

日本ルーラルナースング学会誌

Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing

第18巻 2023

原著

- へき地診療所で働く看護師の看護活動とコンピテンシーの検討
～A県のへき地診療所看護師への調査から～
大塚真理子, 霜山真, 木村三香, 内海香子…… 1
- 中山間過疎地・島嶼に勤務する看護師が必要と認識したCOVID-19に対する学習支援
平良由香利, 鈴木典子, 橋本幹子, 中村美鈴…… 13

研究報告

- A県のへき地診療所における医療提供体制の特徴
霜山真, 大塚真理子, 木村三香, 内海香子, 高橋由美, 佐藤清湖, 家子敦子, 瀬戸初江…… 25
- 山間地域の保健師の地区組織活動に対する支援について
－保健師の支援内容と思考内容に焦点をあてて－
城諒子…… 33
- 小規模自治体における地域ケア会議の課題
－自治体, 医療機関, 保健所へのインタビュー調査から－
藤井智子, 塩川幸子…… 45
- 離島において多職種で取り組む高齢者への退院支援・調整の課題
塚本友栄, 青木さぎ里, 江角伸吾, 島田裕子, 春山早苗…… 55
- 小規模町村離島の保健師の入職前後の経験
－保健師確保への示唆－
藤本 悠…… 67

第17回学術集会

- 学術集会長講演 …………… 75
- 教育講演 …………… 79
- 総会報告 …………… 90

- 日本ルーラルナースング学会誌投稿規定 …………… 112
- 編集後記 …………… 116

原著

へき地診療所で働く看護師の看護活動とコンピテンシーの検討

～A県のへき地診療所看護師への調査から～

A Study of Nursing Activities and Competencies of Nurses in Rural Clinics:
A Survey of Rural Clinic Nurses in Prefecture A

大塚真理子¹⁾, 霜山真²⁾, 木村三香²⁾, 内海香子³⁾
Mariko Otsuka¹⁾, Makoto Shimoyama²⁾, Mika Kimura²⁾, Kyoko Uchiumi³⁾

キーワード：へき地診療所，診療所看護師，看護活動，コンピテンシー，人材育成

Keywords：Clinic in rural and remote areas, Clinic Nurses, Nursing Activities, Competency, Human Resource Development

抄録

本研究の目的は、へき地診療所看護師の看護活動とコンピテンシーを明らかにし、へき地診療所看護師の人材育成への示唆を得ることである。A県のへき地診療所看護師を対象に、郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。調査項目は、へき地診療所看護師の看護活動と都市部の診療所看護師のコンピテンシーリストである。へき地診療所看護師は、診療の補助や外来患者の日常生活指導は多く実施しているが、保健活動や看取りの訪問看護など診療所外の看護活動の実施は少なかった。へき地診療所看護師のコンピテンシーは、都市部の診療所看護師の7コア・コンピテンシーのうち6コア・コンピテンシーと共通性があるが、コンピテンシーリストの一部は地域特性による相違があると考えられた。【地域医療・ケアができる】のコンピテンシーはへき地診療所看護師にも必要であり、へき地診療所のエキスパート看護師が行っている看護活動に基づくコンピテンシーリスト作成が課題である。へき地診療所看護師の人材育成には、診療所看護に共通するコンピテンシーと、へき地診療所の地域特性に応じたコンピテンシーに基づく教育プログラムが必要と考えられた。

Abstract

This study aimed to clarify the nursing activities and competencies of nurses in rural clinics and to obtain suggestions for the human resource development of nurses in rural clinics. We conducted a self-administered, anonymous questionnaire survey among nurses in rural clinics in prefecture A using the postal method. The survey items included the nursing activities of nurses in rural clinics and a list of competencies of nurses in urban clinics. The nurses in rural clinics performed a lot of medical assistance and daily life guidance to outpatients. However, they were less likely to engage in nursing activities outside the clinic, such as health activities and home care (including end of life care). The rural clinic nurses' competencies had commonality with six of the seven core competencies of urban clinic nurses. Few of the differences observed in the list of competencies were attributable to regional characteristics. Competencies that allow for community health and care are necessary for nurses in rural clinics. The challenge is to develop a list of competencies based on nursing activities performed by experienced nurses in rural clinics. We believe that an educational program based on the competencies of nurses working in rural clinics and competencies specific to the regional characteristics is necessary for the human resource development of nurses in rural clinics.

受付日：2022年6月30日 採択日：2023年2月4日

1) 長野県看護大学 Nagano College of Nursing

2) 宮城大学 Miyagi University

3) 岩手県立大学 Iwate prefectural University

I. はじめに

わが国のへき地診療所看護師は、看護実践のジェネラリストであり地域のスペシャリストと言われている¹⁾。ジェネラリストとして保健医療福祉等の多専門職の役割も担い²⁾、アウトリーチ活動や予防活動を含むマルチで包括的な活動³⁾を行っている。同時に、地域のスペシャリストとして、へき地という地域特性に対応して一人ひとりの状況判断や利便性に合わせたきめ細かい対応や診療⁴⁾を行い、地域住民のために様々な人々と連携して地域医療を支えている⁵⁾。さらに、診療所の看護師には高いアセスメント力と健康教育や生活指導などの患者教育の役割が求められている⁶⁾。すなわち、へき地診療所看護師は、地域医療において、厳しい交通条件や自然環境のもと、保健医療福祉の専門職や資源が乏しい地域特性の中で、住民一人ひとりへの支援を行い、地域住民の健康的な暮らしを守る役割を担っている。

しかし、へき地診療所看護師の看護活動に関する困難感の調査⁷⁾からは「看護技術や信頼できるサポートや連携が少ない」、「情報不足や仕事の評価・対価不足」、「業務境界の曖昧さ」などが報告されている。また、へき地で働く看護師が直面する看護上の問題⁸⁾には、「地域特性に沿った看護実践への困難」や「プライバシー確保の困難」、「質の高い医療確保の困難」、「マンパワー不足」、「緊急時の対応へのストレス」、「他職種との連携の困難」、「学習活動の不足」があり、へき地で暮らす住民との関係性に戸惑いを感じている⁹⁾という報告もある。

以上のように、へき地診療所看護師には地域医療の担い手として、住民一人ひとりにオーダーメイドで適切な看護が求められているにも関わらず、それに応える看護活動ができない課題やジレンマがある。特に、へき地という地域特性に応じた医療の提供と、地域住民の関係性をもアセスメントした個別支援は、へき地診療所看護に特有の課題と考えられ、へき地診療所看護師には高度な看護実践力が求められている。実際、へき地診療所看護師の学習ニーズには、保健指導、緊急時の対応、在宅ケア、地域資源の理解、多職種連携などがある¹⁰⁾。山崎ら¹¹⁾はへき地看護の特徴として地域の地理的要因、コミュニティの人間関係の理解と活用、地域文化や価値観への理解などを報告している。へき地看護に活かす地域特性は、交通機関や自然環境ばかりでなく、そこで暮らす人々の人間関係や地域文化や価値観なども含まれる。

へき地医療を担う看護人材育成には、地域の病院がへき地診療所に派遣する看護師への教育研修の報告が

あるが¹²⁾ ¹³⁾、研修の機会が少なく、参加の困難があり、学習環境は十分ではない¹⁴⁾ ¹⁵⁾。へき地診療所の看護人材育成には、現任教育における教育研修プログラムが必要であるとともに、基礎看護教育でへき地診療所看護を位置づけ、看護学生の時からへき地診療所看護の存在を知ることが必要と考える。筆者らは、地域包括ケアシステム構築や医師の働き方改革の中で、診療所の看護職の役割はますます重要になり、へき地医療の担い手となるへき地診療所の看護人材を育成する教育プログラムが必要と考えている。

看護人材の育成には看護管理に活かすコンピテンシー¹⁶⁾などが明らかにされ、コンピテンシーに基づく教育プログラムが開発されている。診療所看護師に関連する先行文献には、國澤ら¹⁷⁾の都市部の診療所看護師が有する7コア・コンピテンシー66コンピテンシーリストや、本田ら¹⁸⁾の地域ケア実践看護師の5つのコンピテンシーがある。斜森ら¹⁹⁾は、プライマリ・ケア機能を担う診療所における看護師の担うべき役割と能力を見出している。しかしながら、へき地診療所看護師のコンピテンシーとして示されたものはない。また、へき地診療所看護師が行っている看護実践の実態や困難感などの調査はあるが、へき地診療所看護師のコンピテンシーに言及した研究報告はない。

本研究の目的は、へき地診療所看護師の看護活動とコンピテンシーを明らかにし、へき地診療所看護師の人材育成への示唆を得ることである。

II. 研究方法

1. 調査対象

A県の地域医療計画（へき地医療）で指定されている21カ所のへき地診療所のうち、歯科診療所4カ所と休診中の3カ所を除いた14診療所の所長に研究依頼を行い、研究協力が得られた9カ所のへき地診療所看護師を調査対象とした。9カ所の診療所の概要については、ホームページや公表されている資料等から得た。

なお、A県は、県面積の約10%である1つの政令指定都市に人口の約50%が集中し、県内には中山間地域や豪雪地帯、沿岸部・離島というへき地と言われる地域を有している。A県の医療体制は一極集中型で、政令指定都市以外では医療過疎の地域が増えている。

2. 用語の定義

へき地診療所：地域医療計画により、無医地区及び無医地区に準じる地域において、地域住民の医療

を確保することを目的として整備，運営される診療所²⁰⁾であり，都道府県で指定している。

コンピテンシー；國澤ら²¹⁾は，都市部の診療所看護師が有するコンピテンシーリストの項目を「看護師が行う看護行動」と定義づけて作成しており，本研究ではこれを調査ツールに用いる。しかし，コンピテンシーとは，「ある職務または，状況に対し，基準に照らして効果的あるいは卓越した業績を生む原因としてかかわっている個人の根源的特性」と定義されている²²⁾ので，本研究では，「看護行動として発現されていない潜在的なものも含めて個人の根源的な看護実践力」をコンピテンシーとする。

3. 調査方法

調査票は，看護師の基本情報（年齢，看護師経験年数，診療所経験年数，診療所以外の看護実践の場，保有する資格等），行っている看護活動，コンピテンシーリストである。行っている看護活動は，春山ら²³⁾の先行研究を参考に28の調査項目を設定した(1～19項目は先行研究の調査項目を用い，20～28項目は先行研究で自由記述された看護活動から選定した)。回答は，4行っている，3少し行っている，2あまり行っていない，1行っていない，の4件法で求めた。コンピテンシーは，國澤ら²⁴⁾が開発した都市部の診療所看護師のコンピテンシーの7コア・コンピテンシー66コンピテンシーリストを用いて，3そう思う，2どちらでもない，1そう思わない，の3件法で回答を求めた。

國澤ら²⁵⁾の都市部の診療所看護師のコンピテンシーは，患者への個別ケア，家族ケア及び地域ケア，診療と診療所のマネジメント，診療所内外の他職種

との連携・協働する総合的な力を示しており，7コア・コンピテンシー66コンピテンシーリストとして構造化され，「どのような地域にある診療所でも使うことができる」²⁶⁾とされていたので，本研究の調査票として使用し，都市部とへき地の違いを踏まえてへき地診療所看護師のコンピテンシーを検討することとした。

調査票は，9ヵ所の診療所に配布可能部数を確認し，郵送または持参し，留め置き法により調査票を郵送で回収した。

4. 調査期間

調査期間は，2021年9月～10月であった。

5. 分析方法

調査結果は記述統計を行い，行っている看護活動，コンピテンシーリストの回答については中央値を求めた。

6. 倫理的配慮

本研究は，「宮城大学研究倫理規程」及び「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づいて，宮城大学研究倫理専門委員会の審査を受け承認された。（承認番号：宮城大第172号，承認年月日：2021年5月26日）

表1. 調査対象者が所属するへき地診療所の概要

診療所	A	B	C	D	E	F	G	H	I
所在地域	山間部・豪雪地	山間部・豪雪地	山間部・豪雪地	離島・沿岸部	離島・沿岸部	離島・沿岸部	離島・沿岸部	離島・沿岸部	離島・沿岸部
設置主体	市町村	市町村	医療法人	市町村	市町村	市町村	市町村	医療法人	市町村
医師	常勤1名 非常勤2名 (代診)	常勤1名 非常勤1名 (代診)	常勤1名 非常勤1名	非常勤1名	非常勤1名	非常勤1名	非常勤1名	常勤1名 非常勤7名	非常勤1名
看護師	常勤2名	常勤2名 非常勤1名	常勤2名	非常勤1名	非常勤1名	常勤1名 (診察日以外 は病院勤務)	非常勤4名	常勤5名	非常勤3名
他の職員	事務	事務	事務	事務	なし	事務	事務	介護福祉士 介護員，事務	事務
病床	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり	なし
診療科	内科，外科， 眼科	内科	内科，小児科	内科・外科	内科	内科・外科	内科・小児科	内科・外科 脳外科・泌尿器科	内科・外科 整形外科
診療日数/週	4日/週	5日/週	6日/週	2日/週	2日/週	2日/週	5日/週	4日/週	3日/週
訪問診療	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり
訪問看護	外部に委託	外部に委託	あり	なし	なし	外部に委託	外部に委託	あり	外部に委託
連携施設	総合病院 (市町村立)	総合病院 (市町村立)	総合病院 (市町村立)	総合病院 (市町村立)	総合病院 (市町村立) 総合病院 (同地域内)	総合病院 (市町村立) 総合病院 (同地域内)	総合病院 (市町村立) 総合病院 (同地域内)	小規模介護老人施設 (併設) 総合病院 (県外)	総合病院 (市町村立) 総合病院 (同地域内)

Ⅲ. 研究結果

1. 調査対象者が所属するへき地診療所と看護師の概要

調査協力が得られた9診療所に配布した20通の調査票のうち、16通の調査票の返送（回収率80%）が得られ、これを分析対象とした。

調査協力が得られた9診療所は、山間部・豪雪地が3カ所、離島・沿岸部が6カ所であった。設置主体は、市町村立が7カ所、医療法人が2カ所であり、常勤医と非常勤医で診療を行っている診療所が4カ所、非常勤医のみが5カ所であった。常勤看護師がいる診療所は5カ所、非常勤のみの診療所が2カ所であった。診療日は週2日が3カ所、3～5日が5カ所、土曜日も含め週6日が1カ所であった。訪問診療は8カ所で行っているが、訪問看護は2カ所であった。連携施設は市町村立の総合病院や同じ地域内の総合病院のほか、県外の総合病院と連携している診療所が1カ所あった（表1）。

調査協力が得られたへき地診療所看護師の平均年齢は53.2歳、半数以上が50歳以上であった。看護師経験年数は平均24.6年で、30年以上が6人であった。診療所経験年数は平均11.5年、10年未満7人、10年以上9人であった。診療所以外で看護実践している場合は、病院9人（56.3%）、高齢者施設4人（25.0%）、行政1人（6.3%）、診療所のみ3人（18.8%）であった。保有資格は、看護師資格13人（81.3%）、准看護師資格5人（31.3%）、助産師資格1人（6.3%）、ケアマネジャー資格1人（6.3%）であった。勤務している診療所の所在地域について複数回答で確認したところ、過疎地域を選択した者は14人、次いで、離島・沿岸部7人、山間部4人、豪雪地帯1人であった（表2）。

2. へき地診療所看護師の看護活動

へき地診療所看護師が行っている看護活動の28項目を中央値が高い順に表3に示した。中央値が4“行っている”である看護活動は8項目であり、「検査や採血などの処置」は回答者全員が行っていた。その他の7項目は、「往診や外来での診察の介助や処置」「救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り」「医療・介護保険事務および薬剤・物品管理」「健康診断、予防接種、乳幼児健診の介助」「関係機関との連絡」「救急搬送時の初期対応」「外来患者への日常生活指導」であった。中央値4に加え、中央値3以上の項目は28項目中20項目であり、“行っている”“少し行っている”を合わせて回答者の9人

表2. 対象者の特性

n=16

項目	平均	人	割合
年齢（歳）	53.2		
年代別内訳（人、%）			
20歳代		1	（6.3%）
30歳代		0	（0.0%）
40歳代		4	（25.0%）
50歳代		5	（31.3%）
60歳代		6	（37.5%）
看護師経験年数（年）	24.6		
診療所経験年数（年）	11.5		
診療所以外の看護実践の場（人、%）（複数回答）			
病院		9	（56.3%）
高齢者施設		4	（25.0%）
行政		1	（6.3%）
なし（診療所のみ）		3	（18.8%）
保有する資格や免許（人、%）（複数回答）			
看護師		13	（81.3%）
准看護師		5	（31.3%）
助産師		1	（6.3%）
ケアマネジャー		1	（6.3%）
保健師		0	（0.0%）
養護教諭		0	（0.0%）
診療所の所在地域（人、%）（複数回答）			
過疎地域		14	（87.5%）
離島・沿岸部		7	（43.8%）
山間部		4	（25.0%）
豪雪地帯		1	（6.3%）

（56.3%）以上が行っていた。

中央値が1“行っていない”であった項目は、「看取りを含めた訪問看護」「住民を対象とした健康教室・健康相談・保健指導等の保健活動」「健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催」の3項目であった。「看取りを含めた訪問看護」では回答者の5人（31.3%）の実施であり、「住民を対象とした健康教室・健康相談・保健指導等の保健活動」では2人（12.5%）、「健康増進や疾病予防のための企画や開催」では1人（6.5%）であった。

3. へき地診療所看護師のコンピテンシー

A県のへき地診療所看護師のコンピテンシーの回答を、7つのコア・コンピテンシーごとに“そう思う”が多い項目順に表4に示した。A県のへき地診療所看護師のコンピテンシーで、中央値が3“そう思う”であった項目は54項目であり、60%以上である10人以上が“そう思う”と回答した項目は49項目であった。“そう思う”と回答した人が30%以下であったのは3項目であり、中央値が1“そう思わない”であっ

表3. へき地診療所看護師が行っている看護活動

n=16

No.	看護活動	4行っている	3少し行っている	2余り行っていない	1行っていない	回答数	中央値
20	検査や採血などの処置	16	0	0	0	16	4
4	往診や外来での診察の介助や処置	15	1	0	0	16	4
17	救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り	13	3	0	0	16	4
24	医療・介護保険事務および薬剤・物品管理	13	1	2	0	16	4
16	健康診断、予防接種、乳幼児健診の介助	12	3	0	1	16	4
11	関係機関との連絡	11	4	1	0	16	4
19	救急搬送時の初期対応	11	4	1	0	16	4
2	外来患者への日常生活指導	9	7	0	0	16	4
12	地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人間関係を把握	8	6	1	1	16	3.5
3	医師不在時の応急処置や初期対応	8	6	0	2	16	3.5
18	救急搬送時の付き添い	7	2	0	7	16	3
22	保健師や居宅介護支援事業所との連携	7	7	2	0	16	3
26	独居高齢者を含む高齢者個々の状況に合わせた服薬支援	6	5	2	3	16	3
5	要介護高齢者要介護高齢者家族に対する介護方法の指導	5	5	4	2	16	3
8	要介護高齢者家族に対する助言	4	11	0	1	16	3
1	対象者の健康面や生活面における電話相談	4	7	4	1	16	3
15	住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ	4	5	4	3	16	3
6	在宅福祉サービス利用に関わる援助	3	9	3	1	16	3
9	受診のための送迎や受診手段などの援助	3	8	1	4	16	3
13	地域に必要とされる社会資源を把握すること	2	10	3	1	16	3
7	往診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握	4	4	1	7	16	2.5
14	関係機関とのミーティングへの参加	4	3	5	4	16	2
21	介護保険業務	4	3	2	7	16	2
25	一次予防・二次予防高齢者に対する個別または集団的アプローチによる介護予防活動	1	6	2	7	16	2
27	地域の行事等における救護活動	2	2	4	8	16	1.5
28	看取りを含めた訪問看護	4	1	1	10	16	1
23	住民を対象とした健康教室・健康相談・保健指導等の保健活動	1	1	3	11	16	1
10	健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催	0	1	3	12	16	1

たのは1項目であった。

【Ⅰ. 診療所を利用する人の個別ケアができる】は、19項目のうち16項目で“そう思う”と回答した人が6割以上であり、中央値は3“そう思う”であった。中でも『患者の性格や特性を理解し個別ケアに活かすことができる』は、14人（87.5%）が“そう思う”と回答した。“そう思う”と回答した人が60%以下であったのは3項目であり、『看護外来で個別指導に対応できる』は、“そう思う”と回答した人は半数未満であった。

【Ⅱ. 診療所を利用する人の個別ケアをしながら診療のマネジメントができる】は、17項目全てで中央値は3“そう思う”であった。17項目中15項目で“そう思う”と回答した人が60%以上であった。中でも『診療所に対応できない場合は、患者を適切な他の診療機関に送る手配ができる』は、全員が“そう思う”と回答した。一方、『患者に適した医師の診察室に入るように調整できる（複数の医師がいる診療所の場合）』には、回答者の75%が“そう思う”と回答したが、無回答が多かった。

【Ⅲ. 診療所を利用する人の家族支援ができる】は、3項目すべてで60%以上の人が“そう思う”と回答した。

【Ⅳ. 診療所内の看護師同士および医師や他職種

と連携協働して診察・ケアができる】は、7項目すべてで60%以上の人が“そう思う”と回答した。中でも『患者の治療に対する思いや心配事を医師に伝えられる』は、全員が“そう思う”と回答した。

【Ⅴ. 他機関と連携協働して診療・ケアができる】で、4項目のうち60%以上の人が“そう思う”と回答したのは、『他機関で適切な対応をしてもらうために、患者の情報を伝えて目標を共有することができる』1項目だけであった。『退院カンファレンスに参加して、医療と生活がスムーズに移行するように調整できる』は、“そう思う”と回答した人が33.3%であった。

【Ⅵ. 診療所のマネジメントができる】は、12項目のうち、10項目で50%の人が“そう思う”と回答した。『医療保険・介護保険等の制度を理解して書類を適切に処理できる』は、“そう思う”と回答した人が43.7%、『共通する健康リスクをもつ通院患者をピックアップし集団指導できる』は、“そう思う”と回答した人は31.3%であった。

【Ⅶ. 地域医療・ケアができる】の4項目の中央値は3項目で2“どちらでもない”であり、“そう思う”と回答した人は31.3%以下であった。『地域包括支援センターが主催するケア会議に参加してネットワークをつくることできる』は31.3%、『地域で

表4. 都市部の診療所看護師のコンピテンシーリストを用いたへき地診療所看護師の自己評価

n=16

7コア・コンピテンシーと66コンピテンシーリスト	3そう 思う	2どちら でもない	1そう 思わない	回答数	中央値
I. 診療所を利用する人（外来通院する人、訪問診療をうける人）の個別ケアができる19項目					
11 患者の性格や特性を理解し個別ケアに活かすことができる	14	1	1	16	3
10 患者の状態が良くなった喜びを患者と共感できる	13	3	0	16	3
2 看護師の支援が必要な患者（気になる患者）を見つけ出し対応できる	13	2	1	16	3
4 患者の受診に対する期待を推測することができる	13	2	1	16	3
8 患者がセルフケアを継続できるように励ますことができる	12	3	1	16	3
9 患者を支えたいという看護師の意思を伝えることができる	12	3	1	16	3
15 患者にできるセルフケア方法を一緒に考えることができる	11	5	0	16	3
17 健康や生活に関する電話相談に対応できる	11	5	0	16	3
19 患者が複数の医療機関にかかっていることを把握し個別ケアに活かすことができる	11	4	1	16	3
13 患者の生活背景を理解し個別ケアに活かすことができる	10	6	0	16	3
1 患者の既往歴と現病歴から現在の病態を推測することができる	10	5	1	16	3
6 患者の通院手段の安全性を確認することができる	10	5	1	16	3
12 患者が自分の病気をどう思っているのかを理解し個別ケアに活かすことができる	10	5	1	16	3
14 患者の家族背景を理解し個別ケアに活かすことができる	10	5	1	16	3
18 患者の重症度を見極めることができる	10	5	1	16	3
7 薬剤について、患者のアドヒアランス（理解の程度）に応じて対応できる	10	4	2	16	3
3 患者の潜在的な受診理由を推測してきくことができる	8	7	1	16	2.5
5 患者の受診に対する期待に対応できる	8	7	1	16	2.5
16 看護外来で個別相談に対応できる	7	8	1	16	2
II. 診療所を利用する人の個別ケアをしながら診療のマネジメントができる17項目					
20 診療所に対応できない場合は、患者を適切な他の機関に送る手配ができる	16	0	0	16	3
26 患者の症状をみて診察順を調整できる	15	1	0	16	3
30 診察時の患者と医師のコミュニケーションに関心をもち、必要時介入できる	14	1	1	16	3
33 その日の患者の状況に合わせて訪問診療の時間調整ができる（訪問診療）	14	1	1	15	3
22 必要性を判断して診察前に患者の状態を把握する計測を行うことができる	13	3	0	16	3
24 待合室でトラブルが生じないように対応できる	13	3	0	16	3
23 診察前に、診断を予測できない患者に関心を向けることができる	13	2	1	16	3
35 訪問診療に出かける前に、訪問診療が効率的になるよう事前の段取りができる（訪問診療）	13	2	1	15	3
36 患者の自宅で、訪問診療が効率的になるよう環境を整え診療の段取りができる（訪問診療）	12	3	1	15	3
21 他の外来患者に影響しないように救急搬送を円滑に行うことができる	11	5	0	16	3
25 診察前に、患者の症状から診断に必要な検査を判断して準備できる	11	4	1	16	3
32 次回の診療で必要な対応を事前に段取りできる	11	3	1	15	3
28 診察後に起こりうる様々な対応を予測して段取りができる	10	6	0	16	3
29 複数の家族員が一度に診察を受けられるように調整できる	10	4	2	16	3
34 患者の療養生活におけるその日の訪問診療の目標を判断し、適切な看護ができる（訪問診療）	10	3	2	15	3
31 自宅を訪問し室内状況からケアの必要性を判断し対応できる（訪問診療）	9	6	1	16	3
27 患者に適した医師の診察室に入るように調整できる（複数の医師がいる診療所の場合）	6	1	1	8	3
III. 診療所を利用する人の家族支援ができる3項目					
38 家族の状況を理解し、家族による介護支援に活かすことができる	11	4	1	16	3
39 家族の状況を理解し、家族員の健康管理（予防接種、健康診断）に活かすことができる	10	6	0	16	3
37 患者の家族の介護疲れや健康問題に対応することができる	10	5	1	16	3
IV. 診療所内の看護師同士及び医師や他職種と連携協働して診療・ケアができる7項目					
43 患者の治療に対する思いや心配事を医師に適切に伝えられる	16	0	0	16	3
42 医師の説明が患者に伝わっていないことを判断し、医師に代わって患者に伝えられる	15	0	1	16	3
44 診療所内の全スタッフに適切な対応をしてもらうために、患者の情報を提供できる	15	0	0	15	3
40 患者に関する情報を医師に伝え、話し合って目標を共有できる	14	2	0	16	3
46 診療所内の全スタッフで、個別ケアや診療に必要な知識を補い合うことができる	11	3	1	15	3
41 診療所内の看護師同士で患者の計画（観察、処置、ケアなど）を立案し、医師やスタッフに提案し話し合うことができる	10	5	1	16	3
45 医師の診断・治療の方針を確認し、看護の方針を検討できる	10	5	1	16	3
V. 他機関と連携協働して診療・ケアができる4項目					
48 他機関で適切な対応をもらうために、患者の情報を伝えて目標を共有することができる	11	5	1	16	3
49 患者の個別ケアについて他機関とのやり取り（情報提供、実施したことへのフィードバックなど）を継続できる	9	7	0	16	3
47 患者に対する医療の過不足や重複を他機関と調整できる	9	6	1	16	3
50 退院カンファレンスに参加して、医療と生活がスムーズに移行するように調整できる	5	3	7	15	2
VI. 診療所のマネジメントができる12項目					
52 感染症が疑われる外来患者に対応する仕組みを作ることができる	14	2	0	16	3
62 診療所の看板を背負っている看護師であることを意識して行動できる	14	1	1	16	3
58 地域での感染症の流行を察知して診療所での対応が準備できる	13	3	0	16	3
53 受付から会計までの流れがスムーズに進むように仕組みを検討できる	12	4	0	16	3
51 外来者数や患者の状況を判断して外来診療の時間配分を調整できる	11	3	2	16	3
56 診療圏の住民に診療所の利用方法が発信できる	10	6	0	16	3
55 診療所で働く全スタッフの負担を考慮して業務内容を調整できる	10	2	4	16	3
57 診療所の経営に関心をもち参画することができる	9	3	4	16	3
60 診療所の使命を実現するために診療圏の住民の特性を把握できる	8	8	0	16	2.5
61 必要な学習を継続し診療所看護に活かすことができる	8	8	0	16	2.5
54 医療保険・介護保険等の制度を理解して書類を適切に処理できる	7	4	5	16	2
59 共通する健康リスクをもつ通院患者をピックアップし集団指導できる	5	6	5	16	2
VII. 地域医療・ケアができる4項目					
63 地域包括支援センターが主催するケア会議に参加してネットワークをつくることができる	5	6	5	16	2
64 地域で開催される研修会などに参加してネットワークをつくることができる	4	5	7	16	2
65 地域住民のための保健指導や介護予防等の学習会を企画できる	3	6	7	16	2
66 地域で出張相談を開催し個別相談に対応できる	2	4	10	16	1

開催される研修会などに参加してネットワークをつくることのできる』は25.0%,『地域住民のための保健指導や介護予防等の学習会を企画できる』18.8%,『地域で出張相談を開催し個別相談に対応できる』は12.5%であった。

Ⅳ. 考察

1. 調査対象者が所属するへき地診療所と看護師の特徴

本研究の対象者は、A県で指定されている14へき地診療所の6割にあたる9へき地診療所から得られた。この9ヵ所のへき地診療所の所在地の特徴は、沿岸部・離島及び山間部・豪雪地であった。非常勤医のみの4診療所は看護師も非常勤であり、常勤の看護師がいても診察日のみの勤務である診療所もあった。へき地・離島で医療を担う診療所や病院に求められる業務は、地域住民の疾病管理、健康管理、介護・福祉との連携など多岐に及び、医師不足、施設・設備不足、高齢化・過疎化が課題である²⁷⁾。本研究の対象者が所属するへき地診療所は、医療法人である1ヵ所を除く8ヵ所で常勤医が1人や非常勤医1人であり、診療日も少ない小規模の診療所であった。診療日のみに勤務する非常勤の医師や看護師による医療体制では、地域住民の疾病管理や健康管理、介護・福祉との連携などに十分対応できるとは考えにくく、へき地診療所として求められる診療所外の業務が遂行できないのかもしれない。

本研究の回答者は16人であり、決して多くはないが、9へき地診療所の配布数20人の8割であり、A県のへき地診療所看護師の状況を概ね把握できていると考えられた。

本研究対象者の平均年齢は53.2歳、看護師経験年数は24.6年、診療所勤務年数は11.5年であった。春山ら²⁸⁾の2013年の全国調査では、へき地診療所看護師377人の平均年齢は49.1±8.1歳、看護師経験年齢の平均は25.2±8.9歳、診療所での勤務年数は13.7±10.1であった。先行文献の調査対象者²⁹⁾ ³⁰⁾でもへき地診療所看護師の平均年齢は高く、看護師及び診療所勤務年数も高い傾向にあったことから、本研究対象者の特徴は全国のへき地診療所看護師と類似すると考えられる。

2. へき地診療所看護師の看護活動の特徴

本調査結果では、28項目の看護活動のうち、約70%の回答者が実施している看護活動が20項目、約70%の回答者が実施していない看護活動が3項目

であった。先行研究である春山ら³¹⁾の全国調査では、へき地診療所看護師が行っている看護活動のうち、「往診や外来での診察の介助や処置」、「健康診断、予防接種、乳幼児健診の介助」、「救急搬送時の初期対応」「関係機関との連絡」、「外来患者への日常生活指導」の順で実施率が高く、これらは70%以上の回答者が行っていた。この5項目は本調査でも70%以上の回答者が実施していた。加えて本調査では「検査や採血などの処置」、「救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り」、「医療・介護保険事務及び薬剤・物品管理」も70%以上が実施していた。これら8項目は、診療所の中で医師が行う診療に伴う“診療の補助”に関わる看護活動である。へき地診療所看護師が診療の補助行為として12の特定行為を実施している³²⁾という報告があり、へき地診療所看護師に求められる診療の補助は看護活動の中でもその比重が高いと考えられる。

本調査結果で、回答者の約70%が行っていない看護活動に「住民を対象とした健康教室・健康相談・保健指導等の保健活動」がある。このような看護活動は、地域住民の集団を対象とし、看護師自らが企画する予防的保健活動であり、へき地に限らない診療所看護師の役割として、健康教育や生活指導などの患者教育が指摘されている³³⁾。へき地診療所看護師の学習ニーズ調査で“保健指導”の必要性が報告されており³⁴⁾、地域活動として必要であるものの、へき地診療所看護師の活動として定着していないものと考えられる。「健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催」の項目は、春山ら³⁵⁾の全国調査で最も実施率が低く、本研究結果は全国のへき地診療所看護師の看護活動と同様の傾向を示した。

本調査結果では、「看取りを含めた訪問看護」の実施は31.3%にとどまった。2003年、2008年、2013年と縦断的に行っている調査では、2013年の調査のみで自由記載のカテゴリーに「看取りを含めた訪問看護」が見出されている³⁶⁾。近年、自宅での看取り件数は全死亡数の1割強の状況で推移している³⁷⁾が、在宅医療提供体制の整備のもと在宅療養支援診療所が新設され、その届出数は増加している³⁸⁾。今後、地域における看取りの必要性は高まると推測される。本調査を行った9診療所のうち5ヵ所で訪問看護は外部委託をしていた。へき地における看取りについては地域の他の機関とのネットワークがあり、多機関連携によって実施しているのかもしれない、今後の検討課題である。

へき地診療所看護師が行っている看護活動の特徴

は、診療の補助や救急搬送時の対応、外来での日常生活指導など診療所内での看護活動は行っているが、地域で自ら企画する保健活動や看取りを含めた訪問看護など診療所外での地域活動は少ない傾向であった。このことは、本研究の対象者が所属している診療所の人員に非常勤が多く、診療日が限られていることなど医療体制が不十分なことにも関連があると考えられる。

3. 都市部とへき地の診療所看護師のコンピテンシーの共通性と相違性

本研究で使用した都市部の診療所看護師のコンピテンシーリストは、エキスパートとして推薦された都市部の診療所看護師へのインタビューをもとにしている。本研究の対象者はへき地診療所看護のエキスパートとは限らないが、調査結果をもとに診療所看護としての共通性と相違性について考察する。

本研究のへき地診療所看護師は、都市部の診療所看護師7コア・コンピテンシーでは、66コンピテンシーリスト中54項目が中央値3“そう思う”であり、自身の看護実践力を肯定的に評価していた。中央値が2“どちらでもない”と中央値1“そう思わない”である項目は8つであった。

【Ⅰ. 診療所を利用する人の個別ケアができる】は、個別ケアのコンピテンシーであり、19項目中15項目で半数以上の人が肯定的に評価しており、へき地診療所看護師が有するコンピテンシーと考えられる。『看護外来で個別指導に対応できる』のみ肯定的な評価が半数以下であった。都市部の診療所では、医師が専門とする診療科を標榜し、疾患別に専門性の高い診療所があり、勤務する看護師も認定看護師などが配置されて看護専門外来を開設している診療所がある。それに対しへき地では、専門領域にとらわれない幅広い診療が行える医師像が求められており³⁹⁾、看護師もジェネラリストが求められていることから、看護外来の開設そのものが少ないと考えられ、都市部の規模の大きい診療所との相違性と考えられる。しかし、本研究で行った「へき地看護師が行っている看護活動」の調査で「外来患者への日常生活指導」の項目は行っている看護師が多く、看護外来ではなくでも外来看護として個別ケアは実施されていると考えられ、へき地診療所の特性に応じたコンピテンシーリストとして表現を工夫する必要がある。

【Ⅱ. 診療所を利用する人の個別ケアをしながら診療のマネジメントができる】は、診療所及び訪問

診療で行われている医療提供が円滑に行えるようマネジメントするコンピテンシーであり、17項目すべてで回答者の半数以上の人が肯定的に評価していた。『患者に適した医師の診察室に入るように調整できる（複数の医師がいる診療所の場合）』は、回答者が他の設問の半数であった。本調査対象者が所属するへき地診療所では、常勤医か非常勤医の1名が1診療室で診療を行っている様相であり、都市部の診療所のように複数の医師が同時に複数の診察室で診療することはほとんどなく、患者に合わせて医師を選ぶような医療体制ではないのがへき地診療所の特徴である。また、へき地診療所では医師が常駐していなくても医師とコミュニケーションをとって患者の状況を共有し、外来や緊急時に対応する⁴⁰⁾ことができる看護師が求められており、へき地診療所看護師の看護行動に応じたコンピテンシーを見出すことが必要である。

