

平成 24 年度
看護実践研究指導事業報告書

岐阜県における 看護活動の充実に向けて



岐阜県立看護大学
GIFU COLLEGE OF NURSING

目 次

第 1 部 平成 24 年度 看護実践研究指導事業報告

1 . 概要	1
2 . 研修別報告	
1) 岐阜県看護実践研究会交流会会員への研究支援	15
2) 地域における訪問看護ステーションの活動を充実・発展させるために	25
3) 助産師の専門性を高める研修プログラムの開発	43
4) 管理的立場にある保健師の抱える課題に基づく 保健師管理者研修プログラムの開発	61
5) 実践現場における看護実践の改善・改革を推進する 看護研究の支援方法の開発	67
6) 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた 看護職者への教育支援	77

第 2 部 終了分の総括報告

1 . 助産師の専門性を高める研修プログラムの開発 (平成 20 年度～21 年度、23 年度～24 年度)	103
---	-----

第 1 部

平成 24 年度 看護実践研究指導事業報告

1 . 概要

報告書の概要

・本事業の目的と実施方針

平成 13 年度から引き続き、県内看護職が大学の知的資源を利用して自己学習や業務改善ができるようにすることを旨とし、看護の実践研究指導・研修の事業として取組んだ。そのため、実施に際しては、単に研修や指導を行うのではなく、県内の看護職の現状を把握して、現場の実態に即応した適切な指導・研修の方法を模索しながら行うこととし、現職者自身の問題解決を促進していくことを重視している。

また、大学としては、これらの活動をする一方で、今後の学部・大学院教育の充実を図り、特色ある活動を導くことを念頭においている。

本事業には、大学と岐阜県内の看護実践現場の看護職者との連携や組織的関係を強化するという観点から、看護研究センターの教員が、本事業の全体的な調整や報告書の取りまとめを担当している。

今年度は、以下の表に示したとおり、6 事業に取り組んでいる。No.1～3 は継続事業であり、そのうち No.3 は今年度で終了する。また、No.4～6 は今年度開始の新規事業であるが、No.4 は今年度のみでの取り組みである。

平成 24 年度 看護実践研究指導事業一覧

No.	事業名	担当教員	協力者
1	岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援 平成 15 年度～	看護研究センター： 大川、岩村、田辺、丹菊	
2	地域における訪問看護ステーションの活動を充実・発展させるために 平成 21 年度～	地域基礎看護学領域： 森、松下、杉野、 田中、日比野、原田、 種村、高橋(智) 成熟期看護学領域：奥村	
3	助産師の専門性を高める研修プログラムの開発 平成 20～21 年度、23～24 年度	育成期看護学領域： 服部(律)、布原、 名和、武田、瀧瀬	
4	管理的立場にある保健師の抱える課題に基づく保健師管理者研修プログラムの開発 平成 24 年度	地域基礎看護学領域： 松下、北山、森、田中、 大井、山田、種村 看護研究センター： 岩村、大川 機能看護学領域：両羽	岐阜県保健医療課： 山田、井上、高橋 岐阜保健所： 中土、居波
5	実践現場における看護実践の改善・改革を推進する看護研究の支援方法の開発 平成 24 年度～	地域基礎看護学領域：北山 育成期看護学領域： 服部(律) 成熟期看護学領域：奥村 看護研究センター： 会田、岩村、丹菊 学部長：黒江 看護研究センター長：小西	
6	利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援 平成 24 年度～	地域基礎看護学領域： 藤澤、黒江、原田、 高橋(智) 成熟期看護学領域：田村 看護研究センター：丹菊	岐阜県医療整備課： 岡田、加藤

・実施方法と事業実績の概要

1. 岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援

本学では、県下の看護職が看護業務の改善・改革や看護サービスの質の向上を図ることを目的に発足した「岐阜県看護実践研究交流会」(以下、交流会とする)の会員を対象に研究支援を行っている。本学教員は本会の賛助会員として、会員である看護職が看護実践の場における問題・課題について主体的に研究的取組みができるよう、その申請に基づき支援している。

研究支援の運営は、看護研究センター及び看護研究センター運営委員会の下に設置されている研究交流促進部会が、効果的な研究支援システムとして機能するために交流会役員と協議を重ねつつ実施している。なお、運営実務は、看護研究センターの教員が担っている。

1) 担当者

研究支援の運営実務は、以下の教員が実施している。

看護研究センター：大川眞智子、岩村龍子、田辺満子、丹菊友祐子

2) 方法と実績

(1) 実施方法

交流会への研究支援申し込みを受けて、学内で担当教員の調整後、初回面接で詳細を把握した上で支援適用の可否を決定する。教員個人の専門性の限界や助言の偏りを防ぐため複数教員で関わり、期間は支援決定から1年間である。看護職が主体的に研究に取組むことを重視し、1年間の支援期間内にスポット的に、相談への対応や助言といった支援を行う。その際、実践から乖離した支援にならないよう、対象者に来学を求めるだけでなく、現地に出向く形態もとる。

交流会の活動である「岐阜県看護実践研究交流集会(会員である実践現場の看護職が行った研究について報告・討論する会)」に必ず報告することが求められるため、その報告や抄録・報告書作成に関わる支援も希望に応じて行う。

(2) 実績

平成23年度は、10題の申し込みがあり、すべてが研究支援の適用となっているが、うち2題は、支援途中で研究中止となった。研究支援の対象は、病院(4施設)の看護師12名、助産師5名で総計17名であった。支援担当教員は、17名(各課題につき2~3名)である。なお、8題のうち、新規7題、継続1題(3年目)であった(表1)。

平成24年度は、平成25年1月末現在、9題の申し込みがあり、すべての課題が研究支援の適用となっているが、そのうち1題の支援開始予定が次年度であるため、8題の研究課題を支援した。研究支援の対象は、病院(5施設)の看護師16名、助産師3名で総計19名であった。支援担当教員は、16名(各課題につき2名)である。なお、8題のうち、新規4題、継続4題(2年目)であった(表2)。

3) 支援を担当した教員の自己点検評価

平成24年4月から平成25年1月末までに支援を終了した8題すべての支援担当教員から評価が得られ、支援を受けた看護職の実践活動の改善・充実、今後の実践の充実・改善や質向上につながる可能性や期待が確認された。また、研究支援システムの改善に向けた意見として、「3月末までに支援希望者を募集し、報告は年度末の方がスケジュール的によい」「施設側と協働して支援できるシステムでもよいのではないか」等の意見が挙がっていた。

4) 支援を受けた看護職の自己点検評価

8題すべての看護職から得られ、実践の改善・充実につながったことや今後どのように実践の改善につなげたいかが具体的に記載されており、業務改善につながる研究であったことが確認された。また、教員による支援を受けてよかったことは、すべての研究課題で記載されており、「研究方法やデータ分析、進め方・まとめ方について学べた」「研究に関する助言が的確でわかりやすかった」「研究目的が明確になり、取組みがスムーズだった」「業務改善につながる実践型の研究ができた」など、肯定的な評価を受けている。また、今後も実践の改善につなげていきたい意欲も確認できた。一方、研究支援システムの改善点として、「研究支援や交流集会に関する事務手続きがわかりにくいので、最初にオリエンテーションをしてほしい」等の意見が確認された。

5) 今後の課題

今回、支援を受けた看護職の自己点検評価から、研究支援や交流集会に関する事務手続きのわかりにくい旨の意見があった。従来、初回面接時に支援教員が研究支援の方法・流れやスケジュール等を説明し、互いに覚書を取り交わしているが、今後も、初回面接時に資料を用いて十分に説明し、互いに申し合わせることの徹底を図りたい。また、事務手続きの周知に関しては、交流会からの連絡方法・内容について、交流会役員会と改善策を協議したいと考える。

研究支援が開始されて10年目を迎えた現在、従来の研究支援のあり方・方法を見直す時期に来ていると思われる。そこで、研究支援を受けたことが看護職に及ぼした影響や成果・課題を明らかにし、

より現地側の支援ニーズに即した研究支援のあり方・方法を検討するために、過去に支援を受けた看護職を対象にした面接調査を今年度末から行う予定である。次年度以降、この調査結果を踏まえて、交流会役員会と協議をし、よりよい研究支援のあり方・方法を追究していきたいと考える。

表1 平成23年度に研究支援を開始した研究課題（研究中止分を除く）

番号	研究課題	申込者	支援担当教員（所属領域）
1	整形外科における下肢運動器障害をもつ患者への転倒予測内容	病院 看護師3名	両羽美穂子（機能看護学） 松本葉子（成熟期看護学）
2	妊産褥婦へのより効果的な保健指導の検討 ～褥婦、助産師の意見をもとに考える～	病院 助産師5名	布原佳奈（育成期看護学） 武田順子（育成期看護学）
3	NSTとの協働による看護実践の充実に向けた取り組み	病院 看護師2名	藤澤まこと（地域基礎看護学） 大井靖子（地域基礎看護学）
4	下肢骨折患者の安全・安楽を考えた足台を用いての側臥位保持の検討	病院 看護師2名	北村直子（成熟期看護学） 普照早苗（地域基礎看護学） 平成23年6月～23年3月 大川眞智子（看護研究センター） 平成24年4月～24年5月
5	臨床看護師のアセスメントにおけるつまずきの要因 ～教育プログラム作成に向けて～	病院 看護師2名	田辺満子（看護研究センター） 小澤和弘（看護研究センター） 鈴木里美（機能看護学）
6	終末期にある患者・家族への緩和ケアの取り組み ～STAS～Jの導入を試みて～	病院 看護師1名	田村正枝（成熟期看護学） 布施恵子（成熟期看護学）
7	未熟児・新生児室における母乳育児支援に対する看護者の認識とケアの現状	病院 看護師1名	田中昭子（地域基礎看護学） 名和文香（育成期看護学）
8	一般病棟における終末期肺がん患者の生き方についての意思決定への支援 （継続3年目）	病院 看護師1名	田村正枝（成熟期看護学） 布施恵子（成熟期看護学）

表2 平成24年度に研究支援を開始した研究課題

番号	研究課題	申込者	支援担当教員（所属領域）
1	整形外科における下肢運動器障害をもつ患者の転倒状況の特徴 ～看護師の転倒予測・直感の根拠をもとめて～ （継続2年目）	病院 看護師3名	両羽美穂子（機能看護学） 山田洋子（地域基礎看護学）
2	妊娠中～産褥までの保健指導の見直し （継続2年目）	病院 助産師3名	布原佳奈（育成期看護学） 武田順子（育成期看護学）
3	2歳児の採血・点滴処置に遊びを取り入れて ～児を尊重した採血・点滴処置～	病院 看護師4名	長谷川桂子（育成期看護学） 長谷部貴子（育成期看護学）
4	当院未熟児室の祖父母面会の導入の検討	病院 看護師1名	谷口恵美子（育成期看護学） 服部佐知子（育成期看護学）
5	NSTとの協働による看護実践の充実に向けた取り組み （継続2年目）	病院 看護師2名	藤澤まこと（地域基礎看護学） 大井靖子（地域基礎看護学）
6	下肢骨折患者の安全・安楽を考えた足台を用いての側臥位保持の検討 （継続2年目）	病院 看護師2名	北村直子（成熟期看護学） 大川眞智子（看護研究センター）
7	身体拘束に対する看護師の意識調査	病院 看護師3名	長谷部貴子（育成期看護学） 窪内敏子（成熟期看護学）
8	災害対応ボードの運用見直しの検討 ～災害状況の可視化～	病院 看護師1名	梅津美香（成熟期看護学） 丹菊友祐子（看護研究センター）

2. 地域における訪問看護ステーションの活動を充実・発展させるために

1) 目的

在宅ケアの体制整備は重要な課題であるが、訪問看護ステーション（以降、ステーション）はその一翼を担う機関として責任を果たすことが期待されている。しかし、ステーションは小規模な事業体であるため外部研修に参加する機会が限られおり、本研修に参加した看護職の反応から、施設を超えた交流が求められていることを確認している。今年度は飛騨圏域のステーションを対象にして研修を実施するが、飛騨圏域の市村はいずれも過疎地域に指定されていることから、今年度の研修では、過疎地域の在宅ケアを支える訪問看護の現状を捉え、そこから整理した課題を現地看護職と共有することを通して、課題解決に向けたモデル的な取り組みの可能性を検討したいと考える。

2) 事業担当者

地域基礎看護学領域：森仁実、松下光子、杉野緑、田中昭子、日比野直子、原田めぐみ、種村真衣、高橋智子、成熟期看護学領域：奥村美奈子

3) 実施方法

(1) 個別職場訪問研修

飛騨圏域に開設されている全ステーション 9 施設の内、同意を得られた施設を訪問して、現地看護職から、看護活動の実際を聴取する。過疎地域における訪問看護活動の実態を捉えるため、濃厚な支援を要す利用者のニーズに応えるための取り組み、環境条件の特性から生じる活動の困難さ、在宅ケア充実のためにもっと応えたい対象・やりたいと思う活動に注目して、現状を捉える。

(2) ワークショップ研修

飛騨圏域にある 9 ステーションに加え、飛騨圏域の市・村が運営している国民健康保険立の医療施設（以降、国保医療施設と記す）17 ヶ所の看護職に参加を呼びかける。研修では、教員が捉えた訪問看護活動の現状を返し、「過疎地域における在宅ケアの充実」をテーマに意見交換する。

4) 結果

(1) 個別職場訪問研修

訪問した施設・面接対象者の概要

表 1 に示す 8 施設において、計 27 人（リハビリ職 2 人を含む）の参加を得た。

表 1 個別職場訪問研修の参加者数および担当教員

開設者	看護職数*	個別職場訪問研修参加者数	担当教員氏名
市町村	2.5 人	3 人	森・杉野
岐阜県看護協会	5.75 人	5 人	奥村・原田
岐阜県看護協会	2.65 人	4 人	田中・種村
岐阜県看護協会	8.85 人	2 人	森・田中・種村
岐阜県看護協会	7.25 人	1 人	森・田中・種村
日本赤十字社	4.1 人	1 人	杉野・日比野・種村
岐阜県厚生農業協同組合連合	12.05 人	6 人	森・原田
医療法人	4.8 人	5 人(リハビリ職 2 人を含む)	田中・日比野

* 常勤換算した人数

教員が捉えたステーション活動の概要

・濃厚な支援を要す利用者のニーズに応えるための取り組み

ターミナル期の療養者を介護する家族に向けてパンフレットを作り、それを用いて臨死期の経過を説明する、療養者・家族の不安を軽減するためチームで関わる、一日複数回の訪問をする、退院前カンファレンスに参加する、がん拠点病院の認定看護師を活用して苦痛緩和を図る等が行われていた。課題として、看取りに対応する医師の少なさ、医療依存度の高い療養者を受け入れる施設がないため家族が休めない等が挙げられた。また、難病やがん末期の事例への対応経験が少ないため自信が持てない、研修機会が少ないため自己学習で対応するしかない等、訪問看護の実践能力にかかわる問題が挙げられた。

・環境条件の特性から生じる活動の困難さ・工夫していること

困難な点として、訪問前の除雪に時間を要す、運転に恐怖を感じる等の積雪に伴う移動の問題が挙げられた。これに対して、除雪や積雪の状況を考えて訪問時間を設定する、訪問車に除雪用具を積む、山間部への訪問時は非常食を携帯する等の対応がされていた。また、積雪期は看護師の到着までに時間を要するため、早期に連絡する必要性や家族が実施可能な対処方法を分かりやすく説明する、冬期限定のショートステイが次年度も利用できるようケアマネジャーに依頼する等、先を見越した対応がさ

れていた。

在宅ケア充実のためにもっと応えたい対象・やりたいと思う活動

予防的段階の利用者を増やしたい、多様な利用者に対応できるよう看護実践力を高めたい、障害児・者へのサービス提供を充実させたい等の意見が出された。

(2) ワークショップ研修

平成 24 年 12 月 8 日(土)の午後に飛騨世界生活文化センターにおいて開催した。参加者は 3 ステーションから看護職 4 人、4 国保医療施設から看護職 4 人、教員 7 人の計 15 人であった。以下に意見交換の概要を示す。

- ・緊急時の対応について尋ねたところ、緊急時に困らないよう介護者の対処能力を評価して入院中からトレーニングを受けてもらう、ステーションと主治医が連携して利用者宅へ駆け付けけるようにする等の対応がされていた。一方、往診医が不在の地域では、救急車を呼んで病院へ行ってもらう方法がとられていた。
- ・そもそも人工呼吸器装着の療養者がいない、老々介護なのでどちらかが倒れると施設入所になってしまうなどの現状が語られ、在宅生活が可能な療養者の範囲に限られることが窺えた。
- ・子どもが近くにいない事例の場合、隣人が毎日 1 回顔を出してくれる、認々介護のケースも周囲の人がみてくれていて連絡をくれるなど地域住民の支えがあることが共有された。
- ・ステーション、国保医療施設の看護職が共通して語った課題は、募集しても看護職が確保できないことであった。新卒看護師の採用について考えを聞いたところ、5 年以上の臨床経験が必要、臨床経験だけでなく地域の人とかかわる力が求められるなど新卒者の採用には消極的な意見が多かった。
- ・総合病院に緩和ケアセンターが開設されたことにより、これまで在宅療養が困難であったがん患者に対しも、主治医と緩和ケアセンター医師が連携して対応できると思うという期待が語られた。

5) 参加した看護職の反応・意見

ワークショップ研修終了後、参加した看護職にアンケートを実施し、8 人全員から回答が得られた。

ワークショップ研修に参加して得られたこととして、「他のステーションと情報交換することが少ないため自分達の活動を振り返ったり、再確認できるよい機会になった」「診療所看護師の取り組みも聞けて良かった」「どの看護師も地域住民がよりよい生活を送れるよう努力され質の向上なども考えており参考になった」「旧市街の外の地域における課題、現状を知ることができた」「今後の課題として予防や地域住民への働きかけなど参考になった」「また機会があれば参加したい」などの意見があった。

6) 教員の自己点検評価

実践の場に与えた影響として、活動の現状を尋ねることで普段行っている活動の振り返りを促すことができた。また、参加者個々に話してもらうことで、実践の中で各自が大切にしていることや考えていることを共有する機会になったと思われる。ワークショップ研修では、ステーション看護職に加えて国保医療施設の看護職の参加が得られたが、両者が交流することで、互いの活動状況を知ることができた。特に、国保医療施設の看護職は、飛騨圏域の中でも過疎化が進んだ地域を訪問しており、当該地域の在宅ケアを支えている現状が共有できたと思われる。また、本研修を通して、教員は岐阜県の過疎地域における在宅ケアの状況が変化していること、平成の大合併後に各市村が保健・医療・福祉・介護の提供体制を整えるために努力していることを感じた。一方、ステーション・国保医療施設共に看護職の確保に困難を抱え、人材確保ができないために住民の在宅ケアニーズに十分対応できない状況に直面していた。教員として、看護学基礎教育の中で、過疎地域の暮らしや看護活動に対する学生の関心を高めていく必要性を感じた。

7) 今後の課題、発展の方向性

ワークショップ研修に参加してくれた施設は、ステーション 9 ヶ所中 3 ヶ所、国保医療施設 17 ヶ所中 4 ヶ所であったが、これらの 7 施設はいずれも、旧市街の外に開設されており、まさに「過疎地域」の直中で活動している施設であった。これらの地域では医師や看護師の確保が困難になりやすく、中には、複数の国保医療施設が連携して特定の診療圏をカバーするよう、市が方針を示して取り組んでいる地域がみられた。過疎地域の在宅ケア体制の充実を図るには、限られた資源が連携・協働することが重要であるが、機関同士の連携体制を構築するには行政のリーダーシップ発揮が期待される。来年度の研修は、瑞浪市、恵那市、中津川市で実施する予定であるが、やはり過疎地域が多く含まれており、飛騨圏域のように訪問看護活動を行っている国保医療施設がある。今年度のワークショップ研修では、保健所や市町村の保健師を対象に含めなかったが、訪問看護の現場を支える看護職だけでなく、行政保健師も交えて意見交換する機会をつくる方向で考えてゆきたい。

3. 助産師の専門性を高める研修プログラムの開発

1) はじめに

岐阜県の周産期医療は、近年集約化がすすみ、医療施設がそれぞれの役割をもってハイリスク妊産婦とローリスク妊産婦のケアを行っている。県内の助産師の半数以上は、病院に勤務しているが、県内の出産の約7割が診療所での分娩である。助産師の役割も周産期医療センターでハイリスク妊産婦のケアに携わる助産師とローリスクの分娩を取り扱う診療所の助産師と2分される傾向にある。

助産師の専門性に関してみれば、ローリスク妊産婦からハイリスク妊産婦への看護、地域での育児支援、母乳育児支援、女性の健康支援、思春期の子どもたちへの支援など周産期のみならず、幅広い分野にわたっている。

助産師の主体的な活動を促進していくためには、母子保健行政や周産期医療の現状を把握し、課題意識をもって仕事の改革改善を行っていくことが必要である。また助産師のみならず、保健師や看護師、医師との連携を図り、地域を含めた母子保健の発展ができるように取り組んでいくことが求められている。助産師の今後の活動をサポートし、県内の助産師活動のネットワークを構築することで、助産師の専門性を発揮できる働き方を考えていくことが、この事業の趣旨である。

2) 担当者

育成期看護学領域 服部律子、布原佳奈、名和文香、武田順子、瀧瀬なつ子

3) 研修会の開催

(1) 目的

助産師の生涯学習のニーズに基づき、専門性を高める研修会として「赤ちゃんとお母さんにやさしい地域づくり - 地域で支える母乳育児」「ハイリスク母子と家族への育児支援 - ふたごみつごを産み育てる家族への切れ目のない支援を考える」という2件の研修会を行なった。

(2) 研修会の日時・場所

第1回研修会

日時：平成24年11月21日(水) 13:30~16:00

場所：高山市民文化会館

第2回研修会

日時：平成24年12月20日(木) 13:30~16:30

場所：岐阜県ふれあい福寿会館

4) 研修会の内容

第1回研修会「赤ちゃんとお母さんにやさしい地域づくり - 地域で支える母乳育児」

(1) 妊娠期からの母乳育児支援

高田医院 助産師

(2) 地域診療所での母乳育児支援

医療法人葵鐘会 アルプスベルクリニック 助産師

参加者 助産師8名、保健師4名 教員5名 計17名

研修会での意見交換と学び

行政における母乳育児支援

精神面で問題を抱える妊婦への支援

産後の家庭訪問および医療施設と地域との連携方法

母乳育児支援に関して

医療施設で早期に母乳育児支援がなされ、地域でも同じ方向性で支援が続けられると良い、という意見があった。また医療施設ともお互いに勉強し合い、役割分担をして積極的に連携をしていきたい、保健師の家庭訪問での経験を産科にフィードバックしていただけると、助産師も一方的な支援にならないので、厳しい意見でも伝えてほしい、このような研修会を別の地域でも行いたいと参加者の意見交換がなされた。参加者からは、地域との関わりの重要性を感じた、保健師との関わりは師長に一任している部分が多かったが、褥婦に関わっている助産師の意見として師長に伝えていくことができると良いと思った、これまで、保健師の顔を知らなかったが、直接会えて新鮮さを感じ、とても楽しい会となった、など研修会の学びがあげられた。

第2回研修会「ハイリスク母子と家族への育児支援 - ふたごみつごを産み育てる家族への切れ目のない支援を考える」

(1) 県内の多胎妊娠の現状と最近の治療と管理

長良医療センター 産科医師

(2) 当事者としてできること - 他職種と繋がる地域づくり -

NPO 法人ぎふ多胎ネットワーク理事長

(3) 岐阜県での多胎児支援の取り組み - 保健所保健師から -

岐阜県中濃保健所保健師

(4) 当事者主体の多胎育児支援

岐阜県立看護大学

参加者 助産師 8 名、保健師 12 名、看護師 3 名、医師 1 名、保育士 1 名、学生 6 名、教員 5 名、
当事者団体 4 名 計 40 名

研修会での学び

多胎妊娠の基礎的な知識と周産期医療体制について学べた
多胎育児の実態と支援の必要性について学べた
多胎ネットの活動やピアサポートの活動について学べた
医療施設と地域との連携の重要性について学べた
保健師や保健所での関わりについて話がきけて良かった
多胎妊婦や多胎育児の支援をしていきたい

参加者の感想として、「医療、当事者団体・行政と多方面からの支援についての報告をきかせていただき、大変勉強になりました」「今後ますます多胎児支援にとりくむ気持ちが大きくなりました。ありがとうございます」「市町村の母子保健について、考えていくのに大変参考になった」「くり返し研修をうけ、支援のあり方を考えていくことが大切だと思います。また機会があればと思います」などハイリスク母子の支援の必要性や連携の重要性について学んだという意見が多かった。今回 2 回の研修会は、参加者の満足度は高く、研修会開催の意義はあると考える。

5) 教員の自己点検評価

(1) 実践現場に与えた影響

参加した看護職にとって、学ぶことが多かったという意見が多く、看護活動への影響は期待できる。公式的な連絡会はあるが、役職者が出席することが多く、具体的な情報交換は難しいようであった。本研修会の中でグループディスカッションをする中で、具体的な援助方法やサービスの在り方（乳房マッサージ券）について、意見交換、情報共有することで、認識が変化したと思う。病院と行政が意見を交わすことによって、望まれる支援から実現可能な支援までお互いに考えることができたと思う。

(2) 看護職の研修としての有用性

助産師研修会という事業であったが、助産師のみならず保健師看護師の参加によって、本来の母子看護活動、周産期看護活動のあり方を考えることができたことは、県内の母子看護に関わる看護職にとって有用であり、またこのような機会が今までほとんどなかったことから、今後の継続した取り組みが必要だと考えている。

(3) 本事業を通して捉えた助産師の生涯学習のニーズ

医療施設と地域との連携や、当事者から学ぶ看護、周産期医療の現状についてなど多くの学習課題をもっていることがわかった。地域の特性をふまえた妊産褥婦支援やハイリスク事例への支援の強化が特にあげられる。

(4) 本学の研究・教育に与えた影響

岐阜地区での研修会には助産師学生も参加でき、ハイリスク支援について学びを深めた。また今後はハイリスク妊産婦への看護に関する研究を深めていく必要が明らかになった。

6) 今後の課題と発展の方向性

本研修は「助産師の専門性を高める研修プログラム」というテーマで行ってきたが、今年度参加対象者をひろげ、母子看護に関係する看護職の参加を募ったところ、参加者にも幅がでてグループワークの学びが広がった。育成期領域に関連する看護活動では、他施設や地域との連携が不可欠の状況にあるので、今後はますます関係する看護職の情報交換や学習が必要であると考えられる。

今後はテーマを職種に限らず、育成期領域で活動する看護職のニーズに応じたテーマを考えていきたいと思っている。今年度は初めて飛騨地域で研修会を行った。今まで母子看護に携わる看護職が集う場が少なく、情報交換の場となったと好評であった。今後も地域を広げ関心のある看護職が参加しやすいようにしていきたい。

4. 管理的立場にある保健師の抱える課題に基づく保健師管理者研修プログラムの開発

1) 目的

本事業の目的は、岐阜県の実情にあった有効な保健師管理者研修を実施するために、県内の管理的立場にある保健師の抱えている課題と研修ニーズを明らかにすること、また、この取り組みの過程自体が保健師の相互研鑽の機会となるよう取り組み、明らかになった課題とニーズおよび取り組み経過から、保健師管理者研修プログラムの素案を提示することである。

岐阜県の保健師現任教育体制の一環として平成25年度に保健師管理者研修を実施することを目指して、県保健医療課及び現任教育の中核保健所となる岐阜保健所、大学が協力して取り組む。

2) 担当者

担当教員：松下光子、北山三津子、森仁実、田中昭子、大井靖子、山田洋子、種村真衣、岩村龍子、大川眞智子、両羽美穂子

協働者：岐阜県保健医療課：山田美奈子、井上玲子、高橋亜由美
岐阜保健所：中土康代、居波由紀子

3) 本事業で実施したこと

(1) 圏域ごとの保健師管理者研修検討会

①目的

管理的立場にある保健師の現状と課題を把握することを目的とし、管理的立場にある市町村保健師が意見交換を行う場として開催し、保健所保健師も参加する。意見交換が保健師の相互研鑽の機会ともなるように意図した。

②対象および参加者

管理的立場にある市町村保健師（各市町村から1名程度）約40名、管理的立場にある県保健所保健師約17名、計約57名を対象とした。参加者は、全体を合わせると市町村保健師31名、保健所保健師12名、計43名であった。

③実施方法

県保健医療課の業務の一環として、圏域ごとに保健師管理者研修検討会を開催した。保健所を会場として1回あたり2時間である。5圏域で実施した。検討会の司会、記録は、保健医療課のメンバーと大学教員が担った。話し合ったテーマは、i. 現在の立場で求められている役割や能力について、ii. 人材育成（後輩育成）について、iii. 事業展開の考え方について、iv. 期待する研修内容である。

④参加者の状況

参加した保健師43名の職位は、課長級以上13名、課長補佐級16名、係長級12名、スタッフ2名であった。

⑤意見交換の内容から確認した現状と課題

管理的立場にある保健師の現状と課題を把握するために、意見交換の記録から内容の分析を行った。現在の立場で求められている役割や能力としては、「課全体の管理・調整（課長職）」「スタッフと課長との調整（課長補佐・係長職）」「保健活動・保健事業全体の管理・調整」など18項目の内容があった。

人材育成（後輩育成）として実施していることが課題としては、「県の教育体制を活用」「自施設で実施している教育体制」「世代ごとに見た保健師に期待される姿勢や能力」など9項目の内容があった。

事業展開の考え方や課題としては、「国や県、市の施策をふまえ、地域に合った活動を関係機関と連携して実施したい」「事業や活動の成果や評価を示すことが必要」「現在の保健事業は、安全・安心という点から課題が多い」など11項目の内容があった。めざす姿の一方で、「人員削減と業務量増大でもう限界である」「管理的立場の保健師として業務が多く大変」といった困難な状況について、多くの意見が出された。

管理者研修として期待する研修内容は、「人材育成」「リーダー、中間管理職、統括保健師の役割、活動方法」など14項目の内容があった。4、5年目の研修が終わった後の研修体制についての課題も含まれた。

(2) 県内全域を対象とした管理者研修検討会

①目的

圏域ごとの管理者研修検討会の記録から整理した i. 現在の立場で求められている役割や能力、ii. 人材育成（後輩育成）の状況、iii. 事業展開の考え方、iv. 期待する研修内容、加えて、平成23年度に実施した管理的立場にある県保健師の現状と課題の検討の結果を報告し、管理的立場にある保健師に必要な能力やその開発方法を検討する。

②対象

1の圏域ごとの管理者研修検討会の対象と同じく、管理的立場にある市町村および保健所保健師計約57名を対象とした。参加者は、市町村保健師20名、保健所保健師9名、計29名であった。

③実施方法

県保健医療課の業務の一環として、県下全体を対象として保健師管理者研修検討会を開催した。開催日時は、平成25年1月29日(火)13:30~15:30である。まず、圏域ごとの管理者研修検討会の記録から整理した内容、平成23年度に実施した管理的立場にある県保健師の現状と課題の検討の結果研修内容、新任保健師チェックシートの実施結果、さらに、管理者研修検討会の内容案を報告し、その後、グループに分かれて意見交換を行った。意見交換の内容は、i.本日の報告への感想、ii.管理的立場の保健師の役割などについての追加意見、iii.管理者研修案への意見である。

④参加者の状況

参加した保健師29名の職位は、課長級以上10名、課長補佐級14名、係長級4名、スタッフ1名であった。

⑤グループで出された意見

本日の報告への感想としては、「自分の役割を確認した」「自分と同じ意見、納得できると思った」といった意見があった一方で、「管理的立場も多様なので、報告内容の役割を一様に求められても困る」という意見もあった。

管理的立場の保健師の役割などについての追加意見としては、「統括保健師の役割を明確にしてほしい」「統括保健師として機能できるか不安である」という意見が多く出された。

管理者研修案への意見は、「自身の活動をもとにした話合いや意見交換をしたい(人口規模が同じところ、知恵を出し合う、思いを確認共有する、実際の活動を話す、人材育成について話す)」「(分散配置の中での)統括保健師の役割・動き方を学ぶ」「中堅層の研修が必要(いずれ管理的立場になる人、国の動きを見て全体を見て考える機会、楽しく仕事ができる視野を持つ、地区診断ができる、10年目以上の人が今までやってきたことを認められる研修)」が多かった。

(3) 保健師管理者研修プログラムの素案

これまでの取り組みで出された意見を基に、保健医療課と大学メンバーで保健師管理者研修プログラムの素案を検討した。その結果、以下のような研修プログラム案を作成した。

対象は、管理的立場の保健所保健師および市町村保健師とする。内容及び方法としては、平成25年度は、厚生労働省から出される新しい保健師活動指針を素材として、保健師活動の基本的なあり方、統括保健師の役割などをテーマとしたグループワークを行う。グループは話合いがしやすいメンバーになるような編成を工夫する。

4) 参加看護職の意見と成果

本取り組みは、県内の管理的立場にある保健師が集まる初めての研修機会となった。圏域ごとの研修会では、各市町村の現状を紹介しあい、その中で、各市町村の取り組みを充実させる気づきや相互の助言が生じた。日ごろ情報交換する機会がない管理的立場の保健師が情報交換を行い、相互研鑽の機会となった。

県内全域を担当とした管理者研修検討会では、圏域ごとの管理者研修検討会の意見交換内容を整理した結果を示したことにより、「自分の役割を確認した」など、管理的立場の保健師としての役割を確認する機会となった。また、統括保健師として役割を果たす必要性を感じていることや今後管理的立場になる中堅保健師を育てる必要性、4、5年目以降の保健師への現任教育の必要性も意見を共有することができた。

そして、これらの結果から管理者研修のプログラム素案を作成することができた。

5) 教員の自己点検評価

各保健師が自身の実践を語ることにより、自分自身の取り組みを再確認したり、それを共有することにより管理的立場にある保健師としての役割を確認することができた。普段交流する機会のない管理的立場の保健師が意見交換する機会となり相互研鑽の機会となった。

また、具体的な研修プログラム素案を作成できたので、平成25年度以降の実施につなげていく。

今年度の時点で直接、本学の教育・研究活動に与えた影響は明らかではないが、保健師の現任教育体制が整うことは、本学卒業生の卒後の支援につながるものである、また、本学と実践現場の関係づくりといった点からも意義があったと考える。

6) 今後の課題、発展の方向性

今回の取り組みを通して作成した保健師管理者研修プログラム素案を実施に移すことが次の課題である。さらに、今回、中堅者の研修の必要性について多くの意見が出されており、引き続き、保健師の現任教育体制の整備に県保健医療課、岐阜保健所と協働して取り組んでいく必要がある。

5. 実践現場における看護実践の改善・改革を推進する看護研究の支援方法の開発

1) 目的

本事業の目的は、日々の看護実践活動において、職場単位に看護課題に研究的に取り組み、看護実践の改善・改革が推進できる体制づくりを支援し、その方法を開発すると共に、本学の生涯学習支援事業を活用して看護実践研究に取り組むことを支援することである。

平成24年度は、以下の2点を目標として取り組む。岐阜県内の医療・保健・福祉機関が職場単位に看護実践の改善・改革をめざして行っている研究的取組の現状と課題を明らかにする。各職場における課題解決のための取り組み策を参加者が共に検討し、取り組みの振り返りを行うことを通じて、看護実践研究の特徴を理解できるような支援を行い、この過程を通じて支援方法を検討する。

2) 事業担当者

北山三津子(地域基礎看護学領域) 服部律子(育成期看護学領域) 奥村美奈子(成熟期看護学領域) 会田敬志、岩村龍子、丹菊友祐子(看護研究センター) 黒江ゆり子(学部長)、小西美智子(看護研究センター長)

3) 本事業で実施したこと

(1) 実施方法

研修会を2回実施した。1回目は、各職場で、看護実践の改善・改革を研究的に進める場合に、研究推進を困難にしている課題を明確にすることをねらった。2回目は、課題解決への対応策および取り組み方法を検討し、開始できるようにすることを目指した。

対象は、岐阜県内の医療・保健・福祉機関(病院104、保健所7、市町村42、介護老人保健施設67、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)129、総計349)の看護職者であり、後輩指導担当の看護職者・教育担当もしくは看護研究担当の師長等とし、1施設1~2名とした。2回で1シリーズとして計画したが、1回のみ参加も可能とした。

(2) 実施内容および結果

第1回研修会

・プログラム

9月26日(木)13:00~15:30に本学で実施した。実践現場における看護実践改善・改革を推進する看護研究例を紹介した後、看護研究を推進する取り組みとその環境づくりの現状や課題を話し合うグループワークに多くの時間を充てた。5~6名を1グループとし、11グループ編成し、各グループにファシリテーターとして教授1名が参加した。本事業メンバー以外の教授6名の協力を得た。

・参加者の概要

37施設から52名の参加があった。37施設の内訳は、病院が最も多く24施設(64.9%)、保健所・市町村8施設(21.6%)、老人保健・福祉施設5施設(13.5%)であった。52名の内訳は、病院が最も多く37名(71.1%)、保健所・市町村8名(15.4%)、老人保健・福祉施設7名(13.5%)であった。

・参加者の意見・感想

52名全員からアンケートを回収した。研修会の方法・内容については、十分満足および概ね満足は39名(75.0%)、どちらとも言えない10名(19.2%)、記載なし3名(5.8%)であった。十分満足および概ね満足と回答した者の意見では、「他施設の現状や、そこで働く看護師の考えなどを聴ける貴重な時間だった」「他施設との交流になるので継続してほしい」等のグループワークが有意義だったという意見が9件と多かった。他には、「看護実践研究についての課題を話し合ったが、どうすればよいかを次回にしてほしい」等今後の研修会への希望が3件あった。どちらとも言えないと回答した者の意見では、「現在行っている研究への具体的な助言を期待していた」「グループワークはあまり意味がない」という意見が各1件あった。

看護実践研究について理解が深まったこと、今後取り組みたいことは、【実践研究の意義・目的に関する認識の深まり】【実践研究の方法に関する気づき】【研究的な取り組みの環境づくり】【他施設の研究に関する現状の理解】【研究に関わる課題】【実践研究への取り組みへの意欲】【学習への意欲・意思表示】等に分類された。

・グループワーク担当教員が捉えた現場で看護実践研究を推進していくための課題

グループワーク担当教員12名中10名から意見が得られた。<時間や費用の保障がない><講師による研究指導が上手く機能しない>等の【研究に取り組む環境・体制上の課題】、<看護実践研究の意義や方法、成果が理解されていない><研究したことによる成果や達成感がない>等の【看護実践研究の意義や方法の理解不足】、他には【研究へのマイナスイメージから主体的に取り組めない】【看護研究の指導者の育成】【看護研究への関心不足】であった。

第2回研修会

・プログラム

1月30日(水)13:00~15:30に本学で実施した。1回目同様、参加者間の意見交換を十分行うため

にグループワークに多くの時間を充てた。グループワークのテーマは、実践現場の改善・改革に向けた研究的取り組みを困難にしている課題を解決する方法とした。グループ編成および担当教員は、原則的に第1回研修会と同様とした。グループワーク担当教員は、本事業担当教員の他、教授4名、准教授1名の協力を得た。

・参加者の概要

28施設から41名の参加があった。28施設の内訳は、病院が最も多く18施設(64.3%)、保健所・市町村7施設(25.0%)、介護老人保健・福祉施設3施設(10.7%)であった。41名の内訳は、病院が37名(61.0%)、保健所・市町村7名(17.1%)、介護老人保健・福祉施設4名(9.7%)であった。

・参加者の意見・感想

41名全員からアンケートを回収した。研修会の方法・内容については、十分満足および概ね満足は36名(87.8%)、どちらとも言えない5名(12.2%)であった。第1回研修会に比して、十分満足および概ね満足と回答した者の割合は高かった。この群の意見では、「他施設や教員との意見交換や話を聞いてよかった」「来年もやってほしい」「ファシリテーターからの助言がよかった」「仕事の調整をするうえで開始時間を遅くしてほしい」等の今後の研修への希望や、「有意義な会であった」「研究指導に関わる際の留意点など教員の助言を得ることができた」等有意義であったという意見があった。

実践現場の改善・改革に向けた研究的取り組みを推進するために今後取り組みたいことは、<日頃感じたことをテーマにする><課題を明確することを支援する><課題を整理して共有し、解決方法を話し合い取り組む>等の【研究のプロセスを進展させるための支援】、<組織的に研究に取り組むために支援体制・環境づくりを行う><研究指導者を育成する><委員会活動で研究を取り上げる>等の【研究環境の整備・支援体制作り】、<研究的取り組みがしやすい風土づくり><研究イメージを楽しむものに変える>等の【研究に関するスタッフの認識の向上・組織風土づくり】、【大学の研究支援事業の活用】等に分類された。

・グループワーク担当教員の意見・感想

グループワーク担当教員12名中10名から得られた。グループ討議の状況やグループ討議の進行で困ったことは、<活発に意見交換されたことなどにより困ることはなかった><各施設の課題や取り組みの現状について共有できた><事前レポートに実践上の課題が書かれていたため、それをもとに具体的な取り組みを話し合った><事前レポートは活用できなかった>であった。

グループワークで助言したことは、<日頃の業務改善を研究的な取り組みにしていくとよい><課題を明らかにし、スタッフ間で共有することが大事である>等の【研究への取り組み方】、<主体性を尊重するため、支援者は研究者の問題意識とその根拠となる事象の理解に努める><スタッフの看護実践の工夫を研究発表につなげる>等の【研究活動への主体性や意欲を高める支援のあり方】、<大学の研究支援や図書館の活用><共同研究報告と討論の会の活用>等の【研究のための資源の活用】等であった。

研修への意見・感想は、<グループワークがよかった><研究に対する参加者のイメージを変えることができた><看護実践研究について参加者の理解が深まった>等であった。次年度の研修会への意見は、<研究的な取り組みの展開について検討する機会にするとよい><今年度と同様の内容を2・3年継続するとよい>等であった。

2回の研修会を通じた参加施設数・参加者数

37施設から参加があり、その内訳は、病院24(64.9%)、保健所3(8.1%)、市町村5(13.5%)、介護老人保健施設3(8.1%)、介護老人福祉施設2(5.4%)であった。また、57名の参加があり、2回とも参加したのは37名(64.9%)、1回のみ参加は20名(35.1%)であった。

4) 教員の自己点検評価

本事業は、参加者の反応から、看護実践研究の理解が深まると共に、各職場で研究的な取り組みを推進する意欲が高まり、そのきっかけづくりになったことが確認できた。しかし、看護師長や主任等である参加者が研究活動を推進していくには、多様な課題があることも推測できた。そのため、参加者が研究活動を推進するための職場環境づくりを継続していくことを支援することが必要である。

また、参加者からは、他施設においても同様の課題があることを認識し、施設を超えて討議することの意義が表明されており、グループワーク中心の研修方法が効果的であったと考えられる。

5) 今後の課題、発展の方向性

研修を案内した県内の医療・保健・福祉施設349施設のうち、参加したのは37施設と約10分の1であった。当面は、今年度同様、後輩指導担当の看護職者・教育担当者もしくは看護研究担当の師長等を対象として、参加者の拡大を行う。これにより、看護実践研究への取り組みの普及と定着化を継続するが、平成24・25年度参加者には、さらにその先の研修会が必要になると思われるので、対応策を検討する。

また、今後、看護実践現場の実情を踏まえて、看護実践研究の推進を支援する取り組みを継続することを通じて、看護実践研究の推進・発展のための支援方法を追究する。

6. 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援

1) 目的

わが国では、急速な少子高齢化のなかで、医療制度改革により、在院日数の短縮化や、療養病床の再編やスリム化による病床数の削減、医療機関の機能分化と連携の推進などの政策がとられてきた。平成24年度の診療報酬改定の重点課題にも「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実」が掲げられ、医療サービス利用者の退院後の療養生活における安心・安全の保障のために、医療機関における退院支援の充実が求められている。そして、在院日数が短縮されたなかで利用者ニーズに対応するためには、退院支援に必要な知識・技術を修得し、多職種と連携・協働しながら支援方法を構築していく能力をもつ看護職者の人材育成が重要となる。

そこで本事業では、県健康福祉部医療整備課の協力を得て、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援を推進し、人材育成の方策を追究する。具体的には県内の全看護職者への教育支援として、退院支援に関するワークショップを開催する。そして、二次医療圏（以下医療圏と示す）を、利用者の安心・安全な療養生活を保障するために多職種間の連携が可能な領域と捉え、モデル医療圏とするA医療圏への個別職場訪問研修、ワークショップ研修を開催し、A医療圏内の看護職者の退院支援ネットワークの構築を図ることを目指す。

2) 事業担当者

担当教員 地域基礎看護学領域：藤澤まこと、黒江ゆり子、原田めぐみ、高橋智子

成熟期看護学領域：田村正枝、看護研究センター：丹菊友祐子

協働者 岐阜県健康福祉部医療整備課：岡田昌子、加藤直子

3) 実施方法

(1) 大学でのワークショップ研修

県内104の医療機関の看護職者を対象に、退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、県健康福祉部医療整備課の協力を得て大学においてワークショップ（講義、グループワーク）を開催する。

(2) 個別職場訪問研修（A医療圏の看護職者へのインタビュー調査）

A医療圏内の基幹となる医療機関8施設を対象に個別職場訪問研修を行い、当該医療機関の退院支援担当の看護職者より自施設の退院支援の現状・課題を聴き取る。そして、退院支援の充実に向けた今後の取り組みの方向性や医療圏内のネットワーク構築の可能性等を検討する。

(3) A医療圏におけるワークショップ研修

A医療圏内の医療機関の看護師、訪問看護師、保健師等を対象に退院支援に関するワークショップを開催し、個別職場訪問研修での聴き取り内容を共有し、医療圏内での退院支援のネットワーク構築に向けて検討する。

4) 結果

(1) 大学でのワークショップ研修

県内104の医療機関の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のワークショップへの参加を依頼し、看護職者46人の参加を得た。参加した看護職者は、自施設の退院支援の現状・課題を報告・共有した後、院内の多職種間の連携、地域の専門職（訪問看護師、ケアマネジャー、在宅医等）との連携の必要性が話し合われた。その中で病棟看護師による退院支援の充実が求められていた。

(2) 個別職場訪問研修（A医療圏内の看護職者へのインタビュー調査）

A医療圏内の退院支援の質向上を目指し、医療圏内の医療機関8施設への個別職場訪問研修を実施した。対象となった8つの医療機関は、一般病床のみが3施設、一般病床と療養病床を併せ持つ施設は2施設、療養病床のみが1施設、精神科単科が2施設であり、退院支援の部署が設置されているところは7施設、退院支援部署を設置していないところは1施設であった。そのうち、退院支援部署に看護職者が配置されているところは6施設であった。対象の選定では医療機関の看護部長にインタビュー調査を依頼し、看護部長より紹介を受けた退院支援を担当する看護職者11人（1医療機関1～2名）にインタビューを行った。聴き取り内容は許可を得て録音して逐語録を作成し、意味内容ごとに分類した。（以下【 】は分類を示す。）

自施設の医療サービス利用者の退院支援に関するニーズ

入院患者の年齢は80歳代以上が多く、高齢化率は30%以上であった。入院患者の疾患は、脳神経疾患、心疾患、誤嚥性肺炎等が多く、家族背景は、高齢者世帯、独居者が多く、介護状況は老老介護の場合が多かった。患者・家族の退院に向けた現状・希望に関する聴き取り内容を分類し、【患者は自宅に帰りたい思いが強いが難しい状況がある】【家族は施設入所待ちになると病院に任せきりになる】【最期まで病院で見て欲しいという家族が多い】【入所施設が限られており施設入所も難しい】等があった。

退院支援に関する利用者ニーズへの対応

医療圏内の利用者の退院支援に関するニーズへの対応として聴き取った内容を意味ごとに分類し、

効果的な支援として、【患者・家族の希望に沿った説明・支援を行う】【退院前カンファレンスを開催し家族の不安に対処する】【院内の多職種参加の定期的な退院支援カンファレンスを開催する】【退院支援事例を経験することにより病棟看護師の知識・意識の向上を目指す】等 8 つに分類された。一方課題としては、【医師との連携が難しい】【医療依存度が高い場合施設入所も困難となる】等 4 つに分類された。

今後の退院支援の充実に向けた取り組み

医療圏内の看護職者の自施設での今後の退院支援の充実に向けた取り組みについては【入院時から退院に向けたアセスメントの実施を目指す】【患者・家族の意思決定を支援する】【院内多職種が協働で退院に向けて取り組む】【退院支援に関する意識・知識の向上を図る】等の 13 に分類された。

医療圏内の退院支援の充実に向けたネットワーク構築について

ネットワークの構築に向けた意見として【医療圏内のネットワークが必要である】【医療圏内の多職種のネットワークが必要である】等が、連携の現状として【地域の複数の病院・施設等の参加による地域連携連絡会議を開催する】【患者を中心として保健師・ケアマネジャーと連携する】等が示され 9 つに分類された。

(3) A 医療圏におけるワークショップ研修

県健康福祉部医療整備課と協働で、医療圏内の退院支援のネットワーク構築と看護職者への教育支援の充実を目指すための、医療圏内の医療機関の多目的ホールにおいて看護職者を対象としたワークショップを開催し、医療圏内の看護職者 25 人の参加を得た。ワークショップでは、インタビュー結果を共有し、医療圏内の退院支援ネットワークの現状やネットワーク構築に向けた課題について意見交換を行った。その意見は、【在宅移行の困難さ】【入院時からの取り組みが必要】【多職種による連携が重要】【病棟看護師の知識・意識の向上が重要】【多職種連携に向けた工夫】に分類された。

5) 参加看護職者の意見

個別職場訪問研修の対象となったのは、医療機関の中で退院支援部門を担当する看護職者や、病棟において調整支援を担う看護職者であり、インタビューの中でも、利用者ニーズに対応する重要性や多職種との連携・協働の必要性が示された。また病棟看護師による退院支援の充実を目指した院内の退院支援体制の整備への取り組みの実際についても確認することができた。いずれの看護職者も、患者・家族の意思決定支援を基盤とした、医療圏内全体の退院支援ネットワークの必要性について示しており、今後の取り組みへの意欲を確認することができた。そして、ワークショップの開催が「顔の見える関係づくり」につながり、ネットワーク構築に向け効果的であるという意見が多く示された。

また、退院支援の質向上に向けた教育支援としての訪問看護研修や、退院支援部署での研修の必要性が示され、在宅における患者・家族の生活を基盤に、入院中から退院後の生活へと安心して移行できるような継続的な支援の重要性が再確認されたと考える。

6) 教員の自己点検評価

個別面接研修では、医療圏内の 100 床以上の 8 つの医療機関の退院支援担当の看護職者に、自施設の退院支援の現状や課題を聴いた。その際、看護職者が医療圏内で自施設の果たす役割・機能を理解した上で、利用者のニーズを確認しながら、円滑な連携に向けて努力していることが伺えた。その現状を聴き取る中で、看護職者自身が自施設の利用者のニーズを確認する機会となり、自施設での取り組みの効果についても再確認できたと考える。

また、ワークショップ研修では、それぞれの施設の抱える退院支援の課題についても共有する機会となり参加者全員が、医療圏内のネットワーク構築の必要性を認識しており、本事業での研修はネットワーク構築の契機になったと考える。教育に関しては、医療圏内の医療機関には、学部卒業研究の実習施設や、大学院の学生の所属施設も含まれており、利用者ニーズに基づく広い視野での退院支援のあり方について看護職者、学生とともに今追究する必要があると考える。

7) 今後の課題、発展の方向性

医療圏内のネットワーク構築に向けて、医療圏内の看護職者が一堂に会し、退院支援の現状を報告し、課題の解決に向けて意見交換ができる研修会を、今後も継続して企画・運営していく必要がある。そして、医療圏内の退院支援の質向上を目指して、個々の看護職者への教育支援に取り組む必要がある。そのため、医療圏内の退院支援研修プログラム（講義、訪問看護研修、退院支援部署研修を含む）の試行についての賛同も得られたので、具体的な研修内容を退院支援部署担当者や訪問看護師とともに検討し、推進していきたいと考える。また、今後県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援として発展していけるように、県健康福祉部医療整備課と協働で、本事業の取り組みを推進していきたいと考える。

2 . 研修別報告

1) 岐阜県看護実践研究交流会会員への 研究支援

・研究支援の趣旨

本学では、平成 15 年度から「岐阜県看護実践研究交流会（以下、交流会とする）」の会員を対象に研究支援を実施している。本学教員は、交流会会員である看護職が看護実践上の課題に関して主体的に取り組む研究活動について、申請（随時）に基づき、研究支援として 1 年にわたってスポット的に助言・指導・相談を行う。

交流会は、県下の実践に従事する看護職が、自らの看護実践の改善のために主体的に研究に取り組む力を高めることと、その体験を共有・交流することにより、看護業務の改革と看護サービスの質の向上を図ることを目的として平成 15 年 2 月、発足したものである。本学教員は交流会の立ち上げを支援するとともに、賛助会員として交流会の活動を支援してきており、研究支援もその一つである。

本学の研究支援は、交流会への活動支援と共に、看護研究センター、全学的組織である看護研究センター運営委員会及びその下部組織である研究交流促進部会が中心となって、効果的な研究支援システムとして機能するために交流会役員と協議を重ねつつ実施している。

・担当者

研究支援の運営実務は、以下の教員が実施している。

看護研究センター：大川眞智子、岩村龍子、田辺満子、丹菊友祐子

・研究支援の運営・方法

1. 支援する研究

会員が主体的に行う研究であること、看護実践の改善に直結する課題への取り組みであることを条件にしている。また、スポット的な支援に限られるため、課題や方法がある程度明確であることが望ましく、研究の初歩からの支援が必要な取組は除外される。また、教員の専門性やキャパシティ（一人の教員が担当できる件数）により、支援ができない場合もある。

なお、支援できない場合も初回面接を通じて、申請された取組みが推進できるよう必要に応じて助言している。

2. 支援適用の決定までの流れ

研究支援の受付から支援適用の決定、交流集会以での報告までの流れは、図 1 に示しているとおりである。

1) 受付と支援担当教員の決定

研究支援を望む会員及び入会予定者は、随時、申込用紙を交流会の研究支援受付担当者を通じて本学に提出する。本学では、看護研究センターが窓口・調整役となり、研究交流促進部会と連携の下、支援担当教員を決定する。その際、申込用紙の記載内容のみでは必要な情報が得られない場合は、事前に看護研究センター教員が面接を行う。

