

日本ルーラルナーシング学会誌

Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing

第7巻 2012

原著

小規模島嶼における看護実践モデルの開発
－理論的枠組みの構築と妥当性の検証－

森 隆子, 兒玉慎平, 波多野浩道…… 1

研究報告

山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策

安田貴恵子, 柄澤邦江, 御子柴裕子, 酒井久美子, 下村聡子, 北山秋雄…… 17

中規模へき地医療拠点病院の看護職員の労働実態と教育研修体制の現状と課題

関山友子, 塚本友栄, 鈴木久美子, 島田裕子, 工藤奈織美, 春山早苗, 田中牧子…… 31

限界集落で暮らしている後期高齢者の健康維持に関する認識と行動

高橋由美, 高橋和子, 武田淳子, 関戸好子…… 43

実践報告

超高齢地域に暮らす高齢者が自律した在宅生活を継続するための看護職による健康支援活動

高橋由美, 家子敦子…… 57

資料

沖縄県小離島における要支援・要介護高齢母親と息子とのサポートの授受とその意味

山口初代, 大湾明美, 佐久川政吉, 呉地祥友里, 坂東瑠美, 糸数仁美…… 65

第6回学術集会を終えて

第6回学術集会長報告 …………… 77

総会報告 …………… 78

日本ルーラルナーシング学会誌投稿規定 …………… 87

編集後記 …………… 90

原著

小規模島嶼における看護実践モデルの開発 －理論的枠組みの構築と妥当性の検証－

Development of Rural Nursing Practice Model in Remote Islands

森 隆子, 兒玉慎平, 波多野浩道

Ryuko Mori, Shimpei Kodama, Hiromichi Hatano

キーワード：小規模島嶼看護実践モデル, 環境要因, 専門職自律性, 匿名性の欠如, 身内／よそ者

要旨

本研究の目的は小規模島嶼における看護実践モデルのための理論的枠組みの構築と妥当性の検証である。へき地診療所勤務看護師509名を対象に自記式調査票を行い、島嶼に特徴的な看護活動と環境要因、個人要因（役割一致感、休暇実態、専門職自律性、匿名性欠如、身内／よそ者）、職務満足感、ストレス反応等の関連を分析した。193名の有効回答を得た。全体として、職務満足は低くなくストレスフルとはいえなかった。本研究の枠組みの有効性として、(1) 看護活動は環境要因だけでなく、個人要因が規定していた。(2) 専門職自律性は創造的保健活動や勤務外援助活動に結びついていた。(3) 役割期待の不一致、孤立は看護活動に影響していなかった。(4) 匿名性の欠如は、看護活動にも活動の結果にも影響していたが、その作用メカニズムは解明できなかった。(5) 身内とみなされることは、創造的保健活動がしやすく、勤務外援助活動を求められやすくなっていた点が明らかとなった。看護実践モデルの構築には、環境要因だけでなく個人要因に着目したモデルの開発が望まれる。

Abstract

The purpose of this study was to test the theoretical framework for the rural nursing practice model in remote islands applied by rural nursing theory and effort-reward imbalance model.

Self-administered mailed questionnaires survey was performed. Of 509 nurses who work in remote islands' clinics enrolled in the cross-sectional study, 193 nurses (response rate 38%, average age 42) were available for the analysis.

Descriptive statistics and regression analysis was performed to examined relationship among the 7 categorical nursing practices, situational factors (types of remote islands et al.), personal factors (demographics and 5 rural nursing concepts (isolation, role conflict, professional autonomy, lack of anonymity, insider/outsider)), work related factors (effort-reward ratio, Over-commitment) and outcomes of nursing practices as job satisfaction, stress reaction (emotional exhaustion, depersonalization, reduced personal accomplishment), and retention. Nurses in remote islands had high job satisfaction, low stress reaction, high retention.

The theoretical framework was effectively revealed by the data.

Conclusion was summarized as:

- 1) Nursing practices were related with not only situational factors but also personal factors ,especially professional autonomy, lack of anonymity, insider/outsider.

受付日：2011年11月9日 採択日：2012年4月17日

鹿児島大学医学部保健学科 地域看護・看護情報学講座

Department of Community Health Nursing and Nursing Informatics Faculty of Medicine, Kagoshima University

- 2) Professional autonomy was promoted to a variety and diversity nursing practices, community developmental activities and professional helps at private time.
- 3) No (7 categorical) nursing practices(7 categorical) were related with isolation, and role conflict.
- 4) Lack of anonymity was related factor on nursing practices and outcomes. The relationship could not be interpreted in this cross-sectional study.
- 5) Insider/outsider was promoted to community developmental activities and professional helps at private time.

The knowledge from this study can be used to develop rural nursing model. Personal factors are important.

I. はじめに

本研究の目的は、小規模島嶼における看護実践モデルの開発を上位目的とし、ルーラルナーシングの理論を用い、小規模島嶼における看護実践モデルの理論的枠組みを構築し、妥当性を検証することにある。特に医師の常駐が望みにくい小規模島嶼では、看護職がケアの主たる提供者として、第一線で勤務に従事していることが多い。人口の少子・高齢化の進行が顕著であり、保健医療福祉のいずれの領域においても専門職が不在になりやすい小規模島嶼において、看護実践モデルの検討は喫緊の課題である。わが国では、これまで小規模島嶼における看護活動に特化した研究報告は特定の領域の看護活動あるいはモノグラフ^{1~3)}等で、看護協会による調査研究報告^{4, 5)}にみるべきものがあるにすぎなかった。

しかし、近年、へき地・島嶼の看護活動の特徴を記述する研究報告^{6~9)}がみられるようになり、その結果は、諸外国の研究報告^{10~13)}とも、多くの点で一致している。

特徴の第一は、その多様性である。あらゆる年齢段階の広範囲な健康問題に対応できるジェネラリストとしての役割が要求される。他の医療専門職が不足する等の資源の乏しさを補うための創意につながるなど工夫など自律性を発揮する機会も多く、プライマリヘルスケア全般を担っている。同時に、代替要員がいないことで必然的ではない役割も組み込まれることもあり、国または地域により一律とはいえないが、どこでも役割が拡大する傾向にある。役割拡大は自律性の発揮というプラス面と同時に、役割が拡散してしまうというマイナス面がある。特徴の第二として指摘されることは、地域とのつながりのつよさが活動の基盤になっていることである。このことは、看護職が地域の人々をよく把握できているので継続的かつよいケアが提供できるというプラス面と同時に、匿名性が欠如しやすいというマイナス

面もある。日本ではこれらの特徴の体系化の試み¹⁴⁾が始められたばかりで、みるべきものはない。諸外国では、未だ記述レベルの理論構築的研究^{15~21)}段階ではあるが、Weinert&Long¹⁷⁾は、「人々がまばらに暮らす地域において、そこに居住する人々への看護職によるヘルスケアの提供」をへき地看護と定義し、ルーラルナーシング理論の構築を目指しており、へき地のヘルスニーズと看護実践を理解するための主要概念として、「仕事観と健康観」「孤立と隔たり」「自己信頼感と自立」「匿名性の欠如」「身内とよそ者」「古株と新入り」を挙げているなど、いくつかの概念やテーマが論じられている。これらの先行研究で論じられているへき地・島嶼の看護実践にとって重要な概念・テーマには、いずれにも共通点があり、大きくは以下の5つにまとめられる。

- 1) あらゆる年齢、広い範囲の健康状態のクライアントに対して多種多様な経験でジェネラリストとしての技術を用いることができる一方で、専門職や地域の資源が乏しいことで専門技術を維持することが困難であり孤立しやすい。
- 2) あらゆる領域の実践を、創造的で、臨機応変に、しかも自律的に行う機会がある一方で、自ら専門職として望ましいケア体制をつくり運営していくことに多大の苦労がある。
- 3) 地域での地位、専門職としての役割モデルが他の領域でも活用できるが、本人の役割期待と一致しない住民の過剰な期待があり、専門職として、個人として孤立することがある。
- 4) 他の医療専門職やクライアントと公式にも非公式にも関係をもてることで、退院後もケアの継続性が保たれる一方で、匿名性が欠如しやすい。
- 5) 地域参加や非公式な健康教育の機会がある一方で、地域に受容され、信頼されるには、身内／よそ者、古株／新入りにみられる排他性を克服しなければならない。

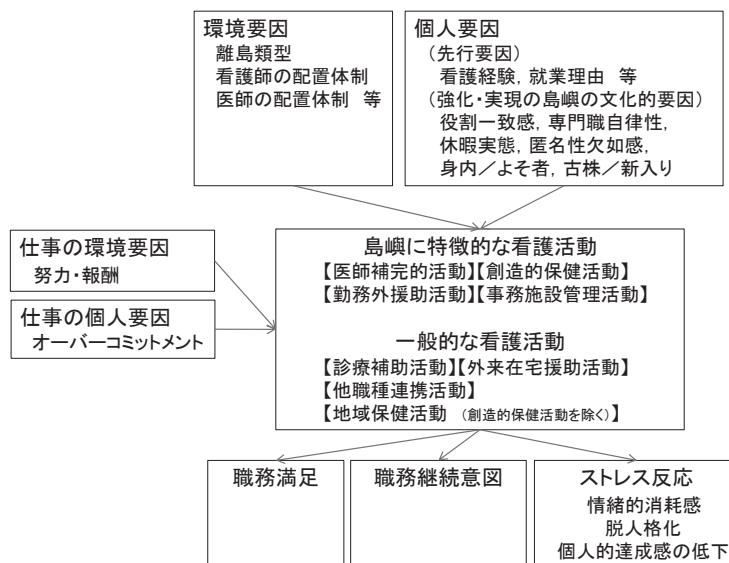


図1 概念枠組み

これらの概念・テーマについての実証研究¹⁸⁾は始まったばかりである。しかし、地域特性や文化に基づいた看護実践モデルを開発するには、従来の離島類型のような環境要因のみを重視したモデルではなく、上記でみた概念・テーマから看護実践の規定要因をとらえる必要があることが示唆される。また、人材確保策の面からも、どのように人材が募集されてくるのか、折角確保された人材が、継続的で質の高いサービス提供を燃え尽きるなどして断念してしまわないように、職務に満足するにはどうすればいいか、その方策の検討が求められている。そこで今回、これらのルーラルナースング理論構築のための先行研究からまとめられる概念・テーマを援用し、島嶼における看護活動の実態を規定要因および結果（職務満足、ストレス反応、職務継続意図）との関係から検討することを本研究の目的とする。

II. 研究方法

(1) 用語の定義

1) 「島嶼」：島嶼の概念は、「離島」概念と同様に、共通した統一の見解が西垣の論考²²⁾以降も今日でも定まっていないが、ここでは離島振興法が対象とする「離島」の要件である「本土より隔絶せる離島」に合致するものと定義した。特に、離島振興計画における離島の性格類型に基づき、隔絶性、環海性、狭小性が顕著な孤立小型および群島属島型の離島と分類される島嶼を狭義の小規模島嶼とし、広義には他の4類型も含むと定義する。勿論、他の3法（沖縄・奄

美群島・小笠原諸島振興開発特別措置法）で規定される地域も同様に考えた。

2) 「看護実践モデル」：看護実践モデルとは、地域特性や文化に基づいた効果的な看護実践のあり方や支援方法を提示することである。

(2) 概念枠組み（図1）

本研究では、ルーラルナースング理論および職業性ストレスを評価する理論的モデルである努力報酬不均衡モデル²³⁾（以下ERIモデル）を援用し、環境要因、個人要因、仕事の環境要因、仕事の個人要因が看護活動に影響し、さらに看護活動が結果（職務満足、ストレス反応、職務継続意図）に影響するとする概念枠組みを図1のように構築した。

看護活動を規定する要因には大別し、環境要因と個人要因がある。環境要因は、離島類型に表わされる地理的、人口要因と社会資源やサービス、サービスを提供する専門職の存在があげられる。個人要因としては先行要因として、看護師の属性特に勤務経験、就業理由が含まれる。さらに本枠組みでは、ルーラルナースング理論による5つの概念・テーマから、実際に就業してから看護活動を強化・実現する島嶼の文化的要因として、「役割一致感」、「専門職自律性」、専門職としての孤立に繋がる「休暇実態」、「匿名性欠如感」、「身内／よそ者」と「古株／新入り」を想定した。

また本研究では、ERIモデルを援用し、仕事の環境要因としての「努力報酬比」、仕事の個人要因としての「オーバーコミットメント」を枠組みに加え

た。ERIモデルとは、島嶼で働く看護職にもよくみられる、仕事について費やす努力とそこから得られる報酬とがつりあわないストレスフルな状態について、この努力と報酬についての次元を仕事に対する環境要因、さらに、仕事の要求度に対する個人の対処の仕方を仕事に対する個人要因としてとらえるモデルである。ERIモデルでは過大な労働負担と低報酬からなる不均衡が健康問題を生じさせる状態であるとし、この不均衡はオーバーコミットメント（仕事に過度に傾注する個人の態度や行動パターン）によってさらに増強されるとする。

看護活動としては、先行研究⁶⁻⁹⁾の分類を参考に、「診療補助活動」、「外来在宅援助活動」、「医師補完的活動」、「事務施設管理活動」、「地域保健活動（一部を『創造的保健活動』とする）」、「勤務外援助活動」、「他職種連携活動」の7カテゴリを想定した。なお、本研究では、ルーラルナースング理論による5つの概念・テーマの内容に関連する、「医師補完的活動」「事務施設管理活動」「創造的保健活動」「勤務外援助活動」の4カテゴリを島嶼において特徴的な看護活動とし、それ以外の「診療補助活動」、「外来在宅援助活動」、「他職種連携活動」、「地域保健活動（一部）」を一般的な看護活動として扱った。

看護活動の結果としては、職務満足、職務継続意図、ストレス反応として、バーンアウトの3側面である、情緒的消耗感（仕事を通じて、情緒的に力を出し尽くし、消耗してしまった状態）、脱人格化（クライアントに対する無情で、非人間的な対応）、個人的達成感の低下（ヒューマン・サービスの職務に関わる有能感、達成感の低下）を取り上げた。

(3) 対象地域および調査対象者

厚生労働省医政局指導課「平成17年へき地医療対策事業現況調」²⁴⁾を抽出台帳とし、不明な点は、へき地医療情報ネットワーク²⁵⁾内の「へき地病院・診療所探訪」を参照した。島嶼を抱える26都道府県のへき地医療担当者に問い合わせ、看護職（看護師・准看護師）の所在を確認した。その結果、島嶼のへき地診療所に勤務する看護職は148島216診療所の看護師および准看護師509名となり、それらを調査対象者とした。

(4) データ収集方法

無記名による自記式調査票を用い、郵送法により実施した。尚、データ収集期間を当初2005年10月21日から11月11日と設定した。その後未回収分に

ついては再度協力依頼の葉書を対象者全員に発送し、最終的には12月8日までに返送された分を分析に用いることとした。

(5) 調査内容

調査内容は以下の通りである。

- 1) 看護活動内容：先行研究⁶⁻⁹⁾を参考にして7カテゴリを19活動に分類した。診療補助活動は①外来や往診時の診療の補助（1活動）、外来在宅援助活動は、②外来や往診時の療養上の世話、③訪問看護、④介護保険等福祉サービス（3活動）、医師補完的活動は⑤医師不在時の医師の管理下にある患者への対応、⑥医師不在時の急患への応急処置や初期対応（2活動）、事務施設管理活動は⑦事務業務：受付、会計、レセプト処理、⑧環境整備：リネン類の洗濯・施設全体の清掃管理等（2活動）、地域保健活動は⑨保健サービス：健康診断や予防接種・乳幼児健診等、⑩住民参加による健康づくり活動、⑪日常的な健康管理活動、⑫健康づくりのための基盤づくり活動（4活動）、勤務外援助活動は⑬看護師の自宅への電話連絡・相談への対応、⑭勤務時間外の対応、⑮個人的な日常生活上の相談（3活動）、他職種連携活動は⑯行政との連携、⑰地域を担当している保健師との協働活動、⑱後方支援病院との連携、⑲近隣のへき地診療所看護師との連絡交流（4活動）とした。地域保健活動についてはより島嶼に特徴的な看護活動を示すため、活動⑨を除いた活動⑩、⑪、⑫を地域保健活動のうちの創造的保健活動という細カテゴリ化を行った。各活動について、「実施している」、「実施していない」の2件法で回答してもらった。
- 2) 環境要因：対象の勤務診療所が存在する島が、離島類型でいうところの群島属島型離島もしくは孤立小型離島であるかどうか（離島類型）、診療所に看護師が1人かどうか（看護師勤務体制）、診療所に医師がいないもしくは非常勤しかいないかどうか（医師勤務体制）を使用した。
- 3) 個人要因：属性（性、年齢、婚姻状況）、看護経験の内容・年数、就業理由等を使用した。また島嶼の文化的要因として、休暇制度に関わらず休みたいときに休めるかどうか（休暇実態）、住民に期待される役割と自分の望む役割の一致の程度（役割一致感）、自分の匿名性が守られていないと思う程度（匿名性欠如感）、住民か

ら身内（古株）と思われていると感じるかどうか（身内／よそ者，古株／新入り），専門職自律性を設定した．専門職自律性については，中山²⁶⁾の専門職性スケールを参考に作成し，「あなたの勤める診療所では，受持ち患者のケアについて自分で判断し決めることができる」等からなる5項目で測定した．各項目について，「非常に思う」から「全く思わない」の5件法で回答してもらった．

- 4) 仕事の環境要因および仕事の個人要因：ERIモデルの調査票の日本語版で，その信頼性妥当性が検証された堤らの「日本語版努力報酬不均衡モデル調査票」²⁷⁾を著者の許諾を得，用いた．この測定尺度によって，仕事の環境要因としては，努力，報酬，さらにはそこから合成される努力報酬比が，仕事の個人要因としてはオーバーコミットメントが把握される．
- 5) 看護活動の結果：職務満足の測定は，原谷の「NIOSH職業性ストレス調査票」²⁸⁾による職務満足測定尺度票を用いた．職務継続意図は，「現在の仕事に対する思いについておたずねします」との設問で，「今の診療所で」「看護師という仕事を」について，それぞれ『今後も働き続けたい』『できればやめたい』『今すぐにでもやめたい』の選択肢から1つ回答を求めた．ストレス反応の測定は，Maslach & JacksonのMBI（Maslach Burnout Inventory）を参考にし，わが国のヒューマン・サービスの現場に適合するよう項目を作成し，最終的に17項目に改訂された「日本語版バーンアウト尺度」²⁹⁾を，島嶼医療の状況に適合するよう用語を改変して用いた．本スケールは概念構造が理論的に最も確立しており，医療・保健・福祉分野において頻繁に用いられているものである．「情緒的消耗感」5項目，「脱人格化」6項目，「個人的達成感の低下」6項目の下位尺度から構成されている．回答は，『こんな仕事，もうやめたいと思うことがある。』，『こまごまと気くばりすることが面倒に感じる。ことがある。』，『われを忘れるほどに仕事に熱中することがある。』，などの各項目にあるようなことを最近6ヶ月ぐらいの間に，どの程度経験したかを5件法で回答してもらった．

(6) 分析方法

回収された194名の回答のうち，看護活動につい

て回答が皆無であった1名を除き，193名を分析対象とした．記述統計を実施し，基本統計量，信頼性係数を算出した．次に，小規模島嶼における特徴的な4つの看護活動を従属変数，環境要因（離島類型，看護師勤務体制，医師勤務体制）と個人要因（看護経験年数，婚姻状況，外科内科勤務経験，救急系勤務経験，就業理由，島嶼の文化的要因の5項目），仕事の環境要因（努力報酬比）と仕事の個人要因（オーバーコミットメント）を独立変数として重回帰分析を行った．さらに，看護活動の結果である職務満足，職務継続意図，ストレス反応をそれぞれ従属変数とした同様の分析を行った．ただし，独立変数に小規模島嶼における特徴的な4つの看護活動を追加し，職務満足とストレス反応については重回帰分析，職務継続意図は二項ロジスティック回帰分析を行った．以上の統計処理はすべて，SPSS11.5J for Windows を用い，有意水準はすべて5%とした．

(7) 倫理的配慮

本調査の実施は，所属大学の学内倫理審査委員会で承認された．調査票の配布に際しては，調査の目的と共に，強制ではないこと，調査票は対象者ごとに郵送で回収し，結果は統計的に扱うため個人が特定されることはないことを文書にて説明した．研究に協力が得られる場合には同意書に署名してもらうことで同意を得た．また，個人情報保護のためデータを連結不可能にする方法として，同意書は調査票とは別封筒に入れてもらい，返送してもらう形とした．なお，第三者により同意書の情報を管理し，再度協力依頼の葉書を郵送する際も対象者が特定されないように全員へ発送した．

Ⅲ. 研究結果

(1) 回収率状況

全体の回収率は38.1%だった．離島類型別では孤立小型，孤立大型の順に回収率が高かった（孤立小型：54.5%，孤立大型：48.5%，内海・本土近接型：39.7%，群島属島：31.0%，外海・本土近接型29.3%，群島主島：28.9%）．

(2) 尺度の基本統計量と信頼性係数（表1）

- 1) 専門職自律性：島嶼の文化的要因のひとつである専門職自律性の平均値は 15.3 ± 3.2 ，信頼性係数は0.61となった．
- 2) 仕事の環境要因・仕事の個人要因：対象者の努力得点の平均値が 12.3 ± 4.5 ，尺度の信頼性係

表1 各尺度の基本統計量と信頼性係数

	n	最小値	最大値	平均値±SD	信頼性係数
専門職自律性	170	5	25	15.3±3.2	0.61
努力得点	190	6	24	12.3±4.5	0.82
報酬得点	168	21	55	44.6±7.5	0.82
努力報酬比	166	0.2	2.0	0.5±0.3	
オーバーコミットメント	191	6	24	13.8±3.6	0.79
職務満足感 (5項目)	188	6	16	12.3±1.9	0.65
(4項目)		(5)	(13)	(9.5±1.6)	
ストレス反応					
情緒的消耗感	194	5	25	12.6±4.5	0.79
脱人格化	190	6	22	9.8±3.3	0.72
個人的達成感の低下	191	6	30	20.7±4.5	0.79
職務継続意図	193				
診療所も看護師も続けたい				n	%
診療所は辞めたいが、看護師は続けたい				119	61.6
どちらも辞めたい／診療所は続けたいが看護師は辞めたい				31	16.1
				42	21.8

表2 対象の勤務する診療所特性

	n	
1ヶ月当たり診療日数	188	21.7±6.9 ^a
1日当たり平均患者数	182	64.3±75.5 ^a
救急搬送件数 (2004年度)	176	44.4±98.1 ^a
看護師数	193	6.7±5.8 ^a
看護師勤務体制	190	1名 31(16.3)
		2名以上 159(83.7)
保健師数	187	0.1±0.4 ^a
医師数	187	2.2±2.6 ^a
医師勤務体制	189	なし／非常勤のみ 28(14.8)
		常勤以上 161(85.2)
事務職数	189	3.0±3.2 ^a
事務職勤務体制	189	なし／非常勤のみ 49(25.9)
		常勤以上 140(74.1)
他職種数	189	1.4±2.7 ^a

値はn(%). a: 平均値±SD

数は0.82となった。報酬得点については平均値が44.6±7.5、信頼性係数は0.82であった。また、努力報酬比は平均0.5±0.3となった。仕事の個人要因については、オーバーコミットメントの平均値が13.8±3.6であり、信頼性係数が0.79となった。

- 3) 看護活動の結果としての職務満足感・ストレス反応・職務継続意図：対象者の職務満足感は平均12.3±1.9、信頼性係数は0.65だった。ストレス反応のうち、情緒的消耗感の平均値が12.6±4.5であり、尺度の信頼性係数が0.79だった。脱人格化は平均値が9.8±3.3、信頼性係数が0.72となり、個人的達成感の低下については平均値が20.7±4.5、信頼性係数が0.79となった。職務継続意図については、診療所も看護師も続けたい人が最も多くを占めていた（診療所も看護師も続けたい：61.6%）。

(3) 環境要因（表2）

対象者の勤務する診療所特性については、1ヶ月あたり診療日数は平均21.7±6.9日、1日当たり平均患者数は64.3±75.5人だった。救急搬送件数（2004年度）の平均は44.4±98.1件だった。診療所に配置されている看護師数の平均は6.7±5.8人であったが、勤務体制として診療所に看護師が自分1人しかいない者が16.3%を占めた。保健師のいる診療所はほとんどなかった（保健師数：0.1±0.4人）。診療所に勤務する医師数の平均は2.2±2.6人であり、常勤の医師がいない診療所が14.8%みられた。事務職数は1診療所当たり平均3.0±3.2人であり、常勤の事務職がいないという回答は25.9%だった。その他の職種としては放射線技師などの回答がみられた（他職種数：1.4±2.7人）。

表3 対象の基本的特性

	n		
性別	193	女性	188(97.4)
年齢	193		42.1±10.2 ^a
		20歳以上30歳未満	28(14.5)
		30歳以上40歳未満	45(23.3)
		40歳以上50歳未満	66(34.3)
		50歳以上60歳未満	52(26.9)
		60歳以上	2(1.0)
婚姻状況	193	既婚	144(74.6)
資格	193	看護師	100(53.2)
		准看護師	88(46.8)
看護経験年数	192		19.4±10.0 ^a
勤務経験(複数回答)	193	診療所・総合外来	128(66.3)
		外科系	99(51.3)
		内科系	119(61.7)
		救急系	67(34.7)
居住する地域	193	診療所の担当と同じ地域	173(89.6)
赴任時の島とのつながり	193	島の出身者	93(48.2)
		配偶者の出身地	41(21.2)
		赴任時、血縁者・友人がいた	6(3.1)
		その他/赴任まで特になし	53(27.5)
現職場の勤務年数	191		11.3±10.0 ^a
現職場以外のへき地医療経験	193	あり	12(6.2)
就業理由(複数回答)	193	家族など身内が関係したこと	106(54.9)
		島嶼医療への期待・関心	37(19.2)
		島嶼での生活への興味	26(13.5)
		その他	38(19.7)
		特別な理由はない	21(10.9)
雇用形態	193	常勤	169(87.6)
研修の機会	193	年1回以上	68(35.2)
連携のための取り組み (地域ケア会議など)	185	あり、参加している	43(23.2)
		あるが、不参加	37(20.0)
		なし	105(56.8)
休暇実態	193	休める	122(63.2)
匿名性欠如感	192	非常に/かなり思う	64(33.3)
		まあまあ思う	61(31.8)
		あまり/全く思わない	67(34.9)
役割一致感	193	一致/ほぼ一致	78(40.4)
		あまり一致しない/不一致	115(59.6)
身内/よそ者	185	身内と思われている	139(75.1)
		よそ者と思われている	46(24.9)
古株/新入り	189	古株である	111(58.7)
		新入りである	78(41.3)

値はn(%). a: 平均値±SD

(4) 個人要因 (表3)

1) 基本的属性

ほとんどが女性であり(女性:97.4%), 平均年齢は42.1±10.2歳だった。20代～60代まで満遍なく分布しており, 40歳以上50歳未満が最も多かった(40歳以上50歳未満:34.3%)。対象者の74.6%が結婚していた。有する資格は, 看護師(53.2%), 准看護師(46.8%)であった。看護師経験年数の平均は19.4±10.0年であり, 経験してきた診療科は診療所・総合外来が多かった(診療所・総合外来:66.3%)。対象者の多くは診療所の担当地域内に住んでいた(診療所の担当と同じ地域に居住:89.6%)。赴任時の島とのつながりとしては, 島の出身者や配偶者の出身地だった者が多かった(島の出身者:48.2%, 配偶者

の出身地:21.2%)。つながりが特に無かった人も27.5%いた。

2) 診療所における勤務状況

現職場勤務年数の平均は11.3±10.0年であり, 他にへき地医療経験をもつ者は6.2%だった。就業理由として, 「家族など身内が関係したこと(介護, 仕事等)」を理由にあげた者が54.9%と最も多く, 続いて「島嶼医療への期待・関心」(19.2%), 「島嶼での生活への興味」(13.5%)の順に多かった。雇用形態は常勤が87.6%と多くを占めた。研修の機会が年に1回以上あると答えた対象者は35.2%だった。地域ケア会議などの連携の取組みについては, 取り組みがあり, かつ参加している者が23.2%いる一方で, 取り組みがあるものの参加していない者も

表4 小規模島嶼におけるへき地診療所看護師の看護活動

	n=193			
	実施 (n)	(%)	非実施 (n)	(%)
【診療補助活動】				
外来や往診時の診療の補助	192	99.5	1	0.5
【外来在宅援助活動】				
外来や往診時の療養上の世話	175	90.7	18	9.3
訪問看護	95	49.2	98	50.8
介護保険等福祉サービス	41	21.2	152	78.8
【医師補完的活動】				
医師不在時の医師の管理下にある患者への対応	165	85.5	28	14.5
医師不在時の急患への応急処置や初期対応	153	79.3	40	20.7
【事務施設管理活動】				
事務業務：受付、会計、レセプト処理	101	52.3	92	47.7
環境整備：リネン類の洗濯等／施設全体の清掃管理等	155	80.3	38	19.7
【地域保健活動】				
保健サービス：健康診断や予防接種・乳幼児健診等	158	81.9	35	18.1
〔創造的保健活動〕				
住民参加による健康づくり活動	33	17.1	160	82.9
日常的な健康管理活動	47	24.4	146	75.6
健康づくりのための基盤づくり活動	24	12.4	169	87.6
【勤務外援助活動】				
看護師の自宅への電話連絡・相談への対応	120	62.2	73	37.8
勤務時間外への対応	153	79.3	40	20.7
個人的な日常生活上の相談	107	55.4	86	44.6
【他職種連携活動】				
行政との連携	114	59.1	79	40.9
地域を担当している保健師との協働活動	106	54.9	87	45.1
後方支援病院との連携	102	52.9	91	47.1
近隣のへき地診療所看護師との連絡交流	67	34.7	126	65.3

20.0%いた。取り組み自体がないという回答も多くみられた（なし：56.8%）。

3）島嶼の文化的要因

休暇実態については、休暇体制の有無によらず実際に休めると答えた者は63.2%であった。匿名性欠如感については、65.1%の者が自分自身の匿名性が守りにくいと思っていた（非常に／かなり思う：33.3%、まあまあ思う：31.8%）。役割一致感では、住民が看護師に期待する役割と自分の望む役割が一致もしくはほぼ一致しているという回答が40.4%であった。身内／よそ者については、住民に身内と思われているかよそ者と思われているかという質問に対して、身内と答えた対象者が75.1%と多かった。しかし古株／新入りについては、古株と思われているか新入りと思われているかの回答に大きな偏りはみられなかった（古株：58.7%、新入り：41.3%）。

(5) 小規模島嶼におけるへき地診療所看護師の看護活動（表4）

1）診療補助活動

多くの者が外来や往診時の診療の補助を実施していた（外来や往診時の診療の補助：99.5%）。

2）外来在宅援助活動

ほとんどの者が外来や往診時の療養上の世話を実施していた（外来や往診時の療養上の世話：90.7%）。訪問看護は49.2%と約半数の対象者が行っており、介護保険等福祉サービスは比較的实施率が低かった（介護保険等福祉サービス：21.2%）。

3）医師補完的活動

通常の対応と緊急時の対応の両方とも多くの対象者が実施していた（医師不在時の医師の管理下にある患者への対応：85.5%、医師不在時の急患への応急対応：79.3%）。

4）事務施設管理活動

約半数の者が受付、会計、レセプトなどの事務業務を行っていた（事務業務：52.3%）。多くの者がリネンの洗濯等や清掃などの施設全体にわたる環境整備を行っていた（環境整備：80.3%）。

5）地域保健活動

ほとんどの者が健康診断などの保健サービスを実施していた（保健サービス：81.9%）。創造的保健サービスについての実施率は、住民参加による健康づくり活動は17.1%、日常的な健康管理活動は24.4%、健康づくりのための基盤づくりが12.4%であった。

6）勤務外援助活動

勤務時間外への対応を比較的多くの者が行っていた

表5 島嶼に特徴的な看護活動に影響する規定要因

	【医師補完的活動】			【事務施設管理活動】			【創造的保健活動】			【勤務外援助活動】		
	規定要因として残った変数		除外された変数 投入したときのp値	規定要因として残った変数		除外された変数 投入したときのp値	規定要因として残った変数		除外された変数 投入したときのp値	規定要因として残った変数		除外された変数 投入したときのp値
	標準化 回帰係数	p値		標準化 回帰係数	p値		標準化 回帰係数	p値		標準化 回帰係数	p値	
離島類型（群島属島型・孤立小型）	-0.012	0.893		0.077	0.395		0.113	0.179		0.338	0.000 **	
看護師勤務体制（1人）	0.015	0.897		0.037	0.745		0.232	0.029 *		0.050	0.602	
医師勤務体制（常勤不在）	0.189	0.108		0.122	0.277		0.032	0.762		0.111	0.240	
看護経験年数	0.016	0.859		0.181	0.040 *		0.154	0.062		0.290	0.000 *	
婚姻状況（既婚）			0.627			0.160			0.094			0.098
外科内科勤務経験（あり）			0.157			0.575			0.902			0.571
救急系勤務経験（あり）			0.647			0.704			0.240			0.107
就業理由（離島医療期待あり）			0.324			0.453			0.847			0.309
休暇実態（休暇取得可）			0.627			0.953			0.954			0.337
役割一致感			0.493			0.263			0.085			0.291
匿名性欠如感			0.384	0.190	0.034 *				0.522	0.186	0.014 *	
身内／よそ者（身内）			0.568			0.143			0.496	0.280	0.000 **	
専門職自律性			0.683			0.226	0.353	0.000 **				0.143
努力報酬比			0.820			0.317			0.674			0.098
オーバーコミットメント			0.556			0.822			0.220			0.920
*<0.05, **<0.01 調整済みR ² =0.08 2値のデータについては括弧内を1とする 注：2値変数については（ ）内を1とした												
*<0.05, **<0.01 調整済みR ² =0.091 2値のデータについては括弧内を1とする 注：2値変数については（ ）内を1とした												
*<0.05, **<0.01 調整済みR ² =0.224 2値のデータについては括弧内を1とする 注：2値変数については（ ）内を1とした												
*<0.05, **<0.01 調整済みR ² =0.358 2値のデータについては括弧内を1とする 注：2値変数については（ ）内を1とした												

