

# 日本ルーラルナーシング学会誌

Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing

第14巻 2019

---

原著

豪雪地帯に暮らす後期高齢者のストレングスの検討

大口洋子, 原等子, 小泉美佐子…… 1

地域ケア実践看護師のコンピテンシー

本田芳香, 大塚公一郎, 島田裕子, 塚本友栄, 成田伸,  
村上礼子, 横山由美, 春山早苗…… 15

---

実践報告

小離島における知的障がいがあるアルコール依存症の母親と子どもの養育に対する多職種支援と連携  
砂川はづき, 神里みどり, 宮里智子…… 29

A小離島における慢性疾患の重症化予防優先順位指標の作成と活用法  
下地和枝, 神里みどり, 川崎道子…… 37

---

第13回学術集会

基調講演 …………… 45

シンポジウム …………… 46

---

日本ルーラルナーシング学会誌投稿規定 …………… 52

編集後記 …………… 55

---

原著

## 豪雪地帯に暮らす後期高齢者のストレングスの検討

Examining the Strengths of the Elderly living in Regions with Heavy Snowfall

大口洋子, 原等子, 小泉美佐子

Yoko Okuchi, Naoko Hara, Misako Koizumi

キーワード：豪雪地帯, 後期高齢者, ストレングス

### 抄録

目的：豪雪地帯に暮らす後期高齢者のストレングスのあり様を明らかにする。研究方法：地域の高齢者サロン事業に参加し研究に同意の得られた10名に面接調査を実施した。Rappらのストレングモデルを参考に個人の強みの要素である能力, 自信, 願望について, 環境の強みは雪国ならではの自然の恩恵や社会的つながりについて質問し, データを得て質的帰納的に分析した。結果：高齢者の自信は【過去の苦難から得た】【健康で自立した暮らしを送れている】【家族を育み, 地域を世話してきた】, 能力は【米や野菜の生産とその保存・加工技術】【雪の対策と活用】【保健行動】【自己実現と社会貢献】, 願望は【自立してこの地で暮らし続けたい】【ひとに迷惑をかけないで逝きたい】【地域の伝統やつながりを次世代へ継承したい】, 自然環境資源は【自宅・田畑・山林の資産】【雪国の自然と文化の恵み】, 社会関係は【家族・親戚, 近所の人, 友人知人との交流による支え】【年長者として地域に関わることによる人望】, 居場所としての機会は【近所付き合い】【町が主催する健康づくりの集い】【ボランティア・趣味の集い】から成っていた。結論：対象はこれまでの暮らしから得てきた能力, 自信, 願望といった個人のストレングスと雪国の自然環境と文化, 人々とのつながりといった環境のストレングスを豊富に持ち得ていることが明らかになった。

### Abstract

**Purpose:** To clarify the strengths of the elderly living in regions with heavy snowfall.

**Methods:** An interview survey was conducted with 10 individuals participating in organized community events for the elderly. Data were obtained by investigating elements of individual strengths: abilities, confidence, and desires, developed from The Model of Strengths (Rapp et al.), in addition to exploring the benefits of nature and social ties unique to snowy regions, which are environmental strengths. **Results:** The strengths of the elderly were as follows: Confidence: “derived from past hardship” “healthy, independent living” and “having raised a family and contributed to the community.” Abilities: “producing, storing and processing rice and vegetables,” “managing and utilizing snow” “maintaining and improving health” and “self-actualization and social contributions.” Desires: “to continue living locally and independently” “to pass away without burdening others” and “to pass on local traditions and ties to the next generation.” Natural environmental resources: “residential property, arable land and mountain forest assets” and “the natural bounty of a snowy region.” Social ties: “support from familial and community interactions” and “popularity arising from engaging with the local community as a senior citizen.” Opportunities: “close relationships with neighbors” “gathering for health promotion events” and “gatherings for volunteering and hobbies.” **Conclusions:** This study revealed that the elderly living in regions of heavy snowfall possess a wealth of individual strengths, including abilities, confidence, and desires gleaned from their lives to date, as well as

---

受付日：2018年6月29日 採択日：2019年2月6日

新潟県立看護大学 Niigata College of Nursing

environmental strengths, including the natural environment, culture, and human ties associated with a snowy region.

## I. はじめに

少子高齢化が進むわが国では、高齢者はケアや社会保障で支えられる対象ではなく、高齢者が培ってきた知識や経験を生かし社会で活躍できることが求められている<sup>1)</sup>。このような高齢者の持てる力に目を向けた捉え方としてストレングスモデルがある。

ストレングスモデルは、「人々が生来的に弱み（ウィークネス）と強み（ストレングス）をもつ存在であることを前提として、この弱みが生活上の諸問題を引き起こす背景となり、一方で、強みはその人の成長を促す背景となり要因となる」<sup>2)</sup>という考え方である。ストレングスの考えが医療分野に導入されたのは1970年代のアメリカである。精神障がい者の病院から地域への脱施設化に伴い、地域で暮らす精神障がい者のケアマネジメントに活用され、高騰する医療費の抑制と精神障がい者の生活の質を高めて地域で住み続けることに貢献した<sup>3)</sup>。

我が国では、2005年に白澤の「ストレングスに着目したケアプランの手引き－星座理論を使って－」<sup>4)</sup>が出版され、高齢者ケアにおいて、ストレングスを活かしたケアマネジメントの実践が提唱されてきている。それまでのケアマネジメントは利用者の弱みを背景にして生じた問題を解決しようとする医学的モデルが主であったが、ストレングスモデルにおいては問題を持つ利用者という捉え方から弱みをもつと同時に強みをもつ人として捉え、ストレングスを活かしていくという生活モデルへの転換である。

ストレングスモデルを活用した研究としては精神科看護<sup>5～7)</sup>や高齢者ケア<sup>8, 9)</sup>において取組まれている。しかし、佐久川<sup>10)</sup>は、ストレングスの研究を概観して、当事者主体の看護実践が求められている今日、方法論の発展と同時にストレングスの構造をとらえた対象理解のための知見を強化していく必要があると述べている。少子高齢化が進むわが国においては、高齢者の力を地域の大切な資源と捉え、高齢者が力を発揮していくためにも地域在住高齢者のストレングスの構造に関する知見を得る必要がある。また、ストレングスに注目したアプローチは障がい者のソーシャルワークから発展していることもあって、環境のストレングスは個人が利用できるフォーマル、インフォーマルなサービスであったり、ソーシャルサポートなど社会的資源に注目している

向きがある。そこで、本研究では、環境資源の中でも気候、風土といった自然環境の要素にも目を向けることにした。

本研究のフィールドとするA県B町は特別豪雪地帯であり、高齢化率が37%と超高齢化の町である。豪雪という自然環境の影響を受けながら高齢者は知恵と経験を心得て暮らし続けている。

豪雪地域に暮らす高齢者に焦点をあてた研究では、高齢者の日常生活機能や行動の調査<sup>11～16)</sup>があるほか、後期高齢者の健康と生活の調査<sup>17, 18)</sup>がある。また、在宅療養の高齢者の研究<sup>19)</sup>もみられる。さらに内面的な幸福感の要因に関する調査<sup>20, 21)</sup>もある。これらの研究では、豪雪地域の高齢者が住み慣れた地域社会で暮らし続けるために必要な身体的活動力や生活力、地域でのつながりや主観的な幸福感などに関する調査が行われてきている。しかし、雪国での長年の暮らしの営みから培われるストレングスに焦点をあてた研究はみあたらない。

そこで、研究者は「豪雪という自然環境の中で暮らす高齢者のストレングスは何によって構成されているか?」といったリサーチ・クエスチョンのもと、豪雪地帯に暮らす高齢者のストレングスのあり様を明らかにすることを目的に研究に取組むことにした。

### 【用語の定義】

ストレングス (strength) : ストレングスは強みと訳す。ストレングスの定義は複数示されているが、共通点はポジティブな側面を現し、個人に加え環境も含めていることである。佐久川<sup>22)</sup>はストレングスを「個人およびその人を取り巻く環境がもっている強み」と定義している。本研究でもこの定義を用いることとする。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン、フィールド

豪雪地帯に暮らす後期高齢者のストレングスのあり様について、質的記述的研究デザインにより検討する。

研究フィールドとするB町は2015年3月末現在人口1万人弱、高齢化率は37%で国内有数の豪雪地帯であり特別豪雪地帯に指定されている。冬期の1日の最高積雪量は3メートルを超えることが多い。

## 2. 研究対象

豪雪地帯であるB町に暮らす独居を含む後期高齢者でインタビューによる日常会話が可能で自身の生活を語ることができ、B町いきいきサロン事業（以下地域サロンと記す）が開催されるC地区公民館に自宅から徒歩で参加し研究に同意した者とした。11人が研究に参加したが、そのうち1人は質問の意図が伝わらず、十分なデータが得られなかったため10人を研究の対象とした。

## 3. データ収集期間

平成27年8月から平成27年10月

## 4. 調査方法

### 1) 対象者選定の手続き

高齢者を対象とする地域サロンの代表者に文書と口頭により地域サロンの場で参加者に研究の説明をすることの承諾を得た。その後、サロン当日に研究者が参加者に文書と口頭で研究協力の説明をした。自由な意思選択ができるよう配慮し、研究協力に同意した場合には後日研究協力同意書を研究者あて郵送してもらう配慮をしたが、研究対象となった高齢者はその場で同意が得られた。

### 2) 調査方法

半構造化した質問紙を用いての面接調査。研究協力者には面接希望の日時と場所を電話で確認し設定した。面接時間はおおむね60分程度とした。

## 5. 調査内容

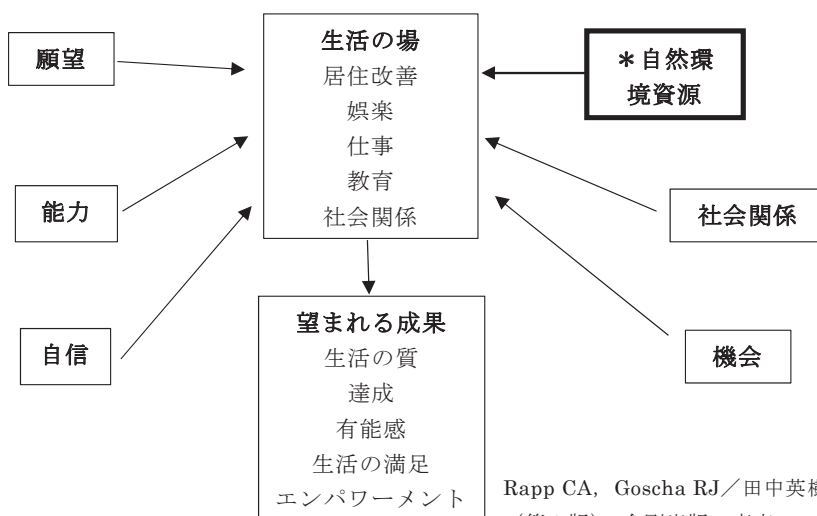
最初に基本属性として年齢、家族構成、生活圏区分（屋内、野外、近隣、正常）、健康状態に関する意識（よい、まあよい、ふつう、あまりよくない、よくない）を質問したのち、雪国で暮らしてきた生活史と現在の暮らしについて語ってもらった。次に、Rappら<sup>23)</sup>のストレングスの構成要素（図1）に準じ、個人のストレングスの要素としての願望、能力、自信について、環境のストレングスは資源、社会関係、機会について以下の質問を投げかけた。環境の構成要素である資源は本研究のテーマと関連させて雪国という自然環境を際立てせる質問を投げかけた。

### 1) インタビュー内容

- (1) ○○さんはいつ頃から、この地域に暮らしていますか？
- (2) どのような暮らしをなさって今日まで来られましたか？（これまでの生活史）
- (3) 現在の暮らしについて教えてください（一年間の暮らし）。冬季はどのような暮らしをされていますか？
- (4) 雪国に暮らすことの恩恵としてどのようなことがありますか？（資源）
- (5) ○○さんが暮らしている地域の方々のつきあい、または助け合いはどの様ですか？冬季はどのようですか（社会関係）
- (6) ○○さんが家庭や地域の中で力を発揮できていること、役立っていることはどんなことで

### 個人のストレングス

### 環境のストレングス



Rapp CA, Goscha RJ/田中英樹訳：ストレングスモデル（第3版），金剛出版，東京，2014より

\*原文は資源となっていたが自然環境資源とした

図1 ストレングスの構成要素

- すか？（能力）
- (7) ○○さんがいろいろな人と交流したり，自分の力を発揮する機会や場所はどのようなものがありますか？冬季はどのようなですか？（機会）
- (8) ○○さんの自信のあることは何ですか？（自信）
- (9) ○○さんがこうありたい，この様なことをしたいという願望や望みがあったら教えてください。（願望）

## 6. 分析方法

ICレコーダーに録音したデータを逐語録に起こし，逐語録を精読し，まず，対象者のストレングスの背景となる生活史を把握した。そして，個人としての願望，能力，自信と，環境としての自然環境資源，社会関係，機会についてストレングスとして語られた文脈を抜き出した。次に，文脈上読み取れる了解可能な最小単位の文章で，ストレングスと解釈できる内容をキーセンテンスとして抽出し，文章を生成する概念をコード化し，さらに，コード化したデータの意味を適切に表現するよう類似性，相違性を検討しカテゴリーを生成した。

分析においては，老年看護学および質的研究に精通している研究者間で，全分析過程において討議と検討を重ね，分析の妥当性の確保に努めた。

## 7. 倫理的配慮

研究者が所属する大学の倫理審査委員会による審査を受け承認（承認番号015-2）を得て行った。対象者には地域サロンの会終了後に希望者に研究の目

的，方法，守秘義務，協力の意思選択の権利，中断の権利，公表の匿名化，研究に関する質問や情報公開の窓口などについて文書と口頭で説明し，自由な意思選択ができるよう配慮し，面接はプライバシーが確保され研究協力者の希望する場所で行い許可を得て録音した。

## Ⅲ. 研究結果

### 1. 対象者の概要（表1）

面接は対象者の希望により全員自宅で行い，面接時間は1人約60分要した。研究対象は，男性2人，女性8人で，70歳代後半から80歳代後半，独居2人であった。

### 2. ストレングスの内容

最初に対象者のストレングスの背景となる生活史では，いずれも戦中・戦後の苦難を生き抜いてきた生活史が豊富に語られた。個人のストレングスの要素となる願望，能力，自信と，環境のストレングスの要素となる自然環境資源，社会関係，機会についての分析結果を表2に示す。コードは46，カテゴリーは17生成された。なお，資源には雪国という自然環境がもたらす資源と家族・親族といった人的資源の両方の語りがあった。ここでは資源については自然環境資源の枠組みで分析し，人的資源は社会関係の枠組みで分析することにした。

ストレングスの構造の6つの要素は【 】, カテゴリーは< >, コードは< >で示し，コードのデータとなる語り，あるいはキーセンテンス（複数

表1 対象者の概要

	年齢	性別	家族構成	生活圏区分 <sup>1)</sup>	健康状態区分 <sup>2)</sup>
A	80代前半	女	同居（子と2人）	近隣	あまりよくない
B	80代後半	女	独居	正常	まあよい
C	80代後半	女	同居（孫含め5人）	正常	まあよい
D	80代前半	女	同居（夫と2人）	正常	まあよい
E	80代後半	女	独居	正常	まあよい
F	70代後半	女	同居（夫と2人）	正常	あまりよくない
G	70代後半	男	同居（孫含め4人）	正常	ふつう
H	70代後半	女	同居（孫含め4人）	正常	よい
I	70代後半	女	同居（孫含め5人）	正常	よい
J	80代後半	男	同居（妻と2人）	正常	よい

1) 生活圏区分：室内，屋外，近隣，正常（自立して日常生活が営める）

2) 健康状態区分：よい，まあよい，ふつう，あまりよくない，よくない

表2 生成された個人と環境のストレングスのカテゴリー内容

	カテゴリー	コード			
個人の ストレングス	自信	過去の苦難から得た	つらいことに耐えてこられたこと 家族や他人に尽くしてきたこと 家・田・畑を守っている		
		健康で自立した暮らしを送れている	楽に動ける 病気や入院の経験がなく、健康でいられる 長年一人暮らしができています		
		家族を育み、地域を世話してきた	家族の中で役割を持っている 家族関係における気配りができる 子供の成長、活躍に対する誇り 地域のしきたりやお寺の伝統を守ってきた 地域の会の代表をつとめている		
		能力	米や野菜の生産とその保存・加工技術	米、野菜類の生産 米や野菜を加工し保存食をつくる 田畑の管理ができる	
			雪の対策と活用	雪から家を守る対策 雪の活用	
			保健行動	水中運動や歩いて運動している 健康診断を受けている	
			自己実現と社会貢献	日記や読経が日課となる 塗り絵や文化刺繍など家の中でできる趣味がある 手紙の交流ができる 相談員や団体役員をしている	
		願望	自立してこの地で暮らし続けたい	農作業に従事していきたい 転倒しないで自分の足で歩きたい 水中運動教室に参加し続けたい 愛着あるこの地で暮らしたい	
			ひとに迷惑をかけないで逝きたい	動けなくなったら施設に入りたい 苦しまずに迷惑かけないで逝きたい	
	地域の伝統やつながりを次世代へ継承したい		集落の伝統行事と付き合いを次世代へ継承 サロン事業の継承		
	環境の ストレングス	自然環境資源	自宅・田畑・山林の資産	自宅や田畑・山などの資産がある	
			雪国の自然と文化の恵み	雪を利用した保存ができる 冬は趣味など楽しめる 四季折々を楽しめる	
			家族・親戚、近所の人、友人知人との交流による支え	家族、親戚との交流がある 近所付き合いがある 友人知人との交流がある 趣味の交流がある	
		社会関係	年長者として地域に関わることによる人望	役員や会員として会を盛り立てる 若い人から相談を受ける	
			近所付き合い	自宅が交流の場になる 春彼岸の墓参りでの語らい	
			機会	町が主催する健康づくりの集い	公民館のサロン事業への参加 世代や集落を越えた町の事業に参加 水中運動、健康体操への参加
				ボランティア・趣味の集い	ボランティアや趣味などに参加

のセンテンスが続いた場合は語りともいう)は“ ”  
で示す。また、必要と思われるその場の状況や方言  
を( )に補足した。

1) 個人のストレングス

(1) 自信

自信のカテゴリーは「過去の苦難から得た」「健康で自立した暮らしを送れている」「家族を育み、

地域を世話してきた」の3つから成る。

「過去の苦難から得た」

“人間我慢が大事だね。自分でさ、振り返ってみて、我慢してよかったなと思ってます。言っても聴いてくれる親父さんでなかったから、布団かぶってさ、泣いた”“ひとりだとなんだか沈んでしまうがお経をあげるとここ(胸)が楽になる”“幼い子を亡く

した。それからは、外に出るのが嫌で、今で言う鬱みたいになった。他人の葬式に行くと、涙がでてだめだった。やっと、こうしていてもしょうがないと思って、自分でも忘れるようにして外にでるようになった”といった、これまでの生活の中で沢山のつらい体験に耐えてきた語りから<つらいことに耐えてこられた>のコードを抽出した。“私馬鹿だからさ、断れないの。本当に人に尽くしたわ。雨の日に稲（はぜかけした稲）あげしていれば手伝ったり、本当に数えきれないほど尽くしてやった。そのおかげで人がみんな亡くなっても、（自分は）いっぱい手術してもこうなっていらんかな（生きてる）”“嫁ぎ先の家族を何人も家で介護してきた”など、人に沢山尽くしてきたことによる今があることの語りから<家族や他人に尽くしてきた>のコードを抽出した。“自分では役に立っているとは思わないが、家をつぶさないできたことかな”といった語りから<家・田・畑を守っている>のコードを抽出した。3つのコードは、いずれも過去の苦難から得た自信という意味合いがあり<過去の苦難から得た>というカテゴリを生成した。

#### 《健康で自立した暮らしを送れている》

“父親の身体が弱かったので、子供のときからよく使われた（働いた）。オムツを洗って干したり、桶に水汲みしたり、米とぎやごはんをまきで炊いた。嫁にきて、次の日から朝早く起きてやってきた。今は考えられないくらい楽になった。今も楽に動ける”と、幼少期から家の仕事の役割を担い、嫁に来てからも朝早くから働き続けてきた体験により、高齢になっても身体も気持ちも楽に動けることの思いが語られ<楽に動ける>のコードを抽出した。また、“病気をしたことがない。7・8年前に腰を痛めて、注射1本したらケロッと治った。この前、畑をうなって（耕して）いたら、痛くなったので病院に行ったけど、注射してくれなかった。軽いうちはダメだ”という語り、“入院が一度もない、嫁にきてから、お産以外で寝たことがない”という語りから<病気や入院の経験がなく、健康でいられる>のコードを抽出した。“14・5年ひとり暮らしをしている”といったキーセンテンスから<長年一人暮らしができていられる>のコードを抽出した。高齢者は楽に動いて入院や大きな病気の体験がないことを健康ととらえ、長年一人暮らしを続けていられることに自信をもっているという解釈から<健康で自立した暮らしを送れている>というカテゴリを生成した。

