

# 日本ルーラルナーシング学会誌

Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing

第13巻 2018

---

## 研究報告

- 北海道過疎地域における看取りの看護実践から捉えた訪問看護師の役割  
工藤 香, 藤井智子…… 1
- 「島しょ型地域包括ケアシステム」の支援プログラム開発と住民参加による評価  
- 2つのモデル島での参加型アクションリサーチから -  
大湾明美, 田場由紀, 山口初代, 砂川ゆかり, 佐久川政吉, 長堀智香子, 知念真樹…… 13

---

## 第12回学術集会

- 講演 …………… 29
- ワークショップ報告 …………… 32
- 総会報告 …………… 38

- 
- 日本ルーラルナーシング学会誌投稿規定 …………… 55
- 編集後記 …………… 58
-

## 研究報告

# 北海道過疎地域における看取りの看護実践から捉えた訪問看護師の役割

Role of home visiting nurse from the viewpoint of nursing practice for end-of-life caring in rural area of Hokkaido

工藤 香, 藤井智子  
Kaori Kudo, Tomoko Fujii

キーワード：過疎地域 (rural area), 積雪寒冷地 (snowy cold region),  
看取り (end of life caring), 訪問看護師 (home visiting nurse)

### 要旨

本研究の目的は、過疎地域で働く訪問看護師が看取りの過程でどのような支援を行っているのか、その実態と役割の認識を明らかにし、過疎地域における訪問看護師の役割について考察することである。対象者は、訪問看護事業所に勤務し看取り経験のある看護師5名とした。方法は、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行い質的に分析した。その結果、82の小カテゴリー、22の中カテゴリー、6つの大カテゴリーが抽出された。訪問看護師の看取りの過程で見出された支援と役割の認識として、【過疎地域の特性をふまえた看護活動】【看取りの過程に応じた家族の力を育てる支援】【看取りの促進に不可欠な医師との連携の強化】【看取りを支えるための連携を広げる】【困難と感じている看取りの看護】【過疎地域で求められる訪問看護師の役割】が明らかになった。広域的で自然環境が厳しいなか工夫を凝らした看護活動を実践し、医療機関が少ないため悪化時には入院という意識が強い地域性から、家族が諦めず判断し行動していく力を育てていた。また入院先が都市部でタイミングを逃すと地元に戻れない可能性も高いため、早期の段階から医師との良好な関係を築き多職種との連携を強めていた。過疎地域では、専門職が少ないため、訪問看護師に求められる役割が広く、健康と生活を結びつけた高いアセスメント力とマネジメント力が求められる。また、地域の課題を行政に伝え、看取りが実現出来る地域づくりの一翼を担う役割が期待されている。

### I. はじめに

わが国の死亡数は平成15年に100万人を超え、同27年は129万人、同51年には167万人と予測され<sup>1)</sup>、高齢者の急増とともに多死社会へと向い、医療・介護問題および看取りは重要な課題となっている。そのような中、社会保障制度の改革により、平均在院日数の短縮化がすすめられるとともに介護療養病床の廃止案が提示され、「2008年安心と希望の医療確保ビジョン」において、病院完結型医療から地域完結型医療・在宅医療の推進が示された<sup>2)</sup>。国は在宅死、すなわち自宅で最期を迎える率を40%まで引き上げる目標を立てている<sup>3)</sup>。しかし、同27年の自

宅での死亡は12.7%、北海道においては、9.1%と全国より3.6%ポイント下回っており、国の目標からはほど遠い実態となっている<sup>4)</sup>。終末期医療のあり方に関する調査(2010)では、自分の死期が6か月以内に迫っていると告げられた場合、「自宅で最期まで療養したい」が10.9%、「自宅で療養し必要時は入院」が52.4%、合わせて63.3%が自宅での療養を希望していた<sup>5)</sup>。その一方で「実現困難である」と答えた人は58.5%であり、その理由として「介護する家族に負担がかかる」が64.2%であり、希望に反して在宅療養よりも病院を選択せざるをえない現状に身を置いていることが推察される。

受付日：2017年7月3日 採択日：2018年1月29日

留萌市立病院 Rumoi City Hospital

旭川医科大学医学部看護学科 Department of Nursing Asahikawa Medical University

また、看取りを支える医療資源としての訪問看護ステーションは、経営上の問題等から都市部に多く、過疎地域において少ないことが明らかになっている<sup>6)</sup>。北海道においては、訪問看護事業所および訪問看護ステーションは317ヶ所あるが、そのうち4割は札幌圏内、その他は旭川市、函館市など都市部に集中し<sup>7)</sup>、64町村には設置されていない<sup>8)</sup>状況である。このように在宅での看取りが進まない理由に国民の負担感に加え、特に過疎地域においては訪問看護ステーションの偏在があると考えられる。更に、がん終末期患者の看取りを訪問看護師は困難と捉えており、経験を有する訪問看護師であっても告知に関わる対応、訪問看護を引き受ける際の精神的負担、訪問看護師の役割を理解していない医師との関係性における困難感が報告され<sup>9)</sup>、看取りの実現を難しくさせている。

過疎地域における訪問看護師の役割としては、介護者が介護を前向きに受け止められる環境作りやサービス調整、緊急時の対応、過疎地域の訪問看護師として自己研鑽を積む<sup>10)</sup>等が報告されている。しかし、過疎地域の特徴をふまえた在宅における看取りについて、どのような役割をはたしているのかについての研究は少ない。北海道の過疎地域の場合、医師の偏在など医療資源の不足、広域で積雪寒冷地であることなどからも看取りをしたくても実現出来ないことが予測される。

そこで本研究は、過疎地域で働く訪問看護師が看取りの過程でどのような支援を行っているのか、その実態と役割の認識を明らかにし、果たすべき役割について考察することを目的とした。

## II. 用語の定義

1. 過疎地域：過疎地域自立促進特別措置法に基づく<sup>11)</sup>、財政力指数が0.49以下、人口要件については、人口減少率が33%以上(昭和40年～平成22年の45年間)を満たす地域のこと<sup>12)</sup>。本研究では、北海道の地域に限定する。
2. 看取り：家で最期を迎えたいという希望がある利用者の訪問看護導入時から、グリーフケアまで、全ての過程を通じたケアをさす。

## III. 研究方法

### 1. 対象者

北海道過疎地域にある訪問看護事業所および訪問看護ステーション(以下、訪問看護STとする)を

機縁法を用いて選び、そこで働く看取り経験のある訪問看護師を対象とした。電話で協力が得られた訪問看護STの管理者及び研究対象者に対して、郵送で研究依頼書を用いて協力を依頼した。同意が得られた5か所の訪問看護STに勤務する看護師5名を対象とした。

## 2. 調査内容

- 1) 訪問看護STに関する内容：医師の訪問診療体制、職員数、訪問範囲、訪問看護体制、看取り利用者の特徴、訪問看護STの直近の看取り数、グリーフケアの有無等。
- 2) 訪問看護STの活動地域の特徴：自然条件、連携状況、訪問看護師の職場外での活動状況、都市部の研修会への参加の有無等。
- 3) 過疎地域で働く訪問看護師の看取りの体験と課題に関する内容：①看護師歴・訪問看護師歴 ②訪問看護師になった経緯 ③在宅で看取りを経験した人数 ④訪問看護を行うにあたり、日常気を付けている点や工夫点 ⑤印象深い又は、忘れられない看取りの事例 ⑥看取りのプロセスを通して良かったことや困難なこと・気をつけている点 ⑦この地域で訪問看護師が期待される役割。

## 3. 調査方法

研究対象者の勤務する職場のプライバシーが確保される個室で半構造化面接を行った。面接により日常業務に支障がないようにするため、訪問看護STには、過疎地域で働く訪問看護師の看取りの体験と課題に関する内容についての調査内容を事前に送付した。

面接内容は、対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。調査は、平成27年2月から～平成27年6月末に行った。

## 4. 分析方法

ICレコーダーから逐語録を作成し熟読した。その中から、過疎地域で勤務する訪問看護師の看取りの体験内容、看取りにおける課題、訪問看護を行なう上での困難感について語っている文脈を抽出し、コード化した。それらの内容の類似性・相違性を検討し、コードを小カテゴリー、中カテゴリー、大カテゴリーへと抽象化した。

研究対象者にカテゴリー一覧を郵送し内容の確認を得て確実性を確保した。

## 5. 倫理的配慮

電話による研究協力の承諾を得たのち、過疎地域で働く訪問看護師の看取りと体験と課題に関する内容についての調査内容を記入したインタビューガイドとともに依頼文を送付した。研究の趣旨、調査への協力は自由意志であること、データは全て匿名化され、個人・事業所名等を特定されないよう、プライバシーの保護に努めることについて文書及び口頭で説明し、同意書への署名を確認してから面接を開始した。本研究は、旭川医科大学倫理委員会の承認を得て実施した（平成27年10月15日承認番号14144-2）。

## IV. 結果

### 1. 研究対象者の概要

対象者は5名で性別は全員が女性、そのうち4名が看護管理者であった。年齢は30～50代、看護師

としての経験年数は15年～32年であり、訪問看護師としての勤務経験は4年～15年、平均経験年数は10.6年であった。研究対象者が所属する訪問看護STの概要（表1）は、訪問看護ステーションが3か所、病院併設の訪問看護室が2か所であった。全ての訪問看護STは、移動の際は専用の車を使用しており移動範囲は片道20分程度～1時間程度であった。訪問看護STから都市部までの移動時間は、車で1時間半～3時間を要していた。地理的な面では、海側と内陸側とに位置しており、気候については積雪・寒冷地であり冬期は吹雪にみまわれる厳しい気象条件の地域であった。訪問看護利用者は、高齢者を中心に癌末期の利用者が多く、看取り利用者の特徴も同様に高齢者と癌末期が中心であった。看取り数は、訪問看護STによってバラつきがあり、1番多い所では、半年で5名が2か所、半年で1名が1か所、2年間無しが1か所、5年間無しが1か所であった。

表1 研究対象者が所属する訪問看護STの概要

	A	B	C	D	E
サブステーションの有無	無	4ヶ所	無	無	2ヶ所
医師の訪問診療体制	1名体制	無	2名体制	2名体制	無
24時間訪問診療体制の有無	有	無	有	無	無
訪問看護体制	・24時間体制 ・訪問看護師3名の日替わり待機・交代制	・基本平日のみの対応	・24時間体制 ・訪問看護師5名の日替わり待機・交代制	・24時間体制 ・訪問看護師4名の日替わり待機・交代制	・24時間体制 ・訪問看護師4名の日替わり待機・交代制
緊急時の連絡手段	専用の携帯電話	必要時は電話対応可能	専用の携帯電話	専用の携帯電話	専用の携帯電話
訪問看護の範囲	市内	メイン+4ヶ所のサブステーション	みなし指定なため半径16km以内（平均12～13km）	みなし指定なため半径平均10km以内	メイン+2ヶ所のサブステーション
最長移動時間（片道）	40分程度	1時間	20分程度	20分程度	1時間
訪問看護利用者数	52～53名	125名	37名	50～60名	130～140名
訪問看護利用者層	・若い癌末期～高齢者	・小児～高齢者 ・精神疾患 ・特定疾患（難病） ・ターミナル	・70歳以上がほとんど ・若い癌末期も受け付けている	・高齢者（70歳以上がほとんど） ・癌末期 ・若い癌末期も受け付けている	・小児～高齢者 ・精神疾患 ・特定疾患（難病） ・ターミナル
看取り利用者特徴	・高齢者 ・癌末期が中心	・高齢者	・高齢者 ・癌末期	・高齢者 ・癌末期	・高齢者 ・癌末期
訪問STの直近の看取り数	平成27年1月～4月末 5名	平成21年度 1名 それ以降は0名	平成27年1月～5月末 5名	平成27年1月～5月末 1名	平成25年頃 1名 それ以降は0名
グリーフケアの有無	有	有	無	有	有
都市部までの移動時間	1時間半～2時間	2時間半～3時間	1時間半～2時間	1時間半～2時間	2時間半～3時間

2. 看取り過程での訪問看護師の実践と役割の認識  
 看取りの過程での訪問看護師の実践と役割の認識として、【過疎地域の特性をふまえた看護活動】【看取りの過程に応じた家族の力を育てる支援】【看取りの促進に不可欠な医師との連携の強化】【看取りを支えるための連携を広げる】【困難と感じている看取りの看護】【過疎地域で求められる訪問看護師の役割】の6つの大カテゴリ、22の中カテゴリ、82の小カテゴリ、301のコードを抽出した。過疎

