

ルーラルナーシングにおける専門家役割モデルの検証

— M県内におけるへき地診療所と都市部病院に勤務する
看護専門職への調査結果から —

Verification of expert role model in rural nursing
— From the result of the investigation for nurses in rural clinics
and the city hospital in M prefecture —

吉岡多美子 小林 文子 大平 肇子 八田 勘司
奥野 正孝 坂本 和子 小坂みち代 村本 淳子

【要約】ルーラルナーシングにおける専門家役割モデルを検証するために、M県において、へき地診療所で働く看護職と都市部病院で働く看護職に質問紙調査を行った。その結果、へき地診療所に働く看護職が、多岐にわたる業務を行い、医療においてのコメディカルの役割はもとより、保健福祉介護といった他の専門職役割も担っていたことが明らかになった。そこで、へき地診療所で働く看護職をルーラルナーシングにおける専門家役割の逆円錐モデルの頂点として提示することができると考察する。また、ルーラル地域で働く看護職が学習を受けられるようなサポート体制をはじめとする支援をつくる必要性も示唆された。

【キーワード】ルーラル・ルーラルナーシング・へき地診療所・看護業務

I はじめに

わが国の医療法において、医療の内容は単に治療のみではなく、予防やリハビリテーションを含むこと、また、様々な場において医療提供施設の機能に応じた効率的な提供の必要を明記している¹⁾。医療の一端を担う看護職の活動の場は実に多様であり、求められる役割も効率的な提供を目的に、様々な条件により多岐にわたることが考えられる。

ルーラル地域の診療所で働く看護職は、救急患者から慢性疾患患者、在宅療養者などあらゆる健康状態と様々な年齢の人々を対象に看護を行い、同時に保健福祉サービスの業務、介護的業務にも関わることがある。また、都市部の病院内で働く看護職は医療・保健・福祉・介護業務はそれぞれ専門職者が存在しているので、仲介・調整といったマネジメント的役割以外は通常直

接介護を行ったり、日々の理学療法の主たる実施者にはならない。また、メディカルソーシャルワーカーが地域への橋渡しを担うことも多い。このように地域の特殊性において、看護専門職の求められる役割には違いがあり、特にルーラル地域では医療・保健・福祉・介護などの役割を重複して担うことがある。このことをわれわれは、ルーラルナーシング概念枠組みにおける専門家役割の逆円錐モデルの頂点として提示した²⁾。そして、この専門家役割モデルを検証することは看護職がルーラル地域で働くために必要な知識、技術を明らかにし、且つ、その支援方法を考えることにつながると考えた。

ルーラルナーシングの定義は国際的にもまだなされていないが、Bushy³⁾は一定地域内に居住する人口を指標として、ルーラルナーシングの定義をすることを提案している。日本では「へき地」、「離島」、「山村」、

Tamiko YOSHIOKA, Fumiko KOBAYASHI, Motoko OHIRA: 三重県立看護大学 Kanji HATTA: 第一福祉大学
Masataka OKUNO: 鳥羽市神島診療所 Kazuko SAKAMOTO: 鳥羽市保健環境課 Michiyo KOSAKA: 三重県健康対策課
Junko MURAMOTO: 三重県立看護大学

「過疎」の看護が類似した用語として考えられる。そこで、今回、ルーラル地域診療所としてへき地診療所で働く看護職と都市部病院で働く看護職の業務内容を比較検討することで、専門家役割モデルの検証を行ったので、以下に報告する。

II 用語の定義

本研究における看護職とは保健師・助産師・看護師・准看護師を指す。

III 方法

M県がへき地診療所として把握している施設22ヵ所で働く看護職、およびM県内の都市部I病院の救急救命センターで働く看護職を対象とし、質問紙調査を行った。調査期間は平成13年8月7日から9月30日である。

調査用紙は主に施設の概要を把握するものである様式（以下A票とする）と、主に看護職の通常業務内容・緊急業務における看護判断過程・卒後教育を把握するものである様式（以下B票とする）からなり、へき地診療所における聞き取り調査を基に、独自に作成したものである。回答は選択記述方式を主とし、一部自由記述で依頼した。

倫理的配慮として、書面にて調査の主旨、調査方法、その手順、データの処理、保管の方法を伝え、個人への配慮をしたものであることを明記した。へき地診療所で働く看護職に対しては後日追加での面接調査の必要性を考慮し、任意で氏名の記入を求めた。