#### 《家族を育み、地域を世話してきた》

“畑の親方で草ねんぼ（草まみれ）。誰も草取りしてくれない。春から秋までは忙しい。（畑）一回りするうちに草が太る”と、家族の中で畑の管理を一手に担ってきた自信という意味合いから<家族の中で役割を持っている>のコードを抽出した。“夏はほとんど毎日外に出ている。家にはごっつお（料理）してくれる人がいるから楽々して、畑さ出でられる”というキーセンテンスから<家族関係における心配りができる>のコードを抽出した。“子供は高校卒業で勤めながら夜間大学出て、上司に恵まれ勉強した。子供が頑張ったから自分も頑張ろうと思った”といった語りから<子供の成長、活躍に対する誇り>のコードを抽出した。さらに、“男親が早く亡くなったので、20代から親戚の葬儀では亭主役を務めてきた”という語りから<地域のしきたりやお寺の伝統を守ってきた>のコードを抽出した。“人から何とかやってくれと言われると断れないでやってしまう”というキーセンテンスから<地域の会の代表をつとめている>のコードを抽出し、これらのコードから<家族を育み、地域の世話役をしてきた>というカテゴリを生成した。

#### (2) 能力

能力のカテゴリは<米や野菜の生産とその保存・加工技術><雪の対策と活用><保健行動><自己実現と社会貢献>の4つから成る。

#### 《米や野菜の生産とその保存・加工技術》

“家の財産を確保していくために少しの田んぼをつくらないと生活できない”というキーセンテンスから<米、野菜類の生産>のコードを抽出した。“キュウリなど沢山採れるようになると、塩漬けにしたりいろいろなことをする。人参は突いて干しておいて煮物にいれる”“子供に毎年、米と梅干しと地元の手作り味噌を分けてやる。野菜を送ったり、大根は越冬用に沢山準備する”“くず米を粉にしてアンボ（おやき）をつくり、近所に分けてやる”“12月に二五八（塩・麴・くず米の割合の漬物用の素）を手作りしておき、1年中の漬物に使う”といった語りから<米や野菜を加工し保存食をつくる>のコードを抽出した。“田んぼにぬかを捲く（地力をあげる）”というキーセンテンスから<田畑の管理ができる>のコードを抽出した。米やいろいろな野菜をつくり、出荷したり子や親戚などへ送ったり、さらに野菜類は加工し、長期保存しているといったこれまでの農業生産活動で培われた技術や経験を生かした能力が語られた。これらから<米や野菜の生産とその保存・加工技術>というカテゴリを生成した。

#### 《雪の対策と活用》

“自宅の屋根は融雪，農作業の機械などが入っている物置は除雪する”“融雪屋根の水をホースに通して車庫前の雪を消している”というキーセンテンスから《雪から家を守る対策》のコードを抽出した。“餅について，雪の中で保存しておく”“春先，（野菜を）沢山買ってきたときや兄弟が東京から送ってきたハウレンソウなどの野菜を雪穴に入れておくともつ（長持ちする）”といった語りから《雪の活用》のコードを抽出した。除雪作業を軽減するために融雪屋根にしたり，屋根の雪を溶かした水をさらに他の場所の雪を溶かすことに有効活用する，野菜や餅の保存に自然環境による雪を活用するなどの知恵が語られた。これらのコードから《雪の対策と活用》というカテゴリを生成した。

#### 《保健行動》

“冬は雪があっても，水のおかげで道があいているから，2人で散歩を1時間くらい，ほとんど毎日している”“水中で歩こうと思う。万歩計もつけている。1万歩目指しているが7000歩位だ”という語りから《水中運動や歩いて運動している》のコードを抽出し，“毎年ドック（人間ドック）に入っている”というキーセンテンスから《健康診断を受けている》のコードを抽出した。日々の生活の中で万歩計による歩数確認をしたり，ドックによる健康診断を受けて健康状態をみていることや冬でも仲間と毎日歩いたりといった健康づくりを意識して実践していることが語られた。これらのコードから《保健行動》というカテゴリを生成した。

#### 《自己実現と社会貢献》

“今は毎朝，般若心経を2回，夜は舍利禮文の一心頂禮を5回，必ずしないとねえらんない（眠むれない）みたいになった”“日記を何年越しに書いている。今日は何を蒔いたとか，芋起こしたとか。字を知らないの，字引きを引いて，大体使う漢字をみんな紙に書いて挟んでおく”などの語りから《日記や読経が日課となる》のコードを抽出した。“大人の塗り絵，田園風景や果物，花など20冊あるのを，36種類のクレヨンで色を考えながら塗る”“文化刺繍が冬の楽しみ，はじめはふた冬に一つくらいしかできなかったけど，馴れて沢山作った。子供や友達にくれた。5円玉や紙を使って置物も作ったりした。和裁も習ったので，他人の仕立物もした”などの語りから《塗り絵や文化刺繍など家の中でできる趣味がある》のコードを抽出した。“手紙書くことが好きで，恩師や親戚，友達に書いている”というキー

センテンスから《手紙の交流ができる》のコードを抽出した。心の安寧のために読経したり，野菜の栽培日記や日々の出来事を書留めたり，冬の期間を利用して手芸，和裁などの技術を身につけ，時にはできた品を子や友人にあげたり，家業にも役立ててきたこと，恩師や知人，親戚との交流も深めているといった自己実現に関する内容が語られた。さらに，“心配事相談員やお寺の役員をずっとしている”といった社会貢献に関する内容の語りから《相談員や団体役員をしている》のコードを抽出し，自己実現のコードと合わせて《自己実現と社会貢献》というカテゴリを生成した。

#### (3) 願望

願望のカテゴリは《自立してこの地で暮らし続けたい》《ひとに迷惑をかけないで逝きたい》《地域の伝統やつながりを次世代へ継承したい》の3つから成る。

##### 《自立してこの地で暮らし続けたい》

“できるうちは自分で作った野菜をこなし（料理して）食べていきたい”“自分でできるうちは（米づくりを）やって子供にくれたりできるから頑張りたい”といった語りから《農作業に従事していたい》のコードを抽出した。“転ばないように気をつけながら，動けるうちは自分のペースで動きたい”から《転倒しないで自分の足で歩きたい》のコードを抽出した。“水中運動だけは続けたい”というキーセンテンスから《水中運動に参加し続けたい》のコードを抽出した。さらに，“知らない土地に行くのも嫌だ，2人で気をつかわないで気楽に生きたい”から《愛着あるこの地で暮らしたい》のコードを抽出した。動けるうちは自立して長年暮らした（人のつながりを含む）愛着あるこの地で暮らし続けたいといった思いが語られ，これらのコードから《自立してこの地で暮らし続けたい》というカテゴリを生成した。

##### 《ひとに迷惑をかけないで逝きたい》

“私は家族がないから，もし，自分がダメになったら，面倒しないで施設に入れてもらいたい”“年取れば病院の世話にならなきゃいけないときがくるからその時は病院か介護なら施設に入れてもらいたい”といった語りから《動けなくなったら施設に入りたい》のコードを抽出した。さらに，“朝，（家族が起こしに行ったら）息してない”“若いものに面倒をかけないように逝きたい”“あまり苦しまないで，人さまに迷惑かけないで，あの世にいかれば最高だな”といった語りから《苦しまずに迷惑かけない

で逝きたい」のコードを抽出した。2つのコードから「ひとに迷惑をかけないで逝きたい」というカテゴリを生成した。

《地域の伝統やつながりを次世代へ継承したい》

“若い者に（集落の）行事や親戚の冠婚葬祭に関することを引継ぎたい”といった語りから「集落の伝統行事と付き合いを次世代へ継承」といったコードを抽出した。“あと何年（自分が地域サロンを）続けられるかなと思うと後継者を探したい”といった語りから「サロン事業の継承」といったコードを抽出した。2つのコードから《地域の伝統やつながりを次世代へ継承したい》というカテゴリを生成した。

## 2) 環境のストレングス

### (1) 自然環境資源

自然環境資源のカテゴリは《自宅・田畑・山林の資産》《雪国の自然と文化の恵み》の2つから成る。

《自宅・田畑・山林の資産》

“自宅や畑がある”“バイクで自分の山に山菜とりに行く”“田んぼは人に頼んでいる”“雪堀は物置、自宅は融雪屋根”“屋根に水をあげているからうるさいけども、雪をほらなくていい”といった語りから「自宅や田畑・山などの資産がある」のコードを抽出し、《自宅・田畑・山林の資産》というカテゴリを生成した。

《雪国の自然と文化の恵み》

“餅を雪の中に保存する”“春生野菜を雪の穴を掘ってハウレンソウなどを入れておくと持つね（長持ちする）。沢山買ってきたときや兄弟から送られたものを保存している”“野菜の貯蔵ができる。5月過ぎまで冬大根が食べれる。ナイロン袋に入れて口を閉め保存。陽の当たらない良い場所がある。凍みないで保存できる場所、ネギも5月頃まで、ハウレンソウも3月頃まで食べている”といった語りから、「雪を利用した保存ができる」のコードを抽出し、“冬は文化刺繍や手芸ができる楽しみがある”というキーセンテンスから「冬は趣味など楽しめる」のコードを抽出した。“春の彼岸にお墓にいった村の方をみると、お寺にあるイチヨウの木が少し黄緑になって、お寺の屋根が赤く見えてその後ろに杉が青く見える”“雪があるから山がきれいになると思う。真っ白な雪のあと、ブナ林の黄緑色になるまでの変化がきれいなんだて”“年とるにつれて、雪も大変になってきたが春になると忘れてしまう。山の芽吹き、春のみじをみると忘れる。あそこに行くとなん

かがでているかな、木の芽がでっかくなってきたかなあと思う”“田舎はいいなあ、四季がはっきりしている”といった語りから「四季折々を楽しめる」のコードを抽出した。雪国の寒さや雪そのものを活用して野菜や餅を保存していること、雪により田や畑の仕事ができないゆえの室内での楽しみができたり、さらに、雪がもたらす自然環境とのコラボレーションに詩情豊かな生活の光景が語られ《雪国の自然と文化の恵み》というカテゴリを生成した。

### (2) 社会関係

社会関係のカテゴリは《家族・親戚、近所の人、友人知人との交流による支え》《年長者として地域に関わることによる人望》の2つから成る。

《家族・親戚、近所の人、友人知人との交流による支え》

“せがれが1週間に1回は電話をくれる。「大丈夫かい」と心配してくれる”“長男が稲刈りに来てくれる。春も来てくれた”“孫は結婚する人を連れて、顔見せに2人で盆に来た”“長男が今年退職した。私等を旅行に連れて行ってくれた。近いうちに写真を持って来てくれる”“別居の長男は必要になれば親の面倒をみるために帰って来ると言う”“出たしょ（この家から巣立った人）が泊りに来たり、絶えず電話も来る。旦那の兄弟にも毎年、採れた野菜を送っている”などの語りから「家族、親戚との交流がある」のコードを抽出し、“友達がすぐそばにいる。毎日行き来している。顔が見えないと家に様子を見に行く”から「近所付き合いがある」のコードを抽出し、“親戚や友達、高等科で習った恩師の先生に手紙を書いているし、手紙もくる。（先生からは）戦争のさなかでビシビシやられた。先生とはもう長いね。何十年も続いている。いまの学校の様子や村のことが懐かしそうである”という語りから「友人知人との交流がある」のコードを抽出し、“60歳ぐらいいかな、近所の人から文化刺繍を習った”から「趣味の交流がある」のコードを抽出した。家族、特に離れて暮らす子供や孫との交流や支えはじめ義理の兄弟や親戚、友人や恩師との定期的な交流もあり、さらに近所の人々との日々の深いつき合い、趣味を通じた交流が語られ、それらが高齢者の支えとなっている意味合いから《家族・親戚、近所の人、友人知人との交流による支え》というカテゴリを生成した。

《年長者として地域に関わることによる人望》

“老人会の忘年会や旅行、温泉に行つて会を盛り立て役となる。雰囲気盛り上げるのが嫌いではない。退屈しないようにやらせてもらう性分で、会の

乾杯やら前座役をつとめる”からく役員や会員として会を盛り立てる”のコードを抽出した。“集落の役は持っていないが、若い者から相談されたりするし、こういうふうにしてはどうかと指導まではいかないが昔からのことを話したりする。冬場になると水の流れを平均的に部落に流してもらおうよう、災害もあるから、若い者に指導している。歳の功でお願いもしている”という語りからく若い人から相談を受ける”のコードを抽出した。これまでの学びや体験から得たものを年長者として若い者に伝える実践、他人を大事にもてなす実践は地域の人々からの人望があってできることでありく年長者として地域に関わることによる人望」というカテゴリーを生成した。

### (3) 機会

機会のカテゴリーはく近所付き合いく町が主催する健康づくりの集いくボランティア・趣味の集い”の3つから成る。

#### く近所付き合いく

“今朝も2人、「へえ、昼になる」なんて11時までお茶のみにきていた。年中、年中ありがたい。寄せれば「うちにもまた来てくれ」と言ってくれる。近所のおばあちゃんたちがね”などの語りからく自宅が交流の場になる”のコードを抽出した。“春の彼岸にお墓に行って、村の景色を見渡し、「これは大丈夫だ。雪が消える」といってみんなして話をする。雪の消え具合を予想する”といった春彼岸の墓参りの折に春を待ちわびる雪国ならではの語らいからく春彼岸の墓参りで語らい”のコードを抽出した。2つのコードからく近所付き合い”というカテゴリーを生成した。

#### く町が主催する健康づくりの集い”

“月に1回公民館でやるこの会が楽しみ”“公民館でやる健康体操に毎週行っている。始まってからずっと行っている。全員で10人集まる。1週間ぶりだから、1時間早く行って、みんなでいるんな話をする。夏冬ずっと参加している”と、集落で開催されている健康体操や地域サロン事業の参加を楽しみにしていることや同世代の参加者同士での話し合う時間を楽しみに参加しているといった語りからく公民館のサロン事業への参加”のコードを抽出した。また、“敬老会に出られるうちは出る”など、世代や集落を超えた町全体の事業に参加しているといった語りからく世代や集落を超えた町の事業に参加”といったコードを抽出した。さらに、“何年前に膝に水が溜まった。痛かった。水中（温水プールの

教室）に行ったら楽になった。水中はいいね。話もできるし。一番歳がしらになった”“畑仕事にも精がでるから健康体操はかかさず参加している”などの語りから、く水中運動・健康体操への参加”といったコードを抽出した。3つのコードからく町が主催する健康づくりの集い”というカテゴリーを生成した。

#### くボランティア・趣味の集い”

“数えたら13くらいの会にでている。毎日毎日出ていることが多くなっている。今年は辞めなきゃと思っているが、みんながどうしてもというと思えない。おかげさまでみんなのおかげでできている”など、自主的に趣味や学びから始めたものや、ボランティア事業からのつながりの中で次々に参加する会が増えており、さらにはいくつかの会では役員や代表も務めているという語りからくボランティアや趣味の集いなどに参加”のコードを抽出し、くボランティア・趣味の集い”というカテゴリーを生成した。

## IV. 考察

### 1. 個人のストレングス

#### 1) 過去の体験から得られた自信

後期高齢者は長年の生活の中で学び、体験し苦難を乗り越えてきたことによるく過去の苦難から得た”く健康で自立した暮らしを送れている”く家族を育み、地域を世話してきた”の自信を身につけていた。個人の背景となる生活史の語りからは今では考えられない苦労話、懐かしい家族との思い出話が沢山聞かれた。仲人の紹介で嫁に来て、貧しい生活をやりくりし、我慢、我慢で子供を育ててきたことなど、つらい体験をしながらも乗り越えてきた自信が伺えた。また、幼少期から家の仕事を担い、結婚後も朝早くから労働を強いられ、乗り越えてきたがゆえに今の生活がとても楽に思え、動けることを幸せに感じていた。さらに、家族の中での役割として春から秋まで畑の管理を一手に担い、その一方で県外にでた子供の活躍に元気をもらい、地域の中での長年の伝統や会の運営に携わってきた自信と誇りを有していた。高齢者のストレングスは過去の様々な体験の積み重ねから現在の自信が形成されているといえる。特にこの年代は、厳しい戦中下で育ち、戦後、まだ貧しく封建的家制度の名残りが残る農村において結婚して、新しい家庭を築き子供を育てあげ、親世代を看取り、家を守ってきた世代である。インタビューでは“自信なんて（ない）”といいながらも、健康で動ける自信、家族や仲間との交流から得てき

た自信、地域文化の伝承や交流活動の世話役を引き継いできた自信と誇りを有し、次に述べるところの力を発揮していた。

## 2) 自己実現と社会貢献

高齢者は、日々の生活の中で読経や日記、文化刺繍、塗り絵などの心の安寧や趣味を生かした自己実現を果し、親戚の世話や地域のために役に立つ力を発揮していた。特に男性は伝統行事や地域の災害対策などに関わることで地域に貢献する特徴がみられた。一方、女性は冬期間に和裁や文化刺繍などの趣味活動や手紙の交流などの自己実現、身近な人との交流をしている様子<sup>24)</sup>がうかがえた。熊木<sup>24)</sup>は高齢社会における希望の醸成についての研究で、75歳以上を対象として不満の有無と自己実現の期待との関連を検討し、その結果、自己実現の期待が高い高齢者は、より望ましい高齢期の生活を送っていることが示された<sup>25)</sup>と報告している。今回の研究においても、対象者は日々の生活のなかに心の安寧や趣味を生かした自己実現を取り入れて心豊かな生活を送っていることが把握できた。

対象者の多くは、先祖から受け継いできた土地を耕し、米や野菜をつくりながら、採れた野菜類を保存、加工する雪国の暮らしに現役で力を発揮している。農作業をはじめ家事全般にわたって、手作業によることが多く、過酷な労働を強いられてきたと思われる。しかし、近年は除雪対策に井戸を掘ったり、融雪屋根にする雪対策も進み、雪を利用した野菜の保存など雪を活用する知恵を受け継ぎ発揮している。長年元気で生活できたことは健康面において自信につながり、さらに、日々の生活の中で歩くことや水中運動に参加して健康づくりに取り組むことを実践して継続している。

高齢者の健康目標は高齢化の進展とともに、疾病の予防による余命の延長に続いて、生活機能における自立、さらに、Productivity（プロダクティビティ）の増進へと発展するといわれている<sup>25)</sup>。プロダクティビティは直訳すれば生産的能力に当たるが、柴田<sup>26)</sup>は社会的貢献といった訳を当てている。今回、研究対象になった高齢者は保健行動を含めて生産性あるいは社会貢献と訳されるところのプロダクティビティの要素を身につけていた。

欧米には、良い人生を送り天寿をまっとうすることをSuccessful aging（サクセスフル・エイジング）と呼ぶ言葉があり、様々な学者によってその概念枠組みが提唱されているが、RoweとKahn<sup>27)</sup>はサクセスフル・エイジングの要素には①病気を防ぐ、②

心身の機能を高く持つ、③積極的に社会と関わるといった3要素を挙げている。③の積極的に社会と関わるは、先に述べたプロダクティビティ（社会貢献）と符合する。このサクセスフル・エイジングと類語の日本語用語として「生きがい」がある。この「生きがい」は日本独特の用語で、欧米を中心に発展してきたQuality of life（以下QOLと記す）の概念では整理しきれないわが国独特の意味合があるという。柴田<sup>26)</sup>によると、欧米のQOLには、従来、「自立した生活機能と人生や生活に対する満足があればよい」とするコンセプトがあり、この中には、プロダクティビティは含まれていないこと。そして、比較的最近までサクセスフル・エイジングの構成要素にも入っていなかったという。それに対して、日本の「生きがい」は、このQOLに役割意識や役割達成感が合成されたものであると論考している。本研究の対象者も、自己実現に留まらず家族のため地域のために役割を發揮して貢献している語りがあり、そのことを生活の張り合い「生きがい」としている姿がうかがえた。

## 3) 未来にむけた願望

高齢者の未来にむけた願望は、これまでの苦難を乗り越えてきた自信と身につけた能力を生かしながら、元気なうちは愛着あるこの地で自立して暮らし続けたいという願望であった。一方、家族や他人に迷惑をかけないで苦しまずにコロッと逝きたいという願望も表出されていた。これらの願望は、小泉ら<sup>28)</sup>の高齢者を対象にした希望の研究においても、「健康でやりたいことができる」、「丈夫で家族に迷惑をかけたくない」「死ぬときははっきり死にたい」など、本研究と同様な願望が聞かれ、この年代の人たちの率直な願望であり、俗にいう「ピンピンコロリ」の願望ととれる。平井<sup>29)</sup>は日本のがん医療における望ましい死のとらえかたに関する質的研究を行い、日本人にとっての望ましい死には、人間関係に焦点を当てた「家族との良い関係」「他人への感謝」「(家族の)負担にならない」といった3つが存在することを明らかにしている。これらは日本の主要な文化的側面を表している。すなわち家族の関係を良くしながらも、ひとに迷惑かけたくないという心情が日本人独特の死生観といえると述べている。本研究においても高齢者からは同様の死に対する心情がうかがえた。元気なうちは住み慣れた土地で暮らし続けられるかもしれない、しかし、介護が必要になったとき、さらには最期のときをどこで、誰の世話になって過ごすか、医療や在宅福祉資源に乏しい地域に住

