

原 著

パンデミック時の行政保健師による電話を用いた COVID-19患者の在宅療養支援への対応技術の明確化

アリマ カズヨ イトウミキコ
有馬 和代* 伊藤美樹子^{2*}

目的 パンデミック時の行政保健師による電話を用いた COVID-19患者の在宅療養支援に対する対応技術を明確化する。

方法 府県、政令指定都市、中核市を含む5つの保健所から、COVID-19患者の在宅療養経験がある管理職保健師、新任期保健師各5人に面接調査を実施し、Braun & Clarkeらを参考に質的研究を行った。

結果 分析より、電話対応時に必要な対応技術として68コードが得られ、内10コードは管理職保健師のみから得られた。全コードから8カテゴリーに統合され、最終的に3つの主要な対応技術に統合された。3つの主要対応技術は『非協力的、攻撃的な人をも含む面識のない COVID-19患者との継続的な支援関係の構築技術』と、『変化に即応した最適な感染症の療養環境の構築技術』、『COVID-19患者や家族のセルフケア能力を高める支援技術』である。パンデミック下で在宅療養中の COVID-19患者への電話での療養支援では、表出された言語だけでなく、多角的な根拠情報を得るため、更なる言語的な表出の促しや非言語的な情報収集も行っていた。また応答拒否や処遇への非難、叱責、強い要求への対応も含まれていた。管理職保健師のみから語られていた内容のカテゴリーは、【まん延防止措置に対する反発を受止めつつ、行政権限を行使する保健所職員の立場を自覚し、COVID-19患者の応諾を得るために説明を尽くそうと努める】、【COVID-19患者や家族、その地域に生活する人の視点からコロナの脅威を理解し、啓発活動に繋げる】であり、それ以外のサブカテゴリーでは「患者に意図的に指示を出し、体位や動作反応から精度の高いバイタル情報を引き出す」であった。管理職保健師は、豊富な経験値から患者や家族の様子を想像しやすく、感情的知性を発揮して効果的な会話を行うことができおり、これが「異常」を察知する力にも繋がっていた。

結論 本研究は、COVID-19患者への電話での在宅療養支援の経験で用いた判断や態度、考え方を含む対応技術が抽出され、感染症における公衆衛生上の特有な問題に対処する技術が見出されていることから、今後の感染症対応に強い保健師の育成に有益な知見と考える。

Key words : 行政保健師, 電話対応, 対応技術, COVID-19患者, 在宅療養支援

日本公衆衛生雑誌 2026; 73(2): 156-166. doi:10.11236/jph.25-079

I 緒 言

2020年1月に日本国内で初めての新型コロナウイルス（以下、COVID-19）感染が確認されて以降、3年以上にわたるパンデミックをもたらした¹⁾。保健所の感染者への保健指導は、流行初期には対面でも行われていたが陽性者の拡大によって電話での対

応に切り替わり²⁾、都市部では1日1,000件以上の電話相談に追われた³⁾。厚生労働省は、2021年1月に各自治体の保健所体制整備と感染拡大期における優先度を踏まえた保健所業務の通知により、積極的疫学調査や健康観察における電話対応等のポイントや留意点を解説しており⁴⁾、全庁的な対応の一環として業務の外部委託や分担が進められる中、保健師はより複雑かつ重要な事例への対応を担うようになっていた⁵⁾。

2020年当時の日本のスマートフォンの世帯保有率は86.8%⁶⁾と高く、ビデオ通話の活用は技術的には

* 太成学院大学看護学部

^{2*} 滋賀医科大学医学部看護学科

責任著者連絡先：〒587-8555 堺市美原区平尾1060-1
太成学院大学看護学部 有馬和代

E-mail : k-arima@tgu.ac.jp

可能な状況であったが、COVID-19患者にも、電話による音声通話が用いられた。COVID-19は、2020年2月1日に感染症法に基づく『指定感染症』に指定された。その後、2021年2月13日に施行された感染症法および特措法の改正により、患者の意思に関わらず行政による追跡・管理や罰則付きの協力義務が定められ、迅速かつ確実なコミュニケーションが求められた。この際に多用された手段が電話であった。即応性が高く双方向の対話が可能である点に加え、多くの人にとって使い慣れた手段であることから、特定の対象を限定せずに利用できる社会的インフラであった⁷⁾と言える。

今後もCOVID-19や人獣共通感染症のような新たな感染症が人類に脅威となる恐れ⁸⁾や、世界的に高齢化が進展する中COVID-19のように基礎疾患を有する高齢者は重症化リスクが高い⁹⁾ことから、彼らにとって使い慣れた電話による保健指導は、引き続き有効な手段であると考えられる。しかしながら、COVID-19に関する電話相談の研究は、相手発信の電話相談の研究が大半をしめ、日本の帰国者・接触者相談センターに相当するホットラインの研究が多い¹⁰⁾。一方、感染者に対する行政主導の電話追跡支援に焦点を当てた研究はほとんどなく、陽性登録された在宅療養患者に対する健康観察・病状把握、家族および濃厚接触者等も含めた自宅内の感染対策や消毒指導等¹¹⁾（以下、在宅療養支援）への電話による対応技術はほとんど明らかにされていない。

以上より本研究では、音声通話によるCOVID-19患者の在宅療養支援において保健師が用いた対応技術を明確化することを目的とした。

なお本研究の音声通話による在宅療養支援の「技術」とは、佐伯らを参考に「公衆衛生看護の目的である社会的公正の規範に基づき人権が尊重され、すべての人々が健康で安全な生活が送れることを目指して、その実現に向けて行われる公衆衛生看護の実践活動のための目的的で意図的な行為¹²⁾であり、判断や姿勢、考え方も含む」と定義した。

