

沖縄県小離島在住の高齢者の入院支援における看護師の役割  
— 離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践から —

坂東瑠美 大湾明美 山口初代 佐久川政吉

The role of nurses in facilitating hospitalization for the elderly residents  
of remote islands in Okinawa prefecture: Off-island “support delivery”  
by nurses from remote-island clinics as nursing practice

Rumi Bando, Akemi Ohwan, Hatsuyo Yamaguchi, Masayoshi Sakugawa

沖縄県立看護大学, 紀 要 第17号別刷

2016年3月

JOURNAL of  
Okinawa Prefectural College of Nursing No.17  
March 2016

原著

## 沖縄県小離島在住の高齢者の入院支援における看護師の役割 —離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践から—

坂東瑠美<sup>1</sup> 大湾明美<sup>2</sup> 山口初代<sup>2</sup> 佐久川政吉<sup>2</sup>

【目的】本研究の目的は、小離島在住の高齢者の生活の場の継続を支援するために、離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践から、支援の対象と連携・調整を明らかにし、看護師の役割を見だし、ルーラルナーシングの役割を再考することである。

【方法】離島診療所看護師5名の研究協力者に、「送り出す支援」の対象となった高齢者13事例について、半構造化した面接調査を実施した。方法は、事例ごとに送り出す支援プロセスで支援内容を、支援の対象と連携・調整について抽出し、帰納的に分析した。

【結果】1. 離島診療所看護師の送り出す支援の対象は、高齢者本人、島内外の家族、診療所医師、および島内外の関係者（知人・友人・隣人や島外専門職など）であり、支援内容は、《受診勧奨》、《支援者探し》、《救急対応協力依頼》、《島外の受診協力の調整》、《島に残される家族の対応調整》、《退院後の生活調整》、《生活情報提供》、《島外までの付き添いの調整と依頼》等であった。2. 離島診療所看護師の送り出す支援における連携・調整は、受診病院探しや受診協力の調整などの《受診のつなぎ》、医療情報や生活情報の《情報のつなぎ》、治療方針の相談などの《治療方針のつなぎ》、見守りの調整や生活支援のための支援者探しや残される家族の生活の調整などの《生活支援のためのつなぎ》であった。

【結論】小離島における高齢者の入院支援における看護師の役割は、島内外の専門職・非専門職を支援し支援者にする「地域のスペシャリスト」であり、連携・調整をとおして、地域のなかで地域の人々とケアをつくる「地域づくりのマネージャー」であることが示唆された。

キーワード：小離島、高齢者、入院支援、診療所看護師の役割

### I はじめに

我が国では、2006年4月の介護保険制度と医療保険制度の同時改正により、医療機関の機能分化と病院内外での相互の連携や在宅療養の推進が強化された。2012年には、社会保障制度改革推進法が制定され、高齢者ケアにおいては、住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活の継続を支援するために「地域包括ケアシステム構築」が推進されている（厚生労働省、2015）。しかし、複数の疾患を抱え、高いセルフケアを必要とされる高齢者が、医療や介護の支援を受けながら家族や関係者との折り合いをつけ、住み慣れた地域で望む生活を継続することは容易なことではない。特に高齢者が、入院という危機的状態を乗り越え元の地域の生活に

戻るには、日頃からの高齢者の「生活の場」を拠点としたケアの実践が必要である。

E.L.Brown (1967) は、「入院は、最も大きな環境の変化であり、'病気の役割'を余儀なくとらされ、自我 (ego) に対してひどい打撃を受ける」と、入院によるダメージを指摘している。また、斉藤ら (1997) は、高齢者のリロケーションについて、「高齢者が再び元の生活の適応を試みる際に、身体的だけでなく、生活面でもこれまでの価値観や社会的役割の変容を迫られる」と報告している。このように、高齢者にとって入院による環境の変化は、大きなダメージを受けやすい。特に、離島を含む過疎地域では、入院を契機として要介護状態になると住み慣れた地域に戻れないままであることが明らかにされている (杉井, 2015)。

ところで、沖縄県の小離島の診療所には、入院施設はなく、入院が必要になれば島外に送り

<sup>1</sup> NPO法人いけま福祉支援センター

<sup>2</sup> 沖縄県立看護大学

出される。一度島を離れ入院した高齢者は、要介護状態になると、家族介護や介護サービスの脆弱な島に戻ることは容易ではない。高齢者やその家族にとって、住み慣れた島での「生活の場」から島外の病院での「医療の場」へ生活を移行する入院は、身体的・精神的・社会的な負担が大きい。そのため、離島診療所看護師（以下、看護師とする）は、高齢者のリロケーションによるダメージを最小限にし、「生活の場」に戻れるような入院支援（「送り出す支援」）が重要であると考えられる。

小離島は、入院施設がないという物的資源の脆弱さ、専門職が限定されているという人的資源の脆弱さ、および独居高齢者や高齢者世帯の割合が高いことによる家族機能の脆弱さがある（堀越ら，2013；佐久川ら，2003）。そのため、看護師は、高齢者の生活の場での日常的な健康管理から入院の必要な事象が発生し、島外の病院への入院までの全プロセスで医療支援と生活支援を対象の個別性に合わせて、隙間なく実践しなければならない。

先行研究で大平らはルーラルナーシングの役割モデルを提示し、大都市、中都市とルーラル地域では、人口サイズと保健医療福祉などに関わる人数が異なることを示している（大平ら，2002）。ルーラル地域である小離島は、人口サイズが特に小さく保健医療福祉の専門職も限定されている。そのような小離島における入院支援においては、支援の対象と連携・調整がキーワードになると考えられた。小離島から島外への「送り出す支援」は、誰にどのように支援をしているのか（支援の対象）、どのような連携・調整が行われているのか（連携・調整）を検討する必要があると考えた。

