

平成 29 年度
博士（看護学）学位論文

沖縄県の小規模離島で働く
看護職者に必要なコンピテンシー

沖縄県立看護大学大学院

保健看護学研究科 博士後期課程

学籍番号：324001 野田 千代子

平成 29 年度
博士（看護学）学位論文

沖縄県の小規模離島で働く
看護職者に必要なコンピテンシー

沖縄県立看護大学大学院保健看護学研究科 博士後期課程

専門領域： 島嶼保健看護

学籍番号： 324001

氏 名： 野田 千代子

指導教授： 神里 みどり

要 旨

【題名】 沖縄県の小規模離島で働く看護職者に必要なコンピテンシー

【背景】 資源の乏しい小規模離島（以下、小離島とする）の島民の保健医療ニーズを充足するために、そこで働く数少ない看護職者は一人一人が良質な保健看護を提供しなければならない。そのために、彼らはどのような準備をして小離島に赴任すべきか、赴任後もどのような教育を受けるべきかが重要となる。国内外で看護職者のコア・コンピテンシーの特定とそれに基づく教育プログラムはいくつかあるものの、小離島の看護職者に必要なコンピテンシーの特定に焦点を当てた先行研究は国内外ともにまだ見当たらなかった。

【目的】 研究目的は、沖縄県の小離島で働く看護職者に必要なコア・コンピテンシーと、それらを構成している具体的なコンピテンシーを特定し、効果的な看護教育に資することである。

【方法】 コンピテンシーの分類については、大分類をコア・コンピテンシーとし、中分類と小分類をコンピテンシーとした。調査前に、看護職者のコア・コンピテンシーの特定に関する国内外の文献を検討した結果、The Massachusetts Nurse of the Future (2006 以下、NOF とする) を参考に、本研究のコア・コンピテンシーとそれらの定義を作成した。具体的には、NOF の 10 のコア・コンピテンシーにある「患者中心のケア」を「島民と家族中心のケア」に、「安全」を「安全（良質なケア）」に修正し、さらに「文化的コンピテンシー」を追加し、「I 島民と家族中心のケア」、「II 文化的コンピテンシー」、「III チームワークと協働」、「IV コミュニケーション」、「V リーダーシップ」、「VI システムに基づく実践」、「VII プロフェッショナリズム」、「VIII エビデンスに基づく実践」、「IX 質改善」、「X 安全（良質なケア）」、「XI 情報科学と情報科学技術」の 11 のコア・コンピテンシーとした。本研究は調査前に沖縄県立看護大学の倫理審査の承認を得た（承認番号 12009 号、16018 号）。

<第 1 段階（半構造化面接）> 沖縄県の小離島での勤務経験のある看護師 9 名、保健師 11 名、医師 10 名の計 30 名への「小離島の看護職者に必要なコンピテンシーとは何か？」についての半構造化面接を実施し、コア・コンピテンシーを構成する中分類、小分類とコード（具体例）の特定を行った。調査期間は 2012 年 7 月～2013 年 3 月であり、1 名あたりの平均面接時間は 70 分であった。分析方法は、逐語録からデータをコード化したものを、該当する 11 のコア・コンピテンシーに当てはめた後に、類似するコードをまとめて小分類とし、さらに類似する小分類を中分類とした。

<第 2 段階（質問紙調査、およびグループインタビュー）> まず、小離島等を含む看護経験が 10 年以上ある看護師 6 名、保健師 4 名の計 10 名への郵送法での質問紙調査を行った。この質問紙は第 1 段階の結果から得られた 70 項目のコンピテンシーについての中分類の重要度 5 段階評価（5 は非常に重要、4 はまあまあ重要、3 はどちらともいえない、2 はあまり重要ではない、1 は重要ではない）であり、看護師、保健師、それぞれについての該当する重要度へのチェックと、自由意見の記載を依頼した。調査期間は 2017 年 6 月であった。分析方法は、中分類とコア・コンピテンシー別に重要度の平均値と標準偏差を算出した。

次に、質問紙調査の参加者の中でグループインタビューの日程に参加可能だった看護師 4 名、保健師 3 名の計 7 名への 1. コア・コンピテンシーの名称、2. 看護師と保健師に共通のコンピテンシー、3. 看護師と保健師で異なるコンピテンシー等についての意見を聴取するためにグループインタビューを実施した。実施日は 2017 年 7 月 1 日であり、所要時間は 130 分間であった。分析方法は、逐語録からデータをコード化し、類似するコードをカテゴリー化してまとめた。

【結果】

＜第1段階（半構造化面接）＞ 半構造化面接の逐語録から小離島の看護職者に必要なコンピテンシーに関する記述を質的に分析した結果、11のコア・コンピテンシーの中に70の中分類、112の小分類、1578のコードに分類できた。（ ）内の数字は中分類数、《 》内の数字は小分類数、〈 〉内の数字はコード数を示す。コード数が多かったのは、「X 安全（良質なケア）：13《61》〈646〉」、「III チームワークと協働：(4)《14》〈295〉」、「VII プロフェッショナルリズム：(15)《17》〈269〉」、「IV コミュニケーション：(7)《11》〈144〉」、「I 島民と家族中心のケア：(9)《7》〈91〉」、「II 文化的コンピテンシー：(4)〈55〉」、「VI システムに基づく実践：(3)〈26〉」、「V リーダーシップ：(5)《2》〈25〉」、「IX 質改善：(4)〈14〉」、「VIII エビデンスに基づく実践：(3)〈26〉」、「XI 情報科学と科学技術：(3)〈7〉」の順であった。

＜第2段階（質問紙調査、およびグループインタビュー）＞ 質問紙調査の結果から、各コア・コンピテンシーの重要度は、看護師 3.7～4.6、保健師 4.0～4.8 であり、両職種ともに主に5段階評価の4の「まあまあ重要」が多く評価されていた。また、全体のコア・コンピテンシーの重要度は、看護師 4.1、保健師 4.3 であった。両職種を合わせたコア・コンピテンシーの重要度の上位3つは「III チームワークと協働：4.6」、「IV コミュニケーション：4.5」、「II 文化的コンピテンシー：4.4」であり、看護師の上位3つは「III チームワークと協働：4.6」、「IV コミュニケーション：4.5」、「I 島民と家族中心のケア：4.2」であり、保健師の上位3つは「II 文化的コンピテンシー：4.8」、「III チームワークと協働、および VI システムに基づく実践：4.6」であった。

次に、グループインタビューの逐語録から、コア・コンピテンシーの名称についての7つのコードから【「X 安全（良質なケア）」と「IX 質改善」が混乱しやすい】、【「IX 質改善」と「VIII エビデンスに基づいた実践」の重要性が認識しにくい】、【「IX 質改善」は看護の現場で使用する「管理」と混乱しやすい】の3つの中分類が導き出された。これらを踏まえ、コア・コンピテンシーの名称を「X 安全（良質なケア）」から「X 小離島での安全なケア」に、「IX 質改善」から「IX データ等を活用した質改善」に修正した。

【結論】 本研究は、小離島で働く看護職者の教育に活かすため、彼らに必要なコンピテンシーを特定するために調査した。その結果、次の3点が明らかになった。まず、小離島の看護職者に必要なコンピテンシーの枠組みを「I 島民と家族中心のケア」、「II 文化的コンピテンシー」、「III チームワークと協働」、「IV コミュニケーション」、「V リーダーシップ」、「VI システムに基づく実践」、「VII プロフェッショナルリズム」、「VIII エビデンスに基づく実践」、「IX データ等を活用した質改善」、「X 小離島での安全なケア」、「XI 情報科学と科学技術」の11のコア・コンピテンシーで構成することが適切である。第2に、11のコア・コンピテンシーは70の中分類、112の小分類が特定され、具体的なコンピテンシーが明確になったため、彼らの研修や教育の内容・方法等に活用できる。第3に、70の中分類の重要度5段階評価において、全体のコア・コンピテンシーの重要度は、看護師、保健師ともに5段階評価の4以上が多く、小離島の看護職者のコンピテンシーの内容の妥当性について合意が得られたことである。

今後は看護師と保健師のコンピテンシーの濃淡の差の特定を含めたコンピテンシー項目の精選と小離島での経験年数別のコンピテンシーの特定をしていく必要がある。さらに研究参加者を沖縄県外の小離島の看護職者にも拡大し、県外の小離島にも適用できるように研究を発展させていくことで小離島の特殊性に対応した教育に寄与させていきたい。

目次

第1章 序論	1
第1節 研究課題の言明	1
第2節 研究目的と意義	4
1. 研究の目的	4
2. 理論的パースペクティブ	4
3. 研究設問と補助的研究設問	4
4. 用語の定義	4
1) 小離島	5
2) コンピテンシー	5
3) コア・コンピテンシー	5
5. 本研究の範囲	6
6. 本研究の意義	6
1) 学術的な特色・独創的な点	6
2) 実践上の意義	6
第3節 本論文の構成	7
第2章 文献検討	8
第1節 コンピテンシーの概念	8
1. コンピテンシーの概念の歴史	8
2. コンピテンシーの概念の混乱	9
第2節 看護職者のコンピテンシー研究の動向	10
1. 看護職者のコンピテンシーの定義	10
2. 看護職者のコンピテンシーの尺度開発	11
第3節 本研究の枠組みを見いだすための研究	12
1. 国内文献	13
1) 検索過程	13
2) 検索結果	13
(1) 島嶼、ルーラル等の看護職者のコンピテンシー研究	14
(2) 看護師の全体的なコンピテンシー研究	14
(3) 保健師の全体的なコンピテンシー研究	19
3) まとめ	20
2. 国外文献	20
1) 検索過程	20
(1) 島嶼、ルーラル等の看護職者、保健医療従事者のコンピテンシー研究	20
(2) 主要な看護職者、保健医療従事者の全体的なコンピテンシー研究	21
2) 検索結果	21
(1) 島嶼、ルーラル等の看護職者、保健医療従事者のコンピテンシー研究	21
(2) 主要な看護職者、保健医療従事者の全体的なコンピテンシー研究	22
3) まとめ	27

3. 本節のまとめ	27
第4節 本研究のコア・コンピテンシーの決定	27
1. コア・コンピテンシーの枠組みの選定基準	27
2. 選定結果	28
3. コア・コンピテンシーと定義	30
1) コア・コンピテンシー	30
2) コア・コンピテンシーの定義	30
(1) 「I 島民と家族中心のケア」	30
(2) 「II 文化的コンピテンシー」	31
(3) 「III チームワークと協働」	31
(4) 「IV コミュニケーション」	32
(5) 「V リーダーシップ」	32
(6) 「VI システムに基づく実践」	33
(7) 「VII プロフェッショナルリズム」	33
(8) 「VIII エビデンスに基づく実践」	33
(9) 「IX 質改善」	33
(10) 「X 安全（良質なケア）」	34
(11) 「XI 情報科学と科学技術」	34
4. 本章のまとめ	35
第3章 方法	36
第1節 研究デザイン	36
第2節 第1段階：コンピテンシーの抽出	36
1. 目的	36
2. 研究参加者の選定	36
3. 研究の手順	37
4. データ分析	37
5. 倫理的配慮	37
第3節 第2段階：コンピテンシーの妥当性の評価	37
1. 目的	37
2. 研究参加者の選定	37
3. 研究の手順	38
1) 質問紙調査	38
2) グループインタビュー	39
4. データ分析	39
1) 質問紙調査	39
2) グループインタビュー	39
5. 倫理的配慮	39

第4章 結果	40
第1節 第1段階：コンピテンシーの抽出	40
1. コア・コンピテンシー別コード数	40
2. 中分類、小分類別コード数とコード例	40
1) 「I 島民と家族中心のケア」	41
2) 「II 文化的コンピテンシー」	42
3) 「III チームワークと協働」	42
4) 「IV コミュニケーション」	43
5) 「V リーダーシップ」	44
6) 「VI システムに基づく実践」	45
7) 「VII プロフェッショナルリズム」	45
8) 「VIII エビデンスに基づく実践」	48
9) 「IX 質改善」	48
10) 「X 安全（良質なケア）」	49
11) 「XI 情報科学と科学技術」	53
3. コード数が多い中分類	53
第2節 第2段階：コンピテンシーの妥当性の評価	54
1. コア・コンピテンシー別重要度	54
2. 中分類別重要度	55
1) 「I 島民と家族中心のケア」	55
2) 「II 文化的コンピテンシー」	56
3) 「III チームワークと協働」	56
4) 「IV コミュニケーション」	57
5) 「V リーダーシップ」	57
6) 「VI システムに基づく実践」	58
7) 「VII プロフェッショナルリズム」	58
8) 「VIII エビデンスに基づく実践」	60
9) 「IX 質改善」	60
10) 「X 安全（良質なケア）」	61
11) 「XI 情報科学と科学技術」	62
3. 重要度が高い中分類	62
4. 重要度が低い中分類	65
5. 看護師と保健師の重要度の差が大きい中分類	65
第3節 第2段階：コンピテンシーの妥当性の評価	67
1. コア・コンピテンシーの名称	67
2. 看護師と保健師に共通のコンピテンシー	68
3. 看護師と保健師で異なるコンピテンシー	72
4. 質問紙の記載方法と質問項目	73

第5章 考 察.....	74
第1節 コア・コンピテンシーの枠組みの適切性.....	74
第2節 小離島の看護職者に必要なコンピテンシーの特徴.....	75
1. 「X 小離島での安全なケア」	75
2. 「III チームワークと協働」	76
3. 「VII プロフェッショナリズム」	77
4. 「IV コミュニケーション」	78
5. 「I 島民と家族中心のケア」	79
6. 「II 文化的コンピテンシー」	79
7. 「VI システムに基づく実践」	80
8. 「V リーダーシップ」	80
9. 「IX データ等に基づく質改善」	81
10. 「VIII エビデンスに基づく実践」	82
11. 「XI 情報科学と科学技術」	82
第3節 小離島で働く看護職者はどう教育されるべきか.....	83
1. 教育の順序性.....	83
2. コンピテンシーの使用法.....	84
第4節 研究の限界と今後の展望.....	84
第6章 結 論.....	86
引用文献.....	87
謝 辞.....	100
図	
表	
付録	

図一覧

番号	タイトル
図 1	国内文献の選定プロセス
図 2	本研究の構成
図 3	コンピテンシーの分類一覧
図 4	「Ⅲ チームワークと協働」のデータの 1 次集計例
図 5	「Ⅲ チームワークと協働」の分析例
図 6	小離島で働く看護職者教育のためのコア・コンピテンシーモデル

表一覧

番号	タイトル
表 1	国内文献におけるコンピテンシーの定義
表 2	国内の島嶼、ルーラルの看護職者のコンピテンシー研究一覧
表 3.1	国内の看護師のコンピテンシー研究一覧
表 3.2	国内の保健師のコンピテンシー研究一覧
表 4	国外のルーラル等の看護職者等のコンピテンシー研究一覧
表 5	国外の看護職者、および保健医療従事者のコンピテンシー研究一覧
表 6	QSEN と NOF の看護職者のコア・コンピテンシーと定義
表 7	本研究のコア・コンピテンシーと定義
表 8	第 1 段階の研究参加者の属性
表 9	第 2 段階の研究参加者の属性
表 10	コア・コンピテンシー別コード数
表 11	中分類別コード数
表 12.1	「I 島民と家族中心のケア」の中分類、小分類とコード
表 12.2	「II 文化的コンピテンシー」の中分類とコード
表 12.3	「III チームワークと協働」の中分類、小分類とコード
表 12.4	「IV コミュニケーション」の中分類、小分類とコード
表 12.5	「V リーダーシップ」の中分類、小分類とコード
表 12.6	「VI システムに基づく実践」の中分類とコード
表 12.7	「VII プロフェッショナリズム」の中分類、小分類とコード
表 12.8	「VIII エビデンスに基づく実践」の中分類とコード
表 12.9	「IX 質改善」の中分類とコード
表 12.10	「X 安全（良質なケア）」の中分類、小分類とコード
表 12.11	「XI 情報科学と科学技術」の中分類とコード
表 13	コア・コンピテンシー別重要度
表 14	中分類別重要度
表 15.1	「I 島民と家族中心のケア」の中分類別重要度と自由記述
表 15.2	「II 文化的コンピテンシー」の中分類別重要度と自由記述
表 15.3	「III チームワークと協働」の中分類別重要度と自由記述
表 15.4	「IV コミュニケーション」の中分類別重要度と自由記述
表 15.5	「V リーダーシップ」の中分類別重要度と自由記述
表 15.6	「VI システムに基づく実践」の中分類別重要度と自由記述
表 15.7	「VII プロフェッショナリズム」の中分類別重要度と自由記述
表 15.8	「VIII エビデンスに基づく実践」の中分類別重要度と自由記述
表 15.9	「IX 質改善」の中分類別重要度と自由記述
表 15.10	「X 安全（良質なケア）」の中分類別重要度と自由記述
表 15.11	「XI 情報科学と科学技術」の中分類別重要度と自由記述

表一覧 (つづき)

番号	タイトル
表 16.1	「コア・コンピテンシーの名称」に関する研究参加者の意見
表 16.2	「看護師と保健師に共通のコンピテンシー」に関する研究参加者の意見
表 16.3	「看護師と保健師の異なるコンピテンシー」に関する研究参加者の意見
表 16.4	「質問紙の記載方法と質問項目」に関する研究参加者の意見
表 17	本研究のコア・コンピテンシーと定義：修正版

付録一覧

番号	タイトル
付録 A1	研究協力依頼書（第 1 段階：半構造化面接）
付録 A2	研究協力同意書（第 1 段階：半構造化面接）
付録 A3	質問紙調査票（第 1 段階：半構造化面接）
付録 A4	インタビューガイド（第 1 段階：半構造化面接）
付録 A5	沖縄県の小規模離島で働く看護職者に必要なコンピテンシー一覧 （第 1 段階：半構造化面接）
付録 B1	研究協力依頼書（第 2 段階：質問紙調査、グループインタビュー）
付録 B2	研究協力同意書（第 2 段階：質問紙調査、グループインタビュー）
付録 B3	質問紙調査票（第 2 段階：質問紙調査）
付録 B4	グループインタビューガイド（第 2 段階：グループインタビュー）
付録 C1	グループインタビュー資料①：グループインタビューへの参加者と進行表
付録 C2	グループインタビュー資料②：コンピテンシーの枠組みと定義
付録 C3	グループインタビュー資料③：コンピテンシー同士の関係性
付録 C4	グループインタビュー資料④：コンピテンシーのサブカテゴリー一覧
付録 C5	グループインタビュー資料⑤：コンピテンシーの具体例一覧（一部抜粋）
付録 C6	グループインタビュー資料⑥：質問紙調査集計結果一覧表（一部抜粋）

第1章 序 論

本章ではまず、沖縄県の看護職者に必要なコンピテンシーについての研究を志すきっかけとなった筆者の個人的経験について述べる。次に、その経験から導かれた研究課題を紹介し、研究目的、理論的パースペクティブ、研究設問、用語の定義、研究の範囲と意義について先行研究を交えて説明する。最後に、本論文の構成を示す。

第1節 研究課題の言明

沖縄県は54ある離島のうち39の有人離島からなる島嶼県である。中でも小規模離島(以下、小離島とする)で働く保健医療従事者は、診療所所属の看護師と医師が各1名、町村役場所属の保健師が1~2名という体制が最も多く(沖縄県企画部, 2009)、島民の健康は限られた医療従事者で支えられている。少ない保健医療従事者、不便な交通による専門職者としての孤立、そしてヘルスケアの資源への不安はルーラルの環境において共通にみられ、そこで働く看護職者はジェネラリストのエキスパートとなるべき(Winters, 2012)で、専門職者の役割が明確に分担されている都市部の看護職者との違いがある(大平ら, 2002)といわれる。小離島においても島民数は少ないが、支援の対象は乳児から高齢者までの全島民であり、支援の幅は健康増進、疾病予防、救急救命、見取りまでと幅広い対象者と内容を提供することが求められ、保健看護の専門性を高めた都市部の看護職者の活動とは異なる面が多いと考える。

沖縄県の小離島の診療所の設置主体は、県立と町村立の種類があり、看護師、医師、医療事務担当職員がそれぞれ1名配属されており、県立離島診療所への支援は管轄の県立病院が行っており、離島診療所へ駐在する看護師と医師の派遣と教育を担っている。また、小離島の町村役場に採用される保健師は経験が浅い保健師が多く、島外出身者であることから、2~3年で退職していく現状にある。

筆者は2007年度からの5年間、沖縄県にある1島1村の小離島に保健師として勤務していた。ここでは従来の保健医療従事者主体ではなく、島民主体で島民全体の健康づくりの計画と実施ができるように保健師として、役場の上司や同僚の協力を得ながら活動をしてきた。具体的には、島民参加型の子育て支援計画の立案(野田ら, 2011a; 野田ら, 2011b; 野田, 2011c)や、断酒会員の自立促進(與座, 2012a; 與座ら, 2012b; 西内, 2009)等に取り組んできた。このような活動をしていく中で、小離島に特有の保健看護活動の必要性について、協働が必要な島内、および島外の関係者からの理解が得られずに苦労をしたことが何度もあった。

島内の関係者とは、役場の保健衛生担当の行政職員と所属する課の行政職の上司、および診療所の看護師と医師であった。例えば、彼らから「島民人口の8割以上は高齢者なので、保健師の活動に占める割合も同様にすべきである」、「診療所受診者の継続的な内服管理は保健師がすべきである」、「以前の保健師は高齢者への訪問を頻繁にしていたが、最近の保健師は何をしているのか分からない」などの発言が多く寄せられた。確かに島内の高齢者の割合は多かったが、島にはデイサービスや特別老人ホームがあり、社会福祉協議会の職員やヘルパーなどの複数の支援者がいた。その一方、精神疾患を抱えながら未治療の島民、虐待のリスクが大きい

い養育者、発達支援の必要な乳幼児とその養育者などへの島内の支援者は保健師以外には存在せず、彼らへのケアの優先順位は高かった。しかし、支援の性質上、プラーバシーに配慮しながら支援をする必要があるため、保健師の活動内容に理解が得られにくかった。また、保健師以外の保健医療従事者がいない役場において、島民全体の健康づくり体制を新たに構築していくことなどの優先順位が高い保健事業についての行政職である上司の理解と協力を得ることは容易ではなかった。さらに、保健看護活動上のパートナーである役場の行政職員とのコミュニケーションや協働の難しさや、伝統や文化が根強く残るコミュニティに県外出身の看護職者が受け入れられることの厳しさを感じた。

看護師との協働においても、人数が少ない看護職同士が協働をすることは不可欠であったが、公衆衛生看護の教育を受けていないことが大半の看護師と、救急時を含めた看護師としての実務経験がほとんどない保健師との協働は難しい面が多々あり、これらはお互いの活動への理解不足や経験不足などに起因していた。また、現任教育においても、①赴任前、赴任後の体系化された研修がされておらず、②現任教育の実施は、看護師は拠点病院の看護師、保健師は県の保健師であり、両職種が異なる研修を受けていることも協働を困難にしている一因であった。ルーラルのコミュニティは看護職者にスペシャリストのスキルをもつジェネラリストの役割や、コミュニティでのマルチな役割を期待している (Molinari et al., 2013) ように、小離島においても、診療所の看護師にはプライマリケアのスペシャリストとして、町村保健師にはプライマリヘルスケアのスペシャリストとしての役割、そして、両職種の垣根をできるだけ低くし補完し合うことが重要である。両職種が協働できるようになるためにはその前提として、①互いの役割を理解すること、②その上で島の状況に応じて柔軟性、臨機応変性のある役割を担えることが求められている。例えば、①看護師は保健師が主に担う公衆衛生看護の役割を、保健師は看護師が主に担う救急時の看護の役割を理解すること、②保健師不在時には看護師が公衆衛生看護を担い、看護師不在時には保健師が救急時の看護を担うことなどである。

また、島外の関係者とは、小離島の保健師の現任教育を担う県の保健師であった。都市部の一般的な保健師は、母子保健、精神保健、難病保健、特定健診、感染症などの業務に区分し、それぞれを複数の保健師で分担しており、県の保健師も同様である。一方、小離島では島民数は少ないものの、1~2名の保健師で都市部と同じ全領域に渡る活動をすることが求められる。このため、島の特徴を踏まえて広範囲の領域を効率よく展開する必要があり、県の保健師による現任教育ではこれらの小離島の保健師活動の特殊性を理解した具体的な方法の助言を求めているが、そのヒントを得ることは困難な面が多くあった。

これらの困難感他的小離島の保健師も同様に感じており、また、小離島の保健看護の参考となる文献も少なかったこともあり、小離島特有の保健師活動を実施していくことに不安を抱えながら活動をしていた。また、看護師も同様の不安を抱えているであろうことも感じていた。全国のへき地診療所の看護活動の課題として「業務が明確にされていない」、「担当外・専門外の仕事をしなければならない」、「看護以外の仕事をしなければならない」などが明らかになっている (春山ら, 2015) ように、小離島の看護職者においても同様の状況であった。

Bushy (2002)はオーストラリア、カナダ、米国におけるルーラルの看護実践についての文献レビューをし、都市部とは異なるルーラル看護の特徴として、次の11点をまとめている。つまり、1. ケアの対象者 (生涯を通じた全年齢、よく把握している)、2. 実践範囲 (多くの役割をこなす、他分野との調整、拡大された役割)、3. 役割 (ジェネラリストの役割、他分野との役割の共有)、4. 人的・物的資源 (少ない、看護ケアの計画と実践における大きな柔軟性、容易なケ

ア提供の継続性)、5. ケアの対象者の健康状況と診断 (広範囲の健康状況と診断による把握、ジェネラリストのエキスパートになる機会)、6. 自律性の度合い (非常に大きい、同じ専門分野の相談者が非常に少ない)、7. ペース (非常にゆっくり)、8. 一般の人々への可視性 (高い、困難な匿名性)、9. ケアの継続の調整 (インフォーマルとフォーマルなサービスとの容易な統合性、家族単位のケアの継続計画の柔軟性)、10. 地域との関連性 (教会、学校、市民グループなど家庭と地域の社会システムの中でのマルチな役割、ヘルスケア提供における多くの役割、職場・家庭・地域間の境界のなさ)、11. 守秘性 (他者の活動の可視性、住民間の親密性に起因した問題が生じやすい) などであった。これらは私の経験上、小離島の看護の特徴と非常に類似していると思われる。

前田ら (2012) は「離島で生涯働く人を探すのは、人のライフサイクルを考えても困難である。大事なのは、たとえ人が代わっても離島で提供される看護の質が維持・向上され続けることである」と述べている通り、2~3年ごとに看護職者が交代する機会が多い小離島において、看護職者が変わっても島民への看護の質が維持されることが必要であり、小離島の特性に応じた新しい看護職者の活動のあり方が求められている。

以上の経験から、どのようにすれば小離島の看護職が抱えるこれらの課題を解決し、島民に必要な保健看護を効率的に提供できるのかと自問し続けた。その結果、これらの課題は小離島特有の看護職者の幅広いコンピテンシーが明確にされていないことが根本の原因にあることに気づいた。これらを可視化することで関係者の理解が得られやすくなるだけでなく、コンピテンシーに基づいた体系的な看護職者への教育ができることにつながると思われた。米国や欧州連合等ではすでにコアとなるコンピテンシーを特定し、コンピテンシーに基づいた研修や教育 (competency-based training and education) がされている (Gebbie et al., 2006)。

第2章で詳述するが、国内外の文献において、小離島の看護師と保健師の双方に必要なコンピテンシーはまだ明確にはされておらず、それゆえ、体系的な教育プログラムもまだ開発されていない現状にある。このため、小離島の看護職者は現在も私と同様の苦悩を感じながら混乱の中で実践を続けている。

近年の島嶼看護学の教育については、山崎ら (2016) の日本看護系大学協議会への加盟校への調査によると、調査に回答した大学の 23.3% (37校、25都道府県) が何らかの形でへき地、離島に関する看護学教育を実施しており、島嶼看護に関する研究の積み重ねを通して島嶼看護学を学問として構築していく必要性を示唆している。また、大湾ら (2016) により学士課程、博士前期課程、博士後期課程の各教育レベルの教育目標に照らして島嶼看護学の教育内容と教育方法の体系化の試みがされたばかりであり、今後の課題として、これらの教育内容の活用推進のために、教員が必要性や考え方に応じて教育しやすいように「カリキュラム立案やシラバス、指導案、教材作成の各教育活動段階に活用できる学習指導書の作成」が挙げられている。本研究において小離島の看護職者に求められる具体的なコンピテンシーを明確化することで、これらの学習指導書の資料となることもできると思われる。

第2節 研究目的と意義

1. 研究の目的

資源の乏しい小離島島民の保健医療ニーズを充足するために、そこで働く数少ない看護職者は一人一人が良質な保健看護を提供しなければならない。そのために、彼らはどのような準備をして小離島に赴任すべきか、赴任後もどのような教育を受けるべきかが重要となる。

本研究の目的は、沖縄県の小離島で働く看護職者に必要なコア・コンピテンシーと、それらを構成している具体的なコンピテンシーを特定し、効果的な看護教育に資することである。

2. 理論的パースペクティブ

本研究では沖縄県の小離島における看護職者への効果的な教育を考えるために、McClelland (1973)によるコンピテンシー理論の観点を用いる。コンピテンシーの概念とコア・コンピテンシーについては、第2章で詳述する。

なお、コンピテンシーを分類する際に適した枠組みとなるコア・コンピテンシーは、文献検討から導くことにする。その理由として、看護職者のコア・コンピテンシーについてはこれまでに多くの研究がされてきており、その分類は多様であり、新たにコア・コンピテンシーを作成することは非常に困難を極めること、また、本研究の目的はコア・コンピテンシーの作成ではなく、小離島の看護職者への教育に資するためにコア・コンピテンシーを構成する具体的なコンピテンシーの明確化であるためである。また、看護職者に必要なコンピテンシーの特定を目的とした多くの研究では、先行研究の枠組みを参考にコア・コンピテンシーを作成する方法論をとっていた。したがって、本研究においても先行研究の枠組みを参考にコア・コンピテンシーを作成するという研究方法論をとることにした。

3. 研究設問と補助的研究設問

本研究の主たる研究設問は、沖縄県の小離島で働く看護職者が島民の健康を守るために習得すべきコア・コンピテンシーとコンピテンシーとは何かである。

さらに、次の4つの補助的研究設問を設定した。

補助的研究設問1:

沖縄県の小離島で働く看護職者に必要なコンピテンシーを分析する適切な枠組みとなるコア・コンピテンシーとは何か。

補助的研究設問2:

それぞれのコア・コンピテンシーを構成する具体的なコンピテンシーとは何か。

補助的研究設問3:

特定されたコア・コンピテンシーとコンピテンシーについて、小離島等を含む看護経験が豊かな看護職者はその重要度をどのように認識しているか。

補助的研究設問4:

小離島等を含む看護経験が豊かな看護職者からみた看護師と保健師に共通する、または異なるコンピテンシーとは何か。

4. 用語の定義

本研究において、小離島、コンピテンシー、コア・コンピテンシーについて用語を定義した。

1) 小離島

周囲を海に囲まれた面積 300km²以下で、橋によって本島、または総合病院を有する離島とつながっておらず、住民基本台帳人口が 3000 名未満の有人離島をいう。

2) コンピテンシー

コンピテンシーの一般的な定義は、「ある職務やある状況において、高い成果・業績を生み出すための特徴的な行動特性」(McClelland, 1973)、「職務上の高い成果や業績と直接に結びつき個人が内的に保有するが、行動として顕在化する、職務遂行能力に関わる新しい概念」(JMAM コンピテンシー研究会, 2002)、「①高業績と関連し、②行動として顕在化する、③職務遂行能力に関わる概念」(高橋, 2003)、「行動によって見極められる動機、自己効力感、思考、スキル、知識などを含む総合的な能力の概念であり、高業績や有能さにつながると予想されるもの」加藤 (2011) などである。英文では「分析的思考やイニシアティブ」といったように個別にコンピテンシーを表す場合に使用し、コンピテンシーズなど複数形が可能なものである。

看護の分野においては井上 (2014) を始め、多くの研究において McClelland (1973) のコンピテンシーの定義を採用しており、本研究においても McClelland (1973) の「ある職務やある状況において、高い成果・業績に特徴的な行動特性」というコンピテンシーの定義を採用する。具体的には、コア・コンピテンシーを構成する中分類、小分類をコンピテンシーという。

なお、コンピテンシーと類似する用語に「能力」がある。「コンピテンシー」と「能力」の両方の定義においてコンセンサスが得られていない状況である (加藤, 2011; 佐甲ら, 2007)。このため、看護職者のコンピテンシーの研究においても看護実践能力、看護能力、到達能力など、コンピテンシーと能力の用語が混合して用いられている研究も多い。例えば、同一の論文において日本語のタイトルでは「能力」であるが、英語のタイトルでは「competency」と表記されているなどである。このため、後述する文献検討の検索用語は「コンピテンシー」だけでなく「能力」も含めた。

広辞苑 (2005) によると、「能力」は「物事をなし得る力やはたらき」と定義されている。その一方で、能力に関する科学的研究を担ってきた心理学における能力観は極めて限定的で、「知的能力 (cognitive ability)、もしくは知能 (intelligence) と呼ばれる側面だけに焦点を当てられたものであり、心理学専門用語としての「能力」は、日常用語でいう能力のように、意欲面や行動面、技能面などを含めて幅広く考えることはない (高橋, 2003)。

このように、心理学的に定義される能力が知的な側面に限定される傾向があるのに対し、コンピテンシーはより幅広い人間の資質を含み入れるものである。これらの理由から、本研究では能力とコンピテンシーの用語を区別して使用することにした。

3) コア・コンピテンシー

岡本 (2014) はコア・コンピテンシーとは、コンピテンシーの中でもコア (核) となる中心的なものであるとしており、本研究においてもこの定義を採用する。

なお、本研究におけるコア・コンピテンシーはコンピテンシーの枠組みの中の大分類に、コンピテンシーは小分類と中分類に相当するものである。詳細は第 3 章で述べるが、図 3 に示す通り、本研究の第 1 段階で得られたコンピテンシーについてのデータの分析により、コード化し、該当するコア・コンピテンシー (大分類) に位置付けた。その後、類似するコードをまと

めて小分類とし、さらに類似する小分類をまとめて中分類とした。

5. 本研究の範囲

本研究は、沖縄県の小離島で働く看護職者への教育に資するため、彼らに必要なコンピテンシーを特定することが目的であり、半構造化面接法により、沖縄県の小離島で働いている、または過去に勤務経験のある看護師、保健師、医師に限定して意見を引き出して行ったものである。したがって、結果は鹿児島県、長崎県、東京都など他の都県にある小離島に一般化できるものではない。

なお、小離島と類似する用語にルーラル（へき地）がある。ルーラルの定義については、米国の National Rural Health Association (2005)は「都市部として区分されていない、または人口 2500 名以下のエリア」としている。また、日本ルーラルナース学会は「過疎地域、豪雪地帯、山村、離島等のへき地」（日本ルーラルナース学会, 2017）と定義し、小離島を含めてルーラルと呼んでいる。また、日本におけるルーラルの定義は、医療機関までの距離、時間、定期交通機関の有無など医療アクセスの実際と、当該地域の人口に基づいているものが多く、まだ明確になっているとはいえない状況である（春山, 2013）。

本研究の範囲は必ずしもこれらのルーラルと同じではなく、ルーラルの一部、ルーラルよりもさらに狭い面積と少ない保健医療従事者数の環境にある小離島のみを範囲とする。

6. 本研究の意義

本研究の意義として、学術的な特色と独創的な点、そして実践上の意義について述べる。

1) 学術的な特色・独創的な点

本研究の学術的な特色は、小離島で働く看護職者に必要なコンピテンシーを明らかにすることにある。詳細は文献検討の章で述べるが、国内外ともにこの分野のコンピテンシーの明確化はされていないのが現状である。

独創性は、保健・医療・福祉の人的資源の乏しい環境の中で働く看護師と保健師に共通のコア・コンピテンシーを特定するだけでなく、それぞれに求められるより具体的なコンピテンシーを明らかにすることにある。現在、小離島の看護職者に対する研修を含む教育や支援は職種の違いから縦割りで、別々の組織や部署が担当しているが、看護師と保健師の協働のための教育や支援を生み出すことができ、その結果、彼らは、人材の乏しい環境で最も必要な連携力を育てることにつながる可能性が高い。これらのコンピテンシーの具体例を明確化することも本研究の独創的な点であり、実用的な教育や研修の構築に役立つ。

2) 実践上の意義

本研究の成果が得られれば、沖縄県の小離島で働く看護職者に必要な教育や研修システムの構築に応用でき、保健・医療・福祉の人的資源の乏しい環境の中で生活している島民の健康増進・疾病予防・疾病管理の向上に寄与できると考える。さらに、国内外の小離島やリモートで働く看護職者に必要な教育や研修システムの構築にも応用でき、その地域の住民の健康増進・疾病予防・疾病管理の向上に寄与できる可能性を含んでいる。

これまで多くの保健医療専門職がいる都市部の看護職においては、業務を分担しそれぞれの専門性を深めることが追及されてきたが、全体的で新しい視点をもち効果的な業務横断型の活

動ができない等の弊害が生じているため、厚生労働省 (2013) は保健師の保健活動を組織横断的に総合調整し推進する指針を出している。しかし、少ない島民数と、看護職者が3名以下の小離島においては、この欠点を補いやすい環境にある。このため、小離島の看護職者のコンピテンシーを特定することは、ジェネラリストとしての業務横断型の新しい看護職者の活動のモデルとなることができると考える。

第3節 本論文の構成

本論文の構成は第2章から第6章までとした。

第2章では、コンピテンシーの概念と定義に関する先行文献から、本研究を進める上での示唆を得た後、小離島で働く看護職者に必要なコンピテンシーの枠組みの参考となる文献検討を行う。具体的には、国内外の島嶼、ルーラル、リモートの地域で働く看護職者を含む看護職者のコンピテンシーに関する先行研究の比較と検討をし、これらの中から、小離島で働く看護職者に必要なコンピテンシーの枠組みと研究方法を決定する。

第3章では、研究方法について述べる。本研究では、研究課題についての客観的な分析を行うため、質的研究と量的研究の両方を取り入れる。まず、小離島の保健医療を経験した看護師、保健師、医師の3者に「小離島で働く看護職者に必要なコンピテンシー」についての半構造化面接を行い、次に、その結果についての妥当性を検討するために、小離島を含む看護経験に富む看護職者への質問紙調査とグループインタビューを実施する。

第4章では、半構造化面接、質問紙調査、グループインタビューの順にそれぞれの結果について述べる。

第5章では、沖縄県の小離島で働く看護職者に適したコンピテンシーの適切な枠組みと、コア・コンピテンシーの妥当性について考察をした上で、看護教育への示唆と研究の限界について述べる。

第6章では、研究目的に対する答え、つまり研究結果から明らかになったことを結論として述べる。

第2章 文献検討

文献検討の目的は、小離島の看護職者に必要なコンピテンシーを具体的、かつ明確に提示するために最も適した分類の枠組み、すなわちコア・コンピテンシーの分類を特定することである。

第1節ではコンピテンシーの概念、第2節では看護職者のコンピテンシー研究の動向について説明し、第3節では参考となる国内外の島嶼、ルーラルの看護職者、および全般的な看護職者のコア・コンピテンシーの分類を紹介する。さらに第4節では選定基準に沿って選定した枠組みを紹介した後に、それを基盤に作成した本研究のコア・コンピテンシーと定義について述べる。

第1節 コンピテンシーの概念

コンピテンシーは多義的な概念で、一言で言い表すのは難しく、特に、潜在的特性なのか、顕在的行動パターンなのかという考え方の違いや、高業績・高成果にのみ着眼するか、より広い資質を視野に入れるかという違いなどがあり、コンピテンシーの意味が微妙に異なる（高橋, 2003）。

1. コンピテンシーの概念の歴史

コンピテンシーの概念は1950年代には心理学用語として使用されていたという（二村, 2001）。1959年にハーバード大学の心理学教授であるWhite (1959)は“Motivation reconsidered: The concept of competence”というタイトルの論文の中で、コンピテンスを「環境と効果的に相互作用する有機体の能力（Capability）」と定義し、コンピタンスは動員や本能ではないモチベーションの側面であるとした（加藤, 2011）。

これをビジネスの世界に導入するきっかけとなったのが、McClelland (1973)の“Testing Competence Rather Than Intelligence”というタイトルの論文である（Barrett & Depinet, 1991；Boyatzis, 2008；加藤, 2011）。この中で、旧来の学問的適正テストや知識内容テスト、さらに学校の成績や資格証明書は、1. 職務上での業績や人生における成功は予測しえない、2. マイノリティー、女性、あるいは低い社会経済的階層出身者に不利をもたらすことが多い、という事実を指摘した多数の研究を紹介した。McClellandは、モチベーション理論（動機づけ理論、Theory of Motivation）を提唱したハーバード大学の心理学教授である（McClelland, 1987）。モチベーション理論とは、「作業場における作業員には、①達成動機、②権力動機、③親和動機、の3つの主要な動機が存在する」という理論である。①の達成動機の高い人はより良い成績を上げたいという願望の点で、他の動機をもつものと差があることを発見した彼は、後にコンピテンシー理論を発展させていった。

その後、彼は論文のアイデアを実用化するために、同僚の心理学者BerlewとMcBer社を設立し、1970年代前半からコンピテンシーの分析手法を確立していった。具体的には、職務において業績をあげる人とそうではない人の行動とそのプロセスに着目し、行動結果面接法を用いて、高業績者に共通の行動特性を類型化し「コンピテンシー」とした。このように、McClellandによって1970年代に提唱されたコンピテンシーの概念は、Spencer、Boyatzis、EQの提唱者であるGolemanという著名な彼の弟子らによって、実際に実用可能な形に具体化がすすめられて

きた。

Spencer は、アメリカでも今なお盛んに活用されているコンピテンシーについての本の筆者であり (Spencer et al, 1993/2001)、コンピテンシーを「特定の職務、または状況に対して、一定の基準において効果的に業績をもたらす個人の根源的な特性」と定義した上で、McClelland と共に職種別にコンピテンシーを特定し、その要素を行動レベルで記述したコンピテンシー・ディクショナリーを開発した。その中で、看護職者に絞った研究結果ではないが、支援・人的サービス従事者のコンピテンシーとそれぞれの重要度 5 段階評価が示されている (カッコ内の数字は重要度 5 段階評価である)。これは重要が高い順に、1. インパクトと影響力(5)、2. ほかの人たちの開発(5)、3. 対人関係理解(4)、4. 自己確信(3)、5. セルフ・コントロール(3)、6. その他の個人的効果性コンピテンス(3)、7. 専門能力(3)、8. 顧客サービス指向(3)、9. チームワークと協調(3)、10. 分析的思考(3)、11. 概念的思考(2)、12. イニシアティブ(2)、13. 柔軟性(2)、14. 指揮命令・自信(2)、の 14 のコア・コンピテンシーで構成されている。

こうして 1990 年代の米国ではコンピテンシーは、学歴や学力では識別できない職務遂行能力の指標として、業績を発揮できる人材を雇用するためにビジネスの分野で活用されてきた。

なお、1973 年の McClelland の論文ではコンピテンシーではなく、コンピタンスという用語を使用している。McClelland がコンピテンシーという用語を使用し始めたのは、1976 年頃からのようである。1990 年代に入るとアメリカではほとんどコンピテンシーに統一されており、これはおそらく、Hamel ら (1990/1995) が提唱した「コア・コンピタンス」と区別する意図があったように思われる (加藤, 2011)。

2. コンピテンシーの概念の混乱

日本におけるコンピテンシー概念の原点はアメリカのコンピテンシーにある (加藤, 2011)。コンピテンシーに関する共通の定義について、コンピテンシーの本家といわれるアメリカにおいても得られていない状況であり (Zwell, 2000)、コンピテンシー、コンピテンス、コンピテンシーズなどの類義語、同義語が氾濫している (本村, 2013)。

そのような状況の中、日本においても概念が導入されてから 10 年以上経つが、いまだ共通の定義がなく (加藤, 2011; 早野, 2012)、多義的な概念といえる (佐甲ら, 2007)。その原因は、コンピテンシーという概念がビジネスの領域だけでなく教育・司法・臨床心理学などの広い領域に使用され、その中で異なった定義がされている点、また、実務が先行してしまい、研究が後追いになっている点などが挙げられる (加藤, 2011)。

前述した Spencer ら (1993/2001) においては McClelland や Spencer らはコンピテンシーとコンピテンスを使い分けて記載していたが、日本語版ではこれらはコンピテンシーに統一して訳されている。その理由として、“日本ではコンピテンスとコンピテンシーという用語が併用されており、ともに卓越した業績を峻別する人材の能力を示すが、コンピテンスは「コンピテンスということ」を示す総称名刺であり、コンピテンシーは「分析的思考やイニシアティブ」といったように個別にコンピテンシーを表す場合に使用されるため、コンピテンシーズというように複数形が可能である。翻訳書では日本の読者の混乱を避けるために、コンピテンシーの訳語を統一して使った”と説明されている (Spencer et al, 1993/2001)。

この翻訳本は、日本におけるその後のコンピテンシー研究に多くの影響を与えるようになっている。したがって、日本語に「コンピテンシー」と翻訳された文献においては、コンピテンシーとコンピテンスのどちらを示しているのか、原著に当たって理解をする必要がある。

早野 (2012) は、コンピテンシーの概念については統一した見解を議論することも課題であるが、コンピテンシーが実践において行動として観察可能であり、それが成果につながるということに価値があり、また、何のためにコンピテンシーを特定したいのかなどその活用意図を明確にすることが重要である、と述べている。

第2節 看護職者のコンピテンシー研究の動向

看護職者のコンピテンシー研究の種類は①コア・コンピテンシーの概念を特定する研究、②先行研究の①を基にコンピテンシーの尺度を開発する研究、③①、②のいずれかを利用、または修正をする研究、の3タイプがある。

ここでは、まず看護職者のコンピテンシーの定義について概観した後に、②のコンピテンシーの尺度開発について紹介をする。

1. 看護職者のコンピテンシーの定義

看護におけるコンピテンシー研究は Benner (1982b, 1984)により開発され始め、ヨーロッパや米国の看護師の基礎教育において、習得すべき看護師に必要な能力と教育効果を評価するためにコンピテンシーの体系化がなされてきて現在に至る (Flinkman et al, 2017; 早野, 2012)。なお、Benner (1982a)はコンピテンシーを「現実の世界の多様な状況の下において、望ましい成果のある職務を成し遂げるための能力」と定義し、その後、看護職者のコンピテンシーの定義は、2000年以降に構築され始めた (Bradshaw, 1997; 2000)。

Watson ら(2002) は看護師の臨床上のコンピテンシーの評価を研究した1980年から2000年の文献を質的に分析した結果、臨床上のコンピテンシーの定義にはかなりの混乱があり、コンピテンシーの定義、または測定のための使用方法の大半はシステムティックに開発されておらず、信頼性と妥当性の課題がやっと取り組まれているということを明らかにした。

また、Cowan ら(2005) は看護師の実践におけるコンピテンシーを研究した1995年から2005年の文献の中からコンピテンシーの概念について質的に分析している。その結果、看護のコンピテンシーの定義についての文献ではコンセンサスが得られておらず、論争、多義性(あいまいさ)、混乱、そして矛盾がある(Ashworth & Morrison, 1991; While, 1994; Bradshaw, 1997; Goorapah, 1997; Milligan, 1998; Erau et al, 1999; Bradshaw, 2000; Girot, 2000; Mustard, 2002; Watson et al, 2002; McMullan et al, 2003; Dolan, 2003)ことが明確となった。このように、看護分野においてもコンピテンシーの定義は未だに統一されていない状況にあった。

日本の看護職者のコンピテンシー研究におけるコンピテンシーの定義について表1に示した。

看護師のコンピテンシー尺度である Six-D の日本語版を使用して看護ケアの質と看護コンピテンシーの関連の明確化の研究をした南家ら (2005)はコンピテンシーを「共通して成果を上げるために、有効で特徴的な行動や振る舞い」と定義している。

国外文献検討による看護師のコンピテンシーの定義と属性、要素と構造の明確化の研究をした松谷ら(2010)はコンピテンスとコンピテンシーについて、いずれも看護実践状況を背景にする複雑な活動であり、状況の中に存在する全体的統合的概念であり、看護のコンピテンスを「知識や技術を特定の状況や背景の中に統合し倫理的で効果的な看護を行うために必要な能力」とし、看護のコンピテンシーを「潜在的なコンピテンスが前提となってコンピテンとな(有能な)看護師によって実際の行為として示される行動特性」と定義している。

CNCSS (看護実践能力自己評価尺度; Clinical Nursing Competence Self-Assessment Scale) の開発と臨床経験 1~5 年の看護大卒者の CNCSS(看護実践能力自己評価尺度)の比較の研究をした中山ら(2010)はコンピテンスを「十分な職務遂行に関する知識,技術,行動力に加えて倫理、価値と反省的実践を行える効力で、その実践がもつ文脈の重要性を認識できる、また有効な実践方法が一つではないことの認識の上に成り立つ能力(Gonzi, 1994; Cowan, 2005)」と定義している。

中堅期のコンピテンシーの明確化の研究をした細田ら(2011)はコンピテンシーを「職務に卓越した者の行動特性」と定義している。

中規模病院の看護管理者のコンピテンシー評価尺度(NACAS)開発の研究をした本村ら (2013)は看護管理者のコンピテンシーを「組織を構成している一人ひとりの当該組織の問題解決過程において、成果責任を伴う実践であり、構成員自らが個と全体を内省しながら環境との相互作用ができるような能力」と定義している。

中間管理者のコンピテンシーの明確化の研究をした井上 (2014)はコンピテンシーを「ある職務やある状況において、高い成果・業績を生み出すための特徴的な行動特性(McClelland)」と定義している。

特に強化が必要な行政保健師の専門能力の明確化の研究をした岡本ら(2007)は専門能力(competencies)を「単に専門職として活動するために必要・十分な知識・技術があることだけでなく、知識・技術を主体的に獲得する意識・考え方・行動様式を備えていること、これら双方の統合された能力」と定義している。

2. 看護職者のコンピテンシーの尺度開発

看護職者のコンピテンシー研究がされる前は、同様の研究として Schwirian (1978)が卒後の「効果的な看護実践」または「成果を上げている看護師の実践行動」を測定するために開発した Six-D Scale (the Six-D Scale imension of Nursing Performance)があり、これは国内においても日本語版 Six-D Scale が作成され、看護職者のコンピテンシーを測定する尺度として国内外の研究に使用されていた。

その後、現在に至るまで看護職者のコンピテンシーの尺度開発は積み重ねられているため、これまでの看護職者のコンピテンシーの尺度開発の動向を把握するためにレビュー文献の検索を行った。検索するためのデータベースは PubMed を使用した。キーワードは「nurs*」、

「competen*」、および「review」とし、検索条件は「タイトルのみ」とした。検索式は「((nurs*[Title]) AND competen*[Title]) AND review[Title]」とし、最終検索日は 2017 年 12 月 13 日であった。検索の結果、McCready (2007)、Yanhua ら (2011)、Wilkinson (2013)、Theisen ら (2013)、Flinkman ら (2017)の 5 つの文献が該当したので説明をしていく。

McCready (2007)は看護師の臨床上のコンピテンシーの評価尺度を研究した 1993 年から 2006 年の文献を質的に分析した結果、14 の評価尺度を紹介している。

Yanhua ら (2011) は看護学生と卒後 1 年以内の新卒者の臨床上のコンピテンシーの評価を研究した 2001 年から 2010 年の 380 の文献を質的に分析した結果、23 の研究を紹介している。

Wilkinson (2013) は看護師のコンピテンシーの自己評価尺度を研究した 2001 年から 2011 年の文献を質的に分析した結果、Cowan ら (2008) 、Lin ら (2010 ; 2006)、Safadi ら(2010)の 4 つの評価尺度を紹介している。

Theisen ら(2013)は新卒看護師のコンピテンシーを研究した 2000 年から 2012 年の文献を質的に分析した結果、新卒看護師のコンピテンシー測定尺度を 6 つ紹介している。また、新卒看護

師に不足しているコンピテンシーとして、「コミュニケーション」、「リーダーシップ」、「組織化」、「クリティカルシンキング」、「特別な状況」、「ストレスマネジメント」の6つを挙げている。

後述する看護師のコンピテンシー尺度を開発した Meretoja をメンバーを含む Flinkman ら (2017) は、看護師のコンピテンシー尺度を研究した 2004 年から 2014 年までの 1815 の文献を検討した結果、40 の文献に掲載された 30 の研究において価値があると認めている (Meretoja, 2003, Meretoja et al, 2004a,b; Meretoja & Leino-Kilpi, 2003; Cowin et al. 2006, Hengstberger-Sims et al. 2008, Cowin et al. 2008; Heikkila et al. 2007; Makipeura et al. 2007; Salonen et al. 2007; Dellai et al. 2009; Wangensteen, 2010, Wangensteen et al., 2012, 2015; Bahreini et al. 2011a; Bahreini et al. 2011b; Istonia, 2011, Istonia, et al. 2011; Kamel et al. 2011; Kawther et al. 2011; Stobinski, 2011; Hamstrom et al, 2012; Meretoja and Koponen, 2012; O'Leary, 2012; Silvennoinen et al, 2012; Bahreini et al, 2013; Delaney, 2013, Delaney et al, 2015; Muller, 2013; Numminen et al, 2013, Meretoja et al, 2015; Kajander-Unkuri et al, 2014, Kajander-Unkuri, 2015; Koshinen et al, 2014; Lima et al, 2014; Numminen et al, 2014; Numminen et al, 2015a,c, 2016a,b; Karlstedt et al, 2015; Numminen et al, 2015b; Kajander-unkuri et al, 2016)。このうち、20 件はヨーロッパの文献であり、10 件はそれ以外の地域の文献であり、使用者は経験者、新卒者とその指導者と幅広かった。また、活用の際は病院が 26 件で、それ以外は、すべてのヘルスケアの場所が 2 件 (Wangensteen et al, 2010,2012,2015 ; Nummien et al, 2015, 2016)、大学病院と大学が 1 件 (Nummien et al, 2014)、地方自治体のケアが 1 件 (Karlstedt et al, 2015) であった。エンパワーメント、コミットメント、実践環境、ケアの質、クリティカルシンキングは高いコンピテンシーと関連していた。また、尺度の異文化間のクロス検定は厳密な方法を用いるべきだとしている。

第3節 本研究の枠組みを見いだすための研究

文献検討の目的は、本研究で利用する適切な分類枠組みであるコア・コンピテンシーを作成する上で参考となる看護職等のコンピテンシー研究を参考に、小離島で働く看護職者に必要なコア・コンピテンシーとそれらの定義を作成することである。そのためには国内外の看護職者のコンピテンシー研究を把握していく。具体的には、1. 国内の島嶼、ルーラル等で働く看護職者のコンピテンシー研究、2. 国内の看護職者の全体的なコンピテンシー研究、3. 国外の島嶼、ルーラル等で働く看護職者のコンピテンシー研究、4. 国外の看護職者の全体的なコンピテンシー研究の動向を把握していくことにする。

なお、看護のコンピテンシー研究には、看護師に必要なコンピテンシー全般に関するもの（以下、全体的コンピテンシーとする）と、ある特定領域に限定したコンピテンシー（以下、部分的コンピテンシーとする）の2種類があったが、本研究は、沖縄県の小離島で働く看護職者に適したコンピテンシーの領域別下位を特定する参考となる文献を検討する観点から、看護の全体的なコンピテンシーに関する文献を対象とした。

なお、文献検討の検索日は第1段階の半構造化面接を開始する前の2012年6月であったが、その後、新たに該当文献の有無を把握するために再検索を2017年12月に行った。この間に幾つかの新たな文献が発行されたものの、新たな文献の中に本研究のコア・コンピテンシーの参考文献の選定基準を満たすものはなかった。

これから国内外の看護の全体的なコンピテンシーに関する文献の概要を紹介していく。

1. 国内文献

まず、国内の看護におけるコンピテンシー研究について、まず、1) 島嶼、ルーラルの地域で働く看護職者のコンピテンシー研究について述べ、次に、2) 主要な看護職者のコンピテンシー研究について紹介する。

国内の看護のコンピテンシーに関して、「コンピテンシー」「コンピテンス」と「能力」の用語定義を明確にしていない文献が多く見られる。例えば、論文のタイトルやキーワードには「能力」と記載しているが、英語のタイトルやキーワードに「competency」「competence」「competencies」と記載している等である。また、類似する用語として「看護実践能力」があるが、こちらも定義が明確でない研究が多く、共通認識を図るのは難しい現状にある（白尾ら, 2001；神原ら,2008）。このため、検索用語を「コンピテンシー」、または「能力」とした。

1) 検索過程

データベースは「医学中央雑誌 Web Ver.5」と「CiNiiの博士論文検索」、および「PubMed」を使用した。

医学中央雑誌 Web Ver.5におけるキーワードは、[competen]、[コンピテン]、[能力 看護]、[能力 保健]、[能力 助産]のいずれかであり、検索条件は「会議録を除く」、「タイトル」、「抄録あり」とした。その結果、検索数は[competen]において 211 件、[コンピテン]において 111 件、[能力 看護] において 736 件、[能力 保健] において 107 件、[能力 助産] において 41 件であった。

CiNiiの博士論文検索におけるキーワードは[competence]、[competency]、[competencies]、[コンピテン]、[能力 看護]、[能力 保健]、[能力 助産]のいずれかであり、検索条件は「タイトル」とした。その結果、検索数は[competence]において 114 件、[competency]において 114 件、[competencies]において 114 件、[能力 看護] において 30 件、[能力 保健]において 8 件、[能力 助産] において 2 件であった。

PubMedにおけるキーワードは[competen* nurs* japan*]とし、検索条件は「タイトル」とした。その結果、検索数は 117 件であった。

最終検索日は 2017 年 12 月 6 日であった。文献の選定基準は、①看護職者、保健医療専門職者の全体的なコンピテンシー、能力の明確化に焦点を当て、その枠組みが記載された学術論文、博士論文、②学術論文ではないが、看護職者、または保健医療専門職者のコンピテンシー、能力を記載した重要な文献（国や看護職能関連の組織が規定したもの）、③引用文献、看護師、保健師の専門誌、図書、職能団体等の印刷物等によるハンドサーチから①②の条件に合致する文献、とした。また、学部生、教員のコンピテンシー、能力の明確化に焦点を当てた文献、および、入手不可の文献は除外した。

2) 検索結果

検索結果から、選定基準に沿って 24 文献を選定した（図 1）。

これらの中から島嶼、ルーラルの看護職者のコンピテンシー研究は 2 文献であった。それ以外の文献においては、看護師の全体的なコンピテンシー研究が 18 文献、保健師の全体的なコンピテンシー研究が 4 文献であった。これから、1. 島嶼、ルーラル等の看護職者のコンピテンシー研究、2. 看護師の全体的なコンピテンシー研究、3. 保健師の全体的なコンピテンシー研究の

順に説明をしていく。

(1) 島嶼、ルーラル等の看護職者のコンピテンシー研究

島嶼、ルーラルの看護職者のコンピテンシー研究の概要は次の2つの文献であった(表2)。

丸岡ら(2012)は‘島嶼赴任経験で向上した保健師の実践能力の明確化’を目的に、島嶼赴任経験のある係長級保健師、および主事・主任級の保健師の各5名への半構造的なフォーカスグループインタビューを各2回行った。その結果、係長級の帰任後に向上した実践能力は1.現場での実践を促すことができる人材育成能力、2.市町村との連携促進能力、3.平常時活動の充実による危機管理能力、4.視野が広がり全体像を把握する能力、5.組織内における連携促進力、6.事業評価を数値で捉える能力、の6つのコア・コンピテンシーと17の関連要因が抽出された。主事・主任級の帰任後に向上した実践能力は、1.幅広い対象者の力を見出す能力、2.関係機関と顔を合わせた積極的な連携構築能力、3.対象者・関係者がエンパワーできるよう支援する能力、4.全体像を把握した方策立案力、5.職場内における連携促進力の5つのコア・コンピテンシーと17の中分類が抽出された。

Kikuchiら(2006)は‘ルーラルの医療機関への看護師派遣が看護実践コンピテンスに与える教育効果の明確化’を目的に、①派遣経験のある看護師84名への質問紙調査、②派遣経験のある看護師81名への質問紙調査を行った。調査では、文部科学省(2011)が作成(開発)した「看護実践コンピテンス」を測定する枠組みを使用した。この枠組みは、1.ヒューマンケアの基本に関する実践能力(3)、2.根拠に基づき看護を計画的に実践する能力(6)、3.特定の健康課題に対応する実践能力(4)、4.ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力(5)、5.専門職者として研鑽し続ける基本能力(2)の5つのコア・コンピテンシーと20の中分類で構成されている。

(2) 看護師の全体的なコンピテンシー研究

島嶼、ルーラルの分野を除く国内の看護師の全体的なコンピテンシー研究は次の18文献であった(表3.1)。

鈴木ら(2001)は、Schwirian(1978)が開発したSix-D Scaleの日本語版Six-D Scaleの作成を行った。2度の予備調査とBack Translation等の手続きに基づき、質問項目を修正し、日本語版Six-D Scaleを作成した。Six-D Scaleの6つの看護実践領域に、「日常生活援助」の領域を追加し、「リーダーシップ」の領域の項目を6ヵ月目の調査からは除外し、各項目の類似した小分類は削除している(中村ら,2003)。この日本語版Six-D Scaleは、日本で看護実践能力を測定する尺度としてこれまで長らく使用されてきている(中岡ら,2004; 南家ら,2005)。

土佐ら(2002)は、‘3年目以上の臨床実践能力の明確化’を目的に、3病院で勤務する3年目以上の看護師574名への質問紙調査を行い、1.看護管理能力、2.職場での影響力、3.患者に対するケア能力、4.教育能力、5.自己学習能力の5つのコア・コンピテンシーを特定した。

齋藤(2005)は、‘看護実践能力(nursing practice competence)の構成要素の抽出’を目的に、国内外の文献レビューを行い、1.対人関係の形成や円滑な展開、2.看護過程、3.看護技術の実践、4.専門職としての態度、の4要素を分析枠組みとして用い、整理した。その結果、1.看護過程(27)、2.信頼関係(3)、3.医療機器・薬剤の取り扱い(2)、4.スタッフ・学生指導(2)、5.自己の振り返り(2)、6.社会の要請への対応(3)、7.保健医療チームとの協働(3)、8.自己研鑽(自己開発)(3)、9.プライバシーの保持(1)、の9つのコア・コンピテンシーと47の中分類を抽出できた。

上田ら(2006)は、‘学士課程と大学院修士課程修了者のコンピテンシーの違いの明確化’を目

的に、国内外の文献検討を行った。その結果、学士課程修了者において、1. 批判的思考(6)、2. 意思の疎通(8)、3. ヘルステクノロジーと情報システム(6)、4. 健康アセスメント・フィジカルアセスメント(7)、5. 教育学(4)、6. 看護技術(14)、の6つのコア・コンピテンシーと50のコンピテンシーを特定した。また、大学院修士課程修了者において、1. 意思の疎通(7)、2. 教育学(5)、3. 教育と倫理のコア・コンピテンシー(8)、4. 研究、統計、質向上(9)、5. 情報と遠隔コミュニケーション(5)、6. ヘルスシステム・保健政策・看護管理(11)、7. 生涯人間発達(5)、8. 専門職業意識(6)、9. 疫学、疾病予防、リスク軽減、健康増進(5)、10. 健康アセスメント・フィジカルアセスメント(7)、11. 解剖学、生理学、病態生理学(6)、12. 薬理学(7)、の12のコア・コンピテンシーと81のコンピテンシーを特定した。

吉田 (2007) は、‘新卒看護師の看護実践能力(clinical competence)の概念の検討’を目的に、国外文献レビューを行った。Rodgers (2000) の概念分析方法に基づく文献レビューのツールを作成し、英語文献32件を分析した。その結果、新卒看護師の看護実践能力の概念は、1.問題を捉え解決法を選択する力、2.技術を活用してケアする力、3.健康状態に応じたケアの実践、4.人として支える力、5.チームとして協働する力、6.自己を発展させる力、の6つのコア・コンピテンシーに分類できた。また、clinical competence の概念は、類似した用語の多さもあって非常に混乱した状態にあることが明らかになった。

飯島 (2008) は、‘臨床現場が新卒看護師に期待する看護実践能力(nursing practice ability)達成度と、新卒看護師の同達成度の差異の明確化’を目的に、250施設の新卒看護師を指導する看護師長または指導者への質問紙調査を行った。質問紙は、看護実践能力育成に向けた大学卒業時の教育到達目標 (文部科学省, 2002)と、看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 (厚生労働省, 2002) を参考にして筆者が作成したもので、新卒看護師の看護実践能力の1.フィジカルアセスメントと看護過程(20)、2.生活行動援助などの技術(24)、3.診療介助などの援助(17)、4.職業人としての行動(6)、の4つのコア・コンピテンシーと67の中分類で構成されている。その結果、生活行動援助に関わる技術では期待値が高く、そのため実態値との差が大きいこと、また、診療介助の技術に関しては就職後の指導による習得でもよいという回答が多く、実態値との差が少なかったことが明らかになった。

廣川ら (2008) は ‘外来看護師の能力の明確化と外来看護師の役割の考察’を目的に、一般病院Aの外来看護を3年以上経験している看護師10名への半構成的面接を行った。その結果、1. 外来受診中の今ここで看護を必要としている患者を見つけ出す能力(7)、2. 関わる時間を抽出する能力(3)、3. 外来受診の間に看護を実践する能力(11)、4. 関係性を築き継続していく能力(7)、5. 外来看護において大切にしていることを実践できる能力(5)、6. 自分自身の看護を振り返り考える能力(7)、の6つのコア・コンピテンシーと40の中分類を特定できた。

日本看護系大学協議会の高度実戦看護師制度実践委員会 (2008) が作成した日本語版 APN (高度実戦看護師) のコア・コンピテンシー案 (修正版) は、7つのコア・コンピテンシーと19の中分類と121の小分類で構成されている。具体的には、1. 患者の健康・病気の状態の管理 (健康増進・健康の保護と疾病予防:5項目、患者の病気の管理:8項目、上記2つに充当する:22項目)、2. ANP-患者関係 (ANP-患者関係:13項目、教育指導機能:タイミングをみること:3項目、引き出すこと:4項目、援助:4項目、提供:1項目、協議:2項目、コーチング:1項目)、4. 専門職としての役割 (1.役割の開発と実践:4項目、ケアの方向付け:8項目、リーダーシップ:5項目、医療提供システムの管理と交渉 (管理:9項目、交渉:7項目、実践するヘルスケアの質の確保とモニタリング:質の確保:11項目、質のモニタリング:3項目)、7.文化的コンピテンシー (文化的

コンピテンシー一般:6項目、スピリチュアル・コンピテンシー:5項目)である。

松谷ら(2010)は、看護実践能力(Nursing Competency)の定義と属性、要素と構造の明確化を目的として、2009年までの国外文献レビューを行った。方法として、Rodgersら(2000)の Concept development analysis を参考に、「nursing competence」、とりわけ「clinical competence」、および「看護実践能力」について文献検討を行った。PubMedのMeSHにより Clinical Competence および Professional Competence の定義および紹介年を確認した。検索エンジンとして CINAL を用い、2009年5月までの研究論文を対象として文献を抽出した。抽出した文献について、看護実践能力の①定義、属性、要素とその構造、②育成方法、③評価方法・評価枠組みの3つの視点で精読し、結果を統合した。その結果、看護実践能力の評価尺度について、1. Cowinら(2008)、2. Liuら(2007)、3. Cowanら(2005,2006)、4. Meretojaら(2004a)、5. Schwirian(1978)、が開発した5つの尺度を紹介した上で、ゴールドスタンダードといえるものは確立しておらず、今後各尺度における妥当性や信頼性の検討を蓄積する必要があることが分かった、と述べている。

松谷らは、看護のコンピテンスは、「知識や技術を特定の状況や背景の中に統合し倫理的で効果的な看護を行うために必要な能力」であり、看護のコンピテンシーは、「潜在的なコンピテンスが前提となってコンピテントな(有能な)看護師によって実際の行為として示される行動特性」とした。コンピテンスもコンピテンシーも「看護実践状況を背景にする複雑な活動であり、状況の中に存在する全体的統合的概念」ととらえた。また、「看護実践能力」とは、「知識や技術を特定の状況や文脈の中で判断し、倫理的で効果的な看護を行うための主要な能力を含んだ特質であり、複雑な活動で構成される全体的統合概念」と定義したものの、「複雑で状況依存的で全体的統合的な能力であることから、客観的な観察による評価は難しい」と述べている。看護実践能力の構成要素については、1. Cowinら(2008)、2. Liuら(2007)、3. Cowanら(2005,2006)、4. National Council for State Boards of Nursing (2005, 以下、NCSBNとする)、5. Meretojaら(2004)、6. Alexanderら(2003)、7. Hsiehら(2002)、8. Lenburg(1999)、の8文献から、1. 人々・状況を理解する力、2. 人々中心のケアを実践する力、3. 看護の質を改善する力の3つのコア・コンピテンシーを特定した。

中山ら(2010)は、コンピテンスを「十分な職務遂行に関する知識、技術、行動力に加えて、倫理、価値と反省的実践を行える効力で、その実践がもつ文脈の重要性を認識できる、また有効な実践方法が一つではないことの認識の上に成り立つ能力(Gonzi, 1994; Cowan, 2005)」と定義し、後述する工藤ら(2011, 2012)と共に、2006~2009年度の4年間のプロジェクトとして「看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究」(研究代表者:中山洋子, 2010)に取り組んだ。この中で、看護系大学卒業後臨床経験5年目で達成してほしい実践項目の明確化を目的に、看護実践能力(competence in nursing practice)を測定する尺度である CNCSS(clinical nursing competence self-assessment scale)を開発した。この質問紙の概念枠組みは、①大学卒業時の到達目標(文部科学省, 2004)を基盤に、②ICNのジェネラリストナースの国際能力基準枠組み

(Alexander, 2003)、③看護実践の範囲と基準(ANA)を参考にし、質問項目は、Bennerの看護実践の領域、イギリス、フィンランド等で開発された看護実践能力の尺度の実践行動を参考にした。CNCSSは、看護実践能力の概念化、内容妥当性・構成概念妥当性・併存妥当性の検討、信頼性の確保等の過程を経て、「上位概念4、下位尺度13、項目数64の質問紙、看護系大学卒業後臨床経験5年目で達成してほしい実践項目」として開発した。具体的には、1. 看護の基本に関する能力(基本的責務:4、倫理的実践:3、援助的人間関係:6)、健康レベルに対応した援助の展開能力(クリニカルジャッジメント:7、看護の計画的展開:9、ケアの評価:5、ヘルスプロモーション:5)、

ケアの環境とチーム体制の調整能力(リスクマネジメント:4、ケアコーディネーション:3、看護管理:4)、看護実践の中で研鑽できる能力(専門性の向上:4、質の改善:3、継続学習:4)で構成されており、「達成への確信」(4段階リッカード)と、「実施の頻度」(4段階リッカード)の2つの側面から評価している。

この質問紙を用いて、臨床経験1年目から5年目までの看護師を対象に横断的調査を実施した結果、臨床経験1年目と2年目にかけて看護実践能力は大きく伸び、その後も経年的に伸びていくことを検証することができた。さらに、質的、量的な縦断的調査によって、臨床経験1年目から2年目の看護実践能力の発達の具体的な内容について把握した。

その後、既存の「看護実践能力自己評価尺度」と比較をした。具体的には、日本語版 Six-D Scale の質問紙を用いて、併存妥当性を検討し、また、EU で開発された ETQ (EHTAN Questionnaire Tool) と、フィンランドで開発された NCS (Nurse Competence Scale) の翻訳と back translation による翻訳の適切性について検討した。

工藤ら(2011)は、フィンランドの研究者である Meretoja(2004)がキャリア開発の視点から看護師に必要な機能を調査し、開発した看護実践能力自己評価尺度の NCS (Nurse Competency Scale) の翻訳の等価性の検討をし、日本語版 NCS の作成を行った。NCS の翻訳は、工藤を含む中山ら(2010)のプロジェクトで開発した、看護実践能力自己評価尺度である CNCSS の併存妥当性の検討に使用すること、および海外で開発された看護実践能力評価尺度の日本における有用性を検討することを目的として行われたものである。

また、工藤ら(2012)は、コンピテンスを「十分な職務遂行に関する知識、技術、行動力に加えて、倫理、価値と反省的実践を行える効力で、その実践がもつ文脈の重要性を認識できる、また有効な実践方法が一つではないことの認識の上に成り立つ能力(Gonzi, 1994; Cowan, 2005)」と定義し、中山らと共に開発した CNCSS の併存妥当性の検討のための日本語版 Six-D Scale との構成概念の比較検討を行った。その理由として、工藤は次のように述べている。

「日本において看護実践能力に関する研究は、1990年代から取り組まれ始めたが、それらの研究のほとんどが日本語版 Six-D Scale を使用して調査を行っている。日本においてこれまでに、看護実践能力を測定する尺度は開発されておらず、30年前に開発された尺度 Six-D Scale が現在も使用されている。そこで中山ら(2010)のプロジェクトで開発した CNCSS の併存妥当性を検討するにあたって、すでに日本語版において信頼性、妥当性が検討されている日本語版 Six-D Scale の尺度を使用することとした。併存妥当性は、基準関連妥当性の一つで検証したい尺度と同じ、もしくは強く関連する構成概念を測定する既存の尺度を用いて、相関係数をもって判断される。Six-D Scale は米国で開発された看護実践能力を測定する尺度ではあるが、日本で実際に用いられている唯一の尺度であることから、新しく開発した CNCSS の併存妥当性の検討には適切であると考えた」

比較検討は、1. CNCSS と日本語版 Six-D Scale の構成概念の比較検討、2. CNCSS と日本語版 Six-D Scale を用いた臨床経験6年目以上の看護師628名への質問紙調査による2つの尺度の構成概念の比較、併存妥当性の検討、を行った。その結果、CNCSS は Six-D Scale の構成概念をすべて含んでいたが、30年以上前に開発された Six-D Scale は、近年重要となっている「リスクマネジメント」「質の改善」の概念を含んでいなかった。また、2つの尺度の相関係数は $r=.762(p<.001)$ で妥当な高さが示された。CNCSS における信頼性、妥当性は検証された。また、2つの尺度においての共通の内容を持つ下位尺度の値は同一の傾向を示していた。これによって CNCSS は看護師の実践能力を安定して測定できる尺度であることが明らかになった。臨床

経験6年目以上の看護師が持つ実践能力の内容については、経験豊かな看護師に求められる実践能力である「質の改善」、「ケアコーディネーション」、「ヘルスプロモーション」が他のコンピテンスと比較して低かった。筆者は、CNCSSは大卒5年目で達成できる内容として開発されたが、6年目以上の看護師に使用することによって、実践を積み重ねた看護師の看護実践能力について今後考えていくべき示唆を得ることができた、と述べている。

真下ら(2011)によると、SchwirianやWandeltらが先駆的に看護のコンピテンシーを評価するためのツールを開発した。Wandeltら(1975)は看護師が自分の看護実践能力を自己評価できるように、単に尺度項目を設定するだけでなく、各質問項目が何を意味するのかをまとめたcue sheetを作成した。

文部科学省(2011)は、看護学士課程においてコアとなる看護実践能力として、1.ヒューマンケアの基本的な実践能力(3)、2.根拠に基づき看護を計画的に実践する能力(6)、3.特定の健康課題に対応する実践能力(4)、4.ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力(5)、5.専門職者として研鑽し続ける基本能力(2)、の5つのコア・コンピテンシーと20の中分類を示している。

日本看護協会教育計画基本方針(2012)は、「専門職業人として看護に必要な能力の全体像」として、1.専門的・倫理的・法的実践(説明責任、倫理的実践、法的実践)、2.看護の提供とマネジメント(看護の主要原則、看護の提供、ケアマネジメント)、3.専門能力の開発(専門性の強化、質の向上、継続教育)、の3つのコア・コンピテンシーと9の中分類をあげている。これらは、Alexanderら(2003)が作成した、ICNのコンピテンシーズ枠組み(ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse)と、看護業務基準(日本看護協会, 2007)を参考に作成されている。この方針では、受講者の看護実践能力に応じた学習段階として、「1. 指導や教育のもとで、基本的な看護を安全に実践できる。指導を受けることにより自己の学習課題を見つけることができる」、「2. 看護実践の場面において単独で看護を提供できる、チームリーダー的役割や責務を認識し遂行できる、自己の学習課題に向けた学習活動を展開できる」、「3. 高度な看護活動を実践でき、かつ他者にモデルを示すことができる、自己の学習活動に積極的に取り組むのみならず、指導的役割を發揮できる」、「4. 論理的かつ実践的知識を統合して、卓越した看護を実践し、所属を超えてリーダーシップを發揮できる、自己の学習活動はもとより組織的な教育・研究活動を主体的に実践できる」、の4段階を設定し、さらに、「看護実践能力」、「組織的役割遂行能力」、「自己教育・研究能力」、の3側面を構成している日本看護協会では、この指標を用いて、それぞれの看護職が自らの実践段階と対比させ、自身が学ぶべき学習内容を含んだ研修を選択できるよう提示している。

松谷ら(2012)は、看護実践能力(clinical competence, clinical competency)を「看護の職務を担える看護師の看護行為を支える資質、技術、および能力」とし、また、臨床看護実践能力を「看護実践能力に含まれる概念であり、臨床現場で働く看護師が看護を行うための資質、技術、および能力」と定義している。その上で、大学新卒看護師が必要と認識している臨床看護実践能力の概念化を目的に、看護系大学を卒業し、病院入職1年目の看護師17名に、日々の看護を行う上で必要な看護実践能力、大学で身につけておくべき力、看護師の機能を果たす上で満足がいかなかった経験についてインタビューガイドを用いた半構成的面接を行った。その結果、大学新卒看護師必要と認識している臨床看護実践能力について、1.人間関係を築いていく力(5)、2.セルフマネジメント力(3)、3.自己研鑽力(2)、4.基盤となる知識力(4)、5.看護技術力(3)、6.看護へのコミットメント力(2)、7.看護業務遂行能力(5)、の7つのコア・コンピテンシーと240の中分類を抽出した。

高屋ら (2013) は、臨床看護実践能力 (clinical competency) を「実際に看護が行われる状況や文脈の中で、知識や技術を統合し、行動として看護を行うための主要な能力および資質」と定義し、‘新卒看護師の臨床看護実践能力の明確化’を目的に、新卒看護師育成経験のある臨床経験 5 年以内の看護師 17 名への半構成的面接を行った。調査では、1. 新卒看護師に身につけてきてほしい能力、2. 臨床で身につけてほしい能力、3. 新人看護師に困ったこと、について尋ねた。分析の結果、臨床看護実践能力・資質として、1.看護へのコミットメント力(7)、2.コミュニケーション力(6)、3.基盤となる専門基礎科目の知識力(3)、4.臨床アセスメント能力(6)、5.看護技術力(9)、6.看護業務遂行力(10)、7.自己研鑽力(5)、8.セルフマネジメント力(3)、9.リスクマネジメント力(7)、10.専門職者間連携による看護実践力(2)、の 10 のコア・コンピテンシーと 58 の中分類が明らかになった。

三浦ら (2014) は、臨床看護実践能力(nursing competency)を「実際に看護が行われる状況や文脈のなかで、知識や技術を統合し、倫理的で効果的な看護を行う行動特性」とし、‘学士課程卒業看護師が卒後 1 年間に必要であると認識している臨床看護実践能力の明確化’を目的に、大卒後 1 年の看護師 12 名への半構成的面接を行った。面接は、Iiindscn ら(1995)のインタビューガイドを参考に作成し、1 年目の経験を振り返り、日々の看護を行ううえで必要な看護実践能力、大学で身につけておくべき能力等の内容について聴取した。その結果、新卒 1 年間に必要であると認識している看護実践能力として、1.良好に人間関係を構築すること、2.的確なアセスメントに基づき看護技術を提供すること、3.アセスメントに必要な知識を保有していること、4.看護業務についてチームワークを基盤に遂行すること、5.自己研鑽や学習を行うこと、6.セルフマネジメントをすること、7.看護実践にコミットメントしていること、の 7 つのコア・コンピテンシーと 19 の中分類を抽出した。

斜森ら (2015) は ‘プライマリケア機能を担う診療所の看護師に必要なコンピテンシーの明確化’を目的に、プライマリケア機能を担う診療所に勤務する医師 6 名と看護師 11 名へのフィールド調査(面接法及び参加観察法)を行った。その結果、1.患者と家族のライフステージに合わせた疾病予防・健康増進活動の実践(2)、2. 優先順位の判断と実践(1)、3. 疾病管理(4)、4. 個人や家族に潜在する問題の早期発見と対処(1)、5. 個人や家族に潜在する問題解決のための多職種や住民サポーターとの協働・連携(8)、6. 地域の健康問題の解決に向けた行動(6)、7. 幼稚園や学校の健康管理(1)、8. 産業施設の健康管理(1)、9. 診療所マネジメント(6)の 9 つのコア・コンピテンシーと 30 の中分類を特定できた。

細田ら(2016)は、アンダーセン(2002)や Meretoja ら (2004)の定義を参考にコンピテンシーを「看護実践における能力特性」とし、‘中堅期看護師と新人期看護師のコンピテンシーの構成要素とそのニーズとの関連の明確化’を目的に、500 床以上の 60 病院の中堅 994 名と新人 1016 名への質問紙調査を行った。その結果、1. 組織への参画、2. 協働関係づくり、3. 実効パワー志向、4. フレキシビリティ、5. 目標達成志向、6. リーダーシップ、7. 専門的実践、の 7 つのコア・コンピテンシーと 22 の中分類を抽出した。

(3) 保健師の全体的なコンピテンシー研究

島嶼の分野を除く国内の保健師の全体的なコンピテンシー研究は次の 4 文献であった (表 3.2)。

大倉 (2004)は、‘専門家が行政保健師に期待するコンピテンシーの明確化’を目的に、保健師免許を有する専門家 209 名への郵送によるデルファイ法を 3 回行った。その結果、看護過程

展開能力(2)、地域保健活動展開能力(5)、ヘルスケア提供能力(11)、マネジメント能力(15)、情報活用能力(4)、対人関係形成能力(4)、豊かな人間性(6)の7つのコア・コンピテンシーと37の中分類を特定した。

岡本ら(2007)は、‘特に強化が必要な行政保健師のコンピテンシーの明確化’を目的に、3段階調査(①学識経験者7名へのフォーカスグループディスカッション、②保健師と関係他職種9名への個別面接、③全国の現任保健師研修担当者335名への質問紙調査)を行った。その結果、1. 住民の健康・幸福の公平を護る能力(3)、2. 住民の力量を高める能力(2)、3. 政策や社会資源を創出する能力(2)、4. 活動の必要性と成果を見せる能力(2)、5. 専門性を確立・開発する能力(2)の5つのコア・コンピテンシーと11の中分類を特定した。

平野ら(2009)は、‘保健師と事務系職員が10年目の保健所保健師に求めるコンピテンシーレベルの明確化’を目的に、ICN(2003)を参考にコンピテンシーの枠組みを作成した。実務経験10年以上の保健師、事務系職員への質問紙調査を行った。その結果、1. 保健師の基礎となる能力(7)、2. 対人支援能力(10)、3. 地域支援能力(10)、4. 施策能力(8)、5. 管理能力(5)、の5つのコア・コンピテンシーと40の中分類を特定した。

厚生労働省(2010)は、‘保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度’を示した。その内容は、1. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する(3)、2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める(3)、3. 地域の健康危機管理を行う(3)、4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する(4)、5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び、実践の質を向上させる(3)の5つのコア・コンピテンシーと16の中分類を特定した。

3) まとめ

看護職者のコア・コンピテンシーについての国内の先行研究には、島嶼、ルーラルの看護職者のコンピテンシー研究が2文献、看護師の全体的なコンピテンシー研究が18文献、保健師の全体的なコンピテンシー研究が4文献の計24文献があった。

2. 国外文献

国外の看護におけるコンピテンシー研究について、まず、1) 島嶼、ルーラル等の看護職者、保健医療従事者のコンピテンシー研究について述べ、次に、2) 主要な看護職者、および保健医療従事者の全体的なコンピテンシー研究について紹介する。

1) 検索過程

(1) 島嶼、ルーラル等の看護職者、保健医療従事者のコンピテンシー研究

本研究は小離島に特化した研究であるが、類似の研究はルーラル (rural)、リモート (remote) のキーワードで取組まれている。

データベースはPubMedを使用した。看護職者に関するキーワードは「(nurs)、(nursing)のいずれか」、「(island)、(islands)、(remote)、(rural)のいずれか」、および「(competency)、(competencies)、(competence)のいずれか」とし、保健医療従事者に関するキーワードは「(island)、(islands)、(remote)、(rural)のいずれか」、および「(competency)、(competencies)、(competence)のいずれか」とした。検索条件は「会議録を除く」、「タイトルのみ」とした。検索日は2015年5月22日とした。文献の選定基準は、看護職者のコンピテンシーに焦点を当

てた学術論文（または修士論文、博士論文）であることとし、文献の除外基準は、論評や解説論文、記事、抄録のないものとした。また、ハンドサーチから選定基準に合致する文献を選定した。

(2) 主要な看護職者、保健医療従事者の全体的なコンピテンシー研究

データベースは PubMed を使用した。キーワードは「(nurs)、(nursing)、(public health nurse)、(public health nursing)、(public health) のいずれか」、「(competency)、(competencies)、(competence) のいずれか」、および「review」とし、検索条件は「会議録を除く」、「タイトルのみ」とした。検索日は 2015 年 6 月 22 日とした。文献の選定基準は、①英語で書かれていること、②看護職者のコンピテンシーに焦点を当てた学術論文（または修士論文、博士論文）であることとし、文献の除外基準は、①論評や解説論文、記事などとした。また、ハンドサーチから選定基準に合致する文献を選定した。

また、看護職者のコンピテンシーについてのレビュー文献を検索するためのデータベースは PubMed を使用した。キーワードは「nurs*」、「competen*」、および「review」とし、検索条件は「タイトルのみ」とした。検索式は「((nurs*[Title]) AND competen*[Title]) AND review[Title]」とし、最終検索日は 2017 年 12 月 13 日であった。

2) 検索結果

(1) 島嶼、ルーラル等の看護職者、保健医療従事者のコンピテンシー研究

検索の結果、島嶼の看護職者、保健医療従事者のコンピテンシー研究は見当たらなかったが、表 4 に示す通り、ルーラル、リモート、辺境地のいずれかの看護職者、保健医療従事者のコンピテンシー研究が CRAMES(2001)、Nelson (2007)、Hurme (2007, 2009)、Rass(2008)、Lin ら(2009)、Bigbee ら(2010)の 7 文献、プライマリヘルスケアの看護師のコンピテンシー研究が Witt ら (2008) の 1 文献が該当した。

Council of Remote Area Nurses of Australi (2001, 以下、CRAMES という) は、‘オーストラリアのリモートで働く看護師のコンピテンシー基準の開発’を目的に、RAN(National Remote Area Nurse) Competency Standards を作成した。CNANA(オーストラリアリモート看護師協議会)によって開発されたオーストラリアの国家的なコンピテンシーでリモート実践の経験を持つ研究者／NP のチームによって構成された。その結果、1. リモート看護実践(3)、2. 倫理および法律上の実践(3)、3. 熟考した実践(3)、4. マネジメントとチームワーク(2)、5. コミュニケーションと交渉単元(3)の 5 つのコア・コンピテンシーと 14 の中分類を作成した。

Bartee ら(2003)は、‘COL (米国の公衆衛生従事者、後述する) のコア・コンピテンシーについての公衆衛生活動の知覚のレベルの特定’を目的に、696 名の公衆衛生従事者への e-mail による質問紙調査を行った。

Nelson (2007)は ‘ルーラルの公衆衛生看護師による QC (米国の公衆衛生看護師、後述する) のコンピテンシーの認知と活用の程度の明確化’を目的に、米国のモンタナ州の 58 の地方の保健の管轄区に招待状と調査を電子で送付を行った。

Hurme (2007, 2009)は、‘米国のルイジアナ州のルーラルの救急医療機関の看護師のサブコンピテンシーの特定’を目的に、管理職の看護師 7 名への 4 つのコア・コンピテンシーについての e-mail による 3 ラウンドのデルファイ法 (1: 自由記述、2~3: 重要度の 5 段階評価) を行った。コア・コンピテンシーは先行研究と自らの看護職の臨床・管理経験を基に作成した。そ

の結果、1. 臨床・技術 (25)、2. クリティカルな思考 (24)、3. コミュニケーション・対人関係 (27)、4. 管理・組織化 (26) の4つのコア・コンピテンシーと102の中分類を特定した。

Rass(2008)は、‘米国のメイン州のルーラルの救急医療機関の看護師のサブコンピテンシーの特定’を目的に、管理職又は教員の看護師8名への4つのコア・コンピテンシーについての3ラウンドのデルファイ法(1ラウンド:自由記述、2~3ラウンド:重要度の5段階評価)を行った。コア・コンピテンシーはHurme(2007)と同様であった。調査の結果、1. 臨床・技術 (37)、2. クリティカルな思考 (40)、3. コミュニケーション・対人関係 (36)、4. 管理・組織化 (35) の4つのコア・コンピテンシーを構成する148の中分類を特定した。

Wittら(2008)は、‘ブラジル南部のプライマリヘルスケアの一般のおよび特別な看護師のコンピテンシーの特定’を目的に、一般のおよび特別な看護師への3ラウンドのデルファイ法(1.自由記述,2-3.重要度の5段階評価)を行った。その結果、1. 専門的な価値、2. コミュニケーション、3. チームワーク、4. 管理、5. コミュニティ指向、6. ヘルスプロモーション、7. 問題解決、8. ヘルスケア、9. 教育、10. 基本的な公衆衛生科学の10のコア・コンピテンシーを特定した。

Linら(2009)のプロジェクト報告書によると、RRAHC-SP、つまり、西豪のリモート・ルーラルの一般、および上級保健医療専門職者のコンピテンシーの枠組みの明確化と尺度開発が行われていた。この枠組みはスコットランドの農村・リモート関係で働いている地域保健の職員に要求されるコンピテンシーを参考に作成していた。研究方法は、文献レビュー後に、西オーストラリアのリモート・ルーラルの保健関連従事者への3段階のデルファイ法を実施し、1.サービス提供(5)、2. 公平と多様性(3)、3. 専門職業的スキル(7)、4. 倫理的実践(4)、5. 発達とサポート(4)、6. 質と安全(4)、7. 臨床マネジメント(4)、8. 臨床スキル(2)の8つのコア・コンピテンシーと33の中分類から成る枠組みを作成した。これらはまず、仕事の関連性のあるコンピテンシーにチェックし、その部分について、a 緊急の(まだ自信がなく、役割に含まれなければならない技術または実践)、b 発展途上の(自信は増加しているが、継続的な開発を必要とする技術または実践)、c 精練した(自信に満ち、良い感じの技術または実践)、d 熟練した(非常に自信があり、非常に優れていると感じる技術または実践)、e 適切な活動、の4段階で評価するものである。

Bigbeeら(2010)は、‘QCのコンピテンシーについて1人配置と複数配置の辺境地の公衆衛生看護師の自己評価の比較’を目的に、アイダホ州の124名の公衆衛生看護師への自記式質問紙調査を行った。

(2) 主要な看護職者、保健医療従事者の全体的なコンピテンシー研究

検索の結果、表5に示す通り、Schwirian(1978)、Benner(1984)、COL(1991年,2014年)、Lenburg(1999,2009)、ACGME(1999)、QC(2000)、Leeら(2002)、Alexanderら(2003)、IOM(2003)、Meretojaら(2004)、NCSBNら(2005)、Cowanら(2005,2006)、QSEN(2005)、NOF(2006)、Liuら(2007)、Cowinら(2008)、Blackら(2009)、Sastre-Fullanaら(2014)の18の文献が該当した。

また、看護職者のコンピテンシーについてのレビュー文献の検索の結果、52件の文献が検出された。その中から看護職者の全体的なコンピテンシーのレビューに焦点を当てた2000年以降の学術論文はClarkら(2016)、Missenら(2016)の2つの文献が該当した。

Schwirian (1978)は、卒後の「効果的な看護実践」または「成果を上げている看護師の実践行動」を測定するために、Six-D Scale (the Six-D Scale imension of Nursing Performance)を開発した。Six-D Scale は、1.リーダーシップ、2.クリティカルケア、3.ティーチング・コラボレーション、4.計画立案・評価、5.人間関係/コミュニケーション、6.専門職能開発、の6つのコア・コンピテンシーと52の中分類で構成された。この尺度は、実施の頻度、実践の質、基礎教育での準備状況、の3側面から評価し、看護師の自己評価だけでなく、直属の上司による他者評価も実施して、両者の比較を行うものである(松谷ら, 2010; 中村ら, 2003)。鈴木ら(2001)はSix-D Scaleを参考に日本語版NCSを作成した。

Benner (1984)は、初心者とエキスパート看護師の臨床遂行能力と状況評価の違いを明確にするために、5つの病院の看護師を対象に、個別、またはグループによるインタビューと観察を実施し、Dreyfusのスキル獲得モデルを用いて構造化を行った。その結果、看護師のスキルレベルは、初心者 novices、新人 advanced beginners、一人前 competent、中堅 proficient、エキスパート expert で明確な違いがあることが明らかとなった。ナラティブな記述の解釈から、1.援助役割(8)、2.教育とコーチングの機能(5)、3.診断とモニタリングの機能(5)、4.容体の急変時の効果的な管理(3)、5.治療的介入および療養計画の管理とモニタリング(4)、6.医療実践の質のモニタリングと確保(3)、7.組織的および仕事上のコンピテンシーズ(3)、の7つのコア・コンピテンシーと31の中分類の臨床看護実践のコンピテンシーを特定した。しかし、それらを測定する尺度開発までは行っていない。

Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice (1991年,2014年更新,以下、COLという)は米国の公衆衛生専門職者のコンピテンシーの特定と教育を行った。その結果、1.分析・アセスメント(15)、2.コミュニケーション(8)、3.地域特性に応じた実践(11)、4.文化的コンピテンシー(8)、5.リーダーシップとシステム思考(10)、6.政策開発・計画策定(14)、7.財務計画とマネジメント(16)、8.公衆衛生科学(10)、の8つのコア・コンピテンシーと92の中分類を特定した。これらの8つのコア・コンピテンシーは実践者、シニア、監督者の3つのレベルで構成されている。

Lenburg (1999,2009)は、1.アセスメントと調査(3)、2.クリティカル・シンキング(4)、3.コミュニケーション(10)、4.人間的ケアリング関係(3)、5.知識の統合(2)、6.ティーチング(2)、7.マネジメント(4)、8.リーダーシップ(4)の8つのコア・コンピテンシーと32の中分類を特定し、COPAモデル(Competency Outcomes & Performance Assessment model)を作成した。これはANA(米国看護協会)が活用を推奨しているモデルである。

Accreditation Council for Graduate Medical Education (1999,以下、ACGMEという)は、米国の医療従事者のコンピテンシーの特定を行った。これらは1.患者ケア(9)、2.医療知識(2)、3.学習と改善に基づく実践(6)、4.学際的コミュニケーション(3)、5.プロフェッショナルリズム(3)、6.システムに基づく実践(5)の6つのコア・コンピテンシーと28の中分類を特定した。

Quad Council of Public Health Nursing Organization (2000,以下、QCという)は、'公衆衛生看護師のための8つのコア・コンピテンシーをジェネラリスト、監督者の2段階で構成し、測定可能なコンピテンシーの草案を描くこと'を目的に研究を重ね、CCPHN(公衆衛生看護師のコンピテンシー)を作成した。QCは公衆衛生看護師の教育/活動の主要な4組織(ACHNE, APHN, PHN-APHA, ANA)の代表が集まった4者協議会であり、コア・コンピテンシーはCOLと同様である。CCPHNは1.分析・アセスメント(11)、2.コミュニケーション(7)、3.地域特性

に応じた実践(8)、4. 文化的コンピテンシー(5)、5. リーダーシップとシステム思考(8)、6. 政策開発・計画策定(11)、7. 財務計画とマネジメント(10)、8. 公衆衛生科学(8)の 8 つのコア・コンピテンシーと 69 の中分類から構成される。

Lee ら(2002)は、看護大学生の看護のコンピテンシーの明確化を目的に、看護大学生のうちフルタイム 52 名、パートタイム 69 名への質問紙調査を行った。その結果、1. コミュニケーション調整、2. 全体的な臨床看護、3. ケアリング、4. マネジメント/ティーチング、5. 専門職人としての自己成長、の 5 つのコア・コンピテンシーから構成される Clinical Nursing Competence Questionnaire (以下、CNCQ という)を作成した。

Alexander ら(2003)は、ICN (国際看護協会) と共に、ICN のジェネラリスト看護師のコンピテンシーの枠組みである ICN(ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse)を作成した。この ICN は、1. 専門的、倫理的、法的な実践(3)、2. ケア提供とマネジメント(9)、3. 専門性の開発: 専門性の向上(3)の 3 つのコア・コンピテンシーと 14 の中分類から構成されている。

Institute of Medicine (2003) は、医療の質と安全の確保のためのコンピテンシーの特定と教育を目的に、IOM (米国医学研究所) コンピテンシーを作成した。これは 1. 患者中心のケアの提供(5)、2. (学際的な) チームワーク(8)、3. エビデンスに基づく実践の使用(4)、4. 質改善の適用(5)、5. 情報科学の利用(5)の 5 つのコア・コンピテンシーと 27 の中分類から構成される。これは Committee on The Future of Rural Health Care (米国農村保健委員会) の Quality Through Collaboration: The Future of Rural Health Care (2005)にも紹介されている。

Meretoja ら(2004)は、異なる病院の労働環境において看護のコンピテンシーのレベルの評価ができることを目的に、フィンランドの看護師のコンピテンシー尺度である NCS (Nurse Competency Scale of Finland) を開発した。看護師のコンピテンシー尺度の中分類は、Benner(1984)の初心者からエキスパートまでのコンピテンシー枠組みに由来している。文献レビューと 6 名の専門家グループを含む 7 段階のアプローチとパイロットテストの後、498 名の看護師への自記式質問紙調査が実施された結果、信頼性と妥当性の確保ができた。質問紙は、1. ティーチング・コーチング、2. 診断機能、3. 状況マネジメント、4. 治療的介入、5. 質の保証、6. 業務遂行、7. 質の確保、の 7 つのコア・コンピテンシーと 73 の中分類から構成された 4 点尺度であり、信頼性と妥当性の確保もされている。前述した工藤ら(2011)が日本語版 NCS の作成を行った。

NCSBN ら(2005)は、'米国のジェネラリスト看護師のためのコンピテンシーの尺度開発'を目的に、NCSBN (2005) のコンピテンシーを作成した。これらは 1. 知識の適用、2. 判断、3. 実践のための人間関係スキル、4. 実践のためのスキル、の 4 つのコア・コンピテンシーから成る。

欧州連合のヘルスケアの訓練とネットワークである EHTAN(The European Healthcare Training and Accreditation Network)は、看護師不足により、文化、知識、スキルが多様な多くの他国出身の看護師が増加したことを背景に、2003 年に EU の看護師の skills-competency matrix を確立するためのプロジェクトを立ち上げた(Cowan et al, 2005a; EHTAN,2005)。この EHTAN のプロジェクトは Cowan が所属するロンドン大学の the school of nursing が主導し、まず、看護のコンピテンシーの定義と評価に関する文書と文献をレビューした結果、看護実践のコンピテンシーの定義についてのコンセンサスがほとんどなかったこと等を把握し、EHTAN の自己評価質問紙の枠組みである EQT (EHTAN Questionnaire Tool) 案を作成した(Cowan et al, 2005b)。その後、英国、ベルギー、ギリシャ、ドイツ、スペインの EU 加盟 5 カ国の急性期病院の一般看護師 588 名への質問紙調査をし、開発をした。最終的な EQT は、1. アセスメント(9)、2. ケア提供(40)、3. コミュニケーション(10)、4. ヘルスプロモーションと疾病予防(10)、5. 自己啓発と専門職能開発(8)、6.

