三重県立看護大学紀要，6,75～84．2002．

日本におけるルーラルナーシングの役割モデルについての研究

A study on Rural Nursing Role Model in Japan

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

【要約】近年，米国を中心にルーラルナーシング（Rural Nursing）の活動が報告されている。本研究の目的はわが国に適したルーラルナーシングを構築するために，まずM県内のルーラルにおける看護の特徴を明らかにし，看護の役割モデルを検討することである．

方法はルーラルナースを対象に半構成的面接を行い，看護の実践内容を分析した．その結果，ルーラルナースは地域のことを熟知している「地域のスペシャリスト」であり，看護実践では幅広い知識と実践能力を持つ「ジェネラリスト」であることに特徴づけられていた．そしてルーラルナースは保健・医療・福祉にまたがる役割を担っていることが特徴であった．

【キイワード】ルーラル　ルーラルナーシング　へき地　離島　山村

Ⅰ．はじめに

近年，米国を中心にルーラルナーシングの実践・研究・理論[1]が報告されている．米国ではルーラルに住む人々の特有な健康問題を解決するためにルーラルナーシングの取り組みが行われてきた[2]．

「Rural」は直訳すると「田舎」であるが，歴史的には社会学者が農業地域を指す用語として使用してきた．近年米国では，政府による統計調査の地域区分を用いてルーラルを定義し，ルーラルにある病院のみならず，その地域内で展開されるあらゆる場での看護職の活動をルーラルナーシングとして報告している．

ルーラルナーシングではその地域のもつ多様性・特殊性を把握し，それに応じた看護活動[1]が必要であるとしている．ルーラルナースは，交通アクセス，専門職の人材などが不足することが多い社会経済文化的環境のなかで，医師や他の医療専門家のいない場面でさまざまな問題に対応を迫られ，独りで的確な判断をくだし，時には，高度な緊急医療処置の実践が要求される．

日本では「へき地保健医療計画」[3]に基づきルーラルナーシングに近い取り組みがなされてきているが，人材確保が主であり，看護師の能力開発や，医師や専門家が不在の中でさまざまな問題に自立してケアを提供する看護の役割についての学問的探究はほとんど見当たらない．

本研究では，わが国に適したルーラルナーシングを構築するため，まずM県内のルーラルにおける看護の特徴を明らかにし，看護の役割モデルを検討することを目的とした．

Ⅱ．研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みは，看護の基本概念である「環境」「健康」「人間」「看護」に基づき，LongとWeiner[4]が米国のルーラルにおいて調査した研究を用い構成した．LongとWeinerの報告の概略は以下のようである。「Environment：環境」の概念では，特

Motoko OHIRA, Fumiko KOBAYASHI, Tamiko YOSHIOKA Junko MURAMOTO：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：鳥羽市保健環境部　Michiyo KOSAKA：三重県健康づくりチーム

にルーラルの距離の問題を指摘し，「Health：健康」の概念では，健康観と労働の関係を提示している。「Person：人間」の概念では，ルーラルの住民の気質や性格を示し，「Nursing：看護」の概念では，看護師・患者とも顔見知りであり匿名性が欠如していることが特徴である．また，道で会ったときなどでも看護相談を受けることがあり，24時間体制で対応し，なおかつ職場と生活の場の明確な境界がないことも特徴のひとつである．

我々は上記概念に加え，概念を特徴づけるためのキーワードを置き，概念枠組みを構成した（図1）。（以下の「　」はキーワードを示す。）

「環境」[5]の特徴は，都市部から遠く，保健サービスへの「交通の便」，「マーケットへのアクセス」が悪く，「生活用品，食料等の購入」が不便である[6]．また医療従事者や医療機器，施設などの「医療資源」が乏しい．社会面では近所付き合いなどにみられる「ソーシャルサポート」が根付いている。「職業」は林業，漁業など生態系に関係した仕事に従事している人が多い．

