投稿

# 市民と保健医療専門職におけるPeople-Centered Care パートナーシップの関連要因

髙橋（タカハシ） 恵子（ケイコ）＊1　朝澤（アサザワ） 恭子（キョウコ）＊2　有森（アリモリ） 直子（ナオコ）＊3　亀井（カメイ） 智子（トモコ）＊4　麻原（アサハラ） きよみ＊5
大森（オオモリ） 純子（ジュンコ）＊6　新福（シンプク） 洋子（ヨウコ）＊7　菱沼（ヒシヌマ） 典子（ミチコ）＊8　田代（タシロ） 順子（ジュンコ）＊9

**目的**　日本では看護系大学が2003年より医療者主導型ケアから市民・患者主導型ケアに向けて，市民が主体的に自身の健康を創り守る社会を目指したPeople-Centered Care（以下，PCC）モデルの構築に取り組んできた。本研究の目的は，超高齢社会の現在，市民と保健医療専門職（以下，専門職）とのPCCの取り組みを推進する示唆を得るために，PCCパートナーシップの関連要因を探索することである。

**方法**　研究デザインは横断的記述研究であり，2017年12月～2018年４月に自記式質問紙法を実施した。対象者は医療系大学で運営しているPCC事業の活動メンバーおよび地域で市民と専門職が協同活動する健康支援活動グループのメンバーであった。調査内容は属性，PCC活動状況，PCCパートナーシップ尺度であった。分析は因子分析，信頼性分析を実施の上，ｔ検定，一元配置分散分析，強制投入法による重回帰分析を行った。

**結果**　対象者への質問紙配布655部に対して回答は340部であり，有効回答は329部（有効回答率50.2％）であった。PCCパートナーシップ尺度得点は責任者以外より責任者が有意に高く（$p<0.001$），60歳代以上より50歳代以下が有意に高く（$p=0.01$），医療施設勤務者より教育研究機関勤務者が有意に高かった（$p=0.003$）。PCCパートナーシップ尺度得点を従属変数とする重回帰分析では，責任者の標準回帰係数（$\beta$）＝0.19（$p=0.001$）で有意に関連があった。サブグループ分析において，専門職（$n=92$）を対象とした解析では，性別女性が$\beta=0.20$（$p=0.045$），責任者が$\beta=0.39$（$p<0.001$）と有意に正の関連があった。

**結論**　市民と専門職におけるPCCパートナーシップの関連要因は，責任者であった。PCCは関連要因として明らかになったメンバーのリーダーシップと協力を得て活動促進を図ることが有用であると示唆された。

**キーワード**　People-Centered Care，横断的研究，重回帰分析，市民主導型ケア

## Ⅰ 緒　　言

近年，医療技術の飛躍的な進歩の反面，生命倫理の問題の顕在化，家族形態の縮小化，脆弱な高齢者の孤立や健康格差，感染症の問題，気象異常など，深刻な健康問題の危機に直面している。特に，日本は他国に類をみない速さで超高齢社会に突入し，少子化による人口減少を伴うため，将来の健康医療人材の不足が懸念されている。そのため，保健医療システムの改革など，従来の医療者主導型から，地域の包括的な支援体制の推進，つながり・支え合う地域共生

＊1 埼玉県立大学保健医療福祉学部教授　＊2 東京医療保健大学東が丘看護学部准教授　＊3 新潟大学医学部教授
＊4 聖路加国際大学看護学部長　＊5 大分県立看護科学大学学長　＊6 東北大学大学院医学系研究科教授
＊7 広島大学大学院医系科学研究科教授　＊8 聖路加国際大学名誉教授　＊9 国際医療福祉大学大学院特任教授

