

日本ルーラルナーシング学会誌

Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing

第10巻 2015

原著

- わが国のへき地診療所における看護活動の特徴－2003年，2008年，2013年の比較から－
春山早苗，江角伸吾，関山友子，青木さぎ里，島田裕子，塚本友栄
鈴木久美子，山田明美，中島とし子，福田順子…… 1

研究報告

- へき地診療所看護職のへき地医療拠点病院看護職との交流の必要性
杉本加代，坂本雅代，齋藤美和，阿波谷敏英…… 15
- 島嶼の保健事業への大学の参画に関する研究 ～島嶼保健師の人材育成に焦点を当てて～
中尾八重子，山谷麻由美…… 23
- へき地診療所に勤務する看護師が認識した看護活動に関連する困難感
関山友子，湯山美杉，江角伸吾，山田明美，中島とし子，福田順子
鈴木久美子，塚本友栄，島田裕子，青木さぎ里，春山早苗…… 31
- 東日本大震災で被災した自治体保健師の発災時保健活動における地域診断の内容と情報収集方法
島田裕子，春山早苗，宮崎美砂子，奥田博子，牛尾裕子
石川麻衣，駒形朋子，中瀬克己，岩瀬靖子…… 41
- 離島内居住保健師の実践知とその獲得方法の検討
～保健師自身の生活と看護活動とを結びつける認識に着眼して～
青木さぎ里，春山早苗…… 51

第9回学術集会

- 基調講演 …………… 67
- シンポジウム …………… 68
- 総会報告 …………… 72
- 日本ルーラルナーシング学会誌投稿規定 …………… 85
- 編集後記 …………… 89

原著

わが国のへき地診療所における看護活動の特徴 － 2003年, 2008年, 2013年の比較から －

Characteristics of the Nursing Activity in Rural and Remote Clinics in Japan
－ Comparison of the Findings of 2003 and 2008 and 2013 －

春山早苗*, 江角伸吾*, 関山友子*, 青木さぎ里*, 島田裕子*, 塚本友栄*, 鈴木久美子*
山田明美**, 中島とし子**, 福田順子***

Sanae HARUYAMA*, Shingo ESUMI*, Tomoko SEKIYAMA*, Sagiri AOKI*
Hiroko SHIMADA*, Tomoe TSUKAMOTO*, Kumiko SUZUKI*, Akemi YAMADA**
Toshiko NAKAJIMA**, Jyunko FUKUDA***

キーワード: へき地診療所 (rural and remote clinics), 看護活動 (nursing activity), 看護師 (nurses)

要旨

わが国のへき地診療所における看護活動の実態と構成する因子を明らかにするとともに, 2003年および2008年の全国調査結果との比較により, 看護活動の特徴と今後のあり方を検討することを目的とした。へき地診療所833施設の看護師に郵送自記式質問紙調査を配付し, 先行研究に基づく看護活動内容19項目の実施割合を調べ, また, 因子分析を行った。回収数(率)は337通(40.5%)であった。結果, (a)住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機関とのネットワークづくりと連携, (b)場と対象に合わせた多様な方法を用いたアプローチによる患者・家族の療養生活および介護支援, (c)救急搬送時の対応の3因子が抽出された。看護活動の特徴はアウトリーチ活動や予防活動を含むマルチで包括的な活動であることが示唆され, 今後のあり方として救急搬送時の初期対応能力を高めていくこと, 関係機関とのネットワークで対応する問題を明確にし機能していくこと等が考えられた。

Abstract

The purpose of this study is to examine the characteristic of nursing practice at rural and remote clinics in Japan by clarifying the actual situation of the nursing activity including a factor constituting them. Self-administered questionnaires by mail were distributed to the nurses of 833 rural and remote clinics, and the ratio of respondent who carried out nursing practice 19 items created based on a previous study was calculated. In addition, those responses were analyzed by a factor analysis, and those extracted factors were compared with the factors extracted in the study that we carried out in 2003 and 2008. We received responses from 337 nurses (40.5% response rate). As a result, three following factors were extracted: (a) after having assessed community relations and resources, network development and the cooperation with the relevant organizations, (b) support to patients with medical treatment and caregivers who care for a family by the approach using a variety of nursing practice methods depending on a place and a patient, (c) managing during emergency conveyance. It was suggested that the nursing practiced at rural and remote clinics was characterized by multiple and inclusive activity including the outreach and prevention. The rural and remote clinic nurses should enhance ability for initial managing during emergency conveyance. In addition, they will have to play a role after having made the problem that should support by a network clear.

受付日: 2014年6月30日 採択日: 2015年2月1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 Hot Spring Medical Center of KUNI

***自治医科大学附属病院看護職キャリア支援センター Jichi Medical University Hospital, Center for Nurses' Career Support

I. はじめに

わが国のへき地診療所には、へき地保健医療対策実施要綱¹⁾で定められた設置基準に基づき設置された診療所と、国民健康保険直営診療所のへき地診療所設置基準に基づき設置された診療所がある。へき地保健医療対策等実施要綱において、へき地診療所の目的は無医地区等において、地域住民の医療を確保することとされている。わが国の10万余りの一般診療所の開設者は、個人、医療法人がそれぞれ4割を占める²⁾中、へき地診療所の設置主体は大部分が都道府県や市町村の自治体である。つまり、へき地診療所の看護職は、自治体の「住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担う」(地方自治法 第1条の2)という使命の担い手の立場にもある。

へき地における看護活動は、当該地域の状況によって様ではないが、米国、加、豪州における研究等^{3~6)}から、高度な知識と実践技術をもつジェネラリストによる看護活動であり、活動領域には外傷ケアや外科処置、助産、労働災害への対応、緩和ケア、健康増進などが含まれることが特徴とされている。また、医療全般の専門職としての役割を託され、不足する専門職の実践領域もカバーしなければならない活動とされている。また、へき地診療所(rural clinic)における看護活動については、高度実践看護師(Advanced Practice Nurse)やナースプラクティショナー(以下、NPとする)が運営する診療所におけるマネジメント活動や機能が明らかになっている^{7,8)}。

わが国におけるへき地診療所は、一般に地域資源が乏しい状況の中で、住民に身近なプライマリレベルの医療機関として重要な役割を果たしている。わが国においては、保健活動は市町村の保健センターや保健所等、診療所とは別に役割を担う組織があり、また、分娩まで取り扱うへき地診療所はほとんどない。このようにへき地における保健医療体制は諸外国とは異なり、NP制度もなく、へき地診療所における看護活動は、前述したような諸外国の活動と同様ではないと考えられた。しかし、へき地診療所についての報告は、医師の活動や医療の現状⁹⁾が中心であった。へき地における駐在保健師などの活動報告^{10~12)}には、地域住民の生活に根ざした看護活動を展開してきた実績が示されており、へき地診療所の看護活動についても類似した活動が推測されたが、その看護活動は明らかにされていなかった。

そこで、筆者らは2002年～2003年にかけて、過疎地域、離島、山村地域、豪雪地帯といった様々な地域特性にある3県6市町村における10カ所のへき地診療所に勤務する看護師10名を対象に、半構成的面接調査によりへき地診療所における看護活動を調べた¹³⁾。この調査結果に基づき看護活動内容19項目を設定し、2003年末にへき地診療所看護師を対象とした国内で初めての全国調査を実施し¹⁴⁾、さらに5年後の2008年に市町村合併の進行、並びに、医師不足・看護師不足の問題および地域医療崩壊の危機感の高まりを背景に同様の調査を行った¹⁵⁾。最初の全国調査からこの10年間で、介護保険サービスの充実や地域包括支援センターの整備が図られ、また「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立し、今後は団塊の世代が75歳以上となる、いわゆる2025年問題に向けて、地域包括ケアシステムの構築やより一層の在宅医療の充実がわが国の課題となっている。へき地の保健医療福祉を取り巻く状況の変化の中で、へき地診療所における看護活動の実態と変化を明らかにし、高齢者の多い傾向にあるへき地においても前述した課題に対応していくための看護活動の方向性を、へき地診療所の看護活動の特徴を踏まえて検討していくことが必要であると考えられる。

本研究の目的は、現在(2013年)のへき地診療所における看護活動を構成する因子を明らかにするとともに、過去(2003年、2008年)の調査結果との比較により、へき地診療所における看護活動の特徴と今後のあり方を検討することである。

II. 研究方法

1. 調査対象

調査対象は、へき地保健医療対策実施要綱に基づく各都道府県の第11次へき地保健医療計画において「へき地診療所」とされている1,032施設のうち、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、並びに、休止・廃止となった199施設を除外した833施設に勤務する看護師を対象とした。

2. 調査項目

1) 回答者の基本属性

回答者の基本属性として、性別、年代、取得している免許、看護師経験年数、現在の診療所での勤務年数を尋ねた。

2) 回答者の所属する診療所の概要

回答者が所属するへき地診療所の概要について、所在する地方、所在する地域の特性、病床の有無、常勤看護師数、常勤医師数、訪問看護の実施の有無を尋ねた。

3) 看護活動

先行研究¹³⁾に基づき設定した看護活動内容19項目¹⁴⁾について、「行っている」、「少し行っている」、「あまり行っていない」、「行っていない」の4件法で尋ねた。また、その他として、19項目以外の看護活動の内容を自由記述により尋ねた。

3. 調査方法と調査期間

調査方法は郵送による無記名自記式質問紙調査とした。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。調査票とともに返信用封筒を同封して郵送し、回答後の調査票は郵送により回収した。

調査期間は2013年8月9日～8月31日としたが、回収数が少なかったため、再度、調査協力を依頼する文書を送付し、同年9月30日までとした。

4. 倫理的配慮

本調査は、個人情報を取り扱わない調査として、筆者が所属する大学の倫理審査規程に則り、調査票および返信用封筒は無記名とし、個人や診療所が特定される情報は収集しなかった。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よいこと、調査票は無記名であり個人や診療所を特定する情報は収集しないこと、回答は本研究の目的以外に使用しないこと、調査票への回答・返送をもって調査協力への同意を得たとみなすことを明記し、調査票とともに送付した。

5. 分析方法

統計解析には、IBM SPSS Statistics Ver.21を用いた。

1) 回答者の基本属性

回答者の基本属性と所属する診療所の概要は単純集計を行った。2013年、並びに、2008年および2003年の調査への回答者間で年齢、看護師経験年数、診療所勤務年数に有意差があるか否かを確認するために一元配置分散分析を行った。また、正看護師の回答者に占める割合については、 χ^2 検定を行い、全体として有意差があった場合には、TukeyHSD法による多重比較を行い、2013年、2008年、2003年の回答者群間の有意差を分析した。

2) へき地診療所の看護活動の実態

看護活動内容19項目について単純集計を行った。

「行っている」、「少し行っている」を併せて『行っている』とし、その回答者に占める割合を出した。なお、2003年の調査については、行っている看護活動について「大変よくあてはまる」、「よくあてはまる」、「ややあてはまる」、「あまりあてはまらない」、「全くあてはまらない」の5件法で尋ねているため、「大変よくあてはまる」、「よくあてはまる」、「ややあてはまる」を併せて『行っている』とした。

また、19項目以外の看護活動内容の自由記述については、内容の共通性からカテゴリー化した。

3) へき地診療所における看護活動を構成する因子と変化

看護活動内容19項目を用いて因子分析を行った。各項目は4件法により回答を求めた。各項目は1～4の値をとり、「行っている」を4とした。標本妥当性の測度により、因子分析の適用妥当性について判断した。抽出された因子について、2008年および2003年の調査で抽出された因子と比較分析した。

Ⅲ. 研究結果

回収された調査票337通（回収率40.5%）を分析対象とした。

調査票を配付したへき地診療所が所在する地域別の回収率は、北陸・中部地域が配付80通に対し回収が45通で56.3%と最も高く、次いで九州・沖縄地域が配付147通に対し回収が72通で49.0%、関東・甲信越地域が配付116通に対し回収46通、39.7%、関西・四国地域が配付213通に対し回収80通、37.6%、北海道・東北地域が配付162通に対し回収56通、34.6%、中国地域が配付115通に対し36通、31.3%の順であった。

1. 回答者の基本属性と所属するへき地診療所の概要（表1）

回答者の性別は329人（97.6%）が女性であった。平均年齢は 49.1 ± 8.1 歳で、50代が167人（49.6%）と約半数を占めていた。平均年齢は、2003年調査の回答者の 46.1 ± 8.5 歳よりも有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。取得している免許は看護師が239人（70.9%）であり、この回答者に占める割合は、2008年調査の64.6%、2003年調査の54.2%よりも、有意に高かった（それぞれ $p < 0.05$ ）。看護師経験年数は、平均 25.2 ± 8.9 年で、2008年調査および2003年調査の回答者と有意な差はなく、20年以上が245人（72.7%）と最も多かった。現在のへき地診療所での勤務年数も、平均 13.7 ± 10.1 年で、2008年調査および2003年調査の回答者と有意な差はなく、20

表1 回答者の基本属性および所属するへき地診療所の概要

項目	カテゴリー	2013年 (N=337)		2008年 ^{注1} (N=316)		2003年 ^{注2} (N=417)	
		数	%	数	%	数	%
性別	男性	7	2.1	8	2.5	8	1.9
	女性	329	97.6	304	96.2	405	97.1
	不明	1	0.3	—	—	4	1.0
年齢	Mean±SD	49.1±8.1		47.6±8.1		46.1±8.5	
	20代	3	0.9	6	1.9	17	4.1
	30代	42	12.5	43	13.6	68	16.3
	40代	109	32.3	120	38.0	173	41.5
	50代	167	49.6	124	39.2	144	34.5
	60歳以上	12	3.6	10	3.2	11	2.6
	不明	4	1.2	13	4.1	4	1.0
基本属性	取得している 免許						
	看護師	239	70.9	204	64.6	226	54.2
	准看護師他	98	29.1	112	35.4	191	45.8
	看護師 経験年数	Mean±SD	25.2±8.9	24.2±9.4		25.2±9.6	n.s.
	5年未満	1	0.3	2	0.6	5	1.2
	5年以上10年未満	14	4.2	19	6.0	20	4.8
	10年以上20年未満	72	21.4	71	22.5	83	19.9
	20年以上	245	72.7	214	67.7	298	71.5
	不明	5	1.5	10	3.2	11	2.6
	現診療所での 勤務年数	Mean±SD	13.7±10.1	14.1±10.2		14.1±9.9	n.s.
	5年未満	81	24.0	77	24.4	97	23.3
	5年以上10年未満	66	19.6	50	15.8	58	13.9
	10年以上20年未満	73	21.7	80	25.3	138	33.1
	20年以上	107	31.8	99	31.3	120	28.8
	不明	10	3.0	10	3.2	4	1.0
所属する診療所の概要	所在地						
	北海道・東北	56	16.6	56	17.7	82	19.7
	関東・甲信越	46	13.6	57	18.0	50	12.0
	北陸・中部	45	13.4	47	14.9	76	18.2
	関西・四国	80	23.7	61	19.3	49	11.8
	中国	36	10.7	38	12.0	43	10.3
	九州・沖縄	72	21.4	57	18.0	100	24.0
	不明	2	0.6	—	—	17	4.1
	所在地域の特性 (複数回答)						
	山間部	205	60.8	188	59.5	234	56.1
	過疎地	197	58.5	159	50.3	165	39.6
	島しょ部	75	22.3	65	20.6	54	12.9
	豪雪地帯	56	16.6	47	14.9	45	10.8
	病床の有無						
	無床	303	89.9	274	86.7	—	—
	有床	33	9.8	39	12.3	—	—
	不明	1	0.3	3	0.9	—	—
	常勤看護師数						
	0人	27	8.0	37	11.7	58	13.9
	1人	124	36.8	113	35.8	130	31.2
	2人	92	27.3	80	25.3	109	26.1
	3人以上	94	27.9	86	27.2	108	25.9
	不明	—	—	—	—	12	2.9
	常勤医師数						
	0人	73	21.7	68	21.5	92	22.1
	1人	228	67.7	207	65.5	266	63.8
	2人	25	7.4	34	10.8	30	7.2
	3人以上	11	3.3	7	2.2	16	3.8
	不明	—	—	—	—	13	3.1
	訪問看護実施 の有無						
	実施	100	29.7	109	34.5	—	—
	未実施	237	70.3	201	63.6	—	—
	不明	—	—	7	2.2	—	—

注1:2008年調査は配付数886 有効回収数316(35.7%) 注2:2003年調査は配付数924 有効回収数(率)417(45.1%)

TukeyHSD法による多重比較 * p<0.05

年以上が107人（31.8%）と最も多かった。

回答者の所属するへき地診療所の所在地方は、関西・四国地域が80カ所（23.7%）と最も多く、次いで九州・沖縄地域が72カ所（21.4%）であった。診療所の所在地域の特性は、山間部が205カ所（60.8%）、過疎地が197カ所（58.5%）、島しょ部が75カ所（22.3%）、豪雪地帯が56カ所（16.6%）であった。無床診療所が303カ所（89.9%）と大部分を占めていた。常勤看護師が2人以下の診療所が243カ所（72.1%）であり、常勤医師がいない診療所が73カ所（21.7%）、1人が228カ所（67.7%）で併せて約9割を占めていた。訪問看護を実施している診療所は100カ所（29.7%）であった。

2. へき地診療所における看護活動の実態

1) 看護活動内容19項目の実態（表2）

2013年調査における看護活動内容19項目の『行っている』割合をみると、5割以上であった項目は19項目中10項目であった。

『行っている』割合が最も高かったのは、【往診や外来での診察の介助や処置】で94.7%であった。次いで、【健康診断、予防接種、乳幼児健診の介助】86.1%、【救急搬送時の初期対応】77.2%、【関係機

関との連絡】73.3%、【外来患者への日常生活指導】71.2%の順であった。『行っている』割合が5割以上であったその他の項目には、【医師不在時の応急処置や初期対応】（68.0%）、【救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り】（67.7%）、【地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人間関係を把握】（64.7%）、【地域に必要とされる社会資源を把握すること】（59.1%）、【要介護高齢者家族に対する助言】（57.9%）があった。

『行っている』割合が最も低かったのは、【健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催】で9.5%であった。次いで、【往診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握】33.2%、【受診のための送迎や受診手段などの援助】40.4%、【救急搬送時の付き添い】42.1%、【在宅福祉サービス利用に関わる援助】43.9%、【要介護高齢者家族に対する介護方法の指導】45.4%、【住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ】46.0%、【健康面や生活面における電話相談】46.9%、【関係機関とのミーティングへの参加】46.9%の順であった。

2) 19項目以外の看護活動内容（表3）

自由記述で求めた19項目以外の看護活動内容は、

表2 へき地診療所において看護活動内容19項目の『行っている』割合

看護活動内容項目	2013年 (N=337)		2008年 (N=316)		2003年 (N=417)	
	数	%	数	%	数	%
①健康面や生活面における電話相談	158	46.9	145	45.9	222	53.2
②外来患者への日常生活指導	240	71.2	237	75.0	334	80.1
③医師不在時の応急処置や初期対応	229	68.0	214	67.7	255	61.2
④往診や外来での診察の介助や処置	319	94.7	293	92.7	397	95.2
⑤要介護高齢者家族に対する介護方法の指導	153	45.4	154	48.7	245	58.8
⑥在宅福祉サービス利用に関わる援助	148	43.9	129	40.8	194	46.5
⑦往診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握	112	33.2	114	36.1	156	37.4
⑧要介護高齢者家族に対する助言	195	57.9	175	55.4	284	68.1
⑨受診のための送迎や受診手段などの援助	136	40.4	125	39.6	187	44.8
⑩健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催	32	9.5	27	8.5	69	16.5
⑪関係機関との連絡	247	73.3	226	71.5	283	67.9
⑫地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人間関係を把握	218	64.7	195	61.9	269	64.5
⑬地域に必要とされる社会資源を把握すること	199	59.1	172	54.4	254	60.9
⑭関係機関とのミーティングへの参加	158	46.9	148	46.8	196	47.0
⑮住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ	155	46.0	133	42.1	176	42.2
⑯健康診断、予防接種、乳幼児健診の介助	290	86.1	266	84.2	341	81.8
⑰救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り	228	67.7	218	69.0	206	49.4
⑱救急搬送時の付き添い	142	42.1	129	40.8	161	38.6
⑲救急搬送時の初期対応	260	77.2	230	72.8	288	69.1

表3 看護活動内容19項目以外の看護活動

2013年 回答者33人(9.8%)	2008年 回答者26人(8.2%)	2003年 回答者10人(2.4%)	カテゴリー
	血圧測定や採血、ECG(2)	検査・採血(2)	検査・採血
	介護認定調査(1) 介護支援専門員のサポート(1)	介護保険業務(介護支援専門員業務や訪問入浴業務)(4)	介護保険業務
		保健師や居宅介護支援事業所との連携(3)	保健師や居宅介護支援事業所との連携
住民を対象とした保健活動(1)	健康増進や疾病予防のための活動(1)	保健活動(1)	住民を対象とした健康教室・健康相談・保健指導等の保健活動
住民を対象とした健康教室(生活習慣病予防教室、小中学校における講演)や健康相談・保健指導(生活・栄養・予防接種)(4)	学校健診等学校保健活動(2) 健康教室、診療所だよりの発行など健康情報や診療所活動の発信(4) 保健指導(1)		
住民に対する特定健康診査の受診勧奨・結果説明(2)			
医療事務(2)	医療事務(1)		
介護保険事務(1)	薬品・備品・検査機器等の管理・発注(2)	医療事務(3) 薬剤業務(2)	医療・介護保険事務および薬剤・物品管理
薬剤業務および薬剤・物品管理(3)			
地域包括支援センター業務(見守り支援活動、相談、訪問)(2)	介護予防事業への協力(2)		一次予防・二次予防高齢者に対する個別または集団的アプローチによる介護予防活動
二次介護予防教室(運動、閉じこもり予防、認知症予防)(2)	高齢者の機能訓練事業への参加(1)		
介護予防活動(個別、リハビリ、血圧チェック、健康相談)(1)			
一次介護予防教室(2)			
独居高齢者を含む高齢者個々の状況に合わせた服薬支援(3)	健康手帳や薬手帳も活用した服薬支援・指導(3) 患者宅へ薬を届ける(1) 独居高齢者に対する訪問による服薬支援・指導(1)		独居高齢者を含む高齢者個々の状況に合わせた服薬支援
	地域の行事等における救護活動(2)		地域の行事等における救護活動
看取りを含めた訪問看護(4)			看取りを含めた訪問看護
家族の状況に配慮した医師の説明後のフォロー(1)	入院患者に対する看護業務全般及び診療の補助(1)	介護保険サービス利用者の相談相手(1)	その他
診療後の患者とのコミュニケーション(1)	認知症者への対応(1)		
外来受診時のバイタルチェック、主訴の把握、服薬の確認	在宅難病患者支援(1)		
創処置(1)	医師不在時に点滴処置等を目的とした訪問(1)		
透析患者の看護(1)	リハビリテーションの補助(1)		
看護師業務管理(1)	休診日や夜間の電話相談対応(1)		
他院受診の支援(1)			
併設の老人保健施設の入所者の把握(1)			

【住民を対象とした健康教室・健康相談・保健指導等の保健活動】、【医療・介護保険事務および薬剤・物品管理】、【一次予防・二次予防高齢者に対する個別または集団的アプローチによる介護予防活動】、【独居高齢者を含む高齢者個々の状況に合わせた服薬支援】、【看取りを含めた訪問看護】に分類された。このうち【看取りを含めた訪問看護】は、今回の調査で新たにカテゴリー化された看護活動内容であった。2008年調査および2003年調査でカテゴリー化

された【検査・採血】、【介護保険業務】、【保健師や居宅介護支援事業所との連携】、【地域の行事等における救護活動】に該当する記述はなかった。

3.へき地診療所における看護活動を構成する因子(表4-1)

看護活動内容19項目を用いて因子分析を行った。kaiser-Meyer-Olkin(以下、KMOとする)の標本妥当性の測度が0.9と大きく、看護活動内容19項目のデータに因子分析を適用してよいと判断した。因

表 4-1 ヘキ地診療所における看護活動内容項目間の構造〔2013年調査〕—主因子法, バリマックス回転後の因子負荷構造—

看護活動項目	第1因子	第2因子	第3因子	共通性	
・地域に必要とされる社会資源を把握すること	0.764	0.254	0.170	0.677	[住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機関とのネットワークづくりと連携] α 係数=0.866
・関係機関との連絡	0.685	0.260	0.218	0.584	
・住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ	0.645	0.317	0.239	0.574	
・地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人間関係を把握	0.631	0.294	0.202	0.526	
・関係機関とのミーティングへの参加	0.615	0.187	0.237	0.470	[場と対象に合わせた多様な方法を用いたアプローチによる患者・家族の療養生活および介護支援] α 係数=0.856
・要介護高齢者家族に対する介護方法の指導	0.333	0.699	0.074	0.605	
・在宅福祉サービス利用に関わる援助	0.383	0.662	0.095	0.594	
・健康面や生活面における電話相談	0.181	0.659	0.246	0.527	
・要介護高齢者家族に対する助言	0.507	0.642	0.086	0.676	
・住診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握	0.144	0.528	0.164	0.326	
・外来患者への日常生活指導	0.277	0.516	0.218	0.390	
・医師不在時の応急処置や初期対応	0.089	0.473	0.439	0.425	
・救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り	0.239	0.258	0.698	0.611	[救急搬送時の対応] α 係数=0.752
・救急搬送時の付き添い	0.170	0.064	0.639	0.441	
・救急搬送時の初期対応	0.214	0.162	0.612	0.447	
因子負荷量の平方和	3.030	2.992	1.850		
寄与率(%)	20.202	19.947	12.234		
累積寄与率(%)	20.202	40.149	52.482		

Kaiser-Meyer-Olkin 0.904

表 4-2 ヘキ地診療所における看護活動内容項目間の構造〔2003年調査〕—主因子法, バリマックス回転後の因子負荷構造—

看護活動項目	第1因子	第2因子	第3因子	共通性	
・地域に必要とされる社会資源を把握すること	0.719	0.164	0.211	0.588	[住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく在宅療養者・家族支援] α 係数=0.722
・関係機関との連絡	0.666	0.110	0.129	0.473	
・住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ	0.634	0.141	0.295	0.509	
・在宅福祉サービス利用に関わる援助	0.619	0.221	0.225	0.483	
・関係機関とのミーティングへの参加	0.616	0.238	0.026	0.437	
・地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人間関係を把握	0.606	0.130	0.327	0.491	
・要介護高齢者家族に対する介護方法の指導	0.590	0.208	0.343	0.509	[救急搬送時の対応] α 係数=0.816
・救急搬送時の付き添い	0.119	0.805	0.064	0.666	
・救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り	0.271	0.713	0.244	0.641	
・救急搬送時の初期対応	0.284	0.633	0.252	0.545	[多様な方法を用いたアプローチによる外来患者管理] α 係数=0.864
・健康面や生活面における電話相談	0.259	0.191	0.753	0.671	
・外来患者への日常生活指導	0.269	0.106	0.686	0.554	
・医師不在時の応急処置や初期対応	0.145	0.355	0.467	0.365	
因子負荷量の平方和	3.169	1.955	1.807		
寄与率(%)	24.376	15.036	13.901		
累積寄与率(%)	24.376	39.416	53.317		

Kaiser-Meyer-Olkin 0.876

表 4-3 ヘキ地診療所における看護活動内容項目間の構造〔2008年調査〕—主因子法, バリマックス回転後の因子負荷構造—

看護活動項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性	
・地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人間関係を把握	0.746	0.113	0.342	0.100	0.697	[住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機関とのネットワークづくりと連携] α 係数=0.882
・地域に必要とされる社会資源を把握すること	0.723	0.269	0.248	0.113	0.670	
・関係機関との連絡	0.697	0.235	0.214	0.104	0.597	
・関係機関とのミーティングへの参加	0.680	0.271	0.055	0.254	0.603	
・住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ	0.613	0.294	0.146	0.287	0.566	
・要介護高齢者家族に対する助言	0.309	0.744	0.240	0.148	0.730	[要介護高齢者家族の介護支援] α 係数=0.884
・在宅福祉サービス利用に関わる援助	0.331	0.740	0.253	0.182	0.755	
・要介護高齢者家族に対する介護方法の指導	0.275	0.708	0.311	0.112	0.687	
・外来患者への日常生活指導	0.144	0.229	0.643	0.048	0.489	[多様な方法を用いたアプローチによる外来患者管理] α 係数=0.757
・健康面や生活面における電話相談	0.183	0.289	0.609	0.135	0.506	
・医師不在時の応急処置や初期対応	0.216	0.088	0.599	0.170	0.442	
・住診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握	0.248	0.356	0.439	0.214	0.427	
・救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り	0.163	0.130	0.229	0.746	0.652	[救急搬送時の対応] α 係数=0.753
・救急搬送時の初期対応	0.208	0.142	0.292	0.724	0.673	
・救急搬送時の付き添い	0.094	0.073	-0.023	0.582	0.353	
因子負荷量の平方和	2.925	2.217	1.942	1.763		
寄与率(%)	19.497	14.781	12.944	11.750		
累積寄与率(%)	19.497	34.278	47.222	58.972		

Kaiser-Meyer-Olkin 0.889

子分析の結果、【往診や外来での診察の介助や処置】、【受診のための送迎や受診手段などの援助】、【健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催】、【健康診断、予防接種、乳幼児健診の介助】の4項目は共通性が0.3未満であった。これら共通性の小さい4項目を除外した15項目で再度、因子分析を行った。分析対象数は、15項目の全てに回答している309人となった。KMOの標本妥当性の測度は0.904であった。因子抽出は主因子法、回転はバリマックス法とし、因子数は固有値1以上とした。その結果、3因子が抽出され、累積寄与率は52.5%であった。

第1因子は、【地域に必要とされる社会資源を把握すること】、【関係機関との連絡】、【住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ】、【地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人間関係を把握】、【関係機関とのミーティングへの参加】の5項目の因子負荷量が0.6以上であることから、[住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機関とのネットワークづくりと連携]と表した。

第2因子は、【要介護高齢者家族に対する介護方法の指導】、【在宅福祉サービス利用に関わる援助】、【健康面や生活面における電話相談】、【要介護高齢者家族に対する助言】、【往診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握】、【外来患者への日常生活指導】、【医師不在時の応急処置や初期対応】の7項目の因子負荷量が0.45以上であることから、[場と対象に合わせた多様な方法を用いたアプローチによる患者・家族の療養生活および介護支援]と表した。

第3因子は、【救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り】、【救急搬送時の付き添い】、【救急搬送時の初期対応】の3項目の因子負荷量が0.6以上であることから、[救急搬送時の対応]と表した。

また、各因子に含まれる個々の看護活動内容項目が内的整合性をもつかどうかを判定するために、信頼性係数を算出した。その結果、第1因子は0.87、第2因子は0.86、第3因子は0.75となり、第3因子についてはやや低いものの、それぞれ内的整合性をもつと判定した。

4. へき地診療所における看護活動を構成する因子の変化 (表4-1, 4-2, 4-3)

へき地診療所における看護活動を構成する因子について、2003年調査では共通性が低い【往診や外来での診察の介助や処置】、【受診のための送迎や受診手段などの援助】、【要介護高齢者家族に対する助言】、【往診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握】、【健康診断、予防接種、乳幼児健診の

介助】、【健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催】の6項目を除外した13項目で因子分析が行われ、抽出された因子は3因子であった。第1因子は【地域に必要とされる社会資源を把握すること】、【関係機関との連絡】、【住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ】、【在宅福祉サービス利用に関わる援助】、【関係機関とのミーティングへの参加】、【地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人間関係を把握】、【要介護高齢者家族に対する介護方法の指導】の7項目から構成される[住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく在宅療養者・家族支援]であった。第2因子は【救急搬送時の付き添い】、【救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り】、【救急搬送時の初期対応】の3項目から構成される[救急搬送時の対応]であった。第3因子は【健康面や生活面における電話相談】、【外来患者への日常生活指導】、【医師不在時の応急処置や初期対応】の3項目から構成される[多様な方法を用いたアプローチによる外来患者管理]であった。

2008年調査では共通性が低い項目は2013年調査と同様の4項目であり、15項目で因子分析が行われ、抽出された因子は4因子であった。第1因子は2003年調査の第1因子を構成する項目から【在宅福祉サービス利用に関わる援助】、【要介護高齢者家族に対する介護方法の指導】を除く5項目から構成される[住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機関とのネットワークづくりと連携]であった。第2因子は、2003年調査の第1因子を構成する【在宅福祉サービス利用に関わる援助】、【要介護高齢者家族に対する介護方法の指導】に【要介護高齢者家族に対する助言】を加えた3項目で構成される[要介護高齢者家族の介護支援]であった。第3因子は2003年調査の第3因子を構成する項目に【往診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握】を加えた4項目で構成される[多様な方法を用いたアプローチによる外来患者管理]であった。第4因子は2003年調査の第2因子と同様であった。