本研究の目的は、小離島在住の高齢者の生活の場の継続を支援するために、離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践から、支援の対象と連携・調整を明らかにし看護

師の役割を見だし、ルーラルナーシングの役割を再考することである。

#### 用語の定義

小離島：架橋のない人口3,000人未満で、入院施設はなく保健医療専門職は診療所医師1名、看護師1名、保健師1～2名の島

送り出す支援：入院支援のことで、入院が必要となった事例で離島診療所医師により入院が決定してから島外医療機関に入院するまでの看護師の実践

## II 研究方法

### 1. 研究協力者

研究協力者の選定は、県立離島診療所16カ所のうち、A病院の附属診療所7カ所中、准看護師配置の1カ所を除く6カ所の診療所（平成20年6月）の看護師で、研究で指定した期間中（平成19年6月1日～平成20年5月末日）に送り出す支援の事例のない1名を除いた看護師5名であった。研究協力者は、全て県内出身者の40～50代の女性で、いずれも20年以上の看護師臨床経験を有していた。離島での勤務は、夫の仕事を機に島に移住した勤務年数30年の看護師1名の他4名は、自らの希望による離島診療所勤務であった。その理由は、「病院の看護実践への疑問」、「三交替勤務の身体的負担」、「看護観や自らを見つめなおしたい」、「過去の離島看護の体験から影響を受け、再び希望した」であった。

送り出す支援の事例は、緊急性や搬送方法は問わず、診療所から島外の病院に入院予定で送り出した65歳以上の高齢者とした。その結果、13事例があがった。

### 2. データ収集

データ収集は、関係資料から勤務先の小離島の概要、診療所の概要を把握した後に、研究協

力者に事例ごとに1事例1時間以内を原則に、事例数に合わせ看護師に半構造化した面接調査を行った。

面接内容は、事例の概要、診療所での事例の日常的な看護師の支援、入院支援時の健康状態、送り出す支援の内容であった。研究協力者には、調査票を事前に郵送し、事前記載の可能な部分は記載を依頼した。そして、面接に向けた事例の記憶などを想起した後に面接に望んだ。面接内容は、テープに録音し逐語録を起し、事例ごとに個票を作成し、データに不足のある場合には内容を補足するために2度目の面接調査を実施した。逐語録のデータは、研究協力者に郵送して加筆修正を依頼し、事例ごとのデータを完成させた。

### 3. 分析方法

分析は、小離島の概要、診療所の概要を概観した後、事例の個票をもとに、事例の概要、日常的な事例への看護師の支援を整理し、送り出す支援の内容から看護師の役割を抽出した。送り出す支援の内容は、「問題発生から診療所来所までの支援」、「診療所来所から入院決定までの支援」、「入院決定から島外出発までの支援」、「島外出発から本島病院入院までの支援」と時系列に整理した。支援内容を事例ごとの支援プロセスから、支援の対象ごとと連携・調整についてセンテンスを抜き出し、類似した支援内容を集めて看護師の役割として命名した。文中、支援内容は〈 〉、役割機能は《 》で示す。

### 4. 倫理的配慮

診療所支援病院の病院長および看護部長には、研究の趣旨および研究の目的・方法・調査内容の概要を文書と口頭で説明し同意を得た。診療所医師には、支援病院長から口頭で研究の趣旨を伝え同意を得た。研究協力者には、電話で研究の趣旨を説明し、文書で研究参加の依頼し、

協力の同意を得た後、研究の該当事例の有無を確認し、該当事例ごとの面接調査を依頼した。面接を開始する前に、再度、研究の趣旨および方法などを説明し同意を得てから面接を開始した。

研究協力者には、研究への参加は自由意志であること、途中辞退も可能であること、得られたすべての情報は本研究以外の目的で使用されることはないこと、プライバシーを保護し、対象者個人が特定されるような情報を公表しないこと、研究者以外に漏れることがない事を約束した。なお、本研究は沖縄県立看護大学の倫理審査において承認を得た（承認番号08002）。

## III 結果

### 1. 送り出す支援の事例概要

13事例は、70代が5事例、80代が8事例で、性別は、男性が6事例、女性が7事例であった（表1）。世帯構成は、独居世帯が5事例、老夫婦世帯が2事例、その他の世帯が6事例であった。既往歴は、1事例を除く12事例があり、入院歴ありは9事例、入院歴なしは4事例であった。

送り出す支援前の診療所との関わりでは、定期通院が11事例、通院歴なしが2事例であった。看護師は、定期通院11事例中、9事例について「気にしているケース」とし、そのうち2事例については、診療外にボランティア訪問（主体的な事例宅訪問で無報酬による看護活動）をしていた。その内容は、認知機能の低下があり内服管理や生活習慣の指導事例、入退院を繰り返しているため、内服管理や要介護認定を勧めている等であった。

送り出す支援の事象発生から島外送り出しまでの期間は、13事例中、当日4事例、翌日7事例であった。搬送方法は、定期船8事例（乗客船5、フェリー3）、ヘリ5事例（民間機Upits 3、自衛隊機2）であった。送り出しの