社会，地域や市民主導の健康生成に向けた考え方が不可欠となっている[1)2)]。

国際連合は，2030年までに達成すべき「持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）」を17項目定め，特に健康に関する目標3「すべての人々に健康と福祉を」では，人々の健康の確保と福祉の向上を挙げている[3)]。また，すべての人々が良質で必要な健康に関わるサービスを，経済的に過度な負担なしに受けることができる「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal health coverage：UHC）」は，SDGs目標3の要となり[4)]，世界保健機関（World Health Organization：WHO）はUHCの達成を世界的な優先事項としている[5)]。WHOはUHCを達成するために疾病や医療機関を中心としたヘルスシステムの設計から，人々を中心としたPeople-Centered Health Serviceへの移行が重要であるとし，2007年から保健医療サービスの利用者である人々を中心としたケアをめざしたPeople at the Center of Careを掲げた[6)]。その後，2016年の世界保健総会では“Framework on integrated, people-centered health service”が採択された[5)]。現在，WHOでは“What’s People-Centered Care”をテーマに，市民の行動が主体的に転換され，市民が尊重され，治療が一方的に行われることではない権利についての紹介動画を世界に向けてインターネットで発信している[7)]。

SDGs目標3の健康に関する分野の達成に看護が大きな役割を果たすことを国際看護協会（ICN）が示している[8)]。日本では看護系大学が健康課題の解決に向け，先駆的に2003年より，医療者主導型ケアから市民・患者主導型ケアに向けた，市民が主体的に自身の健康を創り守る社会を目指したPeople-Centered Care（以下，PCC）モデルの構築に取り組んできた[9)]。有森ら[10)]は，市民が自分自身で健康を創るために不可欠なパートナーとして看護職を位置づけ，パートナーシップに基づく両者の既存の医療における患者と看護職の関係性を超え，両者が同じ土俵に立つことを前提とするケアモデルであるPCCの方法論を示した。大森ら[11)]は，PCCの活動が個人の健康問題の改善や解決にとどまらず，活動グループ，コミュニティの各段階における「資源の獲得」「関係の進展」「能力の開発」「QOLの充足感」，さらに活動を継続的に発展させるケアシステムの拡充まで及ぶことを明らかにした。さらに，Kameiら[12)]は，PCCの活動として市民と専門職のパートナーシップの重要性と，PCCの取り組みが個人変容のみならず，社会変容も期待できるケアであることを示した。加えて，髙橋ら[13)]は，PCCの活動成果と進展の鍵に，共に活動するメンバーとなる市民と専門職との8つのパートナーシップにおける構成要素（①互いを理解する，②互いを信頼する，③互いを尊敬する，④互いの持ち味を生かす，⑤互いの役割を担う，⑥共に課題を乗り越える，⑦意思決定を共有する，⑧共に学ぶ）があることを明らかにした。以上のことから，健康課題に対する市民の主体的な行動を意味するPCCには，市民と専門職とのパートナーシップが重要な鍵となることが示唆された。

研究者らは，PCCに取り組み始め15年目を迎え，文献検討により，PCC活動に重要な市民と専門職のパートナーシップの構成要素を示した[12)13)]。さらに，研究者らはPCCパートナーシップ尺度8下位尺度16項目を開発した[14)]。関係基盤を示す要素である【互いを理解する】【互いを信頼する】【互いを尊敬する】の3下位尺度，活動姿勢を示す要素である【互いの持ち味を生かす】【互いに役割を担う】【課題を共に乗り越える】【意思決定を共有する】【共に学ぶ】の5下位尺度，合計8下位尺度である。市民と専門職におけるPCCパートナーシップの測定に多角的な側面から測定できるといえる。この尺度を用いて，PCC活動における市民と専門職のPCCパートナーシップは活動メンバーのどの様な属性および活動状況が高低に影響を与えているかを把握し，さらに活動を推進する必要がある。本研究の目的は，超高齢化社会に向けた市民と保健医療専門職（以下，専門職）とのPCCの取り組みを推進する示唆を得るために，PCCパートナーシップの関連要因を探索することである。