調査用紙はへき地診療所22施設へA票を各1部とB票を各2部～4部合計46部郵送した。病院へはB票を40部、研究者本人が持参し、看護部に依頼、看護師長を介して全対象者に配布した。回収は全て各々の郵送とした。統計的検定には χ^2 検定を用い、危険率は5%以下とした。

IV 結果

回収はA票：15施設回収（回収率68.2%）、B票：へき地診療所勤務者記入19名（回収率73.9%）、病院勤務者記入22名（回収率55.0%）であった。

1. へき地診療所の施設の概要

1) 診療所の従事者人数

医師は13施設において、1名で診療を行っていた。うち、常勤であったのは10施設であった。残りの2施設は複数で交替する形で非常勤務体制をとっていた。看護職は10の施設において常勤であり、複数（2ないし3名）の看護職が勤務している診療所は4施設であった。事務員は10の施設において勤務者がおり、うち常勤は7施設であった。

医師、看護職ともに常勤であるところは6診療所、さらに事務員も常勤であるところは4診療所であった。

2) 医師に関すること

診療所と医師住宅の所在との関係は、同一建物内が6名、同一敷地内が1名、同一市町村内在が5名、他市町村内在が2名であった。医師の年齢は回答のあった13診療所でみると平均43.9歳（SD±13.7）であった。

3) 後方病院について

7施設より回答があった。病床数において40床から635床と後方病院の規模には違いがあった。病院までの所要時間は10分のところもあったが、最も時間がかかるところでも60分であった。最も速い移送手段は主に救急車であったが、漁船、車の回答もあった。

2. 看護職の業務役割

1) 回答者の属性

回答者の年齢はへき地診療所では30～50歳代が多く平均年齢43.74歳（SD±8.8）、都市部病院の看護職は20歳代が最も多く、68.2%をしめていた。平均年齢は29.62歳（SD±6.66）であった。（表1）

所有する資格は、へき地診療所では33.3%が看

表1 年齢区分

(人)

年齢(歳)	へき地診療所	都市部病院
20～29	1	15
30～39	7	5
40～49	6	0
50～	5	1
無記入	0	1
合計	19	22

看護師であった。また、介護支援専門員の資格を取得している者が26.7%いた。都市部病院では、100%看護師であった。(表2)

表2 所有する資格

(複数回答あり)

資 格	へき地診療所		都市部病院	
	人数	%	人数	%
1 看護師	5	33.3	22	100.0
2 准看護師	14	93.3	1	4.6
3 保健師	1	6.7	0	0.0
4 助産師	0	0.0	0	0.0
5 介護福祉士	0	0.0	0	0.0
6 社会福祉士	0	0.0	0	0.0
7 介護支援専門員	4	26.7	2	9.1
8 ホームヘルパー(1級)	0	0.0	0	0.0
9 ホームヘルパー(2級)	0	0.0	0	0.0
10 ホームヘルパー(3級)	1	6.7	0	0.0
11 救急救命士	0	0.0	0	0.0
12 その他医療福祉の資格	4(8種)	26.7	1	4.5

実務経験年数では、へき地診療所は平均19.89年(SD±8.63)で、20年以上30年未満が7名と最も多く、大半が10年以上30年未満であった。都市部病院は平均8.5年(SD±6.47)で、10年未満が多かった。(図1)

現在の勤務地での就労年数は、へき地診療所は平均10.74年(SD±10.14)であった。ばらつきが大きく、20年以上の長期勤務者も4名と全体の21.1%をしめた。都市部病院では平均5.07年(SD±4.27)で、10年未満が多かった。(図2)

現在の居住地と勤務地の関係は同一市町村内が、へき地診療所16名(84.2%)、都市部病院では18名(81.8%)、他市町村がへき地診療所3名(15.8%)、都市部病院4名(18.2%)であった。

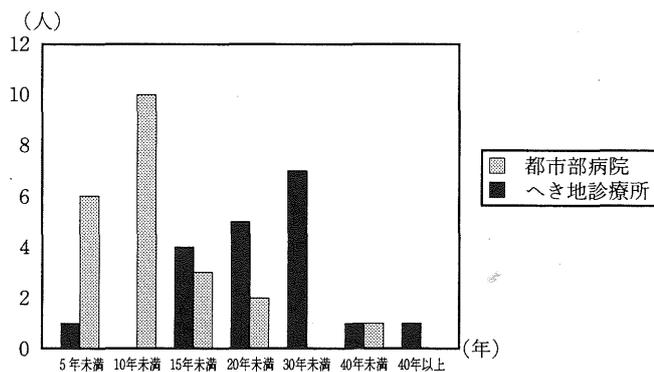


図1 実務経験年数

2) 看護職の業務について

① 日常業務内容について(表3)

