

日本ルーラルナーシング学会誌

Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing

第9巻 2014

原著

離島と市内における一戸建て住まいの家庭内の子どもの事故の関連要因
－父親を対象とした地域性の一考察－

大重育美…… 1

研究報告

Characteristics of Home Health Nursing in Mountainous Areas for Children with Suspected
Autism Spectrum Disorders and Their Parents

Sugako Tamura…… 11

過疎地域における精神障がい者の地域生活支援の現状と課題

谷本千恵, 石井了恵, 坂上章, 角田雅彦…… 27

へき地医療拠点病院と一般病院における教育研修制度のニーズとその障害となっているもの

菊池 陽, 塚本友栄, 横山由美, 永井優子, 春山早苗, 塚原節子…… 37

へき地診療所における看護師の診療の補助行為の実施状況

－12項目の特定行為（案）に着目して－

江角伸吾, 山田明美, 中島とし子, 鈴木久美子, 塚本友栄

島田裕子, 関山友子, 青木さぎ里, 菊池陽, 春山早苗…… 47

資料

北陸地方に住む若年女性に対する冷え対策プログラムの有用性

八塚美樹…… 57

特別寄稿

島しょに求められる看護職者の役割拡大

野口美和子…… 65

第8回学術集会

基調講演 …………… 69

シンポジウム …………… 70

総会報告 …………… 73

日本ルーラルナーシング学会誌投稿規定 …………… 87

編集後記 …………… 91

原著

離島と市内における一戸建て住まいの家庭内の子どもの事故の関連要因 —父親を対象とした地域性の一考察—

Factors relevant to the injuries of children of single-family households
in a detached island and in the city
— consideration of the regionality for a father —

大重育美
Narumi OOSHIGE

キーワード：子どもの事故 (the injuries of children), 離島 (detached islands),
一戸建て (single-family households), 父親 (fathers),
日常的予防策 (everyday preventive measures)

要旨

本研究は、地域における家庭内の子どもの事故防止教育のため、家庭内の事故として最も多い一戸建てに注目した。核家族の進行や女性の社会進出による背景から父親の協力は欠かせないことから、研究対象を父親とした。乳幼児をもつ父親を対象として、両親の状況、家族形態、育児参加状況、日常的予防策をA県の離島と本土の市内を比較検討した後、子どもの事故の要因分析を行った。その結果、離島と市内の事故の背景要因が異なり、子どもの事故に地域差があることが明らかとなった。その特徴として一戸建てに住む離島では、祖父母と同居家族で両親の年齢も高く、兄弟の多い家族では、子どもの事故のリスク要因となることが示唆された。地域に応じた養育状況の特徴を踏まえた啓発教育の展開が求められる。そのため、離島における子どもの事故防止の啓発教育として、両親の年齢、家族形態、日常的予防策等の情報を考慮した視点が必要であることがわかった。

Abstract

This research was focused on injury prevention education in A Prefecture. It observed that most single-family houses were related to domestic injury. Fathers were set as the research target because of the advancement of the nuclear family and of women in society; therefore, fathers' cooperation is considered much more important today. The detached island in A Prefecture was compared to mainland city for fathers who had infants and who lived in single-family houses. We looked at the child rearing environment, childcare situation, and the preventive everyday measures against child injuries. As a result, predictive factors regarding accidents taking place on the detached island and in the city differed, and it became clear that regional differences serves as a backdrop to a children injuries. On the detached island, risk factors associated with a child's injury were as follows: living in single-family houses, living together with grandparents, having older parents, and having many brothers. Education is required based on the childrearing location and situation. Therefore, the age of the parents and the home exception resulted in a need for education pertaining to infant injury prevention on the detached island. Information about the childrearing environment, such as the family structure, needs to be taken into consideration.

受付日：2013年10月30日 採択日：2014年3月28日

長崎県立大学シーボルト校 看護栄養学部看護学科 Faculty of Nursing and Nutrition University of Nagasaki, Siebold

I. 序論

子どもの事故は、全世界で共通する課題である¹⁾。本邦においても幼児の死亡原因のトップは不慮の事故である²⁾。昭和35年以来、この実態に変化はなく、緊急に予防対策が必要で、母子保健の主要課題として挙げられている³⁾。そのため、地域に応じた事故予防活動が重要となっている。不慮の事故において、過去10年間の統計値を比較した結果⁴⁾、地域による大きな傾向はないが県によって大きな差がみられた。市部、郡部、11大都市別では、小児の事故死は郡部に高く、市部、大都市で低い傾向がみられている。田中⁴⁾によれば、「大都市において事故に対する環境整備が進んでいること、母親の事故防止に対する認識が高いこと」が報告されている。また、中嶋ら⁵⁾は、「離島の特徴として、子どもの病気の時の親の不安が離島以外と比べて大きい」と指摘している。このことを、山中⁶⁾のいうように「子どもの事故は病気と同じ傷害と考える」ととらえると離島の親の不安は大きいと推察できる。そこで、本研究では、離島を多く抱えるA県一か所と特例市に住む父親を対象に子どもの事故の実態と事故防止の認識を調査した。

これまで子どもの事故の実態調査として、医療機関を受診した1歳6カ月児を対象とした健診による調査⁷⁾、保育所を定点とした調査^{8) 9)}などがある。子どもの事故の要因として、母乳哺育でない子ども、第1子である者などがあり、これらを含め事故は子どもの発達と関連していることが明らかとなっている。しかし、いずれも特定の集団であり、子どもの事故の要因を同一県内の地域差として比較検討されたものが少なく、そのまま地域の子どもの事故防止教育に応用するには難しい。本研究で対象としたA県は、離島人口155,614人で、全国の692,752人の22.4%を占め全国2位である¹⁰⁾。地域に応じた子どもの事故防止の啓発教育を行うには、A県に離島が多いという特徴を踏まえて市内との地域差を明らかにすることは有用と考えた。

また離島の家屋別では、一戸建てが平成20年度で住宅全体の55.3%を占めており、A県全体では67.4%と全国平均を上回る最も多い構造である¹¹⁾。さらに一戸建てでは、家庭内の子どもの事故が多いという報告¹²⁾もある。子どもの事故は、家屋や施設の構造上に問題があるなど物理的な環境で生じること多いことから¹²⁾、家屋別での子どもの事故防止対策が必要となる。

さらに、子どもの事故防止に関する調査対象とし

ては、これまで母親を取り上げた報告^{7) -9)}はあるが、父親を対象とした研究はほとんど報告されていない。しかし核家族の進行や女性の社会進出による背景から父親の協力は欠かせない。育児に自信がない父親は、ゆったりとした気分で過ごせず育児状況も良くない傾向が指摘され¹⁴⁾、父親の自信がその後の育児状況に影響すると示唆している。

本研究では、家庭内での子どもの事故の要因について、先行研究で明らかになっている父親の育児への関与度¹⁵⁾、日常的予防策の実施状況¹⁶⁾を活用し、基本的な属性の父親および母親の年齢、就業状況による影響がどの程度なのか、さらに家族形態および子どもの数がどのように影響しているか、それは地域によって異なるのかということを明らかにすることを目的とした。研究の枠組みを図1に示す。家庭内の子どもの事故について、父親を対象にその関連要因を地域別で明らかにすることは、地域に即した子どもの事故防止への関心、取り組み方を知ることにつながり、母親のみならず父親に向けた地域別の教育支援に意義があると考えられる。

II. 研究目的

本研究の目的は、地域における家庭内の子どもの事故防止の啓発教育に資するために、一戸建てに住む父親を対象に両親の状況、家族形態、日常的予防策等と子どもの事故の経験との関連について離島と市内の地域差を明らかにすることである。

III. 用語の定義

「子どもの事故」については、山中⁶⁾のいう「子どもの健康を傷害することである」とし、具体的には、転落、転倒、やけど、挟む事故、誤飲、切る事故、溺水、交通事故、窒息とする。なお、本研究では、研究目的が事故の有無との関連要因を探ることなので事故種については言及しない。

IV. 研究方法

1. 調査対象

本研究に協力の承諾が得られたA県のB離島（人口29000人/平成22年国勢調査、6歳未満のいる世帯数の一般世帯数に占める割合10.5%、以下離島とする）4カ所の保育所に通所中の乳幼児をもつ父親324名、C市内（人口248000人/平成22年国勢調査の特例市、6歳未満のいる世帯数の一般世帯数に占める割合10.5%、以下市内とする）4カ所143名の計467名を対象とした。

2. 調査期間

平成23年7月～9月

3. 調査方法と調査項目

子どもの事故に関する自記式質問紙調査を行った。対象者の属性として、父親および母親の年齢、父親および母親の就業状況、関連する要因として育児時間、家族形態、子どもの数を質問項目とし、父親の住んでいる地域（離島、市内）で分類した。また、事故の経験の回答を得た。子どもの事故に関する日常的防止策は、田中¹⁷⁾のチェックリストを参考に0歳から2歳児までを対象とした家庭内で行う28項目を作成した。回答は、「毎回する～全くしない」の4段階で「4点～1点」と得点化した。

4. 質問紙の配布方法と回収方法

無記名自記式質問紙法を用いた。質問紙の配布方法は、説明文および質問紙を封書に入れ、返信用の封書を同封した上で各保育所に郵送し、保育所にて配布を依頼した。回収方法は、回収期間内に質問紙に同封した封書に厳封の上、保育所で回収箱を設置して回収した。

5. 分析方法

対象者の属性を単純集計し、一戸建て居住者を選定して属性ごとに基本統計量を算出して比較した。また、日常的予防策28項目の実施の程度を地域別に比率で算出し χ^2 検定を行った。その後、地域別に子どもの事故の経験と父親と母親の年齢、父親の

平日および休日の育児時間、子どもの事故に関する日常的防止策の実施率の関連を正規性の検定後にMann-Whitney U検定を行い、子どもの事故の経験と父親および母親の就業状況は χ^2 検定、子どもの数の関連はFisher直接確率法を行った。さらに父親の年齢は中央値で35歳未満か35歳以上、母親の年齢32歳未満か32歳以上、父親および母親の就業状況はフルタイムかそれ以外、家族形態では核家族か核家族以外、子どもの数は1名、2名、3名以上のいずれか、父親の平日の育児時間は中央値で3時間未満か3時間以上、休日の育児時間も9時間未満か9時間以上、日常的予防策は中央値で予防策の高低群に分けダミー変数を用いて2項ロジステック回帰分析を行い、事故の予測因子となる要因分析を行った。統計ソフトは、IBM SPSS20 for Windowsを使用した。有意水準は5%未満とした。

6. 倫理的配慮

保育所の責任者の承諾を得て、対象者に文書にて本研究の趣旨、研究協力の自由、個人情報の守秘および匿名性の確保、研究結果の公表について説明文を添付した質問紙を配布した。なお、対象者の選定については、保育所の責任者に依頼した。回答は任意であり、無記名でよいことを紙面で説明した。さらに、対象者からの回答の返信をもって同意とみなした。本研究は、平成23年兵庫県立大学大学院応用情報科学研究科研究倫理審査委員会にて承認された。

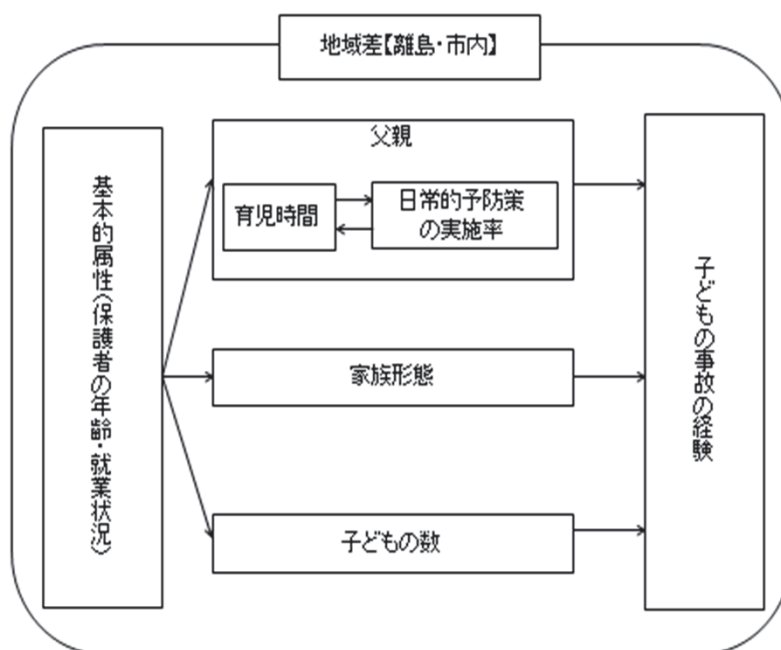


図1 本研究の枠組み

表1 対象者の概要

		離島(n=123)		市内(n=64)	
		中央値	25%tile, 75%tile	中央値	25%tile, 75%tile
年齢	父親(歳)	35.0	31.0, 40.0	34.5	31.0, 39.0
	母親(歳)	32.0	29.0, 36.0	35.0	30.2, 38.0
父親の育児時間	平日(時)	3.0	3.0, 4.0	2.5	1.5, 3.5
	休日(時)	10.0	5.5, 12.6	12.0	6.0, 13.0
日常的予防策		64.0	55.0, 70.0	69.0	58.0, 76.7
		人数	割合	人数	割合
子どもの事故	有	55	44.7	43	67.2
	無	66	53.7	20	31.3
家族形態	核家族	46	39.0	50	79.4
	祖父母と同居	68	57.6	13	20.6
	祖父母以外の親族同居	1	0.8	0	0.0
	その他	3	2.5	0	0.0
子どもの数(人)	1	19	15.6	25	39.1
	2	61	50.0	27	42.2
	3	36	29.5	12	18.8
	4	6	4.9	0	0.0

無回答は除いて示している。

V. 研究結果

質問紙の回収は287通であった(回収率61.5%)。このうち有効回答率は、父子家庭を除く離島に住む父親(以下、離島という)54.3%、市内に住む父親(以下、市内という)88.0%であった。家屋別では、一戸建てに住む父親184名、集合住宅に住む父親68名であった。そのうち、一戸建てに住む父親184名を対象とした。子どもの事故の経験は、離島が事故あり群55名、事故なし群66名、市内が事故あり群43名、事故なし群20名であった。

1. 対象者の概要

離島では、平日の育児時間が3時間で、休日の育児時間は10時間であった。家族形態では、祖父母と同居している対象者が最も多く、子どもの事故の経験は、事故を経験していない父親の方が多かった。市内では、平日の育児時間が2.5時間で休日の育児時間は12時間であった。家族形態では、核家族が最も多く、子どもの事故の経験は、事故を経験している父親の方が多かった(表1)。

2. 子どもの日常的予防策の地域別比較

日常的予防策のうち、地域差があった項目は、28項目中23項目であった。離島の方が市内より有意に実施していた項目数は地域差があった23項目中14項目、市内の方が離島より有意に実施していた項目数は地域差があった23項目中9項目であった($p < 0.05$)。具体的な内容として、離島では市内に比べて「洗剤・化粧品を手の届かない場所に置く」など誤飲防止、「入浴中に注意する」など溺水防止で

実施率が高く、「階段に予防柵をつける」「台所に柵をつけている」など転倒、転落防止の実施率は低かった($p < 0.01$)(表2)。

3. 地域別における子どもの事故の経験別と背景要因の比較

離島では、子どもの事故を経験した父親55名と全体の45.5%であった。父親の年齢は、事故あり群の方が事故なし群よりも年齢が高かった($p < 0.05$)。同様に母親の年齢は、事故あり群の方が事故なし群よりも年齢が高かった($p < 0.01$)。平日の父親の育児時間では、離島の父親は子どもの事故の経験に関連なく3時間以上を確保しており、事故なし群で育児時間が長い傾向はあるが有意差はなかった。日常的予防策28項目の実施率は、子どもの事故の経験に関連なく有意差はなかった(表3)。一方市内では、子どもの事故を経験した父親43名で全体の68.3%であった。子どもの事故を経験している父親の年齢が高いが有意差はなかった。母親の年齢は、子どもの事故を経験している方が高かった($p < 0.05$)。市内の父親では、子どもの事故の経験に関係なく離島よりも少ない平均2時間以上の育児時間を確保していた。市内の父親も離島の父親と同様に事故なし群の方が育児時間は長い傾向にあるが有意差はなかった。休日の育児時間は、子どもの事故の経験に関連なかった。日常的予防策28項目の実施率は、子どもの事故の経験に関連なく有意差はなかった(表4)。

表2 子どもの事故の日常的予防策の地域別比較

項目	離島 (n=123)	市内 (n=64)	P値
1 洗剤・化粧品を手の届かない場所に置く	99.2	34.4	**
2 一人で浴室にはいらない	98.4	34.4	**
3 入浴中に注意する	92.6	34.4	**
4 子どもの椅子は安定のあるものを使用している	92.4	100.0	n.s.
5 薬・たばこを手が届かない場所に置く	90.2	37.5	**
6 車のドアを閉める時には注意する	90.0	31.3	**
7 子どもと手をつなぐ	87.4	34.9	**
8 ポット・アイロンを置かない	84.2	28.1	**
9 椅子から目を離さない	83.3	37.5	**
10 窓側・ベランダに踏み台を置かない	81.2	34.4	**
11 子どもを寝かせて目を離さない	80.9	75.0	n.s.
12 洗濯機に踏み台を置かない	77.9	50.0	**
13 ビニール袋を手の届かない場所に置く	76.0	45.3	**
14 子どもを抱いたまま熱い物を飲まない	76.0	39.1	**
15 お風呂の水を溜めない	70.5	40.6	**
16 熱い物を置かないようにする	69.4	34.4	**
17 ピーナッツ・もちを食べない	58.8	46.8	n.s.
18 安全柵をしている	56.7	50.8	n.s.
19 階段に予防柵をつけている	43.5	66.7	**
20 床に物を置かない	39.7	48.4	*
21 子どもに使用する製品の警告・注意表示を確認する	39.2	54.7	n.s.
22 TVラックにロックをつける	37.2	60.3	**
23 育児中に携帯電話は使わない	28.9	65.6	**
24 誤飲時の処置本を近くにおいている	24.0	62.5	**
25 家具にカバーをつける	20.7	60.9	**
26 テーブルクロスは使用しない	14.9	76.6	**
27 外出時に目立つ色の服を着て子どもにわかるようにする	13.4	65.6	**
28 台所に柵をつけている	9.2	67.2	**

無回答を除いて χ^2 検定を行った。

項目は、離島の実施率が高い順に示している。

単位は、%を示している。

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ n.s.有意差なし

表3 離島における子どもの事故の経験別と背景要因の比較

		事故あり(n=55)			事故なし(n=66)			P値
		中央値	25%tile,	75%tile	中央値	25%tile,	75%tile	
年齢	父親(歳)	35.0	32.7,	41.0	33.0	30.0,	37.0	*
	母親(歳)	35.0	30.7,	38.2	30.5	28.0,	35.0	**
父親の育児時間	平日(時)	3.0	2.0,	4.0	3.5	3.0,	4.5	n.s.
	休日(時)	8.0	6.0,	14.0	5.5	10.0,	12.0	n.s.
日常的予防策		64.0	54.0,	67.0	63.0	55.8,	70.0	n.s.
		人数	割合		人数	割合		P値
父親の就業状況	フルタイム	45	78.9%		52	78.8%		n.s.
	フルタイム夜勤あり	10	17.5%		6	9.1%		
	パートタイム	1	1.8%		1	1.5%		
	その他	1	1.8%		7	10.6%		
母親の就業状況	フルタイム	39	69.6%		39	59.1%		n.s.
	フルタイム夜勤あり	2	3.6%		4	6.1%		
	パートタイム	12	21.4%		14	21.2%		
	休職中	0	0.0%		2	3.0%		
	専業主婦	1	1.8%		4	6.1%		
	その他	2	3.6%		3	4.5%		

年齢、父親の育児時間、日常的予防策はMann-WhitneyU検定を行った。

父親の就業状況、母親の就業状況は無回答を除いて χ^2 検定を行った。

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ n.s.有意差なし

表4 市内における子どもの事故の経験別と背景要因の比較

		事故あり(n=43)			事故なし(n=20)			P値
		中央値	25%tile	75%tile	中央値	25%tile	75%tile	
年齢	父親(歳)	35.0	32.0	39.0	34.0	30.2	40.8	n.s.
	母親(歳)	36.0	31.0	38.0	32.0	28.3	36.8	*
父親の育児時間	平日(時)	2.0	1.0	3.6	3.0	2.0	4.0	n.s.
	休日(時)	12.0	6.0	13.6	12.0	6.0	12.0	n.s.
日常的予防策		69.0	57.0	79.0	68.5	60.3	74.0	n.s.
		人数	割合		人数	割合		P値
父親の就業状況	フルタイム	29	67.4%		15	75.0%		n.s.
	フルタイム夜勤あり	14	32.6%		4	20.0%		
	パートタイム	0	0.0%		0	0.0%		
	その他	0	0.0%		1	5.0%		
母親の就業状況	フルタイム	13	30.2%		9	45.0%		n.s.
	フルタイム夜勤あり	18	41.9%		8	40.0%		
	パートタイム	8	18.6%		1	5.0%		
	休職中	0	0.0%		0	0.0%		
	専業主婦	3	7.0%		2	10.0%		
その他		1	2.3%		0	0.0%		

年齢、父親の育児時間、日常的予防策はMann-WhitneyU検定を行った。

父親の就業状況、母親の就業状況は無回答を除いて χ^2 検定を行った。

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ n.s.有意差なし

4. 地域別における子どもの事故の経験別と背景要因の比較

単変量分析では、離島で父親の年齢が35歳以上の方が、母親の年齢が32歳以上の方が子どもの事故を経験していた($p < 0.05$)。父親と母親の就業状況は、子どもの事故とは関連がなかった。家族形態では、祖父母と同居している方が事故の経験が多かった($p < 0.05$)。子どもの数では、子どもが多い方に事故の経験が多かった($p < 0.01$)。平日の育児時間に関しては、育児時間が3時間以上で子どもの事故の経験が少なかった($p < 0.01$)。休日の育児時間、日常的予防策の実施率は、子どもの事故の経験に関連はなかった。一方市内では、父親、母親の年齢、家族形態、子どもの数、育児時間、日常的予防策の実施率と子どもの事故の経験には関連がなかった(表5)。

5. 地域別の子どもの事故の経験別と背景要因の関連

先行研究によりこれらは(父母の就業状況と父親の平日・休日の育児時間、日常的予防策)は、子どもの事故との関連が指摘されていることから、これらを含め、父親と母親の年齢、家族形態、子どもの数の9つを独立変数とし、従属変数を事故の経験の有無として2項ロジスティック回帰分析を行った。離島では、家族形態で核家族よりも核家族以外で(Odds:3.0, 95%CI:1.1-8.1, $p < 0.05$)、子どもの数では1名より3名以上の方が事故の経験が多かった(Odds:4.0, 95%CI:1.1-16.2, $p < 0.05$)。市内では、母親の年齢が32歳以上の方が事故の経験が多かった(Odds:8.9, 95%CI:1.2-67.5, $p < 0.05$) (表6)。

Ⅵ. 考察

一戸建てに住む父親を対象に、子どもの数、家族形態、育児時間、日常的予防策の実施率などの背景要因と子どもの事故の経験の関連を離島と市内の地域差について分析した。

本調査の結果で子どもの事故の要因としてあげられた父親の年齢では、離島の父親は年齢が高い方がより多く事故の経験をしており、母親も同様に年齢が高い方が事故の経験をしており、両親の年齢が上がるにつれ子どもの事故の経験をしやすいと推察された。市内の父親の年齢は、事故の経験との関連はなかったが、母親では32歳以上に事故の経験が多かった。全国的にみても出生順位別の母親の平均年齢は、平成23年で第1子は30.1歳となりはじめて30歳を超えている²⁾。第2子は32.0歳、第3子は33.2歳と次第に出産年齢が上昇していることから、母親の年齢が32歳以上であることは子どもの事故の予測因子といえる。さらに今回の対象となった離島は、合計特殊出生率2.09全国第5位であり¹⁸⁾、子どもの数が多く、そのため母親の年齢も高くなりやすいという背景もあり、今後も継続的に注意が必要な要因といえる。次に、子どもの数では、離島で子どもの数が多かったにもかかわらず、離島の父親が市内の父親より事故の経験が少なかった。その理由としては、離島の父親が平日の育児時間が多かったことが考えられる。このことは、Fujiwaraら¹⁵⁾の「父親の育児関与が高いと子どもの事故防止につながる」という報告から、育児時間が長いと育児に関わる中で子どもの動きを理解でき予防的な対応ができてい

表5 地域別における子どもの事故の経験別と背景要因の比較

		離島				P値	市内				P値
		事故あり(n=55)		事故なし(n=66)			事故あり(n=43)		事故なし(n=20)		
		人数	割合	人数	割合		人数	%	人数	%	
父親の年齢	35歳未満	21	38.2%	39	59.1%	*	21	48.8%	10	50.0%	n.s.
	35歳以上	34	61.8%	27	40.9%		22	51.2%	10	50.0%	
母親の年齢	32歳未満	17	31.5%	38	57.6%	**	11	25.6%	9	45.0%	n.s.
	32歳以上	37	68.5%	28	42.4%		32	74.4%	11	55.0%	
父親の就業状況	フルタイム	44	80.0%	52	78.8%	n.s.	29	67.4%	15	75.0%	n.s.
	フルタイム以外	11	20.0%	14	21.2%		14	32.6%	5	25.0%	
母親の就業状況	フルタイム	37	68.5%	39	59.1%	n.s.	13	30.2%	9	45.0%	n.s.
	フルタイム以外	17	31.5%	27	40.9%		30	69.8%	11	55.0%	
家族形態 ^a	核家族	14	26.4%	32	50.0%	*	34	81.0%	15	75.0%	n.s.
	祖父母と同居	37	69.8%	30	46.9%		8	19.0%	5	25.0%	
	祖父母以外の親族同居	0	0.0%	1	1.6%		0	0.0%	0	0.0%	
	その他	2	3.8%	1	1.6%		0	0.0%	0	0.0%	
子どもの数 ^b	1人	6	10.9%	13	20.0%	**	15	34.9%	9	45.0%	n.s.
	2人	21	38.2%	39	60.0%		17	39.5%	10	50.0%	
	3人	25	45.5%	10	15.4%		11	25.6%	1	5.0%	
	4人	3	5.5%	3	4.6%		0	0.0%	0	0.0%	
平日の父親の育児時間	3時間未満	16	29.6%	12	19.0%	n.s.	25	58.1%	8	42.1%	n.s.
	3時間以上	38	70.4%	51	81.0%		18	41.9%	11	57.9%	
休日の父親の育児時間	9時間未満	26	35.7%	32	49.2%	n.s.	15	35.7%	8	42.1%	n.s.
	9時間以上	29	52.7%	33	50.8%		27	64.3%	11	57.9%	
日常的予防策	低群	31	56.4%	36	54.5%	n.s.	14	32.6%	9	45.0%	n.s.
	高群	24	43.6%	30	45.5%		29	67.4%	11	55.0%	

^a家族形態は無回答を除いて χ^2 検定を行った。

^b子どもの数は無回答を除いてFisher直接確率法を行った。

父親の年齢、母親の年齢、父親の就業状況、母親の就業状況、平日の父親の育児時間、休日の父親の育児時間、日常的予防策は χ^2 検定を行った。

父親、母親の年齢は、中央値で2群に分類した。

父親の就業状況、母親の就業状況はフルタイム、フルタイム以外の2群に分類した。

平日、休日の父親の育児時間は、中央値で2群に分類した。

父親の日常的予防策は、総得点化し中央値で分類し1)低群、2)高群と設定した。

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ n.s.有意差なし

表6 地域別における子どもの事故の経験別と背景要因との関連

	離島(n=121)		市内(n=63)	
	オッズ比(95%信頼区間)	P値	オッズ比(95%信頼区間)	P値
父親年齢(歳)				
<35	1[Reference]		1[Reference]	
>=35	1.4(0.5-4.2)	n.s.	0.3(0.1-2.4)	n.s.
母親年齢(歳)				
<32	1[Reference]		1[Reference]	
>=32	1.8(0.6-5.6)	n.s.	8.9(1.2-67.5)	*
父親の就業状況				
フルタイム	1[Reference]		1[Reference]	
フルタイム以外	0.5(0.2-1.7)	n.s.	2.4(0.3-15.4)	n.s.
母親の就業状況				
フルタイム	1[Reference]		1[Reference]	
フルタイム以外	0.6(0.3-1.7)	n.s.	4.4(0.9-20.8)	n.s.
父親の平日育児時間(時)				
< 3	1[Reference]		1[Reference]	
>= 3	0.4(0.2-1.4)	n.s.	0.4(0.1-1.7)	n.s.
父親の休日育児時間(時)				
< 9	1[Reference]		1[Reference]	
>= 9	1.7(0.6-4.4)	n.s.	2.4(0.5-11.0)	n.s.
家族形態				
核家族	1[Reference]		1[Reference]	
核家族以外	3.0(1.1-8.1)	*	0.3(0.0-2.1)	n.s.
子どもの数(人)				
=1	1[Reference]		1[Reference]	
>2	1.0(0.3-3.4)	n.s.	0.7(0.1-3.4)	n.s.
>= 3	4.0(1.1-16.2)	*	8.2(0.6-112.9)	n.s.
日常的予防策				
低群	1[Reference]		1[Reference]	
高群	0.8(0.3-2.0)	n.s.	1.9(0.4-8.0)	n.s.