（勤務時間外の対応：79.3%）、自宅への連絡・相談の対応や個人的な相談についても半数以上の者が行っていた（看護師の自宅への電話連絡・相談への対応：62.2%、個人的な日常生活上の相談：55.4%）。7）他職種連携活動

行政との連携、保健師との連携、後方支援病院との連携は半数以上の者が行っていた（行政との連携：59.1%、地域を担当している保健師との協働活動：54.9%、後方支援病院との連携：52.9%）。近隣のへき地診療所の看護師との連絡交流の実施率はあまり高くなかった（近隣のへき地診療所の看護師との連絡交流：34.7%）。

看護活動全体をみると、診療補助活動と医師補完的活動で属する具体的活動の実施率が高かった。全19活動のうち幾つの活動を実施しているかについては、実施活動数の最大値が19活動、平均が10.9活動となった。また、実施カテゴリ数の最大値を7としたときに実施カテゴリ数の平均値は6.2カテゴリとなった。

(6) 島嶼に特徴的な看護活動に影響する規定要因（表5）

環境要因・個人要因、仕事の環境要因・個人要因を独立変数、医師補完的活動、事務施設管理活動、創造的保健活動、勤務外援助活動のそれぞれの看護活動を従属変数とした重回帰分析を行った。

1）医師補完的活動：有意に影響を与える変数はなかった。

2）事務施設管理活動：看護経験年数（ $p=0.040$ ）、匿名性欠如感（ $p=0.034$ ）が有意であった。看護経験年数が長いほど、匿名性欠如感が高いほど事務施設管理活動を行っていた。

3）創造的保健活動：看護師勤務体制（ $p=0.029$ ）、専門職自律性（ $p=0.000$ ）が有意であった。看護師が1人の方が、専門職自律性が高いほど創造的保健活動を行っていた。

4）勤務外援助活動：離島類型（ $p=0.000$ ）、看護経験年数（ $p=0.000$ ）、匿名性欠如感（ $p=0.014$ ）、身内／よそ者（ $p=0.000$ ）が有意であった。群島属島型・孤立小型離島である方が、看護経験年数が長いほど勤務外援助活動を行っていた。また匿名性欠如感が高いほど勤務外援助活動を行っており、住民から身内と思われると感じる方が勤務外援助活動を行っていた。

(7) 職務満足感、ストレス反応、職務継続意図に影響する規定要因（表6）

上記の重回帰分析で使用した各要因と活動を独立変数、看護活動の結果（職務満足感、ストレス反応）を従属変数とした重回帰分析を行った。職務継続意図については2値変数（今後も今の診療所で看護師を続けたいかどうか）に変換して従属変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。

1）職務満足感：匿名性欠如感（ $p=0.003$ ）、専門職自律性（ $p=0.013$ ）、努力報酬比（ $p=0.000$ ）、事務施設管理活動（0.001）、創造的保健活動

表6 職務満足感，ストレス反応，職務継続意図に影響する規定要因

	【職務満足感】 n=124			【情緒的消耗感】 n=126			【脱人格化】 n=125		
	規定要因として残った変数		除外された変数	規定要因として残った変数		除外された変数	規定要因として残った変数		除外された変数
	標準化 回帰係数	p値	投入した ときの p値	標準化 回帰係数	p値	投入した ときの p値	標準化 回帰係数	p値	投入した ときの p値
離島類型（群島属島型・孤立小型）	-0.020	0.793		-0.136	0.041 *		-0.014	0.865	
看護師勤務体制（1人）	-0.172	0.083		-0.001	0.991		0.331	0.001 **	
医師勤務体制（常勤不在）	0.097	0.316		-0.070	0.367		-0.105	0.291	
看護経験年数	-0.033	0.669		-0.149	0.024 *		-0.036	0.663	
婚姻状況（既婚）			0.398			0.383			0.463
外科内科勤務経験（あり）			0.402			0.162			0.998
救急系勤務経験（あり）			0.234			0.454			0.364
就業理由（離島医療期待あり）			0.817			0.771			0.763
休暇実態（休暇取得可）			0.176			0.192			0.073
役割一致感			0.435			0.351			0.928
匿名性欠如感	-0.248	0.003 **		0.177	0.009 **				0.133
身内／よそ者（身内）			0.206			0.859	-0.238	0.003 **	
専門職自律性	0.209	0.013 *		-0.176	0.005 **				0.963
努力報酬比	-0.286	0.000 **		0.609	0.000 **		0.509	0.000 **	
オーバーコミットメント			0.063			0.193	-0.202	0.033 *	
医師補完的活動			0.240			0.727			0.424
事務施設管理活動	0.258	0.001 **				0.983			0.127
創造的保健活動	0.267	0.002 **				0.600	-0.200	0.017 *	
勤務外援助活動			0.332	-0.149	0.037 *				0.273
	*<0.05, **<0.01 調整済みR ² =0.323 注：2値変数については（ ）内を1とした			*<0.05, **<0.01 調整済みR ² =0.584 注：2値変数については（ ）内を1とした			*<0.05, **<0.01 調整済みR ² =0.296 注：2値変数については（ ）内を1とした		

(つづき)	【個人的達成感の低下】 n=125			【職務継続意図】 n=126		
	規定要因として残った変数		除外された変数	規定要因として残った変数		除外された変数
	標準化 回帰係数	p値	投入した ときの p値	オッズ比	p値	投入した ときの p値
離島類型（群島属島型・孤立小型）	-0.018	0.830		0.675	0.441	
看護師勤務体制（1人）	0.137	0.206		0.449	0.334	
医師勤務体制（常勤不在）	-0.089	0.395		1.040	0.963	
看護経験年数	0.030	0.721		1.055	0.019 *	
婚姻状況（既婚）			0.916			0.364
外科内科勤務経験（あり）			0.737			0.313
救急系勤務経験（あり）	-0.264	0.002 **				0.932
就業理由（離島医療期待あり）			0.194			0.339
休暇実態（休暇取得可）			0.943			0.229
役割一致感			0.556			0.673
匿名性欠如感			0.498			0.767
身内／よそ者（身内）			0.141			0.367
専門職自律性	-0.233	0.013 *		1.178	0.033 *	
努力報酬比			0.618	0.139	0.016 *	
オーバーコミットメント	-0.224	0.006 **				0.670
医師補完的活動			0.299			0.994
事務施設管理活動			0.855			0.315
創造的保健活動	-0.192	0.039 *		8.020	0.032 *	
勤務外援助活動			0.241			0.870
	*<0.05, **<0.01 調整済みR ² =0.239 注：2値変数については（ ）内を1とした			*<0.05, **<0.01 2対数尤度=148.752, Cox & Snell R ² =0.205, Nagelkerke R ² =0.280 注：2値変数については（ ）内を1とした		

(p=0.002) が有意であった。匿名性欠如感が高いほど職務満足感が低かった。また専門職自律性が高いほど職務満足感が高く、努力報酬比が高いほど職務満足感が低かった。事務管理活動、創造的保健活動をしている方が職務満足感が高かった。

- 2) 情緒的消耗感：離島類型 (p=0.041) と看護経験年数 (p=0.024) が有意となり、また匿名性欠如感 (p=0.009)、専門職自律性 (p=0.005)、努力報酬比 (p=0.000)、勤務外援助活動 (p=0.037) が有意であった。群島属島型・孤立

小型離島である方が、また看護経験年数が長いほど情緒的消耗感が低かった。匿名性欠如感が高いほど情緒的消耗感が高かった。専門職自律性が高いほど情緒的消耗感が低く、努力報酬比が高いほど情緒的消耗感が高かった。勤務外援助活動をしている方が情緒的消耗感は低かった。

- 3) 脱人格化：看護師勤務体制 (p=0.001)、身内／よそ者 (p=0.003)、努力報酬比 (p=0.000)、オーバーコミットメント (p=0.033)、創造的保健活動 (p=0.017) が有意な独立変数としてモデル

に残った。看護師が自分1人しかいない方に脱人格化が高かった。また住民から身内と思われていると感じる方に脱人格化が低くなった。努力報酬比が高いほど脱人格化が高く、オーバーコミットメントが高いほど脱人格化が低かった。創造的保健活動をしている方が脱人格化は低かった。

- 4) 個人的達成感の低下：救急系勤務経験 ($p=0.002$)、専門職自律性 ($p=0.013$)、オーバーコミットメント ($p=0.006$)、創造的保健活動 ($p=0.039$) が有意であった。救急系勤務経験がある方が個人的達成感の低下がみられなかった。また専門職自律性が高いほど個人的達成感の低下がみられず、オーバーコミットメントが高いほど個人的達成感の低下がみられた。創造的保健活動をしている方に個人的達成感の低下がみられた。
- 5) 職務継続意図：看護経験年数 ($p=0.019$)、専門職自律性 ($p=0.033$)、努力報酬比 ($p=0.016$)、創造的保健活動 ($p=0.032$) が有意であった。看護経験年数が長い方で職務継続意図がみられた。また専門職自律性が高いほど職務継続意図があり、努力報酬比が高いほど職務継続意図がみられなかった。創造的保健活動をしている方で職務継続意図がみられた。

IV. 考察

本研究は小規模島嶼における看護実践モデルの開発のために、ルーラルナースング理論およびERIモデルを援用して、看護活動を規定する要因を同定し、どのような看護活動が、職務満足が高く、仕事ストレスとしては少なく、しかも離職につながらないかを分析したものである。

(1) 調査データの信頼性および妥当性について

既存の尺度を用いた努力、報酬、オーバーコミットメント、職務満足、バーンアウトの3尺度（情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下）については、信頼性係数が先行研究と同様の結果となった（先行研究による信頼性係数：努力0.83、報酬0.81、オーバーコミットメント0.64、職務満足0.74、情緒的消耗感0.78、脱人格化0.78、個人的達成感の低下0.71）^{28,30,31)}。既存の尺度を修正し用いた専門職自律性についても、低めではあるが既存の尺度と同程度の信頼性係数となり（先行研究による信頼性係数：0.68）³²⁾、一定の信頼性があると考えられた。

(2) 島嶼に特徴的な看護活動について

看護活動については、活動のバリエーションは多く、全ての活動をしていると答えた者もあり、7カテゴリの活動でみると平均が6を上回り、先行研究⁶⁻⁹⁾で第一の特徴として指摘されるべき地島嶼における看護活動の多様性が本調査でも示された。

活動のカテゴリ分類が異なるので、活動内容の多寡を単純に比較することはできないが、篠澤ら⁹⁾の結果と比べると、実施割合が高い活動は概ね一致していた。実施している活動内容は必ずしも、看護師が積極的に推し進めたい活動とは一致しない可能性も考えられるが、創造的保健活動等を積極的に推し進めたいとしていることがわかった。

(3) 看護活動の結果について

職務満足については、その尺度得点は三木ら³³⁾の報告した957名の病院勤務看護職のそれと比べ、平均点では高い結果である。小規模島嶼の看護師は多種多様な経験でジェネラリストとしての技術を用いることができるので、職務満足もむしろ高いと解釈できた。

ストレス反応については、田尾ら³⁴⁾の報告と本調査の結果を平均値で比べると、個人的達成感の低下はほぼ同値で、情緒的消耗感、脱人格化については本調査結果の方が低かった。田尾ら³⁴⁾が3つの下位尺度得点で要注意とする割合も少なく、ストレス反応から判断すると、小規模島嶼の看護師は病院勤務の看護師と比べストレスフルとはいえない。

職務継続意図については、亀岡ら³⁵⁾の病院看護師を対象とした調査結果では、『現在の病棟で続けたい』は16%で、『職場移動は考えていない』の40%を加えても、本調査の61.6%を下回っていた。職務継続意図は就業理由と関連し、特に自ら進んで小規模島嶼の医療を担おうという理由で就業した看護師は職務継続意図が高かった。

小規模島嶼の看護師の就業理由について、わが国の報告では医師の意向調査³⁶⁾はあるが、看護師対象ではない。諸外国では、オーストラリアのへき地勤務の看護師を対象とした報告³⁷⁾があり、島嶼（オーストラリアではルーラルあるいは遠隔地）医療への期待・関心や島嶼そのものへの興味から就業した者は45%と本調査結果より多く、家族など身内が関係して就業した者は43%と本調査結果より少なかった。教育の効果について今回は検討していないが、オーストラリアにおけるルーラルナースング教育コースの充実や、実践・理論の発展の差が伺える結

果である。

(4) 島嶼に特徴的な看護活動の規定要因について

島嶼に特徴的な看護活動の実施を規定する要因を同定したところ、離島類型や看護師が一人という勤務体制など環境要因ばかりでなく、他の環境要因や仕事の環境要因・仕事の個人要因の影響を考慮しても、島嶼の文化的要因のうち匿名性欠如感、身内／よそ者、専門職自律性の3要因が有意な規定要因として同定された。ルーラルナースングの理論から、専門職としての孤立に繋がるとして操作的に測定した休暇実態および本人の役割期待と一致しないという役割一致感については、どの看護活動にも有意な規定要因とはみなされなかった。

活動カテゴリ別にみると、医師補完的活動では個人要因はどれも有意な規定要因とはみなされなかったことから、島嶼の文化的要因を含む個人要因によつては変えられない活動と考えられた。

創造的保健活動は看護師が一人体制の方が、専門職自律性が高い方が実施していた。自律性が高い看護師は、看護師が一人しかいないという資源の乏しい環境要因も加味されれば、地域とのつながりが強くなり、地域の人々がよく把握できるので創造的保健活動も提供できると解釈できる。

勤務外援助活動は、狭義の小規模島嶼つまり孤立小型や群島属島という環境要因が規定要因になっているが、勤務年数が長く、匿名性が欠如すると感じ、身内であると認識している方が勤務外援助活動を実施していた。匿名性が欠如しやすいということをマイナス面としてのみ仮定していたので、一見矛盾する結果のようであるが、身内にならなければ信頼は得られず、勤務外に相談などの援助を住民から依頼されることはないと考えれば、匿名性が欠如するのは辛い、匿名性が欠如し身内として認められなければ信頼関係はつくれず、従って、よい看護活動はできないと考えられ、解釈可能である。

事務施設管理活動についても匿名性欠如感が高い方が実施していた。ここでも勤務外援助活動と同様に、匿名性が欠如する関係になると、事務施設管理活動が断れなくなるともとれるが、裏付けはない。また活動カテゴリとして、リスク管理などのマネジメント活動は含めなかったのも、事務施設管理活動を回答者がそのように拡大解釈した可能性はあるが、それでも、匿名性の欠如がマネジメント活動を実施するようになるとは思われず解釈不能であった。

以上から、身内／よそ者、専門職自律性は、予想された通り、専門職として望ましいケア体制をつくり、運営していくことにつながっていたが、匿名性欠如感については、マイナスとばかり考えるのではなく、小規模島嶼の看護師にとって克服すべき、活動にとってはプラスになる要素とみなされる可能性が示唆された。

(5) 看護活動の結果の規定要因について

全体としてみると看護活動の結果に影響を与える要因としては、看護活動については創造的保健活動、勤務外援助活動、事務施設管理活動が、島嶼の文化的要因としては匿名性欠如感、身内／よそ者、専門職自律性の3要因が、有意な規定要因とみなされた。ここでも、孤立の影響を示す休暇実態および役割一致感については、どの看護活動の結果にも有意な要因とはみなされなかった。

職務満足に影響を与える看護活動は、創造的保健活動と事務施設管理活動であった。看護活動の特性と満足度の関連を検討した篠澤ら⁹⁾も、本研究でカテゴリ化した創造的保健活動と満足度との有意な正の関連を報告している。職務満足に影響を与える他の要因には、創造的保健活動の規定要因と同定された専門職自律性はここでも有意な影響要因であったが、創造的保健活動の規定要因とはみなされなかった匿名性欠如感、努力報酬比が有意な影響要因とみなされ、匿名性の欠如は職務満足を低くし、報酬に比べより努力を求められるほど職務に不満であった。自律性と職務満足の関係については、離島中核病院における看護職を対象に検討した崎ら³⁸⁾の結果でも正の相関が報告されている。つまり、職務満足については、環境要因は影響せず、ルーラルナースング理論の通り、匿名性の欠如はマイナスに、専門職自律性はプラスに働き、それらの要因の影響で、地域に結びついた創造的な保健活動が展開されれば、職務満足に繋がると考えられる。つまり、職務満足の検討ではルーラルナースング理論が一部実証されたことになる。

次に、ストレス反応の規定要因をみてみると、看護活動については、情緒的消耗感には勤務外援助活動が、脱人格化および個人的達成感の低下には創造的保健活動が影響を与えていた。勤務外援助活動が情緒的消耗感をもたらすのは了解可能と考えられる。勤務外援助活動は、匿名性が欠如するのは辛い、匿名性が欠如し身内として認められなければ、信頼関係はつくれず、従って、よい看護活動はでき

ないと考えれば、解釈可能であるとした点は妥当としても、匿名性が欠如するのはやはり辛く情緒的消耗感をもたらすとすれば問題である。これら関係にはさらに複雑なメカニズムが存在する可能性もある。しかし、断面調査である本調査結果からはそれ以上の検討はできなかった。

ストレス反応への仕事の環境要因・仕事の個人要因の影響については、Bakkerら³⁹⁾はMBIを用い、バーンアウトを努力報酬不均衡モデルで説明した研究で、努力報酬比は情緒的消耗感、脱人格化と正に関連し、オーバーコミットメントは脱人格化と個人的達成感の低下に負に関連していたと報告しているが、本研究も同様の結果となった。職務満足でも努力報酬比は影響要因とされたが、特にストレス反応では、努力報酬不均衡モデルを援用することの有効性が示された。

ストレス反応についての影響要因とされた島嶼の文化的要因は、情緒的消耗感では、匿名性の欠如および専門職自律性のないことが、脱人格化では身内であることを求められることが、個人的達成感の低下では、専門職自律性がないことが、ストレス反応を強めていた。

職務満足同様、ストレス反応でも、島嶼の文化的要因のうち匿名性の欠如、身内／よそ者、専門職自律性については実証された。

最後に、職務継続意図については、ここでも影響していた看護活動は創造的保健活動であった。職務継続意図は職務満足やストレス反応と関連していることは、本調査結果でも、オーストラリアでの報告⁴⁰⁾でも明らかにされていることから、妥当な結果と考えられた。職務継続意図に影響する島嶼の文化的要因は専門職自律性で、努力報酬比も有意な影響要因であった。この結果も、ルーラルナーシングの5つの概念・テーマを用い、努力報酬不均衡モデルを援用した研究枠組みの一定の妥当性を実証するものであると考えられた。

(6) 研究の限界と今後の課題

結果で述べたように回収率は高くない。しかし、へき地診療所全国調査を実施した篠澤ら⁹⁾の回収率も45.6%と高くなく、本調査の対象が小規模島嶼ということを見ると分析対象とした193名のデータは貴重である。今にも辞職したいと考える対象者や、まさに燃え尽きる寸前の看護師は、回答しない可能性は考えられるので、本調査が職務満足の高い看護師に偏った結果になっていることは否めない。また、

広義の意味での小規模島嶼の縮図とはなっていない。離島類型では群島主島、外海近接型の回収率は低かった。しかし、狭義の小規模島嶼である孤立小型は5割を超えていたので、ある程度趣旨に適った回数数が得られた。

本研究では看護活動を質的に把握したが、事務施設管理活動というカテゴリは設定したものの、いわゆるマネジメント活動は入れなかった。このことが、事務施設管理活動の規定要因を解釈不能にさせた可能性がある。

また本研究は、横断調査であるので因果モデルの構築は本来的に不可能で、要因の関連が示されたに過ぎない。特にルーラルナーシング理論から抽出した5つの概念から、看護活動の規定要因とした個人要因の多く、特に島嶼の文化的要因は双方向性の影響があると考えられるが、今回は規定要因としてのみ検討を行った。今後は、看護活動やその関連要因を追跡調査し、因果モデルの構築を行いたい。さらにいえば、今回は、医療サービスを提供する提供サイドのみから看護実践モデルを考えたが、地域に暮らす住民の生活やニーズ、地域の抱える健康問題等の需要サイドからのアプローチによる看護実践モデルの構築が必要と考える。ルーラルナーシングの理論的枠組みを援用し、小規模島嶼における看護実践モデルを提供サイドのみならず需要サイド双方からのアプローチにより互酬性モデルとして開発・評価することが課題である。

V. おわりに

ルーラルナーシング理論から抽出した5つの概念・テーマに即して述べると結論は以下の通りである。

- 1) 地域資源の乏しさは活動に困難を伴うが、環境要因のみが看護活動の主要な規定要因とはいえず、個人要因、特に島嶼の文化的要因の重要性が示せた。
- 2) 自ら専門職としての望ましいケア体制をつくり、運営して行くことに苦労はあるものの、むしろ専門職としての自律性が発揮できれば、あらゆる領域の実践を、相同的に、臨機応変に行うことはできる。専門職自律性は、看護活動が多様であること、創造的保健活動や勤務外援助活動に結びつき、よりよい結果ももたらしていた。
- 3) 役割期待が本人と住民で一致しないことは、看護活動には有意には影響しておらず、住民の過剰な期待で、専門職としても個人としても孤立

するとした仮説は実証されなかった。

- 4) 匿名性の欠如は、看護活動にも、活動の結果にも影響していたが、その作用のメカニズムについては、解明できなかった。
- 5) 身内／よそ者にみられる排他性を克服することで、地域参加がはかられ、創造的保健活動がしやすく、勤務外援助活動を求められやすくなっていた。
- 6) 島嶼に特徴的な看護活動である創造的保健活動を実践することは、職務満足感を高め、ストレス反応を低くし、良好な職務継続意図につながっていた。

看護実践モデルを構築するとき、あるべき論や理想論ではなく、また環境要因にだけ注目することなく、個人要因、特に匿名性の欠如、身内／よそ者、専門職自律性などの島嶼の文化的要因に着目したモデルの開発が望まれる。

文献

- 1) 亀山富太郎、伊藤新一郎監修：地域医療の実践－離島医療学－。神陵文庫、東京、1994。
- 2) 三浦妙、渡部絵里子、中山久美子、他：栗国へき地出張診療所における看護活動。厚生連医誌13(1):47-48, 2004。
- 3) 林志保、池田澄子：離島における地域看護診断－既存資料から見た広島・手島・小手島－。香川医科大学看護学雑誌6(1):143-160, 2002。
- 4) 宗像恒次：第IV章 無医地区等に働く保健婦の活動とアドミニストレーションの展望－保健婦調査より－。日本看護協会調査研究部；日本看護協会調査研究報告＜No. 9＞昭和53年度・へき地における保健医療ニーズとサービスⅡ－へき地保健医療および保健婦活動状況調査結果・参考資料－。日本看護協会、東京、pp. 105-203, 1979。
- 5) 日本看護協会へき地保健医療プロジェクトチーム：へき地における保健医療問題と看護職の役割。日本看護協会調査研究部；日本看護協会調査研究報告＜No. 9＞昭和53年度・へき地における保健医療ニーズとサービスⅡ－へき地保健医療および保健婦活動状況調査結果・参考資料－。日本看護協会、東京、pp. 206-211, 1979。
- 6) 麻原きよみ、小西恵美子、百瀬由美子、他：農村文化に基づく看護活動に関する民族誌的研究－農村看護モデルの構築をめざして－。文部省科学研究費補助金研究成果報告書、1999。
- 7) 吉岡多美子、小林文子、大平肇子、他：ルーラルナース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。
- 8) 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。
- 9) 篠澤俱子、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－。自治医科大学看護学部地域看護学専門領域、栃木、2004。
- 10) Bushy A : Rural Nursing in the United States. In A Bushy(Ed.), Orientation to nursing in the total community(187-202). Sage, 2000.
- 11) Hegney D : Rural Nursing in Australia. In A Bushy(Ed.), Orientation to nursing in the total community(203-216). Sage, 2000.
- 12) Rennie DC, Baird-Crooks K, Remus G, et al: Rural Nursing in Canada. In A Bushy(Ed.), Orientation to nursing in the total community(217-231). Sage, 2000.
- 13) Bushy A : Analysis of Rural Nursing : Australia, Canada, United States. In A Bushy(Ed.), Orientation to nursing in the total community(233-242). Sage, 2000.
- 14) 八田勘司、重松伸司、村本淳子、他：ルーラルナースング概念枠組みモデル。三重県立看護大学地域交流研究センター年報:48-53, 2000。
- 15) Bigbee JL : The Uniqueness of nursing. Nursing Clinics of North America 28(1) : 131-144, 1993.
- 16) Long KA, Weinert C : Rural Nursing : Developing the Theory Base. An International Journal 3(2):113-127, 1989.
- 17) Long, K. A., Weinert, C : Rural Nursing: Developing the Theory Base, In H. J. Lee(Ed.), Conceptual basis for rural nursing(3-18). Springer Publishing Company, 1998.
- 18) Lee HJ, Winters CA : Testing Rural Nursing Theory - Perceptions and Needs of Service Providers - . Online Journal of Rural Nursing and Health Care The Official Journal of the Rural Nurse Organization. Online Journal of Rural Nursing and Health Care 4(1) : 51-

- 63,2004.(2012/2/26).
- 19) Bushy A: Theoretical Foundations for Nursing in Rural Environments. In A. Bushy(Ed.), Orientation to nursing in the total community(31-43). Sage, 2000.
 - 20) Dunkin J: A framework for rural health nursing interventions. In A Bushy (Ed.), Orientation to nursing in the rural community (61-69). Thousand Oaks, CA:Sage, 2000.
 - 21) Leipert B, Reutter L: Women's health and community health nursing practice in geographically isolated settings: A Canadian perspectives. Health Care for Women International, 19:575-588, 1998.
 - 22) 西垣克:離島・へき地医療. 田中恒男編;医療学序論, 篠原出版株式会社, 東京, 172-204, 1976.
 - 23) Peter R, Siegrist J: Chronic Psychosocial Stress at Work and Cardiovascular Disease: The Role of Effort-Reward Imbalance. International Journal of Law and Psychiatry 22(5-6), 441-449, 1999.
 - 24) 厚生労働省医政局指導課:平成17年へき地医療対策事業現況調. 厚生労働省医政局指導課, 2004.
 - 25) へき地医療情報ネットワーク(2006.01.10閲覧):へき地病院・診療所探訪.
<http://www.hekichi.net/Scripts/hkbintansr.asp>
 - 26) 中山洋子, 栗生田友子, 片平好重:看護婦の仕事に対する認識と満足度・継続意志に関する記述的研究 組織基盤の異なる病院で働く看護婦を対象とした調査結果の比較検討. 聖路加看護大学紀要 23:1-14, 1997.
 - 27) Tsutsumi A, Ishitake T, Peter R, et al: The Japanese version of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire: a study in dental technicians. Work and Stress, 15(1): 86-96, 2001.
 - 28) 原谷隆史:NIOSH職業性ストレス調査票の活用. 産業精神保健12(1):12-19, 2004.
 - 29) 久保真人:ストレスとバーンアウトとの関係ーバーンアウトはストレンか?ー. 産業・組織心理学研究 12(1):5-15, 1998.
 - 30) 堤明純:努力-報酬不均衡モデルと日本での適用. 産業精神保健8(3):230-234, 2000.
 - 31) 塚本尚子, 野村明美:組織風土が看護師のストレスー, バーンアウト, 離職意図に与える影響の分析. 日本看護研究学会雑誌30(2): 55-64, 2007.
 - 32) 中山洋子, 野嶋佐由美:看護婦の仕事の継続意思と満足度に関する要因の分析. 看護, 53(8): 81-91,2001.
 - 33) 三木明子:医療従事者(医師及び看護職)のストレスとその問題点. 加藤正明班長:労働省平成10年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書, 東京医科大学衛生学公衆衛生学教室, 東京, 137-143, 1997.
 - 34) 田尾雅夫, 久保真人:バーンアウトの理論と実際ー心理学的アプローチー. 誠信書房, 東京, 1996.
 - 35) 亀岡智美, 舟島なをみ, 杉森みどり:患者との相互行為におけるストレスと役割葛藤に關係する看護婦(士)の特性の探索 キング目標達成理論を概念的枠組みに用いて. Quality Nursing4(11):945-950, 1998.
 - 36) 離島における保健医療に関する調査研究委員会編:今日と明日の離島医療のためにー離島における保健医療に関する調査報告書. 日本離島センター, 東京, 1996.
 - 37) Hergney D, McCarthy A, Rogers-Clark C, et al: Why Nurses are Attracted to Rural and Remote Practice. Australian Journal of Rural Health 10:178-186, 2002.
 - 38) 崎三樹, 野津直美:離島中核病院における看護職の自律性と職務満足との関係. 第33回日本看護学会看護管理分科会, 第33回日本看護管理学会集録ー看護管理ー. 251-253, 2002.
 - 39) Bakker AB, Killmer CH, Siegrist J, et al: Effort - Reward Imbalance and Burnout Among Nurses. Journal of Advanced Nursing31(4):884-891. 2000.
 - 40) Joyce C, Veitch C, and Crossland L: Professional and social support networks of rural general practioners.Australian Journal of Rural Health 11:7-14, 2003.