2013年調査では、第1因子は2008年調査の第1因子と、第3因子は2008年調査の第4因子と同様であった。第2因子は2008年調査の第2因子と第3因子を構成する項目を併せた7項目から構成される[場と対象に合わせた多様な方法を用いたアプローチによる患者・家族の療養生活および介護支援]であった。

Ⅳ. 考察

本研究結果から、以下にへき地診療所における看護活動の特徴と今後のあり方を考察する。

1. アウトリーチを含む多様なアプローチによる予防を含めた患者・家族の療養生活および介護支援

結果から、看護活動内容項目の因子分析の結果、抽出された因子には「場と対象に合わせた多様な方法を用いたアプローチによる患者・家族の療養生活および介護支援」があった。また、【健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催】といった看護活動が行われていたり、19項目以外の看護活動内容には、【住民を対象とした健康教室・健康相談・保健指導等の保健活動】や【一次予防・二次予防高齢者に対する個別または集団的アプローチによる介護予防活動】、【独居高齢者を含む高齢者個々の状況に合わせた服薬支援】があった。

へき地診療所の看護師は、医師不在時の初期対応から外来患者への日常生活指導、保健活動や介護予防活動まで実施している。加えて、高齢者の服薬支援、並びに、要介護高齢者家族への支援や在宅福祉サービス利用に関わる援助も行っている。へき地診療所の看護活動を構成する因子の変化をみると、2003年調査、2008年調査では「多様な方法を用いたアプローチによる外来患者管理」が因子として抽出されたが、2013年調査では、この因子を構成する看護活動項目に2008年調査で抽出された因子である「要介護高齢者家族の介護支援」を構成する看護活動項目が含まれて1つの因子となっていた。つまり、2008年時点では「多様な方法を用いたアプローチによる外来患者管理」、【要介護高齢者家族の介護支援】がそれぞれ単独でへき地診療所の看護活動を説明し得る活動であった。しかし、現在では「場と対象に合わせた多様な方法を用いたアプローチによる患者・家族の療養生活および介護支援」という、患者と家族、外来看護活動と在宅看護活動、要介護状態になる前の介護予防を必要とする対象から要介護状態にある対象までなどと、場と対象に合わせて多様な方法を用いつつ一体的にアプローチする看護活動こそが、へき地診療所の看護活動を説明し得る活動になっている。この変化の理由として考えられることには、地域包括支援センターの活動や介護保険サービスの充実がある。2005年に創設された地域包括支援センターは、2008年4月末では3,976カ所であったが¹⁶⁾、2012年4月には4,328カ所、プラチナやサブセンターも併せると7,072カ所¹⁷⁾と2倍近くになっている。ここでは、高齢者の相談を総合

的に受けとめ、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐ総合相談支援事業や、要支援者と虚弱高齢者に対する介護予防・日常生活支援総合事業および介護予防マネジメント事業等が行われており、筆者等が2003年からへき地診療所の看護活動内容として調べてきた要介護高齢者家族に対する助言や介護方法の指導、在宅福祉サービス利用に関わる援助、と重なる点がある。また、介護保険サービスについては、居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援、これらの事業所・施設が、それぞれ2000年では41,631、675、17,176であったが、2012年には107,260、21,243、35,885と大きく増加している¹⁸⁾。これらのデータはへき地に特化したものではないが、へき地においても地域包括支援センターや介護保険サービス関連の事業所や施設の整備が確実に進んできていると推察される。このような状況から高齢者の療養生活支援や介護家族への支援については、地域包括支援センターや介護保険サービス従事者において対応され、へき地診療所看護師との役割分担が進み、要介護高齢者に特化した看護活動をへき地診療所看護師が担わなくてもよい状況になってきているのではないかと考えられる。一方で、高齢者の服薬支援や在宅福祉サービス利用に関わる援助も併せた療養生活および介護支援は、未だ地域資源の整備状況に地域差があり、高齢化が他の地域よりも一歩も、二歩も進むへき地において、当該地域に住み続けたいと願う高齢者を支える活動であり、今後は要介護高齢者とその家族のみならず、診療時を契機に援助の必要な対象を把握し、生活習慣病の重症化予防や介護予防の視点も含めた看護活動がより一層重要になると考えられる。また、医師不在時の応急処置や初期対応は、研究結果1から常勤医師がいない、または1人である診療所が約9割であり、かつ当該地域唯一の医療機関としての役割を果たす、へき地診療所だからこそ求められる看護活動である。さらに、研究結果2の看護活動の実態から、外来における看護活動のみならず、電話相談や往診以外の患者宅への訪問によるアウトリーチ活動を展開している。【健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催】は『行っている』割合が少ないが、その他の保健活動や介護予防活動などを併せた予防的活動や、アウトリーチによる活動は、へき地診療所以外の一一般診療所ではほとんど行われていないと推察され、特筆すべき活動である。

以上のことから、アウトリーチを含む多様なアプローチによる予防を含めた患者・家族の療養生活お

および介護支援が、わが国のへき地診療所における看護活動の特徴のひとつであると考えられる。

2. 救急搬送時の対応

結果から、因子分析の結果、抽出された因子には「救急搬送時の対応」があり、2003年調査および2008年調査においても同様に抽出された因子であり、わが国のへき地診療所における看護活動の特徴のひとつであると考えられる。

消防庁では、高度化する救急需要に応えるため、すべての救急隊に救急救命士を少なくとも1人配置する体制を目標に救急救命士の養成と運用体制の整備を推進している。その結果、救急救命士を運用している救急隊数および全国の救急隊に占める割合は年々増加しており、2012年4月には4,763隊および95.9%となっており、救急救命士の資格を有する消防職員も年々増加している¹⁹⁾。へき地においても、カバーする救急隊への救急救命士の配置が進んでいられると考えられるが、本研究結果から、回答したへき地診療所看護師の約4割が【救急搬送時の付き添い】を未だ行っていることが明らかになった。また、【救急搬送時の初期対応】は約8割、【救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り】は約7割の看護師が行っていた。消防庁によると、救急出動件数および搬送人員は年々、増加しており、2012年は過去最多となっており、最も多い事故種別は、救急出動件数、搬送人員ともに急病で約6割、搬送人員の年齢区分で最も多いのは高齢者で約5割であり、年々その割合が増加している²⁰⁾。高齢者の多いへき地においても、急病による高齢者の救急搬送が増えていると推察される。先行研究²¹⁾において、へき地診療所における医師と看護師との連携による活動内容には、緊急時の初期判断・初期対応があり、その背景には医師が非常駐であったり、当該地域に医師が少数しかいなかったりするため、時間外や休日など医師が不在である時が生じ、その間の医療サービスを保障するために、看護師が診療所医師や搬送先医療機関の医師と連絡を取り合いながら緊急時の初期判断・初期対応をしていることが明らかになっている。また、救急患者への初期対応や拠点病院との連絡調整は、患者を速やかに必要な医療に結び付けるために、一次医療機関として重要な活動であり、へき地診療所看護師には、患者の症状から疾患や障害を予測して対応したり、症状や全身状態を他の医療職者に的確に伝えたりすることが必要であるといわれている¹³⁾。当該地域に医師が不在となる状況下にあり、かつ、二次または三次医療機関への

アクセスが容易ではないことなども相まって、へき地診療所看護師には救急搬送時の初期対応における迅速かつ的確な判断能力、ならびに、搬送先の病院との連絡調整能力および説明能力が求められていると考えられる。

へき地診療所看護師は救急患者発生時の初療に大きな役割を担うため、離島のへき地診療所看護師は基本的な蘇生法・止血法・外傷の応急処置ができることが重要であると考えていることが明らかになっている²²⁾。また、他国では、へき地における救急ケアについて、緊急性や複雑性の度合いを考慮して看護師が自立して対応できるための専門性の開発や制度・政策の整備が必要であるといわれている²³⁾。わが国においても、へき地診療所の看護師が救急患者発生時に対応する範囲や状況、条件などをより明確にしていく必要があると考えられる。

3. 住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機関とのネットワークづくりと連携

結果から、2013年調査の因子分析の結果、抽出された因子には「住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機関とのネットワークづくりと連携」もあり、わが国のへき地診療所における看護活動の特徴のひとつであると考えられる。へき地においては地域資源が乏しい傾向にあるからこそ、また、はじめに述べたようにへき地診療所看護師は自治体の使命の担い手の立場にもあることから、診療所が所在する自治体や地域の保健医療福祉介護を含むヘルスケアチームの一員として機能することを求められ、地域を基盤に関係機関とのネットワークづくりや連携を重視して活動を展開しているといえる。へき地診療所における看護活動を構成する因子の変化をみると、2003年調査では構成する看護活動項目に【在宅福祉サービス利用に関わる援助】や【要介護高齢者家族に対する介護方法の指導】を含む「住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく在宅療養者・家族支援」が因子として抽出され、2013年調査の因子とは異なっていた。しかし、2008年調査では2013年調査と同様の因子が抽出されていた。2003年時点では介護保険制度が始まって数年しか経っていない。へき地においては介護保険サービスやその従事者が乏しく、要介護高齢者とその家族への支援においてへき地診療所看護師が役割を発揮することが求められ、それを主な目的として関係機関とのネットワークづくりと連携が行われていたと推察される。しかし、2008年時点では要介護高齢者とその家族への支援にとどまらない関係

機関とのネットワークづくりと連携が行われ、2013年では1でも述べたように介護保険サービスの充実や地域包括支援センターの整備が進む中で、個々の患者や地域住民全体の多様な保健医療福祉介護にかかわる問題にプライマリレベルで、また自治体の使命の担い手として対応していくために、関係機関とのネットワークづくりや連携が行われているのではないかと考えられる。へき地におけるプライマリレベルのケアの問題を解決していく方法として、様々なケア提供者の強みを組み合わせた多職種チームによる実践の重要性がいわれている²⁴⁾。また、へき地で働く看護師は、へき地に住む住民同士の共同や当該地域への帰属意識を喚起するつながりを強めて、地域の問題を跳ね返す地域基盤を強化していくことを支援できるといわれている²⁵⁾。1、2で述べたことも併せて、わが国においては、市町村の保健・福祉・介護担当部署や地域包括支援センター、介護保険サービス提供機関、後方支援病院、そして住民とのネットワークにより対応すべき問題、ならびに、ネットワークにおいてへき地診療所看護師が果たすべき役割および連携方法を、今後一層、明確にし、プライマリケアの担い手としての役割を発揮していく必要がある。

4. マルチで包括的な活動

わが国のへき地診療所以外の一般診療所における看護活動を調べた調査研究は見当たらなかったが、診療の補助が中心である診療所が大部分を占めていることが、通例として推察される。しかし、本研究結果から、各看護活動内容の実施状況をみると看護師によって差があるものの、わが国のへき地診療所の看護師は、予防を含めた「場と対象に合わせた多様な方法を用いたアプローチによる患者・家族の療養生活および介護支援」や「救急搬送時の対応」を、[住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機関とのネットワークづくりと連携]という当該地域のヘルスケアチームの一員としての機能も果たしながら、幅広い看護活動を実施している実態が明らかになった。

米国・加・豪州において、へき地で働く看護師は、医師や薬剤師、臨床検査技師、呼吸療法士、ソーシャルワーカー等の役割である医行為や検査、分娩助産、薬剤業務、調理を含めた食事の準備、医師の行動マネジメント等の活動を行っており、都市部でも外傷センターやICUの看護師は様々な活動を行っているが、へき地で働く看護師は特別な部署に配置されていなくても、また、ひとつの勤務帯の中でマルチ

な活動を行っていることが特徴とされている⁶⁾。また、米国の13州のへき地のプライマリ・ケアを担う医師、フィジシャン・アシスタント（以下、PAとする）、NPを対象とした調査²⁴⁾においては、それぞれが外来のみならず、ナーシングホーム等の他施設訪問や家庭訪問、インターネットによる相談対応、時間外の呼び出しや電話相談対応等、多様なアプローチ方法を用いていることが明らかになっていたが、外来以外のアプローチ方法を用いている割合は、PAやNPよりも医師が有意に高かった。その理由として、平均実践経験年数およびへき地での平均実践経験年数が、いずれもPAやNPよりも医師の方が有意に長く、医師の方がへき地をよく知り、また、時間外に対応している状況から医師がへき地に居住し実践していることが考えられた。本研究における調査対象は、看護師の平均経験年数は約25年、現診療所での平均勤務年数は約14年で20年以上の勤務年数が約3割と最も多く、一方で5年未満が24%、5年以上10年未満を併せると約4割であった。医師については調べていないが、へき地診療所に勤務する医師の調査²⁶⁾では、現診療所での勤務年数区分別の医師の割合は、看護師とほぼ同様であった。わが国のへき地診療所における医師と看護師との連携の特徴には、医師、看護師それぞれの経験の組み合わせに応じた役割分担がなされ、また、医師と看護師の役割の境界を明確にせず、重なり合わせて、その時、その場の状況に合わせて役割分担をしている、ということが明らかになっている²¹⁾。このような医師との連携のあり方に基づいて、医師が当該地域に不在となったり、コ・メディカルがいない、または少ない状況下で、マルチな活動を高齢者を中心に予防から療養・介護支援まで包括的に実施していることが、わが国のへき地診療所における看護活動の特徴であると考えられる。わが国では、医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるための地域包括ケアシステムを構築していくことが課題となっている。へき地における看護活動は分野をまたいで、様々な人々とともに働くことを必要とし、へき地で働く看護師は概して「包括的」であることが得意である、といわれている²⁵⁾。へき地においては、既に地域包括ケアが行われており、へき地診療所看護師の包括性の高い実践から、へき地以外で地域包括ケアシステムを実現するための看護活動の手掛かりが得られる可能性がある。

V. おわりに

本研究結果から、わが国のへき地診療所における看護活動の特徴として、アウトリーチを含む多様なアプローチによる予防を含めた患者・家族の療養生活および介護支援、救急搬送時の対応、住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機関とのネットワークづくりと連携、マルチで包括的な活動が示唆された。また、これらの特徴から、今後の看護活動のあり方として、診療時を契機に援助の必要な対象を把握し、生活習慣病の重症化予防や介護予防の視点も含めて看護活動を行っていくこと、救急搬送時の初期対応に必要な判断能力・連絡調整能力・説明能力を高めるとともに、へき地診療所看護師が救急患者発生時に対応する範囲や状況、条件などをより明確にしていくこと、関係機関や住民とのネットワークにより対応すべき問題やネットワークにおいて看護師が果たすべき役割、連携方法を明確にし、プライマリレベルの看護の担い手として地域包括ケアシステムの中で役割を発揮していくこと、が考えられた。

本研究の限界は、調査の回収率が5割未満で高くはなく、2003年調査、2008年調査も同様であったこと、並びに、2003年、2008年、2013年の調査の回答者について、3回の調査の回答者が同一ではないことや、看護師経験年数や現診療所での勤務年数について有意な差はなかったものの、年齢や正看護師の割合に変化が見られ、各調査で回答者の勤務する診療所や活動体制にばらつきがある可能性がある点である。しかし、全国のへき地診療所の看護師を対象とした調査は他になく、2013年の調査結果と、2008年および2003年の調査結果とを比較して分析したことにより、わが国のへき地診療所における看護活動の実態に近似した結果を得ることができたのではないかと考える。

今後は、離島や山村、豪雪地域等のへき地の特性別や、医師の配置の有無や看護師数等診療および看護体制などで、本研究において示唆された看護活動の特徴が共通するのか、相違があるのかを調べ、わが国のへき地診療所における看護活動の特徴を詳細に追究していく必要がある。

文献

- 1) へき地保健医療対策実施要綱 医政発第529号(平成13年5月16日)最終改正医政発0324第15号(平成22年3月24日)。
- 2) 厚生労働省:医療施設動態調査(平成26年3月末概数)平成26年5月20日。
- 3) Bushy, A.: Orientation to nursing in the rural community. Sage Publications(California), pp.13-14, 191-193, 209, 225-226, 2000.
- 4) Crooks, K.: Rural Nursing is More Than Just Learning Tasks: A Canadian Perspective. Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing, 1:8-17, 2005.
- 5) Francis, K.: Rural Nursing Practice in Australia. Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing, 1:46-52, 2005.
- 6) Long, K. A. & Weinert, C.: Rural Nursing: Developing The Theory Base. Winters, C. A.(ed), Rural Nursing-Concepts, Theory, and Practice- 4th ed.. Springer Publishing(New York) Company, pp.1-12, 2013.
- 7) Sugrue, N. M. & Kenner, C.: A partnership management model for a nurse-run clinic in medically underserved rural area: Health policy initiative. Nursing Outlook, 50(1): 36-37, 2002.
- 8) Stanton, M. & Dunkin, J.: A Review of Case Management Functions Related to Transitions of Care at a Rural Nurse Managed Clinic. Professional Case Management, 14(6): 321-327, 2009.
- 9) 自治医科大学地域医療白書編集委員会編:地域医療白書-へき地医療の現状と課題-。自治医科大学(栃木), pp.94-105, 2002.
- 10) 厚生省健康政策局計画課:ふみしめて50年保健婦活動の歴史。日本公衆衛生協会(東京), pp.258-269, 296-305, 1993.
- 11) 牧野忠康, 園田恭一, 宗像恒次:高知県における地域看護について。1978へき地保健医療と行政制度等の論文集, 日本看護協会調査研究報告CD-ROM版, 5, 2001.
- 12) 日本看護協会調査研究部:1978へき地における保健医療ニーズとサービス。日本看護協会調査研究報告CD-ROM版, 8, 2001.
- 13) 鈴木久美子, 田中幸子, 他:へき地診療所において発展させるべき看護活動。自治医科大学看護学部紀要, 2:5-16, 2004.
- 14) 鈴木久美子, 田中幸子, 他:へき地診療所における看護活動の特性と課題(その1)。日本地域看護学会第7回学術集会講演集, 190, 2004.
- 15) 春山早苗:地域看護の実践 Rural Nursingと

- は. JIM, 20(7), 2010.
- 16) 厚生統計局：国民福祉の動向2009, 厚生指標増刊, 56(12), 147, 2009.
- 17) 厚生統計局：国民の福祉と介護の動向2014/2015, 厚生指標増刊, 61(10), 150-152, 2014.
- 18) 前掲書17), 155-156.
- 19) 総務省消防庁：第Ⅱ部 消防行政を取り巻く現状と課題について. 第2章 消防防災の組織と活動. 平成24年版 消防白書, <http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h24/h24/> (Accessed 2014.3.24).
- 20) 総務省消防庁：平成25年版 救急・救助の現況, 平成25年12月18日報道資料, http://www.fdma.go.jp/neuter/houdou_01/houdou25nen.html (Accessed 2014.5.31).
- 21) 春山早苗, 田村須賀子, 鈴木久美子, 須永恭子, 他：へき地診療所における医師と看護師との連携に関する研究. 日本ルーラルナース学会誌, 6, 35-49, 2011.
- 22) 加藤美佐代, 横内光子：離島へき地診療所で働く看護師に求められるアセスメント・応急処置. 日本救急看護学会雑誌, 12(2), 11-20, 2010.
- 23) Sullivan, E., Hegney, D.G., Francis, K. : Victorian rural emergency care - a case for advancing nursing practice. International Journal of Nursing Practice, 18 : 226-232, 2012.
- 24) Doescher, M.P., Andrilla, C.H., Skillman, S.M., et al. : The Contribution of Physicians, Physician Assistants, and Nurse Practitioners Toward Rural Primary Care-Finding From a 13-State Survey. Medical Care, 52(6) : 549-556, 2014.
- 25) Kulig, J.C., Hegney, D., Edge, D.S. : Community Resiliency and Rural Nursing : Canadian and Australian Perspectives. Winters, C. A.(ed), Rural Nursing-Concepts, Theory, and Practice- 4th ed.. Springer Publishing(New York) Company, p.386, 2013.
- 26) 自治医科大学地域医療白書編集委員会編：地域医療白書 第3号-安心して暮らせる医療づくり 現状と課題を踏まえて-. 自治医科大学(栃木), pp.44-45, 2012.

研究報告

へき地診療所看護職のへき地医療拠点病院看護職との交流の必要性

Necessity of exchange between nurses working at remote clinics and those working at hospitals designated to provide medical services in remote areas

杉本加代*, 坂本雅代**, 齋藤美和*, 阿波谷敏英***

Kayo Sugimoto*, Masayo Sakamoto**, Miwa Saito*, Toshihide Awatani***

キーワード：へき地診療所，へき地医療拠点病院，看護職，へき地看護，交流支援

要旨

【目的】へき地診療所看護職が捉えているへき地医療拠点病院看護職との交流の必要性を明らかにすることである。

【方法】A県内のへき地診療所看護職78名に対し，個人的背景とへき地医療拠点病院看護職との交流の必要性についてアンケート調査を行った。分析は，3群以上の比較には χ^2 検定，2群の比較にはフィッシャーの直接確率検定とウェルチのt検定を行い，有意水準は5%とした。

【結果】回収数51名(回収率65.4%)のうち，対象者の背景の項目全てに回答した49名(有効回答率62.8%)を分析対象とした。対象者の70%以上が，へき地医療拠点病院看護職との知識・技術面での交流が必要と回答しており，その必要性にはへき地診療所の看護職総人数が有意に関連していた。

【結論】へき地診療所看護職の70%以上が，へき地医療拠点病院看護職との交流の必要性を認識していた。

Abstract

[Purpose] To confirm the necessity of exchange between nurses working at remote clinics and those working at hospitals designated to provide medical services in remote areas. [Methods] A questionnaire survey was conducted involving 78 nurses working at remote clinics in A Prefecture to investigate their personal background and the need for exchange with nurses working at hospitals designated to provide medical services in remote areas. A χ^2 test was used to compare 3 or more groups, and Fisher's exact test and Welch's t-test were used to compare 2 groups. The level of significance was set at 5%.

[Results] Of the total respondents (n=51, response rate: 65.4%), 49 nurses (valid response rate: 62.8%) who responded to all questions were used for analysis. More than 70% of the subjects considered the need for knowledge and skill exchange with nurses working at hospitals designated to provide medical services in remote areas, and the total number of remote clinic nurses was significantly correlated with such needs.

[Conclusion] The results suggest that more than 70% of nurses at remote clinics recognize necessity of exchange with those working at hospitals designated to provide medical services in remote areas.

受付日：2014年6月27日 採択日：2014年12月23日

* 高知大学医学部地域看護学講座 Department of Community Nursing Science, Kochi Medical School

** 高知大学医学部基礎看護学講座 Department of Basic Nursing, Kochi Medical School

***高知大学医学部家庭医療学講座 Department of Family Medicine, Kochi Medical School

I. はじめに

へき地における医療の確保については、昭和32年度から国が策定した「へき地保健医療計画」により実施されてきた¹⁾。平成18年度からはこれまで以上にへき地保健医療の充実を図るため、国が示す策定指針に従い、都道府県ごとに地域の実情に応じたへき地保健医療計画を策定する²⁾こととなり、現在「第11次へき地保健医療計画」が実施されている。この計画の中で整備されてきたへき地診療所は、へき地住民に対する基礎的な医療の提供を目的とした医療機関であり、へき地保健医療対策は、へき地医療に従事する医師の確保および支援を中心に行われている³⁾。

へき地診療所の看護職に関しては、全国のへき地診療所を対象とした春山らの調査から、そこに勤務する看護職の年代や有している資格、へき地診療所での勤務年数などの特徴や看護活動における問題や課題などが報告され⁴⁾、へき地保健医療対策検討会報告書（第11次）では、都道府県等においてへき地看護に従事する看護職の実態を明らかにすることが課題となっている⁵⁾。へき地診療所に対して、医師派遣や診療支援、入院を要する患者の受け入れなどを行うへき地医療拠点病院の看護部長の72.6%は、拠点病院にへき地診療所看護職支援の役割があると考えているが、実際に派遣や研修などの支援した経験がある拠点病院は約3割であった⁶⁾。

「平成21年度無医地区等調査・無歯科医地区等調査の概況」によると、無医地区とは「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」であり、無医地区数および無医地区の人口は減少傾向にある⁷⁾。無医地区数が減少した理由は、交通の便がよくなった（56.3%）、人口が50人未満になった（24.4%）などである⁸⁾。確かに公共工事により、道路幅は拡張し、遠方へ迂回していた箇所にはトンネルが造られるなど道路事情は大幅に改善されてきたが、そこを走る路線バスは赤字路線から撤退している。つまり、改善された道路事情の恩恵を受けるには、自分または家族が自家用車を運転しなければならないが、加齢に伴って自家用車の運転は困難となる。また、高齢化の進行により、地域の人口が減少して無医地区の定義に合致しなくなる。過疎と高齢化の進行により、無医地区の対象からも外れてしまう地域において人々が暮らし続けるためには、いかにして健康寿命を延伸する

かが重要な課題である。

このような地域の中で、へき地診療所は唯一の保健・医療機関であり、そこに勤務する看護職は限られた人数で看護サービスを提供しなければならない。さらに、へき地診療所での対応が困難な患者は、へき地医療拠点病院との連携による治療が不可欠となるため、看護においてもへき地診療所看護職とへき地医療拠点病院看護職との連携が必要となる。そしてスムーズな連携のためには、日頃からのへき地診療所とへき地医療拠点病院の看護職間での交流が重要である。しかし、へき地診療所看護職がへき地医療拠点病院看護職との交流について、どのように考えているのかについては明らかになっていない。そこで、本研究では、へき地診療所看護職が捉えているへき地医療拠点病院看護職との交流の必要性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

1) へき地診療所

へき地診療所とは、半径4km以内に1,000人以上が居住し、かつ、最寄りの医療機関まで30分以上を要するなど、容易に医療機関を利用できない地区の住民の医療を確保するため、市町村などが設置した診療所である⁹⁾。

2) へき地医療拠点病院

へき地医療拠点病院とは、無医地区に対し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に巡回診療、へき地診療所等への医師派遣、へき地診療所の医師の休暇時等における代替医師の派遣など、へき地における医療活動を継続的に実施している病院である⁹⁾。

2.調査対象

調査対象者は、A県内にあるへき地診療所に勤務する看護職（看護師および准看護師）である。

3.調査期間

平成25年11月26日～12月25日

4.調査内容

対象者の背景は、年代、有している看護に関する資格、看護職としての総経験年数、診療所での総勤務年数を調査内容とした。現在勤務しているへき地診療所については、診療所形態（有床または無床）、診療所での看護職総人数、勤務部署（外来または病棟）、勤務形態（常勤または非常勤）、職位（スタッフまたは責任者）を調査内容とした。

へき地診療所とへき地医療拠点病院における看護職間の交流の必要性については、へき地診療所看護

職の診療所外での学習活動¹⁰⁾ から重要と考えられる①看護に関する連絡会（以下、看護連絡会）、②患者支援に関する情報交換会（以下、患者情報交換会）、③新しい医療・看護機器の取り扱い研修会（機器研修会）を選定し、必要性の有無を調査した。

5. データ収集方法

各へき地診療所の看護職責任者に許可を得た後、それぞれのへき地診療所に無記名の自記式アンケート用紙を配布し、郵便法によって回収した。

6. データ分析方法

分析には、エクセル統計statcel 3を用い、各項目において基本統計量を求めた。3群以上の比較には χ^2 検定、2群の比較にはフィッシャーの直接確率検定とウェルチのt検定を行った。有意水準は5%とした。

7. 倫理的配慮

本研究は高知大学医学部倫理委員会の承認を得た後に実施した。対象者には、研究の目的、調査協力は自由であること、協力しなくても不利益を被ることはないこと、調査は無記名のため個人は特定されないこと等を文書で説明した。アンケート用紙の回収をもって調査協力への同意を得られたものとした。

Ⅲ. 研究結果

A県内のへき地診療所に勤務する看護職78名にアンケート用紙を配布し、51名から回答を得た(回収率65.4%)。そして、対象者の背景に関する質問項目すべてに回答した49名(有効回答率62.8%)の回答を分析対象とした。

1. 対象者の背景（表1）

対象者の年代は、50歳代が最も多く24名（49.0%）であり、次いで40歳代の11名（22.4%）であった。有している資格は、看護師28名（57.1%）、准看護師21名（42.9%）であった。看護職としての総経年数で最も多い年数は30～39年の22名（44.9%）、次いで20～29年の10名（20.4%）であり、平均値±標準偏差は27.8±10.3年であった。診療所での総勤務年数で最も多い年数は0～9年の17名（34.7%）、次いで20～29年の16名（32.7%）であり、平均値±標準偏差は17.2±11.2年であった。

勤務しているへき地診療所の形態は、無床診療所25名（51.0%）、有床診療所24名（49.0%）であった。へき地診療所での看護職総人数（常勤と非常勤の合計数）で最も多い人数は1～5人の27名（55.1%）、次いで16～20人の12名（24.5%）であり、平均値±標準偏差は7.8±6.6人であった。勤務部署は外来

が最も多く30名（61.2%）であり、勤務形態は42名（85.7%）が常勤であった。対象者の職位は、スタッフ40名（81.6%）、責任者9名（18.4%）であった。

表1 対象者の背景 (n=49)

項目	カテゴリー	回答者数(%)	平均値±標準偏差
年代	20歳代	1(2.0%)	
	30歳代	8(16.3%)	
	40歳代	11(22.4%)	
	50歳代	24(49.0%)	
	60歳代	4(8.2%)	
	70歳代	1(2.0%)	
資格	看護師	28(57.1%)	
	准看護師	21(42.9%)	
看護職総経年数			27.8±10.3年
	0-9年	2(4.1%)	
	10-19年	9(18.4%)	
	20-29年	10(20.4%)	
	30-39年	22(44.9%)	
	40-49年	5(10.2%)	
	50-59年	1(2.0%)	
診療所総勤務年数			17.2±11.2年
	0-9年	17(34.7%)	
	10-19年	10(20.4%)	
	20-29年	16(32.7%)	
	30-39年	5(10.2%)	
	40-49年	1(2.0%)	
診療所形態	無床診療所	25(51.0%)	
	有床診療所	24(49.0%)	
診療所看護職総人数			7.8±6.6人
	1-5人	27(55.1%)	
	6-10人	6(12.2%)	
	11-15人	4(8.2%)	
	16-20人	12(24.5%)	
勤務部署	外来	30(61.2%)	
	病棟	10(20.4%)	
	兼務	9(18.4%)	
勤務形態	常勤	42(85.7%)	
	非常勤	7(14.3%)	
職位	スタッフ	40(81.6%)	
	責任者	9(18.4%)	

2. へき地診療所とへき地医療拠点病院における看護職間の交流の必要性（表2）

へき地診療所とへき地医療拠点病院における看護職間の交流の必要性については、看護連絡会は35名（71.4%）、患者情報交換会は38名（77.6%）、機器研修会は37名（75.5%）の者が必要であると回答していた。

表2 診療所とへき地医療拠点病院における看護者間の交流の必要性 (n=49)

	必要 回答者数(%)	不要 回答者数(%)	無回答 回答者数(%)
看護連絡会	35(71.4%)	10(20.4%)	4(8.2%)
患者情報交換会	38(77.6%)	10(20.4%)	1(2.0%)
機器研修会	37(75.5%)	10(20.4%)	2(4.1%)

3. 看護職間の交流の希望場所（表3）

へき地診療所とへき地医療拠点病院の看護職間の交流を必要と回答した者のうち、交流の希望場所は、看護連絡会と患者情報交換会ではインターネットの活用の希望が最も多く、それぞれ45.7%と60.5%であった。機器研修会では、へき地医療拠点病院での開催希望が最も多く56.8%であった。

表3 看護者間の交流の希望場所

	インターネットの活用	診療所で開催	へき地医療拠点病院で開催	大学で開催
看護連絡会(n=35)	16(45.7%)	7(20.0%)	12(34.3%)	4(11.4%)
患者情報交換会(n=38)	23(60.5%)	9(23.7%)	11(28.9%)	2(5.3%)
機器研修会(n=37)	13(35.1%)	7(18.9%)	21(56.8%)	5(13.5%)

複数回答

4. 看護職間の交流の希望時間帯（表4）

へき地診療所とへき地医療拠点病院の看護職間の交流を必要と回答した者のうち、交流の希望時間帯は、看護連絡会と機器研修会では勤務時間外での希望が最も多く、それぞれ51.4%と56.8%であった。患者情報交換会では、勤務時間内での希望が最も多く52.6%であった。