「健康」[7]は地域や文化による「保健行動」，「生活習慣」に影響され，疾病構造は「気候」や「風土」と

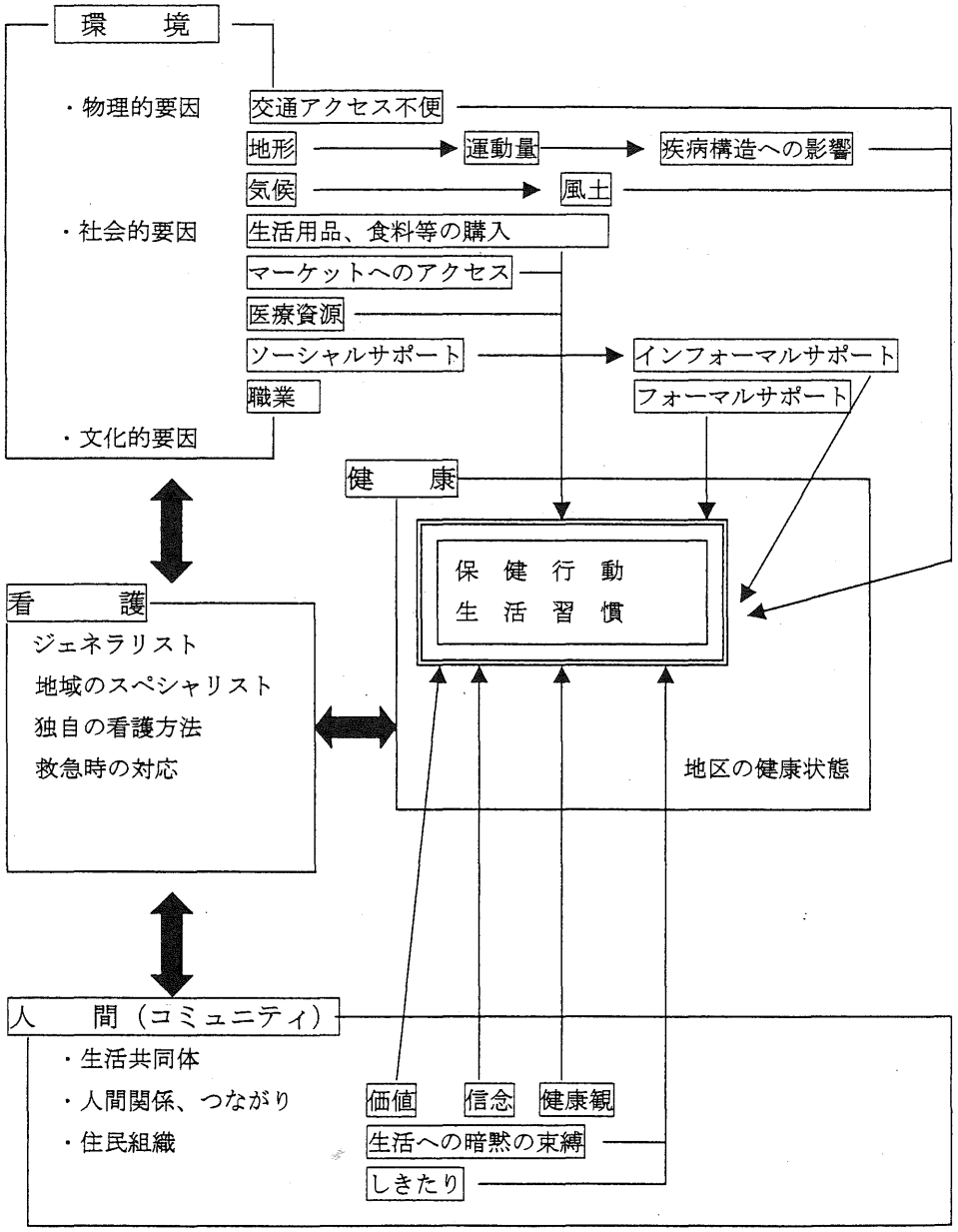

図1　ルーラルナーシング概念枠組み

関連する.

「人間」の概念は個人と集団の両者をとらえるために『人間・コミュニティ』[8]とした. コミュニティの特徴は「生活共同体」,「人間関係」,「住民組織」に影響され, 個人は伝統的な「価値」「信念」「健康観」「しきたり」のため「生活への暗黙の束縛」がある.

「看護」の特徴は様々なことを実践している「ジェネラリスト」[9]であり, 同時に地域をよく知っている「地域のスペシャリスト」である. 実践の特徴は「独自の看護方法」, 医師の不在時の「救急時の対応」を的確に行うことである.