【Ⅲ. 診療所を利用する人の家族支援ができる】の3項目は、すべて肯定的に評価されており、へき地でも都市部でも診療所看護師が有するコンピテンシーと考えられる。斜森ら⁴¹⁾はプライマリ・ケアを担う診療所看護師に必要な能力として、「個人や家族に潜在する問題を早期に発見し対処する能力」を挙げており、暮らしに密着した地域医療の診療所では家族支援の役割は共通していると考えられる。

【Ⅳ. 診療所内の看護師同士及び医師や他職種と連携協働して診療・ケアができる】の7項目は、すべての項目で肯定的に評価されており、へき地でも都市部でも診療所看護に必要と考えられる。春山ら⁴²⁾は、へき地では人的資源が乏しいため、医師やコメディカルと連携を取りながら、状況に応じた役割が求められると述べている。本田ら⁴³⁾の地域ケア実践看護師のコンピテンシーでは、「医師との協働により隙間の無い医療体制を創り上げる力」を指摘しており、診療所看護では必要なコンピテンシーと考えられる。

【Ⅴ. 他機関と連携協働して診療・ケアができる】では、4項目中3項目で半数以上が肯定的に評価した。『退院カンファレンスに参加して、医療と生活がスムーズに移行するように調整できる』は、“そう思う”と回答した人が33.3%にとどまった。病院では入退院支援加算という診療報酬があり、患者が早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、地域の施設等と連携を進めるものであり、退院カンファレンスもここに位置づけられる⁴⁴⁾。へき地診療所では退院カンファレンス参加を依頼されたとして

も、人材不足で参加できないのかもしれない。へき地診療所の特性に応じたコンピテンシーリストの検討が必要である。

【Ⅵ. 診療所のマネジメントができる】の12項目のうち、10項目で半数以上の看護師から肯定的な評価が得られた。半数以下であった『医療保険・介護保険等の制度を理解して書類を適切に処理できる』にある「介護保険事務」は、看護活動を問うた本調査の設問にもあり、実施している人は25.0%と少なかった。しかし、医療機関には介護保険制度を利用するためにかかりつけ医の意見書を発行することが必要であり、本調査の看護師の中にはケアマネジャーを保有している人もおり、へき地の地域住民の多くが高齢者であることから、へき地診療所でも「介護保険事務」に携わる機会が増えると予測される。診療所には事務職もいるが、少人数で運営されているので、看護師が制度の理解や書類の処理にも対応し、診療所全体のマネジメントを行う必要がある。へき地診療所看護師が担う診療所のマネジメントとして、『医療保険・介護保険等の制度を理解して書類を適切に処理できる』は、求められるコンピテンシーの一つと考えられる。

【Ⅵ. 診療所のマネジメントができる】で肯定的評価をした人が半数以下であったのは、『共通する健康リスクをもつ通院患者をピックアップし集団指導できる』である。都市部とへき地の診療所看護師の看護活動を比較し、都市部はへき地より食事指導を多く実施しており、へき地は都市部より保健師との連携を多く実施していた⁴⁵⁾。へき地診療所看護師は、自分で直接企画運営できなくても、診療所として必要なことを地域の保健師と連携して実施している可能性が高く、それも診療所のマネジメントのコンピテンシーの一つと考えられる。

【Ⅶ. 地域医療・ケアができる】の4項目すべてで、へき地診療所看護師の自己評価が低かった。このうち『地域包括支援センターが主催するケア会議に参加してネットワークをつくることができる』、『地域で開催される研修会などに参加してネットワークをつくることができる』は、地域の専門職の関係づくりのコンピテンシーである。『地域住民のための保健指導や介護予防等の学習会を企画できる』、『地域で出張相談を開催し個別相談ができる』は、地域住民への集団指導と診療所外での個別指導のコンピテンシーである。本研究で行った看護活動の調査では、診療所外での保健指導は実施していない傾向であったので自己評価が低いのもうなずける。本調査の対

象の平均年齢は高く、保健師免許を保有していないことから、地域看護や公衆衛生看護に関する基礎教育を受けていない可能性がある。また、病院等の看護師経験は長いが、地域住民を対象とする健康教育活動の経験は少ないことが推察される。これらの理由で、地域の専門職や住民のネットワークづくりや集団を対象とした保健指導など、地域に出て活動する地域医療・ケアの自己評価が低かったと考えられる。

しかし、これら4つのコンピテンシーリストの自己評価が低いからといって、へき地診療所看護師に、【Ⅶ. 地域医療・ケアができる】のコンピテンシーが不要とは言えない。梶井⁴⁶⁾は「地域医療はそこで生活する地域住民のための生活支援活動である」と述べており、地域医療・ケアは、へき地診療所でこそ求められていると考える。大湾⁴⁷⁾は島しょにおける地域ケアには今も昔も変わらない駐在保健師の遺産があり、地域の人々を組織し、命を守る取り組みや健康教育の取り組みを紹介している。介護保険法のもとで取り組まれている地域包括ケアシステムの構築は、日常生活圏域で医療・介護や福祉サービスが一体的に提供できるようにするもの⁴⁸⁾であり、地域包括支援センターが拠点となっている。地域特性で地域包括ケアシステムのあり様は異なると考えられるが、へき地診療所は保健医療の拠点であり、へき地診療所のエキスパート看護師がどのような地域医療・ケアを行っているかを明らかにしてコンピテンシーリストを作成し、へき地診療所看護師が有する【Ⅶ. 地域医療・ケアができる】のコンピテンシーとすることが必要である。

4. へき地診療所看護師の人材確保・育成への示唆

都市部の診療所の看護師が有する7コア・コンピテンシーは、患者への個別ケア、家族ケア及び地域ケア、診療と診療所のマネジメント、診療所内外の他職種との連携・協働する能力など総合的な力を示しており、へき地医療を担うへき地診療所看護師のコンピテンシーにも共通性があると考えられた。しかし、66コンピテンシーリストの中には、へき地診療所の地域特性との相違性があり、へき地診療所の地域特性に応じたコンピテンシーリストの検討が必要であった。

さらに、へき地には都市部とは異なる地域特性を踏まえた診療所の特徴があると考えられる。都市部の診療所では、医師が複数いる場合や近隣に病院があるのに対し、へき地診療所では、医師の

人材不足により医師不在時に看護師が救急対応や緊急搬送の判断をしなければならないことが課題となっている^{49) 50) 51)}。本研究では、「医師不在時の応急処置や初期対応」を半数の看護師が行っており、「救急搬送時の初期対応」を約7割が行っていた。都市部の診療所看護師のコンピテンシーである【I. 診療所を利用する人の個別ケアができる】のコンピテンシーリストの一部になりうると考えられるが、医師不在となるへき地診療所という特性を踏まえたコンピテンシーリストは、今後の検討課題である。

加えて、へき地診療所看護では「地域特性の把握」が必要とされる^{52) 53) 54)}。都市部でも地域の人口動態や交通機関の状況、地域の社会資源などの地域特性を把握して看護活動に活かしている。へき地は人口が少なく地域住民の顔が見え、住民同士の関係性の把握が可能である。地域で長年培われてきた価値観や文化的習慣の影響も強く、都市部の診療所とは地域特性の把握の視点が異なることが推察される。離島に派遣された看護師が戸惑いや困難を乗り越える過程が報告されており⁵⁵⁾、へき地という地域特性の把握方法や看護師のへき地への定着などがへき地診療所看護師のどのようなコンピテンシーとなるのか、今後の検討が必要である。

へき地診療所看護師が直面する課題に、マンパワーの不足と学習活動の不足が挙げられており⁵⁶⁾、人的資源の不足から生じる多忙な業務を行う中で主体的な学習活動まで余裕がない可能性も考えられる。へき地診療所看護師が学習の機会やネットワークづくりをしやすい取り組みを考えていく必要がある。看護師自身だけでなく、医師や運営主体、行政への働き掛けを検討し、周知していくことが必要と考えられる。また、学習方法として情報通信機器（ICT）の活用^{57) 58)}があり、PCやスマートフォンを用いた遠隔教育方法を取り入れて、へき地診療所看護師の学習ニーズに応えていく必要がある。このようなへき地における学習の継続もへき地診療所の活動に必要なコンピテンシーとなるのか、今後の検討が必要である。

へき地診療所看護師の人材育成には、診療所看護に共通するコンピテンシーと、へき地診療所の地域特性に応じたコンピテンシーに基づく教育プログラムが必要と考えられた。

5. 本研究の限界と課題

本研究では、へき地看護の人材確保・育成のためにへき地看護師の看護活動と都市部の診療所看護師

のエキスパートから得られたコンピテンシーを調査した。調査対象者はへき地診療所のエキスパート看護師とは限らないこと、コンピテンシーについては都市部の診療所看護師のコンピテンシーとの比較であることが本研究の限界である。しかし、へき地診療所看護師の看護活動の特徴と診療所看護師としてのコンピテンシーの共通性を見いだすことができた。また都市部の診療所コンピテンシーリストの一部は、地域特性の相違性を踏まえた見直しが必要であると考えられた。今後は、へき地診療所看護のエキスパートが行っている看護活動を調査し、へき地という地域特性に応じた診療所看護師のコンピテンシーを検討し加えていくことが課題である。

V. おわりに

本調査によるへき地診療所看護師が行っている看護活動の特徴は、診療所内での診療の補助に関する看護活動は実施しているが診療所外での保健指導や看取りなどの看護活動が少ないことであった。また、へき地診療所看護師のコンピテンシーと都市部の診療所看護師のコンピテンシーには共通性と相違性があり、へき地の地域特性を考慮した看護行動項目が必要と考えられた。へき地診療所看護師を育成する教育プログラムでは、診療所看護として共通するコンピテンシーとへき地診療所の地域特性に応じたコンピテンシーの育成が必要と考えられた。

本研究は、令和3年度宮城大学特別研究費（指定研究）を得て実施した研究の一部である。利益相反はない。

文献

- 1) 大平肇子, 小林文子, 吉岡多美子他：日本におけるルーラルナーシングの役割モデルについての研究. 三重県立看護大学紀要, 6: 75-84, 2002.
- 2) 吉岡多美子, 小林文子, 大平肇子他：ルーラルナーシングにおける専門家役割モデルの検証－M県内におけるへき地診療所と都市部病院に勤務する看護専門職への調査結果から－. 三重県立看護大学紀要, 6: 85-94, 2002.
- 3) 春山早苗, 江角伸吾, 関山友子他：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－. 日本ルーラルナーシング学会誌, 10: 1-13, 2015.
- 4) 安田貴恵子, 御子柴裕子, 小林理恵子他：山間

- 地域の診療所における看護師の役割—診療所の外来受診者と看護師に対する調査から—. 長野県看護大学紀要, 10; 89-100, 2008.
- 5) 吾郷美奈恵, 三島三代子, 石橋鮎美: “しま”の医療を担っている看護師の「目配り・気配り・心配り」と地域連携. 日本医療看護学教育学会誌, 26(3); 40-46, 2008.
 - 6) 大島操, 新居富士美, 安部恭子: 診療所における看護師の役割に関する文献検討. 九州看護福祉大学紀要, 15(1); 81-88, 2014.
 - 7) 関山友子, 湯山美杉, 江角伸吾他: 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難感. 日本ルーラルナーシング学会誌, 第10巻; 31-39, 2015.
 - 8) 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. 日本看護学研究会誌, 39(4); 105-113, 2016.
 - 9) 戸田由美子, 坂本雅代, 斎藤美和: へき地診療所における看護実践上のとまどい. 高知大学看護学会誌, 65(1); 21-31, 2012.
 - 10) 塚本友栄, 小川貴子, 工藤奈織美他: へき地診療所看護職の学習ニーズ. 日本ルーラルナーシング学会誌, 5; 1-15, 2010.
 - 11) 山崎不二子, 稗園砂千子, 大重育美: へき地看護の特徴を活かした研修プログラムの開発—へき地への派遣経験を持つ看護職からの聞き取り—. 福岡女学院看護大学紀要, 5; 1-11, 2014.
 - 12) 岩渕光子, 蘇武彩加, 上林美保子: 過疎地域における中小規模医療機関の看護師現任教育体制の現状と課題—A 県国民健康診療施設への調査から—. 日農医誌, 68(5); 595-605, 2020.
 - 13) 下地千里, 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.
 - 14) 坂本雅代, 戸田由美子, 平瀬節子他: へき地の診療所における看護者の看護実践力を高めるための学習活動の実態調査. 高知大学看護学会誌, 5(1); 53-58, 2011.
 - 15) 清水かおり, 神里みどり: 離島診療所看護師の学習環境の現状と課題. へき地・離島救急医療学会誌; 24-29, 2017.
 - 16) 武村雪絵編(2014). 看護管理に活かすコンピテンシー 成果につながる「看護管理力」の開発, メヂカルフレンド社, 東京, 2014.
 - 17) 國澤尚子, 丸山優, 畔上光代他: 都市部の診療所看護師が有するコンピテンシーとその構造. 宮城大学研究ジャーナル, 第2号; 36-45, 2022.
 - 18) 本田芳香, 大塚公一郎, 島田裕子他: 地域ケア実践看護師のコンピテンシー, 日本ルーラルナーシング学会誌, 14; 15-28, 2019.
 - 19) 斜森亜沙子, 森山美知子: わが国のプライマリ・ケア機能を担う診療所における看護師の担うべき役割に必要な能力. 日本プライマリ・ケア合同学会誌, 38(2); 102-115, 2015.
 - 20) 厚生労働省: へき地の医療体制構築に係る指針, https://www.niph.go.jp/h-crisis/wp-content/uploads/2021/09/20210906105852_content_10800000_000827567.pdf (最終閲覧, 2022年10月2日)
 - 21) 前掲書17), 36-45.
 - 22) ライル M. スペンサー, シグネ M. スペンサー: コンピテンシー・マネジメントの展開 導入・構築・活用. 梅津祐良, 成田攻, 横山哲夫訳, 生産性出版(東京), p.11, 2001.
 - 23) 前掲書3), 1-13.
 - 24) 前掲書17), 36-45.
 - 25) 前掲書17), 36-45.
 - 26) 前掲書17), 36-45.
 - 27) 高山隼人: へき地・離島での医療, 医学のあゆみ, 264(10); 914-920, 2018.
 - 28) 前掲書3), 1-13.
 - 29) 前掲書14), 53-58.
 - 30) 前掲書15), 24-29.
 - 31) 前掲書3), 1-13.
 - 32) 江角伸吾, 山田明美, 中島とし子他: へき地診療所における看護師の診療の補助行為の実施状況—12項目の特定行為(案)に着目して—. 日本ルーラルナーシング学会誌, 9; 47-56, 2014.
 - 33) 前掲書6), 81-88.
 - 34) 前掲書10), 1-15.
 - 35) 前掲書3), 1-13.
 - 36) 前掲書3), 1-13.
 - 37) 平成27年人口動態調査 死亡場所別にみた死亡数・構成割合の推移, 27toukei.xls (live.com), (最終閲覧2022年6月27日).
 - 38) 秋山美紀, 竹林亨: 在宅医療の担い手としての診療所機能の現状と効率的な療養支援のための地域連携の課題. 医療と社会, 23(1); 3-11, 2013.

- 39) 梶井英治：日本におけるへき地保健医療対策の現状と課題, *Nursing Business*, 9 (10) ; 40-42, 2015.
- 40) 春山早苗, 田村須賀子, 鈴木久美子他：へき地診療所における医師と看護師との連携に関する研究. *日本ルーラルナース学会誌*, 6 ; 35-49, 2011.
- 41) 前掲書19), 102-115.
- 42) 前掲書40), 35-49.
- 43) 前掲書18), 15-28.
- 44) 永田智子：療養場所の円滑な移行に向けた退院支援方策の開発とその評価. *看護科学研究*, 13 ; 18-21, 2015.
- 45) 亀井彩加, 大竹まり子, 赤間明子他：診療所看護職の看護活動と自律性ー東北地方A県における都市部とへき地の比較ー. *北日本看護学会誌*, 13(1) ; 61-68, 2010.
- 46) 梶井英治：I .医療の現状と地域医療, 自治医科大学監修：地域医療テキスト. 医学書院, p.2, 東京, 2009.
- 47) 大湾明美：島に学ぶ地域ケア 高齢者の豊かな人生をつくる発想の転換. *オフィス・コオリノ*, 196-205, 沖縄, 2021.
- 48) 厚生労働省：地域包括支援システム, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (最終閲覧2022年10月2日)
- 49) 前掲書3), 1-13
- 50) 前掲書8), 105-113
- 51) 前掲書11), 1-11
- 52) 前掲書3), 1-13
- 53) 前掲書4), 89-100
- 54) 前掲書11), 1-11
- 55) 伊東美智子：離島に所在する医療機関で勤務する看護師の赴任後の戸惑いや困難を乗り越えるまでの過程ー異文化適応への示唆を求めてー. *文化看護学会誌*, 10(1) ; 2-15, 2018.
- 56) 前掲書8), 105-116.
- 57) 前掲書20), 97
- 58) 御代田桜子, 米津直希, 富樫千紘：「へき地教育」の概念・法および実態に関する基礎的研究. *稚内北星学園大学紀要*, 18 ; 7-21, 2018.

原著

中山間過疎地・島嶼に勤務する看護師が必要と認識した COVID-19に対する学習支援

Learning support for COVID-19 recognized as necessary by rural nurses

平良由香利¹⁾, 鈴木典子²⁾, 橋本幹子³⁾, 中村美鈴⁴⁾
Yukari Taira¹⁾, Noriko Suzuki²⁾, Mikiko Hashimoto³⁾, Misuzu Nakamura⁴⁾

キーワード：COVID-19, 中山間過疎地, 島嶼, 看護師, 学習支援
Keywords：COVID-19, rural, mountainous areas, islands, rural nurses, learning support

抄録

目的：中山間過疎地・島嶼に勤務する看護師（以下、ルーラルナース）が必要と認識したCOVID-19に対する学習支援について明らかにする。

方法：地域医療振興協会のホームページに記載されている病院・診療所610施設に勤務するルーラルナースを対象に質問紙調査を行い、必要と認識したCOVID-19に対する学習支援について分析をした。調査内容は、COVID-19の病態・治療、感染者・感染を疑われる者への対応、必要な感染予防などの必要性である。また、必要と考える学習支援内容について自由記載を求めた。

結果：配布数は1487通、有効回答数326通であった。平均年齢は 47.7 ± 10.3 歳、看護師経験年数は 23.4 ± 10.9 年、ルーラルにおける経験年数は 13.8 ± 11.3 年であった。7割以上の看護師がCOVID-19に対する学習支援の必要性を認識していた。具体的には、ICT環境や教育の充実、同環境の施設との情報共有などを求めている。

結論：ルーラルナースはCOVID-19に対する知識や対応への支援を必要としていた。情報の整理、専門家の活用、施設間連携、ICTを活用した支援体制が必要である。

Abstract

Objective: This study aimed to determine the support for COVID-19 among nurses working in depopulated mountainous areas and islands (rural nurses).

Methods: Rural nurses working in 610 hospitals and clinics listed on the Association for the Promotion of Community Health Care website were surveyed about their perceived need for learning support for COVID-19. The survey included the pathophysiology and treatment of COVID-19, treatment of infected persons and those suspected to be infected, and necessary infection prevention. Respondents were also asked to write freely about what they thought was necessary to support learning.

Results: A total of 1487 letters were distributed, and 326 valid responses were received. The mean age, mean years of experience as a nurse, and mean years of experience as a rural nurse were 47.7 ± 10.3 years, 23.4 ± 10.9 years, and

受付日：2022年7月4日 採択日：2023年2月10日

1) 沖縄県立看護大学大学院博士後期課程

Doctoral Course, Graduate School of Nursing Science, Okinawa Prefectural College of Nursing

2) 栃木県看護協会 / 前常陸大宮済生会病院

Tochigi Nursing Association / Former Hitachiomiya Saiseikai Hospital

3) 看護小規模多機能型居宅介護施設 ぬくもり

Multifunctional Long Term Care in Nursing Small Group Home NUKUMORI

4) 東京慈恵会医科大学医学部看護学科 The Jikei University School of Nursing

13.8 ± 11.3 years, respectively. The respondents requested an ICT environment, improved education, and information sharing with other facilities in the same environment.

Conclusion: Rural nurses need support for knowledge of and response to COVID-19. A support system is needed to organize information, utilize specialists, collaborate among facilities, and utilize ICT.

I. はじめに

2020年初頭から我が国で流行し始めたCOVID-19は、2022年6月末までに900万人を超える感染者を出した¹⁾。COVID-19のパンデミックは都市部や一部の地域に限定された出来事ではなく、中山間過疎地・島嶼を含む我が国すべての地域において未曾有の事態を引き起こした。具体的には、離島における医療機関や高齢者施設のCOVID-19感染症のクラスター発生や爆発的な市中感染、へき地拠点病院における外来診療の制限などが生じた^{2) 3)}。つまり、高度救急を担う都市部に勤務する看護師だけでなく、中山間過疎地・島嶼に勤務する看護師(以下、ルーラルナース)も危機的状況を経験していた。

中山間過疎地・島嶼における看護活動は、地域や住民とのつながりと地域資源のアセスメント、その場に合わせた多様なアプローチ、救急医療・看護を含んだ包括的な実践であるといわれている⁴⁾。中山間過疎地・島嶼における救急医療は、地理的な障害や天候に影響を受けることも特徴とされ、中山間過疎地・島嶼は都市部に比べ外傷による死亡率が14%も高いことが報告されている⁵⁾。それゆえ、ルーラルナースはタイムリーに救急医療にアクセスできるよう日々、実践に当たっている。

救急搬送時の対応は、ルーラルナースの特徴的な看護活動⁴⁾であるが救急時における看護師の責任や役割の大きさ、体制の不備により対応にストレスを生じているといわれている⁶⁾。先行研究では、搬送への判断を迫られることや医師不在時の対応、一人で生命確保から搬送の受け入れ先の確保までを行うことに対して負担や恐怖を抱いている^{4) 7)}ことが明らかになっている。そのため、処置技術の訓練を施設内で行う⁸⁾などの取り組みが行われている。さらに、塚本ら⁹⁾の2010年の調査からは、健康危機発生時の対応に関する学習として災害時の救急法と新型コロナウイルスに対して学習ニーズがあると報告されており、ルーラルナースは自然災害や感染症の集団発生などの危機的状況を危惧していたと考える。

しかしながら、ルーラルナースは、代替看護師がいないことや距離的な問題、費用的な問題から専門的な研修や学会に参加できないと考え、研鑽の機会

が不足していると感じている^{7) 10) 11)}。そのため、知識の情報源はピアとなり、身近な看護師や医師から情報を得ることが主となる^{10) 12)}。その結果、看護や医療に関する最新情報が入ってこないと感じ¹¹⁾、孤立していると感じる¹⁰⁾ルーラルナースがいることが報告されている。

これらのことから、ルーラルナースは救急医療・看護に対する学習のニーズを持ちながらも、十分に学習活動が行えていないと考える。ルーラルナースが中山間過疎地・島嶼において最善の実践を行うには、救急医療・看護に対する学習が可能になるよう支援体制が必要である。そこで研究者らは、学習支援体制の構築を目指し、ルーラルナースの救急医療・看護に対する学習ニーズを調査することとした。調査の準備段階において、COVID-19のパンデミックが始まり、中山間過疎地・島嶼において、パンデミックに対応できるよう準備ができていた地域はそれほど多くないと推察された。そのため、ルーラルナースの救急医療・看護に対する学習ニーズ調査項目に、COVID-19に関する質問項目を追加して調査を実施した。本論文においては、COVID-19に対する学習支援に関する調査についてのみ報告する。

本研究の調査時期は、第2波が落ち着き第3波が始まる頃の調査であり、現在の状況とは異なる点もあると考えるが、未曾有の事態を経験したルーラルナースの学習支援に対する具体的なニーズを把握することは、新興感染症や災害時のルーラルナースへの学習支援の構築へ向けた有益な示唆が得られると考える。

II. 研究目的

ルーラルナースが必要と認識したCOVID-19に対する学習支援について明らかにする。

III. 用語の定義

本研究では、下記の用語について次のように定義をし、研究の前提とする。

学習支援：学習とは、学問・技術を学びならうこと¹³⁾である。そのため、学習支援をルーラルナースがCOVID-19に対する看護を実践する上で必要な学びを促す支援とする。学習に関わる学習内容や方法、環境を含める。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者

中山間過疎地・島嶼に勤務する看護師（ルーラルナース）を対象とした。

2. 方法と内容

本研究は、郵送法を用いた自記式による質問紙調査を行った。

1) 調査内容

本研究は、「ルーラルナースの救急医療・看護に対する学習ニーズの実態」調査の質問紙にCOVID-19に関する質問項目を追加して実施した。下記に調査項目を示す。

(1) 基本属性

年齢、性別、看護師経験年数、ルーラルにおける経験年数、住居地域、婚姻の有無、子どもの有無について尋ねた。

(2) 質問紙の内容

COVID-19に関する質問項目は、先行文献から考えられた感染症に対する学習支援へのニーズだけでなく、特化した支援が必要になってくると考えられたため、看護管理者の経験を持つ研究者の意見を参考に研究者間で協議し、決定した。COVID-19に関する質問項目は、病態・治療、感染者・感染を疑われる者への対応、必要な感染予防、ガイドラインの入手、感染症専門家への個別相談、医療スタッフに対する対応、他機関からの支援について尋ねた。学習支援の認識については、とても必要を「5」、必要ないを「1」とし、その間は説明書きを設けずに数字だけを示し、必要度として5段階のリッカートスケールとした。次いで、現在、中山間過疎地・島嶼で働く看護師4名にプレテストを実施し、修正を行い、妥当性を確保した。

加えて自由記述欄を設け、COVID-19に関する学習支援として必要と考える支援内容についてルーラルナースの自由な意見を求めた。

2) データ収集方法

地域医療振興協会のホームページに記載されている中山間過疎地・島嶼にある病院・診療所を抽出し、依頼文と質問紙を送付した。施設は、山間部・沿岸部・島嶼に分類され登録されており、沿岸部の施設が少なかった。そのため、回答の偏りが生じないように施設の規模により配布数を調整した。山間部・島嶼に登録された診療所には1～2部、病院には4～

7部を送付し、沿岸部の診療所は3～4部、沿岸部の病院には10部を送付した。

3) 調査期間

調査期間は、2020年10月下旬から11月である。なお、この時期はCOVID-19が流行していたが変異株の出現は認められていなかった。

4) 分析方法

統計解析ソフトSPSS Statistics ver. 27を用いて、参加者の属性およびCOVID-19に関する質問項目における記述統計量を算出した。自由記述は、質的帰納的に分析した。COVID-19に対する学習支援に関連した内容を抽出しコードとし、意味内容の類似性に沿ってまとめ、サブカテゴリ、カテゴリと分類し、抽象化して高次化した。分析は研究者間で熟考し、真実性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

本研究は常陸大宮済生会病院倫理委員会における承認を得て実施した（承認番号：19-06、承認日：2020年9月30日）。質問紙は無記名とし、研究の目的、方法、自由意思による参加、利益と損益、プライバシーの保護、研究の発表方法について記載した用紙を質問紙に同封し、質問紙の初めに同意の有無を記入する欄を設定した。

Ⅴ. 結果

ホームページに記載されていた610施設に対し、質問紙を1487通送付し、50通が住所不明で返送された。340通の返信があり、回収率23.7%であった。そのうち、同意がないもの、COVID-19に関する質問項目に1つも回答がないものを除いた有効回答数は326通、有効回答率95.9%であった。自由記述には92名の記述が得られた。

1. 対象者の背景

看護師の年齢は、平均 47.7 ± 10.3 歳、50歳代が最も多く138名であり42.3%であった。次いで40歳代が80名で24.5%であり、40歳・50歳代で全体の66.8%を占める結果となった。20歳代の看護師は21名（6.5%）にとどまり、60歳以上の28名（8.6%）の看護師が中山間過疎地・島嶼において活動していることが明らかとなった。性別は、女性が大多数であり、男性が24名（7.4%）と少なかった。

看護師経験年数は、 23.4 ± 10.9 年であり、30-39

年が最も多く98名で30.0%、次いで20-29年の83名で25.5%であり、経験年数20年以上が過半数を占めた。その反面、ルーラルにおける経験年数は、平均13.8±11.3年であるものの、9年以下の看護師が158名（48.5%）であった。勤務している地域に住居がある者が257名（78.8%）であった。婚姻ありの者が246名（75.5%）、子どもありの者が244名（74.8%）と双方ともに7割を超える傾向にあった（表1）。

表1. 対象者の基本的属性

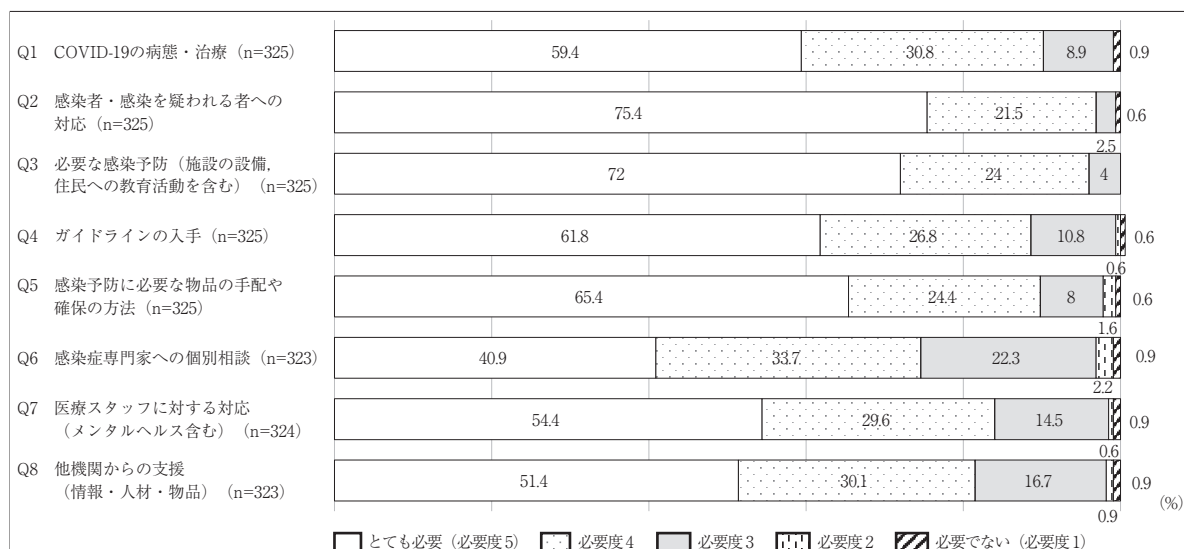
調査内容および項目			n (%)
年齢	平均±標準偏差	47.7±10.3	
	20歳代		21 (6.5)
	30歳代		57 (17.5)
	40歳代		80 (24.5)
	50歳代		138 (42.3)
	60歳代以上		28 (8.6)
性別	女性		302 (92.6)
	男性		24 (7.4)
看護師経験年数	平均±標準偏差	23.4±10.9	
	9年以下		42 (12.9)
	10-19年		82 (25.2)
	20-29年		83 (25.5)
	30-39年		98 (30.0)
	40年以上		21 (6.4)
ルーラルにおける経験年数	平均±標準偏差	13.8±11.3	
	9年以下		158 (48.5)
	10-19年		68 (20.9)
	20-29年		64 (19.6)
	30-39年		33 (10.1)
	40年以上		3 (0.9)
住居地域	勤務している地域		257 (78.8)
	勤務外の地域		69 (21.2)
婚姻の有無	あり		246 (75.5)
	なし		80 (24.5)
子どもの有無	あり		244 (74.8)
	なし		82 (25.2)

2. ルーラルナースが認識したCOVID-19に対する学習支援の必要度

ルーラルナースが認識したCOVID-19に対する必要な学習支援として、8の質問項目のうち7項目で必要度5および必要度4が8割以上であった。『感染者・感染を疑われる者への対応』は必要度5が245名、必要度4が70名であり、合わせて96.9%と最も多く、次いで『必要な感染予防（施設の設備、住民への教育活動を含む）』は必要度5が234名、必要度4が78名の96.0%、『COVID-19の病態・治療』に関しては必要度5が193名、必要度4が100名の90.2%を占めた。『ガイドラインの入手』は必要度5が201名、必要度4が87名の88.6%、『感染予防に必要な物品の手配や確保の方法』は必要度5が213名、必要度4が79名であり89.8%と9割を下回った。

『医療スタッフに対する対応（メンタルヘルスを含む）』は必要度5が176名、必要度4が96名であり84.0%、『他機関からの支援』は必要度5が166名、必要度4が97名と81.5%を占め、『感染症専門家への個別相談』は必要度5が132名、必要度4が109名の74.6%であった。これらの質問項目では、必要性を感じているルーラルナースは多いものの前述した項目よりも全体的な必要度は低く、必要度4の回答が多かった。『感染症専門家への個別相談』については、必要度3の回答が22.3%を占めた（図1）。

図1. ルーラルナースが認識したCOVID-19に対する必要な学習支援



3. ルーラルナースが認識したCOVID-19に対する具体的な学習支援

ルーラルナースへCOVID-19に対する必要な学習支援について尋ねた自由記述欄には、92名の記載があり、92名のうち3名は特別な学習支援については不要との記述であった。2名は現在のところ情報は届いている、1名は必要と考える学習支援は受けることが出来ないために不要と記述されていた。さらに、必要度を尋ねた質問項目と重複した記述内容が見られたが、それらは特にルーラルナースが必要性を認識した内容であると捉え、分析対象とした。また、診療所の体制や学習姿勢の重要性などの様々な記述があったためCOVID-19に関連した内容であるか否かを研究者間で協議し、学習全般のことを示していた8名の記述は分析対象外とした。

そのため、81名が記述した121のコードを質的帰納的にまとめた。COVID-19に対して必要だと考える学習支援内容について11のカテゴリが抽出された(表2)。カテゴリは【 】, サブカテゴリは [], 対象者の記述は『 』で示す。

1) 【実践的な感染対策を学ぶ機会】

このカテゴリは、4つのサブカテゴリが含まれ、感染対策をより実践的に学ぶことができる機会を求めるものであった。ルーラルナースは、『日々の院内消毒の頻度やタイミングなど、院内感染予防行動も限られた人材で考え、行わなければならない、専門的な知識が必要だと考えさせられる』と述べ、限られた人材だけで行う感染対策に限界を感じ、[日々遭遇する場面に根拠を持ち対応するために専門家に相談]を求めている。また、[ガウン着脱などの実践レベルでの知識と考え方]として『ガウン・マスク・手袋などの着脱方法などデモンストレーションをしてもらい、自分で行い、違う点を指摘してほしい』などの行動レベルでの示唆を求めている。併せて『具体的な病棟や外来の設営方法』のように[施設の状況にあった実践的な感染対策]に対する支援を求めている。さらに、『実際のケースをもとにどのような症状でどのように治療(または看護)を行ったのかいくつかの事例をもとに学習が出来たら良いと思う』という実践した結果を含めた[実際の事例からの学び]を求めている。

2) 【正確な新しい情報を入手できる仕組み】

ルーラルナースは、COVID-19の正確で最新の情報が入手できる環境を求めている。2つのサブカテ

ゴリが抽出された。『感染状況に応じたガイドラインを適時入手したい』や『実情に合った信頼できる情報がタイムリーに届けられる環境』のように[信頼できる最新情報が入手できる環境]を必要としていた。[正しい情報に対するニーズ]は、『私たちの地域には、まだ感染者はいません。でも住民の不安もあるし、逆に「ここは大丈夫」と思っている人もいるので正しい知識が欲しい』といった地域の状況を反映していた。また、自分たちの『対策に誤りはないか、正しい知識を身につける』ことで感染対策をしていきたいと述べた。

3) 【COVID-19を学習できる包括的な支援】

このカテゴリは、2つのサブカテゴリで構成された。『COVID-19についてほぼ無知な状況の中、今後どうしたらよいか、どう対処し、行動するのかを学ぶ手段がない』という[COVID-19について学ぶ手段]に加え、『受け入れ病院のため、学習支援は全てとても必要と考える』や『(COVID-19の)アンケート質問項目、すべてだと思う』『災害看護』といった広くCOVID-19について学ぶ[患者を受け入れるために必要な学習]を求めている。

4) 【限られた人材の中で必要な情報を判断する難しさ】

このカテゴリは2つのサブカテゴリが含まれ、新興感染症に対応するがゆえの難しさが記述されていた。ルーラルナースは『情報が錯綜して何かいまひとつどういう動きをしていいかわからない』や『情報が交差し、どれが適切かわからない』『うわさレベルの情報もあり、正しい情報の判断が難しい』といった[情報が錯綜することによる判断の難しさ]を感じていた。加えてこの情報を判断するのに[通常業務をしながら情報を把握する困難さ]という『資料は次々とたくさん送付されてくるが、前回とどの部分が変更されているのか読み進めないと判断できず、業務をしながらは大変であった』や『日々の業務と並行して行われるため、時間の確保や指導者の勤務調整が必要』『厚生労働省、市町村の情報を把握することに手一杯で学習まで追いついていない状況』という困難を感じていた。