日常行われている業務内容については「採血」や「診察の介助」、「検査の介助」といった診療の補助的業務については双方とも80%以上日常業務として行われていた。ただし、「検査の介助」において、その細項目としてあげた内視鏡とレントゲン撮影の介助に関しては、へき地診療所の方が「行っている」との回答率が上回っていた。

へき地診療所と都市部病院では日常の業務内容43項目中において有意な差が認められたものは10項目であった。へき地診療所に多かったのは「診療所内の清掃」(84.2%)・「各種健診業務」(73.7%)・「(看護職自身の)自宅にかかってきた電話への対応」(68.4%)・「各種行事の救護員としての参加」(52.6%)・「勤務時間外の相談」(52.6%)・「受付(窓口対応)」(52.6%)・「行政との連絡役」(36.8%)の7項目であった。都市部病院に多かったのは、「注射」のうち「筋肉注射」(95.5%)・「身体の保清」(90.9%)・「家族との連絡」(90.9%)であった。また、「家族間の調整」はへき地診療所(26.3%)に比べ、都市部病院(59.1%)が多い傾向にあった。さらに、43項目中「行っている」との回答率が10%以下であった項目はへき地診療所では1項目のみであったが、都市部病院では7項目あった。そのうち0%、つまり全く行っていないものは「一日の医療費の計算」・「月末のレセプト処理」・「行政との連絡役」であった。

「10人来院されたとき、名前と顔が一致する

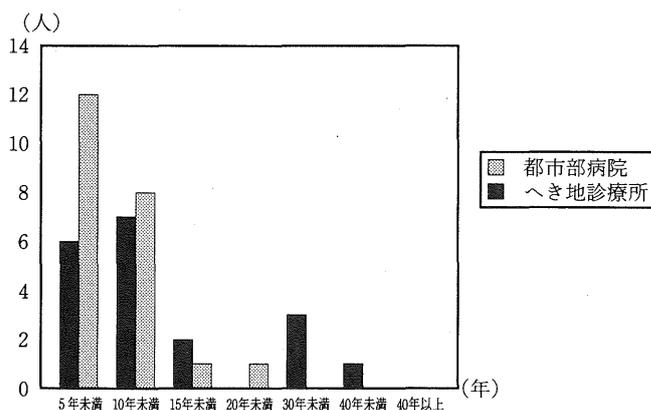


図2 現在の勤務地での就労年数

表3 日常の業務内容

業 務 内 容	へき地診療所 (n=19)	都市部病院 (n=22)	P 値
	%	%	
1 医師不在時の業務内容	36.8	59.1	
2 採血	100.0	100.0	
3 訪問看護・訪問指導	42.1	36.4	
4 会計（診察窓口での）	26.3	4.6	
5 リハビリ	42.1	54.6	
6 健康相談	36.8	50.0	
7 カルテの準備・管理	52.6	50.0	
8 家族間の調整	26.3	59.1	
9 診察時の介助	89.5	81.8	
10 一日の医療費の計算	21.1	0.0	
11 検査機器の点検・管理	73.7	50.0	
12 薬の点検・管理・補充	79.0	81.8	
13 栄養相談・指導	15.8	18.2	
14 診療所内の清掃	84.2	40.9	*
15 介護用品の検討	47.4	27.3	
16 月末のレセプトの処理	15.8	0.0	
17 健康教育	15.8	27.3	
18 福祉に関する相談	47.4	18.2	
19 行政との連絡役	36.8	0.0	*
20 リネン等の洗濯	36.8	27.3	
21 介護保険の相談	36.8	18.2	
22 薬を渡す	57.9	54.6	
23 身体の保清援助	42.1	90.9	*
24 受付（窓口対応）	52.6	18.2	*
25 患者の帰宅の交通手段の手配	47.4	22.7	
26 物品の消毒	36.8	68.2	
27 ディケア・ディサービス	5.3	4.6	
28 薬をつくる	21.1	22.7	
29 物品の点検・管理・補充	89.5	77.3	
30 予防接種	36.8	9.1	
31 診療所内での移動などの付き添い援助	79.0	54.6	
32 物品の購入	57.9	45.5	
33 緊急時の連絡先となっている	47.4	36.4	
34 家族との連絡	57.9	90.9	*
35 自宅にかかってきた電話への対応	68.4	18.2	*
36 福祉との連絡役	42.1	27.3	
37 緊急時他病院との連絡役	57.9	31.8	
38 各種健診業務（職場健診・基本健診・学校健診）	73.7	9.1	*
39 薬の内容の説明や飲み方の指導	84.2	59.1	
40 各種行事（自治体や学校など）の救護員としての参加	52.6	13.6	*
41 検査の介助	94.7	100.0	
内視鏡	63.2	50.0	
レントゲン	63.2	45.5	
心電図	68.4	63.6	
その他	5.3	13.6	
42 注射	68.4	95.5	
筋肉注射	63.2	95.5	*
皮下注射	68.4	95.5	
皮内注射	84.2	90.9	
静脈注射	79.0	90.9	
43 勤務時間外の相談指導	52.6	13.6	*
44 その他	5.3	4.6	