なお、担当教員の選定は、教員の専門領域、申込者が所属する施設への実習や共同研究事業での関わり等を考慮するとともに、可能な限り複数領域の教員で担当できるよう努めている。

また、近年、継続して研究支援の申し込みをする方が出てきているため、研究支援申し込み用紙に継続研究か否かの記載欄を設けることで担当者が確実に把握できるようにし、継続研究は前回と同じ教員から継続した支援が受けられるよう配慮している。

2) 支援担当教員と申込者の初回面接

申込者との初回面接においては、研究支援の適用の可能性を探るだけの面接ではなく、研究の方向性を確認し、申込者の意思決定へのアドバイスや研究への意欲をさらに高めるような支援的面接を実施することを取り決めている。

支援担当教員は、申込者との初回面接において、申込用紙をもとに研究の動機や目的・方法・準備状況などを確認する。その際、申込用紙に書ききれていない申込者の意図を十分に聞き、明確になっていない部分を話し合うことによって、研究内容を明確にしている。そして、その結果で、研究支援の可能性を検討し、研究支援の適用・不適用の決定を行う。したがって、研究課題や方法を修正したり、変更を加えたりして研究支援の適用となる場合や、今後の研究の方向性の決定に支援を求めている者には、初回面接だけの支援で終わる場合もある。

初回面接用紙の様式、および初回面接時の申し合わせ事項等については、後述の自己点検評価結果等をもとにした教員間や交流会役員との検討により、より看護職の主体的取組みを支援する方法・あり方になるよう修正を加えてきている。具体的には、初回面接用紙に所属部署の要請の有無や、適用となった場合の今後の支援予定を記入できるように修正し、準備状況、達成目標、完成期限や発表予定のスケジュール等を確認して支援が行えるようにした。また、研究支援に関する覚書を作成し、看護職と支援担当教員の双方が初回面接で確認することにより、了解して計画的に支援が行えるようにし、加えて、研究支援の適用・不適用を決定する際のチェックポイントについての申し合わせ事項を

作成した。

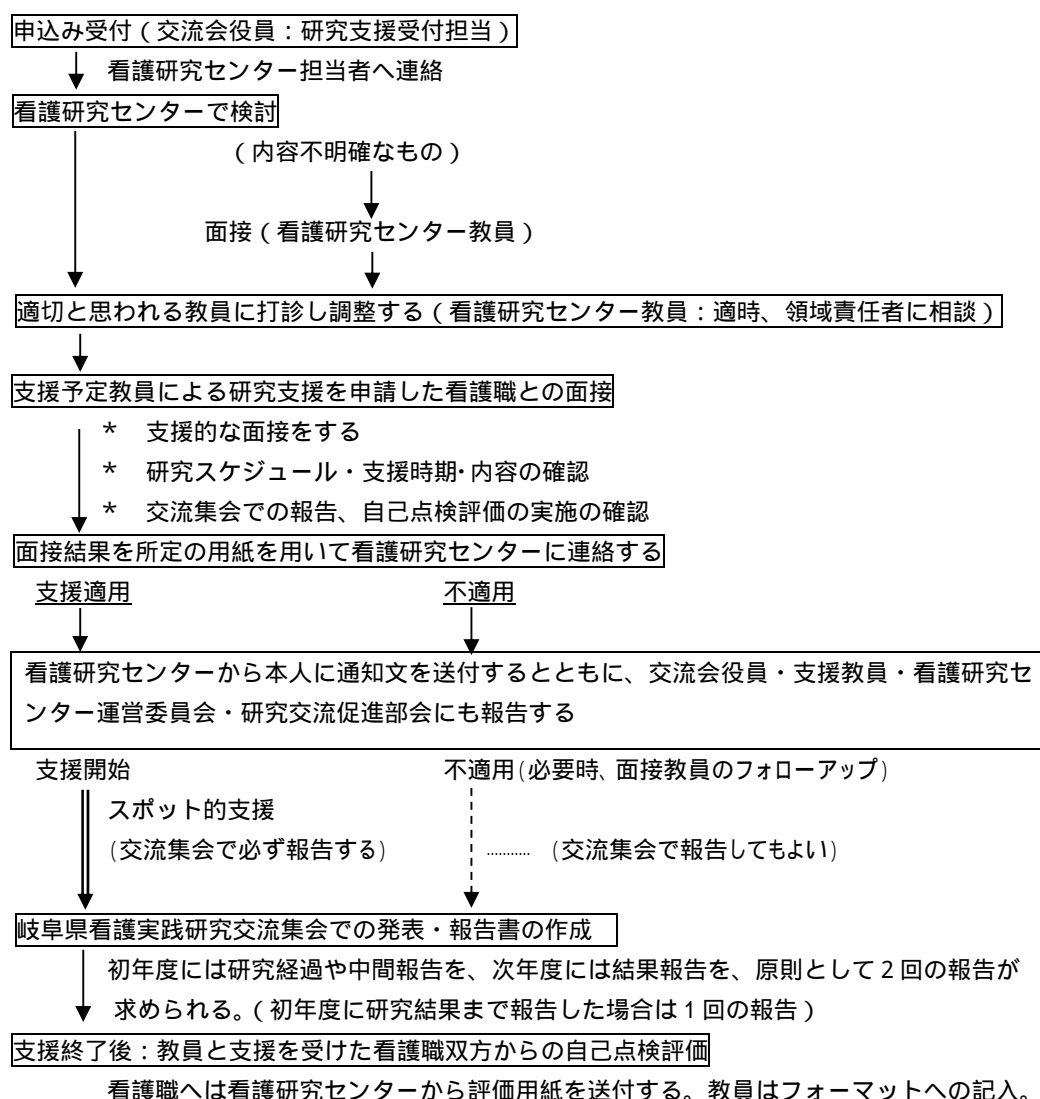


図1 研究支援の流れ

3. 支援方法

看護職が主体的に研究に取り組むことを重視し、1年間の支援期間内にスポット的に、相談への対応や助言、指導といった支援を行う。その際、実践から乖離した支援にならないよう、対象者に来学を求めだけでなく、現地に出向く形態もとる。また、教員個人の専門性の限界や助言の偏りを防ぐことを考慮し、2名以上の教員で行う。また、後述の交流会集会での報告や抄録・報告書の作成に関わる支援も、希望に応じて行う。

4. 研究に関わる経費

看護職が研究支援を受けるために来学する際の経費を含め、研究に要する費用は、申請した看護職の負担となる。大学の教員が現地に出向く場合には、大学の経費の範囲内で行い、支援対象者からの謝金等は不要である。

5. 岐阜県看護実践研究交流会での報告

研究支援を受けた看護職は、交流会の会員が行った研究を報告・討論する、「岐阜県看護実践研究交流会」（以下、交流会とする）において、研究結果もしくは研究経過（中間報告）について報告することが求められる。初年度には研究経過や中間報告を、次年度には結果報告を、原則として2回の報告が求められる。ただし、初年度に研究結果まで報告した場合は、1回の報告とする。

6. 自己点検評価

大学の活動評価のため、他の活動と同様に自己点検評価を実施する。1年間の研究支援期間終了後に、教員と支援を受けた看護職双方からの評価を行う。

・研究支援の実績

1. 運営状況

1) 研究支援の課題・対象・支援教員の状況

平成23年度は、10題の申し込みがあり、すべてが研究支援の適用となったが、途中で研究中止となった2題を除いて、8題の研究課題について支援が実施された(表1-1)。この8題の研究支援の対象は、病院(4施設)の看護師12名、助産師5名で総計17名であった。支援担当教員は、地域基礎看護学・機能看護学・育成期看護学・成熟期看護学・看護研究センターから選出された17名(各課題につき2~3名)である。なお、8題のうち、新規7題、継続1題(3年目)であった。

また、平成24年度は、平成25年1月末日現在、9題の申し込みがあり、すべての課題が研究支援の適用となっているが、支援開始予定が次年度のもの1題を除いて、8題の研究支援を開始している(表1-2)。この8題の研究支援の対象は、病院(5施設)の看護師16名、助産師3名で総計19名であった。支援担当教員は、地域基礎看護学・機能看護学・育成期看護学・成熟期看護学・看護研究センターから選出された16名(各課題につき2名)である。なお、8題のうち、新規4題、継続4題(2年目)であった。

表1-1 平成23年度に支援を開始した研究課題(研究中止分を除く)

番号	研究課題	申込者	支援担当教員(所属領域)	支援適用期間(継続年数)
1	整形外科における下肢運動器障害をもつ患者への転倒予測内容	病院 看護師3名	両羽美穂子(機能看護学) 松本葉子(成熟期看護学)	平成23年4月 ~24年3月
2	妊産褥婦へのより効果的な保健指導の検討 ~褥婦、助産師の意見をもとに考える~	病院 助産師5名	布原佳奈(育成期看護学) 武田順子(育成期看護学)	平成23年4月 ~24年3月
3	NSTとの協働による看護実践の充実に向けた取り組み	病院 看護師2名	藤澤まこと(地域基礎看護学) 大井靖子(地域基礎看護学)	平成23年6月 ~24年5月
4	下肢骨折患者の安全・安楽を考えた足台を用いての側臥位保持の検討	病院 看護師2名	北村直子(成熟期看護学) 普照早苗(地域基礎看護学) 平成23年6月~23年3月 大川眞智子(看護研究センター) 平成24年4月~24年5月	平成23年6月 ~24年5月
5	臨床看護師のアセスメントにおけるつまずきの要因 ~教育プログラム作成に向けて~	病院 看護師2名	田辺満子(看護研究センター) 小澤和弘(看護研究センター) 鈴木里美(機能看護学)	平成23年6月 ~24年5月
6	終末期にある患者・家族への緩和ケアの取り組み ~STAS~Jの導入を試みて~	病院 看護師1名	田村正枝(成熟期看護学) 布施恵子(成熟期看護学)	平成23年9月 ~24年8月
7	未熟児・新生児室における母乳育児支援に対する看護師の認識とケアの現状	病院 看護師1名	田中昭子(地域基礎看護学) 名和文香(育成期看護学)	平成23年8月 ~24年7月
8	一般病棟における終末期肺がん患者の生き方についての意思決定への支援	病院 看護師1名	田村正枝(成熟期看護学) 布施恵子(成熟期看護学)	平成23年12月 ~24年11月 (3年目)

表1-2 平成24年度に支援を開始した研究課題

番号	研究課題	申込者	支援担当教員(所属領域)	支援適用期間(継続年数)
1	整形外科における下肢運動器障害をもつ患者の転倒状況の特徴 ~看護師の転倒予測・直感の根拠をもとめて~	病院 看護師3名	両羽美穂子(機能看護学) 山田洋子(地域基礎看護学)	平成24年4月 ~25年3月 (2年目)
2	妊娠中~産褥までの保健指導の見直し	病院 助産師3名	布原佳奈(育成期看護学) 武田順子(育成期看護学)	平成24年4月 ~25年3月 (2年目)
3	2歳児の採血・点滴処置に遊びを取り入れて ~児を尊重した採血・点滴処置~	病院 看護師4名	長谷川桂子(育成期看護学) 長谷部貴子(育成期看護学)	平成24年6月 ~25年5月

表 1-2 平成 24 年度に支援を開始した研究課題（つづき）

番号	研究課題	申込者	支援担当教員（所属領域）	支援適用期間（継続年数）
4	当院未熟児室の祖父母面会の導入の検討	病院 看護師 1 名	谷口恵美子（育成期看護学） 服部佐知子（育成期看護学）	平成 24 年 6 月 ～ 25 年 5 月
5	NST との協働による看護実践の充実に向けた取り組み	病院 看護師 2 名	藤澤まこと（地域基礎看護学） 大井靖子（地域基礎看護学）	平成 24 年 8 月 ～ 25 年 7 月 (2 年目)
6	下肢骨折患者の安全・安楽を考えた足台を用いての側臥位保持の検討	病院 看護師 2 名	北村直子（成熟期看護学） 大川真智子（看護研究センター）	平成 24 年 8 月 ～ 25 年 7 月 (2 年目)
7	身体拘束に対する看護師の意識調査	病院 看護師 3 名	長谷部貴子（育成期看護学） 窪内敏子（成熟期看護学）	平成 25 年 1 月 ～ 25 年 12 月
8	災害対応ボードの運用見直しの検討 ～ 災害状況の可視化～	病院 看護師 1 名	梅津美香（成熟期看護学） 丹菊友祐子（看護研究センター）	平成 25 年 1 月 ～ 25 年 12 月

2) 岐阜県看護実践研究交流集会への支援

平成 24 年 9 月、交流会の事業である第 10 回岐阜県看護実践研究交流集会(以下、交流集会とする)が、現場看護職 138 名、本学学生 10 名、本学教員 50 名の参加のもとに開催された。午前の中で研究発表が実施された 15 題のうち、8 題が研究支援を受けたものであった。これら発表の際の抄録・報告書の作成や報告のための媒体作成などについても支援も行っている。

また、交流集会における発表は、テーマ別に 4 会場で実施され、各会場において、交流会会員が座長、交流会役員が進行補助役を務め、まず、発表者によるパワーポイントを活用した報告、次いで、質疑応答および参加者を含めた討議が実施された。

教員は、各演題の討議への参加及び各会場での懇談会にて、研究者がさらなる研究の取組みを発展・推進できるようワンポイントアドバイスをするなどの支援を行った。

3) 岐阜県看護実践研究交流会への支援

(1) 交流会役員会への協議参加

平成 24 年度は、交流会の役員会が本学にて 6 回開催され、毎回、研究交流促進部会の教員 2 名も参加した。役員会において、教員は、研究支援の適用課題の状況や支援を受けた看護職及び支援教員の自己点検評価の結果などを報告するとともに、研究支援の改善に向けて役員と検討を重ねた。また、交流集会の企画・実施や活動報告書の作成に関しても、役員会での協議に参加して支援した。

(2) 交流集会の抄録及び交流会の活動報告書の作成支援

抄録及び活動報告書の執筆要領に関しては、交流会役員会と検討を進めながら、その作成に向けて支援した。また、抄録や報告書の構成や内容についても、適宜、助言を行ない、原稿の体裁を整えること、印刷・発刊に関する事務的なことに関しても支援した。

2. 支援を実施した教員の自己点検評価

平成 24 年 4 月から平成 25 年 1 月末までに支援を終了した 8 題について、支援担当教員を対象とした自己点検評価は、8 題すべてより回答が得られた。

1) 研究支援の内容・方法

研究支援の具体的内容は 7 題に記載されており、内容別に分類すると、「研究計画（課題・目的・方法）やスケジュールの確認」4 件、「研究方法について」2 件、「データの確認・分析について」4 件、「結果のまとめ方・考察に関すること」3 件、「抄録・報告書作成」4 件、「交流集会での発表資料について」1 件、「院内報告の原稿作成」1 件であった。

支援方法は、8 題すべてに記載されており、いずれの課題も、現地での面接はなく、大学での面接が 1～5 回であり、メールは少ないもので 3 回、最も多くて 30 回程度であった（表 2-1）。

2) 実践の改善・充実について

8 題すべてに記載されており、内容を分類したところ、実践の改善・充実につながったこと（つながったと思われること）として、「対象のニーズが明らかになり、より丁寧にかかわるようになった」「協働の重要性に気づき、個々の患者に対するアセスメントの視点を持てるようになった」「チーム内での実践力が高まった」「看護師の教育プログラムが作成され、学習が進められている」各 1 件が確認された。また、今後の実践の改善・充実や質向上につながる可能性・期待についても、意見が具体的に挙げられていた。（表 2-2）。

3) 教育・研究活動の発展への繋がり

7 題に記載されており、内容を分類したところ、「今後の教育・研究活動に活かしていきたい」4 件、

「教育活動の充実・工夫につながった」3件、「看護実践現場の現状と課題を具体的に知ることができた」「治療やケア方法について知り、支援について考えることができた」各1件であった(表2-3)。

4) 研究支援実施上の困難さ

8題全てに記載されており、まず、支援内容に関する事として、「どこまで支援・介入すべきかに迷った」2件、「分析対象となるデータと思われる事柄を説明することが困難だった」「すでにデータ収集を開始した後の支援だったので、研究目的と方法のずれを修正することが困難だった」各1件が挙げられていた。他には、日程調整の困難さや現地の看護実践の充実につなげることの困難さ、現地の状況を理解して研究課題への取り組みが改善につながるのかを判断するまでに時間がかかったことが挙げられていた。

また、研究支援システムに関わる事として、交流会関係の締切や執筆要綱に関する文書が支援した看護職に届いていなかったと思われることへの意見や、「院内ラダーの研究のため、スケジュールがすでに予定されていて、あわただしかった。年度単位で関わられるよう、もう少し早く申し込みができないか」といった意見もあった。

5) 研究支援システムの改善点

3題に記載されており、「年度初めに支援開始できるように3月末までに支援希望者を募集し、報告は年度末の方がスケジュール的によい」「個人申し込みのシステムだが、実践現場での研究活動なので、施設側と協働して支援できるシステムでもよいのではないか」「面接回数やメール回数など研究支援の実績を記録するための様式があるとよい」という意見が挙げられた。

表2-1 研究支援の方法と回数

番号	大学で面接	現地で面接	メール	電話・FAX・郵便
1	3回	0回	8回	0回
2	2回	0回	数回	0回
3	3回	0回	数回	0回
4	2回	0回	1回	0回
5	5回	0回	3回	0回
6	1回	0回	2回	2回
7	5回	0回	10回以上	0回
8	3回	0回	30回程度	0回

表2-2 支援を担当した教員の自己点検評価：その1

実践の改善・充実について(記載内容の抜粋)

- 実践の改善・充実につながったこと(つながったと思われること)
 - <対象のニーズが明らかになり、より丁寧にかかわるようになった>
 - ・母親のニーズが明らかになり、夜間赤ちゃんが眠ってくれないときの相談や授乳援助については、これまでに以上に丁寧に关わるようになった
 - <協働の重要性に気づき、個々の患者に対するアセスメントの視点を持てるようになった>
 - ・本研究でNSTカンファレンスを定期的で開催するようになってからは、参加した病棟の看護師がNSTとの協働の重要性に気づき、個々の患者に対するアセスメントの視点を持つことができるようになった
 - <チーム内での実践力が高まった>
 - ・支援を受けた看護職自身が病棟で新たな取り組みを行う際に、どのように進めていったらよいのかを考えたことで、看護職自身のチーム内での実践力が高まったことが予測される
 - <看護師の教育プログラムが作成され、学習が進められている>
 - ・看護師の教育プログラムが作成され、今年度4月からプログラム通りの学習が進められている
- 今後の実践の改善・充実や質向上につながる可能性や期待
 - ・本研究により明らかになった成果は、当該病棟における転倒転落を予測し予防していくための資料として活用していくことができる
 - ・評価ツールを導入して自分達の実践を振り返ることができるようになってきた事により、緩和ケアを考える為のカンファレンスの内容も充実しているのではないかと思う。今後の緩和ケアの質の向上に繋がると思う
 - ・意見交換会はスタッフ間で話し合う機会となり、実践の改善・充実にはそのような機会が必要であることを支援を受けた看護職自身が実感された。実践活動の改善・充実につながるきっかけになったのではないか
 - ・支援を受けた看護職は根拠のある看護実践の重要性を再確認されたと思われる。根拠は感覚ではなく、言葉で述べて人に説明できることも必要だと感じられたと思われるため、看護実践の質の向上に繋がるのではないか

表 2-3 支援を担当した教員の自己点検評価：その 2

教育・研究活動の発展への繋がり(記載内容の抜粋)

<今後の教育・研究活動に活かしていきたい>

- ・本学が取り組む、実践の改善・改革につながる研究の取り組みについて、臨床の看護職者に理解していただく過程を実感をもって体験できた。実践研究の意義を分かりやすく、説明するためのポイントがつかめた
- ・研究支援をとおして、看護実践研究がどういふものか少し具体的になったので、本学での教育・研究活動に活かしたい
- ・臨床現場での課題をよく理解することができた。また、その課題に気付くためには、第三者が客観的にみてアドバイスすることも必要ではないかと実感した。今後もこういった視点を活かし、共同研究などに取り組んでいきたい
- ・看護実践の改善・改革を進める看護職が実践の改善に結びつく取り組みを研究的にまとめる過程において、どこに難しさを感じているのか把握することができた。今後の看護職者への教育支援に役立てたい

<教育活動の充実・工夫につながった>

- ・学部教育の事例展開に参考になった
- ・講義や実習にて、県内で取り組まれている事例として紹介することができ、教育内容の充実につながった
- ・臨床の看護師と臨床現場の話をする事により、現場がどのようなことで困っているのかを知る事ができたので、現状に即した内容を学部学生に教えるように工夫することに繋がった

<看護実践現場の現状と課題を具体的に知ることができた>

- ・看護職と直接会って話をすることで、現状や課題などをより具体的に知ることができた

<治療やケア方法について知り、支援について考えることができた>

- ・治療やケア方法について私自身が知ることができ、患者の回復支援について考えることができた

3. 支援対象(現地看護職)の自己点検評価

支援対象(現地看護職)の自己点検評価は、平成 24 年 4 月から平成 25 年 1 月末までに支援を終了した 8 題すべてより回答が得られた。

1) 研究計画の進行状況

「終了」が 6 題、「継続中」が 2 題である。なお、「継続中」の課題からは、研究支援の継続希望が出され、平成 25 年 1 月末現在、支援継続中である。

2) 研究支援を受けて良かったこと

8 題すべてに記載されており、内容を分類したところ、研究の取組み、進め方・まとめ方に関することとして、「研究方法やデータ分析、進め方・まとめ方について学べた」4 件、「研究に関する助言が的確でわかりやすかった」4 件、「研究目的が明確になり、取組みがスムーズだった」1 件、「業務改善につながる実践型の研究ができた」1 件であり、その他として 5 件の意見が挙げられた(表 3-1)。

3) 実践の改善・充実について

(1) 実践の改善・充実につながったこと

6 題に記載されており、内容を分類したところ、「スタッフの改善に対する意識・知識が高まった」3 件、「具体的に改善に向けた取組み・実践が始まった」3 件、「ケア実践への糸口になった」「今後、改善に向けた努力を行う」各 1 件が確認された(表 3-2)。

(2) 今後、どのように実践の改善・充実につなげていきたいか

7 題に記載されており、内容を分類したところ、「今後も継続して課題に取り組みたい」3 件、「根拠ある転倒予測とは何かを明らかにする」「プログラムと看護職自身の関わる姿勢を見直す」「スタッフ教育と現状共有を行い、問題意識をもつ」「患者一人ひとりに対して密にかかわる」各 1 件が確認された(表 3-3)。

4) 研究支援を受けて良くなかったこと

4 題に記載されており、「遠距離であり、3 交代制勤務でもあるため、メンバーがそろって支援を受けに行けなかった」「面談する時間があまりなかった」「職場の状況を理解してもらうための説明に時間がかかった」「メールを使いこなせず大学側に迷惑をおかけした」という意見であった。

5) さらに欲しいと思った支援

1 題に記載されており、「分析の際のアドバイス」であった。

6) 研究支援システムの改善点

2 題に記載されており、「交流集会での発表が中間報告であっても報告書作成が必要であること、その提出期限が 10 月末であることを発表終了後に事務局からのメールで初めて知った。他にも手探りのことが多かったので、事務的手続きについて、最初にオリエンテーションがあると助かる」指導内容、指導スケジュールを具体的に開始時にわかっている方が自分たちの行動予定を立てやすい」という意見が挙がっていた。

7) その他、研究支援についての意見・感想

7 題に記載されており、「臨床では流されてしまうような小さな疑問や思いを支援していただいたこ

とによって、深く考え、追究することができました。その取り組みや結果が現場に還元されつつあり、やりがいを感じることができました」「先生方の意見で視野を広げることができ、参考になりました」「本当に研究支援を受けてよかったと思います。自分自身、満足できる研究ができました」「専門的な指導を丁寧に受けることができ、よい結果につながった。仕事の都合を配慮して頂き、満足した指導内容であった」など、支援を受けてよかったことが主であった。

表 3-1 支援を受けた看護職の自己点検評価：その 1

研究支援を受けてよかったこと(記載内容の抜粋)
<p>1. 研究の取組み、進め方・まとめ方に関すること</p> <p><研究方法やデータ分析、進め方・まとめ方について学べた></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研究手法を学び、実践することができた ・研究の方法を学べた ・研究方法について、その方向性を導いていただけた ・データをどんなふうに分し、まとめるかがすこしわかった <p><研究に関する助言が的確でわかりやすかった></p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分たちで思いつかなかったような方法や考え方、方向性のアドバイスが受けられた ・専門的な意見・方法を教えてもらえた ・助言が的確で、わかりやすかった ・研究をどのように進め、まとめるか、的確にアドバイスをいただいた <p><研究目的が明確になり、取組みがスムーズだった></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研究目的が明確になり、取組みがスムーズに行えた <p><業務改善につながる実践型の研究ができた></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現場の業務改善につながり、実践型の研究ができた <p>2. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談することで思考過程を整理することができた ・迷った時に、すぐメール等で相談できた ・相談・支援の時間は、こちらの都合に合わせてくださった ・文章表現を直していただけた ・図書館が利用できた

表 3-2 支援を受けた看護職の自己点検評価：その 2

実践の改善・充実につながったこと(記載内容の抜粋)
<p><スタッフの改善に対する意識・知識が高まった></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研究と同時進行で院内では転倒リスクアセスメント用紙の改訂がなされ、病棟では転倒に関する KYT がなされ、スタッフの転倒予防への意識が高まった ・NST についての意識や知識の向上ができた ・研究目的を自施設で共有し、参加協力も得られたため、改善に対する意識が高まった <p><具体的に改善に向けた取組み・実践が始まった></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、病棟では「易転倒者申し送り」によって、スタッフ間での情報の共有化が図られるようになった ・患者様からの意見を参考にしながら、一部新しいプログラムを取り入れることができた ・具体的な行動目標につながり、今年度の取り組みが実施されている <p><ケア実践への糸口になった></p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性期病棟において、緩和ケア実践への糸口となった <p><今後、改善に向けた努力を行う></p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の研究では、現状を知り、改善することを明らかにした段階であったため、今後は改善に向けての努力(実践)をしなければと考えている

表 3-3 支援を受けた看護職の自己点検評価：その 3

今後、どのように実践の改善・充実につなげていきたいか(記載内容の抜粋)
<p><今後も継続して課題に取り組みたい></p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後、継続していき、今回出た課題について取り組んでいきたい ・実践した内容を評価し、成果につながるよう継続した取り組みを目指したい ・今回行った研究を足場として、緩和ケア実践の向上のため続けていくこと。さらに研究を続け、良い看護が行われるようにしたい <p><根拠ある転倒予測とは何かを明らかにする></p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師の転倒予測を言語化し、実際の転倒状況と照合することで根拠ある転倒予測とは何かを明らかにし、易転倒者を把握する上での根拠としたい

表3-3 支援を受けた看護職の自己点検評価：その3(つづき)

今後、どのように実践の改善・充実につなげていきたいか(記載内容の抜粋)

-
- <プログラムと看護職自身の関わる姿勢を見直す>
 - ・妊・産・褥婦の不安を軽減できるよう、プログラムと私たちの関わり方の姿勢を見直していきたい
 - <スタッフ教育と現状共有を行い、問題意識をもつ>
 - ・スタッフ教育と今後も現状の共有を行い、問題意識を持つことで改善につなげたい
 - <患者一人ひとりに対して密にかかわる>
 - ・看護の関わり方として、どんなふうに関わればいいのか分かったので、患者一人一人に対して関わりを密にしていけたらと思う
-

・課題および改善策

1．研究支援を受ける看護職の職種等の拡大

平成23年度は10題の支援申請(うち2題は途中で研究中止)があり、24年度は9題(うち1題は未開始)の支援が申請され、両年度とも、今まで申請のなかった施設からも申請があり、徐々に施設の拡大は図られている。一方、病院看護職に偏っており、行政機関の保健師や養護教諭、高齢者ケア施設や訪問看護ステーションの看護職など、病院以外からの支援申請はなかった。今後は、病院以外の看護職の支援ニーズを発掘して、対応していくことも必要と考える。

卒業者や修了者を含めた県内看護職へのPRを充実させる一方で、研究支援のあり方そのものが県内看護職のニーズに即しているのか、根本的に見直す必要はあると思われる。研究支援は、今まで支援を受けた多くの看護職者から肯定的評価を受けているので、この点について、今まで申請の少なかった職種や施設等に効果的に伝わる方法について、交流会役員会と協働で検討していく必要がある。

2．研究支援申し込みから支援適用までの期間短縮

交流会の研究支援受付担当者が看護研究センター研究支援担当教員に支援申請書をFAXしたことを電話やEメールで確認し合う方法を行っており、研究支援申し込みから大学受付までのスムーズな進行を心がけてきた。なお、今年度は、研究支援申し込みから大学受付までに1か月程度の時間を要したものが1題あったので、今後は十分に留意したい。

また、研究支援申し込み用紙に継続研究か否かの記載欄を設けることで、新規研究同様、継続研究についても支援担当教員の選別が容易となったこともあり、支援担当教員の決定は大学受付から1週間以内に行われた。しかし、支援申請から初回面接までの期間は、日程調整に長くて1か月半程度を要しているのが実態である。初回面接については、支援担当教員と支援希望者間の日程調整が困難なことが多いため、なるべく時間的な余裕を持って支援申込みをしてもらえよう、今後も周知を図りたい。

3．研究支援方法、自己点検評価について

支援方法は、面接に加えて、メールでのやり取りを行うなど、適宜、現地看護職のニーズ(時間や支援内容など)に合わせる形で実施されていた。面接回数は、1~5回であるが、メールのやりとりが多く、最高30回程度に達するものもあった。これらの方法は、現地側からは肯定的に評価されており、看護職の勤務や研究の進み具合に配慮した結果でもあるが、教員の自己点検評価からは、面接時間を夕方遅くから開始せざるを得なかったことやどこまで介入すべきかに悩む意見なども確認されている。「岐阜県立看護大学の研究支援」において、「スポット的な支援を行う」ということを定めているが、実際は、非常に多くの回数と時間を使って支援している現状がある。このことは、研究支援のあり方にも関わるので、今後の課題として検討が必要である。

初回面接時に、準備状況、達成目標、今後の支援予定などを支援担当教員と看護職が共有するようにしているが、確認して進めたことで各々の研究に適した必要な支援方法を取ることができたと捉えられる。

研究支援が終了した時点で、支援を受けた現地側と支援担当教員による自己点検評価を行うシステムをとっている。今まで、支援を受けた看護職からの自己点検評価が返送されないことがあったが、確実に返送していただけるように、交流集会にて自己点検評価用紙を現地看護職に直接渡したり、報告書原稿が提出された頃合いを見計らって自己点検評価用紙を発送するなどの工夫を行った。今年度は、支援を受けた現地側からの自己点検評価用紙がすべて返送されている。支援対象者の意見は、研究支援のあり方を検討する上で大事な資料となるため、確実に自己点検評価用紙を返送していただけるよう、今後も努めていく。

4．支援担当教員の決定や変更時の連絡

本学教員は、研究支援に積極的に参加しているため、支援担当教員の選択に困難な状況はない。支

援担当教員の選別に際しては、基本的に、申込者が既に支援担当教員を指名している場合は、これを優先し、次いで、研究課題から捉えられた専門性を、次いで、ここ数年の支援担当状況を考慮して、実施している。各教員には、申込者が記述した研究計画書を添付し、初回面接することを依頼しているが、快く引き受けてもらっている。中には、教員の専門領域と一致しない場合もあるが、自己点検評価からは、それらは問題となっていない。

なお、支援担当教員の異動に伴う変更については、看護研究センターが調整を行い、支援教員を決定している。以前に把握した現地看護職からの要望を踏まえて、教員変更に関しては、年度当初に現地看護職へ文書で連絡し、学内の支援担当教員からも、現地側へその旨、連絡してもらい、現地の研究が滞ることの無いよう連絡・調整を図った。

5．研究支援に関わる事項の申し合わせや連絡の徹底

今回の現地看護職の自己点検評価において、研究支援や交流集会などに関する事務手続き（方法や期限など）について、最初にオリエンテーションをしてほしい旨の意見があった。これらのことは、従来、初回面接時に支援教員が説明し、互いに覚書を取り交わしているが、今後も、現地看護職が納得ゆくまで、初回面接時に資料を用いて十分に説明し、互いに申合せることの徹底を図りたい。また、交流会からの諸連絡や文書で、これらの事務手続きが現地看護職に了解されるよう、連絡方法や内容については、交流会役員会と改善策を協議したいと考える。

6．研究支援のあり方・方法の再考

今まで、研究支援の応募は、随時受け付けており、年度途中からの支援開始も可能として、柔軟に対応してきたが、今回の教員の自己点検評価において、「院内ラダーの研究のため、スケジュールがすでに予定されていて、あわただしかった。年度単位で関わられるよう、もう少し早く申し込みができないか」「年度初めに支援開始できるように3月末までに支援希望者を募集し、報告は年度末の方がスケジュール的によい」といった意見が挙がっていた。

同じく、教員の自己点検評価において、「個人申し込みのシステムだが、実践現場での研究活動なので、施設側と協働して支援できるシステムでもよいのではないか」という意見があった。現地の実践改善に関わる研究的取組であれば、支援を受けたい看護職を施設側と何らかの形で協働して、組織的に支援する方法も一案である。また、当該施設の現任教育に研究支援を組み込むなど、施設側と大学が協働した支援のありようを検討していくことも必要であろう。

研究支援が開始されて10年目を迎えた現在、従来の研究支援のあり方・方法を見直す時期に来ていると思われる。そこで、研究支援を受けたことが看護職に及ぼした影響や成果・課題を明らかにし、より現地側の支援ニーズに即した研究支援のあり方・方法を検討するために、過去に支援を受けた看護職を対象にした面接調査を今年度末から行う予定である。次年度以降、この調査結果を踏まえて、交流会役員会と協議をし、よりよい研究支援のあり方・方法を追究していきたいと考える。

7．岐阜県看護実践研究交流会への支援

研究支援は交流会の活動を通じて実施するものであるため、交流会の活動の発展が前提条件となるものである。したがって、交流会そのものをいかに支援していくのかも大きな課題である。現在は、全学的に交流会を支援する体制をとり、各教員が実習施設等の看護職に「交流会ガイドブック」や機関紙・交流集会の案内等を配布してPRしている。また、ホームページ、共同研究報告と討論の会、卒業者交流会等においてもPRに努めている。さらに、交流会の役員と共に会員数の拡大方法を模索すると共に、卒業者や修士課程修了者を含めて、PRを推進していく必要がある。

また、交流集会の準備・運営等については、交流会役員会と賛助会員である大学側との役割分担の明確化など、今後も交流会役員会と連携を図りつつ、よりよい改善策を検討していきたい。

看護研究センター及び研究交流促進部会は、今後も交流会の役員会と協働・連携して、交流会を盛り立て、現場に即した課題への取組みとしての看護実践の変革、看護サービスの質的向上に貢献したいと考えている。

**2) 地域における訪問看護ステーションの
活動を充実・発展させるために**

．目的

後期高齢者の増加による介護やターミナルケアのニーズ拡大、医療費適正化策の一環としての平均在院日数短縮による医療ニーズの高い人々の早期退院により、在宅ケアの体制整備は重要な課題となっており、訪問看護にはその一翼を担うサービスとして責任を果たすことが期待されている。しかし、近年、訪問看護ステーション（以降、ステーションと記す）の設置数は全国的に低迷しており、岐阜県のステーション設置数は、その全国平均よりも下回った状態にある¹⁾。

先行研究により、ステーションの整備が進まない背景として、利用者の獲得困難、従事者の確保困難、制度の不備、ステーション管理者の管理者機能不足など多様な問題の存在が指摘されている。昨年度までに本事業でかかわったステーション管理者らは、訪問看護に対する社会的認知の低さ、利用者を掘り起こす困難さ、介護力や経済力に限りがある事例の増加などが、ステーションが活動基盤をつくる上での課題であると認識していた。一方、適切なサービスを提供するため利用者の生活や個性に応じた看護の提供、退院前・入院時の情報収集・引き継ぎ、訪問看護の理解を促すことを意図した医師・ケアマネジャーへの働きかけ、地域の関係者との学習会開催などの努力がされていた。

今年度は飛騨圏域を対象にして研修を行うが、飛騨圏域の市村はいずれも過疎地域に指定されており、これまでの地域より保健・医療・福祉・介護を支える資源が限られた中でステーションが活動していることが予測される。このような地域で活動するステーションの現状から、過疎地域の在宅ケアを支える訪問看護が抱える課題を整理し、課題解決に向けたモデル的な取り組みの可能性を検討したいと考える。

．事業担当者

本事業は、以下の教員で実施する。

地域基礎看護学領域：森仁実、松下光子、杉野緑、田中昭子、日比野直子、原田めぐみ、種村真衣、高橋智子

成熟期看護学領域：奥村美奈子

．実施方法

1．個別職場訪問研修

1) 対象

飛騨圏域に開設されている全ステーション、9施設を対象とする。

2) 研修方法

同意が得られたステーションを訪問して現地看護職に面接し、訪問看護サービスの提供状況およびステーションの運営状況を把握する。今年度は、過疎地域における訪問看護活動の実態を捉えるため、濃厚な支援を要す利用者のニーズに応えるための取り組み、環境条件（気候、道路整備状況、看護人材等）の特性から生じる活動の困難さ、在宅ケア充実のためにもっと応えたい対象・やりたいと思う活動について問いかける。把握した活動の現状と地域特性から予測される住民のニーズを踏まえて、対象ステーションの活動を充実・発展させることを意図した意見交換を行う。

研修後は、教員が把握したステーションの現状をまとめて記録を作成し、これを対象となった現地看護職に返して、内容を共有する。

2．ワークショップ研修

飛騨圏域に開設されている9ステーションに加え、飛騨圏域の市・村が運営している国民健康保険立の医療施設（以降、国保医療施設と記す）17箇所の看護職に参加を呼びかける。個別職場訪問研修時に対象者が参加しやすい曜日・時間帯・場所を尋ねて実施日時や場所を検討する。研修では、教員が捉えた訪問看護活動の現状を参加者に返すと共に、飛騨圏域の介護保険サービス・施設、国保立医療施設の概要を示す資料を示して、「過疎地域における在宅ケアの充実」をテーマに意見交換する。

結果

1. 個別職場訪問研修

1) 訪問した施設・面接対象者の概要

協力が得られた施設は表1に示す8ヶ所で、その開設者は、看護協会の施設が4ヶ所、医療法人、市町村、厚生連、日本赤十字社の施設が各1ヶ所であった。ステーションの開設年は、介護保険制度が導入される前の平成11年以前が3ヶ所、介護保険導入後の平成12年以降が5ヶ所であり、その内1施設は平成23年に開設されていた。看護職員数（常勤換算）は、10人以上が1ヶ所、6～10人未満の施設が2ヶ所、4～6人未満の施設が3ヶ所、4人未満が2ヶ所となっていた。なお、研修参加者は計27名で、その内訳は管理者8名、看護職員17名、リハビリ職員2名であった。

2) 訪問看護サービスの提供状況

各施設のサービス提供状況は表2に示した。医療保険による訪問看護の利用者が全体に占める割合は、25%以上の施設が1ヶ所(B)、15～20%の施設が4ヶ所(C,E,G,H)と最も多く、10～11%の施設が2ヶ所(A,D)、6.5%の施設が1ヶ所(F)であった。月平均訪問回数は、300回未満の施設は2ヶ所(E,F)、300回以上600回未満の施設が2ヶ所(B,D)、600回以上800回未満の施設は1ヶ所(C)、800回以上の施設は3ヶ所(A,G,H)であった。訪問所要時間（最大・片道）について、20分以内の施設は4ヶ所(B,C,E,H)、40～50分の施設が2ヶ所(A,F)、60分の施設が2ヶ所(D,G)であった。在宅での看取り支援は8ヶ所全ての施設で行われていた。また看取りを行った利用者数は年間3人までの施設が2ヶ所(E,F)、15～16人の施設が3ヶ所(B,C,H)、26人の施設が1ヶ所(D)、30人以上の施設が2ヶ所(A,G)となっていた。24時間対応体制は8ヶ所全ての施設でとられていた。

表1 個別職場訪問研修を実施した施設の概要

設置主体 (N=8)					開設時期 (N=8)			常勤換算看護職員数 (N=8)			
看護協会	医療法人	市町村	厚生連	日本赤十字社	平成11年以前	平成12～18年	平成19年以降	4人未満	4～6人未満	6～10人未満	10人以上
4	1	1	1	1	3	4	1	2	3	2	1

表2 訪問看護サービスの提供状況

施設記号	医療保険による利用者が占める割合(%)	月平均訪問回数(回)	訪問所要時間 あるいは距離 (最大・片道)	在宅で看取った事例数 (年間)	24時間対応体制の届出
A	11.0	800以上	50分	31人	有
B	25.0	300以上600未満	15～20分 (約7km)	15人	有
C	20.0	600以上800未満	20分	15人	有
D	10.0	300以上600未満	60分 (冬期)	26人	有
E	17.1	300未満	15分	3人	有
F	6.5	300未満	40分 (26km)	2人	有
G	20.0	800以上	60分	32人	有
H	20.0	800以上	20分	16人	有

3) 地域における活動基盤をつくるための取り組みの現状と課題

地域における活動基盤をつくるための取り組みの現状を把握するため、(1) 適切なサービスを提供するための取り組み、(2) 濃厚な支援を要す利用者のニーズに応えるための取り組み、(3) 訪問看護の理解促進に向けた取り組み、(4) 環境条件の特性から生じる活動の困難さ・工夫していること、(5) 在宅ケア充実のためにもっと応えたい対象・やりたいと思う活動、(6) 経営に関すること、の6点について現地看護職に尋ねた。聴取した内容は、意味内容の類似性によってまとめてカテゴリをつくり、整理した。なお、文中の【 】はカテゴリを示す。

(1) 適切なサービスを提供するための取り組み

適切なサービスを提供するために実施していることは、表3-1に示すとおりである。【本人の対処力、家族の介護力のアセスメントとそれに応じた援助】【利用者の経済状態に応じたケアプランの提供】【個々の状態に応じた援助方法と訪問回数】【介護者の支援】【適切な援助関係の構築】【各家庭の生活のルールや考え方の尊重】といった本人や家族への直接的な関わり方に関するものが6カテゴリにまとめられた。また、【受け持ち体制の工夫】【カンファレンスの実施】【申し送りノートの活用】【サービス担当者会議や退院前訪問による連携】【ケアマネジャーとの連携】【医師との連携】【関係機関との連携】といったサービス提供体制に関するものが7カテゴリ、【学習会・研修会の実施・参加】【新人に対する教育とサポート】といった看護職の資質の向上に関するものが2カテゴリにまとめられた。

適切なサービスを提供する上で課題と感ずることは、表3-2に示すとおりである。【医師との連携】【ケアマネジャーとの連携】【利用者の満足度】【本人のモチベーションの維持】【社会資源の不公平さ】【新人など経験の浅いスタッフへのサポート方法】の6カテゴリにまとめられた。【社会資源の不公平さ】は過疎地域の特徴的な課題と考えられた。

表3-1 適切なサービスを提供するために実施していること

カテゴリ	要約	記録内容
本人の対処力、家族の介護力のアセスメントとそれに応じた援助	介護力に合わせた介護の指導をする	各家庭により介護力に差があるので、介護者が継続できる無理のない方法を提案・指導するよう留意している。例えば、高齢の介護者がおむつ交換をしている場合は、バットの交換だけで済むようにする。
	家族がどこまで介護に対応可能かを捉えることが大切である	本人は、肺炎や尿路感染症の発生により体調を崩すことが多く、これにより在宅療養の継続ができなくなる事例が結構ある。ゆえに、この問題に対して介護家族がどこまで対応できるか捉えることが大切と考えている。
	本人・家族についてのアセスメントを行う	訪問初期の段階で、在宅療養を継続する上で何が問題か、本人・家族がどこまで対処できそうかをアセスメントして、介護家族とどのように役割分担をするとういかに判断するようにしている。
利用者の経済状態に応じたケアプランの提供	訪問看護はお金がかかることを家族が認識し、介護においてできることやできないことの見極めをしてもらう	家族の情報収集は重要である。訪問看護は契約してお金が発生するので、何が家族でできることが、できないことを判断してもらうようにしている。例えば、家族の介護で、何ができないことをリストアップし、提出してもらう。それをもとにプランを組んでみて、家族はお金がかかる(かかりすぎる)ことに驚く。このプロセスの後、家族でもう一度できること、できないことの見極めをしてもらうようにし、家族間の協力も大切なことをわかっていただく。家族とは長く付き合うつもりで接している。
	利用者の経済的負担を考慮しケアマネジメントをおこなう	高齢世帯などが多く、経済的な余裕がない利用者も少なくない。入院中の患者への看護では患者本人の状態を中心に考えればよいが、在宅では介護力や経済状態も含めて総合的にケアマネジメントする必要がある。不安定な時期は訪問看護が入るが、家族やヘルパー利用で対処した方が利用者の自己負担は軽くなる。利用者の自己負担を軽くすることも意識して訪問看護の入り方を考えるようにしている。
個々の状態に応じた援助方法と訪問回数	サービスの提供は、個々の状況に応じた方法を考えて行う	病院から退院したケースが多いので、病院で指導されたこと、主治医やケアマネジャーが訪問看護に対して期待している事柄を把握し、それを意識してサービスを提供する。その際、本人・家族の個々の状況に応じて進めるようにする。例えば、呼吸リハビリの指示があった場合、本人の状態によっては「会話をする」程度の内容が適切な場合もある。通り一遍の方法ではなく、状況に応じた方法を考えて行う。
	自立を目指した訪問看護の回数や利用の方法について考える	訪問看護はずっと関わるといより、退院後集中して関わり、安定すれば終了してよいと思う。例えば内服管理について、病棟では看護師が渡していたため自宅での管理が自立していない場合、訪問看護が関わって自立できるようになれば、訪問回数を減らしたり終了してよいと思う。

表3 1 適切なサービスを提供するために実施していること（続き）

介護者の支援	介護者への言葉かけを大切に考えている	特に介護者への言葉かけを大切に考えている。家族関係、嫁姑の折り合いが悪いときなど介護者の苦勞をねぎらう言葉かけを行っている。
	家族が介護に自信を持ってもらうために訪問看護師も一緒に考える	家族と訪問看護師も一緒に考えていくことがサービスにつながると感じている。家族への介護指導は自信を持ってもらうためには大切なことである。
適切な援助関係の構築	利用者と看護職の立場をわきまえた関係を作る必要がある	ある利用者とは合わなかった経験がある。前任の管理者と関係ができあがっていたことが原因と考えられる。同一の利用者を複数の看護師が担当する場合は、情報交換を行って、処置・対応を同じにする。利用者へのめり込んでしまうと、医療職者と利用者の一線がなくなってしまう。看護職としての立場をわきまえて関係をつくる必要があると思う。
各家庭の生活のルールや考え方の尊重	家族との信頼関係を築くため、コミュニケーションに努め、その家庭のやり方を尊重する	利用者宅では自分達がお客の立場である。家族とのコミュニケーションに努め、信頼関係を築かないとサービスが継続できない。特に家族に気を遣う。本人とはケアを通して信頼関係を形成することはできる。「気を遣う」とは、具体的にはその家庭のやり方を尊重することである。例として、どこから入るのか、お湯を汲む場合どこで汲んでよいのか、どこまで入っていいのか、等々である。
	それぞれの家庭の考え方を確認し、時間内でサービスが提供できるようにする	昨年ステーションに異動した。まだこれからである。玄関に入り、くつを揃えて、挨拶をする。基本的な事柄で気を遣い入らせていただく。処置に入る場合、それぞれの家庭で考え方があるので、手袋、おむつの使用数、着替えをするかどうか、確認しながら行う（経済的負担、洗濯物を増やすことへの配慮）。帰る際は、処置のために上げたベットを下げたか、忘れ物がないか確認をする。サービスの時間枠が決められているので、その時間内に行くことを自分の中でイメージして時間内に実施できるようにしている。
受け持ち体制の工夫	利用者によって担当方法を変える場合もある	受け持ち体制：基本的には受け持ち制である。週1回の訪問看護利用なら1人で担当するが、勤務の都合上、週2回訪問利用者は2人で担当、週3回以上の訪問利用者は3人で担当するようにしている。また、利用者によっても担当方法を変えることがある。
	他人が家に入ることに気を遣う家庭には担当者を決めて対応する	他人が家に入ることに対し、気を遣う家庭がある。担当者を決めて対応している。
カンファレンスの実施	カンファレンスでケアの方針と内容を話し合う	受持ち制ではないので、次回に別の看護師が訪問した時に適切なケアを提供できるよう、所長への報告と毎朝のカンファレンスを通し、スタッフ全員で利用者の情報を共有するよう努めている。朝のカンファレンスは15分程だが、必要に応じてケアの方針や内容を話し合っている。
	カンファレンスで話し合う時間をもち、他スタッフにも意見を求め、自分も振り返る	本人は自宅で過ごしたいと思い、家族は家では看れないと考えるなど、意向が異なる場合、どのように関わればよいか悩むこともある。そのような時は毎朝30分ほどのカンファレンスや、1回/2週の事例検討などでスタッフにも意見を求め、自分の考え方を振り返るようにしている。
	状況を判断し、必要時カンファレンスを開催し、スタッフで事例を共有する	訪問後、スタッフから訪問時の状況の報告を受け、その内容からカンファレンスの要否を判断し、必要な場合はカンファレンスを開催する。具体的には、援助方針や方法を皆で検討した方がよい時や、情報や援助方針を皆で共有すべき事例で実施することが多い。
申し送りノートの活用	ケアの統一、家族への対応に対して、記録の充実と申し送りノートの記入をしている	本人、家族が特別な状況の場合（独居、認知症、女手がない、車の運転ができない等）スタッフ全員が同じサービスを提供することが基本であるが、スタッフ個々の対応が違うことがある。この場合、スタッフ間の話し合いでケアを統一すべきだが、その話し合いの場を設けていない。（そのため、記録の充実と申し送りノートの記入をしている）
サービス担当者会議や退院前訪問による連携	担当者会議や退院前の事前訪問への参加をする	コミュニケーションを大切に考えている。担当者会議や退院前の事前訪問などできるだけ参加する。
	サービス担当者会議に出席し、利用者、ケアマネジャーの思いを把握し、サービスに反映する	サービス事業者もケアマネジャーも少ないが、サービス担当者会議に必ず参加し、家族の意向、本人の思い、ケアマネジャーの思いを聞いて、サービスに反映できるようにしている。サービス担当者会議は、ケアマネジャーや利用者が退院される病院からの連絡で開催されることが多い。

表3 1 適切なサービスを提供するために実施していること（続き）

サービス担当者会議や退院前訪問による連携（続き）	連携業務は、受け持ち看護師が実施するようにしている	サービス担当者会議への参加や医師との連携業務は、できるだけ受持ち看護師が実施できるよう業務を調整している。受持ち看護師は現場の状況を具体的に伝えることができるし、関係者に対し、看護師自身が必要と考える援助を伝えることが大切であるから。このような役割を果たしていくことは、個々の看護師の成長にもつながると思う。
ケアマネジャーとの連携	ケアマネジャーに常に報告や相談をしている	ケアマネジャーが作成したケアプランに沿い、サービスの提供をしている。その都度、必要と考えられるサービスについては、ケアマネジャーに報告、相談するようにしている。
	必要があればケアマネジャーにプランの追加や修正を提案する	サービス開始時はケアマネジャーがつくったプランに沿って実施していくが、その中で本人や家族のニーズに気づいたりして、プランの追加や修正が必要と感ずることがある。その場合は、ケアマネジャー個々の専門性や特徴を踏まえ、受け入れてもらいやすいような言い方、伝え方をするようにしている。
	看護職として把握した情報をケアマネジャーにも提供している	訪問看護ステーションで患者に関わることが多く、患者を近くで看ているので、看護職は患者の生活面、健康面など全体をみることができる。サービス間の連携のため、その情報をケアマネに提供するようにしている。
	ケアマネジャーに相談することが多い	利用者の経済的な問題を課題とすることもあるので、ケアマネジャーに相談することも多い。
医師との連携	関係職種、医師に相談、報告する	関係職種（ケアマネジャー・ヘルパー等）と適宜連絡を取りながら、医師に相談、報告することも多い。
	緊急・夜間への対応時には、法人内の医師という後ろ盾があることで安心して訪問看護活動ができる	緊急時、夜間等の出来事で看護師以上の判断が必要な場合に、法人内の医師の医師が積極的に動いてくれることが多いので、看護師も頑張っ動かなければと思うことがある。看護師としては同じ法人内に医師という後ろ盾があると安心して訪問看護ができる。
関係機関との連携	繋がりのある事業所を大切にしている	昔からつながりのある事業所（ケアプランセンターやデイサービス等）なので、連携できている。
	ケースにより出向いていく	過去に、県外の病院に行ったことがある。今後、ケースがあれば出向くことはあると思う。
	院内の他職種と連携し、相談しながら実施する	他職種との連携 それぞれの職種と相談しながら実施している。具体的には、ステーションの理学療法士：本人の入浴介助、薬剤師：麻薬や補助剤等の使用、栄養士：本人の食事、メディカルエンジニア：呼吸器の管理など。また、ステーションのスタッフは、院内の褥瘡対策チーム、リンクナース、呼吸サポートチーム、地域連携検討委員会、緩和ケアチームのメンバーとなっている。
学習会・研修会の実施・参加	学習会の企画と実施	学習会係が決めてあり、月1回所内での学習会を企画・実施している。また、近隣の施設が行う研修にもできるだけ参加するようにしている。
	院内の学習会の積極的参加	病院内にあるステーションなので、病院の勉強会への積極的参加をしている。毎月、多数の研修会が開催されているが、看護師の場合、年間に医療安全2回、感染防止2回、薬剤奇数月への参加が義務付けられている。
	訪問看護ステーション異動前に研修を済ませる	訪問看護の研修会への参加は、ステーションに異動する前に受けてきている。（4名中3名が研修済）
	スタッフの研修の機会・費用を確保している	スタッフができるだけ希望する研修に参加できるよう、業務の調整をしている。年度始めに研修の希望を聞いたり、統括所長と面接する際に書いてもらった「1年間の目標」を踏まえ、受講すると役に立つと考えられる研修の受講を勧めたりする。常勤看護師は、県外研修1回、県内研修1回は参加できるようにしている。常勤看護師1名につき、研修費用（受講料・交通費・宿泊費）を確保している。
	合同研修会の開催	県看護協会の6ステーションの職員全員を対象とした合同研修会を年に3回実施している。合同実施により、施設単独では招くことができない講師を呼ぶことができたり、下呂が高山で実施するため、他の機会には参加困難な非常勤看護師も参加しやすい研修となっている。昨年度からは、管理者と係長を対象とした管理者研修会も始めた。
新人に対する教育とサポート	新人教育のプログラムの作成をした	新人教育のためのプログラムをつくった。入職してから3ヶ月間は先輩看護師と同行訪問して指導している。また、訪問先で判断に困った場合は、ステーションに電話すれば所長や係長などが待機しており、すぐに相談できる体制になっている。

