

平成21年度共同研究事業

# 共同研究報告書

岐阜県立看護大学

## 10 冊目の報告書の刊行にあたって

学 長 平 山 朝 子

この共同研究事業では、県内の看護職者が実施している実践改善・充実のために、現地看護職の方と大学教員が共同して、実践の場で現に存在する課題を追究しています。

単年度で一応の区切るという枠組みで実施しており、開学初年度から継続的に刊行し、この報告書で 10 冊目となります。本学における共同研究の取り組みは、看護大学固有の地域基盤を造る大切な活動です。したがって、大学では全学的な合意の下に、教授会の下部組織となっている「研究交流促進委員会」が企画・運営を担当して推進してきています。

平成 21 年度は、過去 9 ヶ年間の実績や取り組み方法を振り返り、更なる発展を模索するために、小冊子「数字で見る 9 ヶ年の実績」をまとめ刊行しました。共同研究に参加していただいた看護職者や広く県下の看護職者に見ていただき、教員との意見交換を促し、大学としてはこれらに耳を傾けながら、次段階の本事業を模索することとしています。

この事業では、毎年度末に担当教員及び共同した看護職者全員に対して、自己点検評価を依頼しており、その結果は、次年度の報告書の中に掲載しています。

それによりますと、実践の改善への貢献など成果が明らかであるとともに、次の取り組みに繋がっていること、組織内での成果の共有が確実に実施されていること等があげられています。教員の評価では、本学の授業や実習など教育活動に活かしていることも確認できました。

また、とくに注目すべきことは、現地看護職者・教員の双方から、現地看護職者が課題認識や実践改善の方向性に向けた認識の変化を挙げていることです。

この事業は、単なる研究面の目的ばかりではなく、人材育成面・教育活動面での多様な目的を持っています。とくに現職者に対しては、自らの業務を研究的に追求して専門性を高め、同時に日々提供する看護サービスの質の向上を目ざしています。本学にとっては、全体として少しずつ成果が見えてきている段階ではないかと思われれます。

本学は、看護学の単科の看護大学であり、学士課程の臨地実習など基本的な教育活動を行なうに際しても、県下の保健医療福祉施設の協力が不可欠で、毎年多数の外部機関に協力依頼をしています。したがって、自大学の看護学科の教育を実施し、教育環境を整えるという意味では、現地との共同研究は極めて重要な役割をもっており、この段階に留まらず、発展させることを願っています。

この報告書は、研究交流促進委員会の責任において編集しており、各報告には、年度の終盤で行なった「報告と討論の会」の討議で深めた内容を加味して執筆依頼をし、特色ある報告書づくりに留意しています。今年度は、委員会委員だけではなく、学内の全講座から査読・点検にご協力をいただいたことも、ここに報告しておきます。

(2010-3)

# 目 次

## 巻頭言

### I. 共同研究報告

#### 1. 地域の保健福祉活動

包括的継続的ケアマネジメント充実のための地域包括支援センターにおける

ケアマネジャー支援の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

健康日本 21 地方計画の有効な実施を実現する保健活動のあり方・・・・・・・・・・・・ 6

地区分担制による家庭訪問でより深く個人・家族・地域を捉える視点・・・・・・・・ 11

保健・医療・福祉が連携した精神障がい者の地域生活支援体制のあり方・・・・・・・・ 17

#### 2. 医療機関における看護

看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具（尺度）の開発・・・・・・・・ 22

糖尿病患者の看護支援方法に関する取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26

在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32

過疎地域診療所の外来看護の充実に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36

#### 3. 退院支援に関する看護

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・・・・・・・・ 40

医療施設における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討・・・・・・・・・・・・ 46

過疎地域の地域ケア体制充実に向けた病棟における

退院時支援のあり方に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 52

地域基幹病院における退院支援の課題の明確化および退院支援方法の検討・・・・ 57

退院支援と地域連携推進事業の成果・課題の明確化と

退院支援充実に向けた看護職者への支援の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 63

退院調整における日常生活指導での地域連携室と病棟看護師の協働・・・・・・・・ 69

#### 4. 訪問看護

ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族を支える訪問看護活動の検討その 2・・ 74

#### 5. 福祉施設における看護

特別養護老人ホームにおけるショートステイ利用者のケアの充実にむけて・・・・・・・・ 78

6. 育成期にある人々を対象とした看護	
地域の特色を活かした地域・病院・多胎児サークルが協働して行う	
多胎児支援の検討	83
赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けての検討	89
ブラジル籍児童の健康課題解決に向けての取り組み	95
養護教諭の行う効果的な健康相談活動の追究	101
ハイリスク妊産婦のケアの質の向上のための検討	107

7. 精神科における看護	
精神科病院における社会復帰に向けた看護実践の取り組み	113
精神科病院における認知症とともに生きる高齢者のケアの充実に向けて	119

8. 労働生活を支援する看護	
働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究	125
労災病院における勤労者看護の質的向上の追究	129

9. 人材育成	
市が目指す保健師活動を可能とする人材育成に関する研究	134
保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方	140
看護職の「自分育て」の視点で考える人材育成	146

## II. 「共同研究報告と討論の会」開催結果

日時・場所・プログラム	151
参加者の状況	155
参加者への意見調査の結果	156
参加学生（看護学科）への意見調査の結果	159
教員への意見調査の結果	160

## III. 平成 20 年度共同研究事業自己点検評価結果

平成 20 年度共同研究事業自己点検評価結果	163
------------------------	-----

## 地域の保健福祉活動

# 包括的継続的ケアマネジメント充実のための 地域包括支援センターにおけるケアマネジャー支援の方法

田口千枝子 長尾ひろみ 則武弘美 今井町枝（白川町地域包括支援センター） 小林ゆかり  
佐藤充之 栗山葉子 長谷川知美（八百津町地域包括支援センター） 松下光子 山田洋子  
坪内美奈 森仁実 普照早苗 宮島ひとみ 大井靖子 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子（大学）

## I. はじめに

地域包括支援センター（以下、包括とする）の役割の一つに、包括的継続的ケアマネジメントの充実がある。包括では、ケアマネジャーの能力向上を目指した研修などを実施している。研修会における事例検討の充実等を検討し、ケアマネジャー支援の更なる充実を目指す。

## II. 平成 21 年度の目的と方法

各町において、ケアマネジャーが活動上困っていることなどの現状を把握し、その結果を活用してケアマネジャー支援に取組み、地域包括支援センターにおけるケアマネジャー支援の方法を明確にする。

各町における具体的な取り組み方法は、結果に併せて示した。

現地側の取り組み体制としては、2町とも包括のスタッフ全員で取り組んでおり、日常業務の中で相談をしながら進めた。また、2町と大学との合同会議を年4回実施し、取り組み状況の確認と共有、意見交換を行いながら進めた。町ごとに教員も加わっての検討をそれぞれ1回実施した。

倫理的配慮としては、各ケアマネジャーに取り組みの目的、方法を文書と口頭で説明し、協力の同意を得た。本取り組みの計画は、岐阜県立看護大学倫理委員会研究倫理審査部会の承認を得た。

## III. 結果

### 1. A町の取組み

#### 1) 目的

ケアマネジャーから包括へ、相談しやすい環境を整え、困難事例を提供しやすい環境をつくる。

#### 2) 方法

(1) ケアマネジャーからの相談対応の実績を分析しケアマネジャーが感じている困難を明らかにする。①相談対応にあたり、専用の記録シートを作成し、これに記録する。②シートを活用し、相談内容を分析する。

(2) ケアマネ連携会議において、ケアマネジャーの相談に対し包括が対応した相談実績・対応結

果をケアマネジャーに報告し、ケアマネジャー支援における包括の役割（包括への相談の利点）をケアマネジャーに伝える。ケアマネ連携会議は、毎月1回、町内のケアマネジャーと行政担当者、包括職員が集まり実施している。

(3) 居宅支援事業所へ出向き聞き取り調査を実施し、ケアマネジャーの活動状況を把握する。①居宅支援事業所に出向き、聞き取り参考項目を基に聞き取りを実施する。②聞き取り内容を包括のスタッフで共有し、課題を確認する。③相談のあった困難事例は記録におこし対応する。

#### 3) 結果

(1) 相談対応の実績：平成21年7月～平成22年1月の期間で、相談のあった件数は49件であった。内容は、困難事例11件・対応方法に関する問題9件・虐待疑い8件・家族関係に関する問題5件・サービスの適正化3件・社会資源2件・経済問題1件・行き詰まり感1件・後見問題1件・その他8件であった。

(2) 事業所に出向き把握したこと  
対象期間：H21年9月～H21年12月  
把握件数：10件。

ケアマネの困りごと：

- ①独身息子と高齢者の同居家庭への支援
- ②適切な介護ができていない(介護放棄)家族への支援

(虐待疑いとしてどの時点で報告したらよいか)  
③予防プランで本人が何もしたくないような場合プランはどうするか。

④医師とのスムーズな連携のとり方  
包括に対して

- ①現在の包括の事務所環境が、相談しにくい
- ②ケアマネの事業所に出向いたほうが話しやすい

(3) ケアマネ連携会議における結果報告と検討  
平成21年10月のケアマネ連携会議において、上記結果(1)について、平成21年7月～10月までの相談対応の実績数、具体的相談内容と包括のかかわり、これらをまとめて感じたこと、を報告した。

次いで、12月のケアマネ連携会議において、結果(2)の聞き取り結果から把握したケアマネジャーの困りごとをテーマとして提示し、1時間15分間のグループワークを行った。ここで、今後の取り組みとして話し合いから出てきたことを表1に示した。

表1 今後の取り組みとして出た意見

- 
- ①親と同居の独身息子への支援として、定期的集いなど企画する
  - ②広報に年間を通して認知症啓発をテーマとする
  - ③認知症の方の介護者はストレスが大きいため発散する場が必要
  - ④医師との連携のために医師への情報交換様式の作成
  - ⑤ケアマネと諸機関とが統一して効率的に利用できる情報提供書の様式考案
- 

#### 4) 考察

困難事例がなかなか出ないと感じていたが、日々の相談の中の困難事例に連携して対応できていることが確認できた。今後、

- (1) 包括から積極的に出向く。
- (2) 個々のケアマネジャーに直接話を聞く
- (3) 相談内容の記録と分析を継続する
- (4) 相談実績をケアマネジャーに報告する

など今年度の取組みを継続し、日々の活動の積み重ねを重視していく。

## 2. B町の取組み

### 1) 目的

地域包括支援センターにおけるケアマネジャー支援の方法を明確にする。

### 2) 方法

(1) ケアマネジャーの思い・現状を把握するための聞き取りを行う。聞き取り内容は、①負担・ストレスを感じるのはどんなときか、②誰かに相談しているか、③どんな支援があるとよいか、④どんなとき充実感を感じるか、⑤包括支援センターに望むこと、⑥ケア会議の内容(どんな会議にしたいか)、⑦どんなケアマネでありたいか、の7項目である。ケアマネジャーが、どんなことに困難を感じているか、困難にぶつかったときどう対応しているか、求めている支援は何かを知ることが目的とする。

(2) 包括ケア会議における事例検討方法の工夫。

### 3) 結果

(1) ケアマネジャーの思い・現状

聞き取り項目ごとに、回答内容を同じ意味のもので整理し、その主な内容を抜粋して表2に

表2 聞き取り結果

#### 負担・ストレスを感じる時はどんなときか

- 事務量の多さ、休みのとりにくさ
- 関係者(医師・事業所・家族等)との連絡調整
- 本人の意思を尊重したプラン作成・サービスの使い方不安がある
- 利用者・家族との関係
- 専門的な知識が必要な時

#### 誰かに相談しているか

- 同僚・他のケアマネジャー・行政等相談する人がいる
- 困難ケースは包括に相談する

#### どんな支援があるとよいか

- 利用できるサービスのない困難なケースに対する支援
- 資源の紹介
- 介護保険以外のサービス資源があること
- 医療や栄養等の専門職による支援
- 介護保険以外の生活保護等の行政的な支援
- 虐待への対応

#### どんなとき充実感を感じるか

- 「ありがとう」と感謝されたとき
- 信頼関係ができたとき
- サービス利用がうまくいったとき
- 医師との連携がとれたとき

#### 地域包括支援センターに望むこと

- 今後も相談にのってほしい
- 認定調査が負担であるため対応を検討してほしい

#### ケア会議の内容についてどんな会議にしたいか

- 気軽に話せる場であってほしい
- 事例検討

事業所の情報が知りたい

制度面の情報が知りたい

#### どんなケアマネジャーでありたいか

- 相手の立場に立って考えられ、頼られる
- やさしく、安気に相談できる
- 的確に対処できる

#### 11月実施のケアマネ会議における事例検討の感想

- 検討のための資料がそろっていてわかりやすかった
- いろいろ意見が言いやすくてよかった
- プランをみてもらえるのはよい
- 人数は少ない方がよい
- 本当はやりたくないが勉強にはなると思う

#### その他の意見

- ケアマネジャーは経験が力になる
  - ケアマネジャーは大変な仕事である
  - 関係機関との連携が大切である
  - 地域包括支援センターが地域に浸透していない
- 

示した。この結果から、ケアマネジャーは業務の負担やストレスが大きいと感じていることがわかった。事務量が多いことでストレスを感じ、また、サービス内容が本当に適切なのかに不安を感じている。しかし、困った時に相談する人は身近にあり、解決方法は持っている。また、困難ケースの場合は包括に相談している。包括には、医療福祉などの専門的な支援を望んでいる。多忙な業

務にストレスを感じる一方、利用者との信頼関係が出来た時は、充実感も感じている。ケアマネジャー達は、やさしく、頼られる存在でありたいと思っていることがわかった。

#### (2) ケア会議における工夫と変化

これまでは指名しないとなかなか意見が出されない雰囲気であったため、率直な意見を出しやすい雰囲気づくりをめざした。席は当日くじ引きで決め、参加者間の距離が遠すぎないように円形に近い形態に机・椅子を配置した。また、お茶・お茶菓子を用意し、リラックス感を出すようにした。事例検討のために提示する資料は、対象者のフェースシート、アセスメント表、計画表のすべてを配布し、経緯がすべてわかるようにした。

これらの雰囲気作りと資料の工夫により、発言が多くみられ、意見交換が途切れることがなかった。終始和やかな雰囲気であった。事例提供者も「やってよかった」という感想が持てた。

#### 4) 考察

業務の大変さの一方で、頼られるケアマネになりたいと願う前向きな気持ちを感じられた。包括に対しては専門的な支援を望んでいることから、今後も気軽に相談できる場としての機能を充実させていきたい。

包括ケア会議では一工夫をしたことで有意義な話し合いが出来るようになった。席順等の工夫により話しやすい環境をつくったこと、包括からの一方的な情報伝達ではなく一緒に考え話し合う場の雰囲気をつくったこと、人の意見を聞くことの意義や自分あるいは他者のプランから学ぶなどの事例検討の必要性や意義、実施する意図を伝えたこと、事例を考えるために必要な資料がしっかりそろっていたこと、全員が実施している業務であることなどが有意義な事例検討ができた要因と考える。今後さらにケアマネジャー支援の一つとして有効に活用できるよう充実させていく必要があると感じた。

よりよいケアマネジャー支援業務には普段からのコミュニケーションが大切であり、必要時にはケアマネに寄り添い、共に考え、共に行動する事が大切と感じた。

### IV. 実践活動の方法として改善できたこと・変化したこと

本共同研究の内容は、2町の包括におけるケアマネジャー支援の活動そのものであり、共同研究の取組みを通して、それぞれの包括におけるケアマネジャーへのかかわりが工夫して実施された。

ケアマネジャーの現状を把握するための聞き取り、その結果のケアマネジャーへの報告と話し合い、ケア会議の工夫が行なわれた。

本共同研究において把握されたケアマネジャーの困難状況は、複数の先行調査において指摘されている状況と同様の内容であり、それらの状況への支援の取組みが実施されたとと言える。

### V. 現地実践メンバーの受け止めや認識

取組み開始時点では、どのように展開して行くのか、予測がつかないため、不安も感じての始まりであった。しかし、包括におけるケアマネジャー支援の充実という目的に向かって、ケアマネジャーの現状を把握し、その現状に沿った支援を実現していった体験を通して、ケアマネジャー支援としては、研修会だけに着目するのではなく、日頃からケアマネジャーの意見を聞くことが重要であることなどを確認され、今後の活動の方向性を見出ししていくことができた。

また、A町は、共同研究の取組みが4年目、B町は、今年度初めて共同研究に参加した。A町は、自分たちの日頃の活動を充実させるために、共同研究を活用するという姿勢で取組みられている。これまでの共同研究においても、常に包括スタッフ全員が課題や情報を共有し、協力して取り組んできたが、今年度も同様に、全員が協力して取組み、同時に各自の専門性からできることも考えながら取り組んだ。B町も日頃感じていた課題に取り組んだ。また、包括スタッフ全員で情報を共有し、動きを理解しながら取組みを進めるよう努めた。その結果、初めての取組みにそれぞれ戸惑いはあったが、包括のスタッフが同じ方向を向いて課題を発見し、考えることができた。

さらに、特に実務経験や包括での経験が少ないスタッフにとっては、今回の取組みをきっかけにケアマネジャーと話し、ケアマネジャーとの関係づくりや支援についての知恵を広げる機会となった。また、包括内で協力することの大切さを感じたり自分自身が今できることは何かを考えたりする機会となった。

### VI. 本学がかかわったことの意義

共同研究として2町で取り組む体制としたことにより、日頃包括の活動の中で各町が課題と感じているケアマネジャー支援について、意見交換を行いながら確実に取組みを進めることができたと考えられる。

また、包括は多職種が協働して活動することが



期待される組織であることから、教員は、本取り組みが、包括内でスタッフが意見交換する機会となり、多職種が協働する包括内の協力体制づくりにも貢献できることを期待して取り組んだ。共同研究開始時に、そのことを目的として共有してはいなかったが、現地実践メンバーの受け止めや認識から、現地実践メンバーが目指した部分でもあり、成果として感じていることも確認できた。

教員にとっては、包括の現状について理解する機会となり、大学院における研究指導の参考になった。また、看護学のテキストにおいて介護予防に関する項を執筆する際の参考にしたい。

## Ⅶ. 共同研究報告と討論の会における討議内容

討議したいこととしては、「地域包括支援センターとしてのケアマネジャー支援の方法(医療機関との連携、事例検討の進め方、ケアマネジャーとの関係づくりの工夫等)」を提示した。

討議の参加者は、共同研究者のほか、他市町の包括職員、高齢者施設の職員、県保健師、教員などであった。

まず、討議参加者に質問や取り組みの紹介を促したところ、施設の職員であり、ケアマネジャーの大変さを思ったという意見、ショートステイの職員であり、緊急対応の事例では訪問もしないでケアマネジャーが対応を依頼する電話をかけてくる、ケアマネジャーの情報収集が浅い、ショートステイを使うことについての家族との話し合いができていないのではないかと、ケア会議でケアマネジャーと話す機会はあるが、ケア会議も行わないなどの状況がある、という課題の提起があった。

包括スタッフである共同研究メンバーから、緊急時であっても、本人と会わずに対応を考えると、よほどの状況ではないか。本町の場合は、ケアマネジャー一人ひとり、支援対象の高齢者一人ひとりを把握しているのでそういうことはないが、大きな市などではそうはいかないのかもしれない。個別事例のケア会議ではなく、包括などに課題提起して、話し合いをするとよいのではないかと意見があった。

次に、事例検討をどのように行うかというところから始まった取り組みでもあるため、事例検討やケアマネ支援に包括としてどのように取り組んでいるか紹介を促したところ、次のような意見がでた。

まず、ある市の包括職員から、ケアマネジャーを召集する会議は、年3回ほどであり、何をす

か迷っている。制度のことや事業所のことなど情報提供が主となっている。ケアマネジャー支援はできていないのが現状。

次いで、他の市の包括職員から、ケアマネジャー支援は主任ケアマネジャーの仕事という役割分担が自施設にはあるが、今回、包括全体で取り組むことになったのはなぜか、という質問があった。その質問について、包括スタッフである共同研究メンバー8名がそれぞれの体験や考えを述べた。B町からの意見は以下のようなものであった。ケアマネジャー会議での事例検討は、課題になっていたため、今回の共同研究の話を持ちかけられて一緒に行くことにした。ケアマネジャーのほうがキャリアもあり話をするのに緊張する。今回のことで話ができたが今も緊張感はある。ケアマネジャーのほうが経験がある。調査なんて思ったが、とにかく話を聞いた。お菓子を用意するなど、話しやすいような工夫も行った。今回聞き取りをして現状がわかった。ケア会議に参加した教員から、ケアマネジャーは包括スタッフ一人ひとりを見て、それぞれに接しているように感じたのでスタッフ全員で対応している姿をみせることが重要だと感じたという意見があった。A町からの意見は、以下のようなものであった。今回のことだけでなく、みんなで活動を行っている。その流れでともに取り組んだ。3職種それぞれの特徴もある。一緒に行なうことで対応ができる。包括ができたときから3職種ともに取り組んできている。自分の立場でできることを考えてやっている。ケアマネジャーから教えてもらうことも多い。

討議参加者の他町の包括スタッフから、取り組みの現状として、このように調査としてまとめたことはないが、ケアマネジャーからの相談は受けている。事例検討も行っている。隣町と両方の事例を担当しているケアマネジャーも多いので、隣町と合同での研修会などを行っている。相談をするケアマネジャーは相談するがしないケアマネジャーはしない状況はある。相談しやすいように思っている。包括には個室の相談室もある、ケアマネジャーが来たときには包括のスタッフから声をかけるようにしている。

最後に、包括スタッフの共同研究メンバーから、高齢者施設のスタッフをしている人で、ケアマネジャーからこんなことに困っているなどの話を聞いたことがあれば、教えてほしい、と討議参加者に問いかけた。特別養護老人ホームのスタッフから、特には聞いていない。スタッフもケアマネ

ジャーを飛ばして直接包括に相談することもある。ケアマネジャーは人によって本当に違う。研修を行なって、一定のレベルを確保できるようにしてほしい、という意見があった。

## 健康日本21 地方計画の有効な実施を実現する保健活動のあり方

宮島ひとみ 坪内美奈 松下光子 森仁実 北山三津子 大井靖子 山田洋子 岩村龍子  
大川眞智子（大学） 石原義雄 近藤敏弘 田中喜代美 寺村恵美子 堀田美奈  
渡辺あゆ美 渡邊智香（海津市・健康課） 上野敬子 大西美紀 武藤達也 井上久美子 高橋悦子  
村瀬恵理（山口市・健康課） 山田小枝子 荒木美穂（朝日大学歯科衛生士専門学校）

### I. 目的

A市とB市では、健康日本21 地方計画を策定し、住民を主体とした健康づくりを進めている。計画の推進にあたり、各市が直面した課題に対する有効な保健活動のあり方を検討する。

#### 1. A市

A市では、平成19年度に健康日本21 地方計画（健康づくりプラン）を策定し、その取り組みを共同研究として継続してきた。昨年度からの取り組みにおいて、「健康づくりプラン」に基づいた保健活動を展開していくことが課題となっており、課題への取り組みを通して、保健活動のあり方を検討する。

#### 2. B市

B市では、平成18年度に健康日本21 地方計画「健康（B市）21」を策定した。市民が積極的に健康に向かって行動できる能力を高めていくには、健康づくりを主体的に行う地域組織による地区単位の細やかな住民活動が行われることが必要となってくるため、地域組織をいっそう活性化させることと、新しい地域組織を育成することを目標とする。

### II. 方法

#### 1. A市

計画実施後の活動成果について、担当者間で共有し、今後について検討する。

##### 1) 健康課の中での活動

各事業を実施するにあたり、日々の業務が健康づくりプランのどの部分にあたるのか、また、目標達成のために常にプランに立ち戻って確認しながら進めていくことが大切であるということを経内会議で共有する。

さらに、事業報告を行う上で、「事業」と「健康づくりプラン」の取り組みが別々となってしまったので、担当者だけでなく、課員全員が「事業」と「健康づくりプラン」の関連を意識して日々の活動が行えるような確認・報告・評価の方法を検討する。

教員は、健康課の中で主となって本活動を進めている担当者と一緒にこれらの活動を計画するための

話し合いを行った。

##### 2) 外部との協働

健康づくり推進協議会会議を8月に開催し、「健康づくりプラン」の中の「たばこ」と「休養・こころの健康」にテーマを絞って、計画の進捗状況を報告する。その後、地域住民の実態も確認するために、各委員より関係団体におけるそれぞれの立場で取り組んでいることや、今後の取り組みについてなど意見をj得る。

3月にも健康づくり推進協議会会議を開催し、今年度の取り組みを報告する予定である。

教員は、これらの会議に同席した。

#### 2. B市

「健康（B市）21」計画では市民主体の健康づくりを推進するための柱として、①健康づくりを担う地域組織の設立、②健康づくり学習会、③健康に関する市民へのヒアリング、④市民の健康に関する意識の喚起、⑤先進地の視察を掲げている。この中の①について取り上げ、平成20年度までの取り組みと課題を整理する。そして、「健康（B市）21」後期計画に向けて、新しく地域組織（企画運営委員会）を設立し、健康づくりに必要な4つの要素「健康管理」「運動」「食生活」「こころ」について、委員自らが現状を把握し、課題を洗い出し、個人や家族、地域、団体、行政それぞれの役割や方策を考える。

現地側の取り組み体制としては、課員全員の取り組みで、企画運営委員会は、現地側の共同研究メンバーの主担当者を中心に、課内で相談しながら企画運営を行なっている。教員は健康づくり推進協議会への出席および、可能な範囲で企画運営委員会に出席している。「健康（B市）21」後期計画に向けて、また企画運営委員会のすすめ方について現地側メンバーと話し合いをしている。

#### 3. 倫理的配慮

##### 1) A市

健康課そのものの活動であるため、部長、課長、課長補佐を含め、課の職員間で共同研究への取り組み内容について共有し、了解の下で進めている。

##### 2) B市

今年度の取り組みの中心となっている元気も

り森会議出席者に対し、研究への同意を得た上で研究を実施している。研究の方法については、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の審査を受け、承認を得た。

### Ⅲ. 結果

#### 1. A市の取り組み

具体的に、この問題を解決するために、今までの既存の報告資料等を活かしながら、以下の取り組みを行った。

1) 「事業」と「健康づくりプラン」のクロス作業を実施

健康づくりプラン該当年の実施計画に基づいて、それぞれの項目の重点取り組み事項を明確にしたうえで、どの事業で取り組めるかということを確認するため年度当初に一覧表を作成した。

2) 「事業」と「健康づくりプラン」あわせて評価しやすい書式を考案

もともとA市は、各事業について「事務事業評価」を作成していたが、今年度は健康課独自でプランをどのように推進していくかということを取り入れた欄を追加した。

こうしたことにより、どの事業で何をどのように取り組むかという具体的なことが明確になった。

3) 「事業」に取り込みにくい「健康づくりプラン」の取り組み

一覧表にしたことで、全体を見ることができ、事業の中で取り組みが難しい事項も明らかになった。そういった取り組みにくい事項については、健康展などで住民を巻き込んで積極的に取り入れた。また、健康づくり推進協議会会議においてテーマを決めて、各団体の取り組みや今後取り組みそうなことなどの意見をもらったりして、地域での健康づくりプランの推進も図った。

#### 2. B市

1) これまでの取り組みと課題

平成18年度から、公募により集まった市民(4名)と行政とで元気もり森会議(市民ワーキング)を年間18回開催した。

計画の目指す「よりよい生活の姿」「よりよい健康の姿」実現のため、「働く場の確保」「B市の自然を知る活動」「地域がかたまるための活動」「資源の掘り起こし活動」「こころの健康を保つ活動」「食生活活動」など、6つが必要であるとまとめ、以後これらを具体的に企画していく会員を募集した。

結果、応募者が少数だったため、自らが活動を

展開していこうと、運動しながら自然を知る活動「自然探検」(2名)、食生活活動「食べよう」(4名)、心の健康を保つ活動「ひろば」(2名)の3つに取り組み始めた(「元気もり森くらぶ」の発足)。

「自然探検」では、「B(市)のよさを見つけましょう会」(市内の歴史、旧跡について見聞を深める会)協力のもと、市内の名所、旧跡を巡るウォーキングを年間6回開催(参加者数計170人)、「食べよう」は月2回ペースで開催され、毎回20人以上の参加者が集まり、くらぶメンバー等が講師役となり、野菜の種まきの仕方や調理実習を指導したり、研修会などを行った。

「ひろば」は、「食べよう」「自然探検」の活動のまとめや地域の医療、健康に貢献している人を紹介する「フレッシュけんこう宅配便」を年3回発行し、保健福祉ふれあいセンターに掲示した。また市の公式ホームページにくらぶの活動報告やお知らせ、参加者募集の記事を継続して掲載している。(平成21年度も3グループともほぼ同様の活動を続けている。)

この元気もり森くらぶメンバーと行政との間で、くらぶ活動の現状、反省点、評価できる点などを整理し、今後もくらぶ活動を継続していくのか、企画運営委員としても活動していくのかなど意思確認を行った。その上で、元気もり森会議で求められること、委員の募集方法、勧誘の仕方、勧誘先など細部にわたって議論を繰り返した。

元気もり森くらぶメンバーから挙げられた活動の反省点として、「食べよう」においては、単に野菜作りの知識・技術の習得に傾注したり、「自然探検」では、運動の習慣化を図る活動ができていないこと、「ひろば」では、こころの健康についての活動ができないことがそれぞれ目立ち始めることや、市民と行政との協働のはずが、ややバランスを欠いた活動となったことが挙げられた。このため、くらぶでは平成22年度に向けて方向性や活動の見直しを行っている。

2) 企画運営委員会の設置

平成21年8月に薬剤師、食生活改善連絡協議会、食育ボランティア、体育指導委員、グラウンドゴルフ連盟、B(市)のよさを見つけましょう会など各種団体からの推薦や一般公募及び元気もり森くらぶメンバー全員から成る新しい「元気もり森会議」(企画運営委員会)を設置した(委員16名)。

委員の役割は、約3週間に1度、保健福祉ふれあいセンターで開催される企画運営委員会会議

(以下、会議)に出席し、市民の健康づくり推進のためにこれまで行ってきた健(検)診、健康相談等の行政サービスやくらし活動等について意見を述べ、今後の方策について検討する。

会議では、健康づくりに必要な4つの要素「健康管理」「運動」「食生活」「こころ」について、各行政担当者が様々な資料を使って市の現状や健康課題、これまでの取り組みなどを説明し、委員自らが現状を把握し、課題を洗い出し、方策を考えている。個人や家族、地域、団体、行政それぞれの役割分担を明確にし、実行を促し、評価を受けることができるように枠組みを決めて話し合いを進めている。

これまで健康管理と運動の2テーマについて会議を進めてきた。

#### (1) 健康管理－検(健)診

会議では、行政担当者から現状や健康課題、取り組みについて説明を行い、まず検(健)診に対するイメージを挙げた。「健診結果を見るときはドキドキする」「受診をしたという安心感が大切」「結果を受けて病院へちゃんとかかっているか、きちんと治療を受けているかが大切」などの意見が出た。意見を具体的な行動計画に変換し、「市民一人ひとりや家族で取り組むこと(個人)」「地域で取り組むこと(地域)」「行政が取り組むこと(行政)」の分類に分け付箋に記し、模造紙に貼り付けていった。

「規則正しい生活をする」「検診記録をしっかりと見て説明を読む」「信頼できるかかりつけ医を持つ」「検診の日をカレンダーに書き込む」「家族で検診を受けるよう声を掛け合う」という行動が個人に求められ、「自治会単位でモデル地域をつくり、受診することを義務付けて習慣にする」「検診キャンペーンを実施する」ことなどが地域に求められ、行政が取り組むこととして、「検診日程の案内方法の検討」「市民の集う機会を利用した健康相談コーナーの開設」など挙げられた。これらをまとめ、目標を「検診受診率を高める」とした。

#### (2) 健康管理－喫煙対策

健康管理の中のもう一つのテーマとして「喫煙対策」について会議で取り上げた。委員からの意見は、「たばこに替わる嗜好品をたしなむとよい」「家の中では吸わないルールを決める」「禁煙お試しパックを配る」「受動喫煙の害について女性、未成年、妊婦等に講習会を開く」「体重増加や再喫煙など禁煙後のフォローをする」が挙げられ、行動計画として「家族で禁煙に協力、励まし合う」

(個人)「禁煙外来が増えるとよい」「地域」「禁煙後のフォロー体制を確保する」「(行政)など挙げられた。

#### 3) 今年度の取り組みの評価と今後の予定

今年度、元気もり森くらしメンバーに加えて、既存の各種団体や一般住民からの参加を募り、元気もり森会議(企画運営委員会)を設置したが、会議での行政担当者の説明や資料提供、グループワークでの作業等で果してどこまで委員が「健康(B市)21」計画について理解を深め、その推進について具体的な企画を作成できるか、まだ未知数である。目標に向かって、個人、地域・団体、行政がどのように役割分担するか、どのように周知し、見守っていくかは委員の力量や行政の支援にかかっていると考えている。

現在は、「運動」について整理中で、今後平成22年度にかけて、「食生活」と「こころ」についてB市の現状、健康課題、方策を整理、検討していくこととする。健康づくりを主体的に行う地域組織による地区単位の細やかな住民活動が行われることを目指し、会議を展開していく。

## IV. 共同研究事業の評価

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

#### 1) A市

健康づくりプランと日々行っている保健事業とをあわせて実施できるようになった。1つ1つ実施可能な部分から取り組むことができるようになった。また、健康づくりプランの中間評価を意識したことをきっかけに、日常の保健事業の中で住民の保健行動などを把握できるような工夫を取り入れた。

「事務事業評価」の記載欄を工夫した成果については、次年度に「事務事業評価」を行う際にさらに確認したいと考えている。

#### 2) B市

市民が主体的に健康づくりについて議論し、取り組み始めた。「健康(B市)21」を推進する具体的な企画を行う組織の設立ができた。

市民との対話を重ねていくことで、行政の立場ではなく、市民の目線に関心がいくようになった。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

#### 1) A市

各々事業分担制ではあるが、この取り組みにより、事業分担を越えて連携することができるようになった。

#### 2) B市

経年により、活動の主旨を忘れがちになってしまいが、活動の原点を常に見失わずに活動を行っていくことが必要であると感じることができた。

### 3) その他

今後の課題として、現地側と大学側の相談や検討を更に密にしていけるとよい。

### 3. 共同研究として実施したことの意義

共同研究を行い、教員が関わることで、他市の状況などを第3者の視点から情報提供することができた。当事者間では気づくことができない視点からコメントをすることができ、目的に向かって保健活動を着実に推進することができた。

市民会議等の場面で、討論の方向性や展開などについて、検討し、進めていくことができた。

教員としては、共同研究として実施したことで、関係するスタッフが集まり、健康づくりプランについてじっくり考える場を設けることができたと考えている。今年度から、歯科衛生士専門学校の教員にも活動に参加してもらい、活動を行ったことで、さらに広い視野から意見をもらうことができ、活動が充実したと考えている。

本共同研究を通して、平成22年度、B市において公衆衛生看護領域の卒業研究実習を実施することになった。市として、健康づくりを主体的に行う地域組織による地区単位の細やかな住民活動を目指しているため、学生実習においても地区単位で住民のヘルスニーズを把握し、健康づくりの意識向上につながるような活動ができればと考えている。あわせて、地区単位の保健師活動の方法についても検討できると考えている。

## V. 共同研究報告と討論の会における討議内容

討議は、A市保健師と栄養士、B市保健師と事務職、C市保健師、県保健師、D大学教員（歯科衛生士）、本学教員で行った。

### 1. A市の取り組みの現状

これまでの取り組みについて、以下のように追加説明がされた。

昨年の報告と討論の会での討議の中で、保健事業と健康づくりプランをつなげていくことが大切だということを確認した。今までは、健康づくり協議会などでの報告についても、事業報告と健康づくりプランの報告が別々になっていた。

そこで、今年度は既存のものを活用しながら、「事業」と「健康づくりプラン」をつなげることを意識して活動を行った。「事業」と「健康づくりプラン」のクロス表を作成し、重点取り組み項目を明確にした。従来から行われていた「事務事

業評価」に独自で作成した欄を追加して整理した。

質問：『事務事業評価』は財政的な問題から作成されている過程があり、その事業が必要なものかどうかをチェックする役割がある。『事務事業評価』とつなげたことで、かえって事業に予算がつかなくなり、必要がないと言われることはないのか」とB市保健師より質問があった。また、本学教員より、「『事務事業評価』に加えた内容はどのようなことか」との質問も加えられた。

A市：既存のものを活用するというで、事務事業評価を活用した。クロス表を作り、「健康づくりプランのこの項目をこの事業で行う」ということをはっきりさせた。「事務事業評価」に健康づくりプランの項目の欄を作成することで、取り組みに対する実施の有無を確認できるようにした。また、アンケート調査など、住民の生活実態を捉える取り組みも記載することにした。妊娠届け時に、喫煙のことや心の健康について尋ねるなど、項目を新たに作成しているが、まだ集計し、結果を検討するまでには至っていない。

### 2. B市の課題について

B市より、現在課題と感じている以下について問いがあった。

「計画推進のための企画運営委員と行政との情報共有や取り組みの際に起こる温度差をなくし、市民主体の健康づくりを担う主役として委員が率先して市民、地域、団体に働きかけていくために行政はどのように支援していけばよいか。」

A市より、禁煙への取り組みを例に活動の紹介があった。「まずは市役所を禁煙にした。タバコの自販機も撤去し、公用車も禁煙にした。住民に働きかけるだけではなく、まず行政自体が取り組みを始め、住民に示していくことが大切だと考えている。また、自治会長に働きかけ、自治会の集会所の禁煙を呼びかけた。1年目に数箇所禁煙になったが、その後なかなか続いていかないという課題はあるが、PRを続けている。」

その他、地区組織の活動については、影響力や発言力のある団体の長などに働きかけを行い、PRをしていく必要性を感じている、などの意見が出された。

### 3. その他

討議に参加したC市保健師より、計画作りはこれから行う段階であり、今回の討議に参加し、保健事業と健康づくりプランを整理する必要性が学べた、住民との協働が必要であると感じたとの意見が出された。

## VI. 共同研究報告と討論の会における討議を終えての感想と今後に向けて

### 1. A市

事業を実施するにあたり、法的な根拠だけでなく、健康づくりプランとの結びつきも明確にしたことにより、その事業での具体的な取り組みにつなげることができた。今年度の効果などの評価を行い、今後の取り組みにつなげていきたい。評価の方法についても、健康づくりプランがより有効に推進されるような方法がないか引き続き検討していきたい。

また、行政側の取り組みだけでなく、住民の主体的な活動についてもどのように進めていくのか、保健師（行政）側からどのようにアプローチすればよいのか、また、元気もり森会議を核として計画を推進するB市のように、A市として地域や関係団体における計画の取り組みをどう進めていくとよいのかということも併せて検討していきたい。同時に、中間評価に向けて健康づくりプランの目標についても再検証していくことも必要だと感じた。

### 2. B市

計画策定から4年が経過し、元気もり森くらぶが発足し、活動をはじめ、活動内容や方向性に課題が生まれ、解決していく。この行程はすべて市民による市民のための健康づくりをすすめることによって生まれた必然で、くらぶ活動を展開して見つけた自分たちのやり方でもある。もちろんその結果だけをとらえて成功か否かを判断するものではない。市民の健康づくりを真剣に考えるが故、意見がぶつかったり、相携えたり、進んだり逆戻りしたり向かう道は平坦ではない。試行錯誤する中で人と人とのふれあいや相互理解、連携が生まれ、よろこびや楽しみがわいてくる。そんな一見まわり道と思われる軌跡をたどりながら元気もり森くらぶは進んでいくのであろう。

元気もり森会議が設置された今、計画に掲げられた目標に向け、次々と企画を仕掛けながら、市民の健康づくりを自らが考え、実行するよろこびや、思い描いている結果がすぐに出ないことへの焦りなどを感じながら計画を推進する主役としてのやりがい、醍醐味を味わっていくのであろう。

いずれにしてもこの計画の大きなキーワードである「地域組織の育成」は、新たな局面を迎え、行政としても育成への支援や見守り、必要に応じてアドバイスするなど市民、委員や団体との良好なパートナーシップを構築、維持することが計画推進に重要となるだろう。

# 地区分担制による家庭訪問でより深く個人・家族・地域を捉える視点

西脇雅子 寺西愛 小粥麻理子 高木美代子（安八町保健センター）  
宇野比登美（安八町民生部福祉課） 坪内美奈 松下光子 森仁実  
山田洋子 大井靖子 宮島ひとみ 岩村龍子 大川眞智子 北山三津子（大学）

## I. 目的

町では、平成 20 年度から、地域に密着した保健活動の展開を保健活動指針の中核に据え、業務担当制に地区分担制を加えた活動体制とした。そして、地区別にリストアップした要援助者に地区担当保健師が家庭訪問をしたり、地区巡回健康相談を行っている。平成 20 年度には、家庭訪問する中で保健師が気になる事例や、地区巡回健康相談で把握した地域の役員が気になる事例の検討から、5 つの家庭訪問の視点（高齢者世帯や独居世帯は優先的に気にかける、対象世帯に関わる地域の役員も視野に入れる、家族の健康にも目を向ける、非常時の対応について本人の意思確認、疾病への認識や食事、服薬状況について生活にふみこんで確認）をまとめた。また、地区巡回健康相談時に把握する視点を整理した。

今年度は地区活動を展開する中で、さらに家庭訪問の視点を検討し、援助を充実させることを目的とする。

## II. 方法

保健センターで定例に開催している地域検討会において、下記の 4 点について検討する。地域検討会は、町の保健師・栄養士全員で業務について相談、学習し、活動の方向性を確認しあう場である。平成 21 年度は 8 回開催。教員は、アドバイザーとして可能な限り参加する。

### 1. 保健師の家庭訪問活動を通じた検討

保健師が担当地区の要援助者（乳幼児健診未受診者、がん精密検査未受診者、特定高齢者・要支援でサービス利用・再申請しない人等）に家庭訪問し、その結果を基に、家庭訪問の視点を検討する。特定高齢者については、保健師・栄養士全員が必ず 1 人以上家庭訪問する。

### 2. 学生の家庭訪問実習の結果を素材にした検討

町で実施している単独家庭訪問実習について、対象選定やカンファレンス内容等を保健師と相談して計画し、そのカンファレンス結果を加工した資料を素材に家庭訪問の視点を検討する。

### 3. 地図を活用した要援助者把握作業からの検討

平成 20 年度に家族全体を捉える必要性を確認したので、それが確実に実施できるように、要援助者を地図にプロットする作業をする。その作業を行った結果の気づきを全員で共有する。

### 4. 地区巡回健康相談を通じた検討

地区巡回健康相談は、3 つの地区に分けて保健師・栄養士がチームを作り取り組んでいる。保健師は意識的に、地区巡回健康相談で、地区役員に地区特性を聞き、その結果を記録して地区の特徴を把握している。今年度は、平成 20 年度把握した特徴を基に、地区活動をする上での地域の目標、担当保健師の目標、目標を達成するための手段を計画し、それに基づいて巡回健康相談を実施する。そして、平成 21 年度にさらに得られた情報を記録に残す。この実施結果を基に検討する。

**倫理的配慮：**保健師には、研究の趣旨及び、保健師や地域の匿名性を守ること等について説明し、文書で承諾を得た。保健師の上司に対しても研究の趣旨等を説明し、文書で承諾を得ている。また、町で単独訪問実習をする学生（地域検討会で実習カンファレンス結果の加工資料を用いるグループ）対しては、実習前に、研究の趣旨や、実習と共同研究が連動していること等を説明し、文書で承諾を得た。本研究の計画は、前年度からの継続で、平成 20 年度に岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の審査を受け、承認を得た。

## III. 結果

### 1. 地域検討会における検討状況

地域検討会での検討状況は表 1 の通りである。  
表 1 平成 21 年度の地域検討会に検討状況

回	月	検討内容
1	4 月	潜在しがちな人に対する訪問活動について（1 ケースへの関わりを深める）、各地区の巡回健康相談の計画（目標・内容）
2	7 月	巡回健康相談の中間報告 単独家庭訪問実習結果から特定高齢者の現状把握と気になる事例の検討



回	月	検討内容
3	9月	巡回健康相談の中間報告
4	10月	要援助者及び訪問したケースに対して地図にプロットする作業
5	11月	巡回健康相談の報告と課題
6	12月	特定高齢者への継続家庭訪問の状況報告と家庭訪問における5つの視点の検討 地図に要援助者及び訪問ケースをプロットする作業からの気づきの共有
7	1月	地図に要援助者及び訪問ケースをプロットする作業からの気づきの共有 単独家庭訪問実習結果から特定高齢者の現状把握と気になる事例についての検討 地図に要援助者及び訪問ケースをプロットする作業からの気づきの共有
8	2月	家庭訪問の視点の検討 平成22年度の活動方針について

## 2. 保健師の家庭訪問活動を通じた検討

### 1) 第6回(12月)地域検討会の検討結果

保健師が担当地区別に特定高齢者に訪問した(栄養士は係長保健師と訪問)結果を資料化し、それを基に検討を深めた。

表2 第6回(12月)地域検討会での検討結果

<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の健康状態に家族関係や家族の健康状態の影響が大きい。家族構成や家族の健康状態が本人に与える影響はないかどうかという視点で情報収集し、訪問時に必要な情報が収集できるよう準備が必要である。援助対象は、個人ではなく家族に対する援助となる。</li> <li>特定高齢者は、足腰の痛みや基礎疾患があり、身体のどこかが不調ながらも「元気」という危うさを持った状態。介護予防教室に通っている方は保健師との関わりがあり、何らかの変化が見られる場合は相談されることが多く、早期に予防的に関われる。</li> <li>問題だけでなく、対象の生きがいにも目をむける。生きがいを確認しつつ、どのように支えていくべきかを考える必要がある。現状を把握するだけでなく、対象者や家族の将来を見通した援助の必要がある。</li> <li>拡大家族にも問題はある。問題がいくつも集積している家族もあり、家族全員の問題を把握することが大切。家族の中に援助を必要とする方が複数の場合は、関わる複数の援助者が家族の援助内容を話し合い、主となる援助者を決め、家族の援助をしてい</li> </ul>
---

くべきである。

- 保健センター内のみでなく、包括支援センターや福祉課など他の部署との情報共有をする。一度対象者と関わりを持つと、別の問題が発生しても即座に対処できる。
- 緊急性のある訪問においては家族のキーパーソン、経済状態の把握が重要。どのような情報を把握すべきか精査しておく必要がある。

### 2) 第8回(2月)地域検討会の検討結果

平成21年度より各保健師が重点的に地区担当制で訪問活動を行った。地域検討会では、訪問の経過を振り返り、家庭訪問の視点の検討を行った(表3)。保健師が訪問したケースには、90歳の父が寝たきり状態の妻の介護と知的障害者の子(50歳代)の世話をしている家庭や、60歳代の息子が高齢の両親と寝たきり状態の妹(重度知的障害者)の世話をしている家庭など継続訪問を開始したケースが複数含まれていた。このような家庭への訪問は、包括支援センター保健師や、家族に要介護状態の方がいる場合には、担当のケアマネージャーと同行訪問を行った。

表3 家庭訪問の視点として話し合ったこと

- 要援助者へ家庭訪問を実施する場合、その家族が家族内で支え合っているのか、誰が見守りを行うのか、援助者が関わっている場合には、どの機関からどのような援助者がどのように関わっているのかを把握しておくべきである。訪問時は、他の援助者と同行訪問するなどし、情報を多角的に把握し援助の方向性を検討する必要がある。また、援助者が家族の援助内容を話し合い、主となる援助者を決め、家族の援助をしていくべきである。
- 以前保健師が訪問し家族の状況を把握していたにもかかわらず、援助の機会を逃してしまった家庭があった。問題が深刻化し、緊急性が必要となる前に何とか手が打てなかったのか。
- 訪問のみならず相談対応をする中で、問題が表面化し、緊急に援助が必要なケースにおいては、情報が少ないために、家族構成やキーパーソン、経済状況など、必要な情報が十分に得られないことがある。
- 今現在は援助が必要ないケースであっても、将来を見据えて援助の方向性を判断するべきである。

## 3. 学生の家庭訪問実習の結果を素材にした検討

第2回(7月)地域検討会、第7回(1月)地

域検討会において、単独家庭訪問実習（特定高齢者 25 例）の学生の事例カンファレンス記録を介護予防サービス・支援計画票を参考に加工した資料を基に、家庭訪問の視点について話し合った（表 4）。

表 4 学生の訪問から考える家庭訪問の視点

<ul style="list-style-type: none"> <li>学生の訪問を受け入れているケースは、介護予防教室参加者のためか、活動的でこれからの目標も明確になっている。</li> <li>こちらから提示した支援計画票の問題もあるが、具体的な情報が不十分。具体的な情報を把握することにより、具体的な目標が立てられる。</li> <li>本人が楽しい、生きがいだと感じていることを通して援助をしていくことが、精神的サポートとなる。ただし、これは一人一人異なるため、その人にあった援助が必要である。</li> <li>介護予防教室に参加している方にとって、教室へ参加することは大きな楽しみ＝生きがいと感じている方が多かった。しかし、教室は本人が生きがいを持って要介護状態にならない生活をしていただくための一助であり、それが生きがいとするものではない。教室の第 1 回目に本人に説明をしているが理解されていないようだ。何のために介護予防教室に参加しているのか理解していただく必要がある。</li> <li>特定高齢者と判定される方の基本チェックリストの結果を見ると、「うつ」のポイントが高い。教室に参加できない方は、気持ちの面で参加できないのではないか。</li> </ul>
--

#### 4. 地図を活用した要援助者把握作業からの検討

第 4 回（10 月）地域検討会において、要援助者及び訪問したケースを地図にプロットする作業を行った。その作業における気づきを、第 6 回（12 月）、第 7 回（1 月）地域検討会において

検討をした（表 5）。

表 5. 地図を活用した要援助者把握作業の気づき

<ul style="list-style-type: none"> <li>一つの家庭に、がん検診要精密検査者が何名もいたり、要援助者が重なっている家庭が見られた。地区によっては、他の地区より特定健診の特定保健指導対象者が多い特徴があった。</li> <li>M地区は高齢者が多いためか、前立腺がん検診要精密検査の判定の方が多い。</li> <li>何の印もない家庭は、健康で問題のない家庭なのか、それともただ検診を受けておらず問題が顕在していないだけなのか。</li> <li>平成 20 年度からプロットをはじめ、2 年分プロットしてみると、2 年連続で同じがん検診で要精密検査の判定が出ていた。20 年度の精密検査結果を確認すると、未受診ということだった。精密検査者の追跡を十分にしていかなければならないと痛感した。</li> <li>社会福祉協議会と福祉課が協同で情報収集した災害時の要援助者情報がある。この情報を共有し、地図に落とししていくと、要援助者の情報が深まる。</li> <li>今現在、訪問記録・個人情報世帯単位で見られるものがない。地図は訪問時に素早く世帯情報が確認できるものとして活用できる。今後、世帯単位でとらえられるような、記録票を整備していくべきである。</li> </ul>
--

#### 5. 地区巡回健康相談を通じた検討

4 月から 10 月にかけて、巡回健康相談を実施した。巡回健康相談は、平成 20 年度に把握した地区の特性から、地区活動をする上での地区の目標、担当保健師の目標、目標を達成するための手段を決め、担当保健師が地区の老人クラブ会長と連絡を取り合い、実施した。担当保健師が新たに把握した情報をまとめ（表 6）、第 2 回（7 月）、第 3 回（9 月）、第 5 回（11 月）地域検討会で意見交換を行った。

表 6 地区巡回健康相談で把握したこと（22 地区中 8 地区分）

地区	特徴	地区活動をする上での地区の目標	担当保健師の目標	目標を達成するための手段	H21 年度に得られた情報
A	子どもの数や生産年齢人口が少ない。高齢者は畑仕事や温泉へ出かけるがそれができず閉じこもりがちになり、重症になってから介護申請が出される。温泉へ出かけたり、旅行に行くことに対して遊んでいると捉え否定的である縁戚関係でのつながり多い。	サロンの自主運営を各地区で実施し、地区の共助力を高める。	・サロン運営の中から世話役（キーパーソン）の確認。 ・民生委員や世話人の方から独居、日中独居、要援助者の情報（数値的・具体的）を得る ・地区毎のつきあいや、行事を知る。	要援助者や独居の方の健康状態（移動手段・サポート力）等の情報を得る。また、そのフォローを必要とすにつなげられるようにし、顔をつなぐ。	今年度からサロンを本格的に実施した。2ヵ所のサロンがあり、関わる役員や参加者の嗜好がサロンの実施内容に反映されており、全く内容が異なる。

表6 地区巡回健康相談で把握したこと（続き）

地区	特徴	地区活動をする上での地域の目標	担当保健師の目標	目標を達成するための手段	H21年度に得られた情報
B		地区の健康観を知り、世代ごとの組織（老人会・子供会のほか、血縁関係を含む）ごとの特徴を捉えて、保健センターの役割をはっきりする。	①地区の成り立ちを把握する。 ②住民の健康観を把握する。 ③家族単位での健康問題の解決が困難な家族を把握する。	①歴代の区長・各組織の会長の氏名や自宅の位置を知り、過去の出来事を尋ねる。 ②訪問で対象者の健康観を聞く。 ③各組織の役員から組織の構成・活動内容・活動における健康作りの視点がどうか尋ねる。	2つの地区が合同のため、行事によっては合同のものがある。合同・・・老人クラブ総会・新年会・旅行 別々・・・冠婚葬祭 月1回の宮掃除 老人クラブ会長の任期は2年だが、ここ数年は同じ方が引き受けている。公民館でのカラオケや、グランドゴルフには参加される方が多い。
C		地区に潜在している要援護者を、地域住民が見守りともに助け合えるような地区に近づける。	・地区の特徴を把握する。 ・潜在化している要援護者の把握に努め訪問を通して課題解決に努める。 ・地区の住民に地区保健師として認識してもらう。	巡回健康相談やデイサービスにおいて地区の特徴や潜在者の把握に努める。積極的に民生委員や老人クラブ会長と連携を図る。	老人クラブ・区長らが中心となり、サロンを立ち上げた。サロンへは、老人クラブ会員のみでなく、広く地区の方の参加ができるよう、毎回サロンのチラシは地区の回覧板の中に入れて参加の呼びかけを行っている。
D	2つのアパートはアパートごとのつながりもあり、家族調査票はアパートごとにまとめて返却される。	地区の班分けや、付き合いの薄い人を再認識する。	地区の班分けや、付き合いの薄い人。民生委員や役員が気になる人を聞き取る。民生員、役員に保健師の顔を知ってもらう。	巡回健康相談時、老人クラブ会長、民生委員より地区の状況を聞き取る。	巡回健康相談では、各会長や役員で役割を事前に決めていた。昨年同様で、男性の役員が中心となり、効率よく行事を行っている。
F	要援護者の発見がなされず、潜在化しやすいと共に、隣近所レベルで情報を把握していても伝達ルートが確立されていないため、対応が遅れる。	・要援護者の発見と情報伝達ルートの確立 ・班レベルで発見された情報がすみやかに民生委員に入るようなルートの確立をめざす。	・情報収集(H20年度把握できなかった情報) ①班分け②老人クラブ→地図上で把握③コミュニティサポートの状況 ・潜在者の把握	巡回健康相談時、役員より聞き取る。	会長は毎年交代されるためか、毎年決められた行事をこなして任期が終わればよいと考える会長が多いようだ。力のあがるリーダーがいけないという印象がある。
H	地区の代表者や役員らが地区の気になる人を把握しており、常に気にかけている。サロンを実施していきたいという思いもあり、それに賛同する仲間もいる。	・(会長がサロン開催に意欲的なので)サロンが開催される。 ・地域住民がお互いに助け合い見守りあいながら、高齢であっても暮らしをいける。	・引き続き地区の特徴の把握に努める ・民生委員、老人クラブ会長と緊密に連絡調整を図り、潜在者を把握し、訪問等に援助につなげる。	・巡回健康相談やデイサービス前には会長と十分連絡調整する。 ・サロンや健康相談、デイサービスにおいて健康観がアップするような関わりをする。	昨年サロンを実施したいという意見があったが、今年度は何のアクションもない。
O	8から9班あり班毎に会長がいる。回覧は班ごとにまわす。93世帯。・生保1、特定高齢者未把握2、アパートは1軒、転入一戸建てが増えてきている。地区の付き合いはo地区でしている。p地区に入れてもらえないとのこと。	気になる人の把握をする。	巡回健康相談、デイ、訪問時に情報収集し、地区の特性をつかむ。	巡回健康相談、デイ、訪問時に情報収集し、地区の特性をつかむ。	地区内を9班に分けており、回覧などは班ごとの班長が行う。93世帯あり、地区の集まりや、たまり場は集会場である。
P	新しい世帯が多く、p地区の土地だが付き合いがo地区の人が多い。				住居の住所はp地区だが、入れてもらえず、やむなくo地区の付き合いに入れてもらっているという方があった。