なお, 4つの概念間で関連する項目は矢印で関係を示した.

Ⅲ. 用語の定義

1. ルーラル:

Rural Nursingの第1人者であるA.BushyはRuralを「人口2万人以下のコミュニティで, 人口密度が62人/km²のエリア」[4]と定義している.

またAmerican Nurses Associationによる「Rural/Frontier Nursing」[2]報告では, Rural Nursingの特徴として, Ruralに住む人々は人口密集地の人々に比べHealth Careへのアクセスに困難さがあることに注目しなければならないことを指摘している.

わが国は国土が狭く, 人口密度が高いので, Ruralを定義するに当たり, 米国の人口規模, 人口密度による定義の数値をそのまま用いた地域区分では適切に表現できない. そこで本研究では, 相対的に人口が少ない地域, 人口密度が低い地域, 第一次産業従事者の居住率が高い地域, 交通アクセスの困難さなどが存在する地域を考慮し, 現行法規にある, 過疎地域自立促進特別措置法[10], 離島振興法[11], 山村振興法[12], へき地教育振興法[13]などで定義や指定されている地域を「ルーラル」とした.

2. ルーラルナーシング: ルーラルでの看護職の活動.

3. ルーラルナース: ルーラルで活動している看護師(准看護師を含む), 保健師, 助産師.

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者

M県内で過疎地域自立促進特別措置法, 離島振興法, 山村振興法, へき地教育振興法に指定されている地域で, かつ地域診療所の所在する離島および山村から各1地区を選定し, 離島および山村の各診療所に勤務する看護師それぞれ1名を対象者とした. 離島診療所に勤務する看護師の実務経験年数は18年, 現地勤務年数は8年, 山村診療所に勤務する看護師の実務経験年数は18年, 現地勤務年数は13年であった.

対象者の勤務する診療所の医療従事者は離島では医師1名, 看護師1名, 事務員1名で, 山村では医師1名, 看護師3名, 事務員1名であった.

なお, 対象者には研究の主旨とプライバシーの保護を口頭で説明し, 研究の同意を得た.

2. 調査期間

離島診療所における調査は平成11年8月に, 山村診療所における調査は平成12年12月に実施した.

3. 方法

調査方法は半構成的面接法とした. 面接手順は現地勤務場所で過去に経験した事例のうち, 印象に残った事例を想起してもらい, その時の看護実践内容について聞き取りを行った. 看護師1名につき2事例について面接を行った.

4. 分析方法

看護師の看護実践内容を時間経過順に整理し, 看護師の判断と行動を分析, 解釈した.

Ⅴ. 結果

表1に対象者が想起した4事例を示した. 場面は全て緊急時の対応に関するものであった.

各事例の看護師の実践について分析, 解釈を行い, その結果を表2～5に示した.

表1　事例. No. 1 －No. 4

事例No. 1（離島診療所における事例）

79歳男性.「午前3時に転んで指の骨が折れたようだ」と電話がはいる．看護師が家庭訪問し応急処置を行った.

事例No. 2（離島診療所における事例）

「家で暴れてガラスで手を切った，血が出ているから見てくれ」と近隣者から電話がかかる．本人は診療所に来所していた．出血量が多く，舟にて輸送，入院したがプレショックを起こし輸血治療が実施された.

事例No. 3（山村診療所における事例）

夜間，医師不在時に看護師の自宅に「外出先で倒れた」と電話が入った．脳出血の疑いがあり，救護車にて搬送後入院となる.

事例No. 4（山村における事例）

夜間，医師不在時に看護師の自宅に受診希望の電話が入り，病院へ受診依頼手続きをしたが，他の家族が自分の知っている病院へ連れて行くと言い，依頼した病院受診を断られた．その後の経過はのち，診療所を受診することがなかったため不明.