5) 【中山間過疎地・島嶼における新興感染症への対応の難しさ】

中間過疎地・島嶼におけるCOVID-19に関連した人への支援を必要とする2つのサブカテゴリが含

表2. ルーラルナースが認識したCOVID-19に対する具体的な学習支援

n=81

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容の一例
実践的な感染対策を学ぶ機会	日々遭遇する場面に根拠を持ち対応するために専門家に相談	・感染者 感染を疑われる者への対応について、根拠を持った具体的なやり方を教えてほしい ・日々の院内消毒の頻度やタイミングなど、院内感染予防行動も跟れた人材で考え、行わなければならず、専門的な知識が必要だと考えさせられる
	実践的な感染対策を学ぶ機会	・ガウン・マスク・手袋などの着脱方法などデモをしてもらい、自分で行い、違う点を指摘してほしい ・施設の状態にあった実践的な感染対策
	施設の状態にあった実践的な感染対策	具体的な病棟や外来の設置方法、看護師の帰宅前の感染対策などについて ・症例に対してどのような実践をしようかといったことなど、患者様から学ぶことが多いと思う ・実際のケースをもとにどのような症状でどのように治療（または看護）を行ったのかといったこと
	実際の事例からの学び	・感染を疑われる者への対応が病棟によって違うと思うのでどんな最新情報は出してもらいたい ・実情に合った信頼できる情報がタイムリーに届けられる環境
正確な新しい情報入手できる仕組み	信頼できる最新情報入手できる環境	・感染者を疑われる者への対応が病棟によって違うと思うのでどんな最新情報は出してもらいたい ・実情に合った信頼できる情報がタイムリーに届けられる環境
	正しい情報に対するニーズ	私たちの地域にはまだ感染者はいないが、住民の不安はあるし、「ここは大丈夫」と思っている人もいるので正しい知識が欲しい
	COVID-19を学習できる包括的な支援	COVID-19についてほぼ無知な状況の中、今後どうしたらよいか、どう対処し、行動するのかを学ぶ手段がない 患者を受け入れるために必要な学習
	限られた人材の中で必要な情報を判断する難しさ	・情報が錯綜して何かいまひとつつという動きをしていいかわからない ・資料は次々とたくさん送られてくるが、前回とどの部分が変わっているのか読み進めないで判断できず、業務しながらは大変であった ・厚生労働省、市町村の情報を把握することに手一杯で学習まで追いついていない状況
中山間過疎地・島嶼における新感染症への対応の難しさ	COVID-19種におけるスタッフへの対応	医療スタッフや看護管理者に対するメンタルヘルスなどについても学習機会があれば嬉しい
	濃密な人間関係による感染予防の難しさと風評被害への対応	・村民は皆、親戚の家に住んでいるので、持ち込まれると防げない、そのため不安が強い ・田舎であるため、感染者が出たとなれば、職員、家族などにかんがりの影響がある、うわさだけでも非国民的な扱い、正しい情報と、一般人の差別的な意識を取り除くような取り組みは必要かと思う
	自施設と同様の環境にある施設への対応	・限られた物質、人材の中、同じ境遇で活動されている方々との情報の共有が図れると安心や自信につながる ・他の病院でどのような対策を行っているのかを簡単に共有できるようにしたい
	他施設との連携が薄く孤立	・他の病院、施設との関わりが薄く、孤立していると感じる ・感染者の地域での対応が、孤立していると感じる ・感染者の地域での対応が、孤立していると感じる ・感染者の地域での対応が、孤立していると感じる
組織全体で統一した対応できるための学習支援	医師の考えに翻弄され得にくい共通認識	・中山間過疎地病院といえどCOVID-19を受け入れ病院となっており、今まで対応したことのないウィルスであり知識不足で大変困惑している ・独自の感染対策を行っていることが多くスタッフの不安が大きい ・感染者の対応は、医師の対応に委ねられているので、職場全体で学習できる内容のものがない ・地域に1名の医師のもと「正しい」情報を持ってほしい、厚労省や県の資料は読み流し済みで自身が不安に感じている
	学習の必要性に対する個人差・温度差を統一する機会	・COVID-19に対する意識が個人で違うため学習した内容が生かされない状況にある ・スタッフ間でも感染対策への意識や知識に差があるため、統一を図りたい ・限られた人材と環境、物品の中にも有効にちぎんとした対策がとれるように決定事項をスタッフに伝達する ・基本的な対応について、こまめに確認し、みんなが意識を統一することが大切だと思う
	施設全員で共通認識を持つための支援	・限られた人材と環境、物品の中にも有効にちぎんとした対策がとれるように決定事項をスタッフに伝達する ・基本的な対応について、こまめに確認し、みんなが意識を統一することが大切だと思う
	地域内の多職種で協働するための仕組み	人材不足の地域で、とくに介護施設で感染者が出た場合の対応と連携について、地域内の多職種が共に考え、準備しておくことが必要、そのための学習の機会を設けたい
地域が多職種で協働が可能となる機会と仕組み	地域に陽性者が出た際の搬送や対応方法	治療やケアだけでなく、対応や専門機関への搬送などの対応方法について学び、共有する必要がある
	感染者・感染を疑われる者を受け入れるための仕組み	地域に他に医療機関がないため、体制が整っていないくても発熱者を受け入れざるをえない、一人暮らしの高齢者が発熱時にどのような手段で発熱外来までたどりつかなければいけないのか、
	必要物品の確保への対応	発熱外来までたどりつかなければいけないのか、必要物品の確保ができると考える
	ICTを活用した学習機会の充実と周知	・動画教材の充実 ・eラーニングなど学習できるような知識を共有したい
住民への教育や情報発信できる仕組み	ICTを活用した学習機会の増加	・eラーニングなど学習できるような知識を共有したい ・eラーニングなど学習できるような知識を共有したい
	通信環境・機材・サポートの充実	看護の人数に対するネット用端末の数が少ないので、タブレット購入などの支援があるとうよい
	住民に対する教育の方法と内容	・コロナ感染者の発生者がいないためか、風邪症状や発熱があっても従来通りに受診され、予防接種の方と接触するため困惑、その都度、説明するが患者教育について学ぶ機会があればよい ・COVID-19は地域全体で考えていかなければいけないと思うが、研修などは難しいため、テレビや配布資料、インターネットなどさまざまな形で学習できる環境が必要
	タイムリーに地域住民へ情報発信する仕組み	地域住民への啓発、具体的な注意点や対応について伝えることが必要と感じる
中山間過疎地・島嶼において研修参加が可能な環境	中山間過疎地・島嶼でも知識を向上させられるための研修機会の増加	・山間部の小さい病院のため、若い方の学びの場が少なくCOVID-19により看護協会の研修も減ってしまった ・（研修の）日にちの確保をもう少しよくしてほしい
	研修参加のための経済的支援	出張費も発生すると公立の小さな診療所では難しい
	代替看護師派遣などの不在時への支援	現在は休暇申請は2か月前、研修参加は年1回程度のため、希望したら参加できるようにしてほしい
	代替看護師派遣などの不在時への支援	現在は休暇申請は2か月前、研修参加は年1回程度のため、希望したら参加できるようにしてほしい

まれていた。[COVID-19禍におけるスタッフへの対応]は、『医療スタッフに対する対応と同様、看護管理者に対するメンタルヘルスなどについても学習機会があれば嬉しい』というパンデミック禍におけるスタッフへの支援を学びたいという声であった。また、[濃密な人間関係による感染予防の難しさや風評被害への対応]では『村民は皆、親戚の様に関わりが深いので、持ち込まれると防げない。そのため、不安が強い』や『田舎であるため、感染者が出たとすれば、職員、家族などにかなりの影響がある。うわさだけでも非国民的な扱い、正しい情報と、一般人の差別的な意識を取り除くような取り組みは必要かと思う』、『コロナの共存は離島では難渋、ここが一番必要と思うが、バランスが難しい』という記述があり、ルーラルナースは中山間過疎地・島嶼の土地柄に困難を抱き、支援を求めている。

6) 【中山間過疎地・島嶼にある他施設との情報を共有できる仕組み】

2つのサブカテゴリが含まれ、1つ目は[自施設と同様の環境にある施設の対策と情報共有]であり、『限られた物資、人材の中、同じ境遇で活動されている方々との情報の共有が図れると安心や自信につながる』という情報共有の場そのものを求めている。その際は、『同じ規模の診療所の対応を知りたい』『同じ規模の施設(病院)での対応が参考になると思う。そのようなグループでの情報交換・共有』のように、自身が勤務する施設と同様の環境にある施設の情報を求めるという特徴があった。

2つ目のサブカテゴリは、[他施設との連携が薄く情報が入手しにくく孤立]しているであった。『他の病院、施設との関わりが薄く、孤立しているとすごく感じる』や『感染者0の地域なのであまり緊迫感が感じられない。情報も詳細まで書かれた物も入ってこない。自分が知らないだけなのでしょうか?』という他の施設の情報だけでなくCOVID-19に関する情報も入手しにくいと感じ、孤立を感じていた。

7) 【組織全体で統一し対応できるための学習支援】

このカテゴリには、4つのサブカテゴリが含まれた。ルーラルナースは、一緒に働くスタッフ間における認識の差や学習に対する温度差を感じていた。『中山間過疎地病院といえどCOVID-19受け入れ病院となっており、今まで対応したことのないウィルスであり知識不足で大変困惑している』などの[受

け入れのために必要な知識の不足と実施している感染対策への不安]が述べられていた。加えて[医師の考えに翻弄され得にくい共通認識]として『発熱者の対応は、医師の対応に影響されるので、職場全体で学習できる内容のものが欲しい』や『地域に1名の医師なのでもっと「正しい」情報を持ってほしいが、厚労省や県の資料は流し読みで自身がお気に入りの偏った情報に固執して困っている』といった意見が述べられていた。また、医師だけでなく『COVID-19に対する意識が個人で違うため学習した内容が生かせない状況にある』、『COVID-19に関しては、ガイドラインが整備されつつあるとは思いますが現状は各個人の考え方がまちまちである』というスタッフ間の[学習の必要性に対する個人差・温度差を統一する機会]が必要だと認識していた。

さらに、『基本的な対応について、こまめに確認し、みんなで意識を統一することが大切だと思う』『限られた人材と環境、物品の中でも有効にちゃんとした対策がとれるように決定事項をスタッフに伝達する』『診療所全体で学習していくことが必要』というばらばらな意識や知識を統一させていく[施設全員で共通認識を持つための支援]を必要としていた。

8) 【地域の多職種で協働が可能となる機会と仕組み】

このカテゴリは、地域の多職種と共同できる仕組みや陽性者の搬送などの連携を図っていくために支援を求めるものとして4つのサブカテゴリが含まれた。1つ目は『人材不足の地域で、とくに介護施設で感染者が出た場合の対応と連携について、地域内の多職種が共に考え、準備しておくことが必要。そのための学習の機会を設けたい』が可能となるよう[地域内の多職種で協働するための仕組み]への支援についてであった。2つ目は、『地域性をふまえたガイドラインや職種間で理解・納得できるCOVID-19対応を共有できるよう支援してほしい』、『今、COVID-19が流行している中で発熱者の受け入れをどこまでするかや私たちの地域にクラスターが出た時の対応などを学びたい』などの[地域に陽性者が出た際の搬送や対応方法]を求めている。3つ目は『感染者・感染を疑われる者を受け入れるための仕組み』として『地域に他に医療機関がないため、体制が整っていなくても発熱者を受け入れざるをえない。一人暮らしの高齢者の発熱時にどのような手段で発熱外来までたどり着かなければいけないのか』などであった。また4つ目として、『物品の確保ができる対応が重要だと考える』という[必要

物品の確保への対応」が見られた。

9) 【ICT環境・教育機会の充実】

Information and Communication Technology (以下、ICTと略す)を活用した学習機会や媒体、それに伴う学習環境に関する内容の3つのサブカテゴリが含まれた。『動画教材の充実』や『eラーニングなどで学習できるよう知らせてほしい』という「ICTを活用した学習媒体の充実と周知」、『少しずつ増えてはいるがインターネットでの学習機会が多くなってほしい』、『講義などで出向くことは困難なため、オンラインなどで医療関係者向け（看護師）に発信してほしいと思う』という「ICTを活用した学習機会の増加」を求めている。さらに、学習環境の改善として『看護の人数に対するネット用端末が少ないので、タブレット購入などの支援があるとよい』、『時折通信状態が悪くなって中断されたりする。しっかりしたオンラインの設備をもう少しよくしてほしい』という「通信環境・機材・サポートの充実」を望んでいた。

10) 【住民への教育や情報発信できる仕組み】

2つのサブカテゴリが含まれた。[住民に対する教育の方法と内容]を求めており、『COVID-19は地域全体で考えていかないといけないと思うが、研修などは難しいため、テレビや配布資料、インターネットなどさまざまなもので学習を行える環境が必要』や『診療所から地域の情報誌、学校などにも文章でお願いしていますが、教育には時間がかかるのでしょうが、情報発信の方法についても学びたい』という地域住民へ向けた健康教育や情報提供を対面でない方法でどのように行うかに対する支援を求めている。また、[タイムリーに地域住民へ情報発信する仕組み]として『地域住民への啓発、具体的な注意点や対応について伝えることが必要と感じる』と述べた。

11) 【中山間過疎地・島嶼において研修参加が可能となる環境】

このカテゴリは、研修参加が可能となる環境を求める3つのカテゴリが含まれた。[中山間過疎地・島嶼でも知識を向上させるための研修機会の増加]として、『山間部の小さい病院のため、若い方の学びの場が少ないうえにCOVID-19により看護協会の研修も減ってしまっている』という研修の機会が重要であり増やすことを求める意見が聞かれた。研

修参加には『出張費も発生するとすると公立の小さな診療所では難しい』、『金銭的な負担が大きい』という[研修参加のための経済的支援]も求められた。また、研修参加のためには[代替看護師派遣などの不在時への支援]として『現在は休暇申請は2か月前、研修参加は年1回程度のため、希望したら参加できるようにしてほしい』のようにルーラルナースが不在時の対応への支援を拡大してほしいという要望が聞かれた。

Ⅵ. 考察

本研究の結果から、COVID-19に対する学習支援が必要だと捉えているルーラルナースは多く、中山間過疎地・島嶼においても正確な知識と最新の情報が常に学べる支援を求めている。以下にルーラルナースが必要としているCOVID-19に対する学習支援について、自由記述から得られた意見を加味し、具体的な支援を検討していく。

1. COVID-19感染者・感染を疑われる者への対応と感染予防に対する学習支援

感染者・感染を疑われる者への対応、必要な感染予防（施設の設備、住民への教育活動を含む）の質問項目は、必要度5と回答する者がそれぞれ7割を超えており、関心の高い項目であった。治療法や対応が確立されていない新興感染症であるため【正確な新しい情報を入手できる仕組み】に対する支援は必要性が高いと考える。関山ら¹¹⁾が中山間過疎地・島嶼において2013年に行った調査においても最新の情報を入手することに最も多くの看護師が困難を抱いていたことから、正確かつ最新の情報の提供は変わらず必要な支援といえる。その結果、COVID-19の病態・治療に関する質問およびガイドライン入手に関する質問項目においても必要度5と回答する看護師が多かったと考える。

しかしながら、【限られた人材の中で必要な情報を判断する難しさ】に見られたように、ルーラルナースは次々と送られてくる情報に翻弄され、変更点を確認するにも時間を必要としたことや正しい情報を判断することが難しいと述べられていた。さらに、情報を把握することに手一杯で学習に至っていないことも記されていた。中山間過疎地・島嶼における診療所は、看護師1～2名に医師1名と事務員で構成されていることが多い¹¹⁾。このような小規模の施設において、少ない人数の中で情報の質を問い、自分たちの施設に適応させることは多くの時間と労力

が必要となり、大きな負担となりやすい。そのため、最新の情報を中山間過疎地・島嶼で活用される可能性が高い内容に厳選して定期的に配信するなどの支援が必要だと考える。今回のパンデミックのような状況であるからこそ、ルーラルナースの学習を支援する機関や団体が情報の整理を行い、提供する必要がある。

また【実践的な感染対策を学ぶ機会】では、日々の看護実践で遭遇する場面に関して専門家からの支援や実際の症例を用いた学習を求めるなど、より実践的な知識や学習機会を求めているのが特徴的であった。離島の施設で行われた調査では、第1波のCOVID-19の患者を受け入れる前の時点では、個人用防護服の着脱方法やゾーニングについては1割程度の看護師しか理解できていない状況であり、患者の受け入れや学習会を通して理解を高めていた¹⁴⁾。本研究の調査が第2波の後に実施されたにも関わらず、消毒のタイミングやガウン・マスクの着脱に関して不安を抱くルーラルナースがいることから、何らかのスーパーバイズを受けられる体制が必要だと考える。一方、感染症専門家への個別相談に関する必要度を尋ねた質問項目では、看護師の2割程度が必要度1から3と回答していること、COVID-19に特化した学習支援は不要という意見もあったことから支援が受けられている施設もあると考える。

2011年に厚生労働省医政局指導課より「医療機関などにおける院内感染対策について」の通知が出され、地域ネットワークを活用することが推奨されている。さらに2012年からは、感染防止対策地域連携加算が開始され、緊急時に地域の医療機関同士が連携できるような仕組みが推進されている¹⁵⁾。しかし、所属機関外からのCOVID-19に関する協力要請があり、対応した感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師は6割程度に留まっている¹⁶⁾ことから、外部への支援は要請しにくく、受けにくいことが推察された。したがって、連携体制の整備がされていない、連携先が見つからない施設においては困難を要していると考えられる。【COVID-19を学習できる包括的な支援】に見られた「COVID-19について学ぶ手段」がないと回答したルーラルナースもいたことから、各施設の環境および状況に合わせて日頃から支援の要請ができるような体制づくりが必要である。

2. 中山間過疎地・島嶼における施設間の連携を図ることにより繋がる学習支援

自由記述で述べられた【中山間過疎地・島嶼にある他施設との情報を共有できる仕組み】、【地域の多職種で協働が可能となる機会と仕組み】はルーラルナースにとって特徴的な記述だと考える。必要度を尋ねた質問項目では、他施設との情報共有や多職種での協働に関する質問はなく、これらの必要な支援は自由記述から見いだされた。

特に、[自施設と同様の環境にある施設の対策と情報共有]のように自施設と同じ規模・同じ境遇における実践や経験例を求めている。中山間過疎地・島嶼では、人材や医療資源などが都市部と違い限られており、限られた資源の中でどのようにやりくりをするかという点がルーラルナースにとって課題となる⁷⁾。このような環境において、他施設との情報を共有できる仕組みを求める記述が見られた。COVID-19によるパンデミックは、すべての人々に影響を与え、恐怖、絶望、不安の感情を残した¹⁷⁾。中でも看護師は、COVID-19と診断される過程や重症患者のケア、死亡後のケアなど幅広く対応してきた。自分の恐怖や不安を持ちながら、未知の感染症に対応することは容易なことではない。救急看護師の8割程度が自身や家族の感染への不安を抱え、3割弱の看護師が心理的不安を経験した¹⁸⁾と報告されており、看護師のメンタルヘルスケアの必要性を浮き彫りにさせた¹⁹⁾ 20)。ルーラルナースも「他施設との連携が薄く情報が入手しにくく孤立」という記述が見られ、孤立を感じていた。

さらに、中山間過疎地・島嶼におけるCOVID-19の対応は、若年齢であることがメンタルヘルスに影響していたこと、COVID-19に感染した場合の非難の心配、家族へのCOVID-19感染の恐れ、関係の悪化などが関連したと報告されている²¹⁾。Robinsonら²²⁾もルーラルナースが都市部と同様にCOVID-19に圧倒され、環境に混乱し、地域住民がこの地域の見解や慣行により感染予防を取らないなどの不適切な行動がみられる、上司の一貫した支持が得られず見捨てられた感覚を抱くなどの感情の葛藤を体験していたと述べている。本研究においても【中山間過疎地・島嶼における新興感染症への対応の難しさ】として、[COVID-19禍におけるスタッフへの対応]を求める声が聞かれ、[濃密な人間関係による感染予防の難しさと風評被害への対応]として感染者という噂だけでも非国民的な扱いを受けることが述べられていた。【組織全体で統一し対応できるための

学習支援】が必要であるとする背景にはスタッフ間の知識や危機感の温度差を懸念している声が聞かれていた。ルーラルナーシングにおいて、土地柄の理解と対応はルーラルナースにとって常に存在する課題であり^{6) 7)}、それらにCOVID-19による混沌とした状況が加わっていたと推察される。医療スタッフに対するメンタルヘルスを含む対応に関する学習について必要度が高いと回答した看護師は8割を超えていたことからルーラルナースもその重要性について認識していると考えられる。そのため、施設間の連携を図り、情報共有することにより得られる安心感は孤立を防ぎ、ルーラルナースにとって貴重な支援となると考える。ルーラルナースが地域や職場で受ける影響を最小限にし、レジリエンスを高めていくことで学習効果を高めることが出来る。そのため、中山間過疎地・島嶼にある施設間の連携を取り持つ機関が必要だと考えられた。都道府県レベルの支援、看護協会、中山間過疎地・島嶼の看護実践を支援する学会などが連携する場所を提供するなどの支援が必要だと考える。

3. ICTを活用した学習支援

自由記述においてルーラルナースが学習する方法で求めていたのは【ICT環境・教育機会の充実】であった。ルーラルナースは日頃より学習活動の不足を感じていることが報告されており^{6) 10)}、その理由として、新しい知識を獲得する機会が少ないことや機会があっても代替看護師が確保できない、経済的な問題、時間的な問題などの理由が挙げられている^{10) 23)}。特にCOVID-19の蔓延により県外への移動を施設より禁止もしくは自粛要請されていたこの2年間は、ルーラルナースが抱える研鑽の機会の少なさに加え、さらに研修の機会が減少したといえる。本研究の結果からも【中山間過疎地・島嶼において研修参加が可能となる環境】を求めていた。このような状況下において、COVID-19に対する学習の必要性からICT活用による学習機会へのニーズがさらに高まったと考える。そのため、中山間過疎地・島嶼からでも参加可能な方法による学習機会を増やすようにしていく必要がある。

最近では、Zoomを活用したオンライン研修が普及しつつあるが、ルーラルナースは「通信環境・機材・サポートの充実」という問題も合わせ持っていた。オンライン研修を受講するにはインターネット回線の通信環境が必要なほか、演習やグループワークを行う場合、パソコンなどは一人一台の準備が望

ましいとされている²⁴⁾。2014年時点において、へき地拠点病院におけるICT教育・研修を実施しているのは約4割程度と少なかった²⁵⁾ことから、ICT環境の整備が十分でない施設があると考えられた。しかしながら、このコロナ禍においてデジタル化は加速され、2021年にはスマートフォンを約9割の国民が使用しており、20歳から60歳以上のすべての年代において8割を超える人が使用している²⁶⁾。これらのことから、研修会や学習ツールをスマートフォンでも学習できるよう内容や方法を工夫していく必要がある。

一方、【住民への教育や情報発信できる仕組み】として住民への教育ツールとしてICTの活用を望んでいる看護師もいた。特にCOVID-19は、対面で接触して説明することが出来ないことからその必要性は高かったと考えられる。Dow-Fleisner²⁷⁾は米国の中山間過疎地・島嶼の住民がCOVID-19に関する問題を解決するために情報収集にインターネットを活用していたことを報告しており、日本においても同様の状況であったと考える。したがって、中山間過疎地・島嶼の住民に対しても効果的な教育手段になりうる。しかしその反面、重要な障害としてネットの品質と持続性の問題も指摘されていた。また、中山間過疎地・島嶼の市町村では高齢化率が高いことが多いため、操作が困難であり相談できる人がいないといった状況が推察される。

これらの課題に対して我が国では「だれ一人取り残さない」デジタル化の推進が進められている²⁶⁾。計画の中には、中山間過疎地・島嶼のように住民サービスの低下が危惧される地域や経済的理由でデジタル利用が困難な者への支援、デジタル・リテラシーが低い住民に対して「デジタル活用支援員」などを展開する戦略が盛り込まれている。また、今後は災害などの有事の際にも活用していくことが想定されていることからルーラルナースが日頃より地域住民に対して健康教育を発信する、健康状態の確認に活用するなどの取り組みを行っていくことが次の感染症や自然災害時に人々の健康を守る有効な手段となりうる可能性がある。そのためにも、自治体との連携を図りつつICT環境の改善や活用を検討していく必要がある。したがって、今後求められる学習支援として、スマートフォンを活用した最新の知識や看護に関する研修だけでなく、ICTをルーラルナースが活用できる具体的なスキルや教育媒体を提供するなどの支援が必要である。

Ⅶ. 本研究の限界と課題

研究の限界として、本研究はCOVID-19の2波から3波の間に調査された結果である。そのため、変異株による病態の悪化および爆発的な感染拡大が生じていない頃の内容となることから、現在のルーラルナースが考える学習ニーズおよび必要な学習支援と違いがあることが考えられる。また、ある離島のように感染拡大した地域もあれば感染者数が少ない地域もあったことが推測される。経験したCOVID-19の患者数はルーラルナースが必要と認識する学習支援に影響を与えていると考えられる。加えて、本研究は自由記述に書かれた文章を分析に用いた。COVID-19対応で大変な状況下において書かれた文章であると理解したうえで分析したが、対象者の意図を全て反映できていない可能性がある。

今後の課題として、COVID-19のパンデミックに対応した看護経験と地域における感染者数の違いが学習支援のニーズにどのような影響を与えているのかを明らかにし、中山間過疎地・島嶼の状況に適した具体的な学習支援を検討していくことが課題である。

Ⅷ. おわりに

ルーラルナースが必要と認識したCOVID-19に対する学習支援は、知識や具体的な対策などすべての項目において高かった。具体的な学習支援として11つのカテゴリが抽出された。ルーラルナースは、COVID-19に関して感染者・感染を疑われる者への対応や必要な感染予防など具体的な方法だけでなく、医療スタッフのメンタルヘルスや地域住民への教育方法などの学習支援を求めている。また、自身の施設で活用できるよう他施設との情報共有の仕組みづくりについても支援を求めている。今後の戦略として、情報の整理や感染症専門家の活用、施設間の連携、ICTを活用した学習環境の整備を進めていく必要がある。

本研究により明らかになったCOVID-19に対する学習支援を整えることは、今後起こりうる新しい感染症や自然災害などの有事の際に生じる混乱を最小限にし、終息へ向けた活動を可能とさせると考える。したがって、現在のCOVID-19の終息へ向けてだけではなく、今後の有事も視野に入れて地域・施設・学会団体などとの連携およびシステム作りをしていく必要性が示された。

謝辞

本研究にご協力くださいました全国のルーラルナースの皆様に関心から感謝申し上げます。

付記：本研究は、2019年度日本ルーラルナース学会の特別事業として実施した研究「中山間過疎地・島嶼におけるルーラルナースの救急医療・看護に対する学習ニーズの実態（研究代表者：中村美鈴）」の一部である。また、本研究の一部は日本ルーラルナース学会第16回学術集会 交流集会において発表した。

利益相反：本研究において開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 厚生労働省：データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－。 <https://covid19.mhlw.go.jp/> (2022年6月23日閲覧)
- 2) 高杉香志也，中俣和幸，川村英樹ほか：鹿児島県離島で発生した新型コロナウイルス感染症クラスター。へき地・離島救急医療学会誌，19；13-19，2021。
- 3) 見里悟美：地域包括ケア時代の看護職の新たな役割「離島に於ける新型コロナウイルス感染症拡大時の対応を通して」。沖縄県看護研究学会抄録，36:18，2022。
- 4) 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学会誌，10:1-13，2015。
- 5) Jarman M., Castillo R., Crilini A., et al. : Rural risk: geographic disparities in trauma mortality. Surgery, 160 (6) ; 1551-1559, 2016.
- 6) 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，39(4) ; 105-113, 2016。
- 7) 戸田由美子，坂本雅代，斎藤美和ほか：へき地診療所における看護実践上の戸惑い。高知大学看護学会誌，6(1) ; 21-31, 2012。
- 8) 坂本雅代，戸田由美子，平瀬節子ほか：へき地の診療所における看護者の看護実践力を高めるための学習活動の実態調査。高知大学看護学会誌，5(1) ; 53-58, 2011。
- 9) 塚本友栄，小川貴子，工藤奈緒美ほか：へき地診療所看護職の学習ニーズ。日本ルーラルナース学会誌，5:1-15, 2010。

- 10) 清水かおり, 神里みどり: 離島診療所看護師の学習環境の現状と課題. へき地・離島救急医療学会誌, 15:24-29, 2017.
- 11) 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難感. 日本ルーラルナースング学会誌, 10:31-39, 2015.
- 12) Scharff J.: The distinctive nature and scope of rural nursing practice: Philosophical Bases. Winters C.A., Rural Nursing 6th edition, Springer Publishing (New York), pp.87-100, 2022.
- 13) Weblio辞書: 辞書・百科事典 デジタル大辞泉. <https://www.weblio.jp/cat/dictionary/sgkdj> (2022年10月10日閲覧)
- 14) 村吉逸生, 南風原智恵, 與儀千夏ほか: 新型コロナウイルス感染症患者受け入れ態勢への取り組み-看護師の不安要因に着目して-. 沖縄県看護研究学会抄録, 36:21-24, 2022.
- 15) 鈴木明子: 診療報酬の変遷からみた我が国の感染制御の発展に関する研究. 東京医療保健大学大学院博士論文, 2015.
- 16) 軍地茉莉子: 認定看護師・専門看護師の活動状況. 看護, 73(2):48-50, 2021.
- 17) Robinson K.: Comparing the spanish flu and COVID-19 pandemics: Lessons to carry forward. Nursing Forum, 56:350-357, 2021.
- 18) 山勢善江, 山勢博彰, 明石恵子ほか: 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対する救急看護の実態と課題 - 日本救急看護学会による実態調査 -. 日本救急看護学会雑誌, 23:37-47, 2021.
- 19) 鶴岡美穂: 看護職員への差別・偏見の実態. 看護, 73(2):46-47, 2021.
- 20) 日本精神保健看護学会: COVID-19の対応に従事する医療者を組織外から支援する人のための相談支援ガイドライン. <https://www.japmhn.jp/doc/remotePFAguide.pdf> (2022年6月25日閲覧)
- 21) Tham R., Pascoe a., willis K., et al.: Differences in psychosocial distress among rural and metropolitan health care workers during the COVID-19 pandemic. The Australian Journal of Rural Health, 00:1-14, 2022.
- 22) Robinson K.R., Gierach M., Wolles B., et al.: The lived experience of frontline nurses: COVID - 19 in rural America. Nurs Forum, 1-10, 2022.
- 23) 工藤奈織美, 春山早苗, 鈴木久美子ほか: へき地で働く看護職への生涯教育支援に関する研究. 自治医科大学看護学ジャーナル, 6:147-149, 2008.
- 24) 吉田純子: Zoomを使用したオンライン研修が可能としたことと受講者へ向けた配慮. 看護展望, 46(2):24-26, 2021.
- 25) 江角伸吾, 春山早苗, 本田芳香ほか: 看護職を対象としたICTを用いた教育・研修の実態と課題 - 就労地域や施設規模による看護師特定行為研修の受講機械や研修内容の格差を最小限にするための方策の検討 -. 日本ルーラルナースング学会誌, 12:27-35, 2017.
- 26) 総務省: 令和3年度情報通信白書. <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/pdf/index.html> (2022年6月27日閲覧)
- 27) Dow-Fleisner S.J., Steaton C., Li E., et al.: Internet access in a necessity: a latent class analysis of COVID-19 related challenges and the role of technology use among rural community residents. BMC, 22:845, 2022

研究報告

A県のへき地診療所における医療提供体制の特徴

Characteristics of the medical care delivery system in rural clinics in Prefecture A

霜山真¹⁾, 大塚真理子²⁾, 木村三香¹⁾, 内海香子³⁾,
高橋由美⁴⁾, 佐藤清湖⁴⁾, 家子敦子⁵⁾, 瀬戸初江⁶⁾
Makoto Shimoyama¹⁾, Mariko Otsuka²⁾, Mika Kimura¹⁾, Kyoko Uchiumi³⁾,
Yumi Takahashi⁴⁾, Kiyoko Sato⁴⁾, Atsuko Kanoko⁵⁾, Hatsue Seto⁶⁾

キーワード：へき地診療所，医療提供体制，実態調査，大規模災害

抄録

- 【目的】 A県のへき地診療所における医療提供体制の特徴を明らかにし，看護人材確保・育成の立場から，今後の医療・看護活動や支援体制に関する実態調査への示唆を得ることである。
- 【方法】 A県第7次地域医療計画のへき地診療所を対象に，医療提供体制に関する情報をウェブサイト上で収集した。
- 【結果】 14施設が山間部，豪雪地帯，離島，沿岸部で医療を提供し，3施設が閉所していた。閉所理由に大規模災害による交通遮断があった。全施設で医師と看護師が勤務していたが，具体的な医療・看護活動内容の掲載はなかった。
- 【考察】 A県のへき地診療所の医療提供体制には大規模災害の影響が強いことが特徴と考えられた。へき地診療所を存続させるために行っていること，遠隔医療・看護や災害看護に関する状況，へき地医療拠点病院や行政機関からの支援，看護師の看護活動の実際や看護実践力，学習ニーズなどに関する実態調査の必要性が示唆された。

I. はじめに

わが国では，超高齢社会，人生100年の時代に向けた様々な施策が講じられている中，医療と介護の連携による地域包括ケアシステムの構築が重要な課題である¹⁾。一方，へき地医療は，わが国の医療計画において5疾病・5事業および在宅医療の中に含まれており²⁾，地域における医療提供体制の整備が重要視されている事業の一つであると言える。A県においても，2018年に改訂された第7次地域医療計画で地域医療構想による医療計画が策定されており，へき地医療の体制維持に向けた施策が記載され

ている³⁾。

A県の人口は約227万人（2021年3月）であり，そのうち半数（約106万人）がB市に集中し人口の偏在化が生じている⁴⁾。高齢化率は全県で28.4%であり，最も高齢化率の高い市町村は45.7%であった⁴⁾。A県は一部の地域を除いて，多くの市町村で人口減少，高齢化率の上昇が課題となっている。A県の地域特性は人口が集中する地域と人口減少がみられる地域とでは，医療提供体制に大きな違いがあることが挙げられる⁵⁾。この一因には，平成11（1999）年には71あったA県の市町村が平成21（2009）年に

受付日：2022年6月30日 採択日：2022年11月15日

1) 宮城大学 Miyagi University

2) 長野県看護大学 Nagano College of Nursing

3) 岩手県立大学 Iwate Prefectural University

4) 仙台青葉学院短期大学 Sendai Seiyō Gakuin College

5) 仙台白百合女子大学 Sendai Shirayuri Women's College

6) 東北医科薬科大学病院 Tohoku Medical and Pharmaceutical University Hospital

は35市町村となり⁶⁾、平成時代に市町村合併が促進されたことが考えられる。また、A県は2011年の東日本大震災によって甚大な被害を受け、その復興の途上にある地域である^{7) 8)}。2020年以降は、新型コロナウイルス感染症による世界的なパンデミックに襲われた。A県においても緊急事態宣言が発令される事態となり、感染予防及び活動が制限された暮らしが続いている。

わが国のルーラルナース研究については、2003年・2008年・2013年に全国のへき地診療所における看護活動の実態調査が行われ⁹⁾、へき地診療所の看護師の看護活動はアウトリーチ活動や予防活動を含むマルチで包括的な活動であることが明らかになった。江角らは、へき地診療所看護師の診療の補助行為が実際に行われているものの、プロトコールの整備が課題であることを明らかにしている¹⁰⁾。関山らは、へき地診療所の看護活動を行う上での困難感として、最新情報の入手困難、看護業務などの仕事と生活の境界線の曖昧さが生じていることを明らかにしており、困難感を抱かないようなサポートの必要性を示した¹¹⁾。一方で、塚本らはへき地診療所看護師の学習ニーズを明らかにしており、健康問題を抱えていても在宅療養が続けられるような支援方法の学習ニーズや専門知識をブラッシュアップし専門性を向上させたいニーズ、他の診療所看護職との交流ニーズに関して述べている¹²⁾。また、これまでに離島における島しょ看護や中山間地域の診療所看護、豪雪地帯の看護についての研究が行われ、それぞれの地域特性に応じた知見が蓄積されている^{13) 14)}。A県には離島、中山間地域、中山間地域の一部に豪雪地帯があり、異なる地域特性に応じたへき地対策も必要とされている。しかしながら、A県の第7次地域医療計画ではへき地医療については、へき地診療所の医師不足が課題とされている¹⁵⁾ものの、看護師の課題分析や対策については触れられていない。また、これまでに、A県の過疎地の高齢者を対象にした看護職による健康支援活動に関する研究¹⁶⁾があるが、へき地診療所の看護師を対象とした研究は見当たらなかった。

本研究の目的は、A県のへき地医療に携わる診療所における医療提供体制の特徴を明らかにし、看護人材確保・育成の立場から、今後の医療・看護活動や支援体制に関する実態調査への示唆を得ることである。

Ⅱ. 研究方法

1. 用語の定義

本研究で用いる用語は、A県第7次地域医療計画³⁾から引用して、下記のように定義した。

1) へき地診療所

無医地区及び無医地区に準じる地区において、地域住民の医療を確保することを目的として整備、運営される診療所。整備しようとする場所を中心として概ね半径4km以内に人口1千人以上であって、かつ最寄りの医療機関まで30分以上を要する診療所。離島にあっては、人口が原則300人以上1千人未満の診療所。

