ISSN 1881－2783

日本ルーラルナーシング学会誌

Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing

第6巻　2011

原著

山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難
鈴木典子，中村美鈴，崎田マユミ‥‥　1

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
塚本友栄，関山友子，島田裕子，工藤奈織美，小川朋子，鈴木久美子，成田伸，春山早苗
後藤光代，小谷妙子，渡邉芳江，福田順子，工藤祝子，山本恵美子，宮田直美‥‥　17

研究報告

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
春山早苗，田村須賀子，鈴木久美子，須永恭子，関山友子，波多野浩道，兒玉慎平‥‥　35

へき地診療所における子どもへの看護に関する研究
佐々木祥子‥‥　51

へき地の病院に勤務する看護管理者の日常業務のなかでの取り組み
－北海道北圏の病院に勤務する看護管理者へのインタビューから－
杉山さちよ，藤井智子，北村久美子，澤田成子‥‥　65

資料

長崎県離島救急患者家族待機宿泊所「しまの救急ファミリーハウス」の現状と課題
井上高博，竹末加奈，千葉美子，長尾秀美，中栁美恵子‥‥　77

第５回学術集会

基調講演 ‥‥ 83
シンポジウム ‥‥ 86
総会 ‥‥ 93

日本ルーラルナーシング学会誌投稿規定 ‥‥ 103
編集後記 ‥‥ 106

原著

山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難

DIFFICULTIES FOR FAMILYS TAKING EMERGENCY PATIENTS TO HOSPITAL IN RURAL AREAS AMONG THE MOUNTAINS LOCATED

鈴木　典子*, 中村美鈴**, 﨑田マユミ**
Noriko Suzuki, Misuzu Nakamura, Mayumi Sakita

キーワード：へき地（rural area），山間地域（Place among the mountains），家族（family），困難（difficulty），救急患者（emergency patient）

要旨

本研究は，山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難について明らかにし，今後の看護支援への示唆を得ることを目的とした．研究方法は，救急外来を受診し入院となった患者の家族に，半構造化面接を実施し，質的帰納的分析法を用いた．その結果，家族の困難として，【容態が悪化することへの緊張と不安】，【近所の目を気にして救急要請を躊躇】など9つのカテゴリーが見出された．見出された9つの中で，【近所の目を気にして救急要請を躊躇】，【山間地域での受け入れ病院探しの困難】など5つのカテゴリーが山間地域のへき地に特有の困難と考えられた．これらの家族の困難に対し『へき地の地理的・文化的背景を考慮した受診行動の促進』，『救急外来で治療を受ける患者の家族への情緒的支援』，『高齢・認知症をもち入院する患者の家族の健康維持』，『へき地の医療環境から生じる退院後の療養生活への支援体制』の4つの看護支援を具体的に検討していく必要性が示唆された．

Abstract

The purpose of this study was to identify difficulties for families taking emergency patients to a hospital in rural areas among the mountains located, and to obtain suggestions for the future nursing support. As the design of the study, semi-structured interviews were conducted with those family members, and then the qualitative and inductive analysis was performed. As a result, 9 theme categories of difficulties emerged, such as "increased tense and fear at the worsening condition", "hesitation in emergency requests in the eye of neighbors", and so on. Among those 9 categories, 5 were identified as the difficulties unique to rural areas in the mountains, including "hesitation in emergency requests in the eye of neighbors" and "difficulty in finding a hospital available in a rural area. " For these families' difficulties, the need to specifically review 4 items of nursing support was suggested, that is, "encouragement to consulting activities based on geographical and cultural background of a rural area", "emotional support for families accompanying an emergency patient", "health support for families with an aged patient or one suffering from dementia admitted to a hospital", and "system supporting the medical care after hospitalization in the medical setting unique to rural areas".

受付日：2010年12月15日　　採択日：2011年3月4日
* 常陸大宮済生会病院　Hitachiomiya Saiseikai Hospital
** 自治医科大学大学院看護学研究科　Jichi Medical University Graduate School Master Coures of Nursing

Ⅰ．はじめに

救急外来を受診する患者は突然の発症や受傷により，身体的にも精神的にも苦痛を抱えて来院する．そして，患者の突然の発症や受傷は，予測や準備がないことから一緒に付き添う家族も不安を抱えて来院する[1) 2)]．特に重症度や緊急性が高い患者の家族は，驚き，衝撃を受け，時にパニック状態になる[3)~5)]場合が多い．これらのように救急患者の家族は危機的な状況にあることから，救急外来を受診する患者と同様に家族への看護支援は看護師の重要な役割といえる[6) 7)]．

重症患者の家族の研究においては，N. C. Molter[8)]による「家族のニード」の研究をはじめ，日本においても量的な研究[8) 9)]がなされている．それらの研究における救急患者の家族のニードは，患者の生命が助かることへの希望や回復への願い，患者の容態に関する情報のニードの重要度が高く，特に生命の危機状態にある患者の家族ほど重要度が高いという結果であった．しかし，家族自身のケアについての重要度は低く，家族は自分達のことよりも患者へ最善のケアをされていることを望んでいた[8) 9)]．さらに，「情報のニード」については，重要度は高いが満足度は低く，重症患者の家族への十分な情報提供が出来ているとはいえない[10) 11)]現状がある．

救急患者の家族の体験に関する研究[7) 12) 13)]においては，家族は突然の事態に気が動転し，対処方法が分からず「混乱」，「不安」という感情を抱き，情報が少ないことからさらに不安が増していた．特に患者が重症である場合は患者の容態への心配や，少ない情報から悪い状態を予測し「死」をも連想するという体験をしていた．しかし，これら救急患者の家族のニードや体験に関する多くの研究は3次救急の重症患者に焦点が当てられており，研究場所はICUや救命救急センターという比較的都市部の大病院での研究が多く，地方の病院やへき地等における地域に特化した研究は見当たらない．

研究者のフィールドは山間地域のへき地中核病院であり，高齢化率が高く，交通の便が悪い地域にある．そのため，患者や家族は通常の受診に際しても困難な状況があると感じていた．山間地域のへき地においては，交通手段の確保の困難さ，福祉サービスが十分でない，高齢化や家族の介護問題からタイムリーな受診が困難，体調が急変した時の対処に不安を感じる等の問題が指摘されている[14) 15)]．これらの先行研究から，山間地域のへき地では，交通の便や高齢化の問題により医療機関を受診する際の不安や困難があるといえる．一方，一般的にへき地中核病院の救急外来は医師・看護師・事務が1名ずつの態勢であることが多く，限られたスタッフでの対応であることから，患者の治療や処置に集中し，家族への対応を行うべく努力はしているものの，看護師の関わりは病歴についての聞き取りや検査・入院の説明等，事務的な内容が中心であることが多く，必要な支援は少ないと感じる．

また，我々の先行研究にて，山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の特徴として「救急車を呼ぶことを近所に知られたくない」という心理状況や，患者・家族と周辺地域の人々が近しい関係であることで協力が得られる反面，「プライバシーがない」と感じる地域特有の関係性があることが示唆された[16)]．

以上の背景より，都市部の救命救急センターやICU等，大病院における重症・救急患者の家族のニーズや体験については明らかにされているが，山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難については明らかにされていない．そのため，本研究では，山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難について明らかにし，看護支援を検討することを目的とした．

Ⅱ．研究方法

1．用語の定義

本研究における用語を以下のように定義する．

〈へき地中核病院〉

へき地を医療圏に含み，都市の中心地から地理的・時間的に離れており，交通の便が悪く，社会的な生活環境の利便性が悪い地域にある1次，2次救急を受け入れている中規模病院．

〈困難〉

家族が患者の症状の出現や受傷した時から，状態の変化及び状況に関してどうしたらよいか悩んだこと，困った体験，不安に感じた体験とする．なお，「困難」を患者の発症及び受傷から救急外来を受診後に入院し，面接に至るまでの期間とする．

〈家族〉

血縁関係，結婚によって結びついた家族だけでなく，情緒的親密さによって結びついており，互いに家族と認め合っている者．別々に生活していても，その世帯を自分の家族であると認識している者．

2．研究デザイン

質的記述的研究デザイン

3．研究フィールド

A病院の救急外来：山間地域にあり，へき地を医療圏に含み，2次救急当番病院として救急患者を受け入れている中規模病院.

4．調査対象者

対象は，A病院の救急外来を受診する際に付き添って来た，もしくは救急外来の治療中に来院し，患者とともに入院するまでの時間を共有した家族とした．なお，対象家族が複数いた場合は，日常的に患者と接しており，入院後に患者の世話を主に行う者とした.

5．データの収集期間

2009年7月から2009年10月

6．データの収集項目

1）基礎データ

・年齢，性別，患者との続柄，患者の発症や受傷の状況，疾患名，来院方法.

2）「家族が患者の症状の出現や受傷した時から，状態の変化及び状況に関してどうしたらよいか悩んだこと，困った体験，不安に感じた体験」についてインタビューガイドに添って質問した.

7．データの収集方法

データ収集は，インタビューガイドを用いた半構造化面接法にて以下の手順にて行い，基礎データについても診療録からの情報収集は行わず，面接時に情報収集を行った.

1）面接までの手順

対象病院の施設長及び看護管理者へ研究の主旨を説明し，研究フィールドへの承諾を頂いた．その後，当該病棟の看護師長から，条件を満たす対象候補者の方へ研究の趣旨について説明してもらい紹介して頂いた．その後，研究者1名が対象候補者の方へ文書と口頭にて説明し，研究への参加を依頼した．研究への同意が得られた方へ都合の良い日時を聞き，面接を実施した．同意の得られた方全員が，研究を依頼した当日に面接を行うことを希望された.

2）面接時の注意点

面接に際しては，対象者のプライバシーが保てる個室にて面接を行い，落ち着いて話せるような雰囲気作りを心がけ，心理的な状態に細心の注意を払いながら行った．また，話したくない質問には答えなくても良いこと，途中で中断してもかまわないことを面接前に説明した．その際，対象者及び入院している家族の方が不利益を被ることがないことを説明し，ケアの継続性を保証した.

8．データの収集時期

対象候補者の家族の方が入院し，急性期を脱した身体的状態が落ち着いた時期とし，当該病棟の看護師長が，対象となる候補者の精神状態が落ち着いていると判断した時期とした.

9．信頼性と妥当性の確保

信頼性の確保のために，面接中は必要に応じて対象者の言葉を要約する，言い換える等を行い言葉の意味内容を確認しながら進めた．また，データ分析の過程において，クリティカルケア看護学領域の複数の研究者からスーパーバイズを受けながら進め，妥当性の確保に努めた.

Ⅲ．データの分析方法

データの分析は質的帰納的分析方法にて以下の手順で行った.

1．個別分析

1）収集したデータを逐語録に記録し，意味内容が不明なことやデータとして不足している内容がないか確認した.

2）逐語録を精読し，一意味，一文としてコードとし，対象者の「困難」について語られている内容を抽出して1次ラベルとした.

3）抽出した1次ラベルを「山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難」の特徴が損なわれないところまで意味内容の類似しているものを分類，3次ラベルまで抽象化した.

2．全体分析

1）個別分析で得られた3次ラベルの結果を，類似性に従い個別分析と同様に「山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難」の特徴が損なわれないところまで分類，抽象化してカテゴリーとし，カテゴリーの前のものをサブカテゴリーとした.

Ⅳ．倫理的配慮

本研究はＡ大学大学院看護学研究科看護学研究倫理審査会にて承認を得て実施した．

対象者へは研究目的，意義，方法について，参加は自由意思であること，参加しない場合でも対象者及び入院している家族の方へ不利益が生じないこと，個人情報の保護や調査結果の取り扱いと公表について口頭と文書にて説明し同意を得た．

Ⅴ．研究結果

１．研究対象者の概要（表１）

対象者の概要を表1に示す．対象者は，選定条件を満たした5名であり，全員が女性で，年代は30代から70代，平均48.6歳であった．患者との続柄は娘3名，嫁2名であった．患者は男性2名，女性3名，年齢は60代から90代，平均81.6歳であった．来院方法は救急車4名，自家用車1名の来院であった．

全対象者が発症及び受傷から患者と共に時間を共有し，一緒に付き添って来院していた．患者の状態は，重症で来院後に一時心肺停止となり，人工呼吸器を装着した者が1名，手術を要した者が1名，入院治療を必要とする2次救急患者が3名であった．入院後に対象者のうち4名が付き添いをしていた．付き添いの理由は重症であるが1名，重症ではないが高齢・認知症があり目が離せないが3名であった．

同居の有無については4名が患者と同居しており，1名は患者が在住している地域から30分離れた場所に別に世帯を形成していた．患者は平地に2名，山間地域に3名居住していた．そして，主要道路まで徒歩で数km，隣の家まで100m離れているという患者・家族もいた．

面接実施日は患者の入院後4日～11日で平均7.2日であった．面接時間は38分から60分であり平均49分であった．

２．家族の困難（表２）

山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難は，コード611，サブカテゴリー29，9つのカテゴリー【容態の異変に対する心配】，【容態が悪化することへの緊張と不安】，【近所の目を気にして救急要請を躊躇】，【山間地域での受け入れ病院探しの困難】，【漸く到着で

表１　対象者の概要

対象者	Ａ氏	Ｂ氏	Ｃ氏	Ｄ氏	Ｅ氏
年齢・性別	50代・女性	70代・女性	30代・女性	30代・女性	40代・女性
患者との続柄	息子の嫁	娘	息子の嫁	娘	娘
患者の年齢・性別	80代・女性	90代・女性	80代・女性	60代・男性	70代・男性
疾患	尿路感染 腎不全・肺炎	骨折	イレウス	胆のう炎	心筋梗塞 多臓器不全
来院方法	救急車	救急車	救急車	自家用車	救急車
救急要請回数	初回	3回目	初回	なし	初回
来院までの経緯	朝，家族が自宅の畳の上でうずくまっている患者を発見し，救急要請	朝，家族が自宅で転倒し動けない患者を発見し救急要請	自宅にて心窩部痛と嘔吐が持続，その後，意識が朦朧となり救急要請	自宅で突然嘔吐し，自家用車で搬送	自宅で呼吸困難感出現，近医へ搬送の準備中に意識が低下し，救急要請
患者との同居の有無	有	有	無	有	有
面接時間（分）	45	38	58	58	60
面接時期（病日数）	4	7	11	6	8
コード数	104	75	164	102	166

きたが死を連想させられる脅威】,【情報がないまま耐え難い思いで待つ】,【高齢・認知症のある患者の付き添いに伴う心身への負担】,【療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念】,【救急病院までの距離・移動に伴う不安】が見出された.

カテゴリーとサブカテゴリーを表2に示し,見出された各カテゴリーと,それを構成するサブカテゴリーを説明する.文中の【 】はカテゴリー,《 》はサブカテゴリーを示し,それぞれのカテゴリーに特徴的なローデーターの一部を引用した.前後の文脈で理解しにくい箇所は( )の中に補う言葉を追加した.

【容態の異変に対する心配】

家族は自分が知らない間の患者の転倒,夜間の突然の嘔吐から《突然の出来事に驚く》,痛みが持続し,

表2 山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難

サブカテゴリー	(存在した事例)	カテゴリー
突然の出来事に驚く	(ABD)	容態の異変に対する心配
異変を感じ容態を心配する	(A)	
容態が悪化していく患者を心配する	(EC)	
高齢・認知症のある患者の容態を案じる	(BD)	
苦痛を我慢し支援を求めようとしない患者に困惑する	(AC)	
容態が分からず対応に戸惑う	(ABDE)	容態が悪化することへの緊張と不安
容態の悪化に気が動転する	(AE)	
患者の緊迫した状況に不安が募る	(CE)	
徴候への気付きが遅く対応が十分でなかったことを後悔する	(AE)	
地域の風土・近所への気兼ねから救急要請を躊躇する	(BCE)	近所の目を気にして救急要請を躊躇
プライバシーを知られてしまうことを不快に思い救急要請を躊躇する	(BE)	
救急病院の受診歴がなく対応してくれる病院が探せない	(BCD)	山間地域での受け入れ病院探しの困難
救急隊でも受け入れ病院が見つからず患者の死を連想し恐怖を感じる	(C)	
搬送に時間を要し患者の容態を心配する	(ACD)	
容態が落ち着かず不安になる	(D)	漸く到着できたが死を連想させられる脅威
医療者の説明・雰囲気から死を連想し恐怖を感じる	(DE)	
治療中の患者に様子を見てショックを受ける	(E)	
情報がないまま容態を心配しひたすら待つ	(ABCE)	情報がないまま耐え難い思いで待つ
期待した通りに検査や治療が進まず不安な時間を過ごす	(D)	
容態の悪化を心配し離れられない	(E)	高齢・認知症のある患者の付き添いに伴う心身への負担
高齢・認知症のある患者を心配し気苦労が絶えない	(BC)	
仕事と付き添いの両立に身体が辛い	(CDE)	
付き添い時の病院環境に不便さを感じる	(DE)	
付き添いを止める判断ができない	(E)	
入院に伴い経済的なことを心配する	(BCDE)	療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念
通院に伴い生活を調整しなければならない	(C)	
身近にある限られた医療機関の対応に不安を感じる	(ABCD)	
救急病院までの距離・移動の不便さ	(AD)	救急病院までの距離・移動に伴う不安
患者も家族も高齢のため通院の付き添いに不安を感じる	(B)	

動けない様子に《異変を感じ容態を心配する》という思いを抱き，徐々に患者の容態が悪化し，意識が薄れていく様子から《容態が悪化していく患者を心配する》という思いが生じていた．さらに，高齢者や認知症がある患者の家族では，上手く症状や状況を伝えられないことから《高齢・認知症のある患者の容態を案じる》，家族への配慮や，病院への受診を拒否することから生じる《苦痛を我慢し支援を求めようとしない患者に困惑する》のサブカテゴリーから構成されていた．

・*朝になって，「ばあちゃん大丈夫なの，足，痛くないかい」って言って（部屋を）開けたら．いつもベッドがあるんですけど，その下に寝てるんですよ，義母がね，びっくりして．（A氏）*
・*あっという間にもう，本当に急変っていう感じで．みるみるもう顔も苦しくなって，顔色も悪くなってきて，脂汗が沢山でるような感じになっちゃったんで．（E氏）*
・*こんな吐き方ってみたことない，何か本当に突き上げるような感じで吐いていたから．（D氏）*
・*相当ぼけが入ってますから，いくら聞いても自分でもはっきりわからないんですよ．自分でも足骨折したこと自体覚えてない，分かってないみたいですから．（B氏）*
・*お義母さんは，「おれは病院に行くほどのあれ（病気）はない．病院には絶対行かない．ここで死ぬ」って頑張って，本当（お義母さんは病院に行きたくないと）頑張って（中略），私はとにかく，死なせない（って言った）．（C氏）*

【容態が悪化することへの緊張と不安】

家族は重症・緊急性がないと感じながらも，痛みを強く訴える患者や症状が持続する患者を前に《容態が分からず対応に戸惑う》という困難が生じていた．そして，容態が急激に悪化していく患者を前に《容態の悪化に気が動転する》，急ぎ救急車を要請するが，救急車を待つ間に《患者の緊迫した状況に不安が募る》という思いを抱いていた．また，痛みを我慢し続ける患者や，急激に容態が悪化した患者の家族から生じる《徴候への気付きが遅く対応が十分でなかったことを後悔する》のサブカテゴリーから構成されていた．

・*（最初は診療所に連れて行こうと思ったが）父の様子を見て，これは（自分達では）駄目だと思った．（E氏）*
・*もう症状が（心配）．でも呼びかけには応えてくれていたから，あっ大丈夫だなって．ずーともう手を握って，しゃべり続けて，大丈夫，大丈夫っていう感じで．（C氏）*
・*本人は落ち着いたみたいだったんですけれども．私の方でちょっと不安になってしまって，（中略）とりあえず本人は落ち着いているのでその時は救急車って言う風には思わなかったんですけれども，救急外来みたいな形で夜のうちに連れて行こうかな，それとも明日にしようかなっていうので．（D氏）*
・*助手席に（父を）置いたまま，母が付き添って，私が家の中で救急車を呼ぶような形になったんです．（中略）もう動転してて・・・わかんないですね．（E氏）*
・*義母の容態があんまりにも悪かったもんで，私がもう少し気を配ってやれば良かったなっていう気はしてます．（A氏）*

【近所の目を気にして救急要請を躊躇】

へき地では周囲も救急車を呼びたがらない風土や生活圏が狭いことから生じる《地域の風土・近所への気兼ねから救急要請を躊躇する》，《プライバシーを知られてしまうことを不快に思い救急要請を躊躇する》のサブカテゴリーから構成されていた．

・*救急車を呼ぶと，田舎だから近所の人が来るっていうそうゆう感覚があって，周りの人も呼びたがらない所があるものですから．どうしても鳴ると気になって出てくるし．（E氏）*

【山間地域での受け入れ病院探しの困難】

家族は患者の容態が落ち着かない，容態が徐々に悪化する様子から医療機関への支援を求める行動を起こしていた．家族は近隣の知り得る全ての病院に連絡をするが，《救急病院の受診歴がなく対応してくれる病院が探せない》という困難な状況から救急車を要請していた．しかし，救急隊が来ても自宅から救急車が出発しない状況に《救急隊でも受け入れ病院が見つからず患者の死を連想し恐怖を感じる》，漸く見つかった受入れ病院も遠いことから生じる《搬送に時間を要し患者の容態を心配する》のサブカテゴリーから構成されていた．

・*病気だし，（近隣の病院に電話をしても）「受け入れられない」って言われても，じゃどうしたらいいって言うのがあって．（D氏）*
・*病院が決まらない間も，どこになるんだろう，どこになるんだろうって，ずっともう心配で．とに*

かく早く救急車に出てもらいたいっていう（気持ちだった）．（C氏）

・（救急車が自宅に着いてから）時間はやっぱし15分か20分くらい，家を出るには，（義母を救急車に）乗せてからありましたよね，家を出発するまでには．（病院と救急隊の方に）やり取りをして頂いて，どうしてもっていう形で，無理に（A病院へ）お願いしたんです．（A氏）

【漸く到着できたが死を連想させられる脅威】

家族は病院へ到着した後も容態が安定しないことから《容態が落ち着かず不安になる》，医師から聞きなれない病名や死を連想させられる言葉，治療中の患者に会えず容態が分からない，医療者が慌ただしく出入りする様子から《医療者の説明・雰囲気から死を連想し恐怖を感じる》という思いが生じていた．そして，重症患者の家族では，患者の挿管されている姿から《治療中の患者の様子を見てショックを受ける》のサブカテゴリーから構成されていた．

・本当にそこ（A病院）に着いた時はほっとはしたんですけど．その後も吐いたりしたので何だろう何だろうって思って．（D氏）

・看護師さん達が出入りしているのを見て，もう雰囲気的にあんまり良くないかなって，（中略）いっぱい先生も出入りするし，もうどうなっちゃうんだろうって感じで．（E氏）

・先生がそういう（覚悟して下さい）言葉を言ったのと本人がベッドで横たわっている姿を見て，顔色も全然悪いし呼吸器で呼吸を入れている状態なんで，心臓が何か動いてないみたいな感じで，駄目かもしれないみたいな感じで言われちゃったんで，どうしていいか分からない状態で（中略）何だろう，ショックですよね，全然そうゆう状態の人を見たことがないので．（E氏）

【情報がないまま耐え難い思いで待つ】

患者が治療を受けている間の家族は，《情報がないまま容態を心配しひたすら待つ》，搬送されたへき地中核病院は，夜間に検査技師がいないことから生じる《期待した通りに検査や治療が進まず不安な時間を過ごす》のサブカテゴリーから構成されていた．

・（救急外来の処置室で）1時間半から2時間くらい経っていたのかな．ただ，そこにじっと座って待ってる，というだけで，時間とかの感覚とか全然なくて（中略）とりあえず中の状態がわからないのが一番不安でしたね．（E氏）

・時間があまりにも，2時間も待っていたもんで，ずいぶん遅いね，遅いねって．確かに救急車で（病院に）来て突然だったから，時間がかかるのは，1時間くらいはしかたがないなって思っていたけれども．（A氏）

・職員の方がどんどん来て，時間を追う毎に今，何々の技師さんが着いたからねと声をかけて頂いて，何時くらいには（検査）やれると思うよと言って頂いたりしたので，あーやっと始まる（中略）その（待っている）時間はもう早く朝になって，早く朝になって（検査をしてほしい）という（気持ちでした）．（D氏）

【高齢・認知症のある患者の付き添いに伴う心身への負担】

重症患者の家族は，入院後も《容態の悪化を心配し離れられない》という思いが生じていた．また，入院後に「ぼける」ことや合併症への心配から《高齢・認知症のある患者を心配し気苦労が絶えない》．患者の入院という日常生活の変化に対し，仕事を持っている家族では，急な入院に仕事が休めず，患者に付き添わなければならない状況から《仕事と付き添いの両立に身体が辛い》，《付き添い時の病院環境に不便さを感じる》．そして，重症患者の家族では，患者の回復の判断ができないことから生じる《付き添いを止める判断ができない》のサブカテゴリーから構成されていた．

・2人はもうとにかく離れたくないっていう，母なんかは特に，ちょっと目を離した隙に何か起きるんじゃないかっていう不安が多分強かったと思う．（E氏）

・最初は「どうしてこんなとこ（病院）にいるの」とか言ってました．「明日は帰れるかな」，なんて言い出して．だから分かってないんですよね．もう年だから，自分がどんな状態かっていうことを．（B氏）

・大変でしたよね，3日間泊まりこんでね．自分が今度，朝，そうだ仕事に行かなくてはならないんだって．だからここ（お義母さん）のことから，仕事と病院，勤めている所と行ったりきたりで．（C氏）

・周辺にどんなお店があるとか分かんなかったので，入って（病院に）来てみたら，必要な物は買えるかなって思ったら，意外に買えないんだなって思って．（中略）御飯はとりあえずコンビニで

買えばと思っていたら，コンビニ遠いんだなって（ことがわかった）．（D氏）

・*本当に3日もつきっきりで，「休まなきゃ駄目ですよ，帰って大丈夫ですよ」って（看護師さんに）言って頂いて，（中略）どこで（付き添いの）区切りをつけていいか（中略）だから，2人で帰るタイミングを失って．（E氏）*

【療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念】

入院後は患者の容態が落ち着くに従い，家族は今後の患者や家族の療養生活へと思いが変化し，《入院に伴い経済的なことを心配する》，そして高齢・認知症のある患者の家族では，今までの生活に加え通院や介護が必要になることから《通院に伴い生活を調整しなければならない》という気掛かり，さらに近くに診療所しかなく救急対応できる医療機関がないことから生じる《身近にある限られた医療機関の対応に不安を感じる》のサブカテゴリーから構成されていた．

・*入院自体がやっぱり，正直大きい出費になるかなというのも不安だったんですけど．さらに個室っていうのも，個室になるとやっぱり料金がまた違うので．（D氏）*

・*A病院まで通うのは大変です．だから，やはりそうなると主人が休んで病院へ連れて行くことになる．（C氏）*

・*いざという時にね，またおかしくなってきたって時に，診療所の先生で本当に対応してくれるのか，ちゃんと診察してくれるのかっていうのがやはり不安ですよね（C氏）*

・*近くに診療所しかないから（中略）慢性病で薬を要するだけの診療所ですから，（急な時には）どっか紹介して頂くとかそうゆうことになると思うんですよね．（A氏）*

【救急病院までの距離・移動に伴う不安】

居住地が山の上にあり救急病院までの距離が遠いことから，入院中の面会や今後の外来通院に伴い生じる《救急病院までの距離・移動の不便さ》，《患者も家族も高齢のため通院の付き添いに不安を感じる》のサブカテゴリーから構成されていた．

・*自宅から一番の最寄のバス停が2キロ先で，それからバスに乗って，乗換えって形になんないと，直通ではA病院までは（来られない）．（A氏）*

・*私も年なのでね，いつまで車を運転できるかわからいですからね．そうなったら病院に（連れて）行くのもね，どうしたらいいのかわからないですね．（B氏）*

Ⅵ．考察

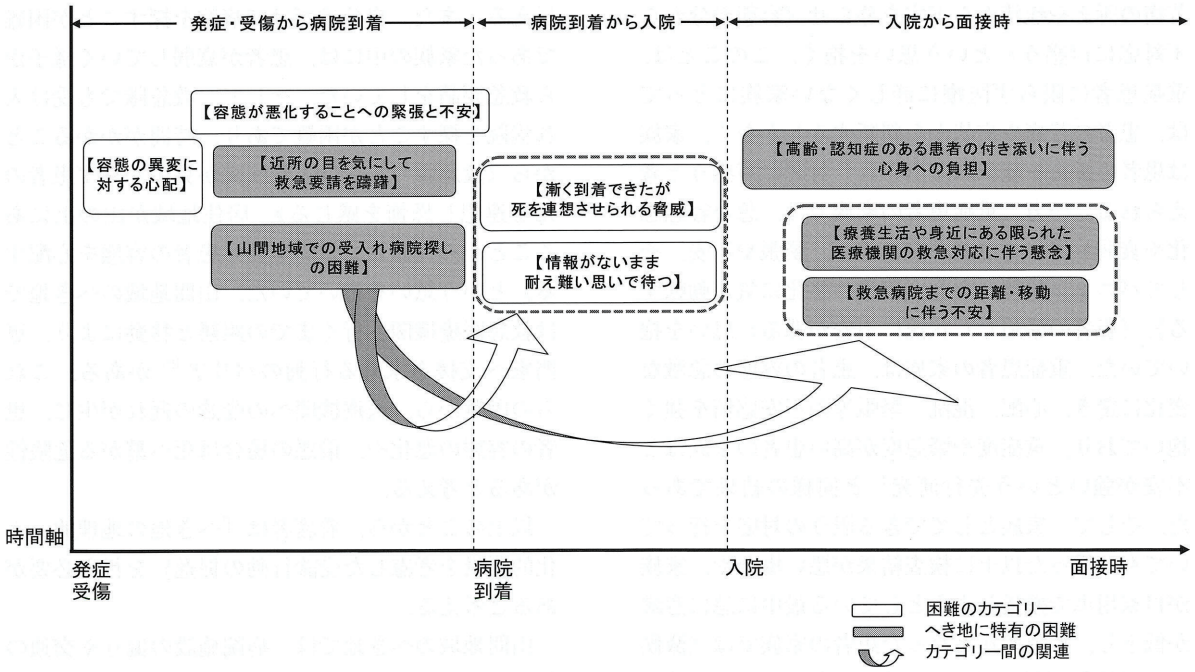
本研究の結果から明らかになった家族の困難として，【容態の異変に対する心配】，【容態が悪化することへの緊張と不安】，【近所の目を気にして救急要請を躊躇】，【山間地域での受け入れ病院探しの困難】，【漸く到着できたが死を連想させられる脅威】，【情報がないまま耐え難い思いで待つ】，【高齢・認知症のある患者の付き添いに伴う心身への負担】，【療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念】，【救急病院までの距離・移動に伴う不安】の9つのカテゴリーが見出された．

見出されたカテゴリーを比較分析，考察した結果を図1に示す．家族は，患者の突然の発症や受傷により【容態の異変に対する心配】の困難が生じ，【容態が悪化することへの緊張と不安】，【近所の目を気にして救急要請を躊躇】という葛藤や，【山間地域での受け入れ病院探しの困難】という状況から患者の容態への心配が増していると考えられた．そして，病院到着前に生じていた【山間地域での受け入れ病院探しの困難】は，病院到着後の【漸く到着できたが死を連想させられる脅威】，【情報がないまま耐え難い思いで待つ】の困難へ関連していると考えられた．

入院後は，患者の容態が安定するに伴い，入院という生活の変化に対し【高齢・認知症のある患者の付き添いに伴う心身への負担】，【療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念】，【救急病院までの距離・移動に伴う不安】という予測を含めた生活への困難が生じていた．そして，病院到着前の【山間地域での受け入れ病院探しの困難】は，【療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念】，【救急病院までの距離・移動に伴う不安】の困難へも関連していると考えられた．

以上，見出されたカテゴリーをみてみると，その性質から時間経過に添って，発症や受傷から病院到着に至るまで，病院到着から入院に至るまで，入院から面接に至るまで，の3期に分類できると考えられた．そのため，困難の特徴と必要な看護支援について時間経過に添って考察し，必要な看護支援について『　』で記述する．

図1　山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難



1．発症や受傷から病院到着に至るまでの困難の特徴と必要な看護支援

【容態の異変に対する心配】は，救急患者の家族に関する先行研究と同様に，山間地域のへき地においても救急外来を受診する患者の家族は，患者の予期せぬ突然の発症や受傷に戸惑い，不安を抱き，患者の容態への心配をしていた．ルーラルの人々が医療機関へ支援を求める行動を起こすかどうかを決定するのは，身体的サインである苦痛の出現，症状の強さ，持続時間，新しい徴候の開始[17]があげられる．本研究の対象者も患者の“嘔吐を繰り返す”や“痛みの持続”，“呼吸困難感”から，普通ではないと判断し《異変を感じ容態を心配する》という不安から医療機関へ支援を求める行動を起していた．そして，嘔吐を繰り返し衰弱していく様子や，突然に意識低下をきたした患者の家族は《容態が悪化していく患者を心配する》という思いを抱いていた．

さらに，近年高齢化が進み認知症高齢者が増加している中，高齢化率の高い山間地域にあるへき地中核病院においては，高齢者や認知症のある患者が救急外来を受診し入院となる率も高いと考える．本研究においても患者の平均年齢は81.6歳と高齢で，認知症の患者がおり，高齢や認知症であるがゆえに自分の症状を上手く伝えることができずにいた．そのため家族は《高齢・認知症のある患者の容態を案じる》という困難が生じていた．しかし，認知症に対する認識や社会資源は少ない現状にある[18]ことから，地域性を考慮した社会資源やシステムが必要であると考える．

また，《苦痛を我慢し支援を求めようとしない患者に困惑する》の困難は，これまでの習慣による健康法での対処を行い，家族がどんなに勧めても病院受診を拒否することから生じていた．山間地域のへき地に住む対象者の居住地は山の上であり，バス停まで2キロ歩かなければならない，病院へはバスを乗り継いでいかなければならない等，交通の便が悪い現状にある．特に自家用車を使用できない高齢者にとっては受診行動を断念する大きな要因となる[15]．そのため，患者は普段の病気への対処行動として，これまで伝統的な習慣による健康法での対処を行い，病院に不慣れであることや，病院へ行くと悪いところが見つかるのではないかという恐れ[19]から，医療機関へ支援を求めようとしない傾向が生じていたと考えられる．さらに高齢の患者では，家族にさえ支援を求めない傾向があり，高齢者特有の「迷惑をかけたくない」という思いが影響している[15]と推察される．このように山間地域のへき地には特有の地理的・文化的背景があり，地域の医療環境を把握すること，地域住民の健康感や健康問題への対処方法を理解することは，看護をして行く上で重要である．

【容態が悪化することへの緊張と不安】は，家族には患者の症状の出現や受傷に気づき，苦痛を何とかしたい，早く楽にしてあげたいとの思いから生じ

ていた．家族は重症度・緊急度に関わらず，患者の苦痛の訴えや症状から不安を募らせ《容態が分からず対応に戸惑う》という思いを抱く．このことは，重症患者に限らず医療に詳しくない家族にとっては，患者の苦痛や症状から判断するしかなく，家族は患者の訴えや症状に左右され[2]対応に戸惑うと考えられる．一方，重症患者の家族では，急な容態悪化や衰弱していく患者を目の前に，緊張や不安，そしてパニック状態になり《容態の悪化に気が動転する》，《患者の緊迫した状況に不安が募る》思いを抱いていた．重症患者の家族は，患者の容態の急激な変化に驚き，心配，混乱，緊張等の不安感情を強く抱いており，重症度や緊急度が高い患者の家族ほど不安が強いという先行研究[1]と同様の結果であった．そして，家族としてできる限りの対応を行っていても，思った以上に検査結果が悪い場合や，家族が自家用車で搬送しようとしている最中に急に意識が低下し，救急搬送となった患者の家族では《徴候への気付きが遅く対応が十分でなかったことを後悔する》という思いを抱いていた．

【近所の目を気にして救急要請を躊躇】は，山間地域のへき地では生活圏が狭いため，近所への気兼ねやプライバシーを知られてしまうことを不快に思い，救急車を呼ぶことを躊躇するというへき地に特有の困難が生じていた。このことから，救急時の対応の遅れが生じる可能性があると考える．一方，このようなへき地特有の関係性は，生まれた時からその地域で生活してきた高齢者にとって，支えとなる人間関係や社会関係ともいえる．それらの貴重な社会資源[20]を活用できるようなシステムや，地理的要因を考慮し，情報を含めたサービス提供のあり方について行政を交えて検討して行く必要がある．

【山間地域での受け入れ病院探しの困難】は，家族が自分達で病院を探すべく，近隣の考えうる医療機関全てに連絡するが，受け入れてもらえず《救急病院の受診歴がなく対応してくれる病院が探せない》との思いを抱き，どのように対応して良いか途方に暮れるという困難であった．受け入れてもらない理由は様々であるが，家族は「かかりつけでないと受け入れてもらえない」と感じており「かかりつけ医」の存在を大きく感じていることが分かった．患者が受療の際に参照する情報は，世代や受療医療機関の特性によって異なるが[21]，患者の受療行動調査[22]では，入院の理由として大病院では「専門性が高いから」，中規模病院や小病院においては「かかりつけ医だから」，「交通の便が良いから」との理由が多く，「かかりつけ医」の存在は重要であると言える．また，自分達だけで病院を探すことが困難であった家族の中には，患者が衰弱していく様子から救急要請をしていた．そして，救急隊でも受け入れ病院を探すことが困難であり，時間がかかることから《救急隊でも受け入れ病院が見つからず患者の死を連想し恐怖を感じる》，居住地域が山の上にあることから《搬送に時間を要し患者の容態を心配する》という思いを抱いていた．山間地域のへき地では救急医療機関へ行くまでの距離と移動により，専門家へ支援を求める行動のバリア[19]がある．これらの困難から，医療機関への受診の遅れが生じ，患者の容態の悪化や，最悪の場合は死へ繋がる危険性があると考える．