#### IV. 考察

昨年度まとめた要援助者に対する家庭訪問における5つの視点を念頭に、今年度は4つの方法で視点の検討を重ねた。昨年度確認した、保健師

が家庭に向いて援助を行う意識の強化や世帯単位でとらえる重要性を各保健師が認識し訪問することは、援助の質を高め、家庭訪問による視点を整理する結果となった。

家庭訪問には、訪問するべきケースを見極める視点として、1) 要援助者を潜在化させないための視点があり、援助を無駄なものとしないうために、2) 援助方法を充実するための視点に分けられた(表7)。

## V. 共同研究の成果評価

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

- 1) 優先度の高い要援助者への家庭訪問の強化  
平成20年度に確認した、潜在しがちな人(老人クラブ活動に1年間参加がない人、乳幼児健診未受診者、がん検診精密検査未受診者、特定保健指導対象者、介護予防支援認定者で再申請のない人、特定高齢者・要支援者でサービス利用・再申請がない人)に対して優先的に訪問活動を実施した結果、家族単位で問題を抱えており、早急に援助が必要となった場合や、家族内に複数の要援助者が存在することが明らかになった場合があり、今後も重点的に訪問活動を実施していく必要性を感じた。
- 2) 把握するべき情報の精査と援助記録の整備の必要性への気づき  
これまで、援助したケースの記録を業務担当ご

- と、もしくは保健師ごとに保管し、訪問記録が分かりやすく管理されていなかった。このため、一度訪問したケースであっても、訪問した情報が分断されてしまっていた。これが原因で、保健師が把握していたにもかかわらず、問題が顕在化した時には緊急に援助が必要となる状態であった。今後、援助記録を世帯単位に整備する必要がある。
- 3) 事例検討のためのリーダー会議の定例化  
今後、月に1回リーダー会議を実施し、保健センター係長保健師、福祉課係長保健師、各地区リーダー保健師ら5名で、困難事例の援助の方向性について、検討する。検討した内容は、各保健師に還元し必要であれば、地域ケア会議でも、検討を重ねる。
- 4) 困難ケース検討のための地域ケア会議の実施  
今後、2ヶ月に1回地域ケア会議を実施し、保健センター保健師、福祉課係長保健師、社会福祉協議会ケアマネージャー、地域包括支援センターケアマネージャーら関係者らを集め、困難ケースの検討を実施する。
- 5) 援助方法を開発する志向の高まり  
援助は、未来志向で計画、実施し、今後必要となる援助を実施するための、援助機関の発掘につなげたい。

表7 家庭訪問の視点の整理

5つの視点	新5つの視点
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 高齢者世帯、独居世帯など世帯の中に支え手がないもしくは少ない世帯には優先的に気をつける。</li> <li>2 地域の役員(民生委員や区長)とも必要に応じて連絡を取りながら家庭訪問をする。</li> <li>3 対象者だけでなく、介護をしている家庭やその家族の健康状態にも目を向ける。</li> <li>4 独居の方や高齢者世帯の方で生活意欲が低下して要介護状態になったときや非常時の対応について本人はどうしたいのかを確認する事が大切。</li> <li>5 疾病への認識、食事、服薬状況について生活に踏み込んで確認することが必要。</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>要援助者を潜在させないための視点</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 高齢者世帯、独居世帯の中に支え手がないもしくは少ない世帯には優先的に気をつける。</li> <li>2 拡大家族にも問題はある。家族の問題の把握が大切。家族の中で援助を必要とする方が複数の場合は、関わる複数の援助者が、家族の援助内容を話し合い、主となる援助者を決め家族の援助をしていく。</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>援助方法を充実するための視点</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 十分に情報収集をする。特にサービスの必要性がある場合は、世帯内のキーパーソンや経済状況まで踏み込んだ情報を収集する。</li> <li>2 現状だけでなく、対象が将来どうなりたいかという将来を見通した援助をしていく。目標は対象者が主体となり認識した生活を送ってもらう。</li> <li>3 1つのケースに複数の援助者が関わる場合は、積極的に他の援助者と情報交換をしていく。援助者間では、家族全体をコーディネートする主援助者を決定する。</li> </ol>

## 2. 現場保健師の受け止めや認識

家庭訪問を積極的に実施し、世帯に関わることにより早期援助につながるという経験を実際に経験した。地域検討会での、一つひとつの振り返りにより、訪問ケースを大切にし、保健師のみならずチームとして援助をして行こうという思考になった。対象を家族と捉えるという思考では、地図を活用して全員が一目で分かるようプロットし、世帯が把握できる記録票の開発をしていくこととなった。

## 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

### 1) 看護実践の充実の観点から

管理職保健師とリーダー保健師が主体的に、看護実践の開発をしている。前年度から継続して、地区活動を意識的に行い、家庭訪問の視点を明確にしていく共同研究の取り組みにより、援助内容の充実、記録票の開発、支援者間での情報共有の必要性の確認などにつながってきている。

### 2) 大学教育の充実の観点から

前年度と同様に、学生の単独家庭訪問実習も共同研究に連動させて実施した。全スタッフがそれを把握しており、実習指導に協力的であった。実習指導においても教員と保健師との協働がすすみ、実習指導体制が一層整い、学生の実習内容の充実につながったと考えられた。

### 3) 看護職者の生涯学習支援の観点から

管理職保健師の1名は本学大学院修士課程生である。前年度と同様に、大学院修士課程生が目指した活動の後方支援と考えている。また、若手保健師にとって、家庭訪問の重要性や世帯単位で捉える意味を再確認する学習の機会になっているのではないかと捉えている。

## VI. 共同研究報告と討議の会での討議内容

まず、q町保健師（地域包括支援センター）より、感想とq町での援助チームについて述べられた。q町は、人口1万人規模の町で転出入の少ない山間の町である。地域包括支援センターと保健センターとは、約13キロ離れており、情報のやり取りは電話で行うことが多い。ケース検討に関しては、地区連携会議を1地区につき月1回ずつ開催しており、メンバーとして、衛生保健師、地域包括保健師、民生委員、サービス事業者、福祉課関係者など、検討ケースに関する関係者が集まっている。話し合われるほとんどのケースが、要介護者のケースである。

次に同じq町の社会福祉士から地域包括支援

センターが実施している、実態把握調査について語られた。

この実態把握調査は、介護保険連携外の75歳以上高齢者独居・高齢者のみ世帯の実態把握のための訪問調査である。この対象者は、今現在は問題ないが、今後問題となりそうな世帯が含まれており、衛生部門保健師から情報提供を求められることもあるということだった。

次にr市保健師からr市の取り組みについて報告がなされた。

r市においては、保健事業は業務分担制をとっており、母子、成人など担当保健師がそれぞれ別々に記録や地図を利用しているということだった。

関連機関との連携では、市内にある精神障害者地域生活支援センター主催の地域ケア会議に月1回出席しており、そこにはすべての関連機関が集まり検討を実施する場となっている。話題となる事例の多くは、困難事例が多く、家族内に複合して問題を抱えていることが多く、母子や寝たきりで問題となるケースと重なることが多いとのことだった。

地図にプロットする作業について当町が補足説明を行った。地図には、平成20年度から要援助者（知的障害・精神障害・身体障害者1級）と訪問したケースには、いつ、誰に、どうして訪問したのかが一目で分かるように色や記号を用いて記録してある。福祉課からも情報提供を求め、地域の災害時にも活用できるような情報も盛り込んである。当町には、世帯台帳のような世帯を把握する記録票は無く、地図を、世帯を把握するツールの1つとして活用している。これに関してq町では、長年活用している紙ベースの世帯台帳を大切に活用しているとのことだった。転出入も少なく、しっかりと加除を行い、そこに訪問の情報も落とし込んでおり、世帯員の健診受診状況や世帯員の抱える健康問題について把握できていた。

r市では、個人情報管理は電算化してあり、がん検診要精密検査者、母子健診の要観察者の情報が落とし込んである。精神疾患の長期的に援助を継続しているケースは、個別カルテが作成してある。記録票については、社会福祉協議会と検討をしている段階である。

これらの討議を受け、当町においてもチームとしての援助内容が記録できるよう援助記録の見直しをし、世帯単位でとらえられるよう世帯単位の援助記録の整備の必要性を感じた。

## 保健・医療・福祉が連携した精神障がい者の地域生活支援体制のあり方

植松勝子（御嵩町福祉課） 末松満智子 中村仁美（中濃保健所） 木谷昌子 山田訓代（美濃加茂市） 井戸ゆきみ 田中美恵（可児市保健センター） 兼松瑞枝 矢田優佳（坂祝町保健センター） 平林早苗（富加町保健センター） 佐伯とし子 長瀬美紀江（川辺町保健センター） 中島有子（七宗町生きがい健康センター） 小林ゆかり 伊藤理恵子（八百津町保健センター） 加藤千波（白川町保健センター） 桂川のぞみ（東白川村国保診療所） 安藤正枝（のぞみの丘ホスピタル） 堀幸子 三浦孝雄 吉村隆子（県保健医療課） 松下光子 坪内美奈 石川かおり 杉野緑 大井靖子 宮島ひとみ 葛谷玲子（大学）

### I. 目的

精神障がい者の退院・社会復帰を支援する「地域生活移行支援事業」への取り組みが全国で進められている。「地域生活移行支援事業」は長期在院患者が主な対象であるが、現在の精神科医療においては、急性期の治療を行い3ヶ月以内に退院する患者も増加しており、そのような患者への支援における医療機関と地域の連携も必要になってきている。しかし、精神科病院と保健所の連携は行われてきたが、市町村のかかわり方は市町村によってさまざまな現状がある。また、医療機関の窓口はPSW（精神保健福祉士）が担い病棟看護師と保健師という看護職同士の連携はあまり行われていない。長期在院患者だけでなく短期入院の患者についても、保健・医療・福祉が連携して支援する体制が求められる今、本研究では、看護職が連携し、入院中から地域での生活までつながる支援体制の構築をめざす。

本取り組みは、看護職の連携に焦点をあてているが、精神障がい者への支援は、多くの支援者がかかわる必要がある。多くの支援者と協働することを前提としながら、看護職の機能を活かすことにより、支援体制の充実に貢献すること、また同時に、看護職自身の支援能力を高めることを目指すものである。県下全域を視野に入れた取り組みへの発展を念頭においている。

平成21年度は、一地域でのモデル的取り組みを実施する。

### II. 本共同研究の開始に向けた調整とモデル地域での取り組み実施に至るまでの体制づくり

多くの施設のメンバーがかかわる本共同研究の開始と体制づくりに向けて実施したことは、次のとおりである。

まず、本共同研究の構想を練る段階で、教員が県庁の精神保健福祉担当者に相談し、本研究の実施方法について、モデル地域での取り組みという

方法の提案や地域選定、進め方への助言を得るとともに、県下全域を考えるとという意味からも本共同研究に共同して取り組むことに合意した。

また、病院は、モデル地域にあり、地域の保健師と病棟看護師の連携の必要性を感じていることを教員が以前に聞いており、教員と看護部長との相談により、合意を得て本共同研究に取り組むこととなった。

モデル地域における保健師の参加に向けては、当該地域では、保健所と市町村の精神保健福祉担当保健師による年間5、6回の研究会を開催していることから、その研究会と共同することをめざした。県庁の精神保健福祉担当者からモデル地域の保健所に本共同研究について連絡するとともに、教員から、保健所の精神保健担当者に連絡をとり、相談した。保健所の精神保健担当者の了解を得て、保健所と市町村の精神保健福祉担当者の研究会代表者および、研究会の上部組織にあたる当該地域の保健活動連絡協議会代表者と教員が面接し、感じている課題や取り組みへの方向性を共有し、研究会メンバーとともに共同研究に取り組むことに合意した。

研究会メンバーの保健師は、研究会の場において共同研究としての取り組みについて説明し、合意した。

### III. 方法

#### 1. モデル地域における取り組みの実施

モデル地域における医療機関看護師と市町村及び保健所保健師の相互理解促進を目的として、市町村、保健所、病院のそれぞれの精神障がい者の地域生活支援への取り組みの現状と課題を共有し、今後の連携した支援のあり方について話し合う。

モデル地域で開催されている、保健所と市町村の精神保健福祉担当保健師による年間5、6回の研究会に、当該地域内にある精神科病院の看護職

が参加して、意見交換を行う機会を設けた。当該地域にある精神科病院は1病院である。精神科病院の敷地内にある地域活動支援センターを会場に開催された2回の研究会において意見交換を行った。

## 2. モデル地域での取り組みの実施体制

今年度は、研究会の場における取り組みを実施したことから、意見交換の実施方法については、研究会を運営する代表者である保健師、研究会メンバーでもある保健所保健師、病院看護部長と教員が相談しながら進めた。県庁の精神保健担当者には教員から随時状況を報告した。

## 3. 倫理的配慮

倫理的配慮としては、研究メンバー以外の看護職者には、本取り組みの目的、方法等を文書と口頭で説明し、協力の同意を得た。本取り組みの計画は、岐阜県立看護大学倫理委員会研究倫理審査部会の審査を受け、承認を得た。

## IV. 結果

2回の意見交換の状況と内容は、以下のようのものであった。

### 1. 1回目の意見交換

日時：H21年7月10日（金）10：50-11：30  
参加者：研究会メンバーの保健師13名、病院看護部長1名、大学教員2名  
内容：研究会の時間の一部を使い、共同研究の目的と方法について、大学教員から説明し、共有した後に意見交換を行った。

#### 1) 保健師からの質問

Q：統合失調症の患者への内服継続支援と家族支援のプログラムが病院にあるか。

Q：家族の面会に看護師は立ち会うか。家族が一番話をするのは病棟スタッフかPSWか。

Q：退院時ケア会議はどのように行っているか。

Q：医師を介さないと連絡できないことはないか。以前かかわった事例で、家族に希望されて一緒に病院に会いに行ったところ、かかっていた開業医との関係もあり、本人への保健師の面会はだめと言われて会えなかった。

#### 2) 病院の現状説明

- ・3週間で退院もあり、看護師が服薬管理の支援が必要と思うようになった。家族支援はこれから。
- ・急性期病棟は、入院期間が平均2ヶ月以内。しかし、退院から2ヶ月程で再入院もある。
- ・看護師は面会には基本的に立ち会わない。帰るときに病棟スタッフが家族と話をする。
- ・退院カンファレンスは、基本的に全事例に行う。

サービス利用の必要時などは保健師に来てもらう。病棟看護師は、保健師への連絡を思いつかない。

・生活を見るのは病棟でできる。入院時から保健師に来てもらう事例もある。

#### 3) 病院と地域の連携についての意見交換

・入院してほっとしたのになんで帰ってきたの？  
ということは地域にはある。

・病棟看護師は、地域に行くところが崩れるのではないかがわかる。連携が取れるとよい。この人が退院して役所に行くだろうなどの情報を看護師からもらえば役所の窓口で問題が起きないように保健師が間をつなぐことができる。

・連絡先はPSWか看護師か。市町村も福祉か保健か。保健所は業務担当制で担当者。保健所は病院と市町村の間にどうたてばよいのか。

・PSWに声をかければ病棟看護師につなげる。

・生活のことは病棟に電話を回す病院もある。

#### 4) 地域での支援についての意見交換

・保健所と病院の連携が不十分。退院すると治療すべき人なのに出されてしまったと思う。

・夜中の入院は保健所が対応。警察にも入院できない状態をわかってもらいたい。

・警察、消防と病院は年1回の挨拶と何かあったときの連絡。警察が入った会議があるところもある。

・保健所に事後指導の要、訪問の要などの連絡があるとよい。いつの間にか退院、入院している。

・保健師がかかわっていれば、繰り返しの入院を減らすことができないか。看護師と保健師だけでなく、警察も入れるなども考えられる。

### 2. 2回目の意見交換

日時：H21年9月8日（火）9：30-12：30  
参加者：研究会メンバーの保健師13名、病院看護部長1名、病棟看護師2名、PSW1名、大学教員1名

内容：急性期病棟での入院から退院までの流れと患者への生活指導の実際を病棟看護師から紹介後、質疑応答。

#### 1) 保健師からの質問

Q：入院から退院までの流れはどんな患者の場合か。

Q：急性期統合失調症の方は保護室からスタートか。

Q：男性患者は男性看護師、女性患者は女性看護師が受け持つのか、受け持つ患者数は？

Q：3ヶ月以内で退院した場合の再入院の割合。

Q：早めに入院すれば早く退院できるか。

Q：退院までに家族援助においてここまでは押さえないことは？家族への服薬の大切さの説明などは？

Q：いつなら病棟に連絡してよいか。

Q：患者病識なく家族は入院希望、家族受診可能？

Q：訪問看護はどのような人が対象か

Q：認知症病棟の現状は？在宅や老健との関係は？

## 2) 病院の現状

- ・スタート地点は違ってもおおよそ流れは同じ。
- ・保護室からかはその人の状態による。
- ・受け持ちを性別で決める決まりはない。
- ・早期に受診すれば早く退院できることが多い。
- ・急性期を脱した時期から保健師も入って家族への介入をはじめるとよいのでは。
- ・看護師への電話はいつでもよい。
- ・医師が家族の話聞き対応を考えることができる。PSW が相談に応じることもできる。
- ・訪問看護は、医師の指示書が必要。患者さんの希望も。PSW も訪問を行う。
- ・若い認知症患者も増加。活動的な人は急性期病棟への入院もある。

## 3) 地域での支援についての意見交換

- ・退院後時間が経つと服薬の意識が下がる。訪問やPSW に状況報告して病院につなげる。
- ・入院中の早い時期にカンファレンスができれば外出の様子から意見が言える。
- ・慢性で症状が落ち着いた人との関わりが多い。窓口の職員や民生委員、議員からの情報提供もある。民生委員の集まりなどで疾患の話などをしてもらえると良い。
- ・入院中に家族の状況が変わるとPSW に連絡。看護師に伝えると患者にも情報が伝わりやすいかも。病院と地域がお互いを分かり合いながら連携していくことが大切。

## 3. 今後の取り組みの展開について考えられること

1) 保健所保健師から、急性期病棟を退院する方についての情報交換を病院と保健所で実施する可能性を探ることについて、提案があった。

2) 保健師、病棟看護師は、互いに相手が実施している看護実践の現状を知らないのが実際であることから、意見交換の機会や事例を通じた協働の体験ができるとよいのではないかと。

3) 市町村ごとの体制の違いについて 21 年度は取り組みなかったため、市町村の現状を明らかにする取り組みが必要である。

## V. 本事業を通して看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度からの取り組みであり、看護実践の変化までは至っていない。

## VI. 現地看護職の受け止めや認識

年度末の研究会において今回の取り組みへの意見を保健師に確認したところ、病院看護師との意見交換により、病院の現状を知ることができた、必要なときには連絡ができることがわかったという意見もあったが、実際に支援する対象者がいないため、難しいという意見もあった。また、共同研究として取り組むことについて、十分に認識していなかったという意見も複数あった。

モデル地域の保健師研究会としての意見をまとめた今後の方向性としては、連携は大事なことであり、研究会で今後も取り上げていく、ということになった。

精神科病院側の意見としても、急性期病棟の看護師を中心に今後もこの取り組みを続ける、という意向をもっている。

## VII. 本学がかかわったことの意義

本取り組みを共同研究として実施していくにあたり、大学教員が関係機関に出向いて相談を行い、それぞれの課題意識を確認して共同研究メンバーとして参加することに了解をいただき、今回の取り組みの実施に至った。そして、本共同研究の活動が行われたことにより、モデル地域の保健師と病棟看護師が意見交換を行う機会を設けることができた。意見交換に参加した病棟看護師の数は少なかったが、互いに疑問を感じている内容が明確になり、また、互いの実際の活動を知ることができ、相互理解とが進んだと考えられる。

また、精神科病院における社会復帰の促進に関する共同研究において開催された、地域生活移行支援事業の現状に関する研修会の案内を本共同研究メンバーにも送付し、情報を得る機会をつくった。

## VIII. 共同研究報告と討論の会における討議内容

討議したいこととして提示したことは、「精神障がい者とその家族を支えるために医療機関と地域の看護職は、どのように連携していったらよいか。現状と課題、取り組みの方向性を話し合い、今後の本取り組みをどう進めるかのヒントを得られるようにしたい。」である。

討論への参加者は、県保健師、市町村保健師、



精神科病院看護師、教員などであった。

まず、教員より、今年度共同研究として病院の看護師と意見交換したことについての共同研究メンバーの保健師からの感想を追加で説明した。保健師の感想は、PSW と看護師の違いがわからない、PSW が窓口ならそれがはっきりすれば安心、看護師が保健師と連携を考えていることはわかったなどがあり、来年度も交流は続けようという方向にはあることを説明した。

次に、医療機関と地域との連携の現状として、A 市の保健師から、A 市での取り組みについて紹介があった。A 市に合併する以前から、困難事例については、病院と保健所を介して PSW が関係者を集めて会議を行っていた。保健所が困難事例を集めて話し合おうと声をかけ、民生委員や自治会長、福祉推進員なども入って時々会議をしていた。3 年前に合併して A 市となった。地域活動支援センターもできた時期で、月 1 回関係者が集まる定期的な会議を行うようになった。市の障害福祉担当課、保健担当課、病院の PSW、看護師、訪問看護師、ヘルパー、必要に応じて主治医などが集まってケースの話し合いをする。退院予定でサービス利用が必要な人は、保健師が病院へ訪問調査に出向き、ワーカー、担当看護師とも面接する。本人を交えて話をした後で、PSW、看護師、保健師のみで話し合いを行い、退院に向けてどうするか、退院後にどう支援するかを検討する。退院後も定期的に検討している。初期の頃は、3 人ぐらいしか話し合いの対象にならなかったが、次第に増えて、今は、毎回 10 人ぐらいの検討をしている。それが始まって再入院が減ったと感じている。ひとり暮らしでヘルパーが生活支援、訪問看護で内服管理をする、など整えて、服薬管理、朝起きて食事をして夜眠れる生活を整える。地域とのトラブルがある場合は、保健師が家庭訪問を定期的に行う。必ずしもサービスを使うケースだけでなく、見守りのケースなども含まれている。定期的な会議は、市の中で福祉と保健が縦割りにならないように、障害福祉担当課も保健担当課も入り、課長も参加してもらっている。自立支援法の担当は、障害福祉担当課になるが、調査訪問は保健担当課の保健師が行う。課長にも理解してもらう。緊急対応などは、課長も対応に動いている。土日、夜間も対応している。みんなで対応している。保健師で精神障がい者への対応回数が多いのは、3、4 名であるが、全保健師が 1、2 名の精神障がい者を担当している。全員でやらないと対象者も多く、緊急対応もあり、対応できない。一人で抱え込ん

では支援できない。この会議があることで 1 人で抱え込まなくなった。会議には、民生委員なども入ってもらうようにしている。地域の受け止めも変わってきた。民生委員が周囲の人にも対応してくれる。

県保健師より、さらに次のような課題提起があった。今回の取り組みの地域にも地域活動支援センターはあり、独居の方やサービスを使う人は話し合われている。しかし、家族がいて、若い人で、一見サービスの必要がない人は、スルーしてしまい、話し合いがなく退院していく。そして服薬の乱れ、生活の乱れ、再入院を繰り返す人がある。病院での入院中の指導に疑問をもっていたことも今回の始まりにある。

A 市の保健師が病棟の看護師に期待することを確認したところ、本人は「できる」というが本当にできるのかどうかを病棟看護師に確認したい、服薬管理、洗濯などの日常生活、その人が地域で生活するときに必要なことは退院まででできるようにしてほしい、という意見であった。

病院側の意見を問いかけたところ、病院看護職より、今回の取り組み等に対して、次のような意見があった。急性期病棟での早い段階での取り組みは大事であり、大変興味深い、今後も続けてほしい。患者の能力もあまり低下していないところなので、看護師と保健師の連携ができるとよいと思う。病棟での生活を知っているのは看護師であるが、看護師は、地域の情報がわからない、生活の場の様子がわからない。退院前訪問などで訪問もしてはいる。地域の保健師にかかわってもらい、帰った後にどういう生活を送るのかの具体的なところが見えれば、病院からももっと援助できる。また、今回参加した病棟看護師の反応を知りたいという質問があったが、今年度は、とにかく話をしたというところまでであり、はっきりした反応は確認できていない、具体的な援助の話し合いまでは至っていないと教員から説明をした。

他の病院看護職からさらに、次のような意見があった。今回保健師から出ている質問は、以前自分が受けた質問と同じである。お互いに何をしているのかわかっていないので、お互いに知って行くことが必要だと思う。PSW と看護師の違いについて考えたことがあるが、看護師は患者に最も近い。毎日を知っている。この人はこういう様子があると悪化する、など本人のことがわかる。そのことを保健師に伝えることができると思う。また、保健師は、薬の副作用なども心配だが知識がないということだったので、看護師はそういう情報提

供もできると思う。

これらの話し合いから、今後の本共同研究の取り組みとして、①今後も保健師と看護師の交流を続ける、②何を互いに期待しているのかをもっとはっきりさせる、③事例を通しての話し合いを行うことがやはり大事である、という方向性が確認できた。

#### **ix. 今後の取り組みの方向性**

次年度も、モデル地域における保健師と看護師の交流を継続していく。意見交換の場においては、「入退院を繰り返す事例」を挙げ、具体的に病棟看護師としてどんな支援が必要か、できるか、地域の保健師としてどんな支援が必要か、できるか、を考えて行く。その中で、それぞれの立場でとらえている精神障がい者の実態はどのようなものか、認識の違いなども確認できるとよい。対象者の実態と支援について整理ができるかもしれない。

また、市町村ごとの現状が把握しきれていないことから、モデル地域の各市町村の現状をさらに確認する。保健所、市町村、病院でのケア会議の現状なども確認して行く。

県内で、積極的な取り組みを行っている市町村の話聞くことも取り組みとして検討する。

## 医療機関における看護

# 看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具（尺度）の開発

古川直美 会田敬志 橋本麻由里 古田さゆり（大学）  
岩本春枝 広瀬隆子 野田洋子（大垣市民病院・看護部）  
小野幸子（宮城大学） グレグ美鈴（神戸市看護大学）

## I. 目的

本研究は、看護師の援助に対する入院患者の満足度を客観的に把握できる、信頼性・妥当性が確保された用具（尺度）を開発することを目的としている。今年度は、昨年までに検討した質問項目について分析方法を変更し、再度精選することを目的とした。

この研究は、ケア対象の看護ケアに対する満足度を把握したいという、現場の看護職のニーズから始まっているが、開発した尺度を用いて患者の満足度を把握することが可能となり、それにより、看護ケアの評価や患者の満足度を高める看護ケアの検討に活用できると考えている。

## II. これまでの経緯

本研究は8年目である。これまでの取り組みとしては、まず、国内外の患者満足に関する27の文献から667の質問項目を集め、それを研究者間で精選し、同時に、『満足度として構成している看護ケアの要素』についても検討した。回答方法についても話し合い、期待度と現状満足度の両側面から問うことを決定し、体裁も整え、66項目の質問紙を作成した。

それを用いて予備調査を実施し（対象数78名）、その分析結果からさらに質問項目を精選し、55項目からなる質問紙 Version2 を作成した。質問紙 Version2 の『満足度として構成している看護ケアの要素』は、<A. 看護師としての態度><B. 看護師としての対応><C. 専門的知識・技術に基づくケア><D. 教育的な関わり><E. 連携><F. 利用者のニーズに基づくケア><G. 退院後（退院間近の患者が回答する項目として設定）>を設定した。また、回答方法は、期待度については○×の二者択一（各調査項目に対し、期待していれば○、期待しなければ×を記入する）、現状満足度（実際はどうか）については、4段階評価（「そうである」「どちらかといえばそうである」「どちらかといえば違う」「違う」と、「該当しない」（入院中に経験しない場合等）の選択肢で回答を求めることとした。これは、期待度と現状満足度を問い、その差から満足度を捉えることにしたためである。期待度と現状満足度を問う

ことにより、満足度は「期待し、かつ現状に満足」「期待するが、現状に満足でない」「期待していないが現状に満足」「期待していないし、現状にも満足していない」に分類される。回答者の属性については、年齢、性別、入院期間を問うこととした。

一昨年、質問紙 Version2 を用いて、入院患者を対象に、有効回答数が150に達するまで調査を実施し、データを収集した。対象であるA病院の入院患者へは361部を配布し、回収は312部であった。そのうち、有効回答であった161部を分析対象とした。

まず、A～Gの《満足度として構成している看護ケアの要素》毎に $\alpha$ 係数を求めて、信頼性を検証した。そして、項目間の相関を確認し、相関の高かった質問項目を削除した。次に、因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行い、因子負荷量を確認しつつ明確な因子構造が得られるまで項目を精選する作業を繰り返した。そして、得られた因子構造の各因子の命名を検討した。

最終的に質問項目は23項目となり、「大切にされていると感じられる対応」「丁寧な対応」「退院後の生活を視野に入れた対応」「信頼できる対応」の4つの因子が導かれた。しかし、昨年2月の共同研究報告と討論の会において、この4つの因子では、看護専門職としての対応とは限らないのではないか等の意見があり、分析方法を変更し、再度検討することとなった。

なお、現場の看護実践の向上に向けての取り組みとして、調査を実施した施設の看護師長と主任を対象に、単純集計の結果を報告し、患者満足度向上に向けての取り組みを検討する研修会をもった。

## III. 方法

### 1. 質問項目の精選

内容的に因子間に関連がある場合は直交回転より斜交回転の方が解釈可能な因子構造を見つけやすいといわれていることから、今年度は斜交回転を用いた因子分析を行い、最終的には最尤法、プロマックス回転によって因子構造を確定した。因子構造の確定までは大学の教員間で検討会を5

回実施し、その後、実践現場の共同研究者も交えて質問項目を検討し、内容的妥当性を確保した。

本研究の進行状況については、看護部を通じて、現地側のリーダー格の看護職に発信されている。

## 2. 倫理的配慮

質問紙 Version2 を用いた調査の実施にあたり、調査実施施設の責任者へは、書面をもって依頼した。質問紙は無記名とし、質問紙前面に、調査の趣旨、回収方法（封筒に入れ封をしてもらい、病棟内設置の回収箱に投函してもらう）、封筒の回収は調査代表者が行うこと、また開封は岐阜県立看護大学において行うこと、投函をもって同意とすること、投函後は個人を特定できないためデータの取り消しは不可能なこと、を明記した。質問紙の配布は調査実施施設の看護職に文書をもって依頼し、実施してもらった。

質問紙 Version2 を用いた調査の実施については、本学研究倫理審査部会の承認を平成 19 年 10 月に得ている。

## IV. 結果

因子分析を実施し、複数の因子に関連する質問

項目や因子負荷量が低い項目を、因子構造を確認しながら一つずつ削除していった。削除する際には、それを削除しても他の質問項目で関連する内容を問うことができるか等検討し、看護職の対応として必要と捉えられる質問項目が漏れないよう配慮した。最終的に、因子は“子ども扱いや見下した対応をしない”他 4 項目を含む「個別性を尊重した態度」、「質問や相談に的確に答えてくれる」他 7 項目を含む「信頼できる対応」、「あなたの意向や意見をとり入れながら援助してくれる」他 4 項目を含む「自律性を尊重した対応」、「不安や苦痛がやわらぐように援助してくれる」他 5 項目を含む「心地よさを尊重した対応」、「退院後の継続受診・治療等について説明してくれる」他 2 項目を含む「退院後の生活への対応」、「話しやすく頼みやすい雰囲気がある」他 2 項目を含む「受容的な対応」の 6 つにわかれた。これらに、総合評価である“あなたは受けた看護にどのくらい満足していますか”の質問を加え、質問項目は 31 項目とした。全ての質問項目と 6 因子については、表に示す。

今年度はデータの分析を実施したが、次年度は

表 看護師の援助に対する入院患者の満足度スケール	
質問項目	因子(案)
<b>第1因子</b>	個別性を尊重した態度尺度
その日によって態度が違うことがない。	
言動を注意している（あなたを傷つけないよう気をつけている等）。	
子ども扱いや見下した対応をしない。	
必要な処置・援助を安心して任せることができる。	
予定の時間どおりに処置・援助などを行ってくれる。	信頼できる対応尺度
<b>第2因子</b>	
出来ないことがあっても、責めずに受け止めてくれる。	
質問や相談に的確に答えてくれる。	
言うことと行うことが一致している。	
病状、治療、検査、処置、今後の見通しなど説明してほしいことを、わかりやすく説明してくれる。	
疑問、不安、訴えに十分満足できる対応をしてくれる。	
病院内の医療関係者（医師・薬剤師・栄養士など）との連携がきちんとしていて、適切な判断ができるように、必要に応じて助言をしてくれる。	自律性を尊重した対応尺度
看護師同士の連携がきちんとしていて、	
<b>第3因子</b>	
努力したこと・していることを認めてくれる。	
やらなければならないことをうまくやれるように支えてくれる。	心地よさを尊重した対応尺度
できることとできないことをはっきり言ってくれる。	
あなたの意向や意見をとり入れながら援助してくれる。	
検査・診療・治療の時、恥ずかしい思いをしないよう配慮してくれる。	
<b>第4因子</b>	
満足感を大切にしながら、きめ細やかな援助をしてくれる。	
「自分は大切にされている」と感じる対応をしてくれる。	退院後の生活への対応尺度
不安や苦痛がやわらぐように援助してくれる。	
入院生活について、状況に合わせて必要なことを説明してくれる。	
心地よさを大切にした援助をしてくれる。	
技術（採血・注射・洗髪など）が上手である。	
<b>第5因子</b>	退院後の生活への対応尺度
退院後の日常生活の過ごし方について、あなたの状況に合った具体的な助言をしてくれる。	
退院後の継続受診・治療等について説明してくれる。	
退院後の生活について、準備をするために十分な期間をもって説明してくれる。	受容的な対応尺度
<b>第6因子</b>	
訴えたことや頼んだことに対して、一生懸命対応してくれる。	
話しかけやすく頼みやすい雰囲気がある。	総合評価
思いやりのある優しい対応をしてくれる。	
<b>総合評価</b>	
あなたは受けた看護にどのくらい満足していますか。	

質問紙 Version3 を完成させ、調査の実施と分析、調査結果の活用方法（看護の質向上に活用できるよう、結果の読み方等を示す）の検討を行う予定である。また、昨年度と同様、調査結果を現場に返し、看護ケアの評価や充実に向けての検討につなげたい。

## V. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度は、質問項目精選に向けての分析が主な活動であり、直接的に看護ケアの改善に活用されるということにはなかった。しかし、質問項目について看護実践現場の看護職と話し合う機会をもったことで、看護専門職としての対応や患者満足に繋がるケアについて考える材料になっている。また、これまでの病院のリーダー格である看護職への働きかけで培われた、患者満足度への意識化は、病院看護部独自の取り組みに反映されている。

### 2. 現地側看護職の受け止めや認識

現地側看護職は、これまでの取り組みの中で、リーダー的役割を担う看護職を対象に、患者調査の結果を報告したり、研究の進行状況を発信したりしている。それにより、看護職の、患者満足や患者中心のケアへの意識付けが図れていると捉えている。

### 3. 本学教員が関わったことの意義

看護師の援助に対する患者満足度を把握し、看護ケアの評価をしたいニーズは現地側看護職にあるが、それを客観的に把握する方法を開発することは難しい。本学教員が関わることで、質問紙の作成・活用をすすめることができ、患者満足度を捉えるための、一つの方法が見つかることになる。

また、本学教員の関わりは、病院組織外からの刺激になったとも考えられる。看護倫理を強化したい思いが看護の組織内にあった。そのような中、客観的立場からの患者満足に関する実践現場の看護職への投げかけは、倫理的側面から現場の看護を振り返る機会になったようであった。

本学教員にとっても、本研究の取り組みは看護専門職としての対応を考える機会となり、実習指導や授業内容の充実につながった。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討論の会では、病院看護職9名および本学教員の参加があった。まず、研究代表者より、第1～6因子までの質問項目および因子名について具体

的に説明し、質問項目が、看護専門職としての対応を問うものになっているか、表現は適切か等問いかけた。また、今後、複数の施設においても調査していけると良いことを加えた。

### 1. 質問紙の実施方法について

参加者より、質問紙の使用方法等について質問があった。具体的には、質問紙の対象者、分析の方法、入院期間などの患者の属性について等であった。対象者については、プレテストにおいて自分自身の意思で回答できる患者を対象としたこと、とりあえずは自分で回答が困難な小児・高齢者は除いて実施することを考えているが、現在の質問紙が完成次第、小児や高齢者、家族が対象となる場合の質問紙についても検討すること、どのように活用できるかは検討が必要と考えていることを説明した。また、分析については、データを入力すれば集計が自動にされるような様式を作る等、回答内容を分析する人の手間とならない様に考えていく必要があること、入院期間については、検査入院など短期間の患者と長期の患者では、結果が異なることが想定され、質問紙では回答者の属性として尋ねているが、分析の際には考慮する必要があることなどを説明した。さらに、質問紙の使用方法などのマニュアルも合わせて提示していく必要性や、施設のケア指針を患者に示した上で回答してもらうなど、使用方法は施設によって異なっても良いことを加えた。また、期待度については「○×」での回答を求めていたが、「○×」での回答方法でよいのか検討が必要なこと、プレテストにおいて「△」という回答もあったため、対象となる患者が回答しやすいよう考慮していくことが必要であることも話した。

なお、本共同研究は質問紙の完成を目的としているのではなく、ケアの振り返りができる道具として質問紙を活用できることを目指していること、昨年度は調査実施施設に単純集計の結果を報告し、それを基にケアを振り返る会をもったが、単純集計の結果だけでも気づくことがあり、有効な検討ができたことを話した。

### 2. 精選された質問項目について

質問項目については、参加者から、「患者の満足度は、患者の病状によっても左右されると思うが、それについてはどの項目に含まれるのか」という質問があった。それに対し、病状の改善等は満足度に影響すると考えられるが、今回は看護師の対応に対する満足度に範囲を限って質問紙を作成しているため、病状に関する質問項目は含まれていないことを説明した。

また、項目ひとつひとつの表現についても討議を行った。参加者からは、「第1因子（個別性を尊重した態度）に含まれている『予定の時間どおりに処置・援助などを行ってくれる』は、第2因子（信頼できる対応）でも良いのではないか」という意見があり、今回の分析では第1因子に含まれる結果となったが、分析方法によっては異なるかもしれないということを説明した。さらに、「第2因子に含まれている『病状、治療、検査、処置、今後の見通しなど説明してほしいことを、わかりやすく説明してくれる』については、説明だけでなく、対応することも看護師の役割として必要だと思う」という意見に対し、「項目で何をみたいのか、またどのような対応なのかなどについても精選していくことが必要である」ことを説明した。加えて、参加者から、「対応することも大切であるが、患者の声を聞く態度があるかどうかということも必要であると思う」という意見が出され、第6因子（相談しやすい対応）に含まれている内容であることを話した。参加者との討議を通じて、今後の検討すべき課題が出された。

最後に、参加者からの感想として、『その人らしさを尊重したケア』に病院で取り組んでいるが、それをどのように評価したら良いか悩んでいたため、とても参考になった」「看護師としてどれも大切な項目であり、回答してもらうことで、(期待度も聞いているため)患者が看護をどのように捉えているのかも知ることができる」ことが挙げられた。また、来年度は、ケアの振り返りのためにも、自施設においても質問紙調査を実施したいという申し出もあった。

# 糖尿病患者の看護支援方法に関する取り組み

南谷絹代（羽島市民病院・内科外来） 粥川京子（羽島市民病院・健康管理センター）  
大内晶美（羽島市民病院・内科糖尿病センター） 竹内ともみ（羽島市民病院・内科糖尿病センター）  
加藤美鈴（自衛隊岐阜病院 外来） 田村正枝 松本葉子 宇佐美利佳（大学）

## I. はじめに

本研究は、事例検討を通じて、自己管理が困難な糖尿病患者の看護支援方法を見出すことを目的に、平成14年から開始しているものである。平成18年度、それまでの事例検討を通じて、『糖尿病外来患者の自己管理行動を引き出す支援モデル』を導いた。

平成20年度からは、新たに入院中の糖尿病患者の看護支援者が共同研究者として加わった。そこで、事例検討を通じてというあり方を踏襲しつつ、入院患者を含め、自己管理が困難な患者の看護支援方法について検討会を開催して『糖尿病患者の自己管理行動を引き出す支援モデル』（以下、支援モデル）に修正した。

## II. 目的

事例検討を重ねて糖尿病患者の教育支援方法を見出すとともに、『支援モデル』の精選を目的とする。

## III. 支援モデル

『支援モデル』を図1に示す。右側に患者の自己管理行動、左側に看護師の支援活動を表している。患者は糖尿病や治療が必要な状態に関する気持ちや自己管理する上での辛いこと、難しいことを語り、誰かに受け止め、わかってもらうことで自分の置かれた状況を客観的に把握できるようになる。つまり糖尿病と共に生きる生活をイメージできるようになると考えている。そのことが、自己管理の自分なりの方法を見つけることにつながると考えている。患者が自分にあった自己管理方法を見つけていくプロセスに、看護師は適切な知識・技術を提供したり、患者が見つけた生活の中の実現可能な目標に到達する方法と一緒に考えていく。また、患者がおかれた状況を理解したり、受け入れられるように、看護師は患者を支持したり、努力を認めたり、励ましたりするなどの支援活動をするをこのモデルは示している。

## IV. 方法

### 1. 事例検討会について

・開催の回数・場所・事例数：平成21年5月～平成22年2月までに本大学で、7回、5事例について検討した（各事例とも継続して複数回）。

・参加者：現地の看護職と大学教員で組織している共同研究者に加えて、参加希望者がいる場合は随時、受け入れた。

・進め方：看護師が看護支援上、困難な事例について検討会に提示し、検討会で検討された看護支援方法を実際に適用し、その結果を検討会にフィードバックして、さらに看護支援方法を検討することを繰り返した。また、『支援モデル』を参考にし、支援方法が『支援モデル』のどこに相当するか、モデルに表現できていない支援方法があるかどうか、また、患者の反応から『支援モデル』を見直し、修正について検討した。

・検討事例：入院患者3事例と外来患者2事例、計5名であった。

## 2. 倫理的配慮

本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認（2103-1）を受けた。情報の使用に関して、対象者の同意を得るとともに病院の個人情報保護規程を遵守した。

## V. 結果

### 1. 事例検討について

1) 事例A（外来通院中）

#### ①患者の背景

40歳代、女性、2型糖尿病（糖尿病歴10年）で、治療は食事療法、インスリン自己注射と内服薬である。家族構成は、息子2人の3人暮らし。夫とは別居中で、仕事はパート雇用であるが、パート職に解雇通告があり、仕事を探しているが通院できる条件で雇ってくれるところがなかなか見つからない。息子も解雇される可能性があり心配している。

#### ②患者の教育支援と経過の概要

A氏はHbA1c値が最近また、上昇してきている（7.5→10～11%）ことから、支援の対象となった。解雇が予定されているパート職の人たちとの会合が何度かあり、食べてはいけないと思いつつ食べていたとのことである。また、仕事の都合上、予約日に受診できないことが多く、インスリンがなくなりそうになると慌てて受診する状態であった。しかし、仕事を探さないと病院にも来られなくなってしまう生活の困窮状態にあり、ストレスも大きい。A氏への教育支援としては、①イン



スリンが無くなる前に必ず受診する、②仕事は、夜働かなくても良いところで、また、通院しやすいところにする、③食事は極力気をつけることとし、以前にはHbA1cを下げた経験もあるので、必ずできると励ましている。

### ③検討会での検討内容の概要

検討会では、A氏は自分の病気の管理が必要であることはわかっているが、それどころではない生活状況である。A氏の希望や意思を確認して、ソーシャルワーカーに相談することも1つの方法かもしれない。看護師はA氏との信頼関係があるので、他の医療従事者の介入を求め、一緒に対応していくと良いのではないかと。

## 2) 事例B (入院中)

### ①患者の背景

60歳代 男性 2型糖尿病(糖尿病歴36年)で、糖尿病性腎症(IV期)、糖尿病性網膜症・白内障を合併しており、治療は、インスリン自己注射と内服薬(降圧剤など)である。入院の目的は腎不全の改善(クレアチニン 5.4mg/dl)で、タンパク制限(40g/日)と安静であった。家族構成は妻と娘の3人暮らしで、体調が悪いため退職して、以後、畑仕事に従事している。透析については、「透析になるくらいなら死んでもいい」、「人に迷惑を掛けながら生きるほど惨めなことはない」、「まだ、畑仕事もしたいし、お金のことも気になる」と話し、「透析になると重いものは持てないし、曲げたりするといけないから、そうすると畑仕事ができない」ので、回避したいと考えている。

### ②患者の教育支援と経過の概要

入院当初は合併症に対するとらえ方や食事、透析についての思いを聞いた。透析について、少し知識は持っていたが、透析を導入すると長生きできないととらえており、腎臓が悪くなっていることはわかっているが、主治医から「透析」という言葉が出されるたびに精神的苦痛を感じていた。そこで、本人からの語りを待つ姿勢・関わり方に切り替えた。その後、徐々にではあるが、自分の気持ちや透析に関する質問をするようになったため、その質問一つ一つに対して丁寧に説明を行うようにした。患者は透析に関して不安が強く、知りたいという気持ちがある一方で、話を聞くことで透析を認めてしまうような思いを持っていた。また、食事や安静を守っていてもデータが思うように改善することもなく、また、急上昇することもなく入院期間が過ぎることから、自分の状態を「蛇の生殺し」と表現していた。チームカンファレンスでも、不安・焦り・憤り・苛立ちを感じ

ているという状態を共有し、患者が語るときは余裕を持って、話を聴けるように配慮した。

### ③検討会での検討内容の概要

これまで患者は自分なりに糖尿病の管理に頑張ってきたが、腎機能の悪化で入院することになったことは、かなりショックだったのではないかと。患者の気持ちをきちんと受け止めることが重要であること、糖尿病が長期に経過し、腎機能に影響を及ぼす時期ではあるが、これまでの努力してきたことを認めつつ、状況に合わせた対処をしていく必要がある。60歳代で、仕事を辞めて、一家の大黒柱としての役割が十分果たせず、家族にも自分の辛さがわかってもらえていない。その気持ちを医療者に話せるようになったことは、患者にとって医療者の存在の意味づけが変わったのではないかと。透析までの時間をできる限り延ばせるよう一緒に頑張っていく必要がある。

### ④検討会後の支援による患者の反応と経過

クレアチニン値が一時上昇したが、少し下がったことで、シャントを造設しないで退院し、開業医と外来で連携してフォローを受けることになった。患者はこの結果について、涙を浮かべて喜んでいて。退院7ヶ月後にクレアチニン値が透析レベルに上昇して入院・シャント造設となったが、患者はこの間、安静を守り、タンパク制限に注意して生活することができていた。

## 3) 事例C (外来通院中)

### ①患者の背景

70歳代 女性 2型糖尿病(糖尿病歴7年)、脳梗塞・脳血栓で入院中に糖尿病が発見され、単純性糖尿病性網膜症の合併がある。以後、食事療法と内服薬で治療を続けている。血糖コントロールが不良で、患者は間食が多く、食べ過ぎであることはわかっているが悪いと思っていても食べてしまうと述べている。50歳代で夫と死別、3~4年前まで一人暮らしであったが、現在は息子夫婦と孫と同居している。患者は体が弱って動けなくなったら、施設に入らなくてはならない。食べることだけが楽しみなのに、施設に入ったらそれもできなくなるので、そうならないようにしたいと話している。

### ②患者の教育支援と経過の概要

間食が多く、食べ過ぎと思いつつ、食べており、運動は腰痛、膝関節痛のために行えていない状況であった。生活指導ではフットケアを行いつつ、近い将来どのように生活したいか考え、具体的に失敗状況の克服方法を一緒に考えた。例えば以下のような内容である。①買い物で買いすぎない、

②果物は1日1単位とし、孫と分けて食べる、③好きな炭酸ジュースは0カロリーのものに代えるなど。指導を受けたフットケアについては努力してセルフケアしている様子が見られた。

### ③検討会での検討内容

血糖値が悪化したことについては、常に反省し、対処できない理由を考えるが、生活改善には繋がっていない。C氏には、今後どのように生活して行きたいのかを考えてもらい、コントロールに向けて、受診時に生活の目標を立て、その後の行動や結果を話し合うことで、自己評価、自己客観視を促すことに繋がるのではないかと。生活の目標がないとHbA1cが良かった、悪かっただけの評価になってしまうので、受診毎に次の受診までの目標を患者と一緒に設定できると良い。フットケア指導に対しては努力し実施する様子が見られたことから、自分を大切な人と見直すことにも繋がるのではないかと意見があった。

## 4) 事例D (入院中)

### ①患者の背景

50歳代 女性 2型糖尿病(糖尿病歴10年) 糖尿病性腎症(ⅢB)、糖尿病性網膜症の合併があり、十二指腸潰瘍の既往歴がある。治療は食事療法とインスリン自己注射および内服薬である。家族構成は夫と姑、長男の4人暮らし。自営業である。舅の死、長女と次男の結婚など家庭内の出来事が重なった。

### ②患者の教育支援と経過の概要

血糖コントロールが悪く、5回目の入院である。糖尿病に関する知識はあるが、食事療法・運動療法が継続できないためコントロールが悪化していた。そこで、まず、生活の振り返りを行い、どうすれば継続できるかを一緒に考えた。具体的には早食いの傾向があるので、食事に20分かけること、また、患者の考えている自分の問題を挙げてもらったところ、おかずが多い(病院食の4倍くらい)、昼食に炭水化物の重複が多い。揚げ物・炒め物など、油を利用した料理が多い、間食がやめられない、家族員も肥満傾向があることが挙げられた。その対策として、子ども達の結婚により家族員が減ったことから調理する鍋やフライパンを小さくして作る量を減らすことで、食べる量を減らすことにし、家族にも食事量を減らすことを提案し、了解を求めたということであった。しかし、作る量を減らしたことで、夫や息子は、食後に外で食事をしたということである。D氏が、糖尿病で制限が必要であることを家族がどのように理解し、協力しようとしているかは疑問であ

る。

患者は糖尿病ではじめて入院して以来、毎日摂取した食事内容をノートに記録しており、現在50冊を超えていることがわかった。患者は今回の栄養指導にノートを持参し栄養士に見せている。このノートの記載されているのは食事内容だけで、摂取量はなく、間食についても記載がない。

### ③検討会での検討内容の概要

5回目の入院で、これまで様々な知識を得ているが、患者の知識が全て正しいとは限らず、患者の理解度を確認する必要がある。患者が食事ノートを書いている理由を確認し、この努力を認めるとともに、このノートを活用する方法と一緒に考えていく必要がある。また、少しでも生活改善しようとしていることは認め、実行したことを確認して、認めていく。D氏にとって、さまざまなライフイベントに遭遇していたことが伺われる。子ども達の結婚などもうれしいことである反面、様々な人々との新しい関係を築いていくことも大きなストレスなると考えられる。患者のストレスの原因を把握するとともに、対処について話し合えるといいのではないかと。看護師が愚痴を聞く係となることも必要である。また、家族からのサポート体制を明らかにし、はたらきかけるといいのではないかと。例えば、夫や息子など。D氏は「力仕事をする夫や息子の食事を作らなければならないので、質素にはできない」という言葉が示すように、豊かな食事を作ることが家庭内の役割とっており、自分の身体を大切にしなければ、この役割を果たせないということを理解し、それによってD氏が自分自身を見つめる機会が持てるとういのではないかと。

### ④検討会後の支援による患者の反応と経過

退院後、外来で患者と面接した。フライパンが小さくなり、おかずも1品減らして揚げ物もしなくなった。食事ノートには相変わらず内容の記載だけで、間食や摂取量の記載はない。食事内容と血糖値の関連してみえていくことを提案したところ、納得して、外来受診日にノートを持ってくることになった。また、犬を飼うことに決めて、今後、一緒に散歩する予定である。

## 5) 事例E (入院中)

### ①患者の背景

50歳代後半、男性 2型糖尿病(糖尿病歴20年) 40歳代後半と50歳前半にそれぞれ左右の下肢切断(膝下)、糖尿病性網膜症・腎症(ⅢA)、糖尿病性皮膚硬化症を合併しており、治療は食事療法とインスリン自己注射である。HbA1cが上昇

し、医師に入院を勧められた。50歳代で離婚し、一人暮らし。別れた妻は時々差し入れなどをしてくれている。娘は大学の寮に入っている。両下肢切断して自営業を辞めた。家の中での移動は膝をついて動く。家の外での移動は車椅子の自走。食事は自分で作る。病院の食事と比べると家では、倍くらい食べている。身体障がい者1級、介護保険は要介護1で、ヘルパー派遣、週2回（掃除、米研ぎ）、デイサービス、週1~2回。今後についての思い：「透析はしたくない。あと10年くらいこのまま生きて、コトッと死にたい。娘も卒業するし・・・。」

### ②患者の教育支援と経過の概要

血糖コントロールが悪く、6回目の入院である。家での食事を確認して、できる範囲内で食事療法（1760Kcal とタンパク制限）の工夫を一緒に考えていくことを目標にした。過去の職業経験から料理を作ることは嫌ではなく、作ると食事にセーブをかけることが困難で、コントロールが改善しないことに影響している。食事療法の中で実行できていることを認めていくようにしている。栄養指導を受けて、食事の適切な量を見極められるようにする。

### ③検討会での検討内容の概要

血糖のコントロールについては、身体障がい者と認定されており、医療費は無料であることから、入退院を繰り返してコントロールしていこうと考えている。長期入院できる方法（亜急性病床で、長期に入院することが可能である）がわかり、この間にHbA1cを7%まで下げることが目標になっている。この機会を利用してE氏が今後どのようにしたいのか、「10年は生きていたい」という思いを実現する退院後の生活、糖尿病と生きる自分らしい生活を具体的に一緒に考えていけるといいのではないかと考えることができる。E氏との信頼関係を築けるようにすることが重要である。

## 2. モデルについて

B氏やD氏の教育支援を検討する中で、患者を取り巻くサポート体制を作り、強める支援が必要ではないかという意見が出された。それぞれの事例を見ると患者一人が頑張っているように見え、患者の周りの人々は患者の状態をどのくらい理解し、どのように支援しているか情報も収集されていない。糖尿病の自己管理は、患者が実行することが重要であるが、それを支える人がいることで自己管理もしやすくなる。

## V. 考察

患者の自己管理行動を引き出すための看護師の役割は、患者の個別の背景を理解し、糖尿病をコントロールするための知識・技術を教育・指導するだけでなく、患者の辛い気持ちやいらいらを受け止めるとともに、結果にかかわらず患者が努力して工夫していることやできていることを認めていくことが、患者が自分の置かれた状況を受け入れていくのに重要であった。殊に、努力してもなかなか成果としてHbA1cや腎機能に反映されず、辛い思いをしている患者の気持ちに、看護師が理解を示し、患者の思いに寄り添うことにより、患者は徐々に自分の置かれている状況と向き合うことができるようになったといえる。患者の検査結果ではなく、努力しているプロセスに注目することが、看護師の視点として重要である。しかし、患者の思いに寄り添い、支持し、認め、評価し、励ますだけでは、よりよいコントロール状態を得ることは難しい。患者の意向や希望（なりたいたい状態）を実現するためには、それに向けて、目標を設定し、患者とともに目標に到達する方法を考えて、行動できるように患者を支援していくことが重要であると考えられる。