## Ⅱ 方　　法

### （１） 用語の定義

#### 1） People-Centered Care

PCCと略し，市民主導の健康生成をめざした市民と専門職との取り組みを示す。

#### 2） PCCパートナーシップ

市民主導の健康生成をめざして共に取り組む市民と専門職との協同の認識を示す。

#### 3） メンバー

保健医療福祉の専門職と市民が協同して運営している市民のための健康支援活動団体の活動メンバーであり，市民と専門職の双方を示す。

#### 4） 活動団体

同じ目的を持ち集まった健康支援活動グループを示す。

### （２） 研究デザインと対象者

横断的記述研究であり，無記名の自記式質問紙法を用いた調査を実施した。本研究では「市民と専門職の属性」と「PCC活動状況」が「PCCパートナーシップ」に影響すると考え関連要因を探索した。研究対象者は，PCCに関する専門性を持つ研究者９名が，関東甲信越地方で健康課題の改善に向けて保健医療福祉の専門職と市民が協同して活動をしていると認め，医療系大学で運営している31活動団体の活動メンバーの市民と専門職655名であった。研究対象の候補とした活動団体は，活動開始時期，活動頻度，活動人数は各々異なる。

### （３） 調査項目

#### 1）属性

性別，年齢，就労状況，専門職者の有無，専門職の職種，勤務施設，専門職の経験年数の回答を求めた。

#### 2）PCC活動状況

活動年数，責任者の有無，ボランティアの有無，活動目的，活動回数，事業対象者の回答を求めた。

#### 3）PCCパートナーシップ尺度

PCCパートナーシップ尺度は，髙橋ら[14]により開発された尺度である。健康課題の改善に向けて保健医療福祉専門職と市民が協同しているPCC活動団体のメンバー間（市民と専門職）のパートナーシップを測定する尺度である。【互いを理解する】【互いを信頼する】【互いを尊敬する】【互いの持ち味を生かす】【互いに役割を担う】【課題を共に乗り越える】【意思決定を共有する】【共に学ぶ】の８下位尺度16項目から構成される。開発者により，因子分析と相関分析を用いて妥当性が検討され，Cronbach's α は0.92で信頼性が確認されている。回答は「全く思わない：１点」から「そう思う：５点」の５段階リッカートスケールであり，得点範囲は16点から80点である。得点が高いほどPCC活動グループにおける市民と専門職のパートナーシップの認識が高いことを示す。つまり，市民と専門職が協同し運営している健康支援活動グループが互いに協同している状態である。

### （４） データ収集方法

調査期間は2017年12月～2018年４月であり，研究者が研究協力同意の得られた活動団体の責任者に協力を得て，研究対象候補者である活動メンバーに文書と口頭により研究目的および趣旨を説明した。了承が得られた対象者に調査票を配布し，配布から２週間以内の回答を依頼した。回収方法は，研究者宛てへの個別郵送法または留め置き法で行った。

### （５） 分析方法

統計ソフトSPSS Statistics Version23を使用し，記述統計量を算出した。因子分析および信頼性分析を用いて尺度の信頼性と妥当性を再確認した。PCCパートナーシップ尺度得点の属性による相違を，対応のないt検定および一元配置分散分析（多重比較，Tukey法）を用いて検討した。PCCパートナーシップの関連要因探索のために，従属変数をPCCパートナーシップ尺度得点，独立変数を属性やPCC活動状況とし，強制投入法の重回帰分析を用いて検討した。有

意水準は５％とした。

### （６） 倫理的配慮

調査において研究趣旨，研究参加は自由意思であり同意しない場合も不利益は受けないこと，匿名性の保持，データの厳重保管，公表後に適切な処分をすることを明記し，文書と口頭で説明した。質問紙の回答と返信をもって研究協力の同意とみなした。本研究は，聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号17-A047，承認日2017年７月27日）を得た上で実施した。

## Ⅲ 結　　果

研究協力は46施設へ依頼し，事業所31施設に協力を得られた。研究対象条件を満たし参加に了承した対象者への質問紙配布655部に対して回答は340部（回収率51.9％）であり，そのうち有効回答は329部（有効回答率50.2％）であった。