以上のことから，看護者は『へき地の地理的・文化的背景を考慮した受診行動の促進』を行う必要があると考える．

山間地域のへき地では，病院施設の偏りや交通の便が悪いことが多い．本研究における対象病院の地域においても，２次医療圏内の救急当番の病院は5施設あるが，当番制であることから救急時にどの施設が当番病院かにより，患者の搬送に1時間以上かかる場合がある．移動時間と距離は苦痛を訴える患者を搬送する家族にとって，重要な問題であると考える．そのため，地理的要因により受診が困難な場合には，交通アクセスの不備を克服する往診による医療サービス提供のシステムを整備していく必要がある[14]と考える．また，山間地域にあるへき地中核病院に勤務する看護者は，地域住民との人間関係の構築に努め，病院内の医療提供に留まらず，日頃から診療所の医師や看護師，地域の保健師との連携をとり，保健活動を実施することが必要と考える[23]．

また，救急当番病院が分からず途方に暮れる家族もいた．現在，情報はインターネットや広報誌においてなされているが，十分とは言えない現状にある．近年，医療情報はパソコンや携帯のインターネット，刊行誌等，様々な入手経路がある．しかし，その情報の入手や活用は，個人の能力や社会生活を営んでいる地域により異なる．受診前から退院後に至る適切なコミュニケーションを推進するためにも，ヘルスリテラシーの向上が必要であり[24]，地域住民の地理的・文化的背景やヘルスリテラシーを踏まえた医療サービスのあり方を検討する必要があると考える．さらに，重症ではないが症状に不安がある家族には，電話相談ができる窓口がある[25]ことで，症状の対処や円滑な受診の推進に有効と考える．

2．病院到着から入院に至るまでの困難の特徴と必要な看護支援

病院に到着した患者の家族は【漸く到着できたが死を連想させられる脅威】，【情報がないまま耐え難い思いで待つ】の困難が生じていた．特に重症患者の家族は，情報の不足や患者と隔離されている状況の中，僅かな情報である《医療者の説明・雰囲気から死を連想し恐怖を感じる》という思いを抱いていた．さらに，自分達では受け入れ病院が見つけられず，患者の容態が悪化していくことに不安を感じ救急要請をしていた家族は，病院受診が遅れたことから患者の容態を心配し，不安を抱えながら来院していた．そして，救急車で搬送された患者の家族は，救急搬送時から患者と離れ，病院到着後も治療中の患者の容態が分からないことから不安が増していた．

また，今回，夜間に来院した患者の家族では，へき地中核病院は医師・看護師・事務1名ずつの態勢であるため直ぐに検査ができず，朝まで不安な時間を過ごしていた．患者の状態は重症ではないが，症状が落ち着かず何度も寝返りを打つ患者の辛い様子を見て“早く朝になって”と願い，看護師の時間経過に添った説明を受け安心感を抱いていた．このように，漸く病院に到着しひとまずの安心感を得ても，患者の容態が落ち着かない，患者に会えず容態がわからない，検査や治療が思うように進まないこと等から不安や心配を抱えながら待つという状況であった．

情報のニードに関しては先行研究においても重要度の高い項目[10]であり，家族は少ない情報や，正確に情報を把握できない状況から混乱し，さらに不安が助長すると考えられる[12]．特に，重症や生命の危機的状態にある患者の家族では，突然の出来事により現実を受け入れらない，専門的な説明で分からない[7)12)]等の理由から不安が増強する場合がある．そのため，救急外来で待つ家族の感情についてアセスメントすることや理解度を把握し適切な情報を提供することは重要である．

また，意識低下をきたし搬送された患者の家族は，見慣れない医療機器，気管チューブを挿入され人工的に呼吸をしている患者を見ることにより，《治療中の患者の様子を見てショックを受ける》という困難が生じていた．治療室の中で，見たことのない医療機器に囲まれ，ベッドに横たわる重症患者に対面する家族は，自分達が今まで接していた時とは異なる状態の患者を目の当たりにし，衝撃を受け危機的状態となる[12]．そのため，病院到着後に治療室で初めて重症患者へ面会する家族には，衝撃を少しでも和らげるような配慮が必要となる．

以上のように，救急患者の家族における先行研究と同様に，山間地域のへき地においても，家族は情報の不足や医療者の言動・雰囲気から患者の容態への心配が生じていた．そして，病院到着に至るまでの【山間地域での受け入れ病院探しの困難】は，患者の容態の悪化への心配や救急搬送後に患者に会えず容態が分からないなど，病院到着後に生じた【漸く到着できたが死を連想させられる脅威】，【情報がないまま耐え難い思いで待つ】の困難へ関連していると考えられた．

重症救急患者の家族に関する先行研究では，患者の容態や治療・処置についての情報提供や経済的な問題についての重要度が高いにも関わらず，実践度は低い傾向にある[11]．救急患者の家族には情緒的サポートが必要であるとの認識はあるが，救急外来の特徴として患者の救命が優先される，医療者と患者・家族が初対面であることが多く信頼関係が構築されていないなどから，看護師はコミュニケーションに不安があり，家族支援が難しい[26]現状がある．しかし，本研究からも救急外来を受診する患者の家族は，患者の容態を心配し不安を抱え支援を求めていると考えられた．

そのため，『救急外来で治療を受ける患者の家族への情緒的支援』が必要と考える．具体的な看護支援として，看護者は家族の病院到着までの困難な状況や不安な思いを汲み取り，感情を受け止めること[7]が重要である．そして，家族が求めている情報のニードとして，現在の患者の容態や検査・治療の状況に関し，タイムリーな情報提供，すなわち，容態や状況に関する時間経過に添った頻繁な説明や声かけを行うことで安心感や信頼に繋がると考える．このように，看護師が積極的に声をかけ，説明をすることにより家族も医療者へ親近感が湧き，次第に人間関係も構築されていくと考える．

3．入院後から面接に至るまでの困難の特徴と必要な看護支援

入院後には【高齢・認知症のある患者の付き添いに伴う心身への負担】の困難が生じていた．一般的に山間地域のへき地では高齢化率が高く，入院する患者の介護の問題も大きいと考える．本研究においても患者の平均年齢は81.6歳と高齢であり，認知症がある患者の入院には家族が付き添うという困難

が生じていた．高齢者や認知症がある患者の家族は，患者が環境の変化や治療により「ぼける」こと，患者が管を抜いてしまうことへの懸念から昼夜付き添い《高齢・認知症のある患者を心配し気苦労が絶えない》という思いを抱いていた．また，重症患者の家族では，医療機器の音により心身が休まらないという状況や，夜間の看護師の見回りの気配で目が覚める，急な入院で仕事が休めないことから《仕事と付き添いの両立に身体が辛い》という心身の疲労を感じていた．そして，家族の生活が自宅から病院へ変化することによる，家族自身の食事の心配，山間地域のへき地では病院内や周辺地域において手入できる品物は限られており《付き添い時の病院環境に不便さを感じる》という困難が生じていた．また，重症患者の家族では，家族自身の付き添いに伴う心身の疲労の蓄積がある一方，患者の容態への心配から《付き添いを止める判断ができない》という思いを抱いていた．通常，中規模病院では手術やICUなどの待機室はあるものの，家族の付き添い者専用の部屋や環境を整えている施設は少ないのが現状である．そのため，家族は患者の入院に伴う生活の変化によりストレスが高まり，食事・睡眠・休息・活動が十分に取れない状況にある[27]．

したがって，患者の重要なサポート源である家族の健康面へ配慮することは重要であり，特に『高齢・認知症のある患者の家族の健康維持』に努める必要がある．具体的な看護支援として，看護者は，できるだけ早く基本的欲求である家族の食事・睡眠・活動状況から疲労度のアセスメントを行い，バランスの良い食事への助言，安全で経済的な食事摂取のための設備や，休息がとれる環境に関する導入への働きかけ，適度な活動や休息をとる時期，付き添いを止める時期について家族と積極的に話しあうことが重要である[27]．

さらに，家族は患者の容態が安定するに従い，今後の生活への【療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念】，【救急病院までの距離・移動に伴う不安】の困難が生じていた．療養生活に伴う困難は，患者の入院や個室への入室による《入院に伴い経済的なことを心配する》，今までと健康状態が異なる患者1人での通院を心配し《通院に伴い生活を調整しなければならない》であった．山間地域にあるへき地中核病院に通院する患者の家族のなかには，公共交通機関を利用しての通院は不便であり，高齢・認知症がある患者の家族は病院への通院に家族の助けが必要になる場合がある．そのため，通院に際して家族の生活を調整する必要がある．また，居住地が山の上にある家族では，救急時に病院到着に至るまでの病院探しに関して困難な状況があり，近くにある診療所では診療時間や曜日が限定されることから《身近にある限られた医療機関の対応に不安を感じる》，《救急病院までの距離・移動に伴う不便さ》，そして《患者も家族も高齢のため通院の付き添いに不安を感じる》の懸念が生じていた．厚生労働省においては，へき地保健医療対策がなされ，へき地診療所の設備整備・運営や，へき地医療拠点病院の整備・運営などが強化されている[28]．しかし，今回の結果からも山間地域のへき地における医療の確保は十分になされているとは言い難く，特に救急時の対応に関して困難な現状があることがわかった．

山間地域のへき地において，救急時に家族だけで受け入れ病院が探せない，救急隊でも受け入れ病院を探すことが困難であるという状況は，医療施設の地理的偏りや入院施設の不足，2次医療圏における救急当番制が影響していると考える．海外3カ国のへき地看護の分析において，へき地に固有の特徴は，サービスやサービス提供者との距離が遠いこと，人口密度が低いことであり，共通の問題として医療及び介護のサービス提供があると報告されている[29]．本研究においても広範囲な山間地域のへき地では，交通や情報のアクセスの問題があり医療サービスが十分でない現状にある．

よって，看護者は『へき地の医療環境から生じる退院後の療養生活への支援体制』を整えていく必要がある．そのためには，病院周辺における医療機関の状況やサービス提供，患者の生活・医療圏の状況を理解し関わっていく必要がある．具体的な看護支援として，他の医療施設との連携，退院時には患者の容態だけでなく，地域の状況や今後の緊急時における対処として医療情報の獲得方法や連絡方法，特に認知症高齢者への社会的サポートへの情報提供を行うことが必要である．さらに，地域住民のヘルスリテラシーに配慮した情報提供，患者・家族の視点に立った多様な情報提供を整備する[21]ことで，医療への理解が深まり，不安の軽減，タイムリーな医療機関への受診や救急時に円滑に医療機関へ支援を求めることが可能になると考える．

一般的にへき地中核病院に勤務する看護師は注射，血液検査，介護保険に関する情報提供，行政との調整など複数の役割を担っており，幅広い知識が必要である[30]．さらに，救急外来では，医師1名，

看護師1名の態勢であることが多く，看護師の果す役割は重要である．また，へき地の特徴として，生活圏が狭く，病院職員も地域在住者であることが多いため，知り合いや家族の看護をする可能性は大きい[23) 29)]．本研究の対象者も病院職員と知り合いであり，家族はそのことを頼もしいと感じていた．しかし，必ずしも頼もしいと感じる家族だけとは限らず，知られたくないと感じる家族もいると考える．このような，へき地に特有の環境を意識し，知り合いであることの関係性を生かしながらも，看護者は知り合いであるないに関わらず，常にプライバシーや尊厳についての倫理観を持ち関わっていくことが必要であると考える．

Ⅴ．研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は5名と少数であり，性別や続柄に偏りがあることから，山間地域にあるへき地中核病院の救急外来を受診する患者の家族の困難をもれなく記述するには限界がある．

今後の課題は，対象者の数を増やしていくこと，今回，示唆された看護支援を実践し評価していく必要がある．さらに，地域を限定した分析や年齢を限定した分析をすることで，より地域性や患者に適した看護支援が可能になると考える．

Ⅵ．結論

山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難として，以下の結論を得た．

1．山間地域にあるへき地中核病院において救急外来を受診し入院となった患者の家族の困難として，【容態の異変に対する心配】，【容態が悪化することへの緊張と不安】，【近所の目を気にして救急要請を躊躇】，【山間地域での受け入れ病院探しの困難】，【漸く到着できたが死を連想させられる脅威】，【情報がないまま耐え難い思いで待つ】，【高齢・認知症のある患者の付き添いに伴う心身への負担】，【療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念】，【救急病院までの距離・移動に伴う不安】の9つのカテゴリーが見出された．

2．見出された9つの中で，【近所の目を気にして救急要請を躊躇】，【山間地域での受け入れ病院探しの困難】，【高齢・認知症のある患者の付き添いに伴う心身への負担】，【療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念】，【救急病院までの距離・移動に伴う不安】の5つのカテゴリーは，山間地域のへき地における地理的・文化的背景による医療機関へ行くまでの距離と移動，そして医療サービスの問題から生じており，山間地域のへき地に特有の困難と考えられた．

3．分析の過程において，カテゴリー間で以下の関連性が見出された．山間地域のへき地における医療施設の地理的偏りや交通の不便さ，救急病院は当番制であることから生じる【山間地域での受け入れ病院探しの困難】は，病院到着までに時間がかかることから，家族は患者の容態への心配がさらに増強し，そのことは病院到着後に生じる【漸く到着できたが死を連想させられる脅威】，【情報がないまま耐え難い思いで待つ】の困難へ関連していると考えられた．さらに，今回，病院到着までに生じた【山間地域での受け入れ病院探しの困難】は，退院後に再び体調が急変した場合を懸念し，【療養生活や身近にある限られた医療機関の救急対応に伴う懸念】，【救急病院までの距離・移動に伴う不安】の困難との関連性が見出された．

4．山間地域のへき地に特有の家族の困難に対して，『へき地の地理的・文化的背景を考慮した受診行動の促進』，『救急外来で治療を受ける患者の家族への情緒的支援』，『高齢・認知症をもち入院する患者の家族の健康維持』，『へき地の医療環境から生じる退院後の療養生活への支援体制』の看護支援の必要性が示唆された．

謝辞

本研究を進めるにあたり，快く面接にご協力下さり，ご自身の体験について語って下さいました対象者の皆様に心より感謝申し上げます．また，A病院の方々にはインタビューの場所の確保や，対象者との時間調整などのご配慮をいただき，深く感謝致します．

文献

1) 川上千普美，松岡緑，瀧健治：救急外来受診患者の家族の不安に影響を及ぼす要因に関する研究．福岡医学雑誌，95(3)；73-79，2004.

2) 佐藤美幸：救急外来を受診する患者家族の心理的状況に関する研究-1次，2次救急で受診した患者の家族へのインタビューから-．山口県立大学看護学部紀要4；64-73，2000.

3) Janice M. Morse, Charlotte Pooler：PATIENT-FAMILY-NURSE INTERACTIONS IN THE TRAUMA-RESUSCITATION ROOM . AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, 11 (3)；240-249, 2002.
4) 鳩山淳子, 井上範江, 児玉有子：心疾患を発症した壮年期男性患者の妻の心理的危機プロセス. 日本クリティカルケア看護学会誌, 1 (3)；25-34 , 2006.
5) 平原直子, 鈴木和子：生命の危機を乗り越えたくも膜下出血患者を抱える家族の体験. 家族看護学研究, 13(3)；103-112, 2008.
6) Nancy C. Molter (著), 常塚広美 (訳)：重症患者家族のニード記述的研究. 看護技術, 30(8)；137-143, 1984.
7) 鈴木和子, 豊田淑恵, 他：救命救急センター 搬送者の家族の体験と援助-家族の認識と行動の特徴から-. 東海大学健康科学部紀要, 9；11-18, 2004.
8) 畑迫和子, 山下宏子, 藤原淳子：Nancy C. Molter の“重症患者家族のニード”を参考にしたアンケートの分析-救急車で来院した患者の家族が看護婦の対応について望むこと-. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅰ, 23；168-170, 1992.
9) 善家里子, 吉永喜久恵, 田中靖子他：救急入院患者の家族のニードに関する研究 その1-家族が重要であると認識しているニードの特性-. 神戸市看護大学短期大学部紀要, 18；17-25, 1999.
10) 高辻靖子・藤田菜摘・藤野涼子：集中治療室へ緊急入院した患者家族の抱えるニードの重要度と満足度調査-Molterの重症患者家族ニードを用いて-. 日本看護学論文集 成人看護Ⅰ, 39；30-32, 2008.
11) 棚橋美紀, 金井美樹, 中村美鈴：看護師が認識する救急重症患者の家族ニーズと家族援助の実態. 日本救急看護学会雑誌;17-26, 2006.
12) 橋田由吏, 大森美津子：救急重症患者家族の思いと行動-搬入前・初療時・入院後-日本クリティカルケア看護学会誌, 1(3)；46-59, 2006.
13) 山本弘子：救急搬送された患者家族の心理的変化に関する研究, -救急車に同乗して来院した家族と連絡を受けて来院した家族の比較-. 日本看護学会論文集成人看護Ⅰ, 38；200-202, 2007.
14) 藤内美保, 小野美喜, 加藤さゆり, 加藤嘉子, 高屋弘美：中山間地域における家族介護者の病気対処行動. 日本看護学論文集 老人看護, 32；128-130, 2001.
15) 田中万紀子, 倉林しのぶ, 中西陽子：地域山間部に住む慢性疾患を持つ独居高齢者の退院後の生活の不安と病棟看護師の役割. 日本看護学会論文集地域看護, 36；84-86, 2005.
16) 鈴木典子, 橋本幹子, 茂呂悦子, 山本洋子, 中村美鈴：へき地におけるクリティカルな状況にある患者の家族の体験と看護の課題. 日本ルーラルナーシング学会 第3回学術集会 抄録集;10, 2008.
17) Janice A. Buehler, Maureen Malone, and Janis M. Majerus-Wegerhoff:Patterns of Responses to Symptoms in Rural Residents: The Symptom-Action-Time-Line Process. RURAL NURSING 2nd Edition;132, 2006.
18) 池田浩子, 池下麻美, 水戸美津子:栃木県における認知症高齢者とその家族を支える社会資源の検討既出資料からの分析. 自治医科大学看護学ジャーナル, 6;71-82, 2008.
19) 前掲書17, 135.
20) 野口美和子：へき地・離島の看護と保健活動の特徴. 保健の科学, 48(9)；636 - 640, 2006.
21) 北澤健文：ヘルスリテラシーの動向. 病院, 67 (5)；390-393, 2008.
22) 厚生労働省大臣官房長統計情報部調べ：受療行動調査;66-68, 2005.
23) Kathryn Ayres Rosenthal：The Rural Nursing Generalist in the Acute Care Setting :Flowing Like a River. RURAL NURSING 2nd Edition;218-231, 2006.
24) 中山和弘：ヘルスリテラシーとヘルスプロモーション. 病院, 67(5)；394-400, 2008.
25) 清水よし子, 西川順子：夜間の救急外来における電話相談の実態調査. 日本看護学論文集 成人看護Ⅰ, 39;223-225, 2008.
26) 野嶋佐由美, 渡辺裕子編集, ：家族看護 特集-生命の危機状態にある患者の家族への看護-日本看護協会出版;31-35, 2005.
27) Elizabeth Van Horn, Anita Tesh:The effect of critical care hospitalization on family members-Stress and responses. Dimension of Critical Care Nursing 19(4);40-49, 2000.

28) 厚生労働省編：厚生労働白書平成19年度版．株式会社ぎょうせい，2007.
29) AngelineBushy ：Analysis of Rural Nursing-Australia, Canada, United States-: ORIENTATION TO NURSING IN THE RURAL COMMUNITY. Sage Publications Inc;233-241, 2000.
30) 茂呂悦子，平良ゆかり，鈴木典子，中村美鈴：へき地における急性・重症患者看護専門看護師の活動の可能性と今後の課題-CNSの実習を通して-．日本ルーラルナーシング学会 第4回学術集会 抄録集;10, 2009.
31) 中西睦子監修，野嶋佐由美・鈴木和子編集：家族看護学．建帛社;2, 2005.
32) 鈴木和子，渡辺裕子：家族看護学-理論と実際 第3版．日本看護協会出版会;194-201, 2006.

原著

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

The Relationship of working conditions of nurses in the support hospitals for rural medicine and their support for clinic nurses in rural and remote area.

塚本友栄*，関山友子*，島田裕子*，工藤奈織美*，小川朋子*，
鈴木久美子*，成田伸*，春山早苗*，後藤光代**，小谷妙子**，渡邉芳江**，
福田順子**，工藤祝子***，山本恵美子****，宮田直美*****
Tomoe Tsukamoto, Tomoko Sekiyama, Hiroko Shimada, Naomi Kudo, Tomoko Ogawa, Kumiko Suzuki, Shin Narita, Sanae Haruyama, Mitsuyo Goto, Taeko Kotani, Yoshie Watanabe, Junko Fukuda, Etsuko Kudo, Emiko Yamamoto, Naomi Miyata

キーワード：へき地医療拠点病院（support hospitals for rural medicine），
へき地（rural and remote area），診療所看護職（clinic nurse）

要旨

へき地医療拠点病院における看護職確保の状況，労働実態，研修体制，へき地診療所看護職支援の状況と支援に対する役割意識と困難感，およびそれらの関連を明らかにし，拠点病院看護職がへき地における看護の充実に向けてその機能を発揮するためには，どのような課題があるのかを考察することを目的とした。全国のへき地医療拠点病院に勤務する看護部長263人を対象に，郵送による自記式質問紙調査を行った。回収数は117人（回収率44.5%）であった。分析の結果，1）拠点病院の看護職確保は厳しい状況にあった，2）過去に支援したことがある拠点病院は32.5%であった，3）拠点病院にへき地診療所看護職支援の役割があると考えている者は72.6%であった，4）へき地診療所看護職支援に対する困難さと労働実態の厳しさに統計的に有意な関連はなかった，5）質的分析によりへき地診療所看護職支援に関わる課題を表す12カテゴリが導出された。

Abstract

The purpose of this study was to examine the relationship of working conditions of nurses in the support hospitals for rural medicine and their support for clinic nurses in rural and remote area. And it also aims to qualitatively examine their recognition to their support for clinic nurses in rural and remote area. A nationwide survey was conducted. Data were obtained using questionnaire, which investigates the working conditions of the hospital nurses and their support for clinic nurses, and which included open-ended question about their recognition to their support for clinic nurses. The subjects were 263 nursing directors working in the support hospitals for rural medicine. One hundred and seventeen nursing directors responded (44.5% response rate). Results were as follows: i) there was an insufficient number of support hospital nurse ; ii) 32.5% of the support hospitals for rural medicine had supported clinic nurses in rural and remote area; iii) 72.6% of the support hospitals for rural medicine recognized that they had a roll to support the clinic nurses in rural and remote area ; iv) there was no significant difference between the hardness to support and the

受付日：2010年12月24日　　採択日：2011年2月25日

* 自治医科大学看護学部　Jichi Medical University, School of Nursing
** 自治医科大学附属病院看護部　Jichi Medical University Hospital
*** 日光市民病院看護部　Nikko Citizen' s Hospital
**** 西吾妻福祉病院看護部　Nishi-Agatsuma Welfare Hospital
***** 那須南病院看護部　Nasuminami Hospital

working conditions of support hospital nurse; v) the twelve problem to be solved were derived from content analysis.

Ⅰ はじめに

第9次へき地保健医療計画において，それまで二次医療圏単位で実施されてきたへき地診療所への支援の限界を補填するために，へき地中核病院とへき地医療支援病院を再編成し，へき地医療拠点病院群（以下，拠点病院）を構築，へき地医療支援機構を創設して，都道府県単位の広域的なへき地医療支援対策が組織的に可能となるような体制へと移行した．第11次へき地保健医療対策検討会はこのへき地医療支援機構に対して，医師だけではなく看護師等医療従事者に対しても支援を拡大していく必要性[1]を指摘した．

拠点病院は，へき地医療支援機構の指導・調整の下にへき地診療所等への医師・看護師等医療従事者の派遣，研修，遠隔診療支援等の各種事業を行い，へき地を含む地域における住民の医療を確保する重要な役割を担っている．しかし現実には，医師派遣等の支援は十分なされていない[2]と指摘されている．

先行研究は，へき地診療所看護職が限られた資源のなかで，住民特性や地域特性に合わせた看護の提供を期待されていること[3]や，研修・研鑽できる機会が少なく，看護活動に関して相談できる人がいない等の問題を抱え，支援体制が不十分な中での実践を余儀なくされていること[4]などを明らかにしており，へき地診療所看護職の現状理解は進みつつある．一方，支援する側にある拠点病院看護職の現状は，明らかではない．

「2007年度当初の看護職員確保緊急アンケート」[5]によれば，一般病床をもつ全国3,000病院のうち，予定した看護職員数を確保できた病院は37.9％にとどまっていた．病院立地条件による違いはみられなかったものの，病床数では200床以上とそれ以下の病院によって確保割合に差があった．また「2009年 病院における看護職員需給状況調査」[6]によれば，新人看護職員の教育研修体制が十分に整備されている病院は36.9％にとどまっていた．このような全国的な傾向から推察し，支援する側にある拠点病院自体が看護職の確保や，教育研修体制の整備等に困窮している可能性が考えられる．そのような現状にあっては，へき地診療所看護職への支援もなされにくいと推察される．

以上に鑑み，へき地診療所看護職への実質的な支援を推進していくためには，拠点病院看護職の現状として，看護職確保の状況，労働実態，研修体制，へき地診療所看護職支援の状況と支援に対する認識などを把握し，それらの関連を解明することが必要と考えられる．

Ⅱ 研究目的

へき地医療拠点病院における看護職確保の状況，労働実態，研修体制，へき地診療所看護職支援の状況と支援に対する役割意識と困難感，およびそれらの関連を明らかにし，拠点病院看護職がへき地における看護の充実に向けてその機能を発揮するためには，どのような課題があるのかを考察することを目的とする．

Ⅲ 研究方法

1．対象

調査対象は，全国のへき地医療拠点病院263施設（平成20年3月現在）に勤務する看護部長とした．へき地医療拠点病院は，平成21年度へき地医療現況調査[7]から把握した．

2．調査項目と調査項目作成プロセス

1）調査項目

（1）**基本属性**：回答者の基本属性として性別，年齢，現在所属する拠点病院における勤務年数および看護部長としての勤務年数，看護部長職以外に保有する職階を尋ねた．また，所属する拠点病院の基本属性として，所在地，設置主体，医療支援しているへき地の特徴，全病床数，一般病棟入院基本料の算定状況，就業者数等を尋ねた．

（2）**看護職確保の状況**：日本看護協会の「2007年度当初の看護職員確保に関する緊急アンケート」および厚生労働省の「看護職員需給見通し」の調査項目を参考に，平成22年4月における看護職の募集人数および採用数等を尋ねた．

（3）**労働実態**：日本看護協会の「看護職員実態調査」の調査項目を参考に，平成22年7月における看護職（病棟勤務・正職員）1人あたりの平均時間外勤務，年次有給休暇取得状況等を尋ねた．

（4）**教育研修体制**：日本看護協会の「病院における看護職員需給状況調査」を参考に，教育研修責任者の配置，看護単位毎の担当者配置，新卒看護職

員研修の企画・評価組織の設置の有無について尋ねた．また，院内教育の課題を明らかにした先行研究[8]を参考に，教育研修体制上の課題として，「教育研修にかけられる予算上の制約が大きいと感じる」，「教育研修について検討できる組織や専任者がいないことが問題だと感じる」などの6項目について「はい」，「いいえ」，「どちらとも言えない」の3件法で尋ねた．さらに，院内に看護職員がインターネットを通じて情報を入手できる学習環境があるか否かを尋ねた．

（5）へき地診療所看護職への支援の現状：支援（派遣・研修等）実施の有無と，その内容を「へき地診療所への常勤看護職の派遣（年単位）」，「へき地診療所の看護職の産前産後休暇・育児休暇等に伴う派遣」などの7項目によって尋ねた（複数回答可）．また，派遣を要請された経験の有無と，要請してきた部署を「へき地診療所看護職から直接」，「へき地医療支援機構」等の5項目によって尋ねた（複数回答可）．要請に応えて派遣した場合には，派遣した診療所数，のべ派遣回数・日数，実人数を尋ねた．要請に応えられなかった場合には，応えられなかった回数およびその理由を「人員的に派遣できる余裕がなかった」，「派遣を承諾する看護師がいなかった」等の5項目によって尋ねた．さらに，派遣要請を受ける窓口を「へき地医療支援担当（部署名を具体的に記入）」，「看護部」等の4項目によって尋ねた．加えて，派遣看護職の選定基準の有無，基準がある場合は基準の内容，基準がない場合は具体的な選定方法を自由に記述するよう求めた．

その他，へき地診療所からの相談を受ける窓口の有無と，窓口担当部署および担当者を具体的に記述するよう求めた．

（6）へき地診療所看護職への支援に対する役割認識と困難感：へき地診療所看護職を支援する役割認識について「役割がある」，「役割はない」，「わからない」の3件法で尋ねた．役割認識がある場合は，役割遂行に対する困難感を「全く感じない」，「あまり感じない」，「少し感じる」，「かなり感じる」の4件法で尋ねた．また，役割遂行上の課題とその克服方法について自由に記述するよう求めた．

2）調査票作成のプロセス

日本看護協会が実施した調査の調査項目や先行研究を参考に自作した調査票案を用いて，医療資源の乏しい地域における看護活動の経験と知識をもつ病院看護管理者およびへき地医療に詳しい医師を対象に予備調査を実施し，質問内容の妥当性や表現上の問題について確認・修正した後，最終的な調査票を作成した．

3．調査方法

郵送法により調査した．対象者には無記名の調査票と料金後納の返信用封筒を郵送した．調査期間は平成22年9月14日～11月12日であった．当初設定した期日までに回収された調査票が少なかったため，期日を約1ヶ月延長し，調査協力を依頼する文書を郵送した．

4．分析方法

量的データは，単純集計，χ^2検定等の統計学的手法を用いて分析した．自由記述の回答は質的に分析した．統計解析ソフトは，SPSS for Windows（Ver. 19.0）を使用し，検定の際の有意水準は5%とした．

5．倫理的配慮

調査への協力依頼文書に，調査の趣旨，調査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，調査票は無記名であり個人や病院名は特定されないこと，回答は本研究の目的以外には使用しないこと，調査票への回答・返送をもって調査協力への同意とみなすこと，調査に関する問い合わせ先を明記し，調査票と共に送付した．なお，本研究は所属機関の疫学研究倫理審査会の承認を得て行った（受付番号　第疫10-21号，2010年9月2日承認）．

Ⅳ　研究結果

回収された調査票117通（回収率44.5%）を分析対象とした．

地域別では，北海道・東北地域が配付39通に対し回収が23通（59.0%）と最も回収率が高く，関東・甲信越地域が配付30通に対し回収15通（50.0%），北陸・中部（東海）地域が配付39通に対し回収18通（46.2%），関西・四国地域が配付67通に対し回収28通（41.8%），九州・沖縄地域が配付48通に対し回収20通（41.7%），中国地域が配付40通に対し回収13通（32.5%）であった．

1．基本属性

回答者の性別は全員が女性，年代は50歳代が100人（85.5%）と最も多く，次いで40歳代10人（8.5%）であった．現在の病院における勤務年数は，平均21.5±12.1年であり，65人（55.5%）が25年以上

勤務していた．看護部長としての勤務年数は平均4.1±4.2年であり，79人（67.5%）が就任後５年未満であった．看護部長職以外に保有する職階があると回答した者は17人（14.5%）であり，このうち12人が副院長を兼務していた．

所属している拠点病院が支援している地域の特性（複数回答）は，「過疎地」85人（72.6%）が最も多く，次いで「山村」71人（60.7%），「島しょ」23人（19.7%），「豪雪」14人（12.0%）であった．病院の設置主体は，市町村55人（47.0%）が最も多く，次いで都道府県15人（12.8%）であった．全病床数は，「100～199床」45人（38.5%）が最も多く，次いで「200～399床」36人（30.8%），「99床以下」21人（17.9%），「400床以上」15人（12.8%）であった．

一般病棟入院基本料の算定状況は，「10対１」が69人（59.0%）と最も多く，「7対1」を取得していると回答した者は38人（32.5%）であった．病床数別にみると，「400床以上」では9割以上が「7対1」である一方，拠点病院の多くを占める「100～199床」や「200～399床」では2割から3割にとどまっていた．

短時間正規雇用中の看護職がいると回答した者は，「400床以上」が15施設中8施設（53.3%）と最も多く，次いで「200～399床」が7施設（19.4%）であった．

２．看護職確保の状況

平成22年４月に予定した看護職員数を確保できたと回答した者は，36人（30.8%）であり，日本看護協会調査による全国平均37.9%と比べて低く，拠点病院は看護職確保が厳しい状況にあった．

また，募集に対して実際に採用できた人数の割合を病床数別にみると，採用できた割合が最も高いのは「400床以上」であり，平均39.8人の募集に対し34.2人（85.9%）採用できていた．次いで「99床以下」が平均2.6人の募集に対し2.0人（78.3%），「100～199床」は平均7.5人の募集に対し5.5人（73.9%）であった．「200～399床」は平均21.4人の募集に対し13.2人（61.7%）と最も充足されておらず，かつ全国平均69.9%[5]と比べても低く，特に看護職確保が厳しい状況にあった．

３．労働実態

平成22年7月1日から31日における看護職員（病棟勤務・正職員）の合計時間外勤務は，平均6.0時間であった．日本看護協会調査による全国平均は13時間23分[5]であり，拠点病院の時間外勤務は低く抑えられていた．

平成21年度における看護職員（病棟勤務・正職員）の年次有給休暇を，「消化されなかった」「ほとんど消化されなかった」と回答した者は合わせて73人（64%）に上り，半数以上の看護部長は，看護職員が年休をほとんど消化できていないと答えていた．

週休を1日しか確保できなかったことが「ある」と回答した者は，17人（16.0%）であった．このうち7人が「99床以下」，5人が「100～199床」であり，週休を確保できない病院の約７割を200床未満の病院が占めていた．

４．教育研修体制

看護部門の教育研修に関する責任者を配置しているかの問いに「はい」と回答した者は102人（87.9%）であった．また，看護単位毎の教育研修担当については96人（82.8%）が配置，新卒看護職員研修の企画・評価組織については93人（80.9%）が設置していると回答した．3つとも配置・設置していると回答した者は79人（68.7%）であった．日本看護協会調査によると，全国で3つとも配置・設置している病院は39.6%であり，拠点病院が教育研修に関わる責任者や組織を配置・設置している割合は高かった．

「99床以下」「100～199床」を『200床未満群』，「200～399床」「400床以上」を『200床以上群』とし，これら2群により，病床数別に教育研修体制に違いがあるかを検討した．その結果，病床数によって教育研修責任者の配置（p=0.003）（**表１**）と，新卒看護職員研修の企画・評価組織の設置（p=0.002）（**表２**）の有無には違いがあり，『200床未満群』の病院の方がそれらを配置・設置していない割合が有意に高かった．

教育研修体制上の課題について，「予算上の制約が大きいと感じる」に対し，「はい」と回答した者は34人（29.1%）であった．「教育研修について検討できる組織・責任者がいないことを問題だと感じる」は31人（26.5%），「教育研修の立案・実施・評価方法をどのようにしてよいかわからないと感じる」は24人（20.5%），「看護職員が求めている内容を把握できていないと感じる」は13人（11.1%），「院内で受講できる教育研修機会が少ないと感じる」は21人（17.9%）が「はい」と回答した．課題があると感じるかに対する回答「いいえ」「どちらと

表1　病床数別の看護部門への教育研修責任者配置の有無

人（%）

	配置あり	配置なし	計
200床未満	53(80.3)	13(19.7)	66(100.0)
200床以上	49(98.0)	1(2.0)	50(100.0)
計	112	14	116

(p=0.003)

表2　病床数別の新卒看護職員研修の企画・評価組織設置の有無

人（%）

	設置あり	設置なし	計
200床未満	46(70.8)	19(29.2)	65(100.0)
200床以上	47(94.0)	3(6.0)	50(100.0)
計	93	22	115

(p=0.002)

表3　病床数別の教育研修について検討できる組織・責任者がいないことを問題だと感じる程度

人（%）

	いいえ	どちらとも言えない	はい	計
200床未満	28(45.2)	10(16.1)	24(38.7)	62(100.0)
200床以上	30(62.5)	11(22.9)	7(14.6)	48(100.0)
計	58	21	31	110

(p=0.020)

表4　病床数別の院内で受講できる研修機会が少ないと感じる程度

人（%）

	いいえ	どちらとも言えない	はい	計
200床未満	35(53.0)	15(22.7)	16(24.2)	66(100.0)
200床以上	39(76.5)	7(13.7)	5(9.8)	51(100.0)
計	74	22	21	117

(p=0.029)