注) *: P<0.05

のは何人か」の質問に対しては、へき地診療所では6人以上が多く、平均8.89人（SD±1.45）で、10人全員との回答も9名いた。一方、都市部病院では5人以下が多く、全体の77.3%をしめていた。（表4）

へき地診療所に勤務するうえで必要な内容とその程度について、必要の程度を「大いに必要である」を7、「全く必要でない」を1とし、7段階で判断してもらい点数化した。22項目の中

表4 10人来院されたとき、顔が一致する人の人数

顔が一致する人数	へき地診療所 (n=19)		都市部診療所 (n=22)	
	人数	%	人数	%
5人以下	1	5.3	17	77.3
6~9人	9	47.4	4	18.2
10人	9	47.4	0	0.0
無記入	0	0.0	1	4.6

表5 へき地診療所に勤務するうえで必要な内容とその程度

必要な内容事項	へき地診療所(n=19)		都市部病院(n=22)	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差
1 主要な疾患に関する知識があること	6.5	0.8	6.7	0.2
2 緊急を要する症状が見極めることができること	6.6	0.6	6.7	0.2
3 乳幼児から高齢者まで全ての年齢の方に対応できること	6.4	0.9	6.5	0.4
4 患者の平常の生活している姿をみていること	5.2	1.2	5.2	0.6
5 地域の生活をよく知っていること	5.3	1.3	5.5	0.4
6 診療所に対する住民の期待を知っていること	5.0	1.6	5.0	0.7
7 診療所に対する住民の感情を知っていること	5.3	1.3	5.4	0.4
8 救急法(人工蘇生をふくて)ができること	6.3	1.1	6.5	0.3
9 緊急時の輸送手段を把握していること	6.5	0.8	6.3	0.5
10 地域の交通事情を知っていること	6.0	1.1	5.9	0.8
11 地域の天候の特徴をよく知っていること	4.9	1.3	5.1	0.6
12 生活している地域住民の人間関係を知っていること	5.4	1.2	5.1	0.1
13 薬に関する知識があること	6.3	1.1	6.2	0.2
14 患者の人間関係を知っていること	5.3	1.2	5.3	0.5
15 患者の家族関係を知っていること	5.5	1.1	5.6	1.0
16 生活している地区の産業を知っていること	4.6	1.3	4.8	0.9
17 生活している地区の経済状態を知っていること	4.6	1.5	4.7	0.9
18 患者の経済状態を知っていること	4.8	1.7	5.2	0.6
19 医師不在時の対処方法を知っていること	6.3	0.9	6.3	0.5
20 学習しようとする姿勢があること	6.3	0.7	6.4	0.4
21 経験があること	6.3	0.8	6.3	0.5
22 経験したことの振り返りを常に行うこと	6.1	0.9	6.3	0.5

で、へき地診療所と都市部病院との間で回答に有意な差がみられたものはなく、全ての項目で4.5以上の平均値が得られた。しかし、標準偏差はへき地診療所のほうが大きい傾向が見られた。（表5）