地域の特性による訪問看護師の役割と考えられる小カテゴリには\*を記した(表2)。

以下、本文中のカテゴリ【】を大カテゴリ、《》を中カテゴリ、〈〉を小カテゴリ、コードは「明朝体・斜体」で示す。

- 1) 【過疎地域の特性をふまえた看護活動】  
 《悪天候を考慮した訪問看護スケジュールの調整》や《広域な地理的特性をふまえた活動の工夫》をし

表2 看取り過程での訪問看護師の実践と役割の認識

\* 過疎地域において訪問看護師の役割が大きいと考えられる小カテゴリ

大カテゴリ(6)	中カテゴリ(22)	小カテゴリ(82)
過疎地域の特性をふまえた看護活動	悪天候を考慮した訪問看護のスケジュールの調整	地吹雪の危険により訪問中止を検討する* 訪問看護を希望する遠方の利用者の期待に応える* 利用者の気遣いにより訪問日程の調整を検討する* 悪天候時は、スタッフの安全を考慮した看護管理を行う*
	広域な地理的特性をふまえた活動の工夫	山の中でも携帯電話が繋がらないところでも訪問に行く* 限られた時間内で看護ケアを行わなければならない 移動時間を使い気持の切り替えや支援内容を考える* 直ぐに訪問に行けない場合は、電話による支援を行う* 広域なため携帯電話で24時間体制をとっている* 季節や気候により先を見越した訪問看護を行う*
	医療従事者不足のなかでの看護の担い手	在宅診療所(病院)の医師不足のため24時間体制ができないなかでも可能な限り訪問看護は行う* 常勤看護師が少ないため早朝夜間の当番が頻回*
看取りの過程に応じた家族の力を育てる支援	信頼関係は時間をかけて築いていく	利用者の思いを尊重し信頼関係は時間をかけて築いてゆく 入院中の嫌な体験から失った医療への信頼を取り戻す 満足な看取りの形に繋げるため、利用者や家族が抱えている不信感の意味を知る 親密なコミュニケーションをとる 往診してもらえない環境の中で綿密な意思確認を繰り返す* 時には失敗しながらも利用者の目線にたった看護を提供している
	看取りの場の選択の支援	どこで亡くなるのかを利用者や家族に決断してもらう 余命を知り、最期を過ごす場所への選択の手助けをする 家族の要望や思いを受け止める 都市部での治療後、看取りのために地元に戻るタイミングを逃さない*
	看取りの過程に応じた家族の思いに寄り添う支援	訪問看護師として、家族の死に対する思いについて共感する 家にいたいという利用者の思いに寄り添いつつ家族も支援する 利用者の生きる希望を支える 利用者や家族が満足し安心するような環境作り 日中の時間帯で家族に安心感を与え緊急の頻度を少なくする支援* 看取り過程に応じた家族の気持ちへの揺らぎを受け止める
	看取る家族に向けての教育	家族の負担を考慮した看取りの形の選択を支える 高齢者にわかりやすい説明の工夫をする 看取りの実現には家族の協力が不可欠であることを伝える 家族の方に看取りのプロセスを理解してもらうための丁寧な指導 看取る家族への心構えについて教育するタイミングへの配慮 家族が救急車を呼ばないための知識や観察力の教育
	悪化時における看取りを諦めない支援	病状が悪化していく時期こそ利用者や家族へ手厚い看護支援を行う 悪化時には家で看られないかと思ってしまう利用者・家族への働きかけ 看取りの場の選択への配慮と在宅の可能性への説明 家族にとっての家(在宅)で看ることの良さへの実感がもてるような配慮
	家族が後悔しない看取りの形の模索	家族が精一杯頑張ったという実感を持てるような最期の看護 多くの人に支えられたと感じる家族の気持ちに共感する
	看取り後の家族への支援	デスカンファレンスを行い、看取りへの関わり方を評価する 看取りへの後悔や葛藤を受け止める 看取りを終えた後も町中で声を掛ける*

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(22)	小カテゴリー(82)
看取りの促進に不可欠な医師との連携の強化	医師と訪問看護師の連携の強化	医師との連携を強化していく必要がある 連携強化のために地元医療機関に顔を出す* 医師や家族に対して訪問看護師の存在や価値を見せていく
	医師に生活の場での看取りの良さについて理解してもらう	苦しみの少ない看取りの場面を医師に体験してもらう より良い看取りに向けて医師のモチベーションを上げる働き掛けを行う
	医師との連携における工夫	都市部の医師(担当医)と看取り医師(訪問診療医)との間に遠慮がある場合は双方の橋渡しを行う* 医療連携室が無いところでは直接医師と連携を図る* 訪問医が不在の時は入院担当医師へ情報提供を行う
看取りを支えるための連携を広げる	地域間の連携の強化	看取りを支えていくための都市部の病院と地元病院との連携の強化* 看取りを支えていくための地元医療機関と診療所との連携の強化*
	訪問看護師同士の連携の強化	スタッフ同士の定期的な情報交換 ステーション内での訪問看護師同士の普段のコミュニケーションを大切にする 医療過疎地域であるがゆえの、訪問看護師の不安を共有する*
	多職種との連携の強化	病院に従事する専門職の強みを引き出す 看取りを支えていくために、ケアマネジャーとの連携は密にする 家族が看取するという覚悟が出来るよう支援体制を整えていく 多職種と情報を共有する 保健師と看護師との看視連携を強化している
	訪問看護に対する周りの理解を促す活動	病棟看護師が在宅のイメージを持てる機会を作る 訪問看護師の役割をケアマネジャーに理解してもらうよう働きかける
困難と感じている看取りの看護	医師の居ないなかきめ細かな判断や対応	往診しない環境や、医療機関が少ない中で症状を見極め判断すること* 癌末期患者の疼痛コントロールの難しさ
	余命を見据えた支援	利用者や家族と訪問看護師が捉える余命のズレの中での関わり 命の終わりへの問いかけについての対応 看取りの教育のタイミングについて見計らう
過疎地域で求められる訪問看護師の役割	看取りの積み重ねから地域から求められるようになった実感	看取りの実績や評判から訪問看護の依頼が増えやる気に繋がった 故人からの感謝の言葉はスタッフ全員で看取りを支えたという評価とを感じる 家族からの感謝の言葉は最大のご褒美である 看取った利用者の思い出から訪問看護師の素晴らしさに気付いた グリーフケアを通して看護観・死生観が熟成する 過疎地域だから出来ないのではなく妥協はしないという情熱やプライドを持つ*
	看取りが少ないなかいつでも実践できるよう自己研鑽を続ける	限られた資源のなかアセスメント力やマネジメント能力が求められる* 訪問看護師としての専門性を高めるため講習会等に積極的に参加している 看護の振り返りや訪問看護の質を向上させるため勉強会を開催している スタッフの研修は積極的に参加出来る環境作りをしている
	看取りが困難な過疎地域の課題に立ち向かう	採算度外視の依頼であっても断らない* 看取りの場の拡大に伴い、介護施設で働く看護師への教育を行う 行政に看取りを取り巻く現場の課題を伝える* 看取りを実現出来るような地域を担っていく役割がある*

ながら、《医療従事者不足のなかでの看護の担い手》として【過疎地域の特性をふまえた看護活動】を行っていた。「訪問看護の利用者は、過疎地域に点在しており、移動するだけで片道30～50分時間を要する」と移動時間の大変さを述べており、〈山の中でも携帯電話が繋がらないところでも訪問に行く〉状況であった。特に冬期は「沿岸特有の地吹雪で訪問看護の中止も余儀なくされる」など〈地吹雪の危険により訪問中止を検討する〉場合もあり、《悪天候を考慮した訪問看護スケジュールの調整》をしていることがわかった。移動の不便さがある一方で、〈移動時間を使い気持ちの切り替えや支援内容を考え

る〉時間に使っていた。このような広域な地域の中で「電話であっても利用者は、訪問看護師と会話することで安心出来る」と語り、〈広域なため携帯電話で24時間体制をとっている〉。利用者は、直ぐに駆けつけることが出来ない地域に住んでおり、「薬を1週間分セットしているけど、予備に緊急時用に置いておこうとか、そういう工夫はしていますよね。来られなくてもなんとかなる。次、来るまでなんとかなるように」と、《広域な地理的特性をふまえた活動の工夫》を行っていた。地域の実情として「過疎地域では、都市部に比べ、訪問診療や訪問看護、看取りを支援している医療機関が少なく、医師不足

により簡単に入院出来ない地域の実情がある」「医師不足により24時間体制の訪問診療は難しい」と語る中、〈在宅診療所（病院）の医師不足のため24時間体制ができないなかでも可能な限り訪問看護は行う〉ことが明らかになった。24時間体制を実施している訪問看護STなどは、〈常勤看護師が少ないため早朝夜間の当番が頻回〉という肉体的・精神的な疲労が特に増大していた。このように、《医療従事者不足のなかでの看護の担い手》として訪問看護は行われていた。

## 2) 【看取りの過程に応じた家族の力を育てる支援】

《信頼関係は時間をかけて築いていく》ことを基盤に、《看取りの場の選択の支援》をしながら、《看取りの過程に応じた家族の思いに寄り添う支援》《看取る家族に向けての教育》《悪化時における看取りを諦めない支援》《家族が後悔しない看取りの形の模索》《看取り後の家族への支援》という【看取りの過程に応じた家族の力を育てる支援】を行っていた。

《信頼関係は時間をかけて築いていく》では、訪問看護開始時に家族が不信感を露骨に表す場面があり、〈利用者の思いを尊重し信頼関係は時間をかけて築いてゆく〉姿勢を貫くことで、〈入院中の嫌な体験から失った医療への信頼を取り戻す〉ことができ、時間をかけていく大切さを語っていた。

《看取りの場の選択の支援》として、「看取りの場の選択（自宅又は病院）は、家族に最後までじっくりと考えてもらう」と語っており、利用者・家族の意思決定を支援していた。都市部の病院は最期、地元に戻ることを提案することも多く、また、癌末期の利用者自ら、地元に戻りたいと訴える場合もあり「最期は故郷で看取りたいという希望が多いが、タイミング的には準備期間が短い」と、じっくり考えることの難しさが語られていた。タイミングを逃すと自宅（地元）に帰れないこともあるため〈都市部での治療後、看取りのために地元に戻るタイミングを逃さない〉支援を利用者の体調が落ち着いている入院中から判断していた。

《看取りの過程に応じた家族の思いに寄り添う支援》として、「利用者が家にいたいという限りは、色々な手を使い実現出来るよう働きかけ」をし、〈利用者の生きる希望を支える〉と語っていた。また、〈日中の時間帯で家族に安心感を与え緊急の頻度を少なくする支援〉を行い、療養生活が安定するように支えていた。そして、残り僅かな命の時間とわかった

時に動揺する家族に対し在宅の意思を何度も確認し〈看取り過程に応じた家族の気持ちへの揺らぎを受け止める〉支援を行っていた。

《看取る家族に向けての教育》として、利用者・家族と医療従事者の方針を共有し、在宅療養過程で予定される医療・介護行為について伝え、〈家族の負担を考慮した看取りの形の選択を支える〉支援をしていた。医療や介護は複雑な仕組みで言葉も難しく、医師の話を理解しないまま退院する高齢者も存在するため〈高齢者にわかりやすい説明の工夫をする〉配慮を行っていた。日々介護が必要な過程においては、家族の協力がないと看取りは難しく〈看取りの実現には家族の協力が必要不可欠であることを伝える〉支援、〈家族の方に看取りのプロセスを理解してもらうための丁寧な指導〉を行っていた。しかし、「見極めの時期を間違えると、意にそぐわない看取りとなる」と語り、〈看取る家族への心構えについて教育するタイミングへの配慮〉をしながら、〈家族が救急車を呼ばないための知識や観察力の教育〉として、看取りのパンフレットを用い支援していた。「看取りのパンフレットを用いる事により、家族も現在の状況・死期の段階を把握する事が出来るんですよ」と語り、その結果、臨終の際は慌てずに救急車を呼ぶことなく、訪問看護師を呼び看取ることが出来ていた。このように、「訪問看護師が身近になくても、自分達で考え行動する力がつくよう意識しています」と語っていた。また、症状の悪化に伴い、看護・介護量も増大するため《悪化時における看取りを諦めない支援》として、〈病状が悪化していく時期こそ利用者や家族へ手厚い看護支援を行う〉ことをしていた。特に医師との連携を強化し、訪問看護・訪問介護を増やし〈悪化時には家で看られないと思ってしまう利用者・家族への働きかけ〉として、〈看取りの場の選択への配慮と在宅の可能性への説明〉を行っていた。しかし「ターミナル期の利用者は、可能な限り在宅に居るが状況や状態が悪化すると入院してしまい結果、病院死となるパターンが多い」と語り、家族が看取りを諦めない支援の難しさを語っていた。また、「入院していた時の方が大変であった。自宅に戻ってからのほうが、家事をしながら介護出来る」と家族の言葉を語り、看取りの過程は苦しいことばかりではなく、自宅で日々穏やかに過ごせること、家族にとっても病院に通う時間が無くなる等、〈家族にとっての家（在宅）で看ることの良さへの実感がもてるような配慮〉の必要性を感じていた。

《家族が後悔しない看取りの形の模索》として、「在宅療養から看取りまで関わった家族は、看取った後も後悔は無く、自分自身も利用者と同様に頑張ったと思っている」と語り、〈家族が精一杯頑張ったという実感を持てるような最期の看護〉を行い、〈多くの人に支えられたと感じる家族の気持ちに共感する〉ことで満足な看取りに繋がると感じていた。

《看取り後の家族への支援》では、「訪問看護師・家族も看取りについて葛藤はあるが、葛藤があった部分については、グリーフケアで家族の思いを聞いている」と語られているように、看取り後も家族支援を行っていた。グリーフケアを実施しなくても「この町は、家族にその後会うので、こう改めて訪問してっていうことはなくても、診療所で会ったりとか、町で会ったりとか、そういうことでお話することはありますね」と語っており、看取りを終えた後も家族との関係を大切にしていた。

### 3) 【看取りの促進に不可欠な医師との連携の強化】

連携の中でも医師との連携は看取りを促進するものという捉えであった。《医師と訪問看護師との連携の強化》では、在宅医療・看取りには医師の存在が欠かせなく〈医師との連携を強化していく必要がある〉と考え、日頃から頻回に〈連携強化のために地元医療機関に顔を出す〉努力を惜しまず、〈医師や家族に対して訪問看護師の存在や価値を見せていく〉姿勢を示し、【看取りの促進に不可欠な医師との連携の強化】を実践していた。

また、《医師に生活の場での看取りの良さについて理解してもらおう》ことを重要に思っていた。「家で看取って、本当にこんなに安らかに、こんなに苦しみの少ない亡くなりかたっていうのを初めてみました”“在宅の醍醐味っていうか、面白さっていうか、そういう、やりがいていうのをやっと最近、感じるようになりました”と一緒に行った医師が語るんですよね」と〈苦しみの少ない看取りの場を医師に体験してもらおう〉ことで、協力が得られやすくなるとの語りがあった。〈より良い看取りに向けて医師のモチベーションを上げる働き掛けを行う〉ことを意図的に実践していた。

《医師との連携における工夫》として、「担当医は、重症な患者を在宅診療に切り替えることに対して遠慮をされているが、逆に訪問診療医は、担当医の気持ちに配慮しつつも、利用者や家族の意向をくみ取っている」と語り、〈都市部の医師（担当医）と看取り医師（訪問診療医）との間に遠慮がある場合

は双方の橋渡しを行う〉役割をとっていた。過疎地域の訪問看護師は、都市部の医師からの訪問看護指示書のもと看護を提供しているが、何かあった際は、「医師と直ぐに連携が取れない困難さ」も語られ、〈医療連携室が無いところでは直接医師と連携を図る〉よう行動していた。

