュニケーションの部分について、簡略化して記述する。

#### (1) 患者の語り

コミュニケーションにおいて、特徴的なものとして患者側の発話が少ない、特に高齢男性では顕著であると、ほとんどの人が認めている。特に医療現場では話をしにくいという。インタビューではほとんどの患者はむしろ雄弁であった。発話のかなり少ない人もいたが、そのような人は医療・医療者への思いも少ない傾向がみられた。

医療側の意思決定支援については、医師の支援内容や態度に多くの不満や不信が語られる一方、何ら不満を感じないという人もいて、かなりの幅が認められた。医療への問題意識の高い人は不満も多くなりがちで、逆に不満を感じない人では医療のパターナリズムをよしとする傾向が認められた。不満の内容からは意思決定にあたっての誘導的な説得、傲慢な態度やプライバシー無視など細かな指摘が数多く聞かれ、パターナリズム的色彩の濃い状況が浮き彫りになっている。強い不満から医療機関を変更する場合もあるが、通院をやめてしまう場合もある。

看護師には感謝も目立つ一方で、意思決定上あまり関わらない、その分印象に残らないという意見もある。意思決定支援としての希薄な関係を問題視する視点も認められた

環境面では、経済的に厳しく、労働時間が長く、時間的余裕のない状況が多く語られており、それが医療の受診や継続、また究極的にはコミュニケーション不足につながりやすいとの言及が多かった。

#### (2) 医師の語り

患者像はコミュニケーションで口数が少ないなど、概ね、患者自身による患者像と類似していた。医師から見て、「本音」を言わないという指摘もある。おまかせ医療になりやすい傾向が見られると言う。看護師に比べ、患者像についての言及はおおむねあっさりしており、相対的に患者像には関心の乏しい傾向がある。

意思決定における患者支援については、多かれ少なかれ、全員が患者の意向尊重に言及していた。支援のスタイルや患者・医師関係のありようについては、誰も支援やヘルスコミュニケーションについての教育は、大学教育、大学医局内教育、現任教育すべてで、受けた経験がないことを明確に述べており、各自が独自のやり方で確立してきていた。その分、その

面についての関心の程度はさまざまであった。基本的に主たる関心は医学的側面に強く、ヘルスコミュニケーションに積極的な関心は看護師に比べ相対的に乏しい。そのため、ヘルスコミュニケーションのありようにおいて個々人の性格が反映しやすく、個人差が顕著となっている。このこと自体が医師のヘルスコミュニケーションの大きな特徴となっている。意思決定支援では基本的に自ら行う意向であるが、それ以外の全般的な支援については看護師に任せる志向も認められた。緩和医療担当の医師は、生物医学モデル・専門性への傾斜、多職種連携への理解不足、説明不足やインフォームド・コンセントの形骸化、緩和医療に至ることへの敗北感などが多くの医師にみられ、それらが全体として緩和医療への理解不足・消極的姿勢につながっていると指摘している。

環境面として、大学医局は医師の医学への考え方を形成・維持する上で、大きな影響を与えている。大学医局内での交流では専門性やキャリア形成等の議論が盛んである一方、患者支援やヘルスコミュニケーションについてはほとんど取り上げられることがない。大学医局は医師の間にヘルスコミュニケーション志向が醸成される場ではないと断言する医師もいた。

また、大学教育におけるヘルスコミュニケーションの教育不足については、わが国の大学教育とその延長上の医療実践上の教育における構造的な問題が存在するとの認識がある。構造的な教育不足と医局中心の概念が深く関係していると認識している医師もいる。

#### (3) 看護師の語り（主たるストーリーライン）

意思決定に関わる患者像として、頑固など否定的な言及が多く、患者の語り同様、話をするのを好まない傾向があり、それによるコミュニケーション不足についての指摘が多い。特に、高齢の男性に顕著という。無口の傾向は医療場面で医師に相対したときに顕著で、基盤に医療者、特に医師の前で気持ちの委縮があるだろうとの考えが示された。意思決定にあたってヘルスリテラシーが重要だが、その点で多くの人に課題があるとしている。

上記傾向に鑑み、患者支援も重要と考えており、ヘルスコミュニケーションの教育も受け、実践もできると考えているが、環境的な制約でそれが十分できない状況についての言及が多い。さらには、看護師は患者と医師の双方に接する立場であり、意思決定支援上の仲介にもなう苦労や重圧についての語りも多くみられた。重要な意思決定においては、ほぼ患者・医師間のヘルスコミュニケーションで行われ、看護師はせいぜい立ち会う程度の役割になっているとされる。一方で、病院医師と患者間のヘルスコミュニケーションは不適切な事例が多いと指摘しており、医師の立場の強さからそこに介入しにくい無力感が語られ、患者・医師間の狭間に伴う苦悩と合わせて大きなストレスになることが見られている。

環境因子として、病院業務では看護師への負荷が強く、特に大病院ほど極めて多忙になっており、時間的制約による厳しさが、十分な対話を確保しにくくさせ、患者支援、ケアに悪い影響を及ぼしていることが多く述べられている。人員削減やベッド回転、経営的視点からの入院期間の操作など、病院経営によって患者の支援と相反する場合もあり、その苦悩、ジレンマについても言及があった。他方、クリニックでは看護師には病院より余裕があり、看

護師の関わりは多く、ヘルスコミュニケーションは比較的よく行われている。また医師との連携も病院に比べよいようだ。

表1 患者、医師、看護師の集団ごとに統合した理論記述

| 集団  | 理論記述                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・青森県人全般の特徴として、受診回避傾向、不適切生活習慣、会話の少なさ、面倒くさがりなどの指摘が多い。</li> <li>・医師について、意思決定にあたっての良悪影響が認められる。医師の対応の悪さ、高圧的態度への言及多い。告知の不適切、検査の疑問、対話よりデータ重視の姿勢など交々に話される。</li> <li>・看護師について、寄り添いの姿勢を評価する半面、特に外来では多忙等で十分支援が得られない状況がある。</li> <li>・同病者の支援は意義が高いが、医療者にはその認識が希薄である。</li> <li>・医療受診・継続の背景として、経済的に厳しい環境への言及が多い。</li> </ul>                                                                                                                  |
| 医師  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者像は、患者による患者像と類似するが、寡黙、遠慮、穏やか、裏があるなど言及あり。</li> <li>・意思決定における患者支援、患者・医師関係については多様で個人差が大きく、標準的な preference,志向性はない。</li> <li>・ヘルスコミュニケーションについては多忙もあり、コアな医療面に限定する傾向が強く、支援面は看護師等コメディカルに依存する姿勢がよく認められる。</li> <li>・基本的な興味は医学面に限られやすく、意思決定支援はICなど定型的な形式的支援が主体となりやすい傾向が見られる。</li> <li>・学校・大学医局・現場のすべてでヘルスコミュニケーションの教育不足は顕著であり、歴史的に構造的な問題を抱えている。</li> <li>・支援が不十分になりやすい背景として、専門性偏重、ヘルスコミュニケーション教育不足等の課題には大学医局のあり方が大きく寄与している。</li> </ul> |
| 看護師 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者像は多彩だが、比較的共通する患者像として、HL低い、頑固、我慢、短気、医師に委縮、寡黙、会話への積極性欠如などがある。</li> <li>・意思決定における患者支援、ヘルスコミュニケーションの重要性については広く認識されている一方、多忙等で十分なケアができないことなど課題も多い。</li> <li>・患者と医師のヘルスコミュニケーションの少なさを補完する重圧など</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>種々のはざまでの苦労が認められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的に医師の補完では、意思決定支援が限定的になりやすく、そこに苦悩と一定の安寧とが同居する。</li> <li>・障害となる最も重要な背景は業務の負荷が強く、時間的制約が厳しいことである。また、入院期間の操作など、病院経営と患者の利益とが相反する状況における苦悩も多く示されている。</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4. 考察

青森県の受療者の意思決定、その基盤となるヘルスコミュニケーション上の課題については、いくつか特徴的な傾向がうかがえる。患者側の課題と医療者側の課題に分けて考えてみる。

##### (1) 患者側の課題

青森県の患者の生活習慣の課題と受診の遅れる傾向がさまざまに指摘されている。それらに関係するものとして、ヘルスリテラシーの低さと、寡黙傾向や話し下手とが特に看護師の語りで多く述べられている。生活習慣については、中路(2018)の指摘するように、喫煙率、多量飲酒者率、肥満者の多さは各種オープンデータからも明らかであり、男女問わず青森県の大きな課題である。これらは疾病や寿命への寄与は高いだろう。このことは保健上のヘルスコミュニケーションの大きな課題であるが、今回の医療の意思決定では対象としておらず、別な探索が必要である。

特徴のもう一方の受診の遅れ (Matsuzaka et al. 2016) については、ヘルスコミュニケーションの課題と関連する可能性がある。3者の語りから、特に医療者側から、患者が話し下手でコミュニケーションをうまく図れない傾向が目立つという意見が多く見られる。その背景として、特に看護師の語りから、医師あるいは医療者全般に対する臆した姿勢、さらには受診を嫌がる姿勢が指摘されている。一方で、患者側からの医師に対しての見解に、パターンリズム的態度、行動への不満が多いことも考慮する必要がある。患者に見られる医師への「臆した姿勢」は、医師側の強い姿勢の裏返しとも考えられる。その意味で、もし寡黙という特徴が受療時等の怯懦と関連するのなら、寡黙が青森県人の典型的特徴というほどのものではなく、医療場面等に限定した医療者側の偏見である可能性も否定できない。看護師の語りでも「本当は話好きの人は多い」などの表現も一方であり、寡黙傾向は仮にあるとしても、ステレオタイプ的にやや誇張された特性であるかもしれない。いずれにしても、医療現場で寡黙傾向や怯懦傾向があるのだとすれば、それはヘルスコミュニケーションの障害になるだろう。受療行動そのものが心理的負担になる経験も語られ、時に通院先の変更や、受療の中断も見られており、受療行動そのものにも影響している。受診の遅れという現象も、その関係性が影を落としている可能性もある。

また、患者の語りからは、受診に積極的になれない遠因として、経済的問題と多忙がしば

しば指摘されている。患者特性、患者・医療者関係、患者の生活環境、それらが全体に相まって、受診の手控え、遅れ、中断に至りやすい状況が生じていると推察される

## (2) 医療者側の課題

医療者は、看護師・医師ともに、患者とヘルスコミュニケーションをうまく行おうと腐心していた。しかし、その内容は両者で大いに異なる。

医師の場合、ヘルスコミュニケーションは付带的でやむを得ないものという感覚が強いが、仮にコミュニケーションに熱心であっても、説明が医学的専門性に偏る傾向がある。そこに患者の生活上の具体的なニーズと医師の意向にアンバランスが生じやすい状況が生まれやすい。これは患者・看護師から多く指摘されている。医師・患者間の疎通が不十分で、かつ患者が臆してあまり話せない場合は、そのアンバランスが医師に自覚されない可能性が高くなり、行き違いが起りやすい、また行き違いを正しにくい状況が生じる可能性がある。臨床上の意思決定は情報や価値観に左右されるが（野村・大高、2018）、パターンリズムがまだまだ広く見られる現状に加え、上記アンバランスからは、意思決定がさらに医療者側の想定する方向に偏りやすい状況であるともいえるだろう。

看護師のヘルスコミュニケーション上の大きな課題は基本的に2つに分かれる。一つは医師・患者間の狭間のヘルスコミュニケーション困難性であり、特にその関係が良好でない場合は、看護師への負荷が強くなる。結局は患者・看護師間のヘルスコミュニケーション阻害につながりやすい。もう一つは病院勤務の看護師に特徴的な環境面での課題による対話の減少である（この点は下記に触れる）。どちらも個人的努力で解決困難なことが多く生じており、そのことが看護師の心理的負荷につながっており、無力感や諦観に結びつく傾向も認められる。

## (3) 医療環境の課題

環境面の課題も多くみられている。現在、病院環境が変化途上にあり、看護の多忙やそれにとまなう患者との対話不足が大病院ほど顕著になる傾向があると言及されている。現在主に医療費抑制の観点から、地域包括ケアの名の下に、急性期病院から在宅医療へのカスケードの流れが加速されている。その中で高次機能を担う大病院は急性期病院であることが多く、在院日数の短縮化が図られている。看護面では業務の煩雑化や配置替えの影響を受け多忙となりやすく、在院日数短縮化とあわせ、患者との対話不足が不断に招来しているとされる。

また、地域医療には大学医局の影響が強く、その分ヘルスコミュニケーションにも影響を与えていることがうかがえる。この点で医師の語りからは、医師は3重に大学医局の影響を受けていると言えそうだ。第一に、直接的なものとして、大学医局がヘルスコミュニケーション教育に関心が少ないため、大学医局内で教育を受ける機会がほとんどない。大学医局内の雰囲気から関心も向きにくい。第2に、派遣病院等で共に働く上級医等も同様の環境にあ

るため、現場教育が医学的な内容に限られ、ヘルスコミュニケーションに関する現場教育が行われず、自信もない。さらに、第3には、遠因として、歴史的に教育を独占してきた大学医局がヘルスコミュニケーション教育に注意を向けなかった、ないし向けたにしても極めて不十分で限定的な教育しか行わなかったことが挙げられる。

## (4) 青森県のヘルスコミュニケーションの地平

これまで、青森県における医療での意思決定におけるヘルスコミュニケーションの特徴を抽出し、その課題について考察してきた。3集団の実例の語りから窺われる現状は、課題はケア受領者と提供者の双方、また相互作用、ヘルスコミュニケーションすべてに認められている。理念として掲げられる患者中心の医療にむけての、適切なコミュニケーションは現場ではまだまだ不十分であるようだ。そこにはパターンリズムの色彩が濃いコミュニケーションがそれなりに混在していることは否めない。しかし、患者の多くの不満の裏には、患者中心性の理念的な萌芽が認められる。著者の一人は約20年前に関西地方の住民の面接で医療への不信を聴取した（西垣、2004）。不信・不満をもたらす医療内容そのものに当時とそう変化はないものの、他方、医療者の対応、プライバシーの配慮など倫理的側面についての意識は高くなっていると感じる。総じて、患者中心の医療の概念は3者に根付きつつあるが、現実はまだ遠く、したがって、3者なりに理念と現実の乖離が問題になっている。

青森県の地平はわが国ではどうか、その点を考えてみる。例えば県民の「寡黙」な傾向について指摘は多く、それがヘルスコミュニケーションに不利益になることは確かに青森県の医療での特徴なのかもしれないが、語りにあるように、医療現場でのその原因が医療者への「臆した態度」であるのなら、それは青森県に限ったことではないだろう。同じように、さまざまな課題、例えば、患者の経済的環境、看護師の多忙、患者・医師間での狭間の苦悩、医師の専門性偏重、大学医局の影響など、ほとんどの課題は青森県で顕著であるとはいえ、わが国の医療に普遍的にみられる課題とも思える。例えば、青森県では大学医学部は1校であり、地域医療への大学の影響は善かれ悪しかれ甚大であるが、同様の状況はわが国の地方では見慣れた風景でもある。おそらく、ここで出てきた諸課題は程度の問題はあるにしても、わが国の共通の課題でもあるように思われる。

## (5) 研究の限界と今後の展望

本研究は青森県といいながらも、参加者の多くが30万人都市の青森市在住の方のため、過疎地域では課題も異なるかもしれない。また、個々の集団の年代、性についても偏りがみとめられている。価値観等の考え方は偏りの影響を受ける可能性がある。

今回取り上げた意思決定場面は、がんと糖尿病を持つ人が医療で出会う場面であり、広い設定であった。これはだれしも起こりうる反面、焦点が絞られていないので、人により想定場面が大きく異なる。その意味で、個人差が大きく影響した可能性がある。

今後、ここで得られたさまざまな課題について、上記限界も踏まえつつ、患者・医師・看

看護師にアンケートによる量的調査を行った（別途報告）。総合的にヘルスコミュニケーションに関する課題を浮き彫りにし、その解決に資する調査を組み立てることが重要である。

#### 引用文献

- ・会田 薫子(2020). 人生の物語りと advance care planning 日本在宅救急医学会誌, 4, 31-37
- ・西垣 悦代・浅井 篤・大西 基喜・福井 次矢(2004). 日本人の医療に対する信頼と不信の構造：医師患者関係を中心に 対人社会心理学研究, 4 11-20
- ・大谷 尚 (2008) . 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案-着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き-. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要（教育科学）. 54(2). 27-44
- ・中路 重行(2018). 青森県の短命県返上活動から見えてくるもの 日農医誌, 66(6), 634-637)
- ・野村 理・大西 弘高 (2018). 価値に基づく診療 (Values-based Practice) ワークショップ 医療職の能力開発, 5(2), 72-77
- ・Matsuzaka M. Tanaka R., & Sasaki Y. (2016). High Mortality Rate of Stomach cancer Caused Not by High Incidence but Delays in Diagnosis in Aomori Prefecture, Japan. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17(10), 4723-4727

#### A. 医療における患者と医療従事者間のヘルスコミュニケーションに関する研究 A-2 青森県民および東北・北海道在住の医師・看護師に対する Web 調査

長内志津子 大西基喜 伊藤瑠美

#### 要旨

青森県民（以下、住民）と東北・北海道の医師・看護師を対象にヘルスコミュニケーションに関する Web 調査を行った。PPOS（患者中心志向の尺度）の平均点は看護師が最も高かった。看護師と医師は住民より有意に患者中心志向が高く、女性も男性より有意に高かった。住民の患者中心志向の低さには、年齢や学歴、健康状態が影響している可能性がある。医療者との関係について、住民は医師の意思決定支援やコミュニケーション、ケアを、看護師に比べ有意に高く評価していた。医療の理想については、看護師が最も強く認識していた。特に医師による意思決定支援やコミュニケーション、ケア、他職種連携の必要性を看護師の必要性より有意に強く認識していた。看護師は厳しい医療環境の中で満足な医療を提供できていない思いが、医療の理想の高さに反映されていると考えられる。医療におけるコミュニケーションを促進するためには、住民が自ら医療に参加する姿勢の醸成が望まれる。

#### 1. 研究目的

青森県の年齢調整死亡率は国内で最も高く、背景に主要疾患の死亡率の高さがある。がんや糖尿病が進行してから受診することも多く、受療行動にも大きな課題があるとされる。受療行動と密接に関係する診療に最も影響を及ぼす要因として、患者・医療者間のヘルスコミュニケーション（以下、HC）がある。これまでわが国でも、患者の意思決定支援における患者・医療者間の HC の研究例はいくつかあるが、他の医療先進国に比べ、研究は量的にかなり低い水準にとどまっている。さらには、青森県の医療で、患者の受療行動に影響を及ぼしうる患者・医療者間の HC の課題に正面から取り組んだ研究はない。

青森県民（以下、住民）と東北・北海道在住の医師・看護師の医療における HC の実態と特徴を量的に明らかにし、今後の患者の意思決定支援とそれに関わる医療の支援に寄与することを目的とする。

#### 2. 研究方法

##### 1) 研究デザイン

Web アンケート調査を用いた横断的研究

##### 2) 対象者と対象者選定手続き

Web 調査は対象者選定およびアンケートのプラットフォーム提供をアイブリッジ株式会社に委託した。

対象者は、医療機関に通院する30歳～89歳の青森県民（以下、住民）300人および、東北・北海道で医療に携わる89歳までの医師50名と看護師・准看護師（以下、看護師）200名とした。

対象者選定は、調査会社の各地区登録会員モニター（以下、モニター）に対リスクリーニング調査を行った。青森県在住のモニターに対し「医療機関への通院」を問い、「有り」と回答した者を「住民対象者」、東北・北海道在住の職業が医師・医療者モニターに対し「医師免許の保有」と「看護師・准看護師免許の保有」を問い、それぞれ「有り」と回答した者を「医師対象者」「看護師対象者」とした。

### 3) 調査期間

2023年1月～2023年2月

### 4) 調査手続き

本調査は無記名であり、アイブリッジ株式会社の定める個人情報の取り扱い規定にのっとり実施した。調査開始時に調査目的・任意参加であること・回答後は同意の撤回が困難であること等を明示し、同意を得られた者を対象者とした。

### 5) 調査内容

#### (1) 属性

住民：「年齢」「性別」「居住地域」「定期的な健康診断の受診」「生活の忙しさ」

医師・看護師：「年齢」「性別」「出身県」「専門職経験年数」「勤務先」「業務」「診療科」

#### (2) Patient-practitioner orientation scale (PPOS) Japanese version (18項目)：

米国で開発された意思決定の共有を含む患者中心の志向を評価する尺度であり、各国で用いられている。医療者の志向に加え、患者の志向評価にも用いられている。情報や意思決定の共有に関する志向について評価する共有 (Share) と、患者の期待や感情の考慮に関する志向について評価するケア (Care) の2つの下位尺度からなる。6件法 (①強く反対②やや反対③どちらかという反対④どちらかという同意⑤やや同意⑥強く同意) で回答を求めた。得点が高いほど患者中心の志向を示す。本研究では日本語版を用いた。

(Ishikawa et al., 2014)。

(3) 医療の理想 (8項目；5件法)：医師・看護師それぞれが行う「意思決定支援」「コミュニケーション」「ケア」「他職種連携」の理想。

(4) (医師・看護師用質問) 診療（・看護）業務 (3項目；5件法)：「業務の多忙さ」「患者からの相談」、医師のみ「他機関の検査結果確認」、看護師のみ「医師の診察時間」。

(5) (医師・看護師用質問) 厳しい医療環境 (複数回答)

(6) (医師・看護師用質問) 患者との関係 (8項目；5件法)：「雰囲気」「共感」「説明」「意思決定支援」「コミュニケーション」「ケア」「他職種連携」「患者の満足」。

(7) (住民用質問) 医療について (2項目；5件法)：「満足」「プライバシー」。

(8) (住民用質問) 医師・看護師との関係 (12項目；5件法)：医師・看護師それぞれの「意思決定支援」「コミュニケーション」「ケア」「雰囲気」「共感」「説明」。

(9) (住民用質問) 厳しい療養環境 (複数回答)

(10) (医師用質問) 大学医局の影響 (3項目；5件法)：「影響」「交友関係への役割」「コミュニケーション能力への寄与」。

5件法は①まったくそう思わない②あまりそう思わない③どちらともいえない④ややそう思う⑤非常にそう思うで回答を求め、得点化した。

### 6) 分析方法

(1) すべての調査内容を単純集計し、記述統計量を算出する。

(2) 「PPOS」は、全18項目のうち、設問9.13.17以外の項目は得点を逆転させ、全18項目の平均点ならびにクロンバックの $\alpha$ 係数を算出した。PPOSの合計得点を従属変数、年齢および性別、立場 (住民、医師、看護師) を独立変数とし、強制投入法による重回帰分析を行った。

(3) 「医療の理想」は各設問の平均値を従属変数、年齢および性別、立場 (住民、医師、看護師) を独立変数とし、強制投入法による重回帰分析を行った。

(4) 「患者との関係」は各設問の平均値を従属変数、年齢および立場 (医師、看護師) を独立変数とし、強制投入法による重回帰分析を行った。

(5) 住民が感じる「医師・看護師との関係」は、医師・看護師それぞれの設問に対し、対応のあるt検定を行った。

(6) 医師が考える「医療の理想」は、医師と看護師それぞれの設問に対し、対応のあるt検定を行った。看護師の「医療の理想」も同様に分析した。

データ解析には、SPSS Ver28 (IBM)、EZRを用い、統計学的有意水準を5%とした。

### 7) 倫理的配慮

本研究は、青森県立保健大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号：22076)。

## 3. 結果

### 1) 対象者の特性

有効回答数は住民300名、診療科を歯科とした6名を除いた医師44名、看護師200名であった。年齢は、住民49.5±11.0歳、医師48.7±11.5歳、看護師38.6±10.2歳であった。

住民の居住地は、東青地域90名 (30%) が最も多く、次いで三八地域84名 (28%)、中南地域54名 (18%)、西北地域26名 (7%)、上北地域20名 (7%)、下北地域12名 (4%)、その他14名 (5%) であった。定期的な健康診断を「受けている」と回答した住民は245名 (約82%)、生活の忙しさは「非常にそう思う」23名と「ややそう思う」123名を合わせ121名 (約40%) であった。医療について、満足は「非常にそう思う」23名と「ややそう思う」123名であり約5割が今の医療に満足していた。プライバシーは「非常にそう思う」46名、「ややそう思う」132名であり約6割がプライバシーは守られていると回答した。厳しい療養環境は「経済的問題」161名 (53.7%) が最も多く、次いで「コロナ禍」132名 (43.7%)

「仕事上の環境」99名(33.0%)「医療へのアクセス」83名(28.3%)であった。医師の性別は男性37名(84.1%)、女性7名(15.9%)であった。医師の居住地は北海道24名(54.5%)、次いで山形県と福島県が各5名(11.4%)であった。医師の経験年数は22.6±11.2年、勤務先は病院36名(81.8%)であり、外来業務と病棟業務を行っている医師が34名(77.3%)、診療科は内科系が24名(54.5%)であった。業務の多忙さは「非常にそう思う」12名と「ややそう思う」16名を合わせると6割を超えていた。患者からの相談は「非常にそう思う」12名、「ややそう思う」21名であり、7割以上の医師がよく相談を受けていると回答した。他機関の検査結果確認は「非常にそう思う」18名、「ややそう思う」17名と回答しており、約8割の医師が検査結果を確認していた。大学医局に所属している医師は26名と約6割であった。医療への大学医局の影響について「非常にそう思う」11名と「ややそう思う」12名を合わせると半数を超えていた。厳しい医療環境は、「医師不足」24名(54.5%)が最も多く、次いで「医療制度的課題」「コロナ禍」が各20名(45.5%)、「管理・経営部門の課題」17名(38.6%)、「業務過多」15名(34.1%)であった。

看護師の性別は男性23名(11.5%)、女性177名(88.5%)であった。居住地は北海道104名(52%)、次いで宮城県と山形県が各20名(10%)であった。看護師の経験年数は15.8±10.9年、勤務先は病院138名(69%)であり、病棟業務が128名(64%)、診療科は内科系が133名(66.5%)であった。業務の多忙さは「非常にそう思う」が91名(45.5%)であり、「ややそう思う」の57名を合わせると、7割以上の看護師が多忙と回答した。患者からの相談は「非常にそう思う」29名、「ややそう思う」93名であり、約6割の看護師がよく相談を受けていると回答した。また医師の診察時間は「全くそう思わない」27名、「あまりそう思わない」76名で、半数以上の看護師が診察時間は十分でないと感じていた。厳しい医療環境は、「看護師不足」162名(81.0%)が最多であり、次いで「業務過多」141名(70.5%)、「コロナ禍」131名(65.5%)、「医師との協働」92名(46.0%)であった。

## 2) 住民・医師・看護師のPPOS得点

対象者毎のPPOS得点を別紙1に示した。PPOS合計得点は住民67.13±8.90、医師69.80±9.34、看護師71.34±9.92であり、看護師が最も高かった。各対象者のPPOS18項目全体のCronbachの $\alpha$ 係数は、住民0.797、医師0.809、看護師0.818であり、一貫性が認められた。PPOS合計得点に対する重回帰分析を行った結果を表1に示す。性別( $p=0.007$ )、医師( $p=0.019$ )、看護師( $p<0.001$ )の3変数に有意差が見られた。男性に比べ女性の方が、住民に比べ医師と看護師の方が、有意に患者中心性の志向が高かった。

## 3) 医療の理想と患者との関係

医療の理想に関する設問6項目に対する重回帰分析を行った結果を表2-1～2-2に示す。6項目すべてにおいて看護師( $p<0.001$ )に、医師の「コミュニケーション」において医師( $p=0.04$ )に有意差が見られた。看護師は住民に比べ、医師・看護師のそれぞれが行うべき理想の「意思決定支援」「コミュニケーション」「ケア」が有意に高かった。医師・看護師への設問であるそれぞれの「他職種連携」に対する重回帰分析の結果(表3-9, 3-10)は、

いずれも立場；看護師において有意差( $p<0.05$ )が認められた。医師以上に看護師は、医師・看護師いずれも他職種連携が今以上に必要であると有意に捉えていた。

患者との関係に関する設問8項目に対する重回帰分析を行った結果を表3-1～3-8に示す。設問「患者の満足」において立場；看護師( $\beta=-0.204$ ,  $p=0.002$ )に有意差が見られた。医師は看護師に比べ、医師自身が提供している医療に患者は満足していると有意に捉えていた。

## 4) 住民を感じる医師・看護師との関係

医師・看護師との関係について対応のあるt検定を行った結果を表4に示す。「意思決定支援」( $p<0.001$ )、「コミュニケーション」( $p=0.04$ )、「ケア」( $p<0.001$ )の3項目において医師に対する平均値が有意に高かった。住民は、看護師より医師からの「意思決定支援」「コミュニケーション」「ケア」を有意に評価していた。

## 5) 医師と看護師が考える医療の理想

医師の考える医療の理想について対応のあるt検定を行った結果を表5-1に示す。「意思決定支援」( $p=0.041$ )、「他職種連携」( $p=0.003$ )の医師に対する平均値が有意に高かった。医師は、看護師に対して以上に医師自身の「意思決定支援」「他職種連携」の必要性を有意に強く認識していた。一方、看護師の考える医療の理想(表5-2)は、「意思決定支援」( $p<0.001$ )、「コミュニケーション」( $p<0.001$ )、「ケア」( $p=0.005$ )、「他職種連携」( $p<0.001$ )のすべての設問で医師に対する平均値が有意に高かった。看護師は看護師自身に対して以上に、医師の「意思決定支援」「コミュニケーション」「ケア」「他職種連携」の必要性を有意に強く認識していた。

## 5. 考察

### 1) PPOS(患者中心志向の尺度)の特性

PPOS得点から、医師と看護師は住民よりも患者中心志向であった。看護師が最も患者中心志向であり、本調査の看護師対象者の大半が女性である上、6割以上が病院・病棟勤務と患者に直接かかわる機会が多いためであると考えられる。女性の方が患者中心志向であることは、Krupatらの医師を対象とした報告ともが共通する(Krupat et al., 2000)。医師対象者は7割以上が外来と病棟を兼務しており、多数の患者にかかわっていることが患者中心志向が住民より高い要因と考えられる。一方で看護師より低いのは、医師の多くが男性であることが要因として考えられる。さらに石川らの研究による東京大学附属病院の研修医のPPOS得点は本研究の医師のPPOS得点より高く、医師経験年数や医療活動をする地域が患者中心志向に影響している可能性がある(Ishikawa et al., 2014)。患者についてKrupatらは、女性で若年、学歴や健康な者が患者中心志向であると報告している(Krupat et al., 2000)。本研究の住民対象者(青森県民)はPPOS得点が低く、年齢や学歴、現在の健康状態が患者中心志向の低さに影響しているかもしれない。患者中心志向の低さは、青森県民の医療におけるコミュニケーションの特徴の可能性もあり、医療

に対する受け身の姿勢の表れと考える。住民が医療へ参加する姿勢の醸成が望まれる。

## 2) 住民が捉える医療者との関係と住民・医師・看護師が考える医療の理想

住民は医療者の意思決定支援やコミュニケーション、ケアについて、看護師よりも医師を高く評価している。本研究の住民対象者は定期的に医療機関を受診している者であり、多くは外来で医療を受けていると思われる。外来診療では医師とのコミュニケーションが主体で、看護師のかかわりは診療の補助という限定的な機会であることが要因として考えられる。

医療の理想は住民が対象者の中で最も低く、現在受けている医療に対して満足しており、今以上の医療を望んでいないことが考えられる。住民の医療に対する期待が元々高くなく、受け身の姿勢の反映とも言える。看護師は、医師・看護師共に今以上に意思決定支援やコミュニケーション、ケア、他職種連携の必要があるとしていた。看護師は看護師不足や業務過多、コロナ禍を厳しい医療環境として挙げており、満足する医療を提供できていない現実が理想の高さに繋がっていると考えられる。さらに看護師は、看護師自身より医師に対する理想が高く、医師との協働に困難さを感じている結果と考える。医師は意思決定支援と他職種連携について、医師自身への必要性を感じていた。一般的に医師は看護師より医療の理想が高くない。医師は自分自身の提供する医療に患者が満足していると捉えている。患者の多くとある程度のコミュニケーションや関係性が築けていれば、医師自身も患者との医療上のかかわりに満足していると考えられる。

## 6. 研究の限界

住民対象者のみが青森県在住者であり、本研究の結果を青森県の特徴として一般化することはできない。他地域の住民、医師、看護師について同様の調査は無く、地域の特徴もしくは我が国の特徴と言い切ることが困難であった。研究期間がコロナ禍という医療環境においては制限の多い時期であったため、平常時とは結果が異なっている可能性がある。

## 7. 文献

Hirono Ishikawa, Masato Eto, Kiyoshi Kitamura, Takahiro Kiuchi (2014) Resident physicians' attitudes and confidence in communicating with patients: A pilot study at a Japanese university hospital. Patient Education and Counseling 96:361-366

Hirono Ishikawa, Daisuke Son, Masato Eto, Kiyoshi Kitamura, Takahiro Kiuchi (2018) Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: a longitudinal study of resident physicians. BMC Medical Education 18:20

Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS (2000) The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. Patient Education and Counseling 39:40-59

表1 PPOS 得点を従属変数とした重回帰分析

|                    | B     | 標準誤差 | t 値   | P 値 <sup>†</sup> | VIF  |
|--------------------|-------|------|-------|------------------|------|
| (定数)               | 59.99 | 2.74 | 21.83 | <0.001           |      |
| 年齢 <sup>‡</sup>    | 0.06  | 0.03 | 1.72  | 0.08             | 1.34 |
| 性別 <sup>‡</sup>    | 2.56  | 0.96 | 2.66  | 0.007            | 1.38 |
| 医師_2 <sup>‡</sup>  | 3.58  | 1.53 | 2.33  | 0.019            | 1.42 |
| 看護師_3 <sup>‡</sup> | 3.94  | 0.97 | 4.06  | <0.001           |      |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 表中のすべての変数を独立変数として強制投入した

年齢、性別（男性：1、女性：2）、立場（住民：1、医師：2、看護師・准看護師：3）

表2 医療の理想に対する重回帰分析

表2-1 「理想的には、医師は今以上に患者の意思決定支援をしっかりと行うべきだ」

|                    | B      | 標準誤差  | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | VIF  |
|--------------------|--------|-------|-------|-------------------|------|
| (定数)               | 3.54   | 0.20  | 16.95 | <0.001            |      |
| 年齢 <sup>‡</sup>    | 0.0002 | 0.003 | 0.06  | 0.95              | 1.34 |
| 性別 <sup>‡</sup>    | -0.01  | 0.09  | -0.12 | 0.90              | 1.38 |
| 医師_2 <sup>‡</sup>  | 0.19   | 0.14  | 1.34  | 0.17              | 1.42 |
| 看護師_3 <sup>‡</sup> | 0.63   | 0.09  | 6.71  | <0.001            |      |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、性別（男性：0、女性：1）、立場（1：住民、2：医師、3：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表2-2 「理想的には、医師は今以上に患者と良いコミュニケーションを図るべきだ」

|                    | B      | 標準誤差  | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | VIF  |
|--------------------|--------|-------|-------|-------------------|------|
| (定数)               | 3.48   | 0.20  | 17.10 | <0.001            |      |
| 年齢 <sup>‡</sup>    | 0.001  | 0.003 | 0.47  | 0.63              | 1.34 |
| 性別 <sup>‡</sup>    | -0.006 | 0.09  | -0.07 | 0.94              | 1.38 |
| 医師_2 <sup>‡</sup>  | 0.29   | 0.14  | 2.04  | 0.04              | 1.42 |
| 看護師_3 <sup>‡</sup> | 0.76   | 0.09  | 8.36  | <0.001            |      |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、性別（男性：0、女性：1）、立場（1：住民、2：医師、3：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3 患者との関係に対する重回帰分析

表 3-1 「あなたは患者が質問しやすい雰囲気を感じている」

| モデル |                 | 非標準化  |      | 標準化  | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0% |       | 共線性の |       |
|-----|-----------------|-------|------|------|-------|-------------------|-----------|-------|------|-------|
|     |                 | 係数    | 標準誤差 | 係数   |       |                   | 下限        | 上限    | 許容度  | VIF   |
| 1   | (定数)            | 3.704 | .529 |      | 6.999 | <.001             | 2.662     | 4.746 |      |       |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | .003  | .005 | .035 | .503  | .615              | -.007     | .013  | .879 | 1.138 |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | .017  | .148 | .008 | .117  | .907              | -.275     | .309  | .879 | 1.138 |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3-2 「あなたは患者の思いに共感している」

| モデル |                 | 非標準化  |      | 標準化   | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0% |       | 共線性の |       |
|-----|-----------------|-------|------|-------|-------|-------------------|-----------|-------|------|-------|
|     |                 | 係数    | 標準誤差 | 係数    |       |                   | 下限        | 上限    | 許容度  | VIF   |
| 1   | (定数)            | 3.699 | .535 |       | 6.912 | <.001             | 2.645     | 4.754 |      |       |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | .001  | .005 | .018  | .255  | .799              | -.009     | .011  | .879 | 1.138 |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | -.007 | .150 | -.003 | -.045 | .964              | -.302     | .289  | .879 | 1.138 |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3-3 「あなたは患者が納得するまで説明を行うようにしている」

| モデル |                 | 非標準化  |      | 標準化  | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0% |       | 共線性の |       |
|-----|-----------------|-------|------|------|-------|-------------------|-----------|-------|------|-------|
|     |                 | 係数    | 標準誤差 | 係数   |       |                   | 下限        | 上限    | 許容度  | VIF   |
| 1   | (定数)            | 3.337 | .523 |      | 6.379 | <.001             | 2.306     | 4.368 |      |       |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | .009  | .005 | .119 | 1.737 | .084              | -.001     | .019  | .879 | 1.138 |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | .050  | .147 | .023 | .341  | .734              | -.239     | .339  | .879 | 1.138 |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3-4 「あなたは患者の意志決定支援をしっかりと行っている」

| モデル |                 | 非標準化  |      | 標準化   | t 値    | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0% |       | 共線性の |       |
|-----|-----------------|-------|------|-------|--------|-------------------|-----------|-------|------|-------|
|     |                 | 係数    | 標準誤差 | 係数    |        |                   | 下限        | 上限    | 許容度  | VIF   |
| 1   | (定数)            | 3.939 | .537 |       | 7.340  | <.001             | 2.882     | 4.996 |      |       |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | .005  | .005 | .068  | .998   | .319              | -.005     | .015  | .879 | 1.138 |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | -.186 | .150 | -.084 | -1.238 | .217              | -.482     | .110  | .879 | 1.138 |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3-5 「あなたは患者と良いコミュニケーションをとれている」

| モデル |                 | 非標準化  |      | 標準化   | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0% |       | 共線性の |       |
|-----|-----------------|-------|------|-------|-------|-------------------|-----------|-------|------|-------|
|     |                 | 係数    | 標準誤差 | 係数    |       |                   | 下限        | 上限    | 許容度  | VIF   |
| 1   | (定数)            | 3.813 | .500 |       | 7.631 | <.001             | 2.829     | 4.798 |      |       |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | .004  | .005 | .058  | .846  | .398              | -.005     | .014  | .879 | 1.138 |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | -.097 | .140 | -.047 | -.693 | .489              | -.373     | .179  | .879 | 1.138 |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3-6 「あなたは患者から信頼されるケアを行っている」

| モデル |                 | 非標準化  |      | 標準化  | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0% |       | 共線性の |       |
|-----|-----------------|-------|------|------|-------|-------------------|-----------|-------|------|-------|
|     |                 | 係数    | 標準誤差 | 係数   |       |                   | 下限        | 上限    | 許容度  | VIF   |
| 1   | (定数)            | 3.152 | .461 |      | 6.836 | <.001             | 2.244     | 4.061 |      |       |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | .007  | .004 | .111 | 1.621 | .106              | -.002     | .016  | .879 | 1.138 |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | .066  | .129 | .035 | .515  | .607              | -.188     | .321  | .879 | 1.138 |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3-7 「あなたは患者のケアに関して、他の医療者と良く連携している」

| モデル | 非標準化<br>係数      | 標準化<br>係数 | t 値  | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0%<br>信頼区間 |       | 共線性の<br>統計量 |       |                   |                   |    |    |     |     |     |
|-----|-----------------|-----------|------|-------------------|-------------------|-------|-------------|-------|-------------------|-------------------|----|----|-----|-----|-----|
|     |                 |           |      |                   | B                 | 標準誤差  | ベータ         | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0%<br>信頼区間 | 下限 | 上限 | 許容度 | VIF |     |
|     |                 |           |      |                   |                   |       |             |       |                   |                   |    |    |     |     | 許容度 |
| 1   | (定数)            | 3.729     | .552 |                   | 6.760             | <.001 | 2.642       | 4.815 |                   |                   |    |    |     |     |     |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | .005      | .005 | .063              | .916              | .361  | -.006       | .015  | .879              | 1.138             |    |    |     |     |     |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | -.074     | .154 | -.033             | -.479             | .633  | -.378       | .230  | .879              | 1.138             |    |    |     |     |     |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3-8 「あなたが今提供している医療に、患者は満足している」

| モデル | 非標準化<br>係数      | 標準化<br>係数 | t 値  | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0%<br>信頼区間 |       | 共線性の<br>統計量 |       |                   |                   |    |    |     |     |     |
|-----|-----------------|-----------|------|-------------------|-------------------|-------|-------------|-------|-------------------|-------------------|----|----|-----|-----|-----|
|     |                 |           |      |                   | B                 | 標準誤差  | ベータ         | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0%<br>信頼区間 | 下限 | 上限 | 許容度 | VIF |     |
|     |                 |           |      |                   |                   |       |             |       |                   |                   |    |    |     |     | 許容度 |
| 1   | (定数)            | 4.124     | .514 |                   | 8.029             | <.001 | 3.112       | 5.135 |                   |                   |    |    |     |     |     |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | .008      | .005 | .103              | 1.545             | .124  | -.002       | .017  | .879              | 1.138             |    |    |     |     |     |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | -.441     | .144 | -.204             | -3.068            | .002  | -.725       | -.158 | .879              | 1.138             |    |    |     |     |     |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3-9 「理想的には、医師は今以上に他の医療者と良く連携するべきだ」

| モデル | 非標準化<br>係数      | 標準化<br>係数 | t 値  | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0%<br>信頼区間 |       | 共線性の<br>統計量 |       |                   |                   |    |    |     |     |     |
|-----|-----------------|-----------|------|-------------------|-------------------|-------|-------------|-------|-------------------|-------------------|----|----|-----|-----|-----|
|     |                 |           |      |                   | B                 | 標準誤差  | ベータ         | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0%<br>信頼区間 | 下限 | 上限 | 許容度 | VIF |     |
|     |                 |           |      |                   |                   |       |             |       |                   |                   |    |    |     |     | 許容度 |
| 1   | (定数)            | 3.472     | .521 |                   | 6.661             | <.001 | 2.445       | 4.498 |                   |                   |    |    |     |     |     |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | -.002     | .005 | -.030             | -.438             | .662  | -.012       | .008  | .879              | 1.138             |    |    |     |     |     |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | .318      | .146 | .148              | 2.177             | .030  | .030        | .605  | .879              | 1.138             |    |    |     |     |     |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師・准看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 3-10 「理想的には、看護師は今以上に他の医療者と良く連携するべきだ」

| モデル | 非標準化<br>係数      | 標準化<br>係数 | t 値  | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0%<br>信頼区間 |       | 共線性の<br>統計量 |       |                   |                   |    |    |     |     |     |
|-----|-----------------|-----------|------|-------------------|-------------------|-------|-------------|-------|-------------------|-------------------|----|----|-----|-----|-----|
|     |                 |           |      |                   | B                 | 標準誤差  | ベータ         | t 値   | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0%<br>信頼区間 | 下限 | 上限 | 許容度 | VIF |     |
|     |                 |           |      |                   |                   |       |             |       |                   |                   |    |    |     |     | 許容度 |
| 1   | (定数)            | 2.652     | .559 |                   | 4.749             | <.001 | 1.552       | 3.753 |                   |                   |    |    |     |     |     |
|     | 年齢 <sup>‡</sup> | .007      | .005 | .086              | 1.269             | .206  | -.004       | .017  | .879              | 1.138             |    |    |     |     |     |
|     | 立場 <sup>‡</sup> | .360      | .156 | .156              | 2.299             | .022  | .051        | .668  | .879              | 1.138             |    |    |     |     |     |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 独立変数：年齢、立場（1：医師、2：看護師・准看護師）