表１　対象者の属性（N＝329）

| | n | % |
|---|---|---|
| 性別 | | |
| 男性 | 66 | 20.1 |
| 女性 | 263 | 79.9 |
| 年齢（年代） | | |
| 20歳代未満 | 2 | 0.6 |
| 20歳代 | 41 | 12.5 |
| 30歳代 | 29 | 8.8 |
| 40歳代 | 50 | 15.2 |
| 50歳代 | 73 | 22.2 |
| 60歳代 | 50 | 15.2 |
| 70歳代 | 63 | 19.1 |
| 80歳代 | 21 | 6.4 |
| 就労状況 | | |
| 就労者 | 175 | 53.2 |
| 学生 | 40 | 12.2 |
| 主婦・主夫 | 80 | 24.3 |
| その他 | 34 | 10.3 |
| 立場 | | |
| 市民 | 237 | 72.0 |
| 専門職 | 92 | 28.0 |
| 専門職内訳（n=92） | | |
| 看護職 | 63 | 68.5 |
| 医療職 | 8 | 8.7 |
| 介護・福祉職 | 13 | 14.1 |
| 上記以外 | 8 | 8.7 |
| 勤務施設（n=92） | | |
| 医療施設 | 40 | 43.5 |
| 教育研究機関 | 50 | 54.3 |
| その他 | 2 | 2.2 |
| 専門職経験年数（平均（範囲）） | 22年（１カ月～52年） | |

### （１） 対象者の属性と尺度の信頼性・妥当性の再確認（表１）

対象者は男性20.1％，女性79.9％であり，年代は50歳代が22.2％と最も多かった。市民は72.0％，専門職は28.0％であり，専門職の平均経験年数は22年であった。専門職は看護職が68.5％と最も多く，教育研究機関勤務が54.3％と最も多かった。PCC尺度は因子分析（主因子法，プロマックス回転法）および信頼性分析を用いたところ，因子負荷量は0.43以上が確認され，Cronbach's $\alpha$ は16項目全体で0.93であり，信頼性と妥当性が再確認された。

### （２） 対象者のPCC活動状況（表２）

平均活動年数は７年６カ月であり，活動の責任者は17.6％，ボランティアとしての参加は71.7％であった。活動目的は自分自身のためが47.4％であり，活動回数は年に数回が31.3％と最も多かった。事業対象者は成人が61.4％であった。

### （３） PCCパートナーシップ尺度得点の属性による差（表３）

PCCパートナーシップ尺度得点と標準偏差を

表２　対象者のPCC活動状況（N＝329）

| | n | % |
|---|---|---|
| 責任者 | | |
| はい | 58 | 17.6 |
| いいえ | 271 | 82.4 |
| ボランティア | | |
| はい | 236 | 71.7 |
| いいえ | 93 | 28.3 |
| 活動目的 | | |
| 自分自身のため | 156 | 47.4 |
| 誰かのため | 122 | 37.1 |
| 業務 | 45 | 13.7 |
| その他 | 6 | 1.8 |
| 活動回数 | | |
| 毎日 | 17 | 5.2 |
| 週に２～３回 | 39 | 11.9 |
| 週に１回 | 43 | 13.1 |
| 月に１回 | 89 | 27.1 |
| 年に数回 | 103 | 31.3 |
| その他 | 38 | 11.6 |
| 事業対象者 | | |
| 子ども | 7 | 2.1 |
| 成人 | 202 | 61.4 |
| 高齢者 | 120 | 36.5 |
| 活動年数（平均（範囲）） | ７年６カ月（１カ月～43年） | |