### 4) 【看取りを支えるための連携を広げる】

看取りを支えるために、《地域間の連携の強化》《訪問看護師同士の連携の強化》《多職種との連携の強化》《訪問看護に対する周りの理解を促す活動》を行っていた。

《地域間の連携の強化》として、「数年前までは、退院時の情報交換は診療情報提供書のみ」であったが、国の在宅医療推進に伴い連携の強化が求められ「都市部からの紹介が多くなった」と語り、〈看取りを支えていくための都市部の病院と地元病院との連携の強化〉の必要性を実感していた。「都市部の病院からの紹介は、高齢者・癌末期・配偶者と2人暮らし・独居といった、看取りが厳しい患者や関わりが難しいケースが多い」と語り、地元に戻ってきてからは、〈看取りを支えていくための地元医療機関と診療所との連携の強化〉のため、定期的なカンファレンスや情報交換を行っていた。

《訪問看護師同士の連携の強化》として、〈スタッフ同士の定期的な情報交換〉〈ステーション内での訪問看護師同士の普段のコミュニケーションを大切に〉〈医療過疎地域であるがゆえの、訪問看護師の不安を共有する〉ことを大事にしていた。利用者、家族、同僚との「日頃のコミュニケーションも大切であるが、訪問したスタッフの情報や家族がふっと漏らした言葉が、時としては大事な情報源となる」と語り、訪問先が遠く、時間が不規則な訪問看護において短い時間の中でのコミュニケーションから重要な情報を得ていた。

《多職種との連携の強化》として、良質な看護ケアを提供するにあたっては、ソーシャルワーカーや栄養士等、得意分野をもつ各種部門に相談し、〈病院に従事する専門職の強みを引き出す〉ことも行っていた。また在宅での生活環境を整えるためには、ケアマネジャーの存在は欠かせず「訪問看護師側から、積極的に声を掛け相談しやすい雰囲気を作るよう心掛けています」と語り、〈看取りを支えていくために、ケアマネジャーとの連携は密にする〉〈家族が看取るという覚悟が出来るよう支援体制を整えていく〉よう努力をしていた。

《訪問看護に対する周りの理解を促す活動》として、訪問看護師の役割・仕事内容を知ってもらうために、積極的にカンファレンスに参加し、在宅の素晴らしさや在宅療養の可能性、退院時調整等の助言を行うといった〈病棟看護師が在宅のイメージを持てる機会を作る〉活動を行っていた。

#### 5) 【困難と感じている看取りの看護】

《医師の居ないなかきめ細かな判断や対応》が求められ、《余命を見据えた支援》は【困難と感じている看取りの看護】であった。

《医師の居ないなかきめ細かな判断や対応》では、「医師が往診しない中での、様子を見る・病院に行く判断に迷いが生じる困難さ」が語られ、家族に受診を勧めるタイミングの判断の難しさを抱えていた。また《余命を見据えた支援》の難しさとして、〈利用者や家族と訪問看護師が捉える余命のズレの中での関わり〉があった。訪問看護師が、余命が残り僅かであると感じる中、本人の強い生への思いからくる〈命の終わりへの問いかけについての対応〉について悩み、「看取りの場におけるコミュニケーション技術は未熟である」と語っていた。家族が後悔をしないように、日々の会話の中から死の捉え方を察し、死の準備をする時期を掴もうとする〈看取りの教育のタイミングについて見計らう〉苦悩が見られた。

#### 6) 【過疎地域で求められる訪問看護師の役割】

《看取りの積み重ねから地域から求められるようになった実感》を持ち、《看取りが少ないなかいつでも実践できるよう自己研鑽を続ける》ことを積み重ね、《看取りが困難な過疎地域の課題に立ち向かう》といった、【過疎地域で求められる訪問看護師の役割】を果たしていた。

《看取りの積み重ねから地域から求められるようになった実感》として、「数年前までは出来なかった看取りが口コミで広がり、今では行えるようになり求められる時代に変化したと感じ嬉しい」と語られ、〈看取りの実績や評判から訪問看護の依頼が増えやる気に繋がった〉と認識していた。依頼が増えた要因には、「看取りの実績や看取りを終えた家族からの評判が、医療関係者や様々な人づてに、訪問依頼が徐々に増えていった」「利用者さんの要望や希望に沿った結果、家に居ても在宅医療・訪問看護が受けられるという安心出来る環境から、最期は自宅での看取りへと繋がったのではないか」と語られ

ていた。看取り後は、利用者から感謝の言葉・感謝の手紙を受け取っており、〈故人からの感謝の言葉はスタッフ全員で看取りを支えたという評価と感じる〉、〈家族からの感謝の言葉は最大のご褒美である〉とし、今までの苦労・困難が報われ訪問看護師としての喜びを感じていた。〈看取った利用者の思い出から訪問看護師の素晴らしさに気付いた〉〈グリーンケアを通して看護観・死生観が熟成する〉と全ての対象者から語られ、看取りの経験が看護師としての成長に繋がると前向きに捉えていた。これらの体験から、〈過疎地域だから出来ないのではなく妥協はしないという情熱やプライドを持つ〉ことを大事にしていた。そのような中、〈限られた資源のなかアセスメント力やマネジメント能力が求められる〉と考えており、〈訪問看護師としての専門性を高めるため講習会等に積極的に参加している〉ことに加え、行った看取りに満足せず、〈看護の振り返りや訪問看護の質を向上させるため勉強会を開催している〉など、《看取りが少ないなかいつでも実践できるよう自己研鑽を続ける》ことを行っていた。

過疎地域では利用者は点在しており、「単価や移動時間、人件費を計算すると赤字でもある」と語りながらも訪問看護が必要な利用者がいた場合は、〈採算度外視の経営でも断らない〉ことが期待されると考えていた。近年、〈看取りの場の拡大に伴い、介護施設で働く看護師への教育を行う〉役割も訪問看護師に求められており、「特別養護老人ホームの看護師への看取りの学習会を開いている」と語っていた。また時として、訪問看護師の代表として行政の会議に参加し、「(行政は)24時間やろうとやっているんですが、それは医者がいないと無理ですよって私は思うんですよ。看護師もそうだし、なかなか難しいです」と〈行政に看取りを取り巻く現場の課題を伝える〉役割を果たしながら、〈看取りを実現出来るような地域を担っていく役割がある〉と認識し、《看取りが困難な過疎地域の課題に立ち向かう》努力をしていた。

## V. 考察

### 1. 地域の特性をふまえた活動

今回インタビューを実施した地域は積雪・寒冷地であり厳しい自然現象や広域的な地理的特性がみられた。北海道のへき地における訪問看護ST経営に影響する地理的要因として、冬期間の訪問移動の際の交通障害や心理的な負担感、また、沿岸沿いの道路整備状況や人口が点在し人口密度が低いことが

アクセスの悪さにつながり、時間効率を悪くしていた<sup>13)</sup>との報告もあり、本研究の地理的特性の特徴と類似していた。特に冬期は、天候の悪化を早めに予測し訪問日の変更や利用者が困らないよう薬を多めに準備するなど工夫をしながら看護を行っていた。また、遠方に住む利用者の期待に応えるためにも電話による支援も活用していた。悪天候時は、逆に利用者から移動時の安全を心配される存在となり、広域だからこそ互いのことについて心配し、気遣いする場面も見られた。移動時間が長時間ではあるがその時間を訪問前後の気持ちの切り替えや考えをまとめる時間に使っており、変えられない地域特性をネガティブに捉えず広域な特性を上手く活かしていた。さらに医療従事者不足のなか、夜間・早朝の待機当番が頻回ながらも可能な限り訪問看護を行うという認識を持ち活動していた。利用者とは訪問看護師がお互いを気遣う温かい関係性の中で、自分達が住民を支える最も身近な専門職であり、看護の担い手であるという意識が醸成されていったと考える。

## 2. 看取りの過程に応じた家族支援

訪問看護師は、看取りの過程に沿って段階的に家族に助言や指導を行い家族の力を育てていた。まず、看取りの場所の選択の支援から始まり、揺れ動く家族の思いに寄り添い、看取りを諦めないよう支え、家族に力がつくよう教育し、看取り後も地域の中で苦労や思いを共有する支援を行っていた。

対象者の活動する地域は、都市部の病院に入院した場合、訪問診療に切り替えることが難しいという地域性が挙げられる。また子供達は家庭や仕事をもち遠方に住んでいることが多いことや、自宅で介護するより入院させた方がよいという住民意識から<sup>14)</sup>自宅で看取る事が出来ないと思っている家族も多い。このような中、訪問看護師はどの場所で亡くなるのかを家族が自ら選択できるよう支援していた。その選択を支えるためにも地元に戻るタイミングを逃さず支援していくことが求められる。また看取る家族に向けての教育として、広域な地理的特性から緊急時に直ぐに訪問に行くことは出来ないことから家族自身が判断でき、不安なく過ごせるよう病状の悪化に伴うアドバイスや指導を行っていた。そして、家族の揺れ動く気持ちに寄り添いながら、増える家族の介護負担を考慮した支援を行っていた。介護者は勤労者や高齢者のことも多く、「家族に迷惑をかけたくない」という意識の強さから、自宅療養

を希望せず在宅での看取りはさらに困難となってきた<sup>15)</sup>。介護者を支える社会資源が多い都市部とは違い、看護・介護が必要となった場合は、入院を優先的に選択することも特徴である。これらの背景から、家族自身が看取りを諦める原因を把握し最後まで頑張れるよう支えとしての支援が必要である。小野らは、訪問看護師は、家族に日々の介護の満足を提供し、その積み重ねが後悔しない看取りに関連<sup>16)</sup>していくと述べている。訪問看護師は、資源が少ない過疎地域の特徴ゆえに看取りを諦めることがないよう、家族が介護・看護を続けていくための支援を日々模索していた。

多くの家族にとって看取りは未経験であり、不安や恐怖、強い悲嘆をもたらし、終末期特有の葛藤を生じる<sup>17)</sup>ことが報告されている。特に臨死期では、呼吸の変化や傾眠傾向といった死の予兆が現われ、家族の不安・混乱が起きやすい。その変化を家族が理解し落ち着いて対応できるよう看取りのプロセスを丁寧に説明する必要がある。しかし、終末期についての話を切り出すのは難しいことであり、その時期のタイミングを図ることに訪問看護師は気を遣っていた。利用者の中には、余命が未告知または曖昧の者もあり、利用者・家族と訪問看護師の余命の捉え方のすり合わせの難しさと自身の未熟さを感じていた。これらの困難なことは地域性に起因したものではないが、看取りを支援する看護師として、更に死生観の涵養に努めることが期待される。

看取りを終えた後は、町の中で家族と出会う機会を生かして残された家族に対する心のケアを行っていた。平賀らは、訪問看護師とのつながりは、死別後の孤独感を緩和し、自分自身に健康問題が生じた時にも気軽に相談することができる<sup>18)</sup>と述べている。小さなコミュニティであるからこそ町の中で出会う機会を逃さず、繋がり続けることができることは過疎地域の強みであり特徴であるといえる。

## 3. 看取りを支えていくための連携

訪問看護師は、看取りの促進のために積極的に医師との連携強化を図り、都市部と地元の地域間の連携を行うなど地域をまたがる広い連携を実践していた。

入院が都市部の病院の場合、最期に地元に戻すことを勧められることが多くその時期をいつにするかは難しい。しかし、タイミングを逃がすとそのまま都市部の病院で亡くなる可能性も高く、症状が悪化しない早期から医師との連携を始めていく役割が

ある。同時に、退院前から患者や家族と面会し、退院後の生活をイメージできるよう情報提供を行うことで、患者や家族が安心して在宅療養を開始できる<sup>19)</sup>ことから、入院中から地域間・病院間の情報交換や定期的なカンファレンスを図り準備することは、受け入れる地元にとっては重要なことである。訪問看護師は看取りを促進するためには協力的な医師の存在が重要と感じており、早期の段階から連携を始めていた。また、判断や観察の見極めに迷う場面もあり、利用者の状況についてわかりやすい報告書を作成し、医師との良好な関係を築くスムーズなコミュニケーションの工夫をしていた。そして、苦しみの少ない看取りの場を医師に体験してもらうため、医師と一緒に訪問し、病院の中ではなく、生活者としての利用者を目の当たりに感じてもらうように努めることで、医師の意識を変えることに繋がっていった。このように、医師と直接話ができるよう顔が見える関係<sup>20) 21)</sup>を築き、家での看取りの様子を理解してもらうよう努力していくことが看取りを促進する連携のあり方で重要である。特に過疎地域では医師が少ない現状であり、医師との協力関係を丁寧に作り上げることが不可欠といえる。

また、ケアマネジャーとの連絡を密にし、訪問看護師側から積極的に声を掛け相談しやすい環境作りを心掛けていた。食事のケアでは栄養士と連絡を取り、病院に従事する専門職の強みを生かす工夫をしていた。このように、看取りに向けて支えていくために多様な生活ニーズを丁寧に把握し、多職種に繋げていく役割を果たしていた。

連携において訪問看護師は、病棟看護師やケアマネジャーが訪問看護師の役割を理解していないと感じることがあり、役割を理解してもらうために職場外に出向き、連携が図りやすい環境にする努力をしていた。利用者の求めに応じ関係職種に繋げていくためにも、訪問看護師の役割について理解を促し、協働できる関係づくりをすることが必要である<sup>22)</sup>。アセスメントや意見を多職種にわかりやすく伝える技術が重要である<sup>23)</sup>と述べられていることから、利用者に身近である訪問看護師が自身の役割をわかりやすく多職種に広めていくことは連携の促進にむけ重要なことである。

#### 4. 過疎地域で求められる訪問看護師の役割

本研究の対象者は、過疎地域だからと、嘆いたり諦めたりすることなく精神的に訪問看護を行っており、その原動力は感謝の言葉、依頼が増えるなどの

手ごたえを実感することであった。人口が少なくコミュニティが狭いため、看取りの実績を積み重ねることで住民の間で評判となり、訪問看護が地域の人々に理解され評価されたと考える。しかし、今回の研究対象の所属する訪問看護STでは、数年間看取りが無い施設も存在し実践できない状況にあった。訪問診療が少ない過疎地域では、看取りにばらつきがあるという先行研究<sup>24)</sup>もあり、過疎地域の課題が浮き彫りとなった。そのような中、自身の看取りの体験から、健康と生活を結び付けるアセスメント力やマネジメント力が求められていることを認識し、ばらつきはあっても、今後いつでも看取りが出来るよう自己研鑽を続け努力していることが明らかになった。それとともに、行政の会議で訪問看護師として地域の現状や課題を発言していくという役割を担っていた。訪問看護師は、日頃から利用者のニーズを捉えやすい立場にあり、利用者が何を求めているのかニーズを拾い上げ、関係職種や行政に繋いでいく役割がある<sup>25)</sup>。過疎地域の訪問看護STが成り立つためには、人材確保や質の向上のための研修など行政からの支援が必要であるが、行政の担当者が変わると支援が安定しない面<sup>26)</sup>もある。よって粘り強く課題を伝えていく役割もある。このように、看取りの実践から見えてきた現場の課題を行政に伝え、地域の専門職の一員として課題を乗り越えるための検討を行い、看取りができる地域づくりの一翼を担う役割が期待されていると考える。

