

中山間地域の医療機関における看護職の日常看護実践で直面する問題と 継続教育の課題（第1報）

－看護職が日常の看護実践で直面する問題－

木下 香織¹⁾*・山本 智恵子¹⁾・真壁 五月¹⁾・安田 陽子²⁾

1) 新見公立大学健康科学部 2) 新見公立大学助産学専攻科

(2018年11月21日受理)

中山間地域の看護職が日常の看護実践で直面している問題や継続教育に関する課題を明らかにするため、中国地方の病院に勤務する看護職を対象に、無記名の質問紙調査をおこなった。170部配布し139部回収（回収率81.8%）、看護職の平均年齢は46.5歳、看護師経験年数は平均23.2年、市内病院での経験年数は平均16.9年であった。現在の職場以外の病院での勤務経験「あり」は103名、うち約7割が都市部での経験を有していた。先行研究を参考に調査した「日頃の看護実践で直面する問題」では、すべての項目において半数を超える看護職が問題と感じていた。また、自由記載では、高齢者を中心とした患者と家族の状況、看護職の多様な背景がもたらす不協和、学習機会の不足、専門的業務以外の負担など多岐にわたることがわかった。中山間地域の医療機関の看護職が抱える実状を理解し、状況に応じた継続教育プログラムを検討していくことが今後の課題である。

(キーワード) 中山間地域、看護職、看護実践、問題

1 緒言

わが国の65歳以上の高齢者人口は3392万人、高齢化率は26.7%、2060年には39.9%に上昇すると推計¹⁾されている。特に中山間地域の過疎化、高齢化は著しく、医療・看護の需要は高まる一方、その中山間地域の医療および看護を担う医療従事者が不足しているという現状がある。A大学の位置するB市の看護師従事者数は、平成24年末377人から平成26年末392人²⁾と微増しているものの、人口10万人あたりの看護師従事者数は、全国799.6人、C県1,019.645人に対してB市は720.8人であり、C県内はおろか全国平均も大きく下回っている³⁾。また、看護師の高齢化を例に挙げると、B市の看護職は50-54歳をピークとして60歳以上が15.5%を占めて³⁾いる。以上のことから、B市において看護師数の確保、特に若年層の看護職確保は喫緊の課題である。

「へき地」「離島」「山村」「過疎」などの状況にある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、わが国においても2005年3月にルーラルナーシング学会が設立された。大平ら⁴⁾は、日本に適したルーラルナーシングを構築するため、M県内の看護の特徴を明らかにし、看護の役割モデルを検討した。その結果、ルーラルナースは、看護の幅広い知識と実践能力を持つ「ジェネラリスト」であるとともに、環境の特徴、地

域の特性、住民をよく理解した「対象地域のスペシャリスト」であり、乏しい人的資源の中でさまざまな役割を担うことが特徴であると述べている。また、中川ら⁵⁾は、文献検討により、医療従事者不足や医療設備不足などの医療の確保に課題を抱えるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題を文献検討により整理した。その結果、地理的条件や住民の状況などの【地域特性に沿った看護実践への困難】、住民同士または住民と医療職者との距離感や関係性が密接であるがゆえに生じる【プライバシー確保の困難】のほか、【高い質の医療確保が困難】【マンパワーの不足】【緊急時の対応へのストレス】【多職種との連携における困難】【学習活動の不足】にまとめている。以上のように、急性期医療施設が少ない中山間地域での医療・看護活動には、都市部の医療施設での看護に求められる知識・技術とは異なるスキルが求められる。このような状況のなか、日本看護協会では、2016年に「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」を公表した。このクリニカルラダーは、2025年に向けて「看護実践の場や看護師の背景に関わらず、すべての看護師に共通する看護実践能力の指標の開発と支援」「看護実践能力の適切な評価による担保と保障」「患者や利用者等への安全で安心な看護ケアの提供」を開発の目的としている⁶⁾。医療施設や人材が十分でないルーラル地域においても、共通する看護実践能力を育成できる