すべての変数を独立変数として強制投入した

表 4 住民を感じる医師・看護師との関係

| 設問                                     | 平均値  | 標準偏差 | p 値    |
|----------------------------------------|------|------|--------|
| 「あなたは意思決定*を行う場合、<br>医師からしっかり支援を受けている」  | 3.52 | 0.92 | <0.001 |
| 「あなたは意思決定*を行う場合、<br>看護師からしっかり支援を受けている」 | 3.52 | 0.98 |        |
| 「あなたは医師と良いコミュニケーションをとれている」             | 3.52 | 0.97 | 0.04   |
| 「あなたは看護師と良いコミュニケーションをとれている」            | 3.41 | 0.94 |        |
| 「あなたは医師から信頼できるケアを受けている」                | 3.56 | 0.89 | <0.001 |
| 「あなたは看護師から信頼できるケアを受けている」               | 3.41 | 0.92 |        |
| 「医師はあなたが質問しやすい雰囲気心がけている」               | 3.51 | 1.05 | 0.051  |
| 「看護師はあなたが質問しやすい雰囲気心がけている」              | 3.41 | 0.94 |        |
| 「医師はあなたの思いに共感している」                     | 3.40 | 0.96 | 0.24   |
| 「看護師はあなたの思いに共感している」                    | 3.34 | 0.92 |        |
| 「医師はあなたが納得するまで説明してくれる」                 | 3.45 | 1.02 | 0.49   |
| 「看護師はあなたが納得するまで説明してくれる」                | 3.41 | 0.95 |        |

<sup>†</sup> 対応のある t 検定

表 5 医師・看護師が考える医療の理想

表 5-1 医師への設問

| 設問                                   | 平均値  | 標準偏差 | p 値   |
|--------------------------------------|------|------|-------|
| 「理想的には、医師は今以上に患者の意思決定支援をしっかりと行うべきだ」  | 3.75 | 0.91 | 0.041 |
| 「理想的には、看護師は今以上に患者の意思決定支援をしっかりと行うべきだ」 | 3.45 | 0.97 |       |
| 「理想的には、医師は今以上に患者と良いコミュニケーションを図るべきだ」  | 3.86 | 0.73 | 0.164 |
| 「理想的には、看護師は今以上に患者と良いコミュニケーションを図るべきだ」 | 3.70 | 0.70 |       |
| 「理想的には、医師は今以上に患者から信頼されるケアを行うべきだ」     | 3.70 | 0.90 | 0.498 |
| 「理想的には、看護師は今以上に患者から信頼されるケアを行うべきだ」    | 3.64 | 0.71 |       |
| 「理想的には、医師は今以上に他の医療者と良く連携するべきだ」       | 4.00 | 0.71 | 0.003 |
| 「理想的には、看護師は今以上に他の医療者と良く連携するべきだ」      | 3.70 | 0.70 |       |

対応のある t 検定

表 5-2 看護師への設問

| 設問                                   | 平均値  | 標準偏差 | p 値    |
|--------------------------------------|------|------|--------|
| 「理想的には、医師は今以上に患者の意思決定支援をしっかりと行うべきだ」  | 4.17 | 0.91 | <0.001 |
| 「理想的には、看護師は今以上に患者の意思決定支援をしっかりと行うべきだ」 | 3.96 | 0.90 |        |
| 「理想的には、医師は今以上に患者と良いコミュニケーションを図るべきだ」  | 4.31 | 0.83 | <0.001 |
| 「理想的には、看護師は今以上に患者と良いコミュニケーションを図るべきだ」 | 3.96 | 0.86 |        |
| 「理想的には、医師は今以上に患者から信頼されるケアを行うべきだ」     | 4.22 | 0.89 | 0.005  |
| 「理想的には、看護師は今以上に患者から信頼されるケアを行うべきだ」    | 4.05 | 0.87 |        |
| 「理想的には、医師は今以上に他の医療者と良く連携するべきだ」       | 4.34 | 0.84 | <0.001 |
| 「理想的には、看護師は今以上に他の医療者と良く連携するべきだ」      | 4.00 | 0.91 |        |

対応のある t 検定

(別紙 1)

1. 全 18 項目の平均点と標準偏差 (N=544)

(強く反対：1点、やや反対：2点、どちらかといえば反対：3点、どちらかといえば同意：4点、やや同意：5点、強く同意：6点) 得点が高いほど、患者中心の医療の傾向が高いことを示す。ただし、9, 13, 17 以外の項目は得点を逆転させている。

| 設問                                         | 平均値  | 標準偏差 |
|--------------------------------------------|------|------|
| 1. 診察で何を話し合うべきかを決めるのは、医師の役目である             | 3.14 | .89  |
| 2. 最近、医療において人間味が薄れているが、医学の進歩を考えれば小さな代償である  | 3.75 | 1.04 |
| 3. 標準的な診察の最も重要な要素は身体診察である                  | 3.07 | .85  |
| 4. 医学的な状態について詳しく説明しないほうが患者のためであることも多い      | 4.08 | 1.11 |
| 5. 患者は、医師の知識を信頼し、自分で自分の病状について調べようとすべきではない  | 4.15 | 1.16 |
| 6. 医師が患者の背景についてあれこれ尋ねるのは、個人的なことを詮索しすぎている   | 3.80 | 1.07 |
| 7. 診断と治療に非常に優れた医師であれば、患者との関係のとり方はあまり重要ではない | 4.14 | 1.13 |
| 8. そこから何か新しいことを学ぶわけでもないのに、質問ばかりする患者が多い     | 3.58 | 1.05 |
| 9. 患者を、医師と対等な力と地位をもつパートナーとして扱うべきである        | 3.86 | .99  |
| 10. 一般的に患者は健康状態についての情報よりも安心させてもらうことを求めている  | 3.27 | .99  |
| 11. オープンで温かいことが取り柄の医師は、大して成功しないだろう         | 4.19 | 1.15 |
| 12. 患者が医師に同意しないのは、その医師を尊敬、信頼していないしである      | 3.34 | 1.10 |
| 13. 患者のライフスタイルや価値観と合わない治療計画はうまくいかない        | 4.22 | .93  |
| 14. ほとんどの患者は、できるだけ手短かに医師との面接をすませたいと思っている   | 3.64 | 1.03 |
| 15. 患者のことは医師に任されているということ、患者はいつも心得ておくべきである  | 3.47 | 1.06 |
| 16. 患者の病気を治療する上で、患者の文化や背景を知ることがあまり重要ではない   | 3.96 | 1.05 |
| 17. ユーモアは医師による治療の重要な要素である                  | 3.90 | 1.00 |
| 18. 患者が自分で医学情報を調べるのは、役に立つというより混乱を招くことが多い   | 3.59 | 1.04 |

## 2. 医師の各項目の平均点と標準偏差 (N=44)

| 設問                                         | 平均値  | 標準偏差 |
|--------------------------------------------|------|------|
| 1. 診察で何を話し合うべきかを決めるのは、医師の役目である             | 2.95 | 1.14 |
| 2. 最近、医療において人間味が薄れているが、医学の進歩を考えれば小さな代償である  | 4.11 | 1.22 |
| 3. 標準的な診察の最も重要な要素は身体診察である                  | 2.64 | .96  |
| 4. 医学的な状態について詳しく説明しないほうが患者のためであることも多い      | 4.16 | 1.25 |
| 5. 患者は、医師の知識を信頼し、自分で自分の病状について調べようとすべきではない  | 4.68 | 1.05 |
| 6. 医師が患者の背景についてあれこれ尋ねるのは、個人的なことを詮索しすぎている   | 4.32 | .98  |
| 7. 診断と治療に非常に優れた医師であれば、患者との関係のとり方はあまり重要ではない | 4.75 | 1.22 |
| 8. そこから何か新しいことを学ぶわけでもないのに、質問ばかりする患者が多い     | 3.41 | .81  |
| 9. 患者を、医師と対等な力と地位をもつパートナーとして扱うべきである        | 3.52 | 1.26 |
| 10. 一般的に患者は健康状態についての情報よりも安心させようことを求めている    | 2.98 | .82  |
| 11. オープンで温かいことが取り柄の医師は、大して成功しないだろう         | 4.30 | 1.17 |
| 12. 患者が医師に同意しないのは、その医師を尊敬、信頼していないしである      | 3.48 | .97  |
| 13. 患者のライフスタイルや価値観と合わない治療計画はうまくいかない        | 4.43 | 1.06 |
| 14. ほとんどの患者は、できるだけ手短かに医師との面接をすませたいと思っている   | 3.80 | .87  |
| 15. 患者のことは医師に任されているということ、患者はいつも心得ておくべきである  | 4.09 | 1.05 |
| 16. 患者の病気を治療する上で、患者の文化や背景を知ることがあまり重要ではない   | 4.61 | 1.26 |
| 17. ユーモアは医師による治療の重要な要素である                  | 4.00 | .83  |
| 18. 患者が自分で医学情報を調べるのは、役に立つというより混乱を招くことが多い   | 3.57 | 1.08 |

## 3. 看護師の各項目の平均点と標準偏差 (N=200)

| 設問                                         | 平均値  | 標準偏差 |
|--------------------------------------------|------|------|
| 1. 診察で何を話し合うべきかを決めるのは、医師の役目である             | 3.19 | 1.18 |
| 2. 最近、医療において人間味が薄れているが、医学の進歩を考えれば小さな代償である  | 3.91 | 1.17 |
| 3. 標準的な診察の最も重要な要素は身体診察である                  | 3.23 | 1.07 |
| 4. 医学的な状態について詳しく説明しないほうが患者のためであることも多い      | 4.14 | 1.17 |
| 5. 患者は、医師の知識を信頼し、自分で自分の病状について調べようとすべきではない  | 4.46 | 1.13 |
| 6. 医師が患者の背景についてあれこれ尋ねるのは、個人的なことを詮索しすぎている   | 4.36 | 1.08 |
| 7. 診断と治療に非常に優れた医師であれば、患者との関係のとり方はあまり重要ではない | 4.77 | 1.16 |
| 8. そこから何か新しいことを学ぶわけでもないのに、質問ばかりする患者が多い     | 3.57 | 1.16 |
| 9. 患者を、医師と対等な力と地位をもつパートナーとして扱うべきである        | 4.04 | 1.22 |
| 10. 一般的に患者は健康状態についての情報よりも安心させようことを求めている    | 2.91 | .90  |
| 11. オープンで温かいことが取り柄の医師は、大して成功しないだろう         | 4.49 | 1.08 |
| 12. 患者が医師に同意しないのは、その医師を尊敬、信頼していないしである      | 3.39 | 1.18 |
| 13. 患者のライフスタイルや価値観と合わない治療計画はうまくいかない        | 4.52 | 1.07 |
| 14. ほとんどの患者は、できるだけ手短かに医師との面接をすませたいと思っている   | 4.17 | 1.04 |
| 15. 患者のことは医師に任されているということ、患者はいつも心得ておくべきである  | 4.02 | 1.21 |
| 16. 患者の病気を治療する上で、患者の文化や背景を知ることがあまり重要ではない   | 4.68 | 1.15 |
| 17. ユーモアは医師による治療の重要な要素である                  | 4.03 | .94  |
| 18. 患者が自分で医学情報を調べるのは、役に立つというより混乱を招くことが多い   | 3.50 | 1.01 |

## B. 外国人からみた医療者のヘルスコミュニケーション調査

川内規会、伊藤瑠美、大西基喜

### 要旨

外国人と医療者の間のヘルスコミュニケーションには様々な課題が伴う。外国人が日本で診療を受けたときに感じる不安感や文化的差異を医療者が把握できていない問題や、外国人の受け入れ体制が整っていない環境などがあげられる。言語の壁、文化の壁からくる外国人と医療者間の相互のコミュニケーションの問題は起こりやすく、医療現場では問題視されている。青森県においても、医療者との間で外国人にとってわかりやすいコミュニケーションがとられているのか把握するために、青森県内で受診経験のある外国人を対象に、受診した時に感じた様々な経験や考えを、グループインタビュー及びアンケートの形で調査した。

### 1. 研究目的

外国人にとってわかりやすいヘルスコミュニケーションが医療者との間で行われているか現状を把握することを目的とする。

### 2. 調査の方法と結果

2020年から2023年の期間で、グループインタビュー調査とWeb上でのアンケート調査による混合研究法とした。

#### 1) グループインタビュー調査

##### (1) 調査の方法

グループインタビュー調査は、2020年11月10日・16日の2回実施した。調査対象は青森県内在住の外国人のうち、県内の医療機関で受診経験のある11名を対象とした。その11名を2グループに分け、日本語版5名と英語版6名でグループインタビューを行った。インタビュー内容は、「日本と出身国の診療の比較」や、「日本で診療を受けた時の戸惑った点・良かった点」、「医療者の対応」などの体験談を伝えてもらった。インタビュー内容は、テープ起こしをし、内容をコード化してカテゴリーに分類しながら、それぞれの関係性を考察した。

倫理的配慮に関しては、青森県立保健大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号20033)。

##### (2) 調査の結果

調査対象者の基本属性は表1のとおりである。出身国はアメリカ(3名)、中国(2名)、ニュージーランド(1名)、韓国(1名)、オーストラリア(1名)、フィリピン(1名)、ネパ

ール(1名)、ルーマニア(1名)で、男性4名、女性7名となった。青森県滞在期間は2年から21年までで平均10.2年、日本滞在期間は2.5年から22年までで平均11.8年。居住地は青森市8名、弘前市2名、三沢市1名であった。

表1 対象者の基本属性

| (日本語によるグループインタビュー) |          |    |     |            |           |
|--------------------|----------|----|-----|------------|-----------|
|                    | 出身国      | 性別 | 居住地 | 青森県滞在期間(年) | 日本滞在期間(年) |
| 1                  | ニュージーランド | 男性 | 青森市 | 9          | 9         |
| 2                  | アメリカ     | 男性 | 弘前市 | 10         | 22        |
| 3                  | 韓国       | 女性 | 青森市 | 8          | 8         |
| 4                  | 中国       | 女性 | 弘前市 | 7          | 7         |
| 5                  | 中国       | 女性 | 青森市 | 15         | 15        |
| (英語によるグループインタビュー)  |          |    |     |            |           |
| 6                  | オーストラリア  | 女性 | 青森市 | 17         | 17        |
| 7                  | アメリカ     | 男性 | 青森市 | 21         | 21        |
| 8                  | ネパール     | 女性 | 青森市 | 2.5        | 2.5       |
| 9                  | フィリピン    | 女性 | 青森市 | 3.5        | 3.5       |
| 10                 | ルーマニア    | 男性 | 青森市 | 18         | 18        |
| 11                 | アメリカ     | 女性 | 三沢市 | 2          | 7         |

インタビュー内容は、表2「日本の医療に対する外国人のとらえ方」のように、大きく5つのカテゴリーと17のサブカテゴリーに分けられた。5つのカテゴリーは、【医療システム】、【医療内容】、【医療者の対応】、【言語の対応】、【病気/健康の捉え方】となった。

【医療システム】では、4つのサブカテゴリーとして、〈診療以外の事務的な問題〉、〈診療内容の問題〉、〈医療保険〉、〈倫理的問題〉に分けられ、その内容は、予約制の有無、定休日の有無、待ち時間などのような事務的な違いや、治療に要する期間、医療者の役割などの診療内容の問題や医療保険の違い、倫理的問題などがあげられた。

【医療内容】は、3つのサブカテゴリーとして、〈投薬の違い〉、〈検査基準の違い〉、〈診療技術・誤診〉に分けられ、薬の種類や量、外国との検査基準の違い、誤診の問題などがあげられた。

【医療者の対応】では、3つのサブカテゴリーとなり、〈医療者の柔軟性の問題〉、〈意思と看護師の役割〉、〈医療者の説明〉に分けられ、プライバシーの問題や、個人情報の扱いや新しい方法への柔軟性の問題があげられ、医療者の役割や説明不足などの個人的な対応の問題が多くあげられた。

【言語の対応】は、5つのサブカテゴリーに分けられ、〈言葉の不安〉、〈通訳の必要性〉、〈多言語情報〉、〈多言語対応〉、〈非言語の不安〉となった。内容は専門用語による不安や、痛さの表現の不安、通訳が手に入らないことや言語のヘルプがない問題、他言語で

の情報が手に入りにくい点、他言語問診票のあり方や使い方と対応の問題などがあげられた。また、言語運用の不安や、非言語対応、通訳が入る時の対応の問題もあげられ言葉そのものの問題を越えた文化的課題が現れた。

【病気/健康の捉え方】は2つのサブカテゴリーとなり<文化の違い>、<有症状時の行動>に分けられ、風邪に対する親の考え方や、症状が出た時の行動の違い等があげられた。

表2 日本の医療に対する外国人のとらえ方

| カテゴリー     | サブカテゴリー                                       | 具体例                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療システム    | 診療以外の事務的な問題                                   | 予約制ではなく順番待ちに驚いた/予約を取るのが大変<br>待ち時間が長く、診療時間が短い<br>定休日があり不便 /土曜の午前が開いているのは驚いた                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |
|           |                                               | 治療の期間が長い。長期にわたる歯の治療は抵抗感がある                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |
|           | 診療内容の問題                                       | 医療者の役割の違いを感じた。看護師の役割が大きい<br>歯の治療は、口を長時間あけるので痛い怖い                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      |
|           | 医療保険                                          | 自国は医療費が無料だが日本では保険内容の確認が必要になる<br>医療費を国がサポートしているのは良い。健康保険のシステムが良い                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |
| 倫理的問題     | セカンド・オピニオンなど選択肢は必要である<br>入院時の大部屋はプライバシーの問題がある |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |
| 医療内容      | 投薬の違い                                         | 薬の種類が多い。日本の薬はあまり見ないので緊張する<br>経口薬の量を考えて欲しい/薬がたくさん出るのに驚く<br>薬剤情報提供書がわかりやすい。副作用など親切に書いてあり役立つ。忘れたときに思い出せて良い                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |
|           | 検査の基準の違い                                      | 外国人の体の大きさを考慮して欲しい<br>糖尿病の数値の捉え方が自国と異なり予備軍になってしまった                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
|           | 診療技術・誤診                                       | 誤診されたので診療レベルを上げて欲しい<br>青森は正しく治療できる専門医が不足している                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |
| 医療者の対応    | 医療者の柔軟性の問題                                    | 人前で既往歴など個人情報を書かれた。待合室で病気のことをきかれたが日本はプライバシーがなく驚いた<br>バイリンガルな問診票を受け入れず少しも見ないで返された<br>外国人患者に対する新しいアイデアや考えを受け入れない<br>質問されたり、話を聞くのが慣れていない<br>多文化国は医療者も宗教の違い等文化的気づきが多く言語的ヘルプがある                  |                                                                                                                                                                                                      |
|           |                                               | 医師と看護師の役割                                                                                                                                                                                  | 医師は病状をしっかりと聞き、もっと丁寧に説明すべき<br>医師と話したかったが看護師が医師と患者の伝達をしている<br>医師の責任と看護師の責任が自国と異なる<br>産科の看護師が、良く付き添い話をきいてくれて感謝している                                                                                      |
|           |                                               | 医療者の説明                                                                                                                                                                                     | 問題を説明しないし情報をくれない /よく説明してくれたしきいてくれた<br>Google翻訳を使いながら理解させようとしてくれて助かった<br>何の注射かわからなかった<br>注射の時の優しく声掛けしてくれるのが良い<br>薬が必要か患者に尋ねられるのはびっくりしたし返答に困る<br>子どもにきくような質問や母親のような口調は不要だし嫌だ<br>処方箋が出される前に、薬の種類を教えて欲しい |
|           | 言葉の不安                                         | 専門用語は難しく理解できるか不安。病気の説明は日常会話と異なるので理解できない<br>自国で痛さは1～10で表されるが、日本ではうまく伝えられない/ 自国も形容詞で表現するが、日本語に置き換えるのが難しい<br>X線を受けた時、レントゲン技師の日本語の指示がわからず、間違えた行動をとり恥ずかしい思いをした<br>日本語の話す速度が速くて理解できるか不安。早口でわからない |                                                                                                                                                                                                      |
|           |                                               | 通訳の必要性                                                                                                                                                                                     | 検査部屋は言語的サポートがなく、持たされる物や着衣の指示がすべて日本語なので分からない<br>自国は言語的ヘルプが簡単に手に入るが、日本は簡単ではない。医療通訳がいるといい。<br>話せる日本人と一緒にいる時は安心して治療に問題ないが、いないと怖い<br>電話で通訳してくれる遠隔通訳などの工夫も必要だと思う<br>必要時に医療通訳を呼べる体制が必要である                   |
|           |                                               | 多言語情報                                                                                                                                                                                      | 医療機関の受診方法や病院情報が多言語で必要である<br>かかりつけ医がないので多言語情報サイトで病院を見つけた                                                                                                                                              |
| 言語の対応     | 多言語対応                                         | 小さなクリニックの多言語対応が必要。クリニックに多く行くので多言語対応を充実して欲しい<br>多言語問診票が活用されると良い<br>多言語ツール(絵で示す・指差しツール等)の活用を工夫して欲しい                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
|           | 非言語の不安                                        | 通訳が入る時、患者に直に話しかけようとするのは不安<br>視線を合わせないので医師が冷たく感じた                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      |
| 病気/健康の捉え方 | 文化の違い                                         | 日本人は風邪や熱で子どもをすぐに病院へ連れて行く<br>自国では薬屋かスーパーで薬を買いめったに病院に行かない                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |
|           | 有症状時の行動                                       | 日本は風邪の時にマスクをして人にうつさないようにして休む<br>自国は医師に診てもらった後で学校に行くので、日本でも学校に行かせたいと言ったら医師から怒られた                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |

### 3) アンケート調査

#### (1) 調査の方法

グループインタビューの結果を踏まえて、オンラインによるアンケート調査を実施した。調査期間は、2022年11月7日から12月23日までとし、調査対象は青森県内在住の外国人で診療を受けたことのある人を対象とした。調査方法はGoogleフォームによるWeb回答とした。使用言語は、ルビ付きの日本語、英語、中国語、韓国語、ベトナム語の5言語とし、選択式と記述式の質問に自身が答えやすい言語を選択して回答する方式とした。調査内容は、対象者の基本属性6項目(言語、性別、年代、出身国、青森県内の滞在期間、日本語レベル)の他に、医療従事者とコミュニケーションをとったときに感じたこと、日本の医療についての考えなどを、前述のグループインタビューの結果を反映させて質問項目を作成した。項目はA「医療システム」について11項目、B「医療対応」について19項目、C「医療者の言語の対応」について8項目、D「医療通訳」について4項目、E「病気・健康のとらえ方」の他にF「PPOS: Patient-Practitioner Orientation Scale 患者-医療者間の志向尺度(意思決定の共有を含む患者中心志向を評価する尺度)の18項目とした。PPOSは患者中心の医療感を測定する尺度で、高得点であるほどその傾向が高いことを表している。

設問は、AからEは「はい、いいえ」「あり、なし」の2値、または5件法として「とてもそう思う: 5点、そう思う: 4点、どちらともいえない: 3点、あまりそう思わない: 2点、全くそう思わない: 1点」として評定した。Fは「強く同意: 6点、やや同意5点、どちらかといえば同意4点、どちらかといえば反対3点、やや反対2点、強く反対: 1点」として各項目について評定した。

分析方法は、各設問は全要因に対する記述統計を算出した。PPOSについては、各項目において平均値と標準偏差値を算出した。PPOSの得点に、関連する因子の検討については、PPOS合計得点を従属変数とし、「性別(0:男性、1:女性)、年代(0:30歳未満、1:30歳以上)、出身国:(0:アジア以外、1:アジア)、青森県内の滞在期間:(0:1年未満、1:1年以上)、日本語レベル:(0:ほとんど理解できない・導入、1:初級・中級・上級)」の5項目を独立変数として、強制投入法による重回帰分析を行った。クロンバックの $\alpha$ 係数を算出し、信頼性の検討を行った。

自由回答は内容分析を行う予定であるが、現在分析中である。

調査結果の一部は、アンケート調査終了後に、Web上のURLにて1か月間、研究協力者に開示する期間を設けた。

倫理的配慮に関しては、青森県立保健大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号22005)。

#### (2) 調査の結果

青森県内在住の外国人のうち県内の医療機関で診療を受けたことのある110人から回答

が得られ、欠損値が認められた3名を除き107人を解析対象とした。自由記載を除いて、記述統計の結果は別紙1に示した。

年代は、20代が67名(62.6%)と最も多く、30代が19名(17.8%)、40代が8名(7.5%)と続いた。出身国については、ベトナム36名(33.6%)が最も多く、次いで中国15名(14.0%)、アメリカ9名(8.4%)、韓国7名(6.5%)であった。

青森県内の滞在期間については、「3年以上」が39名(36.4%)と最も多かった。

日本語のレベルについては、「導入N4(日本語能力検定4級)レベル」が30名(28.0%)と最も多かった。一方「ほとんど理解できない」が10名(9.3%)いた。

A「医療システム」に関しては、「診察の待ち時間」、「検査の待ち時間」、「診察日の間隔」などは、長いと感じているかの問いには、「どちらともいえない」が多かった。

「日本の健康保険」には、92.5%(99名)が入っていて、その中で「日本の医療費は高い」と感じている人が53.5%(53名)最も多く、高いと思っていない人26.2%(26名)のほぼ2倍であった。

「医師と看護師との連携はよくとれている」と感じている人は78.5%(84名)であった。

「自国に比べて日本人は、病院・クリニックを利用する回数が多い」と感じている人が48.6%(52名)で、そう思わない人21.5%(23名)の2倍以上となった。

B「医療対応」については、「薬剤情報提供書(薬の説明書)が便利」だと思っている人が62.6%(67名)と多かった。

医師に対して、「共感を持って接している」、「話し方がていねいである」、「問診や診察は適切である」、「治療の説明がていねいである」、「患者の質問には適切に答えている」、「話す速さは適切である」、「患者の理解度を確認している」では「そう思う」が最も多く、多くの患者が比較的満足している傾向があった。また、看護師に対しても、同じ項目に同じ傾向がみられたが、その数値は高くこれらの傾向が顕著に表れた。そこで、医師と看護師で同じ質問項目をもつ「1. 共感を持って接している」、「2. 話し方がていねいである」、「3. 患者の質問には適切に答えている」、「4. 話す速さは適切である」の4項目で、それぞれの評定値の平均について、対応のあるt検定をおこなった。その結果、表3「医師と看護師に対する評定の比較」ではすべての項目で看護師の方が、有意に高い評定値を示した。

表3 医師と看護師に対する評定の比較

| 設問                  | 平均値  | 標準偏差 | p-value <sup>†</sup> |
|---------------------|------|------|----------------------|
| 医師は共感を持って接している      | 3.55 | 0.82 | <0.001               |
| 看護師は共感を持って接している     | 4.03 | 0.69 |                      |
| 医師の話し方がていねいである      | 4.05 | 0.78 | 0.035                |
| 看護師の話し方がていねいである     | 4.19 | 0.66 |                      |
| 医師は患者の質問には適切に答えている  | 3.78 | 0.87 | 0.003                |
| 看護師は患者の質問には適切に答えている | 4.00 | 0.68 |                      |
| 医師の話す速さは適切である       | 3.57 | 0.85 | <0.001               |
| 看護師の話す速さは適切である      | 3.86 | 0.76 |                      |

<sup>†</sup> 対応のある t 検定

C「医療者の言語対応」については、「言葉が通じなくて困った経験がある」人は半数（52.3%）であったが、「言葉が通じないときの医療者は適切な対応をしている」と58.9%（63名）が感じていた。

D「医療通訳」については、通訳がいてほしいと感じる場面は、「診察の時」66.4%（71名）が最も多く、次いで「受付の時」41.1%（44名）、「検査の時」40.1%（43名）とほぼ同数であった。通訳の依頼には「誰にも頼まない人」44.9%（48名）が最も多く、次いで「友人・知人」31.8%（34名）、「家族」12.1%（13名）となった。回答者の自国では「医療に通訳がつく体制」が「できていない」30.8%（33名）と答えた人と「できている」29.9%（32名）と答えた人がほぼ同数であったが、日本では「医療に通訳がつく体制」が「できていない」40.2%（43名）と感じている人が多く、「できている」は25.2%（27名）にとどまった。

F「PPOS」については別紙2に示した。その結果、女性であること、非アジア人であること、日本語レベルが高いことは、PPOSの合計点が高いことと有意に関連していた。これらの傾向を持つ人ほど患者中心の医療感を持っていること（患者中心の意識が高いこと）を表している。

#### 4. 考察

##### 1) グループインタビュー調査から見たこと

【医療システム】や【医療内容】では、日本の文化や病院システム、医療方針などにより、簡単に改善できないと思われる点が多かったが、日本独特な良い点も明らかになった。「薬剤情報提供書」には、薬の写真や飲み方、働きや注意点が載っていて大変便利であるとの声が多く、国籍や年齢を問わず評価されていた。特に言語に不安を持っている外国人にとっては、帰宅後に視覚で再確認できる日本独特のすばらしい物であると高く評価

されていた。

【医療者の対応】には、医療者個人の対応と、日本の医療システムに従い行動した結果の対応との両者が混在していた。柔軟性がないという医療者の対応と、形式にこだわる日本文化からくる医療システムの問題は、カテゴリー間の相互作用が起きていて根幹でつながっていた。また、診療科の特性が現れていることから、狭い範囲でとらえると改善しにくく、広い視点で多様性を持って外国人受け入れの準備をする必要があるといえる。

【言語の対応】では、医療者の注射時の優しい声かけや、辞書を使いながらも熱心に理解しようと寄り添っていた看護師の例などは、外国人からは日本人の対応の良い点として、日本人らしさと捉えていた。しかし、多くの体験談は困った対応や課題が残る対応であり、日本人として行動しがちな事例と、医療者が外国人の文化や習慣の知識があれば解決できると思われる事例も多かった。

外国人にとっての直接的サポートができる医療通訳や遠隔通訳は、命にもかかわる医療の現場の情報授受を考えた時、対応できるシステム作りが必要といえる。多言語対応においては、柔軟性が必要であり、多言語ツールや多言語情報サイト、通訳サービスなどのサポートシステムがあらかじめ準備できれば混乱を回避でき、外国人患者も医療者も共に不安感が減少すると思われる。

【病気・健康のとらえ方】に関しては、さまざまな国の文化や風習・宗教的な信仰なども含まれることから、広い視野で対応する必要がある。薬には「温」と「冷」があるという考え方や、病院で風邪の診断をもらったすぐ後に学校に行くのが当たり前の国もある。子どもが少し熱を出しただけでもすぐに病院に連れて行こうとする日本人の病気や通院に対するとらえ方は、必ずしも他国では理解できない行動の場合もある。言い換えれば、医療の現場ではそのような考え方や捉え方の違いが表れることを十分理解して外国人と接する必要があるといえる。日本の「当たり前」は外国人には「当たり前ではない」可能性があることを常に意識して、柔軟に接する必要がある。

##### 2) アンケート調査から見たこと

医師と看護師についての比較では、それぞれに対応のある t 検定をおこなった結果から、外国人の患者にとっては、医師よりも看護師の方が、共感があり、話し方がていねいで、患者の質問には適切に答えてくれていて、話す速さも適切であると感じている。逆から見ると、医師は外国人患者との対応として、話し方、聴き方などの基本的なコミュニケーションの取り方に課題が残るといえる。これは、グループインタビュー調査の結果でもあるが、しっかりと話を聴こうとする姿勢や、患者に話すチャンスや質問のタイミングを与えることが大切であるという結果と関連があると思われる。

PPOSの評定値については、出身国は非アジア人の方が、アジア人よりも患者中心の医療に対する意識が高いという結果であった。実際、非アジア人は90.5%が欧米人であったので、欧米人の傾向ともいえるであろう。欧米は、患者の方が自己決定を強く期待

されていて、セカンドオピニオンなども積極的に取り入れてきた文化的背景もある。自己主張を大切に、意思決定が期待されている文化が関係し、欧米特有のものの捉え方に反映しているのではないかと考える。

日本語レベルの高い人は、患者中心の医療に対する意識が高いという結果が表れたが、これは日本語が分かることで、医療の説明が分かり医療者とのかかわりが強くなることが考えられ、日本語レベルの低い人には、患者中心の医療が行われているか否かが理解できていないことが関係していると思われる。

#### 5. 全体を通して

ヘルスコミュニケーションでは、話すこと・きくことが大切で、多くの外国人はコミュニケーションを大切だと捉えていることがわかった。医療者は外国人患者に、言語が通じるか否かだけの問題ではなく、共感を持ちながら接していくことが大切であり、わかろうとする姿勢がみられることは、グループインタビューからもわかるように、外国人にとって安心感を与えることにつながる。

外国人患者に対して「情報保障」は重要であり、言葉が分からないことで、情報弱者になるような環境は改善されなければならない。医療者が外国人に柔軟な対応ができる意識と文化的差異の知識を持つことは大切であり、多文化知識を増やし外国人の医療に対する困難を理解して欲しいと願うところが、個別な努力には限界があるという事実は否めない。医療通訳などの医療システムとして対応できるとことや、広くネットワークを使って対応できることに重点を置いて、社会的な枠組み作りをする必要がある。

#### 6. 研究の限界

コロナ感染症拡大に伴い、外国人技能実習生が日本に来られない、留学生が出身国に帰ってしまった等の想定外の状況の中で、限られた人数と限られた期間で実施したことから、少人数の調査となった。また、留学生などの若い世代の人々は、通院経験がなく、回答の対象から外れたことも少人数になった原因のひとつと言える。

また、研究計画当初は質問紙調査分析後、現状把握をしたうえで、問題点を補うための視覚的・言語的ツールを検討し、その効果を確認する計画であったが、社会実装までには届かずに終えた。これらの最終目標は、継続した研究として次に進めていきたい。

#### 7. 参考文献

川内規会, 小笠原メリッサ(2013) Z 県在住外国人の医療現場における言語コミュニケーション上の問題点—医療通訳事情の改善に関する考察. 九州コミュニケーション研究. 11: 1-18.

Bui Thi Hy Han, Michael P Dunne, Greard J Fitzgerald (2013) Vietnamese Medical Students Toward The Doctor-Patient Relationship, Journal of Medicine and Pharmacy,

No3.

Hirono Ishikawa, Masato Eto, Kiyoshi Kitamura, Takahiro Kiuchi (2014) Resident physicians' attitudes and confidence in communicating with patients: A pilot study at a Japanese university hospital. Patient Education and Counseling 96:361-366

Jie Wang, Runyu Zou, Hua Fu, Haihong Qian, Yueren Yan, Fan Wang (2017) Measuring the preference towards patient-centred communication with the Chinese-revised Patient-Practitioner Orientation Scale: a cross-sectional study among physicians and patients in clinical settings in Shanghai, China, BMJ Open 2017;7:e016902.

Xu Ting, Bao Young, Liang Yin, Tian Mi (2016) .Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: A survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians, Patient Education and Counseling 99:364-369.

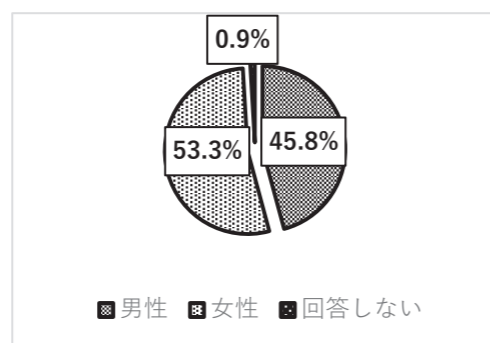
Year Hur, Sun Kim, Joo Hyun Park, A-Ra Cho, Chang Jin Choi (2014) Changes in medicaio students' patient-centeredness attitudes by implementation of clinical performance examination, Korean Journal of Medical Educationm26(2):99-106.