表 3-2 適切なサービスを提供するうえで課題と感ずること

カテゴリー	要約	記録内容
医師との連携	開業医に訪問看護の考え方が伝わりにくい	開業医の医師との関わりの中で、訪問看護の考え方が伝わりにくいことがある。
	退院前に病院から説明されていないために家族に在宅看護の覚悟ができていない	病院側の態度として、退院前に退院後できないことはできないと家族にきちんと説明し伝えることが必要であると思っている。説明されていないために家族に在宅看護の覚悟ができていない場合があり困ることがある
	看護師の意見を聞いてくれる医師が少ない	看護師の意見を聞いてくれる医師もいるが、医師も高齢化してきており、新しいことの積極的な取り入れは難しいのかもしれない。
	看護師から医師に意見は言いにくい	褥瘡処置や疼痛コントロールでも、医師によって質が異なるが看護師からは言いにくい。がん患者の症状コントロールが十分にできず、在宅療養を中断し、看取りができなかったこともあった。
ケアマネジャーとの連携	ケアマネジャーとの調整が遅れる	看護師とケアマネジャーとの調整の遅れにより、対応が遅くなることもあり、関わりが短いと看護師自身も戸惑うことがある。老衰であったが、2回目の訪問で亡くなったこともある。
	ケアマネジャーに考えや思い入れの強さがある	ケアマネジャー自身の考えや思い入れの強さがプランに反映する場合がある。例えば、リハビリよりも生活の支えが必要なのではないかと思っても、ずっとリハビリが継続されている。ケアマネジャーも頻繁に利用者の自宅に行けないことも原因かもしれない。
	ケアマネジャーと看護師で理解や捉え方が違う	ケアマネジャーと看護師で理解や捉え方の違いを感じることもある。老々介護をしている妻に対して、ケアマネジャーは他の家族員も手伝ってくれていると思っているが、実際は妻にほとんどの負担がかかっている。看護師からは他の家族員にもう少し関わってもらえるように促したが、ケアマネジャーにもそういう現状は伝えたいと思う。
利用者の満足度	管理者として契約時の説明、言葉遣い、ケア方法がよかったか気になる	管理者になって2年目。契約時の説明が十分であるのか気になる。管理者として契約時に本人・家族と話をするので、初回訪問処置時に緊張することはないが、言葉遣い、ケアの方法など「よかったのかな」と思うことはある。(次回訪問時に特に確認したりはしていない。)
	利用者の満足度にステーションによって差がある	提供しているサービスを評価するため、全利用者を対象にした満足度調査を実施した。その結果、ステーションによって差があること、看護師にもっと説明して欲しいと思っている内容があることがわかった。
本人のモチベーションの維持	本人のリハビリに対するモチベーションをどのように維持するか	訪問リハの維持期に、リハに対するモチベーションをどうやって維持するか。
社会資源の不公平さ	提供できないサービスがある	本人や家族が拒否したり、こちらが提供したいサービスがあっても、回数が少なくなってしまう(訪問入浴等)、利用できないもの(配食サービス、介護予防事業、送迎サービス等)があったりするので、適切に利用できるようにすることが課題である。
新人など経験の浅いスタッフへのサポート方法	新人、経験の浅いスタッフへのサポート方法の工夫が必要である	難しい状況や思うような成果が得られない事例に遭遇すると、新人など経験の浅いスタッフが落ち込んでしまい、自信を無くして辞めてしまうことがある。そのようなスタッフが勤務を続けられるようサポート方法を工夫してきたが、なかなか有効な解決策はないと感じる。

(2) 濃厚な支援を要す利用者のニーズに応えるための取り組み

ターミナル期の患者、がんの疼痛コントロール、難病等の濃厚な支援を要す利用者のニーズに応えるための取り組みについて語られた内容を表 4-1、4-2 に示した。

利用者のニーズに応えるために努力していることは、家族の同意さえあればなるべく本人の意に沿ったケアを提供すること、利用者の希望を叶える【利用者の希望に沿ったケアの提供】を中心としたケアがなされていた。また、ターミナル期にある本人を介護する家族に対して、本人の状態を家族に理解してもらうように説明すること、臨終時にあわてないために看取りのためのパンフレットを作成し、また臨終時にたどる経過の説明を行うことで安心していただく【今後の経過や病状の説明】についてのケアがされていた。また、看取りや本人の病状に関しての不安に対し、訪問看護により家族の不安が軽減するためにチームで関わりを重ねることや相談があればすぐに対応する安心につながる存在を心がけたケアの提供として【家族の不安軽減】【介護者の支援】【一日複数回の訪問】【退院前カンファレンスへの参加】【確実な訪問看護の提供】の具体策が取られていた。【苦痛の緩和】として、がんの疼痛管理のためがん拠点病院の認定看護師に相談し、できるだけ苦痛の軽減できるようなケアが

されていた。【スタッフのサポート】として、訪問看護の経験が短くても濃厚な支援を要する利用者に対応しなければならず、それに応えるために、カンファレンスの活用を有効にすることでスムーズにケアに入れるようにしていた。この他、看取り後の実践として【グリーンケアの実施】、ヘルパーと訪問看護師との同行訪問を行うことで安全と効率的なケアの行う【ヘルパーと同時訪問】、新しい情報の入手のために病院スタッフと情報共有や相談をしたり、インターネットを活用したりして自分で調べて確認する【他職種への相談、自己学習】が行われていた。

課題と感じていることは、濃厚な支援に欠かせない【医師の協力】として看取りに対応する医師の少なさ、往診の確保の困難さ等が挙げられた。また、【家族のレスパイト】として、医療依存度の高い利用者ほど家族のレスパイトができないことが挙げられた。訪問看護師からは【スタッフの経験不足、学習の機会の不足】として、難病、がんなどのケースについて経験が少なく自信が持てないこと、研修機会が少なくほとんどが自己学習になっている実情が挙げられた。また、【特有のケアの難しさ】として、死を受容できない家族への言葉がけの困難さ、疼痛コントロールが積極的に行えなかったこと、人工呼吸器装着の選択に対する声掛けに悩むという課題が挙げられた。

表4-1 濃厚な支援を要す利用者のニーズに応えるために努力していること

カテゴリ	要約	記録内容
利用者の希望に沿ったケアの提供	家族の同意さえあれば、なるべく本人の意に沿ったケアを提供する	在宅での看取りは、病院ではできないことをできる場として考えている。家族の同意さえあれば、なるべく本人の意に沿ったケアを提供できるよう努力している。
	利用者の要望に対応する	自分の病状が悪いことを近所に知られたくないという利用者がおられ、車に「訪問看護ステーション」と書いてあるのが嫌、白衣で来ないでなど細かな要望がいろいろあり気を遣って訪問した。
	利用者の思いや希望を叶える	本人・家族の思いを聴き、希望がかなえられるようにしている。例えば、介護に集中している家族に、利用者(母)との最期の思い出づくりを提案し、声楽家の息子さんが家でミニコンサートをしたことがある。また、頻回に吸引が必要な利用者を花見に連れて行きたいという介護者の希望を叶えるため、訪問看護師が数名ボランティアで関わり実現させた。
今後の経過や病状の説明	本人の状態を家族に理解してもらえよう説明する	がん末期の看取りのケースでは、本人の状態を家族に理解してもらうように説明している。医療スタッフというよりは、家族の中に入って支援する人、手伝うという感じで関わっている。
	在宅で看取りが安心してできるようにパンフレットを作成し配布している	在宅の看取りでは、緊急時24時間体制や毎日訪問できることを説明し、安心して療養してもらえるようにしている。家族の不安が大きいため、看取りの経過や準備・対応などについて記載したパンフレットを独自に作成し、家族に配布している。
	看取りを行う際に今後たどる経過を話すや覚悟を決める方もいる	在宅での看取りは、家族の思いも揺れ動く。長くかかった家族に、看取りを行う際に今後迎える経過を話すや覚悟を決められる方もいて、「家で見るわ」という家族の言葉を聞くと、伝わったのかなと思うことができる。大変だったけれど、最期のケアを笑顔でできる家族もいる。これは在宅でこそできることであると思う。
	臨終時の対応について前もって家族に話しておく	臨終の際に家族が親戚やお坊さんにすぐに連絡してしまうと、介護者と死後の処置がゆっくり行えないことがあるので、前もって話せるときは話している。
家族の不安軽減	訪問看護により家族の不安を解消し、介護できるようにする	看取りのケースが多くなっており、第3者(訪問看護)が介入しなければ、家族の不安が解消されなかったり、家族の介護が成立しなかったりすることもある。
	チームケア、関わりを重ねることで家族の不安が軽減する	チームで同じケアをしていくこと、頻回に訪問し、何回もかかわることで、家族の不安が軽減する。
	安心につながる存在を心がける	側にいて安心してもらえる存在をこころがける。相談があれば対応する。家族を励ます。
介護者の支援	介護者の詳細な情報を得て、訪問回数や援助内容を変える	介護者の看取った経験の有無、仕事を持っているかの有無、介護の体制(介護者、協力者の有無)によって訪問の回数や援助内容が変わってくるので、詳細な情報を得る必要があると思う。
苦痛の緩和	がん拠点病院の認定看護師に相談し、がんの疼痛コントロールに関して薬剤の調整などできるようにしている	がんの疼痛コントロールに関して、麻薬を取り扱える医師も限られている現状がある。しかし薬剤の調整など看護としてできることなどは、がん拠点病院の認定看護師に相談できる関係ができています。3~4回/年がん看護や栄養サポートチームの院内研修にも声をかけてもらい、参加している。
	苦痛が軽減できるようにする	利用者に対しては、苦痛が軽減できるようにしている。痛みについては、医師に連絡する。身の置き所のない倦怠感を訴える方に、足のマッサージを1時間以上したこともある。

表 4-1 濃厚な支援を要す利用者のニーズに応えるために努力していること（続き）

グリーンケアの実施	看取り後のグリーンケアの実践をしている	看取り後は、必ず訪問しグリーンケアを行っている。平成 23 年から「わたしの町の、ほけん室」で毎週月曜日に訪問看護ステーションで健康相談を実施しているので、そこに看取りを終えた方が来て思い出を話して行ったりしている。
スタッフのサポート	カンファレンスで、経験が短い看護師もサポートを得て、スムーズにケアに入れるようにしている	訪問看護の経験が短い看護師も、朝のカンファレンスなどで 10 年以上の訪問看護実践の経験がある看護師のサポートを得られ、スムーズにケアに入れる。
ヘルパーと同時訪問	人工呼吸器の装着の場合には、ヘルパーと同行することで、安全と効率的なケアを行う	人工呼吸器装着している利用者への訪問は、ヘルパーと同時訪問にして、安全に、効率よくケアを行えるようにする。
一日複数回の訪問	一日に複数回の訪問を行ない対応している	一日に複数回の訪問を行う。スタッフ数が多いため、今は自ステーションのみで対応できる。
退院前カンファレンスへの参加	退院前のカンファレンスはできるだけ参加している	退院前のカンファレンスは、できるだけ参加するようにしている。
確実な訪問看護の提供	訪問看護を希望する利用者を断ったことはない	現在、週 3 回訪問している利用者は 1 人(70 代後半)だけで、医師による特別訪問看護指示書による。食欲不振のために点滴をしている。これまでのところ、訪問回数が多くて対応できないとか、利用者が一杯で依頼を断るなどの事態に陥った経験はない。
他職種への相談、自己学習	病院との情報共有を行い適宜相談している	入院先の病院への訪問で情報収集を行い、情報の共有をする努力はしている。不明なことは病院の地域連携担当者に確認できるし、相談しやすい状況にあると思う。
	インターネットの活用	インターネットを活用し、わからないことを知ろうとしている。
	調べたり、相談したりして確認している	新しい情報などは自分で調べたり、他医療機関やソーシャルワーカーなどに確認させてもらったりしている。

表 4-2 濃厚な支援を要す利用者のニーズに応える上で課題と感ずること

カテゴリー	要約	記録内容
医師の協力	看取りに対応する医師が少ない	周囲に病院がないので、医療依存度が高い人はやむを得ず入院することがある。また、看取りまでしてくれる医師が少なく、最期は病院で看取りになった事例もある。
	往診が確保できず、看取りができなかったケースがある	本人・家族が在宅での看取りを希望しても、往診が確保できずに、病院に行かざるを得ないケースがあった。できる限り対応できるようにしているが、確保できないことがあるので、対応できるようにすることが課題である。
	在宅療養診療所であっても対応に限界がある	在宅療養支援診療所であっても、開院時間帯でしか対応してもらえないところもある。
	点滴を希望される利用者において、制度や管理上の困難な点がある	在宅で点滴を希望される方への対応。点滴をしてほしいという家族の希望とマンパワー的に開業医による点滴管理が難しいという現状がある。訪問看護ステーションとしては、指示書があれば実施できるが、診療報酬上、訪問看護に指示を出せる期間に限られる場合、往診による点滴が必要となる。
家族のレスパイト	家族のレスパイトができない	医療依存度の高い利用者ほど家族のレスパイトができない。 退院前のカンファレンスで課題を明確にし、家族、病棟、ステーションそれぞれの立場で退院前の準備をする。(主治医との連携、認定看護師との連携、薬剤部との連携)
スタッフの経験不足、学習の機会の不足	難病、がんなどの特殊なケースにおいて、経験がないため自信が持てない	難病、がん末期の利用者のケースがまだまだ少ないと思う。自分としては病院勤務でも難病の症例を受け持ったことがほとんどなく、研修参加もしていないので勉強不足だと思う。自信がない。
	自己学習になっている	ほとんどが自己学習になっている現状が課題である。
	研修の機会が少ない	研修の機会が少ない。業務に支障が出てしまうことが多い。週一回の定例会で、話し合いの場を設けている。夜の勉強会も必要と感じているが、若いスタッフ(子育て中のスタッフなど)は早く帰宅させてあげたいという思いもある。

表 4-2 濃厚な支援を要す利用者のニーズに応える上で課題と感ずること（続き）

特有のケアの難しさ	死を受容できない家族への言葉かけが難しい	死が近づいていることが受容できない家族への言葉かけは難しいと思う。
	がんの疼痛コントロールで積極的な除痛が図れなかった	がんターミナルなど疼痛コントロールが必要な方への積極的な除痛が図れていないことがあった。訪問開始の時点で先を予測した援助について考えることが必要である。
	人工呼吸器装着の選択に対する声かけに悩んだ	筋萎縮性側索硬化症のケースで、人工呼吸器の装着について、本人と家族で思いが異なり、どのように声をかけてよいか悩んだ。選択については難しい。
	夜間頻回な電話への対応方法に悩む	難病の方で看護師からみると緊急性がないことで夜間頻回に電話があり、対応方法に悩んでいる。

（3）訪問看護の理解促進に向けた取り組み

訪問看護の理解促進に向けて実施していることを表 5-1 に示した。利用者の確保のため、ケアマネジャーや併設の訪問介護事業所に【訪問看護の活用の呼びかけ】を行う、【看護師のケアマネジャーを配置】するといった取り組みが挙げられた。また、医師の理解があることで利用につながるため【病院との連携を重視】や【訪問看護実践の事例発表】して理解を促す、【訪問依頼を断らない】、利用者の口コミで訪問看護サービスの良さが広がっていることを実感しており【サービス提供を通じた価値の浸透】といった内容が挙げられた。さらに【地域住民の理解を促す働きかけ】として、介護保険事業の会議に参加し住民と接点をもつことや地域住民を対象にした研修会を行う等取り組まれていた。

一方、課題と感ずることは表 5-2 に示す内容であった。ケアマネジャーが訪問看護の導入を判断できない場合があり【訪問看護導入のタイミングの遅れ】や、【重症化する前に訪問看護につながらない】という課題があった。利用者側の課題としては、介護は女性(嫁)がするものという古い考え方があることや、サービス利用を近隣に知られるのを嫌がるなど【サービス利用に抵抗がある地域住民の意識】や【訪問介護との違いが伝わりにくい】【利用料が高いため利用が抑制される】【在宅介護を引き受ける家族の不在】が挙げられた。また、往診体制がないために在宅生活が困難になっているといった【往診体制の不足】を課題と感じていた。

表 5-1 訪問看護の理解促進に向けて実施していること

カテゴリー	要約	記録内容
訪問看護の活用の呼びかけ	ケアマネジャーに訪問看護活用を呼びかける	利用者確保として行っていることは、ケアマネジャーとのコンタクトである。地域包括支援センター(保健師)が主催する月 1 回のサービス担当者会議に出席して、訪問看護に繋げてほしいと声掛けをしている。
	母体病院師長に訪問看護活用を呼びかける	ケアマネジャーのほか、母体病院の病棟へ行き師長に訪問看護の利用者を紹介して欲しいと声掛けする。
	併設訪問介護事業所に訪問看護活用を呼びかける	ニーズ掘り起しのために、併設ヘルパーステーションの利用者で、訪問看護が必要と思われる人がいないか時々聞いている。また、ヘルパーさんも教えてくださる。
看護職のケアマネジャーを配置	併設居宅介護支援事業所に看護職のケアマネジャーを置く	ケアマネジャーに(訪問看護の)必要性が伝わらない時がある。看護師のケアマネであると、訪問看護に繋げることができる。看護師は今後の予想をすることができる。家族の心配事を解消するために訪問看護の必要性を伝えている。併設のケアプランセンターがあり、看護師のケアマネがいるので、訪問看護の必要性について説明できているのかなと思っている。訪問看護の必要性を感じてもらえるようになって良かった。予防、リハビリ、自立を促すことができている。家族の不安軽減のために、訪問看護に相談すると良いということ PR している。
	居宅介護支援業務を兼務するスタッフが多い	ケアマネジャー業務を兼務している看護師が 17 名中 10 名おり、訪問看護につながれている。母体病院関係以外のケアマネジャーでは、褥瘡がひどくなってから訪問看護が導入になるときもあるが、以前よりは減ってきていると感じている。
病院との連携を重視	病院との連携を大切にしている	大きな病院の医師や診療所の医師に理解があることで、利用につながっている。病院との連携は大切である。
訪問看護実践の事例発表	病院の研修会に参加して実践報告をする	地域の中核病院が開催する研修会に積極的に参加し、その中で訪問看護実践事例を報告するようになってきた。
	事例発表をすることで関係者の理解促進に繋がる	事例発表なども行っている。これは訪問看護の理解を促したりニーズの掘り起こしなどの意図はないが、結果としてそれに繋がっているのではないかと。

表 5-1 訪問看護の理解促進に向けて実施していること（続き）

訪問依頼を断らない	依頼された事例は断らない	開設以来、依頼された事例は断らない方針で、「ご依頼ありがとうございます」という気持ちで受け、これを徹底して実行してきた。それが活動の理解を促すことに繋がっていると思う。
サービス提供を通じた価値の浸透	利用者からの口コミがステーションのPRになる	利用者からの口コミでステーションの良さが広がることを実感している。
	訪問看護サービスの実績により理解されてきた	ステーションとして、訪問看護の理解を促したり、ニーズを掘り起こすために意識的に実施していることは特でない。サービス提供の実績から関係者が本ステーションで対応可能な利用者の状態や看護技術などを理解してくれて、結果として、依頼が増えてきたのだと思う。
地域住民の理解を促す働きかけ	市主催の会議参加して住民と接点をもつ	年4~5回、a市の主催で介護保険事業者の会議があるので、そこに参加している民生委員さんなどの一般の住民に対して訪問看護についての話をしたりする場面はある。また、その場で、住民さんからの情報が得られることもある。
	国の受託事業を活用して地域住民に関わる機会をつくる	県から頼まれてa市が受託した、厚生労働省の「地域支え合い体制づくり事業」をステーションが実施した。（実際には、ステーションからa市に働きかけたことで、市は本事業を受託するに至った。）この事業で、地域住民を対象にして「わたしの町の、保健室。」と研修会（公開講座）を行った。サービス提供だけでは接点を持っていない人々に訪問看護やステーションを知ってもらえる機会になった。
	中学生の職場体験を受け入れる	中学生（ステーションの向かいにある）の職場体験学習を受けたり、訪問看護ステーションの場所を独立した建物に移したことは、地域住民に訪問看護の存在を知ってもらう機会になっていると思う。
	パンフレットを配布・設置する	パンフレットがあるため、新規利用に時々配布して宣伝している。同敷地内の関連施設の文化祭や催し物の際にはパンフを置かせてもらっている以外ではほとんど活動していない。
	独立した建物として地域に存在をアピールする	中学生（ステーションの向かいにある）の職場体験学習を受けたり、訪問看護ステーションの場所を独立した建物に移したことは、地域住民に訪問看護の存在を知ってもらう機会になっていると思う。
積極的な掘り起こしはしていない	積極的なニーズの掘り起こしはしていない	病院内のステーションなので、ニーズは積極的に掘り起こせていないように感じている。当院のケアマネや退院調整課からの依頼が多い。また、医療依存度の高い人について、医師から直接「当訪問看護で」と指定されることがある。
	母体病院の地域連携室が訪問看護に繋がってくる	母体病院の病棟などへは地域連携室のスタッフが働きかけて、訪問看護につなげてくれている。病棟看護師の理解についても、地域連携室の働きかけが大きい。今は病院と同施設内にあるので、利用者が入院すると直接サマリーを病棟に持っていけるようになった。

表 5-2 訪問看護の理解促進する上で課題と感ずること

カテゴリー	要約	記録内容
訪問看護導入のタイミングの遅れ	ケアマネジャーが訪問看護の導入を判断できない場合がある	ケアマネジャーから訪問看護を勧めるのではなく、医師から言われ、あわてて訪問看護が導入されるパターンが多い。そのため褥瘡ができてからの介入や、終末期で信頼関係を築く間もなく看取りを行う場合もある。先を見越した訪問看護の導入ができるとよいと思う。看護師からもケアマネに言っているが、導入のタイミングや方法が分からないのか、看護師がベッドサイドで入浴を行うのを見て、「訪問看護でこのようなケアができることを）初めて知りました。」と言われたことがあり、訪問看護でできることが理解されていないのかもしれない。
	訪問看護導入が遅いケアマネジャーがみられる	母体病院関係以外のケアマネジャーでは、褥瘡がひどくなってから訪問看護が導入になるときもあるが、以前よりは減ってきていると感じている。
重度化する前につながらない	重度化する前に訪問看護につなげてほしい	ケアマネジャーは特別養護老人に複数いて、プランを作成している。福祉職（介護職）が中心であり、訪問看護への理解は十分ではない。訪問看護を依頼されるケースは、浣腸の実施、尿道留置カテーテルの交換、褥瘡処置などが多く、要介護度4・5など重度の人が多く、もう少し早い段階で訪問看護につなげてもらえたらと思うケースがある。例えば、脳梗塞後のリハビリが必要な事例等予防的なかわりが必要な事例の紹介がもう少しあってもよいと思う。

表 5-2 訪問看護の理解促進する上で課題と感ずること（続き）

サービス利用に抵抗がある地域住民の意識	介護は女性がするものという考え方がある	訪問看護のことは、口コミで広がっていると思う。しかし、まだ介護は女性(妻、嫁)がするものという古い考え方もある。他人が訪問することに抵抗のある人や、ヘルパーと間違う人がいる。
	本人・家族が訪問看護の利用を受け入れない	訪問看護に対する、家族の理解がなかったり、本人が要らないと言われると、こちらが本人にとって必要であると思ってもらえないことが課題である。
	サービス利用を近隣に知られるのを嫌がる	近所の人と顔見知りだと、訪問看護が来ていたなどと噂されるのが嫌で、訪問看護を使いたくないという人がいる。
訪問介護との違いが伝わりにくい	訪問介護と間違えられる	他人が訪問することに抵抗のある人や、ヘルパーと間違う人がいる。
	訪問介護との違いが理解されていない	訪問看護と介護の違いを理解されていないと感ずることがある。ステーションの利用者の家族の依頼で、在宅療養・訪問看護について説明しに行ったことがある。
利用料が高いため利用が抑制される	他サービスに比して割高なため選択されないことがある	経済面の理由から、利用してもらえないケースがあった。訪問看護であると1時間、デイサービスだと1日みてもらおうことができるというように、お金の話をされると訪問看護を利用してもらうことは難しい。
在宅介護を引き受ける家族員の不在	在宅で看る家族員がいないため、高齢者が在宅へ戻れない	利用者確保が課題であると考えている。退院して在宅へ戻る人が少ない。印象として5人退院して、そのうち1～2人が在宅へ戻りやすい印象である。在宅の方が3分の1程度の費用で済むと考えるが、子どもたちは働いているなど在宅で看る人がいないので帰れない。近隣の施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設)は一杯であり、退院時に施設の申し込みをする。
往診体制の不足	365日の往診体制がないため在宅生活が困難になっている	(在宅医療の実際として)近隣の開業医は往診する。ただし、土日は診察しないので、何かあると母体病院へ来る。病院は24時間体制である。以前は病院からも医師が往診していたが、医師数が減少してからは行っていない。このような在宅医療支援の状況もあり、在宅生活ができないのかもしれない。

(4) 環境条件の特性から生じる活動の困難さ・工夫していること

環境条件から生じる困難さに対する取り組みについて語られた内容を表 6-1、6-2 に示した。

困難なこととして、訪問前にステーションの除雪作業のため時間を要する、雪のため車での訪問が困難な場合や恐怖感を感じることがあるなどの【除雪期の訪問で感じている困難さ】や、経済的に暖房用灯油の用意ができない家庭がある、人工呼吸器の蛇腹の結露を防ぐ対応が必要であるなど【寒冷地であることが影響している困難さ】、デイサービス・訪問入浴の施設が遠く利用者に負担が大きい、ショートステイ可能な施設が少ない、訪問診療をする診療所が不足しているという【在宅療養・在宅介護を支援する環境整備が不十分】【駐車スペース確保に苦慮する】という困難さがあった。また、家族介護が前提のため【訪問看護に対する抵抗感】があることや、主婦が多く勤務調整や【人材の確保に苦慮する】ことも挙げられた。

環境条件に対応するため工夫していることとして、除雪や積雪の状況を考慮して訪問時間を設定する、訪問車に除雪用具を積んでいる、冬期から訪問看護導入が予定される場合、積雪時の道路状況悪化を見越して夏に状況確認をするという【降雪期の訪問への対応】や、山間部への訪問時は通信困難を考慮し非常食を携帯する【山間部を訪問する際の工夫】がされていた。また、積雪時は看護師が到着するまでに時間を要するため、利用者に対して早期に連絡する必要性や家族が実施可能な対処方法を分かりやすく説明したり、冬期限定のショートステイ・入所が次年度もできるようケアマネジャーに依頼する【遠隔地や積雪時でも利用者が適切な支援が受けられるための取り組み】がされていた。さらに、看護職の経験を踏まえ対応困難なことは相互に協力する【より良い職場環境づくりへの取り組み】【人材育成の取り組み】が挙げられた。

表 6-1 環境条件の特性から生じる活動の困難さ

カテゴリー	要約	記録内容
降雪期の訪問で感じている困難さ	積雪により訪問先で駐車できない	訪問先の軒先の除雪が不十分で、駐車に困ることがよくある。
	訪問前にステーションの除雪作業のため時間を要する	使用する車のうち、屋根のある駐車スペースは3台分なので、雪が積もるときには、駐車場から出るまでに除雪作業のため1時間近く費やすこともある。 夜間の緊急対応では、まず自分の車の雪を降ろしてから訪問に向かわなければならない。

表 6-1 環境条件の特性から生じる活動の困難さ(続き)

降雪期の訪問で感じている困難さ(続き)	雪のため車での訪問が困難な場合や恐怖を感じることもある	除雪されていても、吹雪で前が見えず、訪問できないことがあった。 吹雪で前が見えず、除雪していない道では途中で車を降りて15分歩くこともある。 運転に怖さを感じる。除雪により両側面が雪の壁になっていて、どこが道路かわからず、対向車のヘッドライトで中心よりを走行していたと気づくこともある。
	降雪のため、訪問件数が限定される	雪のため、片道1時間かかることもあり、午前に1件しか訪問できない。警報の発令により訪問できないこともある。
	路面凍結のため脱輪する	スタットレスタイヤでも滑るので、脱輪したことがあった。
	利用者が気づかって訪問キャンセルを連絡してくることがある	ステーションからキャンセルすることはないが、利用者の方から雪の影響を心配して「来なくてもよい」と連絡があったりする。
寒冷地であることが影響している困難さ	寒冷のため暖房に時間を要し、保温も難しい	ケアに時間がかかる。まず部屋を暖めることから始め、脱衣所や浴室にヒーターをかける。清拭をしてもお湯がすぐに冷めてしまう。
	経済的に暖房用灯油の用意ができない家庭がある	エアコンだけでは暖まらないが、経済的に灯油が用意できない家もある。
	高齢世帯のため火気の取扱いが心配で、ストーブへ給油まで行うことがある	高齢で、火の取り扱いが心配な家もある。看護師の役割ではないかもしれないが、放置することはできないので、ストーブに灯油を入れる作業なども行う。
	人工呼吸器の蛇腹が結露を防ぐ対応が必要	人工呼吸器の蛇腹管内で結露が起るため、気泡入り緩衝材を巻くことでそれを防いでいる。
在宅療養・在宅介護を支援する環境整備が不十分	デイサービス・訪問入浴の施設が遠く利用者に負担が大きい	デイサービスに行くにも時間がかかり、身体的負担が大きく、訪問入浴も遠すぎて訪問できないこともある。へき地も同じ保険料を払っているのに、受けられる医療が限られると感じている。
	ショートステイ利用可能な施設が少ない	介護者も高齢で、資源が少ないためショートステイも使えないことがあり、介護者が倒れば二人とも入院か施設入所になってしまう現状がある。
	訪問診療をする診療所が不足している	往診できる医師が少ないし、入院施設も少ない。受診できない状況だから往診なのに、病院の都合で往診できる時とできない時がある。往診を受けられないことで、在宅療養を希望しても、継続できない現状がある。
駐車スペース確保に苦慮する	土地が狭く駐車スペース確保に苦慮する	地域柄、駐車スペースが狭いところがあり、苦情があることもある。家族には、駐車場を借りてもらうことで対処している。
訪問看護に対する抵抗感	家族介護が前提のため、住民が訪問看護の利用に抵抗感がある	家族で看るのが当たり前という土地柄もあり、サービスが入りにくい原因の一つと考えられる。10年ほど前は家の前に車を停めないでほしい、個人車で来てほしいという要望があったが、現在は抵抗感が少し和らいできたように感じる。
人材の確保に苦慮する	主婦が多く勤務調整で苦慮する	スタッフには、主婦が多いので、週末の勤務、夜間、早朝の対応に困ることもある。
	人材不足	人材不足である。ハローワークで募集しているが、新しい人は入らない状況である。

表 6-2 環境条件の特性から生じる活動の困難さに対応するため工夫していること

カテゴリー	要約	記録内容
降雪期の訪問への対応	除雪や積雪の状況を考えて訪問時間を設定する	除雪後の時間帯を見計らって訪問するようにしている。
		雪の時期には、時間と気持ちに余裕が持てるようにし、早めに出かけたりしている。
		雪は除雪されれば、訪問することは可能だが、早めにステーションを出るなど、時間を工夫している。
		除雪されていない時には除雪されてから向かう。
訪問車に除雪用具を積んでいる	訪問車に除雪用具を積んでいる	訪問車にスコップを積み、雪かきをして利用者宅に入る。 車には除雪道具を積んでいる。
		訪問看護導入が冬から始まる訪問では、道幅や側溝がどのあたりにあるのかなどが分からず行きにくい。夏の間道路状況を把握しておくことで冬でも行きやすく感じる。
山間部を訪問する際の工夫	山間部への訪問時は通信困難を考慮し非常食を携帯する	山奥へ訪問に行くときは、携帯電話の電波が悪く、繋がらないことがあるため、非常食を持って行く。

表6-2 環境条件の特性から生じる活動の困難さに対応するため工夫していること（続き）

遠隔地や積雪時でも利用者が適切な支援が受けられるための取り組み	積雪期の訪問は時間を要するため、利用者に対して早期に連絡する必要性や実施可能な対処方法を分かり易く説明している	契約時や訪問時に、雪などで到着に時間がかかることを説明している。そのため、限界まで我慢するのではなく、不安を感じたら早めにステーションへ電話するように伝えている。また、家族が可能なことは対処できるようにするため、絵で説明するなどわかりやすく伝える努力をしている。
	訪問に時間を要する地域の利用者に対して、緊急時の対応が迅速に行われるように体制を整えておく	ステーションから車で40～50分もかかる利用者宅では、緊急対応の連絡があっても手遅れになる。こうした事例に対しては、予め緊急時は訪問看護が対応できないことを伝え、救急車を呼ぶか診療所医師に対応をお願いすることを利用者に説明するようにしている。そのため診療所医師にはかかりつけ医でなくてもかかわりを持ってもらうようにしている。
	冬期限定のショートステイ・入所が次年度もできるようケアマネジャーに依頼する	冬期だけショートステイや入所を利用する方もいる。看護師からケアマネに次年度の冬期にまた利用できるようお願いもしている。
より良い職場環境づくりへの取り組み	スタッフ間で気遣い、問題にも対応している	職場環境では、みんな優しく、声かけをしてくれる。その場その場で解決していくように努めている。
	スタッフ相互で連携している	看護師にもそれぞれの立場がある。他との連携しながら、やり取りをしている。
	看護職の経験を踏まえ、対応困難なことは相互に協力する	看護師ひとりひとりの看護経験や人生経験が異なるので、困ったときはその場で無理に解決しようとせず、応援を頼んだり(点滴が上手く入らないなど)対応を考えることを利用者に伝えるようにしている。
	夜間、早朝時の対応後、早退できるように調整する	看護師4名で、夜間の対応(管理者6～7回/月 スタッフ8～9回/月)当番している。夜間、早朝に対応した場合は、可能であればできるだけ早退などできるように配慮している。
看護師の安全確保のため利用者の制限を行う	看護師の安全確保のために、訪問可能な範囲を考慮し、利用者の制限をすることもある。	
人材育成の取り組み	若いスタッフを育てる環境作りに取り組んでいる	人材育成については、若い看護師を育てていく環境を作っている。

(5) 在宅ケア充実のためにもっと応えたい対象・やりたいと思う活動

サービスを提供している地域の在宅ケアを充実するために、もっと対応したいと考える対象や取り組みたい活動について尋ねた。回答の内容は、表7に示すように、【予防を目的とした訪問看護の増加】【訪問看護への理解促進】【多様な利用者に対応する実践力の向上】【障害児・者へのサービス提供】【福祉避難所としての機能】【対象地域外からの訪問希望に応じたい】の6つのカテゴリーに分類できた。

寝たきり状態の利用者が多く、膀胱留置カテーテル交換などの処置を目的とする訪問が中心であるが、リハビリなどもっと予防的なかかわりをしたいという【予防を目的とした訪問看護の増加】、母体病院に勤務する看護師の訪問看護に対する理解を高めたい、「まちの保健室」の事業を通して、地域住民に訪問看護の必要性をアピールしたいという【訪問看護の理解促進】、難病、がん末期、精神障害者などに対応できるようにしたいという【多様な利用者に対応する実践力の向上】のカテゴリーは、いずれも複数のステーションから類似した意見が出されていた。

一方、障害児・者のデイサービス等資源が不足しているため、受け皿となるサービスを提供したいという【障害児・者へのサービス提供】、市には福祉避難所が設置されていないため、災害に備えて、自ステーションが福祉避難所として機能できるようにしたいという【福祉避難所としての機能】、ステーションの活動対象地域外であっても、利用者が希望する場合はサービス提供したいという【対象地域外からの訪問希望に応じたい】のカテゴリーは、単独の施設から出された意見であった。

表7 在宅ケア充実のためにもっと応えたい対象・やりたいと思う活動

カテゴリー	要約	記録内容
予防を目的とした訪問看護	予防を目的とした訪問を増やしたい	予防を目的とした訪問が少ない。しかし家族やケアマネジャーに看護師が予防を行うことの意義について理解を求めることも難しい。
	予防的にかかわる事例を増やしたい	現在の利用者は寝たきりの方が多く、バルーン交換、浣腸などの処置中心である。もっとリハビリ、予防的なかかわりができるとよい。
訪問看護への理解促進	院内看護師の訪問看護に対する理解を高めたい	院内の看護師が、訪問看護についてもっと理解できるようにしたい。年1回の報告会で訪問看護について情報発信しているが、もっと訪問看護について知ってもらうことで、退院時の対応が変わるのではないかと考えている。病院の新人研修はあるが、訪問看護の研修が別にあるわけではないので、院内の研修で訪問看護について知れると良い。

表7 在宅ケア充実のためにもっと応えたい対象・やりたいと思う活動（続き）

訪問看護への理解促進（続き）	訪問看護の必要性をアピールしたい	支所で市と協賛で「まちの保健室」という事業を開催するので、その機会を訪問看護のPRの場にしていきたいと思う。訪問看護を知らない人はまだまだたくさんいる（訪問看護を利用せず、施設に行く利用者もいる）ので、訪問看護の必要性について、もっとアピールできると良いと思う。
多様な利用者に対応する実践力の向上	多様な利用者に対応できるようにしたい	現在うちの事業所では少ない難病、がん末期（疼痛コントロール等）、精神疾患の患者さん、小児などのケースを見て力をつけていきたい。老衰の看取りは多く経験している。小児、精神など病院での臨床経験がないと躊躇してしまうことも多いが、横のつながりを持ち、対応できるようにしていきたい。
	がんの疼痛コントロール 在宅での看取り	がんの疼痛コントロール。 在宅での看取り。
障害児・者へのサービス提供の増加	障害児・者の受け皿になるサービスを提供したい	障害児・者のデイサービス、ショートステイの資源が不足しているので、受け皿となるサービスを提供したい。制度的には、介護保険の「療養通所介護」サービスにより障害児などの受け入れが可能になったが、報酬額が少なすぎるため実施すると赤字になってしまう。また、現在の建物では部屋が狭くて設置基準を満たすことができない。
福祉避難所としての機能	福祉避難所として機能できるようにしたい	高山市には、まだ福祉避難所が設置されていない。災害時に備えて、当ステーションが福祉避難所として機能できるようにしていきたい。介護保険サービスを提供している他の施設も含めて福祉避難所の設置を進める必要があると考えている。
対象地域外の訪問希望にも応じたい	対象地域外の利用者の訪問希望にも応じたい	当院の医師が主治医であるという理由で、当ステーションを希望される方もいるが対象地域外（旧高山市外）ということで断ることがある。医師との連携のしやすさという点では、できれば受けたいと思う。

（6）経営に関すること

ステーションの事業収支の把握状況を尋ねた結果を表 8-1 に示した。【事業収支についてスタッフと共有】するため、事業収支の報告書を回覧する、定例会議などで報告する、前年度比較ができる資料にするなどの工夫がされていた。また、管理者会の情報は、常勤・非常勤の別なくスタッフ全員に報告しているという【管理者会の内容をスタッフに伝達】がされていた。1箇所であったが、看護師がレセプトの処理をしている施設があり、この作業を通して収支状況を把握するという【レセプト処理により把握】がみられた。【経営に必要な訪問回数の把握状況】では、事業存続に必要な訪問回数を明確にしている施設もあれば、そうでない施設もみられた。他に、事業収支のみで評価されるため、管理者としてサービスの質や安全確保との間で葛藤があるという【収支のみで評価することへの問題意識】が表現された。

事業の展開状況を尋ねたところ、表 8-2 に示すように、【年度目標、事業計画の立案と評価】【現任教育に関すること】が語られた。【年度目標、事業計画の立案と評価】では、法人の目標や病院看護部の目標を基盤にして事業計画を立案・評価していること、スタッフと共に目標設定や事業計画を作成し、評価していることが語られた。【現任教育に関すること】では、スタッフが設定した個人目標をサポートする仕組みがあること、訪問看護部門へ異動してきた看護師が、実践能力を自己評価できるようにしたい、飛騨地区で研修会があるとよいという意見があった。

表 8-1 事業収支の把握状況

カテゴリー	要約	記録内容
事業収支についてスタッフと共有	報告書の回覧や報告により共有する	事業収支（詳細ではありませんが）、病院よりの報告書の回覧をしている。収支・訪問回数などはカンファレンス時に報告している。
	前年度比較ができる資料を回覧して共有する	毎月、前年度と比較という形で、利用者数、訪問回数、収益を回覧して、スタッフ全員がステーションの経営状況を把握している。しかし、当ステーションが完全に独立しているわけではないため、事業の存続に必要な訪問回数といった視点ではとらえていない。
	毎月の実績をスタッフに報告する	管理者として着任したばかりのため、現状を把握しながら維持していくことを目標としている。スタッフへの実績の報告は、朝のカンファレンスを利用して1回/月直接報告している。
	毎月の事業収支をスタッフに報告する	月に1回院内の代表者会議があり、そこで事業収支も発表されるので内容は把握している。ステーションの会議を月1回行うが、その時にスタッフに事業収支を報告して共有している。

表 8-1 事業収支の把握状況（続き）

事業収支についてスタッフと共有（続き）	事業収支を表にして共有する	事業収支は、ひとつの表にして、スタッフ間で共有している。
	収支状況をスタッフに説明し、危機感の共有もできている	毎月、係長以上の管理者と事務職員で経営会議を行い、収支状況についてはスタッフにも説明している。そのため、利用者が減ると収入が減るといった危機感がスタッフにも共有されていると思う。
レセプト処理により把握	レセプト処理により収支を把握している	毎月の件数、利用者への請求額、国保連からの支払い額は把握できる状況である。事務員がいないため、毎月のレセプト処理は看護師で行っている。看護師が事務的処理をしているので、収支状況の把握はできる環境にある。
管理者会の内容をスタッフに伝達	管理者会の報告をスタッフ全員にする	月1回、管理者会があり、意見交換、情報共有している。管理者会の情報は、常勤、非常勤関係なくスタッフ全員に報告するようにしている。
経営に必要な訪問回数の把握状況	事業存続に必要な訪問回数を明確にしている	経営的には、常勤換算職員1人あたり月に訪問80件、1日4件の訪問を目安にしている。
	事業存続に必要な訪問回数は捉えてない	しかし、当ステーションが完全に独立しているわけではないため、事業の存続に必要な訪問回数といった視点ではとらえていない。
収支のみで評価することへの問題意識	収支のみで評価され、サービスの質や安全確保との間で葛藤している	評価は収支の表のみで評価されるので、辛い。サービスの質と葛藤している。患者に迷惑をかけないように、移動中事故がないように余裕をもって実施している。

表 8-2 事業の展開状況

カテゴリー	要約	記録内容
年度目標、事業計画の立案と評価	法人目標を基盤に事業計画を立案し、評価する	ステーションの年度目標や事業計画の立案、その評価などは医療サービス目標に基づき行っており、定期的な評価も行っている。
	看護部目標を基盤に事業計画をつくり、評価する	訪問看護ステーションの目標ではあるが、看護部の年度目標を基に計画している。この目標については年3回師長と面接を行い、評価している。
	法人目標を基盤に目標を設定する	年度初めに、看護協会の目標を基にステーションの目標を挙げている。
	スタッフと共に事業計画を作成する	事業計画は常勤の職員で作成し、他の職員に伝えるようにしている。職員が少ないので、常に情報は共有しながら事業を展開している。
	スタッフと共に目標を設定し、評価する	毎年、スタッフと共に年度目標を設定し、年度末に評価している。今年度の目標は、「地域に密着した看護を行う」「患者や家族に対して思いやりを持って接する」である。
	事業計画は立てているが十分でない	(年度目標・事業計画の立案・評価などは)後回しになっている。毎年3月に立案しているが、具体的ではなく、評価できていない。
現任教育に関すること	スタッフが個人目標を設定し、サポートする仕組みがある	各スタッフがどのように学習、スキルアップするかなどの目標も挙げており、看護協会から研修費や勤務時間として参加できるなどのサポートを受けている。
	新任者が実践能力を自己評価できるようにしたい	訪問看護に異動してきた看護師が、自分たちは何ができていて何ができていないのかが分かるようにしていきたいと思う。
	飛騨地区で研修会があるとよい	看護協会から研修費や勤務時間として参加できるなどのサポートを受けている。岐阜地区での研修は行くことができるが、飛騨地区で褥瘡やがん、嚔下などの研修があるとよい。

2. ワークショップ研修

1) ワークショップ研修の概要

ワークショップ研修は、平成24年12月8日(土)13:45~16:00、飛騨世界生活文化センターにおいて開催した。参加者は、3ステーションから看護職4名、4国保医療施設から看護職4名、教員7名の計15名であった。

個別職場訪問を通して教員が捉えた訪問看護活動の現状を報告した後、「過疎地域における在宅ケア体制の充実を図るために」をテーマに意見交換した。

2) 意見交換の内容

(1) 過疎地域の緊急時対応について

- ・ステーションから車で20~30分かかるため、家族から主治医にも連絡してもらい、駆けつけてもらうことがある。母体外の医療機関の医師にも協力を得ることがある。往診してもらえないため、やむなく入院するケースもある。
- ・医療依存度の高い方の場合、入院中に院内でトレーニングを受けてもらい、介護者がどこまで対応できるか、どういう方法ならできるのかを見極めている。
- ・緊急時は救急車を呼んでということもある。これは訪問看護を契約する時点で承諾を得ている。(冬季は他の季節よりも余計に時間がかかる)
- ・ケースにより、緊急時の到着時間を考慮できるだけ自宅に近いステーションが利用できるように他ステーションへの依頼をすることもある。
- ・今までに看取りのケースであわてたことはない。看取りの場合には、家族があわてないようにパンフレットを作成し、それを渡して説明するようにしている。
- ・人工呼吸器、酸素などの医療依存の高い利用者はいなかったため、医療機器のトラブルで対応しないといけない事例はなかった。
- ・以前に医療依存度の高い人が、入退院を繰り返していた。すぐ救急車を呼んでいたようだ。入院すると高齢者は認知症が進み、在宅に戻れないことも多い。
- ・家族にいつかけてもよい電話番号を伝えている。これだけでも安心につながる。利用者から直接、看護師の自宅の電話をかけてくる場合もある。
- ・老々介護で、ぎりぎりの状態で介護が行われているので、どちらかの高齢者が倒れると施設か病院への入院となることがある。
- ・救急車を呼ぶ前に消防団などが、医療機関へ連れていってくれる地域も他県ではあるが、このあたりでは、消防団による搬送はない。近隣の人が診療所やケアマネジャーに連絡してくる現状はある。
- ・若い人は旧市内に住んでいることが多い。子どもがよそに住んでいると、隣の人が一日に1回は見てくれることもある。何かあったときに助けてくれるとしたら、隣人や親戚の人が多い。
- ・地域のつながりは深い。認々介護のケースも周囲の人が見てくれていることもあり、連絡をくれたりする。
- ・緊急通報システムにより、消防と近所に連絡が行くようになっているが、実際にはほとんど活用されていない。診療所に連絡が入ることが多く、電話に出た看護師の判断で指示をすることもある。

(2) 人材確保に関すること

- ・a市の方針で、3つの国保医療施設が協力して医療を提供することを推進している。看護師もこれらの診療所に1週間交代で勤務するようになった。看護師が交代で互いの地域を把握し住民と関わり、医師との繋がりを持つことが学習の機会になっている。これは、d国保医療施設の医師が不在となったことをきっかけに、住民が平等に医療を受けられるようにと始まった方針である。自治医科大から医師が、1~3年交代で派遣されている所もある。
- ・何年もハローワークに出しているが、見つからない。地元には元看護職の人もあるが、旅館の女将になっていることもあり、人材の発掘は難しい。もう一人看護師増やしたいがどうすればいいか。
- ・今は3人で診療所2か所を事務職と看護師と1日おきに大移動して巡回している。午前中診察、午後は往診と予防接種していると一日にいける場所は限られる。看護職はほしいがどこを探してもいない。来年どうしようか、公募で一人集めるのには3・4年かかる。訪問を広げたくても、できない。
- ・人材を確保するために、新卒の看護師をステーションに採用することが検討され始めているが、どうか？
- ・こわい。本人が学生のころから余程その意志をもって準備していれば可能かもしれないが、いまの職場では、5年以上の臨床経験が必要と考える。新卒者を教育する指導體制がない。また、訪問看護師には、臨床経験ばかりではなく、地域の人とのかかわりやいろいろなことの積み重ねが必要である。
- ・若い看護師が訪問に行くことに利用者が不安に感じていることもある。特にベテランが入っていた後に入っていくと利用者の「ああ、あんたができるのか」という雰囲気を感じることもある。
- ・新卒看護師が訪問看護に従事するには、大学で、在宅というのをしっかりおさえ、実習をしてももらえればありかもと思うが、やっぱり利用者の信頼関係もある。

(3) がん末期のケアについて

- ・がん特有の疼痛・倦怠感について、在宅に帰り、痛み・倦怠感が増強し再入院し、亡くなったケースがある。がんなどの痛み・倦怠感や不安のある場合には病院でなければ不安が大きいこともある。
- ・呼吸器がんの場合、呼吸器疾患特有の苦痛症状があり、大きい病院の方が安心ということもあった。患者から入院を希望されることもある。
- ・e 病院に緩和ケアセンターができた。在宅を希望する人はなるべく在宅に帰り、どうしても辛くなってきた場合にはセンターに戻ってきてほしいよと伝えている。2~3週間くらい在宅で生活し最期は病院で亡くなった方もいた。
- ・今後、持続皮下注(麻薬)がさらに増えていくと思う。レスキューでワンプッシュすれば痛みが強くて、在宅で対応ができる人が増えるのではないかと。
- ・在宅ケアが困難になったがん患者に対し、病院併設のステーションが仲介役となり、緩和ケアセンターに入院できるよう医師に相談しながら調整している。在宅で困った時、地域の主治医が緩和ケアセンターに相談することは可能である。主治医と緩和ケアの医師が連携することで、痛みやがん特有の症状に対応できると思う。

・参加した看護職の反応・意見

ワークショップ研修終了後、参加した看護職にアンケートを実施した。参加した看護職 8 名全員から回答があった。内容は以下のとおりである。

1. ワークショップ研修の実施日時・場所

「よい」と答えた参加者は 5 名「問題ない」が 1 名、「ない」が 1 名、未記入 1 名であった。実施日時と場所についてはおおよそ問題がなかった。

2. プログラムの内容や進め方について

「良かった」と答えた参加者が 3 名、「もっと時間がほしかった」1 名、「もう少し意見交換の時間があってもよかった、まとめたことに対してもう少し深めながらでもよかったと思う」1 名、「調査内容を具体的にキーワード別にまとめてあり理解しやすかった、フリートーキングで自由に意見がでてよかった」1 名という内容であった。未記入は 2 名であった。

3. ワークショップ研修に参加して得られたこと

本ワークショップ研修に参加して得られたことについては、以下の内容の記述があった。「参加している話を聞くことが大切だと思った」「普段、他のステーションと情報交換することが少ないため自分達の活動を振り返ったり、再確認できるよい機会になった」「ステーション内での話はよく聞いていたが、診療所看護師の取り組みも聞けて良かった。どの看護師も地域住民がよりよい生活を送れるよう努力され質の向上なども考えており参考になった」「旧市街の外の地域における課題、現状を知ることができた。飛騨地域として住民の方に安心して療養生活を過ごしていただけるとよう情報交換の場、機会が増やせたら良いと思った」「これからの在宅医療をもっと大切に人々のために頑張りたいと思った」「緩和ケアの相談について医師とも話し、よりよいターミナルケアを目指したいと思った」「過疎地域でのケアの様子を聞くことができてよかった」「今後の課題として予防や地域住民への働きかけなど参考になった」「他のステーションの方の意見は本当に参考になった」「また機会があれば参加したい」「飛騨地域という地域全体での現状や問題点を知る機会になった」という意見があった。

4. もっと話し合いたかったこと

「過疎地域における在宅ケアの連携を深めていくためのという内容の意見交換ができるとよかった」「訪問看護をされていてすごく感動したこと、すごくつらかったこと」「不安の軽減、安心できるためにはどんなことができるのか」「看取りについて」「事前に困難事例を持ち寄ってそれについての対策や情報交換」が挙げられていた。

・教員の自己点検評価

1. 実践の場に与えた影響

個別職場訪問研修(以下、個別研修と記す)実施後の感想として、「自分たちの行っている看護を振り返る機会になった」などの声が聞かれたことから、教員が活動の現状を尋ねることは看護職に活動の振り返りを促し、その意味を確認する機会になっていると考えられた。今回は 6 施設において所長だけでなくスタッフの参加を得ることができたが、個々のスタッフに話してもらう方法で研修を進めることにより、実践において大切にしていることや考えていることを、看護師間で共有する機会にもなったと思われる。

ワークショップ研修では、ステーション看護職に加えて、訪問看護を実施している国保医療施設の看護職の参加が得られた。個別研修の結果を返すことで、他ステーションの看護職が取り組んでいることを知る機会になり、参考になるという意見があった。また、ステーションと国保医療施設の看護

職が交流することで、互いの活動状況を具体的に知ることができた。特に、国保医療施設の看護職は、飛騨圏域の中でも過疎化が進んだ地域を訪問しているが、当該地域の住民に身近な医療機関として在宅ケアを支えている現状が共有できたと思われる。