表2　事例1における看護師の実践および分析・解釈

看護師の実践			分析・解釈	4概念(キーワード)
場所	実践内容			
自宅における電話での対応	1	午前3時に自宅に電話がはいる.	自宅に直接電話がはいり，自宅が医療の窓口となっている.	看護（独自の看護方法），環境（医療資源）
	2	氏名を聞いてその人の既往歴，生活背景がすぐ頭に浮かぶ.	日常の患者，家族の様子を熟知しているので，アナムネーゼの聴取は不要である.	看護（独自の看護方法，地域のスペシャリスト）
	3	電話の声のトーンによりあわてているかどうか聞き分ける.	患者の日常と比較して，医療の緊急度を判断している.	看護（地域のスペシャリスト）
	4	医師が来るまでの時間が待てる状態であるか，近隣市へ移送する必要があるかがすぐ頭に浮かぶ.	常に第二次救急医療が必要であるかの判断をしている．本来は医師の役割であるが，夜間および医師不在時は看護師の役割となっている.	看護（救急時の対応），環境（交通アクセス，医療資源）
家庭訪問	5	患者言葉：「転んで，自分で家まで歩いた.	主訴および患者の話を聞き，状況を判断している.	看護（ジェネラリスト）
	6	足は動いている．歩ける．指は変な音がする．指に傷はない．手が腫れている．話しをしている.	フィジカルアセスメントを実施している．医師がいる場合は医師が行う役割である.	看護（救急時の対応）
	7	足は可動．大丈夫．指は稼動しており骨折の可能性は少ない．話すことができ，頭部打撲による障害はなさそう.	フィジカルアセスメントの結果から患者の状態を判断している．医師がいる場合は医師が行う役割である.	看護（救急時の対応）
	8	手を氷水で冷やす.	救急処置を実践している.	看護（救急時の対応）
	9	医師が来るまで待っていて大丈夫である.	初期医療が可能と判断している．本来は医師の役割である.	看護（救急時の対応）

表3　事例2における看護師の実践および分析・解釈

看護師の実践			分析・解釈	4概念（キーワード）
場所	実践内容			
診療所における電話での対応	1	近隣者の電話の声はトーンが高く，あわてている．	患者の日常と比較して，医療の緊急度を判断している．	看護（地域のスペシャリスト）
	2	ガラスで手を切ったと聞いた．出血量は多いのだろう．	緊急度を推測している．	看護（ジェネラリスト）
	3	今日，島には医師不在．	看護師が自分で判断しないといけない状況であることを確認している．	環境（医療資源）
	4	船の準備に10分かかる．今日の天候は出航に影響しない．	第2次救急医療が必要となることを予測し，搬送できる条件を確認している．	環境（医療資源，交通アクセス）
診療所	5	診療所まで来るのにかかった時間（5分）はいつもより長い．	患者の日常の行動と比較し，状態を判断している．	看護（地域のスペシャリスト）
	6	よたよた歩いている．	患者の日常の行動と比較し，状態を判断している．	看護（地域のスペシャリスト）
	7	傷口の上を手ぬぐいでしばり，タオルで上腕を縛っていることを確認．	患者の状態を観察し，緊急度を判断している．	看護（救急時の対応）
	8	歩いてきた道路に血がポタポタと落ちている．	患者の状態を観察し，緊急度を判断している．	看護（救急時の対応）
	9	患者は酒を飲んでいる．あばれている．	患者の状態を観察し，緊急度を判断している．	健康（生活習慣）
	10	出血量が多く，止血していない．	患者の状態を観察し，緊急度を判断している．	看護（救急時の対応）
	11	出血量が多く，止血していないうえ，患者は飲酒している．このような状況はかつて経験したことがない．	自分の経験と照らしあわせ，対応できる状態であるか判断している．	環境（医療資源） 看護（救急時の対応）
	12	放置すると生命の危険がある．	患者の状態から総合的に判断している．本来は医師の役割．	看護（救急時の対応）
	13	傷口の縫合が必要となるであろう．	患者に必要な治療を判断している．本来は医師の役割．	看護（救急時の対応）
	14	搬送用の船の手配*)	第2次救急医療が必要と判断している．本来は医師の役割．また搬送手段の準備等は事務職の役割であるが，ここでは看護師が行っている．	環境（交通アクセス），人間（住民組織）
	15	止血方法の変更．	救急処置．	看護（救急時の対応）
	16	医師への連絡．	患者の生命の安全の確保が優先されるので，搬送準備が整った後，医師へ連絡する．	看護（救急時の対応）