外国人からみた医療者のヘルスコミュニケーション調査結果

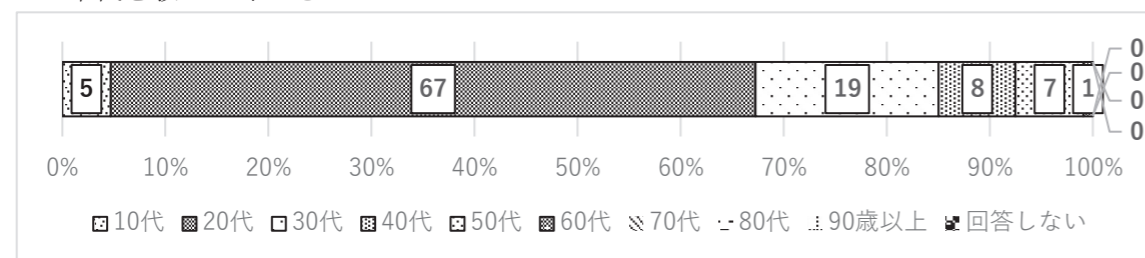
I. あなた自身についての質問

1. 性別を教えてください

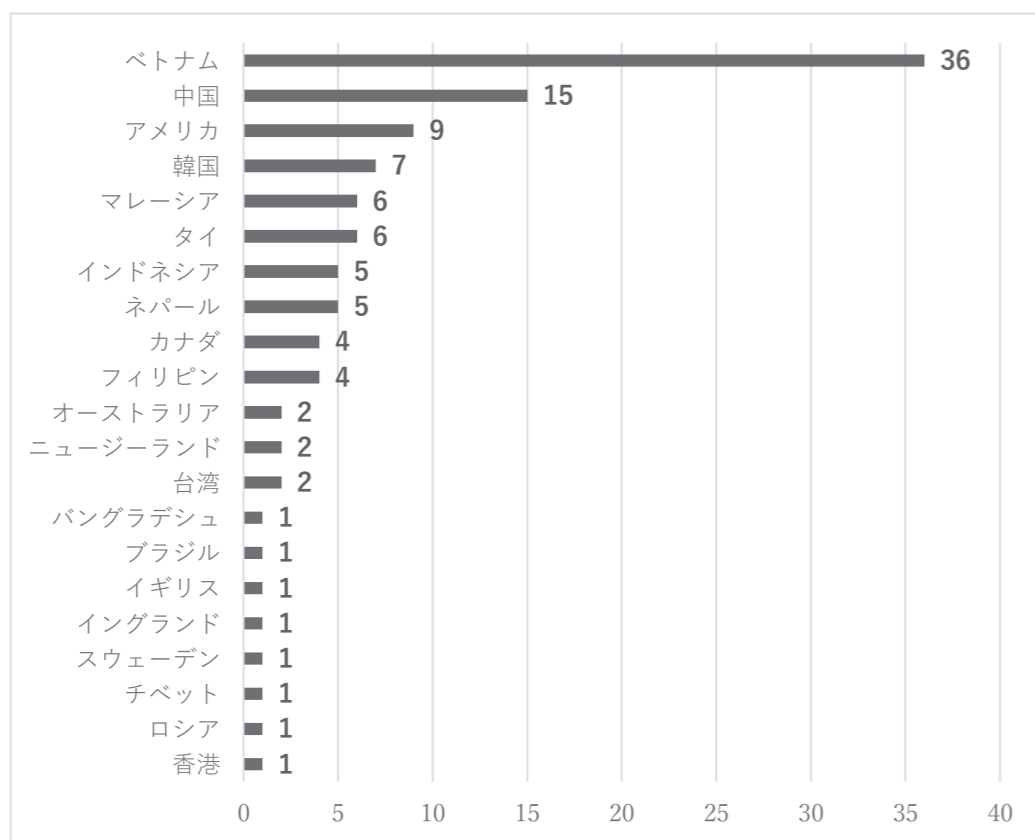
男性：49名  
女性：57名  
回答しない：1名



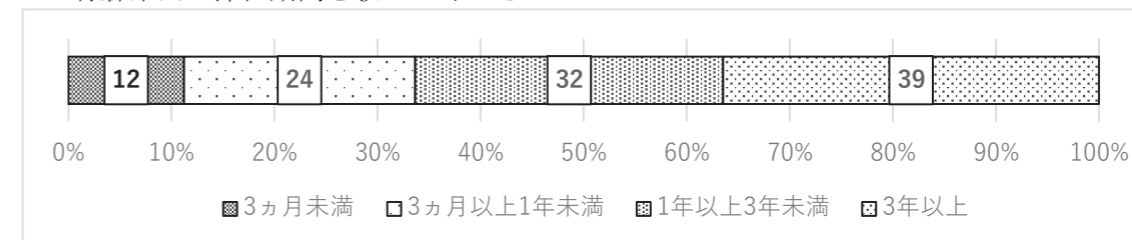
2. 年代を教えてください



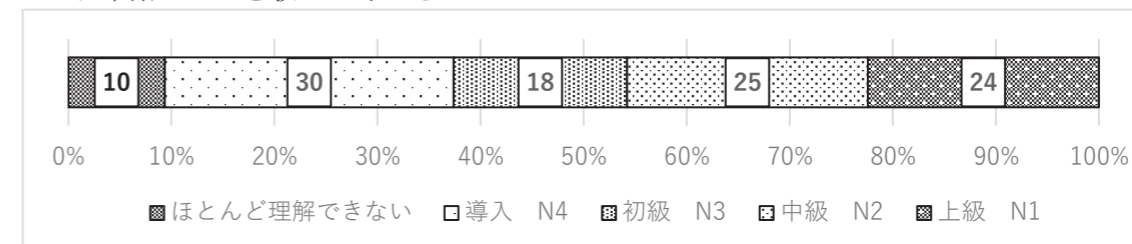
3. 出身国を教えてください



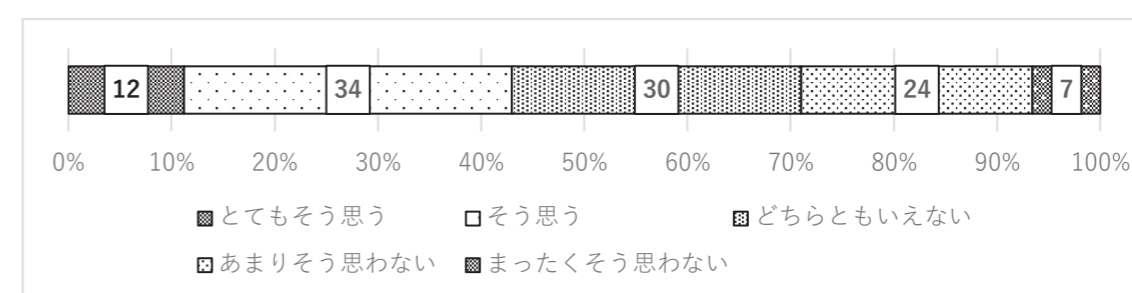
4. 青森県内の滞在期間を教えてください



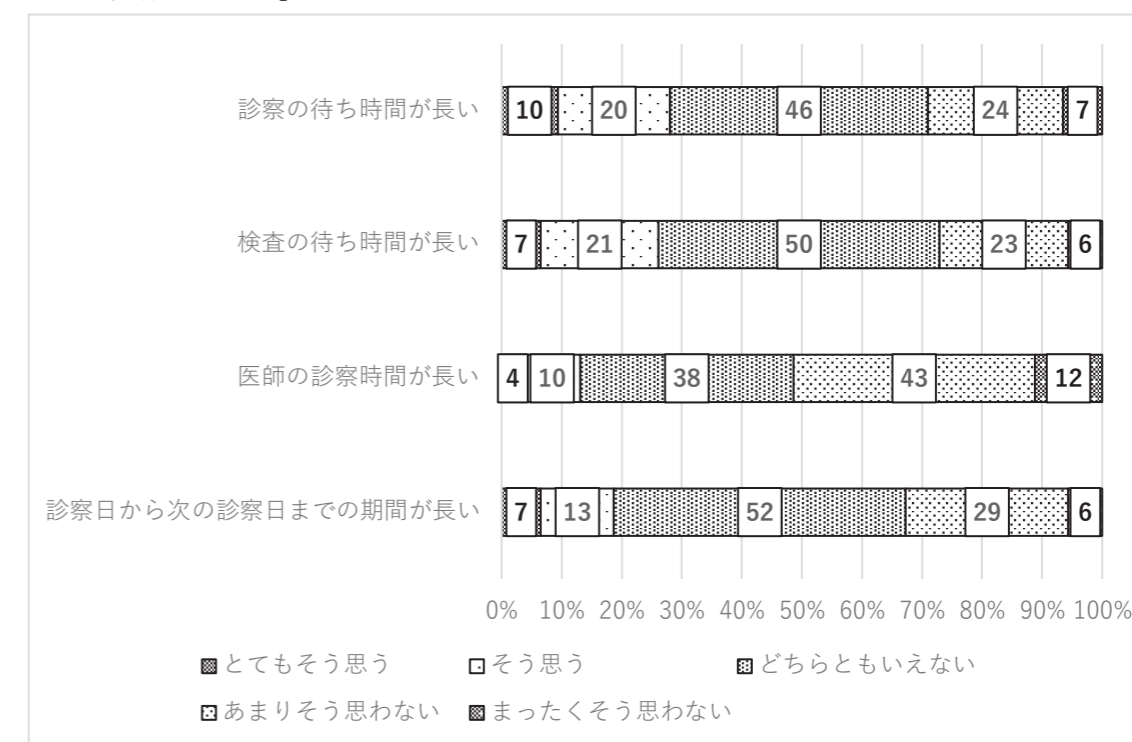
5. 日本語レベルを教えてください



6. 病院の会話に不安がある



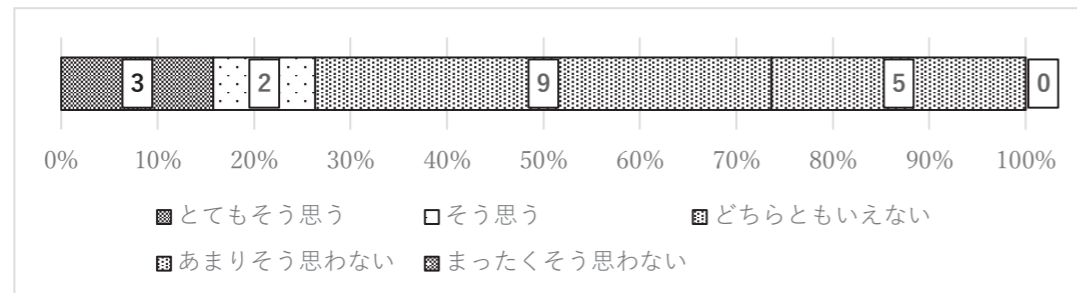
A. 「医療システム」について



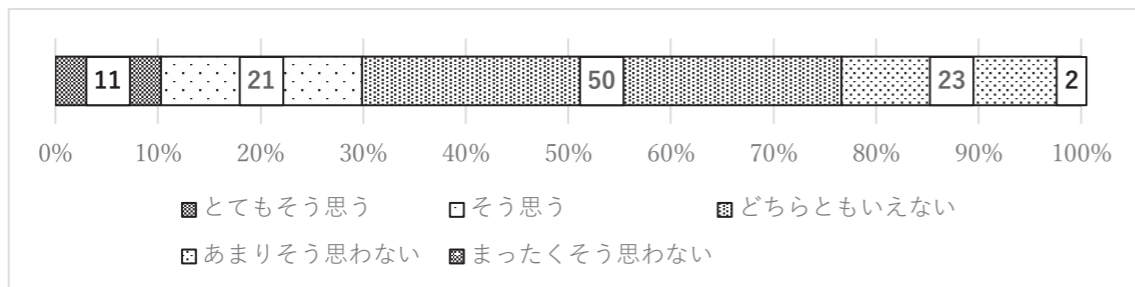
・入院経験はありますか。ある方は教えてください（複数回答）

あり：19名      なし：88名

・入院された方への質問（N=19）・・・日本の病院の入院期間は長い



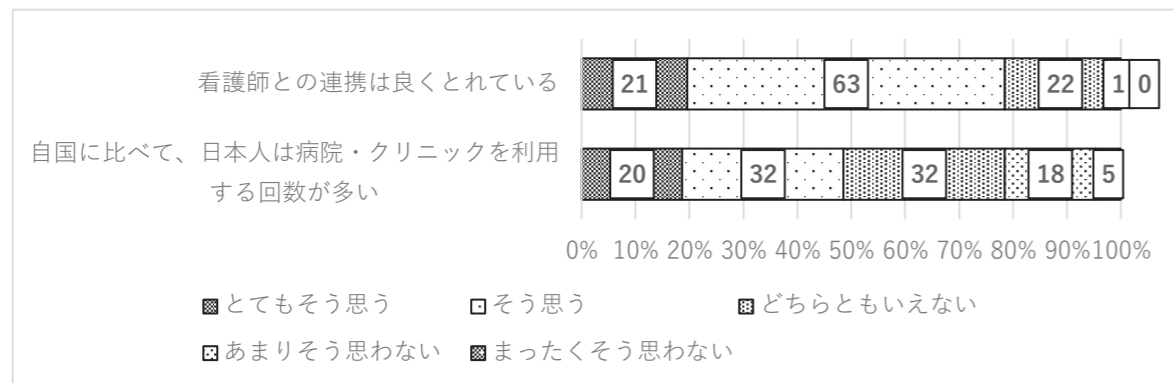
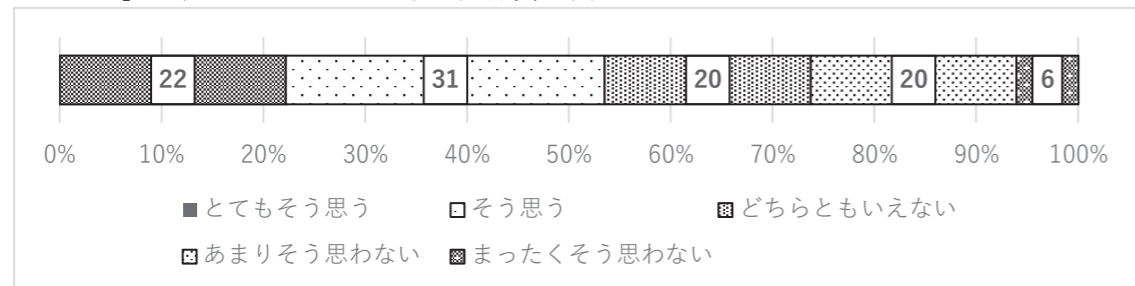
・病院・クリニックの定休日が多い



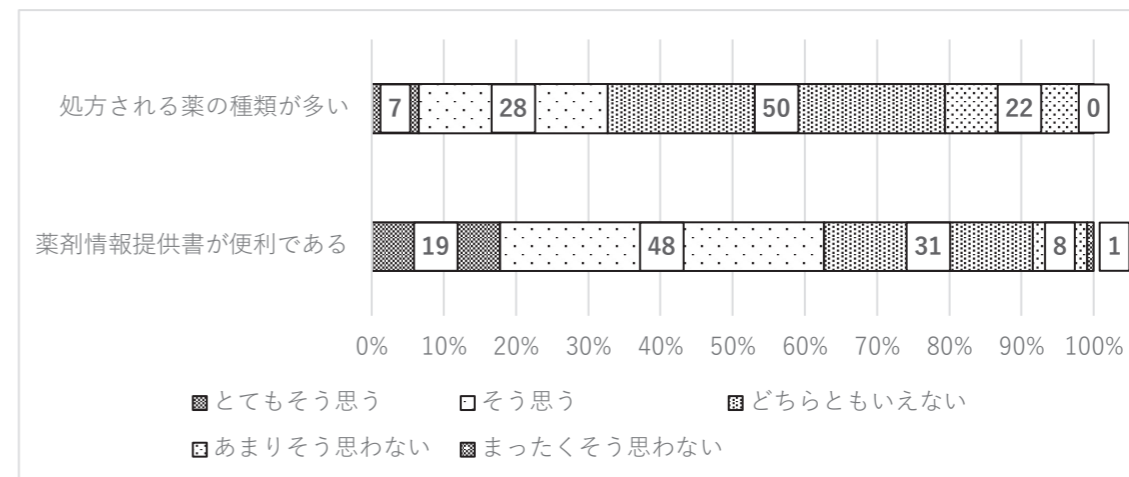
・日本の健康保険に入っている

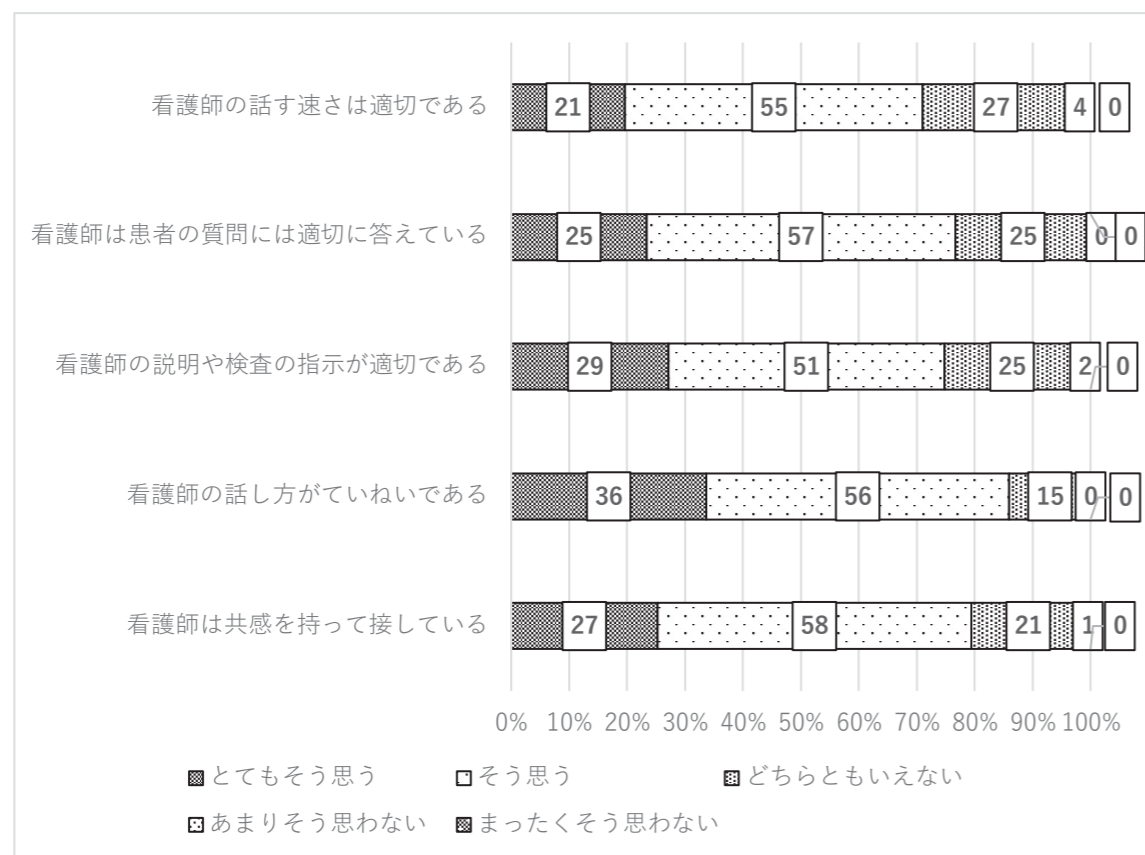
はい：99名      いいえ：7名      わからない：1名

「はい」と答えた方・・・日本の医療費は高い

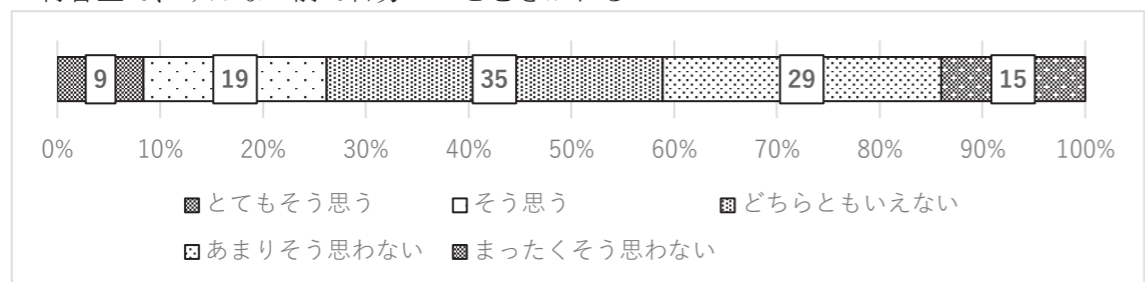


B. 「医療対応」について

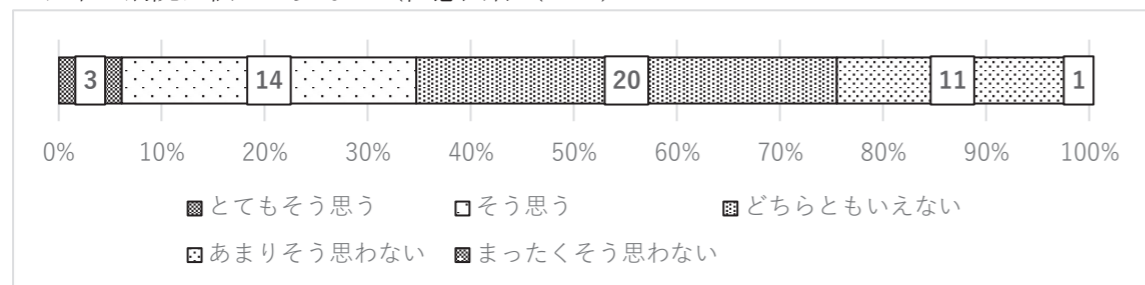




・待合室で、みんなの前で自分のことをきかれる



・日本の病院は個室が少ない (任意回答 (N=49))



・医師の対応で、プライバシーがない対応だと感じた経験がある

はい：12名      いいえ：95名

・看護師の対応で、プライバシーがない対応だと感じた経験がある

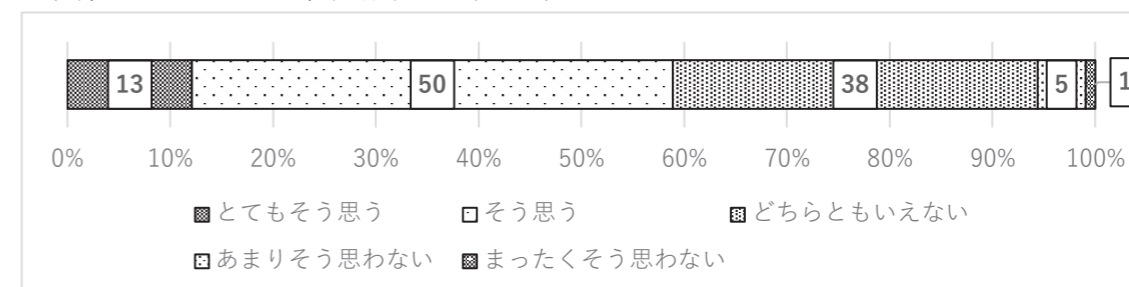
はい：10名      いいえ：97名

C. 「医療者の言語の対応」について

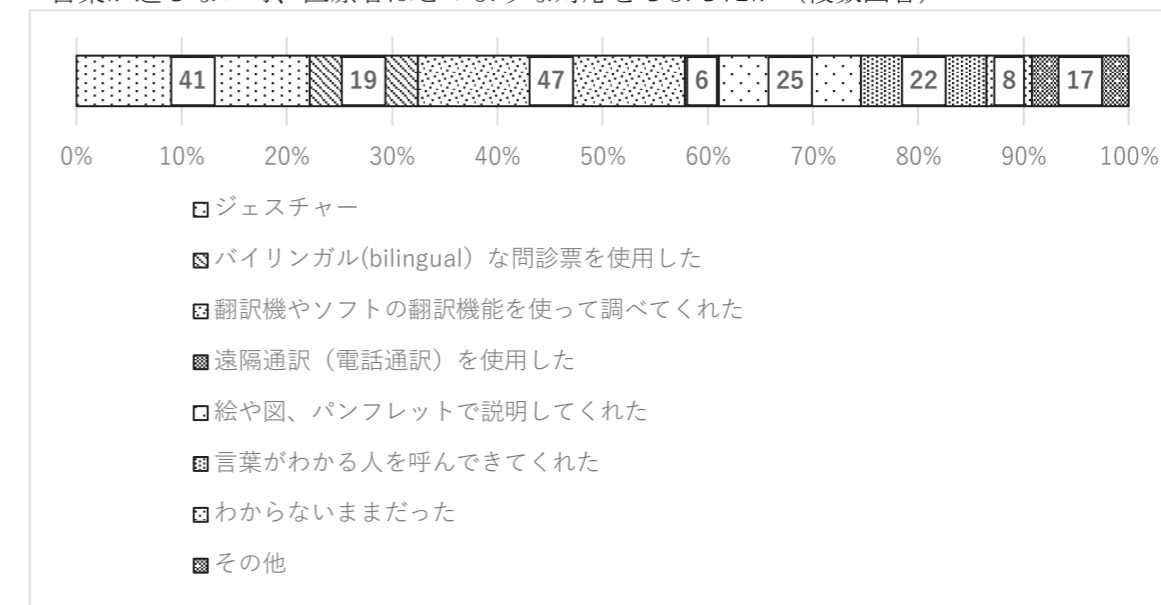
・病院・クリニックで言葉が通じなくて、困った経験がある

はい：56名      いいえ：51名

・言葉が通じない時に、医療者は適切な対応をしている



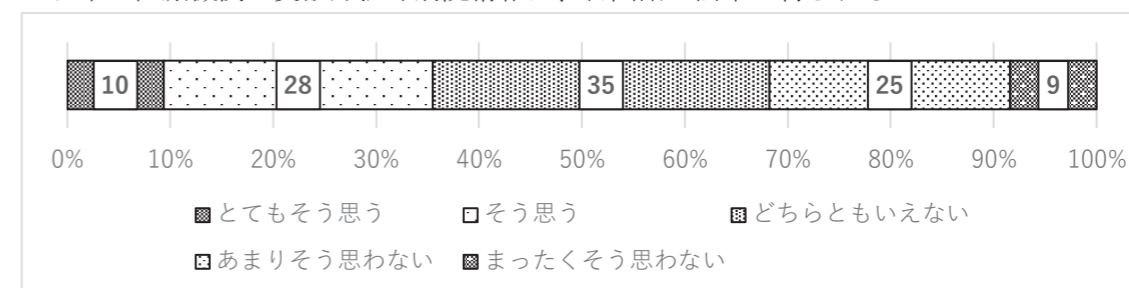
・言葉が通じない時、医療者はどのような対応をしましたか (複数回答)



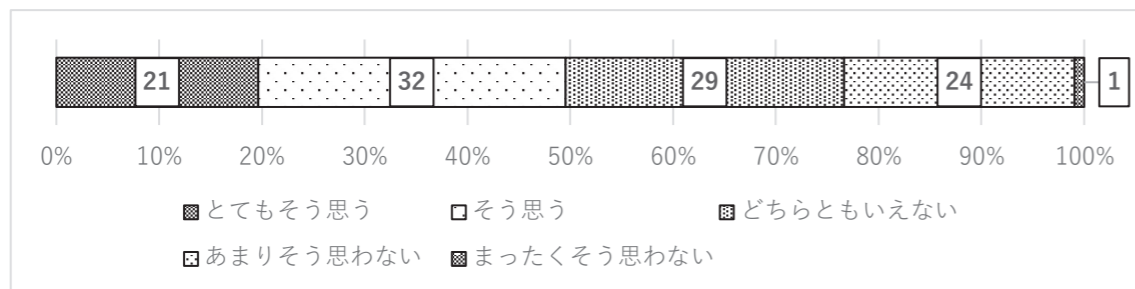
・非言語のコミュニケーションで嫌な思いをしたことがある

はい：22名      いいえ：85名

・日本の医療機関の受診方法や病院情報は、自国語で簡単に得られる



・ 自国では医療機関の受診方法や病院情報は、多言語で簡単に得られる



・ 痛みの程度が表現できなくて、困った経験がある

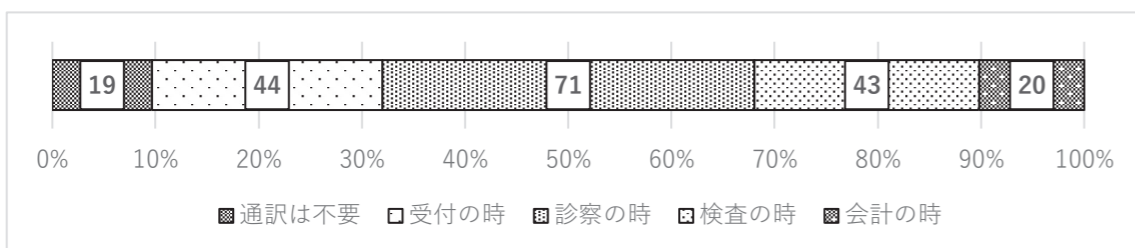
はい：29名      いいえ：78名

・ 症状の表現ができなくて、困った経験がある

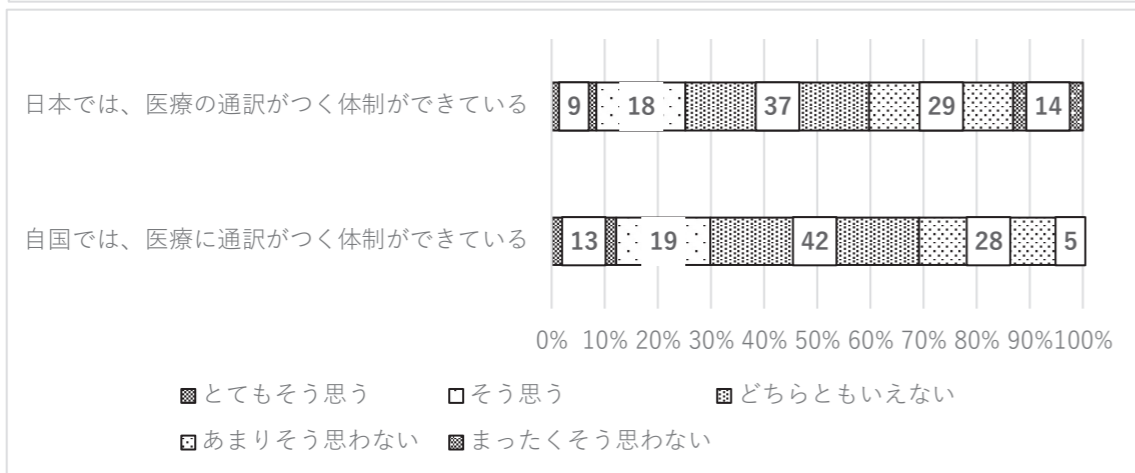
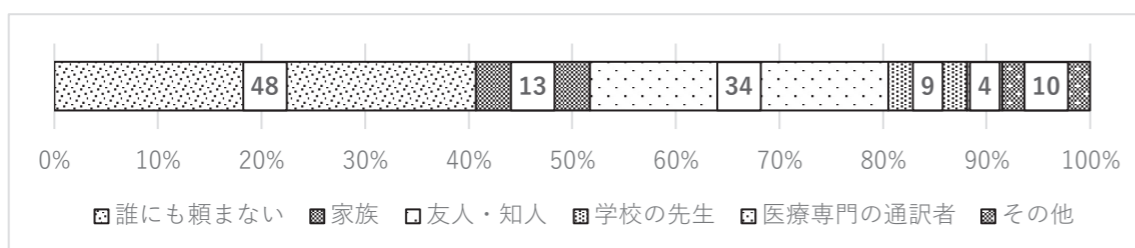
はい：39名      いいえ：68名

#### D. 「医療通訳」について

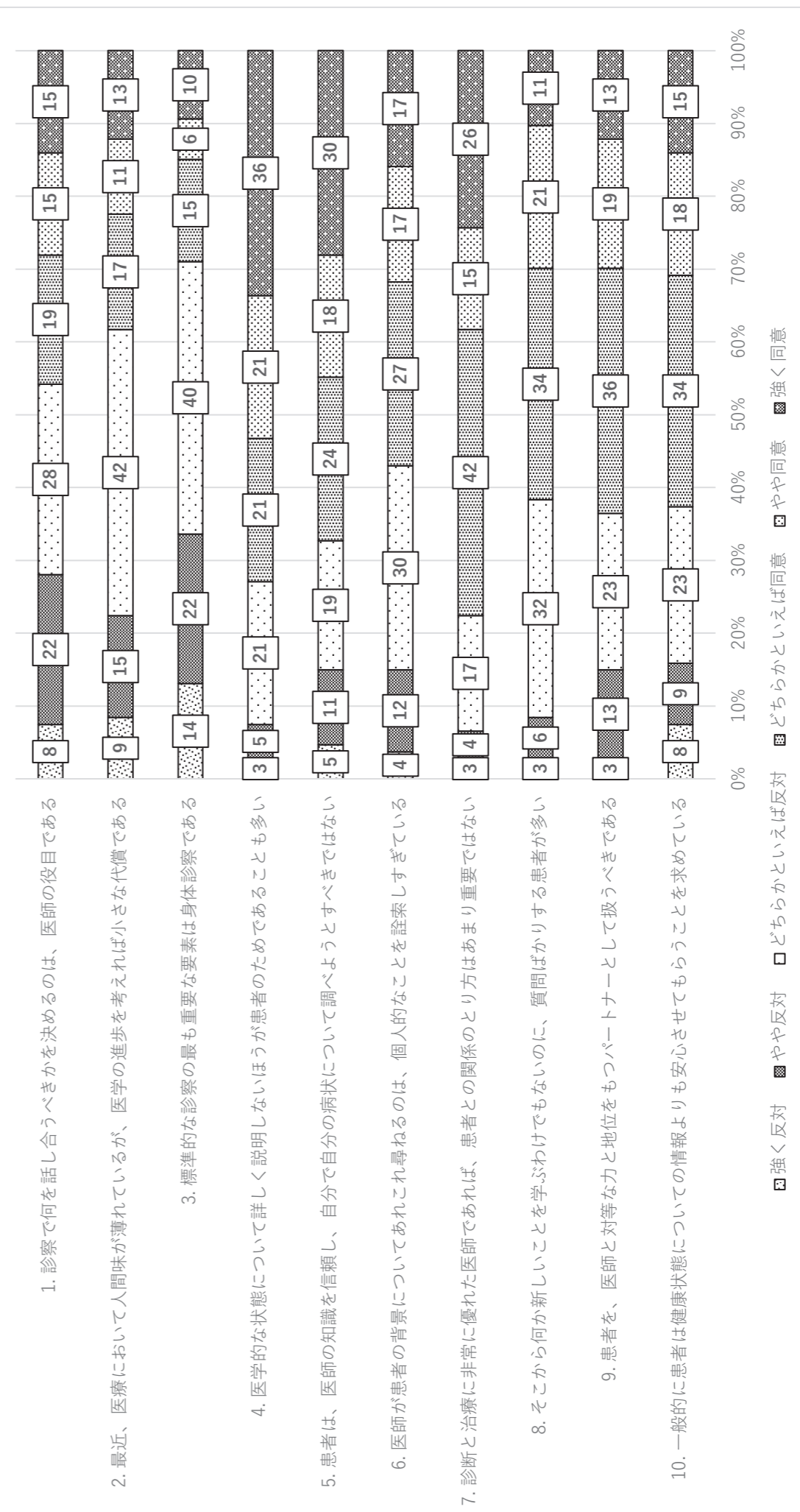
・ 病院・クリニックで通訳がいてほしいですか。それはどんな場面ですか（複数回答）

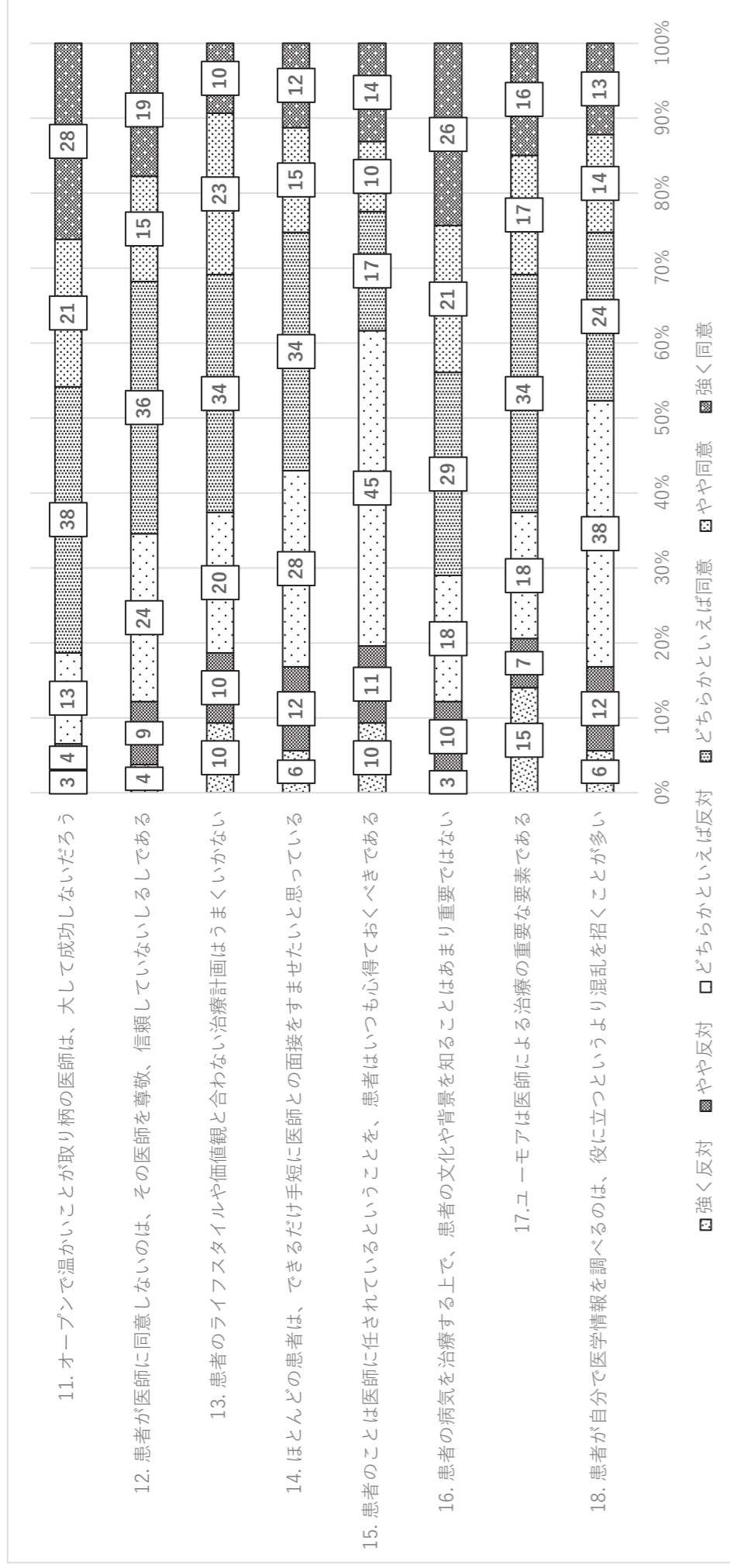


・ 通訳を頼んでいますか。誰に通訳を頼んでいますか



#### F. 「PPOS」





別紙 2

「PPOS : Patient-Practitioner Orientation Scale 患者-医療者間の志向尺度 (意思決定の共有を含む患者中心志向を評価する尺度)」  
全 18 項目の平均点と標準偏差 (9, 13, 17 以外の項目は得点を逆転させている) (N=107)

(強く反対：1点、やや反対：2点、どちらかといえば反対：3点、どちらかといえば同意：4点、やや同意：5点、強く同意：6点)  
得点が高いほど、患者中心の医療の傾向が高いことを示す。

|                                             | 平均値  | 標準偏差 |
|---------------------------------------------|------|------|
| 1. 診察で何を話し合うべきかを決めるのは、医師の役目である              | 3.52 | 1.50 |
| 2. 最近、医療において人間味が薄れているが、医学の進歩を考えれば小さな代償である   | 3.42 | 1.40 |
| 3. 標準的な診察の最も重要な要素は身体診察である                   | 3.07 | 1.39 |
| 4. 医学的な状態について詳しく説明しないほうが患者のためであることも多い       | 4.50 | 1.39 |
| 5. 患者は、医師の知識を信頼し、自分で自分の病状について調べようとすべきではない   | 4.21 | 1.50 |
| 6. 医師が患者の背景についてあれこれ尋ねるのは、個人的なことを詮索しすぎている    | 3.86 | 1.36 |
| 7. 診断と治療に非常に優れた医師であれば、患者との関係のとおり方はあまり重要ではない | 4.31 | 1.26 |
| 8. そこから何か新しいことを学ぶわけでもないのに、質問ばかりする患者が多い      | 3.91 | 1.17 |
| 9. 患者を、医師と対等な力と地位をもつパートナーとして扱うべきである         | 3.88 | 1.27 |
| 10. 一般的に患者は健康状態についての情報よりも安心させようことを求めている     | 3.84 | 1.39 |
| 11. オープンで温かいことが取り柄の医師は、大して成功しないだろう          | 4.44 | 1.26 |
| 12. 患者が医師に同意しないのは、その医師を尊敬、信頼していないしである       | 3.99 | 1.32 |
| 13. 患者のライフスタイルや価値観と合わない治療計画はうまくいかない         | 3.75 | 1.39 |
| 14. ほとんどの患者は、できるだけ手短かに医師との面接をすませたいと思っている    | 3.71 | 1.31 |
| 15. 患者のことは医師に任されているということを、患者はいつも心得ておくべきである  | 3.45 | 1.41 |
| 16. 患者の病気を治療する上で、患者の文化や背景を知ることがあまり重要ではない    | 4.24 | 1.38 |
| 17. ユーモアは医師による治療の重要な要素である                   | 3.74 | 1.55 |
| 18. 患者が自分で医学情報を調べるのは、役に立つというよう混乱を招くことが多い    | 3.63 | 1.34 |

## 2. 多変量解析結果

従属変数：PPOS全18項目の合計得点

|                     | 非標準化係数  |       | 標準化係数 |  | t 値    | 有意確率 <sup>†</sup> | B の 95.0% 信頼区間 |        | 共線性の統計量 |       |
|---------------------|---------|-------|-------|--|--------|-------------------|----------------|--------|---------|-------|
|                     | B       | 標準誤差  | ベータ   |  |        |                   | 下限             | 上限     | 許容度     | VIF   |
| (定数)                | 73.624  | 3.467 |       |  | 21.233 | <.001             | 66.745         | 80.503 |         |       |
| 性別 <sup>‡</sup>     | 4.386   | 1.914 | .206  |  | 2.292  | .024              | .589           | 8.182  | .891    | 1.122 |
| 年代 <sup>‡</sup>     | 1.594   | 2.312 | .071  |  | .689   | .492              | -2.993         | 6.180  | .686    | 1.458 |
| 出身国 <sup>‡</sup>    | -11.745 | 2.644 | -.434 |  | -4.443 | <.001             | -16.990        | -6.500 | .758    | 1.319 |
| 滞在期間 <sup>‡</sup>   | -1.197  | 2.185 | -.054 |  | -.548  | .585              | -5.532         | 3.137  | .757    | 1.320 |
| 日本語レベル <sup>‡</sup> | 5.120   | 2.007 | .234  |  | 2.552  | .012              | 1.139          | 9.101  | .857    | 1.167 |

<sup>†</sup> 重回帰分析

<sup>‡</sup> 表中のすべての変数を独立変数として強制投入した

性別（男性：0，女性：1）、年代（30歳未満：0，30歳以上：1）、出身国（アジア以外：0，アジア：1）、青森県の滞在期間（0：1年未満，1：1年以上）、日本語レベル（理解できない・導入：0，N1,2,3：1）

## 3. クロムバックの $\alpha$ 係数

0.74

## C. 地域の特性に合わせた住民と保健担当者のヘルスコミュニケーションに関する研究 C-1 地元中小企業における健康増進事業の実態と評価

千葉敦子、大西基喜

### 要旨

青森県における働き盛り世代の健康増進の示唆を得るために、地元中小企業を対象に健康づくりの取り組みに関する実態を調査した。企業調査では小規模事業場の健康対策の取組が十分とはいえないこと、一方で職場環境は小規模の方が良好であること、その職場環境には健康対策の取組と従業員数が関連していたことがわかった。小規模事業場における労働者のプレゼンティーズム調査では労働機能障害を抱えている労働者が約7割と多いこと、プレゼンティーズムには家庭の満足度、ヘルスリテラシー、ワーク・エンゲイジメントが関連していたことが示された。働き盛り世代の健康増進を図るためには、事業所規模を問わずすべての労働者に、教育等の健康支援サービスを提供することが必要であり、共同実施等の地域特性に応じた体制構築が期待される。