40~50歳代は、病気を持ちながら仕事をするようになるが、糖尿病は症状があまりないことから重症化につながりやすい。仕事や家事で自分のことが優先できないこともあるが、その時に治療を続けなくては手遅れになる可能性が高い。成人期後半の患者の場合、治療と生活の両立が非常に難しい。このモデルは、それぞれの患者の背景を理解した上で援助するようになっているので、患者の背景にサポート体制は含まれていると思う。患者が、夫である場合には、妻は患者のために食事を作って支援している場合が多い。その反対に妻が患者である場合に、夫はどのようにして妻をサポートしているのだろうか。家族の中で、一人一人が大切な存在として認められていると感じられれば、自己管理をしていく動機付けを高められるのではないかと考える。今後、教育支援として、サポート体制を含む環境作りについて注目していく必要があると考える。

新たに共同研究者が加わったことにより、様々な意見交換ができたこと、また、入院患者を事例検討に加えたことで、情報量も多く、継続して検討することが可能になり、患者理解が深まったと考える。今後、さらにこの『支援モデル』を活用しつつ支援を実践して検討を繰り返して検証し、より精選していきたいと考える。

## VI. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

糖尿病で自己管理困難と捉えていた事例は、看護師が実践する「患者は自己管理すべき」とする一方的な指導のあり方にあり、看護師の支援のあり方に原因があること、そして、まず、患者の気持ち、患者の生活状況、その中で日々患者なりに努力していることを見出し、それらに理解を示し、評価することの重要性が共同研究者間で共有できた。これが看護実践につながり、患者に好結果をもたらしているといえる。これは看護師自身の教育支援が患者中心の支援になり、「患者に何かしなければ」、あるいは「指導しなければならない」という捕らわれから開放して、「患者の関心が向くまで待つ」、「患者と共に考える」という、患者とのパートナーシップを組むという看護師の姿勢に変化したといえる。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

検討会でも、初めのうちは『支援モデル』があっても活用されなかった。実践した（している）自己の教育支援の振り返りに際し、『支援モデル』抜きに行われており、それぞれの支援が何を目的働きかけているのか明確ではなかった。さらに支援の方向性を失っていたことなどに気づいた。そこで『支援モデル』を活用しつつ事例検討し、そのことによって『支援モデル』がより現実に即し、より活用できるものになることが再認識できたと考える。

また、事例を提供する現地共同研究者は、検討会を経るごとに患者の生活への関心が増し、患者に関する全体像をふまえた詳しい情報提供ができるようになった。それによってアプローチにも工夫ができるなどの変化が見られるようになっていった。

### 3. 本学（大学教員）がかかわったことの

現場の看護職は、日々の看護活動の中で、その重要性は認識できていても、多くの業務を抱え、ややもすると患者中心というより、業務中心の看護に陥ってしまう。現地側が困難感を抱いている実際の事例について、現場から離れて定期的に検討する教育支援方法の機会、自分が実践している看護支援を振り返り、軌道修正することに役立っていると考えられる。また、事例検討会で検討されたことを実際に適用して、その結果を持ち寄って討議することを繰り返すことは、看護支援方法の変化によって、患者の反応もまた変化するプロセスを実感できるだけでなく、看護の成果を実感

できる機会になった。さらに、これらを通じて、患者に貢献できている自己を発見でき、自信につなげることができていると考える。また、検討事例を振り返り、抄録作成を一緒に行い、報告会での発表と討論のあり方を事前に打ち合わせることを通じて、また発表と討論を通じて、研究のあり方も修得する機会になったと考える。

## VII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

<モデルについて>

①モデルについて、もう少し詳しく知りたいので、実際の事例を入れて説明してほしい。

②このようなモデルがあると臨床の実践に役立つと思うので是非このモデルを完成させてほしい。自分たちも参考にさせたほしい。

③糖尿病のコントロールが悪い人ばかりでなく、良くできている人の例で、このモデルを考えてみてはどうか。

<その他>

①糖尿病の患者会をどのように開催しているのか。その中で患者同士の交流はあるのか

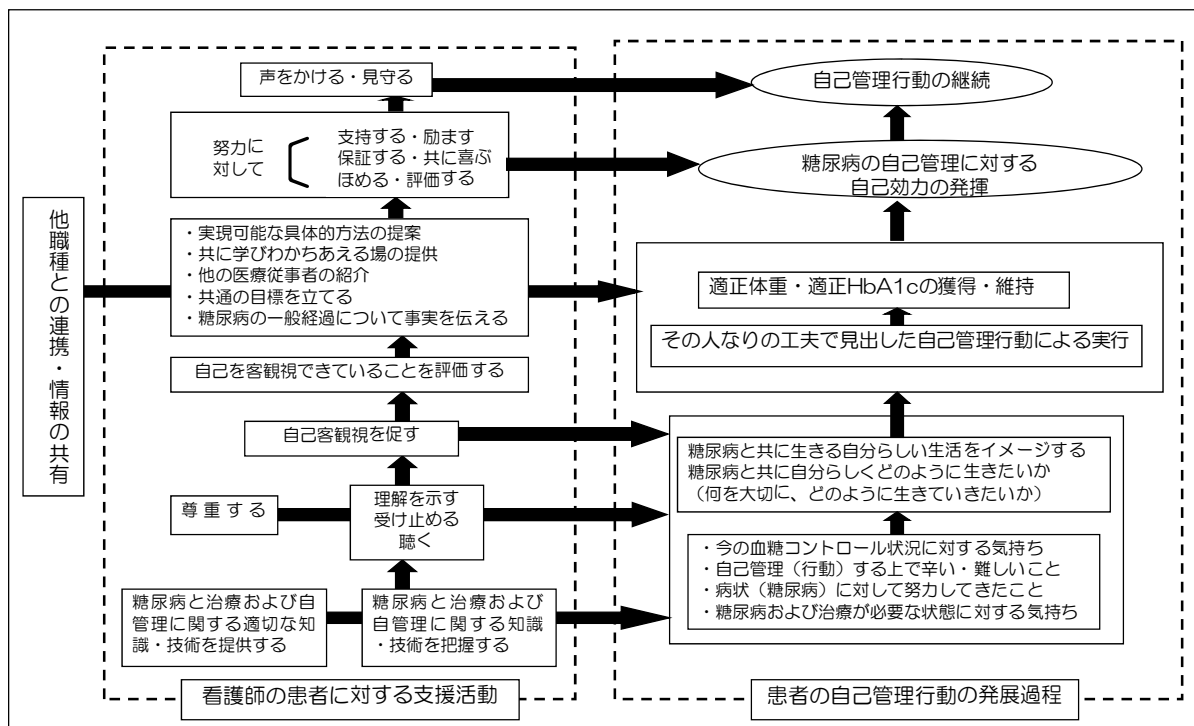


図1 『糖尿病患者の自己管理行動を引き出す支援モデル』

# 在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討

奥村美奈子 田村正枝 普照早苗 (大学)

中川千草 (羽島市民・医療サービスセンター) 古澤好美 (羽島市民病院・外来)

## I. はじめに

がん患者が増加する中で、多くの患者が様々な悩みや生活上の困難を抱えながら在宅で療養生活を送っており、看護職の積極的な援助が必要とされている。

本研究の目的は、在宅で療養生活をおくるがん患者の現状を把握するとともに、療養生活支援のあり方を検討することである。尚、本研究は平成19年度から開始しており本年度で3年目となる。平成19年度と20年度はがんに罹患し、外来または短期入院で化学療法を行っている患者9名に面接調査を実施、その結果に基づいて在宅で療養生活を送るがん患者への支援方法を検討した。

そこで本年度は、現地側共同研究者が現在実施している在宅で療養生活をおくるがん患者に対する支援について現状の問題を整理するとともに解決に向けた方策を検討する。

## II. 平成21年度の活動

### 1. 研究方法

共同研究者間で検討会を開催し、がん患者の在宅移行および在宅で療養生活をおくるがん患者に対する支援について、現地側共同研究者の活動の実際を確認するとともに、現状の問題の整理および解決に向けた方策を検討する。

### 2. 倫理的配慮

検討会の内容を公表する際には個人が特定されないように、匿名性の保障に留意する。

本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会において2101-1で承認を得、実施している。

## III. 結果

検討された内容は、①がん患者の在宅移行・在宅療養継続の支援における制度や地域の体制に関する現状、②終末期がん患者の在宅移行支援において取り組むべき問題・課題と方策、③外来通院しているがん患者の在宅療養継続支援において取り組むべき問題・課題と方策の3つに分類できた。結果については、表1~3で示した。

### 1. がん患者の在宅移行・在宅療養継続の支援における制度や地域の支援体制に関する現状

がん患者の場合、ADLが比較的自立した状況で在宅移行が検討されるケースが多く、結果的に利用できるサービスが少ないという現状があった。ま

た、在宅療養を支援する診療所医師においては、患者・家族の思いを捉えながら支援できる医師が少数であるという現状が確認された。

### 2. 終末期がん患者の在宅移行支援における問題・課題

終末期がん患者が在宅移行し、自宅で安定した療養生活をおくるためには、看護職による退院支援は重要である。しかし、今回の検討の結果、退院支援の内容が、患者の退院後の生活を十分に捉えたものとなっていないため、特に在宅移行直後の時点で、患者・家族が療養生活に困難を感じている事例があることが確認された。

また、現地側共同研究者の施設においては退院時共同指導が確実に実施され、病棟看護職も出席しているが、その際、在宅支援に結びつくような説明や患者や家族がその場で思いや要望が述べられるようなサポートができないケースがあることや、在宅療養で使用する機器の中で使用頻度の低いものの取り扱いについて、病棟看護師間で取り扱い情報が共有されていないことが明らかになった。

このような現状に対して、①病棟看護師が自宅での療養生活をイメージできることと病院で実施した看護の評価を得るために、院内教育プログラムに訪問看護体験や退院後の家庭訪問を計画する、②退院時共同指導において検討された内容や質問等、共同指導を通じて得た学びを病棟看護師間で共有し、次の事例に活かしていく、③活用頻度の低い機器についても病棟看護師間で情報共有できるよう学習会などを開催する、の3点を解決に向けた方策として見出した。

### 3. 外来通院しているがん患者の在宅療養継続を支援する上での問題・課題

検討会を通じて、外来看護師が必要時医療サービスセンターに連絡し、支援に繋がられている事例があることが確認できた一方、外来では短時間の内に多くの患者に対応しなければならず、十分に患者・家族の現状やニーズを把握することが難しい現状もあり、支援の時期が遅いと思われる事例があることや、外来部署によって医療サービス科との連携に差があることが確認できた。

こうした現状に対して、①外来通院している患

者に対して、外来看護師ががん患者の継続支援事例を記録し、支援の時期や内容を見出し、看護師間で共有する、②外来看護師のできる支援を一つ一つ具体的に実施し、その経験を蓄積していく、の2点を解決に向けた方策として見出した。

**表1 がん患者の在宅移行・在宅療養継続支援におけるや地域の支援体制の現状**

- ・がん患者が介護保険を活用して受けられるサービスが少ない。退院時要支援・要介護1くらいで判定される為、ケアマネージャーの介入も消極的になる。
- ・在宅療養支援の経験が豊富な診療所医師は患者・家族の思いを捉えながら支援できるが、こうした支援ができる診療所医師が少数である。
- ・独居者のがん患者が多い現状の中で、在宅移行について患者が検討できるようにするのが難しい。
- ・患者・家族が在宅療養を望んでいる場合でも、不安が大きく心が揺れる。こうした思いを病棟看護師が理解し支援することが必要だが、病棟看護師も話を聞く時間が持てないなど、支援が難しい状況がある。

**表2 がん患者の在宅移行・在宅療養支援に関する問題・課題**

現状の問題	解決に向けた方策
病棟において生活をイメージした退院支援ができていないため、在宅移行後に訪問看護師が患者・家族に再度確認やセルフケアの方法等を指導するという場合がある。	自宅での療養生活のイメージづくりや病院で実施した看護の評価を得ることを目的に、院内教育プログラムに訪問看護体験や退院後の家庭訪問を取り入れる。(対象者案:継続看護委員会のメンバー、看護学生の時に在宅看護論をやっていない世代、その他希望者)
在宅でのセルフケアに関する事柄について看護師から患者や家族に説明はしているが、理解して実施できる状況には至っておらず、結果的に在宅移行後、患者・家族が苦慮する場合がある。	
退院時共同指導において、看護職が在宅支援に結びつくような説明や患者・家族がその場で思いや要望が述べられるようなサポートができないことがある。	退院時共同指導において検討された内容や、地域で活動する医療職等からの質問、地域の医療職が提示した患者情報等、共同指導を通じて得た学びを病棟看護師間で共有する。
在宅で必要な機器で利用頻度の低いものの取り扱いについて、病棟看護職の中で共有されていない現状がある。	頻度は低くても必要なこととして病棟で共有できるよう学習会を開催する。また会が有効なものとなるよう、時間設定や誰が企画するかを十分検討する必要がある。

**表3 外来通院しているがん患者の在宅療養継続を支援する上での問題・課題**

現状の問題	解決に向けた方策
外来での在宅療養支援において、患者のニーズを捉えて医療サービス科につなげられる部署と繋がりにくい部署がある。	外来通院している患者に対して、今後の病状を予想しながら、できるだけ安楽に在宅療養が継続できるような支援していく必要がある。そのためには、外来看護師はがん患者の継続支援事例を記録に残し、そこから支援のポイント(時期と支援内容)を見出し、看護師間で共有することが必要である。
病院全体の看護師数の関係から、外来看護師も人手不足で、患者・家族に十分に関われない現状もある。	
患者が病状が悪化して救急外来受診し、その時初めて外来通院中にもう少し早く状況を把握し在宅療養を支援するための介入をすべきだったと感じる事例がある	外来看護師ができる支援を一つ一つ具体的に実施し、それを蓄積していく。

#### IV. 本事業の成果評価

##### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化できたこと

現地側共同研究者とともに在宅移行・在宅療養支援について検討することで、現状の問題・課題が明確になり、結果に示したように課題解決に向けた具体的方策を確認することができた。

##### 2. 現地側看護職の受け止めや認識

日々の活動の中では、現状の整理や問題・課題解決に向け検討する時間を設けることが難しい現状があるが、検討会を通じて、問題・課題の整理や解決に向けた取り組みの方法を考えることができ、有効であった。

しかし、本年度は検討会の回数も少なかったため、タイムリーな検討を行うには十分ではなかった。来年度は開催時期や方法の検討が必要である。

##### 3. 本学教員がかかわったことの意義

教員が関わることで、現状を客観的な立場から整理することができ、また他施設等の取り組みの紹介が課題解決に向けた具体的な提案となった。さらに、本研究の取り組みを通じて日々の実践を振り返ることで、看護職にとって看護を考える機会となっている。

また、本研究の取り組みの結果を教員が担当する授業や実習に反映させることで、学部教育の充実を図ることができる。

#### V. 「共同研究発表と討論の会」での討議内容

発表後の討議には本学教員を含めて 32 名が参加した。

**1. がん患者の在宅移行・在宅療養支援について**  
・訪問看護師の立場から、現在は退院時共同指導の場が在宅移行に向けた問題点を把握し支援方法を検討する場となっている。発表において、病棟看護師が自宅での生活がイメージしにくいという点とともに病院の教育プログラムに訪問看護体験を取り入れるという提案があったが、要望があればそうした機会を提供することに協力したい。

・病棟看護師として、入退院を繰り返す患者については患者・家族と関わりが長く、その間に自宅での生活を把握することもでき生活をイメージしやすいが、その他の患者は実際に患者の生活の場を見ないと退院後の生活がイメージし難いのが現状である。また、終末期がん患者の場合、患者本人が在宅を希望しても、家族の不安が強く、結果的に終末期の療養の場については自宅以外を選択するケースも多い。退院後の生活の場を選択する段階において、家族の不安が軽減されるよ

うな支援や社会資源の紹介等、もっと積極的な看護職の介入が必要だと思う。

・疼痛コントロール不良のまま退院した患者を在宅で支援した経験から、入院中に退院後の生活を見据えた疼痛コントロールの必要性とともに、その事例を通じて、病棟看護師は在宅での生活をイメージできていないのではないかと感じた。

・病院で勤務する看護師が生活をイメージする方法として、退院時共同指導等地域の看護職と話し合う場への参加や、自宅の様子を写真等に撮ってきてもらいそれを活用することも有効である。

・定期的な外来通院が可能な事例であれば、外来看護師は在宅療養がうまくいっている判断しがちであるが、実際は困難を抱えおり、早期に訪問看護を利用することでもっと安楽に在宅療養できたと思われる事例を経験している。こうしたことから、退院時点で訪問看護が必要ではなくても、退院支援の際に訪問看護の活用方法等を組み入れていくと良いと思う。

・がん患者の退院支援には主治医の考えが大きく影響する現状があるため、主治医との意見交換や支援の方向性を確実にしていく必要がある。

##### 2. 病棟看護師の在宅療養で活用できる社会資源に関する知識の充実や患者・家族への情報提供の現状について

・看護師として何が必要か考える前に、退院調整看護師やMSWに頼ってしまう現状がある。

・相談センターを立ち上げ初年度は、あらゆる相談依頼があり、その時点で看護職への社会資源に関する知識の充実の必要性を感じた。現在は、電子カルテに活用可能な近隣施設一覧やチャート式で疑問に答えるページの掲載、社会資源に関する勉強会の開始を実施している。

##### 3. 早期からのがん患者への支援の必要性について

・検診にて腫瘍マーカーによりがんが疑われ入院する患者に対して、十分な看護介入ができないまま退院となる現状がある。病棟看護師間で話し合い、早期の段階からの看護介入の必要性を確認した。

・がんが疑われる段階や診断早期の段階にある患者に対して、多忙のため外来看護師が声を掛け難い現状があるが、一言でも掛けておくことが患者との関係づくりには必要である。

##### 4. その他がん患者との関わりや支援について



・他者の「どこが悪いのか」という一言に傷つく患者がいる。こうした患者の思いを聴き、コミュニケーションをとる時間を確保したいと思う。

#### **5. がんサロンの開催について**

地域がん診療連携拠点病院の1施設で開催しているがんサロンについて、活動の実際とともに、患者や家族・遺族にとって有効な場となっていることが紹介された。

## 過疎地域診療所の外来看護の充実に向けて

安江友美 桂川恵美 荻田和子 今井利佳 安江ゆり (東白川村国保診療所・外来)  
 普照早苗 金子徳子 藤澤まこと 田内香織 森仁実 (大学)

### I. はじめに

一昨年度、当施設が病院から診療所へ体制移行し、今後特に充実を図る必要がある点として、訪問看護の充実、外来看護の充実、相談機能の充実、職員研修等によるスキルアップの4点が明らかになった。とりわけ、一般病床への入院機能がなくなったため、自宅で療養生活を送る通院者への外来看護でのかかわりが重要である。

現状では、診察後に「眠剤が欲しかった」や「医師の説明が分からなかった」などの声があり、再度医師に確認を必要とすることがある。しかし、診察前の僅かな時間に、看護師が患者の情報を十分に把握することは難しかった。そこで今年度は、診察前に患者の情報をできるだけ把握し、医師に伝えることで患者の満足できる診療、援助ニーズに即した看護活動につなげることを目的として、従来の「外来診察予約券」の改善を行った。

### II. 方法

#### 1. 問診票付外来診察予約券の改善と収集

##### 1) 改善点

予約診察券の裏に、新たな問診項目を作成するため、共同研究者である現地看護職5名と大学教員とで検討を行なった。具体的には、残薬の有無、食欲不振、疼痛、不眠、物忘れ、気分の落ち込みの有無、自由記載欄を設け、両面印刷とした。また、備考欄を「ご家族、ご本人様から先生に伝えたいこと、聞きたいこと」に変更した(図1、2)。

##### 2) 予約券の収集方法

①患者は診察日か前日に記入し、受付に提出する。  
 ②共同研究者である現地看護師が、診察前の体重、血圧測定などをしながら、記入された内容を確認する。さらに必要な情報を聞き取り、書き加える。記入がない場合、確認して記入する。その後、カルテと共に医師に渡す。また症状への看護師の対応も記入する。

3) 収集期間：平成21年10月1日～12月4日

### 2. 分析方法

回収した予約券の記入内容を単純集計した。また、予約券の改善が看護にどのように役立ったか、医師や患者の反応、今後の課題やさらなる改善点を共同研究者全員で検討した。

### III. 倫理的配慮

改善した予約券導入の際は各患者に説明し質

問に対応した。結果は本研究の目的以外に使用することはなく、匿名性に配慮し個室内で厳重に保管・処理した。なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得ている。

図 1. これまで使用していた外来診察予約券 (B6 サイズ)

図 2. 今回新たに改善した問診票付外来診察予約券 (B6 サイズ両面)

### IV. 結果

#### 1. 対象者の概要

予約券の回収数は250枚(男性95人、女性155人)、患者の平均年齢は、男性75.1歳、女性76.8歳であった。残薬ありの患者は87人(34.8%)、残薬なしが163人(65.2%)であった。男女別に比較すると、残薬ありの男性は36%、女性は34%と差はなかった。また、残薬ありの患者のうち、診察までの期間が「4週間後」の群が38%と一番多く、次いで「6週間後」の群が29%であった。

問診票の記入に関しては、65人の患者が診察前に看護師が本人から聞き取って一緒に記載し

た。

## 2. 問診票の記入内容集計結果

「最近体調に変わった事はありますか？」の問いに一番多く答えていたのが「痛いところがある」35人であった。膝、腰、肩のほか、そこらじゅうが痛い、という訴えもあった。次いで、「物忘れが激しい」10人、「食欲がない」5人であり、「夜眠れない」3人、と「気持ちが落ち込む」1人については、少数であった。

自由記載欄には、21人の記載があり、その内容は個別に様々であった。以下、問診票の項目に従って詳細を示す(表1)。

表1. 問診票の記入内容集計結果

体調変化あり	57人(22.8%) 【内訳】 ( )内:具体的な記述内容 ○食欲がない:5人 (胃が重い・嘔吐する、胃カメラ希望、夏は食べれなかった、エレンタールのみ飲んでいる) ○痛いところがある:35人 (膝、腰、肩、神経痛、そこらじゅう痛い、背中、指が痛い、骨折したところ等) ○夜眠れない:3人 (寝つきが悪い、寝付きにくい) ○物忘れが激しい:10人 (置き場所、聞いたことをすぐ忘れる、電気の消し忘れ等) ○気持ちが落ち込む:1人 (日暮れも早く静かで寂しい等)
自由記載欄	21人が記載 ・根気がなくなった、すぐ疲れる。 ・下痢(一日5~6回) ・脈がとぶ ・低血糖が2回あった。 ・お腹が張る ・動いた後がえらい。食後のつかえ感あり。 ・胃の不快感。便秘。 ・血圧測ったが紙忘れた。 ・安定剤がほしい。 ・心配なので精密検査をしてほしい(娘に言われた) ・かぜ気味 ・家の中でも道を歩いても時々ふらつく。 ・足がしびれる。 ・体重が増えた。 ・10月に口の中が荒れたので病院に受診した。 ・寝つきが悪い。 ・半年前からふらつく。 ・足の力がなくなった。手指の色が悪い。 ・血圧が家で高め。 ・昨日から下血、昨日は4回あり。腹部症状はない(クローン) ・赤い湿疹。動きがゆっくりになった。

## V. 考察

### 1. 問診票付外来診察予約券が外来看護にどのように役立ったか

#### 1) 服薬状況の確認に有効

結果から、残薬のある人が3割以上いることが分かった。

今回、残薬のある患者に対しては、看護師と患者と一緒に問診票を見て、客観的に確認することで、いつ飲む薬がどのくらい余っているのか、どういう理由で飲めなかったのか、を振り返ることができた。さらに、どうすれば飲めるようにできるか、といった日常生活の中で、薬をきちんと飲むことの意識づけができた。このことから、今回改善した問診票付外来診察予約券が、内服指導および、患者自身が薬のことを意識するセルフケアのための1つのツールとなると言えよう。

また今回、この問診票を見ることで、残薬数を医師が効率的に確認でき、処方調整が出来るなどの利点もあった。受付職員からも、診察後に「(希望の)薬が欲しかった」という患者の訴えが少なくなった、との意見が聞かれた。

#### 2) 外来診察時の情報収集に有効

看護師も診察前の短時間で話のきっかけがつかめ、情報収集がしやすくなった。

患者も伝えたいことを予め準備することで、診察時に言い忘れることを防ぎ、希望を看護師に伝えることができていたことが効果的であったと考える。殊に、通院バスの時間が迫ってくる中、患者自身もじっくり話をする余裕がなく、看護師・患者双方が短時間で効率的に伝えたいことを伝える必要がある。今回、この予約券によって時間的にも情報収集方法についても改善が図れたと考えた。

また、ある患者からの、「いいことやり始めたね」という声を、直接看護師が聞くことができて、よい評価として受け止めることができた。

## 2. 今後の課題とさらなる改善点

この問診票を活かした問診の仕方が、看護師間で統一していないことが挙げられた。特に、服薬の援助について、具体的な患者への教育的かわりや方法、日常生活の中で飲み忘れないために、どのように説明すればよいか、など対応が未確立な部分もあるため、今後も検討を続けていきたい。

また、服薬のことに限らず、今回改善した問診票付外来診察予約券が患者自身に及ぼしている影響や有効性が具体的にどのようなものであるのかを把握していく必要があると感じた。そのため、患者や家族自身の声を聞くために、今後、アンケートもしくは聴き取り調査を実施し、利用しての効果を把握していきたいと考えている。

## VI. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

これまで使用していた外来診察予約券を改善し、裏面に問診票をつけることによって、外来患者の服薬・残薬状況や日々の生活の中での心身の状況を把握することができた。実際に、外来診療や外来看護に活かされていると思われる。但し、どのようにそれが活かされているかという検証はまだであるため、今後の課題としている。

また、今回取り組んだことで、看護師同士で現状と課題の共有を図ることができ、意識が高まった。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

もともと、外来看護で足りないと思っていた点や外来診療時の効率化を図らなくてはならない、という気持ちはずっと持っていた。今回、本研究に取り組んだことによって、少しずつ前進してきたと感じている。今後、どのような点に取り組んで行けばよいか、明確になったと感じている。また、患者からも「いいことやり始めたね」との声を頂き励みになった。今後も引き続き、本テーマを進めていきたいと思っている。

### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

討論の会終了後に、現地共同研究者から以下のような声を聞くことができた。

- ・日々の業務に追われ、大学からの提案がなければ取り組まなかった。しかし、取り組みを始めて患者から、「いいこと始めたね」と言われるようになり、仕事に張り合いができ自信につながった。
- ・病院から診療所に変わり、患者から不安の声が聞かれていたことや診療所に相談機能がなくなったことを懸念していた。研究に取り組み、患者から良い意見をもらって自信になったし、コミュニケーションや情報収集のスキルアップができ、患者に「大丈夫」と言える気がする。
- ・どうまとめてよいか分からなかったが、大学の教員に相談できて安心できた。

看護職の意欲の向上や、今後も引き続き共同研究を継続していく意志を確認できたことから看護職自身の看護実践の向上とともに、生涯学習支援としても意義があったと考える。

## VII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討論では、取り組みについての質問に対する補足説明を交えながら、取り組みを通しての効果、感想、今後の発展の可能性について意見交換がされた。

### 【当診療所、討論参加者施設の概要】

・当診療所：外来患者数は1日平均30名。多くの患者がバスで通っており、バス出発までの限られた時間での情報収集が必要であり、関わりに難しさがある。

・参加者A病院：院長の外来は予約制であるが、内科・外科は予約制ではない。

### 【予約診察券の改善について】

問診項目の選定理由：「物忘れ」や「気分の落ち込み」などは、直接患者に聞きにくい内容だが、問診項目に挙げることで聞きやすくなるのではないかとの思いから選んだ。しかし、実際は項目として聞いても、どのようにアプローチしていくかという難しさを感じている。

### 【診察券導入後の反応】

（患者、家族）

- ・外来受診時、予約券を多くの患者が持参するようになった。
- ・予約の時点で看護師が説明を行っていることもあり、予想していたよりもスムーズに導入することができた。
- ・生活管理や疾患についての患者自身の意識が高まってきていると感じる。
- ・苦情は今のところ聞かれていない。
- ・本人が記入することが困難な場合、家族が記載してくれるケースもあり、家族の本人に対する意識を高めているのではないか。
- ・患者が飲み忘れた薬を外来受診時に持ってくるようになった。患者の薬に対する意識が高まっているように感じている。
- ・自由記載欄の内容で共通性が高いもの：自由記載欄への記入は少なく、看護師が聞き取った内容を記入することが多い。しかし、医師に言いにくいことを看護師が聞き取って記入しているという点は有効ではないかと思っている。

（職員）

- ・医師からは当初、問診票付外来診察予約券を導入することで診察時間が長くなるのではないかという懸念の声があった。しかし、実際はそのようなことはなく、医師も問診項目を確認しており、それをもとにコミュニケーションを図るようになっている。
- ・受付職員からは、会計後の診察時に言い忘れたことの訴えが、減ってきたように感じているとの声が聞かれた。

### 【残薬があったときの患者への対応】

・残薬があったときは看護師が聞いて問診票に記入している。医師は、診察時に確認し、処方薬の

日数等を調節してくれている。

・残薬についての本人の思いに目を向けるようになった。長期処方を短期処方に変更、訪問看護師への内服状況確認の依頼は行っているものの、業務や人数の問題があり、外来でどのように指導していくかは検討できていない。患者個々、疾患ごとの残薬の傾向を分析して指導方法を考えていきたい。

**【討議参加者の感想】**

・調子が悪いが診察時に言わず、その後症状が悪化してしまったケースを経験している。定期的に受診する患者に対し、看護師は「いつも通り」と情報収集を怠ってしまうことがある。そのようなケースを繰り返さないよう今回の共同研究の報告から多くの学びを得た。

・過疎地域の診療所や病院の利用者の多くは高齢である。新しい取り組みにどれくらい適応できるのかという懸念はあるが、今回の研究では予想していたよりもスムーズに行えたことが分かり、新しい取り組みもできることが多いのではないかと感じた。

## 退院支援に関する看護

## 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

田口めぐみ 高木麻裕 細江かおり 松田敦子（下呂温泉病院・B3病棟）  
袴田名保子（下呂温泉病院・B2病棟） 梅田弥生（下呂温泉病院・地域連携室）  
野村玉枝（下呂温泉病院・外来） 藤澤まこと 普照早苗 黒江ゆり子（大学）

### I. 目的

A病院整形外科病棟では、2007年度より3年間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取り組みが継続されている。具体的には、病棟の「継続看護・リハビリグループ」の看護師を中核として、スクリーニングシートを用いた入院時アセスメントを実施し、リハビリ対象者全員に、受け持ち看護師、医師、リハビリスタッフによる入院時カンファレンス（リハビリカンファレンス）を開催している。2008年度からは、退院支援事例への家庭訪問を開始し、その状況をスタッフ間で共有することで、病棟で行った退院支援を振り返る機会となっている。また病棟看護師が、自己の退院支援の変化を振り返る機会として聞き取り調査を行い「退院後の生活を視野に入れて具体的に関わられるようになった」など、意識や支援内容の変化が把握できた。

そこで本年度は、家庭訪問事例の事例検討により病棟の退院支援の課題を明確にし、外来や地域の関連職種との連携方法など継続支援に向けた方策を検討する。また退院支援を行った看護師への意識調査より、病棟の退院支援の充実に向けた方策について検討する。

### II. 方法

#### 1. 退院支援事例の検討

退院支援事例の家庭訪問を行い、病棟での退院支援の課題を明確にする。

#### 2. 病棟の退院支援充実に向けた方策の検討

#### 3. 病棟看護師の振り返りのための意識調査

調査内容：退院支援で取り組んだこと、難しかったこと、うまく支援できたこと、家庭訪問に行きたいか、その理由、今後学びたいこと。

#### 4. 倫理的配慮

病棟スタッフ、対象患者・家族に研究内容を説明し、同意書による同意を得た。調査結果は本研究の目的以外に使用することはない、公表にあたっては個人の匿名性に配慮する。なお本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を得て行った。

### III. 結果

#### 1. 退院支援事例の検討

1) 事例の概要：B氏は70歳代後半男性。2型糖尿病でインスリン自己注射を施行。低血糖時の転

倒により、右上腕骨骨折・橈骨神経麻痺となり当該病棟に入院。妻と2人暮らし（妻はほぼ全盲）、次男（県外）がキーパーソン。介護保険は未申請。A病院内科で加療中であるが、血糖コントロール不良による入退院を繰り返していた。

2) 入院中の支援：退院後の生活を視野に入れ、利き手変更への支援を行い、自己血糖測定・インスリン自己注射の自立に向け療養指導を行った。

3) 支援の効果：退院後も注射手技は間違わずに行われており入院中の支援の効果がみられた。

4) 把握された課題：退院後の受診時にインスリン量が減量になったことが、担当の訪問看護師に伝えられず、減量前の値のまま自己注射を行い、数回低血糖症状を起こしていた。

5) 検討すべき課題：B氏の場合は、利き手変更の後も、左手でインスリンの自己注射を行わなければならなかった。そこで退院前カンファレンスの際に、内科外来の看護師にも参加してもらい、退院後の生活についても支援を依頼する必要があった。また、退院後のインスリン量の変更に關しては、外来看護師、訪問看護師の連携が必要であった。このように、退院後の生活状況の確認が必要な患者の場合、病棟・外来・地域の専門職が連携した継続的支援が必要であると考えた。

#### 2. 整形外科外来との連携方法の検討

上記の課題を解決するために、共同研究者、整形外科外来看護師が参加し、病棟と外来の連携の必要性を確認した。そして外来での継続支援が必要な場合いには、積極的に整形外科だけでなく他科の外来看護師とも「継続看護連絡会議」を開催する必要があると考えられた。また、特に整形外科外来との連携では、電子カルテ上の「カンファレンスシート」を活用して、外来で支援すべき内容・結果を病棟・外来の双方が共有できる方法を検討し、退院支援プログラムを修正し、スタッフ間で共有した。

#### 3. 退院支援の取り組みに関する意識調査結果

対象者は当該病棟看護師21人（女性20人、男性1人）で回収率は100%であった。なお、【 】は大分類の項目名を示す。詳細は表1～5に示す。

1) 退院支援で取り組んだこと（表1）

【退院後の生活に向けた具体的な支援】、【退院後の生活に向けた多職種との連携】など6つの大項目が挙げられた。

2) 難しかったこと (表2)

【家族との連絡・調整や指導における難しさ】、【退院支援を進める上での難しさ】、などの6つの大項目が挙げられた。

3) うまく支援できたこと (表3)

【本人・家族の不安への対応】、【創部処置の指導】などの6つの大項目が挙げられた。

4) 受け持ち患者の家庭訪問に行きたいか・その理由 (表4)

家庭訪問に行きたいかの問いに対しては、「はい」15人、「いいえ」3人、「どちらでもよい」3人であった。その理由としては、以下のことが挙げられていた。①入院中の退院支援の効果・不足点を確認したい、②退院後の患者・家族の思い・支援への希望を聞きたい、③自宅での患者の表情や生活スタイルの違いがわかる、④退院後の生活が把握できて有意義、⑤患者、家族とよい関係が築けていれば行きたい、⑥自宅へ行くことは不安⑦家庭訪問よりケアマネとの連携を考えたい。

5) 退院支援に関する事で今後学びたいこと (表5)

【退院支援の方法】、【事例検討】などの7つの大項目が挙げられた。

#### IV. 考察

##### 1. 事例検討より把握された退院支援の課題

病棟の退院支援事例の事例検討より、必要時に外来と連携できる体制づくりが病棟の退院支援の課題として挙げられた。そこで、電子カルテ上のカンファレンスシートを活用した外来との連絡方法を検討して、退院支援プログラムを改善し、スタッフに周知した。しかし、その連携方法を利用した事例がなかったことより、整形外科の特徴として、外来通院せずに開業医に通院する場合も多く、退院後の生活に直接関わるケアマネジャー、訪問看護師との連携も重要である。それは、看護師の意識調査の退院後の生活に向けた多職種の連携で、ケアマネジャーとの連絡調整の意見が多かったことから伺えた。また、退院支援を進める上での難しいこととして、家族との連絡・調整が挙げられた。そのため家族との時間調整が必要であり、受け持ち看護師のみの対応では難しいため、チームで家族支援に取り組む必要性が把握できた。またケアマネジャー等と連携をとり、協力しながら家族への支援をすすめる必要があると考えられる。

##### 2. 病棟の退院支援の充実に向けた方策

看護師の意識調査より、家庭訪問を行いたいと希望した看護師は15人であった。理由としては入院中の退院支援の効果や不足点を確認したいことや、退院後の生活状況や思いを把握したいことが挙げられた。家庭訪問は退院支援の評価の場として効果的であると同時に、受け持ち看護師が自宅に出向く事で、患者・家族への継続支援としての効果も大きい。そして、自宅での患者・家族の思いや生活を知ること、次の退院支援に生かすことができ、病棟看護師への教育の方策としても有意義であると考ええる。

#### V. 本事業の成果

##### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度で3年間取り組んだことになったが、年々、病棟全体が退院支援に対して、意識的、積極的になってきた。それが今回の看護師の意識調査にも反映されていたと思われる。看護師一人ひとりの意識が高まってきたことで、病棟における看護実践も、患者の入院時から退院を意識した援助に変化してきていると考ええる。

##### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

病棟の「継続看護・リハビリグループ」の看護師が中心となって共同研究を進めてきたが、病棟看護師一人ひとりへの理解や関心が同じレベルで浸透したかという点はまだそうとは言えない現状である。今後も病棟全体で取り組んでいかなければならないテーマであるが、継続していくためには、中心的に活動していくリーダーの存在が不可欠であるといえる。

##### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

看護実践の改善に向けては、少しずつではあるが進んでいると考える。退院支援というテーマは、地域のサービスや病院全体に関わる内容であるため、看護職者への生涯学習的なかかわりという点では教員からの働きかけによって意識が高まっていると思われ、意義があると考ええる。また、本学の講義内容にも、共同研究の実践例を挙げて学生に伝えているため、教育活動にも大きく反映されていると考ええる。

#### VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

約30人程度の参加者があり、各施設からの質疑応答によって充実した意見交換がなされた。

○共同研究者 看護師

事例の方は整形外科で入院していたが、主に糖尿病のインスリン自己注射に問題があったことから内科外来との連携が重要であったケースで



あった。しかし、現状では本病棟と外来とがつながりを持つケースが少ないという実態が分かり、退院支援プログラムを検討したものの、今後頻回に活用していくということはないように思う。

#### ○B 病院 退院調整看護師

今回の事例が退院するときに、どのように誰と連携したかを教えてほしい。

#### ○共同研究者 看護師

退院前にケア会議を開催した。そのとき、本人、息子、ケアマネジャー、内科外来看護師、病棟看護師、受け持ち看護師、訪問看護師、開業医が参加した。整形外科的には特に問題はなく、この方は糖尿病のコントロールに問題があったため、その点についての話し合いを中心に行なった。

#### ○大学教員

今回の結果で、家庭訪問に行きたいかという問いに「いいえ」と答えた看護師の理由は具体的にはどのようなものであったのか。

#### ○共同研究者 看護師

「いいえ」と答えた看護師は3名いたが、いずれも、患者本人や家族との関係性をうまく築けていなく自信がない、というものであった。特に、入院期間が短いと、受け持ち看護師といってもなかなか勤務時間帯が合わず、コミュニケーションが図れないまま退院となってしまったという場合もあり、関係性がうまく築けていれば受け持ち患者の退院後の家庭訪問に行ってみたいという気持ちはあるという結果であった。勤務・業務状況によっても違ってくることが課題であろうと思う。

#### ○C 病院 看護師

自施設には地域連携室があるが、やはり地域のサービス提供者と一緒に退院に向けて取り組んでいくという意識が強い。退院後も援助が必要な方へは訪問看護と頻回に連携をとって会議も多く実施している。また、院内研修のひとつとして、訪問看護研修も行なったことがあったが、それが継続して取り組めないということが課題である。

#### ○D 訪問看護ステーション 訪問看護師

訪問看護師の立場から、早い時期に在宅移行が決まっていれば、我々が病棟訪問し本人や家族と話し合うだけでなく、病棟看護師とも情報交換や連携を図りながらスムーズに在宅移行ができると考える。実際に現在もそのように関わっている。しかし、病棟看護師に意識が薄い場合は、どうしても退院直前の連絡になってしまい、患者本人や家族が十分に理解・納得しないまま退院ということになってしまう。まだまだそのようなケースが

多い。自施設の関連病院では、新人研修のときに訪問看護実習を取り入れ、少しでも退院支援に役立つように体験させている。病棟看護師に対しては、他施設でも言われているように、在宅での患者さんの生活が見えるように訪問看護の研修をすることが有効なのではないかと思う。

また、自分が受け持ったケースの家庭訪問をするということに意味があるように思う。実際に家庭訪問した看護師に聞くと、病棟と自宅での患者さんの表情はびっくりするほど違っていた、ということであった。その看護師の今後の看護実践にもそのことは大きなよい影響を与えると考える。

#### ○B 病院 看護師

退院支援に関するカンファレンスは毎週1回、曜日を決めて実施している。医師やリハビリ職も参加することで、患者を多角的に捉えることができ、細かな情報交換も行なえるという利点がある。退院後の家庭訪問については、必要であることは認識しているが、病院全体でシステム化をしていくことが重要になってくるのではないかと。当院では積極的に取り組んでいこうという方向性ではあるが、勤務時間帯に訪問できる体制にはない。

#### ○大学教員

システム化していく、ということが大切になってくるのだと思う。現実的には、院内研修に在宅訪問を組み込むということだろうか。また、看護師の経験年数でどのレベルでの研修に組み込むかも検討していく必要があるだろう。新人、中堅、管理者のどの段階で研修に組み入れていくかといことを今後検討していくことも重要であると考え。看護師個人の学びだけではなく、病院として退院支援の援助をより有効にしていく手段として看護職員による「居宅療養管理指導」が利用できるのではないかと考える。但し、介護保険の利用者で要介護認定を初めて受けた/認定更新した/区分変更した人に対象が限られてしまうが、現段階では対象を絞った形でまずは制度を活用していくという方法も可能であろう。今ある制度をうまく活用し現場から制度の改善を図るよう提案していくという意識も大切になってくるのではないだろうか。さらに、看護職が感じている退院支援活動の向上だけではなく、患者がどのように役立ったと感じているかといった患者側の評価を捉えていくことも大切になってくるであろう。今後は、患者の声を聞き、効果的であることを示していく必要もあると思われる。

表1 退院支援で取り組んだこと		
大分類	小分類	記載内容
退院後の生活に向けた具体的な支援	患者・家族との退院時の目標の確認・それに向けた支援	家族面談、機能回復の為のリハ、自宅生活ゴールの目標に向けてスケジュールを組んで、外泊時に体験及び調査していただくことの内容を文書で説明
		リハカンを行い、医師・患者とゴールを確認し、また家族とも交流を深め退院がスムーズにいくよう支援できた
		患者と最終的なゴールの確認
	退院後の生活に合わせた療養指導	退院に向けて家の状況・家族構成・介護保険を使ってみえるかなど話を聞き退院後のケアの援助を行った
		退院前より自宅の様子を聞きながらパンフレットを使用し日常生活の注意点について説明 退院後の創部処置方法、オムツ交換、車いす移動方法など
	退院後の家の環境確認	家の環境について情報収集して、患者が家に帰れるか確認した 家の環境の見直し→段差・間取りなど写真と図に書いていただいた
	家族の調整	家族の調整
退院後の生活に向けた多職種との連携	ケアマネジャーとの連絡調整	ケアマネとコンタクトをとり退院後のケア、サービスを受けられるように支援した
		ケアマネとの退院調整
		ケアマネ、施設の職員との連絡
		整形疾患の他に肺がんが発見され、退院調整が難しくなりそうなことをケアマネに連絡できた
		ケアマネとの連携、訪問看護師に入ってもらいように家族に提案しスムーズに受け入れてくださった
	家屋調査、ケアマネとの話し合い	
	退院調整看護師にサービスの説明を依頼	退院調整看護師に依頼し、家族に具体的にどのようなサービスがあるか説明してもらった 退院調整看護師との連絡→管理的なこと
	訪問看護師に患者・家族の要望を伝える	訪問担当看護師と直接連絡を取り合い患者・家族の要望をタイムリーに伝えることに努めた
医師との情報交換	医師と受け持ち看護師と情報交換	
リハビリ技師に退院後に向けた説明を依頼	リハビリ技師に退院後も続ける運動について家族と本人に説明してもらった	
薬剤師に服薬指導を依頼	薬は薬剤師から家族のいるときに説明	
本人・家族の意思に沿ったサービス利用の検討	家族に今後どうしたいか、本人自身がどうしたいのか聞きその気持ちにそえるように話すようにしたそれに基づいて使えるサービスを一緒に考えた	
	訪問調査、支援サービスの話合い	
	福祉用具の情報提供	
ケア会議での意見交換	ケア会議を開催(本人も参加)し患者・家族また病棟看護師としての思いなど、サマリーでは書ききれない部分で情報交換することができた	
	(施設も同様)介護保険についてや、ケアマネさんとのコミュニケーション、ケア会議にも参加することができてとてもよい経験となった	
介護保険申請に関する説明	介護保険、申請方法の説明、訪問調査時の相談と対応	
	介護保険申請の説明	
家庭訪問で課題の確認	自宅訪問にも行くことができ、今後の課題も見つかったので貴重な体験ができてよかった	

大分類	小分類	記載内容
家族との連絡・調整や指導における難しさ	家族と話ができない	あとは、家族との連絡がなかなかとれなくて進まずに悩んだこともあったし、色々なことで悩んだ
		家族が昼間こない
		家族と話ができなかった
	家族の受け入れが悪い	家族の受け入れが悪かったためケアマネと何度もコンタクトをとった
		家族の受け入れが悪くなかなか進まないとき 家族の思いと現実が合わないとき、家族に理解してもらい在宅に向けて一緒に取り組むのが少し難しかったタイミングも難しい
	家族への療養指導ができない	家族への退院指導：自宅が自営業で来院できる時間や回数が限られており、車いすへの移動方法を指導しようとしても主に移乗させようとする人（息子）になかなか指導できなかった（息子が指導予定時間にこれなかった）
退院の時期の調整	自宅改修や退院時期の家族との調整（できないと退院がどんどん遅れていった）	
家庭訪問を断られた	退院の時は家庭訪問に了解してくださったが、色々と言があり患者さんからお断りを受けた	
退院支援を進める上での難しさ	退院支援の進め方がわからない	ケア会議をするまでに何を話し合えばいいのかを検討したりどういう流れで退院支援をすすめていけばいいかわからなかったため、上司にアドバイスをもらいながら行えた
	看護師がどこまで介入してよいかわからない	看護師がどこまで介入していいのかが分からず難しかった
本人の生活調整の難しさ	退院後の生活の調整	患者が生活する中で1人となる時間帯等の対応、調整
	本人から情報収集ができない	認知症があり情報収集できなかった
サービスの情報提供ができない		サービスの情報を詳しく話すことができない
介護保険申請の時期		あえていえば申請の時期
他スタッフとの調整		他スタッフとの調整
難しいとは思わない		今までの受け持ちは介護保険を使う年齢に至っていない・すでに使ってみるなどで難しいとは思わなかった

大分類	記載内容
本人・家族の不安への対応	指導を行い、本人と家族から質問や不安なことが聞け再度説明できた
	退院前に整形医師と肺がんに対してみたもらった内科医師からのICを、長男夫婦にあまり無理なくしっかり受けていただけたことで今後の不安は十分表出していただけたと思う
創部処置の指導	創部処置方法について
療養生活に向けた工夫	車いす移動時に使用する手作りの足を自宅でも愛用して下さっていたためうれしかった
予定どおり退院できた	上司のアドバイスもあったおかげで無事在宅へ退院することができたことがよかった
	ケア会議で退院目標日を退院調整看護師が設定してくださり、それに基づいて家族の意識も高まりケアマネを中心に予定どおり退院となった
ケアマネジャーとの連携	ケアマネとの連携
介護保険の利用	入院前は介護保険の申請をされていなかったが、入院をきっかけに家族に依頼し申請の手続きをもらった
その他	まだ経験したことがない

表4 受け持ち患者の家庭訪問に行きたいか・その理由	
大分類	記載内容
入院中の退院支援の効果・不足点を確認したい	入院中に行なった支援の確認
	自分の行なったことが患者さんの生活にどのような影響を出したのか知りたい
	自分が退院調整をした患者がどのように生活しているか、調整したことが生かされているか見ることで今後の退院調整の方法を見直すきっかけになると思う
	指導がどの程度役にたっているか知りたい
	退院指導したことや、家族指導したことが継続してできているか確認したい
	退院支援の方法が正しかったか評価したいから
	自己満足な援助になってなかったか確認したい
	自分と関わった人なので安心したい意味でも訪問したい
	入院中の生活との違いを目の当たりにし、指導してきたことが在宅でも有効に行えているのか確認することもできるし、何が不足していたかを反省することができるのでよい経験になると思う
	退院後の生活状況が心配
退院後の患者・家族の思い・支援への希望を聞きたい	実生活に戻ったときに実際は何に困ってみえるのか、入院中にどんなことを指導してほしかったかなど患者さんの声が聞けるから
	退院後の患者・家族の生活の思いを聞きたい
自宅での患者の表情のや生活スタイルの違いがわかる	自宅での患者の表情や生活スタイルも知ることができるし、病院での患者との違いを感じるからまた行きたい
退院後の生活が把握できて有意義	自宅訪問を経験することができ、自宅で可能な限り病院での環境(ベッドサイド)の利点を生かしてくださっていた、患者さんのその後の様子も見ることで有意義な時間であったため
患者、家族とよい関係が築けていれば行きたい	患者、家族とよい関係が築けていれば行ってもいいと思う
自宅へ行くことは不安	自宅訪問でどんな生活をしているのか興味はあるが、自宅へ行くことは緊張するので不安に思う
家庭訪問よりケアマネとの連携を考えたい	ケアマネとの連携を考えたい(病棟の業務に今後なる理由ではないので)

表5 退院支援に関する事で今後学びたいこと	
大分類	記載内容
退院支援の方法	病院の看護師として退院支援は具体的にどのようなことを行っていったらよいかを学んでいきたい
	家族の受け入れが悪いまたは介護力が低いところへ戻られる方の退院調整について
事例検討	色々な症例についての退院調整を退院調整看護師や地域担当者とともに考え関わっていききたいと思う
訪問看護師による研修会	訪問看護師の開催する研修会は定期的に開催してほしいし、在宅で実際どんなことに困ってみえるのかなど生の声が聞けてとてもよかったから
	訪問看護師が病棟に望むことは何か
介護保険制度	介護保険で利用できる資源・限度について
	介護保険の申請について
	介護保険申請からの流れにいまいち自信がないし、どんな働きかけをしなくちゃいけないかが分からない部分が多いので学んでいきたい
社会資源の活用方法	社会的資源の活用はどのようにおこなわれるか、例えば退院が決まっても申し込みが過ぎているのですぐにサービスが使えないどのくらい前に申し込むとか
	在宅に帰る時使えるサービス
ケア会議開催の条件	ケア会議開催の条件のようなもの
ケアマネジャーの役割	ケアマネの仕事も知りたい

# 医療施設における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討

宮木久美 丹羽好子 武山博子 増井法子 吾郷佐代子 長屋幸子 (岐阜県総合医療センター)  
藤澤まこと 田内香織 金子徳子 田辺満子 黒江ゆり子 (大学)

## I. 目的

当院では退院支援に関するスタッフ教育の取り組みとして2006～2007年度は、有志を募りクラブ活動を行った。その結果、有志のクラブ活動では個人レベルでの学びとしては有効であるがそれぞれが病棟へ普及するには至らず、病棟での実践活動拡大には限界があることが把握できた。2008年度はクラブ活動を委員会組織へ発展させ、退院調整看護師が退院支援システムを考案し、モデル病棟で試行した。その結果、病棟看護師は在宅生活を意識した指導の必要性や訪問看護師との連携の必要性を再確認することができた。そこで今年度は委員会組織を活用し、全病棟で退院支援システムを実践し、その実践過程を通して退院支援に対する病棟看護師としての役割を学び、意識の変容を図ることを目的として取り組んだ。

用語の定義

退院支援：患者・家族が病気や障害を持ちながらも安心して療養の場を病院から在宅（地域）に移行できるように院内外問わず、さまざまな職種等が連携し、生活が成り立つように支援すること（平成17年度岐阜県「退院調整と地域連携」推進事業 退院調整マニュアルより）

## II. 研究方法

### 1. 退院支援のためのひとづくり

- 1) 退院調整看護師の病棟担当制
- 2) 継続看護推進委員への教育
- 3) 院内看護師への教育

### 2. 退院支援システムの活用

- 1) 退院支援システムの説明・各病棟での活用
- 2) 振り返りカンファレンスの開催（各病棟）
- 3) 事例検討会の開催（院内）
- 4) 病棟看護師への意識調査

調査対象：病棟看護師 388名

調査期間：2010年1月7日～1月14日

調査方法：無記名式質問紙による調査

調査項目：(1) 退院支援システムの認識と活用について、(2) 退院支援を行う病棟看護師の役割について・退院支援を通じて学べたこと・よかったこと・困難だったこと・課題について、(3) 今後、退院支援について学びたいこと

上記の方法の実施に関しては、共同研究者間で定期的に検討会をもち検討しながら進めた。

## 3. 分析方法

研修会参加者の意見、振り返りカンファレンスの意見、事例検討会参加者の意見、病棟看護師への意識調査の回答等は意味ごとに分類し整理した。

## 4. 倫理的配慮

知り得た情報は本研究の目的以外に使用することはなく、公表にあたっては個人が特定されないように配慮することを書面で説明し了承を得た。また、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を受けて行った。

## III. 結果

### 1. 退院支援のためのひとづくり

#### 1) 退院調整看護師の病棟担当制

昨年度の病棟看護師に対する意識調査では、退院調整室との連携に関して、[病棟担当者を決めて欲しい]、[担当者はできれば毎日時間を決めて病棟にきて欲しい]との意見があった。そこで病棟看護師と連携がとりやすいように、今年度当初から、退院調整室に所属する4名の退院調整看護師は各担当病棟・副担当病棟を決めて退院支援に取り組んだ。また病棟ごとに行われている退院支援カンファレンスには病棟担当者が参加するようにした。5月の師長会でこれらを報告し周知した。その結果、病棟担当者に調整依頼や相談が以前より入るようになった。

#### 2) 継続看護推進委員への教育

各病棟で退院支援システムを活用して退院支援を推進するために、継続看護推進委員を各病棟の担当者として位置付けた。そして病棟担当者全員が出席する継続看護推進委員会を3回開催し、病棟の退院支援リーダーとしての意識を持って活動するための教育の機会とした（表1）。

表1：継続看護推進委員への教育内容

開催時期	内容
1回目（6月）	退院支援システムの意義と継続看護委員の役割について
2回目（9月）	各病棟での退院支援システムの活用状況の確認（うまくいっていること・困っていること）事例への取り組みについての意識付け
3回目（11月）	退院支援システムを活用しての感想や意見

継続看護推進委員は、退院支援システムに関して、「主治医からの病状説明への同席を呼びかける行動」「退院支援カンファレンスの開催を呼びかける行動」がとられていた。また継続看護推進委員会活動を通して自分の病棟の現在の退院支援状況を振り返ることができたなどの意見を聞くことができた。

### 3) 院内看護師への教育

院内看護師への教育として、継続看護推進委員会との共同研修会や各病棟における病棟研修会を開催した。

#### (1) 継続看護推進委員会との共同研修会の開催

##### ■9月11日：介護保険制度について

(講師：地域包括支援センターケアマネジャー、参加者：47名)