む高齢者にとって大きな課題である。

最後に、高齢者がこれまで担ってきた集落やサロン事業の世話役、冠婚葬祭での亭主役といった役割を次世代に引き継ぎたいといった願望について、個人の資源でも述べたが、特に男性では集落内の公共的なことに関して年長者としての地域の関わり合いをもっていることがうかがえた。この地域では親戚縁者のつながりが残っており、集落の行事とともに先代からのつながりとして大事に付き合いをする習慣が今も引き継がれている。地域の伝統行事、親戚縁者のつながりは、時代とともに消えつつある。これを自分たちの代で絶やすことなく次の世代に受け継ぎ、継承して欲しいという切なる願いがある。

## 2. 環境のストレス

### 1) 雪国で暮らすことの恵み

研究対象となった高齢者は、一面の真っ白い雪景色や降り積もった雪が融ける春先の景色、山々の変化など大自然が織りなす景色の素晴らしさや春の山菜の楽しみなど雪国の自然からの恵みを四季を通じて体感していた。また、餅や野菜を雪の中に入れて保存したりするなど雪を活用した保存・加工技術を有し楽しんでいた。板倉<sup>21)</sup>は本研究と類似する研究で北海道の特別豪雪地帯に居住する高齢者の主観的幸福感を記述する研究を行った。その主観的幸福感に関連する人生の語りからは、愛着あるこの地、糸の様につながっている人生の記憶、他者と繋がっている自分、獲得した英知、今ある健やかな暮らしといった人生の背景が綴られ、春の光に輝く雪解けが水の流れや日毎に緩む雪、山菜、農作物といった恩恵への感謝や喜びは、厳しい冬があつてのものであり、それは特別豪雪地帯という厳しい自然と折り合いをつけ長きにわたり暮らしてきた対象者にしか得られない実感であると述べている。本研究においても、四季の移ろいについて詩情豊かな語りが聞かれた。さらに、本研究では冬の暮らしについても訊いており、冬は雪に覆われて田畑の仕事ができなくなり、除雪作業や家事以外に時間に余裕ができるため、女性は自分の好きな趣味に取り組むことができるといった冬の暮らしの楽しみについてもとらえることができた。

### 2) 家族、親戚、恩師や近所の人との交流から得られる支え

研究対象者は、戦中・戦後の苦難の時代ではあったが兄弟が数人から7人、また、子供の数も5人い

るという人もおり、兄弟や子供との関係が親密で、同居家族や離れて暮らす子供や孫との交流をはじめ、義理の兄弟や親戚、友人・恩師とも交流があり、さらに近所の知人や友人との日々の深い付き合いをもっていた。これらの交流は高齢者の手段的、経済的、そして精神的支えともなっていることがうかがえた。

### 3) 高齢者の居場所としての機会

本研究において、高齢者が生き生きと力が発揮でき心置きなくくつろげる「居場所」を機会ととらえた。この地域は、冬の積雪時期になると、除雪機や消雪パイプがない時代は隣近所数人で子供の登下校前に道路の道踏みや公民館などの共同の除雪作業が行われてきたことなどもあり、近所付き合いが深い。苦楽を共にしてきたことによる日常的な深いつながりや信頼関係があるが故に個々人の家を気楽に訪問しあい自宅が交流の場となっている。ユニークな機会として、近所付き合いの中で春彼岸の墓地での語らいが挙げられた。集落の共同墓地には各家の墓があり、彼岸の先祖のお迎えや送り時に集落の人との春を待ちわびる想いや農作業に影響する雪消え予想といった雪国ならではの集いの光景がうかがえる。この様な昔からの雪国ならではの集い以外に新たな高齢者の集いとして対象者が参加していたサロン事業や健康体操、水中運動教室などの健康づくり事業の集いにも積極的に参加していた。当該地域では10数年前から明治学院大学名誉教授の高橋氏が開発した健康体操<sup>30)</sup>を集落の公民館はじめ水中運動教室に健康づくりとして取り入れてきた。高齢者は楽しみながら80歳以上の今日に至るまで継続参加していて、それが生きがいにもなっていることが今回の研究で確認できた。

### 3. 高齢者のストレスを看護・保健活動に活かす

面接の質問に対して「能力や自信はない」と答える高齢者が数人いた。しかし、これまでの生活や今の暮らしを語る中で、ストレスといえる沢山の能力や自信がうかがえた。たとえば身体の調子を気にかけながら体操や散歩をしたり、高齢になり泊りに来られなくなった兄弟と電話や手紙で近況を伝えあったり、融雪屋根の排水を利用して自己流で水をホースに通して他のところの雪を消すなど、高齢になった今でもできることを工夫しながら家族のため、そして地域に貢献していた。これらの意識化されていないストレスを高齢者自身に自覚してもらうことにより、個人のエンパワーメントはより一

層高められると考える。たとえば、今回の研究に協力いただいた対象者にフィードバックすることも高齢者がストレングスを自覚する一助になるとも考える。さらに、高齢者にかかわる看護師や保健師はじめ医療・介護関係者が、医療・看護・ケアの現場で高齢者個人の能力・自信・願望と環境の資源・社会関係・機会に関するストレングスをアセスメントに取り入れ、スタッフ関係者で共有し、引き出したストレングスを強化することも可能である。

このような高齢者のストレングスを活用するためには、行政や公共団体はじめ地域や住民組織による高齢者が活躍できる場の設定や高齢者の組織化を進めていくことが必要であると考えられる。そうすれば、要介護状態、看取りケアが必要になる最期まで、これまで培ってきた家族や隣近所の人との良い人間関係を生かして、愛着ある地で在宅での生活を支える共助・公助の体制づくりができるのではないかと考える。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、豪雪地帯であるA県B町の中でも高齢者同士のつながりが緊密と思われる一集落に居住する後期高齢者10人を対象に調査をしたものであり、本研究で得られた後期高齢者のストレングスをそのまま他の豪雪地帯の後期高齢者に適用するには自ずと限界がある。しかし、今回の研究で高齢者はこれまでの暮らしから得てきた能力・自信・願望の個人のストレングスと、雪国の自然環境と文化、人々のつながりといった環境のストレングスを豊富に持ち得ていることが明らかになった。今後は、この高齢者のストレングスを地域や医療の場で具体的に活かす方法を検討したい。

## VI. おわりに

本研究は、特別豪雪地帯に暮らす後期高齢者のストレングスのあり様を明らかにすることを目的として、Rappらのストレングスの構造モデルを基に個人のストレングスの要素である願望、能力、自信について、環境のストレングスとして自然環境資源、社会関係、機会に関するインタビューを行い、その回答をモデルの枠組みに沿って分析した。

その結果、個人のストレングスの要素である【自信】は、《過去の苦難から得た》《健康で自立した暮らしを送れている》《家族を育み、地域を世話してきた》から成り、【能力】は、《米や野菜の生産とその保存・加工技術》《雪の対策と活用》《保健

行動》の取り組み、《自己実現と社会貢献》から成っていた。そして、未来に向けた【願望】は、《自立してこの地で暮らし続けたい》《ひとに迷惑をかけないで逝きたい》《地域の伝統やつながりを次世代へ継承したい》から成っていた。

環境のストレングスの要素は、【自然環境資源】として《自宅・田畑・山林の資産》《雪国の自然と文化の恵み》があり、社会環境資源としての【社会関係】は、《家族、親戚、恩師や近所の人との交流による支え》《年長者として地域に関わることによる人望》があり、高齢者が力を発揮しつづける居場所としての【機会】は、《近所付き合い》《町が主催する健康づくりの集い》《ボランティア・趣味の集い》から成っていた。

今回の研究の対象となった後期高齢者は、厳しい戦中に育ち、戦後に結婚して新しい家庭を築いて子供を育てあげ、親を看取り、先祖からの家を守ってきた世代である。今回の研究を通じて、研究対象者はこれまでの暮らしから得てきた能力、自信、願望の個人のストレングスと、雪国の自然環境と文化、人々のつながりといった環境のストレングスを豊富に持ち得ていることが明らかになった。

## 謝辞

本研究にご協力くださいましたみなさまに心から感謝申し上げます。

なお、本論文は新潟県立看護大学大学院看護学研究科における修士論文を加筆・修正したものである。

## 引用文献

- 1) 内閣府：社会保障制度改革国民会議。社会保障制度改革国民会議報告書、[www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/hpukokusyo.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/hpukokusyo.pdf)。2015.4.9, 2013
- 2) 白澤政和：ストレングスモデルの考え方。月刊ケアマネジメント, 2(1):32-37, 2006.
- 3) ステファン・M. ローズ編／白澤政和、渡部律子、岡田進一監訳：ケースマネージメントと社会福祉、ミネルヴァ書房（京都）、pp1-38, 1999.
- 4) 白澤政和：ストレングスに着目したケアプランの手引き－星座理論を使って－。中央法規（東京）、pp8 - 17, 2011.
- 5) 小澤壽江：精神科リハビリテーションにおける援助の考察、日本精神科看護学会誌, 51 (3)；209 - 213, 2008.

- 6) 山口真里：ソーシャルワークにおけるストレングス-パワー変容過程の意義-ソーシャルワーク事例の分析から-，ソーシャルワーク研究，32(1):49 - 57, 2006.
- 7) 西垣里志：長期入院患者の自立への第一歩 ストレングスに焦点を当てたかわりをもたらした自己決定能力の高まり，日本精神科看護学会誌，50(2):534 - 538, 2007.
- 8) 坂上真理：ケアハウス入居高齢者のストレングスに関する一考察，北星学園大学院論集，5:45 - 53, 2002.
- 9) 村杜卓：ケアマネジメント実践における支援機能の検討-ストレングスモデルによる質的データ分析-，岡山県立大学保健福祉学部紀要，15(1):23 - 32, 2009.
- 10) 佐久川政吉，大湾明美，宮城重二：高齢者ケアにおけるストレングスの概念，沖縄県立看護大学紀要，11:65 - 69, 2010.
- 11) 原田智美，野田美保子：豪雪地帯農村部に暮らす健常高齢者の歩行能力低下の要因に関する研究，日本生気象学会誌，50(4):159 - 174, 2014.
- 12) 平澤則子，飯吉令枝，鳩野洋子ほか：山間豪雪地帯における高齢者のIADLの変化と日常生活行動との関連性，日本地域看護学会誌，13(2):31 - 37, 2011.
- 13) 飯田智恵：豪雪地帯における高齢者の身体活動量の季節変動，Kitakannto Med J, 61:395-403, 2011.
- 14) 酒井禎子，加藤光寶，直成洋子ほか：豪雪地帯の在宅療養者とその家族の療養生活の特徴，日本在宅ケア学会誌，13(1):63 - 70, 2009.
- 15) 菅原峰子，北川公子，籠玲子ほか：豪雪地帯に暮らす後期高齢者の健康と生活の営みに関する研究，保健師ジャーナル，64(11):1030-1036, 2008.
- 16) 飯吉令枝，平澤則子，斎藤智子ほか：山間豪雪地帯における高齢者の生活行動とサポート・ニーズおよび健康関連QOLの季節比較，日本在宅ケア学会誌，10(2):59 - 66, 2007.
- 17) 藤川あや，飯吉令枝，平澤則子ほか：過疎地域における高齢者の生活の自立において困難なことと地域支えあいの実態，日本看護学会論文地域看護，39:119 - 121, 2008.
- 18) 高橋由美，高橋和子，武田淳子ほか：限界集落で暮らしている後期高齢者の健康維持に関する認識と行動，日本ルーラルナーシング学会誌，7:43 - 55, 2012.
- 19) 本間祐美子，小林恵子，北川公子：豪雪地帯に暮らす高齢パーキンソン病患者の生活機能にみられる季節差，日本在宅ケア学会誌，16(1):85 - 91, 2012.
- 20) 原井美佳，進藤ゆかり，片山めぐみほか：特別豪雪地帯に居住する高齢者の主観的幸福感に関する要因の検討，日本看護学会論文老年看護，39:162 - 164, 2008.
- 21) 坂倉恵美子，原井美佳，進藤ゆかりほか：特別豪雪地帯に居住する高齢者の主観的幸福感に関する研究-人生の振り返りについての分析-，SCU Journal of Design & Nursing, 5(1):77 - 88, 2011.
- 22) 佐久川政吉：関節リウマチをもつ高齢者のストレングスの構造，老年看護学，19(1):62 - 71, 2014
- 23) チャールズ・A・ラップ，リチャード・J・ゴスチャ著/田中英樹監訳：ストレングスモデル リカバリー志向の精神保健福祉サービス(第3版)，金剛出版(東京)，pp45-66, 2014.
- 24) 熊本圭吾，荒井由美子：高齢社会における希望の醸成，老年精神医学雑誌，24(1):18 - 25, 2013.
- 25) 東京都老人総合研究所編：サクセスフル，エイジング 老化を理解するために，ワールドプランニング(東京)，pp42 - 47, 1998.
- 26) 柴田博：サクセスフル・エイジングの条件：日本老年医学会雑誌，39(2):152 - 154, 2002.
- 27) ジョン・W，ローウエ，ロバート・L，カーン/関根一彦訳：年齢の嘘 医学が覆した6つ常識，日経BP社(東京)，pp63-87, 2000.
- 28) 小泉美佐子，伊藤まゆみ，宮本美佐：青年期の看護学生と高齢者の希望の比較に関する研究，群馬保健学紀要，20:103 - 112, 1999.
- 29) Hirai K., Miyashita M., Morita T., et al.: Good death in Japanese cancer care:a qualitative study,Journal of pain and Symptom Management,31(2):140-147, 2006.
- 30) 高橋賢一：高齢者のための自宅でできるレインボー健康体操，河出書房(東京)，pp4 - 59, 2005.



## 原著

# 地域ケア実践看護師のコンピテンシー

Competencies required of nurses practicing community care

本田芳香, 大塚公一郎, 島田裕子, 塚本友栄, 成田伸, 村上礼子, 横山由美, 春山早苗  
Yoshika Honda, Koichiro Otsuka, Hiroko Shimada, Tomoe Tsukamoto,  
Shin Narita, Reiko Murakami, Yumi Yokoyama, Sanae Haruyama

キーワード：地域ケア, 実践看護師, コンピテンシー, ICT, 行動特性

### 和文抄録

〔目的〕 地域ケア実践看護師のコンピテンシーを明らかにする。

〔方法〕 研究対象は、A大学で開発した地域ケアスキル・トレーニングプログラムの受講者と看護管理者で同意の得られた者47名に、半構成的面接法を実施した。分析方法は質的内容分析をした。

〔結果〕 地域ケア実践看護師のコンピテンシーは、『ICT等による新たな学習方法を通して学習スタイルを拡大し継続する力』『地域で培われた対象者の価値観・関係性を包括的に把握する力』『地域内外の資源を調整し、工夫する力』『対象者が地域で暮らし続けるためのヘルスケアチームづくりおよびチームを育成する力』『医師との協働により隙間のない医療体制を創り上げる力』の5つが生成された。

### 英文抄録

This study aimed to clarify competencies necessary to cultivate nurse practitioner. This research was conducted by semi-structured interview with 47 participants, which consisted of nursing students who took part in a community care skills training program developed by A University, and administrators of the program. The data were analyzed by qualitative and descriptive methods. The results showed the following five nursing competencies for practicing community care: "Competency to expand and to maintain a learning style through new learning methods including information and communication technology (ICT)", "Competency to comprehensively understand care-receivers' values and relationships that have been cultivated in the community", "Competency to accommodate and to devise resources inside and outside of the community", "Competency to build health care teams for care-receivers to continue to live in the community", and "Competency to create a seamless medical system through collaboration with doctors."

### I はじめに

高齢化による疾病構造の変化に伴い病院完結型医療から地域完結型医療への転換が求められている。地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律<sup>1)</sup>により、地域医療構想<sup>2)</sup>という医療提供体制の大きな変革となる仕組みが導入された。一方、各都道府県は、医療計画の中でへき地保健医療対策に関する個別具体的

な内容を作成することとなっている。また、第11次へき地保健医療対策検討会報告書には<sup>3)</sup>、へき地医療支援機構に対して、医師だけではなく看護師等の医療従事者に対しても支援を拡大するよう明記されている。へき地医療拠点病院の実態調査では、看護部長の約7割が、へき地診療所の看護職を支援する役割があると考えている。しかし、派遣や研修などの支援をした経験がある拠点病院は約3割に留まって

受付日：2018年7月2日 採択日：2019年2月7日  
自治医科大学看護学部 School of Nursing, Jichi Medical Nursing

おり<sup>4)</sup>、今後支援体制のさらなる充実が求められる。

地域医療に携わる看護職は、急性期医療から終末期に至るまでの幅広いヘルスケアニーズに対して、生活者の視点を活かし様々な資源の協働・連携による継続看護を含めたプライマリヘルスケアを実践している<sup>5)</sup>。人材養成・人材育成については、ネットワーク環境による離島の看護師間の交流<sup>6)</sup>、教育プログラムの開発<sup>7)</sup>、ICTを利用した遠隔看護の導入<sup>8)</sup>、テレビ電話を通して医師の遠隔診察に関わる看護活動の報告など<sup>9)</sup>、遠隔システムの活用による特徴がある。一方看護活動上の課題では、住民との関係性が密になりやすい傾向から、プライバシー確保の不十分さ、人間関係上のストレス、島外の医療機関からの支援体制の不十分さなどから緊急時の対応不足の指摘がある<sup>10)</sup>。また教育支援上の課題では、へき地診療所で働く看護師の人数が少ないことによる学習参加への意欲低下<sup>11)</sup>、研修時間や費用面、研修会の乏しさ、初期研修の不十分さ、特殊な看護技術の実践経験の少なさなど、必要な専門的知識や最新の知識を獲得する機会が少ないことの指摘がある<sup>12)</sup>。これらより、今後地域医療に携わる看護師の人材確保および人材育成を支援するためには、離島・山村などに関心をもたせる教育支援、キャリア開発支援を視野に入れた人事交流や派遣制度、ニーズの明確化と支援方法を視野に入れた仕組みを検討する必要がある。

研究者らは、全国のへき地診療所、へき地医療拠点病院、地域中核病院等で看護活動を実践する看護師が、地域医療の中でより一層機能していくことを目指し、情報通信技術 (Information and Communication Technology:以下 ICT) を活用した地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発を行った<sup>13)</sup>。具体的には、看護活動を実践する看護師の学習ニーズから、高齢者を対象とした急性期看護、終末期看護、認知症看護及び退院支援・調整と多職種連携の4つのプログラムを検討し、ICT等による教育方法を活用し提供している。これら ICT 等による教育方法は、これらの学習ニーズを支援する方法として、時間的・空間的障壁をとりのぞく教育の普遍化と、学習者が自らの意思で教育を受ける機会を提供する双方向性に貢献していると考えられる。今後、研究者らが開発した教育プログラムが、看護師の看護活動力としてのコンピテンシーをより向上させるものとなるよう精選していく必要がある。

コンピテンシーに関する国内外の先行研究は、1980年代後半より論文が散見されるが、2010年に

は32件と徐々に増加している<sup>14)</sup>。コンピテンシーは、組織成員の業績向上に貢献するハイパフォーマーの行動特性の概念として発展してきた。McClland, D は、コンピテンシーに関する職務遂行能力評価法を開発した<sup>15)</sup>。Spencer & Spencer は、人は業績を生み出すためには、個人の特性や価値観を含めた潜在的な能力が成果に影響するという全体的能力の位置づけを明確にした<sup>16)</sup>。その後世界保健機構は、グローバルコンピテンシーを「特定の職務や状況下において期待される成果に結びつけることのできる個人の行動様式や思考特性」と定義している<sup>17)</sup>。一方経済協力開発機構は、多様性が増す複雑な社会に適合することが要求される能力概念を学際的に研究するため、DeSeCo (Definition and Selection of Competencies; 以下 DeSeCo) プロジェクトを立ち上げた。そして、人生の成功と良好な社会を形成するための鍵となる能力概念キー・コンピテンシーが示された。これは、その後職業教育や高等教育にも影響を与えている<sup>18)</sup>。

米国オレゴン州では、急速な高齢化に伴うヘルスケアニーズの変化と看護師の人材育成を目的に、オレゴン看護教育コンソーシアム (Oregon Consortium for Nursing Education:以下 OCNE) が設立された。OCNE は、臨床判断モデルを基盤に、倫理、根拠ある臨床判断、文化に基づく関係性を重視したケア、リーダーシップ、協働など10のコア・コンピテンシーに基づくカリキュラムを構築した<sup>19)</sup>。このコンピテンシーの開発に携わった Tanner は「看護師のように考える」を提唱した<sup>20)</sup>。これは、看護専門職の看護活動に反映するための学習の共通基盤を、学士課程より形成する必要性を述べたもので、わが国の看護教育に大きな影響を与えている。