独立変数に父親年齢、母親年齢、父親の平日・休日の育児時間、家族形態、子どもの数、日常的予防策とし、従属変数を事故の有無で二項ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ n.s.有意差なし

るためと考えた。さらに、育児時間は、休日では地域差はなかったが、平日では離島の父親が市内の父親より長く関わっており、離島の父親の方が育児時間を確保しながら子どもと関わっていると捉えた。その背景として、離島の父親が祖父母と同居率が高いことがあげられる。祖父母と同居していることは、石倉ら¹⁹⁾の「同居の祖父母からの育児支援が受けやすく育児時間が確保しやすい環境」と同様の結果として、子どもの事故の重要な予測因子と考えられた。また、母親を対象とした事故に対する考え方と子どもの事故との関連についての調査²⁰⁾では、母親が単に事故に注意しているだけでは事故防止に結びつかず、母親の性格が几帳面で家庭内の整理、整頓することが事故の減少につながるとしている。本研究では、父親と母親の性格までは言及していないが、家庭内の整理、整頓を行うことは日常的予防策の実践につながると考えられる。そうであれば、日常的予防策28項目の実施率は離島および市内でもともに60%台と地域差はなく実践していた。日常的予防策を実施している者ほど事故の経験が少ないという結果は¹⁷⁾、本研究では得られなかった。しかし、日常的予防策の項目別による実施率の比較では、離島の方が市内よりも実施している項目数が多く、実施している内容も地域によって異なっていた。そのため、項目による実施率の違いは、地域に応じた事故防止教育の具体的な内容として活用できると考える。また、日常的予防策の実施率を事故予防に関する認識と捉えと、一戸建てに住む父親は、事故の経験に関わらず認識が高いために予防行動が出来ており、その傾向は離島の方が高いと推察された。

さらに、地域に応じた父親の支援として、従来の母親を中心とした支援アプローチだけでなく、家屋別の特性を踏まえて父親の現状に寄り添った支援体制²¹⁾を整備していく必要がある。これからの父親に向けた事故防止の啓発教育として、離島では、父親の年齢が高い者、母親の年齢が高い者、核家族以外で祖父母などの同居家族がいる者、子どもの数が多い者に子どもの事故の経験が多いという特徴を含めることで地域に即したアプローチができると考える。また、父親は「母親をサポートする」という意味で大切であると同時に、父親自身も親として周囲から支えられていることが重要といわれており²²⁾、離島では祖父母などの同居家族の存在が父親の支援に影響していると推察された。自治体が父親への子育て支援事業を展開していくうえで、従来の「母親の支援の付加として父親への支援」を考えるので

なく、「父親自身のニーズを把握し、父親のニーズに即した講座を企画する」ことが、父親の子育て支援の参加への意欲を促すという報告²³⁾がある。このように育児支援を通した啓発教育を考えるうえで、離島の父親が育児時間を多く確保できる環境は、子どもとの関わりの長さで父親としての役割意識を強める²⁴⁾という作用が働きやすい地域といえ、父親が主体的に関わる動機づけにつながりやすいと考える。

以上のことから、離島での子どもの事故防止には、父親自身が子どもとの関わりの中で父親の役割意識を高めることができるような働きかけによって、さらに啓発教育の対象に祖父母を加えることで日常的な事故防止の行動意欲が高まる可能性が窺えた。

VII. 結論

一戸建てに住む父親を対象に子どもの事故の要因について調査した結果、離島と市内の事故の要因に違いがあったため、子どもの事故防止の啓発教育には地域差を考慮しなければならないことが明らかとなった。

離島では、子どもの事故の予測因子として祖父母と同居家族が多く子どもの数も多いという特徴があり、市内は母親の年齢が高いほうがリスクになるという離島と市内では事故の予測因子が異なることが明らかとなった。そのため、離島における子どもの事故防止の啓発教育には、祖父母と同居の有無、子どもの数に関する家庭の状況を考慮して祖父母を含めた啓発教育の対象者の拡大を検討していく必要性が示唆された。

本研究の限界として、一戸建てに住む父親を対象に地域差を分析したが、離島と市内の対象者数に偏りがあった。これは、離島ではほぼ全数に近い保育所の協力が得られたにも関わらず市内の保育所の協力が得にくかったことにある。そのため、今回の結果を一般化することは限定的といえる。

今後は、同じ地域で対象者を確保して縦断的な調査をすることで、地域の特性に応じたきめ細かい啓発教育に活かしていきたい。

文献

- 1) Margie Peden, Kayode OyWorldbrite, Joan ozanne-Smith. World report on child injury Prevention, WHO, 2008; http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf, 2013.2.6

- 2) 厚生労働省. 平成25年我が国の人口動態(平成23年までの動向) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81.1a.html>, 2013.5.2
- 3) 健やか親子21検討会: 健やか親子21報告書, 小児保健研究, 60; 5-33, 2001.
- 4) 田中哲郎: 小児の事故. 自由企画・出版(東京), pp42-43, 1991.
- 5) 中島裕, 原田昌範, 村上順一ほか: 離島において子どもが病気の時に抱える親の不安-自己記入質問紙票を用いた横断的研究-, 月刊地域医学, 24(11); 832-837, 2010.
- 6) 山中龍宏: 傷害予防につながる情報収集へのアプローチ, 小児保健研究, 67(2); 177-190, 2008.
- 7) 濱耕子, 渡辺鈴子: 生後1年6ヵ月までに医療機関を受診した子どもの事故と関連要因. 小児保健研究, 66(1); 10-15, 2007.
- 8) 長村敏生, 清沢伸幸, 大前禎毅ほか: 保育所を定点とした子どもの事故サーベイランス構築の試み-2006~2008年における保育所入所児の医療機関受診事故発生状況の推移-. 日本小児救急医学会雑誌, 10(3); 354-361, 2011.
- 9) 田中哲郎: 子どもの事故, 第57回日本小児保健学会 教育講演 小児保健研究, 70; 143-146, 2011.
- 10) 長崎県ホームページ: <http://www.pref.nagasaki.jp/>, 2013.12.8
- 11) 総務省統計局・政策統括官・統計研修所. 住宅の種類, 建て方及び構造: http://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2008/nihon/2_1.htm, 2013.5.2
- 12) 奥野順子, 川口千鶴, 日沼千尋ほか: 乳幼児の事故の実態と対応-地域における事故の経験から-. 日本小児看護学会誌, 11(1); 37-43, 2002.
- 13) 田中哲郎, 亀井美登里, 石井博子ほか: 子どもの事故発生とその防止の可能性, 平成15年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究平成15年報告書, 227-235, 2004.
- 14) 佐々木瞳, 後藤あや, 渡辺春子ほか: 一地方都市における乳児を持つ父親の育児の自信, 小児保健研究, 69(6); 790-795, 2010.
- 15) Takeo Fujiwara, Makiko Okuyama, Kumiko Takahashi: Paternal involvement in childcare and unintentional injury of young children: a population-based cohort study in Japan, International Journal of Epidemiology, 1-10, 2009.
- 16) 金泉志保美, 柴田真理子, 宮崎有紀子ほか: 年齢別にみた家庭における乳幼児の不慮の事故の実態と事故予防対策, 日本公衆衛生誌, 56(4); 251-259, 2009.
- 17) 田中哲郎: 子どもの事故防止. 日本小児医事出版社(東京), pp28, 1996.
- 18) 一般財団法人厚生労働統計協会: 市区町村別にみた合計特殊出生率の上位・下位30位. 国民衛生の動向, 財団法人厚生統計協会(東京) 59; pp408, 2012.
- 19) 石倉武子, 岸田泰子, 矢田昭子ほか: 看護職者の育児支援に関する研究-第1報 地方と都市部の看護職者の育児状況-. 島根医科大学紀要, 25; 17-22, 2002.
- 20) 田中哲郎, 石井博子, 内山有子ほか: 子どもの性格や母親の事故に対する考え方と子どもの事故発生との関連. 保育と保健, 16(1); 55-62, 2010.
- 21) 恒吉紀寿: 地域子育て支援拠点における父親支援に関する調査研究(報告書). 平成21年度児童関連サービス調査研究等事業報告書, 財団法人こども未来財団, 2010.
- 22) Allen SM, Alan JH. Mothers' Beliefs and Behaviors That Inhibit Greater Father Involvement in Family, Journal of Marriage and Family, 61(1); 199-212, 1999.
- 23) 伴碧, 増田貴人, 内山伊知郎: 過疎指定地域の子育て支援センターにおける父親の利用促進に関わる要因分析, 小児保健研究, 70(6); 790-795, 2011.
- 24) 小野寺敦子: 親となることによる自己概念の発達, 発達心理学研究, 14; 180-190, 2003.

STUDY REPORT

Characteristics of Home Health Nursing in Mountainous Areas for Children with Suspected Autism Spectrum Disorders and Their Parents

Sugako Tamura

Key Words: home health nursing in mountainous areas, public health nurses (PHNs), nurse intentions, nurse actions, children with Autism Spectrum Disorders (ASD)

Abstract

Aim: The present study explores the intentions and actions of public health nurses (PHNs) during nursing practices to clarify the characteristics of home health nursing practices in mountainous areas for children with suspected autism spectrum disorders and their parents elicited from routine health examinations and consultations.

Methods: Three cases involving four PHNs in mountainous areas were examined. These PHNs were contacted and interviewed about their “intentions” and “actions” that occurred during their home health nursing practice and other health support activities. Their intentions and actions were described and revised by the author and the PHNs were consulted repeatedly until all could agree upon the data description. All participants were assured of confidentiality and anonymity. The research proposal was approved by the Institutional Review Board of the Medical Ethics Center (No.22-7) .

Results: In total, 173 nurses’ “intentions” and 858 nurses’ “actions” were recorded. Thirteen characteristics were extracted using the focuses of data analyses for the approach to early intervention. The following characteristics were consistently observed. PHNs aimed to: 1) establish relationships with parents; 2) encourage parents; 3) respect the feelings of parents; 4) facilitate utilization of childcare services; 5) reassure parents and decrease anxiety; and 6) cooperate with other childcare providers. The following additional characteristics were also identified. PHNs aimed to: 1) establish interpersonal relationships; 2) discourage parents from having negative feelings; and 3) identify children with autism spectrum disorders.

Conclusion: In rural areas, there were few childcare institutions and special care providers for children with autism spectrum disorders. PHNs should encourage parents to use childcare services, even if far from their home. PHNs delivered effective and efficient healthcare that allowed them to meet the health needs of children with autism spectrum disorders and their parents in cooperation with other caregivers from multiple disciplines.

Introduction

Public health nurses (PHNs) must identify children with autism spectrum disorders (ASD) by observing children for irritability, impulsivity, poor eye contact, and stiffening when held. These

behaviors make parents feel anxious and they become difficult to reassure; thus, early intervention and child maltreatment prevention efforts are needed ¹⁾. PHNs play a role in providing care for children with suspected ASD

Received : September 17, 2013

Accepted : March 7, 2014

Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

and they can link parents with childcare services and help to establish relationships and extensive networks between parents and other healthcare providers¹⁾. Home health nursing is an appropriate vehicle for delivering effective and efficient care for children with ASD.

Home health nursing has been a central intervention throughout the history of public health nursing; however, little conceptual clarification has dealt with this intuitively valuable nursing intervention^{2,3)}. PHNs assist individuals and families to determine needs and help families to link with suitable community services^{4,5)}. In Japan, PHNs visit individual homes to provide assistance to populations at high risk for illness or disability and to alleviate the burdens of people caring for children or sick or aged family members. PHNs strive to provide care that is congruent with the family's situation and the needs of family members, establish and maintain interpersonal relationships with care receivers, respect the desired lifestyle of care receivers, and promote the ability of family members to help themselves^{2,6-9)}.

Based on my knowledge and experience from working with children in the home setting, I have developed a methodology to clarify the characteristics of home health nursing by describing the actions of expert nurses in relation to their intentions. Nurses' intentions and actions are used to describe the "nurse's internal thoughts" that are concurrent with deliberative decision-making and selection of effective intervention. The quality of nursing practices is thought to be influenced by the nurse's internal thoughts based on intention^{3,6,8)}.

In home health nursing practices, PHNs' intentions and actions are described and analyzed. Describing PHNs' intentions and actions facilitates the identification of characteristics of this nursing practice, which includes inner thoughts, choices, and decision-making.

The purpose of this study is to explore how nursing practices reflect the intentions and actions of PHNs in order to clarify the characteristics of home health nursing practices for children with suspected ASD and their parents elicited from

routine health examinations and consultations. In this article, results are reported as the characteristics of PHN practices in mountainous areas. Because there are few childcare institutions and special care providers for children with ASD, I got more intentions and actions of PHNs.

Definitions of Central Concepts

Home health nursing practices

The term "home health nursing practice" refers to delivering effective and efficient healthcare that meets the health needs of people and the community, and includes the actual home visit and the pre-visit and post-visit telephone consultations. For this study, home health nursing practices are defined as the vehicle used to identify the family's issues related to a suspected developmental disability and the needs of family members, family self-care abilities, and the ability of family members to help themselves.

Nurses' intentions

Nurses' intentions are the professional goals and aims of PHNs, aligned with the philosophies of nursing and/or public health.

Nurses' actions

"Nurses' actions" are the behaviors employed by nurses to fulfill their intentions. Nurses' actions are observable and/or non-observable conscious behaviors founded in clearly held goals or motives implemented through a process of reflection, choice, and decision-making. The inner thoughts, choices, and decision-making of the PHNs also fall within this definition of "actions".

Methodology

Selection of Participants

Three cases of home health nursing and the actions and intentions of four expert PHNs were examined. The PHNs were employed in mountainous areas (Table 1).

The characteristics of PHNs' nursing practices were identified and included inner thoughts, choices, and decision-making. The PHNs involved in this study were selected for their ability to aptly describe their nursing practice in their own words and for having 5 or more years of public health

Table 1. Summaries of public health nursing care in three cases of children with autism spectrum disorders (ASD) and their families

Case No.	Case 1	Case 2	Case 3
Contributing risk factors	Asperger's syndrome	ASD (suspected)	ASD (suspected)
Age, sex	8 years old, male	3 years old, male	5 years old, female
Other family members	Parents, 2 brothers, grandparents (6)	Parents (2)	Parents, brother (3)
Period of home visiting	Beginning of June ~Beginning of October, 201X.	End of January, 201X-3 ~ Beginning of June, 201X.	Beginning of May ~Beginning of October, 201Y.
Number and types of home visits/ consultations	home visits: 2 telephone consultation: 1 consultation at routine health examination : 1 contacts with professional health care providers: 3 total: 7	home visit: 2 hospital visit: 1 consultation: 1 contacts with professional health care providers: 2 total: 6	home visit: 2 kindergarten visit: 2 consultation: 4 telephone consultation: 3 consultation with professional health care/education providers: 2 contacts with professional health care providers: 2 total: 15
Background as public health nurse	PHN in rural area for about 2 years (mentor PHN for about 13 years)	PHN in rural area for about 20 years	PHN in rural area for about 5 years
The population in the district area	About 10,000 in a mountainous area	About 33,000 in a basin area	About 22,000 in a mountainous area
number of intentions and actions described	intentions 39 actions 213	intentions 49 actions 255	intentions 85 actions 390

nursing experience.

Four public health departments/districts in Japan were targeted as a convenience sample. Directors of nursing in the public health office received an explanation of the interview and a copy of the consent form. They were asked to assist by providing the names of expert PHNs. The PHN involved in Case 1 had less than 5 years of experience, but she had a mentor who had more than 10 years of experience in public health nursing. In addition, her involvement in the study was appropriate because her records reflected excellent detailed care.

Data Collection (Figure 1)

The data was collected by investigating the intentions and actions of PHNs in relation to their home visits.

"Nurses' intentions" were obtained from descriptive or narrative records of home visits. Nurses' intentions were the professional goals and aims of PHNs, aligned with the philosophies of nursing and/or public health. "Nurses' actions" were described along with nurses' intentions.

The four PHNs were contacted and interviewed

about their "intentions" and "actions" of the best practices in their home health nursing and other health support activities (Table 1) . Before the interview, they were asked to document their behavior and their inner thoughts using a provided format. Documentation was done after each home visit and telephone and/or e-mail consultation.

The records of the PHNs were closely reviewed and the images and scenes of their nursing practice began to emerge. When the records were vague or unclear, the PHNs were interviewed about their intentions and actions. All points were then itemized and the list of intentions and actions became more concrete. Their intentions and actions were described and revised by the author, and the PHNs were consulted again. The above process was repeated until all could agree that the data description was substantially more manageable and concrete.

Data Analysis

All descriptive data were detached from each participant and codes were assigned to maintain anonymity. Credibility was also enhanced by

member-checking and debriefing. In a final check after data-gathering, the interpretations were confirmed by the participants and two researchers with experience in public health nursing.

The PHNs' intentions and actions were critically reviewed and relevant data were extracted to examine the characteristics of home health nursing from the focuses of data analyses. Relevant data were extracted by comprehensive referring to the context and combined PHNs' intentions and actions (Figure 2) and identifying similarities. The purpose of this study was to clarify the characteristics, not only to identify the intentions and actions.

The focuses of data analyses included: 1) nursing provider-patient interaction; 2) care congruent with family life; 3) clinical decision-making; 4) concern for past experiences of patient/family; 5) adaptation of healthcare and/or welfare projects/policies; 6) correlation with other cases and/or healthcare projects/policies; and 7) cooperation between multidisciplinary professional healthcare providers.

The focuses of data analysis were adapted to extract data from the literature review and incorporated the author's nursing experience^{3,6-9)}.

The characteristics of home health nursing practice were described through gathering

summaries of relevant descriptive data extracted from PHNs' intentions and actions.

Protection of Human Subjects

Protection of human subjects was ensured through approval by the Institutional Review Board of the Medical Ethics Center at the authors' university (No.22-7) and study participants gave written informed consent. The purpose of the research was shared with participating PHNs.

Any information gained from agency documents, such as patient records or referrals, was treated in a confidential manner. All interviews with the author were audio-recorded for later transcription and stored on a notebook computer dedicated to this study without connecting to the Internet. Codes were assigned to all data sets to maintain confidentiality. Children with ASD and their parents and all participating PHNs were assured of confidentiality and anonymity. Children and their parents couldn't give informed consent because the data of this study were gathered after nursing practices, so they were especially assured of confidentiality and anonymity.

The author made an active effort not to interfere with the PHNs' schedule and time management. Therefore, the records were transcribed by the author from each interview with the PHNs. However, it was acknowledged that participation

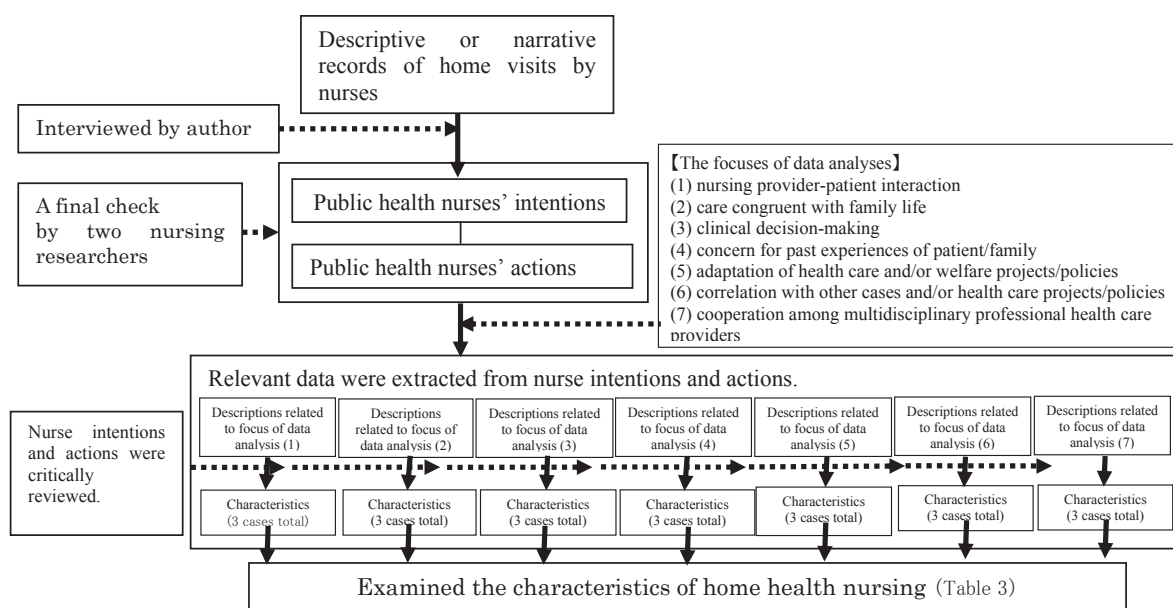


Figure 1. Data collection and analysis

demanded a certain amount of time from each PHN.

Results

The four PHNs were contacted and interviewed about their “intentions” and “actions” in their home health nursing practices. In total, 173 “intentions” (39 instances in Case 1; 49 instances in Case 2; 85 instances in Case 3) as well as 858 “actions” (213 instances in Case 1; 255 instances in Case 2; 390 instances in Case 3) were recorded.

To focus on the data analyses, combined instances for the intentions and actions are presented in Table 2. A summary of relevant descriptive data was extracted from nurses’ intentions and actions. Characteristics of home health nursing practices are presented in Table 3, followed by a summary.

Relevant Data Extracted from Nurses’ Intentions and Actions using the Focus of Data Analysis 1) “Nursing provider-patient interaction”

A summary of relevant descriptive data was extracted from 40 combined instances of nurses’ intentions and actions using the focus of data

analysis 1) “nursing provider-patient interaction”. Examples of relevant descriptive data are shown in Table 3, focus 1), points 1–6. From the summary, characteristics emerged: “The PHNs encouraged parents of children with ASD to talk about their desires and feelings related to child-rearing” (Table 3, characteristic a) and “the PHNs sought to establish interpersonal relationships and to create a foundation to offer parental support for rearing children with ASD” (Table 3, characteristic b) .

For example, in Case 3, the nurse’s intention was “to establish a relationship with the mother even though the PHN could not access the mother on the phone.”

To fulfill this intention, the PHN performed the following action. “The PHN suspected that the mother refused to answer the telephone because she knew that the PHN was calling her. The PHN remembered the confusion she experienced when parents refused nursing service. However, the PHN decided that she wanted contact with the mother and that the mother’s actual feelings were unknown. The PHN considered visiting the child with ASD and her mother without an

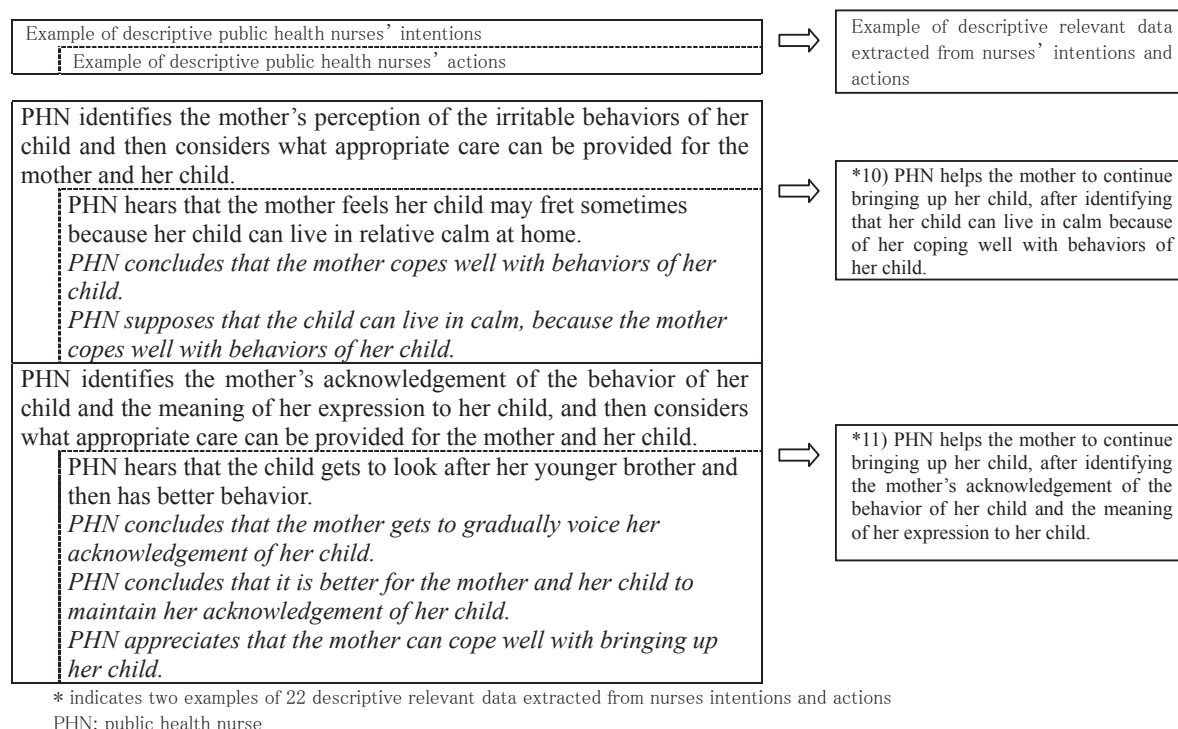


Figure 2. Extraction of relevant data from public health nurses’ intentions and actions

Table 2. The focuses of data analyses and combined instances for the intentions and actions of expert nurses

The focuses of data analyses	Case 1	Case 2	Case 3	Total
1) nursing provider-patient interaction	11	14	15	40
2) care congruent with family life	13	8	22	43
3) clinical decision-making	39	19	27	85
4) concern for past experiences of patient/family	4	1	12	17
5) adaptation of health care and/or welfare projects/policies	0	12	30	42
6) correlation with other cases and/or health care projects/policies	8	23	12	43
7) cooperation between multidisciplinary professional health care providers	10	14	6	30

appointment.”

Relevant Data Extracted from Nurses’ Intentions and Actions using the Focus of Data Analysis 2) “Care congruent with family life”

A summary of relevant descriptive data was extracted from 43 combined instances of nurses’ intentions and actions for 2) “care congruent with family life”. Examples of relevant descriptive data are shown in Table 3, focus 2) , points 1–5. Characteristics that emerged included: “The PHNs aimed to establish a relationship with the family to help them maintain their daily lives and continue to provide childcare” (Table 3, characteristic c) and “The PHNs brought out the best in parents of children with ASD, and encouraged appropriate roles for parents, when it appeared that they might give up rearing their children” (Table 3, characteristic d) .

For example, in Case 2, the nurse’s intention was “to support the mother of the child with ASD.”

To fulfill this intention, the PHN performed the following action. “The PHN suspected that the mother was not attached to her child and the PHN predicted that the mother would give up rearing the child. The mother maintained her parental role and raised the child, but the PHN had to provide continuous support for the mother.”

Relevant Data Extracted from Nurses’ Intentions and Actions using the Focus of Data Analyses 3) “Nursing clinical decision-making”

A summary of relevant descriptive data was extracted from 85 combined instances of nurses’ intentions and actions using the focus of data analysis 3) “nursing clinical decision-making”.

Examples of relevant descriptive data are shown in Table 3, focus 3, points 1–10. The characteristics that emerged were: “The PHNs encouraged parents of children with ASD to deal with diagnosis and issues associated with developmental disabilities, by helping them to acquire knowledge of developmental disabilities and treatment” (Table 3, characteristic e) , “The PHNs identified parental acknowledgment of developmental disabilities and respected the feelings of the parents of children with ASD by establishing a nurse–patient relationship” (Table 3, characteristic f) , and “The PHNs discouraged parents’ negative feelings about developmental disabilities because negativity was a predictor for complications of the problems for children with ASD” (Table 3, characteristic g) .

For example, in Case 1, the PHN performed the following action. “The PHN suspected that the mother was having doubts after the routine health examination, so she began to consider the childcare institution. The PHN decided to modify the methods of support for the child with ASD and his mother, and then the PHN understood the mother’s feelings.”

Relevant Data Extracted from Nurses’ Intentions and Actions using the Focus of Data Analysis 4) “Concern for past experiences of child/family”

A summary of relevant descriptive data was extracted from 17 combined instances of nurses’ intentions and actions, using the focus of data analysis 4) “concern of past experiences of child/family.” Examples of relevant descriptive data are shown in Table 3, focus 4) , points 1–3. A

Table 3. Characteristics of home health nursing practices, extracted from nurses' intentions and actions

The focuses of data analysis	Summary of relevant descriptive data	Characteristics of home health nursing practices
1) nursing provider-patient interaction (40 instances)	(1) PHNs sought to establish an interpersonal relationship in spite of the attitude of parents or an inability to reach the parents by phone. (2) PHNs maintained interpersonal relationships with parents of children with ASD according to their response and coping with their problem. (3) PHNs established interpersonal relationships with parents of children with ASD, so that parents could talk about their desires and feelings related to child-rearing. (4) PHNs arranged the place and opportunity for assistance with easy access. (5) PHNs established interpersonal relationships and created a foundation to offer parental support for rearing children with ASD to repair the relationships between parents and children. (6) PHNs established interpersonal relationships to gain the reliance of parents, so that parents are capable of receiving visits from PHNs without appointments.	a) PHNs encouraged parents of children with ASD to talk about their desires and feelings related to child-rearing. b) PHNs sought to establish interpersonal relationships and to create a foundation to offer parental support for rearing children with ASD.
2) care congruent with family life (43 instances)	(1) PHNs identified the contexts of the family and community. (2) PHNs brought out the best in parents of children with ASD and enabled acquisition of knowledge of developmental disabilities and appropriate treatments. (3) PHNs encouraged appropriate roles for parents when it appeared that the parents would give up rearing their children. (4) PHNs helped parents maintain their daily lives and continued to provide childcare by establishing a relationship with the family. (5) PHNs provided assistance suitable for each particular family and community.	c) PHNs aimed to establish a relationship with the family in order to help them maintain their daily lives and continue to provide childcare. d) PHNs brought out the best in parents of children with ASD, and encouraged appropriate roles for parents, when it appeared that they might give up rearing their children.
3) clinical decision-making (85 instances)	(1) PHNs identified issues related to the context of family life for children with ASD and their parents. (2) PHNs maintained contact with parents and got parents to accept home visits from the PHN by establishing a nurse-patient relationship. (3) PHNs identified the feelings and opinions of parents from setting up time to hear their story of rearing children. (4) PHNs maintained contact with parents to set up a time and place for parents of children with ASD to seek advice from PHNs. (5) PHNs identified parental acknowledgement of the developmental disabilities of their children and respected the feelings of parents about childcare institutions. (6) PHNs avoided letting parents have negative feelings about developmental disabilities and childcare institutions. (7) PHNs appreciated the effort and the feelings about developmental disabilities of children. (8) PHNs identified the perception of parents of children with ASD about entering school, while predicting the complications of the problems of children after entering school. (9) PHNs helped parents of children with ASD to acquire the appropriate knowledge and treatment to deal with the diagnosis and issues associated with developmental disabilities of children. (10) PHNs intervened with deliberation to avoid advising for burdensome situations.	e) PHNs encouraged parents of children with ASD to deal with diagnosis and issues associated with developmental disabilities, by helping them to acquire knowledge of developmental disabilities and treatment. f) PHNs identified parental acknowledgement of developmental disabilities and respected feelings of parents of children with ASD by establishing a nurse-patient relationship. g) PHNs discouraged parents' negative feelings about developmental disabilities because negativity was a predictor for complications of the problems for children with ASD.
4) concern for past experiences of patient/family (17 instances)	(1) PHNs encouraged parents of children with ASD to maintain parenting, elicited parental feelings about the diagnosis, and answered questions about treatment in childcare institutions. (2) PHNs identified the life history of parents and had awareness of the parents' weak points in developing relationships. (3) PHNs considered the feelings of parents of children with ASD about the teachers in kindergarten and the doctor.	h) PHNs encouraged parents of children with ASD to maintain parenting, while considering the life history of parents and had awareness of the parents' weak points in developing relationships.

The number within () is combined instances of intentions and actions from Table 2.