表 1 送り出す支援の事例概要

事例	基本属性					過去の医療情報		「送り出す支援」前の診療所との関わり		事象発生から島外送り出しの期間	搬送方法	送り出しの理由
	年齢	性別	世帯構成	介護度	認知機能の程度	既往歴	入院歴	通院状況	看護師が捉えていた事例			
1	80代	女	同居	なし	自立	うつ病	あり	なし	—	2日 (翌日)	定期船 (乗客船)	腎盂腎炎・ 高熱
2	80代	女	独居	なし	自立	なし	なし	なし	—	2日 (翌日)	定期船 (フェリー)	右手首の 骨折
3	80代	女	独居	なし	自立	膝関節症, 骨粗鬆症, 胃腸炎, 戦争時のケガ	あり	月1回通院 (定期通院)	—	1日 (当日)	定期船 (フェリー)	急性腹症
4	80代	男	同居	なし	IIa	糖尿病, 狭心症, 大腸癌 (ストマ造設)	あり	月1回通院 (定期通院)	認知機能の低下 があり、内服管理 や生活習慣の指 導のために介入 していた	2日 (翌日)	定期船 (乗客船)	狭心症 (心臓カ テーテル 検査目的)
5	80代	女	独居	介護1	自立	骨粗鬆症	なし	月1回通院 (定期通院)	独居高齢者のた め気になっていた	2日 (翌日)	定期船 (乗客船)	消化管出 血疑い (貧血精査 目的)
6	80代	女	老夫婦	なし	自立	多発性脳梗塞 骨粗鬆症 不安神経症	あり	月1回通院 (定期通院)	要介護で老夫婦 世帯のため気にな っていた	2日 (翌日)	ヘリ (民間機 Upits)	外傷性く も膜下出 血・頭部外 傷
7	80代	男	同居	なし	I	胃癌 腰痛	あり	3ヶ月1回 通院 (定期通院)	通院外で月1回 は診療所に顔を 出していたため 気になっていた	9日	定期船 (乗客船)	消化器系 癌疑い (便鮮血精 査・胃腸カ メラ目的)
8	70代	女	同居	なし	自立	高血圧 難聴 変形性膝関節症	あり	月1回通院 (定期通院)	—	1日 (当日)	ヘリ (自衛隊機)	発熱・軽度 意識障害
9	70代	男	同居	なし	自立	心筋梗塞 高血圧 胃腸炎	あり	月1回通院 (定期通院)	1ヶ月前に急患 搬送され入院し たため気になっ ていた	1日 (当日)	ヘリ (民間機 Upits)	心筋梗塞
10	70代	女	同居	なし	IIb	大腸癌、腎不全 心不全、高血圧 糖尿病、膝痛	あり	月1回通院 又は往診	入退院を繰り返 していたため訪 問し、内服管理 指導や要介護認 定の勧めのため に介入していた	2日 (翌日)	定期船 (フェリー)	大腸癌術 後、腎臓カ テーテル 交換
11	70代	男	独居	なし	自立	高血圧	なし	月1回通院 (定期通院)	独居で金銭やア ルコールの問題 があったため気 になっていた	2日 (翌日)	ヘリ (民間機 Upits)	肺炎
12	80代	男	独居	介護1	IIa	肝癌、高血圧症 COPD,ASO	あり	月1回通院 (定期通院)	独居で、終末期 の療養で帰島し たばかりのため 気になっていた	8日	定期船 (乗客船)	肝臓癌・閉 塞性動脈 硬化症
13	70代	男	老夫婦	なし	自立	肥満、高血圧症 高脂血症 高尿酸血症	なし	月1回通院 (定期通院)	定期以外に不定 期に受診するた め気になっていた	1日 (当日)	ヘリ (自衛隊機)	意識障害・ 脳梗塞

理由は、検査目的、外傷・骨折、内科疾患などであった。

## 2. 送り出す支援における対象ごとの看護師の役割

看護師が実施した送り出す支援における看護師の支援の対象は、高齢者本人、島内外の家族、診療所医師、島内外の関係者であった。対象ごとの送り出す支援内容から看護師の役割を検討した(図1)。

高齢者本人への役割には、「問題発生から診療所来所までの支援」では、《高齢者情報の把握》による《緊急性の予測》をし、《応急処置と診療介助》と《見守り》をしつつ、《診療所への受診準備と受診勧奨》しながら《診療所への搬送方法の判断と確保》があった。「診療所来所から入院決定までの支援」では、《高齢者情報の把握》を行い《バイタルサイン測定と診療介

助》、《日常生活の介助》をしながら《島外への受診の意向確認と受診勧奨》と《支援者探し》があった。「入院決定から島外出発までの支援」では、《声かけ・励まし》ながら《島外出発までの健康管理》が加わっていた。「入院決定から島外出発までの支援」では《受診病院への高齢者情報の提供》があった。

島内外の家族への役割には、診療所来所までの《応急処置の指導》と《救急対応協力の依頼》があり、診療所では《医療情報提供》し、受診に関する意向、方法や協力の調整をしていた。そして、《島に残される家族の対応調整》と《付き添う家族の調整》を行い、《入院中の相談先の紹介》、《退院後の生活調整》などがあった。