わが国の看護活動に関するコンピテンシーは、2000年以降看護系大学数が増える中で、大学教育の質の担保と可視化を図るための指針として発展している。コンピテンシーの考え方は、行動主義論、一般特性論、全体論に分類されている<sup>21)</sup>。これらの考え方より、ある特定の文脈の中で必要とされる知識、技術、態度、思考力、価値観等全ての要素を、実践の場で応用する全体論が一般的に受け入れられている<sup>22)</sup>。先行研究では、看護系大学学士課程の学生<sup>23)</sup>、新卒看護師<sup>24)</sup>、中堅看護師<sup>25)</sup>、救急医療に携わる看護師<sup>26)</sup>を対象とするコンピテンシー尺度開発、教育プログラム開発などが散見される。これらは、看護活動に必要な倫理観、看護管理能力の保持、看護専門職としての学習態度形成など、多面的な要素を含んだ能力として示されているが、いずれも各分野の共通認識

として活用できるレベルには未だ至っていない。

へき地医療に携わる看護職のコンピテンシーに関連する先行研究では、島嶼の保健師を対象となる働く力として、島嶼の看護実践の積み重ねが包含される看護のジェネラリスト、島嶼住民より育てられる地域スペシャリストの2つの基本的能力が示されている。またへき地診療所における保健師の活動に関するコンピテンシーとして、今後救急搬送時の初期対応に必要な判断能力、連絡調整能力、説明能力を高め、プライマリレベルの看護の担い手としての役割を発揮する必要性が示唆されている<sup>28)</sup>。いずれもへき地医療に携わる保健師を対象とするコンピテンシーの考え方に言及されており、地域医療の中で、地域生活の特性を活かした看護活動を実践する看護師のコンピテンシーに関する研究は未だ明らかになっていない。そのため、これらのコンピテンシーを明らかにすることにより、研究者らが開発した教育プログラムが、看護師の看護活動力としてのコンピテンシーをより向上させるものとなるよう精選していく、また看護活動力としてのコンピテンシーの向上に寄与する教育プログラムとなるよう検証していくことを目指していく必要があると考える。

## II. 目的

地域ケア実践看護師のコンピテンシーを明らかにする。

## III. 操作的定義

### 1. 地域ケア実践看護師

全国のへき地診療所、へき地医療拠点病院、地域中核病院等の地域医療を行う場において、地域住民の急性期医療から終末期に至る幅広いヘルスケアニーズに対して、地域生活の特性を活かした看護活動を実践する看護師を指す。

### 2. コンピテンシー

本研究におけるコンピテンシーは、全体論を基盤とした看護活動力とする。地域生活の特性を活かした看護活動を実践する看護師が、地域特性の影響を受けながら状況依存的な経験と新たな学習によって獲得された看護活動に内在する思考、判断、技術、価値観を、ある特定の状況や文脈の中で統合し、より質の高い看護活動を志向した行動特性とする<sup>29~30)</sup>。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、地域ケア実践看護師が、地域特性の影響を受けながら状況依存的な経験と新たな学習によって獲得された看護活動の語りに内在する思考、判断、技術、価値観を、ある特定の状況や文脈の中で統合し、より質の高い看護活動を志向した行動特性を探求する質的記述的研究デザインである。

### 2. 研究対象

全国のへき地診療所、へき地医療拠点病院、地域中核病院のいずれかに属し、A大学で開発した地域ケアスキル・トレーニングプログラムを2015年または2016年に受講した看護師27名と看護管理者20名とした。看護管理者とは、地域ケアスキル・トレーニングプログラムを受講した看護師が所属する部署の看護管理者又は所属する施設の看護管理者、いずれかを指す。

看護管理者を研究対象者にする理由は、受講者が所属する施設は、看護師数が少ないことから、受講者の実践内容の変化が見える状況にあり、受講前後の看護活動の変化により、コンピテンシーをどのように獲得したと捉えたのか、また看護活動を実践する看護師に期待されるコンピテンシーについて語ることができる者とした。

### 3. データ収集項目

地域ケア実践看護師は、幅広いヘルスケアニーズのある地域住民に対して、地域生活の特性を活かした看護活動を行うことから、複雑で状況依存的である。そのため、日常遭遇しかつ困難が生じる事例、医師との協働で課題を強く感じる事例、地域特性が影響をおよぼしている事例の文脈の中から、コンピテンシーの行動特性を捉えていく必要があると考えた。これらを踏まえ、受講者と看護管理者のデータ収集項目は、以下のとおりとする。

#### 1) 受講者

①受講動機②受講した講義内容で役立ったと思えるような事例③日常業務の中で遭遇する事例でかつ困難が生じやすい事例④医師との連携又は役割分担の必要性や課題を強く感じる事例⑤地域特性が影響を及ぼしていると強く感じる事例である。

#### 2) 看護管理者

①受講させようと考えた動機、受講者の選定の考え方②獲得を期待した力、受講者やその他の看護師の変化③日常業務の中で遭遇する事例でかつ困

難が生じやすい事例④医師との連携又は役割分担の必要性や課題を強く感じる事例⑤地域特性が影響を及ぼしていると強く感じる事例である。

#### 4. データ収集方法

研究対象者が所属する施設を訪問し、インタビューガイドをもとに半構成的面接法を、1人1回90分以内で実施した。研究対象者には、インタビュー内容を事前に送付し、上記のデータ収集項目に示した事例の中から、面接日に話す事例を想起し準備してもらった。面接当日は、自由に語れるよう研究者は語りを傾聴した。面接場所は、研究対象者と相談しプライバシーを守る個室で行った。面接は、研究対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

#### 5. データ収集期間

2016年10月～2017年6月

#### 6. 分析方法

本研究の分析は、地域ケア実践看護師が、地域特性の影響を受けながら状況依存的な経験と新たな学習によって獲得された看護活動の語りに内在する思考、判断、技術、価値観を、ある特定の状況や文脈の中で統合し、より質の高い看護活動を志向した行動特性を分析視点とし、質的内容分析を行った。具体的には、インタビューの逐語録より、対象者にとって良いケアをするためにどのような行動特性があったのか、あるいはどのような行動特性が求められているのか、看護活動の語りより思考、判断、技術、価値観に関連する文脈を、分析データとして抽出した。データは、看護活動の最小のまとまりごとに区切って単位化した。単位化したデータは、前後の文脈から解釈し意味を損なわないように要約したものをコードとした。次に全てのコードについて、その文脈より類似点と相違点とを比較検討しながら分類し、類似した内容のコードのまとまりをサブカテゴリーとした。サブカテゴリー間で類似点と相違点とを比較検討し、類似した内容のまとまりとしてのカテゴリーをコンピテンシーとして命名した。

研究対象者である受講者と看護管理者のデータの分析は、別々に行った。受講者の分析を中心に、看護管理者の分析は、受講者のものを補完することにより、看護活動の語りに内在する思考、判断、技術、価値観に関連する文脈をより探究することが可能であると捉えた。看護管理者は、受講者の実践内容の変化が見える状況にある。そのため看護管理者が捉え

る受講者の受講前後の看護活動の変化と、対象者にとって良いケアをするために期待する看護活動の内容を分析した。

#### 7. 分析における真実性の確保

研究者は、データの信頼性を高めるため、データの記録を既定の記録用紙に標準化する作業を行った。またデータの解釈にあたり、研究者8名によりコード抽出の信頼性を高めるため、分析の過程において絶えず逐語録に立ち返り、コードの見直しを行った。サブカテゴリー、カテゴリー等の生成段階、カテゴリー間の関係性の構築の段階でも話し合いをもち、データの真実性の確保に努めた。

#### 8. 倫理的配慮

本調査は、地域ケアスキル・トレーニングプログラムを受講した施設の責任者（施設長または看護部長、以下当該責任者）に、研究説明書（研究趣旨及び目的や方法、調査内容の概要）を文書にて送付した。文書の到着時期を見計らい、当該責任者に電話で連絡をし、口頭で研究協力の承認を得た。その後当該責任者には、研究対象候補者（受講者と看護管理者）の推薦と希望する連絡方法の確認を依頼した。面接開始前に、研究対象候補者には、研究説明書に基づいて、研究主旨、方法、利益や看護上の貢献、研究への参加の自由、同意の撤回や中止の自由、話したくない内容を無理に話す必要はないこと、不参加や途中辞退により職務上の不利益は生じないこと、プライバシー、匿名性、秘密確保の権利について、対象者個人や所属施設が特定されるような情報を公表しないこと、研究者以外に情報が漏れることがないことを口頭で説明した。そして書面にて同意を得た者を研究対象者とし、面接を開始した。なお、本研究は研究者の所属大学の臨床研究等倫理審査委員会において、承認がなくても実施可能との判定を受けた。（2016年10月11日）

## V. 研究結果

### 1. 対象者の概要

研究対象者は、全国の地域ケアスキル・トレーニングプログラムの受講地域（北海道から沖縄県）におけるへき地診療所、へき地医療拠点病院、地域中核病院の14施設を8ブロックに分け、受講者と看護管理者に訪問調査を実施した。

対象者総数は47名（受講者27名、看護管理者20名）であった。受講者の年齢層内訳は、20歳代5名、30

歳代10名,40歳代7名,50歳代4名,60歳代1名であった。看護管理者の年齢層内訳は、30歳代2名,40歳代7名,50歳代7名,60歳4名であった。対象者の都道府県に所在する地域は、北海道、栃木県、群馬県、茨城県、奈良県、岐阜県、島根県、山口県、長崎県、沖縄県の10地域であった。対象者の所属施設が所在する地域の特徴（複数回答）は、島嶼12名、過疎7名、山村7名、豪雪2名、その他7名であった。

## 2. 地域ケア実践看護師のコンピテンシーの結果

地域ケア実践看護師のコンピテンシーは、『ICT等による新たな学習方法を通して学習スタイルを拡大し継続する力』

『大し継続する力』『地域で培われた対象者の価値観・関係性を包括的に把握する力』『地域内外の資源を調整し,工夫する力』『対象者が地域で暮らし続けるためのヘルスケアチームづくりおよびチームを育成する力』『医師との協働により隙間のない医療体制を創り上げる力』の5つが生成された。コンピテンシーは,509のコード,18のサブカテゴリから生成された。以下に,地域ケア実践看護師のコンピテンシーの内容を表1に示す。コンピテンシーは『』,サブカテゴリは[],コードは<>で示す。語りは,ゴシック体で示す。

表1 地域ケア実践看護師のコンピテンシー

コンピテンシー	サブカテゴリ	コード (一部)
ICT等による新たな学習方法を通して学習スタイルを拡大し継続する力	ICT等により学ぶ方法の機会を活かして,新たに学びはじめるきっかけをつくる	上司の勧めや支援により,ICTを使った学びの機会を得ることができた
	看護活動者としての行動の意味を内省する	実践経験の立ち返り,振り返りを通して考える視点は間違っていなかった
	看護活動を批判的に評価し疑問をもつ	実践している中で疑問をもつことが重要であることがわかった
	利用可能な最善のエビデンスを用いてケアに活かす	受講後,学習内容を整理し,同施設の人に伝えたり,書籍やガイドラインを根拠にすることの必要性がわかった
	ICT等により学ぶ機会を活かして,地域の看護師とのネットワークをつくる	受講をきっかけに,他の離島看護師同士で,疑問に思うことが話ができるようになった
地域で培われた対象者の価値観・関係性を包括的に把握する力	地域で培われた対象者とその家族の価値観を受け入れる	自宅で旅立つほうが本当に穏やかであるが,長い嫁姑の歴史があるので難しい
	看護師自身がその地域で暮らす住民の一人として,対象者とその家族との距離感や関係性のもち方を考慮する	家に帰ったら玄関のところに野菜がどんとおいてある
	地域で暮らす対象者がもつ関係性を踏まえて生活に密着した関わりをする	その地域で暮らす対象者に対して,いつも手にとるようにわかるので,何とかしてあげたいという思いがある
	地域住民が自らの健康管理を適切に行えるよう支援する	地域住民として,生活に価値をおき病気に重きがおかないことから,その人の生活習慣に入りにくい

地域内外の資源を調整し、工夫する力	地域内の資源の特徴を活かし、対象者を最適な健康状態へと導く	地域特性による退院調整に際して、タイムリーに多職種連携する難しさを実感する
	地域外の資源の特徴を踏まえ、対象者のヘルスニーズに適した資源利用の方法を調整し、工夫する	本土へ救急搬送する際には、地域外との広域の調整が必要となる
	地域内外の資源へのアクセスの課題を認識し調整し、工夫する	ヘルスケアへのアクセスに影響を与える地域内の課題や地域外の課題を共有できるよう資源を調整し工夫する
対象者が地域で暮らし続けるためのヘルスケアチームづくりおよびチームを育成する力	日頃から関係者との距離が近いという地域の強みを活かして、ヘルスケアチームの一員として積極的にチームとの関係性をつくる	何か課題が生じた時には、改めて会議などを開かなくても、多職種に声をかけると「スツと」集まってくれることは強みである
	ヘルスケアチームのリーダーとして、個々のメンバーの力を活かすために働きかける	実践に活かすための研修する機会を提供し、タイムリーにフィードバックする
	ヘルスケアチームのリーダーとして、自身の実践力を磨くための方法を見出し自己研鑽する	チームメンバーの様々な立場の人達に適した場を提供し、コーチの役割を担うようにする
	対象者の個別ニーズに必要なネットワークをつくりケアを展開する	対処困難な臨床場面について、継続ケアを提供するため、地域資源のネットワークがとれる
医師との協働により隙間のない医療体制を創り上げる力	医師の診断に役立つ正確で的確な報告をする	治療に必要なアセスメントをした上で、医師の診断に役立つよう状況、背景、アセスメント、提案(Situation Background Assesment Recommendation: SBAR)で報告する
	地域の医療体制を踏まえて、対象者を他の医療機関につなぐために必要な判断や的確な対応をする	医師不在の際、本土への救急搬送時、フェリーの時間、本土の診療時間内に連絡しないと受け入れてくれない時がある

1) 『ICT等による新たな学習方法を通して学習スタイルを拡大し継続する』

このコンピテンシーは、[ICT等により学ぶ方法の機会を活かして、新たに学びはじめるきっかけをつくる] [看護活動者としての行動の意味を内省する] [看護活動を批判的に評価し疑問をもつ] [利用可能な最善のエビデンスを用いてケアに活かす] [ICT等により学ぶ方法の機会を活かして、地域の看護師とのネットワークをつくる] の5つのサブカテゴリーから生成された。

(1) ICT等により学ぶ方法の機会を活かして、新たに学びはじめるきっかけをつくる

このサブカテゴリーは、看護師は、離島にいると研

修を受講できる機会が少なく学習が遅れる不安や焦りを感じていた。本学の地域ケアスキル・トレーニングプログラム受講に際して「ICTを使った学びの機会を、上司の勧めや支援により始めることができた」といった内容であった。

ずっとこの島にいて、すごく浦島太郎みたいになってしまう。研修に行く機会も、行こうと思えば行けるけど、島から出るのに1時間40分かかり、朝も6時の船に乗ると思うと、ちょっと面倒くさい。3～4年前にベテランの看護師さんが来られ、島と本土は今こんなに違いと知り、だんだん焦ってきっていた。その時に上司からこの話を勧められた。また2人で受けることも心強かった。

(2) 看護活動者としての行動の意味を内省する

このサブカテゴリーは、受講をきっかけに、これまで自分がどのようなケアをしていたのか実践経験の立ち返り、振り返りを通して、今までやってきたことは間違っていなかったと看護活動者としての意味を再認識した、といった内容であった。

ここにいると、看護の立場として誰も教えてくれる人がいないというか、先生には聞けるけど、同じ同僚の看護師にすぐ意見を求めるということができないので、これであっているのかと不安に思っていた。今回受講し、今までやってきたことは間違っていなかったと思う。

(3) 看護活動を批判的に評価し疑問をもつ

このサブカテゴリーは、＜実践している中で疑問をもつことが重要であることがわかった＞と看護活動する上で疑問をもつことが大事である、といった内容であった。

聞くだけの講義形式だとフーンとだけで終わってしまうところが、eラーニング受講後に課題があるので、自分でノートを取ったりしてまとめ直すことで疑問がでてきた。もう一回自分で整理する過程に加わったところが、一番自分の中で腑に落ちた。

(4) 利用可能な最善のエビデンスを用いてケアに活かす

このサブカテゴリーは、＜受講後、学習内容を整理し、同施設の人に伝えたり、書籍やガイドラインを根拠にすることの必要性がわかった＞など、学習に対する意識が変わった、といった内容であった。

看護師として必要な知識は、やはり根拠が伴っていないと、何でそれをするんですかと言われた時、答えられないのも恥ずかしいし、そういうところも自分で学んで看護を提供できるようになりたいと思った。今まで経験的に思っていたことが、講義で理論立てて、ガイドライン等に関してもしっかりと裏付けができたことで、もう一度振り返ることができた。

(5) ICT等により学ぶ方法の機会を活かして、地域の看護師とのネットワークをつくる

このサブカテゴリーは、＜受講をきっかけに他の離島看護師同士で、疑問に思うことを話ができるようになった＞など地域情報を共有することを含め、全てが学習の機会であると認識している、といった内容であった。

県内の離島の看護師さんとは、グループLINEを

始めて、「こういう対象者さんがいて、こういう困っているんですけど、意見を聴かせてください」などほかの島の看護師さんとか出会え繋がりがもてたのは良かった。

2) 『地域で培われた対象者の価値観・関係性を包括的に把握する』

このコンピテンシーは、[地域で培われた対象者とその家族の価値観を受け入れる][看護師自身がその地域で暮らす住民の一人として、対象者とその家族との距離間や関係性のもち方を考慮する][地域で暮らす対象者がもつ関係性を踏まえて生活に密着した関わりをする][地域住民が自らの健康管理を適切に行えるよう支援する]の4つのサブカテゴリーから生成された。

(1) 地域で培われた対象者とその家族の価値観を受け入れる

このサブカテゴリーは、＜自宅で旅立つほうが本当に穏やかであるが、長い嫁姑の歴史があるので難しい＞など、対象者とその家族の関係性および価値観を受け入れることが求められる、といった内容であった。

地域包括ケア病棟より自宅に帰る方向になった時、自宅へ戻したくない家族が多い。施設側と家族が折り合いをつけるとか、それができなければ違う施設を探していくという形になっていくと、また時間がかかる。自宅で旅立つ方が本当に穏やかであるが、家族関係の修復といったらおかしいが、長い嫁姑の歴史があるので、それは入るべきではないかと思ったりする。

(2) 看護師自身がその地域で暮らす住民の一人として、対象者とその家族との距離間や関係性のもち方を考慮する

このサブカテゴリーは、＜家に帰ったら玄関のところに野菜がどんとおいてある＞、看護師自身も住民の一人として、対象者とその家族との距離間などを考慮することが求められる、といった内容であった。

都会のように、病院を一步でたら私は看護師じゃないから知らないというのは無理ですね。どこかで出会っても、看護師さんどうしていますか。こっちも気になって知らない顔ができないと言葉かけはするようにしている。私は一軒家に住んでいるが、家に帰ったら玄関のところに野菜がどんとおいてあることがある。

(3) 地域で暮らす対象者がもつ関係性を踏まえて生活に密着した関わりをする

このサブカテゴリーは、＜その地域で暮らす対象者に対して、いつも手にとるようにわかるので、何とかしてあげたいという思いがある＞など、家族の事情があることに一定の理解を示し、その価値観を受け入れケアに活かすことが求められる、といった内容であった。

お嫁さんも最初は関わりがあまりなかったけど、毎回行くたびに無理しなくてもいいだ、みんなでやればいいんだという話をしていたら、お嫁さんの表情もだんだん変わってきて、最期は本当に床ずれひとつなくみんなで、息子さんも一生懸命スキンケアをすることができるようになった。

(4) 地域住民が自らの健康管理を適切に行えるよう支援する

このサブカテゴリーは、＜地域住民として生活に価値をおき病気に重きがおかないことから、

その人の生活習慣に入りにくい＞など、家族が同居しているから大丈夫であるという思い込みで病状悪化の発見が遅れがちにならないよう支援する、といった内容であった。

子どもたちも島の外にいるが、「お父さんがいるから大丈夫、お母さんがいるから一人じゃないから大丈夫」とあまり連絡を入れなかったりすると、気づくのが遅れたことがあった。

### 3) 『地域内外の資源を調整し工夫する』

このコンピテンシーは、[地域内の資源の特徴を活かし、対象者を最適な健康状態へと導く][地域外の資源の特徴を踏まえ、対象者のヘルスニーズに適した資源利用の方法を調整し工夫する][地域内外の資源へのアクセスの課題を認識し、調整し工夫する]の3つのサブカテゴリーから生成された。