PHNs: public health nurses

ASD: autism spectrum disorders

Table 3. Characteristics of home health nursing practices, extracted from nurses' intentions and actions (continued)

The focuses of data analysis	Summary of relevant descriptive data	Characteristics of home health nursing practices
5) adaptation of health care and/or welfare projects/policies (42 instances)	(1) PHNs facilitated necessary childcare for parents of children with ASD. (2) PHNs facilitated the utilization of childcare services, while helping parents of children with ASD to be aware of the policies of the childcare institution. (3) PHNs encouraged utilization of childcare services, while identifying the perceptions of parents of children with ASD about the childcare institutions and healthcare providers. (4) PHNs facilitated arrangements for entering school, while identifying the perceptions of parents about entering school.	i) PHNs facilitated utilization of childcare services, while helping parents of children with ASD to be aware of the policies and the importance of childcare services.
6) correlation with other cases and/or health care projects/policies (43 instances)	(1) PHNs realized that some families were unable to fully accept the diagnosis of developmental disability for their children and therefore did not receive indispensable support services. (2) PHNs represented the feelings of parents in the care conference. (3) PHNs identified children with ASD when an opportunity arose, such as during vaccination programs or health and medical examinations. (4) PHNs identified the environment of the routine health examination for children, regardless of whether their parents could express their feelings with PHNs. (5) PHNs predicted the necessity of support for entering school, while withholding information from the schools.	j) PHNs realized that parents of children with ASD could not accept the diagnosis of developmental disability; therefore, they withheld information from the schools. k) PHNs identified children with ASD and their parents whenever the opportunity arose.
7) cooperation between multidisciplinary professional childcare providers (30 instances)	(1) PHNs identified the relationships between the teachers and the childcare providers in institutions to provide appropriate care for children with ASD. (2) Parents gave their consent to offers of service from the PHNs and other childcare providers in the care conference, which decreased their anxiety and increased support to their children with ASD. (3) PHNs identified the smooth running of providing childcare services. (4) PHNs believed that the childcare delivery systems were effectively helping children with ASD and consulted with other childcare providers and reached mutual agreements for the benefit of the children. (5) PHNs helped other childcare providers understand the purpose of the consultation regarding developmental disabilities rightly.	l) PHNs aimed to help parents to decrease their anxiety and to foster their children, and consulted with other health care providers and reached mutual agreements for the benefit of the children. m) PHNs aimed to cooperate with multidisciplinary professional childcare providers, and helped parents to understand the policies of childcare institutions.

The number within () is combined instances of intentions and actions from Table 2.

PHNs: public health nurses

ASD: autism spectrum disorders

characteristic that emerged was “The PHNs encouraged parents of children with ASD to maintain parenting, while considering the life history of parents and had awareness of the parents’ weak points in developing relationships” (Table 3, characteristic h) .

For example, in Case 1, the nurse’s intention was “to encourage the mother to continue treatment for the child with ASD, and the PHN understood the parents’ feelings when they were first told about the diagnosis.”

To fulfill this intention, the PHN performed the following action. “The PHN listened to the mother explain her feelings about the diagnosis of developmental disabilities. The PHN guessed that the mother distrusted treatment advice, had anxiety about the child’s entering school, and had

some denial about the diagnosis of slowed development. The PHN believed that most mothers of children diagnosed with developmental disabilities would immediately ask the doctor about the diagnosis. The PHN guessed that the mother could not bring herself to ask about her child’s diagnosis and treatment. The PHN decided to support the mother by eliciting her feelings.”

Relevant Data Extracted from Nurses’ Intentions and Actions using the Focus of Data Analysis 5) “Adaptation of healthcare and/or welfare projects/policies”

A summary of relevant descriptive data was extracted from 42 combined instances of nurses’ intentions and actions using the focus of data analysis 5) “adaptation of healthcare and/or welfare projects and policies.” Examples of relevant

descriptive data are shown in Table 3, focus 5) , points 1-4. The characteristic that emerged was “The PHNs facilitated utilization of childcare services, while helping parents of children with ASD to be aware of the policies and the importance of childcare services” (Table 3, characteristic i) .

For example, in Case 2, the nurse’s intention was “to facilitate utilization of childcare services and to consider if childcare institutions and services were congruent with the mother’s preparation.”

To fulfill this intention, the PHN performed the following action. “The PHN remembered that the mother made preparations for the child to enter kindergarten, but she declined to attend the meeting where admission to the kindergarten would be explained. The PHN believed that the mother needed extra time to mentally prepare for the change from kindergarten to the childcare institute. The PHN decided that it was better for the mother to continue considering the kindergarten, so the PHN did not immediately recommend the childcare institute.”

Relevant Data Extracted from Nurses’ Intentions and Actions using the Focus of Data Analysis 6) “Correlation with other cases and/or healthcare projects/policies”

A summary of relevant descriptive data was extracted from 43 combined instances of nurses’ intentions and actions using the focus of data analysis 6) “correlation with other cases and/or healthcare projects/policies.” Examples of relevant descriptive data are shown in Table 3, focus 6) , points 1-5. The characteristics that emerged were “The PHNs realized that parents of children with ASD could not accept the diagnosis of developmental disability; therefore they withheld information from the schools” (Table 3, characteristic j) and “the PHNs identified children with ASD and their parents whenever the opportunity arose” (Table 3, characteristic k) .

For example, in Case 3, the PHN’s intention was “to provide support for the mother who believed that the teachers of the school should have concern for her child’s development.”

To fulfill this intention, the PHN performed the following action. “The PHN suspected that the mother was afraid that her child could not enter school because she had participated in consultation regarding developmental disabilities. She thought the information about the child would be disclosed. The PHN tried to dispel her misgivings.”

Relevant Data Extracted from Nurses’ Intentions and Actions using the Focus of Data Analysis 7) “Cooperation between multidisciplinary professional healthcare providers”

A summary of relevant descriptive data was extracted from 30 combined instances of nurses’ intentions and actions, using the focus of data analysis 7) “cooperation between multidisciplinary professional healthcare providers.” Examples of relevant descriptive data are shown in Table 3, focus 7) , points 1-5. The characteristics that emerged were: “The PHNs aimed to help parents decrease their anxiety and nurture their children, and consulted with other healthcare providers and reached mutual agreements for the benefit of the children” (Table 3, characteristic l) and “the PHNs aimed to cooperate with multidisciplinary professional childcare providers and helped parents to understand the policies of childcare institutions” (Table 3, characteristic m) .

For example in Case 1, the nurse’s intention was “to encourage the mother to give consent for offers of service from the PHN and other childcare providers in the care conference and to repair the interpersonal relationship between the mother and the teachers at the school.”

To fulfill this intention, the PHN performed the following action. “The PHN appreciated the mother’s feelings of conflicts and anxiety about parenting a child with ASD and elicited her feelings.”

Discussion

The present findings suggested that PHNs were providing care that was congruent with the needs of children with ASD and their parents. In rural areas, there are few childcare institutions and special care providers for children with ASD. The PHNs should support these families more promptly

and carefully than those in the urban areas and encourage parents to use childcare services, even if these services are far from their home. Characteristics of home health nursing appropriate for children with suspected ASD and parents were clarified.

Characteristics Extracted from Case Analyses for the Approach to Early Intervention

In Case 1, the PHN defined the daily needs of children with ASD and their parents by gathering information about the health, behavior, and development of the children, by confirming parental feelings related to the diagnosis, by answering questions about treatment, and by alleviating anxiety about issues such as starting school and family issues in the household environment. The parents' ability to give care was also assessed.

In addition, the PHN encouraged the mother to give consent to service offers from the PHN and other childcare providers in the care conference.

In Case 2, the PHN feared that the mother had a different impression based on information given in the maternity ward and her reaction while talking to her. The PHN preferred to contact the mother as early as possible. The PHN supported the mother of the child with ASD and predicted that she might decide to give up raising the child. The PHN realized that the mother had some limits in her parenting ability that were exacerbated by the change from kindergarten to the childcare institution.

In addition, the PHN provided care that was congruent with the needs of the child with ASD and his mother, while identifying acceptable childcare services.

In Case 3, the PHN could not access the mother on the phone and the mother was very curt towards the PHN. The PHN decided to establish an interpersonal relationship with the mother by visiting her without an appointment. The PHN respected the feelings of the mother of the child with ASD. The PHN facilitated the family's daily life, so the mother and child remained together in a peaceful and stable relationship.

In addition, the PHN knew that the mother

feared that her child could not enter a general school because she believed that information about the child's ASD was disclosed by other childcare providers.

The PHNs aimed to: 1) establish relationships with parents; 2) consider relationship dynamics within the family; 3) respect the difficulties that parents of children with special healthcare needs must overcome; and 4) help parents navigate the diagnostic process and healthcare delivery system.

The PHNs delivered effective and efficient healthcare that allowed them to meet the health needs of parents and children with ASD in cooperation with multidisciplinary professional healthcare providers.

Characteristics Extracted Using the Focuses of Data Analyses for the Approach to Early Intervention

Thirteen characteristics of home health nursing for children with suspected ASD and their parents were extracted from each case for the approach to early intervention.

Findings identified by previous studies

The following concerns were identified in previous studies and the findings in this study consistently reflect characteristics identified in previous research^{3,6,8)}. The PHNs aimed to: 1) establish relationships with parents and speak to them about their desires and feelings for rearing children with ASD; 2) encourage parents of children with ASD to deal with developmental disabilities of children, and to take appropriate roles; 3) help parents to acknowledge developmental disabilities of children and respect their feelings; 4) facilitate utilization of childcare services; 5) help parents nurture their children without anxiety and consult other healthcare providers by reaching mutual agreements for the children's situation; and 6) cooperate with multidisciplinary professional childcare providers.

In previous research, the data were collected by investigating the intentions and actions of PHNs in relation to their home visits for general cases such as neonates, elderly, and persons who experienced a stroke. Such research influenced the design of the present study.

Additional characteristics

Additional characteristics were also identified in this study. The PHNs aimed to: 1) establish interpersonal relationships and build a foundation to offer support; 2) discourage negative parental feelings about developmental disabilities of children with ASD; and 3) identify children with ASD and their parents whenever the opportunity arose.

Searching for an opportunity possibility to establish interpersonal relationships

An additional characteristic was “to search for an opportunity to establish interpersonal relationships and build a foundation to offer support.” This finding differed somewhat from “establish a relationship with parents”, which was a characteristic identified in previous studies^{3,6-9)}.

In Case 1 and Case 2, the PHNs first attempted to repair the relationship with parents of children with ASD. The PHNs then established a foundation and relationship to offer support for parents who were rearing children with ASD. In Case 3, the PHN could not access the mother by phone and the mother was very curt when interacting with the PHN. However, the PHN judged that connection might be possible despite inaccessibility by phone and the mother's attitude.

Parental stress has been reported to be related to the child's behavior problems rather than to the developmental delay¹⁰⁻¹²⁾. A strong correlation between family support and parental stress has also been noted¹³⁾. The parents of children with ASD must deal with various problems before they can confront their child's diagnosis. They often feel uncomfortable with the child or develop feelings of inferiority resulting from the child's problematic behavior or their deficiency of child-rearing information. Parents become confused in caring for the child, accompanied by stigma and conflict within the family¹⁴⁾.

Having a child with autism is not associated with lower social support for the parents; however, serious disagreements and an altered manner of discussion have been reported to occur within the household¹⁵⁾. Children with ASD cause extra stress on parents and required demanding care. Parents thus feel marginalized and these feelings

contribute to confusion related to the cause of the disorder, diagnosis, and treatment choices¹⁶⁾.

When mothers with at-risk children allowed the service providers into their home, they frequently felt vulnerable and tense. PHNs working with at-risk families needed to identify client fears and perceptions related to home visiting. Continual assessment of the quality of PHNs' relationships with clients has been shown to be important¹⁷⁾. The PHNs in this study also strived “to establish interpersonal relationships with the family and to create a foundation to offer support for rearing children with ASD in spite of an aloof or unconcerned attitude of parents”.

Discouraging negative parental feelings

An additional characteristic, “discourage negative parental feelings about developmental disabilities of children with ASD,” was a nursing action to help parents overcome negative feelings about childcare institutions and service providers.

For example, when parents could not accept the diagnosis of developmental disability, they were not able to utilize support services. In Case 3, the parents suspected the child could not enter the general school because information about the child was disclosed by other childcare providers.

As the child grew and developed, the number of interactions with multidisciplinary professional childcare providers increases. Other professionals were also involved during the diagnosis of developmental disabilities and through milestones such as entering kindergarten and school. Thus, PHNs recognized that different issues emerged as the child grew and developed. The PHNs tried to minimize complications for the families by anticipating needs and providing the parents with proactive support.

The stresses and challenges of rearing a child with ASD were associated with time of diagnosis and the necessity of constantly being involved in decision-making about the child's education and therapy. In addition, the number of contacts with multidisciplinary professionals increases and purchasing and using therapeutic or technological support was ongoing¹⁾. Over a period of a decade, the parents' reliance on service providers and

other family members would decline as the parents learned to cope¹⁸⁾.

Parents' concerns about health facilities and/or related support services were examined; parents' responses included concerns about a lack of access to help/support, benefits in school, and support from the community. Respondents perceived that they were sometimes (or often) disrespected by staff across a range of service sectors. They perceived that some professionals did not acknowledge their skills in managing their child's behavior¹⁹⁾. Parents of children with ASD were frustrated that there were very few documented optimal treatment strategies for ASD²⁰⁾.

It seemed that the relationships between service providers and parents were fragile. The PHNs in this study were also inclined "to discourage parents about holding negative feelings about the childcare institutions and service providers, because negativity was a predictor for complications of problems for the children." In addition, PHNs represented the feelings of parents in the care conference, and thus parents had less anxiety about rearing children with ASD and gave their consent for offers of service from the PHNs and other childcare providers.

Identifying children with ASD

An additional characteristic was "to identify children with ASD and their parents whenever the opportunity arose". PHNs identified early signs of deviations in neurodevelopment for the early detection of developmental disability. For example, PHNs wondered whether the parents were exposed to internal stressors resulting from the child's difficult behavior and whether the parents wanted to or would rear their children under difficult conditions. They encouraged appropriate roles for parents and identified some issues for parents about developmental disabilities of children. PHNs appreciated parental efforts and feelings related to the developmental disabilities of children. They encouraged parents of children with ASD to maintain parenting and predicted complications of the problems they would encounter as the children were growing up. The PHNs considered the life history of parents and

were aware of their weak points in establishing interpersonal relationships.

The work of uncovering health needs and promoting clients' awareness of health needs were key principles of home health visiting practice. For a health need or problem to be sought out and identified, the health visitor should conceptualize what is likely to be observed²¹⁾. Home visiting was considered a promising strategy for addressing the multiple needs of at-risk families. The PHNs addressed a wide range of client problems during home visits using a variety of nursing interventions²²⁾. The PHNs paid attention to the patients' concerns in relation to their health predicaments and the meaning of the health experience unfolds. The PHNs were fully available to patients and related to them with open attentiveness as they engaged in dialogue about any patient's concern related to health circumstances. This necessitated a role that allowed PHNs to meet patients where they were in terms of understanding their health predicaments, engaging in dialogue with them until a new meaning unfolded, and patients found a more useful way of living life²³⁾.

The PHNs in this study seemed to make the most of their nursing abilities and skills. Important additional characteristics identified in this study were validated and shared among PHNs for qualified nursing care.

Recommendation for Future Research

In Japan, the majority of children undergo routine health examinations and consultations. PHNs aim to support children with suspected developmental disabilities and their parents so that early intervention can be initiated. Cooperation with multidisciplinary professional childcare providers within the established system is necessary.

The method of this study was selected as the most appropriate to describe general practices and competencies of PHNs. The PHNs' intentions and actions were critically reviewed and relevant data were extracted to examine the characteristics of home health nursing using focused data analysis.

Further research should be conducted to clarify the characteristics of home health nursing that are appropriate to provide better support for children with suspected developmental disabilities and their parents.

Acknowledgments

The author would like to acknowledge the PHNs for participating in this study and the others who were involved in the work with the PHNs.

Disclosure

Some of the data from this paper were previously presented at the 2nd Asia-Pacific Conference on Health Promotion and Education in Taiwan (May 2012) .

References

- 1) Tamura S. : Nursing for Children with Disability. In Miyazaki, et al.: (2nd) , The Newest Community Health Nursing Particular 1. Japanese Nursing Association publishing company, pp74-85, 2010.
- 2) Byrd E.M. : A Concept Analysis of Home Visiting. Public Health Nursing, 12 (2) ;83-89, 1995.
- 3) Tamura S. : Characteristics of Home Health Nursing by Public Health Nurses Aimed "Reflection of Health Policies and Services". The Japanese Journal for Public Health Nurse,60(10);994-999, 2004.
- 4) Zerwekh J.V. : A Qualitative Description of the Competencies of Expert Public Health Nurse. Dissertation Abstracts International 51 (06) ;2824B, (University Microfilms International Dissertation Services No.9029247),1990.
- 5) Tamura S. : Home Health Nursing. In Miyazaki et al. (2nd), The Newest Community Health Nursing General. Japan: Japanese Nursing Association publishing company, pp208-248, 2010.
- 6) Tamura S. : The Characteristic of Nursing Care in Home Health Nursing Manifested to Illuminate Nurse's Intentions. Journal of Chiba Academy of Nursing Science, 8(1);61-66, 2002.
- 7) Tamura S. : The Characteristics of Home Nursing Getting Nurses' Priorities Right. Journal of Japan Academy of Home Care, 9 (2);68-75, 2005.
- 8) Tamura S. : The Characteristic of Nursing Care in Home Health Nursing Centered Client-Nurse Interaction. Journal of the Japan Society of Nursing, 15(2);78-87, 2006.
- 9) Tamura S. : The Characteristics of Home Health Nursing Provided Congruent Care with the Family/Neighborhood Living at Home Manifested to Illuminate Nurses' Intentions and Actions. Japanese Association for Research in Family Nursing, 15(1);30-40, 2009.
- 10) Baker B.L., McIntyre L.L., Blacher J., et al.: Pre-school children with and without developmental delay: behavior problems and parenting stress over time. Journal of Intellectual Disability Research, 47 (6) ;217-230, 2005.
- 11) Dabrowska A., Pisula E. : Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of per-school children with autism and Down syndrome. Journal of Intellectual Disability Research, 54(3);266-280, 2010.
- 12) Schieve L.A., Blumberg S.J., Rice C. , et al.: The relationship between autism and parenting stress. Pediatrics, 119;5114-5121, 2007.
- 13) Hassall R., Rose J., McDonald J. : Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. Journal of Intellectual Disability Research,49(6);405-418, 2005.
- 14) Wakimizu R., Fujioka H., Yoneyama A. : Empowerment process for families rearing children with developmental disorders in Japan. Nursing & Health Sciences, 12;322-328, 2010.
- 15) Montes G., Halterman J.S. : Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. Pediatrics, 119;1040-1045, 2007.
- 16) Peters K., Jackson D. : Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Advanced Nursing, 65(1);62-71, 2008.
- 17) Jack S.M. : A Theory of maternal engagement

- with public health nurses and family visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2) ;182-190, 2003.
- 18) Gray D.E. : Coping over time: the parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12);970-976, 2006.
- 19) Keatinge D.R., Sweeney M.T., Vimpani G., et al.: Identifying service needs of children with disruptive behavior problems using a Nominal Group Technique. *Nursing and Health Sciences*, 2;179-189, 2000.
- 20) Cowen P.S., Reed D.A. : Effects of respite care for children with developmental disabilities: Evaluation of an intervention for at risk families. *Public Health Nursing*, 19 (4) ;272-283, 2002.
- 21) Chalmers K.I. : Searching for health needs: the work of health visiting. *Journal of Advanced Nursing*, 18;900-911, 1993.
- 22) McNaughton D.B. : Nurse Home Visits to Maternal-Child Clients: A Review of Intervention Research. *Public Health Nursing*, 21 (3);207-219, 2004.
- 23) Jonsdottir H. : The relational core of nursing practice as partnership. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (3);241-250, 2004.

研究報告

中山間地域における発達障害児とその養育者に対する 家庭訪問援助の特徴

田村須賀子

キーワード：中山間地域における家庭訪問援助, 保健師, 保健師の意図,
保健師の行為, 広汎性発達障害児

要旨

【目的】中山間地域の保健師の意図と行為を調べ、乳幼児健康診査等で発達障害を危惧した児と育児者に対する、家庭訪問を中心とした療育支援の特徴を明確にする。

【方法】保健師4名による3事例の療育支援における、保健師の意図と行為を聞き取り記述した。記述内容は、情報提供保健師の合意が得られるまで修正と確認を繰り返した。データ収集は対象の尊厳と守秘に配慮し、所属機関の倫理審査委員会の承認（臨認22-7）の後実施した。

【結果】保健師の意図173件、行為858件を記述し、療育支援に向けて分析の視点により13の特徴を取り出した。信頼関係を形成するなど基本的な特徴に加え、1) 対象との人間関係を修復する、2) 関係機関・職種に対する否定的な感情に配慮する、3) 発達障害児のニーズを捉える、を特異的な特徴として確認した。

【考察】中山間地域では、療育施設も専門職も限られる。保健師が行う家庭訪問援助は、適切な療育関係機関・職種につなぎ支援し、児と育児者のニーズに見合った効果的な支援を提供するものであると考えられた。

研究報告

過疎地域における精神障がい者の地域生活支援の現状と課題

Current Status and Issues with Community Support System for People with Mental illness

谷本千恵*, 石井了恵**, 坂上章***, 角田雅彦**

Chie TANIMOTO, Ryouei ISHII, Akira SAKAGAMI, Masahiko TSUNODA

キーワード：精神障がい者，社会的入院，退院促進，過疎地域，地域生活

要旨

過疎地域における精神障がい者の地域生活支援の現状と課題を明らかにすることを目的に石川県内の二次医療圏・市町ごとの精神医療福祉サービスの供給状況の分析ならびに過疎化が進む能登北部医療圏の精神障がい者に対してサービス利用状況とニーズ等に関する調査を行った。精神医療福祉サービスの供給状況は、都市部である石川中央医療圏と過疎地域である能登北部医療圏において格差が顕著であった。今回、対象者のほとんどが福祉サービスを利用しておらず、半数弱の人が健康面や生活面での困りごとを抱えており、相談窓口や仲間づくりの場・日中の居場所、交通手段の整備・充実等を希望していた。今後はサービスに関する情報提供や相談支援体制の充実が望まれる。また当事者のニーズが障害福祉計画に反映されるよう行政に働きかけていくとともに、民間の精神科病院にも働きかけるなどして県内の精神医療福祉サービスの地域格差を是正していく必要がある。

I. はじめに

わが国の精神保健医療福祉は入院医療中心から地域生活中心への転換が進められているが、依然として長期入院の問題は解消されておらず、今後も地域を拠点とする共生社会の実現に向けて地域生活支援体制を加速すべきであるとしている¹⁾。

一方、精神保健医療福祉サービスについては、都道府県によって地域間格差があることが指摘されている。例えば、人口あたりの精神障害者保健福祉手帳の交付数ならびに精神障害者通院公費負担の承認数は最も多い県と少ない県では約3倍の差がある²⁾。また人口あたりの精神科病院数は最大で4倍以上の都道府県差がある³⁾。小山⁴⁾は、都道府県の精神保健の水準を示す22の指標を用いて都道府県別の類型化を試み、「入院医療主体傾向」「少子高齢化傾向」「福祉サービスの充実度」「社会復帰施設整備度」「地

域精神保健事業の活性度」「外来医療の受診状況」の因子から都道府県を8つに分類している。

しかし、同じ都道府県内であっても地域により状況が異なる。地域生活支援を考える際、対象者の生活圏において利用可能なサービスがどのくらいあるのかが重要であるが、都道府県内の地域ごとの保健医療福祉サービスの整備状況に関する先行研究は少ない。

渡辺ら⁵⁾は、福岡県内の13の二次医療圏ごとに精神障がい者の通院および入院の状況を整理した結果、人口規模の小さい二次医療圏は住所地以外の医療圏を受診する傾向が見られ、二次医療圏域ごとに医療施設や社会復帰施設の偏在があり現状の二次医療圏が機能していない可能性を示唆している。矢島ら⁶⁾は、人口過疎地の保健所保健師と管内の市町村保健師5名に面接を行い、過疎地域の課題として、

受付日：2013年10月30日 採択日：2014年3月24日

* 石川県立看護大学 Ishikawa Prefectural Nursing University

** 石川県こころの健康センター Ishikawa Prefectural Mental Health Center

*** 石川県立高松病院 Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital

医療機関が遠く離れており治療中断が起こりやすいこと、サービスや社会資源、専門職の不足などをあげている。社団法人日本精神保健福祉士協会は、精神障がい者の退院促進支援に関して先進的な取り組みを行っている9つの圏域（保健所圏域）の事例分析を行った⁷⁾。先進的な圏域の特徴として社会福祉法人をはじめとする民間資源が豊かに整備されていることをあげる一方で、社会資源がほとんどない山間郡部や過疎地域などについては、今後行政が中心となって退院促進事業を推進していくべき⁷⁾と述べるにとどまっている。

近年各地で高齢化・過疎化が進行し、医療・介護・福祉サービスが減少しており、精神障がい者が退院し住み慣れた地域で暮らすことがますます難しくなることが予想される。しかし、過疎地域における精神障がい者の地域生活支援については先行研究や成功モデルがないのが現状である。

そこで、本研究では過疎地域における精神障がい者の地域生活支援体制の現状と課題を明らかにし、過疎地域における精神障がい者の地域生活支援システムの開発に向けての基礎資料を得ることを目的とする。具体的には、石川県内の精神医療福祉サービス供給状況について二次医療圏と市町村毎に分析するとともに、過疎化が進行する能登北部圏域在住の精神障がい当事者の医療福祉サービス利用の実態とニーズ等の調査を行った。

石川県では精神保健医療福祉サービスの整備は、二次医療圏を単位として進められているので二次医療圏毎のサービス供給状況の実態を明らかにする必要がある。また2002年度より精神障がい者に関わる保健福祉サービスの主体は市町村に移行し、さらに2006年より施行された障害者自立支援法でもサービスの提供主体は市町村となっており市町村ごとのサービスの格差が拡大する危険性もはらんでいる。そこで今回、石川県の市町村ごとのサービス供給状況の実態についても明らかにする。

Ⅱ. 研究方法

1. 用語の定義

二次医療圏：医療法施行規則において「地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを、単位として設定すること」と規定されている。

過疎地域：

1) 過疎地域自立促進特別法において、過疎地域とは、次に掲げる要件に該当する市町村（地方税の収入以外の政令で定める収入の額が政令で定める金額を超える市町村を除く。）の区域をいい、次のいずれかに該当することとされている。ただし、イ、ロまたはハに該当する場合においては、国勢調査の結果による市町村人口に係る平成7年の人口から当該市町村人口に係る昭和45年の人口を控除して得た人口を当該市町村人口に係る同年の人口で除して得た数値が0.1未満であること。

イ 国勢調査の結果による市町村人口に係る昭和35年の人口から当該市町村人口に係る平成7年の人口を控除して得た人口を当該市町村人口に係る昭和35年の人口で除して得た数値（以下「35年間人口減少率」という。）が0.3以上であること。

ロ 35年間人口減少率が0.25以上であって、国勢調査の結果による市町村人口に係る平成7年の人口のうち65歳以上の人口を当該市町村人口に係る同年の人口で除して得た数値が0.24以上であること。

ハ 35年間人口減少率が0.25以上であって、国勢調査の結果による市町村人口に係る平成7年の人口のうち15歳以上30歳未満の人口を当該市町村人口に係る同年の人口で除して得た数値が0.15以下であること。

ニ 国勢調査の結果による市町村人口に係る昭和45年の人口から当該市町村人口に係る平成7年の人口を控除して得た人口を当該市町村人口に係る昭和45年の人口で除して得た数値が0.19以上であること。

2) 高橋ら⁸⁾は全国に348ある二次医療圏を大都市部、地方都市部、過疎地域という3つの地域特性によるグループに区分し、過疎地域を（i）人口30万人未満かつ（ii）人口密度が200人/km²未満という条件を満たす二次医療圏であると定義している。

2. 石川県内の精神医療・福祉サービスの事業所数とサービス内容の分析

1) 精神科医療施設数

精神科病院・診療所、総合病院の精神科外来の数については、「社会資源情報（2012年5月、石川県こころの健康センター作成）」より把握した。

2) 障害者自立支援法にもとづく精神障害福祉サー

ビス事業所数

独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト（WAM NET）で、石川県における精神障害福祉サービス事業所を検索した。主たる対象者を「精神障がい者」と選択し検索した。精神障がい者のみを対象としているサービス事業所の他、精神障がい者に加え他の障害（身体障害者、知的障害者）を対象とするサービス事業所もヒットしたため、「社会資源情報（2012年5月、石川県こころの健康センター作成）」を参照するとともに、サービス事業所の申請者を確認し、主に精神障がい者を対象とするサービス事業所を把握した。

- 3) 二次医療圏、市町ごとの精神科医療施設数と精神障害福祉サービス事業所数・サービス内容の分析を行った。

3. 過疎地域に在住の精神障がい者の保健医療福祉サービスの利用状況、日常生活の困りごと、ニーズに関する実態調査

1) 対象

能登北部医療圏は、先述の過疎地域自立促進特別法ならびに石川らの二次医療圏の分類⁸⁾において過疎地域に該当する。能登北部医療圏の輪島市A町に在住で、精神科病院あるいは総合病院の精神科外来、診療所に通院中の方（診断名が統合失調症の方）を対象に調査を行った。

- 2) データ収集期間 平成24年11月～3月

3) データ収集方法

能登地域ならびに隣接地域の精神科病院2施設、精神科外来を有する総合病院3施設、精神科診療所2施設の管理者に研究の目的と主旨、研究参加者への倫理的配慮について文書と口頭で説明し研究協力依頼を行った。このうち、精神科病院1施設、総合病院2施設、精神科診療所1施設より研究に協力が得られた。対象者には、外来のスタッフより研究の主旨・目的と倫理的配慮に関して文書と口頭で説明してもらい、研究協力に関して書面で同意を得た。18名より回答が得られ、分析対象とした。

4) 調査内容

①通院の状況（通院手段、通院に要する時間、通院頻度、通院期間）②デイケアならびに福祉サービスの利用状況（利用の有無、利用しているサービス、利用していない場合はその理由、訪問サービスの利用の有無、利用していない場合はその理

由、今後のサービス利用の希望の有無、今後利用したいサービス）③現在の困りごと（有無、内容、相談相手の有無、相談相手、相談相手がいない場合の困った時の対処方法）④より暮らしやすくなるために必要なこと ⑤属性（年齢、性別、発症年齢、初診時年齢、入院期間、同居者・人数、居住環境、定期収入、精神障害者保健福祉手帳の有無、日中の活動場所、現在の体調）

上記のうち、「困りごとの内容」「相談相手がいない場合の困った時の対処方法」「より暮らしやすくなるために必要なこと」は自由回答式質問、それ以外は選択回答式質問である。

4. 倫理的配慮

石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した。また研究協力を依頼した施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

研究参加者に対して、外来スタッフが研究の目的・主旨、倫理的配慮（研究への参加は任意であり不参加により不利益を被らないこと、アンケート調査は途中で中止できること、回答したくない項目は回答しなくても何ら不利益はないこと、プライバシーの保護には十分留意し、データは個人が特定できないよう工夫し、研究以外の目的で使用しないこと、データの管理は研究代表者が責任者となり厳重に管理すること）について文書と口頭で説明し、研究への協力を依頼し、書面で同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 石川県内の二次医療圏・市町ごとの精神医療福祉サービス供給状況

- 1) 二次医療圏・市町ごとの精神科医療施設（精神科病院、総合病院の精神科外来、精神科診療所）の数

図1に石川県の二次医療圏域と市町を示した。石川県内の精神科病院数は21、総合病院の精神科外来は5、精神科診療所は24であった。これらの二次医療圏・市町ごとの数を表1,2に示す。