2) へき地医療拠点病院

無医地区及び無医地区に準じる地区を対象として、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への代診医派遣などの医療活動を継続的に実施できると認められる病院。

2. 対象

対象は、A県第7次地域医療計画に記載されているへき地診療所とした。第7次地域医療計画のへき地医療に掲載されている診療所は、歯科診療所を含めて21か所が指定されていた。そのうち、歯科診療所4か所を除く17か所を対象とし、調査を行った。

3. 期間

調査期間は、2021年2月～3月とした。

4. データ収集方法

データ収集方法は、A県第7次医療計画を確認し、掲載されているへき地診療所を抽出した。次に、歯科診療所を除く17施設の医療提供体制に関する情報をインターネット上で収集した。まず、インターネット上の検索サイトGoogleまたはInternet Explorerの検索欄にそれぞれの診療所名を入力し、該当した診療所情報が掲載されているウェブサイトから情報収集を実施した。情報収集するウェブサイトは、主に各診療所の運営主体者が公開している公式ウェブサイト、へき地診療所の連携医療機関であるA県所在の大学病院が作成している連携医療機関・かかりつけ医データベースで行った。診療所のウェブサイトがない場合、設置主体者に電話連絡で確認した。

5. データ収集内容

A 県のへき地における医療提供体制を明らかにするという観点から、各ウェブサイトについて、以下の項目を調査項目とした。

- 1) へき地診療所について：診療科，診療日，設置主体・開設者，所在する市町村，所在地の種類，診療所外の医療機関や福祉施設との連携状況。
- 2) へき地診療所の医療従事者について：医療従事者の職種，医療従事者ごとの人数，医療従事者の雇用形態。
- 3) へき地診療所の医療提供内容について：診療所で行っている診療内容および看護内容。

6. 分析方法

収集したデータを項目ごとに整理を行い，記述統計を行った。記述統計には表計算ソフト Microsoft Excel を用いた。

7. 倫理的配慮

本研究は，すでにインターネット上に公開されているウェブサイトの内容を対象としたため，施設が

特定されないように匿名化を行い，データの取り扱いを行った。また，「宮城大学研究倫理規程」に基づいて，宮城大学研究倫理専門委員会の審査を受け承認を得た（承認番号：宮城大第 172 号，承認年月日 2021 年 5 月 26 日）。

Ⅲ. 研究結果

1. A 県のへき地診療所の現状

対象とした A 県のへき地診療所 17 施設を対象にインターネット上のウェブサイトを検索したところ，14 施設が診療を継続しており，情報が公開されていた。3 施設は診療所を閉所または休診しており，設置主体に電話で確認したところ，再開の予定はなく，へき地診療所に関する情報は確認できない状況であった。閉所または休診の理由は，「大規模災害による交通網の遮断」，「患者減少・医師確保が困難」であった。ウェブサイトに掲載されている診療所は，診療を継続していた。ウェブサイトの情報をへき地診療所の概況として，表 1-1，表 1-2 に整理し，へき地診療所の概要を表 2，医療従事者の概要を表 3，医療提供内容を表 4 にまとめた。

表 1-1. へき地診療所の概況

施設名	A	B	C	D	E	F	G
設置主体	市町村	市町村	個人	市町村	市町村	医療法人	医療法人
医師	常勤 1 名	非常勤 1 名	常勤 1 名	常勤 1 名， 非常勤 2 名	常勤 1 名， 非常勤 1 名	常勤 1 名	常勤 1 名， 非常勤 1 名
看護師	常勤 2 名	記載なし	常勤 3 名	常勤 2 名	常勤 2 名， 非常勤 1 名	常勤 2 名	常勤 2 名
他の職員	事務	記載なし	事務	事務	事務	事務	事務
病床	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
診療科	内科，小児，外科	内科，小児，外科	内科	内科，外科，眼科	内科	内科，整形，小児科	内科，小児科
診療日	月・火・水・木・金	火	月・火・水・木・金	月・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金・土
訪問診療	あり	記載なし	あり	あり	あり	あり（応相談）	あり
訪問看護	あり	記載なし	記載なし	外部訪看 St に依頼	外部訪看 St に依頼	記載なし	あり
遠隔医療・遠隔看護	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
連携施設	記載なし	記載なし	総合病院 （所在地域内）	総合病院 （所在地域内）	総合病院 （所在地域内）	総合病院 （所在地域内）	記載なし

表 1-2. へき地診療所の概況

施設名	H	I	J	K	L	M	N
設置主体	市町村	市町村	市町村	市町村	医療法人	市町村	個人
医師	非常勤 1 名	1 名 （雇用形態は記載なし）	非常勤 1 名	1 名 （雇用形態は記載なし）	常勤 1 名， 非常勤 6 名	非常勤 1 名	常勤 1 名
看護師	1 名 （雇用形態は記載なし）	1 名 （雇用形態は記載なし）	1 名 （雇用形態は記載なし）	4 名 （雇用形態は記載なし）	常勤 4 名， 非常勤 1 名	3 名 （雇用形態は記載なし）	常勤 2 名
他の職員	記載なし	記載なし	事務	事務	介護職，事務	事務	理学療法士
病床	なし	なし	なし	なし	あり	なし	なし
診療科	内科，外科	内科	内科，外科	内科，小児科	内科，外科， 脳外科，泌尿器科	内科，外科， 整形外科	内科，整形
診療日	月・木	月・火	月・金	月・火・水・木・金	水・金・土・日	月・水・金	月・火・水・木・金
訪問診療	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
訪問看護	記載なし	記載なし	外部訪看 St に依頼	外部訪看 St に依頼	あり	あり	外部訪看 St に依頼
遠隔医療・遠隔看護	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
連携施設	総合病院 （所在地域内）	総合病院 （所在地域内）	総合病院 （所在地域内）	総合病院 （所在地域内）	介護老人保健施設（併設） 総合病院（所在地域外）	記載なし	有床診療所 （所在地域内）

2. へき地診療所の概要（表2）

14施設中全ての診療所で内科診療を行っていた。次に多かった診療科は、外科7施設（50.0%）、小児科5施設（35.7%）であった。診療日は平均すると3.7日/週、平日のみの診療が13施設、土日を含む診療が1施設であった。設置主体は市町村が9施設（64.3%）、医療法人が3施設（21.4%）、個人が2施設（14.3%）であった。診療所の所在地は豪雪地帯を含む山間部が7施設（50.0%）、離島が4施設（28.6%）、沿岸部3施設（21.4%）であった。

へき地診療所が連携している診療所外の施設は、診療所の所在地域に近い総合病院8施設、診療所に近い訪問看護ステーション5施設、診療所に併設している介護老人保健施設、所在地域内の有床診療所、所在地域外の総合病院はそれぞれ1施設であった。へき地医療拠点病院との連携を示す記載は認められなかった。

表2. へき地診療所の概要

n=14

項目	平均日数	施設数	割合
診療日			
平日のみ		13	92.9%
土・日含む		1	7.1%
診療日数	3.7日/週		
診療科			
内科		14	100.0%
外科		7	50.0%
小児科		5	35.7%
整形外科		3	21.4%
泌尿器科		1	7.1%
脳神経外科		1	7.1%
眼科		1	7.1%
設置主体			
市町村		9	64.3%
医療法人		3	21.4%
個人		2	14.3%
所在地			
中山間部		7	50.0%
離島		4	28.6%
沿岸部		3	21.4%

3. へき地診療所の医療従事者の概要（表3）

へき地診療所に従事する医療者について調査したところ、医師と看護師は14施設すべてに従事していた。理学療法士と介護職者は1施設に従事していた。医師の雇用形態は、常勤が4施設（28.6%）、非常勤が4施設（28.6%）であった。また、複数の医師による交代勤務を行っている施設は4施設（28.6%）であった。記載されていない施設は2施設

（14.3%）であった。看護師の雇用形態は、常勤6施設（42.9%）、交代勤務2施設（14.3%）であった。記載されていない施設は5施設（35.7%）であった。

表3. へき地診療所の医療従事者の概要

n=14

項目	施設数	割合
医療従事者の職種（複数選択）		
医師	14	100.0%
看護師	14	100.0%
理学療法士	1	7.1%
介護職	1	7.1%
医療従事者の雇用形態		
医師		
常勤	4	28.6%
非常勤	4	28.6%
常勤と非常勤の交代制	4	28.6%
記載なし	2	14.3%
看護師		
常勤	6	42.9%
非常勤	0	0.0%
常勤と非常勤の交代制	2	14.3%
記載なし	5	35.7%

4. へき地診療所の医療提供内容（表4）

へき地診療所が提供する診療内容については、訪問診療を行っている施設が13施設（92.9%）、訪問診療に関して記載されていない施設は1施設（7.1%）であった。また、訪問看護を行っている施設は4施設（28.6%）であった。訪問看護に関しては外部の訪問看護ステーションと連携している施設は5施設（35.7%）あった。ウェブサイトに記載されていない施設は5施設（35.7%）であった。

表4. へき地診療所の医療提供内容

n=14

項目	施設数	割合
訪問診療		
行っている	13	92.9%
記載なし	1	7.1%
訪問看護		
行っている	4	28.6%
外部の訪問看護Stに依頼	5	35.7%
記載なし	5	35.7%
遠隔医療・遠隔看護		
記載あり	0	0.0%
記載なし	14	100.0%

IV. 考察

本研究では、A県内のへき地診療所の医療提供体制とその活動内容をウェブサイト上から調査した。へき地診療所の所在地および閉所した理由から、診療の継続には過去の大規模災害の影響を受けている

ことが考えられる。また、ウェブサイト上の情報からは医療従事者の活動内容の記載が掲載されていない場合が多く、不明な点が多かった。A県の第7次医療計画によると、へき地医療拠点病院との連携について明記されていたが、ウェブサイト上には記載がない場合が多く、どのような連携が行われているか明らかにできなかった。したがって、医療従事者の活動状況について、特に遠隔医療・看護や災害看護に関する状況、周辺地域との医療ネットワーク体制づくりについて、さらなる調査活動が必要であるという示唆を得ることができた。

1. へき地診療所の特徴について

A県内のへき地診療所の所在地は、山間部（豪雪地帯）や離島に加え、沿岸部に存在していた。これは近年の大規模災害の人口減少の影響によって生じていると考えられる。東北地方整備局が2012年に報告した東日本大震災後の東北圏の現状によると、A県沿岸部の人口減少が起きていることが明らかとなっている¹⁷⁾。永野は、東日本大震災後の離島地域の過疎化に拍車がかかっており¹⁸⁾、20年後に考えられていた人口減少がいま起きていることを明らかにしている。A県のへき地には沿岸部が含まれており、大規模災害が沿岸地域の人口減少および過疎化に拍車をかけたことによって、へき地を生じたことが考えられる。大規模災害後に生じた、新たなへき地への医療提供体制の構築もA県のへき地医療の特徴であると考えられる。また、2019年東日本台風では、A県内各地で大規模な河川の氾濫や土砂災害等の甚大な被害を受けた。2021年にA県が発表した県管理道路の復旧事業の完成率は29%であり¹⁹⁾、発災から2年が経過しても山間部への交通の多くは遮断されていたことがわかる。へき地診療所の休診および閉所理由には、人口減少とともに大規模災害による診療所への交通遮断が挙げられていた。へき地に大規模災害が起きた場合には復旧までに時間を要するため、診療所の存続自体が難しくなり、へき地の住民への医療提供ができなくなる可能性がある。へき地診療所の数²⁰⁾や平均距離²¹⁾に関して、A県と全国平均とのデータを比較すると大きな違いは見られていないことがわかる。

以上のことから、A県のへき地診療所の特徴として、へき地の成り立ちやへき地診療所の継続には大規模災害の影響を強く受けていることが挙げられる。

A県は東日本大震災よりすでに10年が経過し、

沿岸部の被災地域のコミュニティの再構築が行われているものの、被災前に比べて住民の地域活動の縮小や小規模化が示されている²²⁾。このように地域住民の高齢化や過疎化が進む中、へき地診療所を存続させるために医療従事者はどのような思いで診療活動を行っているかを明らかにすることは、今後のへき地診療所を存続するための人材育成には欠かすことのできない知見を得ることができると考えられる。

一方、塚本らや楠元らの調査によると、へき地診療所はへき地医療拠点病院からの人的支援や専門的な知識提供などを受けていることを明らかにしている²³⁾²⁴⁾。A県において、へき地医療拠点病院が4施設あることから、何らかの支援を受けていることが推測されるが、今回のウェブサイト調査ではへき地診療所近隣の総合病院との連携に関する情報のみが確認された。ウェブサイト上では、へき地医療拠点病院との連携に関する情報は掲載されていなかったため、へき地診療所がどのような支援を受けているのか今後の実態調査により明らかにしていく必要があると考えられる。

また、へき地診療所の存続のためには、行政の支援を欠かすことができない。A県では、へき地診療所への補助事業として、へき地診療所設備整備事業やへき地保健指導所施設整備事業などを診療継続のための施策として定めている²⁵⁾。しかしながら、本調査ではそれらの事業がどのように行われ、都道府県の行政機関とへき地診療所との連携について明らかにすることができなかった。へき地診療所の存続のための行政機関のへき地診療所の認識と課題、行政機関との連携のあり方について、実態調査を行い、今後の展望を見出す必要があると考えられる。

2. へき地診療所の医療提供体制について

A県内のへき地診療所の医療提供体制を調査したところ、ウェブサイトには医療従事者の職種はすべての施設で記載があり、そのほとんどが医師と看護師であった。常勤医が居る診療所が散見されるが、主に非常勤や派遣の医師で診療している診療所が多い。看護師においても、複数名が雇用されている診療所はあるが、多くは看護師1名のみが雇用されており、へき地診療所の人材不足、マンパワー不足の状況がわかる。春山らは、へき地診療所は一般に地域資源の乏しい状況の中で、住民に身近なプライマリレベルの医療機関として重要な役割を果たしていると述べている²⁶⁾。また、へき地診療所における医

師と看護師それぞれの経験の組合せによって役割分担がなされていることが明らかとなっている²⁷⁾。これまでの先行研究と同様に、A県のへき地診療所においても医師と看護師がへき地診療所の診療の中心的な役割を担っていることが考えられる。しかしながら、本調査ではへき地診療所の看護師の具体的な役割活動を明らかにすることができなかった。春山らによると、わが国のへき地診療所看護師の活動の特徴は、医師や医師以外のコメディカル職種が少ない中で、マルチで包括的な活動を、高齢者を中心に実践することと述べられている²⁸⁾。本調査では、看護師が診療所内での外来診療や診療所外での看護活動をどのように実践しているのか、自らの看護実践力をどのように評価し、さらにどのような学習支援ニーズがあるのかについては明らかになっておらず、今後の看護人材の確保・育成のためには、へき地診療所の看護師を対象にこれらの調査が必要と考えられた。加えて、地域の医療活動の担う上で重要となる診療方法である訪問診療や訪問看護に関する情報は掲載されていたものの、離島や遠隔地を情報通信技術でつなぐ遠隔医療や遠隔看護に関する情報が乏しく、確認できなかった。診療所で働く医療従事者がどのように認識し、活動しているのかを明らかにする必要があると示唆された。

また、本調査結果より、A県のへき地診療所の特徴として、大規模災害の影響を受けていたことが明らかとなった。寿々木らによると、離島やへき地は地理的に他施設から助けを得ることが難しく、過疎化による支援の人的資源にも限界がある。人的資源が限られている離島やへき地においては、住民主体の防災・減災の体制づくりが必要であると述べられている²⁹⁾。春山らは、へき地における災害対策体制づくりに関わる看護職の活動方法について明らかにしており、平常時からの体制づくりの重要性について述べている³⁰⁾。近年、災害は大規模化し、多発する状況であり、へき地診療所における看護師の役割として、防災・減災の体制づくりは重要性が増していると考えられる。小原は、住民とともに地域特性を考慮した自助・共助・公助を支え、看護専門職として持つ知識と技術をもとに、実践的な減災活動を発揮できる「まちの減災ナース」育成の必要性について述べている³¹⁾。また、小原は、減災活動として、市町村行政の防災担当者や自主防災組織等に取り込む地域住民とともに、地域住民の健康と生活を守ることの必要性を述べている³²⁾。A県のへき地診療所看護師の役割として、大規模災害や感染症などに

よって住民の健康が危機にさらされた際の看護活動および平常時からの減災活動は重要であることが考えられる。すなわち、へき地診療所の看護師には診療の介助のみならず、地域支援・地域活動が求められているのである。本調査結果から、ウェブサイト上に情報の掲載は少なく、不明な点が多かった。今後、へき地診療所の看護師の役割の一つとして、災害時の看護活動および平常時からの他施設とのネットワーク体制づくりについて、追加調査が必要であると考えられる。

V. 本研究の限界と課題

本研究は、A県のウェブサイト上の情報を収集した実態調査であり、得られる情報量には限界があり、所在する都道府県によりウェブサイトの情報が異なるので、調査方法に限界がある。しかし、本研究により今後の研究の方向性を見出すことができた。今後、医療従事者や運営主体に対して、より詳細な活動や認識に関する実態調査を行っていくことが必要である。また、へき地医療拠点病院や所在地の行政機関との連携に関する情報の掲載がなかったため、へき地医療拠点病院の管理者や行政機関担当者に対してもへき地診療所との連携について調査を行っていくことが必要である。

VI. おわりに

A県内のへき地診療所の所在地や休診理由から、医療提供体制は過去の大規模災害の影響を強く受けていることが明らかとなった。ウェブサイト上にはへき地診療所での医療・看護活動が掲載されていることが少なく、A県のへき地診療所の医療従事者の人材育成のために、へき地診療所看護師の認識や活動状況、特に遠隔医療・看護や災害看護に関する状況、周辺地域との連携および医療ネットワーク体制づくりについて、さらなる調査活動が必要であるという示唆を得た。

付記

本調査は令和3年度宮城大学特別研究費を受けて、調査活動を実施した。また、本調査内容は第16回日本ルーラルナース学会学術集会で発表した内容を追記修正したものである。

なお、利益相反はない。

文献

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム。https://

- www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (最終閲覧:2022年6月22日).
- 2) 厚生労働省第16回医療計画の見直し等に関する検討会:へき地医療. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000571686.pdf>, 2021(最終閲覧:2022年6月22日).
 - 3) 宮城県保健福祉部医療政策課:第7次宮城県地域医療計画. <https://www.pref.miyagi.jp/documents/11391/chiikiiryokeikaku.pdf>, pp139-144, 2018(最終閲覧:2022年9月16日).
 - 4) 宮城県保健福祉部長寿社会政策課:宮城県高齢者人口調査. <https://www.pref.miyagi.jp/documents/8620/860778.pdf>, 2021(最終閲覧:2022年9月16日).
 - 5) 日本医師会総合政策研究機構:地域の医療提供体制の現状-都道府県別・二次医療圏別データ集-(2020年4月第8版)宮城県. <https://www.jmari.med.or.jp/download/WP443/WP443-04.pdf>, 2020(最終閲覧:2022年9月16日).
 - 6) 総務省:市町村合併資料集『平成の合併』について. https://www.soumu.go.jp/gapei/pdf/100311_1.pdf, 2010(最終閲覧:2022年6月22日).
 - 7) 永野由紀子:東日本大震災後の離島漁村の過疎化と高齢化 宮城県塩釜市浦戸諸島の事例, 専修人間科学論集 社会学篇, 4(2):119-135, 2014.
 - 8) 金子由芳, 塩見有美, 豊田利久ほか:東日本大震災10年のコミュニティ復興状況-被災者質問票調査 結果から, 災害復興研究, 12:51-63, 2021.
 - 9) 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学会誌, 10:1-13, 2015.
 - 10) 江角伸吾, 山田明美, 中島とし子ほか:へき地診療所における看護師の診療の補助行為の実施状況-12項目の特定行為(案)に着目して-, 日本ルーラルナース学会誌, 9:47-56, 2014.
 - 11) 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難感, 日本ルーラルナース学会誌, 10:31-39, 2015.
 - 12) 塚本友栄, 小川貴子, 工藤奈織美ほか:へき地診療所看護職の学習ニーズ, 日本ルーラルナース学会誌, 5:1-15, 2010.
 - 13) 安田貴恵子, 御子柴裕子, 小林理恵子ほか:山間地域の診療所看護師の役割, 長野県看護大学紀要, 10:89-100, 2008.
 - 14) 清水かおり, 神里みどり:離島診療所看護師の学習環境の現状と課題, へき地・離島救急医療学会誌, 15:24-29, 2017.
 - 15) 前掲書3), pp139-144.
 - 16) 高橋由美, 家子敦子:超高齢地域に暮らす高齢者が自律した在宅生活を継続するための看護職による健康支援活動, 日本ルーラルナース学会誌, 7:57-63, 2012.
 - 17) 東北地方整備局 東北圏広域地方計画推進室:東日本大震災後の東北圏の現状について. https://www.thr.mlit.go.jp/kokudo/pdf/henkou/youushiki/99_genzyou.pdf, 2012(最終閲覧:2022年9月16日).
 - 18) 前掲書7), 119-135.
 - 19) 宮城県土木部道路課:道路行政セミナー 令和元年東日本台風における対応について. https://www.hido.or.jp/14gyousei_backnumber/2021data/2104/2104chiiki-miyagi_pref.pdf, 2021(最終閲覧:2022年6月22日).
 - 20) 政府統計の総合窓口e-Stat:無医地区等調査/平成26年度無医地区等調査データセット, 23. 最寄診療所の状況. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031948022&fileKind=0>, 2014(最終閲覧:2022年9月13日).
 - 21) 政府統計の総合窓口e-Stat:無医地区等調査/平成26年度無医地区等調査データセット, 25. 最寄診療所までの距離及び所要時間(自動車). <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031948024&fileKind=0>, 2014(最終閲覧:2022年9月13日).
 - 22) 前掲書8), 51-63.
 - 23) 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, 日本ルーラルナース学会誌, 6:17-33, 2011.
 - 24) 楠元裕佳, 八代利香:へき地医療拠点病院におけるへき地の看護職への支援の実態と課題との関連, 日本農村医学会誌, 70(5):460-473, 2022.
 - 25) 宮城県保健福祉部医療政策課:医療機関等を対

- 象とした国庫補助事業概要. <https://www.pref.miyagi.jp/documents/11439/chousalist.pdf>, 2022(最終閲覧:2022年9月16日).
- 26) 前掲書9), 1-13.
- 27) 春山早苗, 田村須賀子, 鈴木久美子ほか:へき地診療所における医師と看護師との連携に関する研究, 日本ルーラルナース学会誌, 6; 35-49, 2011.
- 28) 前掲書9), 1-13.
- 29) 寿々木剛志, 八代利香, 田畑千穂子:離島・へき地における医療・福祉職者の防災に関する認識, 日本職業・災害医学会会誌, 65; 68-74, 2017.
- 30) 春山早苗, 篠澤侁子, 鈴木久美子ほか:へき地における災害対策体制づくりにかかわる看護職の活動方法に関する研究, 自治医科大学看護ジャーナル, 5;39-45, 2007.
- 31) 小原真理子:コロナ禍における学会認証「まちの減災ナース指導者」養成立ち上げの意味と研修方法・持続的な課題, 日本災害看護学会, 22(3): 1-2, 2021.
- 32) 前掲書31), 1-2.

研究報告

山間地域の保健師の地区組織活動に対する支援について

－保健師の支援内容と思考内容に焦点をあてて－

Support for Community Organization Activities by Public Health Nurses in Mountainous Areas: Focusing on the Contents of Support and the Thoughts of Public Health Nurses

城 諒子¹⁾

Ryoko SHIRO¹⁾

キーワード：地区組織活動，山間地域，住民リーダー

抄録

目的 本研究の目的は、住民リーダーを介して住民の健康状態の改善と保持増進に取り組んだ看護実践から、住民に対する支援の実施内容と思考内容を明らかにすることである。

方法 山間地域の保健師2名に半構成的面接を行った。主な調査項目は、住民リーダー及び、住民と住民リーダーの関係性に対する支援の実施内容と思考内容である。

結果 住民リーダーに対する支援の実施内容は、【地区組織活動の取り組みの目的や内容をまずは住民リーダーに説明して理解してもらう】等の8つ、思考内容は、判断として【まずは住民リーダーに地区組織活動の取り組みの必要性を理解してもらう】等6つと、判断の根拠として【自分の地区の健康課題を受け止めて納得して地区組織活動に取り組む】等5つの大分類を作成した。

結論 保健師は、既存の地区組織に新しい取り組みを依頼したり、既存の地区組織活動の内容に新しい取り組みの意味を付加したりすることによって、住民が地区組織活動の目的を理解しながら継続し続けられるように支援していることが示唆された。

I. はじめに

Winslow は、公衆衛生を「組織化された共同社会の努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、身体的・精神的健康と能率の増進をはかる科学であり、技術である」と定義している^{1,2)}。住民の健康課題は、個人の課題でもあり多くの人の課題でもあるという側面を持っており、保健師は社会的な側面から人々の健康課題を達成することを目的に、組織化された共同社会の努力を通じて組織的に達成しようとしている。

住民の健康状態の改善と保持増進のための組織的な取り組みとして、地区組織活動に参加する住民(以

下、住民リーダーとする)との協働が有効である。看護専門職は、健康状態の改善と保持増進を目的に、住民リーダーを介して、住民個々人と家族、そして地域住民に働きかけている。また、看護専門職は、公衆衛生看護活動において、住民リーダーの地区組織活動を保健事業の施策の中に位置付けることによって、住民リーダーの地区組織活動を支援してきた³⁾。

住民リーダーを介して住民の健康状態の改善と保持増進に取り組んだ看護実践に関するこれまでの研究では、住民リーダーが地区組織活動を実施するための地区組織活動の展開方法や、地区組織の発達段

受付日：2022年6月29日 採択日：2023年1月4日

1) 富山大学学術研究部医学系（地域看護学）

Department of Community Health Nursing, Faculty of Medicine, Academic Assembly, University of Toyama

階に応じた住民リーダーに対する支援過程について明らかにされている^{4~7)}。また、自治会や町内会等の地区組織は、地域の中心的な役割を果たしてきたが、人口減少や高齢化等の問題から加入率の低下や担い手不足になり、現在の地区組織活動の継続が困難になる可能性が懸念されている。特に、人口減少や高齢化等、急速な過疎化が進行する山間地域では、看護専門職も昨今の住民の現状に対応しながら住民リーダーの支援を検討していく必要がある。そして、看護専門職は、今後も住民の多様な健康課題に対応するため、これまでの住民リーダーの地区組織活動の実施継続が困難になる可能性を考慮したうえで地区活動を展開する方法について考えていかなければならない。看護専門職がこれまで養成や育成に携わってきた住民リーダーに限らず、地区組織活動の核となる住民、つまり、自治会役員や民生委員等、あらゆる住民リーダーに対する支援の実施内容と支援の実施に至る支援の思考内容について明確にする必要がある。

本研究では、住民リーダーを介して住民の健康状態の改善と保持増進に取り組んだ看護実践の内容から、住民に対する支援の実施内容と思考内容を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究では、以下の通り用語の定義をする。

1) 地区組織活動

住民相互で作り上げる地区組織であり、地域住民を構成員とする地区組織によって行われている地域での活動とする。

2) 住民リーダー

地区組織の構成員であり、看護専門職とともに住

民の健康状態の改善と保持増進に対応するための地区組織活動を推進する地域住民の協力者とする。

2. 対象者（表1）

対象者は、住民リーダーとともに住民の健康保持増進に取り組んだ看護実践の経験のある市町村保健師とし、地区組織活動の先進地の保健師に研究協力の依頼を行った。研究協力が得られた保健師2名の所属機関であるA町とB村の人口は、それぞれ約9,000人、1,500人であり、いずれも高齢化率30%を超えているが人口減少に歯止めがかからない地域である（2021年）。そのため、自治会や地区組織の減退が問題視されており、保健師は今後の地区組織との協働について検討をしている。また、A町とB村の地区組織と住民リーダーの特徴として、複数の地区組織活動に特定の住民が参加していること、区長を中心とした自治会活動が盛んに展開されていること、住民リーダーの確保が困難となり、過去に解散した地区組織があること等がある。

3. 調査項目

本研究では、住民、住民リーダー、及びその両者の関係性に対する支援内容について把握した。

1) 対象の属性

2) 住民に対する支援の実施内容と思考内容

3) 住民リーダーに対する支援の実施内容と思考内容

4) 両者の関係性に対する支援の実施内容と思考内容

4. データ収集方法

面接への協力が得られた保健師に対して、インタビューガイドを用いた半構成面接を行った。面接は対象者の希望する場所において実施し、対象者が話しやすい方法で面接が実施できるように配慮した。

表1. 対象者の所属機関の概要

	A町	B村
人口	約9,000人	約1,500人
高齢化率	約36.0%	約33.0%
地理的な特徴	海に面し、海の背後に山間部が連なる	特別豪雪地帯に指定されている
転出入の特徴	20～30歳代が結婚または転職を理由に転出する	職業上の理由で転出超過となる傾向がある
地区組織及び住民リーダーの特徴	・複数の地区組織活動に特定の住民が参加している ・高齢世帯のみの地区は地区組織活動の継続が困難である ・区長を中心とした自治会活動が盛んに展開されている	・複数の地区組織活動に特定の住民が参加している ・フルタイム勤務(特に観光業と自営業)の住民リーダーが多いため、平日の地区組織活動の参加者確保が困難である ・地区の持ち回りで住民リーダーが選出される傾向がある ・住民リーダーの確保が困難となり、過去に解散した地区組織がある

表2. 対象の属性

	事例1	事例2	事例3
年齢	50代	30代	30代
性別	女性	女性	女性
看護専門職の経験年数	30年以上	5年以上	
協働経験のある地区組織	自治会長、民生委員、 母子保健推進員、 食生活改善推進員、 健康づくり推進員 等	自治会長、民生委員、食生活改善推進員、 健康づくり推進員 等	
語られた事例の概要	区長と健康づくりに関係する 地区組織とともに取り組んだ すべての年代の住民を対象と した生活習慣病対策への働き かけ	民生委員とともに取り組んだ 妊娠期から出産後の母子への 働きかけ	民生委員とともに取り組んだ 透析治療を受けている独居高 齢者への働きかけ
インタビューの時間	61分	50分	45分

面接では、「住民リーダーとともに、住民の健康状態の改善と保持増進のために取り組んだ看護実践についてうまく実践できたと捉えている事例」について、誰になぜその支援を実施したのか、支援の実施内容と思考内容が明確になるように自由に語ってもらった。

面接は、45～61分であり、面接の内容は対象者の同意を得てICレコーダーで録音し、適宜メモを取りながら行った。データ収集期間は、2021年4月～2022年2月であった。

5. 分析方法

保健師からの面接によって得られた情報は逐語録に起こし、保健師の支援の実施内容と思考内容に関する意味を検討し、全体の文脈を損なわないように動詞や形容詞等の言葉を足して一つの意味内容をなす文を作り、データとした。調査項目2)～4)については、保健師が「働きかけた対象」に対する「支援の実施内容」、「支援の思考内容」の意味内容を検討して分析を進めた。また、支援の思考内容は、「支援の実施に至る判断」と「支援の実施に至る判断の根拠」に分けて分析を進めた。

得られたデータは、事例ごとに、調査項目に対して意味内容が類似する内容に集約させて中分類を検討した。次に、中分類を、事例ごとに、調査項目に対して意味内容が類似する内容に集約させて大分類を検討した。

6. 倫理的配慮

保健師には、文書と口頭にて研究内容の説明を行い、研究協力の同意が得られた者を対象とした。面接において把握かつ録音した内容は、個人や施設・団体等が特定できる表現は避けること、得られた

データは研究目的のために使用することについて説明を行った。本研究は、研究者所属大学における人間を対象とし医療を目的としない研究倫理審査委員会において倫理審査を受けた（2020年9月30日、J2020007）。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象の属性（表2）

研究協力者は2名の保健師で、1名の協力者からは2事例の語りを得ることができたので、合計3事例を分析対象とした。保健師の経験年数は30年以上と5年以上であり、それぞれ、自治会長、民生委員、食生活改善推進員等との協働経験があった。

2. 住民に対する支援の実施内容と思考内容

住民に対する支援の実施内容として、4つの大分類を作成した。以下、【 】は大分類を表す。

保健師は住民に対して、【直接会うことで関係を作って維持する】、【同じ地区の住民同士につながりを持ってもらう】、【住民リーダーとの関わりに対する考えを聞く】、【自分の身体の状態を受け止めることによって健康行動を促す】という支援を実施していた。

住民に対する支援の思考内容は、支援の実施に至る判断として5つの大分類、支援の実施に至る判断の根拠として2つの大分類を作成した。

保健師の支援の実施に至る判断には、【住民の健康課題に応じた保健指導の方法を検討する】、【自分の健康状態を認識して健康管理に取り組む】、【保健師との関係を維持するための方法を持ってもらう】、【保健師や住民リーダーとの関わりを持っている住民が特別視されないように配慮する】、【地域に自分の事を支えてくれる人がいることを知ってもらう】

が確認された。保健師の支援の実施に至る判断の根拠には、【地域の健康課題を住民とともに取り組む】、【住民が地域の身近な人に支援を求められる体制づくりをする】ことが確認された。

3. 住民リーダーに対する支援の実施内容と思考内容（表3-1、3-2）

住民リーダーに対する支援の実施内容として、8つの大分類と19の中分類を作成した。以下、〈〉は中分類、「」はデータを表す。

【地区組織活動の取り組みの目的や内容をまずは住民リーダーに説明して理解してもらう】という大分類では、保健師は、〈生活習慣病対策の目的と地区組織活動の取り組みの意味を示す〉、〈地区単位で実施する保健事業は地区の地区組織が協力して取り組むことを説明する〉、〈すべての地区で同じ目的の保健事業を実施してもらう〉支援の実施していた。また、〈他の地区組織の住民リーダーに地区組織活動の内容を周知する〉、〈他の地区組織活動に参加してもらう〉支援では、他の地区組織活動の取り組みについても周知しようとしていた。〈地区組織活動にまちづくりの視点を持ってもらう〉支援で

は、「まちづくりの活動に参加することを健康長寿につなげてもらう」内容を確認した。

【住民リーダーが集まる場で地区ごとの健康課題を説明する】という大分類では、〈健診の受診勧奨と健診結果説明を同時に実施する〉、〈その場にいるすべての住民リーダーの前で地区ごとの健診結果の説明を行う〉支援の実施を確認した。また、〈育児の悩みや問題を抱えている住民がいることを知ってもらう〉支援もあった。

【地区の事情を考慮しながら重点地区を選定して依頼する】という大分類では、〈まずは新しい地区組織活動の取り組みを依頼しやすい住民リーダーを頼りにして依頼する〉、〈地区組織が持つ機能を見極める〉、〈地区組織活動の実施が厳しい地区には、無理を言わずに次年度以降の実施につなげる〉、〈新規保健事業の推進地区に選ばれた理由を説明する〉支援の内容を確認した。

住民リーダーに対する支援の思考内容は、支援の実施に至る判断として6つの大分類と16の中分類、支援の実施に至る判断の根拠として5つの大分類と10の中分類を作成した。

【まずは住民リーダーに地区組織活動の取り組み

表3-1. 住民リーダーに対する支援の実施内容

大分類	中分類
地区組織活動の取り組みの目的や内容をまずは住民リーダーに説明して理解してもらう	・生活習慣病対策の目的と地区組織活動の取り組みの意味を示す ・地区単位で実施する保健事業は地区の地区組織が協力して取り組むことを説明する ・すべての地区で同じ目的の保健事業を実施してもらう ・他の地区組織の住民リーダーに地区組織活動の内容を周知する ・他の地区組織活動に参加してもらう ・地区組織活動にまちづくりの視点を持ってもらう
住民リーダーが集まる場で地区ごとの健康課題を説明する	・健診の受診勧奨と健診結果説明を同時に実施する ・その場にいるすべての住民リーダーの前で地区ごとの健診結果の説明を行う ・育児の悩みや問題を抱えている住民がいることを知ってもらう
地区の事情を考慮しながら重点地区を選定して依頼する	・まずは新しい地区組織活動の取り組みを依頼しやすい住民リーダーを頼りにして依頼する ・地区組織が持つ機能を見極める ・地区組織活動の実施が厳しい地区には、無理を言わずに次年度以降の実施につなげる ・新規保健事業の推進地区に選ばれた理由を説明する
保健師と住民リーダーの役割を明確にする	・保健師と住民リーダーの役割を明確にする
地区組織活動に関わる住民情報を提供する	・住民の情報を可能な範囲で提供する
住民リーダーからの相談を一緒に考える	・住民リーダーからの相談に対応して一緒に考える
日ごろから住民リーダーと顔が見える関係を作る	・日ごろから住民リーダーと顔が分かる関係を作る
住民リーダーの体調や生活者としての立場に配慮する	・住民リーダーの地域の生活者としての立場を守る ・住民リーダーの体調や負担感に配慮する