専門的倫理的実践(16)、7.研究と開発(6)、8.チームワーク、の8領域と108項目から構成され、EU加盟国が使用できるように翻訳、普及された(Cowan et al, 2007, 2008)。

QSEN (2005)は、Quality and Safety Education for Nurses の略称で、全米的な看護職のための質と安全教育のための組織であり、‘看護の質と安全の確保’を目的に、免許取得前と大学院で教育すべき6つのコア・コンピテンシーの定義と学習目標を定め、その教授法を教員に伝授を行った。1. 患者(人と家族) 中心のケア(5)、2. チームワークと協働(5)、3. エビデンスに基づく実践(4)、4. 質改善(4)、5. 情報科学(3)、6. 安全(3)、の6つのコア・コンピテンシーは24の中分類から成り、6つ中、5つはIOMと同様である。その後全米で6つのコア・コンピテンシーを教育することを看護教育機関に義務づける認定基準を導入した。

ここで、QSENについての活動背景を述べておく。1999年、IOM (Institute of Medicine ; 米国医学研究所) が「人は誰でも間違える」(To Err is Human)と題する報告書を発表し、米国内で毎年44,000人から198,000人が医療過誤によって死亡していると述べた(IOM,1999)。それ以降、世界各国は自国の医療システムの問題点の深刻さを把握し、改善策の整備を図るために独自の研究を進めてきた。2003年にIOMは医療従事者教育 (Health Professions Education) を発表し、すべての医療従事者は「実証されたエビデンスに基づく実践、対象者の安全に向けた取り組みを含む質の改善、および情報科学」を重視し、「多職種から成り立つ医療チーム」の一員として「対象者中心のケア」を提供するための教育を受ける必要があるとした(IOM,2003)。その後IOMの呼びかけで2003年には米国の看護教育の有志によるグループの手で、自分たちが働く医療システムの質と安全をたゆまず改善していく上で必要なコンピテンシーを看護職に身につけさせる方法が策定された (Cowan et al.,2007)。これがQuality and Safety Education for Nurses(以下QSENとする)、つまり看護職のための質と安全教育である。このグループは次の活動を行った。すなわち、免許取得前、および大学院で教育すべき6つのコンピテンシーを、その定義とKSAと呼ばれる162項目の知識と技術と態度を定め、普及させたこと。2,000人を超す教員にこれらの能力の教授法を教えたこと。書籍、論文、学習モジュールを多数発表したこと。看護教育機関での質と安全の教育について、その状況を評価するために全国調査を実施したこと。教員や臨床家向けのリソースを大量に掲載するウェブサイト (www.qsen.org) を立ち上げたこと。これらの能力を教えることを看護教育機関に義務づける認定基準を導入したこと。そして、500人を超す教員、および臨床家が集まり、KSAの普及に関する取り組みを共有し合う年次QSEN会議を開催したこと、である (Sherwoodら, 2017)。その後、American Association for Colleges of Nursing (AACN、米国看護大学協議会) とRobert Wood Johnson Foundation (RWJF ; ロバート・ウッド・ジョンソン公益財団) は、このプロジェクトを全面的に支援し、全米の看護系大学および、他の基礎看護教育機関の教育者を対象に質の向上と安全教育改革の普及を推進している (渡辺ら,2015)。

NOF (2006)はThe Massachusetts Nurse of the Future の略称で、米国マサチューセッツ州の看護職者のためのコンピテンシー委員会であり、免許取得前と大学院で教育すべき10のコア・コンピテンシーの定義と学習目標を定めた。コア・コンピテンシーの参考にしたものはAccreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)、American Association of Colleges of Nursing (2008)、Davies (2008)、Institute of Medicine (2003)、Lenburg (1999)、National League for Nursing Council of Associate Degree Nursing Competencies Task Force (2000)、Quality and Safety Education for Nursing (2007)、Zabaleguiら(2006)の7つであり、10のコア・コンピテンシーのうち6つはQSENと同様とした。その結果、1. 患者中心のケア(5)、2. チームワークと協働(7)、3. エビデンス

に基づく実践(6)、4. 質改善(4)、5. 情報科学と科学技術(9)、6. 安全(6)、7. コミュニケーション(8)、8. リーダーシップ(10)、9. システムに基づく実践(4)、10. プロフェッショナルリズム(7)の10のコア・コンピテンシーと66の中分類を特定した。

Liuら(2007)は、‘中国のジェネラリスト看護師のためのコンピテンシーの尺度開発’を目的に、815名の看護師への質問紙調査と6名のエキスパートの評価など2段階(7ステップ)の調査を行った。その後、信頼性と妥当性の確保も行った。コア・コンピテンシーはICN(2003)を参考に作成した。その結果、1. クリティカルシンキングと研究力(10)、2. 人間関係(8)、3. 臨床ケア(9)、4. ティーチング-コーチング(7)、5. 合理的/倫理的実践(8)、6. リーダーシップ(10)、7. 専門職業人としての発達(6)の7つのコア・コンピテンシーと58の中分類を特定し、CIRN(Competency Inventory for Registered Nurses)を作成した。

Cowinら(2008)は、オーストラリアの国としての看護師のコンピテンシー基準であるANCL(Australian National Competency Standards)が上記のNCSと相関関係を示すかどうかを明確にするために、シドニーにある3つの救急処置公立病院で卒業生看護プログラムへ一年間参加している新卒の看護師1100名への自記質問紙調査を行った。このANCLは、1. 専門職的倫理的実践、2. クリティカル・シンキングと実践、3. ケアのマネジメント、4. 他者を強化する能力、の4つのコア・コンピテンシーと14の中分類と51の小分類から構成されたものである。

Blackら(2009)は、‘カナダの新任看護師のコンピテンシー開発’を目的に、月例のテレコンファレンス、頻繁なeメールのやりとり、小グループによる作業と全体会議など複数の方法で研究を行った。コア・コンピテンシーはICN(2003)を参考に作成した。その結果、1. 専門職としての責務と説明責任、2. 知識に基づく実践、3. 倫理の実践、4. 公共サービス、5. 自己規制、の5つのコア・コンピテンシーと119の中分類を特定した。

Sastre-Fullanaら(2014)は29か国のAPNの一般的なコンピテンシーの特徴を特定するために文献検討とweb検索を行い、119の文献を質的に分析している。その結果、1. 研究、2. 臨床と専門職としてのリーダーシップ、3. 新任者教育とコーチング、4. 協働と専門職間の連携関係、5. 熟練した臨床判断、6. 倫理的・法的実践、7. 教育とティーチング、8. 質管理と安全、9. 相談、10. ケア管理、11. エビデンスに基づく実践、12. 専門職業人としての自律、13. ヘルスプロモーション、14. コミュニケーション、15. 文化的コンピテンシー、16. 唱道、17. 管理改革、の17のコア・コンピテンシーを特定した。

Clarkら(2016)は看護教育に活用するために、公衆衛生および地域における看護師のコンピテンシーを研究した2013年までの149の文献の中から10の研究を質的に分析している。その結果、公衆衛生および地域の一般的な看護師のコンピテンシーとして、1. 疫学のスキル、2. 社会的正義、3. リーダーシップとマネジメント、4. ヘルスケアにおけるアクセスと公平性、5. ヘルスプロモーションと疾病予防、6. 地域アセスメントと介入、7. 公衆衛生の生態学、8. 環境上の健康、9. コミュニケーションスキル、10. 文化的コンピテンシー、の10のコア・コンピテンシーとそれらの定義を特定した。

Missenら(2016)は新卒看護師の臨床上のコンピテンシーを研究した2004年から2014年の193の文献の中から15の研究を質的に分析している。その結果、「臨床/技術スキル」、「クリティカルシンキング」、「相互作用/コミュニケーション」、「実践のための全般的な準備性」、の4つの主なテーマが特定された。新卒看護師の臨床上のコンピテンシーに影響する領域には「クリティカルシンキング」と「臨床/技術スキル」の2つのテーマがみられた。

3) まとめ

看護職者、保健医療従事者のコア・コンピテンシーについての国外の先行研究には、島嶼の研究は見当たらなかったが、ルーラル等の看護職者、保健医療従事者のコンピテンシー研究が CRAMES(2001)、Nelson (2007)、Hurme (2007, 2009)、Rass(2008)、Lin ら(2009)、Bigbee ら(2010)、Witt ら(2008)の 8 文献があった。また、看護職者、保健医療従事者の全体的なコンピテンシー研究は 20 文献あった。

これらの文献において、コンピテンシーの大分類に該当する名称は「domain(s)」、「core competencies」、「categories」、「sub scale」、「areas」、「dimension」、「framework」、「competencies」、「themes」であった。

3. 本節のまとめ

看護職者等のコア・コンピテンシーについての国内外の先行研究を検討した結果、コア・コンピテンシーの分類や名称は多様であり、コア・コンピテンシーの分類のレベルも異なっていた。

具体的には、研究の種類は①コア・コンピテンシーの概念を特定する研究、②先行研究の①を基にコンピテンシーの尺度を開発する研究、③①、②のいずれかを利用、または修正をする研究、の 3 タイプがあった。また、看護職の種類（看護師、保健師、助産師）、経験年数（学士課程学生、新卒者、中堅者、管理者）、看護の場（病院、地域）などにより必要とされるコンピテンシーは異なっていた。

第 4 節 本研究のコア・コンピテンシーの決定

本研究のコア・コンピテンシーの決定は島嶼保健看護教育の専門家 2 名のスーパーバイズを受けながら進めた。

1. コア・コンピテンシーの枠組みの選定基準

これまで述べた先行文献の中から、小離島の看護職者に必要なコア・コンピテンシーの参考とする文献を選ぶにあたり、選定基準を 1) 看護職者の全体的なコア・コンピテンシーであること、2) 看護師、保健師の両職種に共通して使用できるコア・コンピテンシーであること、3) 医療ミス予防や良質な看護の提供に主眼を置いたコア・コンピテンシーであること、4) 島民の文化や考え方を尊重することを強調したコア・コンピテンシーであること、の 4 点に設定した。これらを設定した理由を説明していく。

1) 看護職者の全体的なコア・コンピテンシーであること

看護のコンピテンシー研究には、看護師に全般的に必要なコンピテンシーと、「コミュニケーションのコンピテンシー」などある特定領域に限定した部分的コンピテンシーの 2 種類ある。序論でも述べた通り、ルーラルで働く看護職者はジェネラリストのエキスパートとなるべき（Winters, 2012）といわれているが、これは小離島においても同様であり、幅広い全体的なコンピテンシーが必要とされているため、選定基準を看護職者の全体的なコア・コンピテンシーであることにした。

2) 看護師、保健師の両職種に共通して使用できるコア・コンピテンシーであること

小離島で働く看護師と保健師に必要なコア（核）となる中心的なコンピテンシーは同じであり、両職種の違いはコア・コンピテンシーを構成する具体例である。このため、選定基準を看護師、保健師のいずれかではなく両職種に使用できるコア・コンピテンシーであることにした。

3) 医療ミス予防や良質な看護の提供に主眼を置いたコア・コンピテンシーであること

米国の医学研究所である Institute of Medicine (1999) は「人は誰でも間違える」(To Err is Human)と題する報告書を発表し、米国内で毎年 44,000 人から 198,000 人が医療過誤によって死亡していると述べている。この状況を改善するために 2003 年に、すべての保健医療従事者は「実証されたエビデンスに基づく実践、対象者の安全に向けた取り組みを含む質の改善、および情報科学」を重視し、「多職種から成り立つ医療チーム」の一員として「対象者中心のケア」を提供するための教育を受ける必要があるとした(Institute of Medicine, 2003)。これは小離島を含む日本においても同様であり、医療事故の再発防止と医療安全の確保の目的で医療法が改正され、2015 年から全国すべての病院、診療所および助産所を対象とした医療事故調査制度が導入された(日本看護協会, 2018)という社会的な背景がある。小離島においても少ない看護職者で島民の命や健康を守ることは重要であるため、選定基準を医療ミス予防や良質な看護の提供に主眼を置いたコア・コンピテンシーであることにした。

4) 島民の文化や考え方を尊重することを強調したコア・コンピテンシーであること

都市部と比較したルーラルにおける人と人との関係や人付き合いの特徴として、「住民同士がしばしば親戚関係、あるいはよく知っている」、「地元の人との付き合いを好む、優先する」、「よそ者を受け入れにくい」、「プライバシーの保護が難しい」などがあり(Bushy, 2000; Bushy, 2002)、小離島においてもこれらは特徴的に見られることから、島民の文化や価値観に配慮したかわりは欠かせないからであった。このため、選定基準を島民の文化や考え方を尊重することを強調したコア・コンピテンシーであることにした。

2. 選定結果

4 点の選考基準全てを満たす先行研究はなかったが、選考基準の 1)~3)を満たすのは NOF (2006)のコア・コンピテンシーであった。

表 6 に示す通り、NOF は先行文献を参考に、QSEN の 6 つのコンピテンシーに「コミュニケーション」、「リーダーシップ」、「システムに基づく実践」、「プロフェッショナリズム」の 4 つを加えて QSEN よりも幅広い範囲の 10 のコンピテンシーの定義と KSA を定め、Massachusetts 州の看護職者に普及させている。小離島においても限られた看護職の人数の中で島民に安全なケアを提供することや幅広い看護を提供することは重要であり、具体的に記されている KSA を参考にコンピテンシーを区分していくことができる。

なお、NOF が参考とした QSEN は看護職者として最も重要な医療事故数を減少させる理念で作成されており、「患者中心のケア」、「チームワークと協働」、「エビデンスに基づく実践」、「安全」、「質改善」、「情報科学」の 6 つのコンピテンシーの定義と KSA と呼ばれる知識 (knowledge) と技術 (skill) と態度 (attitude) から成る具体的な学習目標を定め、これらのコンピテンシーを教えることを全米の看護教育機関に義務づける認定基準を導入している。

QSENのコア・コンピテンシーは米国のルーラルにおける看護教育のベースとしても使用されており、カリキュラム全体に用いることが望ましいことが述べられている (Molinari, 2012)。その一例としてサウスダコタ州立大学 (South Dakota State University) が挙げられる。ルーラルの環境が大半であるが故に多くの保健医療サービスが不足している米国のサウスダコタ州にあるサウスダコタ州立大学では、ルーラルのヘルスケアにおける革新的な看護教育をするために、2011-2014年の3年間に看護学士課程のカリキュラムにおいてQSENのコア・コンピテンシーと健康管理のテクノロジーを統合化したプロジェクトに取り組み、その活動と結果を報告している (Tschetter, 2013)。

これらを踏まえ、QSENのコア・コンピテンシーを枠組みとして採用するのも一案であった。しかし、QSENのコア・コンピテンシーは看護職者の医療ミスによる死亡数を減少させるための質と安全を目的に設定されたものであり、小離島の看護職者にはさらに幅広い領域のコア・コンピテンシーが求められた。NOFの10のコア・コンピテンシーのうち6つはルーラル看護の教育にも使用されているQSENのコア・コンピテンシーであり、ルーラルにも使用可能なコア・コンピテンシーだと判断したため、本研究ではNOFの10のコア・コンピテンシーを基盤に使用することにした。

しかし、NOFのコア・コンピテンシーをそのまま使用するのでなく、幾つかの修正と追加が必要であった。1点目は、「患者中心のケア」を「島民と家族中心のケア」に修正した点である。「患者中心のケア」と類似する言葉に、「患者中心の看護」があるが、これを最初に提唱したのはAbdeillahら(1960)であり、1950年前後の米国の看護の実態が疾病の実態に重点が置かれ、人としての患者に配慮されていなかった背景から、機能的看護から包括的看護にしていくために多くの調査研究を行った。QSENにおいても従来は「患者中心のケア」としていたが、近年ではQSENの中心メンバーであるBarnsteinerら(2014)が「対象者と家族がケアの対象者とパートナーとしての関係を持つとともに、看護職者が対象者や家族が関連する情報、リソース、アクセス、支援を確実に手にすることができるように図り、対象者と家族が自ら選んだ医療経験に十分に関与し、それに指示を与えたり、あるいはその両方を行えるように支援すること」、つまり「患者中心のケア」ではなく「人と家族中心のケア」の必要性について述べていることや、小離島の看護の対象は疾病をもった人だけでなく、疾病の有無に関わらず島民全員とその家族であり、彼らに健康増進や疾病予防のアプローチをしていくことが求められていることから、「患者中心のケア」ではなく、「島民と家族中心のケア」に修正した。

2点目は、「安全」を「安全 (良質なケア)」に修正した点である。「安全」だけの記載だと組織的な安全対策をイメージする人が多いことが考えられたため、日常の業務の中で行うケアはすべて「安全」を意識したものであることをイメージしてもらうために「安全 (良質なケア)」に修正した。

また、選定基準の4点目は「島民の文化や考え方を尊重することを強調したコア・コンピテンシーであること」であったが、NOFのコア・コンピテンシーに含まれていなかった。看護の対象者の文化的背景を考慮したケアについてのコンピテンシーは、都市部を含むあらゆる看護の場で重要であるが、小離島ではこれらが色濃く根付いているので敢えて追加することにした。

表4と表5に示す通り、これまでの紹介した国内外の先行文献において文化的背景を考慮したケアの重要性について、①コア・コンピテンシーとして表記している文献と、②コア・コンピテンシーとしての表記はないが、コア・コンピテンシーの中の中分類や定義に表記している文献と、③コア・コンピテンシーと中分類のいずれにも表記はないが、文化的背景を考慮した

ケアの重要性はコア・コンピテンシーの1つに包含されていると思われる文献、の3つのタイプがあった。

タイプ①の文献については、国内ではAPN（日本看護系協議会高度実戦看護師制度実践委員会, 2008）があった。国外では公衆衛生専門職者や公衆衛生看護師（COL, 1991; QC, 2000; Clark et al, 2016）、これらのコア・コンピテンシーを参考に作成したルーラル等の看護職者（Bartee et al, 2003; Nelson, 2007; Bigbee et al, 2010）、およびにAPN(Sastre-Fullana et al , 2014)の8文献があった。これらの9文献全てにおいて「文化的コンピテンシー」という名称が使用されていた。

タイプ②で中分類に表記している国外の文献は、CRAMES(2001)、Rass(2008)、Lin ら(2009)があった。CRAMES(2001)は「熟考した実践」のコア・コンピテンシーの中で「文化的に安全な環境を提供できるための戦略をとる」、Rass(2008)は「臨床/技術」のコア・コンピテンシーの中分類の中で「身体、精神、スピリチュアル、社会経済、そして文化的多様性についての全ての患者の情報の分析と解釈を含む広範囲かつ組織的な患者評価の実施」、Lin ら(2009)は、「公平と多様性」のコア・コンピテンシーの中分類の1つに「文化的安全/熟考」を示していた。また、定義に表記している国外の文献は、QSEN(2005)とNOF(2006)があり、QSEN(2005)は「人と家族中心のケア」のコア・コンピテンシーの中に「文化的価値(Cultural Values)」を、NOF(2006)は「患者中心のケア」のコア・コンピテンシーの中に「文化的多様性の理解、文化的価値観と信念に合わせたケアの提供」を示していた。

「文化的コンピテンシー」という名称については、NOF(2006)の10のコア・コンピテンシーの名称に「コンピテンシー」は付いていないため、「文化的考慮」や「文化的背景を考慮したケア」などの名称に修正をすることを検討した。しかし、前述したように、日本看護系協議会 高度実戦看護師制度実践委員会、米国の公衆衛生専門職者や公衆衛生看護師、ルーラル等の看護職者のコア・コンピテンシーの名称には「文化的コンピテンシー」が使用されており、先行研究では他に適切な名称が見当たらなかったことから、本研究では島民の文化や考え方を尊重することを強調したコア・コンピテンシーを「文化的コンピテンシー」という名称にして、NOF(2006)の10のコア・コンピテンシーに追加することにした。

3. コア・コンピテンシーと定義

1) コア・コンピテンシー

表7に示す通り、本研究のコア・コンピテンシーはNOF(2006)の看護職者の10のコア・コンピテンシーを基盤に「文化的コンピテンシー」を追加した、「I 島民と家族中心のケア」、「II 文化的コンピテンシー」、「III チームワークと協働」、「IV コミュニケーション」、「V リーダーシップ」、「VI システムに基づく実践」、「VII プロフェッショナリズム」、「VIII エビデンスに基づく実践」、「IX 質改善」、「X 安全（良質なケア）」、「XI 情報科学と科学技術」の11とした。

2) コア・コンピテンシーの定義

各コア・コンピテンシーの定義はNOFやQSENの定義とKSAを基本に、先行文献を参考として以下の通り作成した。

(1) 「I 島民と家族中心のケア」

QSENの主要メンバーであり、Person and Family Centered Careの著者の1人でもあるBarnsteinerは、ケアの対象者の多くは病院外に存在しており、慢性疾患を抱えている人には自

分が患者であるという自覚はないことや、全体としてはウェルネスを向上し疾病になるのを予防する方向に進みつつあることから、「患者」ではなく、「人」と捉えることの大切さを述べている(Barnsteiner et al, 2014)。また、対象者と家族がケアの提供者とパートナーとしての関係を持つとともに、看護職者が対象者や家族が関連する情報、リソース、アクセス、支援を確実に手にすることができるように図り、対象者と家族が自ら選んだ医療経験に十分に関与し、それに指示を与えたり、あるいはその両方を行えるように支援することが重要だと述べている。

QSEN(2005)は人と家族中心のケアを「対象者の好みや価値観のニーズへの尊重に基づいた、心がこもり、調整が行き届いたケアを提供する上で、対象者または指定された人を管理の主体および全面的なパートナーと認識すること」と定義し、NOF (2006) は患者中心のケアを「個々人の好み、価値観、ニーズを認め、思いやりのある、調整された、年齢と文化的に適切な安全で効果的ケアを提供する際に完全なパートナーとして患者、または被指名人を尊重し、全人的なケアを提供すること」と定義をしている。

これらを踏まえ、島民と家族中心のケアの定義を「ケアのパートナーとして島民とその家族との関係を築いた上で、個々人の好み、価値観、ニーズを尊重し、心がこもり、調整が行き届いた、つまり、全人的かつ柔軟で多様な保健看護を提供できる」とした。

(2) 「II 文化的コンピテンシー」

文化とは「ある特定の集団の中で思考や意思決定やパターン化された行為様式を支配する学習され伝承された価値観、信念、規範、生活様式であり、それはしばしば世代間で起きていること」であり、文化ケアの維持とは「特定の文化をもつ人々がそのケアの価値観を維持することにより自らの安寧を保ち、疾病から回復し、障害や死に対処できるよう助ける、補佐的で、支援的で、かつその人々に能力を与えるような専門的行為や意思決定のこと」であり(Leininger, 2006)、ケアを提供する上で欠かせない。その地域出身者と地域外出身者、新住民と旧住民とでは習慣や人付き合いに対する考え方について異なることが多く(春山, 2013)、よそ者は受け入れられにくい場合があり、このことは看護職や保健医療サービスの受け入れ方と関係してくる(Long et al, 2013) ため、自分と異なる価値観をもつ島民の特徴と彼らが大切にしている価値観を理解することは良質なケアを提供する上で欠かせない要素である。

前述したタイプ①の9つの文献において、その定義を記載しているのは国内、国外の文献ともに見当たらなかった。しかし、Clarkら(2016)は文化的コンピテンシーを「ヘルスケアに影響を及ぼす社会的で文化的な要因を知る、社会的な公平性と健康格差の除去のために擁護する、社会における正義と公平を推進することによって倫理的なケアを提供する」と記述していた。また、健康教育とヘルスプロモーションにおける文化的コンピテンシーの著者であるLuquisら(2014) は文化的コンピテンシーの定義として、Joint Committee on Health Education and Promotiotn Terminology (2012)の「保健医療従事者が人種、民族、言語的に多様な集団を超えて効果的な活動をするための価値、主題、行動、態度、ポリシーのセットとしての発達上のプロセスである」を引用していた。

これらを踏まえ、文化的コンピテンシーの定義を「効果的な保健看護活動をするために、島民の気質、大事にしている価値観、文化、地域行事を理解できる」とした。

(3) 「III チームワークと協働」

チームアプローチを成功させるには、チームをどう捉えるかが重要であり、専門家だけ、ま

たは、専門家と当事者だけでは解決できない問題があり、親戚、ピアグループ、ボランティア、友人、PTA など家族が望む人々も広くチームとして受け入れる柔軟性の必要がある(前田, 2006)といわれていることから、本研究においても島民全体や地域組織、ボランティア組織の構成員も広くチームとして捉えることとする。古川 (2004)によると、チームワークには発達の状態によって3つのレベルがあり、初歩のレベル1はメンバー間に情報共有と連携、協力の体制が整い、円満な人間関係が構築された和やかさや温かさが漂う状態であり、レベル2はメンバーがチーム全体の目標達成を視野に入れ、自分の役割を超えた行動ができ、新しい取り組みの挑戦する状態であり、レベル3はメンバー相互に知的に刺激し合って協働しながら創造的な発想を高め、独創的な成果を生み出す状態である。小離島においてもこれらの3つのレベルのチームワークが求められる。

チームワークと協働の定義について、QSEN(2005)は「質の高いケアを実現するために、看護チームや専門職種間チームの中で有効に機能し、開かれたコミュニケーション、相互の尊重、共同の意思決定を促進すること」、また、NOF (2006) は「自由なコミュニケーション、相互尊重、共有された意思決定、チーム学習、および発達を育成しながら、看護チームおよび学際チーム内で効果的に機能すること」と定義をしている。

これらを踏まえ、チームワークと協働の定義を「多職種からなる島内外のヘルスケアメンバーだけでなく、島民全体、地域組織、ボランティア組織の構成員をチームとして捉え、チームが効果的に機能するために、開かれた自由なチーム学習と発達を促進できる」とした。

(4) 「IV コミュニケーション」

コミュニケーションについて、NOF (2006) は「患者の満足と健康成果を高めるために、相互尊重と意思決定の共有を育成しながら、患者・家族、および同僚と効果的に相互作用できること」と定義をしている。

これらを踏まえ、コミュニケーションの定義を「保健看護の提供の際に島民と家族の満足と成果を高めるために、島民・家族、ヘルスケアメンバーとの相互尊重と意思決定の共有を育成することができる」とした。

(5) 「V リーダーシップ」

一般的にリーダーシップとは、集団目標の達成に向けてなされる集団の諸活動に影響を与える過程(Stogdill, 1974)と定義されているが、重要なことは、リーダーシップとは、ある地位に就いているリーダー(管理者など)だけでなく、チームのメンバーも発揮することができるものであり、例えば、リーダーとして任命されていないメンバーもチームの目標達成に貢献する働きかけを行った場合にはリーダーシップを発揮したことになる(池田, 2013)。

リーダーシップについて、NOF (2006) は「患者の満足と健康成果を高めるために、相互尊重と意思決定の共有を育成しながら、患者・家族、および同僚と効果的に相互作用できること」と定義をしている。

これらを踏まえ、リーダーシップの定義を「島のヘルスケアシステムの改善のために課題解決策を提示し、実現できる。また、島民・家族、ヘルスケアメンバーと課題解決のための目標を共有し、個人や集団の行動に影響を与え、目標達成を促進できる」とした。

(6) 「VI システムに基づく実践」

システムに基づく実践について、NOF (2006) は「最善の質と価値をもつケアを提供するために、ヘルスケアシステムのより大きな文脈を意識すること、および敏感であることを示すであろうし、仕事単位の資源に効果的に依頼する能力を示すこと」と定義をしている。

これらを踏まえ、システムに基づく実践の定義を「島民と家族への良質なケアや保健事業を提供するために、島内外の保健医療福祉の組織への効果的な協力依頼ができる。また、小離島の保健医療福祉の体制を充実するために島民、役場、県などに働きかけながら新たにシステムを構築できる」とした。

(7) 「VII プロフェッショナリズム」

看護の専門職とプロフェッショナリズムについて分析した小野寺(2017)はプロフェッショナル(専門職業に従事する人)を育成する上で欠かすことのできない概念をプロフェッショナリズムとし、Evans (2008)による「プロフェッショナルとしての態度と行動を導く志向」の定義を引用している。また、プロフェッショナリズムについて、NOF (2006) は「道徳的、利他的、法的、倫理的、規定する(調整する)、および人間性の原則と矛盾がない標準に基づいた看護ケアの提供に向けて責務を示すこと」と定義をしている。

これらを踏まえ、プロフェッショナリズムの定義を「限られた人的・物的資源と環境の中で自己の身体的・心理的・社会的な健康の管理ができる。また、島民と家族の擁護者である看護職者として、利他的、法的、倫理的な原則に基づいた平等な保健看護を提供する責任感を持ち、最良のケアをするために自律的に最新で多様な知識や技術の習得ができる」とした。

(8) 「VIII エビデンスに基づく実践」

エビデンスに基づく実践は、問題解決方法と同じであり、実践上の問題と確認し、文献を検索し、研究成果を見極め、そして介入方法を決定することであり(White, 1997)、対象者との相互関係やケアの決定、実践における研究成果の活用を意味している(Stevens, 1999/2003)。また、エビデンスに基づく実践の基本的特性は、慣例、権威の意見、日常的な決まりに基づいた意思決定を重視しないことであり、むしろ、利用可能な最良の研究のエビデンスを特定し、ケアの専門知識、対象者からの情報、既存の資料と統合することを重視する(Polit et al, 2004/2011)。

エビデンスに基づく実践の定義について、QSEN(2005)は「医療システムの質と安全をたゆまず改善していくための変更内容を設計・試験することを目的としていて、ケアのプロセスと改善方法の結果を監視するためにデータを使用すること」、また、NOF (2006) は「ヘルスケアシステムの質と安全を持続的に改善するために、ケアプロセスの成果をモニターするためにデータを使い、変化を企画し検証するための改善方法を使うこと」と定義をしている。

これらを踏まえ、エビデンスに基づく実践の定義を「島民と家族への保健看護の方法を決定する際に、島民と家族の意思や価値観、看護職者としての経験を結びつけながら最高かつ最新のエビデンスを活用できる」とした。

(9) 「IX 質改善」

質改善には、ケアのプロセスと改善方法の結果をモニタリングするために「データを使用」することが必要である(Cronenwett et al, 2007)。

米国においても医療ミスが増加していることを背景に、QSEN が医療システムの質と安全の

改善に必要なコンピテンシー習得の方法を全米的に策定したのが 2007 年であり、それ以前は現在の日本と同様に、看護の質と安全に焦点を当てた教育はなされていなかった。しかし、医療事故防止と良質なケアの提供のためには小離島においても重要なコンピテンシーである。

質改善の定義について、QSEN(2005)は「最適の医療を提供するために、最新の最も優れた根拠を、臨床上の専門知識および対象者や家族の好みや価値観と統合すること」、また、NOF (2006) は「実践上の決定をするために、臨床的卓越さと、患者の好み（科学的根拠）、経験、価値観を結びつけて、最高かつ最新のエビデンスを使うこと」と定義をしている。

これらを踏まえ、質改善の定義を「小離島のヘルスケアシステムの質と安全を持続的に改善したり、保健看護の成果を評価するために、統計データや業務基準を活用できる」とした。

(10) 「X 安全（良質なケア）」

QSEN のコンピテンシーは医療の安全性を高めることを目的に定められている通り、島民の生命を担う点において看護職に最も重要なコンピテンシーである。

安全の定義について、QSEN(2005)は「システムの有効性と個人の職務追考の両方を通じて、対象者やケア提供者が損害を受けるリスクを最小化すること」、また、NOF (2006) は「システム有効性と個々人の遂行能力（パフォーマンス）の両者により、患者と提供者への有害リスクを最小限とすること」と定義をしている。

これらを踏まえ、安全（良質なケア）の定義を「島民と家族に安全な保健看護を提供するために、診療所や役場において、システムと個人の有害なリスクを最小限にし、医療ミスを予防できる」とした。

(11) 「XI 情報科学と科学技術」

米国では近年、看護ケアは急激に成長したヘルスケアシステムに応じた技術の運用の必要性について重要な変化を経験しており (Tschetter et al, 2013)、ルーラルの地域を含むこれらのヘルスケアシステムの改革は多様な背景を踏まえたケア提供ができる看護師の教育に挑む看護教育者により取り組まなくてはならない (Benner et al, 2010 ; Tschetter et al, 2013) といわれているが、小離島においても同様の環境にある。しかし、国内のルーラルの診療所看護師の活動に関連する困難感の一つに「看護活動において信頼できるサポート・連携の少なさ」、「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」がある (関山ら, 2015) ように、小離島においてもこれらの困難な状況は同様であるといえるが、それらを改善するために情報科学のコンピテンシーが必要である。しかし、顔が見えない状況で行う e ラーニングを用いたディスカッションは緊張感があり、活発化させるにはディスカッションに参加する意義の説明、自己紹介の充実、即時性のあるディスカッション設定などの学習者支援が必要であり (八木ら, 2017)、遠隔教育を受ける看護師のための「学習環境の整備、学習概要の把握、交流の機会の設置」などの支援の必要性が示唆されている (鈴木ら, 2017) ように、効果的な方法に留意をする必要がある。

情報科学と科学技術の定義について、QSEN(2005)は「コミュニケーション、知識の管理、過誤の軽減、意思決定の支援を目的として情報と技術を使用すること」、また、NOF (2006) は「患者アウトカムを最善のものとする重大な決断をするために、進歩した科学技術を使うことができ、情報を統合するとともに分析でき、協働して働く（共同研究/協力）ことができること」と定義をしている。

これらを踏まえ、情報科学と科学技術の定義を「コミュニケーション、知識の管理、医療過誤の軽減、意思決定の支援のために情報と技術の活用ができる。また、健康を促進・維持する方法を島民と家族に教えるために IT 技術を活用できる。情報の統合と分析ができ、ヘルスケアメンバーと協働した実践や研究ができる」とした。

4. 本章のまとめ

本研究のコア・コンピテンシーの参考となる先行研究を検討した結果、4点ある選考基準全てを満たすものはなかった。しかし、選考基準の3点を満たすのはNOF(2006)のコア・コンピテンシーが1件あり、これは選考基準の4点目の「島民の文化や考え方を尊重することを強調したコア・コンピテンシーであること」だけが含まれていなかった。このため、NOFが作成した10のコア・コンピテンシーを基に「文化的コンピテンシー」を追加し、さらに「患者中心のケア」を「島民と家族中心のケア」に、「安全」を「安全(良質なケア)」修正して11のコア・コンピテンシーを作成した。これは「I 島民と家族中心のケア」、「II 文化的コンピテンシー」、「III チームワークと協働」、「IV コミュニケーション」、「V リーダーシップ」、「VI システムに基づく実践」、「VII プロフェッショナリズム」、「VIII エビデンスに基づく実践」、「IX 質改善」、「X 安全(良質なケア)」、「XI 情報科学と科学技術」であった。

第3章 方法

第1節 研究デザイン

本研究の構成は図2に示す通り、質的研究と量的研究を組み合わせた第1段階と第2段階による2段階とした。具体的には、沖縄県の小離島の看護職者に必要なコンピテンシーの特定のために、まず第1段階で経験者に「沖縄県の小離島の看護職者に必要なコンピテンシーとは何か?」についての半構造化面接法を行い、コンピテンシーの領域と項目ごとに分析し、一覧にまとめた。次に第2段階では、その結果の妥当性を検討するために小離島等を含む豊富な看護職経験者への質問紙調査とグループインタビューを実施した。

第2節 第1段階：コンピテンシーの抽出

1. 目的

第1段階の目的は、沖縄県の小離島での勤務経験のある看護師、保健師、医師へのインタビューを通して、彼らが小離島で働く看護職者にどのようなコンピテンシーが必要と捉えているか確認し、コア・コンピテンシーを構成する中分類、小分類とその具体例を明らかにすることである。また、これらを基に第2段階で使用する「コア・コンピテンシーを構成する各中分類の重要度」についての質問紙調査票を作成することである。

2. 研究参加者の選定

研究参加者は、沖縄県の小離島で働いている、または過去に勤務経験のある診療所の看護師、医師、町村役場の保健師のうち、事前に口頭（電話）で半構造化面接の調査概要を説明し、内諾を得た者とした。小離島での経験年数を限定しなかったのは、今回の研究では経験別のコンピテンシーの特定をすることが目的ではなく、経験年数を問わず幅広くコンピテンシーを特定することに主眼を置いたこと、および、沖縄県の小離島での保健医療経験者の母数が非常に少なかったことが理由であった。また、参加者に医師を入れたのは、職種は異なるものの、小離島で働く同じ保健医療従事者であり、医師という医療の専門家の立場の意見を聴取することで看護職者のコンピテンシーの内容が充実することができると考えたためであった。

研究参加者は看護師9名、保健師11名、医師10名の計30名であり、1人当たりの面接の平均時間は70分間であった。彼らの属性は表8に示す通り、勤務経験のある小離島の住民数（複数の小離島経験の場合は最終勤務地）は、250名以上1000名未満が20名、1000名以上2000名未満が7名、2000名以上2300名未満が3名であった。性別は男性が9名、女性が21名であった。看護師、保健師、医師のいずれかの経験年数は12か月未満が1名、12か月以上3年未満が0名、3年以上5年未満が2名、5年以上10年未満が12名、10年以上が15名であった。また、小離島での看護師、保健師、医師のいずれかの経験年数は、12か月未満が4名、12か月以上3年未満が9名、3年以上5年未満が4名、5年以上10年未満が9名、10年以上が4名であった。

3. 研究の手順

2012年7月27日～2013年3月27日に、半構造化面接法により研究参加者が小離島で働く看護師および保健師に必要なコンピテンシーをどう捉えているかを聴取した。なお、インタビューは前日までに、看護師と保健師のそれぞれに必要なコンピテンシーを思いつくまま箇条書きするよう依頼し、その記述を基に、インタビューガイドに沿ってインタビューを行った（付録A3、A4）。

インタビューガイドには、① 記述されていない場合は、話を聞きながら記述する、② 読んで意味が不明な項目は「どのような意味ですか？もっと説明していただけませんか」と聞き、内容の確認をする、③ 抽象的に記述されている項目は、できるだけ具体的に聞き、追加記述する、④ 話の中からまだ記述されていない項目があれば追加記述すること等を記載していた。

4. データ分析

インタビューは録音後、逐語録を作成した後、小離島で働く看護職者に必要なコンピテンシーに関する記述を文脈ごとに要約してコード化した。各コードは、本研究の11のコア・コンピテンシーの定義とNOFのKSA（知識と技術と態度）に沿って該当するコア・コンピテンシーに位置付けた。その後、類似するコードをまとめて小分類とし、さらに類似する小分類をまとめて中分類とした（図3～図5）。なお、これらのデータ分析は島嶼保健看護教育の専門家であり、分析方法に精通した2名のスーパーバイズを受けながら進めた。

また、これらを基に第2段階で使用する「コア・コンピテンシーを構成する各中分類の重要度」についての質問紙調査票を作成した。

5. 倫理的配慮

研究開始前に沖縄県立看護大学の倫理審査の承認を得た（承認番号12009号）。その上で、研究協力依頼文書および口頭で研究参加者へ「研究参加者の意志の尊重、個人情報保護、研究者への連絡先と連絡方法」を説明し依頼した。参加者の質問には本人の納得がいくまで丁寧に答えた（付録A1）。

また、調査参加の同意書を作成し、同意書への署名をもって研究参加の同意を確認した（付録A2）。

第3節 第2段階：コンピテンシーの妥当性の評価

1. 目的

第2段階の目的は、小離島等を含む看護経験が豊かな看護職者からみた、①コンピテンシーの中分類別重要度の把握、②コンピテンシーの枠組みの妥当性の把握と修正、③看護師と保健師に共通、または異なるコンピテンシーについての意見の把握である。

2. 研究参加者の選定

研究参加者は、小離島等を含む看護経験が10年以上ある看護師、または保健師のうち、口頭（電話）で質問紙調査、およびグループインタビューの調査概要を説明し、内諾を得た者とした。

その結果、質問紙調査への参加者は看護師 6 名、保健師 4 名の計 10 名であった。彼らの属性は表 9 に示す通り、いずれも看護職の経験年数が 11 年以上であり、小離島の勤務経験、もしくは離島の拠点病院の看護管理者の勤務経験のいずれか、または両方で 2 年以上ある看護職者であった。

また、グループインタビューへの参加者は、質問紙調査への参加者のうち、グループインタビューの日程に参加可能であった看護師 4 名、保健師 3 名の計 7 名であった。このうち小離島役場の保健師 2 名は翌日の保健事業の準備が急に入ったため、スカイプによるグループインタビューへの参加であった。

3. 研究の手順

1) 質問紙調査

2017 年 6 月に郵送法による自記式質問紙調査を配布し回収した。具体的には、以下の手順で実施した。

- (1) 研究協力の内諾を得た研究協力者に「研究依頼書」「同意書」「質問紙」「グループインタビュー希望日程表」をメール、または郵送した。質問紙への記入に要する時間は 30 分程度であった。対象者は、それらに記載後、研究責任者宛に返送した。研究依頼書と同意書に、グループインタビューの内容を記録するため、IC レコーダーで録音することを記載した。
- (2) 「質問紙」と「グループインタビュー希望日程表」を回収後、グループインタビュー日時を決定し、通知した。また、質問紙調査結果をまとめ、グループインタビューの際に使用する資料を作成した。

(3) 質問紙調査票の構成

半構造化面接の結果から得られた 70 項目の中分類重要度を第 2 段階で把握するために、付録 B3 に示す質問紙調査票を作成した。この質問紙は表紙を含めて A4 サイズ 7 枚、70 の項目で構成し、看護師は離島赴任前に 3 年以上の看護師経験がある者、保健師は離島赴任前に 1 年以上の保健師経験がある者を想定してもらい、看護師、保健師それぞれについて、11 のコア・コンピテンシーを構成する 70 の中分類の重要度についての 5 段階評価（5: 非常に重要、4: まあまあ重要、3: どちらともいえない、2: あまり重要ではない、1: 重要ではない）の該当箇所にチェックを記入してもらった。具体的には、質問紙調査票の設問には、「小離島で働く看護職者が役割を果たすためには、どのようなことができたらいと思われませんか。看護師、保健師それぞれについて、あてはまる数字に○の記入、またはチェックをしてください」と記載した。また、中分類についての意見がある場合は各中分類に自由記述欄を設けた。

70 の中分類は、「I 島民と家族中心のケア」を 9 項目、「II 文化的コンピテンシー」を 4 項目、「III チームワークと協働」を 4 項目、「IV コミュニケーション」が 7 項目、「V リーダーシップ」が 5 項目、「VI システムに基づく実践」を 3 項目、「VII プロフェッショナルリズム」を 15 項目、「VIII エビデンスに基づく実践」を 3 項目、「IX 質改善」を 4 項目、「X 安全（良質なケア）」を 13 項目、「XI 情報科学と科学技術」を 3 項目とした。

また、各中分類の内容をイメージしやすいように、必要な中分類に例をつけて説明した。具体的には、「島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる」の中分類には「日本語を話せないフィリピン人の母親への子育て支援」の例を記載して説明した。

2) グループインタビュー

グループインタビューは参加者の希望が多い日程の2017年7月1日に設定し、会場は沖縄県立看護大学の会議室とした。会議内容は参加者の許可を得て録音し、会意の所要時間は2時間10分であった。

コンピテンシー一覧と具体例については、グループインタビュー日の2週間前に送付した質問紙調査の70項目と同一のため、参加者はこれらのコンピテンシーの内容を把握した上で参加した。アドバイザーとして、島嶼保健看護教育の専門家2名が参加し、資料として、コンピテンシー欄、質問紙調査結果のまとめを参加者に配布した(付録C1~C6)。ファシリテーターは筆者が行い、発言しやすい雰囲気をつくる、参加者全員からの発言を促す、建設的な意見を促すなどに配慮し、グループインタビューガイドと進行表に沿って進行した。

具体的には、導入に25分間、グループインタビューに100分間、まとめに5分間の時間を要し、以下の手順で実施することにした。

導入では、グループインタビューの目的とファシリテーターと島嶼保健看護教育の専門家の紹介をした後に、参加者全員の自己紹介を促した。その後、これまでの研究の流れとコンピテンシー欄の説明、および質問紙調査の集計結果を説明した。

グループインタビューでは、質問紙調査結果への質疑応答の後に、質問紙調査結果に関するディスカッションを促した。ディスカッションのテーマは、1. コア・コンピテンシーの名称、2. 看護師と保健師に共通のコンピテンシー、3. 看護師と保健師で異なるコンピテンシー、4. 質問紙の記載方法と記載内容の4つとした。

4. データ分析

1) 質問紙調査

看護師と保健師のそれぞれについて、11のコア・コンピテンシーを構成する70の中分類の5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)を数値ごとにまとめ、平均値と標準偏差を算出した。また、看護師と保健師の5段階評価を合わせた平均値と標準偏差も出した。また、各中分類への自由記述ごとにまとめた。

2) グループインタビュー

インタビューは録音後、逐語録を作成し、文脈ごとに要約してコード化した。その後、4つのディスカッションのテーマに沿ってコードをまとめた。

5. 倫理的配慮

研究開始前に沖縄県立看護大学の倫理審査の承認を得た(承認番号16018号)。その上で、電話およびメールで質問紙調査とグループインタビューについての内諾を事前に得た研究参加者に対し、研究協力依頼文書および口頭で「研究参加者の意志の尊重、個人情報保護、研究者への連絡先と連絡方法」を説明し依頼した。参加者の質問には本人の納得がいくまで丁寧に答えた(付録B1)。

また、調査参加の同意書を作成し、同意書への署名をもって研究参加の同意を確認した(付録B2)。

第4章 結果

第1節 第1段階：コンピテンシーの抽出

小離島の看護職者に必要なコンピテンシーについての参加者の発言を要約したコードが1578抽出された。これらのコードは、本研究の11のコア・コンピテンシーの定義とNOFのKSAに沿って該当するコア・コンピテンシーに位置付けた結果、115の小分類と70の中分類が導き出された(付録A5)。なお、文中の表示は、【 】内は中分類、《 》内は小分類、()内の数字はコード数、ゴシック体はコードを示す。

1. コア・コンピテンシー別コード数

1578のコア・コンピテンシー別コード数は表10に示す通りであった。

コア・コンピテンシー別のコード数が高い順については、看護師では「X 安全(良質なケア)」の419件が最も多く、次いで「III チームワークと協働」の140件、「VII プロフェッショナルリズム」の126件、「IV コミュニケーション」の90件、「I 島民と家族中心のケア」の50件、「II 文化的コンピテンシー」の24件、「V リーダーシップ」の11件、「VI システムに基づく実践、IX 質改善、XI 情報科学と科学技術」の4件、「VIII エビデンスに基づく実践」の1件、の順であった。

保健師では「X 安全(良質なケア)」の201件が最も多く、次いで「VII プロフェッショナルリズム」の108件、「III チームワークと協働」の102件、「IV コミュニケーション」の41件、「I 島民と家族中心のケア」の37件、「II 文化的コンピテンシー」の23件、「VI システムに基づく実践」の7件、「V リーダーシップ、IX 質改善」の10件、「VIII エビデンスに基づく実践」の7件、「XI 情報科学と科学技術」の11件、の順であった。

看護師と保健師の合計では「X 安全(良質なケア)」の646件が最も多く、次いで「III チームワークと協働」の295件、「VII プロフェッショナルリズム」の267件、「IV コミュニケーション」の144件、「I 島民と家族中心のケア」の91件、「II 文化的コンピテンシー」の55件、「VI システムに基づく実践」の26件、「V リーダーシップ」の25件、「IX 質改善」の14件、「VIII エビデンスに基づく実践」の8件、「XI 情報科学と科学技術」の7件、の順であった。

2. 中分類、小分類別コード数とコード例

コア・コンピテンシー別の中分類は表11に示す通りであり、「I 島民と家族中心のケア」は9項目、「II 文化的コンピテンシー」は4項目、「III チームワークと協働」は4項目、「IV コミュニケーション」は7項目、「V リーダーシップ」は3項目、「VI システムに基づく実践」は3項目、「VII プロフェッショナルリズム」は17項目、「VIII エビデンスに基づく実践」は3項目、「IX 質改善」は4項目、「X 安全(良質なケア)」は13項目、「XI 情報科学と科学技術」は3項目であった。

以下に、11のコア・コンピテンシーを構成する中分類、小分類、コードの一例を説明していく。

1) 「I 島民と家族中心のケア」

表 12.1 に示す通り、91 のコードから 9 項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる(37)】、【2. 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる(18)】、【3. 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるようにニーズに沿った支援や助言ができる(9)】、【4. 島民や家族の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる(8)】、【5. 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる(7)】、【6. 島民の健康に係る経済的な問題などを配慮した関わりができる(5)】、【7. 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる(3)】、【8. 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決ができる(2)】、【9. 看護の専門分野を超えたケアの調整と統合ができる(2)】、であった。

【1. 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる】は 3 項目の小分類で構成された。これらの小分類およびコードの一例は、《1) データや疾病だけではなく、疾病・生活・家族を含めて島民を全般的に把握した上でのケアの提供ができる(15)》**疾病悪化の背景、救急外来受診を繰り返す受診者の背景を把握し、改善のためのアプローチができる**、《2) 対象者の個別性を踏まえ、臨機応変な説明・教育ができる(13)》**理論ではなく生活感漂わせながら対象者が理解しやすく説明できる**、《3) 島民の健康に関する悩みや相談を聞くことができる(9)》**不安を解消したい、薬ではない部分で支援したいと思える**、であった。

【2. 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる】は 2 項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる(6)》**島外の医療機関への入退院の際の本人・家族・支援者の調整ができる**、《2) 保健医療福祉に関する島内外の社会資源や利用可能な制度の紹介ができる(12)》**島民が安心して島外の医療機関へ受診できるような助言ができる**、であった。

【3. 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるようにニーズに沿った支援や助言ができる】のコードの一例は、**膝の痛みを抱えながらも畑仕事を生きがいに楽しみにしている高齢者への支援を考えることができる(畑での椅子の使用を勧めるなど)**、であった。

【4. 島民や家族の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる】のコードの一例は、**今後も元気に島に住み続けたいと願う受診者の気持ちを大切にし、そのためのアドバイスができる**、であった。

【5. 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる】は 2 項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 家族単位の支援ができる(4)》**本人および調理を担当する家族への食事指導ができる**、《2) 緊急時に備えて島内外の家族、ライフキーパーソンの連絡先の把握ができる(3)》**1 名につき、3 件の連絡先(本人の住所、島内のキーパーソン、島外のキーパーソン)をカルテに記載できる**、であった。

【6. 島民の健康に係る経済的な問題などを配慮した関わりができる】のコードの一例は、**経済的な理由で治療継続困難な島民への多方面からの支援ができる**、であった。

【7. 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる】のコードの一例は、**島で死ぬことを望むターミナル期の高齢者の気持ちに沿えるように家族・保健医療福祉職と調整をし、支援体制を整えることができる**、であった。

【8. 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決ができる】のコードの一例は、治療継続のために生活保護受給の必要性和、全部または医療費のみ等の受給内容の検討ができる、であった。

【9. 看護の専門分野を超えたケアの調整と統合ができる】のコードの一例は、関係者と連携しながら障害者総合支援法による支援を受けていない障がいをもつ島民への必要な支援の提供ができる、であった。

2) 「Ⅱ 文化的コンピテンシー」

表 12.2 に示す通り、55 のコードから 4 項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 日常的に地域に出向き、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる(20)】、【2. 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる(16)】、【3. 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる(16)】、【4. 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる(3)】であった。

【1. 日常的に地域に出向き、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる】のコードの一例は、祝い事の際の食事や味付け、人間関係、人間関係で受けやすいストレスの内容の把握ができる、であった。

【2. 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる(16)】のコードの一例は、伝統行事の日は受診者が少ないなどの受診者数にも影響があるため、島民の一人として地域の文化・風習・慣習の把握ができる、であった。

【3. 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる】のコードの一例は、揚げ物が多い地域での食事指導の工夫ができる、地域行事の日程を考慮した保健事業計画立案ができる、であった。

【4. 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる】のコードの一例は、日本語を話せないフィリピン人母親や県外出身の夫婦への子育て支援ができる、であった。

3) 「Ⅲ チームワークと協働」

表 12.3 に示す通り、295 のコードから 4 項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる(130)】、【2. 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる(97)】、【3. 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる(41)】、【4. 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワークと協働ができる(27)】であった。

【1. 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる】は 4 項目の小分類で構成された。これら的小分類、およびコードの一例は、《1) 看護師と保健師との協働ができる(62)》 保健師不在を補うために看護師も公衆衛生看護の実施ができ対応ができる、看護師と保健師の両職種が共に島民全体の健康課題を抽出し解決のための計画立案と実施ができる、《2) 島内のヘルスケアメンバーとの協働ができる(41)》 看護師、医師、学校栄養士が連携して健康教育講演会を開催できる、《3) 看護師・医師、保健師の 3 者の協働ができる(17)》 気になる島民への支援について保健師・診療所医師・看護師が互いに相談と情報共有をし、共に支援目標と支援計画を作成し、連携した支援ができる、《4) 役場(保健師と役場行政職員)と診療所(看護師・医師)との協働ができる(10)》 診療所と保健福祉担当の役場行政職員との橋渡し役がで

きる、であった。

【2. 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる】は2項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 診療所内で看護師・医師・診療所事務職員とのチームワークができる(58)》3名で「診療所だより」の発行ができる、《2) 役場内で保健師・役場行政職員などとのチームワークができる(39)》役場の保健事業担当行政職員に地域行事のスケジュールを教えてもらいながら立案できる、であった。

【3. 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる】は3項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 診療所と拠点病院、県の関係部署のメンバーとのチームワークができる(27)》拠点病院に業務に必要な物品購入の交渉ができる、感染症認定看護師、薬剤師への抗がん剤治療についての相談ができる、拠点病院に診療所の要望を発信できる、《2) 島外のヘルスケアメンバーとの協働ができる(11)》島民が入院している医療機関のケアマネージャー、ソーシャルワーカーと退院前の調整ができる、《3) 役場と県のヘルスケアメンバーとのチームワークができる(3)》乳幼児健康診査や精神巡回相談の方法で困ったときに離島担当の県の保健師に相談できる、であった。

【4. 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワークと協働ができる】は5項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 島民と協働できる(7)》保健師だけで優先順位をつけて解決しようとせず、島民全体で共有した課題を専門職として協力し取り組むことができる、《2) 島民や地域組織がエンパワーメントする関わりができる、島民主体の健康づくりができるように関わられる(6)》島民同士で考え、行動したいと思える島民を育てることができる、《3) 島内の地域組織と連携した保健活動ができる(5)》健康教室などの保健事業のために“介護の会”などの地域の組織に協力依頼できる、《4) 島内のボランティア組織と連携した保健活動ができる(5)》健康教室などの保健事業のために“介護の会”などの地域の組織に協力依頼できる、《5) 地域の中で島民同士の信頼関係や助け合いの社会の構築ができる(4)》島内で孤立している島外出身の養育者（警察駐在員の妻・小中学校教員の妻等、島での一時的居住者）同士をやさしくつなげることができる、であった。

4) 「IV コミュニケーション」

表 12.4 に示す通り、144 のコードから7項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる(30)】、【2. 緊急時のヘリ搬送や後、および代替看護職員時の引継ぎに際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率的なコミュニケーションがとれる(29)】、【3. 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる(26)】、【4. 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる(13)】、【5. 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる(15)】、【6. 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる(25)】、【7. 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる(6)】であった。

【1. 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる】は2項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 日常的にヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり信頼関係の構築ができる(19)》毎朝の落葉掃除やトイレ掃除、点検、補充をしてくれる診療所事務職員をねぎらうことができる、他の看護職

者、医師が島の保健医療や島のことについて分からない点はいつでも教えてあげられる、《2》お互いに協力依頼ができる関係性の構築ができる(11)》救急対応時や看護師不在時に医師と協力し合える関係性の構築ができる、であった。

【2. 緊急時のヘリ搬送や後任者、および代替看護職員の引継ぎ時に際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率的なコミュニケーションがとれる】は4項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》業務伝達のための記録ができる(21)》業務日誌、業務の引き継ぎ書、業務マニュアル、緊急連絡一覧、看護カルテ、《2》後任者や代わりの専門職に口頭で業務の引継ぎができる(3)》継続して個別支援が必要な島民に後任者の紹介ができる、《3》上司や同僚に後任者への引継ぎ依頼ができる(2)》同僚と共に活動し、島の各保健福祉計画・各保健事業・島の健康課題の位置づけと前年までの保健師の取組と今年度に必要な保健師活動についての引き継ぎ依頼ができる、《4》後任者の経験や島の特徴を考慮した業務の引継ぎができる(2)》島に初赴任者には島民の気質や離島の特徴も伝える、ヘリ要請・ヘリ搬送を詳細に伝える、であった。

【3. 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる】のコードの一例は、地域を回ったりウォーキング途中に、特定の対象者だけでない島民に声かけができる、であった。

【4. 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる】は3項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》心理の知識があり、カウンセリング、コーチング技術がある(14)》島民の気づきを促し、生活習慣の行動変容につながる保健指導や健康教育ができる、《2》島民全体を対象とした健康教育の開催ができる(6)》養育者を対象とした乳幼児の対応についての講座を開催できる、《3》診療所への受診ルール、受診行動の教育ができる(5)》診療所の待合室で感冒症状がある時の受診方法について説明できる、であった。

【5. 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる】のコードの一例は、救急時の対応に備え、保健師は妊婦の同意を得たうえで、妊婦のリストを診療所に伝えることができる、であった。

【6. 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる】は2項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》コミュニケーションを通しての正確な情報収集ができる(7)》日頃から診療前後の待ち時間を利用して受診者から情報収集をし、体調が悪化する前の状態の把握ができる、《2》医師と受診者の関係性構築の促進ができる(6)》治療のために島外医療機関へ搬送させたい医師と、島から出たくない受診者の双方の話を聞きながら中立的な立場で折り合いをつけることができる、であった。

【7. 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる】のコードの一例は、保健師だよりの発行ができる、インフルエンザ流行時に予防方法についての村内放送の依頼ができる、であった。

5) 「V リーダーシップ」

表 12.5 に示す通り、25 のコードから 3 項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 島内のヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議を企画し開催できる(10)】、【2. 島のヘルスケアメンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる(9)】【3. 島の保健医療システムに改善が

必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる (6)】、であった。

【1. 島内のヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議を企画し開催できる】は2項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) ヘルスケアメンバーとの会議や話し合いの場を設定できる (5)》 島内の保健医療福祉専門職者連絡会議の企画と招集ができる、《2) ヘルスケアメンバーと会議等での情報交換により共通認識が持てる (5)》ディサービス利用者に関するケア会議へ参加し、地域の介護予防のための関連職種との情報交換ができる、であった。

【2. 島のヘルスケアメンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる】のコードの一例は、健康づくりに必要な意見を伝えて動かすことができ相談にのれる、保健福祉担当の役場行政職員に意見を伝えて動かすことができる (任せきれない、と諦めたりけんかをするのではなく上手く動かせる) であった。

【3. 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる】のコードの一例は、診療時間の変更、ワンクッションコール制度の導入、島内での妊婦健診の導入、訪問リハビリ制度の導入ができる、であった。

6) 「VI システムに基づく実践」

表 12.6 に示す通り、26 のコードから 3 項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム (組織) への協力依頼ができる (11)】、【2. 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織 (組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー) と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる (10)】、【3. 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる (5)】であった。

【1. 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム (組織) への協力依頼ができる】のコードの一例は、小中学校生へのフッ化物洗口のシステムを導入するために、県保健所の母子保健担当保健師と共に導入の検討をし、学校長への協力依頼ができる、であった。

【2. 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織 (組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー) と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる】のコードの一例は、島により健康課題や改善アプローチが異なるので、それに沿った関わりができる (勉強会から始めて広げる方法もある、島ならではのピア・サポートの設立の支援をする方法もある)、であった。

【3. 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる】のコードの一例は、島民、村役場、県等に対して、県全体の小離島医療についての説明、およびこれからの小離島医療のあり方の提言ができる、であった。

7) 「VII プロフェッショナルリズム」

表 12.7 に示す通り、267 のコードから 17 項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる (61)】、【2. 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる

【50】、【3. 看護の専門職者としての価値や島民への支援の必要性を説明でき、理解してもらえるように他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる(34)】、【4. 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる(25)】、【5. 小離島での看護活動への関心があり、モチベーションを高めながら、自分のキャリアデザインを描ける(17)】、【6. 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な対応ができる(13)】、【7. 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経てゆるぎのない看護実践ができる(12)】、【8. 小離島の専門家として自己を高めるために、ヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる(12)】、【9. 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ(10)】、【10. 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化が図れる(8)】、【11. 島民の擁護者としての役割が果たせる(8)】、【12. 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる(5)】、【13. 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる(4)】、【14. 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる(4)】、【15. 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる(3)】、【17. 島内のヘルスケアサービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につなげるための人材確保ができる(1)】、であった。

【1. 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理ができる】は3項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 身体的・精神的健康の自己管理ができる(41)》 体調を崩しても変わりはおらず簡単に島を留守にできないため、心身ともに自分が健康である(歯の管理ができる、自分の適度な体重管理ができる)、島外での休暇確保に関して理解を示さない島民がいても気にしすぎない、気持ちを切り替えられる、《2) 社会的健康の自己管理ができる、地域社会に適応ができる(17)》一島民として地域・学校行事などへの積極的な参加をし、島を好きになれる、《3) コミュニティボランティア活動への参加により社会的および市民の責任をとることができる(3)》 青年会、婦人会、PTA 等に参加し、地域の中で自分の居場所がつかれる、であった。

【2. 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる】は4項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 島全体が活動の場という小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる(17)》 地域に溶け込みたい気持ちがあり、保健師と共に地域で新たな健康フェアの開催ができる、《2) 一般的な保健師、看護師の役割を超えた多機能な支援の必要性の認識があり、実践できる(16)》 保健師も福祉分野の活動を担うことができる、《3) 看護師と保健師の両職種が公衆衛生看護、地域保健看護の同じ視点をもち、お互いの役割を補完し合うことができる(12)》 保健師不在の場合は看護師も公衆衛生看護の実施ができる、《4) 業務時間外の急患対応ができるように自分の生活環境を整えることができる(5)》 時間外業務が急に入った時に自分の家族の育児や介護を依頼できる、であった。

【3. 看護の専門職者としての価値や島民への支援の必要性を説明でき、理解してもらえるように他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる】は4項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 看護職として自立した活動ができる、意見を述べることができる(11)》 医師の指示だけの活動ではなく診療所医師に影響を与えて診療所外も診療所の仕事だという認識を与えることができる、自分なりに納得した看護を提供するために受診者の治療方針や処方薬について医師と意見交換をして治療方針と看護方針を一致させる

ことができる、《2》保健看護活動の必要性を他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションで
きる(8)》 町村長や所属組織の課長、島民に保健師活動を理解してもらうための説明ができる、
《3》看護職の人材確保の必要性を役場関係者に説明し、要請することができる(8)》 島内の看
護職有資格者の保健事業への活用ができる、《4》島民に必要なサービスの必要性を町村長・行
政職員・島民全体に説明・プレゼンテーションで(7)》 広報誌での広報や集団教育の場等
を利用し、保健活動に必要な情報の共有が図れる、であった。

【4. 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる】は
2項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》研修への参加を
通して自分の幅を広めることができる(15)》 調剤や服薬指導に必要な知識と技術を習得する
ための薬剤に関する研修に参加できる、《2》自己学習や専門家からの助言を通して最新の保健
看護、医療の知識や技術を獲得できる(10)》 エキスパートナース等の臨床看護専門雑誌から褥
瘡処置・気管切開・胃瘻周囲の皮膚管理等の最新の看護の知識を得ることができる、であった。

【5. 小離島での看護活動への関心があり、モチベーションを高めながら、自分のキャリアデ
ザインを描ける】のコードの一例は、島で家族や親族に囲まれ看取られる状況にしたい、看護
師として、地域の中での健康教育がしたい、などの自分の希望が村で展開されていく楽しみを
もつことができる、であった。

【6. 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な
対応ができる】は2項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《
1》健康支援の必要な島民全てに平等な対応ができる(7)》 支援要請を出した人だけを優先的
に支援せず、公平な支援ができる、《2》対象者、家族、チームメンバーに誠実に接すること
ができる(6)》 小離島の看護職は24時間仕事をしているようなもので、プライベートの時間はほ
とんどない状態のため、看護職、または島民の1人、いずれの立場にいても24時間笑顔で対応
できる、であった。

【7. 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経て
ゆるぎのない看護実践ができる】のコードの一例は、対象者との看護の関わりを日々振り返り、
守備範囲を広げていく姿勢がある、であった。

【8. 小離島の専門家として自己を高めるために、ヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等
との情報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる】は2項目の小分類で構成され
た。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》他の小離島の看護職と小離島の看護につい
て情報交換や相談ができる(10)》 小離島の保健師間での事例検討、小離島看護師間での活動内
容の検討ができる、《2》ヘルスケアメンバーとケア改善のためのカンファレンスや勉強会がで
きる(2)》 子どもの発達支援の専門職員を島に呼び、子どもに関わる島内の専門職種(保育士・
幼稚園教諭・小学校教員・保健師等)のレベルアップを目的としたの開催ができる、であった。

【9. 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ】のコード
の一例は、新たな問題が生じたとき、放置せずに自分の仕事として認識し行動できる、または、
適切な人につなげて解決が図れる(永遠と続く業務の中、新たな問題が生じたとき“それは自
分たちの仕事ではない”と思ったらそれまでである)、であった。

【10. 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務
を同時にできるなど業務の効率化が図れる】のコードの一例は、限りある時間の中で看護職に
しかできない活動など、優先順位を決めて計画的に、年度単位で取り組める、であった。

【11. 島民の擁護者としての役割が果たせる】のコードの一例は、健康支援の必要な島民を

探し出し、支援に結びつけることができるができる、医師に意見を言えない受診者の代弁ができる、であった。

【12. 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる】のコードの一例は、小離島のヘルスケアの発展のために小離島看護研究会のような学会や仕組みを通して看護職としての意見が言える、提言できる、であった。

【13. 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる】のコードの一例は、保健衛生ニュース（保健に関する社会的な動き、法律改正などの週刊情報誌）から必要な情報を得ることができる、であった。

【14. 島内のヘルスケアサービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につながるための人材確保ができる】のコードの一例は、看護師、ケアマネージャー、保育士、ヘルパー等の資格保持者を活動の中で活用できる、であった。

【15. 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる】のコードの一例は、乳幼児健康診査、精神保健巡回相談、精神保健の個別支援について県の離島支援担当保健師に相談できる、であった。

【16. 島内外の関係者・関係組織と調整をとりながら、島の状況に対応した保健センターや診療所の運営の調整ができる】のコードの一例は、保健師、看護師、医師、集団健康診査委託機関と調整をとり、島の集団健康診査に対応した診療所運営の調整ができる（日程調整、診療所医師による内科診察協力調整）、であった。

【17. 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる】のコードの一例は、福祉専門職者を対象に、認知症者への支援方法や褥瘡予防のための体位交換方法などの島民支援に必要な支援技術の教育ができる、であった。

8) 「Ⅷ エビデンスに基づく実践」

表 12.8 に示す通り、8 のコードから 3 項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる(4)】、【2. 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる(2)】、【3. 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる(2)】であった。

【1. エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる】のコードの一例は、エビデンスに基づいた健康診断結果の適切な説明と指導ができる、最新の治療や看護に自信をもって受診者や家族に説明できる、であった。

【2. 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる】のコードの一例は、肥満予防対策、う歯予防対策など、薬剤業務を全てパソコンのデータに入れて数値化し、新たな薬剤業務方法の工夫ができる、であった。

【3. 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる】のコードの一例は、断酒会支援など、断酒会支援等、他の離島で成果がみられる保健対策を参考にできる、であった。

9) 「Ⅸ 質改善」

表 12.9 に示す通り、14 のコードから 4 項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる(6)】、【2. 小離島の 1 人体制では主観的になりがちなので、保健事業や看護の客観的な評価ができる(4)】、【3. 業

務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある(2)】、【4. 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる(2)】、であった。

【1. 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる】のコードの一例は、研修等で新しく得た知識や技術を診療所看護規準に反映できる、保健の専門職でない役場行政職員からは保健事業を遂行していれば「良し」と判断されがちだが保健事業の質を高めるための工夫ができる、であった。

【2. 小離島での1人体制では主観的になりがちなので、保健事業や看護の客観的な評価ができる】のコードの一例は、量的データなどの統計をみながら実施した保健事業の客観的な評価ができる、であった。

【3. 業務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある】のコードの一例は、行っている保健事業の基になる統計についての知識がある、であった。

【4. 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる】のコードの一例は、保健事業をこなすのではなく、論理的な考え方で量的データなどの統計や情報処理、基準を活用しながら保健事業の質を高めることができる、島民の健康に関する様々なデータ、情報から判断し、島の健康課題をあげ、取り組むことができる(特定保健指導、医療機関受診勧奨、がん検診受診勧奨、乳幼児健康診査、予防接種のスケジュール管理、肥満予防対策、う歯予防対策など)、であった。

10) 「X 安全(良質なケア)」

表 12.10 に示す通り、646 のコードから 13 項目の中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる(243)】、【2. 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる(12)】、【3. 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる(72)】、【4. 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる(41)】、【5. 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる(40)】、【6. 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる(32)】、【7. 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる(24)】、【8. 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる(地域診断ができる)(16)】、【9. 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島の地域の中でプライマリヘルスケア、プライマリケアを实践できる(15)】、【10. 疾病の有無に関係なく対応できる、診療所を受診していない要支援者への支援ができる(13)】、【11. 健康支援に必要な島民の健康についての観察とアセスメントから、先を見越した適切なトリアージとその対応ができる(12)】、【12. 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる(8)】、【13. 島内の限られた資源の中で日用品の活用や開発ができる(8)】、であった。

【1. 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる】は 21 項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、≪1) 外科・整形疾患を抱える島民に必要な支援ができる(27) ≫ 褥瘡の処置・治療・治り具合の判断ができる、≪2) 在宅療養者とその家族への支援ができ

る(26)》在宅療養環境に必要な安静度や生活の調整と助言ができる、《3) 妊産婦への支援ができる(25)》切迫早産等で産婦人科への通院が必要時は島外へ出て生活をし受診することの必要性を伝えることができる、《4) 子どもと養育者への支援ができる(25)》自分で症状の訴えができない子どものトリアージができる、発熱、下痢、嘔吐の症状について、休日や時間外に家庭で観察するポイントを養育者に伝えることができる、《5) 精神疾患を抱える島民への支援ができる(20)》統合失調症等で治療中断者に対し、島外の精神専門医療機関への受診につなげることができる、《6) 治療薬についての助言ができる(20)》薬剤師に代わって調剤、服薬指導ができる、《7) 高齢者への支援ができる(18)》独居高齢者を訪問し、支援の必要性の判断ができる、《8) 内科疾患、慢性疾患を抱える島民に必要な支援ができる(17)》糖尿病をもつ島民へのフットケアができる、《9) 幅広い健康課題、疾病に対応したケアができる、外科・内科等の幅広いケアができる(13)》妊婦から精神科まで、症状も様々で、急性期から慢性期まで対応できる、《10) 全年齢、健康増進・疾病予防から看取りまで、外科から精神科までの幅広いケアができる(12)》小児から高齢者、妊婦、精神科まで関わり、様々な症状の急性期から慢性期まで対応しているため、医療行為だけでなく、受診者・家族・島民全体への保健指導も並行して実施できる、《11) 子育て中の養育者の相談を聞くことができ、助言ができる(9)》育児、食事、予防接種、発熱時の対応など島内では保健師が中心となり養育者の相談にのることができる、《12) ターミナル期にある島民と家族への支援ができる(9)》島で普段通りの生活をしながら抗がん剤治療を希望する島民の想いを尊重した支援ができる、《13) 全年齢、あらゆる発達段階・ライフステージ)を通した健康課題に対応したケアができる、外科・内科等の幅広いケアができる(5)》母子、成人、高齢者などのライフステージを通した継続支援ができる、《14) 発達の気になる子どもと養育者への支援ができる(4)》臨床心理士等の専門家の助言を得ながら、経過観察や専門機関への受診勧奨の判断ができる、《15) ハイリスク家族の発見とケアができる(4)》小離島は虐待の相談をしにくい環境にあるが、親子支援の早期介入により、子どもへの虐待を未然に防ぐことができる、《16) 眼科疾患を抱える島民に必要な支援ができる(3)》検査機械がない中で失明の危険がある緑内障などの有無を判断できる、《17) 皮膚疾患を抱える島民に必要な支援ができる(3)》自覚症状と視覚的観察により診断名の予測ができる、《18) 知的・精神的・身体的に障がいを抱える島民への支援ができる(2)》理解度の低い妊婦への相談に応じ支援ができる、《19) 小中学生への支援ができる(1)》養護教諭・看護師・保健師の3者間で連絡をとりながら、子どもの情報を把握し対応できる、《20) 耳鼻咽喉科疾患を抱える島民に必要な支援ができる(1)》器具が特殊な耳鼻科の物品準備や介助ができる、《21) 婦人科疾患を抱える島民に必要な支援ができる(1)》婦人科の処置ができる、であった。

【2. 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる】は10項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1) 救急救命外来で行う一般的処置ができる(40)》救命処置の優先度のアセスメントができる(医師が気道確保、看護師が末梢静脈路確保、薬剤使用、役場職員への心臓マッサージ依頼)、《2) 心肺機能停止やショック時の対応ができる(24)》自宅で呼吸停止した島民への心肺蘇生ができる、《3) 島外への搬送に必要な対応ができる(16)》搬送準備ができる、家族に準備用品、添乗についての説明ができる、《4) 自傷・他害や海の事故などで緊急対応が必要な島民への対応ができる(8)》ダイビング関連の海の事故に会った者の救命処置と搬送介助ができる、《5) 緊急な出産介助と新生児のケア、早産時の搬送介助ができる(8)》時間外に突然破水した

妊婦への診察介助ができる、新生児のケアができる、《6》 特殊な医療行為ができる(8)》 被曝量の知識をもち、レントゲン撮影ができる(法律のボーダーラインにあるが、医師が撮影室の中で受診者を押さえて、看護師がボタンを押す)、《7》 救急救命時に医師や看護師の依頼に応じた支援ができる(5)》 島の消防隊員の救急救護班に加入し、看護師不在時や複数の看護職者が必要時に対応ができる、バイタル測定、経過記録、受傷者への声かけ、家族との調整ができる、《8》 救急時使用する薬剤や物品の管理ができる(5)》 新しい器具の確認と緊急時に備えた準備ができる、《9》 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血に対する対応ができる(4)》 画像診断ができない中で脳内出血の予測ができる、《10》 子どもの救急救命時の対応ができる(4)》 子どもへの挿管介助、静脈確保ができる、であった。

【3. 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる】は13項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》 町村が実施主体である全島民の予防接種の管理と対応ができる(19)》 子どもから高齢者までの島民全員の予防接種の管理と対応ができる、《2》 特定健康診断、特定保健指導などの保健事業を通して島民全体の生活習慣病予防につなげることができる(18)》 特定健康診査受診勧奨をし受診につなげることができる、《3》 小離島という環境を考慮した上で、島民全体を対象とした感染症予防対策がとれる(8)》 小離島の狭小性と、子どもの兄弟が多いことからインフルエンザなどの感染症が蔓延しやすい環境にあるため、感染症発生時に学校機関等周知し感染予防対策がとれる、《4》 子どもの発達支援体制を構築し、発達を促す支援ができる(4)》 養育者が乳幼児の発達について島内で専門家に相談できる体制の構築ができる、《5》 保健事業を通して、高齢者への健康支援ができる(4)》 独居高齢者の閉じこもり防止対策や運動教室の開催ができる、《6》 精神保健事業や精神巡回相談、デイケアなどの精神保健福祉事業を通して、精神疾患を持つ島民への支援ができる(4)》 精神疾患をもつ島民を対象としたデイケアを毎月1回実施できる、《7》 自立支援体制の構築や自助組織、福祉事業を通して、知的・精神・身体に障がいをもつ島民の自立支援ができる(4)》 島にある断酒会などの自助組織への支援を通して、当事者の自立を促すことができる、《8》 保健事業を通して、子育て支援(親子保健)対策がとれる(3)》 乳幼児と養育者が集まる場が全くない場合は、場を設定し、交流を促進できる、《9》 保健事業を通して、小中学生への支援ができる(3)》 保健師、医師、学校の養護教諭が連携して思春期教室を実施できる、《10》 産業保健事業を通して、役場職員を含め、働いている島民の健康支援ができる(2)》 作業中の怪我の発生予防のための事前のアプローチができる、《11》 保健事業を通して、妊産婦への健康支援ができる(1)》 妊婦に共通してみられるニーズを町村役場で施策化できる、《12》 島の子ども全員の齲歯罹患率減少のための対策がとれる(1)》 小中学校校長へのフッ素洗口の協力依頼ができる、《13》 災害に備えた島全体の対策がとれる(1)》 津波で1週間以上孤島となった時の対応の検討ができるであった。

【4. 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる】は6項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》 診療材料、消耗品、薬剤などの確認・発注・補充ができる(13)》 薬剤等の管理、2週間毎の補充ができる(在庫が多すぎず、少なすぎずなるようにする、医師はほとんど関わっておらず、看護師がメインで管理する)、《2》 診療所、保健センターの掃除・環境整備・維持・点検などの管理ができる(11)》 診療所は自分の家という感覚を持ち、雨漏り予防のために台風の前後に屋根や排水溝の点検ができる、《3》 医療機器を含む物品の取扱いとメンテナンスができる(7)》 除細動は毎日作動の有

無の点検、輸液ポンプは充電の確認ができる、《4》 機材の洗浄・消毒・滅菌ができる(6)》 鑷子(せっし)・縫合時の持針器等の器具を洗浄後、滅菌パックに入れて、オートクレーブで滅菌できる、《5》 医療廃棄物の処分ができる(2)》 フェリーで拠点病院に送り処分依頼できる、《6》 低コストかつ有用な管理ができる(2)》 薬剤は期限切れが発生しやすいが、何万円もするものもあるので無駄をなくして少ない中でうまく活用できる、であった。

【5. 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる】は4項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》 診療所で使用する薬剤の知識があり、処方ミスや配薬ミスを予防しながら調剤できる(14)》 医師に何度も確認をしながら、カルシウム拮抗薬等の基本的な薬剤の名称や一般名を間違えずに調剤できる、《2》 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる(13)》 在庫を抱えず、欠品や期限切れがないように薬剤管理ができる、《3》 正確な内服につなげるため、対象者の理解度に応じた配薬方法の工夫ができる(7)》 1回内服分の袋をホチキスでまとめることでも正確な内服ができない受診者には、一包化に変更することも検討する、《4》 調剤した薬剤を渡す際に、対象者の理解度に合わせた使用方法などの説明ができる(5)》 複数の効能がある薬剤の処方時は、医師の処方の意図に合わせた説明ができる、であった。

【6. 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる】は3項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》 保健医療福祉に関する国全体の流れの把握ができ、優先順位をつけて、島の保健事業を実施できる(16)》 多くの課題から島の保健問題の優先度を把握し、解決に向けて取り組める、《2》 島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化ができる(9)》 次世代育成支援計画の策定と実施ができる、《3》 年間の保健事業、看護のスケジュール管理、業務管理ができる(7)》 島民の健康の優先課題に対応した年間の保健事業の策定と実施ができる、であった。

【7. 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる】は2項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》 診療所や保健センターでの医療ミスの予防と対策がとれる(15)》 処方薬の使用目的と作用についての疑問点を医師や拠点病院の薬剤師へ確認し、調剤ミスを予防できる、《2》 診療所や保健センターでの感染症の予防と対策がとれる(9)》 インフルエンザ流行時、子どもの発熱や発疹時は診療所外で待機させる、発熱者はレントゲン室に隔離できる、であった。

【8. 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる(地域診断ができる)】のコードの一例は、多くの島民が大切にしている思想・文化・地域行事を把握し、健康との関連をアセスメントできる、であった。

【9. 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島の地域の中でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる】のコードの一例は、診療所外の地域における看護活動や連携の必要性を感じ、主体的に実施できる、であった。

【10. 疾病の有無に関係なく対応できる、診療所を受診していない要支援者への支援ができる】のコードの一例は、診療所を受診していない島民への生活習慣病対策がとれる、であった。

【11. 健康支援に必要な島民の健康についての観察とアセスメントから、先を見越した適切なトリアージとその対応ができる】は2項目の小分類で構成された。これらの小分類、およびコードの一例は、《1》 観察とアセスメントから受診者の診察順番の優先順位を決定できる(6)》 受診者の普段の状態を把握し、主訴やバイタルサインチェック時に異常を発見でき医師に報

告できる、《2》必要な支援につなげるための観察とアセスメントができる(6)》**顔色、態度(身体の一部を押さえている等)**の観察や会話を通して普段の健康状態との違いに気づける、であった。

【12. 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる】のコードの一例は、**島内の運動イベント開催時の救護係として救急救命対応と外傷処置ができる**、であった。

【13. 島内の限られた資源の中で代用品の活用や開発ができる】のコードの一例は、**医師に「こういうのがあったらいいな」と言われたら、何で代用できるか考え、手作りで作成できる**、であった。

11) 「XI 情報科学と科学技術」

表 12.11 に示す通り、7項目のコードから3つの中分類が導き出された。これらの中分類をコード数の多い順に並べると【1. 小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等の IT 技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる(4)】、【2. テレビ会議システム等の IT 技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる(2)】、【3. 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる(1)】、であった。

【1. 小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等の IT 技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる】のコードの一例は、**IT 等の通信を利用し、島外での研修に参加できる、スカイプやウェブを利用して離島診療所看護師間でウェブ会議ができる**、であった。

【2. テレビ会議システム等の IT 技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる】のコードの一例は、**ネット回線や電子黒板等を使用した健康教室の開催ができる、天候不良で専門職の来島が不可能な時に、テレビ会議のシステムを利用して精神巡回相談、または精神巡回診療を実施できる**、であった。

3. コード数が多い中分類

コード数が 50 以上の中分類は 70 項目中、7 項目あった。これらは、「III チームワークと協働」の【1. 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる(130)】、【2. 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる(97)】と、「VII プロフェッショナルリズム」の【1. 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる(61)】と【2. 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる(50)】、「X 安全(良質なケア)」の【1. 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリアケアができる(243)】、【2. 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる(12)】、【3. 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる(72)】、であった。

【1. 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる(130)】のコード数は看護師が 47、保健師が 31 であった。

【2. 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる(97)】のコード数は看護師が 58、保健師が 39 であった。

【1. 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる(61)】のコード数は看護師が23、保健師が26であった。

【2. 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる(50)】のコード数は看護師が36、保健師が6であった。

【1. 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる(243)】のコード数は看護師が153、保健師が76であった。

【2. 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる(12)】のコード数は看護師が113、保健師が7であった。

【3. 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる(72)】のコード数は看護師が9、保健師が58であった。

第2節 第2段階：コンピテンシーの妥当性の評価

看護師と保健師のそれぞれについて、11のコア・コンピテンシーを構成する70の中分類の5段階評価を数値ごとにまとめ、平均値と標準偏差を出した。また、看護師と保健師の5段階評価を合わせた平均値と標準偏差も出した(表14)。これらからコア・コンピテンシー別重要度を表13にまとめた。各中分類を重要と思う理由についての自由記述は表15にまとめた。

なお、平均値、および、両職種の平均値の差の解釈については、平均値4.5以上を高い、平均値2.9以下を低い、両職種の平均値の差が0.5以上を差が大きい、として読み取った。文中の表示は、【 】内は中分類、《 》内は自由記述を示す。

1. コア・コンピテンシー別重要度

コア・コンピテンシー別重要度の平均値は表13に示す通りであった。

平均値の高い順については、看護師では「Ⅲ チームワークと協働」の4.6が最も高く、次いで「Ⅳ コミュニケーション」の4.5、「Ⅰ 島民と家族中心のケア」の4.2、「Ⅹ 安全(良質なケア)」の4.2、「Ⅴ リーダーシップ」の4.1、「Ⅱ 文化的コンピテンシー、Ⅶ プロフェッショナリズム、Ⅸ 質改善、Ⅺ 情報科学と科学技術」の4.0、「Ⅷ エビデンスに基づく実践」の3.9、「Ⅵ システムに基づく実践」の3.7の順であった。保健師では「Ⅱ 文化的コンピテンシー」の4.8が最も高く、次いで「Ⅲ チームワークと協働、Ⅵ システムに基づく実践」の4.6、「Ⅰ 島民と家族中心のケア、Ⅷ エビデンスに基づく実践」の4.3、「Ⅶ プロフェッショナリズム、Ⅹ 安全(良質なケア)、Ⅺ 情報科学と科学技術」の4.2、「Ⅸ 質改善」の4.0の順であった。両職種の合計では「Ⅲ チームワークと協働」の4.6が最も高く、次いで「Ⅳ コミュニケーション」の4.5、「Ⅱ 文化的コンピテンシー」の4.4、「Ⅰ 島民と家族中心のケア」の4.3、「Ⅴ リーダーシップ、Ⅹ 安全(良質なケア)」の4.2、「Ⅵ システムに基づく実践、Ⅶ プロフェッショナリズム、Ⅷ エビデンスに基づく実践、Ⅺ 情報科学と科学技術」の4.1、「Ⅸ 質改善」の4.0の順であった。

全体の平均値は、看護師では4.1、保健師では4.3、両職種の合計では4.2であった。

平均値4.5以上については、看護師では「Ⅲ チームワークと協働」の4.6、「Ⅳ コミュニケーション」の4.5、保健師では「Ⅱ 文化的コンピテンシー」の4.8、「Ⅲ チームワークと協働、Ⅵ システムに基づく実践」の4.6、両職種の合計では「Ⅲ チームワークと協働」の4.6、「Ⅳ コミ

コミュニケーション」の4.5であった。

平均値 2.9 以下は両職種ともになかった。

両職種の平均値の差が 0.5 以上であったのは、「VI システムに基づく実践」の 0.9、および、「II 文化的コンピテンシー」の 0.8 であった。

2. 中分類別重要度

中分類別重要度の平均値と自由記述を表 15.1～15.11 にまとめた。以下に、中分類別重要度の平均値と自由記述を説明していく。

1) 「I 島民と家族中心のケア」

表 15.1 に示す通り、「I 島民と家族中心のケア」の重要度の平均値は、看護師が 4.2、保健師が 4.3 であり、両職種の重要度の平均値の差は 0.1 と小さかった。

【1. 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.4、保健師が 4.3 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。自由記述の内容は《全人的ケアの重要性は小離島に限らない》、《看護師、保健師の双方ともケア又は支援できる力を備わっていることが重要と考える》、《生活背景が見えてしまうので把握しやすい》、《一生懸命になりデータをはめ込み指導してしまう傾向にあるので一緒に住み島民に沿った看護活動ができればよい》であった。

【2. 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる】の重要度の平均値は、看護師が 4.3、保健師が 4.5 であり、両職種の平均値の差は 0.2 であった。自由記述の内容は《小離島だけでは解決しないことが多いため、より柔軟性や調整力が必要と考える》であった。

【3. 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるようにニーズに沿った支援や助言ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.1、保健師が 4.4 であり、両職種の平均値の差は 0.3 であった。

【4. 島民や家族の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.1、保健師が 4.0 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。自由記述の内容は《できるだけ、本人の思いを島外の家族に伝えるが、最終決定は家族であり、本人の希望に添えず、島での生活を継続できないケースが多い》であった。

【5. 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.6、保健師が 4.7 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。自由記述の内容は《島内には家族がいない場合も多く、近隣の支援は大きい》、《普段の生活のキーパーソンと家族のキーパーソンが違うことが多い》であった。

【6. 島民の健康に係る経済的な問題などを配慮した関わりができる】の重要度の平均値は、看護師が 3.9、保健師が 4.2 であり、両職種の平均値の差は 0.3 であった。自由記述の内容は《島外への通院、治療に費用がかかるため》であった。

【7. 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.7、保健師が 3.9 であり、両職種の平均値の差は 0.8 であった。自由記述の内容は《穏やかな死を迎えるには医療者（診療所）による情報や経験を通じたアドバイスや援助が不可欠だと思う》、《痛みのコントロールができないと家族はつらい、在宅での看取りを後悔させないように支える》であった。

【8. 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決ができる】の重要度の平均値は、看護師が 3.9、保健師が 4.3 であり、両職種の平均値の差は 0.4 であった。自由記述の内容は《島で生活するにはセルフケアは非常に重要、アルコールなどそこに働きかける必要がある》であった。

【9. 看護の専門分野を超えたケアの調整と統合ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.2、保健師が 4.4 であり、両職種の平均値の差は 0.2 であった。

2) 「Ⅱ 文化的コンピテンシー」

表 15.2 に示す通り、「Ⅱ 文化的コンピテンシー」の重要度の平均値は、看護師が 4.0、保健師が 4.8 であり、両職種の重要度の平均値の差は 0.8 と大きかった。

【1. 日常的に地域に出向き、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる】の重要度の平均値は、看護師が 3.9、保健師が 4.8 であり、両職種の平均値の差は 0.9 であった。自由記述の内容は《生活を共にしなければ認めてもらえない》、《一住民としても地域行事に参加することで島を理解でき、住民も看護職者を認めてくれた》であった。

【2. 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる】の重要度の平均値は、看護師が 4.3、保健師が 4.7 であり、両職種の平均値の差は 0.4 であった。自由記述の内容は《地域はその人の生活そのものでありそこからの学びを仕事に活かすことで、住民のニーズに応えることができる島を知り、島から学ぶという基本姿勢は重要》、《文化的コンピテンシーに関しては、保健師の関わりにとって最も重要なものとする、看護師は徐々に学んでいけばよい》であった。

【3. 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる】の重要度の平均値は、看護師が 3.7、保健師が 4.8 であり、両職種の平均値の差は 1.0 であった。

【4. 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる】の重要度の平均値は、看護師が 3.9、保健師が 4.7 であり、両職種の平均値の差は 0.8 であった。

3) 「Ⅲ チームワークと協働」

表 15.3 に示す通り、「Ⅲ チームワークと協働」の重要度の平均値は、看護師、保健師ともに 4.6 であり、両職種の重要度の平均値の差はなかった。

【1. 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる】の重要度の平均値は、看護師、保健師ともに 4.8 であった。自由記述の内容は《保健師は島民の健康課題を分析した結果を討議したり、医師、看護師と協力して実施できる体制があるとよい》であった。

【2. 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.9、保健師が 4.8 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。自由記述の内容は《健康課題を共通理解してもらうことは非常に重要》、《とても大切、お互いに信頼がないと上手くいかない》であった。

【3. 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.6、保健師が 4.3 であり、両職種の平均値の差は 0.3 であった。自由記述の内容は《個別支援については可能、保健事業の実施方法や対策については、自治体の課題である》であった。

【4. 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワークと協働ができる】の重要度の平均

値は、看護師が 4.2、保健師が 4.4 であり、両職種の平均値の差は 0.2 であった。自由記述の内容は《専門職は限られているので、住民の力を借りることは大きい》であった。

4) 「IV コミュニケーション」

表 15.4 に示す通り、「IV コミュニケーション」の重要度の平均値は、看護師、保健師ともに 4.5 であり、両職種の重要度の平均値の差はなかった。

【1. 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.7、保健師が 4.6 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。

【2. 緊急時のヘリ搬送や後任者、および代替看護職員時の引継ぎに際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率なコミュニケーションがとれる】の重要度の平均値は、看護師が 4.7、保健師が 4.1 であり、両職種の平均値の差は 0.6 であった。

【3. 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる】の重要度の平均値は、看護師が 4.7、保健師が 4.8 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。

【4. 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.5、保健師が 4.4 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。

【5. 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.8、保健師が 4.6 であり、両職種の平均値の差は 0.2 であった。自由記述の内容は《一番気を遣う、努力してプライバシー保持をする》であった。

【6. 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる】の重要度の平均値は、看護師、保健師ともに 4.5 であった。自由記述の内容は《コミュニケーション能力が一番大切だと思う、問題が起きて受け持ちを交代できないし、患者さんが受診しづらくなる》であった。

【7. 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる】の重要度の平均値は、看護師が 3.9、保健師が 4.6 であり、両職種の平均値の差は 0.7 であった。自由記述の内容は《島民はよく村内の広報誌、放送を視聴しているが、それだけでは不足もあり、分かりやすく可視化する工夫が必要》、《強化月間に合わせて取り組むとよい》であった。

5) 「V リーダーシップ」

表 15.5 に示す通り、「V リーダーシップ」の重要度の平均値は、看護師が 4.1、保健師が 4.4 であり、両職種の重要度の平均値の差は 0.3 と小さかった。

【1. 島内のヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議を企画し開催できる】の重要度の平均値は、看護師が 3.8、保健師が 4.3 であり、両職種の平均値の差は 0.5 であった。

【2. 島のヘルスケアメンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.2、保健師が 4.3 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。自由記述の内容は《事務職との協働はとても重要》であった。

【3. 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.2、保健師が 4.5 であり、両

職種の平均値の差は0.3であった。自由記述の内容は《導入可能かどうか、検討していく姿勢は重要》であった。

6) 「VI システムに基づく実践」

表 15.6 に示す通り、「VI システムに基づく実践」の重要度の平均値は、看護師が 3.7、保健師が 4.6 であり、両職種の重要度の平均値の差は 0.9 と大きかった。

【1. 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム（組織）への協力依頼ができる】の重要度の平均値は、看護師が 3.8、保健師が 4.6 であり、両職種の平均値の差は 0.8 であった。自由記述の内容は《子どもの発達支援に関しては島に専門機関がないため心理士や小児科医のアドバイスは重要、精神についても、島外へ受診させることが難しい場合は支援があるとよい》であった。

【2. 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織（組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー）と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる】の重要度の平均値は、看護師が 3.6、保健師が 4.5 であり、両職種の平均値の差は 0.9 であった。自由記述の内容は《・専門職は限られているので島民の協力はとても大きな力になる》であった。

【3. 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる】の重要度の平均値は、看護師が 3.6、保健師が 4.7 であり、両職種の平均値の差は 1.0 であった。自由記述の内容は《近い離島とは連絡協力はできている、診療所看護師会議の内容を教えて欲しい》であった。

7) 「VII プロフェッショナリズム」

表 15.7 に示す通り、「VII プロフェッショナリズム」の重要度の平均値は、看護師が 4.0、保健師が 4.2 であり、両職種の重要度の平均値の差は 0.2 と小さかった。

【1. 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる】の重要度の平均値は、看護師が 4.5、保健師が 4.6 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。自由記述の内容は《島内外で支えてくれる人は重要》、《急な用事や病気でも代替看護師はすぐに来れないので自分の健康管理も大切》であった。

【2. 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.6、保健師が 4.5 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。

【3. 看護の専門職者としての価値や島民への支援の必要性を説明でき、理解してもらえるように他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる】の重要度の平均値は、看護師が 3.6、保健師が 3.9 であり、両職種の平均値の差は 0.3 であった。自由記述の内容は《実践で示す方が信頼を得るように思う、小離島は PR するよりも口コミの力の方がすごい》、《価値の説明の前に協働が先だと思う》、《住民は価値を理解している、「医師、看護師がいるだけでありがたい」といつも言われた》であった。

【4. 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.2、保健師が 4.0 であり、両職種の平均値の差は 0.2 であった。自由記述の内容は《小離島だからこそ、最新の情報や世間の情勢、自分の知識のブラッシュアップに対してのアンテナを自分で高くする必要があると思う》であった。

【5. 小離島での看護活動への関心があり、モチベーションを高めながら、自分のキャリアア

デザインを描ける】の重要度の平均値は、看護師が 4.0、保健師が 4.3 であり、両職種の平均値の差は 0.3 であった。自由記述の内容は《地域の把握、住民との関わり、地区組織活動、全ての保健事業に携わることができるなどの利点はあるが、経験者が優遇されるなどのシステムがないのでキャリアデザインにはつながらない》であった。

【6. 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な対応ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.2、保健師が 4.3 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。自由記述の内容は《公平・平等な関わりを心がける》、《狭い地域社会なので患者のプライバシー保護が大変》であった。

【7. 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経てゆるぎのない看護実践ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.0、保健師が 3.9 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。自由記述の内容は《判断基準は大切だが、自己完結で終わらないようにその判断基準が正しいかどうかの確認や相談をするアドバイザーは必要》であった。

【8. 小離島の専門家として自己を高めるために、ヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.4、保健師が 4.2 であり、両職種の平均値の差は 0.2 であった。自由記述の内容は《情報共有できる環境であることで、孤独感、不安感が軽減でき、小離島での看護の面白さがわかると思う》、《心肺蘇生（CPR）や精神科対応など大きな対応が必要な時は、①医師と看護師で振り返りをして、②関わった消防団、警察などでも振り返りをした、消防団の皆さんはショックを受けるのでメンタルケアも含めて行う》であった。

【9. 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ】の重要度の平均値は、看護師が 3.6、保健師が 3.7 であり、両職種の平均値の差は 0.1 であった。自由記述の内容は《資源の少ない島では必須である》、《一手に担うという責任感ではなく、島民と一緒にやっていくという寄り添う思いが必要と思う》、《責任感を持つことは大事であるが、一手に担うという思いで臨むと長続きしない可能性があるのではないかと思う》、《強い覚悟、熱意、責任感相手に対しても厳しい対応を求めてしまうので、ゆるりとした気持ちで仕事をし、結果担えていると良いと思う》であった。

【10. 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化が図れる】の重要度の平均値は、看護師が 4.2、保健師が 4.8 であり、両職種の平均値の差は 0.6 であった。自由記述の内容は《業務の効率化と共に、事務職を巻き込んで共に業務を行っていく姿勢や共通理解のための手法が必要（健康課題の確認や事業の方向性を事務職にもわかるように示す）》であった。

【11. 島民の擁護者としての役割が果たせる】の重要度の平均値は、看護師が 3.7、保健師が 3.9 であり、両職種の平均値の差は 0.2 であった。

【12. 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる】の重要度の平均値は、看護師が 3.3、保健師が 3.6 であり、両職種の平均値の差は 0.3 であった。自由記述の内容は《私は力不足だったが、しまナースや看護大学や大学が診療所のことを発信してくれ、島に目が向き改善された》であった。

【13. 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる】の重要度の平均値は、看護師が 3.8、保健師が 4.6 であり、両職種の平均値の差は 0.8 であった。自由記述の内容は《保健事業

を実施していくために必要》、《国の指針と島の現状が異なり、そのまま適応できない場合もあるため、国の流れを理解した上で島ならでの対策を説明できるようにするために必要》であった。

【14. 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる】の重要度の平均値は、看護師が3.8、保健師が4.1であり、両職種の平均値の差は0.3であった。自由記述の内容は《余裕があれば、役場と協力して行うことが望ましい》であった。

【15. 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる】の重要度の平均値は、看護師が4.5、保健師が4.7であり、両職種の平均値の差は0.2であった。自由記述の内容は《県保健師へ相談することができたことは大きな支えだった》、《拠点病院とのつながり、認定看護師への相談》であった。

【16. 島内外の関係者・関係組織と調整をとりながら、島の状況に対応した保健センターや診療所の運営の調整ができる】の重要度の平均値は、看護師、保健師ともに4.1であった。

【17. 島内のヘルスケアサービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につなげるための人材確保ができる】の重要度の平均値は、看護師が3.8、保健師が4.1であり、両職種の平均値の差は0.3であった。

8) 「Ⅷ エビデンスに基づく実践」

表 15.8 に示す通り、「Ⅷ エビデンスに基づく実践」の重要度の平均値は、看護師が3.9、保健師が4.3であり、両職種の重要度の平均値の差は0.4であった。

【1. エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる】の重要度の平均値は、看護師が3.9、保健師が4.4であり、両職種の平均値の差は0.5であった。自由記述の内容は《島民に伝わるように支援することが必要》であった。

【2. 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる】の重要度の平均値は、看護師が3.8、保健師が4.4であり、両職種の平均値の差は0.6であった。自由記述の内容は《業務が多岐にわたるので、優先度を決めて、それを事務職と共有することが大切》であった。

【3. 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる】の重要度の平均値は、看護師が3.9、保健師が4.2であり、両職種の平均値の差は0.3であった。

9) 「Ⅸ 質改善」

表 15.9 に示す通り、「Ⅸ 質改善」の重要度の平均値は、看護師、保健師ともに4.0であり、両職種の重要度の平均値の差はなかった。

【1. 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる】の重要度の平均値は、看護師が4.1、保健師が3.9であり、両職種の平均値の差は0.2であった。

【2. 小離島での1人体制では主観的になりがちなので、保健事業や看護の客観的な評価ができる】の重要度の平均値は、看護師が4.1、保健師が4.0であり、両職種の平均値の差は0.1であった。

【3. 業務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある】の重要度の平均値は、看護師が3.8、保健師が4.0であり、両職種の平均値の差は0.2であった。自由記述の内容は《重要だが、SPSSなど特殊なものでなく、Excel無料で使える統計ソフトなど活用できそうなものを選ぶ必要がある》、《私は知識がなかったが、これからの若い人たちに期待している》であった。

【4. 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる】の重要度の平均値は、看護師が3.8、保健師が4.1であり、両職種の平均値の差は0.3であった。自由記述の内容は《外部からのアドバイスや支援は必要だと思う》であった。

10)「X 安全 (良質なケア)」

表 15.10 に示す通り、「X 安全 (良質なケア)」の重要度の平均値は、看護師、保健師ともに4.2であり、両職種の重要度の平均値の差はなかった。

【1. 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる】の重要度の平均値は、看護師が4.5、保健師が4.3であり、両職種の平均値の差は0.2であった。自由記述の内容は《精神疾患や障害を持つ人の居場所づくり支援なども必要》、《島の看護師ならではの活動ができる》であった。

【2. 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる】の重要度の平均値は、看護師が4.7、保健師が3.6であり、両職種の平均値の差は1.1であった。自由記述の内容は《保健師に求めるならば訓練が必要》であった。

【3. 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる】の重要度の平均値は、看護師が3.3、保健師が4.6であり、両職種の平均値の差は1.3であった。自由記述の内容は《島で生活して行くにはセルフケアは重要なので自分でできる健康管理の知識や場の提供は必要》であった。

【4 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる】の重要度の平均値は、看護師が4.7、保健師が3.7であり、両職種の平均値の差は1.0であった。

【5. 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる】の重要度の平均値は、看護師が4.7、保健師が3.8であり、両職種の平均値の差は0.9であった。自由記述の内容は《代行業務ができる柔軟性は必要だと思うが、安全面や職域の限界に対する課題を解決する努力、代行しなくても済む環境づくりの視点も必要と思う》、《調剤業務が一番大きい》であった。

【6. 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる】の重要度の平均値は、看護師が2.7、保健師が4.2であり、両職種の平均値の差は0.1であった。自由記述の内容は《施策化は重要だが、ある程度経験がなければすぐには習得できない》であった。

【7. 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる】の重要度の平均値は、看護師が4.7、保健師が4.3であり、両職種の平均値の差は0.4であった。

【8. 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる(地域診断ができる)】の重要度の平均値は、看護師が3.7、保健師が4.5であり、両職種の平均値の差は0.8であった。

【9. 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島の地域の中でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる】の重要度の平均値は、看護師が4.3、保健師が4.5であり、両職種の平均値の差は0.2であった。

【10. 疾病の有無に関係なく対応できる、診療所を受診していない要支援者への支援ができる】の重要度の平均値は、看護師が3.9、保健師が4.2であり、両職種の平均値の差は0.3であった。自由記述の内容は《未受診の住民の支援を看護師がどこまで行うのか、また優先度は?》、《小さいコミュニティなので診療所を受診していなくても声かけ、アプローチがしやすい》で

あった。

【11. 健康支援の必要な島民の健康についての観察とアセスメントから、先を見越した適切なトリアージとその対応ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.0、保健師が 4.2 であり、両職種の平均値の差は 0.2 であった。

【12. 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる】の重要度の平均値は、看護師が 4.7、保健師が 4.2 であり、両職種の平均値の差は 0.5 であった。自由記述の内容は《地域行事と住民の生活は密着しているので保健事業計画を立てる際にも重要》、《地域行事で診療所受診行動も左右するので大切》であった。