II 研究方法

1. 対象

機縁により西日本の6つの保健所に属する統括保健師を含む管理的立場の保健師（以下、管理職保健師）と実務経験5年未満の保健師¹³⁾（以下、新任期保健師）各1人に調査協力を依頼した。調査対象者は、調査協力を得た保健所が選定した。なお統括保健師とは、地域保健活動の調整・指導・管理の中核を担う保健師である¹⁴⁾。

個別調査実施前に再度調査の趣旨を説明した上で、研究参加と成果公表への同意を確認し、5つの保健所より計10人の調査対象者を得た。パンデミックの経験はすべての保健師が初めてのため、COVID-19患者への在宅療養支援を網羅することを意図して、保健所選定においては保健所の設置主体と地域が異なるよう、また調査対象者は保健師の経験年数を考慮して設定した^{15,16)}。

2. データ収集

調査は個別面接調査で1人1回、プライバシーに配慮した部屋で実施した（2024年3月～5月）。データ収集では、研究目的に応じた柔軟な情報収集および調査対象者の経験を深く理解するため、調査票を提示し半構造化面接法を採用した。主な質問は応対した事例の経験やCOVID-19患者の対応に必要な技術である。面接時間は60分程度とした（平均53分実施）。インタビューは調査対象者の理解を得て録音し、音声データから匿名化処理した逐語録を作成しデータとした。

3. 分析方法

分析対象は日本語で通話できたCOVID-19患者（日本語話者）への電話対応である。分析では、Braun & Clarkeら¹⁷⁾を参考に、保健師が用いた対応技術を、保健師の行動の意図や語りの文脈を踏まえた意味内容から特定しコードを作成した。コード化においては、データとコードとの間の対応関係を明確にするため、可能な限り発話された用語を用いた。また各調査対象者のデータは独立させて分析した。得られたコードは短冊にして、比較・参照しながら内容の類似点と相違点に焦点を当てて類型化し、最終的にサブカテゴリー、カテゴリー、大カテゴリーの3つのレベルに類型化した。すべての分析過程は筆者らで協議して行い、厳密性と妥当性の確保に努めた。結果の記述は、サブカテゴリー「 」、カテゴリー【 】、大カテゴリー『 』、語りは「 」（斜体）で示した。

4. 倫理的配慮

本研究は個人情報保護による匿名化、学術目的での成果公表等を書面で説明し、参加の意思を署名で確認した。滋賀医科大学倫理審査委員会の承認（2024年3月5日：承認番号RRB23-062）を得て実施した。

III 研究結果

1. 調査対象者の概要

調査対象者は全員女性で、保健所設置主体となる2府県、1政令指定都市、2中核市の新任期保健師、管理職保健師各5人であった。新任期保健師の

表1 調査対象者の概要

| 管理職保健師 | | | | | | | 新任期保健師 | | | | | | |
|--------|-------|-------|----|-----------|---------------------|----------|--------|-----------|-------|-----------|----|-------------------|----------|
| 参加者 | 職位 | 年齢 | 性別 | 調査自治体 | 所属部署の 管轄人口 規模 | 面接 時間 | 参加者 | 看護師 経験 | 年齢 | 保健師 経験 | 性別 | 保健師 基礎教育 課程 | 面接 時間 |
| A | 管理的立場 | 50~54 | 女 | 府県 保健所 | 3~5万人 | 60分 | a | 3~4年 | 25~30 | 3~5年目 | 女 | 大学 | 46分 |
| B | 管理的立場 | 50~54 | 女 | 中核市 | 50~60万人 | 55分 | b | 3~4年 | 25~30 | 3~5年目 | 女 | 大学 | 46分 |
| C | 統括保健師 | 50~54 | 女 | 政令市 | 10~20万人 | 61分 | c | なし | 23~26 | 4年目 | 女 | 大学 | 43分 |
| D | 統括保健師 | 55~59 | 女 | 中核市 | 20~30万人 | 68分 | d | なし | 23~26 | 3~5年目 | 女 | 大学 | 55分 |
| E | 統括保健師 | 50~54 | 女 | 府県 保健所 | 10~20万人 | 66分 | e | 3~4年 | 25~30 | 3~5年目 | 女 | 短期大学 専攻科 | 55分 |

内3人には3~4年の看護師経験があり、新卒者は2人だった。保健師経験年数は3~5年目が4人、4年目が1人であった。管理職保健師の内3人は統括保健師であった(表1)。

2. 音声通話に必要な保健指導技術の概要

COVID-19の音声通話による在宅療養支援は68コードが得られた。この内10コードは管理職保健師のみから得られた。すべてのコードは23サブカテゴリー、8カテゴリーに統合され、音声通話に必要な保健指導技術は最終的に3つの大カテゴリーに統合された(表2)。以下、これら3つの主要技術についてカテゴリーとサブカテゴリー、語りを用いて説明する。

1) 『非協力的、攻撃的な人をも含む面識のない COVID-19患者との継続的な支援関係の構築技術』

これは、表情が見えない困難と対峙しながら、非協力的、攻撃的な人を含む面識のない COVID-19患者と継続的な支援関係の構築で用いた姿勢や考え方の技術であり、4カテゴリーで表された。

(1) 【最初の接触時、COVID-19患者の苦悩を受入れ、保健師-患者関係を構築する】は、まずは顔の見えない患者に対し「**患者が警戒しないよう柔らかい口調で話し、相手がコロナの高熱に耐えている姿を想像して労いの言葉をかける (c)**」のように「最初の接触の時、患者の苦痛を想像し意識的に苦痛を承認する」姿勢で対応を行い「患者の抱えるコロナへの苦痛を共感し言語化する」という2サブカテゴリーで表された。支援関係の構築のため、患者の置かれた状況に共感と労いを示し、身体を心配している気持ちを相手に明確に伝える技術であり、支援開始の初期に用いられる技術である。