二次医療圏別では、精神科病院は石川中央に集中しており、能登北部は0となっている。精神科診療所についても石川中央に集中しているが、人口10万人あたりの数は石川中央と能登北部ではあまり差がなかった。一方、面積1000km²あたりで比較すると石川中央は能登北部の7.4倍と大きく差があった。

市町別では精神科病院・診療所ともに金沢市に

集中している（表2）。精神科病院，診療所，総合病院の精神科外来のいずれもない市町は，川北町，能美市，津幡町，宝達志水町，中能登町である。

2) 二次医療圏・市町ごとの精神障害福祉サービス事業所数とサービス内容

主に精神障がい者を対象とする福祉サービス事業所数は93で，そのうち訪問サービス（計画相談支援，地域移行支援，地域定着支援）は12，日中活動の場（自立訓練，就労移行支援，就労継続支援（A型・B型））は22，住まいの場（共同生活介護，共同生活援助）は59であった。これ

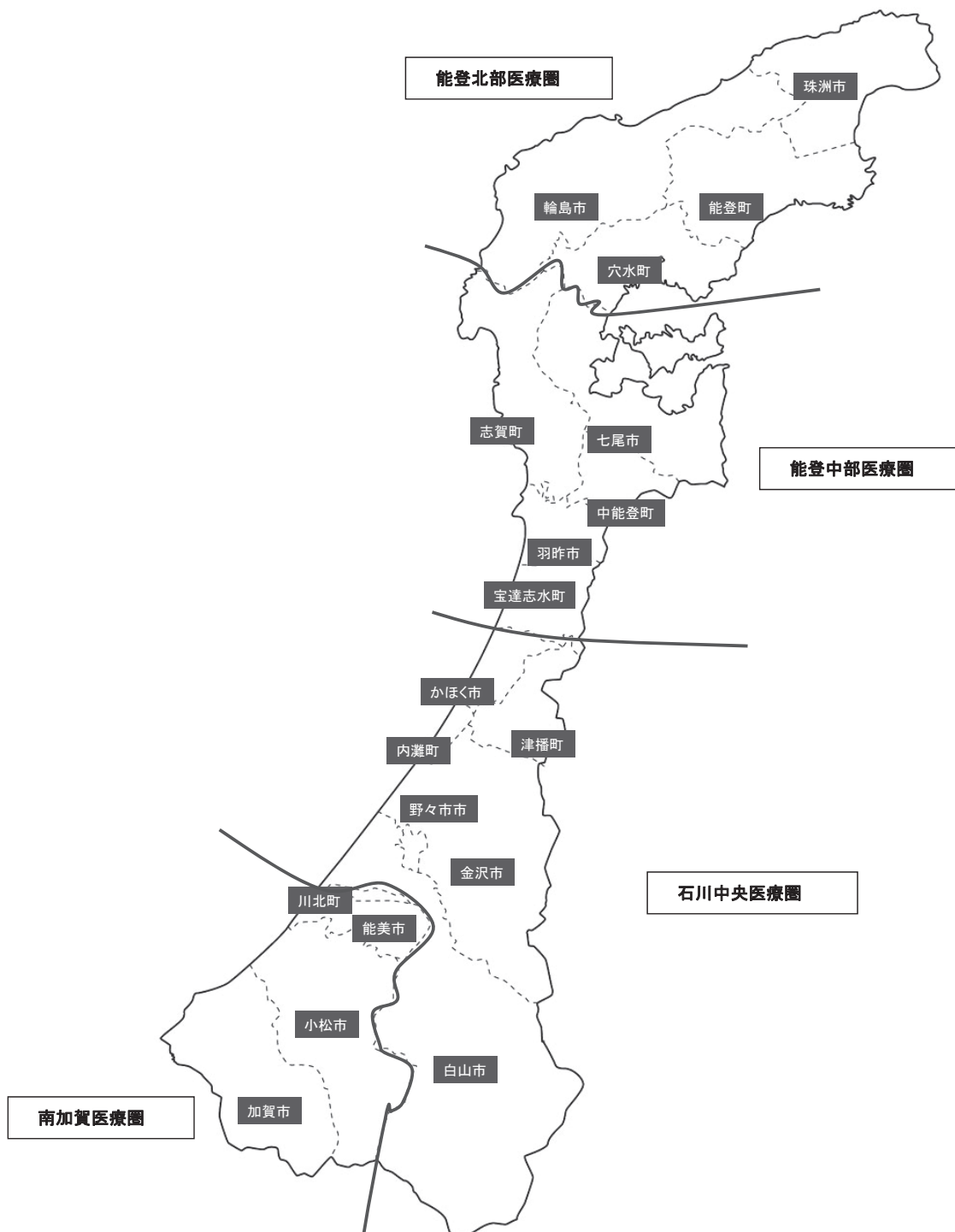


図1 石川県の二次医療圏域と市町

表1 石川県の二次医療圏ごとの精神科医療施設数

	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部
面積	775.74	1432.08	847.58	1130.19
人口 km ²	233,983	724,412	134,078	73,842
人口密度	301.62	819.8	158.19	65.34
障害者手帳交付数	870	3439	642	281
精神科病院 (人口10万人対) (1000km ² 対)	5 (2.1) (6.4)	14 (1.9) (9.8)	2 (1.5) (2.4)	0 (0.0) (0.0)
総合病院外来 (人口10万人対) (1000km ² 対)	0 (0.0) (0.0)	1 (0.1) (0.7)	1 (0.7) (1.2)	3 (4.1) (2.7)
診療所 (人口10万人対) (1000km ² 対)	2 (0.9) (2.6)	19 (2.6) (13.3)	1 (0.8) (1.2)	2 (2.8) (1.8)
福祉サービス (人口10万人対) (1000km ² 対)	23 (9.8) (29.6)	51 (7.0) (35.6)	14 (10.6) (16.5)	5 (7.0) (4.4)

人口、人口密度(1km²あたり):平成23年10月現在

面積:南加賀保健福祉センター事業報告書、石川中央保健福祉センター事業報告書、能登中部保健福祉センター事業報告書、能登北部保健福祉センター事業報告書(平成23年度)より

障害者手帳交付数:石川県こころの健康センター所報(平成23年度)より

表2 石川県の二次医療圏・市町ごとの精神科医療施設数

二次医療圏名	市町名	精神科病院	総合病院外来	診療所
南加賀	小松市	3	0	1
	加賀市	2	0	1
	能美市	0	0	0
	川北町	0	0	0
	小計	5	0	2
石川中央	金沢市	10	1	18
	白山市	1	0	0
	かほく市	1	0	0
	野々市市	1	0	1
	津幡町	0	0	0
	内灘町	1	0	0
	小計	14	1	19
能登中部	七尾市	2	0	0
	羽咋市	0	0	1
	志賀町	0	1	0
	宝達志水町	0	0	0
	中能登町	0	0	0
	小計	2	1	1
能登北部	輪島市	0	1	1
	珠洲市	0	1	0
	穴水町	0	0	1
	能登町	0	1	0
	小計	0	3	2
	合計	21	5	24

らの二次医療圏・市町ごとの数を表3に示す。

二次医療圏では石川中央が一番多く、市町では金沢市に集中している。人口10万人あたりでは、南加賀9.8、石川中央7.0、能登中部10.6、能登北部7.0となっており石川中央と能登北部では同じ

値となるが、面積1000km²あたりで比較すると石川中央は能登北部の8.1倍である(表1)。

サービス事業所がない市町は川北町、内灘町、志賀町、宝達志水町、中能登町、能登町である。

表3 石川県の二次医療圏・市町ごとの精神障害福祉サービス事業所数とサービス内容

二次医療圏名	市町名	福祉サービス	訪問サービス	日中活動の場	住まいの場
南加賀	小松市	16	3	4	9
	加賀市	6	0	1	5
	能美市	1	0	1	0
	川北町	0	0	0	0
	小計	23	3	6	14
石川中央	金沢市	41	4	9	28
	白山市	2	1	1	0
	かほく市	4	1	1	2
	野々市市	3	1	0	2
	津幡町	1	0	1	0
	内灘町	0	0	0	0
	小計	51	7	12	28
能登中部	七尾市	13	1	1	11
	羽咋市	1	0	1	0
	志賀町	0	0	0	0
	宝達志水町	0	0	0	0
	中能登町	0	0	0	0
	小計	14	1	2	11
能登北部	輪島市	1	0	1	0
	珠洲市	1	0	1	0
	穴水町	3	1	0	2
	能登町	0	0	0	0
	小計	5	1	2	2
	合計	93	12	22	59

2. 能登北部医療圏に在住の精神障がい者の医療福祉サービスの利用状況ならにニーズの実態

1) 対象者の基本的属性 (表4)

以下は、属性に関する質問にすべて無回答だった1名を除いた17名の概要である。性別は、男性5名、女性12名で、平均年齢は54.6 ± 4.0歳 (41～71歳)で、発症年齢は、平均30.9 ± 9.5歳 (18～60歳)、精神科初診年齢は平均30.4 ± 9.5歳 (11～60歳)であった。同居者は親が一番多く、居住形態ならびに日中の活動場所はほとんどが自宅であった。定期収入は障害年金(2級)が最も多かった。精神障害者保健福祉手帳を持っている人は半数弱で、手帳を持っていない人に理由を尋ねたところ、「必要なし」や「写真を撮りにいけない」との回答があった。現在の体調については、「非常に良い」「あまり良くない」「悪い」が各1名ずつで、それ以外の人は「まあまあ」か「良い」との回答であった。

2) 精神科医療施設への入院ならびに通院の状況 (表5)

精神科入院歴については、入院歴がない人が4名、ある人は13名、無回答1名で過去の入院期間の合計は1年未満が1番多かった。外来通院期間は20年以上が5名、15年以上10年未満が1名、10年以上15年未満が5名で10年以上が過半数を占めた。通院方法はほとんどが自家用車で、家族

表4 対象者の基本的属性

項 目		人数	n=18 %
性別	男	5	27.8
	女	12	66.7
	無回答	1	5.6
年齢	54.6 ± 4.0歳 (41-71歳)		無回答1名
発症年齢	30.9 ± 9.5歳 (18-60歳)		無回答1名
精神科初診年齢	30.4 ± 9.5歳 (11-60歳)		無回答1名
同居者 (複数回答)	親	10	47.6
	きょうだい	4	19.0
	配偶者	4	19.0
	子ども	0	0.0
	祖父母	0	0.0
	親戚	0	0.0
	1人暮らし	2	9.5
	無回答	1	4.8
居住形態	自宅	16	88.9
	公営住宅	1	5.6
	借家・賃貸アパート	0	0.0
	グループホーム	0	0.0
	ケアホーム	0	0.0
	無回答	1	5.6
日中の活動場所 (複数回答)	自宅	15	78.9
	職場	2	10.5
	デイケア	0	0.0
	その他	1	5.3
	無回答	1	5.3
定期収入	障害年金(1級)	1	5.6
	障害年金(2級)	10	55.6
	障害年金(級数は無回答)	3	16.7
	家族からの援助	2	11.1
	生活保護	1	5.6
	給与	0	0.0
	工賃	0	0.0
	収入なし	0	0.0
	無回答	1	5.6
精神障害者保健福祉手帳	あり	8	44.4
	なし	9	50.0
	無回答	1	5.6
現在の体調	非常に良い	1	5.6
	良い	6	33.3
	まあまあ	8	44.4
	あまり良くない	1	5.6
	悪い	1	5.6
	無回答	1	5.6

表5 医療の状況

		n=18	
項 目		人数	%
精神科入院期間	入院したことはない	4	22.2
	1年未満	7	38.9
	1～3年未満	3	16.7
	3～5年未満	0	0.0
	5～10年未満	2	11.1
	10～15年未満	1	5.6
	無回答	1	5.6
外来通院期間	1年未満	0	0.0
	1年～2年未満	0	0.0
	2年～3年未満	2	11.1
	3年～5年未満	1	5.6
	5年～10年未満	4	22.2
	10年～15年未満	5	27.8
	15年～20年未満	1	5.6
	20年以上	5	27.8
通院方法	自家用車(自分の運転)	6	33.3
	自家用車(家族の運転)	6	33.3
	バス	2	11.1
	タクシー	2	11.1
	徒歩	1	5.6
	電車	0	0.0
	その他(往診)	1	5.6
通院時間	30分未満	8	44.4
	30分以上1時間未満	7	38.9
	1時間以上2時間未満	2	11.1
	2時間	1	5.6
通院頻度	週に1回	1	5.6
	2週間に1回	2	11.1
	3週間に1回	0	0.0
	月に1回	15	83.3

が運転する場合と本人が運転する場合が半々だった。通院に要する時間は平均29.8分(5分～2時間)で、30分未満と30分以上1時間未満が半々だったが、1時間以上2時間未満の人が2名、2時間以上の人も1名いた。通院頻度は月に1回が一番多かった。

3) 精神科デイケアならびに精神障害福祉サービスの利用状況

精神科デイケアならびに障害者自立支援法にもとづく精神障害福祉サービス(生活訓練、就労継続支援／就労移行支援(作業所)、共同生活援助、ホームヘルプサービス、短期入所(ショートステイ)、地域活動支援センター)の利用については、全員が利用していなかった。利用していない理由については、「必要と考えていない」と「どのようなサービスがあるのかわからない(情報が無い)」が多く、その他に「通所手段がない」「経済的負担が心配」の回答もあった(表6)。

4) 訪問サービス利用状況

訪問サービス(ホームヘルプサービスを除く)の利用については、2名のみ利用していた。訪問サービスを利用していない理由については、「必要と考えていない」が最も多く、その他に「訪問サービスについて知らなかった(情報が無い)」「家に来てほしくない」「家族や同居人が反対している」の回答があった(表7)。

表6 精神科デイケア・福祉サービスを利用していない理由(複数回答)

		n=18
	件数	
経済的負担が心配	1	
通所手段がない	2	
どのようなサービスがあるのかわからない(情報が無い)	7	
必要と考えていない	10	
その他	1	
	21	

表7 訪問サービスを利用していない理由(複数回答)

		n=16
	件数	
経済的な負担が心配	0	
家に来てほしくない	2	
家族や同居人が反対している	1	
訪問サービスについて知らなかった(情報が無い)	2	
必要と考えていない	11	
その他	1	
	17	

表8 今後サービスを利用したいか

		n=18	
	人数	%	
はい	3	16.7	
いいえ	14	77.8	
無回答	1	5.6	

表9 今後利用したいサービス(複数回答)

		n=3
	件数	
就労に向けての訓練の場	0	
日中の居場所	2	
仲間づくりの場	2	
困ったときにいつでも相談できる窓口	2	
病院や施設への送迎	1	
その他(なし)	1	
	8	

表10 現在困っていることはあるか

		n=18	
	人数	%	
はい	8	44.4	
いいえ	10	55.6	

5) 今後のサービス利用について

今後、サービスを利用したいかとの問いに対して「はい」との回答は3名のみであった(表8)。利用したいサービスについては「日中の居場所」「仲間づくりの場」「困ったときに相談できる窓口」が各2件、「病院や施設への送迎」が1件であった(表9)。

6) 現在困っていること

現在困っていることがあると答えた人は8名であった(表10)。困っていることの内容を自由記載で尋ねたところ、7名から回答が得られ、病気や治療についての不安(薬だけもらっていても治っているのかわからない、投薬期間が長い、手指振戦)、身体面(肥満)、通院のこと(遠距離、働いていて休みがとれない)、話し相手がいなくて寂しさ、経済的なこと(年金の額が少ない)などがあげられた(表11)。

表11 どのようなことで困っているか（自由回答）

	n=7 件数
手のふるえ	1
体重がふつうの人よりありすぎる	1
遠距離、投薬期間が長い	1
働いているので通院のため休みがとれない	1
仕事上、通院しても先生が来られる目に行けない。薬だけでもらっていても治っているのかわからないのが不安	1
年金がもう少し上がればよい	1
話し相手が欲しいが自分で車を運転できない。一人でいるので淋しい。家族はいるが病気の理解がないから話にならない	1
	7

表12 困りごとを相談する人はいるか

	人数	n=18 %
はい	7	38.9
いいえ	2	11.1
無回答	9	50.0

表13 困った時に相談する人

	人数	n=7 %
主治医	2	28.6
保健師	0	0.0
ケースワーカー	0	0.0
訪問看護師	0	0.0
ボランティア	0	0.0
民生委員	0	0.0
家族	5	71.4
その他	0	0.0

表14 あなたがより暮らしやすくなるために何が必要か(自由回答)

	n=12 件数
お金・収入	3
仲間と交流できる場、人々との交流	3
交通手段の整備・充実（バスの便が悪い）	2
病院や施設への送迎	1
運動を指導して一緒にやってくれる人	1
ホームヘルプサービス	1
困ったときの相談窓口	1
町にちゃんとしたクリニックがほしい	1
声が聞こえなくなる方がよい	1
親の理解	1
自転車がほしい	1

困りごとを相談する相手がいると答えた人は7名で（表12）、相談相手は家族が5名、主治医が2名だった（表13）。相談相手がいないと答えた人は2名で、無回答が9名だった（表12）。相談相手がいない人の対処法としては、「家族に相談する」が多く、その他に「寝る」「ノートに愚痴を書く」「家族に相談してもまたかと言われるので自分で抱え込むしかない。音楽で気を紛らわすしかない」との回答があった。

7) 今後のよりよい暮らしのために必要なこと

「あなたがもっと暮らしやすくなるために何が必要ですか」の問いに対して、自由記載で回答を求めたところ12名から回答が得られ、「お金・収入」「仲間や近所の人々との交流」「交通手段の整備・充実（バスの便が悪い）」「運動を指導してくれる

人」「ホームヘルパー」「困ったときの相談窓口」「町のクリニック」「症状（幻聴）がなくなること」「親の理解」などがあげられた（表14）。

IV. 考察

1. 石川県内の精神・医療福祉サービスの供給状況の二次医療圏・市町村ごとの分析

精神医療・福祉サービスの地域格差の問題は以前より指摘されているがデータは少なく、それらは都道府県単位での比較である^{2-4), 9) 10)}。同じ都道府県内であっても都市部と過疎地域では状況が異なるため、住民の受療行動の実態をより反映している二次医療圏単位での分析が必要である⁸⁾。

精神障がい者の地域支援を行う時、精神科医療施設と精神障がい者福祉サービス事業所が重要な役割を果たすものとする。これらは金沢市を中心とした石川中央にサービスが集中していた。

一方、能登北部では入院機能を備えた精神科病院はなく、公立総合病院4施設のうち、3施設に精神科外来はあるものの診療は週に1から2日と限られており、医療の介入が頻回に必要なケースに十分対応できているとはいいがたい。佐藤¹¹⁾は、二次医療圏における精神医療機関の配置を考える場合、民間に多くを依存している単科精神病院を二次医療圏ごとに再配置することは現実的ではないため、二次医療圏毎に存在する総合病院に有床の精神科を併設すべきであると述べている。今後は、能登北部の総合病院精神科外来の診療日数の増加や入院機能の整備が望まれる。

また、精神科診療所と福祉サービスについては、人口10万人あたりの数を比較した場合、石川中央と能登北部では一見差がないように見えるが、1000km²あたりの数では石川中央が能登北部の7から8倍多かった。同様に石川中央と能登北部に隣接する能登中部を比較すると、精神科診療所は11倍、福祉サービスは2倍の差がある。このことから能登在住者は、精神科診療所や福祉サービスへのアクセスが劣悪な状況であることがわかった。実際、能登北部・中部の両医療圏では他医療圏（石川中央）への患者の流出が多いことが報告されている¹²⁾。今後は、訪問診療や訪問看護、ヘルパーの派遣、日中活動の場への送迎などアウトリーチ系のサービスの充実が課題であるとする。能登地域では、今後、高齢化・人口減少・過疎化が急速に進むことが予想され、精神に限らず保健医療福祉サービス供給計画全体を見直す必要があるだろう。

平成25年度石川県医療計画において「精神疾患患者が住みなれた地域でできるだけ長く生活できるように早期退院に向けた支援と在宅生活の支援、再発防止のための医療提供体制の構築」ならびに「医療体制が不十分な能登地区や山間部において地域の特性に配慮した医療供給体制の構築」が必要¹³⁾としている。今後はより具体的な方策の検討が求められる。圏域を越えた広域な連携体制を構築していくのか、アクセスを考慮して人的・物的資源・機能を集約化していくのか¹⁴⁾、他県の状況、特に成功事例の収集を行い、本県で活用可能な事例の分析を行っていく必要がある。

2. 能登北部医療圏在住の精神障がい者の医療・福祉サービスの利用状況ならびにニーズ

今回、能登北部の輪島市A町在住の精神障がい者を対象に医療・福祉サービスの利用状況ならびにニーズに関する調査を行った。A町は輪島市の中でも交通の便の悪い地域であり、圏域内の総合病院精神科外来や隣接する能登中部の精神科病院への通院が困難であることが予想された。しかし、今回の調査では、通院に伴う困難はあまり聞かれなかった。これに関しては、今回、能登地域の総合病院精神科外来や精神科病院から調査協力が得られず、対象の大部分がA町内の精神科診療所に通院中の方であったためではないかと考えられる。

精神科デイケアならびに福祉サービスについては、対象者のほとんどが利用していなかった。これについては、サービスが近くにないためではないかと考えられる。また利用していない理由として「必要と考えていない」と「サービスについて知らない」との回答が多かったことから、サービスについて知らないため必要性がないと考えている可能性もある。また対象者は、入院歴がない人や入院歴があっても1年未満の人が多く、ほとんどの人が現在の体調も「まあまあ」または「良い」と答えており、比較的軽症で症状もコントロールされておりセルフケアもある程度自立していると考えられる。またほとんどの人が家族（主に親）と同居しており、家族のサポートもあるため、現在サービスの必要性を感じていないのではないと思われる。しかし、今後親が高齢となり親からサポートが受けられなくなった場合、サービスの必要性が高まると考えられる。今後はサービスに関する情報提供を十分に行っていく必要がある。

一方、半数弱の人が現在困っていることがあると回答しており、困りごとの内容は健康面（精神症状・

服薬・薬の副作用、肥満など）や生活上の困りごと（孤独感、通院、年金など）など多岐にわたっていた。相談相手がいる人と答えた人の相談相手は主に家族であり、相談相手がいない人と無回答の人を合わせると6割にのぼった。対象者全員が医療機関に通院しているにも関わらず相談相手が主治医と答えた人は2名しかおらず「今後利用したいサービス」や「今後より暮らしやすくなるために必要なこと」として「困った時に相談できる窓口」があがっていたことから、医療機関において相談支援が十分行われていない可能性がある。また市や町が身近な相談窓口として対象者に認識されていないか、あるいは相談窓口として機能していない可能性がある。今後は当事者に対する相談支援体制の充実が望まれる。

また困りごととして「話し相手がない孤独感」があげられ、「今後利用したいサービス」や「今後より暮らしやすくなるために必要なこと」として「仲間や人との交流の場」や「日中の居場所」の希望があった。対象者の多くは家族（主に親）と同居しており日中の居場所はほとんどが自宅であることから、閉じこもりがちな生活であることがうかがわれる。精神障がい者の地域生活において仲間同士のサポート（ピアサポート）の有効性が報告されている¹⁵⁾が、輪島市にはデイケアはなく、輪島市街地に精神障がい者福祉サービス（就労継続支援B型施設）が1ヶ所、隣接する穴水町に地域活動支援センターが1ヶ所あるが、いずれも輪島市A町からは交通の便が悪い。「今後より暮らしやすくなるために必要なこと」として「交通手段の整備・充実」や「病院や施設への送迎」があがっており、点在する精神医療福祉サービスへのアクセス確保が必要である。

今後は輪島市の障害福祉担当者に今回の研究結果を報告し、市の障害者福祉計画に当事者のニーズが反映されるよう働きかけていくとともに当事者や家族がもっと意見やニーズを表明できる機会を増やしていくことも必要であろう。県内において精神障がい者福祉サービス事業所は民間の精神科病院が運営するものが大多数を占めていることから、日本精神科病院協会（日精協）にも働きかけ、金沢市を中心とする石川中央圏域と能登北部圏域の市町との間の精神医療福祉サービスの格差を是正していく必要があると考える。

V. おわりに

過疎地域における精神障がい者の地域生活支援システムの開発に向けて基礎資料を得ることを目的に、石川県内の精神医療福祉サービスの供給状況の分析なら

びに過疎化が進む能登北部医療圏に在住の精神障がい者を対象にサービスの利用状況やニーズ等に関する調査を行った。その結果、過疎地域における精神障がい者の地域生活支援体制の現状と課題が明らかになった。

1. 石川県内の精神医療福祉サービスは金沢市を中心とする石川中央医療圏に集中していた。精神科診療所と福祉サービスについては、石川中央医療圏と能登北部医療圏では人口当たりの数は差がないが面積あたりの数は7から8倍の差があった。能登北部医療圏には精神科の病床を有する病院がなく、同じ県内でも都市部と過疎地域の精神医療福祉サービスの格差が顕著であった。
2. 対象のほとんどが福祉サービスを利用していなかった。近くに利用可能なサービスがないことやサービスについて知らないこと、また現在病状が安定しており親の支援もあるため必要性を感じていない可能性が推察された。将来、親からサポートを受けられなくなった際にサービスの必要性が高まると思われるので今後はサービスに関する情報提供を行っていく必要がある。
3. 半数弱の人が健康面や生活面での困りごとを抱えており、相談窓口に対するニーズがあったことから今後は当事者に対する相談支援体制の充実が望まれる。その他、仲間づくりの場・日中の居場所、交通手段の整備・充実等のニーズがあった。今後は、当事者のニーズが障害福祉計画に反映されるよう行政に働きかけていく必要がある。
4. 同一県内でも都市部と過疎地域では精神医療福祉サービスの供給状況は大きく異なっており、今後は格差是正のために、行政のみならず民間の精神科病院にも働きかけていくことが重要であると考える。

研究の限界

今回は研究に協力の得られた精神科医療機関が限られたため、対象者数が18名と少なく対象に偏りがあり一般化することはできない。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただいた皆様に深く感謝申し上げます。

なお本研究は平成24年度石川県立看護大学地域ケア総合センター調査研究事業「能登地域の精神障がい者の地域移行・定着支援の現状と課題に関する研究～人口過疎地における精神障がい者の地域生活支援システムの開発に向けての基礎的研究～」の助成を受けている。

文献

- 1) 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて。今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会，2009
- 2) 伊藤弘人，濱野強：福祉サービスの地域差。精神医療，38；34-42，2005
- 3) 小山智典，立森久照，竹島正：精神医療，33；8-16，2005
- 4) 小山秀夫：精神保健医療福祉指標を用いた都道府県の類型化。平成16年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉研究報告書（岩崎榮主任研究者：精神保健福祉サービスの評価とモニタリングに関する研究，2005
- 5) 渡辺ゆかり，藤田利治：二次医療圏との関連からみた福岡県における精神障害者の受療実態。日本公衆衛生雑誌，50(5)；400-413，2003
- 6) 矢島まさえ，小林亜由美，梅林圭子ほか：人口過疎地における精神障害者の社会復帰支援体制の課題。群馬パース学園短期大学紀要，5(2)；3-10，2003
- 7) 社団法人日本精神保健福祉士協会：精神障害者の地域移行支援。2008
- 8) 高橋泰，石川雅俊，柏原純一：連載 二次医療圏をもとに日本の医療体制を考える 第3回地域特性、医療提供レベルにより2次医療圏を区分する。社会保険旬報，2449；18-24，2011
- 9) 岩崎榮：都道府県・指定都市ごとの提示方法の開発。平成16年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉研究報告書（岩崎榮主任研究者：精神保健福祉サービスの評価とモニタリングに関する研究），2005
- 10) 浅井邦彦：精神科医療・福祉における圏域について。精神神経学雑誌，102(2)；168-183，2000
- 11) 佐藤茂樹：精神医療における二次医療圏の創設に関わる総合病院精神科の機能。精神神経学雑誌，102(2)；184-191，2000
- 12) 石川県医療計画。石川県。pp.28，2013
- 13) 前掲書12)pp.87
- 14) 谷本圭志，細井由彦：過疎地域の戦略 新たな地域社会づくりの仕組みと技術。学芸出版社（京都），pp.19-21，2012
- 15) Davidson L, Chinman M, Kloos B, et al. Peer Support Among individuals with severe mental illness :A review on the evidence. Clinical Psychology: Science and Practice,, 6:165-187,1999

研究報告

へき地医療拠点病院と一般病院における教育研修体制のニーズとその障害となっているもの

Difficulties and needs of continuing education in Middle-scale support hospitals for rural medicine and general hospitals.