【13. 島内の限られた資源の中で代用品の活用や開発ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.4、保健師が 4.0 であり、両職種の平均値の差は 0.4 であった。

11) 「XI 情報科学と科学技術」

表 15.11 に示す通り、「XI 情報科学と科学技術」の重要度の平均値は、看護師が 4.0、保健師が 4.2 であり、両職種の重要度の平均値の差は 0.2 と小さかった。

【1. 小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等の IT 技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる】の重要度の平均値は、看護師が 4.2、保健師が 4.0 であり、両職種の平均値の差は 0.2 であった。自由記述の内容は《学ぶ環境や、後れをとらない環境があるのはとても大切》、《1 対 1 の相談にはウェブは有効、発言のしにくさなどがあり会議には必ずしも適しているとは思えない》、《診療所看護師用のパソコンがやっと設置されたのでこれからは活用できるのではないか》であった。

【2. テレビ会議システム等の IT 技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる】の重要度の平均値は、看護師が 4.3、保健師が 4.0 であり、両職種の平均値の差は 0.3 であった。自由記述の内容は《孤立感を防ぐことにつなげる》、《診療所看護師用のパソコンがやっと設置されたのでこれからは活用できるのではないか》であった。

【3. 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる】の重要度の平均値は、看護師が 3.6、保健師が 4.5 であり、両職種の平均値の差は 0.9 であった。自由記述の内容は《・離島だからこそ、見えないものを見えるようにして、発信できることが大事と思う》、《診療所看護師用のパソコンがやっと設置されたのでこれからは活用できるのではないか》、《重要ではあるが急ぐ必要はないと思う》であった。

3. 重要度が高い中分類

表 14 に示す通り、重要度の平均値が 4.5 以上の中分類は 70 項目中で看護師が 20 項目、保健師が 26 項目あった。

「I 島民と家族中心のケア」において重要度の平均値が 4.5 以上の中分類は 9 項目中、看護師が 2 項目、保健師が 2 項目あった。

【2. 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる】において保健師が 4.5 であった。

【8. 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる】において看護師が 4.7 であった。

【9. 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる】において看護師が4.6、保健師が4.7であった。

「Ⅱ 文化的コンピテンシー」において重要度の平均値が4.5以上の中分類は4項目中、保健師が4項目あった。

【1. 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる】において保健師が4.7であった。

【2. 日常的に地域に出向き、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる】において保健師が4.8であった。

【3. 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる】において保健師が4.8であった

【4. 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる】において保健師が4.7であった。

「Ⅲ チームワークと協働」において重要度の平均値が4.5以上の中分類は4項目中、看護師が3項目、保健師が4項目あった。

【1. 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる】において看護師が4.9、保健師が4.8であった。その理由として《健康課題を共通理解してもらうことは非常に重要》、《お互いに信頼がないと上手くいかない》が挙げられた。

【2. 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる】において看護師、保健師ともに4.8であった。その理由として《保健師は島民の健康課題を分析した結果を討議したり、医師、看護師と協力して実施できる体制があるとよい》が挙げられた。

【3. 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる】において看護師が4.6であった。

「Ⅳ コミュニケーション」において重要度の平均値が4.5以上の中分類は7項目中、看護師が6項目、保健師が4項目あった。

【1. 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる】において看護師が4.7、保健師が4.8であった。

【2. 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる】において看護師、保健師ともに4.5であった。

【3. 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる】において看護師が4.7、保健師が4.6であった。

【4. 緊急時のヘリ搬送や後、および代替看護職員時の引継ぎに際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率的なコミュニケーションがとれる】において看護師が4.7であった。

【5. 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる】において看護師が4.8、保健師が4.6であった。

【6. 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる】において看護師が4.5であった。

【7. 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる】において保健師が4.6であった。

「V リーダーシップ」において重要度の平均値が4.5以上の中分類は3項目中、保健師が1項目あった。

【1. 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる】において保健師が4.5であった。

「VI システムに基づく実践」において重要度の平均値が4.5以上の中分類は3項目中、保健師が3項目あった。

【1. 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム（組織）への協力依頼ができる】において保健師が4.6であった。

【2. 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織（組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー）と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる】において保健師が4.5であった。

【3. 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる】において保健師が4.7であった。

「VII プロフェッショナリズム」において重要度の平均値が4.5以上の中分類は17項目中、看護師が3項目、保健師が5項目あった。

【2. 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化を図れる】において保健師が4.8であった。

【4. 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる】において看護師が4.6、保健師が4.5であった。

【8. 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる】において保健師が4.6であった。

【9. 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる】において看護師が4.5、保健師が4.7であった。

【12. 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる】において看護師が4.5、保健師が4.6であった。

「X 安全（良質なケア）」において重要度の平均値が4.5以上の中分類は13項目中、看護師が7項目、保健師が3項目あった。

【1. 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島の地域の中でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる】において保健師が4.5であった。

【2. 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる（地域診断ができる）】において保健師が4.5であった。

【4. 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる】において保健師が4.6であった。

【6. 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる】において看護師が4.5であった。

【7. 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる】において看護師が4.7であった

【9. 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる】において看護師が4.7であった。

【10. 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる】において看護師が4.7であった。その理由として《地域行事で診療所受診行動も左右するので大切》が挙げられた。

【11. 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる】において看護師が4.7であった。

【13. 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる】において看護師が4.7であった。

「XI 情報科学と科学技術」において重要度の平均値が4.5以上の中分類は3項目中、保健師が1項目あった。

【1. 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる】において保健師が4.5であった。

4. 重要度が低い中分類

重要度の平均値が2.9以下の中分類は70項目中、看護師が1項目だけあった。それは「X 安全（良質なケア）」の【3. 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる】であり、看護師で2.7であった。

5. 看護師と保健師の重要度の差が大きい中分類

両職種の重要度の平均値の差が0.5以上の中分類は、70項目中、22項目あった。

「I 島民と家族中心のケア」

「I 島民と家族中心のケア」において重要度の平均値の差が大きい中分類は9項目中、1項目あった。

【8. 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる】における差は0.8であり、看護師の方が高かった。

「II 文化的コンピテンシー」

「II 文化的コンピテンシー」において重要度の平均値の差が大きい中分類は4項目中、3項目あった。

【2. 日常的に地域に出向き、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる】における差は0.9、【3. 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる】における差は1.0、【4. 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる】における差は0.8であり、いずれも保健師の方が高かった。

「IV コミュニケーション」

「Ⅳ コミュニケーション」において重要度の平均値の差が大きい中分類は7項目中、2項目あった。

【4. 緊急時のヘリ搬送や後、および代替看護職員時の引継ぎに際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率なコミュニケーションがとれる】における差は0.6であり、看護師の方が高かった。

【7. 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる】における差は0.7であり、保健師の方が高かった。

「Ⅴ リーダーシップ」

「Ⅴ リーダーシップ」において重要度の平均値の差が大きい中分類は3項目中、1項目あった。

【3. 島内のヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議を企画し開催できる】における差は0.5であり、保健師の方が高かった。

「Ⅵ システムに基づく実践」

「Ⅵ システムに基づく実践」において重要度の平均値の差が大きい中分類は3項目全てであった。

【1. 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム（組織）への協力依頼ができる】における差は0.8であり、保健師の方が高かった。

【2. 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織（組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー）と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる】における差は0.9であり、保健師の方が高かった。

【3. 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる】における差は1.0であり、保健師の方が高かった。

「Ⅶ プロフェッショナリズム」

「Ⅶ プロフェッショナリズム」において重要度の平均値の差が大きい中分類は17項目中、2項目あった。

【2. 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化が図れる】における差は0.6であり、保健師の方が高かった。

【8. 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる】における差は0.8であり、保健師の方が高かった。

「Ⅷ エビデンスに基づく実践」

「Ⅷ エビデンスに基づく実践」において重要度の平均値の差が大きい中分類は3項目中、2項目あった。

【1. エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる】における差は0.5であり、保健師の方が高かった。その理由として《島民に伝わるように支援することが必要》が挙げられた。

【2. 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる】における差は0.6であり、保健師の方が高かった。

「X 安全（良質なケア）」

「X 安全（良質なケア）」において重要度の平均値の差が大きい中分類は13項目中、7項目あった。

【2. 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる（地域診断ができる）】における差は0.8であり、保健師の方が高かった。

【3. 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる】における差は1.5であり、看護師の方が特に低かった。

【4. 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる】における差は1.3であり、保健師の方が高かった。

【7. 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる】における差は1.1であり、看護師の方が高かった。

【10. 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる】における差は0.5であり、看護師の方が高かった。

【11. 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる】における差は1.0であり、看護師の方が高かった。

【13. 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる】における差は0.9であり、看護師の方が高かった。

「XI 情報科学と科学技術」

「XI 情報科学と科学技術」において重要度の平均値の差が大きい中分類は3項目中、1項目あった。

【1. 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる】における差は0.9であり、保健師の方が高かった。

第3節 第2段階：コンピテンシーの妥当性の評価

グループインタビューの逐語録から4つのディスカッションのテーマ（1. コア・コンピテンシーの名称、2. 看護師と保健師に共通のコンピテンシー、3. 看護師と保健師で異なるコンピテンシー、4. 質問紙の記載方法と記載内容）ごとに参加者の発言を要約し、コードを作成した。これらのコードをまとめて中分類としたものを表16.1～表16.4にまとめた。

以下に、4つのテーマ別にそれを構成する中分類とコードについての説明をしていく。文中の表示は、【 】内はカテゴリー、《 》内はサブカテゴリー、〈 〉内はコードを示す。

1. コア・コンピテンシーの名称

コア・コンピテンシーの名称については表16.1に示す通り、7つのコードから3つのカテゴリーが導き出された。3つのカテゴリーは【1. 「安全（良質なケア）」と「質改善」が混乱しやすい】、【2. 「質改善」と「エビデンスに基づいた実践」の重要性が認識しにくい】、【3. 「質改

善」は看護の現場で使用する「管理」と混乱しやすい】であった。

【1. 「安全（良質なケア）」と「質改善」が混乱しやすい】のコードは〈「安全（良質なケア）」と「質改善」の領域名が混乱するので、分かりやすくしたほうがよい〉であった。

【2. 「質改善」と「エビデンスに基づいた実践」の重要性が認識しにくい】のコードは2つあり、〈「エビデンスに基づいた実践」とあるが、「エビデンス」の言葉自体が基礎教育であり習わなかったので「非常に重要」にチェックしないのではないかと、〈「質改善」と「エビデンスに基づいた実践」は、管理業務経験者でないと「非常に重要」にチェックしないのではないかと、であった。

【3. 「質改善」は看護の現場で使用する「管理」と混乱しやすい】のコードは4つあり、〈「質改善」の中身について看護師として想像する「看護の質」と一致がしない、「質改善」の中身は「管理能力」という感じがした〉、〈「管理」という領域を作り、そこに「保健師の地域アセスメント」の部分が入るのではないかと思った〉、〈「管理」という領域を作り、そこに「診療材料の管理」の部分が入るのではないかと思った〉、〈「質改善」の領域に「統計をとりマネジメントをする」という内容が記載されていたが領域名を「管理」にすると理解できる、現場の看護師が想定する「質改善」は「対象者を多方面からアセスメントし、個人に寄り添った生活に介入した看護」という感覚〉であった。

2. 看護師と保健師に共通のコンピテンシー

両職種に共通のコンピテンシーについては表 16.2 に示す通り、47 のコードから 27 のサブカテゴリと 5 つのカテゴリが導き出された。5 つのカテゴリは【1. 両職種に共通のコンピテンシー】、【2. 両職種の協働】、【3. 両職種の情報共有】、【4. 状況により変化するコンピテンシー】、【5. コンピテンシーの習得時期】であった。

【1. 両職種に共通のコンピテンシー】は 12 のサブカテゴリで構成され、《1. 自ら地域に出向いて島を好きになり、島嶼保健看護の魅力や楽しさを感じることができること》、《2. 島を好きになり、島民に看護師・保健師として認めてもらうことができること》、《3. 地域の行事に地域住民と一緒に活動し、広い人とのつながりを構築できること》、《4. 積極的に地域に出て、仕事の幅を広げることができること》、《5. 勤務時間外の訪問ができること》、《6. プライベートな面での安全確保ができること》、《7. 精神的な支えとなる島民の存在があること》、《8. 島を好きになり、ストレスを乗り越えることができること》、《9. 1人で判断し、責任を果たせる精神的な強さがあること》、《10. 島の行事や地域、潮の干時間などを考慮し島民全体の多様な健康課題を見出した上で、看護活動ができること》、《11. 島民の中から看護活動をする上でのキーパーソンを探し出し、連携体制の構築ができること》、《12. 島民が好きという思いやコミュニケーション力の重要性の認識があること》であった。

《1. 自ら地域に出向いて島を好きになり、島嶼保健看護の魅力や楽しさを感じることができること》のコードは2つあり、〈島を好きになることが看護師として活動する前提に必要、島民と同じ生活をし、仲良くなることで島民としての自分を意識できることが必要〉、〈島を好きになり、大病院にない島嶼保健看護の魅力や楽しさを感じることができ(例：病院では病気を持つ患者さんとしての関わりだけ、病名を把握し、病気が治ればいい)、しかし、島は対象者の生活背景、家族が把握でき、家族と一員の感覚になる、長期間島で看護師をしていると、対象者がへり搬送されたりなくなると、看護師の関わりが良くなかったのか、と落ち込んでくる、このように、島を好きになると看護の活動の幅が広がり、大変だけど楽しくなる、小離島の看

護職者の楽しさを伝えたい思いがあることが必要)、〈頭を大都会から切り替え、自ら地域に出ることができることが必要〉であった。

《2. 島を好きになり、島民に看護師・保健師として認めてもらうことができること》のコードは2つあり、〈島を好きになり、島民に看護師・保健師として認めてもらうことができることが必要、コンピテンシーには段階があるので、その並び方は立体的、3D みたいになる(例:1人の人間として、島民と同じ生活をし、仲良くなる → 島を好きになる → 島民に看護師として認められる、看護師としての活動ができる)〉、〈島民を好きになり、積極的に地域行事に参加することで島民の一員として認められることができることが必要〉であった。

《3. 地域の行事に地域住民と一緒に活動し、広い人とのつながりを構築できること》のコードは〈大きい町村と小離島との一番の違いは、地域の行事に地域住民と一緒に活動することが多いし、広い人とのつながりがある部分→地域の行事に地域住民と一緒に活動し、広い人とのつながりを構築できることが必要〉であった。

《4. 積極的に地域に出て、仕事の幅を広げることができること》のコードは〈島を知りたい、と積極的に地域に出て島を好きになるといろいろな仕事ができるようになり、仕事の幅を広げることが必要(例:赴任直後に島の独居高齢者全員の自宅を訪問し、ベッド・浴室・台所の状態や位置、段差、診療所までの道のりなどを全てチェックできることが必要)〉であった。

《5. 勤務時間外の訪問ができること》のコードは〈勤務時間外の訪問ができることが必要(診療時間外や土日にも気になる島民がいたら“散歩”といって訪問できる)〉であった。

《6. プライベートな面での安全確保ができること》のコードは〈島のキーパーソンを見つけることで自分の身の回りの安全を確保できることが必要〉であった。

《7. 精神的な支えとなる島民の存在があること》のコードは〈プライベートな部分を支援してくれる島民、または役場職員に頼ることが必要(例:保健師の所属する役場の課の行政職員の中に、保健師のお世話がいて、その人の自宅でご飯を食べさせてもらったり、地域とつないでくれたりした)〉であった。

《8. 島を好きになり、ストレスを乗り越えることができること》のコードは3つあり、〈島を好きになり楽しく活動できるようになるまでの精神的な部分を強化できることが必要〉、〈島や島民が好きな思いの重要性を認識し、ストレスを乗り越えることができることが必要〉、〈常時、プライベートな時間も島民に行動を監視されていると感じるのではなく、自分の安全を島民が見守ってくれている、という考え方に切り替えることができる(例:業務時間外に散歩していても看護師の行動を把握しようとする島民がいてプライバシーがないことにストレスを感じていたが、自分の安全を島民に見守られている、という考え方に切り替えたら、ありがたいと思うようになった)〉であった。

《9. 1人で判断し、責任を果たせる精神的な強さがあること》のコードは〈1人で判断したり、抱える責任を消化できる精神的な強さがあることが必要〉であった。

《10. 島の行事や地域、潮の干時間などを考慮し島民全体の多様な健康課題を見出した上で、看護活動ができること》のコードは2つあり、〈業務をしていき、島民として生活をしていき、地域行事に参加をしていく中で、島民の多様な課題を見出せることが必要〉、〈島の行事や地域、潮の干時間を考慮した上で島全体の年間の保健事業の立案ができることが必要〉であった。

《11. 島民の中から看護活動をする上でのキーパーソンを探し出し、連携体制の構築ができること》のコードは〈赴任1年目から地域行事に参加し、地域ごとによく動いているキーパーソンを把握し、保健師活動への協力依頼ができる、また、保健師もキーパーソンの活動に協力

できる体制が作れることが必要)であった。

《12. 島民が好きという思いやコミュニケーション力の重要性の認識があること》のコードは〈看護職の技術よりも島や島民が好きという思いやコミュニケーション力の重要性の認識があることが必要)であった。

【2. 両職種の協働】は7つのサブカテゴリーで構成され、《1. 協働の前提として両職種の信頼関係構築と連携の重要性を認識し両職種が役割を補完し合えることが必要》、《2. 島の特徴を早く把握するために両職種の連携が必要》、《3. 限られた専門職種同士の連携は不可決であり、連携できる雰囲気づくりを含めて連携の要となることが必要》、《4. 職種を超えて島での活動年数の長い者が、新任者に島の特徴をオリエンテーションすることが必要》、《5. 看護師は保健師が所属する役場組織を把握しておくことが必要》、《6. 保健師から看護師に協力依頼できることが必要》、《7. 新たな島の対策が必要となったときに、保健師は看護師と共に考えてもらうことが必要》であった。

《1.協働の前提として両職種の信頼関係構築と連携の重要性を認識し、補完し合えることが必要》のコードは4つあり、〈両職種の信頼関係が築けることが必要、その上で個人情報に配慮しながら島の医療の改善のために協力し合えることが大切〉、〈両職種の連携は大切であり、連携がとれないとケアサービスが滞る〉、〈両職種がそれぞれの仕事の範囲を制限し合うのではなく、お互いの役割を補い合える関係がとれる〉、〈連携の重要性の認識があり連携のとり方が分かるコンピテンシーは重要、そのための教育も重要、管理のコンピテンシーも重要、卒後3,4年の看護者への管理の教育、支援が重要)であった。

《2. 島の特徴を早く把握するために両職種の連携が必要》のコードは〈島の特徴を早く把握することは看護実践の前提として重要、島の特徴を早く把握するために保健師との連携ができる)であった。

《3. 限られた専門職種同士の連携は不可決であり、連携できる雰囲気づくりを含めて連携の要となることが必要》のコードは3つあり、〈限られた専門職種同士が連携できる、島内の専門職者を把握し、どの専門職に関われば仕事がスムーズに展開するのかを把握できる〉、〈島の医療関係者(看護師、保健師、准看護師、医師)同士をつなげることができる〉、〈「島内のヘルスケアメンバー同士が情報交換しながら一緒に島民の健康を守ろう」という雰囲気づくりができる)であった。

《4. 職種を超えて島での活動年数の長い者が、新任者に島の特徴をオリエンテーションすることが必要》のコードは〈島に長く活動する両職種のいずれかが、新任者に島の特徴をオリエンテーションができることが必要)であった。

《5. 看護師は保健師が所属する役場組織を把握しておくことが必要》のコードは〈看護師は、役場の医療保健福祉の組織や担当行政職員を把握しておく必要がある、役場の医療保健福祉の組織一覧を診療所に貼り出しておく(例:子どもの保健福祉担当者、高齢者福祉担当者、生活保護担当者)》であった。

《6. 保健師から看護師に協力依頼できることが必要》のコードは〈保健師は看護師に、診療所に通院中で健康診断未受診者への受診勧奨を依頼できることが必要)であった。

《7. 新たな島の対策が必要となったときに、保健師は看護師と共に考えてもらうことが必要》のコードは〈認知症のある高齢者が島に転入した時に、ケア会議などで保健師が現在の国の認知症対策を伝え、村でどのような事業を実施したらよいかを看護師などと一緒に考えてもらうことが必要)であった。

【3. 両職種の情報共有】については、5つのコードから2つのサブカテゴリーが導き出された。2つの中分類は「1. 効果的な島民の健康課題解決につなげるために個人情報に配慮しながら両職種が情報共有できることが必要（連携してケアが必要な島民の情報、健康診査の未受診者）」、「2. 診療所が持つデータと役場が持つデータを看護師と保健師が共有し共に島の地域アセスメントできることが必要」であった。

「1. 効果的な島民の健康課題解決につなげるために個人情報に配慮しながら両職種が情報共有できることが必要」のコードは4つあり、「島民の健康課題解決につなげるために看護師・保健師が必要な情報共有ができる、お互いの利点を利用し合えることが必要、個人の考え方によって情報共有できるかが左右される現状がある、守秘義務を理由に島民の情報を教えてくれない看護師・保健師もいる、看護師、保健師の性格や考え方で仕事がしやすい、やりづらがある（例：保健師が健康診査の受診勧奨をしても3年間未受診だった島民に対し、看護師が受診勧奨すると受診につながることもある）、これは看護師が家族への看護をしており信頼関係が築けていたから）、（個人情報に配慮しながら看護師・保健師がお互いに島民の健康管理のための情報共有できることは難しいが必要）、（保健師が実施する保健事業実施後に、看護師を含む関係者間でケア検討会を開き、連携してケアが必要な島民についての情報共有できることが必要（例：難病巡回相談、精神巡回相談））、（保健師が診療所に、カルテを見せてもらうよう依頼できることが必要）であった。

「2. 診療所が持つデータと役場が持つデータを両職種が共有し共に島の地域アセスメントできることが必要」のコードは「診療所が持つデータと役場が持つデータを両職種が共有し共に島の地域アセスメントできることが必要」であった。

【4. 状況により変化するコンピテンシー】については、4つのコードから3つのサブカテゴリーが導き出された。3つのサブカテゴリーは「1. 欠員の場合は役割を補完し合えることが必要」、「2. 島に長年勤務している方が新任者へ島や島民の説明をすることが必要」、「3. 同一の島民をケアする際は話し合いにより両職種の役割分担をすることが必要」であった。

「1. 欠員の場合は役割を補完し合えることが必要」のコードは2つあり、「保健師2名体制時には、お互いの補い合いながら活動ができる（例：産休、ボランティア休暇取得時は、臨時の保健師を探し、補充してもらうなど）」、「保健師が長期間不在時には、看護師が島内のヘルスケアメンバー同士が連携とれるように中心となってアセスメントとマネジメントができる、島内のヘルスケアメンバーのところに外向き、情報交換し指揮がとれる」であった。

「2. 島に長年勤務している方が新任者へ島や島民の説明をすることが必要」のコードは「島に長年勤務している方が新任者へ島や島民の説明をすることが必要（島に長年勤務している看護師がいる島では、保健師が看護師に島民のことでわからないことを聞いたりしていた）」であった。

「3. 同一の島民をケアする際は話し合いにより両職種の役割分担をすることが必要」のコードは「看護師のように医療的なケアは十分にできない部分なので、そこは両職種で役割が違う部分、ケア会議などで看護師と保健師が実施する部分を話し合い決めることが必要」であった。

【5. コンピテンシーの習得時期】については、8つのコードから3つのサブカテゴリーが導き出された。3つのサブカテゴリーは「1. コンピテンシーの習得時期には段階がある：就任2,3か月目に島民として島を好きになり、半年目に島の全体が見えて必要性を認識しながら自分で動けるようになり、後任者への引継ぎ・オリエンテーションができる」、「2. 「自己管理」が

できた上で、次の段階にある「島民へのケア」ができる》、《3.11のコア・コンピテンシーの習得には期間が必要》であった。

《1. コンピテンシーの習得時期には段階がある：就任2~3か月目に島民として島を好きになり、半年目に島の全体が見えて必要性を認識しながら自分で動けるようになり、後任者への引継ぎ・オリエンテーションができる》のコードは6つあり、〈まずは住民としての自分を意識し、島を好きになることが看護師として活動する前提に必要、1人の人間として、島民と同じ生活をし、仲良くなることで見えてくるものがあり、そこでようやく島民に看護師として認められる、段階がある〉、〈コンピテンシーには段階があるので、その並び方は立体的、3D みたいになる（例：1人の人間として、島民と同じ生活をし、仲良くなる→島を好きになる→島民に看護師として認められる、看護師としての活動ができる〉、〈①島民として島を好きになり②就任2~3か月目に島に慣れる→半年目に島の全体が見える→必要性を認識しながら自分で動ける→後任者への引継ぎ・オリエンテーションができる、コンピテンシーは①の前提と、経年的に積まれていく②とが合わさり、立体的に図示できるとコンピテンシーの1個1個が生きてくる〉、〈資料にある「コア・コンピテンシー間の関係性」を示した三角形について、さらに時系列、時間軸で表現できるとよい（就任1ヵ月目は〇〇まで等〉、〈感情的な部分で「島を好きになれる」ことが一番重要〉、〈島を好きになり、なじめている人とそうでない人とでは、後任者への引継ぎ方や、島のアセスメントも異なってくる〉であった。

《2. 「自己管理」ができた上で、次の段階にある「島民へのケア」ができる》のコードは〈島の特殊性の把握、自分のストレス対処、他者との協調性・関係性の構築、コミュニケーションなどの「自己管理」は基本で、それができた上で、次の段階にある「島民へのケア」ができる、多くの経験があっても、自己管理ができずにただ「離島で働きたい」という思いだけではいけない〉であった。

《3.11のコア・コンピテンシーの習得には期間が必要》のコードは〈知識はあっても、就任直後に11のコア・コンピテンシー全ては持てない、知識はあっても、就任直後に11のコア・コンピテンシー全ては持てない、3カ月、6カ月、1年という期間の中で、十分なコミュニケーション、理解し合って、そして連携がうまく取れて、というふうなものができる、小離島診療所は場所によって、規模、状況が異なり、勤務状況も異なってくるし、看護師によって島の捉え方、地域の捉え方も異なる〉であった。

3. 看護師と保健師で異なるコンピテンシー

両職種で異なるコンピテンシーについては表16.3に示す通り、17のコードから5つのカテゴリーが導き出された。5つのカテゴリーは【1. 看護師と保健師の主な業務の違いによりコンピテンシーの重要度が異なる】、【2. 保健指導の視点が異なる】、【3. 予防の視点と方法が異なる】、【4. 健診結果の把握方法が異なる】、【5. 保健師は活動の性質上、島民を把握し協力依頼が不可欠】であった。

【1. 看護師と保健師の主な業務の違いによりコンピテンシーの重要度が異なる】のコードは8つあり、看護師は診療介助やケア、保健師は保健事業が主な業務であり、その違いによりコンピテンシーの重要度が異なるため、相談や情報交換を通して両職種が補完し合うことが不可欠であることが述べられていた。

【2. 保健指導の視点が異なる】のコードは2つあり、看護師は医療的ケアの視点での指導、保健師は予防や生活面の視点での保健指導であり、視点が異なることが述べられていた。

【3. 予防の視点と方法が異なる】のコードは2つあり、看護師の予防の視点と方法は①現時点での流行防止ができることや、②重症化予備軍の島民への重症化予防に関わることなどの医療的な予防ができることであり、保健師予防の視点と方法は①島民全体を予防の視点でアセスメントし、数年先を見越した島民全体の予防対策ができることや島民全体の健康課題解決のための介入の優先順位の決定、医療費削減対策の検討、という長期的な視点で計画立案ができること、②疾病がない健康な島民にも関わることであるため、両職種の予防の視点と方法が異なることが述べられていた。

【4. 健診結果の把握方法が異なる】のコードは4つあり、看護師は、個別に健診結果をみせてくれる島民や家族に対してだけの指導しかできない一方で、保健師は島民全体の健診結果の把握と指導ができるため、看護師は保健師に健診結果を教えてもらうことが必要なことが述べられていた。

【5. 保健師は活動の性質上、島民を把握し協力依頼が不可欠】のコードは2つあり、〈看護師は個別に健診結果をみせてくれる島民や家族にはアプローチができるが、保健師のように島民全体の健診結果の把握はできない、このため、保健師に健診結果を教えてもらうことが必要〉であった。

4. 質問紙の記載方法と質問項目

質問紙の記載方法と質問項目については表 16.4 に示す通り、5つのコードから2つのカテゴリーが導き出された。2つのカテゴリーは【1. 小離島診療所の規模の記載が必要】、【2. 質問項目は回答しやすかった】であった。

【1. 小離島診療所の規模の記載が必要】のコードは3つあり、〈どの規模の診療所をイメージして回答すべきか迷った〉、〈小離島診療所は場所によって、規模、状況が異なり、勤務状況も異なってくるし、看護師によって島の捉え方、地域の捉え方も異なる〉、〈拠点病院がある診療所を想定して回答したが難しかった〉であった。

【2. 質問項目は回答しやすかった】のコードは2つあり、〈質問項目は回答しやすかった、自由意見記載の意見の中で(コンピテンシー一覧表の)追加項目に入るものが多くあった〉、〈回答しながら(これまで小離島診療所看護師として)業務をこなす感覚でいた一つ一つの経験が、具体的なコンピテンシーの項目に当てはまることが分かったので学びになった〉であった。

第5章 考 察

前章では NOF のコア・コンピテンシーを改変した枠組みを用いて、まず、小離島における保健医療経験者（保健師・看護師・医師）30名のインタビューデータから、11のコア・コンピテンシーそれぞれを構成する下位のコンピテンシー（中分類、小分類）を明らかにし、コンピテンシーモデルを作成した。次に、小離島で働く看護職者の教育に活かすために、小離島を含む看護の経験豊かな看護職者10名への質問紙調査、さらに、回答者の10名中7名によるグループインタビューからコア・コンピテンシー枠組みが第一線の看護職者に受入れやすくなるように微調整を加えた。

これらの結果について考察するにあたり、小離島看護職者のコンピテンシーに直結する先行研究は保健師の1件（丸岡ら, 2012）しかなかったために、既存研究との比較に限界があったことを先に述べておきたい。したがって、本章では、最終的に完成させた「コア・コンピテンシー」の枠組みの適切性と今回抽出された小離島の看護職者の特徴について触れた後に、本研究が目指した小離島の看護職者の成長に貢献できるコンピテンシーに基づいた教育プログラムの提案をしたい。

第1節 コア・コンピテンシーの枠組みの適切性

小離島の看護職者のコンピテンシーを特定するために、データ分析の枠組みとして11のコア・コンピテンシーからなるモデルを作成した。このモデルは、NOFが作成した10のコア・コンピテンシーに「文化的コンピテンシー」を加えて改変したものである。

これらの理由はすでに第2章の文献検討（P30~38）で詳述したが、「文化的コンピテンシー」を追加した理由は、多民族からなる欧米諸国ではお互いの文化や個人々の価値観を尊重することが求められており、文化的コンピテンシーが無意識に身につけているので、あえて文化と明示せずとも「人と家族中心のケア」のコア・コンピテンシーの中に含まれていることが自然と考えられる。一方、日本はどちらかという人種や民族の違いによる文化や価値観のちがいをあまり意識しないで暮らしており、木村（2009）によると、日本人の異文化適応をテーマとした実証研究は進んでいない段階にある。しかし、小離島では島独自の伝統や慣習が色濃く根付いているので、保健医療サービスを提供するにあたり、島の文化を意識せずに成果をあげることはできない。よって、「文化的コンピテンシー」を「人と家族中心のケア」から切り離して、11番目のコア・コンピテンシーとして追加したことは妥当な判断と考えている。また、本研究結果も追加の必要性を裏付けていた。すなわち、「II 文化的コンピテンシー」に分類されたコード数は55件もあり、11のコア・コンピテンシーのうち第6位であり、少なくない語りがあった。

さらに、小離島等を含む豊かな看護職経験者の意見に基づいて2つのコア・コンピテンシーの名称に修正を加えた。つまり、「X 安全」を「X 小離島での安全なケア」に、「IX 質改善」を「IX データ等に基づく質改善」へと変更した。

「VIII エビデンスに基づく実践」については「エビデンス」という用語が分かりにくいという

意見もあり、「科学的根拠に基づく実践」への修正の是非を検討した。しかし、エビデンスに基づく看護学教育 (Stevens, 1999/2003)の監訳者である杉森は、エビデンスという用語が示す内容は研究を通して明らかにされた現象が知識として確認され、統合され、現実に行われ、評価されている必要がある。「科学的根拠」という用語よりもエビデンスという用語を使った方が適切である、と述べている。よって「エビデンスに基づく実践：Evidence-based practice」の概念は看護界だけでなく医療全体に渡り重要な概念として、欧米のみならず日本においても定着しつつあり、沖縄の看護基礎教育においてはあまり意識されてこなかったため用語の見直しが提案されたものと考えられる。また、「質改善」についても管理業務経験者でないと「非常に重要」にチェックしないのではないかとこの研究参加者の意見があったため、「質改善」の名称についても修正すべきか否かを検討した。しかし、ごく最近まで日本の看護教育においてこれらの概念の重要性と方法の教育が不十分であったという看護教育の課題が大きいことが原因であり、その結果、実践家の認識が薄い現状にあるためである。エビデンスに基づいた看護実践を目指すには、エビデンスに基づく看護学教育こそが重要である (Stevens, 1999/2003)といわれているように「エビデンス」と「質改善」という用語は「エビデンスに基づく実践」や「データ等に基づく質改善」が当然のことと認識されるようにさらに教育していくことが重要と考え、そのまま残すこととした。今後の日本の看護教育において「エビデンスに基づく実践」と「質改善」の正しい理解を推進する教育に取り組むことが課題であると思われる。

これらの過程を踏んで今回提案した小離島で働く看護職者に必要なコンピテンシーの枠組みモデルは適切と考えている。

第2節 小離島の看護職者に必要なコンピテンシーの特徴

小離島での保健医療経験者 30名 (看護師 9名、保健師 10名、医師 9名) へのインタビューにより、彼らに必要なコンピテンシーとして語ったコード数からその必要度を判断してみた。各コア・コンピテンシー別コード数の順位は看護師と保健師間には大差がなかったため、両職種のコード数を合算して看護職者の各コア・コンピテンシー別コード数として多い順から小離島ならではのコンピテンシーの特徴を考えてみたい。

1. 「Ⅹ 小離島での安全なケア」

Barnsteiner ら(2012) は、安全性を高めるために、個人が過誤やニヤミス为非難されずに報告することができる環境の必要性を述べているが、小離島においても日々の業務の中で実施するこれらのケアの一つひとつについて常に安全を意識しながら、システムと個人の有害なリスクを最小限にし、医療ミスを予防できるコンピテンシーを高めていくことが求められている。

安全は島民の生命を担う点において看護職に最も必要なコンピテンシーであり、本研究結果においても「Ⅹ 小離島での安全なケア」のコード数は最多の 646 件ののぼり、2位の「Ⅲ チームワークと協働」の 295 件の 2 倍以上であった。

「Ⅹ 小離島での安全なケア」が2位以下に大差をつけて言及された理由は、小離島で働く看護職者1人に求められるケアの種類の高さ、守備範囲の広さにある。小児から高齢者、予防から救急、ターミナルケアまで、個別支援、集団支援から島全体の公衆衛生まで、小離島に常駐していない助産師・薬剤師・理学療法士など彼らが本来すべき業務も安全にカバーすること、さらに、ヘルパーなど保健医療とは無関係のような役割を担うことが求められているからであ

る。この役割は都市部の看護職者とは明らかに異なる。ルーラルの看護職者は「ジェネラリスト(Bushy, 2002; 大平ら, 2002; 春山, 2013; Hurme, 2009)」、「ジェネラリストのエキスパート(Bushy, 2002; Scharff, 2006; Canadian Association for Rural & Remote Nursing, 2008; Winters, 2012)」、「ジェネラリストのスペシャリスト(Hegney, 1996)」などと呼ばれているが、小離島の看護職者も同様であり、「X 小離島での安全なケア」はこれを顕著に示すコア・コンピテンシーであった。

ここで、看護師と保健師のコード数に差があったコンピテンシーについて着目してみることにする。例えば「子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケア」の中分類においては、外科・内科などの疾患を抱える島民への支援は看護師が多く、子どもの発達支援を含む養育者への助言や精神疾患を抱える島民への支援は保健師が多くみられた。また、看護師に多く、保健師にほとんどみられなかった中分類は「小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為」、「診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理」、「ワクチン管理や薬剤師代行業務」、「医療ミスや感染症の予防と対策」、「先を見越した適切なトリアージ」、「代用品の活用や開発」であった。逆に、保健師に多く、看護師にほとんどみられなかった中分類は「島の保健医療福祉事業の実施による島民全体の健康管理」、「島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化」、「島民全体の健康のアセスメント、課題抽出、目標設定」であった。このように両職者に差がみられた主な要因として、看護師は診療所内での業務が、保健師は役場や地域での業務が多いという、両職種の業務の性質の違いが考えられた。一方で、例えば、救急救命時に保健師に支援が求められていないわけではなく、医師や看護師の依頼に応じたバイタル測定、経過記録、受傷者への声かけ、家族との調整などが求められているように、相手の業務を補完する役割が必要とされていた。これらのことから、「X 小離島での安全なケア」の教育をする上では両職種に一律のプログラムを提供するのではなく、まず、看護師、保健師それぞれの主な業務に関するコンピテンシーを高めるための教育を実施していき、次に、相手の業務を補完するコンピテンシーを高める教育を提供していくことが必要といえよう。

2. 「Ⅲ チームワークと協働」

「Ⅲ チームワークと協働」のコード数は看護師と保健師の両職種において上位から2位であった。この中でコード数が最も多かった中分類は「1. 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働」であった。さらにその中の小分類をみると、看護師と保健師の協働が最多であり、例えば、保健師不在を補うために看護師も公衆衛生看護ができる、両職種が共に島民全体の健康課題を抽出し解決のための計画立案と実施ができる、などがあった。また、第2段階の研究参加者から、両職種の協働の前提に信頼関係と連携の重要性の認識があり、両職種が役割を補完し合えることが必要、同一の島民をケアする際は話し合いにより両職種の役割分担をすることが必要、という意見がみられた。

このように看護職者数に限りがある小離島においては両職種の協働は欠かせないが、その前提として両職者が相手の専門領域をカバーできることが求められていた。前田(2006)は専門家の確保が難しく、専門家の職種が少ない小離島等でも有効なモデルとして、ある分野の専門家が別職種の熟練者にもなるための訓練であるクロストレーニング(cross-training)を紹介して

いる。また、Snyder (1999)や Hurme (2009)もルーラルの看護職者はジェネラリストとしてクロストレーニングされ、2つ、またはそれ以上の看護実践の領域を十分に実践できる能力を備えておく必要性を述べている。このクロストレーニングの長所として、看護職者のコンピテンシーを広げ、仕事の柔軟性やスタッフの統合化を増やし、組織の費用対効果を上げることがある (Hurme, 2007)ため、小離島においても看護職者への教育や研修をする上で、看護師と保健師がクロストレーニングを受け、相手の専門領域をカバーできることが必要である。

日常の業務を共にするパートナーは、看護師は診療所の医師と事務職員であるが、3名で全世帯を対象とした診療所からの定期的な通信（診療所だより）の発行をすることや、家族構成や連絡先の情報交換などが求められていた。保健師においては役場の保健福祉担当の行政職員であるが、島の文化を熟知する行政職員に地域行事のスケジュールを教えてもらいながら保健福祉の事業の立案できることなどが求められていた。また、チームワークと協働が必要な島内のヘルスケアメンバーは、養護教諭、学校栄養士、福祉従事者、駐在警察官、小中学校教員、民生委員・児童委員など、保健医療専門職者以外の多分野の人々もチームの一員として捉えて協働することが求められていた。

小離島は環海性という特徴があることから、島外の保健医療福祉の専門職者とのチームワークと協働も必要である。具体的には、島外の保健医療福祉の専門職者を探して保健事業の講師や個別の指導を依頼できることや、島外の保健医療福祉の専門職者と島民の入退院の調整ができることなどが求められていた。また、看護師は診療所の拠点病院の代替看護師の調整係、看護師教育担当者、地域連携室の看護師、感染症認定看護師などの看護職者や理学療法士、薬剤師、診療材料担当者、修繕担当者など、保健師は県の離島支援担当保健師とのチームワークができることが求められていた。

チームワークと協働の対象者としてはヘルスケアメンバーが想定されやすいが、ルーラルにおいては住民と行政の協働が特に重要である (春山, 2013; 坂田, 1998) といわれており、本研究においても「健康課題解決のための島民を巻き込んだチームワークと協働」の中分類のコード数が27件もみられ、島民と看護職者がチームとなり、協働することが求められていた。市町村の行政が策定すべき地域保健福祉計画には、健康増進計画、母子保健計画、次世代育成支援地域行動計画、高齢者保健福祉計画、障がい者福祉計画などがあるが、これらは住民と行政との協働で策定されることが原則である (藤内, 2014)。米国の社会学者の Arnstein (1969) は住民と行政の関わり方を、①あやつり (Manipulation)、②セラピー (Therapy)、③お知らせ (Informing)、④意見聴取 (Consultation)、⑤懐柔 (Placation)、⑥パートナーシップ (Partnership)、⑦権限委任 (Delegated power)、⑧住民自治 (Citizen control) の8段階に分け、⑥～⑧の段階が意思決定過程への関与を保障する真の意味での住民参加と述べている。このことから、看護職者は行政やヘルスケアメンバーと共に島民をエンパワーして地域保健福祉計画への参加を促す役割が求められているといえよう。

3. 「Ⅶ プロフェッショナリズム」

文献検討の章でも述べた通り、プロフェッショナリズムとは専門職業人としての態度と行動を導く志向 (Evans, 2008) といわれており、本研究では「限られた人的・物的資源と環境の中で自己の身体的・心理的・社会的な健康の管理ができる。また、島民と家族の擁護者である看護職者として、利他的、法的、倫理的な原則に基づいた平等な保健看護を提供する責任感を持ち、最良のケアをするために自律的に最新で多様な知識や技術の習得ができる」と定義をした。

小離島の看護職者に求められるプロフェッショナリズムを構成する具体的なコンピテンシーについて、小離島での看護の経験者以外は想像し難い面があると思われるので説明をしていきたい。最もコード数が多かった「自己の身体、心理、社会的な管理」の中分類においては、体調を崩しても変わりはおらず簡単に島を留守にできないため心身ともに自分が健康であること、島外での休暇確保に関して理解を示さない島民がいても気にしすぎず気持ちを切り替えられることなどの心身の健康管理や、一島民として島を好きになれることが求められていた。次いでコード数が多かった「小離島の特殊性を理解した柔軟で多様な支援」の中分類においては、両職種が協働して健康フェアを開催できることや、時間外業務が急に入った時に自分の家族の育児や介護を依頼できることなどが求められていた。また、「他職種や島民全体への看護の専門職者の価値や島民支援の必要性の説明」の中分類においては、町村長や所属組織の課長、関係職種、島民に保健師活動を理解してもらうための説明ができること、村行政や診療所等の組織の中での看護職として発言ができること、診療所医師に影響を与えて診療所外も診療所の仕事だという認識を与えられることなどが求められていた。その他の中分類には「看護に必要な知識や技術の習得のための自律的な学習」、「小離島看護への関心」、「倫理原則への理解と平等な対応」、「自己の判断基準を基盤にした決断と看護実践」、「ヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情報共有、建設的フィードバック、ピアレビュー」、「島民の健康を一手に担う覚悟、熱意、責任感」、「優先順位を決めた計画的な時間確保と業務の効率化」、「島民の擁護」、「学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割の主張」、「最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、文書への理解」、「島内の健康支援者育成」、「島外の看護専門職への相談」、「保健センターや診療所の運営」、「島内のヘルスケアサービス充実のための島民の有効活用」、があった。

資源の少ないルーラルの環境においては、ケアの対象者に横断的に継ぎ目がなく大胆に動くことができるために独自の精神性、柔軟性、創造性、連続的な適応性、専門職業人としての発達を継続するためのコミットメントなどが求められている (Winters, 2012)。一方で、ルーラル看護の特徴として、24 時間体制で対象者に対応しており公私の明確な境界がない (大平ら, 2002)、休暇をとりにくい、看護業務以外の仕事も含めて様々な仕事をしなければならない (春山, 2013)、自律性は非常に大きいと同じ専門分野の相談者が非常に少ない (Bushy, 2002)、生活の中で個人の領域を守ることには限界がある、よそ者は受け入れられにくい (Bushy, 2000; 大平ら, 2002; 春山, 2013) などがある。このように、島外出身の看護職が家族や友人と離れて単身赴任で小離島に赴任することは、非常にストレスが大きい (大平ら, 2002) ため、拠点病院では小離島の診療所へ看護師を派遣する際に、孤独に耐えられる精神力があり、ストレスを自分で解消できることなどを考慮している (下地, 2013)。これらの困難を克服するために本研究において、小離島看護への関心、自己の健康管理や自律的な学習、小離島の特殊性を理解した柔軟で多様な支援、多職種や島民への看護職の必要性の説明などのコンピテンシーが多くみられた。これらのことから、数少ない島内の看護職者としての役割を果たす大前提である自己の管理、すなわち「プロフェッショナリズム」を赴任前から重視し、看護職者としての孤立感や孤独に耐える力を育むための十分な準備をしておく必要があるといえる。

4. 「IV コミュニケーション」

チームワークと協働が機能する前提として、日常的に関係者との円滑なコミュニケーションがとれることは欠かせないものである。島内外のヘルスケアメンバーとの日常的なコミュニケ

ーションにおいては、保健事業だけが効果を出しても島民の健康への波及効果は少なく保健医療福祉など他分野は全部関係しあっているため、島民全体が“よりよく生きる”ことができるために関係者と協働する重要性の認識があること、島内外の関係者へ日頃の感謝を伝えることなどが求められていた。また、言語によるコミュニケーションだけでなく、小離島では限られた人数の看護職しかいないため、緊急ヘリ搬送や後任者・代替看護職員への引継のための記録を含めた非言語によるコミュニケーションも求められていた。

小離島は狭小性という環境上、情報が漏えいしやすいという欠点があるため、全島民のプライバシーに関する配慮が強く求められていた。例えば、ヘリ要請や時間外の対応をした島民についての情報を他の島民から情報を尋ねられることがよくあるが、情報は島内にすぐ広がるため、守秘義務を守ることなどである。一度情報が漏れて看護職者への信用を失うと、島民は島に1カ所しかない診療所や保健センターに来て必要な受診や相談をすることができなくなってしまふ。一方で、ケアを提供する上で関係者への情報提供をしていくことが必要になるが、「救急時の対応に備えて妊婦の同意を得た上で、保健師は妊婦のリストを診療所に伝える」など、対象者からの同意を得るなどの配慮をすることも求められていた。

5. 「I 島民と家族中心のケア」

都市部とは異なるルーラル看護の特徴として、①ケアの対象者は生涯を通じた全年齢であり、十分に把握できること、②人的・物的資源が少ない一方で、柔軟に看護ケアの計画と実践ができ、ケアの継続が容易なこと、③ケアの対象者の健康状況と診断を広範囲に把握できること、④インフォーマルとフォーマルなサービスを容易に統合でき、家族単位のケアの継続計画を柔軟にできること、などがあるといわれている (Bushy, 2002)。これらは島民数が少ない小離島の看護職者においてもいえる利点であり、その要因の1つとして、都市部と比較して家族や島民同士のつながりや疾病悪化の背景などを把握しやすく、改善のためのアプローチがとりやすい、ということがいえよう。本研究においても「島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケア」、「本人や家族の相談・調整等の多様なケア」、「生きがいの継続につながる支援」、「島民や家族の思いの尊重や意思決定の促進」、「健康阻害要因の除去」、「看護の分野を超えたケアの調整と統合」、「健康に関係する経済的問題への配慮」、「看取りのケア」、「家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援」の中分類がみられた。大平ら (2002) はルーラルの看護師を地域の特性や対象者の情報を充分理解している「地域のスペシャリスト」と呼んでいるが、今回の結果からも小離島の看護職者においても同じことが求められているといえよう。

6. 「II 文化的コンピテンシー」

ケア提供者の文化的コンピテンシーの不足は、健康の不平等と対象者の満足度の低下につながり、医療の管理への対象者の支持を低下させる (Bushy, 2008) といわれている。それゆえ、離島においてはその土地に合った暮らし方が形成・伝承され、これまでの歴史や文化が島民の生活の営みに影響を与え、健康は疾病の直接原因ばかりだけでなく、社会・文化的背景が色濃く影響しているため、島民の価値観や信念を知ることは重要である (中尾, 2013)。本研究の中分類においても、「島民の顔の把握と島の文化への理解」、「島の行事への参加による文化と健康の関連のアセスメント」、「島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援」、「島外や国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援」がみられた。小離島の島民には、

①島に生まれ育ち、島特有の文化を理解し尊重する者と、②島外の沖縄県で生まれ育った者と、③県外出身者の3タイプがあり、また、看護職者にもこの3タイプがある。小離島での文化的コンピテンシーとして、タイプ①の島民への理解を深めることを想定されがちであるが、本研究結果からタイプ②③の島外、国外出身の異文化をもつ島民に対しても彼らのもつ文化を考慮した支援の必要性が示された。このことから小離島の看護職者には赴任地の文化だけでなく、多様な文化への理解力が求められているといえよう。また、小離島の文化は一律に同じではなく、島によって異なる部分もあるため、看護職者が島に赴任した際は、まず仕事上のパートナーであり、島で長く生活をしている診療所の事務職員や役場の行政職者から、その島に特徴的な文化、島民性、看護をする上での配慮などを教えてもらうことから始めるとよいであろう。

「Ⅱ 文化的コンピテンシー」における両職種の重要度には差があり、保健師の方が高かった。青木ら（2013）は離島保健師の93.1%が離島内に居住することと地域看護活動との関連を認識しており、生活者と保健師の両方の視点を持つことを意識化し、地域看護活動に意図的に融合することの重要性を述べているが、両職種に差がみられた要因として、診療所内の活動が大半の看護師に比べて保健師は島民を巻き込んだ活動の割合が多いことや、地域行事の日程を考慮した保健事業計画を立案しないと事業への参加者数が少なくなることなどが挙げられる。しかしながら本研究結果において「物のない時代に育ち、島の法事の食べ物が全て揚げ物の場合、高脂血症の独居高齢者への食事指導においては、揚げ物を湯通しして食べる方法などの揚げ物をやめる以外の説明ができる」などがみられたように、文化的コンピテンシーは看護師にとっても重要なコンピテンシーである。

7. 「Ⅵ システムに基づく実践」

「Ⅵ システムに基づく実践」の中分類では、「ケアや保健事業についての島内外のヘルスケアシステム（組織）への協力依頼」、「島民組織と話し合い、島民全体で共有した課題への取組の推進」、「島民、役場、県などへの働きかけによる新たなヘルスケアシステムの構築」がみられた。

「Ⅵ システムに基づく実践」における両職種の重要度の差は11のコア・コンピテンシーの中で最も大きく、保健師の方が高かった。看護師の重要度が低い要因の一つとして、診療所の組織のことについては医師、島の保健対策については保健師の役割である、という誤った認識があることが推測される。しかしながら、日本看護協会（2015）は2025年に向けた看護のビジョンの中で、看護の専門性を発揮するための指針として、対象者の「生活」と保健・医療・福祉をつなぐ観点から、健康な地域づくり、つまり地域包括ケアシステムの構築に向けての関係者との協議に看護職が積極的に参画することを推進している。このため、今後、診療所の看護師がこのコンピテンシーを高めることで診療所以外の地域においても更に役割を拡大していくことができ、保健師との協働がさらにスムーズになるであろう。

8. 「Ⅴ リーダーシップ」

チームの決定が看護の対象者と家族、チーム、施設の目標と一致するのを確実にするためには、チームにはリーダーシップが必要（前田, 2006）であるが、上司や同僚が存在する都市部の看護の職場とは異なり、小離島の職場には看護職者は1名だけの場合が多いため、就任初日からリーダーシップを発揮することが求められる。例えば、保健師は4月1日に就任して2週間後には乳幼児健康診査の開催が求められるため、島内外の関係者との事前調整や協力依頼など

に追われる。乳幼児健康診査の島内の関係者とは役場の保健担当行政職者、母子保健推進員、保育士であり、島外の関係者とは臨床心理士、小児科医師、歯科衛生士などである。他にも保健師が主体となり開催が必要な全島民を対象とした保健事業には、住民健康診査（特定健診、特定保健指導、各種がん検診を含む）、精神保健巡回相談、難病保健巡回相談、運動教室、栄養教室、子育て支援教室などがある。このように保健事業の種類は多岐に渡り、島内外の多職種からなる関係者や島民の協力者との事前調整や協力依頼をするには常時リーダーシップが求められる。

「V リーダーシップ」の中分類では、「ヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議の開催」、「ヘルスケアメンバーのエンパワー」、「島の保健医療システムの改善案の提示と実施」がみられた。リーダーシップを発揮するためには、まずメンバーのコンセンサスを得ることは欠かせないが、そのための方法の1つとして会議の開催がある。会議などを通してチームアプローチを成功させるためには、①チームの目標を決める、②サービス提供の方法を決める、③個々のチームメンバーの役割を決める、④チームメンバーのニーズを把握する、ことが重要である（前田, 2006）。また、会議には①所属組織や法規に規定され開催が義務づけられているものと、②関係者が必要性を感じて自発的に開催をするものがある。本研究結果から、島内の保健医療福祉専門職者連絡会議の企画と招集の必要性が語られていたように、診療所の看護師、医師と役場の保健師が島民の健康対策について定期的に話し合うことは最も重要である。しかし、この会議は義務づけられたものではないため、開催している島は少ないのが現状であるため、主体的に開催できるリーダーシップが必要であろう。

小離島は専門職者に限りがあるため、看護職者として島のヘルスケアメンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることは欠かせない。例えば、保健師が最終確認をする前提で行政職員に予防接種スケジュール立案してもらえるように意見を伝えて動かすことができること、任せきれない、と諦める、または意見の対立をするのではなく、相手に自発的に動いてもらえるような関わりが求められていた。

また、診療時間の変更、ワンクッションコール制度の導入、島内での妊婦健診の導入、訪問リハビリ制度の導入など、島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができることが求められていた。

9. 「IX データ等に基づく質改善」

「IX データ等に基づく質改善」の中分類では、「業務の質改善の工夫」、「客観的なケアの評価」、医療統計・情報処理の知識、統計データや業務基準の活用」がみられた。具体的には、研修等で新しく得た知識や技術を診療所看護規準へ反映すること、保健事業を遂行することで満足せずに保健事業の質を高めるための工夫ができること、保健事業をこなすのではなく、論理的な考え方で量的データなどの統計や情報処理、基準を活用しながら保健事業の質を高めることができること、島民の健康に関する様々なデータ、情報から判断し、島の健康課題をあげ、取り組むことができることなどであった。

質改善には、ケアのプロセスと改善方法の結果をモニタリングするために「データを使用」することが必要である（Cronenwett et al., 2007）が、研究参加者から「質改善の重要性が認識しにくい」、「質改善は看護の現場で使用する“管理”と混乱しやすい」という意見があったように、現在の日本の看護職者は質改善について十分に認識がされていない現状にある。米国においても、医療ミスが増加していることを背景に QSEN が医療システムの質と安全の改善に必要

なコンピテンシーを習得する方法を全米的に策定したのが2007年であり、それ以前は現在の日本と同様に、看護の質と安全に焦点を当てた教育は十分にされていなかった。しかし、医療事故防止と良質なケアを提供するためには小離島においても重要なコンピテンシーであるため、今後、質改善の必要性の認識を高め、このコンピテンシーを高めていく教育を重点的にしていくことの必要性が示唆された。

10. 「Ⅷ エビデンスに基づく実践」

「Ⅷ エビデンスに基づく実践」の中分類では、「エビデンスに基づいた説明」、「データや情報から判断した課題解決」、「先進的な質改善モデルやツールの活用」がみられた。具体的には、最新の治療や看護に自信をもって受診者や家族に説明できる参考となる他の市町村、保健所、入院施設などの看護職の活動を参考にした活動ができること、断酒会支援等、他の離島で成果がみられる保健対策を参考にできることなどであった。

研究を通して蓄積される知識は、実践における判断の裏付けとなる、揺るぎない強固なエビデンスを与えてくれる(Stevens, 1999/2003)。また、エビデンスに基づく実践は対象者、提供者、健康組織にとって肯定的成果を促進するための良質で費用効率のよいケアの実施を確実にする(Burns et al, 2005/2007)。しかしながらこれまでの日本の看護教育においてはこの教育が不十分であったため、本研究の結果でも実践者は具体的な行動をイメージしづらい現状にあることが示された。今後、エビデンスに基づく実践についての教育にも力を入れていくことの必要性が示唆された。

11. 「Ⅺ 情報科学と科学技術」

近年、看護ケアは急激に成長したヘルスケアシステムに応じた技術の運用の必要性について重要な変化を経験しており(Tschetter et al, 2013)、ルーラルの地域を含むこれらのヘルスケアシステムの改革は多様な背景を踏まえたケア提供ができる看護師の教育に取り組まなくてはならない(Benner et al, 2010 ; Tschetter et al, 2013)。

ルーラルの診療所看護師の活動に関連する困難感の一つに「看護活動において信頼できるサポート・連携の少なさ」、「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」がある(関山ら, 2015)ように、小離島においてもこれらの困難な状況は同様であるが、それらを改善するためにインターネットを活用しながら地域特有の問題を広域で、さらに全国の仲間と共有し、解決方法を検討し合うことが必要である(吉岡ら, 2002)。「Ⅺ 情報科学と科学技術」の中分類では、「コンピューターを用いた統計や情報の活用」、「テレビ会議システムを活用した保健看護の実施」、「ウェブ会議システムを通じた学習や会議参加」がみられた。しかし、顔が見えない状況で行うeラーニングを用いたディスカッションは緊張感があり、活発化させるにはディスカッションに参加する意義の説明、自己紹介の充実、即時性のあるディスカッション設定などの学習者支援が必要であり(八木ら, 2017)、遠隔教育を受ける看護師のための「学習環境の整備、学習概要の把握、交流の機会の設置」などの支援の必要性が示唆されている(鈴木ら, 2017)。

第3節 小離島で働く看護職者はどう教育されるべきか

小離島で働く看護職者に効果的な教育プログラムを提供するために、本研究結果から得られたコンピテンシーの中分類と小分類が大いに役立つと思われる。これらのコンピテンシーについて、教育の順序性とコンピテンシーの使用方法について説明をしていきたい。

1. 教育の順序性

小離島で働く看護職者への教育は各コア・コンピテンシーを1つずつ積み上げていくものでもなく、また、11のコア・コンピテンシーそれぞれを同時並行的に初級レベルから上級レベルへと進めていくものでもない。本研究から得られた結果に基づいて教育プログラムを考えてみた。コア・コンピテンシーのコード数の多少がその必要性や重要度をそのまま表しているわけではないであろう。では、何を考慮したら有用なプログラム作成に役立つであろうか。

環海性、隔絶性、狭小性という特徴をもつ小離島で働く看護職者が離島出身者、または離島医療の経験者であることはまれであり、多くは小離島で初めて働くことになる。下地(2013)が言うように、小離島の診療所の看護師は「診療所は特別な働き方をするところ」、「診療所は病院と違う業務や看護業務以外の業務が多い」など病院とは異なる診療所の看護師の役割、およびこれらを配慮した教育支援の必要性を認識している。この認識は保健師も同様であると思われる。彼らには小離島の特殊性に対応した赴任前の準備と継続教育が求められる。

そこで、小離島で働く看護師、保健師として初めて赴任する1人の看護職者が小離島での保健看護のジェネラリストのエキスパートとして育つ過程をイメージして、教育の順序性を示すモデル(図6)を提案したい。コード数の多さからみると、「X 小離島での安全なケア」、「III チームワークと協働」、「VII プロフェッショナルリズム」、「IV コミュニケーション」、「I 島民と家族中心のケア」、「II 文化的コンピテンシー」、「VII システムに基づく実践」、「V リーダーシップ」、「IX データ等に基づく質改善」、「VIII エビデンスに基づく実践」、「XI 情報科学と科学技術」の順であるが、看護職者としての業務である「安全なケア」よりもまず、人間として島を好きになることを含む「小離島看護への関心」や、自己の心身の健康を保つという「自己管理」のコンピテンシーを含む「VII プロフェッショナルリズム」を最重視した教育が必要である。このことはグループインタビュー参加者の「コンピテンシーの習得時期には段階があり、就任から2~3か月目は島民として島を好きになることが必要」、「自己管理ができた上で、次の段階に進める」という意見からもうかがえる。また、看護師と保健師に共通のコンピテンシーについての12のサブカテゴリーのうち、9つがプロフェッショナルリズムに関する意見であったことから両職種にとって重要なコンピテンシーであるといえる。

次に、「他者との関係性」を構築するのに役立つ「III チームワークと協働」、「IV コミュニケーション」、「V リーダーシップ」、「VII システムに基づく実践」についての教育を同時並行的に開始していき、次に、「安全なケア」に焦点を当てた「X 小離島での安全なケア」教育に組織む。

さらに力が出てきた頃に「島民と家族への思いやり」を示す「I 島民と家族中心のケア」、「II 文化的コンピテンシー」の教育を、そして最終的に「最新・最良のケア」を提供するための「VIII エビデンスに基づく実践」、「IX データ等に基づく質改善」、「XI 情報科学と科学技術」の教育を行う。

2. コンピテンシーの使用法

本研究結果から両職種の協働の必要性や、その前提に両職種が同じ視点をもつこと、つまり、看護師も公衆衛生看護の知識を持つこと、保健師も時間外の救急受診者への看護に協力すること、両職種が共に地域の課題をアセスメントし島全体の保健計画立案をすることなどの重要性が示された。このためには看護師と保健師が統一のカリキュラムで継続教育を受けることが必須であるといえる。しかし、看護師は拠点病院の教育担当者による教育がなされ、保健師は島の離島担当保健師による指導がなされているのが現状である。本研究により作成した70項目のコンピテンシーは彼らへの継続教育に有用であると考え。小離島で働く看護職者は就任前の看護経験は様々で異なるが、この項目を用いることで習得が必要なコンピテンシーを可視化し査定できる。

例えば、就任前研修においては、それまで経験していない項目を経験の段階別に評価してもらい、経験の浅い項目のコンピテンシーを高めるための教育を実施すること、また、就任後は困難に感じている項目をチェックしてもらい、解決に必要な助言や、研修を開催することなどに用いることができる。そうすることで、公衆衛生看護の経験がない看護師はその教育を受けることで就任後保健師との協働をしやすくなる。また、臨床看護の経験がない保健師は拠点病院で研修を受けることで就任後に緊急時のケアが必要な際に看護師や医師をサポートできる。

なお、継続教育を担当する教育者は、このようなコンピテンシーを高めるための研修を受講する必要性を職場の上司や同僚、つまり、看護師は副看護部長と診療所医師、保健師は所属の課長と保健福祉担当の行政職員に理解してもらい、研修受講に協力してもらうための働きかけが欠かせないであろう。

第4節 研究の限界と今後の展望

研究の限界として次の2点がある。1点目は、本研究の第2段階では看護師、保健師への重要度の質問紙調査を実施しただけであったが、小離島の保健医療については看護職者よりも医師への教育や教育支援体制の方が進んでいるため、医師を交えたデルファイ法によるコンピテンシーの重要度の意見聴取を実施することが理想的であったが、今回の研究では時間の都合上そこまで実施することができなかつたことである。2点目は、沖縄県の小離島に限定した研究であったため母集団数が極めて少なく、研究参加者数の確保が難しかったことである。そのため、得られた知見が沖縄県外・国外に適用できるかはまだ不明である。

次に、今後の研究の方向性について述べたい。まず、第2段階と第3段階の方法に改善を加える必要がある。例えば、デルファイ法を採用して、国内の小離島の看護職の実践家、教育者に意見を求めて、看護師と保健師別のコンピテンシーを精選していくことが必要であろう。第2に、看護職者によって小離島赴任前の経験年数、および小離島の経験年数に応じてコンピテンシーの修得度が異なるため、本知見を教育に活かすためには、Benner (1982) によるドレイファスモデルのコンピテンシーの5つの段階、つまり、初心者レベル (Novice)、新人レベル (Advanced Beginner)、一人前レベル (Competent)、中堅レベル (Proficient)、達人レベル (Expert) などの経験年数別のコンピテンシーの特定が必要である。第3に、今回の研究参加者は沖縄県の看護師、保健師および医師に限った。しかし、本研究結果は、国内外で同様の地理的環境、保健医療専門職の人材が同様の看護職者への教育にも役立つ可能性があるため、研究参加者を

県外および国外の小離島の看護職者にも拡大して研究をしていく必要がある。

第6章 結 論

本研究は、小離島で働く看護職者の教育に活かすため、彼らに必要なコンピテンシーを特定するために調査した。その結果、次の3点が明らかになった。まず、小離島の看護職者に必要なコンピテンシーの枠組みを「I 島民と家族中心のケア」、「II 文化的コンピテンシー」、「III チームワークと協働」、「IV コミュニケーション」、「V リーダーシップ」、「VI システムに基づく実践」、「VII プロフェッショナルリズム」、「VIII エビデンスに基づく実践」、「IX データ等を活用した質改善」、「X 小離島での安全なケア」、「XI 情報科学と科学技術」の11のコア・コンピテンシーで構成することが適切である。第2に、11のコア・コンピテンシーは70の中分類、112の小分類が特定され、具体的なコンピテンシーが明確になったため、彼らの研修や教育の内容・方法等に活用できる。第3に、70の中分類の重要度5段階評価において、全体のコア・コンピテンシーの重要度は、看護師、保健師ともに5段階評価の4以上が多く、小離島の看護職者のコンピテンシーの内容の妥当性について合意が得られたことである。

今後は看護師と保健師のコンピテンシーの濃淡の差の特定を含めたコンピテンシー項目の精選と小離島での経験年数別のコンピテンシーの特定をしていく必要がある。さらに研究参加者を沖縄県外の小離島の看護職者にも拡大し、県外の小離島にも適用できるように研究を発展させていくことで小離島の特殊性に対応した教育に寄与させていきたい。

引用文献

- Abdeillah F G, Beland I L, Martin A & Matheny R V (1960/1963). 千野静香 (訳), 患者中心の看護 (.Patient-Centered Approach to Nursing), 医学書院, 東京.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (n.d.). ACGME Outcome Project. Retrieved from http://cores33webs.mede.uic.edu/GMEmilestone/ui/portal/external/gc_about.aspx
- Ashworth P, Morrison P. (1991). Problems of competencebased nurse education. *Nurse Education Today*, 11, 256–260.
- 青木さぎ里, 春山早苗. (2013). 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, *日本ルーラル看護学会誌*, 8, 17-30.
- Alexander MF. & Runclman PJ (2003). ICN framework of competencies for the generalist nurse: Report of the development process and consultation, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice (Rev. ed.).
- アンダーセン. (2002). 図解 コンピテンシーマネジメント, 東洋経済新報社.
- Arnstein S R. (1969). A Ladder of Citizen Participation, *Journal of the American Planning Association*, 35, 4, 216-224.
- Bahreini M, Shahamat S, Hayatdavoudi P. & Mirzaei M. (2011a) Comparison of the clinical competence of nurses working in two university hospitals in Iran. *Nursing & Health Sciences* 13(3), 282–288.
- Bahreini M, Moattari M, Ahmadi F, Kaveh M.H, Hayatdavoudy P. & Mirzaei M. (2011b) Comparison of head nurses and practicing nurses in nurse competence assessment. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 16(3), 227–234.
- Bahreini M, Moattari M, Shahamat S, Dobaradaran S. & Ravanipour M. (2013) Improvement of Iranian nurses' competence through professional portfolio: a quasi-experimental study. *Nursing & Health Sciences* 15(1), 51–57.
- Barnsteiner J, Disch J. (2012). A just culture for nurses and nursing students, *47(3)*, 407-16.
- Barnsteiner J, Disch J & Walton MK. (2014). Person and Family Centered Care, *Sigma Theta Tau International*.
- Bartee RT, Winnail S D, Olsen S E, Diaz C, Blevens J A. (2003) . Assessing competencies of the public health workforce in a frontier state, *Journal of Community Health*, 28(6).
- Barrett GV & Depinet RL. (1991). A reconsideration of testing for competence rather than for intelligence, *American Psychologist*. 46(10), 1012-1024.
- Benner P. (1982a). Issues in competency-based testing, *Nurs Outlook*, 30(5), 303-9.
- Benner P. (1982b). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Benner P. (1984/2012). 井部俊子, ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ(第1版), 医学書院, 東京都.
- Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation* Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Bigbee J L, Otterness N, Gehrke P. (2010), Public Health Nursing Competency in a Rural/Frontier State. *Public Health Nursing*, 27, 270–276.

- Boyatzis RE. (2008). Competencies in the 21st century, *Journal of Management Development*, 27(1), 5-12.
- Bradshaw, A. (2000). Editorial. *Journal of Clinical Nursing* 9 (3), 319–320.
- Bradshaw, A. (1997). Defining 'competency' in nursing (part I): a policy review. *Journal of Clinical Nursing* 6 (5), 347–354.
- Burns N and Grove SK. (2005/2007). 黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝, 逸見功 (監訳), *バーンズ&グローブ 看護研究入門 —実施・評価・活用— (第5版)*, 432, 688-689, エルゼビア・ジャパン.
- Bushy, A. (2008). Conducting culturally competent rural nursing research, *Annu Rev Nurs Res*, 26, 223.
- Bushy, A. (2002). International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA, *Australian Journal of Rural Health*, 10, 104–111.
- Bushy, A. (2000). Orientation to nursing in rural community, *sage*, 20.
- Canadian Association for Rural & Remote Nursing. (2008). *Rural and Remote Nursing Practice Parameters*.
- Clark M, Raffray M, Hendricks K, Gagnon AJ. (2016). Global and public health core competencies for nursing education: A systematic review of essential competencies, *Nurse Educ Today*, 40, 173-80.
- Committee on The Future of Rural Health Care. (2005). *Quality Through Collaboration: The future of Rural Health Care*.
<http://books.nap.edu/catalog/11140.html> (2018年2月1日現在).
- Council of Remote Area Nurses of Australia. (2001). *RAN(National Remote Area Nurse) Competency Standards*.
<https://crana.org.au/uploads/pdfs/RAN-Competency-Standards.pdf> (2018年2月1日現在).
- Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. (1991, 2014). *Core Competencies for Public Health Professionals*.
http://www.phf.org/programs/corecompetencies/Pages/About_the_Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals.aspx (2018年2月1日現在).
- Cowan D. T, Norman I J & Coopamah V P. (2005a). A project to establish a skills competency matrix for EU nurses. *British Journal of Nursing*, 14(11).
- Cowan D T, Norman I & Coopamah V P. (2005b). Competence in nursing practice: a controversial concept—a focused review of literature. *Nurse education today*, 25(5), 355-362.
- Cowan D T, Wilson-Barnet J, & Norman I J. (2007). A European survey of general nurses' self assessment of competence. *Nurse Education Today*, 27(5), 452-458.
- Cowan D T, Wilson-Barnett D J, Norman I J & Murrells T. (2008). Measuring nursing competence: development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 902-913.
- Cowin L S, Hengstberger - Sims C, Eagar S C, Gregory L, Andrew S & Rolley J. (2008). Competency measurements: testing convergent validity for two measures. *Journal of advanced nursing*, 64(3), 272-277.
- Cowin L, Eagar S, Hengstberger-Sims C, Gregory L, Andrew S, Rolley J & Salamonson Y. (2006) *Measuring new graduate nurse competency*. Unpublished Report, University of Western Sydney, Australia.

- Davies R. (2008). The Bologna process: The quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Education Today*, 28(8), 935-942.
- Dellai M, Mortari L. & Meretoja R. (2009) Self-assessment of nursing competencies - validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23 (4), 783–791.
- Delaney M M. (2013) The impact of a sepsis educational program, for nurses on competence. PhD thesis, Case Western Reserve University, Cleveland, United States.
- Delaney M M, Friedman M I, Dolansky M A & Fitzpatrick J J. (2015) Impact of a sepsis educational program on nurse competence. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 46(4), 179–186.
- Dolan G. (2003). Assessing student nurse clinical competency ‘will we ever get it right’. *Journal of Clinical Nursing* 12 (1), 132–141.
- Eraut, M., du Boulay, B. (1999). *Developing the Attributes of Medical Professional Judgement and Competence*. Department of Health, London.
- Evans L. (2008). Professionalism, professionalism and the development of education professionals, *British Journal of Educational Studies*, 56(1), 20-38.
- Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R.(2017). Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review, *J Adv Nurs*, 73(5),1035-1050.
- 古川久敬(2004). チームマネジメント, 日本経済新聞社.
- Girot E A. (2000). Assessment of graduates and diplomates in practice in the UK – are we measuring the same level of competence?, *Journal of Clinical Nursing* 9 (3), 330–337.
- Gebbie K M & Turnock B J. (2006). The public health workforce, 2006: new challenges. *Health Affairs*, 25(4), 923-933.
- Goorapah D. (1997). Clinical competence/clinical credibility. Research on perceptions of the meaning of these terms to nurse teachers. *Nurse Education Today* 17 (4), 297–302.
- Gonzi A. (1994). Competence based assessments in the professions in Australia. *Assessment in Education*, 1, 27-44.
- Hamel G & Prahalad CK. (1990/1995). 一条和夫 (訳) . コア・コンピタンス経営—未来への競争戦略, 日本経済新聞出版社.
- Hamstrom N., Kankkunen P., Suominen T. & Meretoja R. (2012) Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice* 18(5), 501–508.
- 早野貴美子. (2012). 災害後の看護活動におけるチームワークの質を高めるコンピテンシーモデルの開発, 首都大学 博士論文.
- Hegney D. (1996). The status of rural nursing in Australia: a review, 4(1), 1-10.
- Hengstberger-Sims C, Cowin L S, Eagar S C, Gregory L, Andrew S. & Rolley J. (2008) Relating new graduate nurse competence to frequency of use. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* 15(2), 69–76.
- Heikkila A, Ahola N, Kankkunen P, Meretoja R. & Suominen T. (2007) Nurses’ competence level in medical, operative and psychiatric specialized health care. (Finnish, English summary). *Hoitotiede* 19(1), 3–12.
- 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. (2015). 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、日本ルーラル看護学会誌, 10, 1-13.
- 春山早苗. (2013). へき地における公衆衛生看護活動, 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, 144-188, 株式会社日本看護協会出版社.
- 平野美千代, 佐伯和子. (2009). 10年目の保健所保健師に求められる実践能力レベル —保健師と事務系職員による所属別回答比較—, 日本地域看護学会誌, 11(2), 59-67.
- 廣川恵子, 大久保八重子, 植田喜久子. (2008). 看護実践から見出した外来看護師の能力, 日本赤十字広島看護大学紀要, 8, 21-29.
- Hsieh J, Kao C, Kuo C. & Tseng H F. (2003). Clinical nursing competence of RN-to-BSN students in a nursing concept-based curriculum in Taiwan. *Journal of Nursing Education*, 42(12), 536-545.
- Hurme F E. (2009). Competencies for nursing practice in a rural critical access hospital, *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 9, 2.
- Hurme F E. (2007). Competencies for rural nursing practice, Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
https://digitalcommons.lsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.bing.com/&httpsredir=1&article=2922&context=gradschool_dissertations (2018年2月1日現在)
- 細田泰子, 星和美, 原千恵子, 石井京子. (2011). 施設内教育担当者の視点からみた中堅期の看護師のコンピテンシー, 大阪府立大学看護学部紀要, 17(1), 37-44.
- 細田泰子, 石井京子, 藤原千恵子. (2016). 中堅期看護師と新人期看護師におけるコンピテンシーの構成要素 とそのニーズとの関連, 大阪府立大学看護学雑誌, 22(1), 21-33.
- 飯島佐知子, 岩瀬信夫, 大津廣子, 岡田由香, 鎌倉やよい, 神谷摂子, 小松万喜子, 興水めぐみ, 佐久間清美, 高橋弘子, 平井さよ子, 深田順子, 儘田徹, 百瀬由美子, 山口桂子, 米田雅彦, 兵藤千草, 千速由美子, 看護実践能力育成プロジェクトチーム. (2008). 新卒看護師に期待される看護実践能力達成度の検討 —病棟師長および指導看護師に対する意識調査より—, 愛知県立看護大学紀要, 14, 29-36.
- 池田浩. (2013). チームワークとリーダーシップ, 朝倉実践心理学講座 6 コンピテンシーとチーム・マネジメントの心理学, 山口祐幸 (編), 76-85 朝倉書店.
- 井上仁美. (2014). 看護中間管理者のコンピテンシー, 高知女子大学看護学会誌, 40(1), 109-116.
- Institute of Medicine. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Joint Committee on Health Education and Promotiotn Terminology. (2012). Report of the 2011 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology, *American Journal of Health Education*, 43(2), 11.
- JMAM コンピテンシー研究会. (2002). コンピテンシーラーニング, 日本能率協会マネジメントセンター.
- Kajander-Unkuri S. (2015) Nurse Competence of Graduating Nursing Students. *Annales Universitatis Turkuensis D 1158*. PhD thesis, University of Turku, Turku, Finland. Retrieved from <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/103403/AnnalesD1158Kajander-Unkuri.pdf?sequence=2> on 6 September 2016.

- Kajander-Unkuri S, Meretoja R, Katajisto J, Saarikoski M, Salminen L, Suhonen R. & Leino-Kilpi H. (2014) Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. *Nurse Education Today* 34(5), 795–801.
- Kajander-Unkuri S, Leino-Kilpi H, Katajisto J, Meretoja R, Räsänen A, Saarikoski M, Salminen L. & Suhonen R. (2016) Congruence between graduating nursing students' self-assessments and mentors' assessments of students' nurse competence. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* 23(3), 303–312.
- Karlstedt M, Wadensten B, Fagerberg I. & Poder U. (2015) Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(2), 307–316.
- Kamel S S A, Fakhry S F. & Ibrahim R M. (2011) Self-assessment competency tool for nurses working in critical care units: development and psychometric evaluation. *Life Science Journal* 8 (3), 156–164.
- 加藤恭子. (2011). 日米におけるコンピテンシーの概念の生成と混乱. *産業経営プロジェクト報告書 一般研究*, 34(2),1-23.
- Kawther A E-MF, Samah M A. & Fatma R M. (2011) Competence of nurses' managers in different work environment at assiut university hospital. *Journal of American Science* 7(6), 965–975.
- 神原裕子, 荒川千秋, 佐藤亜月子, 吉野由紀江, 川中淑恵, 杉本龍子, 関根龍子. (2007). 国内外における看護実践能力に関する研究の動向 : 看護基礎教育における看護実践能力育成との関連, *目白大学健康科学研究*, 1, 149-158.
- Kikuchi M, Goto M, Yakushinji M, Kishi M, Kudo N, Takada T, Nakada A, Haruyama S, Suzuki K. (2006). Educational Effects of Dispatch of Nurses to Hospitals in Rural Area, on their Nursing Practice Competence, *日本ルーラルナーシング学会誌*,1,18-24.
- 木村有伸. (2009). 「異文化適応」論の中の日本人特殊論について, *立命館国際研究*, 22(2), 221-242.
- 厚生労働省(2013). 地域における保健師の保健活動について (保健師活動指針). http://www.nacphn.jp/topics/pdf/2013_shishin.pdf (2018年1月22日現在)
- 厚生労働省. (2010). 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度, 看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告.
- 厚生労働省. (2007). 保健師の継承すべき能力, 保健師の2007年問題に関する検討会報告書「平成18年度地域保健総合推進事業」,34, 12-21.
- 工藤真由美, 中山洋子, Riitta Meretoja, 石井邦子, 石原昌, 大平光子, 戸田肇, 大見サキエ, 小松万喜子, 松成裕子, 東サトエ, 田村正枝, 永山くに子, 土居洋子, 丸山育子. (2011). フィンランド語で開発された看護実践能力を測定する尺度(質問紙)の翻訳の等価性の検討, *福島県立医科大学看護学部紀要*, 13, 19-30.
- 工藤真由美, 中山洋子, 石原昌, 東サトエ, 永山くに子. (2012). 看護実践能力を測定する2つの質問紙(尺度)の構成概念の比較検討, *福島県立医科大学看護学部紀要*,14,13-22.
- Lee-Hsieh, Kao J, Kuo C, Tseng H F. (2003). Clinical nursing competence of RN-to-BSN students in a nursing concept-based curriculum in Taiwan., *Journal of Nursing Education*, 42(12), 536-545.
- Leininger M, & McFarland M. (Eds.). (2006). *Culture Core Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing* (2nd eds., P8).
- Lenburg C. (1999). *The Framework, Concepts and Methods of the Competency Outcomes and*

- Performance Assessment (COPA) Model. *Online Journal of Issues in Nursing*, 4(2).
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume41999/No2Sep1999/COPAModel.aspx>. Lenburg. (2015.3.4 現在)
- Lenburg C. (1999). The framework, concepts, and methods of the Competency Outcomes and Performance (COPA) Model. *Online Journal of Issues in Nursing*, 4(2). Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume41999/No2Sep1999/COPAModel.html>
- Lenburg C. B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., & Boyer, S. (2009). The COPA Model: A comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nursing Education Perspectives*, 30(5), 312-317.
- Lima S, Newall F, Kinney S, Jordan H. & Hamilton B. (2014) How competent are they? graduate nurses self-assessment of competence at the start of their careers. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research* 21(4), 353–358.
- Lin CJ, Hsu CH, Li TC, Mathers N, Huang YC. (2010). Measuring professional competency of public health nurses: development of a scale and psychometric evaluation, *J Clin Nurs*, 19(21-22), 3161-70.
- Lin IB, Beattie N, Spitz S, Ellis A. (2009). Developing competencies for remote and rural senior allied health professionals in Western Australia, *Rural and remote health* 9(2).
- Liu M, Kunaiktikul W, Senaratana W, Tonmukayakul O, Eriksen L.(2006). Development of competency inventory for registered nurses in the People's Republic of China: scale development, *Int J Nurs Stud*, 44(5), 805-13.
- Liu M, Kunaiktikul W, Senaratana W, Tonmukayakul O. & Eriksen L. (2007). Development of competency inventory for registered nurses in the People's Republic of China: scale development. *International journal of nursing studies*, 44(5), 805-813.
- Long KA & Weiner. (2013). *Rural nursing: Developing the theory base*, Winter CA, *Rural Nursing – Concepts, Theory, and Practice – (5 th)*, 1-14.
- Luquis RR & Pérez MA. (2014). *Cultural Competency and health education: A Window of Opportunity*, Pérez MA, Luquis RR, *Cultural Competence in health education and health promotion (2 nd)*, 293-307, Jossey-Bass A Wiley Brand, San Francisco.
- 前田和子, 大湾明美, 神里みどり. (2012). 看護職者の役割拡大と島嶼保健看護 -沖縄県に必要な高度実践看護職者とその教育-, *看護教育*, 53(3), 65-71.
- 前田和子. (2006) . チームアプローチの重要性, *小児看護*, 29(8), 983-986.
- Makipeura J, Meretoja R, Virta-Helenius M. & Hupli M. (2007) Nurse working in neurological settings. the competence, frequency of using competencies and challenges of continuing professional development. (Finnish, English summary). *Hoitotiede* 19(3), 152–162.
- 真下綾子, 中谷喜美子, 陣田泰子, 市川幾恵, 佐藤久美子, 高橋恵子, 大水美名子, 坂本すが, 菅田勝也. (2011). 急性期病院における看護実践能力尺度の開発, *日本看護管理学会誌*, 15(1), 5-16.
- Massachusetts Development of Higher Education Nursing Initiative. (2016). *Massachusetts Nurse of the Future Nursing Core Competencies: Registered Nurse*, .
- 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 佐居由美, 卯野木健, 大隅香, 奥裕美, 堀成美, 井部俊子, 高屋尚子, 西野理英, 寺田麻子, 飯田正子, 佐藤エキ子. (2010). 看護実践能力 –概念, 構

- 造, および評価一, 聖路加看護学会誌, 14(2), 18-28.
- 松谷美和子, 佐居由美, 奥裕美, 堀成美, 高屋尚子, 三浦友理子. (2012). 看護系大学新卒看護師が必要と認識している臨床看護実践能力 ー1年目看護師への面接調査の分析ー, 聖路加看護学会誌, 16(1), 9-19.
- 丸岡綾子, 杉田由加里, 松繁卓哉. (2012). 島嶼への赴任経験により向上した保健師の実践能力と関連する要因, 平成 23 年度特別研究論文集録 専門課程 I -III, 63-72.
- 丸岡綾子. (2012). 島嶼への赴任経験により向上した保健師の実践能力と関連する要因, 保健医療科学, 61(5), 479-481.
- McClelland DC. (1973). Testing Competence Rather Than 'Intelligence. *American Psychologist*, 28, 1-14.
- McClelland DC. (1987). *Human Motivation*, Cambridge University Press, New York.
- McClelland DC. (1987/2005). 梅津祐良, 菌部明文, 横山哲夫 (訳) . モチベーション「達成・パワー・親和・回避」(初版), 訳者まえがき, 生産性出版.
- McClelland DC. (1993). Introduction -The Concept of Competence-, Spencer LM and Spencer SM. *Competence at work: Models for performance*, 3-8, John Wiley & Sons Inc, Canada.
- McCready T. (2007). Portfolios and the assessment of competence in nursing: a literature review, *Int J Nurs Stud*, 44(1), 143-51.
- McMullan M, Endacott R, Gray M, Jasper M, Carolyn M L, Scholes J, Webb C. (2003). Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 41 (3), 283–294.
- Meretoja R. (2003) *Nurse Competence Scale*. *Annales Universitatis, Turkuensis D* 578. PhD thesis, University of Turku, Turku, Finland.
- Meretoja R. & Leino-Kilpi H. (2003) Comparison of competence assessments made by nurse managers and practicing nurses. *Journal for Nursing Management* 11(6), 404–409.
- Meretoja R, Isoaho H. & Leino-Kilpi H. (2004a) Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 47(2), 124–133.
- Meretoja R, Leino-Kilpi H. & Kaira A.M. (2004b) Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management* 12(5), 329–336.
- Meretoja R. & Koponen L. (2012) A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing* 68(2), 414–422.
- Milligan F. (1998). Defining and assessing competence: the distraction of outcomes and the importance of educational progress. *Nurse Education Today* 18 (4), 273–280.
- Missen K, McKenna L, Beauchamp A. (2016). Registered nurses' perceptions of new nursing graduates' clinical competence: A systematic integrative review, *Nurs Health Sci*, 18(2), 143-53.
- 三浦友理子, 松谷美和子, 高屋尚子, 西野理英, 佐居由美, 平林優子. (2014). 学士課程卒業看護師が卒後1年間に必要であると認識している臨床看護実践能力 ー2年目看護師の振り返りに基づく面接調査の分析ー, 聖路加看護学会誌, 17(2), 3-12.
- Molinari DL & Guo R. (2013). *The Rural Nursing Theory: A literature review*, Winter CA, *Rural Nursing – Concepts, Theory, and Practice – (5 th)*, 49-63.
- Molinari DL. (2012). *Professional Clinical Education Model: An Instructional Design*, Molinari DL, Bushy A, *The Rural Nurse : Transition to Practice*, 273-291, Springer Publishin Company, New York.

- Mustard LW. (2002). Caring and competency. *JONA's Healthcare, Law, Ethics and Regulation* 4 (2), 36-43.
- 本村美和. (2013). 中規模病院における看護管理者のコンピテンシー評価尺度の開発, 筑波大学
本村美和, 川口孝泰. (2013). 中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発,
日本看護研究学会雑誌, 36(1), 61-70.
- 文部科学省. (2011). 看護学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標, 大学に
おける看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告書.
- 中尾八重子. (2013). 離島における公衆衛生看護活動, 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, 144-188, 株式会社日本看護協会出
版社.
- 中村久美子, 竹内千恵子, 出井美智子, 吉田直子, 飯田加奈恵. (2003). 新人看護師の看護能力の
特徴 (第2報) 一自己評価と他者評価の比較一, 杏林大学研究報告 (教養部門), 20, 33-41.
- 中岡亜希子, 小笠原知枝, 久米弥寿子, 鈴木雅子. (2004). 大卒の看護師が認識している看護実
践能力: 短大・専門 学校卒者との比較, 日本看護学教育学会誌, 14 (2) ,17-25.
- 中山洋子, 工藤真由美, 石井邦子, 小松万喜子, 田村正枝, 土居洋子, 戸田肇, 永山くに子, 東サ
トエ, 石原昌, 大平光子, 大見サキエ, 松成裕子, 井上郁. 脇屋昇子. 黒田るみ. (2010). 看
護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究 ー臨床経験1年目から5年目までの看護系
大学卒業看護師の実践能力に関する横断的調査一, 科学研究費補助金 (基盤研究 (A) 成
果報告書).
- 斜森亜沙子, 森山美知子. (2015). わが国のプライマリ・ケア機能を担う診療所における看護師
の担うべき役割と必要な能力, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 38(2), 102-110.
- National Council for State Boards of Nursing. (2005). Competency of National Council for State Boards
of Nursing
http://www.heiditrotta.com/papers/blended_learning_submitted.pdf (2018年2月1日現在).
- National League for Nursing Council of Associate Degree Nursing Competencies Task Force. (2000).
Educational competencies for graduates of associate degree nursing programs. New York, NY:
Author.
- National Rural Health Association (2005)
- 南家貴美代, 宇佐美しおり, 有松操, 梅木彰子, 木子莉瑛, 谷口まり子. (2005). 看護ケアの質と
看護実践能力との関連, 熊本大学医学部保健学科紀要 1, 39-46.
- Nelson C L B. (2007). Descriptive analysis of the implementation of the quad council public health
nursing competencies in a rural state (Doctoral dissertation, Montana State University-Bozeman,
College of Nursing).
- 日本看護協会. (2018). 医療事故調査制度.
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/jikocho/index.html#03> (2018年2月2日現在)
- 日本看護協会. (2015). 2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン ～いのち・暮らし・尊
厳をまもり支える看護～.
<https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-1C.pdf> (2018年2月2日現在)
- 日本看護協会教育計画基本方針. (2012). 専門職業人として看護に必要な能力の全体像.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/training/plan.html> (2018年2月2日現在)
- 日本看護協会. (2007). 看護業務基準集, 日本看護協会出版会.

- 日本看護系大学協議会 高度実戦看護師制度実践委員会. (2008). 高度実戦看護師のコア・コンピテンシーについて, 日本看護協会出版会, 看護教育Ⅲ看護実践能力の育成, 44-68.
- 日本ルーラルナースング学会. (2017). 日本ルーラルナースング学会設立趣意書.
<http://www.jasrun.org/prospectus.html> (2017年12月28日).
- 二村英幸. (2011). 成果主義と個別人事管理 -成果主義におけるコンピテンシーの効用と課題-, 組織化学, 34(3), 32-41.
- 西内義雄. (2009). 義務ではなく楽しみとして断酒会を支援 -取組事例 沖縄県粟国村-, 月刊地域保健<特集 地域で取り組むアルコール関連問題>, 40(2), 71-77.
- 野田千代子,前田和子,末吉政春,糸洌洋一.(2011a). 小規模村に適した住民参加型子育て支援計画の
 開発 -参加型アクションリサーチ-, 沖縄県立看護大学 紀要, 12(1), 1-12.
- 野田千代子,前田和子,末吉政春,糸洌洋一.(2011b). 粟国村における乳幼児の子育て支援に関する課題と方向性, 沖縄の小児保健, 3, 18-25.
- 野田千代子. (2011c). 離島A村に適した乳幼児のための子育て支援計画策定とそのプロセス -参加型アクションリサーチ-, 沖縄県立看護大学大学院 課題研究報告書.
- Numminen O, Meretoja R, Isoaho H. & Leino-Kilpi H. (2013) Professional competence of practicing nurses. *Journal of Clinical Nursing* 22(9-10), 1411-1423.
- Numminen O, Laine T, Isoaho H, Hupli M, Leino-Kilpi H. & Meretoja R. (2014) Do educational outcomes correspond with the requirements of nursing practice: educators' and managers' assessments of novice nurses' professional competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(4), 812-821.
- Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H. & Meretoja R. (2015a) Ethical climate and nurse competence - newly graduated nurses' perceptions. *Nursing Ethics* 22(8), 845-859.
- Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H. & Meretoja R. (2015c) Newly graduated nurses' competence and individual and organizational factors: a multivariate analysis. *Journal of Nursing Scholarship* 47(5), 446-457.
- Numminen O, Ruoppa E, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Hupli M. & Meretoja R. (2016a) Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management* 24(1), E1 -E11.
- Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H. & Meretoja R. (2016b) Newly graduated nurses' occupational commitment and its associations with professional competence and work-related factors. *Journal of Clinical Nursing* 25(1-2), 117-126.
- Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H. & Meretoja R. (2015b) Congruence between nurse managers' and practicing nurses' competence assessments. *Journal of Nursing Education and Practice* 5(1), 142-150.
- O'Leary J. (2012) Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. *Journal of Nursing Management* 20(5), 607-614.
- 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子, 岩本里織, 中山貴美子, 尾島俊之, 別所遊子, 千葉由美, 井上清美. (2007). 今特に強化が必要な行政保健師の専門能力, 日本地域看護学会誌, 9(2), 60-67.
- 岡本玲子. (2014). 保健師のコアコンピテンシー, 麻原きよみ, 公衆衛生看護学原論 (第1版),

- 87-98, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 大倉美佳. (2004). 行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究 -デルファイ法を用いて-, 日本公衆衛生雑誌, 51(12), 1018-1028.
- 大平肇子, 小林文子, 吉岡多美子, 八回勘司, 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.
- 大湾明美, 石垣和子, 山崎不二子, 春山早苗, 北村久美子, 野口美和子. (2016). 島嶼看護学教育内容の体系化に関する研究, 日本ルーラルナーシング学会誌, 11, 61-72.
- 沖縄県企画部. (2009). 指定離島一覧, 離島関係資料, 1.
- 小野寺美希子. (2017). 看護専門職とプロフェッショナルリズム, *Japanese Journal of Administrative Science*, 30(2), 115-122.
- 小澤幸夫, 村田厚生. (2014). 看護師のキャリアパス別に必要なスキルとコア能力に関する調査研究, *人間工学*, 50(6), 359-367.
- Polit DF & Beck CT. (2004/2011). 近藤潤子(監訳), 看護研究 原理と方法 (第2版), 232-233, 694-695, 株式会社 医学書院, 東京.
- Quality and Safety Education for Nursing. (2007). Quality and safety competencies. Retrieved from <http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/> (2018年2月1日現在).
- Rass JE. (2008). A Delphi panel study of nursing competencies for rural nursing in the state of Maine, Capella University, ProQuest Dissertations Publishing.
- Rodgers B L. (2000). Concept analysis: an evolutionary view. *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications*, 2, 77-102.
- 齋藤美和. (2005). 看護実践能力の構成要素, *インターナショナル Nursing Care Research*, 4(2), 37-46.
- Safadi R, Jaradeh M, Bandak A, Froelicher E. (2010). Competence assessment of nursing graduates of Jordanian universities, *Nurs Health Sci*, 12(2), 147-54.
- 坂田由美子, 坂本道子. 1998. ニーズから施策へ(2), *保健婦雑誌*, 54(2), 132-138.
- 佐甲隆, 野呂千鶴子, & 伊藤薫. (2007). WHO グローバルコンピテンシーモデル. 三重県立看護大学紀要, 11(11), 93-99.
- Salonen AH, Kaunonen M, Meretoja R. & Tarkka M T. (2007) Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management* 15(8), 792-800.
- Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P. and Morales-Asencio J M. (2014). Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. *Int Nurs Rev*, 61: 534-542.
- Scharff J. (2006). The distinctive nature and scope of rural nursing practice: Philosophical basis. In H.J. Lee & C. A. Winters (Eds.), *Rural Nursing : Concepts, Theory and Practice* (2nd ed., pp.79-196). New York: Springer.
- Schwirian PM. (1978) . Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research*, 27, 347-351.

- 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.
- Sherwood G. & Barnsteiner J. (2017). *Quality and Safety in Nursin: A Competency Approach to Improvin Outcoms*, Second Edition, Wiley & Sons.
- 下地千里, 神里みどり. (2013). 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.
- 下地千里. (2012). 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の提言, 沖縄県立看護大学大学院 修士論文.
- Silvennoinen A S, Salanter€a S, Meretoja R. & Junttila K. (2012) Sairaanhoidajan ammatillinen p€atevyys ja siihen yhteydess€a olevat tekij€at perioperatiivisessa hoitoty€oss€a. *Tutkiva Hoitoty€o* 10(3), 22-31.
- 白尾久美子, 水谷聖子, 小林尚司, 柿原加代子, 滝益栄, 小塩泰代. (2001). 新人看護婦 (士) の発達過程と臨床看護実践能力の構成要素に関する基礎的研究 看護実践の能力に関する文献レビュー, 日本赤十字愛知短期大学紀要, 12, 3-4.
- Snyder J. (1999). Is cross-training medical/surgical RNs to ICU the answer?, *Nurs Manage*, 30(2), 58-60.
- Spencer LM and Spencer SM. (1993a). *Competence at work: Models for performance*. John Wiley & Sons Inc, CANADA.
- Spencer LM and Spencer SM. (1993b). Definition of a “Competency” -The Concept of Competence-, Spencer LM and Spencer SM. *Competence at work: Models for performance*, 9-15, John Wiley & Sons Inc, CANADA.
- Spencer LM and Spencer SM. (1993/2001). 梅津祐良,成田功,横山哲 (訳) ,コンピテンシー・マネジメントの展開 完訳版(初版),生産性出版, 東京.
- Stevens K R. (1999/2003). 杉森みどり (監訳) , エビデンスに基づく看護学教育 (第1版) , 3-18, 株式会社 医学書院, 東京.
- Stogdill R M. (1974). *Handbook off Leadership: A survey of theory and research*. New York: Free Press.
- Stobinski J. (2011) *Competency and work environments among military and civilian perioperative registered nurses: A predictive model*. PhD thesis, TUI University, California, United States.
- 鈴木美津枝, 村上礼子, 関山友子, 江角伸吾, 川上勝, 石井慎一郎, 春山早苗. (2017). ICT を活用した遠隔教育の推進に向けた学習支援方法の検討 就労継続支援型で特定行為に係る看護師の研修を受ける研修生の思いに注目して, 日本ルーラルナーシング学会誌, 12, 19-26.
- 鈴木純恵. (2001). 臨床看護職者の看護実践能力 -Six-D Scaleimension Scaleを通して-, 1998年度~2000年度科学研究費補助金 (基盤研究(C) (2) 研究代表者 長友みゆき) 研究「看護婦 (士) の生涯学習システムの開発に関する研究-長期修士課程カリキュラム開発に焦点を当てて-」報告書.
- Swider SM, Krothe J, Reyes D, Cravetz M. (2013). *Quad Council of Public Health Nursing Organization, Public Health Nursig*, 30(6), 519-536.
- 高橋潔. (2003). コンピテンシー概念の効用と限界, 朝倉実践心理学講座 6 コンピテンシーとチーム・マネジメントの心理学, 山口祐幸 (編) , 1-20. 朝倉書店.
- 高屋尚子, 松谷美和子, 寺田麻子, 西野理英, 飯田正子, 佐藤エキ子, 佐居由美, 平林優子, 井部

- 俊子, 三浦友理子. (2013). 看護系大学新卒看護師に求められる臨床看護実践能力: 新卒看護師育成経験のある看護師への面接調査, 聖路加看護学会誌, 17(1), 27-34.
- Theisen JL, Sandau KE. (2013). Competency of new graduate nurses: a review of their weaknesses and strategies for success, *J Contin Educ Nurs*, 44(9), 406-14.
- 藤内修二. (2014). 保健計画の策定プロセス, 藤内修二. (編). 標準保健師講座 別巻 1 保健医療福祉編. PP193-210. 株式会社 医学書院.
- 土佐千栄子, 出口昌子, 上野貴子, 内藤理英, 佐藤久子, 佐藤紀子. (2002). 経験 3 年目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴 (第 1 報) —3 病院 574 名の看護婦・看護師を対象に—, 日本看護管理学会誌, 5(2), 55-63.
- Tschetter L, Lubeck P, Fahrenwald N. (2013). Integrating QSEN and Technology to Address Rural Health Care: Initial Outcomes, *Clinical Simulation in Nursing*, 9, 469-475.
- 上田礼子, ビバリー・ヘンリー, 吉川千恵子, 加藤尚美. (2006). 看護大学・大学院教育の到達目標 (コンピテンシー), 多賀出版.
- 梅津祐良, 成田功, 横山哲. (2014). 訳者まえがき, コンピテンシー・マネジメントの展開 完訳版 (第 2 刷), 生産性出版, 東京.
- 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(6), 85-94.
- Wandelt M A, & Stewart D S. (1975). Slater nursing competencies rating scale. Appleton-Century-Crofts.
- Wangensteen S. (2010) Newly graduated nurses' perception of competence, critical thinking and research utilization. PhD thesis, Karlstads University, Karlstad, Sweden.
- Wangensteen S, Johansson I S, Bjorkstrom M E. & Nordstrom G. (2012) Newly graduated nurses' perception of competence and possible predictors: a cross-sectional survey. *Journal of Professional Nursing* 28(3), 170-181.
- Wangensteen S, Johansson I. & Nordstrom G. (2015) Nurse Competence Scale - Psychometric testing in a Norwegian context. *Nurse Education in Practice* 15(1), 22-29.
- Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature, *J Adv Nurs*, 39(5), 421-31.
- While A E. (1994). Competence versus performance: which is more important? *Journal of Advanced Nursing* 20 (3), 525-531.
- White RW. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence, *Psychological Review*, 66, 297-333.
- White SJ. (1997). Evidence-based practice and nursing: The new panacea? *British Journal of Nursing*, 6(3), 175-178.
- Wilkinson CA. (2013). Competency assessment tools for registered nurses: an integrative review, *J Contin Educ Nurs*, 44(1), 31-7.
- Winters CA. (2012). Forell, Molinari DL, Bushu A, *The Rural Nurse —Transition to Practice (1th)*, Springer Publishing Company, New York.
- Witt R R and Almeida M C P d. (2008). Identification of Nurses' Competencies in Primary Health Care Through a Delphi Study in Southern Brazil, *Public Health Nursing*, 25, 4, 336-343.