(2) 【COVID-19患者の非情な態度にも寄り添い受止める力を養う】は、「**先輩に相談しながら、相手の今置かれている状況やしんどい状態と不安から、**

かっと怒る心情を考え、意識した時に、(相手が怒ることも) やむを得ないと思えるようになって (e)」のように患者の非情な反応にも、支援者として患者に対峙するために保健師自身の心の反応を意識的にマネジメントする行為である。「患者が表出する非協力的・攻撃的な態度に対し保健師として受容的思考の姿勢をとる」と「患者の非情さに納得できるように心情をコントロールする」の2サブカテゴリーで表された。

(3) 【COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく、相手を尊重し、状況にあわせて電話をかける】は、「**相手が答えやすいようにたとえば朝ごはんの会話から誰が作り、何食べたと自然な会話で情報入手する先輩をまねて (d)**」のように患者の心身の状況に配慮し、患者から具体的で明確な情報を引き出す行為やコミュニケーション方法のカテゴリーであり、4サブカテゴリーで表された。「顔が見えない患者との通話で患者のペースを尊重する」は、患者の話す「**間**」やタイミングを計る判断であり、「患者に時間と体調、心理的に負担をかけすぎない聞き方の工夫を行う」は、患者の身体負担に配慮し、聞き漏れのない簡潔で効率的な聞き方で情報を得る技術である。また電話応答しない患者の通話拒否の心象やそれが保健師と患者との相性、あるいは精神的不調に起因する可能性を考慮して、別の保健師や精神保健福祉士に対応を代わる等、応答しない患者に対し「**応答しない理由をアセスメントし電話対応を工夫する**」、または深刻な状況を想定し訪問する等「**電話以外の方法で対応する**」行為で表された。

(4) 【まん延防止措置に対する反発を受止めつつ、行政権限を行使する保健所職員の立場を自覚し、COVID-19患者の応諾を得るために説明を尽くそうと努める】これは、まん延防止のため行政から措置(以下、まん延防止措置)されたことへの反発

表2 パンデミック時において電話による新型コロナウイルス感染症者の療養支援の際に行政保健師が用いた対応技術
 # : 語り者のアルファベットは表1の各参加者を表しており、コードの内容を語っている代表的参加者を示した。 * : 管理職保健師のみが実施していたコード

| 大カテゴリー | カテゴリー | サブカテゴリー | 代表的なコード | 語り者 # |
|---|--|------------------------------|---|---------|
| | | | | 管理 新任 |
| 非協力的、攻撃的な人も含む意識のないCOVID-19患者との継続的な支援関係の構築技術 | 最初の接触時、COVID-19患者の苦悩を受入れ、保健師、患者関係を構築する | 最初の接触の時、患者の苦痛を想像し意識的に苦痛を承認する | 電話対応をする時、まずは、患者のコロナでしんどい状態を思い描き、辛さを受止めることに心掛けた | D,C c,e |
| | | 患者の抱えるコロナへの苦痛を共感し言語化する | 不安の強い患者の話は最後まで聞き、共感を示した | A,E d |
| COVID-19患者の非情な態度にも寄り添い受止める力を養う | COVID-19患者の非情な態度に対し保健師としての受容的思考の姿勢をとる | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 嫌な電話は取りたくないという患者の心情に配慮して警戒心を持たれないようにした | D c,d |
| | | 患者が見えない患者との通話で患者のベースを尊重する | 患者のコロナにより変化した生活背景と意思を汲取った | B,E c,b |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者がコロナのしんどさに耐えている状況を思い描き、労いの声掛けをした | C c |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者に電話での会話はしんどくないかと気遣いの言葉をかけた | C c |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 余裕のない時、対応が冷たくなるのは患者も同じと考えた | D d |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 苦情や異議を訴える相手の切羽詰まった状況や立場を理解しようとした | D e |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 強い口調は地域特性であり、話せばわかる、今は怒ってないと理解した | D e |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 相手の置かれていない状況を意識した時に強い訴えもやむを得ないと思えるようになった | D e |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 対応が冷たくなるのは、普段はそうではないかかとも思えた時、仕方ないと思えて電話できると自分になりかけた | D d |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 苦情を言う人から最後は感謝された経験から今の苦境も乗り越えられると自分に言い聞かせた | A,B a,b |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者のペースを大切にしていることを「間」で示し、矢継ぎ早に質問せず、聞き方を対象者に合わせた | C e |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 嫌がられない距離感を保つために再架電のタイミングを見計らった | B,D e |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 一方通行の電話にならない相手に相手が困り事を話せるタイミングを計った | A,C a |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 状態が良くない患者に対して長電話にならないよう気をつけた | a,c,e |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の訴えが多く、状態が良くない場合は2回に分けて電話を行った | C c |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 短時間で端的に必要な情報を確実に聞き取る努力をした | a,b,c |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 調査項目を繋げ、聞き出しやすい順番で聞く事や会話から繋げて自然に聞く事で患者が答えやすくした | C,B d,e |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 応答しない人には着信履歴を残して心配しているメッセージを伝えた | D d |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 連絡がつかない患者に対し、相性や精神状態を考慮して他の保健師や精神保健福祉士から電話をしてもらった | b,c,e |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 応答がつかない患者に基礎疾患等がある場合は深刻な病状である可能性を想定して現地確認を要請した | A,B a,b |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 電話に必要ない時はしきみのみ1つとしてパルスオキシメーター配達のバイク便等で安否確認を行った | d,e |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の苛立つ心情の話をじっくり聞き、患者に向き合うことで怒りを鎮めた | B d,e |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 感染したことの怒りをぶつけてくる患者に非はないと伝え、患者の行動を非難しないようにした | A a |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | * 観察拒否者に「心配だから今日も電話した」と切り返し、電話での会話が続くように対応した | D,E |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | * あなたの怒りは「行政」への怒りと患者に返し、怒りの矛先は自分に向かないようにかわした | B,D,E |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | * 観察期間が終われば関わりは終わると割り切って罵倒に耐えた | A,C,D |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 電話での健康観察は、本人の命を守るためのセーフティネットであると伝えた | C c |
| | | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | * 行政は法律で決められたことしかできないことを説明し、納得してもらう努力をした | A,B,E |
| COVID-19患者の信頼維持のため電話応答の有無に関係なく相手尊重し、状況にあわせて電話をかける | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | 患者の非情さに納得できるときに心情をコントロールする | * 人権意識を持ち何の根拠で行動制限をしているのかを説明した | A,B,D,E |