菊地 陽*, 塚本友栄*, 横山由美*, 永井優子*, 春山早苗*

塚原節子**

Yo Kikuchi, Tomoe Tsukamoto, Yumi Yokoyama, Yuko Nagai, Sanae Haruyama, Setsuko Tsukahara

キーワード：へき地 教育 研修

要旨

本研究は、へき地医療拠点病院と一般病院における院内教育、院外教育の状況、教育・研修体制のニーズとその障害となっているものを明らかにし、教育・研修体制の充実に向けてどのような支援が示唆されるかを検討することを目的に、看護師長をはじめとする3名の看護師に自記式質問紙調査を行った。調査内容は、院内の教育状況、院外研修の状況、教育・研修体制のニーズ及び障害等である。本結果より、へき地医療拠点病院及び一般病院に勤務する看護職はともに《自己を高める働き》、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》の必要性を感じており、その障害となるものとして【不十分な労働環境】と【現場の状況に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】が存在していることが明らかになった。教育研修体制を充実させるために示唆された支援は、現場の課題と研修内容が直結し、得た技術を継続できるシステムの構築、看護職員の負担が最小限で済む支援、潜在看護職員と地域卒学生の確保であった。

1. はじめに

第9次へき地保健医療計画において、それまでに二次医療圏内単位で実施されてきたへき地診療所への支援の限界を補填するために、へき地中核病院とへき地医療支援病院を再編成し、へき地医療拠点病院群を構築、へき地医療支援機構を創設して、都道府県単位の広域的なへき地医療支援対策が組織的に可能となるような体制へと移行した。第11次へき地保健医療対策検討会はこのへき地医療支援機構に対して、医師だけでなく看護師等医療従事者に対しても支援を拡大していく必要があると指摘した¹⁾。

へき地医療拠点病院は、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が、へき地診療所看護職は研修・研鑽できる機会が少なく、看護活動に関して相談できる人が少ない等の問題を抱え、支援体制が不十分な中での実践を余儀なくされている²⁾。

塚本ら³⁾の先行研究において、全国のへき地医療拠点病院263施設のうち117施設に勤務する看護部長の回答から、教育体制は病床数により違いがあり、200床未満の病院はそれ以上の病院と比べ教育・研修責任者や新卒看護職員研修の企画・評価組織が設

受付日：2013年10月31日 採択日：2014年3月25日

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

** 常葉大学健康科学部看護学科 Tokoha University, Faculty of health and Medical sciences, School of Nursing

けられていない割合が有意に高いことや、教育・研修について検討できる組織・責任者が設置されていないこと、院内で受講できる教育・研修の機会が少ないことに問題を感じている割合が高く、病床規模の小さいへき地医療拠点病院では教育・研修上の課題が大きい可能性があることが示唆されている。

また、へき地医療拠点病院を対象とした教育・研修に関する関山ら⁴⁾の研究では、院内研修への課題、研修運営上の課題、院外研修の参加のしにくさといった課題があり、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あること、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・研修が必要不可欠であることが述べられている。

これらのことから、病床規模の200床未満のへき地医療拠点病院及び病床規模が100床以上399床以下のへき地医療拠点病院は、教育・研修体制における課題を抱えていることが推測される。しかし、この共通の課題が、へき地医療拠点病院に特化した課題かどうかについては、明らかになっていない。

そのため、本研究では教育・研修体制に焦点を当て、へき地医療拠点病院及び一般病院の教育・研修体制のニーズとその障害となっているものについて比較し、双方に必要な支援を検討することとした。

Ⅱ. 研究目的

へき地医療拠点病院と一般病院における院内教育、院外教育の状況、教育・研修体制のニーズとその障害となっているものを明らかにし、教育・研修体制の充実に向けてどのような支援が示唆されるかを検討することを目的とする。

Ⅲ. 研究方法

1. 用語の定義

本研究では、以下の条件に該当する機関を一般病院とする

- ①病床規模が100床以上399床以下
- ②へき地医療拠点病院以外
- ③単科の医療機関ではない

なお、病床規模を100床以上399床以下としたのは、塚本ら⁵⁾の研究で、へき地医療拠点病院の病床規模100床以上399床以下のへき地医療拠点病院は看護

職確保が難しい事を明らかにしており、関山ら⁴⁾の研究で、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としている。そのため、一般病院の病床数を100床以上399床以下に揃え、一般病院においても看護職員不足が教育・研修体制に影響を与えるか検討する為である。

2. 対象

病床規模100床以上399床以下のへき地医療拠点病院261施設と一般病院268施設に勤務する看護師長、主任または主任相当のスタッフとした。へき地医療拠点病院は、平成21年度へき地医療現況調査から把握した。

一般病院においては、厚生労働省平成22年医療施設（動態）調査から把握し、そのうち病床規模100以上399床の3171施設から268施設を対象とした。また、産科・小児科のある医療機関を優先した。

3. 調査方法

郵送法による自記式質問用紙調査とした。対象者が所属する看護部長宛てに無記名の調査票と返信用封筒を郵送した。郵送数は、1病院に対し救急外来担当の主任相当の看護師用、複数の病棟勤務経験のある看護師長用、複数の病棟勤務経験のある主任相当の看護師用を各1部とした。対象者が複数いる場合は、病棟看護歴の長いものや妊産婦、小児、成人、高齢者と幅広い発達段階の対象への看護実践経験のあるものを優先するように依頼した。

4. 調査項目

1) 基本属性

回答者の基本属性として性別、年齢、看護職としての実務経験年数、保有する資格、現在勤務する病院における、職位とその職位についてからの勤務年数、所属病棟および経験したことのある病棟を尋ねた。また、勤務する病院の基本属性として、所在地、設置主体、全病床数を尋ねた。

2) 院内教育の状況

行われている院内教育プログラム「新人研修」、「経験年齢別研修」、「クリニカルラダーレベル別研修」、「看護師長研修」、「リーダー研修」、「他職種ともに看護職も参加できる研修会」、「他職種共に看護職も参加できる講演会」、「その他」から全て選択してもらい、それと併用し、企画

者を尋ねた。企画者においては、「看護部長」、「教育担当副看護部長」、「研修・教育委員会」、「病院長」、「病院事務職員」、「医師」、「その他」からの選択とした。また、行われている院内教育プログラムごとの課題を「教育目的が明確でない」、「看護実践能力の向上につながらない」、「業務で生じている課題の解決につながらない」、「看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない」、「社会の動向や医療環境を踏まえていない」、「マナー化しており新規性に欠ける」、「その他」から当てはまるものすべてを選択するよう求めた。

3) 院外研修の状況

「看護部はスタッフを院外の研修に積極的に参加させている」、「看護部はスタッフの認定看護師資格取得や認定看護師確保に積極的である」、「看護部はスタッフの専門看護師資格取得や専門看護師確保に積極的である」、「看護部はスタッフの大学・大学院進学を積極的に支援している」、「主任クラスの看護職は認定看護管理者教育課程ファーストレベルを受講している」、「ほとんどの看護部長は認定看護管理者教育課程セカンドレベルを受講している」、「看護部長は認定看護管理者課程サードレベルを受講している」から当てはまるもの全てを選択するよう求めた。

4) 教育・研修体制のニーズ

「現在勤務している病院で、教育・研修体制を推進するうえで特に必要だと思うこと」について自由回答で尋ねた。

5) 教育・研修体制の障害

「教育・研修体制の障害となっていると思われるもの」について3つ記述するよう求めた。

5. 調査票の妥当性の確保

わが国の近年の看護を含む保健医療福祉の動向、病院の教育・研修体制に関する先行研究を参考とした。また、へき地医療拠点病院と一般病院で看護活動の経験と知識をもつ教員または病院看護管理者及び医師に、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

自由回答で得られた「現在勤務している病院で、教育・研修体制を推進するうえで特に必要だと思う

こと」及び「教育・研修体制の障害となっていると思われるもの」から、「教育・研修体制のニーズ」に関する内容及び「教育・研修体制の障害」に関する内容を、意味の判別できる単位で抽出した。抽出した内容は、類似した内容同士で集めてカテゴリを形成した。質的データの信頼性の確保については、看護研究を指導している教員にスーパーバイズを受けながら実施した。

量的データは単純集計とした。

7. 倫理的配慮

調査への協力依頼文に、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よい事、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、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。

IV. 研究結果

回収できた調査票は、へき地医療拠点病院は281通/783通（回収率35.9%）、一般病院は233通/804通（回収率33.3%）であり、すべての調査票を分析対象とした。

1. 基本属性

へき地医療拠点病院における回答者の性別は女性が265人（95.3%）、年代は50歳代が164人（58.4%）と最も多く、次いで40歳代93人（33.1%）であった。看護職としての実務経験年数は、 27.6 ± 5.9 年であった（表1）。職位は、師長128人（45.6%）が最も多く、次いで主任119人（42.3%）であった。取得資格は、看護師が269人（95.7%）と最も多く、次いで介護支援専門員38人（13.5%）、助産師22人（7.8%）、保健師4人（1.4%）であった。経験のある病棟は、内科病棟160（56.9%）が最も多く、次いで外科病棟134（47.7%）であり、精神科病棟は28人（10.0%）と最も低かった。

所属しているへき地医療拠点病院が支援している地域の特性（複数回答）は、「過疎地」170人（60.5%）が最も多く、次いで「山村」153人（54.4%）、「豪雪」53人（18.9%）、「島しょ」45人（16.0%）であった。病院の設置主体は、市町村114人（40.6%）が最も多く、次いで公立団体（日赤、済生会、厚生連、北社協）44人（15.7%）、都道府県41人（14.6%）であった。全病床数は、「100～199床」121人（43.1%）

表1 基本属性

		へき地医療拠点病院 N=281		一般病院 N=233	
		人数	%	人数	%
性別	女性	265	95.3	223	95.7
	男性	16	4.7	10	4.3
年代	20～29歳	8	2.8	0	0.0
	30～39歳	13	4.6	32	13.7
	40～49歳	93	33.1	95	40.8
	50～59歳	164	58.4	102	43.8
	60～69歳	2	0.7	4	1.7
	70歳以上	1	0.4	0	0.0
実務経験年数		27.6±5.9年		25.0±6.9年	

が最も多く、次いで「300～399床」57人（20.3%）、「200～299床」54人（19.2%）であった。

一般病院における回答者の性別は女性が223人（95.7%）、年代は50歳代が102人（43.8%）と最も多く、次いで40歳代95人（40.8%）であった。看護職としての実務経験年数は、平均25.0±6.8年であった。職位は、師長が97人（41.6%）と最も多く、次いで主任96人（41.2%）であった。取得資格は、看護師が230人（98.7%）と最も多く、次いで介護支援専門員21人（9.0%）と助産師21人（9.0%）であり、保健師免許所持者は10人（4.3%）であった。経験のある病棟は、へき地医療拠点病院と同様、内科病棟が148人（63.5%）と最も多く、次いで外科病棟117人（50.2%）であり、最も経験の少ない病棟は、精神科病棟17人（7.3%）であった。

一般病院が所在する自治体規模では人口10万人未満3万人以上の市が89人（38.2%）と最も多く、次いで人口20万人未満10万人以上の市が43人

（18.5%）、人口50万人以上の指定都市・政令市町25人（10.7%）、町22人（9.4%）、人口50万人未満30万人以上の中核市17人（7.3%）、人口20万人以上30万人未満の市では17人（7.3%）であった。全病床数は、「200～299床」80人（34.3%）が最も多く、次に「100～199床」75人（32.2%）で、「300～399床」72人（30.9%）の順であった。

2. 院内教育の状況

実施している院内教育プログラムは、表2に示す。新人研修と他職種とともに看護職も参加できる研修がへき地医療拠点病院、一般病院ともに8割以上の割合で実施されていた。へき地医療拠点病院、一般病院ともに最も実施率が低い研修は看護師長研修であった。その他のクリニカルラダーレベル別研修や、リーダー研修、他職種とともに看護職も参加できる講演会、経験年齢別研修の実施において、へき地医療拠点病院、一般病院ともに6割程度であった。

表2 実施されている院内教育プログラム

	へき地医療拠点病院 N=281		一般病院 N=233	
	人数	%	人数	%
新人研修	259	92.2	219	94.0
他職種とともに看護職も参加できる研修	230	81.9	194	83.3
クリニカルラダーレベル別研修	196	69.8	156	67.0
リーダー研修	192	68.3	147	63.1
他職種とともに看護職も参加できる講演会	185	65.8	156	67.0
経験年齢別研修	172	61.2	152	65.2
看護師長研修	163	58.0	122	52.4
その他	19	6.8	19	8.2

院内教育プログラムの企画者は表3に示す。へき地医療拠点病院、一般病院ともに新人研修、経験年齢別研修、クリニカルラダーレベル別研修、リーダー

研修において研修・教育委員会が企画をしている割合が最も高かった。

表3 実施されている院内教育プログラムの企画者（上位2位まで）

	へき地医療拠点病院			一般病院		
	企画者	n/N	%	企画者	n/N	%
新人研修	研修・教育委員会	192/259	74.1	研修・教育委員会	155/219	70.8
	教育担当副看護部長	81/259	31.3	教育担当副看護部長	64/219	29.2
経験年齢別研修	研修・教育委員会	121/185	65.4	研修・教育委員会	116/152	76.3
	教育担当副看護部長	50/185	27.0	教育担当副看護部長	53/152	34.9
クリニカルラダーレベル別研修	研修・教育委員会	129/196	65.8	研修・教育委員会	104/156	66.7
	教育担当副看護部長	57/196	29.1	教育担当副看護部長	56/156	35.9
リーダー研修	研修・教育委員会	121/192	63.0	研修・教育委員会	111/147	75.5
	教育担当副看護部長	52/192	27.1	教育担当副看護部長	45/147	30.6
看護師長研修	看護部長	91/163	55.8	看護部長	58/122	47.5
	教育担当副看護部長	44/163	27.0	教育担当副看護部長	44/122	36.1
他職種とともに看護職も参加できる研修	その他	111/230	48.3	その他	91/194	46.9
	研修・教育委員会	64/230	27.8	研修・教育委員会	67/194	34.5
他職種とともに看護職も参加できる講演会	その他	74/185	40.0	その他	53/156	34.0
	病院事務職員	43/185	23.2	研修・教育委員会	52/156	33.3

院内教育プログラムにおける課題を表4に示す。へき地医療拠点病院，一般病院ともに最も多かった選択は，新人研修だと「看護実践能力の向上につながらない」であり，他職種とともに看護職も参加できる研修や講演会では「マンネリ化しており新規性に欠ける」，クリニカルラダーレベル別研修では「看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない」，看護師長研修では「業務で生じている課題の解決につながらない」が最も多かった。経験年齢別研修で最も多かった選択は，へき地医療拠点病院では「看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない」40人（23.3％）に対し，一般病院は「業務で生じてい

る課題の解決につながらない」35人（23.0％）であった。リーダー研修において最も多かった選択は，へき地医療拠点病院では「看護実践能力の向上につながらない」41人（21.4％）に対し，一般病院では「マンネリ化しており新規性に欠ける」28人（19.0％）であった。

3. 院外教育の状況

「看護部は，スタッフを院外の研修に積極的に参加させている」を選択したへき地医療拠点病院は244人（86.8％）であり，一般病院は195人（83.7％）であった。「看護部はスタッフの認定看護師資格取

表4 実施されている院内教育プログラムの課題（最も多かった回答）

	へき地医療拠点病院			一般病院		
	課題	n/N	%	課題	n/N	%
新人研修	看護実践能力の向上につながらない	40/259	15.4	看護実践能力の向上につながらない	53/219	24.2
経験年齢別研修	看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない	40/172	23.3	業務で生じている課題の解決につながらない	35/152	23.0
クリニカルラダーレベル別研修	看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない	46/196	23.5	看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない	33/156	21.2
リーダー研修	看護実践能力の向上につながらない	41/192	21.4	マンネリ化しており新規性に欠ける	28/147	19.0
看護師長研修	業務で生じている課題の解決につながらない	21/163	12.9	業務で生じている課題の解決につながらない	15/122	12.3
他職種とともに看護職も参加できる研修	マンネリ化しており新規性に欠ける	44/230	19.1	マンネリ化しており新規性に欠ける	42/194	21.6
他職種とともに看護職も参加できる講演会	マンネリ化しており新規性に欠ける	35/185	18.9	マンネリ化しており新規性に欠ける	26/156	16.7

得や認定看護師確保に積極的である」を選択したへき地医療拠点病院は、166人（59.1%）、一般病院は149人（63.9%）であった。「看護部はスタッフの専門看護師資格取得や専門看護師確保に積極的である」を選択したへき地医療拠点病院は80人（28.5%）、一般病院64人（27.5%）であった。「看護部はスタッフの大学・大学院進学を積極的に支援している」を選択したへき地医療拠点病院は40人（14.2%）、一般病院は41人（17.6%）となった。

認定看護管理者教育課程レベルにおいて、「主任クラスの看護職は認定看護管理者教育課程ファーストレベルを受講している」を選択したへき地医療拠点病院は133人（47.3%）、一般病院は104人（44.6%）であり、「ほとんどの看護師長は認定看護管理者教育課程セカンドレベルを受講している」を選択したへき地医療拠点病院は66人（23.5%）、一般病院は70人（30.0%）であった。「看護部長は認定看護管理者教育課程サードレベルを受講している」を選択したへき地医療拠点病院は71人（25.3%）、一般病院は84人（36.1%）であった。

4. 教育・研修体制のニーズ

以下、文章中の記号【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、{ } は内容を示す。

「現在勤務している病院で、教育・研修体制を推進するうえで特に必要だと思うこと」から、「教育・研修体制のニーズ」に関する内容を抽出した結果、30の内容から2つのカテゴリーと4つのサブカテゴリーが抽出された。結果を表5に示す。

【教育・研修体制を推進するための基盤づくり】には、《自己を高める働き》、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》の4つのサブカテゴリーが含まれる。

《自己を高める働き》には、{研修会・勉強会への参加}や{意欲向上と維持}、面接を通し、やりがいや将来展望を明確にするといった{面接による目標管理}、個人で活動目標などを決定し実行する{個人レベルでの目標管理}、{クリニカルラダーによる目標管理}、多くのスタッフの技術や意欲、目標を共有し実行する{目標による管理}などの10の内容が含まれる。

《ニーズに合った教育・研修内容の整備》として、{経験年齢別研修}、{リーダーを育成する内容}、{スペシャリストを育てる内容}、{人材育成ができる内容}、{ジェネラリストを育てる内容}、{介護・福祉

に関する内容}、{経営・管理に関する内容}、{シミュレーション研修}、{チーム力を高める内容}、{キャリアアップ研修}、e-learningを導入した教育といった{カリキュラムや教育手法の工夫}などの11の内容が含まれる。

《研修運営上の改善》には、定期的な研修会を開催する必要性などを記述した{研修会・勉強会の開催}、{研修会の周知・促しによる参加者の確保}、{研修参加や学習を容易にするための風土づくり}、{優秀な指導者の確保}、{費用の確保}、{時間の確保}の6つの内容が含まれる。

《研修効果を活かせる環境づくり》には、{技術や知識を還元する機会、支援者の確保}、{コミュニケーションによる情報の共有}、{適切な人事配置}の3つの内容が含まれる。

表5 教育・研修体制を推進するために必要と思うこと

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
教育・研修体制を推進するための基盤づくり (へき地290／一般232)	自己を高める働き (へき地133／一般104)	研修会・勉強会への参加(へき地62／一般43)
		意欲向上と維持(へき地19／一般19)
		自己学習(へき地13／一般11)
		面接による目標管理(へき地10／一般7)
		個人レベルでの目標管理(へき地8／一般4)
		自己研鑽(へき地6／一般6)
		自己啓発(へき地5／一般4)
		目的による管理(へき地4／一般7)
		専門職としての自覚(へき地4／一般3)
		クリニカルラダーによる目標管理(へき地2／一般0)
	ニーズに合った教育・研修内容の整備 (へき地92／一般54)	経験年齢別研修(へき地19／一般8)
		リーダーを育成する内容(へき地17／一般9)
		スペシャリストを育てる内容(へき地15／一般5)
		カリキュラムや教育手法の工夫(へき地14／一般15)
		人材育成ができる内容(へき地8／一般4)
		ジェネラリストを育てる内容(へき地6／一般1)
		介護・福祉に関する内容(へき地3／一般0)
		経営・管理に関する内容(へき地3／一般2)
		シミュレーション研修(へき地3／一般2)
		チーム力を高める内容(へき地2／一般4)
		キャリアアップ研修(へき地2／一般2)
	研修運営上の改善 (へき地46／一般63)	研修会・勉強会の開催(へき地13／一般14)
		研修会の周知・促しによる参加者の確保(へき地13／一般9)
		研修参加や学習を容易にするための風土作り(へき地11／一般9)
		優秀な指導者の確保(へき地3／一般5)
		費用の確保(へき地3／一般7)
		時間の確保(へき地2／一般7)
	研修効果を活かせる環境づくり (へき地19／一般11)	技術や知識を還元する機会、支援者の確保(へき地9／一般4)
		コミュニケーションによる情報の共有(へき地5／一般2)
		適切な人事配置(へき地5／一般5)

5. 教育・研修体制の障害となっているもの

「教育・研修体制の障害となっていると思われるもの」から、「教育・研修体制の障害」に関する内容を抽出した結果、25の内容から【不十分な労働環境】と【現場の現状に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】の2カテゴリーと8つのサブカテゴリーが抽出された。結果を表6に示す。

【不十分な労働環境】

【不十分な労働環境】には，《人材不足とそれに起因する二次被害》、《業務多忙とそれに起因する二次被害》、《勤務者層の不平等さ》、《休暇取得困難とそれに起因する二次被害》、《家庭と仕事を両立する困難さ》の5つのサブカテゴリーが含まれる。

《人材不足とそれに起因する二次被害》には、{人員不足}、{人員不足による研修会・教育の負担}、{マンネリ化した職場風土になりやすい}、{人員不足によるモチベーションの低下}の4つの内容が含まれる。

《業務多忙とそれに起因する二次被害》には、{業務多忙による時間の無さ}、{業務多忙}、{業務多忙による研修参加の困難さ}、{業務多忙による疲労}、{業務多忙によるモチベーション・学習意欲の低下}

の5つの内容が含まれる。

《勤務者層の不平等さ》には、{新人看護師が少なく、進行する看護師の高齢化}や{中堅看護師の少なさ}、{パート職員の多さ}の3つの内容が含まれる。

《休暇取得困難とそれに起因する二次被害》には、{休暇取得困難さによる研修参加の負担感}と{休暇取得困難}の2つの内容が含まれる。

《家庭と仕事を両立する困難》には、{家庭と仕事プラスアルファで行う負担感}などの3つの内容が含まれる。

【現場の現状に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】

【現場の現状に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】には，《研修の課題》、《研修参加のしにくさ》、《教育システムの課題》の3つのサブカテゴリーが含まれる。

《研修の課題》には、{参加者の専門職としての意識・モチベーションの維持・向上の困難さ}、{経験・知識・指導力のある指導者、手本となる存在の不足}、{研修効果への疑問視}などといった7つの内容が含まれる。

《研修参加のしにくさ》には、{ニーズに沿わない場所での開催}、{金銭の消耗}の2つの内容が含まれる。

《教育システムの課題》には、{ニーズに沿わない教育システムの順守}の内容が含まれる。

表6 教育・研修体制の障害となっているもの

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
不十分な労働環境 (へき地133/一般118)	人材不足とそれに起因する二次被害 (へき地43/一般41)	人材不足(へき地25/一般21)
		人員不足による研修会・教育の負担(へき地8/一般12)
		マンネリ化した職場風土になりやすい(へき地8/一般6)
		人員不足によるモチベーションの低下(へき地2/一般2)
	業務多忙とそれに起因する二次被害 (へき地42/一般54)	業務多忙による時間のなさ(へき地16/一般18)
		業務多忙(へき地13/一般20)
		業務多忙による研修参加の困難さ(へき地7/一般9)
		業務多忙による疲労(へき地3/一般5)
	勤務者層の不平等さ (へき地18/一般4)	業務多忙によるモチベーション・学習意欲の低下(へき地3/一般2)
		新人看護師が少なく、進行する看護師の高齢化(へき地10/一般3)
		中堅看護師層の少なさ(へき地5/一般0)
		パート職員の多さ(へき地3/一般1)
	休暇取得困難とそれに起因する二次被害 (へき地17/一般15)	休暇取得困難さによる研修参加の負担感(へき地11/一般6)
		休暇取得困難(へき地6/一般9)
	家庭と仕事を両立する困難さ (へき地13/一般4)	家庭と仕事プラスアルファで行う負担感(へき地13/一般4)
現場の状況に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守 (へき地117/一般100)	研修の課題 (へき地89/一般74)	参加者の専門職としての意識・モチベーションの維持・向上の困難さ(へき地27/一般31)
		経験・知識・指導力のある指導者、手本となる存在の不足(へき地11/一般17)
		病院や上司、仲間からのバックアップがない(へき地11/一般17)
		研修効果への疑問視(へき地11/一般3)
		強制的と感じる研修(へき地6/一般9)
		ニーズに合った研修内容が少ない(へき地5/一般3)
		参加者の人数制限(へき地4/一般4)
	研修参加のしにくさ (へき地20/一般18)	ニーズに沿わない場所での開催(へき地10/一般3)
		金銭の消耗(へき地10/一般15)
	教育システムの課題 (へき地8/一般8)	ニーズに沿わない教育システムの順守(へき地8/一般8)

V. 考察

本研究により、へき地医療拠点病院と一般病院における教育・研修体制のニーズとして、2つのカテゴリーと4つのサブカテゴリー、30の内容が抽出された。また、教育・研修体制の障害となるものとして2つのカテゴリーと8つのサブカテゴリー、25の内容が抽出された。へき地医療拠点病院と一般病院における院内教育、院外教育の状況、教育・研修体制のニーズとその障害となっている内容を比較し、教育・研修体制の充実に向けてどのような支援が示唆されるか明らかにするため、以下の3点で考察する。

1. 教育・研修体制を整備する必要性は、へき地医療拠点病院に特化したものではなく、一般病院にも存在するものと考えられるか。また、教育・研修体制を整備するために抽出された内容に違いがあるか。
2. 一般病院においても看護職不足が教育・研修体制整備の課題といえるか。また、看護職不足以外でも教育体制整備の障害となっているものにへき地医療拠点病院と一般病院で違いがあるか。
3. 支援として示唆されるものはなにか。

1. 教育・研修体制の整備におけるへき地医療拠点病院と一般病院の違い

へき地医療拠点病院と一般病院共に、【教育・研修体制を推進するための基盤づくり】と【チーム医療を推進するための基盤づくり】の2つのカテゴリが抽出された。さらに、一般病院、へき地医療拠点病院ともに4つのサブカテゴリーに分類でき、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》があれば、研修意欲などが上昇し《自己を高める働き》が活発になる。逆に《自己を高める働き》があれば、研修参加者や自己研鑽する者が増え、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》へ与える影響が大きくなると考えられた。よって、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》と《自己を高める働き》は一般病院とへき地医療拠点病院に共通していると考えられる。

「地域医療の現状と課題の地域間格差に関する調査（第2回）」の地域医療の課題より、都市で働く医師、へき地で働く医師に共通していたのは「事前教育の充実」であったこと6)を支持するように本結果からも、教育・研修の必要性は、へき地医療拠点病院に特化したものではなく、一般病院にも存在するものとして考えられた。

また、【教育・研修体制を推進するための基盤づくり】を整備するためにへき地医療拠点病院、一般病院共に《自己を高める働き》、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》の必要性が挙げられ、教育・研修体制を整備するために抽出された内容に大きな違いはなかった。

ただし、表5に示した《ニーズに合った教育・研修内容の整備》の「ジェネラリストを育てる内容」では、一般病院でも混合病棟が増える事で、多くの疾患に関する知識が必要であるが、へき地医療拠点病院では、常時混合病棟と同様の状況があることや病棟外の多様な看護活動も要求される機会もあるため、よりジェネラリストであることを要求される可能性がある。さらには、「スペシャリストを育てる内容」では、一般病院では専門・認定看護師などの専門的知識、技術があがっているが、へき地医療拠点病院では専門的知識に加え、主任や中堅看護師といった経験に基づく幅広い知識を獲得できるものが期待される。このことは、表6の《勤務者層の不

等さ》の「中堅看護師層の少なさ」や《研修の課題》の「経験・知識・指導力のある指導者、手本となる存在の不足」に結びつき、へき地医療拠点病院の特徴である。

また、一般病院では「介護・福祉に関する内容」について必要性の記載がなかったが、アンケートに回答した介護支援専門員の資格を所有する者がへき地医療拠点病院では13.5%であるのに対し、一般病院は9.0%と低い事から、へき地医療拠点病院の介護、福祉に関心が高く、「介護・福祉に関する内容」の研修ニーズが挙げられた可能性がある。また、へき地において、地域特徴をとらえ人々の生活の営みに合わせた保健医療福祉資源の提供活動を展開していく必要がある7)役割が大きい事から一般病院で「介護・福祉に関する内容」があがらなかった可能性が考えられる。

2. 教育・研修体制整備を障害するものにおけるへき地医療拠点病院と一般病院の違い

教育・研修体制整備を障害するものとして、【不十分な労働環境】が抽出され、そのうち《人材不足とそれに起因する二次被害》がサブカテゴリーに含まれた。また、へき地医療拠点病院、一般病院ともにサブカテゴリーに分類された《業務多忙とそれに関する二次被害》《休暇取得困難とそれに起因する二次被害》《勤務者層の不均衡さ》、《家庭と仕事を両立する困難さ》は、看護職不足に関連するものであった。一般病院において、「中堅看護師層の少なさ」は意見としてあがらなかったが、「新人看護師が少なく、進行する看護師の高齢化」の記載があった。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⁵⁾という結果から、一般病院でも看護職員不足の問題が存在していることが分かる。このことから、一般病院においても看護職不足が教育・研修体制整備の課題である可能性が示唆された。

看護職不足以外でも教育体制に影響を与える障害として、へき地医療拠点病院、一般病院ともに【現場の状況に合わせ変化しない教育・研修体制の順守】が抽出された。同様に、サブカテゴリーにおいても《研修の課題》、《研修参加のしにくさ》、《教育システムの課題》が両病院のデータから抽出されたことから、両病院に共通して教育体制整備の障害となるものが存在していると考えられる。

3. 支援として示唆されるもの

表6に示したように、へき地医療拠点病院と一般病院ともに、教育・研修体制のニーズとその障害となるものに違いはなかった事から、へき地医療拠点病院と一般病院を分けず、教育・研修体制を充実させるために示唆された支援を以下に3つ述べる。

1) 現場の課題と研修内容が直結し、得た技術を継続できるシステムの構築

本研究において、院外研修や院内研修は実施されていたが、それぞれの研修における課題として「マンネリ化しており新規性にかける」、「看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない」、「業務で生じている課題の解決や看護実践能力の向上につながらない」の選択が上位にあり、現場と研修内容が一致しない等の意見がある事から、現場と大学病院が連携し、現場で遭遇する困難な事例や、頻回に起こるインシデントを調査し、研修内容に反映させる支援が考えられる。また、阿部⁹⁾は従来のような集合型の授業・研修や、指導者が手技をデモンストレーションで示し、学習者が記憶に基づいて再現できるまで訓練を繰り返すような技術指導では、主体的な意志や思考に基づいた学習、知識・技術の統合、定着に至らないとしており、その打開策としてシミュレーション教育の有効性を唱えている。シミュレーション教育の教育効果を知っておくことで、教育の効果と効率、魅力を高めるためのシステムのアプローチに寄与できる学習手段¹⁰⁾であり、シミュレーション教育の手法を研修に取り組むことは、業務で生じている課題の解決や看護実践能力の向上への貢献や、「参加者の専門職としての意識・モチベーションの維持・向上の困難さ」及び「研修効果の疑問視」の軽減につながると考える。

また、本研究で「技術や知識を還元する機会、支援者の確保」等の《研修効果を活かせる環境づくり》の必要性が存在している。赤十字病院のキャリア開発に関連する看護職の意識調査から、キャリアアップには、継続学習できる環境支援が必要である¹¹⁾ことから、いつでも相談できる者の確保、技術・知識を生かせる場所作りといったような環境を整備し、技術を継続できるシステム構築が必要な支援と考える。

2) 看護職員の負担が最小限で済む支援

「業務多忙」、「業務多忙によるモチベーション・学習意欲の低下」といった《業務多忙とそれに起因する二次被害》や「休暇取得困難」、「休暇取得困難さによる研修参加の負担感」といった《休暇取得困

難とそれに起因する二次被害》、《家庭と仕事を両立する困難さ》という障害が存在している事から、e-learningや衛星通信を使った事前学習の強制や、研修回数を増やしたとしても限られた時間の中で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ある。よって、事前学習を短時間で理解できるような講義に置き換え、研修時間内に収める工夫が必要と考える。

研修会場が遠方、または交通手段が不便な所であるといった「ニーズに沿わない場所での開催」や、勤務体制に余裕がなく研修に参加できないこと、研修不在時の人手不足が障害として存在している事から、研修希望者の勤務場所へ指導者が出張する形をとる支援も手段の一つと考える。

また、研修費の自己負担は「金銭の消耗」、「病院や上司、仲間からのバックアップがない」といった《研修の課題》と《研修参加のしにくさ》が存在し、研修会の企画者が研修・教育委員会または教育担当副部長が多い事から、彼らへ研修会参加の協力と理解を求め、休みや研修費の負担の軽減を働きかける支援が必要だと考える。研修会募集の窓口を団体受け付けとし、団体申し込みの際は、研修費用割引や申し込んだ病院に何らかの特典がつくよう配慮するといった工夫により、研修参加者増加にも寄与できると考える。