② 緊急時の業務内容について

緊急時の業務内容については、仮の場面を想定してその対応について回答を求めた。急患の電話対応の内容としてあげた6項目から特に大切とする3項目を選択する質問において、へき地診療所と都市部病院との間で回答に有意な差がみられた項目はなかった。双方とも「年齢・性別・名前」「受傷・発病の状況・転帰・時間」

「現在の状態」を特に大切な3つとして選択していた。（表6）

倒れた老人来所時の直接対応の場面で、初めに行うこととして設定した19項目より5項目選択する質問では、1項目に有意な差がみられ、へき地診療所で、「主訴の聴取」が多かった。また、都市部病院では、「予測される疾患の判断」が多い傾向が見られた。（表7）

③ 卒後教育について

情報・知識が必要となったときの入手方法は、「他者（医師・同僚・先輩など）に相談する」が両者とも最も多く、70%以上であった。へき地診療所では都市部病院に比べ、「手持ちの書

表6 急患の電話対応内容（複数回答）

聴取内容	へき地診療所 (n=19)		都市部病院 (n=22)	
	人数	%	人数	%
1 年齢・性別・名前	18	94.7	19	86.4
2 受傷・発病の状況・転記（病状の進行）・時間	15	79.0	19	86.4
3 現在の状態	18	94.7	20	90.9
4 なされた処置	2	10.5	2	9.1
5 移動の方法と来院までの時間	3	15.8	6	27.3
6 依頼者の電話番号	0	0.0	0	0.0
7 その他	1	5.3	0	0.0

表7 倒れた老人来所時の直接対応

対応内容	へき地診療所 (n=19)		都市部病院 (n=22)		P 値
	人数	%	人数	%	
1 医師の所在の確認	8	42.1	4	18.2	
2 主訴の聴取	11	57.9	5	22.7	*
3 現病歴の聴取	6	31.6	7	31.8	
4 バイタルサインのチェック	17	89.5	21	95.5	
5 全身状態の観察	17	89.5	19	86.4	
6 症状の観察	6	31.6	9	40.9	
7 予測される疾患の判断	1	5.3	7	31.8	
8 家族からの聴取	5	26.3	2	9.1	
9 患者を収容する場所の判断	3	15.8	3	13.6	
10 どの医師を呼ぶかの判断	1	5.3	1	4.5	
11 救急処置（止血や救急蘇生など）	7	36.8	10	45.5	
12 医師への報告	7	36.8	12	54.5	
13 記録	0	0.0	1	4.5	
14 初期検査の準備	0	0.0	0	0.0	
15 初期処置への準備	4	21.1	4	18.2	
16 家族への説明	0	0.0	0	0.0	
17 患者への説明	1	5.3	0	0.0	
18 後方病院の受け入れの確認・手配	0	0.0	0	0.0	
19 輸送手段の確認・手配	1	5.3	0	0.0	

注) *: P<0.05

籍を活用する」・「書店に向いて新しい書籍を購入する」が少なく、有意な差がみられた。また、「インターネットの活用」は都市部病院7名、へき地診療所2名であった。

過去1年間の勉強会の参加に関しては都市部病院が20名（90.9%）の人が参加しているのに対して、へき地診療所は6名（31.6%）であり、13名（68.4%）の人は参加していなかった。参加した勉強会の内容は両群共にさまざまであり、特に傾向は認められなかった。

最後に参加した勉強会の時期についての質問には、へき地診療所は1～2年前が4名、3～4年前が1名、5～6年前が1名、25年前と答えた者も1名いた。都市部病院では1～2年前が1名、3～4年前が1名であった。

今後参加したい勉強会の内容は、へき地診療所では在宅ケア・緊急時の対応に関するのに対して、都市部病院では救急医療・入院患者のケアに関するのことであった。また、へき地診療所では「参加したいが情報がなく分からない」との回答もあった。

勉強会への参加を困難にする要因では、へき地診療所では「平日に休みが取れない」（76.5%）、「開催地が遠い」（58.8%）が大半をしめていたが、都市部病院では「経済的問題」（33.3%）から「興味がある内容のものがない」（22.2%）まで様々な理由であった。なかでも、2項目に有意な差がみられた。「平日に休みが取れない」はへき地診療所に多く、「経済的に無理」は都市部病院に多かった。