表2 パンデミック時において電話による新型コロナウイルス感染症者の療養支援の際に行政保健師が用いた対応技術（つづき）

| 大カテゴリー | カテゴリー | サブカテゴリー | 代表的なコード | 語り者 # 管理 新任 |
|-------------------------|--|---|---|---|
| 変化に即応した最適な感染症の療養環境の構築技術 | COVID-19患者から引き出し見極めた事実に基づく医学的情報より「異常」を察知する | 患者に意図的に指示を出し、体位や動作反応から精度の高いバイタル情報を引き出す | * 呼吸状態が臥床時、起床時、歩行時での変化を本人に確認させ状態を正しく把握した * 息切れや咳等呼吸状態がある場合は水分摂取の指示を出し呼吸状態の変化を確認した 「しんどい」との訴えや「大丈夫」と患者の自己評価の裏付けとして患者から客観的情報を引き出した SpO ₂ の値が低く、上がらない場合は手が冷たくなるかの確認をした 健康観察シート欄に食事（一）と記載の場合食事や水分摂取状況を注視して聞いた 独居高齢者では「食べてる」に対して食事の準備・提供や食事の内容、量等詳しく聞いた 咳もどのような咳なのか具体的に聞き、喘息等の合併の確認を行った | D,E D,E B B A A C A,C A A A A,C A |
| | | 曖昧な情報を具体的に問い、情報の精度を上げる | 会話中の荒い息遣い等ノンバーバル情報から患者状態が気づけた 高齢者ではコロナ症状以外の食事や水分摂取、排尿等の量の減少から異変に気づけた 健康観察報告書のリストアップ項目から症状の変化を聞き出し、異変に気づけた 正常値だから良いではなく、昨日とは違うという変化を捉えて気づけた コロナの調査項目や肩呼吸、食事・水分摂取、嘔吐、排尿量など全体的な病状から判断した コロナ回復の一般的な経過との比較で状態の悪化を判断した | A A A A A A,C A A |
| | 重症化リスクや症状に応じてトリアージや療養上の処遇の方針に則り調整する | 優先順位を付けるための患者の医学的情報や基礎疾患情報をルーブル化する 優先順位に合わせてリスクに応じた介入回数、時期を定める 体調悪化を想定して訪問による確認の必要性の視点を持つ | 妊婦、高齢者、透析者等ハイリスク者や基礎疾患を有する者を優先して選定した 状態が良くなり、本人が「しんどい」と訴える場合を優先した SpO ₂ が低い、独居高齢者、37.5℃以上の発熱が継続等の項目が優先度を高く判断させた 全数対応時は、1日2回以上の電話の患者を決め、状態が落ち着いてきたら、1回対応に変化させた 健康状態から赤、黄、青と分け、対応回数を変化させ担当者で統一した視点で対応できるようにした 調査は翌日のチームに繋がるため付箋で今後の支援や電話のタイミングを申し送った | B,C B,C B C C a,b,c a |
| | | 把握された健康問題情報から深刻な状態と判断した場合に入院治療に繋げる 入院が出来ない場合自宅療養の継続のために在宅療養に繋げる | 本人の訴えと病状は同じではないため、基礎疾患リスクから健康状態の確認チームに繋ぎ当日訪問とした 息苦しさや急を要する場合は、在宅療養を支援するチームに状況確認を依頼した 酸素濃縮器を使用して、SpO ₂ の数値上昇がない場合は入院調整をかけた 状態が不安定な患者には的確な判断のため自宅に訪問して状況確認した上で、入院の調整を行った コロナの悪化や脱水状態と判断時、訪問で確認し、入院調整ができていない場合は、往診・訪看に繋げ点滴治療等により自宅療養ができた | B,D A,B B A C,D c |

表2 パンデミック時において電話による新型コロナウイルス感染症者の療養支援の際に行政保健師が用いた対応技術（つづき）

| 大カテゴリ | カテゴリ | サブカテゴリ | 代表的なコード | | 語り者 # 管理 新任 |
|------------------|--|----------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| | | | サブカテゴリ | コード | |
| COVID-19患者や家族のケア | COVID-19患者や家族が感染制御でき安心して暮らしている在宅療養方法を高める支援技術 | 患者と家族の在宅療養生活のポイントを指導し回復への見通しを付ける | 感染防御方法に繋がる住居のゾーニングや消毒方法等具体的な療養の仕方を説明した | B | b |
| | | | 感染の仕組みや対策の原則を伝え、むやみに怖がる必要がない事を説明した | A,C | a |
| | | | 回復の兆候や就労制限解除の基準を伝え、患者を安心させるような言葉かけをした | A | a |
| | | | 状態が悪くなった時の相談方法、受診のタイミングを伝えた | A | a |
| | | | 観察期間終了時に、合併症など今後想定される健康問題の相談先を伝えた | A | a |
| | | | 家族の療養環境を整えるための家族指導を行う | D | d |
| | | | 家族に患者の観察ポイントを説明し、的確な状態把握ができるよう指導した | A | a |
| | | | 家族に患者が安楽に生活でききる姿勢や水分の取り方等の方法を指導した | D | d,e |
| | | | 夕方受診できない時、家族関係が緊張状態を察知して呼吸状態保持の療養指導を行った | A | a |
| | | | COVID-19患者や家族、その地域からする人の視点からコロナの脅威を理解し、啓発活動に繋げる | COVID-19による家族の不和な関係を修復し療養環境の調整を行う | COVID-19患者や家族が地域から疎外され、感染症対応だけでなく偏見差別に対するフォローも行った |