3) 潜在看護職員と地域枠学生の推薦の確保

看護職員確保対策として、吉田ら⁸⁾は「看護師確保及び定着のための施策として「地域枠看護学生の推薦」「奨学金制度」「中・高生地域医療体験学習の受け入れ」は、医師・看護師確保及び定着のための事実に基づく方略」としている。本研究でも「新人看護師が少なく、進行する看護師の高齢化」が教育体制設備の弊害として存在したため、地域枠看護学生の推薦の支援促進が示唆される。

また、バーンアウトが看護師の離職に深く関わっている¹²⁾との報告もあるように、【自己を高める働き】の必要性や《家庭と仕事を両立する困難さ》が挙がってきたのではないかと考えられる。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事からも⁴⁾潜在看護師に絞った研修や働きかけも看護職確保の有効な支援の一つであると考えられる。

V. 本研究の限界

本研究の限界について考察する。本研究の調査票回収率は、へき地医療拠点病院35.9%、一般病院33.3%にとどまっており、へき地医療拠点病院およ

び一般病院の全体を表した内容にはなっていない。
また、回答者の経験病棟に偏りがあること、調査対象を看護師長、主任または主任相当のスタッフとしていることから、教育・研修体制のニーズやその障害となるものにおける実態の見え方に限界があり、一般化することはできない。

今後は、中間管理者である師長及び主任以下のスタッフの意見を分析することで、より実態の理解と必要な支援が明確になると考える。

Ⅵ. 結論

教育・研修体制を整備する必要性は、へき地医療拠点病院に特化したものではなく、一般病院にも存在するニーズであり、へき地医療拠点病院、一般病院双方に看護職員不足が教育・研修体制の整備の課題である可能性が高い。

へき地医療拠点病院、一般病院に勤務する看護職は共に【教育・研修体制を推進するための基盤づくり】には、《自己を高める働き》、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》の必要性を感じており、それを障害するものとして【不十分な労働環境】と【現場の状況に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】が存在していることが明らかになった。

教育・研修体制を充実させるために示唆された支援は、現場の課題と研修内容が直結し、得た技術を継続できるシステムの構築、看護職員の負担が最小限で済む支援、潜在看護職員と地域枠学生の確保であった。

引用文献

- 1) 厚生労働省：へき地保健医療対策検討会報告書（第11次）＜<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/s0401-4.html>>（2013年10月15日）
- 2) 今道英秋，鈴木正之：へき地・離島医療に対する支援の実態—へき地医療支援構造の機能と効果—第9回へき地離島救急医療研究会誌，7：16－21，2006.
- 3) 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6：17－33，2011
- 4) 関山友子，塚本友栄，鈴木久美子他：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.日本ルーラルナース学会誌7：31-41，2012
- 5) 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，自治医科大学付属病院看護部，9，2011
- 6) 飯田さと子，坂本敦司：医師の勤務地によるへき地医療対策認識の差異—診療所医師調査自由記載欄の内容分析—，自治医科大学紀要33，2010
- 7) 宮崎美砂子，北山三津子，春山早苗他：最新公衆衛生看護学第2版 各論2，株式会社 日本看護協会出版会，151，2012
- 8) 吉田カネ子，熊倉俊一：島根県自治体における医療問題と医療施策の実態，島根大学医学部紀要，第34巻49-58頁，2011
- 9) 阿部幸恵：臨床実践を育てる！看護のためのシミュレーション教育第1版，医学書院，2013
- 10) 増山純二：看護教育 「狙いに」合わせたシミュレーション教育の方法 IDに基づいたシミュレーション教育の取り組み，医学書院，vol.54 No.5，2013，5
- 11) 水谷聖子，沼田葉子ら：赤十字病院のキャリア開発ラダーに関連する看護職の意識調査，日本赤十字豊田看護大学紀要（1349－9556）7巻1号 page145-151，2012
- 12) 木村良美，八代利香：看護師のバーンアウトに関連する要因，日本職業・災害医学会会誌（1345-2592）58巻3号 Page120-127，2010.05

研究報告

へき地診療所における看護師の診療の補助行為の実施状況 —12項目の特定行為（案）に着目して—

Implementation status of medical-examination auxiliary acts by nurses in the
rural and remote medical facilities
— Focus on 12 kinds of medical specific act —

江角伸吾*, 山田明美**, 中島とし子**, 鈴木久美子*, 塚本友栄*, 島田裕子*, 関山友子*,
青木さぎ里*, 菊地陽*, 春山早苗*
Shingo ESUMI*, Akemi YAMADA**, Toshiko NAKAJIMA**, Kumiko SUZUKI*,
Tomoe TUKAMOTO*, Hiroko SHIMADA*, Tomoko SEKIYAMA*, Sagiri AOKI*,
Yoh KIKUCHI*, Sanae HARUYAMA*

キーワード：へき地診療所（rural and remote medical facility）、診療の補助行為（medical-examination auxiliary act）、特定行為（medical specific act）、地域看護（community nursing）

要旨

へき地診療所において、看護師が医師の指示のもと実施した経験のある診療の補助行為に着目し、どのような行為が実際に行われているのかを明らかにすることを目的に、診療の補助における特定行為（案）一覧から12の診療の補助行為を抽出し、その経験の有無、プロトコルの有無、必要性等を833のへき地診療所の看護職を対象に質問紙調査票にて調査した。本調査より、抽出した12の診療の補助行為すべてが実施されている実態が明らかとなった。プロトコルについては整備されていない状況が明らかとなった。今後は、プロトコルの整備とへき地診療所で求められている緊急時および在宅療養を支えるうえでの必要な診療の補助行為および判断力をつけられる教育システムの構築が求められる。

I. はじめに

「へき地」とは、交通条件および自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難であって、「無医地区」および「無医地区に準ずる地区」の要件に該当するもの¹⁾をさしている。へき地診療所は住民に身近なプライマリレベルの医療機関として重要な役割を果たしており、慢性疾患などの疾病管理や予防を含めた健康管理、救急対応、要介護者とその家族に対する在宅療養・在宅介護支援などの診療所活動が期待される²⁾。

しかし、春山ら³⁾の調査によると、これらのへき地診療所の医療従事者の配置状況は、常勤看護師1

人または2人配置が約6割、駐在医師1人配置が約7割であり、医師が常駐していない診療所は約2割であったとの報告がされている。へき地診療所では医師のいないなか地域住民へ対応しなければならない状況があると考えられ、医師と看護師との連携の在り方が重要になる²⁾と指摘されている。

また、近年我が国では医師と看護師との役割分担のあり方⁴⁾やチーム医療の推進⁵⁾が検討されている。特に看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、「チーム医療のキーパーソン」として期待が大きい⁵⁾。

受付日：2013年11月7日 採択日：2014年3月25日

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

** 六合温泉医療センター Spa & Medical of KUNI

チーム医療の推進については、看護師が自律的に判断できる機会を拡大することと、看護師が実施し得る行為の範囲を拡大することの方針が出されており、第20回チーム医療推進会議にて特定行為として41の行為案が示された⁶⁾。以上のことより、へき地医療においても看護職を取り巻く環境が変化していくことが予想される。

戸田ら⁷⁾の調査では、へき地診療所における看護実践は、人や資源が乏しく、多様な役割と責任の中で実践していることから、「診療所での看護技術・看護業務への戸惑い」「緊急対応への戸惑い」などの戸惑いがあることを報告している。坂本ら⁸⁾は、へき地の無床診療所において医師不在時に看護者が実践している緊急対応の看護技術を明らかにすることを目的として調査し、緊急事態への看護を実践する技術として、心肺蘇生や創傷管理、静脈路の確保などが緊急時にはへき地診療所の看護活動として実施されていることを報告している。

しかし、平時、緊急時を含め、へき地診療所において医師の指示による診療の補助としての行為に関して報告・研究している先行研究はほぼない。そこで、本研究では、へき地診療所において医師の指示のもと経験した診療の補助行為に着目し、どのような行為が実際に行われているのかを明らかにすることを目的とする。

Ⅱ. 研究方法

1. 用語の定義

へき地診療所:本研究においてへき地診療所とは、先行研究の基準を参考とし、へき地保健医療対策実施要綱⁹⁾で定められた設置基準に基づいて設置された診療所と、国民健康保険直営診療所¹⁰⁾のへき地診療所設置基準に基づいて設置された第1種へき地診療所および第2種へき地診療所とした。

2. 調査対象

調査対象は、第10次または第11次へき地保健医療計画に基づき、各都道府県の保健医療計画において「へき地診療所」と規定された施設に勤務する看護師とした。施設名から巡回・出張診療のみを実施していると推察できた施設および歯科診療所および休止、廃止となった199施設を除外した833施設に調査票を郵送した。

なお、へき地診療所に看護師が複数配置されている場合でも、調査票は1診療所に対し1通のみを送付した。

3. 調査項目と調査項目作成プロセス

1) 調査項目

(1) 基本属性:回答者の基本属性として、性別、年齢、看護師経験年数、診療所のある地域、診療所における駐在医師の有無を尋ねた。

(2) 医師の指示のもと経験のある診療の補助行為:医師の指示のもと経験のある診療の補助行為については、診療の補助における特定行為(案)一覧¹²⁾を参考とし、「脱水の程度の判断と輸液による補正」、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換」、「経口・経鼻挿管の実施」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「膀胱ろうカテーテルの交換」、「腹部超音波検査の実施」、「直接動脈穿刺による採血」、「オピオイドの投与量調整」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」、「心臓超音波検査の実施」、「動脈ラインの確保」の12の診療の補助行為を抽出した。診療の補助行為の抽出においては、先行研究^{2) 3) 7) 8) 11)}を参考にすると共に、共同研究者であるへき地診療所勤務の看護師2名にアドバイスを受けた。慢性疾患などの疾病管理や予防を含めた健康管理、救急対応、要介護者とその家族に対する在宅療養・在宅介護支援のへき地診療所に求められる役割とへき地診療所の設備等を考慮し、へき地診療所で実施可能と考えられる診療の補助行為を抽出した。

抽出した12の診療の補助行為をそれぞれ「頻繁に経験している」「時折経験している」「経験したことがない」の3件法にて尋ねた。抽出した診療の補助行為以外の経験のある行為については自由記載にて尋ねた。

(3) へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無:診療の補助における特定行為(案)一覧¹²⁾を参考に抽出した12の診療の補助行為について、「必要あり」、「必要なし」の2件法にて尋ねた。

(4) へき地診療所における診療の補助行為のプロトコルの有無:診療の補助における特定行為(案)一覧¹²⁾を参考に抽出した12の診療の補助行為について、「プロトコルなし」「プロトコルあり」の2件法にて尋ねた。

2) 調査票作成のプロセス

診療の補助における特定行為(案)一覧¹²⁾と先行研究^{3) 8) 11)}を参考に自作した調査票案を用いて、へき地医療に詳しい専門家およびへき地診療所で働いている看護師に2名に予備調査を実施し、質問内容の妥当性や表現上の問題について確認し、修正し

た。その後、最終調査票を作成した。本調査は、予備調査を実施した看護師2名も含めて実施した。

4. 調査方法

郵送法により調査を実施した。対象者には無記名の調査票と料金後納の返信用封筒を郵送した。調査期間は2013年8月から同年9月末日までとした。当初設定した期日までに回収された調査票が少なかつたため、14日間期日を延長し、調査協力を依頼する文書を郵送した。

5. 分析方法

基本属性は単純集計とした。へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無については単純集計およびクロス集計を実施した。診療の補助行為同士の相関関係についてはSpearmanの順位相関係数を求めた。統計解析はSPSS for Windows (Ver. 21)を使用し、有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮

著者が所属する大学の倫理審査規程に則り、匿名化するために調査票および返信用封筒は無記名とし、個人や診療所は特定されないようにした。調査対象者の調査への協力の自由を担保するため、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を明記した。同時に、調査票は無記名であり、個人や診療所は特定されないこと、回答は本研究の目的以外に使用しないこと、研究終了後に本調査で得たデータは破棄すること、調査票への回答・返送をもって調査協力への同意を得たとみなすことも明記し、調査票と共に送付した。

Ⅲ. 研究結果

郵送した833通に対し337通の回答が得られ（回収率40.5%）、得られた回答すべてを集計の対象とした。回答者が所属する診療所の所在地別では、北陸・中部地域が郵送数80通に対し、回答数45通（56.3%）と最も高い回収率であった。北海道・東北地域は郵送数162通に対し56通（34.6%）、関東・甲信越地域は郵送数116通に対し46通（39.7%）、関西・四国地域は郵送数213通に対し80通（37.6%）、中国地域は郵送数115通に対し36通（31.3%）九州・沖縄地域は郵送数147通に対し72通（49.0%）、不明が2通であった（表1）。

表1 地区別回収率

地方区分	郵送数	人数	回収率(%)
北海道・東北	162	56	34.6
関東・甲信越	116	46	39.7
北陸・中部	80	45	56.3
関西・四国	213	80	37.6
中国	115	36	31.3
九州・沖縄	147	72	49.0
不明	0	2	
合計	833	337	40.5

1. 基本属性

回答のあった337人のうち、性別は女性が329人（97.6%）、男性が7人（1.9%）であった。回答者の年齢の幅は24歳から76歳までで、20歳以上29歳未満が3人、30歳以上39歳未満は42人、40歳以上49歳未満は109人、50歳以上59歳未満は167人、60歳以上は12人であった。平均年齢は49.1±8.1歳であった（表2）。看護師経験年数は5年未満が1人（0.3%）、5年以上10年未満が14人（4.2%）、10年以上20年未満が72人（21.4%）、20年以上が245人（72.7%）であった。看護師経験年数は25.9±8.9年であった（表3）。駐在医師の有無については、駐在医師なしが73ヶ所（21.7%）、駐在医師ありが264ヶ所（78.3%）であった。

表2 回答者年齢層

年代	人数	割合(%)
20歳以上29歳未満	3	0.9
30歳以上39歳未満	42	12.5
40歳以上49歳未満	109	32.3
50歳以上59歳未満	167	49.6
60歳以上	12	3.6
不明	4	1.2
合計	337	100.0

表3 回答者看護師経験年数

年数	人数	割合(%)
5年未満	1	0.3
5年以上10年未満	14	4.2
10年以上20年未満	72	21.4
20年以上	245	72.7
不明	5	1.5
合計	337	100.0

2. 医師の指示のもと経験のある診療の補助行為

医師の指示のもと経験のある診療の補助行為では、すべての項目について「経験をしている」と答える人がいた（図1）。最も多くの人々が経験をしたことがあると答えた診療の補助行為は、「脱水の程

度の判断と輸液による補正」で、「頻繁に経験している」と「時折経験している」を合わせて138名（40.9%）であった。2番目に多かったのは、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」で「頻繁に経験している」と「時折経験している」を合わせて117名（34.7%）であった。次いで「胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換」69名（20.5%）であった。その他の「経口・経鼻挿管の実施」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「膀胱ろうカテーテルの交換」、「腹部超音波検査の実施」、「直接動脈穿刺による採血」、「オピオイドの投与量調整」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」、「心臓超音波検査の実施」の順であった。最も経験した人数が少なかったのは、「動脈ラインの確保」25名（7.4%）であった。自由記載には医師不在時の縫合、レントゲン撮影、気切カニユーレ交換等があった。

それぞれの診療の補助行為同士の相関関係についてSpearmanの順位相関係数を求めた。すべての診療の補助行為で正の相関関係を認めた（表4）。また、看護師経験年数とそれぞれの診療の補助行為との相関関係を検討したが、有意な相関は認められなかった。

駐在医師のいない診療所の看護師に着目し、医師の指示のもと経験のある診療の補助行為を調べた（図2）。最も多くの人が経験をしたことがあると答

えたのは、「脱水の程度の判断と輸液による補正」で、「頻繁に経験している」と「時折経験している」を合わせて32名（43.8%）であった。次いで多かったのは「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」で、「頻繁に経験している」と「時折経験している」を合わせて21名（28.7%）であった。3番目に多かったのは「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」で合わせて13名（17.8%）であった。

3. へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無

へき地診療所において看護師の診療の補助行為として拡大すべき内容については、「脱水の程度の判断と輸液による補正」と答えた者が最も多く（38.4%）であった。次いで多かったのは、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」で（28.7%）であった（図3）。すべての診療の補助行為において、「必要なし」の人数が「必要あり」の人数より多かった。

駐在医師のいない診療所の看護師について、へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性を見てみたところ、最も多かったのは「脱水の程度の判断と輸液による補正」31名（42.5%）であった（図4）。駐在医師のいない診療所においてもすべての診療の補助行為において、「必要なし」の人数が「必要あり」の人数より多かった。

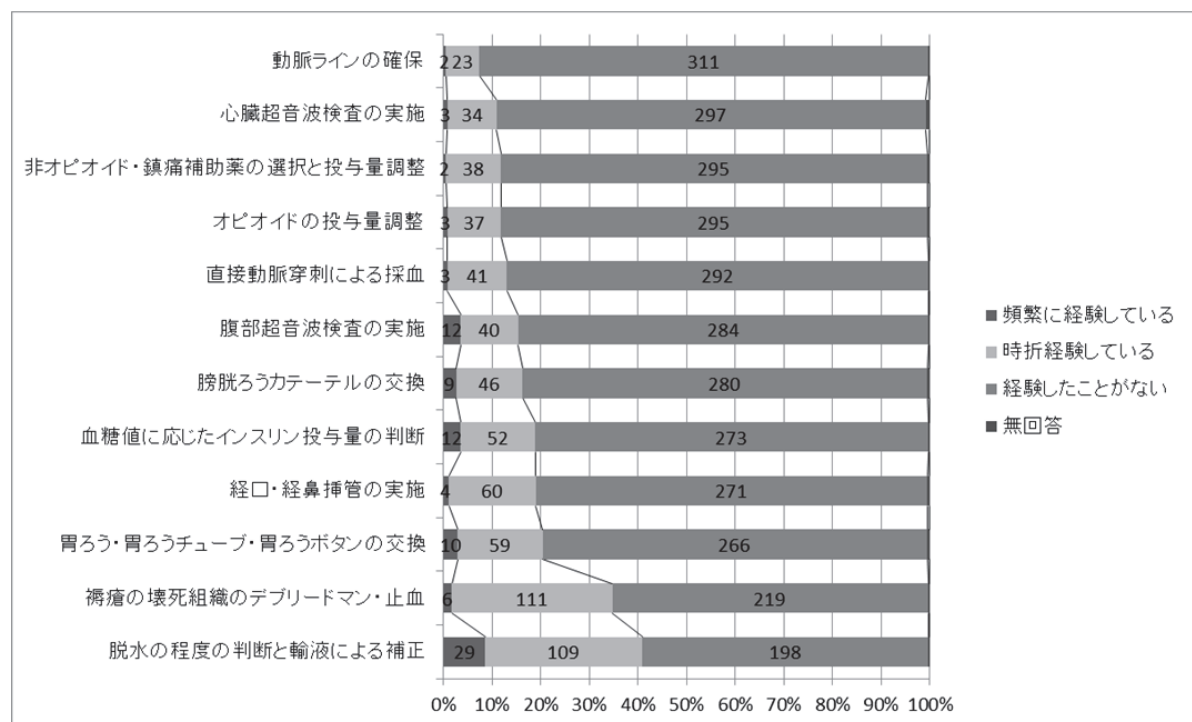


図1 へき地診療所看護師の医師の指示のもと経験のある診療の補助行為（n=337）

表4 各診療の補助行為の相関関係 (n=337)

	胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換	直接動脈穿刺による採血	腹部超音波検査の実施	心臓超音波検査の実施	経口・経鼻挿管の実施	褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血	動脈ラインの確保	膀胱ろうカテーテルの交換	血糖値に応じたインスリン投与量の判断	脱水の程度の判断と輸液による補正	オピオイドの投与量の調整	非オピオイドの投与量の調整
胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換	1.000	.679**	.269*	.349**	.750**	.458**	.371**	.555**	.370**	.140	.418**	.335**
直接動脈穿刺による採血		1.000	.526**	.481**	.595**	.462**	.478**	.538**	.401**	.218	.373**	.425**
腹部超音波検査の実施			1.000	.872**	.295*	.290*	.440**	.330**	.368**	.249*	.186	.222
心臓超音波検査の実施				1.000	.375**	.291*	.515**	.404**	.328**	.186	.240*	.279*
経口・経鼻挿管の実施					1.000	.580**	.392**	.449**	.499**	.170	.306**	.506**
褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血						1.000	.253*	.274*	.429**	.354**	.267*	.326**
動脈ラインの確保							1.000	.552**	.354**	.163	.561**	.619**
膀胱ろうカテーテルの交換								1.000	.378**	.247*	.462**	.519**
血糖値に応じたインスリン投与量の判断									1.000	.484**	.373**	.571**
脱水の程度の判断と輸液による補正										1.000	.248*	.316**
オピオイドの投与量の調整											1.000	.708**
非オピオイドの投与量の調整												1.000

Spearmanの順位相関係数 **) $\alpha < 0.01$ 、*) $\alpha < 0.05$

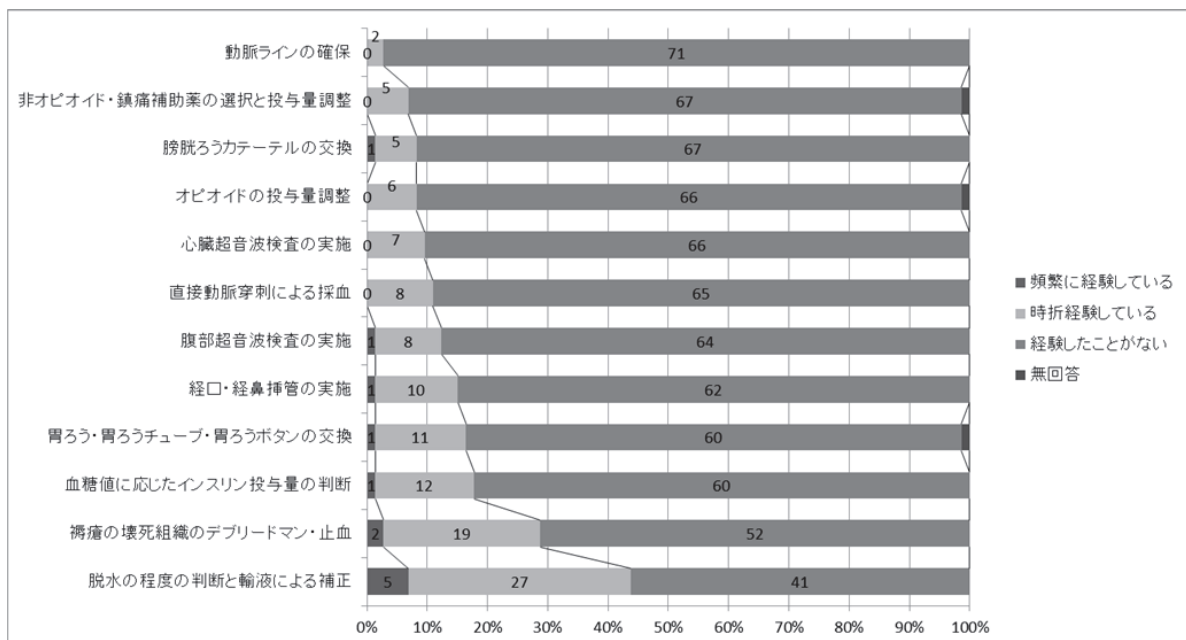


図2 駐在医師のいない診療所における医師の指示のもと経験のある診療の補助行為 (n=73)

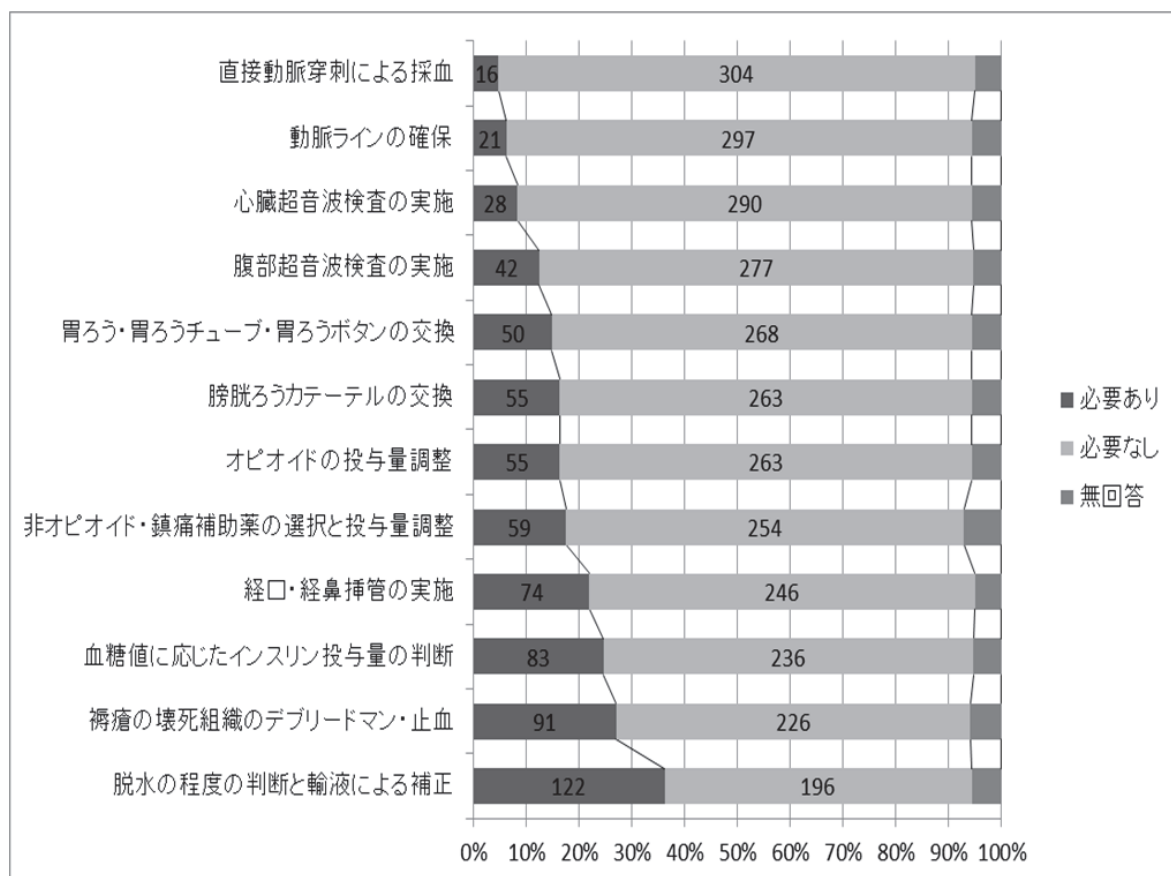


図3 ヘキ地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無 (n=337)

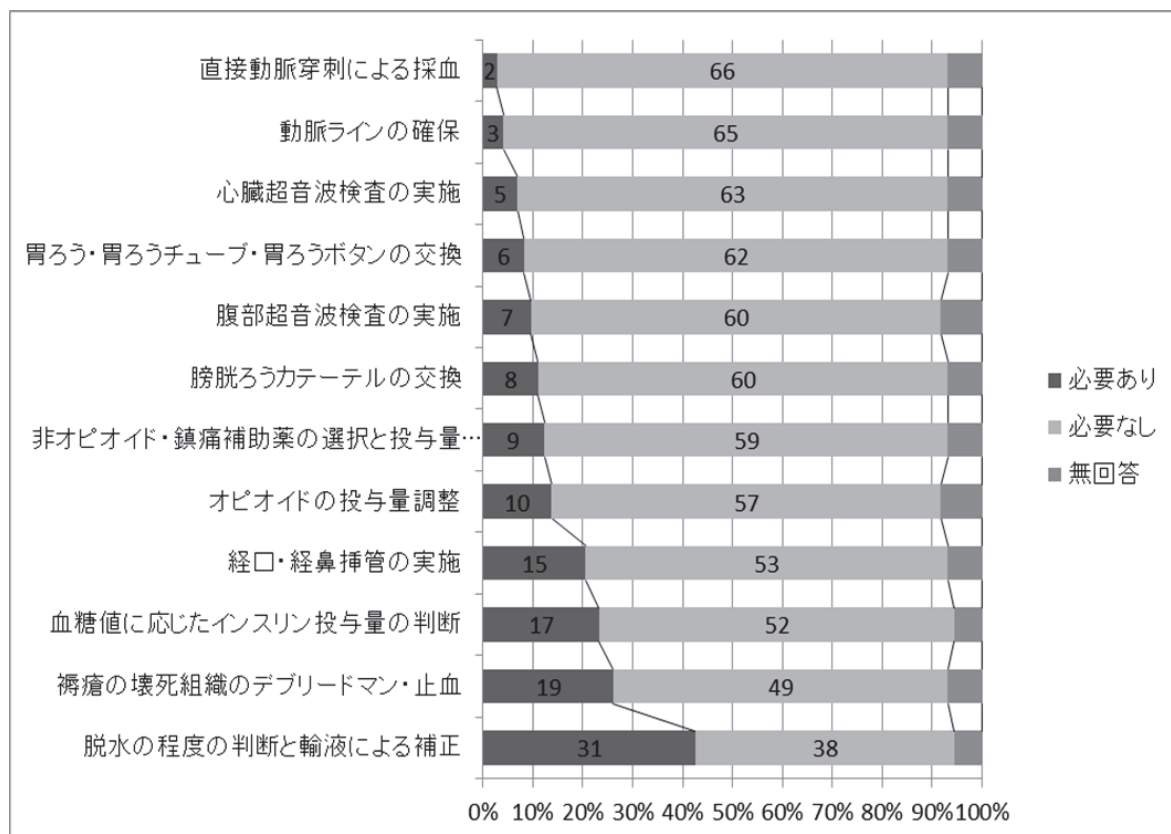


図4 駐在医師のいないヘキ地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無 (n=73)

4. へき地診療所における診療の補助行為のプロトコルの有無

へき地診療所において抽出した12の診療の補助行為についてプロトコルを設けている割合は、10%を超えるものはなかった。最も割合の高いもので、「脱水の程度の判断と輸液による補正」29名(8.6%)であった。次いで、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「経口・経鼻挿管の実施」、「膀胱ろうカテーテルの交換」、「腹部超音波検査の実施」、「直接動脈穿刺による採血」、「心臓超音波検査の実施」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」「オピオイドの投与量調整」、「動脈ラインの確保」の順であった(図5)。

Ⅳ 考察

1. へき地診療所において求められる診療の補助行為

本調査では、12の診療の補助行為を抽出し医師の指示のもと経験したことがあるかを質問したところ、12の診療の補助行為すべてにおいて実施したことのある看護師がいることが明らかとなった。坂本ら⁸⁾の研究では、へき地診療所において緊急事態