- 山崎不二子, 野口美和子, 大湾明美, 石垣和子, 北村久美子.(2016). 看護学士課程における島嶼看護学教育の効果と課題, 日本ルーラルナーシング学会誌, 11, 43-59.
- 八木街子 (佐伯) , 村上礼子, 鈴木美津枝, 三科志穂, 関山友子, 佐々木雅史, 中野真理子, 川上勝, 北田志郎, 大塚公一郎, 中村美鈴, 成田伸, 春山早苗.(2017). 特定行為に係る看護師の研修におけるオンライン掲示板利用の検討, 日本ルーラルナーシング学会誌, 12, 1-8.
- Yanhua C, Watson R. (2011). A review of clinical competence assessment in nursing, *Nurse Educ Today*, 31(8), 832-6.
- 吉田礼子. (2007). 新卒看護師の Clinical Competence ロジヤースの方法に基づいた概念分析, 東海大学短期大学紀要, 41, 83-91.
- 與座 (野田) 千代子. (2012a). 保健師によるアルコール関連問題への取り組み —断酒会支援を中心に—, 月刊地域医学<特集 地域で取り組むアルコール関連問題>, 26(9), 35-39.
- 與座 (野田) 千代子, 上原恒夫. (2012b). 栗国村の精神保健, 北村毅, 沖縄における精神保健福祉のあゆみ—沖縄県精神保健福祉協会 創立 55 周年記念誌—, 217-229, 財団法人 沖縄県精神保健福祉協会.
- 渡辺八重子, クローズ幸子. (2015). 米国看護大学における質と安全教育の改革 “QSEN” の取り組み, 看護教育, 56(1), 56-63.
- Zabalegui A, Loreto M, Josefa M, Ricoma R, Nuin C, Mariscal I, . . . Moncho J. (2006). Changes in nursing education in the European Union. *Journal of Nursing Scholarship*. 38(2), 114-118.
- Zwell M. (2000/2001). 梅津祐良 (訳) , *Creating a Culture of Competence*(コンピテンシー企業改革—会社を変える 36 のコンピテンシー), 東京経済新報社.

謝 辞

本論文は平成24年4月から平成30年3月まで筆者が在籍していた沖縄県立看護大学大学院の博士後期課程に在籍中の研究成果をまとめたものです。本研究は、平成24-25年度の沖縄県立看護大学 学長奨励研究、平成26年度の科学研究費助成事業、そして平成28年度の公益信託山路ふみ子 専門看護教育 研究助成基金による助成を受けて実施することができました。感謝を申し上げます。なお、研究の一部は平成25年に開催された第16回 East Asia Forum of Nursing Scholars (EAFONS) において発表しました。

論文をまとめるにあたり、多くの方々の協力を得て完成に至りました。

研究の第1段階に協力をしていただいた沖縄県の小離島での勤務経験のある看護師、保健師、医師の方々、そして第2段階に協力をしていただいた小離島等を含む看護職経験豊かな看護師と保健師の方々に感謝を申し上げます。“小離島の看護職者の活動や教育の役に立てるのであれば”という皆様の思いを基に、貴重な経験を聞かせていただいたおかげで調査をすることができました。第1段階の調査から完成するまでに長い年月を要し、結果を還元することが遅くなってしまい申し訳ありませんでした。また、本研究に取り組むきっかけとなる小離島の保健師としての豊かな経験を与えていただいた島民の方々と、共に島での活動をしていく中で幾度も私を支えてくださった役場職員、診療所の看護師、医師、そして県の保健所の保健師の方々にもお礼を申し上げます。

私は小離島で保健看護活動をしながら修士課程に在籍していた頃から博士論文の執筆を終えた現在に至るまでの10年間、前田和子教授に指導をしていただきました。ルーラル看護の研究者であるBushy (2002) はルーラルで働く看護職者の実践範囲について“多くの帽子をかぶることを期待されている”と述べていますが、研究について初心者だった私は先生から教育を受け、研究者として必要な服を身に付けさせてもらいました。前田先生からは保健師として現場の課題を改善していくことや、研究者としての姿勢や論文を執筆していく上で必要な助言を多くいただきました。これらは私の貴重な財産となっています。また、先生の幅広い学識と適切な教授にはいつも感銘を受け、教育を受けることの楽しさと厳しさを教わりました。先生から教わったことを十分にこの論文にまとめきれない面が多々ありますが、それはこれから私が自立した研究者となれるように1つずつ克服していくべき課題として認識をしています。深く感謝を申し上げます。

平成27年から執筆が終わるまでの3年間は指導教員として神里みどり教授にご指導をしていただきました。研究を進めることができなくなった時に先生から支えられ、前に進むように励まし続けていただいたおかげで仕上げることができました。また、国内だけでなく、国外の国々のルーラル看護の実践と研究の動向を教えてもらい、そして国外のルーラル看護の研究者との交流という貴重な機会を与えてもらいました。これらの経験を通して、今後、国内外の看護の動向を視野に入れた研究に取り組むモチベーションがさらに高まりました。神里先生からは立ち止まらずに、国境を越えて自分の足で前に進む勇気と、立派で丈夫な靴をいただきました。心より感謝を申し上げます。

小離島の保健看護のすばらしさや魅力については、沖縄県の離島での駐在保健師の経験と地域保健看護教育の経験が豊富な川崎道子教授から多くの教えをいただきました。川崎先生からは保健師としての活動に誇りと情熱をもつことの大切さを教わり、いつも温かく見守っていただきました。本論文のまとめ方についてのご助言もいただき、本当にありがとうございました。

論文を仕上げるにあたっては、副査の前田和子教授、嘉手苺英子教授、大湾明美教授、川崎道子教授に丁寧にご指導をいただき、改善点が多かった初稿を少しずつ洗練していくことができました。嘉手苺英子教授からは看護教育の専門的な立場からの示唆をいただきました。また、大湾明美教授からは小離島看護の豊富な知識に基づく助言をいただきました。深くお礼を申し上げます。

私は修士課程、博士課程を通して島嶼保健看護の教育と研究を推進している沖縄県立看護大学大学院で教育を受け、研究をすることができました。大学院設置から現在に至るまで効果的に学びやすい教育環境を整えていただいた歴代の学長をはじめ、多くの先生方、関係者のみなさま、そして沖縄県に感謝を申し上げます。

このように多くの方々の協力と支援を受けて完成することができたこの論文をこのままで終わらせるのではなく、小離島の看護職者の教育や、小離島の看護師、保健師の方々の活動の道しるべとして活用してもらうようになることが皆さまへの恩返しにつながると思っています。今後、教育や実践で活用しやすい形にまとめていく予定ですので、本論文についての感想、活用方法、改善点などのご意見がありましたら、メールで教えていただけると幸いです。どうぞよろしくお願い致します。

今後も小離島を含むルーラルで生活をする人たちの幸福と健康のために働く看護職者の教育に資する研究に取り組んでいきたいと思っております。

平成 30 年 3 月 3 日

野田 千代子

(Mail: haruru-sora.0721@hotmail.co.jp)



データベース (最終検索日: 2017.12.12)	キーワード	条件	検索数
医中誌	competen	会議録除く (PT), タイトル(TI), 抄録あり(A)	211
	コンピテン		111
	能力 看護		736
	能力 保健		107
	能力 助産		41
CiNiiの博士論文	competency	タイトル	114
	competence		114
	competencies		114
	能力 看護		30
	能力 保健		8
	能力 助産		2
PubMed	competen* nurs* japan*[Title]	—	117

ハンドサーチ:
引用文献、看護師、保健師の専門誌、図書、
職能団体等の印刷物等

【選定条件】

- ①看護師者、保健医療専門職者の全体的なコンピテンシー、能力の明確化に焦点を当て、その枠組みが記載された学術論文、博士論文
- ②学術論文ではないが、看護師者、または保健医療専門職者のコンピテンシー、能力を記載した重要な文献（国や看護職能関連の組織が規定したもの）
- ③引用文献、看護師、保健師の専門誌、図書、職能団体等の印刷物等によるハンドサーチから①②の条件に合致する文献

【除外条件】

- ①学部生、教員のコンピテンシー、能力の明確化に焦点を当てた文献
- ②入手不可の文献

文献数	
看護師	19(うち、ルーラル1件)
保健師	5(うち、島嶼1件)
助産師	0
合計	24

図1 国内文献の選定プロセス

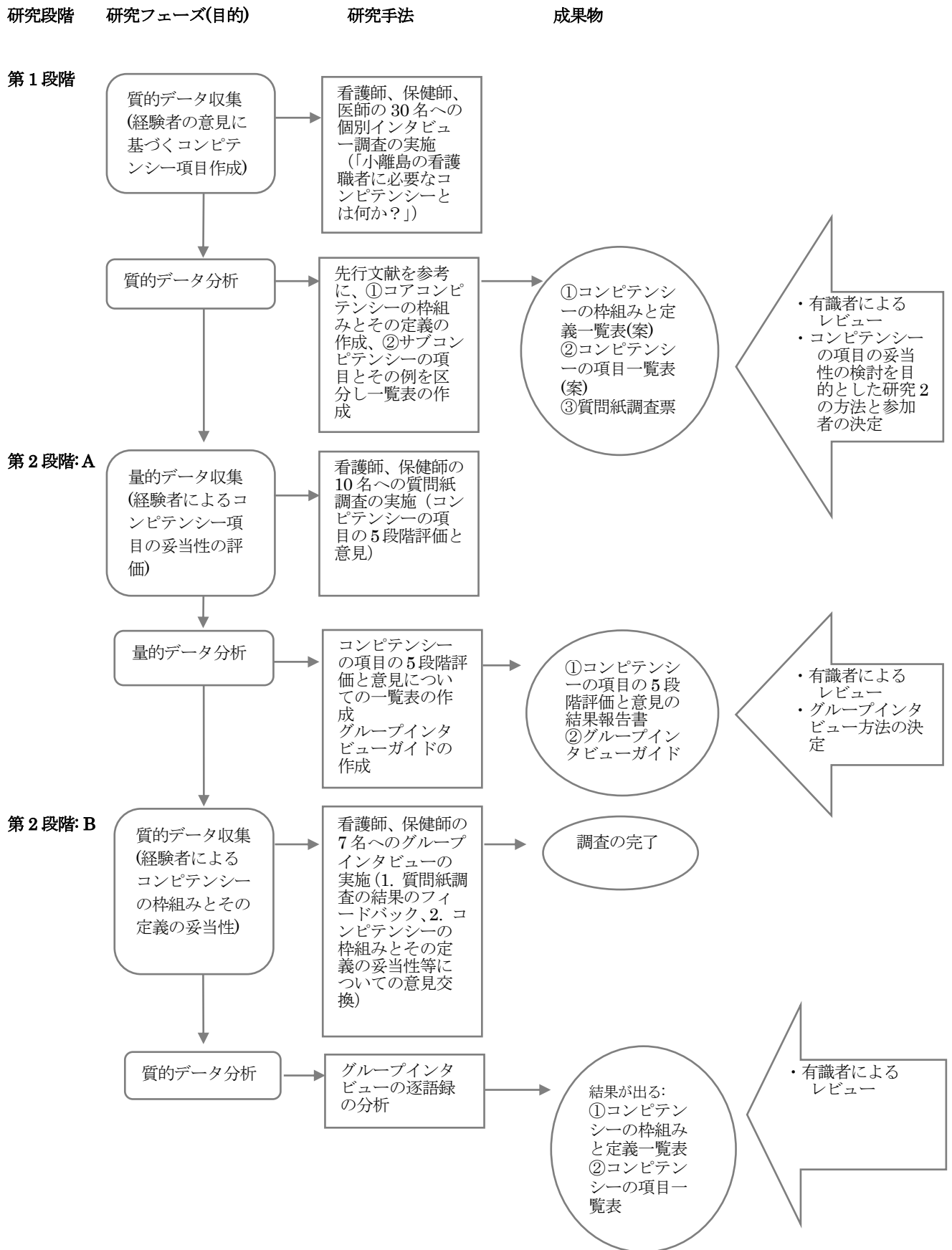
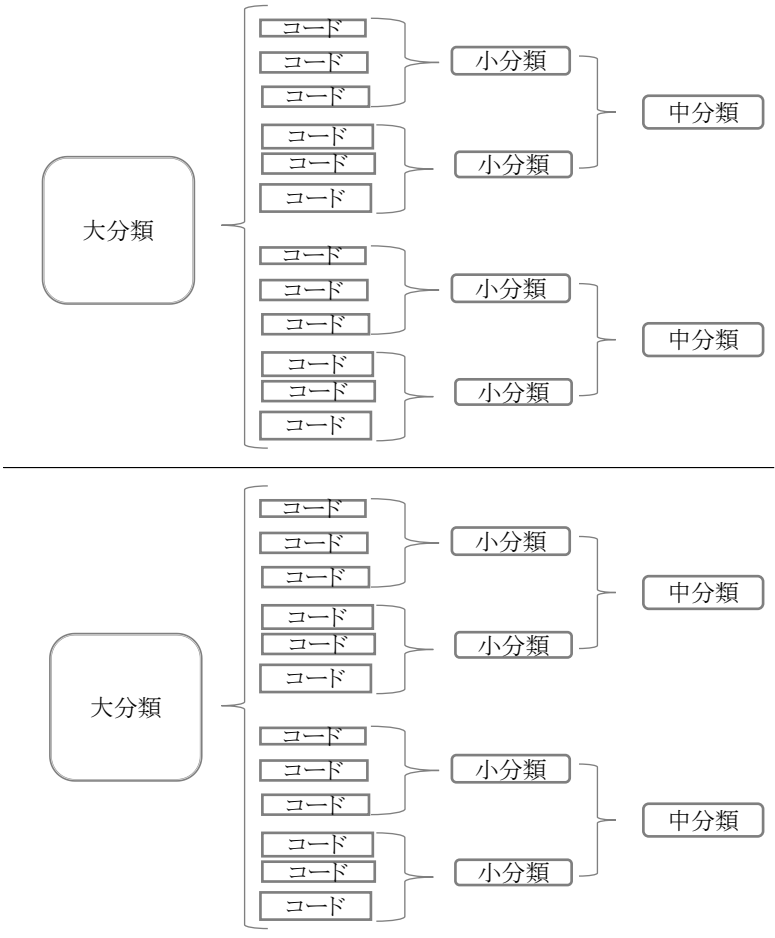


図2 本研究の構成



	大分類	コード	小分類	中分類
分類の順番:	①	②	③	④
数:	11	1578	115	70

図3 コンピテンシーの分類

コンピテンシー	看護師に必要な コンピテンシーの発言者番号☆										保健師に必要な コンピテンシーの発言者番号																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	...	30	1	2	3	4	5	6	7	...	23	24	25	26	27	28	29	30	
2 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる																												
1 役場(保健師と役場事務職員)と診療所(看護師・医師)との協働ができる																												
例: 役場や保健師と絡みながら診療活動を進めていくことができる ・診療所での活動は幅広くいろんなことに対応できないと成り立たないため、行政とのつながりは欠かせない																												
例: 役場と保健師と診療所が上手く関わることができる ・そうすることで島民支援に繋がる																												
例: 役場の診療所への依存度を高めない連携の工夫ができる ・連携をとりながらも、それぞれの役割を超え過ぎないようにする ・役場が診療所への依存度が高く主体的に動かない離島もある																												
例: 役場事務職員・保健師と診療所医師・看護師が連携して予防注射業務ができる																												
○ 役場事務職員・保健師と診療所医師・看護師が連携して予防注射業務ができる																												
○ 保健師と診療所が連携をとりながら子どもの予防接種のスケジュールリングができる																												
○ 保健師と医師が相談しながら予防接種のスケジュールリングできる																												
○ 診療所の意見を聞きながら小児の定期および任意の予防接種のスケジュールリングができる																												
例: 育児について診療所との連携が必要な時はつなぐことができる																												
例: 診療所と保健福祉担当の役場事務職員との橋渡し役ができる ・診療所医師が役場保健福祉担当役場事務職員に聞いても反応がよくない時、医師からの依頼があれば、医師の意見を保健福祉担当役場事務職員に伝えることができる ・精神疾患を抱えた受診者への対応に診療所医師・看護師が困ったとき、保健福祉担当役場事務職員に保険加入状態を確認し診療所医師・看護師に伝える																												
例: 介護担当の役場事務職員との連携ができる																												

☆ 看護師に必要なコンピテンシーについての発言者の番号であり、1～9は看護師、10～20は保健師、21～30は医師を示す

† コンピテンシーの列の枠内の下線部は、看護師と保健師の両方に必要なコンピテンシーを示す

‡ 必要なコンピテンシーの列の枠内の下線部は発言者の逐語録番号を示す

図4 「Ⅲ チームワークと協働」のデータの一次集計例

大分類 (コア・コンピテンシー)	中分類	小分類	コードの要約の一例	コード（発言者の要約）の一例	発言番号	職種☆	発言者†
Ⅲ チームワークと協働	1 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	1) 診療所内で看護師・医師・診療所事務職員とのチームワークができる	(1) 看護師、医師、診療所事務職員の3者が助け合い、チームで協働できる	・島に慣れた職員が新任職員に島民や家族の情報を伝えられる	109	1	4
		2) 役場内で保健師・役場事務職員などとのチームワークと協働ができる	(1) 島民に必要なサービスの必要性を首長・役場事務職員に説明・プレゼンテーションできる	・個別支援やグループ支援で捉えた課題の改善案を提案できる	136	2	11
	2 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	1) 役場（保健師と役場事務職員）と診療所（看護師・医師）との協働ができる	(1) 役場事務職員・保健師と診療所医師・看護師が連携して予防注射業務ができる	・保健師と医師が相談しながら予防接種のスケジューリングできる	258	2	24
		2) 看護師と保健師との協働ができる	(1) 看護師と保健師の両者が公衆衛生看護、地域保健看護の視点をもち、協働できる	・地域に溶け込みたい気持ちがあり、地域と関わりながら、看護師と保健師が共に地域で健康教育ができる	312	3	16
		3) 看護師・医師、保健師の3者の協働ができる	(1) 救急時の対応に備え、保健師と診療所が妊婦の情報共有ができる	・救急時の対応に備え、保健師は妊婦の同意を得たうえで、妊婦のリストを診療所に伝えることができる	231- 233	2	23
		4) 島内のヘルスケアメンバーとの協働ができる	(1) 定例会議を開催、または会議に参加し、意見交換ができる	・保健師だけで仕事をせずに、会議等を開催し、関係者との定期的な意見交換ができる	241- 245	2	19
	3 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	1) 診療所と拠点病院、県の関係部署のメンバーとのチームワークができる	(1) 拠点病院の関係者に相談・協力依頼ができる	・感染症認定看護師、薬剤師への抗がん剤治療についての相談ができる	83	1	2
		2) 役場と県のヘルスケアメンバーとのチームワークができる	(1) 県の離島支援担当保健師との情報交換や相談ができる	・乳幼児健康診査、精神保健巡回相談、精神保健の個別支援について県の離島支援担当保健師に相談できる	16- 22	2	17
		3) 島外のヘルスケアメンバーとの協働ができる	(1) 島民の入退院の調整について島外の保健医療福祉関係者と調整ができる	・精神疾患をもつ島民の入院と在宅療養について島外の精神科医師と調整できる	192	1	5
	4 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワークと協働ができる	1) 島民や地域組織がエンパワーメントする関わりができる	(1) 地域の力を上げる、島民同士が主体的に地域の健康づくりを実施できるような関わりや助言ができる	・“自分たちでどうしたらいいか” “自分たちで島を変えよう”等、島民同士が考え行動できるように関わることができる	220- 228	2	12
		2) 島民と協働できる	(1) 保健対策のために島内の人材や組織に協力依頼ができる	・見守りが必要な島民への見守り依頼ができる	258- 263	2	12
		3) 島内の地域組織と連携した保健活動ができる	(1) 島内の人材や組織を把握し連携した保健対策がとれる	・婦人会、介護の会、民生委員・児童委員等を把握し連携した保健対策がとれる	311- 464	2	10
		4) 島内のボランティア組織と連携した保健活動ができる	(1) 母子保健推進員と連携した親子支援活動ができる	・母子保健推進員と新聞作成ができる、月2回定期的に集まり皆でお菓子作りやティータイム、リサイクルができる	743- 751	2	10
		5) 地域の中で島民同士の信頼関係や助け合いの社会の構築ができる	(1) 精神疾患罹受診者、難病罹受診者、母子等要支援者の立場に立った支援ができる	・島内で孤立している島外出身の養育者（警察駐在員の妻・小中学校教員の妻等、島での一時的居住者）同士をやさしくつなげることができる	409	2	18

☆ 職種とは、看護職者に必要なコンピテンシー（1：看護師、2：保健師、3：両職種）を示す

† 発言者とは、発言した研究参加者番号（1-9：看護師、10-20：保健師、21-30：医師）を示す

図5 「Ⅲ チームワークと協働」の分析例

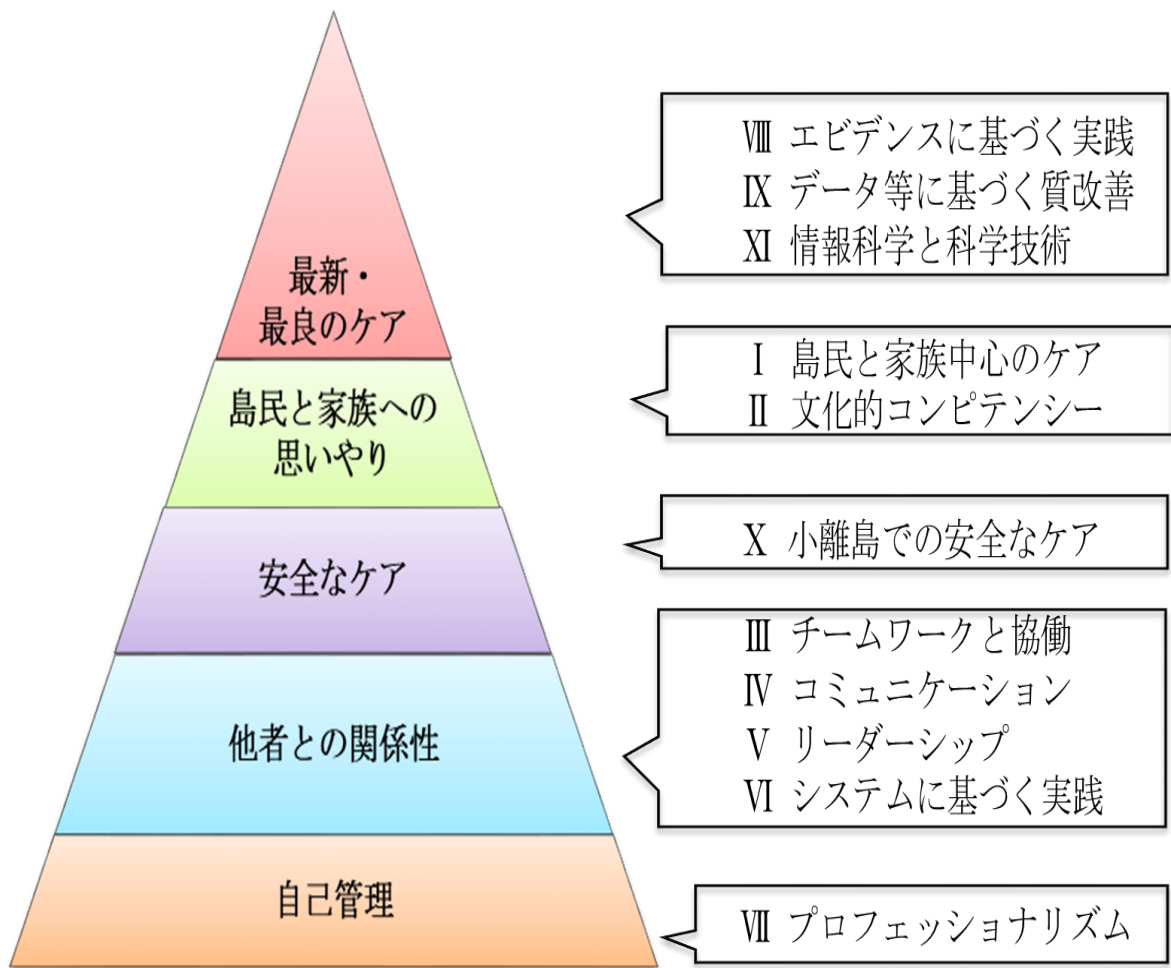


図6 小離島で働く看護職者教育のためのコア・コンピテンシーモデル

表

表1 国内文献におけるコア・コンピテンシーの定義

No	著者名 (年度)	研究目的	コンピテンシー等の定義
1	南家ら (2005)	日本語版Six-Dを使用し看護ケアの質と看護コンピテンシーの関連の明確化	コンピテンシー：共通して成果を上げるために、有効で特徴的な行動や振る舞い
2	松谷ら (2010)	国外文献検討による看護師のコンピテンシーの定義と属性、要素と構造の明確化	コンピテンスもコンピテンシーも看護実践状況を背景にする複雑な活動であり、状況の中に存在する全体的統合的概念 看護のコンピテンス：知識や技術を特定の状況や背景の中に統合し倫理的で効果的な看護を行うために必要な能力 看護のコンピテンシー：潜在的なコンピテンスが前提となってコンピテンとな（有能な）看護師によって実際の行為として示される行動特性
3	中山ら (2010)	CNCSS(看護実践能力自己評価尺度;Clinical Nursing Competence Self-Assessment Scale)の開発と臨床経験1~5年の看護大卒者のCNCSS(看護実践能力自己評価尺度)の比較	コンピテンス：十分な職務遂行に関する知識、技術、行動力に加えて、倫理、価値と反省的実践を行える効力で、その実践がもつ文脈の重要性を認識できる、また有効な実践方法が一つではないことの認識の上に成り立つ能力(Gonzi, 1994; Cowan, 2005)
4	細田ら (2011)	中堅期のコンピテンシーの明確化	コンピテンシー：職務に卓越した者の行動特性(アンダーセン, 2000; Meretoja et al, 2004を参考に作成)
5	本村ら (2013)	中規模病院の看護管理者のコンピテンシー評価尺度(NACAS)開発	看護管理者のコンピテンシー：組織を構成している一人ひとりの当該組織の問題解決過程において、成果責任を伴う実践であり、構成員自らが、個と全体を内省しながら、環境との相互作用ができるような能力
6	井上 (2014)	中間管理者のコンピテンシーの明確化	コンピテンシー：ある職務やある状況において、高い成果・業績を生み出すための特徴的な行動特性(McClelland)
7	岡本ら (2007)	特に強化が必要な行政保健師の専門能力の明確化	専門能力(competencies)：単に(1)専門職として活動するために必要・十分な知識・技術があること、だけでなく、(2) (1)を主体的に獲得する意識・考え方・行動様式を備えていること、これら双方の統合された能力

表2 国内の島嶼、ルーラルの看護職者のコンピテンシー研究一覧

看護分野	島嶼の保健師		ルーラルの看護師
No	1		2
著者名 (年度)	丸岡ら (2012)		Kikuchiら (2006)
1. 研究目的 2. 研究方法 3. 大分類の枠組名(数)/中分類の枠組名(数) 4. コンピテンシー等の定義	1. 島嶼赴任経験で向上した保健師の実践能力の明確化 2. 島嶼赴任経験のある係長級保健師の5名への半構造的なフォーカスグループインタビュー (2回) 3. 大分類の枠組名(6) 4. コンピテンシーの定義	1. 島嶼赴任経験で向上した保健師の実践能力の明確化 2. 島嶼赴任経験のある主事・主任級の保健師5名への半構造的なフォーカスグループインタビュー (2回) 3. 大分類の枠組名(5) 4. コンピテンシーの定義	1. ルーラルの医療機関への派遣が看護師のコンピテンシーに与える教育効果の明確化 2. ①派遣経験のある看護師84名へのオープン質問紙調査, ②派遣経験のある看護師81名への質問紙調査 3. 大分類の枠組名(5)/中分類の枠組名(20) 4. コンピテンシーの定義
大分類の枠組の参考文献	-	-	文部科学省(2011)と同様
大分類名 (中分類数)	現場での実践を促すことができる人材育成能力	幅広い対象者の力を見出す能力	ヒューマンケアの基本に関する実践能力(3)
	市町村との連携促進能力	関係機関と顔を合わせた積極的な連携構築能力	根拠に基づき看護を計画的に実践する能力(6)
	平常時活動の充実による危機管理能力	対象者・関係者がエンパワーできるよう支援する能力	特定の健康課題に対応する実践能力(4)
	視野が広がり全体像を把握する能力	全体像を把握した方策立案力	ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力(5)
	組織内における連携促進力	職場内における連携促進力	専門職者として研鑽し続ける基本能力(2)
	事業評価を数値で捉える能力		

表3.1 国内の看護師のコンピテンシー研究一覧

No	1	2	3	4	
著者名 (年度)	鈴木ら (2001)	土佐ら (2002)	齋藤 (2005)	上田ら (2006)	
1. 研究目的 2. 研究方法 3. 大分類の枠組名(数)/中分類の枠組名(数) 4. コンピテンシー等の定義	1. 日本語版Six-Dの作成 2. 2度の予備調査とBack Translation等の手続きに基づき質問項目を修正し日本語版Six-Dを作成 3. 6/51	1. 3年目以上の臨床実践能力の明確化 2. 3病院で勤務する3年目以上の看護師574名への質問紙調査 3. カテゴリー(5)/サブカテゴリー 4. -	1. 看護師のコンピテンシーの構成要素の抽出 2. 国内外の文献検討 3. 領域(9)/項目(47) 4. -	1. 学士課程修了者のコンピテンシーの明確化 2. 国内外の文献検討 3. コア・コンピテンシー(6)/コンピテンシー(50) 4. (右の大学院修士課程修了者に同じ)	1. 大学院修士課程修了者のコンピテンシーの明確化 2. 国内外の文献検討 3. コア・コンピテンシー(12)/コンピテンシー(81) 4. 学生が達成することを期待される測定可能な条件の下で示される学習のアウトカム(知識、技術、態度)
大分類の枠組の参考文献	Schwirian (1978)のSix-D	-	-	-	
大分類名 (中分類数)	リーダーシップ(5)	看護管理能力	看護過程(27)	批判的思考(6)	意思の疎通(7)
	クリティカルケア(7)	職場での影響力	信頼関係(3)	意思の疎通(8)	教育学(5)
	教育/協力(11)	患者に対するケア能力	医療機器・薬剤の取り扱い(2)	ヘルステクノロジーと情報システム(6)	教育と倫理のコア・コンピテンシー(8)
	計画/評価(7)	教育能力	スタッフ・学生指導(2)	健康アセスメント・フィジカルアセスメント(7)	研究、統計、質向上(9)
	人間関係/コミュニケーション(12)	自己学習能力	自己の振り返り(2)	教育学(4)	情報と遠隔コミュニケーション(5)
	専門職的発達(9)		社会の要請への対応(3)	看護技術(14)	ヘルスシステム、保健政策、看護管理(11)
			保健医療チームとの協働(3)		生涯人間発達(5)
			自己研鑽(自己開発)(3)		専門職業意識(6)
			プライバシーの保持(1)		疫学、疾病予防、リスク軽減、健康増進(5)
					健康アセスメント・フィジカルアセスメント(7)
				解剖学、生理学、病態生理学(6)	
				薬理学(7)	

表3.1 国内の看護師のコンピテンシー研究一覧（つづき）

No	13	14	15
著者名 (年度)	日本看護協会 教育計画基本 方針(2012)	松谷ら (2012)	高屋ら (2013)
1. 研究目的 2. 研究方法 3. 大分類 の枠組名 (数)/中分 類の枠組 名(数) 4. コンピ テンシー 等の定義	1. 看護師に必要な能力の明確化 2. 3. 項目(3)/ (9) 4. -	1. 大学新卒看護師のコンピテンシーの明確化 2. 看護系大学を卒業した病院入職1年目の看護師17名への半構成的面接 3. コアカテゴリー(7)/サブカテゴリー(24) 4. 臨床看護実践能力(Nursing Competency):臨床現場で働く看護師が看護を行するための資質、技術、および能力	1. 大学新卒看護師のコンピテンシーの明確化 2. 新卒看護師育成経験のある臨床経験5年以内の看護師17名への半構成的面接 3. カテゴリー(58)/サブカテゴリー(10) 4. 臨床看護実践能力(Nursing Competency):実際に看護が行われる状況や文脈の中で知識や技術を統合し、行動として看護を行うための主要な能力および資質
大分類の 枠組の参 考文献	ICN(2003)な ど	-	-
大分 類名 (中分 類数)	専門的・倫理的・法的実践(3)	人間関係を築いていく力(5)	看護へのコミットメント力(7)
	看護の提供とマネジメント(3)	セルフマネジメント力(3)	コミュニケーション力(6)
	専門能力の開発(3)	自己研鑽力(2)	基盤となる専門基礎科目の知識力(3)
		基盤となる知識力(4)	臨床アセスメント能力(6)
		看護技術力(3)	看護技術力(9)
		看護へのコミットメント力(2)	看護業務遂行能力(10)
		看護業務遂行能力(5)	自己研鑽力(5)
			セルフマネジメント力(3)
			リスクマネジメント力(7)
			専門職者間連携による看護実践力(2)

表3.1 国内の看護師のコンピテンシー研究一覧（つづき）

No	16	17	18
著者名 (年度)	三浦ら (2014)	斜森ら (2015)	細田ら (2016)
1. 研究目的 2. 研究方法 3. 大分類の枠組名(数)/中分類の枠組名(数) 4. コンピテンシー等の定義	1. 大卒後1年の看護師が認識するコンピテンシーの明確化 2. 大卒後1年の看護師12名への半構成的面接 3. カテゴリー(7)/サブカテゴリー(19) 4. 臨床看護実践能力(Nursing Competency):実際に看護が行われる状況や文脈の中で知識や技術を統合し、倫理的で効果的な看護	1. プライマリケア機能を担う診療所の看護師に必要なコンピテンシーの明確化 2. プライマリケア機能を担う診療所に勤務する医師6名と看護師11名へのフィールド調査(面接法及び参加観察法) 3. カテゴリー(9)/サブカテゴリー(30) 4. -	1. 中堅期看護師と新人期看護師のコンピテンシーの構成要素とそのニーズとの関連の明確化 2. 500床以上の60病院の中堅994名と新人1016名への質問紙調査 3. 因子(7)/項目(22) 4. 看護のコンピテンシー:看護実践の中で発揮される能力や行動特性
大分類の枠組の参考文献	-	-	細田ら(2011)の中堅期看護師の7つのコンピテンシー
大分類名(中分類数)	良好に人間関係を構築すること(5)	患者と家族のライフステージに合わせた疾病予防・健康増進活動の実践(2)	組織への参画(4)
	的確なアセスメントに基づき看護技術を提供すること(2)	優先順位の判断と実践(1)	協働関係づくり(3)
	アセスメントに必要な知識を保有していること(3)	疾病管理(4)	実効パワー志向(3)
	看護業務についてチームワークを基盤に遂行すること(3)	個人や家族に潜在する問題の早期発見と対処(1)	フレキシビリティ(3)
	自己研鑽や学習を行うこと(2)	個人や家族に潜在する問題解決のための多職種や住民サポーターとの協働・連携(8)	目標達成志向(3)
	セルフマネジメントをすること(2)	地域の健康問題の解決に向けた行動(6)	リーダーシップ(3)
	看護実践にコミットメントしていること(2)	幼稚園や学校の健康管理(1)	専門的実践(3)
		産業施設の健康管理(1)	
		診療所マネジメント(6)	

表3.2 国内の保健師のコンピテンシー研究一覧

看護分野				
No	1	2	3	4
著者名 (年度)	大倉 (2004)	岡本ら (2007)	平野ら (2009)	麻原ら(2010) 厚生労働省(2010)
1. 研究目的 2. 研究方法 3. 大分類の枠組名(数)/中分類の枠組名(数) 4. コンピテンシー等の定義	1. 専門家が行政保健師に期待するコンピテンシーの明確化 2. 保健師免許を有する専門家209名への郵送によるデルファイ法(3回) 3. 領域(7)/項目(37) 4. 実践能力(Competencies): 地域保健活動を実践する際に必要とする技術・知識・態度を総称した能力	1. 特に強化が必要な行政保健師のコンピテンシーの明確化 2. 3段階調査(①学識経験者7名へのフォーカスグループディスカッション, ②保健師と関係他職種9名への個別面接, ③全国の現任保健師研修担当者335名への質問紙調査) 3. 大項目(5)/中項目(11) 4. 専門能力(competencies): 単に(1)専門職として活動するために必要・十分な知識・技術があること、だけでなく、(2)(1)を主体的に獲得する意識・考え方・行動様式を備えていること、これら双方の統合された能力	1. 保健師と事務系職員が10年目の保健所保健師に求めるコンピテンシーレベルの明確化 2. 実務経験10年以上の保健師, 事務系職員への質問紙調査 3. 実践能力(5)/項目(40) 4. 保健師の実践能力(competency): ①保健師の基礎となる能力、②対人支援応力、③地域支援能力、④施策能力、⑤管理能力、の5つの能力で構成された能力	1. 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度の明確化 2. 行政機関と事業所に所属する保健師197名, 教育機関(大学, 短大, 専門学校)の教育者146名への技術項目の枠組みについてのデルファイ法による2回の質問紙調査 3. 大項目(5)/中項目(16) 4. -
大分類の枠組の参考文献	-	-	ICN(2003)	技術項目と到達度に関する助産師の調査(全国助産師教育協議会, (2006). 平成17年度事業活動報告書)
大分類名(中分類数)	看護過程展開能力(2)	住民の健康・幸福の公平を護る能力(3)	保健師の基礎となる能力(7)	地域の健康課題の明確化と計画・立案する(3)
	地域保健活動展開能力(5)	住民の力量を高める能力(2)	対人支援能力(10)	地域の人々と協働して, 健康課題を解決・改善し, 健康増進能力を高める(3)
	ヘルスケア提供能力(11)	政策や社会資源を創出する能力(2)	地域支援能力(10)	地域の健康危機管理を行う(3)
	マネジメント能力(15)	活動の必要性和成果を見せる能力(2)	施策能力(8)	地域の人々の健康を保障するために, 生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する(4)
	情報活用能力(4)	専門性を確立・開発する能力(2)	管理能力(5)	保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び, 実践の質を向上させる(3)
	対人関係形成能力(4)			
	豊かな人間性(6)			

表4 国外のルーラル等の看護職者等のコンピテンシー研究一覧

保健看護職者	オーストラリアのリモートの看護師	米国の辺境地(Frontier State)の公衆衛生従事者	米国のルーラルの公衆衛生看護師	米国のルーラルの救急医療機関の看護師	
No	1	2	3	4	5
著者名(年度)	CRAMES (2001)	Bartee et al (2003)	Nelson (2007)	Hurme (2007, 2009)	Rass (2008)
1. コンピテンシー名(◎:尺度開発) 2. 研究目的 3. 研究方法 4. 大分類数/中分類数 5. 特徴	1. RAN(National Remote Area Nurse) Competency Standards 2. リモートエリア看護師のコンピテンシー基準の開発 3. 遠隔地実践の経験を持つ研究者/NPのチームによって構成された 4. 5/14 5. CNANA(オーストラリアリモートエリア看護師協議会)によって開発されたオーストラリアの国家的なコンピテンシー	1. - 2. COLのコアコンピテンシーについての公衆衛生活動の知覚のレベルの特定 3. 696名の公衆衛生従事者へのe-mailによる質問紙調査 4. 8/92	1. - 2. ルーラルの公衆衛生看護師によるQCのコンピテンシーの認知と活用程度の明確化 3. モンタナ州の58の地方の保健の管轄区に招待状と調査を電子で送付 4. 8/68 5. 修士論文	1. - 2. ルイジアナ州のルーラルの救急医療機関の看護師のサブコンピテンシーの特定 3. 管理職の看護師7名への4つのコアコンピテンシーについてのe-mailによる3ラウンドのデルファイ法(1. 自由記述, 2-3. 重要度の5段階評価) 4. 4/102 5. 博士論文(2007)	1. - 2. メイン州のルーラルの救急医療機関の看護師のサブコンピテンシーの特定 3. 管理職又は教員の看護師8名への4つのコアコンピテンシーについての3ラウンドのデルファイ法(1. 自由記述, 2-3. 重要度の5段階評価) 4. 4/148 5. 博士論文
大分類の枠組の参考文献	ー	COL (1991), QC (2000)と同様	COL (1991), QC (2000)と同様	Benner (1984)等	Hurme (2007)と同様
大分類名(中分類数)	リモートエリア看護の実践(3)	分析・アセスメント(15)	分析・アセスメント(11)	臨床/技術(25)	臨床/技術(37)
	倫理および法律上の実践(3)	コミュニケーション(8)	コミュニケーション(7)	クリティカルな思考(24)	クリティカルな思考(40)
	熟考した実践(3)	地域特性に応じた実践(11)	地域特性に応じた実践(8)	コミュニケーション/対人関係(27)	コミュニケーション/対人関係(36)
	マネジメントとチームワーク(2)	文化的コンピテンシー(8)	文化的コンピテンシー(5)	管理/組織化(26)	管理/組織化(35)
	コミュニケーションと交渉単元(3)	リーダーシップとシステム思考(10)	リーダーシップとシステム思考(8)		
		政策開発・計画策定(14)	政策開発・計画策定(11)		
		財務計画とマネジメント(16)	財務計画とマネジメント(10)		
		公衆衛生学(10)	公衆衛生学(8)		

☆ CRAMESはThe Centre for Research in Aboriginal and Multicultural Studiesの略称であり、RANはNational Remote Area Nurse) Competency Standardsの略称である

† COLはCouncil on Linkages Between Academia and Public Health Practice(米国の大学と行政機関の連携強化機関)の略称である

‡ QCはThe Quad Council(米国公衆衛生看護評議会)の略称である

§ RRAHCはRural and Remote Allied Health Competencyの略称である

表4 国外のルーラル等の看護職者等のコンピテンシー研究一覧(つづき)

保健看護職者	ブラジルのプライマリヘルスケア看護師	オーストラリア西部のルーラルとリモートの保健従事者	米国のルーラル/辺境地(Frontier State)の公衆衛生看護師
No	6	7	8
著者名(年度)	Witt et al(2008)	Lin et al(2009)	Bigbee et al(2010)
1. コンピテンシー名(◎:尺度開発)	1. -	1. RRAHC (Rural and Remote Allied Health Competency)	1. -
2. 研究目的	2. ブラジル南部のプライマリヘルスケアの一般的看護師および公衆衛生看護師のコンピテンシーの特定	2. オーストラリア西部の遠隔地・ルーラルの保健従事者のコアコンピテンシーとツールの開発	2. QCのコンピテンシーについて1人配置と複数配置の辺境地の公衆衛生看護師の自己評価の比較
3. 研究方法	3. 一般的看護師および公衆衛生看護師の計109名への3ラウンドのデルファイ法(1. 自由記述, 2-3. 重要度の5段階評価)	3. 文献レビュー後, 西オーストラリアの保健関連従事者への3段階のデルファイ法	3. アイダホ州の124名の公衆衛生看護師への自記式質問紙調査
4. 大分類数/中分類数	4. 10	4. 8/33	4. 8/68
5. 特徴			
大分類の枠組の参考文献	—	スコットランドのコアコンピテンシー	COL(1991), QC(2000)と同様
大分類名(中分類数)	専門的な価値	サービス提供(5)	分析・アセスメント(11)
	コミュニケーション	公平と多様性(3)	コミュニケーション(7)
	チームワーク	専門職業的スキル(7)	地域特性に応じた実践(8)
	管理	倫理的実践(4)	文化的コンピテンシー(5)
	コミュニティ指向	発達とサポート(4)	リーダーシップとシステム思考(8)
	ヘルスプロモーション	質と安全(4)	政策開発・計画策定(11)
	問題解決	臨床マネジメント(4)	財務計画とマネジメント(10)
	ヘルスケア	臨床スキル(2)	公衆衛生学(8)
	教育		
基本的な公衆衛生学			

☆ COLはCouncil on Linkages Between Academia and Public Health Practice(米国の大学と行政機関の連携強化機関)の略称である

† QCはThe Quad Council(米国公衆衛生看護評議会)の略称である

表5 国外の主要な看護職者、および保健医療従事者のコンピテンシー研究一覧

保健看護職者	米国のジェネラリスト看護師	米国のジェネラリスト看護師	米国の公衆衛生専門職者	米国のジェネラリスト看護師
No	1	2	3	4
著者名(年度)	Schwirian (1978)	Benner (1984)	COL (1991年, 2014年更新)	Lenburg et al (1999)
1. コンピテンシー名 (◎:尺度開発) 2. 研究目的 3. 研究方法 4. 大分類数/中分類数 5. 特徴	1. ◎Six-D Scale: the Six-Dimension Scale of Nursing Performance 2. 看護師のコンピテンシー尺度開発 3. 1 予備調査, 2 新任看護師と直属の上司への質問紙調査 4. 6/52 5. 看護師のコンピテンシー文献に多く引用されている	1. The Dreyfus Model of Skill Acquisition Applied to Nursing (Domains of Nursing Practice) 2. サンフランシスコ湾岸地域の初心者と達人看護師の状況判断と臨床実践の差の明確化 (コンピテンシー修得における初任者, 新人, 一人前, 中堅, 達人の5つのレベルを通過することの明確化) 3. 初心者と達人看護師のペア21組への個別面接調査等 4. 7/31 5. 看護師のコンピテンシー文献に多く引用されている	1. COL (Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice) Core Competencies for Public Health Professionals 2. 公衆衛生専門職者のコンピテンシーの特定と教育, 訓練, 実践, 研究の改善 3. 4. 8/92 6. Core Competencies 5. 米国の20の公衆衛生に関する国家的組織と連携し作成, 8つのコアコンピテンシーは実践者, シニア, 監督者の3つのレベルで構成	1. ◎COPA Model: Competency Outcomes&Performance Assessment model 2. 看護師のコンピテンシー尺度開発 3. 4. 8/32 5. ANA(米国看護協会) に採用されている
コア・コンピテンシーの参考文献	—	Dreyfus & Dreyfus(1981)	—	—
大分類名 (中分類数)	リーダーシップ (5)	診断と患者モニタリング機能 (5)	分析・アセスメント(15)	アセスメントと調査 (3)
	クリティカルケア (7)	援助役割 (8)	コミュニケーション(8)	クリティカル・シンキング (4)
	教育/協力 (11)	ティーチング-コーチング (5)	地域特性に応じた実践 (11)	コミュニケーション (10)
	計画/評価 (7)	治療的介入と療法の施行とモニタリング (4)	文化的コンピテンシー (8)	人間的ケアリング関係 (3)
	人間関係/コミュニケーション (12)	組織と業務上の役割 (3)	リーダーシップとシステム思考(10)	知識の統合 (2)
	専門職的発達 (10)	急な状況変化の効果的管理 (3)	政策開発・計画策定 (14)	ティーチング (2)
		良質なヘルスケアの実践と保障 (3)	財務計画とマネジメント (16)	マネジメント (4)
			公衆衛生学(10)	リーダーシップ (4)

表5 国外の主要な看護職者、および保健医療従事者のコンピテンシー研究一覧 (つづき)

保健看護職者	米国の医療従事者	米国の公衆衛生看護師	台湾の看護学生	国際看護協会のジェネラリスト看護師
No	5	6	7	8
著者名(年度)	ACGME (1999)	QC (2000)	Lee et al (2002)	Alexander et al (2003)
1. コンピテンシー名 (◎:尺度開発) 2. 研究目的 3. 研究方法 4. 大分類数/中分類数 5. 特徴	1. ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) Competencies 4. 6/28	1. CCPHN (公衆衛生看護師のコンピテンシー) 2. 公衆衛生看護師のための8つのコアコンピテンシーをジェネラリスト、監督者の2段階で構成し、測定可能なコンピテンシーの草案を描くこと 3. ①COLのコアコンピテンシーの適応の是非の検討, ②1000名以上からのパブリックコメントの収集, ③220名以上のメンバーに意見を求め最終版を策定 4. 8/68 5. QCは公衆衛生看護師の教育/活動の主要な4組織 (ACHNE, APHN, PHN-APHA, ANA) の代表が集まった4者協議会	1. ◎CNCQ: Clinical Nursing Competence Questionnaire 2. 看護大学生の看護のコンピテンシーの明確化 3. 看護大学生のうちフルタイム52名, パートタイム69名への質問紙調査 4. 5	1. ICN (International Council of Nurses) Framework of Competencies for the Generalist Nurse 2. ジェネラリスト看護師の国際的なコンピテンシーの枠組みの作成 3. 4. 3/14
コア・コンピテンシーの参考文献	—	COL (1991) と同様	—	—
大分類名 (中分類数)	患者ケア (9)	分析・アセスメント(11)	コミュニケーション/調整	専門的, 倫理的, 法的な実践(3)
	医療知識 (2)	コミュニケーション(7)	全体的な臨床看護	ケア提供とマネジメント (9)
	学習と改善に基づく実践 (6)	地域特性に応じた実践(8)	ケアリング	専門性の開発: 専門性の向上 (3)
	学際的コミュニケーション (3)	文化的コンピテンシー(5)	マネジメント/ティーチング	
	プロフェッショナリズム (3)	リーダーシップとシステム思考(8)	専門職人としての自己成長	
	システムに基づく実践 (5)	政策開発・計画策定(11)		
		財務計画とマネジメント(10)		
		公衆衛生学(8)		

表5 国外の主要な看護職者、および保健医療従事者のコンピテンシー研究一覧 (つづき)

保健看護職者	米国の医療専門職者	フィンランドのジェネラリスト看護師	米国のジェネラリスト看護師	EUのジェネラリスト看護師	米国のジェネラリスト看護師
No	9	10	11	12	13
著者名 (年度)	IOM (2003)	Meretoja et al (2004)	NCSBN et al (2005)	Cowan et al (2005, 2006)	QSEN (2005)
1. コンピテンシー名 (◎: 尺度開発) 2. 研究目的 3. 研究方法 4. 大分類数 / 中分類数 5. 特徴	1. IOM (米国医学研究所) コンピテンシー 2. 医療の質と安全の確保のためのコンピテンシーの特定と教育 3. 4. 5/27 5. 米国農村保健委員会のQuality Through Collaboration: The ruturee of Rural Health Care(2005)に引用されている	1. ◎NCS (看護師コンピテンシー尺度) 2. フィンランドのジェネラリスト看護師のコンピテンシーの尺度開発 3. 文献検討と6名の専門家のグループを含む7段階のアプローチ. 予備研究後に498名の看護への4段階の自記式質問紙調査. 信頼性と妥当性の確保もされた 4. 7/73	1. NCSBN (National Council for State Boards of Nursing) Competence 2. 米国のジェネラリスト看護師のためのコンピテンシーの尺度開発 4. 4	1. ◎EQT: EHTAN (European health care training accreditation network) questionnaire tools 2. EUのジェネラリスト看護師のための2種類のコンピテンシー自己評価尺度の開発 3. 4. 8/108	1. QSEN (看護師のための質と安全教育) コンピテンシー 2. 看護の質と安全の確保 3. 免許取得前と大学院で教育すべき6つのコンピテンシーの定義と学習目標を定め, その教授法を教員に伝授 4. 6/24 6. 米国の国家的な看護師のための質と安全教育, 6つのコンピテンシーを教育することを看護教育機関に義務づける認定基準を導入
コア・コンピテンシーの参考文献	—	Benner(1984)			5/6はIOMと同様
大分類名 (中分類数)	患者中心のケアの提供(5)	診断的機能(7)	知識の適用	アセスメント(9)	人と家族中心のケア(5)
	学際的なチームワーク(8)	援助役割(7)	判断	コミュニケーション(10)	チームワークと協働(5)
	エビデンスに基づく実践の使用(4)	ティーチング・コーチング(16)	実践のための人間関係スキル	ケア提供(40)	エビデンスに基づく実践(4)
	質改善の適用(5)	治療的介入(10)	実践のためのスキル	健康増進・疾病予防(10)	質改善(4)
	情報科学の利用(5)	業務遂行力(19)		専門職的倫理的実践(16)	情報科学(3)
		状況マネジメント(8)		チームワーキング(9)	安全(3)
		質の確保(6)		自己啓発と専門職能開発(8)	
				研究と開発(6)	

表5 国外の主要な看護職者、および保健医療従事者のコンピテンシー研究一覧（つづき）

保健看護職者	米国マサチューセッツ州のジェネラリスト看護師	中国のジェネラリスト看護師	オーストラリアのジェネラリスト看護師	カナダの新任看護師
No	14	15	16	17
著者名 (年度)	NOF (2006)	Liu et al (2007)	Cowin et al(2008)	Black et al (2009)
1. コンピテンシー名 (◎: 尺度開発) 2. 研究目的 3. 研究方法 4. 大分類数 / 中分類数 5. 特徴	1. NOF(the Massachusetts Nurse of the Future)Competency Committee 2. 免許取得前と大学院で教育すべき10つのコンピテンシーの定義と学習目標を定めた 3. コアコンピテンシー等参考にしたものは、IOM/QSEN, ACGME, COPA, NLN, Zabalegui (2006)等 4. 10/66	1. ◎CIRN: Competency Inventory for Registered Nurses 2. 中国のジェネラリスト看護師のためのコンピテンシーの尺度開発 3. 815名の看護師への質問紙調査と6名のエキスパートの評価など2段階(7ステップ)の調査. 信頼性と妥当性の確保もされた 4. 7/58	1. ◎ANCL: Australian National competency Standards for Registered Nurses 2. オーストラリアのジェネラリスト看護師のコンピテンシー尺度の国家基準の作成 3. 116名の新人看護師への7自記式質問紙調査後, NCSと比較し評価 4. 4	1. - 2. カナダの新任看護師のコンピテンシー開発 3. 月例のテレコンファレンス, 頻繁なeメールのやりとり, 小グループによる作業と全体会議など複数の方法 4. 5/119
コア・コンピテンシーの参考文献	6/10はQSENと同様	ICN(2003)		ICN(2003)
大分類名 (中分類数)	患者中心のケア(5)	クリティカルシンキングと研究力(10)	クリティカル・シンキングと分析	専門職としての責務と説明責任
	チームワークと協働(7)	人間関係(8)	他者強化	知識に基づく実践
	エビデンスに基づく実践(6)	臨床ケア(9)	専門職的, 倫理的実践	倫理の実践
	質改善(4)	ティーチング-コーチング(7)	ケアのマネジメント	公共サービス
	情報科学と科学技術(9)	合理的/倫理的実践(8)		自己規制
	安全(6)	リーダーシップ(10)		
	コミュニケーション(8)	専門職業人としての発達(6)		
	リーダーシップ(10)			
	システムに基づく実践(4)			
	プロフェッショナリズム(7)			

表5 国外の主要な看護職者、および保健医療従事者のコンピテンシー研究一覧 (つづき)

保健看護職者	APN	公衆衛生および地域の看護師	新卒看護師
No	18	19	20
著者名 (年度)	Sastre-Fullana et al (2014)	Clark et al (2016)	Missen et al (2016)
1. コンピテンシー名 (◎: 尺度開発) 2. 研究目的 3. 研究方法 4. 大分類数 / 中分類数 5. 特徴	1. - 2. 29か国のAPNの一般的なコンピテンシーの特徴の特定 3. 文献検討, web検索 4. 17	1. - 2. 公衆衛生および地域における看護師のコンピテンシーの特定 3. 2013年までの公衆衛生および地域における看護師の10のコンピテンシーの研究質的分析 4. 10	1. - 2. 新卒看護師の臨床上のコンピテンシーのテーマの特定 3. 2004-2014年の15の新卒看護師の臨床上のコンピテンシー研究の質的分析 4. 4
コア・コンピテンシーの参考文献	-	-	-
大分類名 (中分類数)	研究	疫学のスキル	臨床/技術スキル
	臨床と専門職としてのリーダーシップ	社会的正義	クリティカルシンキング
	新任者教育とコーチング	リーダーシップとマネージメント	相互作用/コミュニケーション
	協働と専門職間の連携関係	ヘルスケアにおけるアクセスと公平性	実践のための全般的な準備性
	熟練した臨床判断	ヘルスプロモーションと疾病予防	
	倫理的・法的実践	地域アセスメントと介入	
	教育とティーチング	公衆衛生の生態学	
	質管理と安全	環境上の健康	
	相談	コミュニケーションスキル	
	ケア管理	文化的コンピテンシー	
	エビデンスに基づく実践		
	専門職業人としての自律		
	ヘルスプロモーション		
	コミュニケーション		
	文化的コンピテンシー		
	唱道		
	管理改革		

表6 QSENとNOFの看護職者のコア・コンピテンシーと定義

QSEN (2005)	NOF (2006)
<p>I 人と家族中心のケア (Pearson and family centered care / Patient centered care) 対象者の好みや価値観やニーズへの尊重に基づいた、心がこもり、調整が行き届いたケアを提供する上で、対象者、または指定された人を管理の主体および全面的なパートナーと認識すること これはすなわち、対象者と家族がケアの対象者とパートナーとしての関係を持つとともに、私たちが対象者や家族が関連する情報、リソース、アクセス、支援を確実に手にすることができるように図り、対象者と家族が自ら選んだ医療経験に十分に関与し、それに指示を与えたり、あるいはその療法を行えるように支援することである。対象者がより多く、より積極的に関与ようになる中で対象者を支援していく方法については、ますます多くの研究が行われるようになっている</p> <p>II チームワークと協働 (Teamwork and collaboration) 質の高いケアを実現するために、看護チームや専門職種間チームの中で有効に機能し、開かれたコミュニケーション、相互の尊重、共同の意思決定を促進すること</p> <p>III エビデンスに基づく実践 (Evidence based practice) 最適の医療を提供するために、最新の最も優れた根拠を、臨床上の専門知識および対象者や家族の好みや価値観と統合すること EBPIはケアの質の向上、患者の転帰の改善、コストの低減、看護師の満足度の向上につながる。学生はケアを改善するための根拠の見つけ方、組み合わせ方、利用法を教わる必要がある</p> <p>IV 質改善(Quality improvement) 医療システムの質と安全をたゆまず改善していくための変更内容を設計・試験することを目的としていて、ケアのプロセスと改善方法の結果を監視するためにデータを使用すること すべての学生が、改善策を整備するためにデータを収集・監視・分析する方法を知る必要がある。これは計画・実行・評価・改善 (PDSA) の仕組みを利用したQIプロジェクトの立案や、データの収集、特性要因図や根本原因分析を用いたデータの分析、業務改善策の設計と実施が含まれる</p> <p>V 安全(Safety) システムの有効性と個人の職務追考の両方を通じて、対象者やケア提供者が損害を受けるリスクを最小化すること</p> <p>VI 情報科学(Informatics) コミュニケーション、知識の管理、過誤の軽減、意思決定の支援を目的として情報と技術を使用すること (これは電子カルテを使ってデータを収集し、記録を残すために、病床の傍らで技術を使用することに熟達することや、健康を促進し、維持する方法を患者に教えるために、ソーシャルメディアやスマート機器上の健康用アプリケーションを使用することが含まれる)</p>	<p>I 患者中心のケア(Patient centered care) 個々人の好み、価値観、ニーズを認め、思いやりのある、調整された、年齢と文化的に適切な安全で効果的ケアを提供する際に完全なパートナーとして患者、または被指名人を尊重し、全人的なケアを提供すること</p> <p>II チームワークと協働(Teamwork and collaboration) 開かれた(自由な)コミュニケーション、相互尊重、共有された意思決定、チーム学習、および発達を育成しながら、看護チームおよび学際チーム内で効果的に機能すること</p> <p>III コミュニケーション(Communication) 患者の満足と健康成果を高めるために、相互尊重と意思決定の共有を育成しながら、患者・家族、および同僚と効果的に相互作用できること</p> <p>IV リーダーシップ(Leadership) 看護職者の環境の中で、その精度(組織)と共有した目標の入手/達成を促進するような方法で、個人、またはグループの行動に影響を与えること</p> <p>V システムに基づく実践(Systems-Based Practice) 最善の質と価値をもつケアを提供するために、ヘルスケアシステムのより大きな文脈を意識すること、および敏感であることを示すであろうし、仕事単位の資源に効果的に依頼する能力を示すこと</p> <p>VI プロフェッショナリズム(Professionalism) 道徳的、利他的、法的、倫理的、規定する(調整する)、および人間性の原則と矛盾がない標準に基づいた看護ケアの提供に向けて責務を示すこと</p> <p>VII エビデンスに基づく実践(Evidence based practice) 実践上の決定をするために、臨床的卓越さと、患者の好み(科学的根拠)、経験、価値観を結びつけて、最高かつ最新のエビデンスを使うこと</p> <p>VIII 質改善(Quality Improvement) ヘルスケアシステムの質と安全を持続的に改善するために、ケアプロセスの成果をモニターするためにデータを使い、変化を企画し検証するための改善方法を使うこと</p> <p>IX 安全(Safety) システム有効性と個々人の遂行能力(パフォーマンス)の両者により、患者と提供者への有害リスクを最小限とすること</p> <p>X 情報科学と科学技術(Informatics and technology) 患者アウトカムを最善のものとする重大な決断をするために、進歩した科学技術を使うことができ、情報を統合するとともに分析でき、協働して働く(共同研究/協力)ことができること</p>

☆ QSENとはQuality and Safety Education for Nursesの略称であり、NOFとはThe Massachusetts Nurse of the Futureの略称である

† QSEN(2005)では「I 患者中心のケア(Patient centered care)」と表記されていたが、現在は「I 人と家族中心のケア(Pearson and family centered care: Patient centered care)」と呼ばれることが多い(Barnsteiner et al, 2014)

表7 本研究のコア・コンピテンシーと定義

-
- I 島民と家族中心のケア (Islander and family centered care)**
ケアのパートナーとして島民とその家族との関係を築いた上で、個々人の好み、価値観、ニーズを尊重し、心がこもり、調整が行き届いた、つまり、全人的かつ柔軟で多様な保健看護を提供できる
- II 文化的コンピテンシー (Cultural competency)**
効果的に保健看護を提供するために、島民の気質、大事にしている価値観、文化、地域行事を理解できる
- III チームワークと協働 (Teamwork and collaboration)**
多職種からなる島内外のヘルスケアメンバーがチームとして効果的に機能するために、開かれた自由なチーム学習と発達を促進できる
- IV コミュニケーション (Communication)**
保健看護の提供の際に島民と家族の満足と成果を高めるために、島民・家族、ヘルスケアメンバーとの相互尊重と意思決定の共有を育成することができる
- V リーダーシップ (Leadership)**
島のヘルスケアシステムの改善のために課題解決策を提示し、実現できる
また、島民・家族、ヘルスケアメンバーと課題解決のための目標を共有し、個人や集団の行動に影響を与え、目標達成を促進できる
- VI システムに基づく実践 (Systems based practice)**
島民と家族への良質な保健看護を提供するために、島内外の保健医療福祉の組織への効果的な協力依頼ができる
また、小離島の保健医療福祉の体制を充実するために島民、役場、県などに働きかけながら新たにシステムを構築できる
- VII プロフェッショナリズム (Professionalism)**
限られた人的・物的資源と環境の中で自己の身体的・心理的・社会的な健康の管理ができる
また、島民と家族の擁護者である看護職者として、利他的、法的、倫理的な原則に基づいた平等な保健看護を提供する責任感を持ち、最良のケアをするために自律的に最新で多様な知識や技術の習得ができる
- VIII エビデンスに基づく実践 (Evidence based practice)**
島民と家族への保健看護の方法を決定する際に、島民と家族の意思や価値観、看護職者としての経験を結びつけながら最高かつ最新のエビデンスを活用できる
- IX 質改善 (Quality improvement)**
小離島のヘルスケアシステムの質と安全を持続的に改善したり、保健看護の成果を評価するために、統計データや業務基準を活用できる
- X 安全：良質なケア (Safety)**
島民と家族に安全な保健看護を提供するために、診療所や役場において、システムと個人の有害なリスクを最小限にし、医療ミスを予防できる
- XI 情報科学と科学技術 (Informatics and technology)**
コミュニケーション、知識の管理、医療過誤の軽減、意思決定の支援のために情報と技術の活用ができる
また、健康を促進・維持する方法を島民と家族に教えるためにIT技術を活用できる情報の統合と分析ができ、ヘルスケアメンバーと協働した実践や研究ができる
-

☆ 原作版のThe Massachusetts Nurse of the Future(NOF, 2006)は10項目で構成されている

表8 第1段階の研究参加者の属性

属性		計 n=30	看護師 n=9	保健師 n=11	医師 n=10
1 性別	男性	9	0	0	9
	女性	21	9	11	1
2 看護職、または医師の経験年数	12か月未満	1	0	1	0
	12か月以上3年未満	0	0	0	0
	3年以上5年未満	2	0	1	1
	5年以上10年未満	12	2	3	7
	10年以上	15	7	6	2
3 小離島での看護職、または医師の経験年数	12か月未満	4	0	2	2
	12か月以上3年未満	9	3	3	3
	3年以上5年未満	4	1	1	2
	5年以上10年未満	9	2	4	3
	10年以上	4	3	1	0
4 勤務経験のある小離島の住民数 ☆	250名以上1000名未満	20	7	6	7
	1000名以上2000名未満	7	1	4	2
	2000名以上2300名未満	3	1	1	1

☆ 複数の小離島経験の場合は最終勤務地の住民数とした

表9 第2段階の研究参加者の属性

参加者	参加状況		看護職の 経験年数	小離島等での看護職の経験年数	第1段 階の 研究 への 参加	看護 学修 士号
	質問紙 調査	グループ インタ ビュー 調査				
1 看護師A	○	○	39年	小離島診療所の看護師8年（2か所）		
2 看護師B	○	○	29年	小離島診療所の看護師2年 A島の中核病院の看護部の教育担当3年		○
3 看護師C	○	○	18年	沖縄県外の拠点病院の離島・僻地支援 看護師18年		
4 看護師D	○	○	44年	B島の中核病院の看護部長8年		
5 看護師E	○		35年	小離島診療所の看護師21年	○	
6 看護師F	○		26年	沖縄県の拠点病院の小離島支援看護師 （通称島ナース）2年目		○
7 保健師A	○	○	11年	小離島役場の保健師8年	○	○
8 保健師B	○	○	19年	小離島役場の保健師19年		
9 保健師C	○	○	14年	小離島役場の保健師14年		
10 保健師D	○		14年	小離島役場の保健師5年（2か所）	○	

表10 コア・コンピテンシー別コード数

コア・コンピテンシー	計		看護師		保健師		両職種	
	順位	コード数	順位	コード数	順位	コード数	順位	コード数
I 島民と家族中心のケア	5	91	5	50	5	37	7	4
II 文化的 コンピテンシー	6	55	6	24	6	23	5	8
III チームワークと協働	2	295	2	140	3	102	1	53
IV コミュニケーション	4	144	4	90	4	41	4	13
V リーダーシップ	8	25	7	11	8	10	7	4
VI システムに基づく実践	7	26	8	4	7	16	6	6
VII プロフェッショナリズム	3	267	3	126	2	108	2	33
VIII エビデンスに基づく実践	10	8	11	1	10	7	-	0
IX 質改善	9	14	8	4	8	10	-	0
X 安全(良質なケア)	1	646	1	419	1	201	3	26
XI 情報科学と科学技術	11	7	8	4	11	3	-	0
計		1578		873		558		147

表11 中分類別コード数

コア・コンピテンシ	中分類	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
I 島民と家族中心のケア	1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる	37	22	12	3
	2 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる	18	8	10	0
	3 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるようにニーズに沿った支援や助言ができる	9	4	5	0
	4 島民や家族の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる	8	5	3	0
	5 島民の健康に関する経済的な問題などを配慮した関わりができる	5	2	3	0
	6 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる	3	3	0	0
	7 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決ができる	2	1	1	0
	8 看護の専門分野を超えたケアの調整と統合ができる	2	0	2	0
	9 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる	7	5	1	1
	計	91	50	37	4
II 文化的コンピテンシー	1 日常的に地域に出向き、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる	20	10	7	3
	2 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる	16	7	7	2
	3 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる	16	5	8	3
	4 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる	3	2	1	0
	計	55	24	23	8
III チームワークと協働	1 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	130	47	31	52
	2 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	97	58	39	0
	3 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	41	32	9	0
	4 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワークと協働ができる	27	3	23	1
	計	295	140	102	53
IV コミュニケーション	1 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる	30	11	9	10
	2 緊急時のヘリ搬送や後任者、および代替看護職員の引継ぎ時に際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率的なコミュニケーションがとれる	29	17	12	0
	3 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる	26	17	9	0
	4 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる	25	15	7	3
	5 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる	15	14	1	0
	6 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる	13	13	0	0
	7 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる	6	3	3	0
	計	144	90	41	13
V リーダーシップ	1 島内のヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議を企画し開催できる	10	4	3	3
	2 島のヘルスケアメンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる	9	2	6	1
	3 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる	6	5	1	0
	計	25	11	10	4

表11 中分類別コード数(つづき)

コア・コンピテンシ	中分類	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
VI システムに基づく実践	1 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム(組織)への協力依頼ができる	11	4	7	0
	2 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織(組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー)と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる	10	0	8	2
	3 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる	5	0	1	4
	計	26	4	16	6
VII プロフェッショナルリズム	1 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる	61	23	26	12
	2 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる	50	36	6	8
	3 看護の専門職者としての価値や島民への支援の必要性を説明でき、理解してもらえるように他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる	32	9	20	3
	4 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる	25	18	7	0
	5 小離島での看護活動への関心があり、モチベーションを高めながら、自分のキャリアデザインを描ける	17	8	9	0
	6 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な対応ができる	13	5	6	2
	7 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経てゆるぎのない看護実践ができる	12	5	7	0
	8 小離島の専門家として自己を高めるために、ヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる	12	5	5	2
	9 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ	10	7	3	0
	10 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化を図れる	8	4	4	0
	11 島民の擁護者としての役割が果たせる	8	3	4	1
	12 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる	5	0	0	5
	13 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる	4	0	4	0
	14 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる	4	1	3	0
	15 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる	3	0	3	0
	16 島内外の関係者・関係組織と調整をとりながら、島の状況に対応した保健センターや診療所の運営の調整ができる	2	2	0	0
	17 島内のヘルスケアサービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につなげるための人材確保ができる	1	0	1	0
計	267	126	108	33	
VIII エビデンスに基づく実践	1 エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる	4	0	4	0
	2 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる	2	1	1	0
	3 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる	2	0	2	0
計	8	1	7	0	

表11 中分類別コード数(つづき)

コア・コン ピテンシ —	中分類	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
IX 質 改 善	1 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる	6	4	2	0
	2 小離島での1人体制では主観的になりがちなので、保健事業や看護の客観的な評価ができる	4	0	4	0
	3 業務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある	2	0	2	0
	4 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる	2	0	2	0
	計	14	4	10	0
X 安全 (良 質 な ケ ア)	1 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる	243	153	76	14
	2 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる	122	113	7	2
	3 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる	72	9	58	5
	4 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる	41	41	0	0
	5 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる	40	39	1	0
	6 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる	32	0	31	1
	7 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる	24	23	1	0
	8 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる(地域診断ができる)	16	3	12	1
	9 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島の地域の中でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる	15	9	3	3
	10 疾病の有無に関係なく対応できる 診療所を受診していない要支援者への支援ができる	13	4	9	0
	11 健康支援の必要な島民の健康についての観察とアセスメントから、先を見越した適切なトリアージとその対応ができる	12	12	0	0
	12 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる	8	5	3	0
	13 島内の限られた資源の中で代用品の活用や開発ができる	8	8	0	0
	計	646	419	201	26
XI 情 報 科 学	1 小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等のIT技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる	4	4	0	0
	2 テレビ会議システム等のIT技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる	2	0	2	0
	3 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる	1	0	1	0
	計	7	4	3	0

表12.1 「I 島民と家族中心のケア」の中分類、小分類とコード

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる		37	22	12	3
1) データや疾病だけではなく、疾病・生活・家族を含めて島民を全般的に把握した上でのケアの提供ができる	・ 疾病悪化の背景、救急外来受診を繰り返す受診者の背景を把握し、改善のためのアプローチができる	(15	11	1	3)
2) 対象者の個性を踏まえ、臨機応変な説明・教育ができる	・ 理論ではなく、生活感漂わせながら、対象者が理解しやすく説明できる	(13	9	4	0)
3) 島民の健康に関する悩みや相談を聞くことができる 解決方法を共に考えることができる	・ 不安を解消したい、薬ではない部分で支援したいと思える	(9	2	7	0)
2 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる		18	8	10	0
1) 保健医療福祉に関する島内外の社会資源や利用可能な制度の紹介ができる	・ 島民が安心して島外の医療機関へ受診できるような助言ができる	(12	5	7	0)
2) 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる	・ 島外の医療機関への入退院の際の本人・家族・支援者の調整ができる	(6	3	3	0)
3 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるようにニーズに沿った支援や助言ができる	・ 膝の痛みを抱えながらも畑仕事を生きがいに楽しみにしている高齢者への支援を考慮することができる(畑での椅子の使用を勧めるなど)	9	4	5	0
4 島民や家族の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる	・ 今後も元気に島に住み続けたいと願う受診者の気持ちを大切に、そのためのアドバイスができる	8	5	3	0
5 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる		7	5	1	1
1) 家族単位の支援ができる	・ 本人および調理を担当する家族への食事指導ができる	(4	2	1	1)
2) 緊急時に備えて島内外の家族、ライフキーパーソンの連絡先の把握ができる	・ 1名につき、3件の連絡先(本人の住所、島内のキーパーソン、島外のキーパーソン)をカルテに記載できる	(3	3	0	0)
6 島民の健康に係る経済的な問題などを配慮した関わりができる	・ 経済的な理由で治療継続困難な島民への多方面からの支援ができる	5	2	3	0
7 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる	・ 島で死ぬことを望むターミナル期の高齢者の気持ちに沿えるように家族・保健医療福祉職と調整をし、支援体制を整えることができる	3	3	0	0
8 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決ができる	・ 治療継続のために生活保護受給の必要性と、全部または医療費のみ等の受給内容の検討ができる	2	1	1	0
9 看護の専門分野を超えたケアの調整と統合ができる	・ 関係者と連携しながら障害者総合支援法による支援を受けていない障がいをもつ島民への必要な支援の提供ができる	2	0	2	0
計		91	50	37	4

表12.2 「Ⅱ 文化的コンピテンシー」の中分類とコード

中分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 日常的に地域に出向き、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる	・祝い事ときの食事や味付け、人間関係、人間関係で受けやすいストレスの内容の把握ができる	20	10	7	3
2 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる	・伝統行事の日は受診者が少ないなどの受診者数にも影響があるため、島民の一人として地域の文化・風習・慣習の把握ができる	16	7	7	2
3 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる	・地域行事の日程を考慮した保健事業計画立案ができる ・物のない時代に育ち、島の法事の食べ物が全て揚げ物の場合、高脂血症の独居高齢者への食事指導では、揚げ物を湯通しして食べる方法など、揚げ物をやめる以外の説明できる	16	5	8	3
4 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる	・日本語を話せないフィリピン人母親や県外出身の夫婦への子育て支援ができる	3	2	1	0
計		55	24	23	8

表12.3 「Ⅲ チームワークと協働」の中分類、小分類とコード

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる		130	47	31	52
1) 看護師と保健師との協働ができる	・保健師不在を補うために看護師も公衆衛生看護の実施ができ対応ができる、看護師と保健師の両職種が共に島民全体の健康課題を抽出し解決のための計画立案と実施ができる	(62	19	7	36)
2) 島内のヘルスケアメンバーとの協働ができる (保健師、看護師、医師、養護教諭、学校栄養士、歯科医師、歯科衛生士、福祉従事者、社会福祉協議会職員、特別養護老人ホームの看護師、駐在警察官、小中学校の校長・教員、民生委員・児童委員など)	・看護師、医師、学校栄養士が連携して健康教育講演会を開催できる	(41	21	12	8)
3) 看護師・医師、保健師の3者の協働ができる	・気になる島民への支援について保健師・診療所医師・看護師が互いに相談と情報共有をし、共に支援目標と支援計画を作成し、連携した支援ができる	(17	3	7	7)
4) 役場(保健師と役場行政職員)と診療所(看護師・医師)との協働ができる	・診療所と保健福祉担当の役場行政職員との橋渡し役ができる	(10	4	5	1)
2 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる		97	58	39	0
1) 診療所内で看護師・医師・診療所事務職員とのチームワークができる ①看護師、医師、医療事務職員の3者 ②看護師と医師 ③看護師と医療事務職員	・① 3名で「診療所だより」の発行ができる ② 受診者へのケアについて、看護職者の視点から医師に意見を伝えることができる ③ 診療所事務職員と家族構成や連絡先の情報交換や連絡ができる	(58	58	0	0)
2) 役場内で保健師・役場行政職員などとのチームワークができる ①保健師と役場行政職員、町村長 ②保健師複数配置の場合は保健師同士	・① 役場の保健事業担当の行政職者に地域行事のスケジュールを教えてもらいながら保健福祉の事業の立案ができる ② 職場の保健師同士が担当地区だけでなく、町村全体の保健活動の方向性を組立てて共に取り組める	(39	0	39	0)

表12.3 「Ⅲ チームワークと協働」の中分類、小分類とコード(つづき)

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
3 島外のヘルスケアメンバーとのチームワームと協働ができる		41	32	9	0
1) 診療所と拠点病院、県の関係部署のメンバーとのチームワームができる (代替看護師の調整係、看護師教育担当である副看護部長、地域連携室の看護師、感染症認定看護師、理学療法士、薬剤師、診療材料担当者、修繕・消耗品担当者、診療所や宿舎の建物担当者など)	・拠点病院に業務に必要な物品購入の交渉ができる、感染症認定看護師、薬剤師への抗がん剤治療についての相談ができる、拠点病院に診療所の要望を発信できる	(27	27	0	0)
2) 島外のヘルスケアメンバーとの協働ができる	・島民が入院している医療機関のケアマネージャー、ソーシャルワーカーと退院前の調整ができる	(11	5	6	0)
3) 役場と県のヘルスケアメンバーとのチームワームができる	・乳幼児健康診査や精神巡回相談の方法で困ったときに離島担当の県の保健師に相談できる	(3	0	3	0)
4 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワームと協働ができる		27	3	23	1
1) 島民と協働できる	・保健師だけで優先順位をつけて解決しようとせず、島民全体で共有した課題を専門職として協力し取り組むことができる	(7	1	5	1)
2) 島民や地域組織がエンパワーメントする関わりができる、島民主体の健康づくりができるように関わられる	・島民同士で考え、行動したいと思える島民を育てることができる	(6	1	5	0)
3) 島内の地域組織と連携した保健活動ができる	・健康教室などの保健事業のために“介護の会”などの地域の組織に協力依頼できる	(5	1	4	0)
4) 島内のボランティア組織と連携した保健活動ができる	・健康教室などの保健事業のために“介護の会”などの地域の組織に協力依頼できる	(5	0	5	0)
5) 地域の中で島民同士の信頼関係や助け合いの社会の構築ができる	・島内で孤立している島外出身の養育者(警察駐在員の妻・小中学校教員の妻等、島での一時的居住者)同士をやさしくつなげることができる	(4	0	4	0)
計		295	140	102	53

表12.4 「IV コミュニケーション」の中分類、小分類とコード

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる		30	11	9	10
1) 日常的にヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり信頼関係の構築ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・島内外の関係者へ日頃の感謝を伝えることができる ・毎朝の落葉掃除やトイレ掃除、点検、補充をしてくれる診療所事務職員をねぎらうことができる ・他の看護職者、医師が島の保健医療や島のことについて分からない点はいつでも教えてあげられる ・保健事業だけが効果出しても島民の健康への波及効果は少なく保健医療福祉など他分野は全部関係しあっているため、島民全体が“よりよく生きる”ことができるために関係者と協働する重要性の認識がある 	(19	4	6	9)
2) お互いに協力依頼ができる関係性の構築ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・救急対応時や看護師不在時に医師と協力し合える関係性の構築ができる 	(11	7	3	1)
2 緊急時のヘリ搬送や後任者、および代替看護職員の引継ぎ時に際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率的なコミュニケーションがとれる		29	17	12	0
1) 業務伝達のための記録ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・業務日誌、業務の引き継ぎ書、業務マニュアル、緊急連絡一覧、看護カルテ 	(21	12	9	0)
2) 後任者や代わりの専門職に口頭で業務の引継ぎができる	<ul style="list-style-type: none"> ・継続して個別支援が必要な島民に後任者の紹介ができる 	(3	1	2	0)
3) 上司や同僚に後任者への引継ぎ依頼ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・同僚と共に活動し、島の各保健福祉計画・各保健事業・島の健康課題の位置づけと前年までの保健師の取組と今年度に必要保健師活動についての引き継ぎ依頼ができる 	(2	1	1	0)
4) 後任者の経験や島の特徴を考慮した業務の引継ぎができる	<ul style="list-style-type: none"> ・島に初赴任者には島民の気質や離島の特徴も伝える、ヘリ要請・ヘリ搬送を詳細に伝える 	(2	2	0	0)
3 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる	<ul style="list-style-type: none"> ・地域を回ったりウォーキング途中で、特定の対象者だけでなく島民に声かけができる 	26	17	9	0

表12.4 「IV コミュニケーション」の中分類、小分類とコード(つづき)

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
4 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる		25	15	7	3
1) 心理の知識があり、カウンセリング、コーチング技術がある	・島民の気づきを促し、生活習慣の行動変容につながる保健指導や健康教育ができる	(14	6	6	2)
2) 島民全体を対象とした健康教育の開催ができる	・養育者を対象とした乳幼児の対応についての講座を開催できる	(6	4	1	1)
3) 診療所への受診ルール、受診行動の教育ができる	・診療所の待合室で感冒症状がある時の受診方法について説明できる	(5	5	0	0)
5 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる	・小離島の環境上、個人の疾病の情報が漏れやすい漏れると、診療所職員への信用がなくなり、受診が必要な島民が受診をしなくなる ・救急時の対応に備え、妊婦の同意を得た上で、(保健師は)妊婦のリストを診療所に伝えることができる	15	14	1	0
6 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる(治療的コミュニケーションとは、看護の対象者が自身の健康増進に向けて主体的に取り組むことができるよう支援するコミュニケーションをいう)		13	13	0	0
1) コミュニケーションを通しての正確な情報収集ができる	・日頃から診療前後の待ち時間を利用して受診者から情報収集をし、体調が悪化する前の状態の把握ができる	(7	7	0	0)
2) 医師と受診者の関係性構築の促進ができる	・治療のために島外医療機関へ搬送させたい医師と、島から出たくない受診者の双方の話を聞きながら中立的な立場で折り合いをつけることができる	(6	6	0	0)
7 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる	・保健師だよりの発行ができる、インフルエンザ流行時に予防方法についての村内放送の依頼ができる	6	3	3	0
計		144	90	41	13

表12.5 「V リーダーシップ」の中分類、小分類とコード

中分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 島内のヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議を企画し開催できる		10	4	3	3
1) ヘルスケアメンバーとの会議や話し合いの場を設定できる	・島内の保健医療福祉専門職者連絡会議の企画と招集ができる	(5	0	2	3)
2) ヘルスケアメンバーと会議等での情報交換により共通認識が持てる	・ディサービス利用者に関するケア会議へ参加し、地域の介護予防のための関連職種との情報交換ができる	(5	4	1	0)
2 島のヘルスケアメンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる	・健康づくりに必要な意見を伝えて動かすことができ、相談にのれる ・保健福祉担当の役場行政職員に意見を伝えて動かすことができる: 保健師の業務負担を軽減するために、一緒に業務を行う行政職員で実施可能な業務は任せる (例: 予防接種スケジュール立案を任せ、保健師は最終確認をする) 任せきれない、と諦めたりけんかをするのではなく、上手く動かせる	9	2	6	1
3 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる	・診療時間の変更、ワンクッションコール制度の導入、島内での妊婦健診の導入、訪問リハビリ制度の導入ができる	6	5	1	0
計		25	11	10	4

表12.6 「VI システムに基づく実践」の中分類とコード

中分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム(組織)への協力依頼ができる	・小中学校生へのフッ化物洗口のシステムを導入するために、県保健所の母子保健担当保健師と共に導入の検討をし、学校長への協力依頼ができる	11	4	7	0
2 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織(組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー)と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる	・島により健康課題や改善アプローチが異なるので、それに沿った関わりができる(勉強会から始めて広げる方法もある、島ならではのピア・サポートの設立の支援をする方法もある)	10	0	8	2
3 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる	・島民、村役場、県等に対して、県全体の小離島医療についての説明、およびこれからの小離島医療のあり方の提言ができる	5	0	1	4
計		26	4	16	6

表12.7 「Ⅶ プロフェッショナリズム」の中分類、小分類とコード

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理ができる		61	23	26	12
1) 身体的・精神的健康の自己管理ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・体調を崩しても変わりはおらず簡単に島を留守にできないため、心身ともに自分が健康である(歯の管理ができる、自分の適度な体重管理ができる) ・島外での休暇確保に関して理解を示さない島民がいても気にしすぎない、気持ちを切り替えられる 	(41	16	20	5)
2) 社会的健康の自己管理ができる、地域社会に適応ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・一島民として地域・学校行事などへの積極的な参加をし、島を好きになれる 	(17	6	5	6)
3) コミュニティボランティア活動への参加により社会的および市民の責任をとることができる	<ul style="list-style-type: none"> ・青年会、婦人会、PTA等に参加し、地域の中で自分の居場所がつかれる 	(3	1	1	1)
2 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる		50	36	6	8
1) 島全体が活動の場という小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・地域に溶け込みたい気持ちがあり、保健師と共に地域で新たな健康フェアの開催ができる 	(17	15	2	0)
2) 一般的な保健師、看護師の役割を超えた多機能な支援の必要性の認識があり、実践できる	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師も福祉分野の活動を担うことができる 	(16	10	3	3)
3) 看護師と保健師の両者が公衆衛生看護、地域保健看護の同じ視点を持ち、お互いの役割を補完し合うことができる	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師不在の場合は看護師も公衆衛生看護の実施ができる 	(12	6	1	5)
4) 業務時間外の急患対応ができるように自分の生活環境を整えることができる	<ul style="list-style-type: none"> ・時間外業務が急に入った時に自分の家族の育児や介護を依頼できる 	(5	5	0	0)
3 看護の専門職者としての価値や島民への支援の必要性を説明でき、理解してもらえように他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる		32	9	20	3
1) 保健看護活動の必要性を他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる	<ul style="list-style-type: none"> ・町村長や所属組織の課長、島民に保健師活動を理解してもらうための説明ができる ・保健師が何のために仕事してるかを他の関係職種に知らせることができる 	(9	0	9	0)
2) 看護職の人材確保の必要性を役場関係者に説明し、要請することができる	<ul style="list-style-type: none"> ・島内の看護職有資格者の保健事業への活用ができる 	(8	4	4	0)

表12.7 「Ⅶ プロフェッショナルリズム」の中分類、小分類とコード(つづき)

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
3) 看護職として自立した活動ができる、意見を述べるができる	<ul style="list-style-type: none"> パラメディカル(医師が中心にいて、他のスタッフを従える)ではなくコメディカル(各スタッフがそれぞれ自分のポジションを責任をもってこなす)な関係で働くことができる 村行政や診療所等の組織の中で看護職として発言できる 医師の指示だけの活動ではなく、診療所医師に影響を与えて診療所外も診療所の仕事だという認識を与えることができる 看護職として自立して地域や診療所での看護ができる、対象者支援ができる 	(8	5	0	3)
4) 島民に必要なサービスの必要性を町村長・行政職員・島民全体に説明・プレゼンテーションできる	<ul style="list-style-type: none"> 広報誌での広報や集団教育の場等を利用し、保健活動に必要な情報の共有が図れる 	(7	0	7	0)
4 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる		25	18	7	0
1) 研修への参加を通して自分の幅を広めることができる	<ul style="list-style-type: none"> 調剤や服薬指導に必要な知識と技術を習得するための薬剤に関する研修に参加できる 	(15	9	6	0)
2) 自己学習や専門家からの助言を通して最新の保健看護、医療の知識や技術を獲得できる	<ul style="list-style-type: none"> エキスパートナース等の臨床看護専門雑誌から褥瘡処置・気管切開・胃瘻周囲の皮膚管理等の最新の看護の知識を得ることができる 	(10	9	1	0)
5 小離島での看護活動への関心があり、モチベーションを高めながら、自分のキャリアデザインを描ける	<ul style="list-style-type: none"> 島で家族や親族に囲まれ看取られる状況にしたい、看護師として、地域の中での健康教育がしたい、などの自分の希望が村で展開されていく楽しみをもつことができる 	17	8	9	0
6 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な対応ができる		13	5	6	2
1) 健康支援の必要な島民全てに平等な対応ができる	<ul style="list-style-type: none"> 支援要請を出した人だけを優先的に支援せず、公平な支援ができる 	(7	3	3	1)
2) 対象者、家族、チームメンバーに誠実に接することができる	<ul style="list-style-type: none"> 小離島の看護職は24時間仕事をしているようなもので、プライベートの時間はほとんどない状態のため、看護職、または島民の1人、いずれの立場にいても24時間笑顔で対応できる 	(6	2	3	1)
7 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経てゆるぎのない看護実践ができる	<ul style="list-style-type: none"> 対象者との看護の関わりを日々振り返り、守備範囲を広げていく姿勢がある 	12	5	7	0

表12.7 「Ⅶ プロフェッショナリズム」の中分類、小分類とコード(つづき)

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
8 小離島の専門家として自己を高めるために、ヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる		12	5	5	2
1) 他の小離島の看護職と小離島の看護について情報交換や相談ができる	・小離島の保健師間での事例検討、小離島看護師間での活動内容の検討ができる	(10	4	4	2)
2) ヘルスケアメンバーとケア改善のためのカンファレンスや勉強会ができる	・子どもの発達支援の専門職員を島に呼び、子どもに関わる島内の専門職種(保育士・幼稚園教諭・小学校教員・保健師等)のレベルアップを目的としたの開催ができる	(2	1	1	0)
9 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ	・新たな問題が生じたとき、放置せずに自分の仕事として認識し行動できる、または、適切な人につなげて解決が図れる(永遠と続く業務の中、新たな問題が生じたとき“それは自分たちの仕事ではない”と思ったらそれまでである)	10	7	3	0
10 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化が図れる	・限りある時間の中で看護職にしかできない活動など、優先順位を決めて計画的に、年度単位で取り組める	8	4	4	0
11 島民の擁護者としての役割が果たせる	・健康支援に必要な島民探し出し、支援に結びつけることができるができる、医師に意見を言えない受診者の代弁ができる	8	3	4	1
12 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる	・小離島のヘルスケアの発展のために小離島看護研究会のような学会や仕組みを通して看護職としての意見が言える、提言できる	5	0	0	5
13 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる	・保健衛生ニュース(保健に関する社会的な動き、法律改正などの週刊情報誌)から必要な情報を得ることができる	4	0	4	0
14 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる	・福祉専門職者を対象に、認知症者への支援方法や褥瘡予防のための体位交換方法などの島民支援に必要な支援技術の教育ができる	4	1	3	0
15 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる	・乳幼児健康診査、精神保健巡回相談、精神保健の個別支援について県の離島支援担当保健師に相談できる	3	0	3	0
16 島内外の関係者・関係組織と調整をとりながら、島の状況に対応した保健センターや診療所の運営の調整ができる	・保健師、看護師、医師、集団健康診査委託機関と調整をとり、島の集団健康診査に対応した診療所運営の調整ができる(日程調整、診療所医師による内科診察協力調整)	2	2	0	0
17 島内のヘルスケアサービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につなげるための人材確保ができる	・看護師、ケアマネージャー、保育士、ヘルパー等の資格保持者を活動の中で活用できる	1	0	1	0
計		267	126	108	33

表12.8 「Ⅷ エビデンスに基づく実践」の中分類とコード

中分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる	<ul style="list-style-type: none"> エビデンスに基づいた健康診断結果の適切な説明と指導ができる 最新の治療や看護に自信をもって受診者や家族に説明できる (写真入りの新人看護師向けの新しい本・雑誌を購入し、自己学習したり、説明に利用できるよう説明資料を常時準備) 	4	0	4	0
2 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる	<ul style="list-style-type: none"> 肥満予防対策、う歯予防対策など 薬剤業務を全てパソコンのデータに入れて数値化し、新たな薬剤業務方法の工夫ができる 	2	1	1	0
3 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる	<ul style="list-style-type: none"> 参考となる他の市町村、保健所、入院施設などの看護職の活動を参考にした活動ができる 断酒会支援等、他の離島で成果がみられる保健対策を参考にできる 	2	0	2	0
計		8	1	7	0

表12.9 「IX 質改善」の中分類とコード

中分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる	<ul style="list-style-type: none"> 研修等で新しく得た知識や技術を診療所看護規準に反映できる 保健の専門職でない役場行政職員からは保健事業を遂行していれば「良し」と判断されがちだが保健事業の質を高めるための工夫ができる 	6	4	2	0
2 小離島での1人体制では主観的になりがちなので、保健事業や看護の客観的な評価ができる	<ul style="list-style-type: none"> 量的データなどの統計をみながら実施した保健事業の客観的な評価ができる 	4	0	4	0
3 業務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある	<ul style="list-style-type: none"> 行っている保健事業の基になる統計についての知識がある 	2	0	2	0
4 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる	<ul style="list-style-type: none"> 保健事業をこなすのではなく、論理的な考え方で量的データなどの統計や情報処理、基準を活用しながら保健事業の質を高めることができる 島民の健康に関する様々なデータ、情報から判断し、島の健康課題をあげ、取り組むことができる (特定保健指導、医療機関受診勧奨、がん検診受診勧奨、乳幼児健康診査、予防接種のスケジュール管理、肥満予防対策、う歯予防対策など) 	2	0	2	0
計		14	4	10	0

表12.10 「X 安全(良質なケア)」の中分類、小分類とコード

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる		243	153	76	14
1) 外科・整形疾患を抱える島民に必要な支援ができる	・褥瘡の処置・治療・治り具合の判断ができる	(27	26	0	1)
2) 在宅療養者とその家族への支援ができる	・在宅療養環境に必要な安静度や生活の調整と助言ができる	(26	17	9	0)
3) 妊産婦への支援ができる	・切迫早産等で産婦人科への通院が必要時は島外へ出て生活をし受診することの必要性を伝えることができる	(25	7	17	1)
4) 子どもと養育者への支援ができる	・自分で症状の訴えができない子どものトリアージができる、発熱、下痢、嘔吐の症状について、休日や時間外に家庭で観察するポイントを養育者に伝えることができる	(25	23	1	1)
5) 精神疾患を抱える島民への支援ができる	・統合失調症等で治療中断者に対し、島外の精神専門医療機関への受診につなげることができる	(20	4	15	1)
6) 治療薬についての助言ができる	・薬剤師に代わって調剤、服薬指導ができる	(20	16	1	3)
7) 高齢者への支援ができる	・独居高齢者を訪問し、支援の必要性の判断ができる	(18	6	10	2)
8) 内科疾患、慢性疾患を抱える島民に必要な支援ができる	・糖尿病をもつ島民へのフットケアができる	(17	15	1	1)
9) 幅広い健康課題、疾病に対応したケアができる 外科・内科等の幅広いケアができる	・妊婦から精神科まで、症状も様々で、急性期から慢性期まで対応できる	(13	10	1	2)
10) 全年齢、健康増進・疾病予防から看取りまで、外科から精神科までの幅広いケアができる	・小児から高齢者、妊婦、精神科まで関わり、様々な症状の急性期から慢性期まで対応しているため、医療行為だけでなく、受診者・家族・島民全体への保健指導も並行して実施できる	(12	10	1	1)
11) 子育て中の養育者の相談を聞くことができ、助言ができる	・育児、食事、予防接種、発熱時の対応など島内では保健師が中心となり養育者の相談にのることができる	(9	0	9	0)
12) ターミナル期にある島民と家族への支援ができる	・島で普段通りの生活をしながら抗がん剤治療を希望する島民の想いを尊重した支援ができる	(9	9	0	0)
13) 全年齢、あらゆる発達段階・ライフステージを通した健康課題に対応したケアができる	・母子、成人、高齢者などのライフステージを通した継続支援ができる	(5	1	4	0)

表12.10 「X 安全(良質なケア)」の中分類、小分類とコード(つづき)

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
14) 発達の気になる子どもと養育者への支援ができる	・臨床心理士等の専門家の助言を得ながら、経過観察や専門機関への受診勧奨の判断ができる	(4	0	3	1)
15) ハイリスク家族の発見とケアができる	・小離島は虐待の相談をしにくい環境にあるが、親子支援の早期介入により、子どもへの虐待を未然に防ぐことができる	(4	2	2	0)
16) 眼科疾患を抱える島民に必要な支援ができる	・検査機械がない中で失明の危険がある緑内障などの有無を判断できる	(3	3	0	0)
17) 皮膚疾患を抱える島民に必要な支援ができる	・自覚症状と視覚的観察により診断名の予測ができる	(3	2	0	1)
18) 知的・精神的・身体的に障がいを抱える島民への支援ができる	・理解度の低い妊婦への相談に応じ支援ができる	(2	0	2	0)
19) 小中学生への支援ができる	・養護教諭・看護師・保健師の3者間で連絡をとりながら、子どもの情報を把握し対応できる	(1	0	0	1)
20) 耳鼻咽喉科疾患を抱える島民に必要な支援ができる	・器具が特殊な耳鼻科の物品準備や介助ができる	(1	1	0	0)
21) 婦人科疾患を抱える島民に必要な支援ができる	・婦人科の処置ができる	(1	1	0	0)
2) 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる		122	113	7	2
1) 救急救命外来で行う一般的処置ができる	・救命処置の優先度のアセスメントができる(医師が気道確保、看護師が末梢静脈路確保、薬剤使用、役場職員への心臓マッサージ依頼)	(40	39	0	1)
2) 心肺機能停止やショック時の対応ができる	・自宅で呼吸停止した島民への心肺蘇生ができる	(24	24	0	0)
3) 島外への搬送に必要な対応ができる	・搬送準備ができる、家族に準備用品、添乗についての説明ができる	(16	15	0	1)
4) 自傷・他害や海の事故などで緊急対応が必要な島民への対応ができる	・ダイビング関連の海の事故に会った者の救命処置と搬送介助ができる	(8	7	1	0)
5) 緊急な出産介助と新生児のケア、早産時の搬送介助ができる	・時間外に突然破水した妊婦への診察介助ができる、新生児のケアができる	(8	7	1	0)

表12.10 「X 安全(良質なケア)」の中分類、小分類とコード(つづき)

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
6) 特殊な医療行為ができる	・被曝量の知識をもち、レントゲン撮影ができる(法律のボーダーラインにあるが、医師が撮影室の中で受診者を押さえて、看護師がボタンを押す)	(8	8	0	0)
7) 救急救命時に医師や看護師の依頼に応じた支援ができる	・島の消防隊員の救急救護班に加入し、看護師不在時や複数の看護職者が必要時に対応ができる、バイタル測定、経過記録、受傷者への声かけ、家族との調整ができる	(5	0	5	0)
8) 救急時使用する薬剤や物品の管理ができる	・新しい器具の確認と緊急時に備えた準備ができる	(5	5	0	0)
9) 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血に対する対応ができる	・画像診断ができない中で脳内出血の予測ができる	(4	4	0	0)
10) 子どもの救急救命時の対応ができる	・子どもへの挿管介助、静脈確保ができる	(4	4	0	0)
3 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる		72	9	58	5
1) 町村が実施主体である全島民の予防接種の管理と対応ができる	・子どもから高齢者までの島民全員の予防接種の管理と対応ができる	(19	2	16	1)
2) 特定健康診断、特定保健指導などの保健事業を通して島民全体の生活習慣病予防につなげることができる	・特定健康診査受診勧奨をし受診につなげることができる	(18	1	16	1)
3) 小離島という環境を考慮した上で、島民全体を対象とした感染症予防対策がとれる	・小離島の狭小性と、子どもの兄弟が多いことからインフルエンザなどの感染症が蔓延しやすい環境にあるため、感染症発生時に学校機関等周知し感染予防対策がとれる	(8	6	2	0)
4) 子どもの発達支援体制を構築し、発達を促す支援ができる	・養育者が乳幼児の発達について島内で専門家に相談できる体制の構築ができる	(4	0	4	0)
5) 保健事業を通して、高齢者への健康支援ができる	・独居高齢者の閉じこもり防止対策や運動教室の開催ができる	(4	0	4	0)
6) 精神保健事業や精神巡回相談、デイケアなどの精神保健福祉事業を通して、精神疾患を持つ島民への支援ができる	・精神疾患をもつ島民を対象としたデイケアを毎月1回実施できる	(4	0	4	0)
7) 自立支援体制の構築や自助組織、福祉事業を通して、知的・精神・身体に障がいをもつ島民の自立支援ができる	・島にある断酒会などの自助組織への支援を通して、当事者の自立を促すことができる	(4	0	4	0)

表12.10 「X 安全(良質なケア)」の中分類、小分類とコード(つづき)