研究報告

山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と 現任教育の方策

Issues of Activity among Home Health Care Nursing Agencies and Strategy of In-Service Training in Mountainous Areas

安田貴恵子, 柄澤邦江, 御子柴裕子, 酒井久美子, 下村聡子, 北山秋雄
Kieko YASUDA, Kunie KARASAWA, Yuko MIKOSHIBA,
Kumiko SAKAI, Satoko SHIMOMURA, Akio KITAYAMA

キーワード：訪問看護ステーション (home health care nursing agency),
山間地域 (mountainous areas), 現任教育 (in-service training)

要旨

本研究の目的は、山間地域にある訪問看護ステーション（以下、訪問看護Stとする）の管理者が捉えた活動上の課題を明らかにし、その内容から現任教育の方策を検討することである。A県内にある特別地域加算を得ている7か所の訪問看護Stの管理者を対象に面接調査を行った。調査内容は、訪問看護Stの活動地域に関する状況、主治医との連携、関係機関との連携、事例検討の方法やスタッフ育成のために工夫していること等である。調査内容から明らかになった活動上の課題は、山間地域における訪問看護St看護師の実践能力の向上、訪問看護Stが山間地域の看護資源として定着すること、関係者との連携強化による在宅ケアニーズへの対応の3つに集約された。これらの課題は山間地域の貴重な看護資源として役割を発揮させるための目標でもあり、＜日常の訪問看護活動の振り返りを活用した学習＞＜山間地域の特性や在宅ケアの現状の共有と課題の検討＞＜医療機関、行政、福祉を含めた市町村単位・圏域単位の学習体制＞という現任教育の方策が導かれた。

I. はじめに

訪問看護ステーション（以下、訪問看護Stとする）は、増加の一途をたどる在宅ケアニーズに対応する重要な資源であり、訪問看護師への期待は大きい¹⁾。訪問看護師の多くは看護師教育を修了した後、病院や施設での様々な看護実践経験を経て訪問看護に従事している²⁾。訪問看護師になるための必須とされる教育制度はなく、都道府県ごとに開催される訪問看護師研修の受講も個々の訪問看護Stの管理運営に委ねられている。

筆者らは、A県の全訪問看護Stの管理者を対象に現任教育の現状と学習ニーズに関する調査を実施した³⁾。その結果、管理者の9割が研修受講のための支援に困難を感じており、その理由は勤務にゆと

りがない、日程調整が難しいという内容であった。特に、中山間地域に係る加算や特別地域事業所加算を得ている訪問看護Stは、研修開催地まで遠いことが職場外研修の受講を困難にしていた。一方で、職場内研修として「ケース検討会」は8割以上の訪問看護Stで実施しており、訪問看護事例を振り返り複数で検討する機会を重視していた。また、利用者の保険種別、ターミナル利用者数、介護予防利用者数などの内訳はステーションごとに違いがみられ、訪問対象地域の保健医療資源の整備状況によって、訪問看護Stに求められる役割が異なることを確認した。

以上のことから、訪問看護師の現任教育は、活動地域の保健医療資源の整備状況を反映した訪問看護

Stに求められる役割や機能を踏まえて、そのあり方を見出す必要があると考えた。

そこで、本研究は活動条件が厳しく職場外研修への参加に困難が大きい山間地域にある訪問看護Stに焦点を当て、管理者の認識から捉えた活動上の課題を明らかにし現任教育の方策を検討することを目的とする。

II. 方法

1. 対象者

独立行政法人福祉医療機構が運営するWAMNETを用いてA県の介護事業者情報から特別地域加算を得ている14か所の訪問看護Stを抽出した。これらの管理者に電話で研究の趣旨・内容等を説明し、調査協力の同意が得られた管理者を調査対象者とした。

2. 調査内容

1) 訪問看護Stに関する内容：設置主体、開設時期、併設施設、職員数、24時間対応の有無および管理者の経験年数等。

2) 訪問看護Stの活動地域に関する内容：自然条件、地形、人々の生活、保健医療福祉資源の状況等について管理者が捉えていることを聞き取った。

3) 当該地域で訪問看護を行う上での課題に関する内容：訪問看護Stの活動条件や地域の状況に伴う工夫点や課題、主治医・関係機関との連携の現状や工夫している点や課題を質問した。

4) 現任教育の現状と課題に関する内容：職場内研修の内容、特に事例検討やケースカンファレンスの方法について質問した。さらに、スタッフ育成のために工夫していることや課題についても質問した。

3. 調査方法

調査者2名が訪問看護Stを訪ねて面接調査を行った。面接による拘束時間を短くするために、訪問看護Stに関する内容（上記2. 調査内容1）は自記式の調査用紙を事前に送付した。調査内容2）～4）についてはインタビューガイドを用いて聞き取りをした。面接内容は、対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。調査は、2010年9月13日～24日に行った。

4. 分析方法

録音した聞き取り内容は、逐語録を作成して質問

項目ごとに回答内容を整理した。ここでいう“管理者が工夫したり努力したりしていること”や“課題”とは具体的な事実や活動地域の現状等に基づいて“意図的に行っていること”，あるいは“このようにしたい”と述べられているものとし、これらにあたるものを抽出して分類した。

5. 倫理的配慮

電話による研究協力の承諾を得たのち、事前記入用の調査表と一緒に依頼用の書類を送付した。それには、研究目的、調査内容、面接所要時間、公表の際には個人や施設が特定されないよう留意すること、入手したデータは研究目的のために使用すること、研究成果の公表予定等についての説明を記した。調査員が訪問した時には、まず、再度研究目的と方法および倫理的配慮の内容を確認し、同意書への署名をもって調査協力の同意を確認してから聞き取りを開始した。

本研究は、長野県看護大学倫理委員会の承認を得て実施した（2010年8月5日審査番号11）。

III. 結果

調査協力の得られた7か所の訪問看護St管理者7名に調査を行った。調査においては管理者の想いが語られ、所要時間は平均1時間41分（SD ± 12.1）であった。

1. ステーションの概要と回答した管理者の背景

7か所の訪問看護Stの概要を表1に示した。開設時期は1995年～2007年であり、5か所（a, b, e, f, g）は居宅介護支援事業所を併設していた。職員数は、平均6.7人（SD ± 3.0）で看護職員数の平均は5.4人（SD ± 2.4）でこのうち常勤看護職員数は平均4.0（SD ± 4.0）であった。4か所（a, b, f, g）の訪問看護Stでは事務職が配置されていなかった。

回答した管理者の年代は40歳代～60歳代で看護職としての経験年数は平均25.9年（SD ± 5.8）、管理者としての経験年数は平均5.9年（SD ± 4.0）、訪問看護の経験年数と管理者のそれが同じ人は2人であった。スタッフの訪問看護師1人が1日に訪問する件数は平均4.8件（SD ± 0.8）で、7か所のうち5か所（a, b, e, f, g）では管理者も同じ程度に訪問を行っていた。

表1 訪問看護ステーションならびに管理者の概要

訪問看護ステーション	a	b	c	d
設置主体	社会福祉法人	社会福祉法人	厚生連	厚生連
ステーション開設年	2004年	1998年	1995年	1998年
併設施設の有無	有	有	有	有
併設施設の種類	居宅介護支援事業所 訪問介護事業所 老人保健施設 診療所 特別養護老人ホーム 認知症対応型共同生活介護 通所介護 通所リハビリ 軽費老人ホーム	居宅介護支援事業所 訪問介護事業所 訪問入浴サービス グループホーム 特別養護老人ホーム 通所介護 小規模多機能型居宅介護 宅老所	訪問介護事業所	診療所
職員数(人)	看護職 PT等 事務職	4(常勤3+非常勤1) 3(常勤2+非常勤1) 0	4(常勤3+非常勤1) 0 0	10(常勤9+非常勤1) 0.2 0.5
同一市町村内の同業者(数)	無	有(13)	有(2)	無
24時間連絡体制	有	有	有	有
所在する市町村の人口(人)	約53,000	約160,000	約45,000	約5,000
高齢化率(%)	26.4	25.9	25.5	35.4
管理者	年代	50	50	40
看護師経験年数(年)	30.0	20.0	30.0	26.5
訪問看護師経験年数(年)	6.4	13.0	12.0	17.5
管理者経験年数(年)	6.4	3.0	10.0	6.5
一日あたりの訪問件数				
スタッフ看護師(件)	5.5	4.0	4.5	6.2
管理者(件)	5.0	3.0	0.3	2.6
訪問看護ステーション	e	f	g	
設置主体	社団法人	社会福祉法人	NPO法人	
ステーション開設年	1998年	1999年	2007年	
併設施設の有無	有	有	有	
併設施設の種類	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所 訪問介護事業所 診療所 通所介護	居宅介護支援事業所 訪問介護事業所 通所介護	
職員数(人)	看護職 PT等 事務職	7(常勤5+非常勤2) 0 1(非常勤1)	3(常勤3) 0 0	4(常勤4) 0 0
同一市町村内の同業者	有(1)	無	有(1)	
24時間連絡体制	有	有	有	
所在する市町村の人口(人)	約13,000	約5,000	約14,000	
高齢化率(%)	35.2	25.8	33.0	
管理者	年代	50	40	40
看護師経験年数(年)	30	26.5	15	
訪問看護師経験年数(年)	12.0	0.6	3.0	
管理者経験年数(年)	12.0	0.6	3.0	
一日あたりの訪問件数				
スタッフ看護師(件)	5.0	4.0	4.5	
管理者(件)	4.5	4.0	3.0	

注1)併設施設、職員数、同業者、24時間連絡体制は、2010年8月31日現在の状況を示す。

注2)人口は、2010年4月1日現在の概算を示し、高齢化率は2010年4月1日現在の統計を示す。

注3)訪問看護ステーションcのPT等・事務職の数字は、設置主体関連施設との兼務状況を示す。

注4)管理者の経験年数は、小数点以下は12カ月を10進法に変換。

注5)一日あたりの訪問件数は、2010年4月～8月の平均的な訪問件数。

2. 管理者が捉えていた活動地域の状況

表2に示すとおりである。どの地域も寒冷地で冬季は降雪や道路の凍結がみられた。幹線道路は除雪が行われるが、利用者の自宅周辺道路の除雪は十分ではない。そのため、冬季は通常よりも移動時間に余裕をもって訪問計画をたてている。谷あいの地域では、幹線道路が事故で通行できないと訪問できな

くなる状況もある。活動地域の人々の労働生活については、野菜や果物の専業農家、平日は勤めに出て休日のみ農作業に従事する、夏季は農業・冬季は旅館業などに従事するということを把握していた。農繁期は大変忙しく、家族総出で収穫作業に携わるため介護まで手がまわらなくなり、農繁期に施設利用が増える地域もあった。

表2 管理者が捉えていた活動地域の状況

訪問看護ステーション	a	b	c	d
自然条件, 地形等	冬は湿った風が吹いて雪が多い 道路は急カーブ多い	標高800～1000m, 冬季の積雪1m, 幹線道路以外の除雪はされていないことが多い	集落が点在し夜間訪問の目印がなく街灯も少ない	冬季は路面が凍結, 集落が点在
産業, 労働生活	若い世代は会社勤めをしながら休日に農作業に従事 ペンション経営が多く林の中に民家あり	スポーツ合宿施設や旅館が多い 野菜づくり農家は忙しい時期が集中する	野菜づくりをする専業農家は長時間働く, 特に春から夏にかけて忙しい	野菜づくり農家は夜中から収穫作業がある 農業以外の産業は少ない
在宅療養の状況	農繁期は介護が手薄になる	多忙で大変な時期に訪問介護や訪問看護を利用する	家でみる習慣があり外部に委ねることがあまりない 訪問看護より訪問介護の利用が多い	夜間訪問には抵抗感がある 野菜づくり農家では多忙な夏季に施設利用が多く, 独居や高齢者は冬季に施設利用が多い
訪問看護ステーション	e	f	g	
自然条件, 地形等	家が点在, 道路凍結 幹線道路が通行止めになると訪問できなくなる	標高1000～1200m, 冬季の道路凍結	冬季積雪1m, 高齢者世帯は除雪できない	
産業, 労働生活	高齢者が自分たちが食べる程度の野菜・米づくり	後継者のいる農家が多い 農繁期は6月～10月	果物農家と冬季の旅館経営で一年中忙しい	
在宅療養の状況	12月～3月まで寒さのために閉じこもりがちになる 暖房費用を気にしている	農繁期に施設入所が増える	高齢者の世代は近所の助け合いがあったが子供世代は薄れてきている	

注) 調査を行った2010年9月13日～24日に聞き取った内容。

3. この地域で訪問看護活動を行う上での課題

活動地域の状況を踏まえて管理者が課題だと感じている内容を表3に示した。

「自然条件や移動距離の長さによる訪問看護師の負担が大きい」は、冬季は積雪や道路の凍結があるため訪問のための移動時間が通常よりも長くなり効率的な訪問ができないことや自動車の運転に一層の注意が必要となることから看護師の負担が増えるという、活動地域の自然条件による影響が述べられていた。

「地域住民の訪問看護に対する理解が定着していない」は、家の中に他人が入ることへの抵抗感があることや自分たちで何とかするという意識があることを把握しており、地域住民の相互扶助を評価する一方で看護師の家庭訪問が知られていない状況を課題としていた。訪問看護のメリットが理解されると地域住民の方から“処置がなくても来てほしい”と言われるようになることを経験しており、訪問看護を具体的に伝えていく必要性を述べていた。

「在宅ケア資源が少ない状況で介護家族を支える必要性」は、看取りに対する家族の心理的サポート、高齢者世帯や家族員数の少ない介護力の低い家族への支援、緊急時に誰が訪問しても訪問看護師だとわかるようにスタッフ全員の顔写真を渡すなど、介護家族の支えとなるような関わりの必要性を述べていた。加えて、在宅ケア資源として「在宅療養を支える医師の不足」が挙げられ、在宅での看取りに関わる医師の不足や頻回に交替する診療所医師との対応に関することが述べられた。在宅での看取りについては、訪問看護師の方で家族が在宅で看取りをしようと考えられるようにサポートしても医師が難しいと言って医療関係者の方針が一致しない場合があることや在宅での看取りを支援できる医師が絶対的に不足していることを述べていた。診療所が唯一の医療機関である場合には、派遣医師が1～2年で交代する状況に対応するために訪問看護師が利用者の経過や状態を的確に新しい主治医に伝える必要性を述べていた。

表3 この地域で訪問看護を行う上での課題

項目	内容
自然条件や移動距離の長さによる訪問看護師の負担が大きい(4件)	冬季は遠隔地から訪問を頼まれても移動に時間がかかるため積極的に受け入れない。高台の地域は道路が凍結して滑り、看護師の不安やストレスが強く負担が大きい。(a)
	冬季は道路事情が悪く緊急時にすぐに到着できない。電話で対応して救急車を呼んだ方が早い。(a)
	遠い地域は夜間訪問になると30分以上かかる。すぐに到着できない点を家族に理解してもらうように説明する。(b)
	移動距離が長いと車を運転する看護師の緊張が続き、疲労が大きい。特に冬季は道路の凍結や積雪があるので負担が強まる。このことを理由に退職する人もいた。自宅から直行する方法で負担の少ない訪問の組み方を工夫する。(e)
地域住民の訪問看護に対する理解が定着していない(4件)	利用者の居室だけでなく洗面所や手洗い場まで使うことがあるので訪問看護が拒否されることがある。そのため、貸してもらわなくても済むようにステーションから全部持っていく、少しずつ家庭に入っていく。(a)
	訪問看護が入ることのメリットが理解されていない。契約していなくても無理強いせず、家に上がらせてもらうこと、何かケアをさせてもらうことから始める例もある。理解してもらえると「何も処置がなくても来てくれ」と言われることができた。(a)
	集落内の交流や支え合いはあるようだが、「何とかなる」と言って訪問看護やヘルパーの利用にはなかなか結び付かない。(c)
	訪問看護の存在を知らない人もいて「もっと早くお願いすればよかった」と言われることもある。(e)
在宅ケア資源が少ない状況で介護家族を支える必要性(4件)	家族の介護力が弱い(老老介護、独身の息子との同居)が、社会資源が少ない。そのため家族ができる範囲で対応したり、セルフケア能力を高めるために臨時的訪問を行ったりしている。(d)
	家族が在宅で看る時に看とりまでやる決断の後押しをすることが求められるが、その際には家族の疲労などの見極めが必要。(a)
	受け持ち制をとっているが緊急時は誰が対応してもわかるようにスタッフ全員の顔写真を契約の時に渡している。いつもの人じゃないと不安になるかもしれないので。(c)
	ターミナルの場合は家族が覚悟をしていても不安が大きく、亡くなるまでの経過をしっかりと伝えること、利用者と家族の思いを受けとめてそれを支持することが大事。(d)
在宅医療を支える医師の不足(3件)	自宅での看取りを迎えるために家族と何回も話し合いをして家族の気持ちの揺れを支える努力をしているが、医療機関の医師が「難しい」といって実現しない場合がある。(b)
	地域内にある診療所の医師は病院からの派遣で1～2年で交代する。医師の交代が頻回にあるので訪問看護師が利用者の状態を正確に伝えることが必要。(f)
	在宅の看とり方を後押ししてくれる医師が非常に少ない(開業医2名のうち1名は高齢)。家族の迷いに寄り添うのは看護師の役割だが、家族の背中を押してくれるのは主治医の存在。(g)
訪問看護の活動地域が広い(3件)	サテライトステーションを含めてみていると活動の状況は把握できるが具体的な対応が難しい。(c)
	遠方の利用者への訪問看護の依頼には近隣のステーションと協力して訪問したいが実際は難しい。(c)
	遠方の利用者が多く緊急時の対応を待たせてしまう。(e)
関係機関の訪問看護に対する理解不足(2件)	同じ法人内でも訪問看護を知らない人がいる。職員と地域の人にも理解してもらうために年1回事業報告会を法人として開いている。わかりやすい資料をつくって報告。訪問もして、管理者の仕事もして事業報告もしているので大変。(b)
	地域の輪の中に入っていくことが必要。看護師としては地域からいろいろ頼まれたり相談されたりした時に、一看護師としてそれに応じていく。看護師の力を利用してもらう、その積み重ねが訪問看護のPRにもなる。訪問看護を知ってもらうことと私たちはみなさんの力になりたいということを分かってもらうことが大切。(c)
山間地域に潜在するニーズへの対応(2件)	ターミナルケアの充実をはかりたい。在宅での看取りをする医療機関が増えるだけでなく訪問看護師としてもターミナルケアができると言っていけば在宅での看取りが増えると考えている。(b)
	妊娠上の生活管理を行う訪問看護があってもよいと思う(妊娠悪阻の例、長期入院すると家族と離れてしまう)地域の助産師と実施したいと話しているが、制度がない。(e)
在宅サービス利用への抵抗がある(2件)	訪問看護の利用に結び付けるために、お金のかからない方法を紹介して安心してもらう。(a)
	「まだ元気だから」と訪問看護の利用をぎりぎりまで待つことがある。ずっと在宅で暮らしているとぎりぎりまでサービスを入れないことが多い。(e)
農繁期は介護まで手が回らない(1件)	兼業農家が多いので農繁期になると介護が手薄になり、脱水を起こしていることや痰の吸引がされていないことがある。(a)

注) ()は訪問看護ステーションを示す。

「訪問看護の活動地域が広い」は、サテライトステーションへの管理者としての支援が十分にできないことやスタッフ看護師の負担との兼ね合いから遠方に住む利用者の期待に十分応えられない状況が述べられていた。

「関係機関の訪問看護に対する理解不足」では、設置主体の組織内の理解不足と訪問看護活動を行う地域の関係者の理解不足が挙げられた。訪問看護の理解を得るために、法人内の事業報告会の時に参加者にわかりやすい資料を作成して説明する努力をし

表4 主治医との連携における工夫

項目	内容
訪問看護の理解を得るため主治医と積極的にコミュニケーションをとる(5件)	受診をするケースでは報告書とは別に受診時に同行することや利用者の状態報告資料を作ってファックスで送ることをしている。(b)
	指示書を初めて受けとる時は必ず医師を訪ねて、訪問看護ステーションの説明を加える。気になることや分からないことは主治医に聞くようにしている。(c)
	系列病院の医師がほとんどなので連携はとりやすい。時々顔を合わせることがあれば言葉をかける。新しい医師が開業する時は挨拶に伺う。(d)
	指示書の出し方は医師によって様々、指示書をお願いしても書いてなかなか書いてもらえず1ヵ月後に届くこともある。(e)
訪問看護の理解状況に応じて対応を変える(2件)	月1回報告書を持っていく時に必ず主治医に会う。利用者の報告だけでなく世間話もして人間味あふれる会話をする。遠くても管理者が持参して話をする。言葉も大切だが顔があわせることも大事。(f)
	連絡票のやりとりでは訪問時の状況を細かに記載している。若い医師は訪問看護を積極的に勧めてくれるが年齢の高い医師は診察を受けていればよいという人もいる。(a)
訪問看護の利用希望を積極的に伝える(1件)	主治医が往診しなくても状況がわかるようにまめに報告しているが、訪問看護に理解のある医師とそうでない医師がいて「報告はいらない」と言われることがあり、対応に配慮している。(a)
病院の地域連携室を活用して連絡をとる(1件)	往診していて訪問看護を入れるとよいと思われる場合でも医師から声をかけられることが少ない。ケアマネジャーから連絡を受け、こちらから主治医に訪問看護を希望していることを伝えて指示書をお願いする。(b)
	努力をしているが大きな病院の医師は会う時間がなかなかとれず、最近は地域連携室を通して。(f)

注) ()は訪問看護ステーションを示す。

ていた。また、「地域の（関係者の）輪の中に入っていくことが大切」と述べて、関係者からの依頼や相談に対応しており、その積み重ねが訪問看護の理解につながると考えていた。

「山間地域に潜在するニーズへの対応」では、訪問看護を通して把握している潜在ニーズが述べられていた。具体的には、ターミナルケアに対応できる訪問看護Stとしての理解がもっと広まれば在宅での看取りが増えるのではないかと考えて医療機関との連携を積極的に作ろうとしていた。また、妊娠悪阻のために妊婦が病院に長期入院している例を示して、助産師と共同して妊婦の生活管理を行う訪問看護ができないだろうかという妊婦だけでなく家族全体の生活を捉えた内容も挙げられた。

「在宅サービス利用への抵抗がある」では、訪問看護が入ると良いと判断できる場合でも本人が「まだ元気だから」と利用になかなか結び付かない、限られた収入で生活している状況があるためできるだけお金のかからない方法を提案する大切さを述べていた。

「農繁期は介護まで手が回らない」は、農作業に従事する家庭の繁忙期の働き方を把握しており、介護まで手がまわらず療養者の水分補給や痰の吸引がおろそかになるため、特にその時期に注意が必要なることを述べていた。

4. 主治医、関係機関等との連携で工夫していることや課題

訪問看護サービスを提供するための主治医との連携における現状と工夫(表4)では「訪問看護の理解を得るために主治医と積極的にコミュニケーションをとる」ことが挙げられた。訪問看護の報告書に加えて、受診時に同行したり詳細な報告書を届けたりしていた。主治医に会う時には用件のみではなく世間話もして訪問看護Stとの間に顔の見える関係を築く工夫をしていた。また、「訪問看護の理解状況に応じて対応を変える」「訪問看護の利用希望を積極的に伝える」では、医師の理解状況に合わせて伝える情報や伝え方の工夫をしていた。開業医の数が少ない山間地域では病院の勤務医から指示書が出されることがもある。そのため、病院勤務医と連絡をとることが必要となるが病院勤務医と会う時間を設定することが難しい状況であったが、最近は地域連携室が主治医連絡の窓口として役立っていた。

主治医以外の関係機関との連携では充実させたいことが述べられた(表5)。「活動体制が異なるステーションとの共同訪問やサテライトステーションへの支援の充実」では、同じ市内に病院併設の訪問看護Stがあり、休日の有無や夜間訪問などの訪問体制の違いを互いに補いあっていることや新しい医療機器の扱い方を学ぶ機会があることの有効性を認識していた。「病院の看護職との連携を密にして看護の

表5 主治医以外の関係機関との連携において充実させたいこと

項目	内容
活動体制が異なるステーションとの共同訪問やサテライトステーションへの支援の充実(3件)	365日24時間やっているのでも土日休みの病院併設の訪問看護ステーションから一緒にやってほしいと依頼が来るようになった。(a)
	医療機器の種類と使用法は病院併設の訪問看護ステーションから教えてもらう。(a)
	サービス調整会議が開かれていない地域がある。ケアマネジャーと月1回カンファレンスをするようにしたが十分ではない。サテライトの管理者だけに任せると負担になる。(b)
病院の看護職との連携を密にして看護の継続性を保つ(3件)	退院の際の連携はできてきたが病院と在宅の看護師の連携が不十分。利用者が入院して死亡したら連絡が来ることになっているが十分に機能していない。私たちの看護は死亡したら終了ではなくお悔やみ訪問をして最期の様子をお聞きして終わりとなる、それがなかなか理解されない。(c)
	関係者との連携の中でも病院のケースワーカーや地域連携室をできるだけ通すようにしている。そうすると、別の利用者の紹介につながることもある。医師よりも制度や訪問看護を知っている。(e)
	医療機関の地域連携室に常勤の看護師がいないと、こちらからいろいろ働きかけても限界がある。(e)
施設関係者との連携を密にして、連続した在宅ケアサービスを提供できるようにする(2件)	ショートステイを利用する時は利用前に連絡票をファクスで送り、利用後は訪問看護に状況報告をもらう。訪問頻度が週1回がほとんどなので、看護の目がどこでも入るように看護師どうしの連携を密にしている。常に看護師としてのアンテナを光らせている。(b)
	夏の農繁期に施設利用者が多くなる。月に1回施設長の会議が行われ訪問看護利用者で入所している人の情報を得たり、情報提供をしている。(f)
生活を支える体制づくりに向けて行政保健師と連携をとる(1件)	行政の保健師との連絡は頻回にしている。訪問看護師1人がかかわって責任をもってその人の生活を支えられるわけではないと思っているので、支える人を増やすことを考えている。(d)
意見を言い合える在宅ケアチームの人間関係(1件)	訪問看護師が見つけた問題点を伝えてもそれを取り入れてもらえない場合がある。チームは利用者中心であるはずなのに先に進まないことがある。(g)

注) ()は訪問看護ステーションを示す。

継続性を保つ」では、利用者が亡くなってからの家族支援が大事と考えて、在宅療養から入院して死亡した場合に訪問看護Stへの連絡を病院に依頼しているが十分に機能していない問題点を指摘していた。また、病院の看護師も退院患者に訪問してみると、退院後の様子が分かり看護師の視野が広がり、患者・家族もうれしく感じるだろうと、連携を充実させる方策を述べていた。また、関係機関の中でも病院のケースワーカーや地域連携室をできるだけ通すようにしている例では、その方法をとることが訪問看護利用者の拡大につながることを意図して行っていた。

「施設関係者との連携を密にして、連続した在宅ケアサービスを提供できるようにする」は、ショートステイ利用時にも必要なケアが継続できるように、看護師間の情報交換を密にしていることや施設利用が増える季節には意識的に施設との情報共有をしていることが述べられ、訪問看護利用者がどの時期にどのようなサービスを利用しているのか、その動向を把握した連携の重要性が述べられていた。

「在宅療養を支える体制づくりにむけて行政保健師と連携をとる」は、訪問看護師が対応できる範囲は限られていると認識しており、行政保健師と連携することにより支援者を増やしていくことを意図的に行っていた。

5. 研修の計画と参加の状況および職場内教育の状況 (表6)

研修計画については、設置主体の方針に沿って看護職員1人ひとりが一年間の学習計画をたてる(a, b, e)、系列施設全体から選出された教育担当者が研修計画をたてる(c, d)、訪問看護協議会地区ブロックが企画する研修会に参加できるように管理者が一年間の計画をたてる(g)というように、設置主体や系列施設の規模によって違いがみられた。どの管理者も立案した計画を実施することの大変さを述べていた。常勤看護師4人のみの訪問看護St(g)の管理者は、訪問看護協議会地区ブロックの研修は、近い場所で実践的な研修ができていると評価していた。職場外研修に出られる人は限られるので、研修参加者が報告資料を作って参加していない人に伝達する工夫をしていた。

筆者らが先に行った調査において職場内の取り組みとして事例検討の実施状況が高かったのも、事例検討の内容や方法を中心に調べた。その結果、朝や夕方のミーティングが検討につながる、訪問から戻った時や昼休みの話し合いが自然と事例検討になるという日常業務の中で利用者の情報共有だけでなく対応方法についての意見交換や検討が行われていた。管理者は、それらの場が事例検討として機能しており、スタッフ育成の機会にもなっていると認識

表6 研修に関わる工夫や困難、事例検討の方法

		年間の研修計画		研修に関わる工夫や困難	訪問看護ステーションで行っている事例検討の方法
		作成状況	作成方法		
訪問看護ステーション	a	○	各自が一年間の目標をたてて計画作成し年度末に参加状況を確認。	研修参加後は記録を作って参加していない人に回覧による伝達。 宿泊を要する研修は参加しにくい。	朝のミーティング時の情報共有とともに必要事項を検討。必要時は昼休みも活用。 カンファレンス用紙に検討内容を記入して参加できない人にも共有。
	b	○	各自が一年間の計画を作り参加後にレポートを作成する。	研修参加後は記録を作って参加していない人に回覧による伝達。 研修参加後は、法人内共通の研修シートにレポートを作成し管理者が評価。	朝のミーティング時の情報共有とともに必要事項を検討。必要時は昼休みや夕方にも実施。
	c	○	教育委員が一年間の学習計画を立てる。	組織全体の目標、看護部目標を訪問看護ステーション管理者が具体化させてスタッフに伝達。	毎月担当1人を決めて時間外に実施。1回に2事例検討。
	d	○	系列の訪問看護ステーション5か所の学習担当者が研修内容を検討	勤務時間内の研修時間の確保が難しい。	週1回1時間、勤務時間内に実施。司会は当番制。
	e	○	各自が一年間の計画を作成。	計画をたてても実際は研修に出られないことが多い。	毎日のミーティングで情報共有。定例の事例検討は月1回3時間。新規利用者は必ず検討。
	f	×		関連するデイサービス、診療所、訪問看護ステーションの3か所8人の看護師がローテーションを組んで業務経験が偏らないようにしている。 研修参加後は8人で共有。	日常的に看護師、診療所看護師、ケアマネジャーでケース相談を実施。定例は月1回程度、ターミナルケース中心。
	g	×		小規模のため研修に出すのが困難。	隔月で時間外に実施。1回1-2例を検討。

注) 研修計画の作成状況 ○:作成している, ×:作成していない

していた。利用者の情報をスタッフ看護師が共有している背景には、ほとんどのステーションが利用者の担当を輪番制としていることや緊急対応に備えてどの看護師もある程度理解しておくことが必要であることも関係していた。定例の事例検討を行っている訪問看護St (c, d, e, f, g) では、新規ケース、ターミナルケース、家族の介護力を引き出しにくいケース、症状が安定しないケースなどを取り上げて検討していた。併設施設の状況によっては、ケアマネジャーや診療所医師も参加して行っていた。

6. 山間地域における訪問看護活動の質を高めるために必要なこと (表7)

「訪問看護師として継続できるために看護師の意欲を支える」にあたる内容は、管理者から様々な表現で語られていた。24時間体制で夜間や土日の対応に備えたシフトや道路事情が良くない条件での単独訪問など、スタッフに負担がかかっていることを考慮して、“スタッフのモチベーションを下げないように意見調整する”、“好きで訪問看護に来たのでスタッフが燃え尽きないようにしたい”などの配慮が大事であることを強調していた。また、スタッフ

が働きやすいように管理者の負担増はやむを得ないと考えてカバーしている例もあった。昇任できることが望ましいが訪問看護Stの職場は少人数なために限界があるため、設置主体の法人組織全体の中で昇任できる体制があると意欲向上にも影響するという意見もみられた。

「ケアチームの一員として療養者にもっとも近い立場である看護の役割を發揮できる」では、ケアチーム内での看護の役割をうまく伝える能力を高めてほしい、ケアチームの一員として人の意見を聞くことのできる重要性を伝える、他の人が見ても理解できる看護記録の充実などであり、ケアチームの一員として機能できる能力の向上、療養者に近い立場にいることのメリットを最大限に生かせることを述べていた。

「訪問看護が定着していない地域での訪問看護Stの管理・運営への意識を高める」では、利用者の確保や収入にも意識を向けてほしいと意図的に利用者数の現状を示したり、管理者の役割を伝えたりしていた。また、毎日行う訪問看護の積み重ねが、訪問看護のメリットを伝えることになり訪問看護Stの利用者拡大につながる営業の意識を持ってほしいと

表7 山間地域における訪問看護活動の質を高めるための必要なこと

項目	内容
訪問看護師として継続できるように看護師の意欲を支える(6件)	スタッフのモチベーションを下げないように意見調整する。(b)
	好きで訪問看護に来たのでスタッフが燃え尽きないようにしたい。(e)
	1人で利用者の家を訪問するスタッフのがんばりを認める。(g)
	24時間対応のため、担当者の負担が大きくなりすぎないように管理者がカバーする。(b)
	非常勤のスタッフは勤務継続できるように配慮して大事に育てる。(b)
	小さな組織ではキャリアアップが困難なため、法人内の人事交流を通して昇任できるとよい。(a)
ケアチームの一員として療養者にもっとも近い立場である看護の役割を發揮できる(4件)	在宅療養を支えるケアチーム内で看護の役割をうまく伝える能力を高める。(c)
	ケアチームの一員として人の意見を聞き動くことの重要性を伝える。(d)
	他の人がみても理解できる訪問記録の充実。(g)
	ケアプランにないことでも必要性があると判断したらその理由を説明できる応用力。(g)
訪問看護が定着していない地域での訪問看護ステーション管理・経営への意識を高める(3件)	訪問件数全体を把握して問題意識を持てるようにスタッフの経営への関心を高める。(a)
	毎日の仕事が訪問看護ステーションの営業にもつながるので、スタッフにも経営や管理への関心を高めてもらいたい。(e)
	管理者のマニュアルを整備して後継者を育成する必要がある。(b)
地域の看護資源として期待されるような利用者・家族とのパートナーシップの形成(3件)	スタッフには利用者・家族への教育的な関わり方や伝え方も学んでほしい。(e)
	あの人にきてもらいたいと言われるような技術とセンス、人間性を育ててほしい。(e)
	スタッフの技術的な面よりも利用者との関係のとり方に配慮している。(c)
山間地域の社会資源や生活状況の理解(2件)	地域(社会資源や住民性等)を把握しておくことの重要性を伝える。(d)
	スタッフ全員に”この地域を守る”意識と力をつけてもらいたい。(d)
山間地域で活動する訪問看護ステーション管理者の姿勢(2件)	看護師として困った時は訪問看護ステーション立ち上げ時に作成した訪問看護10カ条に戻ることを伝えている。(c)
	管理者自身が”地域を守る訪問看護ステーションでありたい”と信念を持っていることが大切。(d)
学生実習や事例検討を活用したスタッフ育成(2件)	学生実習は訪問看護に関わる後輩育成とスタッフ教育と考えて受け入れている。(b)
	事例検討での司会を輪番制にして訪問看護以外の役割も担う。(c)
良好な人間関係を保ちつつ看護師全員のレベルを保つ(1件)	看護職員全体の人間関係を保ちながら訪問看護のレベルを保つためのマネジメントが重要。(f)

注) ()は訪問看護ステーションを示す。

考えていた。管理者の後継者を育成するために、管理者役割の一部をスタッフに担ってもらうことを試みたが負担が大きく、管理者育成のむずかしさを語る場面もあった。

「地域の看護資源として期待される利用者・家族とのパートナーシップの形成」は、“利用者や家族のセルフケア能力を高めるための教育的な関わり方や伝え方を学んでほしい”、“あの人に来てもらいたいと言われるような技術とセンス、人間性を育ててほしい”などの内容であり、利用者と家族の力を引き出し、療養生活や介護の伴走者として信頼される看護師を目指している内容であった。

「山間地域の社会資源や生活状況の理解」では、活動地域の社会資源や人々の生活、健康に対する意識などを把握するという地区把握の必要性、個々の利用者にとどまらず地域という広い視点でもって地域を守る看護師としての意識と能力の必要性も述べていた。

「山間地域で活動する訪問看護Stの管理者の姿勢」では、スタッフを育成するために管理者自身がおれないでいることの重要性を指摘しており、開設時の理念を大切にしていることや社会資源の少ない地域において看護資源として機能するために“地域を守る訪問看護ステーションでありたい”という信念を

持ち続けてそれをスタッフに伝えていくことの大切さを述べていた。

「学生実習や事例検討を活用したスタッフ育成」は、看護学生の訪問看護実習は、訪問看護の学習のみならず将来の訪問看護従事者の育成につながることを、学生指導はスタッフの学習機会にもなることを考えて取り組んでいた。

「良好な人間関係を保ちつつ看護師全員のレベルを保つ」は、少人数の職場であり職員の補充が難いため、スタッフの人間関係を常に意識しながらスタッフ一人ひとりに合わせた指導を行う必要性であった。

Ⅳ. 考察

1. 山間地域の訪問看護 St 管理者が捉えている訪問看護活動の課題

今回調査を実施できた7か所の訪問看護 St の活動地域は、山間地域にあって平坦な地域が少なく、標高が高いところもあって気候の季節変動が大きい地域であった。産業では、果樹や野菜の専業農家世帯や休日に農作業に従事する世帯が多く、農繁期と農閑期では労働時間と内容は大きく異なる。また、今回の調査では、利用者の経済状況について調べてはいないが、第一次産業に従事していれば自然条件によって収入が左右されることも考えられる。本節では、このような地域で管理者は訪問看護活動を行う上での課題をどのように捉えているのか考察する。

1) 山間地域における訪問看護 St 看護師の実践能力の向上

管理者は、冬季の道路凍結や除雪が十分でない地域への訪問、大型車も含めて交通量が集中する幹線道路しか移動手段がないなどの訪問先までの移動に伴う負担がかかっていることを考慮しつつも、この地域にある訪問看護 St の看護師としての実践能力を高めることを念頭において日々管理業務を行っていた。調査結果から、訪問看護 St 看護師の実践能力は、次のように大別できる。すなわち、【利用者と家族の生活の営みに即した看護を提供できる能力】、【活動地域である山間地域の状況とそこに生活する人の意識や行動を理解する能力】、【社会資源が限られた地域におけるケアチームの一員として機能できる能力】、【山間地域で活動する訪問看護 St の経営に対する意識】の4つである。