も言えない」「はい」は病床数（2群）によって違いがあるかを検討した．その結果，「教育研修について検討できる組織・責任者がいないことを問題だと感じる」(p=0.020)（**表3**）と，「病院内で受講できる教育研修の機会が少ないと感じる」(p=0.029)（**表4**）に対する回答には違いがあり，『200床未満群』の病院の方がそれらを課題と感じている者の割合が高かった．

また，院内に看護職員がインターネットを通じて情報を入手できる学習環境があるかについては，「ある」と回答した者が92人（78.6%）であった．病床数との間に有意な関連は認められなかった．

5．へき地診療所看護職への支援の現状と認識

1）へき地診療所看護職を対象にした支援の有無と内容

これまでにへき地診療所看護職に対して支援（派遣，研修等）を行ったことが「ある」と回答した者は38人（32.5%）にとどまり，約7割の拠点病院は支援を行ったことがなかった．支援経験の有無により，病床数，時間外勤務等の労働実態，看護職確保の状況，教育研修体制に違いがあるか検討したが，統計的に有意な関連は認められなかった．

行われた支援内容（複数回答）は，「常勤看護職の年単位の派遣」が19人（50.0%）と最も多く，「へき地診療所看護職を対象に含む研修の実施」16人（42.1%），「冠婚葬祭・研修・療養等の看護職不在時の派遣」13人（34.2%），看護に関する相談への対応10人（26.3%），「へき地診療所看護職だけを対象にした研修」3人（7.9%），「へき地診療所看護職の産前産後休暇・育児休暇等に伴う派遣」2人(5.3%)，「その他」8人（21.1%）であった．「その他」として記載された具体的な支援内容は，年単位や不在時ではなく2週間に1回など，「定期的に看護師を派遣」，「認定看護師が出向いて研修や指導を行う」等であった．

表5　過去の支援経験別平成21年度派遣要請の有無

人（%）

	派遣要請あり	派遣要請なし	計
支援経験あり	21(55.3)	17(44.7)	38(100.0)
支援経験なし	2(2.9)	68(97.1)	70(100.0)
計	23	85	108

(p=0.000)

2）平成21年度の看護職派遣要請と派遣状況

平成21年度にへき地診療所から看護職派遣の要請が「あった」と回答した者は24人（20.5%）であった．平成21年度派遣要請の有無により，病床数，時間外勤務等の労働実態，看護職確保の状況，教育研修体制に違いがあるかを検討したが，統計的に有意な関連は認められなかった．一方，過去に支援を行ったことがある者が，平成21年度に派遣を要請された割合は55.3%であり，支援を行ったことがない者と比べ有意に高かった（p=0.000）（表5）．

派遣の要請元は，「へき地診療所看護職から直接」が9人（34.6%）と最も多く，「へき地診療所から公式に」5人（19.2%），「都道府県担当課から」4人（15.3%），「へき地医療支援機構から」3人（11.5%）であった．その他要請元として，「市町村」，「同組織団体本部」等があった．

要請に応えて派遣したへき地診療所数は1ヶ所から10ヶ所の幅があったが，「1ヶ所」が24人中17人（70.8%）と最も多かった．続いて「2ヶ所」3人（12.5%），「4ヶ所」2人（8.3%），7ヶ所と10ヶ所が各1人（4.2%）であった．

1年間ののべ派遣回数は1回から最大で196回の幅があった．5回以下と回答した者は24人中8人（33.3%）で最も多く，6回以上10回以下は3人（12.5%）であり，両者を合わせ派遣回数10回以下である者が11人（45.8%）と約半数を占めた．一方，50回以上100回以下の者は5人（20.8%），101回以上が6人（25.0%）おり，50回以上と10回以下で2極化していた．

のべ派遣日数は1日から365日と幅があった．2週間未満が7人（29.2%），1ヶ月以上6ヶ月未満が10人（41.7%），半年以上1年以内が5人（20.8%）であった．派遣した看護職の実人数は，1人から196人と幅があり，2人以下が11人（45.8）と最も多く，3人以上10人以下が8人（33.3%），50人以上が5人（20.8%）であった．

平成21年度にへき地診療所からの看護職派遣の要請がありながら，実施できなかった事案があったと回答した者は1人のみであり，要請総数2件のうち1件に対し，人員的に派遣できる余裕がなく派遣できなかったと回答した．

派遣要請を受ける部署は，「看護部」が17人（41.5%）と最も多く，次いで「総務担当部局」13人（31.7%）であった．病院内の「へき地医療支援担当」と回答した者は6人であり，具体的な部署名として「地域医療連携室」，「医療連携室」，「外来」といった記載があった．「その他」と回答した者は5人（12.2%）であり，具体的には「病院長」，「医師」，「庶務」といった記載があった．

3）派遣看護職の選定基準の有無とその内容

派遣する看護職を選定する基準は，7人（6.0%）が「ある」と回答した．具体的には，外来や地域連携室等の病棟勤務以外の看護職，派遣経験のある看護職や派遣先の業務に対応できる能力をもつ看護職，看護職の配置が多い部署の看護職といったことが選定基準であった．基準が「ない」と回答した者が選定する方法としては，外来や地域連携室等の看護職，5年あるいは10年以上といった経験年数およびキャリアラダー上の位置，家庭の事情・独身か否か・居住地といった生活面での条件，師長等管理的立場にある者，派遣しても差し支えのない者，自律性・コミュニケーションスキル・健康状態といった本人の全般的な能力，派遣先のニーズに合致しているか，希望の有無，上司の推薦，訪問看護や診療所勤務の経験，スペシャリスト的な能力を持つ者といった事項が1つあるいは複数記載されていた．基準は「ない」という認識ではあっても選定の際に考慮することはあり，それらを加味して総合的な見地から選定されていた．

4）へき地診療所看護職からの相談を受ける窓口の有無

へき地診療所看護職からの相談を受ける窓口が「ある」と回答した者は37人（31.6%）であった．具体的には，看護部長・外来師長等の看護部門が受けるとの記載が12件と最も多く，次いで地域医療連携部門が11件，事務や地域医療連携部門を経て看護部門やへき地医療担当医師等，相談内容に応じた部門が受けるとの記載が5件であった．

表6　相談窓口の有無別過去の支援経験の有無

人（%）

	支援経験あり	支援経験なし	計
相談窓口あり	19(54.3)	16(45.7)	35(100.0)
相談窓口なし	16(29.1)	39(70.9)	55(100.0)
計	35	55	90

(p=0.030)

表7　相談窓口の有無別平成21年度の派遣要請の有無

人（%）

	派遣要請あり	派遣要請なし	計
相談窓口あり	15(65.2)	21(31.3)	36(100.0)
相談窓口なし	8(34.8)	46(68.7)	54(100.0)
計	23	67	90

(p=0.009)

表8　役割意識の有無別過去の支援経験の有無

人（%）

	支援経験あり	支援経験なし	計
役割意識あり	36(94.7)	46(56.1)	82(100.0)
役割意識なし	2(6.7)	28(93.3)	30(100.0)
計	38	74	112

(p=0.000)

表9　役割意識の有無別平成21年度の派遣要請の有無

人（%）

	派遣要請あり	派遣要請なし	計
役割意識あり	23(28.0)	59(72.0)	82(100.0)
役割意識なし	1(3.3)	29(96.7)	30(100.0)
計	24	88	112

(p=0.008)

相談窓口がある者が，これまでにへき地診療所看護職への支援を行ったことがある割合は54.3%であり，窓口がない者と比較し有意に高かった（p=0.030）（表6）．また，平成21年度に派遣を要請された割合は65.2%であり，有意に高かった（p=0.009）（表7）．

5）へき地診療所看護職支援に対する役割意識と困難感

（1）役割意識と他変数との関連

へき地診療所看護職への支援について，拠点病院にその役割があると思うか否かについて，「役割がある」と回答した者は85人（72.6%）と最も多く，「役割はない」と回答した者は1人（0.9%）のみであった．一方，「わからない」18人（15.4%），「無回答」13人（11.1%）と，明確な意見を示せない者も少なからず存在した．

「役割はない」と回答した者が1人のみであったため，「役割はない」「わからない」を併せた群を『役割意識なし群』，「役割がある」と回答した者を『役割意識あり群』とし，これら2群により，看護職確保の状況，労働実態，教育研修体制，へき地診療所看護職への支援経験および相談窓口設置の有無に違いがあるかを検討した．その結果，『役割意識あり群』がこれまでに支援をしたことがある割合は94.7%であり，『役割意識なし群』と比べ有意に高かった（p=0.000）（表8）．また，『役割意識あり群』が平成21年度に派遣を要請された割合は28.0%であり，『役割意識なし群』と比べ有意に割合が高かった（p=0.008）（表9）．その他の変数間では統計的に有意な関連は認められなかった．

（2）困難感と他変数との関連

「役割がある」と回答した者に対して，役割遂行に対する困難感の程度を尋ねた．「かなり感じる」が41人（48.2%）と最も多く，「少し感じる」22人（25.9%），「あまり感じない」15人（17.6%）であり，「全く感じない」と回答した者は1人（1.2%）のみであった．

表10　困難感別相談窓口の有無

人（%）

	相談窓口あり	相談窓口なし	計
強くは感じない	24(64.9)	13(35.1)	37(100.0)
かなり感じる	10(27.0)	27(73.0)	37(100.0)
計	34	40	74

(p=0.002)

困難を「かなり感じる」と回答した者を『かなり感じる群』，それ以下の「少し感じる」「あまり感じない」「全く感じない」を併せて『強くは感じない群』とし，これら2群により，看護職確保の状況，労働実態，教育研修体制，へき地診療所看護職への支援経験および相談窓口の有無に違いがあるかを検討した．その結果，『強くは感じない群』がへき地診療所看護職から相談を受ける窓口を設けている割合は64.9%であり，『かなり感じる群』と比べ有意に高かった（p=0.002）（**表10**）．教育研修体制上の課題があると感じるかに対して「いいえ=1」「どちらとも言えない=2」「はい=3」と配点し，困難感の2群により得点に有意差があるかをMann-WhitneyのU検定を用いて検討した．その結果，教育研修体制上の課題「看護職員が求めている内容を把握できていないと感じる」(p=0.003)と，「教育研修の立案・実施・評価方法をどのように改善すればよいかわからないと感じる」(p=0.019)において，困難を『かなり感じる群』の方が『強くは感じない群』に比べて得点が有意に高かった．困難感と支援経験の有無など，その他の変数間では統計的に有意な関連は認められなかった．

6）拠点病院としての役割を果たすために課題だと思うことと，および課題克服方法

（1）課題（表11）

拠点病院としての役割を果たすために課題だと思うことについて自由記述を求めた．へき地診療所看護職を対象とした支援を行ったことがある者とない者を含む81人（69.2%）から回答が得られた．記述から1つの課題を示す内容のまとまりを取り出し，その内容を要約した．計100の内容要約が得られた．意味内容の共通性に基づいて分類した結果，それらは12の課題に整理できた．なお，以下の記述において【　】は課題，＜＞は記述内容の要約，（　）は件数を示す．

課題1は【拠点病院の医療･看護の確保･充実(62)】である．これには，＜自施設の人員不足（50）＞，医師を確保することや，急患を受け入れる等＜拠点病院としての医療の維持（8）＞，＜自施設における看護の向上（2）＞，＜地域における看看連携（2）＞が含まれた．拠点病院自体に医師・看護職の人員不足があり，必要な医療を提供していく体制を維持する必要性が最も多く述べられていた．

課題2は【へき地診療所の状況把握（9)】である．これには，＜へき地診療所との連携・情報交換・交流（6）＞,＜へき地診療所の支援要請の把握（2）＞,＜派遣要請を受けるルートが不明瞭（1）＞が含まれた．へき地診療所に支援を要するどのような状況があるのか等の状況が見えず，連携不足があること，また派遣要請を受けるルートが不明瞭であると述べられていた．

課題3は【へき地診療所看護業務の困難さ（7)】である．これには，＜へき地診療所勤務に必要な実践能力の育成（3）＞,＜へき地診療所業務に不慣れ(3)＞,＜診療所業務のマニュアル化（1）＞が含まれた．へき地診療所で行われている検査や応急処置を行える能力，フィジカルアセスメントの能力などを高める必要性，事務や薬剤業務までも担わなければならず，緊急時に患者宅に訪問することへの不安もあること等が述べられていた．

課題4は【看護職派遣責務への認識欠如（6)】である．これには，＜派遣に応需することへの看護職の自覚欠如（3）＞,＜看護職派遣に対して否定的な拠点病院医師の考え方・拠点病院としての自覚の欠如（3）＞が含まれていた．拠点病院自体に看護職不足がある上に，これまで派遣要請を受けたこともないという状況から，看護職には派遣に対する意識づけがなされていないと述べられていた．また，医師を派遣する認識はあっても看護職を派遣することには否定的な考えがあることが指摘されていた．

課題5は【へき地診療所看護職の旧態依然さ（4)】である．これには，＜へき地診療所看護職の学習姿勢（2）＞,＜へき地診療所看護職と拠点病院看護職との看護のレベルの差・看護へのモチベーションの差（2）＞が含まれていた．へき地診療所看護職に，新しい医療・看護を受け入れられない風土や看護への取り組み姿勢に違いがあり，拠点病院看護職が派遣に行きたがらないことが指摘されていた．

表11　拠点病院としての役割を果たすために課題だと思うこと

課題	記述内容の要約	記述数	
拠点病院の医療・看護の確保・充実(62)	自施設の人員不足	27 23	50
	拠点病院としての医療の維持	7 1	8
	自施設の看護の向上	2	2
	地域における看看連携	2	2
へき地診療所の状況把握(9)	へき地診療所との連携・情報交換・交流	3 3	6
	へき地診療所の支援要請の把握	1 1	2
	派遣要請を受けるルートが不明瞭	1	1
へき地診療所看護業務の困難さ(7)	へき地診療所勤務に必要な実践能力の育成	1 2	3
	へき地診療所業務に不慣れ	1 2	3
	診療所業務のマニュアル化	1	1
看護職派遣責務への認識欠如(6)	派遣に応需することへの看護職の自覚欠如	2 1	3
	看護職派遣に対して否定的な拠点病院医師の考え方・拠点病院としての自覚の欠如	2 1	3
へき地診療所看護職の旧態依然さ(4)	へき地診療所看護職の学習姿勢	2	2
	へき地診療所と拠点病院看護職との看護のレベルの差・看護へのモチベーションの差	2	2
遠隔・交通不便等による支援困難(4)	へき地診療所看護職が地域を離れられない	1	1
	へき地診療所看護職が参加できる曜日・時間での研修実施	1	1
	へき地診療所で働ける生活条件の看護職確保	1 1	2
行政を巻き込んだ体制づくり(3)	地域全体で地域医療を支える体制づくり	1 1	2
	行政の関わり・行政と連携したシステムづくり	1	1
拠点病院からの働きかけ(1)	へき地診療所看護職への研修参加呼びかけ	1	1
支援継続性の確保(1)	支援の継続性の確保	1	1
急な欠員への対応(1)	急な欠員への対応	1	1
へき地での医療ニーズの低さ(1)	診療所受診者が少なく支援する必要性への疑問	1	1
診療支援以外の，地域の健康課題への対応(2)	診療所までの交通手段，高齢者の生活・健康を支える資源の不足	1 1	2

注）記述数の網掛け部分は，これまでに支援を行ったことがある者の回答数を示す

課題6は【遠隔・交通不便等による支援困難（4)】である．これには，＜へき地診療所看護職が地域を離れられない（1)＞,＜へき地診療所看護職が参加できる曜日・時間での研修実施（1)＞,＜ へき地診療所で働ける生活条件の看護職確保（2)＞が含まれていた．遠隔であり交通が不便であるうえに家庭もあると，へき地診療所看護職が職場であり居住地でもある地域から研修に出てこられず，そういった条件に合わせて研修をすることも難しいと述べられていた．また，そういった地域で働ける看護職を派遣する困難さが指摘されていた．

課題7は【行政を巻き込んだ体制づくり（3)】である．これには，＜地域全体で地域医療を支える体制づくり（2)＞,＜行政の関わり・行政と連携したシステムづくり（1)＞が含まれていた．地域全体で支えるためのシステム，行政からの積極的な働きかけと取り組みの必要性が述べられていた．

課題8は【拠点病院からの働きかけ（1)】，課題9は【支援継続性の確保（1)】，課題10は【急な欠員への対応（1)】である．これらは全て過去に支援経験がある者による記述であった．拠点病院側から研修会参加を呼びかけるといった働きかけの必要性，研修会参加は働きかけるがそれが単発の支援で終わっている現状，急な派遣要請への対応といった具体的な課題が指摘されていた．

課題11は【へき地での医療ニーズの低さ（1)】である．人員に余裕がないなかで派遣しても診療所の受診者数は少ないことから，現地にスタッフを派遣する必要性への疑問が呈されていた．

課題12は【診療支援以外の，地域の健康課題へ

表12　課題を克服するための方法

対応する課題	克服方法	記述内容の要約	記述数	
拠点病院の医療・看護の確保・充実	処遇改善・就労負担の軽減	地域外勤務者への手当・交通費・住居手当を手厚くする	2	10
		（自施設看護職員の）処遇改善	1	
		（自施設看護職員の）多様な働き方の支援	1	
		（自施設看護職員の）夜勤回数の削減	1	
		地域の病院に勤務する看護職への就業支援	1	
		夜勤ができる看護師確保	1	
		看護職員の増員・人材確保	2	
		認定看護師の確保・育成	1	
	地域の関係者間の連携強化による，よりよい医療の提供	地域の関連機関間の協力・情報交換	1	9
			1	
		地域の関係機関看職種間の交流・連携	2	
			1	
		地域の関係機関の連携による，よりよい医療・看護の提供	1	
			1	
		拠点病院自身がへき地住民に対して質の高い看護を提供していくこと	1	
		ボランティア講座で町民の理解を得る	1	
	看護学生への働きかけによる人材確保	実習を受け入れ，地域医療に関心をもってもらう	1	5
		看護学校でプレゼンする	1	
		奨学金	1	
		（地元）人材育成	2	
	地域に潜在している人材の積極的活用	潜在看護師確保	1	3
			1	
		定年退職者を活用する	1	
	広域的な人材確保システムの構築	県主導による派遣システムの構築	1	5
		県の病院局が看護職を採用し，拠点病院に配置する	1	
		地元新卒看護師が地元地域病院で数年臨床研修する	1	
		国が拠点病院の医師・看護職確保に責任をもつ	1	
		対処療法的な派遣ではなく，根本的な支援ネットワークの構築	1	
	国や自治体の関心喚起	行政との話し合い	2	5
		行政との話し合いと体制づくり	1	
			1	
		国・県が現状をもっと把握する	1	
	国や自治体による経済的支援	へき地外来看護加算について検討する	1	2
		行政からの補助	1	
	院内における定常的な支援体制の構築	病院全体で支えていくという考えのもと，病院の活動計画に入れ込む	1	4
		地域医療支援は病院の理念という考えのもと，看護部全体で支援	1	
		派遣用要員を病院内に確保しておく	1	
		今の職員数でもできる事をする	1	
	へき地診療所と拠点病院看護職人事の一体的な管理	拠点病院と診療所看護職を合わせた人事	1	2
		へき地診療所看護職を拠点病院看護部職員として組み込み，ローテーションする	1	
へき地診療所看護業務の困難さ	へき地看護に求められる能力のキャリアラダーへの位置づけ	ラダーの中に，地域看護を位置づけて実践能力を高める	1	4
	へき地診療所看護職との日常的な交流	日頃から交流を図る	1	
		話し合いの場をもつ	1	
	計画的派遣による，へき地診療所看護業務への積極的関わり	計画的に派遣し，働きやすい環境を作る	1	
遠隔・交通不便等による支援困難	衛星通信の活用	衛星通信等を活用し，身近で研修を受けられるようにする	1	4
	へき地診療所で勤務できる看護職の発掘	潜在看護師・へき地医療に関心の高い看護職の確保	1	
			1	
	地域全体での問題意識の喚起	拠点病院だけでなく，地域全体で考える	1	
看護職派遣責務への認識欠如	へき地診療所看護職との交流促進	へき地診療所看護職との情報交換	1	1
へき地診療所の状況把握	遠隔医療支援システム活用による情報交換	医師が使っている遠隔医療支援システムを活用し，情報交換に役立てる	1	1
へき地での医療ニーズの低さ	拠点病院の急患受け入れ体制整備	（派遣ではなく）拠点病院の急患受け入れ体制整備	1	1
診療支援以外の地域の健康課題への対応	へき地診療所利用住民の多様なニーズに応じた資源提供	診療希望高齢者を送迎	1	2
		巡回診療にMSWも同行する	1	

注）記述数の網掛け部分は，これまでに支援を行ったことがある者の回答数を示す

の対応（2)】である．へき地診療所を利用したくてもその手段がない高齢者の存在や，診療だけでは充足できていない健康問題への対応が課題として述べられていた．

（2）克服方法（表12）

拠点病院としての役割を果たすための課題に対して，それを克服するための方法について自由記述を求めた．へき地診療所看護職を対象とした支援を行ったことがある者とない者も含む，計48人（41.0％）から回答が得られた．記述から1つの克服方法を示す内容のまとまりを取り出し，その内容を要約した．計58の内容要約が得られた．意味内容の共通性に基づいて分類した結果，それらは19の克服方法に整理できた．以下の記述において《　》は克服方法，（　）は件数を示す．

課題【拠点病院の医療・看護の確保・充実】に向けた克服方法が，最も多く記述されていた．45件の記載があり，それらは9つの克服方法に整理された．その中でも，拠点病院に勤務する看護職を確保するために，地域外の勤務者への手当を厚くする，勤務による負担を軽減し，短時間勤務等の多様な働き方を支援する等の《処遇改善・就労負担の軽減（10)》が最も多く記述されていた．また，看護職を含む，地域の関係者間の連携を深めるなど，《地域の関係者間の連携強化による，よりよい医療の提供（9)》が課題克服方法として挙げられていた．人材確保に向けては，看護学生の実習を受け入れたり，学校に赴きアピールしたり，奨学金を準備したりするといった《看護学生への働きかけによる人材確保(5)》，退職した看護職も含め《地域に潜在している人材の積極的活用（3)》への提案があった．また，県が主導して看護職を確保しへき地診療所や拠点病院に配置する，新卒看護師が一定年限地元の病院で臨床研修するといった《広域的な人材確保システムの構築(5)》や，国や自治体にもっと現状に目を向けてもらい話し合っていきたいという《国や自治体の関心喚起（5)》，へき地であることに着目した加算をするという《国や自治体による経済的支援（2)》といった行政による広域的な支援対策を求める声があった．

一方で，拠点病院自体に人員不足があっても，拠点病院の医療・看護を確保し，かつ支援を実現させていくために，へき地診療所看護職を拠点病院看護職として組み込んでローテーションするといった《へき地診療所と拠点病院看護職人事の一体的な管理（2)》や，派遣を前提とした体制になるように，病院の活動計画に入れ込む，院内に派遣要員を確保しておくといった《院内における定常的な支援体制の構築（4)》への提案があった．

課題【へき地診療所看護業務の困難さ】の克服に向けては，4件の記述があり，3つの克服方法に整理された．具体的には，必要な能力育成を拠点病院の継続教育システムであるキャリアラダーの中に組み込んでしまうという《へき地看護に求められる能力のキャリアラダーへの位置づけ（1)》，日頃から話し合い，交流の機会をもつという《へき地診療所看護職との日常的な交流（2)》，診療所勤務への円滑な適応を目指す《計画的派遣による，へき地診療所看護業務への積極的関わり（1)》であり，不慣れな業務や職場環境への積極的な対応策が考えられていた．

課題【遠隔・交通不便等による支援困難】の克服に向けては，4件の記述があり，3つの克服方法に整理された．具体的には，容易に地域を離れられないへき地診療所看護職が現地でも研修を受けられるように《衛星通信の活用（1)》をしたり，退職後地域に在住している看護職やへき地医療に関心の高い看護職を見出したりするという《へき地診療所で勤務できる看護職の発掘（2)》が挙げられていた．また，そういった課題を拠点病院だけで考えるのではなく《地域全体での問題意識の喚起（1)》をすべきという提案があった．

課題【看護職派遣責務への認識欠如】の克服に向けては，《へき地診療所看護職との交流促進（1)》により，派遣への看護職の意識を高める提案がなされていた．

課題【へき地診療所の状況把握】に向けては，へき地診療所看護職との情報交換をもっと密に行うために《遠隔医療支援システム活用による情報交換(1)》が挙げられていた．

課題【へき地での医療ニーズの低さ】の克服に向けては，利用者の少ない現地にスタッフを派遣し医療を確保するのではなく，《拠点病院の急患受け入れ体制整備（1)》をするという考えが示されたが，逆に課題【診療支援以外の地域の健康課題への対応】の克服に向けては，充足できていないニーズに着目し，へき地診療所に来る交通手段のない住民の送迎をする，医療ソーシャルワーカーなど住民ニーズに応じた関連職種も医療スタッフと共に派遣するなど，《へき地診療所利用住民の多様なニーズに応じた資源提供（2)》という考えも提示されていた．

Ⅴ　考察

1．拠点病院における看護職確保，労働実態，教育研修体制の状況

全国のへき地医療拠点病院263施設のうち117施設に勤務する看護部長から回答を得，拠点病院における看護職確保の状況，労働実態，教育研修体制の一端が明らかになった．

今回の調査では，平成22年4月に予定した看護職員を確保できた病院の割合は30.8％であった．2007年に日本看護協会が実施した調査[9]による全国平均37.9％と比べて低く，拠点病院が必要な人員を確保できていない状況が明らかになった．

時間外勤務は平均6.0時間であり，日本看護協会調査[9]による全国平均13時間23分と比べ，低い時間数に抑えることができていた．しかし，夜勤前に点滴の準備をするといった前残業など，看護職員が時間外として申告しない，あるいは病院が時間外として扱っていない時間数が存在する[10]．調査結果に反映されていない時間外勤務によって，看護職員の実際の業務負担はさらに大きい可能性がある．今後は，スタッフや師長からみた時間外勤務の実態も把握していく必要がある．

有給休暇については，ほとんど消化されていないと感じる者が6割を超えていた．また，週休すら確保できないことがある病院も約2割存在し，その7割が200床未満の病院に集中していた．2009年の日本看護協会調査による有給休暇取得率は平均46.0％，取得日数は8.4日であった．今回の調査では取得率や取得日数の実態は検討しておらず直接比較はできないが，拠点病院においても本来休むべき休日を休めていない状況があるといえる．特に病床数200床未満の拠点病院では，週休の確保も難しい場合があり，より厳しい労働実態にあると推察される．

教育研修体制については，教育研修の責任者，看護単位毎の担当者，新卒看護職員研修の企画・評価組織を3つとも配置・設置していた病院は68.7％にのぼり，日本看護協会調査による全国平均39.6％を大幅に上回った．これには，看護部門の教育研修に関する責任者を看護部長が兼務している場合も含まれている可能性が高く，この値から拠点病院が全国と比べ教育研修体制が整っていると解釈するには限界がある．今後は，責任者や組織の配置・設置の有無のみならず，専任・専従できているかといった取り組みの質的な観点からも検討を深める必要がある．また，教育研修体制は病床数により違いがあり，200床未満の病院はそれ以上の病院と比べ，教育研修責任者や新卒看護職員研修の企画・評価組織が設けられていない割合が有意に高かった．教育研修について検討できる組織・責任者が設置されていないこと，院内で受講できる教育研修の機会が少ないことに問題を感じている割合も有意に高かった．ここから，病床規模の小さい拠点病院では教育研修上の課題が大きい可能性が示唆される．

2．へき地診療所看護職への支援の現状と役割意識・困難感との関連

1）支援経験の有無と役割意識・困難感との関連

先行研究[2]は，へき地診療所所長を対象に調査し，拠点病院から支援を受けている診療所が56％にとどまることを示した．また，支援の内容は「紹介患者の受け入れ」が約8割と最も多く，次いで「代診医の派遣」，「非常勤医師の定期的派遣」，「定期的な症例検討会」，「画像転送等遠隔医療」，「へき地巡回診療」が続き，拠点病院による支援は診療支援を中心に実施されていた．この状況を裏付けるように今回の調査でも，過去にへき地診療所看護職に対して支援（派遣，研修等）を行ったことが「ある」と回答した拠点病院は32.5％にとどまっていた．また，支援の内容は「常勤看護職の年単位の派遣」が約5割と最も多く，次いで「へき地診療所看護職を対象に含む研修の実施」は約4割であった．これらは，人材育成を含む診療所看護職への支援が，全国の中でも非常に限られた拠点病院においてのみ実施され，拠点病院がへき地診療所支援という機能を十分発揮できていない可能性を示唆している．

過去の支援経験の有無によって違いがあった変数は，へき地診療所看護職からの相談窓口設置の有無と平成21年度の派遣要請の有無のみであり，病床数や時間外勤務等の労働実態，看護職確保の状況，教育研修体制との間に統計的に有意な関連はみられなかった．ここから，支援している拠点病院は，自施設の人材確保や人材育成上の困難さに関わらず，支援していることが示唆される．また，相談窓口があることが，実際に支援を提供していく上で重要な役割を果たしている可能性が示唆される．

へき地診療所看護職支援への役割意識の有無をみると，明確に「役割はない」と回答した者は1人しかおらず，多くの拠点病院が「役割はない」とは考えていないことが明らかになった．しかし，「役割はない」「わからない」を併せた『役割意識なし群』と『役割意識あり群』の2群では，過去の支援経験の有無に統計的に有意な関連があり，役割意識を明

確にもっていなければ，実際に支援もなされていない傾向があると推察される．

「役割はある」と考えている者が支援に対して抱く困難感をみると，「全く感じない」と回答した者は1人しかおらず，多くの拠点病院が程度の差はあれ，困難を感じている実情が明らかになった．また，困難感の強さと過去の支援経験の有無には関連がなく，困難を感じていても支援はなされていた．ここから，困難感の強さよりも明確な役割意識をもっていることの方が支援の実施に影響を与えている可能性が示唆される．一方，困難感と相談窓口の有無には統計的に有意な関連があった．相談窓口がないことは，へき地診療所看護職支援に対する組織としての体制が整備されていない状況を表し，それが困難感に繋がっている可能性がある．また，困難感は「看護職員が求めている内容を把握できていないと感じる」，「教育研修の立案・実施・評価方法をどのように改善すればよいかわからないと感じる」といった教育研修上の課題を感じている程度との間にも関連があった．このような自施設の教育研修体制整備が先決という状況が，へき地診療所看護職支援への困難感を高めている可能性がある．ここから，支援の拡大・充実に向けては，相談窓口設置など，へき地診療所看護職支援に対する組織的な支援体制づくりや，拠点病院看護職に対する教育研修体制上の課題に先ずは目を向け，対策を検討する必要性が示唆される．

2）平成21年度派遣要請の有無と過去の支援経験有無との関連，および派遣要請窓口，選定基準の実態

平成21年度にへき地診療所から看護職派遣の要請を受けことがある拠点病院は約2割にとどまり，過去に支援経験があると回答した病院数より少なかった．また，平成21年度の派遣要請の有無と過去の支援経験の有無には関連があり，これまでも支援してきた拠点病院が平成21年度も引き続き支援していると推察できる．また，要請はへき地診療所看護職から直接という場合が多いといった結果も併せると，これまでも支援してきた経緯があり，かつ診療所看護職との間に関係が形成されている限られた拠点病院が，困難を感じながらも支援を継続していると推察される．支援している拠点病院は固定している可能性があり，支援の拡大･充実に向けては，新たな支援関係の形成から着手する必要性が示唆される．

要請元は，「へき地診療所看護職から直接」が最も多く，支援のコーディネートが期待される「都道府県担当課から」や「へき地医療支援機構から」の要請は合わせて3割に満たず，少なかった．要請を受ける院内の部署は，「看護部」が最も多く，約4割を占めた．看護職から直接要請し看護部が受けることで，診療所の看護の状況も伝えやすく，コミュニケーションをはかれるため効果的である．一方で，個人的な依頼のようにも受け取られかねず，要請する側に気兼ねが生じる恐れがある．支援を要請する公的なルートが整備されることにより，要請が容易になる可能性が示唆される．

派遣看護職を選定する基準があると回答した者は1割に満たなかった．しかし，基準がない場合であっても，本人の能力や家庭の事情など多様な観点から総合的に判断し選定していた．ここから，派遣看護職選出にはその都度かなりの労作を要していると推察される．客観的な選出基準を明確化できれば，派遣該当者としての心構えが芽生えやすく，また看護職個々のキャリア形成上に派遣を位置づけることが可能になる．さらに，要請受理から派遣までの流れをより円滑化できると考える．

3．役割を果たすための課題と課題克服方法

1）課題

課題として最も多く記述されていたのは，【拠点病院の医療・看護の確保・充実】に関する内容であり，記述全体の6割を占めた．数は少ないが【急な欠員への対応】，【へき地での医療ニーズの低さ】という課題もあった．これらは，拠点病院自体に人員不足があること，またそのために急な欠員に対応できず，人手を割いて派遣しても診療を利用する住民の数が少ないことから，派遣という支援の有効性に対して生じた疑問を表しており，拠点病院の人員の余裕のなさに起因していると考えられた．自由記述に示された生の声としても，拠点病院自体の医師・看護職の人員不足を解消し，必要な医療を提供していく体制を維持することが，へき地診療所看護職支援に向けた課題であるという考えが数多く示されていた．実際，予定した看護職員数を確保できた拠点病院は3割にとどまり，そういった課題を裏付ける現状があった．しかし，過去の支援経験や平成21年度派遣要請の有無と関連があったのは，役割意識と相談窓口設置のみであり，看護職確保や労働実態の厳しさ，教育研修体制上の課題との間に統計的に有意な関連は認められなかった．

以上のことから，拠点病院は人員的に厳しい状況

なかで辛うじてへき地診療所看護職を支援しており，【拠点病院の医療・看護の確保・充実】が対処する必要性が高い課題であると推察される．

次に多く記述されていた課題は【へき地診療所の状況把握】であった．【看護職派遣責務への認識欠如】という課題もあった．前述したように，実際に支援している拠点病院は限られており，へき地診療所看護職からの支援要請を受けることもない拠点病院が数多く存在している．このため拠点病院では，支援要請に応需する役割認識が形成されにくく，連携・交流不足から支援の必要性が伝わりにくくなっている可能性がある．この２つは，そういった状況に起因した課題であると考える．

また，【拠点病院からの働きかけ】，【支援継続性の確保】という課題があった．この２つは，どのように人材育成をすすめていくか定まっていないことに起因した課題であると考える．へき地診療所看護職は，関係職種と話し合いながら，実際の問題解決に繋がる学習活動への要望をもつ[11]．学習意欲は，学習成果に対する満足感によって影響を受ける[12]．つまり，へき地の状況に応じた，そして現実の問題に根ざした人材育成が重要であり，そのためには，へき地診療所看護職と拠点病院看護職が対面で交流する機会をもつ必要がある．

以上４つの課題から，拠点病院がその役割をどのように捉え支援していくのか，拠点病院看護職を含めた院内関係者が共通認識できるよう方針を明確に示す必要性が示唆される．また，派遣支援にしても人材育成という形の支援にしても，看護職がフェイスツーフェイスの関係性を築き，要望や状況が相互に伝わるようにする必要性が示唆される．

次に多く記述されていた課題は【へき地診療所看護業務の困難さ】であった．これは，派遣によって拠点病院看護職が普段行わないような検査や薬剤業務にも従事しなければならないために生じた課題であった．へき地診療所では，専門以外の仕事にも従事しなければならず[13]，また生活支援を念頭に，住民同士のつながりや支えあい，社会資源の現状を把握し，それらを活かした看護活動が求められる[3]．ここから，へき地診療所における看護実践の特徴への理解を深めたり，必要な技術を習得したりするために，計画的に準備する必要性が示唆される．

【へき地診療所看護職の旧態依然さ】は，過去に支援経験がある拠点病院からのみ提示された課題であった．へき地診療所看護職に対して，看護のレベルに違いを感じたり，改善したり学習したりすることへの意欲の低さを感じとっていた．へき地診療所は准看護師の割合が高く，また10年，20年と同じ診療所で継続勤務している看護職である場合が多い[14]．そういった中で提供される看護や，看護職の意識は流動性を失っている可能性がある．これは，人員不足に対してそれを補充するという支援だけではなく，地域医療の充実という目標に向けて限られた人材をどう育成していくかという枠組みの中で，解決を模索すべき課題であると考える．

さらに，【行政を巻き込んだ体制づくり】，【診療支援以外の地域の健康課題への対応】という課題があった．これらは，拠点病院単独での対応に限界を感じていることを示している．人材も含めて医療資源の乏しい地域において医療の確保・充実を図っていくには，広域的な観点で問題を捉えたり，対策を考えたりする必要がある．特に，設置主体の異なる医療機関が連携していくためには，全体を統括できる立場で調整機能を果たせる組織が必要と考える．

【遠隔・交通不便等による支援困難】は，へき地診療所看護職が拠点病院から遠く，かつ交通不便な地域に居住していることに起因する課題であった．遠隔・交通不便であることに起因し，研修参加するにも勤務の交代要員がおらず，経済的・時間的負担が大きい[15]ことは従来から指摘されている．ここから，遠隔・交通不便であることはへき地診療所看護職支援を考える上では避けられない課題であり，そういった条件を前提とした支援方法を検討していく必要がある．

２）課題の克服方法

最も多く記述されていた課題が【拠点病院の医療・看護の確保・充実】であったことに呼応して，その克服に向けた方法が最も多く挙げられた．それらは9つの克服方法に整理できた．そのうち《看護学生への働きかけによる人材確保》，《地域に潜在している人材の積極的活用》，《広域的な人材確保システムの構築》は，拠点病院看護職の確保に向けて，地域にある人材を戦略的に活用するための対策であった．他地域からの人材確保が難しいからこそ，地元地域に着目した対策が求められる．《処遇改善・就労負担の軽減》は，拠点病院看護職の労働条件・環境の改善をはかり，その定着や育成を促すための対策であった．《地域の関係者間の連携強化による，よりよい医療の提供》は，拠点病院を含む関係機関による地域医療充実に向けた対策であった．課題【へき地での医療ニーズの低さ】に対して挙げられた《拠点病院の急患受け入れ体制整備》も，同じく医療提

供体制の整備に向けた対策であった．

以上の内容に関する記述数が6割を占め，人員不足を解消し，拠点病院がある地域でよりよい医療を提供していく体制構築に向けた対策が，その役割を遂行する上で先ずは取り組むべき重要事項であることを示している．

一方で，課題【診療支援以外の地域の健康課題への対応】に対して，少数ではあるが《へき地診療所利用住民の多様なニーズに応じた資源提供》が提案されていた．これは，へき地診療所がある地域の住民にどのようなニーズがあるのかに着目し，その充足に向けて拠点病院として可能な資源を提供しようとするものである．支援を要する住民の多寡に目を向ければ，数は少なく効率が悪いことが，へき地における医療・看護にとって避けられない課題でもある．そのなかにあって，支援を要している内容に着目し，もてる資源の中で対応していくという先の提案は，へき地を含む地域医療を支援している拠点病院ならではの対策といえる．

残る4つうち《国や自治体の関心喚起》と《国や自治体による経済的支援》は，一拠点病院の自助努力のみによる課題克服は困難であることを示している．複数の拠点病院に共通する課題について検討し，その克服のための行動を起こしていけるような，統括機能をもつ組織の必要性が示唆される．

残る《院内における定常的な支援体制の構築》と《へき地診療所と拠点病院看護職人事の一体的な管理》では，【拠点病院の医療・看護の確保・充実】という課題があっても，そのなかでどうしていくことが，へき地診療所看護職支援の実現に向けて拠点病院にできることなのか，必要なことなのかが考えられていた．へき地診療所勤務と拠点病院勤務のローテーションを組めるような人事管理や，支援が前提のゆとりある人員配置の実現は，行政による財政的な支援があれば促進される可能性がある．また，複数の医療施設で支え合うような機構あれば，一拠点病院にかかる負担が軽減できる可能性がある．ここから，行政を含めた組織的支援体制のもとで，へき地診療所看護職支援を検討することの有効性が示唆される．

課題【へき地診療所看護業務の困難さ】の克服に向けた《へき地診療所看護職との日常的な交流》，【看護職派遣責務への認識欠如】の克服に向けた《へき地診療所看護職との交流促進》，【へき地診療所の状況把握】の克服に向けた《遠隔医療支援システム活用による情報交換》は，異なる課題に向けた克服方法ではあるが，全て診療所と拠点病院の看護職の交流を促すという点で共通していた．ここから，看護職間の交流が，へき地診療所特有の業務遂行の困難さを緩和したり，支援に対する看護職の役割意識を醸成したり，相互理解を深めたりと，へき地診療所勤務への準備性を高め，支援の円滑化を図れる可能性が示唆される．

課題【へき地診療所看護業務の困難さ】の克服に向けた《へき地看護に求められる能力のキャリアラダーへの位置づけ》，《計画的派遣による，へき地診療所看護業務への積極的関わり》は共に，不慣れなへき地診療所看護業務に従事することの困難さを低減し，円滑に適応できるよう準備性を高める方法である．このうち，《へき地看護に求められる能力のキャリアラダーへの位置づけ》は，へき地という特性を有する地域での看護に求められる能力獲得を，拠点病院における継続教育の目標として位置づけることを意味する．これによって派遣は単なる業務支援に終わらず，自己の看護職としての成長の中に位置づけられる．先行研究[16]は，派遣がケア環境やチーム体制を整備する能力の育成や，自己の専門性を深めていく能力の向上につながると指摘している．ここから，《へき地看護に求められる能力のキャリアラダーへの位置づけ》は，看護職のキャリア発達上からみても意義ある方法といえる．

課題【遠隔・交通不便等による支援困難】の克服に向けた方法として，《衛星通信の活用》，《へき地診療所で勤務できる看護職の発掘》，《地域全体での問題意識の喚起》の3つがあった．遠隔地であることに起因する課題を克服するための方法として，衛星通信を用いた教育は看護の臨床現場でもすでに活用されている[17]．地方に勤務し，継続教育の受けにくさを感じている看護職はインターネットを利用した遠隔教育への要望が高い[18]．看護職が専門性をもってキャリアアップしていくことを支える人材育成は，看護職の確保・定着にもつながる[19]．ここから，へき地にいながらでも学習機会を確保できることは，【遠隔・交通不便等による支援困難】の緩和につながるだけでなく，看護職の確保・定着・育成という観点からも意義ある方法といえる．

4．本研究の限界

本研究の調査票回収率は44.5%にとどまり，本研究の結果をもって拠点病院全体の状況として述べるには限界がある．また，看護部長を対象としており，時間外勤務の状況などの労働実態については，

実態の見え方に限界がある.