V 考 察

今回、わが国におけるルーラル地域で働く看護職の専門家役割モデルの検証を目的として、M県内のへき地診療所で働く看護職と都市部病院で働く看護職の業務を比較した。

回答者の属性より、明らかになったことはへき地診療所においては年齢層が都市部病院と比べ高く、現在の職場での就労年数が長い、また、准看護師が多く、看護師は全体の3割程度であること、一方、都市部病院で働く看護職の年齢層が若いこと、所有する資格は看護師であることであった。

1. ルーラルナーシングにおける専門家役割について

ルーラルナーシングにおいて求められる専門家役割を、看護職の日常の業務内容と看護職の判断過程より明らかにしようと試みた。

今回の調査結果より、へき地診療所で働く看護職、都市部病院で働く看護職双方とも、日常の業務内容は、多岐にわたることが確認できた。しかし、へき地診療所の方が関わっている業務内容は多いことが明らかとなり、看護のみではなく、診療所におけるメディカルの業務全般や事務、介護や保健の分野にもかかわっていた。

中でも特徴的なことは、「(看護職自身の)自宅にかかってきた電話への対応」、「勤務時間外の相談」といった看護職の私生活の中に常に関わってくるようなインフォーマルに近い業務と、「行政との連絡役」、「各種健診事業」、「各種行事の救護班」など、直接的に行政や地域保健に密着した業務であった。また、都市部病院では、「身体の保清」、「筋肉注射」、といった直接的ケア・処置、また、「家族との連絡」といった救急診療に由来するものが特徴的であった。

つまり、直接的治療ケアに関わることの多い都市部病院に比べ、へき地診療所では日常的な相談・対応が特徴である。へき地診療所の看護は、それだけ地域の人々の生活に密着したものであり、地域社会へフォーマルな形でも、インフォーマルな形でも直接的な参加をしているものといえる。来院した患者の名前と顔の一致する人数が多かったこともそのことを裏付けていると考えられる。また、日常業務としての「家族間の

調整」が、へき地診療所の方が少ない傾向にあった点も、へき地診療所では日頃より、人々の生活と密着しているため、家族との関わりは、ごく自然に行なわれており、あえて意図的に業務にあげることは少なかったと考える。へき地診療所の看護職は、総じて勤務年数が長く、また、そこが居住地でもあることが多いために、多くの患者および住民と接する機会が公私共に多い。そのことが、医療者としての信頼度を高めるような地域の人々との人間関係をもたらすのではないかと考える。

ルーラル地域で働くために必要な能力の特徴を把握するため、「もし、あなたがへき地診療所で働くとしたらどんなことが必要でしょうか」という質問を設定したが、へき地診療所と都市部病院の看護職との回答には有意な差はみられなかった。その理由としては、今回の質問項目はルーラル地域で働く看護師に行った聞き取り調査を基に作成した調査用紙自体に原因があったと推察される。つまり今回掲げた項目は、すべてルーラル地域に働く看護職に必要であると捉えられる。看護職としての知識はもちろん、住民の生活や人間関係、地域の交通や気候等の物理的要因、緊急時の対応方法、そして自己学習の姿勢であるといえる。ただし、項目によってへき地診療所の回答者の中で必要度にばらつきがあるのは、各診療所が存在する地域の特徴を反映しているのではないかと推察される。たとえば「天候の特徴をよく知っていること」を離島という視点で回答を見たとき、輸送先の港までの距離が近いところは必要とする程度が小さかった。

また、都市部病院に勤務する看護職も、ルーラル地域で働くために必要なものは何なのかをある程度共通認識できているとも考えられる。

次に、ルーラル地域で働く看護職の専門役割を考える上で、看護師の判断過程はその働く環境によって影響を受けているのではないかと考えた。緊急時の業務内容について、仮の場面の想定を用いた質問はこのことを確認するために設定したものであった。

「急患の電話対応」の場面での回答は両回答者群間に有意な差が見られなかったが、「倒れた老人」の事例では来所時の直接対応の判断において差がみられた。へき地診療所で、「主訴の聴取」が多かったのは、容易に患者を搬送することができない、医師が不在になる時もある、また、対応できる治療手段も限られてい

るため、「とにかくよく聞く」ことを大切にし、判断しようとする姿勢の現れとして考えることができる。また、都市部病院で「予測される疾患の判断」が多い傾向がみられたことは、高度な治療手段が取れるため、医師の専門性を早期に十分に活用できる状態をつくることを求められる現れではないだろうか。つまり、現実には置かれている状況、環境全てのなかで、必要とされる看護判断過程において比重を置く所に違いがあるのでないかと推察される。