【利用者と家族の生活の営みに即した看護を提供

できる能力】は、利用者の情報共有と意見交換を毎日のミーティングで行っており、事例検討を定例的に実施していることから訪問看護の中心となる内容である。また、新しい医療器具の扱い方の情報収集や習得のために病院併設の訪問看護 St との協力体制の有効性を述べていることから、利用者と家族に不安を与えないよう努力していた。これは、小規模施設のデメリットを補う工夫である。加えて、利用者と家族に対する教育的な対応技術の向上やこの人に来てほしいと言われるようになってほしいなど、利用者と家族の力を引き出し個別性の高い看護を提供できることを目指していたことから導かれている。これらの内容は、療養者本人に対する安全で適切な看護と介護家族に対する看護が含まれており、家族を単位とした看護展開⁴⁾の重要性が確認された。山間地域の特徴として、在宅ケア資源に乏しく利用できるサービスに限りがあることや移動距離が長く緊急時の迅速な対応が難しいことから、利用者や家族の力を引き出して対応能力を高める教育的な看護は重要である。

さらに、この能力は、頻繁に交代する診療所医師に在宅療養者の状況を適切に報告することや在宅での看取りに関わる医師を増やしていくこと、訪問看護の理解を促すための働きかけなど、訪問看護の活動拡大の基盤であると考えられる。

【活動地域である山間地域の状況とそこに生活する人の意識や行動を理解する能力】は、管理者がスタッフ育成のために必要だと考えていた内容であった。管理者は自分の経験を振り返りながら、管理業務を行うために必要に迫られて取り組んでいたが、訪問看護を充実させるためには1人ひとりのスタッフにも必要な内容だと考えていた。訪問看護利用者の療養生活や家族の生活は、その地域の生活条件によってさまざまな影響を受けている。農繁期は介護が手薄になることを予測して訪問する、お金のかからない介護方法を提案して安心してもらうなどの対応から、家族の労働生活と介護が密接に関連している。在宅看護実践者に求められる対象理解の内容として“地域社会の理解”が挙げられている⁵⁾が、山間地域ではとりわけその必要性は高い。

【社会資源が限られた地域におけるケアチームの一員として機能できる能力】は、ケアチーム内で看護の役割をうまく伝える能力を高めることの必要性、ケアチームの一員として人の意見を聞き入れて動くことができることの重要性、他の人がみても理解できる記録の充実などの結果から導かれた。ある

管理者は、“訪問看護では1人で自立して動けることが必要だが、利用者のすべてを看護師1人で対応できるわけではない”と述べ、スタッフが熱心なあまりに1人で背負いこんでしまっていないかを把握しながら助言していた。保健医療福祉資源が乏しいからこそ、保健医療福祉などの関係職種・機関間の連携は重要になる⁶⁾。チームアプローチをうまく進めるための条件の1つとして「互いの専門性や果たす役割、機能について共通認識を持ち尊重し合う」ことが挙げられている⁷⁾。管理者が指摘しているこの内容は、限られた資源の中で療養者と家族に最も近い立場にいる看護職が療養者や家族のニーズを捉えてチーム内で発言できる役割を期待していると考えられる。

【山間地域で活動する訪問看護Stの経営・管理に対する意識】は、訪問実績が収入に直結するだけでなく、管理者の後継者を育成する必要性から導かれた。管理者は、常勤スタッフに看護協会が開く管理者研修の受講を勧めたり、管理者の役割を一部担当してもらうことを試みたりしていた。山間地域の特徴により退職者の補充が難しいため、スタッフにかかる負担をみはからいながら、経営・管理の意識を高めることに苦心していた。看護職にとって“経営”という概念は馴染みの薄い内容である⁸⁾が、山間地域の小規模な訪問看護Stではスタッフ看護師においても必要な内容と考えられる。

2) 訪問看護Stが山間地域の看護資源として定着すること

今回調査を行った7か所のうち、3か所は市町村内唯一の訪問看護Stであった。管理者は、活動地域の人々に訪問看護がどのように受け止められているのかを捉えており、家に入られる抵抗感をなくす工夫やお金のかからない方法を紹介するなどしており、“利用してよかった”という口コミが周囲に伝わることを期待していた。また、主治医と顔の見える関係を築く、訪問看護に対する理解状況に合わせて対応を工夫するという医師との関係を築くことや関係機関に訪問看護を理解してもらうために努力を重ねていた。ある管理者は“ひとつひとつの訪問が営業のようなもの”と述べており、訪問看護を利用してもらって理解が広がる手ごたえがあり、そのためにスタッフ看護師一人ひとりを大事に育てたいと考えていた。これらの内容から、山間地域における訪問看護Stは、地域住民が住み慣れた家で療養できるための貴重な看護資源であり、地域住民および

医療保健福祉の関係職種・機関の訪問看護に対する理解を促進することは、地域の課題として捉える必要がある。加えて、地域の看護資源として定着することは訪問看護師の意欲ややりがいの高まりにもつながると考えられる。

3) 関係者との連携強化による在宅ケアニーズへの対応

在宅ケアに関わる関係者との連携に関する課題では、在宅ターミナルを支える医師の不足から地域のニーズに十分対応できていない、利用者死亡後の家族支援を確実に実施できるように病院看護師との連携を強めたいなどが挙げられていた。これらは、人口規模の少ない地域であるからこそ捉えることのできた地域の在宅ケアニーズであり、関係者が地域の課題として共有し対応することが求められるものである。

森は、訪問看護St管理者の調査から活動を活性化させるための6つの要素を導いている⁹⁾。すなわち、「適切な訪問看護サービスの提供」「援助関係者とのパートナーシップ構築」「家族を単位とした看護の展開」「地域資源としての基盤づくり」「組織内部の基盤づくり」「地域ケア充実に向けた貢献」の6つであるが、1)～3)で述べた内容はこれらの要素と類似性が認められた。従って、訪問看護St管理者の認識から導いた内容は、地域の資源としてどのような役割が期待されているのかを示す課題である。

2. 山間地域における訪問看護活動の課題から考えられる現任教育の方策

<日常の訪問看護活動の振り返りを活用した学習>

調査対象のすべての管理者が日々のミーティングを重視しており、その場がケースカンファレンスとして機能していると認識している管理者もいた。それには、訪問看護の体制上どのスタッフも利用者の状況を把握しておく必要性が関係しているが、看護実践能力を高める方法として、毎日の訪問看護の体験を通して学ぶことは“On the job training”として有効性は高い。特に、研修計画をたてても職員数が少ないため研修に出られない、遠方の会場まで行きにくい山間地域においては重要である。1人で行っている訪問で観察した内容とそれにもとづく看護判断を、訪問していない人に理解できるように的確に説明することは、自らの訪問看護過程を振り返る機会になる。佐久川らは、実習先である島嶼の訪問看

護Stの訪問看護師と大学教員が共同で事例検討を行うことを通して訪問看護師の実践能力を高める試みを報告している¹⁰⁾。このように、看護系大学の看護教員を共同することも方法の1つであろう。

このように、訪問看護師が実践能力を高めることは在宅ケアチームの中で看護の役割を發揮することにもつながっていく。

＜山間地域の特性や在宅ケアの現状の共有と課題の検討＞

地域の社会資源の把握や住民の労働生活等を理解することが必要だと管理者は捉えていたが、この内容は訪問看護St単独ではなく、行政や地域包括支援センターの保健師や看護師から社会資源の具体的な情報を得ることや訪問看護を通して把握した生活実態や介護に対する意識等を共有し、情報交換することにより地域の理解を深めることもできるであろう。また、このように情報の共有や話し合いの場を持つことは、関係職種・機関との連携づくりにも発展することが期待できる。

＜医療機関、行政、福祉を含めた市町村単位・圏域単位の学習体制＞

遠隔地で開催される集合研修は参加しにくい状況があり、訪問看護St協議会の地区ブロックでの研修が役立っている状況や同じ市内にある病院併設の訪問看護Stとの協力によって新しい医療器具や処置の情報や知識を得ていた。医療技術の改革や器具の改良に関する情報は近隣病院の協力を得ることが有効であろう。特に、山間地域はそれぞれに地域特性があり、医療保健福祉資源の整備状況も一様ではないので、市町村単位や圏域単位での取り組みは地域の状況に即した内容や方法で行うことができる。

本田らは、訪問看護師は経験年数や年齢にばらつきがあり、雇用形態もさまざまであることから、個別学習プログラムを提案している¹¹⁾。本調査でも個人ごとに研修計画をたてていたが、職場外で研修を受けることを中心に考えられていると推測された。訪問看護師一人ひとりの学習意欲に基づくものだけでなく、山間地域の訪問看護St看護師に求められる能力も踏まえた学習計画の検討も重要だと考えられる。

3. 研究の限界

以上の知見は、山間地域で活動する訪問看護師の

育成や訪問看護Stの活性化のための支援の検討に役立てられると考えられる。しかし、本調査は1つの県内にある訪問看護Stの管理者を対象としており、A県における特別地域加算を得ている訪問看護Stの半数の結果である。また、スタッフ看護師の意見も含めた分析を行うことにより、山間地域における訪問看護師の現任教育の方法を具体的に検討できると考えられる。

V. 結語

山間地域にある訪問看護Stの管理者が捉えていた活動上の課題は、山間地域における訪問看護St看護師の実践能力の向上、訪問看護Stが山間地域の看護資源として定着すること、関係者との連携強化による在宅ケアニーズへの対応の3つが明らかになった。山間地域における訪問看護St看護師の実践能力は、【利用者と家族の生活の営みに即した看護を提供できる能力】、【活動地域である山間地域の状況とそこに生活する人の意識や行動を理解する能力】、【社会資源が限られた地域におけるケアチームの一員として機能できる能力】、【山間地域で活動する訪問看護Stの経営に対する意識】に大別できた。これらの課題は山間地域の貴重な看護資源として役割を發揮させるための目標でもあり、＜日常の訪問看護活動の振り返りを活用した学習＞＜山間地域の特性や在宅ケアの現状の共有と課題の検討＞＜医療機関、行政、福祉を含めた市町村単位・圏域単位の学習体制＞という現任教育の方策が導かれた。

謝辞

本研究の聞き取り調査に際して、ご協力いただいた訪問看護Stの管理者の皆さまに深く感謝申し上げます。

本研究は、2010年度長野県看護大学特別研究費補助金を受けて実施した。また、本論文の一部を日本ルーラルナース学会第6回学術集会で発表した。

引用文献

- 1) 日本看護協会編：平成19年版 看護白書，日本看護協会出版会，68－80，2007.
- 2) 柄澤邦江，安田貴恵子，御子柴裕子他：訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズに関する研究(研究成果報告書)，19-32，2011.
- 3) 柄澤邦江，安田貴恵子，御子柴裕子他：長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ

- (第1報)～管理者に対する調査の分析～，長野県看護大学紀要，13:17－27，2011.
- 4) 渡辺裕子：家族看護学を基盤とした在宅看護論Ⅰ，日本看護協会出版会，43-45，2011.
- 5) 前掲書4)151-153.
- 6) 宮崎美砂子，北山三津子，春山早苗他編集：最新地域看護学第2版，へき地における地域看護活動，日本看護協会出版会，152-155，2010.
- 7) 前掲書4)168-171.
- 8) 井部俊子編集：看護管理概説，日本看護協会出版会，64-65，2004.
- 9) 森仁実：訪問看護ステーションの活動を活性化する方法に関する研究，岐阜県立看護大学紀要，11:25－34，2011.
- 10) 佐久川政吉，大湾明美，呉地祥友里：島嶼における大学と実習先との協働による看護職者の看護実践能力向上の試み(第2報)－事例検討による訪問看護計画の検討と看護実践の変化－，日本ルーラルナース学会誌，5:87-93，2010.
- 11) 本田彰子，赤沼智子，上野まり他：管理者と学習者でつくる訪問看護師の個別学習プログラム，community care，8(2):24－27，2006.

研究報告

中規模へき地医療拠点病院の看護職員の労働実態と 教育研修体制の現状と課題

The Labor Condition and the Continuing Education in Middle-Scale Support
Hospitals for Rural Medicine

関山友子*, 塚本友栄*, 鈴木久美子*, 島田裕子*, 工藤奈織美*, 春山早苗*, 田中牧子**
Tomoko Sekiyama*, Tomoe Tsukamoto*, Kumiko Suzuki*, Hiroko Shimada*,
Naomi Kudo*, Sanae Haruyama*, Makiko Tanaka**

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), 中規模病院 (middle-scale hospital),
労働実態 (the labor condition), 教育研修体制 (the continuing education)

要旨

100床以上399床以下のへき地医療拠点病院における看護職員の労働実態と教育研修体制の現状を明らかにし、看護職員不足に関連した課題について検討することを目的に、153施設の看護師長と主任またはスタッフを対象に、郵送による自記式質問紙調査により、看護職員の労働実態や教育研修体制等について調べた。回収数は137通（回収率44.8%）であった。分析の結果、1) 師長に比べ主任の疲労自覚症状が高い、2) 日本看護協会の実施した全国調査の結果より主任の休暇取得率が低く、時間外勤務時間は長い、3) 院外研修への支援や院内研修は実施されているが、【院外研修の参加のしにくさ】や【院内研修の課題】を感じている看護職員もいる、といった現状が明らかになった。課題として、1) 地元潜在看護職員の確保、2) 組織内の課題や問題が顕在化しやすくするシステムの構築、3) 看護職員の負担が最小限で済む教育体制の整備、の3点が考えられた。

I. はじめに

へき地・離島における医療の確保は、昭和31年度からへき地保健医療計画が策定され、各種施策が講じられてきた。平成13年から開始された第9次へき地保健医療計画においては、へき地医療支援機構の設置、へき地医療拠点病院（以下、拠点病院）の設置等が実施され、都道府県単位の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。

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、へき地診療所看護職員は、研修や拠点病院との連携等に課題を感じている¹⁾ことが明らかになっており、拠点病院の役割が十分発揮されていない可能性がある。

近年、無医地区等に限らず、その周辺地域における医師をはじめとした医療従事者の確保の必要性が指摘されており、無医地区等における医療を支援するへき地医療拠点病院においても医師をはじめとした医療従事者の確保の必要性が指摘されている²⁾。また、先行調査³⁾において、4月に募集した看護職員数を実際に採用できたと回答した拠点病院は約3

受付日：2011年11月10日 採択日：2012年3月16日

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

** 自治医科大学大学院看護学研究科修士課程 Jichi Medical University Graduate School Master Course of Nursing

割であったことや、募集に対して実際に採用できた看護職員数の割合を病床規模別にみると、「200床から399床」が61.7%、次いで「100床から199床」が73.9%であったこと、拠点病院の約7割は病床規模が100床から399床であったことが示されていることから、拠点病院の役割が十分発揮されていない要因の一つとして、医師だけでなく医療職全体、特に、医療職の大半を占める看護職の人材不足が考えられる。

看護職員不足は病院自体のサービスの質や患者の安全等に深く関わる問題でもあることから、何らかの対策を講じる必要があると考えられる。しかし、拠点病院の看護職員不足の対策に関する研究はない。また、看護職員不足の対策を考える際には、看護職員がおかれている現状を明らかにする必要があるが、拠点病院における看護職員の現状に関する研究もほとんど見当たらない。

以上のことから、本研究では、特に、看護職確保が厳しい⁴⁾病床規模100床以上399床以下（以下、中規模）の拠点病院に焦点を当て、看護職員の労働実態と教育研修体制の現状と課題を明らかにし、見出された課題に対する取り組みについて検討することを目的とした。

看護実践現場の現状を明らかにする項目を労働実態と教育研修体制とした理由は、看護職確保に影響を与える要因であると考えたためである。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究では、中規模拠点病院とは、病床規模が100床以上399床以下の拠点病院とした。

2. 対象

調査対象は、全国（平成20年3月現在）の中規模拠点病院153施設に勤務する看護師長と主任またはスタッフ（以下、主任）とした。拠点病院は、平成21年度へき地医療現況調査から把握した⁵⁾。

3. 調査方法

郵送法により調査した。対象者が所属する看護部長宛てに無記名の調査票と料金後納の返信用封筒を郵送した。郵送数は、1病院に対し看護師長用、主任用を各1部とした。回答者は、病棟看護歴の長い師長や主任看護師と指定した上で部長に依頼した。郵送数を1病院に対し看護師長用と主任用の各1部としたのは、回答に要する回答者の負担を考慮し、

決定した。調査期間は平成22年9月14日から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、調査協力を依頼する文章を郵送し、期日を1ヶ月延長し約2ヵ月間とした。

4. 調査項目

- 1) 基本属性：回答者の属性として、性別、年代、採用時の職種、現在所属する拠点病院に就職を決めた理由（複数回答）および看護職としての実務勤務年数、現職位の勤務年数、現在の所属病棟について尋ねた。また、所属する拠点病院の基本属性である設置主体や所在地について尋ねた。
- 2) 労働実態：日本看護協会の「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」を参考に、回答者自身の疲労自覚症状を複数回答で尋ねた。また、日本看護協会の「看護職員実態調査」の項目を参考に、平成22年7月における主任（病棟勤務・正職員）の平均時間外勤務時間数と二交代制勤務をしている主任の夜勤回数、平成21年度に付与された年次有給休暇日数、平成21年度に取得した年次有給休暇日数について尋ねた。看護師長に対しては、主任を含む自病棟所属看護職員（正職員）の平成22年7月における平均時間外勤務時間数と、年次有給休暇取得状況について、「ほとんど消化されなかった」、「あまり消化されなかった」、「割と消化された」、「ほぼ消化された」の4件法で尋ねた。さらに、対象者すべてに休暇取得の現状について「その他、休暇取得の現状に関するご意見がありましたら、下記にご記入下さい」と問い、自由記述で回答を求めた。
- 3) 教育研修体制：「院内研修は十分行われている」と「院外研修を受けやすくする支援は行われている」について、「そう思う」、「どちらかというと思う」、「どちらかというと思わない」、「そう思わない」の4件法で尋ねた。また、教育研修の現状について「その他、教育研修の現状に関するご意見がありましたら、下記にご記入下さい」と問い、自由記述で回答を求めた。

5. 調査票の信頼性と妥当性の確保

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調査票案を作成した。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に、調査票案の質問内容の妥当性や表現上の問題等について確認を得た後、修正し最終的な調査票を作成した。

6. 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。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。自由記述の回答は、文脈を重視し、意味の判別ができる単位で取り出し、カテゴリー化を行った。質的データの信頼性の確保については、研究を指導している教員やへき地の実情に詳しい教員にスーパーバイズをうけながら実施した。

7. 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委員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）。

Ⅲ 研究結果

回収できた調査票は137通（回収率44.8%）であり、すべての調査票を分析対象とした。

回答者が所属するへき地医療拠点病院の所在地別では、関東・甲信越地域が配布34通に対し回収18通（52.9%）と最も回収率が高く、北陸・中部（東海）地域が配布48通に対し回収25通（52.1%）、北海道・東北地域が配布48通に対し回収が23通（47.9%）、中国地域が配布32通に対し回収15通（46.9%）、九州・沖縄地域が配布62通に対し回収24通（38.7%）、関西・四国地域が配布82通に対し回収31通（37.8%）であった。

1. 基本属性

回答者の内訳は、看護師長73人（53.3%）、主任64人（46.7%）であった。性別は、女性が132人（96.4%）で、男性が4人（2.9%）であった。年代は50歳代が73人（53.3%）と最も多く、次いで40歳代59人（36.5%）であった（表1）。現在の病院に就職を決めた理由は、「出身地だから」が78人（56.9%）で最も多く、次いで「病院の近くに住むことになったから」50人（36.5%）、「地域医療に関心があったから」と「へき地医療に関心があったから」が各14人（10.2%）、「勤務移動による」7人（5.1%）、「病

表1 年代

(N=137)		
	人数	%
20歳代	2	1.4
30歳代	9	6.6
40歳代	50	36.5
50歳代	73	53.3
60歳代	3	2.2

表2 現在勤務しているへき地医療拠点病院に就職を決めた理由

(N=137)		
	人数	%
出身地だから	78	56.9
病院の近くに住むことになったから	50	36.5
地域医療に関心があったから	14	10.2
へき地医療に関心があったから	14	10.2
勤務異動による	7	5.1
病院附属看護学校卒だから	4	2.9
公的病院のため	3	2.2
看護師の評判がよかった	1	0.7
先生のすすめ	1	0.7
当時産婦人科があり助産師を募集していたから	1	0.7

* 複数回答

表3 看護職としての実務経験年数

(N=137)		
	人数	%
5年未満	0	0.0
5年以上10年未満	2	1.5
10年以上20年未満	19	13.9
20年以上	115	83.9
無回答	1	0.7

表4 現在の職位の経験年数

(N=137)		
	人数	%
5年未満	42	30.6
5年以上10年未満	48	35.0
10年以上20年未満	36	26.3
20年以上	9	6.6
無回答	2	1.5

院付属看護学校卒だから」4人（2.9%）、「公的病院のため」3人（2.2%）であった（表2）。採用時の職種は看護師が130人（94.9%）で、助産師が7人（5.1%）であった。

回答者の実務経験年数は、平均 26.5 ± 6.8 年であり、115人（83.9%）が20年以上の実務経験があった（表3）。現在の職位の勤務年数は、平均 8.1 ± 6.1 年であり、90人（65.6%）が10年未満であった（表4）。

表5 所属するへき地医療拠点病院の設置主体

(N=137)		
	人数	%
市町村	60	43.8
公的団体*	22	16.1
都道府県	17	12.4
一部事務組合	10	7.3
地方独立行政法人	3	2.2
国立病院機構	4	2.9
医師会	9	6.6
社会医療法人	4	2.9
医療法人	1	0.7
社会福祉法人	1	0.7
その他	4	2.9
無回答	2	1.5

*：日赤、済生会、厚生連等

表6 職位と総疲労自覚症状

	看護師長(N=73)	主任・スタッフ(N=64)	
総疲労自覚症状(点)	1.8±1.3	2.9±1.9	***

(***)：p<0.00, Mann-WhitneyのU検定)

表7 職位と疲労自覚症状

職位	人 (%)				
	看護師長 (73名)	主任・スタッフ (64名)	合計 (137名)		
疲労自覚症状あり					
やる気が出ない	11 (29.7)	26 (70.3)	37 (100.0)	**	
朝起きた時ぐったりした疲れを感じる	14 (35.0)	26 (65.0)	40 (100.0)	**	
へとへとだ	11 (34.4)	21 (65.6)	32 (100.0)	*	
いらいらする	10 (32.3)	21 (67.7)	31 (100.0)	*	
ゆううつだ	14 (40.0)	21 (60.0)	35 (100.0)		
物事に集中できない	14 (41.2)	20 (58.8)	34 (100.0)		
以前と比べて疲れやすい	58 (52.3)	53 (47.7)	111 (100.0)		

(*：p<0.05, **：p<0.01, χ^2 検定)

回答者が所属している拠点病院の設置主体は、市町村が60人(43.8%)で最も多く、次いで公的団体22人(16.1%)、都道府県17人(12.4%)、一部事務組合10人(7.3%)であった(表5)。

2. 労働実態

1) 疲労自覚症状

疲労自覚症状の1項目を1点とし点数化した総疲労自覚症状の平均得点は、2.3±1.7点であった。職位別にみると、看護師長が1.8±1.3点、主任が2.9±1.9点であり、有意差があった(p=0.000)(表6)。

また、「やる気がでない」、「朝起きた時ぐったりした疲れを感じる」、「へとへとだ」、「いらいらする」の項目で看護師長と比較し主任が有意に高かった(p<0.05)(表7)。疲労自覚症状を項目ごとにみると、「以前と比べて疲れやすい」と回答した者が111人(81.0%)で最も多く、次いで「朝起きた時ぐったりした疲れを感じる」が40人(29.2%)、「やる気がでない」37人(27.0%)、「ゆううつだ」35人(25.5%)、「物事に集中できない」34人(24.8%)、「へとへとだ」32人(23.4%)、「いらいらする」31人(22.6%)の順であった。

表8 主任の1ヵ月あたりの時間外勤務
(平成22年7月1日～31日)

(n=44)				
	平均値 (時間)	中央値	最小値	最大値
時間外勤務	19.5	15.0	0.0	168.0

表9 主任の夜勤回数
(平成22年7月1日～31日)

(n=27)		
	人数	%
4回以下	16	59.3
5回以上	11	40.7
平均夜勤回数	4.5±2.6日	

表10 主任を含む自病棟所属看護職員の1ヵ月あたりの時間外勤務
(平成22年7月1日～31日)

(n=60)				
	平均値 (時間)	中央値	最小値	最大値
時間外勤務	13.4	4.2	0.0	167.1

表11 主任の有給休暇取得日数
(平成21年度)

(N=64)		
	人数	%
8回以下	39	60.9
9回以上	19	29.7
無回答	6	9.4
平均有給休暇取得日数	7.4±5.3日	
平均有給休暇取得率	24.9%	

* 有給休暇取得率=(平成21年度の取得日数/平成21年度の付与日数)×100(%)

表12 主任を含む自病棟所属看護職員の年次有給休暇取得状況
(平成21年度)

(N=73)		
	人数	%
あまり消化されなかった	42	57.5
割と消化された	18	24.7
ほとんど消化されなかった	10	13.7
ほぼ消化された	1	1.4
無回答	2	2.7

2) 時間外労働・夜勤回数

平成22年7月1日から31日における主任の時間外勤務時間は、平均19.5時間であった(表8)。また、二交代制勤務者の夜勤回数は、平均4.5±2.6回であり、夜勤回数が5回以上の者が11人(40.7%)であった(表9)。看護師長が回答した主任を含む自病棟所属看護職員の時間外勤務時間は、平均13.4時間であった(表10)。

3) 年次有給休暇取得状況

主任が実際に取得した有給休暇は平均7.4±5.3日、

主任の約6割が有給休暇取得8日以下であり、平均有給休暇取得率は24.9%であった(表11)。看護師長が回答した主任を含む自病棟所属看護職員の年次有給休暇取得状況は、「あまり消化されなかった」が42人(57.5%)で最も多く、次いで「割と消化された」18人(24.7%)、「ほとんど消化されなかった」10人(13.7%)、「ほぼ消化された」1名(1.4%)であった(表12)。

4) 休暇取得の現状

休暇取得の現状について自由記述で回答者に尋ね

表 13 休暇取得の現状に関する意見

n=61 要約数=62

カテゴリー	サブカテゴリー	内容の要約 (師長＋主任)
休暇取得を困難にさせる要因	看護職員不足	年休をとるような人数配置がされていない 経営者が赤字改善を目的に雇用しない 安心して休める人員ではない 予想外の妊娠等に伴い人的不足 人員不足の状況。サービスの低下を懸念している スタッフ不足により休みがとれない 助産師数の減少にて休暇はとりにくい
	休暇が取りにくい組織風土	有給休暇をとりやすい環境になっていない 「有給を！」と言えない状況がある 年間8日以上は取得しないよう言われている 勤務交代など手続きがあり、休みが必要な時にとれない 他のスタッフに迷惑がかかる 自分からはなかなか言いつらい
	病棟運営とスタッフの働きやすさとの板挟み	残った者の負担を考えると充分にとらせてあげられない 研修や病休などがあると人数的に業務がこなせない状況になる 有休をもっと消化したいが、人員が足りなく、休むと業務にならない 勤務者の人数がいる時や夜勤前後の休暇がほとんど
	管理職という立場	私自身の休暇が確保できない(管理職はやむを得ない) 休むと代わりがいないので、スタッフに迷惑かける 土日休日に仕事がある 年休がもう少し取ることができると良い。自己学習に時間が取れる
	看護基準の順守	看護基準を取るため、有休休暇は取得しづらい状況 10対1の基準看護がギリギリの人数 7対1にて困難である
	他の部署との兼ね合い	人員不足の部署もあり、取得に差が出るのも好ましくない とれる部署ととれない部署がある 部署により取得回数に差がでる
休暇取得にむけての工夫	連休取得にむけての取り組み	1か月単位で週休2日制として休日数を消化するようにしている 次の月にまたがって週休を確保 翌月に振休として連休とした 平日に2日まとめて休日を作る 次の週に連休したり、調整している
	休暇取得にむけての取り組み	年末年始特別休暇、夏期休暇の計画付与 次の月へくりこした 代休としてとれる日に休んでもらった 看護(介護?)休暇取得も考慮している 上司が連休や年末年始、夏休みのない月には月1回年休をつけてくれる時もある
	年休取得不可時の希望代替策	繰越(20日)とならない分はお金に換算してほしい

たところ、137人中61人(44.5%)から回答が得られた。得られた記述から【休暇取得を困難にさせる要因】と【休暇取得にむけての工夫】の2つのカテゴリーに整理できた(表13)。

以下、文章中の記号【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「 」はローコードを示す。

【休暇取得を困難にさせる要因】は、「安心して休める人員ではない」や「スタッフ不足により休みがとれない」といった《看護職員不足》の現状や「勤務交代など手続きがあり、休みが必要な時にとれない」といった《休暇がとりにくい組織風土》、その他、《病棟運営とスタッフの働きやすさとの板挟み》、《管理職という立場》、《看護基準の順守》、《他の部署との兼ね合い》といった6つのサブカテゴリーから構成されていた。《管理職という立場》以外のサブカテゴリーは、《看護職員不足》に関連した【休暇取得を困難にさせる要因】であった。

【休暇取得にむけての工夫】は、「次の月にまたがっ

て週休を確保」や「平日に2日まとめて休日をとる」といった、《連休取得にむけての取り組み》や、「年末年始特別休暇、夏期休暇の計画的付与」、「代休としてとれる日に休んでもらった」といった《休暇取得にむけての取り組み》、「繰越(20日)とならない分はお金に換算してほしい」といった《年休取得不可時の希望代替策》の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

3. 教育研修体制

1) 研修体制

「院内研修は十分行われている」の問いに「そう思う」、「どちらかというとそう思う」と答えた者は25人(18.5%)であった。「院外研修を受けやすくする支援は行われている」の問いに「そう思う」、「どちらかというとそう思う」と答えた者は50人(37.0%)であった。また、「そう思う」と「どちらかというとそう思う」を「思う」群、「どちらかと

表14 院外研修支援と院内研修体制

		人 (%)			
		院外研修を受けやすくする支援は 十分に行われている		合計	
		思う	思わない		
院内研修体制	院内研修は十分に 行われている	16 (64.0)	9 (36.0)	25 (100.0)	
	思う 思わない	34 (30.9)	76 (69.1)	110 (100.0)	

($p=0.03$, χ^2 検定)

表15 教育研修の現状に関する意見

n=46 要約数=70		
カテゴリー	サブカテゴリー	内容の要約 (師長+主任)
院内研修の課題	時間外研修	勤務時間内での研修は不可能なため休日や時間外での研修となっている 院内時間外研修が多く帰宅が遅くなる 院内研修会の数が多く、時間外業務をしているとなかなか出る機会がない
	強制的と感じる院内研修	出欠席をとり欠席すると批判される 年間出席率を出される 教育研修が多すぎて嫌になることがある
	ニーズに合った研修が少ない	将来を期待する年代のニーズにあった研修の企画案内が少ない 各分野での興味、また、仕事の内容と重ならないことも多い 専門的に継続して受けられる研修がない
	研修参加者の二極化	学習の意欲に個人差があり、ペースを維持するのに苦慮 県立病院に就職したことで安心感を得て、危機感が薄いスタッフが存在する 研修に参加する人、しない人が決まっている感じ
研修運営上の課題	研修効果への疑問視	研修参加意欲が向上してきたが看護の場でそれが活かされていない 新卒者が配属された場合1年目で到達すべき看護技術が修得できない ラダー教育を取り入れているが、内容が十分なのかわからない 後輩に教えるための教育を十分に行う機会がほしい
	1施設のみでは限界	講師の確保が難しい 中堅看護師のリーダーシップ研修は施設の教育のみでは限界を感じる 教育の体制が十分ではないのに色々なことをやろうとする現状がある 勤務時間内の教育研修は、時間的に難しい
	参加者・勤務者の負担感	スタッフは講演を聴いた後病棟へ戻り業務の残務整理をすることがほとんど 院内研修中の病棟は、少ない人数でのやりくりで大変
	担当者不足	教育担当が専任でないため、担当者の負担が大きい
	予算の制約	現場教育者の教育実施や認定制度にすることで離職防止につながるのでは 外部講師を招いての継続教育や研究の支援は限られる(費用面の制約)
	企画運営者の 燃え尽きの恐れ	スタッフから、強制に行われる分は時間外超過料金を支給するべきという意見が 出て、企画運営する気力をもがれることが多い
	院外研修参加のし にくさ	公費での研修が少なく、自己負担が多い 地域から交通の便も悪く参加しにくい やる気のある者は自費で島外の研修へ行き出費は大きい 参加したい研修があっても費用面の支援が少なく、十分に参加できない 準夜勤での休みでは睡眠時間もとれず出かけないといけない 自分の休みを使って自費で参加。費用の面でも何らかの補助があれば良い 多くの研修は中央で行われることが多い 衛星通信研修会を増やしてほしい 地方での研修の機会を増やしてほしい
	研修は中央	多くの研修は中央で行われることが多い 衛星通信研修会を増やしてほしい 地方での研修の機会を増やしてほしい
	家庭の事情	スタッフは家庭の行事もあり難しい 週休を利用すると家庭の事ができないので参加回数が減る
	勤務体制に伴う参加しにくさ	長期研修(認定など)に参加できない(夜勤がまわらなくなる)
	研修内容に伴う参加しにくさ	院外は良く似た研修が多く、シリーズで3日間出席というのがあり困る

いうとそう思わない」と「そう思わない」を「思わない」群とし、「院内研修は十分行われている」と「院外研修を受けやすくする支援は行われている」との関連をみたところ、「院外研修を受けやすくする支援は行われている」の「思う」群の割合は、「院内研修は十分行われている」の「思う」群で64.0%であり、「思わない」群で30.9%であった。これらの割合には有意差があった ($p<0.05$) (表14)。

2) 教育研修

教育研修の現状について自由記述で回答者に尋ねたところ、137人中46人(33.6%)から回答が得られた。得られた記述から【院内研修の課題】、【研修運営上の課題】、【院外研修参加のしにくさ】の3カテゴリーに整理できた(表15)。