2. 本学の教育・研究活動に与えた影響

今回の本研修を通して、過疎地域における在宅ケアの現状を知ることができた。平成13～18年度に「過疎地域における診療所看護の充実に向けて」というテーマで看護実践研究指導事業に取り組んだ教員は、研修で捉えた飛騨圏域の現状から、在宅ケアの状況が変化していること、平成の大合併後に各市村が保健・医療・福祉・介護の提供体制を整えるために努力していることを感じた。一方、ステーションおよび国保医療施設の看護職が共通して語った課題は、募集しても看護職が確保できないことであり、人材確保ができないために住民の在宅ケアニーズに十分対応できない現状は、今も続いていた。教員として過疎地域の在宅ケアの実態を把握し、これを看護学基礎教育に生かすことにより、過疎地域の保健・医療・福祉・介護を充実させる活動に学生の関心を高める必要性や責任を感じた。具体的には、過疎地域など社会資源の少ない地域で卒業研究を行い、保健・医療・福祉・介護の提供体制を視野に入れた研究活動に取り組むなどの方法が考えられる。

・今後の課題、発展の方向性

個別研修で把握した現状から、各ステーションの活動体制は母体法人による違いが大きく、特に現任教育の機会に格差があると感じた。飛騨圏域では外部研修の機会も限られるため、母体法人が現任教育に消極的な場合、自己研鑽は看護師個人の努力に頼らざるを得ない現状が確認された。今年度のワークショップ研修は、「過疎地域における在宅ケア体制の充実を図るために」をテーマとし、飛騨圏域のステーションと国保医療施設の看護職を対象とした。これは、県内の過疎地域にある国保医療施設の多くが訪問看護活動をしており²⁾、資源の限られた地域で住民の在宅ケアニーズに応えるには、ステーションだけでなく、国保医療施設等の身近な医療機関の看護職と協力する必要があると考えたからである。ワークショップ研修に参加してくれた施設は、ステーション9ヶ所中3ヶ所、国保医療施設17ヶ所中4ヶ所であったが、これらの7施設はいずれも、旧市街の外に開設されており、本研修のテーマである「過疎地域」の直中で活動している施設であった。緊急時対応の現状から、往診ができない場合は救急車で入院してもらう、人工呼吸器装着の在宅療養者がそもそもいない、老々介護などぎりぎりのところで生活しているため、療養者の状態が少し悪化するだけで施設へ入所せざるを得ないなど、在宅生活の継続が困難になりやすい状況が窺えた。一方で、医師や看護師の確保が困難で、サービス提供の現状を維持すること自体が課題になっていた。この課題に対処するため、複数の国保医療施設が連携して特定の診療圏をカバーするよう、市が方針を示して取り組んでいる地域があることを確認した。過疎地域の在宅ケア体制の充実を図るには、限られた資源が連携してチームとしての機能を高めることが重要であるが、機関同士の連携体制構築は行政の重要な役割であると思われる。

来年度の研修は、東濃圏域に含まれる瑞浪市、恵那市、中津川市で実施する予定であるが、やはり過疎地域が多いところで、訪問看護活動を行っている国保医療施設がある。飛騨圏域と類似した状況が予測されるため、来年度も過疎地域に焦点を当てた研修を企画したいと考える。今年度のワークショップ研修では保健所・市町村の保健師を対象としなかったが、訪問看護の現場を支える看護職と行政保健師が意見交換する機会をつくれれば、地域の在宅ケア体制を視野に入れた話し合いが深まると考えられる。東濃圏域の保健所や市町村には、本学の実習受け入れ施設も多いことから、当該地域の行政保健師を交えた意見交換の機会をもつことは、教育活動の充実にもつながる可能性があると考えられる。

【文献】

- 1) 森仁実：岐阜県における訪問看護の現状と課題，岐阜県立看護大学紀要，9(1)；29-35，2008．
- 2) 普照早苗，松山洋子，森仁実，松下光子：A県下過疎地域における病院・診療所からの訪問看護の役割と課題，岐阜県立看護大学紀要，6(2)；43-50，2006．

3) 助産師の専門性を高める研修プログラムの開発

．はじめに

岐阜県の周産期医療は、近年集約化がすすみ、医療施設がそれぞれの役割をもってハイリスク妊産婦とローリスク妊産婦のケアを行っている。県内の助産師の半数以上は、病院に勤務しているが、県内の出産の約 7 割が診療所での分娩である。助産師の役割も周産期医療センターでハイリスク妊産婦のケアに携わる助産師とローリスクの分娩を取り扱う診療所の助産師と 2 分される傾向にある。

助産師の専門性に関してみれば、ローリスク妊産婦からハイリスク妊産婦への看護、地域での育児支援、母乳育児支援、女性の健康支援、思春期の子どもたちへの支援など周産期のみならず、幅広い分野にわたっている。

また助産師の生涯教育に対する要望については、県内で働く助産師の情報交換も含め「母乳育児」や「助産技術」「周産期の医学的知識」「育児支援」などのテーマがあげられている。研修会の開催についても県内で気軽に参加できることのメリットは大きいですが、大学での開催となると地域的なアクセスが限られ、遠方の地域からは参加しにくいという声があった。

このような助産師のニーズにこたえるため、今年度本学の看護実践研究指導事業では、地域の医療施設や診療所と地域の連携とハイリスク妊産婦の基本的な医療的知識とともに育児支援の課題を取り上げた。また開催場所も今年度はじめて飛騨地域に出向き研修会を開催した。

助産師の主体的な活動を促進していくためには、母子保健行政や周産期医療の現状を把握し、課題意識をもって仕事の改革改善を行っていくことが必要である。また助産師のみならず、保健師や看護師、医師との連携を図り、地域を含めた母子保健の発展ができるように取り組んでいくことが求められている。助産師の今後の活動をサポートし、県内の助産師活動のネットワークを構築することで、助産師の専門性を発揮できる働き方を考えていくことが、この事業の趣旨である。

．担当者

育成期看護学領域 服部律子、布原佳奈、名和文香、武田順子、瀧瀬なつ子

．研修会の開催

1．目的

助産師の生涯学習のニーズに基づき、専門性を高める研修会として「赤ちゃんとお母さんにやさしい地域づくり - 地域で支える母乳育児」「ハイリスク母子と家族への育児支援 - ふたごみつごを産み育てる家族への切れ目のない支援を考える」という 2 件の研修会を行なう。

2．研修会の日時・場所

第 1 回研修会

日時：平成 24 年 11 月 21 日（水） 13:30～16:00

場所：高山市民文化会館

第 2 回研修会

日時：平成 24 年 12 月 20 日（木） 13:30～16:30

場所：岐阜県ふれあい福寿会館

3．プログラム

1) 第 1 回研修会「赤ちゃんとお母さんにやさしい地域づくり - 地域で支える母乳育児」

13:30～13:35 はじめに

13:35～14:20 地域診療所での母乳育児支援 医療法人葵鐘会 アルプスベルクリニック
安藤 美由紀 助産師

14:20～15:05 妊娠期からの母乳育児支援 高田医院 高田 恵美 助産師

15:05～15:10 休憩

15:10～16:00 グループディスカッション ・ まとめ

2) 第 2 回研修会 「ハイリスク母子と家族への育児支援

- ふたごみつごを産み育てる家族への切れ目のない支援を考える」

13:30～13:35 はじめに

13:35～14:25 県内の多胎妊娠の現状と最近の治療と管理
国立病院機構長良医療センター周産期診療部長 川鱈 市郎

14:25～15:00 当事者としてできること - 他職種と繋がる地域づくり -
NPO 法人ぎふ多胎ネット理事長 糸井川 誠子

15:00～15:10 休憩

15:10～15:40 岐阜県での多胎児支援の取り組み - 保健所保健師から -
岐阜県中濃保健所保健師 樋口 倫子

15:40～16:10 当事者主体の多胎育児支援

・研修会の内容

第1回研修会「赤ちゃんとお母さんにやさしい地域づくり - 地域で支える母乳育児」

1. 参加者

助産師 8名、保健師 4名、教員 5名 計 17名

2. 報告内容

1) 地域診療所での母乳育児支援 アルプスベルクリニック 安藤助産師

アルプスベルクリニック（以下アルプスベル）だけでなく、葵鐘会全体で世界スタンダードな母乳育児支援としてラクテーションを取り入れている。ラクテーションコンサルタントを中心に、今、アルプスベルの助産師の 1/3 はベーシックコースの受講を終えており、母乳育児支援の中心となって取り組んでいる。

(1) 妊娠中の母乳育児支援

妊娠中の支援としては、助産師による個別指導 3回、母乳育児クラスがある。

表1 助産師による個別指導の内容

時期	内容
16週	乳房・乳頭の手入れ、保清について
30週	母乳育児クラスの案内。乳房・乳頭のチェック。 どのような乳頭でも母乳育児できる。分娩後できるだけ早期から、児の欲しがるのに合わせて授乳していくことが母乳分泌を促進するために最も重要であると説明している。
36週	乳頭・乳輪の固さ、乳汁分泌の確認。必要時、圧迫方法や補正の再指導。母乳育児への意識向上および皮膚が鍛錬し乳頭亀裂の予防のために実際に乳頭に触れている。

母乳育児クラスは、毎週、開催している。経産婦と初産婦が半分くらいで、参加率は 50%以上ある。前半 30 分程度でスライドを見ながら母乳の利点や、母乳分泌のメカニズムを説明している。後半 30 分は、輪になり、自己紹介、ポジショニング、ラッチオンの仕方の説明を乳房模型や人形を使って行い、実施している。詳細は表 2 を参照。

表2 母乳育児クラスの内容

項目	内容	方法
母乳育児の利点	母乳の成分。 強い子、優しい子、頭の良い子が育つ。アレルギーの子が少ない。 経済的。子宮収縮が促進される。	クイズ 講義
母乳分泌のメカニズム	解剖生理、頻回授乳の意義、産後の乳房の変化と母乳が分泌される時期 母乳不足感を感じやすい時期	講義
新生児の様子	新生児の消化機能と授乳量の関係。授乳を開始する早めのサイン 体重の変化（7-10%は減少することがある。1週間健診のころには戻る） 自律授乳の実際（授乳回数、排泄、飲んで飲んででも欲しがる時期、夜型であること） クリニックでの退院後のサポート体制（1週間健診、家庭訪問、1か月健診）	講義
授乳方法	授乳を楽しむこと ポジショニング（横抱き、わき抱き、添い乳、立ち飲み） 乳房の支え方とラッチオン 浅飲みのリスクと深く吸着しているサイン	演習

(2) 入院中の母乳育児支援

入院中の支援としては、出生後 30 分以内の早期授乳が理想であるが、1 時間から 2 時間以内に必ず吸啜することを目標にしている。ポジショニングとラッチオンについては、早期授乳の時から助産師が横についてラッチオンを支援している。母親と相談して、分娩当日から同室にするのか、授乳のみお連れするのかを決定する。母児同室は原則として 1 日目から行っている。母児同室指導には、各部屋備え付けのリーフレットを用いて、ベビーの抱き方、扱い方、オムツ交換、授乳方法、ポジショニング、ラッチオン、排気の仕方等を説明している。一度にたくさんの指導にならないように、母親の

疲労度や希望、経験、乳房の状態に合わせて、個別に指導を進めている。

補足が必要な場合、第一選択は搾母乳である。搾母乳が得られない場合は、母親の承諾を得て人工乳を補足する。在胎週数と出生体重によってリスク判定をしており、既定のフロー図を用いてアセスメントしている。

表3 乳房トラブルへの対処方法について

種類	対処方法
乳頭乳輪部の浮腫	リバースプレッシャーソフトニー
乳頭トラブル	ポジショニングとラッチオンの再指導 ラノリン製剤のピュアレーン塗布 ひどい場合は、保護シート材、ガーゼのハンカチで作る円座の使用
短乳頭・陥没乳頭 病的な乳房緊満	柔軟性・伸展性が悪く、児が飲みとれない場合は、メデラの乳頭保護器の使用 原因の探索をする。 うまく飲みとれていない場合、可能であれば手で自己搾乳を行う。 疼痛や緊満が強い時には、手動の搾乳機を使うこともある。 電動搾乳機も時々使用する。早期から同時に両乳頭を刺激することができるので、プロラクチン濃度が一気に上昇して分泌が良くなる。
乳腺炎・乳管閉塞	入院中の発生は少ないので、早期発見と受診方法の説明する。

(3)退院後の母乳育児支援

退院後の母乳育児支援としては、1週間健診、希望者には家庭訪問、1か月健診を行っている。

表4 退院後の支援

時期	内容
1週間健診	体重、ミノルタチェック、排泄量、栄養方法、哺乳回数、乳房の状態、授乳状況のアセスメントを中心に母乳育児の指導を行っている。 体重増加が非常に悪い場合は、母乳量の測定をしたり、授乳、ポジショニング、搾乳の確認をし、必要時、補足量の説明をする。
家庭訪問	対象：1週間健診後から1ヶ月健診の間に希望者（約3割）に行っている。 上記に加えて、自宅での環境、赤ちゃんのお世話の具体的な質問に応じている。 泣いた時の対処方法の質問が多い。
1か月健診	助産師および医師の診察。必要時、助産師が育児指導

(4)母乳育児支援について

日本全体の母乳率が1か月健診の時に40%から45%であるが、アルプスベルの母乳率は1か月健診78.9%と少しずつ上がってきている。もっと母乳率が上がるようにスタッフ一同精進していきたい。

大切なことは母乳率ではなく、母親が母乳育児を楽しんで行うために、上から目線の指導ではなく、母親はどうしたいのか、どうしたら母親が楽しい母乳育児ができるのかを一緒に考えながら最善の方法を探して導けるような母乳育児の指導を続けていきたい。

2) 妊娠期からの母乳育児支援

高田医院 高田恵美助産師

(1) 施設紹介

概要

西濃地域にある創業約100年の産婦人科診療所で年間分娩件数は、約270件である。フリースタイル分娩、家族立会い分娩を行っている。帝王切開は手術室で夫が立会うことができる。当院を選ぶお母さん方は、家族の立ち合いや、母乳育児が上手くいくことを期待して来院する。「赤ちゃんにやさしい病院」(Baby Friendly Hospital = BFH)の認定を受けている。BFHの認定を受けた施設の役割は、母乳育児の保護・推進・支援、そして病院だけでなく地域全体に呼びかけて環境を整え情報発信することである。退院時の完全母乳率は99.6%、3か月の完全母乳率96.4%である。

母乳育児支援の歴史

1996年 BFHの認定

2003年「岐阜母乳の会」設立

(2) 支援内容

妊娠期の支援

全ての妊婦に対して、当院の方針を示したパンフレットの配布、母乳育児Q&Aの配布、乳房の健康診査、パースプランの作成を行っている。希望者に対して、着帯指導、母親コース・母乳育児コース・

両親学級(父親も授乳体験を行う)を行っている。

母乳育児のための出産前教育

母乳の出る仕組み、授乳時間や回数、赤ちゃんが空腹の時の早めのサインを見つけること、早期母子接触の効果、長く飲ませることの利点、災害時の栄養となることを伝える。母乳育児をしたいと思ってもらえるよう、胎児が準備していることを4D画像を使用してイメージを促進する。妊娠中の女性の自信を高めるために、模擬授乳体験や経験者に話してもらおう。感じている不安を表出できる環境を整え、実践力へつなげていく。

効果的な支援となるための方針

母乳育児は、一人で頑張らなくてもいいことを伝え、応援や頑張りを認めてもらえる周りの環境を整える体制づくりを行う。母乳育児に対する考えを自由に話せる機会を持ち、話し合う機会を設ける。話し合う時間を惜しまない。

個別カウンセリング

母乳育児を、限られた情報だけで諦めてしまわないように、可能性を広げてお母さんの選択をより良い方向に導くために、十分に考えていただく機会を提供する。

母乳育児の相談の紹介

国際ラクテーションコンサルタントや、BFHの施設を紹介し、住む場所が変わっても、母乳育児が継続できるよう支援する。

タンデム授乳

必要に応じて、上の子と下の子が一緒に授乳できるよう援助を行う。

(3) 西濃地域の母子保健と母乳育児の状況

西濃地域は、三次医療機関として大垣市民病院が1箇所、二次医療機関ではお産の取り扱いがなく、一次医療機関が当院を含めて6か所である。限られた地域であるため、お母さん同士は、クリニックがそれぞれどのような特徴でケアしているかをよく知っている。合計特殊出生率は低下傾向で、低出生体重児の出生率も全国平均より高く、少子化が進んでいる。家庭訪問を担当する保健師からの情報によると、メンタル面での問題を抱えるお母さんが増えている傾向がある。地域の4歳未満の栄養状況において、母乳率は約60%であり、高田医院のある神戸町は西濃地域の中で最も高い母乳率となっている。地域で行っている活動として、保健師と協働して10代への性教育を行っている。また中学生の職場体験を利用して、母子と接する機会を提供し、母乳育児が当たり前である地域となるように、若い世代に母乳育児を伝えている。今後は、母乳の出る仕組みを多くの人に知っていただける支援を検討している。

3. 意見交換

(1) 行政における母乳育児支援

保健師から、行政における母乳育児支援として、1年で7回分の相談票(無料クーポン)を配布しているが、現在、相談票の利用は、母乳マッサージを受けることが条件となっている。母乳マッサージを条件とするのではなく、母乳育児相談で利用できるとよいと考えているが、助産師としてはどう考えるか。また、産後に多い相談内容は何か知りたいという質問があった。

助産師から、相談票の利用条件に関しては、母乳マッサージで乳質や分泌が良くなるという科学的な根拠はなく、母乳マッサージをしなくても、児が上手く吸着すれば問題がないことが多い。来院する場合のほとんどが相談のみであることから、マッサージに限らず母乳育児相談でも使用できれば、相談票が使いやすくなるのではないかと回答があった。また、産後に多い相談内容に関しては「よく泣くけど、母乳が足りないのか」という母乳不足感に関する相談が多い。生後2・3か月では、母乳の飲み方が変わってくるため、生後1か月以内の母親とそれ以降は、相談の内容が違って来る。BFHでは生後2か月を過ぎると、母乳育児が軌道に乗ってくるが多く、それ以降母乳の相談は少なく、予防接種などに変わってくると回答された。

(2) 精神面で問題を抱える妊婦への支援

- ・BFHでは、精神薬の内服をしているが母乳育児を希望し、悩んでいる妊婦も多い。母乳育児と薬に関する文献を紹介して、精神科医師に文献をみせて相談するように提案している。
- ・母乳育児を無理に勧めることはしないようにしている。本人が母乳育児を希望され、頑張っていたが精神的に不安定となり、断乳を機に気持ちが落ち着かれたという事例もあった。
- ・保健所では、精神面に問題を抱える事例が増えていることから、妊産婦のうつについて精神科医を招いて研修を行った。本人が母乳にするか否か選べるのが大事。
- ・診療所でもリストカットや精神疾患の既往がある事例が増えている。長期的に関わっていけるわけではないので、入院中にどこまで踏み込んで介入するかが難しいと感じている。

- ・医療施設からの連絡票がない場合は、赤ちゃん訪問で対応している。精神疾患の既往のある場合は、保健所と市町村の保健師とが同行訪問している。
- ・医療施設において助産師がどう関わったか、何ができて今後何が必要と捉えているかなど、地域に連絡していけるとよい。個人情報になり難しいことであるが、地域で生活していくことになるので保健師に繋げることが大切。本当に必要なケースは共有が必要。

(3)産後の家庭訪問および医療施設と地域との連携方法

- ・A市では看護師・保健師が「こんにちは赤ちゃん訪問」を行っている。
- ・B市では「こんにちは赤ちゃん訪問」は母子保健推進委員へ委嘱しているが、次年度から母子保健推進委員ではなく専門職が訪問することとなった。虐待予防の観点からも、専門職に訪問してほしいというニーズがある。人材調整が難しいが、保健師としては助産師にも入ってほしいと思っている。
- ・訪問の同意が取れないことも多い。既往がなくても、何となく気になる人はいる。電話訪問や家庭訪問をしているが、保健師としては、気になる人を地域でしっかりみていきたい。
- ・診療所でも助産師による家庭訪問を希望者に行っている。専門職が気になる人は自ら希望されないことが多い。そこで終わらないようにしたいが、何となく気になる人を地域につなぐ方法に悩む。
- ・市町村の保健師としては、病院から母と子の健康サポートの情報をいただけることがとてもありがたいが、同意がもらえない人で心配な場合は保健師間で情報共有するようにしている。医療機関に問い合わせることもあるので、必要な時に聞きたいことが聞けるよう、普段からの連携が大切。
- ・飛騨地域では、医療施設の管理者や保健師と妊産婦連絡会議を開催しているが、今回の研修会のように、より現場に近い意見を聞く機会があるととても良い。

(4)母乳育児支援に関して

- ・医療機関では、母乳を飲むことが難しい場合、ミルクの補足方法として「母乳相談室」という哺乳瓶をすすめているのか。心疾患がある場合など、哺乳力が弱く、体重も小さめの場合はどうしたらよいか。それでも母乳相談室を勧めていいか悩む。
- ・保健師と一緒に悩んでくれて、母親は助かっていると思う。BFHでは哺乳瓶は使っていないため、ベビークップで補足している。舌の下に流すとむせずに飲むことができる。母乳育児に戻したいならカップ授乳が良い。ジャックニューマンの乳房圧迫法という、母親達が昔から自然にやっていた方法で、赤ちゃんの飲む力を助けてあげることもできる。
- ・哺乳瓶や乳首はメーカーによって、さまざまな特徴がある。疾患がある場合や哺乳力が弱い場合には、むしろ母乳相談室でないほうがよい。選択肢をたくさんもっておくと良い。
- ・体重増加が思わしくない場合は、後乳までしっかり飲みとれているか、授乳方法を確認することも大切である。

(5)研修会の感想

- ・研修会で聴いた助産師の意見を今後の保健師活動に活用できるようにしたい。
- ・母乳育児推進の取り組みを知ることができてよかった。地域で活動していると母乳が辛いと言う母親の声もあり、母親自身が栄養方法を選べるように支援していく必要がある。保健師が母乳育児を一律に否定しているわけではないことを助産師にも理解してほしい。
- ・医療施設で早期に母乳育児支援がなされ、地域でも同じ方向性で支援が続けられると良い。医療施設ともお互いに勉強し合い、役割分担をして積極的に連携をしていきたい。
- ・保健師の家庭訪問での経験を産科にフィードバックしていただけると、助産師も一方的な支援にならないので、厳しい意見でも伝えてほしい。このような研修会を別の地域でも行いたい。
- ・地域との関わりの重要性を感じた。保健師との関わりは師長に一任している部分が多かったが、褥婦に関わっている助産師の意見として師長に伝えていくことができると良いと思った。これまで、保健師の顔を知らなかったが、直接会えて新鮮さを感じ、とても楽しい会となった。
- ・里帰り分娩が多いという地域の特徴からも、祖父母への支援という今後の課題が見つかった。

4. アンケート結果

研修終了後にアンケートを行った。有効回答数9であった（グループワークに参加していない参加者が3名あった）。

- 1) 今回のテーマ
よかった 9
- 2) 今回のプログラム
よかった 7 ふう 2
- 3) 日程

- よかった 8 9月がよい 1
4) 今後このような研修会に参加したいか
是非したい 4 できればしたい 3 飛騨であれば是非参加したい 1 無回答 1

第2回研修会「ハイリスク母子と家族への育児支援 - ふたごみつごを産み育てる家族への切れ目のない支援を考える 」

1. 参加者

助産師 8名、保健師 12名、看護師 3名、医師 1名、保育士 1名、学生 6名、教員 5名、当事者団体 4名 計 40名

2. 報告内容

1) 県内の多胎妊娠の現状と最近の治療と管理 長良医療センター 川鱈市郎氏

(1) 周産期医療の発展

西暦 2000 年世界周産期学会からの依頼でボスニアヘルツェゴビアの二番目の町、ツズラという所に集まって発展途上国のための周産期の援助をしようということで行きました。この地球上では毎年 60 万人以上の方が、妊娠やそれに関連したものでお亡くなりになっている。1 分間に 1 人です。そして新生児死亡に関しては・・・特に日本は一番赤ちゃんが死なない国になりました。ところが発展途上国へ行くと、今でも毎週 500 万人以上の子供が 1 週間以内に亡くなっている。ある時スペインの学会に行った時に飛び入りで発表させてくれと言ってきた先生がいて、この人はパキスタンの小児科の先生。そのパキスタンの病院では月に大体 200 例の分娩があって、50 人以上の赤ちゃんが黄疸で死んでいる。そういう国や地域がまだある。だから母体死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率というものはその国や地域の医療の水準を表している。日本の医療水準がいかに高いかということの裏返しです。日本の周産期死亡率、新生児死亡率をみると、これは周産期死亡率ですけど、1980 年つい最近のことです。ここからずっと見ていってもこれだけの数の減少がみられているんです。その頃は確かに 30 週、1500g の赤ちゃんがたくさん亡くなっていました。

これは母体死亡です。私が生まれたのはこのあたりですから、年間 3500 人から 4000 人の母体死亡が日本で起こっている。1 年間に 3000 人 4000 人が亡くなっていたのが出産というものです。これは妊娠そのもの、出産そのもののリスクということは昔から今も変わらないんです。出産される方はこれくらいのリスクを背負っているということです。これは違う形でまとめたものですが、世界平均は 250 分娩に 1 人、250 妊娠に 1 人の割合で死亡が起こっている。日本はというと、10 万に対し 7 ということですから、2 ケタ低い。逆を見てみると、まだ紛争が続いているアフガニスタンでは妊娠すると 50 人に 1 人が亡くなっているということになります。日本はこれだけ母体死亡が減ったんですが、私が仲間達と統計を調べてみました。出産の時に ICU に入った、あるいは何らかの集中的な治療を受けざるを得なかった人を各病院、周産期センターから抽出してくると、250 分の 1 になります。それくらいリスクを伴っているという事なんです。250 分の 1 は大体交通事故で死ぬ確率くらいのもんです。この確率があるにもかかわらず、出産は保険外で、健康保険も使えない。考えてみたらこんなに怖いことを我々がやっているということです。妊娠出産は病気ではない、確かに生理現象です。妊娠しない人が健康保険を使って不妊治療を受けている。一方で生理的な現象なんですけれども、突然もしもの危機に陥る事が考えられる。赤ちゃんは無事に生まれるのが当たり前とよく言われますが、発展途上国では考えられません。そもそも私は完璧だという人はいるのでしょうか？完璧ではない人が人を産むのであれば、その産まれてくる子どもが完璧であるはずがない。

(2) 妊娠出産の安全神話

いずれにしても今の時代は、妊娠出産の安全神話を見直す必要性があります。出産の 9 割は我々の介入を必要としません。我々が介入するとかえっておかしくなる。しかし、残りの 10% の中に我々が必死になって介入しても母子ともに救命が不可能なケースが確実に存在している。そのリスクというものをいかにうまく見極めていくかということが非常に大切になってくるということです。つまり産科というものから周産期医療というものに転換をしていかなければいけないということです。

私がこの仕事に入った頃、今から 30 年ちょっと前ですけど。その頃、先輩達が皆言っていたんです。「わしが最初に立ち会ったお産は死産だった。お前もそうだったな」と。それくらい赤ちゃんが死んでいったんです。それは仕方ないことなんです。なぜならば分娩中の心拍モニターはありません。超音波も当然ないから赤ちゃんがお腹の中でどんな大きさになっているか、どんな位置にいるのか、そういうことも分娩直前までわからない。トラウベという筒形のもので一生懸命赤ちゃんの心音を聞いていた時代もありますから、生まれてくるまで赤ちゃんが生きてるか死んでいるかもほとんどわからないのです。赤ちゃんの心臓の音を聞くということは実は 16 世紀にイタリアに残っています。レオナルドダヴィンチの時代です。その頃に何て書いてあるかということ、お腹の大きな女の人のお腹に耳をあてて、明らかに母親とは違う音が聞こえた。どうやらお腹の中の子どもは心臓が動

いているらしい。昔の人の考え方では、生まれてきた時に、おぎゃーと泣いた時に心臓が動き始めるというふうに考えていた。

今の時代、コウノトリは汗だくになって飛んでいます。つまりこのブランコに乗っている赤ちゃんの情報がコウノトリに伝えられるようになってきた。つまりそれが超音波であったり、あるいは心拍モニタリングであったり、その他もろもろの解明されてきた事実の積み重ねというもので、いろんなことが知識となって我々に伝えられるようになってきた。その情報を元にしっかりとみてあげなきゃいけない。それだけ大変な作業をしなければいけなくなってきたということです。少子化になったから産科のやることなんて減ったでしょと言う人がいます。一人一人の妊婦さん、赤ちゃんにかかる手間というのがそれだけ多くなっているわけですから、これでもっと人数が増えた日にはこっちがたまりません。もう産科医療は崩壊します。

(3) 「The fetus as a patient」

こういう写真を見てこれが人間の胎児であるということが分からない人はいないと思います。実際この写真は医学書からとってきたものではありません。これは昔あったフォーカスという写真週刊誌に載っていた写真です。ですからまだ見ぬ我が子というのんびりした抒情的な感覚というのは全く無くなってきて、子宮という宮殿の中にいる胎児であっても、もう白日の下にさらされているということなのです。

フィータスというのは胎児ですね。ペイシエントというのは患者さん、お腹の赤ちゃんを患者さんとしてあつかっていきこう。これは一つのスローガンでもあるのですが、同時にこれは国際学会の名前です。この国際学会、日本でも過去に2回開かれています。1回目が九州、もう20年も前になります。非常に感慨深いですが、私が国際学会で初めてシンポジウムをさせてもらった時です。この時に実は胎児の人権宣言というのをしています。将来の人類となるべき胎児は、医療の対象・患者として扱うべきである。医師業に携わる人々、社会が患者である胎児に対して適正な診断と治療を提供する真摯な義務を有する。胎児の人権宣言をここでしたわけです。これから10年ちょっとたち、博多に懇談会がまたきます。その時の内容は、胎児に対する治療というのは、皆がテンデバラバラにやってきたけれども、治療の有効性とか科学的にきちんと検証しなくてははいけません。そういうことを言っています。その検証に基づいて今残ってきている胎児治療が健康保険を使ってできるようになってきています。そこで産科の歴史を振り返ってみると、妊娠の診断法ってなんですか、生理がこない、つわりがきている、子宮がちょっと大きくなると超音波のない時代は、内診して総合診で、子宮がほんのちょっと大きくて柔らかい、これは妊娠だね。ですから妊娠の初期を診断するというのは非常に難しい事でした。やがて妊娠反応というものが導入されてきて、最後には超音波画像にいたって、赤ちゃんが生きているか死んでいるかがはっきりわかるわけです。

(4) 妊娠から出産に至るまでの道のり

ある時実験をした人がいます。198人の人を選びました。その人たちは妊娠をしたい、妊娠をしてもかまわないと思っている人達です。そうすると妊娠反応が陽性だった人が60%。別に驚きはしませんね。避妊しなければ半分以上妊娠するよということ。それはそうでしょということになります。ところが118人をその後追いかけていってみると、なんと初期流産となった人が半分以上。これはどういうことかということ、初期流産があれば当然後期流産があるわけですが、我々が一般的に言っているのが後期流産。初期の流産というのは生理が遅れているか、ひょっとしたら妊娠したかどうかが、調べた方がいいかな、どうしようかなと言っている間に生理がきたという方も含まれています。妊娠は確実にしているんですけど、非常に早い時期に胎児の発育が止まってしまっているというものです。これがものすごく数があるんです。科学的妊娠と別名呼ばれています。これはほとんど意識していない。こういう調査をしたからわかってきたことです。結局自覚できた妊娠ということを考えると、51人の方が妊娠しました。この中で後期流産になる方が6人。見事に8分の1じゃないですか。さっきの指摘の通りですね。裏を返せばいい方を変えれば、妊娠を確認しても8組に1組は流産するんです。流産というのはそれくらいたくさん起こっていることなのです。流産した人にとってはこの世の終わりみたいな人もいっぱいいるわけです。援助・サポートをするといいますが、一番大事なことはこういうことです。8人に1人起こる事が、あなたの身に起こっただけなんだから、これは充分予測されたことですよということ。こんなことでくじけてどうするの、はその次に言う言葉ですね。実際出産にたどりついたのは198人からたったの45人になった。約5人に1人くらいしか出産までたどりついていない。そんな経過で皆さんを含めて私達はこの世に生を受けたということになるんです。

そして超音波画像というのがここに登場します。僕らも喜んで、すごいお腹の赤ちゃんが見えるよって伝えます。この超音波あつという間に医療の中に普及しました。普及した理由は何かということ、女性週刊誌です。週刊女性とか女性自身とか、雑誌が、お腹の赤ちゃんが見える！！といって特集を組んだんです。それでいっきに超音波の機械が普及しました。超音波ができたことによって妊娠5週

なり、生理が遅れているなというところから 1 週間、昔の妊娠反応はこれくらいでやっとわかるんですが、この時期に胎嚢という赤ちゃんの入っている袋がみえてきて、6 週では心拍も確認できますよ、つまり赤ちゃんが元気だということを見つけることができます。もっといって流産の診断が確実に行える。我々がこの仕事に入った頃、切迫流産という人達がいっぱい入院していました。妊娠して初期に切迫流産だね、あなたが安静にしていれば持つよと言われて。でもやっぱり流産してしまう。もうちょっと頑張ったら良かったのにねと、全部妊婦さんのせいにされていました。だけど赤ちゃんの心拍がみえてこない、心拍が止まっているにもかかわらず、いくら待っていてもその赤ちゃんは無事に生まれてくることはありません。そして流産の原因のほとんどは胎児側にあります。お母さんが原因で流産になるというケースは非常に少ないのです。

(5) 双胎妊娠はハイリスク妊娠

多胎はとにかくハイリスクです。実際、妊娠高血圧症候群、この病気は、ゴリラ以上の霊長類とジャイアントパンダしかありません。なぜか？二足歩行をするからです。四足の動物は母体の血液循環に全く影響がないんですね。パンダなんて座ったりするでしょ。座っている格好は可愛いけど、あれが原因で妊娠高血圧症候群になるんですよ。最初に来たパンダのランランとカンカン、あのメスの方はこれで死んでいますね。感染症、前期破水、切迫早産など。それから分娩時には微弱陣痛になったり、臍帯が出てきたり、あるいは生まれた後に弛緩出血になるとか、いろんなことが起こります。よく考えてみると、例えば妊娠 30 週 2 人の赤ちゃんが順調に育っているとしたら、だいたい 1500 g くらい。これが 2 人入っていると 3 キロになりますね。これは臨月の赤ちゃんの大きさになります。だとしたら当然のことながら陣痛がついてきてもしかたがない。だけど、この赤ちゃんはまだ 30 週 1500 だから産むわけにはいかない。ここからどれだけ頑張れるか、どれだけ引っ張ってこれるかという。いって見たらこの 2 か月間のジレンマというもので、ものすごく思い悩むのが双子です。双子なのに 30 週で早産しなかったらラッキーです。双子に安定期はありません。

よく一卵性・二卵性といいますが、大事なことは膜性。胎盤のできかた。言い方を変えると絨毛膜、そして赤ちゃんを包む膜、羊膜のでき方によって分かれています。一卵性・二卵性ということをしていっていると、ほとんどの方はこういう図式を考えます。二卵性というのは兄弟がたまたま同じ時期に入ってきた。一卵性は本来一人だと。確かに二卵性の子どもは二絨毛膜双胎になります。だけど一卵性の場合は一絨毛膜双胎にもなります、でも実は一卵性でも二絨毛膜双胎があるんです。だから二絨毛膜双胎を見つけたからと言って、これは二卵性ですねということではできないんです。もちろん一絨毛膜双胎は一卵性で間違いのないといえますが、二絨毛膜双胎が見つかったとしても、これは二卵性だと言い切ることができないんですね。こういう状況です。胎盤そのものが別個に 1 つずつあるということ、胎盤が 1 つしかない、ということです。これはお部屋だと考えてもらったら分かりやすいですね。トイレも台所も全部共同ですということと、全部別ですということとどっちが居住環境はいいですか？当然ながら別々の方がいいです。だから二絨毛膜双胎の方が赤ちゃんにとっては安全性が高いということになるんです。この見極めは、妊娠の初期の段階の超音波でしかできません。せいぜい 12 週くらいまでで、それを過ぎた場合には、まず難しいと考えた方がいいです。

1 絨毛膜 1 羊膜性の双胎という 1 つのスペースの中に赤ちゃんが 2 人もいるというケースがあります。双胎の 1%、100 例に 1 人位です。これは赤ちゃんが元気に自由に動き回れますから、へその緒があやとりみたいになるんです。そうすると、さっきまで元気だったのが 5 分後に 2 人もも死んでいるということが起こるんです。長良に来てから、この状態の赤ちゃんが 6 人か 7 人産まれていますね。産まれているというのは正確な表現ではなくて、そのうち 3 例が結合双胎でした。一絨毛膜双胎、胎盤 1 個の双子っていうのは何が問題か。胎盤が 1 個ということと、胎盤が 2 個という事の違というのは、必ず 1 個の胎盤のところでは 2 人の赤ちゃんのへその緒の血管がつながっているんです。つながっていなかった一絨毛膜双胎は 1 例も見つかりません。表面でつながっているのは分かりやすいんですが、胎盤の中で動脈と静脈が結ばれているという動脈静脈ふん合というのがあるんです。うちの病院ではレーザー治療を行っていない一絨毛膜双胎の赤ちゃんが産まれると、絵具を入れて、血管がどこでつながっているかを確認していきます。

多胎はハイリスクであるとさっきお話ししましたが、一絨毛膜双胎の場合は、リスクが 2 階建てですね。簡単に言うと血管吻合というものがあるから、これによって赤ちゃんの血液のバランスが崩れてしまうということがいえるんです。実はバランスが崩れるのは血流の不均衡、血液が片方にだけ偏って流れてしまう状況、これが双胎間輸血症候群。名前を付けるのがよくなかったから、病態が上手く把握できないと思うんですが、一方でこれとは別に 1 個の胎盤を上手く半分ずつシェアしてくれてればいいですが、この割合が極端にずれていたりすると一人の赤ちゃんが全然大きくなりません。実際にはここが微妙に混ざった感じの患者さんがいっぱいいますから、どっちをどうみるのかは非常に難しい。何とか無事に生まれ来てよかったねという、実は大きい方の赤ちゃんに脳梗塞が起こったりすることが多いんです。ですから簡単にもたせればいい、というものではありま

せん。我々は双子をたくさんあつかっています。大体年間 60 例から 70 例くらい。1 週間に 1 組以上の双子が生まれているんですね。それだけみても悩ましい話がいっぱいありますから、そんな簡単に分かるものじゃない。

(6) 胎児治療の現在と未来

こういう赤ちゃん達のために胎児医療というものがあるんです。胎児に対する医療、未来の人類のための医療、こういう気持ちで我々はやっています。血液の流れが偏ってしまうと、一人の赤ちゃんは血液がどんどんきますから、どんどん腎臓に流れていっておしっこをもつすごい勢いであるになるので、羊水の量がすごい量で増えます。もう一人の赤ちゃんは血液が来ないので、おしっこするどころではありません。羊水が一滴もなくなって、膜が体に張り付いてしまう。このまま放っておけば二人とも確実に死にます。この状態は、片方の胎児は血液が足りない、片方は血液が来過ぎている、どっちも循環不全ですね。心臓に非常に大きな負担がかかっている。この状態でも、週数が少々いっていてもなかなか無事には助かりません。実際、20 週前にこの状況になった子どもさん達が、我々がレーザーを持ち込むまでは、救命率はほぼ 0。いわゆる、後遺症なく生存した子どもは一人もいませんでした。これを何とかしないといけないということで、今は胎児鏡という内視鏡を入れて、さっきのふん合血管というのを探して、それをレーザーで焼き切るという手術をするようになったんです。この血管が怪しいとわかるとレーザーを発射します。そうするとこの血管がレーザーによってみるみる白くなっていって、血液の流れが遮断されていって、よしこれで完了ということになります。これを確実につぶしていくと、おしっこが全然できなくて見えなかった膀胱もふわっとみえてきて、やがてだんだん羊水が増えてきます。こうなれば赤ちゃんは十分に救命できるんです。

今、この治療ができるところが、全国に数か所しかありません。数少ない施設の中の一つが我々の長良医療センターです。これは一昨年までの段階をまとめてたのですが、少なくとも一人の赤ちゃんが助かる確率は 95% くらいです。総生存率でも 81% くらいですから、ほとんど助からない。助かってもし脳性麻痺という頃から比べたら雲泥の差です。このレーザー治療も、今年の 4 月から健康保険が使えるようになりました。7 月からは胸水がたまっている赤ちゃんに対する治療にも健康保険が使えます。ですから、胎児治療というのが確実に認識されるようになってきたということなんです。レーザーの全国の症例を調べてみたんですが、28 週以降に産まれているのが 82%。レーザーをやった後に産まれてきたあと、新生児科の先生がすごく楽だから、もっとレーザーをやってくれということ最近を言い出したんです。16 週から 26 週までということになっているんですが、少し広げようということ準備を進めているところです。胎盤 1 個の双子の場合、12、3 週から 20 週くらいまでは 1 週間に 1 回必ずみえています。それくらいのペースでみないと、双胎間輸血症候群になりかかっている所をみつけられないんです。なりかかっているねということになって入院して、徹底的に子宮の収縮を押さえてあげると、そこから元へ戻る赤ちゃんもいるんです。そういう子はレーザーをしなくてもいいということになります。それくらいみなきやいけないということです。合併症ということを見ても、刺したところから出血したというのが 3% くらい。その他細かいものがありますが、ほとんど大きな合併症には至っていません。

一方で胎児輸血という胎児治療があるんですけど、私が一番最初に胎児輸血をやったのが 1990 年。22、3 年前の頃。その頃は胎児輸血をやるといって、胎児採血をしたことがありますという病院が全国で 10 か所くらいしかない時代。第一例は私がやる 1 年くらい前に、東北大学がやっています。私がやったのが 2 例目。ただ私がやった 1 例というのは RH の血液型不適合だったんですが、37 週までもちました。そういうことがぼつぼつあったから、20 何年前にやられている治療を、今更先進医療とは呼べないです。そこを僕らは失敗したなと思います。なかなか胎児の輸血というものが健康保険を使ってできるのは相当先の話だろうなと思っています。胎児の貧血があれば輸血をするんですが、胎児の貧血をきたす疾患の中に一絨毛膜双胎の一児死亡があるんですね。一絨毛膜双胎で一人の赤ちゃんが亡くなると、亡くなった赤ちゃんの血圧は 0 になるんです。血管がつながっていますから、生き残った赤ちゃんから死んだ赤ちゃんに向かって血液がわーっと流れていくんです。すごい勢いで流れていって貧血が、更に失血状態になっていたらこれは死にます。ある時期そこを乗り越えた子どもは生き残りますけれど、これはものすごい貧血、失血状態のところから脳梗塞を起こしたりとかいろんな問題が発生する。ですから一方の赤ちゃんが亡くなったと分かった時に、すぐに生き残った赤ちゃんに輸血をしてあげることで、この子が全く後遺症がなく助かっているんです。

一絨毛膜双胎っていうのは元気にしていても問題があるし、まして一人が亡くなるということは、大変な問題になるわけです。二絨毛膜双胎の場合は一人が亡くなっても、もう一人の赤ちゃんは全く独立していますから、いきなり悪い影響は出ません。赤ちゃんの貧血というのは、昔はお腹に針を刺して血液を採ってしか診断ができなかったんですが、今は超音波で赤ちゃんの脳の血管の血流速度を測る事で貧血だということ、かなりの確率で知ることができる。これが動いているぞということがわかったら、そこで臍帯血をとって、臍帯採血をしてこれは輸血をするタイプかどうかを確認して、

今だったら輸血をするという流れになっています。

(7)長良医療センターの役割

私達の病院は出産する方のほとんどがハイリスクなんです。ローリスクのかたもいらっしゃいますが、半分くらいが前の出産の時に子どもが亡くなっているんです。またあとの方は前の出産の時にすごい怖い思いをされたのです。死ぬかと思ったんです。結果的に無事に産まれてよかったですね、というのがローリスクとしてカウントされていますから、それもあえてハイリスクとカウントするならば、ほぼ100%近いことになってしまう。これは何でこんなことができるかということ、関東あたりの周産期センターはこんなことできないんです。出産できる場所が少ないからローリスクの人がおしよせて来て、そっちの対応でみんな必死になっている。岐阜では、長良は何かあったら行く病院だからって、ローリスクの人は来ないんです。中にはテレビで見たんでどうしてもここでみてもらいたいんです、って来る人がいますけれど、外来何回か通っているうちに、なんか申し訳ないから違う所に行きますと言われていなくなります。診察室に入ってなかなか出てこない、出てきたら目を真っ赤に泣き腫らして出てきたりとか、そういうことが日常的に起こっているわけですから。この地域は特に開業医さんがすごく頑張っているんです。しかもその開業医さん達の所は複数の産婦人科の先生がいるというところばかりで、それぞれアメニティが揃っているということで、どこにしようかなって皆が悩んで考えてる。関東なんてそんなことできませんよ。妊娠したって分かった時点で抽選してはズレたら別の病院を探す。岐阜は選ぶことができる。その分我々がハイリスクをしっかりカバーするわけですから、このバランスはものすごくよくとれている。

よく救急搬送なんかで一次施設、二次施設、三次施設という言い方をしますけれど、この産科の救急に関しては僕は二次施設は岐阜にはいりませんと県庁の皆さんにも話しています。一次と三次のコミュニケーションで十分できています。たらいまわしをするほど、まわすたらいの数がありませんから。役割分担をきちんと分けてあることが十分伝わってきています。

(8)長良医療センターの取り組み

私達はいろいろ提案をしています。まずは胎児ドックというもの、超音波で赤ちゃんをみているんなこと・・・特に妊娠初期のスクリーニングということをやっていますが、これはまだ認可していません。どちらかというところ研究的にみている雰囲気があるので、それがまだまだ特殊な商品として皆さんに提供できるものではない。妊娠20週と30週に赤ちゃんをみせてください。そこで赤ちゃんの異常があるかないかを見ましょう。特に30週の時点では発育という問題がありますから。羊水の量とのバランスなんかをみて、このままみていいののかということ判断する。目指すは100%の診断率なのですが、なかなかそうはいかない。我々のところで今までをずっと振り返ってきても90%以上はみつけてきている。

そして、これは助産師入院です。ピーカブケアといいます。ピーカブとは英語なんです。いないいないばあと赤ちゃんをあやす言葉。小さく生まれてNICUに入るから母子分離になるお母さん達がいます。このお母さん達がNICUのスタッフが一生懸命頑張ってくれて無事退院できる。ところが小さく生まれたイメージがあって、24時間一緒にいたことが無いと、扱うのが怖いといったことがある。そういう時にお母さんと赤ちゃんを一緒にお部屋に入れてあげて、24時間過ごしてもらおう。助産師さんがいますから、お世話してあげる。そういう名目もありますけれど、出産して赤ちゃんを置いて帰ってさみしいでしょ、お母さん達は。大きくなって無事に育ってきた赤ちゃんを抱いて産科病棟から帰るところで喪失感が少しでも和らげばということです。

それから助産師外来も、これからどんどん普及させようと思っています。ママいちいちきゅうという。これがハードルを下げるんです。行ってみようかなと思う。よく保健所なんかで未熟児健診とか平気で書いてあったりしますけれど、小さい子どもを生んだというお母さん達がどれだけ自分を責めているか。もう大きくなってそんな時期は終わっているのに、まだ未熟児という言葉を使うのかと怒ったことがあります。いわゆる保健指導ですよ。育児支援です。これもどんどんこれから充実させていこうと思っています。

それから、あとで出てくる多胎ネット、ピアサポート。我々医療者の中で双子を生み育てた人はほとんどいません。その部分を双子を生み育てたお母さん達に来てもらって、ピアサポートとして活躍してもらおう。月に1回はここに来てもらってうちの病院で集团的に、皆さんにぎやかですよ。すごいみんな元気です。それからこれは是非皆さんに知っていただきたい。在宅で障がい児をみているお母さん達が、次の赤ちゃんを産みたいと思った時に、この子どもを誰がみってくれるのかという心配がある。うちの病院では個室を使って、上の子どもさんとお母さんと生まれた子どもさんを同じ部屋に入ってもらっています。何故ならばうちの病院には重症心身障がい児の病棟があります。重心の子ども達をみている人達がいっぱいいるわけですから、何かあればそこと一緒にやって、みてあげるといことができます。

また、妊娠とお薬の情報センターというのをつくっています。今お薬飲んでしまったけれど、赤ちゃんには大丈夫かしら、持病があってお薬飲んでいるけれど妊娠してもいいですか？という相談を受けています。これは単にお薬の事を説明するだけではなくて、世界中のいろんなところをみていくと、宗教上のいろんな理由で中絶が認められている国や地域があります。そういったところで起こってきた出来事が、カナダのトロントにある妊娠情報センターに全部データが入ってきています。これを上手く使って、例えばこのお薬についてこうこう・文献的にみるとこういう問題が子どもさんにでてくる可能性が考えられます。でもこの地域と、この地域で、何百何人の人が、この状況で赤ちゃんを産みました。有害な事例は1人も発生しませんでした。そういう情報がもらえるんです。それを、研修を受けた医師と薬剤師が30分間くらいかけてカウンセリングをしましょうということをやっています。これは全国で今13カ所あります。相談件数はうちが1、2を争って多いです。理由は何か。他のところは10,500円、うちだけ5,250円。

いろいろお話をしてきましたが、ハイリスクをあつかっていると、残念ながら赤ちゃんが亡くなっていくケースに多く遭遇します。よく話をするのは、ここで亡くなった赤ちゃんを抱いたお母さんが、心穏やかににっこり笑って、ここで産んでよかったですと言ってもらえる病院にしようねということに常についています。

2) ぎふ多胎ネットの活動

NPO 法人ぎふ多胎ネット理事長 糸井川誠子氏

皆さんにこうしてお話させていただく機会をとでも嬉しく思っています。行政や医療や保育と連携した私どもの取り組みについてお話をさせていただきたいと思います。岐阜多胎ネットというと双子とか三つ子を生んだお母さんが中心になって、いろいろな機関との連携をとりながら多胎児家庭を支援している団体です。私も今もう高校3年生になりました三つ子の親です。男二人女一人の三つ子です。双子や三つ子のお母さん達やお父さん達に聞くと、大変だったけれど本当に良かったと皆さん言われます。それから双子や三つ子の子ども達に聞くと、双子や三つ子に生まれてすごく幸せだ、本当に良かった。というふうに皆が言います。ところが実際にはそうばかりではありません。皆さんもご存じのように、多胎家庭は虐待のハイリスク家庭ですし、実際に毎年のように死亡事例も起こっています。私達が死亡事例のいくつかを追ってみて、多胎の虐待とは単胎とは様子が違って、3つほど大きな特徴があるのではないかと考えています。

一つ目は、生後0歳児に多発していること。しかも生後4ヶ月から6ヶ月が一番多いと思います。これはたぶん最初頑張ってきたけれど、4ヶ月から6ヶ月位で本当に精根尽き果てて、疲れ果ててしまうことが原因ではないかなと想像しています。二つ目はそれまで虐待の兆候がほとんどない家庭だったこと。ずっと虐待をしていたのではなくて、ある日突然布団に赤ちゃんを投げつけるとか、ある日突然殴るとか、いうことで虐待が起こってしまったという家庭であること。三つ目は虐待を起こしたお母さんに、虐待の負の連鎖はなかった。むしろ一生懸命に子育てをしていた真面目な方であったこと。この三つが単胎の虐待とは大きく違う点ではないかなと考えています。

ではどうしてこんなことが起こってしまうのでしょうか？今日は多胎家庭の現状と必要な支援、岐阜多胎ネットがどのような取り組みをしているか、いくつかの事例をあげながら皆さんと一緒に考えていきたいと思います。まずは多胎家庭のおかれた現状ですが、まず情報不足があげられます。妊娠した時から多胎家庭には、多胎育児の経験者や妊娠出産をした知り合いがほとんどありません。ですから体験を聞けませんし、育児イメージや妊娠出産のイメージの獲得ができません。それから多胎に特化した妊婦指導がないために、妊娠出産の知識がありません。妊婦さんにいくら説明しても、家族がそのことを理解することが非常に難しい。だから安静にしなければいけないと言われているのに、家事をさぼっていると家族から思われたりしてしまいます。それからどこでその情報を入手すればよいかということが全くわからないので、インターネットや本などを調べる事になりますが、ご存じのように特にインターネットは、多くの悪い情報が入ってきてリスクリスクで、ものすごく不安になって、身動きがとれなくなってしまう。または逆に、非常に安易な認識をしてしまって、「安定期になったら旅行に行ってもいいですか？」と質問が出たりすることもあります。それから孤立ですね。岐阜県内は先ほどのお話のようにいくつかの病院が双子を特化してあつかって下さっている病院がありますので、逆にみると、それは自宅からは遠い遠隔地での出産ということになってしまいます。例えば飛騨地方の方、高山の方が長良医療センターに通われるということは非常に多いです。ですから健診に通うだけでも、高速を使って1時間半から2時間かかってやってこられる。それが週に1回になると、かなりの負担になってきます。ひいては地域からも離れてしまいます。それから管理入院という言葉は現在使っていないそうですので、これを切迫早産による入院と読み替えていただきたいのですが、切迫早産によって遠くの病院に入院してしまうと、地域にお母さんはいなくなってしまう。ですから地域の人と知り合うチャンスがなくなってしまう。

それから入院によって体力と筋力がもちろん低下してしまいます。出産後は二人の乳児の世話ですので、外出することは非常に困難になり、たった一人で助けを求める暇もなく、育児に追われるとい

う状況がやってきます。それは自分だけなんだろうか？こんなこと理解してもらえないなというふうに、いよいよ孤立感を深めることになってしまいます。よく聞くのが、同じ病院で同じくらいに産んだ単胎のお母さん達から4ヶ月位になったらランチしようよ、ってメールが来た。え！うちの子4ヶ月といっても、1ヶ月位早く生まれていますから、生後4か月といっても3ヶ月くらい。まだ首ぐにゃぐにゃですわっていないですよ。他の単胎のお母さん達は首もすわったし、もうお出かけできるよね、ということですが、うちの子だけ、私だけ出掛けられない。こんな状況じゃとても行けない。単胎の中からとても孤立しているという疎外感を味わう訳です。