診療所医師への役割には、《高齢者の情報提供》と《緊急訪問依頼》があり、《治療方針の相談》があった。

島内関係者と島外関係者への役割には、役場

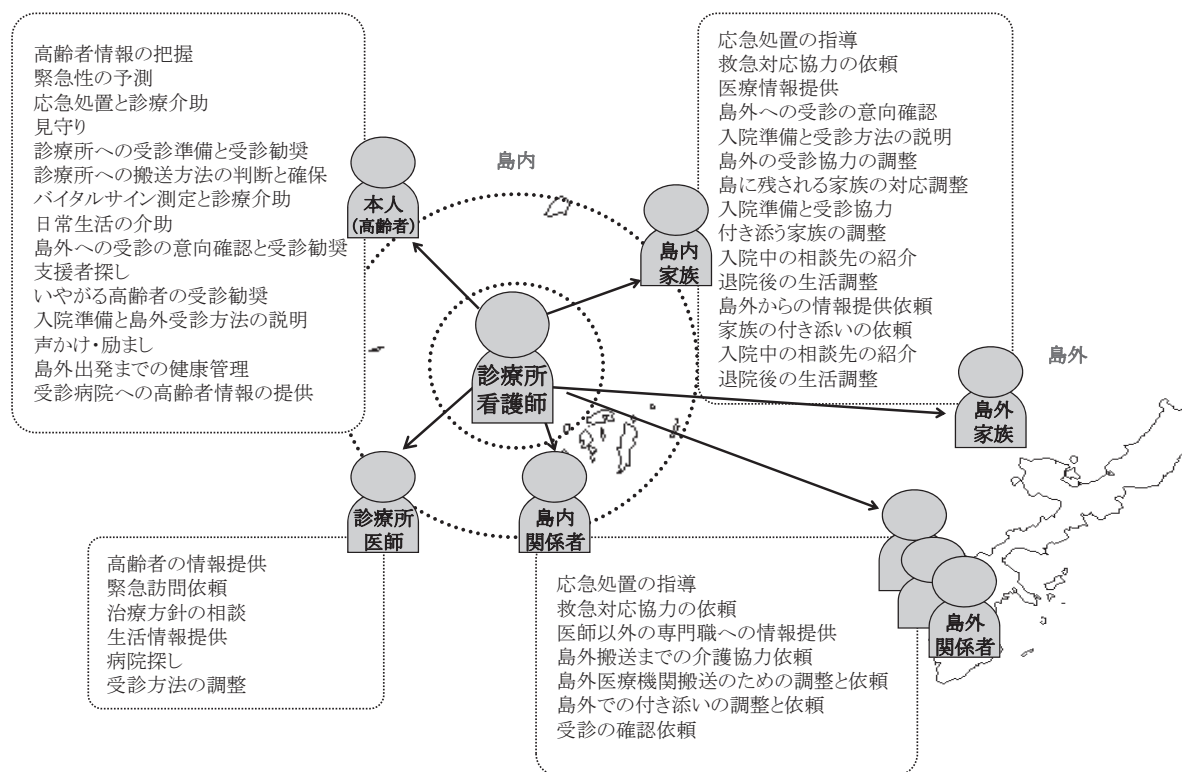


図1 送り出す支援における対象ごとの看護師の役割

職員や親戚などに対し、《応急処置の指導》、《緊急対応協力の依頼》を行い、《島外搬送までの介護協力依頼》、《島外での付き添いの調整と依頼》があった。また、島外病院の地域連携室看護師には、《医師以外の専門職への情報提供》、《受診の確認依頼》があった。

#### (事例紹介)

事例5 80代 女性 独居

高齢者本人は、島内に家族はいない。島外の息子は病院療養中であった。

診療所に嘔吐・胸痛で受診し、検査結果、貧血がひどく、医師は消化管出血を疑い、精密検査のための入院が必要と判断した。しかし、高齢者は、《島外受診への意向確認と受診勧奨》をすると、島外受診を渋っていた。

看護師は、高齢者に《いやがる高齢者の受診勧奨》をしつつ、《支援者探し》として島外に娘がいることを知っていたので、その娘に相談し、《入院準備と受診協力》、《付き添う家族の調整》を行った。緊急入院ではないため、入院日までの島内での生活支援が必要であり、島内での生活支援のための《支援者探し》をし、近隣や知人に食事と夜間の見守りを依頼した。また、親戚が来島していることを住民から聞き、その親戚に事情を説明し食事やトイレ移動などの介助を依頼した。《島外出発までの健康管理》として、看護師自身は、服薬管理や安否確認、生活状況把握のためボランティアで毎日訪問した。

看護師は、赴任したばかりの医師に、高齢者の家族関係やつながりの関係者の情報だけでなく、島での救急対応方法や搬送体制、天候状況や点滴の薬液の在庫状況など《生活情報提供》をしていた。

島内の医療支援は、診療所医師と看護師、生活支援は、近隣、知人、親戚が行い、島外の支援は娘と島外在住の孫が支援者となり、問題発生から1ヶ月後に検査入院となった。

### 3. 送り出す支援における連携・調整の看護師の役割

送り出す支援の全プロセスで連携・調整に関する看護師の役割について検討した。連携・調整に関する役割は、《受診のつなぎ》、《情報のつなぎ》、《治療方針のつなぎ》、《生活支援のつなぎ》が抽出された(図2)。

《受診のつなぎ》の役割には、診療所受診のための〈受診勧奨〉や〈受診相談〉、入院決定までの〈受診病院探し〉、〈受診協力の調整〉、〈受診方法の相談・調整〉、島外出発までの〈受診日程の調整〉、本島病院入院まで〈受診の付き添いの検討〉、〈受診までの搬送方法の相談・連絡〉、〈受診までの役割分担〉の支援内容が含まれていた。

《情報のつなぎ》の役割には、問題発生から島外出発まで島外病院の地域連携室看護師へ〈医療情報収集〉と〈医療情報提供〉、〈生活情報収集〉、〈生活情報提供〉の支援内容が含まれていた。