#### 5. 本研究の限界と課題

本研究の対象者が所属する訪問STは、看取りを2～5年間実施していない施設が5施設中2施設あり、過疎地域における看取りの実現の難しさを感じさせる。このように看取りの数にばらつきのある限られた地域の訪問看護師5名によるインタビューであることから、今回明らかになったものは実践の一部であるといえる。また、地域の特性に影響しない支援など過疎地域に特化した実践ではないものも含まれている。今後は本研究で得られた結果を基に、地域を拡大してデータを集積し、過疎地域における看取りの実践の特徴や課題を更に深めていく必要がある。

#### VI. 結論

過疎地域における看取りの看護実践から捉えた訪問看護師の役割として、広域で医療資源が少なく緊急時直ぐに訪問できないことから、家族が判断し行

動できる力を育てていくことが求められる。都市部から地元の病院に戻り、在宅で看取る選択を家族ができるようタイミングを逃さず入院中から支援を開始する。症状の悪化に伴い揺れ動く気持ちに寄り添い、最後まで諦めず家で看取れるよう支える。看取りを促進するために、早期の段階から医師との良好な関係を築き、都市部と地域の地域をまたがる広い連携を実践し訪問看護師の役割を理解してもらうよう努める。医療機関に限られているなかで、地域の看護の担い手として高度な判断・観察力が求められているため自己研鑽を積む。看取りの事例を積み重ねることで見えてきた地域の課題を行政に伝えていく。これらのことから、地域の専門職の一人として看取りが実現出来る地域づくりの一翼を担う役割が求められていると考える。

謝 辞：本研究に快くご協力くださいました訪問看護STの管理者及び看護師の皆様にご心よりお礼申し上げます。なお、本研究は平成28年旭川医科大学大学院修士課程（地域保健看護学分野）の修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。また、本論文の一部を日本ルーラルナーシング学会第11回学術集会で発表した。

## 文献

- 1) 厚生労働省：平成28年度 厚生労働白書。 <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>(参照2017年6月7日)
- 2) 島内節, 内田陽子：在宅におけるエンドオブライフ・ケア看護職が知っておくべき基礎知識。ミネルヴァ書房, pp. 12, 2015.
- 3) 吉澤亜明孝, 石黒俊彦, 吉澤孝之：在宅看取りの現状と問題点。臨床と研究。大道学館出版, pp. 63-67, 2013.
- 4) 政府統計の総合窓口 (e-stat)：平成27年度人口動態調査 上巻 5-8 死亡の場所にみた都道府県別死亡数百分率。 <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001108740> (参照2017年6月7日)
- 5) 厚生労働省：終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について報告書 (平成22年12月)。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23.html> (参照2017年5月25日)
- 6) 村嶋幸代, 田口敦子, 永田智子：ルーラル・リモートエリアにおける訪問看護とそれを支える条件。保健の科学, 48(9):680-683, 2006.
- 7) 北海道訪問看護ステーション連絡協議会：北海道の訪問看護事業所(2015年6月30日)。 <https://sites.google.com/site/dohoukan/> (参照2017年5月25日)
- 8) 北海道公式ウェブサイト：北海道医療計画[改定版] (平成25年3月)。 <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/00hokkaidouiryokeikaku.htm> (参照2017年5月25日)
- 9) 長内さゆり, 清水準一, 河原加代子：がん終末期の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感。日本保健科学会誌, 14(1):5-12, 2011.
- 10) 普照早苗, 田内香織, 森仁実：過疎地域における訪問看護師の役割に関する研究。岐阜県立看護大学紀要, 10(1):13-21, 2009.
- 11) 総務省：過疎地域自立促進特別措置法および関係政省令。 [http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/jichigyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain1.htm](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichigyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain1.htm) (参照2017年6月1日)
- 12) 総務省：過疎地域市町村等一覧(平成29年4月1日) 過疎地域市町村地図 (平成28年4月1日)。 [http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/jichigyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain0.htm](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichigyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain0.htm) (参照2017年6月7日)
- 13) 高橋由美子, 片倉洋子, 油谷清美：訪問看護ステーションの経営に影響する地理的要因の検討—北海道へき地における6施設の聞き取り調査から—。日本ルーラルナーシング学会誌, 4:4-20, 2009.
- 14) 前掲書 13), 18.
- 15) 浅見洋, 彦聖美, 浅見美千江：人口減少地域における終末期自宅療養希望の減少について、一奥能登での意識調査に基づいて—。石川看護雑誌, 9:13-21, 2012.
- 16) 小野若菜子, 麻原きよみ：在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観。日本看護科学会誌, 27(2):34-42, 2007.
- 17) 東清巳, 永田千鶴：在宅ターミナルにおける家族対応の特徴と看護介入。日本地域看護学会誌, 6(1):40-48, 2003.
- 18) 平賀睦：訪問看護師から遺族訪問を受けた遺族の経験。日本地域看護学会誌, 14(2):113-121, 2012.

- 19) 藤川あや, 小林恵子, 平澤則子: 在宅での看取りを可能にする訪問看護ステーションの医療連携体制に関する研究. 日本在宅ケア学会誌, 14(2):76-86, 2011.
- 20) 安田貴恵子, 柄澤邦江, 御子柴裕子: 山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策. 日本ルーラルナーシング学会誌, 7: 17-29, 2012.
- 21) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴: 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. 日本緩和医療学会, 7(1):323-333, 2012.
- 22) 前掲書 9), 10.
- 23) 藤田淳子, 渡辺美奈子, 福井小紀子: 介護支援専門員・介護職に対する訪問看護師の連携行動とその関連要因—死亡前1か月間の高齢者の終末期ケアに関して—. 日本地域看護学会誌, 16(1):40-47, 2013.
- 24) 村嶋幸代, 田口敦子, 永田智子: 24時間365日安心して暮らしを続けられる地域にむけて—看護がすすめる地域包括ケア—. 図書出版木星舎, pp. 87, 2012.
- 25) 前掲書 10), 20.
- 26) 前掲書 24), 51.

## 研究報告

# 「島しょ型地域包括ケアシステム」の支援プログラム開発と 住民参加による評価

## －2つのモデル島での参加型アクションリサーチから－

Evaluations of a supporting program for “an island type inclusive community care system” through community participation

大湾明美<sup>1)</sup>, 田場由紀<sup>1)</sup>, 山口初代<sup>1)</sup>, 砂川ゆかり<sup>1)</sup>, 佐久川政吉<sup>2)</sup>, 長堀智香子<sup>1)</sup>, 知念真樹<sup>1)</sup>  
Akemi Ohwan<sup>1)</sup>, Yuki Taba<sup>1)</sup>, Hatsuyo Yamaguchi<sup>1)</sup>, Yukari Sunagawa<sup>1)</sup>,  
Masayoshi Sakugawa<sup>2)</sup>, Chikako Nagahori<sup>1)</sup>, Maki Chinen<sup>1)</sup>

キーワード：小離島，高齢者ケア，地域包括ケアシステム，参加型アクションリサーチ，住民参加

### 要旨

本研究の目的は、2つのモデル島での参加型アクションリサーチにより、「島しょ型地域包括ケアシステム」の支援のプロセスから支援プログラムを開発し、住民参加の成熟度の観点から支援プログラムを評価することである。

モデル島に介入し、住民組織による住民会議を定期的に開催した。支援には、継続的な支援（基盤づくり）と、段階的な支援（支援内容）があった。段階的な支援内容は、「介入準備」、「住民組織づくり」、「高齢者のニーズ把握」、「地域の強み探し」、健康と介護の課題の整理、「取り組む課題の焦点化」、「課題解決への協働のアクション」、「アクションの評価」、「活動継続への支援」、「住民の主体性の発揮」の10ステップがあり、そのステップはPDCAサイクルを描いていた。開発した支援プログラムをアーンスタインの住民参加の梯子、UNDPによる住民参加の成熟度、主体形成10ステップモデルで評価した結果、参加の成熟度は高いレベルに達していた。島しょの強みである「互助」を生かし、介護予防と生活支援を発展させることで「島しょ型地域包括ケアシステム」は構築されることが導かれた。

### I はじめに

我が国の保健医療福祉は、団塊の世代が後期高齢者になる社会に対応するために「施設志向」から「地域志向」に舵を切った。そのような地域の実現に向け、それぞれの地域特性を活かした地域包括ケアシステムを市町村に義務化した。地域包括ケアシステムは、「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」（厚生労働省）とし、医療機能の分化、在宅医療の推進、医療と介護の連携による効率的で効果的なケアの提供のしくみなどがすすめられ、相互扶助体系の「公

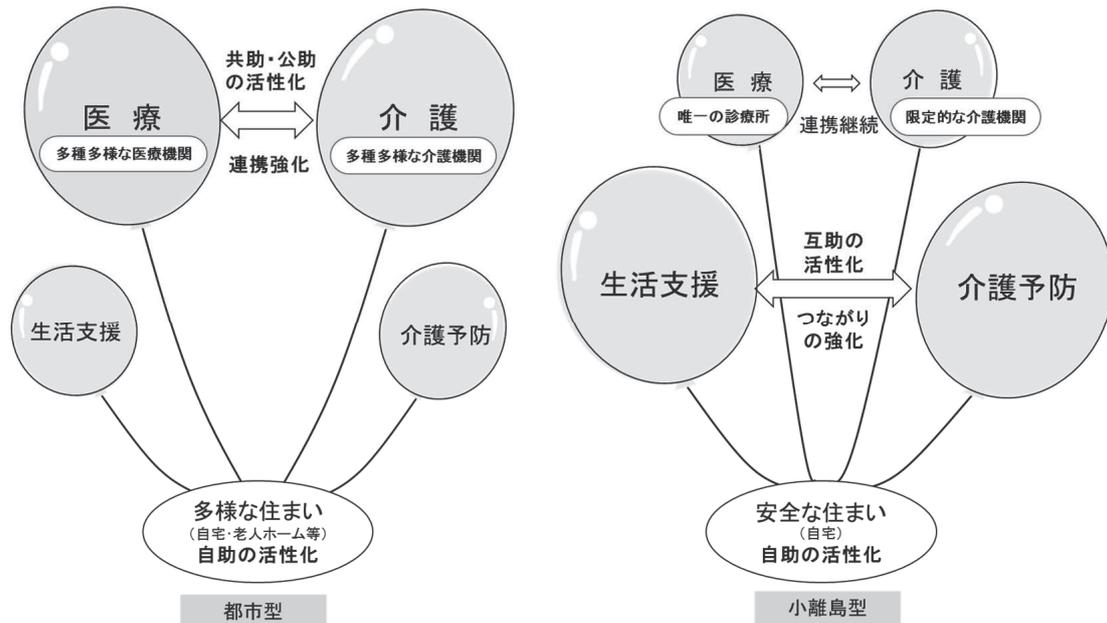
助」と「共助」を強化している。また、地域で住み続けるためには、多様な地区組織や住民組織によるボランティア活動などの「互助」の活性化や「自助」努力をも期待している。

研究者らは、先行研究で、都市地域と小離島の地域包括ケアシステムの方向性は異なると考え、小離島（人口2,000名未満で医師と看護師が1名以下、保健師が1から2名の島と定義する）の健康と介護の課題から「島しょ型地域包括ケアシステム」の方向性を導いた<sup>1)</sup>。それは、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい、医療、介護、生活支援、

受付日：2017年7月10日 採択日：2018年1月30日

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

2) 名桜大学 Meio University



大湾明美: 沖縄県立看護大学紀要(2017)を一部加筆修正

図1 都市型と小離島型の地域包括ケアシステム構築支援の方向性

介護予防)と相互扶助体系(「公助」・「共助」・「互助」・「自助」)との関係を都市地域と対比させた方向性である(図1)。

都市地域では、多種多様な医療機関と介護機関が存在している。その強みを生かし、都市地域の地域包括ケアシステムの方向性は、共助・公助の活性化(医療と介護の連携強化)を図ることと位置づけた。一方、小離島では、医療と介護は限定されているが、日常的に連携しているという強みがある。また、小離島は高齢化率が高く、ひとり暮らし高齢者の割合も高いが、人と人とのつながりが日常生活を支えている。そのため、介護予防と生活支援が強化されれば、地域包括ケアシステムがめざす可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができると考えた。つまり、小離島の強みである「互助」(お互いの助け合い)の高さを「生活支援」と「介護予防」に生かすことでつながりが強化される。したがって、小離島の地域包括ケアシステムの方向性は、地域の強みを生かすという観点から住民の主体性の発揮による互助の活性化(つながりの強化)を図ることであると位置づけた。

ところで、互助の活性化による「島しょ型地域包括ケアシステム」の支援はどうあるべきか?どのような研究手法が必要だろうか?と研究チームで討議した。研究者らは、定期的な介入(1回/月)により住民の主体性による参加(住民参加)を促し、互助

の高さを活かしコミュニティと協働しながら住民と活動目的の共有から計画策定、実施、評価までの一連の活動に取り組む研究方法として参加型アクションリサーチを用いて、住民参加の可能性がある小離島のモデル島(A島、B島)を選定した。