への看護を実践する技術として、心肺蘇生や創傷管理、静脈路の確保などが緊急時にはへき地診療所の看護活動として実施されていると報告されており、本研究の結果とも一致する部分がある。「脱水の程度の判断と輸液による補正」、「経口・経鼻挿管の実施」、「動脈ラインの確保」などは救急時に必要な診療の補助行為であると考えられる。「経口・経鼻挿管の実施」および「動脈ラインの確保」と「脱水の程度の判断と輸液による補正」を比較すると、「経口・経鼻挿管の実施」、「動脈ラインの確保」を経験している看護師が少ない。しかし、経験をしている看護師が少ないからといって、必要性が低いということではない。その理由として、「脱水の程度の判断と輸液による補正」は他の2つよりも患者の状況が安定している場合も用いられる行為である。そのため、経験する可能性は高くなることが想定される。しかし、「経口・経鼻挿管の実施」、「動脈ラインの確保」に関しては、「脱水の程度の判断と輸液による補正」よりも稀にしか遭遇しないと考えられる。そのため、経験した人数のみで考えると、必要性が低く考えられてしまう可能性があるが、へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無によると、「経口・経鼻挿管の実施」、「動脈ラインの確保」は経験したことのある人数と同等程度かそれ以上の看

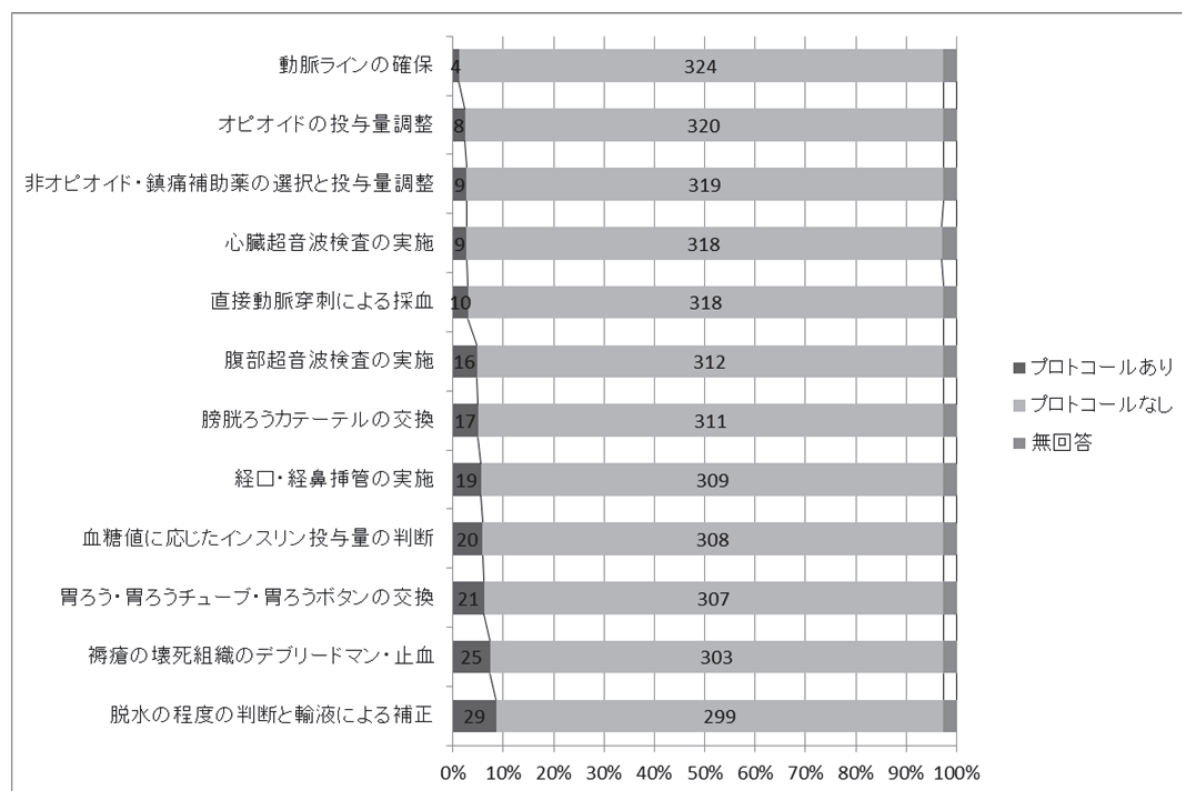


図5 へき地診療所における診療の補助行為のプロトコルの有無 (n=337)

護師が「必要あり」と答えていることから、必ずしも必要性が低いとの判断はできない。

「駐在医師1人配置が約7割であり、医師が常駐していない診療所は約2割という春山ら³⁾の報告と同様に、本結果でも医師が常駐していない診療所は約2割であった。また、へき地診療所では看護師の人数も十分でないことから少ない人数での緊急時対応となっており、看護師が個人で判断をして動くことが少なからずあるということが推察される。「腹部超音波検査の実施」、「心臓超音波検査の実施」は、急を要する状態であるかの判断に用いられる可能性が高く、直接患者に侵襲のある行為ではないが、検査を実施しつつ医師や救急隊員等へ報告をするという臨床的な推論能力を求められる状況にあることも明らかとなった。戸田ら⁷⁾の研究では、症状や情報が不足し健康状態が把握できないことや、健康状態や搬送の必要性について判断を強いられ戸惑っているということが述べられている。「腹部超音波検査の実施」、「心臓超音波検査の実施」のような検査についても必要時実施しているということがうかがえる。一方、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「膀胱ろうカテーテルの交換」などは必ずしも緊急時というわけではない。患者が自分らしく生活する在宅療養において必要な診療の補助行為であると考えられる。この結果は、へき地診療所の看護師が緊急時対応の診療の補助行為だけでなく、在宅療養を支えるための行為を実施していることを示している。特に、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」は34.7%の看護師が実施したことがあると述べており、高い割合で医師の包括的指示において実施していることが明らかとなった。

へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性について考察すると、「脱水の程度の判断と輸液による補正」および「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」のように明らかに実施している看護師の割合の高い行為においては、その必要性も高くなっている。しかし、特筆すべきこととして、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「経口・経鼻挿管の実施」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」、「オピオイドの投与量調整」については実施している割合よりも必要性があると答えた割合が高いということである。これは今まで実施したことがない看護師も必要性を感じていると考察することができる。さらに、必要性を感じていること

は、緊急時のことだけでなく、在宅療養時に必要な診療の補助行為が含まれている。高齢化の進むへき地においては在宅療養に必要な診療の補助行為が看護師に求められていると考えることができる。しかし、最も必要と感じている診療の補助行為である「脱水の程度の判断と輸液による補正」でも全体の38.4%となっており、必ずしも全体が必要としているとは判断できない。必要性という点では、実際には診療の補助行為を実施したことがあったとしても必要性はないと回答している人もいるため、今後より詳細な検討がされるべきであると考えられる。

駐在医師の有無から考察すると、駐在医師のいない診療所においても診療の補助行為の実施状況は、「脱水の程度の判断と輸液による補正」、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「経口・経鼻挿管の実施」、「オピオイドの投与量調整」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」の順となっていた。さらにすべての項目について実施した人がいたということから、全体との違いはなく同様の傾向をみとることができる。つまり、へき地診療所においては、常駐の医師の有無にかかわらず、同様の診療の補助行為が求められていると考えられる。

2. へき地診療所における診療の補助行為のためのプロトコルのあり方

本調査において抽出した12の診療の補助行為同士の相関関係についてSpearmanの順位相関係数を求めた結果、すべての看護技術で正の相関関係を認めた。この結果は、1つの診療の補助行為を実施している場合、すべての診療の補助行為を実施している可能性が高いことを示している。すなわち、積極的に診療の補助行為を実施している者としていない者がいると考えられる。この違いについては、本調査を実施した時点では、抽出した12の診療の補助行為は厚生労働省のワーキンググループにおいて診療の補助に含まれるか否かが検討されていたため、どのような状況であったとしても実施すべきでないと考える看護師がいたことが考えられる。環境の側面から、約8割は駐在する医師がおり、医師が医療行為として実施しているため、今回の調査における診療の補助行為は必要なかったということも考えられる。

別の環境要因としてプロトコルの未整備も考えられる。本調査結果よりへき地診療所において診療の補助行為のプロトコルがあると答えたのは最も

割合の高い「脱水の程度の判断と輸液による補正」でも8.6%にとどまっている。医師の指示のもと経験したことのある看護技術で「脱水の程度の判断と輸液による補正」は40.9%が経験していることから、へき地診療所においてプロトコルが整備されていない現状が明らかとなった。プロトコルが存在しないということは、責任の所在が明確でないという問題が生じる可能性がある。そのため、看護師は本調査における診療の補助行為を実施していないことも推察される。しかし、プロトコルが整備されていないことが診療の補助行為を実施しなかった理由となっているだけでなく、実施した理由となっている可能性もある。プロトコルの存在しない診療所はスタッフが少ないため、医師と看護師とのコミュニケーションがとりやすく、また信頼関係も確立してくると、暗黙の了解や「あうん」の呼吸で実施できる場合が多いと指摘されており²⁾、本研究結果のプロトコルが整備されていない理由も考えられる。看護師経験年数は 25.9 ± 8.9 年であり、看護師は患者の普段の状況なども理解していることが予測され、医師との信頼関係が確立しているとも考えられる。しかし、へき地診療所の医師は派遣でくるとも多いため、医師が変わると「あうん」の呼吸はなくなる可能性が高い。また、安全な医療体制という点でもプロトコルの整備が必要であると考えられる。

3. へき地診療所で求められる診療の補助行為習得のための研修

教育体制の確立も本結果より求められていると考えられる。第20回チーム医療推進会議においては、特定行為習得のための研修制度案が出されている⁶⁾。春山ら³⁾の調査によると、へき地診療所看護活動における課題として、研修や研鑽を積む機会が少ないことが明らかとなっており、へき地診療所の教育体制が整っているとは言えない。さらに、へき地診療所の常勤の看護師は1人が最も多いという報告もあり³⁾、診療所から離れた場所へ研修等に参加するには代替の職員が必要であることから、できる限り診療所の中で研鑽を積むことができるようなシステムが求められている。本調査で抽出した12の診療の補助行為を含む41の特定行為について、行為を実施するためには、必要な知識と技能が要求される。必要な知識については研修制度案⁶⁾で出されているように、日常業務をしながら個人で繰り返し学ぶことが可能であるe-learningシステムを活用すること

がへき地診療所の看護師には望ましいと考える。

しかし、必要な技能はへき地診療所にある設備だけで習得することは困難である。倫理的配慮からもシミュレーション等の演習により習得することによって、へき地診療所の患者へ提供することが可能であると考えられる。そのため、へき地診療所の看護師が必要な行為を選び取れることが求められる。そうすることで、短期間でへき地診療所に戻れるだけでなく、少ない回数で済むと考えられる。緊急時および在宅療養を支えるうえでの必要な診療の補助行為および判断力をつけられる教育システムの構築が求められる。

4. 本研究の限界

本研究の限界について考察する。本研究では12の診療の補助行為を抽出したが、その他の診療の補助行為については自由記載となっており、数値として明確にすることはできていない。また、診療の補助行為を実施しているかどうかについては、本調査の回答者が法律の範囲内という認識を持っていたかは不明である。診療の補助行為を実施していない理由については、本研究では明確にすることができていない。

V. おわりに

へき地診療所において医師の指示のもと実施した経験のある行為に着目し、どのような行為が実際に行われているのかを明らかにすることを目的として調査を行った。その結果、抽出した12の診療の補助行為すべてにおいてが実施されている実態が明らかとなった。その反面、プロトコルについては整備されていない状況が明らかとなり、今後整備する必要があると考えられた。それと同時にへき地診療所で求められている緊急時および在宅療養を支えるうえでの必要な診療の補助行為および判断力をつけられる教育システムが必要であることも明らかとなった。

VI. 謝辞

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

文献

- 1) 1 厚生労働省医政局指導課：第1回へき地保健医療対策検討会（2009年7月10日）資料<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/s0710-10>.

- html(参照2013年10月16日).
- 2) 春山早苗, 田村須賀子, 鈴木久美子, 須永恭子, 関山友子, 波多野浩道, 兒玉慎平:へき地診療所における医師と看護師との連携に関する研究, 日本ルーラルナース学会誌, 6 (2011), 35-49.
 - 3) 春山早苗, 鈴木久美子, 塚本友栄: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一, 2009.
 - 4) 厚生労働省医政局長:医師及び医療関係職種と事務職員等との間等での役割分担の推進について, 医政発第1228001号, 2007年12月28日.
 - 5) 厚生労働省:チーム医療の推進について, チーム医療の推進に関する検討会報告書, 2010年3月19日.
 - 6) 厚生労働省医政局医事課:チーム医療推進会議(2013年3月29日)資料. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002yovx.html> (参照2013年10月20日).
 - 7) 戸田由美子, 坂本雅代, 齋藤美和, 岡田久子, 平瀬節子, 阿波谷敏英:へき地診療所における看護実践上の戸惑い, 高知大学看護学会誌, 6(1) (2012), 13-20.
 - 8) 坂本雅代, 戸田由美子, 平瀬節子, 齋藤美和, 岡田久子, 阿波谷敏英:へき地の無床診療所における医師不在時の緊急対応の看護技術', 高知大学看護学会誌, 4 (2010), 13-20.
 - 9) へき地保健医療対策実施要綱, 医政発第529号 (2001年5月16日), 一部改正医政発第0830003号 (2004年8月30日), 一部改正医政発第0328016号 (2005年3月28日), 一部改正医政発第0601005号 (2006年6月1日), 一部改正医政発第0509007号 (2007年5月9日), 一部改正医政発第0609005号 (2008年6月9日), 一部改正医政発第0330010号 (2009年3月31日), 一部改正医政発第0324第15号 (2010年3月24日).
 - 10) 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 田村須賀子:最新公衆衛生看護学 第2版 2013年版各論2, 日本看護協会出版会, 2013, 145-146.
 - 11) 篠沢侃子, 春山早苗, 岸恵美子, 鈴木久美子, 佐藤幸子: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—, 2004
 - 12) 厚生労働省医政局看護課:第32回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ (2013年5月13日)資料, 2013. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000031m8d.html> (参照2013年7月1日).
 - 13) 門脇豊子, 清水嘉与子, 森山弘子:‘看護法令要覧 平成25年版’, 日本看護協会出版会, 2013, 23.

北陸地方に住む若年女性に対する冷え対策プログラムの有用性

Usefulness of the Program for sensitivity to Cold Management for a young woman living in the Hokuriku district

八塚美樹
Miki Yatsuduka

キーワード：冷え セルフケア支援 若年女性

要旨

本研究では、冷え対策に関する若年女性への看護介入とその有用性を検討するために、季節温度差が大きい豪雪地帯である北陸地方に住む若年女性のセルフケア能力を重視した冷え対策プログラムを開発・試用し、若年女性3名に看護介入した結果、3例に四肢末端の冷え、2例に肩こり、目の疲れ、頭痛、腰痛、便秘の改善を認め、日常生活上の支障が改善された。若年女性への冷え対策を推進するための看護介入として、まずは、対象者が語る冷えの状況に耳を傾け、共感的理解を示すことによって、冷えの状況についての意識を高めること、冷えに関する基本的な知識を提供し、対象者が抱える冷えと知識の統合を図ること、対象者の生活状況や価値観等の特徴を捉えながら冷え対策を立てること、適宜面談等によって振り返りを行い、言語的説得、成功体験例の紹介、デモンストレーション、知識の再統合等を活用しながらセルフケアを促進することが有用であることが示唆された。

I. はじめに

日本人女性の2人に1人が冷えであると言われ¹⁾、我が国では、冷えに関する多くの書籍が出版されている。女性は、男性に比較して筋肉量が少なく、熱産生量も少なく、皮下脂肪が多いため冷えを感じやすい。また女性の冷えは、ホルモン等の内分泌環境が生涯にわたって変動することとも関係している。ホルモンバランスが不安定な思春期から青年期の冷え、成熟期における妊娠、出産を契機にしたホルモンの変調に伴う冷え、更年期障害としての冷え、さらに老年期には全身的な機能低下による老人性体温低下というように、女性の冷えは、生涯にわたる重要な健康問題である。

2005年の調査によると、20歳代の女性の冷えが最も多く、近年のダイエット志向、薄着、食事の偏り等による生活環境の変化が影響していると報告され²⁾、若年女性層の冷えの存在が注目されている。

冷えとは、通常人が苦痛を感じない程度の温度の

環境下において、身体の末梢部位である四肢や腰部に強い冷感を自覚し、そのために寝つきが悪くなる、指先の感覚が鈍るなどの症状を伴うことによって、日常生活において苦痛を感じている場合と定義されている³⁾。

冷えは、冷え自体の苦痛な症状であるばかりでなく、めまい、便秘、腰痛、肩こり、浮腫、月経障害等と様々な症状が出現する。その要因は、西洋医学的には、自律神経の失調に伴う血管運動神経障害、末梢循環障害、女性ホルモン分泌量の減少やホルモンバランスの崩れ、東洋医学的には、生命を維持する基本物質である気（生命エネルギー）、血（血液）、水（体液）の流れの循環異常や質量異常の生体的要因と、生活環境の乱れ（生活リズムの乱れ、衣服の薄着、飲食の失調、冷房の使用、過労、ストレス）や気温の低下の環境的要因から発症すると考えられている⁴⁾。

冷えの発現には職場環境⁵⁻⁷⁾や喫煙⁸⁾、睡眠不足

受付日：2013年11月7日 採択日：2014年3月30日

富山大学大学院医学薬学研究部成人看護学 Department of Adult Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

や不規則な食事時間、食事内容の偏り、運動不足、不規則な生活などの生活習慣が関連すると指摘されてきており⁹⁻¹⁶⁾、日常生活の改善指導は冷えの予防になくなくてはならないと報告されている。

川嶋は、冷えの対する統合医療的アプローチとして、西洋医学、漢方医学（鍼灸、漢方薬、気功等）、医工学的アプローチ（遠赤外線、湯たんぽ、懐炉等）、アロマセラピー、ホメオパシー、養生（生活習慣）、サプリメントの7つを提唱している。養生（生活習慣）には、腹式呼吸、運動、食事、冷えない入浴と服装、正しい睡眠、大きな筋肉を温める、ストレスをためないことであると述べている¹⁷⁾。これら養生7項目は、若年女性を対象とした冷え症と環境要因に関する実態調査報告の内容と類似しており、生活環境要因への介入は冷え予防および冷え対策になると考えた。

しかしながら、冷えや冷えに伴う随伴症状の緩和や改善を目指した研究では、主に妊産婦を対象とした足浴やフットマッサージ等¹⁸⁻¹⁹⁾、の末梢循環促進ケアを実践した研究が数件あるが、冷えに関連する生活環境全般を視野に入れ、若年女性を対象にした看護介入研究はない。

本稿では、冷え対策に関する若年女性への看護介入とその有用性を検討するために、北陸地方に住む若年女性のセルフケア能力を重視した冷え対策プログラムを開発・試用し、対象が捉えた変化について明らかにすることを目的とする。

対象を北陸地方に住む若年女性とした理由は、北陸地方は季節温度差が大きい豪雪地帯であること、若年女性はホルモンバランスの不安定なであるが、心身共に健全な生活を守るための生活習慣や生活信条を形成していく重要な時期であるからである。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査対象者

治療中の疾患がないこと、循環器系および末梢循環に関する障害、膠原病、糖尿病の既往がないこと、妊娠していないことおよび妊娠の可能性がない、冷えの自覚と苦痛を有する若年女性3名

2. 調査期間 2013年3月～6月

3. 冷え対策プログラムの概要

本プログラムは、冷えの理解、冷え対策の立案、冷えの評価から成り立つ、若年女性を対象にセルフケア能力を重視した看護介入を行うことによって、日常生活上の苦痛を伴う極めて主観的な体験である

冷えの改善を目指すことを目的としている。

まず、対象者の冷えの程度、冷えに伴う苦痛の程度、冷えの性質、冷えの経過、冷えの増強因子と軽減因子、冷えに伴う随伴症状、冷えや冷えに伴う随伴症状が日常生活にどのような変化を及ぼしているかについて理解する。次に、対象者の生活信条や生活環境を重視しながら、日常生活上で実行可能な冷え対策を選択し、実行する。対象者は決定したセルフケアを実行し、看護介入はそのセルフケアを促進するように支援する。セルフケアの促進には、冷えに関する基本的知識（冷えの定義、冷えの病態生理、冷えに伴う随伴症状、冷え対策、日常生活と冷え）、冷えに関する基本的技術（腹式呼吸、運動、食生活、入浴、服装、睡眠、ストレス）、基本的看護サポート（共感的関わりと保証、励まし）を活用する。看護介入の評価として、冷えの改善、冷えが日常生活にどのような変化を及ぼしたか、冷えに対する対処や考えについて評価する。

4. 調査項目

介入前後の冷え、介入前後の冷えが日常生活に及ぼした変化、介入前後の冷えに対する対処や考え

5. 倫理的配慮

研究の主旨及び方法、期間、条件について大学研究室のホームページ上に掲載し応募した。応募条件を満たす対象者に、個別に研究の主旨及び方法、期間等について、口頭と書面にて説明し同意を得た。対象者の個人情報に関わる質問に関しては、回答拒否の自由についても説明を加えた。

応募者が当大学女子大学生の場合は、研究参加の可否が成績評価と関係がないこと、研究途中の辞退の自由等について詳細に説明した。

また冷え対策技術の実行は、冷え症に伴う苦痛を改善するために行うため、有害事象が起こる可能性はないが、冷え対策技術の実行が身体的・精神的苦痛及び、介入の継続に対し時間的な拘束に関する苦痛が訴えられた場合やそう判断した場合には、直ちに研究を中止することとした。

なお、本研究は富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認（承認番号：臨認24 - 43 平成24年7月24日承認）を得て実施した。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の概要

対象者は、20歳代女子大学生3名である。

表1 介入前後の冷えと日常生活に及ぼした変化

	介入前	介入後
冷え・冷えに伴う随伴症状	・四肢末端がいつも冷えている [A, B, C] ・下肢全体がいつも冷えている [B, C] ・頭痛, 肩こり, 目の疲れはいつもある [A, B, C] ・腰痛がいつもある [A, B,] ・便秘で辛い [B, C] ・入浴後, すぐに冷える [B] ・生理前は不快で生理痛もある [B]	・四肢末端の冷えは改善し, 辛くない [A, B, C] ・下肢全体は冷えている [B] ・下肢全体の冷えは感じない [C] ・肩こり, 目の疲れが改善した [A, B] ・頭痛, 腰痛が改善した [A, B] ・入浴後の冷えが改善した [B] ・生理前の不快感, 生理痛が改善した [B] ・さ湯を飲むことで, 便秘が改善した [B, C] ・頭痛, 肩こり, 耳鳴り, 目の疲れは改善しなかった [C]
冷えが日常生活に及ぼす影響	・腰痛のため, 重い荷物が持てない [A] ・腰痛のため, 長い時間あるくことができない [A] ・肩こり, 目の疲れのため, パソコン操作ができない [B] ・便秘が1週間以上続くと, 薬剤でコントロール [C] ・体調がすぐれないので, 憂うつである [B]	・長い間の歩行が楽になった [A] ・パソコン操作が苦でなくなった [B] ・症状が改善したので嬉しい [B]

表2 冷えに対するアセスメントと看護介入

冷えに対するアセスメント	看護介入
・冷えと冷えに伴う随伴症状の関連が理解されていない [A, B, C] ・冷えを増強する因子や軽減する因子について気づいていない [A, B, C] ・冷えに伴う随伴症状の一時的な改善によって, セルフケアの継続が困難になっている [A] ・セルフケアの実行と記録をすることに意識が集中しすぎている [B] ・冷えが長く続いており, 冷えはしかたがないと思い, 症状に改善をあきらめている [C]	・冷えの定義, 冷えの病態, 冷えに伴う随伴症状, 冷え対策, 日常生活と冷えについて説明する [A, B, C] ・一日の生活パターンを振り返る [A, B, C] ・生活の中に冷え予防や対策のケアを組み込む [A, B, C] ・冷えに対する気づきを高めるデモンストレーションを行い, 冷えに対する知識を再想起し, セルフケアの継続を促す [A] ・冷えとストレスの関連についての理解を促す [B] ・生活の中での自己のストレスに対する気づきを高める [B] ・生活に応じたストレス対処の方法を見出す [B] ・冷えに対する気づきを高めるため, 直接的ケアを行う [C] ・冷えについての心理的反応に共感的理解を示す [C]

2. 介入前後の冷えと日常生活に及ぼした変化(表1)

介入前後の冷えと日常生活に及ぼした変化は表1のとおりであった。介入前は、症例A, B, Cは共通して、四肢末端がいつも冷えている、頭痛、肩こり、目の疲れを抱えていた。また、症例A, Bは腰痛、症例B, Cは下肢全体の冷え、便秘を抱えていた。症例Bは、入浴後すぐに冷える、生理前は不快で、生理痛もあった。介入後、症例A, B, Cは四肢末端の冷えが改善し、症例A, Bは肩こり、目の疲れ、頭痛の改善、症例B, Cは便秘が改善した。また症例Bは、入浴後の冷え冷生理前の不快と生理痛も改善した。症例Cは、頭痛、肩こり、耳鳴り、目の疲れともに改善しなかった。

介入前は、症例Aは、重い荷物を持てない、長い時間歩くことができなかったが、介入後、長い間の歩行が楽になった。症例Bは、肩こり、目の疲れのため、パソコン操作ができないと苦痛を訴えてい

たが、介入後はパソコン操作が楽になり、症状の改善が嬉しいと話していた。

3. 冷えに対するアセスメントと看護介入(表2)

冷えに対するアセスメントと看護介入を表2に示した。

介入前、症例A, B, Cは、冷えと冷えに伴う随伴症状の関連、冷えを増強する要因や軽減する要因について理解していなかったため、冷えの定義、病態、冷えに伴う随伴症状、日常生活と冷えについて説明をし、一日の生活パターンを振り返り、生活の中に冷え対策のケアを苦も混むことを提案した。結果、症例A, B, Cはともに、一日の生活パターンに応じて冷え対策計画を立てた。しかし、症例Aは、介入期間中に冷えに伴う腰痛が改善したため、冷え対策の実施を一時中断しそうになったため、足浴を実施し、冷えに対する気づきを高めること、冷えに

表3 介入前後の冷えに対する対処や考えと対象者が実行したセルフケア

介入前の冷えに対する対処や考え	対象者が実行したセルフケア	介入後の冷えに対する対処や考え
・いつも冷えている感じなので、何の対処もしていない【A】 ・長年冷えている感じなので、何とかならない【C】 ・特に何もしていないが、なんとかしたい【B】	呼吸法 ・腹式呼吸【A, B, C】 運動 ・骨盤体操・正しい歩行【A, B, C】 ・肩甲骨体操【B】 マッサージ ・下肢のセルフマッサージ【A, B, C】 ・手のセルフマッサージ【A, B, C】 筋肉を温める・大腿部を温める【A, C】 ・背部を温める【A, C】 ・腰部を温める【A, C】 飲食物の工夫・さ湯を飲む【B, C】 入浴の仕方 ・シャワーではなく、湯船につかる【B】 ・半身浴を実行する【B】 ・入浴後、すぐに髪を乾かす【B】 睡眠前の工夫・衣服の調整をする【B】	・また、症状が出たら、思い出して実行しようと思う【A】 ・以外に簡単なので、セルフケアの継続ができそう【B】 ・他のセルフケアも試してみたい【B】 ・面談後数日は、セルフケアが実行できた【C】 ・生活の忙しさでセルフケアができない【C】 ・ケアしてもらったので、セルフケアが少しできた【C】

対する基本的知識を提供した。また、症例Bは、冷え対策の実行に意識が集中しすぎ、実行記録を詳細に記載していた。このことは、冷え対策自体がストレスになる恐れがあったため、冷えとストレスの関連について知識を提供し、生活の中でのストレスとなっている出来事を探索、そのストレスへの対処方法を見出すように支援した。症例Cは、冷えが長く続いていることにあきらめの気持ちを抱いていたため、冷えの定義、病態、冷えに伴う随伴症状、日常生活と冷えについて概略を説明をし、一日の生活パターンを振り返り、生活の中に冷え対策のケアを組み込むことは提案したが、冷えに対する気づきを高めることに重点を置き、手先のマッサージ等の直接的ケアも併行して実施した。

4. 介入前後の冷えに対する対処や考えと対象者が実行したセルフケア（表3）

介入前後の冷えに対する対処や考えと対象者が実行したセルフケアを表3に示した。

対象者が抱える冷えや冷えに伴う随伴症状と生活パターンに応じて、冷え対策を提供した。簡単にできそうな冷え対策を提供すると、症例A, B, Cは、日常的に行うことができる呼吸法、歩行の方法、心地よさが実感できる下肢や手のセルフマッサージを共通して取り入れた。症例A, Cは、呼吸法、運動、マッサージの他、大きな筋肉を温める方法を取り入れた。症例Bは、冷えに伴う随伴症状に応じて、便秘にはさ湯を飲むこと、入浴後の冷えには、湯船につかり、入浴後すぐに髪を乾かすこと、寝る前の温かい服装、肩こりには肩甲骨体操を取り入れた。その結果、冷えに対する対処や考えは、症例Aは冷えに伴う随伴症状が出たら思い出して実行しよう、

症例Bは、冷え対策が簡単だったので、今後も継続できそうだし、新しい冷え対策も試してみたい、症例Cは、面談直後は冷え対策が実行できたが、生活の忙しさで継続はできないと自己評価していた。

IV. 考察

1. 介入前後の冷えと日常生活に及ぼした変化

介入前、3症例は共通して、四肢末端がいつも冷えていると自覚し、頭痛、肩こり、目の疲れを認めていた。この結果は、先行研究で報告されている青年期女子の冷えに関する結果と同様で²⁰⁻²²⁾、四肢末端の冷えの自覚の頻度が高いこと、自律神経系の症状が多いことと一致していた。

また各症例は、腰痛、頑固な便秘、入浴後すぐに冷える、生理前の不快感と生理痛も随伴しており、これらの症状によって長時間歩くことができない、長時間パソコン操作ができない、重い荷物がもてない等日常生活に支障をきたしていた。また、症例Bのように冷えが憂うつあるいは症例Cのように冷え改善に対するあきらめていると、冷えが心理的側面にも影響を及ぼしていた。

今回、若年女性3例に対して、セルフケア能力を重視した冷え対策プログラムを開発・試用した結果、3例ともに四肢末端の冷えの改善を認めた。また、2例に肩こり、目の疲れ、頭痛、腰痛、便秘の改善を認め、日常生活の支障が改善し、心理的に気分の高揚を認めた。

冷えおよび冷えに伴う随伴症状に対するアプローチとして、末梢循環系を改善する試みは、既に蒸気温熱シートの利用²³⁾や温電法の使用²⁴⁻²⁶⁾によって、その改善が報告されているが、本研究の結果は、対象者自らが、深呼吸、セルフマッサージ、運動、大

きな筋肉を温める、入浴の仕方と睡眠前の工夫、食事や飲食物の工夫など生活環境や生活習慣の改善を含めた日常生活上でできる冷え対策を実行したことによってもたらされた結果であり、このことは、冷え対策プログラムの有用性を示唆するものである。