* 濃厚接触者（家族）の感染者非難を受止め、患者の気持ちの理解を家族に促し家族内の差別解消の指導した

* コロナ感染により家族関係が緊張状態であることを察知できた

* 患者や家族が地域から疎外され、感染症対応だけでなく偏見差別に対するフォローも行った

* 電話を通して職場や地域からの風評被害の大きさを知り、行政からの啓発や個人情報保護の必要性を感じた

や非難として、怒号や対応困難な要求を示す患者に対峙するため、保健師自身の感情にも意識を向ける感情的知性を発揮して丁寧な説明を尽くそうとする技術である。この行為は管理職保健師からのコードが多く得られ、3サブカテゴリーで表された。[まん延防止措置に対する怒りをぶつける患者を受入れ、向き合おうとする]では、「健康観察を嫌がる人に『心配なのでこうして毎日お電話してます』と上手く切り返せて、話が続けられる (E)」ように相手の圧迫をいなしながら認識を転換させ、保健所との関係構築を意識して患者を受容する姿勢である。しかし患者が反発する場合「(私が) 若い子(保健師)に言うのは『相手はあなたを罵倒しているが、それは行政に向かって言っている』(D)」のように患者の怒りの矛先は保健師個人ではないという認識枠組みを持つことで「まん延防止措置に対する怒りに感情移入せず冷静に対応する」ようにしていた。また、「自宅療養や外出自粛の協力要請を公正に講じるための説明を果たす」は、「『いつまで俺は家にいたらいいんだ。患者じゃないのに』の発言に対し、(感染症)法に基づいて丁寧に説明するしかなかった (D)」のように、患者が受忍しがたい行政権限の行使に際し、保健師はその必要性と公正な実施への理解を得るための説明責任を果たそうと努めていた。

2) 『変化に即応した最適な感染症の療養環境の構築技術』

2つ目の主要技術は、2カテゴリーで表された。患者から引き出した事実に基づく医療情報から「異常」を察知し、症状や個別リスクからトリアージを行い療養上の処遇方針に則って患者に必要な医療資源を見積もり、療養環境を整えるコーディネート技術である。

(1) 【COVID-19患者から引き出し見極めた事実に基づく医療的情報より「異常」を察知する】は、顔が見えない状況で相手から情報を引き出す行為から、「異常」の察知に関するカテゴリーであり、3サブカテゴリーで表された。「電話口で、(臥位から) 起きたらどうか、歩いてトイレから帰ってきた時の呼吸はどうかと電話でその人の状態を把握する (E)」ように「患者に意図的に指示を出し、体位や動作反応から精度の高いバイタル情報を引き出す」技術である。これによって患者の訴えや情報を裏付けるバイタル情報を得ていた。「曖昧な情報を具体的に問い、情報の精度を上げる」は、「食事 (-)」等と記録された曖昧な情報を判断可能な根拠情報として利用できるよう精度を高める問いかけ技術である。通話から得た非言語的情報も含め「測定値や表

出された情報から「異常」に気付く視点を持つ」という判断から健康観察中の体調変化に即応するための注意とアセスメントであった。

(2) **【重症化リスクや症状に応じてトリアージや療養上の処遇の方針に則り調整する】**は、在宅療養者から引き出した多様な情報からトリアージし、療養上の処遇方針に則り適切な医療と療養環境を整える行為で、5サブカテゴリーで表された。「この人は基礎疾患があるから、息苦しいとか、咳が止まらない症状をもっと重視してみるほうがいい(a)」という「優先順位を付けるための患者の医学的情報や基礎疾患情報をルール化する」こと、「優先順位に合わせてリスクに応じた介入の回数、時期を定める」判断、そして「本人はしんどいと訴えるが本当にコロナでのしんどさなのか、基礎疾患情報等も加味して現地に出向き、確認のため訪問チームに繋いだ(b)」のように「体調悪化を想定して訪問による確認の必要性の視点を持つ」という、必要時に家庭訪問を行い、呼吸の悪化やSpO₂値の低下の直接確認により、「把握された健康問題情報から深刻な状態と判断した場合に入院治療に繋げる」こと、病床確保が困難で「入院できない場合、自宅療養の継続のために往診や訪問看護に繋げる」ことで、在宅療養を可能にする技術である。

3) 『COVID-19患者や家族のセルフケア能力を高める支援技術』

3つ目の支援技術は、患者や濃厚接触者、家族のセルフケア能力を高める保健指導と情緒的支援ならびにCOVID-19の脅威を理解し患者周辺の偏見差別を是正する行為を2カテゴリーで示した。

(1) **【COVID-19患者や家族が感染制御でき安心して在宅療養方法を指導・助言する】**は、「ここさえ守れば感染は防げる。こうなれば回復傾向と対象者を安心させるための指導(a)」のように「患者と家族の在宅療養生活のポイントを指導し回復への見通しを付ける」ことでむやみにCOVID-19を怖がらずに過ごせるよう導く支援である。さらに、安楽な姿勢や介助方法等、家族に対する「患者の療養環境を整えるための家族指導を行う」行為である。

(2) **【COVID-19患者や家族、その地域に生活する人の視点からコロナの脅威を理解し、啓発活動に繋げる】**は、「妻が感染し濃厚接触者となった夫は仕事に行けない怒りを妻に爆発させる。妻と夫別々に電話で話して家族修復した(D)」のように感染による家族間の葛藤や不和¹⁸⁾に対するケアである。濃厚接触者として外出制限された家族の患者への非難や憤りに共感を示しながら患者も感染して辛い状況にあることを伝えて、家族間の緊張緩和を図る