表4 看護者間の交流の希望時間帯

	勤務時間内	勤務時間外	どちらでもよい
看護連絡会(n=35)	14(40.0%)	18(51.4%)	3(8.6%)
患者情報交換会(n=38)	20(52.6%)	15(39.5%)	3(7.9%)
機器研修会(n=37)	11(29.7%)	21(56.8%)	5(13.5%)

5. 対象者の背景と看護職間の交流の必要性との関連（表5）

対象者背景のうちへき地診療所の看護職総人数は、看護連絡会と患者情報交換会および機器研修会の全てにおいて有意差があった。有床・無床についてのへき地診療所形態は、看護連絡会でのみ有意差があった。

6. 看護職責任者の背景（表6）

看護職責任者の年代は、50歳代が最も多く7名（77.8%）であった。有している資格は、看護師7名（77.8%）、准看護師2名（22.2%）であった。看護職としての総経験年数で最も多い年数は30～39年の6名（66.7%）であり、平均値±標準偏差は32.0±4.7年であった。診療所での総勤務年数で多いのは、10～19年と20～29年の3名（33.3%）であり、平均値±標準偏差は18.7±10.2年であった。

勤務しているへき地診療所の形態は、無床診療所6名（66.7%）、有床診療所3名（33.3%）であった。へき地診療所での看護職総人数（常勤と非常勤の合計数）で最も多い人数は1～5人の5名（55.6%）であり、平均値±標準偏差は8.0±6.4人であった。勤務部署は外来が最も多く7名（77.8%）であり、勤務形態は常勤が8名（88.9%）であった。

IV. 考察

1. へき地診療所看護職の特徴

本研究におけるへき地診療所看護職の年代は、40～50歳代が全体の71.4%を占めていた。これは、春山らが全国のへき地診療所の看護職421名について調査した結果（以下、全国調査）¹¹⁾で、40～50歳代が75.9%を占めていたこととほぼ一致していた。また、看護職が有している資格は、看護師57.1%、准看護師42.9%であり、全国調査の看護師

表5 対象者の背景と看護者間の交流の必要性との関連

対象者背景	カテゴリー	看護連絡会の必要性(n=45)			患者情報交換会の必要性(n=48)			機器研修会の必要性(n=47)		
		あり 回答者数(%)又は Mean±SD	なし 回答者数(%)又は Mean±SD	p値	あり 回答者数(%)又は Mean±SD	なし 回答者数(%)又は Mean±SD	p値	あり 回答者数(%)又は Mean±SD	なし 回答者数(%)又は Mean±SD	p値
年代	20歳代	1(2.2)	0		1(2.1)	0		0	1(2.1)	
	30歳代	6(13.3)	2(4.4)		6(12.5)	2(4.2)		7(14.9)	1(2.1)	
	40歳代	6(13.3)	3(6.7)		8(16.7)	3(6.3)		8(17.0)	3(6.4)	
	50歳代	18(40.0)	5(11.1)	ns ^a	19(39.6)	4(8.3)	ns ^a	18(38.3)	5(10.6)	ns ^a
	60歳代	3(6.7)	0		3(6.3)	1(2.1)		3(6.4)	0	
	70歳代	1(2.2)	0		1(2.1)	0		1(2.1)	0	
資格	看護師	19(42.2)	7(15.6)	ns ^b	21(43.8)	6(12.5)	ns ^b	21(44.7)	6(12.8)	ns ^b
	准看護師	16(35.6)	3(6.7)		17(35.2)	4(8.3)		16(34.0)	4(8.5)	
看護職総経験年数		27.9±10.9	26.7±10.2	ns ^c	27.8±10.5	27.1±10.7	ns ^c	28.1±10.3	25.7±11.4	ns ^c
	0-9年	2(4.4)	0		2(4.2)	0		1(2.1)	1(2.1)	
	10-19年	6(13.3)	3(6.7)		6(12.5)	3(6.3)		8(17.0)	1(2.1)	
	20-29年	6(13.3)	2(4.4)		8(16.7)	2(4.2)		7(14.9)	3(6.4)	
	30-39年	16(35.6)	5(11.1)		17(35.4)	4(8.3)		16(34.0)	5(10.6)	
	40-49年	4(8.9)	0		4(8.3)	1(2.1)		4(8.5)	0	
診療所総勤務年数		17.9±11.4	13.8±11.8	ns ^c	18.0±10.9	13.3±12.3	ns ^c	17.9±11.2	12.7±11.0	ns ^c
	0-9年	11(24.4)	6(13.3)		11(22.9)	6(12.5)		7(14.9)	5(10.6)	
	10-19年	7(15.6)	1(2.2)		9(18.8)	0		12(25.5)	3(6.4)	
	20-29年	13(28.9)	2(4.4)		14(29.2)	2(4.2)		14(29.8)	1(2.1)	
	30-39年	3(6.7)	1(2.2)		3(6.3)	2(4.2)		3(6.4)	1(2.1)	
	40-49年	1(2.2)	0		1(2.1)	0		1(2.1)	0	
診療所形態	無床	15(33.3)	8(17.8)	p=0.0415 ^b	18(37.5)	7(14.6)	ns ^b	18(38.3)	6(12.8)	ns ^b
	有床	20(44.4)	2(4.4)		20(41.7)	3(6.3)		19(40.7)	4(8.5)	
診療所看護職総人数		9.06±7.05	3.6±2.27	p=0.0003 ^c	8.8±6.8	3.2±1.9	p=0.0001 ^c	8.9±7.0	4.9±4.1	p=0.0309 ^c
	1-5人	18(40.0)	7(15.6)		19(39.6)	8(16.7)		19(40.4)	6(12.8)	
	6-10人	2(4.4)	3(6.7)		4(8.3)	2(4.2)		3(6.4)	3(6.4)	
	11-15人	4(8.9)	0		4(8.3)	0		3(6.4)	1(2.1)	
	16-20人	11(24.4)	0		11(22.9)	0		12(25.5)	0	
勤務部署	外来	19(42.2)	9(20.0)		22(45.8)	8(16.7)		21(44.7)	7(14.9)	
	病棟	9(20.0)	1(2.2)	ns ^a	8(16.7)	1(2.1)	ns ^a	8(17.0)	2(4.3)	ns ^a
	兼務	7(15.6)	0		8(16.7)	1(2.1)		8(17.0)	1(2.1)	
勤務形態	常勤	29(64.4)	9(20.0)	ns ^b	33(68.8)	8(16.7)	ns ^b	31(66.0)	9(19.1)	ns ^b
	非常勤	6(13.3)	1(2.2)		5(10.4)	2(4.2)		6(12.8)	1(2.1)	
職位	スタッフ	31(68.9)	7(15.6)	ns ^b	31(64.6)	8(16.7)	ns ^b	32(68.1)	7(14.9)	ns ^b
	責任者	4(8.9)	3(6.7)		7(14.6)	2(4.2)		5(10.6)	3(6.4)	

検定は無回答を除いて行った。a: χ^2 検定。b: フィッシャーの直接確率検定。c: ウェルチのt検定
ns: not significant.

表6 看護職責任者の背景 (n=9)

項目	カテゴリー	回答者数(%)	平均値±標準偏差
年代	40歳代	1(11.1)	
	50歳代	7(77.8)	
	60歳代	1(11.1)	
資格	看護師	7(77.8)	
	准看護師	2(22.2)	
看護職総経年数			32.0±4.7年
	20-29年	2(22.2)	
	30-39年	6(66.7)	
	40-49年	1(11.1)	
診療所総勤務年数			18.7±10.2年
	0-9年	2(22.2)	
	10-19年	3(33.3)	
	20-29年	3(33.3)	
	30-39年	1(11.1)	
診療所形態	無床診療所	6(66.7)	
	有床診療所	3(33.3)	
診療所看護職総人数			8.0±6.4人
	1-10人	6(66.7)	
	11-20人	3(33.3)	
勤務部署	外来	7(77.8)	
	病棟	1(11.1)	
	兼務	1(11.1)	
勤務形態	常勤	8(88.9)	
	非常勤	1(11.1)	

54.6%, 准看護師43.5%とほぼ一致していた。そして、診療所での総勤務年数は、0～9年が34.7%と最も多くを占めており、全国調査における10年未満の37.0%とほぼ一致していた。

本研究と全国調査の結果で違いがみられたのは、看護職としての総経年数であった。全国調査は、現在の職場以外における調査対象の看護職経年数で、10年未満が56.6%を占めている。一方、本研究では、現在勤務している診療所での勤務年数も含めて看護職としての総経年数を調査したため一概には比較できないが、看護職としての総経年数は20～39年が65.3%を占めていた。診療所での総勤務年数に占める10年未満の割合が、全国調査とほぼ一致していることから、本研究が対象としたへき地診療所看護職は、診療所での総勤務年数10年未満であっても、看護職としての総経年数20～39年という中堅クラス以上の看護職が多いことが考えられる。

2. へき地医療拠点病院看護職との交流の必要性

看護職総経年数やへき地診療所総勤務年数や看護職の資格に関わらず、へき地診療所看護職の70%以上の者が、看護連絡会や患者情報交換会や機器研修会による交流を必要であると回答していた。さらに、診療所形態と看護連絡会の必要性には有意差があった。石川らは、300床以上の病院に勤務する看護職の学習行動について、80%以上の看護職が

学習参加への意欲があった¹²⁾と述べている。医療機関が300床以上の病院と診療所という違いはあるが、本研究対象者の70%以上に看護連絡会や患者情報交換会や機器研修会への意欲があるということや、有床診療所で看護連絡会の必要性を感じている割合が多いことから、へき地診療所看護職も病院看護職に劣らない看護の充実にに向けた意欲を有していると考えられる。これは、へき地診療所における看護の現状に満足することなく、へき地医療拠点病院の看護職と交流をもつことで、へき地診療所における看護の管理運営や、患者に関する情報、看護に関する知識・技術の向上を図りたいという看護の充実にに向けた意欲の現れと考えられる。

へき地診療所看護職の役割について、鈴木らがへき地診療所を「地域住民の一次医療機関であり、入退院や施設入退所時の通過地点」¹³⁾と位置づけていることをもとに、へき地診療所看護職の役割を考える。注目すべきは「通過」が、へき地診療所からへき地医療拠点病院等へ移る場合のみを前提としているのではなく、へき地医療拠点病院等の退院後も含めていることである。へき地医療拠点病院等での治療が終了しても、自宅での生活が成り立たなければ患者にとっての治療終了とはならない。特に、高齢者の多いへき地では、へき地医療拠点病院等の退院後には介護上の問題が浮上してくることも多い。

安田らがへき地診療所の受診者への相談・指導では「生活背景を考慮した療養生活指導が求められる」¹⁴⁾と述べている通り、へき地診療所看護職には、患者の生活状況を把握できる立場にあることを最大限に活用して患者の退院後の生活を支援することが求められ、それがへき地診療所における看護職の重要な役割と考えられる。その役割を果たすためには、入退院するへき地医療拠点病院の看護職との間で、患者の病状や治療や入院中の看護だけでなく生活状況を含めた情報交換がなされるべきである。そして情報交換するためには、へき地医療拠点病院看護職とへき地診療所看護職との間で、生活状況に応じた看護サービスに関する知識の共有や人的交流が不可欠である。つまり、患者情報交換会だけでなく、知識の共有として看護連絡会や機器研修会が必要であり、これらの交流を通して同じ看護職であるへき地医療拠点病院看護職とへき地診療所看護職が、お互いをよく知ることが今後の重要な課題である。

3. へき地医療拠点病院看護職との交流における課題

1) へき地診療所における看護職総人数

対象者背景のうちへき地診療所の看護職総人数は、看護連絡会と患者情報交換会および機器研修会の必要性の全てにおいて有意差があった。看護職総人数が少ないということは、限られた人数で診療などに関する業務をこなさなければならない。多忙な業務の中で患者とゆっくり話す時間が確保できなければ、患者の生活状況に関する情報も少なくなる。さらに、生活状況に応じた看護サービスの必要性を感じても少ない看護職数であればあるほど、誰かが勤務を抜けて研修に行くことも困難となる。このような要因が重なって、へき地医療拠点病院看護職との交流の必要性を感じにくいことが考えられる。

対象者の職位を看護職の責任者に絞ってみると、看護職責任者の約半数は看護連絡会を不必要と回答していた。へき地診療所における看護職責任者と病院の看護部長では、看護管理に関する業務やその程度が大きく異なることは当然である。しかし、スタッフに対する「教育環境の確保」¹⁵⁾は、看護職を統括している者の責務である。へき地診療所の看護職総人数が少なければ少ないほど、看護職一人当たりの果たすべき役割は大きい。つまり、患者の生活状況に応じた看護サービスを少人数のスタッフで提供しなければならない。何を看護サービスとして提供すべきなのか、どのように提供するのかなど、看護職責任者にはスタッフに問題意識を持たせ、学習参加への意欲を向上させる役割が求められる。その役

割を看護職責任者が認識することは、へき地医療拠点病院看護職との交流を図る上で大変重要である。

このようにへき地診療所の看護職総人数が少ないと、看護職の学習参加への意欲や看護責任者における看護連絡会の必要性にも差が出てくる。しかし、へき地での人口減少を考えると、将来においてへき地診療所の看護職定数が増加する可能性は極めて少ない。現在の少ない看護職数で、いかに患者の生活に適した看護サービスを提供できるかを考えなくてはならない。そこで、へき地診療所看護職とへき地医療拠点病院看護職との交流を企画する際は、へき地診療所の看護職総人数および看護責任者の意向に注目する必要がある。特に、へき地診療所看護職の教育環境を確保する観点より、看護職責任者がへき地医療拠点病院看護職との交流の必要性を理解することが重要である。

2) 交流手段と時間帯

希望する交流手段としてはインターネットの活用が最も多く、交流の時間帯では勤務時間外が最も多かった。つまり、へき地診療所の看護職数は限られており、勤務時間内に研修会場に出かける、または業務時間内に研修に参加することが困難であることが伺える。これは、塚本らの報告にある「へき地診療所看護職が研修受講の機会を得ることは、へき地という地理的不利に加えて、交代要員確保の点でも困難がある」¹⁶⁾と一致する。しかし対処方法はある、地理的不利はインターネットを活用することで克服し、交代要員不足は交流時間を勤務時間外に企画することで克服できる。本研究の結果でも、患者情報交換会はインターネット利用や勤務時間内、看護連絡会はインターネット利用や勤務時間外、機器研修会はへき地医療拠点病院での実施や勤務時間外など、交流の内容に応じた交流手段と時間帯を希望していた。これは、へき地診療所看護職が患者に関する交流か自己研鑽に関する研修なのかによって交流時間帯を選択し、医療機器の研修のように実物を確認する必要性によって交流手段を選択していると考えられる。特に交流の手段として最も希望の多かったインターネットの活用について、へき地診療所における情報通信技術は、主に診療支援の目的で整備されている。この情報通信技術を看護職がテレビ会議などに活用できるようになれば、へき地医療拠点病院看護職との交流に役立つと考えられる。

4. まとめ

へき地医療の充実のためには、患者の生活状況に応じた看護サービスの提供が喫緊の課題である。本

研究では、へき地診療所看護職の70%以上はへき地医療拠点病院看護職との交流の必要性を有することと、その必要性にはへき地診療所における看護職総人数が関連することが明らかとなった。看護職がへき地医療にさらに貢献するには、へき地診療所内の看護サービス向上に努めるだけでなく、へき地に暮らす住民の健康保持を目指すべきである。

自治体や大学などによるへき地診療所看護職への支援では、へき地診療所のある地域全体の健康をどのように守っていくのかを念頭に置く必要がある。その上で支援の第一段階として、へき地診療所看護職が看護サービスを提供する上でどのような知識を必要としているのか、どのような看護サービスをどのように提供すべきと考えているのかなどの現状を把握しなくてはならない。第二段階として、把握した内容をへき地診療所看護職とへき地医療拠点病院看護職との交流、さらにはA県内にあるへき地診療所の看護職同士での交流によって、へき地診療所の看護職が担うべき役割を明確にしていく。この役割を明らかにする際、へき地医療に関わる看護職全体が、へき地に暮らす住民の健康を守るという共通の目的を持つことが重要であると考えらる。

一方、看護職総人数の少ないへき地診療所や、看護職責任者がへき地医療拠点病院や他のへき地診療所に勤務する看護職との交流に前向きでないへき地診療所においては、他のへき地診療所看護職が捉えている看護上の課題やどのようにして看護サービスの向上を図っているのかなどについての情報提供を行うことが必要である。

V. おわりに

A県内のへき地診療所看護職は、診療所での勤務年数は少ないが、看護職としての長い経験と患者の生活状況を把握しているという強みを持っており、へき地医療拠点病院看護職との交流の必要性も認識している。へき地医療に関わる看護職全体の能力を向上させるためには、インターネットや勤務時間外を活用したへき地医療拠点病院や他のへき地診療所の看護職との交流が必要である。

本研究は、A県内のへき地診療所看護職を対象とした研究であり、分析対象も少数であった。今後は、調査規模の拡大や都道府県ごとのへき地医療対策との関連についても研究する必要がある。

文献

- 1) 厚生労働統計協会：厚生指標増刊 国民衛生

の動向2013/2014, 60(9), 2013.

- 2) 厚生統計協会：厚生指標臨時増刊 国民衛生の動向2007, 54(9), 2007.
- 3) 厚生労働省：平成23年版厚生労働白書, 2011.
- 4) 厚生労働省：第4回へき地保健医療対策検討会資料（平成21年12月24日開催）資料6 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1224-15f.pdf>（最終アクセス：2014年5月31日）
- 5) へき地保健医療対策検討会：へき地保健医療対策検討会報告書(第11次), 2010.
- 6) 塚本友栄, 関山友子, 島田裕子ほか：へき地医療拠点病院看護職の現状とへき地診療所看護職支援との関連, 日本ルーラルナース学会誌, 6:17-33, 2011.
- 7) 厚生労働省：平成21年度無医地区等調査・無歯科医地区等調査の概況について, 2010.
- 8) 厚生労働省：平成16年度無医地区等調査・無歯科医地区等調査の概況, 2005.
- 9) 高知県：第6期高知県保健医療計画(平成25年度～平成29年度), 2013.
- 10) 坂本雅代, 戸田由美子, 平瀬節子ほか：へき地の診療所における看護者の看護実践力を高めるための学習活動の実態調査, 高知大学看護学会, 5(3):53-58, 2011.
- 11) 春山早苗, 鈴木久美子, 佐藤幸子ほか：へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割——診療所看護職の活動の現状と認識から——, 自治医科大学看護学部紀要, 3:3-17, 2005.
- 12) 石川ひとみ, 石井範子：看護職の学習行動と組織・専門コミットメントとの関係性, 秋田大学保健学専攻紀要, 20(1):31-41, 2012.
- 13) 鈴木久美子, 田中幸子, 岸恵美子ほか：へき地診療所において発展させるべき看護活動, 自治医科大学看護学部紀要, 2:5-16, 2004.
- 14) 安田貴恵子, 御子柴裕子, 小林理恵子ほか：山間地域の診療所における看護師の役割——診療所の外来受診者と看護師に対する調査から——, 長野県看護大学紀要, 10:89-100, 2008.
- 15) 山口智美, 舟島なをみ：スタッフ看護師と相互行為を展開する看護師長の行動に関する研究——看護師長が発揮する教育的機能の解明に向けて——, 看護教育学研究, 19(1):46-59, 2010.
- 16) 塚本友栄, 小川貴子, 工藤奈織美, 鈴木久美子ほか：へき地診療所看護職の学習ニーズ, 日本ルーラルナース学会誌, 5:1-15, 2010.

研究報告

島嶼の保健事業への大学の参画に関する研究 ～島嶼保健師の人材育成に焦点を当てて～

Participation of the university to project in remote islands
－ Focusing on the viewpoint of public health nurses education －

中尾八重子, 山谷麻由美
Yaeko Nakao, Mayumi Yamaya

キーワード：島嶼, 大学の参画, 行政保健師, 現任教育, 保健事業

要旨

本研究の目的は、A町の保健事業への大学の参画から、島嶼保健師の現任教育における大学の介入のあり方を検討することである。1年目の大学の支援の分析と町保健師3名への個別聞き取り調査から検討した。事業への大学の参画は、保健師の力量形成の助けや自己のふりかえりの機会となり、保健師や保健活動における基本的なことの必要性や重要性の再確認を促していた。保健師は、大学に保健事業展開方法の学習支援や資質向上のための現任教育を期待する一方、目的・方法の共有と大学への距離感を問題と捉えていた。

保健師には、実践の意識化や意味づけ・相談への対応や意見調整・様々な手法や新たな知見の伝達の支援が必要で、話し合い・保健所の活用・繰り返しの助言と指導が効果的と考えられた。また、保健師との認識の共有と関係づくりのための配慮の必要性が示唆された。さらに、職場の教育や自己啓発に対する意識や環境も視野に入れることが重要と考えた。

I. はじめに

地域には、多様な住民組織があり、その構造や機能から「委員組織」「地縁組織」「当事者組織」さらに「行政育成型ボランティア組織」に分類される¹⁾。行政から委嘱される地域の“健康”を目的に活動する委員組織は、健康づくり推進員や保健推進員、母子保健推進員などである。この歴史は古く、昭和初期から中期には、結核・感染症などの健康問題や環境衛生の改善に大きな成果をあげた²⁾。一方、今日の健康課題は、生活習慣病や子育て、高齢者の介護など問題の要因は個別的で、問題構造も複雑である。かつ地域住民の価値観も多様となり、委嘱された委員が直接住民に関わることは難しく、委員組織が形骸化している市町村も少なくない。大学と相互協力協定を締結している離島のA町も同様の状況にあり、町の依頼で「健康づくり推進員の主体化に向けた活

動」に、管轄保健所保健師と研究者らが参画することとなった。離島等のへき地は、物的・人的社会資源が乏しいことから、既存の住民組織の活用や新たな人的資源をつくり出すことはより重要である³⁾。健康づくり推進員や母子保健推進員は、行政が目的をもって集めた集団であり地域の健康づくりの担い手になり得るため、その活性化は行政の課題と考える。また、これらの委員組織は、保健師が担当し、その活動内容等を決めていることが多いため、保健師の課題ともいえる。

平成17年の中央教育審議会答申において、これまでの教育と研究に加え、社会貢献が大学の使命として位置づけられた。J・A・パーキンスは、大学とは「知識の獲得、伝達、応用という三機能が、制度の形をとって使命として反映されたものである」と指摘している⁴⁾。知識の獲得とは研究によるもので

受付日：2014年7月7日 採択日：2015年1月5日
長崎県立大学看護栄養学部 Nagasaki Prefectural University. Faculty of Nursing and Nutrition

あり、それを教育によって伝達し、多くの人々に応用されることで社会貢献になると解釈できる。大学が町の事業に参画するとは、獲得され伝達してきた知識を用いて当該事業を推進することはもとより、活動を通し保健師に知識を伝達していくことが求められる。他方で、自治体は地方分権時代において、地域の課題は自ら解決していく力を備えなければならない。しかし、どの自治体も財政は厳しく、特に離島は、海による隔絶性等の地理的条件から職員の力量形成のために経費をかけることはより一層、難しい。そのため、知の拠点である大学が事業に参画し、それを通して保健師の人材育成をすることは、その地域にとっても意義があると考ええる。

平成21年の調査によれば、現任保健師の約4割は「職場内研修が困難」、約2割が「新人育成が困難」・「研修機会の減少」と認識している⁵⁾。また、行政保健師の約60%を占める政令市・中核市以外の市町村のうち現任教育をシステム化し支援していたのは4.2%で、都道府県あるいは政令市・中核市は約28.0%であった⁶⁾。橘らは、平成25年2月の調査から保健師の人材育成計画策定済みの自治体は44.8%と算出している⁷⁾。人材育成体制の整備は進んでいると思われるが、まだ半数の自治体では計画的な現任教育が考えられていない。また、育成計画策定済みの自治体でも実施は始まったばかりで、総じて行政保健師の現任教育は不十分な状況といえる。このような背景から大学が町の事業に参画し、保健師を支援することは、現任教育として重要と考える。

保健師の現任教育に関する大学の活用を概観すると、保健師人材育成指針や現任教育マニュアル、教育プログラムなどの策定が多く^{8) 9) 10)}、現任教育の実践としては、研修会の講師や大学の公開講座などである。医学中央雑誌により2000年～2014年で「保健師×人材育成」で検索した結果、151件がヒットし、解説や座談会を除くと51件であった。これらは、主に現任教育の体制や研修の実施からの課題、新任期間保健師研修に関する内容で、大学の活用に関する研究は見あたらなかった。また、藤田は、保健師の実践能力向上のために、行政保健師の現任教育における外部支援のあり方を検討すべきと指摘している¹¹⁾。

そこで本研究は、大学が参画した離島A町の事業における保健師への支援と町保健師の大学の参画に対する認識から、島嶼保健師の現任教育における大学の介入のあり方を検討することを目的とした。

用語の定義

大学の参画とは、事業の立案から実施および評価までの過程に主体的に参加するとともに、事業に関わるすべての人達の学習あるいは学習意欲への支援をも含むとする。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 対象事業の概要

A町は、平成16年8月に島内5町の対等合併により誕生し、本土から高速船で片道約2時間（1日5便、往復約12000円）を要する離島である。平成20年度に地区（旧町）の規模に合わせ5地区それぞれに10～19名の健康づくり推進員（以下、推進員）を2年任期で委嘱した。推進員の主な活動は、町の依頼による近隣住民への特定健診の受診勧奨で、活動が停滞気味であった。そのため、平成22・23年度の2か年計画で「健康づくり推進員の主体化に向けた活動」（以下、本事業）に取り組むこととした。

本事業の町の担当部署職員は、課長補佐・係長・保健師4名・栄養士2名で、本事業担当は、最も経験年数の長い保健師である。本事業の進め方やそれぞれの役割は、話し合いで決めた。担当保健師・保健所保健師・研究者ら（以下、大学）による会議（以下、事務局）により本事業の展開方法や内容の案作成、全体の調整等を行い、最終決定は担当部署職員全員が加わった検討会で行った。平成22・23年度の推進員は69名で、本事業の1年目の目標は、推進員による地区ごとの活動目標の設定で、2年目は、その実践である。地区別に推進員が定期的に会合（以下、地区定例会）を持ち、活動することとした。町の保健師や栄養士が各地区を1～2名で担当し、保健所保健師と大学は、可能な限り地区定例会にも参加した。

3. 分析対象および方法

1) 本事業1年目の大学の支援と保健師の状況

事務局と検討会の議事録および、地区定例会の議事録や報告内容、参加観察記録から大学の支援と保健師の状況を整理した。また、平成23年3月に1年目の振り返りとして事業担当の町保健師（以下、担当保健師）と保健所保健師にそのときの気持ちや状況などを記載してもらった。

2) 町保健師3名への半構成質問紙を用いた個別面接調査

担当保健師と保健所保健師は、大学と密に関

わっていたため、大学の参画を客観的に捉えにくい可能性があると考え、また、両者の気持ちは活動記録に記されているので、担当保健師以外の町保健師3名を対象とした。3名は、30歳から40歳代で、保健師経験は14年から25年(平均18.7年)であった。

質問内容は、大学と取り組むことになった時点の気持ちと1年後の変化や大学が関わることの利点・欠点などである。分析は、面接内容の逐語録から保健事業への大学の参画や介入に関連している部分を抜き出し、コーディングを行い、その意味内容からカテゴリー化をすすめた。

4. 調査期間

平成22年4月～平成23年3月

5. 倫理的配慮

A町とB保健所、推進員に研究の趣旨や目的、個人が特定されないよう配慮することなどを説明し同意を得た。また、聞き取り調査の対象者には、口頭と文書で、調査目的や研究への協力は自由であり、

同意しない場合でも何ら不利益を被らないこと、同意後にいつでも同意の取り消しができること、個人が特定されることはなく、データは研究以外に使用せず必要がなくなったら速やかに処理することなどを説明し、文書にて同意を得た。なお、研究者らが所属する大学の倫理審査委員会の承認を受けた。

Ⅲ. 結果

1. 大学の支援と保健師の状況

1年目の活動は、8回の事務局と9回の検討会、4回～6回の地区定例会によって進められた。

活動内容から、事業の推進体制と方向性の決定・推進員による活動の開始・1年目の振り返りの3つの時期に区分された。時期ごとに、大学の支援と保健師の状況、事務局・検討会の実施回数を表1に示す。

1) 大学の支援

大学は、その時々状況から判断し支援を行った。事業の推進体制と方向性の決定時期における支援には、①会議の進行案やレジュメ作成・事業

表1 1年目の大学の支援と保健師の状況

	大学の支援	保健師の状況	
事業の推進体制と方向性の決定 (事務局4回・検討会2回)	事務局 ・会議の進行案やレジュメ作成 ① ・担当保健師にレジュメや資料作成に関する指導 ② ・担当保健師作成のレジュメや資料への助言 ② ・担当保健師と他の保健師との意見の調整 ③ ・担当保健師の相談へ対応 ② 検討会 ・事業の目的や目標を明確にすることを提案 ① ・会議の進行案やレジュメ作成 ① ・会議の資料の作成 ① ・初回検討会の議事録作成 ① ・保健師の議事録への指導 ①	<町保健師3名> ・提示された案を頷きながら聞いている。 ・今まで推進員活動の目的や目標を明確にせず、部署で共有してなかったと言う。 ・目指す姿が決まると目標や内容など意見が出始める。 ・大学の議事録を見て「大変そう」「議事録を書いたことがない」と言う。 ・議事録の指導をしてもらえてよかったとの発言あり。	<担当保健師> ・(事業は、課題で検討する必要がある。大学の案は、ねらいや時間配分など明確で、筋道立てた話は分かり易いと思う。) ・事務局会議3回目以降、会議レジュメや資料等を作成 (大学の助言の1つ1つに頷き納得した様子。自分は時間配分などなんとなくしていたという。) ・他の保健師の意見や不明な点を大学に問い合わせる。 <保健所保健師> ・大学の説明に頷きつつ、町の保健師の様子を見ている。 (基本的なことから全員で確認しあっていたか不安な様子。) ・(これでいいかと助言をもとめる。回を重ねるごとに修正箇所が少なくなる。)
	事務局 ・全地区の初回定例会進行案作成 ④ 検討会 ・地区定例会の雰囲気づくりや説明内容等の助言 ⑤ ・推進員の意見の聞き方(問いかけ方)の指導 ⑤ ・推進員の意見の整理方法を提案 ⑤ ・推進員の意見のまとめへの助言と指導 ⑤ (保健師所保健師から町の作業状況や保健師の気持ち等の情報を得、それを踏まえながら行う) 地区定例会 (それぞれの地区に1～2回参加) ・定例会初回時にファシリテータ役をし、問いかけ方を保健師に示す ⑤ ・推進員へ担当保健師の説明の補足 ⑤ その他 ・メール等で意見のまとめ方や進地定例会の進行案などに助言と指導 ⑤ ・町の保健師や保健所保健師の相談へ対応 ⑥ ・保健所保健師に町保健師の作業等への支援依頼 ⑦	<町保健師3名> ・担当地区定例会のレジュメや資料作成 ・推進員の意見を掘り下げて聞けるか不安という発言あり。 ・意見の意味まで考えたことがないと作業方法を何度も確認。 ・地区定例会の進行と運営 (どの保健師も回を重ねるごとに推進員とじっくり話すようになり、進め方もそれぞれの個性が出てきた。) ・担当地区の個々の推進員や地区に関する発言が多くなり、地区の特徴を話す。「担当なのに地区のことが見えていない」の発言もあり。 ・担当地区定例会の状況や進行について熱心に話すが、他の地区についてはほとんど発言しない。(課内で意見交換を行い、検討会が保健師所保健師と大学への報告の場になる。) ・地区定例会の資料やすすめ方について大学に相談 (主体的になるための資料の提示や言葉かけなどが不足) *地区定例会2回目以降から検討会での表情が生き生きとし、雰囲気明るくなる。 *自発的に課内で作業や地区定例会の資料の検討などをするようになる。	<担当保健師> ・推進員の意見整理での困りごとを大学に問い合わせる。 ・検討会3回目以降の会議レジュメや資料作成 (これでいいかと助言をもとめる。回を重ねるごとに修正箇所が少なくなる。) ・全地区の初回定例会で、本事業の内容やすすめ方を説明。 <保健所保健師> ・担当保健師の相談に応じる。 (「大学に相談するまでのことではない」からと連絡があり、町に出向く。) ・作業の方法等を大学に確認し、町に出向き町保健師とともに行う。 ・町保健師の困りごとを大学に伝えたり、検討会で提示する。 ・事務局や検討会で町保健師の立場からの発言がなされる。
1年間の振り返り (事務局3回・検討会3回)	事務局 ・評価方法や記載様式の提案 ⑧ ・事業全般(事務局、検討会)の評価を担当保健師、保健師所保健師と分担し行い、助言と指導。⑨ 検討会 ・保健師の評価考察への助言 ⑨ (個々の保健師と具体的なコメントのやりとりを何度も行う。考察の観点を繰り返し、伝える。) ・評価考察に参考となる書籍の貸し出し ⑩	<町保健師3名> ・担当の地区定例会の評価を行う。 ・自発的に部署内で集まり、評価考察を行う。 ・大学からのコメントを見て、評価や考察の書き方がわかってきたと言う。(大学がコメントをすると確実に修正を提出。徐々に評価考察の内容が変化してくる。)	<担当保健師> ・実施したことから事業評価をしたことがないと不安な様子。 ・他の保健師の疑問等を大学に連絡。 ・保健師所保健師と一緒に分担された検討会の評価考察を行う。 (担当者の役割という観点からの評価考察が多い。) <保健所保健師> ・町に出向き、町保健師と評価考察をする。 ・市町村支援ということが、少しつかめたような気がする。