以下、文章中の記号【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「 」はローコードを示す。

【院内研修の課題】は、「勤務時間内での研修は不可能なため、休日や時間外での研修となっている」や「院内時間外研修が多く帰宅が遅くなる」といった《時間外研修》や、「出欠席をとり欠席すると批判される」、「年間出席率を出される」といった《強制的と感じる院内研修》、「専門的に継続して受けられる研修がない」といった《ニーズに合った研修が少ない》、「研修に参加する人、しない人が決まっている感じがある」といった、《研修参加者の二極化》の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

【研修運営上の課題】は、「研修参加意欲が向上してきたと感じるが、看護の場でそれが活かされていない現状がある」や、「ラダー教育を取り入れているが、内容が十分なのかわからない」といった《研修効果への疑問視》や、「講師の確保が難しい」といった《1施設のみでは限界》、その他、《参加者・勤務者の負担感》、《担当者不足》、《予算の制約》、《企画運営者の燃え尽きの恐れ》といった6つのサブカテゴリーから構成されていた。

【院外研修参加のしづらさ】は、「地域がら交通の便も悪く参加しにくい」、「参加したい研修があっても費用面の支援が少なく、十分に参加できない」といった《時間と金銭、休暇を消耗》や、「地方での研修の機会を増やしてほしい」といった《研修は中央》、その他、《家庭の事情》、《勤務体制に伴う参加しづらさ》、《研修内容に伴う参加しづらさ》といった5つのサブカテゴリーから構成されていた。

Ⅳ 考察

中規模拠点病院の看護職員の労働実態と教育研修体制の現状と課題を明らかにし、課題に対する取り組みについて検討する。

1. 看護職員の労働実態の現状と課題

看護職員の疲労自覚症状の調査から、主任の方が看護師長より総疲労自覚症状得点が高く、特に、「やる気がでない」、「朝起きた時ぐったりした疲れを感じる」、「へとへとだ」、「いらいらする」の項目で主任が有意に高いことが示された。2009年に、日本看護協会が日本看護協会員12,311名に行った看護職員実態調査の結果⁶⁾と比べると、中規模拠点病院の主任の時間外勤務時間は約6時間長く、平均有給休暇取得率は21.1ポイント低かった。このことから、主任の方が看護師長より疲労自覚症状の得点が高い要因として、看護実践現場の労働環境の不備が影響していると推測される。

看護実践現場の看護職員の疲労は、看護の質の低下や医療等の安全管理や、看護職員の確保・定着に関連した要因の一つである看護職員の燃え尽きに直結する問題であることから、看護実践現場の看護職員が疲労を蓄積しないような労働環境作りが早急に求められると考える。

加えて、休暇取得に関する記述の分析から、《連休取得にむけての取り組み》や《休暇取得にむけての取り組み》が行われていることが示唆されたが、これらの工夫をもってしても、主任の平均有給休暇取得率24.9%は全国調査⁶⁾の平均値46.0%を下回っていた。このことから、看護実践現場ごとの取り組みだけでは看護職員の休暇取得回数を増やすことには限界があると考ええる。

休暇の取得は、心身の疲労を回復するためだけでなく、家庭生活を維持するためにも重要であることは自明であることから、看護職員が与えられた休暇を取得できるよう病院全体で体制を整えていく必要があると考える。

さらに、平成22年7月1日から31日における主任の時間外勤務時間は、平均19.5時間であった。一方、へき地医療拠点病院に勤務する看護部長を対象とした調査⁴⁾では、看護部長が把握している看護職員の時間外勤務は平均6.0時間であった。

看護職員自身が把握している時間外勤務の時間と、看護部長が把握している看護職員の時間外勤務時間とが一致しない要因として考えられるのが、正確な時間を伝えるににくい組織風土や看護職員の労働時間等の管理体制が明確でないことなどである。さらに、看護部門においては、新たな職種や役割を特化された看護職などが加わり、階層的構造が多層化する傾向にあることから、組織の複雑化に伴う情報伝達や指示系統の問題が今後生じやすくなると考えられる。

2. 看護職員の教育研修体制の現状と課題

教育研修の現状として、「院外研修を受けやすくする支援は行われている」の「思う」群の割合は、「院内研修は十分行われている」の「思う」群で64.0%、「思わない」群で30.9%であり、これらの割合には有意な差があった。一方で、教育研修に関する記述の分析から、「院内研修会の数が多く、時間外業務をしているとなかなか出る機会がない」、「毎年出席率を出される」、「学習の意欲に個人差があり、ペースを維持するのに苦慮」といった【院内研修への課題】や「ラダー教育を取り入れているが、内容

が十分なのかわからない」,「講師の確保が難しい」,「教育担当が専任でないため、担当者の負担が大きい」といった【研修運営上の課題】,「多くの研修は中央で行われることが多い」,「長期研修（認定など）に参加できない（夜勤がまわらなくなる）」といった【院外研修の参加のしにくさ】といった課題が抽出された。教育研修に関する記述の回答率は約3割であるため、看護職員の多くがこのような教育研修に関する課題を感じているとは言えないが、類似の課題は中規模病院やへき地に所在する病院・診療所でも指摘されている^{1),7)-10)}ことから、へき地にある医療機関では看護職員の総数が少なく、かつ、看護職員不足の中で実施されている教育研修の課題である可能性が高い。

看護職員が日々の業務をこなすだけで精一杯の状態では、限られた時間の中で教育研修のシステムを整え、研修回数を増やしたとしても教育の効果は出にくく、かえって看護職員の負担感を増大させてしまう可能性が考えられる。近年、看護職員に従来よりも高い能力が求められるようになってきており、看護職員の能力を維持・向上するための質の高い教育研修は必要不可欠である。さらに、教育研修体制の整備は、魅力ある職場環境に資する要素の一つとして、看護職員の確保・定着につながると考えられることから、看護職員のレベルを維持・向上させつつ、仕事と生活の両立が可能な勤務体制を整える必要があると考える。

3. 課題に対する取り組み

中規模拠点病院の看護職員の労働実態と教育研修体制の現状から導き出された課題は以下の3点であった。

1) 地元潜在看護職員の確保

本研究で休暇取得の現状に関する意見を分析した結果、【休暇取得を困難にさせる要因】のほとんどが《看護職員不足》に関連したものであったことや、先行調査で、中規模拠点病院の募集に対して実際に採用できた看護職員数の割合が8割以下³⁾といった結果から、本研究で示された看護職員の労働実態の結果には、看護職員不足が影響しているものと考えられる。

看護職員の労働実態の対策として、看護実践現場の看護職員の疲労が蓄積しない労働環境や看護職員が与えられた休暇が取得可能な体制を整える必要性が考えられたが、看護職員不足の状態でこのような

体制を整えようとすると、看護職員の配置基準を下げざるを得なくなる。しかし、看護職員の配置基準は病院経営や看護サービスの質に直結する問題であるため、簡単には下げることができない。けれども、看護師不足の状態で見守りサービスを提供し続ければ看護職員の命が脅かされることとなり、そのような労働環境では患者の健康と安全は守れない¹¹⁾⁻¹³⁾。

以上のことから、看護職員の労働環境改善のためには、まず看護職員不足を改善する必要があると考える。しかし、看護職員不足は数十年も前からある課題であることや、看護師等の「雇用の質」の向上のための取組を推進する5局長連盟通知が厚生労働省から出された¹⁴⁾ことなどから、看護職の労働環境の改善は容易ではないことが推測されるが、看護職員不足に対する対策についていくつか考えてみたい。

本研究の対象者が中規模拠点病院に就職を決めた理由は、「出身地だから」や「病院の近くに住むことになったから」が多かった。2001年の菊池らの研究¹⁵⁾で、看護職員が仕事と生活の両立を望んでいることが指摘されていることや、近年の政府主導の「ワーク・ライフ・バランス」推進の動きなどから、対象者は、仕事と家庭生活の両立が可能となるよう、自宅からの移動時間が短い職場を選択したのではないかと考えられる。このことから、看護職員確保対策として、地元の潜在看護職に絞ったアプローチは有効な対策の一つではないかと考える。

また、経験者は地元志向が強いが、病院には諸々の条件を求めている¹⁶⁾といった自病院を調査した事例結果や、管理者が受理した退職理由は、結婚・育児・帰郷などの個人的内容が10%台を占めていた¹⁷⁾といった調査結果から、大都市志向で都会の有名病院に就職したが、数年後は地元に戻ろうと考えている者も少なからずいることが考えられる。このことから、就職斡旋団体や看護師等養成所と連携し、Uターン就職についての情報を学生や離職者、または離職希望者に提供するといった取り組みも考えられる。

さらに、離職者向けの研修を実施した病院に再就職した例があることから、積極的に外部研修を受け入れるといった取り組みも考えられる。

2) 組織内の課題や問題が顕在化しやすくなるシステムの構築

看護部門の労働環境を改善していくためには、看護実践現場の過重労働の実態が顕在化していること

が必要不可欠である。過重労働の実態を顕在化させるには、個人や病棟単位で抱え込まずに、看護実践現場の看護職員は時間外勤務等の過重労働を裏付けるデータをつけ、それを上司に申告する必要がある。同時に看護管理者は、看護実践現場の看護職員が申告しやすいような環境を整えつつ、看護職員の現状を理解してもらえよう病院組織全体に働きかけていく必要がある。以上のことから、組織内の課題や問題が顕在化しやすくなるシステムを構築し機能させていくためには、看護職員個々のマネジメント力やリーダーシップ力の発揮が必要不可欠でとなると考える。

3) 看護職員の負担が最小限で済む教育体制の整備

本研究において、院外研修への支援や院内研修は実施されているが、【院外研修の参加のしにくさ】といった課題や、院内研修が《時間外研修》であること、院内《研修参加者の二極化》といった【院内研修の課題】も示されたことから、中規模拠点病院の中には、看護職員の能力を維持・向上させるための質の高い教育研修を自施設だけで実施するのは、時間的、人力的に厳しい病院もあることが推測される。

自施設内完結型でない教育研修として、近隣の病院間でネットワークをつくり、それぞれの病院の人材を活用できる仕組みをつくり上げた事例¹⁸⁾がある。このシステムのメリットとして、構築された人材ネットワークを活用することで、地域内の病院で働く看護職員のレベルアップを図りつつ、看護職員同士で学び合い、助け合える場の構築が期待できること¹⁹⁾、研修場所まで遠いために金銭・時間的な負担がかかる、資源が少ない、といったへき地特有の教育研修に対するデメリットに対しての対策となりえること、健康危機発生時や地域防災力等に有効とされる顔の見える関係づくり²⁰⁾²¹⁾が可能なこと等の応用が期待できることである。

また、近隣の病院間ネットワークを看護職確保対策にも役立てた事例²²⁾もあり、ネットワークの運用次第では看護職員の確保・定着支援につなげることができるのではないかと考える。

V. 本研究の限界

本研究の対象者は経験年数に偏りがあるため、本研究の結果を中規模へき地医療拠点病院全体の状況として述べるには限界がある。また、看護師不足の現状を把握するための項目を労働の実態と教育研修

体制としたが、その他の項目についても調査していく必要がある。

VI. 結論

看護職確保割合がほかの拠点病院より低かった中規模拠点病院における看護職員の労働実態と教育研修体制の現状と課題を明らかにし、課題に対する取り組みについて検討した結果、以下の結論を得た。

中規模へき地医療拠点病院の現状として、1) 師長に比べ主任の疲労自覚症状が高い、2) 日本看護協会の実施した全国調査の結果より主任の休暇取得率が低く、時間外勤務時間が長い、3) 院外研修への支援や院内研修は実施されているが、【院外研修の参加のしにくさ】や、院内研修が《時間外研修》であること、院内《研修参加者の二極化》といった【院内研修の課題】を感じている看護職員もいる、といった現状が明らかになった。

課題としては、1) 地元潜在看護職員の確保、2) 組織内の課題や問題が顕在化しやすくするシステムの構築、4) 看護職員の負担が最小限で済む教育体制の整備、の3点が見出された。

課題に対する取り組みとしては、1) 地元潜在看護師にターゲットを絞った働きかけ、2) Uターン希望者への働きかけ、3) 離職者向けの研修の受け入れ、4) 組織の課題や問題を顕在化させるための看護職員個々の取り組み、5) 近隣の病院間でそれぞれの病院の人材を活用できるネットワークの構築、の5点が考えられた。

文献

- 1) 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－、自治医科大学看護学部地域看護学、自治医科大学附属病院看護部、2009。
- 2) 厚生労働省：「第10次へき地保健医療計画等の策定について」の通知について、〈<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/05/tp0516-1.html>〉（最終アクセス：2011年11月5日）
- 3) 塚本友栄、春山早苗、成田伸他：へき地における看護の充実に向けたへき地医療拠点病院の看護の現状と課題に関する調査、自治医科大学看護学部地域看護学、自治医科大学附属病院看護部、9、2011。
- 4) 塚本友栄、関山友子、島田裕子他：へき地医療拠点病院看護職の現状とへき地診療所看護職支

- 援との関連, 日本ルーラルナース学会誌, 6: 20-33, 2011.
- 5) 厚生労働省: 第3回へき地保健医療対策検討会資料(平成21年10月30日開催)参考資料2 平成21年度へき地医療現況調査資料(第2回検討会資料セット版), <[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/ae702d0d99f98bec4925766400064829/\\$FILE/20091104_1sankou2_3.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/ae702d0d99f98bec4925766400064829/$FILE/20091104_1sankou2_3.pdf)>(最終アクセス:2011年11月5日)
 - 6) (社)日本看護協会:「2009年看護職員実態調査」「2009年病院における看護職員需給状況調査」から見る看護の現状と課題, <<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2009pdf/0316-1.pdf>>(最終アクセス:2011年11月5日)
 - 7) 岡田玲一郎: 教育・研修に対してもっと意欲を!, 看護展望, 11(9):19-21, 1986.
 - 8) 塚本友栄: へき地診療所における看護活動の現状と看護職の学習ニーズ, 自治医科大学看護学ジャーナル, 7:105-106, 2009.
 - 9) 青山ヒフミ, 森迫京子, 米谷光代他: 中小規模病院で勤務する看護師の継続教育に関するニーズ, 大阪府立看護大学紀要, 11(1):1-5, 2005.
 - 10) 田中幸子, 鈴木久美子, 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(その2), 日本地域看護学会第7回学術集会講演集, 191, 2004.
 - 11) 松元俊, 佐々木司, 崎田マユミ他: 看護師が16時間夜勤後にとる仮眠がその後の疲労感と睡眠に及ぼす影響, 労働科学, 84(1):25-29, 2008.
 - 12) (社)日本看護協会:「時間外勤務, 夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」結果概要, <<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2009pdf/0424-2.pdf>>(最終アクセス:2011年11月5日)
 - 13) 米国ナースの労働環境と患者安全委員会 医学研究所: 患者の安全を守る—医療・看護の労働環境の変革, 日本評論社(東京都), 2006.
 - 14) 厚生労働省:「看護師等の「雇用の質」の向上のための取組を推進します!」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001fog4.html>>(最終アクセス:2011年11月5日)
 - 15) 菊池令子: 看護職員需給予測と中小規模病院における看護職員確保に関する研究, 厚生科学研究補助金, 医療技術評価総合研究事業報告書, 2, 2001.
 - 16) 遠藤セツ, 藤枝知子, 井上敏枝他: 特集ナースに選ばれる病院 ナースに病院選択のポイント, 病院, 47(5):401-402, 1998.
 - 17) 倉田トシ子, 田嶋美代子, 上山悦代他: かわりつつある看護学生の就職先, 看護学雑誌, 59(10):962-963, 1995.
 - 18) 阿部糸子: 看護管理ネットワーク構築力, Nursing BUSINESS, 4(11):46-47, 2010.
 - 19) 大塚真理子: 中小規模病院の看護管理者が身につけたいマネジメント力, Nursing BUSINESS, 4(11):42-43, 2010.
 - 20) 三橋睦子, 大野かおり, 立溝江三子他: 新型インフルエンザ発生時対応の実際と課題, 日本災害看護学会誌, 11(3):71-77, 2010.
 - 21) 原岡智子:【保健師が育てる「地域防災力」】県・市町村の取り組み実践集 顔の見える連携を! 地域における健康危機管理対策委員会の設立と運営の秘訣, 保健師ジャーナル, 61(5):400-405, 2005.
 - 22) 水澤里美, 柴谷のぶ子: 施設間交流で看護師不足打開, HANDS-ON, 2(5):114-117, 2007.

研究報告

限界集落で暮らしている後期高齢者の健康維持に関する認識と行動

Awareness and Behavior Related to Health Maintenance of the Late Elderly in a Marginal Community

高橋由美*, 高橋和子**, 武田淳子**, 関戸好子**

Yumi Takahashi*, Kazuko Takahashi**, Junko Takeda**, Yoshiko Sekito**

キーワード：限界集落，後期高齢者，健康維持行動

要旨

本研究は、限界集落で暮らしている後期高齢者の健康維持に関する認識や行動を明らかにし、地域特性をふまえた健康支援の方向性を検討することを目的とした。研究方法は東北地方にあるS町A地区の高齢者世帯の後期高齢者11名を研究参加者として、半構成的インタビューを行い質的帰納的に分析した。その結果、【自分なりに判断した健康管理】【地域ぐるみの健康管理】などの12のカテゴリーを抽出した。またカテゴリーの構造化より、健康維持に関する認識・行動は3つに分類され、A地区の後期高齢者は《住み慣れた地域で生活を継続するための健康管理》のなかで、自分らしい暮らしによって健康が維持できると認識し、《地域と繋がるなかでの自分らしい暮らしや死の意識》のなかで健康維持と自分らしい暮らしを相互に関連づけていた。また《地域の消滅を意識して自分や周囲の人の健康を気に掛ける》ことにより、さらに健康維持行動に繋げていたことが分かった。限界集落で暮らしている後期高齢者の健康支援としては、自分の意思に基づいた生活を維持し、住み慣れた地域で暮らし続け、最期まで自分らしく老いを生きることへの支援が重要であると考えられる。

I. はじめに

65歳以上の高齢者が集落人口の50%を超えた集落を「限界集落」といい¹⁾、過疎化や高齢化が進む地域の社会問題となっている。2006年の国土交通省による調査²⁾では、我が国の過疎地域等にある62,273集落のうち、限界集落は7,873集落あり、その1割以上を占めている。また、限界集落のうち今後10年以内又はいずれ消滅するおそれのある集落が2,643あると予測されている。さらに、このことは国全体の課題と捉えて、産業の振興や文化の保全、医療・福祉・教育のあり方等、様々な観点からの対応が求められており、国内の一集落でおこっていることが、将来の日本に与える影響について国民的に関心を持ち、検討を深める必要があると報告されている。

近年では、全国の対象地域において、調査研究や

集落維持・再生に向けた取り組みが行われ、2008年8月には集落支援員制度が開始となり³⁾、全国で約2200人の集落支援員が自治体からの委嘱を受けて活動している⁴⁾。集落支援員は集落の実情を把握し、集落維持や活性化に向けた対策を住民とともに策定し実施に繋げる役割を持ち、行政経験者や農業関係業務の経験者やNPO関係者などの地域の実情に詳しい人材が活用されている。しかし、専門職による生活支援や健康支援は行われておらず、社会資源が乏しい現状のなかで、如何に高齢者の健康課題を捉え、対応するかを検討する必要性がある。

限界集落に住む高齢者の生活や健康に関する研究については、取り組み例が少なく、高齢者の生活支援に関する先行研究^{5) 6)}では、一人暮らしの高齢者の生活継続を支援する手段的サポートの必要性や、定住を可能にする保健・医療・福祉体制整備の必要

受付日：2011年11月4日 採択日：2012年3月30日

* 仙台青葉学院短期大学看護学科 Sendai Seiyō Gakuin College, Department of Nursing

** 宮城大学大学院看護学研究科 Miyagi University, Graduate School of Nursing

性が挙げられている。また武村⁷⁾は、生活の質を確保できる新たな社会ネットワークの必要性を挙げ、近藤⁸⁾は離島限界集落住民の健康維持に影響する要素を探究している。日本のへき地・離島の看護に関しては、近年看護系大学を中心に関心が高まっている⁹⁻¹³⁾が、限界集落の高齢者に関する文献は見出せなかった。また、諸外国におけるルーラルナーシングに関する先行研究^{14) - 18)}においても、地理的、文化的特性や経済的、社会的人材資源の乏しさに対応する必要性についての記述はあるが、高齢化が極端に進んでいる地域の現象を捉えた報告は見あたらない。限界集落における健康支援は日本特有の課題と考えられるが、取り組みは始まったばかりであり、限界集落に暮らす高齢者が、集落の消滅やそこでの暮らしをどのように考え、どのように健康を捉え、維持しようとしているのかを探究し、そこで求められる健康支援を検討することが課題と言える。今後消滅する可能性があると予測される集落においては、集落機能の低下や高齢者自身の健康状態の変化により、生活の継続が困難になりやすいため、一人暮らしや高齢夫婦世帯の後期高齢者を対象とした取り組みが急務であると考えられる。また、「呼び寄せ老人」とも称される高齢者の転居後の健康問題に関する研究では、意思決定が非自発的な転居は、認知症や閉じこもりのリスク要因^{19) 20)}とされており、限界集落の中で高齢者がどのように自らの健康を捉え、維持しているのかを探究し、そこで求められる健康支援を検討することは、住み慣れた地域に暮らし続けるという高齢者の意志決定を尊重した取り組みであるばかりではなく、地域全体の健康寿命の延伸にも繋がると示唆される。以上により、本研究の目的は、限界集落で暮らす高齢者世帯の後期高齢者の健康維持に関する認識や行動を明らかにし、地域特性をふまえた健康支援の方向性を見出すことにある。

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

「健康」：身体的、精神的、社会的、スピリチュアル的なバランスがとれた状態で日常生活が自立していること。

「健康維持行動」：健康を維持するために必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアル的な一連の認識と行動。

「高齢者世帯」：65歳以上の者のみで構成されているか、もしくは18歳以上の未婚の者が加わっ

た世帯。

「後期高齢者」：75歳以上の高齢者。

「限界集落」：65歳以上の高齢者が集落人口の50%を超えた集落。

2. 研究デザイン

質的記述的研究

3. 対象地域および研究参加者の選定

東北地方の自治体で高齢化が進み、過疎地域自立促進特別措置法や集落支援員制度の対象地域にある限界集落を対象とした。

選定基準を満たす地域として、S町A地区を選定した。S町A地区は29世帯に40人が暮し、そのうち65歳以上が34人、高齢化率85%の限界集落である。

研究者参加者は、A地区の高齢者世帯の後期高齢者とし（以下A地区の後期高齢者とする）、以下の方法で選定した。

- ①S町長に研究の趣旨と協力の依頼を文書及び口頭で行い、承諾を得た。
- ②A地区区長に研究の趣旨と研究参加者の紹介を文書及び口頭で依頼し、同意を得た。研究参加者はA地区の高齢者世帯の後期高齢者とし、紹介を依頼した。
- ③A地区区長より調査協力の意思のある者16名を紹介書に記入してもらった。
- ④A地区区長の紹介書から、調査協力の意思のある者に対し、研究者が直接、調査協力の依頼を文書及び口頭で説明し、同意書の署名をもって最終的な研究参加者とした。

4. データ収集期間と方法

調査期間は平成22年5月18日～8月25日の期間で行った。

半構成的インタビューを研究参加者の自宅で行い、面接時間は概ね1時間～1時間半であった。インタビューは承諾を得て、ICレコーダーに録音した。

5. 収集したデータの内容

1) 研究参加者の属性

研究参加者の属性として、性別、年齢、家族構成、日常生活自立度（障害高齢者の日常生活自立度判定基準）、要介護度、受けている公的サービスについて把握した。

表1 研究参加者の属性

No	性別・年齢	日常生活自立度	世帯者数	定期的通院	服薬治療	疾患名・既往症
1	70代男性	自立	2人	有	有	高血圧
2	80代女性	J-1	2人	有	有	腰痛
3	80代女性	J-1	1人	有	有	乳癌・腰椎手術 喘息
4	80代女性	自立	2人	有	有	高血圧
5	80代男性	J-1	2人	有	有	高血圧 脳梗塞
6	80代女性	自立	1人	有	有	高血圧 草刈り機で切傷
7	80代女性	J-1	1人	有	有	狭心症 高血圧
8	80代女性	J-1	2人	有	有	腰痛 膝痛
9	80代男性	J-2	2人	有	有	糖尿病 心筋梗塞 膝痛
10	80代男性	J-2	2人	有	有	右下肢切断 高血圧
11	90代男性	J-2	1人	有	有	高血圧

(注) 日常生活自立度：障害高齢者の日常生活自立度判定基準（厚生労働省）

J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

1. 交通機関を利用して外出する

2. 隣近所なら外出する

2) インタビュー内容

「自分の健康状態」「健康に関して心掛けていることや心配なこと」「病気や受診の状況」「今の健康状態を維持するために必要な支援」「この地区の健康に関する伝統や慣習」など、インタビューガイドに添って質問した。

6. 分析方法

逐語録を以下の方法でカテゴリー化した。

- ①インタビュー内容を逐語録にし、限界集落に暮らす後期高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための健康維持行動に関して語られた内容を文脈単位に整理し、次に意味が読み取れる単位に整理・コード化し、類似する記録単位を集めてサブカテゴリーを生成した。さらに共通性のあるものを集めてカテゴリー化し、そのまとまりを象徴するようなカテゴリー名をつけ、カテゴリー間の関連性を検討した。
- ②研究の厳密性・真実性の確保については、インタビュー内容のまとめを研究参加者にフィードバックし、解釈に誤りがないか確認した。また、複数の看護学及び質的研究者よりスーパーバイズを受け、カテゴリー化したものが話された内容に忠実なものか確認した。

7. 倫理的配慮

本研究は、宮城大学看護学部・看護学研究科倫理委員会の審査の承認を経て実施した。研究参加者に口頭と文書で研究の目的や方法について説明し、研究への参加・協力は、自由意志によって行うこと、紹介され承諾した後でも撤回できること、また断っても不利益を被ることがないこと、またプライバシーを保護し、得られたすべての情報は本研究以外の目的で使用されることはないこと、結果は個人が特定されないように処理し、さらに結果公表に際しての匿名性の保証について説明し同意書にて協力の同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者の属性

研究参加者は11名で、年齢は75歳～91歳、平均年齢は84.6歳、6名が85歳以上であった。男性5名、女性6名、一人暮らし4名、うち1名が冬期は息子宅で暮らしていた。日常生活自立度は自立が3名、日常生活がほぼ自立していることを示すJ-1が5名、J-2が3名、1名は要介護支援2でデイサービスを利用していたが、ほぼ全員が自立した日常生活を送っていた。また、11名全員が慢性疾患により定期的に医療機関を受診し、服薬治療を継続していた。(表1)

2. 分析結果

逐語録よりカテゴリー化した結果、コードは113, サブカテゴリーは42, 最終的に12のカテゴリーを抽出した。またカテゴリーの構造化より、健康維持に関する認識と行動は3つに分類された。各分類とカテゴリーは、《住み慣れた地域で生活を継続するための健康管理》は【自分なりに判断した健康管理】【医療的な判断による健康管理】【地域ぐるみの健康管理】、《地域の繋がりやのなかでの自分らしい暮らしや死の意識》は、【自分らしい暮らしがここではできる】【家族や友人の支えがある】【地域の人々と強い繋がりがある】【地域と折り合いながら繋がる】【ここでの暮らしの限界を意識する】【ここでの死を意識する】、《地域の消滅を意識して自分や周囲の人の健康を気に掛ける》は【自分たちと共にここも無くなる】【自分の健康を気に掛ける】【周囲の人の健康を気に掛ける】であった。各分類とカテゴリー、サブカテゴリーを表2に示し、分類毎に説明する。(表2)

文中の《》は分類、【 】はカテゴリー、[]はサブカテゴリー、「 」はコードを示し、それぞれのカテゴリーに特徴的な語りを引用した。

1) 住み慣れた地域で生活を継続するための健康管理

(1) 【自分なりに判断した健康管理】

【自分なりに判断した健康管理】は「健康状態は支障がない」「ここでの暮らしが身体に良い」「食事に気をつけている」「身体に良いと思うことを選んでいる」「身体のために良いと思うことを自分で工夫している」と、自分なりに判断して健康管理しているというカテゴリーで、「健康状態は支障がない」というサブカテゴリーは、＜親に貰った身体で支障がない＞＜体の調子は今は良好でいる＞＜大病したけど今は何ともない＞と現在は安定した健康状態であることが述べられていた。「ここでの暮らしが身体に良い」というサブカテゴリーは、＜ここで動きながら暮らすのが身体に良い＞＜子供のところでは動かないからここに居る方が身体に良い＞とここで体を動かしながら暮らすことが健康に良いと認識し、判断していることが述べられていた。「食事に気をつけている」というサブカテゴリーは＜3食ちゃんと食べている＞＜身体に良くないものは食べないようにしている＞と健康維持のために日頃から食事に気をつけていることが述べられていた。「身体に良いと思うことを選んでいる」というサブカテゴリー

は、＜よけいな薬は飲まない＞＜デイサービスに通っている＞＜たばこは止められないが努力している＞＜たばこを止めたと言っている人に方法を聞いている＞＜周囲の勧めから健康のために良いと思うことを選んでいる＞という判断や行動で、「身体のために良いと思うことを自分で工夫している」というサブカテゴリーは、＜具合の悪いときに経験的に薬草を使用している＞＜身体が大変なので工夫して生活している＞＜移動補助用具を使って移動の大変さをカバーしている＞＜切断端が痛いとき人から薬をもらって対処している＞＜切断後は医者にもてもらわず自分で工夫してきた＞といった自分の認識や判断に基づいて工夫していることが述べられた。

(2) 【医療的な判断による健康管理】

【医療的な判断による健康管理】は「自分に合う病院を選んでいる」「医療機関に定期的に通ってる」「具合の悪い時は医者にかかる」「医療的な知識や指導を生かしている」と医療的な判断に基づいて健康管理しているというカテゴリーで、「自分に合う病院を選んでいる」というサブカテゴリーは、＜情報を基に自分に合う病院を選んでいる＞＜なんでも聞ける医療者がいる＞と病院や医療者を選択していること、「医療機関に定期的に通っている」というサブカテゴリーは＜定期的に通い薬を切らず治療を継続している＞＜バスで診療所に通っている＞＜家族に手伝ってもらい医療機関を受診している＞という通院方法や掛かり方が述べられていた。また「具合の悪い時は医者にかかる」というサブカテゴリーは、「自分で行けないときは往診してもらっている」というコードであった。「医療的な知識や指導を生かしている」というサブカテゴリーは、＜自分でいざとなった時の薬を持ち歩いている＞＜毎日血圧を測って落ち着いているか値を確認している＞＜乳がんの自己診断を知っていて発見し手術した＞といった医療的な知識や行動である。A地区の後期高齢者は、継続的に或いは必要時に医療者の判断や指導に基づいて健康を管理していた。

(3) 【地域ぐるみの健康管理】

【地域ぐるみの健康管理】は「みんな健康に関心をもっている」「みんなと交流して元気になる」「健診は欠かさず受けている」と、地域と繋がって健康を管理しているというカテゴリーで、「みんな健康に関心をもっている」というサブカテゴリーは、＜みんな年取ってるから健康に関心がある＞＜情報

表2 限界集落で暮らしている後期高齢者の健康維持に関する認識と行動

サブカテゴリー	カテゴリー	分類
健康状態は支障がない	自分なりに判断した健康管理	住み慣れた地域で生活を継続するための健康管理
ここでの暮らしが身体に良い		
食事に気をつけている		
身体に良いと思うことを選んでいる		
身体のために良いと思うことを自分で工夫している		
自分に合う病院を選んでいる	医療的な判断による健康管理	
医療機関に定期的に通っている		
具合の悪い時は医者にかかる		
医療的な知識や指導を生かしている		
みんな健康に関心をもっている		
みんなと交流して元気になる		
健診は欠かさず受けている		
自分にはこの暮らしがいい	自分らしい暮らしがここではできる	地域と繋がるなかでの自分らしい暮らしや死の意識
自分のために畑を続ける		
必要なものを手に入れる方法がある		
自分らしく好きなことをやっている		
生きる張り合いがある		
今の生活を受け入れる		
息子が手伝ってくれる		
家族や友人が気にしてくれる		
みんなで繋がり交流し合う	地域のみんなと強い繋がりがある	
いざとなったら近所を頼りにする		
みんなで働いてきた		
みんなで家を守ってきた		
みんなで工夫して生きてきた		
相手を気にして言えないことがある	地域と折り合いながら繋がる	
遠慮しながらもここにいる		
気兼ねなく相談できる人がいない		
ここでの暮らしに限りがある	ここでの暮らしの限界を意識する	
夫婦でいるから暮らしていける		
みんな年取っているから頼める人は決まっている		
働けない身体になった		
年を取って先が見えない	ここでの死を意識する	
死を意識して生きている		
死んだ人のことを想う		
身近で死んだ人のことを思い出す		
ポックリ死にたいと思っている		
自分たち一代で終わる	自分たちと共にここも無くなる	地域の消滅を意識して自分や周囲の人の健康を気に掛ける
身体の状態に何らかの支障がある	自分の健康を気に掛ける	
過去に大病をした		
調子が悪いと心配になる		
身近な人の病気を気にしている	周囲の人の健康を気に掛ける	

が少ないから集まったときに健康についての情報がほしい><集まったときに血圧を測ってもらいたい>とみんなで健康に関心をもっていることが述べられていた。[みんなと交流して元気になる]というサブカテゴリーは、<みんなと交流すると元気に

なる>、[健診は欠かさず受けている]というサブカテゴリーは、<健診は欠かさず受けている>と述べ、A地区の後期高齢者は地域ぐるみで健康を管理していることが述べられていた。[みんな健康に関心をもっている][みんなと交流して元気になる]

では、以下のように述べていた。

- ・みんな健康問題に関心をもっている。都合がつけば行事に参加して、何か話し相手をして、新しい情報を流してもらおうとありがたい。(男性)