赤ちゃん自体も非常に育てにくい状態です。よく御存じだと思いますが、低出生体重児ですので、小さく生まれて力がないので、飲む力が弱くてチョコチョコと飲んで寝てしまって、またすぐ泣いて起きると。普通でも乳児ですと1日8回飲ませます。双子だと24時間中16回授乳があるわけですが、たいていのお母さんは20回以上は授乳していると思います。私は三つ子ですので、 $3 \times 8 = 24$ で、24回以上授乳していました。ほとんど寝る間はないです。ましてや二人同じ時に生まれた双子を、どうしても比べてしまいます。こっちの子は飲みがいいとか、こっちの子はよく寝るとか、体重差など、差が非常に気になります。

母体とはいうと単胎よりは体の回復も遅れますし、入院によって、体力や筋力が無くて、非常にボロボロの体。高齢の方も多いのでボロボロの体の中で、やりきれない育児をやっていることで、私はやりきれないダメな母親だと自己肯定感をなくしていかれるケースが多い。これが育児困難を引き起こして、虐待になってしまうと考えます。つまり、妊娠中から育児期間中に、孤立や情報不足や育てにくさによって、育児が破綻してしまうことから、虐待が起こりやすい状況におかれていると思います。こうした多胎家庭には、妊娠中から地域につなげる支援。それから妊娠期から育児期を通してその時その時のニーズに合った、隙間のない支援が大切なのではないかと思います。

ぎふ多胎ネットというのは、行政職や専門職の方々と、私達支援者が連携を取りながら多胎家庭を支援するために2006年に設立した団体ですが、様々な支援メニューを持っています。妊娠したらプレパママ教室で多胎に関する情報を得る。切迫早産で入院したら、病院サポートで月1回ずつ入院中の病院に来てくれて話を聞いてもらい、出産後、外出困難な時期にはピアサポートとして家庭に来てもらって話を聞いてもらいます。それから4ヶ月健診とか10ヶ月健診の付き添いをしながら話を聞いてもらえるという、多胎児健診サポートというのもあります。それから今年度からは多胎に特化した育児教室も始めました。地域には多胎の集いをして下さっている子育て支援センターとか保健センターもありますので、そういったところにサポーターを派遣して、先輩ママとしての話をするという、多胎の集いも行っています。他にイベントをしたりとか、講師派遣をしたり、研修会の開催したりなどの事業をしています。

これはプレパママ教室の写真ですが、専門職の先生から多胎の妊娠出産についての基礎知識をお話してもらっています。ほとんどのお母さんが40週で3500gくらいの双子を生むと思っているんですね。そこのところから、えー！1か月も早く生まれるのですか？というところからまず始まります。それから長良医療センターとか県立多治見病院とかの助産師さんに来てもらって、病院での生活の実際、出産の実際についてもお話をさせていただきます。そこで病院の方と会うことで、すごく安心をされるようです。その後、パパチームとママチームに分かれまして、パパグループの交流会、ママグループの交流会をします。ここで個別にいろんな質問をしたり、先輩ママパパの話の聞いたりします。プレパママ教室は、こういうふうにおじいちゃんおばあちゃんもよく参加されますが、家族への理解を深めるといって、とてもいい機会になっています。効果をまとめてみました。当事者にとっては自分の不安が軽減できる。私達や助産師さん達、近くの保健師さん達も来ていただけますので、実際に顔を合わせる事で相談窓口が獲得できる。それから実際の育児の話聞くことで、育児イメージが獲得できる。こうやって同じ地域の人が出会うことで、そこでメール交換なんかして育児の仲間作りにもなっています。それから医療や行政から見た効果としては、妊娠中から要支援者の発見がここでできるということです。わりとこじんまりしたところで話すので、結構自分の内情の深い話をされたりとかします。ここで要支援者の発見ができて、早期に支援計画を建てられたり、必要な機関との連携体制を出産前に整えたりすることができます。

これは先ほど川齋先生からもありました、長良医療センターの病院サポートの写真です。他に県立多治見病院にも月に1回回ってお話を聞かせていただいています。病院サポートの効果は、入院中の不安とか辛さの話をそこで吐き出すことで、ちょっと気持ちが軽くなる。または上の子に会えない辛さ、上の子を家に置いて来ていますので、本当におばあちゃんの方が好きみたいで私のところにちっともこないんですよとか、いう話が聞かれます。双子の育児イメージの獲得となります。出産や子の育ちへの不安、小さく生まれるんですか？この先どうなるんですか？ということをよく聞かれます。医学的な説明はもちろん受けています。けれども帝王切開で切った後は痛いですか？とか、そういうような質問ですね。何となくの不安な気持ちを当事者に聞いてみたいということ。それから遠くから来ていらっしゃる方は地元情報を私達から獲得することができます。病院に入院してい

る同士が、こうやって一同に会することで、そこで仲間作りになっていったりします。長良医療センターでは同窓会なんかを頻繁にやっているようです。

これはピアサポート訪問の写真です。おうちにうかがわせていただいて、じっくりと話を聞いています。実はご家庭に伺うことで、2人同時にお風呂に入れるにはどうしたらいいですか？と聞かれたら、じゃあ今やってみようかと言って、どうやって普段やっているの？とやり方をみせてもらって、一緒にやりながら考えたりします。

これは健診サポートで、大垣市でやらせていただいている写真なんですが、健診の付き添いの待ち時間でお話を聞かせていただいています。プレパママ教室とかピアサポート訪問は、申込制になっているので、申し込まないと私達と出会うことができないんですね。ですがこの健診というのはほとんど全員の方がいらっしゃるの、くまなくアプローチができるというところが、大きな効果だと思えます。申し込まなくてもお話ができて、話してみたら結構聞いてもらえて良かったわという声が多いです。

これは多胎育児教室の写真ですが、こういうような私達が作ったテキストを使って多胎育児のコツなんかをお教えしたり、それから双子や三つ子でもできる一緒に遊べる手遊びや遊び方をご紹介したりしています。それから一緒に皆で悩みを共有し合ってお宅はどうしているの？と集まった者同士の情報交換をしています。地域でやるので地域の仲間作りにもなっています。

プレパママ教室も育児教室もそうですが、県内5か所を私達がまわって、飛騨地区、西濃地区と、その地域ごとの仲間作りとなっています。

これは中部学院大学の方達と協働で行っている多胎ファミリーフェスタです。年に1回しているんですが、中部学院大の保育科の学生さん達が子ども達に遊んでくれる。遊びのブースがあったり、大学の先生が個別に子育て相談をするブースがあったり、というイベントですが、非常にたくさんの方がみえますので、ここで初めて多胎ネットというものを知るといってきかけにもなっています。その他、これは高山で研修会をさせていただいた時の写真ですが、こうした研修会をしたり、多胎に関する講師の派遣なんかをしています。これは恵那保健所で、私と娘を呼んで下さったんですが、「親子で語る三つ子を育てて、三つ子に育てて」という話をさせていただきました。娘の話は当事者のお母さん達に安心感を与えたようでした。

こういった事業を支えているのは、人材と情報です。人材育成は、ピアサポーター養成講座を年1回県内3か所で行っています。これによって、サポーターに認定されたサポーターは、質の担保のために、その後ピアサポーターフォローアップ講座とか、事例研修会とか、年に1回今年度の活動を評価する評価会、この3つの研修会に出る事を義務付けて、サポーターの質を担保しています。それから情報については多胎に関する情報。県内だけではなく、県外の情報も収集して管理して発信しています。その中で、こういうような多胎に関する冊子を作らせていただいて発信したり、ニュースレターを発行したりしています。

これは県内各地でどのような多胎サークルがあったり多胎の集いがあるかという一覧表なんですが、これをお渡しすることで、自分の地域でお出かけできる場所がどこにあるのかということを見ることができたりします。全て多胎のニーズに見合った事業を行っています。ではどのような効果があがったかというお話させていただきます。(中略)

岐阜多胎ネットのロゴマークですが、これは三つのハートを合わせています。医療関係者などの専門職、保健師さんなどの行政職、それから私達のような支援者、この三つが気持ちを合わせて連携を取りながら多胎家庭がこんなふうにニコニコと幸せに暮らせるようにしたいなという気持ちを込めて、岐阜多胎ネットのロゴマークにしています。これからもこうした連携を強めながら支援を続けていきたいなと思っています。

3) 中濃保健所での多胎児支援の取り組み 中濃保健所 樋口倫子

(1) 地域での多胎児支援の特徴と保健所の役割

- ・行政による個別支援と集団支援
- ・多胎ネットによる当事者支援
- ・母と子の健康サポート支援事業(岐阜県)
- ・母子健康手帳の交付にはじまり、育児期まで継続して関わることが可能である

保健所の役割は、市町村や社会資源など母子に関わるそれぞれの機関による支援が、効果的に対象者に届くように、また円滑に連携できるように調整することと考えている。

(2) 中濃保健所の取り組み

中濃保健所管内の概要

- ・10市町村であり、各市町村の多胎の出生は年間1件前後である。事例が少ないため、じっくり関わることが可能であるが、どのように支援すべきか手探り状態の部分もある。
- ・多胎出生の約4分の3は新生児集中治療室のある医療機関にて出生している。管轄内には新生児集

中治療室を有する医療機関はなく、遠方に通院していることが多い。

- ・平成 23 年度母と子の健康サポート支援事業は 89 件の支援依頼があり、そのうち多胎事例は 9 件であった。

市町村保健師への質問紙調査

多胎妊産婦に関わる上で気をつけていることについて以下の回答が得られた。

- ・切迫早産等で妊婦が入院した際は、医療施設訪問を行い医療機関との連携を図る。また、入院中は家族への支援も行っている。
- ・2 人以上を同時に育児している母親の頑張りをねぎらうようにしている。
- ・育児環境の確認や社会資源の紹介を他の多胎妊婦とのつながりができるように支援する他の市町村保健師やピアサポーターと情報交換したい。
- ・多胎児の親が抱えやすいトラブルや不安などについて情報が欲しい。
- ・多胎妊産婦に関わる時に気を付けること、配慮すべきことを知りたい。
- ・多胎児をもつ母にとって、保健師のどのような関わりがあるとよいかを知りたい。

母と子の健康サポート支援強化事業

多胎に対する支援は母と子の健康サポート支援の対象となりやすく、さらに岐阜県では多胎ネットによる当事者支援が活発に行われていることから、行政と協働して効果的な支援の方法を考えていく必要があり、平成 24 年度は母と子の健康サポート支援強化事業として多胎児支援を取り上げた。

目的：多胎への支援に関して、行政と当事者による支援がより効果的となるように検討する。

方法：多胎ネット中濃圏域担当者および中濃圏域市町村母子保健担当者が参加し会議を行った。

内容：多胎妊娠と出産の現状について（保健師）

多胎妊娠・育児中の生活や具体的な多胎家族の状況について（多胎ネット担当者）

意見交換

- ・意見交換では、多胎事例に関わる際の悩みの共有や、多胎ネットと同行訪問できるとよい、本人の同意のもと市町村から多胎ネットの利用申し込みができることよいなど、連携方法に関する意見交換が行われた。
- ・支援強化事業は各市町村の多胎事例への関わり方について共有でき、さらにピアサポーターの参加により、多胎児の母親の気持ちや生活について理解を深めることにつながった。また、多胎ネットの具体的な活動内容を保健師が知ることで、プレパママ教室やピアサポート訪問などの支援につながりやすくなった。
- ・市町村保健師と多胎ネットのピアサポーターとが顔を合わせて意見交換をすることによってお互いの役割や支援について確認する機会となり、その後の連携にも効果が期待できる取り組みとなった。

3. 意見交換

1) 研修会に参加して学んだこと

(1) 多胎妊娠の基礎的な知識と周産期医療体制について学べた

- ・改めて多胎妊娠について勉強させていただきました。
- ・少しずつ周産期医療体制が整っていることがわかりよかった。
- ・多胎の基礎的な知識について、再確認できたことだけでなく、新しく学べたことがあった。
- ・多胎はいかにハイリスクであるかを学べた。

(2) 多胎育児の実態と支援の必要性について学べた

- ・育児がどんなに大変であるか改めて考えさせられました。
- ・多胎はハイリスクであると理解し、支援しているつもりですが改めて、多胎妊婦、多胎・児の親への大切さを実感し、今後の支援のあり方を考える機会となりました。ありがとうございました。
- ・多胎妊娠のストレスや悩みがあり、ふみこんだ支援が必要で虐待を防ぐためにも支援が重要だと思った。
- ・妊娠期は早産等、妊娠期～出産まで多くのリスクを抱え、出産にも多胎を出産するリスクがある。また育児にも 2 人以上を同時に育てていくというリスクがある。在宅へ帰っても虐待というリスクがある。妊娠中から出産までの支援も大切であるが、その後の支援もとても大切。同じ経験をされた方の情報をもらったり、関わりを持つことが大切。
- ・当事者が支援の主体となることが、心身のサポート（多胎の母親の）として一番の強みとなることが改めてわかった。同じ経験をした方の助言や傾聴は、多胎をもつ家庭にとってとても心の支えになるということが分かった。
- ・病院内ではわからないことが育児になると不安なことがいっぱいあることがわかったので、病院内で情報交換をしたいと思いました。
- ・医療者ではわからない経験者ですべてが協力しなくてはなりたない支援だと思った。

- ・双胎の身体的リスクはわかっているが、精神・社会的にここまでハイリスクとは思っていなかった。
- ・母親の不安をもっと傾聴していきたい。また多胎妊娠をしている患者さんの気持ちについて考えることができました。
- ・多胎を多方面からみる必要性がとてよく分かりました。今までそれ程考えていなかったことだったのが、とても怖い思いです。
- ・多胎は妊娠中からの継続的な支援が必要であると学んだ。

(3)多胎ネットの活動やピアサポートの活動について学べた

- ・市町村の保健師をしておりますが、出生数も140程度の町で多胎妊婦さんも年1~2組という状況です。町主催では教室をもつことは難しいです。しかし、ぎふ多胎ネットさん主催のプレパママ教室をご案内してぜひ妊娠期から仲間づくりネットワークづくりをしたいと考えています。改めて健診サポートがあることも知れてよかったです。情報提供していきたいと思います。
- ・多胎ピアサポーターの活動は、紙面上でしか知らなかったもので、具体的に知ることができた。
- ・長良医療センター、ぎふ多胎ネットの活動についてよく理解できたため、今後多胎支援の際に情報提供していきたい。また、岐阜県で多胎児を支える団体がこんなに活躍されているのだということを知り感心しました。
- ・多胎ネットの取り組みがどのようになっているのか等を知ることができた

(4)医療施設と地域との連携の重要性について学べた

- ・退院後のサポートに対しては、特に多胎のお母さんに対しては気をつけているのですが、実際に保健師さんの話(活動)が聴けて良かったです。退院される時「母と子の健康サポート事業」をすすめているのですが、実際の声がきけて説明するのも、やりやすくなりました。今後も情報交換が出来るとう助かります。
- ・医療機関、ピアグループ、保健所がそれぞれの特徴を活かした支援をしつつ、連携することが大切であると改めて理解できた。
- ・医療者として双子ちゃん家族に助言をしていく上で、どんな事業があって、どんな活動をしていて、どんな妊婦、家族に適しているのかなど、地域連携支援を紹介していくことの大切さがわかった。
- ・今まで双胎の妊娠中の方とよく関わっていても産褥期に双胎の育児や社会資源について説明できていなかったな一と思った。今回の講演をきいて、保健所やピアサポートの人たちが具体的に何をしているか伝えていき、「しっかりサポートしていく」ということをお母さんにわかってもらえるようにしたいと思う。
- ・妊娠、出産、育児、いろんな職種が継続して支援していくことが大切だと感じた。
- ・地域保健において、多胎児支援の取り組みが分かった。
- ・地域のネットワークとの連携をしていきたい。

(5)保健師や保健所での関わりについて話がきけて良かった

- ・保健師の方のお話が聞けたことが良かったです。
- ・保健所での関わりも聞けて良かった。

(6)多胎妊婦や多胎育児の支援をしていきたい

- ・ハイリスクの妊婦と接しているが、何らかのサインを見逃さないよう、安心して出産でき、その後の育児まで考えた看護をしていきたいと思った。
- ・多胎の妊婦さん、産婦さんへの支援をもれなくできるよう見直していこうと思いました。
- ・特に妊娠中から、顔を見て支援していくことが、後の支援で大事になってくると改めて思いました。
- ・多胎支援の大切さがよく分かりました。
- ・今日は研修会に参加させていただきありがとうございました。
- ・様々な多胎の事例をお聞きし、また多胎の出産・育児のハイリスクを聞き、行政の保健師として母のサポートをしていきたいとあらためて思いました。
- ・医療、行政、民間(支援者)かつ当事者、3者の各立場からの生の声をきけて大変勉強になりました。

2) その他意見

- ・医療、当事者団体・行政と多方面からの支援についての報告をきかせていただき、大変勉強になりました。
- ・今後ますます多胎児支援にとりくむ気持ちが大きくなりました。ありがとうございました。
- ・市町村の母子保健について、考えていくのに大変参考になった。
- ・多胎妊婦・多胎児への支援について、具体的にどのように声かけすればよいか、関わればよいか

分かった。

- ・川鱈先生のお話がとてもわかりやすく、興味深かったです。
- ・くり返し研修をうけ、支援のあり方を考えていくことが大切だと思います。また機会があればと思います。
- ・連携の大切さを学びました。他の保健所の方の意見も聞くことが出来ると助かります。
- ・NICUに入院中から、退院後のサポートについて、連携して情報交換が出来ると良いですね。
- ・NICUでは出生から退院まで（急性期～退院まで）を支援しているが、やはり退院後の生活をイメージすることは難しいと思う。面会はできても1日の数時間で「あまり泣いた所を見たことがない」と言われる方も多くみえる。退院までしかフォローはできないけれど、退院後も母や家族が少しでも不安、困る事が少なくなるよう支援していけるといいと思う。
- ・私たちが虐待に移行してしまうことが多いことを頭に置いて支援していけるといいと思う。退院後は保健所をお願いすることになるため、妊娠～出産～退院～在宅とつながっているよう連携していけるといいと思う。
- ・母親の生の声が聞け、多胎支援について詳しく知ることができて良かった。
- ・いろいろな立場からの話を聞くことができて良かった。
- ・とても参考になる意見がありました。
- ・母子サポートの充実ができつつある。市町村格差がある。
- ・13:00開始にして、もう少しゆっくりそれぞれのお話が聞けると良かったです。
- ・実際の事例を聞くことが一番具体的でイメージしやすく分かりやすかった。双子ちゃん家族の心境の変化、上の子に対する関わりなどとてもよかった。
- ・双胎の身体的、社会的、精神的なリスクについて幅広く学ぶことができた。
- ・病院で働いていると、産後1週間は深く関わることができるが、退院されると、家に帰ってからの状況、お母さんたちの声をなかなか聞くことができない。
- ・今日、参加したことで、多胎のお母さんたちがどのような思いで育児をしているのかということを知ることができて、本当によかった。
- ・ピアサポーターの活動の話も聞いてみたい。
- ・わかりやすく楽しく学びました。
- ・すべての保健所が統一できた支援をしてほしいと思う。（妊娠期から支援を）
- ・川鱈先生のお話しは、なかなか聞けないことも多く、とても参考になりました。それぞれの立場の方からのお話がきけるといのはとても貴重で参考になります。
- ・「多胎家庭」が支援を受けてよい対象である。ということが、このような研修会が開催されていること自体が、当事者（多胎児の親）として、単純に嬉しく思いました。
- ・病院サポート、プレ教室、赤ちゃん訪問、健サポ、今活動しているどれをとっても行政や医療機関との連携なしでは成しえませんが、3つの機関が同じ情報、空気を共有できる、このような研修は協働する上でとても大切だと思います。
- ・それぞれの立場で本当に多胎児の事、多胎育児者の事を考えて、何かをしようと考えていてくれる事を感じました。
- ・「情報の共有」を顔を見える関係で行える事が、多胎に限らず必要だと感じます。
- ・専門職の方には、支援者としての指導を当事者の気持ちを傾聴しながら、どの様にできるか、どの様に言葉にするか、考えながら行ってもらいたいと思います。

4. アンケート結果

研修終了後にアンケートを行った。有効回答数31であった。

1) 今回のテーマ

よかった 30 ふつう 1

2) 今回のプログラム

よかった 29 ふつう 2

3) 日程

よかった 29 8月がよい 1 午前中がよい 1

4) 今後このような研修会に参加したいか

是非したい 23 できれば参加したい 8

・教員の自己点検評価

1. 実践現場に与えた影響

参加した看護職にとって、学ぶことが多かったという意見が多く、看護活動への影響は期待できる。

公式的な連絡会はあるが、役職者が出席することが多く、具体的な情報交換は難しいようであった。本研修会の中でグループディスカッションをする中で、具体的な援助方法やサービスの在り方（乳房マッサージ券）について、意見交換、情報共有することで、認識が変化したと思う。

病院と行政が意見を交わすことによって、望まれる支援から実現可能な支援までお互いに考えることができたと思う。

飛騨地域の研修会において、助産師は統計的なデータなどから地域を把握することの必要性を学んでいた。医療施設で助産業務をする上でも、まずはその地域の特性を捉えることが大切であり、地域での継続した支援にもつながると認識できたと思う。岐阜地域の研修会では、行政や当事者支援の立場からの話題提供もあり、お互いの活動について知る機会となった。今後の連携が期待できる。医療施設の助産師と、自治体の保健師が、率直な意見を交換でき、支援の継続方法について検討ができたため、妊娠期の変化に繋がると考える。

2つの研修会とも助産師だけでなく、地域の保健師も参加し、地域づくり、連携という視点で学ぶことができた。またハイリスクの研修会では医師の講義も交え、基礎的な知識や周産期医療の現状についても学ぶことができたので、看護職にとってさまざまな学びが得られたと考えられる。

2．看護職の研修としての有用性

助産師研修会という事業であったが、助産師のみならず保健師看護師の参加によって、本来の母子看護活動、周産期看護活動のあり方を考えることができたことは、県内の母子看護に関わる看護職にとって有用であり、またこのような機会が今までほとんどなかったことから、今後の継続した取り組みが必要だと考えている。

3．本事業を通して捉えた助産師の生涯学習のニーズ

医療施設と地域との連携や、当事者から学ぶ看護、周産期医療の現状についてなど多くの学習課題をもっていることがわかった。

地域の特性をふまえた妊産褥婦支援やハイリスク事例への支援の強化が特にあげられる。

4．本学の研究・教育に与えた影響

岐阜地区での研修会には助産師学生も参加でき、ハイリスク支援について学びを深めた。また今後はハイリスク妊産婦への看護に関する研究を深めていく必要が明らかになった。

・今後の課題と発展の方向性

1．研修のテーマについて

本研修は「助産師の専門性を高める研修プログラム」というテーマで行ってきたが、今年度参加対象者をひろげ、母子看護に関係する看護職の参加を募ったところ、参加者にも幅がでてグループワークの学びが広がった。育成期領域に関連する看護活動では、他施設や地域との連携が不可欠の状況にあるので、今後はますます関係する看護職の情報交換や学習が必要であると考えられる。

今後はテーマを職種に限らず、育成期領域で活動する看護職のニーズに応じたテーマを考えていきたいと思っている。

2．参加者の確保について

県内の周産期医療施設を中心に参加者を募ってきたが、今後は地域の保健師や助産師にも参加を呼びかけていきたい。

3．実施場所について

今年度は初めて飛騨地域で研修会を行った。今まで母子看護に携わる看護職が集う場が少なく、情報交換の場となったと好評であった。今後も地域を広げ関心のある看護職が参加しやすいようにしていきたい。

4) 管理的立場にある保健師の抱える課題に 基づく保健師管理者研修プログラムの 開発

・目的（本事業の必要性）

本事業の目的は、岐阜県の実情にあった有効な保健師管理者研修を実施するために、県内の管理的立場にある保健師の抱えている課題と研修ニーズを明らかにすること、また、この取り組みの過程自体が保健師の相互研鑽の機会となるように取り組み、明らかになった課題とニーズおよび取り組み経過から、保健師管理者研修プログラムの素案を提示することである。

岐阜県保健医療課では、保健師現任教育の一環として新任期保健師研修、4、5年目の保健師を対象とした研修、原則として10年目以上の保健師を対象とした実習指導者研修を集合研修として実施している。本学教員は、これらの研修の企画、実施に協力している。また、平成19年度からは、「保健師の実践能力の発展過程と現任教育」を研究課題とした共同研究にも取り組み、新任期保健師研修の充実、さらに、4、5年目の保健師の能力育成の検討へと取り組みを進めてきた。その中で、各職場における新任期保健師の指導体制が大きく異なっていること、指導する側の保健師も十分な指導を自分自身が行うことができるのかという不安を抱えていることなどの課題が明らかになった。また、4、5年目の保健師は、先輩保健師からの指導を受けることができているのではないのかという課題が把握された。これらのことから、指導する側の保健師の能力向上、特に、管理的立場にある保健師が、各職場で保健師の能力向上に取り組む力をつけることの必要性が明確となった。

県内保健師の状況として、県保健師の中では、以前から管理的立場の保健師が存在しており、ある程度のロールモデルはあると考えられる。しかし、市町村では、平成の市町村合併により市町村規模が拡大し、一市町村内の保健師数が増加し、管理的立場に立つ保健師が増えてきた状況があり、管理的立場の保健師の役割・機能そのものが不明確な現状がある。

厚生労働省は、平成22年度から全国をブロックに分けて管理的立場の保健師の研修を開始しているが、研修内容についてはまだ試行錯誤の段階のようである。また、岐阜県内の現状として県外研修への参加は困難な状況にある。また、岐阜県内の管理的立場にある保健師の現状や課題、研修ニーズは明確になっておらず、どのような研修内容が有効であるかは明確ではない。県が平成10年度に作成した保健師研修マニュアルでは、管理者研修が設定されているが、実質的には管理者研修は実施されていない現状にある。

これらのことから、岐阜県の保健師現任教育体制の一環として平成25年度に保健師管理者研修を実施することを目指し、管理的立場にある保健師の抱えている課題と研修ニーズを把握し、研修プログラムを作成する取り組みを県保健医療課及び現任教育の中核保健所となる岐阜保健所、大学が協力して取り組むこととなった。

・担当者

担当教員：松下光子、北山三津子、森仁実、田中昭子、大井靖子、山田洋子、種村真衣、岩村龍子、大川眞智子、両羽美穂子

協働者：岐阜県保健医療課：山田美奈子、井上玲子、高橋亜由美

岐阜保健所：中土康代、居波由紀子

・本事業で実施したこと

1. 圏域ごとの保健師管理者研修検討会

1) 目的

管理的立場にある保健師の現状と課題を把握することを目的とし、管理的立場にある市町村保健師が意見交換を行う場として開催し、保健所保健師も参加する。意見交換が保健師の相互研鑽の機会ともなるように意図した。

2) 対象

管理的立場にある市町村保健師（各市町村から1名程度）約40名、管理的立場にある県保健所保健師約17名である。

3) 実施方法

県保健医療課の業務の一環として、圏域ごとに保健師管理者研修検討会を開催した。保健所を会場として1回あたり2時間である。開催状況は表1に示した。検討会の司会、記録は、保健医療課のメンバーと大学教員が担った。話し合ったテーマは、(1)現在の立場で求められている役割や能力について、(2)人材育成（後輩育成）について、(3)事業展開の考え方について、(4)期待する研修内容である。

4) 参加者の状況

表2に参加者の職位、表3に現在の職位の経験年数、表4に保健師経験年数を示す。

表1 開催状況

場所	実施月日	参加者数			担当者	
		市町村	保健所	計	保健医療課	大学
岐阜保健所	8月29日	7	2	9	山田、井上	北山、田中
西濃保健所	9月7日	8	3	11	山田	岩村、大井
中濃保健所	8月29日	9	3	12	高橋	松下、両羽
東濃保健所	8月23日	5	3	8	山田	松下、種村
飛騨保健所	8月28日	2	1	3	井上	森、山田
計		31	12	43		

表2 参加者の職位

所属	課長級以上	課長補佐級	係長級	スタッフ	計
市町村	11	10	9	1	31
保健所	2	6	3	1	12
計	13	16	12	2	43

兼務の場合は、上位の職位を選択

表3 参加者の現在の職位の経験年数（○年目として数えた）

職位	1	2	3	4	5	6	7	8	9	不明	計
課長級以上	5	6	1	1							13
課長補佐級	8	6	2	1	1				1		16
係長級	5	4		1		1		2		1	12
スタッフ		1								1	2

表4 参加者の保健師経験年数

所属	11～15年	16～20年	21～25年	26～30年	31年以上	不明	計
市町村	2	1	4	14	9	1	31
保健所			1	7	3	1	12
計	2	1	5	21	12	2	43

5) 意見交換の内容から確認した現状と課題

意見交換の内容から、管理的立場にある保健師の現状と課題を把握するために、内容の分析を行った。まず、圏域ごとの検討会の記録を作成し、研修会後に参加者に自身の発言内容の確認と修正を依頼した。確認が済んだ記録から、管理的立場の保健師の担っている役割、実施していること、大事にしていること、問題・課題と感じていること、県への要望、管理者研修の内容への意見に該

<現在の立場で求められる役割や能力>

1. 課全体の管理・調整(課長職)
2. スタッフと課長との調整(課長補佐・係長職)
3. 保健活動・事業全体の管理・調整
4. 保健事業以外の業務の苦情への対応
5. 行政組織における情報発信と情報収集
6. 他機関・他部門との調整
7. 行政組織における保健師の役割の明確化とアピール
8. 保健師の活動体制・配置の検討
9. 災害派遣保健師の選定
10. 保健師間で活動目的、方針を一致させた協働体制づくり
11. 各保健師が保健部門の全体を把握できるようにする
12. 保健師の業務管理、特に事務的業務の調整
13. 保健師確保のための働きかけ
14. 保健師の人材育成
15. 職場の人間関係の円滑化・コミュニケーション促進
16. 職員の健康管理
17. 管理的立場への戸惑い・課題
18. 管理的立場のとらえ方

当する内容を取り出した。そして、それぞれの内容の要約を作成し、要約を分類・整理した。

(1) 現在の立場で求められている役割や能力

現在の立場で求められている役割や能力としては、枠内に示す 18 項目の内容があった。役割として実施しているという意見だけでなく、実施できておらず課題であるという意見も含まれた項目は、8 . 保健師の活動体制・配置の検討、10 . 保健師間で活動目的、方針を一致させた協働体制づくり、12 . 保健師の業務管理、特に事務的業務の調整、13 . 保健師確保のための働きかけであった。

(2) 人材育成(後輩育成)

人材育成(後輩育成)として実施していることが課題としては、枠内の 9 つの項目の内容があった。2 . 自施設で実施している教育体制では、新任者に指導者をつける、研修会に行けるようにする必要がある、職場での勉強会を行う必要があるなどの内容が含まれた。また、3 . 世代ごとに見た保健師に期待される姿勢や能力では、中堅保健師に仕事に踏み込んでほしい、40 歳代の保健師には、全体を見て評価したり考えたりする力を身につけてほしいといった期待が含まれた。6 . 指導者が感じている人材育成における困難さでは、指導者側の不安や戸惑い、保健活動のあり方について助言したいがスタッ

<人材育成(後輩育成)として実施していることや課題>

1. 県の教育体制を活用
2. 自施設で実施している教育体制
3. 世代ごとにみた保健師に期待される姿勢や能力
4. 保健師は仕事の中で仕事を任せて育てる
5. 行政における活動や立場を理解し、関係機関等と連携して働くことができる保健師、地域に合った活動ができる保健師を育てたい
6. 指導者が感じている人材育成における困難さ
7. さらに充実が必要な教育体制
8. 保健師の活動体制における課題
9. 給与や昇任を通した動機づけと課題

<事業展開の考え方や課題>

1. 国や県、市の施策をふまえ、地域に合った活動を関係機関と連携して実施したい
2. 事業や活動の成果や評価を示すことが必要
3. 現在の保健事業は、安全・安心という点から課題が多い
4. 管理的立場の保健師として予算にかかわることが必要
5. 課内会議、分散配置の保健師全員が集まる会議を行いたい
6. 新任者が入ったことをきっかけに業務を見直す
7. 人員削減と業務量増大でもう限界である
8. 管理的立場の保健師として業務が多く大変
9. 市町村同士、保健所と市町村で連携したい
10. 保健師が地域を把握できなくなっている、仕事の仕方が変化してきた
11. 職員間で世代間ギャップを感じる

<研修内容として希望する内容や意見>

1. 人材育成
2. リーダー、中間管理職、統括保健師の役割、活動方法
3. ステップアップ研修以降の経験年数に合わせた研修
4. 政策立案、広い視野で事業を考える
5. 事業の展開・システムづくり
6. 国の動向や法令
7. 危機管理
8. 行政の中で保健師活動を伝える方法
9. 各市町村では経験できないこと
10. 大学教育の内容
11. 保健師が楽しく生きがいを持って仕事をするためには
12. 管理者研修への意見
13. 保健師が集まる機会がほしい
14. 圏域単位でステップアップ研修のようなことを行って欲しい

フに伝えることができていない、業務分担制の中での後輩指導や人材育成は難しいなどの内容が含まれた。

(3) 事業展開の考え方

事業展開の考え方や課題として、枠内の 11 項目の内容があった。1. 国や県、市の施策をふまえ、地域に合った活動を関係機関と連携して実施したいといっためざす姿が示されていた一方で、7. 人員削減と業務量増大でもう限界である、8. 管理的立場の保健師として業務が多く大変といった困難な状況について、多くの意見が出された。

(4) 期待する研修内容

管理者研修として期待する研修内容については、枠内に示す 14 の項目の内容が含まれた。2. リーダー、中間管理職、統括保健師の役割、活動方法という管理的立場の保健師に関するものだけでなく、3. ステップアップ研修以降の経験年数に合わせた研修といった、4, 5 年目の研修が終わった後の研修体制についての課題も含まれた。

2. 県内全域を対象とした管理者研修検討会

1) 目的

圏域ごとの管理者研修検討会の記録から整理した(1)現在の立場で求められている役割や能力、(2)人材育成(後輩育成)の状況、(3)事業展開の考え方、(4)期待する研修内容、加えて、平成 23 年度に実施した管理的立場にある県保健師の現状と課題の検討の結果を報告し、管理的立場にある保健師に必要な能力やその開発方法を検討する。

2) 対象

管理的立場にある市町村保健師(各市町村から 1 名程度)約 40 名、管理的立場にある県保健所保健師約 17 名である。

3) 実施方法

県保健医療課の業務の一環として、県下全体を対象として保健師管理者研修検討会を開催した。開催日時は、平成 25 年 1 月 29 日(火) 13:30~15:30 である。まず、圏域ごとの管理者研修検討会の記録から整理した内容、平成 23 年度に実施した管理的立場にある県保健師の現状と課題の検討の結果、新任保健師チェックシートの実施結果、さらに、管理者研修の案を報告し、その後、グループに分かれて意見交換を行った。意見交換の内容は、(1)本日の報告への感想、(2)管理的立場の保健師の役割などについての追加意見、(3)管理者研修案への意見である。管理者研修案は、以下の枠内の内容を示した。

<これまでの意見交換をふまえて考えた管理者研修の案>

1. 研修の内容と方法

- 1) 保健師の人材育成のあり方についての講演を聞く
- 2) 統括保健師として実際に活動している保健師から実践内容について話を聞く
- 3) 自施設での人材育成をどのように行うかについての意見交換を行う
- 4) 現在、あるいは今後力を入れたいと考えている事業や活動を各自一つ取り上げ、その事業や活動を様々な点から検討する
- 5) 例えば国の介護予防施策とか、保健師の実践能力の発展、育成などの少し抽象的なテーマを設定し、各自の取り組みや考えを紹介しながらグループで意見交換を行う
- 6) 日頃の自分の取り組みや困っていることなどを自由に話し合う
- 7) 研修内容・方法によっては、圏域毎に行う

2. 管理者研修の対象者

- 1) 管理的立場(課長、課長補佐、係長)になって 1, 2 年目頃の保健師
- 2) 課長補佐、係長になって 1, 2 年目頃の保健師
- 3) 近い将来、課長補佐や係長になるとされる保健師
- 4) 経験年数 10 年、20 年等経験年数で設定する

4) 参加者の状況

当日の参加者は、市町村保健師 20 名、保健所保健師 9 名、保健医療課から 3 名、岐阜保健所から 1 名、大学教員 6 名であった。市町村および保健所保健師 29 名の現在の職位、現在の職位の経験年数、保健師経験年数は、表 5、表 6、表 7 に示した。

表5 参加者の職位

所属	課長級以上	課長補佐級	係長級	スタッフ	計
市町村	9	6	4	1	20
保健所	1	8			9
計	10	14	4	1	29

兼務の場合は、上位の職位を選択

表6 参加者の現在の職位の経験年数（○年目として数えた）

職位	1	2	3	4	5	6	7	8	9	不明	計
課長級以上	5	4	1								10
課長補佐級	6	4	1	1	1			1			14
係長級		2		1						1	4
スタッフ					1						1

表7 参加者の保健師経験年数

所属	11～15年	16～20年	21～25年	26～30年	31年以上	計
市町村	1	2	2	8	7	20
保健所				6	3	9
計	1	2	2	14	10	29

5) グループで出された意見

意見交換の内容として提示した内容について、各グループから出された意見をまとめたところ、以下のような意見があった。

(1) 本日の報告への感想

「自分の役割を確認した」「自分と同じ意見、納得できると思った」「資料をじっくり読みたい」といった意見があった一方で、「管理的立場も多様なので、報告内容の役割を一様に求められても困る」という意見もあった。

(2) 管理的立場の保健師の役割などについての追加意見

「統括保健師の役割を明確にしてほしい」「統括保健師として機能できるか不安である」という意見が多く出された。また、「専門職の技量と行政職としての技量の両方が必要」という意見もあった。その他、保健師の現任教育への意見、保健師配置と人材育成の工夫の具体例として実施している内容の意見もあった。

(3) 管理者研修案への意見

管理者研修の内容や方法に関する意見として多かったものは、「自身の活動をもとにした話合いや意見交換をしたい(人口規模が同じところ、知恵を出し合う、思いを確認共有する、実際の活動を話す、人材育成について話す)」「(分散配置の中での)統括保健師の役割・動き方を学ぶ」「中堅層の研修が必要(いずれ管理的立場になる人、国の動きを見て全体を見て考える機会、楽しく仕事ができる視野を持つ、地区診断ができる、10年目以上の人々が今までやってきたことを認められる研修)」といった意見であった。

先進事例の紹介という点では、県内にも先進的取り組みをしている保健師はいるので、そういう方の話を聞いてはどうかという意見があった。また、他の圏域の保健師と交流したい、師長会の活用ができるのではないかと、研修の成果を行政に示すことが必要といった意見もあった。管理者としての研修があるとよいという意見がある一方で、管理者研修ではなく、受けたい人が受けられる研修がよいという意見もあった。

また、研修への意見では、年代別段階別の研修が必要、育休や異動でブランクがある場合の研修などの意見も出された。

3. 保健師管理者研修プログラムの素案

これまでの取り組みで出された意見を基に、保健医療課メンバー、大学メンバーで保健師管理者研修プログラムの素案について、検討した。その結果、以下のような研修プログラム案を作成した。

保健師管理者研修としては、対象は、管理的立場の保健所保健師および市町村保健師とする。内容及び方法としては、平成25年度は、厚生労働省から出される新しい保健師活動指針を素材として、保健師活動の基本的なあり方、統括保健師の役割などをテーマとしたグループワークを行う。活動指針と自施設での日ごろの活動や考えていることを重ね合わせて、話合いができることとよい。グループは話合いがしやすいメンバーになるような編成を工夫する。

その必要性について多くの意見があった中堅者の研修については、今後継続して検討する。

・参加看護職の意見と成果

これまで県内では、管理的立場にある保健師が集まる研修会の機会はなく、本取り組みが初めての機会となった。圏域ごとの研修会では、それぞれの市町村の現状を紹介しあった。その中で、各市町村でも他の市町村のような取り組みは必要だと気づく発言が聞かれた。また、時に、管理的立場の経験の長い保健師が、最近その立場になった保健師に助言する場面も見られた。圏域ごとの検討会は、日ごろ情報交換する機会がない管理的立場の保健師が情報交換を行う機会となり、相互研鑽の機会となった。

また、県内全域を担当とした管理者研修検討会では、圏域ごとの管理者研修検討会の意見交換内容を整理して、管理的立場の保健師に求められる能力や役割、人材育成についての取り組み、事業展開の考え方、管理者研修案を示したことにより、「自分の役割を確認した」「自分と同じ意見、納得できるといった意見が聞かれ、管理的立場の保健師としての役割を確認する機会となったことが確認できた。また、「統括保健師の役割を明確にしてほしい」「統括保健師として機能できるか不安である」など、統括保健師として役割を果たす必要性を感じていることが確認できた。さらに、これから管理的立場になる中堅保健師を育てる必要性、4、5年目以降の保健師の成長を支える現任教育が必要であることについても意見を共有することができた。

管理的立場の保健師の研修方法として、自身が行っていることを基に話し合いをしたいという意見が多く出されたことから、今回の取り組み自体がそのような機会であり、相互研鑽を意図した展開が実施できた。

また、これらの結果から、県内の管理的立場にある保健師の現状をふまえて、県として実施する管理者研修のプログラム素案を作成することができた。

・教員の自己点検評価

1．実践の場にと与えた影響

各保健師が自身の実践を語ることにより、自分自身の取り組みを再確認したり、それを共有することにより管理的立場にある保健師としての役割を確認することができた。検討会後に、自身の職場で復命する場面を職場内の保健師の研修会として設定したという実践に移した保健師がいたことも、教員が把握している。

本取り組みと並行して、共同研究において、保健師の現任教育体制の検討を実施しており、共同研究報告と討論の会での意見交換においても、中堅者、管理者が専門職として成長し続ける姿を若手保健師に示す必要性が話し合われ、本取り組みを今後、中堅者、管理者の研修として実現していく必要性を担当者間でより強く感じる場面があった。具体的な研修プログラム素案を作成できたので、平成25年度以降の実施につなげていく。

2．本学の教育・研究活動にと与えた影響

今年度の時点で直接、本学の教育・研究活動にと与えた影響は明らかではない。しかし、保健師の現任教育体制が整っていくことは、本学卒業者の卒後の支援につながるものであり、また、基礎教育としての到達レベルとその後さらに伸びていく部分を検討していく際に必要な検討事項となる。今回、県内の多くの管理的立場の保健師と意見交換を実施できたことは、本学と実践現場の関係づくりといった点からも意義があったと考える。

・今後の課題、発展の方向性

県保健医療課および岐阜保健所とは、保健師の現任教育、共同研究においてこれまで協働した取り組みを実施してきており、今回は、これまでの取り組みを基盤として協働することができ、実施にあたっての困難さはなかった。今回の取り組みを通して作成した保健師管理者研修プログラム素案を実施に移すことが次の課題である。さらに、今回、中堅者の研修の必要性について多くの意見が出されており、引き続き、保健師の現任教育体制の整備に協働して取り組んでいく必要がある。

また、まず、今回の取り組みの成果を県下の管理的立場にある保健師全体で共有する必要がある。そのため、今回参加していない管理的立場にある保健師の方たちに、今回の取り組みで出された意見を共有すること、また、参加された方たちにも検討会で出された意見を最終的にどのようにまとめ、プログラム素案を作成したかを報告するために、本報告書の内容と県内全体を対象とした管理者研修検討会で共有した資料を、県内全市町村および保健所に郵送する予定である。

**5) 実践現場における看護実践の改善・改革
を推進する看護研究の支援方法の開発**

・ 目的（本事業の必要性）

本学は現職看護職者が看護実践研究を通して、看護実践の改善・工夫・改革を行い、県民への健康ニーズに対応できる看護ケア・看護サービスが提供できるように、看護職者の生涯学習支援拠点としてその役割を担うことを明言し、多様な事業を企画している。しかし大学院博士前期課程志願者の減少による定員割れが近年発生していること、共同研究事業への参画看護職者も現状維持で新規事業参画者は少ない等の現状がある。一方、医療機関においては、看護職の現任教育として行われているラダーレベルの中に看護研究を入れたり、院内看護研究部門を設定したり、看護研究を推進する企画はされているが、実際に看護職者が積極的に看護研究を推進する行動がとられていない等の現状を聞くことも多い。現職看護職者からは、看護研究は看護実践活動とは別の取り組みであり、特別な学習過程であると認識され、取り組む時間と労力がないことが理由として挙げられている。

そこで、看護職者一人一人が看護実践研究の意義を認識して、継続的に看護実践の改善・工夫ができる研究への取り組み方を学修し、成果が得られる過程を大学教員として支援することが必要であると考えた。

本事業の目的は、日々の看護実践活動において職場単位に看護課題に研究的に取り組み、看護実践の改善・改革が推進できる体制づくりを支援し、その方法を開発すると共に、本学の生涯学習支援事業を活用して看護実践研究に取り組むことを支援することである。その結果として、本学と看護実践機関との連携を強め、県民の健康保持・増進に貢献することができると思う。

平成 24 年度は、以下の 2 点を目標として取り組む。岐阜県内の医療・保健・福祉機関が職場単位に看護実践の改善・改革をめざして行っている研究的取組の現状と課題を明らかにする。各職場における課題解決のための取り組み策を参加者が共に検討し、取り組みの振り返りを行うことを通じて、看護実践研究の特徴を理解できるような支援を行い、この過程を通じて支援方法を検討する。

・ 事業担当者

北山三津子（地域基礎看護学領域）、服部律子（育成期看護学領域）、奥村美奈子（成熟期看護学領域）、会田敬志、岩村龍子、丹菊友祐子（看護研究センター）、黒江ゆり子（学部長）、小西美智子（看護研究センター長）

・ 本事業で実施したこと

1．実施方法

研修会を 2 回実施した。

1) ねらい

1 回目は、各職場で、看護実践の改善・改革を研究的に進める場合に、研究推進を困難にしている課題を明確にすることをねらった。2 回目は、課題解決への対応策および取り組み方法を検討し、開始できるようにすることを目指した。

2) 対象

岐阜県内の医療・保健・福祉機関（総計 349 施設）の看護職者であり、後輩指導担当の看護職者・教育担当もしくは看護研究担当の師長等とし、1 施設 1～2 名とした。2 回参加することを原則としたが、1 回のみ参加も可能とした。対象選定および周知方法は、岐阜県医療整備課看護企画監および同保健医療課保健企画監の助言を得た。

3) 周知方法

病院については、県内全病院 104 施設を対象として、看護部長宛てに案内を送付した。保健所は、県内 7 施設の所長宛てに案内を送付した。市町村は、市町村保健活動連絡協議会の役員会で趣旨を説明し、送付方法を相談したうえで県内 42 市町村の首長宛てに案内を送付した。介護老人保健施設は、岐阜県老人保健施設協議会事務局から県内施設の名簿をいただき、県内 67 施設の看護師長宛てに案内を送付した。介護老人福祉施設は、岐阜県老人福祉施設協議会の協力を得て、県内 129 の特別養護老人ホームの施設長宛てに同協議会事務局から案内を送付していただいた。

2．実施内容および結果

1) 第 1 回研修会

(1) プログラム

9 月 26 日（木）13:00～15:30 に本学で実施した。プログラムは、表 1 に示すとおりである。

参加者間の意見交換を十分行うためにグループワークに多くの時間を充てた。本研修会の趣旨（表 2）を説明した後、実践現場における看護実践改善・改革を推進する看護研究の紹介を行い、実践現場における看護研究を推進する取り組みとその環境づくりの現状や課題を話し合うグループワークを実施した。5～6 名を 1 グループとし、各グループにファシリテーターとして教授 1 名が参加した。本事業メンバーでない教授 6 名の協力を得た。

表1 第1回研修会プログラム

13:00~13:15	あいさつ、研修会プログラムの説明
13:15~13:35	実践現場における看護実践改善・改革を推進する看護研究の紹介 退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた方策の検討 がん患者の在宅療養支援に携わる診療所看護師の看護充実に向けた取り組み
13:40~14:50	グループワーク テーマ：実践現場における看護研究を推進する取り組みとその環境づくりの現状や課題について
14:50~15:25	グループワークで学んだこと・気づいたことの報告
15:25~15:30	第2回研修会についての説明、アンケート用紙記入

表2 平成24年度研修会の趣旨

看護実践活動における課題を解決するためには、研究的な取り組みが必要であるといわれています。そこで本研修会は、看護職者一人ひとりが看護実践研究の意義を認識し、日頃の看護活動において、継続的に改善・改革を推進する研究的な取り組み方法とその環境づくりについて検討したいと思えます。

(2) 参加者の概要

37施設から52名の参加があった。37施設の内訳は、表3に示すとおりであり、病院が最も多く24施設(64.9%)、保健所・市町村8施設(21.6%)、介護老人保健・福祉施設5施設(13.5%)であった。施設種別にみた参加者数は表4に示すとおりであり、病院が最も多く37名(71.1%)、保健所・市町村8名(15.4%)、介護老人保健・福祉施設7名(13.5%)であった。参加者の職種別数は、看護師が最も多く38名(73.1%)、保健師8名(15.4%)、助産師2名(3.8%)、准看護師1名(1.9%)、記載なし3名(5.8%)であった。記載がなかった者は生活相談員等であった。

表3 施設種別数

施設種別	施設数(%)
病院	24(64.9)
保健所	3(8.1)
市町村	5(13.5)
介護老人保健施設	3(8.1)
介護老人福祉施設	2(5.4)
計	37(100.0)

表4 施設種別にみた参加者数

施設種別	人数(%)
病院	37(71.1)
保健所	3(5.8)
市町村	5(9.6)
介護老人保健施設	4(7.7)
介護老人福祉施設	3(5.8)
計	52(100.0)

(3) 参加者の意見・感想

参加者52名全員からアンケートを回収した。研修会の方法・内容については、十分満足および概ね満足は39名(75.0%)、どちらとも言えない10名(19.2%)、記載なし3名(5.8%)であった。十分満足および概ね満足と回答した者の意見では、「他施設の現状や、そこで働く看護師の考えなどを聴ける貴重な時間だった」「他施設との交流になるので継続してほしい」等のグループワークが有意義だったという意見が9件と多かった。他には、「看護実践研究についての課題を話し合ったが、どうすればよいかを次回にしてほしい」等今後の研修会への希望が3件あった。どちらとも言えないと回答した者の意見では、「現在行っている研究への具体的な助言を期待していた」「グループワークはあまり意味がない」という意見が各1件あった。看護実践研究について理解が深まったこと、今後取り組みたいことは表5に示すとおり、【実践研究の意義・目的に関する認識の深まり】【実践研究の方法に関する気づき】【研究的な取り組みの環境づくり】【他施設の研究に関する現状の理解】【研究に関わる課題】【実践研究への取り組みへの意欲】【学習への意欲・意思表示】等に分類された。

(4) グループワーク担当教員の意見

グループワーク担当教員12名中10名から意見・感想用紙を回収した。現場で看護実践研究を推進していくための課題は、表6のとおり、<時間や費用の保障がない><講師による研究指導が上手く機能しない>等の【研究に取り組む環境・体制上の課題】、<看護実践研究の意義や方法、成果が理解されていない><研究したことによる成果や達成感がない>等の【看護実践研究の意義や方法の理解不足】、他には【研究へのマイナスイメージから主体的に取り組めない】【看護研究の指導者の育成】【看

護研究への関心不足】であった。これらは、グループワークに教員が参加して捉えた課題であった。

表5 看護実践研究について理解が深まったこと、今後取り組みたいこと

N = 52

カテゴリー	小カテゴリー	記載内容
実践研究の意義・目的に関する認識の深まり	看護実践での疑問や課題を取り上げて看護の改善につなげる	感覚的に捉えた“何か”を具体化していくことが研究につながるということ、また、それによって仕事の効率化を図ることができることを学んだ。
		研究の必要性を改めて実感することができました。時間がなくても、問題になっていることを改めて見つめ直し、少しでも改善できるよう取り組みたいと思います。
		研究は形にすることではなく、実践に結びつけることである。
		看護実践研究とは何かという意味の理解ができた。現場で疑問や問題に思った事を研究のテーマにしその結果看護実践の改善・改革につなげることが大切と実感できた。
		日々の疑問からテーマを絞り出していくと取り組みやすい。研究機関は1年では短い。2年くらいかけて取り組み、結果が現場に活かせるようにしたい。
	身近なものから研究に取り組む大切さ	
実践研究の方法に関する気づき	課題を改善しつつシステムを構築する	看護実践研究とは現場の課題を改善しつつシステムを構築していくことかと思いました。システム構築には、実践と改善を繰り返し、現場が使いやすいものを作り上げていくために長期間取り組まなければならないと思いました。
	課題を部署全体で共有し同じ方向に進むようにする	課題を明確にすること、担当者間で共有し(関係する他部署・他職種とも)、何に照準を合わせて仕事をするべきかが統一され実践されることで、成果が見出されるということに気付くことができました。
		看護研究は実践に活かし、看護の質を高めるために行うもので、1人でやっても自己満足に終わることが多くなるので、みんなを巻き込んで情報を共有することが大切であることが理解できた。看護の質を上げるためには、日々の業務の中の問題意識をもって実践にあたる必要があるのでは…。
		個人の疑問や問題に思うことが、本当に部署の看護を実践するのに問題なのか。部署全体で共有し、研究に取り組む。実践に活かせるものとして行くことが大切だと理解できた。
	自分が問題と思ったことが、他の職種も問題と感じているのか、職種が違えば視点も違うため、出し合うことから始め、共通の理解を持って取り組めると良いと感じました。全体で取り組むという意識を皆が持たないと意味がないため、職場の中で意見を出し合い、同じ方向へ進むための確認が必要。住みやすい地域づくりをするために、何が必要か、研究ができると良いと思いました。	
	日頃の業務での「なぜ」「あれっ?」と感じたことを起点とする	しっかり取り組めていないのが現状で、研究に至っていません。今回の研修会に参加して、日頃の業務の中でなぜ?と思うことが大切だと感じました。 看護実践研究というだけで堅苦しくなり手につけられない、やりたくないという現状をもう少し楽な気持ちで「あれっ?」と思ったことをどうしたら改善できるか話し合いに変えていったらそれが研究になるのではないかと、これを簡単な取り組みにしていけたらと思います。
看護実践研究の視点をもって日頃の活動を推進する	保健師は日々課題を抽出し、改善に向けた方策を検討し実践していますので、看護実践研究という視点を持って推進していくことで、看護研究になりうるのではないかと感じました。	
研究的な取り組みの環境づくり	師長の役割を考え直したい	研究における師長の役割は、研究過程の指導ではなくサポーター役であってもよい。その位置づけで考え直してみたい。また、全ての人が研究にポジティブに取り組めなくてもよい、意欲ある人が取り組みばよいという考え方で推進したい。
	研究指導者・支援者の育成	研究の指導者の育成と、研究をする環境作りが必要と感じた。
		研究を企画する際の、指導者の育成、院内での育成研修が必要だと考えました。
		研究指導者を育てるための取り組み
		現状は皆同じだったと思います。支援者・アドバイザーの教育が必要!
	研究を進める体制づくり・環境づくり	看護研究支援者としてやりたいことを支援することが大切である。
		指導者育成・サポートが必要
		今日得た意見を参考に、現在の体制を見直してみたいと思います。
実践研究の種はあるが、それを研究へつなげていくための支援体制をどのように整えていくのかのヒントを得ることができた。		
教育委員会として強制ではなく主体的に進めていけるための環境作りから始めたい。		
研究をする環境を整える。		
教育委員として研究に対する年間計画を立て、サポートできるシステムづくりに取り組みたい。		