今後は，中間管理者である師長や，スタッフの意見を含めた分析をすることで，より実態理解と今後の課題が明確になると考える.

Ⅵ 結語

過去にへき地診療所看護職を支援した経験がある拠点病院は約3割，平成21年度に派遣の要請があった拠点病院は約2割であり，限られた拠点病院によって支援が行われていた．支援の拡大・充実に向けては，新たな支援関係の形成から着手する必要性が示唆された．また，支援への役割意識と過去の支援経験の有無，および平成21年度派遣要請の有無の間には統計的に有意な関連があり，役割意識がなければ支援の実施には至らない可能性が示唆された．支援への困難感の強さと看護職確保の状況，労働実態，支援経験の有無には統計的に有意な関連はなく，人員不足の中にあっても支援は行われていた．困難感とへき地診療所看護職からの相談を受ける窓口の有無，および教育研修体制上の課題との間には統計的に有意な関連があり，支援の拡大・充実に向けては，相談窓口設置など，へき地診療所看護職支援に対する組織的な体制づくりや，拠点病院看護職の確保・育成上の課題に先ずは目を向け，対策を検討する必要性が示唆された.

一方，看護部長が考える課題としては【拠点病院の医療・看護の確保・充実】が，またそれに対応した課題克服方法として《処遇改善・就労負担の軽減》が最も多く記述され，人員を確保し医療提供体制を整えることの課題としての重要性が示唆された．地元の人材を戦略的に発掘・確保する，行政を巻き込み広域的な視点で看護職確保を図るといった方法が提案され，有用と考えられた．さらに，へき地診療所勤務を一定期間ローテートするなど人事管理上の工夫や，看護職間の交流を促し，へき地診療所勤務への準備性を高める方法が提案され，支援の円滑化に向けて有用と考えられた．これらの実現に向けては，行政による経済的な支援や統括的機能を持つ組織の必要性が示唆された.

文献

1) 厚生労働省：へき地保健医療対策検討会報告書（第11次），<http://www. mhlw. go. jp/shingi/2010/04/s0401-4. html>(2010年6月30日)
2) 今道英秋，鈴川正之：へき地・離島医療に対する支援の実態－へき地医療支援機構の機能と効果－．第9回へき地離島救急医療研究会誌，7；16-21，2006.
3) 春山早苗，鈴木久美子，田中幸子他：へき地診療所の特徴と期待される看護活動．日本公衆衛生学会総会抄録集，62;478，2003.
4) 春山早苗，鈴木久美子，塚本友栄他：へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査－へき地診療所全国調査報告－．2009.
5) 日本看護協会：2007年度当初の看護職員確保に関する緊急アンケート　結果概要，<http://www. nurse. or. jp/home/opinion/newsrelease/2007pdf/20070706. pdf>（2010年12月22日）
6) 日本看護協会：平成22年度版　看護白書　変えよう！看護職の労働条件・労働環境，日本看護協会出版会(東京)：p. 38，2010.
7) 平成21年度へき地医療現況調査資料 <http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/9b9858aae0c872e64925766400086lf3/$FILE/20091104_1shiryou_all_3.pdf>（2010年12月24日）
8) 三浦弘恵：看護管理者が知覚する院内教育の課題．看護研究，35(6)；495-502，2002.
9) 前掲書6)p. 35.
10) 前掲書6)p. 49.
11) 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ド．日本ルーラルナーシング学会誌，5；1-15，2010.
12) 杉森みど里，舟島なをみ：看護教育学　第4版．医学書院(東京)，p. 209，2006.
13) 篠澤倪子，春山早苗，岸恵美子他：へき地診療所における看護活動の特性と課題－へき地診療所全国調査報告－：22-23，2004.
14) 前掲書4)pp. 5-6.
15) 前掲書11)p. 14.
16) 福田順子，塚本友栄，春山早苗：キャリア発達からみた看護職の出向・派遣の意義．日本ルーラルナーシング学会誌，5；67-77，2010.
17) 土肥加津子，高橋章子：衛星通信研修の概要と実際　2006年からの取り組み．看護，62(8)；65-69，2010.
18) 一戸とも子，川崎くみ子，野戸結花他：A県内看護職者の施設外における継続教育受講の実態と遠隔授業に対するニーズ．弘前大学医学部保健学科紀要，6;77-85，2007.

19) 厚生労働省：看護の質の向上と確保に関する検討会－中間取りまとめ－，p. 3，2009年3月17日.

研究報告

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

Collaboration between Doctors and Nurses in Rural Clinics

春山早苗*，田村須賀子**，鈴木久美子*，須永恭子**，
関山友子*，波多野浩道***，兒玉慎平***
Sanae HARUYAMA*，Sugako TAMURA**，Kumiko SUZUKI*，Kyoko SUNAGA**，
Tomoko SEKIYAMA*，Hiromichi HATANO***，Shinpei KODAMA***

キーワード：へき地診療所（Rural Clinic），看護師（Nurse），医師（Doctor），連携（Collaboration）

要旨

へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容を明らかにし，連携による活動の特徴と課題を検討することを目的に，へき地診療所12カ所の医師9名，看護師15名を対象に，半構成的面接調査により，医師と看護師との連携による活動内容，成果等を調べた．

その結果，連携による活動内容には，【外来患者管理】，【緊急時の初期判断・初期対応】，【ターミナル及び看取りへの対応】があり，背景には，「医師が常駐しておらず，診療所看護職以外に当該地域に保健医療福祉介護の常勤従事者がいないこと」等があった。連携による活動を可能とすることには，「医師と看護師がよくコミュニケーションを図り患者の状況を共有していること」等があった。

連携による活動の課題は，緊急時の初期判断・初期対応のためのプロトコル整備，診療所看護師に求められるスキルの向上と現任教育体制づくり，医師との連携による看護師の活動に対する評価が考えられた．

Ⅰ．はじめに

山村・離島等のへき地においては一般に，保健医療福祉に関する地域資源が乏しい状況がある．このような地域資源の整備状況の中で，へき地診療所は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おり，高齢化が顕著ななかで地域住民が最後まで住み慣れた地域で生活し続けられるために慢性疾患などの疾病管理や予防を含めた健康管理，救急対応，要介護者とその家族に対する在宅療養・在宅介護支援などの診療所活動が期待される．

一方，昨今では地域医療崩壊の危機について活発に議論されており，どこの地域であっても，安全で安心な最適の医療を人々が効率的に受けられるようにすることは，わが国の重要な課題である．これに対し，わが国では医師と看護師等との役割分担のあり方[1]やチーム医療の推進[2]について，検討が進められている．わが国の医療における課題解決のために注目されているのが「チーム医療」であり，看護師は「チーム医療のキーパーソン」として患者や医師その他の医療スタッフから期待を寄せられている[2]．

先行調査[3]によると，へき地診療所の医療従事者の配置状況は，常勤看護師１～２人配置が約６割，常勤医師１人配置が約7割であり，医師が常駐していない診療所も約２割あった．その他の常勤医療従事者が配置されている診療所は約１割であり，常勤事務職がいない診療所は約４割あった．つまり，多くのへき地診療所は１～２人の看護師と医師で，中には医師が常駐していない状況で，先に述べたような期待される診療所活動を担っていかなければならない．医師と看護師との関係は患者ケアの質に影響

受付日：2010年12月24日　　採択日：2011年4月5日
* 自治医科大学看護学部　Jichi Medical University，School of Nursing
** 富山大学大学院医学薬学研究部　University of Toyama，Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Science for Research
*** 鹿児島大学医学部保健学科　Kagoshima University，Faculty of Medicine School of Health Science

することが明らかになっている[4]が，医療従事者の配置や地域資源の整備の状況，へき地に住む人々のヘルスニーズ等から，へき地診療所においては，特に医師と看護師との連携のあり方が重要になると考えられる．欧米や豪州において，慢性疾患管理に関わるナースプラクティショナー（以下，NPとする）の活動成果に基づくへき地診療所における医師とNPの役割分担と連携の推進の必要性[5]や，へき地における医師と看護師との専門職としての関係の特徴[6]，費用対効果からみたへき地における医師と看護師の配置のあり方[7]，へき地診療所のテレメディスンにおける医師と看護師との役割分担のあり方[8]等が明らかになっている．しかし，NP制度のある諸外国とわが国ではへき地における医療体制等が大きく異なる．わが国においては，へき地診療所における看護活動[9～11]やへき地医療に従事する医師の活動[12,13]に関する報告はあるが，へき地診療所における医師と看護師との連携よる活動に関する報告はない．

本研究の目的は，へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容を明らかにし，連携による活動の特徴と課題を検討し，へき地における安全で安心な医療の提供と看護師の役割拡大を視野に入れた医師と看護師との連携のあり方に示唆を得ることである．

なお，本研究におけるへき地診療所とは，へき地保健医療対策実施要綱で定められた設置基準，並びに，国民健康保険直営診療所のへき地診療所設置基準に基づき設置された診療所とする．

Ⅱ．研究方法

1．調査対象

へき地診療所12カ所（5県の山村7カ所，2県の離島5カ所）の医師9名，看護師15名．

対象は，筆者らが取り組んできたへき地を含む地域看護の教育・研究から把握した，より良い医療を効率的に，かつ安全に提供するという目的を医師と看護師が共有し，協力し合って活動しているへき地診療所と，当該診療所の医師又は看護師に同様の診療所の紹介を依頼し把握したへき地診療所から選定した．

調査対象者が所属するへき地診療所の概要を表1に示す．地域特性や職員体制，診療機能・診療体制が様々であっても共通する医師と看護師との連携による活動内容を明らかにするために．本研究では多様なへき地診療所を対象として選定した．

本研究は看護師の役割拡大も視野に入れた医師と看護師との連携のあり方に示唆を得ることを目的としているので，医師，看護師双方の視点から検討していくために，同じ診療所に所属する医師と看護師の組み合わせで対象とした．しかし，診療所Ⅰ～Lは常勤医師がいないため，年に3か月巡回常駐し，調査期間に面接が可能であった診療所Ⅰの医師のみ対象とした．

2．調査項目と調査方法

医師と看護師との連携による①活動内容，②活動の対象や状況の範囲，③活動上の取り決めの有無，④活動の背景，⑤活動の成果，⑥活動を可能にした事柄と課題，について半構成的面接調査を実施した．面接は，医師と看護師の同席の下，医師と看護師各々から聴取することとしたが，診療所Ｅについては対象の希望により，医師と看護師別々に，聴取した．面接場所はＡ～Ｈについては診療所において，Ⅰ～Lについては診療所以外の場所で実施した．面接時間は2時間以内1回とし，対象の了解を得て，診療所Ａ～Ｄ，Ｆ～Lの対象についてはICレコーダーに録音し，診療所Ｅの対象については面接内容をメモした．

3．倫理的配慮

対象である医師及び看護師各々に，研究の趣旨と研究方法，研究への参加は任意であり，同意をしなくても不利益を受けないこと，同意後，いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できること，研究に参加することによる危険や必然的に伴う不快な点はないが面接時間の確保に伴う負担をかけること，面接内容は本研究の目的以外では使用せず，研究期間中は厳重に管理し，研究終了後に責任をもって処分すること，研究結果の公表においては個人や施設が特定されないよう配慮することを，口頭と文書により説明し，文書により同意を得た．

4．調査期間

2008年12月～2009年1月

5．分析方法

1）ICレコーダーの録音内容又は書き取ったメモから，診療所毎に逐語録を作成した．

2）診療所毎に，逐語録から調査項目①活動内容を抽出･種別し，種別された活動の内容を要約した．全ての診療所の活動内容の要約を併せて，その共

表1　調査対象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
地域特性	離島	山村・豪雪・過疎	山村・豪雪・過疎	山村・過疎	山村・豪雪	山村・豪雪
人口	約3,500人	約2,000人	約800人	約1,300人	約1,200人	約800人
高齢化率	約30%	約35%	約30%	約40%	約40%	約30%
職員 ＊常:常勤 非:非常勤	常　医師1人 (県派遣 1年交替) 常　看護師1人 (10年以上勤務) 非　准看護師1人 常　事務1人	常　医師2人 (1名2年交替) 常　看護師1人 (併設施設と兼務) パート看護師3人 常　薬剤師1人 常　事務あり	医師1人 (へき地医療拠点病院と兼務) 常　准看護師1人 (開設時から勤務) 常　事務1人	常　医師1人 (県派遣 2年交替) 常　看護師1人 (ケアマネジャー兼務) 常　准看護師2人 常　事務1人	常　医師1人 (10年以上勤務) 常　看護師1人 (診療所間異動あり) 常　薬剤師1人 他 常　事務1人	常　医師1人 (県派遣 1年交替) 常　看護師2人 (1名当該地在住)
診療体制 患者数	外来診療 約300人/月 訪問診療なし	有床 外来診療月～土 約30人/日 (出張診療5地区) 訪問診療・訪問看護あり	外来診療月～土 出張診療(2地区) 訪問診療あり	外来診療 訪問診療・訪問看護あり	外来診療月～金 約3,800人/年 訪問診療・訪問看護あり	外来診療月～金 約4,200人/年 訪問診療あり
調査 対象者	医師　1人 看護師　1人	医師　1人 看護師　1人	医師　1人 准看護師　1人	医師　1人 看護師　1人 准看護師2人	医師　1人 看護師　1人	医師　1人 看護師　2人
診療所	G	H	I	J	K	L
地域特性	山村・豪雪	山村	離島	離島	離島	離島
人口	約2,000人	約25,000人	約120人	約70人	約50人	約120人
高齢化率	約25%	約40%	約50%	約25%	約10%	約40%
職員 ＊常:常勤 非:非常勤	常　医師1人 (県派遣) 常　看護師2人 (1名は20年以上勤務) 非　看護師1人 非　保健師1人	常　医師2人 (2診療所を交替診療，1名10年以上勤務，1名研修医) 常　看護師4人 常　PT1人 常　栄養士1人 常　事務2人	医師は巡回常駐(3カ月) 常　看護師1人 (島内代替看護師あり)	医師は巡回常駐(3カ月) 常　看護師1人 (島内代替看護師あり)	医師は巡回非常駐 常　看護師1人 (島内代替看護師なし)	医師は巡回非常駐 常　看護師1人 (島内代替看護師あり)
診療体制 患者数	外来診療月～金 約30人/日 訪問診療・訪問看護あり	外来診療月～金 約30～50人/日 訪問診療あり	巡回診療日 4～5日/月 診療日15人/日 非診療日5人/日	巡回診療日 5日/月 診療日10人/日 非診療日2人/日	巡回診療日 1～2日/月 診療日10人/日 非診療日 0～2人/日	巡回診療日 1.5日/月 診療日18人/日 非診療日 4～5人/日
調査 対象者	医師　1人 看護師　1人	医師　1人 看護師　1人	医師　1人 看護師　1人	看護師　1人	看護師　1人	看護師　1人

通性から分類し，分類されたまとまり毎に意味内容を簡潔に表す作業を活動内容の特徴が損なわれない範囲で繰り返した．

3）2）の最終段階の1つ前の分類された活動内容毎に調査項目②活動の対象や状況の範囲を，最終段階の活動内容毎に③活動上の取り決めの有無を，逐語録から抽出し整理した．

4）診療所毎に，逐語録から調査項目④連携による活動の背景を抽出し，全ての診療所分を併せて，2）の最終段階の活動内容毎に分けた後，その共通性から分類し，分類されたまとまり毎に意味内容を簡潔に表した．

5）⑤連携による活動の成果についても4）と同様に作業を行った．

6）⑥活動を可能にした事柄と課題については，可能にした事柄の共通性とその表裏にある課題から分類し，分類されたまとまり毎に意味内容を，連携による活動を可能とすること，として表した．

7）2）～6）から，へき地診療所における医師と看護師との連携による活動の特徴と課題を検討した．

6．分析における真実性の確保

逐語録から診療所毎に分析対象とする調査項目①～⑥を抽出した段階で，調査対象者全てに，面接内容が忠実かつ適切に記載されているか，確認を依頼し，必要時，加筆・修正をした．研究者間の意見交換を行いながら，分析作業を進めた．分析結果について，調査対象者全てに提示し，調査対象者の経験やへき地診療所の状況から納得できるものであるか，意見を求め，その意見に基づいて，分析結果を見直した．

表2　へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容

＊表中のアルファベットは表1の事例に対応する

連携による活動内容		連携による活動の対象や状況の範囲	連携による活動上の取り決め
外来患者管理	①経験の長い医師又は看護師が患者・家族の情報を他方へ提供し共有（6：A,C,D,F,G,H）	・定期通院患者（6：A,C,D,F,G,H）	あり（5：B,C,G,J,L）なし（7：A,D,E,F,H,I,K）
	②予測される事態を想定した医師の事前指示による看護師の対応（2：I,K）	・定期通院患者（2：I,K）	
	③医師の包括的指示の範囲内の看護師による検査・薬剤投与や調整，薬剤業務（8：C,E,G,H,I,J,K,L）	・定期通院患者（4：C,E,G,H） ・医師不在時（4：I,J,K,L）	
	④看護師による医療面接と血圧測定の実施（2：B,E）	・緊急性を要しない外来患者全て（1：B） ・定期通院患者（1：E）	
	⑤看護師による服薬指導，療養指導（4：D,H.I,L）	・定期通院患者（1：D,H） ・要介護者（2：I,L）	
	⑥往診に代わる看護師による単独訪問（4：G,H,I,K）	・医師不在時（3：G,H,K） ・要支援・要介護者（2：I,K）	
	⑦看護師による電話相談への対応（2：D,H）	・時間内及び時間外の医師不在時（1：D） ・特に時間外・休日（1：H）	
緊急時の初期判断・初期対応	⑧緊急時の対応，特に看護師の自宅に連絡が入った急患への看護師による対応（5：A,D,F,G,H）	・医師不在時（5：A,D,F,G,H） ・特に時間外・休日で医師が直ぐに来られない又は医師不在時（2：D,H）	あり（5：G,I,J,K,L）なし（4：A,D,F,H）
	⑨初期対応と他の医療機関への受診が必要となった場合の看護師による医師への連絡，搬送先の判断と搬送先への連絡（5：D,I,J,K,L）	・医師不在時（5：D,I,J,K,L） ・独居高齢者（1：D）	
ターミナル及び看取りへの対応	⑩往診と，訪問看護又は往診に代わる看護師による訪問により分担（2：F,G）	・在宅死希望者（2：F,G）	あり（5：G,I,J,K,L）なし（2：F,H）
	⑪看護師の単独訪問により，状態把握，死亡時期の予測，医師を呼ぶ時期など最期の対応を判断（1：H）	・患者と家族の状況に応じて（1：H）	
	⑫医師と看護師，時に関わっていた他職種とともに看取り・エンゼルケアを実施（3：F,G,H）	・在宅死希望者（2：F,G） ・患者と家族の状況に応じて（1：H）	
	⑬看護師は心肺停止状態を確認した場合，医師に連絡し，医師が来るまで心肺蘇生を継続（4：I,J,K,L）	・医師不在時で全ての住民（4：I,J,K,L）	

Ⅲ．研究結果

1．へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容（表2）

へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容は，【外来患者管理】，【緊急時の初期判断・初期対応】，【ターミナル及び看取りへの対応】に分類された．以下の文中の丸数字は表2の連携による活動内容の丸数字を示す．

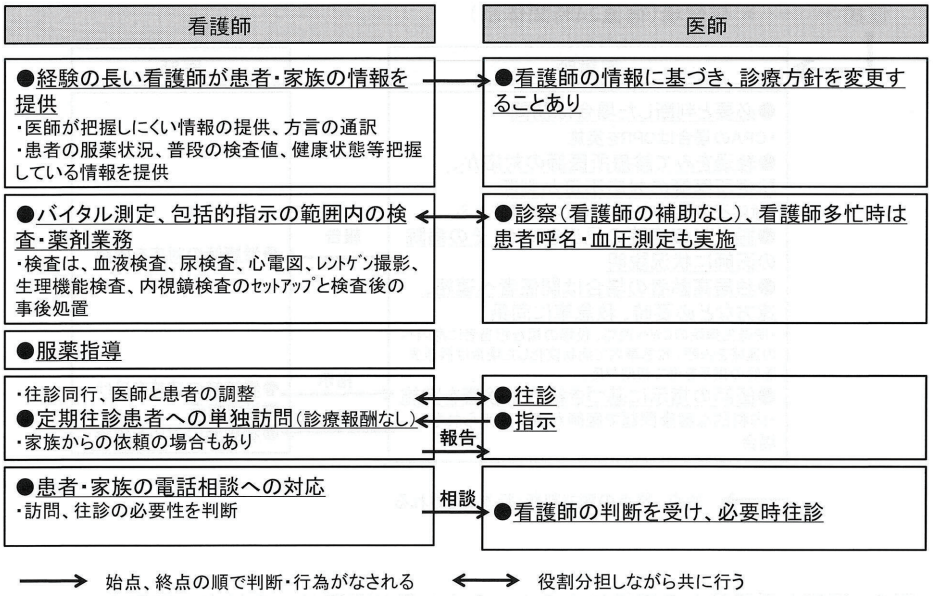
1）外来患者管理

へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容には，12事例全てにおいて，【外来患者管理】があった．例として事例Hを図1に示す．

6事例で，「①経験の長い医師又は看護師が患者・家族の情報を他方へ提供し共有」があった．事例Hでは，経験の長い看護師が患者の服薬状況や普段の検査値，健康状態等の把握している情報を医師に提供し，その情報に基づいて，医師が診療方針を変更する，ということもあった．

2事例では，定期通院患者に対する，慢性疾患等の状態変化や前受診時と類似した症状の出現など「②予測される事態を想定した医師の事前指示による看護師の対応」があった．8事例では，定期通院患者の場合や医師不在時における「③医師の包括的指示の範囲内の看護師による検査・薬剤投与や調節，薬剤業務」があった．事例Hでは，定期通院患者の場合には，医師は看護師の補助なしで診察をし，看護師は診察前にバイタル測定及び包括的指示の範囲内の血液検査・心電図等の必要性を判断して医師に確認し実施していた（医師への確認は事後である場合もあった）．また，看護師が薬剤業務を行っていた．

図1　医師と看護師の連携による外来患者管理－事例H－



その他の事例では，医師の対応を予測して処置等の事前準備をしたり，包括的指示に基づく薬剤投与や症状の変化に伴う薬剤投与量の調整，定期処方内で状態が安定している場合の薬剤処方を行っていた．2事例では，緊急性を要しない外来患者や定期通院患者に対する「④看護師による医療面接と血圧測定の実施」があった．また，事例Hを含む4事例では，定期通院患者や要介護者に対する「⑤看護師による服薬指導，療養指導」があり，医師の問診や身体診察，病状の変化の確認，病状や療養上の注意点等に関する患者への説明，診療録への記載，患者の療養上の疑問や不安への対応等の患者の外来管理の一部を担ったり，補足したりしていた．

事例Hを含む4事例では，医師不在時に，また要支援・要介護者に対する「⑥往診に代わる看護師による単独訪問」があり，バイタルサインチェック・状態観察・注射・点滴等を実施しており，また定期外往診が必要であるかどうかを判断していた．これらは基本的には医師の指示に基づき実施されていたが，急変時や医師と連絡がつかない場合には，看護師の対応後に医師への報告がなされていた．併せて看護師の判断により療養ケアを実施している場合もあった．これらは診療報酬又は介護報酬を得ずに実施されていた．事例Hでは時間外・休日における，その他の1事例では時間内，及び時間外の医師不在時における「⑦看護師による電話相談への対応」があり，定期外往診の必要性を判断して，看護師が往診に代わる単独訪問を行ったり，医師に連絡相談して，医師が往診を行ったりしていた．

以上のような医師と看護師との連携による【外来患者管理】について，文書化された取り決めが［あり］は5診療所，［なし］は7診療所であった．

2）緊急時の初期判断・初期対応

医師と看護師との連携による活動内容には，9事例で【緊急時の初期判断・初期対応】があった．例として事例Dを図2に示す．

5事例で，医師不在時，特に時間外・休日における「⑧緊急時の対応，特に看護師の自宅に連絡が入った急患への看護師による対応」があった．事例Dでは，患者・住民は看護師の自宅の連絡先を知っており，時間外・休日は役場等へ連絡することになっていても最初に看護師に連絡が入ることが多い状況があった．看護師が訪問することもしばしばあり，アセスメントに基づいて診療所で対応可能か，それとも二次医療機関での対応が必要であるかを判断していた．医師不在時であっても医師に連絡し相談しながら対応していくことを原則としていたが，医師に連絡がつかない場合は看護師が判断する．また，連絡がついた場合もその場に医師はいないわけであるから，医師が医学的判断ができるようアセスメント内容を医師に的確に伝えることが求められ，実際，医師は，看護師のアセスメント，判断を頼りにしていた．

また，5事例では，医師不在時における「⑨初期対応と他の医療機関への受診が必要となった場合の看護師による医師への連絡，搬送先の判断と搬送先

図2　医師と看護師との連携による外来患者管理－事例D－

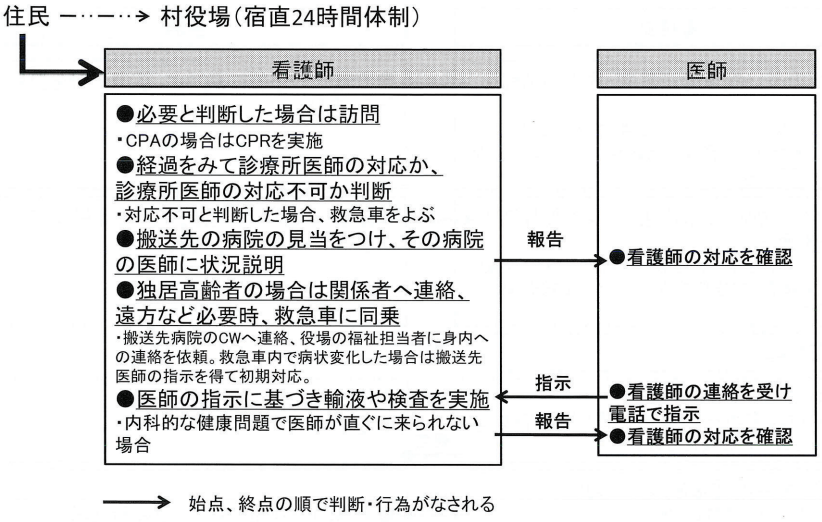
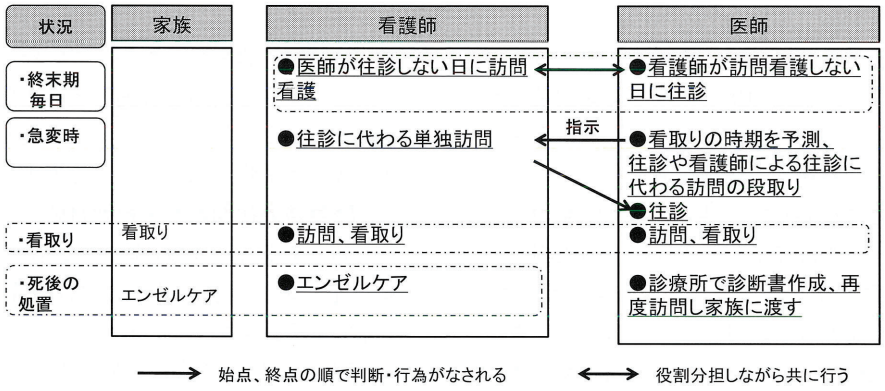


図3　医師と看護師との連携によるターミナル及び看取りへの対応－事例G－



への連絡」があった．搬送が必要な場合には，看護師に搬送方法を判断することまでも求められ，事例Dでは，医師不在時は，搬送先の病院の見当をつけ，その病院の医師に状況を説明したり，独居高齢者などの場合は関係者へ連絡し，入院による療養生活のための支援をしていた．

以上のような医師と看護師との連携による【緊急時の初期判断・初期対応】について，文書化された取り決めが［あり］は5診療所，［なし］は4診療所であった．

3）ターミナル及び看取りへの対応

医師と看護師との連携による活動内容には，7事例で【ターミナル及び看取りへの対応】があった．例として事例Gを図3に示す．

2事例で，在宅死希望の患者に対するターミナル期における「⑩往診と，訪問看護又は往診に代わる看護師による訪問により分担」があった．事例Gでは，医師が看取りの時期を予測し，ターミナル期の往診と訪問看護の頻度等の段取りをしていた．1事例では，「⑪看護師の単独訪問により，状態把握，死亡時期の予測，医師を呼ぶ時期など最期の対応を判断」があった．3事例では，「⑫医師と看護師，時に関わっていた他職種とともに看取り・エンゼルケアを実施」があった．事例Gでは，エンゼルケアは家族も一緒に行っていた．また，離島に所在する診療所の4事例では，「⑬看護師は心肺停止状態を確認した場合，医師に連絡し，医師が来るまで心肺蘇生を継続」があった．

以上のような医師と看護師との連携による【ターミナル及び看取りへの対応】について，文書化された取り決めが［あり］は5診療所，［なし］は2診療所であった．

表3　へき地診療所における医師と看護師との連携による活動を必要とする背景

＊表中のアルファベットは表1の事例に対応する

活動	各事例の連携による活動を必要とする背景	連携による活動を必要とする背景の分類
外来患者管理	・医師が常駐しておらず，また医師の診療日も月に数日であり，さらに保健医療福祉介護に関わる常勤従事者が診療所の看護師のみである(I,J,K,L)	①医師が常駐しておらず，診療所看護職以外に当該地域に保健医療福祉介護の常勤従事者がいないこと
	・人口が少なく，全患者を把握することが可能(F)	②全患者を把握することが可能な状況
	・医師が1年交替で，看護師の勤務年数が長い(A) ・医師はへき地医療拠点病院と兼務，複数の医師が日替わりで診療，初診と再診が別の医師になることあり(C) ・医師は2年交替であるため，患者・家族に深く関わっていくことが難しい(D) ・医師が1年交替で，把握している地域の情報が少ない(F) ・看護師の勤務年数が長く，地元の人間が多いため，着任したばかりの医師よりも患者を見ており，家族関係等も熟知している(H)	③医師と看護師の勤務年数の違いにより，地域や受診患者の状況把握に差があること
	・医師は2年交替であるが，服薬指導は長年勤務している看護師が継続的に熱心に取り組んできたこと(D)	④勤務経験の長い看護師の取り組みを継続する必要性
	・医師が着任して4年目で医師と看護師の関係ができて，慣れてきている(G)	⑤医師と看護師の信頼関係の程度
	・半数は高齢者で，生活状況や残りの人生を考慮した対応が求められる(D)	⑥高齢者の生活状況を考慮した活動が求められること
	・薬剤師がおらず，医師が薬剤の在庫管理と発注を行っていたが診療業務もあり負担が大きかった(C) ・看護師は，看護業務以外に，窓口業務，事務，調剤も兼務しており多忙(F) ・医師は2カ所の診療所で交替勤務，ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽや特養との協働活動も増え，負担が増している．看護師は事務決済，ﾚｾﾌﾟﾄ点検も担っている(G)	⑦医師や看護師が専門業務以外の多様な業務を担わなければならないこと
	・医師一人の対応では診療時間内に個々の患者の話を聞く時間を確保することが困難(B) ・待合室が狭く，患者の待ち時間を短縮する必要性があった(C)	⑧従事者や診療所の状況から患者が満足できる質の高い医療や快適な医療を提供できていないこと
	・住民は医師の判断を求めており，住民は医師の一言で安心したり，満足する(D) ・診療所は住民と近い位置にあり，24時間365日の対応が求められる(E) ・住民には医師に診察してほしいという思いがある(G)	⑨診療所医師や診療所に対する住民の期待があること
	・看護師に医師の役割を期待しなくなってきているという住民の意識の変化(I,J,K,L)	⑩診療所看護師の役割に対する住民の理解
	・船便の都合で島外病院に直ぐに受診できない(I,J,K,L)	⑪地理的状況と交通状況から診療所以外の医療機関受診が容易でないこと
緊急時の初期判断・初期対応	・医師が常駐しておらず，また医師の診療日も月に数日であり，さらに保健医療福祉介護に関わる常勤従事者が診療所の看護師のみである(I,J,K,L)	①医師が常駐しておらず，診療所看護師以外に当該地域に保健医療福祉介護の常勤従事者がいないこと
	・過剰診断によるヘリコプター搬送については看護師や村役場も理解している(I,J,K,L)	⑪地理的状況や当該地域の医療体制を鑑みた緊急時の対応に対する住民や役場の理解
	・常勤医師一人であるが医師との連絡がつかない場合がある(A)	⑫医師と連絡がつかない状況が生じること
	・住民は看護師の自宅の連絡先を知っている(D,G)	⑬看護師が当該地域の住民であること
	・介護支援専門員兼務の看護師がおり，要介護認定者から相談的に連絡が入る(D)	⑭看護師が兼務で診療所業務以外の当該自治体の業務を担っていること
	・住民が診療所の状況を知っていて医師不在でもある程度理解(H)	⑮診療所の医療体制に対する住民の理解
ターミナル及び看取りへの対応	・医師が常駐しておらず，また医師の診療日も月に数日であり，さらに保健医療福祉介護に関わる常勤従事者が診療所の看護師のみである(I,J,K,L)	①医師が常駐しておらず，診療所看護師以外に当該地域に保健医療福祉介護の常勤従事者がいないこと
	・高齢者が多く，看取りが多い(G)	⑯高齢化率が高いこと
	・村民については診療所の患者以外でも情報を得ているので，急死の場合も対応可能(G) ・診療所の地区内の住民で，診療所の患者以外の状況は地域ケア会議で情報共有(H)	⑰患者であるなしに関わらず当該地域の住民を把握していること

2．へき地診療所における医師と看護師との連携による活動を必要とする背景（表3）

以下の文中の丸数字は表3の連携による活動を必要とする背景の丸数字を示す.