(1) 地域内の資源の特徴を活かし、対象者を最適な健康状態へと導く

このサブカテゴリーは、＜地域特性による退院調整に際して、タイムリーに多職種連携する難しさを実感する＞など対象者のヘルスケアニーズをタイムリーに対応するため、何を優先すべきか常に把握していく、といった内容であった。

地域には、特別養護老人ホーム、デイサービス、グループホーム、小規模多機能がある。訪問看護ス

テーションは隣町にある。なるべくタイムリーに帰れるようにしているが、1回目の退院は、退院後の生活が想像できなかったので、急に帰った感じで何もサービスは整えなかった。2回目の退院は、最初からケアマネジャーがいたので早めに病院に来てもらい、本人と家族の面接をし、退院調整ができた。

(2) 地域外の資源の特徴を踏まえ対象者のヘルス

ニーズに適した資源利用の方法を調整し工夫する  
このサブカテゴリーは、＜本土へ救急搬送する際、地域外との広域の調整が必要となる＞など、ヘルスケアへのアクセスに関する課題を識別することが求められる、といった内容であった。

医師の診察結果、本土の病院に紹介する運びになった。対象者は本人の意にそぐわないことをさせようとする抵抗し暴れたが、午後〇時のフェリーで搬送することを提案した。医師はその旨搬送先の病院にお願いするが、到着時間が遅いので受け入れられないと返答があった。漁船にも待機してもらいながら再度医師にお願いするも難色を示す。フェリーの出航時間も迫り動きがとれない状態であった。本人が漁船に興味を示し自分から乗ろうとしたため、診療所事務員と他の職員にも協力してもらい、対象者を囲み姉と船長の5人がかりで搬送することができた。

(3) 地域内外の資源へのアクセスの課題を認識し、調整し工夫する

このサブカテゴリーは、＜ヘルスケアへのアクセスに影響を与える地域内の課題や地域外の課題を共有できるよう、資源を調整し工夫する＞など、地域内外の情報や資源を普段から把握しておくことが、資源調整に繋がっていく、といった内容であった。

対象者が意識レベルは鮮明であるが、吐き気、冷汗あり、除脈にて島外にいる医師に電話連絡する。かかりつけ病院に連絡し受け入れを調整依頼する。休日で当直医が循環器でないことから難色を示されたが、医師が島に不在であることをアピールする。フェリーで搬送するだけの時間的余裕がないと判断し、島民の船で緊急搬送する、状態は悪化してきて入院となる。

4) 『対象者が地域で暮らし続けるためのヘルスケアチームづくりおよびチームを育成する』

このコンピテンシーは、[日頃から関係者との距離が近いという地域の強みを活かして、ヘルスケア

チームの一員として積極的にチームとの関係性をつくる] [ヘルスケアチームのリーダーとして、個々のメンバーの力を活かすために働きかける] [ヘルスケアチームのリーダーとして、自身の実践力を磨くための方法を見出し自己研鑽する] [対象者の個別ニーズに必要なネットワークをつくりケアを展開する] の4つのサブカテゴリーから生成された。

- (1) 日頃から関係者との距離が近いという地域の強みを活かして、ヘルスケアチームの一員として積極的にチームとの関係性をつくる

このサブカテゴリーは、<何か課題が生じた時には、改めて会議を開かなくても多職種に声をかけるなど「スツと」集まってくれることは強みである>など、地域で開催される事例検討会など普段から顔を繋いでいくことが求められる、といった内容であった。

島同士の連携がとれていて、こちらで退院が決まりましたとなった段階で、ケアマネにぼちぼち退院ですという話を投げて、調整はお任せできる。何かあったらケアマネさんや保健師も、結構スツと集まってくれる方であるので、そういう環境は恵まれていると思う。

- (2) ヘルスケアチームのリーダーとして、個々のメンバーの力を活かすために働きかける

このサブカテゴリーは、<実践に活かすための研修する機会を提供し、タイムリーにフィードバックする>などケアの質向上へ熱意をもち、スタッフに意図的に働きかけて学びを奨励していくことが求められる、といった内容であった。

長く働いている看護師でリーダー格で、スタッフに与える影響も大きかったので、研修に出させた。人に伝えることはもともとあったが、今回の研修で教えるのは、力が低いスタッフを育てるような関わりをしてほしいと期待している。

- (3) ヘルスケアチームのリーダーとして、自身の実践力を磨くための方法を見出し自己研鑽する

このサブカテゴリーは、<チームメンバーの様々な立場の人達に適した場を提供し、コーチの役割を担うようにする>など、リーダーとして自分の解釈や意見をチームに発信することや、他のチームメンバーの模範となることが求められる、といった内容であった。

今回eラーニングを受講し、おさらい的な感じで

受けてしまっている。そのため他のスタッフに還元できたのか、そこが活かされたかというところは反省している。どういうふうに広めていったらよいのかジレンマがある。

- (4) 対象者の個別ニーズに必要なネットワークをつくりケアを展開する

このサブカテゴリーは、<対処困難な臨床場面の継続ケアを提供するため、地域資源のネットワークがとれる>など、他の地域内外のヘルスケアチームメンバーとの協働より、ケア展開をすることが求められる、といった内容であった。

終末期の対象者とその家族に対し、訴えている症状以外に考え、幅広く観る視点を養えるようアセスメント力をつけるよう指導している。また個別のニーズに必要なネットワークをつくりケアを展開できるよう指導している。

- 5) 『医師との協働により隙間のない医療体制を創り上げる』

このコンピテンシーは、[医師の診断に役立つ正確で的確な報告をする] [地域の医療体制を踏まえて、対象者を他の医療機関につなぐために必要な判断や的確な対応をする] の2つのサブカテゴリーから生成された。

- (1) 医師の診断に役立つ正確で的確な報告をする

このサブカテゴリーは、本地域ケアスキル・トレーニングプログラムで緊急性の判断、本土へ搬送する判断、近隣へ救急車で搬送する判断などを学習したことで、<治療に必要なアセスメントをした上で、医師の診断に役立つようSBAR (Situation Background Asssement Recomemdation; 以下SBAR) で報告する>ことが求められる、といった内容であった。

対象者さんの症状や検査結果から、先生を説得できる材料を自分の中でもっていないと伝わらないと思う。今までだったら、胸が苦しい怖いなと思っていたけど、高齢者の急性期看護を受講したお蔭で、胸痛の訴えのある対象者のアセスメントを意識し、自分で得た情報をアセスメントし、的確に伝えるためSBARができるようになった。

- (2) 地域の医療体制を踏まえ対象者を他の医療機関につなぐために必要な判断や的確な対応をする  
このサブカテゴリーは、<医師不在の際、本土へ

の救急搬送時、本土の診療時間内で連絡しないと受け入れてくれない時がある>など、緊急搬送時、地域内外の資源の活用を上手く行い、隙間のない多職種連携をとっていくことが求められる、といった内容であった。

独居で、ふらつきや肩が痛いなどの症状があったが変わった様子はなかった。近所の人を訪ねると屋内で動けなくなっているのを発見する。医師不在であったため、近所の人や民生委員の人の話から緊急搬送の必要があると判断し、看護師が対応しフェリーで島外の病院へ救急搬送した。医師が対象者を紹介していないため、入院後の経過に関する文書は届かないルールになっている。診療所が利用していない住民の急変時対応は、いつも情報が不足し、困難なものになっている。

## VI. 考察

本研究の結果より、地域ケア実践看護師のコンピテンシーとして5つが生成された。本稿では、地域ケア実践看護師のコンピテンシーの特徴と行動特性について論考する。

### 1. 地域ケア実践看護師のコンピテンシーの特徴

#### 1) ICT等による新たな学習方法を通して学習スタイルを拡大し継続するコンピテンシー

経験からの学びは、そこで起こっている現象を探求的に観ていく力と、実践から学びを獲得する力をつけることによって経験の質が高まる。この経験の質は、内的な経験を深めることにより、直接的な経験である看護活動に質的な変化をもたらすことが指摘されている<sup>31)</sup>。本研究の結果より、ICT等による新たな学習方法は、受講者間及び教員とのインタラクティブなやりとりを通して、自己の経験の意味を批判的に評価することにより、内的な経験を深める機会になっていた。このようにインタラクティブなやりとりは、受講者間の新たな学びの場を創り、それが学びを継続するための力になっていたと考える。

また本研究の結果より、ICT等により学ぶ機会を活かし、他地域の看護師とのネットワークをつくるというコンピテンシーが明らかになった。本研究の対象者の中で、へき地診療所などで働く看護師の人数は少なく、日頃より周辺の看護師とネットワークをつくりたいという思いがあったと推察する。そのため、ICT等による学習の継続性の視点からは、受講者間によるネットワークを活かした学習形態を自ら

創り上げることができたと考える。

これらより、地域ケア実践看護師のコンピテンシーの特徴は、ICT等による新たな学習経験を通して、自己の学びのスタイルと課題を見出すことができたと考える。

#### 2) 地域で培われた対象者の価値観・関係性を包括的に把握するコンピテンシー

本研究の結果より、看護師自身が地域生活者の一人として、対象者とその家族の価値観を受け入れ、他者との距離感のもち方を考慮しながら、対象者に関わっていくという、生活に密着した関わりの在り方に関するコンピテンシーが明らかになった。

P.Bennerは<sup>32)</sup>、看護師は対象者とその家族との関係性の中から距離感を縮めたり離したりする、いわゆる関わりのスキルを身につける必要性を述べている。地域ケア実践看護師は、地域文化が反映された対象者との関係性に注力し、その巧みな関わりの中から、ヘルスケアニーズを包括的に把握する力を獲得していたと考える。一方日頃から顔見知りである密な関係性は、生活改善に必要な支援が遠慮がちになりやすい。例えば勤務時間外の電話の対応や、突然の訪問などで公私の区別がつけにくい。また島で一人暮らしの対象者が救急搬送する際、家族への連絡がなかなか取りにくい、たとえ連絡がとれても家族関係が影響し後手に廻ることもある。このような救急搬送の際、近所の顔見知りが駆けつけてくれることもある。しかしプライバシーの問題から、対象者の価値観を尊重し、周囲との関係性に十分配慮した対応が求められる。

これらより、地域ケア実践看護師のコンピテンシーの特徴は、その地域文化の中で培った対象者とその家族の生活に密着した関わりのスキルを発揮しながら、対象者の健康状態と家族機能状況を包括的に把握していくこと、すなわち対象者の生活に編み込まれたケアとして存在すると考える。

#### 3) 地域内外の資源を調整し、工夫するコンピテンシー

本研究の結果より、地域内外の資源やアクセスなど様々な課題を調整しながら、対象者のヘルスケアニーズに適した資源方法を工夫するというコンピテンシーが明らかになった。

先行研究では、小離島在住の高齢者の入院支援として、看護師は島外の施設へ多様な生活情報を提供し、家族、診療所医師、島内外の関係者へと支援の対象を広げていたことが示唆されている<sup>33)</sup>。これは

医療と生活支援の連続性の中で、送り出す、受け取るという点と線の支援ではなく、地域内外の資源を横断的な面として継続支援するための調整と多職種との連携が不可欠であることを示唆している。一方地域資源の活用に関する課題として、医師不在、方針変更、治療方針の違い、またアクセスの課題として、緊急搬送のホットラインや家族への連絡など一人で何役もこなさなければならないが、不測の事態を事前調整し、柔軟に対応していく力が求められる。

これらより、地域ケア実践看護師のコンピテンシーの特徴は、日頃から地域内外の資源の活用方法、緊急時や看取りなどに関する連絡方法、不測の事態に対する話し合いをもつなど積極的に地域内外の資源を調整・工夫する力を発揮していくことが、効率的で効果的な資源の活用、新たな資源開発へと繋がっていくと考える。

#### 4) 対象者が地域で暮らし続けるためのヘルスケアチームづくりおよびチームを育成するコンピテンシー

本研究の結果より、対象者の個別ニーズに必要なケアを展開するためには、ヘルスケアチームの一員としてチームメンバーの力量に応じたチームを編成し、チームメンバーの力を活かすため意図的に働きかけるといふコンピテンシーが明らかになった。

ヘルスケアチームの編成方法は、対象者の状況に応じて誰が何をすべきかを感覚的に把握しながら、チーム編成が成り立ちと指摘されている<sup>34)</sup>。限られた資源の中でのチーム編成の特徴は、対象者の状況に即対応できるチームを柔軟につくることで、その都度必要なチーム機能が発揮されやすくなると考える。一方ヘルスケアチーム編成上の課題として、医師が長期的に駐在せず1～2年で交代するため、治療方針などで混乱がおりやすいことが指摘されている<sup>35)</sup>。そのため、ヘルスケアチームとして顔の見える関係づくりを通して、互いの理解や協力が得られるよう努力していくことが必要である。また本研究の結果より、リーダーとしての実践力を磨くため自己研鑽し続けていたことが明らかになった。リーダーは、看護活動を解釈し、それを言語化したものをチームメンバーに伝えることを意図的に行っていた。チームメンバーは、いつどのように介入するのかの判断を見極めていくことができるようになる。そのことがヘルスケアチーム全体の成長にも繋がっていくと考える。

これらより、地域ケア実践看護師のコンピテンシーの特徴は、地域で暮らす対象者の日常の中に身

を置くことで、状況の変化を的確に読み取り、ニーズに応じたヘルスケアチームを編成する力が発揮できる。また、ヘルスケアチームのリーダーは、チームメンバーの力を活かすため意図的な働きかけをすることが、看護の質の保証に繋がると考える。

#### 5) 医師との協働により隙間のない医療体制を創り上げるコンピテンシー

本研究の結果より、地域の医療体制を踏まえて、対象者を他の医療機関につなぐために必要な臨床判断や、医師への適切な報告方法というコンピテンシーが明らかになった。

遠隔医療システムの導入により、医師不足を補う工夫を行っている地域医療の場も散在している<sup>36)</sup>。本研究では、医師不在で本土へ救急搬送をする際、看護師が家族への連絡及び本土との調整、搬送方法も指揮をとりながら調整することができていた。このように医師不在の中、生命の危機的状況にある対象者の搬送方法は、過去の経験知から、よりの確な判断力と行動力を高めることが可能であると考えられる。一方救急搬送先の病院に紹介状を提出していないことにより、入院経過の文書が届かないなど、権力と権限の問題が同時に生じていることも懸念事項になっている。医師と看護師との連携による緊急時の初期対応については、暗黙の了解で実施していることが多い。そのため緊急時に備えた関係機関との連携方法を含めマニュアル等の整備が不可欠である。

また本研究の結果より、医師の診断に役立つ正確で適切な報告をするというコンピテンシーが明らかになった。医師の診断に役立つ正確で適切な報告をするためには、まず医師の臨床理解やその根拠について、自分の解釈を言い直すことなどから対話をはじめ、そして対象者の健康状態の判断内容を、他のチームメンバーに自分の意見として論理的に伝える教育を段階的に進めていくことが必要である。そのため、看護師は日常業務の中で医師と積極的に対話をすすめる、自らの判断能力を自己研鑽していくことが求められる。

これらより、地域ケア実践看護師のコンピテンシーの特徴は、医師の診断に関わる臨床判断を過去の経験知に留まらず、新たな知識・技術を自己研鑽しながら適切に報告する積み重ねにより、臨床推論の力が高められると考える。

## 2. 地域ケア実践看護師のコンピテンシーの行動特性

地域ケア実践看護師のコンピテンシーは、全体論

の考え方を基盤とし、状況依存的な経験と新たな学習を統合する行動特性として捉えている。地域ケア実践看護師が属する看護活動の場は、看護師の人数が少ない中で、対象者の急性期医療から終末期に至る幅広いヘルスケアニーズに対応する包括的な看護活動を行っている。これらの看護活動は、そこに内在する思考、判断、技術、価値観の多面的要素を、一つずつ独立した要素ではなく、看護活動に必要な要素として、ある特定の文脈における要求に対して結集し応答する力を全体論と捉えている。これは、コンピテンシーを何ができるかに焦点を当てる行動主義論、個人のもつ特性に焦点を当てる一般特性論とは見解を異にし<sup>37)</sup>、より質の高い看護活動を行うための統合した能力を、行動特性として具現化したものであると考える。

本研究の結果より、地域ケア実践看護師は、急性期医療を必要とする対象者の緊急時の搬送に対し、早急に臨床判断し、対応せざるを得ない状況を多く経験していた。これらに対し、地域ケア実践看護師は、地域住民の一人として日常の中に身を置くことで、不測事態の対応、地域内外の資源の活用方法を普段から把握していることにより、緊急時、個別事情を配慮した対応ができていた。一方これら状況依存の経験に起因する行動特性は、看護専門職の価値観に基づいた倫理性に左右されやすい。Tannerが述べる「看護師のように考える」とは<sup>38)</sup>、看護実践する上での倫理的視点から、何が善であるのかの価値観に基づいて、対象者のケアに臨む姿勢を意味している。このように地域ケア実践看護師は、状況依存的な看護活動の経験を積み重ねる際、看護専門職としての価値観に基づいた行動特性をとっていく必要があると考える。

本研究の対象者は、ICT等新たな学習経験による知識を獲得した際、それらを包括的な臨床判断による実践的知識として活用していくことが要求される。Tannerは<sup>39)</sup>、良い臨床判断とは、漠然とした臨床状況の意味を解釈し、それに合わせて反応する融通性があり、微細な差異がわかる能力を必要とすると述べている。これは、新たな知識を獲得した際、自己洞察プロセスにより、実践経験の意味付けを行うことで、実践経験を裏付ける根拠が明確になる。その結果、対象者の微細な変化の差異がわかり、優れた臨床判断力を得ることができると考える。地域ケア実践看護師は、ICT等新たな学習経験により、対象者の複雑な状況の変化を的確に読み取り、臨床判断に繋げるような行動特性をとっていく必要があると考える。

る。

以上より、地域ケア実践看護師は、地域生活の特性を活かし、急性期医療から終末期に至るまでの幅広いヘルスケアニーズに対して、対象者との巧みな関わりの中で、状況依存的な看護活動の経験と、ICT等新たな学習経験により、対象者にとって何が良いケアであるのか、常に考え続けながら日々省察し、看護実践の異なる状況下で意図的に活用していくことが、より質の高い看護活動力を発揮するための統合した行動特性として現すことができると考える。

## VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、看護活動を実践する場の地域特性が異なり、その条件を絞っていないことから研究の限界がある。今後は、地域特性に即したコンピテンシー内容の精選及びレベルに対する検討が必要である。またコンピテンシーを基盤とする教育プログラムの検証を行っていく必要がある。

## VIII. おわりに

地域ケア実践看護師のコンピテンシーは、『ICT等による新たな学習方法を通して学習スタイルを拡大し継続する力』『地域で培われた対象者の価値観・関係性を包括的に把握する力』『地域内外の資源を調整し、工夫する力』『対象者が地域で暮らし続けるためのヘルスケアチームづくりおよびチームを育成する力』『医師との協働により隙間のない医療体制を創り上げる力』の5つが生成された。

今後、研究者らが開発した教育プログラムが、看護師の看護活動力としてのコンピテンシーをより向上させるものとなるよう精練していく、また看護活動力の向上に寄与する教育プログラムとなるよう検証していくことが必要であると考えられる。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました全国のへき地診療所、へき地支援病院、地域中核病院の看護師の皆様、看護管理者の皆様、施設長の皆様には、深く感謝申し上げます。また本研究に係る日本型地域ケア実践開発研究事業（平成25年～29年）を推進するため、ご尽力をいただきました先生方には、心より御礼を申し上げます。