の必要性を理解してもらう】という支援の判断には、【自分の地区の健康課題を受け止めて納得して地区組織活動に取り組む】、【地区組織活動の取り組みを継続する気持ちを持つ】という判断の根拠があることを確認した。保健師が支援の実施のために＜地区で地区組織活動の取り組みが必要であることを理解してもらう＞、＜地区組織活動が健康増進のどの部分の対策であるかを理解してほしい＞等と判断したのは、保健師が＜住民リーダーが地区の健診状況の実情を受け止める＞、＜地区組織活動を継続する気持ちを持つ＞等という根拠があることを確認できた。

【今までの取り組みと同程度の新しい取り組みの実施を検討できる】という支援の判断には、【地区

組織活動の取り組みを継続する気持ちを持つ】、【他の地区組織活動の取り組みを参考にできる】という判断の根拠があることを確認した。保健師が支援の実施のために＜今までの取り組みと同程度の取り組みをすることで負担なく新規事業を実施してもらう＞、＜地区にとって負担が大きい取り組みを考えてもらう＞等と判断したのは、保健師が＜地区組織活動を継続する気持ちを持つ＞、＜活動目的が異なる地区組織同士が地区組織活動を共有する＞等という根拠があることを確認できた。

【一つの地区がいくつもの公共事業を一度に受けることは避ける】という支援の判断には、【地区組織活動の中心を担う人がいると住民が一丸となって取り組むことができる】、【他の地区組織活動の取り

表3-2. 住民リーダーに対する支援の実施内容の思考内容（判断と根拠）

支援の実施に至る判断		支援の実施に至る判断の根拠	
大分類	中分類	大分類	中分類
まずは住民リーダーに地区組織活動の取り組みの必要性を理解してもらう	・地区で地区組織活動の取り組みが必要であることを理解してもらう	自分の地区の健康課題を受け止めて納得して地区組織活動に取り組む	・住民リーダーが地区の健診状況の実情を受け止める
	・自分の地区でも地区組織活動を実施する気持ちになってもらう		・納得して地区組織活動の実施を決定する
今までの取り組みと同程度の新しい取り組みの実施を検討できる	・地区組織活動が健康増進のどの部分の対策であるかを理解してほしい	地区組織活動の取り組みを継続する気持ちを持つ	・住民リーダーが取り組む活動の目的を明確にする
	・当日の欠席者にも食生活改善推進員活動が実施されていることを知ってもらう		・地区組織活動を継続する気持ちを持つ
一つの地区がいくつもの公共事業を一度に受けることは避ける	・予防的な視点を持って声かけだけでも育児支援をしてもらう	他の地区組織活動の取り組みを参考にできる	・地区組織活動を継続する気持ちを持つ
	・特定健診を実施する意義を理解してもらう		・地区組織活動の取り組みを住民同士で共有する
一つの地区がいくつもの公共事業を一度に受けることは避ける	・疲弊することなく保健事業の実施を引き受けてもらう	地区組織活動の中心を担う人がいると住民が一丸となって取り組むことができる	・活動目的が異なる地区組織同士が地区組織活動を共有する
	・今までの取り組みと同程度の取り組みをすることで負担なく新規事業を実施してもらう		・地区組織活動の成果を他の地区の住民に自慢してもらう
一つの地区がいくつもの公共事業を一度に受けることは避ける	・地区にとって負担が大きい取り組みを考えてもらう	他の地区組織活動の取り組みを住民同士で共有する	・地区組織活動の取り組みを住民同士で共有する
	・抵抗感なく新しい保健事業に取り組んでほしい		・活動目的が異なる地区組織同士が地区組織活動を共有する
一つの地区がいくつもの公共事業を一度に受けることは避ける	・一つの地区が公共事業を一度にいくつも引き受けることは避ける	地区組織活動の中心を担う人がいると住民が一丸となって取り組むことができる	・地区組織活動の成果を他の地区の住民に自慢してもらう

自分の地区の地区組織活動に他に の地区の実践例を取り入れてもらう	・自分の地区での取り組みの参考にしても らう ・地区組織活動は地区の住民同士で取り組むことを理解してもらう	地区組織活動の取り組みを継続する気持ちを持つ
		他の地区組織活動の取り組みを参考にする ・地区組織活動の取り組みを住民同士で共有する ・活動目的が異なる地区組織同士が地区組織活動を共有する ・地区組織活動の成果を他の地区の住民に自慢してもらう
特定の人にだけ負担をかけない地区組織活動に してもらう	・特定の人にだけ負担をかけない地区組織活動にするべきである	地区組織活動の中心を担う人がいると住民が一丸となって取り組むことができる
保健師と住民リーダーがお互いに考えていることを共有する	・保健師が考えていることに耳を傾けてもらう ・地区組織活動に対して思っていることを確認する	自分の地区の健康課題を受け止めて納得して地区組織活動に取り組む ・住民リーダーが地区の健診状況の実情を受け止める ・納得して地区組織活動の実施を決定する ・住民リーダーが取り組む活動の目的を明確にする
		地区組織活動に参加することにメリットを感じる ・地区組織活動に参加することにメリットを感じる ・過去の実験や職歴を活かすことができる場にする

組みを参考にできる】という判断の根拠があることを確認した。保健師が支援の実施のために＜一つの地区が公共事業を一度にいくつも引き受けることは避ける＞と判断したのは、保健師が＜地区組織活動の中心を担う人がいると住民が一丸となって取り組むことができる＞、＜地区組織活動の取り組みを住民同士で共有する＞等という根拠があることを確認できた。

【自分の地区の地区組織活動に他の地区の実践例を取り入れてもらう】という支援の判断には、【地区組織活動の取り組みを継続する気持ちを持つ】、【他の地区組織活動の取り組みを参考にできる】という判断の根拠があることを確認した。保健師が支援の実施のために＜自分の地区での取り組みの参考にしてもらう＞等と判断したのは、保健師が＜地区組織活動の取り組みを住民同士で共有する＞等という根拠があることを確認できた。

【特定の人にだけ負担をかけない地区組織活動にしてもらう】という支援の判断には、【地区組織活動の中心を担う人がいると住民が一丸となって取り組むことができる】という判断の根拠があることを確認した。保健師が支援の実施のために＜特定の人にだけ負担をかけない地区組織活動にするべきである＞と判断したのは、保健師が＜地区組織活動の中

心を担う人がいると住民が一丸となって取り組むことができる＞という根拠があることを確認できた。

【保健師と住民リーダーがお互いに考えていることを共有する】という支援の判断には、【自分の地区の健康課題を受け止めて納得して地区組織活動に取り組む】、【地区組織活動に参加することにメリットを感じる】という判断の根拠があることを確認した。保健師が支援の実施のために＜地区組織活動に対して思っていることを確認する＞等と判断したのは、保健師が＜納得して地区組織活動の実施を決定する＞等という根拠があることを確認できた。

4. 両者の関係性に対する支援の実施内容と思考内容（表4-1、4-2）

両者の関係性に対する支援の実施内容として、5つの大分類と11の中分類を作成した。

【既存の地区組織活動の取り組みに追加できる新しい取り組みを一緒に考える】という大分類では、＜既存の地区組織活動の取り組みに新規保健事業の取り組みの意味を持ってもらう＞、＜新しい地区組織活動の取り組みを提案する＞というように、地区組織活動の取り組みに関する支援の実施を確認した。また、＜地区組織活動の取り組みを住民に向けて発表する場を作る＞、＜他の地区組織活動でも取

り入れられそうな取り組みを紹介してもらう＞という支援の実施も確認した。

【新しく始めた地区組織活動が継続できるように働きかける】という大分類では、＜毎年モデル地区を選定して町の保健事業として定着してもらう＞という支援の実施を確認した。また、＜新しく始める保健事業が尻すぼみにならないように調整する＞、＜地区組織活動の発表資料の作成をバックアップする＞という支援の実施を確認した。

【地区組織活動に関係する情報を共有する】という大分類では、＜保健師と住民リーダーが持つ情報を共有する＞、＜地区組織活動に関係する情報を共有する＞という支援の実施を確認した。

【保健師の意見を一方的に言わず住民の意見を聴く】という大分類では、＜保健師の意見を一方的に言わず住民の意見を聴く＞という支援を確認した。

【住民リーダーを信じて住民とのかかわりの様子を見守る】という大分類では、＜住民リーダーを信

表4-1. 両者の関係性に対する支援の実施内容

大分類	中分類
既存の地区組織活動の取り組みに追加できる新しい取り組みと一緒に考える	・既存の地区組織活動の取り組みに新規保健事業の取り組みの意味を持ってもらう ・新しい地区組織活動の取り組みを提案する ・地区組織活動の取り組みを住民に向けて発表する場を作る ・他の地区組織活動でも取り入れられそうな取り組みを紹介してもらう
新しく始めた地区組織活動が継続できるように働きかける	・毎年モデル地区を選定して町の保健事業として定着してもらう ・新しく始める保健事業が尻すぼみにならないように調整する ・地区組織活動の発表資料の作成をバックアップする
地区組織活動に関係する情報を共有する	・保健師と住民リーダーが持つ情報を共有する ・地区組織活動に関係する情報を共有する
保健師の意見を一方的に言わず住民の意見を聴く	・保健師の意見を一方的に言わず住民の意見を聴く
住民リーダーを信じて住民とのかかわりの様子を見守る	・住民リーダーを信じて住民とのかかわりの様子を見守る

表4-2. 両者の関係性に対する支援の実施内容の思考内容（判断と根拠）

支援の実施に至る判断		支援の実施に至る判断の根拠	
大分類	中分類	大分類	中分類
地区組織活動の取り組みを途切れることなく実施し続けてもらう	・地区の住民のために地区組織活動が続けられること	市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する	・市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する
	・地区単位の地区組織活動を途切れることなく続けてもらう		・自分たちの地区の実情に即した実現可能な方法で生活習慣病対策を検討する
同じ地区の他の地区組織の人に他の地区組織活動の内容を知ってもらう	・区の他の地区組織の人に保健事業の内容を知ってもらう	市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する	・市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する
	・住民と住民リーダーが顔なじみの関係にある利点を活かしてもらう		・自分たちの地区の実情に即した実現可能な方法で生活習慣病対策を検討する
住民の身近な人が地区組織活動を実施していることに価値を置いてもらう	・住民にとって身近な人にかかわってもらう	市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する	・市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する
	・住民と住民リーダーが顔なじみの関係にある利点を活かしてもらう		・自分たちの地区の実情に即した実現可能な方法で生活習慣病対策を検討する

じて住民とのかかわりの様子を見守る」という支援の実施を確認した。

両者の関係性に対する支援の思考内容は、支援の実施に至る判断として3つの大分類と5つの中分類、支援の実施に至る判断の根拠として2つの大分類と2つの中分類を作成した。

【地区組織活動の取り組みを途切れることなく実施し続けてもらう】という支援の判断には、【市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する】、【地区の実情に即した実現可能な方法で生活習慣病対策を検討する】という判断の根拠があることを確認した。保健師が支援の実施のために「地区単位の地区組織活動を途切れることなく続けてもらう」と等と判断したのは、保健師が「自分たちの地区の実情に即した実現可能な方法で生活習慣病対策を検討する」と等という根拠があることを確認できた。

【同じ地区の他の地区組織の人に他の地区組織活動の内容を知ってもらう】という支援の判断には、【市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する】という判断の根拠があることを確認した。保健師が支援の実施のために「区の他の地区組織の人に保健事業の内容を知ってもらう」と判断したのは、保健師が「市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する」という根拠があることを確認できた。

【住民の身近な人同士が地区組織活動を実施していることに価値を置いてもらう】という支援の判断には、【市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する】、【地区の実情に即した実現可能な方法で生活習慣病対策を検討する】という判断の根拠があることを確認した。保健師が支援の実施のために「住民と住民リーダーが顔なじみの関係にある利点を活かしてもらう」と等と判断したのは、保健師が「市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する」と等という根拠があることを確認できた。

Ⅳ. 考察

1. 住民に対する支援の実施内容

保健師の住民リーダーに対する支援である【地区組織活動の取り組みの目的や内容をまずは住民リーダーに説明して理解してもらう】、【住民リーダーが集まる場で地区ごとの健康課題を説明する】と、両者の関係性に対する支援である【既存の地区組織活動の取り組みに追加できる新しい取り組みを一緒に考える】、【新しく始めた地区組織活動が継続できるように働きかける】は、地区組織活動の内容を理解してもらい、地区組織活動の取り組みを推進するた

めの支援内容だった。保健師は、まずは住民リーダーに理解してもらうことにより、地区組織活動の構成員である他の住民にも理解を拡げていこうとしていた。保健師は、「住民にとって本当に必要な地区活動を展開する」ために、住民に対して地区組織活動の取り組みの目的と意義を説明し、住民同士で取り組むようにしようとしていた。先行研究^{4, 5)}では、住民の思いを把握すること、活動の根拠を明らかにし活動の方向性を決定することが報告されており、本研究においても同様の支援の実施内容を確認することができた。

中山⁴⁾は、地区組織活動が地域づくりに発展するための保健師の支援内容として、保健師が支援する住民組織・地域を決定することを明らかにしている。本研究においても、保健師は住民に対して【地区の事情を考慮しながら重点地区を選定して依頼する】支援を実施していることが確認できた。

また、保健師は、住民リーダーとの関係性として、信頼関係の構築⁸⁾や住民の情報が住民リーダーからはいってくるように広く地域住民とつながりをつくる⁹⁾ことを日ごろから実施している。このことは、本研究で得られた住民に対する【地区組織活動に関係する情報を共有する】、【保健師の意見を一方的に言わず住民の意見を聴く】、【住民リーダーを信じて住民とのかかわりの様子を見守る】という支援でも同様の結果が確認できた。

2. 住民に対する支援の思考内容

本研究では、住民に対する支援の思考内容として、支援の実施に至る判断と、支援の実施に至る判断の根拠を明らかにした。

保健師の住民リーダーに対する支援の実施に至る判断である【まずは住民リーダーに地区組織活動の取り組みの必要性を理解してもらう】と、両者の関係性に対する支援の実施に対する判断である【地区組織活動の取り組みを途切れることなく実施し続けてもらう】は、地区組織活動の取り組みを理解してもらうことを思考していた。この判断の根拠として、【自分の地区の健康課題を受け止めて納得して地区組織活動に取り組む】、【地区組織活動の取り組みを継続する気持ちを持つ】、【市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する】、【地区の実情に即した実現可能な方法で生活習慣病対策を検討する】ことがある。本研究においても、先行研究^{10, 11)}と同様のことが確認できた。

また、保健師の住民リーダーに対する支援の実施

に至る判断である【今までの取り組みと同程度の新しい取り組みの実施を検討できる】、【一つの地区がいくつかの公共事業を一度に受けることは避ける】と、両者の関係性に対する支援の実施に対する判断である【地区組織活動の取り組みを途切れることなく実施し続けてもらう】は、地区組織活動の継続に向けた支援を思考していた。この判断の根拠として、【地区組織活動の取り組みを継続する気持ちを持つ】、【他の地区組織活動の取り組みを参考にできる】、【市内全地区で同じ目的の地区組織活動を実施する】、【地区の実情に即した実現可能な方法で生活習慣病対策を検討する】等がある。このように、保健師は地区組織活動の継続に向けた支援を、保健師対住民リーダーの関係で達成するのではなく、「地区組織活動の取り組みを住民同士で共有」するように、住民同士で達成することを思考しながら支援につなげていることが示唆された。

保健師の住民リーダーに対する支援の実施に至る判断である【自分の地区の地区組織活動に他の地区の実践例を取り入れてもらう】と、両者の関係性に対する支援の実施に対する判断である【同じ地区の他の地区組織の人に他の地区組織活動の内容を知ってもらう】は、同じ目的を持った地区組織だけでなく、目的やタイプの異なる地区組織の取り組みを理解してもらおうとすることが、思考内容として確認できた。【他の地区組織活動の取り組みを参考にできる】ことで、住民が【地区組織活動の取り組みを継続する気持ちを持つ】ことに働きかけられると考えて支援内容を検討していると考えられる。

保健師の住民リーダーに対する支援の実施に至る判断である【特定の人だけに負担をかけない地区組織活動にしてもらう】と、両者の関係性に対する支援の実施に対する判断である【住民の身近な人同士が地区組織活動を実施していることに価値を置いてもらう】は、地区組織活動が住民同士で取り組む活動であることを理解してもらおうとすることが、思考内容として確認できた。地区の住民同士が、【地区の実情に即した実現可能な方法で生活習慣病対策を検討する】ために、保健師は、住民同士がつながりを持つための仲介者になろうという思考で働きかけていることが示唆された。

保健師の住民リーダーに対する支援の実施に至る判断である【保健師と住民リーダーがお互いに考えていることを共有する】と、本研究で確認できたすべての両者の関係性に対する支援の実施に対する判断は、住民と保健師が地区組織活動に対して同じ目

標を共有し、同じ方向に向かって地区組織活動に取り組むための思考であると確認できた。保健師は、住民に保健師を支援者として受け入れてもらうために、住民との関係性の構築が欠かせないと考えていると考えられる。そのために、住民が【自分の地区の健康課題を受け止めて納得して地区組織活動に取り組む】ように働きかけ、【自分の地区の健康課題を受け止めて納得して地区組織活動に取り組む】、【地区組織活動に参加することにメリットを感じる】支援を実施したいと思考していると考えた。

中山間地域や農村地等の看護活動では、地域に根付いた看護活動を実施するために、住民との関わりを大切にする、近隣住民とともに地域の健康づくりへ参加していることを支持する、新規保健事業の実施のために他部署と調整する等という報告がある^{12~14)}。一方で、地域の習慣に対する戸惑いや住民のプライバシー保護に関する看護実践上の問題も報告されている¹⁵⁾。また、同様の地域に居住する住民は、高齢化や介護といった生活と健康上の課題があるが、住民の、集落内の結束した助け合いが普通であるという考え、時代は変わったが当たり障りなくつながって協力しているという住民互助の考えや、中山間地域の中で自分の役割を創出しようとする考え^{16, 17)}は、今後も中山間地域の住民が地区組織活動を継続するための強みであると考えられる。本研究の結果より、保健師は、【住民リーダーの体調や生活者としての立場に配慮する】、【特定の人だけに負担をかけない地区組織活動にしてもらう】、【住民の身近な人同士が地区組織活動を実施していることに価値を置いてもらう】という支援を思考して実施していた。住民リーダーの高齢化も想定される中で、保健師は、地区組織活動の継続とともに、参加する住民リーダー自身の生活と健康上の課題と、少人数の人口であるからこそ配慮すべき住民同士のプライバシー等にも配慮しながら支援していく必要があると考えられた。

本研究の分析対象となった地域では、区長を中心とした自治会活動が盛んに展開されており、保健師は、まずは地区の中心人物である住民リーダーに対して働きかけることが地区組織活動の実施に効果的であると考えていた。人口が少なく、複数の地区組織で住民リーダーとして参加している住民が多い地区では、保健師は、「顔の見える関係がある区長には保健事業の依頼が頼みやすくて協力が得られやすい」というように、どの住民リーダーに働きかけるべきかを検討していることも、本研究の結果から示

唆が得られた。また、本研究の研究協力者が所属する2か所の自治体は、いずれも高齢化率が30%を越えており、20歳代以降の人の職業上の事由による転出傾向が顕著である。過去には、住民リーダーの参加者数減少を理由に地区組織の継続が困難になり、解散した地区組織もあった。保健師はこのような状況でも【地区組織活動の取り組みを途切れることなく実施し続けてもらう】という支援を思考し、【既存の地区組織活動の取り組みに追加できる新しい取り組みと一緒に考える】という支援を実施することにより、この地域での地区組織活動を継続しようとしていた。このことは、保健師はくまらずに新しい地区組織活動の取り組みを依頼しやすい住民リーダーを頼りにして依頼する>という支援にあるように、新規保健事業や地域の健康課題に対して、新しく地区組織を立ち上げるのではなく、既存の地区組織に取り組みを依頼したり、既存の地区組織活動の内容に新規保健事業の意味を付加したりすることによって、人口減少や地区組織が縮小している地域の実情に適応しようとしていることが示唆された。このことは山間地域の保健師の地区活動の特徴であるとともに、他の地域での地区組織活動の支援の視点にも適用できると考える。

V. おわりに

本研究では、山間地域の保健師が地区組織活動の参加住民に対する支援の実施内容と思考内容を明らかにすることができた。本研究の分析対象の事例は、2町村の山間地域の地区活動であり、今後、他の地域特性のある市町村を対象に拡げて調査を行い、保健師の支援の実施内容と思考内容を検討する必要がある。また、本研究では、保健師の支援の実施内容と思考内容の関係については分析を行っていない。今後は、保健師の支援の実施内容と思考内容の関係についても検討し、保健師の支援の実施内容と思考内容を詳細に言語化していくことが必要であると考える。

謝辞

本研究の調査にご協力をいただきました、2名の保健師の方々に深く感謝を申し上げます。

本研究に関連し、開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗ほか: 最新公衆衛生看護学第3版2022年版総論. 日本看護

協会出版会(東京), pp5-7, 2018.

- 2) 山崎京子: 今, 改めて「公衆衛生看護」公衆衛生看護の活動方法論. 公衆衛生, 66(3):200-202, 2002.
- 3) 植田悠紀子, 山田和子: 地域における保健婦の企画・調整機能. 公衆衛生研究, 49(2):153-158, 2000.
- 4) 中山貴美子: 住民組織活動が地域づくりに発展するための保健師の支援内容の特徴. 日本地域看護学会誌, 11(2):7-14, 2009.
- 5) 両羽美穂子: 地域づくりにおける保健師のマネジメント活動の特徴. 千葉看護学会会誌, 13(1):69-76, 2007.
- 6) 永寛子, 伊藤直美, 平子三起子ほか: 地域づくりにおける保健師の役割についての一考察 母子保健活動をとおして. 岡山県母性衛生, 23:49-50, 2007.
- 7) 渡邊輝美, 宮崎美砂子: 地域住民を対象にしたポピュレーションアプローチの展開方法の特徴 保健師の実践報告事例の分析. 日本地域看護学会誌, 13(1):100-110, 2010.
- 8) 本田光, 當山裕子, 宇座美代子: 母子保健推進員とのパートナーシップを構築する保健師の技術 人口6万人規模の地方自治体における母子保健活動の実践を通して. 日本看護科学会誌, 32(1):12-20, 2012.
- 9) 川本晃子, 田口敦子, 桑原雄樹ほか: 地域包括支援センター保健師が地域住民と協力して行った個別支援の内容. 日本地域看護学会誌, 15(1):109-118, 2012.
- 10) 田口敦子, 岡本玲子: ヘルスプロモーションを推進する住民組織への保健師の支援過程の特徴. 日本地域看護学会誌, 6(2):19-27, 2004.
- 11) 渥美綾子, 安齋由貴子: 市町村保健師が行う保健推進員への支援内容. 日本公衆衛生看護学会誌, 11(1):27-36, 2022.
- 12) 御子柴裕子, 下村聡子, 安田貴恵子ほか: 中山間地域の市町村に勤務する中堅期保健師が実践経験を通じて得ている学び. 日本ルーラルナース学会誌, 1:1-13, 2016.
- 13) 丸谷美紀, 大澤真奈美, 雨宮有子ほか: 農村部における地域の文化を考慮した生活習慣病予防の保健指導方法 健康を志向した地域の文化を育むことを意図して. 日本地域看護学会誌, 13(2):7-15, 2011.
- 14) 太田あゆ美, 春山早苗: 統括保健師が配置され

- ていない小規模町村における部署横断的な保健師の活動内容. 日本地域看護学会誌, 24 (3) : 4-12, 2021.
- 15) 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.
- 16) 藤田智恵, 中村順子: 阿仁地域のA地区に根付く互助の文化 地域包括ケアシステムに活かす視点から. 文化看護学会誌, 13 (1) : 11-18, 2021.
- 17) 松谷ひろみ, 原祥子: 中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相. 日本看護研究学会雑誌, 38(1):101-111, 2015.

研究報告

小規模自治体における地域ケア会議の課題

—自治体,医療機関,保健所へのインタビュー調査から—

Challenges for community care conferences in small municipalities
—Interview survey with Municipalities, Medical Institutions and Public Health Centers—

藤井智子¹⁾, 塩川幸子¹⁾
Tomoko Fujii¹⁾, Sachiko Shiokawa¹⁾

キーワード：地域ケア会議, 地域包括ケアシステム, 小規模自治体, 医療, 保健所

抄録

- 【目的】自治体,保健所からみた小規模自治体における地域包括ケアシステムの捉え方と地域ケア会議の認識,医療機関からみた地域包括ケアにおける医療の役割認識を明らかにすることで地域ケア会議の課題を明確にし,有効に機能する方策への示唆を得る.
- 【方法】自治体職員6名,自治体の医療機関の医師・看護師3名,保健所保健師4名の計13名に半構造面接をし,質的帰納的に分析した.
- 【結果】自治体は地域包括ケアシステムを【生活課題から医療課題への広がりの実感】をもち,【皆で構築するプロセス】,保健所は【自治体が構築し住民を安心に導くもの】と捉えていた.医療機関は【地域包括ケアにおいて医療の役割の模索】をしながら【自治体との信頼関係を土台にした地域包括ケアの推進】の役割認識があった.自治体と保健所は地域ケア会議の企画の困難さを認識していた.
- 【考察】地域ケア会議の企画の困難さの背景に,医療職への遠慮と曖昧な役割期待,自治体内部の温度差と少数の専門職による企画があった.地域の課題分析と会議の位置づけの明確化,自治体の企画力向上の必要性が示唆された.

I. はじめに

地域包括ケアシステム構築と地域ケア会議は目的とその手段として密接な関係性にある.地域ケア会議は多職種連携の中核の手段であり,行政の責任において実施される.個別事例を検討するものは地域ケア個別会議,地域の課題や必要な取り組みを検討するものは地域ケア推進会議と大別されている¹⁾.地域包括ケアシステムは,農村型,島嶼・沿岸型,都市型,大都市型,団地型など地域特性に応じた特徴的なシステムを構築すべきであり²⁾,地域ケア会議において地域の多職種と目指すものを一致させ,話し合いを重ねていくことが期待される.地域包括ケアシステム構築の型として「福祉重視・行政主導型」

と「医療重視・医療機関主導型」の二つのモデルがある³⁾.小林は「医療重視・医療機関主導型」は保健・医療・介護・福祉にわたる多職種協働を展開するうえで大きな力となると述べており,医療の影響は大きい.医療と行政の関係に着目し全国状況を概観すると,柏市では,保健福祉部が医師会との連携を主軸に多職種連携の核として重要な役割を担い⁴⁾,尾道市は,地域医療連携において在宅主治医の出席率を高める工夫⁵⁾をしている.これらの事例から,行政と医療のつながりの強さが地域包括ケアシステム構築を推進すると推測されるがいずれも人口が10万人以上の都市部^{6) 7)}の自治体である.小離島では医療的ケアの推進には限界があり,社会的ケアや互助

受付日：2022年5月2日 採択日：2023年2月7日

1) 旭川医科大学医学部看護学科 Asahikawa Medical University

の活性化を推進することで住民が住み慣れた地域で暮らし続けられることが示唆されている⁸⁾。一方で医療的ケアが十分でなければ高齢者の暮らしの継続は困難であり、過疎地域など小離島においても自宅での看取りを含めた看護実践^{9) 10) 11)}や行政の取り組み¹²⁾の報告も増えてきている。これらのことから、福祉重視のみの推進では地域包括ケアとは言い難く、住民が住み慣れた地域で最期まで暮らし続けていくためには医療と福祉両方の推進が必要である。自治体職員が地域包括ケアシステムをどのように捉えるかは重要¹³⁾であり、捉え方が地域ケア会議の内容に影響を及ぼすと考える。

北海道は積雪寒冷地であり、人口減少が進み財政力の弱い自治体や医療資源としては広域な面積に自治体病院・診療所が一か所であるところが多い。過疎地域においては、広域な地域の在宅療養を支える資源は未整備で医療と介護が脆弱である¹⁴⁾、人口規模が少ないほど在宅医療・介護連携の進捗が遅い、6割強が行政と医療との協力関係に課題があることが報告されている¹⁵⁾。これらのことから、小規模で過疎地域にある自治体では、地域ケア会議において医療課題の検討が十分にされていない可能性がある。

そこで、本研究では、小規模自治体における地域ケア会議の課題を明らかにするために、自治体職員の現在の地域包括ケアシステム構築の捉え方と地域ケア会議の認識から課題を考察する。加えて小規模自治体では医療課題が十分検討されていない可能性があることから、自治体が設置主体の医療機関の地域包括ケアシステムにおける医療の役割認識を明らかにする。さらに保健所は、在宅医療の体制構築を推進する立場¹⁶⁾であり地域包括ケアシステム構築に向け市町村への関与が大きいと考え、保健所保健師からみた地域包括ケアシステムの捉え方と地域ケア会議の認識についても明らかにする。本研究の目的は、自治体、保健所それぞれの立場からみた小規模自治体の地域包括ケアシステムの捉え方と地域ケア会議の認識、医療機関からみた医療の役割認識を明らかにすることで、地域ケア会議の課題を明確にし、地域包括ケアシステム構築に有効に機能する地域ケア会議の方策への示唆を得ることである。

II. 研究方法

1. 研究対象者および対象の選定

人口1万人以下の小規模自治体に設置された直営型地域包括支援センターに勤務する職員（以下、自

治体とする）、自治体が設置主体の医療機関に勤務する医療職（以下、医療機関とする）、北海道内の道立保健所に勤務する保健師（以下、保健所とする）を対象とした。対象の選定は、機縁法により人口が1万人以下の小規模自治体を管轄している3か所の保健所に依頼した。保健所と保健所管内の市町村および医療機関に所属する対象者へ研究者から研究の主旨・内容等を説明し、協力の同意が得られた者を対象とした。北海道は179市町村のうち143市町村が直営型地域包括支援センターを設置¹⁷⁾しており、自治体の考えが直接把握できることから直営型を対象とした。

2. 方法

1) インタビューの方法と内容

インタビューガイドを用い、半構造的インタビューを所属先の職場に研究者が訪問し、個室で実施した。同じ所属に複数の研究対象者がいる場合は、グループインタビューとした。なお、対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。属性として、性別、年齢、経験年数、職位、資格、加えて自治体には地域ケア会議の概要、医療機関には地域ケア会議の出席の有無、訪問診療および看取りの有無を把握した。インタビュー内容は、自治体は、地域ケア会議は地域包括ケアシステムを構築していくための手段であるため、①現在の自分のまちの地域包括ケアシステムをどのように捉えているか、②地域ケア会議の認識とした。医療機関は、小規模自治体における医療の課題と自治体との関係に着目したため、①地域包括ケアシステムにおける医療の役割認識、②行政への期待とした。保健所は、①地域包括ケアシステムの捉え方、②地域ケア会議の認識とした。

2) データ収集期間

インタビューは、2019年3月～2020年10月の期間に実施した。

3. 分析方法

グレッグら¹⁸⁾の質的記述的研究方法を参考に分析を行った。インタビューから逐語録を作成し、自治体と保健所は、地域包括ケアシステムの捉え方、地域ケア会議の認識、医療機関は、地域包括ケアシステムにおける医療の役割や行政の期待を語っているデータを抽出した。抽出されたデータを文章、段落など一つの意味が読み取れる最小の単位とし、それを要約してコードを作成した。自治体、医療機関、保健所毎にコードを分け、それぞれ意味内容を類似性と

相違性を検討しながら分類し、サブカテゴリを生成した。さらにサブカテゴリを束ね抽象度を上げカテゴリを生成した。分析結果の真実性を確保するため、対象者からメンバーチェッキングを受けた。信頼性を確保するため、研究の全過程において公衆衛生看護学の複数の教員で検討した。

4. 倫理的配慮

研究対象者に、研究目的と方法、参加の自由意思、拒否をしても不利益を被らないこと、内容の録音、匿名性確保、データは研究以外の目的では使用しないこと等を文書と口頭で説明し同意を得た。すべての手続きは旭川医科大学倫理委員会の承認を得て行った（承認番号18105, 2018年9月14日承認）。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の属性

自治体、医療機関、保健所それぞれの対象者の属性を表1～3に示す。インタビュー時間は30～120分（平均65分）であった。医療機関へのインタビューでは、Gは勤務終了後であったため負担に配慮し30分、Fは勤務時間内でグループインタビューにより相互作用が生まれたため80分となり、時間に幅があった。

表1. 基本属性（自治体）

所属		A	B	C	D	E	
性別		女性	女性	女性	男性	女性	男性
年齢		40代	40代	50代	40代	40代	40代
所属別 経験年数	保健部門	19	14	10	—	13	他部署
	包括	8	7	19	3	7	3.5
職位		係長	係長	センター長	主査	係員	係長
資格		保健師	保健師	保健師	社会福祉士	保健師	事務職
地域ケア会議の方法 定例・随時		随時	随時	定例	定例 1回/月	随時	
人口規模（人）	～3000未満		○				○
	3000～5000未満	○				○	
	5000～1万未満			○			
主な産業		漁業・農業	漁業・酪農	漁業・酪農	農業	農業	
インタビュー時間		60分	120分	100分	110分	90分	

表2. 基本属性（医療機関）

所属		F	G
性別	女性	男性	男性
年齢	40代	40代	60代
現所属の勤務年数	2年目	6年目	3年目
資格	看護師・保健師	医師	医師
訪問診療	有	無	
看取りの有無	有	無	
地域ケア会議の出席	有	有	無
インタビュー時間	80分	30分	

1) 自治体

5自治体6名から同意を得た。性別は男性2名、女性4名、年齢は40代5名、50代1名であった。資格は、保健師4名、社会福祉士1名、事務職1名であった。職位は係員1名、係長・主査4名、センター長1名であった。地域ケア会議の定例開催は2か所、随時開催は3か所であった。

人口規模は千人以上3千人未満が2か所、3千人以上5千人未満が2か所、5千人以上が1か所であり、主産業は漁業、酪農業など第一次産業であった。

2) 医療機関

病院1か所、診療所1か所、3名から同意を得た。対象者は、男性2名、女性1名、年齢は40代～60代であった。資格は医師2名（内科医）、看護師1名であった。看護師は地域連携室所属で保健師の経験があった。病院は訪問診療と看取りを実施し、地域ケア会議の出席への経験があった。診療所は訪問診療と看取りは実施しておらず地域ケア会議の出席の経験は無かった。

3) 保健所

3保健所（振興局社会福祉課1か所含む）4名から同意を得た。対象者は、男性1名、女性3名、年齢は40代2名、50代2名であった。全員が保健師で、職位は係長・主査であった。

表3. 基本属性（保健所）

所属		H	I	J
性別	女性	男性	女性	女性
年齢	40代	40代	50代	50代
保健師経験年数	25	18	31	36
職位	主査	主査	主査	係長
資格	保健師	保健師	保健師	保健師
管内人口(人)	44万	4万	10万	
インタビュー時間	60分	45分	60分	

2. 分析結果

コードを「 」,サブカテゴリを〈 〉,カテゴリを【 】で示す.

1) 自治体からみた地域包括ケアシステムの捉え方と地域ケア会議の認識

結果を表4,表5に示す.自治体からみた地域包括ケアシステムの捉え方(表4)では,7サブカテゴリ,2カテゴリが生成された.自治体は,地域包括ケアシステムは【皆で構築するプロセス】と捉え,「皆が好きなように地域で生きていくこと」,「いろいろなところと協力して人々の願いをかなえる」として「皆で実現していくもの」,「その時その時に新しい課題がでてゴール・完成は無い」など「ゴールや

完成は無い」という認識であった.地域の課題について,【生活課題から医療課題への認識の広がりの実感】がみられ,「高齢者の集まる場所,移動手段の確保,除雪が地域の三大課題と考えている」など「移動手段や除雪の生活課題は深刻である」こと,「住民のニーズは施設から在宅志向にゆっくり変化している」こと,しかし,「医療が手薄であり看取りは難しいと考えている」など「住民の医療ニーズには応えられない地域の実情がある」と捉えていた.一方で,「医療主導であれば在宅の可能性の幅が広がる」と認識していた.