*連絡先：木下香織 新見公立大学健康科学部看護学科 718-8585 新見市西方1263-2

プログラムとなっている。

中山間地域の医療・看護の背景をふまえて、A大学では、中山間地域で活躍できる看護実践者の育成を目指した継続教育プログラムの構築に取り組んでいる。先行研究^{4) 5)}においても、中山間地域での看護実践には、対象地域の特徴の理解が不可欠であると述べられている。将来的には、あらゆる中山間地域の看護職者に共通して活用できる継続教育プログラム構築を目指しているが、まずはA大学の位置するB市で活用できるプログラム構築に向けて、B市の病院で勤務する看護職者が日常の看護実践で直面する問題を明らかにすることを本研究の目的とした。

II 研究方法

1. 対象

調査対象は、C県B市内の病院に勤務する看護職員

2. 調査時期

2017年12月～2018年1月

3. 調査方法

独自に作成した無記名の調査用紙による留め置き調査

4. 調査内容

1) 看護職の基本属性

年齢、性別、看護経験年数、B市内の病院での経験年数など

2) 日常の看護実践で直面している問題

文献⁶⁾を参考に、日常の看護実践で直面している問題25項目について、4件法（とても感じる～まったく感じない）で回答を求めた。また、25項目のほかに、日頃の看護実践で困難に感じていることとその解決方法について自由記載を求めた。

3) 中山間地域と都市部の違い

中山間地域と都市部の病院での医療・看護の違いについて、自由記載を求めた。

5. 分析方法

1) 日常の看護実践で直面している問題25項目

単純集計ならびに項目ごとに平均点を算出した。「とても感じる」4点～「まったく感じない」1点とし、点数が高いほど日頃の看護実践で問題に感じていることと判断した。項目ごとの度数の集計では、「とても感じる」「まあまあ感じる」の合計を『感じる』、「あまり感じない」「まったく感じない」の合計を『感じない』とした。

2) 自由記載

自由記載の内容は、一文一意味となるようにコード化し、その類似性に沿って分類した。中山間地域と都市部の

違いにおいては、記述内容の地域性で分類したうえで、その類似性に沿って分類した。

6. 倫理的配慮

1) 対象施設の選定: B市内の病院の看護管理者に、本研究の目的、調査の内容と方法、倫理的配慮について説明し、同意が得られた施設の看護職（准看護師を含む）を対象とした。

2) 調査対象者への説明と同意: 対象施設の看護職に、紙面にて本研究の目的、倫理的配慮を記述し、紙面に設けた項目を通して研究協力への同意を確認した。回収された調査用紙のうち、研究協力への同意が確認できたものを分析対象とした。

3) その他の倫理的配慮: 留置調査を行うため、調査用紙は個別に用意した封筒に封入し、投函口のみ開放した回収箱を病院内に設置し、本研究者が直接回収した。

本研究は、新見公立大学倫理審査委員会を受けて実施した（承認番号：144）。

III 結果

調査用紙は170部配布し、139部回収（回収率81.8%）、有効回答数133部（有効回答率95.7%）であった。

1. 調査対象者の属性

調査対象者の属性を表1に示した。看護職の属性は女性128名（96.2%）、男性1名、無回答4名で、平均年齢は46.5±12.0歳であった。看護師経験年数は平均23.2±12.0年で、保有資格（複数回答）は看護師105名（79.0%）、准看護師40名（30.1%）、保健師7名、助産師1名であった。B市内の病院での経験年数は平均16.9±12.5年、現在の職場は病棟93名（69.9%）、外来34名、無回答6名であった。現在

表1. 看護職の属性

項目	n=133	
	人数 (%)	
性別	女性	128 (96.2)
	男性	1 (0.8)
	無回答	4 (3.0)
保有資格 (複数回答)	看護師	105 (79.0)
	准看護師	40 (30.1)
	保健師	7 (5.3)
	助産師	1 (0.8)
	無回答	3 (2.3)
現在の職場	病棟	93 (69.9)
	外来	34 (25.6)
	無回答	6 (4.5)
現在の病院以外での勤務経験	あり	103 (77.4)
	なし	26 (19.6)
	無回答	4 (3.0)
現在以外の勤務経験のある 病院の所在地 (n=103)	同一市内	6 (5.8)
	都市部	69 (67.0)
	中山間地域	4 (3.9)
	地域不詳	22 (21.4)
	無回答	2 (1.9)