<参加者の反応>

- ・ケアマネジャーの仕事の内容がわかった。
- ・調整にきたケアマネジャーにどのような情報提供をしたらいいのかがわかった。
- ・退院した後自宅の想像がつかないためケアマネジャーから情報をもらえると退院時めざすことがわかるので良いと思った。

##### ■11月12日：「お金の話」(社会保障制度について)

(講師：院内ケースワーカー、参加者43名)

<参加者の反応>

- ・生活保護や身障制度など社会保障制度について参考になった。
- ・病棟では身体的なことに目がいきがちですが患者さんはどのような制度で支えられているのかがわかった。

#### (2) 病棟の継続看護推進委員との病棟研修会の開催

(3) 病棟において病棟と退院調整室と共同で研修会を開催した(表2)。

表2：病棟研修会内容

病棟	内容
A病棟	ALSの勉強会(講師：医師、退院調整看護師) 脳卒中地域連携パス(講師：退院調整看護師)
B病棟	介護保険制度(講師：退院調整看護師)
C病棟	退院支援について(講師：退院調整看護師)

<参加者の反応>

- ・介護保険制度を知ることによって患者・家族と話ができると思う。

- ・制度を知ることによって、自分の知識が高まった。
- ・もう少し病棟で受け持ち患者の退院後の生活を考えた指導ができるようになりたいと思った。

## 2. 退院支援システムの活用

### 1) 退院支援システムの説明・各病棟での活用

6月の継続看護推進委員会において病棟の継続看護推進委員へ退院支援システム(図1)について説明し取り組んだ。全15病棟で退院支援システムに沿って退院支援を行い、1事例まとめることができた。退院支援システムに基づき振り返りカンファレンスまで実施できたのは3病棟4事例であった。

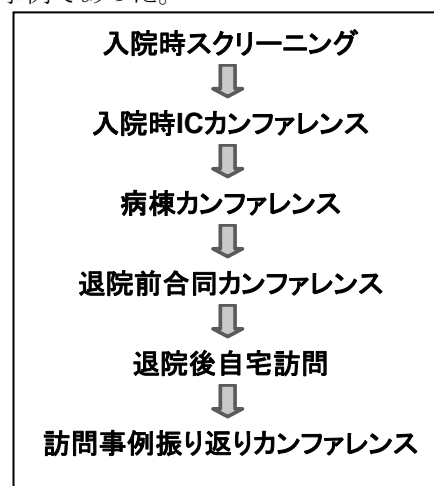


図1. 退院支援システムの概略

### 2) 振り返りカンファレンスの開催(各病棟)

病棟看護師、病棟継続看護推進委員、退院調整看護師が参加して3病棟4事例で振り返りカンファレンスを行った(表3)。

表3：振り返りカンファレンス事例

病棟	事例
A病棟	全介助レベルで退院となったALS患者
B病棟	がん終末期患者(2事例)
D病棟	誤嚥性肺炎で入院胃ろう造設となった患者

各病棟での振り返りカンファレンスで検討した内容は次のようであった。

- ①退院後の家庭訪問と振り返りの重要性
    - a) 家庭訪問時の本人・家族の様子など在宅での実際の状況がわかった。
    - b) 入院中の指導のあり方を考えさせられた。
    - c) 在宅でのサービスの利用状況がわかった。
  - ②在宅をイメージすることの重要性
  - ③退院までのプロセスのあり方
  - ④退院後の支援のあり方
  - ⑤病棟看護師としての知識の向上
- 3) 事例検討会の開催

日時：12月14日18時

参加者：各病棟から参加した60名

内容：(1) 3病棟からの事例報告(表4)

表4：事例検討会における事例内容

報告病棟	事例
A病棟	ALS患者の退院支援
D病棟	胃ろう造設患者の退院支援
E病棟	小児の退院支援

(2) グループワーク：6グループにわかれて退院支援活動について討議した。

(3) 評価：事例検討会終了後に感想や意見などについて質問紙調査を実施した(参加者60名、回収40名)。以下に回答内容を示す。

- ・他の病棟の取り組みを知ることができた。
- ・早期から病棟看護師として退院に向けた介入が必要である。
- ・患者や家族の退院への思いを聴くことが必要である。
- ・今後の課題が明確になった。
- ・退院支援システムの見直しが必要である。
- ・退院支援に必要な知識の向上
- ・連携の必要性

#### 4) 病棟看護師を対象とした意識調査

病棟看護師388名を対象に質問紙調査を行い、回収数346名(回収率89%、有効回答率98%)であった。回答内容の記載例を以下に示す。

##### (1) 退院支援システムの認識と活用、感想

退院支援システムを用いることについては62%の病棟看護師が理解していた。行ってみたいの感想として病棟カンファレンスの困難さ、合同カンファレンスの有効性などがあつた。

##### (2) 退院支援を行う病棟看護師の役割について

退院支援を通じて学べたこと・よかったことについての記載内容は以下のように分類できた。

- ・患者・家族が望む退院を共に考えられた
- ・カンファレンスの有効性の理解
- ・退院支援システム活用による支援方法の理解
- ・継続看護の必要性の理解
- ・他職種との連携の必要性の理解
- ・病棟看護師の役割の理解
- ・退院支援に役立つ社会資源の理解
- ・家庭訪問の教育的効果

##### (3) 今後退院支援について学びたいこと

介護保険・身体障害者・特定疾患・診療報酬などについて

## IV. 考察

### 1. 退院支援のためのひとつの取り組みの効果

#### 1) 退院調整看護師の病棟担当制

退院調整看護師を病棟担当制にしたところ、病棟看護師や看護師長から、以前に比べ、直接担当者に調整依頼や相談が入るようになった。また退院調整看護師も担当病棟を以前より意識するようになり、担当病棟の入院患者を把握して、病棟でのカンファレンスに参加するようになった。担当制の導入により、退院調整室と病棟間の連携がより密に図れるようになったと考える。

#### 2) 継続看護推進委員への教育

継続看護推進委員会において、継続看護推進委員を病棟における退院支援リーダーとして育成できるよう計画的に行った。その結果、退院支援について自分の病棟の問題に着目することができており、病棟の継続看護推進委員が退院支援システムを推進する力となっていた。また、継続看護推進委員会は1年毎の任期であるため次年度も同じ委員になるとは限らないが、今後も病棟のリーダーとなるように育成を継続していきたいと考えている。

#### 3) 院内看護師への教育

毎年院内看護師向けに研修会を開催している。今年度は「介護保険制度」と「お金の話」について行い、参加者からの反応は良好であった。しかし今年度研修会への参加人数は40~50名前後と全看護師の約1割であること、病棟看護師への意識調査において今後退院支援について学びたいこととして半数以上が介護保険・身障、特定疾患制度をあげていることから、患者・家族に情報提供できるように、次年度も研修会の開催を検討していきたいと考えている。

## 2. 退院支援システムの認識と活用による効果

### 1) 振り返りカンファレンスによる効果

3病棟で開催した振り返りカンファレンスで共通していた意見や感想は、家庭訪問を行うことで生活状況が把握できる、入院中の指導のあり方を振り返ることができる、在宅でのサービス内容を知ることができる、また、病棟看護師として入院中から在宅をイメージすることの重要性についてなど、退院支援の具体的なことを学ぶことができており、病棟看護師として退院支援を認識できるようになったと考える。更に退院までのプロセスのあり方として計画的な取り組みや退院後に病棟看護師として支援できることはないかなど建設的な意見も述べられていた。病棟看護師として知識が深まることでより患者・家族に情報提供できると考えられる。振り返りカンファレンスを行うことで、家庭訪問を経験した病棟看護師の学びをスタッフ間で共有することができ、意識の

向上につながったと考えられる。

## 2) 事例検討会による効果

事例検討会後のアンケート結果では全員が参考になったと答えている。参考になったこととして一番多かったのは他の病棟の取り組みを知ることができたことだった。全病棟で退院支援システムに基づき退院支援を行ったが、実際に振り返りカンファレンスまで行えたのは3病棟であった。しかし、事例検討会に参加したことで部署を超えて事例を共有することができ、自身の所属病棟の現状を振り返ることができたと考えられる。また、早期からの介入の必要性や退院支援システムについて病棟独自の支援システムの検討の必要性や今後の課題を見出すことができたという建設的な意見も述べられていた。また事例検討会でグループワークを行ったことについては、他病棟の看護師と話し合うことで学びが深まったとの意見もあり、効果的であったと考えられる。

## 3) 病棟看護師の意識

### (1) 退院支援システムの活用について

退院支援システムを用いることは、病棟看護師の62%が理解していた。退院支援システムを用いた感想として、カンファレンス開催についての意見が多かった。その内容としてカンファレンス開催の困難さをあげている一方で、合同カンファレンスや振り返りカンファレンスを行うことの有効性を実感していた。また退院支援システムを行うことの利点としてその人に合う方向性を見出すことができたとの意見があった反面、退院支援を十分実施できなかつたという意見もあった。今後それらの意見をもとに、病棟独自の退院支援システムを検討していきたいと考える。

### (2) 退院支援を通じて学べたこと・よかったこと

退院支援を通じて学べたこと・よかったことについては、患者・家族が望む退院を共に考えるために病棟看護師として退院後の方向性を統一することや患者・家族の思いや意向を傾聴すること、患者家族の不安の解消を図る役割があると考えられていた。次にカンファレンスの有効性をあげており、振り返りカンファレンス後の意見や退院支援システムを行ってみての感想と共通している。また、合同カンファレンスの効果についての意見も多く、これは合同カンファレンスが院内に浸透してきているためと考えられる。退院支援システムに関することとしては退院支援システムを活用することで退院支援の経過や流れが理解できたという意見があった。病棟看護師の役割と

して退院支援への関心を持つこと・退院指導・退院調整看護師との連携があげられていた。退院に向けて患者の一番近くにいる病棟看護師がどのような支援が必要かを考えることや入院早期から退院を意識して患者・家族への教育を行っていくことが病棟看護師の役割であると意識づけができたと考える。今後は一事例ごとの関わりの中で退院調整看護師として病棟看護師とともに退院支援を考えていけるように支援していきたいと考える(表5)。

## V. 共同研究事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

本年度は、病棟看護師の退院支援の充実に向けた病棟看護師への教育について検討を行い、病棟の核となる看護師の育成と、退院支援システムを活用した各々の病棟看護師への教育に取り組んだ。前者では、退院調整看護師が主体となって、院内全体の委員会組織である継続看護推進委員会の継続看護推進委員への教育を行うことで、各病棟における退院支援の取り組みを核となって推進できるようになった。また、後者では院内全体で取り組み事例の事例検討会を開催したことで、患者・家族の意向を聴くことの重要性や入院早期からの介入の必要性が学べており、自身の退院支援の振り返りの機会と成り、退院支援を意識した看護実践へとつながっていると考える。

### 2. 現地側看護職者の受けとめや認識

本研究は、現地看護職者が主体となって取り組んでいる。共同研究者間で定期的に検討を行うことにより、病棟看護師への教育支援の方向性の確認の機会となり、新しい方策を考えていく契機となった。また退院調整看護師の役割の明確化に繋がった。そして、本研究で明確になった課題が、退院調整に関する各部署の次年度検討課題へと繋がっている。

### 3. 本学(本学教員)がかかわったことの意義

現地の看護職者と教員とで定期的な討議を行うことにより、研究の方向性を見だし、退院支援における看護実践の改善に結びついた。取り組みを進める中で課題が見出され、また新たに検討していくことが病棟看護師、退院調整看護師の教育に結びついている。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

当該病院の退院支援活動や各病院の現状について質疑応答を交えながら以下の内容が語られた。

### 1. 退院調整看護師を病棟担当制にしたことによ



## る変化

・共同研究者：病棟からの連絡がスムーズに入るようになった。カンファレンスにこまめに顔を出すことで、病棟看護師に役割が浸透したと思う。

・共同研究者：当院にはケースワーカーが少なく、退院支援が困難な事例は退院調整室に任される。とりあえず退院調整室へ連絡を入れておこうという意識がある。

### 2. 退院支援活動における人材育成について

・共同研究者：各病棟で退院支援に関する課題が違い、それを一緒に考えていく過程で看護師が自分で考えていけるようになる。退院調整看護師も元は病棟看護師であり、退院支援の経験を重ねるうちに様々な視点を身につけることができてきた。退院支援に視点をおいたカンファレンスをしていくなどの継続的な取り組みによって意識が変わっていくのではないかと。

・共同研究者：システムがあればいいわけではないが、看護師一人一人が意識を持って関わられるようにそれを保障するシステム作りは必要である。

### 3. カンファレンスの実施状況

・共同研究者：退院支援カンファレンスでは、病棟または退院調整看護師が退院支援に困難さを感じており、検討する必要がある事例について行っている。負担になるので受け持ち看護師の参加は強制せず、日勤の看護師で行う。電子カルテに記録し、内容をチームで共有している。

・共同研究者：退院前カンファレンスでは、退院調整看護師が企画して患者、家族、医師、病棟看護師、退院調整看護師、訪問看護師、ケアマネジャー、かかりつけ医、福祉用具専門相談員などである。急に退院が決まり、午前にカンファレンスをして午後に退院という場合もある。ケアマネジャーは協力的で時間を調整して参加してくれている。

### 4. 病棟看護師への意識調査の結果について

・共同研究者：「カンファレンスをしてスタッフ皆で共有することに意義があった」、「現在の退院支援システムは小児科には向かない」などの意見があったが、退院支援に対する看護師の意識の高まりが伺える結果であった。

### 5. 各病院における退院支援活動の現状

・F病院病棟看護師：病棟での毎月のチーム会で退院困難な事例を検討し、カンファレンスシートに記録している。当院の退院調整看護師は1人であり、各病棟の継続委員や看護師の力が必要である。事例検討を通し、自分の受け持ち以外にも目が向くようになってきた。病棟看護師で退院支援

をしていく意識が強くなってきた分、退院調整看護師に支援を依頼するタイミングに迷うことがある。

・G病院病棟看護師：精神科単科の病院である。退院支援にはケースワーカーが関わっている状況である。今年度、退院支援委員会が立ち上がり、各病棟の委員が月1回ケースカンファレンスをしている。各病棟で退院支援に関する話題が出ることもあるようで、少しずつ動きが出てきた。これを契機に発展していくのではないかと。

G病院からは当院のクラブから委員会組織への発展までの経緯について質問があった。研究者からエキスパートクラブの1つとして3年間活動した後に委員会になり、系統だった取り組みが可能になったことが話された。

### 6. 退院支援計画書の作成、退院調整加算に関する現状

・F病院：方向性を決めるカンファレンスで、退院調整看護師が記入して渡す。加算について説明すると断る人もいる。その場合、計画書は渡していないが退院支援は行っている。

・H病院：カンファレンスの時に患者・家族の思い、今後の方向性を確認、記入して渡す。退院調整看護師が介入するときは加算を算定しているが、病棟看護師が退院支援を行うときは算定していない。

・I病院：入院時のスクリーニングシートを記入して1~2週後に病棟看護師が記入する。それを退院調整看護師が確認して渡す。

上記のように、退院調整看護師の病棟看護師に対する具体的な支援内容が話され、退院支援カンファレンスの機会を持つことの重要性も討議された。また、各病院の退院支援の取り組みの現状や抱えている課題についても共有できた。

制度の活用面では、加算が算定できるにもかかわらず、退院支援計画書を患者・家族に説明して渡す際の困難さがあり、患者・家族から受け取りを断られることもあるという現状も語られた。

表5: 患者への退院支援を通じて学べたこと・よかったこと

分類	小分類	記述内容例
患者・家族が望む退院を共に考える(22件)	退院後の方向性の統一	退院に関する方向性が決まるとそれに向けて患者・家族・医療スタッフが同じ目標に向かって協力し合えた。 他職種間で患者さんの退院に向けての方向性を同じところへもっていく大切さを学んだ。同じにするためにどのような経過をとる必要があるのか。同じにするためにみんな考えていく必要があることがわかった。大切さが分かった。
	患者・家族の思い・意向の傾聴	家族と医療者の関わりが近くなり一緒に話しあい家族の思いが聞けたこと。 本人の思いとADLなど現状の食い違いがある。退院までにどの程度回復が見込めるのかにより生活の場が変わってくる。なるべく本人・家族の思いに沿えるようにADLの向上や話を聞くことが大切だとわかった。
	患者・家族の不安の解消	家族や本人が退院することに不安なくスムーズに退院につながっていくこと。 患者・家族の退院後の生活を支援したことで不安なく更に希望に沿うように治療やケアが受けられることができて満足された。
カンファレンスの有用性(19件)	IC・ICカンファレンスの重要性	ICカンファレンスに参加しどんな支援を行うのか実際に聞くことができた。 ICに出席することの大切さ必要性を感じた。主治医と連携しながら本人・家族の思いを知り、それを退院支援に生かすことができる。
	チーム・病棟内のカンファレンスの必要性	医師も含めみんなでカンファレンスをし、退院支援していくことの必要性を学んだ。 家族・退院調整看護師・医師とのカンファレンスを開いて意向・今後の目標を共有できたこと。
	合同カンファレンスの効果	退院前合同カンファレンスで患者・家族・医療者の考えが確認でき具体的に必要なものや準備が確認できた。 今年度は合同カンファレンスを多くしていただき患者・家族にとって安心でき退院に望まれることが多かった。
看護を継続させること(17件)	継続看護の必要性	地域とどのように連携して退院に向けての調整を行うかを学ぶことができた。 退院時訪問看護・保健師など地域へつなげる大切さ
	他職種との連携	他部門の方との連携・情報交流がはかれてとてもいい刺激になった。 在宅医・訪問看護・主治医・看護師・家族・ケアマネと退院調整の方法・情報交換・情報提供が行えた。
退院支援システムに関すること(37件)	退院支援システムの必要性	入院中から退院支援システムを使用することで患者がより安心して退院を迎えることはできると思った。家族への介入も大切だと実感した。 退院支援システムを活用すればもっと早期に退院調整に取り掛かることができる。
	入院時スクリーニングの必要性	ICU・HCUのため退院支援という意識が少なかったが、入院時からスクリーニングを行うことで今後退院までに解決しなければいけない問題点をあげることができ早めに対応する必要性を理解できた。 退院支援を勧めていくには入院早期からスクリーニングをして問題点を明らかにしておく必要がある。
	早期の介入・調整	早い時期に退院調整をかけることでその患者さんにあったサービスなどを考えることができた。 入院時から退院調整にかけて早めに退院・転院が決まった。
	入院前の生活情報の把握の大切さ	入院前の生活状況を気にするようになった。 退院や転院に向け家庭環境を把握する必要性やポイントについて考えるようになった。
病棟看護師の役割(23件)	退院支援への関心をもつこと	退院に向けて患者の一番近くにいる看護師がどのような支援が必要かを考えていくことで退院支援の力になることが学べた。 患者さんの退院後の生活を視野に入れて看護をしていくことは大切だと思った。
	生活を視野に入れた退院指導	退院を意識した退院指導の必要性。振り返ることで反省や今後の対応策を検討できた。 入院時から在宅の状況を考えて自宅でも行える方法で指導していくことが求められると学んだ。
	退院調整看護師との連携	退院後家族がどのような方針を持っているのかを退院調整の面談を通じて知ることができ退院後の情報収集することの大切さが学べた。 患者が自宅に帰る上で必要なことについて退院調整看護師と積極的に話すことができた。
退院支援に役立つ社会資源の理解(12件)		自宅退院の患者さんに対して退院調整の介入でさまざまなサービスの活用ができることを学んだ。 地域の病院や使える社会資源について知識があると役立つことを学んだ。
家庭訪問の教育的効果(12件)		ひとつの事例を通して病棟スタッフと退院調整看護師と反省点やこれからどうすればよいかなど話し合う機会が持てた。 病棟より退院された患者の退院後の家庭訪問の報告を聞き在宅ではどのようなことが問題となり医療処置・栄養管理など在宅ではどのようにして行って工夫されたか知ることができてよかった。

# 過疎地域の地域ケア体制充実に向けた病棟における 退院時支援のあり方に関する研究

小木曾慶子（国保上矢作病院・看護師長） 荻山紀子（国保上矢作病院・一般病棟看護主任）  
鈴木富美子（国保上矢作病院・一般病棟） 加藤澄子（国保上矢作病院・療養病棟）  
杉野緑 坪内美奈 藤澤まこと 普照早苗（大学）

## I. はじめに

A 病院は過疎地域住民の健康を支える重要な役割を果たしているが、独居、高齢夫婦世帯を中心とする高齢患者が多い。近隣の医療機関および介護サービス施設などの社会資源は限られている。H20 年度病院が実施した「退院患者調査」<sup>1)</sup>によれば退院患者は、70 歳代後半から 80 歳代の高齢者が多く、平均在院日数は 16.2 日と比較的短い。退院先は入院期間にかかわらず自宅への退院が多かった。同居家族のある患者が多く、退院には要介護度のレベルというよりも家族の受け入れがあり、サービス利用にうまく繋がるかという要因が大きいことが分かった。数量的に整理することで看護師の印象と実際が異なることが明らかになった。さらに、看護師は様々な退院への支援を実施しているが、その内容が具体的に明らかになっていないため、その内容を明確化し、院内スタッフ全員で共有できることが課題として挙げられる。

過疎地域住民の健康を支える重要な役割を果たしている一般病院において、退院後の療養生活を支援する退院支援のあり方を追究する。

## II. 方法

### 1. 自宅へ退院した患者のデータ整理

昨年度の共同研究において明らかになった退院支援におけるデータの内、自宅へ退院した患者についてのデータを整理する。

### 2. 退院支援内容の明確化

上記 1 で確認した課題があり自宅へ退院した事例に対し、看護師が実際に行っている支援内容を明確にする。以下①～③について共同研究者間で実施する。

- ①事例検討のための様式の作成と改善
- ②様式を用いての事例検討会の開催
- ③過疎地域中核病院における退院支援のあり方を検討する。

## III. 倫理的配慮

事例検討、資料の作成、本研究を公表する場合、研究協力者の氏名・居住地や個人が特定される情報は匿名化した。なお本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た。

## IV. 結果

### 1. 自宅へ退院した患者についての再集計結果

20 年度病院が実施した退院患者調査結果から自宅へ退院した患者について再集計した。退院患者 136 名のうち自宅へ退院したのは 106 人であった。自宅への退院患者を入院回数でクロス集計をし、その特徴を明らかにした。その結果、一般病棟で、1 年間の入院回数が 2 回以上の人が 29 人（27.4%）であった。また、年代別では、50 歳代 2 人、70 歳代 8 人、80 歳代 14 人、90 歳代 5 人であった（表 1）。

表 1. 年代別 1 年間の入院回数

年齢	1 年間の入院回数			
	1 回	2 回	3 回～	合計
10 歳代	1	0	0	1
20 歳代	2	0	0	2
50 歳代	3	1	1	5
60 歳代	12	0	0	12
70 歳代	24	3	5	32
80 歳代	30	13	1	44
90 歳代	4	5	0	9
空欄	1	0	0	1
合計	77	22	7	106

表 2. 入院日数と 1 年間の入院回数

入院日数	1 年間の入院回数			
	1 回	2 回	3 回～	合計
1～5 日	22	6	2	30
6～10 日	22	1	2	25
11～15 日	14	3	1	18
16～20 日	6	3	2	11
21～25 日	2	5	0	7
26～30 日	5	2	0	7
31～35 日	3	0	0	3
36～40 日	0	0	0	0
41～45 日	0	0	0	0
46～50 日	2	1	0	3
51 日～	1	1	0	2
合計	77	22	7	106

一般病棟で、1年間の入院回数が2回以上の人の入院日数は、「1～5日間」が8人と一番多かった（表2）。

家族構成では、「本人と子」が9人と一番多く、「本人と配偶者と子」8人、「本人と配偶者」7人の順であった。いずれも、高齢者世帯であることが分かった。

表3. 家族構成と1年間の入院回数

退院後家族構成	1年間入院回数			
	1回	2回	3回～	合計
独居	7	3	0	10
本人と配偶者	15	3	4	22
本人と配偶者と子	23	6	2	31
本人と子	15	8	1	24
本人と親	3	0	0	3
その他	4	0	0	4
空欄	10	2	0	12
合計	77	22	7	106

その他→4(孫), 4・5, 6(本人, 親, 配偶者, 子ども)

## 2. 事例検討のための様式の作成と改善

事例検討にあたり共同研究者である看護師から視点を共有するための様式の作成が提案された。第1回検討会の前に案を作成し、看護師が受け持ち事例について、様式に情報を記載しながら改善を図った。様式の検討は第1回検討会の前後、第2回の後の計3回話し合い、修正・改善を行なった。様式の主な項目は次ページの図のとおりであり、一目で身体状況、家族がわかるようにした。様式の検討では、家族の実際がわかるようにすること、実際に行った看護内容が記載できることなどが共同研究者看護師より意見がだされ、改善を行った。

## 3. 事例検討

今年度は2回、計4事例について検討した。以下にA～D氏についての事例概要と看護師の支援内容を示す。

### 1) A氏

(1) 事例概要：60歳代前半、女性。人工骨頭置換術目的で入院。娘夫婦と4人暮らし。スムーズに自宅へ退院できると思われていたが、術後創部の治癒が進まない状況で、退院が先送りされた。MRSA(+)になり、ガーゼ交換も頻回に必要、逆流性食道炎もあるため継続的に医療職者がかわる必要がある。要介護度4。入院前から訪問看護の利用有り。病棟看護師からの説明の際は娘が来院し協力的。娘自身1型糖尿病をもつ。

(2) 看護師の支援内容：主介護者である娘の体

調にも配慮しながら、本人の退院後の生活状況に関する相談を実施。その際、これまでの本人の生活状況や家族らの生活時間について情報収集を行う。また栄養面や服薬に関する注意点を説明。  
2) B氏

(1) 事例概要：80歳代後半、男性。独居。胃がん(告知有、胃切除術施行)。約2ヶ月入院。要介護度1。3人の子はすべて市外に居住しており、キーパーソンは次男。高齢だが理解力が高い本人は、在宅でこれまでどおりの独居を希望し、子供たちも心配しながらも本人の意思を尊重している。ヘルパー(6回/週)、配食サービス(2回/月)の利用はあるが、自ら買物や食事作りも行ない自立心がある。退院後は外来通院し外来看護師とのかわり、支援がある。

(2) 看護師の支援内容：自宅での食生活を視野に入れ、入院中から栄養士に指導を依頼。看護師からも胃切後のパンフレットや入院中のメニューを示して説明。本人の理解力もその都度確認した。家族にも入院中の本人の回復状況を説明。退院後、月1回の外来通院状況を病棟看護師として外来看護師に尋ね把握している。

### 3) C氏

(1) 事例概要：50歳代前半、女性。神経系疾患、リウマチ(28年前から)による疼痛があり寝たり起きたりの生活。要介護度4。両親と本人3人暮らしで主介護者は父親。母親も寝たきりで70歳代の父がすべて介護を行なっている。敷地内の別棟に息子が住んでいるが仕事で留守がち。病院への送迎は行なう。入退院を繰り返しているが、本人も家族も少しでも病院にいたい、いてほしいという気持ちがある。

(2) 看護師の支援内容：本人が施設入所を拒否しており、現状では入退院を繰り返すことを視野に入れ、セッティングすれば自力で食事ができるように工夫、入院中に練習した。父親が全ての介護を担っていることから何かあればまずは病院に連絡するように伝えた。

### 4) D氏

(1) 事例概要：80歳代前半、男性。多発性脳梗塞にて他院に入院、その後当院に転院してきた。入院時は全身拘縮があり、せん妄状態も強かったが本院療養病棟で療養するにつれ、自力で座位保持可能にまで回復した。自営業であることから、当初は、自宅で看ることが困難と感じていた家族(主介護者：息子・嫁・妻)も、本人の回復力と看護師の指導助言に伴い、サービス利用をしながら家族で見ていく意向となり自宅へ退院した。



(2) 看護師の支援内容：入院当初は、かなりの硬直状態であり、車椅子での座位姿勢保持も無理であったが、当病棟では出来る限り、可能な患者全員が、毎日食堂に集まって食事をするため、日々、車椅子移動を継続。徐々に移動がスムーズになり、姿勢の保持や、動作レベルがUPしてきた時点で、家族に対し、移動の仕方や介助のポイントを見てもらった。実際に看護師が示しながら一緒にやってみた。すると、家族の方から「家で看れそうやね」との言葉があり、徐々に、サービスを活用しながら自宅で療養できそう、との考え方になっていった。

#### 4. 事例検討から見出した過疎地域中核病院における退院支援の課題

自宅へ退院したものの、その後も入退院を繰り返す事例については、本人・家族の気持ちや意向が揺れ動き、必ずしも最善と思われる方法がとられない状況がある。本人や家族との関係性を維持し、継続的にかかわる姿勢が重要となってくるが、看護師個々によって考え方や支援方法が違う現状であり共有の機会を得ていくことが今後も必要となってくるであろう。

#### V. 本事業の成果

##### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

これまで、退院支援に関する事例の振り返りを時間を設けてじっくりと行なう機会がなかった。今回取り組んでみて、事例検討を行なうことで新たな課題がみつかったり、自らの看護を振り返るよい機会となった。今回の取り組みを継続していくことが重要であると確認できた。また、様式を作成したことで看護職間・他職種と情報共有へ活用できると考える。

##### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

事例検討を行ったことで、本人・家族に対して以前より細かく退院時の困ったことなどを聞くようになった、対象者が自信がつくまでゆっくり入院し、指導ができたなど共同研究者の視点の深まりがみられる。

日々の業務に追われ、自分の勉強ができていないと感じていたが、看護の原点に立ち返り自分がなぜ看護師になったのか、ということ、共同研究に参加して思い起こすことができた。

##### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

過疎地域中核病院としての実態、特性をふまえた退院支援充実がより明確に目指されるようになった。また、現場の看護職だけでなく、教員という第三者が入って事例検討を行なうことで、新

たな視点に気づくことができた。改めて時間をとって開催することで、資料の準備等についても、やらなくては、という意識も芽生え刺激となった。研修機会が少ないと予測される過疎地域の看護職の学習の機会になったと考える。

さらに、大学教育の充実という観点から、学部教育においては、退院患者調査結果を講義で紹介し、地域で暮らす療養者の生活理解を促したことや、退院支援の実際について詳しくではないが学生に紹介することができた。また、大学院教育においては、過疎地域での療養生活の一部として紹介し、研究指導で退院支援の現状や方法を理解するうえで役に立った。

#### VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

自宅へ退院した事例について他病院での退院支援のかかわりの現状と、入退院を繰り返す患者への支援体制や方法について討論の課題として挙げた。

##### 1. 退院支援に関して

###### ○共同研究者 看護師

患者が入院中から、退院後のことを考えて援助を行なうということについて、看護師1人ひとりの意識が違う現状である。退院後に訪問看護を利用する患者であれば、病棟入院中から訪問看護師に入ってもらい、在宅に向けて本人・家族と早くから顔合わせをして継続支援を図っている。

###### ○A 診療所 看護師

現在は、一般病棟がなく、療養病棟15床の診療所であるが、数年前にまだ一般病棟があったときには、同じような退院支援に関する悩みがあった。入院中は、看護師が説明し本人・家族も分かったつもりでいても、自宅に退院し、物品の配置や環境などが少しでも変わると、どのようにしてよいか分からない状況になる患者さんが多かった。よく自宅に帰ると真っ白になってしまう、という声を聞いた。病棟では、看護師と共に、チェックリストなども用いていたが、もしかすると看護師の自己満足になっていたのかもしれないも思った。対策としては、やはり訪問看護師に入院中から関わってもらうことや、退院時にサービス提供者のいずれかが、患者の自宅訪問ができるとよいのではないかと思う。医療依存度が高い人は特に上記のような対策が必要になってくるのではないだろうか。

###### ○B 病院（精神科）看護師

やはり、退院前に患者の自宅の状況を確認しておく、できれば訪問して実際に看護師が確認できるとよいのではないかと考える。特に精神科の場

合は、患者さんの症状の出現の仕方が特徴的であり、ヘルパーだけに任せるといことは難しい。医療職者、看護職が退院前に自宅へ訪問できることが望ましいと思われる。現在、自院では、それを実現させるために、フォーマット作りを始めている。まだ手がけたばかりで、これから実践、改善してかなくてはならない。

難しいと感じることは、長期入院の患者さんが多い為、家族の受け入れそのものが困難である場合が多い。家族自身も高齢になったり、既に家族が他界し、親戚しかいない、というケースもある。いずれにせよ、長期入院の場合は、自宅へ帰るといよりは、新たな環境に適応することが難しく、一から自宅での生活を作り上げていかなくてはならないため、より難しい状況である。

#### ○C病院 看護師

自施設は、比較的大規模の病院であるため、地域連携室が中心となって、本人・家族や地域のサービス提供者を交えての合同カンファレンスが行なわれている。しかし同様に、病棟看護師の意識や退院支援に関するスキルにレベル差があり、看護師スタッフ一人ひとりの教育に課題がある。家族の特性を踏まえて関わる、ということが、看護師によっては難しい状況があるようである。

また、退院時のサマリーについて、病棟での医療処置は記載されているが、退院後の生活をどのように支援していけばよいのか、といった内容が少ないように思われる。現在、その生活上の情報が書けるような欄を設けるなど、様式の改善に取り組んでいるところである。

#### ○共同研究者 看護師

当院では、必要な情報は直接ケアマネジャーに聞くようにしており、ケアマネジャーとの連携はスムーズである。MSWも積極的に動いてくれている。しかし、「退院調整」的な役割を担っており、「退院支援」（退院後の患者の生活を見越して支援を行なう）といった意味では、看護師が中心となって行なうことが大切だと感じる。ただし、現実的に、勤務上の問題があり、1人の看護師が入院から退院までのサポートができるかというところではない現状がある。日勤帯に勤務できない場合には、他スタッフが退院に関して関わることになるため、家族との関わりに躊躇してしまうといった意識が働くこともあるようである。場合によっては、名ばかりの受け持ち、サマリーを書くだけの受け持ちといった状況になる場合もある。積極的に看護師が関わらなくても、退院することはできる、というケースもあるため、かかわり方

が消極的になるといった課題もある。

## 2. 今回取り組んだ事例検討に関して

### ○共同研究者 看護師

スタッフナースも含めて、事例検討を行ない、各看護師が退院支援に関して意識が向上するとよいと思う。事例検討によって、病棟看護の振り返りはできたが、患者さんが自宅に帰ってみて、どうだったか、といったことも含めて、事例検討で共有できるとよいのではないかと思います。自宅に帰ってみてこのようであったということをも病棟看護師が共有できれば、今後の患者への援助にも役立ち、自身の病棟看護の評価にもつながるのではないかと思います。看護師だけではなく、リハビリ職にも入ってもらい、自宅訪問できたケースについては、家の造り、環境などを写真で撮ってきてもらってもいいかもしれない。それを見ることで病棟看護師もよりイメージが沸き、今後の看護援助に活かせるのではないかと。

---

<sup>i</sup> 退院患者調査；平成20年2月から4月にA病院（一般病棟・療養病棟）を退院した患者を対象に行った。主な調査項目は属性、入院理由、入院期間、退院先などである。

# 地域基幹病院における退院支援の課題の明確化および退院支援方法の検討

小川友美 香田さだえ 高橋知加子 加藤絹代 古野ひさよ (揖斐厚生病院)  
藤澤まこと 普照早苗 (大学)

## I. はじめに

A病院は1952年に開設され、一般病床229床、療養病床52床、計281床の過疎地域を含む地域の基幹病院であり、郡内唯一の総合病院として、急性期から療養病床まで幅広い患者の医療を担っている。B町は人口24,781人(2010年2月現在)高齢化率28.9%であり、入院・外来患者は高齢者が多い。そのため患者本人の意向の確認が難しい場合や入退院を繰り返している場合があり、入院後施設への入所となる場合も多い。また、A病院では2009年6月より医療費の包括評価方式(DPC)が導入され、10月より看護基準7対1も導入された。そのため在院日数の短縮化が病院全体の課題となっている。

院内の退院支援に関する委員会組織として2007年に退院調整委員会が発足され、各病棟から1人の委員が参加して、毎月長期入院患者に対する事例検討が行われ、MSWが中心となって退院支援をすすめている。病棟では、看護師による退院支援の必要性を感じていても、入院時から退院までの継続支援が難しい現状もある。

そこで今年度は、当該病棟で、患者・家族の退院支援に関するニーズを把握し、病棟での退院支援の課題を明確化して支援方法を検討することを目的とした。

## II. 方法

### 1. 退院支援に関する検討会の開催

当該病棟で共同研究者の看護職、教員参加の退院支援に関する事例検討を行う。その事例から患者・家族の退院支援のニーズを把握し、当該病棟における退院支援の課題を明確にする。

### 2. 課題の明確化のための検討

事例検討を行いながら、院内及び当病棟における退院支援体制の現状・課題を話し合った。病棟看護師間で課題を共有したうえで、課題解決に向け、当病棟に即した退院支援方法を検討する。

### 3. 倫理的配慮

表1. 事例検討での検討内容

#### 事例検討: 事例C氏

1) 事例の退院支援経過  
・C氏、70歳代男性。病名は、心不全、陈旧性心筋梗塞、糖尿病、認知症。入院前はインスリン自己注射施行していた。今回は心不全の悪化で、ICUを経て内科病棟入院となる。  
・家族構成・状況: 妻と2人暮らしであるが、同敷地内に長男の家族が住んでいる。妻も心不全があり、患者の介護することは困難である。妻も長男も患者の介護は長男の妻にまかせている。患者は、全て自分でできるとしており、家族の介護を受け入れない。退院後もA病院の外来に通院する予定。  
【病棟看護師の支援内容】  
インスリンの自己注射の指導を行っている。  
【MSWの支援内容】  
本人・長男の妻と面談をし、意向を確認している。インスリンの自己注射がどの程度できるかをMSWに報告し、今後の対応を検討する。

病棟スタッフ、対象患者・家族に研究内容を説明し、同意書による同意を得た。結果は本研究の目的以外に使用することはない、匿名性に配慮し、データは大学研究室内で処理・保管した。なお本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た。

## III. 結果

### 1. 退院支援に関する検討会の開催

本研究において、退院支援に関する検討会を6回実施した。ここでは患者・家族の退院支援のニーズを把握するための事例検討と、病院全体、および病棟の退院支援の現状と課題を明確にするための検討を行った。その検討内容を以下に示す。

#### 1) 事例検討(表1)

3事例について事例検討を実施した。事例C氏の場合は、心不全の悪化や血糖コントロール不良となる危険性が予測され、訪問看護による看護介入が必要な事例であった。そのため介護保険の申請が必要となり、認知症が進行する中でインスリン自己注射の指導や、家での見守りを依頼する際の家族と本人との関係調整が困難な事例であった。事例D氏の場合は、老老介護で、社会資源の活用が必要な事例であったが、キーパーソンである夫が、サービス利用を拒否していた。幸い本人の病状は入院による栄養補給で良好になったが、退院するとまた、誤嚥性肺炎や脱水、栄養不良となり再入院する危険性があった。病棟師長、MSW、医師が説明しても聞き入れられず、何度も働きかけたが、夫の認識を変える事が困難な事例であった。事例E氏は、入院前は独居であったが、脳出血により排尿困難があり、バルンカテーテルを挿入したままでの一人暮らしは困難であると考えられた。グループホームの看護師の協力が得られるということで、グループホーム入所がスムーズに決まった事例であった。



2) 退院支援上の課題  
 ・入院後認知症が悪化し、夜間徘徊あり。退院に向けてインスリンの自己注射の指導を行っているが、正確な単位あわせが難しい。入院中はノボラピッド30ミックスを朝・夕、看護師が注射しており、昼に自己血糖測定を行い、血糖値は100前後でコントロールがうまくいっている。  
 ・家族の見守り(単位確認)があれば、自己注射可能と思えるが、本人が全て自分でできるとしており、家族を受け入れない。  
 ・介護申請がまだで、サービス利用ができない。  
 ・患者は家に帰りたい思いが強いが、主介護者である長男の妻の意向は「入院を継続させてほしい」である。  
 ・退院前の生活では、食事内容は本人の好きなものを好きなように食べており食事時間もまちまちであった。退院後の食事療養は難しい。

3) 検討内容  
 ・インスリンの自己注射の確認、服薬確認等、家族の見守りが困難であれば、訪問看護、または訪問介護の介入が必要である。そのためにも介護申請が必要である。週1~2回でもよいが、見守りや看護介入が必要である。  
 ・長男の協力は得られないのか、検討が必要である。  
 ・糖尿病以外に、心不全の悪化の危険性もある。

**事例検討: 事例D氏(1回目)**

1) 事例の退院支援経過  
 ・患者: D氏、女性、70歳代後半  
 ・疾患名: パーキンソン病(ヤール5)、認知症状もあり。一部褥瘡あり。  
 ・要介護度: 3(前回の入院にて介護申請された)。しかし、今はほとんど寝たきり状態で、発声も弱々しくなっている。次回申請では要介護5になると予測される。  
 ・家族構成: 夫(80歳代)と2人暮らし。本人は夫のことを頼っている。娘が2人いるが、入院中に姉方が1~2回面会にきた程度である。娘は施設入所してもよいと考えている。父親との関係性はあまりよくない様子。  
 ・現在個室入室中: 1日4,620円。夫が、付き添い個室に泊まっている。経済的にも厳しいのではないと思われる。  
 ・現在までの経過: 以前は、大学病院で診察を受けていたが、それ以降、地域の病院を転々とし、今年3月に当該病院に初めて入院した(3週間程度。食べられなくなり、元気がなくなったという理由で)。一旦、退院し自宅療養となり、週3回リハビリ目的で通院していた。5月の通院日、リハビリ中に本人が嘔吐、MRIほか検査では特に異常はなかったものの、熱発、誤嚥性肺炎の疑いもあり、言語聴覚士による嚥下造影検査も必要であろうと診断されたことから入院となった。嚥下造影検査の結果、「水分は不可、ゼリー状のものは大丈夫」ということから、ゼリー状の食べ物を経口摂取しながら、栄養改善が進んできたら点滴を中止し、退院の方向に進めるという方針であった。6月初旬、夫に対して看護師長から退院の話をしたところ、「こんな状態で帰れいいのか」と退院については拒否した。それ以降、看護師が退院の話をしようとするとう感情的になるという状況である。

2) 退院支援上の課題  
 ・退院について、主介護者でありキーパーソンである夫が納得しない。サービス利用も拒否している。  
 ・当該病棟にこれ以上入院する必要性がなく、移ってもらいたいと思うが、現状と同じ条件の受け入れ先が見つからない(転院できる病院を探したが、どこも受け入れはできないと言われた。療養病棟に入院するには、夫が離れないと難しい。また期間も3~6ヶ月と限られてしまう)。

3) 検討内容  
 ・夫の気持ち、不安を確認する必要がある。リハビリに関しては、積極的であることから、理学療法士や作業療法士に対して何か語っていないか確認する。  
 ・看護師1人、ケアマネ1人、と個別で夫に対して話をしようとしても困難な状況であることから、関係職種複数人で夫の話を聞いてみてはどうか。  
 ・今後、本当はどうしたいのか、ということ話を聞く姿勢で確認していく必要がありそうである。  
 ・夫は、妻のことや自分の生活のことで不安を抱えていると思われる。何が不安なのか、じっくりと話を聞く機会が必要である。  
 ・身近な病院スタッフに話にくい状況があれば、直接、利害関係のない教員が、夫の話をとにかく聞く、家での生活の様子を聞く、という姿勢でかかわってみることも一手段として考えられる。

**事例検討: 事例D氏(2回目)**

【事例D氏の経過と現状について】  
 ・8月初旬、自宅へ退院(在院約3ヶ月)した。MSWが、F病院に転院の打診を行なった。F病院に行ったとしても、療養型病棟に最大3ヶ月くらいしか入院することができないため、その後はG病院にさらに転院という方法を考えたが、F病院の方から、受け入れが難しいという連絡があり、転院ができなくなった。  
 ・今回の退院に関しては、本人・夫共に納得して帰った。  
 ・退院前に、師長、医師、MSWからの説明があったが、当病棟の療養型病棟への転棟も夫が望まなかった。このまま入院ならよいという返事だった。  
 ・娘は、今後も世話ができないという返事であった。  
 ・介護保険は更新したが、要介護度3の現状維持。  
 ・本人のパーキンソンの病状は、非常に改善された。しっかり会話もできるようになり、食事も自力で行なえるようになった。看護師が、食事指導を夫にしようとしたところ、拒否された。  
 ・看護師としては、自宅に帰って、また状態が悪くなって病院に戻ってくるのではないかと心配である。自宅に戻ってもケアマネも拒否、他のサービスも拒否という状況であり、地域での見守りがいない状態である。  
 ・次回受診は8月末位に予定はしているが、状態がどのようになっているか不安である。病院に相談かけてくることはない。恐らく、夫がすべて世話をしているとは思いますがどこまでできているかは不明である。

**事例検討: 事例E氏**

1) 事例の退院支援経過  
 ・事例E氏、70歳代後半、女性。脳出血で入院したが、麻痺等の後遺症はなく、会話も問題なし。排尿困難があるためバルンカテーテル挿入。独居。生保。キーパーソンは市外に住む弟。退院先はグループホームに決定した。

2) 退院支援上の課題(解決)  
 ・独居でもあり、グループホーム入所が決まったが現在風邪をひき退院延期となっている。  
 ・当初、バルンカテーテル挿入の為入所が難しいと言われたが、日中看護師が介助につくことになり入所が可能となった。

## 2. 病棟における退院支援の課題と方策

1 回目の退院調整に関する検討会では、病棟の退院支援の課題を明確にするために事例検討を中心に進めていく事を共有し、実際に1事例目の事例検討を実施した。2 回目は2事例目の事例検討を行い、3 回目の検討会では3事例目の事例検討に加えて、病院の退院支援の現状を話し合いながら確認した。事例検討でも確認できたように、退院に向けた取り組みが困難な事例があることと、MSW との連携が円滑に行われず支援が遅れている場合、また病棟スタッフの意識や支援内容に差があることも課題として把握できた。

4 回目は、DPC 導入に加えて看護基準 7 対 1 の導入により、病院の経営上より在院日数を短縮し

なければならない現状が話され、病棟看護師による退院支援の取り組みが望まれている現状が把握できた。5 回目は退院調整委員会の取り組みや院内全体の課題、退院調整委員の役割や今後の課題を話し合いながら確認した。

そして6 回目は病棟の退院支援の現状と課題を明確にするために話し合い、今後の方策として、退院支援内容の共有のためのカードックスの様式を改善すること、毎朝のカンファレンスで退院支援の進め方を検討すること、定期的な退院支援カンファレンスの開催について検討した。その具体的な検討内容を、以下に示す(表 2)。

表2. 退院支援に関する検討会での検討内容

日時・項目	検討内容
2009/5/22 退院支援に関する検討会1	1. 共同研究内容の検討 事例検討会の進め方についての検討 ①月1回を目処に(木か金の13時30分～)事例検討会を開催する。 ②退院調整委員が気になる事例を選択し、事例検討を行う。 ③事例検討会参加者:病棟師長、退院調整委員看護師、受け持ち看護師、主任、普照、藤澤 ④検討事項(事例の概要、なぜこの事例を取り上げたか、現在のかかわり内容・治療方針、他職種との関わりの現状、課題を明らかにする) ⑤事例検討会で話し合われた内容は、退院調整委員よりチームカンファレンスで病棟看護師に伝え、共有する 2. 事例検討:事例C(表1参照)
2009/7/3 退院支援に関する検討会2	事例検討:事例C(表1参照)
2009/8/20 退院支援に関する検討会3	1. 事例検討:D氏、E氏 (表1参照) 2. 病院の退院支援の現状 ・ 在院日数はどのくらいなのか厳密には不明であるが、長くなってきており、30日超えの人が結構いる。 ・ 療養病棟は50床あるが、45床を目途で受け入れている。ある程度、各病棟で患者の退院に向けての目標を立てていかなければ、受け入れる療養病棟でも困るといわれる。 ・ 退院調整委員会が発足して3年経ったが、病棟看護師全体が意識をもってやっている現状である。MSWに早めに相談をかけるなど、意識が高くなっている。委員会で話し合われた内容を病棟スタッフに伝えていったのがきっかけだと思う。 ・ 途中までは病棟看護師がかかわるが、あとはMSWに任せってしまうことがある。今も、知らないうちに話が進んでいってしまうことがある、という話が委員会の中でも出た。情報に漏れがなく、どうしたらスムーズに進められるかが課題である。 ・ MSWが相談を受けたら、経過報告として病棟に用紙を提出するようになったので、話がどこまで進んでいるか分かりやすくなった。これをもとにカンファレンスを開催したり、情報を伝えられるようになった。 3. 病棟の退院支援の現状・進め方 ・ 病棟での体制づくり。退院調整・支援ができる看護師と、まだの看護師がいる。看護師は中堅が多く、経験上から無意識にできていることが多い。 ・ 事例をもとに、検討は続ける。自宅に帰る人だけではなく、施設に入所する人についても一連の流れを作っていったほうがよい。 ・ 退院支援が必要な人について、病棟全体で共有できていない。受け持ち看護師とMSWは分かるが、その他のスタッフには見落とさされてしまっている可能性がある。 ・ ケアをする際に退院支援を意識してできるとよい。 ・ 看護師全員が理解した上で退院支援できるとよいが、現在は、そこまでは至っていない。 ・ スクリーニングシートが提出された場合は、必ずカンファレンスを行う必要がある。
2009/10/2 退院支援に関する検討会4	1. 病棟での取り組み ・ カードックスの見直し:新たなケア表を作成してみた。カードックスの様式とまではいっていないが、まずは処置を中心に日々のケアの欄を作り試行している。日々のケアが患者によって確実に計画、実施できるようになっている。スタッフからもアイデアが出るようになった。 2. 病院の退院支援の現状(退院調整委員会より) ・ 看護基準7:①が10月から施行されたことでの変化があった。今までは30日超えした患者がリストアップされていたが、今は、DPC超えの患者が対象としてリストにあげてきているので、以前よりも厳しくなっている。現時点でリストアップされている21人中、6人はどうしても退院が難しそうである。その人は除外している。 ・ 「何とかならないか」と昨日、委員会で指摘があった。全病院的取り組みとして、医師が在院日数が延長している理由を、「退院調整意見書」に記載することとなった。

<p>2009/11/18 退院支援に関する検討会5</p>	<p>院内全体の退院支援体制の把握や、退院調整委員会の役割・機能を明確にし、退院調整委員としての取り組みや、捉えている課題を話し合いを通して明確にした。</p> <p>1. MSWとの連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎週金曜日に定期的にMSWとカンファレンスを持ち、情報共有を行っている。施設の状況はMSWが把握している。</li> <li>・MSWは院内に2人であり、全て依頼しては、退院支援がスムーズに進まない。</li> <li>・75歳以上の全員にスクリーニングを行い、スクリーニングシートをMSWに提出している。</li> <li>・委員会では、在院日数の短縮化に向けて、長期入院患者の主治医に「退院調整意見書」の記載を依頼する。</li> </ul> <p>2. 退院調整委員会発足の経緯</p> <p>患者は高齢者が多く、独居者や、高齢者世帯が増加している。そのため入院を機にADLが低下したり、障害が残り、生活が困難になりスムーズに退院ができなくなる。そのように、ADLの低下で独居生活が困難となるケース、何らかの介護が必要となり家族の受け入れが困難なケース、ケース入院を機に介護離れする家族、施設の籍がなくなってしまうケースが多くなる。</p> <p>そこで、2005～2006年に厚生連自主的研修会での退院支援・退院調整の取り組みに看護師3名が参加し、2006年4～6月に、内科病棟・整形外科病棟をモデル病棟として「退院支援スクリーニングシート」の活用を試行した。その結果、早期介入が必要とされた事例は33事例中23事例であった。</p> <p>病棟の看護師からも退院支援をどこから進めればよいか、取り組み方が分からないという意見もあり、2007年4月退院調整委員会が発足した。</p> <p>3. 退院調整委員会の役割</p> <p>退院調整委員会の構成メンバーは、厚生連自主的研修会に参加した看護師3名、医師、看護部長、看護師長、主任看護師、病棟看護師、訪問看護師、MSW、事務職員の計12人よりなる。活動としては、a.退院スクリーニングシートの導入、b.退院調整が困難な事例の検討、c.検討結果をもとに病棟で退院に向けた支援の実施を、各病棟の委員を中心に行っている。</p> <p>4. 退院調整委員会発足後の課題</p> <p>退院調整委員会発足後の課題として、以下の事が考えられた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢の患者は病状が変化しやすく、時期を逃すとなかなか退院できなくなってしまう</li> <li>・主治医からの治療方針や退院についての説明が不十分</li> <li>・病棟看護師の退院に対する意識不足</li> <li>・相談体制が整っていない</li> <li>・他職種との連携不足からアプローチが遅れてしまう</li> </ul> <p>委員として病棟で円滑に退院調整を進めていく事の難しさを実感していた。</p> <p>5. 退院調整委員としての取り組み</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 高齢者および何か問題があると考えられる患者が入院してきたら、必ず入院後2日以内に退院支援スクリーニングシートをMSWに提出する</li> <li>2) 主治医に入院診療計画書を必ず入院時に記入するように依頼する</li> <li>3) 取り組みの成果 <ul style="list-style-type: none"> <li>・スクリーニングシートの提出が徹底され、MSWへの情報提供がスムーズになった</li> <li>・徐々に医師の協力も得られ入院診療計画書の入院期間を意識して患者・家族にアプローチしていけるようになった</li> <li>・入院が長期化している事例においては、主治医に「退院調整意見書」を記入してもらい、委員会で検討する。その結果を再度病棟で主治医やスタッフと共有し、調整する。</li> <li>・MSWが各病棟を曜日ごとに訪問し、スクリーニングシートに上がった患者について直接意見交換することで、スタッフの意識向上にもつながった</li> <li>・居宅介護支援事業所の職員との入退院等に関わる連携協議をして意見交流をはかったことで、介護調査や、担当者会議が増えた。しかし高齢の患者が多く、入院に伴うADLの低下、医療依存度が高くなることでの介護不安や抵抗、介護離れ、老老介護、独居、施設の待ちが多いなどの問題が解決したわけではない</li> </ul> </li> </ol> <p>6. 退院調整委員としての今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・MSW、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、地域の施設職員、ケアマネジャーと円滑な連携がとれるようにする</li> <li>・医療看護面に重点を置きがちだった関わりを見直し、生活・介護面をサポートする</li> <li>・患者・家族の意思を尊重した、患者家族参加型の関わりをする</li> <li>・在宅での生活をイメージしながらオリジナリティーのある関わりもてるよう取り組む</li> <li>・退院調整委員として円滑に退院調整が進められるよう、患者家族との関わりを大切にし、病棟スタッフと他職種との情報共有や連携がスムーズに行えるように、委員としての役割を見直し、橋渡しとなる。</li> </ul>
<p>2010/1/22 退院支援に関する検討会6</p>	<p>【病棟の退院支援の現状・課題の明確化、方策の検討】</p> <p>病棟での退院支援の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整委員の看護師が核となって取り組みを進めている。</li> <li>・平成21年6月よりDPCを導入したことにより、DPC超えの患者がリストにあがり、院内全体で在院日数の短縮化に向けて検討されるようになった。そのため入院時スクリーニングシートをMSWに提出することの徹底や、医師への「入院診療計画書」の記載依頼、入院が長期化している患者に対してその理由を「退院調整意見書」に記載してもらうよう働きかけている。</li> </ul> <p>(1)入院時アセスメント:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①スクリーニングシートの記載: 入院時スクリーニングシートの提出が徹底され、MSWへの情報提供がスムーズになった。</li> <li>②患者・家族の退院に向けた意向の確認: 受け持ち看護師、チームリーダーが相談を受けるが、主治医から見通しを患者・家族に行ってもらえないと退院に向けた話を進めていけない。</li> <li>③病棟看護師による退院支援の必要性のアセスメント: 各受け持ち看護師に任されている。</li> <li>④退院後の生活を視野に入れた退院支援計画が立案される: 退院支援計画書はMSWが書いて家族に渡している。</li> </ol>