次に自治体からみた地域ケア会議の認識(表5)では,9サブカテゴリ,2カテゴリが生成された.自治

表4. 自治体からみた地域包括ケアシステムの捉え方

カテゴリ	サブカテゴリ	コード(抜粋)
皆で構築するプロセス	皆が好きなように地域で生きていくこと	・皆が好きなように生きることができると地域で本人の自助の力を尊重していきたい ・看取りは難しいかもしれないがぎりぎりまで家にいたいという思いを実現できるようにすること
	皆で実現していくもの	・いろいろなところと協力して人々の願いをかなえる
	ゴールや完成は無い	・その時その時に新しい課題がでてゴール・完成は無い
生活課題からの医療課題への広がりの実感	移動手段や除雪の生活課題は深刻である	・高齢者の集まる場所・移動手段の確保・除雪が地域の三大課題と考えている ・住民は町内や近隣市などいろいろな地域に通院しており移動の支援も公平性が課題となる
	住民のニーズは施設から在宅志向にゆっくり変化している	・住民のニーズが在宅志向に変化し国の流れも在宅であるが住民の願いが本当にそうである実感がある ・入院中からも要介護4.5でも家に帰れないかという相談など少数ながらみられる ・高齢者保健福祉計画・介護保険計画策定の住民ニーズ調査では3年前は施設と在宅は拮抗していたが今回は在宅希望が多く20年間で住民の願いやニーズの変化を実感している
	住民の医療ニーズに応えられない地域の実情がある	・医療が手薄であり看取りは難しいと考えている ・地域の中核病院の退院調整方法に意見があるが周辺市町村は入院を受けてもらえなくなったら困ると考え何も言えない状況になっている
	医療主導であれば在宅の可能性の幅が広がる	・在宅を希望している住民を医療機関がチームを組み支える事例もあり本人の希望に応じて動く医療機関はある

表5. 自治体からみた地域ケア会議の認識

カテゴリ	サブカテゴリ	コード(抜粋)
容易ではない地域ケア会議の企画	個別支援中心で地域レベルに課題を広げられない悩みがある	・個別の事例中心で地域レベルの議題にならないのが悩みである ・事例の課題を集約し何を政策課題とすべきかのアセスメントは自治体職員として公平に中立にやるべきだがそこまで至っていない ・地域ケア会議だからこそ話しあうべき内容は何かを考えることが自治体職員の役割だがどうすればよいかわからない
	地域ケア会議の目的と参加者のニーズが一致しているか確信がもてない	・今の形がよいとは思っていないが会議参加者がどう思っているのかは気になる ・形式的にやるものではないという思いもある ・皆の意見のまとめ方についてこれでよいのか迷いつつも参加した人が満足して来てよかったと思える会議にしたい
	忙しい医療職への遠慮がある	・事例検討では医療職の参加を依頼していたが忙しいため呼ばなくなり検討で困った場合に医療職に聞くようにしている ・医師・歯科医師・薬剤師は日中は診療があるので時間的に出席は難しい
	自治体内部に温度差があり孤立を感じる	・自治体内でも理解ある上司とそうでない職員がおり所内の理解を得るほうが難しい ・ほとんど一人で企画実施しており独断で課題の精査が偏るおそれがある
	行政の委員会それぞれが活動し連動していない	・町内会など住民同士の横串は刺せているが、役所組織の縦串が刺せていない ・小さい町の中に多くの委員会がありメンバーも重なり整理が必要と考えるが他の部署の委員会の目的を理解しているわけでもないで言いづらい面もある
目指す地域ケア会議に向けた努力	経験をもとに地域の課題につながる事例を選ぶ	・事例で社会問題になりそうなものを長年の経験をもとに選んで話題やテーマにしてい
	参加者が対等に発言できるよう気づかいをする	・皆が発言できるよう発言のない人に促すようにしている ・専門用語が飛び交うことでおいてきぼりにされた気分になったと言われわかりやすい言葉づかいを心がけている ・回数を重ねると事務局の課長も発言するようになり発言の場を意図的に提供することで満足し継続参加につながっている ・介護職と医療職の間に上下関係を感じておりフォローしたり気を付けている ・参集する職種に会議の主旨など事前に説明し根回しをする
	地域の専門職の力をつけネットワークを強固にする	・集まることでネットワークも強固になり対処が早くなっている ・検討したこと似たような事例への対処も早くなり各専門職の力がつき安定している
	政策づくりが役割と捉え自治体としての考えを示すために上層部に伝える	・事例を直接担当する職員は地域レベルの課題もみえてきているが政策にするには自治体の中で共有し一致させなければならない ・役場の各部門の責任者レベルの会議で発言することも大事だと思う ・地域ケア会議で話し合った内容は町(首長)に「要望」として「提案」する形で伝えられる

体は、【容易ではない地域ケア会議の企画】として、
 ≪個別支援中心で地域レベルに課題を広げられない
 悩みがある≫、≪地域ケア会議の目的と参加者の
 ニーズが一致しているか確信がもてない≫、≪忙しい
 医療職への遠慮がある≫、≪自治体内部に温度差
 があり孤立を感じる≫、≪行政の委員会それぞれが
 活動し連動していない≫と認識していた。そのよう
 な中、【目指す地域ケア会議に向けた努力】として、
 ≪経験をもとに地域の課題につながる事例を選
 ぶ≫、「回数を重ねると事務方の課長も発言するよ
 うになり、発言の場を意図的に提供することで満足
 して継続参加につながっている」「介護職と医療職
 の間に上下関係を感じておりフォローしたり気を付
 けている」など事務職の上司や他職種同士の話し合
 いにおいて≪参加者が対等に発言できるよう気づか
 いをする≫、≪地域の専門職の力をつけネットワー
 クを強固にする≫ことを目指し努力していた。また、
 「役場の各部門の責任者レベルの会議で発言するこ
 とも大事だと思う」と≪政策づくりが役割と捉え自
 治体としての考えを示すために上層部に伝える≫と
 認識していた。

2) 医療機関からみた地域包括ケアシステムにお ける医療の役割認識

結果を表6に示す。7サブカテゴリ、2カテゴリが生

成された。医療機関は【地域包括ケアにおいて医療
 の役割の模索】として、≪地域包括ケアは自治体の
 責任において構築するもの≫と捉え、医療の役割を
 ≪在宅を見据えたケアを考える≫、「高齢化が急速
 に高まり住民のニーズは何かをとらえ家で最期まで
 みたいというなら往診もするし協力したい」、「広
 域な管内をカバーしながらベッドがある医療として
 期待されることに協力していく立場と考える」など
 ≪住民のニーズを捉え医療に期待されることを積極
 的に取り組む≫認識であった。また、【自治体との信
 頼関係を土台にした地域包括ケアの推進】として、
 ≪自治体の医療任せの態度から前向きな変化を感じ
 る≫、「準備や根回しが無い状況で地域ケア会議に
 参加したときに発言できなかった苦い経験がある」、
 「医師が参加できない場合は事前にテーマに関する
 意見をまとめておき参加する」など≪地域ケア会議
 では医療の立場で発言する努力をしている≫、「医
 師とのコミュニケーションはキャラクターで左右さ
 れることはあるが連携室など窓口を通すことで非常
 にスムーズになっている」など≪医師との連携のし
 づらさを工夫で乗り越える≫、「自治体と医療がお
 互い信念をもって対応することで信頼関係が築かれ
 る」など≪自治体と信頼関係を築くことが大切であ
 る≫と認識していた。

表6. 医療機関からみた地域包括ケアシステムにおける医療の役割認識

カテゴリ	サブカテゴリ	コード (抜粋)
地域包括ケア の模索	地域包括ケアは自治体の責任において構築するもの	・地域包括ケアは、自治体がそれぞれ構築するものである
	在宅を見据えたケアを考える	・在宅を見据えるケアでなければならない ・常に家に帰ったらどう生活するかを考え病棟でケアや患者教育をしていく ・一人暮らしの高齢者が多く移動手段や訪問診療は重要と考える
	住民のニーズを捉え医療に期待されることに取り組む	・医療と介護の連携の研修で関係職種とのグループワークで明らかになった地域課題は町内活動など住民の主体的な活動の弱さ、看取りができないことである ・“地域包括ケアとは”というテーマでフォーラムを実施し住民への理解につなげている ・高齢化が急速に高まり住民のニーズは何かをとらえ家で最期までみたいというのなら往診もするし協力していきたい ・広域な管内をカバーしながらベッドのある医療機関として期待されることに協力していく立場と考える
自治体との信頼関係を土台にした地域包括ケアの推進	自治体の医療任せの態度から前向きな変化を感じる	・退院に向け連携しようとしても入院中は医療の役割だから任せるという態度であったが自治体の感覚もだいぶ変化している印象がある ・医療側からの働きかけの積み重ねや国から示された事業をやることで連携や在宅ケアの必要性の認識が高まってきたのではないと思う
	地域ケア会議では医療の立場で発言する努力をしている	・地域ケア会議は地域の様々な問題を吸い上げ地域をつくるための第一歩でいろいろな段階があると考えている ・準備や根回しが無い状況で地域ケア会議に参加したときに発言できなかった苦い経験がある ・医師が参加できない場合は事前にテーマに関する意見をまとめておき参加する
	医師との連携のしづらさを工夫で乗り越える	・医師は数年ごとに変わるなどで信頼関係を築きにくい面があると考え ・医師とのコミュニケーションはキャラクターで左右されることはあるが、連携室など窓口を通すことで非常にスムーズになっている ・会議の時間帯を夕方にし場所を病院にすることで医師も参加しやすい工夫がされている
	自治体との信頼関係を築くことが大切である	・自治体と医療がお互い信念をもって対応することで信頼関係が築かれる ・医療としてやりたいことをやるためにも自治体に協力し要望にもしっかり応えていきたい ・行政には人材や遠隔医療の整備など支援してもらいたい

3) 保健所からみた地域包括ケアシステムの捉え方と地域ケア会議の認識

結果を表7,表8に示す。保健所からみた地域包括ケアシステムの捉え方(表7)では,5サブカテゴリ,1カテゴリが生成された。保健所は,地域包括ケアシステムは【自治体が構築し住民を安心に導くもの】として,《その人らしく生きる選択ができる地域》,《複合的で切れ目のないサービスのしくみ》,《住民とともに皆で構築していくもの》,《高齢化をふまえて安心につながる在宅医療を整える》,《自治体職員がわが町をどうすべきかの構想と覚悟をもって実現するもの》と捉えていた。

次に保健所からみた地域ケア会議の認識(表8)では,9サブカテゴリ,2カテゴリが生成された。保健所は,【自治体職員が抱える地域ケア会議の企画の

課題】として,《地域ケア会議の構想を地域包括支援センター内で練られていない》,《地域の課題を見出すための意図的な事例の選び方になっていない》,「行政では地域ケア会議・協議体の会議・事例検討会など多種多様な会議がされているが参集範囲や参加者のレベルが決められていない」,「参集範囲は呼びやすい職種を呼び戦略がみえづらい」など《会議の目的が漠然としており戦略を持ったメンバーの選定にならない》,《医療職への役割期待の範囲が限定的である》,《会議の進行を参加者の発言に頼り結論が曖昧になる》ことが挙げられた。それらの課題を踏まえ,【地域ケア会議改善の提案】として,《地域で暮らせる幅の限界を健康課題として見える化し課題にあげる》,《地域の組織・関係機関の役割理解を深める》,《介護保険の理念実現

表7. 保健所からみた地域包括ケアシステムの捉え方

カテゴリ	サブカテゴリ	コード(抜粋)
自治体が構築し住民を安心に導くもの	その人らしく生きる選択ができる地域	・住民が望む生き方として施設でも自宅でもその人らしく生きることを支える地域 ・住民が最期までどこでどう生きたいのか、意思決定を支えるためのしくみが地域包括ケアシステムである
	複合的で切れ目のないサービスのしくみ	・医療と介護・生活支援・住まいなどの要素を複合的に結びつけて仕組みとしていく ・必要なサービスを切れ目なく一体的に提供される体制が実現される
	住民とともに皆で構築していくもの	・住民・地域の組織を巻き込んでつなぎ提供できる仕組みを包括的に構築すること ・目指す姿に向かって住民も含めて共有していく必要がある
	高齢化をふまえて安心につながる在宅医療を整える	・高齢化の進行を踏まえ住み慣れた地域で安心して暮らすことが出来る地域を目指し在宅医療の観点から整える
	自治体職員がわが町をどうすべきか構想と覚悟をもって実現するもの	・直営であっても保険者としてわが町をどうするかという構想がみえない ・課題は何となく見えているが次どうするか構想がみえないので明確に示していく必要がある ・自治体職員には覚悟をもち理念を常に意識してほしい

表8. 保健所からみた地域ケア会議の認識

カテゴリ	サブカテゴリ	コード(抜粋)
自治体職員が抱える地域ケア会議の企画の課題	地域ケア会議の構想を地域包括支援センター内で練られていない	・企画・運営は主任ケアマネが担うことが多く保健師の姿があまりみえない ・地域包括支援センターの職員も人材不足のため兼任が多く多忙である ・個別会議と推進会議がどうつながるかが描けていない
	地域の課題を見出すための意図的な事例の選び方になっていない	・事例から地域の課題に発展させていくための事例の選び方ができず事例提出に向けてやらされ感が垣間見える ・うちの町としてこんな課題があるからこういう事例を出すという検討がされていない
	会議の目的が漠然としており戦略をもったメンバーの選定にならない	・ほとんどの市町村の会議には医療職の出席があるが医師の出席は少ない ・行政では地域ケア会議・協議体の会議・事例検討会など多種多様な会議がされているが、参集範囲や参加者のレベルが決められていない ・参集範囲は呼びやすい職種を呼び、戦略がみえづらい
	医療職への役割期待の範囲が限定的である	・医療職は事例検討のテーマによって参集するが高齢者の低栄養からくる転倒リスクや筋力維持・QOL・看取りまでのつながりを考えた選び方になっていない ・事例検討の話し合いでは医療につなげることや生活習慣病のテーマから離れないところが多い
	会議の進行を参加者の発言に頼り結論が曖昧になる	・企画の戦略をもたず参加者の発言に頼る傾向がある ・意見集約・整理・焦点化に課題があり最後の結論がなく曖昧に終わってしまうのは会議の目的がぼんやりしていることも原因と思われる
地域ケア会議改善の提案	地域で暮らせる幅の限界を健康課題として見える化し課題にあげる	・地域で暮らせる幅を広げたり限界はどこなのかを地域の課題として共有していくことが必要である ・地域の現状を把握し課題を見る化し多職種で地域課題を共有し解決策を協議する場として機能させる ・自治体で目指す地域包括ケアシステムづくりの描きを設定する。
	地域の組織・関係機関の役割理解を深める	・日頃から住民組織や関係機関・団体の役割・機能を知り地域課題の共有と仕組みづくりを意識する。 ・地域ケア会議の場面では、参加団体・機関相互の役割の理解を深め課題解決に向けた連携推進を意識し運営する役割がある
	介護保険の理念実現のための協議の場とする	・PDCAを回して地域課題の解決を図り、進管理をする ・住民・自治体内関係部署・関係機関・団体等と協働して地域課題の解決策として必要な新たな仕組みを作るための「協議の場」として運営する ・介護保険法にうたわれている理念「高齢者の自立と尊厳の保持」の実現のツールとして地域ケア会議を活用する
	広域的な課題分析および市町村との共有の場を設定し側面的に支援する	・保健所は管内を把握し課題分析している立場である ・保健所は包括の意見交換の場や研修会を開催し側面的に支援している ・地域課題のうち、“地元で解決できること”と“広域的に解決が必要な課題”を整理し、広域的課題は保健所で「協議の場」を設定し市町村に発信してもらう

のための協議の場とする》、《広域的な課題分析および市町村との共有の場を設定し側面的に支援する》認識であった。

Ⅳ. 考察

自治体、保健所の立場から地域包括ケアシステムの捉え方、医療機関の立場から医療の役割認識の特徴を見出し、地域包括ケアシステム構築のための手段としての地域ケア会議の課題と今後の方策について考察する。

1. 地域包括ケアシステムの捉え方の特徴

自治体は地域包括ケアシステムは【皆で構築するプロセス】、保健所は【自治体が構築し住民の安心を導くもの】と捉えていた。自治体と保健所は、目指す姿として地域でその人らしく暮らすことを支え住民が望む生き方を重視していた。そのための方法として自治体は、《皆で実現していくもの》、保健所は、《住民とともに皆で構築していくもの》と捉えており、双方とも地域の多様な機関や住民と共に作りあげていく認識であった。

自治体は、地域のニーズを除雪や移動の生活課題と住民の在宅志向への変化や看取りの難しさなど医療の課題を把握していたが、在宅を希望する住民のために動く医療機関の存在を認めながらも《住民の医療ニーズに応えられない地域の実情がある》と解決に向けて難しさを感じていた。自治体は生活課題に目を向けることが中心で医療の問題解決は苦手意識¹⁹⁾があるといわれている。特に北海道の小規模自治体は、広域な地域の中医療資源が少なく、医療課題は解決困難なものという認識になりやすいと考える。本研究の対象地域は積雪寒冷地で過疎地域であるため、移動の確保や除雪などの生活課題は深刻なものであり、医療課題の解決よりも優先的に捉えている可能性もある。一方で、着目すべきことは、医療機関が【地域包括ケアにおいて医療の役割の模索】の認識をもっていることであった。特に過疎地域では高齢化が進み、住民の在宅志向のニーズの高まりから《住民のニーズを捉え医療に期待されることに取り組む》認識になっていると考える。また、医療機関の《地域包括ケアは自治体の責任において構築するもの》、保健所の《自治体職員がわが町をどうすべきか構想と覚悟を持って実現するもの》という捉えは、短期間で人材の異動もみられる医療機関と保健所にとって地域をよく知る自治体にリーダーシップを期待している現れと考える。

2. 小規模自治体における地域ケア会議の課題

自治体では、【容易ではない地域ケア会議の企画】、保健所では【自治体職員が抱える地域ケア会議の企画の課題】を認識しており、双方ともに企画に課題があると捉えていた。自治体は、《地域ケア会議の目的と参加者のニーズが一致しているか確信がもてない》、《行政の委員会でそれぞれが活動し連動していない》と認識していた。人口規模の小さな地域では行政が開催する会議において参集する職種の重なりがあり地域ケア会議の目的・目標が分かりにくく体系化の必要が高い²⁰⁾とされる。本研究においても小規模自治体ゆえに様々な会議において参加者の重なりがあり連動していないことから、参加者にとって地域ケア会議の目的がわかりづらくなっていると考えられる。さらに保健所は、《会議の目的が漠然としており戦略を持ったメンバーの選定にならない》という認識や《会議の進行を参加者の発言に頼り結論が曖昧になる》と捉えていた。会議の企画において目標や戦略が明確になっていないために参加者の発言に頼る傾向や目的に応じた参集範囲になっていないと推測される。地域ケア会議の課題として、会議の位置づけ、目標設定の迷い²¹⁾が指摘されており、小規模自治体においても位置づけや目標が曖昧になりやすいことが考えられる。

地域ケア会議の参集範囲について自治体は、《忙しい医療職への遠慮がある》という認識であった。自治体の地域包括ケアシステムの捉え方において医療課題の解決への困難感や、医療過疎地域であるため忙しさへの配慮から、医療職を地域ケア会議の参加者として位置づけることへの遠慮につながっていると考えられる。さらに、保健所は自治体に対して《医療職への役割期待の範囲が限定的である》と認識していた。北海道の地域包括支援センターの調査において地域ケア会議の参加職種は医師が1割、訪問看護師が4割に留まるなど医療職が非常に低い²³⁾とされ、背景に自治体の医療職への遠慮に加え医療ニーズに合った明確な役割期待を示していないことが示唆された。医療課題が顕在化する中において地域ケア会議への医療職の出席が低い状況は、課題の共有や検討の機会が失われることを意味すると考える。

また、保健所は、《地域ケア会議の構想を地域包括支援センターの中で練られていない》と認識しており、自治体は、《自治体内部に温度差があり孤立を感じる》として「ほとんど一人で企画実施しているため独断で課題の精査が偏るおそれがある」という認

識があった。本研究の自治体の対象者は4人が保健師、1人が社会福祉士で、行政の中の専門職という立ち位置であり、少ない専門職にすべて企画を任せられている可能性がある。自治体からは「自治体職員の中でも理解ある上司とそうでないものがあり所内の理解を得るほうが難しい」との語りがあった。事務職からの理解の得にくさは事務職と保健師双方の判断基準の異なりが前提にある²²⁾とされ、自治体組織の中での共有の難しさは企画にマイナスの影響を及ぼしていると考えられる。自治体は「政策づくりが役割と捉え自治体としての考えを示すために上層部に伝える」という認識をもっており、専門職と事務職が協働して企画を練られないことは政策につながらないおそれがあり課題である。

3. 地域包括ケアシステム構築につながる地域ケア会議への示唆

本研究では広域で医療過疎地域を管轄する保健所にインタビューを行った。保健所の地域ケア会議の改善に向けた提案に、「広域的な課題分析および市町村との共有の場を設定し側面的に支援する」がみられた。在宅医療推進に向けたケアシステム構築には保健所機能を活用した地域課題の把握と多職種連携会議による仕組みづくりが重要²⁴⁾とされる。しかし、都道府県の地域医療構想と地域包括ケアシステムは車の両輪とされつつも両者の位置づけは都道府県によって認識に違いがありリアリティの欠如が課題²⁵⁾ともいわれている。本研究において、自治体の生活課題を優先させる傾向や地域ケア会議への出席にむけた医療職への遠慮があることから医療と地域包括ケアシステムをつなげる認識になっておらず車の両輪とは言い難い。特に小規模自治体は医療資源が少ないことから自治体だけで悩んでいることが考えられる。よって、保健所とともに医療の課題を分析し、医療に何を期待すべきかを考え、一自治体では解決できない医療課題については広域的な医療資源の活用を視野に入れ検討していく必要がある。一方で医療機関は、【地域包括ケアにおいて医療の役割の模索】をしながら、【自治体との信頼関係を土台にした地域包括ケアの推進】を役割と考えていた。そして、「地域ケア会議では医療の立場で発言する努力をしている」として、発言が出来なかった苦い経験から工夫して参加に臨む認識となっていた。医療機関は医療の役割を果たすべく地域ケア会議で発言に努め、自治体との信頼関係を大切に考えていたといえる。これらのことから、住民の医療ニ-

ズに応えるためにも自治体は医療機関に期待する役割を明確にし、参集職種に位置づけ、地域ケア会議の企画に反映させることが望まれる。

会議を効果的に推進するためには、議題や意図を明確に事前に参加者に伝える工夫が必要²⁶⁾といわれている。自治体の【目指す地域ケア会議に向けた努力】として参集する職種に会議の趣旨を事前に説明する根回しがあった。事前に説明するためには会議の目的が曖昧では難しい。よって、先にも述べたように保健所の力を活用し課題を分析し地域包括ケアシステムの目標を考えることで、地域ケア会議の目的も明確になり、医療機関に対し地域の課題と役割期待を自治体の考えとして事前に伝えることが出来る。さらに自治体には、「地域の専門職の力をつねネットワークを強固にする」という認識があった。会議は他職種の専門性の理解や自らの認識を変化させる人材育成の場²⁷⁾ともいわれ、自治体は人を育てることを意識していたといえる。地域の特性に合ったリアリティのある地域包括ケアシステム構築を目指し、地域包括ケアにかかわる人々を育て、医療機関との関係を強固にし、議論の活発な地域ケア会議に向けた企画力の向上が自治体に求められることが示唆された。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、小規模自治体における地域包括ケアシステムの捉え方から地域ケア会議の課題について自治体、医療機関、保健所のインタビューから明らかにした。しかし、本研究の対象となった地域は限られており、小規模自治体の特徴の一側面を示したものと考える。特に医療機関は地域唯一の機関であるため積極的であった可能性もある。地域ケア会議に出席したことがない医療機関も対象としており、参加経験からの課題について深く考察するには限界があった。今後は対象地域を増やし、地域ケア会議の方策を多角的に検討し、戦略のある企画に反映させていくことが課題である。

V. おわりに

本研究において、地域ケアシステム構築に向けた手段としての地域ケア会議の課題と方策について以下のことが明らかになった。

1. 地域包括ケアシステムの捉え方として、自治体は、【生活課題から医療課題への広がりの実感】をしながら【皆で構築するプロセス】と捉え、保健所は【自

自治体が構築し高齢者の安心を導くもの】であった。

2.医療機関は、【地域包括ケアにおいて医療の役割の模索】をしながら、【自治体との信頼関係を土台にした地域包括ケアの推進】をしていくことを役割認識していた。

3.地域ケア会議について、自治体は【容易ではない地域ケア会議の企画】、【目指す地域ケア会議に向けた努力】、保健所は、【自治体職員が抱える地域ケア会議の企画の課題】、【地域ケア会議改善の提案】があり、自治体と保健所双方ともに企画の課題を認識していた。

4.小規模自治体における地域ケア会議の課題として、行政の多種多様な会議がある中、メンバーの重なりによる会議目的の曖昧さ、地域の医療資源の少なさからくる医療職への遠慮と明確ではない役割期待、自治体内部の温度差と少ない専門職に企画が任せられることが挙げられた。

5.地域ケア会議の方策として、地域の課題分析を自治体と保健所がともに行い、目指す地域包括ケアシステムに向けて地域ケア会議の位置づけを明確にすることが求められる。

6.住民の医療ニーズに応えるためにも自治体は医療機関に期待する役割を明確にし、参集職種に位置づけ、事前に地域の課題と役割期待を自治体の考えとして伝えることが必要である。

7.地域の特性に合った地域包括ケアシステム構築を目指し、人を育て議論の活発な地域ケア会議に向け企画力の向上が自治体に求められることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただいた自治体、医療機関、保健所の皆様に深く感謝申し上げます。本研究はJSPS科研費18K10498の助成を受けて実施しました。

利益相反

開示すべき利益相反はありません。

文献

- 1) 長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル.2013. <https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf> (2022年9月14日アクセス可)
- 2) 山口昇：地域包括ケアの原点と未来.Jpn J Rehabili Med,55(2):90-94,2018.
- 3) 小林甲一,市川勝:医療主導による地域包括ケア

- システムの形成と展開.名古屋学院大学論集社会科学篇, 51(3);1-18,2015.
- 4) 辻哲夫:高齢者ケア政策の実践—柏プロジェクトからの報告—.医療と社会,25(1):125-139, 2015.
 - 5) 田城孝雄,片山壽,丸井英二,他. 地域医療連携「尾道方式」を「理想のモデル」から「標準モデル」へ.医療と社会, 14(1): 51-62, 2004.
 - 6) 柏市：柏市人口ビジョン(改訂版),2021. <https://www.city.kashiwa.lg.jp/documents/22982/jinnkoubijyon.pdf> (2022年10月5日アクセス可)
 - 7) 尾道市：尾道市まち・しごと創生人口ビジョン,2015. https://www.city.onomichi.hiroshima.jp/uploaded/life/19175_57447_misc.pdf (2022年10月5日アクセス可)
 - 8) 大湾明美:小離島の健康と介護の課題からとら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.
 - 9) 工藤香,藤井智子: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.日本ルーラルナース学会誌, 13;1-12,2018.
 - 10) 田場由紀,大湾明美,美底恭子:自宅死が実現している小離島の診療所看護師の看護実践の構造.日本ルーラルナース学会誌, 16;51-61,2021.
 - 11) 若山好美,佐々木雅彦:訪問看護師の地域包括ケアシステムへのかかわりの認識—過疎地域の訪問看護師の語りから—.日本在宅看護学会誌, 10(1);57-65, 2021.
 - 12) 堀之内広子,本砥貴子,宇田英典:外海小離島での看取り体制構築の試み「看取りに関する事務マニュアル」の作成及びこれを用いた支援の展開.日本公衛誌, 65(3);134-141,2018.
 - 13) 横山純一:介護・医療の施策と財源—自治体からの再構築.同文館(東京). pp.147-151,2015.
 - 14) 高橋由美子, 片倉洋子, 藤井智子他：訪問看護ステーションの経営に影響する地域的要因の検討—北海道のへき地における6施設の聞き取り調査から—.日本ルーラルナース学会誌, 4;9-20, 2009.
 - 15) 厚生労働省:在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査.2016. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku->

- Soumuka/cyousaho ukoku.pdf (2022年9月13日アクセス可)
- 16) 恵上博文, 石丸泰隆, 成木弘子: 医療介護連携における保健所の役割及び展望. 保健医療科学, 65(2);154-165, 2016.
 - 17) 北海道保健福祉部: 道内地域包括支援センター設置状況. 2021 <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/houkatuC/tiikihoukatutitiran.html> (2022年3月9日アクセス可)
 - 18) グレック美鈴, 麻原きよみ, 横山美江: よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 第2版. 医歯薬出版株式会社(東京), pp.64-83, 2016.
 - 19) 野村晋: 「自分らしく生きて死ぬ」ことがなぜ難しいのか. 光文社新書(東京), pp.42-64, 2020.
 - 20) 原田小夜, 種本香: 地域包括支援センター職員の地域ケア会議運営の課題と運営の工夫. 日本公衛誌, 65(10);575-588, 2018.
 - 21) 前掲書20)
 - 22) 麻原きよみ, 小野若菜子, 大森純子ほか: 自治体で働く事務職と保健師がとらえる保健師の仕事に関する認識. 日本公衆衛生看護学会誌, 8(2);80-88, 2019.
 - 23) 藤井智子, 塩川幸子: 北海道内の地域ケア会議の実態からみる地域包括ケアシステムの課題. 北海学園大学大学院法学研究科論集, 21;1-44, 2020.
 - 24) 尾形由起子, 山下清香, 檜橋明子ほか: 地域在宅医療推進における保健所保健師の調整技術の検討ー保健所での多職種連携会議に焦点をあててー. 福岡県立大学看護学研究紀要, 10(2);53-63, 2013.
 - 25) 中山健介, 丸田秋男: 地域医療構想における地域包括ケアシステムの位置づけの検討. 新潟医療福祉会誌, 19(2);18-27, 2019.
 - 26) 横山正博, 堤雅恵: 高齢化先進地域における地域ケア会議推進上の課題ー地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因分析ー. 山口医学, 69(1);39-55, 2020.
 - 27) 吉岡京子: 保健師にとっての会議の意義と課題. 保健師ジャーナル, 77(10);796-801, 2021

研究報告

離島において多職種で取り組む高齢者への退院支援・調整の課題

Issues of Multidisciplinary Discharge Support for elderly on Remote Islands

塚本友栄¹⁾, 青木さぎ里¹⁾, 江角伸吾²⁾, 島田裕子¹⁾, 春山早苗¹⁾

Tomoe TSUKAMOTO¹⁾, Sagiri AOKI¹⁾, Shingo ESUMI²⁾, Hiroko SHIMADA¹⁾, Sanae HARUYAMA¹⁾

キーワード：退院支援・調整, 離島, 多職種, 高齢者

抄録

目的：本研究の目的は、離島において多職種で取り組む高齢者への退院支援・調整の課題を明らかにすることである。**方法：**離島での退院支援・調整に従事する訪問看護師、ソーシャルワーカー、保健師の3名を対象に、オンラインによる半構造化面接を実施した。面接内容は、要約的内容分析により質的に分析した。分析時に設定した分析テーマは「離島での退院支援・調整において対処すべき課題（維持したり強化したりすべきことを含む）」であった。**結果：**分析の結果、分析単位200、コード単位90、文脈単位29が抽出された。最終的に【島での人と人のつながりを活用した支援による在宅療養の実現】【住民の思い・暮らし・島の文化に添った支援の実現】【島唯一の病院の外来受診を通した在宅療養継続支援に繋がる退院支援・調整の検討】等、12カテゴリーが形成された。**考察：**12カテゴリーを考察した結果、離島における退院支援・調整の課題には、島にある資源と連携力を活用した柔軟で組織的な対応といった5つの特徴があることが示唆された。

I. はじめに

退院支援・調整¹⁾は、患者がどこでどのように生活していきたいか、選択する意思決定を支援し、望む場所で安定した療養生活を継続できるよう諸サービスを調整し、療養環境を整えていくプロセスである。療養場所の選択は、人生の最期の日々をどう過ごしたいかの選択にもつながっている。

高齢期に生活したい場所として最も多く選ばれるのは「自宅」であり、65～69歳では約8割が「自宅」での生活を希望している²⁾。一方、高齢化に伴って独居高齢者の割合は増加し³⁾、認知症高齢者の割合も増加⁴⁾、病気は慢性化、高齢者のケアニーズは複雑化し、退院後住み慣れた地域に戻り在宅療養を継続するためには多職種による支援が必要である。

都市部と比べ山村・過疎・離島といったへき地は、高齢化が顕著であるにも関わらず、人口規模の少なさや財政力の弱さから、生活支援サービス等の福祉サービスにおいて量的・質的な差異^{5) 6)}があり、医

療資源も乏しい。なかでも離島は、四方を海に囲まれているという「環海性」、本土から遠く離れているという「隔絶性」等の不利性を抱えており、島民の医療・福祉サービスの利用にも影響している。

離島に暮らす高齢者は、住み慣れた島を出て島外で亡くなる者が多い⁷⁾。小規模離島では、「最後は島で迎えたい」という高齢者からの訴えが多いにも関わらず、島内に入所施設はなく、要介護度が高くなった際は島外の介護施設に入所するケースが多いことが課題になっている⁸⁾。また人口1,000人以上の島は、1,000人未満と比べ島内看取り率が高く、かつ1,000人以上の島では、有床診療所・病院・介護保険施設の何れかを有する島が、ない島と比べて島内看取り率は高いことが明らかにされている⁹⁾。しかし人口減少傾向にある離島での、診療所や施設の整備は現実的ではない。離島の高齢者が退院後、望む場所で療養生活を継続するための支援について検討するためには、様々な不利性を抱えた離島にお

受付日：2022年7月5日 採択日：2023年2月13日

1) 自治医科大学看護学部 School of Nursing, Jichi Medical University

2) 宮城大学看護学郡 School of Nursing, Miyagi University

いて、地域にある資源や強みを活用し、実際に取組まれた退院支援・調整を通して見出された課題を明らかにする必要がある。

先行研究では、離島における在宅療養支援のための地域連携の現状からみた退院支援・調整の課題¹⁰⁾、離島高齢者夫婦の生き別れを防いだ事例における退院支援・調整の過程¹¹⁾、島外病院地域連携室看護師への高齢者生活情報提供等、診療所看護師によって行われた入院支援¹²⁾、離島の不利性にとらわれず関係者連携と資源創出により在宅療養を実現した事例における退院支援・調整の過程¹³⁾、離島における療養場所選択に関わる意思決定支援¹⁴⁾、離島・へき地における在宅看取りを困難にする要因¹⁵⁾等が明らかにされている。しかしこれらは、看護師の視点からみた支援経過の振り返りによる事例分析、看護師のみを対象とした面接調査、異なる県に勤務する多職種を対象とした質問紙調査等の方法を用いて得られた研究成果であり、同じ島で実際に連携し退院支援・調整に取り組んでいる異なる専門職を対象にした調査から得られた研究成果ではなかった。

このため、探求のレベルを因子探索とし、離島において実際に連携して取り組んでいる専門職を対象に、実際の取り組みから、多職種で取り組む高齢者への退院支援・調整の課題を質的帰納的に明らかにする必要があると考えた。またそのような、同じ島で実際に対面での連携の経験がある多職種の語りからは、当該離島の島嶼性や資源の現状を反映した課題が明らかにできる可能性がある。

II. 研究目的

本研究の目的は、離島において多職種で取り組む高齢者への退院支援・調整の課題を明らかにすることである。

III. 用語の定義

1. 退院支援・調整 (discharge support)

退院支援とは「患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援」であり、退院調整は「患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程」と定義されている¹⁶⁾。実際、患者・家族の意向や決定は、後々になって揺らぐ場合があり、退院支援の過程の中で退院調整が進められている。よって本研

究においては、そのような退院支援の過程を「退院支援・調整」と表現し、その意味する内容を「患者が自身の病気・障害と折り合いをつけながら、どこでどのように生活していきたいか、選択する意思決定を支援し、望む場所で安定した療養生活を継続できるよう諸サービスを調整し、療養環境を整えていくプロセス」と定義する。

2. 課題 (issue)

課題とは「解決しなければならない問題、果たすべき仕事」¹⁷⁾である。つまり、課題には解決すべき問題のみならず、何らかの対処が必要な、果たすべき事柄がある状態も含まれている。退院支援・調整において取り組むべき課題には、改善・解決すべき問題のみならず、良い状況・良い活動に対して、それを今後も維持したり、強化したりといった形での対処が必要なものもあると考える。このため、本研究においては解決すべき問題、および維持したり強化したりといった対処が必要な事柄を、あわせて課題として捉えることとする。

IV. 研究方法

1. 研究協力者のリクルート方法

ネットワーク・サンプリングにより研究協力者を募った。具体的には、先ずへき地看護に関する学術集会、およびへき地における退院支援・調整にかかわる研究事業を通して知りえた、離島医療の中核的な機能を担う病院の看護管理職を対象に、口頭と文書で研究計画概要を説明した。次に、承諾を得た看護管理職に、自施設において多職種と協働で退院支援・調整を行った経験がある看護師の紹介を依頼した。そして研究協力への承諾が得られた看護師から、実際に協働し退院支援・調整をすすめている保健・医療・福祉に関わる院内外の専門職の紹介を受けた。紹介を受けた研究協力候補者に対し、研究計画概要を説明し、研究参加の同意が得られた者を研究協力者とした。

2. 研究フィールドとなった離島の概要

研究協力者の勤務施設があるD島は人口約7,500人、世帯数約3,500、1世帯あたりの人数は2.2人、高齢化率約30.0% (2020年11月当時)であった。本島及び中核離島からの距離が遠い孤立型離島である。島への交通手段は飛行機あるいは船舶 (1日1から2便) を用い、島内では島の外周を回るように町内バスが1日5便程度運行する。調査当時、介護

保険サービスにより利用できる施設サービスは、特別養護老人ホーム2施設、小規模多機能居宅介護事業所1施設、療養型病床はなかった。通所介護は5施設、通所リハビリテーションはなかった。居宅介護支援事業所は3件、訪問介護員は6名、訪問看護は1施設であった。病院、無床診療所は各1施設あり、共に往診が可能であった。