医師と看護師との連携による活動内容の【外来患者管理】,【緊急時の初期判断・初期対応】,【ターミナル及び看取りへの対応】全てに共通した医師と看護師との連携による活動を必要とする背景には,「①医師が常駐しておらず，診療所看護職以外に当該地域に保健医療福祉介護の常勤従事者がいないこと」があった。

その他，医師と看護師との連携による【外来患者管理】を必要とする背景には，人口が少なく「②全患者を把握することが可能な状況」，へき地診療所の職員体制は,医師が派遣で数年で交替が５診療所，看護師の異動ありが１診療所あり，「③医師と看護師の勤務経験の違いにより，地域や受診患者の状況把握に差があること」,「④勤務経験の長い看護師の取り組みを継続する必要性」,「⑤医師と看護師の信頼関係の程度」，高齢化が進んでおり「⑥高齢者の生活状況を考慮した活動が求められること」があった。また，職員体制から「⑦医師や看護師が専門業務以外の多様な業務を担わなければならないこと」があり,「⑧従事者や診療所の状況から患者が満足できる質の高い医療や快適な医療を提供できていないこと」があった。「⑨診療所医師や診療所に対する住民の期待があること」や「⑩診療所看護師の役割に対する住民の理解」といった住民の診療所における医療体制への理解や「⑪地理的状況と交通状況から診療所以外の医療機関受診が容易でないこと」もあった。

医師と看護師との連携による【緊急時の初期判断・初期対応】を必要とする背景には，医師の配置状況から「⑫医師と連絡がつかない状況が生じること」,一方で「⑬看護師が当該地域の住民であること」や「⑭看護師が兼務で診療所業務以外の当該自治体の業務を担っていること」があった。また,「⑪地理的状況や当該地域の医療体制を鑑みた緊急時の対応に対する住民や役場の理解」や「⑮診療所の医療体制に対する住民の理解」があった。

医師と看護師との連携による【ターミナル及び看取りへの対応】を必要とする背景には，高齢化率が30％以上である地域に所在する診療所が12診療所のうち9診療所であったが「⑯高齢化率が高いこと」があり，また「⑰患者であるなしに関わらず当該地域の住民を把握していること」があった。

3．へき地診療所における医師と看護師との連携による活動の成果（表4）

以下の文中の丸数字は表4の連携による活動の成果の丸数字を示す.

医師と看護師との連携による【外来患者管理】の成果には,「①患者の負担や不安の軽減」,「②患者の医療に対する適切な態度・意識の獲得と健康管理の促進」,「③個別性の高い医療サービスの提供」,「④医療サービスの継続や質の維持」,「⑤住民への保健福祉や介護支援の確保」,「⑥効果・効率的な診療所管理」,「⑦医師本来の業務に専念できること」,「⑧看護師本来の業務を実施する時間の増加」があった.

医師と看護師との連携による【緊急時の初期判断・初期対応】の成果には,「⑨医療サービスの維持」,「⑩当該市町村の独居高齢者や高齢者世帯の支援体制の充実」,「⑦医師本来の業務に専念できること」,「⑪医師の負担軽減」があった.

医師と看護師との連携による【ターミナル及び看取りへの対応】の成果には,「⑫家族の負担や不安の軽減」,「⑬住民の希望に沿った看取りへの対応や当該地域で最期を迎えられること」,「⑭当該地域の望む医療やケアの方向性を診療所スタッフ間で共有し，役割を補い合える体制の確立」,「⑪医師の負担軽減」,「⑮看護師の負担軽減」があった.

以上のように，へき地診療所における医師と看護師との連携による活動の成果には,「①患者の負担や不安の軽減」,「②患者の医療に対する適切な態度・意識の獲得と健康管理の促進」,「⑫家族の負担や不安の軽減」といった『患者とその家族に対する成果』があった．また,「③個別性の高い医療サービスの提供」,「④医療サービスの継続や質の維持」,「⑤住民への保健福祉や介護支援の確保」,「⑩当該市町村の独居高齢者や高齢者世帯の支援体制の充実」,「⑬住民の希望に沿った看取りへの対応や当該地域で最期を迎えられること」といった『当該地域の医療サービスや保健福祉・介護支援体制に対する成果』と,「⑥効果・効率的な診療所管理」,「⑭当該地域の望む医療やケアの方向性を診療所スタッフ間で共有し，役割を補い合える体制の確立」,「⑦医師本来の業務に専念できること」,「⑧看護師本来の業務を実施する時間の増加」,「⑪医師の負担軽減」,「⑮看護師の負担軽減」といった『診療所体制やスタッフに対する成果』があった.

表4　へき地診療所における医師と看護師との連携による活動の成果

＊表中のアルファベットは表1の事例に対応する

活動	各事例の連携による活動の成果	連携による活動の成果の分類
外来患者管理	・看護師による薬剤業務実施により，薬剤業務に関わる時間が短縮され，患者の待ち時間の短縮につながった．特に冬季など来院患者が多い時期には，診療の円滑化につながった(C) ・電話相談やその結果としての往診は住民の安心や健康を守ることにつながっている(D)	①患者の負担や不安の軽減
	・看護師の服薬指導により，医師の処方に関係なく「あの薬がほしい」等という患者は減ってきている．「薬だけほしい」と言う患者を診療につなげると色々な主訴が表れ，患者の健康管理につながっている(D)	②患者の医療に対する適切な態度・意識の獲得と健康管理の促進
	・医師は，多忙で患者と十分，会話ができないことがあるが，看護師から患者個々人の情報提供や，看護師から報告や相談を受けながら役割分担・連携することにより，医師は個々人の状況に応じた治療や指導ができる (A,F) ・看護師は患者個々の服薬状況や普段の検査値，健康状態の情報を把握しており，その情報を医師に提供し，医師はその情報から診療方針を変更する(H)	③個別性の高い医療サービスの提供
	・医師が１年交替でも，看護師が患者・家族の情報を医師に提供したり，情報交換することで，医療サービスの内容が大きく変わることはなく，質が維持される(A,F) ・複数の医師による日替わり診療体制であるため，医師により処方薬が変更となることが起こりうるが，看護師が定期処方薬を事前準備することで患者にとっては医師が変わってもいつも飲んでいる薬を処方してもらえる(C) ・医師と看護師との役割分担・連携により，24 時間 365 日対応できる体制を整えていることは医療サービスの質の維持につながっている(E) ・医師と看護師しかいなかったら，医師の役割ではないからやらないは無く，看護師も公民館での健康教育等保健師の役割も担うなど職種間で相互の役割を担い合うことにより，限られた経費と人員で最大限の効果をだすことができる (H) ・医師の診療所不在時に，住民の医療ニーズが生じた場合には，看護師からの情報やアセスメントにより医師が医学的判断をできる．また，包括的指示の範囲内の看護師による検査・薬剤投与や調整，往診に代わる訪問等により，診療日間の患者のフォローが可能となる(I,J,K,L)	④医療サービスの継続や質の維持
	・看護師による服薬指導や療養指導等により，保健福祉や介護支援の提供につながっている(I,L)	⑤住民への保健福祉や介護支援の確保
	・診療所は在庫管理のため取り扱う薬剤の種類を限定している．複数の医師による日替わり診療体制の中で，看護師が薬の種類を把握し，医師に情報提供し，取り扱っている薬剤の範囲で処方することによって効果的な薬剤管理が可能となる(C) ・医師と看護師との役割分担・連携による 24 時間 365 日対応できる体制は，住民に安心を与え患者数の確保につながる(E)	⑥効果・効率的な診療所管理
	・患者の情報収集時間を節約，一人の患者にかける時間はそれまでと同じでも，医師の専門性に依拠する密度の濃い関わりが可能になった(B)	⑦医師本来の業務に念できること
	・看護師は血圧測定と医療面接により，患者の生活状況をよく把握できるようになり，看護活動へ反映させていけるようになった(B) ・医師との役割分担・連携方法を決めたことにより，看護師は，休日，時間外でも医師に電話連絡ができ，指示も得られるようになり，安心感があるとともに本来の業務に専念できる(G)	⑧看護師本来の業務を実施する時間の増加
緊急時の初期判断・初期対応	・予測される事態を想定した事前指示による看護師による緊急時の対応や，緊急時の医師の対応を予測した看護師による処置等の事前準備により，診療時の混乱を来すことなく，医師の業務に専念できる(A)	⑦医師本来の業務に専念できること
	・ここ５～６年の間に，看護師数が半数以下に，医師の配置も１人となった．医師は２カ所の診療所等を兼務しているが，医師が不在中の診療所における緊急時の対応について，医師と看護師との役割分担・連携方法を決めたことにより対応が継続できている(G) ・医師の診療所不在時に，住民の医療ニーズが生じた場合には，看護師からの情報やアセスメントにより医師が医学的判断をできる (I,J,K,L)	⑨医療サービスの維持
	・緊急時に看護師が対応した経験から，村として連絡先を確認しておく等独居高齢者や高齢者世帯の緊急時の対応を検討しておく必要性が確認され，地域ケア会議で検討することになった(D)	⑩当該市町村の独居高齢者や高齢者世帯の支援体制の充実
	・夜間休日に発生した患者の問題について，看護師が緊急性を判断して対応してくれることにより，医師の負担の軽減になっている(D,F) ・休日は看護師が１人で対応．医師は待機しており，指示を得られるので，安心である(H)	⑪医師の負担軽減
ターミナル及び看取りへの対応	・休日に，看護師が往診に代わる訪問をしてくれることにより，医師の負担の軽減になっている(F) ・看取りは多い．医師が毎日行くのは難しいため，医師が看取りの時期を予測し，往診と往診に代わる看護師による訪問の計画を立て，看護師に指示をだす(G)	⑪医師の負担軽減
	・往診に代わる看護師による訪問は，介護者への支援と家族に安心感を与えることを主目的としており，医師は訪問記録で確認，特に変化がなければ看護師に任せている(G)	⑫家族の負担や不安の軽減
	・経験の浅い医師が延命処置を決定しても，看護師が往診に代わる訪問により，家で最期を看取りたいという家族の希望を把握している場合には，そのことを医師に伝え，家族の希望に沿えるようにしている(H) ・住民が島に住み続けられ，島で最期を迎えられる(I,J,K,L)	⑬住民の希望に沿った看取りへの対応や当該地域で最期を迎えられること
	・看取りへの対応等，住民や地域がこうあって欲しいということを医師と看護師はもちろんのこと，診療所のスタッフ全員で共有することにより，自分の役割ではないこともでき，また，そのような姿勢をもてる(H)	⑭当該地域の望む医療やケアの方向性を診療所スタッフ間で共有し，役割を補い合える体制の確立
	・死後の処置は看護師一人では大変なので，医師が手伝いながら行う．ヘルパーや理学療法士が関わっていれば皆で一緒に行う(H)	⑮看護師の負担の軽減

4．へき地診療所における医師と看護師との連携による活動を可能とすること（表5）

以下の文中の丸数字は表5の連携による活動を可能とすることの丸数字を示す．

医師と看護師との連携による活動内容の【外来患者管理】，【緊急時の初期判断・初期対応】，【ターミナル及び看取りへの対応】全てに共通した医師と看護師との連携による活動を可能とすることには，「①医師と看護師がよくコミュニケーションを図り患者の状況を共有していること」があった。

その他，医師と看護師との連携による【外来患者管理】を可能とすることには，「②診療所外の保健福祉介護職と患者や住民の情報を共有していること」，「③医師，看護師いずれかは患者及び，住民性や文化等診療所が所在する地域をよく理解していること」，「④医師と看護師の相互の経験や役割認識を考慮して役割と責任範囲を決めていること」，「⑤業務の状況に応じて医師と看護師が柔軟に相互の業務を補完し合っていること」，「⑥連携による活動について医師と看護師が合意していること」，「⑦医師と看護師との連携による活動について当該地域住民の理解が得られていること」，「⑧看護師が患者の状況を的確にアセスメントできること」等があった．

医師と看護師との連携による【緊急時の初期判断・初期対応】を可能とすることには，「⑪医師不在時にも医師又は代替医師に必ず連絡が取れる体制となっていること」，「⑫緊急時の対応について文書化されていること」，「⑬看護師に緊急時の初期判断や初期対応に必要なスキルがあること」等があった．

医師と看護師との連携による【ターミナル及び看取りへの対応】を可能とすることには，「⑭看護師が診療所が所在する地域在住であること」，「⑮診療所内外の関係職種間で話し合い，相互の役割理解を深めたり，診療所が所在する地域の問題を共有してきたこと」，「⑯診療所の対応について事前に患者の合意を得ていること」等があった．

Ⅳ．考察

1．へき地診療所における医師と看護師との連携による活動の特徴

結果から，へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容には，【外来患者管理】，【緊急時の初期判断・初期対応】，【ターミナル及び看取りへの対応】があった．そして，これらの活動における医師と看護師との連携による活動を必要とする背景には，「医師が常駐しておらず，診療所看護職以外に当該地域に保健医療福祉介護の常勤従事者がいないこと（表3①）」が共通してあり，その他に連携による【緊急時の初期判断・初期対応】の背景には「医師と連絡がつかない状況が生じること（表3⑫）」があった．つまり，離島等医師が非常駐であったり，当該地域に医師が少数しかいなかったりするため，医師が不在である時が生じ，その間の医療サービスを保障するために医師と看護師との連携による活動が必要となっていた．また，全ての活動内容ではないが，背景には「医師や看護師が専門業務以外の多様な業務を担わなければならないこと（表3⑦）」や「看護師が兼務で診療所業務以外の当該自治体の業務を担っていること（表3⑭）」があり，「従事者や診療所の状況から患者が満足できる質の高い医療や快適な医療を提供できていないこと（表3⑧）」という認識があった．一方で，「高齢化率が高いこと（表3⑯）」，「高齢者の生活状況を考慮した活動が求められること（表3⑥）」，「地理的状況と交通状況から診療所以外の医療機関受診が容易でないこと（表3⑫）」，「診療所医師や診療所に対する住民の期待があること（表3⑨）」といった地域の状況や診療所に対する期待があり，「全患者を把握することが可能な状況（表3②）」，「患者であるなしに関わらず当該地域の住民を把握していること（表3⑰）」という診療所活動の強みを活かし，「診療所看護師の役割に対する住民の理解（表3⑩）」や「診療所の医療体制に対する住民の理解（表3⑮）」，「地理的状況や当該地域の医療体制を鑑みた緊急時の対応に対する住民や役場の理解（表3⑪）」に基づいて，医師と看護師との連携による活動が行われていた．このような連携による活動の成果には，『患者とその家族に対する成果』と，『当該地域の医療サービスや保健福祉・介護支援体制に対する成果』，『診療所体制やスタッフに対する成果』があった．

へき地診療所は，医師が非常駐の地域から，事務職を始めとして複数の職種が配置されている診療所まで様々であるが，全体として診療所スタッフ数は少なく，医師も看護師も専門業務以外の多様な業務を担わなければならない．このような状況において，医師と看護師との連携による活動により，医師と看護師双方の負担を軽減しつつ，各々が本来の業務に専念でき，専門性に依拠した役割をより発揮することにつながると考える．そして，限られた人員・職種であっても．患者や当該地域住民の求める医療サービスの質量を保障することや，医療サービスのみならず保健福祉・介護支援体制の充実への寄与が

表5　へき地診療所における医師と看護師との連携による活動を可能とすること

＊表中のアルファベットは表1の事例に対応する

活動	各事例の連携による活動を可能にした事柄と課題	連携による活動を可能とすること
外来患者管理	・〈課題〉定期通院患者の経過や予測されることを医師と看護師が共有しておくこと（A）・患者個々の状況を医師と看護師で話し合い，具体的な対応について統一見解をはかっていること(F)・医師から切り出して看護師と話し合うようにしていること(H)	①医師と看護師がよくコミュニケーションを図り患者の状況を共有していること
	・医師と看護師だけではなく，地域ケア会議等で保健福祉介護職と患者や住民の情報を共有しておくこと(D)	②診療所外の保健福祉介護職種と患者や住民の情報を共有していること
	・看護師の勤務年数が長く，患者の服薬状況や健康状態，家族関係等をよく把握しており，患者との信頼関係が確立していること(C,H)・医師，看護師いずれかが診療所が所在する地域の住民性や文化を理解していること(H)・看護師が地元出身で交代もなく，地域の情報をよく把握していること(G)	③医師，看護師いずれかは患者及び，住民性や文化等診療所が所在する地域をよく理解していること
	・看護師の勤務年数が長く，診療所業務を熟知していたこと(C)	④医師と看護師の相互の経験や役割認識を考慮して役割と責任範囲を決めていること
	・医師の経験に応じて，看護師が医師と患者との調整をしていること(H)	
	・医師と看護師の相互の経験と役割認識に応じて役割と責任範囲を決めていること(E,L)	
	・医師の専門性と看護師の経験に応じて役割を決めていること(F)	
	・医師と看護師のその時の業務状況に応じて相互の業務の一部を引き受けるようにしていること(F)	⑤業務の状況に応じて医師と看護師が柔軟に相互の業務を補完し合っていること
	・役割分担・連携による活動について，医師と看護師が合意していること(E)	⑥役割分担と連携による活動について医師と看護師が合意していること
	・〈課題〉医師と看護師との役割分担と連携による活動に対する当該地域住民のコンセンサスが得られていること(G)	⑦医師と看護師との連携による活動について当該地域住民の理解が得られていること
	・看護師が，定期通院患者等の異変を観察・アセスメントできること(E)	⑧看護師が患者の状況を的確にアセスメントできること
	・外来ｶﾝﾌｧﾚﾝｽや定期的なﾐｰﾃｨﾝｸﾞ等業務内容や業務調整について話し合いや検討の場をつくったこと(B)・診療所スタッフ全員で意見交換をする機会を設け，多職種の役割の理解とチーム意識の涵養に務めていること(H)	⑨診療所スタッフ間で話し合い，診療所業務を検討したり，相互の役割理解を促進する機会があること
	・診療所の補助業務についての大まかなｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝや医師が主体となって作成したﾌｨｼﾞｶﾙｱｾｽﾒﾝﾄ用のツールがあること(I,J,K,L)・〈課題〉患者支援に関わる専門領域へのコンサルテーション体制があること(I,J,K,L)	⑩看護師が役割を遂行するための支援ツールや支援機関があること
緊急時の初期判断・初期対応	・〈課題〉定期通院患者の経過や予測されることを医師と看護師が共有しておくこと（A）・患者個々の状況を医師と看護師で話し合い，具体的な対応について統一見解をはかっていること(F)	①医師と看護師がよくコミュニケーションを図り患者の状況を共有していること
	・医師と看護師だけではなく，地域ケア会議等で保健福祉介護職と患者や地域住民の情報を共有しておくこと(D)	②診療所外の保健福祉介護職種と患者や住民の情報を共有していること
	・医師と看護師の連絡体制を決め，休日，時間外でも医師に電話連絡をして指示が得られること(G,H)・へき地医療支援病院に巡回担当医がいない場合に対応する医師の順番が決められており，対応する医師が誰もいないということは絶対にないようにしていること(I,J,K,L)	⑪医師不在時にも医師又は代替医師に必ず連絡が取れる体制となっていること
	・救急体制とその連携について文書化されており，混乱しないようにしていること(G)・「救急発生フローチャート（ヘリコプター搬送までの連絡・要請体制）」，「急患・災害等の連絡体制及び対処」，「急患発生時の役割分担表」が文書化されていること(I,J,K,L)	⑫緊急時の体制について文書化されていること
	・〈課題〉緊急時の判断や初期対応ができるための看護師の知識や技術（A,H）・遠隔地にいる医師に電話等でも患者の状況が的確に伝わるようにﾌｨｼﾞｶﾙｱｾｽﾒﾝﾄのｽｷﾙｱｯﾌﾟを図っていること(I,J,K,L)	⑬看護師に緊急時の初期判断や初期対応に必要なスキルがあること
	・看護師が診療所が所在する地域に住んでいること(F)	⑭看護師が診療所が所在する地域在住であること
ターミナル及び看取りへの対応	・患者個々の状況を医師と看護師で話し合い，具体的な対応について統一見解をはかっていること(F)	①医師と看護師がよくコミュニケーションを図り患者の状況を共有していること
	・看護師が診療所が所在する地域に住んでいること(F)	⑭看護師が診療所が所在する地域在住であること
	・診療所内で事例検討や訪問看護等の勉強会を行ったり，診療所外の関係職種と診療所が所在する地域の問題について定期的に話し合ってきた経験があり，診療所内外との意思疎通を図ってきたこと(G)	⑮診療所内外の関係職種間で話し合い，相互の役割理解を深めたり，診療所が所在する地域の問題を共有してきたこと
	・死亡時の対応について，患者に事前に承諾書をとりコンセンサスを得ていること(I,J,K,L)	⑯診療所の対応について事前に患者の合意を得ていること
	・医師と看護師の役割分担は，第一に患者と家族の状況によって，第二に医師と看護師の信頼関係やコミュニーケーションの程度，医師の経験によって，その都度決めるようにしていること(H)	⑰患者・家族の状況，医師の経験，医師とと看護師の信頼関係の程度を考慮してその都度，役割を決めていること
	・医師と看護師，診療所スタッフ間で，支援や福祉との連携等の話し合った方法について文書化されていること(G)・「急患発生時の役割分担表」が文書化されていること(I,J,K,L)	⑱診療所内の役割分担や支援方法について文書化されていること

可能となる.

【外来患者管理】と【緊急時の初期判断・初期対応】,【ターミナル及び看取りへの対応】の全てに共通する医師と看護師との連携による活動を可能とすることには,「医師と看護師がよくコミュニケーションを図り患者の状況を共有していること（表5①）」があった。また，全ての活動内容ではないが，連携による活動を可能とすることには「診療所外の保健福祉介護職と患者や住民の情報を共有していること（表5②）」や「診療所内外の関係職種間で話し合い，相互の役割理解を深めたり，診療所が所在する地域の問題を共有してきたこと（表5⑮）」等があった．平等で，相互の専門性に対する尊敬の念とその価値への承認がある環境において，効果的な専門職同士の関係が生まれ，このような環境が欠如している場合には，実践の質が低下し，事故等のリスクが増すといわれている[6]．これらのことから，医師と看護師との連携による活動を促進する条件としては，医師と看護師，診療所内スタッフ間，診療所内外の関係職種間のコミュニケーションが円滑であり，またコミュニケーションを図る機会や場があることが必要であると考えられる．

また,「連携による活動について医師と看護師が合意していること（表5⑥）」や「医師と看護師との連携による活動について当該地域住民の理解が得られていること」,「診療所の対応について事前に患者の合意を得ていること（表5⑦）」があり，医師と看護師が合意していることはもちろんのこと，その他の診療所スタッフや患者及び当該地域住民の理解を得ていくことが連携を促進する条件として重要であると考えられる．

さらには,連携による活動を必要とする背景に「医師と看護師の勤務経験の違いにより，地域や受診患者の状況把握に差があること（表3③）」があり，連携による活動を可能とすることには「医師，看護師いずれかは患者及び，住民性や文化等診療所が所在する地域をよく理解していること（表5③）」や「医師と看護師の相互の経験や役割認識を考慮して役割と責任範囲を決めていること（表5④）」,「業務の状況に応じて医師と看護師が柔軟に相互の業務を補完し合っていること（表5⑤）」等があり，医師と看護師の相互の経験や役割認識を考慮して役割と責任範囲を決めたり，業務の状況や患者・家族の状況に応じて柔軟に相互の役割を補完し合ったりするという連携の考え方があった．つまり，へき地診療所における医師と看護師との連携の特徴には，医師，看護師それぞれの経験の組み合わせに応じた役割分担がなされていることと，医師と看護師の役割の境界を明確にせずに，むしろ重なり合わせて，その時，その場の状況に合わせて，役割分担をする．ということがあった．豪州のへき地における医師と看護師との協働関係を明らかにした研究[6]では，看護師が当該地域に在住しており，勤務経験が長いという傾向は同様であったが,医師の交代も少なく,スタッフのことやお互いの家族のことまで同様に知っており，協働が促進されやすい，とされ，本研究結果とは異なっていた．日本の現状においては，経験の長い医師及び看護師のもつ地域の情報や患者の情報は，双方の業務に不可欠であることを認識し，一方がもつそのような情報を重視して共有し．業務の状況や患者・家族の状況に応じて，医師，看護師が相互の役割認識と遂行能力を推し量って，時に柔軟に相互の役割と責任範囲を決めていけることが，へき地診療所における医師と看護師との連携による活動を促進すると考えられる．

2．へき地診療所における医師と看護師との連携による活動の課題

へき地診療所における医師と看護師との連携による活動の課題として，以下の3点が考えられた．

1）緊急時の初期判断・初期対応のためのプロトコルを整備する必要性

医師と看護師との連携による【緊急時の初期判断・初期対応】について，文書化された取り決めが［あり］の診療所と［なし］の診療所は約半々であった．医師が常駐していない離島の診療所では文書化された取り決めがあり，また，連携による活動を可能とすることにも，「医師不在時にも医師又は代替医師に必ず連絡が取れる体制となっていること（表5⑪）」,「緊急時の対応について文書化されていること（表5⑫）」があった．一方，文書化された取り決めがない診療所の理由としては，スタッフが少なく，医師と看護師とのコミュニケーションがとりやすく，また信頼関係も確立してくると，暗黙の了解や「あうん」の呼吸で実施できる場合が多い，ということが挙げられる．そのような医師と看護師とのコミュニケーションや信頼関係は重要であり，またそれなくしては医師と看護師との連携による活動は困難となる．しかし，全てではないが医師は1～2年で交代となる派遣が多いことや，看護師も当該地域在住で10～20年勤務している看護師もいれば，経験の少ない看護師や異動がある場合もある．人が

変わっても同様の体制や的確な対応を維持するためには，緊急時に備えて医師と看護師との連絡方法や関係機関との連携方法を決め，そのマニュアルやプロトコルを整備しておくことが必要である．へき地においてもスタッフの教育や資質向上のために，エビデンスに基づく臨床プロトコルの整備の必要性と，スタッフの教育に責任をもつ管理的立場にある看護職への支援の必要性がいわれている[14]．このことはへき地診療所看護師の現任教育体制とも関連があり，次の項で述べる．

2）フィジカルアセスメント等の診療所看護師に求められるスキルの向上と現任教育体制づくり

医師と看護師との連携による活動を可能とすることには，「看護師が患者の状況を的確にアセスメントできること（表5⑧）」や「看護師に緊急時の初期判断や初期対応に必要なスキルがあること（表5⑬）」，「看護師が役割を遂行するための支援ツールや支援機関があること（表5⑩）」があった．へき地では，医師が当該地域の住民ではないので医師と看護師との専門職としての関係は都市部と異なり，より単独の実践が求められ，責任と挑戦が伴うとともに，付加的なスキルが必要となるといわれている[6]．本研究結果においても，医師が不在である時が生じるために，包括的指示の範囲内で看護師が対応可能か，あるいは医師の判断が必要か，又は診療所で対応可能か，あるいは二次医療機関等での対応が必要か，等の看護師が自立して判断したり，対応したりすることが必要とされていた．また，その場にいない医師に電話等で患者のアセスメント内容を的確に伝えることも求められていた．よって，看護師はフィジカルアセスメント等のスキルを向上させることが必要であり，医療処置・直接的看護ケアの提供に必要な技術向上に向けた学習ニーズや，救急時の医療対応に向けた学習ニーズがあることも報告されている[15]．

しかし，研究対象の看護師の中には，医師の診療を見て学ぶ努力をしている者もいたが，看護師の自己研鑽のための予算確保状況は診療所によって様々であり，また看護師が少数配置であることや離島・山村などの地理的条件から，当該地域を出て研修に参加しにくかったりする状況もある．実際に，筆者らの調査結果[16,17]においても，へき地診療所看護活動における問題や課題として，研修・研鑽の機会やサポート・連携の少なさが明らかになっており，へき地診療所看護師の現任教育体制は整っているとはいえない．

よって，へき地診療所看護師が専門性を維持・向上するための支援や看護実践上の問題・課題を解決し，より良い看護活動を展開するための支援が必要である[18]．対応策としては，第一に，ITを活用した支援が考えられる．しかし，ITを活用した遠隔地における健康問題をもつ人々への介入についてはその成果が確認されているが[19]，へき地で働く看護職の仕事に関わる情報源は同僚や身近な関係職種が最も多く，インターネットなどはあまり利用されていない，ということも報告されている[20]．この理由の1つにはIT環境が整っていないということが考えられるが，へき地診療所看護師への支援においては，支援者がへき地という当該地域の状況やその状況下での看護活動をよく理解し，看護師が抱える問題や課題を共有できることや，一方通行的な知識や情報の提供だけではなく，診療所の看護活動について話し合ったり，その成果や課題を確認し合ったりするような相互的なコミュニケーションによる支援を基盤にすることが重要であると考える．第二に，前述した状況から，へき地診療所看護職に対する集合研修はあまり適切ではなく，診療所に出向いて支援ができるような仕組みが必要であると考える．

このようなへき地診療所看護師の現任教育・支援体制を，各都道府県の地域医療や看護職人材育成等の担当部署やへき地医療支援機構を中心に，各都道府県看護協会やへき地医療拠点病院，各都道府県立の看護系大学等との連携も図りながら，整備されていくことが望まれる．また，実際の教育・支援に当たる者として専門看護師や認定看護師，へき地看護経験者等の人材が考えられ，これらの人材を活かすための支援者登録制度等の仕組みづくりも必要であると考える．

3）医師との連携による看護師の活動に対する評価

へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容の【外来患者管理】と【ターミナル及び看取りへの対応】には，「往診に代わる看護師による訪問（表2⑥⑩）」があり，これは診療報酬も介護報酬も得ていなかった．このようなへき地診療所看護師の活動が評価されていく必要があると考える．1で述べたように，へき地診療所においては医師も看護師も専門業務以外の多様な業務を担わなければならない．へき地で働く看護職は，医療全般の専門職としての役割を託され，不足する専門職の実践領域もカバーしなければならないジェネラリストである[21,22]．日本におけるへき地診療所の看護活動も，非常に多様な看護活動がなされている[23]．この

ようなへき地診療所看護職の活動が評価されないことは，少なからず，へき地で働く看護職の確保に影響する可能性があると考えられる．医師と看護師との連携による活動を必要とする背景には「診療所医師や診療所に対する住民の期待があること（表3⑨）」や「診療所看護師の役割に対する住民の理解（表3⑩）があったが，看護師は診療所が所在する地域に共に住む住民の一人として，ボランティア的精神に基づき活動している面もあり，また，そのような対応を住民から求められているという面もある．診療所看護職の後継者の問題も予測される中で，国や都道府県による支援などにより，医師との連携による看護師の活動が評価されるための何らかの方策を検討し，へき地診療所看護職の看護活動におけるモチベーションを上げ，また，新たに養成されていく看護師や潜在している看護師のへき地への就業を動機付ける必要があると考えられる．

Ⅴ．おわりに

本研究により，へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容と医師と看護師との連携による活動を必要とする背景，連携による活動の成果，連携による活動を可能とすることを明らかにし，へき地診療所における医師と看護師との連携による活動の特徴と課題を検討した．へき地診療所といっても様々であり，今後は，地域特性や職員体制，診療機能・診療体制別のへき地診療所における医師と看護師との連携による活動の特徴や課題を明らかにすることが必要である．また，課題として挙げた緊急時の初期判断・初期対応のためのプロトコルの整備，診療所看護師に求められるスキルの向上と現任教育体制づくり，医師との連携による看護師の活動に対する評価に寄与する研究に取り組んでいく必要があると考えられる．

（本研究は平成20年度厚生労働科学研究（No. H20-特別-指定-008）の一部である）

文献

1) 厚生労働省医政局長：医師及び医療関係職種と事務職員等との間等での役割分担の推進について，医政発第1228001号，平成19（2007）年12月28日．
2) 厚生労働省：チーム医療の推進について，チーム医療の推進に関する検討会報告書，平成22（2010）年３月19日．
3) 春山早苗，鈴木久美子，塚本友栄ほか：へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査－へき地診療所全国調査報告－，10，2009．
4) Young-Hee E. K.：Interpersonal relations between the nurses and the doctors and their professional performance and quality of patient care, Philippine Journal of Nursing, 59(3):26-34, 1989.
5) McClellan W. M., Craxton L. C.：Improved follow-up care of hypertensive patients by a nurse practitioner in a rural clinic, The Journal of Rural Health, 1(2):34-41, 1985.
6) Blue I., Fitzgerald M.：Interpersonal relations：case studies of working relationships between Registered Nurses and general practitioners in rural Australia, Journal of Clinical Nursing, 11:314-321, 2002.
7) Vlastos M. I., Mpatistakis G. A., Gkouskou K. K.：Health needs in rural areas and the efficacy and cost-effectiveness of doctors and nurses, The Australian Journal of Rural Health, 13:359-363, 2005.
8) Harvey S., Peterkin G., Wootton R.：Eleven years of experience with low-bandwidth telemedicine in a nurse-led rural clinic in Scotland, Journal of Telemedicine and Telecare,16(8):417-421, 2010.
9) 篠澤倪子，春山早苗，岸恵美子ほか：へき地診療所における看護活動の特性と課題～へき地診療所全国調査報告～，17-36，2004．
10) 前掲書3），36-62．
11) 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．
12) 自治医科大学地域医療白書編集委員会編：地域医療白書　へき地医療の現状と課題，94-105，114-127，2002．
13) 自治医科大学地域医療白書編集委員会編：地域医療白書　第2号　これからの地域医療の流れ，25-67，2007．
14) Greiner S. D., Glick F. D., Kulbok A. P., et al：Rural Health Nursing Research Review：Global Perspectives, Merwin E. ed., ANNUAL REVIEW OF NURSING

RESEARCH 26 Focus on Rural Health, SPRINGER PUBLISHING COMPANY (New York), 279-280, 2008.
15) 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ド，日本ルーラルナーシング学会誌，第5巻，1-15，2010.
16) 田中幸子，鈴木久美子，岸恵美子ほか：へき地診療所における看護活動の特性と課題（その2），日本地域看護学会第7回学術集会講演集，191，2004.
17) 前掲書3)，44-47.
18) 厚生労働省：09/12/24第4回　へき地保健医療対策検討会議事録，2009，http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/txt/s1224-22.txt(最終アクセス:2010年12月24日)
19) Cox K.，Mahone I.，Merwin E.：Improving the Quality of Rural Nursing Care: Global Perspectives, Merwin E. ed.，ANNUAL REVIEW OF NURSING RESEARCH 26 Focus on Rural Health, SPRINGER PUBLISHING COMPANY(New York), 187-190, 2008.
20) 前掲書14)，282-284.
21) Francis, K.：Rural Nursing Practice in Australia，日本ルーラルナーシング学会誌，第1巻，46-52，2006.
22) Crooks, K.：Rural Nursing is More Than Just Learning Tasks：A Canadian Perspective，日本ルーラルナーシング学会誌，第1巻，8-17，2006.
23) 前掲書3)，36-40.