表5 看護実践研究について理解が深まったこと、今後取り組みたいこと(つづき)

カテゴリ	小カテゴリ	記載内容
他施設の研究に関する現状の理解	どこの施設も同様な問題を抱えていることが分かった	看護研究について、どの施設においても悩んでいることは同じだということが分かった。
		どの病院も施設も同じような悩みがあり、進めたい人とそうでない人がいるため、十分に進んでいけないことが分かりました。ただ、看護実践研究について、分かりやすかったです。
		どこも同じような悩みを抱えており、安心すると同時にまた少し前に進んでみようという気持ちがありました。
		どこも同じ様な問題を抱えていることが分かった。自施設での課題も明らかになった。
		他施設も同じ様な課題を持っていることが理解できた。
		どの施設でも苦労していることは同じのようでした。指導者として自分の勉強が必要です。
		どこの施設も同じ様な課題を持っている。研究をしようとする人たちの支援(指導・教育)者の能力の向上や研究をするための時間や費用の負担も考えていく必要がある。
		どの病院も同じ様な課題を持っているが、毎年看護研究に頑張っており取り組んでいることが分かった。
	どこの施設も人選が大変で、選ばれた人の負担・時間外で行っている現状が分かりました。そして指導者がいないことも。	
	他施設の現状や取り組みを知ることができた	他施設の取り組み・成果現状がよく分かった。また、課題についても様々な意見が分かり、色々な問題があることが分かった。
		施設に応じて指導をする側、体制、色々な問題があり、各施設の頑張っているところなど、よい意見がもらえました。
		看護研究委員の他施設の関わり方など聞くことができ、みんなが同じ悩みをもっていると思った。自分自身のモチベーションが上がった。
		色々な施設での取り組みや、問題点を知ることができました。病棟に戻って、報告し研究が身近なものとなるよう考えてみたいです。
		他施設の看護研究に関する現状を話し合えたことは良かった。
		グループワークを通して、他施設の取り組みを知ることができた。
各施設での取り組みや現状を知ることができたのでよかったです。今の問題点を一個ずつ解決していけるよう参考にしたいです。		
グループワークでは、他施設の方々の意見・現状を聞くことができ、たくさんの気づきをもつことができました。		
他の施設の所から教えて頂いて研究の議題や研修のやり方をぜひ持ち帰り、実際に活かしていきたいと思います。		
研究に関わる課題	保健師の研究への取り組みが当たり前になるとよい	保健師レベルと看護師レベルの大きな差を感じました。保健師は、なかなか研究というものが浸透していません。もっとうまく活用していけたら...と思うのですが、なかなかそこまでもいけないのが現状です。もう少し取り組むのが当たり前になるといいですね。
	やってよかったと思えるように支援したい	研究のメンバーにやってよかったと思ってもらうためには、どうすればいいのか？どのようなシステムを作っていけばいいのか？常に悩んでいます。
	やらされ感のないようにしたい	他施設が皆研究をやられているのを聞いて、自分の施設でもやるようにしなくてはと思った。しかしどうやってみんなにやらせてる感がなく、できるのが難しいと思いました。
実践研究の取り組みへの意欲	実践研究の取り組み方法を検討したい	看護実践研究の取り組み方法について、今後検討していきたい。
		看護実践研究は業務改善などその過程、取り組むことで「利用者(入所者)にどのような益をもたらすのか」をこれから取り組んでいこうと思えてきました。しかしどう取り組めばいいのか悩むところです。

表5 看護実践研究について理解が深まったこと、今後取り組みたいこと(つづき)

カテゴリ	小カテゴリ	記載内容
学習への意欲・意思表示	自分自身の学習を深めたい	今後、指導者となるためだけでなく、私自身もっと勉強したいと思いました。 自分の学習を深めていくことが大切。
	研究を進めるために自身のスキルアップをしたい	課題の明確な改善方法をすぐには見出すのはむずかしいですが、学長さんのお話では逆に研究と固く考えず、日常行なっていることを結果にこだわらず、形に表す事でいいと気持ちは楽になりました。しかし、それをどうひるいあげ、テーマとし共同して行っていくかは、自分のスキルアップに左右される結果ではあるので、学びを深めていきたいと思いました。
	研究の取り組み方法について知りたい	意欲的に看護研究に取り組む方法など知りたい。
	研究に対する自分の意識を変えたい	まずは自分の中の研究に対する意識を変えていきたいと思います。研究とは何ぞや、文献検索の方法・知識を深めるなど、自分でできることをすすめていきたいと思います。
	研究指導のために学びたい	スタッフが楽しんで研究に取り組めるように指導・サポートできる立場になれるよう、頑張っていけるよう学んでいきたいと思います。
その他	日常業務を振り返る機会となった	日常の業務を振り返るよい機会となりました。
	今後のケア向上に努めたい	看護の改善は利用者の益につながる。日頃のケアをもう少しよくすると利用者のレベルが向上する。今行っているケアをもう少しよくするにはどうしたらよいかと教えて頂き理解できました。今回の研修会を当施設の今後のケアの向上に努めたいと思います。
	市町村の保健師と話し合う機会をもちたい	市長村の保健師さんと話し合う機会をもっと持ちたい。
	仲間と楽しんでできるようにしたい	看護実践を改善するために研究はあるべきですが、それよりもまず研究というものがなかなか浸透しないことがやはり問題ということが分かった気がする。自分が病棟で取り組んでいる研究が仲間と楽しんでできるようにしたい。

表6 現場で看護実践研究を推進していくための課題

N=10

カテゴリ	小カテゴリ
研究に取り組む環境・体制上の課題	時間や費用の保障がない
	時間や費用、指導者・助言者がいない
	研究にじっくり取り組める環境がない
	講師による研究指導がうまく機能していない
	単年度の取り組み体制のため成果の確認や実践の改善につなげるところまで至らない
部署全体の取り組みになっていない	
看護研究の指導者の育成	看護研究を指導できる師長等指導者の育成
看護研究への関心不足	多忙等により看護研究に関心がない
	研究になじみがない
	日々の仕事に追われ研究のテーマや仕事への疑問が出にくい
看護実践研究の意義や方法の理解不足	看護実践研究の意義や方法、成果が理解されていない
	看護研究の指導を担う看護職が看護研究の目的を理解できていない
	研究したことによる成果や達成感がない
研究へのマイナスイメージから主体的に取り組めない	研究への負担感等マイナスイメージや構えがあり主体的に取り組めない
	施設の教育体制の中で仕方なく研究に取り組む仕組みになっている

2) 第2回研修会

(1) プログラム

1月30日(水)13:00~15:30に本学で実施した。プログラムは、表7に示すとおりである。1回目同様、参加者間の意見交換を十分行うためにグループワークに多くの時間を充てた。グループワークのテーマは、実践現場の改善・改革に向けた研究的取り組みを困難にしている課題を解決する方法とした。第1回研修会終了時に配布した「所属施設・機関の課題」「所属施設・機関において看護実践研究を推進するための取り組みについて」を整理する用紙を持参してもらい、それをグループ内で報告し合っって討議を進めてもらった。グループ編成および担当教員は、原則的に第1回研修会と同様とした。グループワーク担当教員は、本事業担当教員の他、教授4名、准教授1名の協力を得た。

表7 第2回研修会プログラム

13:00~13:15	あいさつ、研修会プログラムの説明
13:15~14:30	グループワーク テーマ：実践現場の改善・改革に向けた研究的取り組みを困難にしている課題を解決する方法について
14:30~14:50	個人ワーク グループワークをもとに、次年度どのように取り組むかを所定の用紙に整理する。記録用紙は各自持ち帰り、次年度の取り組みに活用する。
14:50~15:20	個人ワークの内容をグループ内で発表
15:20~15:30	まとめ、アンケート用紙記入

(2) 参加者の概要

28施設から41名の参加があった。28施設の内訳は表8に示すとおりであり、病院が最も多く18施設(64.3%)、保健所・市町村7施設(25.0%)、介護老人保健・福祉施設3施設(10.7%)であった。施設種別に応じた参加者数は表9に示すとおりであり、病院が最も多く25名(61.0%)、保健所・市町村7名(17.1%)、介護老人保健・福祉施設4名(9.7%)であった。参加者の職種別数は、看護師が最も多く31名(70.5%)、保健師8名(18.2%)、助産師2名(4.5%)、准看護師2名(4.5%)、その他1名(2.3%)であった。その他は生活相談員であった。

表8 施設種別数

施設種別	施設数(%)
病院	18(64.3)
保健所	2(7.1)
市町村	5(17.9)
介護老人保健施設	1(3.6)
介護老人福祉施設	2(7.1)
計	28(100.0)

表9 施設種別に応じた参加者数

施設種別	人数(%)
病院	25(61.0)
保健所	2(4.9)
市町村	5(12.2)
介護老人保健施設	1(2.4)
介護老人福祉施設	3(7.3)
記載なし	5(12.2)
計	41(100.0)

(3) 参加者の意見・感想

参加者41名全員からアンケートを回収した。

研修会の方法・内容については、十分満足および概ね満足は36名(87.8%)、どちらとも言えない5名(12.2%)であった。第1回研修会に比して、十分満足および概ね満足と回答した者の割合は高かった。この群の意見では、「他施設や教員との意見交換や話を聞いてよかった」「来年もやってほしい」「ファシリテーターからの助言がよかった」「仕事の調整をするうえで開始時間を遅くしてほしい」等の今後の研修への希望が7件と多かった。他には、「有意義な会であった」「研究指導に関わる際の留意点など教員の助言を得ることができた」等有意義であったという意見が6件あった。

実践現場の改善・改革に向けた研究的取り組みを推進するために今後取り組みたいことは、表10に示すとおり、<日頃疑問に感じたことをテーマにする><課題を明確することを支援する><課題を整理して共有し、解決方法を話し合い取り組む>等の【研究のプロセスを進展させるための支援】、<組織的に研究に取り組むために支援体制・環境づくりを行う><研究指導者を育成する><委員会活動で研究を取り上げる>等の【研究環境の整備・支援体制作り】、<研究的取り組みがしやすい風土づくり><研究イメージを楽しいものに変える>等の【研究に関するスタッフの認識の向上・組織風土づくり】、【大学の研究支援事業の活用】等に分類された。

(4) グループワーク担当教員の意見・感想

グループワーク担当教員12名中10名から意見・感想用紙を回収した。グループ討議の状況やグループ討議の進行で困ったことは、<活発に意見交換されたことなどにより困ることはなかった>8件、<各施設の課題や取り組みの現状について共有できた>3件、<事前レポートに実践上の課題が書かれていたため、それをもとに具体的な取り組みを話し合った><事前レポートは活用できなかった>が各1件であった。

グループワークで助言したことは、<日頃の業務改善を研究的な取り組みにしていくとよい><課題を明らかにし、スタッフ間で共有することが大事である>等の【研究への取り組み方】、<主体性を尊重するため、支援者は研究者の問題意識とその根拠となる事象の理解に努める><スタッフの看護実践の工夫を研究発表につなげる>等の【研究活動への主体性や意欲を高める支援のあり方】、<大学

表 10 実践現場の改善・改革に向けた研究的取組みを推進するために今後取り組みたいこと N=41

カテゴリ	小カテゴリ	記載内容
研究のプロセスを進展させるための支援	日頃疑問に感じたことをテーマにする	スタッフが納得した看護・介護を行うため、身近で疑問に感じたことを研究テーマにして取り組むように支援していきたい。 日常生活の中の「あれっ?」「どうして?」と思った内容を見落とさず、テーマにできたら...!!と思います。
	課題を明確にすることを支援する	課題みつけを支援。
		各自が業務においてどのような課題を解決したいと考えているかヒアリングをする。 まずテーマの決定についてスタッフに言葉をかけていきたい。
	課題を整理して共有し、解決方法を話し合い取り組む	現場を改善しなければいけない事を明確にする。 研究することになれば計画を立て、意識的に取り組む。
		業務担当ごとの話し合いで研究課題を明確にし、課の取り組みに明記する。
		他職種との連携やレベルアップに向けた課題を出し合い、お互いに取り組めるよう、意識を統一してやってみたいと思う
		時間をとって全体で研究に向けて話し合っていきたい。
		事業や市の中での課題の整理 その解決について話し合う時間を作っていく。
		係で課題を共有し合うこと。こういったことを意識的に行うことが大切だと思いました。研究に関心ができました。
	研究するために必要な具体的な方法を教える	日々の業務に追われ、なかなか振り返ることが難しい。しかし個々の力や全体の力を底上げするためには疑問を持ち、それに対しどう取り組むのかを考えていくことは必要かと思う。また、どこを問題にし、どこに向かっていくのかを明確にすることで、必要な課題の方向性を見極めることができると感じた。
		市全体として一つの事業の方向性を示していくためには一つ一つの地区についてどのようなニーズがあるのかを丁寧に見ていくことから始めることで、課題も整理されていくことに気づきました。そしてまとめたことを皆（職場）に伝え、共有を図ることはチームで仕事をする上で重要なことであることを認識しました。同職種間での共有を図り、職種の違う人へも発信していくことが改革につながるのではと感じました。
	研究するために必要な具体的な方法を教える	パワーポイント・文書の作成等でサポートしていきたい。
文献に触れさせる機会を持たせるような教育を行う。		
スタッフが興味関心を持ち主体的に取り組めるようにする	自らの気づきで始めた場合は主体的に取り組めるための気づきを導きだし、それに取り組むときに引き出せる関わりをしていきたい。	
	研究への興味をスタッフに持たせること。	
	スタッフを観察し興味のあることや得意分野を引き出してみる。 スタッフのモチベーションを上げるよう行動する。	
研究を負担に感じないようにする	研究担当者が負担感を持たないようなバックアップ体制に支援方法を工夫していきたい。	
	研究をやらされている感、負担感を軽減することが必要。	

表 10 実践現場の改善・改革に向けた研究的取組みを推進するために今後取り組みたいこと(つづき)

カテゴリ	小カテゴリ	記載内容
研究環境の整備・支援体制作り	組織的に研究に取り組むために支援体制・環境づくりを行う	院外講師の支援も並行して受けながら、研究の支援体制の充実を図りたい。
		研究の目的をしっかりと把握してもらい、組織で取り組める環境を提供していきたい。
		病院全体の組織が少しずつでも研究をやりやすい環境づくりに取り組むこと。
		看護研究が取り組みやすい支援(時間内作業)
		研究チームだけでなく病棟全体で取り組む姿勢・環境を作る。
		勤務時間内に研究に取り組む時間を確保できる体制作れるよう、総師長に働きかける。
		研究支援システムの改善を行う。
		研究支援体制整備
	研究指導者を育成する	院内で支援する人を育てる。
		実践者の育成 院内の研修見直し、マニュアル等の作成。
		指導者の育成。
		各部署の中で研究的視点で実践できる指導者を育成する。
		指導者・支援者の育成の検討。
	院内での支援者研修を提案してみたいと思う。	
	委員会活動で研究を取り上げる	研究とは新しくやり始めたことをまとめること。部署、委員会などで各一つづつまとめてみることを教育委員会に提案する。
病院内で研究に関する委員会の設立活動。		
勉強会を実施する	勉強会の実施...形だけでなく意味のあるもの	
	職場において月1回保健師が集まり勉強会を行っています。自分の業務において自分が皆と共有したいことを話し、仲間から「保健師として目指していくところはここだね」という感想を多くもらい、自分の業務への意欲が湧きました。今後もこのような機会を続けていくことで、職場のモチベーションが上がり、共通認識を持って、研究的な取り組みへと発展させていけるのではないかと思います。	
	保健師間での研究的取り組みに対する理解を深めるための学習機会を作る。	
研究に関する看護スタッフの認識の向上・組織風土づくり	研究的取り組みがしやすい風土づくり	研究の風土を作る 先輩の姿を見せる。
		専門職として学び続けることは必要という認識をスタッフに伝える。
		研究を身近なものにできるような支援。
	研究イメージを楽しいものに変える	研究のイメージを楽しいものにしていきたい。
		楽しく研究を進めるように努めていきたいと思う。
看護スタッフが研究的視点をもてるようにする	本日の結果を活かして、現場を改善していきたいです。研究的視点で業務に取り組んでいけるようにしたい。	
	新人から研究的視点を持った教育が必要。	
	日常の問題点が研究的視点で考えられるようサポートを考える。	
スタッフ全体に働きかける	全スタッフにも協力・助言してもらえるよう働きかける。	
	研究希望者が増えるような働きかけ。	
大学の研究支援事業の活用	大学の研究支援事業を紹介する	支援事業を教えていきたい。
		研究支援、利用について情報提供や推進をしていく。

表 10 実践現場の改善・改革に向けた研究的取組みを推進するために今後取り組みたいこと(つづき)

カテゴリ	記載内容
その他取り組みに関する意見	研究期間の検討
	管理者側の意識改革
	拒否反応を持つのでなく、できることを探してみたいと思う。
	レベルアップ
	看護研究支援者に求められる能力について
	科学的研究ではなく、看護実践研究を進めていければよいと思う。
	指導者と研究する側とのコミュニケーションを深め、思いが近づけるようにする。
	自分の施設での問題がはっきりしたので、一つ一つの改善に向けて働きかけていきたいと思う。
	一人では解決できないので他の施設の取り組みを自分の施設で紹介していきます。
グループワークで得たことを活かしていきたいと思います。	
他者の意見も参考にして、前向きに取り組みたい。	
研修の感想	どの施設も工夫して取り組んでいることが分かった。
大学への要望	他病院がどのように研究を進めているのか具体的に知りたいです。
	研究のサポートのため研究の初心者向けの勉強会などを開催してほしい。
	研究発表のある大会などの紹介をしてほしい。
	看護発表会のお知らせがあると、それを参考にして今後につなげていけると思う。

の研究支援や図書館の活用 > < 共同研究報告と討論の会の活用 > 等の【研究のための資源の活用】等であった。

研修への意見・感想は 8 名から回答があり、< グループワークがよかった > 3 件、< 研究に対するイメージを変えることができた > 2 件、< 看護実践研究について理解が深まった > 2 件等であった。

次年度の研修会への意見は 4 名から回答があり、< 研究的な取り組みの展開について検討する機会にするとよい > 3 件、< 今年度と同様の内容を 2・3 年継続するとよい > 1 件等であった。

3) 研修会の参加施設数・参加者数

参加者の所属施設数は、2 回の研修会を通じて総計 37 (100.0%) 施設であり、その内訳は、病院 24 (64.9%)、保健所 3 (8.1%)、市町村 5 (13.5%)、介護老人保健施設 3 (8.1%)、介護老人福祉施設 2 (5.4%) であった。

2 回の研修会の参加状況は、表 11 に示すとおり、参加者総数は 57 名 (100.0%) であり、2 回とも参加したのは 37 名 (64.9%)、1 回のみの参加は 20 名 (35.1%) であった。

表 11 施設種別・参加回数別人数

施設種別	2 回参加者 (%)	1 回のみの参加者 (%)	合計 (%)
病院	27	14	41
保健所	2	1	3
市町村	4	2	6
介護老人保健施設	1	3	4
介護老人福祉施設	3	0	3
計	37 (64.9)	20 (35.1)	57 (100.0)

・ 教員の自己点検評価

1. 実践の場にと与えた影響

第 1 回研修会の参加者の意見・感想および第 2 回研修会のグループワークにおける参加者の意見には、看護ケアの改善への取り組みは、まさに看護実践研究であることに気づいた、研究についてのイメージが変化した、研究が身近に感じられるようになった等との発言があり、看護実践研究の理解が深まると共に、参加者が職場において、研究的な取り組みを推進する意欲が高まってきていることがわかった。また、他施設においても同様の課題があることを認識し、施設を超えて討議することの意

義が表明されていた。

2. 本事業を通して捉えた看護職の生涯学習ニーズ

参加者は、看護研究の意義・必要性については理解を深めることになったが、各職場において、看護師長や主任等として研究活動を推進していくには、多様な課題があり、推進するには困難もあることがわかった。そのため、研究活動を推進するための具体的な方法を創ったり、研究環境づくりの工夫を継続できることが課題であると考えた。

看護職が、看護実践を基盤とした研究のあり方についての認識を高め、研究方法を深めることができれば、研究活動の幅が広がるので、看護実践の現状把握のための質的データの分析にかかわる知識を深めることが必要であると考えた。

3. 本事業は看護職の生涯学習ニーズに即しているか

第2回研修会の参加者の意見では、各職場で研究的な取り組みを推進するために今後取り組みたいことが具体的に挙がっているので、本研修は、取り組みのきっかけづくりになったと考えられる。また、他施設の参加者との看護研究の推進に関する情報交換や意見交換が参考になった、グループワークに参加した教員からの助言が勉強になった等の意見が多かったため、グループワーク中心の研修方法が効果的であったと考えられる。

また、第1回研修会の参加者の意見では、看護実践の改善・改革を推進するには、看護研究が必要であることや、部署全体で課題を共有し同じ方向に進むようにすることが大切である等の気づきが表現されていた。これは、共同研究等の看護研究例を紹介したことやそれがきっかけになってグループワークで教員が説明したことが影響していると考えられる。

以上のことから、本事業は、上記2に示す看護職者の生涯学習ニーズに即していると考えられる。

4. 本学の教育・研究活動に与えた影響

本事業は、開始初年度であり、現時点では明らかな影響はない。しかし、参加者が各職場における看護研究の取り組みの現状を共有し検討することや、看護研究の意義・方法を理解することは、看護実践の改善・改革につながると推測できるので、来年度も継続して取り組み、看護研究の推進・発展のための支援方法を追究する。

. 今後の課題、発展の方向性

1. 本事業を実施する上で困難な点

2回の研修会に両方とも参加することが望ましいが、実際は2回とも参加した者は37名(64.9%)と約3分の2であった。仕事の都合等により、全員が2回参加することは、現実的には困難である。事前にグループ編成をしても、当日欠席となる場合もあり、直前の人数調整が必要となる。

2. 本事業の解決すべき課題

事業を続けていくと、これから看護研究に取り組もうと初めて研修会に参加する人と過去の研修会に参加して現場で研究に取り組んでいる人が混在してくる可能性があり、ニーズが異なる参加者に対してどう対応していくかという点が課題になる。

また、参加する看護職者と教育を担当する組織との連携をどのようにとるかが課題である。

3. 今後どのように発展させたいか、発展させるために考えている方法は何か

研修を案内した県内の医療・保健・福祉施設349施設のうち、参加したのは37施設と約10分の1であった。当面は、今年度同様、後輩指導担当の看護職者・教育担当者もしくは看護研究担当の師長等を対象として、参加者の拡大を行う。新規参加者を確保するためには、次年度の開催案内を送付する際に、今年度の研修会の様子、参加者の反応などを紹介するチラシを作成し同封する。

今後も看護実践研究への取り組みの普及と定着化を継続するが、平成24・25年度の参加者には、さらにその先の研修会が必要になると思われる。

また、県内における本学の修士修了生が増えるに従って、看護実践研究の認識・方法が定着する可能性がさらに高まると思われる。本事業を数年続けて、現場に即した共同研究および交流集会での発表の増加を期待したい。

**6) 利用者ニーズを基盤とした退院支援の
質向上に向けた看護職者への教育支援**

・目的

わが国では、急速な少子高齢化のなかで、医療制度改革により、在院日数の短縮化や、療養病床の再編やスリム化による病床数の削減、医療機関の機能分化と連携の推進などの政策がとられてきた。平成 24 年度の診療報酬改定の重点課題にも「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実」が掲げられ、医療サービス利用者の退院後の療養生活における安心・安全の保障のために、医療機関における退院支援の充実が求められている。そして、在院日数が短縮されたなかで利用者ニーズに対応するためには、退院支援に必要な知識・技術を修得し、多職種と連携・協働しながら支援方法を構築していく能力をもつ看護職者の人材育成が重要となる。

岐阜県においては、退院支援が看護の質向上のための重要課題として取り上げられ、県の健康福祉部医療整備課、県内 16 医療機関の退院調整看護師、県立看護大学教員が検討メンバーとなって、2004 年度から 2008 年度までの 5 年間「退院調整と地域連携推進事業」に取り組んだ。その中で 2006 年度から 2008 年度までの 3 年間は「退院調整看護師育成のための研修」が開催され、県内の 95 人の看護職者が参加した。全国的にみても、県の事業として実地研修を含めた研修を 3 年間継続して企画・開催してきた岐阜県は、退院支援推進における先駆的事例と捉えることができる。しかし、2009 年度以降は岐阜県においても退院支援の教育プログラムに基づく研修は開催されておらず、新たに利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成の方策を検討する必要がある。

そこで本事業では、県健康福祉部医療整備課の協力を得て、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援を推進し、人材育成の方策を追究する。具体的には県内の全看護職者への教育支援として、退院支援に関するワークショップを開催する。そして、二次医療圏（以下医療圏と示す）を、利用者の安心・安全な療養生活を保障するために多職種間の連携が可能な領域と捉え、モデル医療圏とする A 医療圏への個別職場訪問研修、ワークショップ研修を開催し、A 医療圏内の看護職者の退院支援ネットワークの構築を図ることを目指す。

・事業担当者

本事業は以下の担当で実施する。

担当教員 地域基礎看護学領域：藤澤まこと、黒江ゆり子、原田めぐみ、高橋智子

成熟期看護学領域：田村正枝

看護研究センター：丹菊友祐子

協働者 岐阜県健康福祉部医療整備課：岡田昌子、加藤直子

・実施方法

1. 大学でのワークショップ研修

1) 対象：県内 104 の医療機関の看護職者

2) 方法：県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、県健康福祉部医療整備課の協力を得て大学においてワークショップを開催する。

(1) 県内の全看護職者を対象とし、退院支援に関する知識の習得、先駆的取り組みの報告の機会を設ける。

(2) 医療圏ごとの看護職者によるグループワークを実施し、医療圏内での退院支援における情報交換・意見交換の機会を設け、ネットワーク構築に向け検討を行う。

2. 個別職場訪問研修（A 医療圏の看護職者へのインタビュー調査）

1) 対象：A 医療圏（飛騨医療圏）をモデル医療圏に設定し、医療圏内の基幹となる医療機関 8 施設の退院支援担当の看護職者を対象とし、医療圏内の退院支援の質向上、ネットワーク構築を目指す。

2) 方法：A 医療圏内の基幹となる医療機関 8 施設を対象に個別職場訪問研修を行い、当該医療機関の退院支援担当の看護職者より自施設の退院支援の現状・課題を聴き取る。聴き取り内容は、(1) 医療機関の概要、(2) 医療機関全体の退院支援体制の現状、(3) 自施設の医療サービス利用者の退院支援に関するニーズ（入院患者の特徴、患者・家族の退院に向けた希望）、(4) 退院支援に関する利用者ニーズへの対応、(5) 最近取り組んだ具体的な退院支援事例（独居、ターミナル、認知症、入院の長期化等）、(6) 今後の退院支援の充実に向けた取り組み、(7) 医療圏内の退院支援の充実に向けたネットワーク構築についての意見、(8) 退院支援研修プログラムについての意見であり、退院支援の充実に向けた今後の取り組みの方向性や他施設との医療圏内のネットネットワーク構築の可能性等を検討する。

3. A 医療圏におけるワークショップ研修

A 医療圏内の看護職者（看護師、保健師）を対象にワークショップ研修を開催する。

医療圏内の医療機関の看護師、訪問看護師、保健師等を対象に退院支援に関する小ワークショップを開催し、個別職場訪問研修での検討内容を共有し、医療圏内での退院支援のネットワーク構築に向けて検討する。

・結果

本報告書においては、大学でのワークショップ研修は研修内容の概要を示すこととし、主に個別職場訪問研修（A 医療圏内の看護職者へのインタビュー調査）、A 医療圏におけるワークショップ研修に焦点をあてて、以下に結果を報告する。

1. 大学でのワークショップ研修

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、県健康福祉部医療整備課の協力を得て大学において「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援」に関するワークショップを開催し、退院支援に関する知識の習得、先駆的取り組みの報告の機会を設けた。また、医療圏ごとの看護職者同士の意見交換の機会を設け、ネットワーク構築に向け検討を行った。

1) 対象：県内 104 の医療機関の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のワークショップへの参加を依頼し、看護職者 46 人の参加を得た。

2) 研修内容

(1)開催日時：2012 年 9 月 11 日(火)10 時 00 分～16 時 00 分

(2)開催場所：岐阜県立看護大学（講義室 105：講義、103・104：グループワーク）

(3)研修内容

講義

【講義 A「平成 24 年度介護報酬改訂について」】(60 分)

講師：岐阜県健康福祉部高齢福祉課介護事業者係 課長補佐兼係長

【講義 B「平成 24 年度介護報酬改訂、診療報酬改定を踏まえた取り組み報告-訪問看護師の立場より-】(45 分)

講師：いび訪問看護ステーション所長

【講義 C「平成 24 年度介護報酬改訂、診療報酬改定を踏まえた取り組み報告-退院調整看護師の立場より-】(45 分)

講師：岐阜県総合医療センター退院調整看護師

グループワーク

グループワークの時間を 70 分もち、「医療圏内での退院支援ネットワーク構築に向けて」をテーマとして、各メンバーの自施設の退院支援の現状・課題の報告をもとに、上記テーマについて検討を行った。

グループワークでの検討内容の共有

各グループでの検討内容を報告し、参加者全員で共有した。

3) 参加看護職者の反応・意見

参加した看護職者の反応・意見としては、各医療機関の退院支援の現状・課題を共有した後、院内の多職種間の連携、地域の専門職（訪問看護師、ケアマネジャー、在宅医等）との連携の必要性が話し合われていた。その中で病棟看護師による退院支援の充実が求められていた。

2. 個別職場訪問研修（A 医療圏内の看護職者へのインタビュー調査）

A 医療圏内の退院支援の質向上を目指し、医療圏内の医療機関 8 施設への個別職場訪問研修を実施した。

1) 対象：飛騨医療圏内の約 100 床以上の医療機関 8 施設（A～H）の退院支援を担っている看護職者を対象とした。対象の選定に関しては、当該医療機関の看護部長にインタビュー調査を依頼し、看護部長より紹介を受けた退院支援を担当する看護職者 11 人（1 医療機関 1～2 名）にインタビューを行った。

2) インタビュー調査の概要

2012 年 10 月 4 日～30 日の間に、A 医療圏内の医療機関 8 施設の看護職者 1～2 名（2 名の場合は同席して行った）に、教員 2 人による 60～90 分のインタビューを実施した。

インタビュー内容は、(1)医療機関の概要、(2)医療機関全体の退院支援体制の現状、(3)自施設の医療サービス利用者の退院支援に関するニーズ（入院患者の特徴、患者・家族の退院に向けた希望）、(4)退院支援に関する利用者ニーズへの対応、(5)最近取り組んだ具体的な退院支援事例（独居、ターミナル、認知症、入院の長期化等）、(6)今後の退院支援の充実に向けた取り組み、(7)医療圏内の退院支援の充実に向けたネットワーク構築についての意見、(8)退院支援研修プログラムについての意見として、半構成型インタビューを行った。インタビュー内容は逐語録を作成し、記載内容を文節に分けて要約し、要約内容を意味ごとに分類した。そのインタビュー調査結果は A 医療圏内のワークショップの際に資料として用いた。

3) インタビュー調査結果

上記インタビュー内容に沿って聴き取った看護職者へのインタビュー内容の分析結果を以下に示す。
(1)医療機関の概要

医療圏内でインタビュー対象となった8つの医療機関は、一般病床のみが3施設、一般病床と療養病床を併せ持つ施設は2施設、療養病床のみが1施設、精神科単科が2施設であり、詳細は表1に示す。

病床数は、100床未満が2施設、100～199床が2施設、200～299床が2施設、300～399床が2施設、400床以上が1施設であった。

看護配置は、一般病床では7対1が3施設、10対1が2施設、療養病床は20対1が2施設であった。精神科病棟では15対1が2施設等であった。

平均在院日数は、一般病床では14日以内が2施設、15～20日が3施設であった。療養病床では276日から483日と時期による変化が大きく、精神科では220日、440日であった(表1)。

表1 医療機関の概要

	A	B	C	D	E	F	G	H
病床数(床)	255	99 (一般:50 療養:49)	143 (認知:48 閉鎖開放:45 閉鎖・身体管理:50)	480(実働395)	307	100 (医療療養:40 介護療養:60)	311	91 (一般:58 療養:33)
看護配置	7対1	10対1	15対1	7対1	7対1	医療療養:20対1	15対1	一般:10対1 療養:20対1
平均在院日数(日)	13.7	20	全体:440.5 精神科:330.2 認知:967	12.4	15.1	今年度276日 (過去最長483日)	220	16.7
併設施設			デイケア グループホーム 心の相談センター (市からの委託)	介護老人施設、訪問看護 ステーション 居宅支援介 護事業所		通所リハビリテー ション	訪問看護ステーショ ン、居宅介護支援事 業所、ヘルパース テーション、介護老 人保健施設、デイケ アセンター、精神障 害者生活訓練施 設、地域活動支援 センター、福祉ホー ム	訪問看護ス テーション

(2)医療機関全体の退院支援体制の現状

8つの医療機関の退院支援体制の現状を以下の表2に示す。退院支援の部署が設置されているところは7施設、退院支援部署を設置していないところは1施設であった。そのうち、退院支援部署に看護職者が配置されているところは6施設であった。退院支援に関する委員会組織のある医療機関は3施設であった(表2)。

表2 医療機関全体の退院支援体制の現状

	A	B	C	D	E	F	G	H
退院支援部署(部門)	地域連携室	地域連携室	部署はない	平成24年4月より 医療社会事業部 の退院調整課	医療介護センター (地域連携室)	地域連携室	医療福祉相談室	地域連携室
部署(部門)の 担当職種(人)	看護師(1)MSW (1)	看護師(1) MSW(1)	PSW(4)	看護師(2) MSW(3)	看護師(1) 保健師 (1) MSW(1)	保健師(1)	PSW(3)	看護師(2)
部署(部門)の 位置づけ	診療部門	地域連携・相談 部門		医療社会事業部 門	看護部門	看護部門	診療部門	事務部門
部署(部門)の 開設年度	2003年(H15)	2012年(H24)		2008(H20)に退院 調整係を設立 2000年(H12)以前 に医療社会事業課 設立	1997(H9)在宅相談 室設立	2002年(H14)地域 連携室が開設	30年以上前	2006年(H18)
退院支援部署 (部門)の役割	病棟看護師と 協働で、退院に 向けた調整を 担う。今年度各 病棟の退院支 援フローチャ ートを考えている	病棟看護師と協 働で、退院に向 けた調整を担う。 今後スクリー ニングシートを活 用	看護師は入院 時から退院の ことを考えて かかわるが、 医師の方針に 左右される現 状がある	入院患者がスム ーズに退院でき ること、退院後、安心 して地域で生活で きるように支援をし ている	地域連携連絡会議 を企画・運営(年に3 回) 地域の医療機関、 施設の担当者も参 加し事例検討会、 学習会等を行う	入院調整と退院調 整(ベットコントロ ル) MSWがないので ソーシャルワーク 的なことも担う	入院患者、外来 患者の相談全般 を受ける。退院に 関しての連携をの 窓口になる。 退院前訪問を実 施	病棟看護師と協 働で、退院に向 けた調整を担う
退院支援に関 する委員会組 織	継続看護委員 会	委員会はない	委員会はない	病診連携も含めた 地域連携に関する 地域連携検討委 員会がある。	継続看護検討会	委員会はない	委員会はない (病棟に退院支援 担当者を2～3人 配置)	委員会はない

(3) 自施設の医療サービス利用者の退院支援に関するニーズ

医療サービス利用者の特徴

医療圏内の利用者の退院支援に関するニーズとして、看護職者に聴き取った医療機関の入院患者の特徴を分類し以下の表3 に示す。

入院患者の年齢は80歳代以上が多く、高齢化率は30%以上であった。また、入院患者は、当該医療圏内のみでなく東濃、中濃医療圏からも受け入れていた。入院患者の疾患は、脳神経疾患、心疾患、誤嚥性肺炎等が多く、精神科では認知症、統合失調症等の患者が多かった。家族背景は、高齢者世帯、独居者が多く、子供世帯が近隣に住む場合と、遠方に住む場合があった。介護状況は介護者が高齢である場合が多く、配偶者以外の家族に介護の協力が得られない状況もあった。患者の退院先は、在宅療養が5～6割の医療機関もあり、施設入所か在宅療養かの調整が難しいことも示された。入院期間は、内科病棟では2週間以内であり、患者・家族への教育が必要でも入院期間が延ばせない現状があった。精神科病棟では、30年以上の長期入院となる場合があるが急性期病棟は短期入院となり、院内で機能分化されていることが示された(表3)。

表3 - 利用者の退院支援に関するニーズ：入院患者の特徴

分類	小分類
入院患者の年齢	80歳代後半が多い 100歳に近い 80歳前後が多い 75歳以上の人数が増加
高齢化率	高齢化率が約30%
患者の居住地域	飛騨地域3市1村から受け入れる 主には飛騨地域から受け入れる 東濃地域から受け入れる 中濃地域から受け入れる 地域が違つと退院支援が難しい
入院患者の疾患	脳神経疾患により麻痺、嚥下障害がある 認知症と精神疾患、精神遅滞、統合失調症、うつ、人格障害がある 急性期(心疾患)誤嚥性肺炎が多い 神経内科疾患・外科疾患・緩和ケアも多い
医療依存度(療養病床の患者)	胃瘻・腸瘻・鼻腔栄養・喀痰吸引が必要・気管切開、尿道カテーテルを挿入中等、抗結核薬を服用中は常時1～2名、要介護度の平均が4.8
入院患者の受け入れ先	同市内の病院からの転院が多い 在宅からの入院もある
家族背景	老老介護・独居者が多い 高齢者世帯・子どもは遠方 高齢者世帯・子どもは別棟
介護者の状況	家族の介護力の問題で在宅に戻れない 家族の介護により在宅で十分暮らせる 高齢の介護者への療養指導が難しい 子どもが同居・近隣に居住するも働いており介護はできない 子どもが同敷地内に居住するが協力の予測が立たない 介護者が高齢で虚弱で看るのは難しい 高齢の配偶者が毎日通ってくる 90～100歳代を70歳代が看る
入院患者の退院先	在宅療養への移行が5割～6割 施設入所か在宅療養かの調整が難しい 療養病床へ入る前に施設入所か在宅療養か判断する 観光客が多いので、転院調整も必要 介護老人保健施設への入所が多い 在宅に戻る願望と難しい現状とのギャップに苦しむ 退院支援が必要なケースは約2割
入院期間(一般病棟)	内科では2週間以内で介護保険申請し退院する 再入院を繰り返さないための教育が必要だが入院期間は延ばさない 合併症を起こしやすリスクの高い患者は無理な退院はさせない
入院期間(精神科)	入院が30年以上の患者もいる 一番退院できるのは、急性期を受け入れる閉鎖病棟 開放病棟が一番退院できていない 病棟を機能的に分けたので長期入院・短期入院は病棟の特徴によって異なる
連携施設	市内には第三次救急医療の病院と第二次救急医療の病院があり後者が施設や精神科からの入院を受ける 後方病院や施設は常に満床状態なので入所先を探すのが大変

患者・家族の退院に向けた現状・希望

医療圏内の利用者の退院支援に関するニーズとして示された患者・家族の退院に向けた現状・希望を意味ごとに分類し、以下の表3に示す。なお以下【 】は分類を、 は小分類を示す。

患者の退院に向けた現状・希望は、【患者は自宅に帰りたい思いが強いが難しい状況がある】があり、家族の退院に向けた現状・希望は、【家族は施設入所待ちになると病院に任せきりになる】【最期まで病院で見て欲しいという家族が多い】【家族は施設入所までの限られた期間なら在宅で頑張れる】に分類された。また課題と捉えられる現状は、【在宅ではサービスを利用する人が多い】【入所施設が限られており施設入所も難しい】があり、6つに分類され、以下表3-に示す。

そして【患者は自宅に帰りたい思いが強いが難しい状況がある】には、患者自身はうちへ帰りたい気持ちが強いが家族は施設を希望する入院すると患者の居場所がなくなる等があった。【家族は施設入所待ちになると病院に任せきりになる】には、施設入所になると病院にお任せになる家族が多い家族に本人に関りを持ってもらうよう働きかけている等があった。【入所施設が限られており施設入所も難しい】には、入所施設が限られていて満床で入所できない冬は施設の短期入所が多くなり施設が受け入れなくなる等があった(表3)。

表3- 利用者の退院支援に関するニーズ：患者・家族の退院に向けた現状・希望

分類	小分類	要約例
患者は自宅に帰りたい思いが強いが難しい状況がある	患者自身はうちへ帰りたい気持ちが強いが家族は施設を希望する	患者自身はうちへ帰りたい気持ちの強い人が多いが、家族は困るため施設(を希望する)。実際は6割ぐらいが在宅へ行く。
	入院すると患者の居場所がなくなる	はじめ在宅を考えていても入院期間が少し長くなると患者の居場所がなくなる。
	患者は自宅へは帰りたいが子どもの家は行きたくない	同居していない人も多く、自分のうちへは帰りたいけれど子どものところへ行くのは嫌という。
	近隣の子もだけでは支援しきれない	一人暮らしを続けようとする際に、近くに娘がいても娘にも家庭があり支援しきれない。
	5割の患者は転院・施設入所となる	5割の人は施設あるいは他の病院へ行く。
家族は施設入所待ちになると病院に任せきりになる	施設入所になると病院にお任せになる家族が多い	家族にもよるが、施設入所となるとお任せになる人が多い。
	家族に本人に関りを持ってもらうよう働きかけている	ここ数年、退院支援のこういうのに参加してもらうようになってからは、衣類を季節ごとに入れ替えに来てもらうとか、お子遣いを渡すとか、なるべく家族に関わりをもってもらうことを心掛けている。ここ数年、だいぶ関わってもらえるようになった。
最期まで病院で見て欲しいという家族が多い	最期まで病院で見て欲しいという家族が多い	最期までここで見て欲しいという人が多い。
家族は施設入所までの限られた期間なら在宅で頑張れる	家族は施設に申請し入所待ちの間なら在宅で頑張れる	施設待ちで動きが取れず、施設に申込み、入所までの期間うちで頑張ってみようという人もいる。
在宅ではサービスを利用する人が多い	介護認定を受けて訪問介護、通所介護を利用する人が多い	たいていの人は介護認定を受けヘルパーに入ってもらったりデイサービスを利用しヘルパーに入ってもらうパターンが多い。
入所施設が限られており施設入所も難しい	入所施設が限られていて満床で入所できない	限られた施設しかなく高齢化率も高いため、必然的に満床状況となり入れない。
	冬は施設の短期入所が多くなり施設が受け入れなくなる	冬は短期入所の人が多く、施設の受け入れがストップし退院できなくなる。 施設は今この寒い時期に入ったため、年明けまで入れない。
	入所施設が多くない	施設が多くない。

(4)退院支援に関する利用者ニーズへの対応

医療圏内の利用者の退院支援に関するニーズへの対応として聴き取った内容を意味ごとに分類し、以下の表4に示す。

まず退院支援に関するニーズへの対応の中で、効果的な支援として、【患者・家族の希望に沿った説明・支援を行う】【入院中の安楽な生活・看取りへの支援を行う】【病棟看護師が在宅療養に向け介護力の判断を行う】【退院前カンファレンスを開催し家族の不安に対処する】【院内の多職種参加の定期的な退院支援カンファレンスを開催する】【退院支援事例を経験することにより病棟看護師の知識・意識の向上を目指す】【医師と協働し長期入院の患者への退院支援を促す】【退院支援部署担当者が病棟を担当して支援する】の8つに分類された。

そして【患者・家族の希望に沿った説明・支援を行う】には 情報提供をして家族の意思決定を促す 面談により退院に向けた方向性を決める 等があった。【入院中の安楽な生活・看取りへの支援を行う】では 落ち着いて入院療養できるようにする 家族が積極的な延命を望む場合は少なく患者が苦痛を感じずに、穏やかに過ごし旅立っていけるようなケアにシフトしてきた 等があった。【退院前カンファレンスを開催し家族の不安に対処する】では 退院前カンファレンスには患者・家族多職種が参加して退院後に向けた助言・退院日の決定を行う 入院中に容態が変わった人は必ず退院前カンファレンスを行う 等があった。【退院支援事例を経験することにより病棟看護師の知識・意識の向上を目指す】では 病棟看護師も面談に同席して話し合う 病棟看護師・ケアマネジャーが面談に参加することで入院前の生活状況が把握できる 等があった。【退院支援部署担当者が病棟を担当して支援する】では 退院調整係が意思決定支援から全て行う 病棟看護師に担当してもらいたい知識に個人差がある 等があった(表4-)。

表4- 退院支援に関する利用者ニーズへの対応(効果的な支援)

分類	小分類	要約例
患者・家族の希望に沿った説明・支援を行う	情報提供をして家族の意思決定を促す	まずは、情報提供。在宅や施設のそれぞれの現状や施設と介護紹介をするなど、いわゆる情報提供をしてその中でご家族に意思決定をして頂くということだが、ご家族の希望通りにはどうしても答えられない部分もあるので、説明してご理解いただくという形を取らざるをえない。
	面談により退院に向けた方向性を決める	面談では、1回目で家族が方向性をきっちり決められればそんなに面談はしないが、どうしても悩んでいる人は3回4回面談する。
	介護保険等のパンフレットを見せながらサービスについて説明する	(市の介護保険のパンフレットを)見せながら、こういう施設がありますよと説明しながらやっているが、ほんとに少ない。下呂の地域はまだいいが、白川とか神湊のような所へ行くと場所によっては、デイサービスしかない、往診が一切ないという、その医療のいる人は絶対に家におれんていうような状況がすごく多い。
	転院希望なら前方連携、在宅療養希望なら施設の希望の入所の方法、介護保険なども含めて説明する	症例によってどう対応していくかということになるが、転院希望時は急性期であれば病棟への前方連携、リハビリ病院や療養型であれば当科で対応する。在宅へ帰られる希望の患者には在宅に沿った対応をする。施設希望であれば希望の入所方法なども含めて介護保険の説明をすべて行っている。
	病棟看護師が患者の思いを代弁して施設がすぐに空かない場合の調整も含め家族とともに考えている	病棟看護師も意識は結構持っていて高まってきているような気がする。訪問看護研修で家を見てきたりして、この人は在宅では無理というのではなく、どういう形を整えれば家で看れるかと、病棟看護師は患者の思いをよく聞いている。家族は施設と言っているが、患者さんは強く帰りたいと思っている場合に、面談時に患者さんの思いを代弁している。施設も申し込むけどすぐには空かない場合は、調整するので家でということも考えていくという感じになる。
入院中の安楽な生活・看取りへの支援を行う	落ち着いて入院療養できるようにする	本人も家にいるのか病院にいるのかしっかり認識できているかどうか、配偶者が判断しにくいような状況で、そこまでして帰しても、病院は少しでも家に居る期間が安楽に過ごせるようにとということを考えると、数日間でも退院という形にしないと在宅では介護サービスが使えない。病院はその間部屋を空けるので収入が減る。家の人は大変な思いをする。お互いにメリットがないものを強行にやってもいいんじゃないかということや、そういう状態の人が少ない病院のため平成19年位からはあまりそこには力を入れずに、落ち着いて療養してもらおうということでここで看ている。
	家族が積極的な延命を望む場合は少なく患者が苦痛を感じずに、穏やかに過ごし旅立っていけるようなケアにシフトしてきた	最初の頃は急性期症状になった場合、急性期病棟に移って治療してもらったこともやっていた。しかし、もともと寝たきりの人が体力が落ちている状態で移ることは本人も大変であるし、家族も煩雑な手続きが発生する。薬剤を増やして看れる人に関しては見ていったほうがいいのではということで、長期になる人は増えてきている。後遺症がある人の家族が積極的な延命を望む場合は少ない、本人が苦痛を感じずに、穏やかに過ごして、穏やかに旅立っていければいいという思いの人が多いため、そういうところでこの病院がどう関わっていけるかという所にシフトしてきている。
	外泊・外出は高齢の家族の負担になる	盆とか正月とか外泊や外出を一時進めた時期があったが、高齢の方に負担になる。それをしないところ(病院)においてもらえないからというのが家族の本音もある。本人が家に帰りたい顔をされるなどいい面もあるが、見ていくのが大変だから預けたいという人で、仕方がないからと話すのが本当はどうかと聞くと負担になっているという意見が多かった。
	死亡退院数が年々増えている	死亡退院する患者の数は年々増えている。
	在宅に戻った患者もショートステイで毎月10日ほど入院する	在宅へ帰った人は6名いるが、そのうちの2人はしばらくは在宅だったがやはり大変だったため戻ってきて、すぐこちらにロングで入院された。一人の方はショートステイでこちらでつないでいる。(在宅へ一旦帰るのか)ショートステイは毎月10日くらい部屋を空けてあげ、残りの期間はお家で過ごすという感じである。
病棟看護師が在宅療養に向け介護力の判断を行う	病棟看護師は家族の介護力も的確に判断して在宅療養が可能か疑問視し、その判断する	現場のナースは現実をちゃんと見ている。だから本人が望んでいて家族も看ると言っている、実際現場では無理であると。どんなに頑張っても無理であると的確に見ており疑問視している。
	退院前カンファレンスを開催し家族の不安に対処する	退院することが決定したら、退院前カンファレンスにケアマネジャーや家族、福祉用具業者、デイサービス責任者などに来てもらい、PTや医師から注意事項を説明してもらい、師長から普通の生活の事項を話してもらおうという形をとり、そこで退院の日にちを決めている。本人も入るが、寝たきりの人は家族のみである。
	入院中に容態が変わった人は必ず退院前カンファレンスを行う	頻りに再入院する人はみんなもケアマネジャーもわかっているため、容態がひどく変わる。歩いてた人が車いすになったというような人に対しては必ずカンファレンスをしている。
退院前カンファレンスで退院に向けた指導の日程を決め家族の不安に対処する	カンファレンスに出た時に食事やおむつの介護などが必要だという問題が挙がってくるため、病棟に戻ってからいつに指導を行い、いつ家族を呼ぶか決める。	

表4 - 退院支援に関する利用者ニーズへの対応（効果的な支援）（つづき）

分類	小分類	要約例
院内の多職種参加の定期的な退院支援カンファレンスを開催する	毎週1回院長主催で院内の多職種参加の退院支援カンファレンスを開催する	医師に在宅へ帰って大丈夫ですかというのを投げかけてもらい、それに対しての対処をしていく。一般病棟まではここまでという風に。医師も積極的なので、退院支援のカンファレンスもスムーズにいく。
退院支援事例を経験することにより病棟看護師の知識・意識の向上を目指す	病棟看護師も面談に同席して話し合う	整形外科は手術後リハビリしてよくなれば退院とほぼ決まっている。その人が施設へ行きたいと話していたら連携室が相談に乗るといって、以前は連携室にほとんど丸投げ状態だった。今は病棟看護師も一緒に考え、一緒に面談に参加している。医師の意向も確認している。一緒に同席して話し合っている状態である。
	病棟看護師・ケアマネジャーが面談に参加することで入院前の生活状況が把握できる	病棟看護師が同席しているところにケアマネジャーにも参加してもらおうと、実際の外のサービスのことやケアマネジャーが家で見ていた状況も伝わる。
	在宅に向けた視点へと変化した	地域連携室にお任せという状況じゃなくなってからは、在宅に向けてどこを観察すればいいのかという視点が、変わってきているような気がする。
	事例を経験することで知識提供の学習会では学べない学びがある	介護保険の学習会などをして、学習会だけではやっぱり分からないものが得られる。実際の事例で経験しながらでないと、知識だけ入れてもわからない。介護保険の説明も早くからしてくれているが、説明が早すぎても駄目だということをも経験を通してわかってくる。
	外科系・ターミナルの患者の退院後の生活に向けて早く対応する	整形外科のリハビリ期間に本人のADLを見て変更した方がよいことが看護師がわかるようになってきている。外科系のターミナルは早く対応しなければならないので力をつけていきたい。
	緩和病棟では病棟看護師と訪問看護師と一緒に退院に向けて調整している	緩和病棟ができてからターミナル患者が増えた。緩和病棟では、落ち着いて痛みが緩和し、その人らしくいられるように家に帰りたいという希望があれば帰ってもらおうという理念である。このため、院内の訪問看護ステーションと退院支援の看護師と一緒に行き数日でもベッドを入れるなどの調整をして帰ってもらっている状況である。
医師と協働し長期入院の患者への退院支援を促す	主治医と相談しながら長期入院の患者の退院を促している	急性期病棟が満床な時、短期の入院の人でも空いている病棟へということで療養病棟にくる。また、長期入院で退院を促している人が3人いる。
退院支援部署担当者が病棟を担当して支援する	退院調整係が意思決定支援から全て行う	家族は迷ったまま退院調整係に紹介される。丸投げな状態である。医師が面談し、同席しても当然意思決定はできない。知識を何も持っていない家族が多々いるため、介護保険もことや在宅や施設のイメージ等を説明し、面談を何度も行うので時間がかかる。
	病棟看護師に担当してもらいたい知識に個人差がある	病棟看護師に、本来ならここまで説明するのではどうするか決めてほしいと伝えたいが相談を受けたり、どうしたいかと聞いたときに、病棟スタッフの知識がないと相談に乗れないという事実があるため個人差にもよる。
	退院調整係が病棟を担当して支援する	退院調整係としては職種関係なく、病棟制で行っている。5名で病棟割をしている。色々問題が多くて今後どうするかという状況である。
	MSW、ケアマネジャーに、ケア内容は病棟の看護師に聞くように促す	ケア内容はソーシャルワーカーでは答えられないだろうと思う。電子カルテを見て勉強しても答えなくて下さいと伝えられている。病棟看護師が答えるべきことは、病棟看護師に電話をつなぐように求めるようにしている。訪問に来るケアマネジャーにも病棟看護師に聞いてくださいと伝えられている。