参加型アクションリサーチは、藤井<sup>2)</sup>によれば、1930年代に用語が使用され、1940年代にレビン(Lewin,K.)が提唱し、2つの流れがあると整理している。武田<sup>3)</sup>は、その流れを、研究者から実践者に接近し、協働で実践し研究し改善するという知識の実践への活用を強調するリサーチ(北の系譜)と、パウロ・フレイレ(Paulo Freire)に代表されるようにコミュニティの人々が自らの課題に参加し、そのプロセスでコミュニティの人々がエンパワメントするプロセスのリサーチ(南の系譜)としている。そして、参加型アクションリサーチの統一した定義は存在しないことから、武田は、「コミュニティの人たちのウェルビーイングの向上や問題・状況改善を目的として、リサーチの全てのプロセスにおけるコミュニティのメンバー(課題や問題に影響を受ける人たち)と研究者の間の対等な協働によって生み出された知識を社会変革のためのアクションや能力向上に活用していくリサーチに対するアプローチ(指向)」と定義している。本研究の参加型アクションリサーチは、武田の定義を用いることとした。

住民参加の背景は、1970年代にアメリカの社会

学者アーンスタインが、「住民の参加とは、住民に権限を与えること」と定義、住民参加には段階や成熟度があるとし、「住民参加の梯子」を提示した<sup>4)</sup>。我が国の保健分野では、1970年代から田中<sup>5)</sup>や宮坂<sup>6)</sup>がプライマリヘルスケアやWHOの健康の概念まで遡って論じ、住民の主体的な参加の困難性を指摘し、あるべき住民参加に近づけることを課題にしていた。1990年代から、保健活動モデルとして、PRECEDE - PROCEEDモデルやプロジェクト・サイクル・マネジメント、地域づくり型保健活動モデルが提示され、健康づくりや地域づくりにおける住民参加が取り上げられた<sup>7~9)</sup>。同時期に、建築やまちづくりの分野で住民参加に関する研究が増加した<sup>10)</sup>。開発の分野では、1990年代に経済成長から「参加型開発」へと方向転換し、援助される側のエンパワメントを重視した。そして、1998年に国連開発計画 (United Nation Development Programme, UNDP) は、参加の成熟度として8つの成熟度レベルを示した<sup>11)</sup>。現在では、行政計画における住民参加は常識化し、コミュニティデザインの専門職や企業<sup>12)</sup>が誕生するに至り、参加型開発とコミュニティデザインとの比較研究<sup>13)</sup>も行われている。

したがって、島しょ型地域包括ケアシステムの方向性を住民の主体性の発揮による互助の活性化を図ることであると位置づけたことから、住民参加による参加型アクションリサーチを用いることとした。そして、互助の活性化 (住民の主体的な参加) のための介入による研究者ら (以下、支援者) の支援は、住民参加の成熟度で評価することが必要であると考えた。

本研究の目的は、2つのモデル島での参加型アクションリサーチにより、「島しょ型地域包括ケアシステム」の支援のプロセスから支援プログラムを開発し、住民参加の成熟度を評価することである。

## II 研究方法

### 1. モデル島の選定

沖縄の有人離島は39島あり、そのうち小離島は33島で約8割を占める。内閣府における沖縄の離島類型<sup>14)</sup>で、主島 (沖縄島) から遠い「遠距離型離島 (“遠”の島)」からA島、主島 (石垣島) に近い「近距離型離島 (“近”の島)」からB島をモデル島として選定した。

A島は、人口578名、高齢化率18.5% (2015年住民基本台帳) である。保健医療福祉の専門職は、県立診療所に医師1名、看護師1名、村役場に保健師

1名、社会福祉協議会にヘルパー3名である。120年前に開拓された移民の島で、歴史が浅く、サトウキビを中心としたプランテーション農業の盛んな島で、八丈島と沖縄の文化が共存している。自助の活性化の可能性については、高齢化率・要介護認定率が沖縄県内で最も低く、介護予防の取り組みが期待できる。また、互助の活性化の可能性については、5日に1回、13時間30分かけて船舶で主島から食料物資など生活用品全般を運ぶが、台風襲来時には、たびたび物資が不足するので、関係者間でつながりがあり、生活支援が取り組めると考えた。

B島は、人口360名、高齢化率29.7% (2016年年齢別人口一覧) である。保健医療福祉の専門職は、町立診療所に医師1名、看護師1名、島外の役場にB島担当の保健師1名、社会福祉協議会のヘルパー2名である。12世紀から人々が暮らし現在でも伝統文化が息づき、行事祭事の多い島である。島最大の祭は1ヶ月前から毎日のように集落ごとに準備が始まり、3日連続して伝統芸能の披露や夜間の祈りの儀式が継承され、人びとの結集と絆を強めている。また、集落の景観を守り、沖縄の島々の中でも美しい島である。住民の約9割が観光業を営み、生涯現役で仕事を継続する環境で、介護予防が必要とされる。互助の活性化は、集落ごとに月例会があり、行事祭事の段取りなど島の情報が共有でき、地区組織活動が活発であり、生活支援にも活用できると考えた。

### 2. 研究協力者の選定

支援者は、モデル島ごとの行政 (町村長、福祉介護担当課長、地域包括支援センター職員) に、島しょ型地域包括ケアシステムの支援の必要性とモデル島選定の経緯を説明した。方法は、支援者により、住民を主体として、島で暮らす行政職と保健医療福祉の専門職を加えた住民組織をつくり、住民組織による会議 (以下、「住民会議」) を開催し、協働で地域の健康と介護の課題に取り組むメンバーを構成した。担当課長と担当課長が推薦した住民と相談し、住民会議のメンバーとなる研究協力候補者を協働で選定し、合意を得て、研究協力者とした。研究協力者は、支援者が提示した「いつまでも安心と希望を持って暮らし続けられるよう、住民が主体となり、行政と保健医療福祉の専門職との協働連携により、島の強みを活かした支え合の地域づくりを実践する」という住民会議の目的を支援者と共有した。

A島の住民会議のメンバーとなった研究協力者

は、地域の長老、老人クラブ会長、婦人会役員、JA職員、民生委員など島のことをよく知り、島の未来を語る住民17名、診療所医師、看護師、ケアマネジャー、社会福祉協議会の介護職などの専門職、担当課長、地域包括支援センター職員の行政職、その他（学校長、警察官など）を加え、計24名であった。

B島の住民会議のメンバーとなった研究協力者は、地域の長老、公民館長、婦人会役員、ボランティア、民生委員など島で地域活動をしている住民15名、看護師、社会福祉協議会の介護職の専門職、担当課長、地域包括支援センター職員の行政職、その他（郵便局長など）と自主参加者を加え、計21名であった。

### 3. 研究素材の収集

研究素材は、2つのモデル島での参加型アクションリサーチの研究期間中の全プロセスで、支援者の地域包括ケアシステムに関する支援内容、定期的開催する住民会議の討議内容、討議により誕生した活動資料で収集した。支援内容は、支援者で構成する研究者会議の議事録およびフィールドノート、住民会議の討議内容は、毎回、ICレコーダーで録音し、逐語録を起し作成した会議録、活動記録は、誕生した活動に参加した際の記録およびモデル島のカウンターパート（受け入れ担当者）からのメールや資料による報告を用いた。また、支援内容、住民会議の討議内容や活動内容について、全島民に情報を公開する目的で、支援者が毎月発行し、役場組織などを活用して全世帯に配布した「住民会議通信」を用いた。

データ収集期間は、平成27年5月から平成29年4月までであった。その間に開催された研究者会議は31回、住民会議の開催はA島20回、B島19回、住民会議参加者の平均はA島18名、B島15名、「住民会議通信」はA島20回、B島18回発行した。

### 4. データの作成方法と分析方法

前述の研究素材を読み返し、支援者がそれぞれのモデル島で、何を、いつ、どのように支援したか？という問いをかけ、支援内容をキーセンテンスとして抜き出した。抜き出したキーセンテンスは、住民会議に参加した複数の支援者で点検し、2つのモデル島で共通してみられた支援内容は何か？について討議し、支援内容として確定した。

分析は、支援内容を継続的に支援してきたことと、時間軸に沿って段階的に支援してきたことに整理し

た。また、段階的に支援してきた支援内容は時間軸に沿って並べ換え、支援プログラムとして命名した。

支援プログラムを評価するために、住民の主体性による参加（住民参加の成熟度）のモデルを用いて、支援プログラムの段階と照合した。使用したモデルは、アーンスタインの住民参加の梯子<sup>4)</sup>、UNDPの参加の成熟度<sup>11)</sup>、主体形成10ステップモデル<sup>15)</sup>の3つである。アーンスタインの住民参加の梯子は、活動の範囲を限定せず全般的な分野で取り扱われていること、UNDPは、開発分野で参加型開発として用いられていること、主体形成10ステップモデルは、住民参加まちづくりの事例を積み上げてコミュニティデザインとして近年の新たな手法であることによる。

アーンスタインは、行政と住民との関係を、「参加の梯子」で説明している。行政主導で説得する第1段階「世論操作（Manipulation）」から住民が主体となって主導する第8段階「住民直接管理（Citizen control）」の8段階があるとし、住民参加の成熟度の低い段階から高い段階へと、「参加の梯子」で説明している。さらに、第1・2段階を「非参加の段階（Nonparticipation）」、第3・4・5段階を「形式参加の段階（Degrees of tokenism）」、第6・7・8段階を「実質参加の段階（Degree of citizen power）」と整理している。

UNDPは、開発援助の必要性を前提とし、権力者の意向によってあらかじめ決定され実質的な参加がされていない状況「操作」の段階から、参加の成熟度が向上し、最終的に「自己管理」のレベルに至ると分類している。

主体形成10ステップモデルは、醍醐ら<sup>15)</sup>が20の住民参加まちづくりプロジェクトの実践事例を積み上げ、住民参加まちづくりにおける主体形成プロセスを10ステップでモデル化している。この10ステップは、①、②はワークショップ前、③～⑧はワークショップ中、⑨、⑩はワークショップ後と位置づけ、③～⑤の合意形成プロセスを含むとしていた。そして、20の実践事例で各プロセスがほとんど何らかの形で実施されていることを明らかにしていた。

これらの3つの住民参加の成熟度のモデルに支援プログラムを照らして評価した。

### 5. 倫理的配慮

モデル島のA島、B島については、町村長に島しょ型地域包括ケアシステム構築支援の必要性、モデル島になった経緯とモデル島として介入することの合

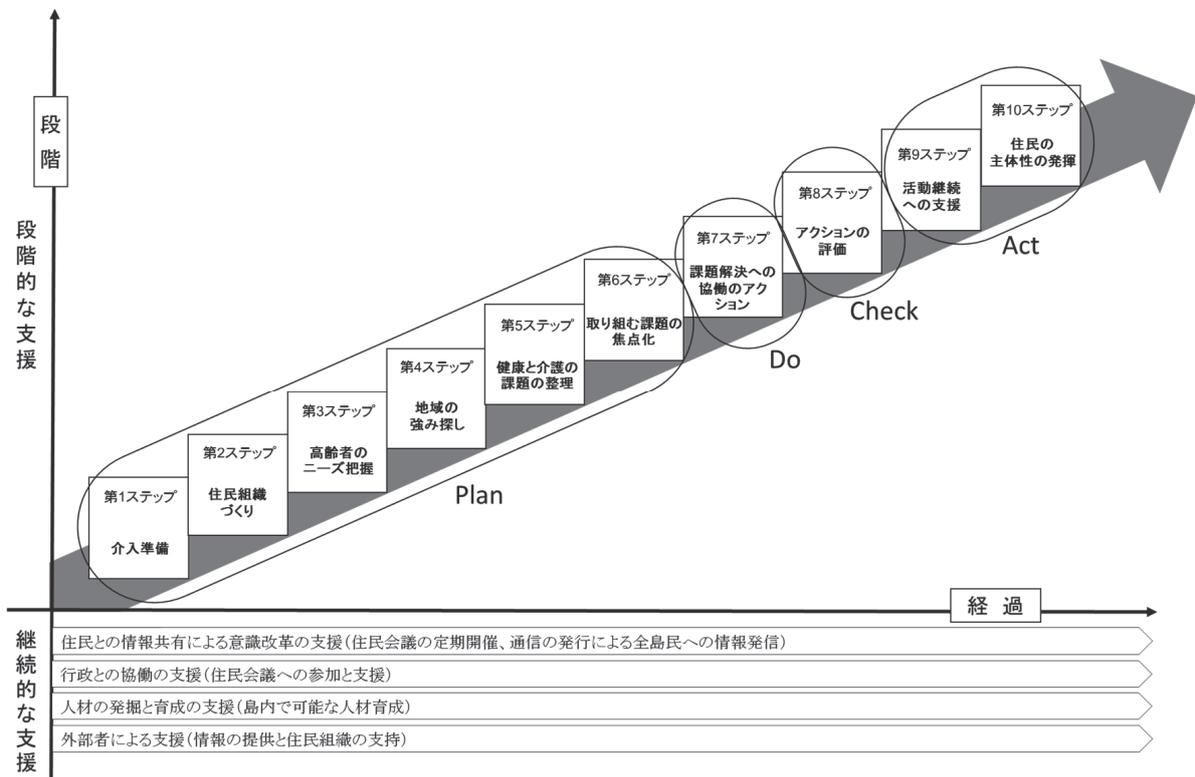


図2 支援プログラム

意を得た。その後、担当課長に同様の説明を行い、合意を得て介入準備を整えた。住民会議メンバー候補者には、個別に口頭で住民会議の主旨、方法について説明し、同意を得て、メンバー依頼を行い、住民会議への参加を促した。口頭での依頼の際、業務の都合で参加ができないと断った専門職もいた。

第1回住民会議で、参加者（住民会議メンバー候補者）に、本取り組みは島しょ型地域包括ケアシステムの支援を目的としていること、他の小離島にも波及するために支援プログラムを開発する研究目的も含めていることを説明し、同意を得た。そして、住民会議の内容はICレコーダーに録音されること、住民会議の議事録、住民会議の活動記録、住民会議通信等の諸記録は、報告書、論文などに公表することの承諾を得た。また、住民会議は、ボランティアでの参加であり、参加は自由であり、いつでも退会できることを伝えた。さらに、議事録や活動記録は、固有名詞で表現しないこと、公表にあっては発言する個人が特定されないことを約束した。

なお、本研究は「島しょ・へき地の地域包括ケアシステム構築の支援プログラムの開発」として、研究代表者の所属機関の研究倫理審査委員会にて平成27年11月25日に承認を得た（承認番号15016）。

### Ⅲ 研究結果

#### 1. 島しょ型地域包括ケアシステムの支援プログラムの開発

島しょ型地域包括ケアシステムの方向性は、島しょ地域において、「公助」と「共助」は限定的であり、「互助」の強みを生かして強化することであった。支援は、モデル島での介入は継続的な支援と、段階的な支援に整理した（図2）。