《治療方針のつなぎ》の役割には、入院決定を巡って、医師と〈治療方針の相談〉があった。

《生活支援のつなぎ》の役割には、高齢者本人が診療所に来所するまでの〈見守りの調整〉、本島病院受診までの〈生活支援のための支援者探し〉、〈(生活支援のための)サービスの相談・調整〉、そして〈退院後の生活支援の提案〉、島に〈残される家族の生活支援の相談〉の支援内容があった。

#### (事例紹介)

事例1 80代 女性 息子と2人暮らし

高齢者本人は、知的障害の息子と暮らしていた。長年、診療所の受診はなかったが、うつ病で島外の病院で最近1ヶ月の入院経験があったことを看護師は把握していた。島外在住の娘が、病後の母親を心配して週末に来島した時、高熱で動けなくなっている母親を発見し、夜間に診療所を時間外受診をした。診察結果、腎盂腎炎

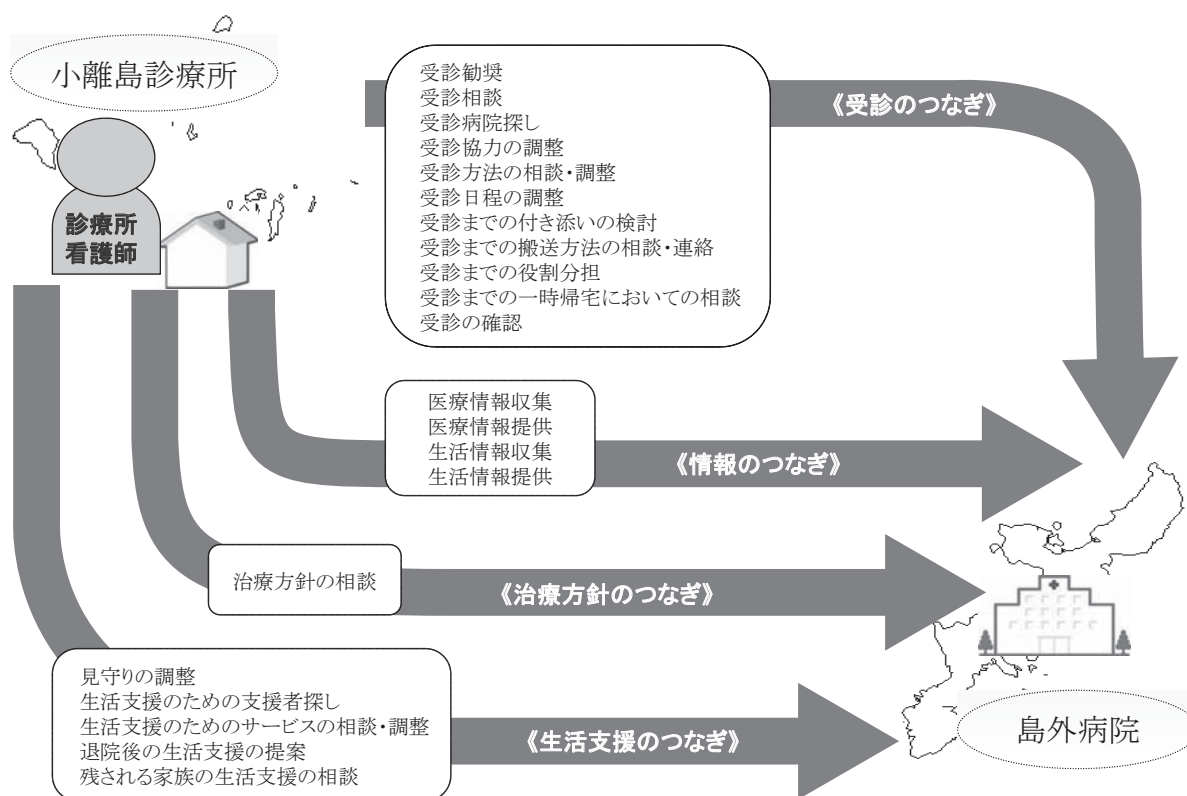


図2 送り出す支援における連携・調整の看護師の役割

が疑われ、専門医による治療は必要と判断した。

看護師は、娘から今までの〈生活情報収集〉や受診状況などの〈医療情報収集〉と高齢者に意向を確認した。高齢者は残される息子のことを心配し島外入院をためらっていたが、娘が心配しているので島外病院受診を承諾した。息子については、娘と〈残される家族の生活支援の相談〉をし、〈生活支援のための支援者探し〉をして、親戚に娘から具体的な支援内容を依頼することにした。

また、救急搬送の判断に迷っている医師に対し、看護師は、島での救急対応方法や搬送体制、点滴の薬液の在庫状況などの〈医療情報提供〉を行った。また、役場職員に天候状況と陸路空路それぞれの移動予測の確認と事例のこれまでの〈生活情報収集〉を行い、医師へ〈生活情報提供〉をしながら〈治療方針の相談〉をした。そして、急患搬送システムと急患担当医師を紹介

し、相談することを提案した。医師は、急患担当医師に相談し、急患搬送は適応外であるが専門医の受診は必要という助言を得た。

定期船出航時間まで診療所での経過観察と点滴治療を行い、本人は娘と島外へ船で渡り入院した。看護師は、入院先の地域連携室看護師へ連絡し、高齢者の〈医療情報提供〉だけでなく、島内から娘が付き添っていること、下船後は港で親戚の甥が車で病院まで移送することなど〈生活情報提供〉していた。