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
8) 保健事業を通して、子育て支援(親子保健)対策がとれる	・乳幼児と養育者が集まる場が全くない場合は、場を設定し、交流を促進できる	(3	0	3	0)
9) 保健事業を通して、小中学生への支援ができる	・保健師、医師、学校の養護教諭が連携して思春期教室を実施できる	(3	0	1	2)
10) 産業保健事業を通して、役場職員を含め、働いている島民の健康支援ができる	・作業中の怪我の発生予防のための事前のアプローチができる	(2	0	1	1)
11) 保健事業を通して、妊産婦への健康支援ができる	・妊婦に共通してみられるニーズを町村役場で施策化できる	(1	0	1	0)
12) 島の子ども全員の齲歯罹患率減少のための対策がとれる	・小中学校校長へのフッ素洗口の協力依頼ができる	(1	0	1	0)
13) 災害に備えた島全体の対策がとれる	・津波で1週間以上孤島となった時の対応の検討ができる	(1	0	1	0)
4 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる		41	41	0	0
1) 診療材料、消耗品、薬剤などの確認・発注・補充ができる	・薬剤等の管理、2週間毎の補充ができる(在庫が多すぎず、少なすぎずなるようにする、医師はほとんど関わっておらず、看護師がメインで管理する)	(13	13	0	0)
2) 診療所、保健センターの掃除・環境整備・維持・点検などの管理ができる	・診療所は自分の家という感覚を持ち、雨漏り予防のために台風の前後に屋根や排水溝の点検ができる	(11	11	0	0)
3) 医療機器を含む物品の取扱いとメンテナンスができる	・除細動は毎日作動の有無の点検、輸液ポンプは充電の確認ができる	(7	7	0	0)
4) 機材の洗浄・消毒・滅菌ができる	・鑷子(せっし)・縫合時の持針器等の器具を洗浄後、滅菌パックに入れて、オートクレーブで滅菌できる	(6	6	0	0)
5) 医療廃棄物の処分ができる	・フェリーで拠点病院に送り処分依頼できる	(2	2	0	0)
6) 低コストかつ有用な管理ができる	・薬剤は期限切れが発生しやすいが、何万円もするものもあるので無駄をなくして少ない中でうまく活用できる	(2	2	0	0)

表12.10 「X 安全(良質なケア)」の中分類、小分類とコード(つづき)

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
5 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる		40	39	1	0
1) 診療所で使用する薬剤の知識があり、処方ミスや配薬ミスを予防しながら調剤できる	・医師に何度も確認をしながら、カルシウム拮抗薬等の基本的な薬剤の名称や一般名を間違えずに調剤できる	(14	13	1	0)
2) 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる	・在庫を抱えず、欠品や期限切れがないように薬剤管理ができる	(13	13	0	0)
3) 正確な内服につなげるため、対象者の理解度に応じた配薬方法の工夫ができる	・1回内服分の袋をホチキスでまとめることでも正確な内服ができない受診者には、一包化に変更することも検討する	(7	7	0	0)
4) 調剤した薬剤を渡す際に、対象者の理解度に合わせた使用方法などの説明ができる	・複数の効能がある薬剤の処方時は、医師の処方の意図に合わせた説明ができる	(5	5	0	0)
6 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる		32	0	31	1
1) 保健医療福祉に関する国全体の流れの把握ができ、優先順位をつけて、島の保健事業を実施できる	・多くの課題から島の保健問題の優先度を把握し、解決に向けて取り組める	(16	0	16	0)
2) 島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化ができる	・次世代育成支援計画の策定と実施ができる	(9	0	8	1)
3) 年間の保健事業、看護のスケジュール管理、業務管理ができる	・島民の健康の優先課題に対応した年間の保健事業の策定と実施ができる	(7	0	7	0)
7 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる		24	23	1	0
1) 診療所や保健センターでの医療ミスの予防と対策がとれる	・処方薬の使用目的と作用についての疑問点を医師や拠点病院の薬剤師へ確認し、調剤ミスを予防できる	(15	15	0	0)
2) 診療所や保健センターでの感染症の予防と対策がとれる	・インフルエンザ流行時、子どもの発熱や発疹時は診療所外で待機させる、発熱者はレントゲン室に隔離できる	(9	8	1	0)
8 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる(地域診断ができる)	・多くの島民が大切にしている思想・文化・地域行事を把握し、健康との関連をアセスメントできる	16	3	12	1

表12.10 「X 安全(良質なケア)」の中分類、小分類とコード(つづき)

中分類、小分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
9 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島の地域の中でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる	・診療所外の地域における看護活動や連携の必要性を感じ、主体的に実施できる	15	9	3	3
10 疾病の有無に関係なく対応できる 診療所を受診していない要支援者への支援ができる	・診療所を受診していない島民への生活習慣病対策がとれる	13	4	9	0
11 健康支援に必要な島民の健康についての観察とアセスメントから、先を見越した適切なトリアージとその対応ができる		12	12	0	0
1) 観察とアセスメントから受診者の診察順番の優先順位を決定できる	・受診者の普段の状態を把握し、主訴やバイタルサインチェック時に異常を発見でき医師に報告できる	(6	6	0	0)
2) 必要な支援につなげるための観察とアセスメントができる	・顔色、態度(身体の一部を押さえている等)の観察や会話を通して普段の健康状態との違いに気づける	(6	6	0	0)
12 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる	島内の運動イベント開催時の救護係として救急救命対応と外傷処置ができる	8	5	3	0
13 島内の限られた資源の中で代用品の活用や開発ができる	・医師に「こういうのがあったらいいな」と言われたら、何で代用できるか考え、手作りで作成できる	8	8	0	0
計		646	419	201	26

表12.11 「XI 情報科学と科学技術」の中分類とコード

中分類	コード(発言者の要約)の一例	コード数			
		計	看護師	保健師	両職種
1 小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等のIT技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・IT等の通信を利用し、島外での研修に参加できる ・スカイプやウェブを利用して離島診療所看護師間でウェブ会議ができる 	4	4	0	0
2 テレビ会議システム等のIT技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる	<ul style="list-style-type: none"> ・ネット回線や電子黒板等を使用した健康教室の開催ができる ・天候不良で専門職の来島が不可能な時に、テレビ会議のシステムを利用して精神巡回相談、または精神巡回診療を実施できる 	2	0	2	0
3 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる		1	0	1	0
計		7	4	3	0

表13 コア・コンピテンシー別重要度

コア・コンピテンシー	計		看護師		保健師		平均 値の 差 [†]
	順位	平均値 [☆] (標準偏差)	順位	平均値 (標準偏差)	順位	平均値 (標準偏差)	
I 島民と家族中心のケア	4	4.3(0.5)	3	4.2(0.6)	6	4.3(0.3)	0.1
II 文化的 コンピテンシー	3	4.4(0.6)	6	4.0(0.9)	1	4.8(0.5)	0.8 ◎
III チームワークと協働	1	4.6(0.4)	1	4.6(0.4)	2	4.6(0.4)	0.0
IV コミュニケーション	2	4.5(0.3)	2	4.5(0.3)	4	4.5(0.4)	0.0
V リーダーシップ	5	4.2(0.8)	5	4.1(1.0)	5	4.4(0.7)	0.3
VI システムに基づく実践	7	4.1(0.5)	11	3.7(0.6)	2	4.6(0.6)	0.9 ◎
VII プロフェッショナリズム	7	4.1(0.4)	6	4.0(0.5)	8	4.2(0.4)	0.2
VIII エビデンスに基づく実践	7	4.1(0.5)	10	3.9(0.6)	6	4.3(0.5)	0.4
IX 質改善	11	4.0(0.7)	6	4.0(0.7)	11	4.0(0.7)	0.0
X 安全(良質なケア)	5	4.2(0.5)	4	4.2(0.4)	8	4.2(0.6)	0.0
XI 情報科学と科学技術	7	4.1(0.6)	6	4.0(0.6)	8	4.2(0.8)	0.2
計		4.2(0.4)		4.1(0.4)		4.3(0.4)	0.2

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表14 中分類別重要度

コア・コンテンツ	中分類	重要度の平均値 (標準偏差)		平均値 の差
		看護師	保健師	
I 島民と家族中心のケア	1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる	4.4(0.5)	4.3(0.5)	0.1
	2 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる	4.3(0.8)	4.5(0.5)↑	0.2
	3 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるようにニーズに沿った支援や助言ができる	4.1(0.6)	4.4(0.5)	0.3
	4 島民や家族の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる	4.1(0.9)	4.0(0.5)	0.1
	5 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決ができる	3.9(0.9)	4.3(0.7)	0.4
	6 看護の専門分野を超えたケアの調整と統合ができる	4.2(0.8)	4.4(0.8)	0.2
	7 島民の健康に関係する経済的な問題などを配慮した関わりができる	3.9(0.9)	4.2(0.6)	0.3
	8 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる	4.7(0.5)↑	3.9(0.9)	0.8 ◎
	9 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる	4.6(0.7)↑	4.7(0.7)↑	0.1
	計	4.2(0.6)	4.3(0.3)	0.1
II 文化的コンピテンシー	1 日常的に地域に出向き、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる	3.9(1.2)	4.8(0.6)↑	0.9 ◎
	2 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる	4.3(0.7)	4.7(0.5)↑	0.4
	3 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる	3.7(1.3)	4.8(0.6)↑	1.0 ◎
	4 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる	3.9(0.7)	4.7(0.5)↑	0.8 ◎
	計	4.0(0.9)	4.8(0.5)↑	0.8 ◎
III チームワークと協働	1 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	4.8(0.4)↑	4.8(0.4)↑	0.0
	2 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	4.9(0.3)↑	4.8(0.4)↑	0.1
	3 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	4.6(0.5)↑	4.3(0.7)	0.3
	4 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワークと協働ができる	4.2(0.6)	4.4(0.7)	0.2
	計	4.6(0.4)↑	4.6(0.4)↑	0.0
IV コミュニケーション	1 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる	4.7(0.5)↑	4.6(0.5)↑	0.1
	2 緊急時のヘリ搬送や後、および代替看護職員時の引継ぎに際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率的なコミュニケーションがとれる	4.7(0.5)↑	4.1(0.9)	0.6 ◎
	3 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる	4.7(0.5)↑	4.8(0.4)↑	0.1
	4 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる	4.5(0.5)↑	4.5(0.5)↑	0.0
	5 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる	4.8(0.4)↑	4.6(0.5)↑	0.2
	6 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる	4.5(0.5)↑	4.4(0.5)	0.1
	7 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる	3.9(0.6)	4.6(0.5)↑	0.7 ◎
	計	4.5(0.3)↑	4.5(0.4)↑	0.0
V リーダーシップ	1 島内のヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議を企画し開催できる	3.8(1.0)	4.3(0.7)	0.5 ◎
	2 島のヘルスケアメンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる	4.2(1.0)	4.3(0.8)	0.1
	3 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる	4.2(1.0)	4.5(0.8)↑	0.3
	計	4.1(1.0)	4.4(0.7)	0.3

☆ 5段階評価 (5: 非常に重要、4: まあまあ重要、3: どちらともいえない、2: あまり重要ではない、1: 重要ではない) の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表14 中分類別重要度(つづき)

コア・コンテンツ	中分類	重要度の平均値 (標準偏差)		平均値 の差
		看護師	保健師	
Ⅵ システムに基づく実践	1 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム(組織)への協力依頼ができる	3.8(0.4)	4.6(0.7)↑	0.8 ◎
	2 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織(組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー)と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる	3.6(0.7)	4.5(0.7)↑	0.9 ◎
	3 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる	3.6(1.0)	4.7(0.5)↑	1.0 ◎
	計	3.7(0.6)	4.6(0.6)↑	0.9 ◎
Ⅶ プログラム エッセンス ヨナリズム	1 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる	4.5(0.7)↑	4.6(0.7)↑	0.1
	2 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる	4.6(0.7)↑	4.5(0.7)↑	0.1
	3 看護の専門職者としての価値や島民への支援の必要性を説明でき、理解してもらえるように他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる	3.6(0.5)	3.9(0.6)	0.3
	4 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる	4.2(0.6)	4.0(0.7)	0.2
	5 小離島での看護活動への関心があり、モチベーションを高めながら、自分のキャリアデザインを描ける	4.0(0.9)	4.3(0.8)	0.3
	6 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な対応ができる	4.2(0.8)	4.3(0.7)	0.1
	7 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経てゆるぎのない看護実践ができる	4.0(0.8)	3.9(0.7)	0.1
	8 小離島の専門家として自己を高めるために、ヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる	4.4(0.5)	4.2(0.4)	0.2
	9 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ	3.6(0.5)	3.7(0.5)	0.1
	10 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化を図れる	4.2(0.6)	4.8(0.4)↑	0.6 ◎
	11 島民の擁護者としての役割が果たせる	3.7(0.8)	3.9(0.7)	0.2
	12 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる	3.3(0.7)	3.6(0.7)	0.3
	13 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる	3.8(0.8)	4.6(0.7)↑	0.8 ◎
	14 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる	3.8(0.6)	4.1(0.7)	0.3
	15 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる	4.5(0.5)↑	4.7(0.5)↑	0.2
	16 島内外の関係者・関係組織と調整をとりながら、島の状況に対応した保健センターや診療所の運営の調整ができる	4.1(0.9)	4.1(0.7)	0.0
	17 島内のヘルスケアサービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につなげるための人材確保ができる	3.8(1.0)	4.1(0.7)	0.3
計	4.0(0.5)	4.2(0.4)	0.2	
Ⅷ 実践 エビデンスに基づく	1 エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる	3.9(0.6)	4.4(0.5)	0.5 ◎
	2 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる	3.8(0.6)	4.4(0.7)	0.6 ◎
	3 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる	3.9(0.7)	4.2(0.8)	0.3
	計	3.9(0.6)	4.3(0.5)	0.4

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

↑ ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表14 中分類別重要度(つづき)

コア・コンピテンシー	中分類	重要度の平均値 (標準偏差)		平均値 の差
		看護師	保健師	
IX 質改善	1 業務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある	3.8(0.8)	4.0(0.7)	0.2
	2 小離島での1人体制では主観的になりがちなので、保健事業や看護の客観的な評価ができる	4.1(0.9)	4.0(0.8)	0.1
	3 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる	3.8(0.8)	4.1(0.9)	0.3
	4 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる	4.1(0.7)	3.9(0.7)	0.2
	計	4.0(0.7)	4.0(0.7)	0.0
X 安全(良質なケア)	1 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島の地域の中でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる	4.3(0.7)	4.5(0.7)↑	0.2
	2 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる(地域診断ができる)	3.7(0.7)	4.5(0.7)↑	0.8 ◎
	3 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる	2.7(0.9)↓	4.2(0.8)	1.5 ◎
	4 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる	3.3(0.8)	4.6(0.7)↑	1.3 ◎
	5 健康支援の必要な島民の健康についての観察とアセスメントから、先を見越した適切なトリアージとその対応ができる	4.0(0.7)	4.2(0.6)	0.2
	6 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる	4.5(0.7)↑	4.3(0.7)	0.2
	7 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる	4.7(0.7)↑	3.6(1.0)	1.1 ◎
	8 疾病の有無に関係なく対応できる 診療所を受診していない要支援者への支援ができる	3.9(1.0)	4.2(0.6)	0.3
	9 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる	4.7(0.7)↑	4.3(0.8)	0.4
	10 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる	4.7(0.5)↑	4.2(0.6)	0.5 ◎
	11 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる	4.7(0.5)↑	3.7(1.1)	1.0 ◎
	12 島内の限られた資源の中で代替品の活用や開発ができる	4.4(0.7)	4.0(0.7)	0.4
	13 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる	4.7(0.7)↑	3.8(0.8)	0.9 ◎
計	4.2(0.4)	4.2(0.6)	0.0	
XI 情報科学	1 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる	3.6(0.8)	4.5(0.7)↑	0.9 ◎
	2 テレビ会議システム等のIT技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる	4.3(0.5)	4.0(0.9)	0.3
	3 小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等のIT技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる	4.2(0.6)	4.0(0.9)	0.2
計	4.0(0.6)	4.2(0.8)	0.2	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

↑ ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.1 「I 島民と家族中心のケア」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差‡	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる	4.4(0.5)	4.4(0.5)	4.3(0.5)	0.1	<ul style="list-style-type: none"> ・1～9は全て小離島では基本的能力だと考える ・全人的ケアの重要性は小離島に限らない ・看護師、保健師の双方ともケア又は支援できる力を備わっていることが重要と考える ・生活背景が見えてしまうので把握しやすい ・一生懸命になりデータをはめ込み指導してしまう傾向にあるので一緒に住み島民に沿った看護活動ができればよい
2 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる	4.4(0.6)	4.3(0.8)	4.5(0.5) ↑	0.2	<ul style="list-style-type: none"> ・小離島だけでは解決しないことが多いため、より柔軟性や調整力が必要と考える
3 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるようにニーズに沿った支援や助言ができる	4.3(0.4)	4.1(0.6)	4.4(0.5)	0.3	
4 島民や家族の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる	4.1(0.6)	4.1(0.9)	4.0(0.5)	0.1	<ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ、本人の思いを島外の家族に伝えるが、最終決定は家族であり、本人の希望に添えず、島での生活を継続できないケースが多い
5 島民の健康に関係する経済的な問題などを配慮した関わりができる	4.1(0.7)	3.9(0.9)	4.2(0.6)	0.3	<ul style="list-style-type: none"> ・島外への通院、治療に費用がかかるため
6 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる	4.3(0.5)	4.7(0.5) ↑	3.9(0.9)	0.8 ◎	<ul style="list-style-type: none"> ・穏やかな死を迎えるには医療者(診療所)による情報や経験を通じたアドバイスや援助が不可欠だと思う ・痛みのコントロールができないと家族はつらい在宅での看取りを後悔させないように支える
7 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決ができる	4.1(0.7)	3.9(0.9)	4.3(0.7)	0.4	<ul style="list-style-type: none"> ・島で生活するにはセルフケアは非常に重要アルコールなどそこに働きかける必要がある
8 看護の専門分野を超えたケアの調整と統合ができる	4.3(0.8)	4.2(0.8)	4.4(0.8)	0.2	
9 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる	4.7(0.5) ↑	4.6(0.7) ↑	4.7(0.7) ↑	0.1	<ul style="list-style-type: none"> ・島内には家族がいない場合も多く、近隣の支援は大きい ・普段の生活のキーパーソンと家族のキーパーソンが違うことが多い
計	4.3(0.5)	4.2(0.6)	4.3(0.3)	0.1	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.2 「II 文化的コンピテンシー」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差‡	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
1 日常的に地域に出向き、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる	4.4(0.8)	3.9(1.2)	4.8(0.6)	↑ 0.9 ◎	<ul style="list-style-type: none"> ・1～4は全て島の文化、風習、価値観等を知る、関わるのが大切 ・生活を共にしなければ認めてもらえない ・一住民としても地域行事に参加することで島を理解でき、住民も看護職者を認めてくれた
2 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる	4.5(0.5) ↑	4.3(0.7)	4.7(0.5) ↑	0.4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域はその人の生活そのものでありそこから学びを仕事に活かすことで、住民のニーズに応えることができる ・島を知り、島から学ぶという基本姿勢は重要 ・文化的コンピテンシーに関しては、保健師の関わりにとって最も重要なものとする ・看護師は徐々に学んでいければよい
3 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる	4.3(0.9)	3.7(1.3)	4.8(0.6) ↑	1.0 ◎	
4 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる	4.3(0.5)	3.9(0.7)	4.7(0.5) ↑	0.8 ◎	
計	4.4(0.6)	4.0(0.9)	4.8(0.5) ↑	0.8 ◎	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.3 「Ⅲチームワークと協働」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
1 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	4.8(0.4) ↑	4.8(0.4) ↑	4.8(0.4) ↑	0.0	<ul style="list-style-type: none"> ・1～4は全て非常に重要だがサポートが必要 ・他職種協働、連携は必須 ・支え、支えられる、顔の見える関係づくりが大事
2 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	4.9(0.3) ↑	4.9(0.3) ↑	4.8(0.4) ↑	0.1	<ul style="list-style-type: none"> ・健康課題を共通理解してもらうことは非常に重要 ・とても大切 ・お互いに信頼がないと上手くいかない
3 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる	4.5(0.6) ↑	4.6(0.5) ↑	4.3(0.7)	0.3	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援については可能 ・保健事業の実施方法や対策については、自治体の課題である
4 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワークと協働ができる	4.3(0.6)	4.2(0.6)	4.4(0.7)	0.2	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職は限られているので、住民の力を借りることは大きい
計	4.6(0.4) ↑	4.6(0.4) ↑	4.6(0.4) ↑	0.0	

☆ 5段階評価(5: 非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.4 「IV コミュニケーション」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
1 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる	4.7(0.5) ↑	4.7(0.5) ↑	4.6(0.5) ↑	0.1	
2 緊急時のヘリ搬送や後任者、および代替看護職員時の引継ぎに際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率的なコミュニケーションがとれる	4.4(0.6)	4.7(0.5) ↑	4.1(0.9)	0.6 ◎	
3 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる	4.8(0.4) ↑	4.7(0.5) ↑	4.8(0.4) ↑	0.1	
4 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる	4.5(0.5) ↑	4.5(0.5) ↑	4.5(0.5) ↑	0.0	・コミュニケーション能力が一番大切だと思う問題が起きて受け持ちを交代できないし、患者さんが受診しづらくなる
5 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる	4.7(0.4) ↑	4.8(0.4) ↑	4.6(0.5) ↑	0.2	・一番気を遣う努力してプライバシー保持をする
6 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる	4.5(0.4) ↑	4.5(0.5) ↑	4.4(0.5)	0.1	
7 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる	4.3(0.4)	3.9(0.6)	4.6(0.5) ↑	0.7 ◎	・島民はよく村内の広報誌、放送を視聴しているが、それだけでは不足もあり、分かりやすく可視化する工夫が必要 ・強化月間に合わせて取り組むとよい
計	4.5(0.3) ↑	4.5(0.3) ↑	4.5(0.4) ↑	0.0	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

↑ ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

⊕ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.5 「V リーダーシップ」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
					・1～3は全て島の不利性を有利性に変えることが大事
1 島内のヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議を企画し開催できる	4.1(0.8)	3.8(1.0)	4.3(0.7)	0.5 ◎	
2 島のヘルスケアメンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる	4.3(0.9)	4.2(1.0)	4.3(0.8)	0.1	・事務職との協働はとても重要
3 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる	4.4(0.9)	4.2(1.0)	4.5(0.8) ↑	0.3	・導入可能かどうか、検討していく姿勢は重要
計	4.2(0.8)	4.1(1.0)	4.4(0.7)	0.3	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.6 「VI システムに基づく実践」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			↑	平均値 の差‡	◎	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師				
1 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム(組織)への協力依頼ができる	4.2(0.5)	3.8(0.4)	4.6(0.7)	↑	0.8	◎	・子どもの発達支援に関しては島に専門機関がないため心理士や小児科医のアドバイスは重要精神についても、島外へ受診させることが難しい場合は支援があるとよい
2 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織(組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー)と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる	4.1(0.6)	3.6(0.7)	4.5(0.7)	↑	0.9	◎	・専門職は限られているので島民の協力はとても大きな力になる
3 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる	4.2(0.5)	3.6(1.0)	4.7(0.5)	↑	1.0	◎	・近い離島とは連絡協力はできている 診療所看護師会議の内容を教えて欲しい
計	4.1(0.5)	3.7(0.6)	4.6(0.6)	↑	0.9	◎	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.7 「Ⅶ プロフェッショナルリズム」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
1 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる	4.6(0.7) ↑	4.5(0.7) ↑	4.6(0.7) ↑	0.1	・島内外で支えてくれる人は重要 ・急な用事や病気でも代替看護師はすぐに来れないので自分の健康管理も大切
2 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる	4.6(0.7) ↑	4.6(0.7) ↑	4.5(0.7) ↑	0.1	
3 看護の専門職者としての価値や島民への支援の必要性を説明でき、理解してもらえるように他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる	3.8(0.5)	3.6(0.5)	3.9(0.6)	0.3	・実践で示す方が信頼を得るように思う、小離島はPRするよりも口コミの力の方がすごい ・価値の説明の前に協働が先だと思う ・住民は価値を理解している 「医師、看護師がいるだけでありがたい」といつも言われた
4 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる	4.1(0.6)	4.2(0.6)	4.0(0.7)	0.2	・小離島だからこそ、最新の情報や世間の情勢、自分の知識のブラッシュアップに対してのアンテナを自分で高くする必要があると思う
5 小離島での看護活動への関心があり、モチベーションを高めながら、自分のキャリアデザインを描ける	4.2(0.9)	4.0(0.9)	4.3(0.8)	0.3	・地域の把握、住民との関わり、地区組織活動、全ての保健事業に携わることができるなどの利点はあるが、経験者が優遇されるなどのシステムがないのでキャリアデザインにはつながらない
6 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な対応ができる	4.3(0.7)	4.2(0.8)	4.3(0.7)	0.1	・公平・平等な関わりを心がける ・狭い地域社会なので患者のプライバシー保護が大変
7 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経てゆるぎのない看護実践ができる	4.0(0.7)	4.0(0.8)	3.9(0.7)	0.1	・判断基準は大切だが、自己完結で終わらないようにその判断基準が正しいかどうかの確認や相談をするアドバイザーは必要

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.7 「Ⅶ プロフェッショナリズム」の中分類別重要度と自由記述(つづき)

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差‡	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
8 小離島の専門家として自己を高めるために、ヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる	4.3(0.4)	4.4(0.5)	4.2(0.4)	0.2	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有できる環境であることで、孤独感、不安感が軽減でき、小離島での看護の面白さがわかると思う ・心肺蘇生(CPR)や精神科対応など大きな対応が必要な時は、①医師と看護師で振り返りをして、②関わった消防団、警察などでも振り返りをした 消防団の皆さんはショックを受けるのでメンタルケアも含めて行う
9 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ	3.7(0.5)	3.6(0.5)	3.7(0.5)	0.1	<ul style="list-style-type: none"> ・資源の少ない島では必須である ・一手に担うという責任感ではなく、島民と一緒にやっていくという寄り添う思いが必要と思う ・責任感を持つことは大事であるが、一手に担うという思いで臨むと長続きしない可能性があるのではないかと思う ・強い覚悟、熱意、責任感相手に対しても厳しい対応を求めてしまうので、ゆるりとした気持ちで仕事をし、結果担えていると良いと思う
10 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化が図れる	4.5(0.5) ↑	4.2(0.6)	4.8(0.4) ↑	0.6 ◎	<ul style="list-style-type: none"> ・業務の効率化と共に、事務職を巻き込んで共に業務を行っていく姿勢や共通理解のための手法が必要(健康課題の確認や事業の方向性を事務職にもわかるように示す)
11 島民の擁護者としての役割が果たせる	3.8(0.8)	3.7(0.8)	3.9(0.7)	0.2	
12 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる	3.5(0.6)	3.3(0.7)	3.6(0.7)	0.3	<ul style="list-style-type: none"> ・私は力不足だったが、しまナースや看護大学者や大学が診療所のことを発信してくれ、島に目が向き改善された
13 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる	4.2(0.6)	3.8(0.8)	4.6(0.7) ↑	0.8 ◎	<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業を実施していくために必要 ・国の指針と島の現状が異なり、そのまま適応できない場合もあるため、国の流れを理解した上で島ならではの対策を説明できるようにするために必要

表15.7 「Ⅶ プロフェッショナリズム」の中分類別重要度と自由記述(つづき)

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差‡	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
14 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる	4.0(0.6)	3.8(0.6)	4.1(0.7)	0.3	・余裕があれば、役場と協力して行うことが望ましい
15 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる	4.6(0.5) †	4.5(0.5) †	4.7(0.5) †	0.2	・県保健師へ相談することができたことは大きな支えだった ・拠点病院とのつながり、認定看護師への相談
16 島内外の関係者・関係組織と調整をとりながら、島の状況に対応した保健センターや診療所の運営の調整ができる	4.1(0.8)	4.1(0.9)	4.1(0.7)	0.0	
17 島内のヘルスケアサービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につなげるための人材確保ができる	4.0(0.9)	3.8(1.0)	4.1(0.7)	0.3	
計	4.1(0.4)	4.0(0.5)	4.2(0.4)	0.2	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† †は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.8 「Ⅷ エビデンスに基づく実践」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
1 エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる	4.2(0.5)	3.9(0.6)	4.4(0.5)	0.5 ◎	・島民に伝わるように支援することが必要
2 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる	4.1(0.6)	3.8(0.6)	4.4(0.7)	0.6 ◎	・業務が多岐にわたるので、優先度を決めて、それを事務職と共有することが大切
3 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる	4.1(0.7)	3.9(0.7)	4.2(0.8)	0.3	
計	4.1(0.5)	3.9(0.6)	4.3(0.5)	0.4	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.9 「IX 質改善」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
1 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる	4.0(0.7)	4.1(0.7)	3.9(0.7)	0.2	
2 小離島での1人体制では主観的になりがちなので、 保健事業や看護の客観的な評価ができる	4.1(0.8)	4.1(0.9)	4.0(0.8)	0.1	
3 業務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある	3.9(0.7)	3.8(0.8)	4.0(0.7)	0.2	<ul style="list-style-type: none"> ・重要だが、SPSSなど特殊なものでなく、Excel無料で使える統計ソフトなど活用できそうなものを選ぶ必要がある ・私は知識がなかったが、これからの若い人たちに期待している
4 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる	4.0(0.8)	3.8(0.8)	4.1(0.9)	0.3	<ul style="list-style-type: none"> ・外部からのアドバイスや支援は必要だと思う
計	4.0(0.7)	4.0(0.7)	4.0(0.7)	0.0	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.10 「X 安全(良質なケア)」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差‡	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
1 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる	4.4(0.7)	4.5(0.7) ↑	4.3(0.7)	0.2	・精神疾患や障害を持つ人の居場所づくり支援なども必要 ・島の看護師ならではの活動ができる
2 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる	4.2(0.6)	4.7(0.7) ↑	3.6(1.0)	1.1 ◎	・保健師に求めるならば訓練が必要
3 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる	4.0(0.6)	3.3(0.8)	4.6(0.7) ↑	1.3 ◎	・島で生活して行くにはセルフケアは重要なので自分でできる健康管理の知識や場の提供は必要
4 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる	4.2(0.7)	4.7(0.5) ↑	3.7(1.1)	1.0 ◎	
5 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる	4.3(0.6)	4.7(0.7) ↑	3.8(0.8)	0.9 ◎	・代行業務ができる柔軟性は必要だと思うが、安全面や職域の限界に対する課題を解決する努力、代行しなくても済む環境づくりの視点も必要と思う ・調剤業務が一番大きい
6 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる	3.5(0.7)	2.7(0.9) ↓	4.2(0.8)	1.5 ◎	・施策化は重要だが、ある程度経験がなければすぐには習得できない
7 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる	4.5(0.5) ↑	4.7(0.7) ↑	4.3(0.8)	0.4	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.10 「X 安全(良質なケア)」の中分類別重要度と自由記述(つづき)

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差†	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
8 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる(地域診断ができる)	4.1(0.6)	3.7(0.7)	4.5(0.7) ↑	0.8 ◎	・健康課題を分析して、事務職に保健事業を見えるように説明する力が必要
9 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島の中でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる	4.5(0.6) ↑	4.3(0.7)	4.5(0.7) ↑	0.2	
10 疾病の有無に関係なく対応できる 診療所を受診していない要支援者への支援ができる	4.1(0.6)	3.9(1.0)	4.2(0.6)	0.3	・未受診の住民の支援を看護師がどこまで行うのか、また優先度は？ ・小さいコミュニティなので診療所を受診していなくても声かけ、アプローチがしやすい
11 健康支援の必要な島民の健康についての観察とアセスメントから、先を見越した適切なトリアージとその対応ができる	4.1(0.5)	4.0(0.7)	4.2(0.6)	0.2	
12 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる	4.5(0.4)	4.7(0.5) ↑	4.2(0.6)	0.5 ◎	・地域行事と住民の生活は密着しているので保健事業計画を立てる際にも重要 ・地域行事で診療所受診行動も左右するので大切
13 島内の限られた資源の中で代用品の活用や開発ができる	4.2(0.6)	4.4(0.7)	4.0(0.7)	0.4	
計	4.2(0.5)	4.2(0.4)	4.2(0.6)	0.0	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表15.11 「XI 情報科学と科学技術」の中分類別重要度と自由記述

n=10

中分類	重要度の平均値 (標準偏差)☆			平均値 の差‡	重要と思う理由(自由記述)
	計	看護師	保健師		
1 小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等のIT技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる	4.1(0.7)	4.2(0.6)	4.0(0.9)	0.2	<ul style="list-style-type: none"> ・学ぶ環境や、後れをとらない環境があるのはとても大切 ・1対1の相談にはウェブは有効 ・発言のしにくさなどがあり会議には必ずしも適しているとは思えない ・診療所看護師用のパソコンがやっと設置されたのでこれからは活用できるのではないか
2 テレビ会議システム等のIT技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる	4.2(0.6)	4.3(0.5)	4.0(0.9)	0.3	<ul style="list-style-type: none"> ・孤立感を防ぐことにつなげる ・診療所看護師用のパソコンがやっと設置されたのでこれからは活用できるのではないか
3 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる	4.1(0.7)	3.6(0.8)	4.5(0.7) ↑	0.9 ◎	<ul style="list-style-type: none"> ・離島だからこそ、見えないものを見えるようにして、発信できることが大事と思う ・診療所看護師用のパソコンがやっと設置されたのでこれからは活用できるのではないか ・重要ではあるが急ぐ必要はないと思う
計	4.1(0.6)	4.0(0.6)	4.2(0.8)	0.2	

☆ 5段階評価(5:非常に重要、4:まあまあ重要、3:どちらともいえない、2:あまり重要ではない、1:重要ではない)の平均値である

† ↑は平均値4.5以上、↓は平均値2.9以下を示す

‡ ◎は看護師と保健師の平均値の差が0.5以上の数値を示す

表16.1 「コア・コンピテンシーの名称」に関する研究参加者の意見

カテゴリー	コード(発言の要約)
1 「安全(良質なケア)」と「質改善」が混乱しやすい	<ul style="list-style-type: none"> ・「安全(良質なケア)」と「質改善」の名称が混乱するので、分かりやすくしたほうがよい
2 「質改善」と「エビデンスに基づいた実践」の重要性が認識しにくい	<ul style="list-style-type: none"> ・「エビデンスに基づいた実践」とあるが、「エビデンス」の言葉自体が基礎教育であり習わなかったので「非常に重要」にチェックしないのではないか ・「質改善」と「エビデンスに基づいた実践」は、管理業務経験者でないと「非常に重要」にチェックしないのではないか
3 「質改善」は看護の現場で使用する「管理」と混乱しやすい	<ul style="list-style-type: none"> ・「質改善」の中身について、看護師として想像する「看護の質」と一致がしない ・「質改善」の中身は「管理能力」という感じがした ・「管理」という領域を作り、そこに「保健師の地域アセスメント」の部分が入るのではないかと考えた ・「管理」という領域を作り、そこに「診療材料の管理」の部分が入るのではないかと考えた ・「質改善」の領域に「統計をとり、マネジメントをする」という内容が記載されていたが、領域名を「管理」にすると理解できる ・現場の看護師が想定する「質改善」は「対象者を多方面からアセスメントし、個人に寄り添った生活に介入した看護」という感覚

表16.2 「看護師と保健師に共通のコンピテンシー」に関する研究参加者の意見

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(発言の要約)
1 両職種に共通のコンピテンシー	1 自ら地域に出向いて島を好きになり、島しょ保健看護の魅力や楽しさを感じることができること 【VIIプロフェッショナルリズム】	<ul style="list-style-type: none"> 島を好きになることが看護師として活動する前提に必要 島民と同じ生活をし、仲良くなることで島民としての自分を意識できることが必要 島を好きになり、大病院にない島しょ保健看護の魅力や楽しさを感じることができる(例: 病院では病気を持つ患者さんとしての関わりだけ、病名を把握し、病気が治ればいい)しかし、島は対象者の生活背景、家族が把握でき、家族と一員の感覚になる 長期間島で看護師をしていると、対象者がへり搬送されたりなくなると、看護師の関わりが良くなかったのか、と落ち込んでくる このように、島を好きになると看護の活動の幅が広がり、大変だけど楽しくなる 小離島の看護職者の楽しさを伝えたい思いがあることが必要 頭を大都会から切り替え、自ら地域に出ることができることが必要
	2 島を好きになり、島民に看護師・保健師として認められてもらうことができること 【VIIプロフェッショナルリズム】	<ul style="list-style-type: none"> 島を好きになり、島民に看護師・保健師として認められてもらうことができることが必要 コンピテンシーには段階があるので、その並び方は立体的、3D みたいになる 例: 1人の人間として、島民と同じ生活をし、仲良くなる → 島を好きになる → 島民に看護師として認められる、看護師としての活動ができる 島民を好きになり、積極的に地域行事に参加することで島民の一員として認められることが必要
	3 地域の行事に地域住民と一緒に活動し、広い人とのつながりを構築できること 【VIIプロフェッショナルリズム】	<ul style="list-style-type: none"> 大きい町村と小離島との一番の違いは、地域の行事に地域住民と一緒に活動することが多いし、広い人とのつながりがある部分 → 地域の行事に地域住民と一緒に活動し、広い人とのつながりを構築できることが必要
	4 積極的に地域に出て、仕事の幅を広げることができること 【VIIプロフェッショナルリズム】	<ul style="list-style-type: none"> 島を知りたい、と積極的に地域に出て島を好きになるといような仕事ができるようになり、仕事の幅を広げることが必要 例: 赴任直後に島の独居高齢者全員の自宅を訪問し、ベッド・浴室・台所の状態や位置、段差、診療所までの道のりなどを全てチェックできることが必要
	5 勤務時間外の訪問ができること 【VIIプロフェッショナルリズム】	<ul style="list-style-type: none"> 勤務時間外の訪問ができることが必要 (診療時間外や土日でも気になる島民がいたら“散歩”といって訪問できる)
	6 プライベートな面での安全確保ができること 【VIIプロフェッショナルリズム】	<ul style="list-style-type: none"> 島のキーパーソンを見つけることで自分の身の回りの安全を確保できることが必要
	7 精神的な支えとなる島民の存在があること 【VIIプロフェッショナルリズム】	<ul style="list-style-type: none"> プライベートな部分を支援してくれる島民、または役場職員に頼ることが必要 例: 保健師の所属する役場の課の行政職員の中に、保健師のお世話がいて、その人の自宅でご飯を食べさせてもらったり、地域とつないでくれたりした
	8 島を好きになり、ストレスを乗り越えることができること 【VIIプロフェッショナルリズム】	<ul style="list-style-type: none"> 島を好きになり楽しく活動できるようになるまでの精神的な部分を強化できることが必要 島や島民が好きという思いの重要性を認識し、ストレスを乗り越えることができることが必要 常時、プライベートな時間も島民に行動を監視されていると感じるのではなく、自分の安全を島民が見守ってくれている、という考え方に切り替えることができる 例: 業務時間外に散歩していても看護師の行動を把握しようとする島民がいてプライバシーがないことにストレスを感じていたが、自分の安全を島民に見守られている、という考え方に切り替えたなら、ありがたいと思うようになった
	9 1人で判断し、責任を果たせる精神的な強さがあること 【VIIプロフェッショナルリズム】	<ul style="list-style-type: none"> 1人で判断したり、抱える責任を消化できる精神的な強さがあることが必要
	10 島の行事や地域、潮の干時間などを考慮し島民全体の多様な健康課題を見出した上で、看護活動ができること 【II文化的コンピテンシー】 【X安全(良質なケア)】	<ul style="list-style-type: none"> 業務をしていき、島民として生活をしていき、地域行事に参加をしていく中で、島民の多様な課題を見出せることが必要 島の行事や地域、潮の干時間を考慮した上で島全体の年間の保健事業の立案ができることが必要
	11 島民の中から看護活動をする上でのキーパーソンを探し出し、連携体制の構築ができること 【IIIチームワーク】	<ul style="list-style-type: none"> 赴任1年目から地域行事に参加し、地域ごとによく動いているキーパーソンを把握し、保健師活動への協力依頼ができる、また、保健師もキーパーソンの活動に協力できる体制が作れることが必要
	12 島民が好きという思いやコミュニケーション力の重要性の認識があること 【IVコミュニケーション】	<ul style="list-style-type: none"> 看護職の技術よりも島や島民が好きという思いやコミュニケーション力の重要性の認識があることが必要

☆ 意見の要約の【 】内は該当するコア・コンピテンシーである

表16.2 看護師と保健師に共通のコンピテンシーに関する研究参加者の意見(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(発言の要約)
2 両職種 の協働	1 協働の前提として両職種の信頼関係構築と連携の重要性を認識し両職種が役割を補完し合えることが必要	<ul style="list-style-type: none"> 両職種の信頼関係が築けることが必要 その上で個人情報に配慮しながら島の医療の改善のために協力し合えることが大切 両職種の連携は大切 両職種の連携がとれないと、ケアサービスが滞る 両職種がそれぞれの仕事の範囲を制限し合うのではなく、お互いの役割を補い合える関係がとれる 連携の重要性の認識があり、連携のとり方が分かるコンピテンシーは重要 そのための教育も重要 管理のコンピテンシーも重要 卒後3,4年の看護師への管理の教育、支援が重要
	2 島の特徴を早く把握するために両職種の連携が必要	<ul style="list-style-type: none"> 島の特徴を早く把握することは看護実践の前提として重要 島の特徴を早く把握するために保健師との連携ができる
	3 限られた専門職種同士の協働は不可決であり、協働できる雰囲気づくりを含めて連携の要となることが必要	<ul style="list-style-type: none"> 限られた専門職種同士が連携できる 島内の専門職者を把握し、どの専門職に関われば仕事がスムーズに展開するのかを把握できる 島の医療関係者(看護師、保健師、准看護師、医師)同士をつなげることができる 「島内のヘルスケアメンバー同士が情報交換しながら一緒に島民の健康を守ろう」という雰囲気づくりができる
	4 職種を超えて島での活動年数の長い者が、新任者に島の特徴をオリエンテーションすることが必要	<ul style="list-style-type: none"> 島に長く活動する看護師、保健師のいずれかが、新任者に島の特徴をオリエンテーションができることが必要
	5 看護師は保健師が所属する役場組織を把握しておくことが必要	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、役場の医療保健福祉の組織や担当行政職を把握しておく必要がある 役場の医療保健福祉の組織一覧を診療所に貼り出しておく 例: 子どもの保健福祉担当者、高齢者福祉担当者、生活保護担当者
	6 保健師から看護師に協力依頼できることが必要	<ul style="list-style-type: none"> 保健師は看護師に、診療所に通院中で健康診断未受診者への受診勧奨を依頼できることが必要
	7 新たな島の対策が必要となったときに、保健師は看護師と共に考えてもらうことが必要	<ul style="list-style-type: none"> 認知症のある高齢者が島に転入した時に、ケア会議などで保健師が現在の国の認知症対策を伝え、村でどのような事業を実施したらよいかを看護師などと一緒に考えてもらうことが必要
3 両職種 の情報 共有	1 効果的な島民の健康課題解決につなげるために、個人情報に配慮しながら両職種が情報共有できることが必要 (連携してケアが必要な島民の情報、健康診査の未受診者)	<ul style="list-style-type: none"> 島民の健康課題解決につなげるために両職種が必要な情報共有ができる、お互いの利点を利用し合えることが必要 両職種が個人の考え方によって情報共有できるかが左右される現状がある 守秘義務を理由に島民の情報を教えてくれない看護師・保健師もいる 看護師、保健師の性格や考え方で仕事がしやすい、やりづらいがある 例: 保健師が健康診査の受診勧奨をしても3年間未受診だった島民に対し、看護師が受診勧奨すると受診につながることもある これは看護師が家族への看護をしており信頼関係が築けていたから 個人情報に配慮しながら両職種がお互いに島民の健康管理のための情報共有できることは難しいが必要 保健師が実施する保健事業実施後に、看護師を含む関係者間でケア検討会を開き、連携してケアが必要な島民についての情報共有できることが必要(例: 難病巡回相談、精神巡回相談) 保健師が診療所に、カルテを見せてもらうよう依頼できることが必要
	2 診療所が持つデータと役場が持つデータを両職種が共有し共に島の地域アセスメントが必要	<ul style="list-style-type: none"> 診療所が持つデータと役場が持つデータを両職種が共有し共に島の地域アセスメントできることが必要 ○ 役場が持つデータ: 発達障害を含む乳幼児健康診査結果 ○ 診療所が持つデータ: カルテの受診結果データや、カルテを統合した受診結果データ(成人・壮年期以降の人・高齢者の疾病、乳幼児の感冒、喘息など) ○ 学校医である診療所医師がもつデータ: 小中学生の学校健診結果

表16.2 看護師と保健師に共通のコンピテンシーに関する研究参加者の意見(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(発言の要約)
4 状況により変化するコンピテンシー	1 欠員の場合は役割を補完し合えることが必要	<ul style="list-style-type: none"> 保健師2名体制時には、お互いの補い合いながら活動ができる(例:産休、ボランティア休暇取得時は、臨時の保健師を探し、補充してもらうなど) 保健師が長期間不在時には、看護師が島内のヘルスケアメンバー同士が連携とれるように中心となってアセスメントし、マネジメントできる 島内のヘルスケアメンバーのところに外向き、情報交換し指揮がとれる
	2 島に長年勤務している方が新任者へ島や島民の説明をすることが必要	<ul style="list-style-type: none"> 島に長年勤務している方が新任者へ島や島民の説明をすることが必要(島に長年勤務している看護師がいる○村では、保健師が看護師に島民のことでわからないことを聞いたたりしていた)
	3 同一の島民をケアする際は話し合いにより看護師と保健師の役割分担をすることが必要	<ul style="list-style-type: none"> 看護師のように医療的なケアは十分にできない部分なので、そこは保健師と看護師で役割が違う部分 ケア会議などで看護師と保健師が実施する部分を話し合い決めることが必要
5 コンピテンシーの習得時期	1 コンピテンシーの習得時期には段階がある: 就任2,3か月目:島民として島を好きになる →半年目:島の全体が見える →必要性を認識しながら自分で動ける →後任者への引継ぎ・オリエンテーションができる	<ul style="list-style-type: none"> まずは島民としての自分を意識し、島を好きになることが看護師として活動する前提に必要な1人の人間として、島民と同じ生活をし、仲良くなることで見えてくるものがあり、そこでようやく島民に看護師として認められる段階がある コンピテンシーには段階があるので、その並び方は立体的、3Dみだいになる 例:1人の人間として、島民と同じ生活をし、仲良くなる → 島を好きになる → 島民に看護師として認められる、看護師としての活動ができる ①島民として島を好きになる ②就任2,3か月目:島に慣れる →半年目:島の全体が見える →必要性を認識しながら自分で動ける →後任者への引継ぎ・オリエンテーションができる:課題と留意点 コンピテンシーは、①の前提と、経年的に積みまれていく②とが合わさり、立体的に図示できるとコンピテンシーの1個1個が生きてくる 資料にある「コアコンピテンシー間の関係性」を示した三角形について、さらに時系列、時間軸で表現できるとよい(就任1か月目は○○まで等) 感情的な部分で「島を好きになれる」ことが一番重要 島を好きになり、なじんでいる人とそうでない人とは、後任者への引継ぎ方や、島のアセスメントも異なってくる
	2 「自己管理」ができた上で、次の段階にある「島民へのケア」ができる	<ul style="list-style-type: none"> 島の特異性の把握、自分のストレス対処、他者との協調性・関係性の構築、コミュニケーションなどの「自己管理」は基本で、それができた上で、次の段階にある「島民へのケア」ができる 多くの経験があっても、自己管理ができずにただ「離島で働きたい」という思いだけではいけない
	3 11のコアコンピテンシーの習得には期間が必要	<ul style="list-style-type: none"> 知識はあっても、就任直後に11のコアコンピテンシー全てには持てない 3か月、6か月、1年という期間の中で、十分なコミュニケーション、理解し合って、そして連携がうまく取れて、というふうなものができる 小離島診療所は場所によって、規模、状況が異なり、勤務状況も異なってくるし、看護師によって島の捉え方、地域の捉え方も異なる

表16.3 「看護師と保健師の異なるコンピテンシー」に関する研究参加者の意見

カテゴリー	コード(発言の要約)
1 看護師と保健師の主な業務の違いによりコンピテンシーの重要度が異なる	<ul style="list-style-type: none"> . 保健師は保健事業、診療所看護師は普段の診療介助やケアを中心に業務をしている部分で、同じ看護職でも大きな違いがある (保健師は都市部では各保健事業が割り振りされているが、島では一挙に基本的には全部の事業をしなくてはならない) この部分で保健師と看護師のコンピテンシーの重要度が分かれてくる 保健事業に関することは看護師が保健師に相談に行き、個別的な、在宅のケアなどは保健師が看護師に相談に行き、情報をもらう方が動きやすい . 島全体の保健事業について、保健師が計画・実施し、看護師はそれに協力する形で、問題があれば、意見を述べたり、問題提起をする形が多い(例: う歯対策事業、精神保健事業) . 看護師は、保健師が計画・実施している保健事業を把握し、協力できることが必要 . 看護師は難病巡回相談、精神巡回相談を看護師のスケジュールの中に組み込むなど、保健師が立案した保健事業について協力できることが必要 . 保健師は認知症や独居者を含む高齢者保健対策、児童虐待対策などの島全体の保健福祉対策・事業を実施し、看護師はそれらの実施状況や医療機関との連携状況等を把握しておくことが必要 . 保健師はシステムとして、年間行事で行う保健事業を計画・実施をする . 保健師は島全体の保健医療福祉対策をとる: 国からの保健医療福祉事業を島に合う形に組み換えたり、対応することができる 専門職に限りがある小離島の環境の中で、専門職の代わりとなる島民を活用しながら島全体の保健医療福祉対策がとれる . 保健師は複数の保健事業がある中で、優先順位を決めて組み立て、展開できることが必要 さらに、これらの必要性を役場の課長や事務職員にデータ等を活用して示すことができる、相談できることが必要
2 保健指導の視点が異なる	<ul style="list-style-type: none"> . 看護師は治療を、保健師は予防を主に活動をする点が大きな違い . 看護師は医療的ケアの指導、保健師は生活面や予防的な面の指導を主にする点が大きな違い
3 予防の視点と方法が異なる	<ul style="list-style-type: none"> . 同じ予防でも、看護師と保健師とでは予防の視点が異なる 看護師は重症化予備軍の島民への重症化予防に関わり、保健師は疾病がない健康な島民にも関わる 看護師は飲み会の多い地域住民への予防には目が行くが、保健師のように島民全体を予防の視点で見ることはない . 診療報酬の改定等は拠点病院から情報がくるが、国の医療の政策全体の流れを診療所看護師は把握できない 看護師は現時点での流行防止や医療的な予防について、保健師は数年を見越した全体的な予防について主に実施することが必要: 例: 毎年冬になると「インフルエンザが流行するので予防対策をとりましょう」という島民全体への啓蒙は保健師が行い、実際に流行したら第一に情報を把握した診療所が村内放送等を活用して島民全体への流行防止を呼び掛ける役割がある 必要時、学校や役場にも働きかけて予防対策を共に行う: 例: 子どもたちが2度続けて同じ場所でけがをし、診療所が第一に把握した際は、看護師が学校や保健師に働きかけて再発防止を促すことが必要 . 保健師は、5年先、10年先の、島民全体の健康課題を見据えた予防対策を立てる 島民全体の健康課題解決のための介入の優先順位の決定、医療費削減対策の検討、という長期的な視点で計画立案をすることが必要 . 健康な人に関しては保健師が主にアプローチすることが必要
4 健診結果の把握方法が異なる	<ul style="list-style-type: none"> . 看護師は個別に健診結果をみせてくれる島民や家族にはアプローチができるが、保健師のように島民全体の健診結果の把握はできない このため、保健師に健診結果を教えてもらうことが必要
5 保健師は活動の性質上、島民を把握し協力依頼が不可欠	<ul style="list-style-type: none"> . 保健師は地域行事に参加し島民を知ることができることが必要 . 保健師は専門職に限りがある島で保健事業を実施する際に必ず島民の力が必要になるので、地域行事に参加することで島民の中からキーパーソンを把握したり、家族のキーパーソンの把握ができることが必要

表16.4 「質問紙の記載方法と質問項目」に関する研究参加者の意見

カテゴリー	コード(発言の要約)
1 小離島診療所の規模の記載が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・どの規模の診療所をイメージして回答すべきか迷った ・小離島診療所は場所によって、規模、状況が異なり、勤務状況も異なってくるし、看護師によって島の捉え方、地域の捉え方も異なる ・拠点病院がある診療所を想定して回答したが難しかった
2 質問項目は回答しやすかった	<ul style="list-style-type: none"> ・質問項目は回答しやすかった ・自由意見記載の意見の中で(コンピテンシー一覧表の)追加項目に入るものが多くあった ・回答しながら(これまで小離島診療所看護師として)業務をこなす感覚でいた一つ一つの経験が、具体的なコンピテンシーの項目に当てはまることが分かったので学びになった

表17 本研究のコア・コンピテンシーと定義：修正版

-
- I 島民と家族中心のケア (Islander and family centered care)**
 ケアのパートナーとして島民とその家族との関係を築いた上で、個々人の好み、価値観、ニーズを尊重し、心がこもり、調整が行き届いた、つまり、全人的かつ柔軟で多様な保健看護を提供できる
- II 文化的コンピテンシー (Cultural competency)**
 効果的に保健看護を提供するために、島民の気質、大事にしている価値観、文化、地域行事を理解できる
- III チームワークと協働 (Teamwork and collaboration)**
 多職種からなる島内外のヘルスケアメンバーがチームとして効果的に機能するために、開かれた自由なチーム学習と発達を促進できる
- IV コミュニケーション (Communication)**
 保健看護の提供の際に島民と家族の満足と成果を高めるために、島民・家族、ヘルスケアメンバーとの相互尊重と意思決定の共有を育成することができる
- V リーダーシップ (Leadership)**
 島のヘルスケアシステムの改善のために課題解決策を提示し、実現できる
 また、島民・家族、ヘルスケアメンバーと課題解決のための目標を共有し、個人や集団の行動に影響を与え、目標達成を促進できる
- VI システムに基づく実践 (Systems based practice)**
 島民と家族への良質な保健看護を提供するために、島内外の保健医療福祉の組織への効果的な協力依頼ができる
 また、小離島の保健医療福祉の体制を充実するために島民、役場、県などに働きかけながら新たにシステムを構築できる
- VII プロフェッショナリズム (Professionalism)**
 限られた人的・物的資源と環境の中で自己の身体的・心理的・社会的な健康の管理ができる
 また、島民と家族の擁護者である看護職者として、利他的、法的、倫理的な原則に基づいた平等な保健看護を提供する責任感を持ち、最良のケアをするために自律的に最新で多様な知識や技術の習得ができる
- VIII エビデンスに基づく実践 (Evidence based practice)**
 島民と家族への保健看護の方法を決定する際に、島民と家族の意思や価値観、看護職者としての経験を結びつけながら最高かつ最新のエビデンスを活用できる
- IX データ等を活用した質改善 ☆ (Quality improvement)**
 小離島のヘルスケアシステムの質と安全を持続的に改善したり、保健看護の成果を評価するために、統計データや業務基準を活用できる
- X 小離島での安全なケア † (Safety care in a small island)**
 島民と家族に安全な保健看護を提供するために、診療所や役場において、システムと個人の有害なリスクを最小限にし、医療ミスを予防できる
- XI 情報科学と科学技術 (Informatics and technology)**
 コミュニケーション、知識の管理、医療過誤の軽減、意思決定の支援のために情報と技術の活用ができる
 また、健康を促進・維持する方法を島民と家族に教えるためにIT技術を活用できる
 情報の統合と分析ができ、ヘルスケアメンバーと協働した実践や研究ができる
-

☆ 下線部の「データ等を活用した質改善」は第1次案からの修正部分であり、修正前は「質改善」であった
 なお、定義の修正はなかった

† 下線部の「小離島での安全なケア」は第1次案からの修正部分であり、修正前は「安全(良質なケア)」であった
 なお、定義の修正はなかった

‡ 原作版のThe Massachusetts Nurse of the Future(NOF, 2006)は10項目で構成されている

付録

〇〇様

平成〇年〇月〇日

「沖縄県の小規模離島で働く看護職者の能力」に関する研究協力依頼書



貴下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

このたび、小規模離島で働く看護職者への教育内容の充実に役立てるために、小規模離島で働く保健医療従事者者（保健師・看護師・医師）を対象に、看護職者の能力についての調査のお願いをさせていただきます。と思っています。

協力していただける際は、下記の順に進めていきます。

- ① 同封の「同意書」2枚と「質問紙」を記入してください。
(提出された「研究者用の同意書」は、研究責任者が署名後にお渡しします)
- ② ご都合の良い面接場所と日時をうかがい、1時間程度の面接を行います。
①はこのとき回収させていただきます。
正確に記録をとるため、許可を得た後、面接の内容を録音させていただきます。

☆ この調査に際しまして、次のことをお約束いたします ☆

- 調査協力者の意思を尊重いたします
 - ・ 研究協力については、ご自由にお決めいただけます。お断りいただくこともできます。調査にご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
 - また、協力していただく場合も、答えたくない質問には答えていただくなくてもかまいません。
- 個人情報の保護に努めます
 - ・ お答えいただいた内容は個人が特定されないように保管し、研究終了後は速やかにシュレッダー等にて処理します。
 - また、結果の公表の際には、個人を特定できるような記述は致しません。
- ご協力いただく際の不利益を極力減らすように努力します
 - ・ お忙しい中、回答のためにお時間をいただくこととなりますが、負担の少ないよう面接時間や場所の配慮を致します。

皆様からのご意見は研究論文にまとめた後、報告書としてお渡する予定です。

日々の業務でご多忙な中、貴重なお時間をいただくこととなりますが、主旨をご理解の上、ご協力をお願い致します。

◎ この研究協力依頼書は「同意書」とともに保存をしていただきますようお願い致します。

◎ 研究に関してご不明な点、お気づきの点がございましたら、随時お答え致します。下記にお問い合わせください。

研究責任者：野田 千代子 (所属：〇〇、Tel：〇〇、Mail：〇〇)

同意書

(研究協力者保管用)

この度、私は「沖縄県の小規模離島で働く看護職者の能力」の研究対象者になるにあたり、質問紙および面接による研究に協力することを承諾します。

承諾にあたって、以下の説明を受けました。

- 研究の目的、方法
- 研究協力者の意思の尊重
- 個人情報の保護
- 研究協力への負担の軽減

平成〇年〇月〇日

研究協力者

住所: _____

氏名(自筆): _____

説明者 (研究責任者)

氏名(自筆): _____

< 研究責任者 >

氏名: 野田 千代子

所属: ○○

Tel: ○○

Mail: ○○

同意書

(研究責任者保管用)

この度、私は「沖縄県の小規模離島で働く看護職者の能力」の研究対象者になるにあたり、質問紙および面接による研究に協力することを承諾します。

承諾にあたって、以下の説明を受けました。

- 研究の目的、方法
- 研究協力者の意思の尊重
- 個人情報の保護
- 研究協力への負担の軽減

平成〇年〇月〇日

研究協力者

住所: _____

氏名(自筆): _____

説明者 (研究責任者)

氏名(自筆): _____

< 研究責任者 >

氏名: 野田 千代子

所属: ○○

Tel: ○○

Mail: ○○

小規模離島で働く看護職者の能力について



小規模離島で働く看護職者が役割を果たすためには、どのようなことができればよいと思われますか？
下記の①および②について、別々の用紙に、具体的に、思いつくままに箇条書きにしてください。

【 ① 看護師ができればよいと思うこと、② 保健師ができればよいと思うこと 】

○ 看護師ができればよいと思うこと ○

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.



○ 保健師ができたらいいと思うこと ○

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____



11.

12.

13.

14.

15.

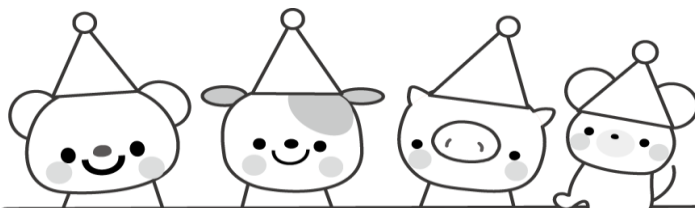
16.

17.

18.

19.

20.



お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました。
この用紙は後日、面接の際に受け取らせていただきます。
よろしくお願い致します。

「小規模離島で働く看護職者に必要な能力について」 のインタビューガイド



【 質問紙の内容 】

小規模離島で働く看護職者が役割を果たすためには、どのようなことができればよいと思われますか？

下記の①および②について、別々の用紙に、具体的に、思いつくままに箇条書きにしてください。

< ① 看護師ができればよいと思うこと、② 保健師ができればよいと思うこと >

○ 調査協力者により予め記述された内容について、以下を確認しながら面接をすすめる ○

1. 能力抽出のため

- ① 記述されていない場合は、話を聞きながら記述する
- ② 読んで意味が不明な項目は「どのような意味ですか？もっと説明していただけませんか」と聞き、内容の確認をする
- ③ 抽象的に記述されている項目は、できるだけ具体的に聞き、追加記述する
- ④ 話の中からまだ記述されていない項目があれば、追加記述する

2. 能力の重要度と能力が必要な理由について

- ① 記述された各項目の能力について、重要度（◎：必ずあった方がよいこと、○：できればあった方がよいこと）を確認し、追加記述する
- ② また、なぜ重要と思うのか、あるいは必要性を説明してもらい、追加記述する

沖縄県の小規模離島の看護職者に必要なコンピテンシー一覧

1 このコンピテンシーの一覧は平成24～25年に、沖縄県の小規模離島での勤務経験のある保健医療従事者30名(保健師10名、看護師9名、医師11名)への1インタビュー調査(半構造化面接)の結果をまとめたものです。

2 一覧の見方については以下の通りです:

- 左端の列の I～XI(緑色)は大分類(コア・コンピテンシー)、1～17(桃色)は中分類、1)～21)(水色)は小分類を示します。大分類は11項目、中分類は70項目、小分類は115項目で構成されています。
- 右端の列の「必要なコンピテンシー」については、回答者が看護師、保健師、両職種に必要なだと語ったコンピテンシーです。1は看護師に必要なコンピテンシー、2は保健師に必要なコンピテンシー、3は両職種に必要なコンピテンシーを示します。
- 右端の列の「回答者」については、回答者の職種を示します。1～9は看護師、10～20は保健師、21～30は医師を示します

<例>

I 島民と家族中心のケア (Islander and family centered care)
 ケアのパートナーとして島民とその家族との関係を築いた上で、個々人の好み、価値観、ニーズを尊重し、心がこもり、調整が行き届いた、つまり、全人的かつ柔軟で多様な保健看護を提供できる

	必要なコンピテンシー	回答者	回答者の逐語録番号
1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる 1) データや疾病だけではなく、疾病・生活・家族を含めて島民を全般的に把握した上でのケアの提供ができる 例: 受診者の最も困っている点を把握し支援につなげることができる	1	1	526-532

3 大分類(コア・コンピテンシー)の該当ページは次の通りです:

I	人と家族中心のケア	.....P 2
II	文化的コンピテンシー	.....P 7
III	チームワークと協働	.....P10
IV	コミュニケーション	.....P26
V	リーダーシップ	.....P33
VI	システムに基づく実践	.....P36
VII	プロフェッショナリズム	.....P37
VIII	エビデンスに基づく実践	.....P52
IX	データ等に基づく質改善	.....P53
X	小規模離島での安全なケア	...P54
XI	情報科学と科学技術	.....P87

I 島民と家族中心のケア (Islander and family centered care)

ケアのパートナーとして島民とその家族との関係を築いた上で、個々人の好み、価値観、ニーズを尊重し、心がこもり、調整が行き届いた、つまり、全人的かつ柔軟で多様な保健看護を提供できる

	必要な コンピ テンシ ー	回 答 者	回 答 者 の 逐 語 録 番 号
1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる			
1) データや疾病だけではなく、疾病・生活・家族を含めて島民を全般的に把握した上でのケアの提供ができる			
例：受診者の最も困っている点を把握し支援につなげることができる	1	1	526-532
例：受診者を全般的にみることができる、常に目を配れる ・頭部から足底部までの全身をみる ・受診者の合併症に応じてみるポイントをわけける ・多飲者への飲酒指導、家族ケアなどができる	1	26	334-342
例：データや疾病だけではなく、きちんと人を見ることができる	1	1	308-321
例：疾病・生活・家族を含めた全体的に受診者を把握できる 日常生活・環境面も含めて島民を全体的に見ていける意識がある	1	4	38, 455
例：受診者の背景として 家系図・経済状況把握できる	1	6	466-472,
例：島民や受診者を把握し、その人に合ったサービスを提供できる (家族背景、住居の位置、室内の状態、健康度、独居高齢者…) ・高齢者の自宅のアセスメントができる・・・ ベッドとトイレの位置、段差、診療所受診時の移動手段(徒歩ならその道のり) ・家族構成、独居高齢者の家族の住所、島の親戚関係の把握	3	7	199
例：疾病だけではなく、生活全体をみる視点がある ・疾病悪化の背景、救急外来受診を繰り返す受診者の背景を把握し、改善のためのアプローチができる	3	28	114-118
例：地域をとらえ、島民の地区や生活環境についてアセスメントできる	1	12	7
例：受診者の社会背景、家族背景の把握ができる	1	25	17
例：家族支援の状況を考慮した上で受診者を一人で帰宅させてもよいか判断できる	1	6	124
例：診療所受診は受診者の生活の小さな一部分にしか過ぎないことを意識した支援ができる ・自宅で転倒した受診者へ転倒場所を確認し、手すりの設置の助言ができる	1	8	213-1
例：共感性をもちながら、島民の背景(家族、社会、生い立ち)の把握に努めることができる	1	25	202-204
例：健康課題を中心にして、個人の生活上の課題(ライフスタイル、働き方、食べ方等)と地域生活上の課題を総合的に捉えた支援や助言ができる ・健診データだけを見た保健指導をしない	2	11	40-43
例：地域や家族を含めた看護ができる	3	28	8
例：対象者の生活部分も含めた看護ができる	1	4	36

2) 対象者の個別性を踏まえ、臨機応変な説明・教育ができる					
例：調理者や食事内容、生活を考慮した食事指導ができる					
○ 島の生活を考慮した内服指導と生活指導ができる ・生活がよく見えるので、病院とは異なった指導ができる	1	3	87		
○ 小離島では島民の生活をよく把握できるので、島民の生活実態に即した生活改善のアプローチができる	2	3	639		
○ 食事内容の把握や減塩のための調味料の使用法の提案等、受診者の生活に応じた個別指導ができる ・高血圧者に食事や運動の必要性を伝え、踏み込んだ生活指導ができる	1	5	102-115		
○ 家庭、住居環境、生活スタイルがそれぞれ異なる対象者の個別性に寄り添ったケアを他職種よりも先に考えることができる	1	1	513		
○ 高齢者や家族に、無理なく継続してできる糖尿病や腎不全などの特別食の作り方の説明ができる ・診療所や道やスーパーで会ったときに、痛風罹受診者等に食事の内容や作る人についての質問している	1	2	49-61		
○ 疾病に応じて家庭で継続して調理できるための食事指導ができる	1	2	53		
例：対象者の理解度を考慮した指導ができる					
○ 島民の理解度を考慮した助言ができる ・アルコール依存症者等で理解力が乏しい人には、理解できるような説明ができる	2	1	274		
○ 理論ではなく、生活感漂わせながら、対象者が理解しやすく説明できる	1	1	596-598		
○ 対象者に合った、対象者ができる方法を常に考えた支援ができる 対象者ができる部分を引き出す支援ができる	1	1	513		
○ 対象者ができる範囲の指導ができる ・独居男性、高血圧で理解力が低い島民	1	6	476-484		
例：臨機応変な指導ができる					
○ 訪問における健康指導、一般的な健康相談ができる	2	26	456		
○ その場に合った形で個別・集団指導ができる	1	3	186-193		
○ 適切な場所を選択し、指導できる ・診療所、対象者の自宅	2	26	402-432		
3) 島民の健康に関する悩みや相談を聞くことができる 解決方法を共に考えることができる					
例：島民の意見を聞き、共に課題を解決する工夫ができる ・場を設定し、島民と共に解決策を考える ・いろいろな人の知恵を借りて解決策を見出す			2	12	359-365
例：不安の解消したい、薬ではない部分で支援したいと思える			1	2	187
例：島民の抱える悩みについて、解決方法を共に考えることができる			2	3	522
例：島民が健康で困ったときに随時気軽に相談に応じることができる					
○ 島民からの相談に対応できる ・インテーク(相談にきた人から事情を聞くケースワークの最初の段階)のノウハウなど基本的な相談ができる	2	14	155-158		
○ 地域に積極的に出て、島民の身近な相談相手になれる	2	11	156-174 199-205		
○ 島民が健康で困ったときに気軽に相談に応じることができる ・受診しやすい診療所の雰囲気をつくる ・薬剤処方に追われるのではなく、積極的に診療所待合室にでて、受診者への声かけをしコミュニケーションをとる	1	18	131		
○ 随時、島民の健康相談に応じたりバイタルサインの測定ができる	2	17	136-140		
例：介護に困っている家族の相談対応ができる			2	21	2
例：精神疾患罹受診者の相談対応ができる			2	21	3

2	島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる			
1)	保健医療福祉に関する島内外の社会資源や利用可能な制度の紹介ができる			
	例：島の保健医療福祉に関する社会資源の把握ができる ・ヘルパー、社会福祉協議会、ボランティア団体	1	18	276-280
	例：島民が島外で利用できる社会資源サービスの一覧を作成できる			
	○ 島民が島外で利用できる社会資源サービスの一覧を作成できる ・小児、高齢者、特定疾患等	1	9	79
	○ 引継書に保健事業毎に連携が必要な関係組織・関係者の連絡先一覧の記載ができる	2	19	149-159
	【島外】 ・沖縄県介護保険広域連合(介護保険等について) ・沖縄県国民健康保険団体連合会(国民健康保健、特定健康診査、特定保健指導、国民健康保険特定健康診査等実施計画等について) ・県庁の健康増進課保健師 ・県保健所の保健事業担当の各保健師(母子保健計画等について)			
	【島内】 ・役場の課長・職員、診療所医師、社会福祉協議会、駐在警察官、小中学校養護教諭、保育所保育士			
	○ 島外の医療機関についての情報リストの作成ができる ・県外出身の新任保健師でも、島外の医療機関の案内を島民ができるようにする ・インターネット以外の情報も積み重ねて記載できる	2	19	183
	○ 島内外の社会資源や制度等の一覧を作成できる(小児、高齢者、特定疾患等)	2	9	79,92
	例：コーディネーターとしての役割が果たせる ・島民が島外の医療機関を選択する際に、ニーズに応じた助言や受診の際の注意点を伝えることができる ・整形、産婦人科、眼科、皮膚科等	1	9	92
	例：島外の医療機関への受診時の注意点の説明ができる ・アクセス方法、検査・診察・症状等に応じた説明ができる ・整形、産婦人科、眼科、皮膚科等	1	9	94
	例：島民が安心して島外の医療機関へ受診できるような助言ができる ・人とはつながると安心してつながりができる ・島外の医療機関についての情報リストの作成ができる 診療科目、関連する専門職者の氏名と連絡先 (地域連携室の相談員、精神科では精神保健相談員など) ・適切な医療機関の紹介ができる 要支援の島民(初受診者、高齢者だけの世帯、精神疾患罹受診者、経済苦等)にはさらに詳しい調整と助言ができる ・受診予定の島外の医療機関の関係職者に事前調整をし、「こっちの病院のこの人にはこういう話をしてる」と説明ができる	2	19	178-183
	例：受診先の選択に迷う島民への適切な受診先の紹介、一般的な治療方法の説明ができる	2	3	522
	例：島民の条件に適した島外の医療機関の紹介ができる ・紹介できない際は、拠点病院の地域連携室に問合わせる	1	2	111、112-2
	例：島民の条件に適した島外の医療情報、福祉情報、介護保険情報の照会ができる	2	14	248-252
	例：離婚後子育てに悩む母親に必要時、母子寮の紹介ができる	2	21	57
2)	島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる			
	例：保健医療福祉の人材に限りがあるため、地域全体で包括的な家族支援ができる ・要支援者を中心に捉え、保健師、看護師、医師等の保健医療福祉専門職者が情報を共有しながら包括的に支援する	2	26	402-432
	例：訪問による継続支援が必要な対象者への支援方法の工夫ができる	1	6	710-729
	例：島外の医療機関への入退院の際の本人・家族・支援者の調整ができる			
	○ 島外の医療機関への入退院の際の本人と家族の生活の調整ができる	1	18	79-106
	○ 独居高齢者の退院前に島外に住む家族と調整ができる	2	2	230
	○ 入院施設での退院前調整会議に参加し、円滑な退院後のケアにつなげることができる	1	26	192-229
	○ 退院後の生活についての本人・家族の意向の確認をし、関係者間で情報交換・相談ができる	2	3	435-465

3 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるようにニーズに沿った支援や助言ができる					
例：その人らしく過ごせる支援ができる	1	1	67-68		
例：人として接する部分を大切にしながら支援ができる	1	1	506		
例：人間性ある看護の提供ができる	1	12	120		
例：自分の要求を押しつけず、相手の立場になって考え対応できる	2	12	371-379		
例：受診者の生活背景や生きがいを把握し、生きがいを継続できるための支援や助言ができる ・膝の痛みを抱えながらも畑仕事を生きがいに楽しんでいる高齢者への支援を考 える事ができる → 畑での椅子の使用を勧める	1	8	213-2		
例：相手のペースや生活リズムに合わせた訪問計画立案ができる	2	11	57-58		
例：対象者の話をしっかり聞き、本人ができる部分と看護職者ができる支援の部分をア セスメントし、真のニーズに応じた支援ができる	2	11	29-30		
例：高齢者のコンピテンシーを活かした生きがいにつながる支援ができる	2	2	225-226		
例：保健医療福祉サービスに限りがある中で、島民のニーズに沿った支援の工夫ができる ・関係者の協力・連携を求めることができる	2	18	526-532		
4 島民や家族の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる					
例：島民の思いを傾聴し、思いに寄り添った対応ができる	2	11	221-224		
例：対象者が自己決定や、自ら動くことができるように支援できる	1	25	37		
例：他人の意見に流されず、対象者の意見を尊重した専門職の支援ができる、対象者に 寄り添った支援ができる	2	18	601-610		
例：島での療養や在宅死を望む島民と家族の希望に沿った支援ができる					
○ 今後も元気に島に住み続けたいと願う受診者の気持ちを大切に、そのためのアドバ イスができる	1	8	215-2		
○ 島で死ぬことを望むターミナル期の高齢者の気持ちに沿いたいと思い、関係者と検討 できる	1	4	82		
○ 島で普段通りの生活をしながら抗がん剤治療を希望する島民の想いを尊重した支援 ができる	1	2	83-103		
○ 呼吸停止時に延命治療をせず自然に島で最期を迎えることを希望する100歳以上 の高齢者の家族の想いに沿った支援ができる ・島で在宅療養中の100歳以上になる高齢者の家族から「自宅で呼吸停止があっても 本人が苦しくない程度でいい、延命処置はしないでほしい」という希望があった→ そ の後、自宅で呼吸停止した連絡があり、医師と一緒に往診に行き、死亡確認した方が いる	1	8	39		
例：島民の気持ちを尊重しながら自立支援、職業支援ができる ・多飲でお金の使い方が悪いが、仕事があるから“人の手煩わさないで自分でなんと か生きてるんだ”というプライドをもつ島民の気持ちを尊重しながら自立支援、職業支 援ができる	2	3	574		
5 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる					
1) 家族単位の支援ができる					
例：地域や家族を含めた看護ができる	3	28	8		
例：家族単位の支援ができる ・不衛生な家庭環境への衛生教育、栄養指導、内服指導	2	26	402-432		
例：本人および調理を担当する家族への食事指導ができる	1	5	365-366		
例：養育者を対象とした乳幼児の対応についての講座を開催できる	1	18	227-231		

2) 緊急時に備えて島内外の家族、ライフキーパーソンの連絡先の把握ができる				
例:	家族およびライフキーパーソンとその関係性の把握をし、必要時活用ができる	1	1	50-51
例:	看護師の交代や不在時に備え、カルテに緊急連絡先を含めた受診者・家族情報のページを作成できる	1	4	111-115
例:	島外への救急搬送時に備えたライフキーパーソンの連絡先を作成できる ・1名につき、3件の連絡先の記載(本人の住所、島内のキーパーソン、島外のキーパーソン) ・独居高齢者で子どもは島におらず那覇市にいる場合は、島外への救急搬送時に誰が付き添うか、付き添いがいないときどうするか、那覇で迎えてもらうかとか、親戚の人で誰を乗せるか、その依頼(近い親戚を呼び、「〇〇さんがヘリ搬送なんだけど一緒にいって行ってくれない?」と依頼)が必要になってくるため ・従来は長年島の診療所に勤務していた看護師と事務職員が全てを把握していたのでカルテには普通の連絡先しか記載されていなかったが、彼らが交代になると困るので作成し始めた	1	7	118-2
6 島民の健康に関する経済的な問題などを配慮した関わりができる				
例:	島民の健康が害されている原因が経済面であればその分野の改善も視野に入れた関わりができる	2	14	145
例:	経済的な理由で診療所での治療継続が困難な島民への多方面からの支援ができる ・医療費だけの生活保護申請 ・家族に支援を要請する ・自立支援、職業支援ができる	2	3	574
例:	支払い困難な対象者に対し、料金徴収につながらない方法の工夫ができる ・電話での確認、隣人やボランティアへの確認依頼	1	6	724-746, 756
例:	虫刺症で受診した島民に対し、翌日の受診勧奨をし、翌日よくなっている場合は料金徴収の是非について医師に相談できる	1	6	752-754
例:	島民の気持ちを尊重しながら自立支援、職業支援ができる ・多飲でお金の使い方が悪いが、仕事があるから“人の手煩わさないで自分でなんとか生きてるんだ”というプライドをもつ島民の気持ちを尊重しながら自立支援、職業支援ができる	2	3	574
7 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる				
例:	ターミナル期にある人への寄り添いができる ・医師よりも看護師ほうが寄り添いやすい立場にある	1	25	31-33
例:	希望する島民へ訪問看護による看取りができる	1	13	137
例:	島で死ぬことを望むターミナル期の高齢者の気持ちに沿えるように家族・保健医療福祉職と調整をし、支援体制を整えることができる	1	4	80-84
8 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決ができる				
例:	島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決できる ・受診者が抱える問題点の推測→本人への確認→必要性がある時は、適切な人に伝える→解決してくれる人がいる	1	1	639-640
例:	自立に向けて多面的な支援の必要性のアセスメントができ、支援に結びつけることができる ・治療継続に必要な経済的支援 ・生活保護受給の必要性と、受給内容の検討ができる(全部または医療費のみ等) ・家族の経済的支援	2	3	569-581
9 看護の専門分野を超えたケアの調整と統合ができる				
例:	専門職が他にいないので、福祉分野の知識を持ち、保健医療福祉を統合したコーディネートできる	2	14	144-154
例:	関係者と連携しながら障害者総合支援法による支援を受けていない障がいをもつ島民への必要な支援の提供ができる	2	11	59-86

II 文化的コンピテンシー (Cultural competency)

効果的に保健看護を提供するために、島民の気質、大事にしている価値観、文化、地域行事を理解できる

1	日常的に地域に出向いたり、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる			
	例：島に特有な習慣・行事・生活を取り入れたコミュニケーションをとり、疾病の要因を把握する	1	2	35
	例：島の伝統行事に積極的に参加することができる	1	7	245
	例：島のイベントに参加することができる	2	16	11-13
	例：看護師も保健師も、村の行事や小中学校の行事には積極的にできる	3	14	35-44
	例：積極的に地域に出て、集団の中に入って行くことができる	2	5	404-407
	例：多くの島民が大切にしている思想・文化・地域行事を把握し、健康との関連をアセスメントできる			
	○ 多くの島民が大切にしている思想・文化・地域行事を把握し、健康との関連をアセスメントできる	2	18	320-327 367-371
	○ 島の歴史、島の主な産業(例:さとうきび栽培、観光)、島民が以前から大切にしている思想、アイデンティティ(例:地域行事、自然)	2	18	320-327 367-371
	○ スピリチュアル的なものも含む	2	18	320-327 367-371
	例：島民の普段の生活や健康な面の把握ができる			
	○ 受診者の地域での生活や交友関係の把握ができる	1	2	38
	○ 診療所外で日常的に島民と関わることで健康に関する情報収集ができる	1	2	184-186
	○ 飲酒状況など、受診時以外の島民の普段の生活の把握ができる	1	7	247
	○ 看護師も保健師も、村の行事や小中学校の行事には積極的にできる方がよい	3	14	35-44
	例：赴任当初は地域に出向き、血圧測定等を通して島民全員の顔を覚えることができる	2	4	124 601
	例：全てを自己学習し準備に多くの時間を要するより、まずは地域に出向き、課題を明確にし、個別支援の経験を重ねる中で知識や技術を深めることができる	2	11	248-254
	例：地域社会の中での人間関係、飲酒状況、交友関係で受けやすいストレスの内容の把握ができる			
	○ 人のつながりや飲酒者の飲み仲間などの交友関係が見れる	1	2	
	○ 祝い事のときの食事や味付け、人間関係、人間関係で受けやすいストレスの内容の把握ができる	3	14	40-42
	○ 飲酒状況などを含めた受診時以外の島民の普段の生活の把握ができる	1	7	247-2
	例：日常生活のあらゆる場所(道やスーパー)と方法で情報収集(交友関係や飲み仲間)できる			
	○ 地域行事に参加すると、体調不良で来院する人が地域ではいきいきと元気にいろんな活動をしている様子や、親戚関係などいろんな情報が得られる	1	1	48-2
	○ 診療所以外でも、道やスーパーで会ったときに失礼のない程度で、痛風罹受診者等に食事の内容や作る人についての質問ができる	1	2	57-61
	例：島特有の習慣・行事・生活を取り入れたコミュニケーションをとり、疾病の要因を把握できる	1	2	35-2

2 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる

例：島の特性を十分に把握できる ・文化に触れて島民と共に歩むと喜ばれる	1	6	536
例：島民の一人として地域の文化・風習・慣習の把握ができる ・伝統行事の日は受診者が少ないなどの受診者数にも影響がある ・島の文化を知ることによって看護の対応が異なってくる ・島民は旧暦で動いており、沖縄県の本島ではほとんどなくなったカシキリーや夜通しの遊びなど多様な伝統行事が多く残っている ・お供え物は本島では一対だが、島では九つ、盆・正月、それ朝・昼・晩など原始的な行事がそのまま残っている ・旧正の3日間やハツカソウが吹くまでは病気になるような診療所には縁起が悪いので島民は受診したくない	3	7	223-235, 445
例：島の歴史の把握ができる ・昔ながらの文化を引き継いでいるので島の歴史を知らないと話が通じない部分がある	1	6	404, 421
例：親せき同士の繋がりを非常に重んじる文化の把握ができる ・家庭の法事・祝い事等は親せき同士で行う、排他精神が強く、親せきがない人の移住は難しい、改革が難しい	1	6	425-431
例：島民の文化・風習を詳しく説明してくれる島民を見つけて聞くことができる	2	18	373
例：地域の中で情報源になる人から島の情報を得ることができる	2	25	341-353
例：島民の大半の顔を把握ができる	1	1	37-39
例：島民の生活の把握ができる ・同じ所に住み、同じご飯を食べて、同じ言葉を話していく中で、まずは島民がどういう所でどう暮らしているのか把握ができる・県外出身者からは沖縄文化は外国のようにみえる ・県外から沖縄に来る場合、異文化体験や国際交流等の経験があると島での生活の助けになる	2	20	107-109
例：島民性や島民の価値観を理解した関わりができる			
○ 島民の様々な価値観を受け止めることができる	2	11	33-36
○ 全く知らない人には自分の生活を明かさず島民性を理解した関わりができる	1	3	108
○ 地域性や島民性を尊重して話を聞くことができる	1	12	41
○ 自分の価値観で繋がっていくのではなく、離島ならではの生活の中の習慣や考え方を理解したコミュニケーションがとれる	2	10	189-190
○ 島民の価値観を尊重した関わりができる ・こういう人生を選んで好きなように生きるのも人生の一つかなとは思いますが、その中で楽しみながらできたらいいと思う	2	12	348
○ 島民性の理解ができる ・島民が支援者になじむ前に話かけてもお客さん扱いで頼ってくれない	1	7	239
○ 島民性を理解した関わりができる ・人見知りがあり、知らない人に自分の生活を話さない島民性の場合、地域に出て島民が自分に慣れてきてからゆっくり関わり、指導ができる ・島外から来た人は壁作られるので覚悟しておく 就任直後から深くかかわるのではなく、ある程度島民との壁を低くしてから関わる	3	3	123-130, 668-685
○ 島民性を理解した関わりができる ・(島に常駐しない) 通いの保健師に島民は馴染みず気軽に相談できない	2	4	612-613

3 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる

例：島の環境に応じた適切なコミュニケーションがとれる ・配慮した情報共有ができる ・考え方の違いを配慮できる：よく話を聞き、自分の中で消化する ・自己の意見を押し通さない ・不満や怒りを表に出すと、必ず関係者に伝わり、関係性が崩れることが多い → 仕事がしづらくなる	1	23	121-133
例：焦らず、島のゆっくりした時間に合わせたやさしいリーダーシップがとれる	2	18	432-434
例：島民自身が住んでいる地域に関心をもてる関わりができる	2	12	198
例：地域に求められている保健活動ができる ・自分で決めつけない	2	12	212
例：お彼岸等、地域行事のスケジュールを考慮した保健事業の計画立案ができる ・地域行事の際に健康診査等の保健事業を開催しても参加者は少ないため	2	18	320-327, 367-371

例: 地域に根づいた看護ができる	1	12	11-12
例: 地域文化のアセスメント、地域性を活用した個別支援、集団健康教育、保健事業等の企画ができる	2	18	471-475
例: 島民全体のアイデンティティや文化が根付いている中で、看護職として改善してほしい島民の習慣を改善できるアプローチがとれる 広報誌での広報や集団教育の場等を利用し、保健活動に必要な情報の共有が図れる それを積み重ねていく中で徐々に保健事業への理解者・協力者が増えていく	2	18	446
例: 未接種者の養育者への接種勧奨ができる ・ポリシーで受けない人がある 現在未接種の人は今後も未接種を貫きたい人が多い	2	25	301-308
例: 物のない時代に育ち、島の法事の食べ物が全て揚げ物の場合、高脂血症の独居高齢者への食事指導では、揚げ物を湯通しして食べる方法など、揚げ物をやめる以外の説明ができる	3	3	89-98
例: 島の生活を考慮した内服指導と生活指導ができる ・生活がよく見えるので、病院とは異なった指導ができる ・病棟や島外の外来では個別的に継続した内服確認がしにくい	1	3	87
例: 医師が変わるだけで血圧が上がる島民がいる→ 希望者には看護師が測定する方言でしか話せないので通訳者を同伴し緊張して受診する高齢者がいる	1	3	139-143, 772-788
例: 「順番の厳守(受診時・家庭内でも)・日課を決めて早く順番通りに終わらせること」に関心の強い島民性の場合、診察順番を厳守する	1	6	388-398
例: 島民全体の特徴を踏まえた健康教育ができる			
○ 島民に多い糖尿病、高血圧、心疾患、高脂血症など、各疾患に応じた指導ができる ・具体的な食事・運動指導ができればよい ・食事指導に関しては看護師も実際に料理講習会など開催できればよい ・他に人材がないので看護師が食事指導、プラス調理師みたいな仕事もしないといけない ・栄養学の勉強をしていけば食事指導がしやすい ・言葉で説明するよりも行動、百聞は一見にしかずで、食事指導をすることでより具体的になるし、受診者とも身近になれる ・しかし、看護師で料理講習会の開催をしている人はおらず、そこまで手がまわらないのが実情	3	9	51
○ 島に多い慢性疾患の教育ができる ・肥満症、高血圧症、糖尿病、高尿酸血症が多い ・原因は食事内容と運動習慣がないこと ・各家庭に大きな冷凍庫があり、肉や釣ってきた魚を入れている ・夏場は暑くて野菜は作れないため、野菜不足になる ・島民の多くはカライユという伝統的な塩漬けの魚料理(魚に衣つけ、塩漬けして空揚げしたもの)を行事毎に必ず食べているので、「今これやめたらいいんじゃない? 普通のでんぷらがいいんじゃない?」って言ったら、「いやいや、年寄りには皆これが食べたいんだ、懐かしい味」といわれる	3	7	396
○ 沖縄県の食生活、生活に合わせた指導ができる	2	10	345
○ 夏は葉野菜の入手が困難なので、島でその時期に入手できる食材を活用した栄養指導ができる	2	18	121
4 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる			
例: 日本語を話せないフィリピン人母親への支援ができる ①子育ての観察から、日本語を読めないことを把握し、子育てのための日本語習得に向けて関係者へ相談→ 外国語で教育できる人材を探し、日本語学校の開校につなげる ②希望しない妊娠を繰り返す母親へ家族計画指導ができる島外の専門職者を探し指導依頼できる ④予防接種の英訳を保健師に依頼できる ⑤生活の自立に向けた資格取得方法について、社会福祉協議会に相談し、ヘルパー資格取得につなげる ⑥対象者の最も困っていることを探し、解決につなげる	1	1	609-637
例: 第一子の子育てしている県外出身の夫婦への子育て相談にのる ・発熱時、ウイルス性胃腸炎等による下痢・嘔吐時の対応を助言できる ・島内の売店で購入できる食事や水分の与え方を具体的に説明できる	1	24	222-227
例: 村内で孤立している島外出身の養育者(警察駐在員の妻・小中学校教員の妻等、島での一時的居住者)同士をやさしくつなげることができる	2	18	409

III チームワークと協働 (Teamwork and collaboration)

多職種からなる島内外のヘルスケアメンバーがチームとして効果的に機能するために、開かれた自由なチーム学習と発達を促進できる

1 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる

1) 看護師と保健師との協働ができる

例: 看護師と保健師がお互いに相談・助言できる関係性の構築ができる

- 看護師と保健師が日常的な声かけができる、話し相手となれる
何かあったときには解決手段を伝えたり、連携ができる 3 12 72
- 看護師と保健師が連携がとれる 3 4 240
- 看護師と保健師が互いに相談・助言できる関係性の構築ができる 3 18 253
- 保健師に訪問依頼できる関係性を構築できる 1 6 731
- 保健師への相談ができる
・相談してもらわないと協力できる部分分からない
・どんな事でもいいので困っていることを相談し助けを求めてほしい 1 13 155
- 看護師と保健師が互いに相談できる関係性の構築ができる
・保健師は診療所へ気軽に出入りし、不明な点を聞いてほしい
・看護師は保健師が相談しやすいような配慮ができる 3 4 628
- 看護師と保健師が互いに地域に馴染めるような配慮ができる
・島での生活に慣れている者が新任者に助言できる
・地域行事へ参加できるよう誘う 3 4 88-102
- 看護師と保健師が互いに歩み寄り連携がとれる 3 18 270
- 診療所での看護師の活動を認め、それ以上の役割を求めすぎない 2 16 413-1

例: 看護師、または保健師不在を補う対応ができる

・看護師も公衆衛生看護の実施ができる

- 保健師不在を補う対応ができる
・島外の精神科への受診が必要な島民への同伴を県の精神保健担当保健師に依頼できる
・精神巡回診療の際に、精神専門医師への新規精神疾患罹患島民の相談ができる 1 4 202-1, 206
- 保健師不在の場合は公衆衛生看護の実施ができる 1 9 98
- 島に常駐する保健師が不在の場合、看護師も保健活動を実施できることが必要
・保健師でなくても看護師も保健活動はできるはず
・役場が保健師を募集しても応募がなく困っている場合は、看護師の資格でも訪問できることを伝える 1 9 98-104
- 公衆衛生看護の知識があり、実践できる
・保健師の数が少なく、不在の場合もあるため、看護師も保健師の知識があることが必要 3 28 12-30
- 保健師が駐在していない島では、保健師がしているようなことも、看護師が担うことができる
受診継続できていない人や血圧測定希望の人に看護師が家庭訪問を行うことも必要 1 11 19-21 32

○ 看護師不在時の補助・サポートができる

例: 看護師と保健師の両者が公衆衛生看護、地域保健看護の視点を持ち、協働できる

- 地域のことを理解でき、その上で保健師との連携がとれる
・特定健診結果、異常値のある受診者への教育
・精神疾患をもつ島民への対応 1 12 22
- 診療所内だけでなく地域での看護活動への関心があり、看護師・保健師が地域で連携できる看護活動について共有できる関係性をつくりたいという思いがある
例: 地域で健康教育の実施をしたい 3 16 413-2
- 保健師に連絡をとりながら、支援の必要な島民の日常生活の中を見に行き、関わる
ことができる
・看護師がそこまで関わると保健師と同じ視点で対象者を見れる 1 10 85-88
- 地域に溶け込みたい気持ちがあり、地域と関わりながら、看護師と保健師が共に地域で健康教育ができる
・保健師が開催する健康フェアで看護師が血圧測定を協力するなど 3 16 312-1

例：看護師と保健師の両者が同じ視点を持って活動ができる			
○ 小離島の看護師と保健師が同じ能力をもっている	3	28	68
○ 小離島の中で働く場所は異なるが、保健師と看護師は本来ひとつの職種なので、同じ看護職として同じ視点を持って活動ができる ・そうでないと連携できない ・それぞれの形の中で連携できる形を作っていく	3	30	188
例：看護師と保健師の両者が共に島民全体の健康課題を抽出し、解決のための計画立案と実施ができる			
○ 看護師と保健師が共に地域を訪問して島の大きな健康課題を拾い上げ、解決のための計画立案と実施ができる ・料理教室の実施等、年に1回でもよい	3	6	484-2
○ 看護師と保健師が島の医療体制について意見交換できる	3	17	115-121
例：看護師と保健師がお互いの業務内容を把握し理解できる			
○ 看護師と保健師の両方の業務内容の把握と理解ができる ・保健医療福祉に関する法律を知る ・保健師と役場行政職員の役割を知る ・予防接種(消耗品や薬剤の発注や管理、廃棄物処理方法)に関する役割分担と連携ができる	3	14	94-111
○ 看護師と保健師がお互いの業務と役割を理解した上での連携ができる ・診療所看護師から「保健師の役割を知らない」「保健師との連携のとり方が分からない」という意見を多く聞いた ・看護師と保健師が同じ成功体験を積み重ねていければよい	3	18	204 255
例：看護師と保健師がお互いに情報提供し合うことができる			
○ 看護師から保健師に連携して支援の必要な島民の情報提供ができる	1	5	432
○ 看護師から保健師に気になる島民の情報提供ができる ・保健師が地域の生活の場で支援しやすくなる ・看護師と保健師の連携は離島だからこそ必要	1	10	79-84
○ 保健師から看護師に島民の情報提供ができる ・子育てに悩む母親についてなど	1	1	240
○ 保健師から看護師に妊婦等の情報提供ができる	2	5	334
○ 保健師から看護師に高齢者の退院に関する情報提供ができる	2	2	231
○ 保健師から看護師に診療所につながり必要がある島民の情報提供ができる	2	4	128
例：看護師と保健師が支援の必要な島民についての情報交換と支援内容を検討できる			
○ 看護師と保健師が受診の必要な島民への受診勧奨の方法について話し合うことができる	3	3	562-565
○ 島民に必要な支援をするために看護師と保健師が情報交換をし、適切な支援と支援者について意見交換ができる	3	3	699-705
○ 看護師と保健師が支援の必要な島民の健康状況に関する情報交換ができる	3	17	122
○ ケア会議等を通して、島民への支援や事業の振り返りを看護師と保健師が共に行う中で、両者の連携を深めることができる	3	18	214-219
○ 看護師と保健師が家族が無理なく介護できる体制について情報交換できる	3	2	123
○ 看護師と保健師が支援の必要な島民の健康状況に関する情報交換ができる	3	17	123
○ 保健師と看護師が情報交換や連携ができる ・支援の必要な島民とそのキーパーソンを把握し、保健師の協力ができる、保健師と共に多方面でのアプローチができる	1	12	6-7, 18-22
○ 島民に必要な支援をするために看護師と保健師が情報交換をし、適切な支援と支援者について意見交換ができる	3	3	699
例：島内で看護師と保健師が定期的に話し合う場を設定し活用できる ・看護師と保健師の連携が良い小離島には、両者が定期的に話し合うシステムがある	3	18	487

例：看護師と保健師が協働できる			
○ 看護師と保健師が同じ看護職者として協働できる	3	16	352-353
○ 看護師と保健師が連携をとりながら島民への指導ができる	3	5	118
○ 看護師と保健師が交互に精神疾患をもち支援が必要な島民を訪問し支援できる	3	5	189
○ 看護師と保健師が連携をとりながら子どもの定期予防接種への支援ができる ・対応しやすい予防接種部屋の環境作り ・定期予防接種中に子どもの個別予防接種を希望する養育者への対応についての意見交換	3	2	235-248
○ 看護師と保健師が連携して集団健康教育ができる	3	5	145
○ 看護師と保健師が連携し、同じ成功体験を積み重ねていくことができる	3	18	208-3 261
例：看護師と保健師が役割分担できる			
○ 看護師と保健師がお互いに合意した上で役割分担ができる 看護師と保健師がお互いの業務内容を把握し、両者が合意した上で業務分担ができる その上で看護師、または保健師へ協力依頼ができる ・両者の合意がとれないうちに一方的な業務の丸投げをしない (看護師が一方的に保健師へ訪問依頼をしない) 生活指導について、保健師と看護師のどちらが関わった方が島民にとってよいか話し、役割分担できる	3	14	94, 126-133
○ 看護師、保健師の資格にこだわり一律に活動を分けるのではなく、島にいる保健師・看護師の人員等に応じた活動ができる ・専門に分けてしまうと動けなくなってしまう	3	10	71
○ 看護師、保健師の資格にこだわり一律に活動を分けるのではなく、島にいる保健師・看護師の人員等に応じた活動ができる ・専門に分けてしまうと動けなくなってしまう	3	9	98-104
○ 健康診査受診勧奨や結果フォロー、インフルエンザ予防接種勧奨の役割分担ができる ・看護師：診療所受診者への支援 ・保健師：診療所受診をしない島民への支援	3	7	444
○ 看護師と保健師の高齢者支援の役割分担ができる ・看護師：診療所受診中で気になる者への訪問 ・保健師：引きこもり者への訪問、診療所未受診者への受診勧奨	3	4	623-626
○ 看護師と保健師それぞれのメリットを活かした上での島民への助言ができる ・診療所看護師のメリット： 診療所受診者の疾患名を把握した上での支援ができる 受診者支援について大きな役割がある ・役場保健師のメリット： 健康診査受診者の受診結果を把握した上での支援ができる	3	18	125-126
例：看護師から保健師に協力依頼ができる			
○ 保健師にBLS(一次救命処置)講習会の協力依頼ができる	1	5	402
○ 社会資源等の調整に関して保健師への協力依頼ができる ・介護保険関係者を集め、介護サービスの調整をする ・家族との調整をする	1	12	68-72
○ 家族の介護疲れへの相談対応や家族への情報提供に関して保健師への協力依頼ができる	1	12	78-79
○ 保健師の訪問支援が必要な島民への依頼ができる ・喘息治療継続困難な独居高齢者への訪問	3	1	244
○ 必要時在宅看護に関して保健師への協力依頼ができる	1	15	119
○ 保健師に訪問依頼できる関係性を築ける ・訪問による継続支援が必要な対象者がいても、拠点病院からは「売り上げにつながらないことをするな」といわれるが、それではすまされないことが島ではある	1	6	710-729
○ 訪問看護に関して保健師に協力依頼ができる	1	13	93
例：看護師、または保健師からの協力依頼を受入れることができる			
○ 診療所受診者への特定健康診査の受診勧奨に関する保健師からの協力依頼の受入ができる	1	16	316-319
○ 気になる島民に関する看護師からの協力依頼の受入ができる ・看護師から、家の清潔保持ができていない喘息受診者への保健指導依頼を受け、支援(屋内の環境整備指導、子どもへの療育指導)することができる	2	21	4-5
○ 診療所へ定期受診をしなくなった島民への受診勧奨に関する看護師からの協力依頼の受入ができる	2	17	146-148

2) 島内のヘルスケアメンバーとの協働ができる (島内のヘルスケアメンバー：保健師、看護師、医師、養護教諭、学校栄養士、歯科医師、歯科衛生士、福祉従事者(ケアマネージャー、介護ヘルパー、デイサービス職員)、社会福祉協議会職員、島の特別養護老人ホームの看護師、駐在警察官、小中学校の校長・教員、民生委員・児童委員)			
例：島内の保健医療福祉のヘルスケアメンバーの人材を把握し、メンバーをつなぐ要の役割がとれる島内の保健医療福祉のヘルスケアメンバーの人材を把握し、メンバーをつなぐ要の役割がとれる ・役場、診療所、介護施設、社会福祉協議会 ・島での勤務年数が長い方が担うなど、診療所看護師でも役場保健師のどちらでもよい	3	30	14-20, 285
例：看護職だけで活動せず、多職種からなる島内のヘルスケアメンバーを活用し、協働ができる			
○ 保健師1人で抱え込まず、保健医療福祉のそれぞれのエキスパートに任せられることができる	2	11	↓
○ 看護職者だけで保健事業を実施するのではなく、教育・福祉分野を含めた関係者と連携ながら実施できる	2	10	477
○ 子どもから大人の全ての医療問題の解決に向けて、限られた人材を最大限活用して連携できる	3	30	30-32
○ 要支援者の①課題を発見し、②支援者間で共有と③解決ができる ・3点全てを持ってなくてもよく、島内の支援者全員で補い合える	2	26	402-432
○ 看護師、保健師、ヘルパー、ケアマネージャー、役場職員と協働・連携ができる	1	2	197-205
○ 看護師・保健師・医師・役場職員、保健師、社協のヘルパー等と関係性をとることができる	1	3	289
○ 村役場、社会福祉協議会、学校、駐在警察官、教育委員会と連携ができる	1	6	108
○ 村役場、社会福祉協議会、学校、駐在警察官などと連携ができる ・診療所の看護師と医師の2名だけで島民に必要な全てのケアができるわけではない	1	7	252
○ 看護職同士、そして他のヘルスケアメンバーと共に動ける	2	30	285
○ 保健師・看護師・医師・養護教諭等とのヘルスケアチームメンバーで働くことができる	2	30	294-297
例：定例会議を開催、または会議に参加し、意見交換ができる			
○ 保健師だけで仕事をせずに、会議等を開催し、関係者との定期的な意見交換ができる	2	19	241-245
○ 保健師・看護師・医師・養護教諭と保健医療チームで定例会議を開催し、役場へ離島のあるべき姿、あるべき地域、地域保健医療福祉等を提言できる	3	30	304-312
○ 保健師・看護師・医師が1-2か月に1回、定例会議を開催し、支援の必要な島民のケアに関する情報交換や支援状況の確認ができる ・受診者の内服状況について ・健康診査結果が気になる島民への支援について ・島外の医療機関から入院予定、または退院し帰島予定の島民の情報交換(“いつ帰ってくる”、“どういう状況で帰ってくる”など) → 分かれば訪問したり、上手くつなぐことができる	2	13	106-107
○ ディサービス利用者に関するケア会議へ参加し、地域の介護予防のための関連職種との情報交換ができる	1	5	147
○ ケア会議等、保健医療福祉関係者間のカンファレンスに参加できる、医師だけに任せない ・福祉関係者以外の参加は保健師と医者だけで、看護師が入らない場合が多いが、看護師も参加することが必要	1	18	262-266
○ 月1回のケア会議への参加による社会福祉協議会職員との情報共有と役割分担	1	7	263
例：在宅ケアのための関連職種との情報交換、役割分担ができる			
○ 介護保険関係の情報収集をし、介護保険分野と診療所の役割分担ができる	1	3	299
○ 島で死ぬことを望むターミナル期の高齢者の気持ちに沿えるように家族・保健医療福祉職と調整をし、支援体制を整えることができる	1	4	80-84