「COVID-19による家族の不和な関係を修復し療養関係の調整を行う」行為や、「地域で初めての患者と噂され(家に)帰ってくるなど地域の人から言われ(たという)風評被害を知り、市として啓発が必要と感じた(A)」のように「患者や家族を地域からの偏見差別や個人情報を守るための精神的支援や地域への啓発活動を行う」行為から患者や家族、地域住民がCOVID-19への正しい知識を持ち、患者の尊厳を損なわない支援行為は2サブカテゴリーで示され、管理職保健師のみの実施コードが多く抽出された。

IV 考 察

本研究では、行政保健師による電話を用いた在宅療養支援への対応技術について3つの主要技術を明らかにした。以下、これら3つの対応技術の特徴と課題、妥当性について考察する。

1. パンデミック時の保健師による電話を用いた対応技術が表す特徴と課題の検討

『非協力的、攻撃的な人をも含む面識のないCOVID-19患者との継続的な支援関係の構築技術』は、音声通話のため患者の顔が見えない困難と対処しつつ、非協力的、攻撃的な人を含む面識のない患者との継続的な支援関係の構築に用いられる。感染症法にて患者には行政主導で追跡する対応策が採られる。保健師は、患者が望まない状況でも継続的に関わらなければならないため、常に必要な技術であると言える。患者の置かれた状況に積極的な理解を示す技術に加えて、保健師は、保健所職員としてのマインドセットを保ちながら、共感や配慮の技術を駆使して、継続的な支援関係を構築していた。関係構築は、在宅療養支援の開始に不可欠であるため、とくに重要な技術であると言えよう。加えて、電話の相手にとっては不本意な外出自粛の協力要請を行使する必要がある等により、対応する保健師へ感情的に怒りや対応困難な要求を示す患者への対処技術も求められる点に特徴がある。行政保健師は苦情対応を免れないとされ、申立ての6割は電話による¹⁶⁾。電話は即応性と双方向性が利点だが、顔が見えないため苦情を申立てやすい側面もある。一方で、苦情対応の経験は保健師の技術・知識の向上に繋がることも示されている¹⁹⁾。吉村らは電話を用いた看護実践は看護の経験や感性からの対応と述べている²⁰⁾。本研究で経験豊富な保健師は、まん延防止措置に反発する患者等に対して、訪問活動等の経験値から電話の相手が抱える困難を想像し、話を注意深く聴く際の自身の感情にも意識を向ける感情的知性を発揮していた。これによって保健師は患者の気

持ちを尊重した適切な対応が可能となり、落ち着いたトーンで効果的なコミュニケーションが実現できたと考えられる。怒りが鎮まらない患者に感情移入しないことや保健所職員としてのマインドセットを保つことの重視は、平時の保健師活動とは異なる特徴と考えられた。また管理職保健師から語られた相手の認識を転換させる技術や市民の信頼を得るため公正な態度で、公的責任を遵守する立場を意識的に保とうとする点も、パンデミック時の特徴と考えられた。

2つ目の『変化に即応した最適な感染症の療養環境の構築技術』は、表情が見えない中で、患者から引き出した事実から「異常」を察知し、トリアージや療養方針を決定し調整する技術である。救急医療現場における電話トリアージ看護師は、言語的に表出されない症状を把握する際、患者から具体的に聞くと報告している²¹⁾。本研究では保健師は、電話口で患者を歩かせ、呼吸症状を観察する等の方法で、報告されたバイタル情報を補い²²⁾、曖昧な情報の精度を上げる技術は音声通話ではとくに重要な技術だったと考えられる。さらにこの技術は、COVID-19の変異株の特徴から重視すべき対象者や出現症状も変化するため、患者の罹患変異株の特徴を把握した上での対応が必要な技術でもある⁴⁾。とりわけ患者に意図的な指示を出し、患者の反応を観察する技術は、管理職保健師が多く用いており、電話の相手の様子を想像する経験値の高さが「異常」を察知する能力に繋がっていたと考えられた。

3つ目の『COVID-19患者や家族のセルフケア能力を高める支援技術』は、患者や濃厚接触者、家族がCOVID-19へのセルフケアを高めるための保健指導や情緒的支援を行うものであり、COVID-19の脅威を理解し、偏見差別へのフォローを行う技術でもある。感染症は“うつす・うつされる”という関係性を伴うため“被害者・加害者”という構造が生じやすい²³⁾。COVID-19では飲食店関係者やライブの参加者の他、直接患者対応を行う医療従事者も誹謗中傷、風評被害にあうことが多かった²⁴⁾。白石らによる病院関係者への調査では、日常生活でストレスを強く感じるのは「家族の人間関係」¹⁸⁾であり、「家族の人間関係」を適切に維持し、メンタルヘルスを良好に保つ重要性を示唆している^{18,25)}。COVID-19では同居家族も外出自粛要請がなされ経済活動が妨げられたことや子どもや高齢者など抵抗力の低い家族を感染リスクに晒すことへの懸念から、家庭内の緊張と家族機能の低下が危惧された²⁶⁾。とくに管理職保健師は、そうした緊張を察知し、家族の患者への非難や憤りに共感を示しながら、患者も感染して

辛いと感じる促しをし、家族関係の修復を行い在宅療養ができるよう導いていた。また患者や家族のセルフケア能力の向上には、家族内の差別解消に加え、社会的偏見や風評被害を是正する、地域に働きかける技術が公衆衛生上の重要な課題と考えられる。ただし当該技術の分析は本研究の主題から外れるため、本稿ではこの点について詳細検討は行っていない。