### 1. 研究目的

本研究は青森県における働き盛り世代の健康増進の示唆を得るために、地元中小企業を主な対象とし、健康づくりの取り組みに関する実態を明らかにした。

### 2. 研究方法

本研究は2段階の調査から構成される。

第1段階はベースライン調査として、133社を対象に、企業における健康増進事業の取り組み実態に関するアンケート調査を実施した。

第2段階は、ベースライン調査をもとに、健康づくりの取組状況の違いにより地元小規模事業場10社を選定し、一般従業員における健康増進事業の影響に関するアンケート調査を実施した。

【第一段階 ベースライン調査 実施時期：2021年11月】

企業における健康増進事業の取り組み実態

対象者：協同組合青森総合卸センター組合企業 全社133社

調査方法：記名式（企業名）質問紙調査とし、各社の担当者1名が回答した。

データ収集方法：質問紙の配布は協同組合青森総合卸センターが行い、回答はFAXで回収。

調査内容：健康増進事業の取組状況、健康づくりに関する認識、

仕事の資源\*、ワーク・エンゲイジメント\*、ソーシャル・キャピタル\*

\*川上らの新職業性ストレス簡易調査票(New BJSQ)を用いた

データ分析方法：基本統計量算出後、職場環境影響要因の関連を分析

【第二段階 地元中小企業調査 実施時期：2021年12月】

一般従業員における健康増進事業の影響

対象者：地元小規模事業場\*10社の一般社員全員

対象者選定方法：ベースライン調査をもとに、健康増進事業の取り組み状況の違いにより、積極的と非積極的が混在するように対象企業を選定し、研究概要のチラシを配布し経営者の内諾を得た。その後、研究代表者が経営者に研究の趣旨・目的等を説明し、同意を得た。回答は社員の任意とした。なお、10社の選定根拠は、組合企業133社のうち、地元中小企業は約6割であることから、協力受諾は2割程度と見込んで設定した。

調査方法：無記名自記式質問紙調査、横断比較デザイン

調査内容：ヘルスリテラシー、ワーク・エンゲイジメント、健康問題による労働機能障害、ソーシャル・キャピタル、基本属性

分析方法：基本統計量算出後、各尺度の関連を評価する。

\*地元小規模事業場 (Locally Owned Businesses)：経営者が青森県在住で従業員数が50人以下の小規模事業場とする。

【協同組合青森総合卸センター組合の特性】

青森総合卸センター組合は、青森県で最初にできた卸商業団地であり、総面積約159千坪(527千㎡)の青森市で最大の流通拠点である。団地内の組合には、食料、医療等の卸業や運輸業、サービス業等、様々な業種の企業133社が加入しており、約2,700人の労働者が働いている(調査時点)。従業員数10人以下の事業場から10,000人を超える大企業まで多様な企業で構成されており、このうち青森県内地元企業は約6割である。この組合は卸センターが中心となり、集団健診や各種健康講話、健康づくりリーダー育成等の健康事業を、8年間共同実施しているという特徴を有する<sup>1)</sup>。

3. 研究結果

【第一段階 企業における健康増進事業の取り組み実態】

(1) 基本属性

調査票の配布数は133で回収数は99であり、有効回答率は74.4%であった。回答企業のうち、所在地別では県内企業が57社(57.6%)、県外企業が42社(42.4%)であり、従業員数別では50人未満が41社(41.4%)、50人以上が58社(58.6%)であった。

本稿では青森県の企業総数のうち50人未満の企業が占める割合が97%(平成24年度経済センサス活動調査,総務省・経済産業省)であることから、労働者が多数属する50人未

満の小規模事業場における健康づくりの示唆を得るために、従業員数別で分析した結果を示すこととし、50人未満を小規模、50人以上を中・大規模と表す。

(2) 健康増進事業の取り組み状況(表1)

健康づくり事業の実施状況は表1の通りである。法定項目である健康診断、健診後の保健指導、受動喫煙対策は実施率が8割を超えており、従業員数別での大差はなかった。また、がん検診については安衛法上の規定はないが実施率が8割以上と高かった。一方で、近年のトピックであり、努力義務として推奨されている生活習慣病予防対策、メンタルヘルス対策、女性の健康対策、データを活用した健康課題の把握については、中・大規模の実施率は3~6割であるのに対し、小規模の実施率は2~3割と低い傾向にあった。また、健康に影響を与える要因である労働時間の適正化対策、ワークライフバランス対策の実施率は、中・大規模では8割であったが、小規模では約6割と、こちらも小規模で実施率が低かった。健康経営の観点から必要とされる健康づくり担当者選任、健康宣言、健康事業所の認定の実施率については、両者とも1~2割と低調であり、従業員数別での明らかな差はなかった。

(3) 健康づくりに関する認識(表2)

健康づくりに関する担当者の認識を表2に示した。業績への影響は、小規模が「とてもある」、「まあまあある」を合わせて95.1%であり、中・大規模の84.5%より高かった。取組の重要度、取組の意義は、「とてもある」、「まあまあある」を合わせて8~9割であった。卸センターが主催する健康づくり事業への参加意向については、「個人にまかせる」が最も多く小規模で75.6%、中・大規模で69.0%であった。また、自社の健康づくり事業の取り組みに対する主観的評価は、小規模の方が高い傾向にあった。

(4) 仕事の資源、ワーク・エンゲイジメント、職場のソーシャル・キャピタルの従業員数別比較(表3)

仕事の資源、ワーク・エンゲイジメント(以下、WE)、職場のソーシャル・キャピタル(以下、SC)は、いずれも職場環境を評価する指標である。従業員が健康で生き活きと働くためには職場環境が重要であることから、川上らの新職業性ストレス簡易調査票<sup>2)</sup>(New BJSQ)を用いてこれらを測定し、従業員数別による違いを分析した。仕事の資源は、事業場レベルでの職場環境要因を広く評価できる尺度であり、「経営層との信頼関係」、「人事評価の公正さ」、「個人の尊重」などの7項目から構成される。WEは労働者の仕事へのポジティブな関わりを、SCは職場の一体感を測定する尺度である。

各尺度で小規模と中・大規模に差がないかどうかを対応のないt検定で分析した。結果を表3に示す。点数が高いほど良好であることを示す。有意な差が認められたのは、仕事の資源の7項目の中で「経営層との信頼関係」(小規模3.6±0.48,中・大規模3.2±

0.46,  $p < 0.001$ )、「個人の尊重」(同  $3.0 \pm 0.60$ , 同  $2.7 \pm 0.57$ ,  $p < 0.01$ )、「ワーク・セルフ・バランス (ポジティブ)」(同  $2.9 \pm 0.71$ , 同  $2.6 \pm 0.67$ ,  $p < 0.05$ ) の 3 項目であり、総体である「仕事の資源 (事業場レベル) 合計」(同  $3.1 \pm 0.57$ , 同  $2.9 \pm 0.42$ ,  $p < 0.01$ ) においても有意差が認められた。いずれも小規模事業の方で得点が高く、状態が良好であった。また、WE は小規模  $3.1 \pm 0.62$ 、中・大規模  $2.8 \pm 0.45$  であり、小規模事業場の方が有意 ( $p < 0.05$ ) に良好であった。SC には有意差は認められなかった。

#### (5) 仕事の資源、ワーク・エンゲイジメント、職場のソーシャル・キャピタルの関連要因 (表 4・5)

健康づくりの取組状況が職場環境に影響するのかを評価するために多変量解析を行った。まずは、仕事の資源、WE、SC の相関係数を算出した結果を表 4 に示す。仕事の資源は WE ( $r = .77$ ,  $p < 0.01$ ) 及び SC ( $r = .81$ ,  $p < 0.01$ ) と高い相関が認められた。また、WE は SC ( $r = .68$ ,  $p < 0.01$ ) と中等度の相関が認められた。

次に、事業場レベルの仕事の資源に影響を与える要因を検討するために、仕事の資源を従属変数とし独立変数を健康対策取組状況、健康づくり担当者選任の有無、本社所在地、従業員数、退職者の有無、共同事業への参加姿勢とした重回帰分析 (強制投入法) を行った。結果を表 5 に示す。なお、健康対策取組状況は大多数が実施している法定項目を除外し、法定外の推奨項目である生活習慣病予防対策、メンタルヘルス対策、女性の健康対策等の 8 項目について実施有りを 1 点とし合計点 (0 点-8 点) を算出した。その結果、健康対策取組状況 ( $\beta = .51$ ,  $p < 0.01$ ) と従業員数 ( $\beta = .39$ ,  $p < 0.01$ ) が有意な正の関連を認めた。すなわち、健康対策の取組が多いこと、従業員数が 50 人未満であることが、職場環境の一要素である事業場レベルの仕事の資源と関連していた。

#### 【第二段階 地元中小企業調査】

9 つの地元小規模事業場 (50 人未満) から協力が得られ、あわせて 203 名の従業員を対象に無記名自記式質問紙調査を実施し、193 名から回答を得た。

#### (1) 基本属性 (表 6)

基本属性を表 6 に示す。性別では男性が 7 割、女性が 3 割であった。年代では 30~40 代が最も多く 45.6% であった。勤務年数では 2~9 年目が多く約 4 割であった。時間外労働は 20 時間未満が最も多く 74.9% を占めた。仕事および家庭生活に「満足」、「やや満足」と回答した人が 7~8 割であった。

#### (2) 従業員のヘルスリテラシー (HC)、ソーシャル・キャピタル (SC)、ワーク・エンゲイジメント (WE) (表 7)

企業の健康増進事業が一般従業員にどのような影響を及ぼしているのかを評価するために、健康経営評価ガイドラインにて健康投資効果の指標とされている HC、SC、WE を調査した。HC は石川ら<sup>3)</sup> の一般向けヘルスリテラシー尺度 (CCHL)、SC はイチロー・カワチら<sup>4)</sup> の職場のソーシャル・キャピタル尺度 (WSC)、WE は日本語版ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度<sup>5)</sup> (UWES-J) を用いた。事業所別の平均点を表 7 に示す。いずれの項目も点数が高いほど良好であることを示す。HL は全体平均が  $17.9 \pm 3.13$  であり、最高得点が C 社の  $18.6 \pm 3.04$ 、最低得点が F 社の  $16.9 \pm 3.02$  であった。SC は全体平均が  $23.4 \pm 5.16$  であり、最高得点が F 社の  $27.2 \pm 4.69$ 、最低得点が I 社の  $18.9 \pm 4.21$  であった。WE は全体平均が  $26.9 \pm 10.52$  であり、最高得点が F 社の  $39.4 \pm 7.07$ 、最低得点が I 社の  $23.2 \pm 12.04$  であった。WE と SC の最高得点と最低得点の企業は同じであった。

#### (3) 事業所別プレゼンティーズムの実態とその関連要因 (表 8・9)

プレゼンティーズムとは何らかの不調を抱えながら出勤し、業務遂行能力や生産性が低下している状態のことであり、健康確保対策の観点から近年注目されている指標である。

本調査では企業の健康経営ガイドブック (経済産業省) および健康経営度調査票において推奨されている測定ツールである Work Functioning Impairment Scale<sup>6)</sup> ;WFun を用いてプレゼンティーズムを測定した。まずは WFun の判定方法に基づき労働機能障害の程度を事業場別に判定した結果を表 8 に示す。Wfun の得点範囲は 7 点~35 点 (ほぼ毎日ある 5 点~まったくない 1 点) で、得点が高いほど労働機能障害の程度が高いこと、つまり不良であることを示す。平均点は  $16.2 \pm 5.81$  であり、最も高値だったのは A 社で  $18.8 \pm 5.19$ 、最低値は G 社で  $13.4 \pm 4.57$  であった。事業所判定では最も良好である A 判定が 1 社のみで B 及び C 判定が各 1 社であり、最も深刻な判定である D 判定が 6 社であった。全体では問題なしが 66 人 (34.3%) で、約 7 割は軽度~高度の労働機能障害ありと判定された。

次に WFun スコアを従属変数とし、独立変数を時間外労働、主観的健康感、仕事の満足度、家庭の満足度、職場のソーシャル・キャピタル尺度得点 (WSC)、一般向けヘルスリテラシー尺度得点 (CCHL)、日本語版ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度得点 (UWES-J) とした重回帰分析を行った (表 9)。その結果、プレゼンティーズムの高さには家庭の満足度が低いこと ( $\beta = -0.153$ ,  $p = 0.043$ )、ヘルスリテラシーが低いこと ( $\beta = -0.218$ ,  $p = 0.002$ )、ワーク・エンゲイジメントが低いこと ( $\beta = -0.239$ ,  $p = 0.006$ ) と有意な関連があった。

## 4. 考察

### (1) 企業における健康増進事業の取り組み実態

本調査の対象である協同組合青森総合卸センター組合企業では、健康診断、健診後の保健指導、受動喫煙対策の実施が 8 割を超えていることから、法律で規定されている健康づ

くり対策はほぼ実施されていた。これは、集団検診の共同実施等の卸センターの取組が奏功した可能性が考えられる。一方で、努力義務の範囲にあるメンタルヘルスやデータヘルス等の対策や自主的な事業については実施率が半数に満たないものが多く、取組みが十分とはいえない実態が示された。特に小規模において実施率が低い傾向にあり、その一因としてマンパワーや経営的資源の不足が考えられる。50人未満では労働者の健康管理や作業管理を担う衛生管理者及び健康を守る医師である産業医の選任義務はないため、健康に関する専門の知識や技術を有した人材がいない事業所が大半である。そのため、本務の傍ら兼務で健康管理に対応していることから、法定項目のみの取組に留まざるを得ない現状が推測される。一方で、健康づくりへの取り組みが業績にとっても影響していると回答した割合は小規模の方が高く、従業員が健康を損なうことの影響が甚大である小規模こそ、従業員の健康管理の重要性は切実に認識しているものの、その対策が十分行えずにいるという実態がうかがえる。従業員の活力向上や生産性の向上等を目指したより戦略的な健康管理を実践する健康経営の観点からは、法定のみの対策では不十分であり、自律的な取り組みが必須であることが指摘されている。よって、事業所規模を問わずすべての労働者に健康支援サービスを提供することが必要であり、特に自力での対策が困難な小規模事業所には事業の共同実施や地域に根差した機関との連携等、地域や事業場の特性に応じた柔軟な体制を構築することが期待される。

本調査では、事業場レベルの職場環境について実態と関連要因を調査した。職場環境の指標の一つである仕事の資源は、中・大規模より小規模の方が良好であった。特に、経営者との信頼関係、個人の尊重、ワーク・セルフ・バランス（ポジティブ）でその差が有意であった。また、職場環境評価の別な指標であるWEも小規模の方が良好であった。このことは、職場の環境が小規模の方が良好で働きやすいことを示しているといえる。少人数故の顔の見える関係性やコミュニケーションの円滑さ、仕事の裁量権、経営者との結び付きの強さといった小規模の強みが働きがいの感じやすさにつながった可能性がある。重回帰分析の結果から、健康対策に積極的に取り組むことと従業員数が50人未満であることが、仕事の資源すなわち職場環境に関連していたことが示された。職場環境の良好さは心身の健康や職場の一体感につながり、労働者の満足や幸福および企業の生産性をもたらすことが知られている。中・大企業に比し職場環境が良好である小規模事業場が健康づくりに積極的に取り組むことで、その効果の一層の向上をもたらす可能性が示唆された。

## （2）健康増進の取組が従業員に及ぼす影響

50人未満の小規模事業場の従業員を対象としたプレゼンティーズムの調査では、中等度以上の労働機能障害を呈する者の割合が2割程度であることがわかった。これは永田らの大企業社員を対象とした同割合の11.4%と比較して高い値であった。このことから、本対象者のプレゼンティーズムの実態は注意を要する状態といえ、健康確保対策が急務であることが示唆された。重回帰分析の関連要因の結果から、プレゼンティーズムにはヘルスリ

テラシーとワーク・エンゲイジメントが関連していることが示された。よって、ヘルスリテラシーを高めるような健康教育の推進及びワーク・エンゲイジメントを高めるようなメンタルヘルス対策、特に小規模事業場の強みを生かした仕事に対する裁量権やコミュニケーションの活性化といった対策がプレゼンティーズムの改善に有効である可能性が考えられた。

## （3）研究の限界と今後の課題

企業における調査では、各企業の担当者一人に回答を求めた。そのため、回答者の意向が反映するバイアスが否めず、個人の回答を企業の評価としてそのまま解釈することには限界を有する。しかし、設問である仕事の資源は事業場レベルの評価が可能な指標であることから、小規模事業場の健康対策の取組が十分とはいえないこと、職場環境は小規模の方が良好であることの結果は一定の有用性を示すといえる。

小規模事業場における労働者のプレゼンティーズム調査では労働機能障害を抱えている労働者が約7割と多いことがわかった。しかし、この結果が小規模の特性なのか、あるいは青森県内の労働者の特徴なのかは本調査では明らかにすることができなかった。

今後は、小規模事業場の経営者と健康づくり担当者を対象に行ったインタビュー調査から、職場環境とその影響要因について定性的に分析するとともに、県内外の労働者に対象を拡大して調査をすることで、労働者の健康づくりの取り組みを進めるために必要な支援を構造化し社会実装を目指す必要がある。

引用文献

- 1) 2023年2月8日. 問屋町HP. [https://www.tonyamachi.com/about\\_us/index.html#cat03](https://www.tonyamachi.com/about_us/index.html#cat03)
- 2) 川上憲人, 新職業性ストレス簡易調査票, 平成 21-23 年度厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業)「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」
- 3) Communicative and Critical Health Literacy 尺度 引用: Ishikawa H, Nomura K, Sato M, et al. : Developing a measure of communicative and critical health literacy; A pilot study of Japanese office workers. Health Promotion International, 23 (3): 269-274, 2008.
- 4) (イチロー・カワチ, 高尾総司, S・V・スブラマニアン編, 近藤克則・白井こころ・近藤尚己監訳: ソーシャル・キャピタルと健康政策. 43, 日本評論社, 東京, 2013.)
- 5) Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S. et al. (2008). Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of Utrecht Work Engagement Scale. Applied Psychology: An International Review, 57, 510-523.
- 6) 藤野善久氏により開発され、WFun 名称のもとで提供される、質問紙及び分析用アルゴリズム. 登録番号: 第 5809603 号, 登録日:平成 27 年 (2015) 11 月 27 日. 2021 年 6 月ライセンス契約書締結.

表 1 健康づくり事業の実施状況

|                   | N=99        |      |    |      |             |      |    |      |
|-------------------|-------------|------|----|------|-------------|------|----|------|
|                   | 50人未満(n=41) |      |    |      | 50人以上(n=58) |      |    |      |
|                   | 有           |      | 無  |      | 有           |      | 無  |      |
|                   | 社数          | %    | 社数 | %    | 社数          | %    | 社数 | %    |
| 健康診断の実施           | 40          | 97.6 | 1  | 2.4  | 58          | 100  | 0  | 0    |
| がん検診の実施           | 33          | 80.5 | 8  | 19.5 | 50          | 86.2 | 8  | 13.8 |
| 健診後の保健指導 (全員、希望者) | 32          | 80.0 | 8  | 20.0 | 51          | 89.5 | 6  | 10.5 |
| 受動喫煙対策            | 39          | 87.8 | 2  | 4.8  | 56          | 98.2 | 1  | 1.8  |
| 生活習慣病予防対策         | 14          | 34.1 | 25 | 61.0 | 30          | 51.7 | 28 | 48.3 |
| メンタルヘルス対策         | 9           | 22.0 | 31 | 75.6 | 36          | 62.1 | 21 | 36.2 |
| 女性の健康対策           | 13          | 31.7 | 26 | 63.4 | 31          | 53.4 | 24 | 41.4 |
| データを活用した健康課題の把握   | 9           | 22.0 | 32 | 78.0 | 22          | 37.9 | 34 | 58.6 |
| 労働時間の適正化対策        | 25          | 61.0 | 15 | 36.6 | 48          | 82.8 | 9  | 15.5 |
| ワークライフバランス対策      | 25          | 61.0 | 15 | 36.6 | 48          | 82.8 | 9  | 15.5 |
| 柔軟な働き方への対策        | 8           | 19.5 | 33 | 80.5 | 30          | 51.7 | 27 | 46.6 |
| 具体的なアクション*実施      | 16          | 39.0 | 25 | 61.0 | 29          | 50   | 29 | 50   |
| 健康づくり担当者選任        | 11          | 26.8 | 30 | 73.2 | 13          | 22.4 | 45 | 77.6 |
| 健康宣言              | 8           | 19.5 | 33 | 80.5 | 12          | 20.7 | 46 | 79.3 |
| 健康事業所の認定          | 6           | 15.0 | 34 | 85.0 | 6           | 10.5 | 51 | 89.5 |
| 一か月以上の休職者         | 3           | 7.3  | 37 | 90.2 | 11          | 19   | 47 | 81   |

\*100日ウォーキング、予防接種、ラジオ体操、血圧測定等  
無回答を除く

表2 健康づくり事業への認識

|                | N = 99      |      |             |      |
|----------------|-------------|------|-------------|------|
|                | 50人未満(n=41) |      | 50人以上(n=58) |      |
|                | 社数          | %    | 社数          | %    |
| 業績への影響         |             |      |             |      |
| とてもある          | 16          | 39.0 | 20          | 34.5 |
| まあまあある         | 23          | 56.1 | 29          | 50.0 |
| あまりない          | 1           | 2.4  | 8           | 13.8 |
| 全くない           | 1           | 2.4  | 1           | 1.7  |
| 取組みの重要度        |             |      |             |      |
| とてもある          | 21          | 51.2 | 29          | 50.0 |
| まあまあある         | 20          | 48.8 | 28          | 48.3 |
| あまりない          | 0           | 0    | 0           | 0    |
| 全くない           | 0           | 0    | 0           | 0    |
| 取組の意義          |             |      |             |      |
| とてもある          | 16          | 39.0 | 20          | 34.5 |
| まあまあある         | 19          | 46.3 | 34          | 58.6 |
| あまりない          | 5           | 12.2 | 3           | 5.2  |
| 全くない           | 1           | 2.4  | 0           | 0    |
| センター主催事業への参加意向 |             |      |             |      |
| 積極的に促す         | 6           | 14.6 | 7           | 12.1 |
| 個人にまかせる        | 31          | 75.6 | 40          | 69.0 |
| 周知しない          | 3           | 7.3  | 10          | 17.2 |
| その他            | 1           | 2.4  | 1           | 1.7  |

表3 仕事の資源、ワーク・エンゲイジメント、ソーシャル・キャピタル

|           | 標準版の尺度                  | 50人未満(n=41) |       | 50人以上(n=58) |       | t 検定 |
|-----------|-------------------------|-------------|-------|-------------|-------|------|
|           |                         | 平均          | SD    | 平均          | SD    |      |
| 仕事の資源     | 経営層との信頼関係               | 3.6         | 0.488 | 3.2         | 0.467 | ***  |
| (事業場レベル)  | 変化への対応                  | 3.4         | 0.588 | 3.2         | 0.546 |      |
|           | 個人の尊重                   | 3.0         | 0.601 | 2.7         | 0.570 | **   |
|           | 公正な人事評価                 | 2.9         | 0.807 | 2.9         | 0.636 |      |
|           | 多様な労働者への対応              | 3.1         | 0.757 | 3.0         | 0.527 |      |
|           | キャリア形成                  | 2.8         | 0.781 | 2.8         | 0.512 |      |
|           | ワーク・セルフ・バランス (ポジティブ)    | 2.9         | 0.718 | 2.6         | 0.675 | *    |
|           | 仕事の資源 (事業場レベル) 合計       | 3.1         | 0.576 | 2.9         | 0.422 | **   |
| いきいきアウトカム | 従業員のいきいき (ワーク・エンゲイジメント) | 3.1         | 0.623 | 2.8         | 0.456 | *    |
|           | 職場の一体感 (ソーシャル・キャピタル)    | 3.2         | 0.644 | 3.1         | 0.553 |      |

\*事業場レベル資源=(経営層との信頼関係+変化への対応+個人の尊重+公正な人事評価+多様な労働者への対応+キャリア形成+ワーク・セルフ・バランス (ポジティブ)) / 7

\* 無回答を除く

\*: p<.05, \*\*: p<.01, \*\*\*: p<.001.

表4 相関係数

|         | SC得点 | WE得点  | 仕事の資源<br>得点 | M    | SD   |
|---------|------|-------|-------------|------|------|
| SC得点    | -    | .68** | .81**       | 3.16 | 0.59 |
| WE得点    |      | -     | .77**       | 2.93 | 0.54 |
| 仕事の資源得点 |      |       | -           | 2.98 | 0.49 |

\*\* .P<0.01, SC: ソーシャルキャピタル, WE: ワークエンゲイジメント

表5 仕事の資源 (事業場レベル) に影響を与える要因 (重回帰分析)

|            | N = 90 |      |       |       |
|------------|--------|------|-------|-------|
|            | 偏回帰係数  | 標準誤差 | β     | p     |
| 健康対策取組状況   | 0.12   | 0.03 | 0.51  | 0.000 |
| 担当者選任      | -0.24  | 0.18 | -0.24 | 0.178 |
| 本社所在地      | 0.09   | 0.14 | 0.09  | 0.531 |
| 従業員数       | 0.39   | 0.14 | 0.39  | 0.008 |
| 退職者の有無     | -0.19  | 0.14 | -0.14 | 0.174 |
| 共同事業への参加姿勢 |        |      |       |       |
| 積極参加       | 0.05   | 0.18 | 0.03  | 0.793 |
| 個人任せ       | 0.05   | 0.14 | 0.04  | 0.749 |

\* 強制投入法を使用, R<sup>2</sup> = .154

\* 健康対策取組状況: 実施有を1点 (0-8点) 生活習慣病予防対策, メンタルヘルス対策, 女性の健康対策, データを活用した健康課題の把握, 労働時間の適正化対策, ワークライフバランス対策, 柔軟な働き方への対策, 具体的なアクション実施

\* ダミー変数: 担当者選任 (選任・検討中: 1, なし: 0), 本社所在地 (県内: 1, 県外: 0), 従業員数 (50人未満: 1, 50人以上: 0), 退職者の有無 (有: 1, 無: 0), 共同事業への参加姿勢 (積極参加: 1, 無: 0), (個人任せ: 1, 0)

表6 対象者の基本属性

|         |                 | N = 193 |      |
|---------|-----------------|---------|------|
|         |                 | 度数      | %    |
| 性別      | 男性              | 133     | 70.0 |
|         | 女性              | 57      | 30.0 |
| 年代      | 10～20代          | 32      | 16.6 |
|         | 30～40代          | 88      | 45.6 |
|         | 50～60代          | 66      | 34.2 |
|         | 70～80代          | 7       | 3.6  |
| 職位      | 役職有り            | 68      | 36.8 |
|         | 一般社員            | 90      | 48.6 |
|         | 契約・派遣・その他       | 27      | 14.6 |
| 勤続年数    | 1年目             | 20      | 10.4 |
|         | 2～9年目           | 77      | 40.1 |
|         | 10～29年目         | 66      | 34.4 |
|         | 30年以上           | 29      | 15.1 |
| 業務形態    | 立ち仕事中心でよく歩く     | 82      | 42.5 |
|         | 座り仕事だが歩くことも多い   | 52      | 26.9 |
|         | 立ち仕事中心であまり歩かない  | 16      | 8.3  |
|         | 座り仕事中心でほとんど歩かない | 38      | 19.7 |
|         | その他             | 5       | 2.6  |
| 勤務時間    | 日中勤務            | 160     | 87.0 |
|         | 昼夜交代制           | 11      | 5.9  |
|         | その他             | 13      | 7.1  |
| 時間外労働   | 20時間未満          | 143     | 74.9 |
|         | 20～80時間未満       | 46      | 24.1 |
|         | 80時間以上          | 2       | 1.0  |
| 主観的健康感  | 非常に健康である        | 22      | 11.4 |
|         | まあまあ健康な方だ       | 146     | 75.6 |
|         | あまり健康ではない       | 23      | 11.9 |
|         | 健康ではない          | 1       | 0.5  |
| 仕事に満足   | 満足              | 33      | 17.1 |
|         | まあ満足            | 106     | 54.9 |
|         | やや不満足           | 35      | 18.1 |
|         | 不満足             | 18      | 9.3  |
| 家庭生活に満足 | 満足              | 60      | 31.1 |
|         | まあ満足            | 96      | 49.7 |
|         | やや不満足           | 27      | 14   |
|         | 不満足             | 9       | 4.7  |

表7 事業場別HL、SC、WE得点

| 事業所 | N   | HL   |      | SC   |      | WE   |       |
|-----|-----|------|------|------|------|------|-------|
|     |     | 平均値  | 標準偏差 | 平均値  | 標準偏差 | 平均値  | 標準偏差  |
| A   | 37  | 17.7 | 3.20 | 21.6 | 4.55 | 24.4 | 8.36  |
| B   | 11  | 17.4 | 3.29 | 20.8 | 5.19 | 25.3 | 11.20 |
| C   | 23  | 18.6 | 3.04 | 22.8 | 5.06 | 25.3 | 10.48 |
| D   | 21  | 17.2 | 3.56 | 23.1 | 5.36 | 26.7 | 10.46 |
| E   | 36  | 18.4 | 3.26 | 25.4 | 4.80 | 27.5 | 11.34 |
| F   | 9   | 16.9 | 3.02 | 27.2 | 4.69 | 39.4 | 7.07  |
| G   | 21  | 17.9 | 2.81 | 25.1 | 5.03 | 31.3 | 9.74  |
| H   | 22  | 18.1 | 3.33 | 23.9 | 4.68 | 24.5 | 9.34  |
| I   | 11  | 18.5 | 2.21 | 18.9 | 4.21 | 23.2 | 12.04 |
| 全体  | 191 | 17.9 | 3.13 | 23.4 | 5.16 | 26.9 | 10.52 |

HL：得点範囲5点～25点（強くそう思う5点～全く思わない1点），得点が高いほどHLが高いことを示す

SC：得点範囲4点～32点（とてもそう思う4点～全く思わない1点），得点が高いほどSCが高いことを示す

WE：得点範囲0点～54点（いつも感じる6点～全くない0点），得点が高いほどWEが高いことを示す

表8 事業所別プレゼンティーズム

| 事業所 | N   | 判定      |       |       |       |   | 診断   | 平均値  | 標準偏差 |
|-----|-----|---------|-------|-------|-------|---|------|------|------|
|     |     | 問題なし    | 軽度    | 中等度   | 高度    |   |      |      |      |
| A   | 37  | 人 6     | 16    | 14    | 1     | D | 18.8 | 5.19 |      |
|     |     | % 16.2% | 43.2% | 37.8% | 2.7%  |   |      |      |      |
| B   | 11  | 人 3     | 4     | 2     | 2     | D | 18.6 | 6.42 |      |
|     |     | % 27.3% | 36.4% | 18.2% | 18.2% |   |      |      |      |
| C   | 23  | 人 11    | 10    | 2     | 0     | C | 14.3 | 4.82 |      |
|     |     | % 47.8% | 43.5% | 8.7%  | 0.0%  |   |      |      |      |
| D   | 21  | 人 7     | 11    | 3     | 0     | D | 15.1 | 5.48 |      |
|     |     | % 33.3% | 52.3% | 14.2% | 0.0%  |   |      |      |      |
| E   | 36  | 人 12    | 15    | 5     | 4     | D | 16.7 | 6.83 |      |
|     |     | % 33.3% | 41.7% | 13.9% | 11.1% |   |      |      |      |
| F   | 10  | 人 6     | 3     | 1     | 0     | A | 14.1 | 5.50 |      |
|     |     | % 60.0% | 30.0% | 10.0% | 0.0%  |   |      |      |      |
| G   | 21  | 人 11    | 8     | 2     | 0     | B | 13.4 | 4.57 |      |
|     |     | % 52.4% | 38.1% | 9.5%  | 0.0%  |   |      |      |      |
| H   | 22  | 人 7     | 12    | 2     | 1     | D | 15.7 | 4.94 |      |
|     |     | % 31.8% | 54.5% | 9.1%  | 4.5%  |   |      |      |      |
| I   | 11  | 人 3     | 5     | 2     | 1     | D | 18.1 | 6.56 |      |
|     |     | % 27.3% | 45.5% | 18.2% | 9.1%  |   |      |      |      |
| 全体  | 192 | 人 66    | 84    | 33    | 9     |   | 16.2 | 5.81 |      |
|     |     | % 34.3% | 43.8% | 17.1% | 4.7%  |   |      |      |      |

Wfun：得点範囲7点～35点（ほぼ毎日ある5点～まったくない1点），得点が高いほど不良であることを示す

判定結果：A) 問題なしの労働者が60%以上, B) 同50%～59%, C) 同40%～49%, D) 同40%未満

表9 プレゼンティーズムに影響を与える要因（重回帰分析）

|          | 偏回帰係数 | 標準誤差 | $\beta$ | $p$   |
|----------|-------|------|---------|-------|
| 時間外労働    | 1.56  | 0.92 | 0.116   | 0.090 |
| 主観的健康感   | -0.16 | 0.85 | -0.014  | 0.851 |
| 仕事の満足度   | -0.17 | 0.71 | -0.025  | 0.805 |
| 家庭生活の満足度 | -1.12 | 0.55 | -0.153  | 0.043 |
| WSC      | 0.01  | 0.10 | 0.005   | 0.955 |
| HL       | -0.41 | 0.13 | -0.218  | 0.002 |
| WE       | -0.13 | 0.05 | -0.239  | 0.006 |

\* 強制投入法を使用,  $R^2 = 0.18$

\* 従属変数:RFUN合計得点

\* 独立変数:時間外労働 (ダミー変数有:1,無:0),主観的健康感,仕事の満足度,家庭の満足度,SC,HL,WE

C. 地域の特性に合わせた住民とのヘルスコミュニケーションに関する研究

C-2 コロナ禍における地区組織活動の支援に向けた検討

～保健協力員活動の現状と課題～

千葉敦子、大西基喜

要旨

コロナ禍における保健協力員活動の現状と課題を調査し、地区組織活動の支援について検討した。保健師は保健協力員の活動が衰退したと捉え、感染拡大を期に活動を見直し、本来の役割について模索しているが、業務多忙により十分な力を注ぐことが困難という課題を抱いていた。保協員は地域活動が思うようにできないもどかしさを感じながらも、個別性や地域の特性に応じた活動を、使命感をもって主体的・柔軟的に実施しており、それは地域の健康課題解決につながる有意義な地区組織活動であった。

COVID-19の流行拡大により、地区組織のあり方は再確認・再構築する必要性に迫られ、行政にはソーシャル・キャピタル醸成の観点から環境整備を図ることの必要性が示唆された。

1. 研究目的

COVID-19が保健協力員（以下保協員とする）活動にどのような影響を与えているのか、その現状と課題を明らかにし、地区組織活動支援への示唆を得る。

2. 研究方法・結果

本研究では次の2つの調査を実施した。

調査1：市町村保健師を対象としたアンケート調査

調査2：保健師・保健協力員を対象としたフォーカスグループインタビュー（FGI）調査

本章では調査方法毎に方法と結果を記述し、最後にまとめて考察を述べる。

調査1：保健師を対象としたアンケート調査（論文参照 p74～p85）

【調査方法】

調査対象は、A県全40市町村保健師474人であり、2020年9月に郵送にて調査を依頼し、回答後に返送を求めた。調査実施時、A県は緊急制限地域外であった。調査は無記名とし、調査内容は基本属性、COVID-19拡大による保健師自身の身体面・精神面への影響、地区組織活動への影響、保協員活動への影響（自由記載）とした。

回答を得た228人のうち、保協員主管課である保健衛生部門所属の157人を分析対象とした。統計解析は、基本統計量算出後、地区組織活動への影響度合いを従属変数、属性

(性別、行政規模、雇用形態、勤務年数)、身体面への影響、精神面への影響を独立変数とした重回帰分析を行った。自由記載は類似性・差異性によりカテゴリーに分類した。

本研究は、所属機関研究倫理委員会の承認（承認番号 20021）を得て実施した。

#### 【結果】

基本属性を表 1 に示す。保健師の年代は 40 代が 35.0% で最も多く、性別では女性が 94.9% で大半を占めた。行政規模では市所属が 50.6% で最も多く、勤務年数では 10 年以下が 3 割程度で、21 年以上が 4 割を超えていた。

COVID-19 拡大による保健師自身の身体面・精神面への影響はグラフ 1 の通りであった。身体面への影響は「あり」、「ややあり」が 25.4%、精神面への影響は同 65.0% であった。地区組織活動への影響については、113 人 (80.7%) が影響ありと回答していた。「健康診査」や「健康教育」等の保健師が通常実践している活動 12 項目について、影響度合いを「全くない」1 点～「かなりあり」5 点に点数化し平均値を求めたところ、「地区組織活動」は 4.11±0.97 点と、保健師活動の中で「健康診査」に次いで 2 番目に影響が高かった (表 2)。重回帰分析の結果では、地区組織活動への影響度合いと属性、自身への影響との関連は示されなかった。

次に、保健協力員活動への影響に関する自由記述を、サブカテゴリー・カテゴリーにまとめた結果を表 3 に示す。自由記述は 46 人から 56 コードが抽出された。最も多かったカテゴリーは、【健診の PR 活動や家庭訪問による受診勧奨ができなかった】で 24 コード、【交流の場や研修の機会がなくなった】が 9 コードであった。

## 調査 2：保健師・保健協力員を対象としたフォーカスグループインタビュー (FGI) 調査

#### 【調査方法】

A 県内 B 地区の市町村保健師に、研究目的と趣旨を電話で説明し、内諾の得られた 3 市町村の保協員担当保健師及び同市町村の保協員を対象に、同一の研究者が、市町村毎にフォーカスグループインタビュー (FGI) を実施した。保協員の選定条件は活動が活発な人とし、選定は各市町村の保健師に依頼した。なお、保健師と保協員は別グループとした。インタビュー内容は、COVID-19 拡大による保協員活動への影響についてとし、活動状況や困難なこと、工夫したことなどを自由に語ってもらった。対象市町村が 3 つと少なかったため、分析には SCAT<sup>1)</sup> (Steps for Coding and Theorization) を用いた。それぞれの状況や発言に注目し、逐語録から研究目的に応じたテキストを抜き出し、テキスト中の注目すべき語句について言い換えを行い、それを表す概念を考え、前後や全体の文脈を考慮した構成概念を導出し、ストーリーラインを作成した。分析過程の一部抜粋を表 4 に示す。調査は 2021 年 2 月に実施した。

本研究は、所属機関研究倫理委員会の承認（承認番号 20036）を得て実施した。

#### 【結果】

調査対象者は 3 市町村それぞれ保健師 2 名、保協員 3 名で、計保健師 6 名、保協員 9 名であった。表 5 に保協員対象者 9 名の概要を示す。年代は 50 代～70 代で全員女性であった。経験年数は最短で 6 年、最長で 35 年であった。9 人中 8 人が社協や食生活推進員等の地域での他の役割も兼務していた。

SCAT 分析から作成されたストーリーラインは次のとおりである。

#### 市町村保健師のストーリーライン

市町村保健師は COVID-19 拡大による保協員の活動について、健康相談や健康教育等の地域での事業が減少し、保協員の活動が衰退したと捉えており、このことにより、保協員の顔が見えない、保協員は保健師の顔を知らないという、お互いに顔の見えない関係になっていることに危機感を抱いていた。また、研修会や総会等が軒並み中止になったことで、保協員同士の交流機会の消失、保健師と保協員との交流の減少が生じていることを課題に抱えていた。そのため、新人保健師の研修の中で、保協員を対象に家庭訪問を行うことで、家庭訪問訓練と交流の 2 つの目的を達成すべく事業を展開し、交流機会の工夫を図っていた。保健師と保協員の連携にはこまめな連絡が必要と認識していた。

一方で保健師は、保協員が対面や集団の中での活動に感染の不安を感じることや、コロナ関連のチラシの配布など COVID-19 の感染対策のための新たな役割の増加が生じていることを認識している。そのため、COVID-19 拡大を期に活動を見直すことをしており、例として健診受診票のやりとりを郵送にするなどの変更を行った。これまでは健診の受診勧奨をメインの活動としていた保協員であるが、その活動には社会情勢に応じた役割の変化が求められることから、保協員の役割の見直しを図っており、固定観念にとらわれない活動を模索している。その一つとして、保協員の本来の役割の周知をし、共に行動しようと呼びかけを行っている。しかし、受診票等は郵送が良いという声や配布物を持っていくことで話のきっかけになるから困る、本来の役割の地域づくりは難しくできない、など、多様な価値観があり、保協員の役割に関する認識の違いが浮き彫りになっている。さらに、保協員の高齢化、長期化、担い手不足の課題が大きい。それに相まって、保健師はコロナワクチン業務など優先順位が高い業務が増加していて、実際に役割を見直すのは今だと認識しつつも地区組織活動に十分な力を注ぐことが困難という課題を抱えている。

\* 下線は構成概念

#### まとめ

- (1) 保健師は健康相談や健康教育等の地域での事業が減少したことから、保健協力員の活動が衰退したと捉えている。
- (2) COVID-19 拡大を期に活動を見直し、保健協力員の本来の役割について模索している
- (3) 保健師は実際に役割を見直すのは今だと認識しつつも地区組織活動に十分な力を注ぐことが困難という課題を抱えている。