##### 1) 継続的な支援

参加型アクションリサーチによる継続的な支援は、“住民との情報共有による意識改革の支援”、“行政との協働の支援”、“人材の発掘と育成の支援”、“外部者による支援”の4つの支援があった。

##### ① “住民との情報共有による意識改革の支援”

住民との情報共有による意識改革の支援は、主に、住民会議の定期開催と住民会議通信の発行による全島民への情報発信であった。

支援者は、第1回住民会議で運営要綱（案）を提示し、住民が主体となり、行政と保健医療福祉専門職との協働連携により、島の強みをいかして支え合いの地域づくりを実践することを目的とすることを共有した。その目的を達成するために、住民会議の

表1 住民会議の内容

1	住民会議メンバーを構成し、定例で会議を開催し、島民のニーズ(課題)の把握を行い、その解決に向けて必要な事項について討議する。
2	「島しょ・へき地の地域包括ケアシステム構築支援事業」の目的に沿い、モデル島の「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」等との整合性を保ち、課題に優先順位をつけ、その解決方法を具体的に討議する。
3	島民全体で情報を共有するため、また福祉文化創造のために、会議で話し合った内容等は通信を全戸配布し知らせていく。
4	討議内容や調査結果等を整理し、モデル島における地域包括ケアシステムのための実現可能な計画を作成する。
5	計画に基づいて、検討・実施する。
6	実施した計画について、評価・見直しを行う。
7	目的達成のために必要な事項については、行政、専門職等関係機関と協議しながら、取り組んでいく。

内容として7つの項目を掲げた(表1)。委員の構成を確認し、委員長は、ファシリテーターの役割として支援者が担った。委員長として、住民会議で合意された議題について月1回の会議を招集し、開催した。住民会議に必要な資料作成および、会議の議事録(案)は支援者が準備した。議事録作成は、会議内容をICレコーダーで録音し逐語録から議事録(案)を作成し、毎回の住民会議で前回の会議内容を確認し決定した。継続的に活動内容が積み上がるよう議事録作成、および全島民に情報が発信できるよう住民会議通信の発行を提案した。住民会議通信は、住民会議終了ごとに、支援者が議事録を元に作成し、島のカウンターパート(A島は行政担当者、B島は公民館長)に郵送した。カウンターパートは、島にある情報発信のしくみを用いて、Aは行政情報と一緒に、B島は3集落ごとの月例会の場で全戸配布した。

このように、定期的で継続的な住民会議と住民会議通信を用いて、住民との情報共有により、島全体の意識改革を支援した。

②“行政との協働の支援”

地域包括ケアシステムは、市町村行政の責任であることから、本事業および研究の介入目的を共有するために、町村長、担当課長および地域包括支援センター職員への説明を対面式で実施した。また、担当課長および地域包括支援センター職員には、住民会議のメンバー選定の相談、住民会議への参加依頼、住民会議の主体は住民であることから参加態度は聞き手として依頼し、了解を得た。

行政は、住民会議には、ほぼ毎回参加し、住民の声に耳を傾け、住民から行政説明を求められたときには説明した。また、住民会議で課題解決に向けた

新たな活動は、住民の求めている活動として了解し、行政が管理する場所の提供や、活動に参加した。特に、介護人材の育成(ヘルパー養成研修)は、支援者と行政が協働して、沖縄県の指定を受け実施した。

行政職には、従来のトップダウン型から住民の声に耳を傾けるボトムアップ型で、支援者と協働して活動し、住民の課題解決に向かえるよう支援した。

③“人材の発掘と育成の支援”

人材の発掘の支援は、担当課長の推薦を基本としたが、支援者は住民会議のメンバーの選定から意識し、警察官、簡易郵便局長、学校長を推薦した。小離島の警察官は、ひとり暮らし高齢者を全て訪問し把握していること、簡易郵便局は、島に唯一の金融機関であり全島民を把握しやすいこと、学校のイベントは地域で最優先されるため住民を巻き込むには学校長の参加は欠かせないことによる。住民会議のメンバーには、警察官、簡易郵便局長、学校長も加わり、住民と一緒に討議に参加し、それぞれの情報が行き来した。このように、住民会議の選定の段階から人材の発掘を支援した。また、住民会議では、毎回の会議に全ての参加者の発言の機会をつくるよう運営した。発言内容からそれぞれの強みを引き出し、活動の役割につなげた。例えば、発言内容で料理が得意であることを把握すると食に関する活動の主要メンバーに推薦した。

人材の育成の支援は、住民会議で話題になる介護保険制度に関する情報の提供、先行事例の紹介や視察研修の組み立て、講演会等を企画し、実施した。とくに、島で養成できる人材について検討し、支援者、行政と島内外の専門職の支援体制をつくり、介護初任者研修が島内で開催した。本研修は、島内の人材(診療所医師、看護師、社会福祉協議会の介護

人材)の活用のほかに、島外講師は島内に出向いて講義する「講師出張型研修」であった。住民会議のメンバーは、研修の受講者を声かけて集め、また自ら受講者となり、研修の運営者となり、島の介護人材になるための学習をしていた。介護初任者研修の受講者は、A島で15名中6名、B島で24名中7名は住民会議のメンバー、それ以外は、住民会議通信等で広く募集して希望してきた住民であった。

#### ④“外部者による支援”

外部者である支援者は、毎回の住民会議に参加し、会議の開催、会議録の作成、住民会議通信の発行、資料の準備、具体的アクションの企画など、住民会

議でとの約束ごとを支援した。また、行政との協働、地域の人材の発掘と育成も企画・実施・評価を支援した。さらに、島外者としての強みをいかし、住民同士のこれまでの関係性や利害などから住民の異なる意見があっても、多様な意見として会議で整理し意味づけて住民にフィードバックした。

そのほか、島外の行政や専門職を活用し、島内に講演会の講師や住民会議の評価者として招待し、住民会議の活性化を図った。

#### 2) 段階的な支援

時間軸に沿った段階的な支援は、10のステップに整理できた(図2・表2)。時間軸に沿った段階的

表2 支援内容による支援プログラム

ステップ	プログラム	支援内容
第1ステップ	介入準備	地域のアセスメント情報として既存資料だけでなく地域の生活者から生活情報や価値観を把握する
		市町村行政の首長及び担当課長に介入による支援の必要性を十分に説明し、了解と参加協力を得る
		情報の発信ルートと高齢者の活動拠点を把握する
第2ステップ	住民組織づくり	行政担当課長と地域のリーダー(複数でも良い)との面接で住民組織のメンバーを決定する
		住民組織のメンバーの入れ替えは、住民の意見を反映し柔軟にする
第3ステップ	高齢者のニーズ把握	当事者の望む地域ケアを創るために高齢者の健康と介護ニーズを把握する
		ニーズ把握は、既存資料、アンケート調査だけでなく、住民会議、フィールドワークなどいつでも繰り返す
第4ステップ	地域の強み探し	地域の強みは何かを住民に問い、地域の強みを意識化させる
		地域の特徴は、弱みも強みとして捉え、地域への誇りと愛着を強化する
		地域の強みは、特に人と人とのつながりと生活に焦点化して導く
第5ステップ	健康と介護の課題の整理	健康と介護の課題は、住民の捉え方と専門職・行政の捉え方の双方から整理する
		課題の捉え方に共通性と相違点があることを確認し、専門職・行政の捉えた課題も共有する
第6ステップ	取り組む課題の焦点化	取り組む課題は、地域の強みと住民の強みの生かせる課題を見つける
		地域づくりは人づくりであり、人材育成は優先課題と位置づける
		課題ごとに関連性があり、焦点化された課題だけでなく、整理された課題全体も意識する
第7ステップ	課題解決への協働のアクション	住民組織メンバーの強みをアセスメントし、適切な役割を提案する
		具体的な実施に向けた企画は、住民の主体性を育てるよう支援する
		企画者を中心にして住民を主体とし、行政の協力を得ながら実践する
		住民会議で進捗管理を行い、取り組みを軌道修正する
第8ステップ	アクションの評価	活動は、介護予防・生活支援、次世代交流、文化伝承等多様な目的を意識する
		住民組織(住民会議)を活用して、地域包括ケアシステムを創る
第9ステップ	活動継続への支援	住民組織の継続・強化のためのしくみづくりを支援する
		誕生した具体的活動の継続を支援する
		行政と島内外の専門職の支援を継続する
		地域包括ケアシステムでの位置づけを検討する
第10ステップ	住民の主体性の発揮	住民の主体的活動の意味を発信する
		新たな委員長により会議が招集され、活動が継続する

な支援は、10のステップに整理できた（図2・表2）。第1ステップから第6ステップまでは、これからすることを決める（Plan）、第7ステップは計画したことを実行する（Do）、第8ステップはアクションを評価する（Check）、第9・10ステップは見直しをしながら次の計画にすすめる（Act）とPDCAサイクルの支援プログラムになっていた。

#### ①第1ステップ：介入準備

小離島のアセスメントのために、既存資料で基礎調査を実施した。基礎調査は、国勢調査、県統計課資料、県交通政策課資料、県地域離島課資料、県健康政策課資料、県防災危機管理資料、県高齢者福祉介護課資料、県介護保険広域連合資料で公表しているデータを用いた。その項目は、人口動態、生活環境、保健医療福祉施設、保健医療職の配置状況、生活保護受給者状況、特定検診受診率、医療保険料、一人当たり後期高齢者医療費、一人当たり介護保険費、急患空輸状況であった。その後、役場担当課長と地域をよく知る公民館長、民生委員、長老などに面接調査した。面接内容は、健康づくり・医療・介護の課題の他に、地域文化の視点から住民の価値を理解するための伝統行事や地域行事、互助の把握のための関係者間の助け合いの状況、地区組織活動状況、高齢化率の高い地域で高齢者の活用の可能性を把握するための高齢者の就労、協働の活動での前提となる情報共有の実態を把握するための住民・行政・保健医療福祉専門職の情報共有状況、地域の強みを生かした課題解決を検討するための島の強みとした。

基礎調査の結果を基に、住民の主体性をエンパワーする基盤は何か？について、支援者で討議した。住民を中心とした行政と専門職による住民組織による会議（住民会議）を開催し、PDCAサイクルで地域づくりをとおして住民参加の成熟度を向上させる支援を行うことになった。

そのため、現地に出向き、市町村行政の町村長および担当課長に介入による支援の必要性を十分に説明し参加協力を得た。同時に、行政情報の発信ルートを確認し、住民会議通信が全戸に発信できる可能性を確認した。さらに、高齢者の活動拠点を視察した。

#### ②第2ステップ：住民組織づくり

担当課長と地域をよく知る住民（地域のリーダー）に住民組織づくりの必要性を説明し、了解を得て住

民会議のメンバーを支援者の意見も含めて検討し選定した。選定したメンバーは当事者の合意を得てメンバーを決定した。また、メンバーからの紹介や自主参加者も加え柔軟に対応した。

住民会議のメンバーが確定し、住民会議の目的とその達成のための内容の合意を得て住民会議は開催された。住民会議を月1回の定例で開催することが決まり、日時の調整を行い支援者は、毎回住民会議に参加し、ファシリテーターの役割を担うことを約束した。

#### ③第3ステップ：高齢者のニーズ把握

介入準備で、基礎調査や面接調査で生活状況や価値観を概観していたが、当事者が望む地域ケアを創るために高齢者から健康と介護のニーズを把握した。その方法は、高齢者の個別面接調査と住民会議で意図的に意見を求めるほか、フィールドワークでいつでも誰からでも繰り返しニーズを把握した。また、現在は島外に在住しているがモデル島に関わりのある専門職から、地域の特性や課題を求めた。

#### ④第4ステップ：地域の強み探し

地域の強みを生かし、高齢者のニーズに基づく健康と介護の課題に取り組むために、課題の提示の前に「地域の強みは何か」と住民に問い、地域の強みの意識化に努めた。そして、高齢者が多いことは知恵持ちが多い、長く住み続けていることは暮らしやすい地域である、JAなど一カ所の売店で買い物ができるのは便利である、島のサイズが小さいことは人と人とのつながりを強化してくれるので高齢社会には互いに助け合って暮らしやすいなど、地域の特徴は、弱みも強みとして捉え、地域への誇りと愛着を持てるように支援した。さらに、健康と介護の課題解決にも活用するために、地域の強みとして人と人とのつながりが広くて深いこと（互助の高さ）を強調した。

#### ⑤第5ステップ：健康と介護の課題の整理

基礎調査と面接調査の結果、高齢者のニーズ調査、住民会議での意見などを反映し、住民の捉え方と行政と支援者を含む島外の専門職の意見を包含して整理した。A島の課題は15項目、B島の課題は13項目であった。課題の捉え方には、住民と行政・の島外専門職や支援者では、共通性と相違性があることを確認し、双方の課題を共有した。例えば、共通性については「加齢に伴う健康問題」、家族の介護負

担]、「施設の活用」「支え合いの薄れ」などがあり、住民では挙がらず、行政・専門職が捉えた課題として、「島の特徴がもたらす健康問題」や「健康意識や介護意識など島民の意識改革の必要」、「しくみづくり」などがあつた。また、島外専門職や支援者からは挙がらず住民が捉えた課題に相違性がみられた。悪天候で物資が不足するA島では、食材が季節に左右されやすく自給率が低い、食材が島全体に流通せず不安定であるという意見があり「食の循環」が課題となった。B島では、過去には日常的に古謡を楽しむことができたが現在は活動の場がない、祭事行事は男性中心だが介護予防などの活動では男性が中心になることはないとの意見があり「島にあつたサービスの工夫」が課題となった。

#### ⑥第6ステップ：取り組む課題の焦点化

前段階で整理した健康と介護の課題の資料にもとづき、地域の強みと住民の強みの生かせる課題を見いだすよう意見を促した。住民会議の討議は、住民が発言しやすい日常生活の話題（食材の確保、伝統行事の準備など）からはじめた。住民の日常生活の話題から健康や介護の関する話題に結びつけるためにタイミングを逃がさず、地域ケアづくりに活かすよう支援した。