の職場以外の病院での勤務経験があると回答したのは103名（77.4%）、その7割近くが都市部の病院での経験を有していた。

2. 日常の看護実践で直面している問題

1) 先行研究を基にした25項目

日頃の看護実践で直面している問題について、回答を表2に示した。日常の看護実践で直面する問題では、「とても感じる」「まあまあ感じる」を合計した『感じる』と回答した者は、25項目すべてにおいて半数を超えていた。『感じる』の割合が多かった順に「9 専門的な治療や処置の限界」121名（90.9%）、「2 高齢者が多いために生じる健康課題への戸惑い」119名（89.5%）、「14 庶務的な業務の兼任」118名（88.7%）、「13 多様な業務の同時実践」116名（87.2%）、「24 幅広い知識の不足」114名（85.7%）などであった。

項目ごとの平均点は、いずれも2.5以上であった。25項目のうち、「16 保健師業務の兼任」2.6、「4 地域の習慣や土地柄に対する戸惑い」「6 看護師が公私の区別がつきにくいこと」「22 在宅看護との連携不足」2.7は、比較的点数が低かった。

25項目について、先行研究で用いられているカテゴリーで区分して平均点を算出すると、「1 交通の利便さに伴う対応の遅れ」～「4 地域の習慣や土地柄に対する戸惑い」までの【地域特性に沿った看護実践の困難】は3.08、「5 勤務時間外の対応」～「7 住民のプライバシーを守りにくいこと」までの【プライバシー確保の困難】は2.97、「8 保健医療福祉資源の不足」～「11 経営状態による医療環境の不備」までの【高い質の医療確保が困難】は3.15、「12 十分な休みの不足」～「17 医師不足によるストレス」までの【マンパワーの不足】は3.10、「18 緊急時の判断や処置への困難感やストレス」「19 緊急時の連絡体制の不備」の【緊急時の対応

表2. 日頃の看護実践で直面している問題

	直面する問題	平均点	度数（人）	
			感じる	感じない
1	交通の利便さに伴う対応の遅れ	3.2	113	17
2	高齢者が多いために生じる健康課題への戸惑い	3.3	119	11
3	医療・看護に関する住民の理解不足	3.1	111	20
4	地域の習慣や土地柄に対する戸惑い	2.7	75	57
5	勤務時間外の対応	3.3	111	19
6	看護師が公私の区別がつきにくいこと	2.7	74	56
7	住民のプライバシーを守りにくいこと	2.9	94	37
8	保健医療福祉資源の不足	3.1	108	23
9	専門的な治療や処置の限界	3.5	121	11
10	多忙で丁寧な対応が困難	2.9	94	38
11	経営状態による医療環境の不備	3.1	107	24
12	十分な休みの不足	3.1	93	39
13	多様な業務の同時実践	3.3	116	16
14	庶務的な業務の兼任	3.3	118	12
15	薬剤師業務の兼任	3.1	101	27
16	保健師業務の兼任	2.6	72	56
17	医師不足によるストレス	3.2	107	23
18	緊急時の判断や処置への困難感やストレス	3.2	110	20
19	緊急時の連絡体制の不備	2.9	92	39
20	特定の医師が長期的に駐在しないことへのストレス	2.9	93	39
21	行政や支援機関との連携や理解不足	2.8	84	47
22	在宅看護との連携不足	2.7	75	54
23	技術の実践機会が少ないことによる実践能力の低下	3.0	99	32
24	幅広い知識の不足	3.2	114	18
25	新しい医療・看護に関する知識獲得機会の少なさ	3.2	109	22

へのストレス】は3.05、「20 特定の医師が長期的に駐在しないことへのストレス」～「22 在宅看護との連携不足」までの【他職種との連携における困難】は2.80、「23 技術の実践機会が少ないことによる実践能力の低下」～「25 新しい医療・看護に関する知識獲得機会の少なさ」までの【学習活動の不足】は3.13であった。