保協員は COVID-19 拡大による活動の影響について、地域の人が集まる機会が減ることで楽しみがなくなったのではないかと、地域住民の健康を心配するや顔を見ないと心配になるなどの地域の人を気にかける、相手のことを知りたいという思いを抱いていた。また、思うように活動できないもどかしさや保協員同士の交流減少を感じていた。COVID-19 拡大により、今まで中心的に実施していた健診受診票の毎戸配布が郵送に変化するなど、活動内容に変化が生じたが、社会情勢に応じた活動や感染対策を講じた活動を主体的に柔軟性をもって実施していた。具体的には、その地区の高齢者には訪問して説明する、今まで代行が必要だった住民には声をかける、健康の相談相手になるなど、人を知る、地域の人をよく理解していることで、個別性のある支援を使命感をもって実施していた。さらに、自らが居住する地縁を重視しており、地域を知ることで地区の特性に応じて求められなくても支援する、求められたら無理しても応じるなどの良質なおせっかい的支援を行っており、信頼感の獲得並びにソーシャルキャピタルの醸成に寄与していた。その根底として、人の役に立ちたい、相手のために自分のためになるという思いがあり、活動を通して人の役に立つ喜び、活動の満足感、やりがいを実感していた。また、保協員の活動を人と人とのつながりの要と認識し、活動が楽しいと感じ、誇りをもって活動していた。

\* 下線は構成概念

#### まとめ

- (1) 保協員は COVID-19 拡大による活動の影響について思うように活動できないもどかしさを感じていた。
- (2) 社会情勢に応じた活動の変化には個別性、地域の特性に応じた活動を使命感をもって主体的・柔軟的に実施していた。
- (3) 保協員の活動を人と人とのつながりの要と認識し、誇りをもって活動していた。

### 3. 考察

COVID-19 により、保協員活動は毎戸訪問や研修の中止等、甚大な影響を受けたことがわかった。保健師のアンケート調査結果からは、数ある活動の中で、「地区組織活動」の影響が極めて高かったことが示された。これはインタビュー結果でも同様であり、保健師は通常業務に加えてコロナ関連業務が増大したことから多忙となり、地区組織活動の優先順位を低くせざるを得ない現状が明らかになった。さらに、対面接触の機会減少を図るため、2 市町では保協員による毎戸訪問での健診票の配布と回収を郵送法に変更した。この

ことは、従来保協員活動の中心であった健診受診勧奨の役割が見直される契機となり、社会情勢に応じた役割を模索するに至っていた。

以上の現状から地区組織活動のあり方に関する考察を試みる。地区組織活動は、地域が抱えている問題を住民主体で組織的に解決しようとする取り組みであり<sup>2)</sup>、その意義と重要性は、公衆衛生の定義<sup>3)</sup>やヘルスプロモーション<sup>4)</sup>、ソーシャル・キャピタル<sup>5)</sup>等の理論により国際的に提唱されている。今回研究対象とした保協員も住民の健康づくり等に関わる重要な地区組織活動の一つである。青森県では昭和 30 年からその制度が導入され、現在では県内全市町村に組織が設置されている。しかし、人と人とのつながりが希薄化した現代では課題が多く、活動の形骸化、後継者不足、参加者の固定・年齢の高齢化<sup>6) 7)</sup>から、組織の継続さえ危ぶまれる事態が全国的に生じている<sup>8)</sup>。本調査結果から、COVID-19 の流行拡大は、外出自粛や活動制限等により地域活動の衰退をきたし、これらの課題をさらに深刻化させ、地区組織のあり方は再確認・再構築する必要性に迫られたといえよう。

一方で、コロナ禍において地域での活動は制限や変更を余儀なくされたが、その中で保協員は、地区の高齢者には訪問して説明する、今まで代行が必要だった住民には声をかけるなど、支援が必要な「人」や「地域」を見極め、それらの特性に応じた柔軟な方法で主体的に活動をしていたことがインタビューから明らかとなった。そして、その行動は行政から指示されたものでも、住民から求められたものでもなく、思いやりの気持ちから発生していた。このような支援は自らが居住する地域や生活、人々を良く理解しているから可能となるのであり、地縁に基づく保協員組織の強みといえる。よって、本研究で見いだされた保協員の活動は、COVID-19 感染拡大という危機的状況の中で、地域と人への愛着や絆、互酬性の規範といったソーシャル・キャピタルを具現化した一例であり、このことこそ、地域が抱える課題の解決につながる地区組織活動の重要な意義であると考えられた。

今回、対象者は人の役に立つ喜びや活動の満足感およびやりがいを抱き、保協員活動を人と人とのつながりの要と認識し、誇りをもって活動していたことが示された。田尾はその著「ボランティアを支える思想」<sup>9)</sup>において、ボランティアの根底の動機は「他者のためあるいは社会に向かう愛他的な面と自己実現などの自己に向かう面との両面」を強調している。保協員活動は行政に依存する面はありつつも、構成員たる個人が自主性への志向を有したボランティア組織と言えるだろう。ボランティアマインドでの自主的かつ柔軟な活動は、一律の行政サービスだけでは取り残されてしまう人々へのきめ細やかな支援につながる可能性がある。また、直接的な情報伝達や声掛けが必要な住民は少なからず存在することから、本中心課題であるヘルスコミュニケーションの観点からは、どれだけ ICT が発展しても対面でのコミュニケーションは残す必要のある貴重なツールであるといえる。

研究の限界として、本研究では対象が 3 市町と少なく、また優れた活動をしている保協員を対象としたため、この結果をすべての自治体に一般化することには限界がある。しかし、コロナ禍において有意義な地区組織活動が見いだされたことには一定の価値があると

いえる。社会の変化が生じている現在だからこそ、行政は地区組織活動の意義とあり方を再考し、ソーシャル・キャピタル醸成の観点から健康なまちづくりにおける環境整備を図る必要があることが示唆された。

- 1) 大谷尚 (2011). SCAT : Steps for Coding and Theorization—明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法—. 感性工学. 10(3). 155-160.
- 2) 合田加代子, 荒賀直子, 後閑容子, 他編 (2020). 公衆衛生看護 JP 第5版. 地域組織活動. 215-218. インターメディカル.
- 3) 神馬征峰 (2019). 系統看護学講座 専門基礎分野 健康支援と社会保障制度 (2) 公衆衛生. 公衆衛生とは何か. 18-19. 医学書院.
- 4) 島内憲夫, 鈴木美奈子 (2013). ヘルスプロモーション〜WHO: オタワ憲章〜. 83. 垣内出版.
- 5) Robert. D. Putnam (2004). ソーシャル・キャピタル 現代経済社会のガバナンスの基礎. ひとりでボウリングをする—アメリカにおけるソーシャル・キャピタルの減退. 55-59. 東洋経済新潮社.
- 6) 霜越多麻美, 宮崎美砂子 (2018). 地域組織活動の継続要因に関する文献レビュー 看護学等, 多領域にわたる scoping review. 千葉看護学会会誌. 23. 1-9.
- 7) 大江浩, 石川宏 (1992). 健康増進における住民ボランティア活動 行政養成型ボランティアの意義と課題. 公衆衛生. 56. 58-62.
- 8) 田口敦子, 村山洋史, 竹田香織, 他 (2019). 地域保健に関わる住民組織の特徴と課題 全国市町村への調査. 日本公衆衛生雑誌. 66. 712-722.
- 9) 田尾雅夫 (2001). ボランティアを支える思想—超高齢社会とボランティア—. 70-72. すずさわ書店.

表1 基本属性

|      |         | N = 157 |      |
|------|---------|---------|------|
|      |         | 人       | %    |
| 年代   | 20代     | 20      | 12.7 |
|      | 30代     | 40      | 25.5 |
|      | 40代     | 55      | 35.0 |
|      | 50代     | 39      | 24.8 |
|      | 60代     | 3       | 1.9  |
| 性別   | 男性      | 8       | 5.1  |
|      | 女性      | 149     | 94.9 |
| 行政規模 | 市       | 79      | 50.6 |
|      | 町       | 65      | 41.7 |
|      | 村       | 12      | 7.7  |
| 勤務年数 | 1年未満    | 6       | 3.9  |
|      | 2～5年目   | 24      | 15.5 |
|      | 6～10年目  | 20      | 12.9 |
|      | 11～15年目 | 15      | 9.7  |
|      | 16～20年目 | 17      | 11.0 |
|      | 21～25年目 | 33      | 21.3 |
|      | 26年目以上  | 40      | 25.8 |

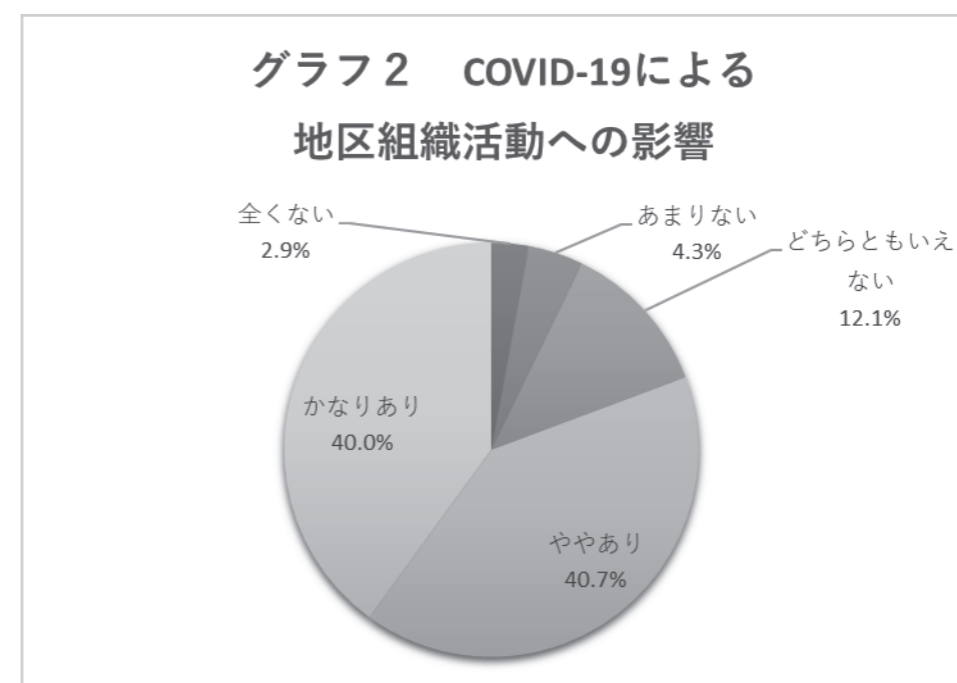
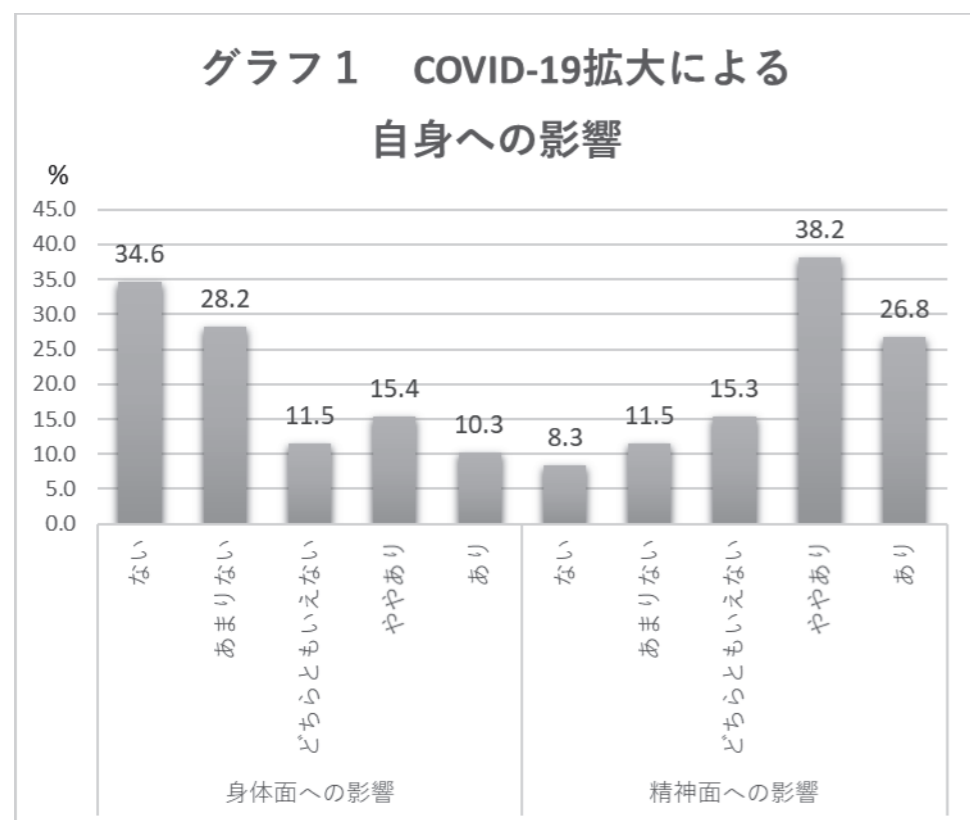


表2 保健師活動への影響（平均値）

|        | 平均値  | 標準偏差 |
|--------|------|------|
| 健康診査   | 4.27 | 0.96 |
| 地区組織活動 | 4.11 | 0.97 |
| 健康教育   | 4.08 | 0.95 |
| 研修参加   | 4.07 | 0.99 |
| 研修企画   | 3.89 | 1.07 |
| 会議     | 3.83 | 0.94 |
| 健康相談   | 3.48 | 1.02 |
| 家庭訪問   | 3.34 | 1.09 |
| 保健指導   | 3.33 | 1.05 |
| 業務管理   | 3.07 | 1.11 |
| 予防接種   | 2.95 | 1.05 |
| 地区管理   | 2.95 | 1.12 |

1点：全くない～5点：かなりあり

表3 保健協力員活動への影響（自由記載）

| 【カテゴリー】                      | コード数 | 『サブカテゴリー』                                        |
|------------------------------|------|--------------------------------------------------|
| 健診のPR活動や家庭訪問による受診勧奨ができなかった   | 24   | 家庭訪問による受診勧奨ができない<br>検診のPR活動ができない                 |
| 交流の場や研修の機会がなくなった             | 9    | 協力員同士の交流の場が持てない<br>研修の機会がない<br>新任研修ができない         |
| 健康相談や健康教室、見守り活動等の地域活動ができなかった | 8    | 地域活動ができていない<br>地域の見守りや家庭訪問ができない<br>保健事業への参画ができない |
| すべての活動が中止となった                | 5    | 活動が何もできなかった                                      |
| 感染対策に配慮しながら通常通りの活動ができた       | 4    | 感染対策に配慮しながら通常通りの活動をしている                          |
| その他                          | 6    | 協働活動が休止された<br>感染が怖く非協力的になった                      |

\*46人から56コードが抽出された

表4 保健協力員対象者の概要

| ID | 市町村 | 性別 | 年代  | 経験年数 | 職業有無 | 地域での他の役割の有無   |
|----|-----|----|-----|------|------|---------------|
| 1  | A   | 女性 | 50代 | 10年  | 有    | 無             |
| 2  | A   | 女性 | 70代 | 12年  | 無    | 有 社協          |
| 3  | A   | 女性 | 70代 | 35年  | 無    | 有 老人クラブ、お寺    |
| 4  | B   | 女性 | 60代 | 7年   | 無    | 有 社協          |
| 5  | B   | 女性 | 50代 | 8年   | 無    | 有 社協          |
| 6  | B   | 女性 | 70代 | 27年  | 無    | 有 社協、町内会、納税組合 |
| 7  | C   | 女性 | 60代 | 12年  | 有    | 有 民生委員、青少年他   |
| 8  | C   | 女性 | 60代 | 6年   | 無    | 有 農協婦人部       |
| 9  | C   | 女性 | 70代 | 12年  | 無    | 有 食改、納税、寿大学   |

| 番号 | テキスト                                                                                         | <1>テキスト中の注目すべき語句                                                    | <2>テキスト中の語句の言い換え                                                                         | <3>左を説明するようなテキスト外の概念                          | <4>テーマ、構成概念（前後や全体の文脈を考慮して） |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|
| 1  | 今回、コロナのチャレンジを急ぎよ配布してもらうことになったことで、ご苦労かけて、やめたいというような声も届出して                                     | ご苦労かけてやめたいというような声も届出して                                              | 負担が増加すると保健協力を辞めたいこと、                                                                     | 大変な活動は避けたい                                    | 負担感の増加                     |
| 2  | 本来の保健協力員さんの地域での声掛けとか、健康づくりに対しての地域の見守りとか、あと保健師への協力とか、その辺のところの本来の役割に戻そう、そういう教育をもう一回、一からやりましょうね | 本来の保健協力員さんの役割に戻そう、地域での声掛け、地域の見守り、健康づくりに関する保健師への協力、教育をもう一回、一からやりましょう | 毎戸訪問での配布の役割がなくなることから、地域での声掛け、地域の見守り、健康づくりに関する保健師への協力等、本来の役割に戻そうと考えている。そのためには教育が一から必要である。 | 保健協力員の本来の活動について模索する。再教育が必要である。                | 保健協力員の役割の見直し               |
| 3  | 本来こういう役割です、国保連のハンドブックから抜粋して、3A4一枚のチラシにして一緒にやってみようというお知恵も付けて配布したんです                           | 本来こういう役割です、国保連のハンドブックを抜粋してお渡しして、一緒にやってみようというお知恵も付けて配布した             | 保健協力員の本来の役割を国保連のハンドブックから抜粋して渡し、一緒にやってみようと呼びかけた                                           | 保健協力員の本来の役割が行われていない。健診受診票の配布ととりまどめが主な仕事になっている | 保健協力員の本来の役割の周知共に行動しようと呼びかけ |

## 資料

C. 地域の特性に合わせた住民と保健担当者のヘルスコミュニケーションに関する研究  
C-3 COVID-19が市町村保健師とコミュニケーションに関わる保健師活動へ及ぼす影響

笠原美香、千葉敦子、大西基喜

カサハラ ミカ\* 千葉 アツコ オオニシ モトキ\*  
笠原 美香\* 千葉 敦子\* 大西 基喜\*

## 要旨

青森県内の全市町村（40か所）で働く保健師474人を対象に、COVID-19が保健師自身やコミュニケーションに関わる保健師活動へ及ぼす影響を集約、分析し、コロナ禍におけるコミュニケーションの在り方について示唆を得るため、自記式質問紙調査を行った。調査内容は、基本属性、陽性・濃厚接触者への支援や関わりの有無、保健師の身体面・精神面への影響、保健師活動領域別影響、マスク着用での住民への影響、感染対策による「良い影響」や「悪い影響」、利用している連絡・情報共有・支援方法、新たな課題や取組み・工夫についてである。

228名より回答を得て（回収率48.1%）、陽性、濃厚接触者への支援や関わり有は11.4%であった。6割以上の保健師が精神面に影響を受けていた。COVID-19下のマスク等着用による、住民との意思疎通においてコミュニケーションへの支障が認められた。一方、住民との信頼関係構築にはあまり影響はなかった。保健師活動への影響で良い影響としては、「感染症予防の意識向上と対策の進展」、「オンラインを含めて会議の効率化」、「事業の見直しの機会となったこと」が挙げられ、悪い影響としては「住民とのコミュニケーションの希薄化」、「感染者等への誹謗や中傷」、「住民のストレスの増加」、「外出自粛の影響」、「必要な保健事業実施困難」が挙げられた。利用している連絡、情報共有、支援方法は電話が多かった。新たな課題や取組み、工夫の主なものとして、「感染対策への配慮の進展」、「消毒・体温測定、換気など予防の取り組み」、「新しい生活様式の定着に向けた取り組み」、「集団検診の方法の見直し」、「事業見直し、保健指導上の工夫」、「オンライン会議など、会議や研修の見直し」の6カテゴリーが示された。

本研究は、第80回日本公衆衛生学会総会（2021年12月）で「COVID-19が市町村保健師と保健師活動へ及ぼす影響」を発表し、2022年3月に日本公衆衛生学会誌に掲載された。

## COVID-19が市町村保健師とコミュニケーションに関わる保健師活動へ及ぼす影響

**目的** COVID-19が保健師自身やコミュニケーションに関わる保健師活動へ及ぼす影響を集約、分析し、コロナ禍におけるコミュニケーションの在り方について示唆を得ることである。

**方法** 青森県内の全市町村（40か所）で働く保健師474人を対象に、基本属性、陽性・濃厚接触者への支援や関わりの有無、保健師の身体面・精神面への影響、保健師活動領域別影響、マスク着用での住民への影響、感染対策による「良い影響」や「悪い影響」、利用している連絡・情報共有・支援方法、新たな課題や取組み・工夫について、自記式質問紙調査を行った。実施期間は、2020年9月23日～10月7日である。分析はSPSSとKH Coderを用いて行った。

**結果** 228人より回答を得た（回収率48.1%）。陽性、濃厚接触者への支援や関わり有は11.4%であった。6割以上の保健師が精神面に影響を受けていた。COVID-19下のマスク等着用による、住民との意思疎通においてコミュニケーションへの支障が認められた。一方、住民との信頼関係構築にはあまり影響はなかった。COVID-19対策の進展で、保健師活動への影響で良い影響としては、「感染症予防の意識向上と対策の進展」、「オンラインを含めて会議の効率化」、「事業の見直しの機会となったこと」が挙げられ、悪い影響としては「住民とのコミュニケーションの希薄化」、「感染者等への誹謗や中傷」、「住民のストレスの増加」、「外出自粛の影響」、「必要な保健事業実施困難」が挙げられた。利用している連絡、情報共有、支援方法は電話が多かった。新たな課題や取組み、工夫の主なものとして、「感染対策への配慮の進展」、「消毒・体温測定、換気など予防の取り組み」、「新しい生活様式の定着に向けた取り組み」、「集団検診の方法の見直し」、「事業見直し、保健指導上の工夫」、「オンライン会議など、会議や研修の見直し」の6カテゴリーが示された。

**結論** COVID-19下で6割以上の市町村保健師が精神面に何らかの影響を受けており、保健師活動に大きな課題が突き付けられる厳しい状況が浮き彫りになった。とくに住民とのコミュニケーションへの支障は大きいものがある。しかし、制約を受けながらも感染対策を取り入れた活動の中で、新たなコミュニケーションの在り方が模索されている。今後の方向性を見据え、時代に合う保健師活動を探究する必要がある。

**Key words** : COVID-19, 市町村保健師, 保健師活動, コミュニケーション

日本公衆衛生雑誌 2022; 69(3): 225-235. doi:10.11236/jph.21-054

## I 緒言

2019年12月中華人民共和国の武漢市において原因不明の肺炎が報告<sup>1)</sup>され、新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）として世界各地に拡大、2020年1月には日本国内でも初例が診断<sup>2)</sup>された。

その後、COVID-19肺炎罹患における致死率が80歳以上で14.8%<sup>3)</sup>と高いことや基礎疾患が重症化リスクとなる<sup>4)</sup>こと、無症候性ウイルス保有者から感染が成立すること<sup>5,6)</sup>などの疫学的事実が明らかになり、地域では感染症への危機感が高まり持続している。また、地域の中核病院が感染症も対応するため、病床のひっ迫による通常医療提供の不足、住民の受診控えによる生活習慣病等の重症化も懸念されている<sup>7)</sup>。

このような状況下、地域住民により身近な保健

\* 青森県立保健大学  
責任著者連絡先：〒030-8505 青森市浜館間瀬58-1  
青森県立保健大学公衆衛生研究室 笠原美香

サービス提供者である市町村保健師は、状況を把握・予測し、健康被害を最小限にするよう感染対策を講じながら、住民の命と健康を守る支援継続が求められている。本調査と同時期に全国保健師長会が実施した管理的な立場にある保健師を対象とした保健師活動調査<sup>9)</sup>では、通常業務の縮小または先送りなど、試行錯誤しながら限られた人材と時間の中で対応しようとしていることを報告している。また、新型コロナウイルス感染症対応に関する保健所保健師の活動<sup>9)</sup>や感染症対応に関する報告は散見されている。しかし、全国的に市町村保健師数は都道府県保健師数に比べて多い（全保健師中56.0%対15.3%）<sup>10)</sup>が、市町村保健師活動に焦点を当てた調査は我々が調べた限りでは見当たらなかった。

そこで、本調査は、パンデミック発生から半年後の市町村保健師を対象に、COVID-19が保健師自身や住民とのコミュニケーションに関わる保健師活動へ及ぼす影響を集約、分析し、コロナ禍におけるコミュニケーションの在り方について示唆を得ることを目的とした。市町村保健師はより住民に身近で直接コミュニケーションをとる機会も多いため、非常時における保健師活動に及ぼす影響等を記録に残すことは、将来の健康危機への備えや、対応策を検討する上での貴重な資料となるものと思われる。

## II 研究方法

### 1. 調査方法

調査対象は、青森県（人口約123万）の全市町村（40か所）で働く保健師（2020年度保健師名簿掲載者）474人とした。

市町村長と保健師宛の調査依頼文、自記式質問紙調査票、返信用封筒一式をセットし、保健師数分を送付、調査依頼した。調査は無記名とし、調査票は個別に回答・返送してもらい、返送を持って調査への同意を得たものとした。

調査は2020年9月23日～10月7日の期間に実施した。全国的には新型コロナウイルス感染第2波が収束に向かい、青森県においては2020年3月以降累計36人程度の感染者数が確認されていた時期である。

### 2. 調査内容

調査票は選択肢を用いた設問および自由記載からなり、著者らが作成した。調査項目は以下のとおりである。

#### 1) 基本属性

性、年代、勤務年数（1年未満、2～5年目、6～10年目、11～15年目、16～20年目、21～25年目、26年目以上）、行政規模（市、町、村）、従事場所（保健衛生部門、高齢福祉部門、国民健康保険部門、障

害福祉部門、児童福祉部門、その他）、雇用形態（正規雇用、非正規雇用）、勤務形態（フルタイム勤務、短時間勤務）を尋ねた。

#### 2) COVID-19の陽性・濃厚接触者への支援や関わりの有無

2020年2月2日～9月20日までに、陽性ないし濃厚接触者への支援や関わりの有無。

#### 3) COVID-19拡大による保健師自身の身体面・精神面への影響

身体面への影響の有無、精神面への影響（ストレス）の有無についての各設問に対し、「影響はない」、「あまり影響はない」、「どちらとも言えない」、「やや影響あり」、「影響あり」の5件法と具体的な内容についての自由記載。

#### 4) 保健師活動領域別影響について

厚生労働省が3年ごとに実施している保健師活動領域調査（活動調査）の項目（家庭訪問、保健指導、健康相談、健康診査、健康教育、地区組織活動、予防接種、地区管理、会議、研修企画、業務管理、研修参加、その他）を設定し、該当する項目についての「全く影響を受けていない」、「あまり影響を受けていない」、「どちらとも言えない」、「やや影響を受けている」、「かなり影響を受けている」、の5件法と具体的な内容についての自由記載。

#### 5) マスク等の着用によるコミュニケーション上の情報が減少することによる保健師活動への影響

対面支援の際のマスクの着用や、眼の防護具（ゴーグルまたはフェイスシールド）の装着が及ぼす住民への影響について、①住民の反応（1. 良くない、2. あまり良くない、3. どちらとも言えない、4. やや良い、5. 良い）、②コミュニケーションへの支障の有無（1. 支障はない、2. 支障はあまりない、3. どちらとも言えない、4. やや支障あり、5. 支障あり）、③信頼関係構築の困難さについて（1. 困難さはない、2. あまり困難さはない、3. どちらとも言えない、4. やや困難さがある、5. 困難さがある）の5件法と具体的な内容についての自由記載。

#### 6) COVID-19対策が行われることによる保健師活動への「良い影響」や「悪い影響」について自由記載。

#### 7) COVID-19の影響で感染対策を講じている中で利用している連絡、情報共有、支援方法（媒体）について

連絡等の対象は、妊産婦、乳幼児の保護者、成人、高齢者、保健協力員、職員間、他部署間、関係機関の8区分とし、選択肢は電話、来所、訪問、郵便、電子メール、テレビ電話、グループウェア（組

織間の情報共有や伝達、対話活性化のためのITツール）、SNS（LINE、Facebook、Twitterなど）、その他（自由記載）とした。保健協力員とは、地域住民の健康の保持増進のために様々な活動を推進し、住民の声を行政に反映させるなど、市民と行政とのパイプ役としての役割を担うボランティア組織である。

#### 8) COVID-19の影響下での新たな課題や取り組み、工夫についての自由記載

### 3. 分析方法

記述統計については、統計ソフト IBM SPSS Statistics version 26 を使用した。自由回答の分析については、信頼性・再現性の点からアンケートの自由記載分析に適した、計量テキスト分析ソフトの KH Coder Ver. 3 を用いた<sup>11,12)</sup>。基本的にデータクレンジング後の語の共起性を中心に主題を抽出しカテゴリー化した（主に共起ネットワーク分析）。さらに階層的クラスター分析を補足的に用い、カテゴリー・サブカテゴリーの区分けを行った。

### 4. 倫理的配慮

本調査は青森県立保健大学研究倫理委員会の承認（承認番号20036、承認年月日：2020年8月25日）を受けた。

## III 研究結果

228人より回答を得た（回収率48.1%）。

### 1. 基本属性（表1）

保健師の性別では女性が94.7%、年代では40代34.2%、勤務年数は26年目以上が30.7%と最も多く、21年以上が全体の50.4%を占めていた。行政規模は、市が47.8%で最も多かった。従事場所は保健衛生部門が68.9%と最も多く、次いで高齢福祉部門19.3%であった。正規雇用フルタイム勤務者の回答が95.6%と大半を占めていた。

### 2. 陽性・濃厚接触者への支援や関わりの有無

陽性ないし濃厚接触者への支援や関わりの有りが26人（11.4%）、無しが200人（87.7%）、無回答が2人（0.9%）であった。

### 3. COVID-19拡大による保健師自身の身体面・精神面への影響（表2、表3）

身体面への影響は、「やや影響あり」、「影響あり」と回答した人は23.2%であった。自由記載から抽出

表1 対象者の基本属性

|      |           | N = 228    |
|------|-----------|------------|
| 項目   |           | n (%)      |
| 性別   | 男性        | 12 (5.3)   |
|      | 女性        | 216 (94.7) |
| 年代   | 20代       | 25 (11)    |
|      | 30代       | 53 (23.2)  |
|      | 40代       | 78 (34.2)  |
|      | 50代       | 66 (28.9)  |
|      | 60代       | 6 (2.6)    |
| 勤務年数 | 1年未満      | 8 (3.5)    |
|      | 2年目～5年目   | 30 (13.2)  |
|      | 6年目～10年目  | 28 (12.3)  |
|      | 11年目～15年目 | 22 (9.6)   |
|      | 16～20年目   | 23 (10.1)  |
|      | 21年目～25年目 | 45 (19.7)  |
| 行政規模 | 26年目以上    | 70 (30.7)  |
|      | 無回答       | 2 (0.9)    |
|      | 市         | 109 (47.8) |
|      | 町         | 101 (44.3) |
|      | 村         | 17 (7.5)   |
| 従事場所 | 無回答       | 1 (0.4)    |
|      | 保健衛生部門    | 157 (68.9) |
|      | 高齢福祉部門    | 44 (19.3)  |
|      | 国民健康保険部門  | 8 (3.5)    |
|      | 障害福祉部門    | 2 (0.9)    |
|      | 児童福祉部門    | 6 (2.6)    |
| 雇用形態 | その他       | 9 (3.9)    |
|      | 無回答       | 2 (0.9)    |
|      | 正規雇用      | 218 (95.6) |
|      | 非正規雇用     | 8 (3.5)    |
| 勤務形態 | 無回答       | 2 (0.9)    |
|      | フルタイム     | 218 (95.6) |
|      | 短時間勤務     | 7 (3.1)    |
|      | 無回答       | 3 (1.3)    |

表2 保健師自身への身体面・精神面への影響

|         |           |           |           |           |           | N = 228 |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
|         | 影響はない     | あまり影響はない  | どちらとも言えない | やや影響あり    | 影響あり      | 無回答     |
|         | n (%)     | n (%)     | n (%)     | n (%)     | n (%)     | n (%)   |
| 身体面への影響 | 75 (32.9) | 70 (30.7) | 29 (12.7) | 35 (15.4) | 18 (7.9)  | 1 (0.4) |
| 精神面への影響 | 19 (8.3)  | 30 (13.2) | 32 (14.0) | 94 (41.2) | 53 (23.2) | 0 (0.0) |

表3 COVID-19拡大による保健師自身の身体面・精神面への影響（自由記載の分析）

| 身体面への影響 | カテゴリー                | サブカテゴリー                                                                        | 具体的文言例                                                                                                      |
|---------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体面への影響 | 外出を控えることによる運動不足、活動低下 |                                                                                | 「外出を控えたり、活動が少なくなり、運動不足を感じている」                                                                               |
|         |                      | ストレスでの体重増加または減少                                                                | 「食べ過ぎで太ってしまう」「ストレスで体重が減った」                                                                                  |
|         |                      | 体調不良等の身体的症状                                                                    | 業務量の増大、テレワークなどによる疲労、体調不良<br>「時間外が100時間を超えた。体がポロポロ」<br>様々な症状、持病悪化、それらでの受診<br>「腰痛が悪化した」<br>「不整脈多い」            |
| 精神面への影響 | カテゴリー                | サブカテゴリー                                                                        | 具体的文言例                                                                                                      |
| 精神面への影響 | 種々の不安、ストレス           | 行動制限、外出自粛（その長期化）                                                               | 「趣味の活動が制限され、ストレス」                                                                                           |
|         |                      | 高齢者、家族の感染源となることへの不安                                                            | 「介護施設職員と関わるので感染源にならない配慮に疲労」                                                                                 |
|         |                      | 県外の離れている家族と会えない状況                                                              | 「県外の家族の帰省も断っている」                                                                                            |
|         | 業務の心理的負荷             | 感染防止対策など業務量の増大（通常業務への圧迫）<br>感染防止の心理的圧迫<br>事業の見通しの悪さ：延期、遅れ、中止、変更<br>訪問業務における困難さ | 「コロナ対策の業務が増え、通常業務でも気をつけることが増え、疲労感を感じる」<br>「マスク、消毒いつも以上に配慮する」<br>「事業の中止、延期など…先が見えない」<br>「とくに訪問時に住民に感染させない心配」 |

表4 保健師活動領域別影響について

|        | 回答数 | 全く影響を受けていない | あまり影響を受けていない | どちらとも言えない | やや影響を受けている | かなり影響を受けている |
|--------|-----|-------------|--------------|-----------|------------|-------------|
|        |     | n (%)       | n (%)        | n (%)     | n (%)      | n (%)       |
| 家庭訪問   | 212 | 12(5.7)     | 49(23.1)     | 26(12.3)  | 107(50.5)  | 18(8.5)     |
| 保健指導   | 193 | 10(5.2)     | 45(23.3)     | 30(15.5)  | 95(49.2)   | 13(6.7)     |
| 健康相談   | 192 | 11(5.7)     | 36(18.8)     | 34(17.7)  | 95(49.5)   | 16(8.3)     |
| 健康診査   | 172 | 7(4.1)      | 10(5.8)      | 16(9.3)   | 62(36.0)   | 77(44.8)    |
| 健康教育   | 190 | 5(2.6)      | 17(8.9)      | 12(6.3)   | 96(50.5)   | 60(31.6)    |
| 地区組織活動 | 185 | 6(3.2)      | 15(8.1)      | 21(11.4)  | 77(41.6)   | 66(35.7)    |
| 予防接種   | 146 | 16(11.0)    | 38(26.0)     | 50(34.2)  | 34(23.3)   | 8(5.5)      |
| 地区管理   | 183 | 21(11.5)    | 41(22.4)     | 58(31.7)  | 52(28.4)   | 11(6.0)     |
| 会議     | 205 | 5(2.4)      | 19(9.3)      | 27(13.2)  | 111(54.1)  | 43(21.0)    |
| 研修企画   | 182 | 10(5.5)     | 8(4.4)       | 27(14.8)  | 81(44.5)   | 56(30.8)    |
| 業務管理   | 179 | 15(8.4)     | 39(21.8)     | 55(30.7)  | 58(32.4)   | 12(6.7)     |
| 研修参加   | 210 | 4(1.9)      | 13(6.2)      | 22(10.5)  | 95(45.2)   | 76(36.2)    |
| その他    | 62  | 3(4.8)      | 4(6.5)       | 31(50.0)  | 10(16.1)   | 14(22.6)    |

\* 業務内容で該当する項目のみ回答。

されたカテゴリーは表3に示した。運動不足、体重変化、体調不良などが主たるものであった。

精神面への影響では、「やや影響あり」、「影響あり」と回答した人が64.5%を占めていた。自由記載では、不安およびストレス、業務の心理的負荷に関する記述が多く見られた。

4. 保健師活動への影響

1) 保健師活動領域別影響について（表4）  
「かなり影響を受けている」「やや影響あり」を合わせた回答で多かった領域は、「健康教育156人（82.1%）」、次いで「研修参加171人（81.4%）」、「健康診査139人（80.8%）」、「地区組織活動143人

（77.3%）」であった。一方、「全く影響なし」、「あまり影響はない」と回答した領域は、「予防接種54人（37.0%）」、次いで「地区管理62人（33.9%）」であった。

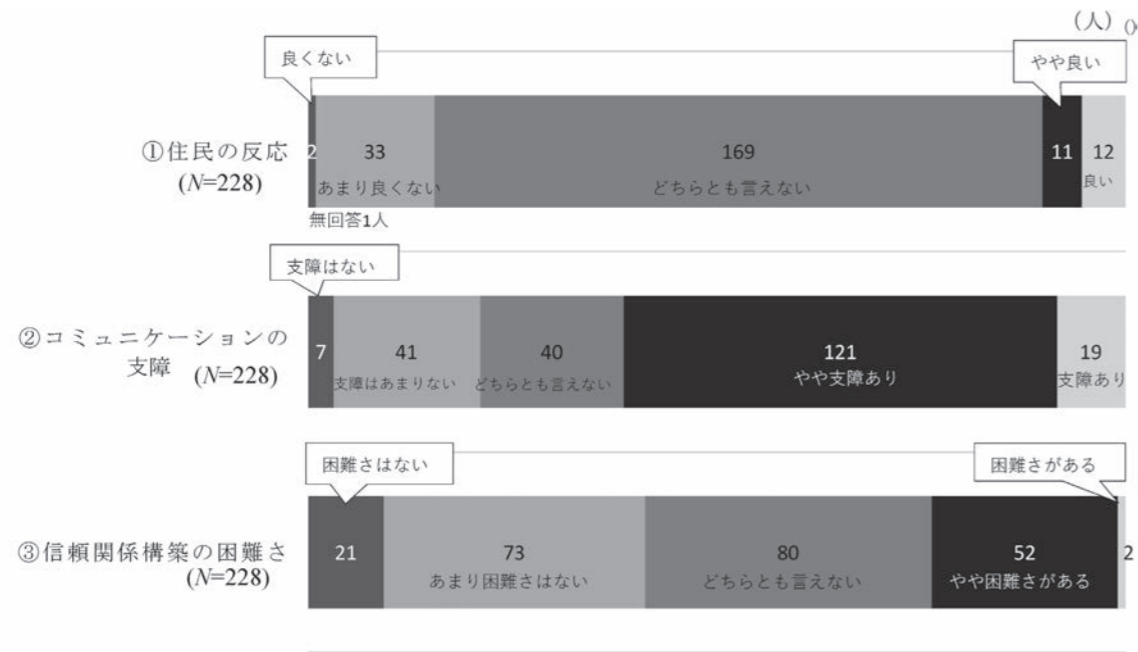
2) マスク等の着用によるコミュニケーション情報が減少することによる保健師活動への影響（表5、図1）

住民の反応（図1）では、「どちらとも言えない」という回答が169人（74.4%）で最も多かった。自由記載は表5に示した。マスク等の着用で理解、慣れが進んでいるが、着用による不都合も多く記載されていた。

表5 マスク等の着用によるコミュニケーション上の情報が減少することによる保健師活動への影響（自由記載の分析）

|               | カテゴリー        | サブカテゴリー            | 具体的文言例                  |
|---------------|--------------|--------------------|-------------------------|
| 住民の反応         | マスク着用への適応    | マスク着用の理解の進行        | 「きちんと予防対策と好意的に受け取られた」   |
|               |              | マスク着用での対応に違和感消失    | 「次第に抵抗感なく受け入れられた」       |
|               | マスク着用による不都合  | 緊張感を与えたり、距離感の惹起    | 「「めんどうくさい」と支援から遠のいた」    |
|               |              | 驚きや警戒              | 「最初、びっくりされた」「あとずさりされた」  |
| コミュニケーションへの影響 | 意思疎通の困難さ     | 声がかえにくい不利益         | 「高齢者」「難聴の人」「お互いに聞えにくい」  |
|               |              | 表情不分明での意思疎通の障害     | 「感情がわかりにくいと言われた」        |
|               |              | 表情不分明による意思疎通の障害    | 「相手の表情が見えないため、対話が難しい」   |
|               |              | 声がかえにくい不利益         | 「難聴の方への意思疎通が難しい」        |
| 信頼関係構築の困難さ    | 信頼関係構築の障壁と対応 | 窓口対応の困難性           | 「パーテーション越しで、さらに聞えにくい」   |
|               |              | 情報の認知への全般的影響       | 「話の内容が伝わりにくい」「理解に課題がある」 |
|               | 一定の悪影響の残存    | • 視覚的情報の乏しさ        | 「表情もわかりづらい」「反応がわからない」   |
|               |              | • 顔の判別しにくさ         | 「次あった時も対象者がすぐ気づいてくれない」  |
|               |              | • 対応の難しさとそれに伴うストレス | 「会話がスムーズにいかず、聞き返しがストレス」 |

図1 マスク等の着用\*によるコミュニケーション情報が減少することによる保健師活動への影響



\*視覚情報や聴覚情報が減少する

コミュニケーションへの支障(図1)では、「やや支障がある」が121人(53.1%)で最も多かった。自由記載からは、表情がわからない、聞こえにくいなど情報の低減での支障が見られた。とくに窓口対応ではパーティションなど他の要因も加わり対応に苦慮している記載が見られた。互いに理解できないなど、意思疎通の困難さについての表現が多く見られた。