## 文献

- 1) 厚生労働省：地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等

- に関する法律(平成26年6月24日,法律第83号)
- 2) 厚生労働省:地域医療構想(医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第1項第7号に規定する地域医療構想)
  - 3) 厚生労働省:へき地医療保健対策検討会報告書(平成27年3月)
  - 4) 塚本友栄,関山友子,島田裕子ほか:へき地医療拠点病院看護職の現状とへき地診療所看護職支援との関連.日本ルーラルナーシング学会誌,6;17-33,2011.
  - 5) 大湾明美,佐久川政吉,仲宗根洋子ほか:島嶼地域と都市地域の看護職者の人事交流によるキャリアアップモデル開発(第1報)-当事者が捉える課題と解決方法.沖縄県立看護大学紀要,16;117-124,2015.
  - 6) 清水かおり,神里みどり:島嶼看護職のICTを用いたネットワーク構築とサポート体制の検討.沖縄県立看護大学紀要,12;55-64,2011.
  - 7) 下里千里,神里みどり:離島診療所に赴任する看護師に対する教育プログラムと支援体制.沖縄県立看護大学紀要,14;43-55,2013.
  - 8) 清水かおり,神里みどり:島嶼看護職のICTを用いたネットワーク構築とサポート体制の検討.沖縄県立看護大学紀要,12;55-64,2011.
  - 9) 三浦妙,渡辺絵里子,中山久美子ほか:粟島へき地診療所における看護活動.新潟厚生連医誌,13(1);47-48,2004.
  - 10) 若松秀俊,高橋琢理:沖縄離島を念頭に置いた看護遠隔教育システムの開発.日本健康科学学会誌,23(2);104-116,2007.
  - 11) 杉本加代,坂本雅代,斉藤美和ほか:へき地診療所看護職のへき地医療拠点病院看護職との交流の必要性.日本ルーラルナーシング学会誌,10;15-21,2015.
  - 12) 関山友子,湯山美杉,江角伸吾ほか:へき地診療所に勤務する看護師が認識した看護活動に関連する困惑感.日本ルーラルナーシング学会誌,10;31-39,2015.
  - 13) 文部科学省:平成25~29年度私立大学戦略的研究基盤形成支援事業「日本型地域ケア実践開発事業」平成25年度報告書.自治医科大学大学院看護学研究科;116-120,2014.
  - 14) 高瀬美由紀,寺岡幸子,宮越由紀子ほか:看護活動力に関する概念分析 国外文献レビューを通して.日本看護研究学会雑誌,34(4);103-109,2011.
  - 15) McClland,D.:Teesing for competence rather than for "intelligence" American Psychologist,28;1-14,1973
  - 16) Spencer,L.M. & Spencer,S.M:Competence at work,Models for a superior performance. John Wiley & Sons.1993,コンピテンシー・マネジメントの展開-導入・構築・活用一,梅津祐良,成田 攻,横山 哲夫 訳,生産性出版(東京),pp35-42,2001.
  - 17) 佐甲隆,野呂千鶴子,伊藤薫:WHOグローバルコンピテンシーモデル,三重県立看護大学紀要 11;93-99,2007
  - 18) 松下佳代:新しい能力による教育の変容.日本労働研究雑誌,614;39-49,2011.
  - 19) 奥裕美:オレゴン看護教育コンソーシアム(OCNE)とコンピテンシーを基盤とするカリキュラムの構築.看護教育,57(9);728-734,2016.
  - 20) Tanner,C:Thinking Like a Nurse:a Research-based Model of clinical judgement. J of Nursing Education,45(6);201-204,2006.
  - 21) 高瀬美由紀,寺岡幸子,宮越由紀子ほか:看護実践能力に関する概念分析 国外文献レビューを通して.日本看護研究学会雑誌,34(4);103-109,2011.
  - 22) 松谷美和子,三浦友理子,平林裕子ほか:看護実践能力:概念,構造および評価.聖路加看護学会誌,14(2);18-28,2010.
  - 23) 木村誠子,西川まり子,芥川清香ほか:看護実践能力を育成する教育方法と評価の文献的考察.広島国際大学看護学ジャーナル,9(1);25-34,2011.
  - 24) 中野康子,張替直美,小林敏生:新卒看護師の臨床実践能力向上に影響する要因と取り組みに関する縦断的研究.山口県立大学看護学部紀要,8;99-108,2004.
  - 25) 小山田恭子:中堅看護師の能力開発におけるナラティブを用いる内省プログラムの構築に関する基礎研究.日本看護管理学会誌,11(1);13-19,2007.
  - 26) 坂口 桃子,作田 裕美,新井 龍ほか:看護師のコンピテンシー患者・看護師・医師からの情報に基づいて.滋賀医科大学看護学ジャーナル,4(1);12-18,2006.
  - 27) 石垣和子,野口美和子,大湾明美ほか:島嶼における地域看護活動の展開方法に関する研究.日本ルーラルナーシング学会誌,11;27-41,2016.
  - 28) 春山早苗,江角伸吾,関山友子ほか:わが国のへ

- き地診療所における看護活動の特徴-2003年,2008年,2013年の比較から-.日本ルーラルナースィング学会誌,10;1-13,2015.
- 29) Dunn,,S.V:The development of competency standards for specialist critical care nurses.J of Advanced Nursing,31(2);339-346,2000.
- 30) 松下佳代:新しい力による教育の変容.日本労働研究雑誌,614;39-49,2011.
- 31) 東めぐみ:看護リフレクション入門.ライフサポート社(神奈川),pp.20,2009.
- 32) P. Benner,/P. Hooper,Kyriakidis/D. Stannard:Crinical wisdom and interventions in acute and critical care A Thinking-in-Action approach second edition,2011,ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること第2版.井上智子監訳,医学書院(東京),pp29-30,2012.
- 33) 坂本留瑠美,大湾明美,山口初代:沖縄県小離島在住の高齢者の入院支援における看護師の役割-離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護活動から-.沖縄県立看護大学紀要,17;33-44,2016.
- 34) 前掲書32).
- 35) 中川早紀子,高瀬美由紀:日本におけるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題.日本看護研究学会雑誌,39(4);105-113,2016.
- 36) 前掲書35).
- 37) 前掲書21)
- 38) 前掲書20)
- 39) 前掲書20)

## 小離島における知的障がいがあるアルコール依存症の母親と 子どもの養育に対する多職種支援と連携

Multi-occupational support and collaboration for a mother with intellectual disability and an alcohol-dependent and child rearing in a small isolated island

砂川 はづき<sup>1)</sup>, 神里 みどり<sup>2)</sup>, 宮里 智子<sup>2)</sup>

Hazuki Sunagawa, Midori Kamizato, Tomoko Miyazato

キーワード：小離島, 母子, 多職種支援, 知的障がい  
アルコール依存症, 養育支援, 連携

### 要約

A小離島で生活する母親はてんかん、知的障がい、アルコール依存症があり、その母親の子どもは、言葉の発達の遅れがあり療育相談を受けていた。しかし、母親は家庭内での養育支援が得られない現状であり、小離島内外での支援が多岐にわたり、支援体制の把握が困難であった。本研究の目的は、知的障がい、アルコール依存症のある母親と言葉の発達に遅れがある子どもに対する支援の現状と連携の課題を明らかにし、今後の支援体制に繋げることである。研究方法は、多職種や住民などの研究協力者に対する面接調査や、カルテなどの記録物から情報収集を行い質的帰納的に分析した。

母親と子どもへの支援は、島内外から多数の支援者によって行われており、支援内容は出来事がおこった時と平常時の支援があった。妊娠や出産など出来事がおこった時、中核離島からの小離島支援者への情報が途切れるという課題が明らかとなった。

小離島における、母親と子どもの養育に対する継続支援のために、定期的な会議を開催し、支援者間の情報共有を行い、共通認識のもと親子の支援に繋げることが可能になった。小離島で活動する看護職者は、小離島の特徴を理解し、各島の支援者と連携し、情報共有を行い、地域のニーズに沿った活動を模索していくことが必要である。

### I. はじめに

沖縄県は39の離島があり、そのなかで群島主島である宮古島、石垣島、久米島以外の小離島には病院がなく、医療施設は診療所のみである。小離島の主要な医療職は、診療所医師や看護師、保健師であり、住民の健康管理の大きな役割を担っており、中核離島および沖縄本島の医療職や支援者との連携は重要である<sup>1,2)</sup>。

筒井<sup>3)</sup>は連携について、「異なる専門機関（もしくは組織）が、より良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化をはかり、協力し合い活

動すること」と定義している。小離島の特徴として、主な交通手段は船舶や飛行機であり、移動に時間がかかることや天候に左右されることがある。さらに小離島では、保健・医療・福祉の資源が少なく、住民が専門的資源を利用するには、沖縄本島や群島主島（以下、中核離島とする）へ移動しなければならない。そのため、小離島の住民や医療職と、沖縄本島や中核離島の支援者間の連携が十分でなく途切れる可能性がある。

A小離島で生活するY子さんは知的障がい、アルコール依存症があり、Y子さんの子どもであるZく

受付日：2018年7月2日 採択日：2019年2月11日

1) 沖縄県立八重山病院 Okinawa Prefectural Yaeyama Hospital

2) 沖縄県立看護大学 Okinawa Prefectural College of Nursing

ん(2歳)は、言葉の発達の遅れがあった。研究者は、Y子さん親子の支援が小離島内外から多職種者による支援で多岐にわたるため、支援内容を把握することが困難であった。さらに親子を支援するA小離島の医療職から、B中核離島支援者から提供される親子の情報が少なく、連携が十分ではないという情報を得て、両島の支援者が同じ目標に向かって支援が行われていない現状があるのではないかと考えた。

本研究の目的は、小離島における知的障がい、アルコール依存症のある母親と言葉の発達に遅れのある子どもの養育に対する支援の現状と連携の課題を明らかにし、今後の支援体制の改善に資することである。

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

支援や連携：支援とは親子の治療や育児を支え、助けること<sup>4)</sup>であり、連携とは親子の支援のために、異なる専門機関または住民が課題解決のために、共通の目的をもって、情報の共有化をはかり、協力し合い活動すること<sup>4)</sup>と定義した。

### 2. 研究協力者(表1)

研究協力者は、A小離島ならびにB中核離島のY子さん親子に対する支援者で、長期間支援にかかわった、または多職種と連携をとりながら支援していたと思われる者を対象とした。

A小離島の研究協力者は7人で、その内訳はA小離島診療所看護師1人、現在および過去にA小離島を担当し、Y子さん親子に支援を行った役場保健師3人、母子保健推進員、保育士、Y子さんの祖母が利用する高齢者施設の管理者それぞれ1人であった。

表1 研究協力者

A 小 離 島 (7人)	看護職	診療所看護師 役場保健師 (過去、現在のA小離島担当3人)
	多職種	母子保健推進員 保育士 高齢者施設管理者
B 中 核 離 島 (10人)	看護職	病院助産師 病院看護師(地域連携室) 県保健所保健師
	多職種	役場職員(管理職・障がい担当・福祉担当) 病院精神保健福祉士 病院社会福祉士 児童相談所職員

B中核離島の研究協力者は10人で、その内訳は役場職員が3人、B中核離島病院の助産師、地域連携室看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、沖縄県C福祉保健所保健師それぞれ1人、児童相談所職員2人であった。A小離島とB中核離島の研究協力者の合計は17人であった。

## 3. 研究方法

### 1) 研究素材の収集

カルテなどの記録物から、Y子さん親子へ行われた支援の内容と支援者についての情報収集を行い、データとした。研究協力者に、対面および電話で研究の趣旨や内容を説明し、後日、口頭および研究の説明文を提示し、インタビュー調査への同意を得た。インタビューはインタビューガイドに沿い、親子に対する支援内容、支援の連携体制、研究協力者が把握する他の支援者の支援内容、連携会議などについて、プライバシーが保たれる場所で30分程度実施した。インタビュー内容は、研究協力者に許可を得た後にICレコーダーに録音した。

### 2) 分析方法(図1)

記録物、面接調査から要約や逐語録を作成した。要約や逐語録から、Y子さん親子への支援内容と連携について語った内容に注目し、各島別、支援者別、経過別、時期別に分類した。これらの分類からY子さん親子の健康課題、課題に対する支援内容と連携について抽出した。

具体的な支援内容は要約して**太字**で示した。支援内容の整理、および連携内容を要約して表すプロセスにおいては、随時逐語録と照合し、事実を反映しているか確認しながら実施した。

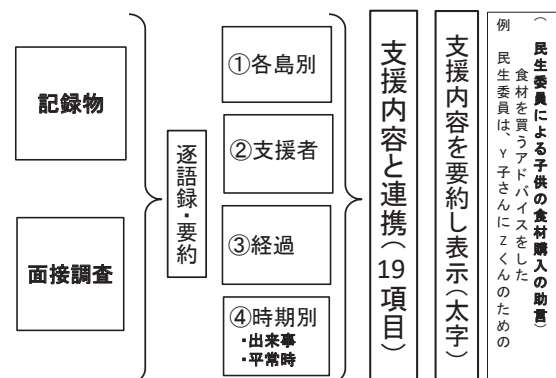


図1 分析方法

### 4. 真実性の確保

分析で得られたデータを、A小離島診療所看護師

および役場保健師に、各支援者の支援内容と連携について確認した。データの内容分析には、共同研究者からスーパーバイズを受け、妥当性に努めた。

## 5. 調査期間

調査期間は、平成26年6月～11月であった。

## 6. 倫理的配慮

研究協力者の人権の擁護については、研究の趣旨と内容を文書及び口頭で説明し、同意を得た。その際、研究への参加は自由意思であり、研究への参加を拒否した場合でも不利益を被ることは一切なく、同意後であってもいつでも同意内容を撤回し、研究への辞退が可能であることを説明した。その後同意を得たうえで研究を実施した。正確に記録を行うために、許可を得てからICレコーダーに録音した。Y子さんと夫に対し、研究の趣旨と内容を口頭で説明し、同意を得た。その際、Y子さんの精神状態の評価を診療所医師や看護師、役場保健師と共に行い、精神状態が安定している状況下で同意を得た。プライバシーの配慮を十分に行い、個人が特定されないように配慮することを約束した。

なお本研究は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会（平成27年7月27日承認番号：15004）の承認を得て行った。

## Ⅲ. 研究結果

### 1. 事例の概要

#### 1) Y子さんの紹介と家族構成

Y子さんは30歳代の女性でA小離島に在住していた。Y子さんは高校中退後、A小離島の実家で父親の農業の手伝いや、親戚が経営する民宿の手伝いなどをしながら生活していた。Y子さんの両親は、Y子さんが幼いころに離婚し、Y子さんと兄は父親と父方の祖母に育てられた。

研究当時同居していた家族は、父方の祖母と父親、次兄、Y子さん、夫、Zくんの6人であった。Y子さんの夫は30歳代で、農業の手伝い、農閑期には建築業などの出稼ぎをしていた。ZくんはY子さん夫婦の2才の男の子で、言葉の発達に遅れがあった。

Y子さんは、カルテの記載から知的障がい疑われるが、正式な検査を受けたことはなかった。てんかんおよびアルコール依存症があり、A小離島において2ヶ月に1度行われるB中核離島病院の精神科による巡回診療を受診しており、抗てんかん薬と断酒補助剤の内服治療を受けていた。

#### 2) A小離島およびA小離島診療所と基幹病院の概要

A小離島の人口は約500人で、B中核離島から約50km離れている。A小離島への交通手段は、船舶のみでB中核離島からの所要時間は約60分である。台風や干ばつなど天候に生活が左右されやすく、生活物資の運搬や緊急時の病院受診など、生活の利便性や健康管理が影響されやすい。A小離島の役場庁舎は、B中核離島にあり特徴的な行政体制である。

A小離島診療所は島で唯一の診療所で、医師1人、看護師1人が診療に携わっている。B中核離島病院から、2か月に1度、精神科医師による精神科巡回診療が行われている。

B中核離島病院は附属診療所をもつ地域中核病院である。救急治療、島外へのヘリ搬送、圏内唯一の分娩施設が設置されており、周辺離島の基幹病棟としての役割を担っている。B中核離島病院は沖縄県の本島から飛行機で約50分の位置にある。

#### 3) Y子さん親子の経過と支援内容の概要（表2）

記録物と面接調査で得られたデータを分析し、支援内容を要約し19項目に整理した後、経過順に番号をつけ、Y子さんのライフイベントごとに4つの時期に大別した。大別した4つの時期のうち、妊娠・分娩の時期、育児・内服の時期、飲酒問題の時期を出来事がおこった時、それ以降の時期を平常時と区分した。

表2 Y子さん親子の経過と支援内容の概要

年	時期	出来事がおこった時	Y子さんへの支援	Zくんへの支援	
X1年	妊娠・分娩の時期	出来事がおこった時	①妊娠の発見 ②診療所受診 ③B中核離島病院産婦人科・脳外科受診、内服再開	Zくん出生	
X2年	育児・内服の時期		④入院時の育児支援 ⑤入院中カンファレンス ⑥退院後B中核離島で育児支援、内服管理 ⑦退院後カンファレンス ⑧A小離島で育児支援 ⑨避妊 ⑩A小離島での飲酒問題への支援		
X3年	飲酒問題の時期			⑨療育相談	
X4年				⑪B中核離島での飲酒問題への支援 ⑬児童相談所保護 ⑫精神科病棟入院 ⑭退院後の見守り ⑮A小離島での見守り ⑯内服支援 ⑰育児支援 ⑱飲酒対策	
			平常時		

#### 4) 支援者の概要（表3）

得られたデータを、支援者別に分類すると以下のとおりであった。支援者は小離島、小離島を支援する中核離島、沖縄本島の3地点からの支援で、Y子さんの妊娠発見から飲酒対策までの時期の間、Y子さんを支援していた職種は27人と住民3人であった。

支援者は、A小離島の医療職では、診療所医師、看護師、役場保健師の3人であった。多職種は民生

委員，母子保健推進員，保育士，高齢者施設の管理者，駐在警察官の5人，住民はY子さんの親類，隣のおばさんの2人であった。B中核離島の医療職は，B中核離島病院の医師や看護師，訪問看護師，沖縄県C福祉保健所など9人，多職種はB中核離島病院の精神保健福祉士や社会福祉士，役場職員や児童相談所，警察，児童養護施設，療育相談委託事業所の9人，住民は親類の1人であった。沖縄本島では療育相談の小児科専門医師（発達障がい専門医）であった。

表3 支援者の概要

A 小 離 島 (10人)	医療職(3人)	診療所医師・看護師、役場保健師
	多職種(5人)	民生委員(売店)、母子保健推進員、保育士 高齢者施設管理者、駐在警察官
	住民(2人)	親類、隣のおばさん
B 中 核 離 島 (19人)	医療職(9人)	病院医師(精神科・脳外科・産婦人科・小児科) 病院看護師・助産師、研究者 訪問看護師、県保健所保健師
	多職種(9人)	病院精神保健福祉士・社会福祉士 役場職員(管理職・障がい担当・福祉担当) 児童相談所職員、警察官、児童養護施設職員 療育相談委託事業所職員
	住民	Y子さんおば
本島	医療職	小児科医師

## 2. Y子さん親子の経過と支援内容および連携

### 1) Y子さんに出来事があった時の支援と連携(図2)

Y子さんがZくんを出産後A小離島に帰ると、看護職による子どもの成長発達のアセスメントと継続観察，役場保健師と小児科医師による乳児健診での成長発達と育児観察が行われた。A小離島の売店では、粉ミルクが売られていない，紙おむつのサイズが数種類しかおいていない現状であった。また，Y子さんは経済的理由や，ミルクやオムツを消費する予測を立てることができず，ミルクの代用として豆乳や練乳を利用すること，一日中同じオムツをはかせるということがあった。その対応として，看護職による住民や母子保健推進員への仲介での育児支援や医療職の活用の説明が行われていた。Y子さんは，困っていることはないかという質問に，「大丈夫です」と返答する特徴から，看護職は家庭訪問や住民からの情報収集を行い，「オムツは足りている？」など具体的な育児の特徴を踏まえた質問を行っていた。

連携内容は，Y子さんの育児状況を把握した小離島の医療職と多職種と住民，中核離島の多職種による会議で，保育所入所年齢は2才という規定を，Y子さんの育児負担の軽減のため，保育所早期入所調整が行われ，Zくんは1才6ヵ月で入所させるという対応であった。

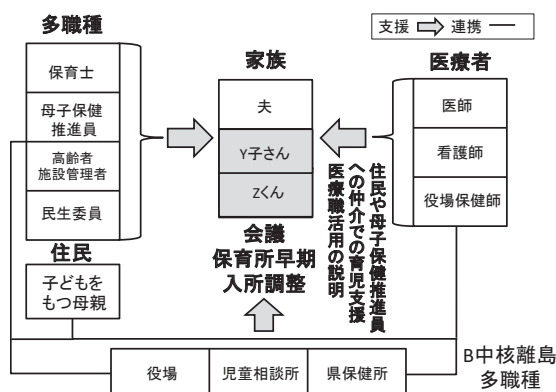


図2 出来事があった時の支援と連携

### 2) Y子さんの平常時における支援と連携

民生委員や隣のおばさんは，Y子さんを幼少の頃から知っており，Y子さんはわからないことやできないことがあっても支援を求めることがないという特徴を把握しているため，Y子さんの自宅へ様子を見にいき，育児や生活の助言などを行っていた。また，民生委員は島の売店で勤務をしており，Y子さんが売店に買い物に来た際，子どものための食材購入の助言を行っていた。民生委員や隣のおばさんは，医療職へY子さん親子の情報を提供していた。母子保健推進員は，島の高齢者施設で介護の仕事をしており，Y子さんの祖母の介護と共に，Y子さん親子の育児や生活の様子を観察することができ，医療職への情報提供や，自宅で一人泣いているZくんの子守を行っていた。家庭訪問での，役場保健師と母子保健推進員による育児情報を診療所へ提供し，役場保健師による子どもの栄養の観察とアセスメントが行われた。Y子さんへ，お弁当の内容について，保育士による栄養を考慮したお弁当の説明，看護職による栄養の調整計画が行われた(図3)。

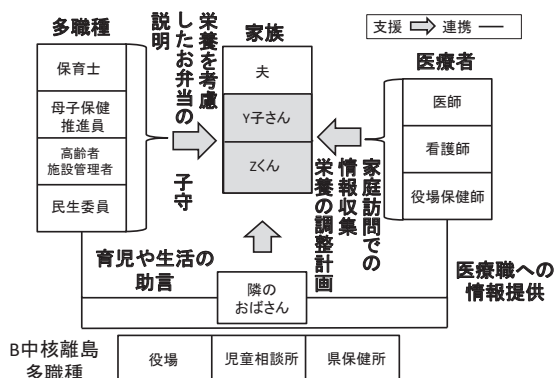


図3 平常時の育児支援

Y子さんが飲酒を継続していることに対し、看護職から売店に勤めている民生委員にY子さんに対してアルコールを売らないよう依頼した。売店に勤めている民生委員や住民から看護職へアルコール購入情報の提供が継続して行われていた（図4）。