2. 本研究で得られた3つの主要技術の妥当性に関する考察

コロナ禍の保健師の技術に焦点を当てた先行研究のうち、藤井らは、重症化リスクの高いデルタ株等が主流だった第5波までの保健所保健師の公衆衛生看護活動で、必要な技術を参加観察から明らかにしている²⁾。このうち自宅療養支援では、【急変を想定した健康観察や療養環境整備】【在宅での医療・ケアの確保医療機関、医師会への働きかけ】【同居家族の感染対策支援、自宅待機への対応】が必要であったと報告している。ただし、個別支援技術としては、一般相談と陽性者・家族等への支援技術の2つを区別しているものの、電話による保健指導までは分析していなかった。一方、中堀らは、4人の保健師への面接調査による質的分析から、コロナ禍での保健師に求められる健康危機管理能力として【電話で聞き取り・健康観察・相談対応できる能力】【組織内外と連携・調整できる能力】【医療資源を把握する能力】等の6つの能力をあげている²⁷⁾。中でも【電話で聞き取り・健康観察・相談対応できる能力】は、全26サブカテゴリーのうち10サブカテゴリー（「電話の目的を説明し、信頼関係を構築できる」、「少ない情報から正確に状況を把握できる」等）から構成され、中堀らもコロナ禍での保健師の電話対応能力を重視していたと言える。

本研究が藤井や中堀らと異なる点は、非対面で重要とされる電話対応技術に焦点を当てた点にある。電話を重視する理由は、誰にでも馴染みのあるインフラとして利用可能性が高く、保健師の能力を高めることでさらに有用な手段となる可能性があるからである。加えて、感染症対応では、保健師にとっては法律上のまん延防止措置対応の性質から初対面の患者からの苦情に曝されやすく、また一方の患者側にとっても、体調がすぐれない状況で画面越しのやりとりを嫌う傾向があると考えられるからである。これらの状況を踏まえると、今後も感染症対応におけるファーストタッチは電話が有力な手段となると想定される。したがって、パンデミック下での感染症対応においては、音声通話による対応にも強い保健師が求められよう。

また電話相談という点で共通する, Eslamit らの COVID-19ホットラインに関する文献レビュー¹⁰⁾によれば, ホットラインやコールセンターは, 受電から始まるため, 心理的サポートの提供や COVID-19に関する信頼できる情報提供が主な役割を果たしていること, またホットラインを利用できない人々に対する配慮や継続的な心理的サポートの必要性が述べられていた。本研究において信頼関係の構築ができた患者との応対は, ホットラインやコールセンターでの相談と共通していた。一方, 明確な違いが認められたのは, 【まん延防止措置に対する反発を受止めつつ, 行政権限を行使する保健所職員の立場を自覚し, COVID-19患者の応諾を得るために説明を尽くそうと努める】という相手の認識を転換させる技術や, 市民の信頼を得るに足る透明で公正な態度で公的責任を遵守し, 立場を保とうとする技術であった。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究で明らかになった支援技術は, 流行状況や保健所設置主体が異なる5つの保健所での, COVID-19対応経験から得られた結果である。COVID-19患者への電話での在宅療養支援の経験で用いた判断や態度, 考え方を含む対応技術が抽出されたと考えられる。なお新任期保健師を個別調査対象とするには先行研究^{12,13)}を参考にした。新任期保健師の語りには, 先輩保健師から学び, 自身が用いた判断や態度, 考え方, 行為がコードに表れており, 管理期保健師は, 新任期に伝えたい技術を語っていた。対象者の選定は妥当であったと考える。失敗や苦い経験も含めて, 患者への対応技術が省察的に語られたことから, COVID-19対応に関する記憶が曖昧になりつつある懸念はあるものの, 支援経験を振り返り, 俯瞰して語るには適切な時期であったとも考えられる。ただし, 患者からのまん延防止措置に対する強い訴えへの対応という本研究の知見の特徴は, その地域の言語文化に十分に馴染みのない新任期の保健師にとって, より強い印象として残った可能性や, 調査地域を西日本に限定したことによる地域性を反映した可能性が考えられる。また本研究では, どの地域でも一定程度出現した電話に応答しない患者の対応について十分に明らかにすることができなかった。しかしながら, 本研究の知見は, 感染症対策において行政主導の追跡支援を行う際に習得すべき技術を明らかにしたという点で意義がある。さらには今回明らかにできた電話対応技術をどのように効果的に習得することができるかの方策の検討が課題である。

V 結 語

パンデミック下で行政保健師が音声通話に用いた在宅療養支援での対応技術は, 『非協力的, 攻撃的な人をも含む面識のない対象者との継続的な支援関係の構築技術』と, 『変化に即応した最適な感染症の療養環境の構築技術』, 『COVID-19患者や家族のセルフケア能力を高める支援技術』であった。

本研究は, JSPS 科研費23K10249の助成を受けたものです。開示すべき COI 状態はありません。

本研究にご協力下さった保健師の皆様と兵庫県立大学島村珠枝様に心より感謝致します。

(受付 2025. 5.26)
(採用 2025. 8.18)
(J-STAGE 早期公開 2025.11. 4)

文 献

- 1) World Health Organization. Timeline: WHO's COVID-19 response. 2019. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#> (2025年5月17日アクセス可能).
- 2) 藤井広美, 斎藤富美代, 河西あかね, 他. COVID-19における公衆衛生看護活動の課題と対応, 必要とされた技術—第5波までの活動を振り返って—. 日本公衆衛生看護学雑誌 2023; 12: 63–76.
- 3) 山本裕子. 特集 新型コロナウイルス感染症 保健師活動を記録する 班体制による対応の経過と保健師活動への影響. 保健師ジャーナル 2020; 76: 624–628.
- 4) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症に関する保健所体制の整備と感染拡大期における優先度を踏まえた保健所業務の実施について. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/000717198.pdf> (2025年6月29日アクセス可能).
- 5) 厚生労働省. 保健所の体制強化のためのチェックリストについて. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/000618971.pdf> (2025年6月29日アクセス可能).
- 6) 総務省. 令和3年 情報通信白書 情報通信機器の保有状況. 2021. <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/html/nd242110.html> (2025年2月14日アクセス可能).
- 7) 総務省. 令和3年 デジタルで支える暮らしと経済. 2021. <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/html/nd102100.html> (2025年5月5日アクセス可能).
- 8) 小野塚大介. 気候変動による感染症への影響. 保健医療科学 2020; 69: 418–424.
- 9) Yamada M, Kimura Y, Otohe Y, et al. Effect of the