信頼関係構築の困難さ(図1)については、「どちらとも言えない」が80人(35.1%)で最も多く、次いで「あまり困難さはない」が73人(32.0%)であった。自由記載では、工夫等で信頼関係は構築できているとする記述が見られる一方、不安も抱えていることが認められている。また、関係構築上で望ましくない影響の記述も見られた。

3) COVID-19対策が行われることによる保健師活動への「良い影響」、また「悪い影響」について自由記載(表6)

「良い影響」では、住民の感染症予防の意識向上と対策の進展、オンラインの活用、事業の見直しについての言及が多く見られ、業務の効率化について示されていた。意識の向上の点では、従来の生活習慣の見直しなど幅広い影響についての記述も認められた。

「悪い影響」では、住民とのコミュニケーションの希薄化に関わる記述が多く見られ、保健師がコミュニケーションの不足に悩む状況が明確に示され

た。その他、感染者等への誹謗や中傷、住民のストレスの増加、受診機会の抑制、外出自粛の影響(とくに高齢者に大きな影響があり、ひきこもりなどの精神面やフレイルなどの身体面、認知症の増加の懸念)が記述されていた。

4) COVID-19の影響で感染対策を講じている中で利用している連絡、情報共有、支援方法(媒体)について(表7)

8区分それぞれの利用している連絡、情報共有、支援方法で電話が最も多く、次いで来所であった。職員間、他部署間、関係機関との連絡方法では電子メールやグループウェアの活用が多かった。その他として「FAX」、「Zoom」、「Web会議」が挙げられていた。

5) 新たな課題や取り組み、工夫についての自由記載(表8)

この点では、「感染対策への配慮の進展」、「消毒・体温測定、換気など予防の取り組み」、「新しい生活様式の定着に向けた取り組み」、「集団検診の方法の見直し」、「事業見直し、保健指導上の工夫」、「オンライン会議など、会議や研修の見直し」の6カテゴリーが抽出されていて、表8に見られるように、それぞれさまざまな個別工夫等が挙げられていた。保健師活動として感染対策の充実、オンラインの積極的活用など、調査時点以降も次第に一般的になってきている取り組みが多く見られた。

表6 COVID-19対策が行われることによる保健師活動への「良い影響」や「悪い影響」(自由記載の分析)

| 良い影響                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 悪い影響                   |                                       |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--------|------------------|------------------------|-----------------------------|-----------|------------------------------|-----------|---------------------------------|--------|-----------------|-----------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|--------|--------------|-------------------|------------------------------------|-------------|------------------------|----------|-------------|---------------------|------------|-------------------------|---------|------------------------------|---------|-----------|---------------------------------------|
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>カテゴリー</th> <th>サブカテゴリー</th> <th>具体的文言例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">感染症予防の意識向上と対策の進展</td> <td>住民のマスク、手指衛生の知識、予防行動の深化</td> <td>「感染症に対する住民の意識が高まる機会となったと思う」</td> </tr> <tr> <td>衛生面の配慮が進展</td> <td>「使用物品についても消毒を行う、衛生面への配慮がされる」</td> </tr> <tr> <td>生活習慣の改善定着</td> <td>「規則正しい生活習慣の重要性を理解し実行する人が増えたと思う」</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">業務の効率化</td> <td>オンラインを含めて会議の効率化</td> <td>「ズーム会議で県外の研修や会議にも参加しやすくなった」</td> </tr> <tr> <td>事業の見直しの機会となったこと</td> <td>「実施する事業の必要性について再検討できた」</td> </tr> </tbody> </table> | カテゴリー                  | サブカテゴリー                               | 具体的文言例 | 感染症予防の意識向上と対策の進展 | 住民のマスク、手指衛生の知識、予防行動の深化 | 「感染症に対する住民の意識が高まる機会となったと思う」 | 衛生面の配慮が進展 | 「使用物品についても消毒を行う、衛生面への配慮がされる」 | 生活習慣の改善定着 | 「規則正しい生活習慣の重要性を理解し実行する人が増えたと思う」 | 業務の効率化 | オンラインを含めて会議の効率化 | 「ズーム会議で県外の研修や会議にも参加しやすくなった」 | 事業の見直しの機会となったこと | 「実施する事業の必要性について再検討できた」 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>カテゴリー</th> <th>サブカテゴリー</th> <th>具体的文言例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">効果的な事業実施の難しさ</td> <td>住民とのコミュニケーションの希薄化</td> <td>「人と直接関わるのが少なくなり、コミュニケーション能力が養われない」</td> </tr> <tr> <td>必要な保健事業実施困難</td> <td>「健康づくりに関する行動は行いきにくい状況」</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">住民・地域の変容</td> <td>感染者等への誹謗や中傷</td> <td>「差別的な発言や雰囲気起きやすい状況」</td> </tr> <tr> <td>住民のストレスの増加</td> <td>「あまりに神経質になり、ストレスをためている」</td> </tr> <tr> <td>受診機会の抑制</td> <td>「受診を控えたりして身体的、精神的に悪影響が出ると思う」</td> </tr> <tr> <td>外出自粛の影響</td> <td>高齢者に大きな影響</td> <td>「高齢者のひきこもり、うつ状態、運動不足によるフレイルの低下が予想される」</td> </tr> </tbody> </table> | カテゴリー | サブカテゴリー | 具体的文言例 | 効果的な事業実施の難しさ | 住民とのコミュニケーションの希薄化 | 「人と直接関わるのが少なくなり、コミュニケーション能力が養われない」 | 必要な保健事業実施困難 | 「健康づくりに関する行動は行いきにくい状況」 | 住民・地域の変容 | 感染者等への誹謗や中傷 | 「差別的な発言や雰囲気起きやすい状況」 | 住民のストレスの増加 | 「あまりに神経質になり、ストレスをためている」 | 受診機会の抑制 | 「受診を控えたりして身体的、精神的に悪影響が出ると思う」 | 外出自粛の影響 | 高齢者に大きな影響 | 「高齢者のひきこもり、うつ状態、運動不足によるフレイルの低下が予想される」 |
| カテゴリー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | サブカテゴリー                | 具体的文言例                                |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
| 感染症予防の意識向上と対策の進展                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 住民のマスク、手指衛生の知識、予防行動の深化 | 「感染症に対する住民の意識が高まる機会となったと思う」           |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 衛生面の配慮が進展              | 「使用物品についても消毒を行う、衛生面への配慮がされる」          |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 生活習慣の改善定着              | 「規則正しい生活習慣の重要性を理解し実行する人が増えたと思う」       |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
| 業務の効率化                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | オンラインを含めて会議の効率化        | 「ズーム会議で県外の研修や会議にも参加しやすくなった」           |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 事業の見直しの機会となったこと        | 「実施する事業の必要性について再検討できた」                |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
| カテゴリー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | サブカテゴリー                | 具体的文言例                                |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
| 効果的な事業実施の難しさ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 住民とのコミュニケーションの希薄化      | 「人と直接関わるのが少なくなり、コミュニケーション能力が養われない」    |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 必要な保健事業実施困難            | 「健康づくりに関する行動は行いきにくい状況」                |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
| 住民・地域の変容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 感染者等への誹謗や中傷            | 「差別的な発言や雰囲気起きやすい状況」                   |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住民のストレスの増加             | 「あまりに神経質になり、ストレスをためている」               |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 受診機会の抑制                | 「受診を控えたりして身体的、精神的に悪影響が出ると思う」          |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |
| 外出自粛の影響                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 高齢者に大きな影響              | 「高齢者のひきこもり、うつ状態、運動不足によるフレイルの低下が予想される」 |        |                  |                        |                             |           |                              |           |                                 |        |                 |                             |                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |         |        |              |                   |                                    |             |                        |          |             |                     |            |                         |         |                              |         |           |                                       |

表7 利用されている連絡、情報共有、支援方法(媒体)

|         | ①電話 | ②来所 | ③訪問 | ④郵便 | ⑤電子メール | ⑥テレビ電話 | ⑦グループウェア*1 | ⑧SNS*2 | ⑨その他 |
|---------|-----|-----|-----|-----|--------|--------|------------|--------|------|
| 妊産婦     | 129 | 125 | 125 | 93  | 17     | 5      | 5          | 4      | 10   |
| 乳幼児の保護者 | 135 | 126 | 127 | 96  | 17     | 2      | 4          | 4      | 9    |
| 成人      | 148 | 139 | 135 | 112 | 16     | 1      | 2          | 1      | 3    |
| 高齢者     | 168 | 154 | 154 | 117 | 10     | 2      | 3          | 1      | 4    |
| 保健協力員   | 104 | 89  | 67  | 84  | 0      | 0      | 0          | 0      | 2    |
| 職員間     | 194 | 151 | 88  | 61  | 148    | 1      | 101        | 37     | 5    |
| 他部署間    | 201 | 169 | 101 | 76  | 147    | 0      | 72         | 7      | 5    |
| 関係機関    | 209 | 163 | 123 | 132 | 150    | 6      | 10         | 2      | 11   |

業務内容が該当する項目のみ。

\*1 組織内の情報共有や伝達、対話活性化のためのITツール。掲示板やファイル共有等の機能がある。

\*2 LINE, Facebook, Twitter など。

表8 COVID-19の影響下での新たな課題や取り組み, 工夫 (自由記載の分析)

| カテゴリー                | 具 体 例                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 感染対策への配慮の進展          | <p>[合理化等]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●面接時間の短縮, 合理化</li> <li>●合理化で「ゆったり」を目指す</li> </ul> <p>[広報]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●コロナ対策のリーフレットの配布</li> </ul> <p>[心の健康づくり強化]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●心の健康づくりの一層の重要性を意識し強化</li> </ul> <p>[ICT活用]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●オンライン相談事業の実施</li> <li>●地元の公設のケーブルテレビにて介護予防の体操を紹介</li> <li>●YouTubeを活用したマタニティ教室</li> <li>●さまざまな広報にYouTubeを活用</li> </ul> |
| 消毒・体温測定, 換気など予防の取り組み | <p>[職場の取り組み]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●職員の出勤前と午後の体温測定をして, 必ず記載している</li> <li>●訪問の際は手指消毒剤を持ち歩く</li> <li>●事務室へ入る前は手洗い, うがいをする</li> </ul> <p>[事業等での取り組み]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●会場の使用時, 入場時の体温測定</li> <li>●あらゆる場面での手指消毒の徹底</li> <li>●窓口にパーテーションの設置</li> <li>●ソーシャルディスタンスを保つため, 人の集まる際に使用する足形を作成するなど工夫している</li> <li>●換気をしながらの実施により, 冷房, 暖房等室温の調整をこまめに実施する</li> </ul>                                                         |
| 新しい生活様式の定着に向けた取り組み   | <ul style="list-style-type: none"> <li>●包括支援センターで行っている事業をすべて新しい生活様式に沿った形での運営に切りかえた</li> <li>●独自のポスターを作り, 取り組んでいる</li> <li>●ICTの積極的活用による定着をめざす</li> <li>●オンライン使用についての支援を考慮</li> <li>●新しい生活様式定着に必要な支援をしつつ, その中で保健師活動の質が低下しないよう保健師間で共通認識を図っている</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         |
| 集団健診の方法の見直し          | <ul style="list-style-type: none"> <li>●集団で実施する健診を予約制とすることで, 混雑なくスムーズになっている</li> <li>●集団健診は必須なので, 感染対策を徹底しながら継続すべき</li> <li>●集団健診実施時なるべく住民同士の蜜が避けられるよう, イスの配置を広めにとったり, こまめに消毒したりしている</li> <li>●健診実施時の距離・マスク・受付時間の工夫, 換気, 手指消毒, 窓口業務(ついでに・マスク着用(双方))</li> <li>●実施者自身が気をゆるめることなく互いに声がけをしていくことが重要</li> </ul>                                                                                                                                                      |
| 事業見直し, 保健指導上の工夫      | <ul style="list-style-type: none"> <li>●直接訪問については, できる限り削減する</li> <li>●教室の代替としてアプリの活用</li> <li>●健康教育にケーブルテレビを利用し実施する予定</li> <li>●運動教室で参加者が多いものはビデオ撮影したものを編集して15人上限×5回の教室として申し込み制としました</li> <li>●健康教室の人数制限, および広い会場での実施</li> <li>●住民に対して感染予防を呼びかけ事業参加者が減らないようPRを強化</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |
| オンライン会議など, 会議や研修の見直し | <ul style="list-style-type: none"> <li>●会議, 研修会の開催方法, 事業すべての見直し</li> <li>●テレワーク(職場全体での取組)</li> <li>●オンラインに予算的措置</li> <li>●Web会議導入</li> <li>●Zoomを活用した研修</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## Ⅳ 考 察

本調査はCOVID-19が市町村保健師やとくにコミュニケーションを中心とした保健師活動への影響を明らかにしようとしたものである。

回答者の属性については, 令和2年度保健師活動領域調査結果と比較しても同様の年齢割合であり, 回答者に大きな偏りはない。

### 1. 感染への懸念

保健師の精神面に何らかの影響があったとした人は64.4%と過半数を超え, 影響の強さがうかがえる結果となった。先述の全国保健師長会の調査(回答率11.8%)では, 保健師の精神面について, 最近1か月間気分が落ち込んだり, 憂鬱な気持ちになったりした人は25.7%であった。本研究はそれより大幅に高率であった。精神面の影響で「不安」が自由記載の主要カテゴリーであることから見ても, 回答者が精神面への影響を「気分の落ち込み」「憂鬱」などより広く「不安」も含めて考えた結果と推察される。

精神面への影響は「不安, ストレス」「業務の心理的負荷」の2つが大きなものであったが, 前者のサブカテゴリーとして, 感染症への不安, とくに自らの感染に対する不安, また自分が感染源となり, 高齢者や自分の家族に感染を広げてしまう不安を感じていることが挙げられている。さらに, 住民の不安も当然感じている(結果4(3))。

厚生労働省が実施した調査<sup>13)</sup>でも, 不安の対象は「自分や家族の感染への不安」が6割以上と高い結果が報告されている。すなわち, このような自らと地域社会に広がる不安が保健師活動にも根底のところ, いわば通奏低音のように影響を及ぼしているようだ。

### 2. 対人保健活動への影響

COVID-19の保健師活動への影響は多々あるが, ここでは主として住民とのコミュニケーションに関わる保健師活動における影響を考察する。

前項に示した感染症への懸念が根底にあり, その上で感染予防対策を図ることで住民サービス・支援としての保健師活動にさまざまな影響が生じている。保健師の活動領域別でみると, 健康教育, 健康診査, 地区組織活動への影響が大きい(表4 何らかの影響を受けている人が60%以上)。いずれも従来型の活動では対面での会話が重要な要素となっている活動である。さらに健康教育, 健康診査, 研修では集団(密集)という要素も加わって影響が強くなっている可能性がある。感染の懸念や予防への配慮が保健師活動に抑止的に働いていると考えられる。

対面での対話の減少については回答者も大きく懸

念していて, 対策による「悪い面」の一カテゴリーとして, 「コミュニケーションの希薄化」が抽出されている(結果4(3))。その点で, 視聴覚情報の減少するマスクのコミュニケーション上の影響も考えられる。ただマスク等の使用への住民の反応については, 多く(74.4%)は「どちらともいえない」であったが, 記述からみると, マスク等着用への理解や慣れが生じているものと考えられた。その上で, 「着用による不都合」も多く記述され, 住民に難聴がある場合など意思疎通の障害になるさまざまなコミュニケーション上の支障が語られていて, その克服に苦勞していることがうかがわれる結果であった。しかし, アンケート上はマスク等が信頼関係構築に大きな影響を及ぼすほどでないことが判明した。

### 3. 感染対策を取り入れた保健師活動

感染症への対応については, 消毒, 手洗い, 基本的な衛生面での予防行動と, 各保健師活動における感染対策に分けられる。これについては半年の経験で, かなり普及・定着したことがうかがえる(結果4)。COVID-19対策の「良い影響」として, 「感染症予防の意識向上と対策の進展」「業務の効率化」がカテゴリー化されていて, 保健師活動においてCOVID-19への適応が進んでいることがうかがわれるが, 一方で「悪い影響」として, 「効果的な事業実施の難しさ」がカテゴリー化されており, 感染症対策と保健事業を十分に両立させることの困難さを示している。

また, 「悪い影響」で示された「感染者等への誹謗や中傷」「住民のストレスの増加」「外出自粛の影響」「外出自粛による「受診機会の抑制」「高齢者に大きな影響(ひきこもりなどの精神面やフレイルなどの身体面, 認知症の増加の懸念)」などはCOVID-19で新たな保健上の課題が惹起されることを示している(結果4(3))。行政中堅保健師を対象とした調査<sup>14)</sup>では, 感染症の発生や災害時の対応について平時からの危機管理に関する内容について「経験がなくわからない」の回答が約3割, 「まったくできない」「あまりできない」としたものが過半数であったことが報告されている。公衆衛生活動で感染症対策を管轄しているのは主に保健所であり, 平時よりこうした課題に市町村保健師がどのように対処していくか, このことも公衆衛生上の喫緊の問題と言えるだろう。

### 4. 将来に向けての展望

新たな課題の取り組み, 工夫の自由記載からの6カテゴリー(表8), 連絡媒体の回答(表3)から, 今後の方向性について重要な提起として, 感染対策を組み入れた保健師活動の洗練・徹底, 事業・研修

などにつき有用性や優先順位を考慮した抜本の見直し、オンラインなど多様なコミュニケーションツールの積極的活用の3点に集約されそうである。とくにオンラインの活用は現状では萌芽の状態にあるが、通信システムの進化に伴い対人保健にも今後急速に組み込まれることが予想される。この調査で提起された今後の方向性は、COVID-19を契機とした従来型の保健師活動の見直し、変革に結実し、最終的にパラダイムシフトにつながる可能性を秘めているのかもしれない。保健師をはじめとした保健担当者はこうした方向性を見定め、時代にあった保健師活動を確立していく必要があるだろう。

### 5. 本研究の限界

本研究の限界点として、以下の事項が挙げられる。  
1点目は、青森県という一地域に限定した調査であるため、本研究結果の一般化には慎重さを要する。  
2点目は、本研究は特定の時点での横断的調査であり、COVID-19の影響はあくまでもその時点での影響に限定される。流行状況の進行に伴い、状況や考え方が変化している可能性がある。  
以上のような限界はあるが、パンデミックにより生じている市町村保健師および保健師活動への影響を迅速に可視化し、有用なデータを得ることは今後の保健師活動の貴重な資料となるものと考えられる。

## V 結 語

本調査ではCOVID-19下で6割以上の市町村保健師が精神面に何らかの影響を受けており、また対人保健等の保健師活動に大きな課題が突き付けられる厳しい状況が浮き彫りになった。とくに住民とのコミュニケーションへの支障は大きいものがある。しかし、制約を受けながらも感染対策を取り入れた活動の中で、新たなコミュニケーションの在り方が模索されている。今後の方向性を見据え、時代に合う保健師活動を探究する必要がある。

本調査に協力してくださいました市町村保健師の皆様  
に感謝いたします。

本稿は青森県立保健大学プロジェクト型研究、保健医療福祉分野におけるヘルスコミュニケーションに関する研究の一部として実施したものです。

開示すべき利益相反状態はない。

|   |             |       |       |
|---|-------------|-------|-------|
| ( | J-STAGE早期公開 | 2022. | 1.25) |
|   |             | 2021. | 9.24) |
|   |             | 2021. | 4.15) |

## 文 献

- 1) Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med* 2020; 382: 1199-1207.
- 2) 厚生労働省. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08906.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08906.html) (2021年8月24日アクセス可能).
- 3) The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. <https://globalhandwashing.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19.pdf> (2021年8月24日アクセス可能).
- 4) 北島平太, 田村嘉孝, 橋本章司, 他. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 無症状病原体保有者3例の報告. 2020. [https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19\\_casereport\\_200304.pdf](https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19_casereport_200304.pdf) (2021年8月24日アクセス可能).
- 5) Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in germany. *N Engl J Med* 2020; 382: 970-971.
- 6) Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020; 323: 1061-1069.
- 7) 社会保険実務研究所. 週刊保健衛生ニュース. 第2098号 2021; 36.
- 8) 全国保健師長会. 新型コロナウイルス感染症における保健師活動について. 2021; 3. [http://www.nacphn.jp/03/pdf/2020\\_fukushima.pdf](http://www.nacphn.jp/03/pdf/2020_fukushima.pdf) (2021年8月24日アクセス可能).
- 9) 公益社団法人日本看護協会. 看護実践情報 保健師の活動. 2020. [https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid\\_19/case/publichealth\\_nurse.html#osaka\\_divpr](https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/case/publichealth_nurse.html#osaka_divpr) (2021年8月24日アクセス可能).
- 10) 厚生労働省. 平成30年衛生行政報告例. 2019. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/18/dl/kekka1.pdf> (2021年8月24日アクセス可能).
- 11) 樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析—内容分析の継承と発展を目指して—. 第2版. 京都: ナカニシヤ出版. 2020.
- 12) 牛澤賢二. やってみよう テキストマイニング—自由回答アンケートの分析に挑戦!—. 東京: 朝倉書店. 2018.
- 13) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスに関する調査の結果概要. 2020. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_15766.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15766.html) (2021年8月24日アクセス可能).
- 14) 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* 2018; 7: 60-71.

## Impact of COVID-19 on Japanese municipal public health nurses and public health practices related to communication with community residents

Mika KASAHARA\*, Atsuko CHIBA\* and Motoki OHNISHI\*

**Key words** : COVID-19, municipal public health nurses, public health practices, communication

**Objective** This study analyzed the impact of COVID-19 on municipal public health nurses and public health practices related to communication with community residents.

**Method** A self-administered questionnaire survey targeted 474 public health nurses working in 40 municipalities in Japan's Aomori Prefecture. Participants were asked about the following basic attributes: whether they provided care for people who were COVID-19 positive or were in close contact with infected people; physical or mental impacts; how each work area was impacted; how mask-wearing affected their communication with community residents; positive and negative aspects of current infection-control measures; how they communicated and shared information with residents as they provided care; challenges and initiatives; and creative work efforts. We conducted the survey from September 23 to October 7, 2020, and analyzed the data using SPSS and KH Coder.

**Results** We received 228 responses (48.1% valid responses); 11.4% reported that they provided care or were in close contact with people who were COVID-19 positive. At least 60% of respondents had been impacted mentally. Mask-wearing hindered communication with community residents, however, it did not significantly impact trust-building. COVID-19 measures had a positive impact on respondents' public health work as infection-prevention awareness increased and infection-control measures advanced. Meetings, including online conferences, became more efficient, and nurses had opportunities to reexamine their work performance. Negative consequences included weakened communication with residents, slander against infected people, increased stress among residents, repercussions from not going out, and difficulty implementing necessary public health services. Most of the interaction, information sharing, and support for residents were carried out over the phone. Responses regarding new challenges and initiatives were classified into six categories: public health services that consider infection-control measures; various preventive measures; efforts to establish new lifestyles; review of methods for conducting group-health check-ups; review of operations and implementation of creative efforts in providing health guidance; and review of meetings, training sessions, and online conferences.

**Conclusion** The survey revealed that COVID-19 affected most public health nurses mentally. Challenges in providing in-person care were reported. Nurses faced significant obstacles communicating with residents; however, they reported that services incorporating infection-control measures were progressively gaining traction. Nurses are exploring new communication methods based on established community trust. Furthermore, it is necessary to explore public health services that fulfill both the current and future community requirements.

\* Aomori University of Health and Welfare

D. 青森県における農業・漁業従事者の生活習慣に関する探索的研究：  
インタビュー調査からの検討

笠原美香、大西基喜、反町吉秀

要旨

青森県における農業・漁業従事者の「望ましい生活習慣を阻害している要因」について検討するため、県内3地域（津軽・南部・下北地域）の農業・漁業従事者概ね40～50歳代計30名を対象にインタビュー調査を実施した。インタビュー調査による語りから、【楽観的な考え方】、【変容不可能という考え方】、【医療任せ】、【仕事に生活習慣を合わせる考え方】の4つのカテゴリーが抽出された。これらの根底には、健康の危機感に対する脆弱性や、ヘルスリテラシーの低さも考えられた。

1. 緒言

青森県の平均寿命は男性 79.27 歳、女性 86.33 歳と、いずれも最下位となっている。男女ともに着実に延伸しているが、2021 年の人口動態統計（厚生労働省，2022）では、3 大死因とされるがん、心疾患、脳血管疾患の死亡率はいずれも全国ワースト 10 位以内と高く、自殺の死亡率はワースト 1 位である（青森県，2015）。本県では、「短命県」返上に向けた施策（青森県，2013）を展開しているが、なかなか成果が見えていない。また、本県は全産業の就業人口に占める農林漁業就業人口の割合が 13.0%と全国平均の 5.0%に比べて高く、男性の年齢調整死亡率は、一次産業で 471.6、第二次産業で 367.3、第三次産業で 355.4 と、基幹産業である第一次産業従事者は他の産業従事者と比較して死亡率が高い（e-Stat，2020）。田中（2016）は、「農業、林業」「漁業」では他の産業に比べて死亡率が高く減少率が小さいことも報告している。そこで、定期健康診断が安全衛生規則に定められていなく、平日日勤帯に医療・保健サービスが行き届きにくい農漁業従事者に着目し、青森県における農業・漁業従事者の生活習慣とその背景にある考え方を探索的に、健康づくりや病気の予防に役立つ方策を質的に検討することを目的とした。このことは、平均寿命や健康寿命の延伸に役立つ知見が得られることが期待できる。しかしながら、農業・漁業従事者の健康に対する意識や信念等を捉えた研究は見当たらず、本研究は生活習慣病予防や早世予防に寄与し、地域の健康格差解消に役立つ知見となることが期待される。

2. 研究方法

(1) 研究デザイン

青森県における農業・漁業従事者の生活習慣とその背景にある考え方を探索するため、半構造化面接を用いた帰納的アプローチによる質的記述的研究デザインとした。

(2) 研究協力者のリクルート

対象は、歴史的に異なる文化、気候、生産される農作物の違いから考え方の地域差も鑑み、青森県内3地域（津軽・南部・下北地域）の農業・漁業従事者概ね40～50歳代の方とし、対象者数は、「データの飽和」を目指し、木下（木下，2003）が述べている質的研究のベース・データ目安10～20名程度を参考に男女各12人、合計24人を対象とした。

対象のリクルートは青森県内の農業・漁業組合団体に研究参加者募集チラシの配布を依頼した。研究参加への同意が得られた方に対して、倫理的配慮等を記載した依頼文と同意書を送付し、同意書に署名をいただいた。対象者数が上限に達した時点で、募集を終了した。

(3) データ収集方法

面接は保健師である著者が1人で担当し、令和4年4月から6月で研究参加者の希望に合わせた日時、場所にて1人約60分程度1回、自記式質問票（属性や生活習慣等の把握）と、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。

自記式質問紙票には、お住いの地域、性別、年齢、加入している健康保険、仕事内容、年間を通じて従事する割合（3割以下、4割、5割、6割、7割、8割、9割、10割）、身長・体重、現在の体重についてどのように考えていますか（今より増やしたい、このままでよい、今より少し（4kg以内）減らしたい）、ふだん1週間に何日間食をとりますか（7日、6日、4～5日、2～3日、1日以下、どんなものを食べますか？）、この1年間に歯の健康診査を受けていますか（はい、いいえ）、過去1か月の1日の平均睡眠時間はどのくらいでしたか（5時間未満、5時間以上6時間未満、6時間以上7時間未満、7時間以上8時間未満、8時間以上9時間未満、9時間以上）、過去1か月、睡眠によって休養が充分にとれていますか（充分とれている、まあまあとれている、あまりとれていない、まったくとれていない）、週に何日くらいお酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか（毎日、週5～6日、週3～4日、週1～2日、月1～3日、ほとんど飲まない、やめた、飲まない（飲めない）、お酒を飲む方へ：お酒を飲む日は1日あたりどれくらいの量を飲みますか）、たばこを吸いますか（毎日吸っている（本数）、時々数日ある、以前は吸っていたが1か月以上吸っていない、吸わない）について尋ねた。

インタビューの主な内容は、大きく5点である。①自記式質問紙票の内容について、②ご自身の健康状態について（二次質問—どうして●●が高いと思いますか？何か気を付けていらっしゃることはありますか？—それはいつからですか？何か原因に心当たりとかありますか？）、③ご自身の健康管理について（二次質問—生活習慣については、何か取り組んでいらっしゃる事などございますか？いつ頃から取り組まれていらっしゃるのですか？）

か？一きっかけは何かありましたか？、分かっている望ましい生活習慣の改善（行動）につながらないと回答があった場合：どうして望ましい生活習慣の改善（行動）につながらないと思うのか、そのことについて、どのように思っているか尋ねる。）、④周囲にいる方の健康状態について（二次質問—それについて、あなたはどのように思われますか？）、⑤地域の健康についてどのようにお考えであるかである。

インタビュー内容は、参加者の了解を得た上で IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。「望ましい生活習慣を阻害している要因」の背景として考えられる「生活習慣や健康管理」について語られている記述をコードとして抽出し、質的帰納的に分析した。最終的なコードディング、サブカテゴリー、カテゴリーについては、妥当性を確認するため、共同研究者 3 人で文脈を踏まえた検討を重ね、全員の意見が一致するまで議論を重ねた。

#### （4）倫理的配慮

本調査は青森県立保健大学研究倫理委員会の承認（承認番号 21090，承認年月日：2022 年 2 月 21 日）を受けた。

### 3. 研究結果

#### （1）研究参加者の概要（表 1、図 1）

農業従事者（津軽地域男性 3 人、女性 2 人、南部地域男性 2 人、女性 2 人、下北地域男性 2 人、女性 3 人） 漁業従事者（津軽地域男性 3 人、女性 4 人、南部地域男性 2 人、女性 2 人、下北地域男性 2 人、女性 3 人） 合計 30 人であった（表 1、図 1）。

平均年齢は 48.2 歳、インタビュー時間の平均は 67.3 分であった。健康保険証の種別では、農業従事者では 14 人中 11 人、漁業従事者では 16 人中 12 人が国民健康保険加入者であり、農業・漁業従事者ともに国民健康保険加入者が多かった。

BMI について、津軽地域の BMI 平均が 27.9 で最も高く、次いで下北地域 25.1、南部地域 22.5 となっていた。業種別では漁業従事者の BMI 平均が 26.1、農業従事者 24.9 より高かった。性別では男性の BMI 平均値 27.0、女性 24.3 で男性に肥満が多かった。

現在の体重については、津軽地域の女性（6 人中 6 人；100%）と下北地域の女性（6 人中 5 人；83.3%）、性別では男性（14 人中 8 人；57.1%）より女性（16 人中 12 人；75%）に「今より少し体重を減らしたい」と思っている人が多かった。

「1 週間に何回間食を摂りますか」という設問では、「間食は毎日とっている」と回答した人が 30 人中 13 人（43.3%）で最も多く、1 日以下と回答した人は 30 人中 9 人（30.0%）で二極化の傾向が認められた。業種、性別でみると、漁業従事の女性で 9 人中 7 人が間食を毎日とっており、高い傾向がうかがえた。

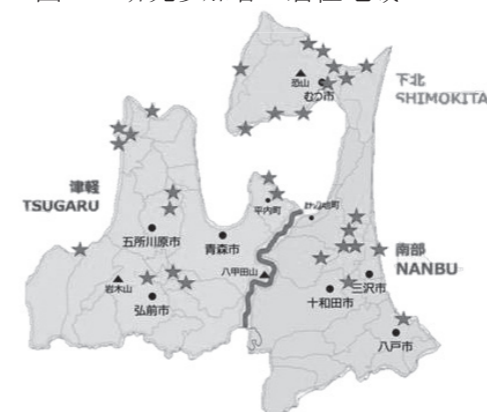
「年に 1 回歯科健診を受けていますか」という設問に対しては、農業従事者（14 人中 10 人；71.4%）は漁業従事者（16 人中 7 人；43.8%）に比べて「歯科健診を受けている」人が多かった。

「1 日の平均睡眠時間」では、6～7 時間睡眠をとっている人が 30 人中 13 人（43.3%）で最も多かった。「睡眠によって休養が充分にとれていますか」では、「まあまあとれている」人が 30 人中 15 人で最も多かった。

「週に何日お酒を飲みますか」では、毎日飲酒する人は 30 人中 8 人で、下北地域男性で 4 人中 3 人と多い傾向にあり、農業従事者（14 人中 2 人；14.3%）より漁業従事者（16 人中 6 人；38.0%）に多かった。

「たばこを吸いますか」では、「毎日吸っている」人が 30 人中 12 人、「吸わない」人が 15 人で、「たばこを吸わない」人の方が多かった。たばこを吸っている人は津軽地域で 12 人中 6 人と最も多かった。農業男性では 7 人中 6 人が毎日吸っており、漁業男性で毎日喫煙している 7 人中 4 人に比べ喫煙者が多かった。

図 1 研究参加者の居住地域



#### （2）データ分析

録音した音声データから逐語録を作成し、「生活習慣や健康管理」について語られている記述をコードとして抽出し、「望ましい生活習慣を妨げている要因」について質的帰納的に分析した結果を表 2 に示す。

13 個の＜サブカテゴリー＞にまとめられ、さらに 4 個の【カテゴリー】が抽出された。すなわち、＜健康への無関心＞、＜順延志向＞、＜弱さの肯定＞、＜煩雑回避傾向＞の 4 つのサブカテゴリーからなる【楽観的な考え方】と、＜遺伝という諦観＞、＜体質という諦観＞、＜年齢という諦観＞、＜風習という免罪符＞の 4 つのサブカテゴリーからなる【変容不可能という考え方】、および＜医師依存＞、＜薬頼り＞の 2 つのサブカテゴリーからなる【医療任せ】、＜ストレス対処としての飲酒＞、＜ストレス対処としての喫煙＞、＜仕事最優先の思考＞の 3 つのカテゴリーからなる【仕事に生活習慣を合わせる考え方】が抽出された。

その他、「20代では“私、今日飲みません”って、はっきり言うんだって。年寄りも息苦しいって言う。事態は変わってきている、悪しき風習は30代くらいまで。」という声も聞かれた。また、漁業ではドラムに手袋が引き込まれ指切断が多いことや、農業では農場での事故、ケガが多いことが分かった。なお、農業従事者の方が「ストレスが少ない」、漁師の「一攫千金がある、夢がある。」といった発言も聞かれていた。

#### 4. 考察

本研究は、青森県における農業・漁業従事者の生活習慣とその背景にある考え方を探索的し、健康づくりや病気の予防に役立つ方策を質的に検討した。

インタビュー調査による語りから、「望ましい生活習慣を妨げている要因」として、生活習慣の改善や健康管理について先延ばしするなど【楽観的な考え方】、自分ではどうにもならないという【変容不可能という考え方】、医師任せや薬を飲んでいるから安心という【医療任せ】、酒やたばこは仕事の付き合いの一部であることや、季節や天候に生活スタイルを合わせるという【仕事に生活習慣を合わせるという考え方】が確認された。これらの根底には、“まだ大丈夫”という健康の危機感の欠如傾向や、健康情報の活用に困難があるヘルスリテラシーの低さも考えられた。

第一次産業従事者は自然を相手に生業とするため、【仕事に生活習慣を合わせるという考え方】を持ちながら、生活スタイルの背景にある、後継者不足、人手不足、過酷な労働環境、経済的基盤の不安定さを抱えながら仕事優先という考え方が根付いてきたのかもしれない。また、農業、漁業従事者は就労形態がシーズンごとに労作時間・強度が異なり、生活習慣も不規則になりやすく、自分の健康より仕事が優先し、生活習慣病を遺伝や体質、年齢、風習のせいだからどうにもならない、病院に通って薬を飲んでから大丈夫と思いつているのではないかと考えられた。農村部で行われた先行研究では、気分が良ければ健康だと思いつている (Davis et al., 1991) ことや、働く能力を健康と関連付けていた (Weinert C et al., 1987) ことなども報告されており、本研究対象者においても働けることで健康であると主観的に判断し、“まだ大丈夫”という健康の危機感の欠如傾向につながっているのではないかと考えられた。健康に不利になることも多い【楽観的な考え方】は不確実な収穫高に対し、希望を持ち前向きに生きるために自然に身についた考え方なのかもしれない。

また、Sandra K. et al (2005) は、農業従事者が、労働が健康に果たす役割について独自の視点を持っている可能性があること、高齢の農業従事者は、けがや健康への悪影響のリスクが高まる作業を続けているが、仕事を楽しんでおり、それは達成感を与えられることに関連していたと述べている。本調査でも漁業や農業で事故、ケガが多いこと、農業従事者に「ストレスが少ない」、漁師に「一攫千金がある、夢がある。」といった発言も聞かれており、同様の傾向がうかがわれた。

今後、農漁業従事者の生活スタイルを理解したうえで、受け入れやすい内容と方法で健康長寿につながるような健康情報の提供のあり方や支援を考えていくことの必要性が示唆された。

一方、今回は「望ましい生活習慣を阻害している要因」に焦点をおいた分析を実施したが、食（糖分、塩分）への配慮や健診の必要性の認識、仕事に影響しない飲酒の仕方についても多く語られており、自ら生活習慣改善に取り組む姿勢も認められている。

本研究は分析途中にあり、引き続きカテゴリー間の関連性や、農漁業間における差を抽出し検討していく。さらに、「周囲にいる方の健康状態」や「地域の健康についてどのようにお考えであるか」について分析を進め、平均寿命や健康寿命の延伸に役立つ知見をまとめていく予定である。

本調査にお忙しい中ご協力いただきました農漁業従事者の皆様、関係機関の職員の方に深く感謝申し上げます。

本調査は青森県立保健大学プロジェクト型研究「保健医療福祉分野におけるヘルスコミュニケーションに関する研究」の一環として実施した。開示すべき COI 状態はありません。

#### 5. 文献

青森県健康福祉部 (2015). 平成 27 年 青森県版生命表の概況 ～都道府県別生命表の概況から～

<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/kkenkofu/files/27kenseimeihyou.pdf>

青森県 (2013). 青森県健康増進計画「健康あおもり 21 (第 2 次)」

<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/21keikaku.html>

(令和 5 年 2 月 17 日アクセス可能)

木下康仁 (2003). グランテッド・セオリー・アプローチの実践-質的研究への誘い. データの範囲と収集法-. 東京: 弘文堂; 113-130.

厚生労働省 (2022). 令和 3 年 (2021) 人口動態統計 (確定数) の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/index.html> (令和 5 年 2 月 17 日アクセス可能)

政府統計の総合窓口 (e-Stat) (2020). 人口動態職業・産業別統計

[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=8&year=20151&month=0&tclass1=000001053122&tclass2=000001053125&result\\_back=1&cycle\\_facet=tclass1&tclass3val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=8&year=20151&month=0&tclass1=000001053122&tclass2=000001053125&result_back=1&cycle_facet=tclass1&tclass3val=0)

(令和 5 年 2 月 17 日アクセス可能)

田中宏和、豊川智之、小林廉毅. (2016) 壮年・中年期男性における産業別死亡率の経年変化 (1980～2010 年) -人口動態職業・産業別統計による反復横断研究-. 厚生指標. 第 63 巻第 11 号. 10-16.

Davis D, Henderson M, Boothe A et al. (1991)

An interactive perspective on the health beliefs & practices of rural elders. Journal of gerontological nursing. 17(5)11-16.

Reed, Deborah B. Rayens, Mary Kay, Conley, Christina K, et al. (2012). Farm Elders Define Health as the Ability to Work. WORKPLACE HEALTH & SAFETY 60(8)345-351.

Sandra K. Deborah B. et al (2005). Health, work, and safety of farmers ages 50 and older. Geriatric nursing (New York, N.Y.). 26(5).304-308.

Weinert C, Long KA. (1987). Understanding the health care needs of rural families. Fam Relat. 38(4). 450-5.