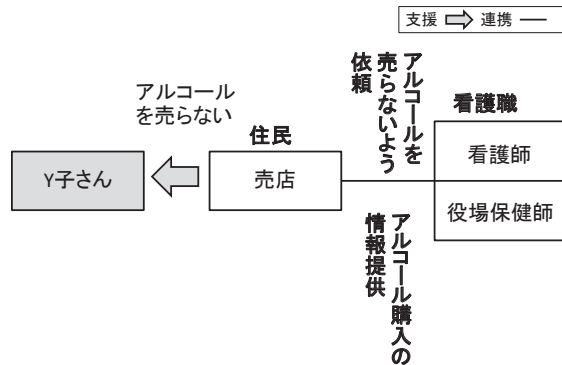


図4 飲酒対策

Y子さん親子に対する連携として、月に1度行っている地域ケア会議や、2か月に1度の精神科離島巡回診療時のカンファレンス、日常生活の中で医療職と多職種、住民との間でこまめな情報の共有が行われていた。

また、X4年10月、役場保健師から、Y子さんの飲酒に伴いZくんの養育が困難になっているという情報があった。よって、X4年11月、WEB会議を使用したA小離島とB中核離島の支援者によるはじめての要保護児童対策協議会が開催された。会議では、現在のY子さん親子の課題、支援者の役割を明確化し、定期的な会議の開催について話し合いがなされた。

### 3. Y子さん親子に関する連携の課題

Y子さんの分娩後、助産師と役場保健師による分娩後の母子支援のケア会議が行われた。

しかしケア会議に、診療所看護師が入っておらず、妊娠中や産後の育児についての情報が、診療所看護師へ提供されていない課題があった。また、Y子さんが精神科病棟を退院後、B中核離島では中核離島医療職と多職種による情報提供と支援会議が行われたが、小離島の支援者が参加していない現状があった。

B中核離島の役場や児童相談所は、島の交通状況の特徴である船の欠航があり、役場庁舎がB中核離島にある特徴的な行政体制であることから、支援者が定期的な家庭訪問や、要保護児童対策協議会の個別支援会議が行われていないことがあった。

## IV. 考察

### 1. 支援内容と連携

Y子さんがZくんを出産後、Y子さんの育児状況を把握した小離島の医療職と多職種と住民と中核離島の多職種による会議が行われ、子どもの保育所への早期入所が許可された。そのことにより、Y子さんの育児負担の軽減、さらに保育士による子どもの観察や保育が行われることにより、疾患やネグレクトなど異常の早期発見を行うことが可能になり、子どもの安全確保や成長発達のための支援が、柔軟に行われていたと考える。

平常時の育児支援は、小離島の医療職と多職種、住民が連携して行っていた。小離島の看護職による、住民や母子保健推進員への仲介での育児支援や医療職活用の説明が行われ、Y子さんが育児用品を得られるよう支援が行われていた。小離島の特徴として、売店に粉ミルクが売られていないことや、紙おむつのサイズが数種類しかなく、船の欠航で物が届かないことがあった。小離島の支援者は、島の特徴を把握し、母親が島の住民から支援をうけることができるよう、住民への仲介や医療職を活用するような支援を行う必要があると考える。多職種や住民が行った支援内容として、育児や生活の助言や子守など親子への直接的な支援を行い、医療職は、家庭訪問や住民からの情報収集、育児状況や子どもの栄養のアセスメントを行っていた。Y子さんは、予測を立てることができず、自ら支援者を頼ることができないなど育児能力が乏しかった。そのため、支援者は家庭訪問をおこない育児状態の観察や、子どものための食材購入など育児や生活の助言、子どもの子守を行うなど、子どもの安全確保や正常な成長・発達のための支援を行っていたと考える。子どもの養育が不十分であると、成長や発達に影響を及ぼす可能性がある。そのため、Y子さん親子への育児支援は、医療職、多職種、住民が連携した支援が行われていたと考える。

飲酒対策の支援は、Y子さんにアルコールを購入させないという支援と、多職種や住民が医療職へ情報提供するという、飲酒問題を予防する支援であった。宮澤らは<sup>5)</sup>、飲酒問題を抱えながら乳幼児を育てる女性とその家族に対する行政保健師の支援の特徴について、地域での母子保健活動、地区活動を通じた保育園や小学校、地域住民との関わり、児童相談所などの専門機関との情報共有を行い、対象家族を支えていたと報告している。本研究では、Y子さん親子の支援に、駐在警察官や隣のおばさん、住

民など、多職種や住民が支援を行っており、人間関係が濃厚であることがわかった。住民は多様な役割を担っているということが明確となり、小離島で飲酒問題を抱えながら育児をしているY子さんを支える支援者の特徴を浮き彫りにすることができた。

内服管理の支援は、小離島の**医療職による家庭訪問や診察時に内服確認**が行われていた。また、中核離島の多職種からの不定期に行われる、家庭訪問による内服確認が行われていた。Y子さんは、抗てんかん薬や断酒補助剤を内服しており、内服薬の確認をおこなうことが、飲酒対策さらには育児支援へと繋がると考える。

## 2. 連携体制の課題と改善

出来事がおこった時の連携の課題は、中核離島から小離島の支援者へ情報共有が行われず、情報が途切れていたことである。その理由のひとつとして、小離島と中核離島間の交通は船舶を利用し支援者が移動しなければならないことがあげられる。Y子さんの分娩後および精神科退院後の支援会議は、中核離島の支援者のみで行われ、小離島の支援者が会議に参加できていなかった。親子が、中核離島から小離島へ帰ってくる際の情報提供が途切れることで、問題の共有ができず、島で継続した支援が行われていない可能性があった。大平ら<sup>6)</sup>は、医療過疎地域の母子ケアの充実のためには、地域と医療施設の連携が重要であるとし、地域の保健師と医療施設の助産師が積極的な話し合いの場を設けることで、支援が必要と思われる事例の情報提供が可能となり、同じ看護目標に向けたケアが実践できるとしている。Y子さんは初産で、知的障がいがあることにより、育児知識や技術の観察や支援が必要な状態であった。また、精神科退院後は、再度飲酒問題に関連した育児放棄がおこらないよう、育児支援や飲酒問題の継続支援が必要な状態であったことから、中核離島から小離島への支援が途切れないようにすることが重要であったと考える。野口<sup>7)</sup>は、離島では、職種・定員・実働の面から島の専門職が不足するとはいえ、予防活動や健康管理、救命救急の医療など求められる専門能力の網羅が求められるとしている。A小離島は障がい者支援または育児支援事業が少ないという特徴がある。小離島の専門職が、限られた人員の中で親子へ継続した支援を提供するためには、中核離島での親子の状況や支援についての情報を得、小離島でどのように支援できるかということ、計画しなければならない。そのために、中核離

島と小離島の支援者が参加する会議を行い、情報共有やケアを提供することが必要だと考える。

平常時の育児支援の課題として、中核離島の支援者と小離島の支援者間の定期的な会議の開催による、情報共有が行われていないということがあった。厚生労働省<sup>8)</sup>は、「子ども虐待対応の手引きの改正について」のなかで、市町村において、要保護児童対策地域協議会を設置するなど、関係機関が適切な連携の下で、虐待の発生子防・早期発見からその後の見守りやケアなどの支援に至る取り組みを進めていくことが期待されているとしている。山城ら<sup>9)</sup>は、沖縄県離島の児童虐待防止活動における専門職者が、実践に必要と考える能力で共通性の高い事柄に、連絡・調整があり、主に外部の関係機関との連絡・調整や連携であったと述べている。離島では、海を隔て外部の支援者と連絡を取らなければならず、小離島の育児支援を行っている支援者にとって、連絡・調整の能力は重要だと考える。複数の関係機関が支援を行っている場合、情報を集約する役割を役場が担うことで、小離島の支援者と中核離島の支援者をつなぎ、定期的な会議を開催することで、親子を支援する多くの支援者が、情報を共有し共通認識のもと親子の支援を行うことができるのではないかと考える。

今回、Y子さんの飲酒に伴いZくんの養育が困難になっているという情報を得、WEB会議を利用したA小離島とB中核離島の支援者による、はじめての要保護児童対策協議会が開催された。小離島における知的障がいとアルコール依存症の母親と子どもの養育に対する多職種支援は、小離島と中核離島の支援者の連携のために定期的な情報共有と、子どもの安全確保や正常な成長・発達のために、育児放棄の予防と早期発見を行うことだと考える。今後どのように継続するかということが明確ではないため、継続的な支援体制の構築が必要である。

本研究で得られた結果より、海を隔てた支援体制の概要は図5のように示されると考える。小離島で活動する看護職者は常に、小離島の特徴を理解し、各島の支援者と連携し、情報共有を行い、地域のニーズに沿った活動、理想の支援のための活動を実践していくことが必要である。また、妊娠・出産や飲酒問題など出来事がおこった時、複数の問題を抱えた親子の健康課題解決のための支援や多職種での連携が必要な際は、中核離島と小離島の支援者で密な情報共有を継続的に行う事が重要である。そうすることで、海を隔てた支援者が共通認識のもと支援を行

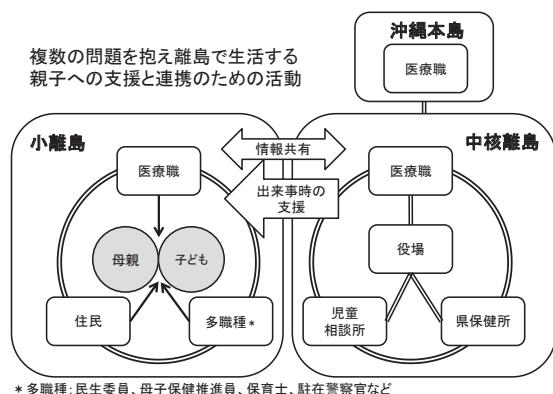


図5 海を隔てた支援の概要

うことが可能であると考ええる。

本研究は、Y子さんの妊娠の発見から約4年間の支援内容を、記録物や面接調査から情報収集を行って分析したものである。よって、記録物や支援者の記憶に残されていない支援がある可能性がある。また、研究協力者以外の支援内容については、研究協力者およびカルテ等からの情報収集であり、支援者本人から直接情報を得ていないため、その信頼性には限界がある。さらに、Y子さん本人や家族からの面接調査ができなかったため、Y子さんのニーズに沿った支援であったか明らかではない。今後類似した事例があった場合、本研究で得られた知見を活用していくことは可能であると考ええる。

## V. 結論

小離島における知的障がいとアルコール依存症の母親の養育に対する支援は、平常時の支援と出来事がおこったときの支援とに分けることで、各時期の支援体制の特徴が明確になった。

出来事がおこったときの支援は、小離島から中核離島へ情報提供が行われていたが、小離島の支援者が参加する支援会議の開催がなく、中核離島から小離島への情報が途切れていた課題があった。

平常時の支援内容は、育児支援、飲酒対策、内服管理支援で、多職種や住民による直接的な支援、医療職と多職種、住民が連携して子どもの安全確保や成長発達のための支援、母親にアルコールを購入させないという支援があった。

小離島の地理的特徴である、海を隔てた支援者間で情報が途切れるという課題を解決するために、役場を中心とした情報の集約や、WEB会議の開催の活用が期待できるが、今後どのように継続するかということが課題である。

小離島で活動する看護職者は、小離島の特徴を理解し、各島の支援者と連携し、情報共有を行い、地域のニーズに沿った活動、理想の支援のための活動を模索していくことが必要だと考える。

## 文献

- 1) 沖縄県：沖縄県保健医療計画第6次. <http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/hokeniryo/imu/iryouseikaku.html> (最終閲覧日2013年1月).
- 2) 沖縄県：沖縄県離島関係資料. <http://www.pref.okinawa.jp/site/kikaku/chiikirito/ritoshinko/ritoukankeisiryou.html> (最終閲覧日2014年1月).
- 3) 筒井孝子:すぐに地域福祉権利擁護に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発(上). 社会保険旬報, 2183:18-24, 2003.
- 4) 新村出:広辞苑第六版. 岩波書店(東京), 8404, 2008.
- 5) 宮澤早織, 佐藤紀子, 宮崎美砂子:飲酒問題を抱えながら乳幼児を育てる女性とその家族に対する行政保健師の支援方法の特徴. 千葉看護学会誌, 20(1):21-29, 2014.
- 6) 大平肇子, 今田葉子, 永見桂子ほか:保健師の視点からみた医療過疎地域における母子ケアのための保健師と助産師の連携. 三重県立看護大学紀要, 11:9-19, 2007.
- 7) 野口美和子:島しょに求められる看護職者の役割拡大. 日本ルーラルナース学会誌, 9:65-68, 2014.
- 8) 厚生労働省:子ども虐待対応の手引き. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/00.html> (最終閲覧日2016年1月).
- 9) 山城五月, 前田和子, 上田礼子ほか:児童虐待防止活動における専門職者の教育的ニーズ—沖縄県離島の場合—. 沖縄県立看護大学紀要, 9:1-9, 2008.



## A小離島における慢性疾患の重症化予防優先順位指標の作成と活用法

下地和枝<sup>1)</sup>                      神里みどり<sup>2)</sup>                      川崎道子<sup>2)</sup>  
Kazue Shimoji                      Midori Kamizato                      Michiko Kawasaki

キーワード：小離島 (Small remote island) 慢性疾患 (Chronic disease)  
ヘリコプター搬送 (Helicopter transport)  
重症化予防優先順位指標 (Priority indicator for preventing severe disease)

### 要旨

本研究の目的は、A小離島における慢性疾患患者の重症化予防のための優先順位指標を作成し、スコア化することにより事前に重症化を予測し、看護実践に活かせるようにすることである。指標の項目は、慢性疾患ガイドラインより、疾患管理のリスク因子と慢性疾患に影響を及ぼす生活習慣を参考に情報収集項目を定めた。A小離島における3年間の急患空輸搬送（以下、ヘリ搬送と略す）された患者とA診療所医師・看護師がアドヒアランス不良と判断した患者の情報収集を行い、A小離島における慢性疾患患者で重症に陥る可能性のある患者を抽出するための重症化予防優先順位指標とその使用ガイドを作成した。指標の項目として、心・脳疾患リスクスコア10項目、心・脳疾患以外リスクスコア5項目、生活行動リスク4項目とした。優先的に看護介入を行うスコアの基準を設け、医師・看護師、共同研究者とディスカッションを重ねスコアの妥当性を図った。

重症化予防優先順位指標は、複数の慢性疾患の重症度を総合的にスコアで捉えることが可能で、医療者間で共通理解し、適切な看護実践につなげることができる。また、医療者と患者間で重症度を共通理解することでセルフケアの向上に寄与すると考える。

### I. はじめに

A小離島診療所（以下、診療所とする）には、月平均226.5人の患者が受診し、そのうち、約7割が慢性疾患患者である。診療所医師・看護師は1人体制で、赴任期間は2～3年である。診療所看護師は、通常の看護業務の他に、管理業務、物品管理業務、調剤業務、検査業務、他職種との調整など一人で多岐にわたる役割を担っており、個々の慢性疾患患者に対する指導時間があまり取られていない現状があった。さらに、診療所看護師は、患者の日常生活情報を詳細に把握はしていたが、診療録への看護記述は少なく、患者個々の看護実践状況の引き継ぎが十分に行われているとは言いがたい状況であった。そのため、新たに赴任した際に、慢性疾患患者の状態把握やこれまでの看護実践が把握できずに、継続

した疾病管理が困難な状況が続き、慢性疾患患者の重症化予防に対する看護実践の改善や工夫の必要性が急務であった。

さらに、A小離島で重症に陥り島外の総合病院に紹介された患者の中には、沖縄県本島での入院中は疾病の回復を目標に治療を受け入れてはいるものの、一旦、小離島に帰島するとヘリコプター搬送（以下、ヘリ搬送と略す）前の生活状況に戻ってしまい、再度ヘリ搬送を繰り返すなど、セルフケアに対する支援が困難な状況があった。よって、小離島診療所とヘリ搬送受け入れ病院の医療者間では、患者の重症化に陥るリスクの捉え方の相違がみられた。ヘリ搬送に関する坂本<sup>1)</sup>の先行研究では、救命率の向上を図るための、専門医療機関までの搬送時間、CPR開始時間、後方支援病院との連携、運営に関

受付日：2018年7月2日                      採択日：2019年2月11日

1) 沖縄県立南部医療センター・子ども医療センター Okinawa Prefectural Nanbu Medical Center・Children's Medical Center

2) 沖縄県立看護大学 Okinawa Prefectural College of Nursing

するコスト面などに関する研究が主である。しかし、小離島におけるヘリ搬送を未然に防ぐための重症化予防の取組みに関する先行研究については、皆無の状況であった。

急性期病院では患者の救命・治療が主となり、医療者の意識から患者の退院後の在宅生活に即した支援は後回しになる<sup>2)</sup>ことが指摘されている。特に海を隔てた診療所で働く看護師には、ヘリ搬送前後の患者の状態を十分把握した上で、患者が住み慣れた地域で疾病管理ができるように支援することが求められている。よって、看護師一人体制のマンパワーの少ない小離島で、重症に陥る可能性のある慢性疾患患者の早期発見や重症化に陥らないための有効な看護介入の方略を模索していく必要がある。

本研究の目的は、A小離島における慢性疾患患者の重症化予防優先順位指標を作成し、重症化予防のための看護実践に活用できるようにすることである。

## II. 研究方法

### A小離島の特徴

A小離島の人口は約760人、世帯数は約430世帯で、年齢3区分の人口の割合は、年少人口約17%、生産年齢人口約64%、老年人口約19%である(国勢調査, 2010)<sup>3)</sup>。A小離島へは、村営定期船(所要時間70分)と高速旅客船(所要時間35分)の2隻体制で本島B港から毎日運航している。A小離島にある診療所の外来受診状況は、1か月平均226.5人で、1日の受診数は約11～12人である。平成26年7月から8月の診療所を受診した患者数459人、慢性疾患患者数は114人であった。そのうち65歳以上が全体の78.0%を占めており、その内訳は、高血圧64.0%、脂質異常症52.6%、逆流性食道炎19.3%、糖尿病・不整脈12.0%の順であった。平成24年から平成26年度のヘリ搬送件数は41件で、島民のヘリ搬送された内訳は内科系56%、外科系26.8%、小児科系7.3%であった。

### 1. 研究対象

重症化項目を抽出するための資料として、平成24年～26年までの患者の診療録及び看護記録、慢性疾患ガイドライン<sup>4-12)</sup>(アメリカ心臓病学会/アメリカ心臓協会, 2011; 合同研究報告, 2013; 日本循環器学会, 2011; 日本糖尿病学会, 2014; 日本高血圧学会, 2014; 日本動脈硬化学会, 2014; 日本腎臓病学会, 2013; 日本不整脈学会, 2015; 日本肝臓学会, 2015; 日

本呼吸器学会, 2004)を活用した。さらに、研究協力者は、A小離島の医療関係者で、研究の趣旨に同意を得られた医師と看護師の2人とした。

### 2. 研究方法

- 1) 情報収集項目は、研究協力者の協力と、慢性疾患ガイドライン<sup>4-12)</sup>より、疾患管理のリスク因子と慢性疾患に影響を及ぼす生活習慣を参考に選択した。
- 2) 過去3年間(平成24～26年度)にヘリ搬送された患者と平成27年度現在で、医師・看護師が服薬状況に照らしアドヒアランス不良と判断した患者の診療録から慢性疾患に関する検査値、生活習慣、治療方針、指導記述等について情報収集を行なった。
- 3) 研究協力者・共同研究者とのディスカッションを実施した。

研究者は、医師・看護師と3回、医師と5回の計8回(総計約5.2時間)、1回約10～60分間のディスカッションを行った。ディスカッションは、重症化予防優先順位指標の項目、スコアの付け方、対象者の選定、重症に陥った要因の把握、活用の継続性などに関する内容であった。そのディスカッションを基に、共同研究者と1回約30～60分のディスカッションを4回(総計約3時間)行い最終的な項目を決定した(表1)。

- 4) スコアはエクセルで自動的に計算できるように設定し、重症化予防優先順位指標を作成した。さらに、優先的に看護介入するスコアの基準(カットオフ値)を定めた。スコアの妥当性については、研究協力者ならびに共同研究者らとディスカッションを行い、最終確認を行った。

### 3. 倫理的配慮

本研究は、沖縄県立看護大学の倫理審査委員会(平成27年7月8日付け承認番号:15002)の承認を得て行った。研究協力施設長、研究協力者へ、文書と口頭で研究の趣旨と内容、診療録、看護記録を使用することを説明し同意を得た。また、プライバシーの保護や、協力者個人が特定されることがないように形で情報を公表し、研究者以外に漏れることがないことを約束した。