の目的や目標設定の提案・会議の資料作成・議事録作成など、活動のための基本的なこと、②保健師への指導や助言、相談への対応、③保健師間の意見調整である。推進員による活動の開始時期は、④地区定例会の進行案作成、⑤地区定例会の雰囲気づくりや推進員への問いかけ方、意見のまとめ方など保健師の技術に関する助言と指導、⑥保健師の相談への対応、⑦保健所保健師に町への支援依頼であった。また、1年目の振り返り時期における支援には、⑧評価方法や記載様式の提案、⑨保健師の評価・考察への助言や指導、⑩書籍の貸し出しなどであった。①④⑧は保健活動や事業を行う上での基本的事項、②③⑥は保健師の相談・意見調整、⑦は保健所への依頼、⑤⑨⑩は保健師の実践力に係わる事項と集約される。

また、これらは、a.作成物の提示、b.実践や記録物への繰り返しの助言・指導、c.実践して見せるという方法で行われた。離島のA町に大学が頻繁に出向くことは難しく、また、事務局や検討会は限られた時間であるため、助言や指導はメールを活用し文書でも行った。

2) 保健師の状況

(1) 町保健師3名の状況

開始当初の事業の推進体制と方向性の決定時期は、大学の説明や提示を聞きながら聞き、自分達に不足していることを再確認していた。全員が、経験14年以上の中堅後期保健師だが、レジュメや議事録などを今まで指導されたことがないと大学の助言・指導を歓迎していた。

推進員による活動の開始時期は、推進員の意見を掘り下げて聞くことに不安を示した。また、意見のまとめ方について説明は理解できるが、実際行ってみると上手くできないと戸惑っていた。その後、自発的に課内で集まり大学の助言を基に修正を繰り返して行っていた。検討会では、当初、地区定例会の進行日程や実施内容に関する相談が多かったが、次第に、地区の状況や個々の推進員に関する発言が増え、他の地区の特徴やその背景についても語られた。また、「担当地区のことがよくわかっていなかった」という者もいた。検討会で決めた進行日程通り地区定例会を進めていたが、推進員の言動から実施内容の変更や次回の内容を考えるなど、担当地区に合わせた活動をするようになった。課内で各地区についての意見交換をするようになり、検討会では、他の地区の活動について意見を言うことはほとんどない。大学へ

の問い合わせは、当初、担当保健師を介して行っていたが、推進員の意見のまとめ作業の半ばころから、それぞれの保健師が直に連絡するようになった。

1年目の振り返り時期は、評価・考察が難しいと言っていたが、何度か修正を繰り返すうちに、「何となくわかってきた」に変わった。

(2) 担当保健師の状況

これまで事業の実施に際し、課の職員全員で検討したことはなく、そのため検討のための進行案やレジュメ、資料などすべてが初めてで戸惑っていた。しかし、事業は、課での取り組みなので全員での検討は必要なことと捉えていた。また、進行案等の大学の説明は筋道があってわかりやすいと思っていた。3回目以降の事務局会議や検討会の進行案やレジュメ等を作成し、初めの頃は、「これでいいかな」と自信なげな様子であった。しかし、回を重ねるごとに修正する箇所が少なくなった。町保健師からの疑問や意見等の問い合わせや困りごとの相談など、大学にその都度連絡しながら進めていた。また、「大学に相談するまでのことではない」と保健所保健師にも支援を求めていた。1年目の評価では、実施した内容から評価したことがないと不安な様子だった。評価は、担当者としての役割という観点からの内容が多かった。

(3) 保健所保健師の状況

今後のことを考え、大学が保健所の参画を町に提案し、保健所から企画総務課の保健師が市町村支援という位置づけで参画した。しかし、保健所保健師は、地域保健法に規定されている「求めに応じて市町村支援をする」ということに疑問をもっており、それを考える機会にもしたいと語った。保健所保健師は、当初、町保健師と同様に大学からの提案を聞きながら聞くという状況だったが、地区定例会や作業が始まった時期には、町保健師の相談に応じ、町に出向き作業をともに行う、また、町の状況を大学に伝えたり、町保健師の様子から検討会の議題にするなど主体的に活動をしていた。保健所保健師は、町保健師とともに作業をするというマンパワー、町保健師の状況を踏まえ大学に直接、あるいは検討会で課題を提案するなどの保健師間や町と大学の調整役、町保健師の相談役・代弁者となっていた。1年目の振り返りでは、保健所は市町村の要請の有無にかかわらず必要と判断したら積極的に介入することが役割であると考えていた。また、そのためには、日頃か

ら管内市町村に出向き、町の職員や保健師と地域の現状や課題を話すことが重要と考えられていた。また、所属部署の業務内容から、町の職員と一緒に仕事をすることがほとんどないので、楽しい活動だったと語られた。

2. 大学が事業に参画することに対する町保健師の認識

分析の結果、抽出されたサブカテゴリー、カテゴリーは表2のとおりである。また、各カテゴリーは、大学が事業に参画する意義・大学への期待・大学の関わる上での問題の3つに大別された。

以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉として説明する。

表2 大学が保健事業に参画することに対する町保健師の認識

カテゴリー	サブカテゴリー
大学が事業に参画する意義	
停滞している活動への刺激	推進員に良い刺激となる 他の事業へもよい影響をもたらす
力量形成の助け	スキルアップの機会となる 学習する機会になる 専門的な知識を知る機会となった
保健師としての自己のふりかえり	保健師としての視点が再認識できた 自己の力量不足を感じる 学習不足を実感する
目的を明確にした活動の必要性の理解	活動に対する意識を変える必要を感じた 目的を曖昧にして活動していた 活動における目的の重要性が理解できた
展開過程を踏まえた事業実施の重要性の再認識	手順を踏んだ事業展開の大事さを実感した 事業展開に伴う作業の進め方が理解できた 事業計画立案や評価が不足していた
役割に応じた活動の重要性の再確認	事業担当者とは何をすべきか再認識できた 自分の役割を意識する必要を感じた
住民重視の重要性の再認識	全ての推進員への配慮の必要性を実感した
主体的に取り組む必要性の再確認	協働で取り組むという意味が理解できた 考えや意見の表出不足を感じた 主体的に学ぶ必要性を実感した
大学への期待	
保健事業展開方法の学習支援	具体的な方法を教えてもらえる 新たな視点からの助言が得られる 保健事業展開の仕方が学べる 会議の運営や進行の仕方が習得できる
自己啓発の促進	相談者や助言者になってほしい 新しい情報が得られる 意欲を引き出してくれる
保健師の資質向上のための現任教育	保健師の能力向上のための関わりをしてほしい 統括役保健師への教育を望む 若い保健師への教育を望む
大学と関わる上での問題	
作業目的や方法の共有	目的や方法の理解不足により作業が負担となる
住民の緊張	大学へのイメージから推進員が圧迫感をもつ
大学への距離感	評価されると思ってしまう 研究のためではないかと身構える 大学の提案は指示や指導と受け取る

1) 大学が事業に参画する意義

大学が事業に参画することは、町あるいは自分たち保健師にとっても意義があると受け止めていた。町にとっては、〈推進員に良い刺激となる〉、〈他の事業へもよい影響をもたらす〉という【停滞している活動への刺激】、保健師にとっては、〈スキルアップの機会となる〉、〈学習する機会になる〉、〈専門的な知識を知る機会となった〉

からなる【力量形成の助け】と〈保健師としての視点が再認識できた〉、〈自己の力量不足を感じる〉、〈学習不足を実感する〉、〈活動に対する意識を変える必要を感じた〉などの【保健師としての自己のふりかえり】ができると捉えていた。保健所保健師や大学との事業を実施し、〈目的を曖昧にして活動していた〉、〈活動における目的の重要性が理解できた〉からなる【目的を明確にした活動の必要性の理解】、〈手順を踏んだ事業展開の大事さを実感した〉、〈事業展開に伴う作業の進め方が理解できた〉、〈事業計画立案や評価が不足していた〉などからなる【展開過程を踏まえた事業実施の重要性の再認識】など、事業展開の基本を再確認する機会となっていた。また、〈事業担当者とは何をすべきか再認識できた〉、〈自分の役割を意識する必要を感じた〉からなる【役割に応じた活動の重要性の再確認】が得られていた。さらに、〈全ての推進員への配慮の必要性を実感した〉による【住民重視の重要性の再認識】、〈協働で取り組むという意味が理解できた〉、〈考えや意見の表出不足を感じた〉、〈主体的に学ぶ必要性を実感した〉などからなる【主体的に取り組む必要性の再確認】という活動における姿勢を実感する機会にもなっていた。

2) 大学への期待

大学の事業の参画において、町保健師は〈具体的方法を教えてもらえる〉、〈新たな視点からの助言が得られる〉、〈保健事業展開の仕方が学べる〉、〈会議の運営や進行の仕方が習得できる〉からなる【保健事業展開方法の学習支援】、〈相談者や助言者になってほしい〉、〈新しい情報が得られる〉、〈意欲を引き出してくれる〉という【自己啓発の促進】、〈保健師の能力向上のための関わりをしてほしい〉、〈統括役保健師への教育を望む〉、〈若い保健師への教育を望む〉による【保健師の資質向上のための現任教育】を大学に期待していた。

3) 大学と関わる上での問題

大学の事業への参画は意義があり、期待することがある一方で、大学が関わる上での問題も指摘された。〈目的や方法の理解不足により作業が負担となる〉という【作業目的や方法の共有】、〈大学へのイメージから推進員が圧迫感をもつ〉による【住民の緊張】、また、〈評価されると思ってしまう〉、〈研究のためではないかと身構える〉、〈大学の提案は指示や指導と受け取る〉など

からなる【大学への距離感】であった。

Ⅳ. 考察

1. 島嶼保健師の現任教育と大学の支援

自治体財政の緊縮化により現任者の研修会への派遣や出席が次第に困難になっており¹²⁾、日常業務を遂行させていく過程で、人材育成を図っていくOJTが重要である。厚生労働省は、プロジェクト方式・プリセクターシップ・スーパーバイザー方式などが望ましいとしている¹³⁾。今回の大学の参画は、町の課題の事業に保健所保健師とともに取り組んだので、プロジェクト方式であり、かつ、町保健師への助言や指導を繰り返し行っていたことからスーパーバイザー方式でもあった。本事業の1年目の活動は、地区定例会の活動を充実させようとしたもので、事業担当部署の全職員と保健所保健師、大学との話し合いによって進められた。松本は、話し合いの効果を「仲間の『見方・考え方』だけではなく『考えの進め方』にまで触れることによって、自己を見直し一人ひとりの内面をゆさぶることができる」と述べている¹⁴⁾。町保健師が、自己の振りかえりや保健師活動あるいは保健活動展開など、さまざまな観点から再確認できたのは、話し合いという方法が影響していたと考えられる。現任教育とは、する側からの用語であり、当事者にとっては、学習ということになる。学習とは自分に必要な能力を身につける営みであり、それを支援するのが教育である¹⁵⁾。そのため、現任教育においても当事者の認識や意識に働きかけることが重要となる。

大学の支援は、保健活動や事業を行う上での基本的事項、保健師の実践力に係わる事項、保健師の相談・意見調整、保健所への依頼の4つに大別される。保健活動や事業を行う上での基本的事項は、新人の頃に習得しておく必要がある。しかし、長い間、保健師の役割は、主に直接的な保健・福祉サービスの提供とされ、それ以外のことは事務職員が担ってきた。A町も同様で、保健師は会議のレジュメや議事録などを指導されていなかったため、大学の支援を歓迎していた。経験年数が長くなればなるほど、基本的なことを行政職員に聞きにくく、また彼らも教えるにいと推測する。保健師にも行政職員としての役割が求められているため、保健師の習得状況を把握し、必要に応じて指導していく必要がある。保健師の実践力に係わる事項の1つは、場の雰囲気づくりや問いかけ方など基礎的なことである。町保健師は、中堅後期のいわゆるベテランで、保健活動を十

分実施できる人達である。ベテランゆえに、場の雰囲気づくりや問いかけ方などは、無意識的に実践していたと推測する。武谷は「技術は客観的なもので、技能は主観的心理的個人的なものである。技術は知識の形により個人から個人へと伝承が可能である」と述べている¹⁶⁾。どんなに適切な言動であっても無意識に行っている限り、技術にはなり得ないといえよう。自身の言動を意識化させ、意味づけをすることで、専門職としての技術となり、それは、エビデンスに通じる¹⁷⁾。保健師は、さまざまな環境や状況にある住民それぞれに即した支援、つまり応用力が求められるため、その積み重ねが重要となる。もう1つは、A町の保健師がこれまでしたことのない推進員の意見のまとめ方である。さまざまな手法や新たな知見は、他の事業等へも活用できるため大学の必要な支援である。保健師の相談・意見調整は、保健師のモチベーションに対する働きかけであり、OJTにおいては重要と考える。島嶼では、狭少性という地理的特性から職場での関係性が生活にも影響しかねないため、保健師の調整は大きな意味をもつ。また、島嶼は社会資源が乏しいため、町保健師の資質向上に市町村支援が役割である保健所の活用は不可欠と考え、保健所への依頼をした。ともに参画した保健所保健師は、マンパワー、町の保健師間や町と大学の調整役、町保健師の相談役・代弁者などさまざまな役割を担い、本事業の推進において重要な存在であった。また、保健所保健師は、当初、市町村支援のあり方を模索していたが、1年目の活動を基に保健所の役割やあり方などが具体的に考えられた。市町村支援の中で、保健所保健師も学習がなされていたといえる。

大学の支援方法は、作成物の提示、実施や記録物への繰り返しの助言・指導、実践して見せるであった。作成物の提示や実践して見せるは、いわばデモンストレーションで、具体的で明快な理解を助ける方法とされている。保健師には、実践力が求められるため、実践レベルでの理解が必要である。助言・指導は、地区定例会の実施や記録物（会議の進行案、議事録、推進員の意見のまとめ、活動の評価・考察など）といういわば実践に対して行い、実践力の体得を旨としたものである。記録物は、修正を重ねるごとに適切な内容になり、保健師自身もそれを実感し、モチベーションにも繋がり、具体的な助言や指導は効果的であった。へき地診療所の看護職は、自分が行った援助内容を確認・評価してくれる機会がないと感じており¹⁸⁾、これは島嶼で働く保健師にも

共通すると考えられる。しかし、助言・指導とそれによる修正の繰り返しは相互に負担が大きくなるため、保健師の状況から到達度を設定する必要がある。また、今回のように複数を対象にした場合、個人差が生じるため、個別性を考慮することも重要となる。

2. 島嶼の保健師から見た事業への大学の参画

大学が参画した事業の実際から、島嶼の町保健師は、事業への大学の参画を【力量形成の助け】、【保健師としての自己のふりかえり】になると捉えていた。このことから、事業への大学の参画が保健師の現任教育になっていたと解釈できる。具体的には、【目的を明確にした活動の必要性の理解】、【展開過程を踏まえた事業実施の重要性の再認識】など事業展開の基本なことの理解や認識の深まりである。また、【役割に応じた活動の重要性の再確認】、【住民重視の重要性の再認識】、【主体的に取り組む必要性の再確認】など保健師として基本的な考え方や姿勢について再確認する機会となっていた。これらはいずれも保健師活動あるいは保健師として基本的なことで、日頃、あまり意識していないと推測される。A町は、経験14年の保健師が最年少で、また、島嶼のため保健師教育の実習生が来ないため、後輩や学生に指導する機会のないことも影響していると考えられる。A町に限らず、島嶼の市町村保健師が学生の指導者となる機会はほとんどない状況にあり、日頃の活動において基本的なことを振り返る機会の少ない可能性が考えられる。

町保健師が、大学と関わる上での問題と捉えた、【作業目的や方法の共有】と【大学への距離感】は、現任教育においても該当すると考えられる。学習者とそれを支援する者が、課題やその方法を共有することは前提条件となる。島嶼という物理的な条件からタイムリーに何度も行うことは難しいので、初回時、保健師の解釈や認識を丁寧に確認することが重要である。また、作業などは、少しでもその場で行い、その結果を基に再確認し合うことが必要である。【大学への距離感】は、大学というイメージが影響しており、島嶼には、大学がないので大学は遠い存在であり、大学教員に親近感を持ちにくい。これは、先入観によるところが大きいので説明によって払拭できるものではなく、関わっていく中で、解決されると考える。そのためには、まず、程度の差こそあれ保健師が大学への距離感を持っていることを大学は理解することである。また、学習者と教育者の関係が良好であれば、学習効果は得られやすいので、大学は“否定しない・話を充分聞く”など対人関係の基本的なことを心掛け、保健師の反応を見ながら配慮する必要がある。

町保健師は、大学に【保健師の資質向上のための現任教育】を望んでおり、具体的には【保健事業展開方法の学習支援】と【自己啓発の促進】を期待していた。保健事業の展開は、保健師の本務であり、保健師に求められる基本的能力と行政職員としての能力、専門職としての能力すべてが必要となる。それらを学習するには、町の課題あるいは担当する保健事業を題材にしたOJTが効果的と考える。また、自己啓発のための行動は差し迫った必要性があるわけではないので、自らが強く意識していないと後回しになってしまいがちである。佐藤は、「自己啓発の実施が企業における学習風土醸成に寄与している」と分析している¹⁹⁾。これは、職場の学習環境や学習に対する職場の考え方・雰囲気などが職員個々の自己啓発の実施に影響を与えると解釈できる。島嶼では自己啓発の場や機会が少ないので、大学は、職場全体の現任教育や自己啓発に対する意識や環境をも視野に入れ、支援する必要がある。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、島嶼における保健事業への大学の参画の実際から、保健師の現任教育における大学の介入のあり方を探ることができた。しかし、今回は事業の推進を目的とした参画であったため、保健師個々の求める能力を確認することなく、大学が必要に応じて全員あるいは個別に支援したものである。また、限定された地域の1つの取り組みからであるため、どの島嶼にも活用できるものではない。

島嶼保健師は、地理的条件から研修の機会を得ることへの困難さがあると推測されるので、大学が現任教育の役割を担うことは重要と考える。今後は、大学の参画の目的に現任教育を明示し、自治体あるいは保健師とともにそのための方策を考えながら、実施することが必要である。

V. 結論

大学が参画した離島A町の事業における保健師への支援と町保健師の大学の参画に対する認識から、島嶼保健師の現任教育における大学の介入のあり方を検討した結果、以下の結論が得られた。

1. 支援内容

- 1) 会議のレジュメや議事録の作成など事務的業務に関する指導を受けていない保健師もいるので、必要に応じて支援する。
- 2) 専門職の技術、エビデンスにしていくために、日頃、実践していることの意識化と意味づけができるようにする。
- 3) 他の事業等への活用ができるように、さまざま

まな手法や新たな知見を伝達する。

- 4) モチベーションアップ・維持のために、相談への対応や保健師間の意見調整を行う。
2. 支援方法
 - 1) 自己を見直し、学習への認識や意識がもてるよう、保健師同士あるいは他の職員との話し合いを取り入れる。
 - 2) 島嶼は社会資源が乏しいため、市町村支援を役割とする保健所を活用する。
 - 3) 実践力強化のために、実践したことに対して繰り返しの助言や指導を行う。但し、対象保健師の状況からその到達度を考慮する。
3. 取り組むこととその方法を共有するとともに、保健師の解釈や認識を丁寧に確認し、取り組みの実践を基に再確認し合う。
4. 保健師が大学に距離感を持っていることを理解し、対人関係における基本的な態度と対象保健師の反応を基に配慮する。
5. 保健師は、大学に保健事業展開方法の学習支援を求めており、地域の課題あるいは担当する保健事業を題材にしたOJTが効果的である。
6. 島嶼では自己啓発の場や機会が少ないので、職場全体の現任教育や自己啓発に対する意識や環境をも視野に入れ、支援する。

謝辞

研究にご理解とご協力をいただきましたA町ならびにB保健所の皆様に深く感謝いたします。なお、本論文の一部は第7回日本ルーラルナース学会において報告したものである。

文献

- 1) 中村裕美子：標準保健師講座2 地域看護技術，医学書院（東京），pp.225-227，2011.
- 2) 飯田登美子，金川克子編：地区組織活動，保健学講座1 地域看護学概論，メチカルフレンド社（東京），pp.228. 1998.
- 3) 宮崎美砂子，北山三津子，春山早苗他編：最新公衆衛生看護学 各論2，日本看護協会出版会（東京），pp.169，2014.
- 4) J・A・パーキンス，天城勲，井門富二夫：大学の未来像，東京大学出版会，pp.12-14，1968.
- 5) 社団法人日本看護協会：平成21年度先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書，pp.48，2010.
- 6) 財団法人日本公衆衛生協会 分担事業者荒田義彦：平成21年度地域保健総合推進事業 保健所の有する機能，健康課題に対する役割に関する研究報告書，pp.81，2010.
- 7) 橘とも子，奥田熙子，安藤雄一：地域保健行政従事者に対する系統的人材育成に関する検討，保健医療科学，63（1）：80，2014.
- 8) 熊本県健康福祉部健康局：熊本県保健師人材育成指針，2011.
- 9) 栃木県保健福祉部：栃木県保健師現任教育指針，2014.
- 10) 福島県保健福祉部：福島県保健師現任教育指針 福島県保健師現任教育プログラム，2013.
- 11) 藤田美江，宮崎美砂子，石丸美奈：行政保健師の現任教育に関する国内文献の検討，千葉看護学会会誌，19（1）：32-33，2013.
- 12) 佐伯和子，大野昌美，大倉美佳ほか：地域保健分野における保健師育成のOJTに対する指導者の意識と組織体制，日本公衆衛生雑誌，56（4）：234，2009.
- 13) 厚生労働省：地域保健従事者の資質の向上に関する検討会報告書，2002.
- 14) 松本謙一：問い直したい「話し合い」観，日本生活科・総合学習教育学会「せいかつ&そうごう」，第9号，p98-99，2012.
- 15) 前掲書 1) pp.143
- 16) 武谷三男：武谷三男著作集1 弁証法の諸問題，勁草書房，pp.137，1968.
- 17) 前掲書 1) pp.6
- 18) 田中幸子，鈴木久美子，岸恵美子他：へき地診療所における看護活動の特性と課題（その2），日本地域看護学会第7回学術集会演題集，p191. 2004.
- 19) 佐藤雄一郎：従業員の自己啓発がキャリア形成に及ぼす影響と要因について，イノベーション・マネジメント，No.9，2012.

研究報告

へき地診療所に勤務する看護師が認識した看護活動に関連する困難感

Difficulties of nursing practice to recognize clinic nurses in rural and remote area

関山友子*, 湯山美杉*, 江角伸吾*, 山田明美**, 中島とし子**, 福田順子***,
鈴木久美子*, 塚本友栄*, 島田裕子*, 青木さぎ里*, 春山早苗*
Tomoko SEKIYAMA*, Misugi YUYAMA*, Shingo ESUMI*, Akemi YAMADA**,
Toshiko NAKAJIMA**, Junko FUKUDA***, Kumiko SUZUKI*, Tomoe TSUKAMOTO*,
Hiroko SHIMADA*, Sagiri AOKI*, Sanae HARUYAMA*

キーワード：へき地診療所 (rural and remote medical facility), 診療所看護職 (clinic nurse),
地域看護 (community nursing)

要旨

へき地診療所に勤務する看護職の看護活動に関連する困難感及びそれに影響する要因を明らかにすることを目的に、833施設の看護師を対象に、郵送による自記式質問紙調査により調査した。回収率は、337通（回収率40.5%）であった。結果、1)「看護活動に関連する問題」について問題と「感じる」と回答した者が最も多かった項目は、「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」の263人（78.5%）であった、2) 看護活動に関連する困難感として、【看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない】、【研修・研鑽・最新情報入手の機会や仕事の評価・対価の不十分さ】、【仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ】が抽出された。困難感への対策として、就職後に【仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ】の困難感を抱かないよう、1) 教育機関でへき地の現状やそこでの魅力ややりがいについて周知していく、2) 再就職支援施設等で求職者にへき地の看護について周知していく必要性などが考えられた。

I. はじめに

日本のへき地・離島の保健医療対策は、昭和31年度からへき地保健医療計画に基づき、医師の確保や施設面の整備といったことを主に実施してきた¹⁾。第11次へき地保健医療対策検討会において、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性が指摘された¹⁾ことから、へき地における看護師のより一層の活躍が望まれる。

また、日本の高齢化率は平成24年に24.1%となり、昭和45（1970）年に高齢化率が7%を超えてからも上昇を続けている²⁾。へき地においては、すでに高齢化率が50%を超えている地域もあり³⁾、へき地に暮らす地域住民の健康管理は緊喫の課題の一つである。

一方で、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、遠隔診療支援等の役割を担うへき地医療拠点病院の看護師員数の確保は約3割であったこと⁴⁾や、へき地において、十分な看護師員数を確保できない中で看護を提供し続けている看護師は、看護活動に関連した戸惑いや困難感を感じている^{4) 5)}といったことが指摘されている。

戸惑いや困難感が生じる場面では少なからずストレスを感じる。このストレスが適度な緊張感と集中力につながり普段以上の力を発揮することができれば、それは「良いストレス」⁶⁾であると考えられる。しかし、戸惑いや困難感への対応策を見いだせず、ストレスが蓄積され続けると、ストレスの影響を強

受付日：2014年6月30日 採択日：2015年1月13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

*** 自治医科大学附属病院看護部 Jichi Medical University Hospital

く受ける者にとっては、精神的な健康や身体的な健康に影響を及ぼすことになる⁷⁾。

へき地で医療に従事する看護師は、程度の差はあっても高齢化をはじめ医療従事者の不足といった個人では対応が難しい長期的な課題に関連したストレスを感じたことがあると考えられる。なかでも、ストレスにうまく対応出来なくなった看護師は、心身の不調が生じる恐れがあることが想定される。

新たな看護師の確保が難しい中、現在へき地で働く看護師の離職を防止していくことはへき地の看護師確保の問題における重要な対策の一つであることから、看護師の心身に不調が生じてしまう前からの支援や対応が必要となると考える。心身に不調が生じる前の段階を知る手がかりの一つとして、戸惑いや困難感があると考えられる。

これまでに、へき地で働く看護師の戸惑いや困難感に焦点を当てた研究はあまり行われていない⁴⁾⁵⁾。

そこで本研究では、へき地診療所に勤務する看護師の看護活動に関連する困難感に焦点をあて、看護活動に関連する困難感に影響する要因について統計的手法を用いて明らかにすることを目的とした。

困難感とは看護活動に関連しない場合にも生じるが、全てを網羅した対策を考えることは難しいと判断し、今回は看護活動に関連するものに絞った。

II. 方法

1. 用語の定義

本研究では、へき地診療所を、へき地保健医療対策実施要綱⁸⁾で定められた設置基準に基づいて設置された診療所、および国民健康保険直営診療所⁹⁾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種へき地診療所をさす。

2. 調査期間

調査期間は、2013（平成25）年8月から同年10月末までの期間であった。

当初設定した期日までに回収された調査票が少なかったため、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。

3. 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1032施設から、巡回・出張診療のみを実施していると推察できた施設、および歯科診療所並びに休止・廃止となった199施設を除外した833施設の看護師である。

4. 調査方法

郵送法による質問紙調査を実施した。

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

5. 調査項目

1) へき地診療所に勤務する看護師の看護活動に関連する困難感に影響する要因として、個人要因および環境要因を設定した。

個人要因の内容として、へき地診療所に勤務する看護師の、性別、年齢、婚姻状況、出身地、雇用形態、取得免許、卒業した看護基礎教育課程、看護師（准看護師）としての実務経験年数、現在の診療所における勤務年数を設定した。

環境要因の内容としては、へき地診療所の要因と社会資源の要因を設定した。へき地診療所の要因の内容として、診療所の設置主体、病床の有無、常勤職員数を設定した。社会資源の要因の内容としては、社会資源不足に起因する問題の有無を設定した。社会資源の項目を設定した理由は、先行研究で示されている「看護活動に関連する困難感」の19項目^{10) 11)}の内容が、社会資源に関連していると考えられたため、19項目と社会資源との関連を検証するために追加した。

2) 看護活動に関連する困難感

へき地における看護活動に関連する困難感を示す19項目は、2002（平成14）年から2003（平成15）年にへき地診療所看護師を対象に実施した面接調査の結果に基づき作成したものである。2004（平成16）年¹⁰⁾および2008（平成20）年調査時に使用した項目¹¹⁾と同一のものを使用した。

6. 分析方法

質問用紙の回答が50%以上記入されていない回答用紙は除外した。

へき地における看護活動に関連する困難感を示す19項目においては、それを困難に感じる程度について「全く感じない」、「あまり感じない」、「少し感じる」、「かなり感じる」の4件法で尋ねた。「全く感じない」を1点、「かなり感じる」を4点とし、得点化した。また、19項目全てにおいて、欠損値が10%以上の項目がないこと、「かなり感じる」及び「全く感じない」と回答した割合が50%以上ではないことを確認した。

各質問項目の単純集計を実施したのち、看護活動に関連する困難感を示す19項目に対してKaiser-Meyer-Olkin測度を確認後、因子構造を検討するた

めに、最尤法Promax回転による探索的因子分析を行った。因子分析の基準は、初期の固有値1以上、スクリープロットの落差が大きいこと、因子負荷量0.4以上とした。また、いずれの因子にも高い負荷量を持たない項目及び複数の因子に同程度負荷していた項目は削除し、再度因子分析を行った。

次に、抽出された因子ごとの信頼性係数を求めた。その後、抽出された因子とこれらの因子に影響すると考えられる要因との関連をみるために、t検定及び一元配置分散分析、相関分析を行った。

なお統計処理にはSPSS (Ver.21) を用いて有意水準は5%とした。

7. 倫理的配慮

著者が所属する大学の倫理審査規定に則り、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、答えたくない質問には答えなくて良いこと、調査へ協力しない場合でも不利益を被らないこと、調査票及び返信用封筒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を協力依頼文書に明記し、調査票と共に送付した。

Ⅲ. 結果

郵送した833通に対し337通の回答が得られた(回収率40.5%)。そのうち、質問用紙の回答が50%以上記入されていなかった2通を対象から除外し、335人を分析対象者とした(有効回答率40.2%)。

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(表1)。

表1 地域別回収率

地方区分	郵送数	回収数	回収率%
北海道・東北	162	56	34.6
関東・甲信越	116	45	38.8
北陸・中部	80	44	55.0
関西・四国	213	80	37.6
中国	115	36	31.3
九州・沖縄	147	72	49.0
無回答	0	2	
合計	833	337	40.5
有効回答率	40.2%		

1. へき地診療所に勤務する看護師の看護活動に関連する問題に影響する要因

1) 個人要因

回答のあった335人のうち、性別は女性が327

人(97.6%)、男性が7人(2.1%)であった。回答者の年齢の幅は24歳から76歳までで、平均年齢は49.0±8.1歳であった(表2)。看護師経験年数の平均年数は、25.9±8.9年であった。また、現在の診療所における平均勤務年数は、13.7±10.2年であった(表2)。