2) 地域と繋がるなかでの自分らしい暮らしや死の意識

(1) 【自分らしい暮らしがここではできる】

【自分らしい暮らしがここではできる】は、[自分にはここの暮らしがいい][自分のために畑を続ける][必要なものを手に入れる方法がある][自分らしく好きなことをやっている][今の生活を受け入れる][生きる張り合いがある]という自分らしい暮らしがここではできるというカテゴリで、[自分にはここの暮らしがいい]というサブカテゴリは、<生まれ育ったところがいい><他は解らないからここがいい><気兼ねがなくていい><元気でいるうちはここにいたい>とここでの暮らしの良さを述べていた。[自分のために畑を続ける]というサブカテゴリは、<畑でいろいろ作っている><採れたものは旨いしみんな喜んでくれる><自給自足のために畑を続けている>という暮らし方が述べられていた。

- ・息子に來いって言われっけど、行けば家の周りの草筆りばかりで何もする事なくて(身体が)おかしくなるもの、いっぱい野菜作ってるからやる事イッパイあんの。(女性)

[必要なものを手に入れる方法がある]というサブカテゴリは<必要なものを自分で手にいれている><必要なものを誰かにたのんで手にいれている><不自由がない>といった暮らしに不自由がないこと、[自分らしく好きなことをやっている]というサブカテゴリは、<自分の思うようにしておく><自分で好きなようにする>と、自分らしい暮らし方があるということが述べられていた。[生きる張り合いがある]というサブカテゴリは<孫のために生きていたい><近所の小学生が孫のようにかわいい>という生きる支えがあることが述べられていた。[今の生活を受け入れる]というサブカテゴリは、<自分より苦労した人を見て自分を励ましている><ひとりでいることをもがいてもしょうがない><ほかにも一人暮らしのひとがいる><ひとりでも負けていられないと言ひ聞かせる>と一人暮らしの生活を受け入れていることを述べていた。

(2) 【家族や友人の支えがある】

【家族や友人の支えがある】は、[息子が手伝ってくれる][家族や友人が気にしてくれる]という家族や友人の支えのカテゴリで、[息子が手伝ってくれる]というサブカテゴリは、<息子が手伝ってくれる>、[家族や友人が気にしてくれる]というサブカテゴリは、<ひとりでは大変なことを親戚が手伝ってくれる><家族や友人が訪ねてくれている>というコードからなり、A地区の後期高齢者の身内や友人が暮らしを支えていることが述べられていた。

(3) 【地域の人々と強い繋がりがある】

【地域の人々と強い繋がりがある】は[みんなと繋がり交流し合う][いざとなったら近所を頼りにする][みんな働いてきた][みんな家を守ってきた][みんな工夫して生きてきた]という地域の繋がりを意味するカテゴリで、[みんなと繋がり交流し合う]というサブカテゴリは、<親戚のように強い繋がりがある><人との交流を大事にしている><みんなで考えてやろうと思えばやれることがある><みんなで気にしあう>という地域の繋がりがあることが述べられていた。[いざとなったら近所を頼りにする]というサブカテゴリのコードは同様に、[みんな働いてきた]というサブカテゴリは、<昔は働いてばかりいた><みんなで競い合って働いた><みんなで励まし合って出稼ぎした><働ける身体だったから働いた>と、みんな働いてきたという歴史や、[みんな家を守ってきた][みんな工夫して生きてきた]と、A地区の後期高齢者がみんなとここで生きてきた地域文化性や自分史が述べられていた。

(4) 【地域と折り合いながら繋がる】

【地域と折り合いながら繋がる】は、地域と折り合いをつけて繋がっているというカテゴリで、[相手を気にして言えないことがある][遠慮しながらもここにいる][気兼ねなく相談できる人がいない]というサブカテゴリからなり、コードも同様であった。

(5) 【ここでの暮らしの限界を意識する】

【ここでの暮らしの限界を意識する】は、[ここでの暮らしに限りがある][夫婦でいるから暮らししていける][みんな年取っているから頼める人は決まっている][働けない身体になった][年を取って

先が見えない] というここでの暮らしの限界を意識しているカテゴリーで、[ここでの暮らしに限りがある] というサブカテゴリーは、<近くに子供がい
ないから困る><近くに子供がいればここに居られ
る><一人でいるのは無理だと言われないうに
している><冬は心配かけるから子供のところへ行
く><寝たきりになったら嫁の家に行く>とここ
での暮らしの限界を一人暮らしの高齢者が述べて
いた。[夫婦でいるから暮らしていける] というサ
ブカテゴリーはコードも同様で、二人暮らしの高
齢者すべてが、一人ではここで暮せないと言
っていた。[みんな年取っているから頼める人は決ま
っている] というサブカテゴリーは、<みんな年
取っているから頼める人は決まっている><みんな
年取ってるから大変だ>と高齢者ばかりになっ
て頼める人が少なくなっていることを述べ、[働
けない身体になった] [年を取って先が見えな
い] というサブカテゴリーのコードは同様で、
自分自身が高齢になって動けない、先が見え
ないということを述べていた。

・大変だあ、どこの家も部落も年寄りばりにな
ったよ。年だから畑もあまりできなくなった。や
つと生きてるようなもんだ。みんな、おれがい
なくなるときまり(終わり)だなって心配してい
る。(男性)

(6) 【ここでの死を意識する】

【ここでの死を意識する】は、[死を意識して生
きている] [死んだ人のことを思う] [身近で死
んだ人のことを思ふ] [ポッキリ死にたいと思
っている] とこの地域での死を意識しているカ
テゴリーで、[死を意識して生きている] という
サブカテゴリーは、<生きていることを確認す
る><死んでいくことを意識する><死んでもい
いと思うけど生きている>と死を間近に意識
していること、[死んだ人のことを思う] [身
近で死んだ人のことを思いだす] [ポッキリ
死にたいと思っている] というサブカテゴリー
のコードは同様で、身近な人が一人で死んで
いたことを思い出し、自分の死を意識してい
ることが述べられていた。

3) 地域の消滅を意識して自分や周囲の人の健康を 気に掛ける

(1) 【自分たちと共にここも無くなる】

【自分たちと共にここも無くなる】は[自分た
ち一代で終わる] という地域の消滅を意識して
いるカテゴリーで、<子供たちは高校から家
をでて仕事も

無いから戻ってこない><家も山も畑も買う人
がいらないから売れない><自分が死んでも
この家には誰も来ない>という限界集落の
特性や自分たちの死と共に地域が消滅する
ことを意識していることが述べられていた。

・この家継ぐ人は誰もいない。今、ここで
山持つてる人が困ってる。後継者もいない。
ここらはおらだ一代で終わりだ。だれも買
う人いない。家も山も畑も。(男性)

(2) 【自分の健康を気に掛ける】

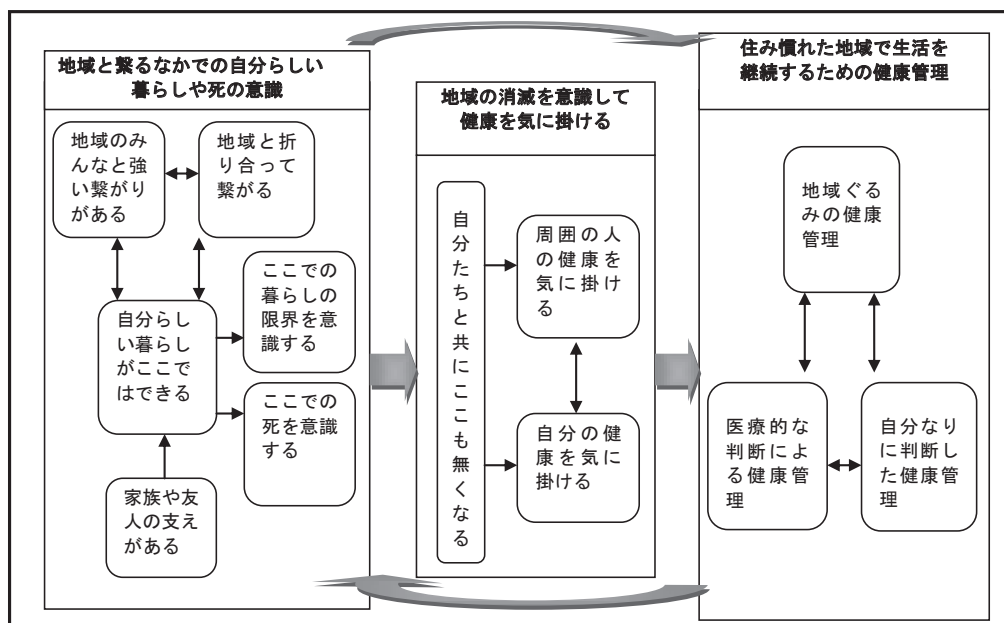
【自分の健康を気に掛ける】は[身体の状態
に何らかの支障がある] [過去に大病をした
] [調子が悪いと心配になる] という自分の
健康を気にしているカテゴリーで、[身体
の状態に何らかの支障がある] というサブ
カテゴリーは、<脳梗塞で倒れ左半身が麻痺
している><血圧の薬は飲んでいないが血
圧が高い時がある><足が痛くてどこにも
行けない><具合が悪くて自律神経の薬を出
された><障害者手帳を持っている>という
健康を阻害する要因の認識や状態を気に
していることが述べられていた。[過去に
大病をした] というサブカテゴリーは、
<過去に重傷を負い、障害が残った経験
がある><風邪をひいたこともないのに肺
気腫になった><喘息の治療や腰の手術を
受けている><心筋梗塞で入院したことが
ある>というような健康を阻害する要因の
存在が述べられていた。また、[調子が
悪いと心配になる] というサブカテゴリー
はコードも同様で、A地区の後期高齢者
は、健康が阻害される要因を認識し、ま
たその存在を意識して自分の健康を気に
掛けていたことが述べられていた。

(3) 【周囲の人の健康を気に掛ける】

【周囲の人の健康を気に掛ける】は自分
のほかにも周囲の人の健康を気にしてい
るというカテゴリーで、[身近な人の病
気を気にしている] というサブカテゴリー
からなり、<祖父母、兄弟も血圧が高
い><認知症になった人をみて気にしてい
る><病気をした夫の身体のことを気に
している>というように、身近な人の健
康を気遣っていることが述べられていた。

3. 限界集落で暮している後期高齢者の健康維持に 関する認識と行動の構造

12のカテゴリーと3つの分類の関連性から、
限界集落で暮している後期高齢者の健康
維持に関する認



図の □ は分類を表し、□ はカテゴリーを表す。 → は分類間の影響を表す。 → はカテゴリー間の影響を表し、 ↔ はカテゴリー間の相互関係を表す。

図1 限界集落で暮している後期高齢者の健康維持に関する認識と行動の構造（構造図）

識と行動を図1に示すように構造化した。（図1）

A地区の後期高齢者は「住み慣れた地域で生活を継続するための健康管理」のなかで、自分らしい暮らしによって健康が維持できると認識し、「地域と繋るなかでの自分らしい暮らしや死の意識」のなかで健康維持と自分らしい暮らしと死を相互に関連づけていた。また「地域の消滅を意識して自分や周囲の人の健康を気に掛ける」ことにより、さらに健康維持行動に繋げていた。「住み慣れた地域で生活を継続するための健康管理」では、【自分なりに判断した健康管理】と【医療的な判断による健康管理】を相互に関連づけて自分の健康を管理し、さらに【地域ぐるみの健康管理】という地域の繋がりによって健康を維持していた。「地域と繋るなかでの自分らしい暮らしや死の意識」という自分らしさは、【家族や友人の支えがある】に支えられ【地域みんなと強い繋がりがある】という地域との強い繋がり合いによって維持され、【地域と折り合いながら繋がる】という地域とのバランスを取り合うことによって【自分らしい暮らしがここではできる】と判断し、維持していた。また、自分らしい暮らしの延長線に【ここでの暮らしの限界を意識する】【ここでの死を意識する】を意識していた。さらに「地域の消滅を意識して自分や周囲の人の健康を気に掛ける」では【自分たちと共にここも無くなる】という地域の消

滅を意識し【自分の健康を気に掛ける】【周囲の人の健康を気に掛ける】と健康を気に掛けていた。

VI. 考察

1. 限界集落で暮している後期高齢者の健康維持に関する認識と行動

A地区の後期高齢者は、豊かで時には厳しい自然の中で長年暮らし、自分で身体に良いと思うことを判断し、地域みんなと繋がりながら健康を維持していた。そのなかで、ここでの暮らしが身体に良いと判断し、自分らしい暮らしを維持しようとしていた。また、その自分らしい暮らしの延長線には、後期高齢者が故の暮らしの限界や死を意識し、地域の消滅を意識しながら健康を気づかい合っているという特徴を持っていた。

1) 住み慣れた地域で生活を継続するための健康管理

A地区の後期高齢者は、住み慣れた地域で在宅生活を継続するために、自分なりの判断や医療的な判断の基に健康を管理し、維持していた。そのなかで、ここで身体を動かしながら暮らすことが健康に良いと認識・判断し、ここでの暮らしを維持するために健康であることを意識し、行動していた。限界集落で生活する高齢者の調査^{5) 8)}では、自分の意思で居

住し、現在の生活をできるだけ維持したいと希望する人が多く、定期的な受診で病状がコントロールできることや日常生活が自立しているなどの一定の健康レベルを条件として生活を継続していることが分かっており、健康を気づかう生活として、規則正しい食事や睡眠、適度な運動、食料確保のための野菜作り、地域の人との関わりなどがあげられている。本研究の結果では、参加者の半数以上が85歳以上の後期高齢者であった。また全員が慢性疾患の受療中で定期的に医療機関に通院していた。過去に入院治療の経験者もいたが、日常生活はほぼ自立し、現在の健康状態は安定していた。【自分なりに判断した健康管理】では、食事に気をつけ、身体に良いと思うことを選び、健康への気づかいや身体に良い生活を意識し、行動していた。また、これまでの体験を基にここで身体を動かし、働く暮らしが身体に良いと判断し、健康を維持するためにここでの暮らしを選んでいて、身体のために良いと思うことを自分で工夫していることでは、身体が大変なので暮らし方を工夫し、移動補助用具等を使って移動の大変さをカバーし、下肢の切断端が痛いときに人から薬をもらい、医者にみてもらわず自分で工夫してきたといった自分の認識や判断に基づいて工夫していることが述べられ、身体機能の低下や健康問題に対して、自分でなんとか工夫しながら健康を維持しようとする認識や行動があった。【医療的な判断による健康管理】では、継続的に或いは必要時に医療者の判断や指導に基づいて健康を管理していた。ロング&ウェイナー¹⁴⁾はルーラル地域の人々にとって健康は労働の役割や活動と密接に関連して判断され、自己信頼感が強く自分で何とかしたいという考え方が人々の中に根強くあると述べている。A地区の後期高齢者は、住み慣れた地域で生活を継続するために健康に関心を持ち、これまでの体験からここでの暮らしが身体に良いと判断し、身体機能の低下や健康問題に対して自分でなんとかしようと工夫し、さらに継続的或いは必要時に医療者の判断や指導に基づいて健康維持行動をとっていたと言える。しかし、自己判断で医療機関を受診していない状況や、通院が困難になっている状況もあり、A地区の後期高齢者には、すでに生活の継続が困難になる危険性が存在していると言える。また、A地区の後期高齢者は、【地域ぐるみの健康管理】によって健康を維持していることが分かった。このことは、コミュニティ・エンパワーメントが効果的に働くことによっておこる地域の主体的な健康維持行動と捉えられ、A地区

の地域力であり、特性と言える。

2) 地域と繋がるなかでの自分らしい暮らしや死の意識

A地区の後期高齢者の自分らしい暮らしは、【家族や友人の支えがある】に支えられ【地域の人々と強い繋がりがある】という地域との強い繋がり合いによって維持されていた。また、【地域と折り合いながら繋がる】という地域とのバランスを取り合うことによって【自分らしい暮らしがここではできる】と判断していた。また、自分らしい暮らしの延長線に【ここでの暮らしの限界を意識する】【ここでの死を意識する】という課題と向き合っていた。限界集落の先行研究⁵⁾では、もともと人と人との関係が密接で、お互いに助け合いながら生活し、親戚・集落相互支援体制が伝統的に形成され、機能し、お茶のみ習慣やお互いに行き来したりという集落内の交流が行われている一方、住民の高齢化によりサポート提供に困難が生じつつある現状があり、集落外に居住する子供や親戚への期待や近隣住民を家族みたいなものと位置づけて期待していると報告されている。本研究でも、【地域の人々と強い繋がりがある】や【家族や友人の支えがある】が確認できた。さらにA地区の後期高齢者は【地域と折り合いながら繋がる】状態があり、集団（地域の繋がり）と個別性のバランスを取りながら【自分らしい暮らしがここではできる】と判断し、生活を維持しようとしていることが分かる。また、本研究では、その自分らしい暮らしの延長線上に、【ここでの暮らしの限界を意識する】や【ここでの死を意識する】という発達課題と向き合っていることが分かった。エリクソン²¹⁾の心理的社会的人生段階やバトラー²²⁾の高齢者の特徴から、老年期は「豊かな実りの時期」であり、高齢者が「統合と絶望」という発達課題に向き合うと言われている。また、竹田²³⁾は、高齢者の健康とはスピリチュアリティを核にしながら、身体的、精神的、社会的な側面が相互に関係しながらバランスを保っている状態と言い、さらにスピリチュアリティは加齢とともに豊かになり、成熟過程をたどることから人生の統合と深くかかわる概念であると述べている。二人暮らしの後期高齢者は、自分たち夫婦だけでなく、周囲の人達も含めて、ここで暮らし続けることの限界を間近に意識しており、一人暮らしの後期高齢者は身近な人の死を思い出し、朝を迎えるたびに生きていることを確認し、ここでの死を意識していた。A地区の後期高齢者は、

【自分らしい暮らしがここではできる】と判断し、ここでの暮らしを選択し、ここでの生を全うし、正に【ここでの暮らしの限界を意識する】【ここでの死を意識する】という人生の統合と絶望という発達課題に、自身のスピリチュアリティとともに直面していると言える。

3) 地域の消滅を意識して自分や周囲の人の健康を気に掛ける

A地区の後期高齢者は、【自分たちと共にここも無くなる】という地域の消滅を意識し【自分の健康を気に掛ける】【周囲の人の健康を気に掛ける】と健康を気にかけ、健康管理に繋げていた。限界集落で暮らす後期高齢者は、ここでの暮らしの限界や死という人生の絶望や統合という発達課題の他に、自分たちと強く繋がっていた地域も無くなるという課題と向き合っていた。竹田²³⁾は高齢者が「統合と絶望」という発達課題に向き合うことを通して自己の存在意義を確認し、それを次世代へと繋いでいくことに老いることの意味があると述べている。しかしA地区の後期高齢者は、ここでの暮らしを次世代に繋ぐことができないなかで、老いることの意味付けをしなければならないという特徴をもっており、限界集落に暮らす高齢者の内面に生じている葛藤を象徴していると言える。また、A地区の後期高齢者は、【自分の健康を気に掛ける】【周囲の人の健康を気に掛ける】と健康を気にかけ、健康管理に繋げており、すでに加齢に伴う身体機能や生活機能の低下による健康問題や不安を抱えながら生活していることが分かった。A地区の後期高齢者は、地域の消滅を意識しながら、ここで最期まで暮らすことを望み、自分や周囲の人の健康を気に掛けながら健康を管理しており、すでに加齢に伴う身体機能や生活機能の低下による健康問題や不安を抱えながら生活していることが明らかになった。

2. 限界集落に暮らす後期高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための健康支援

1) 限界集落に暮らす後期高齢者の健康課題

A地区の後期高齢者は、住み慣れた地域で在宅生活を継続するために、健康に関心を持ち、自分なりの判断や医療的な判断の基に健康を管理していた。そのなかで「ここでの暮らしが身体に良い」と判断し、ここでの暮らしを継続するために健康であることを意識し、身体機能の低下や健康問題に対して自分でなんとかしようと工夫していた。しかし、自分

なりに判断し、工夫しているなかには医療機関の受診が望ましいと考えられる状況や、身体機能の低下により通院が困難になっている状況も確認されており、すでに生活の継続が困難になる危険性が存在していた。また、A地区の後期高齢者は、地域の消滅を意識しながら、ここで最期まで暮らすことを望み、自分や周囲の人の健康を気に掛けながら健康を管理していた。健康を気に掛ける状態とは、高血圧症、脳卒中後遺症、心筋梗塞、慢性呼吸疾患、腰痛や膝痛の悪化、疼痛による運動制限等の健康問題や不安を抱えている状態であった。限界集落における後期高齢者の健康状態と身体能力に関する調査では、非限界集落の後期高齢者と比較して、収縮期血圧が有意に高く片脚起立時間が有意に短い²⁴⁾ことから、高血圧による脳卒中や心疾患、運動機能低下による転倒等の要介護状態に移行する要素への対策が重要であると考えられる。これまでは自分なりの判断や医療的な判断による健康管理と地域ぐるみの健康管理によって健康を維持してきたが、研究参加者の属性から、今後逃れ得ない状態として、さらに身体機能や生活機能が低下し、日常生活の自立が阻まれることが予測される。日常生活の自立が阻まれることは、ここでは生きていけないことを意味する。A地区の後期高齢者の「ここでの暮らしが身体に良い」という判断に反した非自発的な転居が、認知症や閉じこもりのリスク要因につながる可能性も高い^{19) 20)}ことから、A地区の後期高齢者個々の健康アセスメントを行い、支援の方向性を検討する必要があると言える。また、A地区の後期高齢者は、ここでの暮らしの限界や死という人生の絶望や統合という発達課題に加え、自分たちと強く繋がっている地域の消滅を意識するという特徴的な課題と向き合っていた。

2) 限界集落で暮らしている後期高齢者の健康支援

A地区の後期高齢者の健康課題として、自分なりに判断しているなかにも医療的な判断が望まれる状況や、身体機能の低下により通院が困難になっている状況が確認され、すでに生活の継続が困難になる危険性の存在が明らかになった。定期的な医療機関の受診や健診の他に、A地区の後期高齢者個々の健康アセスメントを行い、回避できるリスクを見極め、健康問題や生活機能低下の予防と早期発見に対応する健康支援が必要である。杉井⁶⁾は、高齢者の定住支援として、医療資源が不足している過疎地域においても健康寿命の延長に向けた健康支援の必要性を

述べ、春山ら¹¹⁾は、へき地の場合、健康問題や生活機能低下の予防という視点は重要であり、住民が地域に住み続けるためには不可欠な支援であると述べ、訪問看護の発展を提言している。A地区の後期高齢者を看護職の訪問により個々に健康アセスメントし、自分なりに判断し工夫しながら生活してきた生活史を聴くことから、暮らしの中で回避できる健康リスクを見極め、これまでの健康管理方法を支持しながら、日常生活の中で行える生活や健康改善方法を共に考えていく機会を持つことが有効であると考え、さらに、回避できない健康問題により日常生活の自立に困難が予測される場合には、生活支援の選択肢に、転居することも含め、肯定的に自己決定できるような支援が必要であると考え、また、生活の場が変わる場合は、高齢者の受け止め方がその後の健康状態に影響することを考慮した地域・施設間の連携が重要であり、『高齢者の想いへの寄り添い』や『高齢者の想いの橋渡し』が必要ではないだろうか。また、A地区の後期高齢者は、地域の消滅を意識しながら、ここで最期まで暮らすことを望み、自分や周囲の人の健康を気に掛けながら健康を管理する一方、ここでの暮らしを次世代に繋ぐことができないなかで、老いることの意味付けをするという発達課題があり、限界集落に暮らす高齢者の内面に生じている葛藤を象徴していた。大森は²⁵⁾、高齢者の内面に生じる価値の葛藤にも目を向け、高齢者の経験している喪失と誇りを理解し、高齢者の生きることへの主体性を引き出し、支持しながら、健康をともに創り出す支援の重要性を述べている。限界集落に暮らす後期高齢者個々が発達課題と向き合うことを支え、健康を維持する暮らしをともに創り出し、ここで最期まで暮らしたいという想いを尊重し、最期まで尊厳を保ち、生き生きと老いを生き抜くための精神的、社会的、スピリチュアル的な看護支援が必要であると考え、東本ら²⁶⁾は、高齢者支援については、いかに個と集団のニーズにあわせた援助を提供できるかが重要となると述べている。A地区の地域力として、後期高齢者個々が地域の繋がりや深く結び付き、みんなで健康を気づかい合い、交流し合って健康を維持しようという意識や行動が確認できたことや、集団（地域の繋がり）と個別性のバランスを取りながら自分らしい暮らしを維持しようとしていたという結果からも地域と個別のニーズを把握しながら対応する必要性が言える。以上のことから、A地区の後期高齢者は、健康に関心を持ち、自分で判断しながら健康を管理して

いる一方、健康問題や不安を抱えている状況が確認されており、A地区の地域力をさらに引き出す支援と看護職の訪問による個別の健康支援について検討する必要がある。関連する保健・医療・福祉機関や職種と連携し、継続可能な実践方法を検討し、S町A地区と個々の後期高齢者と共に見出していく必要がある。

V. 本研究の限界

本研究はある東北地方の山間農村地域にある限界集落に暮らす後期高齢者を対象にし、住み慣れた地域で生活を継続するための健康維持に関する認識や行動を明らかにした。限界集落に暮らす後期高齢者の健康支援については、今後、気候や地理的条件の異なる地方や都市部の限界集落においても調査を行い、検討する必要性がある。

VI. 結論

限界集落で暮らしている後期高齢者の健康維持に関する認識や行動を明らかにし、地域特性をふまえた健康支援の方向性を検討した。

1. A地区の後期高齢者は、自分で身体に良いと思うことを判断し、地域の人々と繋がりながら健康を維持していた。そのなかで、ここでの暮らしが身体に良いと判断し、自分らしい暮らしを維持しようとしていた。また、その自分らしい暮らしの延長線には、後期高齢者故の暮らしの限界や死を意識し、地域の消滅を意識しながら健康を気づかい合っているという特徴を持っていた。
2. 健康課題として、すでに生活の継続が困難になる危険性が存在し、個々の発達課題に加えて地域の消滅という限界集落の特徴的な課題と向き合っていることが分かった。
3. 限界集落に暮らしている後期高齢者の健康支援としては自分の意思に基づいた生活を維持し、住み慣れた地域で暮らし続け、最期まで自分らしく老いを生きることへの支援が重要である。そのためには、A地区の地域力をさらに引き出す支援と個々のニーズに対応した支援が必要であり、老年期の絶望と統合という発達課題に向き合うことを支えるための身体的、精神的、社会的、スピリチュアル的な看護支援が必要である。高齢者個々の健康アセスメントや生活史を聴くことから潜在的な健康ニーズを把握し、暮らしの中で回避できる健康リスクを共に見極め、自分らしい生活を継続するための支援方法として看護職等の訪問による支

援を活用する意義や必要性が示唆された。

尚、本論文は、宮城大学大学院看護研究科修士課程に提出した学位論文に加筆、修正を加え、その一部を第6回日本ルーラルナースング学会において報告したものである。

謝辞

本研究を行うにあたり、快く研究にご協力いただいたS町長はじめ保健・医療・福祉関連職種の皆様、研究者を受け入れ、快くご協力いただいたA地区区長及び研究参加者の皆様に深く感謝いたします。

文献

- 1) 大野 晃：山村環境社会学序説，農山漁村文化協会，9-11，2005.
- 2) 国土交通省：平成18年度「国土形成計画策定のための集落の状況に関する現況把握調査」最終報告，2006.
- 3) 総務省：過疎地域自立促進特別措置法
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/hohritsu.htm
- 4) 総務省：過疎対策
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain0.htm
- 5) 渡辺裕一：限界集落における一人暮らし高齢者のソーシャル・サポート活用プロセス，健康科学大学紀要，5(1)，123-130，2009.
- 6) 杉井たつ子：過疎集落における住民の自立生活支援一定住を可能にする健康と日常生活支援の検討，財団法人在宅医療助成勇美記念財団研究報告書，2007.
- 7) 武村由美：限界集落での“幸福な老い”－独居高齢女性のライフストーリーより－，高知工科大学紀要，7(1)，231 - 241,2010.
- 8) 近藤松子：離島限界集落住民の健康維持に影響する要素と看護介入の可能性，財団法人在宅医療助成勇美記念財団研究報告書,2010.
- 9) 野口美和子：へき地診療所における看護職の活動の実態と課題，第5回へき地保健医療対策検討会資料，厚生労働省,2005.
- 10) 村嶋幸代：地域特性に応じた訪問看護ステーションの機能・役割に関する検討報告書,2005.
- 11) 春山早苗，舟迫香，鈴木久美子他：訪問看護ステーションのない山間過疎豪雪地域における高齢者の療養場所移行の特徴と看護職の役割，日

本ルーラルナースング学会誌，3(1)，61-72，2008.

- 12) 郷 洋子，村松照美，流石ゆり子他：過疎山間地域における高齢者支援ネットワークの現状と課題，山梨県立看護大学紀要，11(1)，1-12，2009.
- 13) 大原良子，成田 伸，岡本美香子他：オーストラリアのルーラル看護・遠隔地看護の我が国における応用の可能性について，自治医科大学看護学部紀要，3，127-137，2005.
- 14) Long,K.A.,Weinert：Rural Nursing: Developing the Theory Base,In H. J.Lee(Ed), Conceptual Basis for rural nursing, 3-18, Springer Publishing company,1998.
- 15) J.K.Magilvy：The Crisis Nature of Health Care Transition for Rural Older Adults, Public Health Nursing Vol.17 No. 5, pp. 336-345, 2000.
- 16) Bushy：AMERICAN NURSES ASSOCIATION CONTINUING EDUCATION PROGRAM Rural Nursing: Practice and Issues, American Nurses Association. 2008.
<http://www.nursingworld.org/mods/mod700/rural.pdf>
- 17) Crooks,K.：Rural Nursing is More Than Just Learning Tasks:A Canadian Perspective，日本ルーラルナースング学会誌，1(1)，8-17，2006.
- 18) Francis,K.：Rural Nursing Practice in Australia，日本ルーラルナースング学会誌，1(1)，46-52，2006.
- 19) 水野敏子：呼び寄せ高齢者の実態調査から，総合ケア，10(1)，2000.
- 20) 齋藤 民，杉澤秀博，杉原陽子他：高齢者の転居の精神的健康への影響に関する研究，日本公衆衛生誌，47(10)，856-865，2000.
- 21) エリクソンE.H.ほか，朝長正徳ほか訳：老年期生き生きしたかわりあい，初版，みすず書房，東京，1990.
- 22) ロバート・バトラー，内蘭耕二監訳：老後はなぜ悲劇なのか，初版，メヂカルフレンド社，東京，1994.
- 23) 竹田恵子：看護学からみた高齢者への健康生活の支援－人生の最終章を生きる高齢者への看護－，川崎医療福祉学会誌，増刊号，45-55，2010.
- 24) 小牧宏一，坂田悍教，細川武他：限界集落にお

- ける高齢者の健康状態と身体能力の検討-非限界集落との比較-, 埼玉県立大学紀要, 49-54, 2010.
- 25) 大森純子: 高齢者にとっての健康:『誇りをもち続けられること』農村地域におけるエスノグラフィから, 日本看護科学学会誌, 24(3), 12-20, 2004.
- 26) 東本裕美, 岩崎弥生, 石川かおり他: 地域で生活する高齢者の健康への取り組み. 日本精神科看護学会誌, 51(3), 382-386, 2008.