<p>2010/1/22 退院支援に関する検討会6</p>	<p>⑤退院後の生活に向けた療養指導が記録に記載されている：受け持ち看護師中心に療養指導を行っているが、退院後の生活を視野に入れた指導にはなっていない場合もある。指導が必要な内容はカーデックスに記載され、スタッフ間で共有できるようになっている。現在カーデックスは時系列で申し送り内容と、ケアの実施内容が混在して書かれているため、今後カーデックスの様式を見直し、退院支援内容も記載できるように検討する。</p> <p>(2)退院支援に関するカンファレンスの実施</p> <p>①入院時2週間以内に医師と看護師が参加しての入院時カンファレンスの開催：多職種参加の入院時カンファレンスは開催されていない。MSWによる支援が必要な場合は、週1回MSW、師長、リーダー看護師とのカンファレンスを開催し、面談内容の検討や支援内容の情報交換を行っている。受け持ち看護師は参加していない。</p> <p>②病棟内で退院支援に関するカンファレンスの開催：現在は行われていないので、今後定期的に受け持ち看護師も参加して行えるように検討する。</p> <p>③院内、地域の多職種参加の退院前カンファレンスが開催：MSWが中心に、地域の専門職とも調整し、ケア会議を開催している。病棟 看護師が直接ケアマネジャーに連絡する事はなく、かならずMSWを通しての調整となり、支援が遅れる場合もある。</p> <p>④在宅生活に必要な社会資源活用の提案：MSWが中心に行なう。</p> <p>⑤家庭訪問による退院後の療養生活の把握：家庭訪問は行っていない。</p> <p>⑥外来での退院後の療養生活の把握：退院時サマリーは書いているが、外来看護師との連携はない。</p> <p>⑦地域の専門職の情報による退院後の療養生活の把握：MSWが窓口となっているが、退院後の生活状況の把握は行っていない。</p> <p>(3)現状を踏まえた今後の病棟での退院支援の方策</p> <p>①退院支援内容の共有：スクリーニングシートの記載は徹底されてきたので、スタッフの退院支援に対する意識は高まりつつある。カーデックスの様式を改善し、退院支援の経過が共有できるようにする。</p> <p>②スタッフの退院支援内容の均一化：毎朝のカンファレンスで受け持ち患者の退院支援の進め方を検討する時間を取る。③定期的な退院支援カンファレンスの開催：毎月1回水曜日に退院調整委員会のあった週の金曜日に退院支援カンファレンスを開催する。リハビリスタッフ、MSW、看護師も参加できるようにする。委員会での検討された内容もその場で共有する。</p>
-----------------------------------	--

#### IV. 考察

##### 1. 患者・家族の退院支援のニーズ

A病院は過疎地域の基幹病院であり患者・家族は高齢者が多く、独居者や高齢者世帯も多い。患者が高齢者である場合、入院中にADLが低下し、自立した生活が困難となり、介護が必要になることが多い。そのため、入院前まで独居生活を送っていた人も、自宅に退院できず、施設入所の検討が必要になる場合もある。また、何らかの介護が必要となったために、家族の自宅への受け入れが困難になったり、入院前には介護していた家族が介護離れしてしまう場合もある。そのため、入院早期から退院に向けた目標を設定し、ADLの低下を最小限にするための介入や、入院時から、家族と退院に向けた調整を行うことも必要になる。社会資源の活用に関する情報提供を行いながら、患者・家族の意向に沿えるように支援していく必要があると考える。

##### 2. 病院全体の退院支援の課題

A病院では、2009年度はDPCの導入や、看護基準7対1の導入により、病院全体で在院日数の短縮化が求められている。2007年に院内の長期入院の患者への支援や、院内全体の退院支援の充実に向けて多職種による退院調整委員会が発足した。そこで検討された院内全体の課題として、①高齢の患者は病状が変化しやすく、時期を逃すとなかなか退院できなくなってしまうこと、②主治

医からの治療方針や退院についての説明が不十分であること、③病棟看護師の退院に対する意識不足、④院内の退院支援に対する相談体制が整っていないこと、⑤他職種との連携不足からアプローチが遅れてしまうこと、などが挙げられた。そこで、退院調整委員会を中心に、入院時のスクリーニングの徹底や、長期入院患者に対しては医師に「退院意見書」の記載を依頼するなど、院内全体の取り組みが推進されている。退院調整委員として、病院全体の課題を認識しながら、病棟内で円滑に退院支援を進めていく取り組みの必要性が認識できた。

##### 3. 当該病棟の退院支援の課題

3回以降の検討会では、院内全体の課題も把握しながら、病棟の退院支援の課題について話しながら、確認していった。当該病棟では、入院時スクリーニングで退院支援が必要と判断された患者の退院支援は、MSWが中心となり、病棟師長、退院調整委員が主体となって進めているが、受け持ち看護師は参加していない。また、個々の看護師によって、退院支援に対する関心や、支援内容に差があるため、病棟の退院支援方法を検討し、病棟看護師全員で取り組む体制づくりが必要である。また入院患者が高齢世帯や独居者が多いため、院内の他職種（MSW、医師、PT、OT、ST）、および訪問看護師、ケアマネジャー、地域の施設の職員、との円滑な連携が必要となる。そして、廃

用症候群の予防や、具体的な療養指導の内容を退院後の生活や介護の視点で見直し、個別的な関わるが持てるよう取り組む必要がある。

それらの課題が明らかになったことで具体的な病棟での取り組み内容として以下の3点が検討された。

#### ①退院支援内容の共有

スクリーニングシートの記載は徹底されてきたので、スタッフの退院支援に対する意識は高まりつつある。カードックスの様式を改善し、退院支援の経過が共有できるようにする。

#### ②スタッフの退院支援内容の均一化

毎朝のカンファレンスで受け持ち患者の退院支援の進め方を検討する時間を取る。

#### ③定期的な退院支援カンファレンスの開催

毎月1回退院調整委員会のあった週の金曜日に、看護師、リハビリスタッフ、MSW参加の退院支援カンファレンスを開催する。委員会での検討された内容もその場で共有する。

以上より、当該病棟の課題を明確にし、退院調整委員の看護師を核として、病棟全体で取り組むべき方策が検討できたと考える。今後も病棟での退院支援の充実に向けて、検討の機会を持ち、支援を続けていきたいと考える。

### V. 本事業の成果

#### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

共同研究者が退院調整委員であり、病棟の課題を認識しながら、退院支援の取り組みを進めている。スクリーニングシート記載を促すことや、カードックスの様式を改善して退院支援内容が共有できるように検討している。それらの取り組みによって、看護師個々の退院支援に対する意識が向上している。

#### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

共同研究の取り組みによって、院内全体や病棟の課題が明確となり、具体的な取り組みにつながったことは成果と捉えている。検討会の回数や時間が長かった事で、業務に影響したと考えられ、今後の検討会の持ち方に改善が必要である。

#### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

教員が現地に出向いて検討会を行ったことで、当該病棟の看護実践の振り返りの機会となった。課題も明確となり、病棟看護師の意識の向上にもつながっていることから、今後の退院支援に関する看護実践の充実につながると考える。

### VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

共同研究者から、病院や病棟の退院支援の現状

の説明を加えてもらった後、他病院での退院支援において、特にスタッフの退院支援に関する意識の向上、MSWとの連携、について討議された。

#### 1. 病棟看護師の退院支援に対する意識の向上

A 病院（共同研究者）：スクリーニングシートの記載を促すことでスタッフの意識はあがってきているが、個々によって退院支援に関する知識や支援内容に差がある。情報を共有することから始めようと、退院支援内容が共有できるようカードックスの様式の改善に取り組んでいる。スタッフがどこでつまづいているのか、何がわからないのかから把握し、個別的なアドバイスを進めていく必要がある。

B 病院（退院調整看護師）：B病院でも、当初は全て退院調整看護師に依頼されていた。病棟に出向いて病棟スタッフと一緒に退院支援に取り組む中で、スタッフが自ら考えていけるようになってきた。介護保険や諸制度の勉強会の開催も効果的である。回復期リハビリテーション病棟では、スタッフとともにカンファレンスに参加しながら支援を進めているが、スタッフが主となって取り組んでいる。

C 病院：C病院でも、スタッフの退院支援内容にかなりの差がある。先輩看護師がアドバイスしながら進めていければよいが、そのアドバイスする先輩看護師が育っていない。現場でOJTできるようになるとよい。

#### 2. 他職種との連携について

C 病院：C病院でもA病院同様、地域の専門職に連絡する場合はMSWが窓口となり、MSWから連絡するようになっている。院外から病棟に連絡が入っても、受け持ち看護師が対応できない場合が多いためだと思う。

A 病院（共同研究者）：スクリーニングシートを月曜日に出しても、対応は金曜日の病棟でのカンファレンス時となり、支援の開始が遅れてしまう。病棟看護師が直接ケアマネジャーと連絡が取れるような体制が取れるとよい。

上記の討議より、病棟看護師の意識の向上には、勉強会等の知識の提供とともに、進め方のどこでつまづいているのかを捉えた、個別的な支援が必要であることがわかった。他職種との連携に関しても、どの病院でも困難さを感じており、円滑な連携が課題と考えられた。

# 退院支援と地域連携推進事業の成果・課題の明確化と 退院支援充実に向けた看護職者への支援の検討

藤澤まこと 黒江ゆり子 田村正枝(大学) 大法啓子 大野ゆかり(岐阜県健康福祉部医療整備課)

## I. 目的

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病院の退院調整看護師、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。そのうちの「退院調整看護師育成のための研修」(以下研修と示す)は2006年度から2008年度までの3年間実施され、県域の95人の看護職者が参加した。その研修の目的は、退院調整に関わる看護師の役割を理解し、患者・家族が必要とする退院支援サービスを行うに必要な知識と技術を習得することであり、研修内容は、退院調整の役割機能等の講義、退院調整活動の実際の実地研修、グループワーク等であった。大学としては、その事業が県域の看護職者の退院支援の質の向上にどのように貢献したか、また今後取り組むべき課題を明確にし、支援内容を検討したうえで支援を推進していく必要がある。そこで、本研究では研修に参加した看護職者のもつ退院支援における課題や研修後の自施設での取り組み、研修に対する意見を把握し、研修の成果・課題を明確にする。

## II. 方法

### 1. 研修修了者を対象とした質問紙調査

- 1) 調査対象：2006～2008年度の3年間の研修修了者95人(51医療機関)
- 2) 調査方法：郵送法による質問紙調査
- 3) 調査内容：所属医療機関の退院支援の現状、所属部署で看護師が行っている退院支援内容、研修を受けて得られたこと、研修後に実際に取り組んでいること、今後取り組みたいこと等

### 2. ワークショップの開催

- 1) 対象者：2006～2008年度の研修修了者95人を対象に開催する。
- 2) 内容：①質問紙調査の報告、②退院支援の取り組み事例の報告(2施設)、③小グループに分かれての意見交換・共有、④ワークショップの意見・感想の把握

なお、質問紙調査の発送・分析、ワークショップの企画・開催は、岐阜県健康福祉部医療整備課の共同研究者と検討しながら協働して行った。

### 3. 倫理的配慮

質問紙調査は、看護部長に質問紙とともに研究

の説明書を同封して郵送し、質問紙の返送をもって、同意とした。調査結果は本研究の目的以外に使用することはなく、公表にあたっては個人の匿名性に配慮する。なお本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を得て行った。

## III. 結果

本研究では岐阜県看護者研修事業「退院調整と地域連携推進事業」のうちの研修に参加した看護職者を対象に、研修修了1～3年後に質問紙調査を行い、所属医療機関の退院支援の現状、所属部署で看護師が行っている退院支援内容、研修を受けて得られたこと、研修後に実際に取り組んでいること、今後取り組みたいことを明らかにした。また、研修修了者を対象にワークショップを企画・開催し、研修終了後の取り組み事例の報告や、自施設の退院支援の現状・課題についてグループワークによる意見交換を行い、全体での意見の共有を行った。

### 1. 質問紙調査の結果

#### 1) 対象者の概要

2006年度から2008年度までに研修に参加した95人(51医療機関)中回答が得られた人は80人(43医療機関)、回収率84.2%。

#### 2) 分析方法

退院調整部門に関すること、所属部署で看護師が行っている退院支援内容等は、単純集計を行った。また、研修に関する意見としての自由記載内容は、意味ごとの文節に分けて分類した。

#### 3) 分析結果

##### (1) 所属の病院の退院支援の部署、職種

研修参加者の所属する43の医療機関のうち、退院支援部門を置いていないところは4施設であった。設置している39施設のうちそのうち33施設の退院支援部門に看護職者が配属されており、6施設は、退院支援部門はあるが、看護職者以外の職種が退院支援に携わっていた。また、退院支援部門の開設は2004年から増加しており、部門の病院全体での位置づけとしては、看護部が5施設、医事課が4施設、事務部門が4施設となっていた。

##### (2) 所属部署の看護師の退院支援内容

所属部署で看護師が行っている退院支援としては、患者・家族の退院に向けた意向の確認が37件と最も多く、患者・家族への介護に関する

相談支援が 35 件、看護師間の共有のカンファレンスの開催が 29 件、患者・家族の介護保険制度・福祉制度の利用の確認が 28 件、ケアマネジャーとの連絡・調整が 25 件であった。少なかったのは、かかりつけ医との連絡調整⑦件、家庭訪問での退院後の生活状況の確認 6 件、電話での退院後の生活状況の確認 5 件であった。

(3) 研修を受けて得られたこと (表 1)

研修を受けて得られたことの自由記載の内容を分類した。記載内容は、他施設の退院調整の現状を知る 18 件、退院調整看護師の役割・機能の理解 12 件、地域との連携の必要性の理解 11 件、退院調整の必要性の理解 8 件、院内の連携の重要性の理解 8 件、患者・家族の意向を聞くことの重要性 8 件、入院時から退院に向けた支援の必要性 7 件、退院支援に必要な知識の習得 7 件、退院調整部署の必要性の理解 5 件、具体的な退院支援方法の理解 5 件、多職種参加のカンファレンスの重要性 4 件、自施設の課題の明確化 4 件、他施設とのネットワーク作りができた 3 件、入院時スクリーニングの重要性②件、退院支援の評価の重要性の理解 2 件、早期よりの退院支援部署との連携 1 件、退院支援体制づくりができた 1 件、の壱七に分類された。

(4) 研修後に実際に取り組んでいること (表 2)

研修後に実際に取り組んでいることの自由記載内容を分類した。記載内容は、連携の充実 23 件、退院支援体制の整備 18 件、入院時から退院に向けた患者・家族への支援 17 件、退院支援カンファレンスの開催 12 件、スクリーニングシートを活用した退院支援の実施 9 件、スタッフへの教育 9 件、社会資源の活用に向けた支援 3 件、退院支援の評価 1 件、退院支援に必要な情報収集を行う 1 件、長期入院患者への医師の治療方針確認 1 件、研修後は退院調整には関わっていない 3 件、まだ何も到達出来ていない 1 件の 12 に分類された。

(5) 今後取り組みたいこと (表 3)

今後取り組みたいことの自由記載内容を分類した。記載内容は、患者、家族のニーズの充足に向けた退院支援 14 件、退院支援に必要な能力習得のためのスタッフ教育 12 件、連携の充実 15 件、退院支援体制の整備 11 件、病棟看護師の退院支援への意識向上への支援 5 件、退院支援カンファレンスの充実 5 件、入院時から退院後を見据えた退院支援 4 件、退院後のフォローの実施 4 件、社会資源活用への支援 3 件、退院支援の評価 2 件、入院時のインフォームドコンセントの充実

2 件、継続看護の充実 1 件、併設施設での退院支援 1 件の 13 に分類された。

## 2. ワークショップの開催

2009 年 11 月 26 日に、2006～2008 年度の研修修了者 95 人を対象に、県立看護大学においてワークショップを開催した。内容としては、質問紙調査結果の共有、研修修了者の取り組み事例 2 事例の報告の後、小グループに分かれてグループワークを行った。そして各グループの話し合い内容を報告し、共有した。

1) 参加者：研修修了者 47 人。講師 3 人。

2) 退院支援取り組み事例の報告

①「退院調整委員としての取り組み」：A 病院の退院調整委員として研修に参加し、研修後にスクリーニングシートの記載の徹底や、主治医に「退院調整意見書」の記載を依頼し、入院期間を意識して患者・家族にアプローチしていけるようになった。課題は他職種と円滑な連携が取れるようにすることと、病棟スタッフが在宅での生活を意識して取り組めるように働きかけることであった。

②「退院支援システム構築と定着まで」：B 病院の退院調整看護師として研修に参加し、院内での退院支援システムを構築した。各病棟週 1 回の退院支援カンファレンスを開催し、情報共有や支援内容の検討を行っている。院内の退院支援ワーキンググループを立ち上げ、「患者・家族生活指導パンフレット」を作成している。

3) グループワークで話し合われた内容の共有

4～6 人の小グループに分かれて「自施設の退院支援の現状と課題」について意見交換を行い、内容を報告した。その報告内容を以下に示す。

①スクリーニングシートの活用に関すること

・スクリーニングシートを活用することで、退院できない要因が分かる。

②医師との関係が難しいこと

・退院支援に対する医師の意識の低さや、看護師-医師間のコミュニケーション不足がある。

③スタッフ教育に関すること

・課題は組織のバックアップ、委員会の設立、受け持ち看護師 1 人 1 人のスタッフ教育が必要。

4) ワークショップに対する意見・感想、希望

ワークショップ後に質問紙調査を行い、以下のような意見が得られた。

[意見感想]・多様な病院、立場の看護師の意見を聞くことができて、とても有意義だった。

・同じ思い・課題を持っていること、それぞれの取り組みがあることを知ることができた。

・自身の意識・意欲が上がった。



[希望]・情報交換の場があると相談できるので、是非機会を作ってほしい。

・困難事例についてどのように看護師が関わればよいのか具体的に話し合える機会がほしい。

・病院の規模や特性ごとのグループワークができるとよい。

#### IV. 考察

##### 1. 退院調整と地域連携推進事業研修の成果

岐阜県では、退院支援が看護の質向上のための重要課題としてとりあげ、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。そのうち2006年度から2008年度までの3年間は、県内に100人の退院調整看護師の育成を目指して研修を実施し95人(51施設)の看護職者が参加した。その研修修了者が、各所属医療機関で核となって自施設の退院支援の充実に向けて取り組んでいることは、地域の退院支援の質向上に向けてその意義は大きいと考える。

質問紙調査結果「研修を受けて得られたこと」

(表1)より、研修の成果を見てみると、退院支援の意義や連携の重要性が理解できたことや、退院支援に重要な要素(患者・家族の意向を聞くこと、入院時から退院に向けた支援、多職種参加のカンファレンス)の理解ができたことが挙げられていた。また研修によって退院支援に必要な知識が習得できたことが挙げられ、現地実習で他施設の退院支援の現状を知ること、自施設の課題が明確になったことも研修の成果と考えられる。

##### 2. 退院支援と地域連携の充実に向けた課題

研修修了者が、自施設の課題を捉えて、「研修後実際に取り組んでいること」(表2)、および「今後取り組みたいこと」(表3)の回答の中から、退院支援と地域連携の充実に向けた課題が捉えられた。それは、患者・家族のニーズの充足に向けた退院支援の充実であり、その要素として、入院時から退院に向けた患者・家族への支援、病棟主体の退院支援体制の整備、退院支援カンファレンスの開催、連携の充実、退院支援の評価、退院支援の質の向上に向けたスタッフ教育であると考えられた。

##### 3. 退院支援の充実に向けた看護職者への支援

本研究では、所属部署の退院支援の核となる研修修了者を対象に研修の成果・評価を明らかにするために質問紙調査を実施した。それは自己の看護実践の振り返りの機会ともなっていた。また、ワークショップを開催して、質問紙調査結果の共有、研修後に退院支援に取り組んでいる医療機関の取り組み事例の報告、それを踏まえて自施設の

退院支援の現状と課題についてグループワークを行い、話し合われた内容の共有を行った。そのワークショップに関する意見感想では、各自同じ悩みを抱えていることがわかり共感できたや、他施設の取り組み内容や現状を聞くことで、自施設で活用できることや課題を見出す機会にもなった、とあった。また、他職種との連携における悩みや、困難事例への取り組みの実際を話し合うことで、各所属施設での退院支援の取り組みへの示唆が得られていた。今後も定期的にワークショップを開催し、看護職者の要望に答えながら、県域における退院支援のネットワーク構築に向けて、支援をつづけていきたいと考える。

#### V. 本事業の成果・評価

##### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

岐阜県での「退院調整と地域連携推進事業」の研修は2008年で終了し、その研修の成果・評価の機会として本研究では研修修了者を対象に質問紙調査を実施し、その結果をまとめた。その結果の共有や、その後の取り組みの共有の機会として、ワークショップを開催した事は、研修修了者の看護実践の振り返りの機会となり、その後の看護実践への意欲や能力の向上に繋がった。

##### 2. 現地看護職者の受け止めや認識

研修修了者が意見交換できる機会としてワークショップは有意義であったと捉えている。また、他施設の取り組み内容や現状を聞くことや、講師よりのアドバイスを受けられたことで、今後の自身の看護実践への示唆が得られていた。

##### 3. 本学がかかわったことの意義

岐阜県での「退院調整と地域連携推進事業」の研修は2008年で終了したが、本研究では、その3年間の研修の成果・評価を明確にし、報告書にまとめ、地域の医療機関に配布する。それは、各医療機関の退院支援の充実に向けた方策検討の契機となると考える。また今後も、岐阜県健康福祉部医療整備課と協働で研修修了者、および県内の看護職者への支援を推進していくが、本研究により今後の支援の方向性が見出せたと考える。

#### VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

##### 1. 各病院での退院支援体制や人材育成の現状

・A病院看護師：退院支援の必要性は感じているが、システム構築や看護師教育をどのように行っていくか課題である。当院では昨年からは継続看護に力を入れており各病棟で勉強会を行っている。

・B病院看護師：今年度は病院全体で退院支援システムを運用してきた。看護師一人一人が患者の



ゴールを設定し、アプローチしていくことは看護の基本であり、キャリアアップ教育では看護過程の充実に焦点をおいている。とくに福祉的要素を踏まえ、自立に向けて看護過程を検討していくことが必要であり、研修会には社会資源、お金、制度に関する内容を含めている。また、チームの大切さに気付いてもらえるよう、退院支援システムにはカンファレンスを取り入れ、可能であれば地域の医師にも参加してもらっている。退院後の自宅訪問は、入院中の看護の成果を確認できるため、看護師のモチベーションアップにつながる。当院では出張抜いで1病棟1事例は訪問できるようにしている。また、看護師一人一人の能力向上の他に、チーム力、中堅看護師の能力の向上も重要であり、教育が必要である。

・C病院看護師：継続委員会で退院後を見通したスクリーニングシートを活用して退院支援に取り組んでいる。当院では退院調整看護師1人を中心として退院支援に取り組んでいるため、看護職全員に教育的関わりをしていく必要がある。

・D病院看護師：教育プログラムはないが、各病棟で退院支援の事例を用いた検討会をしている。事例は実感を交えながら学ぶことができるため、経験を重ねていく必要がある。

## 2. 退院支援の充実に向けて今後どのような取り組みがあればよいか

＜共同研究者よりの意見＞

・今年度と同様にワークショップを年1回開催し、研修参加者以外の看護職にも参加を呼びかけていきたい。

・ネットワークを作る機会があるとよい。

・研修参加者95名がそれぞれの施設で核として活躍して欲しい。県の事業としては終了となったが、次年度以降も継続して大学と共同して取り組んでいきたい。

・がん患者の個々の状態によって退院支援のあり方は違う。不安を抱えた人、自力で体動ができない人、症状コントロールの必要な人、チームを作ってそれぞれにあわせた支援方法検討も必要。

＜参加者よりの意見＞

・A病院看護師：地域ごとの病院が集まり、連絡会、作業部会を作って取り組んでいくと良いのではないかと。地域の医師もそれぞれの病院のやり方に合わせるのは大変なので、統一したものを作っていけるとよい。それぞれの取り組みが集約されて県全体の発展につながっていくと思う。

・C病院看護師：そのような機会があれば参加したい。本日も他病院も取り組みを知って学びになり、自施設の振り返りにもなった。

表1. 研修を受けて得られたこと (n=80)

分類	記載例
他施設の退院調整の現状を知る(18)	地域との連携における退院調整の役割、他院での退院調整システムの工夫について参考となった
退院調整看護師の役割・機能の理解(12)	退院調整看護師の役割とその存在の必要性の大きさ、研究の目的にもかかっている事、家族看護の重要性と退院調整は退院後の療養環境の整備である事を学んだ
地域との連携の必要性の理解(11)	訪問看護師や開業医の先生にそれぞれの立場から話しを伺い、医療依存度の高い患者の退院に際し、地域スタッフより細かな情報提供を行っていくことの必要性を理解することができた
退院調整の必要性の理解(8)	継続した医療、看護、介護を必要とする患者の退院の場合、退院するその日から安心した生活が送れるよう支援が必要である
院内の連携の重要性の理解(8)	退院後の患者に何を支援していったらいいのか、本人・家族を含め退院調整計画を医師・ワーカー、リハビリなどまじえ立案する事が個人に必要である
患者・家族の意向を聞くことの重要性(8)	よい退院調整をするためには、早期から患者や家族から必要な情報を得て、退院後の生活について目を向けていく必要がある。また、患者、家族のQOLも考える必要がある
入院時から退院に向けた支援の必要性(7)	入院時からの早期からの患者・家族への関わりの重要性
退院支援に必要な知識の習得 退院調整部署の必要性の理解(5)	患者・家族が必要とする退院支援サービスを行なうのに必要な知識が得られた 日本全体で「退院調整」が必要になっている背景があること、またそれを行なう専門部門の必要性が理解できたこと
具体的な退院支援方法の理解	具体的な支援の方法やそのための知識等立ち上げるために必要なものなど知ることができました
多職種参加のカンファレンスの重要性(4)	退院にむけて入院前より退院調整看護師を含めた科内カンファレンスがなされており、(医師、PT、病棟看護師等)院内連携もなされていると思った
自施設の課題の明確化(4)	他院の積極的な取り組みを見て当院での体制を整えていかなくてはならないと思った。またそれができると多くの患者さんの在宅での生活を可能にできると思いました
他施設とのネットワーク作りができた(3)	ネットワーク作りができた
入院時スクリーニングの重要性(2)	全ての患者に入院時にスクリーニングシートを使用する
退院支援の評価の重要性の理解(2)	病棟で退院指導を行った看護師自身が、看護を振り返ることができるよう機会をつくることの重要性を感じた
早期よりの退院支援部署との連携(1)	早期より退院困難が予測される場合には退院支援部署と連携しながら係わりを深めて行く
退院支援体制づくりができた(1)	地域の現状、退院支援にむけての体制作りができ方向性が立てられた

表2. 研修後に実際に取り組んでいること (n=80)

大分類	小分類	記載例
連携の充実(23)	退院支援部門との連携(7)	患者本人の思いを聞き家族を含め地域連携室のスタッフと共に密に連絡をしている
	MSWとの連携(4)	現在自分が部署異動などで多忙で勉強会などの開催はできていないが、退院調整をMSWにまかせきりにするのではなく、MSWと情報交換をする
	地域のスタッフとの連携(7)	地域スタッフ(ケアマネジャー、訪問看護師)へ積極的な院内訪問を進め看看連携ができるよう心がけている
	ケアマネジャーとの連携(3)	自施設の在宅支援センター・ケアマネジャーとの連携
	訪問看護師との連携(2)	訪問看護の重要性を知り訪問看護師への情報提供を蜜にし退院後の様子も情報交換する
退院支援体制の整備(18)	病棟主体で退院支援を行う(4)	退院調整室を中心に行っているが病棟でできる事は行っている。(入院時にかかりつけ医や担当ケアマネ、退院後の療養先の希望を確認し、すでに訪問看護が入っていたり、ケアマネと連絡がとることができれば病棟で調整を行い退院への準備を行っている)
	退院支援の基準を決定(3)	退院支援基準を作成し退院支援の流れを作った。相談センターとの連携をはかる。看護師の継続看護委員会活動において退院支援基準の浸透をはかる。
	退院調整フローシートの作成	退院調整を行なううえでのフローシートの作成
	退院アセスメントシートの活用	退院アセスメントシートの活用
	電子カルテ入力(2)	退院指導パンフレットの電子カルテ入力
	退院調整看護師の配属(2)	委員会で学んできたことを発表。別枠での看護師配置の必要性を上司に報告(今年度より地域連携室に看護師が配置になった)
	地域連携部署を最大限に活用できるシステム作り	病院全体が地域連携の部署を最大限に活用することができるようにシステム作りを行った
入院時から退院に向けた患者・家族への支援(17)	入院時から退院後を見据えた支援(4)	自分の病棟で退院支援の大切さをスタッフに話し入院時より退院を意識して声をかけてもらうようにし、早期に退院調整できるようになった
	退院後の生活や不安について患者・家族と具体的に話し合う(10)	退院後の生活を見据えた援助方法の指導と相談。気軽に話しかけてもらえるように家族には声かけを多くしている
	入院初期の看護計画に退院に向けた目標設定	入院初期の看護計画に退院先(自宅、施設、病院など)を本人や家族と考えながら目標を決めていく(入院時カンファレンスで話し合う-医師、看護師、PSW)
	退院調整の早期の介入(2)	入院時に家族・本人の退院後をイメージできるように希望を取り入れた説明をまずやっています。家族が施設入所を希望された時は、入院と同時にケアマネにも希望を伝えて動き出してもらってくださいと伝えていきます
退院支援カンファレンスの開催(12)	担当者会議の開催(4)	退院前の担当者が集まる調整会議を施設の方にも来てもらい、以前より増して充実できている。在宅への退院の場合の必要物品の確認をし提供先の紹介などもできた
	院内多職種によるカンファレンスの開催(5)	1回/週の合同カンファレンスの開催。参加者(医師、病棟部長、担当看護師、理学療法士、退院調整看護師、患者、患者家族、ケアマネジャー)
	病棟内のカンファレンスの開催(3)	病棟カンファレンスの回数を増やしている。1回/週から2回/週(急性期病棟)
スクリーニングシートを活用した退院支援の実施(9)	スクリーニングシートの作成・活用(5)	スクリーニングシート作成と調整の実施
	スクリーニングシートを利用したアセスメント(3)	病棟内においてスクリーニングシートの記入、退院に向けたアセスメントを徹底している
	各病棟のスクリーニング実施の現状把握	各々の病棟がどのように退院調整スクリーニングを行っているかの現状把握
スタッフへの教育(9)	退院調整の必要性の指導・知識提供(4)	若いスタッフへの指導や知識の提供、アドバイス
	退院支援に関する研修・勉強会の開催(5)	スタッフ全体に退院後の生活支援の必要性を理解してもらう様に話している。在宅サービスを知る勉強会
社会資源の活用に向けた支援(3)		社会資源の活用方法(在宅療法を支える支援体制)
退院支援の評価(1)		退院調整後にケアマネジャーを通して在宅療養の状況を把握し、病棟へ指導したことが自宅でのようになっているかフィードバックしている(退院後1週間位でケアマネジャーに連絡を入れる)
退院調整に必要な情報収集を行う(1)		退院調整の必要性、大切さを知り、退院調整の必要な症例について色々な状況を考えて情報を集めるようにしている
長期入院患者への医師の治療方針確認(1)		長期入院患者への医師の治療方針確認(在院日数の一覧表を月に2回出しチェックしていく)
研修後は退院調整には関わっていない(3)		研修後は退院調整には関わっていない
まだ何も到達出来ていない(1)		現実ではまだ何も到達出来ていない

表3. 今後取り組みたいこと (n=80)

大分類	小分類	記載例
患者、家族のニーズの充足に向けた退院支援(14)	不安を軽減して在宅へ帰れるような支援(2)	退院調整については現在病棟で行わせてもらっているが、いつも奥が深いと感じている。家族や患者さんが不安が少なく在宅に帰れるように今後も支援していきたいと思っている
	個性のある退院支援(3)	患者に合わせて個性のある退院調整を行う
	患者、家族のニーズの充足に向けた退院支援方法の検討	病棟の受け持ち看護師ももっと主体的に家族との連携を強化し患者、家族のニーズの充足に向けた退院支援方法を検討していきたい
	患者・家族との面談、情報提供などの機会を増やす	患者層は高齢で独居、老老介護などの問題から退院を避ける家族や患者が多い。入院時から何回かに分けて面談、情報提供などの機会を増やし関わりが密になるように取り組んでいきたい
	高齢者(独居、老老介護)への支援	高齢者、(独居、老老介護)への支援、社会的入院者
	長期入院患者の退院支援	今年度NICU異動になった。長期入院患者の退院支援
	患者・家族への指導	患者・家族への指導
退院支援に必要な能力習得のためのスタッフ教育(12)	退院支援を実施できる能力の習得(6)	病棟スタッフが同じレベルで患者様に退院調整を実施していける能力をつけられるような学習会
	退院支援に必要な社会資源・活用方法の理解(3)	どの看護師であっても退院支援に必要な介護保険サービス内容の理解ができ、在宅へつなげることができるように指導等を取り組んでいきたい
	院内スタッフへの啓発	院内スタッフへの啓発
	福祉の分野での学びを深める	介護保険だけではなく福祉の分野での学びを深めている患者様に適した退院調整を行っていきたい
	在宅の経験を生かして退院支援に役立つ動きを考える	病棟へ異動したこともあり在宅の経験を生かして退院支援に役立つ動きを考えていきたい
連携の充実(15)	院内の多職種の連携(7)	現在訪問看護ステーションに異動となりましたが、病棟で早期から訪問看護が介入に加わることで在宅支援が円滑にいくと考えられる。病院内の職種の連携が退院支援の充実を図れると思う
	退院支援の部門との連携(2)	退院支援の部門との連絡をスムーズにいけるように、連絡をとること
	地域の専門職との連携(6)	地域連携を密に行いできるだけ患者や家族の意思を尊重する退院支援に取り組みたいと思っています
退院支援体制の整備(11)	病棟看護師主体の退院支援のシステムの整備	病棟が主体で行う支援という形をしっかりとシステムとして整えていきたい
	医師を専任すること	中心で活動してもらえ医師を専任すること
	退院支援システムの検討	もう一度現状調査から行い、当院に対し患者が必要としている退院調整について把握、また院内の職員がどのように理解し必要としているのかを把握し、その後どのようにすると当院のシステムになるのか見直していきたい
	スクリーニングシートの電子カルテ入力化	スクリーニングシートの電子カルテ入力化(現在検討してもらっているが)
	退院準備チェックリストの統一化	退院準備チェックリストの統一化
	地域連携推進委員会メンバーの活用	地域連携推進委員会メンバーの活用
	統一した退院支援計画書を作成する	統一した退院支援計画書を作成し、どの職員にも患者の状況が理解できるように取り組みたいです
	院内で統一して退院支援が行えるように	MSWと協働して退院調整に関わる業務を院内統一で行えるよう医療相談室へ看護師として勤務したい
	入院と同時に退院支援を行う体制づくり	入院と同時に退院調整が病院全体で行えるよう他部門師長にも伝達し、取り組んでいきたい
	退院調整委員会としての活動	退院調整委員会としての活動
後方支援はMSWのみ	病院内に「地域連携室」がありH21年4月からその部門に看護師長が配属されたが、実際に動くことができる「退院調整看護師」がいなかったため主として後方支援はMSWのみが行っている	
病棟看護師の退院支援への意識向上への支援(5)	病棟看護師の退院支援の役割の明確化	病棟看護師の退院支援の役割を明確にする
	退院支援に興味を持つ	病棟看護師にも退院調整に興味を持ってもらうこと、外との連携の重要性を理解してもらうこと
	病院全体の意識の向上	上記の課題と思うことに対して、教育計画などのプランを上げ、実施し、評価して病院全体の意識が高められるようにしていきたい。自分がリーダー的な役割を担えたらと思う
	看護師の退院支援の強化	継続看護委員会において、看護師の退院支援の強化
退院支援カンファレンスの充実(5)	安心して退院できる支援を行う意識をもつ	病棟ナースとして安心して退院できるように家族の支援や患者さんの支援を行うという意識を常に持つこと
	多職種参加のカンファレンスの充実(3)	他(多)職種カンファレンスの定着化
入院時から退院後を見据えた退院支援(4)	退院調整看護師とのカンファレンス(2)	退院調整看護師とのカンファレンス(1週間に1度は在宅が困難なケースのカンファレンスが必要、退院調整看護師とのコミュニケーションを密にする)
	早期からの退院調整	退院がスムーズにできるよう入院時からの働きかけ(家族を巻き込んで)、どの患者に対してでもできるようにしていきたい。又、スタッフ一人一人が退院後の生活を意識していき続ける
退院後のフォローの実施(4)	入院時から退院に向けた働きかけ(3)	早期から退院調整に関わり進めていく
	退院後のフォローができる	今までは退院までの連携だったが退院後のフォローまでできるようにしたい
	退院後の患者の状態等を把握し病棟へフィードバック	退院後の患者の状態等を把握し病棟へは返すこと
	退院後の訪問の実施	退院後訪問をもっと行っていく
社会資源活用への支援(3)	退院後の生活状況の確認	退院後の生活状況の確認
	在宅サービス利用の支援	高齢者や独居の患者がどうしても多いという面から看護師も介護保険の制度、サービスの面について把握し患者や家族の相談役となるよう取り組みたい。
退院支援の評価(2)	看護を振り返る事ができる機会をつくる	看護師が自身の行った看護を振り返る事ができるような機会をつくれるようにしていく
入院時のインフォームドコンセントの充実(2)	入院時のインフォームドコンセントを充実	患者、家族が少しでも安心して在宅生活が送れるよう、入院時からのインフォームドコンセントを充実させる。
継続看護の充実(1)	継続看護の充実	継続看護の充実
併設施設での退院支援(1)	併設施設(組織)で入退院について検討	病院だけでなく、併設施設(組織)で入退院について検討が必要だと考えます

# 退院調整における日常生活指導での地域連携室と病棟看護師の協働

山中ひろみ 亀山博子 長屋由美 渡辺佳美 石原弘美 大島祥子 長尾美千代  
牧田由紀子 川地信也（関中央病院） 橋本麻由里 小西美智子 栗田孝子 両羽美穂子（大学）

## I. はじめに

現在A病院では、平成21年度より新たに退院支援システムを立ち上げ、退院調整・支援を行っている。しかし、退院調整・支援は、主に地域連携室の退院調整看護師と病棟師長が行っており、病棟看護師による退院への関わりが少ない現状があった。同時に退院した患者・家族から退院後の生活がうまくいかず支援不足を指摘する声があり、その人らしさを尊重するという施設理念とは異なる現状も明らかになった。

そこで、患者が安心して退院の準備ができるように、病棟看護師が、地域連携室と協働し、施設理念にあるその人らしさを尊重した看護を目指して、入院時から退院調整・支援が実践できることを目的に共同研究に取り組んだ。今年度は、退院調整・支援の現状を把握し、病棟看護師が退院調整・支援に関われるようにするための課題と方策を検討した。

### 《施設の概要》

A病院は150床（一般病床96床、亜急性期病床4床、医療療養病床50床）で、介護老人保健施設50床、訪問看護ステーション、居宅支援事業所、グループホームを併設し、地域医療・介護を担っている。看護部理念は、その人らしさを尊重した看護の提供である。また、看護体制は固定チームナーシング方式と受け持ち制を併用している。

## II. 方法

### 1. 今年度の取り組みの経緯

1) 退院調整・支援に関する現状把握と今後の取り組みの検討

退院調整看護師、ソーシャルワーカー、病棟看護師長と退院調整・支援に関する現状、課題と今後の取り組みについて検討した。

2) 1)での検討を受け、退院調整・支援が必要となった事例の検討を通して各職種の具体的な関わりを研究者間で共有し、課題を確認した。

3) 病棟看護師の退院調整・支援に関する現状調査

病棟看護師60名に無記名式質問紙による調査を実施し、結果の分析から、今後の病棟看護師へ

の教育的関わり、課題と方策について考える。

## 2. 倫理的配慮

事例検討、質問紙調査実施に関しては患者・家族および看護師の個人が特定されないように匿名性を確保し、データの管理も厳重に取り扱った。また質問紙調査については、無記名とし、自由意志による協力を依頼した。その際、調査の趣旨・目的、協力による不利益の有無について書面と口頭で説明し、質問紙への回答をもって同意を得られたものとみなした。

## 3. 取り組みにおける現地側との協働体制

具体的な活動計画の立案、検討会の実施、スタッフへの質問紙調査の実施および活動の報告・まとめにおいて、現地側共同研究者と大学側とで検討しながら活動を進めてきた。検討会の進行は、主に現地側共同研究者が務めた。質問紙調査については結果の分析は大学側で行い、検討会において分析結果を共有し、メンバー全員で今後の方策を講じた。

## III. 結果

### 1. 退院調整・支援の現状把握と今後の取り組みの検討

共同研究者間で、退院調整・支援に関する現状認識が異なることが考えられたため、まず、どんな現状があるか、各病棟の退院支援の現状を振り返り、課題と方向性を共有することとした。その際の、検討内容の要点は以下のとおりであった。

#### 1) 退院調整・支援の現状・課題

(1) 各病棟では退院調整・支援は師長の仕事として担ってきた現状がある、スタッフの中には、退院指導や退院調整・支援の必要性に気づく人もあるが、その点への関わりをスタッフに十分やらせていなかったという現状がある。

(2) 退院支援のシステム作りを行ってきたが、十分活用されていない。たとえば、退院支援スクリーニング票の認識が薄く、十分活用されていない。また、受け持ち看護師がカンファレンスに参加できておらず、対象者への看護介護指導が十分できていない。

(3)各部署では、ストマケアや胃ろうや吸引等、計画立案し実施しているケアもあるが、退院に向けての視点を持ち、計画立案されていることが少ない。入院期間が短くなる中で、退院時にどこまでもっていくのか、見通しをもって関わるようにすることが必要である。

(4)退院支援に向けての目標が多職種間で共有されていない。退院に向けたかかわりが、療養病棟やリハビリに任せがちにならないようにし、互いに目標を共有すること、また誰が何にどのように責任を持ち実践するのかを、明確にする必要がある。

## 2) 今後の方向性として確認したこと

退院支援のシステムを動かしながら、共同研究者間での事例検討を進めていく。支援にかかわる中で、何が大変だったのかを共有する。事例検討では具体的事例を検討することで課題のとらえ方や対策方法などを再認識することにより、退院調整・支援に必要な視点やチームで連携する方法を学び(OJT)、目指す姿を描けるようにする。

## 2. 事例による退院調整・支援の振り返り

事例検討は、共同研究者間で2回実施した。

表1 事例検討

事例 1	
B氏	80歳代 女性
病名:	腰痛症
入院期間:	平成21年9月8日～平成21年10月17日
患者情報:	<ul style="list-style-type: none"> <li>腰痛のためADLが低下したことから、家族が入院を希望し開業医からの紹介でA病院へ入院した。</li> <li>家族構成は長男夫婦と孫の5人暮らし。</li> <li>日中は一人である。</li> <li>認知症が軽度に見られる。</li> <li>入院中「家に帰りたい」と帰宅願望があった。</li> <li>長男の嫁は「在宅での生活をさせたい」と医療関係者に話していた。</li> <li>長男夫婦は、患者についての情報共有ができていない。</li> <li>入院中は娘が付き添っていた。</li> </ul>

事例1は、家族内で在宅療養への受け止め方が違うことで、受け持ち看護師が、退院調整・支援が必要であると判断し、病棟師長に相談したことから介入が始まった事例である。本事例の経緯から、退院調整カンファレンスには、師長が情報収集を行って参加し、結果を受け持ち看護師に伝え情報の共有を図った。しかし、カンファレンスでの検討内容が看護計画に反映されず、全体でケアを継続できていないことがわかった。カンファレンスで方向性が決まった段階で各職種がどのように介入していくかを具体的にし、看護計画に反映することが必要であった。また、病棟師長は、

退院調整カンファレンスに、受け持ち看護師が参加し、主体的にかかわれるよう環境作りをする必要があることが検討会で確認された。もし、受け持ち看護師が参加できない場合でも、課題に関する受け持ち看護師の判断をまとめておくなど、カンファレンスへのかかわり方を工夫する必要性がある。

## 3. 病棟看護師の退院調整・支援の現状調査

全病棟看護師60名に質問紙調査用紙を配布し58名から回答が得られた(回収率96%)。

表2に示すように、病棟看護師の70.7%は患者・家族からの退院後の生活についての相談を受けていた。相談を受けた相手は、「家族」85.4%、「患者」56.1%であった(図1)。相談内容では、「おむつ交換・寝衣交換・体位交換・清拭・陰洗・口腔ケアなど」の日常生活援助が最も多く、ついで「介護保険サービスについての相談」であった(図2)。看護師が相談内容にどうかかわったかでは、「上司に依頼した」が48.8%、ついで「自分で対応した」が46.3%と「相談員・ケースワーカーに依頼した」が41.5%であった(図3)。相談に対して「カンファレンスの議題として提案した」は、わずか14.6%であった。また、患者・家族を交えたカンファレンスに参加したことがある病棟看護師は22.4%であった。

今後、退院調整に関わることができずかの問いに対し、「できない」と回答した看護師は56.9%で、主な理由は、「サービスについて知識がないために自信がない」など「知識がない」、「業務時間内に行うことができない」など「時間がない」「退院後、何か支援を受ける際どのように進めていけばよいかわからない、手続きの仕方を聞かれても答えられない」など「かかわり方がわからない」であった(表3)。

表2 退院調整・支援に関する病棟看護師の現状 n=58

質問	回答	計(58)	%
退院後の生活について、本人・家族から相談をうけたことがありますか?	はい	41	70.7%
	いいえ	17	29.3%
退院調整スクリーニング票があることを知っていますか?	はい	36	62.1%
	いいえ	22	37.9%
スクリーニング票は、退院に向けた看護活動に活用していますか?	はい	6	10.3%
	いいえ	44	75.9%
退院後の生活について目標設定を行い看護計画が立てられていますか?	はい	20	34.5%
	いいえ	37	63.8%
退院に向けて、家族・本人をまじえたカンファレンスに参加したことがありますか?	はい	13	22.4%
	いいえ	45	77.6%
もしあなたが今退院調整に関わるとしたら、関わることができますか?	できる	22	37.9%
	できない	33	56.9%

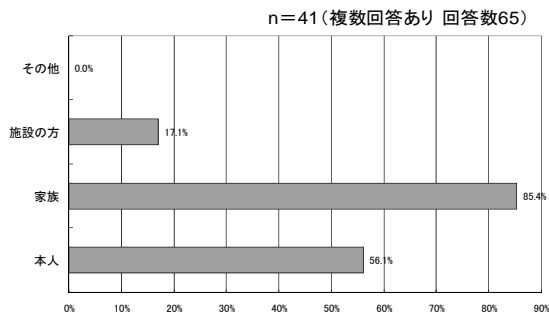


図1 相談を受けた相手

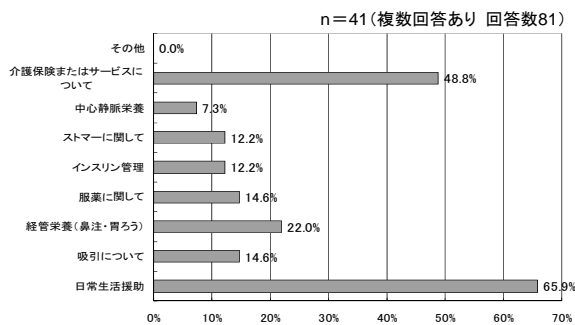


図2 相談内容

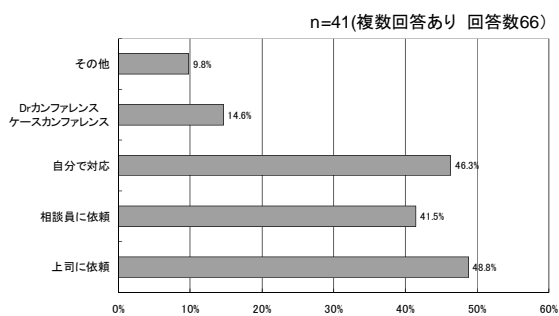


図3 相談内容にどうかかわったか

表3 退院調整・支援ができないと思う理由

知識の不足(12)	サービスについてわしく知らないため、自信がない
	介護サービスや、施設についてや、訪看の入り方など知らないため意見が言えないから
時間がない(8)	介護保険や、サービスについて知らない
	退院調整の内容(業務)を良く知らない
	退院調整に関わる時間がない
かかり方がわからない(7)	業務時間内に行うことができない
	業務が忙しい
	退院後、何か支援を受ける際のように進めていけばよいかかわらないこと、手続きの仕方を聞かれても答えられないから
経験の不足(4)	関わり方がわからない
	方法が分からない
	入職してまもないため
患者理解の不足(2)	退院のことに関わったことがないため
	受け持ちptなら相談しながら出来るかもしれないが、その日しかかわらないptの調整は時間がなく出来ない
その他	業務の見直しが必要

#### 4. 現状調査結果をもとに検討された内容

病棟看護師は、退院に向けて患者・家族からの相談を受けているが、対応は、相談内容により自分で解決できるものは、自分で対処するが、自分で対処できないことや困ったことは、個人的に上司である病棟師長やワーカーに相談し、ケースカンファレンスで問題を投げかけるなど、その場の個別対応に留まり、チームで連携して問題解決に取り組むことに繋がっていない。

また、「今後退院調整・支援ができますか」の問いに、できないと回答した理由をみると、知識不足やかかり方がわからないなど、漠然とした内容が多く、病棟看護師一人一人が、具体的に退院支援の改善に取り組めるところまでは掘り下げられていない。退院調整・支援ができない現状について、忙しさや知識不足のみに帰結するのではなく、患者の背景や今後の見通し、退院調整・支援への関心を高める必要がある。今後、各部署で質問紙調査結果をもとにディスカッションし、退院調整に対する課題に、個々の看護師が気づけるようにする必要がある。

#### IV. 考察

##### 1. 退院調整・支援の課題の捉え方の変化

今回の取り組みでは、退院調整・支援の課題をどのように考えるか、様々な側面で現状と課題を捉え直す事ができた。

当初の問題意識は、退院調整・支援に関する活動は師長の仕事になってしまっており、病棟看護師が十分に退院調整・支援の現場にかかわっていないことであった。しかし、事例検討を通して、師長自身が、病棟看護師を退院調整・支援にかかわらせていないことが具体的になり、病棟師長のマネジメントにも課題があると捉えられた。一方、病棟看護師に行った調査では、7割の看護師が患者・家族から退院に関する相談を直接受けていた。しかし、その対応は、チームで連携して問題解決に取り組むことに繋がっていないことや、相談を受けて困ったことを、個人的に病棟師長やワーカーに相談した後は、任せきりになりがちで、師長や他の専門職へ依頼することで、問題を処理できたと思ひこんでしまっているのではないかとの指摘もあった。

これらの検討から、根本的な問題は、病棟師長と看護師双方が、退院調整・支援に対しての看護師の責任を明確に捉えていないことにあるとして、当該施設における、受け持ち看護師の責任とは何かという前提を問い直すことに繋がってい

った。そして、当該施設の看護職としての責任は、看護部理念である“その人らしさを尊重した看護の提供”にあり、患者がどのような思いや考えを抱いて、その後の人生を送りたいと思っているかに着目し支援することが、退院支援における看護師の責任として検討された。

取り組みの過程では、課題解決のための方法論に、着目しがちになっていたこともあった。しかし、方法論を主に考えるということは、本来の行うべき看護の本質論を見失ったりすることに、検討会を通して気づくことができた。結果として、退院調整・支援に関する実践上の課題と、組織理念や看護師の責任とのつながりまで、課題を掘り下げることができ、意義ある取り組みとなったと考える。

## 2. 今後の課題

病棟看護師が、その人らしさを尊重した看護が提供できること、つまり、その人にあった退院支援ができることを常に考え、日々の看護に活かせるよう、看護管理者は、その環境づくりをする必要があると考える。具体的には、各部署で質問紙調査結果、退院調整・支援事例をもとにディスカッションし、退院調整・支援を通して、その人らしさを尊重した看護の提供とは何か、看護師個々が考えていくようにすることである。そして、退院調整や支援ができないことを、忙しさや知識不足といった理由に帰結するのではなく、患者の背景や今後の見通し、退院調整・支援への関心を高める必要があると考える。その上で、病棟師長は、受け持ち看護師が主体的にカンファレンスにかかわれるようにすること、入院時より退院の見通しを持ちかかわれるようにすることが課題であると考えている。

また、これらの活動を通して、それぞれの看護師が自己の役割と患者に対する看護の責任を明確にし、看護実践できるよう取り組む必要があると考える。

## V. 本取り組みの評価

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度は、主に共同研究者間で退院調整・支援に関する活動の現状評価と課題の検討にとどまり、具体的な退院調整・支援の実践の改善には至っていない。しかしながら、スタッフが退院調整・支援の活動に参加できていない現状を、病棟管理者のマネジメントの観点から、多角的に検討

し、病棟管理者間、看護部、地域連携室が協働して課題に取り組むことができた。具体的には、スタッフが退院支援にかかわれるような環境づくりや、受け持ち看護師としての役割に対する考えや期待、退院調整・支援の看護計画への反映、退院調整・支援システムの運用上の課題などが検討された。また、管理者自身が、スタッフが退院支援に関われるよう努めてこなかったことへの気づきなど、共同研究者の、現状や課題に対する捉え方が変化し、現状に対する共通認識ができ、改善の方向性を一致させることができたことは成果であった。それと同時に、当該施設での看護師としての役割や責任とは何か、それは理念とどうつながっているのか、前提を問い直すことに繋がったことは、取り組みの大きな成果であったと考える。

### 2. 本研究への現地看護職の受け止めや認識

退院調整・支援に、スタッフが関われるようにするための方法論の検討でなく、現状から課題をじっくり掘り下げていったことで、最終的には、その人らしさを尊重した看護実践という組織理念とのつながりを考えるに至り、今回の取り組みの意義を納得して受け止められていた。

また、今回はじめての共同研究への取り組みとなったが、一般的な看護研究のイメージではなく、退院調整・支援に関する実践の改善を研究的に進めていくというスタイルや、報告と討論の会での、他施設との意見交換など、良い刺激となったと受け止められていた。

### 3. 本学が関わったことの意義

退院調整・支援の問題を通して、現在医療の現場で起こっている課題の現状やマネジメントの課題、また看護専門職としての責任・役割や職種間の連携の在り方について、教員として考える機会となり、担当科目への示唆を得ることができた。

また、現地看護職にとっては、教員とのディスカッションにより、退院支援はスタッフがかわかっていないのではなく、かかわれるよう管理者として努めていなかったことが明らかになったことなど、現状を思い込みで捉えていたことに気づけたことが、大学と共同研究を行った収穫と受け止められていることが確認できた。共同研究報告と討論の会に当該施設からも多くの看護職が参加し、結果的に、院内の課題を広く外部に問い意見交換する機会となったことも本学がかかわった意義があったと言える。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

### 受け持ち看護師は、退院調整や退院カンファレンスにどうかかわっているかについて

→いつも受け持ち看護師が、カンファレンスに入れるとは限らない現状があるため、チームで責任を持ってケアをしていく体制をとり、チームの誰かは必ず参加できるようにしている。話し合った内容は必ず記録に書き、記録で情報の共有ができるようにしている。

→受け持ち看護師の中には新人看護師など経験の浅いものもあり、十分に退院に向けてかかわることができないこともあるので、チームでケアする体制は重要である。

→これまで、自分の所属施設において、退院支援をシステムティックに実施できるよう取り組んできた中で、モデル病棟を作りシステムの運用を行った。しかし、なかなかスタッフに浸透することが難しく、退院時計画に反映せず苦勞したが、まずは病棟で退院支援の事例を1事例経験し、それを振り返る、その次には自分で1事例経験し振り返りをするというように少しずつ目標を決めて実施してきた。振り返りをする事で事例をとることの面白さも出てきたように思う。