#### IV 考察

##### 1. 小離島在住の高齢者の入院支援における看護師の役割

高齢者の送り出す支援プロセスの支援内容から、支援の対象と連携・調整について看護師の役割を検討した。

支援の対象として、高齢者本人を中心に、島



内外の家族、診療所医師、そして知人、友人、近隣などの関係者および島外の専門職を含めていた。そして、その人々への支援を通して、高齢者の送り出す支援の協力者になっていた。特に、診療所医師への支援として、より詳しく高齢者の生活情報を提供し、天候や搬送体制など地域の実情から診療所機能の限界を伝え、救急対応方法や医師同士の相談システム紹介などを実践していた。これは、医師1人、看護師1人の小離島では、最善な治療方針が立つように、看護師は、多様な生活の情報提供者として、相談相手として重要な役割を担っていることが示唆された。

看護師は、小離島の持つ狭小性、環海性、遠隔性をもたらす人的資源と物的資源の特徴を知り尽くしていたからこそ、高齢者本人への支援だけでなく、島内外の家族、診療所医師、島内外の関係者へと支援の対象を広げていたと推察された。それを可能にしているのは、地域のことをよく知り、その情報を活用する「地域のスペシャリスト」の役割を発揮していると考えられた。

連携・調整に関する看護師の役割については、連携の対象や場から捉えた役割ではなく支援内容から検討した。看護師は、高齢者の個別ニーズに合わせ、《受診のつなぎ》、《情報のつなぎ》、《治療方針のつなぎ》、《生活支援のつなぎ》と、多様な「つなぎ」のための連携・調整を実践していた。特に、《生活支援のつなぎ》では、高齢者本人だけでなく、島に残される家族の生活もつなぐ支援をし、高齢者が安心して入院治療に専念できる環境づくりであった。看護師の連携・調整による多様なつなぎは、高齢者にとってのリロケーションのダメージを最小限にし、島外での入院生活への移行と効果的な治療ケアの継続のための支援と推察された。看護師の入院支援は、高齢者の「医療の場」の継続の支援であり、同時に、「生活の場」の継続の支援で

あり、多様な人を医療と生活の連続性のために調整・連携の役割が重要であると考えられた。

診療所における看護師の役割に関する文献検討（大島ら，2015）では、医師との連携、看護師間の連携、他院との連携、近隣病院と診療所との連携、連携による活動、多職種との連携、関係機関との連携、拠点病院との連携、派遣病院との連携など看護師の役割として連携が多くあがっていた。また、へき地診療所において発展させるべき看護活動として5項目挙げ、そのうち、在宅ケアチームの一員としての関係機関との連携、市町村保健師との協働活動、救急時の対応と拠点病院との連携の3項目があった（鈴木ら，2004）。これらは、看護師の役割として、日常・非日常での連携・調整の重要性を報告していた。