優先して取り組む課題として、A島は、4つ（「食の循環」、「人材の育成」、「住まいのバリア」、「地域ぐるみの活動のしづらさ」）、B島は、3つ（「島にあつたサービスの工夫」、「連続したサービスの見直し」、「人材の育成」）であつた。優先する課題として2つの島での共通性は、「人材の育成」であり、地域づくりは人づくりであり人材育成は優先課題として位置づけられていた。

また、住民会議では健康と介護の課題の一覧を毎回提示し、全体の課題と今取りくんでいる課題が他の課題と関連性があることの意識化に心がけた。

#### ⑦第7ステップ：課題解決への協働のアクション

住民組織づくりの当初から「住民会議で意見を述べるだけでなく、実践する」ことの合意を得ていた。実践に向けての支援は、「討議が進展するには情報が必要」と考え、資料、講演会、研修会、先進地域視察など必要時、提案し、協働で取り組み、学んだ。

例えば、A島で「ヘルパーの資格は島外にでて取らなければならない。時間的にも経済的にも負担がかかるので難しい」との発言が住民からあり、次の住民会議で、介護職員初任者研修のプログラム内

容や看取りの実現している島の情報の提示と講演会を提案した。そして、「ヘルパー養成の研修が島で開講されれば、希望者はいるか？」と問い返し、「ヘルパーが誕生すれば、訪問介護もできるので希望者はいると思う」、「島の高齢者は島で死にたいと思っているので、この島でも看取れるようになったらよい」などの意見があつた。島でのヘルパー研修の必要性について討議が弾み、「自分のため、家族のため、島のために必要」とメンバーが合意し、支援者と担当課長が島での研修開催について県と調整することを約束した。その後の住民会議で、県との調整の進捗状況を話題提供し、参加者の募集方法や開講時期など討議が進展し、社会福祉協議会を主催者とした介護職員初任者研修が島内で誕生した。

また、住民会議でそれぞれのメンバーの強みをアセスメントし、適切な役割を必要時に提案した。例えば、農地からの恵みの豊かなA島のメンバーには、「料理が得意である」、「まとめる力がある」、「よく発言する」などの強みを生かして、取り組む優先課題として第1に挙がった「食の循環」の企画案作成の「世話役チーム」を構成した。支援者とスカイプで検討し、食のゆいまーのための島野菜の調理講習会「高齢世代に学ぶ料理の知恵」を連続企画した。参加者を募集し、食材確保は収穫量の多い農家が食材の提供を申し出る、パソコンの得意な若者がレシピをつくる、学校栄養士はカロリーと栄養素のメモをレシピに加筆するなど、住民の主体性の発揮により調理講習会が実施された。

伝統行事の活発なB島では、島の伝統行事のリーダーで、古謡がうまい高齢者に古謡教室の講師の可能性の調整を、世話好きで、島の人をよく知っている住民会議のメンバーに依頼し、支援者と高齢者宅を訪問した。高齢者の合意を得た後、住民会議で古謡教室の開催が決定すると、「古謡教室世話役」を住民会議で討議し構成した。古謡教室世話役は、教室の準備や開催、片付け、次の開催予定まで主体的に活動し、毎月2回継続開催している。そして、古謡教室を基盤に支え合いの和を広げる活動として、移動の手伝いの必要な高齢者の支援の必要性を支援者が提案し、「古謡教室応援隊」が創られ、移動支援も実践している。その発展として、子どもも参加できる活動メニューの拡大について住民会議で古謡教室応援隊から提案があり、実施につながった。

#### ⑧第8ステップ：アクションの評価

住民組織が取り組む優先課題を検討し、A島もB

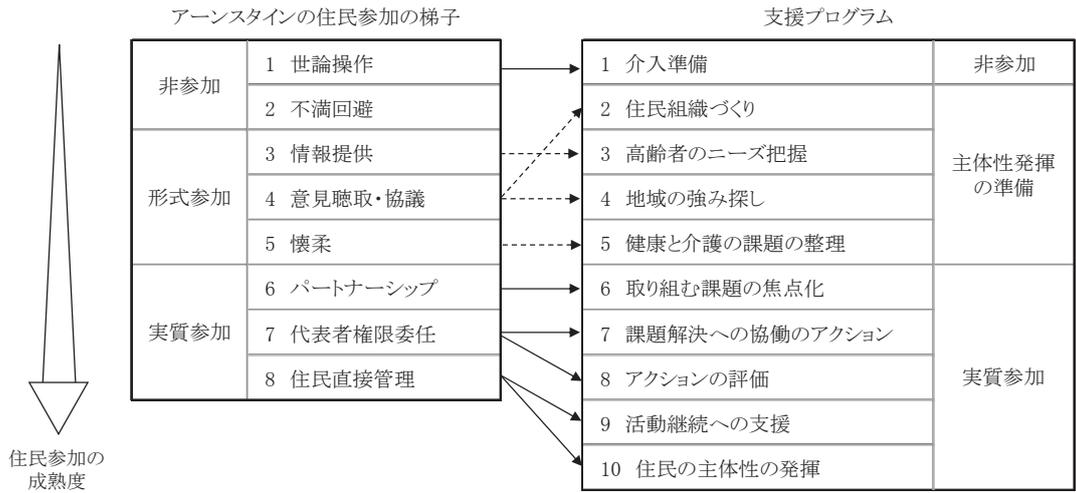


図3 アーンスタインの住民参加の梯子による支援プログラムの住民参加の評価

島も強みを生かしてその課題に取り組んでいた。これらの活動は、ひとつひとつが独立せず活動が絡み合っ、介護予防、生活支援、世代間交流、人材育成、文化継承など多様な目的に広がっていた。

例えば、A島の介護職員初任者研修は、島内で開催したこともあり15名の受講者が全員資格取得した。長い研修期間と課題の多さに落ちこぼれそうな受講者は、受講者間で支え合い、励まし合っ目的を達成していた。受講者は、研修受講期間に開催された食の循環による介護予防を意図した調理講習会にも「世話役チーム」として役割を果たしていた。また、福祉用具の必要な高齢者に、住民会議メンバー有志で段差是正のためのオーダーメイド階段を手作りでプレゼントし、生活支援をしていた。

B島の「古謡教室」は、楽しみながら交流の機会となり高齢者の介護予防につなげること意図して、企画、実施に向けて住民の活動を支援した。「古謡教室」は、老若男女の参加があり、特に男性高齢者の割合が多く、男性の外出の機会にもなっていた。また、ひとり暮らし高齢者の安否確認の機会、移動支援の必要な高齢者への生活支援の機会、高齢者と若者の世代間交流による文化伝承の機会にもなっていた。

このように、住民組織の活動は、ひとつひとつの目的が独立せず活動が絡み合っ、介護予防、生活支援、世代間交流、人材育成、文化継承など多様な目的に広がり、地域特性である互助の強み生かした地域包括ケアシステムに向かっていた。

⑨第9ステップ：活動継続への支援

活動が継続するよう介入当初から引き継ぐファシ

リテーター探しをしていた。今後の住民の主体性の発揮による互助の活性化に向けて、住民会議の継続については介入期間が終了する前に住民会議で討議した。支援者の住民会議への参加が終了することに伴い、新たなファシリテーターである委員長と事務局について住民会議で討議され、A島、B島ともに決定した。行政と島内外の専門職は、住民会議や誕生した活動が継続できるよう支援することとした。そのためには、地域包括ケアシステムでの住民会議の位置づけを検討することになった。そして、活動の継続・発展のために、住民の主体的活動の意味を発信することとなった。

⑩第10ステップ：住民の主体性の発揮

介入終了後は、支援者が担っていた委員長（ファシリテーター）を住民が引き継ぎ、会議が招集され、今後の活動方針として住民会議の運営要綱の確認がなされ活動が継続していた。

2. 住民参加の成熟度の評価

前述の島しょ型地域包括ケアシステムの支援プログラムの開発では、住民の主体性による参加を支援した。住民参加の成熟度を、アーンスタインの住民参加の梯子、UNDPによる住民参加の成熟度、主体形成10ステップモデルで評価した。

1) アーンスタインの住民参加の梯子

アーンスタインの住民参加の梯子に沿って、支援プログラムでの住民参加を評価した（図3）。既存資料と生活情報から地域のアセスメントを行い、モデル島を選定し、行政の担当課と調整し、住民組織

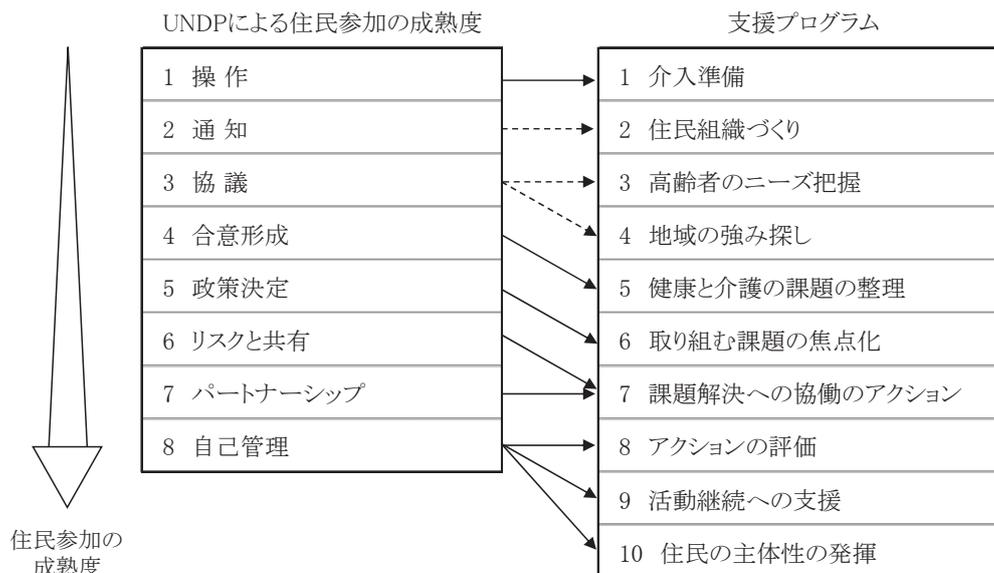


図4 UNDPによる住民参加の成熟度による支援プログラムの住民参加の評価

の会議メンバーを検討する第1ステップ“介入準備”は、住民が参加していない非参加の段階（世論操作）である。

第2ステップ“住民組織づくり”は、住民組織をつくる協議は支援者と行政で決めたが、住民会議のメンバーは、地域のリーダーと相談し決めた。第3ステップ“高齢者のニーズ把握”は、支援者が主導であり、問いに対して住民は情報を提供し、支援者が高齢者のニーズを把握した。第4ステップ“地域の強み探し”は、支援者が地域の強みを意識化させ、地域に愛着を持ち、これからの課題解決に活用するために意図的に住民に問いかけ、住民はそれに応えた。5ステップ“健康と介護の課題の整理”は、これまでの情報を健康と介護の課題として支援者が整理し、住民会議に問い、住民会議で確認した。第2・第3・第4・第5ステップは、支援者主導ではあったが、一方向ではなく住民の意見を反映させるための問いかけをしていた。そのため、参加の梯子の形式参加の段階では合致せず、むしろ、支援者が主体性を引き出すための「主体性発揮の準備段階」であった。

第6ステップ“取り組む課題の焦点化”は、優先する取り組む課題として住民会議で住民が決め、支援者は焦点化された課題について住民と協働で検討した（パートナーシップ）。第7ステップ“課題解決への協働のアクション”は、企画立案や実践に向けた資料などは支援者が提示するが、決定権は住民会議のメンバーにあり、実践は住民が主体的に実施した（代表者権限委任）。第8段階“アクションの評価”は

住民会議で実践の進捗管理を行っていた（代表者権限委任）。第9ステップ“活動継続への支援”は、研究者らは介入当初から活動継続に向けての支援を意図していたが、活動継続が必要であり継続することを決定したのは住民組織であった（住民直接管理）。このように第6ステップから第9ステップは、実質参加の段階で、パートナーシップから代表者権限委任、そして住民直接管理に成熟していた。

住民参加の梯子で支援プログラムを評価すると、支援プログラムは、住民参加の成熟度の低い非参加の段階から、形式参加の段階ではなく、主体性発揮の準備段階になり、成熟度の高い住民直接管理に至っていた。

## 2) UNDPによる住民参加の成熟度

UNDPによる住民参加の成熟度に沿って、支援プログラムでの住民参加を評価した(図4)。第1ステップ“介入準備”は、住民が地域の強みを生かし、住民を主体とした地域包括ケアシステム構築支援を目的とし支援者がモデル島として候補に挙げた（操作）。第2ステップ“住民組織づくり”は、住民会議メンバーを検討し、メンバーの了解を得て確定した。住民組織づくりはメンバーの意思が反映されるが、UNDPの通知は、情報を受ける側には交渉の余地はなく権力者の必要な情報などを提供する状況としていことから、UNDPの通知に合致しない。第3ステップ“高齢者のニーズ把握”、第4ステップ“地域の強み探し”は、支援者が主導ではあるが住民の意見を反映するために住民からの情報提供を求める内