例：福祉関係者と協働・連携した保健対策がとれる			
○ 福祉関係者と協働・連携した保健対策がとれる	1	18	199
○ ヘルパーと情報交換できる	1	2	193
○ 個人情報に配慮しながら福祉関係者と情報交換できる ・島民から信頼が損なわれない方法で介護保険関係の情報収集をし、介護保険分野と診療所の役割を分けるようにしている	1	3	299
○ 個人情報に配慮しながらヘルパーと情報交換できる ・「ヘルパーが知り得た情報が診療所看護師に筒抜けだ」と利用者から言われると困るので、必要な時は保健師を通して情報が入った形にすることがある	1	3	296-298
○ ヘルパーの相談にのれる ・息子から虐待を受けている可能性がある高齢者が外傷していることについての相談をヘルパーから受けたときは、「怪我していることを理由に家族に診療所受診を勧め、了承を得てから受診をさせる」等の助言をする ・ヘルパーが判断に困っているときは保健師への相談を勧奨している	1	3	296-298
○ 診療所への受診勧奨等についてデイサービス職員と連携できる	1	4	61
○ 介護予防のため福祉サービスにつなげることができる	1	1	52-53
○ ケアマネージャーに介護支援の必要な島民の相談ができる	1	5	436-437
○ 島の特別養護老人ホームの看護師と連携できる	1	5	439
○ 診療所にはターミナル・要介護者の情報最初に入るため、診療所職員だけの対応ではなく、福祉関係者を活用し協働できる	1	18	209-210
例：地域全体の酒害予防対策のため、専門医を講師とした講演会の開催ができる	2	21	202-354
例：島内に歯科医院がある場合は、歯科医師、歯科衛生士と連携できる ・抗血小板薬内服中の受診者についての抜歯時の情報提供 ・歯科医師、歯科衛生士の同行による訪問診療において、口腔ケアの相談、義歯の相談	3	18	56-58
例：養護教諭等と連携して小中学生への支援ができる			
○ 養護教諭と協働・連携した保健対策がとれる	3	28	52-54
○ 養護教諭・看護師・保健師の3者間で“地域と連携し、地域資源を活用しながら、思春期対策を充実する”等の意識を高くもてる	3	10	100-101
○ 保健師、医師、学校の養護教諭が連携して思春期への保健アプローチ、思春期教室を実施できる	2	24	268, 310-329
○ 養護教諭・看護師・保健師の3者間で連絡をとりながら、子どもの情報を把握し対応できる	3	10	97-98
○ 養護教諭・看護師・保健師の3者間で拒食症等の思春期特有の問題や異常行動を抱えた子どもの情報を把握し対応できる	3	10	102-105
○ 養護教諭を通して学校への協力依頼ができる ・インフルエンザ流行時の情報提供と感染防止対策への注意喚起	1	8	259
例：看護師、医師、学校栄養士が連携して健康教育講演会を開催できる ・島の素材でできる健康的な料理の紹介ができる	1	7	424
例：島内外の関係機関・関係者との連携ができる			
○ 島民全体健康づくりについて、診療所医師、駐在警察官、保健所保健師、小中学校の校長・教員・養護教諭と共に考えながら展開できる	2	19	186-187
○ 関係者と連携しながら障害者総合支援法による支援を受けていない障がいをもつ島民への必要な支援の提供ができる	2	11	59-86
○ 問題解決のために島内外の関係機関・関係者と連携できる ・ひとりで抱え込まない	2	11	59-86

3) 看護師・医師、保健師の3者の協働ができる			
例: 保健医療チームとして医師、看護師、保健師がコミュニケーションがとれる ・一番大事なのはコミュニケーション能力	3	30	294
例: 看護師・保健師・医師が共通認識をもち協力する視点がある	3	30	318
例: 看護師、保健師、医師の3者それぞれの視点がある	3	28	85-112
例: 看護師、保健師、医師の3者がお互いにインタープロフェッショナル(専門職連携)な活動ができる ・小離島では、自分の専門職以外の役割も遂行できることが必要 3者の役割の境界の明確化は、デメリットが大きく、適切でない 「僕は医者なのでここまでしかみません」とは言わない ・役割の分担よりは、お互いの役割を知り、共通部分を増やすことが重要 ①赴任前から3者の役割を把握しておく ②3者がお互いの役割を補完し合える 看護師は保健師、医師的なアプローチができる 保健師は看護師、医師的なアプローチができる 医師は看護師、保健師的なアプローチができる その中で3者の役割分担ができる	3	28	60-66
例: 保健師、看護師、医師の意思をつなぐことができる	1	14	77
例: 支援の方法について看護師、保健師、医師の3者が話し合い、役割分担と連携ができる			
○ 看護師、保健師、医師が共に島民支援の方向性を話し合い、役割分担した上で連携がとれる ・気になる島民への受診勧奨の是非など	3	9	106
○ 気になる島民への支援について保健師・診療所医師・看護師が互いに相談と情報共有をし、共に支援目標と支援計画を作成し、連携した支援ができる	3	9	108-114
○ 看護師、保健師、医師が連携して島民支援ができる ・特定健診結果有所見者への支援 ・精神疾患罹受診者への支援	1	12	23
○ 診療所受診後のフォローができる ・島外の適切な精神科の紹介と受診勧奨	2	29	172-175
○ 看護師、保健師、医師が島民へのターミナルケアの必要性について共通認識を図ることができる ・診療所医師赴任時に島でターミナルケアをしていることを拒否されないように説明できる ・保健師赴任時に島でターミナルケアをしているので共に連携するように説明できる	1	4	64
○ 保健師・看護師・医師が1-2か月に1回、定例会議を開催し、支援の必要な島民のケアに関する情報交換や支援状況の確認ができる ・受診者の内服状況について ・健康診査結果が気になる島民への支援について ・島外の医療機関から入院予定、または退院し帰島予定の島民の情報交換(“いつ帰ってくる”、“どういう状況で帰ってくる”など) → 分かれば訪問したり、上手くつなぐことができる	2	13	106-107
例: 救急時の対応に備え、保健師と診療所が妊婦の情報共有ができる			
○ 救急時の対応に備え、保健師は妊婦の同意を得たうえで、妊婦のリストを診療所に伝えることができる	2	23	231-233
○ 救急時の対応に備え、妊婦健診結果、ハイリスク妊婦を発見し、情報を診療所に報告できる	2	25	448-464
○ 島内の妊婦の情報(人数、妊娠週数)についてのカレンダーを作成・診療所と共有し、島を出ることを促す妊娠9ヶ月はじめの時期を確認できる	2	29	122-133
例: 保健師と診療所看護師・医師はお互いにプライベート面を支え合う配慮ができる			
○ 長年小離島勤務している看護職者の場合は、自分の役割を超えて島の保健医療を支える存在となる ・他の看護職者、医師が島の保健医療や島のことについて分からない点はいつでも教えてあげられる	3	30	332
○ 保健師と診療所看護師・医師はお互いに業務時間内に相談や情報提供ができる ・節度をわきまえ、休日、休憩時間、時間外は避ける	2	9	120-2
○ 診療所医師は24時間オンコールの状態なので、可能な限り業務に支障がない時間に配慮して話ができる	2	29	163

4) 役場(保健師と役場行政職員)と診療所(看護師・医師)との協働ができる			
例: 役場や保健師と絡みながら診療活動を進めていくことができる ・診療所での活動は幅広くいろんなことに対応できないと成り立たないため、行政とのつながりは欠かせない	1	2	251-253
例: 役場と保健師と診療所が上手く関わることができる ・そうすることで島民支援に繋がる	3	3	706
例: 役場の診療所への依存度を高めない連携の工夫ができる ・連携をとりながらも、それぞれの役割を超え過ぎないようにする ・役場が診療所への依存度が高く主体的に動かない離島もある	1	3	307
例: 役場行政職員・保健師と診療所医師・看護師が連携して予防注射業務ができる			
○ 役場行政職員・保健師と診療所医師・看護師が連携して予防注射業務ができる	1	9	34
○ 保健師と診療所が連携をとりながら子どもの予防接種のスケジュールリングができる	2	23	252-266
○ 保健師と医師が相談しながら予防接種のスケジュールリングできる	2	24	258
○ 診療所の意見を聞きながら小児の定期および任意の予防接種のスケジュールリングができる	2	29	105-121
例: 育児について診療所との連携が必要な時はつなぐことができる	2	4	610
例: 診療所と保健福祉担当の役場行政職員との橋渡し役ができる ・診療所医師が役場保健福祉担当役場行政職員に聞いても反応がよくない時、医師からの依頼があれば、医師の意見を保健福祉担当役場行政職員に伝えることができる ・精神疾患を抱えた受診者への対応に診療所医師・看護師が困ったとき、保健福祉担当役場行政職員に保険加入状態を確認し診療所医師・看護師に伝える	2	29	172-175
例: 介護担当の役場行政職員との連携ができる	1	9	40
2 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワームと協働ができる			
1) 診療所内で看護師・医師・診療所事務職員とのチームワームができる			
①看護師、医師、医療事務職員の3者			
②看護師と医師			
③看護師と医療事務職員			
①看護師、医師、診療所事務職員の3者			
例: 看護師、医師、診療所事務職員の3者が助け合い、チームで協働できる			
○ 診療所職員は看護師、医師、診療所事務職員の3名しかいないので、チームで一緒に仕事ができる	1	3	266, 280-287
○ 診療所内で看護師、医師、診療所事務職員の3者狭い職場で意思疎通がとれる ・意思疎通がとれないと、物品切れを報告しない等、業務に支障が出てくる	1	29	48-56
○ 診療所職員は3名でいつも一緒にお互いを尊重し、助け合うことができる ・協調性、コミュニケーション能力がある	1	7	270
○ 看護師、医師、診療所事務職員の3名が仲良くできる	1	6	88-104
○ 島に慣れた職員が新任職員に島民や家族の情報を伝えられる	1	4	109
○ 毎日、医師・事務職員と共に掃除ができる	1	30	70
○ 「診療所だより」の発行ができる ・記載事項例: 高血圧症の説明と注意点、時間外の救急連絡先 ・診療所職員(看護師・医師・行政事務職員)3名で作成し、島民全世帯へ訪問配布 ・訪問配布時、島民の住居や生背景の把握ができる	1	6	645-653

②看護師と医師

例：業務のパートナーとして、医師と良好な関係性を築き協働できる

○ 診療所医師との協働ができる	1	19	50
○ 代診医師を含む医師との関係性の構築ができる パートナーとしての役割を果たすことができる	1	3	266, 280-287
・ 代診医師を含む医師との関係性の構築ができる 代診医を含む医師には様々な性格があるが、良好な関係性の構築ができることが必要	1	1	145-150, 672-673
・ 医師と良好な関係性の構築ができる ・ 非常に重要 医師との関係性がよければ休みが取れて上手な対応ができる場合が多い ・ 新人看護師で離島診療所に派遣され、「1人で生きる事や離島環境が精一杯な状況で、1人で全科対応し、医師との関係性が保てずに、診療所にいる事が苦しくて仕事どころではない」と苦しんでいた看護師を何名か知っている	1	30	48-1
・ 医師のパートナーとしての看護師の役割がとれる	1	1	487,493- 496
・ 医師を尊重した言葉遣いができる ・ 医師への質問時は「ばかな質問していいですか」「今更ながらなんですけど、これはこう思うんですけど」と医師を立てる言い方をする ・ “こういうふうな聞き方っていいな”という感覚で先輩を見ていると、いつの間にか自分もこういう風に聞いている	1	1	104-105
・ 医師の特徴を理解した行動がとれる あうんの呼吸がとれる ・ 就任年数が長い医師とは癖等を把握し、意思の疎通がとりやすい、あうんの呼吸がとれる	1	1	116
・ 治療方針を尊重できる ・ 医師と2人しかいないから、医師に尋ね、医師のやり方でやっていく	1	1	344
・ 片方が忙しい時はそうでない方が相手の業務をカバーできる	1	26	346
・ 検査・処置の際の医師のサポートができる	1	19	42
・ 医師のサポートをしながら、看護師にできることを細やかに対応できる	1	29	48-56
例：医師に相談ができる	1	19	
○ 医師と相談しながら診療所内の物品や薬剤の準備・管理ができる	1	19	74
○ 業務上困ったとき、まずは医師と相談し解決できる	1	2	77
○ 医師への報告・連絡・相談ができる ・ 夜間の受診者情報 ・ 退院後帰島予定の診療対象者の情報提供ができる ・ 入手した体調不良な島民の情報を医師に伝える	1	26	175-190, 258-259
例：医師や代診医への助言や支援ができる			
○ 代診医への助言や支援ができる ・ 診療時に代診医への助言ができる： 受診理由(処方だけ、症状変化等)、通常の受診者の状態と対応を伝える ・ 時間外の緊急診察時に代診医の診察に看護師も同行し対応できる ・ 時間外の救急患者への対応が必要な緊急コールが繋がらない代診医を探し、対応できる (代診医は緊急コールへの対応の必要性の意識が薄い)	1	7	298-315
○ 医師のサポートができる ・ 時間外診察や飲酒者への診察時の医師への付き添いをし、暴言・暴力から守る	1	26	163-167
○ 医師に不足している点、気づかない点を助言できる ・ 対象者の背景、ケアの改善案、福祉の専門家への情報提供の必要性	1	27	26-29
○ 医師への助言と叱咤激励ができる ・ 救急救命時に、ボート中での酸素投与や血管確保を医師に依頼し、「どうしよう」という医師に「医者でしょ」「船でもどこでも血管確保しないと、取りあえず向こうに行くのが先」って言って行かせた	1	1	440-1

例：医師のプライベートの面でのサポートができる			
○ 医師のストレス解消へのサポートができる ・ストレス解消法として通販を利用している医師には、診療所業務に役立つ物の注文を依頼し、使えそうな物を利用した	1	1	131-141
○ 医師のプライベート時間確保への配慮ができる ・医師のプライベート時間確保への配慮ができないと、医師は長年の勤務は困難になる 毎日2-3名の島民が時間外受診を続けたら、医師の私生活がもたない ・赴任1-3年目の医師のプライベート時間を確保するために、17時以降の勤務時間外のワンクッションコール制度(医師や看護師の時間外業務の負担軽減のためのもの。時間外受診の電話受付に関して、直接医師や看護師が対応するのではなく、まず役場当直職員が行い、受診が必要な対象者の連絡を医師や看護師にする制度である)の導入を役場に要請し、実施した 医師が島の業務に慣れてくるに伴い、ワンクッションコール制度が不要になっていき、時間外呼び出し時に医師1人で対応可能なことを取り決めることができるようになった	1	1	192
例：受診者と医師の仲介ができる			
○ 医師に意見をいえない受診者の代弁ができる ・女性、高齢者、遠慮がちな性格の島民	1	27	26-29
○ 診察結果に不安を抱く受診者への説明ができる	1	5	70-79
○ 受診者と医師とのバイパスの役割とれる ・対象者は、家庭生活、家族関係、本音は医師よりも看護師に語りやすいため、聞き出し、医師に伝えることができる ・医者との相性が悪く、意思疎通が困難な対象者と医師を繋げる 非常に大切	1	26	230-241
例：医師の処方ミスに気付き、伝えることができる 治療内容や処方についての意見交換・確認・質問ができる			
○ 処方ミス、誤診などの医療ミス予防のために医師のエラーを発見し、伝えることができる ・診察に必要な対象者の情報を医師に伝えることができる ・緊急時の処置について、医師の誤った指示を指摘できる	1	25	60-87
○ 診療所で使用する薬剤の知識があり、医師の処方の誤りに気付き伝えることができる	1	22	79
○ 医療ミスを防ぐために、緊急時に医師から口頭で受けた薬剤投与などの指示を口頭で確認し、不明な点は質問できる	1	1	106-109
○ 医師による処方ミスを防ぐために、従来の医師の指示と異なる点を医師に確認できる ・“前の医師はそうじゃなかったな”、“違うな”、“なぜ?”と思う時は医師に確認をして指示を受ける ・医師の赴任時や代診医師に「(従来は)この時にはこうしてましたけど、いいですか?」と確認ができる	1	1	110
○ 医師による処方ミスを防ぐために、医師の赴任時や代診医師にこれまでの方法と異なる点の有無の確認ができる ・「(従来は)この時にはこうしてましたけど、いいですか?」と確認ができる	1	1	349
○ 医師による処方ミスを防ぐために、医師の処方に疑問があれば質問できる	1	3	275-277
例：看護師と医師が共に、ケアに必要な知識を得るためのカンファレンスや勉強会をすることができる			
○ 新しい医学知識を得るために医師に説明を求めることができる ・「最近、新聞でこういうふうに出てた(ので具体的に教えてほしい)」と医師に聞くと説明してくれる	1	1	114-122, 491
○ 受診者のためのカンファレンスや勉強会の開催を医師に提案できる	1	3	278-279
例：受診者へのケアについて医師に相談し、協力依頼ができる			
○ 対人関係上看護師による指導困難な場合、医師への指導依頼ができる	1	7	277
○ 看護師と受診者との関係性を考慮し、医師に生活指導の依頼ができる	1	6	183-187
○ 看護師による訪問が必要な際は了承をもらえるよう医師に相談できる ・看護師が心配で訪問して血圧測定等しても料金は取れないが、医師に相談し“医師の指示のもとでの経過観察(のための看護師による訪問)”とすると診療報酬の点数がとれる	1	6	710-739

例: 受診者へのケアや治療方針について医師と意見交換をして共通認識を図ることができる			
○ 医師と1対1の中で関係性を崩す看護師が多いので、ターミナルケアなどの共通認識を図る	1	4	63-64
○ 受診者へのケアについて、看護職者の視点から医師に意見を伝えることができる	1	27	26-29
○ 自分なりに納得した看護を提供するために、受診者の治療方針や処方薬について医師と意見交換をし、治療方針と看護方針を一致させることができる ・医師と治療方針が合わないと一緒に仕事をするのが難しくなる ・「何でこれぐらいの咳で抗生物質を出すの?」、「この薬が何で必要なんですか?」など疑問に感じたら医師に確認する 医師の考えがあるし、意見を聞くと納得できることがある	1	7	293
例: 看護師と医師の両者の合意の元での分業と状況に応じた協業ができる			
○ 医師が必要と判断した血圧やデータの測定及びカルテへの結果の貼付は医師にしてもらうことができる	1	1	338-343
○ 勤務時間外の呼び出し時に医師1人で対応可能なことと、看護師の同席が必要なことの取り決めができる	1	1	190
○ 看護師と医師の業務でどちらが実施するかあいまいな業務は譲り合う、一方的に押し付け合わない ・診療所の機械でできる検尿・血液検査など ・医師によって自分ですべて検査する人、全て看護師に任せる人、など異なる	1	6	88-104
○ 看護師と医師のそれぞれの基本業務は決めておき、必要に応じて互いに分野を超えて助け合える	1	1	346-348
○ 医師と重なる役割の部分をもつ ・小離島は人材に限りがあるが、活動に制限がないため、医師と役割を補い合い、実施できることを2人で伸ばしていく	1	26	169-171
例: 診療所から役場への要望について、医師と意見交換ができる ・診療所と村役場の連絡会議が2-3ヶ月毎に開催され、医師に村役場への希望を伝えてもらっている ・医師と相談後、改善が必要な役場の保健対策について連絡会議で医師に要請してもらう	1	3	308-324
③看護師と診療所事務職員			
例: 毎朝の落葉掃除やトイレ掃除、点検/補充をしてくれる診療所事務職員をねぎらうことができる	1	1	332-333
例: 診療所事務職員と一緒に掃除ができる	1	30	70
例: 診療所事務職員と家族構成や連絡先の情報交換や連絡ができる			
○ 診療所事務職員に島外受診時に必要な家族の連絡先の情報提供ができる	1	1	49,59
○ 診療所事務職員から家族構成、島の親戚関係、家族の連絡先を教えてもらう事ができる	1	7	216
○ 診療所事務職員とともに島民の親せきへの連絡ができる	1	1	61-65
例: 休暇取得時は診療所事務職員とお互いのできる範囲でそのカバーできる	1	7	289
例: 診療所事務職員は17時以降や休日の時間外手当がつかないため、できるだけ時間内で業務を終えるような配慮ができる ・できるだけ事務職員の作業を覚える ・17時以降になるときは声掛けをする	1	29	48-56

2) 役場内で保健師・役場行政職員などのチームワームができる			
①保健師と役場行政職員、町村長			
②保健師複数配置の場合は保健師同士			
①保健師と役場行政職員、町村長			
例：役場行政職員とコミュニケーションがとれる			
○ 役場行政職員とのチームワークをとる重要性の認識がある ・役場行政職員と関係性がとれずに保健師一人では業務はできない 保健師と役場行政職員はいつも2人3脚で仕事をしていくべき	2	10	250
○ 役場職員の中で保健師が孤立しないように役場行政職員への発言内容には細心の注意を払うことができる ・誤解されると、意図した事と違う形で返されたり、役場職員の中で孤立することになる	2	10	217-1
○ 役場職員の中で保健師が孤立しないよう配慮し信頼関係を築きながらも、役場行政職員へ保健行政の改善についての提案ができる	2	18	507-567
○ 役場行政職員との人間関係・信頼関係の構築が図れる	2	20	101
例：役場行政職員に保健師活動を理解し協力してもらえ、相談できる			
○ 保健事業に関して役場行政職員に協力要請できる ・保健師は何か自分たちでしようとするが役場行政職員への協力要請ができることも必要	2	1	264
○ 保健師が所属する課の課長や課長補佐から保健師活動を理解し支えてもらえる	2	10	306
○ 役場の役場行政職員の中で健康づくりの味方を作っていく	2	18	414-417
○ 島や役場特有の常識や役場役場行政職員の個性を理解し、保健事業推進の協力者を増やしていくことができる	2	18	507-567
○ 保健師活動への不安や悩みについて1人で抱え込みすぎないようにし、所属課の上司や保健衛生担当事務職者に相談できる	2	17	68
○ 保健師活動で困った時に相談できる人が役場職員の中にいる	2	10	306
例：町村長や所属組織の課長、役場行政職員に保健師活動を理解してもらうための説明ができる			
○ 町村長や所属組織の課長、島民に保健師活動を理解してもらうための説明ができる	2	12	281-296
○ 役場行政職員に口頭・文書で保健師活動の方向性を説明することができる ・在宅高齢者への支援にヘルパー、ケアマネージャー等が従事し、充実しているなら、保健師以外支援していない予防や、虐待支援等を中心に活動する必要性を説明できる	2	10	567-570
○ 役場行政職員や村長に保健師の理解者・協力者になってもらうためのプレゼン能力がある、人を動かす能力がある ・休暇取得や必要な出張についての説明をし、上司や同僚の理解を得ることができる	2	18	536-542
例：島民に必要なサービスの必要性を首長・役場行政職員に説明・プレゼンテーションでできる			
○ 役場の所属課長や村長と島民全体の健康課題の共有をし、保健分野も超えて、解決に取り組める ・村長・課長・島民に、島民の健康課題及び彼らが解決できることと、保健師が解決できることを説明し、共有できる	2	19	271-278
○ 健康支援の最終目標は、“島民がより良く生きていける島とする”ことであり、島民の健康は3-4年でできるものではなく、長い目での体制づくり、人材・予算確保の必要性を課長、村長等に説明できる	2	19	276
○ 島民の健康課題解決方法について役場行政職員や村長の理解と協力を得る工夫ができる ・役場行政職員や村長の理解と協力が得られないと島民の健康課題解決に必要な保健事業を進めることが困難 ・小離島では村長の了解を得られれば役場行政職員も協力的で活動しやすいが、そうでない場合は活動がしにくい	2	18	507-567
○ 町村長や役場行政職員に、保健行政の改善についての提案ができる 保健事業の予算の確保のための必要性の説明と依頼ができる	2	18	507-567

○ 町村長や役場行政職員に、島民に必要なサービスの導入の重要性についての説明・プレゼンテーションができる	2	18	547-552
<ul style="list-style-type: none"> ・首長の了解一つで動かせることがあるので、プレゼン能力は大切 ・役場行政職員は大きな法律に沿って行政運営をするが、保健医療福祉の専門職やサービスに限りがある小離島では法律にない(法律の穴を縫う)島特有のサービス(島のニーズに沿った保健事業・個別支援)が必要な場合がある その必要性を役場行政職員に説明してもサービス導入はできない時でも、村長に直接説明し、了解してもらえればすぐに導入できることがある <ul style="list-style-type: none"> ・自分がぶれない、言いくるめられない 			
○ 島民の健康の特徴と看護の専門職から見た課題解決の必要性を伝えることができる 広報誌での広報や集団教育の場等を利用し、保健活動に必要な情報の共有が図れる	2	18	445-456
○ 保健師が地域のニーズと改善策を役場の課長・係長・上司に説明し続けることができる 必要時、町村議員にも説明できる → 両者が必要性を認識し、議員が議会の一般質問で提案し、予算化が承認されると施策化できる	2	11	119-135
○ 個別支援やグループ支援で捉えた課題の改善案を提案できる ・捉えた課題を図式化・整理し、誰でも理解しやすい資料の作成ができる ・人に説明しやすい資料の作成ができる	2	11	136-139
例：役場行政職員との業務分担ができる			
○ 役場行政職員との関係性を築きながら業務分担ができる ・当然と思っていた保健師活動ができない場合がある 例えば・・・役場行政職員が担当のはずの業務(島民を対象とした憩いの広場など)に毎回保健師・看護師が3-4名も関わり、役場行政職員はあまり関わっていなかったため、保健師・看護師は当番を決めて関わることを提案したことがあるが、その後、役場行政職員は保健師に業務に必要な情報を流さなくなったことがある	2	10	207
○ 本来の保健師活動ができるように保健師と役場行政職員との役割分担をし、共通認識が図れる ・業務分担をし、“どこまでが、あなたの仕事でこれが自分の仕事”というのをきちんと決めておかないと、(役場行政職員がするべき業務を保健師が代行することで)本来の保健師の仕事がどんどんできなくなる	2	10	237-243
○ 自分の中で役場行政職員との折り合いをつけることができる ・“ここまでは見て見ぬふりをするしかない”と、“でもここまでは伝えてやってもらわないと困る”等 そうでないと精神的に苦しくなる	2	10	235
○ 健診等の各保健事業における役場行政職員との役割分担ができる ・乳幼児健康診査、特定健康診査、がん検診、予防接種、身体障害者巡回相談	2	17	26-30
○ 役場行政職員に事務的な面をサポートしてもらい、保健師は家庭訪問、島民の保健指導ができるよう調整できる	2	7	479
例：役場行政職員と協働できる			
○ 役場行政職員への協力要請ができる	2	1	267-272
○ 行政や事務の専門、かつ島での生活が長い島民でもある役場行政職員と保健師の互いの知識と経験を活かした協働ができる(保健師1人で業務を負い、追い詰められない) ・島のカラー、役場の雰囲気、人材、地域組織やつながりを紹介してもらえる ・前任以前の保健師活動の情報を紹介してもらえる ・協働していく中で保健衛生担当行政職者が成長してくれ、見えなかった長所に気付ける ・保健事業について共に考え、意見交換の中で、新しい方法の発見ができる → お互いのモチベーションが上がり、負担感が減り、同じチームとして効果的な保健事業の展開ができる	2	19	167-172
○ 島の子ども全員の予防接種の管理を役場行政職員と共にダブルチェックをしながら実施できる	2	10	421
○ 子どもの定期・任意の予防接種の教育とスケジュール立案を役場行政職員と共に行う ・予防接種教育・・・子どもの養育者への任意接種も含めた予防接種の必要性和副作用の説明、および接種勧奨 ・予防接種スケジュール立案：行政職員に任せ、保健師は最終確認をする	2	27	140-159
○ 役場行政職員と共に島民支援に必要な役場の事務手続をすることができる	2	17	40-46
○ 保健師が所属する課の課長の協力を得ながら、公園管理管轄課等と連携した次世代育成支援計画の策定と実施ができる	2	10	296-301

例：島での生活が長く、島民との関係性が強い役場行政職員の長所を活かした活動ができる			
○ 島での生活が長い役場行政職員から島や島民の情報を教えてもらうことができる	2	17	40-46
○ 島民との関係性が強い役場行政職員と共に地域の組織や人材の活用ができる ・役場行政職員の方が婦人会などを保健活動に巻き込むのが上手なことがある ・年齢が若い、または地元出身関係者でない等の理由で看護職者ではできない部分を島民との関係性が強い行政事務職に補ってもらう	2	10	467
例：役場の保健事業担当行政職者に地域行事のスケジュールを教えてもらいながら立案できる	2	18	320-327 367-371
例：役場行政職員を育てる力がある、上手く活用できる	2	10	256-264
・保健福祉分野の事務に従事した経験のない役場行政職員が2-3年毎に交代となってもその都度保健福祉の知識を伝え、島民の健康支援への前向きな意欲が持てるような関わりができる			

②保健師複数配置の場合は保健師同士

例：職場の保健師同士が同じ保健活動の方向性を持った上で役割分担ができる	2	10	556-559
例：職場の保健師同士が協働できる、情報共有・報告・連絡・相談ができる	2	11	266-276
例：職場の保健師同士が担当地区だけでなく、町村全体の保健活動の方向性を組立てて共に取り組める ・離島が複数ある町村では、離島に駐在する保健師もいるので保健活動の方向性がバラバラになりがちである	2	11	277-286

3 島外のヘルスケアメンバーとのチームワームと協働ができる

1) 診療所と拠点病院、県の関係部署のメンバーとのチームワームができる

(拠点病院のメンバー：診療所担当課、代替看護師の調整係、看護師教育担当者(副看護部長)、地域連携室の看護師・医療機関情報提供担当者、感染症認定看護師、理学療法士、薬剤師、診療材料担当者、修繕担当者、消耗品担当者、診療所や宿舍の建物担当者)

例：拠点病院の関係者と顔の見えるつながりがあり、関係性の構築ができる

○ 関係性の構築ができる	1	4	63
○ 拠点病院の関係者と顔の見えるつながりがある ・名前を見て顔が浮かぶと安心して連絡できるので心強い	1	2	73
○ 拠点病院とのつながりを支援してくれる人脈を拠点病院の中にもち、交渉時に活用できる	1	27	48-53

例：拠点病院に、業務に必要な物品(機材、文房具)購入の交渉ができる

- ・電子カルテ導入により拠点病院では使用しなくなった紙カルテを閉じる金具の購入の必要性を説明し、購入してもらう
 - ・使用期限切れ間近の薬剤、検査キットの拠点病院での使用の可否を確認し、可能であれば早めに返却する
 - ・物品購入に関して、拠点病院の物品購入担当者の理解が得られにくいことがあるが、泣き寝入りしない
- 他職種の彼らに、小離島診療所の環境と購入の必要性を説明し、交渉できる

例：情報交換や診療所看護での不安な点を拠点病院の関係者に質問できる

- ・拠点病院での研修や会議時に質問できる
- ・拠点病院の感染症認定看護師
看護部長、副看護部長
中央材料担当者(滅菌方法)
検査科担当者(検体の運送方法・保管方法)
薬剤師
SPD(Supply Processing & Distribution:医療材料などの物品・物流を包括的に管理する業務)担当者

例：診療所の管理業務において拠点病院との連携ができる

1	2	169
---	---	-----

例: 相談・協力依頼ができる			
○ 業務上困ったときに拠点病院の関係者に相談できる	1	2	73-75
○ 副看護部長(看護師教育担当)への相談ができる	1	2	156-171
・副看護部長(看護師教育担当)への相談ができる			
・各担当者や修理依頼の話が進まないとき			
・副看護部長の一人が離島支援担当で、「何かあったら私のほうに声を掛けてくださいね」と毎年電話をもらう			
・看護師教育担当である副看護部長への報告・相談ができる	1	5	378
・副看護部長(看護師教育担当)への業務報告・看護日誌の報告と相談ができる	1	5	378
○ 入退院時の調整ができる			
・地域連携室の看護師や医療機関情報提供担当者	1	2	112-1
・医療機関情報についての問い合わせ、各島民の条件に適した医療機関の紹介ができる			
・地域連携室の看護師と連携ができる	1	4	119
・①島でのターミナルケアを希望する入院者の状況(病状、帰宅の是非、治療内容)についての情報交換			
・②担当医師への“退院後は島でのターミナルケアが可能なこと”の説明依頼			
・拠点病院の医師への協力依頼ができる	1	4	120
・入院中の島民に関して、“退院後島でのターミナルケアが可能なので協力してほしい”ことを診療所医師から拠点病院の医師にもらう			
・ケアマネージャー、ソーシャルワーカーと退院前の調整ができる	1	9	42
○ 薬剤師への協力依頼ができる			
・薬剤師に一包化の依頼ができる	1	4	340-343
・薬剤担当者に物品・備品の薬剤の相談ができる	1	2	79, 158-167
○ 感染症認定看護師、薬剤師への抗がん剤治療についての相談ができる	1	2	83
・必要な薬剤・感染症対策物品を揃える、調剤、放射性物質の廃棄方法			
○ 消耗品担当者に物品の相談ができる	1	2	160
○ 診療材料担当者に注射器等ディスプレイ製品の相談ができる	1	2	160
○ 修繕担当者、診療所や宿舎の建物担当者への物品・備品の修繕の相談ができる	1	2	79, 158-167
○ 施設系の担当者に診療所のハード面の修理(クーラー・換気扇・宿舎)の相談ができる	1	2	167
○ 代替看護師の調整担当者に休暇の調整、相談ができる	1	4	384
○ 産婦人科医師と助産師に国外出身の島民への家族計画指導の依頼ができる	1	1	621
例: PT(理学療法士)への月1回の訪問リハビリの依頼ができる	1	4	387
・他の小離島にはないシステムで、介護保険が始まった2000年にシステムとして導入するように看護師が依頼し、現在も継続している			
・来島時に入退院調整や家を見もらう			
例: 医師と共に拠点病院に診療所の受診者数、診療内容、薬剤管理を伝え、情報共有できる	1	23	58-63
例: 拠点病院や県の関係部署に診療所の要望を発信できる			
○ 拠点病院に要望を発信できる	1	2	136-143
・前任看護師との引継期間が半日だけで細かいことは全く聞けず、薬剤や物品の管理等ぶっつけ本番的などころもあったので不安が大きかった			
このため“看護師交代時の十分な引き継ぎ期間の設定”を要望したが、改善は難しい			
○ 診療所として困っていることを県に伝えることができる	1	18	314
2) 島外のヘルスケアメンバーとの協働ができる			
例: 島外の保健医療福祉関係者を探し、保健事業の講師や個別指導の依頼ができる			
○ 島民の健康支援のために必要な島外の保健医療福祉分野の組織や人材を探し協力依頼や相談ができる	2	10	648-656
・県の職員、栄養士、医師			
○ 島外の専門職者や制度を活用するための工夫ができる	1	4	447-451
○ 島外の栄養士に保健事業での講師依頼ができる	2	5	356-357
○ 島外の運動指導士、栄養士、臨床心理士に保健事業での講師依頼ができる	2	19	262

○ 島外からの専門家(運動指導士、栄養士、臨床心理士等)を活用した年間の保健事業が策定できる	2	19	262
○ 島外の摂食・嚥下障害認定看護師に嚥下困難な島民への助言の依頼ができる ・筋ジストロフィーに罹患した島民など	1	4	447-451
○ 乳幼児健康診査日や翌日に臨床心理士を呼び、個別の発達相談の機会の設定ができる	2	19	202-221
例: 島外の保健医療福祉関係者と島民の入退院の調整ができる			
○ 精神疾患をもつ 島民の入院と在宅療養について島外の精神科医師と調整できる	1	5	192
○ 島民の入退院に備えた生活の調整について島外の医療機関の関係者と協働できる	1	18	78
○ 島民が入院している医療機関のケアマネージャー、ソーシャルワーカーと退院前の調整ができる	1	9	42
例: 個別支援のために主治医、民生委員・児童委員、対象者の職場の人、ケアマネージャー、相談員、生活支援相談員等と連携できる	2	11	59-86
3) 役場と県のヘルスケアメンバーとのチームワームができる			
例: 県の離島支援担当保健師との情報交換や相談ができる			
○ 小離島での看護について県の離島支援担当保健師との情報交換、相談ができる ・県の離島保健師支援担当保健師との間に信頼関係がある ・保健所保健師と離島保健師が繋がり、共に考える ・島民の個別支援について、保健所保健師と支援方法の違いがあり、保健所保健師に反発してる離島保健師もいた	2	10	682
○ 小離島での看護について困ったときは、県の離島支援担当保健師に電話で相談できる ・母子保健についてなら母子担当の保健師に聞く	2	16	51-55
○ 小離島での看護について県の離島支援担当保健師に相談できる ・乳幼児健康診査、精神保健巡回相談、精神保健の個別支援について	2	17	16-22
4 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワームと協働ができる			
1) 島民と協働できる			
例: 保健師活動への協力者づくりができる	2	12	258-263
例: 保健師だけで優先順位をつけて解決しようとせず、島民全体で共有した課題を専門職として協力し取り組むことができる ・その方が効率よく実施できる	2	18	481
例: 島内の医療(診療所)・福祉(社会福祉協議会・ヘルパー)・地域組織(区長・青年会・婦人会等)からの情報収集と情報共有・連携ができる	2	18	568-585
例: 保健対策のために島内の人材や組織に協力依頼ができる			
○ 見守りが必要な島民への見守り依頼ができる	2	12	258-263
○ 島民全体の健康づくり・保健活動のために適切な人材や組織の協力依頼ができる ・看護職がひとりではできない範囲には限りがあるので、得意な分野の島民の力を借りて全部よくする ・看護職がひとりではできない範囲は、得意な人を動かす	1	1	124-129/407-408/561-565
○ 保健対策のために適切な島民を探し協力依頼ができる ・保健師は何とか自分たちでしようとするが、協力依頼ができることも必要	2	1	274-1
例: 限りある地域の人的資源を有効活用しながら、島民、役場、診療所が三位一体となり、島全体の保健医療の課題解決に取り組むことができる	3	30	358-382
① 三者が共通した視点を持つ ・島民の健康課題を看護職1人で全部背負わない、1人の技能を高めることは意味がない ・「全体を変えていかないといけないよね」という共通視点を持つ ・トータルで皆が上手く出来ればよい			
② 支援現状を共通認識し、必要な支援についての空白がないように役割分担ができる			
③ 実践・評価して、システムを構築できる			

2) 島民や地域組織がエンパワーメントする関わりができる 島民主体の健康づくりができるように関わられる				
例: 島民との信頼関係を崩さないために、それぞれの役割に応じ、役割を超えすぎない	1	3	306	
例: 地域の力を上げる、島民同士が主体的に地域の健康づくりを実施できるような関わりや助言ができる ・地域の力を上げるためには保健師1人の力では限界がある	2	12	220-228	
① “自分たちでどうしたらいいか”“自分たちで島を変えよしたい”等、島民同士が考え行動できるように関わることができる	2	12	220-228	
② 島民同士で考え、行動したいと思える島民を育てることができる	2	12	220-228	
③ 島の保健活動について、島民全体を交えて考える体制を構築できる	2	12	258-263	
例: 島民が行政を動せる支援ができる ・島民同士が直接役場に交渉できる	2	12	396-402	
3) 島内の地域組織と連携した保健活動ができる				
例: 島内の人材や組織(婦人会、介護の会、民生委員・児童委員等)を把握し連携した保健対策がとれる ・島民、組織を巻き込んだ対策が大切	2	10	311 464	
例: アルコール対策は行政プログラムに入れるだけでなく、区長等の人の繋がりを活用しコーディネートできる	2	21	52-53	
例: 民生委員・児童委員から独居高齢者の情報を得る	1	5	445	
例: 健康教室などの保健事業のために“介護の会”などの地域の組織に協力依頼できる	2	10	469	
例: 婦人会などの地域の組織や人材を巻き込んだ保健活動ができる	2	10	467	
4) 島内のボランティア組織と連携した保健活動ができる				
例: 母子保健推進員と連携した親子支援活動ができる ・新聞作成、月2回定期的に集まり皆でお菓子作りやティータイム、リサイクル	2	10	743-751	
例: 健康づくり推進員と連携した健康増進活動がとれる	2	13	75	
例: 健康づくり推進協議会を活用した健康増進活動がとれる	2	19	276	
例: 健康づくり推進員(健康づくりボランティア)制度の設置・育成ができ、連携した健康増進活動がとれる ・島民の健康づくりに積極的に協力してくれそうな島民を探した→ 村の健康増進計画策定の際に関係者と話し合い、健康づくり推進員制度を設立→その時の協力者(以前の区長、以前の民生委員・児童委員等、地域のための活動経験者)に健康づくり推進員を依頼した	2	13	75-91	
例: 組織づくりができる ・島の伝統行事等をきっかけに島民同士の関係性が深まるので、そういう機会を利用して島民が健康づくりについて話し合える場の設定ができる	2	18	320-327 367-371	
5) 地域の中で島民同士の信頼関係や助け合いの社会の構築ができる				
例: 地域の中で島民同士のつながりを深める役割が担える ・地域を歩き回る	2	25	318-340, 485	
例: 精神疾患罹受診者、難病罹受診者、母子等要支援者の立場に立った支援ができる				
○ 精神疾患罹受診者・認知症罹受診者に対する家族・島民の理解と支援を促すことができる ・島民全体で支援をしていく雰囲気づくりができる ・精神疾患罹受診者・認知症罹受診者の家族に理解を促すことができる(他人に迷惑がかからないように異常行動をする罹受診者を屋内に閉じ込める) ・理解不足からくる島民の否定的発言を受け止めながらも、徐々に理解を促していき、協力者を増やしていく働きかけができる(発症前の元気な姿を知っている) (発症後は島民が精神疾患罹受診者を排除しようとする場合もある)	2	18	409	
○ 島内で孤立している島外出身の養育者(警察駐在員の妻・小中学校教員の妻等、島での一時的居住者)同士をやさしくつなげることができる	2	18	409	
○ 断酒会員等、当事者同士の繋がりを促すことができる	2	18		

IV コミュニケーション (Communication)

保健看護の提供の際に島民と家族の満足と成果を高めるために、島民・家族、ヘルスケアメンバーとの相互尊重と意思決定の共有を育成することができる

1	日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる			
1)	日常的にヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり信頼関係の構築ができる			
	例：島内外の関係者へ日頃の感謝を伝え、協力依頼ができる			
	○ 毎朝の落葉掃除やトイレ掃除、点検/補充をしてくれる診療所事務職員をねぎらうことができる	1	1	332-333
	○ 赴任時、毎年の年度初めに島内外の関係機関・関係者へあいさつ回りをし保健事業への継続した協力依頼ができる	2	19	↓
	○ 多職種を認め、感謝し、活用できる 多職種へ活動への助けを求めることができる	3	16	391-411
	○ 全部つながっているので、島民全体が“よりよく生きる”ことができるために関係者と協働する重要性の認識がある ・保健事業だけが良くなっても、島民の健康への波及効果は少ない ・その中で、自分たちが現在実施していくことの意味づけができる (保育所保育士、診療所医師、駐在警察官など)	2	19	241-245
	例：島内外の関係者から信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる			
	○ 保健医療チームとして医師、看護師、保健師がお互いにコミュニケーションがとれる ・一番大事なのはコミュニケーション能力	3	30	294
	○ 長年小離島勤務している看護職者の場合は、自分の役割を超えて島の保健医療を支える存在となる ・他の看護職者、医師が島の保健医療や島のことについて分からない点はいつでも教えてあげられる	3	30	332
	○ 役場職員の中で保健師が孤立しないように役場行政職員への発言内容には細心の注意を払うことができる ・誤解されると、意図した事と違う形で返されたり、役場職員の中で孤立することになる	2	10	217-1
2)	お互いに協力依頼ができる関係性の構築ができる			
	例：救急対応時や看護師不在時に医師と協力し合える関係性の構築ができる ・関係性不良時は医師が協力要請しにくくなる	2	19	73
	例：看護師から保健師に協力依頼ができる			
	○ 保健師にBLS(一次救命処置)講習会の協力依頼ができる	1	5	402
	○ 社会資源等の調整に関して保健師への協力依頼ができる ・介護保険関係者を集め、介護サービスの調整をする ・家族との調整をする	1	12	68-72
	○ 家族の介護疲れへの相談対応や家族への情報提供に関して保健師への協力依頼ができる	1	12	78-79
	○ 保健師の訪問支援が必要な島民への依頼ができる ・喘息治療継続困難な独居高齢者への訪問	3	1	244
	○ 必要時在宅看護に関して保健師への協力依頼ができる	1	15	119
	○ 保健師に訪問依頼できる関係性を築ける ・訪問による継続支援が必要な対象者がいても、拠点病院からは「売り上げにつながらないことをするな」といわれるが、それではすまされないことが島ではある	1	6	710-729
	○ 訪問看護に関して保健師に協力依頼ができる	1	13	93
	例：看護師、または保健師からの協力依頼を受入れることができる			
	○ 診療所受診者への特定健康診査の受診勧奨に関する保健師からの協力依頼の受入ができる	1	16	316-319
	○ 気になる島民に関する看護師からの協力依頼の受入ができる ・看護師から、家の清潔保持ができていない喘息受診者への保健指導依頼を受け、支援(屋内の環境整備指導、子どもへの療育指導)することができる	2	21	4-5
	○ 診療所へ定期受診をしなくなった島民への受診勧奨に関する看護師からの協力依頼の受入ができる	2	17	146-148

2	緊急時のヘリ搬送や後任者、および代替看護職員の引継ぎ時に際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率的なコミュニケーションがとれる			
1	業務伝達のための記録ができる			
	例：看護日誌へ記録できる	1	4	380-382
	例：診療所の看護業務基準や引き継ぎ書の作成、見直しができる			
	○ 小離島の看護師同士が協働で診療所業務基準を作成できる ・沖縄県立診療所の手順を各診療所を出し合って平成23度に作成したそれに沿って自分が実施している診療所のものを加えてファイルにして引継いだ	1	6	45
	○ 診療所看護業務規準を見直し作成ができる ・県の看護手順に島の診療所の独自の看護手順を追加し作成できる(検体の取扱や送付方法、消毒液と消毒方法など) ・研修等で新しく得た知識や技術を反映できる	1	7	372
	○ 後任者のための看護業務の引き継書や業務マニュアルの作成ができる			
	○ 看護師交代時に円滑な診療所業務ができるようにするため、各診療所毎に業務マニュアルの作成ができる ・誰でも参考にできるように ・全体的な県の一つの基準はあっても、それぞれ各診療所、地域性があるため、共通のもの(診療所マニュアル)を作るのは難しい	1	1	587 599
	○ 引継ぎについて、前任者との時間共有が難しい場合は、看護業務引継書を残す ・看護業務引継書には各診療所オリジナルで実施している面も記載する	1	2	146-154
	○ 常時後任者へ引き継ぎができるよう書類作成ができる ・沖縄県立診療所の手順を各診療所を出し合って平成23度作成したそれに沿って自分が実施している診療所のものや日課を加えてファイルにして引継いだ	1	6	41-45
	○ 後任者に引き継ぎができる ・医療機器・薬剤、心電図・除細動器等の設置場所を説明 ・救急カート・冷蔵庫の薬剤とその業務 ・予防接種の業務： 役場から委託受けての実施の流れ ・小中学校の校医健診	1	6	41-74
	後任者にいつでも引き継ぎができるように準備できる ・受診者のカルテのサマリーA4 1枚を医師と共に記載(受診者背景、治療内容、薬剤管理方法、留意事項)、気になる受診者名と留意点の一覧表(〇〇さんに薬、月1回、薬箱で管理している等)、看護手順の見直し	1	7	365 376
	例：カルテに既往・支援の経過・緊急連絡先をまとめ記載できる			
	○ 看護師の交代や不在時に備え、カルテに緊急連絡先を含めた受診者・家族情報のページを作成できる	1	4	111-115
	○ 独居高齢者の家族等緊急連絡先を把握しカルテに記載できる ・不明な場合は受診時や、民生委員・児童委員等の関係者からの情報収集ができる	1	5	454
	○ 受診者情報を診療所に残る医師に引き継ぐことができる 退職前、2年間共に働き診療所に残る医師に①受診者情報を伝えた→ ②医師はパソコンで受診者情報と受診者の経歴・既往をまとめた→ カルテに閉じた	1	6	74
	○ 島外への救急搬送時に備えたライフキーパーソンの連絡先を作成できる ・1名につき、3件の連絡先の記載(本人の住所、島内のキーパーソン、島外のキーパーソン) ・独居高齢者で子どもは島におらず那覇市にいる場合は、島外への救急搬送時に誰が付き添うか、付き添いがいないときにどうするか、那覇で迎えてもらうかとか、親戚の人で誰を乗せるか、その依頼(近い親戚を呼び、「〇〇さんがヘリ搬送なんだけど一緒に連れて行ってくれない?」と依頼)が必要になってくるため ・従来は長年島の診療所に勤務していた看護師と事務職員が全てを把握していたのでカルテには普通の連絡先しか記載されていなかったが、彼らが交代になると困るので作成し始めた	1	7	118-2
	例：保健師業務マニュアル、後任者への業務引継書、次年度の島全体の保健事業改革の作成と見直しができる			
	○ 後任者への引き継書を作成できる	2	7	455
	○ 保健師経験がない後任者が来ても、前任が作成した引継書と保健事業計画に沿えば1年間はある程度保健事業が実施可能な準備ができる ・保健師は保健事業計画に沿って、年単位で動いている	2	19	80-92
	○ 担当保健師が交代となっても、年度が変わっても継続支援ができる ・継続支援のチェックや見直しができる ・要支援者台帳を作成し、それを中心とした継続支援ができる	2	11	228-242

○ 引継書に保健事業毎に連携が必要な関係組織・関係者の連絡先一覧の記載ができる	2	19	149-159
【島外】			
・沖縄県介護保険広域連合(介護保険等について)			
・沖縄県国民健康保険団体連合会(国民健康保健、特定健康診査、特定保健指導、国民健康保険特定健康診査等実施計画等について)			
・県庁の健康増進課保健師			
・県保健所の保健事業担当の各保健師(母子保健計画等について)			
【島内】			
・役場の課長・職員、診療所医師、社会福祉協議会、駐在警察官、小中学校養護教諭、保育所保育士			
例: 次年度の年間の保健事業スケジュールを立案できる	2	19	80-92
例: 各種保健事業ごとの要項作成ができる	2	19	80-92
・準備と実施、および保健師と行政職者の役割分担			
例: 島の各保健福祉計画(次世代育成支援行動計画、健康増進計画、高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画)と各保健事業、島の健康課題の位置づけを記載できる	2	19	80-92
・後任者がこれらを理解した上で活動できると、島民への声かけの内容が異なってくる、			
2年目・3年目も保健師と島民の両者が充実した活動の展開ができるようになる			
例: 島外の医療機関についての情報リストの作成ができる	2	19	183
・県外出身の新任保健師でも、島外の医療機関の案内を島民ができるようにする			
・インターネット以外の情報も積み重ねて記載できる			
例: 島内外の社会資源や制度等の一覧を作成できる	2	9	79,92
・小児、高齢者、特定疾患等			
2) 後任者や代わりの専門職に口頭で業務の引継ぎができる			
例: 後任者保健師に引継ぎの際に、島民の文化・風習を詳しく説明してくれる島民を紹介できる	2	18	375-377
・「この人からこの島の人が大事にしてるものを聞いてね」			
例: 1週間程度の引継ぎ期間があれば、継続して個別支援が必要な島民に後任者の紹介ができる	2	19	80-92
例: 後任者の経験を考慮した説明ができる	1	6	41-61
・業務上必要な島の特徴・島民の気質を説明できる			
・看護業務手順にこの島独自の業務を加え説明できる			
・日課を説明できる			
・ヘリ要請・ヘリ搬送を説明できる			
・医療機器・薬剤(救急カート・冷蔵庫を含む)・物品の設置場所とその業務を説明できる			
・役場から委託受けている予防接種の業務の流れを説明できる			
学校の校医健診を説明できる			
3) 上司や同僚に後任者への引継ぎ依頼ができる			
例: 島に残る医師、保健衛生行政事務職に引き継ぎを依頼できる	1	6	74-2
例: 島の各保健福祉計画・各保健事業・島の健康課題の位置づけと前年までの保健師の取組と今年度に必要な保健師活動について、後任者保健師に説明するよう課長と保健事業行政職者に依頼と引継ぎができる	2	19	98-104
・そのために日常的に協働しておく			
4) 後任者の経験や島の特徴を考慮した業務の引継ぎができる			
○ 後任者のこれまでの経験を踏まえた引き継ぎができる	1	6	41-74
・島に初赴任者には・・・島民の気質や離島の特徴も伝える、ヘリ要請・ヘリ搬送を詳細に伝える			
○ 後任者に引き継ぎができる	1	6	41-74
・各診療所独自の方法も伝える: 「島々で違うけれど、こっちはもうこういうやり方でやってるよ」ということを主に引き継ぐ			
3 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる			
例: コミュニケーション能力がある	2	26	460
例: 地域でコミュニケーションがとれる	1	2	266
例: 地域のことを思い、その人に合ったフォローや心がけができる	1	2	11-12
例: 円滑なコミュニケーションがとれる	2	20	86
例: 地域の中でも島民とのコミュニケーションがとれる	1	8	25
例: 地域の中で島民とコミュニケーションがとれる	1	8	24-33
例: 地域を回ったりウォーキング途中に、特定の対象者だけでなく島民への声かけができる	1	11	23
例: 受診者一人ひとりに声かけができる	1	12	32-33

例：島民に顔を覚えてもらえる	2	12	211
例：看護の対象者への共感ができる ・島民は医師よりも看護師ほうが話しやすいことがある	1	25	32
例：相手の立場に立ち、理解しようとする態度がとれる	2	28	78-90
例：役場職員、同僚、島民全員に対して、相手の気持ちに寄り添い、相手を信頼できる	2	20	97
例：コミュニケーション時に適切な間がとれる ①要支援の島民とのコミュニケーションがとれ、生活への助言ができる ②診療所医師等の他職種とコミュニケーションがとれる、協働できる	2	28	78-90
例：子どもの養育者とコミュニケーションがとれる	1	3	762-1
例：子どもの養育者とコミュニケーションがとれる	1	10	97
例：高齢者とコミュニケーションがとれる	1	3	762-2
例：高齢者と冗談を交えた会話ができる	1	1	382-383
例：島民からの信頼を得ることができる	2	11	31-32
例：健康について島民から身近に相談される	1	22	131
例：受診が必要な島民と信頼関係がとれ、受診につなげることができる	2	29	136-145
例：島民が安心して相談できるような信頼を得ることができる	1	11	32
例：島民が意見を言い易く、開かれた診療所にするため、社交性がある ・地域の中に入り、人のつながりや親戚関係などを把握し → 島民が意見といいやすい関係を構築し → 診療所に求めること等の本音を聞き出し、医師に伝える → 家族を含めたケアの充実につながる ・島民は医師に遠慮して意見をいいにくい ・看護師が閉じこもってしまうと、島民が意見を伝える人がいなくなる ・ただし、島民に対し、言い過ぎない、出し過ぎない、けんかしない、ことも必要	1	27	30-43
例：受診しやすい診療所の雰囲気をつくる	1	18	131
例：地域で島民とのコミュニケーションがとれる ・島民とトラブルを生じたり、関係性がうまくいかないと、島民は診療所受診しにくくなる	1	29	61-62
例：地域にある組織の人々と日頃からあいさつを交わしコミュニケーションがとれる → 日頃からあいさつや情報交換ができていと協力依頼がしやすくなる	2	11	106-118
例：薬剤処方に追われるのではなく、積極的に診療所待合室にでて、受診者への声かけをしコミュニケーションをとる	1	18	131

4 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる (ティーチング/ラーニングができる)

1) 心理の知識があり、カウンセリング、コーチング技術がある

例：心理の知識やカウンセリング、またはコーチング技術がある	2	20	
○ 保健師自身の生育歴を顧みたとでの、コミュニケーションやカウンセリングの技術がある	2	20	105
○ 保健医療福祉相談方法の基本を理解し、保健医療福祉の相談への対応ができる	2	14	197-205
○ 島民からの相談に対応できる ・インテーク(相談にきた人から事情を聞くケースワークの最初の段階)のノウハウなど基本的な相談ができる ・デマンド(利用者からの要求)とニーズ(必要性)の違いの把握ができる	2	14	155-158
○ 島民の気づきを促し、生活習慣の行動変容につながる保健指導や健康教育ができる 生活の助言、健康相談、集団健康教育の技術がある	3	22	44-52
○ 対象者に適した方法を考え、できる部分を引き出せる	1	1	512
○ 行動変容につながる保健指導の知識がある	2	16	113-117
例：生活、栄養、運動への助言ができる			
○ 健康相談、健康指導ができる	1	26	345
○ 本人および調理を担当する家族への食事指導ができる	1	5	365-366
○ 栄養指導ができる	2	26	325
○ 食生活(調理状況・食事内容)の把握をし、食生活改善につながる指導ができる	1	3	100-101
○ 受診者に予防方法や栄養指導などの教育ができる ・内服薬を渡す時、予診の時 ・実際の食事内容を聞き、具体的な方法を説明する	1	27	44-47

例：禁煙指導ができる			
○ 禁煙外来での指導ができる	3	28	67
○ 禁煙外来での指導ができる	1	29	11-12
2) 島民全体を対象とした健康教育の開催ができる			
例：要請があれば応じることができる	1	18	222
例：看護師と保健師が連携して集団健康教育ができる	3	5	145
例：保健師、医師、学校の養護教諭が連携して思春期への保健アプローチ、思春期教室を実施できる	2	24	268, 310-329
例：看護師、医師、学校栄養士が連携して健康教育講演会を開催できる ・島の素材でできる健康的な料理の紹介ができる	1	7	424
例：養育者を対象とした乳幼児の対応についての講座を開催できる	1	18	227-231
例：料理講習会等を開催し、具体的な食事・運道の助言ができる	1	9	52
3) 診療所への受診ルール、受診行動の教育ができる			
例：診療時間外は命に関わる救急受診者だけに対応することを島民に説明できる ・救急受診者の意味を理解させる ・毎日2-3名の島民が時間外受診を続けたら、医師・看護師の私生活がもたないため ・医師へのプライベート確保の配慮がないと長年の勤務は困難ため	1	1	172-198
例：特別な理由なく診察順番を先にするよう受診者が要求する場合は、順番を守るよう説明できる、または他の受診者の意見を聞き判断できる	1	3	152-158
例：子どもの受診ルールについて養育者に説明できる ・子どもが少し具合が悪くなると受診を繰り返す養育者がいる	1	5	41,51
例：受診時間を守るように説明できる ・時間外、看護師のプライベートの携帯をかけた時、看護師宿舎への訪問をすることによる受診相談は断り、必要時は救急隊への連絡をさせる	1	8	199-211
例：診療所の待合室で感冒症状がある時の受診方法について説明できる ・受診者全員に感冒症状がある時は受診前に電話での受診予約が必要なことを伝える	1	3	174
5 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる			
例：へり要請・時間外対応時の島民についての守秘義務を守る			
○ 他の島民から情報を尋ねられることがよくあるので対応に配慮する 情報が島内にすぐ広がる ・診療所への関係者以外の無断の出入りを断る	1	6	358-372
○ 人間関係が近いので公私の区別をしっかりと(守秘義務、受診者のプライバシーを守る) へり搬送後に島民から「何でだったの?」「大丈夫?」と聞かれるが私は言えないので、そういうときは普通にお話ししたり、一応「(聞きたければ搬送者の) 家族に聞いて例：守秘義務が守れる ・業務上知り得た島民の情報を、他の島民に漏らさない	1	7	324
○ 仕事で知り得た情報をプライベートで漏らさない ・仕事で知り得た情報をプライベートで漏らされないかと、心配している島民が多いので、「この看護師さんは何を言っても大丈夫」という島民から信頼を得るのは非常に難しい ・看護師やヘルパーが島民だから、島民が相談できない事は多々ある 島民でもある看護師よりも、転勤で来た看護師への方が島民は相談しやすい場合がある	1	11	28-37
○ 小離島の環境上、個人の疾病の情報が漏れやすい 漏れると、診療所職員への信用がなくなり、受診が必要な島民が受診をしなくなる	1	27	54-55
○ 島民から受診者や急患で島外搬送者、インフルエンザ罹受診者の個人情報についての質問があっても、個人情報の保護ができる ・狭いコミュニティーの中なので、誰が感染したっていうのを、とてもみんな気にする ・受診者の個人情報の保護をしつつ、問い合わせた島民との関係性を崩さない対応ができる： やんわりと断る、情報開示しないと文句を言われることがある	1	23	146-154
○ インフルエンザ流行時には、情報が漏れ、流行させた島民の特定がされやすい	1	27	54-55

例：問診、内服薬の説明の際の場所と方法の考慮をし、受診者の個人情報に他の島民に漏れないように配慮できる			
○ 他の受診者もいる狭い待合室で、プライバシーを個々に配慮しながら問診をしたり内服薬の説明ができる 聞けることを最小限に聞いて、大事なことは見逃さないようにする ・減多に受診しない人など、看護師との会話内容を他の受診者に聞かれるのを嫌がる人もいる ・薬の説明時に「〇〇の薬です」と言うと、他の受診者に病名を知られるので難しい	1	2	23-31
○ 降圧薬内服中のことやインスリン療法中のことを他の受診者に知られたくない人へは気持ちを察し、待合室での情報収集は避け、直接医師と話をしてもらうように配慮する	1	3	144-147
○ 「先生との診察の声が他の受診者に漏れる」「診療所に行くとき自分の個人的な情報が島全体に漏れる」「そういう心配があって行けない」「病名を他者に知られたくない」と、個人情報が漏れることを心配している島民が結構多い	1	11	28-37
○ 会話内容を他者に聞かれてしまい、個人情報が漏れいしない配慮ができる 診療所外の地域で会った時の声掛けや会話の内容の配慮ができる：受診したことを他者に知られたくない人がいる一方、喜んで話をしたがる人がいる	1	23	215-225
例：個人情報に配慮しながら、その場に合った形で個別・集団指導ができる	1	3	186-193
例：個人情報に配慮しながら関係者と情報交換できる			
○ 個人情報に配慮しながら福祉関係者と情報交換できる ・島民から信頼が損なわれない方法で介護保険関係の情報収集をし、介護保険分野と診療所の役割を分けるようにしている	1	3	299
○ 個人情報に配慮しながらヘルパーと情報交換できる ・「ヘルパーが知り得た情報が診療所看護師に筒抜けだ」と利用者から言われると困るので、必要な時は保健師を通して情報が入った形にすることがある	1	3	296-298
○ 保健師は救急時の対応に備え、妊婦の同意を得た上で、妊婦のリストを診療所に伝えることができる	2	23	231-233
例：島民の健康に関する島民同士のうわさは一概に信用せず、まず、情報の信憑性を確認する ・島民同士でいるんなうわさが出るので、私たちは“ちゃんと情報は裏をとる”、“地縁を通して確認する”ことにする	1	7	324
6 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる (治療的コミュニケーションとは・・・看護の対象者が自身の健康増進に向けて主体的に取り組むことができるよう支援するコミュニケーションをいう)			
1) コミュニケーションを通しての正確な情報収集ができる			
例：家族と生活それぞれのキーパーソンをみつけれ			
○ 緊急時に連絡できるキーパーソンを把握できる	1	1	515
○ 急患時に連絡できる独居者の家族以外のキーパーソンとその関係性を把握できる	1	2	35
例：主訴や生活状態の情報収集ができる			
○ 日頃から診療前後の待ち時間を利用して受診者から情報収集をし、体調が悪化する前の状態の把握ができる	1	1	57
○ 受診者の生活状況の情報収集ができる ・実際は外来業務の中で時間がとれずにできていない そこで、保健師と連携しながら、個別的に時間を取り受診者に来所してもらい、情報収集や生活指導をしてもよい	1	5	117
○ 新規受診者とのコミュニケーションがとれる ・主訴の引き出し、生活背景の把握 ・診療所外でも島民とのコミュニケーションがとれる	1	8	25
例：受診者の心の深い部分に入り込み、真のニーズの把握ができる	1	22	112-116
例：島民と生活指導に必要な、踏み込んだ会話ができる	1	5	103
2) 医師と受診者の関係性構築の促進ができる			
例：受診者との関係性を維持していく上で、“全てを看護師が知っている”という感覚を持たれないような配慮ができる ・受診者に逃げ道をつくる ・看護師に言いたくなさそうな時は最初から医師と関係を持たせる	1	1	374-378
例：島民の味方になれる ・島民が医師に伝えられないことを一緒に伝える、フォローができる	1	11	25-27

例：医師の意見に同意できない受診者の気持ちに傾聴し、両者の橋渡しができる ・治療のために島外医療機関へ搬送させたい医師と、島から出たくない気持ちの受診者の双方の話を聞きながら中立的な立場で、折り合いをつけていく ・金銭面・家族の事情・知識不足のために、病気を指摘されても受診しない島民への受診の必要性の理解を促す	1	18	64-77
例：医師と上手く関係がとれない子どもの養育者の気持ちを理解し、慰め、調整できる			
○ 医師と養育者の間をとりもつマネジメントができる ・診察結果に不安を抱く受診者への説明ができる ・養育者の抱く不安に対する説明ができる	1	5	32 88 258
○ 養育者の抱く不安に対する説明ができる ・子どもが熱発のため受診し、養育者から薬剤処方依頼があった時に、医師が「今薬は必要ない」と言っても、看護師が「不安が大きい養育者の気持ちも汲みとってください」とか、養育者に「この薬はこういうときにもらうから、こういう目安で待っていたほうがいいよ。何かあったら連絡してね」とか、簡単な声かけができるとうい ・養育者は子どもの状態や内服について、医師からきちんと説明してほしいと思っているが、そんなことを医師に言えないでいる	1	12	37-46, 80-92
○ 診療所医師への養育者の不満や要望を聞くことができる	1	18	173
○ 役場職員の中で保健師が孤立しないよう配慮し信頼関係を築ける	2	18	507-567
○ 役場行政職員との人間関係・信頼関係の構築が図れる	2	20	101
例：診療所事務職員は17時以降や休日の時間外手当がつかないため、できるだけ時間内で業務を終えるような配慮ができる ・できるだけ事務職員の作業を覚える ・17時以降になるときは声掛けをする	1	29	48-56
例：看護師と保健師がお互いに相談・助言できる関係性の構築ができる			
○ 看護師と保健師が日常的な声かけができる、話し相手となれる 何かあったときには解決手段を伝えたり、連携ができる	3	12	72
○ 看護師と保健師が連携がとれる	3	4	240
○ 看護師と保健師が互いに相談・助言できる関係性の構築ができる	3	18	253
○ 保健師に訪問依頼できる関係性を構築できる	1	6	731
○ 保健師への相談ができる ・相談してもらわないと協力できる部分分からない どんな事でもいいので困っていることを相談し助けを求めてほしい	1	13	155
○ 看護師と保健師が互いに相談できる関係性の構築ができる ・保健師は診療所へ気軽に出入りし、不明な点を聞いてほしい ・看護師は保健師が相談しやすいような配慮ができる	3	4	628
○ 看護師と保健師が互いに地域に馴染めるような配慮ができる ・島での生活に慣れている者が新任者に助言できる ・地域行事へ参加できるよう誘う	3	4	88-102
○ 看護師と保健師が互いに歩み寄り連携がとれる	3	18	270
○ 診療所での看護師の活動を認め、それ以上の役割を求めすぎない	2	16	413-1
7 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる			
例：「保健師だより」の発行ができる ・記載事項例：保健情報、保健事業の案内(島民健診等)と紹介、健康に関する知識	2	6	634-643
例：「診療所だより」の発行ができる ・記載事項例：高血圧症の説明と注意点、時間外の救急連絡先 ・診療所職員(看護師・医師・行政事務職員)3名で作成し、島民全世帯へ訪問配布 ・訪問配布時、島民の住居や生背景の把握ができる	1	6	645-653
例：感染症流行初期に島民全員にデータやニュース情報の提供をし、地域での感染拡大防止の注意喚起ができる	1	3	215-219
例：インフルエンザやノロウィルスの感染予防・受診方法・予防接種についての村内放送の依頼ができる	1	3	221
例：日々の看護実践や専門的に見た島の健康特徴や保健活動の成果を広報紙でPRできる	2	18	445
例：保健活動に必要な情報の共有を図るために広報誌や集団教育の場等を利用してPRできる	2	18	445

V リーダーシップ (Leadership)

島のヘルスケアシステムの改善のために課題解決策を提示し、実現できる
また、島民・家族、ヘルスケアメンバーと課題解決のための目標を共有し、個人や集団の行動に影響を与え、目標達成を促進できる

1 島内のヘルスケアメンバーのコンセンサスを得る会議を企画し開催できる

1) ヘルスケアメンバーとの会議や話し合いの場を設定できる

例: 保健師だけで仕事をせずに、会議等を開催し、関係者との定期的な意見交換ができる

2 19 241-245

例: 島内の保健医療福祉専門職者連絡会議の企画と招集ができる

3 16 320-348,
359-376

毎月1回、保健医療福祉専門職者連絡会議を開催

・設置のきっかけ: 5-6年前に診療所医師と保健師とで設置の必要性の認識が共通したことをきっかけに保健師がファシリテートとり立ち上げた

・参加者: 診療所医師・看護師、保健師、福祉センターでデイサービス担当の看護師、包括支援センターのケアマネージャーである看護師

・時間・場所: 急患対応ができるように、業務終了後の時間に診療所で

1時間の予定だが、なかなか1時間では終わらない

・内容: 互いの困っていることを伝えたり、情報交換、訪問依頼

参加者間で困っている事を伝え、それに対するフォローをしている

参加者全員が話しやすい雰囲気があり、参加者同士が非難することはない

例: 訪問に行けずにいることを伝えることができるし、それについて非難されることはない

自主的な会議なので非難し合うと続かない

・継続要因: 参加者間が必要性を感じていたので保健師が育休中にも継続できている

医師から「後任者の医師になってもこの会議の継続してほしい」「これがあると助かるよ」

・みんな困ってると思う

○ 島内で看護師と保健師が定期的に話し合う場を設定し活用できる

3 18 487

・看護師と保健師の連携が良い小離島には、両者が定期的に話し合うシステムがある

○ 保健師・看護師・医師が1-2か月に1回、定例会議を開催し、支援の必要な島民のケアに関する情報交換や支援状況の確認ができる

2 13 106-107

・受診者の内服状況について

・健康診査結果が気になる島民への支援について

・島外の医療機関から入院予定、または退院し帰島予定の島民の情報交換(“いつ帰ってくる”、“どういう状況で帰ってくる”など) → 分かれば訪問したり、上手くつなぐことができる

○ 保健師・看護師・医師・養護教諭と保健医療チームで定例会議を開催し、役場へ離島のあるべき姿、あるべき地域、地域保健医療福祉等を提言できる

3 30 304-312

2) ヘルスケアメンバーと会議等での情報交換により共通認識が持てる

例: 島で死ぬことを望むターミナル期の高齢者の気持ちに沿えるように家族・保健医療福祉職と調整をし、支援体制を整えることができる

1 4 80-84

例: デイサービス利用者に関するケア会議へ参加し、地域の介護予防のための関連職種との情報交換ができる

1 5 147

例: ケア会議等、保健医療福祉関係者間のカンファレンスに参加できる、医師だけに任せない

1 18 262-266

・福祉関係者以外の参加は保健師と医者だけで、看護師が入らない場合が多いが、看護師も参加することが必要

例: 月1回のケア会議への参加による社会福祉協議会職員との情報共有と役割分担

1 7 263

例: 精神巡回診療・相談後に関係者間のカンファレンスや情報交換ができる

2 4 200-217

・自傷他害の可能性が高い島民への継続的な対応について関係者間で検討し、役割分担できる・・・ ①自傷他害の予防策、②自傷他害発生時の対応: 逮捕・拘束方法、逮捕後の入院につなげる流れ

2 島のヘルスケアメンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる

例: 社交性をもって、関係者に意見を伝え、動かすことができる

○ 全年齢層の島民全体へバランスのとれた支援をするために、保健師一人で業務を抱え込まない

2 27 132-139,
161-169

・保健師が業務を抱えすぎると、診療所医師は必要な支援の依頼をしにくくなる

・スムーズな保健師活動をするために業務負担軽減が必要なときは、その対策がとれる

○ 保健福祉担当の役場行政職員に意見を伝え、動かすことができる	2	27	132-139, 161-169
<ul style="list-style-type: none"> ・保健師の業務負担を軽減するために、一緒に業務を行う ・行政職員で実施可能な業務は任せる (例: 予防接種スケジュール立案を任せ、保健師は最終確認をする) 任せきれない、と諦めたり、けんかをするのではなく、上手く動かせる ・保健師1人体制の島では、必要時、保健師2人体制の必要性を伝える			
○ 診療所医師に意見を伝え、動かすことができる	2	27	132-139, 161-169
<ul style="list-style-type: none"> ・診察や医師のアセスメントが必要と判断した高齢者についての医師への情報提供、往診が必要な島民についての助言、通院中断している島民についての島外精神科主治医への情報提供の可否 ・業務負担軽減が必要なときは、役場の保健福祉担当課長への説明を診療所医師に依頼する 			
例: 役場内で保健師がリーダーシップがとれる	2	10	438-447
<ul style="list-style-type: none"> ・課長と報告、相談しながら複雑な問題や、金銭が絡む問題に取り組める ・島の人間関係を把握し、問題解決に役立つ人の活用ができる 			
例: 役場行政職員を育てる力がある、上手く活用できる	2	10	256-264
<ul style="list-style-type: none"> ・保健福祉分野の事務に従事した経験のない役場行政職員が2-3年毎に交代となってもその都度保健福祉の知識を伝え、島民の健康支援への前向きな意欲が持てるような関わりができる 			
例: 自分だけでなく、保健医療福祉関係者も活動に困ってる点があると思い、その改善が図れる	3	16	361
例: 福祉分野の相談にも対応できる	2	14	144-154
例: ヘルパーの相談にのれる	1	3	296-298
<ul style="list-style-type: none"> ・息子から虐待を受けている可能性がある高齢者が外傷していることについての相談をヘルパーから受けたときは、「怪我していることを理由に家族に診療所受診を勧め、了承を得てから受診をさせる」等の助言をする ・ヘルパーが判断に困っているときは保健師への相談を勧奨している 			
例: 診療所事務職員に毎月1回は受診者に健康保険証の提示を求めるように説明できる	1	4	104-107 141-148
<ul style="list-style-type: none"> ・島に慣れた事務員は受診者の健康保険証の確認をしていなかった 			
3 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる			
例: 診療時間を午前中に変更することを提案でき、島民に周知できる	1	1	71 170-170
<ul style="list-style-type: none"> ・慣習を受け入れながらもルールは守らせる ・公私混同しない ・島民へのルールの説明と説得、苦情への対応ができる 			
例: ワンクションコール制度の提案と実施ができる	1	1	182-189, 201
※ ワンクションコール制度とは: 医師や看護師の時間外業務の負担軽減のためのものである。時間外受診の電話受付に関して、直接医師や看護師が対応するのではなく、まず役場当直職員が行い、受診が必要な対象者の連絡を医師や看護師にする制度である <ul style="list-style-type: none"> ・役場との交渉ができる 			
例: 産婦人科専門職種不在分を補うため、島内で妊婦健診の実施ができる	1	1	607-608
例: 子どもの発達を促す支援体制の構築ができる	2	19	202-221
<ul style="list-style-type: none"> ・診断がついたときに、“村の体制として何もありません”であれば、診断する意味がないという認識がかる ・島外の専門家を講師に招き、島内の子育て支援者を対象とした「ティーチャーズトレーニング(発達障がいのある子どもの行動を理解し、適切な対応法を学び、練習することを通じて、より良い関係づくりと子どもの適応行動の増加を目的とした研修)」を開催できる ・研修の開催の必要性を認識する→ 関係者に説明し理解を得る→ 研修開催につ 			
例: 訪問リハビリ制度の提案・実施・継続の工夫ができる	1	4	395-423
<ul style="list-style-type: none"> ・提案: 介護保険制度を利用した訪問リハビリ制度の必要性を考え、ケアマネと共に必要性・経費を要望書に記し、拠点病院長へ協力依頼 ・実施: 拠点病院の理学療法士による訪問リハビリの実施(毎月1回、2000年～現在) ・継続の工夫: 院長交代時には継続依頼文書を診療所医師に渡してもらい継続の必要性を認めてもらう、理学療法士に看護研究発表会で発表をってもらう 			
例: 診療所としての薬剤処方の一包化の効率的な方法を医師と共に検討し導入できる、拠点病院に一包化の依頼ができる	1	4	329-345
<ul style="list-style-type: none"> ・分包機が診療所にあるために看護師が一包化を実施している診療所もあるが、いつも看護師が19時くらいまでかかって一包化を作っている 一包化するだけでも大変なので、自分たちの診療所は分包機は置かず拠点病院に一包化を依頼することにした 拠点病院に依頼できる部分は頼ることにしている 			

VI システムに基づく実践 (Systems based practice)

島民と家族への良質な保健看護を提供するために、島内外の保健医療福祉の組織への効果的な協力依頼ができる
また、小離島の保健医療福祉の体制を充実するために島民、役場、県などに働きかけながら新たにシステムを構築できる

1 島民にケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム(組織)への協力依頼ができる			
例: 子どもの発達支援の専門職員を島に呼び、子どもに関わる島内の専門職種(保育士・幼稚園教諭・小学校教員・保健師等)のレベルアップを目的とした研修の開催ができる ・役場保健事業担当課・保健師が調整の事務局になり、課長・村長名での案内文書を作成し小学校等関連機関・関係者へ案内 ・年5回、仕事が終了した6時以降に開催 ・保健師として教室開催の必要性を認識し、課長を説得し、開催できる	2	19	202-221
例: 小中学校生へのフッ化物洗口のシステムを導入するために、県保健所の母子保健担当保健師と共に導入の検討をし、学校長への協力依頼ができる	2	19	190-198
例: 養護教諭を通して小中学校にインフルエンザ流行時の情報提供と感染防止対策への注意喚起の協力依頼ができる	1	8	259
例: PT(理学療法士)への月1回の訪問リハビリのシステムを導入できる ・他の小離島にはないシステムで、介護保険が始まった2000年にシステムとして導入するように看護師が拠点病院に依頼し、現在も継続している	1	4	387
例: 精神巡回診療・相談を実施するために、島外の精神科医師と島内の支援者への協力依頼ができる ○ 島外の精神科医師と島内の支援者への協力依頼を通して、対象島民への支援ができる ○ 島外の精神専門医療機関と担当医師への協力依頼ができる ○ 精神巡回診療・相談後に関係者間のカンファレンスや情報交換ができる 自傷他害の可能性が高い島民への継続的な対応について関係者間で検討し、役割分担できる・・・ ①自傷他害の予防策、②自傷他害発生時の対応: 逮捕・拘束方法、逮捕後の入院につなげる流れ	2	16	144-160
	2	4	200-217
	2	4	200-217
例: 酒害対策を含む精神保健対策をとるため、島内外の関係者への協力依頼ができる ○ 酒害対策を含む精神保健対策をとるため、島内外の関係者への協力依頼ができる ○ アルコール依存症を発症させない活動ができる ・島の警察官へ飲酒運転摘発の徹底を依頼する ・専門医を講師とした講演会の開催ができる	2	1	263
	2	21	202-354
例: 診療所から改善が必要な役場の保健医療対策についての要請、協力依頼ができる ・2-3ヶ月毎に開催される診療所と村役場の連絡会議に医師が参加しているが、事前に診療所から役場への依頼内容を看護師と医師が話し合う ・ワンクッションコールの取り次ぎ方の改善 ・医師不在時の急患搬送の流れや搬送先	1	3	308-318
例: 診療所から役場へ改善が必要な役場の保健医療対策についての要望が通らない場合は伝える工夫ができる ・役場は考え方が固い ・役場に要望し、要望が通らない場合は、要望が通る伝え方の工夫や要望先の人の選択ができる (村長の飲み会の機会に医師が伝えるなど)	1	3	707
2 島民全体の健康課題解決のために、関連する島民組織(組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー)と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる			
例: 島の保健医療福祉計画を島民参加型で策定できる			
○ 戦略的に地域全体を巻き込んだ活動ができる ・誰にどのように声をかけて、どういうふうにして話し合っていくか、どう地域を巻き込めるか、どれだけ島民を味方をつけるか	2	12	197
○ 行政(町村、県)や島のリーダーへ島民全体の健康課題を伝え、改善策の提案ができる ・「歩けない人多いよ、痛風が多いよ。この島ちょっと危ないよ」「ああ、この島ってこんななんだよね」というのを伝え、改善策の提案をする役割がある	3	18	302-309
○ 島の保健医療福祉計画策定時は業者任せにせず、保健師と行政事務職が主体となり、関係者を集め、参加者と共に事業についての意見交換と提案ができる	2	6	548-560

○ 地域全体の健康課題を島民全体と共有できる →地域づくりにもつながる ・共有する場の設定ができる ・島民に自分たちの健康課題として捉えてもらう 地域性、年度、担当保健師ごとに積極性や進捗度に差が生じる・・・ 地域での高齢者の見守り制度について	2	11	140-155
○ 島民と共に町村の健康増進計画の立案と実施ができる 地域ごとに、積極性や進捗度に差が生じる	2	11	140-155
○ 島民主体の健康づくりの必要性の認識がある ・あらゆる世代の島民が全員で“自分の健康は自分で守る”という自立した意識と、そのための理想の形についての共通認識を持つ必要がある」という認識がある	3	30	271
例： 島民全体とのコミュニケーションをとりながら保健事業の企画ができる 島の文化や地域特性を島民に教えてもらいながら保健事業の企画ができる ・保健師だけで一方的に保健事業を企画しない(参加者数や効果が少なくなる) ・保健事業の必要性を広報し、島民の反応を読み取りながら保健事業の企画ができる 無反応であれば企画を変更できる	2	18	458-469
例： 島民の健康課題解決のための組織づくり、または自治会、婦人会、青年会等のリーダーとの協働とつながり作りをし、島民全体で島民の健康課題解決と解決について話し合い、島民全体で共有した課題に取り組める工夫ができる	2	18	476-504
例： 島民全体で島民の健康課題解決と解決について話し合える雰囲気づくりができる	2	18	476-504
例： 島民全体の健康課題を看護の専門職として支援できる また、それに基づいた保健事業の企画と実施ができる ・島により健康課題や改善アプローチが異なるので、それに沿った関わりができる・・・ 勉強会から始めて広げる方法もある、島ならではのピア・サポートの設立の支援をする方法もある	2	18	476-504
3 島民、役場、県などに働きかけながら、現在の実情に沿った新たな小離島のヘルスケアシステムの構築を図ることができる			
例： 島全体の子どもの発達支援者研修の必要性を認識し、役場保健事業担当者らを説得し、研修会を開催できる	2	19	202-221
例： 保健師・看護師・医師・養護教諭と保健医療チームで定例会議を開催し、役場へ離島のあるべき姿、あるべき地域、地域保健医療福祉等を提言できる	3	30	304-312
例： 島民、村役場、県等に対して、県全体の小離島医療についての説明をしたり、これからの小離島医療のあり方の提言ができる ・地域包括センターができてきているなど、現在は介護と医療が多職種になってきている このような現状や、島や沖縄県の実情に沿ったもので、皆が納得するような形で「これからの小離島医療のあり方についての提言」ができる → それについての意見がさらにきける ・まず、小離島医療のあり方について、島民、村役場、県等に働きかけるしくみづくりの重要性の視点を持つ → これからの小離島医療のあり方についてのシンポジウムの開催等につながればよい	3	30	36-42 130
例： 島内にある全ての保健医療福祉に関連する人材(民生委員も含む)や資源とそれぞれの役割を把握した上で、その人たちと共に理想的な雰囲気、社会を実現するための合理的な方法を考えることができる	3	30	196
例： ①～③を看護大学に発信する、提案するなどを通してシステム作りができる ① 限りある地域の人的資源を有効活用しながら、島民、役場、診療所が三位一体となり、島全体の保健医療の課題解決に取り組む共通した視点が持てる ・島民の健康課題を看護職1人で全部背負わない、1人の技能を高めることは意味がない ・「全体を変えていかないといけないよね」という共通視点を持つ ・トータルで皆が上手く出来ればよい ② 支援現状を共通認識し、必要な支援についての空白がないように役割分担ができる ③ 実践・評価して、システムを構築できる 例) 保健医療人材が少ない時には引退した高齢者のボランティア活動を活性化させる	3	30	358

VII プロフェッショナリズム (Professionalism)

限られた人的・物的資源と環境の中で自己の身体的・心理的・社会的な健康の管理ができる
また、島民と家族の擁護者である看護職者として、利他的、法的、倫理的な原則に基づいた平等な保健看護を提供する責任感をもち、最良のケアをするために自律的に最新で多様な知識や技術の習得ができる

1 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる

1) 身体的・精神的健康の自己管理ができる

例：自分が元気なことが一番大切	1	3	248-254
例：自分の健康管理ができる ・できていないと離島での活動を長く続けられない	2	14	233-247
例：心身ともに自分が健康である ・体調を崩しても変わりはない、簡単に島を留守にできないため ・歯の管理ができる ・自分の適度な体重管理ができる	3	7	337-360, 453
例：心身ともに健康である ・24時間の拘束勤務に耐えられる	1	6	78 869-875
例：健康を損なわないよう、仕事において自分ができる限界を把握し、それを越えない工夫ができる ・島内は保健師の代わりがないため必要	2	14	216
例：島外へ定期受診が必要な時は島外受診ができる	1	3	255
例：工夫をしながら島外での休暇の確保ができる ・研修医が来る日に休みをもらう ・休暇取得や必要な出張先についての説明をし、上司や同僚の理解を得ることができる ・健康管理等の面で医師と相談ができる			
○ 休暇取得や必要な出張先についての説明をし、上司や同僚の理解を得ることができる	2	18	536
○ 島外での休暇取得のために、健康管理等の面で医師と相談ができる	1	3	264
○ 休暇確保の工夫ができる ・研修医が来る日に休みをもらい、代替看護師の要請はしていない	1	3	80
○ 業務時間はきちんとし、プライベートの時間は確保するための工夫ができる ・ワンクッションコール制度の導入など	1	1	231
○ 休暇取得時は診療所事務職員とお互いのできる範囲でそのカバーできる	1	7	289
例：自分に合ったストレス解消や気分転換ができる			
○ 島外での休暇確保に関して理解を示さない島民がいても気にしすぎない、気持ちを切り替えられる ・島外に出る場合、島民は子どもがいる看護師には理解を示すが、そうでない看護師へは理解を示さないことがある ・そういう場合は切り替えて休暇を取るようにした方が楽	3	3	257-262
○ 休暇確保し、リフレッシュできる ・島に医師一人を残して島外に出ると、①「急患がいたらどうしよう」など島のことが気になる、②島を出る時に島民に「先生残して島出るんだ」「急患があったらどうするの？」って言われることがあり、島外に行く気がなくなる ・島民は看護師が島外に出たのを把握しており、「先週いなかったの?」「代わりの看護師来ないの?」と言われることがよくある	1	8	150-154
○ プライベートの時間を有意義に使い、上手にリフレッシュできる ・自己エンパワーできる ・自分に合ったストレス解消や気分転換ができる ・島が小さいほど、全島内、24時間、看護師・保健師と呼ばれ、対応を求められる ・自分の時間がうまく持てたら長続きする	2	11	287-291
○ 普段島から出られない、呼出5分以内に診療所に来ないといけないという状況の中で、ストレスにならないためにガーデニングをする	1	1	232
○ 24時間拘束勤務のストレスは大きいので、自分に合ったストレス発散ができる ・読書、島の友人とお茶会、月1-2回那覇で買い物 ・家族・キーパーソンの把握が私のストレス解消だった	1	6	80, 133-141

○ リフレッシュして自分の精神的健康を保つ ・趣味等のストレス解消方法を見つける	1	8	186-187
○ 上手にストレス発散ができる ・休日に島外での気分転換ができる ・休日に島外に出ることについて、島民から否定的なことを言われても気にしない	1	29	76-77
○ 自分に合ったストレス解消や気分転換ができる ・島民や、同年代との交流を通して気分転換ができる ・そうしたことで10年間島の保健師が続けられた、仕事だけだったら続いてはいなかった ・青年会等への参加もしていた	2	16	278-286
例: ライフワークバランスがとれる 仕事とプライベートの区別ができる			
○ 業務時間内で終わらせる仕事の仕方ができる ・翌日に回せる業務は回し、医師・看護師の私生活の時間をきちんと確保した	1	1	212-230
○ プライベートの確保の工夫ができる ・毎日2-3名の島民が時間外受診を続けたら、私生活がもたない。このため、診療時間内は仕事をするが、それ外は命に関わることだけに対応することを島民に説明した	1	1	212-230
○ 時間外に看護師のプライベートの携帯をかけた、看護師宿舎への訪問をすることによる受診相談は断り、必要時は救急隊への連絡をさせる	1	7	201
○ ライフワークバランスがとれる ・仕事時間以外の家庭生活も大事にできる ・このバランスがとれないと島での仕事は長く続けられない	2	10	451-460
例: ストレスがたまらない考え方や工夫ができる			
○ 小離島にあるもので快適に生活できる工夫ができる	2	19	123-143
○ 看護の全部分から一気に関わるのではなく、まずは自分の得意な看護の部分からゆっくりと島民と関わることができる そうすることで看護の実践において自信がもてるようになる	3	3	689-2
○ 保健師だけで優先順位をつけて解決しようとしな(疲弊してしまう) 島民全体で共有した課題を専門職として協力し取り組むほうが効率よく実施できる	2	18	481
○ めげない、ひきずらない	2	11	292
○ プライベートで島民と共に生活をしていくのはストレスフルな面があるが、それを気にしないおおらかさ・精神的なタフさがある	2	21	411-421
例: ストレスがたまらない自分に合った人間関係がとれる			
○ 島民と適度な距離がとれる 仲良くなりすぎることのデメリット: 指導しづらくなる、電話やメールで気軽に健康相談をされる	3	29	66, 136-145
○ 自分の中で行政事務職員との折り合いをつけることができる ・“ここまでは見て見ぬふりをするしかない”と、“でもここまでは伝えてやってもらわなきゃ困る”等 そうでないと精神的に苦しくなる	2	10	232-234
○ 健康を損なわないよう自分に合った人間関係がとれる ・島民の自分への評価や評判を気にしすぎない ・人との付き合いや仕事を割り切ることができる	2	14	227-232
○ 保健衛生担当行政職者や島民と協働し、楽しく仕事できる ・これができる少し気持ちが楽になれる ・島民は“保健師を島に招いた”という意識があるので、島で楽しんでいる姿を見せたほうがよい ・1人で頑張りすぎると島民が心配をする	2	19	160-165
例: 困ったときに島内に相談できる人がいる			
○ 保健師活動への不安や悩みについて1人で抱え込みすぎないようにし、所属課の上司や事務職員に相談できる	2	17	68
○ 保健師活動で困った時に相談できる人が役場職員の中にいる	2	10	68
○ 看護師と保健師が互いに相談できる ・保健師は診療所へ気軽に出入りし、不明な点を聞いてほしい ・看護師は保健師が相談しやすいような配慮ができる	3	4	306, 628
○ 保健師への相談ができる ・相談してもらわないと協力できる部分に分からない どんな事でもいいので困っていることを相談し助けを求めてほしい	1	13	155

例：困ったときに島外の専門家に相談できる人がいる			
○ 村外に自分を支える専門職の存在があり、相談できる ・「よくやってらっしゃいますね」「私にはできません」「それでいいんじゃないですか」等 30～60分でも傾聴してもらえるだけでも楽になる離島の保健師はたくさんいる ・島の保健医療専門職者は診療所看護師・医師、保健師の3名だけなので、齟齬(そご)：物事がうまくかみ合わないこと。食い違うこと。ゆきちが(い)いや方針の違いは必ずあるため非常に大切	2	14	169-196
○ 自分の精神面を支えてくる保健医療福祉の専門職者を見つけ、相談できる ・島内は専門職者に限りがあり、相談できる人がいないので悩むことが多いため、些細なことで相談できる保健医療専門職者が身近にいたらよい 保健師で相談ができる人がいるといい	2	17	8-20
例：小離島の看護職同士が共通する思いに共感しながら繋がることできる			
○ 小離島保健師同士の間で常時和がある ・以前は小離島保健師同士を繋いでくれる県の保健所保健師がいて、いつも和があった このため、離島の保健師同士の心のつながりがあり、“同じ思いをして頑張っている”という思いがあり、心の支えになっていた 会議で集まった時に情報交換をし、やる気を養って島に戻れた ・現在は以前より、保健所の支援のあり方が変わったこともあり、離島の保健師同士の結びつきがあまりない	2	10	629-630, 674
○ 小離島保健師同士で離島保健師活動をする中での共通する思いを共感しながら繋がることできる ・保健師活動を1人で担う大変さ ・理不尽な事が多い島の辛さ ・行政事務職との関係性が築けない辛さ ・県保健所保健師から納得できない指導をされることの辛さ	2	10	668- 671,675- 677
例：保健師専用住宅の清掃・手入れができる(建築年数が古く、虫が多くいる)	2	19	123-143
2) 社会的健康の自己管理ができる、地域社会に適応ができる			
例：一島民として地域・学校行事などへの積極的な参加をし、島を好きになれる 島を好きになり、定着した活動ができる	3	7	330, 453-472
例：看護職が沖縄県外出身者の場合は、沖縄の食生活、生活に合わせた生活ができる・工夫ができる → 島民の生活・食生活に合わせた食事指導ができることにつながる、島民、特に高齢者への生活支援に役立つ	2	10	345
例：島の地域社会に適応ができる、島民との人間関係・信頼関係の構築が図れる			
○ 地域社会に適応ができる 島民に馴染めるように努力する	3	4	93 647
○ 自分を知ってもらい、協力者を得ようと努力ができる	1	12	125
○ 赴任当初に信頼できる人を作り、島に溶け込む ・診療所事務職員で婦人会長の人に付き添い、村行事や法事に参加・手伝いをするなど	3	4	93 647
○ 地域行事への参加は必要、参加して馴染む 地域行事等に参加し共に料理・踊りをしていく中で、島民と身近になる そうすると好感度が上がり島民が可愛がってくれる	3	4	93 647
○ 生活があつての仕事なので、生活をしていく上でも人間関係・信頼関係の構築が図れる	2	20	101
○ 島民の輪に入るために地域に住む必要性が分かる	1	1	41
○ 祭りや行事への参加、島民との会話を通して、仕事以外でも地域に溶け込む努力ができる	3	12	122-124
○ 地域に慣れるまでは大変 地域行事への参加は必要	3	4	93, 634- 639
例：保健事業に協力してもらえるよう、島民との人間関係の構築ができる			
○ 保健事業について島民に協力してもらえる人間関係構築ができる ・地域行事の際は手伝い、地域貢献をする ・声かけをする	2	12	
○ 地域の様々な活動への島民からの誘いには体調が許す限り応じ、保健事業以外でも楽しめるとよい → そのつながりの中で島民の思想や保健事業と協働できそうな地域組織の把握ができる	2	19	

例：離島ならではの生活、習慣、考え方に沿いながら地域社会に適応できる	2	10	191, 217-227
・そうでないと仕事以前で繋がらなくて、孤独で病んでいく保健師もいる			
・島民の価値観を受け入れることができる			
・自分の価値観を島民に押しつけない			
・地域で誤解されたり、孤立しないよう公私ともに発言には細心の注意を払う			
例：島民とのトラブルがないように自分の危機管理ができる			
○ 島民と感情的なトラブルがないよう配慮できる	1	6	191
○ 島民から誤解を招かないよう私生活を正す	1	1	72-74
・飲酒をし過ぎてあまり家にいないと思われないようにする			
○ ストーカー事件等に備えた自分自身の安全確保・リスクマネジメントができる	1	7	361
・島外出身の単身者は島に頼れる人をみつけることができるが、島に頼れる身内は			
いない場合は頼れる人をみつけることが必要			
・独身男性も多いので、プライベートでの距離の置き方に配慮が必要			
○ 恋愛妄想がある統合失調症の男性への訪問は必要時行政事務職員の同行依頼	1	16	135
ができる			
・反応が強い時は1人で訪問に			
行かないし、役場の担当職員に同行を依頼していたが毎回は同行を依頼しづらく			
て、普段の時は1人で行って何か様子がおかしいなって思う時は同行を依頼してい			
た			
3) コミュニティボランティア活動への参加により社会的および市民の責任をとることができる			
例：地域ボランティア活動への参加を通して信頼関係構築ができる	1	1	65-69
例：村行事や法事に参加・手伝いができる	3	4	93
例：青年会、婦人会、PTA等の参加し、地域の中で自分の居場所がつかれる	2	10	647 321-328
2 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる			
1) 島全体が活動の場という小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる			
例：離島診療所内の看護を全て1人でしないといけないという思いがある	1	3	86-1
例：離島診療所の仕事には終わりが無いという認識がある	1	1	643
例：島での看護は24時間だという認識がある	1	7	319
例：島全体が職場だという認識がある	1	7	321
例：都市部や病棟での看護とは異なる小離島特有の看護の認識がある	1	6	460-464
例：限られた資源の中で、工夫をしながら看護をすることに興味がある	1	21	126
・創傷ケアに必要な様々な処置材料を医師と共に工夫を重ねながら市販品から応用して			
充実させることについての興味がある			
・やってみようという気持ちがある			
例：限られた看護職の人材の中で多様なケアができる			
○ 限られた看護職の人材の中で、時間がとれないことへの代替案がつかれる	1	5	57
・急患発生時にも対応できる訪問看護の工夫ができる			179-184, 221
○ 限られた看護職の人材の中で、自分の役割に代わりないため、専門職としての自分の	2	14	212-214
コンピテンシーを高めていく必要性の認識がある			
○ 自分にない力以外は様々な人の助けを求めて対応できる	1	2	258
○ 適切な組織や人に島の課題の解決を依頼できる	1	3	11
・島での課題をすべてを自分一人で解決しない			
・小離島の看護師同士が集まる機会に効果的な解決方法についての情報交換をする			
・島での課題解決のために拠点病院に協力依頼する内容など			
○ 限られた看護職の人材の中で、不明な点は調べたり、拠点病院に問合せ等の積極	1	29	11, 20
的な姿勢がある			
○ 限られた看護職の人材の中で、幅広い対応の必要性への認識がある	1	2	257
例：限られた看護職の人材の中で、地域や健康な島民も看護実践の場という認識がある			
○ 地域に溶け込みたい気持ちがある	1	16	312
地域と関わりながら、保健師と共に地域で健康教育ができる			
(保健師と共に新たな健康フェアの開催など)			
○ 診療所だけではなく地域でも看護を提供できる	1	1	642
○ 仕事は診療所の中だけではなく、地域に入って活動できる	1	11	15-18
・勤務時間中に実施する家庭訪問の必要性を医師に理解してもらえないので、な			
かなか訪問に行けない看護師もいる			