*)：搬送船は家族，親戚，漁業組合など住民が協力しあい自分達の船で運行している．

表4　事例3における看護師の実践および分析・解釈

看護師の実践			分析・解釈	4概念（キーワード）
場所	実践内容			
自宅における電話での対応	1	夜間，A看護師の自宅に電話が入る．	自宅に直接電話がはいり，自宅が医療の窓口となっている．	看護（独自の看護方法） 環境（医療資源）
	2	氏名を聞き，診療所の受診歴がない人であり，患者の個人情報がないことを確認する．	情報収集．	看護（救急時の対応）
	3	患者の所在場所を確認する．	情報収集．特に場所により医療資源まで要する時間を確認している．	環境（交通アクセス）
	4	患者の場所はB看護師の自宅の方が近い．	医療資源を確認している．	環境（交通アクセス，医療資源）
	5	病状確認が必要な状態だろう．	病状の予測をする．本来は医師の役割である．	看護（救急時の対応）
	6	A看護師はB看護師に連絡し，患者の状態確認を依頼．	看護師同士の連携．	看護（救急時の対応）
家庭訪問	7	B看護師は患者のバイタルサイン，全身状態を観察．	フィジカルアセスメントの結果から患者の状態を判断している．医師がいる場合は医師が行う役割である．	看護（救急時の対応）
	8	脳血管疾患を疑う．	フィジカルアセスメントの結果から患者の状態を判断している．医師がいる場合は医師が行う役割である．	看護（救急時の対応）
	9	B看護師はA看護師に救護車の手配を依頼．	第二次救急医療が必要であると判断をしている．本来は医師の役割であるが，夜間および医師不在時は看護師の役割となっている．	環境（医療資源，交通アクセス）
	10	A看護師は救護車の手配と搬送病院の手配をする．	第2次救急医療が必要と判断している．本来は医師の役割．また搬送手段の準備等は事務職の役割であるが，ここでは看護師が行っている．	看護（救急時の対応）
	11	A看護師は患者の場所に行き，B看護師と看護に当たる．	救急処置．	看護（救急時の対応）
	12	患者に嘔吐あり．	観察および必要な処置をしている．	看護（救急時の対応）
	13	窒息の可能性があると判断．	潜在的な問題の予測をしている．	看護（救急時の対応）
	14	緊急に備えて，救護車*)に看護師2名で同乗する．	緊急時に対応できるように看護師が2名救護車に乗った．	看護（救急時の対応）

*)：救護車は地域の役場の搬送車であり，同乗者もしくは運転手は役場の職員があたっている．

表5　事例4における看護師の実践および分析・解釈

看護師の実践			分析・解釈	4概念（キーワード）
場所	実践内容			
自宅における電話での対応	1	夜間，看護師の自宅に家族から電話が入る．	自宅に直接電話がはいり，自宅が医療の窓口となっている．	看護（独自の看護方法） 環境（医療資源）
	2	氏名を聞き，診療所の受診歴がない人であり，患者の個人情報がないことを確認する．	情報収集．	看護（救急時の対応）
	3	患者の所在を確認すると，町内のはずれで，自宅から約40分かかる．	情報収集．特に場所により医療資源まで要する時間を確認している．	環境（交通アクセス）
	4	患者の家族は自家用車を持っていない．	患者の移送手段を確認している．	環境（交通アクセス）
	5	「尿が出ない」	主訴を確認している．	看護（救急時の対応）
	6	夜間であっても医療が必要と判断．	第2次救急医療が必要と判断している．本来は医師の役割．	看護（救急時の対応）
	7	家族にその旨伝えると，「近所の手前，救護車の出動は嫌だ」という．	家族の意向を確認している．コミュニティの特性を考慮する必要性がある．	人間・コミュニティ（人間関係）
	8	総合病院への受診が妥当と判断．	搬送先の病院を判断している．本来は医師の役割．	看護（救急時の対応）
	9	総合病院へ依頼するが，病院の都合で断られる．	搬送病院との調整をしている．本来は事務，医師の役割．	看護（救急時の対応）
	10	泌尿器専門病院へ受診を依頼する．	搬送病院との調整をしている．本来は事務，医師の役割．	看護（救急時の対応）
	11	家族へその旨伝えると，先の電話の人と違う家族から，上記病院は嫌だと断られる．	家族間の意向が調整できず，看護が効果的に働かなかった．	人間・コミュニティ（人間関係）
	12	依頼病院への断りの電話を入れる．	搬送病院との調整をしている．本来は事務，医師の役割．	看護（救急時の対応）