3. データ収集方法

Web会議システムを利用した、オンラインによる半構造化面接を実施した。質問内容は、当該地域における「退院支援・調整の課題や特徴、および多職種と取り組み、印象に残っている高齢者事例において工夫したこととその意図」とした。

面接回数は1名1回とし、面接時間は1名約1時間とした。許可を得て面接内容を録音し、逐語録を作成した。データ収集期間は、2020年11月から2021年2月であった。

4. データ分析方法

面接内容は逐語録に起こしデータ化、要約的内容分析の手法^{18) 19) 20)} 参考に質的に分析した。

分析に先立ち分析テーマを設定し、テーマに関連する文章を抽出した。抽出した文章は、テーマに関連して一つのまとまった意味が読み取れる内容で区切り、意味内容を損ねないように注意して、文章として整える「言い換え」を行い、分析単位とした。次に、意味内容が類似している分析単位をまとめて、意味内容を損なわず抽象度を高めたコード単位とした。同様に、意味内容が類似しているコード単位をまとめて文脈単位、文脈単位をまとめて抽象度を高めたカテゴリーを形成した。

5. 倫理的配慮

研究への協力依頼文書に、研究の趣旨、研究への協力は自由意思であること、協力する場合でも答えたくない質問には答えなくて良いこと、個人や所属施設名は特定されないこと、回答は本研究の目的以外に使用しないこと等を明記し、研究計画書と共に送付した。研究協力意向確認書により、研究協力意向が確認された研究協力候補者に対し、研究者から

口頭と文書で研究計画を説明し、研究協力への承諾を得た。なお、本研究は自治医科大学倫理委員会の承認（臨大19-155,2020年11月25日）を得て実施した。

V. 研究結果

1. 研究協力者の概要（表1）

研究協力者は、D島での退院支援・調整に従事する、病院開設訪問看護事業所勤務訪問看護師、同病院地域連携室勤務ソーシャルワーカー、同病院が所在する町の地域包括支援センター勤務保健師の計3名であった。研究協力者の詳細を表1に示す。

なお、面接調査の起点となるはずだった病棟看護師対象の面接調査は、異動により急遽実施できなくなった。しかし、同病院の病棟・外来で勤務後、訪問看護師として継続して退院支援・調整に従事している訪問看護師A氏の紹介を得ることができた。

2. 離島での退院支援・調整において対処すべき課題（表2）

分析に先立って設定した分析テーマは、「離島での退院支援・調整において対処すべき課題」とした。テーマに関連して語られた文章から、抽出された分析単位は200であった。分析単位の意味内容の類似性に基づき整理したコード単位は90となった。さらにそこから29の文脈単位、12カテゴリーが形成された。

なお、以下の記述において【 】はカテゴリー、[]は文脈単位を示す。

1) 【島での人と人のつながりを活用した支援による在宅療養の実現】

このカテゴリーは、以下の6つの文脈単位から構成された。

(1) [住民の力を活用し、地域における見守り体制を作っていく]

[住民の力を活用し、地域における見守り体制を作っていく]は、地域の課題を気かけ、援助を要する人の情報を提供する住民の存在に目を向け、支えながら、そういった住民の力の活用を図ることで、在宅療養者の見守り体制を構築していくことを示し

表1. 対象者の概要

対象	性別	年代	職種	勤務年数	現在の施設での勤務年数
A	女性	50代	看護師（訪問看護師）	19年	11年（1年）
B	女性	50代	ソーシャルワーカー	15年	7年
C	女性	50代	保健師	29年	26年

表2. 離島での退院支援・調整における課題

カテゴリ	文脈単位	コード単位 ※()内は、各コードに含まれる分析単位の数
島での人と人のつながりを活用した支援による在宅療養の実現	住民の力を活用し地域における見守り体制を作っていく	住民と協働した地域見守り体制の、不可欠さ (3)
		住民含め、地域関係者みんなが地域の課題を気にかける (2)
		住民・関係機関から援助を要する人の情報が寄せられる (2)
		地域で独居高齢者を見守る住民をケアする (3)
		独居高齢者容体悪化への住民不安が高じると、本人希望在宅療養実現は困難になる (2)
		住民が手に負えないと感じてしまうと、在宅療養継続を支える見守り支援が得られない (2)
		住民と協働した地域の見守り体制の、地域別の実現可能性を見極める (2)
	地域と病院が協働し、在宅療養を支えていく	小さな地区なので、声をかければ、院内外支援関係者が迅速に病院に集合する (3)
		地域ケアマネから持ち込まれた独居高齢者在宅療養支援の相談に対応し、支援関係者が急きょ病院に集まり支援を検討する (2)
		退院支援のみならず在宅療養支援でも、地域と病院が連絡を取り合っている (2)
		(院内支援関係者は) 在宅療養支援にも、厭わず取り組む (2)
	住民を含む院内外支援関係者での協力を重ね在宅療養を実現していく	先頭にたつ医師の存在が支えになり、院内外支援関係者が結束して支援に取り組める (2)
		地域包括主催の事業で自宅改修の助言を得られたことで、自宅退院が実現する (1)
		地域で協力体制をつくり、患者希望の在宅療養実現を支援する (6)
		近隣住民と協働し、ヘルパーが入れない時間帯の独居高齢者の生活を見守る (2)
		在宅療養実現経験の蓄積が、続く事例の自宅退院・療養の実現可能性を高めていく (4)
		地域の支援関係者と共に支援を重ねるうちに、自宅退院に向けた課題に対応できるようになってきた (2)
		認知症独居高齢者のトラブルには、住民との連携プレーで対処する (2)
	退院後は島で在宅療養できることを目指す	住民含め支援関係者それぞれが力を発揮し、認知症独居高齢者の生活を支える (1)
		退院後は、島で在宅療養できることを目指す (5)
	患者のひとなりを知る地域住民による見守り支援を実現する	自宅退院、在宅療養を目指さなければ、島には戻れない (4)
		妻介護者として患者がどれだけ献身的だったかを知る人たちが見守り支援に集まった (2)
		地域の人たちが、精神障がいのある妻の介護者として頑張ってきた患者の過去を知っているからこそ、見守り支援が実現した (1)
		島外リハ専門職を活用し、自宅退院予定者、在宅療養者、支援関係者が助言を受けられる機会をつくる (2)
住民の思い・暮らし・島の文化に添った支援の実現	住民の思い・暮らし・島の文化に添った支援ができる人材を育成する	認定看護師を活用し、認知症高齢者の在宅療養支援に取り組む (1)
		看護部は、暮らしと、暮らしに根づく島の文化を学ぶ研修機会を設けている (5)
		看護部は、地域を知り暮らしを支えられる人材育成に組織的に取り組んでいる (2)
		看護部は、暮らしと、暮らしに根づく島の文化を尊重している (1)
		看護部主導により、島の暮らしや文化を尊重する組織的土壌が形成されている (1)
		島で暮らす患者の思いに寄り添う姿勢は医療者間で受け継がれている (3)
		看護管理者は、急性期を過ぎても入院している現状を疑問に思うスタッフに、地域における自院の役割を説明し、理解を得ている (2)
	住民の思い・暮らし・島の文化を尊重できる支援関係者間の風土をつくる	支援関係者が島の文化と島で暮らし続けたい親の気持ちを尊重できず、退院調整に難航する (1)
		地域の高齢者から、暮らしに根づく島の文化を学ぶ勉強会は、広く地域に開放し、院内外他職種が学び、知り合う機会になっている (3)
		看護部は、小離島診療所看護師が島の文化を学ぶことや、休暇取得を支援し、相談しやすい関係性をつくっている (1)
		医師が地域や在宅療養中の患者背景を理解しているので、指示・行動が早い (4)
		長く関わり、家族・本人の気持ちが分かってくれば、意向に沿った支援ができてくる (2)
		支援対象者にとっての最善を関係者で何度も考える (7)
		お互い患者家族のために何ができるかを考えて、働いているはずということに立ち返り、他職種間で話し合えるように注意する (2)
	患者・家族が納得できる退院先を決定する	在宅療養を選択する意味や限界を患者・家族が納得して選択しなければ、結局病院に戻ってくる (3)
		長く見ていけば、療養場所の選択は理屈通りにはいかず、患者家族の納得が大事だとわかってくる (2)
		医療者が島で在宅可能と思っても、結局患者・家族が納得した退院先に決めるしかない (2)
家族との調整困難による患者希望の実現困難	島内の家族支援サービス不足による家族関係のこじれにより患者希望を叶えにくい	退院先の患者と家族の希望が違っても、それぞれの思いに折り合いをつけて患者・家族が決めるしかない (2)
		患者家族が支援を受けたり学習する機会がなく、家族関係が必要以上にこじれてしまう (3)
		患者理解や接し方を学ぶ機会が家族になく、必要以上にこじれた家族関係により、家族からの支援が得られにくい (2)
	島での暮らしをめぐる家族内意見の不一致により患者希望を叶えにくい	患者家族を支えるサービスがなく、家族の介護負担が解消されにくい (1)
		島で暮らし続けたい親の気持ちを家族が尊重できなければ、患者と家族は歩み寄れない (1)
		島で暮らし続けたい親の気持ちを家族が尊重できなければ、希望する療養生活の検討が進まない (2)
	島外の家族との調整困難により患者希望を叶えにくい	患者と家族が理解しあえなければ、希望する療養生活の検討が進まない (1)
		家族の島外居住によりタイムリーに会えず、患者希望をかなえ難い (2)
島にあるもの・今いる人での柔軟な対応	島にあるもの・今いる人でやり切る	退院調整時キーパーソンとなる家族は島外居住 (1)
		社会資源の少ない島なので、「やるしかない」という認識を共有し、負担しあって対応できる (5)
		島にあるものを活用し、今いる人で支援の方向性を決めていく (3)
	状況を受け入れて柔軟に対応する	そこにいる人、そこにあるものでやるしかない生活環境にある (2)
		一旦島を離れても、住民の支えもある島に戻れば、それなりに生活できる (3)
		状況も環境も変わるので、その都度、その状況下で、前向きな選択をする (4)
		状況も環境も変わるので、こうあるべきと求めない (1)
		状況も環境も変わるので、受け入れて理解する (1)
		人生における選択や支援方法の多様性を肯定する (2)

居宅サービス充実による島での在宅療養の実現	訪問看護ST開設により退院患者の地域受け入れが円滑化する	訪問看護ST開設による、退院患者の地域受け入れ円滑化 (2)
	介護サービス不足により患者希望を叶えにくい	訪問看護ST開設による、退院患者の地域受け入れ増 (1)
		島の介護サービスが乏しく、島で暮らしたい患者希望をかなえ難い (3)
		島の介護サービスが乏しく、希望する通所介護サービスを利用できない (2)
島唯一の病院の外来受診を通して在宅療養継続支援に繋がる退院支援・調整の検討	退院に続く外来受診での療養状況把握により在宅療養支援の視点から退院支援・調整を見直せる	退院に続く外来受診での療養状況把握により、在宅療養支援の視点から退院支援・調整を見直せる (2)
支援関係者間での補完による支援の推進	支援関係者間での委任・請負・加勢により支援活動が円滑化する	複数の職種・機関のなかで、誰が引き受ければいいのかを考えて、行動する (3) 医師からの委任があることで、速やかに動ける (1) 医師の後ろ盾があることで、速やかに動ける (1) 医師からの加勢があることで、意見を調整しやすい (1)
	支援関係者間で不足部分を補えるように活動する	患者家族・他職種間で不足部分を補いながら、支援を進める (1) 職種内で不足部分を補いながら、支援を進める (1)
	他職種が把握していない情報を伝え支援が進むようにする	他職種が把握していない情報を伝え、支援が進むようにする (4) 同じように進めても、家族の状況によって退院支援が上手く進まないこともあると看護師に伝えていく (2)
	島の介護サービスの現状に対する医師の理解を得るようにする	(本土と異なる) 島で使える介護保険サービスを、医師に理解してもらう必要がある (3) 自宅退院へと方針変更した新任医師に島の在宅サービスの現状を説明し、在宅療養の困難さへの理解を得る (2)
	患者や島をよく知る変なメンバーでの支援による連携の円滑化	院内外関係者はみな島の状況をよく知っていて、連携して取り組みやすい (2) 医師が患者をよく知っているので、相談すれば応えてくれる (2) いつも同じメンバーで支援ができ情報が伝わりやすく、調整しやすい (2) いつも同じメンバーで支援を重ね、相談しやすい (2)
		いつも同じ施設と連携できる (1) いつも同じメンバーで支援ができる (2) いつも同じように支援ができる (1)
		主治医交代により、協議なく退院支援の方針が変更されることがある (3)
		院内外支援関係者の入れ替わりがあれば、支援方針は一致しにくくなる (2)
他職種間では誤解を招かぬよう注意	他職種と話すときは説明の言葉を省かない	他職種間で手短かに話すと誤解を生じることがあるので注意する (3) 退院調整が滞っているときは、誤解が生じないように、理由を説明している (2) 他職種間でお互いわかっているはずと思っていても、実はそうではないことがある (2)
	他職種と話すときは理解・認識を確認する	同じ言葉でも、他職種が自分とは違う意味で使っていないか、注意する (3) 他職種間で知識の違いに気づかないまま話をする、かみ合わないことがある (2)
	平素から他職種と話し合える関係性の保持	平素から他職種と話し合える関係性を保つ (4)
個人的な情報の島内での容易な拡散	個人的な情報が広まりやすい	小規模な地域なので、個人的な話が広まりやすい (1)
		個人的な話の広まりを患者が懸念してしまう (1)

ている。

(2) [地域と病院が協働し、在宅療養を支えていく]

[地域と病院が協働し、在宅療養を支えていく]は、地域と病院の支援関係者は、狭小な地域なので集まりやすく、在宅療養支援に向けて連絡を取り合う関係性にあり、先頭に立つ医師の存在により結束し、協働して在宅療養を支えていくことを示している。

(3) [住民含む院内外支援関係者での協力を重ね、在宅療養を実現していく]

[住民含む院内外支援関係者での協力を重ね、在宅療養を実現していく]は、住民協力による見守り体制構築によって患者の在宅療養が可能になる等、住民を含む院内外の支援関係者の連携によって認知症高齢者の地域生活が支えられること、またそう

いった支援経験の蓄積によって続く事例の自宅退院が実現していくことを示している。

(4) [退院後は島で在宅療養できることを目指す]

[退院後は島で在宅療養できることを目指す]は、島に空きがある入所施設はないので、退院後は島に帰るか、島を出るかの選択になる。最期まで島で生き抜きたいという考えが高齢者にはあり、その思いがある限り、退院後は島で在宅療養できることを目指すことを示している。

(5) [患者の人となりを知る地域住民による見守り支援を実現する]

[患者の人となりを知る地域住民による見守り支援を実現する]は、患者がこれまで介護者として頑張ってきた人となりを知る住民が支え手となって集

まり、患者の見守り支援が実現することを示している。

(6) [専門職の力を活用した在宅療養を支援]

[専門職の力を活用した在宅療養を支援]は、島外病院リハ専門職が島内を巡って助言したり、島の認知症認定看護師とともに、在宅療養支援に取り組んだりしていることを示している。

以上により、カテゴリー【島での人と人のつながりを活用した支援による在宅療養の実現】とは、狭小な島では人のことを気かけ、人と人がつながりやすい状況があり、住民や島内外専門職のつながる力を活用した支援の充実によって、在宅療養の実現を支えることを示す。

2) 【住民の思い・暮らし・島の文化に添った支援の実現】

このカテゴリーは、以下の5つの文脈単位から構成された。

(1) [住民の思い・暮らし・島の文化に添った支援ができる人材を育成する]

[住民の思い・暮らし・島の文化に添った支援ができる人材を育成する]は、島の文化や、住民がどのような環境で暮らしているのかについて学ぶ研修会等を病院看護部が設け、住民である患者の思い・暮らし・島の文化に添った支援ができる人材を育成していくことを示している。

(2) [住民の思い・暮らし・島の文化を尊重できる支援関係者間の風土をつくる]

[住民の思い・暮らし・島の文化を尊重できる支援関係者間の風土をつくる]は、上述の看護部主催の研修会を院内外他職種にも開放することで、職種間の関係性を深め、住民の思い・暮らし・島の文化を尊重するという同じ価値観にたった支援ができるような精神的環境を徐々に作り上げていくことを示している。

(3) [患者背景・思いの理解による支援を迅速・適正化する]

[患者背景・思いの理解による支援を迅速・適正化する]は、これまでの経過や患者・家族の気持ちといった患者背景を支援関係者がよく理解していることで、迅速かつ患者意向にそった適正な支援に繋がることを示している。

(4) [患者・家族にとってどうかという視点から支援関係者で考える]

[患者・家族にとってどうかという視点から支援関係者で考える]は、患者・家族にとって最善は何

かについて繰り返し考え、支援関係者間で共有し、その実現のために行動していくことを示している。

(5) [患者・家族が納得できる退院先を決定する]

[患者・家族が納得できる退院先を決定する]は、医療者が在宅可能と思っても、患者・家族が在宅療養を選択する意味や限界を納得した上で選択しなければ、結局は病院に戻ってきてしまうため、大変でも患者・家族の納得を待って退院先を決めることを示している。

以上により、カテゴリー【住民の思い・暮らし・島の文化に添った支援の実現】とは、島の文化や住民が暮らす生活環境について自施設と地域の支援関係者が共に学び、住民の思い・暮らし、島の文化を尊重できる風土づくりや人材育成に努めたり、患者にとっての最善を考え続け、患者背景を踏まえて迅速に支援する一方で、患者・家族が納得するのを待って退院先を決定したりすることで、住民の思い・暮らし、島の文化に添った支援を実現していくことを示す。

3) 【家族との調整困難による患者希望の実現困難】

このカテゴリーは、以下の3つの文脈単位から構成された。

(1) [島内の家族支援サービス不足による家族関係のこじれにより患者希望を叶えにくい]

[島内の家族支援サービス不足による家族関係のこじれにより患者希望を叶えにくい]は、患者の問題や対応の仕方を家族が学ぶ機会といった、家族を支えるサービスが島内に不足し、こじれた家族関係により患者が望む在宅療養を叶えにくいことを示している。

(2) [島での暮らしをめぐる家族内意見の不一致により、患者希望を叶えにくい]

[島での暮らしをめぐる家族内意見の不一致により、患者希望を叶えにくい]は、島で暮らし続けた親の気持ちを家族が尊重できないことで調整がつかず、患者が望む在宅療養を叶えにくいことを示している。

(3) [島外の家族との調整困難により患者希望を叶えにくい]

[島外の家族との調整困難により患者希望を叶えにくい]は、家族は島外にいるため退院に向けて必要な調整が困難で、患者が望む在宅療養を叶えにくいことを示している。

以上により、カテゴリー【家族との調整困難による患者希望の実現困難】とは、介護家族への支援が

不足し患者家族関係がこじれること、家族が島で暮らし続けたい親の気持ちを尊重できないこと、家族が島外に居住し退院調整が難しいことで、患者が望む在宅療養の実現が困難であることを示す。

4) 【島にあるもの・今いる人での柔軟な対応】

このカテゴリーは、以下の2つの文脈単位から構成された。

(1) [島にあるもの・今いる人でやり切る]

【島にあるもの・今いる人でやり切る】は、支援関係者も患者もそこにいる人・そこにあるものでやるしかない環境の中で暮らしてきたため、独居になっても高齢者には住民の支えを得ながら案外生活できる力があり、支援関係者もやるしかないと認識し、今いる人で判断、そこにあるものを活用してやり切ることを示している。

(2) [状況を受け入れて柔軟に対応する]

【状況を受け入れて柔軟に対応する】は、状況も環境も変化するし、選択も人それぞれだと受け入れて、こうあるべきだと求めずに柔軟に対応することを示している。

以上により、カテゴリー【島にあるもの・今いる人での柔軟な対応】とは、独居になっても高齢者には住民の支えで案外生活できる力があり、支援関係者も「やるしかない」と認識して、島にあるもの・今いる人で、こうあるべきと求めずに柔軟に対応することを示す。

5) 【居宅サービス充実による島での在宅療養の実現】

このカテゴリーは、以下の2つの文脈単位から構成された。

(1) [介護サービス不足により患者希望を叶えにくい]

【介護サービス不足により患者希望を叶えにくい】は、島の介護サービスが乏しいため、患者が望む通所サービスを利用できなかったり、退院後島で在宅療養したいと希望しても、家族介護力が期待できなければ叶えにくかったりすることを示している。

(2) [訪問看護ST開設により退院患者の地域受け入れが円滑化する]

【訪問看護ST開設により退院患者の地域受け入れが円滑化する】は、島に訪問看護STが開設されたことで、自宅退院を進めやすくなり、自宅退院できる患者の数も増えたことを示している。

以上により、カテゴリー【居宅サービス充実による

島での在宅療養の実現】とは、訪問看護、通所介護といった居宅サービスが充実することで、患者が望む在宅療養を実現できるようになることを示している。

6) 【島唯一の病院の外来受診を通した在宅療養継続支援に繋がる退院支援・調整の検討】

このカテゴリーは、1つの文脈単位から構成され、島唯一の病院に退院後も通院する人が多く、外来受診時に療養の様子を把握することで、在宅療養支援の視点から退院支援・調整を見直すことを示している。

7) 【支援関係者間での補完による支援の推進】

このカテゴリーは、以下の4つの文脈単位から構成された。

(1) [支援関係者間での委任・請負・加勢により支援活動が円滑化する]

【支援関係者間での委任・請負・加勢により支援活動が円滑化する】は、忙しい様子を把握して、平素は別の機関が担っている役割を代行したり、医師から任せてもらえたり、後ろ盾を得られたりすることで、推進したいことが円滑に進むことを示している。

(2) [支援関係者間で不足部分を補えるように活動する]

【支援関係者間で不足部分を補えるように活動する】は、医師が少ないため主治医でなくても対応する等、患者家族・他職種間・同職種内でも互いの守備範囲が重なるように活動することを示している。

(3) [他職種が把握していない情報を伝え支援が進むようにする]

【他職種が把握していない情報を伝え支援が進むようにする】は、自分も持っている情報や意見で、他職種が把握・承知していない、かつ伝えたほうがいいと思う情報や意見は積極的に伝えて、支援が進むようにすることを示している。

(4) [島の介護サービスの現状に対する医師の理解を得るようにする]

【島の介護サービスの現状に対する医師の理解を得るようにする】は、在宅療養時の介護負担について、医師が家族に介護保険サービス利用を前提とした説明をしてしまうため、本土とは異なる、島での介護保険サービスの現状を説明し、医師の理解を得るようにすることを示している。

以上により、カテゴリー【支援関係者間での補完

による支援の推進】とは、支援関係者間で、状況に合わせて代行を引き受けたり、任せたり、他職種が把握していない情報や意見を積極的に伝えたりして補うことで、支援が進むようにすることを示す。

8) 【患者や島をよく知る変わらぬメンバーでの支援による連携の円滑化】

このカテゴリーは、1つの文脈単位から構成された。主治医でなくても患者のことをよく知っていたり、関係者全員が島のことをよく分かっていたり、その上いつも同じメンバー・施設と支援にあたっているため、相談や調整が容易で、円滑に連携できることを示す。

9) 【メンバー交代による支援方針の揺らぎ】

このカテゴリーは、1つの文脈単位から構成され、医師・看護師・地域関係者等の院内外支援関係者が入れ替わる場合や、着任間もない者が担当する場合に、それまでの退院支援の進め方や方針が揺らいでしまうことを示す。

10) 【他職種間では誤解を招かぬよう注意】

このカテゴリーは、以下の2つの文脈単位から構成された。

(1) [他職種と話すときは説明の言葉を省かない]

【他職種と話すときは説明の言葉を省かない】は、誤解が生じたり期待が外れたりしないように、患者・家族の状況や、退院調整が滞る理由を説明し、言葉を省かないようにすることを示している。

(2) [他職種と話すときは理解・認識を確認する]

【他職種と話すときは理解・認識を確認する】は、他職種間では知識や、言葉の使い方に違いがあり、それが原因でトラブルにならないよう相手の理解や認識を確認することを示している。

以上から、【他職種間では誤解を招かぬよう注意】とは、他職種と話す際は、説明や言葉を省かず、どういう意味でその言葉を使っているか相手の理解や認識を確認し、誤解が生じないように注意することを示す。

11) 【平素から他職種と話し合える関係性の保持】

このカテゴリーは、1つの文脈単位から構成され、他職種間でも愚痴をこぼすことができたり、問題提起しあったり、平素から忌憚なく話しあえる関係性を保つことを示す。

12) 【個人的な情報の島内での容易な拡散】

このカテゴリーは、1つの文脈単位から構成された。狭小な地域であるため、情報管理に注意しなければ、個人的な情報が容易に島内に広まりやすいことを示す。

VI. 考察

1. 離島での退院支援・調整において対処すべき課題の特徴

形成された12カテゴリーから、離島の高齢者が退院後、望む場所での療養生活を継続できるようにするために、離島での退院支援・調整における課題にはどのような特徴があるか考察した。

1) 島にある資源と連携力を活用した柔軟で組織的な対応

小離島では、人と人とのつながりを活かした互助の活性化が、住み慣れた地域での生活の継続を支える資源²¹⁾になる。本研究においても【島での人と人のつながりを活用した支援による在宅療養の実現】では、住民の力を活用し、退院後の独居在宅高齢者のヘルパーが入れない時間帯の見守りを実現する等、人と人とのつながりを活かした互助の力は、退院後の患者の在宅療養実現を支える重要な資源となっていることが示された。また【島にあるもの・今いる人での柔軟な対応】では、支援関係者も状況の変化を受け入れ、柔軟に対応していることが示された。患者自身や、住民を含む支援関係者は元来、そこにいる人そこにあるものでやるしかない環境で暮らしてきた島民でもあり、あるものを活用して柔軟に対応する力は生活のなかで育まれた力であり、島の資源といえる。また【患者や島をよく知る変わらぬメンバーによる連携の円滑化】では、島の支援関係者はいつも同じメンバーで、患者や島のことをよく知っており、相談・調整・情報伝達しやすいことが示された。つまりこれら3カテゴリーは、「今いる人」や「変わらぬメンバー」、「人と人とのつながり」といった島にある資源と連携力を活用した、柔軟な対応が必要とされていることを示している。

一方で、島には本土からの派遣等で各地から人材が集まり、派遣期間終了による異動や退職等によるメンバー交代もある。【メンバー交代による支援方針の揺らぎ】では、メンバー交代が方針の揺らぎに繋がることが示された。これに対し【他職種間では誤解を招かないよう注意】【平素から他職種と話し合える関係性の保持】【支援関係者間での補完によ

る支援の推進】では、誤解が生じないよう丁寧に説明したり、話し合える関係性を保持したり、互いの守備範囲が重なるよう不足部分を補うように行動したりと、チームの関係構築や円滑な連携にむけて、意識的に行動していることが示された。また人口規模や職種によって、終末期ケアの実施状況や多職種連携行動が異なるかを調査した研究²²⁾は、人口5千人未満のへき地・離島が、同じ人口規模のへき地・離島ではない地域よりも連携行動がとられており、なかでもチームの関係構築はどの人口規模よりも行われていることを示した。つまりこれら4カテゴリーは、チームとしての関係構築や、不足部分を補いあう相互補完的な行動といった連携力が、限られたマンパワーで活動する離島では、より必要とされていることを示している。

さらに、人口5万人規模の離島における在宅療養を支える地域連携の現状を調査した研究²³⁾は、地域の中核病院が中心になり、定期的に会議や学習会を開催して、関係機関で情報や問題の共有が図れる体制を築き、療養者が病院と地域を行きつ戻りつできる円滑な地域連携に繋げていることを示した。本研究においても【島での人と人のつながりを活用した支援による在宅療養の実現】では、人と人のつながりを活かし、地域で見守るための体制や、病院を中核に地域の支援関係者が集まり情報共有や支援方法を検討できる体制を構築し、在宅療養を実現していることを示していた。

つまりこのカテゴリーは、退院後の在宅療養の継続を見据えて、地域と病院による組織的な対応を可能にする体制構築が必要とされていることを示している。

以上の考察から、離島における退院支援・調整の課題には、島にある資源と連携力を活用した柔軟で組織的な対応という特徴があることが示唆される。

2) 住民の暮らしや望みを知ることを基盤にした支援関係者が共有できる方向性・価値観の醸成

地域ケアにおける多職種連携の促進因子の一つには、定期的なチームミーティングの開催と、明確な目標と目的の共有がある²⁴⁾と言われている。本研究においても【住民の思い・暮らし・島の文化に添った支援の実現】では、患者・家族にとっての最善や納得を尊重し、島の文化や住民の暮らしを学ぶ看護部主催の研修会を広く院内外他職種に開放することで、職種間の関係性を深め、住民の思い・暮らし・島の文化を尊重するという支援の方向性につながる

価値観の醸成に取り組んでいることが示された。そういった多職種が会って話し共に学ぶ機会があり、その機会を通して目指す方向性・価値観を共有していくことは、多職種連携を促進するといえる。

島に病院は1施設しかなかったが、病院が限定されていることで外来通院を通して退院後の在宅療養の様子を把握できるという有利性があった。【島唯一の病院の外来受診を通じた在宅療養継続支援に繋がる退院支援の検討】では、退院患者の外来受診時に自宅での様子を把握することで、在宅療養支援の視点から退院支援・調整が適切であったか見直しを図っていることが示された。在宅に向けた退院支援の現状と課題を明らかにした研究²⁵⁾は、調査対象となった病院看護師の約半数が退院支援の実践に満足しておらず、その理由は適切な退院支援ができていないかわからないことが最多であったと報告している。医療者自身が在宅療養をイメージできないことで自宅退院は無理と判断し、医療者が退院先を判断してしまう傾向²⁶⁾があるという指摘もある。これらの先行研究は退院後の患者の療養の様子を知り、そこからどのような退院支援・調整が必要なのかを考えること、実施した退院支援・調整を見直すことの意義を示している。また、離島に勤務する看護職をいかに確保するかが検討されている²⁷⁾。地域をまだよく知らない島外出身の看護師や数年で交代する派遣医師によって支えられている離島においては、住民の暮らしや望み、在宅療養者の退院後の療養の様子を支援関係者が知り、共有していることの意義は大きい。

以上の考察から、離島における退院支援・調整の課題には、住民の暮らしや望みを知ることを基盤にした、支援関係者が共有できる方向性・価値観の醸成という特徴があることが示唆される。

3) 地域に密着した居宅サービスの充実

へき地診療所を利用する患者が利用可能な介護保険サービスを調査した研究²⁸⁾は、回答したへき地診療所の3割が、管轄する地域の住民は訪問看護を利用できないと回答したことを明らかにした。民間事業者の参入がないなかで、へき地診療所がみなし指定を受けて訪問看護を提供している場合もあるが、1診療所が出せるマンパワーの限界を考えると、訪問看護はあってもニーズを十分充足できていない可能性もある。高齢者は退院後も継続して医療処置や健康管理を要する場合が多く、訪問看護を利用できないことで、在宅療養を断念せざるを得なくなる。

本研究においても【居宅サービス充実による島での在宅療養の実現】では、訪問看護STの開設により自宅退院が進めやすくなり、実際自宅退院を実現できた数が増えたことを示していた。

離島の集落には、地縁による繋がりがあったり、公民館での活動が介護家族の負担軽減に役立っていたりしており、住民同士が我が事として支えあえる地域の力²⁹⁾がある。それでも住民は家族への介護負担の懸念から、最期まで世話になることは望まず、施設入所を希望する者も多い³⁰⁾。採算性等の問題から民間事業者の参入が難しい離島の場合、雇用創出の面からも島民による事業立ち上げ、介護保険施設でなくても地域にある高齢者施設を利用する等、島の中で在宅療養を支えるサービスを充実させていくこと³¹⁾が提案されている。

以上の考察から、離島における退院支援・調整の課題には、柔軟に島の資源を活用し、地域に密着した居宅サービスを充実させるという特徴があることが示唆される。

4) 距離感が近い住民への個人情報拡散防止

過疎地域の医療機関では、地域出身で地域に居住している勤務者の割合が多く、患者・家族と知り合いで普段の生活を知っていることもある³²⁾。住民同士や地域で暮らす病院職員との距離感が近く、関係性が密接であることに起因し、住民のプライバシーを守れないという問題に、へき地で働く看護師は直面している³³⁾。例えば、救急車が来ると近隣住民が集まり、患者について詮索するため家族が嫌な思いをする、住民同士や、住民と住民支援に関わる職員が顔見知りであるため、プライバシー保護に一層の配慮を要する場合がある。本研究においても【個人的な情報の島内での容易な拡散】では、個人的な話が広まりやすく、また広まってしまうことを患者が懸念することで、医療や福祉サービスの利用に影響していることが示された。

一方、住民同士が我が事として支えあうためには、生活を見る、家を覗いて元気か確認する、認知症の夫が歩いているのを見かけたら家に電話で連絡する、気にかけてといった行為が伴う³⁴⁾。住民同士の距離感が近いことは、住民同士が支えあうために必要なことでもある。

以上の考察から、離島における退院支援・調整の課題には、近隣住民同士が支えあえる関係性を大切にすると同時にプライバシーが脅かされないよう、距離感が近い住民への個人情報拡散防止という特徴

があることが示唆される。

5) 島の暮らしの大切さ・島での療養生活に対する心配の相互理解に向けた家族関係の調整

退院後どこでどのような生活を送るのかは患者自身が決定することが望ましいが、高齢者の独居生活の場合は、事故の危険、疾患悪化の発見が遅れる可能性等の問題があり、家族がこれらの問題を懸念し、患者の意向・自己決定を尊重できない場合がある³⁵⁾。家族も高齢、子どもには子どもの生活がある等、家族に介護力がない上に、患者の希望する在宅療養を支援するサービスがなければ、退院後の生活の見通しはもてない。

退院後の療養場所の選択等に関する重要な方針について意思決定を行う際に、家族で話し合うことは必須である。日頃から家族同士がコミュニケーションを十分にとれる関係性を維持していることが円滑な意思決定の鍵³⁶⁾と言われている。しかし離島では、家族が島外に居住し、長年にわたる家族関係のなかですれ違いが生じていたり、お互いの深い思いを知らず理解しあうことができなかつたりして、分かり合える関係性を維持できていない場合がある。

本研究においても【家族との調整困難による、患者希望の実現困難】では、介護家族への支援が不足し患者家族関係がこじれたり、家族が島で暮らし続けたい親の気持ちを尊重できなかったり、家族が島外に居住し退院調整が難しかったりすることで、患者が望む在宅療養を叶えにくいことが示された。親にとっての島の生活のかけがえのなさを家族が理解し、島での療養生活の見通しがもてず心配する家族の気持ちを親が理解し分かり合えるよう、家族関係の調整を図る必要がある。

以上の考察から、離島における退院支援・調整の課題には、島の暮らしの大切さ・島での療養生活に対する心配の相互理解に向けた家族関係の調整という特徴があることが示唆される。

VII. 本研究の限界と課題

本研究の限界は、研究協力者に離島に所在する病院に勤務する看護師を含めることができなかったことである。そのことで、離島において多職種で取り組む高齢者への退院支援・調整の実際の活動としてとらえられていない部分が残されている可能性が高い。この点の改善を図ることが今後の課題である。

VIII. おわりに

本研究は、離島において多職種で取り組む高齢者への退院支援・調整の課題を明らかにすることであった。離島での退院支援・調整において対処すべき課題として【島での人と人のつながりを活用した支援による在宅療養の実現】【住民の思い・暮らし・島の文化に添った支援の実現】【家族との調整困難による患者希望の実現困難】【島にあるもの・今いる人での柔軟な対応】【居宅サービス充実による島での在宅療養の実現】【島唯一の病院の外来受診を通した在宅療養継続支援に繋がる退院支援・調整の検討】【支援関係者間での補完による支援の推進】【患者や島をよく知る変わらぬメンバーでの支援による連携の円滑化】【メンバー交代による支援方針の揺らぎ】【他職種間では誤解を招かぬよう注意】【平素から他職種と話し合える関係性の保持】【個人的な情報の島内での容易な拡散】という、12カテゴリーが形成された。

明らかにされた12カテゴリーの考察から、離島における退院支援・調整の課題には、島にある資源と連携力を活用した柔軟で組織的な対応、住民の暮らしや望みを知ることが基盤にした支援関係者が共有できる方向性・価値観の醸成、地域に密着した居宅サービスの充実、距離感が近い住民への個人情報拡散防止、島の暮らしの大切さ・島での療養生活に対する心配の相互理解に向けた家族関係の調整という5つの特徴があることが示唆された。

なお本研究は、JSPS科研費（18K10517）の助成を受けて行った。

文献

- 1) 宇都宮宏子, 三輪恭子編: これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域, 10, 2014.
- 2) 厚生労働省: 平成28年版厚生労働白書ー人口高齢化を乗り越える社会モデルを考えるー, 48, 2016.
- 3) 内閣府: 令和4年度版高齢社会白書, 10, 2017.
- 4) 内閣府: 平成29年度版高齢社会白書, 19, 2017.
- 5) 神谷浩夫: ゴールドプランその1ー老人医療・福祉政策の動向, 地理, 40(11):82, 1995.
- 6) 杉浦 真一郎: 大都市における高齢者福祉サービスの供給とその利用ー名古屋市の特別養護老人ホームを中心としてー, 人文地理, 50(2):24-25, 1998.
- 7) 堀越直子, 桑原雄樹, 田口敦子他: 離島地域における医療・福祉サービスと島内での看取りとの関連, 厚生指針, 60(6):9-14, 2013.
- 8) 松平慶: 東京都小規模離島診療所の現状と課題, 島しょ医療研究会誌, 16-23:21, 2018.
- 9) 堀越直子, 桑原雄樹, 田口敦子他: 離島地域における医療・福祉サービスと島内での看取りとの関連, 厚生指針, 60(6):9-14, 2013.
- 10) 宮城裕子, 石川りみ子, 松田梨奈他: A 離島における慢性疾患患者の在宅療養を支援する地域連携, 沖縄県立看護大学紀要, 10:63-70, 2009.
- 11) 伊藤弥生: 高齢者夫婦の生き別れを防いだ事例から見えたこと 離島の特殊性を鑑みた連携の在り方を考える, 沖縄県看護研究学会集録, 2:9-12, 2015.
- 12) 坂東瑠美, 大湾明美, 山口初代他: 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」の看護実践から, 沖縄県立看護大学紀要, 17:33-44, 2016.
- 13) 太田紀子, 津波勝代, 飯塚しげ子他: 「住み慣れた島・地域で最期まで暮らす」を実現するためには 1事例を通して考察する, 沖縄県看護研究学会集録, 31:43-45, 2017.
- 14) 石垣淳子, 松原由美子: 離島で最期を迎える意思決定支援 孤立型離島の唯一の入院病床をもつ医療機関でのケースを通して, 沖縄県看護研究学会集録, 32:56-58, 2018.
- 15) 馬場保子, 横山加奈, 今村嘉子他: 離島・へき地における終末期ケアの現状と多職種連携, 厚生指針, 68(5):28-34, 2021.
- 16) 前掲書1), 10.
- 17) 広辞苑無料検索, 大辞泉, 「課題」の項 (<https://sakura-paris.org/dict/%E5%A4%A7%E8%BE%9E%E6%B3%89/prefix/%E8%AA%B2%E9%A1%8C>, (令和4年10月9日アクセス))
- 18) Uwe Flick.: Qualitative Content Analysis, An introduction to qualitative research 2nd ed, SAGE Publications, 2002.190-195
- 19) 松岡千代, 濱吉美穂: エビデンスに基づく看護実践に関する看護師の認識と障壁 質の高い老年看護実践を目指して, 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 17:61-74, 2010.
- 20) 濱吉美穂, 松岡千代: 臨床看護師に対するエビデンスに基づく高齢者のせん妄予防ケアガイド

- ラインを使用した教育的介入の評価 EBPの普及に向けた試み, 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 18:65-80, 2011.
- 21) 大湾明美, 佐久川政吉, 田場由紀他: 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.
 - 22) 前掲書15), 28-34.
 - 23) 前掲書10), 63-70.
 - 24) Xyrichis A., Lowton k.: What foresters or prevents interprofesional teamworking in primary and community care? A literature review. International Journal of Nursing Studies, 45(1) :140-153, 2008.
 - 25) 戸塚恵子, 上谷いつ子: 病院看護師の在宅療養に向けた退院支援の現状と課題, 日本在宅ケア学会誌, 24(1):65-73, 2020.
 - 26) 宇都宮宏子監修: 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかわる, 学研メディカル秀潤社, 14-16, 2015.
 - 27) 稗圃砂千子, 山崎不二子: 離島に勤務する看護職の人材確保に関する課題と支援, 長崎県看護学会誌, 10・11(1・1), 9-18, 2015.
 - 28) 青木さぎ里, 塚本友栄, 春山早苗他: へき地診療所患者が利用可能な介護保険サービスと健康に暮らし続ける上で役立つ資源, 日本ルーラルナース学会第16回学術集会抄録集, 47, 2019.
 - 29) 安仁屋優子, 佐久川政吉, 下地幸子: 農漁村部における伝統文化を基盤とした地域力 沖縄県B集落の住民と高齢者の支え合いの事例から, 文化看護学会誌, 11(1):22-31, 2019.
 - 30) 安仁屋優子, 佐久川政吉, 下地幸子: 沖縄県北部地域B区の住民が認知症になったら望むこと, 日本ルーラルナース学会第16回学術集会抄録集, 46, 2019.
 - 31) 佐久川政吉, 大湾明美, 村上恭子: 沖縄県一離島における介護保険サービスに関する研究 H島における要介護高齢者の在宅サービス2年間の実態, 沖縄県立看護大学紀要, 4:110-117, 2003.
 - 32) 洪英在: 地域を支え, 地域に支えられる病院を目指して, 医療と社会, 29(1):85-95, 2019.
 - 33) 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.
 - 34) 前掲書 29), 22-31.
 - 35) 福田順子, 山本鯉恵, 野村真由美他: 独居高齢者の自己決定権に基づいた退院支援の一考察, 日本看護倫理学会誌, 10(1):73-79, 2018.
 - 36) 日本在宅ケア学編. 亀井智子編. 第3章在宅ケアの基本原則. 在宅ケア学 第1巻 在宅ケア学の基本的考え方. 株式会社ワールドプランニング(東京) p.49, 2015.