算出し，得点を従属変数，対象者の属性を独立変数として分析した。PCCパートナーシップ尺度得点の属性による差を検討するために，独立変数が２群の場合はｔ検定，３群以上の場合は一元配置分散分析，Tukey法で多重比較を行った。尺度16項目の平均得点は67.3±7.9点であった。ｔ検定の結果，責任者の得点は70.7±7.2点，責任者以外の得点は66.6±7.9点であり，責任者であることが有意に高かった（ｔ(327)＝3.6，ｐ＜0.001）。年齢が50歳代以下群の得点は68.3±8.0点，60歳代以上群の得点は66.0±7.7点であり，50歳代以下であることが有意に高かった（ｔ(327)＝2.6，ｐ＝0.01）。勤務施設が，医療施設群における得点は66.2±6.9点，教育研究機関群は71.1±8.0点であり，教育研究機関に勤務している群が有意に高かった（ｔ(88)＝3.1，ｐ＝0.003）。また，PCC事業において子ども対象の活動グループの得点は72.9±5.8点，成人対象の活動グループは68.1±8.3点，高齢者対象の活動グループは65.8±7.1点であった。分散分析の結果，PCC活動グループ対象者３区分（Ｆ(２，90)＝5.0，ｐ＝0.007）においてPCCパートナーシップ尺度得点との間に有意差が認められた。対象者３区分のうち，成人対象グループは高齢者対象グループよりも有意に高得点であった（ｐ＝0.03）。

**表３　属性別PCCパートナーシップ尺度得点差（N＝329）**

| | n | 平均±標準偏差 | |
|---|---|---|---|
| 事業の役割 | | ｔ＝3.6 | |
| 　責任者 | 58 | 70.7±7.2 | *** |
| 　責任者以外 | 271 | 66.6±7.9 | |
| 年代 | | ｔ＝2.6 | |
| 　50歳代以下 | 195 | 68.3±8.0 | * |
| 　60歳代以上 | 134 | 66.0±7.7 | |
| 勤務施設（n=90） | | ｔ＝3.1 | |
| 　医療施設 | 40 | 66.2±6.9 | ** |
| 　教育研究機関 | 50 | 71.1±8.0 | |
| 事業対象者 | | Ｆ＝5.0 | |
| 　子ども | 7 | 72.9±5.8 | |
| 　成人 | 202 | 68.1±8.3 | * |
| 　高齢者 | 120 | 65.8±7.1 | |

注　1）　２群はｔ検定，３群以上は一元配置分散分析を実施。
　　2）　＊ｐ＜0.05，＊＊ｐ＜0.01，＊＊＊ｐ＜0.001

### （４）　PCCパートナーシップの関連要因（表４）

市民と専門職におけるPCCパートナーシップ尺度得点に対する関連要因を検討するために，従属変数をPCCパートナーシップ尺度得点とし，独立変数に「専門職」「性別」「年齢」「活動年数」「責任者」「ボランティア」「活動回数」の７項目を設定し，強制投入法を用いて重回帰分析を行った。相関行列表を観察したが，ｒ＞0.9となるような変数は存在しなかったため，すべての変数を対象とした。多重共線性の評価であるVariance Inflation Factorも10を超える値はなく，除外する独立変数はなかった。その結果，Ｆ＝2.5，ｐ＝0.017であり，$R^2$＝0.05であった。ダービン・ワトソン比は1.8で問題なかった。PCCパートナーシップ尺度得点との関連は，「責任者」の標準偏回帰係数（$\beta$）＝0.19（ｐ＝0.001）の１項目が，有意に正の関連があった。