超高齢地域に暮らす高齢者が自律した在宅生活を継続するための 看護職による健康支援活動

Health Support for Nurses to Continue Living at Home
by The Autonomic Elderly Living in Old Areas

高橋由美*, 家子敦子**
Yumi Takahashi*, Atuko Kanoko**

キーワード：超高齢地域，後期高齢者，健康支援活動

要旨

研究者らが所属するNPO法人は、ダム湖のあるM県A町を基点に、水源地の自然と人を守り育てることを目的に事業を開始している。研究者らは、過疎地の超高齢地域に暮らす高齢者が、住み慣れた地域で、自律した生活を営み続けるための健康支援活動を検討するために、平成21年度の研究活動として、エスノグラフィーを参考にした地域アセスメントを行い、さらにその地域に暮らす高齢者の生活特性や地域性から生じる個々の思いを明らかにするために、個別のインタビューを5名に行った。その結果、高齢者らは、現在【氣にかけてもらっている】【過去に支えられる自分】【身体管理をしないと】【自立した生活をしないと】という思いに支えられて、【地元のよさ】を大事にしながら【親戚や隣人とともに生活している】。その一方で、【止められない高齢化の現実】【誰にも受け継がれない】という喪失感を抱えていることが明らかになり、高齢者個々の思いや身体的不安の解消を目指した個別の看護支援の必要性が示唆された。そこで、一人暮らしの高齢者の緊急時の備えとして、「安心情報シート」を作成し、希望者10名に対し、地域行政協力のもと訪問活動による健康チェック及び「安心情報シート」の記入を行った。過疎地の超高齢地域に筆者らが徐々に受け入れられ、高齢者が自律した在宅生活を継続するための健康支援活動を展開するに至った経過も含め報告する。

はじめに

M県A町は、人口約1800名、640世帯、少子高齢化が進む過疎地であり、高齢化率は43.1%とM県内一位となっている。平成18年度より「健康づくり推進プロジェクト」「子育て環境充実プロジェクト」が開始され、少子高齢化や医療費増加等の問題にとりくんでいる。筆者らが所属する特定非営利法人は平成20年4月にA町を基点に、水源地の自然と人を守り育てることを目的とした事業を開始している。地域支援活動の分野では、自助、公助、共助の考え方に加え、公助に代わる第3の組織として、特定非営利法人やボランティア組織の参画に期待が集まっ

ているが看護職による活動報告はまだ少ない。超高齢化が進む過疎地において、高齢者が自分の意志に基づいて生活や健康を維持しながら在宅生活を継続するための健康支援について検討し、実践する意義は大きいと考える。そこで筆者らは地域特性を把握するため、エスノグラフィーを参考にした地域アセスメントとインタビュー調査を行い、一人暮らしの高齢者が持つ不安に焦点をあてた健康支援として、「安心情報シート」を作成し、地域行政協力の下、訪問活動による健康チェックと「安心情報シート」の記入を行った。過疎地の超高齢地域に筆者らが徐々に受け入れられ、高齢者が自律した在宅生活を

受付日：2011年11月4日 採択日：2012年3月2日

* 仙台青葉学院短期大学看護学科 Sendai Seiyō Gakuin College

** 仙台白百合女子大学 Sendai Sirayuri Women's College

継続するための健康支援活動に至った経過も含め報告することとする。

用語の定義

自律した在宅生活：高齢者が自分の意志に基づいて生活や健康を維持しながら在宅で生活を継続していること

I. 研究の枠組み

本研究は3部構成である。

1. 地域アセスメント
2. 個別インタビュー調査
3. 「安心情報シート」の作成及び訪問看護活動

A町の地域特性から、超高齢地域に暮らす高齢者の健康ニーズや課題を明らかにし、さらに高齢者の生活特性や地域性から生じる個々の思いを質的に調査したうえで、真のニーズに沿った健康支援活動を検討し実践につなげている。以下、構成に沿って研究方法、結果を説明する。

1. 地域アセスメントの実施(平成21年6月～8月)

1) 研究目的

A町の地域特性から、超高齢地域に暮らす高齢者の健康ニーズや課題を明らかにする

2) 研究方法

エスノグラフィーの手法を参考にした地域アセスメントを実施した。

(1) 地区視診

町内2方向を走る町営バスに乗車し高齢者の乗降の介助をしながら、また、住民総合健診にスタッフとして参加し地区視診を行った

(2) 既存の資料収集

町の長期総合計画、衛生統計、人口動態、健康問題、自然環境、地理的特徴、保健福祉サービス等を町のホームページ、パンフレット等から把握した

(3) キイ・インフォーマントからの情報収集

町長、総務課長、保健課長、保健センター職員、診療所職員、社会福祉協議会職員、区長、長営バス職員へのインタビューから、高齢化が進む地域の現状と課題に関する情報を収集し、フィールドノートに整理した。

(4) 分析の展開

(1)～(3)で得られた記録を分類し、意味付けし、関連性から課題を見出した。

(5) 倫理的配慮

キイ・インフォーマントには、研究の趣旨や、町の個人情報保護法や秘守義務の遵守に努めることを説明し、同意を得た。

3) 研究結果

(1) 地区視診

町内2方向を走る町営バスに乗車し、高齢者の乗降の介助をしながら地区視診を行った。当初は「見慣れない人が乗っている」「何処の誰で何をする人か?」という反応であったが、コミュニケーションをとりながら、杖歩行の高齢者の乗降介助を行ううちに徐々にうちとけ、バスの中での会話も弾むようになった。この地域の人にはなかなか本音を言わない、よそから来た人を受け入れるまで時間がかかるなど、研究者らが健康支援活動を行う上で留意する必要性を認識した。そこで、A町保健師の協力を得て、8月1～5日に地区ごとに実施された住民総合健診にスタッフとして加わり、移動介助を行いながら参加観察を行ったが、結果的としてお互いに顔が分かる関係づくりにつながった。

(2) 既存の資料収集及びキイ・インフォーマントからの地域特性

M県A町は、人口約1,800名、640世帯、少子高齢化が進む過疎地であり、高齢化率は43.1%とM県内一位となっている。A町では少子・高齢化への対応を最重要課題とし、その中心的な方策として、町役場近くの地域に関係施設を集中して整備するほか、民営による介護施設が平成17年2月に開設した。概要は以下の通りである。

① A町国保診療所

内科 小児科 外科 (常勤医師1名 看護師1名 准看護師2名 事務2名)

外部委託 歯科 週3日 整形 月2日

② A町高齢者生活福祉センター

通所介護：利用者50～60名 一日平均利用者12名

訪問介護：需要が増えている

居住部門：7部屋 一人用5室 二人用2室
冬期の利用者がほとんど

運営はA町社会福祉協議会が行っている。

③ A町保健センター

地域包括支援センターを兼ねている。

保健師2名 栄養士1名 ケアマネージャー2名 (社会福祉士 介護福祉士) 事務1名

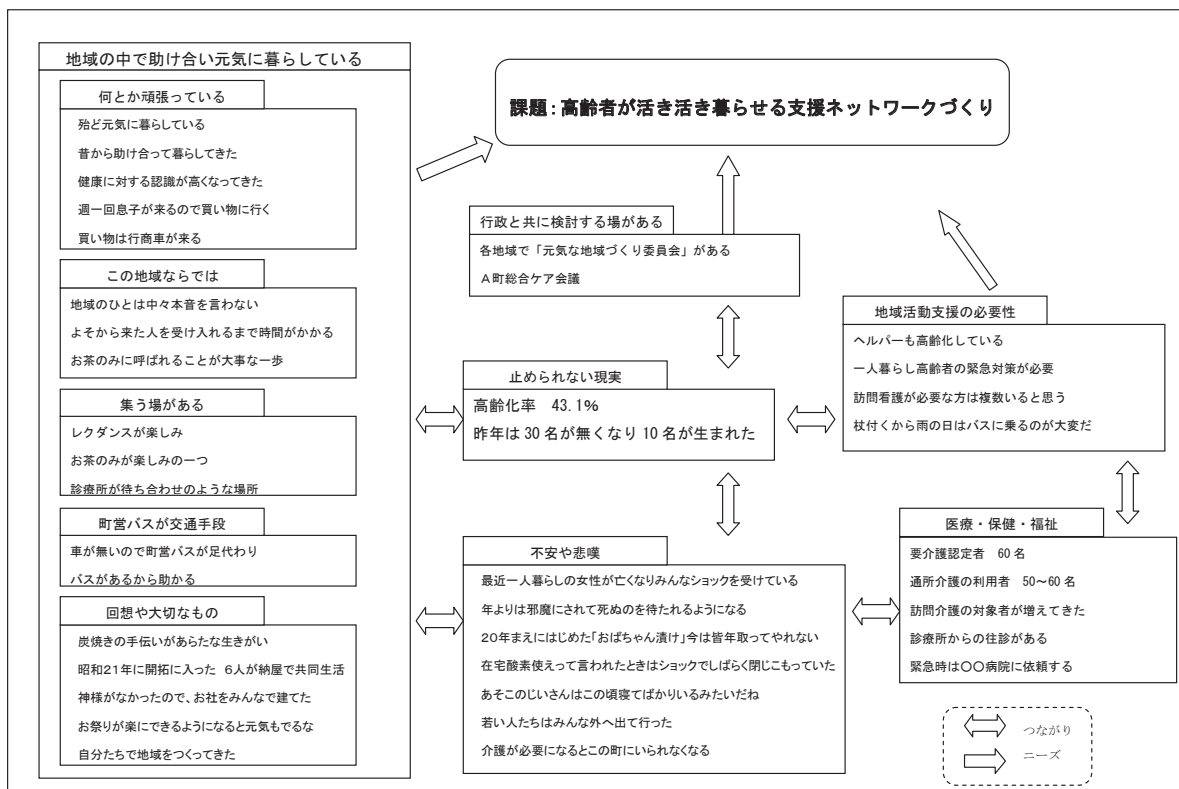


図1 A町の高齢者の生活とニーズの全体像と課題

④特別養護老人ホーム

入所員数 長期30名 短期10名
グループホーム 9名 併設

⑤A町健康と安らぎの計画づくり

○子育て環境充実プロジェクト（2006－2010）

乳幼児・少年医療費助成事業：対象を中学3年生まで拡大

母子保健事業：妊産婦、乳幼児健診、育児相談、家庭訪問

予防接種事業：中学3年生までインフルエンザ予防接種費用助成

奨学資金貸付金償還免除制度

○健康づくり推進プロジェクト（2006－2010）

成人保健事業：がん検診、総合検診、結核検診、精密検査、事後指導

予防接種事業：高齢者のインフルエンザ予防接種費用助成

(3) A町の高齢者の健康ニーズや課題

既存の保健・社会サービス提供者からの情報収集、町の総合ケア会議への参加、町の企画や集う場に参加し地域アセスメントを行った。A

町の高齢者は、地域の中で助け合い、元気で長く暮らしたいと願う一方、高齢化や過疎化に伴う様々な不安や悲嘆感を持っており、何らかの支援を必要としていた。自分たちで創り上げてきた地域の力を引き出し、尊厳を持って暮らし続けるための支援システムが必要であり、地域特性を考慮した、持続可能な支援ネットワークの構築が必要である。（図1）

2. 個別のインタビュー調査の実施（平成21年8月～9月）

1) 研究目的

地域高齢者の健康支援においては、高齢者の内面に生じる価値の葛藤にも目をむけ、高齢者の経験している喪失と誇りを理解し、生きることへの主体性を引き出した健康をとともに創り出す支援が重要²⁾と指摘されており、サポート体制の具現化のためには、その地域に暮らす高齢者の生活特性や地域性から生じる個々の思いをよく知る必要があると考えられた。そこで、次に、A町に住む高齢者世帯や一人暮らしの高齢者はどのような思いや考えを持って生活を継続しているのか個別のインタビューを行った。

表1 過疎化農村地帯に住む高齢者の思い

カテゴリー	総数	コード	総数
親戚や隣人とともに生活している	50	親戚や隣人の動きや思いを知る	26
		親戚としっかりつながっているから	9
		隣人に気を使って言えない	6
		地域の中の自分	5
		地域での自分の役割	3
		助け合って生きてきた	1
気にかけてもらっている	28	実子が気にしてくれている	9
		病院に診てもらってる	7
		行政機関に見てもらっている	5
		行商車が来てくれる	5
		町営バスが来てくれる	2
過去にささえられる自分	24	自分と家族の歴史	21
		お杜をみんなでたてた	1
		自分たちで地域を作ってきた	1
		テレビからの情報で肯定できること	1
とめられない高齢化の現実	19	一人暮らしの女性の死	10
		隣の一人暮らしが心配	3
		年よりは邪魔にされる	1
		年取ってやれないことが増えた	1
		杖をついてバスに乗るのは大変	1
		お祭りの旗やみこしが重くて担げない	1
		在宅酸素使うことはショック	1
		介護が必要になると町にいられない	1
身体管理をしないと	14	自分の身体管理	14
自律した生活をしないと	12	自律しないと	9
		一人暮らしでもなんとか	2
		ほとんど元気に暮らしている	1
地元のよさ	8	地場産	4
		集う場がある	4
誰にも受け継がれない	2	若い人たちは出て行った	1
		自分一代で誰も来ない	1

2) 研究方法

対象を、調査協力の意思のある高齢者世帯もしくは一人暮らしの高齢者とし、各対象者の自宅にて、生活するうえで「楽しみなこと」「困っていること」「不安なこと」について半構成的インタビューを行った。インタビューの結果は、同意を得て録音し、データ化後、内容分析に準じてコード化、カテゴリー化を図った。

3) 倫理的配慮

協力者は、本調査におけるA町長の同意協力、個人情報取り扱いの合意を得た上で、各区長の紹介を受けた。区長と協力者には、調査方法の他、協力については自由意志に基づくものであり、自由に断れること、断ることによる不利益がないこと、研究結果の公表方法などを説明し、同意確認後調査を開始した。

4) 研究結果

調査協力者は、2名が男性、3名が女性の計5名であった。年齢は、61歳から90歳、高齢者世帯が2名、一人暮らしが3名であった。インタビューの内容から抽出されたコード数は157であり、そこから31のサブカテゴリー、主要なカテゴリーは8つ抽出された(表1)。高齢者らは、現在【気

にかけてもらっている】【過去に支えられる自分】【身体管理をしないと】【自立した生活をしないと】という思いに支えられて、【地元のよさ】を大事にしながら【親戚や隣人とともに生活している】。その一方で、【止められない高齢化の現実】【誰にも受け継がれない】という喪失感を抱えていることが明らかになった。(図2)

3. 「安心情報シート」の作成・訪問看護活動によるシート記入・配布と健康チェック

1) 実施期間

平成21年9月～12月

2) 「安心情報シート」の作成と地域行政への協力依頼

A町の高齢者は地域の中で助け合い、元気で長く暮らしたいと願う一方、高齢化や過疎化に伴う様々な不安や悲嘆感を持っていた。その中でも身近な人の「孤独死」を体験した一人暮らし高齢者の持つ不安に焦点をあて、「安心情報シート」を作成した。「安心情報シート」は、「救急医療情報キット」として開発されたものに、研究者らが独自に必要な情報を加えて作成したものである。(図3) かかりつけ医や持病等の医療情報や緊急連絡

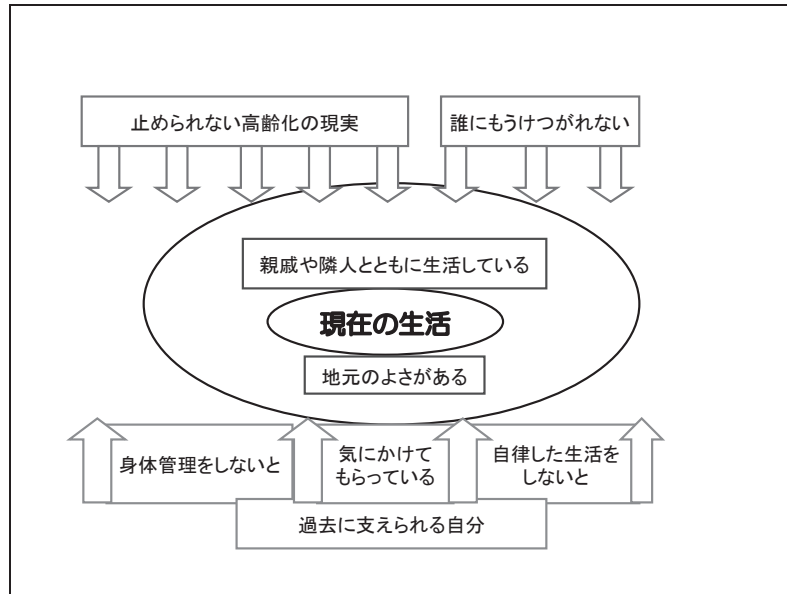


図2 過疎化農村地帯に住む高齢者の生活を支える思い

安心情報シート	
記入日	年 月 日 記入者 ()
氏名	生年月日 年 月 日 年齢 才
住所	TEL () 血液型 A B O AB Rh ()
緊急連絡先	住所・TEL 続柄
①	()
②	()
③	()
訪問時バイタルサイン	体温 ℃ 脈拍 /分 血圧 / mmHg
既往歴・かかりつけ医	(年齢 疾患名) (医療機関名 診療科 主治医 住所 TEL)
薬剤情報	
特記事項	
健康保険被保険者証	記号 番号
同意欄	この安心情報シートを緊急時に使用することに同意します
特定非営利活動法人〇〇〇	氏名 看護師サイン () 印

図3 安心情報シート

安心情報シート運用規定	
1. 使用目的	一人暮らしの高齢者の、緊急時に必要な情報をあらかじめ記入しておくことにより、救急搬送や診療がスムーズにおこなわれることを目的とする。
2. 対象	A町に住む一人暮らしの高齢者
3. 運用方法	①安心情報シートは特定非営利活動法人〇〇〇が作成し、配布する。 ②安心情報シートの記入は本人または家族、希望により特定非営利活動法人〇〇〇の訪問看護師が行う。 ③安心情報シートの保管は「安心ボックス」内とする。 ④安心情報シートの更新は原則として年一回とする。 ※内容の追加、変更は状況に応じて行う。
4. 緊急時の取り扱い	①安心情報シートは本人の同意の下、救急隊や医療機関が使用できる。 ②安心情報シートは使用后、速やかに本人へ返却する。 ③医療機関等で写しを必要とする場合は診療情報として取り扱うことを周知する。
5. 個人情報の取り扱い	①安心情報シートの運用に関わる職員は、A町の条例に則って個人情報を取り扱うとともに、地域のネットワーク等関連する人々への周知徹底を図ること。
6. その他	①運用規定の改定等については、A町ケア会議において検討、決定する。
この運用規定は平成21年10月1日より施行する	

図4 安心情報シート運用規定

先等を専用の容器に保管しておくもので、近年多くの自治体が、一人暮らし高齢者の緊急時の備えとして運用を開始している。訪問看護活動による健康アセスメントを行いながら、一人暮らし高齢者の不安や悲嘆に寄り添い、緊急時の備えを主体的に行うことを支援する方法として開発した。

手続きとして、A町総合ケア会議において活動

計画を説明し、倫理的配慮として、A町の個人情報保護条例に則ること、安心情報シートは運用規定(図4)を作成し実施について承諾を得た。対象者の選定は、A町長の承諾を得て、行政区長の協力が得られた地区で、行政区長の説明を受け訪問を希望した一人暮らし高齢者とした。対象者には、個別訪問時、活動内容と当該活動について途

中辞退しても不利益は生じないこと等を説明した。また、関連する消防署、警察派出所、主要な医療機関に安心情報シートの運用について情報提供し協力を依頼した。

3) 訪問看護活動による健康チェックと安心情報シートの記入

対象者は、A町長の承諾を得て、行政区長の協力が得られた地区で訪問を希望した10名であった。年齢は77歳から92歳の後期高齢者で、男性1名、女性9名、全員が月1回医療機関を受診し降圧剤の処方を受けており、健康状態は安定していた。6名は高齢化率85%の限界集落に住んでおり、全員が今後も訪問活動の継続を希望した。運用規程では安心情報シートの更新は一年であるが、限界集落に住む一人暮らし高齢者には1～3カ月毎の訪問を継続している。

II. 考 察

1. ルーラル地域の特性を考慮することの重要性

地域の健康支援を行うにあたり、地域特性を把握することは極めて基本的なことである。特に、過疎地においては必須の過程であり、研究者らが地域を把握すると同時に、受け入れられた過程でもある。なかでもA町の保健師の協力により、住民総合健診の場に参加し、町民とお互いの顔が見える関係づくりができたことは、その後の活動をスムーズに進められる要因となった。地区視診の際も含め、「匿名性の欠如」や「地元のひと／よそ者」¹⁾というルーラル地域の特性を考慮することは重要である。

2. 超高齢地域に暮らす高齢者が自律した在宅生活を継続するための健康支援

個別のインタビュー調査に協力した高齢者らは、パーソナルネットワークの中にしっかりと自分を位置づけ、地元のよさを大事にしたいという思いを持ち、【とめられない高齢化の現実】に不安を抱きながらも、健康な自分と健康でなくなってきた自分を、周囲から【気にかけてもらっている】ことを支えに受容し、【身体管理をしないと】【自立した生活をしないと】と自らの残された力で主体的に生きていこうとしていた。その思いに寄り添い、支持し、力づけていけるような支援が必要とされる²⁾が、そのためには、介護予防のような集団を対象とした支援に加え、各人の思いや不安を汲み取り、健康相談や主体的に身体管理ができるようなフィジカルアセスメントを取り入れた個々の看護支援が必要であると考

えられる。安心情報シートを活用した訪問看護活動は、高齢者個々の思いや身体的不安の解消を目指した個別の看護支援として有効であり、継続する必要性があると考ええる。また今回は行政区長の協力が得られ、希望があった高齢者であったため、さらに対象を広めて検証していく必要がある。また、超高齢地域では、地域特性に応じたケアシステムが重要であり^{3) - 5)}、さらに脳梗塞や心不全の高リスク群である心房細動を見逃さない管理⁶⁾や、単独世帯高齢者への栄養管理の必要性⁷⁾などから、医療・看護によるサポート体制が重要な意味を持つと考えられる。しかし、ルーラル地域特有の地理的、人材的限界があるなかで既存のサービスの他に新たなサポート体制を構築することは容易なことではない。一方、健康問題や生活機能低下の予防という視点で訪問看護が行われることも提言されており⁸⁾、訪問看護が無いところでの新たな地域看護活動や介護予防の視点による支援活動として継続する意義があると言える。しかし、A町の一人暮らし高齢者は約100名と推定され、全体像の把握はもちろん、マンパワーの問題も含めた検討が必要である。

おわりに

今回の看護実践を通じた研究活動により、超高齢地域に暮らす高齢者の健康支援や介護予防を視点とした訪問看護活動の必要性や意義が示唆された。今後は、さらに地域特性を捉え、超高齢地域に暮らす高齢者が自律して暮らしつづけるための持続可能な健康支援活動として、地域住民や行政また多職種と協働したソーシャル・サポートシステムの検討が課題である。

なお、本論文の一部は第5回日本ルーラルナースング学会において報告したものである。

文献

- 1) Long,K.A.,Weinert : Rural Nursing: Developing the Theory Base,In H. J.Lee(Ed), Conceptual Basis for rural nuesday, 3-18, Springer Publishing company,1998.
- 2) 大森純子:高齢者にとっての健康「誇りを持ち続けられること」, 日本看護科学会誌, 24(3),12 - 20, 2004.
- 3) 太田喜久子, 大森純子, 安齋由貴子他: 高齢者の在宅介護支援サービスの利用状況と今後の利用意向, 宮城大学看護学部紀要, 2 (1), 28 - 35, 1999.

- 4) 太田喜久子, 山田嘉明, 安齋由貴子他: 高齢者のための地域ケアシステム開発への一考察, 宮城大学看護学部紀要, 4(1), 20 - 31, 2001.
- 5) 高橋和子, 太田喜久子: 都市部と農村部における高齢者の地域ケアシステムに関するニーズとその傾向, 老年看護学, 6(1), 50 - 57, 2001.
- 6) 今中俊爾: 超高齢地域における高齢者心房細動の疫学, 日本老年医学雑誌, 45 (6), 634 - 639, 2008.
- 7) 大野かおり: 超高齢社会の高齢者の栄養状態と栄養改善に関する研究, 日本老年医学雑誌, 43 (2), 222 - 229, 2006.
- 8) 春山早苗, 舟迫香, 鈴木久美子他: 訪問看護ステーションのない山間過疎豪雪地域における高齢者の療養場所移行の特徴と看護職の役割, 日本ルーラルナース学会誌, 3 (1), 61 - 72, 2008.

沖縄県小離島における要支援・要介護高齢母親と息子とのサポートの授受とその意味

Transfer and the implication of support with a support necessary and needing care elderly mother and son in the Okinawa small remote island

山口初代*, 大湾明美**, 佐久川政吉**, 呉地祥友里***, 坂東瑠美****, 糸数仁美**
Hatsuyo Yamaguchi*, Akemi Ohwan**, Masayoshi Sakugawa**,
Sayuri Kurechi***, Rumi Bando****, Hitomi Itokazu**

キーワード：要支援・要介護高齢者（support necessary and needing care elderly mother）,
息子（son）, サポートの授受（transfer of support）, 意味（implication）,
小離島（small remote island）

要旨

小離島における要支援・要介護高齢母親（以下、高齢母親とする）と息子とのサポートの授受とその意味を把握することを目的に、介護認定を受けた65歳以上の母親と同居をしている息子（以下、息子とする）7組に調査を行った。その結果、1. 介護を巡る高齢母親と息子とのサポートの授受として、《直接介助》、《健康の安全管理への手助け》、《生きがいの手助け》等がみられ、《生きがいの手助け》には、専門家以外の他者が含まれていた。2. 介護以外の生活上の高齢母親と息子とのサポートの授受として、《日常生活上の手助け》にとどまらない多様な授受があった。高齢母親は《生活技術を教える》、《財産をのこす》等のサポートを息子に引き継ぎ、息子は《人生哲学の手本》、《家の継続への祈り》等のサポートを高齢母親から受け継いでいた。3. サポートの授受の意味は、高齢母親は、《息子の強さの活用》、《息子より娘への期待》《息子への伝承を期待》等とし、息子は《義務・経緯・伝統によるケア》、《安心した島での暮らし》等と意味づけていた。

I. はじめに

高齢者介護において男性介護者が増加し、介護に占める割合は約3割となっている¹⁾という男性介護者の現状があり、性役割分業意識が揺らぎつつあることを示している。その実態としては、介護を担っている男性は評価されやすい、介護の仕方が合理的、介護の負担感は女性介護者に比べ低い等の肯定的側面と、男らしさの殻から孤独な介護状態になりやすい、高齢者虐待や介護殺人・介護心中は男性に多く、約7割を占める等の否定的側面の両方がみられる^{2)~5)}。とりわけ、息子介護者の現状では、高齢者

虐待の続柄で最も多く、親の介護と仕事、家計の折り合いに悩む等、介護の否定的側面に焦点をあてたものがみられはじめている^{6), 7)}。

ところで、小離島においては、高齢化が進んでいるにもかかわらず、介護サービス基盤は脆弱であり、家族介護に依存をせざるをえないのが現実である^{8), 9)}。しかし、高等学校のない小離島においては、子ども達は中学を卒業すると高校進学のため島を離れざるを得ず、子どもの母親である嫁も島を離れ沖縄本島と島との二重生活を送る場合も少なくない。結果として、島に残された男性の、特に息子が老親

受付日：2011年11月7日 採択日：2012年4月6日

* 座間味村役場 Zamami Village Office

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

*** 訪問看護ステーションみやこ Home Nursing Station Miyako

**** Dr.GON診療所 Dr.GON Clinic

表1 研究参加者の概要

事例	高齢母親の概要			息子の概要						
	年齢	要支援・要介護度	主要病名	年齢	現病歴	主要病名	就労の有無	職業	結婚歴	妻の居住場所
1	88	要支援1	変形性腰椎症	55	なし	—	なし	—	あり	本島
2	76	要支援2	脳出血後遺症	52	あり	高血圧症	あり	政策のリーダー	なし	—
3	97	要介護1	廃用症候群	69	なし	—	あり	教育関係者	あり	島内
4	88	要介護1	高血圧症	48	あり	統合失調症	なし	—	なし	—
5	85	要介護1	変形性膝関節症	54	あり	高血圧症	あり	公務員	あり	本島
6	84	要介護1	変形性腰椎症	54	あり	腰椎圧迫骨折後	あり	漁師	あり	本島
7	81	要介護1	認知症	46	なし	—	あり	大工	あり	島内

の家族介護の担い手とならざるを得ないのが現状である。

母親を介護する息子介護者は、異なる価値観の中で生きてきた異性間・異世代間の介護であり、複雑な介護状況があると思われる。介護サービス基盤が弱い小離島における異性間・異世代間の介護について、サポートの授受とその意味を検討することは、今後増大する息子介護者への支援のあり方に重要な示唆が得られると考えた。

そこで、本研究の目的は、小離島における息子介護者への支援を検討するために、要支援・要介護高齢母親と息子とのサポートの授受とその意味を把握することである。

[用語の操作的定義]

小離島：離島振興法による離島の類型にもとづき、人口5,000人未満の小型の離島とした。

要支援・要介護高齢母親：介護保険法における要支援・要介護認定を受けた65歳以上の女性で、息子と同居している者とした。

サポートの授受：高齢母親と息子の間で生ずるサポートのやりとり（協力しあっていること）とした。

II. 研究方法

1. 対象

1) 対象地域の概要

対象地域のA村は、人口は、988人で、高齢化率は23.3%である（平成20年11月1日現在）。40～64歳の就労世代は、男性が多くなっており（男性：女性＝1.7：1）、65歳以上の高齢者世代は、女性が多くなっている（男性：女性＝1：1.4）。高等学校

がなく、子ども達が中学を卒業すると高校進学のため、孫の母親である嫁も沖縄本島と島との二重生活を送る場合も少なくない。結果として島に残された男性の、特に息子が老親の家族介護の担い手とならざるをえないのが現実であることから、A村では、異性間・異世代間の介護が起こりうる状況がある。

2) 対象の選定

対象は、A村に居住する者のうち、唯一のA居宅介護支援事業所が把握している「介護認定を受けた65歳以上の母親」と、その「同居をしている息子」とした。そのうち、研究の趣旨が理解でき、かつ質問内容に回答が可能であり、研究協力の同意が高齢母親と息子両方から得られたものとした。

対象予定者は、A村の全8組で、調査時に身体状況の悪化により回答が困難と判断された1組を除き、7組14名が研究参加者となった。

3) 研究参加者の概要（表1）

(1) 高齢母親の概要

年齢は、全員が75歳以上の後期高齢者で、要支援・要介護度は、要支援1が1名、要支援2が1名、要介護1が5名であった。要支援・要介護状態の原因となる主要病名は、変形性腰椎症が2名、変形性膝関節症が1名、脳出血後遺症が1名、高血圧症が1名、廃用症候群が1名、認知症が1名であった。

(2) 息子の概要

年齢は、40～50代で65歳以上の高齢者1名を含んでいた。就労の有無は、就労ありが5名、就労な

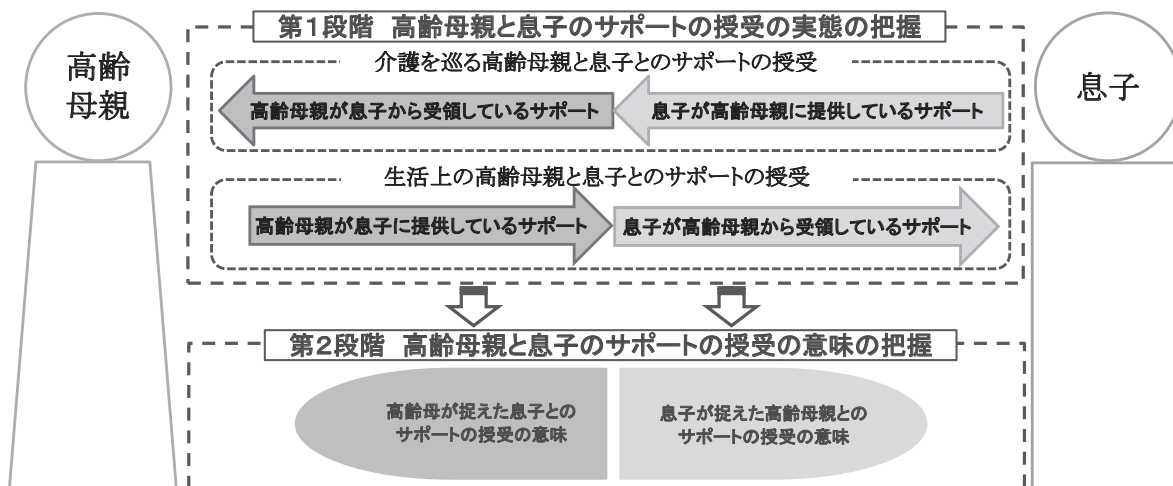


図1 研究の枠組み

しが2名で、就労なしの理由は、早期退職者と健康上の都合であった。

2. 方法

1) 研究の枠組み (図1)

研究デザインは、2段階の面接調査からなる質的記述的研究である。本研究の枠組みは、図1に示す。第1段階は、高齢母親と息子とのサポートの授受の実態の把握であり、介護を巡るサポートの授受と生活上のサポートの授受からなる。介護を巡るサポートの授受として、息子が高齢母親に提供しているサポートと高齢母親が息子から受領しているサポートを位置づけ、生活上のサポートの授受として、高齢母親が息子に提供しているサポートと息子が高齢母親から受領しているサポートを位置づけた。第2段階は高齢母親と息子とのサポートの授受の意味の把握である。

2) データ収集の方法 (図2)

第1段階、第2段階ともに、半構造化した調査票を用いた面接調査を行った。面接は、高齢母親と息子の回答が互いに影響されないように、個別に実施した。第1段階の回答内容を整理した後、第2段階では、第1段階における各自の回答を示した上で実施した。第1段階において高齢母親と息子とのサポートの授受の実態について回答する機会を得ることで、第2段階において高齢母親と息子とのサポートの授受の意味について体験を客観視して述べるができる状況をつくることを意図した。調査内容は以下に示すとおりである。

(1) 第1段階

①高齢母親の調査内容は、概要（年齢、要支援・要介護度、主要病名）、日常生活の自立状況、介護を巡るサポートの授受（高齢母親が息子から受領しているサポート）、生活上のサポートの授受（高齢母親が息子に提供しているサポート）であった。介護を巡るサポートの授受については、介護状況を把握する項目として、日常生活動作（ADL）から屋外移動、屋内移動、排泄、入浴、食事、着替・整容の6項目、手段的日常生活動作（IADL）から買物、調理の2項目に、その他の1項目を加え9項目とした。それぞれの項目ごとに、「息子に手伝ってもらっていますか?」、「(手伝ってもらっている場合) 具体的にどのように手伝ってもらっていますか?」と質問した。また、生活上のサポートの授受については、介護状況を把握する項目にこだわらず「息子のために行っていることは何ですか?」、「(行っている場合) 具体的には何を行っていますか?」と質問した。

②息子の調査内容は、概要（年齢、現病歴、主要病名、就労の有無、職業、結婚歴、妻の居住場所）、同居の状況、介護を巡るサポートの授受（息子が高齢母親に提供しているサポート）、生活上のサポートの授受（息子が高齢母親から受領しているサポート）であった。介護を巡るサポートの授受については、介護状況を把握する項目ごとに、「必要なことは何ですか?」、「(必要なことがある場合) あなたは具体的にどのように手伝っていますか?」と質問した。また、生活上のサポートの授受については、介護状況を把握する項目にこだわらず「母親からどのようなことをしてもらっていますか?」、「(してもらっている場合) 具体的には何をしてもらって

目的	対象	調査方法	調査内容
第1段階 高齢母親と息子とのサポートの授受の実態を把握	高齢母親	半構造化した調査票を用いた面接聞き取り調査	○介護を巡る 高齢母親と息子とのサポートの授受 ○生活上の 高齢母親と息子とのサポートの授受
	息子	同居の状況	
第2段階 高齢者と息子とのサポートの授受の意味を把握	高齢母親	半構造化した調査票を用いた面接聞き取り調査	○高齢母親が捉えた息子とのサポートの授受の意味 ○息子が捉えた高齢母親とのサポートの授受の意味
	息子		

図2 データ収集の方法

いますか？」と質問した。

(2) 第2段階

第2段階のサポートの授受の意味は、小離島で暮らすこととサポートの授受との関係、高齢母親と息子と暮らすこととサポートの授受との関係から把握した。

①高齢母親の調査内容は、息子とのサポートの授受の意味であり、「母親のあなたが息子と協力しあっていることとして〇〇（第1段階で回答した内容）とおっしゃっていました。母親のあなたが息子と協力しあっていることと島で暮らすことにはどんな関係がありますか？」、「母親のあなたが息子と協力しあっていることと嫁や娘ではなく息子と暮らすことにはどんな関係がありますか？」と質問した。