2 ルーラル地域で働く看護職に対する支援

卒後教育の以下に述べるような現状より、へき地診療所における看護職の支援について考えることができる。今までの結果より、へき地診療所で働く看護職は関連する他の専門職に関わる役割も担うことがあることが明らかとなった。そして、その役割を果たすためには多くの関連する広い範囲の知識を吸収することが常に必要である。

しかし、へき地診療所の看護職はその地理的特徴から看護に必要な知識・技術を向上させる研修の機会を

得ることに困難さを伴っていた。へき地・都市部共に、情報・知識が必要になった時、「身近な人（医師など）に相談する」が最も多い、という結果は十分理解できるが、へき地ではそれ以外の方法が少なく、自己学習方法や情報・知識の入手手段の選択肢が限られている。

地理的な問題のほかに、へき地診療所に働く看護職には「平日に休みが取れない」という人的問題も存在する。へき地診療所に勤務する医師には、代診によって研修の機会は確保されているが、へき地診療所の看護職にはこのような制度はない²⁾。

日本におけるへき地医療の政策を見てみると、国はへき地における医療の確保を図るため、無医地区について、昭和31年から年次計画をたて、施策を講じてきた。平成13年からの第9次計画においては、へき地支援機構の配置・二次医療圏を越えた広域的支援の実施・へき地保健医療情報システムの構築と情報ネットワークで情報交換等の促進等を行うこととされている⁴⁾。（表8）

計画のとおり「へき地保健医療情報システム」が整備されれば、へき地の診療所に勤務する看護職は、そ

表8 へき地保健医療対策の推移

区 分	内 容	
第1次計画	昭和31～37年度	・ 無医地区にへき地診療所の設置
第2次計画	昭和38～42年度	・ 無医地区にへき地診療所の設置 ・ 患者輸送車、巡回診療車（船）による機動力の利用
第3次計画	昭和43～49年度	・ 診療所、機動力の整備 ・ へき地医療地域連携対策
第4次計画	昭和50～54年度	・ へき地中核病院の整備 ・ 無医地区への巡回診療 ・ へき地保健指導所の設置
第5次計画	昭和55～60年度	・ 医療情報システムの導入 ・ へき地勤務医師の確保に関する施策
第6次計画	昭和61～ 平成2年度	・ へき地中核病院の研修機能の強化 ・ へき地勤務医師研修中の代診医の派遣 ・ へき地診療所の機器の整備 ・ 静止画像伝送装置の導入
第7次計	平成3～7年度	・ へき地医療担当指導医の導入 ・ 大病院等からのローテーションによる医師の確保 ・ へき地医療対策の明確な位置付け
第8次計画	平成8～12年度	・ 各自治体で定める保健医療計画に基づいた地域の特徴を活かした対策の推進
第9次計画	平成13～17年度	・ へき地医療支援機構の配置 ・ へき地医療拠点病院の再編成、広域的医療支援の実施 ・ へき地保健医療情報システムの構築と情報交換の推進

のシステムやインターネットを利用することで、へき地特有の問題を広域で、さらに全国の仲間と共有し、その解決方法をお互いに検討することができる。このことは、へき地に住む人びとの保健医療ニーズをアセスメントし、問題を明確化し、必要な介入を判断する過程に看護職が広範囲の高度な知識を用いることになり、それは地域に住む人びとの保健医療問題解決に対して、より適切に行動することになり、地域の保健医療水準の向上への貢献につながる。

しかし、調査結果からは、へき地の看護職はインターネットから情報を得ることや交流が少ないことが分りこの方面への支援も必要である。

オーストラリアやハワイでは、ルーラルエリアの看護師に対し、大学による支援があり、インターネットを利用したネットミーティングや情報支援、遠隔教育などが実施されている⁵⁾。M県においても、へき地に働く看護職がインターネットを活用し多くの医療関係資源から情報を得ることが可能になれば、へき地の地理的不便さからくる困難さや医師が不在時の危機的な医療問題に直面した状況での判断の不安を軽くし、住民に対してより高度で適確な看護支援が展開できるであろう。