**表４　PCCパートナーシップの関連（N＝329）**

| | 対象者（N＝329） | | 95％信頼区間 | | VIF | 市民（ｎ＝237） | | 専門職（ｎ＝92） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\beta$ | p | 下限 | 上限 | | $\beta$ | p | $\beta$ | p |
| 専門職 | −0.09 | 0.121 | −3.6 | 0.4 | 1.1 | | | | |
| 性別女性 | 0.00 | 0.986 | −2.1 | 2.2 | 1.0 | −0.11 | 0.094 | 0.20 | 0.045* |
| 年齢 | −0.04 | 0.459 | −0.7 | 0.3 | 1.2 | −0.08 | 0.269 | 0.09 | 0.405 |
| 活動年数 | −0.02 | 0.699 | −0.2 | 0.1 | 1.2 | −0.12 | 0.111 | 0.13 | 0.206 |
| 責任者 | 0.19 | 0.001** | 1.5 | 6.2 | 1.1 | 0.05 | 0.462 | 0.39 | <0.001*** |
| ボランティア | −0.02 | 0.670 | −2.4 | 1.5 | 1.1 | −0.10 | 0.146 | 0.07 | 0.500 |
| 活動回数 | 0.03 | 0.582 | −0.5 | 0.8 | 1.1 | 0.05 | 0.514 | −0.02 | 0.852 |
| $R^2$ | 0.05 | | | | | 0.04 | | 0.22 | |
| F | 2.5 | 0.017* | | | | 1.7 | 0.117 | 4.0 | 0.001** |

注　1）　重回帰分析（強制投入法）。＊ｐ＜0.05，＊＊ｐ＜0.01，＊＊＊ｐ＜0.001。
　　2）　$R^2$＝決定係数，$\beta$＝標準偏回帰係数，Ｆ＝分散分析の検定統計量，VIF＝Variance Inflation Factor。

次に，専門職（ｎ＝92）におけるPCCパートナーシップ尺度得点に対する関連要因を検討するために，従属変数をPCCパートナーシップ尺度得点とし，独立変数に「性別」「年齢」「活動年数」「責任者」「ボランティア」「活動回数」の６項目を設定し，強制投入法を用いて重回帰分析を行った。その結果，Ｆ＝4.0，ｐ＝0.001であり，$R^2$＝0.22であった。専門職におけるPCCパートナーシップ尺度得点との関連は「責任者」の標準偏回帰係数（$\beta$）＝0.39（ｐ＜0.001），「性別女性」の標準偏回帰係数（$\beta$）＝0.20（ｐ＝0.045）の２項目が有意に正の関連があった。

## Ⅳ 考　　察

### （１） 本研究の対象者

本調査の対象者はPCC事業に携わる市民および専門職であり，専門職の内訳は看護職，医療職，介護・福祉職であった。調査協力はPCC事業責任者から得られており，ボランティアでの活動者が71.7％を占めている結果より，PCCへの理解と協力が整っている母集団であると考えられる。また，活動回数は年に数回が31.3％と最多であり，頻度は多くない。しかし，活動目的は自分自身のためが47.4％と，能動的な集団であると考えられる。そのため，本研究の対象者はPCCパートナーシップに関する認識が高いことが推測される。

国内外において，PCCに関する研究は研究者ら[14)-17)]が国内外に向けて，PCCの概念やPCCの活動報告を公表してきた。しかし，PCCパートナーシップに関する公表は多くは見当たらず，関連要因を探索した本研究結果は新規性があるといえる。さらに，PCC事業に携わり，実際にPCCパートナーシップに参与する市民および専門職を対象にした本研究は，貴重な結果であると考えられる。

### （２） PCCパートナーシップの関連要因

PCCパートナーシップの関連要因は「責任者」であった。このPCCパートナーシップの高さは，PCC事業のリーダーとして企画運営の中心的役割を担うメンバーであることが推測される。PCCパートナーシップの８要素は【互いを理解する】【互いを信頼する】【互いを尊敬する】【互いの持ち味を生かす】【互いに役割を担う】【課題を共に乗り越える】【意思決定を共有する】【共に学ぶ】で構成されている[13)]。事業を円滑に進めるためには，メンバーがこれらの要素を満たすように協力し合うことが必須である。そのために，事業のリーダー的存在の責任者，担当者が率先して構成要素を達成していると推測される。したがって，専門職だけでなく市民を含めてPCC事業の担当者それぞれが，事業の部分的な責任を持ち活動することにより，PCCパートナーシップが向上すると考えられる。