次に、退院支援に関するニーズへの対応の中での課題として示された内容は、【医師との連携が難しい】【在宅往診医不足による在宅での看取りの難しさがある】【医療依存度が高い場合は施設入所も困難となる】【施設から入院する高齢者の退院が困難となる】の4つに分類された。

そして【医師との連携が難しい】には 早期より関わり退院に向けて支援したいが医師との連携が難しい 直接話ができない医師もいる 等があり、【医療依存度が高い場合施設入所も困難となる】には 胃瘻や鼻注の枠が決まっており施設に入れない 医療依存度が高い場合は療養病床が遠方の老健への入所に限られる 等が、【施設から入院する高齢者の退院が困難となる】には 施設から入院する高齢者は点滴が必要になると入所できなくなる 吸引が必要になると施設に戻れない 等があった（表4 - ）。

表4 - 退院支援に関する利用者ニーズへの対応（対応する上での課題）

分類	小分類	要約例
医師との連携が難しい	早期より関わり退院に向けて支援したいが医師との連携が難しい	看護師は入院してきたら早くから関わって退院させようという気持ちはあるが、医師との連携が難しい。
	直接話ができない医師もいる	退院のタイミングなど医師がどう考えるかわからないが、1年に何度も入退院を繰り返す。悪くなれば入院してもらい、良くなれば退院してもらおうという考えのため、うまくいかない。直接話ができない医師、どのように関わればよいかという医師もあり、家族の意見でダメだという医師もあり、色々な医師がいる。医師は常勤4人と非常勤3名。当直のみの医師が2名。常勤だけでは当直が機能しないため当直だけ担当する医師がいる。当直に来る医師はどこかほかの病院で勤務している状況である。医師との連携は難しい。
	医師間の統一も難しい	看護師は看護部長をトップに機能しているが、医師は違う。医師間の統一がなかなか難しい。
在宅往診医不足による在宅での看取りの難しさがある	訪問看護は充実してきたが在宅往診医が増えないと在宅での看取りは難しい	高齢者が増加し、どこまで積極的に治療をするのか、在宅の往診医が増えないと看取る場所が入院しなくなり大変である。訪問看護は、けっこう充実してきたし、ヘルパーもある程度対応できるようにはなっている。

表4 - 退院支援に関する利用者ニーズへの対応（対応する上での課題）（つづき）

分類	小分類	要約例
医療依存度が高い場合は施設入所も困難となる	胃瘻や鼻注の枠が決まっており施設に入れない	胃瘻造設者は何人など枠が決まっており、鼻注は絶対入れないなどの事例が多い。このため遠方の他市の病院へ行く場合もある。
	医療依存度が高い場合は療養病床が遠方の老健への入所に限られる	患者や家族は近くの施設に入所したいと思っているが、療養病床への入院になってしまう。同市内で医療の多い人はこの療養が遠方の老健になる。
	老健は3か月で退所となりその後入院となる患者もいる	老健は退院を3か月で切ってしまう現状である。老健を退院した後は、数ヶ月間入院と依頼され、たらい回しになっていることもある。
施設から入院する高齢者の退院が困難となる	施設から入院する高齢者は点滴が必要になると入所できなくなる	特養から来る90・100才の人は嚥下障害や食べられなくなったので入院する。胃瘻や経管栄養をしないで見ていきたいという人が最近増えているが、点滴だと施設は受け入れてもらえない。特養に入所している利用者の家族は家では看れないため預けている。そうなるとう行き場がなくなってしまうので病院で看ている。家族の中には施設に預けたいから胃瘻をつくるという方もいたがそれはどうなのかと。90歳近い人では胃瘻を作った人がいた。
	吸引が必要になると施設に戻れない	胃瘻枠は最近あまり言われなくなった。ただ、吸引があると夜間の対応ができないので、胃瘻よりも吸引の対応が難しいと言われますね。
	老健では3か月を過ぎると戻れなくなるが、1ヶ月以内の延長であれば対応してもらえる	老健から来た人はいったん契約が切れます。また戻りたいというケースについては、対応して下さる。期間を2週間、1か月以内と分かっていたら受けてくださるし、ある程度それを延長しても少しは待ってもらうけど入れてくださる。特養がわりとネックになる。
	胃瘻造設しないと決断した患者を受けてもらえる施設もある	特養から来る経口摂取ができない人は、80才後半から100才が多い。そのような人のご家族は、胃瘻を作らないとご家族が決断するケースが多いので、それを受けてくださる施設もある。

(5)最近取り組んだ具体的な退院支援事例（独居、ターミナル、認知症、入院の長期化等）

医療機関の看護職者に最近取り組んだ具体的な退院支援事例として、具体的な退院支援事例（独居、ターミナル、認知症、入院の長期化等）を聞いた。その事例への支援内容を要約し以下の表5に示す。

表5 具体的な退院支援事例

事例の概要	退院支援内容の要約
事例1 70代女性 外科系疾患 独居	年齢は70代後半、独居で子供さんもみえなくて、きちんとした人で、疾患は外科系の疾患でした。女性です。独居に戻るとはかなり厳しかったので、行政に入っていたら、相談をしていったんです。本人が絶対に施設には行かないと言われて、在宅に帰る目的でリハビリを頑張るしかないということで、ご本人さんも頑張って病棟看護師もきちんと計画立てて、働きかけて、在宅へ戻れたかたがみえた。回復期も考えたんですけども、思ったよりADLが上がってきたので、本人のやる気が一番大きかったと思います。
事例2 60代男性 食道がん末期	食道がんの末期の69歳の男性。前告知受けて、余命までは告知受けてない。他所で手術して、在宅へ戻るという前提で転院。一番最初に面談した時は、家族もご本人も準備をして、うちに帰るという意志をきちんと固めていたので、それで準備をして、話し合いをもった時に、最期はどこで過ごしましょうかということで、本人もご家族も自宅が最期の看取りをしたいということでした。呼吸困難とかがあった時はやっぱり無理だということで、かなり超スピードで準備をさせていたで、帰っていただいて、調子が良かったんですが、3日間家にみえただけで、結局、胸水がかなり溜まって呼吸困難で、また戻って、結局最期は病院で看取りになると思います。(3日間だけでも帰れたっていうこと)そこが一番の目標だったので、免疫療法も目標立て、外出という形で行ってこれたし、自宅に退院という目標も達成できた。訪問看護は入りました。
事例3 80代男性 脳梗塞(麻痺) 認知症 誤嚥性肺炎 胃瘻 独居、三女が近隣に居住	独居の80代の男性。1回目の入院時は、脳梗塞で入院。近くに三女さんが住んでいるので、どこへ帰るかというお話をさせていただいて、長女さんと次女さんは他県なので、在宅へ帰れないかという模索をしていく中で、リハビリ病棟も使って。三女さんは仕事をされて、定年退職まであとわずかなので、できれば辞めたくない。独居では、麻痺もあるし心配で、ちょっと遠いので、同じ高山市内でも離れているということで、施設をご希望されてるんです。施設の希望者が多くてすぐには入れない。どこの地域もそうだと思うんですが、特に特養は何年待ちになってしまうので、まず老健でなんとかしのげないかという形で介入したんです。脳外なので、リハビリ病棟で待っていたんですが、認知症から暴言暴力が出るようになって、普通の施設では難しいことになって、結局は1回精神科病院に行きました。脳梗塞なので、嚥下機能が落ちていて、精神科病院ではリハビリは続けられないんです。誤嚥性肺炎で行ったり来たりして、ご家族は迷いに迷ったんですが、それまでは絶対に胃瘻を作らないって言ってたんですが、胃瘻を作られて、誤嚥性肺炎を防止するという意味で。あとは精神的なフォローも前の病院から引き続きして、なんとか落ち着いて、老人保健施設に入所できるまでに半年以上かかりました。 どうしてあげるのが一番良かったのかとすごく悔やまれるというか、大きな都市だったらもっと行けるとかあったのかとも考えます。もちろん年齢的にもご家族背景的にも他の県まで行くことはない、サービスある施設で最善の方法をと思うと、何回も入退院繰り返して、その度に仕事を休んで来て話していただくことを繰り返したので、どうするのが良かったのかとずっと心に引っ掛かる事例です。暴言暴力があった時に、病院としても考えていかなければいけないのは、この人に限らず、不穏が強かったり認知症状が強くなると、病棟スタッフとしては、早く帰れませんかという。家に帰ったり、もともとおられる場所に帰れば落ち着くというのがあるんですが、本当にそれだけの気持ちで早く帰れませんかというナースと、手がかかって仕方がないから早く帰れませんかという人がいる。口に出さないのですが、ご家族に来ていただく落ち着くんです。その娘さんのことを奥さんと思ってみえるみたいで、実際は奥さんはみえないので、亡くなって。来ていただいて、奥さんの名前を呼んで話しかけると落ち着くことがあるので、本来なら一緒に住んでもらうのが一番良かったのかとか、いろいろ考えるんです。娘さんの旦那さんも、「どうして俺らが看なあのか」っていう思いも病棟のスタッフに言われたみたいで、本当にどうしていいの。この人は娘さんが一生懸命かかわって下さった方なので良かったんですけど、実際に娘さんや息子さんがみえても、呼ばないでほしいと医師の面談の時点で。

表5 具体的な退院支援事例（つづき）

事例の概要	退院支援内容の要約
事例4 90代女性 頸椎骨折 認知症	認知症のかたは90半ばだったと思います。女性で、整形外科の疾患で、入院して認知症が悪化して、ADLは上げていきたいということで、回復期も考慮したんですが、認知症が進んだので、回復期は断念して、おうちのかたにもご理解いただいて、帰ったかたがみえます。1回外泊していただいたんですが、かなり大変だったということでした。もともと認知症があったかたなので、そこはおうちのかたも受け止めてみえたと思います。おうちへ帰られたら少し落ち着かれることも期待をして、けっこうサービス使ってみえたので、頸部骨折、圧迫骨折で、車椅子には乗れました。
事例5 50代男性 統合失調症	<p>20年以上です。50代の社会生活ができてきたので、病状的にも安定している。うちの病院は主治医が短期間で来てみえるので、3～4年するとやめて、次の新しい先生が来るというその時期にその人があたって、病状的にみてもったいないと、入院では、退院ができそうだから退院に向けてやりましよう先生から投げかけられて、その人も「そうだな」って考えて、退院していこうかっていう形で今、一生懸命働きかけをしています。今年になってからですが、家の調整やって、いろんな段取りをしてやってたんです。薬のこと、家のこと、あれもしてこれもしてっていっぺんにやったら、その人がパニックになってしまって、1回ちょっと置いて、ひとつずつ問題解決をやりましようって。今、ヘルパーさんと一緒に外出して必要なものを揃えて、今月は単独で衣類交換が必要とのことで、単独の外泊して、どのへんで外泊を決めようかっていうところまで来て、本来は11月、この年じゅうに退院ができるといいねと言ってたんですが、患者さんがちょっとパニックになったので、進みすぎてしまって、こっかが、入院が昭和58年ですわね。</p> <p>両親ももういないです。どうして入院したということも、職員も代わるので、2～3年おきぐらいに。「どうして入院したの？」って言ったら、「おじさんがこの病院へ連れてきて入院させてもらったで、じゃ退院しようって言っても、「おじさんがいいって言わんで、だめやさだ」って言って、遠くの親戚みたいなおじさんが。統合失調症です。その人のまた別のおじさんが、ご夫婦で暮らしてたんだけど、奥さんが亡くなって、その家でひとり暮らししてたんです。その人も支援してたんですけど、そのかたが高齢になって老人ホームに入所されたんです。家が空いたので、その家を使ったらどうだろうって話を持って行って、住んでいたんで、生活する必要な物はだいたい揃っているし、布団とか、使える物をちょっとだけ揃えれば、その家で生活できるっていうところで、今そうやって。</p> <p>その方が一番近い身内なので、家はあるので、そこで一緒に外泊をしたらどうかなって話まであって、その日程が合わなくて、実現はまだしてませんが、そうするとこっかもひとり外泊させるよりもそういう人と二人で家に泊まってくると安心もあるので、どうだろうというところで、今ちょっと止まってはいるんですけど、調整ができなくて。</p>

(6) 今後の退院支援の充実に向けた取り組み

医療圏内の看護職者に、自施設での今後の退院支援の充実に向けた取り組みについて聴き取り、その聴き取り内容を意味ごとに分類し、以下の表6に示す。

今後の退院支援の充実に向けた取り組みは、【入院時から退院に向けたアセスメントの実施を目指す】

【患者・家族の意思決定を支援する】【多職種参加の退院前カンファレンスを開催する】【病棟における定期的なカンファレンスを開催する】【定期的なカンファレンスの開催が難しい】【院内多職種が協働で退院に向けて取り組む】【在宅での看取りに向けて支援する】【病棟、外来、在宅の多職種が連携し継続的に支援する】【院内の退院支援体制の構築に取り組む】【病棟主体で退院支援に取り組む】【退院支援に関する委員会組織の取り組みを充実させる】【退院支援に関する意識・知識の向上を図る】【利用者ニーズの変化に対応する】の13に分類された。

そして【入院時から退院に向けたアセスメントの実施を目指す】には 入院時から退院時のゴールを見極める スクリーニングシートを活用し入院時から退院に向けた支援を意識づける 等があった。また【患者・家族の意思決定を支援する】には 医師の治療に関する説明が患者・家族に理解できるよう十分に説明する 患者・家族が言いたいことを言える関係になる 等があった。【多職種参加の退院前カンファレンスを開催する】には 退院前カンファレンスに地域の開業医の参加を促す 患者・家族の安心のため地域の専門職との話し合いの機会をもつ 等があった。【病棟における定期的なカンファレンスを開催する】には 毎日のカンファレンスで受け持ち看護師が看護計画を発表し約10分の検討会を行う 病状の変化がない患者でもカンファレンスを行い看護計画の評価を行う 等があり、【定期的なカンファレンスの開催が難しい】には 病棟看護師が少なくカンファレンスが開催できない 医師と退院に向けた検討ができない 等があった。【院内多職種が協働で退院に向けて取り組む】では 患者・家族よりの相談に師長・受け持ち看護師・MSWが協働で対応する リハビリスタッフと連携してリハビリ内容をケアに生かす 等があり、【在宅での看取りに向けて支援する】には 胃瘻はほとんど造設せず点滴をして看取る方向となる 在宅での看取りに向け症状コントロールを行う 等があった。【病棟、外来、在宅の多職種が連携し継続的に支援する】には 病棟、外来、在宅がつながっている 外来看護師との連携はあまりないが病棟と外来との壁はない 等があった。また、【院内の退院支援体制の構築に取り組む】には 地域連携検討委員会では各病棟から一人ずつ参加して事例検討を行う 各病棟に退院支援係長を配置し退院支援推進のコアメンバーも活動する 等があり、【病棟主体で退院支援に取り組む】では 退院支援係長の役割を明確にし病棟主体で取り組めるようにする 病棟で意思決定支援に取り組めるとよい 等があった。【退院支援に関する委員会組織の取り組みを充実させる】には 継続看護検討会は各部署から一人ずつ参加している 地域の多職種参加の連携会議の企画・運営を担う 等があり、【退院支援に関する意識・知識の向上を図る】には 看護職は

患者のその先の人生を共に考える立場にあることを伝える 患者・家族への支援は点でなく線・サークルとなって継続されることを伝える 等があり、【利用者ニーズの変化に対応する】には 開設時はリハビリ対象者を多く受け入れていたが介護困難な患者の入院へとニーズが変化する 医療区分で重症の患者の入院を増やす 等があった（表6）

表6 今後の退院支援の充実に向けた取り組み

分類	小分類	要約例
入院時から退院に向けたアセスメントの実施を目指す	入院時から退院時のゴールを見極める	高齢者でひとりで生きていく人は少ないので、患者家族のまわりの状態と、住宅環境を確認することで、早期から介入するように心掛けている。リハビリのゴールとか、その人の退院のゴールというのが、その退院前に戻れるかどうかがすごく問題になるので、医師と調整をとりながら、ゴールを最初に示しておく。入院した時よりも強くなって帰ることは難しいので、ゴールを見極めていくことは大変大事と思う。
	スクリーニングシートを活用し入院時から退院に向けた支援を意識づける	まだ活用していないが近々スクリーニングシートの活用を始めたいと思っている。
	看護師は入院時から退院について考えるが療養計画書の期限が来ても見直されることはない	看護師サイドは、入院したらもう退院どうしようかと思うが、療養計画書とか出た段階で、何ヶ月とか出ても、それを見直されることはない。方針は何かははっきりしないところがあって、3か月後に見直しをして、書き直して欲しいと提出したことがあったが、そんなことする必要ないと却下された。何を思っ退院を考えたらよいのか。
	退院に向けて同じようなアセスメントができるように病棟スタッフへの教育をしていきたい	スクリーニングシートは活用しているが、長くやっていると形骸化して、本当に何が必要でここへ相談したいのかが見えてこないシートになりつつある。入院時の緊急時忙しい中にチェックして提出してもらっているの、病棟にはきつく言えない。でもその中で、この人は独居世帯で帰ったら何か問題あるのか。老老介護で何が問題なのかを同じベースラインでみんな同じようなアセスメントができるように病棟スタッフへの教育や意識づけをしていきたい。
患者・家族の意思決定を支援する	医師の治療に関する説明が患者・家族に理解できるよう十分に説明する	判断をする時に断りにくい気持ちが大変強いと思う。家族は医師に言われると「うん」と言わなければならないという感じで話している。その気持ちをどのように医師に伝えていか。全然意識の無い患者でも家族に先を見通したこと話してわかってもらわないと、なんでも胃瘻を造設して、気管切開をしてとなると、ひどいことになると思う。
	患者・家族が言いたいことを言える関係になる	病院は、治療をしなければならない場所である。でも、それを受け入れずに亡くなっていくという1つの選択肢もあるということ強く感じる。病院に勤める身分としては言いにくい、多分気管切開をしたら、痰は出るようになるが他の感染症の危険性もあり難しい。いろいろな面から見ると、医師は治療をやりたいと思うが、医師にこうしてとは言えないので、家族の言うことをよく聞くようにしている。
多職種参加の退院前カンファレンスを開催する	退院前カンファレンスに地域の開業医の参加を促す	ターミナルの人や、家族が不安を持って退院する人には、話し合いの場に地域の開業医の出席を依頼する。ターミナルの患者の場合も、地域の開業医に依頼し当院の医師も参加して、顔を合わせることができるとよいと思う。しかし全部の日程を調整しようと思うと絶対難しい。
	患者・家族の安心のため地域の専門職との話し合いの機会をもつ	訪問看護師が入るとしてケア会議で顔合わせをしても、医師が代わるのが不安の材料の1つになっている。話し合いの場の時に、開業医に来てもらい、顔合わせをしてもらえると有難い。病院側が往診してくれるから大丈夫と言っても、不安はとれない。実際に、地域で関わってもらえる人より大丈夫と言われるだけでも違う。話し合いの場のケアマネジャーの言葉かけや、訪問看護師の言葉かけも意味が大きい。
	多職種参加の退院前カンファレンスに向けて段階を踏んで検討する	入院時に、入院前の状況を全部聞いて把握しておき、リハビリが始まり少し落ち着いた時期、退院をそろそろ考える時期に、スタッフだけで内々に進めかたを話し合ってから、今度地域の専門職を呼んで一緒に話し合うという形で、段階を踏んでかないとなかなかうまくいかないところがある。
	入院時・半年に1回多職種参加の面談を行い家族に意向確認をする	家族と病棟のスタッフ、リハビリスタッフ、主治医等、担当している者全て関わって最短、最長でも半年に1回は、面談を行っている。
	退院促進のための多職種参加のカンファレンスは必要時開催される	多職種が参加のカンファレンスは定期的には行っていないが、必要時には行う。退院促進事業で誰の退院支援を促進するか決める時は、会議を開いて対象者を決めて、退院を促進する。

表6 今後の退院支援の充実にに向けた取り組み（つづき）

分類	小分類	要約例
病棟における定期的なカンファレンスを開催する	毎日のカンファレンスで受け持ち看護師が看護計画を発表し約10分の検討会を行う	朝の申し送りの後は毎日、退院支援の話をしている。病棟でやり方が違うと思うが、4階は発表する担当者を決めているので、申し送りの後に、看護計画を発表してもらって、評価もしてもらおう。看護助手の中でも、患者のできることや、大変なことなど、いろんな見方をしてくれて、いろいろな問題提起をしてくれ、10分ぐらいいつも検討会をしている。
	病状の変化がない患者でもカンファレンスを行い看護計画の評価を行う	特に何も変化のない人でもカンファレンスを行うようにしている。変化のない人も評価を行っている。看護計画を評価しなさいと言われるのでよけいに悩む。自分の報告の順番がくると、何を報告しようかと思う。見直し評価と何度もいわれるので、やらざるを得ない。
	看護助手より生活上の情報を得る	看護助手が、生活上でいろいろ援助する際に看護師より見ているので、そういう情報をもらうにはとてもよい。
	患者のできるところを評価すると患者とのコンタクトがとれてよい	患者の悪いところばかり見るのではなく、よいところを見て評価できると、その患者とコンタクトが取れてよい。ただ負のカンファレンスだけじゃなくて、正にも働くとよいと思う。患者もできることを認めると喜んでる。
	カンファレンスの開催は定期的に決めていないとできない	カンファレンスも定期的に、大事なことを押さえるものにしてしまわないとなかなかできない。前はなかなかできなかった。
定期的なカンファレンスの開催が難しい	病棟看護師が少なくカンファレンスが開催できない	毎回、昼休み後の時間にカンファレンスを行うと言っているが、ほんとうに看護師が少ない。
	医師と退院に向けた検討ができない	絶対退院できそうな患者はいる。20何年入院していて、経済的にも余裕がある。このあいだ調子が悪くて、膀胱の腫瘍の切除のために20何年ぶりに弟さんに来てもらって、結局、他市の病院に行くようになったが、自分ひとりJRに乗って行って、自分ひとり手術も受けて帰ってこれた。そんなことができる人がここにいるのは、アパートを借りてもよいし、食事のことが多分困ると思うんで、ケアハウスのような有料の老人ホームに行ってもらってもよいと思うが、この話を誰が院長に話すのかとなると、そこが切り出せない。
	医師も参加するケースカンファレンスが朝に開催できればよい	朝なら一番人も多いので、あの時間がカンファレンスに一番よいかもしれない。今、掃除の時間もなくて、業務に入っているの、あの時間なら夜勤者もいるので一番話せる時間かもしれない。
	多職種参加のカンファレンスの開催は難しい	多職種集まったカンファレンスはなかなかできない。急性期だと特に医師を呼ぶのが大変困難である。問題の多い患者だと、医師を呼んで方向性を統一するためのカンファレンスを行うが、長期の患者となると、なかなか医師を呼んでというのは難しい。病棟で患者へのカンファレンスに、看護助手が参加することはできるが、そこに薬剤師が参加することは、なかなかできない。
院内多職種が協働で退院に向けて取り組む	患者・家族よりの相談に師長・受け持ち看護師・MSWが協働で対応する	受け持ち看護師と連携をとりながら、MSWも入れたりしながら、その問題を拾っていく。規模が小さいので、入院した日から退院のことを思っで関わる必要がある。
	リハビリスタッフと連携してリハビリ内容をケアに生かす	リハビリスタッフは上手に動かしてくれるので、動かす時に看護師を呼んでもらって、習っている。
	施設の担当者や訪問看護師が病棟に来て治療・ケアの実際を把握しその継続を図る	ケア・処置を継続しなければならないときの家族への傷の処置の指導を、訪問看護師にも同時に見てもらっている。
	病棟に退院支援を担当する看護師が配置され医師・PSWも含めたチームで取り組む	今回の問題を踏まえて次の時どうするか、医師やPSWも関わって話をしたいかないと受け持ち看護師と担当者だけでは進まない。
	多職種間で融通が利くことがメリットである	看護師からもリハビリに介護保険が必要か聞いたり、リハビリからも独居だが大丈夫かと相談し合っている。
	栄養面は栄養士が薬は薬剤師が説明し多職種が関わっている	栄養面は栄養士が食事の調整をしてくれるし、薬のことは薬剤師がすぐにオピオイドの説明に入ってくれるなど多職種が関わっている。
	誤嚥性肺炎の場合嚥下バスによる嚥下訓練や、歯科医・歯科衛生士による口腔ケアも行う	NSTと褥瘡班の委員会があり、金曜日の総カンファレンスで在宅に向けた嚥下バス適応を決めて嚥下訓練をしたり、口腔ケアに力を入れたりしている。

表6 今後の退院支援の充実に向けた取り組み(つづき)

分類	小分類	要約例
在宅での看取りに向けて支援する	胃瘻はほとんど造設せず点滴をして看取る方向となる	胃瘻はほとんど造設しない。食べれなくなってくれば、楽しみ程度のゼリーを摂取して、あとは点滴をしながら看取りという方向になる。
	在宅での看取りに向け症状コントロールを行う	症状コントロールが今うまくいっており、入院で症状コントロールをして在宅に戻り、訪問看護が入り、往診が入り、緩和外来につないでいる事例が3・4例、続いている。
	退院後は院長が往診し訪問看護師が関わり在宅で難しなると入院し病棟で関わっている	院長と2人で、緩和外来に出ている。それで見ながら往診も一緒に行きつつ、訪問看護も入ってくれるので、訪問看護とも相談しつつ、入院の適応になったら、また病棟で関わりつつと、最近うまくいっている。
	緩和ケアは認定看護師が関わり往診にも行く	緩和ケアに関して、認定看護師が外来も関わってるし往診も行っている。
病棟、外来、在宅の多職種が連携し継続的に支援する	病棟、外来、在宅がつながっている	在宅に戻った患者は、外来にも通っている。入院から在宅に戻って、外来通院しつつ、難しくなるとそこから往診に変更している。
	外来看護師との連携はあまりないが病棟と外来との壁はない	外来看護師は、非常勤が多いので、あまり病棟看護師とは関わっていない、訪問看護師は外来も病棟も関わっており、退院となると患者を見に行ってもらっている。
	退院後の生活への支援としてケアマネジャーと連携しケアプランを立ててもらう	一般病棟では例えば認知症の人の退院とか、合併症を持っている人が他の病院へ転院するとか、在宅に帰って訪問看護を使う場合にネットワークが必要となる。高齢者だとケアマネジャーがいて、そこに退院の連絡がいくと、ケアプランが立てられるので、こちらの情報をいかに提供するかというような在宅に向けてのネットワークがある。
	病棟看護師も退院前訪問を行う	病棟の看護師も必要時はPSWと一緒にいたり、別に行ったりして退院前訪問を行っている。アパートの大家さんと話し合いをしたりいろいろなことをする。
	退院促進事業による支援を行う	委員会は無いが、保健所の退院促進事業などでは、外部の人も入って患者と話して支援を行っている。
	合併症を持つ患者は他院に転院しても自施設に戻ってから退院に向けて支援する	自施設に入院中で例えば内科的な病気とか、他の病気でD病院とかE病院にお願いしたら、向こうはとにかくここに返す。家に退院できると思う人でも、こちらから転院した以上は、退院させるのが大変ということで、受けないって言われては困るので、状況がよくなっていても、一旦はここにもどって退院支援をする。今までそのようにずっとやってきている。
	合併症のある患者は施設入所に向けて支援する	合併症病棟があるので、そこは寝たきりの人や、胃瘻の人等が入院していて、在宅に行く時は、多分ケアマネジャーと連絡をとって、施設入所などの支援をする、そういう病棟もある。
院内の退院支援体制の構築に取り組む	地域連携検討委員会では各病棟から一人ずつ参加して事例検討を行う	退院支援に関する委員会というのはなく、病診連携も含めた地域連携検討委員会があり、各病棟から一人ずつ参加して、退院支援だけではなく、地域から紹介された患者さんをどのように帰すかの前方連携から、訪問看護の紹介もやっており、退院支援に特化していない委員会である。
	各病棟に退院支援係長を配置し退院支援推進のコアメンバーも活動する	今年の4月から看護部長が退院支援係長を配置した。各病棟に係長が2名配置されているので、そのうちの1名を教育担当で、もう1名を退院支援担当と決めた。10月から退院調整課長とリハビリ病棟、介護老人保健施設の経験者の係長3人の4名がコアメンバーとして活動を始めた。
	退院支援係長全体で退院支援の活動が広がるとよい	委員会にしたいが、部長は自立して自分たちで学びたい、活動したいということを求めている。、実際現場にしてみると、忙しいので、退院支援部署に依頼すれば済むことが多々あるので、なかなか進まなかった。コアメンバーとして、このように活動して欲しいことをまずお願いして、後々は退院支援係長全体で活動が広がっていければよいという構想でいる。(体制はできている)それが私がなかなか追いついていけない。
	退院支援の知識・経験のあるコアメンバーが退院支援係長の支援を行う	リハビリ病棟の経験の係長たちは、否が応でも、帰すために関わっていかねければならないし、老健も係長職で1フロアの責任者なので、退院支援のカンファレンスには参加しているし知識があるので、全く今初めて参加する人に比べるとちがう。介護保険一つにとってみても、事業所の名前を一つとっても、興味ないと全く分からない状態で、事業所の違いが何なのかとか、老健なのか、特養なのかということも、もう興味を持たなければ帰ってくればいよいよわかってしまう。急性期の病棟でもオベを回すだけで、療養型行ったあとやってくればよいというのが正直あったので、知らない人発信よりは、知っている人発信からのほうが、スムーズにいくということで依頼した。

表6 今後の退院支援の充実に向けた取り組み(つづき)

分類	小分類	要約例
院内の退院支援体制の構築に取り組む	退院調整課課長や退院支援係長が交代しても同じように関われ発展させていけるようなベースを作る	私も看護部人事でここへ来てるので、いずれどこかで勤務交代があると思う。次の師長ないし係長が来た時に同じように、もしくはもっと発展させていけるようなベース作りをしていかなければならないし、反対に病棟の係長はどこの病棟に行っても、診療科に差はあるとしても同じようにできるようになればよい。重きを置く部署が例えば救命病棟だったらもちろん救急っていう部分で重きを置いてもらうが、救命はすごくしっかりしてて、絶対独居でこれはもう麻痺残りそうだから、最初に情報を渡しておきますとか、MSWに関わってもらわないといけないと思う症例だからと、直接話に来てくれるぐらい意識レベルが高い。そういう意味でもどこの病棟へ行っても誰でも関わられることを目指す。
病棟主体で退院支援に取り組む	退院支援係長の役割を明確にし病棟主体で取り組めるようにする	退院支援係長の役割をもう少し明確化して、強化していきたいと考えている。今後の課題で退院支援係長たちが自分の存在意義に迷ってる。退院支援係長っていうけど、じゃ何する係なのかと。指針も指標もないので、指針や指標を自分たちでこういうことをやる、こういうことをしたいからやらせてほしいというふうにもモチベーションをあげ、やる気もあげ、自立度もあげていこうにしたい。
	病棟で意思決定支援に取り組めるとよい	今はほんとに畑を耕して水をまいて栄養をやってる状態だと思っている。種蒔きところだとも、そこをどう花開かせるか、まず芽を出すところからなので。今後の課題では、細かく何をしようかということは明確になっていない。支援係長のレベルで意思決定支援を病棟で頑張ろうと言ってもらえるようになれば、退院調整課の関わり方も変わってくると考えている。
	退院支援部門中心から病棟主体に退院支援に取り組む	今までは、紙ベースで困った患者がいなかったかというのを提出していたし、要介護パスというものも作って、スクリーニングシートを出した人はパス、普通の診療のパスとは別に週1、退院について考えるという紙ベースのパスも使っていた。しかし力のある人が部署を担当し、MSWも力量があるので、病棟も任せればよいとなってしまっていた。今退院支援部署に丸投げとなっていて、それをどうやって病棟主体に戻すかということを看護部長も力を入れている。
退院支援に関する委員会組織の取り組みを充実させる	継続看護検討会は各部署から一人ずつ参加している	継続看護検討会があり、地域連携室のメンバー2人と、各病棟と訪問看護ステーションと、前は外来も入って各部門からひとりずつで、1か月に1回会合をもつ。
	地域の多職種参加の連携会議の企画・運営を担う	委員会の歴史は長い。今までの何年かの間で取り組んできたのは、地域との連携会議を主催することである。医療看護のメンバーで年に3~4回地域の特養とか老健とか訪問看護の担当者に来てもらって、病院の継続看護のメンバーが参加して、事例検討会とそれぞれの施設からの要望を聞いたり、今の課題と一緒に検討する会議の企画運営を行う。検討する事例は、その時に問題になっている困難事例だったり、医療依存度の高い事例の検討をしたり、中には学習会も兼ねてやったこともある。その前は訪問看護研修とかを企画したりした。実際研修した後のディスカッションを開いたりとか。今は変わってきている。
	院内の看護職を対象とした退院支援の事例検討会を企画・開催する	院内の看護職を対象にした退院支援の事例検討会を行っている。その年によって違うが、以前は連携会議に合わせて年4回行っていた。
	地域連携会議で多職種によるケア内容の検討・共有を図る	今は、そういう連携を図るということが患者さんの状態をより詳しく、一番多かったのは誤嚥性肺炎とか、尿路感染とかだったので、その看護で予防できることを具体的に伝えようっていうことで、共通サマリー作ったり、スプーンの大きさや、体位のことなど当たり前のことなのかもしれないが院内訪問で食事の場面を見てもらった。その前は、病院のスタッフは「誤嚥性肺炎注意」と書いておけば、相手も看護職だから分かるはずという姿勢だった。地域の看護職も、別に病院のやり方を教えてもらわなくてもこちらのやり方でやるという姿勢をお互いにとっていた。そうではなく、利用者さんにとってケアを継続してもらおうということが大事であると考えようになった。
	今行っている退院支援の取り組みを充実させる	今すでにあると取り組みを継続して、充実させていく。

表6 今後の退院支援の充実に向けた取り組み(つづき)

分類	小分類	要約例
退院支援に関する意識・知識の向上を図る	看護職は患者のその先の人生を共に考える立場にあることを伝える	スタッフが急性期なので、点の看護でしか捉えられないし、当然急性期なので急性期の看護は頑張ってもらいたいが、私たちはここだけの看護ではなくて、その先のこの患者さんの人生を共に考えられる素敵な立場なので、本来の看護職、看護師の仕事はそこが大事であり、それをうまく伝えていけたらよい。もちろん医師の介助やいろんな業務も看護師の仕事であるが、看護師の資格の中にはここが核としたと思う。
	患者・家族への支援は点でなく線・サークルとなって継続されることを伝える	支援は点でなく線で、しかもサークルだということを伝える。今はここで自分たちが見て、退院につなげて地域で頑張ってもらうが、また病気したら病院にきてとなる。だから地域の人たちは医療マイ情報、連携情報を持ってきてくれて、それがあるから入院前の生活が分かる。じゃ今度帰る時は病院でこうただただじゃなくて、こうしてとよいということ返して継続できるように、病院の看護師だけでなく地域の看護師と考えて欲しい。
	患者の退院の可能性を意識して支援する	多分この患者にとっては、もっと色々なことができるし、もっと色々なことを経験して、もっと楽しいこともいっぱいあると思う。病院の中の限られたところばかりではなく、もっと色々なことを経験できるようにしたいと思う。
	看護師は院外の研修には参加できている	案内を出してもらって、参加を促されるので、研修はけっこう出してもらっている。
	退院支援の事例検討や院内スタッフ・委員会メンバーを対象にした学習会を行う	事例検討も途中から認知症の勉強会に変えたりとか、認知症が増えてきているということで、認知症の取り組みをやったりしてきた。今年度は連携会議を行い、あとは退院支援のマニュアル作りとか、事例検討をした中から、拾い出したマニュアル作りみたいなこともやっている。そして退院支援の学習会として、院内スタッフへの学習会を行う。その年によって全体研修をする時もあるし、メンバーを対象にした勉強会を実施するときもある。
利用者ニーズの変化に対応する	開設時はリハビリ対象者を多く受け入れていたが介護困難な患者の入院へとニーズが変化する	開設当時は、リハビリのスタッフも充実しているので、老健よりもリハビリがきちんとステップアップできるってことで、そういうような対象のかたもたくさん受けていたが、療養型に求められるニーズが違ってきた。この先、介護療養型が廃止になるならない、今6年延長にはなってますけど。今の状態ではここは、医療の療養にしては全然経営が成り立たないので、対象のかたがね。ほんと60床は介護難民になってしまう。
	医療区分で重症の患者の入院を増やす	自施設も最初は、介護を70床、医療を30床で始めた。最初の頃は医療区分とかも全然なくて、最初医療に入って、あとは退院のが難しいかたは介護に移そうという流れでやっていたが、途中から、医療区分で重症の患者を受けようということになったので、医療のほうを増やさないと経営的に難しいということを見てきた。40床がぎりぎりこれ以上、医療を増やしても対象者がそんなにいない。
	地域に求められて医療依存度や介護度の高い人を受け入れる形になってきた	特に胃瘻の患者は枠が決まっていて、1割しか受けてもらえない。夜間、喀痰吸引が必要な患者も受けられないといわれる。
	外来患者・入院患者も増加し病床管理が求められる	どの患者も帰れるんじゃないかなって思う。とにかくベッドの回転をよくすれば収益も上がる。

(7)医療圏内の退院支援の充実に向けたネットワーク構築について

医療圏内の看護職者に、当該医療圏内の退院支援の充実に向けたネットワーク構築についての意見を聴き取り、示された内容を意味ごとに分類し、以下の表7に示す。

退院支援の充実に向けたネットワーク構築について、ネットワークが必要との意見として【医療圏内のネットワークが必要である】【医療圏内の多職種のネットワークが必要である】【医療圏内でワークショップが開催されるとよい】【市町村内の病院・施設のネットワークが必要である】が示され、連携の現状として【地域の複数の病院・施設等の参加による地域連携連絡会議を開催している】【医療圏内の緩和ケア検討会を定期的を開催する】【患者を中心として保健師・ケアマネジャーと連携する】【地域が広いがそこに勤めている人が同じ顔ぶれで変わらない】【精神科と一般病院ではネットワークは難しい】が示され9つに分類された。そして具体的に4施設の自施設の連携の現状が示された。

そして【医療圏内のネットワークが必要である】には 情報共有する意味ではネットワークは必要である 患者のことで遠慮なく相談できるネットワークがあればよい 等があった。【療圏内の多職種のネットワークが必要である】には 多職種との連携が必要で医師がリーダーシップをとってくれるとありがたい 多職種参加の勉強会で事例検討ができて効果的であった があり、【医療圏内でワークショップが開催されるとよい】には 自施設で研修会を開催するには許可を得るために時間がか

かる 勉強会・ワークショップが定期的開催されると参加者が院内で伝達講習できる があった。また、【市町村内の病院・施設のネットワークが必要である】では 市内 の支援窓口担当者と話し合いをもち患者が円滑に移動できるように連携できればよい 福祉関係者や行政も含めたネットワークも必要である 等が示された。

連携の現状としての【地域の複数の病院・施設等の参加による地域連携連絡会議を開催する】には 複数施設参加の地域連携連絡会議で顔見知りになった 医師が主体の事例提示があり各施設の現状報告を行う があり、【医療圏内の緩和ケア検討会を定期的開催する】には 緩和ケアに関する検討会を2か月に1回開催する 医療圏内の近隣市は遠いので検討会への参加依頼はしていない があった。【患者を中心として保健師・ケアマネジャーと連携する】には ケアマネジャーから入院前の情報を提供されると有難いが病棟では対応に追われる 退院前のカンファレンスに保健師や障害者支援センターの担当者も参加する 等があった(表7)。

表7 医療圏内の退院支援の充実にに向けたネットワーク構築について

分類	小分類	要約例
医療圏内のネットワークが必要である	情報共有する意味ではネットワークは必要である	情報共有する意味ではネットワークは必要と思う。
	患者のことで遠慮なく相談できるネットワークがあればよい	精神に関係する病気がある人なら遠慮なく相談してもらえばよいし、その点でのネットワークがあるとよい。
	看護職者同士のネットワークが必要である	看護職者同士のネットワークっていうのは必要ですね。当該地域でE病院は看護職の集まりを年に何回か行っている。
	退院支援の悩みの突破口になる	飛騨医療圏看護職が集まるネットワークはあってもいいと思う。他にも退院支援どうしてたらいいか悩んでる人は多分、同じような悩みを持っていると思うので、その突破口にもなると思う。
医療圏内の多職種のネットワークが必要である	多職種との連携が必要で医師がリーダーシップをとってくれるとありがたい	今まで介護職同士はある程度、施設と病院とか訪問看護とか一定の共通認識をもてるようになってきているので、これからは、もちろん看護職同士も大事だけど、他職種との連携も大事と思っている。他職種だと入り込めないところがあり、看護職がリードはとりにくい。医師がやってくれると有難い。
	多職種参加の勉強会で事例検討ができて効果的であった	昨年在宅ターミナル研究会が当該地域で開催されたので、その時に薬剤師やドクター、看護職や病院や訪問看護と一緒に勉強会をして、1つの事例についてどういう関わりをするかを検討したので、もう少しいろんな事例でできてくるとよい。
医療圏内でワークショップが開催されるとよい	自施設で研修会を開催するには許可を得るために時間がかかる	年に何回かワークショップが飛騨地域の中で開かれたらいいと思う。例えば自施設でやろうと思うと、まず書類から始まる。多分どの病院でも同じと思うが、許可を得るために莫大な時間がかかる。
	勉強会・ワークショップが定期的開催されると参加者が院内で伝達講習できる	例えば大学側で勉強会やワークショップを定期的開催してもらえらるのであれば、その都度順番に参加とか、誰か一人が参加し、院内で勉強会ができる。
市町村内の病院・施設のネットワークが必要である	市内の支援窓口担当者と話し合いをもち患者が円滑に移動できるように連携できればよい	当該地区の医療圏よりも縮小して市内、例えば施設とか、他院の支援の窓口の人たちと話し合いをもって、お互いの状況を把握して、患者がスムーズに行き来できるようになるとよい。施設の常に連携をとっている人でも施設のケアマネジャーさんでもいいと思う。調整の窓口は施設によって違うので、看護師が窓口の場合もある。
	福祉関係者や行政も含めたネットワークも必要である	ケアマネジャーが福祉関係者だと、県や行政も含めてのネットワークも必要だと思う。
	サービス担当者会議では施設の状況の話し合いはできない	地区のサービス担当者会議というのはまた別ということになる。サービス担当者会議の中で、施設の状況等の話し合いはなかなかできない。
	市内の病院は機能分けがなされている	同市の中である程度、暗黙の了解で機能分けがなされている。
	看護職だけのネットワークは難しい	看護職だけでネットワークを作るのは難しい。退院に関しては、看護だけが頑張っても無理な部分がある。

表7 医療圏内の退院支援の充実にに向けたネットワーク構築について（つづき）

分類	小分類	要約例
地域の複数の病院・施設等の参加による地域連携連絡会議を開催する	複数施設参加の地域連携連絡会議で顔見知りになった	E病院さんの地域連携室がこの地区の介護施設等の人と地域連携連絡会議を開いているので、そういうところで顔見知りになって、大学の先生も入っていたのではないかな。前は様式を統一したりした。
	医師が主体の事例提示があり各施設の現状報告を行う	年に3回ぐらいE病院のほうで事例提示があり、各施設の現状報告を行っている。D病院は、看護が中心の会ではなくて、主催が医療社会事業課で、そこが事務局になっており、医師が前面に出て、施設関係者を集めて年に1回交換会というよりは、全部が汲み上げてもらえるわけではないが、病院に対する要望を出す形である。案内が来るので出ている。今、出てるのは、E病院の連携会議と、D病院の会議と、同市と近隣市の会合事業者の連絡会議である。
医療圏内の緩和ケア検討会を定期的に行う	緩和ケアに関する検討会を2か月に1回開催する	緩和もD、H、Eで認定がそれぞれいるんですよ。その中で緩和病棟が立ち上がり、そこがセンターになって飛騨地域に緩和を広げようという声がかかり、2か月に1回検討会がある。今度4回目、来月7日にまたあるので、参加人数を増やして、勉強してこようと思う。そのような連携は今当該地域で、動いている。
	医療圏内の近隣市は遠いので検討会への参加依頼はしていない	近隣市にも声をかけようという声も出てたが、遠いという感じがある。
患者を中心として保健師・ケアマネジャーと連携する	ケアマネジャーから入院前の情報を提供されると有難いが病棟では対応に追われる	連携は図りやすい。病棟で入院期間が短いと出入りが激しいし、高齢者が増え介護度の重い人や認知症の人が多くて、ケアや色々な部分で大変である。そこに外のケアマネジャーが今点数もついたりしてけっこう頻りに来るので、その対応に追われて、最低限にしてほしいと言われたり、連携を図ることが大事なんだけど、忙しくてちょっと病棟のほうは困っている。その人の前の状況が分かるし、どんなサービス使っていたか分かるのでケアマネからも入院前の情報をいただくと病院も有難い。
	退院前のカンファレンスに保健師や障害者支援センターの担当者も参加する	介護認定を取得するケースはケアマネジャーと連携を図るが、ケアマネジャーがつかない人や、若い障害者で介護保険外の人については、必要に応じて市町村の保健師や、障害者支援センターの担当者に入ってもらう。自施設は産婦人科がないので今は小児の重症心身障害児等の連携はほとんど全くない。
	保健師との連携が取れる	社会福祉協議会が隣にあり、そこに地域の認定は受けていてもサービスを利用していない人については、保健師がついている。保健師にも入ってもらっている。サービスを受けていない人は、全部包括支援センターの保健師が関わる。カンファレンスにも来てもらう。
	在宅への退院の際には必ずサービス担当者会議を開催する	在宅へ退院する人は、ケアマネジャーに来てもらい、必ず1回はサービス担当者会議を開いてから帰ってもらう。その前にも何回か電話でやり取りをして、決まった時点から早め早めに動いている。
	介護認定されるとケアマネジャー中心となる	例えば独居の人とか、難病の人とかも介護認定がついてしまうとケアマネジャーが中心になる。サービス利用になるとケアマネが一番に間に入るの、メインはケアマネジャーになる。
	入退院時にケアマネジャーと連携して調整する	市が定期的に連絡会議とか持っており、そこでケアマネジャーと顔を合わせたり、入退院時には、ケアマネジャーがいる人に関しては、どんなことでも連絡し合って一緒に調整する。
	市の介護保険事業所の連絡会議にも参加する	介護保険の事業所の連絡会議に出ている。これは市が保険者になるので、保険改正の時とかはそういう説明が書いてあったり、その時々トピックスみたいなのを、市のほうからは提示してもらい、それぞれの事業所で伝えたいことがあればそこで提示するという会議になる。
	検診センターの保健師が退院時の支援のコーディネイトをしていた	地域連携や介護保険が始まる前からE病院の場合は、検診センターに保健師がいて、そこが退院の時の支援に市町村の保健師とのパイプ役のような形でコーディネイトをやったので、経過が長い。
	行政は地域ケア会議を別に行う	地域ケア会議は私たちは入っていないが、行政は地域ケア会議を別に行っている。ケアマネジャー会議は、ケアマネもやっているの、病院でも行くこともある。

表7 医療圏内の退院支援の充実にに向けたネットワーク構築について（つづき）

分類	小分類	要約例
地域が広いがそこに勤めている人が同じ顔ぶれで変わらない	地域が広いがそこに勤める人が同じ顔ぶれで変わらない	当該地域は山に囲まれて、確かに距離的には地域が広いが、地域の担当者はあまり変わらない。そこに勤めている人が同じ顔ぶれで集まった時ととか、顔が知れている。
精神科と一般病院ではネットワークは難しい	精神科と一般病院ではネットワークは難しい	一般病院と野ネットワークは難しい。全然違う。精神科の病院となると大学にも行ったような感じで、同じような感じで話はあると思うけど、一般病院の事例とは、合うところはあるかもしれないが難しい。
自施設の連携の現状	医療圏内でも端に位置する	飛騨でももうここは端なので、少し行けば美濃地方に入るので、I病院とか、J病院のほうも連携が深い。他の医療圏の老健にも連携している。
	他院に転院しても全員戻る	主に受けるのは、やっぱり他の医療圏の病院とか、同市内の病院か、転院の場合はそれが多くですね。自施設から大学病院に転院すると、全員自施設に戻ってくる。
	自治体病院なので在院日数を重視できない	自治体病院は在院日数なんて言っていられないことが多い。
	病床の回転はよい	けっこう回転はよいと思う。一般病棟でも5人入れれば5人出る。退院してもらわないと、入院できない。
	医療と福祉にはまだ壁がある	医療・福祉には壁がある。その壁が無くて情報がパッと分かる何かあるとよい。TV放送でどこかの町で、薬の情報にしる、全部見れるっていうのがあった。個人情報保護法で難しいかもしれない。
	自施設では定期的な連携会議は開催していない	自施設では定期的な会議は行ってない。市内飛足でもよいと思うところなんですけど、E病院の地域連携連絡会議に看護職者だけ以外でも、ケアマネジャーさんも含めて事業所の人とか参加している。あとはE病院の地域連携の時に発表があったので見させてもらった。
まずは看護職がつながる	まずは看護職がつながることが必要である。	
高齢者は地域包括支援センターが自宅訪問を行う	高山市はどこもそうなんですけど、今の地域包括支援センターが訪問して下さるんですね。	
保健所の事業も母子の割合が大きい	(保健センターの保健師は母子を中心に関わっている。高齢者となると包括支援センターと住み分けがあるようである。	
地域連携パスを通した関わりがある	自施設は地域支援病院を取得しているの、地域連携パスで病診の係長や五大がんのパスのほうで関わっており、自身も脳外科で勤務していたので脳卒中のパスのことで、保健所の人にお会った。保健所の人に会うのは、退院支援という意味ではパスのこのことのみである。	
精神科のPSW、地域包括支援センター・福祉課等に連絡する	精神科の患者は、救急外来でソーシャルワーカーを呼んだりする。それ以外の例えば独居でとか、福祉的な問題ある人だと、包括福祉課に連絡する。	
各開業医との会議や施設の管理者等と意見交換を行う	ネットワークに関しては、地域医療支援病院を取得しているの、各開業医に来てもらう。年に1回だけは、施設の管理者等に集まってもらい、施設として入退院について困っていることはないかとか、要望がないか意見交換を行っている。	
施設の相談員や看護師等の実働レベルで集まる機会があるとよい	できれば相談員レベルというか実働レベルだけで集まれるような会議があるとよい。自施設の参加は看護職とソーシャルワーカーとなるので、看護師とともに参加するか、相談員を連れてくるかは、その施設による。	
地域連携のシステムを構築したい	連携や構築されたシステムではないので、そこそこがみんな頑張っていて、どのような系統で行うか答えられる状況ではなかったの、今度は完全に構築された状態でやっていくことを示したいと思っている。	

表7 医療圏内の退院支援の充実にに向けたネットワーク構築について（つづき）

分類	小分類	要約例
自施設の連携の現状	退院支援加算がとれる介護連携指導書の活用方法を検討する	後方病院がないこの地域では、2週間以内に退院するなんて、しかも緊急入院の患者さんに限りの加算で、2週間で帰そうなんて難しいので、結局50点ぐらいしかとれないので大変である。やろうと思うと、2週間以内にそれに着手して帰るまでにもう1回行うという労力を考えると、迷う。介護連携指導書は300点2回とれるのも、うちは病棟で入院時にケアマネジャーが来たら、協力してやっていくというので、300点とっていることもある。できればそれを退院支援部署で行って連携指導書を病棟でという方法もある。コアのメンバーは両方病棟で行うのがよいというが、これ以上病棟に負荷をかけるとスタッフレベルで反感をかわれるかもしれない。
	取り組むうえで課題は山積みである	課題は山積みで、どのくらいかけて、どこまで、夢のようなことができるか。あまり大きく夢ばかり語っても現実味がない。
自施設の連携の現状	自施設も地域連携室を立ち上げ退院支援担当看護師を配置する	自施設も地域連携室を立ち上げたい話があるので、そこに看護師を入れれば、窓口には看護師がいるということで、その病院、病院の看護師同士のネットワークは作りやすくなるような気がする。努力をしていきたい。
	看護師不足なので病棟で退院支援を頑張る	なかなか看護師不足で回すのが大変なので、病棟が頑張っている。
	退院促進事業として病棟スタッフ、PSW、保健師、行政等が参加してケア会議を開催して支援を行う	長期入院患者も退院促進事業という県のモデル事業があって、ケア会議を開いて、その人を地域で受けるために支援を行ったことある。病院だけではできない部分があるので、それが行政が入ったり保健師が入ることで、できる部分がある。
	看護師が退院時訪問を行い生活の場を見て病棟での生活指導に生かせればよい	看護が退院時訪問に行ったり、退院前訪問として外出・外泊時に患者の生活の場を見て、病棟での指導ができるとよいが、なかなか行けない。
	入院中は病棟看護師が退院前訪問を行い退院後は訪問看護ステーションにつなげる	病棟看護師が、外泊の時に一緒に行って退院前訪問を2回とか3回行う。退院してしまえば、訪問看護ステーションにつなげるが、入院中は病棟から看護師が出ている。看護師が少ないので、なかなか行けない病棟もある。
自施設の連携の現状	小規模で融通が利くので自由に会議に参加できる	例えばこのネットワーク1つにしても、ここから出向させてほしいとなると、本来手続きなどの準備が必要になる。でも、こういう案内きてるけどどうしようと相談した行ける。出張扱いではあるが融通がきくことは大きい。
	医師が患者・家族に早く退院を告げてしまい調整が間に合わないことがある	介護認定受けて、ある程度の目途がたって、一時判定で必ず介護度が出ると言われてからの退院なら調整もできる。サービスを受けようなかと思っている時に医師に「退院いいですよ」と言われると待つてほしいと思う。