3 今後の課題と展望

ルーラル地域における看護の専門家役割を考える上で、重要なものは介護や福祉、行政など他の分野へのマネジメント能力であるといえる。都市部とルーラル地域とでは、求められるマネジメント能力の内容に違いが必然的に生じる。つまり、状況を判断し、質のよい、適切な援助を受けられるよう働きかけることであり、適切な専門職が身近に存在する都市部と、身近にいない、あるいは頻回の利用を妨げる要因の多いルーラル地域では、看護専門職が可能な範囲でそれを代行することも必然である。

近年、アメリカ合衆国やカナダでは、複雑化する医療システムと医療費の問題を背景に生まれたケースマネジメントに対する支持が高まってきていると報告されている⁶⁾。また、StanhopeとKnollmueller⁷⁾は看護職はその専門的知識技術をもって、急性期とリハビリ期と地域において、ケースマネジャーとして働くことに適した位置にいると述べている。日本においてはケースマネジメントの定義は定かではないが、マネ

ジメントと言う点で介護保険に関わっているケアマネジメントを考えたとき、佐藤⁸⁾は緊急時の円滑な調整や地域医療システムにおける中核的な役割、患者への全人的対応と言う点において、かかりつけ医である診療所におけるマネジメントが、重要な役割を担っていると報告している。このように、今後、看護職におけるマネジメント機能についても精選されるニーズが高まると考えられる。このためにも、地域で生活している人に関わる看護職のあらゆる活動について検討し、患者の健康回復のために何が必要かアセスメントし、必要なマネジメントを取れるよう支援することが大切である。特にルーラル地域では一人の看護職がそれを判断することも求められているので、その地域特有の問題について判断し行動するために必要な要素を見出し、それを支援する必要があると考える。

今回の調査では、上記の点まで分析を加えることができなかった。Stewart⁹⁾はその活動について、実例の説明によって裏付け、明確にできると述べている。今後、さらに、他の手法での調査も用い、ルーラル地域で働くために必要な知識技術を明らかにしていきたいと考える。また、ルーラル地域で働く看護職の教育的支援も考えていきたい。

VI 結 語

今回の調査によって、M県においてへき地診療所で働く看護職が、多岐にわたる業務を行い、医療においてのコメディカルの役割はもとより、保健福祉介護といった他の専門職役割も担うことを明らかにすることができた。その結果、へき地診療所で働く看護職をルーラルナーシングにおける専門家役割の逆円錐モデルの頂点として提示することは妥当であると考えられる。しかし、都市部病院の調査結果からはそのことが看護職の役割として特殊であるということを検証するには至らなかった。これは看護の専門性が、まだ未分化であるということもできるが、選択した対象の特性や質問紙の構成の妥当性を検討し、他の専門職役割を担う程度やそのマネジメント内容についてもさらに検証を重ねる必要があると考えられる。

本研究は三重県地域交流研究センター研究開発事業「ルーラルナーシング概念枠組みの構築」の一部である。

謝 辞

本調査にご協力をいただきましたへき地診療所、およびI病院の看護職の皆様方へ心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 門脇豊子・清水嘉与子・森山弘子編集；看護法令要覧平成14年度版p449 日本看護協会出版会：2002.東京.
- 2) 八田勘司他；三重県立看護大学地域交流研究センター年報 平成11年 Vol. 2 p 48-53, 2000.
- 3) A. Bushy : Community Health Nursing in Rural Environments, M. Stanhope&J. Lancaster, Community Health Nursing, 4 th Edition, p315-331, Mosby , St Louis, 1996.
- 4) 厚生統計協会編集； 厚生 の 指 標 臨 時 増 刊 国 民衛生の動向 2001年 第48巻第9号 p208-209, 2001.
- 5) 八田勘司他；三重県立看護大学地域交流研究センター年報 平成9・10年 Vol.1 p 16-23, 1999.
- 6) M.A. Thurkettle, 野地有子；医療のリンクピナー看護ケースマネジメントの特徴ー, Quality Nursing, vol. 8 no 7, p625-633, 2002.
- 7) M. Stanhope, R. Knollmueller, Public and Community Health Nurses Consultant, p539-572, Mosby, St Louis, 1997.
- 8) 佐藤裕子, 診療所におけるケアマネジメント機能の必要性, 日本臨床内科医会誌, 第16巻第3号, p327, 2001
- 9) G.R. Craddock : Primary Health Care practice, M. J. Stewart, Community Nursing, p454-474, W.B. Saunders. Canada, Toronto, 1995.