### （３） 本研究の限界と課題

本研究の協力施設となったPCCの活動団体は，市民と専門職が協働した活動しているものの，理念や活動発足時期に統一性はない。調査票の回収率が50％程度と低く，回収率を高める依頼方法の工夫が必要であった。今後はこの結果を生かし，PCC活動の推進のために，活動リーダーの教育プログラムやセミナーを開発し，評価する必要がある。

## Ⅴ 結　　語

市民と専門職におけるPCCパートナーシップの関連要因は，責任者であった。健康課題の改善や達成に向けて市民や社会が主体的に取り組むための支援のプロセスであるPCCは，関連要因として明らかとなったメンバーの存在が，PCCの取り組みへの促進に有用であると示唆された。

**謝辞**

本研究の実施にあたり，調査にご協力いただいた皆様へ心より感謝申し上げます。本研究は科学研究助成事業（基盤研究Ｂ：課題番号15H05108）の助成を受け実施した。

## 文　　献


1）厚生労働省．令和５年版厚生労働白書．2023.（https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/22/index.html）2023.8.15.

2）内閣府．令和５年版高齢社会白書．2023.（https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/05pdf_index.html）2023.8.15.

3）国際連合広報センター．持続可能な開発目標.（https://www.unic.or.jp/activities/economic_social_development/sustainable_development/sustainable_development_goals/）2023.8.13.

4）United Nations：Transforming our world：The 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015.（https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication）2023.8.13.

5）WHO. WHO global strategy on integrated people-centered health services 2016-2026 Executive Summary. 2015.（http://africahealthforum.afro.who.int/first-edition/IMG/pdf/the_global_strategy_for_integrated_people_centred_health_services.pdf）2023.8.13.

6）WHO：People-centered health care：A policy framework. 2007.（https://apps.who.int/iris/handle/10665/206971）2023.8.13.

7）WHO. What are integrated people-centred health services. 2020.（https://www.who.int/servicedelivery safety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/）2023.8.13.

8）国際看護協会．看護師：主導する声 持続可能な開発目標の達成．2017.（https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/katsudo/pdf/2017.pdf）2023.8.13.

9）聖路加看護大学21世紀COEプログラム運営事務局．21世紀COEプログラム市民主導型の健康生成をめざす看護形成拠点　研究成果最終報告書．2008.（http://arch.luke.ac.jp/dspace/handle/10285/2446）2023.8.13.

10）有森直子，江藤宏美，大森純子，他．People-Centered Careの戦略的実践Ⅰパートナーシップの類型．聖路加国際大学紀要　2007；13（２）：11-6.

11）大森純子，髙橋恵子，牛山真佐子．People-Centered Careの戦略的実践Ⅱ－活動とともに拡大するアウトカム－．聖路加国際大学紀要　2009；13（２）：17-24.

12）Kamei T, Takahashi K, Omori J, et al. Toward Advanced Nursing Practice along with People-Centered Care Partnership Model for Sustainable Universal Health Coverage and Universal Access to Health. Rev Lat Am Enfermagem. 2017；25：e2839.

13）髙橋恵子，亀井智子，大森純子，他．市民と保健医療従事者とのパートナーシップに基づく「People-Centered Care」の概念の再構築．聖路加国際大学紀要　2018；4：9-17.

14）髙橋恵子，朝澤恭子，有森直子，他．People-Centered Careパートナーシップ（PCCP）－16尺度の開発．日本看護科学学会誌　2020；40：620-8.

15）髙橋恵子．市民健康相談の体験をした臨床看護師の気づきと学び．聖路加国際大学紀要　2015；1：12-9.

16）髙橋恵子，亀井智子，菱沼典子，他．「聖路加健康ナビスポット：るかなび」におけるPeople-Centered Care系統的実践教育プログラムの作成．聖路加国際大学紀要　2018；4：63-7.

17）髙橋恵子，中村めぐみ，有森直子，他．市民と保健医療専門職が共に考える「People-Centered Careパートナーシップ」の教材作成への取り組み．聖路加国際大学紀要　2023；9：116-21.