○ 診療所外の地域での看護活動に関心がある ・医療施設内だけの経験しかない看護師は地域に目を向けるのは難しい	1	18	231
○ 健康な島民にも関わることができる ・疾病予防の知識と教育ができる	2	5	350
2) 一般的な保健師、看護師の役割を超えた多機能な支援の必要性の認識があり、実践できる 例：島の状況や人的資源の状況に応じた役割分担と連携ができる			
○ 島の人口規模に応じた診療所看護師の役割がとれる ・500名以下と1000名以上では診療所看護師の役割が異なる部分がある	1	18	174-176
○ 看護師、保健師の資格にこだわり一律に活動を分けるのではなく、島にいる保健師・看護師の人員等に応じた活動ができる ・専門に分けてしまうと動けなくなってしまう	3	9	100-104
○ 人材に限られた看護師・保健師の役割分担を固定せず、島民の健康や支援の状態に応じた役割分担と連携ができる ・保健師が駐在していない島では、保健師が実施している役割を看護師が担える(看護師が受診継続できていない人や血圧測定希望の人への家庭訪問を行う ・他の病院に比べ、地域の保健師に近い動きが離島の看護師の役割にある ・島外医療機関への受診が必要な場合は)保健師からだけでなく診療所看護師からも妊婦・家族に説得できる	1	10	66
・ 小離島の看護師として“看護ではないところを見る”力量がある 保健師に似ている	1	12	65
・ 看護師、保健師の人材に限られているため、“これは看護師だけがする”、“妊婦の保健指導は保健師だけがする”というわけではなく、“どちらが関わった方が対象者に良いか”という視点で、お互いに連携しながら関わることができる	3	3	534-560
例：人的資源に限りがあるため、ヘルスケアメンバー同士でインタープロフェッショナル(専門職連携)な役割がもてる			
○ 看護師、保健師、医師の3者がお互いにインタープロフェッショナル(専門職連携)な活動ができる ・小離島では、自分の専門職以外の役割も遂行できることが必要 3者の役割の境界の明確化は、デメリットが大きく、適切でない 「僕は医者なのでここまでしかみません」とは言わない ・役割の分担よりは、お互いの役割を知り、共通部分を増やすことが重要 ①赴任前から3者の役割を把握しておく ②3者がお互いの役割を補完し合える 看護師は保健師、医師的なアプローチができる 保健師は看護師、医師的なアプローチができる 医師は看護師、保健師的なアプローチができる その中で3者の役割分担ができる	3	28	60-66
○ 医師と重なる役割の部分をもつ ・小離島は人材に限りがあるが、活動に制限がないため、医師と役割を補い合い、実施できることを2人で伸ばしていく	1	26	169-171
例：人的資源に限りがあるため、一般的な看護職の役割を超えた活動ができる			
○ 小離島の診療所業務と、診療所業務を超えた両方の動きができる	1	30	48-56
○ 離島では保健医療福祉に関して誰の守備範囲でもないあいまいな分野がたくさんあるため、自分の業務の守備範囲を超えて活動する認識があり、実践できる	1	22	261-267
○ 保健師活動について明確な境界線を引かない	2	10	494
○ 人材に限りがあるため、福祉や経済分野等の保健分野の枠を越えた活動の必要性の認識がある ・島民の健康が阻害されている原因が経済面であればその分野の改善も視野に入れた関わりができる	2	14	145 152
○ 小離島では福祉分野も看護活動の活動範囲の一部だという認識がある ・福祉の専門職がいる本島で働く看護職者と違い、福祉分野を看護職者が担う比重が特に大きい 福祉分野の、保健と福祉が繋がってないと分からない部分が多くある ・島内外の福祉の専門職との繋がりを持ち、保健師が繋げていく	2	10	427-432
○ 医療だけでなく、介護・福祉、行政、薬学、経営学など様々な分野に興味を持ち、積極的に関わることができる	1	29	11, 20

○ 小離島特有の多機能な看護活動ができる ・調剤を含む薬剤管理 ・診療所・保健センターの物理的管理(物品管理・請求、施設管理・掃除) ・医師1人しかいない中でのレントゲン撮影(医師が子どもを押さえて、看護師がスイッチを押す)	1	4	265-268
○ 島外の医療機関への入退院の際には、一般病院の地域連携室の職員の役割がとれる	1	18	79-106
○ 薬剤の在庫管理、栄養指導、機器のメンテナンスができる	1	29	11, 20
3) 看護師と保健師の両者が公衆衛生看護、地域保健看護の同じ視点を持ち、お互いの役割を補完し合うことができる			
例: 看護師と保健師の両者が公衆衛生看護、地域保健看護の視点を持ち、協働できる			
○ 地域のことを理解でき、その上で保健師との連携がとれる ・特定健診結果、異常値のある受診者への教育 ・精神疾患をもつ島民への対応	1	12	22
○ 診療所内だけでなく地域での看護活動への関心があり、看護師・保健師が地域で連携できる看護活動について共有できる関係性をつくりたいという思いがある ・地域で健康教育の実施をしたい	3	16	413-2
○ 保健師に連絡をとりながら、支援の必要な島民の日常的な生活の中を見に行き、関わることができる ・看護師がそこまで関わると保健師と同じ視点で対象者を見れる	1	10	85-88
○ 地域に溶け込みたい気持ちがあり、地域と関わりながら、看護師と保健師が共に地域で健康教育ができる ・保健師が開催する健康フェアで看護師が血圧測定を協力するなど	3	16	312-1
例: 看護師と保健師の両者が同じ視点を持って活動ができる			
○ 小離島の看護師と保健師が同じ能力をもっている	3	28	68
○ 同じ看護職として看護師と保健師が同じ視点を持って活動ができる			
○ 小離島の中で働く場所は異なるが、保健師と看護師は本来ひとつの職種なので、同じ視点を持つ ・そうでないと連携できない ・それぞれの形の中で連携できる形を作っていく	3	30	188
例: 看護師、または保健師不在を補う対応ができる ・看護師も公衆衛生看護の実施ができる			
○ 保健師不在を補う対応ができる ・島外の精神科への受診が必要な島民への同伴を県の精神保健担当保健師に依頼できる ・精神巡回診療の際に、精神専門医師への新規精神疾患罹患島民の相談ができる	1	4	202-1, 206
○ 保健師不在の場合は公衆衛生看護の実施ができる	1	9	98
○ 島に常駐する保健師が不在の場合、看護師も保健活動を実施できることが必要 ・保健師でなくても看護師も保健活動はできるはず ・役場が保健師を募集しても応募がなく困っている場合は、看護師の資格でも訪問できることを伝える)	1	9	98-104
○ 公衆衛生看護の知識があり、実践できる ・保健師の数が少なく、不在の場合もあるため、看護師も保健師の知識があることが必要	3	28	12-30
○ 保健師が駐在していない島では、保健師がしているようなことも、看護師が担うことができる 受診継続できていない人や血圧測定希望の人に看護師が家庭訪問を行うことも必要	1	11	19-21 32
○ 看護師不在時の補助・サポートができる	2	26	461
4) 業務時間外の急患対応ができるように自分の生活環境を整えることができる			
例: 業務時間外の急患対応ができる	1	8	47
例: 業務時間外の急患対応に備えて生活環境の整備ができる ・貝拾いには行かない	1	6	884-890
例: 常時、業務時間外の急患対応ができるように私生活を整えることができる ・長く勤めるには夕飯などを早めには準備しておくなどの配調整が必要 いつでも先に準備しておかげで業務時間外の急患対応が何事もなくクリアできたと思った時に、「よっしゃ」って思ったりする	1	1	78- 83/234

例：24時間オンコール対応ができる ・常時携帯を身につけ受信できるようにする(お風呂、トイレにもずっと持って歩いてます) ・趣味のダイビングは緊急時でも対応できる距離で行う ・飲酒量の配慮ができる	1	7	311
例：時間外業務が急に入った時に自分の家族の育児や介護を依頼できる人がいる そのために日常から家族や地域島民との関係性を築いておける	1	1	44-47 77
3 看護の専門職者としての価値や島民への支援の必要性を説明でき、理解してもらえるように他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる			
1) 看護職として自立した活動ができる、意見を述べる事ができる			
例：パラメディカル(医師が中心にいて、他のスタッフを従える)ではなくコメディカル(各スタッフがそれぞれ自分のポジションを責任をもってこなす)な関係で働くことができる	3	30	134
例：村行政や診療所等の組織の中で看護職として発言できる	3	30	140
例：医師の指示だけの活動ではなく、診療所医師に影響を与えて診療所外も診療所の仕事だという認識を与えることができる ・仕事診療所の動きを、本当の地域医療に合った形に変えていく役割ができる	3	30	164
例：看護職として自立して地域や診療所での看護ができる、対象者支援ができる			
○ 医師の陰に隠れずに看護職として自立して地域での看護ができる、対象者支援ができる	1	18	272
○ 対象者支援について診療所の看護師は医師の陰に隠れない	1	10	272
○ 受診者へのケアについて、看護職者の視点から医師に意見を伝えることができる	1	27	26-29
○ 医師に不足している点、気づかない点を助言できる ・対象者の背景、ケアの改善案、福祉の専門家への情報提供の必要性	1	27	26-29
○ 自分なりに納得した看護を提供するために、受診者の治療方針や処方薬について医師と意見交換をし、治療方針と看護方針を一致させることができる ・医師と治療方針が合わないと一緒に仕事をするのが難しくなる ・「何でこれぐらいの咳で抗生物質を出すの?」、「この薬が何で必要なんですか?」など疑問に感じたら医師に確認する 医師の考えがあるし、意見を聞くと納得できることがある	1	7	293
2) 保健看護活動の必要性を他職種、島民全体に説明・プレゼンテーションできる			
例：町村長や所属組織の課長、行政事務職員に保健師活動を理解してもらうための説明ができる			
○ 町村長や所属組織の課長、島民に保健師活動を理解してもらうための説明ができる	2	12	281-296
○ 行政事務職に口頭・文書で優先的な保健活動の重要性を説明することができる ・在宅高齢者への支援にヘルパー、ケアマネージャー等が従事し、充実しているなら、保健師以外支援していない予防や、虐待支援等を中心に活動する必要性を説明できる	2	10	567-570
○ 行政事務職員や村長に保健師の理解者・協力者になってもらうためのプレゼン能力がある、人を動かす能力がある ・休暇取得や必要な出張についての説明をし、上司や同僚の理解を得ることができる	2	18	536-542

例：島民や関係者に保健師活動を理解してもらうための説明や広報ができる			
○ 保健師が何のために仕事してるかを他の関係職種に知らせることができる →連携がとりやすくなる	2	19	241-245
○ 身近な相談役として活用してもらうために、積極的に自分ができることを島民全員にPR(広報)できる	2	18	435-444
○ 広報誌での広報や集団教育の場等を利用し、保健活動に必要な情報の共有が図れる → それを積み重ねていく中で徐々に保健事業への理解者・協力者が増えていく	2	18	445-456
○ 島内の診療所、社会福祉協議会、ヘルパー、地域組織(区長・青年会・婦人会等に個別に保健活動のPRをし、情報共有や保健事業への協力依頼ができる	2	18	568-585
○ 日々の保健活動の内容とその成果の報告ができる	2	18	445-456
○ 自分が看護師・保健師であることを島民にアピールできる	2	5	385
3) 看護職の人材確保の必要性を役場関係者に説明し、要請することができる			
例：保健師が常駐していない島においてその必要性を役場関係者に伝え、要請できる			
○ 保健師が常駐していない島において、診療所医師と共に役場関係者へ島への保健師駐在性の復活要請ができる	1	4	244
○ 保健師が常駐していない島において、フェリー欠航率が高く保健師の頻回の巡回活動が困難なため、保健師駐在性の必要性を課長に説明し、駐在制再開に向けて募集している	2	11	353-356
例：必要時、保健師の増員を要請ができる			
○ 島の保健師業務全体から判断し、必要時保健師の増員要請ができる ・上司に相談し、理解をしてもらい、上司に増員要請をしてもらう	2	10	545
○ 保健師2人体制を村に要望できる ・1名体制では産前・産後休暇、育児休暇を取得すると、保健師不在の期間が生じるため(行政職員に「ほしい、と言うだけではダメだ」と言われた) ・上司に相談し、理解をしてもらい、上司に増員要請をしてもらう 役場の所属課長・総務課長・総務部長に説得した その結果、保健師2人体制にしてもらえた	2	16	191-219
例：島民健診のフォローアップ等の保健事業に島内の看護職有資格者を活用するため、役場に人件費確保の依頼ができる	2	21	388-394
例：島内での代替看護師を探し、契約に結び付けることができる	1	1	151-159
例：島内で代替看護師の活用ができるようなシステムを構築できる ・看護師資格保持者の存在を把握し、代替看護師の依頼・契約ができる ・1週間の夏休みには親病院から看護師が派遣されるが、1-2日の休みの時は代替看護師に依頼できるように昨年契約した	1	1	151-159
例：島の特徴に合った代替看護師の活用のシステムの構築ができる ・就任1-2年目の診療所看護師は代替看護師を見つけることができないから、ここに見学希望があるが、島内や離島同士でも地域性があるので、どこでも同じ事ができるとは限らない	1	1	161-166
4) 島民に必要なサービスの必要性を首長・行政職員・島民全体に説明・プレゼンテーションできる			
例：島民に必要なサービスの導入の重要性について町村長や行政事務職員に説明・プレゼンテーションができる ・首長の了解一つで動かせることがあるので、プレゼン能力は大切 ・行政職は大きな法律に沿って行政運営をするが、保健医療福祉の専門職やサービスに限りがある小離島では法律にない(法律の穴を縫う)島特有のサービス(島のニーズに沿った保健事業・個別支援)が必要な場合がある その必要性を行政職に説明してもサービス導入はできない時でも、村長に直接説明し、了解してもらえればすぐに導入できることがある ・自分がぶれない、言いくるめられない	2	18	547-552
例：島民の健康の特徴と看護の専門職から見た課題解決の必要性を伝えることができる 広報誌での広報や集団教育の場等を利用し、保健活動に必要な情報の共有が図れる	2	18	445-456
例：保健師が地域のニーズと改善策を役場の課長・係長・上司に説明し続けることができる 必要時、町村議員にも説明できる → 両者が必要性を認識し、議員が議会の一般質問で提案し、予算化が承認されると施策化できる	2	11	119-135

例: 個別支援やグループ支援で捉えた課題の改善案を提案できる ・捉えた課題を図式化・整理し、誰でも理解しやすい資料の作成ができる ・人に説明しやすい資料の作成ができる	2	11	136-139
例: 健康支援の最終目標は、“島民がより良く生きていける島とする”ことであり、島民の健康は3-4年でできるものではなく、長い目で体制づくり、人材・予算確保の必要性を課長、村長等に説明できる	2	19	276
例: 島民の健康課題解決方法について役場行政職員や村長の理解と協力を得る工夫ができる ・役場行政職員や村長の理解と協力が得られないと島民の健康課題解決に必要な保健事業を進めることが困難) ・小離島では村長の了解を得られれば役場行政職員も協力的で活動しやすいが、そうでない場合は活動がしにくい	2	18	507-567
例: 町村長や役場行政職員に、保健行政の改善についての提案ができる 保健事業の予算の確保のための必要性の説明と依頼ができる	2	18	507-567
4 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる			
1) 研修への参加を通して自分の幅を広めることができる			
例: 島民へ良い看護の提供をするために、研修から得た新しい知識を活動に反映できる	2	16	232-242
例: 母子から高齢者までの幅広い知識の習得のために、自己学習や研修への参加を通して自分の幅を広めることができる	2	17	16
例: 必要な研修、学びたい研修に参加できる	2	11	365
例: 診療所看護に必要な研修を受けることができる			
○ 派遣前に拠点病院にある全外来で研修を受ける ・親病院にある外来の診療科全部 ・救急外来、検査室(内視鏡・大腸ファイバー検査)、レントゲン室(CT)、皮膚科、外科、耳鼻科	1	4	480-490
○ 派遣前と派遣中に研修に参加できる ・派遣前・・・ 腹膜透析の看護や受診者教育について専門施設で訓練を受ける、医療機器の取扱について業者から指導を受ける	1	21	41, 71-77
○ 派遣中に研修に参加できる ・現場で困っていることに対応するための研修・・・ 心肺蘇生、機器の滅菌、洗浄、消毒、小児の熱性けいれん・発熱の対応、院内の清掃	1	2	127
○ 定期的に、診療所看護に必要な研修に参加できる ・年一回の看護師会議時に ・救急室見学: 診療所でのへり搬送時に必要なことを見る(採血の是非、点滴静脈注射に使用する針の大きさ) ・救急外来: 診療所でのへり搬送時に必要なことについて救急外来の看護師・医師に話をきく	1	4	492-502
○ 受診者への指導に必要な専門知識の習得、研修参加ができる	1	9	43-2
○ 救命講習の受講ができる ・心臓マッサージ、AED使用方法	1	4	502
○ 診療所看護に必要な研修への参加ができる ・小児の救急の研修、BLS(一次救命処置)、ACLS(3次救命処置)、感染、管理	1	8	108
○ 調剤や服薬指導に必要な知識と技術を習得するための薬剤に関する研修に参加できる	1	23	27-40
例: 診療所外の地域における看護活動、保健師活動、関係者との連携の学習ができる ※ 特に医療施設内だけの経験の看護師には必要	1	14	129-132
例: 医療機関での看護師経験がない保健師もいるので、定期的に基礎看護レベルのケア講習などを受け、基本的な看護技術が実施できる → マラソン大会等での救護班として応急手当ができる → 医師の指示で点滴静脈注射のための血管確保ができる	2	11	175-195
例: 精神保健福祉の相談方法についての研修の受講ができる(精神保健福祉の相談対応の基本を理解できれば、精神以外の相談への対応にも活用できる)	2	14	201
例: 福祉の相談(発達障害の子ども、知的障害者、高齢者等)関係の研修会へし、保健医療福祉活動に必要な根拠法の知識を得ることができる	2	10	356-357 421-436

2) 自己学習や専門家からの助言を通して最新の保健看護、医療の知識や技術を獲得できる			
例：最新の保健看護、医療の知識や技術を獲得できる			
○ 最新の看護技術を得て自信につなげる	1	11	39 43
○ 写真入りで新人向けの新しい本を購入し、学習したり、家族への説明に利用できるよう普段から準備できる	1	1	508-509
○ エキスパートナース等の臨床看護専門雑誌から褥瘡処置・気管切開・胃瘻周囲の皮膚管理等の最新の看護の知識を得ることができる	1	21	37-40 74-75
○ 医療処置に関する知識を習得できる ・知識不足からくる処置に関する医師との意見の違いによるトラブルを減らすことができる	1	11	40-42
○ 新しい医学知識を得るために医師に説明を求めることができる ・「最近、新聞でこういうふうに出てた(ので具体的に教えてほしい)」と医師に聞くと説明してくれる	1	1	122
例：疑問点や不明な点はその都度調べて対応できる			
○ 診療所で使用する薬剤の知識について分からないときはその都度調べて対応できる	1	2	180-2
○ 診療所で使用する薬剤の知識について、日々の業務の中で覚えていくことができる ・薬剤の種類が多いので事前に勉強して赴任するのは難しい	1	3	317
例：コミュニティデザイン、ファシリテーター、地域活性について学ぶことができる			
例：保健医療福祉以外の幅広い分野の本を読み、知識を獲得できる ・島民の行動変容を促すために必要な本を読む意欲がある 例：高齢者の行動変容を促すために高齢者が読む本を読み、高齢者の気持ちを把握する	1	22	122-126
例：診療の介助や法律上規定されている業務以外にも、主体的に身につけたい技術を獲得できる	1	21	126
5 小離島での看護活動への関心があり、モチベーションを高めながら、自分のキャリアデザインを描ける			
例：小離島での看護活動への関心がある ・人と人の距離が近く、のどかな島の感じがすきなので、ここで活動したかった	2	17	73-113
例：小離島の保健活動を楽しみと感じる ・保健医療福祉に関する国全体の通知が担当者の自分に届くため、国の流れが見え、プレッシャーと面白さを感じる ・都市部にいたら管理職や医師に届くので、一般の保健師は見えにくい	2	10	517-524
例：子どもから高齢者までの全年齢の島民への看護ができることへの魅力を感じる	2	16	165-2
例：救急センターでの最先端の医療の対極にある小離島・へき地での医療に関心がある	1	4	8-10
例：都市部とは対極にあり、生活の中で保健看護活動ができる小離島の保健師活動に魅力を感じる	2	10	590-592
例：島民と同じ地域で生活し、疾病・生活・家族を含めた全体的な看護に関心があり、面白いと感じる	1	4	37-46
例：島での看護活動についての自分なりの夢や希望がある ○ 数年かけて徐々に自分の夢や希望が村で展開されていく楽しみをもつことができる ・島で家族や親族に囲まれ看取られる状況にしたい	2	14	267-284
○ 小離島の診療所看護師として、地域の中での健康教育がしたい	1	16	417-419
例：理想の姿を描き主張できる	1	1	169
例：島のことが好き、島民との関わりが好きと思える	2	17	108-110
例：島民から頼られることや看護への感謝の気持ちが直接伝わることを心地よく感じる	1	4	108-110
例：自分なりの目標を見つけモチベーションをあげることができる ・研修への参加 ・他離島診療所や必要機関との情報交換をする機会をつくる	1	8	95 110
例：看護職者としてステップアップにつながる自分なりの目標がある	1	1	674

例: 新たな方法を工夫して考えることにやりがいを感じる ・薬剤業務を全てパソコンのデータに入れて数値化し、新たな薬剤業務方法の工夫ができる	1	1	664
例: 様々な研修に出たりして自己のモチベーションを高める ・県主催の研修、沖縄の保健活動を考える自主的研究会 ・1人で保健事業を続けたいいけないので、辞めたくなったり煮詰まる事が大きい	2	16	61-73, 232-242
例: 就任年数の段階を踏んだ活動ができる			
○ 就任年数の段階を追って年間の保健事業が展開できる ・就任1年目: 前任者が策定した年間の保健事業計画に沿って実施できる(1年目は事業を運営するだけでも必死) ・就任2年目: 保健事業の改善点を踏まえた次年度の保健事業計画策定→ 2年目に展開→... → ・就任最終年: 後任者への引継ぎ書の作成ができる 保健師活動が2、3年目にスムーズにいくために非常に重要	2	19	265
○ 既存事業の継続と新規事業の展開ができる ・1年目: 引き継いだ事業を行いながら把握できる ・2年目以降: 自分の判断での新規事業を展開できる	2	6	577
6 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な対応ができる			
1) 健康支援の必要な島民全てに平等な対応ができる			
例: 人が好きで、対象者を選び好みせず、地域のどの家庭にも物怖じしないで訪問できる ・「あの、苦手なのよね」って言われたら訪問依頼したい人のところに行ってもらえないなっていうような感覚になるし、一度訪問に行ったら断られたら、そのままになって、シュンとなって帰って来て、次から行けなかったりすると、やっぱりそういう活動につながらない	2	1	247
例: 公平性・平等性がある ・苦手な方でも受け持ちは代われない、受診者さんも看護師を選べないので来所できなくなる	3	7	450
例: 支援要請を出した人だけを優先的に支援せず、公平な支援ができる	2	10	356
例: 分け隔てなく訪問できる	2	26	460
例: 受診者に受付順番を守らせることができる	1	6	384-2
例: 平等な医療が受けられる保証の工夫ができる ・離島滞在が長くなるほど、島民の人間関係や血縁が分かり、平等な支援ができなくなる恐れがあるため、可能であれば定期的に業務の交代ができる	1	19	25-38
例: 島民票のない島民についても、インフルエンザ流行時には予防接種勧奨ができる	1	3	234
2) 対象者、家族、チームメンバーに誠実に接する			
例: 忙しい中でも、島民の声を聞く姿勢がもてる	1	12	119
例: 日常的な生活と仕事の区切りなく島民と関わることができる	1	10	89-92
例: 礼儀を踏まえた言動で島民と接することができる ・歴史が古い地区ほど県外出身者は受け入れられない場合が多い ・服装・身だしなみに留意する	2	11	206-219
例: 島民1人1人から学ぶ意識がある	2	12	340
例: 島民やヘルスケアメンバーの意見を聞く	2	12	357
例: 常時笑顔で対応できる ・看護職、または島民の1人、いずれの立場にいても24時間笑顔で対応できる 小離島の看護職は24時間仕事をしているようなもので、プライベートの時間はほとんどない状態 看護師・保健師に関する情報は島民全体に短時間で伝わる 業務時間以外でもスーパーで会ったとき、子どもの保育園で会ったとき等一つ一つの対応が看護師・保健師の評価につながっていく ・笑顔でいると多くの島民が話しかけてくれ、島民との会話の中で島の行事や情報が入手できる → 保健活動に早く取り組み、島民に保健活動が伝わりやすい → 自分も楽しくなる	3	19	19-24 106-112
7 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経てゆるぎのない看護実践ができる			
例: 業務への必要性を感じ、決心したらゆるがない	1	1	322-324
例: 気になることは立ち止まって考える	1	1	528-534
例: これまでの自分自身の支援内容の振り返りができる	2	11	

例: 予測しないことへの判断に困った時、その都度、他の人の話を聞きながら悩みながら “あの時はきっとあれで良かったはず”って、自分にそう言い聞かせる	1	1	434-435
例: 対象者との看護の関わりを日々振り返り、守備範囲を広げていく姿勢がある	1	22	79-92
例: 実施したケアについて自分なりの判断基準をもつ ・島民のためになるなら多少方法を変えてもよいと思う	1	1	525-527
例: 必要な活動について自分で考えて活動できる			
○ 必要な活動について自分で考えて活動できる ・島外の看護職の活動と比較して活動の改善点を考えることができる	2	3	689 802-803
○ 必要な活動を判断して自由に動く 自由に家庭訪問ができるのは保健師であり、看護師はそうしにくい 看護師が訪問すると臨床看護になる(料金が発生する)	2	4	126 155-158
例: あらゆる状況の中において、自分にできることを判断できる ・赴任前に理想としていた保健師活動と現実のギャップを感じても、物質的資源・人材 に限りがある小離島で可能なことを考えていける ・最も困っていることを判断し、他人に解決を求めるのではなく自分で解決する視点を もち、対策がとれる ・自分にできることと自分が最もすべきことを判断できる	2	19	113-121
・できないことを嘆いても仕方ない (青年海外協力隊で活動をしている時と同じ感覚をもつ)	2	20	113
例: 前任者の活動を基本にした活動ではなく、自分の中に活動の基準が持てる	2	20	63-71
例: 自分の看護の方向性を定めておき、役場行政事務職員の人事異動等に左右されな い	2	10	339-341
8 小離島の専門家として自己を高めるために、ヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情 報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる			
1) 他の小離島の看護職と小離島の看護について情報交換や相談ができる			
例: 小離島の看護職同士で情報交換や相談ができる			
○ 小離島の看護について、小離島の診療所看護師同士の情報交換や相談ができる ・役場への対応方法 ・拠点病院への協力依頼内容	1	3	1-9
○ 近隣の離島診療所看護師に電話等で相談ができる	1	2	78
○ 会議や研修の機会を通して、離島診療所看護師同士の交流を深め、情報収集・情報 交換ができる ・顔見知りになりネットワークを作れる ・仲間がいる感じがして、仕事をしながら連携がとれるようになった	1	6	279
例: 小離島の保健師同士で情報交換や相談ができる			
○ 小離島での看護について小離島保健師同士の情報交換や相談をし、不安の解消が 図れる ・特定町村保健師会議時に ・健康診査や予防接種等、保健事業の方法の詳細についての情報交換や他の保健 師の意見を参考にし、活動の幅を広げる ・同じ立場のため、参考にしやすく、相談や悩みも近い	2	16	35-49
○ 離島保健師会議で集まった時に小離島保健師同士で情報交換ができる	2	10	629-630
○ 小離島の保健師同士での事例検討を通して、島民の気づきを促す工夫ができる	2	11	53
例: 小離島の看護職同士で業務に必要な業務基準、対応マニュアルなどの資料を作成で きる			
○ 小離島の看護師同士が協働で診療所業務基準を作成できる ・沖縄県立診療所の手順を各診療所を出し合って平成23度に作成した それに沿って自分が実施している診療所のものを加えてファイルにして引継いだ	1	6	45
例: 小離島の看護の研究会や学会で看護職同士が研究し合える、そういうシステムがなけ れば看護職同士で立ち上げることができる			
○ 看護職同士で小離島看護について研究し合える ・日常の診療部門、連携部門	3	30	50-52
○ 研究会や学会等の小離島の看護職同士でつながれるシステムを作れる	3	30	186
○ 県の離島保健師支援担当保健師の仲介を待つのではなく、小離島保健師同士が直 接情報交換や相談ができるシステムが構築できる	2	10	693-704

2) ヘルスケアメンバーとケア改善のためのカンファレンスや勉強会ができる					
例: 受診者のためのカンファレンスや勉強会の開催を医師に提案できる	1	3	278-279		
例: 子どもの発達支援の専門職員を島に呼び、子どもに関わる島内の専門職種(保育士・幼稚園教諭・小学校教員・保健師等)のレベルアップを目的とした開催ができる	2	19	137		
9 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ					
例: 全ての責任は自分がとる、という感覚がある 自分で判断した責任をとる覚悟がある	1	1	181 325 681		
例: 島民の健康を守らないといけないという思いがある	1	2	187-1		
例: “来て良かった”と思われる診療所を作りたいという思いがある	1	1	536-537		
例: 看護職として島の中で島民の健康に関する責任を認識した活動ができる	1	3	531		
例: 常時島民の健康支援のために必要な支援を意識して考え、実現につなげていく	1	4	425-445		
例: 気になることがあれば後で電話や訪問で確認する	1	1	539-540		
例: 新たな問題が生じたとき、放置せず、新たな問題を自分の仕事として認識し行動できる、または、適切な人につなげて解決が図れる ・永遠と続く業務の中、新たな問題が生じたとき“それは自分たちの仕事ではない”と思ったらそれまでである	1	1	645-647		
例: 迅速な対応ができる ・暴力を振るう恐れのある対象者への迅速な対応や関係者との調整をする	2	4	212		
例: あきらめずに島民への健康支援ができる ・地域に出て、島民に繰り返し熱心に健康支援に必要な様々な行動がとれる	2	1	255-261		
例: 一度支援を断られても、次の支援につなげられる	2	1	250		
10 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化が図れる					
例: 限りある時間の中で優先順位を考えた支援ができる ・対象の優先順位、問題の優先順位など	2	11	255-256		
例: 限りある時間の中で看護職にしかできない活動など、優先順位を決めて計画的に、年度単位で取り組める ・特定保健指導、医療機関受診勧奨、がん検診受診勧奨、乳幼児健康診査、予防接種のスケジュール管理、肥満予防対策、う歯予防対策など	2	19	246-261		
例: 乳幼児から高齢者への家庭訪問や地区把握等、地域に出向いた活動の必要性を理解し、計画的な時間の確保ができる ・保健センターや役場内だけで仕事をしない ・毎月、訪問日を10日間と決めておく	2	11	156-174 199-205		
例: 目標を立て、計画的に取り組める	2	12	197		
例: 複数の業務を同時にし、効率化が図れる					
○ 先を見越して複数の業務を同時にできる ・動きながら、周囲を見ながら、常に3-4つを同時にしないと業務が終わらない	1	1	295-307 466-484		
○ 診察介助における看護業務のマネジメントができる ・受診者が多くバイタル測定・聴診実施中に診察があり、十分に診察に立ち会えないことがある ・他の業務と並行しながら、診察結果に不安を抱く受診者への説明ができるように看護業務をマネジメントできる	1	5	70-92		
例: 他へ依頼できることの検討をし、必要時依頼できる	1	4	345		
例: 時間内で業務を終えるような工夫ができる	1	1	199-200		
11 島民の擁護者としての役割が果たせる					
例: 受診者の最も困っている点を把握する ・“一番この人たちが困ったところ、本当はこれじゃないんじゃないかな”、“この人の抱えている問題はこれではなくて、ここにあるのではないか”っていうような視点から話を聞くと、別な方向にあって、“それを解決してあげることが、この人が今抱えている精神的な部分になるのではないか”と思ったら、そこをちょこっと誰かに預けると、それをしてくれる人たちがまたいたりする	2	1	639		
例: 健康支援の必要な島民探し出し、支援に結びつけることができる	2	5	318-337		

例: 対象者の最も困っていることを判断し、他人に解決を求めるのではなく自分で解決する視点を持ち、対策がとれる	2	19	113-121
例: 島民の困っている事柄を把握し、解決手段を一緒に考え、対応できる	3	3	522
例: 島民が必要な保健福祉医療サービスを受けているか把握できる ・高齢者本人が必要なサービスを受けているか理解していない場合があるので、直接関係機関・関係者に問合せで事実確認ができる	2	11	86-90
例: 医師に意見をいえない受診者の代弁ができる ・女性、高齢者、遠慮がちな性格の島民	1	27	26-29
例: 診察結果に不安を抱く受診者への説明ができる	1	5	70-79
例: 受診者と医師とのパイプスの役割とれる ・対象者は、家庭生活、家族関係、本音は医師よりも看護師に語りやすいため、聞き出し、医師に伝えることができる ・医者との相性が悪く、意思疎通が困難な対象者と医師を繋げる 非常に大切	1	26	230-241
12 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる			
例: 看護職自身で自分たちの発言権を得る為の努力ができる 保健医療福祉、行政の中で看護職としての発言できる ・医師の指示だけの活動ではなく、診療所医師に影響を与えて診療所外も診療所の仕事だという認識を与えることができる ・仕事診療所の動きを、本当の地域医療に合った形に変えていく役割ができる	3	30	140-144 164-168
例: 小離島看護研究会のような学会や仕組み(なければ立ち上げる、県にも働きかける)を通して、小離島のヘルスケアの発展のために看護職としての意見が言える、提言できる ・現在は診療所医師の公な発言権があるが、看護師の公な発言権がない	3	30	113-130
例: 島のヘルスケアメンバー(保健医療福祉、行政の連合)の一員として発言できる、また、発言できる組織を作っていける 新しい診療所の形態を作るための発言や世論を動かす力がある	3	30	168
例: 保健師・看護師・医師・養護教諭と保健医療チームで定例会議を開く→ 役場へ離島のあるべき姿、あるべき地域、地域保健医療福祉等を提言できる	3	30	304
例: 看護職として島民の健康課題を伝え、改善策の提案ができる ・医者は堂々と提案できるが、看護師は医師の陰に隠れて提案しない現状があるが、看護師も思っていることを提案する役割がある	3	18	305-311
13 島民全体の健康管理に必要な最新の保健医療福祉関連の法規、国・県の対策の流れ、およびそれに関する国や県から町村への文書の理解ができる			
例: 保健医療福祉全体に関する最新の国や県の対策の流れや、それに関する国や県から町村への文書の理解ができる	2	10	515-516
例: 健康増進対策の根拠法の知識がある	2	14	147
例: 福祉分野の相談にも対応できるように精神保健福祉士法や生活保護法等の福祉分野の根拠法の知識がある	2	14	147
例: 社会的な動き、法律改正などの地域保健活動に必要な情報を得ることができる ・把握していないと上司に説得ができない ・保健衛生ニュース(保健に関する社会的な動き、法律改正などの週刊情報誌)から必要な情報を得る	2	11	257-265
14 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる			
例: 福祉専門職者を対象に、島民支援に必要な支援技術の教育ができる ・認知症者への支援方法 ・褥瘡予防のための体位交換方法	1	18	211-224
例: 島外の専門家を講師に迎え、子どもに関わる島内の専門職種(保育士・幼稚園教諭・小学校教員)を対象としたティーチャーズトレーニング(発達障がいのある子どもの行動を理解し、適切な対応法を学び、練習することを通じて、より良い関係づくりと子どもの適応行動の増加を目的とした研修)の開催ができる	2	19	213-225
例: 行政事務職員を育てる力がある ・保健福祉分野の事務に従事した経験のない行政事務職員が2-3年毎に交代となってもその都度保健福祉の知識を伝え、島民の健康支援への前向きな意欲が持てるような関わりができる	2	10	256-264

例：看護職だけで活動せず、教育・福祉分野を含めた関係者それぞれが力をつけていける関わりができる ・子育て支援、福祉支援など	2	10	481
15 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる			
例：県の離島支援担当保健師に相談できる			
○ 小離島での看護について県の離島支援担当保健師に相談ができる ・県の離島保健師支援担当保健師との間に信頼関係がある ・保健所保健師と離島保健師が繋がり、共に考える ・島民の個別支援について、保健所保健師と支援方法の違いがあり、保健所保健師に反発してる離島保健師もいた	2	10	682
○ 小離島での看護について困ったときは、県の離島支援担当保健師に電話で相談できる ・母子保健についてなら母子担当の保健師に聞く	2	16	51-55
○ 小離島での看護について県の離島支援担当保健師に相談できる ・乳幼児健康診査、精神保健巡回相談、精神保健の個別支援について	2	17	16-22
16 島内外の関係者・関係組織と調整をとりながら、島の状況に対応した保健センターや診療所の運営の調整ができる			
例：保健師・医師・集団健康診査委託機関と調整をとり、島の集団健康診査に対応した診療所運営の調整ができる ・日程調整、診療所医師による内科診察協力調整	1	12	159-179
例：診療所の管理的な面を理解できる ・拠点病院の経営状況 ・業務外で看護師が訪問した際に生じた事故への補償・責任	1	6	761
17 島内のヘルスケアサービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につなげるための人材確保ができる			
例：保健医療福祉サービス提供について島内での人材確保ができる 島の人材の把握と活用ができる ・看護師、ケアマネ、保育士、ヘルパー等、専門の資格を保持していてもしれで活動していない島民の把握と活用ができる ・民生委員・児童委員の把握と活用ができる ・大工や手先の器用な島民の把握と活用ができる (介護サービスを利用できない島民に紹介できる)	2	11	91-105

VIII エビデンスに基づく実践 (Evidence based practice)

島民と家族への保健看護の方法を決定する際に、島民と家族の意思や価値観、看護職者としての経験を結びつけながら最高かつ最新のエビデンスを活用できる

1 エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる				
例: エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる	2	11	196-198	
・いろいろな資料を用いた説明できる				
・島民の生活にしみ込んだ言葉で説明できる				
例: エビデンスに基づいた健康診断結果の適切な説明と指導ができる	2	25	432-445	
・検査値のデータの根拠となるものをきちんと把握できる				
・尿酸値8-9の対象者に、治療勧奨をするよりも、高尿酸血症の背景にある肥満や高血圧についての生活指導ができる				
例: 感染症流行初期に島民全員にデータやニュース情報の提供をし、地域での感染拡大防止の注意喚起ができる	2	3	215-219	
例: 最新の治療や看護に自信をもって受診者や家族に説明できる	2	1	507	
・写真入りの新人看護師向けの新しい本・雑誌を購入し、自己学習したり、説明に利用できるように説明資料を常時準備できる				
2 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる				
例: 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる	2	19	246-261	
(例: 肥満予防対策、う歯予防対策)				
A・・・ 国・県・市町村が共通して取り組むべき課題 (例: 肥満対策)				
B・・・ 公衆衛生看護活動・健康課題の予防活動				
C・・・ 福祉的支援が必要な要支援者への支援にも取り組める				
① Bは島内で保健師を中心にしかできないものであり、優先度が高い			246-261	
様々なデータ、情報から判断し島の課題として取り組む				
保健師しかできないところを優先課題を見つけて、限りある時間の中で計画的に・年度単位で取り組める				
・特定保健指導、医療機関受診勧奨、がん検診受診勧奨、乳幼児健康診査、予防接種のスケジュール管理、肥満予防対策、う歯予防対策など				
② Cは福祉サービスに限りがあるため、島の保健師活動の中で、福祉的な支援が必要な島民への支援に多くの時間を要する			246-261	
・精神疾患罹受診者、高齢者、精神的要支援の養育者(母親)、子どもをネグレクトする養育者など				
例: 薬剤業務を全てパソコンのデータに入れて数値化し、新たな薬剤業務方法の工夫ができる	1	1	664	
3 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる				
例: 参考となる他の市町村、保健所、入院施設などの看護職の活動を参考にした活動ができる	2	3	795	
例: 断酒会支援等、他の離島で成果がみられる保健対策を参考にできる	2	21	202-354	

IX データ等を活用した質改善(Quality improvement)

小離島のヘルスケアシステムの質と安全を持続的に改善したり、保健看護の成果を評価するために、統計データや業務基準を活用できる

1 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる

例：診療所看護業務基準を見直し作成ができる ・県の看護手順に島の診療所の独自の看護手順を追加し作成できる (例：検体の取扱や送付方法、消毒液と消毒方法) ・研修等で新しく得た知識や技術を診療所看護規準に反映できる	1	7	372
例：診療所の看護業務基準が作成できる	1	6	45
例：保健事業の質を高めるための工夫ができる ・保健の専門職でない役場行政職員からは保健事業・保健業務が遂行されていれば「良し」と判断されがちである 質の良い保健事業については保健師自身の努力に任される部分大きい	2	20	79-81, 116-125
例：質の良い保健事業の実施をしていきたいという意欲がある	2	20	116-129
例：地域性に応じた業務の質改善の工夫ができる	1	1	161-166
例：必要な個別・集団支援・健康づくりを継続・発展できる ・支援をしている中で、「これでいいよ、じゃこれ毎年続けてよ」、では継続されない ・マンネリ化にしない 現状に満足するのではなく、さらに良い支援、次の段階の支援を考えることができる	1	18	590-600

2 小離島での1人体制では主観的になりがちなので、保健事業や看護の客観的な評価ができる

例：業務内容の質を高めることを忘れず、客観的評価を行えるよう意識できる ・1人保健師の場合は主観的になりがちで、保健の専門職でない役場職員からは保健事業・保健業務が遂行されていれば「良し」と判断されがちである 質の良い保健事業については保健師自身の努力に任される部分大きい	2	20	116
例：自分の事業を客観的に評価する ・顕在的・潜在的なものを合わせて、島の医療ニーズについて、自分が実施していること って客観的にどういう価値があるものなのかとか	2	20	79-81, 116-129
例：量的データなどの統計をみながら実施した保健事業の客観的な評価ができる	2	20	79-81, 116-129
例：保健事業をこなすのではなく、論理的な考え方で統計や情報処理、基準を活用しながら保健事業の質を高めることができる	2	20	79-81, 116-129

3 業務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある

例：行っている保健事業の基になる統計についての知識がある 医療統計、情報処理、量的研究に関する最低限の知識がある	2	20	72-77
例：EBM(根拠に基づく医療)的情報リテラシー(与えられた材料から必要な情報を引き出し、活用する能力)がある	2	28	120

4 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる

例：保健事業をこなすのではなく、論理的な考え方で量的データなどの統計や情報処理、基準を活用しながら保健事業の質を高めることができる	2	20	79-81, 116-129
例：島民の健康に関する様々なデータ、情報から判断し、島の健康課題をあげ、取り組むことができる ・特定保健指導、医療機関受診勧奨、がん検診受診勧奨、乳幼児健康診査、予防接種のスケジュール管理、肥満予防対策、う歯予防対策など	2	19	246-261

X 小離島での安全なケア (Safety care in a small island)

島民と家族に安全な保健看護を提供するために、診療所や役場において、システムと個人の有害なリスクを最小限にし、医療ミスを予防できる

1 子どもから高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる

1) 外科・整形疾患を抱える島民に必要な支援ができる

例：発熱で自力で顔を拭けない人やギブスカット後の清拭ができる	1	1	504
例：骨折時等の安静度の判断ができる	1	1	649
例：多発外傷、外傷の対応ができる ・出血量の大きさで処置が異なる	1	3	361
例：外傷の程度に応じた物品準備・処置介助・片付けができる(多発外傷・外傷、大量出血)			
○ 外傷の程度に応じた処置に必要な物品が分かり、処置介助ができる ・診療所での処置は、外科外来・内科外来で行う程度の外傷処置である ・外科外来での小さい外傷処置の経験があれば、介助・物品準備・片付けができる	1	3	397, 792
○ 外傷や切断時の医師の処置介助ができる	1	10	43
○ 外科処置ができる	1	21	20
○ ギブスの包帯巻きができる	1	1	648-2
○ 外科の処置ができる ・ギブスを見て包帯のサイズと長さを把握しすぐ出せる、ギブスの包帯巻きができる等	1	1	648-1
例：褥瘡の処置・治療・治り具合の判断ができる			
○ 褥瘡の処置・治療・治り具合の判断ができる ・訪問看護時に報告だけではなくこの場合こうした方がいいとかの判断・治療できる知識がある ・がんのターミナルの方への褥瘡処置ができる ・被覆材の選択ができる ・切除の必要性の判断と、経験の浅い医師への助言ができる	1	21	2, 33-44
○ 自急性期、慢性期、回復期に応じた創傷被覆材や衛生材料の使用判断と準備・ケアができる	1	21	45 78-89
○ 褥瘡の知識があり、観察による早期発見とケアができる ・ハイリスク者は寝たきりの高齢者等 ・訪問診察の同行や訪問看護時に	1	26	297-315
○ 人手が足りない時にある程度の処置を独立してできる(新皮・表皮までの創傷処置ができる)	1	21	86
例：専門看護師レベルのストーマケアができる	1	21	3
例：島の在宅療養で必要な慢性期の対応(胃瘻、尿路カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、透析の処置等)ができる	1	21	43
例：医療機器の知識があり、取扱や調整ができる	1	21	4
○ 在宅酸素機器の知識があり、取扱や調整ができる ・機器の異変時に早急な対応ができる ・対応不明時は業者に問い合わせることができる	1	21	5
・機器の異変時に早急な対応ができる ・対応不明時は業者に問い合わせることができる	1	21	29-32
○ 腹膜透析機器：腹膜透析中で感染症発症時の抗生剤注入の処置方法や知識がある	1	21	9-10
○ 気管切開機器	1	21	11
○ 胃瘻：家族指導を含めた知識、皮膚発赤時の対応ができる	1	21	12-15
○ 膀胱瘻：尿路カテーテルについて、自宅での処置の助言ができる、尿路を入れるバックを作ってあげる等のきめ細かい対応ができる	1	21	26-28
○ 睡眠時無呼吸の知識があり、取扱や調整ができる	1	21	6

○ バイパップ(バイレベル従圧式陽圧人工呼吸器)の知識があり、取扱や調整ができる	1	21	7
○ シーパップ(人工透析ケアセット)の知識があり、取扱や調整ができる	1	21	8
例: 島外搬送が必要な高齢者の大腿骨頸部骨折に対する対応ができる	1	4	528
例: 腰痛、膝関節痛等の整形の慢性疾患をもつ島民の看護ができる	3	28	37-50
例: 肩・腰・膝の関節や筋肉の痛みの症状緩和のために日常生活で可能なリハビリ指導ができる	1	8	21
2) 在宅療養者とその家族への支援ができる			
例: 高齢者や障害者支援等の福祉に関する知識を身につけ支援ができる	2	10	352-2
例: 在宅療養者への積極的な訪問活動ができる	2	7	473
例: 医師による往診の際の看護ができる	1	18	281-283
例: 在宅療養環境に必要な安静度や生活の調整と助言ができる	1	18	298-299
例: 在宅療養者への看護の提供ができる			
○ 訪問看護ができる	1	18	281-283
○ 訪問看護ができる ・問題の抽出ができる	1	26	343
○ 訪問看護の知識と技術がある ・高齢者の褥瘡管理など	1	29	66-90
○ 訪問看護技術の知識がある	1	9	68
○ 訪問看護ができる ・医師と調整できる: バイタルサイン・意識レベル・等病状に応じた訪問結果の報告を医師にできる ・病状に応じた訪問の結果報告項目(医学管理・意識レベル・バイタル・病状等)ができる ・看護ケア(胃瘻、褥瘡ケア、吸入、吸痰、人工呼吸器の気管切開部のケア)ができる 清潔保持支援(口腔ケア、全身清拭、洗髪、爪切り、髭剃り)ができる	1	15	115-119
○ 褥瘡ケア、吸入、吸痰、酸素、全身清拭、洗髪ができる	2	15	89-101
○ リハビリや筋力トレーニング等の介護予防の技術の提供ができる	2	15	103-1
○ 創意工夫し、自宅にあるものを活用できる	1	9	74
○ 在宅訪問診療時、症状、家族背景等の状態に応じた指導ができる	1	9	65-74
例: 訪問による健康相談や体調観察をし必要な支援ができる	2	4	149-153, 603
例: 訪問による継続支援が必要な対象者への支援方法の工夫ができる	1	6	710-729
・ 看護師による訪問が必要な際は了承をもらえるよう医師に相談できる ・ 看護師が心配で訪問して血圧測定等しても料金は取れないが、医師に相談し“医師の指示のもとでの経過観察(のための看護師による訪問)”とすると診療報酬の点数がとれる ・ 訪問による継続支援が必要な対象者がいても、拠点病院からは「売り上げにつながらないことをするな」といわれるが、それではすまされないことが島ではある → 保健師に訪問依頼できる関係性を築ける			
例: 介護に困っている家族の相談対応ができる	2	21	2
例: 在宅療養者の家族への介護技術の指導、家族ケア、調整ができる			
○ 高齢者の家族への介護技術の指導ができる	1	12	66-67
○ 在宅療養者の家族への家族ケアができる	1	26	343
○ 島外にいる家族の支援の力を引き出す関わりができる ・ 家族・キーパーソンの把握と情報提供、連絡調整をとることができる ・ 救急搬送時、ADL低下時、生活支援時、経済的支援時、健診・がん検診結果精密検査が必要な時に、家族が支援できるような情報の提供ができる	2	3	467-512
例: 退院前に島で介護支援が必要になる本人・家族・関係者と調整ができる			
○ 島外の医療機関への入退院の際の本人と家族の生活の調整ができる	1	18	79-106
・ 一般病院の地域連携室の職員の役割がとれる ・ 家族から入院中の島民についての現状の情報収集ができる 入院先からの情報を保健師へ提供し相談できる			

<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人・家族の相談・調整役となれる <ul style="list-style-type: none"> ① 高齢者へのフォロー体制の確認ができる ② 養育者に残された子どもへのフォロー体制の確認ができる <ul style="list-style-type: none"> ・ 主な養育者が島外医療機関受診が必要となったとき、子どもの養育を誰がするか ・ 島外医療機関受診が必要となったも子どもに主な養育者が同伴が必要となったとき、子どもの兄弟の島での養育を誰がするか 			
○ 独居高齢者の退院前に島外に住む家族と調整ができる	2	2	230
○ 退院後の生活についての本人・家族の意向の確認をし、関係者間で情報交換・相談ができる <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時期・帰村時期の確認をし、島での生活が可能かどうかをアセスメントできる <ul style="list-style-type: none"> ・ 心身の状態・ADLの把握ができる ・ 島での生活(洗濯・炊事・買い物)ができるかの検討ができる ・ 島での生活に必要な心身・ADLの状態、支援の条件を入院医療機関に伝えることができる ・ 島内外の家族の介護力の把握をし、調整ができる ・ 島での生活上必要な支援とその方法の検討ができる(介護ヘルパー、ミニディサービス、配食) ・ 島内の保健師・看護師間で情報交換・相談ができる <ul style="list-style-type: none"> ・ 島外医療機関に入院した島民の入院後の経過について ・ 退院前に必要な支援について ・ 島で治療継続ができるかについて ・ 島で安心・安全な生活ができるかについて ・ 島での生活に必要な条件について 	2	3	435-465
○ 入院施設での退院前調整会議に参加し、円滑な退院後のケアにつなげることができる 小離島診療所医師・看護師の意見を聞かずに入院施設関係者だけでDNR(Do Not Resuscitate: 蘇生する見込みがない受診者に対して、受診者本人あるいはその家族などが、蘇生措置を行わないという意味表示をすること)が決定され、帰島後にヘリ搬送をすると入院施設の医師とトラブルになる DNRが決定されても、酸素ボンベの備蓄に制限がある小離島で肺炎になった対象者をヘリ搬送するしかない場合もあるため、トラブル防止の観点から	1	26	192-229
例: 島での療養や在宅死を望む島民と家族の希望に沿った支援ができる			
○ 今後も元気に島に住み続けたいと願う受診者の気持ちを大切に、そのためのアドバイスができる	1	8	215-2
○ 島で普段通りの生活をしながら抗がん剤治療を希望する島民の想いを尊重した支援ができる	1	2	83-103
○ 呼吸停止時に延命治療をせずに自然に島で最期を迎えることを希望する100歳以上の高齢者の家族の想いに沿った支援ができる <ul style="list-style-type: none"> ・ 島で在宅療養中の100歳以上になる高齢者の家族から「自宅で呼吸停止があっても本人が苦しくない程度でいい、延命処置はしないでほしい」という希望があった→その後、自宅で呼吸停止した連絡があり、医師と一緒に往診に行き、死亡確認した方がいる 	1	8	39
3) 妊産婦への支援ができる			
例: 保健師と診療所で妊婦の情報共有をし、救急時の対応に備えることができる			
○ 保健師から看護師に妊婦等の情報提供ができる	2	5	334
○ 救急時の対応に備え、保健師は妊婦の同意を得たうえで、妊婦のリストを診療所に伝える	2	23	231-233
○ 救急時の対応に備え、妊婦健診結果、ハイリスク妊婦を発見し、情報を診療所に報告できる	2	25	448-464
○ 島内の妊婦の情報(人数、妊娠週数)についてのカレンダーを作成・診療所と共有し、島を出ることを促す妊娠9ヶ月はじめの時期の確認をする	2	29	122-133

例：安全な出産に備え、必要時に島外へ出て受診することの必要性を伝えることができる			
○ 安全な出産に備えるため、妊娠9ヶ月はじめに島を出ることを促す ・第2子以降の妊婦は、子どもたちの世話が必要なので、なかなか島を出たがらない	2	29	122-133
○ 出産に備え、予定日前に余裕を持ち島外へ出て生活することの必要性を伝えることができる ・安全な出産に備えるため、妊娠9ヶ月はじめに島を出ることを促す 第2子以降の妊婦は、子どもたちの世話が必要なので、なかなか島を出たがらない ・島内の妊婦の情報(人数、妊娠週数)についてのカレンダーを作成・診療所と共有し、島を出ることを促す妊娠9ヶ月はじめの時期の確認をする	2	29	22
○ 切迫早産等で産婦人科への通院が必要時は島外へ出て生活をし、受診することの必要性を伝えることができる	2	3	514-520
○ 前置胎盤等で島外医療機関受診が必要な場合は、保健師からだけでなく診療所看護師からも妊婦・家族に説得できる	3	10	64-65
例：母子保健や助産に関する知識があり、妊産婦への保健指導、助言ができる	2	16	95
例：保健師が中心となり、妊婦、親子支援・支援育児ができる 保健師は問題があり、受診が必要な時は診療所につなげることができる ・乳幼児の母親は保健師を頼っている ・妊婦健診は全て島外の医療機関を受診し、妊娠中の不安の相談など診療所看護師はあまり関われないし、育児不安で診療所受診するわけでもないの	2	4	604, 609
例：妊婦への保健指導ができる：栄養指導、体重管理 妊婦を気かけ、相談に応じることができる			
○ 妊婦への健康相談、悩みの相談に応じる、相談窓口になる ・妊婦支援が苦手な医師もいるため、保健師が主に支援する	2	27	96-101
○ 安静が必要だが守れていない場合は、訪問をし、体調の把握と、具体的な安静の必要性の説明ができる ・「上の子を抱っこするのもよくないよ」、「おばあちゃんに見てもらったら」、「旦那さんにちゃんと家事やれよ」と言う	1	24	166-183, 208-213
○ 妊婦を気かけ、相談に応じることができる 妊婦が診療所受診時に、腹部の張り・出血等の確認ができる	1	10	63-1
○ 妊婦の相談に応じることができる	1	21	167-176
○ 妊婦への栄養指導、体調管理への支援ができる	2	23	231-242
○ 妊婦の腹部の張り・出血等の確認と助言ができる	2	10	63-2
○ 妊婦の腹部の張りの確認と助言ができる ・確認ができれば妊婦が確認のために島外での受診の必要がなくなる	2	16	91
例：不安の強い妊産婦への支援ができる			
○ 診療所から精神的に不安定な妊婦への支援要請があれば応じることができる	2	29	131
○ 島内に親戚や支援者がおらず、不安の強い産婦への支援ができる ・不安に訴えを聞く、島内の支援者を紹介する	2	23	246-250
例：乳腺炎のケアや母乳の相談に応じることができる			
○ 乳腺炎への対応ができる ・男性の診療所医師への乳腺炎の相談は遠慮する産婦がいるため	1	2	116-120
○ 母乳相談や乳腺炎についての知識がある ・男性の医師よりも女性の看護師の方が相談しやすい	1	21	159-166
○ 乳腺炎への対応(マッサージの実施、マッサージ方法や注意点等の説明)ができる ・医師の診察で、全身の発熱がない場合は化膿止めの処方よりも看護師によるマッサージの指示を出す ・診療所ではマッサージは医師ではなく看護師が実施し、マッサージ方法、注意点等全て説明ができる必要がある	1	24	190-206
○ 母乳マッサージの方法について説明できる	2	16	79
○ 母乳育児など子育てに関する指導などができる	2	26	459
○ 助産と母乳相談の知識があり助言ができる	1	21	166

4) 子どもと養育者への支援ができる			
例：乳幼児、保育園児、小学生、中学生によって異なる対応ができる	1	18	179
例：子どもと接することができる、子どもをあやししながら観察できる			
○ 受診時に子どもと接することができる	1	5	23
○ 受診時に子どもと接することができる	1	8	53
○ 受診時に子どもを上手に扱え、観察できる	1	25	88-107
○ 受診した子どもの兄弟も含めて、診療所内でけがしないように見守れる	1	25	88-107
○ 子どもを診療所嫌いにさせない、診療所で痛い思いをしなくてすむようにする 子どもをあやししながら他に注意をそらして、痛みを和らげることができる	1	25	88-107
例：発熱等で診療所受診の際においても、小児保健の視点での対応ができる ・成長・発達のアセスメントができる、予防接種を受けているか確認できる ・鉄棒からの転倒等で診療所受診の際は、事故の再発予防の観点から、養護教諭に 情報提供する	3	28	46-50
例：子どもの慢性疾患への指導による増悪防止ができる	1	30	104
例：受診時に急変についての知識があり対応できる	1	5	33
例：自分で症状の訴えができない子どものトリアージ(診察順番の優先順位決定)ができる ・養育者から子どもの小さな変化を聞き出せる ・泣いて触るのを嫌がる子どもの重要な部分を見落とさない	1	2	12-19
例：子どもへのバイタル測定(血圧・脈)ができる	1	8	53
例：喘息も含めた子どもの呼吸状態の評価ができる	1	21	104
例：子どもの疾病・感染症のケアができる			
○ 子どもに特有の疾病・感染症の見方がわかる	1	5	18
○ 子どもの熱性けいれん・発熱の対応ができる	1	2	133-1
○ 子どもの感染症、特に皮膚障害等の知識がある	1	10	54
○ 子どもの水疱瘡と湿疹の区別ができる	1	7	70
例：子どもへの処置ができる	1	21	17
例：子どもへの採血、血管確保ができる ・成人だけでなく、子どもにも実施できればよい	1	25	108
例：子どもへの点滴、挿管の介助ができる	1	29	32
例：親子の両方への対応ができる	1	55	55
例：養育者に子どものケアについての助言や相談にのることができる			
○ 受診が必要な子どもの状態の説明ができる	1	5	31
○ 発熱、下痢、嘔吐の症状について、休日や時間外に家庭で観察するポイントを養育者 に伝えることができる	1	9	59-60
○ 予防接種の機会等に発熱時の対応の相談にのる	2	24	250
○ 離島の環境を考慮した島外受診についての助言ができる ・共働きが多く、仕事や時間を考えると、島外への受診を簡単に勧められない	1	5	34-40
○ 子どもの急病で混乱状態にある母親への対応ができる	1	8	59
5) 精神疾患を抱える島民への支援ができる			
例：精神疾患を持つ島民への支援ができる	2	2	217
例：精神疾患罹受診者の相談対応ができる	2	21	3
例：精神疾患を持つ島民への継続的な保健活動・調整ができる	2	4	199-209
例：統合失調症等の精神疾患についての知識があり、未治療、服薬中断、発症後の未受 診者についての相談にのり、対応ができる	2	14	197-205
例：境界性人格障害罹受診者への支援ができる	2	1	241-244

例: 精神疾患を抱えた島民へのケアについて、関係者と調整がとれる	3	4	195-203
<ul style="list-style-type: none"> ・県保健所保健師や精神科医師につなげる ・駐在保健師不在の場合は看護師が調整をする・・・診療所が精神病院に精神巡回診療への協力依頼をし、診療所で一般診療業務と並行して精神病院の医師・看護師による巡回診療を実施してもらい、新規対象者についての医師への相談は診療所看護師が行った 精神巡回診療はその時しか来ないので、その後状態悪化時も関われない ・島外での入院が必要な場合の島内外の関係者との調整は保健師の方が詳しいため、継続的な支援が必要な精神疾患罹患者は看護師が駐在保健師に依頼する ・保健師に頼れない時は、看護師が県保健所精神保健担当保健師に調整依頼をする ・意識して関わる事が必要 			
例: 関係者と連携しながら障害者総合支援法による支援を受けていない障がいをもつ島民への必要な支援の提供ができる	2	11	59-86
例: 精神疾患を抱えた島民への診療所受診後のフォローができる	2	29	175
<ul style="list-style-type: none"> ・島外の適切な精神科の紹介と受診勧奨 			
例: 精神疾患を抱えた島民が島外受診・入院で必要時、同行や関係者との調整ができる	1	4	204
<ul style="list-style-type: none"> ・島内外の関係者との調整は看護師よりも保健師の方が詳しい 島の保健師に頼れない時は、県保健所精神保健担当保健師に調整依頼を看護師がしている 			
例: 精神疾患を抱えた島民が島外受診で必要時、同行や関係者との調整ができる	2	5	190
<ul style="list-style-type: none"> ・保健師が島外の港まで同行し、そこからNPO関係者に医療機関へ同行してもらった 			
例: 島外医療機関の精神科主治医からの訪問看護訪問看護の依頼に対応できる	1	5	148 194-211
例: 訪問看護の依頼に対応できる	1	5	148 194-211
<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患を抱えた島民への訪問看護ができる (島外医療機関の精神科主治医から看護師に内服確認のための訪問看護依頼があったため) ・信頼関係構築 ・観察: 身の状態、住居の状態、生活パターン、栄養状態(食事内容)、内服、家族からの支援内容 ・内服薬調整: 補充、残薬の調整 ・保健師との連携ができる(調子が悪い時は土日等に保健師と交代で訪問した) 			
例: 統合失調症等で治療中断者に対し、島外の精神専門医療機関への受診につなげることができる	2	21	378-381
<ul style="list-style-type: none"> ・保健師だけで対応しない ・関係者との事前調整をする ・役場男性職員と家族や警察官に協力依頼をする 			
例: 精神疾患やく不安をもつ島民への支援ができる	2	23	40-46
<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な見守り訪問や声掛けによる心身状態の確認や内服確認ができる → 余分な受診を予防できる ・不安や不眠の訴えに対応できる 			
例: 看護師と保健師が交互に精神疾患をもち支援が必要な島民を訪問し支援できる	1	5	189
例: 自殺企図のある島民等に適切な関わり方、声かけをし、コミュニケーションがとれる	2	29	177-187
<ul style="list-style-type: none"> ・必要時、島外の適切な精神科専門医療機関を紹介し受診勧奨する ・受診後のフォローができる ・診療所医師・看護師が受診者への対応に困ったとき、両者の橋渡し役ができる ・入院が必要な時は、本人に希望の入院医療機関名を聞き、伝える 			
例: 暴力行為等が予測される精神疾患を持つ島民への緊急時の対応に備えることができる	2	27	102-113
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の定期的な状況把握ができる 診療所未受診者、特に診療所受診拒否をする統合失調症を持った島民 ・対象者、人数等大まかな情報を診療所に報告し、診療所と共に緊急時の対応に備えることができる 			
例: 島外の精神科への受診受診困難な対象者への受診勧奨と島外の精神科医師への紹介ができる	2	16	144
例: 毎月2回の精神科巡回診療(島外の精神科医療機関が実施)の受診者でフォローが必要な対象者の情報をもらい、支援につなげることができる	2	16	144
<ul style="list-style-type: none"> ・必要時診療所医師との情報交換ができる 			
例: 夫の飲酒に悩む妻への支援ができる	2	21	205

6) 治療薬についての助言ができる			
例：薬剤師に代わって調剤、服薬指導ができる(薬剤師不在の小離島では非常に重要)			
・薬剤の詳しい説明や継続使用の勧奨			
・内服方法			
・内服時に控える飲食物(グレープフルーツ等)			
○ 薬剤の詳しい説明や継続使用の勧奨ができる	1	10	68-2
○ 薬剤師に代わって薬剤指導ができる	1	24	44-45
・規模の大きな医療機関であれば薬剤師が行う内服指導を看護師ができるとうい			
○ 薬剤指導ができる(薬剤師不在の小離島では非常に重要)	1	26	283-296
・内服方法			
・内服時に控える飲食物(グレープフルーツなど)			
○ 薬剤師不在の中で、薬剤指導ができる	3	28	32-36
○ 内服薬指導ができる	2	26	457
○ 薬剤の知識があり服薬指導ができる	1	7	125
例：薬剤配布時に 内服方法の説明と副作用の確認ができる	1	7	132
例：受診者からの薬剤についての相談に答えられる	1	25	57
例：待合室での薬剤指導ができる			
○ 待合室での薬剤指導ができる	1	3	177
・受診者全員に自宅に残っている内服薬を持参すると差し引いた分の処方ができることを伝え、正確な内服ができるようにつなげる			
○ 待合室での内服指導ができる	1	4	319
・対象者に内服薬を渡すとき、実物を見せながら内服の説明をする			
例：複数の効能がある薬剤の処方時は、医師の処方の意図に合わせた説明ができる	1	24	114-117
・睡眠作用と抗不安作用の両方があるが、睡眠作用を期待して処方された薬剤には、「眠る薬」と説明するなど			
例：正確な内服確認をし、内服できない理由に応じた指導ができる			
○ 正確な内服確認をし、内服できない理由に応じた指導ができる	1	3	109-122
・内服ができていない理由に、体調不良、理解不足、飲酒優先等がある内服ができていない理由に合わせた指導ができる			
○ 正確な内服確認をし、内服できない理由に応じた指導ができる	1	7	134
・正確な内服ができていないかの確認とできていない理由を把握し、残薬を確認			
・認知症のみられる独居高齢者の内服薬を一包装し、週1回訪問配布し内服確認できる			
○ 正確な内服ができるように、対象者に合った、対象者ができる方法を常に考えた支援ができる	1	1	513
・対象者ができる部分を引き出す支援ができる			
・内服の確認と調整のために独居高齢者を訪問することがある			
○ 認知症のみられる対象者など必要時、訪問による内服の確認と調整ができる	1	5	208-211
・内服確認、薬剤補充、余ってる薬剤の調整(後日診療所に余ってる薬剤を持ってきてもらい、調整)			
例：高血圧症、糖尿病罹受診者へ内服薬の正確な説明ができる	1	8	20
例：糖尿病罹受診者へインスリン自己注射の指導ができる	1	13	151-2
例：薬剤の吸入指導ができる	1	22	86-2
7) 高齢者への支援ができる			
例：独居高齢者への対応ができる			
○ 地域の独居高齢者の住所と家族等への緊急連絡先の把握をし、急患時役立てることができる	1	24	204
○ 家族および家族以外のキーパーソンとその関係性の把握をし、必要時活用ができる	1	1	50-51
・独居高齢者の緊急連絡先の把握のために、携帯番号をカルテに記載する際に子どもの住所や職業を聞く			
○ 家族以外のキーパーソンとその関係性の把握をし、急患時役立てることができる	1	2	260-264 267

○ 予防対策や見守り訪問ができる ・必要な情報を診療所に提供できる ・全身状態を把握し、異常や危険なサインを見逃さない知識がある ・判断に迷ったり、疑問があれば診療所に問合せることができる	2	23	171-176
○ 訪問による健康相談や体調観察をし、不安解消ができる	2	2	221
○ 高齢者のコンピテンシーを活かした生きがいにつながる支援ができる	2	2	225-226
○ 独居高齢者を訪問し、支援の必要性の判断ができる コミュニケーションをとりながら、生活が成り立っているか、入院の必要性の有無の観察ができる	1	24	34-41
○ 独居の高齢者の食事や水分摂取、着替え、トイレへの移動等のADLレベルの把握ができる ・普段の生活レベルと、不調時のレベルの変化の把握ができる ・必要時は入院や本島の家族の元での生活の検討をする	1	24	157-161
例：認知症状のみられる高齢者への継続的な支援ができる ・心不全時は本人の意向確認をし島外医療機関へ搬送できる ・関係性構築ができる ・関係性が崩れた場合の対処ができる：看護師不在の時に診療所へ通院するよう親戚の人に依頼する、内服支援の必要時には保健師に依頼する	3	4	48-53, 196-209
例：生活の中で様々な分野の島民とつながりを持ち、健康支援に必要な情報を収集し、早期に対策がとれる ・徘徊をしている島民の情報など	2	10	
例：高齢者への生活支援ができる	2	10	350
例：高齢者の自宅のアセスメントができる ・ベッドとトイレの位置、段差、診療所受診時の移動手段(徒歩時はその道のり)	3	7	200 435
例：骨折時の家の構造や介護者等の把握ができる	1	4	44
例：デイサービス参加時などの機会に)高齢者の健康状態を把握したり、相談にのることができる	2	24	264
例：外出や運動の機会が少ない高齢者に運動を促すことができる ・デーサービスに参加しない高齢者への働きかけ	2	24	372-385
例：要支援の独居高齢者を発見し、改善のためのアプローチがとれる ・身の回りの清潔が保たれているか、汚れたオムツをそのまま何日も履いていないか	2	24	336
例：診療所への定期受診が必要だが受診しなくなった島民を訪問し、様子を観察できる	2	29	156-157
例：往診が必要だと判断した際は診療所に依頼できる	2	27	91
8) 内科疾患、慢性疾患を抱える島民への支援ができる			
例：内科外来で行う一般的処置ができる	1	7	50
例：慢性期疾患の島民に必要なアセスメントと看護ができる	1	19	42
例：慢性疾患の島民へ教育ができる	2	7	391
例：内科的慢性期にある疾患の島民に必要なアセスメントと看護ができる 高血圧、高脂血症、糖尿病、高尿酸血症	1	9	49-50
例：内科的慢性疾患をもつ島民の看護ができる ・高血圧、糖尿病、脂質異常症	3	28	37-50
例：糖尿病、腎不全、痛風、高血圧、高脂血症についての食事指導ができる			
○ 高脂血症についての食事指導ができる	1	3	93-1
○ 糖尿病や腎不全などの疾病に応じた食事指導が食事指導ができる	1	2	49-61
○ 血圧の高い島民に食事や運動の必要性を伝え、生活指導ができる	1	5	103
例：糖尿病からくる急激な低血糖状態やめまいによる受診者の対応について、優先順位等のアセスメントができる	1	9	46
例：糖尿病をもつ島民へのフットケアができる ・沖縄の小離島の家は段差が多く、畳と畳の間の木のサッシが古く、足を傷つける人がいる ・受診時に足の感覚のチェックができる ・傷ができた場合のケアができる	1	26	317-323, 326-332
例：糖尿病など生活習慣病の指導ができる(フットケア等を含めて)	1	29	21-22
例：定期外来での慢性疾患のフォロー・教育ができる	1	30	96-103

例：慢性疾患、痛風、生活習慣病、飲酒 内服管理等の定期的な個別の健康教育 定期受診者で未受診者への声かけ	1	18	108-111
例：定期受診者の状態把握と予防的対応・指導ができる (そのための生活環境に合った対応・指導) ・慢性疾患、痛風、生活習慣病、飲酒 ・内服管理等の定期的な個別の健康教育 ・定期受診者で未受診者への声かけ	1	18	107
例：受診時の体重測定の際に、体重減少・浮腫改善の助言ができる	1	7	146
例：特定健診未受診者等、保健師にはつながらないが、診療所に受診している者への生活指導ができる	1	10	69-70
例：便秘症の女性への相談・指導ができる ・痔、隠れ痔だとかそういう話は、なかなか男性医師にはしてくれない→ 診察室の外で便秘の原因等の詳しい話をさく ・便秘解消の運動の指導ができる	1	24	214-220
9) 幅広い健康課題、疾病に対応したケアができる 外科・内科等の幅広いケアができる			
例：全科、全般的な医療の知識がある	2	8	222
例：内科、外科、小児科などの処置、救急処置の介助ができる	1	29	31
例：専門というよりも、全科、何でも対応できる 皮膚科～眼科～広く浅い知識が要求される 様々な外来・救急外来の経験があるとよい	1	6	296
例：内科、外科、小児科などの幅広い受診者への対応ができる ICUや救急センターでの幅広く多様な疾患の看護の経験が役立つ	1	30	12
例：複数の診療科の看護に必要な知識と経験がある ・病棟：内科、外科、小児、産科、整形 ・外来：皮膚科、小児外科、産科 ・一般の診療所	3	28	2-6
例：成人の内科外来、および総合病院の救急センターの看護業務ができるレベルの技術がある	1	27	67-83
例：妊婦から精神科まで、症状も様々で、急性期から慢性期まで対応できる	1	9	31
例：医療行為に関しては、各疾患に応じた対応、救急処置、外科処置等の対応ができる	1	9	43-1
例：精神疾患から皮膚疾患まで全分野での対応ができる	1	6	458
例：受診が多い分野についての看護ができる	3	28	37-50
例：幅広く処置ができる ・外科処置、小児の処置、婦人科の処置ができる	1	21	20
例：皮膚科、眼科、耳鼻科等の一般外来に必要な幅広い知識(概念、疾患の種類)がある	1	23	88-90
例：急性期から治癒するまでの各過程に必要な支援の見極めとケアができる ・ひとりの島民を急性期から一連でみれる ・島外に行っても帰島後には再度継続してみれる、ずっと追ってみれる ・その時その時、応じた指導ができればよい	1	3	104-106
10) 全年齢、健康増進・疾病予防から看取りまで、外科から精神科までの幅広いケアができる			
例：全診療科、全年齢を対象とした全診療科の看護ができる	1	1	505
例：妊婦から看取りまで、ある程度の疾患、予防接種、小児の幅広い知識等や経験がある	1	10	35-39
例：母子～高齢者、障がい者までオールマイティに業務をこなせること、かつ、それぞれの分野に専門性や経験をもって仕事ができる	3	20	60
例：離島の診療所は小児から高齢者、妊婦、精神科まで関わり、様々な症状の急性期から慢性期まで対応しているため、医療行為だけでなく、受診者・家族・島民全体への保健指導も並行して実施できる	1	9	33
例：母子、小児、高齢者、障がい者等への全般的・横断的な保健活動ができる ・そうすることで効率よい保健活動ができる ・島民全員をみることで、家族構成を想像し、わからなかった部分がみえてくる	2	28	68-76
例：診療業務全般(外来の対応、緊急の対応、環境整備、人間付き合い)ができる オールマイティに仕事ができればそれが一番よい	1	20	50

例：救急時、慢性疾患、小児、ターミナル期等多様で幅広い状況に対応できる ・医師の補助ができる	1	19	42
例：全年齢、病棟と外来の両方の全科(内科、外科、精神科、産科)の医療の知識、技術がある	1	8	51
例：広く浅くてもよいので、外来、病棟の両方における一般診療科の経験(成人、小児、内科、外科、整形外科)がある	1	7	50
例：一般的医療機関の外来は小児科、内科、整形外科等、専門分化している 一方、小離島の診療所は全年齢・全科の対象が受診するので、発達段階別のアセスメントが大切	1	18	158 183
例：病棟・外来の両方に必要な看護の一般的な知識があり実践できる	1	4	479
例：プライマリーケアを専門とした幅広い看護ができる 一般外来、救急外来での看護業務ができる	1	25	164-168
11) 子育て中の養育者の相談を聞くことができ、助言ができる			
例：養育者の複雑な感情の支援ができる		19	202-221
例：育児に関する知識があり助言できる	2	8	226
例：育児支援が必要な養育者への対応ができる	2	2	217-2
例：子育てに悩む母親への支援ができる ・保健師による訪問が必要だと判断した場合は看護師が支援依頼をできる	2	1	243
例：子育てに悩む養育者への支援、助言、共感ができる	2	16	95
例：子どもの養育者への相談に応じ、継続的な保健活動をし、調整役となれる	2	4	195
例：保健師が中心となって子育て相談ができる ・発熱時の対応、予防接種の機会など	2	24	248-250
例：離乳食や食事に関する知識があり助言できる	2	8	227
例：予防接種についての養育者の相談にのることができる	2	26	349-357
例：予防接種の必要性と内容の説明ができる	2	5	28-2
12) ターミナル期にある島民と家族への支援ができる			
例：ターミナル期にある島民の支援ができる	1	19	42
例：精神的ケア、看取り、死後のケアができる	1	4	15
例：島で死ぬことを望むターミナル期の高齢者の気持ちに沿いたいと思い、関係者と検討できる	1	4	79-120
例：島で普段通りの生活をしながら抗がん剤治療を希望する島民の想いを尊重した支援ができる	1	2	83-103
例：看取りについてのイメージを家族、介護者と一緒に共有できる 看取りについてのイメージができていない家族、介護者に対し、イメージができるような関わりをしていく	1	29	66-90
例：家族の希望で末期がんの告知を受けていない島民への支援ができる ・本人(高齢ではない)はがんというのは知ってるが末期というのは知らない ・家族に「末期でもう助からないって事は言わないでほしい」と言われ、最後まで抗がん剤をしながら「治るはず」と言って頑張ってた人もいた ・島で点滴による抗がん剤治療・輸血を実施したのでその調整も必要だった ・癌が脳に転移すると島外で放射線治療を受けて、その後島に戻ってきて療養をする等していた	1	4	347-375
例：島での抗がん剤投与・輸血に必要な対応ができる ○ 島での抗がん剤投与に必要な対応ができる	1	2	87-93
○ 島での抗がん剤投与・輸血に必要な対応ができる	1	4	347-375
例：島で死ぬことを望むターミナル期の高齢者の気持ちに沿いたいと思い、関係者と検討できる	1	4	82
13) 全年齢、あらゆる発達段階やライフステージを通した健康課題に対応したケアができる			
例：母子、成人、高齢者などのライフステージを通した継続支援ができる	2	11	225
例：母子から成人までオールマイティな対応ができる	2	12	194
例：子どもから高齢者まで幅広い看護ができる	2	16	31-33
例：母子から高齢者まで幅広い看護の知識があり対応できる	2	17	8
例：乳幼児から高齢者までの幅広い対応ができる	1	1	15

14) 発達の気になる子どもと養育者への支援ができる				
例：子どもの成長・発達のアセスメントができる	3	28	46-50	
例：発達の気になる子どもと養育者への対応ができる ・臨床心理士等の専門家の助言を得ることができる ・経過観察や専門機関への受診勧奨の判断ができる	2	16	101-107	
例：発達障害のある子どもを早期発見し、専門機関につなげることができる ・子どもの成長発達を観察し発達障害等の早期発見し、島外の専門機関へにつなげることができる	2	23	268	
例：自閉、多動等の発達障害のある子どもを早期発見し、専門医療機関への受診につなげることができる ・診療所医師は学校医も兼任しているが、発達が分からない場合があり、高校受験まで発見されないと、高校進学できずに島に残ったままとなってしまう	2	27	92-95	
15) ハイリスク家族の発見とケアができる				
例：家族機能が低下している家族を見つけ出し、必要なケアができる (家族機能が低下している家族は、全体的な健康度合が低い) ・子ども、高齢者、配偶者への虐待 ・アルコール、薬物中毒者 ・健康面でのハイリスク	2	25	465-480	
例：子どもの虐待の予防ができる ・離島は環境上、虐待の相談がしづらい ・介入により、子どもへの虐待を未然に防ぐことができる	1	23	216-228	
例：子どもの虐待の発見と報告ができる ・地域や乳幼児健診等の機会に	1	25	228-238	
例：高齢者虐待(ネグレクトを含む)への対応ができる ・疑いの段階で、訪問し、様子を観察する ・けがの観察をする	2	24	269	
16) 眼科疾患を抱える島民に必要な支援ができる				
例：検査機械がない中で眼科疾患の有無を判断できる 特に失明の危険がある眼科疾患：緑内障	1	6	307	
例：緑内障への対応ができる： 自覚症状から診断名の予測をつけ、必要な対応ができる： 頭痛・嘔吐・眼痛の訴えあり→ 血圧測定を実施→ 高血圧なら緑内障を疑う 緑内障であれば早急に島外の医療機関への受診へつなげる	1	6	307	
例：眼科の物品準備や介助ができる ・白内障、外傷、異物洗浄	1	7	64	
17) 皮膚疾患を抱える島民に必要な支援ができる				
例：皮膚疾患をもつ島民の看護ができる ・蕁麻疹、湿疹、掻痒感、皮膚腫瘍の膿瘍切開	3	28	37-50	
例：自覚症状と視覚的観察により診断名の予測ができる ・白癬・帯状疱疹	1	6	301	
例：皮膚科の物品準備や介助ができる ・帯状疱疹、湿疹、虫刺症	1	7	64-68	
18) 知的・精神的・身体的に障がいを抱える島民への支援ができる				
例：障がい者支援等の福祉に関する知識があり、障がいをもつ島民への支援ができる	2	10	352-2	
例：理解度の低い妊婦への相談に応じ支援ができる ・知的な面で遅れのある女性が妊娠5ヶ月になるまで妊娠に気づかず診療所に相談し、支援につなげたことがあった(初妊婦) 保健師がいればそういう島民への相談にのり支援をしてほしい	2	4	614-621	
19) 小中学生への支援ができる				
○ 養護教諭・看護師・保健師の3者間で連絡をとりながら、子どもの情報を把握し対応できる	3	10	97-98	
20) 耳鼻咽喉科疾患を抱える島民に必要な支援ができる				
例：器具が特殊な耳鼻科の物品準備や介助ができる	1	7	66	

21) 婦人科疾患を抱える島民に必要な支援ができる			
例：婦人科の処置ができる	1	21	20
2 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる			
1) 救急救命外来で行う一般的処置ができる			
例：救命処置を要する情報が入り次第、酸素・点滴・AED等の準備ができる	1	4	546
例：救命処置の優先度のアセスメントができる	1	7	92
・医師が気道確保→看護師が末梢静脈路確保、薬剤使用、役場職員への心臓マッサージ依頼			
例：救急外来で行う一般的処置ができる			
○ 救急外来で行う一般的処置ができる	1	2	69
○ 救急外来で行う一般的処置ができる	1	3	68
○ ができる	1	6	294
○ 救急救命処置、経過観察ができる	1	6	294、354
○ 救急救命処置ができる	1	9	43-1
・喘息発作、胸痛、呼吸苦、低血糖発作			
○ 救急救命の技術があり、対応ができる	1	18	44
急性期の心筋梗塞、脳梗塞、脳出血など突発的に起こることに対応できる			
○ 救急外来で行う一般的処置ができる	1	4	12
・救急救命で看護師に必要なこと： 救命処置を要する情報が入り次第、酸素・点滴・AED等の準備ができる、救命講習受講ができる、心臓マッサージができる、AEDを使用できる、点滴静脈注射ができる、心電図がとれる、挿管介助ができる			502
・急患のヘリ搬送は月1～2回ある、高齢者の大腿骨頸部骨折時は搬送することがある			
・心臓マッサージとかするときは年2、3回ある			
・救急救命が必要な場合は、心臓より頭部の疾病が原因の方が多く、また、原因不明の意識障害が多い			
例：急患時の基本的な対応ができる	1	23	70
・バイタル測定の順序等を誤らない基本的な知識がある			
・BLS(一次救命処置：人工呼吸、心臓マッサージ、除細動)、ACLS(二次救命処置：気管挿管、薬剤投与)の基礎知識がある			
・島外搬送に備えた対応ができる：医師は搬送先の医療機関への連絡や紹介状記載に追われ、対象者を見れなくなるので 容態やバイタルの変化、声掛け等の対象者への基本的ケアを実施できる			
・家族への連絡ができる			
・事務員に依頼ができる			
・外来の待合室で受診待ちの他の受診者の体調に応じた対応ができる、トリアージができる：緊急性がない受診者には説明して次回来院してもらう			
例：救急救命時の流れを理解し、対応できる(考えてる暇がなくて体が動く)	1	22	3
・心肺蘇生、輸液のための血管確保と薬剤投与、挿管介助等は島に来る前にできることが必要			
・その他の救急対応は島に赴任後に学んでよい			
・5～10分の余裕のある時は、調べたり、医師の指示に沿って対応する			
例：救急救命時に適切な判断と対応ができる	1	10	33-34
・救急対応で最も必要なのは、脳卒中、心筋梗塞等の命に関わる面において適切な判断をし、対応ができること			
例：手術室とICUの経験が3年以上あるレベルの救急受診者の看護診断ができる	1	9	138
例：バイタル測定の順序等を誤らない基本的な知識がある	1	23	70-80
例：急患時のバイタルサイン測定： 血圧、脈、意識状態等	1	27	14-17、18-23
・救急室の看護師業務レベルができる			
・医師の指示を待たなくても初期対応の必要性の判断ができ、医師に報告できる(例：聴診によるネブライザーの必要性の判断)			
・採血、点滴ライン確保などの技術			
例：救急救命に必要な処置ができる	1	26	73-109
・輸液ラインの確保ができる (小児科勤務経験がない医師の場合、子どもの輸液ラインの確保は特に必要)			
・尿道カテーテルの挿入： 拠点病院の規則では異性への尿道カテーテルの挿入は禁止されているが、小離島で緊急時、医師が他の処置で対応できない場合は必要			
・挿管チューブの固定			
・CVライン(中心静脈カテーテル)の固定			

例: 救急救命時のリーダーシップがとれる ・看護をしながら限られた人の中で、効率よく動けるために関係者を活用できる ・消防団員に助言や依頼ができる: 心臓マッサージの実施、または バッグバルブマスク (BVM: 口腔よりマスクにて他動的に換気を行うための医療機器。医療関係者にはアンビューバッグとも呼ばれている) を使用し送気を行うよう依頼ができる	1	18	54-61
例: 救命救急が必要な人が複数いたときの先を見越した対応ができる ・海上の事故で4名同時に救急救命が必要な時など	1	1	442
例: 救急救命時に医師と協働できる ○ 救急救命時に医師と協働できる 医師の指示を聞き、医師のフォローができる (医師は主に搬送先医療機関との調整をしているため)	1	18	54-2, 63
○ 救急対応時に、医師を補佐できる位の見通せた動きがとれる	1	10	74-75
○ 救急救命時に医師の対応を予測した対応ができる	1	8	49
○ 医師を補佐し、医師の指示で実施できる	1	4	518
○ 緊急時多忙な医師に助言できる ・救急時に使用する薬剤の使い方と量の知識がある ・酸素飽和度が低いときは、自己判断でマスクに変えることができる ・挿管の喉頭鏡のサイズが合わない時は、サイズ変更を助言できる ・酸素ボンベの残量をチェックし、なくなる前に医師に助言できる ・緊急時に使用する薬剤おおよかな投与量についての知識があり、医師の指示量に誤りがある際に助言ができる	1	24	76-93
例: 消防隊員、役場担当職員への協力要請ができる ○ 消防隊員への協力要請ができる 救急の薬剤を点滴に入れる 行政事務職員・消防隊員への医療行為の記録やヘリ要請依頼 警察への連絡	1	4	515-522
○ 消防隊員への協力要請ができる	1	8	47-2
○ 急患時の対応時に役場の防災担当職員に応援依頼ができる	1	2	203
例: 身の回りの着替え、排泄の誘導や介助ができる	3	23	86, 290-292
例: 心電図測定ができる ○ 心電図測定ができる	1	4	503-1
○ 心電図測定ができる	1	24	146-155
例: 輸液のための血管確保と薬剤投与ができる ○ 点滴静脈注射ができる	1	4	503-2
○ 救急救命時に輸液のための血管確保と薬剤投与ができる	1	22	11
○ 救急救命時に輸液のための血管確保ができる	1	23	85
例: CVライン(中心静脈カテーテル)の固定ができる	1	26	73-109
例: 尿道カテーテルの挿入ができる ・拠点病院の規則では異性への尿道カテーテルの挿入は禁止されているが、小離島で緊急時、医師が他の処置で対応できない場合は必要	1	26	73-109
例: 吸引ができる	1	23	85
例: 酸素投与等を医師の口頭指示だけで実施できる	1	24	12-22
例: 呼吸困難時、喘息発作時の対応ができる	1	9	48
例: 低血糖発作時の対応ができる	1	9	48
例: 胸痛発作時の対応ができる	1	9	48
例: 原因不明の意識障害に対する対応ができる	1	4	530
2) 心肺機能停止やショック時の対応ができる			
例: CPA (cardio pulmonary arrest: 心肺機能停止) 時の対応ができる ・点滴による静脈確保、気道確保の介助等を素早く実施できる ・上手く声かけができる	1	29	42
例: 自宅で呼吸停止した島民へのCPR(心肺蘇生)ができる	1	8	43-2
例: ショック、呼吸不全、心肺停止、心筋梗塞に対応できる ・医師の指示なしでも動ける	1	25	136-147

例: BLS(一次救命処置Basic Life Support:特殊な器具や医薬品を用いずに行う)の基礎知識があり、実施できる 心臓マッサージ→挿管→酸素つなぐ→AED装着→診療所へ搬送			
○ 急患対応での心肺蘇生のBLS(一次救命処置)ができる	1	21	135
○ BLS(一次救命処置:人工呼吸、心臓マッサージ、除細動)の基礎知識がある	1	23	72
○ 心肺蘇生(CPR: Cardio Pulmonary Resuscitation)ができる 心臓マッサージができる(心臓マッサージとかすときは年2、3回ある)	1	4	502-2, 511 6
心停止時に心肺蘇生ができる	1	22	
救急時に心肺蘇生等の対応ができる ・最重要 ・心肺蘇生時等の対応の知識があり、間違いなく実施できる	1	24	12-22
○ AEDの使用ができる	1	4	503-3
例: ACLS(二次救命処置 Advanced Cardiovascular Life Support :BLSのみでは心拍が再開しない場合、救急車内や病院などで気管挿入や高濃度酸素、薬剤も用いて行う)の基礎知識があり、実施できる			
○ 急患対応での心肺蘇生のACLS(二次救命処置)ができる	1	21	135
○ ACLS(二次救命処置:気管挿管、薬剤投与)の基礎知識がある	1	23	72
○ ACLS(二次救命処置)やショックへの対応ができる ・基本として必要	1	25	7-16
例: 除細動器(心室細動や心室頻拍などの不整脈に対し、電気的な刺激を与えることで除細動や同期性通電を行う医療機器)の取扱いができる	1	21	20
例: 挿管介助ができる			
○ 緊急時の挿管介助ができる ・挿管は医師が実施し、看護師は介助だけを行う	1	1	278-285
○ 挿管介助ができる	1	3	361-1
○ 挿管介助ができる 挿管チューブ挿入後にアンビュー バックで空気を送ることができる	1	4	504 514
○ 挿管介助ができる ・挿管介助は数年に1度だが、実際の介助時にパニックになりやすいので	1	6	294
○ 挿管介助の流れを把握し、挿管介助ができる ・挿管チューブを医師に渡すときは中にワイヤー、ガイドを入れる、挿管チューブ挿入後は、空気、膨らまして、カフを入れる	1	22	12-38
○ 挿管介助ができる	1	23	85
○ 挿管介助ができる ・挿管チューブにスタイレット入れ、ジェリーで塗っている ・バイトブロックは準備して入れたら、もうすぐに止まる状態になる	1	24	146-155
○ 挿管チューブの固定ができる	1	26	73-109
例: 役場担当職員へ心臓マッサージの依頼ができる	1	7	92
例: 自宅療養者の心停止時の対応ができる ・CPR(心肺蘇生)ができる ・延命処置を希望しない在宅療養者とその家族への対応ができる・・・ 自宅で呼吸停止後、医師と往診に行き、医師が心肺停止と死亡を確認	1	8	39
例: 急性心筋梗塞への緊急対応ができる ・年に1回ある ・心筋梗塞でヘリ搬送までに助かったのは5例、助からなかったのは2-3例ある	1	1	90-102
3) 島外への搬送に必要な対応ができる			
例: 急患時の島外搬送に備えた対応ができる 医師は搬送先の医療機関への連絡や紹介状記載に追われ、対象者を見れなくなるので ・容態やバイタルの変化、声掛け等の対象者への基本的ケアを実施できる ・家族への連絡ができる ・事務員に依頼ができる ・外来の待合室で受診待ちの他の受診者の体調に応じた対応ができる、トリアージができる: 緊急性がない受診者には説明して次回来院してもらう	3	23	74-80, 290-292

例：緊急ヘリ搬送の要請時に、医師の口頭指示だけで輸液、酸素投与等を実施したり、バイタルの報告ができる 対象者との会話ができる (医師は搬送先に連絡や紹介状を作成したり、役場職員にヘリポートへの安全確認を依頼したりする)	1	24	25-28
例：医師は、心肺蘇生の必要な場合等の救急処置と、3種類の書類(海上保安庁1通、拠点病院2通(紹介状を含む))作成を含む搬送手続きを同時に実施する必要があるため、救急搬送の手続きを医師の仕事と割り切らず、医師をサポートできる体制が必要 ・医師が緊急時の対応で搬送の手続きができない時は、搬送手続きを看護師が代行する ・週末等、医師不在時は看護師が緊急時の対応とその手続きを実施する ・海上保安庁への搬送要請書類: 詳細な受診者情報の記載は不要 対象者の概要、年齢、同乗者だけ	1	26	24-71
例：役場担当職員とヘリ搬送時の打合せができる	1	2	205
例：ヘリ搬送中は何も処置できないので、呼吸に危険性を感じたら搬送前に挿管できる	1	3	328
例：ヘリ搬送要請時に搬送元からの医師の同伴依頼の判断ができる ・挿管困難時、意識レベル低下時	1	3	328
例：役場職員への応援依頼ができる ・FAXでの紹介状送付、電話連絡、救急車搬送準備	1	3	332
例：搬送準備、家族への説明(準備用品、添乗)ができる ・県のシステムの6ヶ月計画で、搬送先の救急当直病院は輪番制で決まっている 本人の希望する病院が受け入れ可能であればそこに送ることもある ・搬送の調整は診療所医師と搬送先の救急当直病院の医師が行う(空床確認、医師の添乗依頼)	1	6	354
例：ヘリ搬送不可時の対応ができる ・台風によるヘリ搬送不可時の漁船搬送の判断	1	1	431~ 434-1
例：発生当時、搬送時から関わることができる ・救急車で搬送に同乗する、または搬送中に診療所で準備ができる ・消防団員、家族、発見者への助言ができる	1	18	44-48
例：家族または代理者(キーパーソン)と連絡をとり助言ができる			
○ 島外への救急搬送が必要な島民の家族やキーパーソンを探し、誰もいない時は、役場に付添依頼ができる	1	3	348-349
○ 時間に余裕があれば家族へ容態説明ができる	1	24	103-107
○ 急患搬送時に家族への援助(家族への声かけ、連絡、入院の準備物品)ができる	1	7	103
○ 家族等と連絡をとり、ヘリ搬送の同乗者を探すことができる	1	18	103
○ 家族に入院準備の助言ができる ・必要最低限のもの(健康保険証・診察券・紹介状・2~3日分の着替え・常用内服薬・携帯電話)			
○ ヘリ搬送時、家族への配慮ができる ・用意する物の説明を家族にできる、または家族が動くことができなければまたは代理者(キーパーソン)に依頼できる	1	10	48-53
○ 診療所行政事務職員に家族への連絡依頼ができる ・島内家族および、搬送先医療機関近くの島外に住む家族への連絡	1	7	116
4) 自傷・他害や海の事故などで緊急対応が必要な島民への対応ができる			
例：自傷・他害で緊急対応が必要な島民への対応ができる			
○ 自殺未遂者の救急救命への対応ができる	1	18	41-2
○ 暴力行為等が予測される精神疾患を持つ島民への緊急時の対応に備えることができる	2	27	102-113
例：ダイビング関連の海の事故に会った者の救命処置と搬送介助ができる			
○ 溺水時の救急救命ができる ・心臓マッサージ→挿管→酸素つなぐ→AED装着→診療所へ搬送 ・一次救命処置は消防団員に依頼し、看護師は挿管チューブ挿入後酸素をつなぐ	1	4	512, 536
○ 溺水時の救急救命ができる ・CPA(cardio pulmonary arrest:心肺停止)はダイビングでの溺水で多い ・挿管搬送 ・2年半で、ダイビングの溺水での死亡は2名、溺水で挿管しての島外搬送が6~7名いる	1	8	35-39

○ 溺水で心肺停止の対象者に、医師の口頭指示の元での薬品投与、血管確保と薬液投与ができる： 医師は気道確保、酸素投与、心臓マッサージを実施	1	24	12-22,73
○ ダイビング関係の事故に関する知識がある	1	10	44-47
例： 一酸化炭素中毒者の救命処置と搬送介助ができる ・血管確保の判断と医師への助言ができる ・酸素ポンベの判断と準備依頼ができる ・搬送手段の判断（ヘリまたは船）ができる ・搬送場所の判断ができる ・拠点病院等への協力依頼ができる	1	1	436-460
例： 交通事故、サトウキビ刈り機械等による事故時の対応ができる	1	18	44
5) 緊急な出産介助と新生児のケア、早産時の搬送介助ができる			
例： 時間外に突然破水した妊婦への診察介助ができる	1	22	239-240
例： 緊急時の出産介助ができる ・島に赴任して島内で緊急出産があった ・島内看護職者への応援依頼ができる ・島外助産師への電話での助言依頼ができる	1	1	13-35
例： 救急出産時の対応ができる ・医師の介助、親子への看護	1	8	65
例： 看護師不在かつ台風で飛行機・船の使用不可の中で、研修医時代以来出産介助の経験がない医師と共に緊急出産介助ができる ・出産後新生児用の酸素マスクを紙コップで作成できる	2	19	61-65
例： 妊娠しているのを誰にも知らせず自宅出産した島民への対処できる ・パニックにならずに対応できることが必要	1	25	218-219
例： 緊急出産介助後の処置ができる ・4年に1回の頻度で緊急出産介助が必要だった	1	21	106-111
例： 新生児のケアができる ・胎盤排出まで新生児をみる、ヘリ要請の判断、新生児服の確保ができる	1	1	30
例： 早産時のヘリ搬送時に関わることができる	1	10	61
6) 特殊な医療行為ができる			
例： 医師のパートナーとしての看護師の役割と、何もないところでジェネラルな役割ができる (薬剤の調合・管理、レントゲン撮影、血液検査)	1	30	48-56
例： 被曝量の知識があり、レントゲン撮影ができる			
○ 医師が多忙なときに医師の代わりにレントゲン撮影ができる	1	1	345
○ 被曝量の知識をもち、レントゲン撮影ができる ・法律のボーダーラインにあるが、医師が撮影室の中で受診者を押さえて、看護師がボタンを押す	1	21	21-24
○ レントゲン撮影ができる ・専門職に限りがあるため、レントゲンも時にはポンッと押さないといけない	1	30	48-4
○ 医師1人しかいない中でのレントゲン撮影ができる ・医師が子どもを押さえて、看護師がスイッチを押す	1	4	265-268
例： 輸血・抗がん剤治療に必要な対応ができる			
○ 放射性内服薬（抗がん剤）の調剤や破棄ができる (抗がん剤治療は専門医不在では実施できないが、特別許可を得て島で抗がん剤治療が実施されることがある) ・必要な薬剤・感染症対策物品を揃える(化学療法に必要な薬剤・感染症対策物品を揃えるときに、薬剤部や感染対策の認定看護師に対応してもらう ・調剤(看護師としての抗がん剤の取扱について、親病院では投薬することはあっても、薬を混ぜること等はないが島では必要) ・放射性物質の廃棄(他の薬剤と異なる)	1	2	83-103
○ 点滴静脈注射による抗がん剤治療に必要な対応ができる ・抗がん剤の点滴投与者は医師と看護師の二人 診療所が忙しくない時間帯に実施 ①医師と看護師の2名で量をダブルチェックする(微量な量なので間違わないようにする) ②医師が点滴針を刺し投与開始する ③看護師がその後の状態や副作用の観察をする ・必要時、拠点病院の薬剤師に相談する	1	4	347-375

○ 輸血に必要な対応ができる (これまで島で抗がん剤使用は乳がん末期と胃がんの島民) ・台風等で船が欠航し到着が遅れることがないように天候不良前に発注・送付依頼できる ・投与ミス防止策がとれる 輸血前: 氏名・血液型・輸血を合わせて医師とダブルチェック 抗がん剤投与前: 氏名・投与量を合わせて医師とダブルチェック	1	4	347-375
7) 救急救命時に医師や看護師の依頼に応じた支援ができる			
例: 島の消防隊員の救急救護班に加入し、救急時で看護師不在時や複数の看護職者が必要時に対応ができる ・医師からの支援依頼に応じた対応ができる ・保健師として、バイタル測定、経過記録、受傷者への声かけ、家族との調整ができる	2	19	48-60
例: 島内の限られた医療従事者の一人として必要時応援ができる	2	7	383
例: 急変の時の見方等の医療の知識がある	2	28	68
例: 救急救命時に医師の指示を理解し実施できる	2	24	420
例: 救急救命時に医師の依頼による血管確保ができる	2	24	421
8) 救急時使用する薬剤や物品の管理ができる			
例: 緊急時使用する薬剤の知識がある	1	3	68-2
例: 救急カートの物品の確認ができる	1	1	282-283
例: 救急カートが必要な場合の対応ができる	1	3	759
例: 新しい器具の確認と緊急時に備えた準備ができる	1	1	286
例: 薬剤配置の工夫 ができる	1	1	99
9) 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血に対する対応ができる			
例: 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血に対する対応ができる ・画像診断ができない中で脳内出血(くも膜下出血・脳内出血)の予測ができる ・飲酒中にくも膜下出血を起こし痙攣した島民への対応ができる			
○ 画像診断ができない中で脳内出血(くも膜下出血・脳内出血)の予測ができる	1	3	364-367
○ 脳出血・脳梗塞の方が心臓関係より救急救命が必要な場合が多い	1	4	526
○ 一次救急は脳出血や脳血管関係が多い	1	7	62-2
○ 飲酒中にくも膜下出血を起こし痙攣した島民への対応ができる	1	8	45
10) 子どもの救急救命時の対応ができる			
例: 子どもへの点滴ができる、挿管介助ができる	1	29	32
例: 子どもへの挿管介助ができる	1	21	105
例: 子どもの救急心肺蘇生、PALS(小児の二次救命処置)ができる	1	21	136
例: PALS(小児の二次救命処置), NCPR(新生児の蘇生)への対応ができる ・基本として必要	1	25	7-16

3 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる

1) 町村が実施主体である全島民の予防接種の管理と対応ができる

※離島以外の市町村ではBCG以外の定期予防接種は全て医療機関での個別接種に委託し、保健師の同席はない
 沖縄県の小離島では定期予防接種は全て保健師が接種日程設定・薬剤管理・接種介助を実施。接種場所(診療所または保健センター)や看護師の従事、薬剤管理、医師や診療所への委託内容と料金は離島町村により異なる

(1) 村全体の予防接種の体制について最良の方法を検討できる

例: 村全体の予防接種の体制について最良の方法を検討できる

- ※ 下記の⑤～⑧は村によって看護師、保健師のどちらが実施するかは異なっており、どう対応するのが最良なのか分からず不安があり、他の小離島でも問題となっているため、村全体の予防接種の体制について最良の方法を検討する必要がある
- ・予防接種管理が大変で、母子の担当は予防接種の関連で追われてしまう感じがある