2) 自由記載

日頃の看護実践で直面する問題の自由記述は、16名の看護職が記載しており、22コードが得られた。以下、コード

表3. 日頃の看護実践で直面する問題（自由記述）（n=22）

分類	コード数	主な記述内容
高齢者を中心とした患者と家族の状況	5	・高齢者世帯が多く、子どもさんは東京、大阪などキーパーソンが全くいない患者も増加している ・独居、老々介護、認々介護の世帯が多く、処置・治療等について遠方の家族と連絡をとる必要がある
医療従事者の高齢化	3	・緊急時に頭は思っても体が動かない事が増えた ・自分が高齢になって、判断がぶくぶくなっている不安がある
看護職の多様な背景がもたらす不協和	2	・昔からのやり方が主であり、私達が市外の病院でやってきたことを否定される ・「昔からこうだった」と言われ、受け入れてもらえない
看護の質が均一でない	2	・勤務年数や経験によって患者様への対応が異なるように感じる ・看護師間におけるレベルの差
看護職不足	2	・看護師不足により、業務が多忙
看護職の社会的評価の低さ	2	・看護師の職位の低さ ・賃金の安さ、同じ資格で差があるのが理解できない
知識や技術を活かす場がない	2	・専門的技術や知識を持っていても使う場がない ・緊急時の対応能力が個々で違い、技術向上のために努力しても皆が同じスキルを持ってよう発表する場がない（特に中途採用者）
学習機会の不足	1	・装具や医療器具が当院で扱っているものとは全く異なることがあり、扱いに戸惑うことがある
医療従事者のコミュニケーション不足	1	・医師・看護師・患者のコミュニケーション不足
看取り看護のありかた	1	・看取り看護のあり方
看護職の職業意識の低さ	1	・職位の低さによる看護師の職業意識の低さ

表4. 中山間地域と都市部の違い (n=84)

カテゴリー	サブカテゴリー(コード数)	コードの例
地域の違いを意識しない	地域にあった医療・看護の提供 (3)	・その地域にあった医療をしてほしい
	両者にメリット・デメリットが存在 (1)	・どちらにもメリット・デメリットがあると思う
都市部	高度な医療の提供	・専門性の高い医療の提供 (2) ・積極的な医療が可能 (1) ・急変時の速やかな対応 (1)
	豊富な人材を活用した医療の提供	豊富な人材で個別的な医療を提供 (2)
	多様な経験で知識・技術を向上	多様な経験ができる (2)
	先端医療の課題	最先端医療への疑問 (1) 在宅への継続看護が困難 (1)
	人間関係の厳しさ	上下関係が明確で厳しい (1)
	人的資源の不足	医療スタッフの不足 (8) 医師の代行業務が多い (1) スタッフの高齢化 (1)
中山間地域	看護師の業務負担が大きい	看護業務以外も担う必要がある (7) 看護業務の量が多い (1)
	人的・物的資源不足による提供できる医療の限界	提供できる医療に限界がある (5) 専門職の多様さは少ない (2)
	卒業後の教育体制に課題	研修機会の不足 (4) 看護技術の根拠が不足 (1) 知識不足 (1) 新人教育体制の課題 (1)
	医療の遅れによる提供医療の限界	医療の遅れ (5) 専門医への紹介が多い (1)
	医療の限界があるなか、看護力が求められる	医師不在を補う看護力が必要 (2) 全体をとらえる応用力が必要 (2) 幅広い知識が必要 (1) 自分の部署外の仕事もできる (1)
	患者との関係性が深い	患者との関係性が深い (3) 患者が病院慣れする (1)
	急変時の対応に限界がある	急変時の対応が異なる (3)
	医療は経営の影響を受ける	病院の経営面の問題 (2)
	設備整備が不十分である	設備整備が不十分 (2)
	職場の人間関係が狭い	人間関係が狭小 (2)
中山間地域	地域に密着した看護が提供できる	地域に密着した看護の提供 (2)
	患者の個別性にあつた医療・看護が提供できる	個別性にあつた医療・看護の提供 (2) 患者の社会的背景の理解が必須 (1)
	長期的な看護が求められる	外科的治療後や入所までの看護 (2)
	賃金が少ない	低賃金 (2)
	職務継続への配慮がある	職務が継続しやすい調整がある (1)
中山間地域	患者への敬意が示されない	患者への敬意が示されない (1)
	医療スタッフの力関係が異なる	医師の地位が高い (1)