看護師は、日常・非日常での連携・協働をおして、地域のなかで地域の人々とケアをつくるために、「地域ケアづくりのマネージャー」の役割があると考えられた。

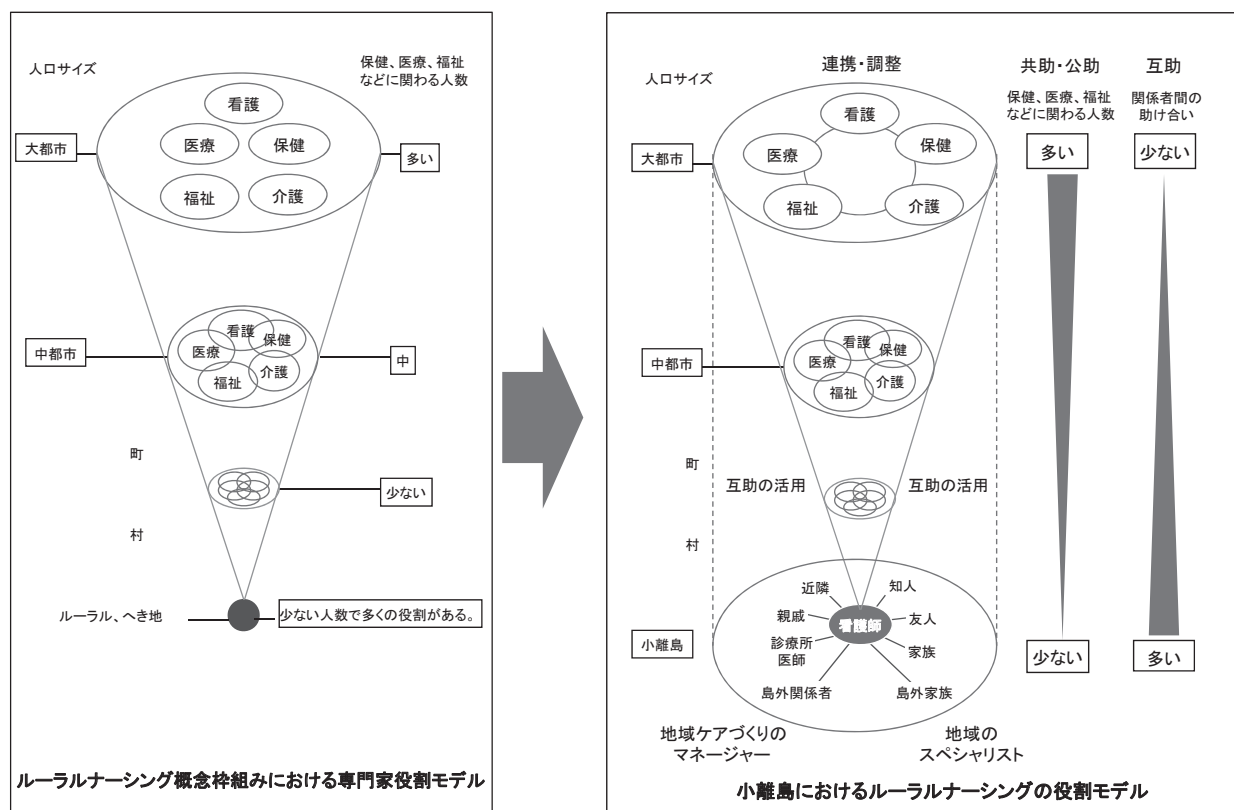
## 2. 小離島の入院支援からみえたルーラルナーシングの役割モデル

都市地域では、救急車搬送による緊急入院時の入院支援、陸路による移動での外来受診から始まる入院支援がシステム化され、看護師の役割は多様な専門職と明確に分担されている。しかし、小離島で勤務する看護師が高齢者の入院という事象を支援するためには、高齢者の暮らしを支える人々、つまりフォーマルな専門職（診療所医師、島内外の専門職）に加え、インフォーマルな関係者（島内外の家族・親族・知人・友人・近隣など）のすべてを支援者にするために包括的にアセスメントされ、入院先の病院の玄関にたどり着くまで多様な役割があった。

大平らは、日本におけるルーラルナーシングの役割モデルを提示し（大平ら，2002年）、その役割モデルを用いた検証した（吉岡

ら、2002)。そのモデルで示されているルーラルナーシングは、保健医療福祉介護の専門職役割を多機能に担っていたことからそのモデルを支持していた。しかし、今回の高齢者の入院支援における看護師の役割は、多様な専門職役割に加え、高齢者を取り巻くインフォーマルな関係者「互助」への支援が加わっていた。つまり、大都市での強みは保健医療福祉の専門職が多いことであり、小離島を含めたルーラルでの強みは、看護師の多様な役割により近隣、知人、友人などインフォーマルな関係者「互助」の活用が可能であり、地域によるケアが実践できることが示唆された。それを可能にしているのは、看護師が生活者として「地域のスペシャリスト」であり、専門職として「地域ケアづくりのマネージャー」であることが必要であると考えられた(図3)。

我が国は、超高齢社会で地域包括ケアシステム構築に向け、専門職だけでなく、つながりのある関係者である知人・友人・近隣など「互助」の活用が期待されている(厚労省)。また、大湾(2008)は、小離島における在宅ターミナルケア実現のための看護職の役割として、支援者にインフォーマルな関係者(つながりのある関係者)を加えることを述べている。高齢者の保健医療福祉介護ニーズが多様化するなかで、小離島の看護師の役割は、「地域のスペシャリスト」と「地域ケアづくりのマネージャー」として、専門職が限定された小離島において、インフォーマルな関係者もケアに取り込むことで、地域包括ケアシステム構築に役割が果たせることが示唆された。



大平他(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, 三重県立看護大学紀要, 6, p83より引用

図3 小離島におけるルーラルナーシングの役割モデルの拡大

### 3. 小離島の特徴を活かした看護師の役割拡大の可能性と課題

野口 (2014) は、看護職の役割拡大の重要性を述べ、「看護職の役割拡大が島の看護ではできない」とし、その役割拡大のためには、住民に巻き込まれ学び合うことが必要であると提言している。一方、看護師の多様な役割ゆえの「へき地診療所看護業務の困難さ」の課題もある(関山ら, 2015) と指摘し、その支援についても具体的に提示していた。

看護師が小離島で役割を拡大するためには、住民からの学びと専門職からの学びの双方の必要性が示唆された。そのためには、住民は支援の対象としてのとらえ方だけでなく支援をつくる対象としてのとらえ方の拡がりの視点と、小離島の特徴からくる役割を熟知した専門職による教育が必要と考えた。

### 4. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究は、「送り出す支援」の実践として離島の診療所看護師からの過去1年間での入院支援をした事例について事例数を問わず面接により支援内容を確認した。そのため、過去の記憶による面接内容の信憑性には限界がある。しかし、本研究から、離島の診療所看護師が担っている多様な役割から、ルーラルナーシングの役割モデルが再考された。

今後は、小離島在住高齢者の「生活の場」の継続を支援するために再考されたルーラルナーシングの役割モデルの検証と修正が課題である。

## V 結論

本研究の目的は、小離島在住の高齢者の生活の場の継続を支援するために、離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践から、支援の対象とその連携・調整を明らかにし、ルーラルナーシングの役割を再考することであった。

その結果から、高齢者の入院支援における看護師の役割として以下のことが明らかになった。

1. 離島診療所看護師の送り出す支援の対象は、高齢者本人、島内外の家族、診療所医師、および島内外の関係者(知人・友人・隣人の非専門職や島外専門職など)であった。
2. 高齢者本人への支援内容は、《高齢者情報の把握》、《受診勧奨》、《支援者探し》等であった。島内外の家族への支援内容は、《救急対応協力依頼》、《島外の受診協力の調整》、《島に残される家族の対応調整》、《退院後の生活調整》等であった。診療所医師には、《生活情報提供》等、島内外の関係者には、《救急対応協力依頼》、《島外までの付き添いの調整と依頼》等であった。
3. 離島診療所看護師の送り出す支援における連携・調整は、受診病院探しや受診協力の調整などの《受診のつなぎ》、医療情報や生活情報の《情報のつなぎ》、治療方針の相談などの《治療方針のつなぎ》、見守りの調整や生活支援のための支援者探しや残される家族の生活の調整などの《生活支援のためのつなぎ》であった。
4. 小離島における高齢者の入院支援における看護師の役割は、地域のことをよく知りその情報を活用する、つまり島内外の専門職・非専門職を支援し支援者にする「地域のスペシャリスト」であり、日常・非日常での連携・協働をとおして、地域のなかで地域の人々とケアをつくる「地域ケアづくりのマネージャー」であることが示唆された。
5. 再考されたルーラルナーシングの役割モデルを検証することにより、看護の役割拡大が期待できる。