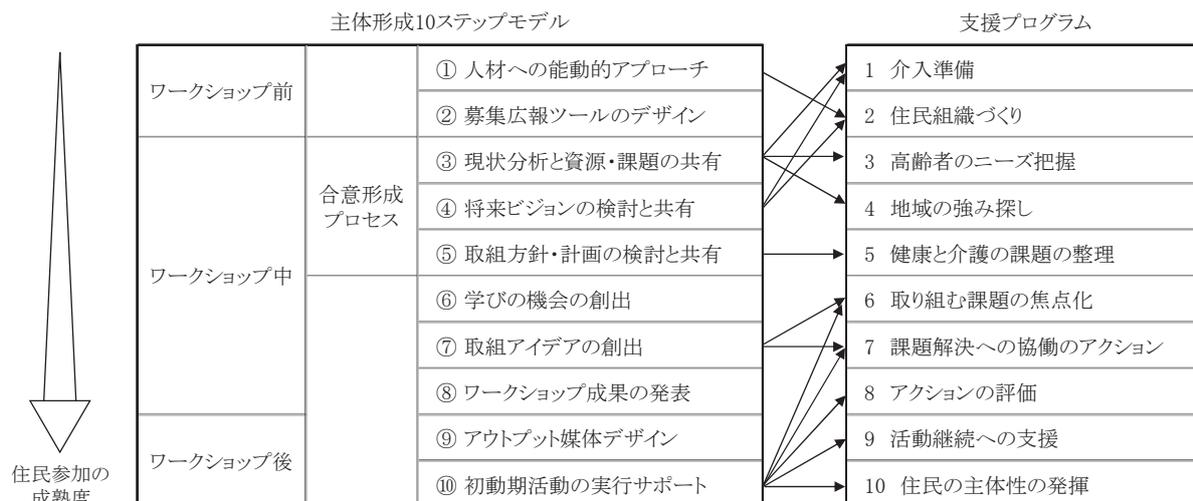


図5 主体形成10ステップモデルによる支援プログラムの住民参加の評価

容である。双方向の話し合いが行われるが意見が反映されるとは限らないUNDPの協議には合致しない。

第5ステップ“健康と介護の課題の整理”は、支援者が主導で健康と介護の課題を整理し、住民会議で確認した（合意形成）。第6ステップ“取り組む課題の焦点化”は、住民会議が主導し、取り組む優先課題を決めた（政策決定）。第7ステップ“課題解決への協働のアクション”は、活動によるリスクを共有しながら（リスクと共有）しながら、活動の目的を共有し、協働で活動した（パートナーシップ）。第8段階“アクションの評価”は、住民会議で実践の進捗管理を行い、第9ステップ“活動継続への支援”では、住民組織が活動継続を決定した（自己管理）。

UNDPによる参加の成熟度で支援プログラムを評価すると、「通知」と「協議」の段階は合致しなかったが、参加の成熟度のプロセスをたどり開発援助が不要となる自己管理の段階に至っていた。

### 3) 主体形成10ステップモデルによる評価

主体形成10ステップモデルに沿って、支援プログラムでの住民参加を評価した（図5）。このモデルの段階と支援プログラムのステップは必ずしも一致しなかった。モデルにはあり支援プログラムになかった段階として、親しみやすく楽しそうと期待できる広報媒体を作成する②募集広報ツールのデザインと、参加市民のアクションを支えるための媒体をつくる⑨アウトプット媒体デザインがあった。また、⑥参加者の学びと成長のプロセスとして先進事例などを随時紹介する⑥学びの機会の創出と、活動の成

果を広く一般市民に発表する機会をつくる⑧グループワーク成果の発表も支援プログラムには含まれていなかった。しかし、支援プログラムの継続的な支援としての基礎基盤にある“人材の発掘と育成の支援”での先行事例の紹介や視察研修の組み立て、講演会等の企画実施していたことは、⑥学びの機会の創出と類似していた。また、“住民との情報共有による意識改革の支援”での住民会議通信の発行は、⑧ワークショップ成果の発表と類似していた。

主体形成10ステップモデルで支援プログラムを評価すると、支援プログラムは、段階に前後はあるが、②募集広報ツールのデザインと⑨アウトプット媒体デザインの2つの段階以外は見いだせた。また、支援プログラムの基礎基盤づくりの“住民との情報共有による意識改革の支援”と“人材の発掘と育成の支援”が含まれていた。

## IV 考察

### 1. 住民参加の成熟度と支援プログラム

参加型アクションリサーチによる「島しょ型地域包括ケアシステム」の支援プログラムを提示し、住民参加の成熟度を、アーンスタインの住民参加の梯子<sup>4)</sup>、UNDPの参加の成熟度<sup>11)</sup>、主体形成10ステップモデル<sup>15)</sup>のモデルで評価した。

住民参加の梯子による支援プログラムの評価は、住民参加の成熟度の低い「非参加の段階」から成熟度の高い「住民直接管理の段階」に至っていた。プロセスでは、支援プログラムは、住民参加の梯子の形式参加が見いだせず、むしろ主体性発揮の準備段階がみられた。そして、実質参加の段階は10ステッ

中5つのステップにみられた。これは、支援者が住民の主体性の発揮による「互助」の活性化を介入の目的としたことにより、形式参加のプロセスを踏む必要性がなく、早い段階から住民の主体性を引き出す主体性発揮の準備段階を意図して支援した結果と考えられた。

また、UNDPの参加の成熟度による支援プログラムの評価は、参加の梯子と同様に、成熟度の高い「自己管理の段階」に至っていた。プロセスでは、住民の交渉や意見の反映が保障されない「通知」と「協議」は含まれていなかった。これは、前述と同様に介入の目的によると考えられた。

主体形成10ステップモデルによる支援プログラムの評価は、段階に前後があったことと、デザインする（媒体を作る）段階がなかったことであった。このモデルは、コミュニティデザイナーがコミュニティデザインとして、ひとつの企業が関与している事例を分析して作成したものである。地域特性を反映しているとはいえ、コミュニティデザイナーがファシリテーターとしてワークショップを企画する方法やそのルールがあり、このモデルの特徴になっていると考えられた。

このように、3つのモデルによる支援プログラムの評価は、住民参加の成熟度の高い段階に至っていたことから、参加型アクションリサーチにより開発された支援プログラムは住民の主体性を促進するといえる。また、支援プログラムの特徴は、PDCAサイクルを描き、特にこれからすることを決めるプランづくりに10ステップのうち6ステップが含まれていた。これは、住民の主体性の発揮を促進し住民参加の成熟度を高めるためには、プランづくりを丁寧に支援することが必要であることを示唆していると考えられた。

支援者は、支援プログラム開発は、基盤づくりが住民参加の成熟度を支えたと考え、段階的な支援（支援内容）と継続的な支援（基盤づくり）の2側面が提示された。しかし、今回の住民参加の評価に用いた3つのモデルでは、段階的な支援である支援内容の評価であり、基盤づくりの評価には至っていない。基盤づくりが住民参加の成熟度にどのように影響するかについては、今後の課題である。

## 2. 強みを生かした鳥しよ型地域包括ケアシステム

都市地域と鳥しよ地域の地域包括ケアシステムの方向性は異なると考え、鳥しよ型地域包括ケアシステムの支援をめざし、住民の主体性の発揮による互

助の活性化を図った。支援者は、これまで鳥しよ地域の互助の高さを確認<sup>16)</sup>し、「不利性」の克服ではなく「有利性」の進展への転換を提案した。不利性の克服は、困難性を伴うが、有利性の進展は鳥しよ地域の可能性を導くものでありに発展が期待できるとし、「有利性進展型」地域ケアシステムを提案してきた<sup>17)</sup>。高齢者の捉え方も、成熟現象としての強み（ストレングス）で捉え、高齢の関節リウマチ患者の残された精神機能を生かし闘病生活で獲得した相互依存によるたくましさ<sup>18)</sup>、高齢者になったからこそ、要介護状態であればこそ、培われた知恵と力による社会貢献<sup>19)</sup>を明らかにしてきた。これまでの研究成果から導かれた強みを生かす支援の方向性は、鳥しよ型地域包括ケアシステムの支援においても支持されたと考える。

また、地域包括ケアシステムのための5つの構成要素（住まい、医療、介護、生活支援、介護予防）のうち、鳥しよ地域の互助の強みを生かした生活支援と介護予防は、2つのモデル島で「調理講習会」や「古謡教室」として誕生していた。A島の豊かな恵みの島野菜をつかい高齢世代に料理の知恵を学ぶ「調理講習会」は、介護予防と位置づけた。料理の知恵の提供者には、高齢者の発達課題である新たな役割の再方向づけ<sup>20)</sup>となり、参加する高齢者にとっては行き場づくりして介護予防が期待できた。若者世代は高齢者の料理の知恵を学びつつ世代間の交流の機会となり、また、交流を通して高齢者の見守りや移動支援という生活支援への発展の期待が持てた。B島の「古謡教室」は、行政の介護予防事業に参加しない高齢者の参加や女性より男性高齢者の参加が多いことから、閉じこもり予防や男性の介護予防にもなり得る。また、移動支援の必要な高齢者を移送する「古謡応援隊」が誕生し、ボランティアによる生活支援が始まっていた。さらに、世代間交流による文化の継承の機会、観光地である強みを生かした観光サービスとして期待が持てた。

鳥しよ型地域包括ケアシステムの方向性を住民の主体性の発揮による互助の活性化を図ることであると位置づけ、支援プログラムを開発した。支援プログラムは、PDCAサイクルを描きながら住民参加の成熟度を高めていた。地域包括ケアシステムのための構成要素の医療と介護は、エビデンスに基づいた専門職による活動が主であるが、介護予防と生活支援は、お互いの助け合いによる住民の互助活動が可能であり、「互助」が高いという鳥しよ地域の強みが生かしやすいと考える。

したがって、島しょ型地域包括ケアシステムは、開発された支援プログラムにより住民参加の成熟度を高め、地域の強みである「互助」を活性化させることにより介護予防、生活支援を発展させることが可能であると考えられた。そのためには、支援プログラムのPDCAサイクルの「プランづくり」に丁寧な支援の必要性が示唆された。

## V おわりに

本研究の目的は、2つのモデル島での参加型アクションリサーチにより、「島しょ型地域包括ケアシステム」の支援のプロセスから支援プログラムを開発し、住民参加の成熟度を評価することである。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 島しょ型地域包括ケアシステムの支援には、継続的な支援（基盤づくり）と段階的な支援（支援内容）があった。
2. 継続的な支援（基盤づくり）は、“住民との情報共有による意識改革の支援”，“行政との協働の支援”，“人材の発掘と育成の支援”，“外部者による支援”の4つの支援があった。
3. 段階的な支援（支援内容）には，“介入準備”，“住民組織づくり”，“高齢者のニーズ把握”，“地域の強み探し”，“健康と介護の課題の整理”，“取り組む課題の焦点化”，“課題解決への協働のアクション”，“アクションの評価”，“活動継続への支援”，“住民の主体性の発揮”の10ステップがあった。
4. 支援プログラムをアーンスタインの住民参加の梯子、UNDPによる住民参加の成熟度、主体形成10ステップモデルの3つのモデルで評価した結果、参加の成熟度は高いレベルに達していた。
5. 支援プログラムの特徴はPDCAサイクルを描き、特にプランづくりに丁寧な支援の必要性が示唆された。
6. 島しょの強みである「互助」を生かし、介護予防と生活支援を発展させることで「島しょ型地域包括ケアシステム」は推進されることが導かれた。

## 謝辞

本研究は、平成26年度から28年度までの3年間に取り組まれた沖縄県「地域医療介護総合確保基金島しょ・へき地の地域包括ケアシステム構築支援事業」の協力をを受けて実施しました。心より感謝し、お礼申し上げます。なお、本論文は、「島しょ・へき地の地域包括ケアシステム構築支援事業」平成27年度および平成28年度の報告書の一部を加筆修

正した内容も含まれています。ただし、利益相反はありません。

## 文献

- 1) 大湾明美, 佐久川政吉, 田場由紀ほか: 小離島の健康と介護の課題から捉えた地域包括ケアシステム構築の方向性－沖縄県の2つのモデル島での参加型アクションリサーチから－. 沖縄県立看護大学紀要, 18:1-9, 2017.
- 2) 藤井達也: 参加型アクションリサーチ: ソーシャルワーク実践と知識創造のために－. 社会問題研究, 55(2):45-64, 2006.
- 3) 武田丈: コミュニティを基盤とした参加型リサーチ (CBPR) の展望: コミュニティと協働する研究方法論. 人間福祉学研究, 8(1):9-25, 2015.
- 4) S. R. Arnstein: A Ladder of Citizen Participation. AIP (American Institutes of Planners) journal, 35(4):216-224, 1969.
- 5) 田中恒男: 地域保健医療計画への住民参加－その本質・限界・方法について－. 公衆衛生, 41(2):84-89, 1977.
- 6) 宮坂忠夫: 住民参加と市町村保健. 公衆衛生, 47(11):692-697, 1983.
- 7) 中島正夫, 谷合真紀, 長瀬あり奈ほか: 地域保健対策の検討にPRESCED－PROCEEDモデルを利用した経験を通して得られたいくつかの知見. 保健婦雑誌, 51(3):190-196, 2003.
- 8) PCM読本編集委員会: PCM手法の理論と活用. 国際開発高等教育機構(東京), pp.1-30, 2001.
- 9) 岩永俊博: 地域づくり型保健活動のすすめ. 医学書院(東京), pp.30-41, 1995.
- 10) 守山正樹: 住民参加と地方自治体の役割. 公衆衛生, 64(6):427-434, 2000.
- 11) United Nations Development Programme (UNDP): Empowering People. A Guide to Participation, New York, 1998.
- 12) 山崎亮: コミュニティデザイン－人がつながるしくみをつくる. 学芸出版社(京都), 2011.
- 13) 藤山一郎: 外部者の役割をめぐる「コミュニティデザイン」と「参加型開発」の比較研究. 立命館国際地域研究, 40:91-107, 2014.
- 14) 国土交通省: 離島振興法.  
<http://www.mlit.go.jp/common/001014054.pdf> (2017年7月3日現在).
- 15) 醍醐孝典, 保井俊之, 坂倉杏助ほか: 住民参加

- まちづくりにおける主体形成10ステップモデルの提案 - studio-Lが支援するプロジェクトの分析を通じて - . 地域活性研究, 7;109-118, 2016.
- 16) 大湾明美, 仲間富佐江, 宮城重二: 沖縄県一離島におけるソーシャルネットワークと生活満足度・介護意識・受療意識に関する研究 - 波照間島の事例 -. 女子栄養大学紀要, 31; 133-141, 2000.
- 17) 大湾明美, 宮城重二, 佐久川政吉ほか: 沖縄県有人離島の類型化と高齢者の地域ケアシステム構築の方向性. 沖縄県立看護大学紀要, 6; 40-49, 2005.
- 18) 佐久川政吉: 関節リウマチをもつ高齢者のストレスの構造 - 「老年期のライフイベント」への適応にみられた「能力」から -. 日本老年看護学会誌, 19(1);62-71, 2014.
- 19) 伊牟田(砂川)ゆかり, 大湾明美, 佐久川政吉ほか: 要介護高齢者の社会貢献の特徴. 日本老年看護学会誌, 19(2);66-74, 2015.
- 20) エリク.H.エリクソン, ジョーン.M.エリクソン, ヘレン.Q.キヴニク: 老年期生き生きとしたかわりあい (朝長正徳, 朝長梨枝子訳). みすず書房(東京都), 317-366, 1997.