表2 個人要因

(n=335)			
	n	%	
性別	男性	7	2.1
	女性	327	97.6
	無回答	1	0.3
婚姻歴	既婚	291	86.9
	未婚	42	12.5
	無回答	2	0.6
卒業した看護基礎教育課程	専門学校(3年課程)	138	41.2
	専門学校(2年課程)	132	39.4
	その他	65	19.4
	無回答	1	0.3
年齢	49.0±8.1	歳	
看護職としての実務経験年数	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	71	21.2
	20年以上	244	72.8
	無回答	5	1.5
	平均実務経験年数	25.3±8.9	年
現在の診療所における勤務年数	5年未満	81	24.2
	5年以上10年未満	65	19.4
	10年以上20年未満	73	21.8
	20年以上	107	31.9
	無回答	9	2.7
	平均実務経験年数	13.7±10.2	年
雇用形態	派遣である	31	9.3
	派遣でない	301	89.9
	無回答	3	0.8
出身地は勤務地のある市町村又は近隣である	はい	256	76.4
	いいえ	78	23.3
	無回答	1	0.3
介護支援専門員免許の取得	取得した	67	20.0
	取得していない	267	79.7
	無回答	1	0.3

2) 環境要因

回診療所の設置主体は市町村が164ヶ所(49.0%)と最も多かった。無床の診療所が約9割であり、駐在医師の有無については、駐在医師なしが72ヶ所(21.5%)であった。また、社会資源不足に起因する問題があると回答した者は、161人(48.1%)であった(表3)。

表3 環境要因

(n=335)			
	n	%	
診療所の設立主体	国保	116	34.6
	市町村	164	49.0
	公設民営	13	3.9
	一般事務組合	1	0.3
	その他	41	12.2
病床の有無	無床	301	89.9
	有床	33	9.9
	無回答	1	0.3
職員数(常勤)			
看護師	0人	26	7.8
	1人	123	36.7
	2人	92	27.5
	3人以上	94	28.0
	無回答	1	0.3
医師	0人	72	21.5
	1人	227	67.8
	2人以上	36	10.7
事務職	0人	96	28.7
	1人	139	41.5
	2人以上	100	29.8
他医療従事者	0人	295	88.1
	1人	27	8.1
	2人以上	13	3.8
社会資源不足に起因する問題			
ある	ある	161	48.1
	ない	135	40.3
	無回答	39	11.6

2. 看護活動に関連する困難感

「看護活動に関連する困難感」として最も多かった

たのは、「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」が263人（78.5%）で最も多かった（図1）。

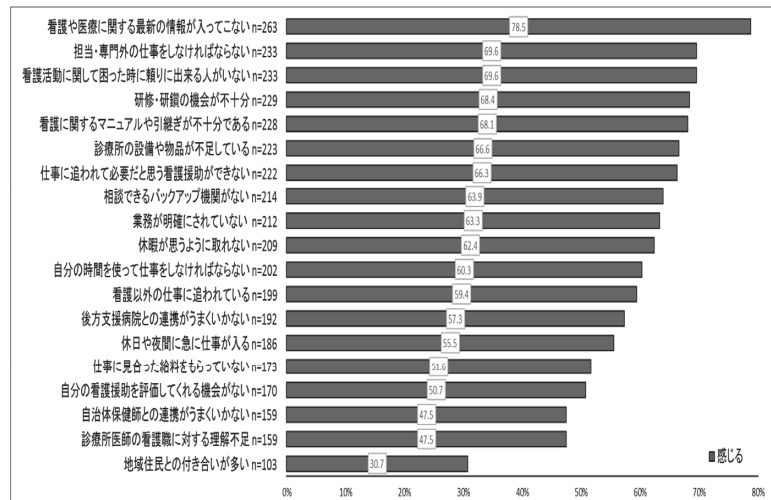


図1 看護活動において問題と感じていること

(n=335)

1) 「看護活動に関連する困難感」の因子構造

19項目のKaiser-Meyer-Olkin測度は0.903であった。基準に照らし合わせて分析した結果、3因子が抽出された。さらに、いずれの因子にも高

い負荷量を持たない項目及び複数の因子に同程度負荷していた4項目を削除し再度因子分析を行った結果、3因子が抽出された。最終的な因子構造と因子間相関を表4に示す。

表4 看護活動に関連する困難感の因子分析

最尤法によるPromax回転				
「因子名」(α係数)	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	
質問項目				
第Ⅰ因子「看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない」(α=0.885)				
相談できるバックアップ機関がない	0.835	-0.054	0.047	
看護活動に関して困った時に頼りにできる人がいない	0.778	0.103	-0.031	
看護に関するマニュアルや引継ぎが不十分	0.751	0.131	-0.030	
自治体保健師との連携がうまくいかない	0.715	-0.053	0.058	
後方支援病院との連携がうまくいかない	0.629	0.051	0.064	
第Ⅱ因子「研修・研鑽・最新情報入手の機会や仕事の評価・対価の不十分さ」(α=0.845)				
研修・研鑽の機会が不十分	0.034	0.874	-0.159	
看護や医療に関する最新の情報が入ってこない	0.267	0.631	-0.081	
看護以外の仕事に追われている	-0.083	0.527	0.383	
自分の看護援助を評価してくれる機会がない	0.103	0.526	0.052	
休暇が思うように取れない	-0.030	0.506	0.162	
仕事に見合った給料をもらっていない	0.017	0.475	0.199	
第Ⅲ因子「仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ」(α=0.783)				
自分の時間を使って仕事をしなければならない	0.046	-0.107	0.807	
休日や夜間に急に仕事が入る	0.145	-0.111	0.642	
担当・専門外の仕事をしなければならない	-0.113	0.156	0.615	
業務が明確にされていない	0.069	0.118	0.574	
因子間相関				
I	—	0.711	0.561	
II		—	0.642	
III			—	

第Ⅰ因子は、「相談できるバックアップ機関がない」、「看護活動に関して困った時に頼りにできる人がいない」、「看護に関するマニュアルや引継ぎが不十分」、「自治体との連携がうまくいかない」、「後方支援病院との連携がうまくいかない」の5項目で【看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない】、第Ⅱ因子は、「研修・研鑽の機会が不十分」、「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」、「看護以外の仕事に追われている」、「自分の看護援助を評価してくれる機会がない」、「休暇が思うように取れない」、「仕事に見合った給料をもらっていない」の6項目で【研修・研鑽・最新情報入手の機会や仕事の評価・対価の不十分さ】、第Ⅲ因子は、「自分の時間を使って仕事をしなければならない」、「休日や夜間に急に仕事が入る」、「担当・専門外の仕事をしなければならない」、「業務が明確にされていない」の4項目で【仕事・

生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ】と命名した。

また、各因子の信頼性係数は、第Ⅰ因子は0.885、第Ⅱ因子は0.845、第Ⅲ因子は0.783となり、第Ⅲ因子についてはやや低いが、それぞれ内的整合性をもつと判断した（表4）。そこで、下位尺度毎にすべての項目を用い、その合計を各下位尺度得点とした。

抽出された3因子とこれらの因子に影響すると考えられる要因との関連をみるために、t検定及び一元配置分散分析、相関分析を行った結果を表5に示す。

2) 「看護活動に関連する困難感」に影響する要因との関連

3因子とに有意な関連が見られた属性は、「社会資源不足に関連した問題の有無」であった（表5）。

表5 看護活動に関連する困難感の関連要因

n=335

	看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない (第Ⅰ因子)		研修・研鑽の機会や仕事の評価・対価の不十分さ (第Ⅱ因子)		看護業務とそれ以外の業務、仕事と生活、境界の曖昧さ(第Ⅲ因子)	
個人特性						
性別						
男性	16.1±2.9	a	19.3±3.5	a	11.7±0.5	a
女性	13.9±3.8		16.8±4.1		11.0±2.8	
婚姻歴						
既婚	13.9±3.8	a	16.8±4.0	a	11.0±2.8	a
未婚	14.8±3.7		16.9±4.7		11.2±2.8	
雇用形態						
派遣である	13.3±4.8	a	15.8±5.5	a	10.4±2.9	a
派遣でない	14.0±3.7		16.9±3.9		11.1±2.7	
出身地は勤務地の市町村または近隣である						
はい	13.9±3.9	a	16.9±4.2	a	11.0±2.7	a
いいえ	14.3±3.3		16.7±3.7		11.0±2.9	
介護支援専門員免許の取得						
取得した	14.3±3.4	a	16.8±4.4	a	10.7±2.6	a
取得していない	13.9±3.9		16.8±4.0		11.1±2.8	
年齢(range 24-76)	r=-.180	**	r=-.151	**	r=-.006	n.s
看護職としての実務経験年数(range 3-45)	r=-.113	*	r=-.103	n.s	r=-.002	n.s
現在の診療所における勤務年数(range 1-41)	r=-.072	n.s	r=-.064	n.s	r=-.060	n.s
卒業した看護基礎教育課程						
専門学校(3年課程)	14.1±3.9	b	16.6±4.2	b	11.0±2.8	b
専門学校(2年課程)	13.9±3.8		17.0±4.1		11.0±2.8	
その他	14.0±3.4		17.1±4.0		11.3±2.7	
環境要因						
病床の有無						
無床	13.9±3.8	a	16.7±4.1	a*	10.9±2.8	a
有床	14.6±3.5		18.3±3.9		11.9±2.3	
常勤職員の有無						
看護師常勤						
0名	12.4±4.7	a*	14.7±5.4	a*	10.2±3.4	a
1名以上いる	14.1±3.7		17.0±3.9		11.1±2.7	
医師常勤						
0名	13.5±4.5	a	16.2±5.3	a	10.8±3.1	a
1名以上いる	14.1±3.5		17.0±3.7		11.1±2.7	
事務職常勤						
0名	13.4±4.1	a	16.2±4.6	a	11.1±3.0	a
1名以上いる	14.2±3.6		17.1±3.9		11.0±2.7	
その他医療従事者常勤						
0名	13.9±3.8	a	16.6±4.1	a	10.9±2.8	a**
1名以上いる	14.9±3.4		18.4±3.4		12.0±2.0	
社会資源不足に起因する問題						
ある	14.6±3.8	a**	17.5±4.2	a*	11.5±2.8	a**
ない	13.2±3.7		16.3±3.9		10.5±2.8	

注1) 表中の値はn(%) またはAverage±SD

注2) a : 対応のないt検定

注3) b : 一元配置分散分析

注4) r : Spearmanの相関係数

注5) n.s : not significant

注6) **p<0.005, *p<0.05

Ⅳ. 考察

1. 看護活動に関連する困難感の特徴

1) 10年以上続く看護や医療に関する最新情報の入手困難

19項目の「看護活動に関連する困難感」について問題と「感じる」と回答した者が最も多かった項目は、「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」の263人(78.5%)であった。この項目は、へき地診療所の調査を開始した2003年及び2008年の調査においても「感じる」と回答した者が7割台であった^{10) 11)}。このことから、2003年からへき地診療所で勤務する看護師の多くは「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」状況にあり、そのことによる困難感を認識していると考ええる。

最近、最新情報や詳細情報はホームページを閲覧するよう促すメッセージを見聞きすることが多くなった。また、へき地保健医療対策検討会報告書(第10次)¹²⁾において、すでに、情報通信技術(以下、IT)による診療支援について記されていることから、今後、へき地医療や看護においてもITの活用は必要不可欠になっていくと考える。

IT環境の整備状況をみると、ハード面においては、平成23年末のインターネット利用者数は、人口普及率は79.1%となった¹³⁾と報告されている。ソフト面においては、メールマガジン等を通じて、無料で保健医療関係のニュース・最新統計資料等の提供を行っている公益社団法人があり、無料で看護師のための情報サイトを立ち上げている新聞社のホームページもある。さらに、大学教育においてもe-learningの活用は拡大しており、e-learningの授業を受けることで単位を取得できる大学も出てきている。今後は、インターネット経由での電子ジャーナル、電子出版物の利用が可能となるであろう。

一方で、回答者の平均年齢が約50歳と少し高めであることから、IT環境からの情報収集に苦手意識を持つ看護師や、携帯電話であれば情報収集可能な看護師の存在が考えられる。また、へき地看護に関する情報量は、諸外国の看護関連のホームページのほうが日本のそれよりも多いことから、現在日本で提供されている情報は、へき地診療所に勤務する看護師が求める情報ではない可能性が考えられる。さらに、診療所内において、医師に対するIT環境は充実しているが、看護師が利用可能なIT環境は整っていないことなども考えられ、2003年から約7割の者が感じている「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」という困難感は、広域的なIT

環境の整備以外の要因の可能性があると考える。そのため、今後は、へき地診療所に勤務する看護師個々のIT環境や必要となる情報について詳細に調査し、看護師のIT環境に合わせた配信情報の媒体や内容、容量等について改善していく必要があると考える。

2) 2008年から増加する困難感と2003年から減少する困難感

2003年及び2008年の調査時よりも「看護活動に関連する困難感」について「感じる」と回答した者が増加した項目は、「看護活動に関して困った時に頼りにできる人がいない」、「相談できるバックアップ機関がない」の2項目であった。この2項目は、2008年の調査および今回の調査ともに約6割の者が「感じる」と回答していた。また、2003年及び2008年の調査時よりも「看護活動に関連する困難感」について「感じる」と回答した者が減少した項目は、「研修・研鑽の機会が不十分である」、「休暇が思うように取れない」、「仕事に追われて必要だと思う看護援助ができない」、「看護以外の仕事に追われている」、「自分の時間を使って仕事をしなければならない」、「自分の看護援助を評価してくれる機会がない」の6項目であった。6項目のうち、「自分の看護援助を評価してくれる機会がない」以外の5項目の各年の「感じる」と回答した者の割合は、2003年の調査では7割～8割、2008年の調査では6割～7割だった。「自分の看護援助を評価してくれる機会がない」については、2003年の調査では約6割の者が、2008年の調査では約5割の者が「感じる」と回答していた。以上のことから、この6項目は2003年の調査から「感じる」と回答した者が徐々に減少していることが分かった。

2003年および2008年の調査並びに今回の調査の回答者が同一ではなかったため、上述のように困難感が増減した理由を特定することは困難であると判断した。今後、縦断調査や質的調査等を実施し、へき地で働く看護師の困難感を多面的・多角的にとらえ、困難感が生じる理由や困難感に影響する要因等について明らかにする必要があると考える。

3) 相互に関連しあう3つの困難感

因子分析の結果、へき地診療所に勤務する看護師の「看護活動に関連する困難感」として、【看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない】、【研修・研鑽・最新情報入手の機会や仕事の評価・対価の不十分さ】、【仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ】の3つの因子が抽出された。これらは、2008年の調査結果から示された内容と

ほぼ同様であり¹⁴⁾、へき地、離島に勤務する看護師を対象にした先行研究^{15～18)}が示唆する内容とも部分的ではあるが、類似の結果であったことから、この3因子は、へき地に共通する困難感である可能性が考えられる。

また、これら3因子の因子間相関はどれも比較的高い相関を示しており、これらの因子には関連性があることが示唆された。このことから、へき地診療所に勤務する看護師の看護活動に関連する困難感とは、一つの困難感が高いと、他の困難感も高く、逆に一つの困難感が低いと他の困難感も低いことが考えられる。

さらに、3因子と「社会資源不足に起因する問題の有無」とに統計的な有意差がみられたことから、これら3因子は、社会資源不足と関連する項目であることが示唆された。へき地において社会資源や人的資源が不足していることはある意味自明でもある。社会資源や人的資源に恵まれているのであれば、そこはへき地の定義から外れるであろう。とは言え、へき地診療所に勤務する看護師の看護活動に関連する困難感と社会資源不足とが統計的に関連があると示唆されたことについては意味があると考ええる。

本研究で明らかになった3因子の特徴の一つは、3因子が関連しているということである。つまり、【仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ】が改善されれば、【看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない】や、【研修・研鑽・最新情報入手の機会や仕事の評価・対価の不十分さ】も改善する可能性があると考ええる。

【看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない】及び【研修・研鑽・最新情報入手の機会や仕事の評価・対価の不十分さ】については困難感の要因を絞り込むことができなかったため、今回は、【仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ】の困難感を改善する方法について考察する。

森ら¹⁹⁾は、国内および諸外国の研究報告をふまえ、へき地・島嶼の看護活動の特徴について以下のように述べている。

へき地・島嶼の看護活動の特徴の第一は、あらゆる年齢段階の広範囲な健康問題に対応できるジェネラリストとしてプライマリヘルスケア全般を担っていることや、代替要員がいないことで必然的ではない役割も組み込まれることもあり、国または地域により一律とはいえないが、どこでも役割が拡大する傾向にある。特徴の第二として、地域のつながりのつよさが活動の基盤になっている。これら二つの特

徴にはプラス面とマイナス面がある。プラス面とは、役割拡大に伴う自律性の発揮および地域とのつながりのつよさに伴う継続的かつ良いケアが提供できるということであり、マイナス面は役割の拡散および匿名性の欠如である。

以上のことから、【仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ】はへき地・島嶼の看護活動の特徴をマイナスと捉えた見方であるといえる。しかし、見方をプラスに変えれば、看護師の役割拡大でもある。へき地で看護活動を実践する看護師の中には、都会の病院の一病棟で行う看護活動より多くの看護活動が経験でき、かつ自身の責任において看護を実践できることに対してやりがいを感じている者も少なからずいる²⁰⁾ことから、まずは、へき地・島嶼の看護活動をプラスととらえている看護師から困難感をどのように乗り越えたのかについての話を聞き、具体的な対応策を数多く集めることが大切だと考える。

また、これからへき地看護を担う人材への働きかけとしては、【仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ】といった困難感を就職後に抱かないよう、就職前に抱いている理想と就職後の現実とのギャップを埋めるためや看護師の役割拡大等に対してのモチベーションの高い看護師を育成するために教育機関でへき地の現状及びそこでの魅力ややりがいについて周知していくことが重要となると考える。

さらに、再就職を考える看護師の中には、へき地での看護について知らない看護師もいることから、同じ理由で、再就職支援施設等で閲覧可能なへき地看護についての映像資料や紙媒体資料を作成し周知していくことも必要であると考ええる。

2. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、回収率が40%台であったため、一般化することはできない。また、本研究は横断調査であるため因果モデルの構築は不可能で、要因の関連が示されたにすぎない。また、今回の調査と2003年の調査及び2008年の調査とを比較しデータの増減を示したが、データが増減した理由については明らかにできなかった。今後は、縦断調査等を実施し、へき地で働く看護師の困難感を多面的・多角的にとらえたうえで、へき地診療所に勤務する看護師の看護活動に関連する困難感が生じる理由や、その困難感はへき地特有の困難感なのか、または時代や年齢、へき地での勤務年数や看護活動の経験年数などとともに変化していく困難感なのか等を見極

め、へき地診療所に勤務する看護師の困難感の軽減につながる方策を考えていくことが課題である。

3. まとめ

へき地診療所に勤務する看護師の看護活動に関連する問題の認識とそれらに影響する要因について明らかになったことは、以下の5点である。

- (1) 19項目の「看護活動において問題と感じていること」について「感じる」と回答した者が最も多かった項目は、「看護や医療に関する最新の情報が入ってこない」の263人(78.5%)であった。
- (2) 因子分析の結果、へき地診療所に勤務する看護師が「看護活動において問題と感じていること」として、【看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない】、【研修・研鑽・最新情報入手の機会や仕事の評価・対価の不十分さ】、【仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ】の3つの因子が抽出された。
- (3) 現在へき地で働く看護師の【看護業務とそれ以外の業務、仕事と生活、境界の曖昧さ】の困難感を解消する策として、これらの困難感を乗り越えた看護師から話を聞くなどし、他の看護師に応用可能な具体的対応策を見出す。
- (4) 今後へき地で働く看護師が【看護業務とそれ以外の業務、仕事と生活、境界の曖昧さ】の困難感を抱かぬための取り組みとして、看護師の教育機関でへき地の現状及びそこでの魅力ややりがいについて周知していく。
- (5) へき地で再就職を考えている看護師が【看護業務とそれ以外の業務、仕事と生活、境界の曖昧さ】の困難感を抱かぬための取り組みとして、へき地看護についての映像資料や紙媒体資料を作成したり、再就職支援施設等に直接出向いたりし、求職者にへき地の看護について積極的に周知していく。

謝辞

今回の調査にご協力頂きました回答者の皆様に厚く感謝申し上げます。また、因子分析に関してご指導を賜りました石村貞夫先生に心より御礼申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：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/dl/s0401-4a.pdf> (最終閲覧:平成26年11月4日)

- 2) 内閣府ホームページ：平成25年版 高齢社会白書 http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/25pdf_index.html (最終閲覧:平成26年11月4日)
- 3) 政府統計の総合窓口e-stat：平成22年国勢調査 http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&tcID=000001034991 (最終閲覧:平成26年11月4日)
- 4) 塚本友栄, 関山友子, 島田裕子, 他：へき地医療拠点病院看護師の現状とへき地診療所看護師支援との関連. 日本ルーラルナース学会誌, 6, 17-33, 2011.
- 5) 戸田由美子, 坂本雅代, 齋藤美和, 他：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, Vol6, No1, 21-31, 2012.
- 6) 京都府精神保健福祉総合センター：心の健康のためのサービスガイド ストレス http://www.pref.kyoto.jp/health/health/health09_a.html (最終閲覧:平成26年11月4日)
- 7) 厚生労働省ホームページ：健康日本21(休養・こころの健康) http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/b3f.html (最終閲覧:平成26年11月4日)
- 8) 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)。
- 9) 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.
- 10) 篠澤侃子, 春山早苗, 岸恵美子他：へき地診療所における看護活動の特性と課題－へき地診療所全国調査報告－, 2004.
- 11) 春山早苗, 鈴木久美子, 塚本友栄他：へき地診療所における看護活動の特性と課題に関する調査－へき地診療所全国調査報告－, 2009.
- 12) 厚生労働省ホームページ：へき地保健医療対策検討会報告書(第10次) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-8.html> (最終閲覧:平成26年11月4日)

- 13) 総務省ホームページ：政策 情報通信白書 平成24年版 第2部 情報通信の現況と政策動向 第3節インターネットの利用状動向 (2) インターネットの利用状況 <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h24/html/nc243120.html> (最終閲覧：平成26年11月4日)
- 14) 厚生労働省ホームページ：第4回へき地保健医療対策検討会 議事次第 資料6 春山参考人提出資料 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/s1224-15.html> (最終閲覧：平成26年11月4日)
- 15) 鈴木久美子, 田中幸子, 岸恵美子, 他：へき地診療所において発展させるべき看護活動. 自治医科大学看護学部紀要 2:5-16, 2004.
- 16) 塚本友栄, 関山友子, 島田裕子, 他：へき地医療拠点病院看護師の現状とへき地診療所看護師支援との関連. 日本ルーラルナースング学会誌 6:17-33, 2011.
- 17) Jane Ellis Scharff: The Distinctive Nature and Scope of Rural Nursing Practice: Philosophical Bases. RURAL NURSING FOURTH EDITION, SPRINGER PUBLISHING COMPANY, New York, 241-258, 2013.
- 18) 稗圃砂千子, 山崎不二子：離島の病院に勤務する看護師の看護活動に対する認識と特徴. 長崎県看護学会誌 9巻1号:17-30, 2013.
- 19) 森隆子, 兒玉慎平, 波多野浩道：小規模島嶼における看護実践モデルの開発 - 理論的枠組みの構築と妥当性の検証 -. 日本ルーラルナースング学会誌, 7, 1-15, 2012.
- 20) Lori Hendrickx, Heidi Mennenga, and Laurie Johansen: The Use of Rural Hospitals for Clinical Placements in Nursing Education. RURAL NURSING FOURTH EDITION, SPRINGER PUBLISHING COMPANY, New York, 293-301, 2013.

研究報告

東日本大震災で被災した自治体保健師の災害時保健活動における 地域診断の内容と情報収集方法

Contents and Information Collection Method of the Community Diagnosis
in the Disaster Health Practice of the Municipality Public Health Nurses
that were affected by the Great East Japan Earthquake

島田裕子*, 春山早苗*, 宮崎美砂子**, 奥田博子***, 牛尾裕子****,
石川麻衣****, 駒形朋子**, 中瀬克己****, 岩瀬靖子**
Hiroko Shimada*, Sanae Haruyama*, Misako Miyazaki**, Hiroko Okuda***, Yuko Ushio****,
Mai Ishikawa****, Tomoko Komagata**, Katsumi Nakase****, Yasuko Iwase**

キーワード：災害，市町村，保健師，地域診断

要旨

- 【目的】東日本大震災で被災した一町の保健師の，発災から約一年間の災害時保健活動における地域診断の内容と情報収集方法を明らかにすることである。
- 【方法】発災から約1年間の災害時保健活動に関するインタビュー内容を，災害サイクルを踏まえて4期に区分し，抽出した地域診断の内容と情報収集方法を，地域・ヘルス・リソースの3つの観点で分類整理した。インタビューは，所属長と保健師の同意を得て，個人情報保護を順守し行った。
- 【結果及び考察】発災直後は避難者への救護活動や避難所での活動を通して，中長期では支援チームの協力により再開した保健事業を通して，主にヘルスやリソースに関する地域診断の内容を情報収集していた。復旧・復興期には仮設住宅への全戸訪問を通して，平常時には日頃の保健活動を通して情報収集していた。今後は本研究で明らかにした災害時保健活動における地域診断の内容や情報収集方法について検討をかさね，保健師教育に活用されるようにしていく必要がある。

I. はじめに

2011年3月11日に発生した東日本大震災において，東北地方の太平洋沿岸部に位置する多くの市町村が津波による甚大な被害を受けた。通信手段の遮断や道路が甚大な被害を受けたこと等により，被災した市町村の被害状況の把握や，支援の必要性の判断を行うための情報収集が，極めて困難な事態が生じた。災害対策基本法は，「国，地方公共団体は災害の発

生直後その他必要な情報を収集することが困難な時であっても，できる限りの確に災害の状況を把握し，これに基づき人材，物資その他の必要な資源を適切に配分することにより，人の生命及び身体を最も優先して保護する」ことを基本理念としている。災害発生後に可能な限り早期に，かつ，的確に被災市町村に関する情報収集を行い，今後の支援方針について判断することで，被災市町村の被災者のニーズを

受付日：2014年6月30日 採択日：2015年2月1日

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

** 千葉大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing, Chiba University

*** 国立保健医療科学院 National Institute of Public Health

**** 兵庫県立大学 University of Hyogo

***** 高知県立大学 University of Kochi

***** 岡山大学医学教育統合開発センター Okayama University, Center for the Development of Medical and Health Care Education

充足するための保健師の派遣・応援や資源の提供が可能となる。岩室¹⁾は「災害時にこそ地域診断が活かされる。その地域にそもそもどのような社会資源があり、それらがいまどのような状況になっており、早急に利用、活用できるものは何か。このような状況を把握することは地域診断の基本である。」と述べている。通常、地域診断は平常時に行われているが、災害時においても被災した住民の健康状態や生活環境、社会資源の実態を把握し、健康問題を構成する要素を分析し、取り組むべき健康課題や活動方針を明らかにすることは重要である。

先行文献において、自然災害発生後に保健師が実施した地域診断に関連した文献は石川ら²⁾の文献のみであり、東日本大震災における派遣・応援保健師の支援を受けた被災市町村の保健活動から地域診断項目やそれに伴う情報収集を明らかにした研究は見当たらない。自然災害発生時に保健師が行う地域診断項目と情報収集方法を明らかにしておくことは、被災した市町村の保健師が、保健所や外部の支援者の協力を得て活動する時に必要な情報が提示しやすくなり、支援者に依頼する活動を判断する際にも役立つと考えた。

本研究の目的は、東日本大震災において被災した一町の保健師の、発災から約1年間の災害時保健師活動における地域診断の時期別の内容と情報収集方法を明らかにし、災害時の被災市町村の保健活動における地域診断項目と情報収集方法について検討することである。

用語の定義

本研究における「地域診断」とは、住民の健康状態や生活環境を把握し、健康問題を構成する要素を分析して、地域において取り組むべき健康課題をアセスメントすることにより、その健康課題の優先度を判断することとする³⁾。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究対象

東日本大震災で被害を受けた一町（以下、「Z町」とする）の保健師2名を対象とする。Z町は東日本大震災において甚大な被害を受け、研究対象は災害時に応援・派遣保健師等による支援を受けながら、災害時の保健活動を行った経験がある。研究目的である災害時保健活動に含まれていた地域診断の内容と情報収集方法を明らかにするためには、Z町の保健師を対象とすることが望ましいと考えた。

研究対象が所属するZ町の概要

東北地方の太平洋沿岸部に位置し、面積の大半を山林が占める、漁業が盛んな地域である。発災前は人口約2万人（平成23年3月1日現在）、高齢化率は約30%であった。過疎地域自立促進特別措置法に基づき過疎地域自立促進計画を策定し、過疎対策事業を実施しており、役場から管轄保健所までは車で片道約50分を要する位置にある。人口は東日本大震災により約1割が死亡し、現在は約1万7千人に減少している（平成26年11月1日現在）。東日本大震災の発災時は津波により堤防が損壊し、発災後は避難所が40か所開設され、約4,000人が避難した。全世帯の約半数が家屋に被害を受けた。町役場は浸水し電気系統が故障、通信が約1週間遮断されたことや、避難者への対応、医療機関との調整に多忙を極め、支援ニーズを掌握して発信することができなかった。要支援者リストや個人援助記録等の各種台帳に被害はなかった。事務職の保健福祉担当課長が災害対策本部会議に出席し、決定された方針に従って保健福祉担当課長と統括的な立場にある保健師とで活動方針を決定し、他の保健師に指示した。発災当初、保健師は約10名の体制で活動したが、受診調整役の保健師1名以外は避難所に張り付いて活動した。道路の寸断やガソリン不足などの理由から、管轄保健所の保健師が実態把握に訪れたのは発災から3日後であり、その後支援チームが次々と投入された。災害後は、災害発生前よりも町保健師と保健所保健師との関係性がより密になった、との声が聞かれている。

2. データ収集方法

対象である2名の保健師に対して、90分程度のインタビューを2回実施し、震災直後から概ね1年間の保健活動について、質問項目に基づいて半構造的な面接を実施した。インタビューは対象者の同意を得て録音した。

3. 質問項目

- 1) 調査対象の属性として、勤務年数、所属部門、職位について尋ねた。
- 2) 発災直後から概ね1年間の保健活動について聴取した。

4. データ収集期間

平成24年2月28日、9月13日

5. 分析方法

- 1) 録音した内容に基づき逐語録を作成し、保健活動の過程で実施していた地域診断についてその内容と情報収集方法を抽出した。

- 2) 地域診断の内容は地域アセスメント、ヘルスアセスメント、リソースアセスメントの3つの観点に分けて分類整理し、地域診断項目を作成した。
- 3) 情報収集方法は、災害サイクルの時期に分けて整理した。地域アセスメントの内容については、地域の基本情報、被害状況、避難所等設置状況等を対象とした。

なお、ヘルスアセスメントについては、被災地・被災住民の健康状態、要援護者の状況、衛生環境等を対象とした。リソースアセスメントは、被災自治体・医療等ケア機関の稼働状況、外部支援者の活動状況、現地の住民組織等の活動、組織・団体間の連携状況等を対象とした。被災した市町村の保健師が、保健所や外部の支援者の協力を得て活動する際に、3つの観点に分けて地域診断の内容を分類整理することは、必要な情報を支援者に提示し易くなり、支援者に依頼する活動を判断する際にも役立つと考えた。

地域診断を行った時期は災害サイクルを踏まえ以下の4期に区分した。

- a) 発災直後（24時間～1週間以内）
- b) 中長期
- c) 復旧・復興期
- d) 平常時

また、各期に特徴的な地域診断項目（他の時期にはない地域診断項目）については、表2～表5の各表中に＊で示した。

6. 倫理的配慮

調査対象の町の地域保健部門の管理者、及び面接聴取する保健師の両者に、本調査の趣旨と内容、研究協力は自由意思であること、調査内容は本研究以外の目的に使用しないこと、調査結果の公表にあたっては、保健師個人および自治体が特定されることのないよう十分配慮すること、調査実施後の調査協力辞退は可能であること、本調査に関する質問や疑問点については、随時研究者が応じることを文書を用いて説明し、書面で同意を得た。

本調査は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 研究方法

1. 調査対象の属性

調査対象の属性を表1に示す。

表1 調査対象の属性

調査対象	保健師A	保健師B
勤続年数	28年	21年
職位	係長	主任
調査時点の所属部門	健康づくり担当課	
東日本大震災当時の所属部門	健康づくり担当課	国民健康保険担当課

2. 発災後の保健活動における地域診断の時期別の内容と情報収集方法

以下に、発災直後（24時間～1週間以内）、中長期、復旧・復興期、平常時の各期の保健活動における地域診断の内容と情報収集方法を示す。表中の＊は、各期に特徴的な地域診断項目を示す。