研究報告

小規模町村離島の保健師の入職前後の経験

－保健師確保への示唆－

Pre- and post-employment experiences of Public Health Nurses in Remote Island Regions : Suggestions for recruiting Public Health Nurses

藤本 悠¹⁾
Yu Fujimoto¹⁾

キーワード：小規模町村離島，保健師，就職

抄録

本研究は、小規模町村離島の保健師がどのような経験をもって入職し、仕事をしながら地域での生活でどのような経験しているのかを明らかにすることで、小規模町村離島の保健師確保に資する示唆を得ることを目的とする。小規模町村離島で現職として勤務する保健師2名を対象とし、半構造化面接によりデータ収集を行い、研究目的に沿って内容分析を行った。インタビュー内容を分析した結果、(1) 離島の保健師として入職するまでの経験、(2) 入職してから住民として生活しつつ保健師として働く経験に整理された。小規模町村離島の保健師確保に効果をもたらす方策として、入職前後の不安を解消するためには生活も含めた具体的な情報提供を行うことが重要である。また、保健師として多様な業務に対応している経験を自身の働き方として認め、自身のキャリア形成に今の仕事が意味づけられるような、保健師自身が働く意味を確認できる支援が重要である。

I. はじめに

1) 小規模町村離島における保健師確保

わが国は、国土交通省の資料によると、6,852の島々により構成されており、離島振興法による離島振興対策実施地域は254島(75地域)、人口は約38万7千人で 全国人口の0.30%を占めている¹⁾。一方で、離島で勤務する保健師の数は138名、とされており全保健師数に対して0.002%にとどまっている¹⁾。

小規模町村離島における医療職の確保は、すでに国に課題としてとりあげられているほど困難である^{2) 3)}。しかし、医療職確保の多くは、医師や看護師について重点的に検討されており、保健師に関する施策は限定的である²⁾。沖縄県において監督部署は、小規模町村離島に対して主に新任保健師の現任教育、地域保健活動の評価支援、会議・研

修等を行っている⁴⁾が、保健師の確保については自治体に任されているということが実状であり、小規模町村離島は保健師確保について困難を抱えていると推測される。

2) 小規模町村離島における保健師の職能

地域保健対策の指針には、そのひとつに地域の特性を生かした保健福祉の推進⁵⁾があり、保健師は健康の観点から集団へアプローチする公衆衛生学を習得しているため、自治体の状況に応じた保健福祉サービスの拡充に保健師を活用することは有益である。そして、小規模町村離島では、居住地と勤務地が密接に関連しているため、保健師が一人の住民として文化背景を共有した生活を送ることとなる^{6) 7) 8)}。そのため、地域の文化的背景に合わせ、地域の生活に寄り添った保健師としての活動を行えるという効果があると述べられている

受付日：2022年7月7日 採択日：2023年2月15日

1) 関西医科大学 看護学部・看護研究科

Kansai medical University, Faculty of Nursing and Graduate School of Nursing

る^{6) 7) 8)}。

そして、小規模町村離島では一人の医療職が保健-医療-福祉にまたがる役割を担っている⁹⁾。これは、小規模町村離島においては、医師や看護師といった医療専門職の絶対数が少なく、それゆえに多職種で連携がしやすく、地域の調整役や橋渡し役として機能している^{9) 10)} ため、保健師が幅広い保健福祉サービスに資する可能性を示している。よって、小規模町村離島における保健師確保は、住民に質の高い保健福祉サービスを提供するための体制整備の一環として効果的であり、医療職の絶対数が少ないため、より重要であると考えられる。

3) 小規模町村離島における保健師の確保に関する先行研究

これまでの離島やへき地を対象とした保健師の先行研究では、保健師の職能や、支援のあり方についての研究が多くを占めている。一方で、離職や就職に関連した先行研究もなされており、離島・へき地の看護職を対象とした先行研究をまとめた文献検討では¹¹⁾、離職や就業の継続に関連する要因をレビューしていた。また、小規模町村離島における保健師の就職と離職の理由についての調査¹²⁾ では、インタビューから就職した理由や辞めた理由を明らかにしていた。このように先行研究はあるが限定的であり、小規模町村離島の保健師確保に効果をもたらす方策についてはまだ十分に検討されているとは言えない。

さらに、小規模町村離島で働くということは、その離島に住み生活するということである。そのため小規模離島の保健師確保には、どのような経験をしながら入職し、仕事をしながら地域での生活でどのような経験しているのかを明らかにすることが求められる。先行研究¹²⁾ では、就職を決めた理由や離職した理由について明らかにしていたが、小規模町村離島において保健師が入職し、またその後の生活や働きながらどのような経験をしているかは明らかになっていない。したがって、それらの経験を明らかにすることで、保健師確保に資する示唆を得られると考える。

4) 研究目的

小規模町村離島の保健師がどのような経験をもって入職し、仕事をしながら地域での生活でどのような経験しているのかを明らかにすることで、小規模町村離島の保健師確保に資する示唆を得ることを目的とする。

5) 用語の定義

小規模町村離島：総務省が類型別分類¹³⁾を行っている人口規模が1万人未満の市町村を小規模市町村としており、本研究では人口規模1万人未満かつ離島のみで構成される自治体を小規模町村離島と定義する。

II. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は、インタビュー調査のデータを用いた質的記述的研究である。

2) 研究参加者の選定

研究参加者は、機縁法を用いて募集した。本研究は、保健師が入職し仕事をしながらも、地域での生活でどのような経験しているのかを明らかにするという目的がある。そのため、生活において地域の文化的背景から受ける影響を対象者間で統一するために、同一の小規模町村離島で保健師として現職で勤務している者を対象とした。選定条件には、正規・非正規と行った雇用形態や年齢、現職での経験年数、保健師経験年数、出身地を含まなかった。

その結果、沖縄県内の小規模町村離島であるA市町村において現職で勤務する2名の保健師を対象とし、同意を得られたため研究参加者として登録した。A市町村の人口規模は1000名以下であり、保健師の在籍人数は2名であった。人材育成体制として、沖縄県の保健所から支援を受けていた。

3) データ収集

(1) 調査方法

A市町村にある、対象の保健師が勤務する施設の会議室で個別にインタビューを行った。インタビュー調査期間は2020年2月である。インタビューガイドを用いて、半構造化面接を実施した。

(2) 調査内容

インタビューの冒頭では、「求人から応募、面接、仮採用、本採用といった採用に関する一連のことがらについてインタビューする」ことを説明した。その後、保健師としての勤務経験として、担当している業務や勤務年数といった、個人の属性について質問した。その後、保健師として入職するまでの経験について質問を行った。その詳細は、離島で働こうと考えたきっかけや、医療職としてのこれまでの経験、入職までの経緯や期間についてであった。そして、入職後の経験として、生活における経験や、離島で保健師として働くなかでの経験について尋ねた。最後に、この一連の経験の中での負担や困難さ、

工夫したこと、求める支援について質問した。

それぞれの質問において、参加者が自由な言葉で話せるよう配慮し、事前に作成したインタビューガイドの内容のみでなく、関連する話題について追加の質問を行った。インタビューは平均して約60分で終了した。インタビュー中およびインタビュー後に、研究者はメモにインタビュー中に得た情報を記載した。記載した情報は、それぞれの質問における研究参加者の反応や、インタビューから受けた印象についてである。

4) データ分析

インタビューはオーディオ機器によって録音され、逐語録に書き起こされた。逐語録の内容を、メモに残された情報と合わせ、意味内容のまとまりごとに簡潔な文章にまとめ、コードとして取り扱った。このコードについて、NVivo 16.2を使用して研究目的と合致するよう、「保健師がどのような経験をもって入職し、仕事をしながら地域での生活でどのような経験しているのかを明らかにする」という視点によって、意味内容の近いコードを集めサブカテゴリーに分類し、さらにカテゴリーに集約した。このカテゴリーを保健師が入職し、仕事をしながら地域で生活するなかで経験したプロセスに沿って集約し、コアカテゴリーとして分類した。分類した結果について表に整理し、データ分析の妥当性を高めるために、質的研究の経験が多数あり質的統合法(KJ法)では指導的立場にある内容分析に精通した専門家1名からスーパーバイズを受けて結果を検討した。

5) 倫理的配慮

本研究は、関西医科大学の医学倫理審査委員会にて、2019年7月に承認を得て実施した(承認番号: 2019079)。対象者および勤務施設の上長に対して、研究の概要や目的、インタビュー方法、予想される利益と不利益、同意と撤回の方法、個人情報の取り扱い、相談窓口等について説明を行った。そして、本研究への参加は自由意思によるもので、本研究への参加は業務では無く、勤務時間外でのボランティア参加になることを説明し、同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

1) 対象者の属性

対象者は沖縄県内の小規模離島自治体であるA市町村に現職で勤務する保健師2名であり、2名ともから研究参加への同意を得られた。基本属性は、2名とも沖縄県内出身の20歳代の女性であり、勤続年数はそれぞれ2年と1年未満であった。

2) 分析結果

インタビューでは、参加者から離島で働くまでの経験や、働くようになってからの生活や仕事を含めた経験について語ってもらうことができた。2名とも現在の仕事に対して好意的感情をもっており、離島の保健師として働くことを肯定的に捉えていた。1名の保健師(以下、保健師A)は、これまでに看護師としても勤務経験があり、入職前から2年間のみ保健師として働くと自身で設定しており、今後は再び転職し看護師として働くことを希望していた。また、もう1名の保健師(以下、保健師B)は、保健師免許取得後新卒として採用されており、インタビュー時点で採用から約8ヶ月が経過していた。インタビューでの語りの具体を斜体で示す。

—働こうと決めたときにも、期限を2年って自分の中で決めていた(保健師A)

—2年間働いたが、あっという間で、短いと感じる(保健師A)。(島で関係性ができたので)島から離れても飲もうなって誘ってくれるのが嬉しい(保健師A)

—今は保健師としても社会人としても1年目(保健師B)

インタビューで得られたコードを「保健師が入職し仕事をしながらも、地域での生活でどのような経験しているのかを明らかにする」という視点によって精査し、35のサブカテゴリーに分類された。この35サブカテゴリーは14のカテゴリーに集約され、経験したプロセスによって5つのコアカテゴリーに分類された。このコアカテゴリーは、(1)離島の保健師として入職するまでの経験、(2)入職してから住民として生活しつつ保健師として働く経験、の2つに分けられた(表)。

(1) 離島の保健師として入職するまでの経験

①「離島で保健師として働く」という選択をする

参加者は、実習など学生時代の経験から離島で働くことを身近に感じており、社会人として働いてからの経験でさらに離島で働くことに興味を持つようになっていた。その興味は在学期間から抱いており、すぐに実現したいと思うような希望ではなくとも、いつか離島で働いてみたいという期待を抱いていた。そして、その興味や期待は、離島の情報を人づてに聞くことで実際に働きたいと実現に向かっていった。また、働けるかどうかの不安は、別の離島での経験や入職までに来島して島の生活を知ることによって軽減されていた。さらに、離島で働くという選択する

表 小規模町村離島における保健師が雇用され働く中での経験

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
離島の保健師として入職するまでの経験	これまでの経験から、離島の保健師に興味を持つ	実習など学生時代までの経験で、離島で働くことを身近に感じていた 社会人として働いてからの経験で、離島で働くことに興味を持った
	「離島で保健師として働く」という選択をする	島の情報を知ることによって、島で生活する不安が軽減される 別の離島での経験があって、島での生活にも不安が少なかった 就職前に来島し生活を知ることによって、島で暮らすことの不安が軽減された
	離島の自然環境に期待して、働きたいと思う	自分の好きな生活環境と、離島の自然環境がマッチしていた
	求人情報が最新のものか判断しづらいなかで応募する	求人情報は得ていたが、今も本当に募集しているのか判断がつかなかった
応募や採用に不安を感じつつも、離島の保健師として働き始める	対話を通して、自身の人となりを知ってもらう	採用のために、対話を通して、自身の人となりを知ってもらった
	本当に働けるか不安がありつつも、問い合わせづらく感じる	雇うと言われても、着任までに正式な書類がなく、働けるのか不安があった 採用担当者も多忙だと感じ、問い合わせや依頼がしづらいつと感じた
	島に転居し、食事や趣味など自分なりの生活を確立させる	住居や航空機での移動が手配され、転居についての支援が助かった 食料確保について覚悟していたので、準備したり支援を受けたりして意外と困らなかった 島でできることの中で趣味を見つけて、生活を楽しんだ
	離島の一住民としても生活を送る	島の住民以外に、これまでの友人と話すことで安心した 住民と交流し、島の一員として過ごすことが、自分の喜びと一致していた 生活していると島での暮らしに慣れるので、生活する上での悩みは薄れていった
入職してから住民として生活しつつ保健師として働く経験	島の住民として生活を確立する上で、保健師という役割が影響する	行事を含めた生活は、仕事と区切ることができず、どこまでが仕事なのかわからないと感じた 住民同士の関係性と、保健師と指導相手の関係性があり、人間関係が難しいと感じた
	受け持つ事業の幅広さや多忙さにと惑いつつも、島の保健師としての働き方を模索する	幅広い分野の事業を担当して、担当外でも対象者は同じ島民なので何となくは把握している 事業が多く多忙なのに、細々したことも多く、大した仕事をしていないと感じる 島の中にいる数少ない医療専門職として、自身の言動に責任を感じる
	自身の離島の保健師としての働き方を模索し、確立する	大きな市町村の保健師はしないだろう仕事をしていると感じる 住民同士や、自分と住民との人間関係に配慮しつつ保健師として働く 離島の環境では本人が困っていないまでも、介入が必要ではないかと考える事例には対応に困惑する 島外から専門職を招聘するが、行事などと共に休日に重なることも多く、肉体的に疲れる
	同僚や島民とのコミュニケーションを通して、島での自分の働き方を確立する	初めは何をしていいかわからず戸惑うが、徐々に仕事に慣れていきやるべきことがわかった 同僚や島民と交流し、経験を教えてもらうことで、島での保健師として働きやすくなる 行政職と保健師の仕事の分担について、区別をつけることが難しい
自身の仕事を評価し、キャリアの中での位置付けを考える	自身の行っている仕事の適切さが評価しづらいつと感じつつも、自分の仕事に自信を持つ	保健師経験が浅く、自身の仕事の適切さ経験的に評価できず、不安を感じる 保健師の仕事は長期的な視点が必要で、いいかどうかの判断がしづらいつと感じる 外部の部署との交流の中で、自身の仕事を見つめ直し自信を持つ
	離島の保健師としての経験を、自身の医療職としてのキャリアの中で位置付ける	保健師として働く上で、これまでの経験だけではうまく対応できない部分があると感じる これまでの職業経験を生かして、保健師としてうまく働くことができた 今の仕事を退職した後を考えると、別の場所ですぐに働けるか不安がある 離島の保健師として働き続けたとしての、自身の将来像が描きづらいつ

までには、離島の保健師の職能への興味だけでなく、離島の自然環境に対する期待もあった。

- 在学してる頃から、救急と離島医療みたいなのをやりたいなっていうのはあった(保健師A)
- 島の住民と話して島に行ってみると、このあとチャンスはないだろうと感じ、これが(転職の)タイミングかなと思って(保健師A)
- 実習で2週間島に来たときに、環境を知れたっていうのも大きかった(保健師B)
- 実習や私生活で離島に行く中で、やっぱり普段住んでいた都会より、ちょっと田舎の離島で

の生活を選択したいと思うようになった(保健師B)

②応募や採用に不安を感じつつも、離島の保健師として働き始める

参加者は、離島の保健師として働くことを実現させるために求人情報を得ていたが、その情報が最新のもので、今も本当に募集されているのかわからないという経験をしていた。そして、応募してからは、面接などの対話を通して自身の人となりを知ってもらうことで採用につながったと感じていたが、「採用する」と口頭や電話、メール等で説明を受けた後、

着任までの期間に正式な書類がなく、本当に働けるのだろうかと不安を抱いていた。その不安に対して、採用担当者に問い合わせたいと考えつつも、多忙ではないかと遠慮し、問い合わせづらさを感じていた。

—求人情報がずっとあるなっていうのは感じていたので、本当に今も募集しているのかどうかかわからなかった（保健師A）

—内定通知書がなかったので、本当に島に行った後に働いて良いのかどうか不安があった（保健師A）。島に来てから雇用条件とかを書いた書類はもらったけど、来る前に採用通知書とかはなくて、本当に働けるのか不安だった（保健師B）

(2) 入職してから住民として生活しつつ保健師として働く経験

③離島の一住民としても生活を送る

参加者は、住居が既に確保されていることや航空機での移動が手配されていたことなど、転居への支援を受けた効果を感じていた。その後の生活では、食料確保について大変だということを事前から覚悟していたので、準備したり住民から支援を受けたりして予想に反して食事には困らずに過ごせていた。さらに趣味として、島でできることの中で自分の楽しみを見つけて、住民としての生活が確立に向かう経験をしていた。

そのなかで、島の生活に辛さを感じることもあったが、これまでの友人と話すというような、島外の人とのコミュニケーションをとることで解決していた。そして、住民と交流し、島の一員として過ごすことが、自分の喜びと一致していたことで、島のひとりの住民として生活が確立されていった。自身の生活が確立されるにつれ、生活していると島での暮らしに慣れることで、生活する上での悩みはどんどん薄れていっていた。

—引越し先として島の住宅には、家具も家電もあったので助かった（保健師A）

—（都会よりも娯楽は少ないけど）釣りやダーツなど、できることにハマったので、逆にいろいろな趣味を広げてくれた（保健師A）

—仕事に慣れてきてしばらくした頃になって、理由はわからないけど、ホームシックになった。ひたすら友達に電話して、その（ホームシックの）時期を乗り越えた（保健師B）

一方で、島での生活において困難さも感じており、地域のお祭や運動会といった年中行事を含めた生活は、仕事と区切ることができず、どこまでが仕事な

のかかわらないという難しさを感じていた。さらに、人間関係では、住民同士であったり保健師と指導相手であったりと、同じ相手との関係性が重複していた。保健師がひとりの住民として生活を確立する上で、保健師という役割が関係性を構築する難しさに影響を与えていた。

—保健師としての仕事だけでなく行事に追われていた。行事も仕事の一部のような感じ（保健師A）。行事が仕事の一部のようだから、自分にも役割があるので、むしろ島の行事に参加しやすいっていう部分があるかもしれない（保健師A）

—そんな働き方をよしとするかどうかは人それぞれでもあるので、苦痛に感じる人は（島で生活することが）難しいと思う（保健師A）

—（保健指導をする上で）人間関係が近すぎるのも大変（保健師A）

④自身の離島の保健師としての働き方を模索し、確立する

参加者は、保健師として幅広い分野の事業を担当しつつ、担当していない事業の対象者であっても同じ島民なので何となく把握していた。そして、多くの事業や事例を抱えていて自分が多忙であると感じていた。しかし、多忙であっても日々の仕事は細々したことも多く、大した仕事をしていないとも感じていた。それでも、数少ない医療専門職として、自身の言動に責任を持たなくてはならないと感じつつ、自身の働き方を模索していた。

—事業報告の書類をまとめていると、個別の対応や島内外の関係者との調整が多いせいか、日々忙しくしているのに、そんなに大した事業を行っているように感じない（保健師A）

—一日の仕事としては、当該の専門職とメールでやりとりをしたり、保健所への提出物を作成したり修正したりしていた。それだけでなく、県からの調査に応答したり、理学療法士の来島計画を作成したり、こまごました仕事をいっぱいしている気がする（保健師B）

働く中での経験から、大きな市町村の保健師はしないだろう仕事をしていると感じており、自身の仕事が特殊なものだと感じていた。それは、住民同士や、自分と住民との人間関係に配慮しつつ保健師として働いたり、離島の環境では本人が困っていなくても、介入が必要ではないかと考える事例には対応に困惑したりするといった経験を含んでいた。また、島外から専門職を招聘するが、行事などと共に休日

に重なることも多く、肉体的に疲れるという、離島ならではの調整の難しさもあり、離島という都市部とは違う環境で働いていることを体感していた。

そのような経験の中で参加者は、初めは何をしていいかわからず戸惑っていたが、徐々に仕事に慣れていきやるべきことがわかるようになったと感じていた。行政職と保健師の仕事の分担について、区別をつけることが難しいと感じつつも、同僚や島民と交流し、経験を教えてもらうことで、島での保健師として働きやすくなるという経験にもあるように、同僚や島民とのコミュニケーションによって自身の働き方を確立していた。

—実際に本人が困っていなくても、保健師として介入に意義があると考えるが、こっちが問題を大きくしてるだけなのかなと戸惑うことが結構ある（保健師A）

—（保健師として活動する上で）島の人が島のことを教えてくれることがすごい勉強になる（保健師A）

—行政職の働きぶりについて見ていると、線引して絶対にしない仕事を明確にすることはできないと感じている（保健師B）。どこまでが事務職の仕事で、どこまでが保健師の業務なのかを区切るのが難しいと感じる（保健師A）

⑤自身の仕事を評価し、キャリアの中での位置付けを考える

参加者は2名とも保健師としての経験が2年以下であり、その経験の少なさから自身の仕事の適切さを経験的に評価できず、「本当にこれでいいのか」という不安を感じていた。これは、保健師の事業の評価には長期的な視点が必要であるためだと考えており、2名とも島での勤務期間が2年以下であるので、いかにどうかの判断がまだつかないためであると感じていた。しかし、そのように仕事の適切さが判断しづらいと感じつつも、業務を支援してくれている保健所や他市町村の保健師との交流の中で、自身の仕事を見つめ直し、自分のやった仕事に対して自信を持つという経験をしていた。

—事業の評価は、2年とかじゃ難しいのかなと感じていて、（母子保健であれば）今の幼稚園生が中学校を卒業することになって、ようやく評価できるかなっていうぐらいの感じがする（保健師A）

—（自身の業務について）適切かどうかかわからないけど、島の業務のことを（支援してくれている保健所よりも）わかっているという自

信はある（保健師A）

保健師として働く上で、行政職としての働き方を身につける難しさを感じて、これまでの経験だけではうまく対応できない部分があると感じていた。一方で、看護師として働いた経験が保健師としての仕事にも役立っていると感じ、これまでの職業経験を生かして、保健師としてうまく働くことができたとも感じていた。しかし、今の仕事を退職した後を考えると、別の場所でうまく働けるかという不安や、離島の保健師として働き続けたときに、自身の将来像が描きづらいという不安を感じており、自身のキャリアの中で「離島で保健師として働いたこと」をどのように位置付けるかに苦慮していた。

—経験的には（病院に戻ったら）中堅に相当するが、病院と今の役場での仕事が違いすぎるので、次に看護師として働くことを考えると怖い（保健師A）。（病院に戻ることを考えて）仕事だけでなく、病棟で働けるように勉強もしている（保健師A）

—10～20年ぐらいうってると一緒に仕事してみたいっていうか、自分の将来の像っていうか、イメージがあんまりできないんですよ、どこに向かっていけばいいのか。ここからの専門職として将来どうなりたいかというイメージがつきにくい（保健師B）

—ここからの専門職として将来どうなりたいかというイメージがつきにくい。自分が将来どこに向かってんのかなと思いながら、（今）働いている（保健師B）

IV. 考察

1) 保健師確保に関する方策

(1) 入職前の不安を解消し、入職後の生活が想像できるような具体的な情報提供

離島で働くことに興味を持ち働くという選択をするまでの経験においては、これまでの学生時代の実習や私生活、社会人として働いてからの経験によって離島で保健師なることに興味をもっていた。小規模町村離島における保健師の就職と離職の理由について調査した先行研究¹¹⁾では、「学校での離島保健師活動にふれる機会と教員からの推薦」が就職を決めた際の理由の一つにあったと述べられており、学生時代の経験が離島の保健師として働くことへの興味につながるという点で一致していた。また、看護師の実習によって、就職選択に影響が与えられるということも述べられており¹⁴⁾、小規模町村離島にお

ける保健師確保には、実習を含めた学生時代からの情報提供が効果的であると考えられる。

そして、応募し採用され働き始める経験においては、情報収集や最新の求人かどうかわからない困難さ、問い合わせのしづらさがあり、離島で働き生活するための情報を得ることの難しさが現れていた。しかし、島の情報を得ることで不安が軽減されており、その情報の収集には人づての口コミを活用していた。看護師の就職活動における情報源では、職場訪問や就職説明会といった就職先の施設から提供される情報のみでなく、先輩や教員、親族からの情報も活用している¹⁵⁾と報告されている。そのため、勤務地であり居住地でもある島の情報について、仕事内容だけでなく、どのような暮らしをしているのかといった幅広い情報を、口コミのような臨場感をもって提供することが、小規模町村離島の保健師確保には効果があると考えられる。

入職してからの経験においては、環境に合わせて自身の生活を確立し、島の一員として過ごすのを楽しむことで、一人の住民としての安定した生活につながっていた。一方で、住民として過ごす時にも保健師としての役割が影響し、仕事と生活の区切りをつけづらく人間関係に戸惑うとも感じていた。先行研究¹²⁾でも、離職理由として仕事だけでなく生活における人間関係があると述べられており、小規模町村離島における保健師の安定した確保のためには、島内での関係性を含めた具体的な生活について情報提供することが望ましいと考える。

(2) 自身の仕事を認め、キャリアが形成できるような、働く意味を確認できる支援

入職してからの保健師の経験では、医療職の少なさによる受け持つ事業の幅広さや都市部とは違う離島独自の働き方による困難さが現れていた。小規模町村離島では、医療専門職が少ないゆえに、各専門職間の連携が重要¹⁶⁾であり、その連携を支援するために保健師が複数の機能を持つ¹⁷⁾ことが知られている。また、自身の働き方が適切なかどうか自身でも判断しづらななかで、島内外の人とのコミュニケーションを通じて自身の働き方を模索する経験が現れていた。これは離島保健師の職能について述べた先行研究として、情報が少ない中でも個人の努力で対応しなくてはならないこと¹⁸⁾や外部の人間が仕事の意味付けに参加する効果をもつこと¹⁹⁾と一致していた。これらのことから、保健師に対しては、保健師として多様な業務に対応している経験を自身の働き方として認められるような支援が必要で

ある。

そして、現在の離島保健師としての経験を自身の医療専門職としてのキャリアにおいて、先輩保健師が不在の中でどの様に位置づけるかも模索する経験が現れていた。離島の中堅保健師のキャリア形成についての先行研究²⁰⁾でも、保健師の成長を促す現任教育の課題として先輩保健師の不在が述べられていた。よって、自身のキャリア形成に今の仕事の意味づけられるような支援が必要である。

これらのことから、離島へき地の保健師を確保するためには、仕事の意味付けやキャリアとしてどの様に位置づけるかというような、入職した保健師の離職を予防するのみでなく、離島で保健師として働く意味を保健師自身が確認できるような支援が重要ではないかと考える。

2) 本研究の強みと限界

本研究では、「保健師が入職し仕事をしながらも、地域での生活でどのような経験しているのかを明らかにするという」視点によって分析を行い保健師確保につながる示唆を得た。しかし、本研究への参加者は、文化的背景を統一するために、同一の離島自治体で現職として勤務する2名の保健師を対象としている。この研究対象者の2名という少なさによって、この結果が広く一般化できるかどうか不明である。今後は、対象者を拡大し全国の離島自治体で勤務する保健師へ、これらの示唆が一致しているかの探索を行う必要がある。

そして、生存者バイアスについて検討する必要がある。対象となった2名の保健師は現職として安定して勤務しており、本研究では離島の保健師として働くことができていない者のみを対象としている。よって、入職に至らなかったり入職後でも安定して勤務ができなかったりするような保健師確保を阻害する要因については、十分検討できていない可能性がある。

V. おわりに

小規模町村離島で勤務する保健師の、入職し仕事をしながらも、地域での生活でどのような経験をしているのかを明らかにするという視点によって分析することで、保健師確保に効果をもたらす方策への示唆を得ることができた。小規模町村離島の保健師確保においては、入職前後の不安を解消するように、生活も含めて具体的な情報提供を行うことが重要である。そして、保健師として多様な業務に対応している経験を自身の働き方として認め、自身のキャリ

ア形成に今の仕事が意味づけられるような、保健師自身が働く意味を確認できる支援が重要である。

謝辞：本研究にご協力いただきました小規模町村離島に勤務している保健師の皆さま、および保健師へのインタビューにご配慮いただいた役場の皆さまに深くお礼を申し上げます。また、本研究は、文科省科研費 19K19750 を受け実施致しました。謹んで感謝申し上げます。

利益相反：本研究に利益相反はない

文献

- 1) 日本離島センター：離島統計年報＜2017＞CD-ROM版。日本離島センター，2019.
- 2) 厚生労働省：へき地保健医療対策検討会報告書。2015.
- 3) 公益社団法人 日本看護協会：平成30年度 厚生労働省 保健指導支援事業 自治体における保健師の人材確保モデル開発事業 報告書。2019.
- 4) 沖縄県：第10次沖縄県特定町村人材確保・育成支援計画(平成30-32年度)。2018.
- 5) 厚生労働省：地域における保健師の保健活動に関する指針(平成24年7月31日厚生労働省告示第464号)。2013
- 6) 畑下博世，金城八津子，鈴木ひとみほか：現代保健師が獲得すべき態度とスキル 沖縄県島嶼における駐在保健師の実践からの検討。社会医学研究，34(1)：31-39，2017.
- 7) 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。日本ルーラルナース学会誌，11：27-42，2016.
- 8) 青木さぎ里，春山早苗：離島保健師が離島内に居住することと地域看護活動との関連。日本ルーラルナース学会誌，8(17)：17-30，2013.
- 9) 大平肇子，小林文子，吉岡多美子ほか：日本におけるルーラルナースの役割モデルについての研究。三重県立看護大学紀要，6：75-84，2002.
- 10) 大湾明美，坂東瑠美，佐久川政吉ほか：小離島における「在宅死」の実現要因から探る看護職者の役割機能 南大東島の在宅ターミナルケアの支援者たちの支援内容から。沖縄県立看護大学紀要，9：11-19，2008.
- 11) 知念真樹，川崎道子，牧内忍ほか：離島・へき地に勤務する保健師・看護師等の離職や就業継続の要因に関する文献レビュー。沖縄県立看護大学紀要，22：49-56，2020.
- 12) 知念真樹，牧内忍，宮里澄子ほか：小規模町村離島における保健師の就職と離職の理由。日本看護科学会誌，41：573-582，2021.
- 13) 総務省：小規模市町村の類型別分類，2008。
https://www.soumu.go.jp/main_content/000020463.pdf (最終閲覧日：2022年10月4日)
- 14) 中村仁志，丹佳子，太田友子ほか：看護師の実習指導が就職選択に与える影響。山形県立大学学術情報，10：29-37，2017.
- 15) 大塚真代，古米照恵，藤野文代：看護大学生の進路選択に影響する情報と支援ニーズ-卒業を間近にした看護学部4年次生への調査-。ヒューマンケア研究学会誌，5(1)：73-77，2013.
- 16) 亀井彩加，大竹まり子，赤間明子ほか：診療所看護職の看護活動と自律性 東北地方A県における都市部とへき地の比較。北日本看護学会誌，13(1)：61-69，2010.
- 17) 大平肇子，小林文子，吉岡多美子ほか：日本におけるルーラルナースの役割モデルについての研究。三重県立看護大学紀要，6：75-84，2002.
- 18) 佐々木規子，森藤香奈子，坪田幸子：長崎県内島嶼部A市の保健師の遺伝相談の経験。日本遺伝看護学会誌，13(2)：75-82，2015.
- 19) 藤澤まこと，坪内美奈，池邊敏子：過疎地域看護職と看護大学教員との現地における事例検討とその意義。岐阜県立看護大学紀要，5(1)：117-123，2005.
- 20) 島袋尚美：沖縄県中堅保健師のキャリア発達における保健師マインドの継承-離島の中堅保健師の事例に焦点をあてて-。名桜大学紀要，(21)：55-65，2016.