## 文献

E.L.Brown. (1966/1967) .小林富美子, 宇

- 川和子. (訳), 患者ケアの問題点と新しい方向1, 初版, 10, 医学書院, 東京.
- 堀越直子, 桑原雄樹, 田口敦子, 永田智子, 村嶋幸代. (2013). 離島で暮らす高齢者の在宅療養・死亡場所にかかわる特徴—入院施設の有無に着目して—, 日本公衆衛生雑誌, 60 (7), 412-421.
- 厚生労働省. (2015). 地域包括ケアシステム. [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) (2015年10月14日現在)
- 野口美和子. (2014). 島しょに求められる看護職者の役割拡大, 日本ルーラルナーシング学会誌, 9,65-68.
- 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. (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, 三重県立看護大学紀要, 6,75-84.
- 大島操, 新居富士美, 安部恭子. (2015). 診療所における看護師の役割に関する文献的検討, 九州看護福祉大学紀要, 15 (1), 81-89.
- 大湾明美, 坂東瑠美, 佐久川政吉, 呉地祥友里, 上原綾子. (2008). 小離島における「在宅死」の実現要因から探る看護職者の役割機能—南大東島の在宅ターミナルケアの支援者たちの支援内容から—, 沖縄県立看護大学紀要, 9,11-19.
- 斉藤民, 吉田亨. (1997). 高齢者のリロケーションと適応, 保健の科学, 39(4), 226-230.
- 佐久川政吉, 大湾明美, 村上恭子, 大川嶺子, 伊藤幸子. (2003). 沖縄県—離島における介護保険サービスに関する研究—H島における要介護高齢者の在宅サービス2年間の実態—, 沖縄県立看護大学紀要, 4,110-117.
- 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. (2015). 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, 日本ルーラルナーシング学会誌, 10,31-39.
- 杉井たつ子. (2015). 過疎地域から転出した要介護・要支援者の分析, 日本公衆衛生学会誌, 62(8), 412-420.
- 鈴木久美子, 田中幸子, 岸恵美子, 春山早苗, 篠澤侁子. (2004). 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.
- 塚本友栄, 関山友子, 島田裕子, 工藤奈織美, 小川朋子, 鈴木久美子, 成田伸, 春山早苗, 後藤光代, 小谷妙子, 渡邊芳江, 福田順子, 工藤祝子, 山本恵美子, 宮田直美. (2011). 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, 日本ルーラルナーシング学会誌, 6,17-33.
- 安田貴恵子, 御子柴裕子, 小林理恵子, 酒井久美子, 嶋澤順子, 和光由起, 手島聖子. (2008). 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.
- 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. (2002). 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—, 三重県立看護大学紀要, 6,85-90.

# The Role of Nurses in Facilitating Hospitalization for the Elderly Residents of Remote Islands in Okinawa Prefecture

## Off-Island “Support Delivery” by Nurses from Remote-island Clinics as Nursing Practice

Rumi Bando<sup>1)</sup> Akemi Ohwan<sup>2)</sup> Hatsuyo Yamaguchi<sup>2)</sup> Masayoshi Sakugawa<sup>2)</sup>

Key words: remote islands, elderly, hospitalization assistance, clinic nurses

**Purpose:** This study investigated the support delivery system that nurses at Okinawa’s remote-island clinics use to help the elderly residents of the small remote island to maintain their lifestyles. The aims were to extract the targets of support, cooperation, and arrangement in the nursing practice, reveal the roles of nurses, and to review the role of rural and remote area nursing.

**Method:** A semi-structured interview survey of 5 remote-island clinic nurses was conducted, who were asked about 13 cases involving elderly patients who had received support delivery. The method involved the abstraction and inductive analysis of the content of support in the support delivery process for each case, with regard to the coordination and targets of support.

**Results:** Support delivery by remote-island clinic nurses was targeted toward elderly persons, families on- and off-island, clinic physicians, and other stakeholders on- and off-island (including acquaintances, friends, neighbors, and off-island professionals). The substance of this support involved factors such as “recommending medical check-ups”, “looking for supporters”, “requesting cooperation for emergency response”, “making arrangements for cooperation by off-island check-up facilities”, “coordinating arrangements with families left on the island”, “adjusting to life after being discharged from hospital”, “providing lifestyle information”, and “coordinating and requesting supervision until patients leave the island.” Coordination in the delivery of support by nurses at remote-island clinics involved “facilitating check-ups,” such as by seeking out and making arrangements with cooperating check-up facilities, “facilitating information,” relating to medical treatment and lifestyle, “facilitating treatment policy,” such as by providing treatment policy consultation, and “facilitating lifestyle support,” such as by seeking out support providers to provide living assistance and arrange for supervision as well as coordinating living situations for families left behind.

**Conclusion:** The role of nurses in facilitating hospitalization for the elderly residents of remote islands is as community specialists who support professional and non-professional actors on- and off-island, and enlist these actors as supporters. It was further suggested that, through cooperation and arrangement, nurses could serve as “community development managers” to build a community of care among local residents.

---

<sup>1</sup> NPO Ikema Welfare Support Center

<sup>2</sup> Okinawa Prefectural College of Nursing