1) 発災直後（24時間～1週間以内）の保健活動で行われていた地域診断の内容と情報収集方法

発災直後の保健活動の概要、地域診断項目と情報収集方法を表2に示す。

地域アセスメントの項目には、【住民の被災状況】、【住宅の被災状況】、【2次災害発生の可能性】、【通信手段の被害状況と復旧状況】、【ライフラインの被害状況と復旧状況】、【避難所の設置状況と避難者数】の6項目があった。ヘルスアセスメントの項目には、[各避難所の医療を要する避難者の状況]、[各避難所の要援護者の状況]、[各避難所の環境衛生の状況]の3項目があった。リソースアセスメントの項目には、〈町庁舎や設備の被害状況〉、〈町保健師の被災状況と稼働状況〉、〈統括保健師の稼働状況〉、〈要援護者台帳や個人援助記録等の記録類の被害状況〉、〈医療機関の被害及び復旧状況と稼働状況〉、〈社会福祉施設の被害状況及び復旧状況、稼働状況〉、〈各避難所の感染症患者の隔離のためのスペースの確保状況〉、〈各避難所の救護所の設置状況〉、〈医薬品や介護用品の在庫状況〉、〈保健所保健師の協力状況〉、〈避難者における支援者確保の状況〉、〈派遣保健師の中にスーパーバイザーやコーディネーターがいるか〉、〈支援チームがもつ機能と活動状況〉、〈運ばれてきた死亡者の安置場所〉の14項目があった。

情報収集方法には、《役場に避難してきた住民に救護活動を行いながら住民の被災状況を把握した》、《統括保健師が災害対策本部会議に出席した直属の担当課長から活動方針に関する情報を得た》、《避難所を巡回し要介護者の実態把握を実施した》、《地域包括支援センタースタッフと要介護者を把握するための同行調査を実施した》、《地域包括支援センターの雇い上げ看護師が把握した避難所の要介護者について情報提供を受けた》、《妊婦を避難所内の保育所に集約したことで結果的に把握できた》、《医療調整

表2 発災直後（24時間～1週間以内）の保健活動で行われていた地域診断の内容と情報収集方法

保健活動の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・震災直後は町内の被災状況について全く分からず、役場に避難してきた住民に対する救護活動を保健師8名で行った。 ・その後、役場周辺で火事が発生したため、保健師6名は役場に避難している住民を安全な地域に移動する支援を行い、移動先の避難所でそのまま数日活動し、その後担当する避難所について検討し分担した（保健師2名は役場に残り活動した）。 ・震災直後、出張先で健康教育を行っていた保健師1名は、そのまま施設に滞在して救護活動を行った。 ・通信手段が遮断され発災後2日目まで保健所保健師に支援ニーズを発信することが出来なかったが、保健所保健師が発災後3日目に実態調査に訪れ、各避難所の支援者の必要数の判断や、応援・派遣保健師の要請のための調整について支援を受けた。 	
地域診断の観点	保健師の活動に含まれていた地域診断の内容	地域診断項目
地域アセスメント	・避難者数、死者、行方不明者数、負傷者数	【住民の被災状況】
	・家屋損壊状況、浸水状況の把握	【住宅の被災状況】
	・2次災害発生の可能性の有無の把握	【2次災害発生の可能性】＊
	・無線電話、固定電話、携帯電話、PCが使用可能かの把握	【通信手段の被害状況と復旧状況】
	・電気、水、ガス、ガソリン、公共交通機関、道路(通行可能なルート)の状況の把握	【ライフラインの被害状況と復旧状況】
	・避難所(福祉避難所を含む)設置状況と避難者数の把握	【避難所の設置状況と避難者数】
ヘルスアセスメント	・救急搬送が必要な者とその数、傷病者のうち応急処置が必要な者とその数、医療機器が必要な者とその数(外傷、低体温、在宅酸素使用者、精神疾患で緊急対応が必要な者とその数を含む)の把握	【各避難所の医療を要する避難者の状況】＊
	・内服薬の確保が必要な者の数(津波による薬の流失、慢性疾患を有する者を含む)の把握	
	・要介護者数一寝たきり者、排泄介助、食物を食べ易い形態にすることが必要な者、福祉避難所への入所が必要な者の数、妊産婦や乳児の数等の把握	【各避難所の要介護者の状況】＊
	・家族や親類、親しい人を震災で無くした者とその数の把握	
リソースアセスメント	・避難所における環境衛生の状況の把握(避難所内の感染症対策は適切か、室温は適切か、毛布などの保温用品の充足状況)	【各避難所の環境衛生の状況】＊
	・町庁舎や設備の被害状況の把握	〈町庁舎や設備の被害状況〉＊
	・町各保健師の被災状況、健康状態、勤務状況、経験年数や力量 ※被災状況は死者、行方不明者、負傷者、家族の被害、家屋損壊、出勤困難の有無等の把握	〈町保健師の被災状況と稼働状況〉＊
	・統括保健師の稼働状況	〈統括保健師の稼働状況〉＊
	・要介護者台帳や個人援助記録等の記録類の被害状況の把握	〈要介護者台帳や個人援助記録等の記録類の被害状況〉＊
	・医療機関の被害及び復旧状況と稼働状況の把握	〈医療機関の被害及び復旧状況、稼働状況〉＊
	・社会福祉施設の被害状況及び復旧状況と稼働状況の把握	〈社会福祉施設の被害状況及び復旧状況、稼働状況〉＊
	・避難所内に感染症拡大予防のための隔離部屋として使用可能な部屋の有無の把握	〈各避難所の感染症患者の隔離のためのスペースの確保状況〉＊
	・各避難所の救護所の設置状況の把握	〈各避難所の救護所の設置状況〉＊
	・医薬品や介護用品の在庫状況の把握	〈医薬品や介護用品の在庫状況〉
	・保健所保健師による派遣保健師の要請に関する支援、感染症対策へのスーパーバイズ、精神障害者への対応の有無の把握	〈保健所保健師の協力状況〉
	・避難者の中に保健師に代わる人材(看護職)がいるか	〈避難所における支援者確保の状況〉＊
	・支援チームの種類と活動状況の把握	〈支援チームがもつ機能と活動状況〉
	・派遣保健師の中に統括保健師に替わるスーパーバイザーやコーディネーターがいるかの把握	〈支援チームの中にスーパーバイザー、コーディネーターがいるか〉
	・運ばれてきた死亡者の安置場所の把握	〈運ばれてきた死亡者の安置場所〉＊
情報収集の方法	<p>《役場に避難してきた住民に救護活動を行いながら住民の被災状況を把握した》</p> <p>《統括保健師が災害対策本部会議に出席した直属の担当課長から活動方針に関する情報を得た》</p> <p>《避難所を巡回し要介護者の実態把握を実施した》</p> <p>《保健師が地域包括支援センタースタッフと要介護者を把握するための同行調査を実施した》</p> <p>《地域包括支援センターの雇い上げ看護師が把握した避難所の要介護者について情報提供を受けた》</p> <p>《妊婦を避難所内の保育所に集約したことで結果的に把握できた》</p> <p>《医療調整会議を開催する中で医療機関の被害及び復旧状況、稼働状況について把握した》</p>	

※ 表中の＊は、発災直後(24時間～1週間以内)に特徴的な地域診断項目を示す。

表3 中長期の保健活動で行われていた地域診断の内容と情報収集方法

保健活動の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・応援・派遣保健師等の支援が入り、保健師Aが依頼する内容を判断し、振り分けた。 ・保健師が避難所に常駐している所では、応援保健師が巡回相談を行った。 ・3月下旬から応援・派遣保健師の支援を得て、在宅の住民への家庭訪問を行い健康状態を把握した。 ・4月初旬から医療チームや保健師チームの支援を受けて、母子保健事業や健診業務を再開した。 ・震災当初、規模の大きい避難所において保健師7名が常駐して活動していたが、4月末までは5名、6月までは2名の保健師で対応した。 ・保健師は発災から1か月後に初めて休暇がとれた。 ・5月から看護師を雇用し、避難所に常駐させ、保健師は避難所から引き上げた。 	
地域診断の観点	保健師の活動に含まれていた地域診断の内容	地域診断項目
地域 ア セ ス メ ン ト	・避難者数、死者、行方不明者数、負傷者数の把握	【住民の被災状況】
	・家屋損壊状況、浸水状況の把握	【住宅の被災状況】
	・無線電話、固定電話、携帯電話、PCが使用可能かの把握	【通信手段の状況】
	・避難所(福祉避難所を含む)の設置状況と避難者数	【避難所の設置状況と避難者数】
	・電気、水、ガス、ガソリン、公共交通機関、道路一通行可能なルートの把握	【ライフラインの被害状況と復旧状況】
ヘル ス ア セ ス メ ン ト	・避難所における感染症の発症状況の把握	【避難所における感染症の発症状況】
	・被災住民の精神状態の把握	【被災住民の精神状態】*
	・被災住民の支援チームの支援に対する反応(心のケアチームなど)の把握 (悩みを表出しない住民の特徴を踏まえた反応の把握)	【被災住民の支援チームに対する反応】*
	・被災した住民の栄養確保状況の把握	【被災した住民の栄養確保の状況】*
	・被災した住民の清潔確保状況(入浴等)の把握	【被災した住民の清潔確保の状況】*
	・被災により母子健康手帳の紛失した者の把握	【被災により母子健康手帳を紛失した者の数】
	・被災による失職者の把握	【被災による失職者数】*
	・在宅の要介護者の健康や生活状況の把握	【在宅の要介護者の健康や生活状況】
	・被災していない高齢者の健康や生活状況の把握	【被災していない高齢者の健康や生活状況】
リ ソ ー ス ア セ ス メ ン ト	・活動できる保健師の数、各保健師の健康状態や経験年数、力量の把握	〈町保健師の稼働状況〉
	・派遣保健師の中にスーパーバイザー、コーディネーターがいるかの把握	〈支援チームの中にスーパーバイザー、コーディネーターがいるか〉
	・支援チームの種類と活動状況(自立的な活動ができるチームかの判断を含む)の把握	〈支援チームがもつ機能と活動状況〉
	・派遣保健師チームの活動期間(中長期的な支援が受けられるか)の把握	〈支援チームの活動期間〉
	・町内や近隣の医療機関の稼働(再開)状況の把握	〈医療機関の稼働状況〉
	・遠方の医療機関への受診が必要な被災住民の移送手段の把握	〈遠方の医療機関への受診を要する被災住民の移送手段の確保状況〉 *
	・保健所保健師による派遣保健師の要請に関する支援、感染症対策へのスーパーバイズ、精神障害者への対応の有無	〈保健所保健師の協力状況〉
情報収集の方法	<p>《派遣保健師チームや心のケアチームとのミーティングにおける情報収集》</p> <p>《支援チームメンバーに保健所のミーティングに参加してもらい、情報を得る》</p> <p>《医療チームとの医療調整会議における情報収集》</p> <p>《がん検診の機会をととした情報収集》</p>	

※ 表中の*は、中長期に特徴的な地域診断項目を示す。

会議を開催する中で医療機関の被害及び復旧状況、稼働状況について把握した》ことがあった。

2) 中長期の保健活動で行われていた地域診断の内容と情報収集方法

中長期の保健活動の概要、地域診断項目と情報収集方法を表3に示す。

地域アセスメントの項目には、【住民の被害状況】、【住宅の被害状況】、【通信手段の状況】、【避難所の設置状況と避難者数】、【ライフラインの被害状況と復旧状況】の5項目があった。ヘルスアセスメントの項目には、[避難所における感染症の発症状況]、[被災住民の精神状態]、[被災住民の支援チームに対する反応]、[被災した住民の栄養確保の状況]、[被災した住民の清潔確保の状況]、[被災により母子健康手帳を紛失した者の数]、[被災による失職者数]、[在宅の要援護者の状況]、[被災していない高齢者の健康や生活の状況]の9項目があった。リソースアセ

スメントの項目には、〈町保健師の稼働状況〉、〈派遣保健師の中にスーパーバイザーやコーディネーターがいるか〉、〈支援チームの種類と活動状況〉、〈支援チームの活動期間〉、〈医療機関の稼働状況〉、〈遠方の医療機関への受診が必要な被災住民の移送手段〉、〈保健所保健師の協力状況〉の9項目があった。

情報収集方法には、《派遣保健師チームや心のケアチームとのミーティングにおける情報収集》、《支援チームメンバーに保健所のミーティングに参加してもらい、情報を得る》、《医療チームとの医療調整会議における情報収集》、《がん検診の機会をととした情報収集》があった。

3) 復旧・復興期の保健活動で行われていた地域診断の内容と情報収集方法

復旧・復興期の保健活動の概要、地域診断項目と情報収集方法を表4に示す。

表4 復旧・復興期の保健活動で行われていた地域診断の内容と情報収集方法

保健活動の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・支援を受けた派遣保健師2名の長期派遣(継続)を要請し、介護予防事業の運営を任せた。 ・姉妹都市締結をしていた一市(他県)の保健師の協力を得て、特定保健指導を行った。 ・応援保健師の協力を得て、乳幼児健診や成人の健診を実施した。 ・理学療法士等の協力を得て、仮設住宅で生活習慣病予防と介護予防を目的とした運動教室を実施した。 	
地域診断の観点	保健師の活動に含まれていた地域診断の内容	地域診断項目
ア 地域アセスメント	・町の人口の変化の把握	【町の人口の変化】*
	・仮設住宅、みなし仮設住宅(福祉応急仮設住宅含む)の設置状況の把握	【仮設住宅の設置状況】*
アセスメント	・被災者の精神状況、ハイリスク者の把握、精神保健福祉相談の利用状況と主訴の把握	[被災者の精神状況、ハイリスク者の把握]
	・仮設住宅における孤独死者数、自殺者数	[仮設住宅における孤独死者数、自殺者数]*
	・高齢者世帯数、独居高齢者世帯数	[高齢者世帯数、独居高齢者世帯数]*
ア リソース	・支援チームの活動期間(延長が可能か、を含む)の把握	〈支援チームの活動期間〉
	・仮設住宅における自主防災組織の活動状況の把握	〈仮設住宅における自主防災組織の活動状況〉*
	・仮設住宅における集会所の有無の把握	〈仮設住宅における集会所の設置状況〉*
情報収集の方法	《特定健診の場を活かした心の健康に関する情報収集》 《胃がん、超音波健診の機会をととした情報収集》 《乳幼児健診の機会をととした情報収集》 《運動教室の機会をととした情報収集》 《仮設住宅、みなし仮設住宅、在宅被災者、他市町村に設置された仮設住宅への全戸訪問による情報収集》 《仮設住宅への全戸訪問の際に建設担当課職員から仮設住宅に入居した住民の情報を得る》	

※ 表中の*は、復旧・復興期に特徴的な地域診断項目を示す。

地域アセスメントの項目には、【町の人口の変化】、【仮設住宅の設置状況】の2項目があった。ヘルスアセスメントの項目には、[被災者の精神状況、ハイリスク者の把握]、[仮設住宅における孤独死の数、自殺者数]、[高齢者世帯数、独居高齢者世帯数]の3項目があった。リソースアセスメントの項目には、〈支援チームの活動期間〉、〈仮設住宅における自主防災組織の活動状況〉、〈仮設住宅における集会所の設置状況〉の3項目があった。

情報収集方法には、《特定健診の場を活かした心の健康に関する情報収集》、《胃がん、超音波健診の

機会をととした情報収集》、《乳幼児健診の機会をととした情報収集》、《運動教室の機会をととした情報収集》、《仮設住宅、みなし仮設住宅、在宅被災者、他市町村に設置された仮設住宅への全戸訪問による情報収集》、《仮設住宅への全戸訪問の際に建築担当課から仮設住宅に入居した住民の情報を得る》があった。

4) 平常時の保健活動で行われていた地域診断の内容と情報収集方法

平常時の保健活動の概要、地域診断項目と情報収集の方法の表5に示す。

表5 平常時の保健活動で行われていた地域診断の内容と情報収集方法

保健活動の概要	・地域防災計画の見直しのメンバーに保健師は入っていないが、保健活動に関連するに内容について防災対策担当職員から相談を受けるため、意見を述べて保健師の判断を計画に反映できるようにしている。 ・住民の台帳(災害時要援護者の把握も含めて)を民生委員を通じて再調査・再整備している。	
地域診断の観点	保健師の活動に含まれていた地域診断の内容	地域診断項目
ア ヘ ル ス ア セ ス メ ン ト	・移動支援が必要な在宅の要援護者数の把握	[移動支援が必要な在宅の要援護者の状況]*
	・住民の防災意識(住民の防災訓練への参加状況を含む)の把握	[住民の防災意識]*
	・住民の防災意識に影響を与えている要因の把握	[住民の防災意識に影響を与えている要因]*
ア セ リ ス ソ メ ー ン ス ト	・協定を締結している福祉避難所の数の把握	〈協定を締結している福祉避難所の状況〉*
	・災害時に協力が得られる医師、看護、介護などの人材の登録状況(災害時に孤立地区が発生する場合も想定して把握する)	〈災害時に協力が得られる専門職などの人材の登録状況〉
	・災害時に支援を受け、災害時応援協定を締結している県外自治体の把握	〈災害時に支援を受け、災害時応援協定を締結している県外自治体〉*
	・胃瘻や導尿、在宅酸素、妊婦等への対応を想定した訓練や体制づくりの状況の把握	〈要援護者への災害時の対応を想定した訓練や体制づくりの状況〉*
	・仮設住宅における自主防災組織の活動状況の把握	〈仮設住宅における自主防災組織の活動状況〉*
	・災害時に避難所となる学校長の災害時の避難所活動に関する意識の把握	〈災害時に避難所となる学校長の災害時の避難所活動に関する意識〉*
	・保健師の無線機使用の可否についての把握	〈保健師の無線機使用の可否〉*
	・被災する可能性が低い(安全な地域に所在する)病院、薬局、介護施設の把握	〈被災する可能性が低い地域にある医療福祉施設〉*
情報収集の方法	《防災訓練時の住民の防災訓練への参加状況、防災意識の把握》	

※ 表中の*は、平常時に特徴的な地域診断項目を示す。

ヘルスアセスメントの項目には、[移動支援が必要な在宅の要援護者数]、[住民の防災意識]、[住民の防災意識に影響を与えている要因]の3項目があった。リソースアセスメントの項目には、〈協定を締結している福祉避難所の数〉、〈災害時に協力が得られる専門職などの人材の登録状況〉、〈要援護者への災害時の対応を想定した訓練や体制づくりの状況〉、

〈仮設住宅における自主防災組織の活動状況〉、〈災害時に避難所となる学校長の災害時の避難所活動に関する意識〉、〈保健師の無線機使用の可否〉、〈被災する可能性が低い地域にある医療福祉施設〉の7項目があった。

情報収集方法には、《防災訓練時における住民の防災訓練への参加状況、防災意識の把握》があった。

Ⅳ. 考察

1. 災害時の被災市町村の保健活動における地域診断項目と情報収集方法

以下に、発災直後（24時間～1週間以内）、中長期、復旧・復興期、平常時の各期の保健活動における地域診断項目と、それに伴う情報収集方法について考察する。

1) 発災直後（24時間～1週間以内）の保健活動における地域診断項目と情報収集方法

地域アセスメントに関する地域診断項目については、町保健師は初動として、役場に避難してきた住民に対し救護活動を行いながら【住民の被災状況】を把握していたことから、市町村保健師は災害時に保健活動を通して住民の被災状況を把握していく必要がある。また、保健師は【2次災害発生の可能性】を考慮して、役場に避難している住民を安全な地域にある避難所に移動させる支援を行っていた。このことから、市町村保健師は2次災害の可能性に関する情報を災害対策本部からや保健活動を通して把握し、2次災害の可能性がある場合は災害時要援護者から優先的に安全な地域にある避難所に移動できるよう、災害対策本部に対し提言していく必要がある。

また、本研究の対象においては通信手段が遮断されていたため、町保健師は保健所保健師が発災後3日目に実態調査に訪れるまで、[各避難所の医療を要する避難者の状況]、[各避難所の要援護者の状況]、[各避難所の環境衛生の状況]、〈町保健師の被災状況と稼働状況〉、〈統括保健師の稼働状況〉、〈要援護者台帳や個人援助記録等の記録類の被害状況〉、〈医療機関の被害及び復旧状況と稼働状況〉、〈各避難所の感染症患者の隔離のためのスペースの確保状況〉、〈各避難所の救護所の設置状況〉、〈医薬品や介護用品の在庫状況〉、〈避難者における支援者確保の状況〉等についてアセスメントし、判断した支援ニーズを発信することができなかった。このことから、市町村保健師は災害時に当該市町村の通信手段が遮断された場合を想定して、支援ニーズの保健所保健師への伝達方法を、保健所保健師と共に平常時に検討しておく必要がある。その一つの方法として、保健所保健師が当該市町村に出向き、情報収集を行うことがある。

奥田⁴⁾は「被災地全体の地区状況や、被災後のその時点での情報や課題の提示があれば、派遣保健師は共通認識の中で自分の役割が確認できた実態から、平常時における被災自治体および保健所管内の保健活動に関連する情報について、平常時に外部支

援者に情報提供できることを前提に情報整理を行う」ことで「被災直後の混乱期、被災地保健師が個々にオリエンテーションを実施することが困難な中で、地域の実情を知らない応援・派遣保健師にとって、自己完結型の活動のための一助となり得る」と述べている。このことから、平常時における地域診断を踏まえ、災害時の地域診断項目について情報を提示することで、応援・派遣保健師の被災市町村における初動に役立つと考える。また、《統括保健師が災害対策本部会議に出席した直属の担当課長から活動方針に関する情報を得た》ように、災害対策本部の活動方針を把握し保健活動を展開することが重要である。その場合、統括保健師が災害対策本部に身をおいて活動することでより地域診断項目についての情報収集やアセスメントが可能となり、必要と判断した保健活動やリソースに関して災害対策本部に提言し易くなると考える。

町保健師は避難所での保健活動を通して避難者の中に保健師に代わる人材（看護職）がいるか、という〈避難者における支援者確保の状況〉を把握していたが、発災直後の極めて困難な状況において支援者の存在は避難所における保健活動の質を担保する上でも重要である。避難者の中に支援者がおり、協力が得られる場合は積極的に活用していく必要がある。室崎⁵⁾は、「物や人が提供されないという支援の空白、瓦礫の撤去や仮設の建設が進まないという復興の遅延が、助けられなかった命を関連しという形で奪っていった」と述べており、現地の支援者を有効に活用して、支援の空白や遅延を可能な限り作らないようにすることが重要である。

また、災害時には市町村保健師に様々な役割が求められるが、〈町保健師の被災状況と稼働状況〉や〈統括保健師の稼働状況〉を踏まえ、当該市町村の保健師が疲労困憊による重大な健康問題を発生させないようにすることが必要である。本研究の対象は〈派遣保健師の中にスーパーバイザーやコーディネーターがいるか〉について把握していたが、スーパーバイザーは保健師としての活動方針を決定する上で、またコーディネーターは保健師が休息を確保する上で、その存在の有無は大きく影響する。牛尾⁶⁾は、災害発生後の自治体職員の精神保健対策への示唆として、「組織が職員の休日や休養を確保する」、「気持ちを吐き出す機会をつくる」必要性を述べている。このことから、スーパーバイザーやコーディネーター等の役割を発揮できる保健師の有無を確認することが重要であり、いない場合はそれらの役割

が発揮できる保健師の応援・派遣を保健所保健師に求める根拠となる。

2) 中長期の保健活動における地域診断項目と情報収集方法

災害直後に比べて衣食住に関する状況は改善されつつも、今後の生活についての見通しが困難な中で長期化する避難生活においては、避難者の精神的なストレスが日増しに増大することが考えられる。市町村保健師はそのような「被災住民の精神状態」を支援チームとのミーティングを通して把握すると共に、[被災住民の支援チームに対する反応]も踏まえて、その後の活動方針について判断する必要がある。町保健師は平常時の保健師活動において捉えていた、悩みを表出しない住民の特徴を踏まえ、こころのケアチームに依頼する活動内容を判断していたことから、市町村保健師は、平常時の活動を通して、住民の、他者とのコミュニケーションにおける特徴や、その地域に根付いている精神的な文化を把握し、そのことを踏まえて支援チームに支援を依頼する内容を判断する必要がある。

また保健師は、[被災による失職者数]を支援チームとのミーティングを通して把握していたが、被災者の失職が、長期的に見て被災者の健康に及ぼす影響の予測に繋がるため、情報収集すべき内容として重要であると考えられる。

情報収集の方法としては、《派遣保健師チームや心のケアチームとのミーティングにおける情報収集》や《医療チームとの医療調整会議における情報収集》などの他に、災害時の保健活動に欠かせない保健所保健師との情報交換について、《支援チームメンバーに保健所のミーティングに参加してもらい、情報を得る》方法がとられていた。村嶋ら⁷⁾は、「保健師が直接対応した方が良いのか、他の職種でもよいのか（中略）、振り分けをすることが必要である」と述べており、被災市町村の保健師が直接対応すべき活動か否かや、保健師でなくても良いのか等、市町村保健師が対応すべき活動の優先順位を判断しながら、支援チームと協働していくことが重要である。

町保健師が今後の保健活動の方針を考える上で〈支援チームの活動期間〉は重要な情報であり、その情報に基づいて現在の支援チームに対し支援の継続を要請するか、またはそれとは別に新たな支援を要請していくのかについて検討することが可能となり、保健事業の再開にも繋がる内容である。

3) 復旧・復興期の保健活動における地域診断項目と情報収集方法

町保健師は、《仮設住宅への全戸訪問の際に建設担当課職員から仮設住宅に入居した住民の情報を得る》ことで、[被災者の精神状況、ハイリスク者の把握]や[高齢者世帯数、独居高齢者世帯数]の把握に役立てていた。この時期の活動においては、仮設住宅の建設担当課職員との連携による、支援が必要な住民に関する情報収集は有用であると考えられる。また、[仮設住宅における孤独死者数、自殺者数]や〈仮設住宅における集会所の設置状況〉を踏まえて、入居者同士のつながりや交流の機会をつくる必要がある。仮設住宅に入居したことで被災前のコミュニティから切り離される住民もいることから、〈仮設住宅における自主防災組織の活動状況〉も把握することで、入居者同士のつながりや交流、共助の促進に向けて、高齢者が交流するための場づくりや、健康教育の中に交流の機会を意図的に盛り込んでいくことができる。

〈支援チームの活動期間〉については中長期と同様に延長の必要性を検討したり、必要時は継続支援の可能性を支援チームに打診していく必要がある。

情報収集の方法としては、市町村保健師は《特定健診の場を活かした心の健康に関する情報収集》、《胃がん、超音波健診の機会をととした情報収集》、《乳幼児健診の機会をととした情報収集》、《運動教室の機会をととした情報収集》など、再開した保健事業を通して住民の心身の健康状態を把握しアセスメントすることを通して、活動方針を判断していくことが必要である。

4) 平常時の保健活動における地域診断項目と情報収集方法

平常時において市町村保健師は日頃の活動を通して[移動支援が必要な在宅の要援護者数]を把握したり、防災訓練を通して[住民の防災意識]や[住民の防災意識に影響を与えている要因]を把握しておく必要がある。

また、〈協定を締結している福祉避難所の数〉、〈災害時に協力が得られる専門職などの人材の登録状況〉、〈要援護者への災害時の対応を想定した訓練や体制づくりの状況〉、〈仮設住宅における自主防災組織の活動状況〉、〈災害時に避難所となる学校長の災害時の避難所活動に関する意識〉、〈保健師の無線機使用の可否〉、〈被災する可能性が低い地域にある医療福祉施設〉等のリソースに関する情報を収集し、これまでの災害時の保健活動を踏まえて、平常時に

リソースを充実させる活動を行う必要がある。災害時協定を締結している福祉避難所となる施設の数はいくつかを検討し、十分でない場合は、新たな施設と災害時協定を締結しておく必要がある。また、当該自治体内で居住していたり、勤務している看護専門職に対し、日頃の保健活動を通して災害時の保健活動に協力が得られるように働きかけ、協力が可能な看護職に関してリストを作成しておくことも一つの方法として考える。また、災害時に避難所となる施設の長に対し、災害時の避難所の運営方法について防災訓練等の機会に伝えておく必要がある。さらに、災害時に保健師が地域診断項目に関する情報を収集するだけでなく支援ニーズを発信するための手段として、災害時に無線機が適切に使用できるように防災訓練等の機会に使用方法を確認しておく必要がある。管轄保健所から遠距離にある市町村の保健師は、特に災害時に確実にコミュニケーションツールが確実に活用できるようにして手技を確認しておく必要がある。

さらに、〈災害時に支援を受け、災害時応援協定を締結している県外自治体〉と災害時の保健活動を振り返り、当該市町村において必要な地域診断項目や情報収集方法を共に確認したり、定期的な情報交換やシミュレーションを行うことで、災害時に住民に対し、より迅速な支援が提供できることに繋がると思う。

2. 本研究から得られた示唆

本研究で明らかとなった、災害時の被災市町村の保健活動における地域診断項目と情報収集の方法について、今後さらに検討を重ね、市町村における防災訓練でのシミュレーションや災害時の保健師活動マニュアルに含めて活用されるようにしていくことが課題である。また、臺ら⁸⁾は看護系大学の3年生を対象とした健康危機管理演習において、災害時の地域アセスメントについて学習させる取り組みを行っているが、災害時保健活動における地域診断項目と情報収集の方法について、今後さらに保健師教育に活用されるようにしていくことも重要な課題であると思う。

V. おわりに

東日本大震災において被災した一町の発災後の保健師活動に含まれていた地域診断の内容と、それに伴う情報収集方法を明らかにした。本研究では一町を対象としているため、今回検討した地域診断項目や情報収集方法を全ての市町村に適用することには

限界がある。今後は本研究の成果を踏まえ、災害時の市町村の地域診断項目と情報収集方法について検討を重ねる必要がある。

本研究は、平成25年度厚生労働科学研究（健康安全・健康危機対策総合研究事業）「大規模災害に対する地域保健基盤整備実践研究」（研究代表者 遠藤幸男）分担研究「災害時の被災市町村支援における地域診断項目とその活用に関する研究」（研究分担者 宮崎美砂子）の成果の一部である。

文献

- 1) 岩室紳也：災害対応に活きる日頃からの活動と保健師に求められる準備，保健師ジャーナル，6 8(10)，869，2012.
- 2) 石川麻衣，牛尾裕子，武藤紀子ら：自然災害発生時における市町村保健師の活動の特徴，千葉大学看護学部紀要第26号，85－91，2004.
- 3) 厚生労働省健康局長：地域における保健師の保健活動に関する指針，2013.
- 4) 地震災害時における効果的な保健師活動の支援体制のあり方に関する検討会：地震災害時における効果的な保健師活動の支援体制のあり方に関する検討会報告書，16－17，2008.
- 5) 公益社団法人日本看護協会編：平成24年版看護白書「災害時における看護の力・組織の力－東日本大震災でつないだ支え合いを今後に活かす－」，日本看護協会出版会，6，2012.
- 6) 牛尾裕子，大澤智子，清水美代子：被災地自治体職員が受ける心理的影響－水害16か月後の保健師へのインタビューから－，兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要，第19巻，41，2012.
- 7) 村嶋幸代，鈴木るり子，岡本玲子編著：大槌町保健師による全戸家庭訪問と被災地復興－東日本大震災後の健康調査から見えてきたこと，明石書店，201，2012.
- 8) 臺有桂，田高悦子，今松友紀ら：地域看護学教育における健康危機管理演習の試み－地域看護診断を基礎にした災害時要援護者への支援－，横浜看護学雑誌，Vol.4,No 1，34－41，2011.

研究報告

離島内居住保健師の実践知とその獲得方法の検討 ～保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識に着眼して～

Consideration of practical knowledge for public health nurses in remote Japanese islands; Focused on awareness regarding how public health nurses in remote Japanese islands associate their nursing practices with their everyday lives.