2. 冷えに対する看護介入の評価

3症例は、四肢末端の冷えと自律神経系の随伴症状を伴い、日常生活に支障をきたしていたが、冷えを増強する要因や軽減する要因と関連付けて生活環境や生活習慣の見直しをはかる必要があるとは考えていなかった。また、冷えや冷えに伴う随伴症状への対処は、症例Cの1週間以上続く便秘に対する薬剤の使用以外、ほとんど対策が立てられていない現状であった。すなわち3症例は、冷えと冷えに伴う随伴症状は苦痛で辛く、日常生活への支障があると話していたが、その原因や誘因を自らの生活環境や生活習慣と関連づけて対策を立てるにはどうすればいいのかわからない状況であったと言える。

そこで、看護介入として、対象者の冷えの状況を聞きながら、適宜根拠やその意味づけや冷えに関する基本的な知識を提供し、対象者の生活環境や生活習慣と冷えの増強要因や軽減要因との関連づけができるように支援した。

プロチャスカは、行動変容のプロセスにおけるテクニックにおいて、「意識の高揚」と「自己の再評価」の必要性を述べている²⁷⁾。「意識の高揚」とは、気づきのレベルを高め、必要な情報量を増やすことにより、自分の問題について知的な決断ができることである。

冷え対策を推進するにあたっては、まず、対象者が語る冷えの状況に耳を傾け、共感的理解を示すことによって、冷えの状況についての意識を高めることが看護介入として重要である。対象者の意識の高まりを察知したら、対象者に冷えに対する基本的知識を提供し、対象者の情報量を増やすことによって、対象者自らが生活環境や生活習慣を見直し、冷え対策の方略を考えることができると考える。

3症例は、冷えに関する基本的知識の提供を受け、自らの生活環境や生活習慣を見直し、生活に応じた冷え対策計画を立てることができたものと言える。

今回対象者が選択、実行した具体的な冷え対策は、腹式呼吸、運動、歩行、入浴の仕方と睡眠前の工夫、大きな筋肉を温める、骨盤と肩甲骨を動かす体操、セルフマッサージ、食事や飲食物の工夫であった。これらの冷え対策は、どの方法も簡単で、日常生活

の中に組み入れることが可能であり、いつでも、どこでも実行可能なセルフケアである。

3症例は、現在の生活パターンを振り返りながら、選択した冷え対策がいつ、どこで、どのように実行できるのかを考えることができた。

症例Cは、長年の冷えに悩まされており、冷えに伴う随伴症状の改善についてあきらめの気持ちを持っていたため、冷え対策技術のデモンストレーションと冷え対策技術の根拠の説明、冷え対策に対する成功体験例を提供し、冷え対策の実行を強化した。

ホイットマンは、セルフケアと自己効力感は互いに関連しており、自己効力感は、人が役に立つ技能を使うことによって状況に効果的に反応することができるという信念をもち、その人が実際に技能を実施することができるかと確信することであると述べている²⁸⁾。

冷え対策を立てる際の看護介入では、各対象者の生活状況や生活信条や価値観等の特徴を捉えながら、自己効力感の4つの機能を活用し、対象者のセルフケアの促進を図ったことによって、セルフケアの実行に繋げることができたと考える。

また、成人期の健康学習は、学習の進捗についてフィードバックすることによって、学習による変化がわかり、能力のレベルについて説明することによって、学習の持続性と効果が高まり、達成の喜びと満足、新しい解決法を実施する能力を身につけることができると言われている²⁹⁾。

症例AおよびBは、自らの生活を振り返り、実行可能な冷え対策を組み入れたことによって、冷えと冷えに伴う随伴症状が改善し、心理的負担が解消できたと自己評価していた。このことは、適宜、冷え対策の実行状況や冷えや冷えに伴う随伴症状の改善状況に対して、研究者と共に振り返り、その効用を認め合い、共有したことによって、冷え対策実行の持続性が高まったと考えられる。その結果、冷え対策が継続的に実行できた達成感と満足感を得ることに繋がっていたと考えられる。

特に、症例Bの場合は、実行した冷え対策以外の新しい冷え対策についての学習意欲が認められた。このことは、冷えに対する新しい解決法を実施する能力を身につけることができたと考えられ、冷え対策プログラムの推進には、適宜学習の進捗のフィードバックが必要であることが示唆された。

また、看護介入中にセルフケアの実行を妨げる要因として、2つのことが明らかになった。症例Aの場合は、冷えに伴う随伴症状が一時的に改善したことによって、セルフケアの実行を中断し、症例Bの場合は、セ

セルフケアの実行とその記録に集中しすぎて、冷え対策自体がストレスになってしまったことである。

症例Aに対しては、冷えに対する気づきを高めるデモンストレーションを行い、冷えに対する知識を再度提供し、セルフケアの継続を促した。症例Bに対しては、冷えとストレスの関連についての知識の提供に加えて、自分の生活上に潜むストレスに対する気づきを高め、ストレス対処の方法を見出すように促した。これらの看護介入の結果、症例AおよびBは、継続的な冷え対策が実行できた。

しかしながら、症例Cのように、冷えと冷えに伴う随伴症状の苦痛が長く続いており、症状による苦痛はしかたがないと認識し、症状改善に対してあきらめを感じていた。このことは、冷えが非特異的な自覚症状であり、他者から不定愁訴と捉えられることが多いため、長年放置されることも少なくない現状であることとも関連していると考えられ、症例Cは、自律的に生活を振り返り生活環境や生活習慣を改善のためのセルフケアの促進は、難しいのではないかと判断した。

症例Cに対する看護介入として、自ら生活環境や生活習慣の見直しを行う必要性についての気づきを高めるために、基本的看護サポートである共感に重点を置き、直接的な冷え対策技術の提供を行いながら、対象者のセルフケアの実行を促した。

結果、症例Cは、長年の便秘が改善したことを画期的な出来事として受けとめていた。

症例Cは、生活環境や生活習慣の改善によって、冷えや冷えに伴う随伴症状が改善する可能性を認めたと考えられ、冷えに関する基本的知識、生活環境や生活習慣の見直しに必要性に対して、若干関心をもつことができたのではないかと考える。

近年、冷えに関連する研究において、意欲の欠如、情緒の安定性、考えがまとまらない、気が散る、ストレスを多く感じるなど冷えと心理精神状況についての実態が報告がされている³⁰⁻³²⁾。

本稿においても、症例BやCのように、冷えに関連した憂うつやあきらめ等の心理精神的状況を認めていた。

冷えに対する疫学と治療介入に対する知見は少なく、また日常診療において、冷えは不定愁訴と捉えられ、対症薬で対応されていることが多い中、日本未病システム学会の看護部会は、少子高齢化時代における看護の役割として、新たに「未病看護」の領域を開拓し、病気になる前の状態を管理し、病気にさせない看護を目的として活動を開始している。冷

えは、まさに未病看護の領域であり、女性の一生涯のうちの青年期における冷えに対する健康教育は、ますます重要性を増すと考える。

V. おわりに

北陸地方に住む冷えの自覚と苦痛を有する若年女性3例に対し、開発した冷え対策プログラムを試行した結果、以下の看護介入が有用であると考えられた。

1. まず、対象者が語る冷えの状況に耳を傾け、共感的理解を示すことによって、冷えの状況についての意識を高めるように支援する。
2. 対象者の冷えの状況を聞きながら、適宜根拠やその意味づけや冷えに関する基本的な知識を提供し、対象者の生活環境や生活習慣と冷えの増強要因や軽減要因との関連づけができるように支援する。
3. 対象者に冷えに対する基本的知識を提供し、冷えに関する情報量を増やすことによって、対象者が抱える冷えと知識の統合を図り、対象者生活環境や生活習慣の見直しを支援する。
4. 冷え対策を立てる際は、各対象者の生活状況や生活信条や価値観等の特徴を捉えながら、自己効力感の4つの機能を活用し、対象者のセルフケアの促進を図る。
5. 冷えや冷えに伴う随伴症状の改善状況や冷え対策の実行状況に対して、対象者と共に振り返り、共有することによって、冷え対策実行の継続性を高める。
6. 冷えと冷えに伴う随伴症状の苦痛が長く続いており、症状による苦痛はしかたがないと認識し、症状改善に対してあきらめを感じていた場合、基本的看護サポートである共感に重点を置き、直接的な冷え対策技術の提供を行いながら、自ら生活環境や生活習慣の見直しを行う必要性についての気づきを高める。

今後、セルフケア能力と重視した若年女性への冷え対策プログラムの有用性に関する症例検討を重ねるとともに、冷えに対する有効な看護介入の方法を検討していきたい。

謝辞

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

文献

- 1) 後山尚久:冷え症の病態の臨床的解析と対応。

- 医学のあゆみ, 215(11):925-929, 2005.
- 2) 川嶋朗編著: 冷え外来. 医歯薬出版(東京), pp15-18, 2010.
- 3) 寺澤捷年: 漢方医学における「冷え症」の認識とその治療. 生薬学雑誌, 41(2):85-96, 1987.
- 4) 中村幸代: 「冷え症」の概念分析. 日本看護科学会誌, 30(1):62-71, 2010.
- 5) 山田典子, 別所直子, 吉村裕之: 班別分析における若年女性の冷え症を識別する指標の選択. 冷え症者の身体面および精神面の特性. 日本神経精神薬理学雑誌, 27:191-199, 2007.
- 6) 三浦知美, 交野好子, 住本和博, 金山尚裕: 青年期女子の「冷え」の自覚とその要因に関する研究. 母性衛生, 42:784-789, 2001.
- 7) 定方美恵子, 佐藤 悦, 村山ヒサエ: 女性の冷え症の実態と冷房使用・食生活の関係 - 年代的特徴を中心に -. 新潟大学医療技術短期大学部紀要 6:47-58, 1997.
- 8) 岡田睦美, 宇野充子, 永野英子, 野村義治, 他: 冷え性における冷水負荷サーモグラフィと循環器検診成績、生活習慣との関連. Biomedical Thermology, 24:44-50, 2005.
- 9) 宮本教雄, 青木貴子, 武藤紀久, 他: 若年女性における四肢の冷え感と日常生活の関係. 日本衛生学会誌, 49:1004-1012, 1995.
- 10) 王靈芝, 遠藤淑美, 大野ゆう子: 中医学の視点をケアに取り入れよう全体のバランスで人体をみる 冷え症. 精神科看護, 34:57-61, 2007.
- 11) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生における冷え症と食習慣との関連. 総合健診, 30:323-328, 2003.
- 12) 土屋基, 鈴木勝彦, 井上忠夫, 他: 異なる気候条件下で暮らす女子高校生の「冷え性」と生活状況の検討. 民族衛生, 71:207-218, 2005.
- 13) 川越宏文: 冷えのぼせと漢方, 季節と冷え症. 漢方と最新治療, 8:349-352, 1999.
- 14) 戴昭宇: 冷え症の病因. 中医臨床, 16:250-252, 1995.
- 15) 中村幸代: 冷え症のある妊婦の皮膚温の特徴, および日常生活との関連性. 日本看護科学会誌, 28:3-11, 2008.
- 16) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生における冷え症と食習慣との関連. 総合健診, 30:323-328, 2003.
- 17) 川嶋朗編著: 冷え外来. 医歯薬出版(東京), pp51-72, 2010.
- 18) 西村里江: 妊産婦の身体づくり 身体を冷やさないためのセルフケア方法. 助産雑誌, 63(6):468-473, 2009.
- 19) 岡本正子: お腹の「張り」に強くなる お腹の「張り」予防 食事による予防. 助産雑誌, 61(3):201-204, 2007.
- 20) 近藤正彦, 岡村 靖: 冷え性の病態に関する統計的考察. 日本産婦人科学会雑誌, 39(11):2000-2004, 1987.
- 21) 三浦友美, 交野好子, 住本和博, 他: 青少年女子の「冷え」の自覚とその要因に関する研究. 母性衛生, 42(4):784-789, 2001.
- 22) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生における冷え症と身体状況及び生活環境との関連. 総合健診, 29(5):878-884, 2002.
- 23) 井垣通人, 永嶋義直, 菱沼典子: 便通不調のある中年女性の蒸気温熱シートの腰部適用による症状緩和. 日本看護技術学会誌, 8(2):29-36, 2009.
- 24) 細野恵子: 女子学生の月経痛緩和に対する温電法の効果. 臨床体温, 25(1):26-30, 2007.
- 25) 高橋洋子: 眼精疲労の緩和法(温電法). 眼科, 51(4):415-420, 2009.
- 26) 中尾晃: 家庭用温熱医療機器試供品(PCH-SSR)の肩凝り, 首凝り, 腰痛症状に対する治療効果. ペインクリニック, 29(3):2435-2448, 2008.
- 27) ジェイムス・プロチャスカ著, 中村正和監訳: チェンジング・フォー・グッド. 法研(東京), pp27-38, 2005.
- 28) ナンシー ホイットマン, 監訳安酸史子: ナースのための患者教育と健康教育. 医学書院(東京), pp100-102, 2001.
- 29) ナンシー ホイットマン, 監訳安酸史子: ナースのための患者教育と健康教育. 医学書院(東京)pp162-166, 2001.
- 30) 岡田睦美, 宇野充子, 永野英子, 他: 冷え性における冷水不可サーモグラフィと循環器健診成績、生活習慣との関連. Biomedical Thermology, 24(3):44-50, 2005.
- 31) 高尾文子, 東真由果, 石井洋三: 大学生の冷え症に関する研究一疲労および食生活との関連一. Biomedical Thermology, 24(3), 51-57, 2005.
- 32) 土屋基, 鈴木勝彦, 井上忠夫, 他: 異なる気候条件下で暮らす女子高校生の「冷え性」と生活状況の検討. 民族衛生, 71(5), 207-218, 2005.

島しょに求められる看護職者の役割拡大

野口美和子（沖縄県立看護大学名誉教授）

私は、沖縄県立看護大学学長として在職中（平成19年4月～23年3月）に、沖縄の島々の方々、看護の先輩、沖縄県立看護大学の教員や大学院生の研究から島しょ看護について学んだ。「島しょに求められる看護職者の役割拡大とは何か」と問われたとき、中心とする考え方は、役割拡大をプロセスとして理解することである。

島しょの特徴として、「島の狭小性、環海性、遠隔性」がある。島の大きさや人口規模によっても異なるが、互いに顔が見える、生活が見えるところで住み、海に囲まれ、その豊かな恵みとともに本島・本土の文明から隔てられる不便もある。だからこそ、島は美しい自然と独自の文化が保たれている。

1. 島の住民の健康生活ニード充足の島しょ性(図1)

島しょの特徴からもたらされる〈島の住民の健康生活ニード充足の島しょ性〉をみつめると、島がすき、島で住み遂げたいという島づくり指向と、“いざ”

と力を合わせてやり遂げる共同的創造がみられる。沖縄県立看護大学の博士課程の学生（1回生 下地敏洋さん）の研究に関わり、また、沖縄の歴史に触れ、2009年の10万人全島集会に参加し、沖縄の島々を訪れて強く感じた。ここから導かれることは、「地産地消の百姓的自立」であろう。地産地消とは単に食べ物のことだけではない。また、百姓とは何でもできる人という意味である。従って、島には力がある。島の人々は、“ないものねだりはしない”一方で、必要とあれば自分達で作り出していくという自立心を備えている。自ら作り出すからこそ、自分達の島でこそできるものになり、自分達の島で今、真に必要なものに取り組まれているからこそ、力強く個性的な島づくりにつながっていると考えられる。これは、宮古島のトライアスロンのように個性的な島づくりプロセスである。しかし、このような力が世界中の島々で十分に発揮されてきたわけではなく、それぞれの島でそれぞれの歴史があり、大陸の犠牲に

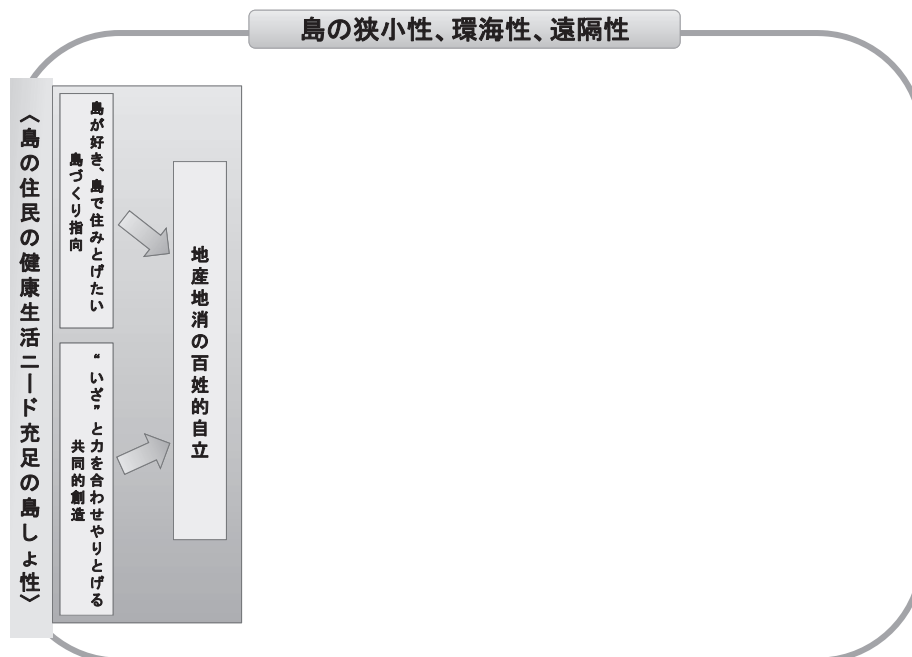


図1 島の住民の健康生活ニード充足の島しょ性

なってきた島もある。特に近年のグローバル化の中で、米国支配を受けている太平洋の島々では、島の理から破壊されていっているように見える島もある。

つまり、共存共栄、持続可能という人間の生存原理からくる生き方が、島しょでは顕著に現れていると考える。島しょでは人間の生き方の原点が見られる。

2. 島の住民の健康生活ニード充足にかかる専門職の活動の島しょ性 (図2)

島が小さければ小さい程、遠隔性が強く、島をものに負担が大きければ大きい程、職種・定員・実働の面から島の専門職が不足する。また、島々では高齢化が進行しているとはいえ、高齢者だけでなく少数であっても子ども、妊婦、成人の予防活動や精神や慢性疾患を患っている者の日常の健康管理、その急性増悪や不慮の事故などの救命救急の医療等求められる専門能力の網羅性がある。つまり、専門職には「少数精鋭でマルチカバー」の働きが求められる。

3. 看護の専門性の特徴 (図3)

看護とは「健康生活の援助」といわれ、幅広いが故に雑然としていることも指摘されている。しかし、役割の拡大可能性のある表現でもある。現代は、多様な分野や領域で高度化し、専門分化と分担によるチームワークが進んでいる。例えば、ナイチンゲール

の時代には、患者に適切な食べ物を準備することは看護職の役割であったが、今では栄養士や調理師がそれを担っている。看護の中心的仕事と考えられていた介護は、介護福祉士に担われている。多様なニーズに対応する多様な専門職が誕生し、専門分化が進む中で、幅広い役割を保持しているのが看護職である。看護の専門性の特徴である幅広さを「専門性の遅れ」、「専門性の低さ」と捉えるのか、幅広いからこそ「役割拡大の可能性」と捉えるかによって看護の未来は異なる。

我が国は、看護教育の大学化で、病院等で働く臨床看護職（看護師）と地域で働く地域看護職（保健師）を総合看護の考えのもと統合化してきた歴史もある。医学教育においても、医師国家資格は専門分化されることなく、薬剤師の担う内容も薬理学で包含し、オールラウンドの基礎教育でカバーしている。看護の方法論では、「ニードへの対応」と表現されている。技術を特定し、その適用で表現するのではなく、ニードへ対応するために様々な技術を工夫し使い確かめるという柔軟性に富んだものである。

このような看護の専門性の特徴である「健康生活の援助」と「ニードへの対応」は、「患者中心」や「地区担当」という理念と一体となっている。用いる技術に焦点をあてるのではなく、看護の対象である個人や地域にあわせ、責任制をもつという専門性である。

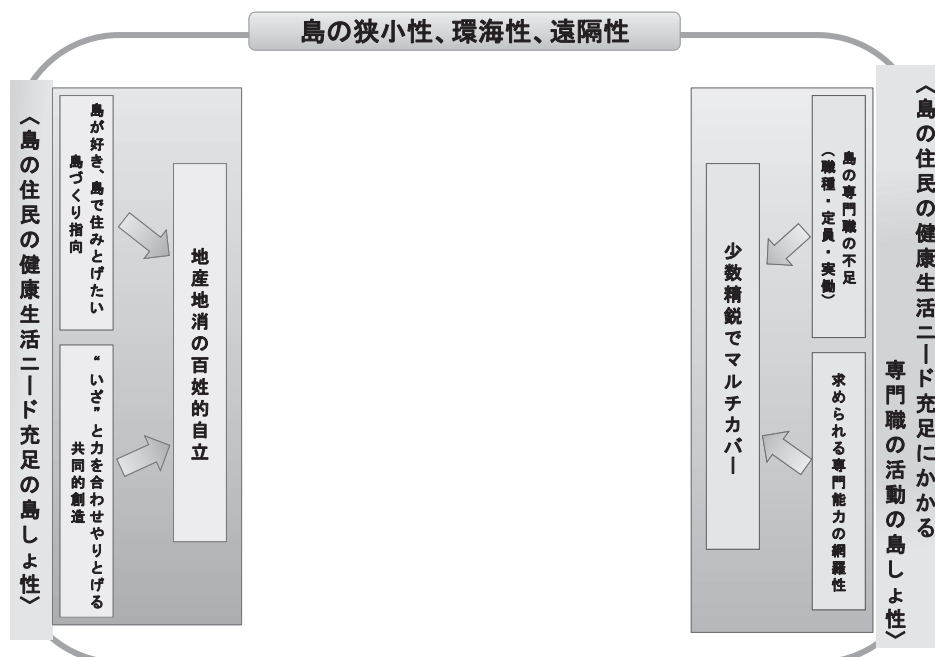


図2 島の住民の健康生活ニード充足にかかる専門職の活動の島しょ性

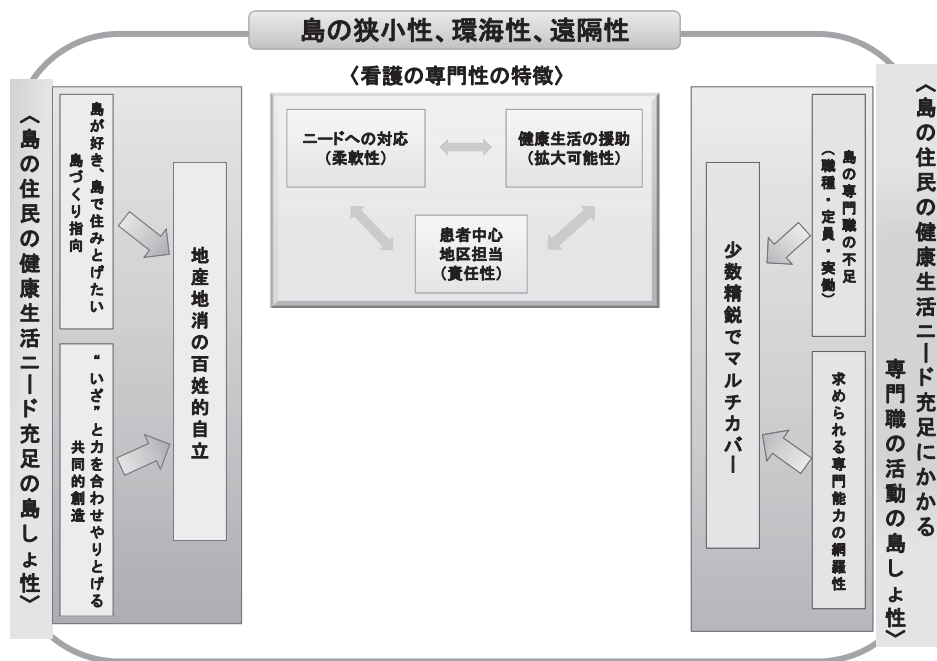


図3 看護の専門性の特徴

この看護の専門性の特徴のゆえにこそ、「少数精鋭でマルチカバー」を引き受け、「地産地消の百姓的自立」に巻き込まれることが可能だと考える。

4. 看護の役割拡大（図4）

看護の専門性の特徴を引き受け、巻き込まれた結

果は、論文などで多数見られる、保健医療福祉の脆弱な小離島で関係者間のつながりの「互助」を活かし、参加型アクションリサーチで地域ケアシステムを構築した研究（大湾明美 博士論文）、住民が専門職を巻き込んでくれず右往左往した結果を振り返り「違和感」を手がかりに、特殊な島の文化に関する

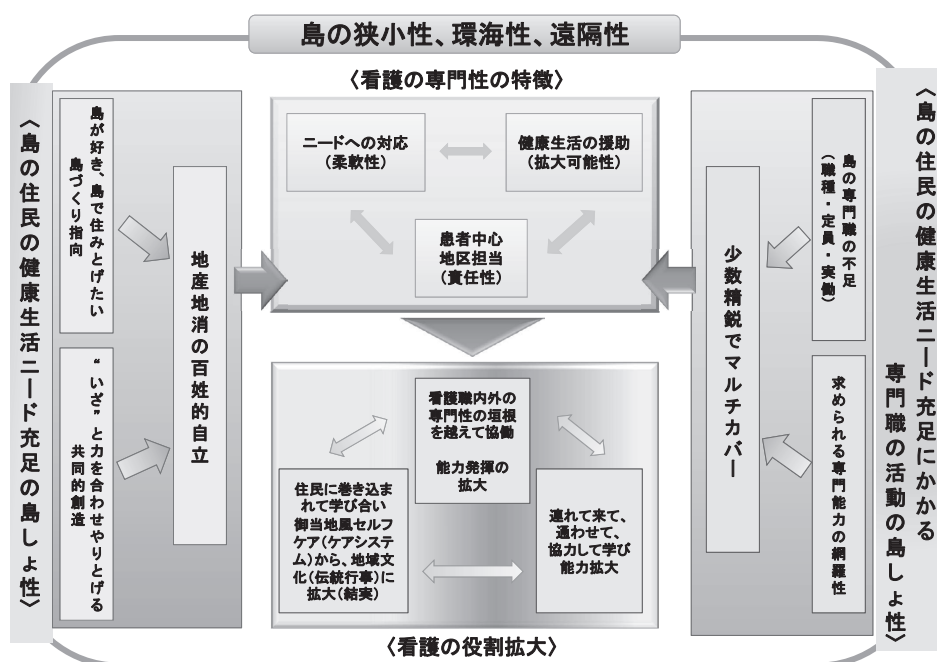


図4 島しよに求められる看護職者の役割拡大

る研究（大川嶺子 博士論文）、過去の駐在保健師の母子保健活動の過程を通して、島しょにおける保健看護活動の評価のあり方の研究（盛島幸子 修士論文）、離島の中核病院の離島支援看護のための委員会活動から島嶼地域の離島支援看護活動モデルの開発の研究（知念久美子 博士論文）が示している。

専門職である医師、X線技師、薬剤師、栄養士などを島外（本土、統括する国、中核病院、県庁など）から、看護職内（地域看護、母性看護、小児看護、成人看護、老年看護、精神科看護など）の垣根を越えて協働することで「能力発揮の拡大」をしていた。特に島外の専門職は、連れてきて、通わせて、協力して学び能力を拡大していた。

専門性の能力が拡大されるのは、島々の事情、その時代背景によるニーズにより異なり、島の看護職が何を引き受けるかにかかっている。例えば、小離島で透析が必要になった住民のために、島で生きたい希望をかなえるために関係者で腹膜透析の勉強をして実現した例や、新生児死亡が解決される中で重症心身障害児とその家族が島で暮らせることに取り組んだ例など看護職の役割拡大のプロセスを学んだ。

そして、最も重要で島しよらしさは、住民に巻き込まれて学び合い御当地風セルフケア（ケアシステム）から地域文化（伝統行事）に拡大（結実）することである。予防の必要性を自覚し、生活を通して生活文化の中で住民によって実践され健康を獲得する。健康であれば、島で住み続けることができることがわかり、人々の間でセルフケアが定着し地域文化にまで高まる。つまり、島しよの人々の暮らしの必要性から誕生した共同売店（住民が出資し、共同で売店を経営し、その利益は住民に還元する）のようにケアシステムとして根づき、そのセルフケアを島の風景として伝統行事に結実していくことが大切である。島は、それを実現させる力が備わっている。具体的には、狭い島ではあつという間に感染症が伝染する。そのため、一人でも患者が発生すると、島民みんなが手洗いうがいをする体勢がとれる。また、糖尿病が悪化進行して透析が必要になると島を出る。その悪化を防ぐセルフケアを人々とともに島の暮らしでできる島のセルフケアが実現できれば、島の人々に希望を与えてくれる。さらに、中核病院の産科巡回診療看護で、妊娠中の早めの保健指導がなされ、ヘリ搬送が減少していることは、島の若い女性にどのように映るだろう。精神科巡回診療看護で、キビの収穫時は精神の患者さんも働け、島のくらしを継続する薬の自己管理への支援を島の人々はどの

ように評価するのだろうか。島で死にたい、島の人々に看取られて死ぬ、その風景を高齢者だけでなく島の若者や子どもはどのように受け止めているだろう。

島の人々と自然に目を向けていくことで、看護職の役割拡大が島の看護ではできるのである。そして、島のための島の人々と文化による島の自立への支援ができる。

おわりに

島しよ看護を教育研究する看護大学の役割は、看護教育において看護の専門性の特徴を取り戻し、それが発揮されやすいように学生を導くことである。島しよにおける看護の役割拡大に関する現任教育方法は、専門性を越えて役割拡大された実例（関係者、経験者の報告、実践研究）を用いて、看護の役割拡大に関する考えを話し合い、受講者の役割拡大の可能性への自己理解を深め、島しよ実習で確認する方法が妥当と考える。また、教育の成果は、看護の専門性をのり越えるプロセス、役割拡大した実践プロセスを受講者の記述、インタビューや報告の詳細で評価されるべきであると考ええる。

本報告は、沖縄県立看護大学の平成23年度文部科学省「専門看護師・薬剤師等医療人材育成事業」のシンポジウム「島しよに求められる看護職者の役割拡大」での指定発言を文章化したものである。

参考文献

- 1) 下地敏洋：高齢者の地域文化行動が幸福感に及ぼす影響に関する研究－宮古出身者の地域文化行動を通して－，平成18年度沖縄県立看護大学大学院博士論文，2007。
- 2) 大湾明美：沖縄県の一離島における高齢者の地域ケアシステム構築に関する研究－波照間島の事例－，平成16年度女子栄養大学博士論文，2005。
- 3) 大川嶺子：高齢者地域ケアシステム構築の支援における地域文化の視点からの住民理解－支援の「違和感」を入口にして－，平成24年度千葉大学博士論文，2012。
- 4) 盛島幸子：島嶼における保健活動の評価のあり方－宮古保健所管内における母子保健活動の過程を通して－，平成22年度沖縄県立看護大学修士論文，2011。
- 5) 知念久美子：中核病院における離島支援看護活動モデルの開発，平成24年度沖縄県立看護大学博士論文，2013