→自分の施設では、スタッフが退院支援を行っているが、どちらかという管理者がもっと関心を持ってかかわってほしいと感じている。

→退院時計画の立案が少ないことについては、入院時に師長がスタッフにかかわり、退院支援の必要性や退院計画の立案についての確認をしておくことが大事であると思う。

→退院支援を行う際に、主体は誰か、何のために何を目標に退院を支援するのか、を明確にしておくことが大事である。

→師長とスタッフでいっしょに退院調整カンファレンスに出席したが、スタッフがお客さんになってしまい、よくなかったので、それ以来スタッフに任せて責任をもって参加してもらうように心がけている。



## 訪問看護

## ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族を支える訪問看護活動の検討その2

折戸三智代 今村繁子 児玉喜久枝 渡辺朝子 (いび訪問看護ステーション)  
田内香織 金子徳子 普照早苗 森仁実 (大学)

### I. はじめに

本研究は、ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族によりよい看護サービスを提供することをめざし、平成20年度から行っている。昨年度は、共同研究者の看護師がターミナル期の利用者に実施した訪問看護実践を振り返り、看護を行う上で大切にしていることや課題と感ずることを聞き取り、その内容を整理した。これにより、療養者の病状が不安定であったり、未告知である場合、訪問看護師が本人・家族の希望を支えることに対して課題や葛藤を抱えやすいことがわかった。

そこで今年度は、在宅でターミナル期にある利用者の希望を支えるために、どのような援助が重要であるか検討することを目的とした。

### II. 方法

#### 1. 概要

訪問看護師が過去に関わった利用者の中から、病状が不安定、あるいは未告知などの理由により、看護師が悩みを抱えながら援助した事例を取り上げ、その看護過程を振り返るための事例検討会を行う。事例検討会の会場は、共同研究者側の施設内とし、現地および本学の研究者と事例を担当した訪問看護師により実施した。

#### 2. データとその分析方法

利用者および家族の状況と訪問看護活動の実際を記述し、利用者の希望を支えるために重要であったと考えられる援助、残された課題について意見交換を行う。これを踏まえて、利用者の希望を支えるための援助として重要であったことを教員の解釈を加えてまとめ、その内容を現地看護職に確認してもらい必要に応じて修正する。

### III. 倫理的配慮

本研究は、岐阜県立看護大学の研究倫理審査部に承認された。

元利用者の遺族に対しては現地側の研究者から、当該事例に訪問看護を提供した担当看護師に対しては大学側の研究者から、研究の趣旨、協力して欲しい内容、調査への協力は自由意志に基づくこと、個人が特定されないように配慮することを文書および口頭で説明し、承諾を得た。

### IV. 結果

検討会は計4回4事例について行った。利用者の希望を支えるために重要であった援助内容を共同研究者間で合意する段階まで至ったのは、次の1事例であった。

#### 1. 事例の状況

A氏は60代の女性、肺がん末期の状態但未告知。家族は夫と次男の3人暮らし。病状や予後に関する十分な説明を受けておらず、治療に希望を抱いた状態で退院した。介護者である夫は介護や家事への疲労から、在宅療養を続けるのか入院させるのか揺れ動いていた。しかし、最終的には、「家にいたい」という本人の意思が確認でき、夫もそれに応える決心をして、本人の希望通り自宅で最期を迎えることができた。

なお、訪問看護の提供期間は約4ヶ月で、緊急訪問4回を含む計41回の訪問をした。

#### 2. 利用者の希望を支えるための援助として重要であったこと

##### 1) サービス提供者との連携・往診医の確保

退院当初は、外来通院しながら治療を継続することを利用者・家族は望んでいた。その希望を支えるために、ケアマネジャー(当該ステーションの職員)がサービス担当者会議を企画・開催した。また、緊急時の対応が可能な往診医をもつことを提案し、それが在宅で療養する不安の緩和につながった。

##### 2) 介護者の不安・負担の軽減

夫の家事・介護疲れを軽減するために、聞き役となり、夫の思いを十分に受けとめ、ねぎらった。サービス利用について積極的ではなかったため、本人への身体的援助の一部を訪問看護が担った。そして、別居家族の助けを得て介護することや、他の選択肢(入院やホスピス)について情報提供し、主治医と相談するよう提案した。

##### 3) 本人の楽しみの継続・望みをかなえる

在宅療養における希望が明確でない中、本人の楽しみ(夫との入浴)を継続できるように、住宅改修で手すりをつけた。また、以前好きだったこと(夫とモーニングに行く)について会話の中で触れ、本人の楽しみや望んでいることについて少しでも引き出し、支援できるよう関わった。

##### 4) 内なる思いに耳を傾ける

食欲低下、痩せ、疲労感などの体調・身体状況の変化を目の当たりにし、本人・家族は内なる思いを抱えながらもそれを表出できない状況であった。訪問看護師は、少しでも本人が本当の思いを表出できるように努めていた。

#### 5) 介護者の背中を押す

夫も本人の気持ちに沿いたいと願う反面、揺れ動いていた。訪問看護師は夫を支えて本人の「家にいたい」という思いを尊重できるように、定期受診のキャンセル、外来への連絡方法を具体的にアドバイスし、夫の背中を押した。また、往診医を主治医へ変更すること、他の家族の支援体制についても詳細なアドバイスをし、家族全員で最期まで看取ることができるように支援した。

### 3. 残された課題

- ・ サービス担当者会議の開催や留意すべき点の問い合わせをしたが、病院の主治医と連携できず、本人の病状等に関する情報が不足していた。
- ・ 介護者である夫は、本人が臨死期になっても治療への希望が捨てきれない気持ちを抱いていた。本人の家にいたいという希望を重視して夫の背中を押すような対応をしたが、これでよかったのかという思いがある。

## V. 討議内容

共同研究報告と討論の会における討議には、共同研究者の他に、病院（2 ヶ所）、訪問看護ステーション（1 ヶ所）の看護師を含め、計 15 名程度の参加が得られた。事例を基に、利用者の希望を支えるための援助としてどのような関わりが良かったか、どのような課題があるか、各施設における体制や工夫などの現状を共有しながら意見交換した。

### 1. 未告知に伴う問題

本事例では、本人に病状や予後に関する説明が十分されていなかったという状況があった。それに関して A 訪問看護ステーション看護師から、支援に困難はなかったか、どのように関わったのかと質問があった。

担当した訪問看護師は、身体や今後に関する心配がないか本人・夫に確認し、不安がある場合は質問の仕方について助言し、本人・夫から主治医に確認するよう促した。本人は母、妻の役割を果すことを大切にしている人で、病状を詮索するような言動はなく、こちらからそのことを話題にすることもなかった。

本事例では、在宅療養するか入院するのか夫の

気持ちが最後まで揺れ動いていた。本人の希望を重視し、夫の背中を押すような働きかけをしたが、これでよかったのかという思いがある。同じような事例に関わった経験があれば、どのように関わったか教えて欲しいと投げかけた。これに関して A 訪問看護ステーションから、病状や予後の十分な説明がされていないならば、誰でも可能性を信じるし、迷いが生じて自己決定ができないのも無理はない。その時々を聞いて対応していくしかないのではないかと意見があった。

## 2. 「大きな病院」との連携に関する困難や工夫

### 1) 医師との連携

B 病院看護師から、主治医と往診医との連携状況や訪問看護師の立場で行ったことはあるかと質問があった。

訪問看護師は、利用者が主治医から聞いたことを確認して往診医に伝えていたが、主治医と往診医の間のやり取りまでは把握していなかった。この事例に限らず、母体病院以外の「大きな病院」の医師との連携には困難を感じている。本事例では実施していないが、利用者の受診時に同行して医師とやり取りすることはあると語った。

医師との連携のとり方について、A 訪問看護ステーションでは、利用者の状況や思いを書いた文書を作成し、それを地域連携部門の担当者や師長を通じて医師に渡してもらっている。大抵の医師が FAX で返答してくれると発言があった。本事例の訪問看護師は、当時、主治医の病院にある地域連携部門の状況を把握しておらず、うまく活用できなかったが、今は相談窓口として活用していると語った。

退院時にケアマネジャーとしてカンファレンスを企画したが、医師の参加が得られなかったことから、これに対する方策が話題になった。B 病院では、医師がカンファレンスに参加できない場合、事前に受け持ち看護師から医師の意見を確認しておいてもらう方法をとっているという意見があった。

### 2) 外来との連携

本事例では、担当者会議の際にケアマネジャーから、外来での待ち時間が長いのでベッドを準備するなど配慮して欲しいと申し入れたが、その情報が外来に伝わっていなかった。入院部門から外来への引継ぎをしてもらいたかったと発言があった。これに対し、B 病院看護師から、病診連携のシステムがある病院では、往診医から地域連携室を通して依頼があった場合に、待ち時間が短くなるよう配慮していることが多い。今回の事例は

該当しないのかもしれないが、このシステムを活用すれば対応できたかもしれないと発言があった。

### 3. 家族全体を視野に入れた援助

C病院看護師より、夫の気持ちが揺れ動いていたということだが、どうして揺れ動いていたのか、看護師がそこに向き合うことで、どのような援助が必要なのか的確に判断できるように思うという意見があった。さらに、子ども達の協力を得ることで夫の支えになることも考えられるが、訪問看護師は子ども達に対してどのような働きかけをしたのかという質問があった。本事例では、同居の次男から支援を得るのは困難な状態で、他の子ども達は別居であるため、訪問看護師が直接かわることはできなかった。しかし、訪問看護師から夫に対して、別居の子ども達と相談するような促しはしていた。最期の段階では子ども達の関わりが増え、それに伴い夫の揺れが軽減していったように思う。子ども達は、「お父さんが決めたことに従うから、お父さんが決めいいよ」と言っていた。B病院看護師から、がん患者の家族から相談を受けるが、家族にとって本人は大切な人で、自分のことではないからこそ、悩みが大きいと感じるケースがある。本事例の夫もそのような思いから、決断するのが難しかったのかもしれない。家族への支援の重要性を日々感じていると発言があった。

## VI. 考察

本事例は、今後の療養に関する希望を定めることができずに退院したが、在宅療養を続ける中で、本人が家にいたいと望んでいることがわかった。本人の希望を確認した後も治療の可能性を捨てきれない夫に対して、訪問看護師は、本人の身体状態が通院に耐えられないことを説明し、通院しないで療養するための具体的な対応案を提案するなど本人の希望を重視した援助を提供した。本人が望んでいた自宅で最期を迎えられたことは、訪問看護による援助の成果であると評価できる。

看護過程の分析により、利用者の希望を支えるために重要な援助として、①サービス提供者との連携・往診医の確保、②介護者の不安・負担の軽減、③本人の楽しみの継続・望みをかなえる、④内なる思いに耳を傾ける、⑤介護者の背中を押す、を抽出した。

ここでは、報告後の討議で出された意見を踏まえ、利用者の希望を支えるために重要な援助についてまとめたいと考える。

### 1. 本人の希望の表出を支える援助

本人が「家に帰りたい」と表明できた背景として、本人の楽しみの継続を支援したことや内なる思いに耳を傾け続けるかかわりによって、本人が思いを表明しやすい状況がつけられていった可能性がある。さらに、夫が「入院していいのか」と本人に確認できたのは、夫が在宅生活を不可能とは思っていなかったからだと推測される。夫がこのような気持ちになれたのは、退院後約4ヶ月間を家で過ごせたという事実があったからではないか。この間の生活を支えた主な資源は訪問看護サービスで、在宅療養の継続を支えたことが、夫に本人の気持ちを確かめるゆとりを与えたと考えられる。

### 2. 対象の抱える葛藤に向き合うこと

在宅と入院の間で夫が揺れていたが、夫の抱える葛藤にきちんと向き合うことで、援助の方向性が見出せるのではないかという意見があった。本事例では、夫が本人の気持ちを確かめたのは、本人が亡くなる10日前であったが、夫の抱える葛藤に向き合う援助を確実に行うことができれば、本人の意向確認が、もう少し早い段階で実現できたかもしれない。本事例では、家族の抱える葛藤が問題になっていたが、がん患者である本人が抱える葛藤への対応が問題になる場合にも、同様の援助が重要であると考ええる。

### 3. 家族全体を視野に入れた援助

夫に家事と介護の負担が集中していたので、訪問看護師は、別居の子ども達に相談するよう促したが、夫はなかなか協力を求めようとしなかった。おそらく夫は、子ども達の生活に配慮して、できるだけ自分達で解決したいと考えていたのであろう。訪問時に会うことができない家族員に働きかけの機会をつくるのは困難であるが、子ども達の関わりが増えることにより、夫の安定が図られた事実からも、家族全体を視野に入れて援助することは重要であると考ええる。また、家族の立場であるからこそ生じる悩みもあることから、家族員を本人の介護者という役割の範囲で捉えるのではなく、支援を必要とする対象者として対応することが重要であると考ええる。

### 4. 主治医との相談回路の確保

本事例では、総合病院の医師である主治医と連携するため、同ステーションのケアマネジャーが医師の担当者会議への参加や留意点のメモ作成を依頼したが、協力が得られなかった。

この課題について話し合ったところ、討議に参加した訪問看護師から、医師宛の文書を作成し、

病院の地域連携部門を通して渡してもらう方法が有効という現状が示された。これは、医師との相談回路を病院側の仕組みを利用して確保したものと考えるが、医師への直接的な働きかけが困難な場合は、相手の組織の状況や特徴を踏まえて適切な相談回路を見出す必要がある。そのためには、訪問看護師の方から積極的に病院へ働きかけることが重要であると考ええる。

## Ⅶ. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

現地共同研究者の自己点検評価より、以下の内容が確認できた。利用者の思いを重視した看護実践を実現するための主体的な取り組みや、自らの援助を客観的に検討する姿勢が強化されたと考ええる。

- ・ 本人・家族の気持ちを引き出す支援を、以前よりも意識して実施するようになった。また、どのようにかかわったらよいか悩んだ時は、自分からカンファレンスで問題を出し、話し合えるようになった。
- ・ 連携をとりにくい病院の場合、連携のための窓口を確認したり、患者・家族の解決しておかなければならない問題について、師長に尋ねるようになった。
- ・ 自分が行った援助を第三者的に捉えて、検討するようになった。

## Ⅷ. 現地側看護職者の受け止めや認識

現地共同研究者の自己点検評価より、以下の内容が確認できた。看護実践を振り返ることで他事例の援助に生かせると評価が得られた。また、他の看護師が実施した援助への関心の高まりが窺える。

- ・ 実践を振り返ることで、今後の看護援助に生かせることを改めて実感した。
- ・ ケアを振り返ることで、今後の看護の質の向上につながると思う。
- ・ 受持ち事例以外についても、援助方法を自分から問いかけるなどするようになった自分に気づいた。

## Ⅸ. 本学教員がかかわったことの意義

本研究は、在宅ターミナルケアにおいて、利用者の希望を支える上で課題を感じながらサービスを提供した過去の事例を取り上げて、看護過程の振り返りを行ったものである。

検討の過程では、具体的な事例の状況と看護実

践を理解するために、共同研究者である教員から問いかけ、その意味を教員が解釈して返すことを繰り返した。この中で、担当訪問看護師は、看護実践で自分が意図していたことや判断したことを言語化する機会になった。この作業は、第三者である大学教員が、自らの専門性に依拠して看護援助の意味を取り出そうとすることにより促進されたと考ええる。現地共同研究者からは、「教員の問いかけの一つひとつに答えることにより、自分の看護を積極的に明確にしようとしている自分に気づいた」という反応がみられ、このような振り返りにより、看護実践を客観視し、実践の意味を明確化することに貢献できたと考ええる。また、検討内容を記述し整理することで、有効であった看護援助の内容や課題の整理に役立ったと考ええる。

次に、大学教育における意義について考えたい。現地の共同研究者の所属施設は本学の実習協力施設であるが、現地看護職が看護行為を客観視して言語化できるよう促したことは、現地看護職が学生に対して看護の意味を伝える能力を高めることにつながると思う。これによって、看護行為の意味や重要性が学生に伝わりやすくなることが期待できる。また、在宅ターミナル事例への看護援助において重要となることを現地看護職と教員が共有したことにより、学生に伝えるべき内容の共有化が促進できたと考ええる。

## 福祉施設における看護

## 特別養護老人ホームにおけるショートステイ利用者のケアの充実にむけて

新美眞知子（ジョイフル各務原） 吉村久美子 片田代三子（恵翔苑） 安江豊子 日下部奈保子（サンシャイン美濃白川） 酒井晶子（ピアンカ） 牛丸京子 荒井明美（飛弾寿楽苑） 水谷由賀子 澤津節子（ナーシングケア寺田） 横井恵子 渡辺由布子（サンリバー松風苑） 金武純子（飛鳥美谷苑） 井亦昭子（やすらぎ苑） 中島さつき 南方千恵美（朝日大学歯科衛生士専門学校） 坪井桂子 古川直美 松本葉子 古田さゆり 浅井恵理（大学）

### I. はじめに

特別養護老人ホーム（以下、特養）のショートステイ利用者のケアに関する問題・課題の現状を詳細に把握するために、平成18年度から19年度にかけて、県内全特養の看護責任者を対象に質問紙調査を実施した。その結果、ショートステイ利用者のケア上の主な課題として、『初回利用時のアセスメント』『夜間看護職不在時の対応体制』『認知症をもつ利用者への個別ケアの充実』『在宅ケアの継続におけるケアチームの確立』が挙げられ、共同研究者間で共有した。

平成20年度は6事例の検討を通して10の看護職に期待される役割と取り組みが見出された。その内容は、「利用者の安心を支える」「職員の連携を強化して介護職の安心を支える」「多角的アセスメントの必要性」「特養（ショートステイ）における看護職の役割の明確化」「リスクを予測・判断し予防的看護支援、ケアの在り方を検討する責任者の役割発揮」「利用者や家族に関する真実性の高い情報を収集出来るための工夫」「利用者や家族に関する職員間の情報共有の徹底化」「関係破綻をきたしている利用者と家族との関係修理（再構築）への支援」「他職員との連携・協働」「利用者が必要・適切な治療が受けられるように医師に情報を発信し利用者・家族が困らないようにする」「高齢者福祉政策（人員配置数）の充実のための情報を発信していく」であった。このうち「特養（ショートステイ）における看護職の役割の明確化」はこれらに挙げられた取り組みの鍵になっていると捉えられる。

今年は昨年度までに明らかになった課題について、重点的に各々の施設で取り組み、その取り組みを事例検討を通して、課題解決の方法を見出すとともに、看護職の役割を明確にするように検討した結果を報告することとした。

### II. 方法

検討事例は、現地共同研究者の施設において、ショートステイ利用者のケア上、困難と感じた事例、また、困難であったが克服できた（成功した）

事例などである。これらの事例は共同研究者が自施設において看護職、介護職、生活相談員などと連携・協働して取り組んだものである。また、検討会参加者は、看護職として自施設におけるケアの中心的役割を担っているため、検討された内容は、実践に反映されている。

検討会では、分類整理した10の看護職に期待される役割と取り組みシートを作成し、「特養におけるショートステイ利用者のケアの充実に向けて」のシートに沿って検討した。検討内容は各事例の状態、「自施設におけるショートステイ利用者の看護実践の状況」を共有した上で、他施設における類似事例とそれに対して実践した取り組みとその成果、この事例からの学び、「看護職として今後取り組みが必要と考えていること」について討議した。本学教員は、検討会の進行役を担った。なお、取り組みに際して、本学研究倫理審査部会の承認を得た。また、検討会に参加し、事例を提供することについては、施設長の了解を得ている。

### III. 結果

#### 1. 事例検討会参加者および検討事例数

事例検討会参加者および検討事例数は表1のとおりであった。

表1 事例検討会参加者および検討事例数

検討会	参加人数		検討事例数
	現地共同研究者	教員共同研究者	
第1回	14名	5名	検討シートの検討
第2回	6名	5名	3事例
第3回	8名	5名	2事例

事例のうち1事例は第2回と3回で検討した。

#### 2. 事例検討の内容

事例検討会は、現地共同研究者の施設を活用して1回と大学内で2回実施された。第1回目は事前検討シートの検討を行った。

第2回目は認知症における内服管理・健康管理

についての困難事例、突発的事例について各施設における取り組みをふまえて検討した。具体的な検討事例と検討内容は以下に述べる。同居介護者が不在となり独居生活が困難で、地域との関わりが無く、緊急入所となったが状態が悪化し、身元引受人が第三者で後見人が無く、相談するには限界があった事例であった。入院対応が最良であったが、認知症による Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia;BPSD (以下 BPSD と示す) があり、病院側が対応できず、施設ショートステイ利用が継続となった。訪問看護やデイサービス等は希望がないため受けておらず、在宅ケアマネジャーとの検討会にも掲示した事例である。この事例に対して、職員間でどのようなケアが必要かを模索しながら関わっていた。認知症の BPSD や帰宅願望が強い利用者の事例について、共同研究者間で意見された内容を事前検討シートに沿って検討した。

#### 1) 「自施設におけるショートステイ利用者の看護実践の状況」

①緊急入所の場合、最新のデータがないため、アセスメントが困難な状況がある。

以前入所していた他施設からの情報提供も十分でなく情報収集が困難である。

②医師との連携が困難である。

入院対応が必要にも関わらず、認知症の BPSD で入院を断られてしまった。病状の対応・把握が出来ない状態での緊急入所となった。

③自施設以外の保健医療福祉の専門職との連携が取れない。

④内服管理について、内服薬の調整や改善について、家族や主治医の理解を得にくい。

ショートステイ利用者の場合は、預かっている内服をそのまま内服してもらっている現状がある。複数のかかりつけ医を持っており、内服薬が重複することがあり、薬剤師の所でチェックされるはずだが、処方された薬剤の管理が十分されていない。内服が多いと感じて、主治医に連絡しても跳ね返されてしまう。内服の変更が必要と感じた時には、主治医に症状をこと細かに説明し、うまく考慮してもらえる時もあるが、家族の理解が得られない時もある。薬を減らす必要を感じてもかかりつけ医と利用者や家族との関係が密なため、調整できない。在宅での薬の管理は、家族にとっても困難となっている。看護師の業務の中で、内服管理に関する内容が占めている時間が多いため、薬剤師がその状況を見て、協力してできる事を考えている。

2) 「看護職として今後取り組みが必要と考えていること」

①緊急入所であっても、どのような情報収集を行っているのかが看護職には問われ、重要な役割である。

適切なアセスメントをするために、入所時に必要な情報を整理する必要がある。既往歴・現病歴からの症状予測のポイントを押さえておく必要がある。利用者にとって、ショートステイ利用が適切かどうか、入所時点で看護師が情報を得て判断していくことが必要である。

②医師との連携・信頼関係を形成し、必要な情報を確認する。

③在宅のケアマネジャーからの情報提供を得るための調整が必要である。

地域で関わりのある近隣者や他施設の職員との関係をつくり、利用者の状態が良くなった事例を共有し、関係づくりをする。在宅ケアマネジャーとも問題を共有し、施設側の受け入れ対応状況も共有する。

④薬剤師、家族との連携・協力を強化する。

薬局の薬剤師による勉強会の開催をしたことがある。内服薬処方箋を事前に提供・持参してもらおう。ショートステイ利用日数分しか預からないようにしている。ショートステイ利用時には、家族に分包をお願いするが、介護者が高齢者の場合、それが難しいこともある。これらのことから、家族との連携・協力の強化、同時に家族の困りごとを専門職の立場から改善していく必要がある。

第 3 回目は在宅酸素療法中の利用者のショートステイ受け入れについて討議した。

#### 1) 「自施設におけるショートステイ利用者の看護実践の状況」

①在宅酸素療法が必要な利用者の家族との連携が困難である。

夜間に看護師が不在となるため、ボンベの交換やカニューレをはずす利用者に対し、看護職も人数不足であり夜勤体制が組めない状態の中で、家族の協力が得られず、看護職・介護職がその対応に困っている状況があった。看護職と介護職間でケアに対する見解の違いがあり、カンファレンスでケア方法や家族への対応方法などを討議していった。特に、頻回に酸素カニューレを外される以前は、声をかければ自分でカニューレを付け直すことができていた。何度かカニューレを外されるので酸素飽和度を調べたが問題なかったため息子に伝えるが、「必要だからやっているのだ」



との返答があった。

ある施設では朝・昼・夕・寝る前のインシュリン注射で、朝食前と就寝前は家族に協力してもらいショートステイ利用してもらっている、といった家族の協力について紹介があった。

2)「看護職として今後取り組みが必要と考えていること」

①家族に施設でできるケアの説明と問題の共有化が必要である。

施設でできる事、施設の体制を家族に話す必要があるのではないかと。現状を説明し、納得してもらうことが大切である。ポンベ交換が必要となる時、医療行為となる時など、家族の協力を得るのも良いかもしれない。医療行為を行う必要があるため、家族に状況を説明し、特養で提供できるケアの実際を理解してもらうとともに、老健や療養型など他の施設の選択の可能性について意向を尋ねていく。

在宅での生活の情報を収集し、ケアのヒントを得るようにする。在宅での対応を確認する。施設のケア方針の決定に主導的に参画：介護職とどう連携をとっていか話し合い考える必要があるのではないかと。

②本当に酸素が必要かどうかも含め、主治医との話し合いも必要である。

### 3. 今年度の事例検討において共同研究者間でなされたこと

①先駆的な取り組みを行っている施設から具体的な取り組みの紹介があり、検討会で困っていることを相談。②どのような様式の情報収集シートを使用しているのか各施設の現状を共有し検討。③事前検討シートのBPSDに対して「生活史が分かる書式がない」という点について各施設の現状を共有し検討。④長期間の入所だとじっくり関わられるが、短期間の利用であるショートステイ利用者への関わりは難しい点もある。そこで、ショートステイではこのような受け入れをしたい、短期間だからこそ事前に情報を教えて欲しいという在宅のケアマネジャーや家族への働きかけの必要性について意見交換。⑤事前検討シートの「連携」に関連して、知り得た情報をどのようにスタッフ間で共有しているのか、各施設の現状を共有し検討と意見交換。⑥ケアマネジャーによって受けるサービスに差があるという現状において、地域のケアマネジャーに教育的な関わりが必要ではないかとの教員の問いかけに対して意見交換。

## IV. 考察

10の看護職に期待される役割と取り組みのうち鍵となった「特養（ショートステイ）における看護職の役割の明確化」については、看護職の役割が他職種に対してのみならず、看護職自身が明確になっていないことも影響し、情報収集が十分ではなかったり、そのため多角的なアセスメントに繋がらないなどの課題を生じさせていた。その結果、他職種との連携や協働を困難にしていたと捉えられる。これらのことを共同研究者間で共通認識し、事前検討シートに沿った「自施設におけるショートステイ利用者の看護実践の状況」の検討を行うことで、特養における看護職の役割を再確認・再認識できたものとする。

本研究への取り組みにあたり、ショートステイ利用ならではの難しさがあること、在宅で責任を持つのはケアマネジャーだが、在宅での生活を長く続けるためにショートステイ利用だからこそできること、および看護職が考えなくてはならないことの課題を改めて確認した。

特に、ケアマネジャーの背景にある職種は様々であり、看護職でない場合は、看護の視点が足りないなど、ケアマネジャーの限界もある。利用者が円滑にショートステイを利用でき、落ち着いて過ごせるよう看護職としてどう関わっていくかを考えていくことが必要である。そのためには、在宅での生活を支える機関と連携し、利用者の情報を共有していくことが大切である。利用者にとって良い状態とは何か考えることは今後も継続して検討していくことが必要な課題である。また、利用者が住み慣れた地域で暮らすことを支える上でも特養の看護職としてショートステイ利用の現状を発信していく役割があるとする。

## V. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度は、昨年度に見出した「10の看護職に期待される役割と取り組み」についてシートを作成し、それに基づいて検討を行った。そのことにより、各現地側共同研究者が、自施設におけるショートステイ利用者の看護実践の状況を具体的に振り返り、さらにそこから、看護職として今後、取り組みが必要なことについて考える機会となった。また、検討会において、各施設の対応困難な事例や成功体験事例など、具体的に体験事例を示して検討することによって、実践的なケア方

法を見出すことができた。さらには、検討した他施設の取り組みや検討内容を、自施設に戻って職員に情報提供を行い、それを自施設の場合に置き換えて改善点などを検討するといった自施設への取り組みへと繋がっている。

複数の施設の看護職が検討会に参加することによって、看護職の配置数が少ない特養で働く看護職にとっては交流の場ともなっており、ショートステイ利用者へのケアに限らず、施設における問題・課題と感じていることについても、日頃から話し合い、相談できる関係を築く機会となっている。

## 2. 現地看護職者の受け止め方や認識

看護職に期待される役割と取り組みについて検討することによって、「マンネリ化しているサービス内容を再確認し、介護職との連携の強化、看護職の役割を認識し、サービス向上に対して協働体制をとれるようにしたい」「高齢者に即したケアを提供するため、看護職としての役割を果たす必要がある」などと受け止めており、ショートステイにおける看護職の役割を再認識し、自施設における今後の課題をも見出すことができていた。

## 3. 本学教員がかかわったことの意義

日々の看護活動の中で、各施設において、対応困難な事例や成功体験事例などについて、十分に検討することのできない現状がある。本検討会では、教員も関わり、意図的に問いかけていくことで、日頃の看護活動について具現化でき、ショートステイ利用者のケアの充実に向けての課題を明確にし、その課題について、ケアの方向性を示唆することができたと考える。また、教員による助言等が、県内における特養看護において推進的な役割を担っている現地側共同研究者にとって、看護活動における実践の改革への意欲を高めることにも繋がっている。

さらに、本検討会において、高齢者看護に関する全国的な最新の動向や知見、研修会、文献などの情報を提供する機会を設けたが、施設外で学ぶ機会が少ない特養で働く看護職にとっては、良い刺激となり糧となっている。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

参加者は、現地側共同研究者7名、本学教員5名、共同研究者以外の看護・保健・ケアマネジャーなど23名の計35名であった。各々の専門職の立

場からの意見や役割・現状・取り組みなどについて討議された。

事例1：同居介護者が不在となり、独居生活困難で緊急入所となる。代理人は第三者で後見人ではなく、情報提供・収集できないで状態の入所となった。認知症の対応は難しいため入院は受け入れられず、ショートステイ利用となる。栄養状態不良との情報はなく、DM悪化となる。情報収集・提供をどのように行うか。医師との連携、内服薬の管理方法などが討議された。

事例2：在宅酸素療法で経鼻カニューレ使用中だが、以前から頻回に外されており、以前は自己にて付け直すことが出来ていた。最近では外されたままの状態、日中は看護師が対応できるが、夜間帯は介護職の対応となるため、医療行為となるカニューレの取り扱いに苦慮している。酸素飽和度に問題はないが、家族は酸素療法の必要性を強調。看護師の夜間の体制の現状を説明するも、家族の協力は得られず。討議内容として、酸素必要者の家族との連携、施設の受け入れ状況、在宅ケアマネジャーとの情報の共有、在宅での情報収集、介護職との連携、主治医との話し合いなどが必要との意見が出た。

- ・ 地域包括：病院で早期退院方向となり、在宅復帰が不可だと受け入れ可能なショートステイへ依頼する。現場職員ではないので、ショートステイ利用中の日中や夜間の様子は分からない。健康状態も詳しくは分からない。
- ・ 施設側：連携方法として、会議の開催や在宅ケアマネジャーも利用している施設を見て欲しい。事前に得たADL情報で居室など調整できる。また、利用中も生活状況を見て欲しい。
- ・ 地域包括：必要な情報の伝達ポイントが分からない。
- ・ 本学教員：各々の立場から、在宅支援の視点で考える際、何が必要か考えて欲しい。病院から見たショートステイの在り方や地域との関わりを考慮して欲しい。1人の利用者が複数の医療機関で医療を受けており、内服薬の管理のまとめなどを特養が行っている。情報共有できないのか。
- ・ 医療側：特養の状況が分からない。医療カードシステムがあつたり、退院指導や医師よりの情報提供書、看護職よりのサマリーを提供しているが、在宅復帰後やショートステイ利用中の対象の生活のイメージがつきにくい。
- ・ 施設側：ショートステイ利用期間以外に、在

宅から病院に入院となっても、入院中の情報提供がなく状況が分からない。地域性もあるが、退院カンファレンスの開催・参加などが必要ではないか。

以上、各専門職・他職種より、それぞれの立場からの現状の問題点・今後の課題についての意見が出された。

育成期にある人々を対象とした看護

## 地域の特色を活かした地域・病院・多胎児サークルが協働して行う多胎児支援の検討

名和文香 服部律子 布原佳奈 武田順子 谷口通英 宮本麻記子 坪内美奈 両羽美穂子（大学）  
田口由紀子 福士せつ子（県立多治見病院・東1階） 野呂直美（多治見市保健センター）  
田中圭子（東濃保健所） 國井真美子 小山美香 河合美奈（羽島市保健センター）

### I. はじめに

岐阜県における多胎児出産は、平成20年には、出産千に対し11.5であり、全国平均の10.6を大きく上回っている<sup>1)</sup>。また、妊娠期には、異常の発生率も単胎妊娠に比べ高く、ハイリスク妊娠として注意が必要である。さらに、多胎妊婦は、単胎の場合と比較すると、妊娠期から不安が高く、育児期には、多胎児の育児の大変さから<sup>2) 3)</sup>、心身ともにストレスが高くなり<sup>4)</sup>、育児に対する不安も高まる<sup>5)</sup>とされている。そのため、妊娠期から、母親とその家族のサポートが重要である。

岐阜県における多胎児支援は、「ぎふ多胎ネット」の発足により、近年、多胎児支援活動が活発になった。しかし、未だ増加する多胎妊娠や出産、育児に支援が追いつかない現状であるため、対策を立て、支援していく必要がある。本共同研究では、平成17年より、「双子のプレママパパ教室」を開催し、地域と病院、サークルが連携した取り組みを進めてきた。多胎児に特化した教室は、岐阜県ではなかったが、今年度で5年目となり、事業化されている。さらに、他市においても、多胎児支援の重要性が話し合われ、多胎児の集いの開催が事業化されるなど、支援が広まってきている。

### II. 目的

本研究の目的は、多胎児家族への妊娠期からの継続した介入方法、行政と病院、サークル等の連携方法について検討することである。

### III. 方法および結果

A市およびB市、今年度より新たにC市で行われた取り組みについて、以下に述べる。

#### 1. 現地側の取り組み体制、協働体制

A市：昨年度より、A市および近隣の4市を含む5市を管轄する保健所が主催し、教室を開催している。教室の開催に当たっては、保健師、助産師、多胎児サークルが協働して行うため、情報交換を行いながら計画した。

また、教室終了後に行っている妊娠期・育児期の調査においては、調査結果を共有していくことにより、妊娠期からの多胎児支援の重要性について、根拠を持って認識することができ、事業の体

制作りへとつながった。

B市：事業として、多胎児家族に対する支援のあり方と、その方向性が話し合われた。また、今年度、サークルが結成され、活動の支援方法について、参加者から意見を募り、参加者の要望に即した支援方法を模索した。

C市：今回、共同研究者の参加はなかったが、ぎふ多胎ネットのサークルメンバーが、主体となり、A市およびC市で活動中のサークルメンバーが、司会進行、教室のとりまとめを行った。また、C市のみならず、近隣の2市を含む3市を管轄する保健所がバックアップし、参加者を募った。新たに多胎児支援の必要性を他市に広めたことは、大変意義があった。

#### 2. 倫理的配慮

調査の参加は、自由意思であり個人は特定されないことなど、文書を用い説明し、同意書の提出により参加の有無を確認した。本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を得ている。

#### 3. 双子のプレママパパ教室の実施、教室終了後における妊娠期・育児期の調査と評価（A市）

##### 1) 教室の実施について

A市での教室は、5年前より事業化されており、毎回、参加者からの評価は高く、必要性が示唆されている<sup>6)</sup>。今年度も、年2回（6月、12月）の教室を開催したところ、10組の多胎児家族が参加し、好評であった。教室の内容及び方法は、平成20年度共同研究報告書参照のこと。

##### 2) 教室終了後における妊娠期・育児期の調査と評価

###### (1) 対象

平成18年12月～平成20年12月に、教室に参加した妊婦13名のうち、妊娠期と育児期両方の回答があった妊婦9名

###### (2) 調査期間

平成19年1月～平成21年11月

###### (3) 方法

妊娠期と育児期の2回の縦断調査を行い、面接調査または質問紙調査のいずれかを選択してもらった。

###### (4) 調査内容

妊娠中に不安に思ったこと、育児中に困ったこ

と、育児において工夫したこと、妊娠中・育児中に親族へ望むこと、妊娠中・育児中に医療・行政サービス等で良かったこと・役立ったこと、妊娠中・育児中にあればいいと思うサービス等である。

#### (5) 分析方法

選択法の回答は単純集計を行い、自由記述法は記述内容にしたがって分類した。

#### (6) 結果

##### ①対象の概要

対象の概要は、表1に示す。

表1. 対象の概要 (n=9)

項目	内容	
年齢	20代：4名	30代：5名
家族構成	核家族：8名	拡大家族：1名
分娩回数	初産婦：7名	経産婦：2名
分娩週数	35週～39週	
分娩様式	経膈分娩：2名	帝王切開術：7名
出生体重	1700～3100g	
里帰り分娩の有無と期間	あり 5名 (産前1～4ヵ月・産後2～4ヵ月) なし 4名	
妊娠期の調査時期	20週 6名	30週 3名
育児期の調査時期	2～5ヶ月 5名	6～9ヶ月 4名

#### 妊娠期の調査

##### ②妊娠中、不安に思ったこと

全員が、「不安に思ったことがある」と回答しており、時期は、初期が多かった。具体的な内容は、【ハイリスク妊娠や児の成長についての不安】がみられた(表2)。

##### ③妊娠中、親族の援助で望むこと

多くの妊婦が、「育児の協力」「家事の協力」を望んでいた(表3)。

##### ④妊娠中、医療・行政サービス等で良かったこと・役立ったこと

全員が、「双子のプレママパパ教室の参加」を挙げており、【妊娠、育児のイメージがわいた】【気持ちが楽になった】などの意見がみられた(表4)。

⑤妊娠中、あればいいと思う医療・行政サービス「経済的支援」が最も多く、「多胎児サークルの集い・双子の教室の開催」という回答もみられた(表5)。

表2：妊娠中、不安に思ったこと (n=9) 複数回答

時期(人数)	内容
初期(7)	・ハイリスク妊娠や児の成長についての不安
時期は特になし(4)	・授乳や育児についての不安 ・育児にかかる費用について ・トラブルがあった際の搬送の可能性について

表3：妊娠中、親族の援助で望むこと (n=9) 複数回答

続柄(人数)	内容(人数)
夫(7)	・育児の協力(6) ・家事の協力(3) ・心の支え(1) ・外出時の付き添い(1)
実父母(6)	・育児の協力(1) ・家事の協力(3) ・入院中、面会にきてほしい(2)
義父母(4)	・育児の協力(4) ・家事の協力(1) ・外出時の付き添い(1)
実子(1)	・育児の協力
親族全員(1)	・気を遣ってほしい

表4：妊娠中、医療・行政サービス等で良かったこと・役立ったこと (n=9) 複数回答

項目(人数)	内容(例)
双子のプレママパパ教室の参加(9)	・多胎妊婦と知り合えた ・妊娠、育児のイメージがわいた ・気持ちが楽になった ・サークルの紹介 ・経験談を聞くことができた ・双子専用冊子もらったこと
友達や職場からの声かけ(6)	・友人が気にかけてくれる ・会社の先輩から「将来が頼もしい」と言われた
他市のパママ教室の参加(3)	・多胎妊婦を紹介してもらった ・人形を使っの沐浴の仕方
病院スタッフの関わり(2)	・話をよく聞いてくれる

表 5：妊娠中、あればいいと思う医療・行政サービス (n=9) 複数回答

項目 (人数)	内容
経済的支援 (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診費の無料化、助成回数を増やす</li> <li>・チャイルドシートの無料貸出し</li> <li>・医療費助成制度の延長</li> </ul>
多胎児サークルの集い・双子の教室の開催 (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・双子のサークルの紹介や参加</li> <li>・多胎児教室の開催など、情報を得る機会の提供</li> </ul>
環境の整備 (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出かけやすい街づくり</li> <li>・制度をうまく活用できる職場作り</li> </ul>
医療施設の充実 (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多胎妊娠を管理する病院を増やす</li> <li>・聞きたいことを聞くことのできる時間を作ってほしい</li> </ul>
未回答 (1)	

### 育児期の調査

#### ⑥育児中に困ったこと

全員が困ったことがあったと回答しており、時期別にみると、「1～3ヶ月」が最も多かった。【授乳がうまくできない】【人手不足】【外出時に一人で出かけられない】【同時に泣くこと】等が挙げられた(表6)。

#### ⑦育児において工夫したこと

7名の妊婦が工夫したと回答しており、「同時授乳」「育児方法」を挙げていた。回答内容に、【教室で聞いたことを参考にした】とあり、教室でのサークルメンバーからの経験談をもとに、アドバイスした内容が多く含まれていた(表7)。

#### ⑧育児中、親族の援助で望むこと

「育児の協力」「家事の協力」「外出時の付き添い」など、妊娠中に望むことと、ほぼ同じであった(表8)。

#### ⑨育児中、医療施設・行政サービス等で、良かったこと・役立ったこと

全員があったと回答しており、「行政の支援」「多胎サークル等の集い」を挙げていた(表9)。

#### ⑩育児中にあればいいと思う医療・行政サービス

「経済的支援」が最も多く、妊娠中にあればいいと思うサービスと一致していた(表10)。

表 6：育児中に困ったこと (n=9) 複数回答

時期 (人数)	内容
1～3ヶ月 (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・授乳がうまくできない</li> <li>・同時に泣きだすと困った</li> <li>・人手不足</li> <li>・外出時、一人で出かけられない</li> </ul>
4～7ヶ月 (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人手不足</li> <li>・外出時、一人で出かけられない</li> <li>・目が離せない</li> </ul>
未記入 (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同時に泣きだすと困った</li> </ul>

表 7：育児において工夫したこと (n=9) 複数回答

有無 (人数)	項目 (人数)	内容 (例)
あり (7)	同時授乳 (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2人同時に、哺乳瓶を立てかけて哺乳瓶を持ちながら授乳をした</li> <li>・一人が泣いて起きた時、もう一人も起こして授乳する</li> <li>・教室で聞いたことを参考にした</li> </ul>
	育児方法 (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・便利グッズのフル活用</li> <li>・着替えや育児用品をもらう</li> <li>・昼と夜の部屋を変え、時間で区別をつける</li> </ul>
	時間の確保 (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分が休む時間を作っている</li> </ul>
	心がけ (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「パパ大好きっ子」になるように声かけを行う</li> </ul>
なし (2)		

表 8：育児中、親族の援助で望むこと (n=9) 複数回答

続柄 (人数)	内容
夫 (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事・育児の協力 (3)</li> <li>・外出時の付き添い (1)</li> <li>・生活費の考慮 (1)</li> </ul>
義父母 (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・育児の協力 (2)</li> <li>・大変な時や疲れた時の援助 (1)</li> <li>・生活費の考慮 (1)</li> <li>・温かく見守ってほしい (1)</li> </ul>
実父母 (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事の協力 (1)</li> <li>・外出時の付き添い (1)</li> </ul>
親族全員 (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・育児・家事の協力</li> </ul>

表 9：育児中、医療施設・行政サービス等で、良かったこと・役立ったこと (n=9) 複数回答

項目 (人数)	内容 (例)
行政の支援 (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診時、双子の妊婦さんとの間に入って話をしてくれた</li> <li>・家庭訪問</li> <li>・双子についての情報提供</li> <li>・託児所の利用</li> </ul>
多胎児サークル等の集い (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・先輩ママの言葉で自信を持つことができた</li> <li>・「自分を大切に」という助言により、体調を気遣うことができた</li> </ul>
経済的支援 (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低価格にてヘルパーさんに来てもらえた</li> </ul>
近隣者からの支援や発言 (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以前、双子を産んだ友達からの助言により、育児がイメージできた</li> <li>・外出時の声かけ</li> </ul>
病院の支援 (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電話で対処法を教えてくれる</li> <li>・医療施設のスタッフの援助</li> </ul>

たこと・役立ったこと (n=9) 複数回答

表 10：育児中にあればいいと思う医療施設・行政サービス (n=9) 複数回答

項目	内容 (例)
経済的支援 (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・育児にかかる費用の助成</li> </ul>
地域での支援 (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新生児から、乗ることのできるベビーカーをスーパーに設置してほしい</li> <li>・保育園に預ける際の柔軟な対応</li> </ul>
外出時の支援 (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予防接種時の手伝い</li> <li>・外出先での援助</li> </ul>
家庭訪問の充実 (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・育児相談の訪問を定期的に行ってほしい</li> </ul>
未回答 (4)	

#### 4. 多胎児を育てる家族のつどいの実施 (B市)

今年度は、2ヶ月おきの年6回、集いが事業化され、集いの内容やサークル活動の支援について、話し合われた。

##### 1) 実施内容

スタッフは、保健師、子育て支援センター(開催場所)保育士、母子保健推進員、大学教員であった。主にフリートークを行ったが、昨年度末、サークルが結成され、活動内容や方法などが話し合われた。

##### 2) 結果

各回とも、多胎児家族7組程度が参加し、ほぼ毎回参加する家族が増えてきている。また、その

うち2回は多胎妊婦2~5組も参加した。

参加者は、互いに日頃の悩みや疑問について相談しあっていた。多胎妊婦にとっては、多胎児育児中である当事者からのアドバイスによって、イメージがわき、漠然とした不安が軽減する機会となっていた。

また、妊娠期から妊婦同士が知り合うことができ、今後の集いへの参加、サークル参加につながる機会になった。

意見として、多胎児家族同士が、集まる機会があることは望ましいということや、サークル活動については、定期的に集まる機会を設けること、開催曜日の検討、専門家の話を聞く機会があるとより良い等の意見があった。

##### 3) 今後の方向性と課題

サークル活動の支援については、今後も継続し、後方支援とする。

#### 5. 双子のプレパパママ教室の実施 (C市)

##### 1) 実施内容

教室は、ぎふ多胎ネットが主催し、7月の1回開催した。

スタッフは、C市を管轄する保健所と保健センターの保健師、中核となる病院の助産師、C市で活動中の多胎児サークルメンバー、大学教員であった。

教室の内容は、A市で行われている教室の内容とほぼ同じであり、①自己紹介②双子の妊娠と出産③病院での双子の出産④多胎児サークルについて⑤先輩ママやパパとの交流会であった。また、教材として、本学が作成した「ふたごの妊娠・分娩・育児の手引き」を使用した。

##### 2) 結果

参加者は、多胎妊婦2名とその夫1名であった。

##### (1) 教室の開催について

「開催日」「開催場所」「開催時間」については、全員が【良い】と回答していた。

##### (2) 教室の内容について

「教室に参加した満足度」は、全員が【期待通り】と回答しており、「知りたい内容は含まれていたか」という質問には、全員が【ほぼ含まれていた】と回答していた。また、「疑問や不安は解消されたか」は、妊婦1名と夫1名が【解消された】と回答し、妊婦1名が【まあまあ解消された】と回答していた。

交流会については、【体験談を聞くことができよかった】【わからないことばかりだったので、勉強になった】【父親としての考え方やすべき事が聞け、参考になった】などの意見がみられた。



### (3) 多胎児サークルや教室の必要性について

「将来、サークル活動に参加したいか」は、全員が【参加したい】と回答していた。「このような教室が必要だと思うか」は、全員が【必要】と回答しており、その理由として、【多胎妊娠の情報が少ないから】【不安が大きい人が多いと思うから】【インターネットや本からの情報だけでなく、生の経験談を聞くことができるから】などの意見がみられた。

## IV. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

A市においては、双子のプレママパパ教室開催にあたり、昨年度より、A市および近隣の4市を管轄する保健所が中心となって、取りまとめている。その結果、A市以外からの参加者も多く、広域で支援する協働体制の必要性が再確認され、単独の市だけではなく、保健所単位での開催が不可欠であるということ認識することができた。

B市においては、年々、多胎児家族のニーズが明らかとなっており、定期的な集いの実施によって、多胎児サークル結成が実現した。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

A市では、教室の内容について、意見交換を行い、それぞれの担う役割と連携について、考えることができた。また、教室終了後に行った、妊娠期から育児期における縦断調査によって、改めて妊娠期間に行う教室開催の必要性が高いことを共有、認識することができた。

B市では、継続した集いを実施するなかで、多胎児家族のニーズを把握し、当事者との話し合いを重ねた結果、多胎児サークルが結成された。集いには、毎回参加する家族も多く、集いを開催したことは、サークル結成に向けての基礎作りになっていた。今後、定期的な集いの開催は予定されていないが、サークル活動は月1回行われる予定である。今後の支援方法としては、後方支援とし、継続していく。

### 3. 本学教員がかかわったことの意義

看護実践の改善として、A市においては、行政、病院、サークル、本学教員が、教室の方法、内容や支援のあり方について、話し合いを設け、研究結果を共有することにより、対象者のニーズや、教室開催の必要性を認識し、有効な連携を図ることができた。B市においては、本学教員も集いに参加することによって、参加者のニーズを把握し、

今後の支援の方向性を考えることができた。また、サークル活動支援について、今後も情報提供をし、協働体制を作っていく予定である。

また、大学教育の充実として、共同研究者が所属する施設は、実習施設でもあり、共同研究の試みを学生に紹介するなど、妊娠期から育児期にかけての支援の重要性や、行政と病院の協働、および当事者の参加の有効性について、確認することができた。

看護職者の生涯学習支援は、保健師および助産師が行っている具体的な援助方法を双方が知ることができ、妊娠期から育児期にかけての一連の支援体制が、必要であることを共有することができた。お互いの専門性を共有することができ、多胎児支援に対する意識が高まった。

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

### 1. A市で行われている最近の取り組みについて

多胎児支援の開始として、まず、妊娠期に、多胎児教室に参加することで、支援が可能となる。また、現在、多胎児サークルメンバーが、産科病棟に入院中の多胎妊婦を訪問する病棟訪問が行われており、もしも妊娠中、入院した場合でも、専門職からの支援だけでなく、当事者からの支援が可能となっている。さらに、退院してからの育児期においては、多胎児サークルメンバーのピアサポーターが家庭訪問を行い、無料相談を行っている。妊娠期からの情報と一連の支援により、多胎育児について、多胎児家族からは、「思っていたよりも案外、大変ではなかった」などの意見が見られている。

### 2. 多胎児サークル（自主グループ）結成に向けての取り組みについて

現在、多胎児の集いを定期的に設け、多胎児サークルの結成に向け、取り組んでいるが、同じ月齢のつながりはできても、縦のつながりがなかなか出来ないため、難しい状況にある。また、多胎児分娩数にばらつきがある中、集いには、妊娠期からの参加を呼び掛けているが、なかなか都合が合わず、参加も難しい状況である。

→一つの市で開催、サークルを結成するのは、なかなか難しい。例えば、A市で行われている取り組みは、A市及び近隣の4市を管轄する保健所が主催し、取りまとめている。多胎児分娩は例数も少ないため、広域で取り組んでいく必要がある。B市においては、集いをきっかけに、仲間作りを行い、保健師が支援をしながら、サークルが結成された。サークルが結成されるまで、そして、結

成後も必要な支援を行うことが重要である。

### 3. 行政、病院との連携について

病院に入院中、保健師の訪問があり、多胎妊婦からは大変好評であった。入院中の病院の支援で終わるのではなく、退院後の育児期の支援が大切であり、保健センターや保健所と連携を取っていくことが必要である。

### 文献

- 1) 統計センター：都道府県別にみた単産－複産（複産の種類）別分娩件数，2009-09-04，  
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001057774>
- 2) 服部律子：乳児期の双子を持つ母親に関する分析と考察，ペリネイタルケア，21(8)；78-84，2002.
- 3) 藤原由美子，藤原由美，須山由梨子：多胎児をもつ母親の育児に関する産前・産後の悩み事，日本看護学会論文集母性看護，35；137-139，2004.
- 4) 尾前沙織，谷尚子，安代晋吾，他：双生児を育てる母親の生活実態の検討，藍野学院紀要，19；59-66，2006.
- 5) 服部律子：双子の母親の育児不安に影響する要因－不妊治療と育児の実態－，母性衛生，48(1)；38-46，2007.
- 6) 名和文香，服部律子，布原佳奈，他：妊娠期から地域・病院・多胎児サークルが協働して行う多胎児支援，岐阜県立看護大学紀要，9(2)；35-42，2009.