を「」、分類を□で示した(表3)。

「高齢者世帯が多く、キーパーソンがいない」「遠方の家族と連絡をとる必要がある」など〔高齢者を中心とした患者と家族の状況〕が5コードで最も多かった。

残りの17コードは全て看護職をはじめとした医療従事者に関する内容であった。「緊急時に頭では思っても体が動かない事が増えた」など〔医療従事者の高齢化〕が3コード、「昔からのやり方が主であり、市外の病院でやってきたことを否定される」など〔看護職の多様な背景がもたらす不協和〕、「看護師間におけるレベルの差」など〔看護の質が均一でない〕、「看護職不足」〔看護職の社会的評価の低さ〕、「知識や技術を活かす場がない」がそれぞれ2コードであった。そのほか、〔学習機会の不足〕〔医療従事者のコミュニケーション不足〕〔看取り看護のありかた〕〔看護職の職業意識の低さ〕であった。

解決方法は5名の看護職が記載していた。「個人が向上心を持てるような教育や待遇」「定期的な学習の機会」など、看護職の学習機会の必要性が挙げられていた。

3. 中山間地域と都市部の違い

中山間地域と都市部の違いについて、自由記載の結果を表4に示した。中山間地域と都市部の違いは55名の看護職が記載しており、103コードが得られた。そのうち、説明している地域が不明な11コード、違いの内容が不明な8コードをのぞく84コードを分析対象とした。以下、コードを「」、サブカテゴリーを<>、カテゴリーを【】で示す。

都市部については、8サブカテゴリー、5カテゴリーにまとめることができた。【高度な医療の提供】【豊かな人材を活用した医療の提供】など、中山間地域に比べて高度で豊かな医療の状況を示すカテゴリーであった。その一方

で、「都市部では最先端医療が可能だが、それがよいとは限らない」「治療に集中しているため、在宅につなげた看護が難しい」からなる【先端医療の課題】などのカテゴリーもあった。

中山間地域については、31サブカテゴリー、18カテゴリーにまとめられた。その多くは【人的・物的資源不足による提供できる医療の限界】【医療の遅れによる提供医療の限界】【急変時の対応に限界がある】など中山間地域の医療の課題、【人的資源の不足】【看護師の業務負担が大きい】などマンパワーの問題、看護職の卒業後の継続教育の課題を示す【卒業後の教育体制に課題】という、カテゴリーであった。他方、<医師不在を補う看護力が必要><全体をとらえる応用力が必要>など【医療の限界があるなか、看護力が求められる】のほか、【患者との関係性が深い】【地域に密着した看護が提供できる】など、中山間地域の看護を肯定的に評価するカテゴリーもあった。

その他、<地域にあった医療・看護の提供><両者にメリット・デメリット>のサブカテゴリーからなる【地域の違いを意識しない】もあった。

IV 考察

1. 中山間地域の看護職が直面している問題

今回、中山間地域の看護職が日常の看護実践で直面している問題は、医療確保が困難な地域で働く看護師が直面する問題として先行研究⁵⁾で示された内容であった。これらの内容すべてにおいて、『感じる』と回答した者は半数を超えていた。カテゴリーによる区分においても、どのカテゴリーの平均点も2.8以上で、看護職の抱える問題が多岐にわたっていた。【高い質の医療確保が困難】【学習活動の不足】【マンパワーの不足】などのカテゴリーは特に問題と感じており、中山間地域と都市部の医療の違いの自由記述の内容とも一致するものであった。B市内の病院の看護職も、地域特性上の課題であるさまざまな問題を抱えていることが明らかになった。

しかし、中山間地域と都市部の医療の違いにおいては、中山間地域の看護を肯定的に評価する記述もあった。【医療の限界があるなか、看護力が求められる】【患者との関係性が深い】【地域に密着した看護が提供できる】【患者の個別性にあった医療・看護が提供できる】のカテゴリーである。都市部の病院の看護職は直接的医療ケアに関わることが多いが、へき地診療所の看護職は、ときには私生活にも関わるようなインフォーマルに近い内容を含めて、多岐にわたる業務に携わるなかで、患者との人間関係を深める⁷⁾ことが報告されている。中山間地域の医療現場は、医師不足や資源の不足を補う、さまざまな看護の力を高められる環境であるともいえる。