研究報告

へき地診療所における子どもへの看護に関する研究

Research on child health nursing in rural clinics

佐々木　祥子
Shoko Sasaki

キーワード：へき地診療所（rural clinics），子どもの看護（child health nursing），
実施頻度（execution frequency），必要性の認識（recognition of necessity）

要旨

へき地診療所において看護職者が子どもに行っている看護を明らかにし，へき地診療所の看護職者を支援する方法を検討するために，全国のへき地診療所918施設に勤務する看護職者918名を対象とした自記式質問紙調査を行った．

回答した看護職者の特徴は，へき地診療所において子どもに関わる機会が少なく，子どもの看護の経験も少なかった．子どもへの看護の実施頻度が高かった項目は，【子どもの安心や不安の軽減のための援助をする】【子どもの安全に配慮をする】【子どものプライバシーの保護をする】【親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする】の4項目であった．一方，実施頻度が低かった項目は【医療・福祉・教育との連携をはかる】であった．

看護の実施頻度に影響する要因は，看護の必要性の認識，看護の職種，相談者の有無の3つであった．これらの結果から，看護の実施頻度を高めるためには，看護の必要性の認識を高めること，看護の職種の特徴に応じた支援をすること，看護職者が相談できる体制をつくることの必要性が示唆された．

Ⅰ．はじめに

わが国では，第9次へき地保健医療計画において，へき地医療支援機構の設置，へき地医療拠点病院の設置等が行われ，医師をはじめとした医療従事者の確保の問題が重要視されている．へき地のように保健医療福祉資源の乏しい地域においては，地域住民の多くが一次医療機関として診療所を受診することが考えられるため，住民の健康管理において診療所の果たす役割は大きく[1]，へき地の看護職は，地域の最先端の保健・医療・介護・福祉・学校保健・産業保健に対応できる看護の“generalist”としての能力が求められる[2]．しかし，へき地診療所の看護職は，へき地の地理的特徴から看護に必要な知識・技術を向上させる研修の機会を得ることが困難であり，自己学習方法や情報・知識の入手手段の選択肢が限られている[3]．へき地診療所における看護活動に必要な支援については，(1) 自己研鑽の機会の確保とそれに関わる問題への対応，(2) 仕事上の悩みや困難事例の相談者や助言者，特に地域に特有の状況を理解できる存在，(3) 看護職支援を目的とした会議や情報交換の場の設定，(4) 交代する看護職の人材の確保や育成，の4項目が明らかになっている[1]．このように，へき地診療所の看護師の活動内容や役割についての研究がなされ，看護職者への支援方法の検討が今後の課題となっているが，へき地診療所おける子どもへの看護の実際に関する報告はない．

へき地診療所において，小児科を専門領域とする医師は4%，専門研修を受けた，または日本小児科学会認定医である医師は5.1%であり，へき地診療所では，多くの小児を専門としない医師により子どもの診療が行われている[4]．また，へき地診療所に勤務する看護師を対象にした面接調査[1]では，小

受付日：2010年12月24日　　採択日：2011年3月14日
東京北社会保険病院　Tokyo-Kita Social Insurance Hospital

児科に関する知識不足と勉強の必要性を感じるとの回答があり，小児看護に関する知識獲得の必要性が示唆されている．

子どもの看護の特徴は，成人と比べて対象との関わりの中での困難なことや工夫を要することが多い[5]ことである．へき地診療所においては，日常的に子どもに関わることが少ない医師や看護職者が子どもへのケアに携わることが多く，知識や経験，子ども用の医療機器，看護用品の不足などにより，子どもへの看護に困難をきたしていることが考えられる．

以上のことにより，へき地診療所における子どもの看護の現状を明らかにし，子どもの看護に携わる看護職者への支援の方法を検討することは，へき地の特徴をふまえた子どもへのよりよい看護実践に有用だと考えられる．

Ⅱ．研究目的

へき地診療所における子どもへの看護の実際と看護の実施に関連する要因を明らかにし，子どもに対する看護を実践するへき地診療所の看護職者を支援する方法を検討する．

Ⅲ．研究方法

1．対象者

第10次へき地保健医療計画で定められた全国のへき地診療所のうち，巡回・出張診療所，歯科診療所を除いた918施設に勤務する看護職者918名（各診療所において，子どもに関わる機会がもっとも多い看護職者1名）を対象とした．

2．調査方法

1）調査項目

研究の目的を明らかにするために，へき地診療所に勤務する看護職者が子どもに対する看護をどの程度行っているか（実施頻度），子どもへの看護がどの程度必要だと考えているか（必要性の認識）について尋ねた．

「子どもへの看護の実施頻度」および「子どもへの看護の必要性の認識」の設問では，1999年に日本看護協会が子どもに必要とされる看護に焦点を当てて作成した「小児看護領域の看護業務基準」をもとに，先行研究により明らかにされている小児科外来，およびへき地診療所で行われている看護内容の項目を検討し，へき地診療所での実施可能な子どもへの看護【子どもの状態を把握する】【子どもの安心や不安の軽減のための援助をする】【子どもの安全に配慮をする】【子どものプライバシーの保護をする】【子どもの医療への参加を支える】【親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする】【親（養育者）と医師との調整をする】【親（養育者）が子どもへ援助するために知識・技術が習得できるよう支援をする】【医療・福祉・教育機関との連携をはかる】の9項目とした．へき地診療所における子どもへの看護の実際および看護の実施に関連する要因を明らかにするため，「子どもの看護における看護職者の状況」「回答者の属性」「回答者が勤務するへき地診療所の属性」について尋ねた．「子どもへの看護の実施頻度」については，へき地診療所において実施可能な子どもへの看護9項目のいずれも「必ず実施している」「ときどき実施している」「あまり実施しない」「全く実施しない」の4件法で回答を求めた．また，「子どもへの看護の必要性の認識」については，子どもへの看護9項目で「とても必要である」「まあまあ必要である」「あまり必要ではない」「全く必要ではない」の4件法で回答を求めた．「子どもの看護における看護職者の状況」については，子どもへの看護を行う上での工夫や配慮，困難，相談者，受講機会，学習の必要性の5項目について，有無を尋ね，各項目における具体的な内容について選択肢や自由記載で回答を求めた．「回答者の属性」については，年齢，取得している資格，現在の職種，看護基礎教育課程，看護の実務経験年数，現在の職場での勤務年数，へき地での通算勤務年数，居住地，派遣の有無，小児病棟および小児外来での勤務経験の有無と勤務年数の10項目について尋ねた．「回答者が勤務するへき地診療所の属性」については，所在地，地域の特徴，病床数，看護職員数，医師数，小児を専門とする医師の有無，平均受診患者数，子どもの平均受診数，子どもの最多受診数，子どもの最少受診数，もっとも多く受診する子どもの年齢，もっとも多く受診する子どもの症状，診療所の子どもに関わる業務内容，転院時の搬送時間の14項目について尋ねた．

2）データ収集方法

自記式質問紙を用いて行った．調査用紙は，郵送にて配布した．回収は，調査用紙と共に同封した切手を貼付した返信用封筒を使用し，無記名，個別郵送にて回答者が調査用紙の返送をした．

調査用紙の回収期限3日前の時点で回収率が16.2%であったため，回収率を高めるために，督促状兼礼状を作成し，回収期限日に郵送した．

3）データ収集期間

2008年7月下旬～11月上旬であった.

3．データ分析方法

回答者および回答者が勤務するへき地診療所についての基本的な属性は，記述統計および$\chi 2$検定を行い，へき地診療所における子どもへの看護の実施に関しては，記述統計と統計的検定を行って分析した．看護の実施頻度と関係する要因との検定はMann-Whitneyの検定，あるいはGoodman-Kruskalの連関係数を求めた．実施頻度と必要性の認識との関連性の検定は，Goodman-Kruskalの連関係数を求めた．統計的な分析にはSPSS for windows 15.0Jを用い，検定における有意水準は5%とした．自由記載については，内容の類似性にそって分類した.

4．倫理的配慮

調査への協力は対象者の自由意思であること，調査への協力は拒否できること，答えたくない質問は回答を拒否できること，調査用紙への回答は無記名とし，施設および個人が特定されないことを調査説明書に明記し，調査用紙の返送をもって研究への同意が得られたとみなした.

本研究は，自治医科大学大学院看護学研究科における看護学研究倫理審査会の審査を受け，承認を受けた（平成20年6月13日承認）.

Ⅳ．研究結果

1．対象の概要

調査用紙は，配布した918施設のへき地診療所のうち，診療所の閉鎖などの理由で，郵便の不着による返還，および，電話や葉書等の文書による連絡が37施設よりあり，最終配布数は881となった．返送されてきた調査用紙は316通で，回収率は35.9%であった．そのうち，子どもの受診なし24通，回答者が看護職者でない者および回答が不完全であるもの16通，合わせて40通は分析対象外とした．有効回答数は276通（有効回答率87.3%）であった.

本調査の対象となった閉鎖されたへき地診療所を除く881施設のうち，子どもの受診がない診療所（24施設）はへき地診療所全体の2.7%を占めた.

25歳以下の回答者はなく，41歳以上が全体の77.8%を占めた．職種別の年齢構成は，看護師では41～45歳が41名（23.3%）でもっとも多く，36歳から55歳までで看護師全体の76.7%を占めた．准看護師は56～60歳が26名（26.5%）でもっとも多く，41歳から60歳までで准看護師全体の88.7%を占めた．取得している資格（複数回答）は，「看護師」177名（64.4%），「准看護師」119名（43.3%），「保健師」5名（1.8%），「助産師」4名（1.5%），「介護支援専門員」57名（20.7%）であった．現在のへき地診療所で雇用されている資格は，「看護師」176名（63.7%），「准看護師」98名（35.5%），「助産師」1名（0.4%）であった．看護の基礎教育課程は，専門学校2年課程が134名（49.6%）ともっとも多く，次いで専門学校3年課程が116名（43.0%）であった．看護職の平均経験年数は，23.2±9.0年（範囲3.5～48年）であった．職種別の看護職の経験年数は，看護師では11～20年の割合がもっとも高く，准看護師では21～30年の割合がもっとも高かった．現在のへき地診療所での平均経験年数は，13.7±10.2年（範囲4か月～44.5年）で，職種別の現在のへき地診療所の経験年数は，看護師では0～5年の割合がもっとも高く，准看護師では11～20年の割合がもっとも高かった．へき地診療所での平均通算経験年数は，14.1±10.2年（範囲4か月～44.5年）であった．職種別のへき地診療所での通算勤務年数は，看護師では0～5年の割合がもっとも高く，准看護師では11～20年，21～30年の割合が高かった．診療所と「同一の市町村内に居住している」者は232名（84.1%），診療所の所在する「近隣市町村に居住する」者は37名（13.4%）であった．現在の診療所へ，「派遣である」と回答した者は18名（6.5%），「派遣ではない」と回答した者は253名（91.7%）であった．職種や居住地と派遣の有無には有意差は認められなかった.

小児看護の経験は，216名（78.3%）が「ない」と回答した．小児看護経験が「ある」と回答した58名（21.0%）のうち，小児病棟での経験ありと回答した者は47名で，小児病棟の平均経験年数は3.3±3.3年（範囲3か月～22年）であった．小児外来での経験ありと回答した者は24名で，小児外来での平均経験年数は3.1±5.0年（範囲1か月～22年）であった．職種，派遣の有無別に小児看護経験の有無には有意差は認められなかった.

2．回答者が勤務するへき地診療所の属性

回答者が所属する診療所のある地区は，「九州」46名（16.7%），「東北」40名（14.5%），「中国」35名（12.7%）の順に多かった．診療所が所在する地域（複数回答）は，「山間部」が150名（54.7%），

「過疎地」が141名（51.5%）であった．病床数は「有床」37名（13.6%），「無床」235名（86.4%）であった．常勤看護職員がいると回答した者は257名（98.8%），いないと回答した者は3名（1.2%），非常勤看護職員がいると回答した者は111名（77.1%），いないと回答した者は33名（22.9%）であった．派遣看護職員がいると回答した者は13名（5.8%），いないと回答した者は211名（94.2%）であった．

診療所に勤務する医師数は，常勤医師がいると回答した者は242名（99.6%），いないと回答した者は1名（0.4%）であった．非常勤医師がいると回答した者は62名（52.5%），いないと回答した者は56名（47.5%）であった．派遣医師がいると回答した者は40名（18.3%），いないと回答した者は178名（81.7%）であった．診療所に勤務する医師のうち小児を専門としている医師がいると回答した者は26名（9.5%）で，いないと回答した者は249名（90.5%）であった．

診療所の1日あたりの平均受診者数は，10人以上20人未満が60名（21.7%）でもっとも多く，全体の80.7%が50人未満の受診者数であった．1日あたりの子どもの平均受診者数は5人以下が全体の87.7%，1日あたりの子どもの最多受診者数は10人以下が90.6%を占めた．1日あたりの子どもの最少受診者数は0人がもっとも多く244名（88.4%）であった．もっとも多く診療所を受診する子どもの年齢は「4～6歳」と回答した者が107名（38.8%）でもっとも多かった．また，半数以上が1～6歳までの子どもの受診が多いと回答していた．「該当しない」と回答した者は，〈年齢による差がない〉〈5歳～7歳が多いなど，3歳刻みの区分にあてはまらない〉などの理由であった．診療所を受診する子どもの症状（複数回答）は，「発熱」が258名（95.9%）でもっとも多く，次いで「咳」が160名（59.5%），「鼻汁・鼻づまり」が123名（45.7%）であった．「その他」の回答は，〈喘息〉3名，〈ひきつけ〉1名，〈アレルギー性鼻炎・花粉症〉1名，〈心療内科〉1名であった．子どもに関わる診療所の業務内容（複数回答）は，一般診療264名（97.1%），予防接種240名（88.2%）であり，休診日・診療時間外の急患診療は111名（40.8%）であった．「その他」で回答のあったものは，〈学校健診〉2名，〈日曜当番医〉1名であった．緊急時に子どもの受け入れが可能な病院まで搬送に要する平均時間は，49.6 ± 59.2分であった．「30分以上1時間未満」が132名（47.8%）でもっとも多く，1時間未満が全体の70.6%を占めた．

3．へき地診療所の子どもへの看護における看護職者の状況

1）子どもの看護における困難

子どもの看護を行う上で困難に感じることが「ある」と回答した者は107名（48.0%），「ない」と回答した者は116名（52.0%）であった．困難が「ある」と回答した者97名より，のべ127件の回答を得た（表1）．困難に感じている内容では，「子どもへの専門的な医療・ケアの提供」に関する内容が67件でもっとも多く，〈小児を専門とする医師がいないこと〉〈子ども用の設備，備品の不足〉が各27件であった．

2）子どもの看護における工夫・配慮

子どもの看護を行う上で工夫や配慮が「ある」と回答した者は104名（47.9%），「ない」と回答した者は113名（52.1%）であった．工夫・配慮が「ある」と回答した者に必要だと思う内容について質問したところ97名より，のべ112件の回答を得た（表2）．工夫や配慮をしている内容では，〈子どもの不安軽減をはかる〉がもっとも多く45件，次いで〈状態を把握し，適切に受診できるように援助する〉が16件，〈親の不安軽減をはかる〉が11件であった．

3）子どもの看護に関する相談者

子どもの看護に関して相談できる人が「いる」と回答した者は184名（73.9%），「いない」と回答した者は65名（26.1%）であった．相談できる人が「いる」と回答した者に，誰に相談しているかについて，複数回答形式で回答を求めた（表3）．相談する相手は「診療所内の医師」が157名（85.8%）でもっとも多く，次いで「診療所内の看護職」97名（53.0%）であった．半数以上の看護職者は，診療所内の医師や看護職者が相談者であった．

4）子どもの看護に関する研修会などの受講の機会

子どもの看護に関する研修会や講習会などの受講の機会が「ある」と回答した者は16名（6.0%），「ない」と回答した者は248名（94.0%）で，「ない」と回答した者の割合が高かった．受講の機会が「ある」と回答した者に受講した回数と内容（自由記載）について回答を求めた．平均受講回数は1.8回（範囲1～5回）であった．受講した内容は，〈小児救急〉4名，〈予防接種〉3名，〈生活習慣病〉2名，〈睡眠〉2名，〈喘息〉2名，〈安全〉〈親への支援〉〈育児支援〉〈発達〉〈食生活〉〈感染症〉各1名であった．

受講の機会が「ない」と回答した者に受講しなかった理由について複数回答方式で回答を求めた（表4）．「勤務のため受講できなかった」106名（45.5%），「開催場所が遠方だった」100名（42.9%），「時間的余

表1　困難に感じている内容

（複数回答）n=97

大項目	中項目	内容	件数
子どもへの専門的な医療・ケアの提供 67	小児を専門とする医師がいない 27	・小児の専門医がいないこと	6
		・小児の専門医でないため、対応できない状態の患者があること	5
		・小児の専門医ではないことに親が不安をもつこと	5
		・医師が子どもの患者を診たがらないこと	4
		・小児の専門医でないために、新生児や乳児に対応ができないこと	2
		・小児の専門医ではないため、点滴などの処置が困難であること	1
		・小児の専門医でないため、説明に不足があること	1
		・小児の専門医でないため、判断に不安があること	1
		・医師の経験が少ないことに不安があること	1
		・予防接種ができないこと	1
	子どもに適した設備・備品の不足 27	・医療機器や看護用物品が不十分であること	12
		・小児用の薬剤の種類が少なく、対応が困難な場合があること	9
		・検査に対応できないこと	6
	状況判断・急変時の対応	・他院を勧めるべきかの判断に迷うこと	3
		・夜間、休日など医師が不在時の対応が不安	3
		・電話による状態の判断	2
		・急変時の患者の対応	1
		・スタッフが少ないため、早期発見が遅れるおそれがあること	1
		・かかりつけでない子どもの状態把握	1
	継続的な支援 2	・継続的なフォローができないこと	2
子どもへの対応 25	処置時の対応 16	・採血や点滴などの手技	7
		・小児看護の経験が不足していること	6
		・子どもの薬剤の取扱い	1
		・スタッフが少ないため、処置時に子どもの固定が行ないにくいこと	1
		・予防接種に関する知識が不足していること	1
	子どもへのかかわり方 9	・嫌がる子どもの対応	7
		・子どものかかわり方	1
		・わがままな子どもの対応	1
親（養育者）への対応 16	親への指導・教育 14	・親や家族の知識や理解が不足していること	4
		・受診の必要のない子どもを連れてくること	2
		・保護者の教育	2
		・成長発達についての知識が不足しており、親への指導ができないこと	2
		・親や家族の間でしつけの方針に違いがあること	2
		・家族へのサポート体制が不十分であること	1
		・離島ゆえに親の不安が強いこと	1
	親へのかかわり方 2	・暴言をはく親の対応	1
		・顔見知りであるため、気遣いがあること	1
近隣に医療機関がない 13	近隣に医療機関がない 13	・転送先まで時間がかかり、子どもや家族に負担がかかること	11
		・転送先が限られていること	1
		・24時間対応していること	1
自己研鑽ができない 3	自己研鑽ができない 3	・新しい知識が入らないこと	2
		・講習会に参加したいが、代替がいないこと	1

裕がなかった」96名（41.2%）の割合が高かった．「その他」43名の回答のうち記載のあったものは，〈研修会などの情報がない〉25名，〈研修会がない〉6名，〈上司や設置責任者の理解が得られない〉3名，〈交代する人がいないため休みがとれない〉2名，〈子どもの受診がほとんどない〉1名，〈他の課題（訪問看護の研修）に取り組んでいる〉1名であった．

5）子どもの看護に関する学習の必要性

子どもの看護に関する学習の必要が「ある」と回答した者は162名（70.1%），「ない」と回答した者は69名（29.9%）であった．学習の必要性が「ある」と回答した者に必要だと思う内容について自由記載で回答を求めた（表5）．回答の多かった内容は，〈小児救急〉〈子どもに特徴的な疾患〉〈小児看護技術〉〈成長発達〉〈感染性疾患〉〈小児看護全般〉〈観察・アセスメント〉であった．

4．へき地診療所における子どもへの看護の実施と関連

1）子どもへの看護の実施状況

へき地診療所における子どもへの看護9項目【子どもの状態を把握する】【子どもの安心や不安の軽減のための援助をする】【子どもの安全に配慮をする】【子どものプライバシーの保護をする】【子どもの医療への参加を支える】【親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする】【親（養育者）と医師との調整をする】【親（養育者）が子どもへ援助するために知識・技術が習得できるよう支援をする】【医療・福祉・教育機関との連携をはかる】の実施頻度について，「必ず実施している」「ときどき

表2　困難に感じている内容

（複数回答）n=97

大項目	中項目	内容	件数
子どもへの対応 84	子どもの不安軽減をはかる 45	・明るく、優しく、声かけをする	11
		・おもちゃやシールなどを利用する	11
		・待合室や診察室に本やおもちゃを用意したり、装飾する	10
		・園や学校の様子を聞き、緊張をほぐす	3
		・遊び相手になったり、スキンシップをはかる	3
		・親と一緒にいられるようにする	3
		・子どもと顔なじみになる	2
		・よくできたときはほめる	1
		・子どもが嫌がらず吸入できるよう本やおもちゃなどを利用する	1
	状態を把握し、適切に受診できるよう援助する 16	・状態に応じて、他院の受診を勧める	5
		・感染が疑われる患者の待合室や診察場所を配慮する	5
		・状態に応じて診察の順番を早める	3
		・診察前の観察、重症度の把握をする	1
		・発熱や感染が疑われる患者の診察順の配慮をする	1
		・子どもの普段の様子を気にして見るようにしている	1
	子どもの生活を支援する 10	・早めに診察が受けられるよう順番を考慮する	7
		・待ち時間が長くならないよう予約を受ける	1
		・登園、登校前の受診は、診療所内で内服してもらう	1
		・学校の授業が優先できるよう診察時間を配慮する	1
	子どもの権利を尊重する 7	・子どもにわかるように説明する	3
		・プライバシーの保護をする	2
		・身体の露出を最小限にする	1
		・必ず説明してから処置をおこなう	1
	子どもの安全を守る 6	・待合室、診察室などを安全な環境にする	3
		・点滴時のシーネ固定等は子どもに合わせて作成する	1
		・トイレ内にベビーベッドを設置した	1
		・点滴中の子どもが滞在する部屋を確保する	1
親（養育者）への対応 25	親の不安軽減をはかる 11	・親の話や不安を聞く	3
		・話やすいような雰囲気をつくる	2
		・電話で様子を聞く	2
		・資料を用いて説明する	2
		・診察、処置、指導時に保護者を同席させる	1
		・親の代弁者となる	1
	親への教育的な支援をする 10	・予測される症状や受診のタイミングの指導をしている	3
		・地域の感染症の発症の状況を把握し、予防対策の指導をする	2
		・診察時に医師の話が聞けるよう、きょうだいをみる	2
		・後日、様子を電話で確認している	1
		・親への説明、指導内容を確認する	1
		・急病時の対処法などの勉強会を実施する	1
	医師不在時に適切に診療が受けられるよう支援する 4	・他院の連絡先を伝える	2
		・夜間、休日診療病院の情報提供をする	1
		・救急時の連絡方法を提示する	1
診療所内の調整をする 3	診療所内の調整をする 3	・感染症の早期発見に心がけている	1
		・感染症の流行状況を把握し、早めに薬品の手配をする	1
		・職員間の情報を共有する	1

表3　子どもの看護に関する相談者

（複数回答）n=183

相談する相手	件数	%
診療所内の医師	157	85.8
診療所内の看護職	97	53.0
後方病院の看護職	17	9.3
後方病院の医師	15	8.2
派遣元医師	5	2.7
派遣元看護職	4	2.2
その他	31	16.9

表4　受講しない理由　（複数回答）n=233

理由	件数	%
勤務のため受講できなかった	106	45.5
開催場所が遠方だった	100	42.9
時間的余裕がなかった	96	41.2
希望するプログラムがなかった	54	23.2
必要がなかった	32	13.7
興味がなかった	20	8.6
経済的余裕がなかった	11	4.7
その他	43	18.5

表5　学習が必要と思う内容　（複数回答）n=113

項目		内容	件数
看護技術に関すること	34	小児看護技術	11
		小児看護全般	8
		観察・アセスメント	8
		子どもとのかかわり方	6
		事故防止	1
疾患に関すること	29	子どもに特徴的な疾患	18
		感染性疾患	8
		皮膚疾患	1
		先天性疾患	1
		精神疾患	1
小児救急に関すること	19	小児救急	19
教育・指導に関すること	14	親への指導	6
		家庭での対処方法	4
		子どもへの指導	2
		育児指導	1
		成人病予防	1
治療・検査に関すること	11	予防接種	7
		薬剤	3
		検査	1
子どもの理解に関すること	10	成長発達	9
		子どもの心理	1
その他	11	親への対応	7
		被虐待児の対応	2
		訪問看護	1
		災害看護	1

実施している」「あまり実施しない」「全く実施しない」の4段階で回答を求めた（表6）.

「必ず実施している」という回答の割合は，【子どものプライバシーの保護をする】が123名（52.6%）でもっとも多く，次いで【子どもの安全に配慮をする】131名（52.2%），【親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする】123名（51.3%），【子どもの安心や不安の軽減のための援助をする】122名（51.3%）の順であった．一方，「あまり実施しない」と「全く実施しない」の回答を合わせた割合が高かった項目は，【医療・福祉・教育機関との連携をはかる】108名（46.2%）であった．

2）子どもへの看護の必要性の認識

へき地診療所における子どもへの看護9項目【子どもの状態を把握する】【子どもの安心や不安の軽減のための援助をする】【子どもの安全に配慮をす

表6　子どもへの看護の実施頻度

人数(%)

項目	必ず実施している	ときどき実施している	あまり実施しない	全く実施しない	合計
子どもの状態を把握する	113 (43.1)	86 (32.8)	50 (19.1)	13 (5.0)	262 (100.0)
子どもの安心や不安の軽減のための援助をする	122 (51.3)	92 (38.7)	18 (7.6)	6 (2.5)	238 (100.0)
子どもの安全に配慮をする	131 (52.2)	90 (35.9)	23 (9.2)	7 (2.8)	251 (100.0)
子どものプライバシーの保護をする	123 (52.6)	85 (36.3)	21 (9.0)	5 (2.1)	234 (100.0)
子どもの医療への参加を支える	77 (32.0)	116 (48.1)	34 (14.1)	14 (5.8)	241 (100.0)
親(養育者)の安心や不安の軽減のための援助をする	123 (51.3)	93 (38.8)	17 (7.1)	7 (2.9)	240 (100.0)
親(養育者)と医師との調整をする	83 (33.9)	115 (46.9)	37 (15.1)	10 (4.1)	245 (100.0)
親(養育者)が子どもへ援助するために知識・技術が習得できるよう支援をする	69 (29.4)	123 (52.3)	33 (14.0)	10 (4.3)	235 (100.0)
医療・福祉・教育機関との連携をはかる	47 (20.1)	79 (33.8)	84 (35.9)	24 (10.3)	234 (100.0)

表7　子どもへの看護の必要性の認識

人数(%)

項目	とても必要である	まあまあ必要である	あまり必要ではない	全く必要ではない	合計
子どもの状態を把握する	141 (58.5)	75 (31.1)	22 (9.1)	3 (1.2)	241 (100.0)
子どもの安心や不安の軽減のための援助をする	99 (59.3)	51 (30.5)	14 (8.4)	3 (1.8)	167 (100.0)
子どもの安全に配慮をする	129 (62.0)	60 (28.8)	18 (8.7)	1 (0.5)	208 (100.0)
子どものプライバシーの保護をする	106 (62.0)	53 (31.0)	11 (6.4)	1 (0.6)	171 (100.0)
子どもの医療への参加を支える	100 (50.5)	75 (37.9)	21 (10.6)	2 (1.0)	198 (100.0)
親(養育者)の安心や不安の軽減のための援助をする	122 (67.0)	45 (24.7)	15 (8.2)	0 (0.0)	182 (100.0)
親(養育者)と医師との調整をする	114 (57.3)	63 (31.7)	20 (10.1)	2 (1.0)	199 (100.0)
親(養育者)が子どもへ援助するために知識・技術が習得できるよう支援をする	105 (55.6)	68 (36.0)	14 (7.4)	2 (1.1)	189 (100.0)
医療・福祉・教育機関との連携をはかる	84 (48.0)	64 (36.6)	25 (14.3)	2 (1.1)	175 (100.0)

る】【子どものプライバシーの保護をする】【子どもの医療への参加を支える】【親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする】【親（養育者）と医師との調整をする】【親（養育者）が子どもへ援助するために知識・技術が習得できるよう支援をする】【医療・福祉・教育機関との連携をはかる】に関する必要性について，「とても必要である」「まあまあ必要である」「あまり必要ではない」「全く必要ではない」の4段階で回答を求めた（表7）．「とても必要である」と回答した割合が高かった項目は，【親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする】が122名（67.0%）でもっとも多く，次いで【子どものプライバシーの保護をする】106名（62.0%），【子どもの安全に配慮をする】129名（62.0%）であった．「とても必要である」「まあまあ必要である」のいずれかを選択した回答は，すべての項目において80%以上であった．一方，「あまり必要ではない」「全く必要ではない」のいずれかを選択した項目は，【医療・福祉・教育機関との連携をはかる】が27名（15.4%）でもっとも多く，次いで【子どもへの医療の参加を支える】23名（11.6%），【親（養育者）と医師との調整をする】22名（11.1%），【子どもの状態を把握する】25名（10.3%），【子どもの安心や不安の軽減のための援助をする】17名（10.2%）であった．

3）実施頻度と各要因との関係

看護の実施頻度について「必ず実施している」「ときどき実施している」「あまり実施していない」「全

く実施していない」の4つの選択肢で回答を求めた結果，「全く実施しない」という回答が極めて少なかったため，「あまり実施しない」と「全く実施しない」を『実施しない』に統合して『必ず実施している』『ときどき実施している』『実施しない』の3つの群とした．

必要性の認識についても「とても必要である」「まあまあ必要である」「あまり必要ではない」「全く必要ではない」の4つの選択肢で回答を求めた結果，「全く必要ではない」という回答が極めて少なかったため，「あまり必要ではない」と「全く必要ではない」を『必要ではない』に統合して『とても必要である』『まあまあ必要である』『必要ではない』の3つの群とした．

以下の3項目（看護の必要性の認識，看護の経験年数，現職場の経験年数）と実施頻度の間ではGoodman-Kruskalの連関係数を求め，以下の7項目（現在の職種，派遣の有無，居住地，小児看護の経験の有無，相談者の有無，受講の機会の有無，小児を専門とする医師の有無）と実施頻度との間ではMann-Whitneyの検定を行った．

へき地診療所における子どもへの看護の実施頻度と看護の必要性の認識，看護の経験年数，現職場の経験年数について，【子どもの状態を把握する】【子どもの安心や不安の軽減のための援助をする】【子どもの安全に配慮をする】【子どものプライバシーの保護をする】【子どもの医療への参加を支える】【親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする】【親（養育者）と医師との調整をする】【親（養育者）が子どもへ援助するために知識・技術が習得できるよう支援をする】【医療・福祉・教育機関との連携をはかる】の項目毎にGoodman-Kruskalの連関係数を求めたところ，看護の必要性の認識は，すべての項目において強い関連（$\gamma > 0.7$）がみられ（表8），看護の必要性の認識が高い看護職者は，実施頻度が高かった．

看護の実施頻度と看護の職種，派遣の有無，居住地，小児看護経験の有無，相談者の有無，受講機会の有無，小児を専門とする医師の有無との関係では，看護の職種においては，【子どものプライバシーの保護をする】【医療・福祉・教育との連携をはかる】を除く7項目で，相談者の有無においてはすべての項目で有意水準5%で有意差が認められた（表9）．准看護師よりも看護師，相談者がいない人よりもいる人の方が，看護の実施で「必ず実施している」という人の割合が高かった．

V．考察

1．へき地診療所における子どもへの看護の特徴

1）へき地診療所を受診する子どもの特徴

本調査の対象となったへき地診療所に子どもの受診がないと回答した看護職者は全体の2.7%であった．また，へき地診療所に受診する子どもは，1日平均5人以下と回答した割合がもっとも多かった．これらのことから，へき地診療所では1日あたり子どもの受診数は少ないが，9割以上のへき地診療所に子どもが受診していることが明らかとなった．

受診する子どもは1歳から6歳までの幼児期の子どもが多く，また，受診する子どもの症状は，発熱や上気道症状が多かった．一般診療所を受診する子どもの調査[6) 7)]においても，もっとも受診が多い子どもの年齢は幼児であり，子どもの主訴は，発熱，鼻汁・鼻づまり，咳が上位3位までを占めていた．本調査の対象となったへき地診療所において，もっとも多く受診する子どもの年齢や症状は，市中の診療所の特徴と一致していた．

2）へき地診療所に勤務する看護職者の特徴

本調査における看護職者の年齢は，41歳以上が全体の7割以上を占めていた．職種別の年齢構成をみると，看護師は41歳以上，准看護師では46歳以上の占める割合が高かった．全国の看護職就業者の年齢構成では，看護師は20～30歳代の占める割合が高く，准看護師では40歳代以上の占める割合が多い[8)]との報告があり，今回の対象者は，就業者の占める割合の多い年代が看護師，准看護師ともに全国の看護職就業者よりも高かった．また，本調査における現在のへき地診療所での平均勤務年数は13.7年であり，全国の診療所に就業する看護職者の現職場での平均勤務年数の10.3年を上回っていた．さらに，9割の看護職者は派遣ではなく，8割がへき地診療所と同一の市町村に居住しているという本調査の結果から，へき地診療所に勤務する看護職者は，長く同一のへき地診療所に勤務しているということが示唆された．

本調査において，へき地診療所に勤務する看護職者の8割は，小児病棟や小児外来での子どもの看護の経験がなかった．へき地診療所を受診する子どもが少ないというへき地の特徴と合わせると，へき地診療所の看護職者は，日常的に子どもに関わる機会が少なく，子どもの看護の経験も少ないことが示唆された．また，子どもを専門とする医師が勤務する診療所は少ないが，9割のへき地診療所で子どもに対する業務を行っており，看護職者は，子どもに関わらざるを得ない状況であることが示唆された．

表8　看護の実施頻度と属性およびその他の項目との関係　1

看護の実施頻度	必要性の認識	看護の経験年数	現職場の経験年数
1.子どもの状態を把握する	0.780	-0.105	-0.055
2.子どもの安心や不安の軽減のために援助をする	0.810	-0.169	-0.156
3.子どもの安全に配慮をする	0.791	-0.147	-0.098
4.子どものプライバシーの保護をする	0.836	0.110	0.015
5.子どもの医療への参加を支える	0.818	0.014	-0.022
6.親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする	0.830	-0.156	-0.114
7.親（養育者）と医師との調整をする	0.843	0.018	-0.034
8.親（養育者）が子どもへ援助するために知識・技術が習得できるよう支援をする	0.766	0.004	-0.010
9.医療・福祉・教育との連携をはかる	0.766	-0.070	-0.062

数値はGoodman-Kruskalの連関係数（γ値）

表9　看護の実施頻度と属性およびその他の項目との関係　2

看護の実施頻度	看護の職種	派遣の有無	居住地	小児経験の有無	相談者の有無	受講機会の有無	小児医師の有無
1.子どもの状態を把握する	0.005	0.840	0.421	0.365	0.001	0.452	0.555
2.子どもの安心や不安の軽減のために援助をする	＜0.001	0.606	0.164	0.732	＜0.001	0.349	0.264
3.子どもの安全に配慮をする	＜0.001	0.885	0.247	0.851	＜0.001	0.071	0.274
4.子どものプライバシーの保護をする	0.120	0.650	0.263	0.353	＜0.001	0.185	0.906
5.子どもの医療への参加を支える	0.004	0.213	0.140	0.922	0.004	0.672	0.698
6.親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする	0.001	0.773	0.239	0.441	＜0.001	0.254	0.898
7.親（養育者）と医師との調整をする	0.003	0.882	0.758	0.702	0.010	0.518	0.777
8.親（養育者）が子どもへ援助するために知識・技術が習得できるよう支援をする	0.012	0.891	0.764	0.241	0.001	0.670	0.275
9.医療・福祉・教育との連携をはかる	0.161	0.438	0.257	0.362	0.008	0.499	0.754

数値は有意確率（p値）

3）へき地診療所における子どもへの看護の実施状況

本調査において，子どもへの看護の実施頻度で「必ず実施している」という回答が過半数を超えた項目は，【子どものプライバシーの保護をする】【子どもの安全に配慮する】【親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする】【子どもの安心や不安の軽減をする】の4項目であった．小児科の外来看護師を対象にした外来業務の実施頻度の調査では，「処置・治療に関わる直接的ケア」「診察・治療に関す

る間接的業務」の実施頻度が高く，中でも「子どもの安全・安楽への援助」の実施頻度が高く[9]，また，成人内科外来の看護サービスの実態調査[10]においても，「診療・治療の介助」「安楽」に関する看護サービスの実施の割合が高かったと報告されており，本調査と同様の結果であった．

具体的な看護内容の実施状況についてみると，「症状・疾病について説明する」「可能な範囲で納得できるまで待つ」「説明に対する理解・納得の程度を確認する」「可能な範囲で方法や手技を選択させる」，「成長・発達について説明する」「育児相談・指導をする」「社会資源を紹介する」の実施頻度が低かった．これらは，特に子どもへの看護を実践するにあたり，小児看護特有の知識や経験が必要なケアであることが，その理由と考えられた．

一方，【医療・福祉・教育機関との連携をはかる】は，他の項目に比べ「あまり実施しない」「全く実施しない」を合わせた回答の割合が高かった．全国のへき地診療所の看護職者は，診療の補助以外に患者・家族への助言指導や，救急時・医師不在時の対応，関係機関との連携，地域住民とのつながりや社会資源の把握といった幅広い活動を行っており[11]，また，へき地診療所の看護職者は，薬剤に関する業務や診療所内の清掃，福祉との連絡，勤務時間外の相談などを日常業務として多く行っており，業務内容は医療・保健・福祉的業務の多岐にわたっている[12]．へき地診療所を利用する患者は8割が高齢者で，慢性疾患や生活習慣病が多く，高齢者世帯や独居高齢者が多いことが特徴であり[11]，へき地診療所では，このような患者の多くを対象とするため，高齢者や家族への指導や関係機関との連絡の実施割合が高いことが考えられる．へき地診療所では高齢の患者に対して，他機関との連携が実施されていることに比べて，子どもへの実施頻度が低い理由は，へき地診療所を受診する子どもは，発熱，咳，鼻汁・鼻づまりなどの上気道症状が多いことから軽症の子どもの受診が多く，長期療養児の診療を行っている診療所が5.5%という結果からも，特別な連携を必要とするような子どもの受診が少ないのではないかと考えられる．【医療・福祉・教育との連携をはかる】は実施の機会が少ないが，他機関との連携が必要になったときに看護職者はスムーズに連携がとれるよう，子どもの健康状態や養育環境について，適切にアセスメントし，物的，人的資源を効果的に活用できるよう，連携の機関を定めておくことも必要であると考えられる．