全事例における実践の共通点は，看護師が第二次救急医療の必要性を判断していたことであった．本来，その判断は医師が行うことであるが不在のため看護師が医師の役割を担い実施していた．次に第二次救急医療が必要と判断した場合における，搬送手段を確保する役割も共通していた．

しかし，搬送の判断過程は地域により違いがみられた．離島の場合は船を使用するため天候が重要な意味を持っていたのに対し，山村部は陸路であるので，移動距離や移動時間が大きな意味を持つことが特徴であった．

緊急時の電話が看護師の自宅に直接入ることも共通しており，看護師は24時間体制で住民に対応していた．

離島の実践の特徴は，看護師が患者の日常の様子を熟知しており，それと比較して患者の変化を容易に判断できていた点である．加えて，搬送船は患者の家族，親戚，漁業組合など住民が協力し合って運行しているため，看護師は誰に船の依頼をすると最善であるかという患者の人間関係やインフォーマルなサポート者も了解していた．また看護師は自分が経験した事がない状況が生じた場合は搬送する事を原則としていた．看護師の判断能力は医師とともに行動し，経験を積み重ねることで培われていた．

山村の実践の特徴は，患者の交通アクセスと医療資

源までに要する時間を確認していたことである．また，「近所の手前，救護車の出動は嫌だ」という家族の考え方もあり，コミュニティの特性を把握した看護実践が要求されていることが分かった．山村は，離島のように孤立した空間ではないため，通常住民は陸路で自由に遠方の医療資源を活用できる．しかし，夜間緊急の場合には看護師の自宅が医療資源となり，地域住民から電話がかかってくる．そのため看護師は診療所への受診経験がある患者についてはよく知っているが，受診歴のない急患には情報が全くない状況での対応が迫られていた．

Ⅳ．考察

ルーラルの自然形態や文化・産業・経済は多様であり，ルーラルナースはその地域の特性を把握し，それに応じた看護活動を行う．ルーラルナーシングは「環境」「健康」「人間・コミュニティ」「看護」の4概念に基づき，地域の特性を把握し，その地域に特化した看護活動を展開するものである．1．ルーラルナーシングの特徴，2．ルーラルナーシングの役割モデルの順に考察する．

1．ルーラルナーシングの特徴

ルーラルナースは医師不在時に独りで緊急の場面[9]に対応し，その場で的確な判断をすることが求められている．M県のルーラルでは1時間以内で到着できる距離に後方病院を持ち搬送が可能であるため，看護師は緊急時の治療技術よりむしろ的確な搬送判断能力を必要とされ，それを実践していた．

この搬送の判断には幅広い医学的知識だけでなく，「環境」の特徴である「交通アクセス」や「天候」，「人間・コミュニティ」の特徴である患者・家族の「価値」「信念」に関する知識が必要であった．また離島の場合は搬送船の確保のために，住民同士の関係や社会関係のあり方をよく理解しておくことも重要な要因であった．

ルーラルナースは，緊急に対応できる専門的な医学知識とあらゆる年代のあらゆる健康レベルにある人たちに対応できる実践能力および地域の環境要因，人間・コミュニティ要因など「様々なことを知っている（Be skilled in many areas）」[14]ことが必要である．米国のルーラルナースの特徴と同様に，本研究のルーラルナースも看護の幅広い知識と実践能力を持つ「ジェネラリスト」であるといえる．

次に看護師は患者の日常生活，性格，家族関係，地域の中での人間関係をよく理解しており，患者の変化を日常の様子と比較して素早く判断していた．ルーラルナースは環境の特徴，地域の特性，住民をよく理解し，その地域に関することは概ね知っているという，「対象地域のスペシャリスト」であるといえる．しかし看護師，患者ともに顔見知りであり匿名性が欠如している点[4]は米国と共通しており，双方のプライバシー保護が課題となる．