島の子ども全員の予防接種の対象者の管理と対応ができる

- ①定期接種・任意接種(子宮頸癌ワクチン、肺炎球菌ワクチン、ヒブワクチン)の接種状況の把握ができる
- ②個別・集団のスケジュール管理ができる: 予定日に体調不良等で接種できない場合のスケジュールの修正ができる
- ③流行状況も踏まえながらのスケジュール管理ができる
- ④拠点病院・診療所長と村の契約内容の調整ができる:
村によって契約先が拠点病院との契約、または診療所医師個人と異なる
- ⑤接種の準備ができる(医師が来るまでのワクチン・注射器の準備、注射器へのワクチンの注入)
- ⑥接種する場所において複数で対象者・接種の種類等の確認(ダブルチェック)ができる
- ⑦医師の接種介助ができる
- ⑧接種後の体調確認ができる

(2) 子どもの定期予防接種の管理と対応ができる

例: ・子どもの予防接種に対する知識がある

- ・子どもの養育者への任意接種も含めた予防接種の必要性和副作用の説明、および接種勧奨ができる
- ・島の子ども全員の全ての定期の予防接種計画を作成できる

○ 子どもの予防接種に対する知識があり、島の子ども全員の全ての定期の予防接種計画を作成できる(任意の予防接種もできた方がよい)

○ 島全体の子どもの予防接種の管理ができる

- ・この業務量が非常に多い上に、細心の注意を払う必要がある
- ・転入者の接種歴確認(未接種の有無、接種日確認)
- ・接種計画立案: 必要な種類の予防接種全ての接種日の設定(流行状況も踏まえながらのスケジュール管理ができる・・・ 風疹流行時には風疹の予防接種を早く実施するように計画する)
- ・行政事務職とのダブルチェックをし、対象者・接種の種類・接種日を間違いなく設定できる

○ 島の子ども全員の予防接種の対象者の管理と対応ができる

○ 子どもの予防接種について個別・集団のスケジュール管理ができる

- ・定期接種・任意接種(子宮頸癌ワクチン、肺炎球菌ワクチン、ヒブワクチン)の接種状況の把握ができる
- ・養育者に予防接種の公費負担等の情報提供ができる
- ・未接種者の把握と養育者への接種勧奨ができる
- 予防接種率を100%にする

○ 子どもの定期・任意の予防接種の教育とスケジュール立案を役場行政職員と共にできる

- ・予防接種教育・・・ 子どもの養育者への任意接種も含めた予防接種の必要性和副作用の説明、および接種勧奨
- ・予防接種スケジュール立案: 行政職員に任せ、保健師は最終確認をする

○ 島の子ども全員の予防接種の管理を役場行政職員と共にダブルチェックをしながら実施できる

○ 保健師と診療所が連携をとりながら子どもの予防接種のスケジュールリングができる

- ・小離島の定期予防接種は集団を基本にスケジュールリングする
- ・まず保健師が集団を基本とした定期予防接種を、次に、医師が個別の任意予防接種をスケジュールリングする
- ・接種予定が変更になることもあるので、連携しながら修正する

○ 保健師と医師が相談しながら予防接種のスケジュールリングできる

2	13	41-71
2	8	225
2	10	414
2	13	41-71
2	21	189-199
2	27	140-159
2	10	421
2	23	252-266
2	24	258

○ 診療所の意見を聞きながら小児の定期および任意の予防接種のスケジュールリングができる	2	29	105-121
<ul style="list-style-type: none"> ・定期の予防接種の例：保健師・役場行政職員が診療所の意見を聞きながら接種日時を決め、対象児の養育者に通知→毎週水曜日の16時半～17時に対象者に診療所に来所してもらう。呼出・物品準備・受付は保健師・役場行政職員、接種は医師とする ・任意の予防接種の例：保健師(役場行政職員)が診療所の意見を聞きながら目安の接種日を養育者に説明→接種日に対象者に診療所に来所してもらう。物品準備・受付は看護師・役場行政職員、接種は医師とする 			
○ 子どもの予防接種業務ができる	1	9	126
<ul style="list-style-type: none"> ・最近子どもの予防接種が集団接種から個別接種に変わり複雑化したため、診療所の業務が非常に増え大変になった ・診療所医師が子どもの個別の予防接種日程を計画し、診療所から連絡し、個別接種。定期予防接種の実施主体は役場だが診療所から連絡している 			
○ 養育者に予防接種の説明ができる	2	24	259
○ 看護師と保健師が連携をとりながら子どもの定期予防接種への支援ができる	3	2	235-248
<ul style="list-style-type: none"> ・対応しやすい予防接種部屋の環境作り ・定期予防接種中に子どもの個別予防接種を希望する養育者への対応についての意見交換 			
○ 子どもの定期、任意予防接種について	2	26	349-357
<ul style="list-style-type: none"> ・養育者に接種の必要性の説明ができる ・養育者の相談にのることができる ・定期予防接種のスケジュール設定ができる ・B型肝炎ワクチンなどの任意予防接種の勧奨ができる 			
○ 未接種者の養育者への接種勧奨ができる	2	25	301-308
<ul style="list-style-type: none"> ・ポリシーで受けない人がある ・現在未接種の人は今後も未接種を貫きたい人が多い 			
○ 子どもの予防接種勧奨ができる	2	8	225
○ 子どものワクチンの知識(種類・注意事項・間隔)があり、養育者に説明できる	1	5	24, 28-1
(3) インフルエンザ予防接種等の管理と対応ができる			
例：高齢者のインフルエンザ予防接種の管理・対応ができる(予防接種業務は格段の大変さを感じる)	2	13	67 69
<ul style="list-style-type: none"> ①管理台帳での管理ができる ②接種場所(地域の各公民館など)、接種日程の調整ができる：対象者が100名など多い場合は研修医が来る日程に合わせることもある ③予診ができる ④対象者・接種の種類等を複数で確認できる 			
例：高齢者への肺炎球菌ワクチン予防接種の教育とスケジュール立案ができる	2	27	140-159
<ul style="list-style-type: none"> ・予防接種教育・・・対象者への予防接種の必要性和副作用の説明、および接種勧奨 ・予防接種スケジュール立案：行政職員に任せ、保健師は最終確認をする 			
2) 特定健康診断、特定保健指導などの保健事業を通して島民全体の生活習慣病予防につなげることができる			
例：中年期にある島民の健康増進へのアプローチができる	2	27	120-131
<ul style="list-style-type: none"> ・中年期に多い健康問題は、飲酒、喫煙、糖尿病、高血圧、健康診査未受診など ・小離島では中年期は役場職員、役場職員関係者に多い ・中年期の診療所受診は少なく、診療所で対応しにくい 			
例 島民の生活実態に即した島民全体の生活改善のアプローチができる	2	3	639
<ul style="list-style-type: none"> ・大半の島民の健康課題が高脂血症、高血圧の場合・・・ 観光地である島の場合は、観光シーズンは島民は忙しくなり、宿泊客を接待するための飲酒や、客に合わせた高カロリーの食事の機会が多くなる 観光シーズンオフ時は島外に出るため、外食の機会が多い 島民が集まる場を利用し、毎年保健師主体で健康祭を開催し、看護師はアイデアを出す ・島民の常食のサンプル・写真とカロリー・塩分・糖分を展示し、島民が低カロリーの食事を選択できるようにする(ビールのつまみ、もずく、天ぷら、刺身、唐揚げ、素揚げ、外食の弁当など) ・シーチキンの缶詰について、油入りと油なしのカロリー比較を展示する 			
例：健康診査受診勧奨、健康増進活動ができる	2	27	120-131
保健師は役場内の医療従事者として、役場職員への健康増進のアプローチができる			
例：島民全体の特定健康診査受診率向上のための対策がとれる	2	16	109-113
例：特定健康診査受診勧奨をし受診につなげることができる	2	1	251-254

例：特定健康診査・特定保健指導の実施を通してメタボリック症候群の改善ができる			
○ 健康増進対策の根拠法の知識があり、特定保健指導ができる	2	14	147-1
○ 特定健診、特定保健指導の実施、改善への取り組みができる	2	15	34-43
○ 行動変容につながる特定保健指導ができる ・次年度以降も健診を受けたいと思ってもらえる ・行動変容につながる保健指導の知識がある	2	16	113-117
例：特定健康診査・がん検診の結果、生活改善や受診につなげることができる	2	3	588-592
例：特定健診結果、基準値から少し外れている人への指導ができる ・訪問し、各家族に合わせた指導ができる	2	29	152-155
例：特定保健指導の対象者への動機付け支援ができる	2	11	44-56
例：特定健診結果、HbA1c5.4～5.8、または6.0以下の島民は保健センターで自己測定させ、必要な助言・支援につなげる： ・HbA1c測定の検査キットや郵送検診キットを活用した糖尿病予防対策がとれる ・生活や栄養指導をする、栄養士に栄養指導を依頼する ・2-3か月毎に来所してもらいフォローしていく ・年に2回、腎機能の評価を専門医に依頼する	2	21	463-503
例：島民健康診査受診結果、要支援者への指導や受診勧奨 例：高尿酸血症	2	26	360-400
例：要治療者への診療所受診勧奨ができる ・対象者は、糖尿病治療を放置者等 ・健診結果や過去の記録から対象者を選定	2	25	240-251
例：特定健康診査結果、生活習慣改善が必要だが、医師から「内服の必要はない」と言われたことを「生活習慣の改善も不要」と誤解している島民に、生活習慣改善の必要性を説明できる ・保健指導をしながら、「今、菓飲まないでいい段階だけど、生活習慣改善は必要」なことを説明できる	3	16	312-314
例：治療中断者、未治療者、受診拒否者への医療機関への受診勧奨ができる			
○ 村のイベント(健康祭等)で島民が多く集まる機会に、診療所への受診が必要な島民への受診勧奨ができる	2	3	572-587
○ 治療中断者、および未治療者への受診勧奨ができる ・薬剤の詳しい説明や継続使用の勧奨ができる	1	10	68-1
○ 治療が必要となる前の疾病の予防対策がとれる ・健康診査未受診で未治療者へのフォローアップができる ・受診につなげる：症状悪化してからの治療や救急搬送を防ぐ	2	23	158-163
3) 小離島という環境を考慮した上で、島民全体を対象とした感染症予防対策がとれる			
例：感染症に関する危機管理がとれる 感染症やその疑いのある受診者への感染拡大予防対策がとれる ・結核疑い、水痘・風疹・流行性耳下腺炎等の子どもの感染症、インフルエンザ、新型インフルエンザ等	2	10	390-411
例：感染症の知識があり、感染症発生時に学校機関等周知し、感染予防対策がとれる ・小離島はその狭小性と、子どもの兄弟が多いためインフルエンザなどの感染症が蔓延しやすい環境にある	2	8	233
例：小離島では感染症が蔓延しやすいので感染予防対策がとれる ・小離島では特に高齢者は感染しやすい ・感染症罹受診者の症状と個別に合った診察までの流れを医師と相談し決定できる	1	3	168
例：診療所待合室において、感冒症状がある時は受診前に電話での受診予約が必要なことを伝える ・そうすることで、他の受診者への指導にもなる	1	3	174
例：感染症流行初期に島民全員にデータやニュース情報の提供をし、地域での感染拡大防止の注意喚起ができる	1	3	215-219
例：医師を通して役場への予防対策の村内放送依頼ができる ・インフルエンザやノロウィルスの感染予防・受診方法・予防接種を伝える	1	3	221
例：インフルエンザ流行時、島民票のない島民への予防接種勧奨ができる	1	3	234

例：船や航空機の利用時は感染しやすいので留意することを説明できる	1	3	201
4) 子どもの発達支援体制を構築し、発達を促す支援ができる			
例：発達支援が必要な子どもが専門機関を受診し、診断名がつくまでに必要な支援ができる	2	19	202-221
例：養育者が乳幼児の発達について島内で専門家に相談できる体制の構築ができる ・養育者が島外の発達専門機関を受診するまでに、島内で何度か専門家に相談できるように ・乳幼児健康診査日や翌日に臨床心理士を呼び、個別の発達相談の機会の設定ができる	2	19	202-221
例：子どもの発達を促す支援体制の構築ができる ・診断がついたときに、“村の体制として何も変わりません”であれば、診断する意味がないという認識が ・子どもの発達支援の専門職員を島に呼び、子どもに関わる島内の専門職種(保育士・幼稚園教諭・小学校教員・保健師等)のレベルアップを目的とした開催ができる ・役場保健事業担当課・保健師が調整の事務局になり、課長・村長名での案内文書を作成し小学校等関連機関・関係者へ案内 ・年5回、仕事が終了した6時以降に開催 ・保健師として教室開催の必要性を認識し、課長を説得し、開催できる	2	19	202-221
例：子どもの発達について、養育者が相談できる場の設定ができる	2	27	92-95
5) 保健事業を通して、高齢者への健康支援ができる			
例：訪問や健康相談などによる高齢者への見守りと支援ができる ・島民の人口の大半が高齢者の小離島においてはまず何よりも高齢者のケアを積極的にするべき ・診療所に全く来ない高齢者 ・訪問により認知症を含む独居高齢者のADL自立度等を観察する：独居生活がちかちかと送れているか、食事内容、炊飯状況、睡眠状況 → 要支援者の早期に発見 → 支援の内容の判断 → 診療所を含む支援者への情報提供	2	27	86-90
例：介護保険が認定されていない高齢者への対応ができる	2	3	566
例：高齢者が自由に集う場所で健康相談をしたり、状態がみれる	2	23	190-208
例：独居高齢者の閉じこもり防止対策や運動教室の開催ができる	2	2	222
6) 精神保健事業や精神巡回相談、デイケアなどの精神保健福祉事業を通して、精神疾患を持つ島民への支援ができる			
例：精神巡回診療・相談後に関係者間のカンファレンスや情報交換ができる 自傷他害の可能性が高い島民への継続的な対応について関係者間で検討し、役割分担できる ①自傷他害の予防策、②自傷他害発生時の対応：逮捕・拘束方法、逮捕後の入院につなげる流れ	2	4	200-217
例：精神疾患をもつ島民を対象としたデイケアを毎月1回実施できる	2	4	221-223
例：生活支援員等と共に精神疾患罹受診者を対象としたミニディサービスの実施ができる ・訪問等により対象者への参加を促すことができる	2	21	372-376
例：地域全体で酒害予防対策がとれる 島民がアルコール依存症を発症しない対策がとれる ・地域全体で、飲酒時は運転しない、という運転マナーの普及を行う ・島の警察官へ飲酒運転摘発の徹底を依頼する ・専門医を講師とした講演会の開催ができる	2	21	202-354
7) 自立支援体制の構築や自助組織、福祉事業を通して、知的・精神・身体に障がいをもつ島民の自立支援ができる			
例：断酒会支援等、他の離島で成果がみられる保健対策を参考にできる	2	21	70-77
例：断酒会設立支援ができる	2	15	263
例：島にある断酒会などの自助組織への支援を通して、当事者の自立を促すことができる	2	1	70-77
例：小規模多機能作業所の設立支援ができる ・家族会・島民・区長・自治会長等の理解と支援を得る、活動実績を積みながら費用の助成が受けれる	2	15	

8)	保健事業を通して、子育て支援(親子保健)対策がとれる			
	例: 乳幼児とその養育者同士の交流の場の設定ができる	2	4	227
	例: 乳幼児と養育者が集まる場が全くない場合は、場を設定し、交流を促進できる	2	4	227
	例: 子どもの養育者を対象とした、疾病時のケアについての講演会を開催できる	2	4	134-135
9)	保健事業を通して、小中学生への支援ができる			
	例: 養護教諭と協働・連携した保健対策がとれる	3	28	52-54
	例: 養護教諭・看護師・保健師の3者間で“地域と連携し、地域資源を活用しながら、思春期対策を充実する”等の意識を高くもてる	3	10	100-101
	例: 保健師、医師、学校の養護教諭が連携して思春期への保健アプローチ、思春期教室を実施できる	2	24	268, 310-329
10)	産業保健事業を通して役場職員を含め、働いている島民の健康支援ができる			
	例: 産業保健、作業中の怪我の発生予防のための事前のアプローチができる	3	28	52
	例: 役場職員やその家族、島の友人も看護の対象という認識を持ち健康相談できる関係性を構築できる ・小離島では島民の中での役場職員とその家族の割合は高いため	2	14	159-168
11)	保健事業を通して、妊産婦への健康支援ができる			
	例: 妊婦に共通してみられるニーズを町村役場で施策化できる	2	11	119-135
12)	島の子ども全員の齲歯罹患率減少のための対策がとれる			
	例: フッ化物洗口の導入と協力依頼ができる ・県保健所の母子保健担当保健師と共に導入の検討ができる ・小中学校校長へのフッ素洗口の協力依頼ができる	2	19	190-198
13)	島全体の災害に備えた対策がとれる			
	例: 災害対策がとれる(津波対策が主) ・医療対策の検討ができる ・津波で1週間以上孤島となった時の対応の検討ができる ・独居高齢者への支援方法の検討ができる	2	10	279
4	診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる			
1)	診療材料、消耗品、薬剤などの確認・発注・補充ができる			
	例: 診療材料の物品管理ができる、事務的なことができる	1	28	32
	例: 拠点病院の各担当に相談しながら物品や薬剤の請求ができる	1	2	79
	例: 消耗品や滅菌された物品の請求ができる ・バーコードではなく、アナログで請求書を見て消耗品の請求ができる	1	3	383
	診療材料の消耗品の管理ができる ・注射器の針・注射器・綿棒・ガーゼ・包帯・ギブス等 在庫・期限切れの確認と請求	1	4	466
	薬剤や物品の管理ができる ・使用期限の確認、請求と受取確認(瓶・消耗品・酸素ボンベ等) ・月2回請求し、事務職員・医師と共に到着日に船乗り場に取りに行く	1	6	518
	薬剤等の管理、定期的な補充ができる ・2週間に1回、定期的に、在庫が多すぎず、少なすぎずなるようにする(医師はほとんど関わっておらず、看護師がメインで管理している)	1	27	24-25
	診療所の物品管理ができる ・期限切れは拠点病院に返却し、新しいものと交換する	1	29	194

例：診療所内の全ての物品管理ができる	1	3	377-1
診療所内の全ての物品管理ができる	1	1	498-502
診療所内の全ての物品を整理整頓し、把握できる ・診療所赴任直後の2週間は全部掃除をし、全ての物品を把握し、自分なりに使用しやすいように整理整頓した	1	19	74
診療所内の物品管理、薬剤の管理を全て主体的にできる ・医師と相談しながら準備と対応ができる	1	30	72
例：物品管理ができる ・トイレトペーパー等も必要	1	7	149
例：物品の管理ができる ・定期的に全数と使用期限の確認をし、返品と請求ができる ・各診療所の方法に合わせた実施ができる	1	23	26-56
2) 診療所、保健センターの掃除・環境整備・維持・点検などの管理ができる			
例：掃除・環境整備ができる			
○ 診察介助・物品準備・片付けができる	1	3	401
○ 診療所内の整理整頓をし環境をきれいにできる	1	25	126-133
○ 診療所内の整理整頓、保清ができる	1	28	194
○ 毎日の掃除ができる ・毎日の掃除ができる 出勤後は毎日掃除から始めることができる	1	6	1267
・毎日の掃除ができる 毎日8時半から9時まで医師・事務職員と共に掃除をしている 看護師は床掃除、医師はテーブル拭き、事務職員は表の玄関拭きなど役割分担している 診療所によって掃除の方法と時間は異なる ・診療所内の清掃ができる	1	7	157
・診療所内の清掃ができる	1	2	133-2/ 178
・毎日、医師・事務職員と共に掃除ができる	1	4	554
・診療所の整理整頓、保清ができる	1	30	557 70
・診療所の整理整頓、保清ができる	1	29	194
例：施設の維持・点検・などの管理ができる			
○ 台風対策がとれる ・自分の家という感覚を持ち、雨漏り予防のために台風の前後に屋根や排水溝の点検ができる	1	1	331
○ 診療所内・敷地内の管理ができる ・病院では看護師の役割だけでよいが、診療所では医師、事務職員の3名での管理が必要(病院では電球が切れても交換したことがなかった) ・掃除、草むしり、台風対策(台風来るときは暴風戸閉めて、終わったら全部洗う)、電球交換	1	7	157
3) 医療機器を含む物品の取扱いとメンテナンスができる			
例：使用機器の取扱いの熟知・メンテナンスができる ・輸液ポンプ、除細動器、モニター、心電計、吸入器、吸引器や酸素ボンベの交換 ・輸液ポンプ、除細動はチェック、除細動は毎日作動の有無の点検、輸液ポンプは充電の確認、モニターの使用方法の確認 ・12誘導心電図の装着と記録ができる	1	7	95-102
例：診療所内の医療機器全ての取扱いができる ・除細動器等	1	21	21
例：基本的な機材のメンテナンスができる ・各診療所の方法に合わせた実施ができる	1	23	26-56
例：拠点病院に器材の定期的なメンテナンスの必要性を伝え、依頼できる(ハサミ等)	1	23	26-56
例：診療所の機器のメンテナンスができる	1	29	194
例：医療機器の点検と管理ができる ・メンテナンスにすぐ来島してもらえないことが多いので、耐用年数が過ぎている機械を使用する場合もある ・トラブル時に業者からメンテナンスを断られることがあるので、自分が直せたらいい	1	2	175
例：医療機器を含む物品の故障への対応依頼ができる ・拠点病院担当者への依頼	1	3	390

4) 機材の洗浄・消毒・滅菌ができる					
例：診療材料の滅菌操作ができる ・鑷子(せっし)・縫合時の持針器等の器具は洗浄後、滅菌パックに入れて、オートクレーブで滅菌できる ・小さな縫合や疣贅(ゆうぜい:イボ)切開に必要な滅菌操作ができる	1	4	466		
例：機材の洗浄・消毒・滅菌ができる ・錆防止対策ができる：滅菌水で洗浄後、仕上げに防錆潤滑剤を使用	1	7	170		
例：機材の洗浄・消毒・滅菌ができる ・前任の看護師の申し送りに沿ってできる ・診療所ごとに異なる方法に沿ってできる	1	23	26-56		
例：感染、滅菌、消毒などの知識があり、挿管等の器具の消毒・滅菌ができる ・オートクレーブの使用とメンテナンスができる	1	8	88		
例：機器の滅菌、洗浄、消毒ができる	1	2	129		
例：機器の滅菌、洗浄、消毒、オートクレーブの使用ができる シース(カテーテルを挿入する際に一番最初に留置する医療器具)の消毒ができる	1	3	378		
5) 医療廃棄物の処分ができる					
例：フェリーで拠点病院に送り処分依頼し医療廃棄物の処分ができる	1	4	556		
例：院内手順に準じて医療廃棄物の処理ができる	1	6	170-175		
6) 低コストかつ有用な管理ができる					
例：低コストかつ有用な物品・薬剤の運営ができる ・期限切れが発生しやすいが、値段が何万円という薬もあるので無駄をなくして少ない中でうまく活用できることが必要	1	9	87		
例：診療所の“経営”のことを考え、無駄を省く工夫ができる ・拠点病院の赤字経営を少しでも軽減できるように協力する ・電機、クーラーをこまめに消すなどをして赤字を減らす ・送料軽減のため、定期の採血を可能な限り月の中で1日にまとめて実施する 緊急検査は可能な限り実施しない 検査キットの在庫は最低限数とする	1	26	56-61		
5 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる					
1) 診療所で使用する薬剤の知識があり、処方ミスや配薬ミスを予防しながら調剤できる					
例：診療所で使用する薬剤の知識について、日々の業務の中で覚えていくことができる ・薬剤の種類が多いので事前に勉強して赴任するのは難しい	1	3	317		
例：薬剤の知識があり、分からないときはその都度調べて対応することができる	1	2	180		
例：薬剤の知識があり、分からないときはその都度調べて対応することができる	1	4	294		
例：診療所で処方される薬剤の知識があり、管理ができる ・診療所で使用する薬剤の種類には限りがある (一般外来的な慢性の薬や、血圧の薬でも何種類かあって、ジェネリックも種類あるけれども、同じのだったら一つしか置いてない) ・島外の医療機関が処方した薬剤について分からない場合は調べる	1	7	128		
例：診療所で使用する薬剤の知識があり、医師による処方ミスの予防ができる	1	22	44		
例：降圧剤・糖尿病治療剤等の一般的な代表的な作用と副作用の知識がある	2	7	389		
例：何度も確認をしながら、カルシウム拮抗薬等の基本的な薬剤の名称や一般名を間違えずに調剤できる	1	24	111-112		

例：診療所で使用する薬剤の知識があり、調剤ミスを予防できる ・医師は処方時、薬剤名・内服日数・1日の内服回数しか記載しない それが何の薬かというのは、処方箋には書かないため、薬剤の使用目的と作用の把握をし、分からないときは医師へ確認する必要がある ・病棟ではあまりリウマチ薬は見たことがないだろうし、痛み止め薬、抗生剤、甲状腺治療薬等多様な薬が100種類ほどあり、赴任当初は何の薬かも分からないと思う上に、それを薬の棚から探し出すのもまた大変である ・診療所や医師により処方する薬剤の種類は多少異なる (例：医師により降圧剤、抗炎症剤の種類など異なる、漢方薬が得意な医師は漢方薬処方が多い、処方をあまりしない医師) ・薬剤の種類が多いので赴任前の事前学習は難しい 毎日の業務の中で実践を通して覚えていく	1	4	294-311
例：医師と共に処方薬の種類・量に誤りがないかを確認できる	1	22	63-78
例：医師と相談しながら準備ができる	1	19	74
例：調剤ができる	1	7	125
例：薬剤師に代わって調剤できる	1	24	44-45
例：調剤ができる	1	30	48-3
例：診察後カルテと処方箋の確認をし調剤できる ・医師の処方箋を見て薬剤棚から使用薬剤を選択 →個別に包装 →薬剤入れの袋に記載：正式薬剤名1、内服者が理解できる通称の薬剤名(胃薬・高血圧薬等)、内服日数、1日の内服方法(回数・時間帯)	1	4	278-292
例：医師の処方箋を基に調剤ができる			
2) 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる			
例：診療所の薬剤管理ができる	1	3	86, 377
例：薬剤の知識、調剤、服薬指導ができる	1	7	125
例：診療所の薬剤管理ができる	1	9	87
例：診療所の薬剤管理ができる	1	13	149
診療所の薬剤管理ができる	1	30	54-56
例：薬剤師不在のため、薬剤師の業務ができる ・調剤や服薬指導に必要な知識と技術がある ・薬品・物品の管理、分包器を使用しての調剤、服薬指導ができる	1	23	27-34
例：薬剤管理ができる ・発注、保管	1	25	46-56
例：薬剤師不在の中で、薬剤管理、服薬指導ができる(薬局業務のようなこと)	1	28	32
例：発注し補充、保管ができる			
○ 看護師主体で診療所の薬剤の管理と発注ができる ・診療所内の薬剤を整理できる ・前月出た分を見ながら補充する ・しばらく使用しない薬は医師に確認後廃止する	1	5	229 248
○ 在庫を抱えず、欠品や期限切れがないように薬剤管理ができる ・船での搬送のため、薬剤は月2回、拠点病院に請求して月2回船で送ってもらう形のため、今週請求したら来週届く 診療所の薬剤の在庫を毎月出してる(今月はいくらぐらい使って、だいたい平均でどれぐらい請求するか等) ・あまり使用されない薬剤を診療所に保管して期限切れになると困るので、期限切れの約半年前に拠点病院に返却してそこで使用してもらい使用期限の新しい薬剤と交換する ・慢性期の治療薬など診療所の外来受診者には処方が必要でも、拠点病院の入院者には処方がされない薬剤がある 拠点病院は院外処方のため、診療所で薬剤を請求しすぎても返品ができない。このため、診療所内の薬剤数を把握し、毎月使用する数を正確に請求する だから、余剰在庫を置かないように、特に小離島診療所やこちらの診療所限定でしか使用しない薬剤については、毎月正確に請求することが重要 仮に2、3カ月分をまとめて請求すると処方中止になったときに返却できず大変になる	1	7	149
○ 何万円という薬剤もあるため、期限切れの発生をなるべくなくす	1	9	90
○ 薬剤の在庫管理ができる(業務の中で薬剤管理が最も大変) ・請求日は1回だけ、請求1週間後に届く ・期限切れ、不足、請求忘れ時は親病院の薬局に臨時での送付依頼	1	4	294, 332

	例：医師に処方された薬が足りないときは後日、時間外に訪問による配布ができる ・感冒等で一度に大勢が受診すると薬がすぐに不足する	1	5	226-227, 235
3) 正確な内服につながるため、対象者の理解度に応じた配薬方法の工夫ができる				
	例：個別性をふまえ、確実な内服につながる調剤、支援ができる ・複数の薬剤の内服が必要な場合は、朝、昼、夜等ごとにひとまとめで渡す場合もある	1	24	130-140
	例：1回内服分の袋をホチキスでまとめる	1	7	140
	例：1回内服分の袋をホチキスでまとめる	1	3	720-722
	例：1回内服分の袋をホチキスでまとめることでも正確な内服ができない受診者には、一包化に変更することも検討する ・一度一包化に変更すると処方薬の種類が減らない限り元には戻せなくなる	1	3	723-724
	例：拠点病院に一包化の依頼ができる ・分包機が診療所にあるために看護師が一包化を実施している診療所もあるが、いつも看護師が19時くらいまでかかって一包化を作っている。一包化するだけでも大変なので、自分たちの診療所は分包機は置かず拠点病院に一包化を依頼することになっている	1	4	329-345
	例：一包化を拠点病院へ依頼できる、または分包機を購入し診療所看護師が一包化を実施できる	1	13	150-1
	例：正確な内服ができていないかの残薬確認をし、できていない場合はその理由を把握し対応できる ・認知症のみられる独居者に対して、一包化し週1回訪問配布と内服確認をする	1	7	134
4) 調剤した薬剤を渡す際に、対象者の理解度に合わせた使用方法などの説明ができる				
	例：対象者に内服薬を渡す際に実際の薬剤を見せながら使用方法を説明できる ・「今日の治療薬」などの薬剤の辞書を持っていて説明する ・診察時に医師からの説明はあるが、実際の薬剤を見せての説明は看護師が行う	1	4	319
	例：複数の効能がある薬剤の処方時は、医師の処方の意図に合わせた説明ができる ・例：睡眠作用と抗不安作用の両方があるが、睡眠作用を期待して処方された薬剤には、「眠る薬」と説明する	1	24	114
	例：対象者の理解度に応じた処方の方法の工夫ができる ・子どもの水薬の内服が必要な時は水薬のボトルに2回量の目盛り印をつける ・内服薬の袋に薬剤の効能をわかりやすく書き説明できる ・認知症で内服管理が困難な島民には拠点病院に一包化の依頼をする	1	4	321
	例：対象者の理解度に応じた処方薬の説明と渡し方の工夫ができる ・見て理解できる受診者には薬剤説明書を出し、説明している ・精神疾患のある受診者には、処方レベルに合わせて一包化して渡すことがある	1	2	
	例：内服薬の袋に薬剤の効能をわかりやすく書き、説明できる ・“血圧の薬”、“眠る薬”、“どきどきしたら飲む薬”、“心配事”	1	24	120-124
6 島民全体の健康管理のために、保健医療福祉関連法規や島民全体の健康課題をふまえた島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる				
1) 保健医療福祉に関する国全体の流れの把握ができ、優先順位をつけて、島の保健事業を実施できる				
	例：島民全体の健康課題を看護の専門職として支援できる また、それに基づいた保健事業の企画と実施ができる ・島により健康課題や改善アプローチが異なるので、それに沿った関わりができる・・・勉強会から始めて広げる方法もある、島ならではのピア・サポートの設立の支援をする方法もある	2	18	476-504
	例：保健医療福祉全体に関する最新の国や県の対策の流れや、それに関する国や県から町村への文書の理解ができ、それに沿った町村行政の保健医療福祉対策がとれる → 保健医療福祉計画の策定ができる	2	10	515-524
	例：優先順位をつけて、島の保健事業を実施できる ・島民全体の妊婦～小児～成人～高齢者～看取り、精神疾患受診者等の多分野それぞれについてアセスメント・問題抽出ができる それらを基に保健事業の計画・優先順位をつけて実行ができる	2	10	359

例: 多くの課題から、島の保健問題の優先度を把握し、解決に向けて取り組める	2	19	246-261
・A. 国・県・市町村が共通して取り組むべき課題(例:肥満対策)だけでなく、			
B. 公衆衛生看護活動・健康課題の予防活動、			
C. 福祉的支援が必要な要支援者への支援にも取り組める			
・ B.は島内で保健師を中心にしかできないものであり、優先度が高い 様々なデータ、情報から判断し島の課題として取り組む 保健師しかできないところを優先課題を見つけて、限りある時間の中で計画的に・ 年度単位で取り組める	2	19	246-261
・特定保健指導、医療機関受診勧奨、がん検診受診勧奨、乳幼児健康診査、予防 接種のスケジュール管理、肥満予防対策、う歯予防対策など			
・ C. は福祉サービスに限りがあるため、島の保健師活動の中で、福祉的な支援が必要 な島民への支援に多くの時間を要する 例: 精神疾患罹受診者、高齢者、精神的要支援の養育者(母親)、子どもをネグレ クトする養育者	2	19	246-261
例: 方向性と優先順位のある保健対策を効率よく展開できる			
○ 島民全体の健康ニーズと島内の保健医療福祉関係者全員の役割を把握した上で、保 健活動の方向性を持った保健対策がとれる	2	10	360 372 566
○ 優先順位をつけて効率よく展開できる	2	10	540
○ 実態把握→課題抽出→実施という段階を追って関わることができる	2	10	264
○ 島民全体の健康ニーズに沿った活動ができる ・保健事業ありきで活動しない ・一般的に特定保健指導等が本来の保健師の役割と言われるところがあるが、離島は 福祉分野への支援の割合の方が大きい場合が多い	2	10	368-371
○ 島民からの支援要請の多い保健活動だけを優先的に行わない、支援要請を出した人 だけを優先的に支援しない 例: 定期的な保健師の訪問による在宅高齢者全員への血圧測定	2	10	541-542
○ 山程ある保健事業や事務作業を優先順位をつけて効率よく展開できる ・保健事業に追い回されない	2	10	372
○ 行政事務職に口頭・文書で優先的な保健活動の重要性を説明することができる ・在宅高齢者への支援にヘルパー、ケアマネージャー等が従事し、充実しているなら、 保健師以外支援していない予防や、虐待支援等を中心に活動する必要性を説明でき る	2	10	567-570
例: 個別支援やグループ支援で捉えた課題の改善案を提案できる	2	11	136-139
・捉えた課題を図式化・整理し、誰でも理解しやすい資料の作成ができる ・人に説明しやすい資料の作成ができる			
例: 島民全体のアイデンティティや文化が根付いている中で、看護職として改善してほしい 島民の習慣を改善できるアプローチがとれる	2	18	445-456
例: 国、県などの補助事業を活用して保健事業を実施できる			
○ 県から委託を受けた発達専門支援機関による巡回相談・巡回研修制度の利用ができ る ・県から小離島町村役場の母子福祉担当者宛ての利用案内文書から利用へとつなげ る(市町村の負担額はなし)	2	19	202-221
2) 島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化ができる			
例: 次世代育成支援計画の策定と実施ができる	2	10	296-301
・保健師が所属する課の課長の協力を得ながら、公園管理管轄課等と連携し策定・実 施ができる			
例: 自分の任期後の島民全体の将来も考慮し、数年のスパンで継続性をもちながら保健 対策をとることができる、また、そのことについて行政職員と情報共有ができる ・健康支援の最終目標は、“島民がより良く生きていける島とする”ことであり、島民の健 康は3-4年でできるものではなく、長い目での体制づくり、人材・予算確保の必要性を 課長、村長等に説明できる	2	19	276
例: 看護職として改善してほしい島民全体の習慣改善のアプローチができる	2	18	445-456
例: 看護師と保健師が共に地域を訪問して島の大きな健康課題を拾い上げ、解決のため の計画立案と実施ができる ・料理教室の実施等、年に1回でもよい	3	6	484-2
例: お彼岸等、地域行事のスケジュールを考慮した保健事業の計画立案ができる ・地域行事の際に健康診査等の保健事業を開催しても参加者は少ないため	2	18	320-327 367-371

例: 地域文化のアセスメント、地域性を活用した個別支援、集団健康教育、保健事業等の企画ができる	2	18	471-475
例: 次年度の年間の保健事業スケジュールを立案できる	2	19	80-92
例: 各種保健事業ごとの要項作成ができる ・準備と実施、および保健師と行政職者の役割分担	2	19	80-92
例: 島の各保健福祉計画(次世代育成支援行動計画、健康増進計画、高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画)と各保健事業、島の健康課題の位置づけを記載できる ・後任者がこれらを理解した上で活動ができると、島民への声かけの内容が異なってくる、2年目・3年目も保健師と島民の両者が充実した活動の展開ができるようになる	2	19	80-92
3) 年間の保健事業、看護のスケジュール管理、業務管理ができる			
例: 島民の健康の優先課題に対応した年間の保健事業の策定と実施ができる			
○ 島民の健康の優先課題に対応した年間の保健事業の策定と実施ができる	2	19	263-270
○ 年間の保健事業の策定時に予防的保健活動・公衆衛生の視点を組み込むことができる	2	19	263-270
○ 島外からの専門家(運動指導士、栄養士、臨床心理士等)を活用した年間の保健事業が策定できる	2	19	263-270
○ 就任年数の段階を追って年間の保健事業が展開できる ・就任1年目: 前任者が策定した年間の保健事業計画に沿って実施できる(1年目は事業を運営するだけでも必死) ・就任2年目: 保健事業の改善点を踏まえた次年度の保健事業計画策定→ 2年目に展開→・・・ → ・就任最終年: 後任者への引継ぎ書の作成ができる 保健師活動が2、3年目にスムーズにいくために非常に重要	2	19	263-270
○ 既存事業の継続と新規事業の展開ができる ・1年目: 引き継いだ事業を行いながら把握できる ・2年目以降: 自分の判断での新規事業を展開できる	2	6	577
○ 妊婦～小児～成人～高齢者～看取り、精神疾患受診者等の多分野それぞれの保健事業について、アセスメント・課題抽出・計画・実行ができる	2	10	359
例: 島民全体への支援割合において、バランスのとれた支援ができる ・島民への支援割合を、年齢別人口と同じ割合にし、バランスのとれた支援ができる(小離島A村の年齢別人口割合は、高齢者:妊婦・小児:精神=6:3:1なので、支援割合も同じにする) ・高齢者人口割合が多い島では、高齢者支援の割合も多くする (定期的な高齢者健康相談日の設定、移動困難な高齢者への定期的な訪問など)	2	27	114-119
7 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる			
1) 診療所や保健センターでの医療ミスの予防と対策がとれる			
例: 医師の処方ミスに気付き、伝えることができる			
○ 処方ミス、誤診等の医療ミス予防のために医師のエラーを発見し、伝えることができる ・診察に必要な対象者の情報提供を医師にができる ・緊急時の処置について、医師の誤った指示の指摘ができる	1	25	60-87
○ 診療所で使用する薬剤の知識があり、医師による処方ミスの予防ができる ・医師の手書きの処方箋の最終チェックができる ・入院受診者に医師が処方箋を出す際にミスをして、薬剤師による調剤時と看護師による配薬時の2回のチェックが入るが、診療所では医師が処方ミスをしたり、誤字をしなくても看護師しかいない ・このため看護師はある程度薬剤についての知識があることが必要(ある程度の薬とか、こういう人にはこういう薬になってイメージさえあればよい) ・誤字、同じ字面でも全く違う薬が結構ある	1	22	39-50
○ 医療ミスを防ぐために、緊急時に医師から口頭で受けた薬剤投与などの指示を口頭で確認し、不明な点は質問できる	1	1	106-109
○ 医師による処方ミスを防ぐために、従来の医師の指示と異なる点を医師に確認できる ・“前の医師はそうじゃなかったな”、“違うな”、“なぜ?”と思う時は医師に確認をして指示を受ける ・医師の赴任時や代診医師に「(従来は)この時にはこうしてましたけど、いいですか?」と確認ができる	1	1	110

○ 医師による処方ミスを防ぐために、医師の赴任時や代診医師にこれまでの方法と異なる点の有無の確認ができる ・「(従来は)この時にはこうしてましたけど、いいですか?」と確認ができる	1	1	349
○ 医師による処方ミスを防ぐために、医師の処方疑問があれば質問できる	1	3	275-277
例: 調剤や薬剤投与時のミスの予防ができる			
○ 医療ミスを防ぐために、緊急時に医師から口頭で受けた薬剤投与などの指示を口頭で確認し、不明な点は質問できる	1	1	106-109
○ 化学療法に必要な薬剤・感染症対策物品を揃えるときに、薬剤部や感染対策の認定看護師に対応してもらう	1	2	83
○ 処方薬の使用目的と作用についての疑問点を医師や拠点病院の薬剤師へ確認し、調剤ミスを予防できる	1	4	294-311 376
○ 何度も確認をしながら、カルシウム拮抗薬等の基本的な薬剤の名称や一般名を間違えずに調剤できる	1	24	111-112
例: 関係者と共に医療ミス防止のためのダブルチェックができる ・予防接種の計画時と接種時、抗がん剤・輸血の投与前			
○ 点滴静脈注射による抗がん剤治療の際に、医師と看護師の2名で量をダブルチェックできる(微量な量なので間違わないようにする)	1	4	347-375
○ 輸血や抗がん剤の投与ミス防止のために医師と看護師の2名でダブルチェックできる ・輸血前: 氏名・血液型・輸血 ・抗がん剤投与前: 氏名・投与量	1	4	347-375
○ 島の子ども全員の予防接種の接種する場所において複数で対象者・接種の種類等の確認(ダブルチェック)ができる	1	13	41-71
○ 島全体の子どもの予防接種の計画立案時に、対象者・接種の種類・接種日について行政事務職とダブルチェックし、間違いなく設定できる	1	10	414
例: 医療ミス予防のため、救急処置が発生したときの対応を医師と共に振り返ることができる	1	29	44
2) 診療所や保健センターでの感染症の予防と対策がとれる			
例: 感染症罹患受診者の症状と個別に合った診察までの流れを医師と相談し決定できる	1	3	171-173
例: 院内手順に準じた感染性疾患の対応ができる	1	7	170
例: 感染症やその疑いのある受診者への感染拡大予防対策がとれる			233
○ 発熱、鼻水等の感冒症状がある者への感染予防対策がとれる ・受診は電話での予約制とする、待合室や受診時間を分ける	1	3	163-167
○ 必要時は待合室に咳エチケットの張り紙をしたり、注意喚起ができる	1	7	186
○ 診療所内で受診者に咳エチケットの掲示や注意喚起ができる	1	3	194
○ インフルエンザ流行時の感染拡大防止策がとれる ①発熱者とそうでない症状の者の受診時間を分ける ②発熱者は電話予約後の受診をさせる ③医師に相談後、医師から村役場に「感染症防止対策」の周知のための放送を依頼できる	1	7	188
○ 感染症やその疑いのある受診者への感染拡大予防対策がとれる(結核疑い、水痘・風疹・流行性耳下腺炎等の子どもの感染症、インフルエンザ、新型インフルエンザ等) ・その他の受診者と待合室を分ける、自家用車で待機してもらう	1	8	80
○ 感染症やその疑いのある受診者への感染拡大予防対策がとれる(結核疑い、水痘・風疹・流行性耳下腺炎等の子どもの感染症、インフルエンザ、新型インフルエンザ等) ・その他の受診者と待合室を分ける、自家用車で待機してもらう	2	10	390-411
例: 大量出血時の室内の感染症暴露を最小限に抑えることができる ・ビニールシート使って対象者を包んでしまう等、物品が限られている中で感染暴露部分をすぐ取り払える ・汚染の程度から消毒範囲を判断できる	1	3	370, 794
8 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる(地域診断ができる)			
例: 地域把握のための訪問や地区踏査を保健師活動の中心として積極的にし、真のニーズや社会資源の発見ができる ・地域づくりや地域全体の課題解決につながりやすい	2	11	156-174 199-205
例: 島民の健康ニーズの把握を目的とした家庭訪問ができる ・家庭訪問の目的は支援の提供だけでないので、島民の健康ニーズの把握のための訪問も積極的に実施できる	2	11	156-174 199-205

例: 保健事業の実績に計上できない65歳以上についても訪問し、ニーズの把握ができる → 地域の情報など芋づる式に多くの情報を獲得できる	2	11	156-174 199-205
例: 看護師と保健師の両者が共に島民全体の健康課題を抽出し、解決のための計画立案と実施ができる ○ 看護師と保健師が共に地域を訪問して島の大きな健康課題を拾い上げ、解決のための計画立案と実施ができる ・料理教室の実施等、年に1回でもよい	3	6	484-2
例: 島民全体の妊婦～小児～成人～高齢者～看取り、精神疾患受診者等の多分野それぞれについてアセスメント・問題抽出ができる それらを基に保健事業の計画・実行ができる	2	10	359
例: 地域をアセスメントし、島民全体の健康課題の明確化ができる	2	18	320-327
例: 地域をとらえ、島民の地区や生活環境についてアセスメントできる	1	12	35-42
例: 多くの島民が大切にしている思想・文化・地域行事を把握し、健康との関連をアセスメントできる	2	18	320-327 367-371
例: 他の小離島と比較した特徴の把握ができる	1	6	319-327
例: 島の精神疾患罹患受診者の特徴とその背景が分かる ・血縁関係者同士の婚姻が多いなど	1	6	444-454
例: 島民への個別支援の中から共通して見えてきた島民全体の健康課題の把握ができる ・個人のニーズから地域のニーズにつなげられる	2	11	37-39 119-135
例: 前任者からの限られた引継ぎ書の中で、保健師活動に必要な情報収集、対応できる ・不足している情報を自分で探していく視点を持ち、島内外の多様な関係者から電話等で情報収集できる（市町村は様々な組織と連携しながら保健事業運営をしているため） ・県の保健師、国保連合会、介護広域連合会など	2	19	145-147
例: 家庭訪問等を通して独居高齢者世帯を中心に把握ができる	2	7	496
例: 個別支援を通して島全体の健康ニーズを把握した上で、集団での保健事業の実施ができる ・集団での保健事業の実施をすることを保健師活動の目的としない	2	14	253-266
例: 妊婦に共通してみられるニーズを町村役場で施策化できる	2	11	119-135
例: 地域のニーズと改善策を施策化するために関係者に説明し予算化できる ・役場の課長・係長・上司(必要時、町村議員にも)に説明し、両者が必要性を認識し、議員が議会の一般質問で提案し、予算化が承認されると施策化できる	2	11	119-135
9 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島の地域の中でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる			
例: 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり実践できる			
○ 地域のことを理解でき、その上で保健師との連携がとれる	1	12	22
○ 診療所内だけでなく地域での看護活動への関心があり、看護師・保健師が地域で連携できる看護活動について共有できる関係性をつくりたいという思いがある 例: 地域で健康教育の実施をしたい	3	16	413-2
○ 保健師に連絡をとりながら、支援の必要な島民の日常的生活の中を見に行き、関わることができる ・看護師がそこまで関わると保健師と同じ視点で対象者を見れる	1	10	85-88
○ 地域に溶け込みたい気持ちがあり、地域と関わりながら、看護師と保健師が共に地域で健康教育ができる ・保健師が開催する健康フェアで看護師が血圧測定を協力するなど	3	16	312-1
○ 年間の保健事業の策定時に予防的保健活動・公衆衛生の視点を組み込むことができる	2	19	↓

○ 公衆衛生看護の知識があり、実践できる ・保健師の数が少なく、不在の場合もあるため、看護師も保健師の知識があることが必要 ・母子保健 予防接種のスケジュール立案ができる 養育者の相談にのれる、妊婦や子どもの食事指導ができる、治療になる前の段階の保健活動の経験がある、母子～高齢者 ・高齢者保健 在宅療養者への支援ができる ・疾病や症状への対応ができる 生活基盤を支えることができる(栄養指導、リハビリ・運動指導)	3	28	12-30 12-30 12-30 12-30
例：診療所看護師も保健師同様、地域に出向き、自立した看護活動ができる			
○ 診療所外の地域における看護活動や連携の必要性を感じ、主体的に実施できる地域での看護活動を保健師に丸投げしない ・小学生の問題発生時、看護師が直接養護教諭等と連携をとり問題解決を図れるなど	1	14	133-141
○ 医師の陰に隠れずに看護職として自立して地域での看護ができる ・対象者支援について診療所の看護師は医師の陰に隠れられる ・医者と一緒にでもよいので、看護師が地域に出てくる仕組みができればよい	1	18	272
○ 地域に出て看護をする必要性の認識がある ・診療所でも病棟でも看護師は地域に出て看護をする必要性の認識がないがその役割がある	1	18	285
○ 地域での公衆衛生看護活動を担う認識があり、地域からの要請があれば島民への集団健康教育の実施ができる	1	9	221
例：島民の健康に興味を持ち、こまめに訪問できる、フットワークが軽い	2	29	156-157
例：妊婦から死亡するまで、疾病の有無に関係なく全島民を対象に、診療所よりも広い視野で地域をみて活動できる ・看護師と保健師は双方ともに全島民をケアの対象としているがそのアプローチ方法は異なる： ① 診療所看護師・・・ 疾病をして診療所に来た島民へのケアができる ② 保健師・・・ 妊婦・生まれる前から死亡までの統計を持っており診療所より広い眼で地域をみて活動できる、訪問を含む疾病予防活動や疾病後の継続支援ができる、島の特性を把握して在宅訪問ができる	2	6	562-4
例：保健師不在時に公衆衛生看護の実施ができる			
○ 保健師不在時に保健活動を実施できる ・島外の精神科への受診が必要な島民への同伴を県の精神保健担当保健師に依頼できる ・精神巡回診療の際に、精神専門医師への新規精神疾患罹患島民の相談ができる	1	4	202-1, 206
○ 保健師不在の場合は公衆衛生看護の実施ができる	1	9	98
○ 島に常駐する保健師が不在の場合、看護師も保健活動を実施できる ・保健師でなくても看護師も保健活動はできるはず ・役場が保健師を募集しても応募がなく困っている場合は、看護師の資格でも訪問できることを伝える	1	9	98-104
10 疾病の有無に関係なく対応できる 診療所を受診していない要支援者への支援ができる			
例：妊婦から死亡するまで、疾病の有無に関係なく全島民を対象に、診療所よりも広い視野で地域をみて活動できる	2	6	562
例：診療所を受診していない島民への生活習慣病対策がとれる	2	23	186
例：特定健康診査結果、生活習慣改善が必要だが、医師から「内服の必要はない」と言われたことを「生活習慣の改善も不要」と誤解をしている島民に、生活習慣改善の必要性を説明できる	1	16	312
例：治療中断者に受診継続や薬剤の詳しい説明をし、継続使用の勧奨ができる 薬剤の詳しい説明や継続使用の勧奨ができる	1	10	67
例：特定健診未受診者等、保健師にはつながらないが、診療所に受診している者への生活指導ができる	1	10	69
例：健康な島民へも関わることができる 疾病予防の知識があり教育ができる	2	5	350
例：妊婦から死亡するまで、疾病の有無に関係なく全島民を対象に、広い視野で地域をみて活動できる	2	6	562-4
例：疾病予防活動ができる ・疾病予防に目を向け、対策がとれる	2	4	136-139

例：診療所を受診できない高齢者への訪問ができる ・看護師が業務中にするには訪問看護料の徴収が必要だが、保健師はそれが業務としてできる	2	4	149
例：医療機関へ不信を抱き受診をしない島民への支援ができる ・民生委員・児童委員への見回り依頼、役場と医師と相談し、医師の無料訪問の実施	1	6	748-752
例：高齢者が自由に集う場所に出向き、健康相談をしたり状態の観察をする	2	23	186
例：認知症で失禁があるが、家族が受診をさせない高齢者への受診勧奨ができる	2	26	360-400
例：要支援者をピックアップし、ケアカンファレンスを開催し、他職種と調整ができる ・受診者と家族のつなぎ役になる ・支援者間で要支援者の問題点と、必要な改善点を明確にし、継続的・段階的ケアの方法を共有する 例：家族への協力依頼方法 家族を含めたケアカンファレンスの開催 ・家に引きこもりで未受診の高齢者は多問題の場合が多い ・診療所へ不信感を抱かれるとそれ以降、受診拒否をされる場合がある	2	26	360-400
11 健康支援の必要な島民の健康についての観察とアセスメントから、先を見越した適切なトリアージとその対応ができる			
1) 観察とアセスメントから受診者の診察順番の優先順位を決定できる			
例：トリアージ(診察順番の優先順位決定)ができる ・医師は診察についているので、受診者に対応する際に優先順位を決める ・トリアージ能力が高いと、受診者さん自身にも迷惑をかけないようにするし診療もスムーズに対応できる ・見た目で外傷だと分かりやすい ・自覚症状がない高齢者などの見た目で分かりにくい疾患に気づき、トリアージができる ・自分で症状の訴えができない子どものトリアージができる	1	2	2-21
例：受診者の状況に応じて診察や問診の優先順位が決められる ・血圧が上昇し必要時はしばらく待合室で落ち着かせる ・発熱、鼻水等の感冒症状がある者の受診は電話での予約制とする、待合室を分ける	1	3	151-167
例：受診者の状況に応じた診察や問診の優先順位が決定できる ・ハイリスク者からの介入ができる ・初診者へのインテーク(相談にきた人から事情を聞くケースワークの最初の段階)やアセスメントができる：妊娠時、発熱時、感冒時	1	18	163, 186-188
例：受診者の普段の状態と異なる点があれば、医師に報告し診察に役立てることができる 受診者の普段の状態を把握し、主訴やバイタルサインチェック時に異常を発見でき医師に報告できる	1	26	272-281
例：緊急受診者の診察順番の優先順位の判断ができる ・発熱で体調不良者の受診順位を早くし、他の受診者へ了解を得ることができる	1	7	78
例：感染症・事故・災害発生時の診療所内での他の受診者のトリアージができる	1	18	190-196
2) 必要な支援につなげるための観察とアセスメントができる			
例：島民の健康に関する情報提供を受けた際に状態を想像でき、適切な支援に結びつけることができる ・ADLや生活から必要な支援の判断をし、ヘルパーと連携できる ・怪我をみて受診の必要性の判断ができる	1	3	29-59
例：顔色、態度(身体の一部を押さえている等)の観察や会話を通して普段の健康状態との違いに気づける	1	8	72
例：保健センター来所時等に島民の心身の健康状況の観察ができる ・妊婦 ・子ども:の成長発達 ・高齢者	1	8	231
例：妊婦・乳児・小児～高齢者と、発達段階に合った幅広いアセスメントとフォロー・対応ができる	1	18	159
例：一般的な予診聴取、バイタルサイン測定ができる	1	27	14-17
例：島民との関係性ができても、体調の変化を見逃さないアセスメントができる	1	22	105-111

12 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる

例： 島内のイベント開催時の救急救命対応と外傷処置ができる

- 運動会、スポーツ大会、イベント、観光客増加時期に飲酒に起因した疾病やけがを予測し、薬剤を発注できる、自分の体調を整えることができる 1 18 288-297
- 村内での運動イベント開催時の救護係として救急救命対応と外傷処置ができる
・熱中症、低血糖発作骨折、外傷、捻挫、打撲等への対応
・トライアスロン、マラソン大会、島民運動会、少年サッカー大会、ソフトボール大会 2 13 10
- 島内のイベントでの救護係として心肺停止、熱中症・脱水、低血糖発作、骨折、外傷・熱傷、捻挫、打撲等への対応ができる
・奉納相撲、祭り、みこし、球技大会、グランドゴルフ、運動会
・9月から12月までは2週間ごとにイベントがある 2 15 122
- 村内でのイベント開催時の救急班としての対応ができる
・マラソン、グランドゴルフなど年に5-6回、保健師1名で様々な行事の救急班を役場から依頼される
同時に参加することも求められる 2 16 11-13

例： 医師不在時の対応ができる

- ・医師が夏休みで10日間等不在時は拠点病院から日替わりで代診医が派遣される。代診医は来島の翌日に帰るため、次の代診医が来島するまで代診医さえも不在の空白時間が数時間ある(フェリーの発着時間は島から那覇への出港が先で、那覇から島への入港が1時間遅い) 1 7 298

例： 代診医の診療への対応ができる

- ・診察前に受診理由(処方だけ、症状変化)と通常の受診者の状態と対応を代診医に説明する(精神的疾患をもつ受診者の場合は「一度お話だけは聞いてあげてください、毎日来てますよ」と伝えるなど)
・夜間の緊急診察は看護師も対応する 1 7 298

例： 医師不在時の準備と対応ができる

- 医師不在時の準備と対応ができる
・不在前に医師と医師不在時の急患搬送の流れや搬送先を相談後、役場関係者へ医師から伝えてもらえる 1 3 319-324
- 医師不在時の死亡確認とその後の手続きができる
・医師不在時に突然死亡した島民の死亡確認について、何を手順に、いつ死亡を伝えてよいか、医師不在時の死亡確認の立ち会いに必要な職種など分からなかった
・警察もその時に出張してなくて、結局それを「何時何分です」って言えるのは、医療職の私しかいなかった
・心電図モニターがフラットの状態が10分ぐらい続き、島民の親せきが「もういいですよ」「自分がこの周り、関係機関にきちんと一緒に説明をするから、いいよ。ご苦労さん、これでいいよ」と声をかけてくれた 1 1 425-430

13 島内の限られた資源の中で代用品の活用や開発ができる

例： 物を大事にし、ない物をどう工夫して作るか考えることができる

- ・「こういうのがあったらいいな」って医師に言われたら、何で代用できるか考え、手作りをしたりする 1 1 473-474

例： 診療所にある物品を工夫して活用できる

- ・創造性がある
・あるもので満足し活用する前向きな考え方ができる 1 25 181

例： 多発骨折、多発外傷の受診者へのケアの際に、臨機応変に使用可能な物品とその量を考えることができる

- ・最も清潔物品を中に使い、それ以外は何でもよい等考える(ビニールシートで受診者を包んでしまう等、あるものが限られている中で感染暴露部分をすぐ取り払える 1 3 372

例： 無駄をなくして限りある資源の中で活用できる

- 1 9 88

例： 医師と共に、創傷ケアに必要な様々な処置材料を市販品などから応用して充実させ、使用できる

- 1 21 126

- ・昔ながらのガーゼでベタベタ貼り付ける処置ではいけない
・肘等の部分の擦り傷に合う形の市販の母乳パットを医師が購入し、看護師に使用方法を説明→看護師はすぐ応用して使用した

例： 大量出血者の出血部分をビニールシートで覆う等、室内の感染暴露を最小限に抑えることができる

- 1 3 368-371

例： 多発骨折、多発外傷時に、使用可能な物品とその量を考えることができる

- ・最も清潔物品を中に使い、それ以外は何でもよい等考える 1 3 172-175

例： お金をかけず、寝たきり高齢者へ自宅の畳の上での洗髪ができる

- 1 8 73

XI 情報科学と科学技術 (Informatics and technology)

コミュニケーション、知識の管理、医療過誤の軽減、意思決定の支援のために情報と技術の活用ができる

また、健康を促進・維持する方法を島民と家族に教えるためにIT技術を活用できる
情報の統合と分析ができ、ヘルスケアメンバーと協働した実践や研究ができる

1	小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等のIT技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる			
	例: IT等の通信を利用し、島外での研修に参加できる			
	○ 関心のある島外の研修をネットで調べて参加できる スカイプを利用して疑問点を尋ねることができる	1	8	106
	○ IT技術がある ・ネットを活用した研修の受講ができる	1	21	73, 88
	例: スカイプやウェブを利用して離島診療所看護師間で情報交換や会議ができる			
	○ 離島診療所間を繋ぐウェブサイト(ファーストクラス)の活用による離島診療所看護師間での情報交換ができる ・見れる時に見て、何か返信できる時にできる	1	8	118 124 142
	○ スカイプやウェブを利用して離島診療所看護師間でウェブ会議ができる ・診療所医師同士で定期的に治療についてのウェブ会議の通信システムがあり、看護師同士も使用可能	1	21	77
2	テレビ会議システム等のIT技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる			
	例: ネット回線や電子黒板等を使用した健康教室の開催ができる ・在宅介護講習会、筋力トレーニング教室、介護予防教室	2	15	78-87
	例: 天候不良で専門職の来島が不可能な時に、テレビ会議のシステムを利用して精神巡回相談、または精神巡回診療を実施できる	2	4	228-232
3	島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる			
	例: 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる	2	11	40-2

「沖縄県の小規模離島で働く看護職者のコンピテンシー（能力）」

に関する研究協力依頼書



先日は研究協力の内諾をしていただき、ありがとうございました。

本研究においては、小規模離島で働く看護職者への教育内容の充実に役立てるために、小規模離島で働いた経験のある保健師・看護師の方々を対象に、①看護職者のコンピテンシーについてのアンケート用紙への記入後に、②グループインタビューへの参加を行ってまいります。

具体的には、下記の順で進めていきます。

- ① 研究依頼書、同意書をお読みにになり、研究に同意していただける場合は、同意書の協力者用・研究者用の2枚にサインをしてください。
(同意書はグループインタビュー当日に提出してください。研究者用の同意書は、研究責任者が署名後にお渡しします)
- ② 「アンケート用紙」に記入し、6月27日(火)までに
野田宛の2つのメール(haruru-sora.0721@hotmail.co.jp
および 324001@okinawa-nurs.ac.jp)に送信してください。
- ③ グループインタビューにご参加ください
(インタビュー内容は記録のために録音をさせていただきます)
 - ・日時： 平成29年7月1日(土) 14:30~16:30 (受付 14:00~)
 - ・場所： 沖縄県立看護大学 講義室8 (2階エレベータ右側)
(テレビ会議システムでの参加の場合は、14:00に受信状況の確認を致します)
 - ・参加者： 小規模離島での勤務経験等が2年以上の保健師・看護師、約6名
島嶼保健看護教育専門家2名、研究責任者(野田)
 - ・内容： アンケート用紙の集計報告後、参加者とのグループインタビュー
テーマは「小離島の看護職者に必要なコンピテンシー」についてです
 - ・グループインタビューに係る旅費・宿泊費と参加への謝礼金：
沖縄県職員の旅費に関する条例、沖縄県講師等謝礼金基準に沿って、当日に支払いますので、旅費と宿泊費の領収書をご持参ください。
(公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金から支出します)

☆ この調査に際しまして、次のことをお約束いたします ☆

- 調査協力者の意思を尊重いたします
 - ・研究協力については、ご自由にお決めいただけます。お断りいただくこともできます。調査にご協力いただけない場合でも不利益を被ることはありません。
 - また、協力していただく場合も、答えたくない質問には答えていただかなくてもかまいません。
- 個人情報の保護に努めます
 - ・正確に記録をとるため、許可を得た後、グループインタビューの内容を録音します。
 - ・お答えいただいた内容は個人が特定されないように保管します。
 - また、結果の公表の際には、個人を特定できるような記述は致しません。
- ご協力いただく際の不利益を極力減らすように努力します
 - ・お忙しい中、研究参加のために貴重なお時間をいただくことにはなりますが、可能な限りご負担が少ないよう配慮を致しますので、いつでもご意見等をお伝えください。
- 島嶼保健看護教育への貢献に努めます
 - 調査結果は、島嶼保健看護教育の機関でもある沖縄県立看護大学大学院において、博士論文としてまとめ、公開発表会で発表をする予定です。
 - また、保健看護関連学会に投稿論文をする予定です。

日々の業務でご多忙な中、貴重なお時間をいただくことにはなりますが、主旨をご理解の上、ご協力をしていただきますようお願い致します。

- ◎ この研究協力依頼書は「同意書」とともに保存をしていただきますようお願い致します。
- ◎ 研究に関してご不明な点、お気づきの点がございましたら、随時お答え致します。
下記にお問い合わせください。

研究責任者： 野田 千代子

所属： 沖縄県立看護大学大学院 博士後期課程

Mail： ○○

TEL： ○○

同意書

(研究協力者保管用)

この度、私は「沖縄県の小規模離島で働く看護職者のコンピテンシー」の研究協力者になるにあたり「①アンケート」および「②グループインタビュー」による研究に協力することを承諾します。

承諾にあたって、以下の説明を受けました。

- 研究の目的、方法
- グループインタビューの内容の録音
- グループインタビューに係る旅費と謝礼金の支払い
- 研究協力者の意思の尊重
- 個人情報の保護
- 研究協力への負担の軽減

平成〇年〇月〇日

研究協力者

氏名(自筆): _____

住所: _____

メールアドレス: _____

説明者 (研究責任者)

氏名(自筆): _____

研究責任者： 野田 千代子

所属： 沖縄県立看護大学大学院 博士後期課程

MAIL： ○○

TEL： ○○

同意書

(研究責任者保管用)

この度、私は「沖縄県の小規模離島で働く看護職者のコンピテンシー」の研究協力者になるにあたり「①アンケート」および「②グループインタビュー」による研究に協力することを承諾します。

承諾にあたって、以下の説明を受けました。

- 研究の目的、方法
- グループインタビューの内容の録音
- グループインタビューに係る旅費と謝礼金の支払い
- 研究協力者の意思の尊重
- 個人情報の保護
- 研究協力への負担の軽減

平成〇年〇月〇日

研究協力者

氏名(自筆): _____

住所: _____

メールアドレス: _____

説明者 (研究責任者)

氏名(自筆): _____

研究責任者： 野田 千代子

所属： 沖縄県立看護大学大学院 博士後期課程

MAIL： ○○

TEL： ○○

「小規模離島で働く看護職者に必要なコンピテンシー(能力)」 についてのアンケート

このアンケートは表紙を含めて全部で7枚あります。

小規模離島で働く看護職者が役割を果たすためには、どのようなことができればよいと思われるか？

看護師、保健師それぞれについて、あてはまる数字に○の記入、またはチェックをしてください。

(5: 非常に重要、4: まあまあ重要、3: どちらともいえない、2: あまり重要ではない、1: 重要ではない)

「看護師は、離島赴任前に3年以上の看護師経験がある者」、「保健師は、離島赴任前に1年以上の保健師経験がある者」を想定してお答えください。

また、ご意見がありましたら該当欄に記載をお願いします。

このコンピテンシーの項目は、平成24～25年に、沖縄県の小規模離島で働いた経験のある、または現在働いている保健医療従事者30名(看護師9名、保健師10名、医師11名)への質問紙調査結果をまとめ、先行文献を参考に並べ替えを行ったものです。

<記入例>

	看護師に必要なコンピテンシー					保健師に必要なコンピテンシー					意見記載欄 (自由に意見をご記入ください)
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	
A 島民中心のケア											
1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	小離島では最も重要である
2 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる (例: 島外医療機関への入退院の場合、訪問による継続支援が必要な場合)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

	看護師に必要な コンピテンシー					保健師に必要な コンピテンシー					意見記載欄 (自由に意見をご記入ください)
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	

A 島民中心のケア

1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる (例: 島外医療機関への入退院の場合、訪問による継続支援が必要な場合)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるように支援や助言ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
4 島民の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる (例: ターミナルケア期にある高齢者の在宅療養の希望)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
5 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決できる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
6 専門分野を超えたケアの調整と統合ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
7 島民の健康に関係する経済的な問題を配慮した関わりができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
8 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
9 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

B 文化的 コンピテンシー

1 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 日常的に地域に出向いたり、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる (例: 揚げ物が多い地域での食事指導、地域行事の日程を考慮した保健事業計画立案)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
4 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる (例: 日本語を話せないフィリピン人の母親への子育て支援)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

	看護師に必要な コンピテンシー					保健師に必要な コンピテンシー					意見記載欄 (自由に意見をご記入ください)
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	

C プロフェッショナリズム

1 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化が図れる (例: 特定保健指導、医療機関受診勧奨、がん検診受診勧奨、乳幼児健康診査、予防接種のスケジュール管理、肥満予防対策、う歯予防対策)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 小離島での看護活動への関心があり、自分のキャリアデザインを描ける	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
4 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる (例: 島全体を活動の場とする、業務時間外の急患対応)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
5 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経てゆるぎのない看護実践ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
6 小離島の専門家として自己を高めるためにヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる (例: 小離島の保健師間での事例検討、小離島看護師間での活動内容の検討)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
7 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる (例: 最新の看護技術習得のための自己学習、相談技術習得のための研修参加)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
8 島民全体の保健医療福祉対策をとるために必要な保健医療福祉関連の最新の法規や国・県の対策の流れを把握することができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
9 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
10 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な対応ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
11 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
12 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理できる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
13 看護の専門職者としての価値を説明でき、理解してもらえるように他職種、島民全体にPRできる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

	看護師に必要な コンピテンシー					保健師に必要な コンピテンシー					意見記載欄 (自由に意見をご記入ください)
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	
14 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
15 島民の擁護者としての役割が果たせる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
D リーダーシップ											
1 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる (例: 診療時間の変更、ワンクッションコール制度の導入、島内での妊婦健診の導入、訪問リハビリ制度の導入)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 島の医療従事者や役場行政職員、各メンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 島内の保健医療福祉専門職者によるコンセンサスを得る会議を企画、実施できる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
4 島内の保健医療福祉サービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につなげるための人材確保ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
5 島内外の関係者・関係組織と調整をとりながら、島の状況に対応した保健センター、診療所運営の調整ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
E システム(組織)に基づいた実践											
1 島内だけでなく島外のヘルスケアシステム(組織)への協力を求めながら、島民への保健事業やヘアの提供ができる (例: 子どもの発達支援、齲歯対策、精神保健対策、酒害対策など)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 島民全体の健康課題解決のために、関連する住民組織(組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー)と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 島民、役場、県などに働きかけながら、小離島の保健医療体制の充実のためのシステムの構築を図ることができる (例: 小離島保健師同士が直接情報交換や相談ができるシステムの構築)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

	看護師に必要な コンピテンシー					保健師に必要な コンピテンシー					意見記載欄 (自由に意見をご記入ください)
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	
F 情報科学と科学技術											
1 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 テレビ会議システム等のIT技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる (例: 巡回相談・巡回診療・遠隔診療など)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等のIT技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
G コミュニケーション											
1 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる (治療的コミュニケーションとは・・・看護の対象者が自身の健康増進に向けて主体的に取り組むことができるよう支援するコミュニケーションをいう)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
4 緊急時のヘリ搬送や後任、および代替看護職員時の引継ぎに際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率なコミュニケーションがとれる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
5 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
6 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる (ティーチング/ラーニングができる)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
7 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる (例: 保健師だより、診療所だより、住民健康診査の村内放送)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

	看護師に必要な コンピテンシー					保健師に必要な コンピテンシー					意見記載欄 (自由に意見をご記入ください)
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	

H チームワークと協働

1 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる (例: 診療所…看護師・医師・事務職員、役場…保健師と保健医療福祉担当行政職員)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる (例: 診療所看護師と役場保健師、役場保健師と診療所医師)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる (例: 診療所看護師と拠点病院看護師、役場保健師と県保健師)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
4 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワークと協働ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

I 安全(質のよいケアの提供)

1 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる (地域診断ができる)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
4 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる (例: 母子保健事業による子どもの発達支援、高齢者保健事業による介護予防)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
5 健康支援の必要な島民の健康についての観察とアセスメントから、先を見越した適切なトリアージとその対応ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
6 小児から高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる (例: 外科・整形疾患のある島民への支援、精神疾患を持つ島民への支援)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
7 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる (例: 心肺機能停止時の対応、出産介助、レントゲン撮影)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
8 疾病の有無に関係なく対応できる 診療所を受診していない要支援者への支援ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
9 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
10 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

	看護師に必要な コンピテンシー					保健師に必要な コンピテンシー					意見記載欄 (自由に意見をご記入ください)
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	非常に重要	まあまあ重要	どちらともいえない	あまり重要ではない	重要ではない	
11 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
12 島内の限られた資源の中で代用品の活用や開発ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
13 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
J 質改善											
1 業務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 小離島での1人体制では主観的になりがちなので、保健事業や看護の客観的な評価ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
4 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる (例:看護業務基準の作成、見直し)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
K エビデンスに基づいた実践											
1 エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる (例:資料を用いた説明、検査結果データの説明)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
2 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる (例:肥満予防対策、う歯予防対策)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
3 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる (例:断酒会支援)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	

ご記入いただき、どうもありがとうございました。

「小規模離島で働く看護職者に必要なコンピテンシー」 についてのグループインタビューガイドと進行表



- ・日時： 平成 29 年 7 月 1 日（土曜日） 14:30-16:30（受付 14:00～）
- ・会場： 沖縄県立看護大学 講義室 8（2 階エレベータ右側）
- ・会議資料配布： コンピテンシー一欄、質問紙調査結果のまとめ

- ・進行は研究責任者

< 進行の留意点 >

- 発言しやすい雰囲気つくる
- 参加者全員からの発言を促す
- 建設的な意見が出るように促す

当日の流れ

14:30-14:40

- ・挨拶、本日の流れの説明
- ・全員からの自己紹介、島嶼保健看護教育の専門家の紹介
- ・質問紙調査結果のまとめと考察の説明

14:40-16:20（100 分間） グループインタビュー

- ・質問紙調査結果への質疑応答
- ・質問紙調査結果に関するディスカッション
コンピテンシーの領域、命名
看護師と保健師に共通のコンピテンシー、それぞれに必要なコンピテンシー
専門家からの助言

16:20-16:30 まとめ

- ・コンピテンシー一覧の追加、修正点の確認
- ・専門家からの助言
- ・参加へのお礼

「小規模離島で働く看護職者に必要なコンピテンシー」 についてのグループインタビュー



開催日時：平成 29 年 7 月 1 日（土曜日）14:30-16:30

参加者：	① ○○さん（看護師）	⑤ ○○さん（保健師）
	② ○○さん（看護師）	⑥ ○○さん（保健師）
	③ ○○さん（看護師）	⑦ ○○さん（保健師）
	④ ○○さん（看護師）	
助言者（島嶼保健看護教育専門家）：	前田和子教授、神里みどり教授	
司会：	野田千代子	

1. はじめに（14:30 - 14:50）

- 1) あいさつ
本日の目的、本日の流れの説明
参加者の自己紹介（所属、主な経験）
- 2) コンピテンシーの領域ごとの定義と関係性の説明（資料 2～3）
- 3) コンピテンシーを構成する項目の紹介、および今回のアンケート調査結果の報告（資料 4～6）

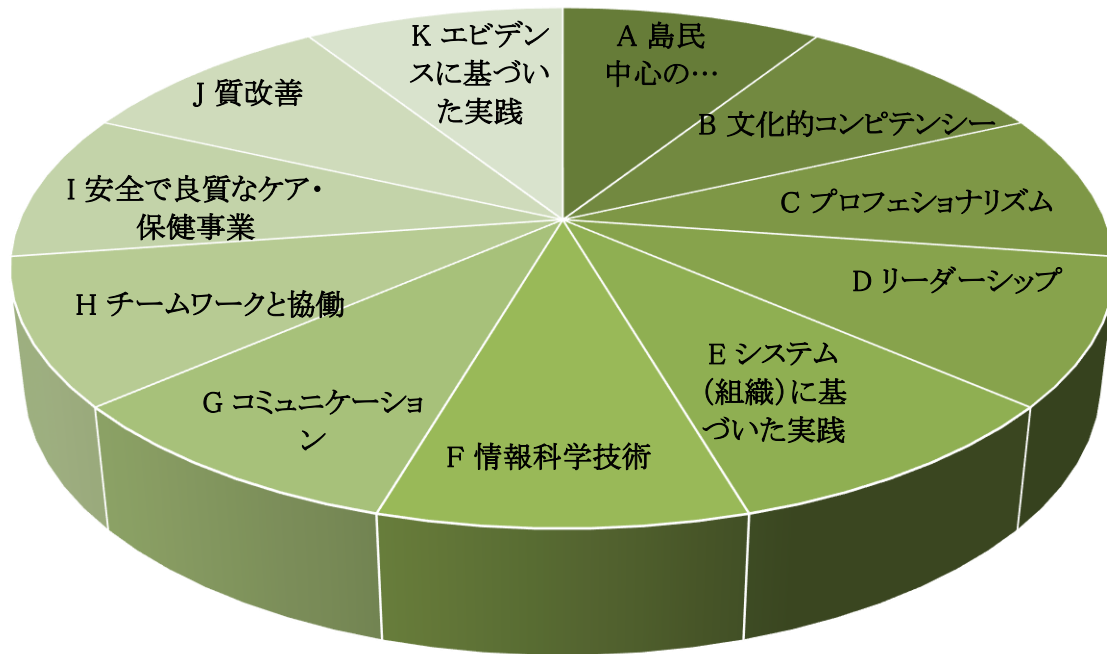
2. グループインタビュー（14:50-16:20）

- 1) アンケート調査結果についての質疑応答、感想
- 2) ディスカッション
 - ① コンピテンシーの領域の分け方、命名
 - ② コンピテンシー一覧の修正、追加点
 - ③ 各コンピテンシーの重要度
 - ・看護師、保健師の両方に共通して重要な必要なコンピテンシー
 - ・看護師だけに重要なコンピテンシー
 - ・保健師だけに重要なコンピテンシー
 - ④ コンピテンシーの活用方法

3. まとめ（16:20-16:30）

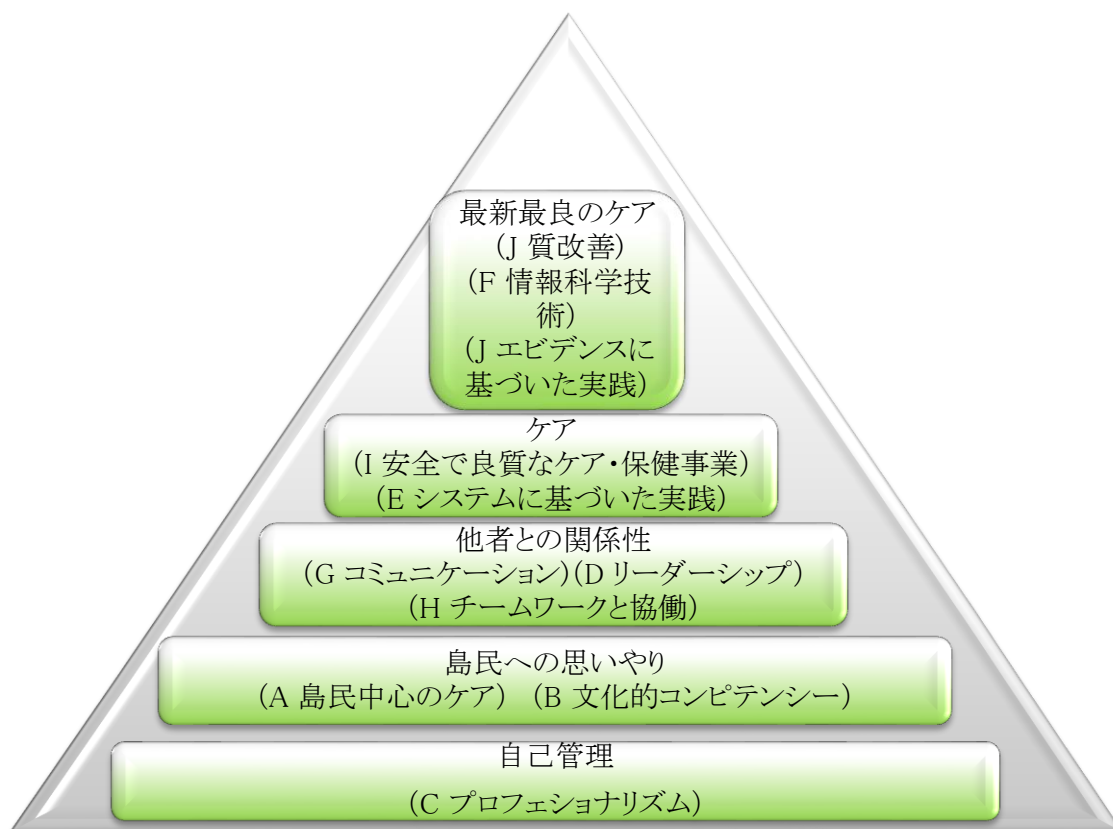
- 1) ディスカッションした①～④の内容の確認

領域ごとのコンピテンシーとその定義



A	島民中心のケア: 島民一人一人の好み、価値観、ニーズを尊重し、生活している地域・家族の背景を包含した全人的かつ柔軟で多様なケアが提供できる
B	文化的コンピテンシー 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる
C	プロフェッショナリズム 小離島の看護の専門職として、道徳的、利他的、法的、倫理的な原則や標準に基づいた人間性のあるケアを提供することへの強い責任感があり、島民の擁護者としての役割を果たすために最新で多様な知識や技術の習得、ピアレビュー、島のヘルスケアメンバーへの教育や相談ができる
D	リーダーシップ 島のヘルスケアシステムに改善が必要な場合には島の文化を尊重しながら新しい解決策の提示と実現ができる また、そのために島のヘルスケアメンバーと共有した目標の達成を促す方法を取りながら個人、またはグループの行動に影響を与えることができる
E	システム(組織)に基づいた実践 島民に良質なケアや保健事業を提供するために、島内外のヘルスケアシステム(組織)に効果的に協力依頼ができる また、島民、役場、県などに働きかけながら、小離島の保健医療体制の充実のためのシステムの構築を図ることができる
F	情報科学技術 島民への最善のケア方法を決めるために、最新かつ効果的な情報科学技術を活用しながら、情報の統合と分析をした上で関係者と協働したケアの提供や共同研究ができる。また、IT技術を活用してのケアの提供や保健事業の展開ができる
G	コミュニケーション 島民の満足感と健康成果を高めるために、ケアの対象となる島民・家族、およびヘルスケアメンバーとの相互尊重と意思決定の共有を図りながら、健康教育、健康相談、健康課題解決ができる
H	チームワークと協働 多職種からなる島内外のヘルスケアメンバーがチームで効果的に機能するために、開かれたコミュニケーション、相互尊重、意思決定の共有を図り、チームの学習と発達を促せる
I	安全で良質なケア・保健事業 島民に良質で安全なプライマリヘルスケアとプライマリケアを提供するために、提供元のシステムと個人の有害リスクを最小限にできる
J	質改善 小離島のヘルスケアシステムの質と安全を持続的に改善し、ケアプロセスの成果を評価するために、統計データや業務基準を活用できる
K	エビデンスに基づいた実践 島民全体の保健課題や対象となる島民の健康課題の解決方法を決定するために、臨床的卓越さと、患者の好み(科学的根拠)、経験、価値観を結びつけて、最高かつ最新のエビデンスを使用できる

コア・コンピテンシー間の関係性



コンピテンシー一覧 (1)

A 島民中心のケア (P2)

- 1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる
- 2 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる
(例: 島外医療機関への入退院の場合、訪問による継続支援が必要な場合)
- 3 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるように支援や助言ができる
- 4 島民の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる
(例: ターミナルケア期にある高齢者の在宅療養の希望)
- 5 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決できる
- 6 専門分野を超えたケアの調整と統合ができる
- 7 島民の健康に関係する経済的な問題を配慮した関わりができる
- 8 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる
- 9 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる

B 文化的コンピテンシー (P4)

- 1 島民の顔を覚えて、大事にしている島の文化を理解し尊重できる
- 2 日常的に地域に出向いたり、伝統行事・島行事・学校行事への参加を通して島民の考え・生活・文化を把握し、健康との関連をアセスメントできる
- 3 島民の気質や大事にしている考え・文化・地域行事を考慮した支援や活動ができる
(例: 揚げ物が多い地域での食事指導、地域行事の日程を考慮した保健事業計画立案)
- 4 島外、国外出身の異文化をもつ島民の背景を考慮した支援ができる
(例: 日本語を話せないフィリピン人母親への子育て支援)

C プロフェッショナリズム (P6)

- 1 島民の健康を一手に担うという覚悟や熱意、あきらめない強い責任感をもつ
- 2 島内の限りある資源や時間の中で優先順位を決めて計画的に時間を確保し、複数業務を同時にできるなど業務の効率化が図れる
(例:特定保健指導、医療機関受診勧奨、がん検診受診勧奨、乳幼児健康診査、予防接種のスケジュール管理、肥満予防対策、う歯予防対策)
- 3 小離島での看護活動への関心があり、自分のキャリアデザインを描ける
- 4 小離島の特殊性を理解した上での柔軟で多様な支援ができる
(例:島全体を活動の場とする、業務時間外の急患対応)
- 5 島内の限られた物的・人的資源の中で、自分の判断基準を基盤にした決断と内省を経てゆるぎのない看護実践ができる
- 6 小離島の専門家として自己を高めるためにヘルスケアメンバーや島内外の看護職者等との情報共有や建設的フィードバック、ピアレビューができる
(例:小離島の保健師間での事例検討、小離島看護師間での活動内容の検討)
- 7 小離島における看護実践に必要な知識や技術の習得のために自律的な学習ができる
(例:最新の看護技術習得のための自己学習、相談技術習得のための研修参加)
- 8 島民全体の保健医療福祉対策をとるために必要な保健医療福祉関連の最新の法規や国・県の対策の流れを把握することができる
- 9 小離島の看護課題の解決のために、島外に看護専門職の相談者、指導者を得ることができる
- 10 小離島の看護職者として必要な倫理原則を理解し、常時笑顔で島民全てに平等で誠実な対応ができる
- 11 島内の健康支援に関わる人材の育成ができる
- 12 小離島での看護実践に支障がでないように自己の身体、心理、社会的な管理ができる
- 13 看護の専門職者としての価値を説明でき、理解してもらえるように他職種、島民全体にPRできる
- 14 学際的、ヘルスケアメンバーとして島嶼看護の専門家の役割を主張できる
- 15 島民の擁護者としての役割が果たせる

D リーダーシップ (P14)

- 1 島の保健医療システムに改善が必要な場合には、島の文化を尊重しながら新しい解決策を提示し、実施・継続ができる
(例:診療時間の変更、ワンクッションコール制度の導入、島内での妊婦健診の導入、訪問リハビリ制度の導入)
- 2 島の医療従事者や役場行政職員、各メンバーの優れた知識、技術、異なる視点を高く評価し、エンパワーすることで協働的行動を促すことができる
- 3 島内の保健医療福祉専門職者によるコンセンサスを得る会議を企画、実施できる
- 4 島内の保健医療福祉サービスを充実するために島民のもつ技術を把握し、有効活用につなげるための人材確保ができる
- 5 島内外の関係者・関係組織と調整をとりながら、島の状況に対応した保健センター、診療所運営の調整ができる

E システム(組織)に基づいた実践 (P16)

- 1 島内だけでなく島外のヘルスケアシステム(組織)への協力を求めながら、島民への保健事業やへアの提供ができる
(例:子どもの発達支援、齲歯対策、精神保健対策、酒害対策など)
- 2 島民全体の健康課題解決のために、関連する住民組織(組織づくり、自治会、婦人会、青年会等のリーダー)と話し合い、島民全体で共有した課題に取り組むことを推進できる
- 3 島民、役場、県などに働きかけながら、小離島の保健医療体制の充実のためのシステムの構築を図ることができる
(例:小離島保健師同士が直接情報交換や相談ができるシステムの構築)

F 情報科学技術 (P19)

- 1 島民の健康課題の把握や解決のためにコンピューターを用いて必要な統計や情報の活用ができる
- 2 テレビ会議システム等のIT技術を活用し、島の保健事業、看護・医療支援を実施できる
(例:巡回相談・巡回診療・遠隔診療など)
- 3 小離島における看護職者の能力開発のために、ウェブ会議システム等のIT技術を活用し、離島看護職との情報交換、学習・会議への参加ができる

G コミュニケーション (P20)

- 1 全島民、役場職員、ヘルスケアメンバーから信頼を得られるようなコミュニケーションがとれる
- 2 支援対象となる島民とその家族との治療的コミュニケーションがとれる
(治療的コミュニケーションとは・・・看護の対象者が自身の健康増進に向けて主体的に取り組むことができるよう支援するコミュニケーションをいう)
- 3 日常的に島内外のヘルスケアメンバーとコミュニケーションをとり課題解決ができる
- 4 緊急時のヘリ搬送や後任、および代替看護職員時の引継ぎに際して、円滑に業務が遂行できるように記録も含めた効率的なコミュニケーションがとれる
- 5 小離島の狭小性から生じやすい情報漏えいを防ぐために、全島民のプライバシーに関する配慮ができる
- 6 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる
(ティーチング/ラーニングができる)
- 7 広報紙の作成・配布、村内放送などを通して、健康や保健事業に関する情報・知識を島民全体に広報できる
(例:保健師だより、診療所だより、住民健康診査の村内放送)

H チームワークと協働 (P28)

- 1 診療所内、役場内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる
(例:診療所・・・看護師・医師・事務職員、役場・・・保健師と保健医療福祉担当行政職員)
- 2 島内のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる
(例:診療所看護師と役場保健師、役場保健師と診療所医師)
- 3 島外のヘルスケアメンバーとのチームワークと協働ができる
(例:診療所看護師と拠点病院看護師、役場保健師と県保健師)
- 4 健康課題解決のために島民を巻き込んだチームワークと協働ができる

I 安全で良質なケアと保健事業（P39）

- 1 公衆衛生看護、地域保健看護の視点があり、島でプライマリヘルスケア、プライマリケアを実践できる
- 2 島民全体の健康のアセスメントをし、課題抽出・目標設定ができる(地域診断ができる)
- 3 島の保健福祉計画の策定・施策化・予算化や、年間の保健事業計画の策定ができる
- 4 島の保健医療福祉事業の実施を通して、島民全体の健康管理ができる
- 6 小児から高齢者まで、健康増進・疾病予防から看取りまで幅広い健康課題に対応したプライマリヘルスケアやプライマリケアができる
(例:外科・整形疾患のある島民への支援、精神疾患を持つ島民への支援)
- 7 小離島での限りある医療設備・専門職種の中で救急救命、緊急時の看護、および特殊な医療行為ができる
(例:心肺機能停止時の対応、出産介助、レントゲン撮影)
- 8 疾病の有無に関係なく対応できる
診療所を受診していない要支援者への支援ができる
- 9 診療所や保健センターでの医療ミスや感染症の予防と対策がとれる
- 10 地域行事や島のイベント、医師の不在時、台風等に合わせた疾病の予測・準備をし、対応できる
- 11 診療材料、薬剤などの確認・発注、医療機器の点検管理、機材の洗浄・消毒滅菌、医療廃棄物の処分、施設の維持点検などに関する診療所、保健センターの管理ができる
- 12 島内の限られた資源の中で代用品の活用や開発ができる
- 13 島内の薬剤師不在を補うため、ワクチン管理や薬剤師代行業務などができる

J 質改善（P59）

- 1 業務に必要な医療統計、情報処理、量的研究の知識がある
- 2 小離島での1人体制では主観的になりがちなので、保健事業や看護の客観的な評価ができる
- 3 統計データや業務基準を活用しながら看護の質を高めることができる
- 4 小離島に合った業務の質改善の工夫ができる
(例:看護業務基準の作成、見直し)

K エビデンスに基づいた実践（P60）

- 1 エビデンスに基づき、島民に分かりやすく説明できる
(例:資料を用いた説明、検査結果データの説明)
- 2 様々なデータや情報から判断した上で、島の保健課題の解決の優先度を付け、取り組むことができる
(例:肥満予防対策、う歯予防対策)
- 3 先進的な質改善モデルやツールを保健事業や看護に活用できる
(例:断酒会支援)

コンピテンシー一覧 (2)

A 島民中心のケア	(P2)
B 文化的コンピテンシー	(P4)
C プロフェッショナリズム	(P6)
D リーダーシップ	(P14)
E システム(組織)に基づいた実践	(P16)
F 情報科学技術	(P19)
G コミュニケーション	(P20)
H チームワークと協働	(P28)
I 安全で良質なケア・保健事業	(P39)
J 質改善	(P59)
K エビデンスに基づいた実践	(P60)

＜一覧の見方＞

G コミュニケーション	
6 支援対象となる島民とその家族に効果的な健康相談、健康教育ができる (ティーチング/ラーニングができる)	NS(9,26) 注1 PHN(26) 注2
1) 心理の知識があり、カウンセリング、コーチング技術がある	
例： 島民の気づきを促し、生活習慣の行動変容につながる保健指導や健康教育 ができる 生活の助言、健康相談、集団健康教育の技術がある	NS(22) PHN(11)

注1) NS(9,26): ()の中の数字は、看護師に必要なコンピテンシーについての回答者の番号
NS(9,26)の場合は、看護師に必要なコンピテンシーについて3名が回答している

注2) PHN(26): ()の中の数字は、保健師に必要なコンピテンシーについての回答者の番号
PHN(26)の場合は、保健師に必要なコンピテンシーについて1名が回答している
回答者番号26の人は、看護師と保健師の両方に必要なコンピテンシーだと回答している

A 島民中心のケア

1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる

- 例：対象者を全般的にみることができる、常に目を配れる NS(26)
・頭部から足底部までの全身を
・対象者の合併症に応じてみるポイントをわけれる
・例：多飲者への飲酒指導、家族ケア
- 例：健康度、家族背景・キーパーソン、緊急時の連絡者(島内、島外の両方)、室内環境、生活・経済 NS(1,4,6,7,12,25,28)
PHN(7,28)
- 例：家族支援の状況を考慮した上で受診者を一人で帰宅させてもよいか判断できる NS(6)
- 例：診療所受診は受診者の生活の小さな一部分にしか過ぎないことを意識した支援ができる・・・自宅で転倒した受診者へ転倒場所を確認し、手すりの設置の助言ができる NS(8)
- 例：疾病悪化の背景、救急外来受診を繰り返す受診者の背景、疾病予防の方法の把握 → 適切な対策がとれる NS(28),
PHN(28)
- 共感性をもちながら、島民の背景(家族、社会、生き立ち)の把握に努めることができる NS(25)
- 例：健康課題を中心にして、個人の生活上の課題(ライフスタイル、働き方、食べ方等)と地域生活上の課題を総合的に捉えた支援や助言ができる PHN(11)
・健診データだけを見た保健指導をしない
- 例：地域や家族を含めた看護ができる NS(8)
PHN(11)
- 例：対象者の生活部分も含めた看護ができる NS(4)

2 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる

(例：島外医療機関への入退院の場合、訪問による継続支援が必要な場合)

- 例：訪問による継続支援が必要な対象者への支援方法の工夫ができる NS(6)
○看護師による訪問が必要な際は了承をもらえるよう医師に相談できる：看護師が心配で訪問して血圧測定等しても料金は取れないが、医師に相談し“医師の指示のもとでの経過観察(のための看護師による訪問)”とすると診療報酬の点数がとれる
○拠点病院からは「売り上げにつながらないことをするな」といわれるが、それではすまされることが島ではある → 保健師に訪問依頼できる関係性を築ける
- 例：島外の医療機関への入退院の際の本人と家族の生活の調整ができる NS(18)
- ・一般病院の地域連携室の職員の役割がとれる
 - ・家族から入院中の島民についての現状の情報収集ができる
入院先からの情報を保健師へ提供し相談できる
 - ・本人・家族の相談・調整役となれる
 - ① 高齢者へのフォロー体制の確認ができる
 - ② 養育者に残された子どもへのフォロー体制の確認ができる
 - ・主な養育者が島外医療機関受診が必要となったとき、子どもの養育を誰がするか
 - ・島外医療機関受診が必要となったも子どもに主な養育者が同伴が必要となったとき、子どもの兄弟の島での養育を誰がするか)

3 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるように支援や助言ができる

- 例：その人らしく過ごせる支援ができる NS(1)
- 例：人として接する部分を大切にしながら支援ができる NS(1)
- 例：人間性ある看護の提供ができる NS(12)

例： 受診者の生活背景や生きがいを把握し、生きがいを継続できるための支援や助言ができる： 膝の痛みを抱えながらも畑仕事を生きがいに楽しんでいる高齢者への支援を考える事ができる → 畑での椅子の使用を勧める	NS(8)
例： 相手のペースや生活リズムに合わせた訪問計画立案ができる	PHN(11)
例： 対象者の話をしっかり聞き、本人ができる部分と看護職者ができる支援の部分をアセスメントし、真のニーズに応じた支援ができる	PHN(11)
4 島民の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる (例：ターミナルケア期にある高齢者の在宅療養の希望)	NS(25)
例： 対象者に寄り添った支援ができる、対象者の意見を尊重した支援ができる	PHN(18)
例： 今後も元気に島に住み続けたいと願う受診者の気持ちを大切にし、そのためのアドバイスができる	NS(8)
例： 島で死ぬことを望むターミナル期の高齢者の気持ちに沿いたいと思い、関係者と検討できる	NS(4)
5 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決できる	NS(1)
例： 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決できる ・受診者が抱える問題点の推測→本人への確認→必要性がある時は、適切な人に伝える→解決してくれる人がいる	NS(1)
6 専門分野を超えたケアの調整と統合ができる	PHN(14)
例： 福祉分野の相談にも対応できる	PHN(14)
例： 介護ヘルパーへの助言ができる	NS(3)
a 家族から虐待を受けている可能性がある高齢者への対応についての助言	NS(3)
b 必要時保健師への相談勧奨	NS(3)
7 島民の健康に係る経済的な問題を配慮した関わりができる	
例： 島民の健康が害されている原因が経済面であればその分野の改善も視野に入れた関わりができる	PHN(14)
例： 支払い困難な対象者に対し、料金徴収につながらない方法の工夫ができる … 電話での確認、隣人やボランティアへの確認依頼	NS(6)
例： 自立に向けて多面的な支援の必要性のアセスメントができ、支援に結びつけることができる ・治療継続に必要な経済的支援 ・生活保護受給の必要性と、受給内容(全部または医療費のみ等) ・家族の経済的支援	PHN(3)
例： 虫刺症で受診した島民に対し、翌日の受診勧奨をし、翌日よくなっている場合は料金徴収の是非について医師に相談できる	NS(6)
8 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる	
例： ターミナル期にある人への寄り添いができる… 医師よりも看護師ほうが寄り添える立場	NS(25)
例： 希望する島民へ訪問看護による看取りができる	NS(13)
9 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる	
例： 不衛生な家庭環境への衛生教育、栄養指導、内服指導	PHN(26)

「小規模離島で働く看護職者に必要なコンピテンシー(能力)」 についてのアンケートの集計結果

平成29年6月中旬に小規模離島(以下、小離島という)での看護職経験者へアンケートの協力依頼を行い、6月30日までに回答のあった看護師6名、保健師3名の計8名分の集計結果をまとめました。

・・・ アンケート記載上の留意点は以下の通りでした・・・

小規模離島で働く看護職者が役割を果たすためには、どのようなことができればよいと思われますか？

看護師、保健師それぞれについて、あてはまる数字に○の記入、またはチェックをしてください。

(5: 非常に重要、4: まあまあ重要、3: どちらともいえない、2: あまり重要ではない、1: 重要ではない)

「看護師は、離島赴任前に3年以上の看護師経験がある者」、「保健師は、離島赴任前に1年以上の保健師経験がある者」を想定してお答えください。

また、ご意見がありましたら該当欄に記載をお願いします。

このコンピテンシーの項目は、平成24～25年に、沖縄県の小規模離島で働いた経験のある、または現在働いている保健医療従事者30名(看護師9名、保健師10名、医師11名)への質問紙調査結果をまとめ、先行文献を参考に並べ替えを行ったものです。

P 2: A 島民中心のケア

P 3: B 文化的コンピテンシー

P 4: C プロフェッショナリズム

P 6: D リーダーシップ

P 7: E システム(組織)に基づいた実践

P 8: F 情報科学技術 G コミュニケーション

P 9: G コミュニケーション

P10: H チームワークと協働

P11: I 安全で良質なケア・保健事業

P13: J 質改善

P14: K エビデンスに基づいた実践

A 島民中心のケア

	看護師に必要な コンピテンシー				保健師に必要な コンピテンシー				意見
	(5 非常に重要) の人数	(4 まあまあ重要) の人数	(3 どちらともいえない) の人数	(2 あまり重要ではない) の人数	(5 非常に重要) の人数	(4 まあまあ重要) の人数	(3 どちらともいえない) の人数	(2 あまり重要ではない) の人数	
1 島民が生活している地域・家族の背景を包含した全人的ケアができる	3	5			3	5			<ul style="list-style-type: none"> ・(Aの1～9は全て)小離島では基本的能力だと考える ・全人的ケアの重要性は小離島に限らない ・看護師、保健師の双方ともケア又は支援できる力を備わっていることが重要と考える ・生活背景が見えてしまうので把握しやすい
2 島民の状況に応じて柔軟に対応するため、本人・家族の相談・調整等の役割も含めて多様なケアが提供できる (例:島外医療機関への入退院の場合、訪問による継続支援が必要な場合)	4	2	2		3	5			<ul style="list-style-type: none"> ・小離島だけでは解決しないことが多いため、より柔軟性や調整力が必要と考える
3 島民のペースや生活リズムを把握した上で、その人らしく生きがいを継続できるように支援や助言ができる	1	7			3	5			
4 島民の思いを尊重した支援、意思決定を促す支援ができる (例:ターミナルケア期にある高齢者の在宅療養の希望)	3	3	2		1	6	1		<ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ、本人の思いを島外の家族に伝えるが、最終決定は家族であり、本人の希望に添えず、島での生活を継続できないケースが多い
5 島民の健康を阻害している要因を把握し、問題解決できる	1	6	1		3	5			<ul style="list-style-type: none"> ・島で生活するにはセルフケアは非常に重要。アルコールなどそこに働きかける必要がある
6 専門分野を超えたケアの調整と統合ができる	3	4	1		5	2	1		
7 島民の健康に関係する経済的な問題を配慮した関わりができる	1	6	1		2	6			<ul style="list-style-type: none"> ・島外への通院、治療に費用がかかるため
8 島民の看取り時における身体的安楽、情緒的サポート、スピリチュアルケアができる	6	2			3	3	1		<ul style="list-style-type: none"> ・痛みのコントロールができないと家族はつらい ・在宅での看取りを後悔させないように支える
9 家族や隣人、キーパーソンを巻き込んだ支援ができる	6	2			8				<ul style="list-style-type: none"> ・島内には家族がいない場合も多く、近隣の支援は大きい