青木さぎ里, 春山早苗
Sagiri Aoki, Sanae Haruyama

キーワード：離島, 保健師, 離島内居住, 実践知, 認識

要旨

本研究の目的は、離島内居住保健師が持つ、保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識とその現れ方及び現れたきっかけを明らかにし、離島内居住保健師の実践知とその獲得方法を検討することである。離島内居住する市町村保健師6名を対象とし、これまで力を入れてきた地域看護活動を聴取し質的に分析した。

保健師の生活と地域看護活動とを結び付けている認識は【自身の島内ネットワークと関係機関職員や住民が持つ島内ネットワークを組み合わせ、必要な情報を的確に入手する】等13のカテゴリがあった。離島内居住保健師の実践知は「地域看護活動に必要な情報を的確に入手する」「途切れない関わりを活かした真のニーズに基づく支援の実現」「離島内居住するメリットを見出す」等の7領域に分類できた。暗黙知の獲得、暗黙知の言語化、既得形式知からの新しい知識の創造等の4通りの知識の変換によって実践知は獲得され、実践知の獲得を促す要因には「家族構成や家族のライフステージの変化、担う役割の増加」等があった。

I. はじめに

離島は、古くから海上交通しかない環境により培われた、海を中心とする生活空間や時間の共有、生活に必要な自主的な共同活動により構成される地域社会¹⁾を有する。我が国の離島における地域看護活動については、先行研究からいくつかの知見を見出すことができる。すなわち、生活を成り立たせるために住民個々が様々な役割を担ってきた背景から、住民に意図的に複数の役割を割り当てる²⁾や、進学や就職、介護等に伴う島外移住など、社会資源の不足により離れ離れになる家族を支える^{3) - 9)}、生活に直接影響する住民間の力関係を考慮した支援体制を構築する²⁾、台風による過酷な自然環境下での生活を支える^{4) 8)}、1島1市町村型、多島1町村型、1島多市町村型といった市町村行政による離島類型に応

じた支援の方向性を検討する^{2) 9) 10)}などである。

離島の中には、交通事情により保健師が島外から通勤できず、地域看護活動の対象である住民と同じ離島内に生活することを求められる島がある。このような離島内居住をしている保健師は、その多くが自身の生活と地域看護活動との関連を認識している¹¹⁾。関連が認識される地域看護活動の内容は多岐に渡り、地域把握からニーズ明確化、計画立案、実施、評価といった地域看護過程の各段階に見られる¹¹⁾。これから、保健師が住民と同じ離島内に生活するという活動条件は、離島での地域看護活動を特徴付ける要因として考慮する必要があるといえる。

へき地看護の概念に「患者を個人的に知ること」「匿名性の欠如」がある¹²⁾。これらの概念は看護職が看護活動対象者と同じ地域内に生活することから

受付日：2014年6月30日 採択日：2015年2月1日
自治医科大学看護学部 Jichi Medical University, School of Nursing

生じる。これらはへき地の看護職に患者を個人的に
知ることによりよい看護ができるという確信を与え
るなどの安心感を与えているが、同時に束縛もして
いると言われる¹²⁾。

離島は島外に通じる陸路がなく、島外への随時的
個別的な移動はできない閉鎖的な空間である。離島
内居住をしている保健師は、そういった環境の中で
地域看護活動をよりよくし、同時に自身の生活も成
り立たせるノウハウを身につけながら看護活動を行
っていると考えられる。

しかしながら、離島を有する自治体数や保健師数
は少なく、また、離島の隔絶性、孤立性という特性
から、保健師個々が持つノウハウは言語化される機
会や他者と共有される機会に乏しく、蓄積されにく
い。離島内居住をしている保健師にとって、同じ状
況にいる保健師たちが自身の生活と地域看護活動
をどのように結びつけて活動しているかを理解するこ
とは、離島での地域看護活動をよりよくする実践知
の獲得や看護実践能力の向上に役立つと考えられる。

そこで、本研究では、離島で活動しかつ居住して
いる市町村保健師が持つ、保健師自身の生活と地域
看護活動とを結びつける認識とその現れ方及び現れ
たきっかけを明らかにし、そこから離島内居住をして
いる保健師の実践知とその獲得方法を検討すること
を目的とする。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究では、「離島」、「離島保健師」、「保健師自
身の生活」、「保健師の生活と地域看護活動を結びつ
ける認識」を以下のように定義する。

1) 離島

離島4法（離島振興法、小笠原諸島振興開発特別
措置法、奄美群島振興開発特別措置法、沖縄振興特
別措置法）に基づき指定されている島。

2) 離島保健師

離島を活動対象地域としている市町村常勤保健師。

3) 保健師自身の生活

保健師の業務以外の全ての活動。

4) 保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識

保健師自身の生活と地域看護活動との間で一方
あるいは双方向に関係づける地域看護活動上ある
いは生活上の気づき・考え・心構えとする。保健師が
言語化している顕在的認識と、保健師は言語化して
いないが保健師の生活や地域看護活動の実態や前後
関係から関係づけていることが他者から読み取れる

潜在的認識の両方を含む。

2. 対象者

離島を担当地区とする市町村保健師のうち、その
離島内に保健師自身が居住している市町村常勤保健
師6名とした。

2007年度版離島統計年報を参照し、離島を有す
る各市町村保健主管課に島内居住をしている保健師
数を問い合わせ、該当する保健師がいる全市町村の
保健担当課長宛に研究協力意向確認の文書および切
手貼付済封筒を送付し、該当する保健師に配布して
もらった。研究協力の意向を確認できた保健師の中
から、保健師経験期、保健師の出身地、離島の都道
府県、性別が多様になるよう対象者を選定した。

3. データ収集方法

対象者が力を入れて取り組んでいる地域看護活動
について、活動の対象、活動の目的、取り組んだきっ
かけ、活動の内容、評価など地域看護活動過程の詳
細を、インタビューガイドを用いた半構成的面接に
より聴取した。その際、当該地域看護活動に関連す
る保健師自身の生活があったかを適宜質問し、ある
場合はその詳細を聞いた。面接時間は1回1時間半
程度で面接回数は1回とし、同意を得て録音した。
データ収集期間は平成22年7月から平成22年10月
であった。

4. データ収集項目

聴取した内容から以下の4項目を抽出した。

- 1) 実施した地域看護活動
- 2) 実施した地域看護活動の結果
- 3) 保健師の生活
- 4) 地域看護活動に伴って見られた保健師の生活と
地域看護活動を結びつける認識（顕在的認識）

5. 分析方法

分析方法は以下の通りである。

- 1) 保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつけ
る認識の分析方法
(1) 顕在的認識は、まず、聴取した内容から、保
健師の生活と地域看護活動の間で一方ある
いは双方向に関連させている地域看護活動上
あるいは生活上の気づき・考え・心構えにつ
いて保健師自身が語っている部分を意味のま
とまりごとに抽出した。表現を簡潔に整え、
1次データとした。

- (2) 潜在的認識は、地域看護活動に関連して語った保健師の生活について、それを想起したきっかけとなっている地域看護活動やその結果の部分を読了し、保健師の生活と地域看護活動の関連に対する保健師の気づき・考え・心構えについて、保健師自身は言語化していても実態や前後関係から読み取れることを研究者が判断し抽出し、1次データとした。
- (3) 1)と2)を全対象者合わせてカテゴリ化した。
- 2) 保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識の現れ方及び現れたきっかけの分析方法
- (1) 対象者ごとに逐語録から、地域看護活動とその結果、保健師の生活について、意味のまとまりごとに区切って抽出し、それぞれ簡潔に表現を整え、時間の経過に沿って並べなおした。
- (2) 1)で明らかにした保健師の生活と地域看護活動を結びつける認識について、対象者ごとに認識が現れた順番にそって一つずつ、何をきっかけに認識が現れているか、認識によりその後何が起こったかについて、地域看護活動や保健師の生活、認識の前後関係やきっかけを読みとった。読み取る際には適宜逐語録に戻り、文脈から読み取れているか確認した。
- (3) 全対象者の認識の現れ方と、認識が現れたきっかけについて共通性があるものでまとめ、認識の現れ方と現れたきっかけのパターンを見出した。
- なお、分析の妥当性・信頼性を確保するために、

逐語録からの抽出、サブカテゴリとカテゴリの生成、認識が現れたきっかけの読み取りにおいて、へき地看護や地域看護に精通した看護教育研究職から助言を受け検討した。

6. 倫理的配慮

研究協力意思確認書の返送があった保健師及びその所属長に対し研究依頼書及び同意書を送り、文書及び電話で研究の趣旨、協力の伴う不利益及び軽減方法、研究への協力は自由意思であること、協力はいつでも辞退できること、研究結果の公表方法、守秘性・匿名性の保証について説明した。協力できる場合は同意書への署名と返送を依頼した。保健師の所属長にも文書にて説明し、研究協力への承諾を書面にて得た。面接前には保健師に研究趣旨を改めて説明し、協力意思を確認した上で面接を実施した。聴取した内容に地域の特定につながる情報があった場合は逐語録化する際に全て匿名化した。本研究は、自治医科大学大学院看護学研究科の研究倫理審査にて承認された。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の属性

対象者6名の概要を表1に示す。保健師経験期は新任期3名、中堅期1名、ベテラン期2名であり、性別は女性5名、男性1名であった。保健師経験期は、新任期は5年目まで、中堅期は6～20年目まで、ベテラン期は21年目以上とした。

表1 対象者の概要

	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏
離島における保健師経験期	新任期	中堅期	ベテラン期	新任期	ベテラン期	新任期
離島の人口	1,000～5,000人	5,000～10,000人	5,000～10,000人	1,000人以下	1,000～5,000人	1,000～5,000人
離島のタイプ	孤立大型	群島主島型	孤立大型	孤立小型	孤立大型	孤立大型
保健師の出身地	島外	島内	島内	島外	島外	島外

2. 保健師の生活と地域看護活動を結びつける認識
- 保健師の生活と地域看護活動を結びつける認識は、214の1次データから、40のサブカテゴリ、13のカテゴリが分類できた。表2に示す。認識のカテゴリは【】、サブカテゴリは〈〉で示す。
- 1) 自身の島内ネットワークと関係機関職員や住民が持つ島内ネットワークを組み合わせ、必要な情報を的確に入手する
- 〈集落の葬祭での噂話や住民の振る舞いから支援

が必要な住民の見極めにつながる情報を得たら、島内保健医療職間で共有しあう〉や〈離島内居住する関係機関職員や元保健師が把握した住民の声を生活での接点に聞き取り集約する〉のように、離島内居住する関係者が得た情報を生活での接点に聞き取ることが、保健師の情報入手ルートの一つとなっていた。また、〈自分も含め島民はそれぞれ島内にネットワークを持っているので、直接知らない住民のことでも間接的に知ることができる〉〈地域の噂の広

表2 保健師の生活と地域看護活動とを結びつける認識

No	カテゴリ	サブカテゴリ
1	自身の島内ネットワークと関係機関職員や住民が持つ島内ネットワークを組み合わせ、必要な情報を的確に入手する	集落の葬祭での噂話や住民の振る舞いから支援が必要な住民の見極めにつながる情報を得たら、島内保健医療職間で共有しあう (F)
		離島内居住する関係機関職員や元保健師が把握した住民の声を生活での接点に聞き取り集約する (B)
		地域看護活動や生活で情報入手手段を複数持ち、得たい情報に応じて使い分ける (B)
		地域の噂の広がり方・構造を理解しておき、地域看護活動に関する悪い噂に気づいたら実態を把握し、対処の必要性を判断する (B)
		自分も含め島民はそれぞれ島内にネットワークを持っているので、直接知らない住民のことも間接的に知ることができる (B)
2	生活を通して情報を把握・蓄積しておき、地域看護活動を円滑に進める	生活で住民の普段の行動パターン・価値観・過去の出来事を把握しておくことで、住民の行動が予測しやすくなり、支援の必要性に早めに気付ける (D)
		生活で既に把握している情報があるため、事業対象に該当する住民の正確な把握にかかる作業を減らすことができる (E)
		生活を通して顔見知りの地域住民が増えると、住民間のつながりや家庭の事情が分かり、地域看護活動が展開しやすくなる (A,D)
		島内の趣味・観光等資源は自ら体験して詳細な情報を収集・蓄積しておき、地域看護活動の改善の際に想起し活用可能性を検討する (A)
		地域看護活動の改善に関する相談は、地域を熟知した人物で、かつ、生活や仕事の両方の接点から信頼できると思う人物にする (A)
3	自身の生活のために構築した島内ネットワークは地域看護活動の発展にも役立つ	生活で把握した集落毎の住民特性や集落間の関係性に基づき、住民の価値観や生活にあった支援方法を検討する (B,D)
		限られた海上交通手段や医療・文化資源を使って生活することで形成される地域特有の生活様式や住民の価値観は、自ら生活し実感することで理解できる (E)
		自分が島内教育機関で育んだ同級生ネットワークや自分の家族・親族と交友関係がある住民から得られる情報を統合して、集落特性や集落間の関係性を把握する (B)
		島内で家庭を構えることで新たな立場や役割での付き合いが生まれ、地域を捉える側面が増えて地域看護活動の幅が広がる (E)
		島内居住が長くなると業務外で島内機関管理職と直接話せる場が増え、保健師としての意見を伝えることができ、新規事業立ち上げや関係機関との組織的な連携体制構築など地域看護活動が発展する (E)
4	生活を通して住民個々の人物を把握しておき、必要時に適任者を見極め地域看護活動への協力を求める	地区組織や諸団体に参加することで、日頃の地域看護活動では関わることができない住民と接点・交流を持てる (A,D)
		自分が保健師であることはどの住民も知っており、生活での接点に住民が進んで語る内容からは地域看護活動への新たな視点を学べる (A,B)
		生活での接点に地域看護活動の存在や活動内容を住民に周知しておき、後々住民の協力が得やすいようにする (A)
		生活を通して、住民個々の人柄、価値観、考え方などの情報を把握しておき、地域看護活動への協力を得たい住民かを見極めてから、協力を求める (A,C)
		業務と生活を通して住民の島内外の家族・親戚や人間関係を把握しておき、住民に支援が必要になった際にサポートを依頼する (D)
5	地区組織や諸団体で一住民として住民と共に活動する経験を積み重ねるなかで、上手に協働するためのノウハウを身につける	仕事として協働する前から、関係機関職員とは個人的つながりや地区組織や諸団体に共に活動した経験があるため、その人と上手に協働するためのノウハウを既に持っている (B)
		地域看護活動に住民からの協力を求める際は、生活で把握した相手の生活パターンから負担のない時間帯に依頼することで、住民からの協力を最大に引き出す (A)
6	保健師自身を含む島内資源の適正利用を促し、資源利用に関する不公平を解消する	住民からの私的な緊急時対応依頼について、医療機関の受診を促す (E)
		私的に依頼される家庭訪問による健康観察に対し、地区により対応が異なるという不公平を避けるため、どの地区も対応しないことを決心する (E)
7	対象住民を熟知しているという過信から支援の必要性を見逃さないように注意する	生活を通して地元企業の収益構造を知り、営業妨害にならないよう配慮しながら、充足されていないニーズに対応できるような保健事業を企画する (E)
		対象者を熟知しているという過信から支援の必要性を見逃さないように注意する (C)

() は対象者を示す

表2 保健師の生活と地域看護活動とを結びつける認識（続き）

No	カテゴリ	サブカテゴリ
8	気になるケースには勤務時間外も継続して観察・支援することができ、対象者本人や家族の生活実態・真のニーズにあった支援や評価が実現できる	自分では対象者本人や家族への介入が困難だったケースには、生活での接点に観察してその後の経過を把握し、関係者が介入できるように図る (C)
		気になるケースには休日も利用しとことん関わることができるので、自分の保健師としての活動の原点と思える経験となる (E)
		生活を通して長期間かつ24時間対象者やその家族を見守ることができ、生活の実態と真のニーズを把握できる (C,E)
		自分が支援した住民のその後について生活しているありのままの姿を観察に基づき評価できるため、仕事に対する意欲は高まる (A,B,C)
9	専門職は島内居住を機に生涯を通じた当該離島特有の生活様式や関連資源を理解でき、専門職として成長できる	住民から学べるかどうかは、人々がどのようにこの土地で暮らしているかをどこまで見ようとするかに左右される (E)
		島内居住する専門職に対する住民からの信頼感や安心感は大きい (D,E)
		他機関専門職が家庭をもち長く島内居住をするようになると、地域では生涯を通じた継続的な支援がなされていることに気づき、行政との連携に積極的になる (E)
10	保健師としての信頼・責任を守るために、プライベートでは住民の期待にあわせ保健師として住民に関わる	住民はいつでも自分を保健師として見ており、ちゃんとした保健師に保健指導されたいだろうから、住民の前では常にちゃんとする (E,F)
		住民の求めや状況に応じてプライベートを割いてでも住民に必要な支援をする (D,E)
11	燃え尽きないように、保健師として振舞わなくてもよい時間や場を作り休息する	時間を問わず迫られる保健師としての対応に燃え尽きる前に、島から離れた地域看護活動と距離を置き休む判断をする (D)
		住民の前では保健指導をする者として常に保健師らしくしたいが、本心も言えず疲れてしまうので、休日は外出せず住民との接点は避ける (F)
12	自分や家族が島で暮らすメリットを見出す	自分や家族が島で暮らすメリットを見出す (E,F)
13	生活での住民との接点は避けられないことを受け入れる	苦手な対象住民との生活での接点では、地域看護活動に悪影響を及ぼすことがないように注意して関わる (C)
		住民に保健師の私生活が知られている引け目があると、地域看護活動で関わり難くなる (E)

() は対象者を示す

がり方・構造を理解しておき、地域看護活動に関する悪い噂に気づいたら実態を把握し、対処の必要性を判断する〉からは、島民として持つネットワークにより直接接点がない住民でも間接的に知る術となっており、島民間で情報が伝達する構造も理解できるようになっていた。このように、関係者や住民の噂、島民が持つネットワークも情報入手ルートとして認識することで〈地域看護活動や生活で情報入手手段を複数持ち、得たい情報に応じて使い分ける〉ことができていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

2) 生活を通して情報を把握・蓄積しておき、地域看護活動を円滑に進める

〈生活を通して顔見知りの地域住民が増えると、住民間のつながりや家庭の事情が分かり、地域看護活動が展開しやすくなる〉、〈生活で住民の普段の行動パターン・価値観・過去の出来事を把握しておくことで、住民の行動が予測しやすくなり、支援の必要性に早めに気付ける〉、〈生活で把握した集落毎の住民特性や集落間の関係性に基づき、住民の価値観

や生活にあった支援方法を検討する〉のように、保健師は生活を通して、住民個々や家族単位では、住民のつながり、家庭の事情、生活パターン、価値観、過去の出来事などを把握し、集落単位では住民性や集落間の関係性を理解していた。また、〈生活で既に把握している情報があるため、事業対象に該当する住民の正確な把握にかかる作業を減らすことができる〉とあるように、生活で既に理解・把握している情報があることで、住民の行動の予測や支援の必要性の判断、地域に根ざした支援方法の検討ができ、さらに業務として必要な作業時間を短縮できると認識していた。さらに、〈島内の趣味・観光等資源は自ら体験して詳細な情報を収集・蓄積しておき、地域看護活動の改善の際に想起し活用可能性を検討する〉、〈限られた海上交通手段や医療・文化資源を使って形成される地域特有の生活様式や住民の価値観は、自ら生活し実感することで理解できる〉、〈地域看護活動の改善に関する相談は、地域を熟知した人物で、かつ、生活や仕事の両方の接点から信頼できると思う人物にする〉のように、仕事だけでなく、自身の生活での体験や実感から信頼できると判断し

た情報を地域看護活動に活用していた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

3) 自身の生活のために構築した島内ネットワークは地域看護活動の発展にも役立つ

〈自分が島内教育機関で育んだ同級生ネットワークや自分の家族・親族と交友関係がある住民から得られる情報を統合して、集落特性や集落間の関係性を把握する〉、〈島内で家庭を構えることで新たな立場や役割での付き合いが生まれ、地域を捉える側面が増えて地域看護活動の幅が広がる〉では、学校教育での級友との付き合いや家族・親族付き合い、子育てでの付き合いなど、保健師が島内で生活する上で育まれたネットワークがライフステージに応じて発達していき、それらが地域看護活動に貢献することが認識されていた。〈島内居住が長くなると業務外で島内機関管理職と直接話せる場が増え、保健師としての意見を伝えることができ、新規事業立ち上げや関係機関との組織的な連携体制構築など地域看護活動が発展する〉、〈地区組織や諸団体に参加することで、日頃の地域看護活動では関わることができない住民と接点・交流を持てる〉では、地域看護活動では接点がない島内関係機関管理職や住民とも、地域住民が参加する地区組織や諸団体などで接点を持つことができ、その場で保健師としての意見を伝えることが地域看護活動の発展につながるという認識があった。また、〈自分が保健師であることはどの住民も知っており、生活での接点に住民が進んで語る内容からは地域看護活動への新たな視点を学べる〉、〈生活での接点に地域看護活動の存在や活動内容を住民に周知しておき、後々住民の協力が得やすいようにする〉では、地域住民から保健師として認知されていることを地域看護活動に活かしていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

4) 生活を通して住民個々の人物を把握しておき、必要時に適任者を見極め地域看護活動への協力を求める

〈生活を通して、住民個々の人柄、価値観、考え方などの情報を把握しておき、地域看護活動への協力を得たい住民かを見極めてから、協力を求める〉では、生活の中で住民個々の人物に関する情報を得られることで、地域看護活動への協力者として適任な住民が見極められると認識されていた。〈業務と生活を通して住民の島内外の家族・親戚や人間関係

を把握しておき、住民に支援が必要になった際にサポートを依頼する〉では、生活を通して住民の島内外の人間関係を把握できることで、必要時サポートを依頼できると認識されていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

5) 地区組織や諸団体で一住民として住民と共に活動する経験を積み重ねるなかで、上手に協働するためのノウハウを身につける

〈地域看護活動に住民からの協力を求める際は、生活で把握した相手の生活パターンから負担のない時間帯に依頼することで、住民からの協力を最大に引き出す〉、〈仕事として協働する前から、関係機関職員とは個人的つながりや地区組織や諸団体で共に活動した経験があるため、その人と上手に協働するためのノウハウを既に持っている〉のように、保健師は地域看護活動で初めて関係機関職員や住民と協働するのではなく、生活の中で既に一緒に活動した経験があり、それを通してその相手と協働するノウハウを持っていると認識されていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

6) 保健師自身を含む島内資源の適正利用を促し、資源利用に関する不公平を解消する

〈住民からの私的な緊急時対応依頼について、医療機関の受診を促す〉、〈私的に依頼される家庭訪問による健康観察に対し、地区により対応が異なるという不公平を避けるため、どの地区も対応しないことを決心する〉では、保健師は緊急時に住民から私的に対応を依頼されることに対して、自宅近隣の地区と遠方の地区に対応の差が発生していたことを憂慮しており、医療機関の受診を進める対応を取り入れていた。また、〈生活を通して地元企業の収益構造を知り、営業妨害にならないよう配慮しながら、充足されていないニーズに対応できるような保健事業を企画する〉では、保健師は生活を通して、島内移動を担う地元企業の収益のほとんどは観光客によるものであることを把握し、地元企業の協力が必要な保健事業は観光閑散期に実施するなど、島内資源の収益構造を踏まえた無理のない利用を心がけていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

7) 対象住民を熟知しているという過信から支援の必要性を見逃さないように注意する

〈対象者を熟知しているという過信から支援の必

表3 保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識の現れ方と現れたきっかけ

現れたきっかけのパターン	保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識の現れ方
地域看護活動で成果を実感し、その成果をもたらした要因に自身の生活があったことに気づく	<p>ある住民が話しにくい内容であったのにも関わらず初回の関わりから自分に相談してくれた。その住民とは同好会活動を通して交流があり信頼関係ができていたからだと思いき、認識【2】が顕在化した (A)</p> <p>時間外対応など過剰な役割だったが住民から求められ対応した。これにより住民のサービス利用行動が向上したことから、自分のとった行動に間違いはなかったと思い、潜在的認識【10】が顕在化した (D)</p> <p>自身の生活を通して得ていた情報で地域把握が深まり役立った経験から、認識【2】が顕在化した (E)</p> <p>気にかかる対象者に対し週末も継続して支援し続けたことで真のニーズが明確になり、ケア内容が変更された。そのケアが非常によかったと評価する過程で認識【8】が顕在化した (E)</p> <p>住民個々の実態を踏まえた支援が出来るようになった理由を振り返り、地域の人々との生活での関わりが積み重なったからであると気づいたことで、認識【8】が顕在化した (E)</p> <p>住民が生活のなかで自然体で接してくれたことで実際の様子が把握でき、対象となる住民理解が深まった経験から、認識【12】が顕在化した (E)</p> <p>無医島になる可能性が浮上した際、保健師自身が不安を感じた。医療に詳しくない住民はもっと不安だろうと気づき、住民の気持ちを理解できた経験から認識【2】が顕在化した (E)</p>
地域看護活動での成果を実感した際に、自身の生活も含めて振り返ることで、成果をもたらした要因として自身の生活があったことに気づく	<p>顕在的認識【2】を地域看護活動に繰り返し用いてその成果を実感することで、確信するようになった (A)</p> <p>顕在的認識【4】【8】【13】を用いて、島内人材を起用したり、支援の受け入れが悪い住民に生活での接点で支援するなどの経験を積み重ねるうちに、これらの認識が有効であると思うようになった (C)</p> <p>保健師として経験したことがない事態に遭遇したが、顕在的認識【2】【3】【4】【9】を用いて住民のニーズを充足する地域看護活動が実現できた経験を通して、用いた認識は有効だと確信した (D)</p> <p>プライベートな飲み会で新規事業の企画を急遽提案しなければならない状況に遭遇した。顕在的認識【3】を用いてそれまで温めていた企画を説明した。これにより企画は承認され実現することになった (E)</p> <p>ある観光施設を一住民として利用するうちに保健分野としての利用価値を見出した。顕在的認識【2】を用いて関連する情報を生活の中で収集し蓄積していたところ、急遽その施設を利用した新規保健事業を行うことになった。情報があつたことですぐに実施できたため、認識【2】は有効であると確信した (E)</p> <p>新規企画を行う際、顕在的認識【2】【3】を用いて島内関係機関と連携したことで成功した (E)</p>
顕在的認識による期待以上の成功から新たな認識が生まれる	<p>健康危機発生時に、顕在的認識【2】【9】を用いたところ要支援者の速やかな把握やキーパーソンとの会議が開催でき、事態は収束に向かい、新たに認識【3】【4】が顕在化した (D)</p> <p>地域看護活動に新たな試みを盛り込んだが、顕在的認識【2】を用いたところ成功することができた。この成功経験により認識【3】【4】【5】【8】が新たに顕在化した (A)</p> <p>顕在的認識【2】を用いて生活を通して収集した情報から、地元企業の営業妨害にならないでかつ充足されていないニーズに対応した企画を立案・実施できたことで認識【6】が顕在化した (E)</p>
居住してからの家族構成やライフステージ、住民として担う役割の変化が地域看護活動に好影響を与えたことに気づく	<p>島内居住が長くなり地区組織の役職についた。地区組織の会議で同じく役職についていた関係機関の重役たちと話す機会が生まれ、保健師としての考えを発言できたことで、関係機関の重役たちに連携の必要性を気づかせることが出来た。このことから、顕在的認識【3】は有効であると強く確信した (E)</p> <p>これまでを振り返り、自分や自分の家族のライフステージの変化に伴い、付き合う人々が広がり、地域把握の範囲も広がったことに気づいた。この気づきから、新たに認識【3】が顕在化した (E)</p> <p>ある関係機関とは思うように連携できなかったが、自分の家族が成長し、その機関を利用するようになり、家族を通してその機関の情報を得られるようになった。それにより連携を働きかける時期や連携するべき内容を検討でき、連携が実現した。これにより顕在的認識【3】を確信するようになった (E)</p> <p>家庭を持ち子どもが生まれた。子育てには島はとて素晴らしい環境であることを実感することで認識【12】が潜在的に現れた。この認識により島内居住を継続したいという気持ちが強まり、勤務も継続した (F)</p>
島で生活する中で学んだノウハウを地域看護活動に適用することで、自身の生活と地域看護活動が結びつく	<p>保健師自身が島内出身者であり、自身や親、知人らが持つ島内全域を網羅するネットワークにより、日常的に地域の様々な情報が大量に集まっていた。また、地区組織等で多くの住民と共に行事を成し遂げてきた経験を積み重ねるなかで、住民との協働など様々なノウハウを身につけていた。それらが保健師として地域看護活動にも役立った経験から認識【1】【2】【3】【5】【8】が顕在化した (B)</p>
地域看護活動や生活で困難感を抱き、その困難の原因や解決策を模索する中で、自身の生活と地域看護活動が結びつく	<p>市町村合併による配置転換で初めての地域で地域看護活動をする事になり、それまでとは違ったやりにくさを感じた。そこから住民と同じ地域内に居住することで活動しやすくなったことに気づき、潜在的認識【7】が顕在化した。これにより支援必要性的見逃しを回避する体制を構築した (C)</p> <p>時間外対応等過剰な役割を住民から期待されて対応した際に、認識【10】が潜在的に現れた (D)</p> <p>住民はちゃんとした保健師に指導されたいだろうから常にちゃんとしなくてはと思い実行していたが、一方で、常に保健師でいると疲れてしまうとも思っていた。この葛藤から認識【11】が顕在化した (F)</p>

保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識は、表2に示したカテゴリ番号を用いて【】で示した。()は対象者を示す。

表3 保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識の現れ方と現れたきっかけ（続き）

現れたきっかけのパターン	保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識の現れ方
	<p>顕在的認識【10】を用いて、住民からの時間外での対応など過剰な役割期待に応じていたが、極度な疲労とそこからの回復の過程で認識【11】が顕在化した。これにより就業継続が可能になった (D)</p> <p>住民から緊急時の健康観察を依頼されることがあり、その都度対応していたが、地区によっては遠方過ぎて対応できないことがあった。解決方法を検討したことから、認識【6】が顕在化した (E)</p> <p>着任当初、保健師という職種は住民に認知されておらず、支援を受け入れは悪かった。そこで自身の生活を通して住民に積極的に関わるなど解決策を検討した。検討過程で認識【2】【9】が顕在化した (D)</p> <p>私生活の情けない部分を住民に知られるようになり、保健指導相手から自分はどうなのかと指摘されたらという引け目を感じるようになった。折り合いのつけ方を検討することで認識【13】が顕在化した (E)</p>
離島内居住する専門職と時々来島する島外専門職では支援や住民からの反応が違うことから、離島内居住が地域看護活動に関連していることに気づく	<p>自分達島内居住保健師とたまに来る島外専門職では同じ対象でも行う支援は異なっていた。両者を比較し、自分達の支援はケースの真のニーズに合っていると気づいた過程で、潜在的認識【8】が顕在化した (E)</p> <p>認識【8】が顕在化した後、島内外専門職の対応をさらに振り返り、島内居住をすれば誰でも地域看護活動に活かせるものではないと考えた過程で、認識【9】が顕在化した (E)</p> <p>島内居住医師と島外から来る非常勤医師では受診者数が異なり、住民は島内居住する専門職に信頼をおくことで、認識【9】が顕在化した (E)</p>
長期間島内居住する他の専門職により地域看護活動に成果がもたらされる経験を通して、専門職の離島内居住が地域看護活動に利益を与えることに気づく	<p>先輩のベテラン保健師の活動の様子から、離島内居住が保健師の専門性を高めることにつながることを知ること、潜在的認識【12】が顕在化した。これにより島内居住と保健師職務の両立が安定した (F)</p> <p>島内他機関専門職が生活で把握した情報を共有してくれたことで、地域看護活動の要支援者の見極めができた経験時に潜在的認識【1】が現れた (F)</p> <p>うまく連携できない関係機関があったが、その機関の専門職が長期間島内居住するようになってから連携が実現した。その専門職が家族を通して様々なライフステージを支える島内機関の存在を知り、連携による可能性に気づいたからであった。その専門職の変化する過程をみて認識【9】が顕在化した (E)</p>
子どもが生まれ保健師以外の役割ができたことで、着任前から潜在的にあった認識が顕在化する	<p>単身時は顕在的認識【11】により生活での住民との接点は少なく抑えられ、認識【10】は潜在化していたが、家庭を持ち子どもが生まれてからは生活での住民との接点が増えて、顕在化した (F)</p> <p>着任当初から認識【10】は潜在的に現れていたが、島で家庭を持ち子どもが生まれてからは職業人以外の役割を複数担うようになった。役割の使い分けが求められるなかで、仕事で島に来た以上は仕事として関わるという決意をしたことで、認識【10】が顕在化した (E)</p>

保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識は、表2に示したカテゴリ番号を用いて【】で示した。()は対象者を示す。

要性を見逃さないように注意する〉では、保健師は生活からも長期的にも対象を把握できるため対象を熟知しているという過信や思い込みが生まれることに危機感を抱いており、複数の目で対象をみて支援の必要性を判断し見逃さない体制を構築するなどしていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