看護の実践は診療所に限らず，自宅への電話や路上などのインフォーマルな場で行われることが多く，職場と生活の場の明確な境界がないという米国のルーラルナーシングの特徴[9]と類似していた．

ルーラスナースは24時間体制で住民に対応しており，いつ緊急の連絡がはいるか分からないというストレスフルな状況におかれている．

わが国の場合，常に進歩する医療技術の習得に関しても，医師の場合は臨時医師の派遣・研修中の代診医の派遣制度[3]などがあるが，ルーラルナースには十分でなく，一人勤務の場合，早急に支援体制を整備することが必要である．

2．ルーラルナーシングの役割モデル

本研究の対象診療所がおかれているようなコミュニティでは医療従事者が少ないのが現状である．本報の事例は医療を必要とする緊急の場面であったが，日常の看護業務は医療だけでなく多岐にわたっていることが予測される．ルーラルと考えられるコミュニティは高齢化率が高く，看護師は老人介護や福祉に携わる機会が多くなるであろう．また保健師がいない場面では健康の保持増進のための保健活動も必要となるであろう．

ルーラルナースは独りで多くの役割を担う事になり，ここに専門職者の役割が明確に分担されている都市部の看護師との違いがあると考える．

ルーラルナースの役割は都市部と比較し，逆円錐形のモデルで捉えることができる．（図2）．つまり逆円錐形の上部，地域的には大都市部が相当するところでは，医療，保健，福祉などの各専門分野の役割が独立

している．しかし，逆円錐形の先端，つまり，へき地・離島に向かうほど，各分野が互いに重なり，それぞれの役割が独立せず，専門家の役割分担が明確でなくなる．また，各専門分野の構成人数が多いほど大都市であり，逆円錐形の下に向かい，構成員が減少するほどへき地である．逆円錐形の最下端が無医村である．

このようにルーラルナースは医療，保健，福祉の分野のさまざまな役割を担うことが特徴であると捉えることができる．

V　まとめ

ルーラルナースの強調すべき特徴は対象地域の特性，住民の情報を充分理解している「地域のスペシャリスト」であり，実践ではあらゆる看護場面に対応できる「ジェネラリスト」であることがあげられている．ルーラルナースの役割は医療のみならず，保健，福祉の分野も含んでおり，その活動は幅広い知識と高い看護実践能力によって支えられている．本調査からもこれらの特徴を支持する結果が得られた．