2. 中山間地域の看護職が必要としている継続教育とA大学の役割

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もつ「ジェネラリスト」であることが特徴である⁴⁾。そのため、少ない人数で多くの役割がある、中山間地域の看護職が直面する問題は、ルーラルナースの役割モデルの特徴でもある。病院完結型から地域完結型へと移行するわが国の医療システムにおいて、地域で活躍できる看護職の育成は喫緊の課題であり、地域の不利ともいえる特性を看護実践力向上に活用できる教育プログラムが求められている。高齢化率では半世紀先のわが国の状況を示すB市において構築しようとする看護職の継続教育プログラムは、わが国の医療過疎地域においても汎用性のあるものと考ええる。

近年では、地域で活躍する看護職の幅広い看護実践力を「プライマリ・ケアエキスパートナース」として育成するプログラム⁸⁾もある。医療過疎地域の病院が近隣の診療所や訪問看護ステーション等との連携した研修により、外来・入院・訪問と領域を横断して知識や技術を高め、介護も含めて多職種で連携できるジェネラリストを育成している。プライマリ・ケアエキスパートナースの育成は、多職種とも幅広く連携し、地域に貢献する看護師としての誇りとモチベーションを向上することを目的としている。中山間地域の医療現場を逆境ではなく、看護職の看護実践力を高める場となるよう、地域特性上の課題をふまえた強みのある継続教育プログラムの構築が必要である。

中山間地域の病院に勤務する看護職の継続教育には、都市部で実施される研修の受講の難しさが背景にある。そのため、地域の病院それぞれの特徴や得意な領域での教育力を活用し、地域で補い合える教育体制の構築によって、B市内で受講可能な教育プログラムとなることが望まれる。そして、プログラム構築における課題の解決や教育体制づくりのファシリテーターとしての役割がA大学に求められている。中山間地域の医療機関の看護専門職が抱える実状を理解し、B市内の病院の連携・協力のもと、状況に応じた継続教育プログラムを検討していくことが今後の課題である。

V 本研究の限界と課題

本研究結果は、C県B市の病院に勤務する看護職を対象とした調査であるため、中山間地域の看護職の状況として一般化することはできない。今後、高齢者施設、診療所や訪問看護ステーションなど、中山間地域にある多様な看護の場に勤務する看護職を対象とした調査を実施し、中山間地域の看護職のおかれている状況の理解と実情に応じた継続教育プログラムの検討が課題である。

謝辞

本研究にご協力いただきましたB市内病院の管理者の皆さま、ならびに看護職の皆さまに心から感謝申し上げます。

なお、本研究は、日本看護学教育学会第28回学術集会において発表した内容に加筆修正したものである。

文献

- 1) 内閣府: 第1章高齢化の状況. 平成28年版高齢社会白書(概要版), 2017.8.18.アクセス,
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/sl_1.html
- 2) 岡山県: 岡山県就業市町村別看護職員数. 看護職員業務従事者届(平成26年12月31日現在), 2017.9.13.アクセス,
<http://www.pref.okayama.jp/page/441725.html>
- 3) 新見市地域医療ミーティング推進協議会: 新見市の医療を考える 新見市地域医療ミーティング推進協議会の取組から, 2017.8.18.アクセス, <http://medical-niimi.jp/pdf/activity/localmeeting.pdf>
- 4) 大平肇子, 小林文子, 吉岡多美子, 他5名: 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. 三重県立看護大学紀要, 6, 75-84, 2002.
- 5) 中川早紀子, 高瀬美由紀: 日本におけるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題. 日本看護研究学会雑誌, 39(4), 105-113, 2016.
- 6) 公益社団法人日本看護協会: 「看護師のクリニカルリーダー(日本看護協会版)」活用の推進. 2017.9.13.アクセス, <https://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/>
- 7) 吉岡多美子, 小林文子, 大平肇子他5名: ルーラルナーシングにおける専門家役割モデルの検証. 三重県立看護大学紀要, 6, 85-94, 2002.
- 8) 澁谷咲子, 西田智珠: 三重県のプライマリ・ケアエキスパートナース. 看護展望, 42(7), 32-139, 2017.