## 赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けての検討

布原佳奈 服部律子 名和文香 宮本麻記子 武田順子 谷口通英 両羽美穂子 坪内美奈 (大学)  
高田恵美 高田恭宏 (高田医院) 河合幸子 永田美紀子 (郡上市民病院・産婦人科病棟)  
平井直美 (朝日大学歯科衛生士専門学校)

### I. はじめに

母乳育児をすることの利点として、児にとっては感染防御、アレルギーの予防、SIDSの発症率の低下等があり、母親にとっては産後の子宮復古の促進、乳がん、卵巣がんの罹患率の低下、産後うつ病の減少等があり、また社会的には医療機関への受診、薬、検査、入院の費用が減ることが明らかにされている<sup>1)</sup>。平成17年乳幼児栄養調査によると、96%の妊婦が母乳で子どもを育てることを望んでいる<sup>2)</sup>が、実現できているのは42.4%である。健やか親子21においても、“出産後1ヶ月時の母乳育児の割合”は、増加傾向になることが目標とされている<sup>3)</sup>が、ベースライン44.8%に対し中間評価においても42.4%<sup>4)</sup>であり、さらなる取り組みが求められている。

母子に関わる専門職は、保健師、助産師、看護師、栄養士、保育士、歯科衛生士、産科医、小児科医など多岐にわたり、母親の望む育児を実現させるために互いの専門性を生かした支援がますます求められている。

本研究の目的は、赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けて所属、職種を越えた母乳育児支援のあり方、課題を明らかにすることである。

### II. 方法

今年度は以下の2つの取り組みをした。

- ・A市における赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けてのワークショップ (以下WS)
- ・本学における母乳育児支援に関わる専門職者のためのWS

A市および本学で開催したWSのグループディスカッションについて同意を得た上で記録し、その内容を分類した。また、本学でのWS後のアンケートについては、口頭および文書で趣旨説明を行い、同意を得た上で、単純集計をした。

倫理的配慮:本研究は本学倫理審査部会での倫理審査の承認を受けている。ディスカッション、アンケートへの協力は自由意思によること、地域、個人が特定されないことを保障し、説明し同意を得た。

協働体制:大学側が調整をしながらWSの企画を担当し、現地看護職はA市でのWSの場所の設定、現状報告、グループディスカッションへの参加、グループ発表、記録の確認を行った。本学におけるWSでは、活動報告、グループディスカッションへの参加、記録の確認を行った。

### III. 結果

#### 1. A市における赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けてのWSについて

- 1) WSのねらい:A市の母子に関わる専門職が集い、情報交換を通して育児支援(母乳、離乳、卒乳に関することを中心に)の課題を共有し、赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けて今後のあり方について検討する。
- 2) 開催日時:平成21年10月9日  
13時~15時30分
- 3) プログラム:表1参照
- 4) 参加者:計17名であった(表2参照)。

表1 A市におけるWSのプログラム

内容
挨拶・オリエンテーション
参加者の自己紹介
各施設の現状および日頃、感じておられること、特に話し合いたいこと等(各施設10分程度)
グループディスカッション
グループ発表
参加者から一言、感想・意見

表2 A市におけるWSの参加者

職種	人数
A病院の助産師	3名
A市の保健師	5名
A市の栄養士	1名
小児科クリニックの医師	1名
本学教員	
保健師	1名
助産師	6名

- 5) グループディスカッションの内容:課題と支援のあり方は主に以下のものであった。

・母乳と虫歯については、1歳半まで母乳を飲ませていると虫歯が多い印象はあった。

→母乳の成分が虫歯になりやすいということは、寝る前に糖分を与えると、夜中に唾液分泌が減り、自浄作用が下がる。歯垢を取り除かないと虫歯になる。特にスポーツドリンクやヤクルトを飲む習慣があると良くない。食後にお茶を飲むこと、市の歯科衛生士による歯磨き指導をしている。また、うがいができるようになったら高濃度のフッ素入りの歯磨き粉を使用すること、フッ素の塗布を年2回程度、行うとよい。

・人工乳に対して罪悪感をもつ母親への対応

→授乳は、母乳という液体がすべてではなく、抱っこして赤ちゃんに語りかけることも大切と伝える。人工乳は母乳の代用品であるが薬という感覚で、医学的に必要な時に補助的に使っていると考えればよいのではないか。母乳育児支援で大事なことは、母乳率という数字だけではなく、勇気づけ、元気づけである。

・家族や祖父母への支援

→病院での祖父母の指導の機会があると良い。祖父母も自分たちの育児方法はもしかしたら古いかもしれないという思いはある。専門職が新しい知識を提供できると良い。また、以前に他の地域の保健師から、発育には問題がないが家族が人工乳を足した方がよいのではないかと考えている場合、健診や家庭訪問の時に「発育良好、母乳だけでOK」と母子手帳にコメントを入れていると聞いたことがある。母親はそれを家族に見せて、専門職の保証があるので、母乳だけで大丈夫であることを伝えることができた。

・母乳育児支援で大切な視点

→母乳育児支援は、母乳率という数字ではなく、勇気づけ、元気づけが必要である。母乳育児は、母乳の成分だけでなく、子どもとのスキンシップも大切である。母親だけでなく、家族やみんなを支えると安心する。病院では、祖父母や夫もいるところで意図的に指導を行い、同じ話を家族に聞いてもらっている。しかし、必ずしも全員にできているわけではないので、今後の課題でもある。

6) 参加者の意見・感想

施設より：

- ・これからも地域と一緒に頑張っていきたい。
- ・入院中にいかに母親が地域に帰ってできるか、難しいが見守りの姿勢で接したい。今回、

施設にいる自分たちに聞こえてこない声が聞けてよかった。

- ・地域の母親と赤ちゃんのために、これからもがんばりたい。
- ・大学教員の話も聞けてよかった。

地域より：

- ・改めて母子のケアについて考える機会になった。母親自身の思い、とりまく家族の思いを聞いて、色々な方向から母乳育児を考えていけたら良いと思う。地域のサークルに助産師が入るとすごく良いと思った。
- ・母乳育児に対しての疑問を聞くことができてよかった。入院中のアドバイスがあり退院後も病院に相談に行けている。地域でも引き継げるようにしていかなければならない。
- ・病院ができること、地域でできることを役割分担してできるとよいと思う。地域と病院で行っていることに違いがある部分もある。一緒に行っていたらよい。病院との連携で妊娠前から継続してみたいことができる。

7) 本WSの意義

本WSは、新任期にある保健師の研修の機会にもなっていること、お互いの指導内容を共有するなど学習の機会になっており、地域と施設の連携強化に貢献できていると考える。

## 2. 本学における母乳育児支援に関わる専門職者のためのWSについて

1) WSのねらい：“赤ちゃんにもお母さんにもやさしい”を目指して地域の特性、職種の特長を活かして、母乳育児支援について自由にディスカッションし、現状や今後のあり方、課題について共有して、実践の改善のヒントにつなげる。

2) 開催日時：平成21年11月17日(火)

13時から16時30分

3) プログラム：(表3参照)。

2009年に郡上市民病院は岐阜県内で3つ目となる赤ちゃんにやさしい病院(Baby Friendly Hospital以下BFH)に認定された。認定に向けてのこれまでの取り組みについて報告があった。また昨年度のアンケートより母乳と虫歯の関係について学びたいとの意見を踏まえて、共同研究者である歯科衛生士による赤ちゃんの虫歯予防について活動報告があった。

4) 参加者：県内の産科施設、保健センター、保健所および県内に就職した助産師、保健師である卒業生にWSの案内を郵送した。参加者は、計46名であった(表4参照)。

表3 本学におけるWSのプログラム

内容	担当
はじめの挨拶	岐阜県立看護大学 服部律子
本日のオリエンテーション	布原佳奈
“赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域をめざして” 「BFH 認定施設 郡上市民病院の歩み」 「赤ちゃんの虫歯予防のために」	郡上市民病院 師長 永田 美紀子 朝日大学歯科衛生士専門学校 教員 平井 直美
コーヒータイトム(情報交換)	
多職種によるグループディスカッション	各グループ
ディスカッションの共有・まとめ おわりのことば	岐阜県立看護大学 服部律子

表4 本学におけるWSの参加者

職種	人数
助産師	31名
看護師	3名
保健師	4名
歯科衛生士	2名
本学教員	6名

### 5) ディスカッションの内容

活動報告後、5グループに分かれて、自由にディスカッションを行った。ディスカッション内容は以下のようにカテゴリー化され、主な内容を示した。

- ・多忙な施設での母乳育児支援の工夫

→こじれないように予防的なケアを重点的にする。婦人科チーム、看護師からの応援を得る。ケアの優先度をつけ1日の勤務時間帯のどこかで必ずフォローする。

- ・帝王切開時の母乳育児支援の方法

→医療者側が創部痛を心配するあまり躊躇する場面があるが、できるだけ早期に頻回に吸わせれば、母親の意欲もわき、回復も早い。手術室内でカンガルーケアを実施し、手術後から母子同室にし、動けない間はベビーが泣いたらすぐに訪室している。

- ・施設内で母乳育児支援の方針を統一

→助産師同士の共有が大事になってくる。知識や技術をもったスタッフから学ぶこと、マニュアル

ルを使用することなどが必要である。スタッフの考え方が異なることで困るのは母親である。(例:乳頭亀裂への対応としてすぐに保護器を使いたがる助産師もいる。)

- ・母子同室について

→看護職者の親切心で、産後の母親を休ませてあげたいと思うと、新生児を預かったり、ミルクを足したりということが生じている。新生児の預かりというサービスは、児にとってはどうなのかを検討する必要がある。母児同室でも異室でも、母親の熟睡時間は変わらないという研究もある。

- ・虫歯予防のために

→プラークを落とすことが大切である。歯みがき後なら母乳を与えても虫歯になりにくい。フッ素化合物をうまく利用するのもよい。

- ・他職種との母乳育児支援の方針の違い

→厚生労働省の母乳・授乳の支援ガイドや学術論文をベースにして、ディスカッションしてはどうか。

- ・母乳育児支援で大切な視点

→母親の意思が大切である

母親がリラックスできるような声かけ、自分を信じて母乳育児できるような声かけ  
母親が現状を理解できるような援助  
いつでも相談してもらえる関係性

### 6) 本学におけるWSの評価について

WSの終了後に、評価のためにアンケート調査を行った。

①対象：WS参加者のうち、30名より回答が得られた。職種は、助産師23名、看護師2名、保健師3名、歯科衛生士2名であった。

②WSへの参加動機：表5のように、母乳育児に関する関心が高かった。

表5 参加動機について

内容	件数
母乳育児について知りたかった	18
赤ちゃんにやさしい病院に興味があった	16
他施設との交流・情報交換	11
赤ちゃんの虫歯予防に興味があった	10
他職種との交流・情報交換	10

### ③活動報告について

ほぼ100%の参加者が、参考になった、とても参考になったと回答していた。それぞれの活動報告に対する意見・感想については、表6・7のとおりであった。

### ④WSに参加して良かったこと

他施設との情報交換ができた、BFHの取り組みが学べた、悩んでいたことについて具体的なケア方法が分かった等の意見が多かった(表8参照)。  
⑤自施設の課題解決の手がかりが得られたか  
かなり得られた7名、得られた22名、無回答1名であった。

表6 「郡上市民病院のあゆみ」についての意見感想

意見・感想
<ul style="list-style-type: none"> <li>・大規模な病院をよくぞ動かされました。素晴らしいと思います</li> <li>・認定までの過程を知ることができたので大変勉強になりました</li> <li>・良く似ている条件の病院だったので、とても参考になりました</li> <li>・取り組み始める前は、私の病院と同じような状況であったことが分かり、安心しました</li> <li>・認定をとるまでの努力が分かりました。職員の意識の統一が大切だと分かりました</li> <li>・歯科でもBFHについてもっと知ってもらいたいので、教育の中にも取り入れたいと思います</li> </ul>
(一部抜粋)

表7 「赤ちゃんの虫歯予防」についての意見・感想

意見・感想
<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門の方から、母乳を続けても(ケアをすれば)母乳が原因で虫歯にはならないと言っていたので、心強く思いました</li> <li>・母乳を飲んで虫歯にならないということ、根拠をもって説明できる自信ができました</li> <li>・虫歯についてよく聞かれるので、とても参考になりました</li> <li>・虫歯と母乳の関係についての講義は初めてだったので面白かったです</li> <li>・あまり知らないことだったので、今後産後のお母さんたちに伝えたいと思う</li> <li>・初めて知る内容が多く、参考になりました</li> <li>・赤ちゃんの虫歯について考えるきっかけになりました</li> <li>・説明がわかりやすく、お母さん方に自分が話してあげる時に参考になると思いました</li> <li>・わかりやすく説明していただきありがとうございました</li> <li>・専門の方からお話を聞いてとても良かったです</li> </ul>
(一部抜粋)

表8 WSに参加してよかったこと

内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他施設で少しずつ母乳育児の取りくみが始まっていたことに感激しました。</li> <li>・とても参考になりました</li> <li>・色々な病院の取り組みの現状を知ることができたこと</li> <li>・他の病院はどのように母乳のケアを行っているのかを知ることができた点</li> <li>・他病院のとりくみが分かりました。</li> <li>・他施設の取り組み、現状がわかり、参考になりました</li> <li>・他院の産褥期の様子がわかってよかった。</li> <li>・他院のアロマのことを聞くことが出来てよかった</li> <li>・初めてワークショップに参加したので、他の施設のことや自分では分からないことがたくさん分かって良かったです</li> <li>・BFH認定について知ることができた。</li> <li>・BFHまでにたどりつくまでの苦勞、進め方が分かってよかった</li> <li>・BFHのこだわりが知れた</li> <li>・BFHの取り組みについて深く学ぶことができ、勉強になりました</li> <li>・添い寝時の、添え乳と虫歯との関連性がわかって良かったです</li> <li>・乳汁分泌不十分な方へのアプローチについて考えさせられました</li> <li>・妊娠・産褥期の関わりばかりに目がいていたが、助産所のスタッフ、保健師と交流することで、離乳までの間、継続して関わっていかねばいけないことに気付けた</li> <li>・当院ではほど遠いが、自分なりに出来ることを頑張っていこうと思いました</li> <li>・がんばる元気をもらいました</li> <li>・やはり、人の意見をきくことは大切です。明日からの活力になります</li> <li>・他院の方法、歯のことについて勉強になった</li> <li>・虫歯予防の話は実践的で大変参考になりました</li> </ul>

#### IV. まとめ

“地域を限定したA市におけるWS”と“本学における全県的なWS”において、所属、職種を越えた母乳育児支援のあり方、課題について概ね検討することができたと考えられる。今年度、共同研究者に歯科衛生士を迎えたことは、歯科領域の最新の知識が得られただけでなく、母乳育児に関する他職種の視点を理解することにつながった。

そして、赤ちゃんの虫歯予防に限らず、さまざまなライフステージにある対象者への歯科衛生に関する本学の教育内容を見直すきっかけにもなり有意義であった。

今後は、齲歯に注意しながら、母親が望むだけの期間、安心して母乳育児を続けていけるように、母親向けの教材を開発したい。

「看護実践の方法として改善できたこと、変化したこと」

A市におけるWS:同じ地域で同じ対象に関わる専門職者どうしが日頃、感じていた疑問や課題を出し合って、対応の方針について確認しあうことができた。地域と施設の学習の機会となっており、両者の連携の強化につながっている。

本学におけるWS:アンケートによると、ほぼ100%の者が自施設の課題解決に向けての手がかりを得られたと回答している。また具体的なケアの方法が分かったという意見がみられているが、参加者が所属する施設のその後の改善状況までは確認できていない。

「現地側看護職者の受け止めや認識」

A市におけるWSについて:助産師からは“施設にいる自分たちに聞こえてこない声がきけてよかった”“今後は、院内での他部署と母乳育児支援について交流したい”との意見があった。保健師はこのWSを新任期にある保健師の研修の機会としてもとらえており、疑問を解決したり、互いの指導内容を確認する学習の機会になっており地域と施設との連携強化になっている。

本学におけるWSについて:BFH認定施設は、赤ちゃんにやさしい病院を推進していく役割を担っている。WSでの活動報告、そしてグループディスカッションの中で、その役割を果たしている。ワークショップでは他施設の看護職員と交流がもてるので、岐阜県全体の様子がつかめる場でもある。岐阜県内では、BFHに認定されていない施設の中においても、お母さんと赤ちゃんにやさしいケアをたとえ一人の力でも、まずできることから始めてみようという取り組みをしている看護職者の存在に気付くことができる。WSは、施設の枠を超え、お互いの努力を認め合い、エンパワーメントする場となっている。

歯科衛生士からは“歯科ではBFHの取り組みについて知識が乏しかったので深く学ぶことができ勉強になった。今後は歯科においても「母乳と齲蝕」について改めて啓蒙活動が必要だと思った。”

との意見があった。

「本学教員が関わったことの意味」

WSには、助産師および保健師である本学の教員が関わるようにして、それぞれの職種の立場、視点、価値観に配慮して、多職種が交流し、意見交換しやすい雰囲気を作り、WSの効果が高まるようにした。前年度のWSのアンケート結果をもとに、母乳育児支援に関わる専門職者の生涯学習のニーズにそった内容、開催時期、方法になるように企画できたと思われる。この取り組みについては、育児支援の視点で助産概論でも取り上げており、大学教育の充実にもつながっている。

「共同研究報告と討論の会での討議内容」

○帝王切開後の母乳育児について

→本人や家族が、帝王切開後痛いのにも母乳をやらなくてもよいと言うことがある。妊娠中からの動機づけが必要だと思う。BHFに認定されている病院の取り組みでは、帝王切開で閉腹しながら手術室でカンガルーケアし、直接母乳をしている。帰室後、母親としては“母乳をあげなくては”という気負いはなく、自然に母乳育児に入っていくことができているように感じる。

○歯のケア

→妊娠中からの歯のケアの重要性は、母親学級でインフォメーションしていく必要がある。子どもの歯についても、妊娠中からが大切である。→妊娠前から歯の治療をしておくことが大切であるが、一般の方にはそういった情報が届きにくいという現状がある。情報を発信していくことも大事である。

→フッ化物の塗布、フッ化物配合歯磨剤の使用については、歯牙が萌出しかつブクブクうがいができるようになった時期から行うのがのぞましい。それ以前の応用は、口腔内に残留しないための工夫(塗布した後に拭うなど)が必要である。また、授乳後の歯磨きは眠気などから困難なことも多いので、授乳前に口腔清掃を行うなどの工夫があってもよい。

→歯周病は切迫早産・低体重児出産のリスクになる。歯周病による慢性炎症により、炎症性物質(サイトカインやプロスタグランジン)などの産生が増大し、早期に子宮収縮が引き起こされるリスクが高まる。歯周病は感染症なので、口腔内のプラークコントロール(細菌コントロール)が最も重要である。

→妊娠中、つわりによって口腔清掃が困難な時期

にも、可能な限り口腔清掃を行うのが望ましい。吐き気があるのであれば、歯磨剤の使用を中止して、歯ブラシのみでのブラッシングをおこなう、もしくはうがいだけでも行うなど、状況に応じて対応する。また、殺菌剤（CPC:塩化セチルピリジニウムやグルコン酸クロルヘキシジンなど）が配合された洗口剤の使用も効果的である。洗口剤の効果的な使用法は、自浄作用が低下する就寝時の前に、口腔内の器械的清掃を行い、その後洗口剤を口に含んで20秒から30秒ほどブクブクうがいを行った後、歯ブラシで全体的に軽く歯の表面を刷掃するとよい。

#### ○退院後の支援の時期

→赤ちゃん訪問は、専門職ではなく、先輩ママによるものである。どちらかというと市で行っている行事の情報提供が目的になっている。訪問時期に関しても、4カ月になるとリズムができてきて、母乳の相談がでることは少ない。最も大変な1カ月～2カ月の時期に支援がないと感じている。

#### <引用文献>

- 1) UNICEF/WHO: Breastfeeding Management and Promotion in a Baby-Friendly Hospital an 18-hour course for maternity staff, 1993, 橋本武夫監訳, 日本ラクテーション・コンサルタント協会翻訳, UNICEF/WHO 母乳育児支援ガイド, 第1版; 6-8, 医学書院, 2003.
- 2) 厚生労働省: 平成 17 年乳幼児栄養調査, 2008-10-30, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/06/h0629-1.html>
- 3) 厚生労働省: 健やか親子 21 別表 各課題の取組の目標 (2010 年まで), 2008-10-30, <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/mokuhyou4.html>
- 4) 前掲 2).



# ブラジル籍児童の健康課題解決に向けての取り組み

松本訓枝 鈴木里美 西田倫子 (大学) 山下啓子 平林里美 (各務原市立緑苑小学校)

## I. 目的

現在、外国人労働者の健康問題が大きくクローズアップされ<sup>1)</sup>、岐阜県は外国人登録者の多い一都道府県にあげられ、国籍別ではブラジル人が最も多い<sup>註1)</sup>。こうした状況下において、学校教育では外国人労働者の子ども達の健康問題の把握と解決が重要な位置づけを有し始めている。本研究の対象であるブラジル籍児童にとって、ブラジル本国と日本との生活習慣、文化環境の相違は大きい。例えば、ブラジルの食生活においてコカ・コーラをお茶代わりに飲むことは日常であり、健康課題を抱えていたとしても、それを表現する方法がわからないブラジル籍児童もいる。こうした現状にあって本研究では、ブラジル籍児童の生活実態調査から健康課題を明らかにし、その健康課題を解決するプログラムを作成し実践することにより、より良い支援策を追究することを目的とする。

## II. 方法

### 1. 「生活実態調査」の実施

#### 1) 調査方法

岐阜県のT市において、ブラジル籍児童数が最も多いA小学校の日本語指導教室<sup>註2)</sup>に通っているブラジル籍児童12名(男子児童5名、女子児童7名)を対象に、本学教員が1児童につき約30～45分の面接によって「生活実態調査」を実施した。その際には、1年生児童は日本語を理解することに困難が大きいため調査対象から除外することとした。加えて、児童の健康課題を家庭生活を含め多面的に把握するために、児童の保護者13名(父親3名、母親10名)を対象に質問紙により「生活実態調査」を実施した。

本研究の「生活実態調査」の結果と考察、及び健康課題解決に向けたプログラムの評価<sup>註3)</sup>には、本学教員のA小学校日本語指導教室における参与観察(13回)のデータが一部含まれている。参与観察は、授業補助をしながら、児童の健康課題の把握を軸に進めていった。

#### 2) 調査期間

児童を対象とした調査を2009年7月8日～13日に、保護者対象の調査を2009年7月8日～24日<sup>註4)</sup>に実施し、参与観察については2009年5月15日～2010年2月10日の間に行った。

## 2. 健康課題解決に向けたプログラムの実施

生活実態調査により得られた健康課題を解決するために、保健指導、日本食のお弁当作り、学級通信の発行に取り組み、その効果と課題を検討した。

## 3. 本研究の協働の実際

本研究では、学校長の了解のもとに、現地側共同研究者と本研究の目的と方法について計画立案の段階、生活実態調査の結果から今後の支援策の検討の段階で、共同研究者全員が介して会合を持ち、それぞれの立場からの意見交流を重ねた。とりわけブラジル籍児童の健康課題解決への取り組みを具体化する際には、必要に応じ話し合いの場を設定し、生活実態調査の結果と日本語指導教室の教員、養護教諭の捉えているブラジル籍児童の健康課題を加味し、ブラジル籍児童の健康課題解決の方法を検討し合い、本学教員と現地側共同研究者が協働し本取り組みを進めた。

## 4. 倫理的配慮

本研究では、対象となるブラジル籍児童の保護者に本研究の目的と方法をポルトガル語に翻訳された説明書をもとに説明し、研究への協力は自由意思であること、調査に協力しないことによる不利益は一切ないこと、回答結果が児童の成績評価に影響しないことを合わせて説明した。そして、本研究への同意・協力の得られた保護者、及びその保護者の児童のみを対象とした。本研究への協力の得られた保護者の児童には、本研究の目的と方法、研究に協力しないことによって一切の不利益は生じないことを児童の発達段階と日本語習得度に合わせて口頭で説明した。

本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を受けて行っている。

## 5. 調査対象者の特徴

1) 児童(12名、2年生:1名、3年生:5名、4年生:1名、5年生:1名、6年生:4名)

「日本とブラジルを行ったり来たり」している児童が3名、また、「ブラジルで生まれ渡日」した児童が8名であり、そのうち「1～3歳」での渡日が7名であった。

幼稚園・保育園の通園は、「有り」が9名、ブラジル人学校への通学は「有り」が8名であり、A小学校に入学する以前になんらかの学校種を経

ている児童が多い。

## 2) 保護者 (13名)

保護者の年齢は、30代が大半(父親7名、母親8名)である。保護者のブラジルでの職業(父親:農業経営2名、自営業2名、エンジニア2名、運転手1名、販売員1名、無職2名、無回答3名、母親:自営業2名、医療関係職1名、事務員1名、銀行員1名、工場労働者1名、無職6名、無回答1名)と「出稼ぎ」目的の渡日者がほぼ全員(12名)であることからして、本調査対象の保護者は経済的にあまり裕福な層ではないことがうかがい知られる。加えて、日本では、おおよそが工場労働者として働き、そのうち非正規雇用で働いている者(父親5名、母親8名)が大部分を占めている。

なお、保護者の日本語の能力については、「日本語がほとんど話せない」父親が3名、母親が2名、日本語が「ほとんど読めない」あるいは「まったく読めない」父親が6名、母親が5名であった。その中には、生活で困っていることとして、日本語での会話の難しさを一番にあげる保護者(児童Hの母、Iの母、Mの母)や日本語を学びたいという積極的姿勢はあるものの忙しくてなかなか時間を取ることができないとする保護者(児童Lの母)が見られた。

来日年数は、「5~10年未満」が5名、「10年以上20年未満」が7名、「無回答」1名であり、日本での滞在年数が長い保護者が多い。

日本への永住希望者は1名であり、日本に「数年滞在」することを希望する者が9名、「わからない」が3名であった。

## III. 結果

### 1. 「生活実態調査」の結果と考察

児童と保護者への調査から以下のことが見出されている。

1) 就寝時刻が遅い児童(午後10時半以降の就寝)が調査対象児童の半分を占め、孤食傾向にある児童(朝食を一人で食べている児童)が9名であり、朝食はパンと飲料水のみ傾向にあった。

就寝時刻が遅い理由には、夜遅くまでテレビの視聴をすることがあげられるが、なかには礼拝のため教会へ行き、帰宅時間が24時となる児童(児童I)も見られた。朝食時の孤食と食事内容の問題は、保護者が早朝から出勤、あるいは夜勤を終えて午前中は就寝しているため、児童がその場にあるものを食べていること(児童A、E、F、H、K)から生じていた。保護者の雇用体制のあり方が、少なからず子どもに影響を及ぼしていると考え

られる。

2) 排便を毎日している児童は2名であり、「週3~4日に1回の排便」(5名)が多い。

学校では、毎日の排便を習慣づけるように指導している。しかし、野菜を食べることを嫌う児童が多く(児童E、F、G、H、I、J、K)、食物繊維をあまり摂取していない。加えて、ブラジルでは油脂を使用した料理が多いことから、便秘傾向にある児童が多くなっているものと推察される。ただし、これについては、ブラジル人の身体の構造や働きにより毎日排便をしなくても良いとする説があり、今後の検討課題である。

3) 学校生活を「あまり楽しくない」とする児童が6名、「学校を欠席したいこと」があったとする児童が7名であり、学校環境に適応することができていない傾向がうかがえた。

上記に該当する児童は、身体的・精神的になんらかの兆候を示していた。これについては、ブラジルと日本の文化の相違、なかでも日本語能力の困難さもさることながら、それに付随してブラジルと日本とのコミュニケーションの方法の相違が大きく影響していると思われる。実際、日本人の友人がいる児童は、GさんとJさんの2名のみであった。このような中で、日本語指導教室は、ブラジル籍児童にとって安心できる空間、落ち着いて学習できる空間であり、日本語能力、原学級の授業内容において問題がない児童が、時折日本語指導教室で学習している光景も見られる。筆者らが初めての参与観察でA小学校の日本語指導教室に伺ったときの児童らの印象は、人なつっこい明るい笑顔と南国の雰囲気テンポの良さであった。そこには、初対面であるにもかかわらず、児童たちが筆者らを垣根なく迎え入れる体制が用意されていた。日本の学校にはない雰囲気がそこにはあり、そうした文化背景の相違について、ブラジル籍児童と日本の児童との間で交流する機会を設けていくことは、今後の課題であろう。

4) 健康保険未加入である保護者が3名(児童Dの保護者、児童Gの保護者、児童Jの保護者)であり、児童が医療機関を受診した際に全額を負担している例があった。

5) 保護者が医療機関において困ったこと(「有り」2名)では、日本語を理解することの困難や各種医療手続きに関する情報不足、医学用語が理解できないことがあげられていた。

健康保険に加入せずに医療機関を受診し、高額な代金を支払って驚いてしまう保護者、健康保険に加入していないために児童が風邪で高熱が出

たとしても病院に行くことはせずに対応する保護者(I)がいる。また、T市は個人病院が多く、症状によってどの病院、どの診療科に行けば良いかの判断が保護者にとっては難しい。こうした状況からして、彼/彼女らに日本の医療体制について知らせていくことが第一に必要である。さらに言えば、家族の日本語能力が低いために、児童が学校を欠席し病気の家族とともに病院へ出向いて日本語で通訳をしている例が見られており、ポルトガル語の通訳者の存在は、彼/彼女らが医療機関を受診する際の必要要件である。

本研究では、以上の5つの健康課題から、1)、2)、4)の健康課題の解決に焦点化し、1)については保健指導と学級通信の発行、2)については食物繊維摂取の大切さの観点から日本食のお弁当作り、4)については学級通信の発行による取り組みを行った。以下が、その内容である。

## 2. 健康課題解決への取り組み

### 1) 保健指導の実施

(2009年12月25日9:30~10:15、対象児童14名)  
題材名『はやね・はやおき・あさごはん』

#### ① ねらい

自分の体に興味関心を持ち、健康な体をつくるためには、早寝、早起き、朝食をすることが大切であることを知る。

#### ② 内容

生活実態調査からわかるように、児童は成長期に必要な不可欠な基本的な生活習慣が乱れがちとなっており、そのために身体症状を訴える子どもの生活リズム向上に向けた取り組みを養護教諭が中心となって行っていくことは、非常に意義のあることだと考える。そこで、授業(資料1)では一日の中で最も重要な食事として「朝ごはん」を取り上げ、児童が一日のスタートには栄養バランスの取れた朝ごはんが欠かせないということを理解し、よりよい食習慣を身につける機会とした。また、正しい生活習慣と望ましい食習慣を合わせて考えさせることで、児童が自分自身の生活を改善していこうとする意識を高め、早寝・早起き・朝食をすることを日常の生活に生かそうとする実践的な態度を培っていけるようにしたいと考えた。

本時では、児童が朝ごはんが一日の活動のエネルギー源になることを理解し、そのもとに朝ごはんをきちんと食べるためには、早寝・早起きが重要であることを関連づけて理解できるように指導した。対象の学級は異年齢の児童で編成されていること、児童の日本語の理解力を考慮しなけれ

ばならないことを踏まえ、指導の際には、児童たちの反応を常に確かめながら授業内容の理解を促していくこと、視角に訴える教材を使用する工夫を行った。

具体的にはブドウ糖の働きについて説明する際に、低学年の児童に理解しやすいように「ブドウ糖」を「元気の素」と称し、車で言えば「ガソリン」と似た役割を果たすことを例としてあげた。また、脳と肝臓の関係については、車がガソリンを使ってエンジンを動かしているのと同様であるという例えを用いながら、児童らがイメージしやすいように指導を展開した。このように、「ガソリン=元気の素」、「ガソリタンク=肝臓」「エンジン=脳」であることを連想させ、児童らの発達段階や日本語能力に合わせ、言葉より視覚に訴える教材を多用したり、ジェスチャーを巧みに使ったりすることで児童の理解を促し、興味・関心を引き出した。

### ③ 本実践の評価

表1に児童の保健指導後の感想を一部掲載している。本授業では、児童が体の名称(心臓、肝臓、脳など)を容易に理解できるように視覚的な教材を多く用意した。授業を受ける児童の熱い視線を感じながら、授業者はゆっくり教材を使いながら進めた。本時でキーワードとなる言葉については、日本語の学習になるため黒板に提示した。こうした工夫により、児童は自分自身の体に対する興味関心が高まったと考えられる。また、児童は本授業のねらいとする自らの健康課題について気づくことができ、本時のねらいを達成することができた。ただし、児童は本授業により早寝・早起きをし、朝ごはんを食べることの大切さを十分に理解してはいるが、参与観察で児童に関わると、そのことを実践に移すまでには至っていないこと(児童F、K、M)がうかがえた。今後は、「はやね・はやおき・あさごはん」を毎日の生活で実践できるように働きかけていく工夫が必要である。

表1 保健指導後の児童の感想

いつもテレビをおそくまでみてたけどおそくまでみないようにします。(児童A)
ぼくは、あさごはんのことをそんなにたいせつだともいっていませんでした。よくせつめいがわかりやすかったので ちゃんとききました。ぼくはこれからもあさごはんをきちんと食べてからだをよくしてぼくは、せいかつをきちんとします。(児童G)

朝ごはんはちゃんと食べないで、学校にくるとのうがよくはたらかないことがちゃんとわしくわかりました。私は朝ごはんがたべたくない時があつてたべないで学校へ来てしまいました。じゅぎょう中にすごくねむくなっておなかもすごくすいてのうがまったくはたらきませんでした。先生が私に何かをきくとねむくて、何をいつているかをまったくわかりませんでした。とてもくやしかったです。(児童J)

## 2) 日本食のお弁当作りの開催

### ① 目的

日本食のお弁当作りを行うことで、日本文化に親しんでもらうこと、栄養バランスを考え興味をもって作ってもらうことを目的とした。

### ② 内容

お弁当作りの開催は、2007年度からであり、本年度で3回目である。なお、参加者(表2)には、日本語指導教室に通級していないブラジル籍児童とその保護者が含まれている。

表2 お弁当作りの参加者と献立

参加者	母親16名、父親6名、児童18名 指導者：食生活改善協議会7名 指導補助：日本語指導教室教員3名、 通訳者1名
献立	野菜ロールのごまみそ焼き、ホウレン草と人参のごま和え、さつまいものバターいため、練乳厚焼き卵、ウインナーでチューリップ、リンゴのうさぎ

生活実態調査において、児童が便秘傾向にあったことから、日本語指導教室の教員が食材のさつまいもは食物繊維を多く含み便秘が解消されることを講話した。その後、献立(表2)と作り方をポルトガル語の通訳者を交えて説明し、6グループに分かれ食生活改善協議会のメンバーが調理指導にあたった。

調理手順は、ポルトガル語に翻訳し掲示されていたことから、保護者と児童は不明な点については随時確認することができた。食材には、栄養バランスを考えた野菜としてホウレン草や人参、さつまいもなどが活用され、ブラジル人の嗜好に合うよう厚焼き卵に練乳が使われていた。ブラジル籍児童は、ブラジル料理が揚げ物中心で日本のお弁当に比べて彩りが悪く、遠足などでお弁当を持っていくことへの引け目を感じていたため、食生活改善協議会のメンバーが検討し、リンゴのうさぎやウインナーでチューリップを形作る献立とし、出来上がった料理を彩りよく盛り付ける方法について伝えていた。

### ③ お弁当作りの感想

お弁当作り終了後の保護者の感想では、「味付けなど日本料理が学べた」「料理を美しく見せ美味しくでき興味深い」「野菜や果物を組み合わせ子どもが喜んで食べるよう創作的に作る」など日本料理への学びと関心が一番多く、なかには、「日

本料理は生活に不可欠な栄養がある」「家族の栄養を改善したい」などの意見もあった。日本食のお弁当作りをきっかけに「(今日の献立を)日々のメニューに加えたい」「(今日の献立を)子どもと一緒にやってみたい」「(日本食の)お弁当作りを実践していきたい」など日本料理への実践的志向性に関する内容もあげられていた。

お弁当作りへの参加を、「興味深く教育的でグループで楽しめた」「授業は生産的で気に入った」と肯定的に受け止め、「これからも参加していきたい」という前向きな姿勢が見られている。

日本語指導教室の教員は、ブラジル籍児童が本取り組みの献立をもとに保護者が作ったお弁当を運動会や遠足のときに持参するようになったことに本実践の効果を感じている。また、このお弁当作りをきっかけに保護者が参観日に出席することが多くなり、ブラジル籍児童の保護者と学校との距離が少しずつ近くなってきているという点においても、本実践の意義を感じている。

### ④ 本実践の評価

食生活改善協議会のメンバーが、日本食のお弁当作りの初回(2007年度)から協力している。献立は、ブラジルへ帰国後に作ることができるように日本料理の味付けを少し変え、ブラジル籍児童と保護者の嗜好に合わせたものに工夫されていた。例えば、2008年度は、不況の中でブラジルに帰国する児童が多かったことから、食生活改善協議会のメンバーがブラジルで日本のことを思い出すことができるようにという願いをこめて、日本食の中でも日本を感じられる細巻きを献立に加えている。細巻きは、酢の量を少なくし少し甘めの味付けでチーズやソーセージを入れ、大変好評であったようである。こうした食生活改善協議会のメンバーの細やかな工夫と努力によって、今年3回目となるお弁当作りも盛況に終わることができている。

保護者のお弁当作りの感想からは、日本料理の味付けの仕方、肉だけでなく野菜や果物を組み合わせること、彩りよい盛りつけ方など、日本料理への学びと関心が広がり、日本文化への親近感が得られたことがうかがえる。ブラジル籍児童の保護者と学校との距離が近づくお弁当作りの効果は大きい。しかし、便秘傾向の児童が多いため食物繊維を摂取することの大切さを伝えたが、保護者からの栄養に関する感想は少なく、栄養バランスを考えた食事作りへの認識は低かった。今後は、保護者と児童が毎日の食事や栄養バランスについて考えていくことができるよう、食生活改善協

議会と連携し、食生活への関心を一層高めていく働きかけが必要である。

### 3) 学級通信による健康的な生活への啓発

#### ① 目的

日本語指導教室の教員が、ポルトガル語に翻訳された通信を生活実態調査で浮かび上がった課題を中心に健康的な生活を送ることの大切さを伝えることをねらいに発行した。

#### ② 内容

早く就寝することの大切さについては、睡眠時間と成績との相関関係を示すデータから適度な睡眠を取ることで精神の安定が図られる効果があることなどを最近の研究知見をもとにわかりやすく伝えることを心がけた。保健指導(『はやね・はやおき・あさごはん』)実施後には、朝食を菓子パンと飲料水のみとするのではなく、その際に果物や野菜を少しでも食べることの大切さを伝えた。

また、健康保険未加入者には、役所で申請手続きをすることで小学校卒業時まで医療費が無料になることを再三に渡って伝えるよう努力した。

#### ③ 本実践の評価

健康保険未加入者がいたことに見られるように、日本の医療制度に関する知識を持っていない保護者が多いので、生活に必要な最低限の医療知識についてさらに伝えていくことが求められる。そして、長期的視点に立ち、継続的に健康に生活することの大切さについて、その根拠をわかりやすく伝えるように工夫したい。それは、保健指導、日本食のお弁当作りにおいても同様である。

## IV. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

ブラジル籍児童とその保護者を対象に生活実態調査を実施したことで、家庭の実態を知ることができた。それにより、健康保険未加入の家庭に対して、健康保険に加入するように働きかけることが可能となった。また、日本語指導教室では日頃から児童に「はやね・はやおき・あさごはん」の大切さを話し、児童がその大切さについて、意識化できるように心がけた。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

現地側共同研究者は、本研究を始める当初からブラジル籍児童及び外国籍児童の健康課題は、今後岐阜県全体の課題となり、なんらかの対応を講じる必要があるという強い問題意識を持っていた。そのため、本研究は現地側共同研究者とともに、常に協議しながら進めることができた。また、

本学教員が日本語指導教室における参与観察によりブラジル籍児童の意味世界を知ろうとした姿勢、本学教員の児童やその保護者の置かれている状況を少しでも改善したいとする姿勢が、日本語指導教室の教員や養護教諭に少しずつ伝わり、本研究を現地側共同研究者と本学教員がともに協働して行っていこうとする方向に進めることができた。

### 3. 本学教員がかかわったことの意義

本学教員が、第一に現場の実態、課題を知ろうとしたこと、その実態と課題をもとに児童の健康課題を解決する方法を現地側共同研究者とともに幾度も考え合ったこと、これらのことが現地側共同研究者と本学教員がともに本研究を推進する大きな原動力となった。本研究は、日本語指導教室の教員、養護教諭、本学教員といった専門分野が異なる多職種の方が関わることで複眼的な視点から進めることが可能となった。来年度も本研究を継続することで、ブラジル籍児童の健康課題解決への糸口が少しでも見出されていくのではないかと期待、見通しを持つことができた。

## V. 共同研究報告と討論の会における討議内容

(健康保険の未加入について)

・私が養護教諭として勤務している町では、外国人の健康保険未加入などの医療機関受診時の問題に対して、学校から教育委員会に発信し行政に働きかけて、ポルトガル語の翻訳文書を準備した。保護者が日本語が話せないため児童が日本語の通訳をすることが多いが、医療に関係したことに児童が関わるのは難しく、教師が関わっている。

(児童の精神的ケアについて)

・日本語能力に困難のある児童にとって学校生活は、一日中ストレスフルであるため、日本語指導教室の役割は大きい。しかし、児童に何か問題が発生したときに保護者との間に言葉の壁があり、タイムリーに伝えられないことがある。

(児童の便秘傾向について)

・日本語能力に困難がある環境の中で、ストレスから便秘気味になっていることが考えられる。

(今後の課題)

・ブラジルの文化を尊重しつつ、児童がどのように日本に適応していくのかが課題だ。  
・児童が生きる力を育成できるように導いていくこと、児童が日本とブラジルの食生活や生活習慣の違いを理解していくことも必要である。

註1) 岐阜県は、外国人登録者数が全国で9番目に多く

(2007年)<sup>2)</sup>、2009年2月末現在の国籍別ではブラジル人が19,285人(34.5%)と最も多い<sup>3)</sup>。

註2) A小学校は、T市の東部の緑が豊かな閑静な住宅地の一角に位置している。A小学校の2009年4月現在のブラジル籍児童数は39名であり、これは全児童数の11.2%を占めている。日本語習得を目的とした日本語指導教室には、原学級を離れ、国語と算数の授業を受けるために、ブラジル籍児童のうち約半数の18名が通級している。

註3) 生活実態調査の結果と考察、健康課題解決に向けたプログラムの評価においては、調査対象の児童をA～Mで示し、例えば、考察の際に該当児童には(児童A)、該当保護者には(児童Aの母)と表記する。なお、児童Dと児童Mの保護者への質問紙調査は実施

したが、児童の面接調査は実施していない。

註4) 保健者対象の調査は、7月下旬の時点で回収率が低率であったため、日本語指導教室の教員が調査への協力を通信により保護者に働きかけ、最終の調査票回収は9月15日となった。

## 文献

- 1) 田代麻里江, 畔柳良江: 2003年度長野県外国人検診受診者の健康状態と生活習慣, 長野県看護大学紀要, 7;41-50, 2005.
- 2) 法務省入国管理局: 在留外国人統計 平成20年版, 9, 2008.
- 3) 岐阜県国際課ホームページ, 2009-5-8, gifu.lg.jp/pref/s11129/kokusai/center.htm

## 指導計画(展開)

	学習活動	予想される児童の反応	指導・援助
導入	1. まさるくんの元気がない原因を考える。	まさるくんの元気がないのは、「体調が悪いから」「しっかり寝ていないから」「朝ごはんを食べていないから」	・朝ごはんを食べないことで、活動力が低下し、から「 <small>（日本語）</small> 」こりやすくなること 資料1
	2. 今までの自らの生活から、まさるくんと同じような経験をしたことはないか振り返る。	朝ごはんを食べずに学校に来ると「からだに力が入らなかった」「おなかが鳴って集中できない」「朝ごはんを食べてきた日の方が体調が良い」	・まさるくんの生活と自身の生活とを比較し、自身の生活の改善点に気付かせる。
展開	3. 課題をつかむ。	朝ごはんの大切さを知ろう。	
	4. からだの中がどうなっているかを知る。 ・臓器がどんな役割を果たしているかがわかり、自らの体内で実際に動いていることを体感する。体感できない臓器もからだの中で大事な働きをしていることを知る。	からだの中では、「心臓がドクドク言ってるよ」「吸ったり吐いたりすると胸が上がり下がりする」「脳は、何をしているときでも頭の中で動いているんだな」	・からだのモデルを用いる。
	5. 肝臓と脳の関係性を理解する。 ☆脳は常に動いており、食べ物「元気の素」に変わって肝臓に貯められた後、活動のエネルギーとして脳に使われて無くなることを理解する。	「ガソリンがエンジンに使われて車は動く」「ガソリンがないと車は動けないね」「人間も車と同じだね」	・車のモデルを用いる。 ・車はどのようなしくみで動いているかを考えさせる。車にとってのガソリンは元気の素、ガソリタンクは肝臓、エンジンは脳というたとえを用いて理解を促す。 ・まさるくんの生活の何がいけなかったのか、振り返らせる。
	6. 朝ごはんがなぜ大切なのかがわかる。 ☆朝ごはんをきちんと食べないと、肝臓に蓄えられる元気の素が不足し、脳に十分なエネルギーが供給されないため、活動する力が低下することを理解する。	「朝ごはんをきちんと食べるためには、早く起きることが大切」「早く起きるためには、早く寝ることが大切」 「朝ごはんはからだのガソリンになるので、絶対に食べようと思ったよ」「僕は朝起きるのが遅いので、なかなか朝ごはんが食べられないことがわかったよ」	・「朝ごはんを食べたら、今よりもっとからだは元気になるよ」と、朝ごはんの効果をアピールする。 ・もし、家族や友達に、夜に外出すること、テレビを見ることを誘われたとしても、誘いを断り、早寝することが大切であると理解させる。
	7. 朝ごはんを食べるために早寝・早起きをすることが大切なりズムであることが理解できる。		
まとめ	8. 本時の学習のまとめをする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝ごはんは一日を元気に過ごすために、とても大切である。</li> <li>・朝ごはんをきちんと食べるためには、早く起きることが大切である。そのためには、早く寝ることが大切である。</li> </ul>	

# 養護教諭の行う効果的な健康相談活動の追究

西田倫子 松本訓枝（大学）日比薫（垂井町立北中学校）野々村ひとみ（池田町立池田中学校）  
鈴木歌子（大垣市立南中学校）世一和子（大垣市立西部中学校）阪野きよみ（岐阜大学附属中学校）  
栗田陽子（関ヶ原町立関ヶ原中学校）安江有希奈（海津市立日新中学校）

## I. 研究の目的

中学校の保健室には、体調不良をはじめ無力感・悲哀感・自信喪失等、不安定な心理状態を訴えて大勢の生徒が来室している。これらの生徒に関わるなかで生徒の不適用行動や対人関係のトラブル等が、過去の経験をネガティブに受け取り、それにより形成された特有の思い込みや考え（認知）が誘因となって引き起こされているのではないかと感じることが多い。こうした生徒の課題に対して、認知の変容を図ることができれば、生徒の不安定な心理状態は改善され、安定した生活を送ることができるのではないと思われる。

そこで、本研究では、1事例を通してネガティブな認知がどのようなプロセスでポジティブな認知に変容するのかを養護教諭の相談活動の記録から明らかにし、養護教諭の行う効果的な健康相談活動のあり方を追究した。

## II. 研究の方法

ネガティブな認知により、保健室への来室を繰り返す女子生徒A生徒の事例について、Beck (1964)<sup>1)</sup>の「問題行動は個人の生育史の中で形成された固定的な思い込みに従って判断された偏った思い込みによって引き起こされる」とする認知理論と、認知

### 事例の概要 A：中学3年

1・2年生の頃は、近隣の中学校に在籍していたが、不登校傾向にあり、母親に無理矢理登校させられるという状況の中で、保健室登校や別室登校をしていた。A生徒は転校希望を抱いていたが、転校したいというA生徒の思いを両親が受け入れられず、転校は実現できなかった。しかし、3年生に進級する4月、本校に転校してきた。大人に対する不信感が強く、仲間と関わる経験も少なかった。4月中旬から頭痛を訴え、保健室に頻回に来室するようになった。

行動アプローチの大きな原動力になっているBandura (1977)<sup>2)</sup>の自己効力感を高めるためのアプローチに基づいて分析することとした。

対象生徒A生徒の事例の概要は次の通りである。

こうした状況にあり、保健室に頻回に来室する女子生徒Aへの援助実践の記録を、A生徒の行動や言動を認知の点から整理し考察した。その際に、A生徒の行動や発言に大きな変容がみられた次の2段階で捉えた。

### 1期：つかむ

（身体症状を訴えるA生徒への対応と、信頼関係の形成を行った時期。A生徒の認知のかたよりを確認した時期）

### 2期：条件を整え、関わりを深める

（アセスメントの結果をもとにA生徒との関わりを深め、認知の変容と行動の変化がみられるようになった時期）

## III. 倫理的配慮

研究の対象とする個人が擁護されるように、学校名・個人名が特定されないように配慮した。援助実践の記録を分析シートへ転記することで、研究の目的以外の個人情報流出を防ぐ配慮を行った。本研究を実施するにあたっては、学校長の承認を得た。また、本学研究倫理審査部会の承認を受けた。

## IV. 結果

### 1. 「1期：つかむ」

頭痛を訴えて保健室に来室するA生徒は養護教諭に対しての警戒心や大人に対する不信感がとれない状況（触られることをひどく嫌う）が続いた。転入後のA生徒の頑張りも伝えても、「先生は保健の先生だから。励まさないといけなからそう言うだけでしょ」と返し、怒りと敵意の表れだと思われる頭痛という身体症状を訴えた。

「自分はダメな人間だ」と感じる自己肯定感の低さや、「～に違いない。絶対に無理。私にできるはずがない」といった発言からは、思い込みの強さも伝わってきた。

様々な問題を抱えるA生徒であったが、対応の中で次のようなネガティブな認知が確認された。

- 1) 身体に関わることで、友人から疎外された経験により、誰も私には触れたくないと思いつている。
- 2) クラスの仲間の前で何か（発表等）をしなければならない時「上手く行かないのではないかと自分の失敗を予想し、その結果、緊張状態を自分で作り出している。仲間の前で何かをするという特定の条件の中でいつも浮かんでくる「失敗するかもしれない」という考えがA生徒の混乱を助長し、身体症状（頭痛）となって表れる。
- 3) 両親等から兄や妹と比較され、否定的評価をさ

れ「自分にはやれる力がない。できない自分は認められない。これから先も私は何もできない」という認知が生じていた。

こうしたネガティブな認知が、時にA生徒の元気を奪い、不適応行動の原因になっていた。

#### ◆A生徒のネガティブな認知の例

【理科室での授業】T:養護教諭

A:「グループの子がいるところに行って座ろうとしたら、それまで座っていた子が席を替わった。私と一緒に座りたくないから替わった。もう嫌だ。帰りたい」

T:「Aが来たからではなくて、別に理由があったんじゃないの」

A:「絶対私が行ったからだ。私は嫌われている。だから席を替わった。どうせ私なんて。何もうまくできないし。何もかも嫌。もう帰りたい」

心配して女子2人が保健室によったが、A生徒は無反応・無表情であった。

A:「本当に心配なんてしていない。誰も私のことなんて心配しない」

## 2. 「2期：条件を整え、関わりを深める」

Bandura (1977) <sup>2)</sup>によると、自己効力感とは自然発生的に生じるのではなく、体験・代理体験・言語的説得・情緒的喚起といった情報源を通じて、個人が自ら作り出していくものであり、自己効力感が高まるにつれてその人が課題をやり通す可能性が高まると言っている。

A生徒の事例では、この4つの情報源を意図して活用した。

体験・・・実際に自分で行き、成功体験をもつこと。  
代理体験・・・うまくやっている他人の行動を観察すること。モデリング。  
言語的説得・・・やればできるということを、他人から説得されること。  
情緒的喚起・・・生理的な反応の変化を体験する。

### 1) 代理体験

本校の放課後の保健室には大勢の生徒が来室する。A生徒も、欠席することは無くなったものの、放課後に来室することが増え、他の生徒同士の関わりの姿を見たり、会話を聞いたりする機会が増えた。そして、他の来室者がいても、避けることなく、リラックスした表情で保健室で過ごすようになった。そうした中で、A自身が保健室に来室する生徒と関わ

る場、場面が増えていった。

#### ◆代理体験の例

B生徒はクラスが違うが、A生徒のことを気にかけて、関わりを続けている生徒の一人である。A生徒もB生徒に良い印象を持っている。今回の体育大会では、B生徒が応援副団長をすることになり、第一回目の応援練習で、全校生徒を前に決意を語ることが決まっていた。

B:「先生、もうだめかもしれん」

T:「何があったの?」

B:「明日決意表明があるんだけど、失敗したらどうしようと思うとだめ。上手く言えなかったらどうしよう。失敗したらみんな笑うかなあ。私みんなの前で話すとき、いつも失敗するんじゃないかって思ってしまうんだよね。大丈夫って思えない。先生、大丈夫ってたくさん言って。」

T:「大丈夫。大丈夫。ちゃんと練習したんでしょ。」

B:「話すことは、ちゃんとメモしたし、たくさん練習したよ。上手く行くと何回も自分に言ってあげれば大丈夫だよ。なんでこんなに失敗するんじゃないかって思うんだろう・・・」

T:「Bは、自分のことよくわかっているね」

B:「だから、たくさん練習したり、みんなに大丈夫だよって言ってもらったり、上手くできた自分の姿を想像するの。そうすると、うまくできるかもしれないなあという気持ちになってくるの。上手く言えて、席に戻るとこまでイメージしておいたら大丈夫だね」

T:「とってもいい方法だと思うよ。ここで一度練習してみたら。みんな聞いてくれるよ」

A生徒と関わりを持ち始めた3人の女子生B生徒・C生徒・D生徒が来室し、彼女たちが教室とは違う一面を見せることがA生徒の緊張をとった。彼女らの姿が、A生徒が思い込んでいた姿とは別の姿であり、A生徒と同じように悩みをもっているということを知ったことが、彼女らとA生徒との関わりを増すことにつながった。

A生徒は真剣な表情で3人のやりとりをうかがい、3人もA生徒を上手く会話に引き込む機会を増やしていった。多くは語らないものの、尋ねられたことには答え、笑顔が出るようになった。

A生徒が一人になった際に、養護教諭が「A生徒にも、みんなと同じ事ができるよ」と言うと、「そうかなあ」という返事が返るようになった。また「私だけじゃなくて、誰もが失敗するかもしれないと思っているのだ」と言うようになり、考えも変化していった。



こうしたやりとりをするうちに、これまでは人前で発表することはかたくなに拒んでいたA生徒が、メモをつくり、先延ばしになっていた朝の会でのスピーチをすることができた。

## 2) 情緒的喚起

身体に関わることで、友人から疎外された経験から、人に触れられることを極端に嫌い、鳥肌がたつと言って不快な感情をあらわにしていたA生徒が、体育祭で「むかで競技」に参加した。

A生徒には、むかで競争は暴力的で人に自分が触れることは人を不快にさせる、自分にはできるはずがないというパターンができあがっていた。しかし、A生徒がモデルにしているC生徒から「汗もお互い様やで大丈夫」と言われ、保健室で腕を組み練習を行った。B生徒・C生徒・D生徒3人が次々A生徒に触れ腕を組んだが、A生徒は嫌がる様子はなく「腕を回してもらって、C生徒にぎゅっとされると嬉しかった」と話した。触られることが不快ではないという変化を体験したことが、その他の競技にも参加するというA生徒の行動変容につながった。

むかで競走は、A生徒も含めたクラス32人で取り組み、準優勝を勝ち取った。情緒的喚起によって生理的な変化を体験するとともに、自分も精一杯行ったことで準優勝という結果になったことで、A生徒のやればできることの最初のきっかけになり、達成感を感じることができた。

### ◆情緒的喚起による認知の変容例

A:「むかでの練習するときは、やっぱりすごく緊張する。やりたくないといつも最初に思う」

T:「でも参加して、練習しているよね」

A:「並び方を変えて練習することになった。Cちゃんが後ろになって声をかけてくれるので少し安心する。それに私が転んでも、誰も怒らへん」

T:「それもお互い様やね」

A:「うん」

T:「汗のことも、Aが前の人と組むことも気になっていない？」

A:「Cちゃんがお互い様って最初に言ってくれるし…」

## 3) 体験

理科の授業では、グループでの発表や個人発表があることから、A生徒は理科の授業で欠席が多かった。そのためノートまとめをして過ごす機会が増え

ていた。教科担任と連携し、まとめたノートを必ず教科担任に見せに行くことにさせ、その都度教科担任がプラスの評価で返した。教科担任からは、「ノートまとめの方法や考察の書き方が良い」と授業前に褒められ、成果がテスト結果にも反映されるようになってきた。実際に取り組んだ結果を、達成感として感じるすることができた。

A生徒は自分にもできるということを実感することが増えるにつれ、教室での理科の授業に参加する回数が増えていった。教室での授業に参加することを続けていった結果、最も苦手としていた理科室での授業にも参加できるようになった。A生徒は教室に復帰できた。

### ◆体験による認知の変容例

理科の時間、単元テストの誤答処理を行った。直したテストを見せるために並んでいたところ、後ろにいたEさんが、Aの得点を見たように感じた。Eさんがそれを男子に伝えたようで、こそこそ話が始まったということがあった。

A:「悲しい気持ちが湧いて、すぐに保健室に行きたかったけどぐっとこらえた。本当に私のテストの点数を見たかどうかわからないし。別のことを言っているだけかもしれないと思ったから。理科の先生に、直したのを見せたいと思ったので我慢できた」

T(養護教諭):「よくこらえたね」

A:「〇〇先生(理科の先生)から、解答用紙からAの頑張りが見えるよって言ってもらえた。嬉しかった」

## 4) 言語的説得

養護教諭は、来室の度に、A生徒が係の仕事や委員としての仕事を丁寧にやり切る姿は、委員長が認め頼りにしていること、A生徒の書く「クマの絵」がとてもかわいく、保健室に来室する生徒の間で「癒される」と好評であること、どんな発表の時も原稿を書いて練習していることなど、A生徒にはやりたいたいと思っていることを可能にする知識、やり通すための見通しが持てていることを繰り返し話した。

最初は養護教諭のこのような話に対して「絶対そんなこと無い」と答えていたA生徒が、「本当に？」と答えるようになった。A生徒との関わりができ始めた保健室に来室する女子生徒B生徒・C生徒・D生徒も養護教諭の発言を後押し、実際に自分たちが感じているA生徒の良さやできることを彼女らの言葉で伝えるようになった。

その結果、A生徒は進路についても前向きに考え

ることができるようになった。

#### ◆言語的説得の例

D 生徒は A 生徒とともに選択音楽に参加している。  
D:「先生、私は全然ピアノとか、わからへんで選択大変なんやよ。でも A ちゃんピアノ得意やで助けてもらっとる。すごくいろいろなこと知っとるよ。すごいよね。得意なことあるっていいなあ」

## V. 考察

### 【 1 期 】

・A 生徒の話を受容し傾聴していく過程で、A 生徒の訴える問題は他者との関わりによって発生しており、A 生徒が特有の捉え方をすることが原因なのではないかと思われた。これらは、A 生徒の中かなりの時間をかけてでき上がった思考のパターンや行動のスタイルであること、過去に経験してきたことが今も持続しそれが将来への行動にまで影響を与えていることが考えられた。