②息子の調査内容は、高齢母親とのサポートの授受の意味であり、「息子のあなたが母親と協力しあっていることとして〇〇（第1段階で回答した内容）とおっしゃっていました。妻や姉・妹ではなく息子

のあなたが母親と協力しあっていることと島で暮らすことにはどんな関係がありますか？」、「息子のあなたが母親と協力しあっていることと妻や姉・妹ではなく息子のあなたが母親と暮らすことにはどんな関係がありますか？」と質問した。

3) 分析方法

第1段階、第2段階ともに、それぞれの面接調査時に調査票に記されたメモと録音テープの逐語録の内容を合わせ、整理し、調査票を完成させた。その調査票をもとに、回答内容を記述し、センテンス化し、類似内容を集めて内容表示し、研究の趣旨に照らして命名した。

なお、第2段階のサポートの授受の意味については、小離島で暮らすこととサポートの授受との関係、高齢母親と息子と暮らすこととサポートの授受との関係については、回答内容の分類が困難であったので、別々に収集したデータをまとめて検討した。

4) 倫理的配慮

対象予定者には、文書と口頭で研究の主旨を伝え、匿名性の保持と目的以外にデータを使用しないこと、文書をかわした後でも途中辞退が可能であること、サービス利用には全く関係がないことを説明した。なお、本研究は沖縄県立看護大学の倫理審査で承認を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 介護を巡る高齢母親と息子とのサポートの授受

1) 息子が高齢母親に提供しているサポート(表2)

回答内容は「 」, 回答内容のセンテンスは“ ”, 内容表示は〈 〉, 命名を《 》で示した。

回答内容の例として、「母親は背中を洗うことができないので背中を流している」については、センテンスを“背中を流している”とし、〈入浴介助をする〉と内容表示した。類似した内容表示をまとめると、〈オムツ交換をする〉、〈支援しながら一緒に歩く〉、〈体位変換をする〉、〈入浴を介助する〉、〈爪切をする〉があがり、それらを合わせて《直接介助》と命名した。

また、回答内容の「ずっと家にいるより、外に出てほしいと思いベンチをつくってあげた。島では外にいれば通りがかりの人とでも話ができる」については、センテンスを“人とおしゃべりができるよう、家の外にベンチをつくった”とし、〈おしゃべりの場をつくる〉と内容表示した。類似した内容表示をまとめると、〈他者との交流を勧める〉、〈話し相手を導入する〉、〈テレビを楽しむため補聴器を購入する〉、〈生きがい探しを手伝う〉があがり、それらを合わせて《生きがいの手助け》と命名した。

息子が高齢母親に提供しているサポートとして、《直接介助》、《日常生活上の手助け》、《健康の安全管理への手助け》、《環境を整える》、《生き方の支持》、《生きがいの手助け》、《島で一緒に住む》があった。

2) 高齢母親が息子から受領しているサポート(表略)

高齢母親が息子から受領しているサポートとして、《直接介助》、《日常生活上の手助け》、《健康の安全管理への手助け》、《環境を整える》、《生き方の支持》、《他者を活用する》があった。

2. 生活上の高齢母親と息子とのサポートの授受

1) 高齢母親が息子に提供しているサポート(表3)

回答内容の例として、「庭の草刈を以前は私(高齢母親)がやっていたが今はできなくなったので息子に草が伸びてきたら「そろそろ庭の草刈をしない」といっている。言えば私の言うことは聞いてくれる。」については、センテンスを“庭の草刈を指示している”とし、〈家事の指示〉と内容表示し、類似した内容表示の〈受診の世話〉と合わせて、《日常生活上の手助け》と命名した。

また、回答内容の「私(高齢母親)が息子のためにやっていることはないと思うが、あえて言うなら、ローンなく家と墓を残している」については、センテンスを“家と墓を残している”とし、〈財産を残す〉と内容表示し、類似した内容表示の〈家の継続を拜む〉と合わせて、《財産をのこす》と命名した。

高齢母親が息子に提供しているサポートとして、《日常生活上の手助け》、《食事》、《迷惑をかけない気遣い》、《心配させない気遣い》、《(息子の)将来を心配する》、《生活技術を教える》、《財産をのこす》があった。

2) 息子が高齢母親から受領しているサポート(表略)

息子が高齢母親から受領しているサポートとして、《日常生活上の手助け》、《家事》、《仕事の一助》、《人生哲学の手本》、《家の継続への祈り》、《(母が)自立してくれている》があった。

3. 高齢母親と息子とのサポートの授受の意味

1) 高齢母親が捉えた息子とのサポートの授受の意味(表4)

回答内容の例として、「女の子よりも男の子(息子)は強い。家に鍵をかけたことはないが泥棒が来ても安心である」については、センテンスを“男の子(息子)は強い”とし、〈息子がいると心強い〉と内容表示し、《息子の強さの活用》と命名した。

また、回答内容の「おしっこの悩みは、男の子(息子)にはわからない」については、センテンスを“頻尿のことは息子にはわからない”とし、〈息子は悩みを共有しない〉と内容表示した。類似した内容表示をまとめると、〈息子と語り合うことが少ない〉、〈女の子がよかった〉があがり、それらを合わせて、《息子より娘への期待》と命名した。

高齢母親が捉えた息子とのサポートの授受の意味

表2 息子が高齢母親に提供しているサポート

内容	日常生活の項目	事例番号	回答内容	回答内容のセンテンス化	内容表示	息子が高齢母親に提供しているサポート (様)
「いつもやるわけではないが、腰を痛めた時、オムツ交換をしたことがある」	2-S	2-S	「階段の上り下りは一人で行けるけど、平地を歩く時、杖だけではきついので手を取って一緒に歩いている」	「オムツ交換をした」	〈オムツ交換をする〉	息子が高齢母親に提供しているサポート (様)
「身体を動かすを手伝っている」	2-S	2-S	「母親は背中を洗うことができないので背中を流している」	「手を取って一緒に歩いている」	〈支援しながら一緒に歩く〉	
「爪が切れないから爪を切っている」	4-S	4-S	「食料の材料を調達している」	「身体を動かすことを手伝っている」	〈体位変換をする〉	《直接介助》
「食事で重いものはメモセされてるので買ってくる」	2-S	2-S	「爪が切れないから爪を切っている」	「背中を流している」	〈入浴を介助する〉	
「母が買ってきて頼まれたものを買ってくる」	4-S	4-S	「食料の材料を調達している」	「爪を切っている」	〈爪切をする〉	
「私(息子)が那覇に1週間出かける時、何をしてくれるかを母に聞き必要なものを買ってくる」	5-S	5-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「お袋は血圧が高くて菓を飲んでいるので、塩分ひかえめ、油ひかえめの食事を作っている」	5-S	5-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	《日常生活上の手助け》
「新鮮な魚を釣って、母親にあげようとしている」	6-S	6-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「洗濯は私(息子)が母親のものを洗濯機に洗っている」	4-S	4-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「冷蔵庫の掃除をしたり、断らかった部屋の片づけをしている」	6-S	6-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「私(息子)がすることは簡単だけれど、草取りは母親の運動にもなるので、母親の役割として関わらないようにしている。以前はよく草取りをしていたが最近はないが・・・」	5-S	5-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「母は寝み時の供えのために、いっぱい買ってくるが、それを許している」	6-S	6-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「これまで母との普段のありのままの関係やリズムを崩さないようにしている。今でも、滑りが悪いと、いくつになっても子どものように心配するので、母親の生活リズムを崩さないようにすることが一番の支援と思っている。私が出かけている時は、料理を手抜きするし。」	1-S	1-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「お風呂に入りがたがらないので、私(息子)から「風呂に入って」と声をかける」	4-S	4-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「お風呂は自分では入れるが、言わないとお風呂に入らないので、声をかけている」	7-S	7-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	《健康の安全管理への手助け》
「お風呂は自分では入れるが、言わないとやらないので、声をかけている」	7-S	7-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「沖繩本島にでて足腰の治療や療養をしないかと誘っている」	6-S	6-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「補助器具があれば室内では自分で歩けるので、本人が歩けるうちはできるだけ動かそうと見守っている」	2-S	2-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「無理をしないように外出を制限している」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「食事も言わないので「食事はちゃんと食べるか」と聞くようにしている」	7-S	7-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「菓を飲まないで、菓を飲んだかどうか確認している」	7-S	7-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「ワイヤリモコンみだいにひもを伸ばして、電気がついたり消えたりするようにしている」	2-S	2-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「母は嫁の頃の服を着て、カーテンの色を変えたり、クローラーやテレビを配置をし機作を教えている」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	《環境を整える》
「転ばないように、手すりを設置した」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「転ばないように、手すりを設置した」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「母は炊飯器のご飯を2、3日置いてそのまま食べているから、小さな炊飯器を購入した」	5-S	5-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「自立心の強い母親であるので、自由にさせ、あまり世話をしないうちに主観で関わっている」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「母は嫁の作る食事に苦言をいったり、おかずの水を入れたりしてマナーが悪いが、がまんして聞いている」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	《生き方の支持》
「カラオケに母を友達に誘ってくれるので嬉しいし、母親のエネルギの源になっているから、カラオケに行くことを認め、勧めている」	1-S	1-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「母はおしやべりが好きだが、私(息子)は聞いてあげられないので、子どもが夏休みの時に、母とおしやべりさせるように、那覇から子ども達を呼んでいる」	5-S	5-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「ずっと家にいるより、外にも出てほしいと思いいベンチをつくってあげた。島では外にいれば通りがかりの人とでも話ができる」	7-S	7-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	《生きがいの手助け》
「母はテレビが好きでよく見ているが耳が遠いから補聴器を買ってあげた」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「人生には生きがいがあるのか悩むし、母親の生きがいを探している」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「インターネットの検索を教えるために島に戻り、パソコンのインターネットの検索を教える試みをしている」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「退職後、母親の世話をしている」	3-S	3-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「息子としてサポートしていることは特になく、母親の世話をしている」	1-S	1-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「母は一人になって、仕事を辞める時、那覇から子ども達を呼んでいる」	5-S	5-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	
「年々母は母親が一人にならぬよう、転倒せず島に残ることを希望し、一緒に住んでいる」	7-S	7-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	《島と一緒に暮らす》
「母は足腰が悪く療養が必要だと感じているが、沖縄本島で住みたくないで仕事を辞め、私が島と一緒に暮らしている」	6-S	6-S	「食料の材料を調達している」	「食料の準備をしている」	〈買物をする〉	

表3 高齢母親が息子に提供しているサポート

事例番号	回答内容	回答内容のセンテンス化	内容表示	高齢母親が息子に授けているサポート（授）
1-M	「息子がいなくても、三度の食事は食べるが、一人の時は、朝作ったものを朝・昼・晩食べている。息子がいる時は、毎食作る」	“食事を毎食作っている”		
1-M	「息子の食べる時間にあわせて食事を作っている。仕事をしていた時は、朝食を8時までで作っていたが、息子が定年後はゆっくり起きるので、朝食の準備が楽になった」	“食べる時間に合わせて食事を作る”	〈食事を作る〉	《食事》
1-M	「息子は汁物が好きなので、息子が家で食事をする時には必ず汁物を作る。逆に、私はあまり汁物が好きではなく、トイレに行く回数も増えるので、息子が家で食事をしない時は作らない」	“好物を作る”		
2-M	「食事をつくってあげている」	“食事をつくる”		
1-M	「息子は仕事を辞め朝ゆっくり起きるようになっていたが、9時頃まで起きてこない時には起こして朝食と一緒に食べている」	“朝おこしてやる”	〈食生活リズムを整える〉	
4-M	「庭の草刈を以前は私(高齢母親)がやっていたが今はできなくなったので息子に草が伸びてきたら「そろそろ庭の草刈をしないさい」といっている。言え私の言うことは聞いてくれる」	“庭の草刈を指示している”	〈家事の指示〉	《日常生活上の手助け》
4-M	「(障害のある) 息子の診断書をもらいに受診先の病院に息子と付き添っている」	“受診に付添う”	〈受診の世話〉	
4-M	「(障害のある) 息子の手続きのために役場に行っている」	“役場の手続きをする”		
1-M	「息子の知り合いが家に泊まる時、息子から「那覇に行きなさい」と運賃を持たされる。私(高齢母親)は息子の邪魔にならないように那覇に行くようにしている」	“邪魔にならないようにしている”	〈邪魔にならないようにする〉	
5-M	「体力がないから道の草をとって運動しようと思うが、もしも転んだら息子に迷惑かけられるからと道草もとっていない」	“転んで迷惑になる行動はしない”	〈迷惑をかけないよう行動する〉	《迷惑をかけない気遣い》
5-M	「私(高齢母親)はおしやべりが好きだが、息子はおしやべりが好きでないので、しゃべらないようにしている」	“嫌がるおしやべりはしない”	〈不快にならないようにしている〉	
4-M	「息子は30年前から精神病院に通っているから息子に苦労しているが今は落ち着いている。私(高齢母親)のことを心配するが、「大丈夫」と心配させないようにしている」	“心配させないようにしている”	〈心配させないよう気遣う〉	《心配させない気遣い》
6-M	「島で不規則な生活をするので食事が乱れ、健康状態が悪くならないように気をつけよう」	“健康状態を気づかっている”	〈健康を気遣う〉	
4-M	「息子は民宿の仕事のために手伝うが、島には仕事がない。島にいてもきちんとした仕事につけないので心配している」	“島での仕事の心配をしている”	〈将来の(息子の)仕事を心配する〉	《(息子の) 将来を心配する》
4-M	「私(高齢母親)は年をとっているからいいが、島には何もないので(障害のある) 息子が年をとって世話をする人はいないので心配している」	“ (息子の) 将来の介護を世話をして心配している”	〈将来の(息子の)介護を心配する〉	
3-M	「息子は農業をしたいができないので、息子に農業のやり方を教えている」	“農業を教えている”	〈農業を教える〉	
4-M	「私(高齢母親)は一生懸命働いて家をつくるのにお金をためた。この家があるから(障害のある) 息子は生きていくのでお金を大切にするよう息子に伝えている」	“お金の大事さを教えている”	〈生き方を教える〉	《生活技術を教える》
6-M	「変わっている自分(高齢母親)の子どもにも生まれて、息子はかわいそうだと思っている。この家が残るように、拝み事をしている」	“家が継続するように拝んでいる”	〈家の継続を拝む〉	《財産をのこす》
3-M	「私(高齢母親)が息子のためにやっていることはないと思うが、あえて言うなら、ローンなく家と墓を残している」	“家と墓を残している”	〈財産を残す〉	

表4 高齢母親が捉えた息子とのサポートの授受の意味

事例番号	回答内容	回答内容のセンテンス化	内容表示	高齢母親によるサポートの授受の意味
6-M	「息子はつきあいが多く、夕食をとらずに酒を飲むことが多いから食事に関係する」	“息子の食事は不規則である”	〈息子の食事管理をしている〉	《母親としての役割遂行》
7-M	「息子がベンチを作ってくれて見晴らしも良くなり大変助かっています。女がベンチは作れない」	“息子が作ったベンチは島が見渡せる”	〈息子の作った自助具に感謝している〉	
7-M	「(息子)は亡くなった夫が植えた木の下にベンチを置いてくれ、いつも夫と一緒にいる感じがする」	“亡くなった夫を思い出させる場所にベンチがある”		《よくしてくれる息子に感謝》
4-M	「ずっと一緒に暮らしているから、何でも言いやすく、用事は何でもしてくれる」	“息子は何でもしてくれる”	〈息子はよしてくれ〉	
7-M	「息子はよくしてくれる。息子は小さい頃から親孝行だった」	“息子はよくしてくれ、親孝行である”		
7-M	「男の子でも話もよくする」	“男の子でも話をよくする”		
1-M	「この息子が頼りで息子がいると心強い。旦那もいないので息子がいいない」と寂しい」	“息子がいると心強い”		
1-M	「女の子よりも、男の子(息子)は強い。家に鍵を掛けたことはないが泥棒がきても安心である」	“男の子(息子)は強い”	〈息子がいけると心強い〉	《息子の強さの活用》
3-M	「誰もいないと寂しい」	“息子がいないと寂しい”		
3-M	「泥棒など何かあったときののために星でも鍵を掛けて暮らしている。息子がいないと怖い」	“息子がいないと怖い”		
2-M	「私(高齢母親)の具合が悪い時、沖縄本島の病院につれて行ってほしいと頼むが聞かないふりをしている」	“息子は病院に連れて行かない”	〈息子は悩みを共有しない〉	
2-M	「おしつこの悩みは、男の子(息子)にはわからない」	“頻尿のことは息子にはわからない”		
2-M	「話ばかりしない」	“息子は多く語らない”	〈息子と語り合うことが少ない〉	《息子より娘への期待》
3-M	「息子に何も話すことがない」	“息子に話すことはない”		
5-M	「女の子には言い聞かせないといけないが、男の子は、あばらさばら(話を言いつけるように)は言わない」	“男の子には話を言いつけるようには言わない”		
2-M	「男の子(息子)は、座ってテレビみて、パソコンして何もしない」	“男の子は何もしない”		
4-M	「女の子だったらよかったと思う」	“男の子より女の子がいい”	〈女の子がよかった〉	
2-M	「男の子ができなくても、女の子がほしいかと思う」	“女の子がほしいか”		
6-M	「気まに好きな子どもと暮らしたい」	“好きな子ども(次女)と暮らしたい”		
5-M	「島の行事を教えながら、島にいたい。子どもなんかにほかわからないことがある」	“島の行事を息子に伝えたい”		
5-M	「子どもは行事をわからないときに生まれているから、お供えとか、1日、15日とか、生け花とか伝えたいので、施設にはいけません」	“行事を伝えたいので、施設にいけない”	〈息子に行事を伝えたい〉	《息子への伝承を期待》
5-M	「私は食べ物を我慢しながら、子どもは大学まで出した。息子は、嫁や子どもは那覇にいいから、息子はあちらのこともしないといけない」	“親が苦労して子どもを育てたということをわかってほしい”	〈自信を持って島で暮らしてほしい〉	
5-M	「息子が自分自身で食べられる、生活できるという自信をもたすように関わっている。自分の力を試してほしい。親をあてにしてはいけい、親も子をあてにしてはいけい」	“息子に生活できる自信と力をつける”		
6-M	「那覇に家族を置いて次男は島にきていいるが、次男が長男になることはできないから、(同居の息子)は、ずっとここで暮らすことはできないよ」	“次男は家を継げないのずっと一緒に暮らせない”	〈長男が家は継承する〉	《息子でも長男との区別》
6-M	「次男(同居の息子)は海が好きで島にいい。私(高齢母親)は本土に住んでいい女と同居したい」	“息子(次男)は島が好きで島にいい”	〈息子の生活の場を認める〉	
4-M	「島は息子が働く仕事がない」	“息子の仕事がない”	〈息子の仕事がない〉	
4-M	「私(高齢母親)はみる人がいるけど、息子を見る人がいないので心配している」	“息子の介護を誰がするか心配である”	〈息子の介護が心配である〉	《息子の将来の課題》
2-M	「私(高齢母親)がいなくなったから、息子はどうなるかと心配である」	“私がいなくなった後の息子のことが心配である”		
2-M	「診療所に行っても限界があるので、沖縄本島の病院にいきたいと思うがいけない」	“沖縄本島の病院に行きたくてもすぐに行けない”	〈島には病院がなく不便〉	
2-M	「息子の世話を受けず一人で生きていけるようになっていらないと思う」	“息子の世話を受けずに、一人で生きていけるようになりたい”	〈一人で生きていけるようになりたい〉	《社会環境上の課題》
2-M	「船酔いをするので、冬の船旅をさけ春、4月に那覇に行きたいと思っている」	“那覇に出る時船酔いする”	〈沖縄本島までのアクセスが大変〉	

として、《母親としての役割遂行》、《よくしてくれる息子に感謝》、《息子の強さの活用》、《息子より娘への期待》、《息子への伝承を期待》、《息子でも長男との区別》、《息子の将来の課題》、《社会環境上の課題》があった。

2) 息子が捉えた高齢母親とのサポートの授受の意味 (表略)

息子が捉えた高齢母親とのサポートの授受の意味として、《義務・経緯・伝統によるケア》、《共に島で暮らしたい》、《気楽なコミュニケーション》、《安心した島での暮らし》、《入院せず島の暮らしの継続》、《介護しながら楽しみ探し》、《母親からの学び》があった。

4. 小離島における要支援・要介護高齢母親と息子とのサポートの授受とその意味 (事例紹介)

(事例1) 88歳、要支援1

変形性腰椎症で腰痛があるが、日常生活は自立している高齢母親と、妻は沖縄本島に暮らし単身の息子との二人暮らし。

同居のきっかけは、息子は教員をしている妻と子どもと島で暮らしていたが、妻が沖縄本島へ転勤になり、息子は島内で仕事を続けるため、高齢母親と同居をはじめた。同居期間は30年になる。

息子は「息子としてサポートしていることは特にはないと思うが、島で一緒に住んでいることがサポートになっている。年老いた母親を一人にさせないよう、今までどおり母と一緒に島で暮らしている。」という《島で一緒に住む》のサポートを高齢母親に提供していた。高齢母親は「生活は今までは頼らない。もうすぐ90歳になるが、自分でやっている。」と、息子から受領しているサポートは無いと回答し、「一日の日課として、隣近所に出かけおしゃべりをして楽しんでいる。そして月2回は友人が模合やカラオケに誘ってくれ、出かけることが楽しみでありボケ防止になっている。」という他者を活用するセルフケアを行っていた。

一方、高齢母親は「息子がいなくても、三度の食事は食べるが、一人の時は、朝作ったものを朝・昼・晩食べている。息子がいる時は、毎食作る。息子の食べる時間に合わせて食事を作っている。息子は汁物が好きなので、息子が家で食事をする時には必ず汁物を作る。逆に、私はあまり汁物が好きではなく、トイレに行く回数も増えるので、息子が家で食事をしない時は作らない。」という《食事》のサポート

を息子に提供していた。息子は「母親はこの22年間、産業まつりに商品を開発し受賞し続けてきた。それを私（息子）がアイデアとして特産品開発の一助としている。」という《仕事の一助》のサポートを高齢母親から受領していた。

このようなサポートの授受の実態から、その意味として、高齢母親は「女の子よりも、男の子（息子）は強い。家に鍵を掛けたことはないが泥棒がきても安心である。」という《息子の強さの活用》をあげ、一方、息子は「息子としてサポートされていることは特にはないが、母親が全然サポートされていないかっていうと違う。とても周りの地域にお世話になっている。カラオケに誘ってくれるのは、非常に嬉しい。」という《安心した島での暮らし》とサポートの授受を意味づけていた。

IV. 考察

導きだされた高齢母親と息子とのサポートの授受とその意味を、「小離島」、「異世代間」、「異性間」の視点から、小離島における息子介護者への支援を考察する。

1. 小離島における人と人との繋がり の広さと深さを活かした支援

介護を巡る高齢母親と息子とのサポートの授受として、息子が高齢母親に提供しているサポートの《生きがいの手助け》には専門家以外の他者が含まれ、高齢母親が息子から受領しているサポートとして《他者を活用する》があがっていた。

男性介護者の特徴として、専門家以外の社会的ネットワークが希薄であることが報告されているが^{10)~13)}、今回の結果は、社会的ネットワークとして《他者の活用》には、専門家以外の知人・隣人等の他者が含まれ、介護を巡るサポートの授受に小離島の関係者間の助け合いが活かされていることが示唆された。

介護サービス基盤が弱い小離島において、要介護状態になると島外の施設に入所し、二度と生まれ島に帰れない現状のなか、公的支援の開発や提供だけでなく、小離島の人と人との繋がり の広さと深さに着目し、その活用の具体策を検討ことが求められる。

2. 異世代間の特徴である高齢者の豊かな生活体験を活かす支援

生活上の高齢母親と息子とのサポートの授受として、《日常生活上の手助け》にとどまらない多様な

高齢母親と息子との同居の状況

- 同居のきっかけ: 息子は教員をしている妻と子どもと島で暮らしていたが、妻が本島へ転勤になり、息子は島内で仕事を続けるため、息子の希望により、高齢母親と同居を始めた。
- 同居期間: 30年

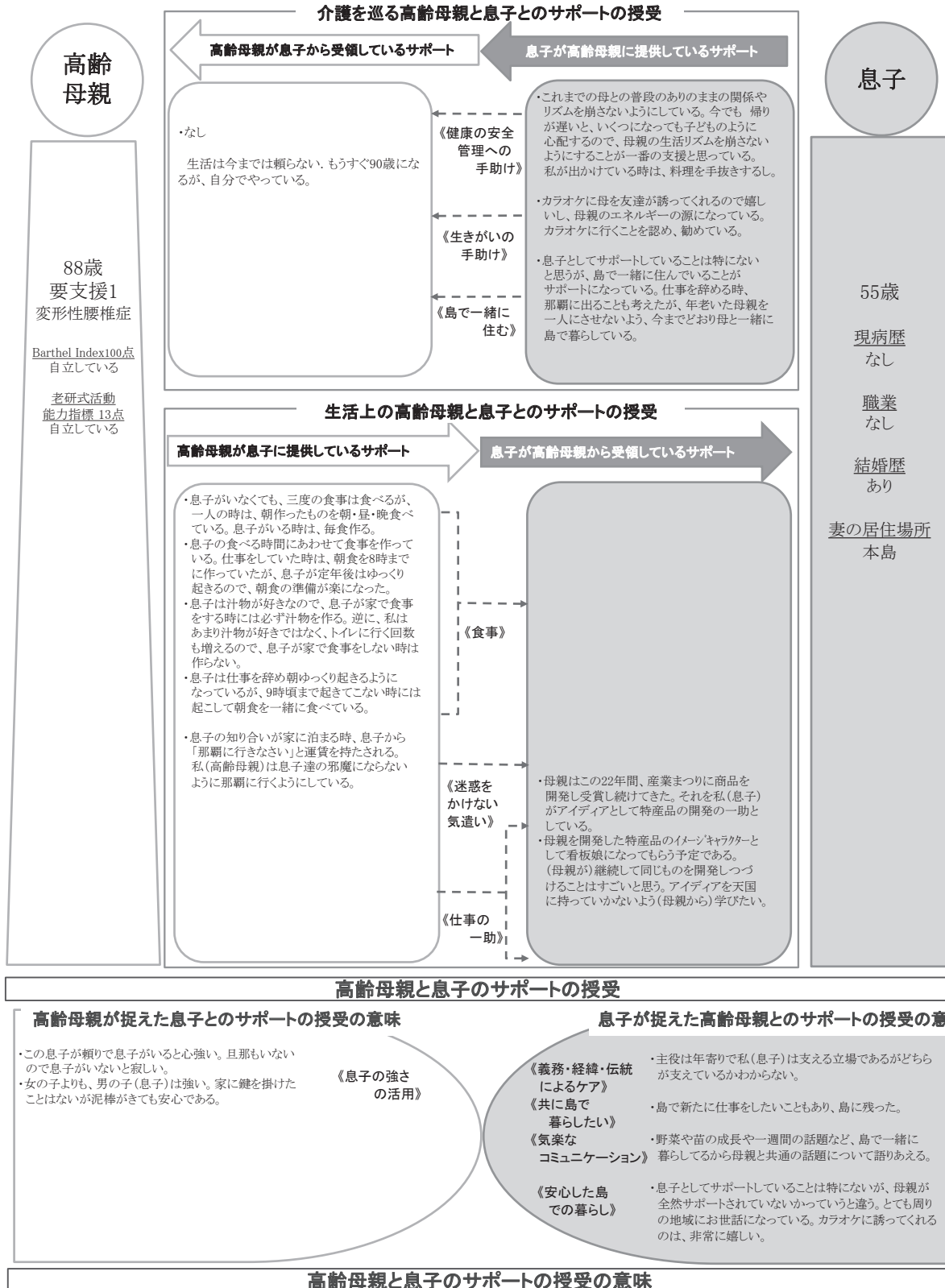


図3 事例1における高齢母親と息子とのサポートの授受とその意味

授受であり、高齢母親は《生活技術を教える》、《財産をのこす》等のサポートを息子に引き継ぎ、息子は《人生哲学の手本》、《家の継続への祈り》等のサポートを高齢母親から受け継いでいた。

高齢者ケアに関する先行研究では、高齢者ケアには世代差が必要であり、体力の問題以外に高齢者が老いに立ち向かう力は次世代への希望によってもたらされると報告されている¹⁴⁾。さらに、高齢者は息子に対し、墓、仏壇、先祖供養等の継承を望んでいるが、同居による老親扶養は期待しないと認識し、日常生活の援助、情緒的さずなの深さでは娘に期待していると報告されている¹⁵⁾。

今回の結果においても、高齢母親は息子に生活技術や家を引き継ぎ、息子は高齢母親から家や生き方を受け継いでいた。

これまで島で暮らし続けてきた高齢母親の生活体験が、異世代間の介護によって、これから島で生活していく息子に活かされるという、生き方の授受や祈りという地域文化の授受が世代を超えて行われていた。異世代間の暮らしは、介護のためだけでなく、異なる世代であることを意識し、高齢者の豊かな生活体験が次世代に引き継がれていく機会にもなり得ることが示唆された。

3. 異性間の性役割を意識し介護者の特徴を活かした支援

高齢母親と息子とのサポートの授受の意味は、高齢母親は《息子の強さの活用》、《息子より娘への期待》《息子への伝承を期待》等とし、息子は《義務・経緯・伝統によるケア》、《安心した島での暮らし》等と意味づけていた。

家族介護に関する先行研究では、性役割分業規範が薄れる中、介護者の約3割を男性介護者が占めているが、要介護度がますます、担い手として女性の比率が高くなっていることが報告されている¹⁶⁾。そして、息子介護者の先行研究では、親の介護と仕事、家計の折り合いに悩む息子介護者等、介護の否定的側面に焦点が当てられている^{17), 18)}。

今回の研究結果においても、先行研究で報告されているように、身体介護については息子より娘への期待していることがあがっていた。しかし、一方では、息子には強さの活用や伝承への期待があがっていた。このことは、高齢母親は、子どもから介護を受けながらも性役割を意識してサポートの授受が行われていると意味づけられる。

従って、介護サービスの乏しい小離島で高齢母親

と息子がサポートの授受を行いながら、高齢母親が母親としての役割を遂行しつつ安心した島での暮らしの継続のためには、高齢母親の介護量を増加させないような予防活動の強化が望まれる。

4. 本研究の限界と今後の課題

対象地域のA村では、介護サービス基盤が脆弱であり、島で暮らすことができる高齢母親は、要支援や要介護度の軽い対象に偏りがあり、重介護者が含まれていない。今後、他の類似した小離島での対象者数を増やすこと、重介護者を検討することが課題である。

V. おわりに

今回の研究は、小離島における息子介護者への支援を検討するために、要支援・要介護高齢母親と息子とのサポートの授受とその意味を把握するために行った。

1. 介護を巡る高齢母親と息子とのサポートの授受が共通するものは、《直接介助》、《日常生活上の手助け》、《健康の安全管理への手助け》、《環境を整える》、《生き方の支持》であり、異なるサポートとして、息子が高齢母親に提供しているサポートに、《生きがいの手助け》、《島で一緒に住む》があがり、高齢母親が息子から受領しているサポートに、《他者を活用する》があがっていた。

2. 生活上の高齢母親と息子とのサポートの授受が共通するものは、《日常生活上の手助け》であり、異なるサポートとして、高齢母親が息子に提供しているサポートに、《食事》、《迷惑をかけない気遣い》、《心配させない気遣い》、《(息子の)将来を心配する》、《財産をのこす》、《生活技術を教える》があがり、息子が高齢母親から受領しているサポートに、《家事》、《(母が)自立してくれている》、《家の継続への祈り》、《仕事の一助》、《人生哲学の手本》があがっていた。

3. 高齢母親と息子とのサポートの授受の意味は、高齢母親は《息子の強さの活用》、《息子より娘への期待》《息子への伝承を期待》等とし、息子は《義務・経緯・伝統によるケア》、《安心した島での暮らし》等と意味づけていた。

謝辞

本研究にご協力をいただいた研究参加者の皆様ならびにA村役場及びA居宅介護支援事業所に感謝致します。なお、本研究は沖縄県立看護大学大学院修

士課程に提出した学位論文の一部に加筆し、修正を加えたものである。

文献

- 1) 国民生活基礎調査。厚生労働省，2004年。
- 2) 深澤圭子，加藤欣子，佐伯和子ほか：高齢者の在宅介護にかかわる男性家族介護者の意識と行動（第4報）男性介護者の負担感の実態。日本公衆衛生学会総会抄録集，54:1062，1995。
- 3) 杉浦圭子，伊藤美樹子，三上洋：在宅介護の状況および介護ストレスに関連する介護者の性差の検討。日本公衛誌，51(4):240-251，2004。
- 4) 奥山則子：性別役割からみた高齢男性介護者の介護。地域保健，28(1):62-74，1997。
- 5) 奥山則子：文献検討から見た在宅での男性介護者の介護。東京都立医療技術短期大学紀要，10:267-272，1997。
- 6) 加藤悦子：高齢者虐待の発生割合とリスクタイプ別特徴。月刊総合ケア，14(11):57-63，2004。
- 7) 津止正敏，斎藤真緒：男性介護者白書-家族介護支援への提言。かもがわ出版，2007。
- 8) 沖縄県高齢者保健福祉計画。沖縄県，30-33，2006。
- 9) 大川嶺子，吉川千恵子，金城利香ほか：沖縄県有人離島における地域ケアシステム構築に関する研究（第4報）-28有人離島の介護保険サービスの実態-。第66回日本民族衛生学会総会講演集，第67巻付録:124-125,2001。
- 10) 前掲書2)，1062
- 11) 前掲書3)，240-251
- 12) 前掲書4)，62-74
- 13) 前掲書5)，267-272
- 14) 木下康仁：老人ケアの人間学，医学書院，1993。
- 15) 松成恵：高齢者とジェンダー-独居後期高齢者実態調査45ケースについて-。山口県立大学学術情報，1:79-86，2008。
- 16) 春日キスヨ：介護とジェンダー 男が看とる女が看とる，家族社，1997。
- 17) 前掲書6)，57-63
- 18) 前掲書7)