表 1 研究協力者の概要

| 業種    | 地域 | 性別 | 健康保険   | 年齢   | 従事割合 | BMI  | 現在の体重について             | 1週間に何日間食 | 1年間に健康診査回数 |     | 1日の平均睡眠時間  | 睡眠によって休養が十分に | 週に何日くらいお酒   | 純アルコール<br>たばこを吸いますか<br>喫煙本数  |
|-------|----|----|--------|------|------|------|-----------------------|----------|------------|-----|------------|--------------|-------------|------------------------------|
|       |    |    |        |      |      |      |                       |          | はい         | はい  |            |              |             |                              |
| 1 農業  | 津軽 | 男性 | 国民健康保険 | 30歳台 | 10割  | 38.7 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 6日       | はい         | はい  | 5時間以上6時間未満 | まあまあとれている    | ほとんど飲まない    | 毎日吸っている                      |
| 2 農業  | 津軽 | 男性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 17.9 | このままでよい               | 2~3日     | はい         | はい  | 7時間以上8時間未満 | 充分とれている      | 週3-4日       | 22 毎日吸っている                   |
| 3 農業  | 南部 | 男性 | その他    | 40歳台 | 10割  | 24.8 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 1日以下     | いいえ        | いいえ | 6時間以上7時間未満 | あまりとれていない    | 週5-6日       | 14 毎日吸っている                   |
| 4 農業  | 南部 | 男性 | 国民健康保険 | 40歳台 | 10割  | 21.9 | このままでよい               | 7日       | はい         | はい  | 6時間以上7時間未満 | あまりとれていない    | 月1-3日       | 34 吸わない                      |
| 5 農業  | 下北 | 男性 | 国民健康保険 | 40歳台 | 10割  | 22.6 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 4~5日     | いいえ        | いいえ | 7時間以上8時間未満 | まあまあとれている    | 毎日          | 42 毎日吸っている                   |
| 6 農業  | 下北 | 男性 | 協会けんぽ  | 40歳台 | 8割   | 33.9 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 1日以下     | はい         | はい  | 5時間以上6時間未満 | まあまあとれている    | 週5-6日       | 43 毎日吸っている                   |
| 7 農業  | 津軽 | 男性 | 国民健康保険 | 30歳台 | 10割  | 30.1 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 7日       | はい         | はい  | 5時間以上6時間未満 | まあまあとれている    | やめた         | 毎日吸っている                      |
| 8 農業  | 津軽 | 女性 | 国民健康保険 | 30歳台 | 10割  | 25.8 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 6日       | はい         | はい  | 6時間以上7時間未満 | 充分とれている      | ほとんど飲まない    | 22 吸わない                      |
| 9 農業  | 津軽 | 女性 | 国民健康保険 | 40歳台 | 9割   | 25.4 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 7日       | いいえ        | いいえ | 6時間以上7時間未満 | まあまあとれている    | ほとんど飲まない    | 毎日吸っている                      |
| 10 農業 | 南部 | 女性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 23.7 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 2~3日     | はい         | はい  | 6時間以上7時間未満 | まあまあとれている    | 週5-6日       | 14 吸わない                      |
| 11 農業 | 南部 | 女性 | 協会けんぽ  | 50歳台 | 9割   | 19.0 | このままでよい               | 1日以下     | はい         | はい  | 5時間未満      | 充分とれている      | やめた         | 吸わない                         |
| 12 農業 | 下北 | 女性 | 国民健康保険 | 40歳台 | 10割  | 20.5 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 6日       | はい         | はい  | 8時間以上9時間未満 | 充分とれている      | 週1-2日       | 20 以前は吸っていたが1<br>か月以上吸っていない  |
| 13 農業 | 下北 | 女性 | 国民健康保険 | 60歳台 | 10割  | 21.6 | このままでよい               | 7日       | いいえ        | いいえ | 7時間以上8時間未満 | まあまあとれている    | 週5-6日       | 65 吸わない                      |
| 14 農業 | 下北 | 女性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 22.7 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 1日以下     | はい         | はい  | 7時間以上8時間未満 | 充分とれている      | 毎日          | 14 吸わない                      |
| 15 漁業 | 津軽 | 男性 | 国民健康保険 | 40歳台 | 10割  | 22.9 | このままでよい               | 7日       | はい         | はい  | 5時間以上6時間未満 | 充分とれている      | 毎日          | 20 毎日吸っている                   |
| 16 漁業 | 津軽 | 男性 | 国民健康保険 | 30歳台 | 10割  | 27.7 | このままでよい               | 1日以下     | いいえ        | いいえ | 6時間以上7時間未満 | まあまあとれている    | 週5-6日       | 22 毎日吸っている                   |
| 17 漁業 | 津軽 | 男性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 28.1 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 1日以下     | はい         | はい  | 7時間以上8時間未満 | あまりとれていない    | 週3-4日       | 14 吸わない                      |
| 18 漁業 | 南部 | 男性 | 国民健康保険 | 40歳台 | 10割  | 27.0 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 7日       | いいえ        | いいえ | 6時間以上7時間未満 | あまりとれていない    | 毎日          | 42 以前は吸っていたが1<br>か月以上吸っていない  |
| 19 漁業 | 南部 | 男性 | その他    | 40歳台 | 10割  | 25.5 | このままでよい               | 1日以下     | いいえ        | いいえ | 6時間以上7時間未満 | まあまあとれている    | 月1-3日       | 28 毎日吸っている                   |
| 20 漁業 | 下北 | 男性 | 協会けんぽ  | 40歳台 | 10割  | 23.6 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 1日以下     | いいえ        | いいえ | 6時間以上7時間未満 | 充分とれている      | 毎日          | 191 以前は吸っていたが1<br>か月以上吸っていない |
| 21 漁業 | 下北 | 男性 | 国民健康保険 | 40歳台 | 10割  | 32.9 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 1日以下     | はい         | はい  | 6時間以上7時間未満 | 充分とれている      | 毎日          | 99 毎日吸っている                   |
| 22 漁業 | 津軽 | 女性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 4割   | 28.4 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 7日       | はい         | はい  | 5時間以上6時間未満 | まあまあとれている    | ほとんど飲まない    | 吸わない                         |
| 23 漁業 | 津軽 | 女性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 28.0 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 7日       | はい         | はい  | 6時間以上7時間未満 | まあまあとれている    | 月1-3日       | 20 吸わない                      |
| 24 漁業 | 津軽 | 女性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 32.8 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 7日       | いいえ        | いいえ | 7時間以上8時間未満 | まあまあとれている    | ほとんど飲まない    | 22 吸わない                      |
| 25 漁業 | 津軽 | 女性 | その他    | 40歳台 | 10割  | 29.2 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 7日       | はい         | はい  | 5時間以上6時間未満 | まあまあとれている    | やめた         | 吸わない                         |
| 26 漁業 | 南部 | 女性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 20.0 | このままでよい               | 7日       | はい         | はい  | 6時間以上7時間未満 | あまりとれていない    | 週5-6日       | 14 吸わない                      |
| 27 漁業 | 南部 | 女性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 18.1 | このままでよい               | 7日       | いいえ        | いいえ | 6時間以上7時間未満 | まあまあとれている    | 毎日          | 14 吸わない                      |
| 28 漁業 | 下北 | 女性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 25.3 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 2~3日     | いいえ        | いいえ | 5時間以上6時間未満 | まあまあとれている    | ほとんど飲まない    | 吸わない                         |
| 29 漁業 | 下北 | 女性 | 協会けんぽ  | 50歳台 | 3割以下 | 22.4 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 6日       | はい         | はい  | 5時間以上6時間未満 | あまりとれていない    | 飲まない (飲めない) | 吸わない                         |
| 30 漁業 | 下北 | 女性 | 国民健康保険 | 50歳台 | 10割  | 25.9 | 今より少し (4 kg 以内) 減らしたい | 7日       | いいえ        | いいえ | 5時間以上6時間未満 | 充分とれている      | 毎日          | 42 毎日吸っている                   |



そのような意味で、受診率が90%を超える3歳児健診(厚生労働省, 2022)時に、親子に対して肥満予防につながる良好な生活習慣を築くためのヘルスコミュニケーションを検討することは意義あることと考える。

健康行動の獲得を目的とした介入としてのヘルスコミュニケーションについては、欧米を中心にその効果が数多く報告されている(Schiavo, R, 2007)。しかし日本において実践報告は少なく、介入研究は非常に限られている。本研究では肥満予防をはじめとする生活習慣病予防の支援として、3歳児を持つ親の、食事内容や食事摂取量に対するリテラシーを高めるヘルスコミュニケーションの開発を意図し、(1)親子の生活習慣の関連ならびに親のリテラシーの関連について明らかにし、親子の良好な生活習慣病構築のための施策への示唆を得ること、(2)幼児の出生体重と現在の体格および食事摂取状況や生活習慣の関連を明らかにし親子の食生活に関するヘルスコミュニケーションにつながる基礎的資料を得ること、(3)それらから、3歳児の親のリテラシーと間食の与え方、食事配慮状況を明らかにし効果的なヘルスコミュニケーションについての示唆を得ることを目的とした。

## 2. 研究方法

研究は以下の2つの調査から構成される。

(1) 青森県内における3歳児健診対象児の親に対する子どもの生活習慣、食事摂取状況、親のリテラシーに関する調査

〈研究の種類, デザイン〉 無記名自記式質問紙による量的研究(横断研究)

〈研究期間〉 2021年9月～ 2022年 12月

〈調査方法〉2021年8月青森県内40市町村の母子保健事業を担当している課宛てに、文書による調査協力の依頼を行った。同意が得られた市町村でなおかつ調査協力の承諾が得られた場合に、市町村担当課から、3歳児健診対象者の保護者宛てに、事前に調査協力の依頼文および調査票を発送していただき、調査に協力できる人が自宅で調査票に記載し、3歳児健診会場に持参し、専用の回収箱に投函する、あるいは、3歳児健診の会場で記載し、回収した。調査が実施できたところは17市町村であった。

〈調査項目〉厚生労働省の平成27年度乳幼児栄養調査(厚生労働省, 2015)をもとに、親の就労状況、子どもと親の睡眠習慣、子どもの生活習慣(朝食欠食、運動時間、テレビ・ゲーム時間)、主要食物13品目(穀類、魚、肉、卵、大豆・大豆製品、野菜、果物、牛乳・乳製品、お茶など甘くない飲料、果汁など甘味飲料、菓子(菓子パン含む)、インスタントラーメンやカップ麺、ファストフード)の摂取頻度6択(毎日2回以上、毎日1回、週に4～6日、週に1～3日、週に1回未満、まだ食べていない(飲んでいない))と、社会経済的要因として経済的な暮らし向き、生活の中の時間的なゆとり、暮らしを総合的にみて、について5択(ゆとりがある、ややゆとりがある、どちらともいえない、あまりゆとりはない、全くゆとりがない)、ならびに親の健康情報リテラシー(以下、HIL)(山本浩二ら, 2014)、機能的・伝達の・批判的ヘルスリテラシー尺度である communicative and critical

health literacy(以下、CCHL)(Ishikawa H, et al, 2008)であった。子どもの現在の身長と体重を尋ね、カウプ指数および乳幼児身体発育調査報告書(厚生労働省, 2010)もとに性別・身長別標準体重を求め肥満度(以下、肥満度)を算出し、肥満、ふつう、やせに区分した。さらに出生体重2,500g未満群、以上群の2群に分類し、食事や間食の摂取状況、健康状態および生活習慣について検討した。

〈分析方法〉回収された調査票をもとに、親の属性とヘルスリテラシーの関連、親のヘルスリテラシーと子どもの食生活の関連等、親子の睡眠習慣の関連は Kendall の順位相関係数、親の睡眠習慣と子どもの生活習慣の関連については Cramer の連関係数、親の睡眠習慣別に HIL、CCHL を Kruskal-Wallis など記述統計を中心に検討した。

〈倫理的配慮〉無記名自記式質問紙による調査であり、文書による説明文を読み、自由意思により調査に回答し投函することとした。本学の倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号 20063)。

(2) 青森県内のA町保健師、管理栄養士を対象とし、3歳児健診や家庭訪問時における保健指導・栄養指導の場面で感じた、親の子どもへの間食の与え方、食事配慮状況から、親子に対しての効果的なヘルスコミュニケーションのあり方について検討する。

〈研究の種類, デザイン〉 フォーカス・グループ・ディスカッション(以下、FGD)による質的研究

〈研究期間〉 2022年8月

〈調査方法〉前述の(1)の調査協力および共同研究への承諾が得られている町であり、対象者のリクルートとしては、研究協力依頼文書の課内回覧、およびチラシ掲示により周知を図った。(1)の調査結果を踏まえて2つのグループに分かれ、グループ・ディスカッションをした。

〈分析方法〉グループ・ディスカッションの内容を録音し、テキスト化した。インタビューガイドに基づき、リサーチクエスションに関する最小単位の言葉やセンテンスを抽出し、意味内容を損なわないように文脈を抽象化した。

〈倫理的配慮〉対象者に対して、研究の目的、方法、途中撤回もしくは拒否しても何ら不利益がないこと等を文書および口頭による説明を行い、自由意思で文書による同意を得た。本学の倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 22037)。

## 3. 結果および考察

(1) 青森県内における3歳児健診対象児の親に対する子どもの生活習慣、食事摂取状況、親のリテラシーに関する調査

ア. 主要食物の摂取頻度と社会経済的要因について

(ア) 社会経済的要因の状況

図1に示した通り、本調査対象と平成27年度乳幼児栄養調査の結果を比較した。経済的な暮らし向き、生活の中での時間的ゆとり、暮らしを総合的にみて、の項目全てについて、ゆとりがある、が少ないが、全くゆとりはない、の回答も少なかった。本調査に対して興味関心があり、ややゆとりがある人が回答した選択バイアスの可能性が考えられた。

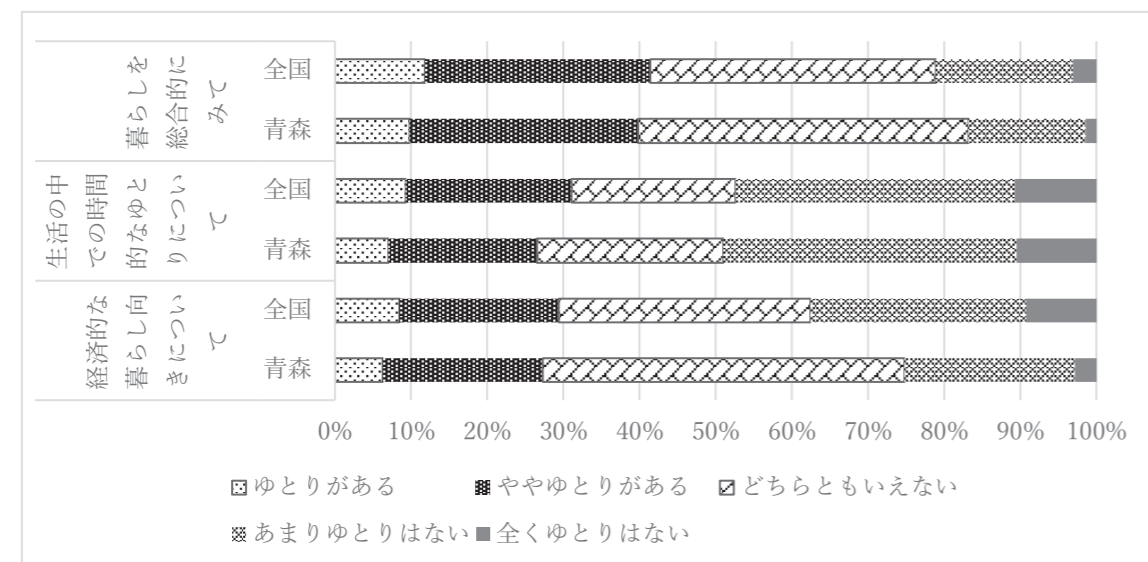


図1. 社会経済要因の状況（平成27年度乳幼児栄養調査との比較）

(イ) 主要食物13品目の摂取頻度と社会経済的要因について

経済的な暮らし向き、および暮らしを総合的にみて、と主要食物13品目における有意差はみられなかった。生活の中での時間的なゆとりでは、大豆製品、ファストフードに有意差がみられ、大豆製品は生活時間にゆとりのない人は摂取頻度が少ない傾向であった(p=.048)。逆にファストフードはゆとりのない人の摂取頻度が高かった(p=.008)。時間的なゆとりがない人々がファストフードの摂取頻度が高いことは、ファストフードが短い時間で提供される手軽な食品や食事のことと定義されている[厚生労働省, 2019]ように、時間的にゆとりのない人が指向しやすいことが本調査でも明らかとなった。

経済的な暮らし向きと野菜摂取頻度について、spearmanの順位相関係数で分析したところ r=.111(p=.05)、果物は r=.169(p=.05)と弱い相関、暮らしを総合的にみてと野菜も r=.114(p=.05)であり、ゆとりがないことと野菜摂取頻度に弱い相関が認められた。果物に関しては値段の高さや生鮮であることが購入・喫食頻度にマイナスに作用していることが報告(山本ら, 2015)(小峰ら, 2020)(阪本ら, 2007)され、同じ3歳児健診対象児の食生活習慣を調査した結果(緒方靖恵ら, 2021)において、相対的貧困群は非相対貧困群と比較して、野菜の摂取頻度が少なく、かつスナック菓子の頻度が高いことを報告していることから、ほぼ同様の結果と考えられる。

ア. 親の睡眠習慣、HIL、CCHLと子どもの生活習慣の関連

表1. 親の睡眠習慣と子どもの生活習慣についての関連

|            | 親           |      |      |      |
|------------|-------------|------|------|------|
|            | 平日起床        | 休日起床 | 平日就寝 | 休日就寝 |
| 平日起床       | <b>.592</b> |      |      |      |
| 休日起床       | <b>.446</b> |      |      |      |
| 平日就寝       | <b>.328</b> |      |      |      |
| 休日就寝       | <b>.267</b> |      |      |      |
| 朝食頻度       | .206        | .146 | .114 | .117 |
| 平日スクリーンタイム | <b>.248</b> | .137 | .175 | .134 |
| 休日スクリーンタイム | .174        | .165 | .147 | .141 |
| 平日身体活動     | <b>.225</b> | .163 | .172 | .164 |
| 休日身体活動     | .189        | .148 | .191 | .177 |
| 週運動頻度      | <b>.305</b> | .179 | .179 | .177 |

表1に示すように、親の平日起床時刻と子どもの生活習慣の関連が認められた。特に平日起床時刻は相関が中程度と高かった(r=.592)。起床時刻の母親との相関の高さはこれまでの研究でも報告されており、子どもの年齢が小さいほど相関の高さが示唆されている(藤井千恵, 2017)。親のHIL、CCHLと子どもの睡眠習慣に関しては有意差がみられなかった。親のヘルスリテラシーは未就学児の睡眠障害に影響を与えている可能性が示唆されている(Ono S, 2021)(Bathory E, et al, 2016)ため、就業状況や家庭環境等を考慮しながら更なる調査、分析が必要であると思われる。

イ. 親のHIL、CCHLと間食の与え方、食事配慮状況について

親のHIL、CCHLは学歴、就労の有無で有意差はみられなかった。間食回数とCCHLに弱い負の相関が認められた(r=-.153)。また、表2のように間食の与え方で、時間を決めてあげることが多い人はそうでないひとよりHILが高く、欲しがる時にあげることが多い人はCCHLが低い結果であった。

表2. 間食の与え方とHIL, CCHL

|                | HIL  |      |                 | CCHL |      |             |
|----------------|------|------|-----------------|------|------|-------------|
|                | はい   | いいえ  | p               | はい   | いいえ  | p           |
| 時間を決めてあげることが多い | 20.0 | 18.8 | <b>.046</b>     | 19.2 | 18.7 | .198        |
| 間食でも栄養に注意している  | 20.1 | 19.4 | .453            | 19.2 | 18.9 | .500        |
| 甘いものは少なくしている   | 20.0 | 19.4 | .371            | 19.6 | 18.8 | .085        |
| 欲しがる時にあげることが多い | 17.3 | 20.0 | <b>&lt;.001</b> | 18.1 | 19.2 | <b>.026</b> |
| 甘いものに偏ってしまう    | 20.0 | 19.3 | .475            | 19.0 | 18.9 | .957        |
| スナックを与えることが多い  | 20.0 | 19.3 | .347            | 18.8 | 19.0 | .546        |

表 3. 食事配慮状況と HIL, CCHL

|                 | HIL  |      |       | CCHL |      |      |
|-----------------|------|------|-------|------|------|------|
|                 | はい   | いいえ  | p     | はい   | いいえ  | p    |
| 栄養バランス          | 20.4 | 18.0 | <.001 | 19.3 | 18.3 | .012 |
| 食べる量            | 20.0 | 19.0 | .134  | 19.2 | 18.8 | .310 |
| 間食の内容           | 20.7 | 19.3 | .232  | 20.2 | 18.8 | .031 |
| 間食の量 (間食は適量にする) | 20.8 | 18.8 | .002  | 19.3 | 18.8 | .315 |
| よくかむこと          | 19.6 | 19.4 | .675  | 19.0 | 18.9 | .994 |
| 規則正しい時間に食事をすること | 19.6 | 19.4 | .801  | 19.5 | 18.6 | .031 |
| 料理の味付け          | 19.7 | 19.4 | .518  | 18.9 | 19.0 | .795 |
| 食事のマナー          | 20.1 | 18.6 | .029  | 19.2 | 18.6 | .163 |
| 料理の盛り付け、色どり     | 20.5 | 19.3 | .240  | 19.1 | 18.9 | .968 |
| たべものの大きさ        | 20.0 | 19.3 | .260  | 19.0 | 18.9 | .942 |
| 一緒に作ること         | 18.7 | 19.6 | .267  | 18.8 | 19.0 | .616 |
| 一緒に食べること        | 19.4 | 19.7 | .727  | 19.0 | 19.0 | .963 |
| 楽しく食べること        | 19.8 | 19.2 | .332  | 19.2 | 18.7 | .279 |

栄養バランスに配慮している人はそうでない人より HIL、CCHL とも有意に高く、間食の量、食事のマナーに配慮している人は HIL が高く、間食の内容、規則正しい時間に食事をすることに配慮している人は CCHL が高い結果であった。

ウ. 幼児の出生体重と現在の体格および食事摂取状況

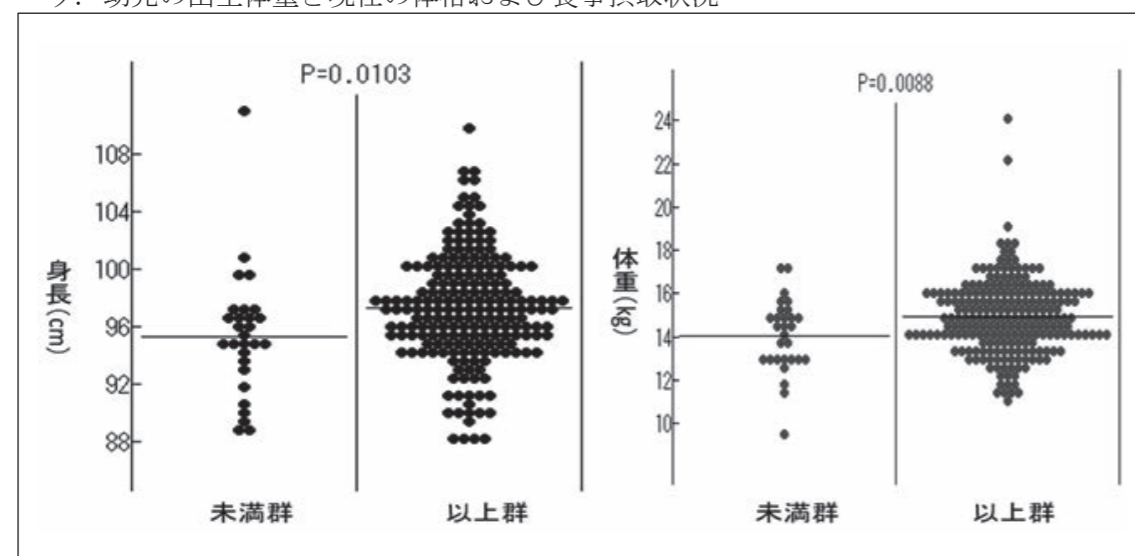


図 2. 出生体重 2,500g 未満群、以上群における現在の身長および体重

出生体重 2,500g 未満群は、以上群に比べ現在の身長、体重いずれも有意に小さい傾向が認められ (図 2)、親も子どもはやせていると認識している者が多くみられた。未満群

は、魚、果物、ファストフードの摂取頻度が低く、間食ではスナック菓子を与えていると回答した保護者が多かった。未満群は、食事の困りごととして偏食と回答した割合が有意に高値を示した。

エ. 肥満と食物の摂取頻度と社会経済的要因について

(ア) 肥満と食物の摂取頻度について

カウプ指数による肥満の状況を表 4 に示した。

表 4. 肥満の状況

| 13.5 未満 | 13.5-14.5 | 14.5-16.5 | 16.5-18 | 18 以上 |
|---------|-----------|-----------|---------|-------|
| やせすぎ    | やせぎみ      | ふつう       | 太り気味    | 太りすぎ  |
| 1.3%    | 8.0%      | 49.5%     | 17.6%   | 4.0%  |

肥満について、カウプ指数による 5 区分では、穀類でやせすぎが毎日食べておらず、週 2~3 日食べるが多く (p<.001)、果物は肥満度が高くなるにつれ、摂取頻度が高い傾向が見られた (p=.006) (図 3)。乳製品は太り気味が毎日 2 回以上摂取する子が多かった (p=.028)。菓子類は肥満度が高くなるにつれ、1 日 2 回以上摂取する子が多くなっていったが、有意差はみられなかった。その他の食物については、有意差はみられなかった。カウプ指数と各々の食物摂取頻度の spearman の順位相関係数については、すべての項目で相関は確認されなかった。また、子どもの肥満と親のヘルスリテラシーの関連についての報告 (Nakamura D, et al, 2018) はあるが、本研究では子どもの肥満状況別親の HIL、CCHL で有意差はみられなかった。

(イ) 肥満と社会経済的要因について

肥満と社会経済的要因については、経済的暮らし向き、生活の中での時間的なゆとりでは、有意差はみられなかったが、暮らしを総合的にみて、については肥満度がたかくなるにつれ、「ゆとりがある」と回答したものが多く (p=.027)、「ゆとりがある」、「ややゆとりがある」を合わせると、太りすぎ、太り気味、ふつう、やせぎみの順に多い結果であった。

(2) 調査 2 に参加した 14 人を 2 グループに分けて、グループ・ディスカッションを実施した。子どものおやつや甘味飲料の習慣化の予防に向けた、ヘルスコミュニケーションとして、以下のように整理された。

情報提供 5W1H として

**What:** 1 回の情報量については、たくさん、あれもこれも提供するのではなく、伝えたいことは一言でも毎回の相談日や健診時に伝える。一言何を伝えるか。

**When:** 情報提供の時期については、1.6歳や3歳児では遅く、離乳食の頃から味覚の慣れは始まるため、その頃から果汁ではなく、水やお茶を飲ませるように伝える。

**Who:** 情報提供の相手については、対象となる親だけではなく、保育者や祖父母等へも必要。

**Where:** 乳幼児とその親が集まる場所だけではなく、地域の保育者の研修会の場や祖父母の世代が集まる場所でも伝える。

**Why:** おやつや甘味飲料の糖が体にどのような影響を与えるか視覚的にわかるように伝える。

**How:** 適量が視覚的にわかるように伝える。

- ・視覚的に伝える方法として読み聞かせや紙芝居、エプロンシアターがある

#### 企業戦略に惑わされないように関う

- ・イオン飲料や乳酸飲料の「体にいいイメージ」
- ・〇〇か月から、〇〇歳から「スタートにはこれ」
- ・子どもが好きそうなキャラクター
- ・知育に、子どもの脳に「いい」
- ・インパクトのあるパッケージ
- ・〇〇も食べている、飲んでいる

#### 対象児だけでなく、家族や社会の変容も視野に入れる

子どものおやつや甘味飲料の習慣化の背景に親やきょうだいの生活リズムも関連していることや、親自身の味覚の感覚の問題、食に関する経験値の不足、食のコンビニエンス化(手間暇かけずに、簡単に)の問題も指摘された。さらに、社会的にはイギリスのように「砂糖税」をかけることで、おやつや甘味飲料に対する認識が高まるため、条例にする案も出された。

本研究では(1)親子の生活習慣の関連ならびに親のリテラシーの関連について明らかにし、親子の良好な生活習慣病構築のための施策への示唆を得ること、(2)幼児の出生体重と現在の体格および食事摂取状況や生活習慣の関連を明らかにし親子の食生活に関するヘルスコミュニケーションにつながる基礎的資料を得ること、(3)それらから、3歳児の親のリテラシーと間食の与え方、食事配慮状況を明らかな、3歳児の親のリテラシーと間食の与え方、食事配慮状況を明らかなし効果的なヘルスコミュニケーションについての示唆を得ることを目的とした。子どもの健康が、その家庭の経済状況や社会階層に影響されることは多くの研究で明らかになっている(Case A, et al, 2002) (Almquist Y B, et al, 2004)。また、親の学歴やリテラシーにも影響されており(Sanders LM, et al, 2021)、それらを鑑み実施した。本研究では、親のリテラシーと子どもへの間食の与え方や食事配慮との関連

が示された。また、子どもの体格と食事摂取状況との関連も示された。親のリテラシー向上のためには、毎回の相談時や健診時に、間食の与え方、食事配慮についての情報提供を視覚的に理解されるような工夫をしつつ行う必要がある。今後は、本研究で得られた示唆を社会実装することが課題である。

#### 文献

Ahrens W, Bammann K, Henauw S, Halford J, Palou A, Pigeot I, Siani A, Sjöström M; European Consortium of the IDEFICS Project Ahrens (2006). Understanding and preventing childhood obesity and related disorders--IDEFICS: a European multilevel epidemiological approach. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 16(4), 302-8.

Almquist Y B, Brännström L (2004). Childhood peer status and the clustering of social, economic, and health-related circumstances in adulthood. *Soc Sci Med.* 105. 67-75.

Anderson SE, Whitaker RC (2011). Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 165(3). 235-42.

Bathory E, Tomopoulos S, Rothman R, Sanders L, Perrin EM, Mendelsohn A, Dreyer B, Cerra M, Yin HS (2016). Infant Sleep and Parent Health Literacy. *Acad Pediatr.* 2016 Aug;16(6):550-7.

Case A, Lubotsky D, Paxson C (2002). Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient. *Am Econ Rev.* 92(5). 1308-34.

Chen AY, Escarce JJ (2010). Family structure and childhood obesity, Early Childhood Longitudinal Study - Kindergarten Cohort. *Prev Chronic Dis.* 7(3). A50.

Davison KK, Birch LL (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev.* 2(3). 159-71.

藤井千恵 (2017). 幼児・児童・生徒の睡眠・生活リズムに関連する要因の検討. 愛知教育大学研究報告. 66. 45-53.

福重淳一郎 (2000). 生活習慣病の予防. 日本小児科学会・日本小児保健協会・日本小児科医会 日本小児科連絡協議会ワーキンググループ. 心と体の健診ガイドー幼児偏一. 日本小児医事出版社, 東京. 251.

Ishikawa H, Nomura K, Sato M, Yano E (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promot Int.* 23(3). 269-74.

Jackson D, McDonald G, Mannix J, Faga P, Firtkoet A (2005). Mother's perceptions of overweight and obesity in their children. *Aust J Adv Nurs.* 23(2). 8-13.

小峰彩奈, 若林英里, 大浦裕二, 玉木志穂, 山本淳子(2019). 若年層の果物購買場面における情報過負荷の発生状況に関する研究. フードシステム研究. 26(4). 295-300.

厚生労働省. (2023/01/31). e-ヘルスネット. <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/food/e-03-012.html>

厚生労働省. (2023/01/31) H 平成 27 年度 乳幼児栄養調査結果の概要  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000134208.html>]

厚生労働省. (2023/01/31). N 乳幼児身体発育調査  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/73-22.html>

厚生労働省. (2023/01/31). R 令和 2 年度地域保健・健康増進事業報告の概況.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/20/dl/R02gaikyo.pdf>

文部科学省. 2023/01/20. 学校保健統計調査－令和 3 年度（確報値）の結果の概要.  
[https://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/k\\_detail/1411711\\_00006.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/k_detail/1411711_00006.htm)

Nakamura D, Ogawa M, Nakamura T, Izawa KP (2018). Impact of Parents' Comprehensive Health Literacy on BMI in Children: A Multicenter Cross-Sectional Study in Japan. *J Sch Health*. 88(12).910-916.

沼田直子, 山上孝司, 島茂, 鏡森定信(2000). 幼児期から小児期における体格変化の推移と特に過体重に及ぼす生活習慣要因について. *日本循環器管理研究協議会雑誌*. 36(1). 35-43.

緒方靖恵, 横山美江, 秋山有佳, 山縣然太郎(2021). 経済格差と 3 歳児の食習慣との関連. *日本公衆衛生学会誌*. 68(7). 493-502.

Ono S, Ogi H, Ogawa M, Nakamura D, Nakamura T, Izawa KP (2021). Relationship between parents' health literacy and children's sleep problems in Japan. *BMC Public Health*. 24.21(1).791.

Ramasubramanian L, Lane S, Rahman A(2013). The association between maternal serious psychological distress and child obesity at 3 years: a cross-sectional analysis of the UK Millennium Cohort Data. *Child Care Health Dev*. 39 (1).134-40.

阪本亮・中祐子ら(2007). 家計における生鮮果物消費の減少要因. *農林業問題研究*. 43(1). 151-155.

Sanders LM, Perrin EM, Yin HS, Delamater AM, Flower KB, Bian A, Schilderout JS, Rothman RL; Greenlight Study Team. (2021). A Health-Literacy Intervention for Early Childhood Obesity Prevention: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 147(5). e2020049866.

Schiavo, R (2007). *Health communication: From theory to practice*. San Francisco, CA: Josey Bass.

徳村光昭, 南里清一郎, 関根道和, 鏡森定信(2004). 朝食欠食と小児肥満の関係. *日本小児科学会雑誌*. 108(12). 1487-1494.

歌川孝子(1989). 5 歳児の健康に影響を及ぼす要因. *小児保健研究*. 48(5). 525-530.

山本淳子, 河野恵伸, 後藤一寿(2015). 果物に対する消費者の意識と利用実態に関する国際比較—日本・フランス・ドイツを対象として—. *フードシステム研究*. 22(3). 237-242.

山本浩二, 渡邊正樹(2014). 健康情報リテラシーを育てる中学校保健授業の研究 健康情報評価カードの開発と授業効果の分析. *日本教科教育学会誌*. 37(2). 29-38.

## F. 介護支援専門員によるヘルスコミュニケーションの実態と認知症高齢者への意思決定支援

工藤英明、葛西孝幸、山本明子、古川照美

### 要旨

青森県内の介護保険サービスを利用する高齢者や家族、介護支援専門員を対象に、情報提供や説明、意思決定支援の実態把握のための調査を行った。複雑な制度を十分に理解できていないまま介護サービスを利用している利用者側の状況と、意思決定支援が不十分な介護支援専門員側の状況が明らかになった。サービス利用者には、制度理解などの啓発活動、介護支援専門員には意思決定支援にかかる研修など、双方への働きかけが必要である。

### 1. 研究目的

介護支援専門員と要介護高齢者との間には、情報の非対称性という課題があり、介護支援専門員は情報操作ができる状況にある。これらを補うため、制度上外部評価や第三者評価、認証評価事業などが実施されている。しかし、要介護高齢者や家族はサービス選択時にこれらの情報を事前に得て、活用しているのかその実態は不明である。説明する側である介護支援専門員には、公正中立、質の高いサービス提供、複数のサービス事業所の提示義務が求められているが、実際の説明やサービス選択の判断材料となる情報が提示、説明されているかも不明である。一方、要介護高齢者や家族にとっては、専門的内容を理解できないまま介護支援専門員にお任せする形式的同意も考えられる。このことは、「説明と違う」といった苦情につながっている。介護保険制度の特性から、要介護高齢者や家族と介護支援専門員間では様々な場面で、書面同意による意思決定が必要とされている。要介護高齢者の多くは認知症を有し、本人の意思と家族の意思が対立することも推察される。これらのことも踏まえ、厚生労働省から、認知症の人の意志決定支援に関してガイドラインが示されているが、その活用状況も不明である。先行研究において、医療分野では、患者と医療職とのコミュニケーションに関する研究は多くある。一方、介護分野では、理念的な示説や総説、インタビューに基づく質的研究や事例研究が散見されるに留まり、その実態を捉えた調査研究は見当たらない。(なお現在、介護支援専門員を対象にした意思決定支援の全国調査が行われている。)

本研究は、介護支援専門員による説明が要介護高齢者や家族のサービス選択及び内容認識に与える影響及び認知症の人など判断能力の低下した方への介護支援専門員のコミュニケーションやケアマネジメントのあり方を検討することを目的としている。

### 2. 研究方法

本課題は、予備的調査と位置付けた介護支援専門員及び利用者・介護家族へのインタビュー調査と介護支援専門員を対象とした量的調査から成る。以下にその概要を示す。

#### 1) インタビュー調査

##### (1) 介護支援専門員を対象としたインタビュー調査

調査は、2020年12月から2021年3月の期間で、介護支援専門員4名を対象に、それぞれ個別に半構成化インタビューを実施した。インタビュー項目は、制度上説明が義務付けられている内容、先行研究の課題として指摘されている内容を研究者間で協議し設定した。分析は、インタビューで得られた内容を要約記述で整理し、介護保険制度の規定及びヘルスリテラシーに配慮したコミュニケーション内容と比較した。

##### (2) 要介護高齢者と家族を対象としたインタビュー調査

調査は、2020年12月から2021年3月の期間で、要介護高齢者・家族4名に対して、それぞれ個別に半構成化インタビューを実施した。インタビュー項目は、介護支援専門員へのインタビュー調査と関連付けられる内容、先行研究の課題として指摘されている内容を研究者間で協議し設定した。分析は、インタビューで得られた内容を要約記述で整理し、内容分析を行った。

#### 2) 介護支援専門員を対象とした量的調査

調査は、2021年12月1日から12月20日までの期間で実施した。調査対象は、青森県内の居宅介護支援を担う介護支援専門員1,443名とした(2021.4.1現在の青森県内指定居宅介護支援事業所(WAMネット参照)481か所に対して1事業所あたり3名分の調査票を送付した。うち住所不明11、休止1で計469か所×3=1,407名へ配布した)。調査項目は、回答者の基本項目、直近でサービス担当者会議を行った認知症を有するケースの概要、認知機能の把握の現状、サービス担当者会議における意思決定支援の実態、認知症高齢者への意思決定支援についての考え・行動、介護サービス選択のための情報提供の実態、意思決定支援に係る自由記述などである。

### 3. 倫理的配慮

各調査は、青森県立保健大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

### 4. 研究結果

#### 1) インタビュー調査

##### (1) 介護支援専門員を対象としたインタビュー調査

##### ア、介護サービスの提案状況

対象者の回答から共通する事項は、「重要事項説明書を中心とした説明」であった。その他の事項は、「同一法人のサービス利用の場合の連携メリット」、「担当者はいつでも変更可能なこと」、「自立支援のため今後のサービス変更やサービスを減らしていく可能性」などの説明であった。

#### イ、サービス事業所提案状況

対象者の回答から共通する事項は、「サービス事業所はいずれも複数提示」、「見学機会の設定」、「本人の状況に合わせた(アセスメント結果から)事業所の規模(本人の状況に合うであろう)の提案」であった。「サービスの質に資する公的情報の提示」はされていなかった。一方、利用者に合わせた提案をしたくても、「地域でのサービス選択肢が少ない状況」が指摘された。

#### ウ、ケアプラン内容で利用者が十分理解できていない点

「利用者自身が自分のニーズを理解していない」、「医師やリハスタッフの説明内容」、「介護保険制度は自立支援を前提としている制度」などが挙げられた。

#### エ、混同しやすいサービス説明の工夫

「パンフレット、図表、フローチャートの活用」、「相手の理解できる言葉の使用(難しい言葉を使わないなど)」、「繰り返しの説明」などが挙げられた。しかしながら、「高齢者の理解は難しい状況」であるとの認識であった。

#### オ、要介護高齢者・家族に間違った認識をされることが多い点

対象者の回答から共通する事項は、「介護保険制度は自立支援制度」である点、「訪問介護のサービス内容(できること、できないことの認識)」が挙げられた。

#### カ、同一種別のサービスを紹介する際の紹介数

「地域包括支援センター担当圏域内事業所全て」、「保険者登録全サービス事業所リストから利用者居住地区とニーズに基づきソートをかけた結果」、などが挙げられた。

#### キ、医療サービスの必要性の説明

医療系介護支援専門員は、「当初から医療系サービスの利用を前提として紹介されるためその必要性は少ない」、福祉系介護支援専門員は、「受診同行による医師の説明や主治医意見書の活用」、などを挙げていた。

#### ク、説明と認識の相違がある点

「リハビリとマッサージ」、「訪問介護のできること・できないこと」、「サービスの利用目的」、「ヘルパーと介護支援専門員」、「予防給付と介護給付」、「加算事項」、などが挙げられた。

#### (2) 要介護高齢者と家族を対象としたインタビュー調査

##### ア、介護サービス選択の際提示されている情報内容

介護サービス選択の際には、①介護支援専門員の担当者が利用者・家族から希望などを聞き取る、②介護支援専門員がアセスメントの上で介護サービスおよびサービス事業所の情報提供、③要介護高齢者と家族が取捨選択する、流れが共通で挙げられていた。

介護サービス利用が緊急であった場合には、「介護サービスおよびサービス事業所の選択を介護支援専門員へ一任」し、提示された中から「自宅から近いなどの要介護高齢者と家族が最優先する条件が合致するもの」を選択し決定していた。

緊急以外の場合、「体験利用などで情報収集」し、「要介護高齢者と家族が相談の上で決定」していた。介護サービス選択の例として、希望していなかった医療系サービスの利用に関して、「利用する目的や展望の説明を受け、納得の上で利用すること」でサービス利用を肯定的に受け入れていた。希望する事前情報は、「通所の規模やスタッフの人柄」、「サービスの質」が挙げられた。

#### イ、説明内容に関する理解状況

共通するものとして、サービス利用日や利用料は理解しているが、サービス計画に関する総合的な援助の方針や評価の内容、重要事項説明書や各サービスの加算の専門用語が難しく、理解が不十分であることが挙げられた。

#### ウ、説明事項に関する疑問とその対応

緊急で介護サービス利用となった場合、「気になることがあっても提案のまま承諾していた」。サービス計画書、評価に関しては「『無理を利いてもらった』との心情から、理解が不十分でも言い出しにくかったり、煩わしさからそのまま承諾している」ことが挙げられた。緊急時以外の場合、「疑問が生じた際にその都度確認する」行動をとっていた。説明を求めた事項には、「難病支援や障害総合支援との区別」、「各サービスの加算」が挙げられた。

#### エ、説明と認識の相違がある点

緊急で介護サービス利用となった場合、「福祉用具購入の際に専門職種からアセスメントしてもらい納得して購入したつもりだったが、ほとんど使用していない」、「ADLの状況から使用できなかった」、「通所リハビリテーション利用に関する診察等の必要手続きの煩わしさ」が挙げられた。