- COVID-19 epidemic on physical activity in community-dwelling older adults in Japan: A cross-sectional online survey. *Journal of Nutrition, Health and Aging* 2020; 24: 948–950.
- 10) Eslami Jahromi M, Ayatollahi H, Ebrazeh A. Covid-19 hotlines, helplines and call centers: a systematic review of characteristics, challenges and lessons learned. *BMC Public Health* 2024; 24: 1–36.
- 11) 白井千香, 内田勝彦, 清古愛弓, 他. 新型コロナウイルス感染症に対する地方自治体および保健所の対応—流行状況の推移およびウイルス変異に応じた感染症対応の模索—. *保健医療科学* 2022; 71: 292–304.
- 12) 佐伯和子, 麻原きよみ, 荒木田美香子, 他編. 公衆衛生看護の方法と技術 第2版. 公衆衛生看護学テキスト第2巻. 東京: 医歯薬出版. 2022; 4.
- 13) 厚生労働省. 地域保健従事者の資質向上に関する検討会報告書. 2002. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/s0715-2b2.html> (2024年12月24日アクセス可能).
- 14) 厚生労働省. 令和2年度保健師活動領域調査(領域調査)の結果. 2021.
- 15) 山下千絵子, 塩川幸子, 藤井智子. 新任期保健師のアセスメント力向上を目指した事例検討における質問の特徴—母子の個別支援を通して—. *日本地域看護学会誌* 2023; 26: 69–76.
- 16) 藤井智子, 塩川幸子. 看護系大学総合カリキュラムを卒業した自治体に働く新任期保健師の経時的成長の特徴. *旭川医科大学研究フォーラム* 2022; 19: 11–24.
- 17) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77–101.
- 18) 白石貴寿, 新井宏人. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)パンデミック下における日常生活ストレスの関連因子. *日本職業・災害医学学会誌* 2022; 71: 1–7.
- 19) 杉山真澄, 鈴木知代, 深江久代, 他. 市区町村母子保健事業のクレームの実態と管理的立場の保健師研修の検討. *東海公衆衛生雑誌* 2022; 10: 187–195.
- 20) 吉村利律子, 岡本スエ, 高谷恭子. 子ども医療電話相談事業を担う看護師の看護のわざ. *日本小児看護学会誌* 2023; 32: 51–58.
- 21) 桐本ますみ, 高見沢恵美子, 石田宣子. 二次救急外来の成人患者の電話トリアージで看護師が感じる困難と対処および影響要因. *日本救急看護学会雑誌* 2017; 19: 1–8.
- 22) Elenor K, Urban R, Inger H. Telenurses' understanding of work: detective or educator? *Journal of Advanced Nursing* 2008; 2: 382–390.
- 23) 高橋 晶. 新型コロナウイルスへの精神面の対応に向けて. *精神医学* 2020; 62: 897–910.
- 24) 日本災害医学会. 新型コロナウイルス感染症対応に従事する医療関係者への不当な批判に対する声明. 2020. https://jadm.or.jp/sys/_data/info/pdf/pdf000121_1.pdf (2025年5月17日アクセス可能).
- 25) Zahra K, Elham I. Frontline nurses' experiences of patient care in the COVID-19 pandemic: a phenomenological study. *Journal of Caring Sciences* 2023; 23: 42–49.
- 26) 児玉久仁子, 井上玲子, 井上敦子, 他. 新型コロナウイルス感染症の拡大状況における家族ケアの必要性と困難—家族支援専門看護師への調査から—. *家族看護学研究* 2021; 26: 230–235.
- 27) 中堀伸枝, 越田美穂子. パンデミックにおいて保健師に求められる健康危機管理能力と必要な学び. *看護ケアサイエンス学会誌* 2024; 22: 125–136.

Response techniques used by public health nurses to support home-based care via telephone during the coronavirus disease 2019 pandemic

Kazuyo ARIMA* and Mikiko ITO^{2*}

Key words : public health nurse, telephone support, response techniques, patients with COVID-19, home-based care support

Objective To identify the technical approaches used by public health nurses for providing telephone support to patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) receiving home-based care during the pandemic.

Methods Five managers and five newly appointed public health nurses from five municipalities, each with experience in home-based care for homebound COVID-19 patients, were interviewed. A qualitative analysis was performed using Braun and Clarke's methodology.

Results The analysis yielded 68 codes, with 10 unique to managerial public health nurses. These codes were grouped into eight categories, which were then subdivided into three primary response techniques: methods for establishing ongoing support to patients with unknown COVID-19 status, including those who are not cooperative or hostile; approaches for rapid adaptation to establish an effective recovery environment for infectious diseases; and strategies for improving the self-care abilities of patients with COVID-19 and their families. During the telephone support sessions, nurses relied not only on verbal expressions but also encouraged non-verbal expressions and collected non-verbal information to gain a multidimensional understanding of patients' situation and needs. This involved managing patients' refusal to respond as well as their strong treatment requests. Unique observations among managerial nurses included the following: continuing to provide detailed explanations to obtain patient consent, managing resistance to containment strategies, and remaining aware of their authority as health center staff; understanding the perceived threat of COVID-19 by patients, families, and local residents to inform awareness; and deliberately issuing instructions to patients to gather precise vital information from their posture or behavioral responses. Due to their experience, managerial nurses were able to empathetically understand patients and their families, apply emotional intelligence, and engage in conversations that enabled them to sensitively detect subtle early signs of health deterioration.

Conclusion This study identified techniques to address the unique public health challenges posed by infectious diseases, providing valuable insights for training resilient public health nurses.

* Taisei Gakuin University, Faculty of Nursing

^{2*} Shiga University of Medical Science, School of Nursing