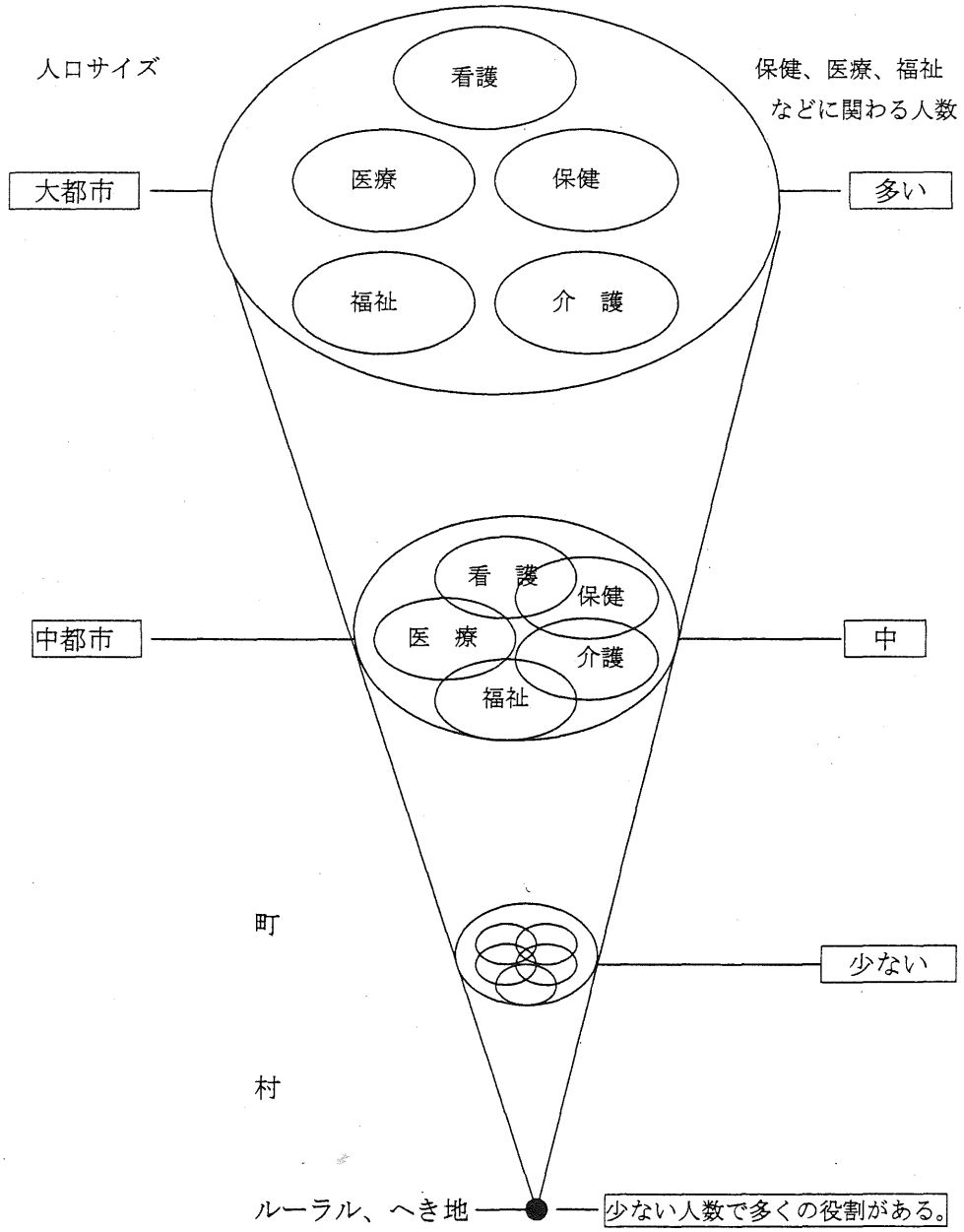

図２　ルーナルナーシング概念枠組みにおける専門家役割モデル

謝　辞

本研究にご協力いただいたへき地診療所の看護師の皆様に深く感謝いたします.

なお，本研究は三重県立看護大学地域交流研究センターの研究開発事業によるものである.

【参考文献】

1）八田堪司，他：ルーラルナーシング概念枠組みモデル，三重県立看護大学地域交流研究センター年報，平成９年度・平成10年度16－23，1998.

2）American Nurses Association: Rural/Frontier Nursing, American Nurses Association Publishing, Washington, DC, 1996.

3）厚生統計協会：国民衛生の動向2001年第48巻，第９号208－209，2001.

4）Angeline Bushy：Community Health Nursing in Rural Environments, Marcia Stanhope, Jeanette Lancaster：Community Health Nursing: 315－331：Mosby, 1996.

5）ジャニス.B，他：環境，看護学イントロダクション，102－129，医学書院，1997.

6）Helen.J.Lee：Definitions of Rural：A Reviw of the Literature Angeline Bushy：Rural Nursing, vol.1, 7－19, SAGE Publications, Inc. California, 1991.

7）ジャニスB.リンドバーグ，他：健康，―看護の視点から，看護学イントロダクション，130－151，医学書院，1997.

8）金川克子：地域看護学　実践の理論化をめざして，13－26，日本看護協会出版会，1997.

9）Angeline Bushy：Rural Nursing, vol.1, SAGE Publications, Inc. California, 1991.

10）衆議院法制局　参議院法制局編集：現行法規総覧―82― 国土計画，3251－3442，第一法規.

11）衆議院法制局　参議院法制局編集：現行法規総覧―82― 国土計画，3001－3034，第一法規.

12）衆議院法制局　参議院法制局編集：現行法規総覧―82― 国土計画，3171－3302，第一法規.

13）衆議院法制局　参議院法制局編集：現行法規総覧―22― 教育・文化（３），4361－4421，第一法規.

14）八田勘司，他：ルーラルナーシング概念枠組みの構築　三重県立看護大学地域交流研究センター研究報告書，2001.