## III. 研究結果

### 1) 最終的な重症化予防優先順位指標

A小離島の平成24～26年度の3年間のヘリ搬送

表1 慢性疾患の重症化予防優先順位指標の検討過程

回数	検討メンバー	内 容
1	診療所医師 診療所看護師	診療所医師・看護師がアドヒアランス不良と判断された患者について
2	診療所医師	スコア点数の表示について、エビデンスを用いた点数化を検討用いるエビデンスやエビデンスの表示について
3	診療所医師	同一患者が複数回ヘリ搬送された経緯について
		過去にヘリ搬送された患者の看護介入について
		アドヒアランス不良と判断された患者の含まれていたがん患者の取り扱いについて
4	共同研究者	がん患者の取り扱いについて
5	共同研究者	重症化に陥った要因、重症化に陥る可能性の要因等の全体像がわかる分類と表示について、疾患別の重症度に用いるエビデンスについて検討
6	診療所医師	治療介入又は、看護介入から、「心・脳疾患リスク」「心・脳疾患以外リスク」に分類し、さらに関連する「生活行動リスク」検討
7	診療所医師	「心・脳疾患以外リスク」項目、「生活行動リスク」項目の検討
8	診療所医師 診療所看護師	重症化予防優先順位指標のデータ入力について、医師へ協力依頼
		重症化予防優先順位指標の値が診療所医師、看護師が想像（予想）していた通りであるか否か、介入スコアについて、重症化予防優先順位指標の活用方法について
9	共同研究者	重症化予防優先順位指標に年齢を追加することについて
10	診療所医師	年齢の点数化について、診療所で得られる検査値での指標項目の選択について
11	共同研究者	重症化予防優先順位指標の使用方法について
12	診療所医師 診療所看護師	年齢のスコアに対し心・脳疾患関連のガイドラインから再度検討
		食生活について、島の食生活状況を踏まえて再度検討介入スコアについて

41件のうち内科疾患は23件であった。そのうち慢性疾患患者は13人であった。年代・男女別では、50歳代男性1人、60歳代4人（男性3人、女性1人）、70歳代4人（男性3人、女性1人）、80歳代女性4人であった。疾患別（ICD-10分類）では、循環器関連8人、消化器関連5人であった。

ヘリ搬送された患者11人の情報、各慢性疾患ガイドライン<sup>4-12)</sup>等から、重症に陥るリスク因子を選択し、研究協力者とディスカッションを行い、重症化予防優先順位指標のチェック項目の19項目を定めた。さらに、そのチェック項目を3分野に分類した。その3分野とは、循環器関連項目である①「心・脳疾患リスク」、循環器系以外の疾患関連項目である②「心・脳疾患以外リスク」、さらに、2つのリスクに悪影響を及ぼす生活習慣項目である③「生活行動リスク」とした。

「心・脳疾患リスク」は、年齢・性別、心不全、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎障害、不整脈、循環器系の既往歴、脳梗塞歴、入院歴の10項目、「心・

脳疾患以外リスク」は、喘息、COPD、肝硬変、精神疾患、入院歴の5項目とした。「生活行動リスク」は、飲酒、喫煙、食生活、服薬管理の4項目とした（表2）。

重症化予防優先順位指標に用いた項目のスコアは、それぞれの慢性疾患ガイドライン<sup>4-12)</sup>の重症分類を用いた。ガイドラインが作成されていない項目（年齢、食事、内服等）においては、ヘリ搬送された患者の情報とA小離島の特徴を踏まえた一人暮らしの中年男性を想定し、検討した上でスコア化した。医師・看護師は、医療者間だけでなく、患者と医療者間との疾病状況の共通理解に、この重症化予防優先順位指標が活用できることを想定した。作成した重症化予防優先順位指標は、心・脳疾患リスク29点、心・脳疾患以外リスク11点、生活行動リスク13点の合計53点のスコアとした。

## 2) 重症化予防優先順位指標の看護介入スコア

重症化予防優先順位指標の看護介入スコアを決定するために、平成24年～26年度にヘリ搬送された

表2 種類化予防優先順位指標

カルテ番号	心・脳疾患リスク										心・脳疾患以外リスク					生活行動リスク				
	年齢・性別	心不全 NYHA 分類	不整脈	高血圧 カイット ライン	心筋梗塞 or 狭心症 歴	脳梗塞 歴	糖尿病 カイット ライン	脂質 異常症 診断基準	腎障害 カイット ライン	入院歴 搬送歴	喘息	COPD カイット ライン	肝障害	精神 疾患	入院歴 搬送歴	服薬管理	飲酒 日平均量	喫煙 ツリツク インジ指数	食生活	
合計	【男性】 1: 45歳以上 2: 55歳以上 3: 65歳以上 4: 75歳以上 【女性】 1: 55歳以上 2: 65歳以上 3: 75歳以上 4: 85歳以上	1: I度 2: II度 3: III度 4: IV度	1: 心・脳疾患 発症引可 能性 2: 強い自覚 症状 3: 致死性 4: 致死性	0: 無 1: 低 2: 中等 3: 高 リスク リスク	1: 心筋梗塞 歴 2: 狭心症 歴 3: 狭心症 あり	0: 無 1: 有	0: 無 1: 有 2: 合併症1 3: 合併症2 4: 合併症3	1: 異常値 服用中 2: 治療中 であるが 異常値	1: 軽度~ 中等度 (黄色) 2: 中等度 ~高度 (オレンジ) 3: 腎不全 (赤)	0: 無 1: 有	0: 無 1: 有	0: 無 1: 有 2: II期 3: III期 4: IV期	chlid- pueth 1: A (軽度) 2: B (中等) 3: C (重度)	1: 有 要治療 2: 有 自己 中断	1: 有 心臓血管 関係以外 の内科・ 整形外科を 含む医療 関連での 入院を指 す	1: 過去に 自己中断 2: 飲み忘れ 有 3: 自己 中断	1: 女20g 男40g 不明 2: 女40g 男60g 3: 女60g or 男女毎日	1: 600 未満 or 不明 2: 600 以上 3: 1200 以上	1: 間食 : 不規則 : 不規則 : 偏食 2: 拒食症 : 摂食障害 各加算	
小計 1																				
1																				
2																				
3																				
小計 2																				
小計 3																				
合計																				

\* 合計：小計 1 ~ 3 の合計  
\* 吹き出しは、各項目をクリックすると表示されるようになっている。

患者を重症化予防優先順位指標に適用し、看護介入スコアを決定した。

平成24～26年度に循環器関連の疾患でへり搬送された患者は8人であった。そのうち、7人は心房細動の基礎疾患があり、残り1人は洞不全症候群で、8人すべてに不整脈が関与していた。これらのへり搬送された患者8人について、表1の重症化予防優先順位指標にデータを入力し、評価を行った。8人のスコアは7～27点で、次の特徴がみられた(表3)。

①スコア7～9点の患者は、70～80代と高齢で、心脳疾患リスクスコアは5～6点、生活行動リスクスコアは0～2点と低かった。

②スコア14～17点の患者は心・脳疾患リスクスコアは9～16点と高く、冠動脈狭窄に伴う心機能の低下による心不全増悪や喘息とCOPDの症状悪化に伴う心不全の増悪が心不全のコントロールに影響を及ぼしていた。生活行動リスクは0～1点で、70～80代と高齢であった。

③スコア23～27点の患者は心・脳疾患リスクスコアは15～19点と中スコアよりさらに高かった。生活行動リスクは、服薬管理が不十分で、飲酒、不規則な食生活などの生活行動リスク8点で年齢は50～60代と若かった。

前述した②と③のスコア14～27点の患者は、いずれも男性で、心不全、高血圧に関する疾病コントロール不良であった。よって、7～9点を低スコア、14～17点を中スコア、23～27点を高スコアに分類した。低スコアより中・高スコアに対する看護介入の必要性が推測できるため、優先的に看護介入す

るスコアを10点以上とした。低・中スコアにおいては、生活行動リスクスコアは低かった。しかし、中スコアにおいては、少々の環境変化に伴い状態の悪化が推測でき、重症化に陥るリスクが高いことから、中スコアからの介入が妥当と判断した。なお、マンパワーが少なく多岐に渡る多忙な業務のため、スコアの入力時に、各項目をクリックするとガイドラインが表の画面上で即時に確認できるように工夫した(表1の吹き出し)。

### 3) 重症化予防優先順位指標・看護サマリーの使い方ガイド

重症化予防優先順位指標・看護サマリーを用いた重症化予防を図るために、プロトコル方式で、重症化予防優先順位指標・看護サマリーの使い方のガイドを作成した(図)。

重症化予防優先順位指標・看護サマリーの使い方として、医師・看護師が慢性疾患患者に対し、アドヒアランス不良と判断した場合、重症化優先順位指標に患者状況を入力する。重症化予防優先順位指標スコアを10点以上と10点以下に分け、10点以上の場合、看護サマリーに記載し、重症化予防のための必要な看護実践や疾病コントロール方法を検討し、健康的な生活が送れるようヘルスケアを提供する。10点以下の場合、看護サマリーを用いなくても、健康的な生活がおくれるようヘルスケアを提供するとした。

表3 平成24～26年度循環器関連でへり搬送された患者の重症化予防優先順位指標スコア

	低スコア			中スコア		高スコア		
	80	70	60	80	70	50	60	60
へり搬送時診断	脳梗塞	心原性脳梗塞	歩行困難	心不全	冠動脈疾患	高血圧性心不全	高血圧性心不全	高血圧性心不全
不整脈の有無	心房細動	心房細動	洞不全症候群	心房細動	心房細動	心房細動	心房細動	心房細動
重症化優先順位指標スコア	7	8	9	14	17	23	25	27
重症化優先順位指標スコアの内訳								
心脳疾患リスクスコア数	6	5	9	9	16	15	17	19
心脳疾患以外リスクスコア	1	0	0	3	1	0	0	0
生活行動リスクスコア	0	2	0	1	0	8	8	8

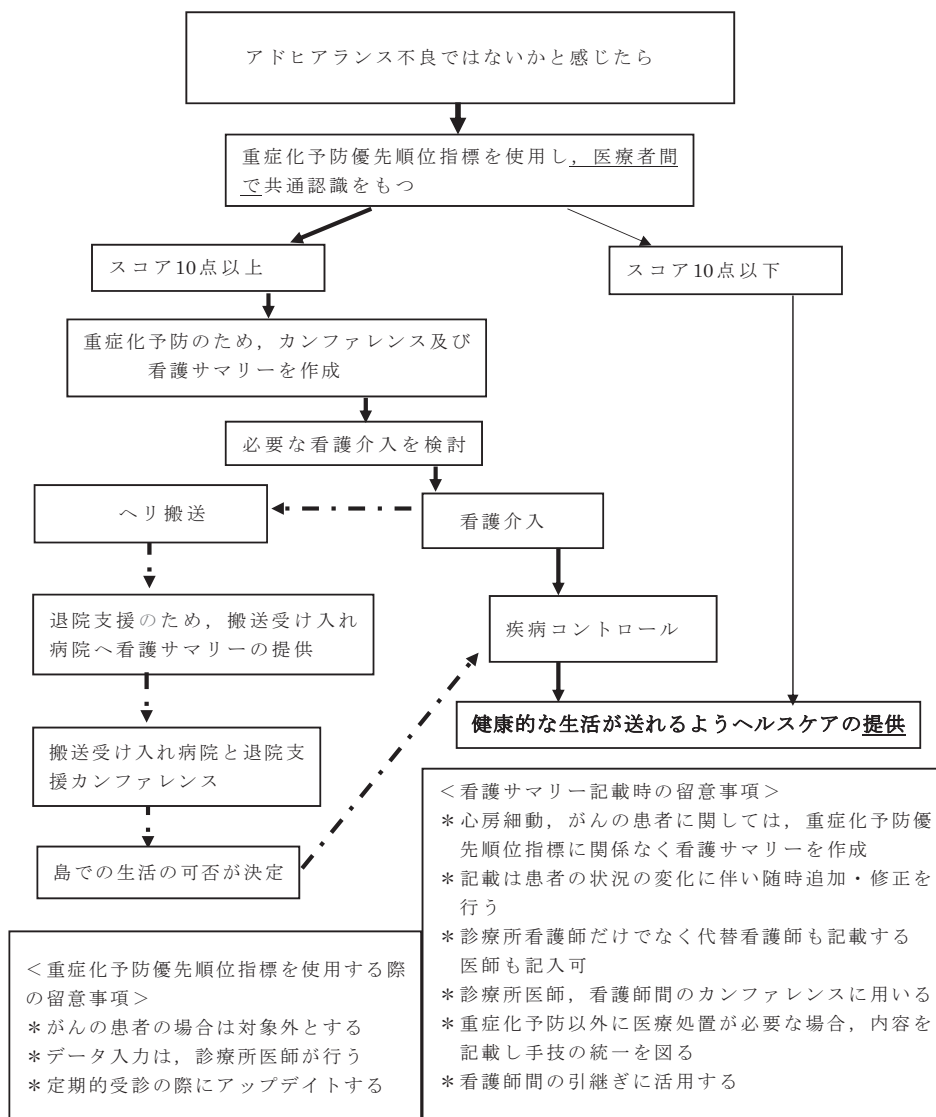


図 重症化予防優先順位指標・看護サマリーの使い方ガイド

\*破線（—・■▶）はへり搬送になった場合を想定している。

#### Ⅳ. 考 察

A診療所の慢性疾患患者で，重症に陥る可能性のある患者を抽出し，重点的に看護実践を行い，重症化予防を図るための手段を検討した。各慢性疾患ガイドライン<sup>4-12)</sup>を用い，診療所医師・看護師ならびに共同研究者とディスカッションを重ねながら，複数の慢性疾患を総合的なスコアで判断する重症化予防優先順位指標を作成した。

A小離島の平成24～26年度にへり搬送された慢性疾患患者の6割が循環器関連，4割が消化器関連であった。そこで，循環器関連を「心・脳疾患リスク」，消化器関連を「心・脳疾患以外リスク」それらの疾患に影響を与える生活習慣を「生活行動リス

ク」の3分野に分類した。3分野に分類したことで，それぞれの関連する病態生理の状態や生活習慣が及ぼす影響，さらに総合的に重症度を把握することが可能となった。

診療所医師・看護師は，多岐にわたる業務の中で，医療・看護介入が遅延してしまい重症に陥るケースに遭遇することが多々あった。スコアを用いて患者の重症度を客観的に評価する指標は，医療者間での情報共有化が図れ，適切な医療・看護介入により，へり搬送を回避できるのではと考える。

循環器関連でへり搬送された患者の重症化予防優先順位指標の低スコア（7～9点）の患者は70～80代と高齢で，心・脳疾患リスク及び生活行動リ

スクは低かった。中スコア（14～17点）の患者は70～80代と高齢で、心・脳疾患リスクは高いが、生活行動リスクが低く、機能的心不全のコントロール不良があった。高スコア（23～27点）の患者は、50～60代と若く、心・脳疾患リスクは中スコアの患者よりさらに高く、生活行動リスクも高かった。3分野の特徴から、低スコアより中・高スコア患者に対する看護介入の必要性を推測し、優先的に看護介入を行うスコアを10点以上と定めた。また、同じスコアでも点数の構成が異なる場合、年齢を考慮することでリスクの優先順位を判断できるようにした。この重症化予防優先順位指標を活用することで、重症に陥る可能性のある患者を抽出することが可能となるのではと考える。過去3年間の少ない症例数での分類には限界があるが、医師・看護師からも妥当であるとの意見が得られていることから、今後、さらに症例数を増やし、他の小離島でも検証を行うことで、より妥当性の高い指標になると考える。

桑江ら<sup>13)</sup>によると、沖縄県の男性40～64歳の区間死亡率は、平成12年13.7%（全国12.87%）、平成17年13.46%（全国11.81%）で、区間死亡率が悪化しており、中年以降の心疾患、肝機能、糖尿病などの生活習慣病が課題となっていることが報告されている。40～64歳の死亡は早世の大部分を占めており、A小離島においても同様な現状が生じていることが考えられる。よって、A小離島の中老年に対して、生活習慣病予防をA小離島の保健師と連携して行うことが望ましいと考える。

世界保健機構（World Health Organization）<sup>14)</sup>は、患者の継続支援において、重視すべき心理的社会的側面として、患者と医療従事者がお互いに治療方針について話合って決定し、患者が積極的に治療の決定過程に参加し、医療従事者との良好なコミュニケーションが必要であると提示している。患者の疾病状態（重症度）をスコア化で表示することで、患者自身が疾病状況を容易に理解することができる。患者は、自身の状況を把握できることで、重症化予防をどのように行ったらよいのかについて、医療従事者とコミュニケーションを図ることができる。さらに、患者は治療の決定過程に参加でき、医療者と協働しながらの治療、つまりセルフケアの向上へ結びつけることが可能となると考える。重症化予防優先順位指標は医療者間だけの活用でなく、患者との疾病管理状態を共通理解する際にも活用でき、幅広い活用方法が期待できると考える。

本研究は、慢性疾患をもつ患者の重症化を予防す

ることを目的として、重症化予防優先順位指標を作成した。これらの指標を活用することで重症化する前の患者のスクリーニングが可能になり、ヘリ搬送の減少にもつながるのではと考える。小離島の診療所看護師は、通院患者の生活行動変容に対する療養指導の難しさを指摘しており、今後、この指標を基盤に、A小離島での重症化予防のための具体的な看護実践方法の開発や連携体制の構築を行う必要がある。

## V. 結論

A小離島における慢性疾患患者の重症化予防優先順位指標を作成し、重症化予防のための看護実践に活用できるようにすることを目的に本研究を実施した。研究協力者及び共同研究者とのディスカッションを重ね、「心・脳疾患リスク」10項目、「心・脳血管以外リスク」5項目、「生活行動リスク」4項目の合計19項目からなる重症化予防優先順位指標を作成した。

重症化予防優先順位指標は、A小離島の慢性疾患患者の重症度を総合的なスコアで捉えることが可能である。そのスコアを基に、患者の重症度を医療者間で共通理解し、適切な看護介入につなげることができる。さらに、医療者と患者間で重症度を共通理解することで、セルフケアの向上に寄与すると考える。今後は、重症化予防優先順位指標の継続活用とその評価、ならびに重症化予防のための看護実践方法の開発が必要である。

## 謝辞

本研究を行うにあたり、快く研究にご協力頂きました研究対象者の皆さまに深く感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) 坂本照夫：ドクターヘリとへき地救急医療の問題、へき地・医療救急医研究会誌、8;1-5,2007.
- 2) 目黒衣留舞、桜井久美子：都内特定機能病院および一般病院における退院院計画実施状況に関する実態調査.日本看護管理学会誌,Vol.34(4);99,2011.
- 3) 国勢調査, 2010 <https://kokusei2010.stat.go.jp/> (2015年11月20日現在)
- 4) 米国PADガイドライン,アメリカ心臓病学会/アメリカ心臓協会, 2011. <https://www.arterialstiffness.com/pdf/no18/012-015.pdf> (2015年11月20日現在)

- 5) 心房細動治療(薬物)ガイドライン,日本循環器学会 日本心臓病学会 日本不整脈学会 日本心電図学会 合同研究報告,2013.
- 6) 急性心不全治療ガイドライン,2011. [https://www.jcirc.or.jp/guideline/pdf/JCS2011\\_izumi\\_h.pdf](https://www.jcirc.or.jp/guideline/pdf/JCS2011_izumi_h.pdf)(2015年11月20日現在)
- 7) 糖尿病ガイドライン,日本糖尿病学会,2014. [https://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content\\_id=11](https://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=11) (2015年11月20日現在)
- 8) 高血圧治療ガイドライン,日本高血圧学会,2014. [https://www.jpnsn.jp/data/jsh2014/jsh2014v1\\_1.pdf](https://www.jpnsn.jp/data/jsh2014/jsh2014v1_1.pdf)(2015年11月20日現在)
- 9) 日本動脈硬化学会,2014.診療ガイドライン,日本腎臓病学会,2013. <https://www.jsn.or.jp> (2015年11月20日現在)
- 10) 各種不整脈診療ガイドライン,日本不整脈学会 日本心臓財団,2015 <https://www.jhrs.or.jp> (2015年11月20日現在)
- 11) 日本肝臓学会,2015. [https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh\\_guidelines/](https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidelines/) (2015年11月20日現在)
- 12) COPD診断と治療のためのガイドライン,2004. <https://www.spinnet.jp/pdf/guideline.pdf> (2015年11月20日現在)
- 13) 桑江なおみ,下地実夫,金城絹子他:沖縄県における平均寿命,年齢調整死亡率,年齢段階別死亡率に推移(1973-2002) 沖縄県衛生環境研究所報 第40号;37-46,2006.
- 14) WHO:Adherence to long-term therapies:evidence for action.WHO ,2003. <http://whqlibdoc.who.int/publication/2003/924154992.pdf>(2015年11月20日現在)