(8)退院支援研修プログラムの試行についての意見

退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援として、「退院支援研修プログラム」の試行についての提案をして、退院支援担当の看護職者の意見を聴き取った。そして示された内容を意味ごとに分類し、表8に示した。なお「退院支援研修プログラム」とは、医療圏内で行う退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援の研修であり、病棟看護師が、講義・退院支援部署への研修・訪問看護ステーションへの研修を受講し、1年後にリフレクションを行うという一連のプログラムである。

具体的には、講義は大学でのワークショップとして行い、退院支援部署での研修は、自施設に退院調整部署がある場合はそこで1日研修を行い、退院支援部署がない場合は、A医療圏内の退院支援部署をもつ医療機関での研修を依頼する。また訪問看護ステーションの研修も併設施設内かもしくは連携する訪問看護ステーションにおいて、半日から1日訪問看護師と同行訪問を行う研修である。

その提案についての意見として【訪問看護ステーションでの研修は必要である】【訪問看護を経験することによりメリットがある】【退院調整室での研修は必要である】の3つに分類された。

そして、【訪問看護ステーションでの研修は必要である】には 訪問看護ステーションでの研修は興味があると思う 在宅に興味のある人に行ってほしい 等があり、【訪問看護を経験することによりメリットがある】には 在宅での生活を知ること退院に向けた視点で考えられる 在宅に行く視点が変わる 等が示された(表8)。

表8 退院支援研修プログラムについての意見

分類	小分類	要約例
訪問看護ステーションでの研修は必要である	訪問看護ステーションでの研修は興味があると思う	訪問看護ステーションの実習は多分興味があると思う。
	在宅に興味のある人に行ってほしい	できれば自分が関わった患者さんの訪問看護と一緒に行けると一番よいと思う。
	訪問看護実習への希望者を募ったことがある	何年前かに院内の希望者を募って行ったことがある。その時は半日だった。
	訪問看護ステーションでの研修を行った方がよい	プログラムが確立されて了解が得られたらやった方がいいと個人的には思う。
	訪問看護ステーションでの研修が短期間ならよい	訪問看護の長期に亘る研修は病棟の負担になると思うけど、半日が1日くらいだとすごくよいと思う。
訪問看護を経験することによりメリットがある	在宅での生活を知ることで退院に向けた視点で考えられる	退院支援に関わっていない人に、こういうことを知ってもらおうと、その人の目で見るので、受け持ちそれぞれがそのような視点で見れるのが一番よいと思う。
	在宅に行くと視点が変わる	在宅は1回行くと全然違うと個人的に思う。モニターの1分1秒より、家族が納得して看取りをすることが大事なんだろうなと思いました。あと誰が来られますか、どんだけ時間かかりますか、あと5分じゃあ待ちましょう、ここでって。看てますから安心、大丈夫ですよって言って下さいって、その視点は在宅に行き変わりました。そういう意味では、大事なことと思う。
	在宅の様子を見ると印象が変わる	病棟の看護師は在宅を知らないで、在宅の様子を見てくると全然印象は違うと思う。
	訪問看護の経験のない人への訪問看護研修を復活させるとよい	新人は在宅看護論を学んできているので、経験のない人が研修に行きました。復活させてもいいんじゃないかと退院支援担当者は思っている。
	退院調整室との連携がとりやすくなる	退院支援でしていることがわかると、こういう時には退院調整室に連絡して関わってもらおうのがいいということがわかって、協働できると多分違うと思う。
	看護師の自信になる	自分たちが関わったからこういうふうに住んで生活できてるんだっていうふうなことになると、看護師自身のモチベーションが上がり、自信にもなる。
退院調整室での研修は必要である	自分がいきなりその立場になった時には右も左も真っ暗で社協って何ってところから入った。研修は必要と思う。今はソーシャルワーカーが入っているので、まあいいかなとは思う。	

3 . A 医療圏におけるワークショップ研修

県健康福祉部医療整備課と協働で、医療圏内の退院支援のネットワーク構築と看護職者への教育支援の充実を目指すための、医療圏内の看護職者を対象としたワークショップを開催した。その中では、A 医療圏内の 8 つの医療機関の退院支援担当者への個別職場訪問研修（A 医療圏内の看護職者へのインタビュー調査）のインタビュー結果を資料とし、飛騨医療圏における退院支援に関する利用者ニーズ、医療機関の退院支援の現状と課題、医療圏内の退院支援のネットワーク構築に向けた意見等を共有し、意見交換を行った。

1) A 医療圏におけるワークショップ研修の概要

(1)対象：飛騨医療圏内の看護職者（医療機関の看護師、訪問看護師、保健師）を対象にワークショップ研修を開催し、医療圏内の看護職者 25 人の参加を得た。

(2)開催日時・場所：2012 年 11 月 28 日(水)14 時～16 時の 2 時間、A 医療圏内の医療機関内の多目的ホールでワークショップ研修を行った。

2) ワorkshop研修の内容

(1)A 医療圏内 8 施設の退院支援担当の看護職者へのインタビュー結果の報告

A 医療圏における退院支援に関する利用者ニーズ、医療機関の退院支援の現状と課題、医療圏内の退院支援のネットワーク構築に向けた意見等を資料を用いて説明し共有した（前記表 1～表 8）。

(2)ディスカッション

ディスカッションテーマを、医療圏内での退院支援の現状と課題、医療圏内の退院支援のネットワーク構築に向けて、「退院支援の研修プログラム案」の試行に向けて、として意見交換を行った。意見内容は参加者の許可を得て IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。その逐語録を要約した意見を分類して以下に示す。

3) ワorkshopでの検討内容

(1)医療圏内の退院支援ネットワークの現状・課題

医療圏内の退院支援ネットワークの現状やネットワーク構築に向けた課題についての意見は、【在宅移行の困難さ】【入院時からの取り組みが必要】【多職種による連携が重要】【病棟看護師の知識・意識の向上が重要】【多職種連携に向けた工夫】に分類された（表 9- 、9- 、9- 、9- 、9- ）。

表 9- 在宅移行の困難さ

分類	意見の要約2	意見の要約1
在宅移行の困難さ	地域が狭いことで患者・家族とも顔見知りで、地域の多職種とも連携がとれているが、一旦入院すると在宅復帰が難しくなることが課題である	連携室のほうに来たばかりで、まだまだ退院調整の直接的なことではなく、事務的なことを今していることが多い。当院は、小さな町にある病院であるが、地域が狭いことでよい面もあり、患者も家族も顔見知りの人が多く、ケアマネジャーや包括支援センターや行政の担当者もわりとよい関係にあると思っている。ケアマネジャーも担当の患者が入院すると、状況の問い合わせがあったり、こちらからも担当の利用者が入院したと連絡し、入院してる最中もまだ退院の話はないかと問われたりと、連携がとれている。困難なケースもあるが、わりとスムーズに、関係がうまくいっているのでありがたいと思う。もう一つ思うことは、入院するまでは、家族も高齢世帯でも生活できていたが、一旦入院するとレベルが前と変わってなくても、なかなか自宅に帰れなくなってしまい、最終的には施設のほうに調整するケースがある。在宅復帰という家族の意識もあると思うが、そのへんが課題かなと思っている。
	家族との調整が難しい中、退院調整看護師、ケアマネジャー、訪問看護師と協働し、不安に対応できるよう調整力をつけたい	病棟勤務している。入院当日は家族がくるが、その後なかなか来てもらえない患者が増えている中で、今、介護士と連携証をとらせてもらっているが、タイミングを見計らわないと、家族となかなか話ができない中で調整をしていくことの難しさも感じている。老老介護も増えており、今も退院調整看護師、ケアマネジャー、訪問看護師も入ってもらって調整しているが、入院前から長く携わっている人と医療介護センターのスタッフと病棟のスタッフで面談をして、退院を進めたが、やはり退院前日になって、これでは連れて帰れないって言われたケースが、最近あった。病棟で見ていると、なかなか困難だと思うが、少しでも患者も介護する家族も安心できるように、どこに不安があるのかをしっかりと捉えて、調整していく力をしっかりとつけていきたいと思っている。
	整形外科病棟の入院患者の運動レベルは入院前よりワンランク下がり、家族への関わり等の退院支援が必要となり、委員会や会議の意見を参考にして今後につなげたい	兼務する整形外科の病棟は、運動レベルは退院する時にはワンランク下がと医師がよく言っているが、歩いていた人が杖になったり、杖でいた人が押し車を使うようになるというふうには、ほとんどの人が退院支援が必要な状態である。歩けないから面倒がみれないとか、トイレができないならうちに帰ってきては困るとか、そういう家族が大変多くて、日々頑張っている。自身は今までに退院支援とかを一切やったことがなくて、当院に来て初めて行ってその大変さを実感している。継続看護の委員会に入って、地域連携会議やこのような場に参加しているので、その時の意見等、参考にして今後につなげていきたいと思っている。

表9 - 入院時からの取り組みが必要

分類	意見の要約2	意見の要約1
入院時からの取り組みが必要	入院当初から退院のタイミングを見計らって調整に取り組まなければならない	病棟勤務をしている。やはり入院当初から退院の調整を念頭において取り組んでいかなければいけないことをつくづく思っている。退院のタイミングがちょっとズレると、在宅へ帰るのを逃してしまって、亡くなってしまおうというケースとかがあった。家族と本人の体調と、医師の退院の許可が得られるまでのタイミングを見て調整していかなければならないので難しいなど常々思っている。
	閉鎖病棟の長期入院の患者では地域に戻る事が難しく、入院時からの退院に向けた取り組みや連携が必要となる	今閉鎖病棟で勤めているが、なかなか長期化の患者が多く、受け皿も難しく地域に返すことがなかなか難しい。自分の受け持っている患者も、家族への関わりや、担当医の関わりをされていて、何とか来年に退院できるところまでこぎつけた。しかしやはりなかなかいろいろなしながらみがあって、退院することは難しいので、入院した時点からなるべく退院に向けて、取り組んでいくべきだと思う。やはり連携が必要だと思うので、今日一緒に勉強して頑張っていきたい。
	入院時にケアマネジャーより入院前の情報が提供されるので病棟でその情報をもとに入院早期より退院支援に取り組む等外から中への連携の充実や、施設より入院の患者の退院目的を立て施設に戻れるような支援が必要となる	退院支援の仕事をしている。入院するとケアマネジャーが入院前の情報を持って病棟のほうに伺っているが、なぜ入院したかとか、どんな状況なのかを病棟の看護師に話してもらっている。その時にやはり今後退院支援をしていくにあたって、在宅での情報をその時に病棟でもキャッチしてもらって、もっとスムーズに退院支援が行えたらよいと思っている。退院間近になって在宅での実情を把握して、そこからどうしようって思うのではなく、入院早期からそのような情報をもっと得る。中から外への連携ばかりではなく、外から中の連携も一生懸命やっていけたらよいと思っている。あとひとつ今心配に思っていることは、最近特養のほうで、入院期間があまり長い患者については、契約のほうを切っていきたいということで、この特養のほうの契約書の内容の中で、入院して7日目を経過したところで、契約を切るという内容になってるってところである。入院して1週間経過したところで、あまりにも退院の目的がたたないほど重症な患者については、もう契約を切っていくような方法でやっていきたいという話がある。3か月以内であれば特養に戻れるような状態であれば、優先的に入所は考えていきたいが、とりあえずその患者のベッドは、次の入所者で埋めさせてもらうというようなお話がある。特養に入るといことは、家族の介護力がなかったり身寄りがなかったり、金銭的な問題があったりとかいろいろな事情を持つ人が入っているの、そうになってしまうと今後退院支援のところで、行き場がなく悩むケースが増えていくと考えている。
	退院調整に前向きになったことはメリットであるが、高齢化が進み施設入所も難しくなるので、ケアマネジャーの入院時早期からの調整が必要となる	訪問看護ステーションに看護師として入って考えるメリットとしては、介護保険に対する認識がかなり高まってきたということと、退院調整が以前より前向きにやってこれるようになったてあり有難く感じている。ケアマネジャーを兼務している中で、これからますます高齢化してくるので、特養のリセットも必要じゃないかとか、老健みたい1に3か月ローテーションしていくとか、そういうこともしていかないと、退院がなかなか難しくなってくると思う。ケアマネジャーは退院の時しか調整に入らないが、そうではなくて、入院して1週間なら1週間で調整に入ってもらい、もう1回退院時に煮詰めるとか、そういうこともこれから必要ではないかということ常々カンファレンスに参加して感じている。
	施設から入院の患者は入院時から病棟・退院支援部署・医師・施設が連携して施設に戻れるよう支援する必要がある	地域医療介護センターのほうに勤務交代をしてきて、退院支援に直接関わっているが、毎日悪戦苦闘である。特養から入院する患者がいるが、最近特養の方から2週間後ぐらいに退院の目的を聞かせてもらいたい、そうでないと(契約を)切らせてもらうといわれる。むこうの現状も踏まえて相談しているが、そうするとやはり入院時から、この患者はどのようになっていくのかということを考えながら、やっていかなければならない。病棟との連携や、医師との連携を考えなければならぬことを感じながらやっている。

表9 - 多職種による連携が重要

分類	意見の要約2	意見の要約1
多職種による連携が重要	地域の多職種がケースカンファレンスの中で検討することで患者の意向に沿った退院生活につながる	自病棟も長期化している患者さんが多い閉鎖病棟である。やはり30年以上の患者や、急性期でまだ病状が安定していないような状態の患者が療養する病棟である。家族の受け入れも悪いし、入院当初の患者の状態がずっとあり、なかなか退院のほうに向けていくことは難しい。その中でもヘルパーステーションができたことと、訪問看護ステーション、または居宅、地域支援センター、保健所も介入してもらって、ケースカンファレンスを行い、今後どうするか検討することで、今1人の患者が退院して生活している。なかなか単身で生活することが多く、家族がいない人も多いので、地域の担当者も交えてということもあるが、アパートに住むにしても保証人の問題等いろいろあり、精神科の患者が社会で生活するということがなかなか難しい。でも患者の思いを汲んで、退院して長く続く生活ができるということ、自分たちが頼んでいくことが必要であると最近つくづく思っているのが現状である。

表9 - 多職種による連携が重要（つづき）

分類	意見の要約2	意見の要約1
多職種による連携が重要	地域の看護職同士の連携は図れているが、施設より入院した患者の退院を、多職種と連携し、地域の課題として考えていくべきであり、また在宅ターミナルに向けた支援ができるよう力をつける必要がある	もともと当該地域はわりとこじんまりしていることもあって、看護職同士の連携は、けっこう図れてると思う。ただ高齢化率がずっと高いので、今の特養の問題もあるし、それから養護老人ホームは自立した人の入ってる施設であるが、そこからの入院の患者も介護が必要になってくると、受け入れてもらえないというようなことも何件か出てきている。そういう在宅へ帰れる患者はある程度、介護家族もいたり、なんとかサービスを使って帰れるが、施設に入っていた人たちの支援がこれから大変になってくるんじゃないかと思っている。看護職だけでは、嘱託医とか相談員等の多職種、看護職以外の職種にも、実情を分かってもらったり、そのケースだけで連携のことだけで考えていくのではなく、地域としての課題として、考えていかなければならないと思う。このような機会がそういったところに発展していくとよいと思った。当院では、緩和ケアセンターが今年できたので、訪問看護への依頼もけっこう出てきて、素早い対応というか、帰られる時期を逃すと帰れないんじゃないかということで、いろいろ早めに在宅を整えなければならないこともあるので、看護のほうでもそういう力をつけなくてはならない。病棟では、今後在宅へ行った時にサービスが必要だろうと思われるので、けっこうはやい段階で介護認定の申請とかを進めてくれているので、そういう部分では、退院してしばらくしたら、認定が出て、サービスを使うのにも使いやすい。退院時からの申請ではないので、そういう部分では有難いと思う。
	回復期病棟に転棟してくる患者・家族の望みを聞き、必要な介護を説明しながらケアマネジャーと連携してサービス利用を検討する	一般病棟から変わって回復期病棟にいるが、一般病棟に入院した患者は急性期を終えてすぐこちらに転棟してくるので、患者も家族も、今まで元気だった人が急に動かなくなったことに戸惑っている。その状況で介護もいろいろ必要となるので、患者・家族が何を望んでいるかや、実際に独居や老老介護の患者も多いので、必要な介護を説明して、どこまでできるかを家族情報をもらいと話し合う。そして医師にもいろんな面から関わってもらおう。もともと在宅ではケアマネジャーが関わっていたので、聞いた情報はケアマネジャーになるべく話して今後在宅に生かせるようにする。とにかくできる介護は何かを把握し、できないことがあればケアマネジャーに依頼して、サービスを入れてもらうよう、なるべく患者や家族に話を聞くことを今やっている。いろいろな指導も、病院で看護師が専門的にやることと、在宅でできることがあるので、なるべく地域連携ができるような感じで病棟看護師の役割として支援をしていきたいと思う。他部署の人と通じたりとか、聞いたことは伝えるなど、話をしながら患者中心に回っている。まだ始めたばかりで、十分ではないが、一生懸命やっけていこうと今も続けているところである。
	長期入院の患者の退院支援では、社会生活とかけ離れた生活をしている患者は多くの不安があり、病院・保健所・行政も含めた多職種によるチームによる支援が必要となる	当院は新病棟を建て、医療病棟に変えて急性期病棟は入院すれば3か月以内に退院をしようと病棟を分割した。自病棟は、療養病棟で30年ぐらい長期に入院している患者がたくさんいる。それに伴って、高齢化になってきて家族もいなくなって、帰る家もないという状況の中で、今3名の患者の退院支援に取り組んでいる。1名は退院先に賭がついているので、日常生活面ができれば退院できるちょっと受け皿があったので退院できた。精神で長期に入院しているということは、服薬のこととか、金銭面とか、日常生活面でもかなり社会生活とかけ離れた生活をしているので、患者は多くの不安があり、それをどうしてどのように支えればよいか。今は病院の中にも訪問看護ステーションができ、ヘルパーステーションも立ち上がって、地域活動支援センターもある。以前は県の長期入院患者への退院支援チームというのができて、保健所の保健師が中心になって、行政やいろんな人たちを入れて、その患者さんが地域で暮らせるためにどうすればよいかの会議を行っていた。今は病院として地域に患者を返さなければならぬので、地域で生活したい患者がいたら、病院の中には退院支援チームはないのでその病棟からケースワーカーに発信して、そこからいろいろな関わりができるような部署の人たちを入れて、退院支援をしていく形でやっている。まだまだこれからということですが、他の地域のことは何も知らないもので、今日は勉強させてもらうつもりで来た。
	多職種の情報共有が必要である	訪問看護師やケアマネジャーなど他職種との細かい情報の共有が必要だということを感じている。
	利用者を中心とした病院、施設の連携、顔が見える関わりが重要である	現場から離れていて、退院の関わりは今ほとんどないが、身内で家族としての立場で関わることがあって、第三者的に自分たちの日々の姿を見る機会があった。やはり連携していないということで、家族側が負担を負ったり、ちょっと悩んだりとかすることがあった。的確に情報をもらえることで、家族の心が軽やかになるということを経験した。やはりこれは利用者の病院や施設との連携や、ケアマネジャーと病院の連携の重要性と、十分な把握をして関わらなければならないことを痛切に感じている。このような会で、病院同士や施設同士の顔が見える関わりが、大きな結びつきにつながっていくと感じている。

表9 - 多職種による連携が重要(つづき)

分類	意見の要約2	意見の要約1
多職種による連携が重要	訪問看護ステーション・病院の連携により、退院前カンファレンスで患者・家族に合わせた介護が検討できるので、サマリーの書式の統一も必要ではあるが、顔の見える連携が一番大切である	県看護協会では、訪問看護ステーションが圏域に4か所あり、それぞれの利用者の退院される病院とは、ほんとに連携をとらせてもらっている。それぞれの窓口が地域連携課であったり、医療介護センターのところでやってもらえているので、連携は年々改善されて連携の取りやすくなっている状況である。退院した患者も外来通院時の時に、そのような部署を通して連携医療、受診時の連携をとることもさせてもらっている。院内訪問は、できれば2週間ぐらい前に連絡をもらえると有難い。最近では看取りだけに家に帰りたいという患者もいたり、医療依存度が高く訪問看護が毎日必要な患者が、急きょ退院にということもあるが、その都度、その家庭にあった介護状態、介護者の状況でできるだけすぐに緊急のカンファレンスを持つことで連携を図るように努めている。それぞれがなかなか時間調整が難しいが、利用者の立場に立って、できるだけ時間をとるようには努めている。そして、看護サマリーのほうは、病院によって書式が違うし、自分のところでも看護協会別でもあるが、それもまだ統一されていない状況もある。訪問に関しては、それぞれの必要な内容にはなっているので、それを使ってやっている。書式も必要ではあるが、顔の見える連携ということが一番大切だと思っている。
	4年間長期入院患者の退院支援の検討会(大学との共同研究)に参加していたが、地域の多職種が連携した支援が重要で、カンファレンスを行い調整できた患者の再入院は少なくなることがわかった	当院は、昨年新病院ができて、閉鎖の療養的な病棟と、閉鎖・解放・急性期・慢性期・長期入院という患者が1つになってる病棟があり、小さいながらも全てを含んだ病院というのが院長の理念である。大変な部署であるが、自分は4年くらい大学で行われていた県内の精神科病院における長期入院患者の支援という検討会に出席していたために、当院は退院調整の部署はないが、このような会議には出席するよう言われて出てきている。大学での検討に行くようになってから、やはり支援というのは、連携して行うことが大事だということと思うようになった。現在は退院調整する場合は、作業所、相談センター、市役所福祉課、社協、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等あらゆるサービスの関係者を招いてカンファレンスを行わないと、なかなか退院ができないという長期患者さんがほんとに多い。そういう調整をしてくださった患者は、再入院がほんとに少なく、仮に入院したとしても居場所があるために、短期で退院することができないのではないかと考えている。そのような事例は年に数例しかない。長期入院患者の場合は、家族への関わりが大切であることと、本人のモチベーションをどのように発奮させるかっていうことと、入院した時から退院を考えることが大事であり、そのような支援ができればよいと今思っている。

表9 - 病棟看護師の知識・意識の向上が重要

分類	意見の要約2	意見の要約1
病棟看護師の知識・意識の向上が重要	地域の多職種の協力を得ているが、退院調整が不可欠な病院では病棟看護師の情報収集・アセスメント・展開能力を向上させることが重要である	当該市は、非常に狭い地域なので、かえってケアマネジャーや開業医と連携しやすいという利点がある。開業医が多いので、ほとんどの医師と顔見知りということもあって、十分協力もしてもらっていると思っている。当該市は、温泉街で、地元の高齢世帯や独居の人もかなり増えている。温泉街ということで非常にごたごたして温泉街に流れて、身寄りもなく、親族とも断絶して、独り暮らしになって、疾患を抱えて、さあどうしようという人が本当に多い。そういう場合は、病院の退院調整だけでは、追いつけないので、市の行政の担当者にも介入してもらっているが、行政の担当者も非常に協力してもらえるので、大きな問題は感じていない。そのような地域なので、退院調整をせざるを得ない病院である。どこをどのように強化していったらよいかというと、やはり病棟看護師がいかにキャッチをして、それをどうアセスメントして、どう展開していかっていくところを向上させていくことが大事であると思っている。
	退院調整看護師に全部を委ねるのではないとの病棟看護師の意識が変わりつつあり、退院支援に必要な患者に多部署で連携して関わられるように退院支援担当として関わられるとよい	今病棟で退院支援担当をしている。退院調整部門の担当看護師がいるので、ほとんどそういう退院調整看護師が必要な場合は、その人に全部委ねれば全てうまくいくという考えが多分スタッフ間であったと思う。今だいぶ病棟内は変わってきたと思っているが、退院調整看護師に全部を委ねるのではなく、自分たちがまず何をして、何を知らしてもらわないといけないかっていうことをちゃんと把握した上で、依頼するというふうに、大分意識は変わってくるかと思っている。まだまだ退院調整とか、支援とかで、たくさん問題がある患者もいるので、どう関わっていくかということには、いろいろの部署の連携が必要と思うので、退院支援の担当として関わられたらよいと思っている。

表9 - 病棟看護師の知識・意識の向上が重要(つづき)

分類	意見の要約2	意見の要約1
病棟看護師の知識・意識の向上が重要	病棟看護師が退院支援に関心をもっておらず退院支援部署に依存していたが、各病棟に退院調整係長を配置し病棟主体の退院支援体制を整備しているため、地域でも在宅支援について検討できる機会があるとよい。	今までの問題点として、病棟看護師の目が退院支援に向いていないという現状しばらく続いた。医療社会事業課が設立して、前任の退院調整係や、MSWが力がある人ばかりだったので、任せれば全てやってもらえると、丸投げの状態が続いてしまい、病棟看護師が在宅のイメージができず、なぜ私たちが介護にまで考えなければならぬのかという状態ができてしまった。それでは、看護部長の任命の部と退院支援係長を各病棟に1名ずつ配置すること、病棟師長が中心になって、介入するというような方向性をもっていくことで、早期に関わりをして、本来の看護師の仕事である意思決定支援、退院に向けた専門的な指導を病棟サイドが主体になってできるように今システムを検討している。大がかりで、まず意識の変容から始めなければならないので、3年間計画ぐらいでやっていこうと思っている。生活保護の人や、身寄りがいない人、名前も分らない人も運ばれてきたりと、バラエティに富んだ症例があり、中でも頑張っていて何とか帰す場所を考えたりしてきている。それは特にMSWの力も大きいですが、引き続き継続していければと思う。都市部では、退院調整の看護師の集まりがあったりして、お互いに病院の枠を超えて、疲弊したり、精神的にまいっているのを癒しあう会も、自助努力で自分の時間使ってもってという聞いたことがある。もし当該地域でも退院支援にかかわらず、在宅への支援について話し合うことが皆でできればよいという思いはある。また協力をお願いしたい。

表9 - 多職種連携に向けた工夫

分類	意見の要約2	意見の要約1
多職種連携に向けた工夫	多職種の連携が大切であり、訪問看護師が患者の退院後の生活を病棟看護師と退院調整看護師にメッセージで返している	他職種との連携が大切と思っている。日々感じるのは、病棟看護師にも今退院調整とか支援能力が求められてると思う。やっぱり在宅のことはイメージはできていても、実際にはどうか分からないところがある。退院シートでは目が届かないところもあると感じるので、実際に在宅を目で見る研修ができるとうちと思っている。訪問看護ステーションでは今年から、退院された人に関して、自宅でのように過ごしているかを、病棟の担当看護師と退院調整看護師にメッセージで返すことをしている。
	急性期病院の退院支援部署との連携では、積極的に情報をキャッチして関係を構築し、情報共有のできる1対1の関わりをもつことが大事である	当院は市内でただ1つの療養型病院ということで、ここ数年は医療依存度の高い患者を一手に引き受けている状況で、退院支援というよりは、急性期の病院の退院支援との連携というところが、一番大きな、取り組み事項になっている。施設間でお互いに必要と思う情報に温度差があるのは、やはり病院の役割として仕方がないので、積極的にこちらから相手に対して、随時情報をキャッチしていくと、そこで関係ができる。相手からもこちらが求める情報を返してくれるようになってくるので、そのような1対1の関わりも、大変大事だと感じている。
	退院調整看護師、病棟看護師ともに豊富な経験を持ち退院後を見据えた支援ができており、訪問看護師・医師・ケアマネジャーとも連携がとれている	3年ほど療養病床にいたが、今年から一般病床に移動になり状況が変わって、入退院が激しいというところで悩みがある。今地域連携室の看護師2人は在宅看護も長く経験し、施設のほうでも経験されており、その経験が顔になっている。すごくつながっており、情報も多くを知っており、そういう意味で片づけられる感じがする。病棟のスタッフもみな顔となるナースが多く、家庭事情もけっこう分かっているのがメリットで、入院時からこの人のこの先がどうなるっていうところもけっこう見据えて見てくれているところもメリットという気がする。病院の中に訪問看護ステーションがあるので、そんなふうにもすぐできますので、そういう意味では有難い。ケアマネジャーもこの人どうかというようなことを、病棟にふらっと来て話していったり、それも有難いと思う。退院の時も退院調整ということで、医師も入る認定調査等も連携室のほうで担当してもらうので、そういうのはすばらしい面であると思っている。小さいところで小回りがきくところがよいところであると思う。
	地域連携連絡会議で作成した「私の暮らしシート」を病棟の退院支援、多施設との連携に活用できればよい	当病院で今、地域連携連絡会議をやっていて、市内、当該地域の老健とか特養の人たちと「私の暮らしシート」というのを作って、その人の大事にしてきたもの等の情報を共有して、患者のケアにあたれたらということをやっている。今なかなか病棟の中でも活用が十分できない病棟もあり、ひとつの病棟で積極的に取り組んでいい結果がでたという報告も去年あった。そういうところを他の病院や他の医院、施設の方たちとも共有できたらいいなと感じている。
	患者が根底の生活を変えることなく継続できるよう退院支援の取り組みをさらに継続し医療圏に上げられるとよい	患者が病院にいても、家に帰っても、施設に行っても、やっぱりその人の根底の生活っていうところを大きく変えることなく、継続していけるためには、それぞれの施設や在宅で訪問に行く人などの点検が、とても大事になってくると強く思っている。最近、高齢者夫婦世帯や独居の世帯が増えてきていることを肌で感じる。今行っている当院の取り組みを更に継続して、それをもっと医療圏に上げられれば本当によいと思う。そのようにできるようにお互いに協力し合っていければよいと考えている。

(2) 提示された課題に対する意見

B市内の特別養護老人ホームの入所の要件が変更され、施設入所者が入院した場合に、入所中の施設に帰ることができる期間が短くなり、対応に困難をきたしているという課題が提示され、意見交換を行った。そこは施設担当者と随時連絡を取り、患者が退院して特養に戻れるように対応する必要がある旨が示された。その意見内容の要約を以下に示す(表10)。

表10 施設入所の課題に関する意見

	意見内容の要約
a	市内の特養のことであるが、1週間以内に例えば、1ヶ月の見込みで退院と決まっていれば、優先順位はそのまま、3ヶ月までは考えるとのことなので、できるだけ連携を密にする。1週間以内に1ヶ月と決めたら、1か月の間毎週施設の担当者が来るそうである。 状態を見ながら、できれば特養も新しい人に入ってもらいよりは、慣れた人にももらったほうがよいという部分もあるということである。毎週来られて毎週念をおされても、対応する病棟も大変であるが、ほんとに特養に切られてしまうと行くところがない患者が特養に入っていると思うので、そういう患者を特養につないでいくためには、協力してもらわなければならない。
b	自施設の近くの特養は入所期間3ヶ月でとなっている。以前に一度失敗したことがあって、看取りでもう食べられないから点滴で見守りというふうにしていたら、食べられるようになり、特養の契約を切ってしまったのであと戻れなくて苦労したことがあった。その特養とのやり取りの中で、3ヶ月にしているもので、相談しつつ、もうだめだなというような時に、契約を切ってもらっている。そのあたりは相談してということで協力してもらっている。
c	施設から話を聞いた時に、高齢の患者なので、入院して1週間は急性期的な治療をしている。そこで判断するのは難しいと話したが、誰もかれも切るわけではないとは言ってもらえたのと、病院にも確認してから契約を切るという話だったので、なるべく切られないように一生懸命訴えていかなければならないと感じている。
d	1週間で特養への入所を切られるという話は聞かない。施設には受け入れてもらっているもので、ただその病名によっては、もうこれ以上は受けられませんと言われた患者もいたが、1週間という話は今のところは、耳には入っていないので、自施設では特に対応が変わってはいない。

(3) 看護職者への教育支援としての「退院支援研修プログラム」の試行への意見

看護職者への教育支援としての「退院支援研修プログラム」のなかの、訪問看護実習の試行に関する実現の可能性についての意見を聴き、訪問看護師よりも賛同が得られた。その意見内容の要約を以下に示す(表11)。

表11 退院支援研修プログラムに関する意見

	意見内容の要約
e	ステーションとしては、いろいろな実習を受け入れているし、研修医だと、3日とか4日の研修を受け入れている。半日から1日程度っていうことであれば、何人でも、何人もってことになるとちょっと大変かと思うが、それはその期間というか、それもなく実際にやっていただけることは、すごく有難いと思う。
f	訪問看護の研修はあったほうがよいと思う。患者が在宅へ帰った時にどういう状態かというのは、よく分かるので、やはり研修はあったほうがよいと思う。
g	当該病院では、3年か4年ぐらい前に、在宅へ目を向けてもらうために、病棟の看護師が訪問看護ステーションへ半日研修をするという研修をやってすごく効果的だった。ぜひやったほうがよいと思う。院内ナースではそれを継続できるシステムは残ってるが、今はやってない。例えば去年のケースでは、自分が指導したケースの訪問看護と一緒にいこうとか、そういう形を変えてでも行けるようにしたほうがよいのかなって思うし、あまり人数が多くなければ外からも多少受けられるかもしれない。
h	7対1とかをとっている状況では厳しい部分もあるが、研修に行ってもそこで得てくるメリットが大変多いので、在宅でどういう看護がされているとか、退院をした患者がどう過ごしているかということだけではなく、患者に対する関わり方とかそういう接遇面とかの学びとかでもすごくつながっていた。メリットは大きいと思う。近年就職してきた看護師はだいたいみなさん訪問看護実習に行っているんで、そういう経験のない看護師を対象に、研修に出したって感じであった。

・参加看護職者の意見

1. 個別職場訪問研修における看護職の意見

個別職場訪問研修の対象となったのは、医療機関の中での退院支援部門を担当する看護職者や、病棟において調整支援を担う看護職者であった。インタビューでは、まず自施設の医療サービス利用者のニーズをどのように捉えているかを聞いた。A医療圏では高齢化率が30%以上で高齢者の独居や高齢者世帯が多いことにより、老々介護についての課題が多く述べられた。その利用者ニーズへの対応

を確認した際には、患者・家族の意向に沿った支援や在宅療養での不安を軽減するための効果的な支援が示される一方で、医師との連携の困難さや施設入所に向けた調整の難しさが示されていた。また、今後の退院支援の充実に向けた取り組みでは、入院時から退院を見据えたアセスメントの実施や、院内の多職種参加の退院支援に関する定期的カンファレンスの開催など、院内の多職種が協働で退院支援に取り組む重要性が示された。そして院内のみでなく、地域の専門職者も含めた病棟・外来・在宅の多職種が連携し、継続的な支援を提供することに取り組む旨が確認された。また、病棟看護師による退院支援の充実を目指した院内の退院支援体制の整備への取り組みの実際についても確認することができた。いずれの看護職者も、患者・家族の意思決定支援を基盤とした、医療圏内全体の退院支援ネットワークの必要性について示されており、今後の取り組みへの意欲を確認することができた。

2. A 医療圏におけるワークショップ研修への意見

A 医療圏内の医療機関の退院支援の現状や課題を提示しながら共有することによって、看護職者間のネットワークや、他施設、多職種を含めた地域のネットワークの重要性が語られた。また医療圏内での訪問看護実習・退院支援部署での研修を含む退院支援の研修プログラム案にも賛同が得られた。

医療圏内の退院支援ネットワークの現状やネットワーク構築に向けた課題についての意見として、入院時から退院を見据えた退院支援の取り組みが必要であること、医療機関や施設も含めた地域における多職種による連携が重要であること、病棟看護師の退院支援に関する知識・意識が向上し、病棟看護師が主体となって個々の患者・家族への支援に取り組むことが重要であることが示された。また実際に多職種連携に向けて、積極的に情報収集に取り組むことや、退院後の在宅での療養生活を訪問看護師が把握して、病棟看護師や退院調整看護師にメッセージを伝えていること、また地域の多職種で考案した共通の情報収集シートの活用を促進するなど、多職種の円滑な連携に向けた工夫も紹介された。そして、ワークショップ自体が「顔の見える関係づくり」となり、ネットワーク構築に向け効果的であるという意見もあった。

また、退院支援の質向上に向けた教育支援としての訪問看護研修や、退院支援部署での研修の必要性が示され、在宅における患者・家族の生活を基盤に、入院中から退院後の生活へと安心して移行できるよう継続的な支援の重要性が再確認されたと考える。

・教員の自己点検評価

1. 看護実践の場と与えた影響

個別職場訪問研修では、医療圏内の100床以上の8つの医療機関の退院支援担当の看護職者に、自施設の退院支援の現状や課題を聞いた。急性期病院として地域の基幹となっている医療機関や、後方病院としての療養病床をもつ医療機関、また精神科単科の医療機関など、看護職者が医療圏内で自施設の果たす役割・機能を理解した上で、利用者のニーズを確認しながら、円滑な連携に向けて努力していることが伺えた。その現状を聴き取る中で、看護職者自身が自施設の利用者のニーズを確認する機会となり、自施設での取り組みの効果についても再確認できたと考える。

また、ワークショップ研修では、個別職場訪問研修の対象となった医療機関の看護職者のみでなく、訪問看護師の参加も得られた。その中で、インタビュー結果を報告することで、各医療機関の医療圏内で果たす役割・機能の理解につながり、それぞれの施設の抱える退院支援の課題についても共有する機会となった。参加者全員が、医療圏内のネットワーク構築の必要性を認識しており、今後も看護職者同士、または他の関連職種も含めた定期的なワークショップを継続して開催することによって、退院支援の質向上につながる。本事業での研修はその契機になったと考える。

2. 本学の教育・研究に与えた影響

A 医療圏内の医療機関には、本学の地域基礎看護学領域の卒業研究での実習施設も含まれており、医療圏内全体の利用者ニーズに基づく広い視野での退院支援のあり方について、現地の看護職者、学生とともに追究していきたいと考える。また、医療圏内での退院支援の質向上に向けた具体的な教育支援としての「退院支援研修プログラム」についても、医療機関の看護師、訪問看護師双方から賛同が得られたので、次年度より研究的取り組みとして試行する必要があると考える。

・今後の課題、発展の方向性

医療圏内のネットワーク構築に向けて、医療圏内の看護職者が一堂に会し、退院支援の現状を報告し、課題の解決に向けて意見交換ができる研修会を、今後も継続して企画・運営していく必要がある。そして、医療圏内の退院支援の質向上を目指して、個々の看護職者への教育支援に取り組む必要がある。前述したように、医療圏内の退院支援研修プログラムの試行について、具体的な研修内容を退院支援部署担当者や訪問看護師とともに検討し、推進していきたいと考える。また、今後県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援として発展していけるように、県健康福祉部医療整備課と協働で、本事業の取り組みを推進していきたいと考える。

第2部

終了分の総括報告

- 1 . 助産師の専門性を高める研修プログラムの開発（平成20年度～21年度、23年度～24年度）

・目的

近年の産科医療は大きく変わり、医師不足や医療事故をはじめとする様々な問題が浮き彫りになり、「安心して産める場所」の確保が困難になってきている。岐阜県内においても産科医の確保が難しいという理由で数か所の公立病院の産科が閉鎖される事態となっている。

岐阜県内では、診療所での出産が、全体の7割であるのに対して、診療所で勤務する助産師は助産師数全体の2割であり、6割以上が病院で勤めている。病院での助産師はハイリスクの管理や医師の管理下での助産介助が主であり、助産師としての本来の主体的な業務を実施するのが困難である。さらに診療所での助産師も分娩介助のみに関わることも多く、助産ケアという観点では、満足のいかない面もあると考えられる。

助産師の主体的な活動を促進していくためには、助産師の現状の仕事の改革改善を行い、医師との連携を図り、さらに発展できるように各施設で取り組んでいくことが求められている。助産師の今後の活動をサポートし、県内の助産師活動のネットワークを構築することで、助産師の専門性を発揮できる働き方を考えていくことが、この事業の趣旨である。

期間は平成20年～24年(22年度は県との合同での開催のため本事業として行っていない)である。また平成21年度には県内の助産師に生涯学習のニーズ調査を行った。

・担当者

育成期看護学領域 服部律子、布原佳奈、谷口通英、名和文香、武田順子、瀬織なつ子

・実施方法と内容

1. 平成20年度研修会

1) 開催日時

平成20年11月1日(土) 13:30～16:00

2) プログラム

テーマ「助産師外来の現状と課題」

報告1 A病院の助産師外来の現状

報告2 B病院の助産師外来の現状

報告3 母乳育児支援の実践 C大学医学部付属病院助産師(本学卒業者)

3) 参加者 助産師32名

4) 研修会の評価

(1) 助産師外来の開設状況

助産師外来を開設していると回答したものは6名であり、計画中であるとしたものは4名であった。

(2) 助産師外来をしてよかったこと

妊婦の満足感が高い、妊婦との信頼関係が深まる、助産師のスキルアップになる、助産師の自立につながる、助産師の専門性を高められる、などがあげられた。

(3) 外来の課題

スタッフ教育、若手の育成、助産師の知識技術の向上(超音波含む)、時間と場所の確保など助産師外来のない施設の助産師も全員助産師外来は必要と回答している

(4) 研修会について

テーマは全員がよかった、と答えていた。日時については、18名がよかったと答え、3名が平日が良いと答えていた。感想としては、「いろいろな施設と情報交換できてよかった」「助産師外来の必要性や立ち上げの参考になった」「頑張ろうと思った」などがあげられた。

今後このような研修会があれば参加したいと、全員が答えていた。

今後の研修会の方針として、上記の評価から県内で働く助産師の専門性を高めるためのテーマの設定が必要である。助産師外来についても他施設の取組を紹介するなど、今回一回の開催で終わらず、テーマを継続することも有用と考えられる。また助産師の研修では必ず希望のテーマとしてあげられる母乳育児についても、個人の技術の習得を目標にするのではなく、チームでのケアの統一やシステムとしてどのように改善していくかなどのテーマがふさわしいと考えている。

2. 平成21年度研修会

1) 開催日時

平成21年12月19日(土) 13:30～16:00

2) プログラム

「地域で働く助産師の活躍」

報告1 クリニックでの助産師外来

報告2 開業助産師の仕事

報告3 地域の子育て支援に関わる

3) 参加者 助産師 21 名

4) 研修会の評価と課題

20名のアンケートよりテーマは「良かった」という回答が18名で「ふつう」が2名であった。地域での活動に興味があるという回答が18名であった。看護大学での研修会の希望は「母乳育児支援」「女性のメンタルヘルス」「自然なお産をしている医師の講演会」「ベビーマッサージ」「様々な施設における分娩介助の方法について」などであった。

今回の研修会の評価としては、地域助産師をとりあげたので、参加人数は多くはなかったが、概ね参加者や発表者も内容には満足したという結果であった。県内での助産師を対象とする研修会や講演会など自己研鑽に関するニーズは高く、今後とも助産師の専門性の発揮に向けて幅広い視野から生涯学習を支援する場を提供していく必要がある。

また県内の助産師の情報交換や意見交換の場も大切であり、グループワークも含めた研修会が、参加者の満足度が高く、今後も参加型の研修会を開催していきたいと考えている。

平成 21 年度実施 県内助産師の生涯学習ニーズ調査

県内の産科を標榜する病院、診療所の助産師と助産院を開業する助産師を対象に無記名の質問紙調査を行った。241 通の返信があり有効回答とした。

(1) 研修会の希望

岐阜県内での研修会については、ほとんどが「参加したい」「できれば参加したい」であった(表1)。

表1 岐阜県での助産師対象の研修会への参加(241名)

参加したい	98(名)	40.7(%)
できれば参加したい	133	55.2
回答なし	10	4.1

研修会で取り上げて欲しい内容については、「母乳育児」が最も多く、次に「助産技術」「周産期の医学的知識」が続いた。また「育児支援」や「アロマなどの代替療法」も多かった(表2)。

表2 研修会で取り上げて欲しい内容(複数回答) (名)

母乳育児	160	不妊治療	44
助産技術	147	更年期	34
周産期の医学的知識	131	助産所経営	34
育児支援	97	婦人科疾患のケア	27
アロマなどの代替療法	92	性と健康について(性被害含む)	21
性教育	53	不妊治療	44

「助産や看護業務について助産師の視点から考えていること」という質問については、もっとも多かった回答では、『助産師の専門性が発揮できる仕事への期待』という内容であった。次に多かった意見は『助産業務に専念できないジレンマ』であった。次に『自己研鑽の必要性』が挙げられた。さらに『医師との関係でのジレンマ』『業務が多忙であること』と続いた。他には『ケアの統一・基準化』『経験から学ぶことと交流の必要性』『助産師の育成』『ワークライフバランスの重要性』などの内容の記述があった。

3. 平成 23 年度研修会

1) 開催日時

平成 23 年 11 月 22 日(金) 13:00~16:30

2) プログラム

テーマ「地域で働く助産師の活躍」

報告 1 ゆりかご助産院

報告 2 こうのとりの助産院

報告 3 女性の主体性を引き出す地域助産師のケア

3) 参加者 助産師 27 名

4) 研修会の評価と課題

研修会後のアンケートでは、「地域での助産師活動に関心がある」と全員が答えていた。また今後もこのような研修会に参加したいと答えたのは、22名中20名であった。今回の研修会の学びとして「開業助産師の活動の実際が学べた」「助産師間での情報交換ができた」「今後の助産師活動の参考になった」があげられていた。今回の研修会の意見としては、「他施設の助産師と交流できてよかった」「大学教育や大学院生の発表にも興味をもてた」などがあつた。希望する研修会や勉強会として、今回のような本来の助産師のあるべき姿を考えさせられる研修会や、いろいろと人が繋がる研修会、他職種も交えた研修会などの希望があつた。

経験年数、就職・転職状況、家庭環境によって、さまざまな助産師のニーズがある。報告会形式の後のグループディスカッションで、個々のニーズにそつた情報交換、意見交換となつた。所属組織を

越えて情報交換ができる場は少なく、参加した助産師にとって有意義な場になっていた。

今回の研修で多くの参加者からこのような研修を今後も行なって欲しいという意見があった。助産師の交流という点でもニーズは高く、大学という教育機関だからこそできる研修を考えていく必要がある。

今後の研修会の課題としては、参加者の確保があげられる。日程は平日としたが、広報も含めて参加者が集まりやすい研修会の内容や日程を考えていく必要がある。また県内の他地域での開催の要望もあった。本学では、過去にも2回の研修会を実施しているが、いずれも本学であり、遠隔地の助産師が参加しにくい問題がある。

4.平成24年度研修会

1)第1回研修会

(1)開催日時：平成24年11月21日(水) 13:30~16:00

場所：高山市民文化会館

(2)プログラム

テーマ「赤ちゃんとお母さんにやさしい地域づくり - 地域で支える母乳育児」

報告1 妊娠期からの母乳育児支援

報告2 地域診療所での母乳育児支援

(3)参加者 助産師8名、保健師4名

(4)研修会の評価と課題

- ・行政における母乳育児支援
- ・精神面で問題を抱える妊婦への支援
- ・産後の家庭訪問および医療施設と地域との連携方法
- ・母乳育児支援に関して

医療施設で早期に母乳育児支援がなされ、地域でも同じ方向性で支援が続けられると良い、という意見があった。また医療施設ともお互いに勉強し合い、役割分担をして積極的に連携をしていきたい、保健師の家庭訪問での経験を産科にフィードバックしていただけると、助産師も一方的な支援にならないので、厳しい意見でも伝えてほしい、このような研修会を別の地域でも行いたいと参加者の意見交換がなされた。参加者からは、地域との関わりの重要性を感じた、保健師との関わりは師長に一任している部分が多かったが、褥婦に関わっている助産師の意見として師長に伝えていくことができると良いと思った、これまで、保健師の顔を知らなかったが、直接会えて新鮮さを感じ、とても楽しい会となった、など研修会の学びがあげられた。

2)第2回研修会

(1)開催日時：平成24年12月20日(木) 13:30~16:30

場所：岐阜県ふれあい福寿会館

(2)プログラム

テーマ

報告1 県内の多胎妊娠の現状と最近の治療と管理

長良医療センター 産科医師

報告2 当事者としてできること - 他職種と繋がる地域づくり -

NPO 法人ぎふ多胎ネット理事長

報告3 岐阜県での多胎児支援の取り組み - 保健所保健師から -

岐阜県中濃保健所保健師

報告4 当事者主体の多胎育児支援

岐阜県立看護大学

(3)参加者 助産師8名、保健師12名、看護師3名、医師1名、保育士1名、学生6名、教員5名、当事者団体4名 計40名

(4)研修会の評価と課題

- ・多胎妊娠の基礎的な知識と周産期医療体制について学べた
- ・多胎育児の実態と支援の必要性について学べた
- ・多胎ネットの活動やピアサポートの活動について学べた
- ・医療施設と地域との連携の重要性について学べた
- ・保健師や保健所での関わりについて話がきけて良かった
- ・多胎妊婦や多胎育児の支援をしていきたい

参加者の感想として、「医療、当事者団体・行政と多方面からの支援についての報告をきかせていただき、大変勉強になりました」「今後ますます多胎児支援にとりくむ気持ちが大きくなりました。ありがとうございます」「市町村の母子保健について、考えていくのに大変参考になった」「くり返し研修をうけ、支援のあり方を考えていくことが大切だと思います。また機会があればと思います」などハイリスク母子の支援の必要性や連携の重要性について学んだという意見が多かった。今回2回の研修会は、参加者の満足度は高く、研修会開催の意義はあると考える。

・成果

1．実践現場に与えた影響

本研修会では2回にわたり開業助産師の仕事について取り上げた。熟練・熟達した実践を聞くことで、それぞれが今後の取り組みについて、自施設での実践を振り返る機会となっていた。また、他施設の助産師との情報共有の場となっていた。自分の職場ですぐにでも取り入れられそうなこと（例：健診結果を母子手帳に母親が記録する）および助産師としての将来像（自宅を改造して産褥入院ができる施設を作りたいので需要や準備の相談）をする機会となった。

また助産外来の研修会では助産師としての専門性について理解を深めることができたという感想が多く、参加者にはそれぞれ今後の仕事に力をあたえられたようであり、助産師の専門性の追求について考えることができた。参加した看護職にとって、学ぶことが多かったという意見が多く、看護活動への影響は期待できる。平成24年度は地域の母子保健に関わる看護職を交えた研修会を行った。公式的な連絡会はあるが、役職者が出席することが多く、具体的な情報交換は難しいようであった。本研修会の中でグループディスカッションをする中で、具体的な援助方法やサービスの在り方について、意見交換、情報共有することで、認識が変化したと思われた。

病院と行政が意見を交わすことによって、望まれる支援から実現可能な支援までお互いに考えることができたと考えられる。

2．看護職の研修としての有用性

平成20・21年度の研修の学びについては、「開業助産師の活動の実際が学べた」「助産師間で情報交換ができた」という内容のものが多く、助産師活動について、自分の施設や実践などを振り返り、今後の活動の参考になったというものや、助産師の専門性についてより理解を深めることができたという学びが多かった。開業助産師という助産師としての専門性の高い仕事の実際に触れることにより、参加者には今後の仕事にとって力になったと考えられる。参加者には経験年数の少ない人やベテランの人もあったが、それぞれが学びを得ていた。

平成24年度は、助産師研修会という事業であったが、助産師のみならず保健師看護師の参加によって、本来の母子看護活動、周産期看護活動のあり方を考えることができたことは、県内の母子看護に関わる看護職にとって有用であり、またこのような機会が今までほとんどなかったことから、今後の継続した取り組みが必要だと考えている。

3．本事業を通して捉えた助産師の生涯学習のニーズ

経験年数、就職・転職状況、家庭環境によって、さまざまな助産師のニーズがある。報告会形式の後のグループディスカッションで、個々のニーズにそった情報交換、意見交換となった。所属組織を越えて情報交換ができる場は少なく、参加した助産師にとって有意義な場になっていた。

今回の研修で多くの参加者からこのような研修を今後も行なって欲しいという意見があった。助産師の交流という点でもニーズは高く、大学という教育機関だからこその研修を考えていく必要がある。

医療施設と地域との連携や、当事者から学ぶ看護、周産期医療の現状についてなど多くの学習課題をもっていることがわかった。今後は地域の特性をふまえた妊産褥婦支援やハイリスク事例への支援の強化が特にあげられる。

4．本学の研究・教育に与えた影響

本学での助産に係る科目や育成期看護方法で地域活動や連携を教授する科目において、現在地域の一线で活躍している開業助産師の活動を学ぶことは、授業内容の改善にとって大変意義がある。公的総合病院の産婦人科が閉鎖となった地域において、複数の助産師で行政も巻き込みながら助産所を開設し、実践していることは助産概論の育児支援および助産管理の授業で紹介することができた。

また助産方法においても、妊娠期からのかかわりとして、地域で生活する母子とその家族に対する継続したケアの視点について、また地域助産師が行う予防活動を紹介できた。

平成24年度の岐阜地区での研修会には助産師学生も参加でき、ハイリスク支援について学びを深めた。また今後はハイリスク妊産褥婦への看護に関する研究を深めていく必要が明らかになった。

・今後の課題と発展の方向性

本研修は「助産師の専門性を高める研修プログラム」というテーマで行ってきたが、今年度参加対象者をひろげ、母子看護に係る看護職の参加を募ったところ、参加者にも幅がでてグループワークの学びが広がった。育成期領域に関連する看護活動では、他施設や地域との連携が不可欠の状況にあるので、今後はますます関係する看護職の情報交換や学習が必要であると考えられる。

今後はテーマを職種に限らず、育成期領域で活動する看護職のニーズに応じたテーマを考えていきたいと思っている。今年度は初めて飛騨地域で研修会を行った。今まで母子看護に携わる看護職が集う場が少なく、情報交換の場となったと好評であった。今後も地域を広げ関心のある看護職が参加しやすいようにしていきたい。

発行日：平成 25 年 3 月 31 日
編集：看護研究センター
発行：公立大学法人岐阜県立看護大学
〒501-6295
岐阜県羽島市江吉良町 3047 - 1
TEL：058(397)2300(代表) FAX：058(397)2302
URL：<http://www.gifu-cn.ac.jp>
メールアドレス：nccenter@gifu-cn.ac.jp