4）子どもへの看護の実施に影響する要因

へき地診療所における子どもへの看護の実施頻度に影響する要因として，看護の必要性の認識，現在の職種，相談者の有無の3項目があげられた．本調査の結果において，実施頻度の高い者は必要性の認識が高いことから，看護の実施には必要性の認識が影響していることが示唆された．Paul Herseyらは，Kurt Lewinの人間行動の基本関係式を用いて，「個人の行動は，動機，ないしニーズと状況に原因する．動機と状況は独立するものではなく依存し合っており，人間は置かれた状況に影響され，状況は人間に影響される．」[13]と人間の行動の根拠を説明しており，本調査における実施頻度と必要性の認識の関係は，看護の必要性の認識があって，実施されるものであるということができる．したがって，看護の実施頻度を高めるためには看護の必要性の認識を高める必要があり，看護の必要性の認識を高めるための支援が必要であると考えられる．

職種による看護の実施頻度の違いでは，【子どもの状態を把握する】【子どもの安心や不安の軽減をはかるための援助をする】【子どもの安全に配慮をする】【子どもの医療への参加を支える】【親（養育者）の安心や不安の軽減のための援助をする】【親（養育者）と医師との調整をする】【親（養育者）が子どもへ援助するために知識・技術が習得できるよう支援をする】の7項目において，看護師の方が准看護師よりも実施する頻度が高かった．10年以上の看護師と准看護師の本質的直観能力（看護専門職が臨床判断において用いている認識能力）を比較した研究[14]において，看護師は本質的直観能力の「総合得点」「知力」「論理的思考能力」「感受性」「一般教養」が准看護師よりも高い傾向があったと報告されている．また，准看護婦（師）と看護婦（師）の自立性を比較した研究[15]では，看護婦（師）は「認知能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」が高いという結果が報告されている．さらに，看護師と准看護師が実施する業務内容の違いを判別分析で求めた研究[16]では，アセスメント，応用看護技術，コミュニケーション，看護計画と記録の4項目において有意差が認められ，看護師の方が実施の割合が高いという結果が報告されている．

本調査においても，看護の職種が実施頻度に影響する要因であるとの結果が得られ，先行研究からも職種が判断能力や看護の実践的な能力を形成する要因となっていることから，職種の特徴に応じた支援を行う必要があると考えられる．

相談者の有無との実施頻度の違いでは，9項目すべてにおいて，相談者が「いる」と回答した者の方が，相談者が「いない」と回答した者の方よりも実施する頻度が高かった．北原は「看護師は，サポートを得ることの重要性を認識しており，話し合いをもつことで問題が解決できる．」[17]と述べており，相談者がいるということは，問題解決を行っていくことで，看護の実施に反映されると考えられる．少人数で勤務しているへき地診療所の看護職者は相談者が得られにくいため，相談できる専門職者を確保し，適時相談ができるような体制づくりをすることが必要であると考えられる．

2．へき地診療所に勤務する看護職者への支援方法の検討

本調査において，看護職者は，へき地診療所が対象とする子どもの受診は少ない中でも，子どもの看護の知識の獲得や技術の習得を必要としているとの結果が得られ，看護職者へ支援の方法を検討する必要性が示された．これらのことから子どもの看護に関する支援は，1. 子どもの看護に関する学習，2. 子どもの看護に関するサポート体制の2つがあげられ，加えて，3. 派遣する看護職者の教育が考えられた．3. については，本調査においては派遣により勤務している看護職者の割合は少なく，派遣の有無が看護の実施頻度に影響する要因であるとの結果は得られなかった．しかし，へき地保健医療対策実施要綱において，派遣によるへき地診療所への支援が検討されていることからも，今後は派遣によってへき地診療所に勤務する看護職者が増えることが予測される．これらの支援が実施されることにより，子どもへの看護の実施頻度が高められ，それによって，子どもや親（養育者）への看護の質も高められると考えられる．

1）子どもの看護に関する学習

へき地診療所に勤務する看護職者は，7割が学習の必要性の認識しているものの，9割が受講の機会がないと回答した．看護を行う上で困難に感じている内容や学習が必要だと思う内容は，救急時や処置時の対応，成長発達や育児など指導に関する回答が多くみられたことから，一般的な子どもの看護についての学習を行うだけではなく，へき地における診療所や子どもの特徴，資源などを考慮した，子どもの疾患，救急時の対応，薬剤，感染対策，安全対策，親や子どもへの指導方法，看護用品の工夫の方法などの情報が得られる必要があることが示唆された．また，看護の必要性の認識が看護の実施に関係しているという本調査の結果から，これらの学習内容は，ただ単に情報を得るだけではなく，それぞれ必要性の認識を高められるように，子どもの特徴をふまえてケアの目的を明示するなどの具体的な支援である必要がある．

へき地診療所では，開催される研修会が遠方で出かけられない地理的理由や，交代要員がいない人的理由などにより，教育の機会が得られにくいという特徴が示され，先行研究[1) 12)]とも同様の結果が得られた．へき地の保健医療サービスの確保は，各都道府県に責務があり，医療計画が作成されている[18)]．へき地で求められる保健医療サービスの向上のためには，医師と同様に看護職者への支援も必要であるにも関わらず，その対策は具体化されていない．看護職者はへき地診療所のある市町村に居住している割合が高く，また勤務年数も長年にわたっていることから，へき地診療所のある都道府県内において研修が受けられると看護職者の負担は少ないのではないかと考えられる．具体的には，各都道府県の看護協会が研修会の具体的な内容や開催場所の設定など各地の実情をふまえて研修を企画，運営することが望ましいと考える．都道府県の看護協会は各都道府県の委託事業を請け負うことがあり，各都道府県のへき地保健医療担当者と連携をとることも可能であることも都道府県の看護協会を活用する理由である．

へき地保健医療対策において，診療カンファレンスや診療相談，画像診断など情報通信技術（ICT）の活用による，へき地診療所の医師への診療支援が行われており，今後も情報通信技術（ICT）の普及と活用が検討されている[18)]．社団法人地域医療振興協会は，インターネットを利用した情報の共有化を促進するため，へき地保健医療情報システムを稼働させている．このへき地保健医療情報システムは，現在のところ主に，求人情報の掲載や，医師間の情報交換や相談等を行っているが，へき地診療所の看護職者にとっても，へき地看護マニュアルの閲覧，掲示板機能による情報交換，相談等によるシステムの活用が可能であると考える．

2）子どもの看護の実践に関するサポート体制

本調査において，子どもの看護特有の知識や経験を必要とした看護の実施頻度が低く，また相談者がいる看護職者の看護の実施頻度が高いという結果から，看護職者に対して，子どもの看護に関する相談が受けられるような支援が必要であるということが

示唆された．看護職者の相談者は9割がへき地診療所内の医師であり，看護職者は主に医師に相談しながら，情報交換や医師不在時の対応などを行っている現状が示唆された．片田らは，子どもの看護の実践状況が現実的に把握できる能力をもち，実践経験を有する子どもの看護の専門家が子どもに関わる看護職者へのアドバイザーとして必要である[19]と述べており，将来的にはへき地診療所においても看護の問題に関しては，看護職者同士で解決できるようなシステムが必要であると思われる．へき地診療所の看護職者は，子どもの看護について専門的知識を有する看護職者からアドバイスを得ることにより，へき地診療所の看護職者と共にへき地における子どもの看護を確立していくことができ，さらには，へき地診療所の看護職者が子どもの人権を尊重し，個々の成長発達に応じた質の高い看護が提供できると考える．これらの支援者のひとつとして小児専門看護師の活用を検討する必要がある．

3）派遣する看護職者の教育

へき地診療所では，地理的，人的な理由により，現地での研修は困難であるため，へき地診療所へ派遣される看護職者は，対象となる子どもの理解，症状や疾患に対する治療，検査，発達段階に応じた指導方法などの子どもの看護に関する知識が得られるよう，派遣前に教育を受け，赴任することが望ましい．また，派遣前の学習や体験は，へき地診療所を受診する子どもの受診の理由が市中の診療所と同様であることから，市中の診療所で実施することが有用であると考える．子どもの看護について教育を受けた看護職者が派遣されることにより，へき地診療所の看護職者は，派遣の看護職者の子どもに対する看護を身近でみることができ，へき地診療所の看護職者への間接的な知識や技術の提供の場ともなりうると考える．

Ⅵ．結語

へき地診療所に勤務する看護職者は子どもの看護に関する経験が少なかった．また，看護職者は子ども特有の知識や経験を必要とするようなケアの提供に困難を感じていた．看護の実施には，「看護の必要性の認識」，「看護の職種」，「相談者の有無」が影響していた．へき地診療所の看護職者に対しては，「子どもの看護に関する学習」，「子どもの看護に関するサポート」，「派遣する看護職者の教育」に関する項目などが具体的な支援内容として考えられた．

Ⅶ．謝辞

本研究にご協力くださいましたへき地診療所の看護職者の皆様に深く感謝申し上げます．

本研究は，2008年度自治医科大学大学院看護学研究科修士論文の一部である．また，本論文の一部は，日本ルーラルナーシング学会第4回学術集会で発表した．

文献

1）鈴木久美子，田中幸子，岸恵美子他：へき地診療所において発展させるべき看護活動，自治医科大学看護学部紀要，2;5-16，2004.
2）宮地文子：へき地での保健医療活動における看護職の役割を考える－保健師教育に関わった経験から－，日本ルーラルナーシング学会誌，2;3-9，2007.
3）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.
4）牟田広実，穐吉秀隆，直井高歩他：へき地における小児診療の実態，日本小児科学会雑誌，107(1);115-118，2003.
5）飯村直子：小児の外来看護に関する国内文献の検討，日本小児看護学会誌，16(1)；53-60，2007.
6）長谷川桂子，山本美佐子：診療所を受診する子どもの家族の医療者に対する期待，岐阜県立看護大学紀要，2(1);55-61，2002.
7）川口千鶴，朝野春美，多田敦子他：栃木県A市における子どもと親・家族に関わる診療所の看護職の認識調査，自治医科大学看護学紀要，4;109-113，2006.
8）日本看護協会調査研究科編：2001年看護職員実態調査，日本看護協会調査研究報告,2003.
9）平林優子，及川郁子，鈴木千衣他：小児科外来看護の業務と看護婦の「看護の役割」に対する認識，聖路加看護大学紀要，25;41-51，1999.
10）島田陽子，井部俊子：外来看護サービスの実態とその評価の検討，看護学雑誌，60(9)；810-814，1996.
11）篠澤倪子，春山早苗，岸恵美子他：へき地診療所における看護活動の実態と認識，自治医科大学看護学部地域看護学専門領域～へき地診療所における看護活動の特性と課題～，2004.

12) 三重県立看護大学地域交流研究センター：ルーラルナースの教育プログラムの開発研究報告書，2006.
13) Paul Hersey, Kenneth H. Blanchard, Dewey E. Johnson（山本成二，山本あづさ訳）：行動科学の展開，生産性出版，2000.
14) 山田理絵，泉キヨ子，平松知子他：臨床看護師の直観と病院，経験年数，職種との関連性の検討，日本看護管理学会誌，10(2)；40-47，2007.
15) 菊池昭江，原田唯司：看護専門職における自立性に関する研究　基本的属性・内的特性との関連，看護研究，30(4)；23-35，1997.
16) 今井香織：正看護婦と准看護婦の自尊感情の低下に影響する職業要因　多変量解析による分析，産業医科大学雑誌，23(1)；13-22，2001.
17) 北原悦子：臨床看護師の道徳的感性の特徴に関する研究，九州大学医学部保健学科紀要，7；61-68，2006.
18) 厚生労働省医政局：へき地保健医療対策検討会報告書，2005.
19) 片田範子，常葉恵子，及川郁子他：小児看護ケアの実態と小児看護リエゾンシステムの開発，平成2・3・4年度　科学研究費補助金　研究成果報告書，1993.

研究報告

へき地の病院に勤務する看護管理者の日常業務のなかでの取り組み
ー北海道道北圏の病院に勤務する看護管理者へのインタビューからー

Efforts of nursing administrators in remote hospitals in day-to-day operations
-interviews with nursing administrators working in hospitals in the northern region of Hokkaido-

杉山さちよ*，藤井智子*，北村久美子*，澤田成子**
Sachiyo Sugiyama，Tomoko Fujii，Kumiko Kitamura，Seiko Sawada

キーワード：へき地の病院，看護管理者，日常業務のなかでの取り組み，北海道道北圏

要旨

へき地の病院で働く看護管理者が日常業務で取り組んでいる行為や工夫の特徴を明らかにし，へき地の病院に勤務する看護管理者に求められる病院環境への働きかけについて検討することを目的に，北海道道北地域の1つである宗谷管内の病院に所属する看護管理者8名にインタビューを行った．その結果，21カテゴリを見出し，へき地の病院に勤務する看護管理者に求められる病院環境への働きかけについて検討した結果，看護管理者は看護組織集団，病院事務長や医師などの病院内部環境に働きかけているとともに，地元住民や関係職種，看護資質向上や人材確保対策関係機関への病院外部環境にも働きかけていることが示され，へき地の病院で働く看護管理者は地域医療をまもり，看護の質を保証するという働きかけを日常業務の中で行っていることが見出された．

また病院内部環境，病院外部環境への働きかけの中で，看護管理者自身がその地域特性，住民特性，病院の理念や経営状況，看護職員の特徴，地域で活用できる社会資源を把握しながらリーダーシップやコミュニケーション，マネジメント，パートナーシップの力を発揮していることがわかった．

Ⅰ．はじめに

平成18年の医療制度改革は，わが国の急速な少子高齢化，経済の低成長への移行，国民生活や意識の変化など大きな環境変化に対応し，医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためのものであるが，反面，医療費，健康・保健事業，医療提供体制，介護については地域格差が生じている．この課題に対応した今後の医療政策の方向性として，地域特性をふまえ，地域における医療機能の明確化や機能分化，総合的な医師の確保，開業医の役割重視と総合的に対応できる医師の養成・確保，在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進が打ち出されている．

看護においても，医療制度改革や診療報酬改定にお



図1　北海道宗谷管内の概況

受付日：2010年12月24日　　採択日：2011年2月25日
* 旭川医科大学医学部看護学科　Department of clinical nursing , Asahikawa Medical University
** 元枝幸町国民健康保険歌登病院　Former national health insurance Hospital Utanobori in Esashi town

ける7対1入院基本料の創設の中，看護の質の向上，看護職員の人材確保・増員・定着，在宅における訪問看護の推進，介護保健施設・老人福祉施設における看護の充実，生活習慣病予防対策推進など，多大な役割が求められている．

その中で病院看護管理者は，病院を取り巻く外部環境，内部環境を分析し，看護部門としての戦略的課題を認識し，看護部門革新のために積極的な行動をとること，看護師，患者に対する人事管理的対応，看護の質を維持しつつ医療経済とのバランスも考えるといった極めて広範囲な役割が期待されている．

地域格差が進む中，へき地においては人口減少や高齢化の進行，地域活力の低下，病院の経営悪化，保健医療福祉施設不足や専門職の人材不足，在宅療養体制の未確立，医療の診断・治療の限界など多くの課題を抱えている現状がある．また，へき地の医療機関においては，組織が小さく機能分化されていないことや専門職が少ないことにより，そこで働く看護職は，他職種の役割を理解し他部門と調整し，看護活動を工夫していく能力が求められる[1]ことが先行研究で述べられている．このような中，へき地の病院で働く看護管理者は，今日の医療制度改革や診療報酬改定をふまえ，地域特性や患者・住民ニーズ，病院経営を念頭に入れた看護の提供，人材を確保し教育していく能力やリーダーシップなどが役割として期待されているのではないかと考えた．

今回の研究では，へき地の病院で働く看護管理者は住民が安心して暮らし続けるための医療・看護を提供するために，日常業務の中でどのような取り組みや工夫を行っているのかを明らかにし，へき地の看護管理者に求められる病院環境への働きかけについて検討することとした．

Ⅱ．研究方法

1．目的

へき地の病院で働く看護管理者が日常業務で取り組んでいる行為や工夫の特徴を明らかにし，へき地の病院に勤務する看護管理者に求められる病院環境への働きかけについて検討する．

2．研究対象者

1）対象者の選定

本研究は，へき地の病院に勤務する看護管理者に求められる病院環境への働きかけについて検討することを目的に，へき地の病院で働く看護管理者が日常業務で取り組んでいる行為や工夫の特徴をデータとして収集する必要がある．

研究対象となる看護管理者は，へき地の特徴を踏まえた地域の病院に現在就業し，日常の看護管理業務について具体的な行為や工夫を実践していること，研究協力が得られること，また調査期間の間，研究者が実際に各病院へ赴くことができる範囲とした．

本研究において「へき地」は過疎地域自立促進特別措置法のなかにある過疎地域の定義に該当する地域を選定した．過疎地域とは「人口の著しい減少に伴って地域社会における活力が低下し，生産機能及び生活環境の整備等が他地域と比較して低位にある[2]」と定義されている．この定義に該当していることと，自然環境が厳しく面積が広大であり，医療，保健，福祉などの人材確保が困難であるという条件を加え，その地で医療，看護サービスを提供している病院の看護管理者を研究対象とした．

北海道において過疎地域自立促進特別措置法第2条の規定に基づき公示された過疎地域市町村数は，平成17年4月では207市町村のうち156市町村となっており，札幌市を中心とする道央圏や中核都市である旭川市とその周辺の地域を除き，道内に広く分布している[3]．

北海道道北圏域の1つである宗谷支庁管内は2つの離島を含む1市7町1村からなり，過疎地域自立促進特別措置法第2条の規定に基づき，過疎地域とみなされている．東部はオホーツク海，西部は日本海，南部は上川・留萌及び網走地方に接し，北部は宗谷海峡を経てサハリンを望みさらに日本海には利尻・礼文島がある．2つの自然公園やクッチャラ湖，サロベツ原野があり，自然環境に関する見所が豊富で，基幹産業は観光業，漁業，畜産業である．

総面積は，4,050.79㎢で，全道総面積の約4.9％を占め，ほぼ長崎県の面積に匹敵しており，東西148.2km，南北100kmに及ぶ．交通機関は国道が3本，冬期の地吹雪による交通障害を解消し安全性，定時性を確保するための整備が進められている．管内の鉄道はJR宗谷本線があり，稚内から札幌間に特急列車が運行されており所要時間は約5時間である．JRが通らない町では乗り合いバスが唯一の公共交通機関となっており，通院，通学，通勤など学生や高齢者等の重要な交通機関となっている．航路は稚内と利尻島・礼文島，利尻島と礼文島を結ぶフェリーが運航しており，離島住民の生活をつなぐ重要な交通手段となっている．また空港は稚内空港，利尻空港の2カ所がある．

これらの道路，鉄道，航路，空路は生活道路とし

ての利用はもとより，札幌，旭川方面への入院・通院医療，高度医療機関への安全・確実な緊急搬送，基幹産業である農水産物の安定的な出荷や地域の観光振興に大きく貢献している．つまり地勢，交通機関，自然現象が住民や患者の保健医療行動に多大な影響を与えている地域であるといえる．

医療においては，都市部病院との連携が不可欠で，救急搬送においてもヘリコプター，船などを利用するという特徴がある．医療従事者の確保の状況では，平成18年12月末の人口10万対比率で医師，看護師，准看護師，診療放射線技師，臨床検査技師，理学療法士，作業療法士は全道平均を下回り，なかでも医師100.1（全道219.7），看護師523.7（全道775.8），准看護師309.9（全道421.2）であり，医療・保健福祉の人材確保にも苦慮している地域である．

宗谷管内で生活する人口は平成17年度の国勢調査では75,668人で，北海道の約1.3%を占める．人口密度は約18.7人/㎢で，全道平均の71.8人/㎢よりもかなり低く，推計人口で平成37年には23,000人の人口減少が見込まれている．高齢者の状況に関しては，65歳以上の人口は17,791人で総人口比では高齢化率は23.5%（全道21.4%），そのうち単身世帯数は2,894世帯で総世帯比は9.0%（全道9.0%），夫婦とも65歳以上の世帯数は3,034世帯で総世帯比では9.8%（全道8.9%）であり，今後，保健，医療，福祉の連携により高齢者が住み慣れた家や地域で安心して暮らしていく対策が必要である．

これらのことから宗谷管内はへき地の特性を踏まえた地域であり，この管内病院に就業する看護管理者の方に協力を求めることで，本研究の目的とするデータを収集することができると考えた．

2）研究協力の手続き

宗谷管内の病院に勤務している看護管理者1名の方に研究目的，方法について説明し協力を得て他の看護管理者の方に研究参加を呼び掛け，同意が得られた方を研究対象とした．同意が得られた看護管理者は8名であり，個別に電話連絡および文書連絡を行い，インタビュー日時について調整を行った．

3．データ収集

1）データ収集方法と期間

同意の得られた対象者が勤務する病院を訪問し，半構成的インタビューを行った．場所は病院内で研究参加者のプライバシーが保護でき，インタビューを受けやすい部屋を使用した．

データ収集は対象者である看護管理者が日頃どのような業務を行っているのか，取り組んでいることは何か，苦労している点はどのようなところか，などを自由に語っていただいた．

インタビュー内容は承諾を得てテープに録音した．データ収集期間は2009年4月～2009年6月である．

4．分析方法

インタビュー内容は逐語録に書き起こし，ベレルソンの内容分析を参考に分析した．逐語録から看護管理者が日頃行っている業務，取り組み，工夫点を表現している文脈を抽出しデータ化し記録単位とした．抽出した記録単位を意味内容の類似性に従って分類しサブカテゴリ，カテゴリを行った．分析結果は2名の研究者と検討と修正を繰り返すことによって信頼性と妥当性を高めた．

5．倫理的配慮

所属する大学の倫理委員会の承認を得て実施した．また対象者へのインタビュー前に，研究の趣旨，参加への自由意思及び拒否権，プライバシーの保護について書面と口頭にて同意を得た．

Ⅲ．結果

1．対象者の概要

対象者8名は全員女性であり，看護勤務歴の平均は36.5年，看護管理職歴の平均は18.8年，へき地の病院看護管理者歴の平均は10.2年であった．職位は看護部長1名，看護師長7名である．8名とも自治体病院に勤務し，病床数は28床から400床の間であった．

2．分析結果

看護管理者が日常行っている業務，取り組み，工夫点を表していた267文脈を記録単位として分析し意味内容の類似性に基づき分類した結果，80サブカテゴリ，21カテゴリが形成された．（表1）

次に21カテゴリについて記録単位の多い順から述べる．【】はカテゴリ，「」はサブカテゴリ，()は記録単位数とそれが記録単位総数に占める割合を示す．

【1．病院事務長に日頃常に相談・交渉・連携・調整・協働し良い関係を築く】(36記録単位，13.8%)

このカテゴリは「良い医療・看護を提供するために必要な予算の相談・交渉をする」，「看護職確保の相談・交渉をする」，「看護職確保のPRを一緒に行

表1　へき地の病院に勤務する看護管理者が日常的に行っている取り組み

カテゴリ	記録単位数	サブカテゴリ
病院事務長に日頃常に相談・交渉・連携・調整・協働し良い関係を築く	36 (13.8%)	○良い医療・看護を提供するために必要な予算の相談・交渉をする ○看護職確保の相談・交渉をする ○看護職確保の PR を一緒に行う ○看護組織づくりの相談をする ○住民・患者の苦情の対応・対処を共に考える ○看護スタッフと事務長の橋渡しをする
看護スタッフを認める言葉がけを行い、責任をもたせ、看護の仕事に対してのモチベーションを保つ	26 (9.7%)	○小さな出来事にもほめる言葉をかけ、看護スタッフのモチベーションを高める ○やってみないかいという声がけで、看護スタッフに役割・責任を持たせる ○目標管理を看護スタッフとともに行う
看護スタッフの希望をできるだけかなえ、働きやすい勤務表を作成する	25 (9.3%)	○看護スタッフの希望を確認し、できるだけかなえる ○勤務する人の組み合わせを考え、看護の質を保つ ○完成した勤務表を早い時期に提示する
地元患者・家族への接遇を教育する	22 (8.2%)	○患者の立場にたって考える ○患者を愛称で呼ばない ○丁寧な口調で患者に接する ○家族に対しても声掛けを行う ○お礼はいただかない ○挨拶をきちんとする ○電話の応対をきちんとする ○院内教育企画で接遇を提案する ○時間外の入院に文句を言わない
素直な表現とていねいな態度でスタッフと常にコミュニケーションをとる	21 (7.9%)	○素直に自分の気持ちを表現する ○話をきちんと受けとめる ○自分の役割についてわかりやすく説明する ○わかりやすい言葉で的確に指示する ○平等に接する ○じっくりと話し合ってから注意する
看護管理者自身、多様な業務をこなす	17 (6.4%)	○1 日の流れの中で患者ケア、外来業務、病院内巡回、薬剤の管理を行う ○緊急搬送への付き添い ○地域で起こった事故・自殺の対応 ○欠勤した看護スタッフの代行 ○住民からの苦情・悩み・訴えをよく聴く ○在宅療養の相談をうける ○病院受診が困難なケース宅を訪問する
近隣病院の協力を得ながら意図的に研修、交流の場をつくりスタッフの育成をはかる	16 (6.0%)	○近隣の医療機関や業者が開催する研修会に参加させる ○研修への参加を促す ○他医療機関と定期的に人事交流を行う ○経験年数の長い看護師を意図的に研修会に参加させる
病院の財源、経営、利益を看護スタッフに意識づけ、できるところから削減対策を行う	15 (5.6%)	○節電につとめる ○看護スタッフに危機感をもたせる ○看護サービス提供に対し、患者様がお金を払ってくれていることを意識させる ○病棟編成をかける
看護とは何かを説明し、自ら看護スタッフの模範となる	12 (4.5%)	○自分たちの言葉や態度が患者様の病状に影響することを教える ○安全管理の重要性を看護スタッフに意識づける ○看護管理者が率先して患者のそばにいき話や訴えをよく聴く ○日常生活援助の大切さを説明する ○病棟内の環境整備を自ら行う ○患者をよく観ることの大切さを伝える
管内の看護管理者同士のつながりを大切にする	10 (3.7%)	○お互いの病院の情報交換・共有を行う ○他の病院の取り組みで良い部分を自分の病院にも取り入れる ○先輩看護管理者にコスト削減、スタッフの教育方法などを相談する ○管内の看護に関する課題を共有し解決策を共に考える

表1　へき地の病院に勤務する看護管理者が日常的に行っている取り組み（つづき）

カテゴリ	記録単位数	サブカテゴリ
リスクマネジメントを行う	10 (3.7%)	○看護スタッフに掛け持ちさせながら医療安全、じょく創、感染委員の役割をもたせる ○患者様・家族、スタッフとスタッフの家族を守るため、手洗いの重要性を意識づけ院内感染を起こさない
看護人材確保対策や看護資質向上のための体制づくりを率先して行う	9 (3.4%)	○看護師確保のため地元の高校生や看護学生に対し看護奨学資金制度をつくる ○町に看護師資質向上のための交流事業をバックアップするように願いでる ○地元の看護学校をまわり地元出身の看護師が地元住民の命・健康を守るという考えを広める
看護管理者自身がまちを知り地域にとけこむ	8 (3.0%)	○まちの保健・医療・福祉に関する歴史を知る ○まちの高齢者に町の動き、歴史を教えてもらう ○まちの食の文化を知る
病院内だけではなく地元住民に自分たちの目指す看護を理解してもらう	8 (3.0%)	○病棟理念・看護理念をうちだし、病院職員、地域住民に浸透させる ○看護スタッフとともに自分たちの目指したい看護は何かをだしあい作り上げる ○病院の方針と看護部の方針をあわせる
へき地の病院になくてはならない医師との関係を大切にする	8 (3.0%)	○医師の希望・考えをよく聴いてから、看護管理者としての意見を明確に述べる ○院長だけではなく、病院に勤務している医師すべてに平等に接する
研修会での学びを自分の病棟に取り入れ実践することを支持する	5 (1.9%)	○パソコン操作について、事務職の協力を得ながら勉強会を開催する ○病棟で定期的なカンファレンスをスタッフ自ら開催することを支持する ○看護スタッフが言語療法士とともに学んだ口腔ケアを自分の病院で毎日実践すること支持する
自分たちが実践している看護を文書化し、目にみえる形にすることを教える	5(1.9%)	○看護業務手順を作成する ○看護ケアをきちんと記録することを指導する
准看護師の進学をバックアップする	4 (1.4%)	○進学したいと希望するスタッフを応援する ○学習時間や休息日がとれる勤務体制を考える
地域ケア会議に参加し、他職種と患者ケアについての話し合いを行う	4 (1.4%)	○毎月ケア会議に出席し、保健・福祉関係者と患者ケアについて意見交換をする ○入院の可能性の高い住民についての情報交換を行う
次のリーダーを育成する	3 (1.1%)	○自分が上に立ってやるという意識をもたせる ○看護管理者が現在行っている業務を分担し役割、責任を持たせる ○管理業務を少しずつ移譲する
看護師の定着を目的としたキャリアアップ体制を整える	3 (1.1%)	○資格を獲得するための資金貸付制度をつくる ○資格取得のための休みを取得しやすい勤務体制を考える ○海外研修の機会をつくる
記録単位総数	267（100%）	

う」,「看護組織づくりの相談をする」,「住民・患者の苦情の対応・対処を共に考える」,「看護スタッフと事務長の橋渡しをする」の6つのサブカテゴリから形成された．これらは看護管理者自身の考えを日頃から病院をマネジメントする一人である事務長に伝え共に考えること，病院事務長とよい関係を築いていくことが看護管理者の姿勢として大切なことを表している．

【2．看護スタッフを認める言葉がけを行い，責任をもたせ，看護の仕事に対してのモチベーションを保つ】（26記録単位, 9. 7%）

このカテゴリは「小さな出来事にもほめる言葉をかけ，看護スタッフのモチベーションを高める」,「やってみないかいという声がけで，看護スタッフに役割・責任を持たせる」,「目標管理を看護スタッフとともに行う」の3つのサブカテゴリから形成さ

れた．これらは看護管理者が看護スタッフを1人の人間として，1人の大切なスタッフとして認めていることの気持ちを素直に表現し，看護スタッフのモチベーションを挙げ，保ち続けるための働きかけを表している．

【3．看護スタッフの希望をできるだけかなえ，働きやすい勤務表を作成する】（25記録単位，9.3%）

このカテゴリは「看護スタッフの希望を確認し，できるだけかなえる」，「勤務する人の組み合わせを考え看護の質を保つ」，「完成した勤務表を早い時期に提示する」の3つのサブカテゴリから形成された．これらは看護管理者が勤務表作成時には必ず看護スタッフの希望を確認し早く作成，提示することでスタッフのプライベートの時間を確保すること，スタッフのキャリアを念頭に入れ，少ない人員の中うまく組み合わせすることで，患者への看護サービスの質を保っていくことを考慮し勤務表を作成していることを表している．

【4．地元患者・家族への接遇を教育する】（22記録単位，8.2%）

このカテゴリは「患者の立場にたって考える」，「患者を愛称で呼ばない」，「丁寧な口調で患者に接する」，「家族に対しても声掛けを行う」，「お礼はいただかない」，「挨拶をきちんとする」，「電話の応対をきちんとする」，「院内教育企画で接遇を提案する」，「時間外の入院に文句を言わない」の9つのサブカテゴリから形成された．これらは看護管理者がスタッフに対し，地元の入院患者やその家族に対して馴れ合いの言葉がけや態度をつい行ってしまうことに対しての注意や教育を日頃から行っていることを表している．

【5．素直な表現とていねいな態度でスタッフと常にコミュニケーションをとる】（21記録単位，7.9%）

このカテゴリは「素直に自分の気持ちを表現する」，「話をきちんと受けとめる」，「自分の役割についてわかりやすく説明する」，「わかりやすい言葉で的確に指示する」，「平等に接する」，「じっくりと話し合ってから注意する」の6つのサブカテゴリから形成された．これらは看護管理者がスタッフに頭ごなしにものを言うのではなく，わかりやすくていねいな表現と態度で接し，スタッフの話を一度きちんと受けとめてから指示や注意，説明を行っていることを表している．

【6．看護管理者自身，多様な業務をこなす】（17記録単位，6.4%）

このカテゴリは「1日の流れの中で患者ケア，外来業務，病院内巡回，薬剤の管理を行う」，「緊急搬送への付き添い」，「地域で起こった事故・自殺の対応」，「欠勤した看護スタッフの代行」，「住民からの苦情・悩み・訴えをよく聴く」，「在宅療養の相談をうける」，「病院受診が困難なケース宅を訪問する」の7つのサブカテゴリから形成された．これらは看護管理者が管理業務の他，直接ケア，搬送業務，他職種やスタッフの代行，地元住民の相談，訪問を日常業務の中で実施していることを表している．

【7．近隣病院の協力を得ながら，意図的に研修，交流の場をつくりスタッフの育成をはかる】（16記録単位，6.0%）

このカテゴリは「近隣の医療機関や業者が開催する研修会に参加させる」，「研修への参加を促す」，「他医療機関と定期的に人事交流を行う」，「経験年数の長い看護師を意図的に研修会に参加させる」の4つのサブカテゴリから形成された．これらは新人，ベテラン看護師を問わず，看護スタッフ全員に可能なかぎり多くの研修・研鑽の機会に参加し新しい知識・技術を得てもらうこと，そのために近隣病院の協力を求め連携を活かしながら，看護スタッフの育成体制をつくっていることについて述べられている．

【8．病院の財源，経営，利益を看護スタッフに意識づけ，できるところから削減対策を行う】（15記録単位，5.6%）

このカテゴリは「節電につとめる」，「看護スタッフに危機感をもたせる」，「看護サービス提供に対し患者様がお金を払ってくれていることを意識させる」，「病棟編成をかける」の4つのサブカテゴリから形成された．これらは看護スタッフに病院の経営状況や，自分たちの給料は患者様がお金を支払っていることを意識させ，看護スタッフとともにできるところからコスト削減対策を考え，実施していることを表している．

【9．看護とは何かを説明し，自ら看護スタッフの模範となる】（12記録単位，4.5%）

このカテゴリは「自分たちの言葉や態度が患者様の病状に影響することを教える」，「安全管理の重要性を看護スタッフに意識づける」，「看護管理者が率先して患者のそばにいき話や訴えをよく聴く」，「日

常生活援助の大切さを説明する」,「病棟内の環境整備を自ら行う」,「患者をよく観ることの大切さを伝える」の6つのサブカテゴリから形成された．看護師は患者の身近な存在であることを看護スタッフにわかってもらうため，看護管理者自ら率先して患者のそばにいき，傾聴・観察，環境整備を行うなど身を持って看護を示していること，また，日常生活援助は看護の基本であることをスタッフに教育していることを表している．

【10. 管内の看護管理者同士のつながりを大切にする】(10記録単位, 3.7%)

このカテゴリは「お互いの病院の情報交換・共有を行う」,「他の病院の取り組みで良い部分を自分の病院にも取り入れる」,「先輩看護管理者にコスト削減，スタッフの教育方法などを相談する」,「管内の看護に関する課題を共有し解決策を共に考える」の4つのサブカテゴリから形成された．

看護管理者同士が相談，情報交換の機会を自分たちでつくり，お互いの良い部分を取り入れる，わからないことを経験の長い管理者に教えてもらう，管内の看護体制を話し合うなど看護管理者自身が成長し，安心できる集まりを大切にしていることを表している．

【11. リスクマネジメントを行う】(10記録単位, 3.7%)

このカテゴリは「看護スタッフに掛け持ちさせながら医療安全，じょく創，感染委員の役割をもたせる」,「患者様・家族，スタッフとスタッフの家族を守るため，手洗いの重要性を意識づけ院内感染を起こさない」の2つのサブカテゴリから形成された．少ない看護スタッフであっても各委員会メンバーとして役割をもたせることで日常のリスクの影響や損害をスタッフに意識させていること，日頃から基本的な手洗いが感染予防対策になることを意識づけていることを表している．

【12. 看護人材確保対策や看護資質向上のための体制づくりを率先して行う】(9記録単位, 3.4%)

このカテゴリは「看護師確保のため地元の高校生や看護学生に対し看護奨学資金制度をつくる」,「町に看護師資質向上のための交流事業をバックアップするように願いでる」,「地元の看護学校をまわり地元出身の看護師が地元住民の命・健康を守るという考えを広める」の3つのサブカテゴリから形成された．これは看護管理者が自ら声をあげ率先して動き，町の関係者や看護学校に看護人材の確保や看護師の資質向上のための体制づくりの必要性を理解してもらう働きかけを行っていることを表している．

【13. 看護管理者自身がまちを知り地域にとけこむ】(8記録単位, 3.0%)

このカテゴリは「まちの保健・医療・福祉に関する歴史を知る」,「まちの高齢者に町の動き，歴史を教えてもらう」,「まちの食の文化を知る」の3つのサブカテゴリから形成された．

これは地元で長く暮らしている住民からまちの歴史や文化，保健，医療，福祉，まちの動きについて教えていただいたり，看護管理者自ら本などを調べ学ぶことで，まちそのものを理解することに努めていることが表されている．