8) 気になるケースには勤務時間外も継続して観察・支援することができ、対象者本人や家族の生活実態・真のニーズにあった支援や評価が実現できる

〈自分では対象者本人や家族への介入が困難だったケースには、生活での接点に観察してその後の経過を把握し、関係者が介入できるように図る〉、〈生活を通して長期間かつ24時間対象者やその家族を見守ることができ、生活の実態と真のニーズを把握できる〉では、同じ地域に生活していることで気になるケースを24時間観察できることが認識されており、〈自分が支援した住民のその後について生活しているありのままの姿を観察に基づき評価できる

ため、仕事に対する意欲は高まる〉、〈気になるケースには休日も利用しとことん関わることができるので、自分の保健師としての活動の原点と思える経験となる〉では、気になるケースに自分の生活時間を利用してでも24時間しっかり関われたことで、対象の生活実態を理解し、真にニーズにあった支援が出来たことが自己評価でき、仕事への意欲が高まると認識されていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

9) 専門職は島内居住を機に生涯を通じた当該離島特有の生活様式や関連資源を理解でき、専門職として成長できる

〈島内居住する専門職に対する住民からの信頼感や安心感は大きい〉、〈他機関専門職が家庭をもち長く島内居住をするようになると、地域では生涯を通じた継続的な支援がなされていることに気づき、行政との連携に積極的になる〉では、住民が島内居住している専門職に厚い信頼を寄せていること、また、保健師自身も他機関専門職が離島に長期居住するようになることで地域看護活動にもよい変化が起こる

ことに気づいていた。また、〈住民から学べるかどうかは、人々がどのようにこの土地で暮らしているかをどこまで見ようとするかに左右される〉では、保健師が意識すれば住民の生活を深く理解することができるメリットに気づいていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

10) 保健師としての信頼・責任を守るために、プライベートでは住民の期待にあわせ保健師として住民に関わる

〈住民はいつでも自分を保健師として見ており、ちゃんとした保健師に保健指導されたいだろうから、住民の前では常にちゃんとする〉からは、保健師としてふさわしくない部分を住民に見られることで保健師としての信頼を壊したくないという思いがあった。さらに、〈住民の求めや状況に応じてプライベートを割いてでも住民が必要な支援を提供する〉では、生活のなかで必要であれば生活の中であっても保健師として対応していた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

11) 燃え尽きないように、保健師として振舞わなくてもよい時間や場を作り休息する

〈時間を問わず迫られる保健師としての対応に燃え尽きる前に、島から離れ地域看護活動と距離を置き休み判断をする〉、〈住民の前では保健指導をする者として常に保健師らしくしたいが、本心も言えず疲れてしまうので、休日は外出せず住民との接点は避ける〉から、住民には常に保健師としてちゃんとしていたいという考えからそのように行動しているが、疲労や燃え尽きにつながるため、生活の中で意識的に休息できる環境を整えていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

12) 自分や家族が島で暮らすメリットを見出す

〈自分や家族が島で暮らすメリットを見出す〉では、保健師は自分らしく生活できることや島での子育てに満足するなど、自分や家族が島で生活することに魅力を感じていた。さらに、島での生活が地域看護活動にメリットをもたらしているという実感があるか、今後地域看護活動に生きるだろうという前向きな予測をしていた。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

13) 生活での住民との接点は避けられないことを受け入れる

生活上での住民との接点は常にあるために、意図的に関わりたい住民にも偶然会ってしまうことがあり、〈苦手な対象住民との生活での接点では、地域看護活動に悪影響を及ぼすことがないように注意して関わる〉という認識や、保健師として住民に関わる際に、自分の生活を知られていることでの関わりにくさがあることから〈住民に保健師の私生活が知られている引け目があると、地域看護活動で関わり難くなる〉という認識があった。以上のサブカテゴリから、標記のカテゴリが生成できた。

3. 保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識の現れ方

保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識の現れ方には、「認識が潜在的に現れる」「潜在的にあった認識が顕在化する」「新たな認識が顕在化する」「顕在的認識を用いた経験やその振り返りから新たな認識が顕在化する」「既に顕在化している認識を用いて有効性を確信する」という5つの現れ方があった。このうち、「潜在的にあった認識が顕在化する」は、認識が顕在化する前に既にその認識が潜在的にあったことが前後の文脈から確認できたものである。認識が顕在化する前からその認識が潜在化していたかを前後の文脈から確認できなかったものは「新たな認識が顕在化する」という表現で示した。

保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識が現れたきっかけは、6つのパターンに分類することができた(表3)。保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識のカテゴリ名は、表2のカテゴリ番号を用いて【】で示す。

1) 地域看護活動での成果を実感した際に、自身の生活も含めて振り返ることで、成果をもたらした要因として自身の生活があったことに気づく

このパターンでは、地域看護活動で成果があったことを実感してから、その成果に貢献した出来事が何であったかを地域看護活動だけでなく自身の生活も含めて振り返る際に認識が現れていた。

このパターンには次の4つの小項目が含まれていた。①地域看護活動で成果を実感し、その成果をもたらした要因に自身の生活があったことに気づく、②顕在的認識を用いた結果、成果を得られたことで認識は有効であると感じる、③顕在的認識による期待以上の成功から新たな認識が生まれる、④居住してからの家族構成やライフステージ、住民として担う役割の変化が地域看護活動に好影響を与えたこと

に気づく、である。

①では、地域看護活動での成果があったことを実感してから、その成果に貢献した出来事を探す過程で認識が顕在化していた。このパターンで現れた認識は【2】【8】【10】【12】であった。②では、既に顕在化している認識を意図的に用いて、予想通りの成果が得られたことで認識の有効性を確認し確信に至っていた。このパターンで現れた認識は【2】【3】【4】【8】【9】【13】があった。③では、既に顕在化している認識を意図的に用いたところ、期待以上の成果が得られたことで、新しい認識が顕在化していた。このパターンで現れた認識は【3】【4】【5】【6】【8】があった。④では、自身や家族のライフステージなどの変化に合わせて地域看護活動が発展していることに気づいて認識が潜在的もしくは顕在的に現れるか、既に顕在化している認識の有効性を再確認していた。このパターンで現れた認識は【3】【12】であった。

2) 島で生活する中で学んだノウハウを地域看護活動に適用することで、自身の生活と地域看護活動が結びつく

このパターンでは、保健師自身が島内出身者であり、自身や親、知人らが持つ島内全域を網羅するネットワークにより、日常的に地域の様々な情報が大量に集まっていた。また、地区組織等で多くの住民と共に行事を成し遂げてきた経験を積み重ねるなかで、住民との協働など様々なノウハウを身につけていた。それらが保健師として地域看護活動にも役立った経験から認識が顕在化した。

このパターンで現れた認識は【1】【2】【3】【5】【8】であった。

3) 地域看護活動や生活で困難感を抱き、その困難の原因や解決策を模索する中で、自身の生活と地域看護活動が結びつく

このパターンでは、地域看護活動や生活で困難感を抱いたことがきっかけとなり、それが起こった原因や解決策を探る中で、自分の生活の中にその答えがあることに気づくことで、認識が現れていた。

困難感を感じるきっかけには、市町村合併による配置転換で初めての地域で活動する際に感じたやりにくさや、時間外対応など保健師として過剰な役割を住民から期待されることなどがあった。困難感の解決方法を検討することで認識は顕在化された。

住民からの過剰な役割期待に関しては、対応する

だけでは認識は潜在的であった。その対応が積み重なり、疲労や葛藤が生じることで認識は顕在化した。

このパターンで現れた認識は【2】【6】【7】【9】【10】【11】【13】であった。

4) 離島内居住する専門職と時々来島する島外専門職では支援や住民からの反応が違うことから、離島内居住が地域看護活動と関連していることに気づく

このパターンでは、支援対象となる住民は同じであるにもかかわらず、離島内居住専門職と島外から時々来る専門職とでは行う支援が異なることや、住民のサービス利用行動などが異なることに気づくことをきっかけに、認識が顕在化していた。

このパターンで現れた認識は【8】【9】であった。

5) 長期間離島内居住する他の専門職により地域看護活動に成果がもたらされる経験を通して、専門職の離島内居住が地域看護活動に利益を与えることに気づく

このパターンでは、自分より長期間離島内居住する先輩保健師が活躍する姿を見たり、他機関看護職により自分の地域看護活動に成果がもたらされた経験をしたりすることで、潜在的な認識が現れていた。また、歴代短期間しか居住していなかった他機関の専門職が長期的に離島内居住するようになり、それにより専門職が変化し地域看護活動にも成果がでるようになるまでの過程を見守ることで、認識が顕在化していた。

このパターンで現れた認識は【1】【9】【12】であった。

6) 子どもが生まれ保健師以外の役割ができたことで、着任前から潜在的にあった認識が顕在化する

このパターンでは、島で家庭を持ち子どもが生まれることで、妻や母など、保健師としての役割以外に複数の役割を同時に担うことになり、それぞれの役割を果たすために工夫するなかで、潜在的にあった認識が顕在化していた。このパターンで現れた認識は【10】であった。

Ⅳ. 考察

本研究では、離島内居住をしている保健師が持つ、保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識と、その認識の現れ方及び現れたきっかけを明らかにすることができた。まず、研究結果を先行研究

から検証した上で、離島内居住保健師の実践知とその獲得方法を検討する。

1. 先行研究結果からの検証

筆者は本研究に先立ち、離島内居住する全市町村保健師を対象に質問紙調査¹¹⁾を行い、保健師が自身の離島内居住に関連があると思う地域看護活動を明らかにした。離島内居住に関連すると思う地域看護活動があるということは、両者を結びつける顕在的認識もしくは潜在的認識がその周辺にあることを示唆する。本研究結果が先行研究結果で説明可能かどうかを確認することにより、本研究結果の妥当性と、本研究結果以外に離島内居住保健師の生活と地域看護活動とを結びつける認識があるかを検証できる。

そこで、先行研究結果である、保健師が自身の離島内居住に関連があると思う地域看護活動と、本研究結果である、保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識とを照らし合わせ、説明可能かを判断した。例えば、保健師が自身の離島内居住に関連があると思う地域看護活動である「生活で捉えた情報を保健師間で共有し地域把握しやすくする」は、保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識【自身の島内ネットワークと関係機関職員や住民が持つ島内ネットワークを組み合わせ、必要な情報を的確に入手する】があるから実現している、あるいは、その地域看護活動を通してこの認識が現れたと説明できる。

このようにして先行研究結果の全地域看護活動について確認した。その結果、ほとんどの先行研究結果は本研究結果で説明できた。しかし、2つの疑問が残った。1点目は、該当する認識がなく、説明し難い地域看護活動がいくつかあったことである。2点目は、該当する地域看護活動がない認識があった。この2点について以下に検討する。

1) 離島内居住に関連はあるが実践知は獲得されていない地域看護活動の領域

1点目として、説明し難いと判断された地域看護活動は8つあった。この地域看護活動を意味内容から分類したところ、次の4つの活動領域に整理できた。すなわち、「評価に用いた生活で捉えた地域や住民の変化は意識して数値化して示す」「活動根拠となっている情報は保健師の中だけにとどめず保健計画等に占め切要に意識的に文章化・データ化する」といった“情報の数値化や見える化”に関する活動領域、「個人情報保護に敏感な住民の意識に配慮して活動する」という“個人情報保護”に関する活動領域、「計画立案時に島外関係者に交通手段や

離島特有のニーズについて理解を得よう働きかけ、事業を実施できるようにする」という“島外関係者に対して離島特性の理解を促す”活動、「島外研修を受けられるよう日程・旅費等を確保する」という“自身の研修機会の確保”に関する活動領域であった。

この4つの活動領域は、離島居住保健師が実践知を獲得したいと思っている領域であると考えられる。本研究で明らかにした認識は全て実際の地域看護活動に現れていた認識であり、既に離島内居住保健師が獲得している実践知である。一方で先行研究では、離島内居住に関連があると“思う”地域看護活動を尋ねているため、関連すると思っているも実践知としては未だ獲得されていない領域の看護活動も含んでいるのである。そのため、上記4つの地域看護活動の領域は、保健師自身は離島内居住に関連すると思っているが、実践知はまだ獲得されておらず、困難感があるか、実践に役立つ知識がほしいと思っている領域であると考えられる。この領域については、合目的的にサンプリングをすることで関連する認識を明らかにできる可能性はある。

2) 地域看護活動だけに焦点を当てると見出せない離島内居住保健師の実践知

2点目として、該当する先行研究結果がなかった認識は、【自分や家族が島で暮らすメリットを見出す】であった。先行研究では、離島内居住に関連すると思う“地域看護活動”を尋ねている。この認識は、地域看護活動ではなく、自分や家族の生活に関するものを意味しているために、先行研究に該当する結果がないのである。本研究では、保健師自身の生活と地域看護活動の両方に着眼したからこそ、この認識が明らかにできたといえる。ここから、離島内居住保健師の実践知を明らかにするためには、「地域看護活動」だけに焦点をあてるのでは不十分であり、保健師の生活を含めて幅広い側面から捉える必要があることが示唆された。

2. 本研究で明らかにした認識は実践知といえるか

専門職にとって実践能力を発達させていくためには実践知の獲得が必要である^{28) 29)}。実践知は実践経験によって獲得された知識、技術、態度であり、暗黙知と形式知から成る²⁸⁾。暗黙知は知っていても言葉に言い表すことができない知識³⁰⁾であり、形式知は言表可能な知識²⁸⁾である。

保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける

認識は保健師個々には存在していたが、言語化を試みたのは本研究が初めてである。調査法として半構造的面接法を用いたことで、対象保健師は実際に実施した地域看護活動の詳細を思い起こし、自身の生活と地域看護活動との結びつきを振り返れたため、言語化できた。これらの認識は保健師が実践経験から獲得したものであるといえ、保健師自身により言語化された顕在的認識は形式知であり、地域看護活動や保健師自身の生活やそれらの前後関係から明らかにされた潜在的認識は暗黙知であるといえる。以

上から、本研究で明らかになった保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識は離島内居住保健師の実践知とすることができると考える。

3. 離島内居住保健師の実践知の関係性

保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識は7つの領域に分類することができた(図1)。地域看護活動の展開に関する実践知として3領域、目指す地域看護活動に関する実践知として2領域、自己管理に関する実践知は2領域であった。

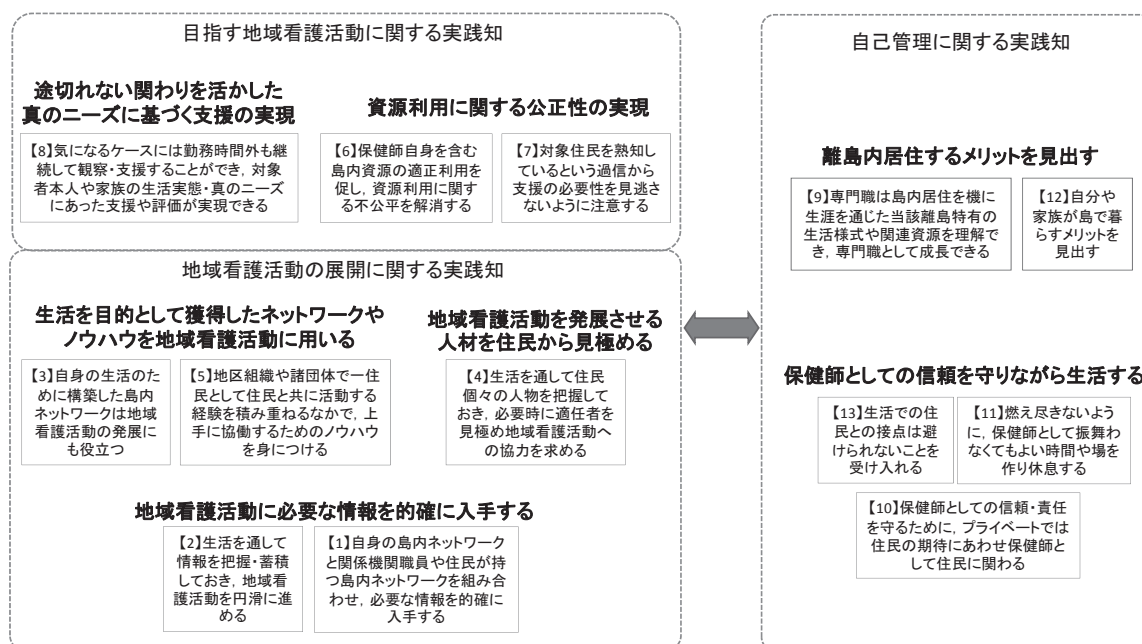


図1 離島内居住保健師の実践知の領域と関係性

1) 地域看護活動の展開に関する実践知

地域看護活動を展開するための実践知は、離島内居住を活かして地域看護活動を遂行するための実践知であり、情報管理に関する実践知として「地域看護活動に必要な情報を的確に入手する」があり、住民との協働に関する実践知として「地域看護活動を発展させる人材を住民から見極める」があり、生活上で獲得した知識やネットワークの応用に関する実践知として「生活を目的として獲得したネットワークやノウハウを地域看護活動に用いる」が含まれる。

これら3領域の実践知は、新任期を含めた全ての対象者に現れた認識であったことから、経験期間や個人属性に関わらず獲得しやすい、基礎的な実践知であると考えられた。

2) 目指す地域看護活動に関する実践知

目指す地域看護活動に関する実践知には、「途切

れない関わりを活かした真のニーズに基づく支援の実現」と「資源利用に関する公正性の実現」の2領域が含まれる。

この2領域に該当する認識は、中堅期、ベテラン期の者は全員顕在化していた。また、新任期の者の場合は、1) の地域看護活動の展開に関する実践知に該当する認識が複数個顕在化した後に顕在化していた。このことから、この2領域に含まれる実践知は、複数の実践知の獲得を積み重ねた上で獲得できる上位レベルの実践知であり、離島内居住保健師の熟達化の鍵となると考えられる。

3) 自己管理に関する実践知

自己管理に関する実践知には、「離島内居住するメリットを見出す」と「保健師としての信頼を守りながら生活する」の2領域の実践知が含まれる。

「離島内居住するメリットを見出す」は、離島内

居住という活動条件の中で、自己の能力や動機、価値が充足される部分が島内にあることに気づき、自己のモチベーションを維持することに関わる実践知の領域である。シャイン³¹⁾は、自分らしく働きたい、生きたいと思う人がキャリアを歩むうえで犠牲にたくないもの、大切にしたいものを「キャリア・アンカー」といい、8つのキャリア・アンカーの型(「管理能力」「技術的・機能的能力」「安全性、創造性」「自律と独立」「奉仕・社会献身」「純粋な挑戦」「ワーク・ライフ・バランス」)を示している。本領域に含まれる認識は2つあるが「技術的・機能的能力」と「ワーク・ライフ・バランス」の型に関連が強いといえる。この認識は離島内居住という条件下での保健師の職務満足や就業継続にもつながると考えられる。そのため、本研究では明らかにならなかったが、今後、残りの6つのキャリア・アンカーの型に関連する“離島内居住するメリット”が見い出されることを期待する。

もう一つの「保健師としての信頼を守りながら生活する」は、保健師としての信頼を築き責任をいかに果たすかという職業人としての生活と、個人としての生活の両立に関する実践知の領域である。業務時間外であっても保健師として対応することを住民から求められることは新任期のうちから頻回にあったが、認識【10】が潜在的に現れることで本人は困難を感じずに対応できていた。しかし、住民からの役割期待が過剰になると対応できなくなると認識【10】が顕在化され、認識【10】による責任感と疲労との葛藤が起こり、その解決策を検討する中で新たな認識【11】が顕在化され、対応できるようになっていた。

このように、自己管理に関する2領域に含まれる実践知のいくつかは潜在的に存在し、着任後すぐから地域看護活動の展開を支えているといえる。住民からの過剰な役割期待が起こるなどして負担が増加すると実践知は顕在化し、自覚的に困難への対処を試みるようになる。解決策を検討する過程で新たな実践知の獲得がなされることで、自己管理が再び安定するという関係にあると考えられた。

4. 離島内居住保健師の実践知の獲得方法

実践知は環境や個人の経験に依存するものであり、離島ごとの文化や時代背景等によっても変化していくものである。そのため、離島内居住保健師がより良い看護実践を行っていくためには、保健師一人ひとりが実践知を獲得していくことが期待され

る。そこで、本研究で明らかにした保健師の生活と地域看護活動とを結びつける認識の現れ方と現れたきっかけから、離島内居住保健師が実践知を獲得していくための方法を検討した。

1) 離島内居住保健師の知識の変換

実践知は、暗黙知が形式知に変換され、その形式知の普及や実践を通して別の新たな暗黙知が生まれるというプロセスの繰り返しによって創造される³²⁾。保健師の自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識には、「認識が潜在的に現れる」「潜在的にあった認識が顕在化する」「新たな認識が顕在化する」「顕在的認識を用いた経験やその振り返りから新たな認識が顕在化する」「既に顕在化している認識を用いて有効性を確信する」という5つの現れ方があった。ここから、離島内居住保健師の知識には4通りの変換があると整理できた。それは、①暗黙知の獲得、②暗黙知の言語化、③既得形式知からの新しい知識の創造、④形式知の活用経験を通じた確信、である。この4通りの変換で暗黙知と形式知が円環することによって、離島内居住保健師の実践知は発展すると考えられる(図2)。

2) 実践知の獲得を促す要因

実践知の変換を促す要因となるのが、保健師自身の生活と地域看護活動とを結びつける認識の現れたきっかけ(表3)である。実践知の4通りの変換にあわせて、認識が現れたきっかけを分類しなおし、表現は端的にした(図2)。その結果、全ての変換に共通していたきっかけは「家族構成や家族のライフステージの変化、担う役割の増加」「他の専門職との関わり」であった。また、「地域看護活動に成果をもたらした要因の探求」や「困難感とその解決方法の模索」も複数の変換の段階でみられた。これらの変換を促す要因を活用することで、離島内居住保健師は実践知を獲得しやすくと考えられる。

(1) 家族構成や家族のライフステージの変化、担う役割の増加を保健師としての成長のチャンスと捉える

保健師に子どもができると、生活で接点を持つ住民が新たに増えたり、家族にとっての島内居住するメリットができたり、子供の成長に応じて利用する機関が変化したり、母親役割や保護者として地域組織等の役職につくようになっていたりしていたが、それらが実践知の獲得につながっていることが示された。結婚や出産、育児を島内で行っていくことは多少の戸惑いや気苦労もあるだろうが、それらの経験

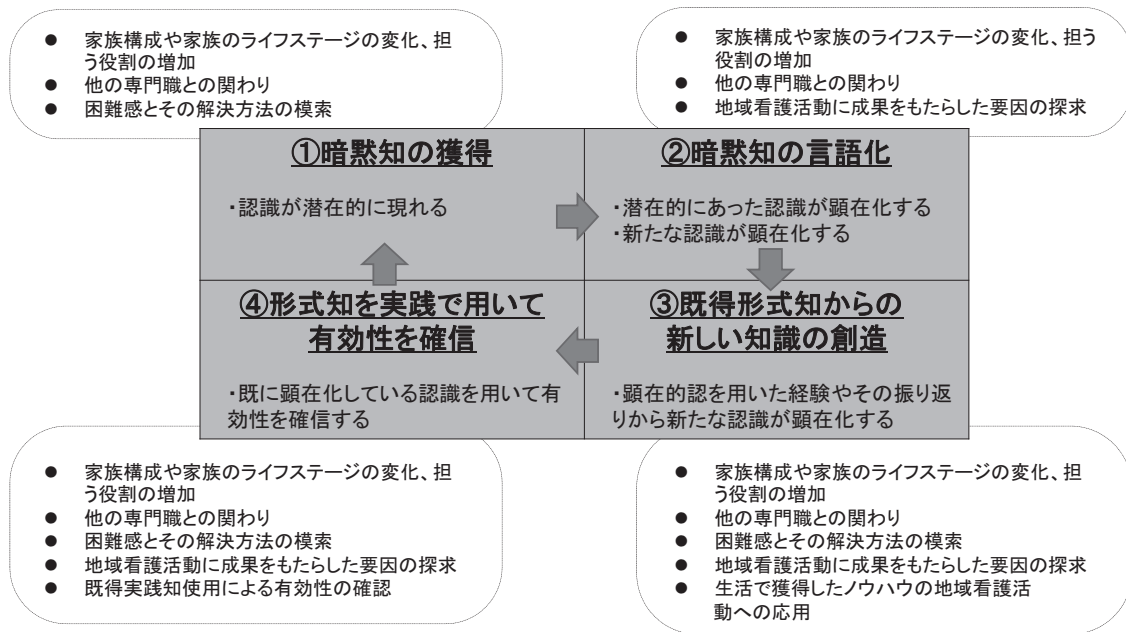


図2 離島内居住保健師の知識の変換と変換を促す要因

が保健師としての成長にもつながることを意識することが実践知の獲得につながると考える。

(2) 他専門職との関わりを通して気づく

島内に長期間居住する他専門職によってもたらされる地域看護活動での成果の実感や、自分たち離島内居住保健師が行う地域看護活動と島外から時々来島する保健師が行う地域看護活動との違いに気づくことが含まれている。

他専門職との関わりからの学びとしては、一般的には、モデルとなる熟達者の態度の模倣や、熟達者によるコーチングを通して学ぶことをイメージしやすいが、本研究結果からは、離島内居住保健師は他の専門職と自分の地域看護活動を比較し、生活の場の違いや島内居住期間の違いが地域看護活動の違いを生むことに気づくことが、実践知の獲得につながるという。

(3) 地域看護活動の成果や地域看護活動や生活における困難感について、自身の生活を含めた広い側面から振り返り、成果の要因や解決策を探索する

保健師は、地域看護過程が進み成果を実感できた時に、どうしてうまくいったのかを振り返り、そこに自身の生活が寄与していたことに気づくことで、両者を結びつける認識を獲得していた。また、地域看護活動や生活上に困難感があるときには、その解決策を検討する過程で保健師の生活と地域看護活動とを結びつけて解決策を検討していた。このように、

成果の実感や困難感がある際に、地域看護活動だけでなく、保健師の生活を含めた幅広い側面から振り返ることが鍵になっていると考えられる。

生活上で感じる困難感については、個人の問題だからと干渉しあわず、個人で抱え込みやすいことが考えられる。保健師が生活上で感じる困難感を、離島内居住する専門職の共通する課題として捉え、職場でその解決に向け検討し合うことができれば、実践知を獲得しやすくなると考えられる。

V. おわりに

本研究では、離島内居住する市町村保健師の生活と地域看護活動とを結びつける認識とその現れ方と現れたきっかけを明らかにすることができた。その結果から、これまでなかなか言語化されず共有されてこなかった、離島内居住保健師の実践知とその獲得方法を検討することができた。これらの知見は、離島内居住について分かり合える仲間が乏しい状況に置かれている保健師にとって、自分の地域看護活動の理解や実践知の獲得、看護実践能力の向上、就業の継続などに役立つと考える。

しかし、本研究は保健師の離島内居住のみに焦点を当てているため、今回検討した実践知は離島内居住保健師が持つ実践知の一部であると考えられる。今後、離島内居住保健師の看護実践能力の向上方法を検討していくには、離島内居住保健師が持つ実践知の全容や看護実践能力を明らかにし、それらの実践知や

看護実践能力がどのような過程で獲得や向上しているかを明らかにする必要がある。

謝辞

本研究にご協力をいただきました離島保健師の皆様
様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 前畑明美：島嶼住民による架橋後の生活評価－
沖縄県・古宇利島の事例－。島嶼研究, 12, 27
－40, 2012
- 2) 大湾明美・宮城重二, 佐久川政吉ほか：沖縄県
一離島における住民参加の活動プロセス。日本
ルーラルナーシング学会誌1, 31-44, 2009
- 3) 大屋記子：「この島にズッと住みたい！」を支
える。日本地域看護学会誌, 11 (1), 33-35,
2008
- 4) 知念久美子, 野村幸子, 盛島幸子ほか：沖縄に
おける地域文化的看護体験。文化看護学会誌3
(1), 30-37, 2011
- 5) 山口初代, 大湾明美：沖縄県小離島における要
支援・要介護高齢者母親と息子とのサポートの
授受とその意味, 日本ルーラルナーシング学会
7, 65-77, 2012
- 6) 古謝安子, 宇座美代子, 玉城隆雄ほか：火葬場
のない沖縄県離島における葬法に対する住民の
関心。民族衛生, 69(2), 35-46, 2003
- 7) 古謝安子, 与古田孝夫, 豊里竹彦ほか：火葬場
のない沖縄県小離島における死亡状況と葬法に
関する住民意識の検討：民族衛生, 78(5), 2012
- 8) 金城八津子, 畑下博世, 河田志帆ほか：離島に
居住する生活機能低下をきたした独居高齢者の
“生活の術”, 日本地域看護学会誌16 (2) 63-70,
2013
- 9) 佐久川政吉・大湾明美：地域ケアシステム構築
における専門職者の役割の検証。日本ルーラル
ナーシング学会誌, 2, 27-36, 2007
- 10) 大湾明美, 宮城重二, 佐久川政吉ほか：沖縄県
有人離島の類型化と高齢者地域ケアシステム構
築の方向性, 沖縄県立看護大学紀要6, 40-49,
2005
- 11) 青木 さぎ里, 春山 早苗：離島保健師が離島内に
居住することと地域看護活動との関連。日本
ルーラルナーシング学会誌, 8, 17-30, 2013
- 12) Jane Ellis Scharff：The distinctive nature and
scope of rural nursing practice: Philosophical
bases. Charlene A. Winters(Ed), Rural
Nursing Concepts, Theory, and Practice
Fourth Edition , (Springer Publishing
Company), 241－258, 2013
- 13) 金井壽宏, 編楠見考：実践知 エキスパートの知
性。有斐閣(東京都), 2012
- 14) Jacob C. Warren and Bryant Smalley: What Is
Rural: Rural Public Health : Best Practices and
Preventive Models, (Springer Publishing
Company), 1-9, 2014
- 15) 宮本常一：小さな島の悩み。宮本常一著作集35
離島の旅, 未来社(東京都)303－307, 1986
- 16) 八田勘司, 村本淳子, 小林文子ほか：ルーラル
ナーシング概念枠組の構築。三重県立看護大学
地域交流研究センター年報 平成13年度, 4,
30-36, 2001
- 17) 下地千里, 神里みどり：離島診療所に赴任する
看護師に対する教育プログラムと支援体制。沖
縄県立看護大学紀要, 14, 43-55, 2013
- 18) 自治医科大学看護学部地域看護学：へき地診療
所における看護活動の実態に関する調査―へき
地診療所全国調査報告―。26-30, 2014
- 19) 越田美穂子, 守田孝恵：コミュニティでのネッ
トワーク形成過程における行政保健師の機能と
その意味。リハビリテーション連携科学, 10(1),
18-26, 2009
- 20) 前畑明美：島嶼住民による架橋後の生活評価－
沖縄県・古宇利島の事例－。島嶼研究, 12, 27
－40, 2012
- 21) 長嶋俊介：離島の特殊性を考える。都市問題,
Vol.8, 46-54, 2012
- 22) 松下光子, 石丸美奈, 山田洋子：行政保健師が
実践経験を通して得ている保健師活動について
の学び。岐阜県立看護大学紀要, 12 (1), 25-
32, 2012
- 23) 阿比留勝利：離島振興総論―これからの離島振
興を考える―。人間環境論集, 12 (1), 5-20,
2012
- 24) 森隆子, 兒玉 慎平, 波多野 浩道：小規模島嶼に
おける看護実践モデルの開発 理論的枠組みの
構築と妥当性の検証。日本ルーラルナーシング
学会誌, 7, 1-15, 2012
- 25) 小川智子, 中谷久恵：行政保健師の職務への自
信とその影響要因。日本公衆衛生雑誌, 59(7),
457-465, 2012
- 26) 社団法人日本看護協会：平成21年度先駆的保健

- 活動交流推進事業。保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書，2010
- 27) ドナルド・A・ショーン：科学に基礎を置く専門的職業とは，省察的实践とは何かプロフェッショナルの行為と思考，鳳凰房（東京都）185-187，2013
- 28) 金井壽宏，楠見孝：実践知 エキスパートの知性，有斐閣（東京都），3-57，2012
- 29) 松尾睦：経験からの学習-プロフェッショナルへの成長プロセス，同文館出版（東京都），1-80，2006
- 30) マイケル・ポランニー，高橋勇夫：暗黙知の次元，筑摩書房（東京都），2003
- 31) エドガー・H. シャイン，金井 寿宏：キャリア・アンカー—自分のほんとうの価値を発見しよう，白桃書房（東京都），2003
- 32) 大串正樹：理論を知る 看護管理の知識科学的転回。ナレッジマネジメント—創造的な看護管理のための12章，医学書院（東京都），166-204，2007