#### 2) 介護支援専門員を対象とした量的調査

分析対象は、回収された494票(回収率35.1%)とした。なお各項目は無回答を除いて集計している。

##### ア、回答者属性

性別は、「男性」94名(19.1%)、「女性」397名(80.9%)、「平均年齢」は49.1±8.2歳、「主任介護支援専門員資格あり」は244名(50%)、基礎資格は「介護福祉士」が最も多く376名(76.4%)、「平均担当者数」は29.9±11.4件であった。

##### イ、対象事例の概要

事例対象者の「性別」は、「男性」127名(26.1%)、「女性」359名(73.9%)であった。「要介護度」は、「要支援2」が8名(1.6%)、「要介護1」が133名(27.3%)、「要介護2」が131名(26.9%)、「要介護3」が108名(22.2%)、「要介護4」が60名(12.3%)、「要介護5」が30名(6.2%)、「現在申請中(更新含む)」が17名(3.5%)であり、「要介護2」以下が272名(55.9%)と50%以上を占めた。「障害高齢者の自立度判定」は、「自立」9名(1.9%)、「J1」25名(5.2%)、「J2」80名(16.7%)、「A1」112名(23.4%)、「A2」135名(28.2%)、「B1」27名(5.6%)、「B2」65名(13.6%)、「C1」14名(2.9%)、「C2」12名(2.5%)で「A2」以下の軽度者が75%以上を占めた。「認知症高齢者の自立度判定」は、「自立」1名(0.2%)、「I」22

名(4.6%)、「Ⅱa」50名(10.4)、「Ⅱb」145名(30.0%)、「Ⅲa」157名(32.5%)、「Ⅲb」49名(10.1%)、「Ⅳ」46名(9.5%)、「Ⅴ」13名(2.7%)で「Ⅱa」以上の者が約95%を占めた。

「世帯種別」は、子供等との同居等による「その他世帯」が最も多く231件(46.8%)、次いで「単身世帯」が160件(32.4%)、「高齢者夫婦世帯」が92件(18.6%)を占めた。「居住場所」は「自宅」が最も多く343件(69.7%)、次いで「自宅以外の居宅(有料・サ高住)」119件(24.2%)、「その他」30件(6.1%)であった。「キーパーソン」は「息子・娘」が290件(58.9%)で最も多く、次いで「配偶者」82件(16.7%)、「本人」50件(10.2%)、「成年後見人」10件(2.0%)、「その他」89件(18.1%)であった。普段の「ケアプラン確認者」は、「息子・娘」が280件(56.9%)で最も多く、次いで「本人」105件(21.3%)、「配偶者」86件(17.5%)、「成年後見人」8件(1.6%)、「その他」90件(18.3%)であった。

#### ウ. 事例の意思決定能力の評価

「理解度」評価は、「ほとんどない」146件(29.8%)、「あまりない」134件(27.3%)、「すこしある」193件(39.4%)、「ほぼある」17件(3.5%)であり、「理解力がある」との評価は50%を下回る。同様に、「認識力」の評価は、「ほとんどない」111件(22.6%)、「あまりない」112件(22.8%)、「すこしある」221件(45.0%)、「ほぼある」47件(9.8%)で「認識力がある」で50%を上回る。「論理力」評価は、「ほとんどない」177件(36.0%)、「あまりない」178件(36.3%)、「すこしある」132件(26.9%)、「ほぼある」4件(0.8%)で「論理力がある」で30%を下回る。「意思表示」評価は、「ほとんどない」67件(13.6%)、「あまりない」107件(21.7%)、「すこしある」240件(48.8%)、「ほぼある」78件(15.9%)で「意思表示力がある」で50%を上回る。

#### エ. 事例を担当するに至った経緯

「知人からの紹介」9件(1.8%)、「関連介護サービス機関からの紹介」33件(6.7%)、「外部介護サービス機関からの紹介」23件(6.7%)、「医療機関からの紹介」38件(7.7%)、「保険者からの紹介」10件(2.0%)、「地域包括支援センターからの紹介」138件(28.1%)、「利用者・家族からの直接相談」131件(26.7%)、「前任者からの引継ぎ」96件(19.6%)、「地域での選択肢が限定(選べない)」1件(0.2%)、「その他」12件(2.4%)であった。

#### オ. 事例のサービス担当者会議について

会議への「本人参加」は433件(88.0%)、「不参加」は59件(12.0%)であった。会議において本人からの「質問があった」は126件(25.6%)、「なかった」は364件(74.4%)であった。同様に「発言があった」は421件(85.2%)、「なかった」67件(13.7%)であった。会議への「家族参加」は380件(79.0%)、「不参加」は101件(21.0%)であった。家族からの「質問があった」は257件(53.1%)、「なかった」は227件(46.9%)であった。同様に「発言があった」は265件(55.2%)、「なかった」は215件(44.8%)であった。

#### カ. 認知機能の把握について

本人の「認知機能の把握」は24件(5.1%)、「把握していない」は446件(94.3%)であった。認知機能評価指標の活用については、何らかの「指標を活用していた」は26件(5.5%)、

「していない」が449件(94.5%)であった。「認知症に特化したアセスメントツールの活用」は10件(2.1%)、「活用していない」は471件(97.9%)であった。

#### キ. 事例への意思決定支援の自己評価(表1)

|                                                                                  | まったくしていない | あまりしていない  | すこししている   | ほぼしている    | 合計  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|
| 1. 本人の意思を尊重する態度で接している                                                            | 3(0.6)    | 10(2.1)   | 212(44.1) | 256(53.2) | 481 |
| 2. 本人が自らの意思を表明しやすいよう、本人が安心できる態度で接している                                            | 1(0.2)    | 5(1.0)    | 186(38.8) | 288(60.0) | 480 |
| 3. 本人のこれまでの生活史について、家族関係も含め理解している                                                 | 0(0)      | 17(3.5)   | 244(50.7) | 220(45.7) | 481 |
| 4. 丁寧に本人の意思を都度確認している                                                             | 1(0.2)    | 40(8.4)   | 253(53.2) | 182(38.2) | 476 |
| 5. 意思決定の際は、立ち会う人にも配慮している                                                         | 0(0)      | 12(2.5)   | 176(37.1) | 286(60.3) | 474 |
| 6. 意思決定支援の際は、本人の慣れた場所で行っている                                                      | 2(0.2)    | 26(5.4)   | 150(31.1) | 305(63.1) | 483 |
| 7. 不慣れた場所での意思決定は、時間をかけるなどの配慮をしている                                                | 5(1.1)    | 51(10.9)  | 237(50.9) | 173(37.1) | 466 |
| 8. 意思決定は、本人が疲れているときは避けている                                                        | 2(0.4)    | 39(8.1)   | 226(47.0) | 214(44.5) | 481 |
| 9. 意思決定支援は、用いた情報を含め経過を記録している                                                     | 0(0)      | 41(8.6)   | 212(44.3) | 226(47.2) | 479 |
| 10. 本人が意思を形成するのに必要な情報を説明している                                                     | 4(0.8)    | 51(10.6)  | 263(54.9) | 161(33.6) | 479 |
| 11. 本人が理解できるよう、分かりやすい言葉や文字にして、ゆっくりと説明している                                        | 4(0.8)    | 15(3.1)   | 190(39.4) | 273(56.6) | 482 |
| 12. 本人が理解している事実認識に誤りがないか確認している                                                   | 4(0.8)    | 69(14.3)  | 249(51.8) | 159(33.1) | 481 |
| 13. 本人が自発的に意思を形成するのに障害となる環境等に配慮している                                              | 4(0.8)    | 66(13.8)  | 277(58.1) | 130(27.3) | 477 |
| 14. 内容を忘れた場合、都度丁寧に説明している                                                         | 3(0.6)    | 32(6.6)   | 194(40.2) | 253(52.5) | 482 |
| 15. 「何を望むか」開かれた質問で聞いている                                                          | 3(0.8)    | 67(13.9)  | 261(54.0) | 152(31.5) | 483 |
| 16. 選択肢を示す場合には、複数の選択肢を示している                                                      | 4(0.8)    | 53(11.2)  | 257(54.4) | 158(33.5) | 472 |
| 17. 選択肢を示す場合には、比較のポイントや重要なポイントをわかりやすく示している(図や表の活用など)                             | 15(0.8)   | 199(41.2) | 192(39.8) | 77(15.9)  | 483 |
| 18. 自発的に形成され、表明された意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させている                          | 4(0.8)    | 96(20.2)  | 302(63.6) | 73(15.4)  | 475 |
| 19. 家族は、本人が自発的に意思を形成・表明できるように接し、その意思を尊重している                                      | 8(1.7)    | 113(23.5) | 255(53.1) | 104(21.7) | 480 |
| 20. 本人の意思と家族の意思が対立した場合、家族の悩みや対立の原因などを確認し、必要な社会資源を提供しても、本人の意思を尊重することができないかを検討している | 3(0.6)    | 82(17.3)  | 295(62.4) | 93(19.7)  | 473 |
| 21. いったん決定した意思であっても(意思は変わることがあるため)、その後複数回にわたって確認している                             | 2(0.4)    | 62(12.8)  | 265(54.9) | 154(31.9) | 483 |

すべての自己評価項目で、「すこししている」「ほぼしている」の評価で50%を超えているが、「17. 選択肢を示す場合には、比較のポイントや重要なポイントをわかりやすく示し

ている(図や表の活用など)」「18. 自発的に形成され、表明された意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させている」「19. 家族は、本人が自発的に意思を形成・表明できるように接し、その意思を尊重している」「20. 本人の意思と家族の意思が対立した場合、家族の悩みや対立の原因などを確認し、必要な社会資源を提供しても、本人の意思を尊重することができないかを検討している」「21. いったん決定した意思であっても(意思は変わることがあるため)、その後複数回にわたって確認している」では、他の項目に比較し、若干「あまりしていない」の割合が高かった。

ク. 意思決定支援への考えや行動について(表2)

|                                       | まったく<br>思わ<br>ない・行<br>動して<br>いない | あまり<br>思わ<br>ない・行<br>動して<br>いない | どちらか<br>という<br>とそう<br>思う・行<br>動して<br>いる | そう<br>思う・<br>行動し<br>ている | 合計  |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|-----|
| 1. 高齢者中心の介護サービスを実現すべきである              | 2(0.2)                           | 71(14.8)                        | <b>323(67.4)</b>                        | <b>83(17.3)</b>         | 479 |
| 2. 高齢者中心の介護サービスは実現に近づいている             | <b>13(2.7)</b>                   | <b>261(54.7)</b>                | 190(39.8)                               | 13(2.7)                 | 477 |
| 3. 介護サービスの提供方法については高齢者の意思を尊重すべきである    | 0(0)                             | 19(3.9)                         | <b>338(69.7)</b>                        | <b>128(26.4)</b>        | 485 |
| 4. 高齢者は介護サービスの提供方法の選択に積極的に関わるべきである    | 0(0)                             | 23(4.7)                         | <b>289(59.6)</b>                        | <b>173(35.7)</b>        | 485 |
| 5. 高齢者が質問しやすい雰囲気を中心掛けている              | 0(0)                             | 1(0.2)                          | <b>227(46.8)</b>                        | <b>257(53.0)</b>        | 485 |
| 6. 高齢者の思い(介護の不安や良くなった時の喜びなど)に共感を示している | 0(0)                             | 4(0.8)                          | <b>224(46.1)</b>                        | <b>258(52.9)</b>        | 486 |
| 7. 高齢者の悩みに十分に対応している                   | 0(0)                             | 68(14.0)                        | <b>339(69.6)</b>                        | <b>80(16.4)</b>         | 487 |
| 8. 介護サービスの提供方法について高齢者に分かりやすく説明している    | 0(0)                             | 18(3.7)                         | <b>311(63.9)</b>                        | <b>158(32.4)</b>        | 487 |
| 9. 高齢者の質問に丁寧に答えている                    | 0(0)                             | 2(0.4)                          | <b>264(54.2)</b>                        | <b>221(45.4)</b>        | 487 |
| 10. 相談時間は十分に設けている                     | 3(0.6)                           | 32(6.6)                         | <b>263(54.2)</b>                        | <b>187(38.6)</b>        | 485 |
| 11. 相談時においては高齢者のプライバシーは守られている         | 3(0.6)                           | 10(2.1)                         | <b>223(45.8)</b>                        | <b>254(52.5)</b>        | 487 |
| 12. 高齢者の話をよく聞いている                     | 3(0.6)                           | 7(1.4)                          | <b>253(52.0)</b>                        | <b>227(46.6)</b>        | 487 |
| 13. 高齢者には誠実に接している                     | 3(0.6)                           | 2(0.4)                          | <b>218(44.9)</b>                        | <b>265(54.6)</b>        | 485 |
| 14. 自分の介護サービスを自分で管理できるよう支援している        | 2(0.4)                           | <b>168(34.9)</b>                | <b>263(54.6)</b>                        | <b>49(10.2)</b>         | 482 |
| 15. 自分の介護サービスに積極的に関われるよう支援している        | 2(0.4)                           | <b>101(20.9)</b>                | <b>326(67.4)</b>                        | <b>57(11.8)</b>         | 484 |
| 16. 介護サービスの情報を積極的に集められるよう情報提供している     | 2(0.4)                           | 88(18.2)                        | <b>293(60.5)</b>                        | <b>103(21.3)</b>        | 484 |
| 17. 自身の状態についての知識が得られるよう支援している         | 1(0.2)                           | <b>137(28.4)</b>                | <b>281(58.3)</b>                        | <b>63(13.1)</b>         | 482 |
| 18. 介護サービスの提供方法についての知識が得られるよう支援している   | 1(0.2)                           | <b>109(22.6)</b>                | <b>313(64.8)</b>                        | <b>60(12.4)</b>         | 483 |
| 19. 介護サービスの効果の知識が得られるよう支援している         | 1(0.2)                           | <b>107(22.2)</b>                | <b>315(65.2)</b>                        | <b>60(12.4)</b>         | 483 |
| 20. 介護サービスのリスクの知識が得られるよう支援している        | 1(0.2)                           | <b>133(27.6)</b>                | <b>288(59.8)</b>                        | <b>61(12.7)</b>         | 482 |

|                                     |        |                  |                  |                 |     |
|-------------------------------------|--------|------------------|------------------|-----------------|-----|
| 21. 介護支援専門員の説明が十分理解できるよう支援している      | 1(0.2) | 36(7.5)          | <b>353(73.4)</b> | <b>92(19.1)</b> | 481 |
| 22. 自分の状態を介護支援専門員にきちんと説明できるよう支援している | 1(0.2) | <b>111(23.1)</b> | <b>313(65.2)</b> | <b>55(11.5)</b> | 480 |

多くの項目で「どちらかというと思う・行動している」「そう思う・行動している」と肯定的な回答傾向であったが、「2. 高齢者中心の介護サービスは実現に近づいている」のみ否定的な回答傾向にあった。また、「14. 自分の介護サービスを自分で管理できるよう支援している」「15. 自分の介護サービスに積極的に関われるよう支援している」「17. 自身の状態についての知識が得られるよう支援している」「18. 介護サービスの提供方法についての知識が得られるよう支援している」「19. 介護サービスの効果の知識が得られるよう支援している」「20. 介護サービスのリスクの知識が得られるよう支援している」「22. 自分の状態を介護支援専門員にきちんと説明できるよう支援している」の各項目については、肯定的な回答傾向であるものの、「あまり思わない・行動していない」と否定的な回答の割合が他の項目に比べ若干高い傾向であった。

ケ. ふだんのサービス紹介時の情報提供について(表3)

|                                        | まったく重<br>視・活用し<br>ていない | あまり重視・<br>活用してい<br>ない | すこし重視・<br>活用してい<br>る | かなり重<br>視・活用し<br>ている | 合計  |
|----------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----|
| 1. 県の認証事業所                             | <b>89(18.7)</b>        | <b>263(55.1)</b>      | 111(23.3)            | 14(2.3)              | 477 |
| 2. 外部評価・第三者評価情報                        | <b>84(17.5)</b>        | <b>289(60.1)</b>      | 99(20.6)             | 9(1.9)               | 481 |
| 3. 情報公表制度の情報                           | <b>64(13.4)</b>        | <b>229(47.8)</b>      | 158(33.0)            | 28(5.8)              | 479 |
| 4. 事業所の力量(目標達成や要介護との改善実績など)            | 26(5.5)                | 112(23.5)             | <b>241(50.6)</b>     | <b>97(20.4)</b>      | 476 |
| 5. 事業所内のスタッフの力量(特殊スキルを持ったスタッフの存在など)    | 11(2.3)                | 52(10.8)              | <b>265(55.0)</b>     | <b>154(32.0)</b>     | 482 |
| 6. 利用者の状況勘案した、事業所のバックボーン(医療機関や特養などの併設) | 6(1.3)                 | 56(11.7)              | <b>281(58.5)</b>     | <b>137(28.5)</b>     | 480 |
| 7. 利用者の自宅からの距離                         | 8(1.7)                 | 75(15.6)              | <b>278(57.5)</b>     | <b>121(25.1)</b>     | 482 |
| 8. 利用者の状況・状態に合わせた事業所規模・環境              | 3(0.6)                 | 21(4.4)               | <b>187(38.8)</b>     | <b>271(56.2)</b>     | 482 |
| 9. 見学・体験を通じた利用者の自己決定                   | 3(0.6)                 | 21(4.4)               | <b>200(41.5)</b>     | <b>258(53.5)</b>     | 482 |
| 10. 月一回の訪問での状況による                      | 4(0.8)                 | 41(8.6)               | <b>164(34.2)</b>     | <b>270(56.4)</b>     | 479 |

「1. 県の認証事業所」「2. 外部評価・第三者評価情報」「3. 情報公表制度の情報」など公的かつ客観的な情報は「まったく重視・活用していない」「あまり重視・活用していない」と否定的な回答傾向であった。一方、介護支援専門員の主観に基づくその他の項目はすべて「すこし重視・活用している」「かなり重視・活用している」と肯定的な回答傾向であった。

## 5. 考察

### 1) 介護支援専門を対象としたインタビュー調査

### (1) 介護保険制度上の課題

今回の結果からは、説明の方法などは規定通り行われていた。しかしながら、サービスの質に関しては、必要な情報が提示されていなかった。令和3年度4月の国民健康保険団体連合会の介護保険に係る苦情統計では、「契約・手続き」次いで「サービスの質」、「説明不足」が多い結果となっていたことから、利用者の理解力に合わせた説明や利用者の利益に資する情報提示が求められる。

### (2) ヘルスコミュニケーションの実態と課題

ヘルスリテラシーに配慮したコミュニケーション方法と照らし合わせると、「繰り返しの説明」は「ゆっくりと時間をかける」、「相手の理解できる言葉の使用」は「わかりやすい言葉、専門用語以外を使う」、「パンフレットや図表、フローチャートの活用」は「絵を見せたり描いたりする」と同様と捉えることができる。一方、「1回の情報量の制限」、「ティーチバック」「質問しても恥ずかしくない環境」までは実施されているか、今回の結果からは読み取れなかった。利用者の理解力にあわせた説明の仕方には一部課題が残された。

### 2) 要介護高齢者と家族を対象としたインタビュー調査

説明の場におけるコミュニケーションの実態と課題は、緊急で介護サービス利用となった場合は、混乱期の中では介護サービスの利用開始自体が大きな目的となり、質的な部分は後回しになっている状況があった。さらに、「緊急でサービスを調整してもらった」「無理を利いてもらった」などから、疑問や意見を主張しにくい心理状態となり、その後のサービス利用などの評価が行われる際、目標や評価といった質的部分の説明不足・理解不足から生じる、認識の差が解消されない、していないことが示唆された。ある程度準備期間がある場合では、サービス利用の目的や展望などの説明とともに、体験利用などの情報収集を経て、自分でサービスの選択をした場合、その満足度は高くなり、認識の差に対する不満は生じにくくなるのではないかと考えられた。また、希望する事前情報は、サービスの質に関連する情報を含んでいることから、事前に質的な情報を補完し、説明することで要介護高齢者・家族の認識の差は解消されると推察される。

### 3) 介護支援専門員を対象とした量的調査

事例対象者の認知症高齢者自立度判定Ⅱa以上は9割を超え、約半数が高齢者のみ世帯であり、7割近くが自宅で暮らし、理解力、認識力、論理力に課題を有する者が多いという結果から、多くの要介護高齢者は、複雑な制度利用において意思決定支援が必要とされる環境下にあると推察される。一方、意思決定支援については、認知症自立度の判断はされているものの、より詳細な認知機能の把握はされていない状況であった。そのため、「意思決定支援をしている」とする回答割合が高くても、その支援内容の適切性については不明である。情報提供のあり方については、要介護高齢者等の権利擁護を含め、公的機関の客観的な情報の活用は少なく、併設機関や自宅からの距離など質とは関係ない情報やスタッフの力量といった主観的情報が優先されていた。サービス選択にかかる意思決定支援における情報提供や質の評価・情報公表制度そのものの課題も推察される。

### 6. 文献

- ・福田洋・江口泰正編著(2016)「ヘルスリテラシー」大修館書房.
- ・国民健康保険中央会「苦情申立及び相談受付状況令和3年度4月」[https://www.kokuho.or.jp/statistics/kaigo/kujou/st\\_kujou\\_R3.html](https://www.kokuho.or.jp/statistics/kaigo/kujou/st_kujou_R3.html).
- ・日本ヘルスコミュニケーション学会(2011)<http://healthcommunication.jp/index.html>(2021年11月24日閲覧)
- ・厚生労働省(2018)「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」

G. 介護保険を利用する外来患者に係る外来看護職と介護支援専門員等の  
コミュニケーションの現状と課題

葛西孝幸、工藤英明、山本明子、古川照美

要旨

青森県内の外来看護職と介護支援専門員等を対象に、介護保険を利用する外来患者を支えるための介護医療連携を促進するコミュニケーションの現状と課題の調査を行った。結果として、専門職間の連携が必要であると認識していながらも、積極的なコミュニケーションがはかられていないこと、それぞれの専門職が担うべき役割が明らかとなった。両専門職が望む形の介護医療連携のために、「顔の見える関係」を構築する機会を意図的に設け、連絡ツール等の早急な開発が必要であると考えられた。

1. 研究目的

2025年には外来患者の6割を65歳以上の高齢者が占めるとの報告があり、地域包括ケアシステムを推進している中で、外来患者に係る介護医療連携の重要性が改めて認識されている。青森県においても医療ニーズの高い要介護高齢者の増加が予測でき、質の高い効率的・効果的な介護医療連携体制の構築のもと、外来患者が安心して医療および介護を受けることができる基盤整備が急務である。しかし、全国的に見ても外来患者に係る介護医療連携の中心となる外来看護職および介護支援専門員等への実態調査は、量的・質的研究が散見される程度であり、十分検証されているとは言い難い。

本研究は、高齢化の進む青森県において、外来患者に係る介護医療連携の中心を担う医療機関（病院や一般診療所）の外来看護職と、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の介護支援専門員等のコミュニケーションのあり方を検討することを目的としている。

2. 研究方法

本研究は、予備的調査として実施した青森市内医療機関の外来看護職および地域包括支援センターの主任介護支援専門員へのインタビュー調査と、青森県内医療機関の外来看護職および地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の介護支援専門員等を対象にした質問紙調査で構成されている。

以下に概要を示す。

(1) 研究①インタビュー調査

調査は、2021年1月に、青森市内の小児科、眼科及び耳鼻科単科を除く医療機関の外来看護職及び、地域包括支援センターの主任介護支援専門員に対して、研究依頼文書を発送した。研究への協力を承諾してくれた研究対象者（外来看護職4名、主任介護支援専門

員3名）に、同年3月に半構造化インタビューを実施した。インタビュー項目は、外来における介護医療連携の実態を把握するために、外来看護職と介護支援専門員等の連携の状況、連携での困難さ、それぞれの職種に期待すること、連携における工夫している点および改善点等を準備した。その後、インタビューで得られた内容を質的記述的方法で、介護医療連携の促進要因と阻害要因の2分類で分析した。

なお、本研究は、青森県立保健大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号20066）。

(2) 研究②質問紙調査

ア、外来看護職を対象とした質問紙調査

調査は、2022年6月から8月にかけて、2021年度青森県健康福祉関係施設名簿を参照し、青森県内の小児科単科医療機関を除くすべての医療機関601か所（病院93、診療所508）の院長宛てに、調査協力依頼文書を送付した。このうち院長から調査協力の内諾および外来看護職人数の返信が得られた医療機関68か所（病院24、診療所44）に、外来看護職465名（病院251名、診療所214名）を対象として、各医療機関に無記名自記式質問紙調査票を送付した。調査項目は、対象者の属性として、年齢、性別、職種、職位、外来看護職経験年数、病院診療所別および二次保健医療圏別位置付け等を確認した。さらに、介護保険を利用する高齢者の外来受診に係る介護支援専門員等とのコミュニケーションおよび情報提供の双方向性の実態、介護用語等のわかりにくさ、介護支援専門員に期待している機能、連携推進のための顔を合わせる機会の必要性等を設定した。

イ、介護支援専門員等を対象とした質問紙調査

調査は、2022年6月から8月にかけて、WAMNETを参照（2021年4月1日時点）し、青森県内の居宅介護支援事業所483か所ならびに地域包括支援センター72か所に所属する介護支援専門員、保健師等、主任介護支援専門員、社会福祉士等の1,665名を対象に、各事業所当たり3名分の無記名自記式質問紙調査票を送付した。調査項目は、対象者の属性として、年齢、性別、職種、主任介護支援専門員資格の有無、所属先種別および二次保健医療圏別位置付け等を確認した。さらに、担当高齢者の外来受診に係る外来看護職とのコミュニケーションおよび情報提供の双方向性の実態、医療用語等のわかりにくさ、外来看護職の連携機能の有効性、連携推進のための顔を合わせる機会の必要性等を設定した。

なお、ア、イの各研究は、青森県立保健大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号21100）。

3. 研究結果

以下に各研究結果の一部を示す。

(1) 研究①インタビュー調査

対象者の属性は、外来看護職4名（うち病院勤務2名、診療所勤務2名、年齢30代～50代、役職として主任または看護師長）、主任介護支援専門員3名（年齢30代～50代、

基礎資格が介護福祉士及び社会福祉士)の計7名であった。

結果は、外来看護職からみた介護医療連携の促進要因として、34のコードから【顔の見える関係の構築】【介護支援専門員からの連携行動】【医療機関からの連携行動】【介護情報のカルテ入力】【連携ツールを使用した情報共有】【医療用語を使用しないわかりやすい説明】【介護支援専門員による患者・家族の代弁機能】【介護に関する指導・助言】の8カテゴリが生成された。阻害要因は、29のコードから【看護職の連携能力の課題】【看護職の患者理解不足】【介護支援専門員による医療との連携不足】【介護支援専門員による医療の理解不足】【介護サービスの質低下】【患者・家族による要因】の6カテゴリが生成された(表1参照)。

表1 外来看護職からみた介護医療連携の促進要因および阻害要因

| 介護医療連携 | カテゴリ                    | 代表的なコード(コード数)                                                     |
|--------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 促進要因   | 【顔の見える関係の構築】            | できる限り顔の見える関係づくりを目指している。(7)                                        |
|        | 【介護支援専門員からの連携行動】        | ケアプランをFAXしてくれたり、介護支援専門員の変更の連絡をくれたりと密な連携をはかってくれるとお互い連絡が取りやすくなる。(5) |
|        | 【医療機関からの連携行動】           | 早め早めに病院から介護支援専門員に声掛けするようにしている。(7)                                 |
|        | 【介護情報のカルテ入力】            | 患者の担当介護支援専門員がわかれば電子カルテに入力している。(2)                                 |
|        | 【連携ツールを使用した情報共有】        | 連携をはかるためのチェックリストを使用することで、どの看護職も情報の伝達漏れを防ぐことができる。(4)               |
|        | 【医療用語を使用しないわかりやすい説明】    | 医療的知識よりも、本人・家族の代弁者であって欲しい。(6)                                     |
|        | 【介護支援専門員による患者・家族の代弁機能】  | 医療の専門用語を使用しない。(1)                                                 |
|        | 【介護支援専門員による介護に関する指導・助言】 | 介護保険に関するサービスを含めた様々なアドバイスをして欲しい。(3)                                |
| 阻害要因   | 【看護職の連携能力の課題】           | サービス担当者会議への出席依頼を受けたことがない。(6)                                      |
|        | 【看護職の患者理解不足】            | ヘルパーの中には、どういう理由で受診してきたのかわからない人もいる。ヘルパーと連携を取って欲しい。(9)              |
|        | 【介護支援専門員による医療との連携不足】    | 医療機能の理解不足がみられる。(5)                                                |
|        | 【介護支援専門員による医療の理解不足】     | 患者の介護支援専門員が誰なのかわからない。患者本人に聞いても分からない。(2)                           |
|        | 【介護サービスの質低下】            | 一度もお会いしたことがない介護支援専門員が多く、積極的に意見交換したいと思うが出来ずにいる。(6)                 |
|        | 【患者・家族による要因】            | 外来看護職は患者と接する機会は驚くほど少なく、患者を把握しているとは言い切れない。(1)                      |

次に、主任介護支援専門員からみた介護医療連携の促進要因として、16のコードから【顔の見える関係の構築】【医療機関の連携担当者の明確化】【外来看護職による介護支援専門員と介護サービスの理解】【医療に関する指導・助言】の4カテゴリが生成された。阻害要因は、17のコードから【職種間コミュニケーション能力の不足】【外来看護職による情報の伝達不足】【医療機関の連携担当者不明】【介護保険システムの理解不足】【医療に対する苦手意識】の5カテゴリが生成された(表2参照)。

表2 主任介護支援専門員からみた介護医療連携の促進要因および阻害要因

| 介護医療連携 | カテゴリ                        | 代表的なコード(コード数)                                              |
|--------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|
| 促進要因   | 【顔の見える関係の構築】                | 地域内関係機関を回り、包括・介護支援専門員役割説明、地域ネットワーク会議を通して継続的に顔の見える関係を作る。(7) |
|        | 【医療機関の連携担当者の明確化】            | 外来担当の窓口を定めてもらえると助かる。(2)                                    |
|        | 【外来看護職による介護支援専門員と介護サービスの理解】 | 介護保険制度への理解。(3)                                             |
|        | 【外来看護職による医療に関する指導・助言】       | 連携時のわかりやすい説明と指導。(4)                                        |
| 阻害要因   | 【職種間コミュニケーション能力の不足】         | 現状、介護支援専門員から業務上一方的に情報を伝えているだけ。連携が双方向ではない。(8)               |
|        | 【外来看護職による情報の伝達不足】           | ケアプラン持参しても見ないでファイリングされる。(2)                                |
|        | 【医療機関の連携担当者不明】              | 診療所は窓口が不明。(2)                                              |
|        | 【介護保険システムの理解不足】             | 医療側の理解不足が業務負担になっている。(3)                                    |
|        | 【医療に対する苦手意識】                | 個人的に、医療ケース得意ではない。一歩引いてしまう。(2)                              |

## (2) 研究②質問紙調査

### ア、外来看護職を対象とした質問紙調査

外来看護職465名を対象に調査した結果、回収は183票であり(回収率39.4%)、研究への同意が得られたすべての票を分析対象とした(属性一部未回答者4名含む)。

回答者の属性は、平均年齢45.4±10.5歳、男性7名(3.9%)、女性174名(96.1%)、看護師139名(76.4%)、助産師42名(23.1%)、准看護師1名(0.5%)であった。職位としては、看護師長17名(9.5%)、主任28名(15.6%)が含まれ、外来看護経験年数は、平均10.4±9.3年であり1年未満が14名であった。病院診療所別では、病院86か所(47.0%)、診療所93か所(50.8%)、二次保健医療圏別では、東青圏域47名(26.6%)、津軽圏域85名(48.0%)、八戸圏域14名(7.9%)、西北圏域14名(7.9%)、上十三圏域8名(4.5%)、下北圏域9名(5.1%)と津軽圏域が約半数となった。

各項目については、表3および表4参照。

表3 外来看護職と介護支援専門員等のコミュニケーションの実態

|                                         | そう<br>思わない    | あまり<br>そう思わない | どちらでも<br>ない   | 少し<br>そう思う                  | そう思う          | 合計  |
|-----------------------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------------|---------------|-----|
| 外来看護職と介護支援専門員<br>などのコミュニケーションは<br>十分である | 21<br>(11.5%) | 52<br>(28.4%) | 57<br>(31.1%) | 31<br>(16.9%)               | 21<br>(11.5%) | 182 |
| 外来看護職から介護支援専門<br>員などへの情報提供は十分で<br>ある    | 18<br>(9.8%)  | 45<br>(24.6%) | 68<br>(37.2%) | 33<br>(18.0%)               | 18<br>(9.8%)  | 182 |
| 介護支援専門員などから外来<br>看護職への情報提供は十分で<br>ある    | 19<br>(10.4%) | 51<br>(27.9%) | 59<br>(32.2%) | 39<br>(21.3%)               | 14<br>(7.7%)  | 182 |
| 介護医療連携の中で、医療用<br>語や介護用語等わかりにくい          | 11<br>(6.0%)  | 50<br>(27.3%) | 70<br>(38.3%) | 43<br>(23.5%)               | 7<br>(3.8%)   | 181 |
| 介護医療連携推進のために顔<br>を合わせる機会が必要である          | 3<br>(1.6%)   | 12<br>(6.6%)  | 58<br>(31.7%) | <b>88</b><br><b>(48.1%)</b> | 21<br>(11.5%) | 182 |
| 介護医療連携促進のために連<br>絡ツールが必要である             | 3<br>(1.6%)   | 7<br>(3.8%)   | 50<br>(27.3%) | <b>86</b><br><b>(47.0%)</b> | 36<br>(19.7%) | 182 |

表4 外来看護職が介護支援専門員等に望むこと（複数選択可）

| 望む項目          |                              |
|---------------|------------------------------|
| 家族の代弁機能       | <b>120</b><br><b>(65.6%)</b> |
| 患者の代弁機能       | <b>117</b><br><b>(63.9%)</b> |
| 介護保険に関する指導・助言 | <b>102</b><br><b>(55.7%)</b> |
| 医療機能の理解       | 93<br>(50.8%)                |
| 受診への同行        | 90<br>(49.2%)                |
| キーパーソンの決定     | 62<br>(33.9%)                |

イ、介護支援専門員等を対象とした質問紙調査

介護支援専門員等1,665名を対象に調査した結果、回収は519票であり（回収率31.2%）、研究への同意が得られたすべての票を分析対象とした（属性一部未回答者2名含む）。

回答者の属性は、平均年齢49.3±9.0歳、男性105名（20.2%）、女性411名（78.9%）、介護支援専門員267名（51.6%）、保健師等28名（5.4%）、主任介護支援専門員198名

（38.3%）、社会福祉士等24名（4.6%）であった。主任介護支援専門員資格の有無として、有と回答した者が277名（53.6%）と半数を超えた。所属先は、居宅介護支援事業所411名（79.5%）、地域包括支援センター103名（19.9%）、兼務5名（1.0%）であり、圏域別にみると、東青圏域98名（19.0%）、津軽圏域125名（24.2%）、八戸圏域120名（23.2%）、西北圏域56名（10.8%）、上十三圏域86名（16.6%）、下北圏域27名（5.2%）となった。

各項目については、表5および表6参照。

表5 介護支援専門員等と外来看護職のコミュニケーションの実態

|                                        | そう<br>思わない    | あまり<br>そう思わない                | どちらでも<br>ない    | 少し<br>そう思う                   | そう思う                         | 合計  |
|----------------------------------------|---------------|------------------------------|----------------|------------------------------|------------------------------|-----|
| 外来看護職と介護支援専門員<br>等のコミュニケーションは十<br>分である | 59<br>(11.3%) | <b>221</b><br><b>(42.4%)</b> | 120<br>(23.0%) | 92<br>(17.7%)                | 26<br>(5.0%)                 | 518 |
| 外来看護職から介護支援専門<br>員等への情報提供は十分で<br>ある    | 60<br>(11.5%) | <b>233</b><br><b>(44.7%)</b> | 117<br>(22.5%) | 84<br>(16.1%)                | 24<br>(4.6%)                 | 518 |
| 介護支援専門員等から外来<br>看護職への情報提供は十分で<br>ある    | 30<br>(5.8%)  | 135<br>(25.9%)               | 184<br>(35.3%) | 136<br>(26.1%)               | 30<br>(5.8%)                 | 515 |
| 介護医療連携の中で、医療用<br>語や介護用語等わかりにくい         | 27<br>(5.2%)  | 85<br>(16.3%)                | 86<br>(16.5%)  | <b>243</b><br><b>(46.6%)</b> | 77<br>(14.8%)                | 518 |
| 介護医療連携推進のために顔<br>を合わせる機会が必要である         | 5<br>(1.0%)   | 24<br>(4.6%)                 | 64<br>(12.3%)  | <b>212</b><br><b>(40.7%)</b> | <b>212</b><br><b>(40.7%)</b> | 517 |
| 介護医療連携促進のために連<br>絡ツールが必要である            | 8<br>(1.5%)   | 23<br>(4.4%)                 | 75<br>(14.4%)  | 192<br>(36.9%)               | <b>219</b><br><b>(42.0%)</b> | 517 |
| 介護医療連携には外来看護職<br>による連携機能が有効である         | 20<br>(3.8%)  | 51<br>(9.8%)                 | 76<br>(14.6%)  | <b>210</b><br><b>(40.3%)</b> | 157<br>(30.1%)               | 514 |

表6 介護支援専門員等が外来看護職に望むこと（複数選択可）

| 望む項目        |                              |
|-------------|------------------------------|
| 医師との橋渡し     | <b>434</b><br><b>(83.3%)</b> |
| 患者の情報提供     | <b>391</b><br><b>(75.0%)</b> |
| 医療に関する助言・指導 | <b>391</b><br><b>(75.0%)</b> |
| 介護保険の理解     | <b>296</b><br><b>(56.8%)</b> |
| 外来看護職間の情報共有 | 243<br>(46.6%)               |

|           |                |
|-----------|----------------|
| 連携担当者の明確化 | 183<br>(35.1%) |
| 家族の情報提供   | 150<br>(28.8%) |
| 医療用語の解説   | 99<br>(19.0%)  |
| キーパーソンの決定 | 27<br>(5.2%)   |

#### 4. 考察

まず、研究①インタビュー調査では、外来患者に係る外来看護職と介護支援専門員等のコミュニケーションについて、外来看護職および主任介護支援専門員ともにいくつかの促進要因と阻害要因を認識していた。注目すべきは、両職種ともに【顔の見える関係の構築】を連携の促進要因としていながら、阻害要因に介護医療双方の理解不足、相手職種との連携不足を挙げていることである。青森県の各保健医療圏域においては、医療機関と介護支援専門員等における「入退院調整ルール」が作成され、入院患者のためのコーディネーションやネットワークが進められ、一定の効果が得られている。しかし、外来患者についての介護医療連携の基盤は整備されていない現状にあると考えられた。さらに研究①では、両者ともに介護と医療に関する助言・指導を促進要因としており、互いの職種役割を全うしようという姿勢が示唆された。このような状況を逃さず、早急に阻害要因を取り除く取り組み、そして介護医療連携のさらなる促進を目指した積極的なコミュニケーションが必要であると考えられた。

次に、研究①で得られた結果等を質問項目に設定し、研究②質問紙調査を実施した結果、両職種ともに有効なコミュニケーションがとれていないと認識していた。情報提供に関しても自身含め双方向とも十分ではないとしており、両者が望む介護医療連携促進のために、「顔の見える関係」を構築する機会を意図的に設け、連絡ツール等の早急な開発が必要であることが示唆された。また、介護支援専門員等は、医療用語等のわかりにくさもあり、外来看護職からの積極的な情報提供行動が求められていると考えられた。介護支援専門員等は、介護医療連携には外来看護職による連携機能が有効であるとしている。日本看護協会は、外来看護を「疾病を持ちながら地域で療養・社会生活を営む患者やその家族等に対し、安全で・安心・信頼される診療が行われるように、また、生活が円滑に送れるように調整を図りながら看護職が診療の補助や療養上の世話を提供する」と定義している。これらのことから、高齢者の生活の円滑化に向けた調整をするためには、外来看護職による地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携が重要になると考えられる。加えて、介護支援専門員等は、先行研究でも明らかとなっている「医師との橋渡し機能」について、外来看護職にその機能を持ち合わせてほしいと期待していた。つまりこれは介護支援専

門員等が果たしている地域におけるハブ機能を、外来患者については外来看護職に院内におけるハブ機能を持ち合わせてほしいということであろう。

高齢者は医療以外の社会的な課題を、自覚的にまたは無自覚的に抱えているとされている。このような状況に関しては、専門職種が積極的に関わることで課題の早期発見につながる。高齢者と保健医療福祉専門職が出会う場所としては医療機関の外来が頻度的にも多くなると考えられることから、外来看護職と介護支援専門員等のコミュニケーションを促進し、確かな介護医療連携をしていくことは地域住民が安心して生活するための大変重要な課題であると考えられる。

※各研究結果の一部は、2021年12月および2022年12月に開催された日本ヒューマンケア科学学会で発表している。また、本研究報告は、結果の一部のみを示したものである。

#### 5. 文献

- ・岡村毅ら（2020）「地域在住高齢者の医療の手前のニーズ」『日本認知症ケア学会誌』第19巻第3号、565-571.
- ・川添恵理子（2018）「地域包括ケア時代に外来看護で求められる能力」『看護』第70巻第1号、71-75.
- ・厚生労働省医政局看護課（2003）「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」閲覧日2023.02.15、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html>
- ・島田恵（2018）「外来看護における在宅療養支援のシステムづくり」『看護』第70巻第1号、66-70.
- ・鈴木優花、田高悦子、伊藤絵梨子、有本梓、大河内彩子、白谷佳恵（2018）「在宅医療における看護職間の『顔の見える関係』評価の実態と関連要因の把握」『日本地域看護学会誌』第21巻第2号、49-57.