【14. 病院内だけではなく地元住民に自分たちの目指す看護を理解してもらう】(8記録単位, 3.0%)

このカテゴリは「病棟理念･看護理念をうちだし，病院職員，地域住民に浸透させる」,「看護スタッフとともに自分たちの目指したい看護は何かをだしあい作り上げる」,「病院の方針と看護部の方針をあわせる」の3つのサブカテゴリから形成された．

これは看護管理者が看護スタッフに住民の身近にある病院の理念を意識づけながら，自分たちが目指す看護を考え実践していくことで，地元住民にも自分たちの目指す看護を知ってもらうということが表わされている．

【15. へき地の病院になくてはならない医師との関係を大切にする】(8記録単位, 3.0%)

このカテゴリは「医師の希望・考えをよく聴いてから，看護管理者としての意見を明確に述べる」,「院長だけではなく，病院に勤務している医師すべてに平等に接する」の2つのサブカテゴリから形成された．これは医師との関係の中で，看護管理者は医師の相談に応じる，医師の考えをよく聴き受けとめたうえで自分の意見を述べる等，へき地の病院で勤務している1人1人の医師を大切に思い信頼関係を構築していくことの重要性を述べている．

【16. 研修での学びを自分の病棟取り入れ実践することを支持する】(5記録単位, 1.9%)

このカテゴリは「パソコン操作について，事務職の協力を得ながら勉強会を開催する」,「病棟で定期的なカンファレンスをスタッフ自ら開催することを

支持する」,「看護スタッフが言語療法士とともに学んだ口腔ケアを自分の病院で毎日実践することを支持する」の3つのサブカテゴリから形成された．看護スタッフが病院外研修において学んだこと，刺激をうけたことを自分の病棟，病院内で取り入れ実践させ，スタッフが自発的に仕事に取り組む姿勢を支持していることを表している．

【17. 自分たちが実践している看護を文書化し，目にみえる形にすることを教える】（5記録単位, 1.9%）

このカテゴリは「看護業務手順を作成する」,「看護ケアをきちんと記録することを指導する」の2つのサブカテゴリから形成された．これは，看護スタッフが日常行っている業務や，なぜこの看護を患者に提供したのかの意味づけをきちんと記録，文書化することの重要性を教えていくことの必要性を表している．

【18. 准看護師の進学をバックアップする】（4記録単位, 1.4%）

このカテゴリは「進学したいと希望するスタッフを応援する」,「学習時間や休息日がとれる勤務体制を考える」の2つのサブカテゴリから形成された．これは，進学希望の准看護師を後押しし，学習できる勤務体制をスタッフと調整しながら整えていることを表している．

【19. 地域ケア会議に参加し，他職種と患者ケアについての話し合いを行う】（4記録単位, 1.4%）

このカテゴリは「毎月ケア会議に出席し，保健・福祉関係者と患者ケアについて意見交換をする」,「入院の可能性の高い住民についての情報交換を行う」の2つのサブカテゴリから形成された．これは地域ケア会議に必ず参加し，地域の専門職種と会議を通じて連携し，患者や地元住民に安心したケアを提供することを表している．

【20. 次のリーダーを育成する】（3記録単位, 1.1%）

このカテゴリは「自分が上に立ってやるという意識をもたせる」,「看護管理者が現在行っている業務を分担し役割，責任をもたせる」,「管理業務を少しずつ移譲する」の3つのサブカテゴリから形成された．これは次のリーダーになるスタッフを見出し，まず意識をもたせ，少しずつ役割や責任を委譲しながら育成していることを表している．

【21. 看護師の定着を目的としたキャリアアップ体制を整える】（3記録単位, 1.1%）

このカテゴリは「資格を獲得するための資金貸付制度をつくる」,「資格取得のための休みを取得しやすい勤務体制を考える」,「海外研修の機会をつくる」の3つのサブカテゴリから形成された．これは現在働いている看護スタッフが病院をやめることなく，安心してキャリアアップできる体制を整えていることを表している．

Ⅳ．考察

本研究はへき地の病院で働く看護管理者が日常業務で取り組んでいる行為や工夫の特徴を明らかにし，へき地の病院に勤務する看護管理者に求められる病院環境への働きかけについて検討することである．へき地の病院に勤務する看護管理者の病院環境への働きかけについて，結果から見出された21カテゴリから考察する．

1．病院内部環境への働きかけ

1）看護集団組織への働きかけ

禿[4]はへき地等に勤務している看護職員の特徴として勤務年数が長い，平均年齢が高い，地方公務員としての身分が保障されている，常に看護師不足の状況で業務を行っているがあげられることや，看護師よりも准看護師の比率が高いこと，まちの財政難，給料支払いの減額，看護職員の加齢・体力の低下から学習意欲の減退がみられ，よもすると看護が安易な方向に流されそうな雰囲気もあると述べている．

また，へき地は都市に比べて住民同士がしばしば親戚関係にあったり，住民同士のつながりや助け合いが強い傾向にあり，看護職が当該地域に生活しながら働いている場合には看護職の態度や行動は住民の間に伝わりやすい．

さらに看護師の確保，育成に関して中小規模病院においては，日頃からスタッフとコミュニケーションをとり，母親のようなリーダーシップをとりながら，進学を考えられる風土づくりや仲間同士で学び合う機会をつくることが重要である[5]．

結果から見出されたカテゴリの中で，看護管理者は【4. 地元患者・家族への接遇を教育する】,【8. 病院の財源，経営，利益を看護スタッフに意識づけ，できるところから削減対策を行う】,【9. 看護とは何かを説明し自ら看護スタッフの模範となる】,【11. リスクマネジメントを行う】,【16. 研修会での学びを自分の病棟取り入れ実践することを支持す

る】，【17. 自分たちが実践している看護を文書化し，目にみえる形にすることを教える】，【20. 次のリーダーを育成する 】から，日頃から看護スタッフに対し，患者･家族，地元住民に質の高い看護，安全･安楽な看護を提供するための教育をし，経営困難を抱える自治体病院の現状を伝え，コストを看護スタッフに意識させ，看護スタッフ自ら学ぶ姿勢を支持する働きかけを行っている．

同時に【2. 看護スタッフを認める言葉がけを行い，責任をもたせ，看護の仕事に対してのモチベーションを保つ 】，【3. 看護スタッフの希望をできるだけかなえ，働きやすい勤務表を作成する】，【5. 素直な表現とていねいな態度でスタッフと常にコミュニケーションをとる 】，【6. 看護管理者自身，多様な業務をこなす 】，【18. 准看護師の進学をバックアップする 】，【21. 看護師の定着を目的としたキャリアアップ体制を整える 】より，看護スタッフがやりがいを持ち，長く働き続ける職場環境づくりを行っている．

このことから，へき地の病院に勤務する看護管理者は，へき地で働く看護職員の特徴や住民同士のつながり，看護スタッフのそれぞれの教育背景やライフサイクルを的確にとらえながら，一人一人の話を受けとめ，認め，安心して相談できる母親的なリーダーシップ，自分の看護観を言語化し説明でき，看護スタッフの自主性を育て促すコミュニケーション，コスト管理やゆとりを持った勤務表や人員コンビの組みたてなどのマネジメント，自分自身も多様な業務をこなし，患者・家族，住民に近づくことのできるフットワークが求められる．

2）病院事務長や医師への働きかけ

へき地の病院で働く看護管理者は【1. 病院事務長に日頃常に相談・交渉・連携・調整・協働し良い関係を築く】や【15. へき地の病院になくてはならない医師との関係を大切にする 】より病院内部において，病院組織全体を見渡す総合的な視点を持ち事務長や医師との対立を乗り越え，信頼関係を構築しながら予算管理，物品管理，看護人材確保などの交渉，相談等を行っている．これらのことを行っていくためにはコミュニケーション，マネジメント，調整力を発揮しなければならないと考えられる．

2．病院外部環境への働きかけ

1）へき地で暮らす住民への働きかけ

寺田[6]はへき地で暮らす人たちの健康を守るため，医療，看護は病院の中だけではなく，地域の一員となり，その地域の悩み，喜びを分かち合いながらともにパートナーシップのもと歩みつづけなければならないと，医療者が地域へ出向いていく大切さについて述べている．

看護管理者は，【14. 病院内だけではなく地元住民に自分たちの目指す看護を理解してもらう 】，【13. 看護管理者自身がまちを知り地域にとけこむ 】のカテゴリより，看護管理者自身が郷土愛をもち，積極的に地域の中にとけこみ，地元住民に対して病院の取り組みや看護目標を理解してもらい，住民と協働しながらの看護職員の育成や病院づくりを目指す働きかけを行っていることがわかる．

2）他関係職種への働きかけ

看護管理者は，【19. 地域ケア会議に参加し，他職種と患者ケアについての話し合い 】を行いながら患者や家族に安心したケアを継続していくこと，地域の専門職から発信される住民の健康状態を早期にキャッチすることと同時に，会議に参加している他職種との信頼関係や連携の体制を築いているものと考える．へき地等においては保健・医療・福祉の社会資源が少ない現状があり，その地域の住民，患者･家族の健康を守り，包括的に支援していくためには限られた社会資源を有効に活用していくこと，また保健師やケアマネージャー，ヘルパー等の関係職種との連携は不可欠である．

3）看護の資質向上・人材確保への働きかけ

結果のカテゴリである【7. 近隣病院の協力を得ながら，意図的に研修，交流の場をつくりスタッフの育成をはかる 】，【12. 看護人材確保対策や看護資質向上のための体制づくりを率先して行う 】より看護管理者は看護スタッフに対し研修・研鑽の機会を確保すること，へき地においての看護人材確保対策の取り組みを行っている．

へき地等に勤務する看護職が困難に感じていることとして，看護・医療に関する最新の情報入手の困難であることや研修・研鑽の機会が不十分であることが先行研究[7]で述べられている．町の財政困難の状況からなかなか研修に費やす予算を確保しづらいこと，更にへき地ということから，看護師の確保も難しいという現状がある．そのような中，看護管理者は【10. 管内の看護管理者同士のつながりを大切】にし有効に活用しながら看護スタッフの質の向上や人材確保対策を率先して行っている．

このことからへき地の病院で働く看護管理者は，近隣病院の看護管理者とのつながりをつくり協力を得ながらへき地の看護職員が抱える課題に取り組ん

でいくこと，看護人材確保はまちの代表者や学校関係者，住民をも巻き込んで対策づくりを行っていくことが必要であることを示している．

3．へき地の病院に勤務する看護管理者に求められる病院環境への働きかけ

大橋[8]は地域医療を守り発展させるためのキーワードとして，“連携”と“住民・患者とともに”を挙げている．医療不足や経営困難を抱える中で地域の医療要求に応えるためには自己完結型ではなく，内部での連携をいっそう発展させるとともにそれぞれの地域の他医療機関との連携の発展が大切であること，更に病院と住民が一体となることの大切さ，地域住民に医療関係者が育てられることの大切さを述べ，内向きではなく外に目を向けることの必要性を述べている．

また草刈[9]は，看護管理は単なる一施設の中でのやりくり上手であるだけでなく，地域のヘルスケア・システム全体のネットワークの中で考えていくことが不可欠であること，スタッフが生きがいをもって働けるよう内的環境を整えるとともに，それを阻害あるいは促進する要因を洗い出し，説明し，理解を得て，看護の外的環境の条件整備を図っていくことが，提供される看護の質を保証する上で管理者のなすべき最大任務と述べている．

今回の研究結果からへき地の病院に勤務する看護管理者の病院環境への働きかけは，看護集団組織，病院事務長や医師という病院内部環境への働きかけとともに，地元住民，他関係職種，看護資質向上や人材確保対策づくりを共に取り組む関係機関への病院外部環境に働きかけるという，まさに地域医療をまもり，看護の質を保証するという働きかけを日常業務の中で行っていることが見出された．またこのような働きかけを行っていくためには，看護管理者自身がその地域特性，住民特性，病院の理念や経営状況，看護職員の特徴，地域で活用できる社会資源を把握し，病院外の関係機関とのつながりを積極的につくるという外へむけた連携と，住民とともに歩み考えていくパートナーシップが重要であることが示された．

Ⅴ．結論

へき地の病院で働く看護管理者が日常業務で取り組んでいる行為や工夫の特徴を明らかにし，へき地の病院に勤務する看護管理者に求められる病院環境への働きかけについて検討することを目的とした．

北海道宗谷管内の病院に所属する看護管理者8名にインタビューを行った結果，【病院事務長に日頃常に相談・交渉・連携・調整・協働し良い関係を築く】，【スタッフを認める言葉がけを行い，責任をもたせ，看護の仕事に対してのモチベーションを保つ】，【看護スタッフの希望をできるだけかなえ，働きやすい勤務表を作成する】，【看護管理者自身，多様な業務をこなす】，【近隣病院の協力を得ながら，意図的に研修・交流の場をつくりスタッフの育成をはかる】，【管内の看護管理者同士のつながりを大切にする】，【看護人材確保対策や看護資質向上のための体制づくりを率先して行う】，【看護管理者自身がまちを知り地域にとけこむ】，【病院内だけではなく地元住民に自分たちの目指す看護を理解してもらう】等の21カテゴリを見出した．

21カテゴリをもとにへき地の病院に勤務する看護管理者に求められる病院環境への働きかけについて検討した結果，看護管理者は看護組織集団，病院事務長や医師などの病院内部環境に働きかけていると同時に，地元住民や関係職種，看護資質向上や人材確保対策関係機関への病院外部環境にも働きかけていることが示され，へき地の病院で働く看護管理者は地域医療をまもり，看護の質を保証するという働きかけを日常業務の中で行っていることが見出された．

また病院内部環境，病院外部環境への働きかけの中で，看護管理者自身がその地域特性，住民特性，病院の理念や経営状況，看護職員の特徴，地域で活用できる社会資源を把握しながらリーダーシップやコミュニケーション，マネジメント，パートナーシップの力を発揮していることがわかった．

Ⅵ．謝辞

今回業務ご多忙の中，ご協力いただきました看護管理者の皆様に深く感謝いたします．

[この研究は平成20年度旭川医科大学独創性のある生命科学研究の助成を受けて実施した内容を一部修正・追加したものである．]

文献

1) 佐藤里美，小谷妙子，工藤祝子ほか：へき地等地域医療機関において求められる看護実践能力．第66回日本公衆衛生学会総会抄録集，10；383，2007.

2) 波多野浩道：へき地・離島における保健医療対策と看護職．保健の科学，48 (9)，641-647，

2006.
3) 北海道過疎地域自立促進都道府県計画（平成17年～平成21年），http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/ckk/chicho/kasohousin/housuntop5.htm.
4) 禿しづ美：看護管理職の立場から．日本ルーラルナーシング学会誌，4;74-77，2009.
5) 小宮美恵子，増井いづみ：中小規模病院看護部長トーク　中小規模病院における看護部マネジメント　看護の質の向上のために職員をどう育成しているか（その１）．看護部マネジメント，9(193)；35-43，2004.
6) 寺田豊：へき地で暮らす人たちの健康を守るためにできること－医療，医学の立場から－．日本ルーラルナーシング学会誌，4；77－79，2009.
7) 鈴木久美子，田中幸子，岸恵美子ほか：へき地診療所における看護活動の特性とその課題（その1）．日本地域看護学会第7回学術集会講演集，190，2004.
8) 大橋晃：北海道の地域医療の現状と展望．北海道勤労者医療協会雑誌，36:18-23，2010.
9) 草刈淳子:看護管理における研究の現状と展望．看護MOOK，40:163-178，1992.
10) 宮崎美砂子・春山早苗：最新地域看護学各論2．日本看護協会出版会，pp. 148-163，2009.
11) 舟島なをみ:質的研究への挑戦第2版，医学書院，2007.
12) 北海道稚内保健所：北海道医療計画宗谷地域推進方針－健やかで安心して暮らせる最北の医療連携体制をめざして－．pp. 13-14，2008.
13) T. M. Marrell，細野容子他訳：The Nurse Manager's Survival Guide-Practical Answers to Everyday Problems second edition．実務にいかす看護管理の基本，医学書院，1998.
14) 奥野正孝，小林文子，吉岡多美子ほか：Rural Nursingを提唱する．地域医療増刊号，第44回特集，163-164，2005.
15) 大平肇子，小林文子，吉本多美子ほか：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.
16) 大串正樹：ナレッジマネジメント，医学書院，2008.

資料

長崎県離島救急患者家族待機宿泊所「しまの救急ファミリーハウス」の現状と課題

The status quo and future problems of a "Family House", an emergency lodging facility for islanders in Nagasaki

井上高博，竹末加奈，千葉美子，長尾秀美，中柳美恵子
Takahiro Inoue , Kana Takesue, Yoshiko Chiba, Hidemi Nagao, Mieko Nakayanagi

キーワード：長崎県，離島，救急患者家族待機宿泊所，ファミリーハウス，家族支援

要旨

長崎県離島救急患者家族待機宿泊所（通称：「しまの救急ファミリーハウス」）の現状を明らかにし，今後の示唆を得ることを目的に本調査を実施した．当施設は，1973年当時の長崎医療センター職員らより，離島からヘリコプター搬送された救急患者に同乗した患者家族の苦境が問題提起され，一時的な宿泊施設として建設された．運営費は利用者料金（1人1泊あたり1500円）の収入のみで行われている．1998～2009年の11年間における，年間のべ利用者数平均は約2400～3400人で推移していた．

長期利用者の影響により入居待ち家族が増加した為，2006年11月より20日以内の利用日数制限が設けられた．その後，入居待ち家族はほぼなくなり本来の一時的な宿泊施設としての役割を取り戻すことができていた．今後の発展に向けては，鍋，食器類などの生活用品の充実や，当該施設の利用者の希望を十分に考慮した柔軟な対応が求められると考えた．

Ⅰ．はじめに

長崎県は，大小約600近い島があり，そのうち75島の有人離島をもつ全国有数の離島県である[1]．島民人口は，県人口（約144万1千人）のおよそ1割（約15万9千人）[2]と報告されている（2008年10月現在）．また長崎県は，離島振興法により，離島の基礎条件，産業基盤，生活環境の整備，島民の生活の安定，福祉の向上を目的として，様々な事業が行われてきた経緯がある[3]．しかし，島民人口の流出は依然として続いているほか，町村合併，少子高齢化の進展など厳しい現実がある．そのような背景から新上五島町にある有川病院は，2010年10月に無床となり，上五島病院付属診療所有川医療センターと改称している[4]．このように離島における地域医療の規模は，縮小傾向にある．

2006年12月より独立行政法人国立病院機構長崎医療センター（以下，医療センター）にドクターヘリ事業が導入[5]され，離島に住む人々が緊急治療を必要とする際の有効な救急搬送手段となっている．離島救急患者が搬送される緊急時にヘリコプターに同乗する家族は，十分な日用品等も準備できずに，住み馴れない土地へ搬送されている．そのような境遇に置かれた患者家族のための一時的な宿泊施設として，「しまの救急ファミリーハウス」（以下，「しまハウス」）があり，緊急時の島民の生活を支える存在となっている．

高橋ら[6]は，ファミリーハウスの役割として，経済的負担の軽減，精神的負担の軽減，日常生活の保障，家族や患児への居場所の提供の必要性を報告している．また「ファミリーハウス」に関しては，慢性疾患児家族宿泊施設に関する文献[7～13]の報告がされている．岩井[14]の著書「病院近くのわが家」では，常時観察を要する重症患児のカーテンのない病室で看病している母親らの切実な思いから「ファ

受付日：2010年12月24日　　採択日：2011年3月10日
活水女子大学看護学部　Kwassui Women's University Faculty of Nursing

ミリーハウス」設立に至った経緯が書かれていた．同様に松谷[11]は，母親らの息抜きの時間を持てるように考えられていると述べていた．これらの文献では，長期療養を必要とする子どもとその家族を支える宿泊施設として，「ファミリーハウス」は位置づけされていた．

法橋らは，慢性疾患児家族宿泊施設[13]とそれ以外[15]の「ファミリーハウス」の設備状況と利用状況を明らかにしている．その共通点としては，①利用料金が低料金であること，②設置場所は，最寄りの病院（病棟）までは徒歩圏内にあること，③マンパワーが充実していないことであった．

このように「ファミリーハウス」に関する文献は数少なく，さらにその殆どが慢性疾患児家族宿泊施設に関する報告であり，「しまハウス」のように離島救急患者家族のための宿泊施設の実態を明らかにした調査報告はなかった．

そこで「しまハウス」の現状（経緯，管理・運営方法，設備，利用料金）を示し，医療センターへ救急搬送された患者数（年間患者搬送数）と「しまハウス」利用者数（年間延べ利用者数）と離島患者家族の居住地の実態を明らかにし，今後の課題について示唆を得る目的で調査を行った結果をここに報告する．

Ⅱ．調査方法

2010年6月に研究者らが長崎県庁を訪れ，「しまハウス」を管理・運営する長崎県福祉保健部医療政策課から提供いただいた「しまハウス」のパンフレット，1998～2009年度における「しまハウス」の利用状況，2008年度および2009年度における当施設利用者の居住地状況に関する資料を分析した．また担当者の話や他の関連部門（2009年度における長崎県内医療施設へのドクターヘリ搬送実績）の資料を参考に分析した．

Ⅲ．調査結果

1．「しまハウス」の概要について

1）当施設の設置経緯と目的について

当施設の設置は，当時の医療センター職員等から「（離島救急患者の）傷病の発生が突然であることが多く，このような場合，患者の家族は身の回りの物も持たず，また，宿舎も手配できない状態で患者に同行している．」との問題提起があり，長崎県議会にて議決されてスタートした．ヘリコプターで救急搬送された離島患者家族のための一時的な宿泊施設と位置づけることが決定し，1973年2月に国立長崎中央病院（現医療センター）に隣接する場所に建設され（4部屋），その後，施設の老朽化と利用者の増加に伴い，1998年8月に医療センターから約150m離れた現在地（活水女子大学看護学部校舎の隣り）へ新築移転（8部屋）した．

2）当施設の管理及び運営について

当施設の所有権は県にあり，管理及び運営は長崎県福祉保健部医療政策課が行っている．諸経費【主に施設の管理人給与及び施設整備費等（布団のクリーニング等）】は，利用者からの利用料金（1人：1泊あたり1500円）の収入のみで賄われている．その他，県の助成金等はないが，当施設で大中規模修繕が必要な際には県が行なう．また県の業務委託職員である施設の管理人は，平日の10～12時，13～16時の時間帯に常駐し，主に利用希望者の受付業務を行っている．施設の管理人不在時には「しまハウス」の利用はできないため，医療センター内の家族待機室か民間の宿泊施設を利用することとなる．利用者の投書箱も設置されているが，年間平均2通程の投書にとどまり，その内容も，当施設利用に関する感謝の言葉であった．

3）当施設の設備について

当施設の部屋の構造は，六畳一間であり，ユニットバス・トイレと台所が設置されていた．また部屋の備品として，洗濯機，衣類乾燥機，電気コンロ，冷蔵庫，電子レンジ，電気ポット，テレビ，エアコン，布団，こたつがある．また医療センターからの緊急時の連絡通信機器として，PHS（Personal Handy-phone System）が各部屋に1台備え付けられている．しかしながら，利用者の食事の調理に必要と思われる鍋等の調理器具や食器類はなく，20日以内の滞在の為だけに利用者自身で準備する必要がある．

4）当施設の利用料金と宿泊制限について

当施設の料金は，宿泊施設ではないため宿泊料ではなく，施設利用料金として徴収される．この利用料金は，1人1泊1500円（小学生以上）であり，医療センター周辺にある民間の宿泊施設の宿泊費（3500円／日）よりも低料金で設定されている．また他家族との相部屋の場合は，1人1泊1000円であった．また退去日の出発時間は，午後12時迄であり，その時間を超過する場合は，利用料金として課金されている．

当施設の宿泊制限が設けられた背景には，半年間当施設を利用した家族がいたために，当日すぐに利用できない入居待ち家族が大勢いるとの報告を受け

表1　2009年度における長崎県内医療施設へのドクターヘリ搬送実績

n =414

医療施設名	所在地	搬送回数	%
長崎医療センター	大村市	253	61
長崎大学病院	長崎市	43	10
長崎労災病院	佐世保市	38	9
佐世保総合病院	佐世保市	23	6
島原病院	島原市	14	3
済生会長崎病院	長崎市	12	3
その他の医療施設	—	31	8

表2　1998～2009年度における当施設の年間延べ利用者数の推移

単位：人

年度	年間延べ利用者数	一日平均人数
1998	3046	8.3
1999	3108	8.5
2000	3354	9.2
2001	3352	9.2
2002	2968	8.1
2003	2600	7.1
2004	3415	9.4
2005	3457	9.5
2006	2970	8.1
2007	2889	7.9
2008	2387	6.5
2009	2418	6.6

表3　2002～2008年度における当施設の入居待ち家族状況の推移

単位：人

年度	入居申込家族数	入居待ち家族	申込後キャンセル数
2002	66	25	-
2003	68	1	-
2004	104	33	-
2005	125	38	-
2006	142	48	13
2007	94	21	5
2008	86	5	2

た長崎県議会[16]で2006年11月から当施設の平均利用日数を基準に20日以内の利用制限が導入されている．

2．「しまハウス」の利用状況について

1）1998～2009年度における当施設の年間延べ利用者数（表2）

現在の場所に移転新築された2009年度における長崎県内医療施設へのドクターヘリ搬送実績は，（表1）のとおりであった（計414回）．内訳は，医療センター（大村市）が253回（61%）と最多であり，次に長崎大学病院（長崎市）43回（10%），長崎労災病院（佐世保市）38回（9%）であった．残り226回（35.3%）のヘリ出動後帰還先は，県外（福岡県，佐賀県など）の医療施設への搬送などであった．

1998～2009年度における当施設の年間延べ利用者数の推移は，表2のとおりであった．この11年間

表4　2008年度および2009年度における当施設利用者の居住地状況

単位:人

	市町村				
年度	五島市	新上五島町	壱岐市	対馬市	非該当
2008	1237	308	213	553	76
2009	668	498	478	734	40

表5　「しまハウス」の利用者の居住地から医療センターまでの交通経路一例

費用:円, 所要時間:分

	公共交通機関						
	飛行機(大村空港着)		船舶(港発→中継地点)		中継地点	バス(中継地点→大村着)	
市町村	費用	所要時間	費用	所要時間	港名(バス停留所)	費用	所要時間
五島市	8200*	30	2700(福江港F) 6630(福江港J)	205 85	長崎港 (大波止)	800	41
新上五島町	−	−	2700(奈良尾港F) 6630(奈良尾港J) 4950(鯛の浦港K)	160 75 90	長崎港 (大波止)	800	41
壱岐市	6650*	30	1850(印通寺港F)	100	唐津港 (唐津フェリーターミナル)	1650	88
対馬市	11200*	35	4450(厳原港F) 7700(厳原港J) 5330(比田勝港F) 9900(比田勝港J)	275 105 320 175	博多港 (博多駅交通センター)	2300	128〜150

※船舶費用の( )内は港名。F:フェリー, J:ジェットフォイル, K:高速船を指す。
なお飛行機はオリエンタルエアブリッジ(http://www.orc-air.co.jp/), 船舶は九州商船(http://www.kyusho.co.jp/)と五島産業汽船(http://www.goto-sangyo.co.jp/)
九州郵船(http://www.kyu-you.co.jp/)の時刻表を参照に作成した。*は島民価格であり、通常料金は島民価格よりも高い。全て片道料金と所要時間(2010年12月現在)

におけるのべ利用者は, 年間平均約2400〜3400人(1日あたり平均6.6〜9.3人, 1部屋利用率:82.5〜116.3%)で推移していた. 当施設の利用者には, 緊急でヘリ搬送に同乗した患者家族のほか, 後日, 公共交通機関を利用して来所された患者家族も含まれる. 2006年には11月に20日以内の利用制限が設けられた後は, やや利用者数が減少傾向を示していたが, これは以前まで行われていた他人同士での相部屋利用が減ったことにある.

2)　2002〜2008年度における当施設の入居待ち家族状況の推移(表3)

2002〜2006年にかけて, 当施設の利用を希望する家族の数は, 増加傾向にあった. しかし, 20日以内の利用制限の導入とドクターヘリ事業が開始された2006年以降は, その数は減少傾向を示していた. また入居待ち家族数の減少及び入居申込後キャンセル家族数も少なくなっていた.

3)　当施設利用者の居住地について

2008年度および2009年度における当施設利用者の居住地状況(表4)は, 五島市, 新上五島町, 壱岐市, 対馬市が多数であった. 2008年度は, 五島市在住者が1237人と最多であったが, 2009年度には, 半減していた. 一方, 対馬市在住者は181人の増加がみられた. また新上五島町および壱岐市在住者も前年度と比較して増加していた. さらに2008年度と2009年度の居住地からみた「しまハウス」の利用者では, 新上五島町, 壱岐市, 対馬市の居住者は, 前年度比で約200人前後増加していた.

離島の特徴として交通手段の不便さがある. 各島から医療センターまでの交通手段の一例は, (表5)のとおりである. 主には飛行機と船舶(高速船, ジェットフォイル, フェリー)とバスが利用されている. 五島市から医療センターまでの交通手段は, 飛行機(大村空港行き:片道8200円/所要時間30分)と船舶(長崎港行き:6630円/85分, 2700円/205分)があり, さらに船舶からバス(大村行き:800円/41分)への乗り継ぎを要する. 新上五島町からの交通手段は, 船舶のみ(長崎港行き:6630円/75分, 4950円/90分, 2700円/160分)があり, バスへの乗り継ぎが必須である. 壱岐市からの交通手段は, 飛

行機（大村空港行き：6650円/30分）と船舶（唐津港行き：1850円/100分）があり，さらに船舶からバス（大村行き：1650円/88分）へ乗り継いで，医療センターに向かうこととなる．対馬市からの交通手段も同様であるが，船の停泊先は博多港のみ（4450円/275分～9900円/175分）であることから，対馬市の人々にとっては福岡市が日常生活圏域となっている．また対馬市から医療センターへの移動にフェリー（320分）とバス（150分）の乗り継ぎで最長470分（約8時間）を要することもあり，福岡市のドクターヘリ拠点病院へ搬送される事例もあった．

Ⅳ．考察

1．「しまハウス」の概要について

1973年2月に「しまハウス」は，離島医療の規模縮小や高度救急医療施設が本土にあることから，離島で生活する患者家族のための一時的な宿泊施設の位置づけとして，建設された．家族（患者）の生命が危機的状況の下にある中，付き添うために十分な準備もできないままヘリ搬送された患者家族の宿泊に関する不安は計り知れないと考えられる．松谷[12]は，専門の高度な医療を提供できる病院に遠方から治療に来る患児とその家族にとって，宿泊場所探しや，宿泊費，二重の生活費などの経済的負担があることを指摘している．「しまハウス」の利用料金は，1人1泊あたり1500円と29か所の慢性疾患児家族宿泊施設（1日平均1228円）[13]と同様に低料金であり，医療センター周辺にある民間の宿泊施設の宿泊費（1日あたり3500円）よりも安いため，比較的廉価で宿泊先が確保できていると思われる．しかし，施設管理人の不在時には，「しまハウス」の利用ができないため，医療センター内にある家族待機室や民間の宿泊施設利用を余儀なくされる．「しまハウス」の利用を希望する患者家族は，救急患者の容態に対する不安を抱えながら，施設管理人を待たなければならない状況にある．「病気のときこそ，よりよい環境をあげよう」のファミリーハウスの先駆けであるマクドナルドハウスの精神[17]にならい，施設管理人の不在時における利用者の受け入れ体制を考えいく必要がある．

また「しまハウス」内には，日常生活ができるよう家電製品等が設置されている．しかし，鍋類の調理器具等はないことから，20日以内と限られた生活のために，利用者自身が新たに用意しなければならない．法橋らは，慢性疾患児家族宿泊施設以外の「ファミリーハウス」のアメニティが充足していないことを示している[13]．同様に「しまハウス」においても，例として食器類，鍋などの調理器具等については十分とはいえない状況であった．

法橋らは施設運営の財政難があること[13]を示しており，さらに植田は原則的に宿泊費（利用料金）で黒字になるファミリーハウスはない[8]と述べている．「しまハウス」の運営については，利用料金の収入のみで堅実な運営がなされており，今後も「しまハウス」の安定した施設運営が継続されていくことが期待される．

2．「しまハウス」の利用状況について

2009年度の「しまハウス」の年間延べ利用者数は2418人（1日あたり平均6.6人：利用率82.5%）であり，ドクターヘリによって医療センターに搬送された救急患者（253人）の多くの家族が利用していたことが考えられる．29か所の「ファミリーハウス」利用率（平均56.7%）と比較すると高い利用状況であった．年間延べ利用者数が最も多かった2005年度には3400人（1日あたり平均9.3人，1部屋利用率：116.3%）（表3参照）と他人同士と相部屋利用をしていた．しかし，翌年度には長期利用者の影響によって入居待ち家族が増加したことから，20日以内の利用制限が導入された．その後は1家族1部屋利用が可能となり，さらには，入居待ち家族数や申込後キャンセル数も減少していた（表4参照）．

このようなことから，20日以内の利用制限の導入により，本来の一時的な宿泊施設の役割を取り戻したことが示されていた．

「しまハウス」の利用者は，五島市，新上五島町，壱岐市，対馬市在住者が全体の9割以上を占めていた（表4参照）．利用者の中には，緊急でヘリ搬送に同乗した患者家族のほか，後日，公共交通機関（表5参照）を利用して，医療センターへ来院された患者家族も含まれている．

「しまハウス」は利用状況の集計資料において，利用者ニーズに応じた実状が示された．しかし施設管理人の不在時には利用ができない．また20日以内の利用制限という療養生活を支える患者家族の生活においても不安があると考えられるため，利用者への調査の必要性が明らかとなった．

「しまハウス」の利用については，施設管理人の不在時における利用者の受け入れ体制が求められるほか，一律に20日以内という制限を設けるのではなく，利用者の希望を十分に考慮した柔軟な対応が求められていると考えられる．

V．おわりに

「しまハウス」は，離島患者家族のための一時的な宿泊施設の役割を十分に果たしていた．しかし，「しまハウス」の利用者らの希望を考慮した柔軟な利用環境の整備が求められていることが考えられた．また今後の課題として，2008年度及び2009年度における「しまハウス」利用者の居住地状況に関して，2009年度における五島市の利用者減少，壱岐市と対馬市の利用者増加の要因解明が挙げられる．さらに今後更なる発展に向けて，療養生活を支える患者家族の「しまハウス」での生活に関する調査を行い，よりよい「しまハウス」の運営に貢献できるよう研究していきたい．

謝辞

本調査の実施にあたり，ご協力いただきました長崎県自治体病院等開設者協議会　事務局長　鍬塚眞様，長崎県福祉保健部医療政策課地域医療班　参事　坂田千枝子様，主事　岩﨑睦様，上野美和様，「しまの救急ファミリーハウス」管理人様，独立行政法人国立病院機構長崎医療センター職員の皆様に深く感謝申し上げます．

なお本報告は，日本ルーラルナーシング学会第5回学術集会（長崎，2010）にて発表した内容に加筆修正したものである．

文献

1) 長崎県企画部離島半島・地域対策課：ながさきのしまじま—離島振興40年のあゆみ—．pp. 3, 1994.
2) 長崎県福祉保健部：衛生統計年報（人口動態編）．pp. 213, 2008.
3) 前掲書1)，1-2.
4) 長崎県上五島病院付属診療所有川医療センターホームページ．施設のご案内．有川医療センターの沿革．http://www. kamigoto-hospital. jp/arikawa-mc/shisetsu. html（2010年12月22日アクセス可能）
5) 藤原紳祐，高山隼人，山田成美ほか：長崎県の離島救急医療体制の構築．日本遠隔医療学会誌，4(2)：218-219，2008.
6) 高橋明子，石黒彩子，三浦清世美ほか：慢性疾患児患者家族宿泊施設（ファミリーハウス）利用の現状とその役割—利用家族の調査から—．日本看護医療学会雑誌，6(1)：25-33，2004
7) 岩井啓子：病院近くのわが家．自由国民社（東京），2003.
8) 植田洋子：日本における患者家族滞在施設とその現状について．日本看護医療学会雑誌，5(1)：1-8，2003.
9) 江口八千代：小児がん患者・家族を支援するファミリーハウス．がん患者と対症療法，17 (1)：57-61，2006.
10) 大藤佳子：「ファミリーハウス」と「トータルケア」—愛媛における試み—．日本小児科医会会報，24：143-146，2002.
11) 松谷美和子：患者家族滞在施設設立の経緯と課題１．病院，59(10)：880-886，2000.
12) 松谷美和子：患者家族滞在施設設立の経緯と課題２．病院，59(11)：960-964，2000.
13) 法橋尚宏，石見さやか，岩田志保ほか：全国の「慢性疾患児患者家族宿泊施設」の設備状況と利用状況の実態調査—家族が利用しやすい施設に向けての問題点と課題について—．家族看護学研究，9(1)：44-49，2003.
14) 前掲書7)，pp8-17.
15) 法橋尚宏，加茂沙和香：全国の「ファミリーハウス」の設備状況と利用状況の実態調査—慢性疾患児患者家族宿泊施設以外のファミリーサポートハウスを対象として—．家族看護学研究，11(1)：34-41，2005.
16) 長崎県議会議録．平成18年11月定例会（12月5日—04号）福祉保健部長の発言，p169.
17) 前掲書7)，pp31-32.