それは、Beck (1964) <sup>1)</sup> の言う「問題行動は、個人の生育史の中で形成された固定的な思い込みに従って判断された、かたよった思考様式によって引き起こされている」により説明できる。

この点を A 生徒自身に気付かせるために、考えや感情を得意な絵で表現させることで、かたよった思考様式への気付きを促した。また、養護教諭との会話を通して悩みを誘発した出来事を振り返り、客観的に A 生徒自身の捉え方のパターンをみるようにしたことも、A 生徒自身が理解を深めることにつながり、認知の変容を促したと言える。

### 【 2 期 】

2 期において、保健室等で仲間と共に問題に向き合ううちに A 生徒の認知が変化し、「〇〇に違いない」「絶対に～だ」という発言が減少した。他の生徒がいる状態であっても、保健室への放課後の来室ができるようになった。これは A 生徒にとって保健室が常にリラックスできる場になったと言える。

自らの認知を変えることと行動の変化を A 生徒自身が意識し、わずかな変化を自分で確認できるようになったことが効果的であった。

Bandura (1977) <sup>2)</sup> の理論に依拠して考えるのならば、保健室は、自己効力感を高めるための 4 つの情報源を上手く活用させるための機能を備えていると考える。また、そこに存在する養護教諭は、情報源を与える人や場面に対して、意図的に働きかけること、見届けることができたと考える。

4 つの情報源のうち、言語的説得から入ることが、認知を変容させるために効果的だと考えたが、肯定的評価を受ける機会が少なく「自分にはやれる力がない。認められていない」という認知をもってしまっていた A 生徒にはそれは逆効果で、言葉のみが上滑りする状況になった。情報源を無意識に与えるのではなく、本人の経験やこだわりを配慮して、何が効果的なのかを見極める必要があった。

A 生徒の場合は、リラックスできる保健室という場での代理体験が最も有効であった。A 生徒は代理体験を重ねることにより、「D ちゃんがやったようにすれば、私にもできるよね」といった発言が増え、D 生徒と同じように発表原稿を書き、保健室で練習する姿が見られた。

最初は養護教諭が情報源を与えていたが、自分にもできるという気持ちが高まるにつれ、同時にいくつかの情報源を A 生徒自身が自分で活用できるようになっていった。自分にもできるという気持ちが高まるようになると、それを足がかりに、情緒的喚起が高まり、体験が深まっていった。そして、最終的には「言語的説得」を受け入れられるようになったことが、A 生徒の認知の変容をもたらしたと言える。

「1 分遅れたら授業に行く意味がない」と言って欠席していた A 生徒が、「10 分遅れたけど、それでもいいか」と言って授業に行くという行動に変化してきた。将来に対しても前向きな考えをもつことができるようになり「ピアノが好き。ピアノを弾く自分が好き。将来は小さい子にピアノを教える仕事がしたい」と言えるようになってきた。

ネガティブな認知は、本人の知らないうちに生徒自身の内面で形成され、本人でさえ気付いていないことが多い。しかし一対一で関わることができ、心身の状況や変化を観察することができる養護教諭だからこそ、理解できる部分も多いと感じた。

健康相談活動において対象の心的要因や人間関係を明らかにすることは、効果的な対応を行う要である。健康相談活動を進めるにあたっては、子ども自身の特有の思いこみやネガティブな認知が介在していないかという視点をもって対応を進めることが適切な援助につながると言える。

A 生徒の事例にみられるように、相談活動を進める中で養護教諭が働きかけていることの多くが、生徒の認知や行動を変えることに効果を上げていると考えられる。それを勘や経験で行うのではなく、理論や原理に基づき他者に説明できるようにすることが、より適切な援助につながり、行動を変容させる健康相談活動になっていくと言える。

## VI. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今まで、現地側共同研究者の養護教諭達は保健室での自らの対応について事細かに記録を留めているものの、その記録から対応を振り返り、対応の成果と課題について考えることをしていなかった。そのため、いつまで経っても保健室での対応の有効性が明らかにされず、また、その有効性を他の教職員に伝えることができていなかった。そのことが、保健室での健康相談活動の価値を希薄なものにし、健康相談活動に対しての校内の協力も得られにくかった。しかし、本共同研究を行うことにより保健室での対応が子どもの認知の変容を促すために有効であることが明らかになるとともに、他の教職員に保健室の機能を生かした相談活動が有効であることを示すことができた。不適応行動の生徒の対応に悩む学校現場において、教職員のそれぞれの役割を活かした、生徒支援を行う上で、保健室の存在意義は高く評価された。したがって、今後の健康相談活動に対する校内の協力が得やすくなり、健康相談活動の益々の充実が期待される。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

本研究の目的である効果的な相談活動の追究は、全国の養護教諭の課題でもある。特に、中学校に勤務している養護教諭は、生徒のネガティブな認知が不適応行動等の問題行動に起因していることが多いのではないかと感じていた。

本研究の共同研究者である養護教諭達も日頃からネガティブな認知を抱えている生徒に対する対応に苦慮しており、本研究に参加することを大変喜んでいました。また、研究を進めるに当たっても常に共感が得られスムーズに研究が進められた。一方で、認知に焦点を当てた取り組みだけに養護教諭自身が生徒の認知をどのように捉えるのかが大きな課題となった。しかし、共同研究者である養護教諭達の豊富な経験に基づいた意見交流により、生徒の認知をどのように受け止めたら良いのかを十分に検討することができた。しかし、その際には養護教諭自身の特有の認知の歪みについて気づかされることもあった。大学の教員からの助言は、養護教諭が日頃長年の勘と感性で生徒を理解してきたことを言語化する機会となり、生徒の認知の捉え方の偏りに気づくことにもつながった。

### 3. 本学〈本学教員〉がかかわったことの意義

共同研究者である養護教諭達は、保健室で生徒の話を傾聴する過程で、生徒の過去の体験に対するネ

ガティブな受け取り方に問題があり、彼らのそうした“思い込み”によって不安定な状態が引き起こされているケースがあると考えていた。そして、ネガティブな“思い込み”（認知）をポジティブな認知に修正しようと積極的に相談活動を進めていた。しかし、具体的にどのような相談活動を行うことで効果が得られたのかについては共同研究者である養護教諭達は明確にわかっておらず、成果のあった相談活動の事例を他の事例に活かすことができないでいた。そこで本研究では、成果のあった事例の相談場面の記録から、生徒の認知の変容を促したと思われる養護教諭の言動に焦点化し、生徒のネガティブな認知をポジティブな認知に変容するために有効であった養護教諭の働きかけを抽出した。抽出された働きかけがなぜ、生徒の認知を変えたのか根拠を明確にするために認知理論のいくつかを紹介した。

今日、養護教諭の実践にも Evidence-Based が求められているなかで、本研究に大学の教員がかかわったことにより、日々の健康相談活動での実践を理論的に説明することができたと考える。

尚、本研究は、第6回日本健康相談活動学会で一般口演を行った。そこでは、参加者から次のような意見が出た。

- ・子どもの認知の変容を図るという養護教諭の関わりは、現在保健室で関わる生徒を見ていると必要なことだと感じている。生徒の健康相談活動の記録から気になる認知を拾い出すという方法だったが、明らかに認知が変化したということを把握するための科学的な捉えがあると良いのではないかと感じた。Rosenbergの「自尊心の項目」で調査してみると、認知の変容が科学的に捉えられるのではないかと感じた。
- ・代理体験が最も効果があったということで、保健室の機能が十分に働いていると感じた。
- ・生徒の課題に対して支援を考える際、過去の状況等を考えて支援を考えてしまうが、それでは今の生徒の課題を解決することになっていないのではないかと感じている。それよりも今の生徒の状況を捉え、今の生徒に働きかけることが重要だと感じた。認知に働きかけるということは、今の生徒に関わることであり、生徒自身が自分で変化を感じていけるので良いと思った。
- ・生徒が自分の状況を捉えて変容していくという点で、〈グリーンセラピー〉を用いることもできる。代理体験、モデリングのプロセスでは、養護教諭が直接介入するのではなく、生徒同士が関わっているのが、ピアカウンセリングとも言えると感じた。方法はいろいろあるが、大切なことは生徒の

認知を変えることであり、どのようにして生徒の課題を解決していくことができるのかだと思う。理論や根拠をもって健康相談活動を進めていけるように、方法等について養護教諭が知識をもつことも大切だと感じた。

- ・認知の変容を確認する方法として、記録から単語を拾い「カテゴリー別」に分け、因子分析してみてもどうか。

## Ⅶ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

(テーマ)

児童生徒の認知に関わる課題とその対応について

- ・児童生徒が、どのような認知をもっているのかをつかむということが大切になるが、子どもに関わる養護教諭がどのように捉えるかという点がポイントになると思われる。
- ・養護教諭自身が、どのような認知をもっているかということも大切である。生徒に関わる養護教諭に、自分自身の認知について確認してもらうことも大切だと言える。
- ・先日の講演で「生徒の環境に眼を向けると問題を解決することが難しくなるが、本人を見て、本人に働きかければ、問題は改善する」と聞いた。生徒の認知に働きかけることは、生徒が自分のこととして捉え、自分で変化を感じることができるので、意味があると感じている。生徒の認知への働きかけは、中学校という限られた期間、時間の中での関わりを考えると必要なことだと感じた。
- ・このような対応を考えていくと、連携ということが必要になる。保健室は、教育の場であるということ発信していくことも必要であり、それが対応にもつながっていく。発信に際しては、根拠をもった発信が必要になるため、理論づけも必要だと言える。
- ・連携ということで考えるなら、養護教諭自身が、幅の広い知識をもち、学校全体に広げる働きかけができると良い。
- ・メンタルな面への対応は、子どもたちに関わる養護教諭自身に、対応の根拠がほしい。認知という点で考えることで、根拠になるものを養護教諭自身が学ぶことにもなる。
- ・健康相談活動を進めるうえで、心身の相関については十分に見極めてから進めたい。それと併せて子どもの認知について見ることが子どもをつかむことにつながっていく。
- ・養護教諭は一人一人に十分に関わることができるので、生徒の認知や行動の変化を待てる関わりができると感じている。担任は「早くなんとかした

い」という気持ちが先立ち、行動のみを変化させようとする。しかし、行動が変化するプロセスには、子どもの考え方が大きく関わっているということを考えていない。生徒の思いこみやネガティブな考え方（認知）について、養護教諭から担任側に発信していくことが期待される。

## 参考文献

- 1) ベック, 大野裕訳: 認知療法, 岩崎学術出版社, 1990.
- 2) アルバート・バンデューラ, 本明寛監訳: 激動社会の中の自己効力, 金子書房, 1997.

# ハイリスク妊産婦のケアの質の向上のための検討

谷口通英 服部律子 田辺満子 名和文香 宮本麻記子 武田順子 布原佳奈 (大学)  
川瀬美穂 大野真 堀真由美 土本さやか 下林久美 山田三枝  
佐藤泰昌 寺澤恵子 (岐阜県総合医療センター・4階東病棟)

## I. はじめに

A病院の産科病棟は、母体胎児集中治療(MFICU)を有する病棟であり、ハイリスク妊産婦が病床の約半数を占める。ハイリスク妊産婦へのケアは治療を中心としたものとなりやすく、出産前教育やケアに関してはなおざりになる傾向がある。また助産師の臨床判断や経験によって内容に差が見られている。ケアの質を向上させるためにも、当病棟に即したケアガイドラインを作成し、導入していく必要がある。そこで本研究の目的は、ハイリスクの中で最も多くみられる切迫早産妊婦のケアガイドライン作成のための前段階として、現状調査を実施し、ケアガイドライン作成の検討をすることである。

## II. 方法

### 1. 対象

A病院産科病棟助産師 25名

### 2. 研究期間

平成21年10月～平成22年3月

### 3. 研究方法

紙面調査とグループインタビューで現状調査を行った。

#### 1) 紙面調査

対象に無記名式アンケート用紙を配布し、回収箱を用いて回収した。

調査内容は切迫早産妊婦の看護計画の内容、分娩前教育を含む保健指導の内容と実施する時期、切迫早産妊婦へのケアや保健指導で困難と思っている内容についてである。

#### 2) グループインタビュー

新人助産師(0～3年目)、中堅助産師(4～9年目)、熟練助産師(10年以上)の3グループに分かれて行った。グループインタビューに関しては率直な意見を引き出すため、大学教員が司会進行を務めた。

インタビュー内容は紙面調査で明確にならなかった意見について把握すること、切迫早産妊婦のケアの現状と、ケアガイドラインに期待すること、である。

### 4. 分析方法

紙面調査結果およびグループインタビュー記

録の内容を大学教員と現地助産師で話し合い、ケアガイドラインにつながる内容の抽出と分析を行った。

## 5. 倫理的配慮

アンケートとグループインタビューへの参加は自由意思によるもので、個人が特定されないこと、研究以外にデータを使用しないことを文書と口頭で説明し了承を得た。グループインタビューは強制力が働かないよう、教員が行った。本研究は本学研究倫理審査部会での承認を得ている。

## III. 結果および考察

紙面調査の回収率は100%であった。結果は新人助産師、中堅助産師、熟練助産師に分けてまとめた。グループインタビュー参加者は新人助産師4名、中堅助産師5名、熟練助産師6名であった。インタビューの所要時間は50分～60分であった。

### 1. 初期ケア計画について

初期計画は、回答した助産師の48%が立案していたが、受けもち時の情報不足やプライマリーが決定していないことから半数以上が立案できていない状況であった。また熟練助産師は24時間以内に立案していた。(表1・2)初期ケア計画の内容については、日常生活援助に関する内容が最も多く、妊婦への保健指導は1名と少ない現状が明らかになった。(表3)

表1 初期計画の立案時期(n=20)

	新人助産師(11)	中堅助産師(8)	熟練助産師(6)
24時間以内	10	3	4
24時間以上	1	2	0

表2 初期計画が24時間以内に立案できない理由

	理由
新人助産師	・データベースの取り方に慣れていない ・情報不足 ・24時間以上経ってからの受けもち ・勤務時間外の立案となってしまうため ・NANDA看護診断の学習不足
中堅助産師	・入院時処置が多く十分な情報収集ができない

表3 初期計画の内容項目(n=25)(複数選択)

グループ	新人助産師	中堅助産師	熟練助産師
項目	(11)	(8)	(6)
日常生活援助	9	4	4
精神面の援助	7	5	2
排便コントロール	0	1	0
褥そう予防	1	1	0
感染リスク	0	1	0
退院へ向けての準備	1	0	0
切迫症状の観察	1	0	1
妊婦健診や保健指導	1	0	1

初期計画の修正時期は、表4の通りである。入院時の急性期から病状が安定した時期、または病状が変化した時期に実施されていた。

表4 初期計画の修正設定時期(n=25)(複数選択)

グループ	新人助産師	中堅助産師	熟練助産師
時期	(11)	(8)	(6)
状態変化時	1	0	3
先輩に相談した時	9	5	1
1週間後	5	7	3
1~2週間後	2	3	1
病状安定期	7	3	3
その他	2	2	1

## 2. カンファレンス開催時期

切迫早産妊婦はおおよそ、1週間くらいで病状が安定する事例が多く、病状が安定すれば計画の変更もあるため、1週間をめぐりにどれくらいの助産師がカンファレンスを開催しているかを調べた。1週間以内に実施されているのは、新人助産師2人と熟練助産師2人で、全体の16%であった。(表5) また、1週間以内に開催されない理由を表6にまとめた。受けもち助産師がカンファレンスの開催時期を決定するが、勤務時間内で日々のケアに携わる機会が少ない場合は、情報収集が不十分となってしまう、開催時期が遅れる状況にあることを、どのグループの助産師もあげている。また、チームで情報は共有するようにしているが、記録として残されていないためにカンファレンス開催に結びつかない現状が明らかとなった。

表5 カンファレンス開催時期 (n=25)

	新人(11)	中堅(8)	熟練(6)
1週間以内	2	0	2
1週間以後	10	7	4

表6 1週間以内にカンファレンスを設定できない理由

	理由
新人助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>勤務中に十分関われない</li> <li>cf. *の日程がすでに組まれていたため</li> <li>受けもち患者に問題がない</li> <li>患者像を捉えての計画立案に時間を要する</li> <li>十分情報を得た上でcf.を開催するため</li> <li>勤務上1週間以内には不可能なことがある</li> <li>MFICUでは申し送りの延長で実施するため不要</li> </ul>
中堅助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>計画立案しないままに1週間過ぎてしまうため</li> <li>患者と十分コミュニケーションがとれず準備ができない</li> <li>話し合いや情報提供しているが記録として残していない</li> <li>他にcf.をする患者がいたため</li> </ul>
熟練助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報が不十分</li> <li>MFICUでは入室の基準があり、入室当初は患者の状況によって医師の指示によりケアの方向性が定まってしまうためcf.を必要としない</li> </ul>

\*cf.: カンファレンス

## 3. 出産前教育について

出産前教育の実施状況については、新人助産師は11名、中堅助産師7名、熟練助産師6名とほぼ全員が実施していた。実施時期については表7の通りである。

表7 出産前教育を行っている時期 (n=24)(複数選択)

グループ	新人助産師	中堅助産師	熟練助産師
時期	(11)	(7)	(6)
入院時	1	0	3
退院決定時	9	5	1
病状悪化時	5	7	3
病状安定時	2	3	1
妊娠30週以降	7	3	3
その他	2	2	1

表8 出産前教育の内容(複数選択)

内容	新人(11)	中堅(8)	熟練(6)
入院時必要物品	11	7	5
入院の判断方法	11	7	4
分娩室見学	9	7	4
陣痛室見学	9	7	4
産褥パスの説明	11	3	5
分娩時の呼吸法	7	5	2
その他	0	2	0

出産前教育の内容は、入院時の必要物品の説明、入院を判断する方法、分娩室や陣痛室の見学、の3点は全体の約8割の助産師が実施しており、次

いで産褥期のクリティカルパスの説明は19名(76%)、分娩時の呼吸法など分娩時の対処方法は14名(56%)であった。その他に実施されている内容は、分娩の経過についての説明、切迫早産妊婦の状況によってはNICUの見学、であった。

また出産前教育に関する患者の状況に合わせて実施するための時期の選定に悩むことを、新人・中堅助産師が挙げていた。

表9 出産前教育の開始時期や方法で悩んだこと

	内 容
新人助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>急遽退院が決まったときに計画が間に合わない</li> <li>実施時期の見極めが難しい</li> <li>実施したことがないので先輩助産師に学びたい</li> </ul>
中堅助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状が安定している場合の実施時期の見極めが難しい</li> <li>勤務時間外に実施しなければいけないという現状がある</li> </ul>
熟練助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>勤務時間外に実施しなければいけないという現状がある</li> </ul>

#### 4. 新生児科に関する情報提供について

早産児を出産する危険性のある切迫早産妊婦には、分娩に至る前に、新生児科のことや早産児がどのような状況に置かれるのかの情報を提供することは、不安を軽減できるため、状況を予測して実施しなければならない。今回の調査では病状悪化時にはほとんどの助産師が行っていた。また入院時や病状安定時、妊娠30週以降をめぐりに実施している助産師もいた。その他に患者から相談があった場合(新人助産師、中堅助産師)、新生児科の医師から説明を受けた後に患者からの希望を考慮して行う(中堅助産師)であった。

一方で時期の選定に悩むという声がグループインタビューでも見出された。特に病状が安定・改善された場合、妊娠が継続され新生児科への入院が必要なくなるため、その見極めが難しいという思いが語られた。

表10 新生児科に関する情報提供 (n=25)(複数選択)

時 期	新人(11)	中堅(8)	熟練(6)
入院時	4	3	3
病状悪化時	5	5	4
病状安定時	5	1	3
妊娠30週以降	2	1	0
その他	1	2	0

#### 5. 出産施設に関する情報提供

母体搬送や紹介入院となった切迫早産妊婦に対して、状況によっては紹介先の施設に戻って出産するバックトランスファーを取り入れている。バックトランスファーについて情報提供している助産師は全体で約8割であった。新生児科の治療を必要とする児を出産する恐れがある場合は紹介先へ戻ることは不可能である。しかし切迫早産の病状が改善され、受け入れ可能であれば以前の施設に戻ることは、妊婦にとっては、自宅から通いやすいなどのメリットがある。家族の状況に合わせて選択できるようにするために情報提供は必要である。情報提供の時期としては、表11に示すとおりである。退院決定時や妊娠30週以降に7割弱の助産師が実施していた。その他に実施している時期として、新人助産師は病状安定時、出産前教育の時、バックトランスファーが可能と判断された時期をあげていた。中堅助産師や熟練助産師は病状安定時、患者が希望する分娩施設の受け入れ時期を参考に説明時期を設定する、正期産で出産可能な時に実施していた。(表12)

一方で情報提供していない助産師の理由として、バックトランスファーをするような患者を受け持っていない、患者がすでに出産施設を決めていた、患者から質問があればしていたが特に積極的にしていない、などであった。

表11 出産施設選択肢の情報提供 (n=24)

	新人(11)	中堅(7)	熟練(6)
提供している	7	7	5
提供していない	4	0	1

表12 出産施設選択肢情報提供の時期 (n=19)(複数選択)

時期	新人(7)	中堅(7)	熟練(5)
入院時	0	1	1
妊娠30週以降	3	3	3
退院決定時	3	4	2
その他	4	2	1

#### 6. 退院指導計画立案と実施について

退院指導に関してはほぼ全員の助産師が何らかの形で取り組んでおり、実施内容は表14の通りである。その他の内容として、新人助産師は、出産前教育、本人が不安に思っていること、週数に応じた指導や注意事項を挙げており、熟練助産師は外来の場所、週数によっては出産前教育にあげた内容、をあげていた。

表 13 退院指導計画立案と実施状況(n=24)

	新人(11)	中堅(8)	熟練(6)
計画実施している	11	7	6
していない	0	0	0

表 14 退院指導の内容

内 容	新人(11)	中堅(8)	熟練(6)
家ででの過ごし方	11	7	4
病状悪化の症状	11	7	3
受診方法	10	7	4
入院時の持ち物	7	6	3
その他	4	0	2

## 7. 主治医との調整

表 15 主治医との調整内容

	内 容
新人助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 安静度の拡大</li> <li>・ 今後の治療の方向性</li> <li>・ 分娩場所の調整</li> <li>・ NICU の IC の時期</li> <li>・ 診察の日程</li> <li>・ 退院時期について</li> <li>・ 患者からの質問に対する医師からの IC の時間調整</li> <li>・ 点滴の減量について</li> </ul>
中堅助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 安静度の拡大</li> <li>・ 分娩場所の調整</li> <li>・ 退院時期について</li> <li>・ 妊婦健診に必要な検査</li> <li>・ 分娩方法（新生児科の立会など）</li> <li>・ アナムネ聴取時の情報を医師と共有</li> </ul>
熟練助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 安静度の拡大</li> <li>・ 分娩場所の調整</li> <li>・ 治療方針</li> <li>・ NST の回数</li> <li>・ 食事内容の調整</li> <li>・ 病状変化時の患者と家族への IC の調整</li> </ul>

受けもち助産師として、全員が主治医と何らかの調整を行っていた。調整内容は、治療方針に伴う日常生活援助に関する内容の他に、今後の治療方針や退院時期や分娩場所選定など、退院指導や出産前教育に関わる内容についても主治医と調整を図っていた。

一方で新人助産師は、「いつ、どんな調整を取ればいいかまだ分からない」ということも挙げられていた。

## 8. 援助で上手くできた出来事や困難な援助

グループインタビューで得た内容も含め、現状をまとめた。

表 16 上手くケア・指導できたこと

	内 容
新人助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 継続して関わり様々な話をすることで良い関係がもてた</li> <li>・ 面会制限のある患者に移動の合間に家族との面会の場を組み込んだ</li> <li>・ 食事摂取不良の患者に治療食や持ち込み食などをアレンジして食事摂取の改善ができた</li> <li>・ 持続導尿を嫌がる妊婦へ排泄の工夫ができた</li> </ul>
中堅助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 清潔ケアの際に患者の思いに耳を傾ける</li> <li>・ 夫や家族を含めた出産前教育に取り組んだ</li> </ul>
熟練助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院治療に不満のある患者と目標を一緒に設定し、バックトランスファーできる時期まで妊娠継続できた</li> <li>・ 清潔ケアの拡大を主治医に働きかけ調整できた</li> </ul>

表 17 ケア・指導で困難に思うこと

	内 容
新人助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ルーチン指導しかできないこと</li> <li>・ 妊娠経過に伴った保健指導内容がよく分からない</li> <li>・ 心理面への援助、どんな声かけをしたらよいか</li> <li>・ 安静度に伴う行動抑制が厳しいこと</li> <li>・ 離床を促す運動を取り入れるタイミング</li> <li>・ 勤務中に十分関われないこと</li> </ul>
中堅助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ NICU の産前訪問や見学などのタイミング</li> <li>・ 外国人妊婦への言語的コミュニケーションの取り辛さ</li> </ul>
熟練助産師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師によって安静度のばらつきがあること</li> <li>・ 受けもち助産師がいる時のカンファレンスでは病状変化時に間に合わないこと</li> <li>・ NICU の産前訪問や見学などのタイミング</li> <li>・ 妊娠継続意欲のない妊婦へのケア</li> <li>・ 精神的なストレスの高い妊婦へのケア</li> <li>・ 妊婦本人よりも家族や身内からベッド上安静が「かわいそう」と治療継続に否定的な場合</li> </ul>

上手く行ったケアについて、新人助産師は日常生活援助に関わる内容を挙げているのに対して、中堅助産師は心理面への援助や家族を含めた保健指導をあげていた。また熟練助産師は医師との調整や妊娠継続に意欲のない妊婦へのケアを挙げている。

ケアや指導で困難に思うことは、受けもち助産師だけがケア計画の立案やカンファレンスなど



を実施していくことに困難があると、どのグループの助産師も挙げていた。これはグループインタビューでも語られており、システムとしての改善を必要としていることが伺えた。一方で受けもち助産師となって良い関係が築ける熟練助産師からは、切迫早産妊婦の家庭環境なども詳しく知り、より個別性の高い援助ができるので、時間外でも受けもち助産師として、保健指導に取り組みたいとの思いも語られた。

## 9. ケアガイドラインに期待すること

受けもち助産師だけでなく、ケアにあたるすべての看護職と患者で共有できるクリティカルパスの要素を含んだケアガイドラインが望まれていた。

表 18 ガイドラインに期待すること

- ・助産師だけでなく、患者、看護師とも共有できるもの
- ・ベッドサイドなどに置いて、いつでも見られるもの
- ・分娩前教育や退院指導の患者用リーフレットや指導案
- ・いつ、どんな内容の指導を行えばよいか分かるもの
- ・長期計画の視点で見れるもの
- ・指導の取りこぼしがないもの

## 10. 結果を踏まえた検討会

以上の結果をもとに、現状の確認とケアガイドラインの骨子を検討した。表 19 のように現状を整理し、これらを改善するために表 20 の方略を見出した。

表 19 病棟の現状

勤務の現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記録に時間がかかり時間外勤務が多くなる</li> <li>・バスでもブラウザの経過記録が必要。夜勤帯の記録にとくに時間がかかる</li> <li>・記録も保健指導も時間外となってしまう</li> </ul>
新人助産師の現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データベースを収集する際に何を聴いたらよいか分からない</li> <li>・欲しい情報の聞き方が分からない</li> <li>・就職1年目の助産師は夏過ぎ頃まで、1つひとつ教えなければならぬ現状がある</li> </ul>
最近の妊婦の傾向	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心が弱い人も多くすぐパニックになってしまう人もいる</li> <li>・分娩前指導を行うと、「もう私は、妊娠継続は無理なんだ」と勝手に落ち込んでしまう</li> </ul>
情報収集とスタッフ間の共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カルテ開示など考えるとどこまでの情報を記入したらよいか悩む</li> <li>・情報の記録に私情が入っている記録もある</li> <li>・フリー業務の助産師が切迫早産妊婦のケアにあたり、そこで得た情報が記録に残らない</li> <li>・記録されないので受けもち助産師が情報を活用できない</li> </ul>
ケア計画の修正	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中堅以上のスタッフでも計画の修正を行わずに終わっていく場合もある</li> <li>・プライマリーではないから修正しなくてもいいと思っているスタッフもいる</li> <li>・その日に担当したスタッフが修正していかなければタイムリーな計画とはならない</li> </ul>
MFICU・産科病棟の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスが別々で、情報共有が難しいという現状がある</li> </ul>

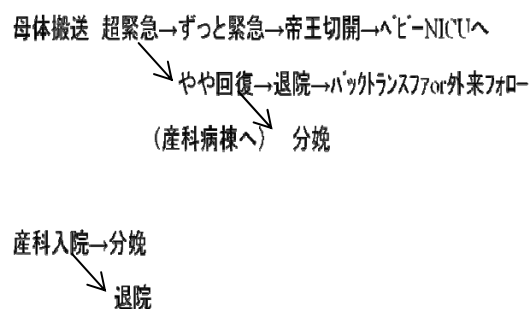


図1 切迫早産妊婦の3つの入院経過パターン

表 20 ケアガイドラインに盛り込む内容やシステム上の工夫

情報収集	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の状態に合わせた情報収集項目や判断基準を載せる</li> <li>・清潔ケアなど行った際にも、必要であれば得た情報を記録する</li> </ul>
ケア計画 ・ カンファ レンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3つのパターンを作成、トリアージして使用する</li> <li>・患者とも共有できるものにする</li> <li>・計画修正や評価日を設定してその日の担当者が必ず実施する</li> <li>・筋力低下予防のための運動を入れる</li> </ul>
安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ある程度基準を決めるため、医師の協力を得る。</li> <li>・基準をベースに個別性を踏まえて必要であれば医師に確認する</li> </ul>
出産前教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何週に何を行うかは、正常妊婦に行っているものをベースに検討</li> <li>・切迫早産妊婦に特有なものを盛り込む</li> </ul>
システム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドサイドにボードをつくって共有する方法などを取り入れる</li> <li>・MFICU から産科に移床した時にどこまで実施できているか分かるもの、チェックリストのようなものを使用する</li> <li>・ある程度の目安で、先の見通しが立てられるようなもの</li> </ul>

ケア計画では、3つのパターン（図1）をトリアージし、経過にそって計画変更できやすい工夫をすることとした。また、患者の状況に応じて計画立案や修正していくためには、チーム全体でケアを実施するというスタッフの意識改革が重要であることも確認された。さらに新人助産師の経験不足からくる情報収集の困難な状況に対して、受けもちを決める際、新人助産師と中堅助産師または熟練助産師のペアで受け持つことで状況の改善を図ることも検討された。

## IV. ガイドライン作成状況

### 1. 安静度表の作成

現地共同研究者と医師との話し合いがもたれ、切迫早産妊婦の安静度表が作成され、すでに導入された。

### 2. 保健指導案と指導用パンフレットの作成

出産前教育を含む保健指導案とパンフレットの作成が、病棟全体で分担し、取り組まれている。

病棟全体で指導案とパンフレットの検討会を行うこととしている。

表 21 切迫早産妊婦の指導項目

時期	内容
妊娠 22 週 ～ 妊娠 28 週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新生児センターの紹介</li> <li>・ 筋力低下防止のための運動</li> <li>・ 安静の必要性について</li> </ul>
妊娠 32 週～	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 分娩施設の選択</li> <li>・ 分娩について（分娩方法、バスなど）</li> </ul>
妊娠 34 週～	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 分娩室・陣痛室での過ごし方、見学</li> <li>・ 正期産の過ごし方</li> <li>・ 異常時の受診方法</li> </ul>

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討論の会では B 病院の現状（表 22）や、参加者の歯科衛生士から妊娠とう歯の関係について（表 23）情報を得た。

さらに、「複数の医師の存在により、安静度が統一しにくいことも関係しているのではないか。助産師が主体的に、効率良くやっていけるシステムを作ることが大切」「モーニングケアなど、看護師でなくてもできることは他スタッフの協力を得る」「筋力低下予防のための運動は、リハビリに依頼する」などの提言も得た。

表 22 B 病院の現状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健指導用の冊子を購入してもらい、その内容に沿って指導している</li> <li>・ 切迫早産バスがあり、バスの内容に治療、食事、安静度（I～IV）などが組み込まれている</li> <li>・ 助産師の人数が少ないので、看護師もハイリスク妊婦を受け持つ。朝の申し送りや熟練助産師から新人看護師へのアドバイスや情報共有をしている</li> <li>・ 入院時から家族を含めた支援が必要で新生児集中治療認定看護師との連携も行っている</li> </ul>
--

表 23 切迫早産とう歯の関係

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 妊娠するとホルモンバランスが変化し歯周病に傾きやすい</li> <li>・ 歯周病菌により産生されたサイトカインが母体に影響し切迫早産になりやすいとのエビデンスが出ている</li> <li>・ 歯肉炎から歯周病にならないようブラッシング指導が大切</li> <li>・ 殺菌剤や抗菌剤が入った歯磨き粉や含嗽剤の使用が良い</li> <li>・ 歯磨きが無理なら、含嗽剤での含嗽だけでも良い</li> <li>・ CPC（塩化セチルピリジニウム）やフッ化物が入っているものがサイトカイン発生抑制に効果的</li> </ul>
--

## VI. まとめ

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

上述したように、すでに安静度表が作成されて業務に取り込まれている。また、切迫早産妊婦の保健指導に使用できるパンフレットや指導案の作成も病棟全体で取り組まれている。

受け持ち助産師とその日ケアを担当した助産師が共同して、ケアや保健指導を勤務時間内に実践できるシステムも同時に考案しつつ、ケアガイドラインの作成が進んでいる。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

何よりも変化したことは、切迫早産妊婦のケアや保健指導は受けもち助産師だけが行うのではなく、受けもち助産師を中心としてチームで実施していくという、認識である。今までは受けもち助産師であるという自負から、ケアの全責任を負う形でケア計画の立案やカンファレンスの開催、保健指導が行われてきた。しかしその負担は大きく、保健指導のほとんどが時間外に実施されており、そのような現状に限界を感じている助産師も多数存在したことが、病棟全体の取り組みを可能にしたと思われる。

### 3. 本学がかかわったことの意義

ケアガイドラインを作成することだけに始終するのではなく、システム上の課題を現地側と共同して検討し、様々な方向から教員からも提言することで、ケアの質向上のための改善を推進する役割が担えたと思われる。また討論の会で他施設の現状を知る機会になったこと、他職種からの提言を得たことも、今回のケアガイドライン作成に大きな力となっている。

この共同研究により、現地看護実践は切迫早産妊婦のケアを中心として入院治療の必要な妊婦へのケアを改善する方向に動き出している。この研究を通して現地の看護職者は、切迫早産妊婦のケアを見直し、より良い看護実践とは何か、看護の本質を問う機会になった。看護専門職者の生涯教育の一端を担えたと思われる。

また、A 病院は本学の実習施設であり、ケアの質の向上は本学教育の充実にもつながると思われる。

## 参考文献

- 1) 金山尚裕：切迫早産，ペリネイタルケア 2007 年夏季増刊，メディカ出版，064-074，2007

## 精神科における看護

# 精神科病院における社会復帰に向けた看護実践の取り組み

石川かおり 葛谷玲子 松下光子 大川眞智子 坪内美奈 北山三津子 (大学)  
三代澤邦恵 加藤友美 額額富久 (大湫病院) 高木真太郎 増田光彦 麻生江里 村岡大志 (社団法人岐阜病院) 前城廣美 市橋亜紀 加藤幸恵 武田久美子 (黒野病院) 中島和夫 国田真弓 岩佐純子 細江和子 (下呂谷敷病院) 一柳千百合 山下かほり 白田成之 家田重博 (慈恵中央病院) 永田隆宏 日比野貴子 安藤和徳 (聖十字病院) 棚瀬とみほ 蒲佳浩 橋戸智子 (須田病院) 北原俊輔 加藤里美 津田美恵子 兼松裕子 加藤美保 山本尚美 七森寿幸 安藤正枝 (のぞみの丘ホスピタル)

## I. はじめに

わが国の精神科医療は施設中心から地域を中心としたケアへと移行し、長期入院患者に焦点を当てた退院支援など様々な取り組みがなされているところである。しかし、平成19年の病院調査によると、全国の精神科病院における平均在院日数は317.9日と未だ300日を超え、岐阜県においても312.1日であり<sup>1)</sup>、全国平均を僅かに下回っているに過ぎない。また、平成17年度患者調査を基にした「受け入れが整えば退院可能」な入院患者数の推計は、全国で75,900人とされ、岐阜県のそれは1,200人と報告されている<sup>2)</sup>。

これらのことから、依然として社会的入院を余儀なくされている患者が存在し、入院期間の長期化が解消されているとは言い難い現状がある。そして、地域生活移行や退院支援など精神科入院患者の社会復帰を支援することは、わが国の精神保健医療看護の主たる課題の一つであり、岐阜県下においても同様である。

そこで、本研究メンバーは、この課題に向けて平成16年度から共同研究を開始し、下記の4つの目標を掲げて取り組んできた。今年度は、共同研究メンバーに新たに3施設が加わり、合計8施設で研究目標を達成するための看護実践と研究会を継続してきた。なお、各施設の規模や地域特性、社会復帰支援における具体的な課題は様々であるが、昨年度に引き続き本年度も『連携』を共通のキーワードとして取り組むこととした。

## II. 研究目標

本研究の目指すところは、以下の4点である。

1. 長期在院患者への社会復帰および在院長期化防止に向けた看護実践を各施設の状況に応じて実践する
2. 長期在院患者への社会復帰および在院長期化防止に向けた看護実践が定着する
3. 各施設の実践のプロセスを報告・検討するこ

とで、知識・技術を蓄積・修得し、病院間のネットワークを構築する

4. 各施設の実践を通して、長期在院患者への社会復帰および長期化防止に向けた具体的な看護実践を明らかにし、地域性を考慮した看護プログラム構築のための資料とする

## III. 研究方法

### 1. 看護実践と研究会の開催

長期在院患者への社会復帰および在院長期化防止に向けた課題について施設毎に検討し、8テーマを抽出した。各テーマにそって研究・看護実践計画を立案し、実施することとした。

研究会は、現地研究メンバー主体の実行委員会形式で運営し、2ヶ月に1回(計5回)開催した。研究会にて各施設の取り組み状況を報告し、参加メンバーで意見交換を行い、その後の看護実践に活用した。

### 2. 研修会の開催

長期在院患者への社会復帰および在院長期化防止に向けた看護実践に活用できる知識を獲得することと、『連携』というキーワードから様々な立場の人たちと意見交換することを目的に、研修会を企画・実施することとした。研修会のテーマや内容は、実際の看護実践に役立つ内容を研究メンバー間で討議して決定した。

また、研修会の参加については、共同研究メンバー以外の精神科病院や他大学にも案内し、岐阜県下の看護職および関連職種に広く呼びかけた。

### 3. 倫理的配慮

各研究メンバーが行う看護実践・研究に関しては、対象者にその趣旨、方法、研究者の義務である倫理的配慮(研究参加の自由意思の尊重、拒否する権利や中途拒否の権利の保証、拒否による不利益を被らないこと、研究会での看護実践の報告の方法、研究成果の公表方法、匿名性と守秘の保証など)について、口頭と文書にて十分な説明を

行い、同意書へのサインを以って承諾を得ることとした。

研究会では、守秘義務を厳守し、個人が特定されるような記述や発表を避けて資料や議事録を作成・報告するなど匿名性に配慮した。また、当日用いた資料は毎研究会終了時に回収し、枚数を確認した上で、施設ごとに専用ファイルにて保管することとした。

なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得て実施した。

#### IV. 結果

##### 1. 看護実践（各施設の取り組み）

8 施設の①研究テーマ、②主な取り組み結果、および③今後の課題について、施設ごとに述べる。

###### 1) A病院

###### ①テーマ

スタッフの退院支援に対する意識の向上をめざして

###### ②主な取り組み

スタッフの退院支援に関する意識と知識について事前にアンケート調査した。その結果を踏まえた上で、精神保健福祉士と協働して6テーマについて勉強会を企画・開催した。勉強会終了後、再度アンケートを実施し、スタッフの退院支援に対する意識の変化について調査した。その結果、他職種や地域との連携をさらに深めることができた。また、退院前訪問看護、退院後訪問看護やヘルパー派遣の導入など退院に向けての具体的な援助の実施につながり、それらを通してスタッフの退院支援への意識が向上した。

###### ③今後の課題

定期的なカンファレンスを開催し、チームで協働して退院支援を実践する。

###### 2) B病院

###### ①テーマ

地域移行支援事業を利用して家族の理解が得られた1事例

###### ②主な取り組み

病状は安定しているが、家族との調整がつかないため長期入院中の患者に対して、地域移行支援事業を利用して関わった。それ以前は、家族と話し合いを持つことも困難であったが、地域移行推進員が調整役として介入することを通して、家族を含めた話し合いの場をもつことができ、退院に向けた支援に家族の理解と協力を得ることができた。支援を進める中で、今まで語られなかった家族の思いを聞くことができ、スタッフの家族に

対する認識に変化がみられた。

###### ③今後の課題

他の専門職種や家族との調整役として、連携して退院支援に取り組む。

###### 3) C病院

###### ①テーマ

他職種との「連携」カンファレンスの実施

###### ②主な取り組み

研究開始当初に看護実践の対象としていた患者が転棟することになったのに伴い、病棟の枠を超えた退院支援を実施した。具体的には、研究者が病棟を定期的に訪問し、カルテから情報収集し、担当看護師と情報交換することで連携を図った。精神保健福祉士より退院後アパート入所の提案があり、多職種間でカンファレンスを行った。その結果、退院に向けた方向性が決定し、患者の援護寮入所への意欲が増し、地域移行支援へとつながった。

###### ③今後の課題

病院内の多職種間の連携状態を知り、今後さらにチーム医療の充実を図ることを目的に、多職種間のカンファレンスを効果的に実施するための環境作りに取り組む。

###### 4) D病院

###### ①テーマ

長期入院患者の退院支援—他職種との連携—

###### ②主な取り組み

自宅への退院が困難な長期入院中の男性患者の退院支援を行った。まず、行政へ情報提供し、地域移行支援事業の要請を保健所に行ったが、管轄外・遠距離を理由に、支援を受けることができなかった。また、退院支援を共に行う看護師、医師、精神保健福祉士の間では、時に意見が異なり連携の難しさもあったが、お互いに情報交換する機会を持つようにした。他方、疎遠だった家族と連絡を取るようしてから、外泊が可能となり家族関係が改善された。

###### ③今後の課題

個別のケースの支援を通して、病院と行政や保健所との関係づくりが必要である。また、患者に関わるそれぞれの職種が、その専門性を生かし、目標に向かっての方法論を共有し、支援を行っていく。

###### 5) E病院

###### ①テーマ

他職種を含めたケースカンファレンスの充実

###### ②主な取り組み

患者への退院アプローチを通して、医師や精神

保健福祉士を含めた他職種とのカンファレンスの充実を試みた。日頃から他職種とコミュニケーションを図り、気軽に話し合える関係を築いた結果、カンファレンスが開催しやすくなり、情報共有することができた。しかし、各職種共に相手の役割や専門性の理解が不十分だったため、カンファレンスの開催までに時間を要する結果となった。

### ③今後の課題

各職種の専門性を理解した上で、他職種と協働して患者へのアプローチを行う。

## 6) F病院

### ①テーマ

家族が退院に拒否的なケースの支援

### ②主な取り組み

母親が退院に対して拒否的な長期入院患者の退院支援を行った。母親を含め多職種で話し合い、母親の不安を軽減できるよう社会資源を模索した。また、外泊時に退院前訪問看護を行い、自宅での様子を観察し、退院後の患者の役割を考えて今後の援助に繋げた。母親の思いを傾聴し受容することで、母親と看護師間の信頼関係を構築でき、母親の患者に対する捉え方にも変化がみられた。

### ③今後の課題

退院には母親以外の家族や近隣住民の理解が必要である。今後も訪問看護を繰り返し、関係者に対して、患者が自宅にて十分生活できる状態であることを説明していく。

## 7) G病院

### ①テーマ

単身生活困難患者への退院援助

### ②主な取り組み

退院後の生活を視野に入れて、病状の自己管理のサポートや日常生活技能訓練を行った。他職種と情報交換を行いながら、病棟だけでなく退院前訪問看護を活用して関わることで、患者の地域生活上の問題を明確にし、適切な援助を検討し提供した。その結果、患者の病状が安定し、退院後必要となる服薬管理や生活技能を患者自身が身につける事ができた。そして、多職種で協働してサポート体制を整えることが可能となり、患者は退院することができた。

### ③今後の課題

多職種間における情報の共有を目的として、定期的な合同カンファレンスを開催する。

## 8) H病院

### ①テーマ

退院支援の連携－他職種との連携－

### ②主な取り組み

20代後半の長期入院患者の退院に向けた意識を高めることを目的として、多職種による討議を繰り返した。そして、患者が病院外に興味を持てるよう看護計画を立案し、患者との信頼関係の構築を重視しながら看護を実践した。援助開始当初は精神状態の悪化なども懸念されたが、8ヶ月経過した時点での患者の精神状態に大きな変化はなかった。また、退院後を含む将来への意識は低いことが分かった。しかし、看護実践の経過のなかで自宅外出できるようになった。また、他職種とのカンファレンスは、職種による視点の違いがあることよって、有意義な意見交換となり、患者の今後の方向性を検討する上で、有用であった。

### ③今後の課題

患者が自宅で家族と過ごす時間を増加し、患者本人と家族の関係の再構築を目指す看護を提供する。

## 2. 研究会の概要

研究会は表1のとおり開催し、参加者数は26～30名であった。現地参加者は看護職メンバーの他に協働して支援を行う精神保健福祉士も含み、各事例について検討するなかで、他職種の専門性を理解し連携する方法についても検討・共有した。また、特に、1～3回では、各施設の課題の状況にあわせて、東濃保健所、飛騨保健所、県庁の保健師に参加を依頼し、実践事例における地域移行支援に関する率直な意見交換を行った。

表1 研究会概要

回	日時	場所	参加者
1	平成21年6月 1日(月) 10:00-16:30	大湫病院	計27名 ・現地25名、大学1名 ・東濃保健所保健師1名
2	平成21年7月 28日(火) 10:00-16:30	須田病院	計28名 ・現地24名、大学3名 ・飛騨保健所保健師1名
3	平成21年9月 16日(水) 10:00-16:30	聖十字病院	計30名 ・現地26名、大学3名 ・県庁保健師1名
4	平成21年11月 25日(水) 10:00-16:30	黒野病院	計26名 ・現地23名、大学3名
5	平成21年12月 21日(月) 10:00-13:00	のぞみの 丘ホテル	計26名 ・現地24名、大学2名

## 3. 研修会の概要

研修会の概要は表2のとおりである。

前年度に、岐阜県の地域移行支援事業に関する説明会を開催しており、今年度はそれに連動したテーマとして「岐阜県の地域移行支援事業の現状と課題」を設定した。

このテーマにそって、岐阜県健康福祉部保健師の吉村氏から、岐阜県における地域移行支援事業の実際、平成20年度の実績、平成21年度の進捗状況、これまでの成果と課題について講演してもらった。参加者は合計56名であった。

講演後の参加者によるディスカッションでは、病院側からは、地域移行支援事業に乗せれば退院支援が進むのではないかという期待が大きいのが、その反面、申請しても受理されず退院支援がなかなか進まない現状も報告され、今後病院と地域・行政との関係構築の必要性が確認された。

また、実際に地域移行支援事業を活用して援護寮に退院した実践事例として、病院と関連保健師双方から報告があった。特にケア会議は、患者を取り巻く様々な協力者（専門職/非専門職）が集まって意見交換することで、様々な角度から可能性を考えることができ、患者の選択肢が拡大する等のメリットが示された。

表2 研修会の概要

開催日時/場所	平成21年12月21日(月) 14:00~16:00 のぞみの丘ホスピタル
内容	1. 講演 「岐阜県の地域移行支援事業の現状と課題」 ・地域移行支援の実際 ・平成20年度実績 ・平成21年度進捗状況 ・成果と課題 2. 参加者による意見交換
参加者	合計56名 <共同研究者> 現地26名、大学3名 <共同研究者外> 看護師8名、市町村保健師他13名、保健所保健師他4名、他大学教員2名

## V. 評価と考察

本共同研究の目標に照らして、取り組み状況を評価し、今後の課題について検討する。

### 1. 長期在院患者への社会復帰および在院長期化防止に向けた看護実践とその定着

長期在院患者への社会復帰および在院長期化防止に向けた看護実践に関しては、各施設がそれぞれの課題を見出して、研究会を活用しながら積極的に取り組んでいる。今年度の成果から、今後に向けた課題についても明確にしている。これらのことから、この目標については各施設とも概ね達成できていると考える。

一方、これら看護実践の定着化については、研究参加期間が施設によって異なるためその評価はばらつきがあると考えられる。具体的には、本研究で継続して取り組んできた看護実践が、徐々に病棟スタッフ全体の意識改革につながったり、研究

事例以外でも看護スタッフ間あるいは多職種間でのカンファレンスを行う機会が増えたり、定着化につながる変化がある。他方、研究メンバーだけが課題に取り組んでいるという雰囲気はなかなか払拭できず、病棟あるいは病院全体への浸透には到達していない現状もある。特に今年度より新規に加わった3施設については、定着を図るための時間と継続性を考慮した上で、今年度の研究成果や研究会を通して得た知見をどのように病棟に伝達し、患者の看護に還元していくかという点が課題となると考える。

このような現状を踏まえて、定着化を図るための具体的な方略としては、例えば、A病院では今回この点を研究テーマとして掲げ、病棟スタッフの退院に向けた意識の向上をはかることができたので、まずはこの成果を活用することが考えられる。また、現在各病院がどこまで目標を達成できたかを明確にして、今後どのような課題に取り組むかについて病棟のなかで検討・共有することが課題である。更に研究者自身が看護実践および研究の進捗状況や成果を共有するための伝達スキルを研鑽することも大切である。そのための場としても研究会を活用することが可能である。

### 2. 知識・技術の蓄積・修得と病院間のネットワークの構築

研究会を通して、各事例の支援における困難な点などに対して他施設からの助言を受け、それらを参考にした実践が次の研究会までに行われていた。特に、施設によっては、退院支援に取り組まなくてはいけないという思いがあっても、そのための知識や技術、具体的な方法論がわからないという段階のところもあるため、研究会は有効な看護実践事例や、工夫していることなど、具体的な知識や技術を共有し活用する機会となっていると考える。そして、この研究会を長年継続してきたことにより、研究メンバー間で経験知や実践知が蓄積されてきている。今後は、これら知見を言語化して集約し、他者に伝達可能な形に可視化する作業が重要であると考えられる。

これまで述べてきたように、実際の研究会では、メンバーが病院の垣根を越えて意見交換し、お互いの知恵を分かち合い、刺激しあっている。また、研究会に付随して会場となった病院の施設見学も取り入れており、ケアについて環境・ハード面からも熱心に意見交換している。これらのことから研究メンバー間の緩やかなネットワークは構築され拡大しつつあると言えるだろう。しかし、「施設間」のネットワーキングとしては、今後、

何を目的としたどのようなネットワークを構築していくのか、その目指すところを施設間で合意形成を図り、具体的に取り組んでいく必要があると考える。

### 3. 地域性を考慮した看護プログラム構築

各施設の各課題における個別の看護を実践し、研究会を通して実践知の蓄積はあるが、現時点では、最終目標である地域性を考慮した看護プログラムの構築には至っていない。実践から見出される看護プログラムは、実践ツールとしての有用性はもちろんのこと、本研究で蓄積してきた知見を病棟・病院に伝え看護実践の定着を図るための伝達ツールとしても役立つ可能性があるため、その構築は今後の大きな課題である。

今後この目標を達成するための方略としては、既述の看護実践上の知見を言語化して集約すること、それらを共通・普遍性と個別性の観点から整理すること、岐阜県の文化や地域性の観点からその特徴を明示すること、更にそれらを素材として岐阜県という地域性を考慮した看護プログラム案を作成すること、看護実践においてプログラム案を試行しプログラムを精練していくことなどが具体的な作業として考えられる。来年度以降は、これらを踏まえて長期的な視野を持って計画的に取り組む必要がある。

## VI. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

共同研究の取り組みのなかで、退院困難ケースであった患者が退院したり、また退院には至らなくとも患者と家族の関係が改善し、外出や外泊ができるようになったケースもあった。このような研究メンバーによる実践や研修会等の積み重ねにより、それぞれの病棟のなかで長期入院患者の退院支援が意識化され、更なる長期化を防止するためのケアについても関心が高まってきている。

また、キーワードである『連携』の観点からは、多職種によるカンファレンスが通常業務の一つとして定着をみたり、地域移行支援事業の活用を通じて保健師と連携を図って支援を行うケースもあった。さらに、研究会において保健師など病院の看護職以外のゲスト参加によって、より実践的で具体的な情報収集を行い、看護実践に生かすこともできていた。同時に、保健師に病院における退院支援の現状を知ってもらえたことも今後の連携につながる効果として挙げられる。

### 2. 現地看護職者の受け止めや認識

本研究に参加しているメンバー個人は、退院支援や入院の長期化を防止するための意識変化を自覚している。また、実際に本研究で取り組んだ事例患者が退院できたことによって、病棟スタッフのなかにも「長期入院の方への退院支援」が意識されたり、以前と比べて退院調整や家族調整の話題が出るようになってきているという報告もある。このように本研究の取り組みの成果は参加メンバーやその病棟においては浸透しつつあるが、病院全体への波及については不十分であると思われる。

### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

本学教員が、病院外、県内以外での社会復帰に向けた看護実践事例を紹介すること、研究的に明らかにされているデータを伝達することで、それらが看護実践に活用された。また、日々の看護実践について、根拠をもってメリットとデメリット両側面から吟味することが可能となり、看護実践の意味を多角的に検討する機会となっていた。

また、県内の異なる施設同士が、そして看護職同士が、既存の枠組みを超えたところで緩やかで有機的な連携を構築していくこと（仲間づくり）に、本学が触媒としての役割を果たしていると考えられる。

## VII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

研究者側から、討議したい内容として「退院支援において患者、家族、他職種、行政、地域等と連携する方法や工夫」を提示し、参加者と共に意見交換を行った。具体的な内容は以下のとおりであるが、立場が違えば見えてくるものも違ってくるということをこの討議を通して改めて認識することができた。その差異を踏まえた上で今後どのような連携を図っていけるのかについて、患者をサポートする様々な人たちと対話を重ねていくことが必要であると考えられる。

<保健師の立場より>

- ・ 病院が地域移行支援事業のケースの選択を行っている。患者は2、3年の入院でも退院後のイメージがつかなくなってしまう。退院は精神障がい者だけではなく、誰でも不安になると思うが、看護師は患者が不安になることを非常に心配しているように思う。たとえば「外に行ったら何がしたい？」というように、「退院」という言葉を使わないような工夫をどのようにされているか？また、ピアサポートが有効とされているが、そのような取り組みはあるか？



#### <看護師の立場より>

- ・ 地域移行支援事業の対象の長期入院患者が1名いるが、不安や悩みを抱えており、「退院を取り止めようかな」などと話す。「退院」という言葉を看護師側は使うが、退院についての不安など患者の話をしっかり聴くようにしている。また、帰る場所へ外出を繰り返し次に外泊を行うなど、徐々に環境に慣れてもらうように関わっている。また、調子が悪くなった時のことを心配しているので、休息入院ができると説明して安心を保証する。
- ・ ピアサポートについてであるが、当院では入院患者を対象とした4回のグループセッション（2週間に1回）を開催している。この会には退院し地域で生活している当事者にも入ってもらっている。内容は「地域で暮らしているピアの話を聴く」「デイケア・援護寮の見学・説明」「社会資源について知る」「参加者での意見交換」などである。参加患者からは、「ピアからこんなことがいいよと聞くと刺激になるし、わかりやすい」「自分と同じような境遇なので、自分のことのように捉えることができる」などのコメントがあり、ピアサポートは有効だと考えている。精神保健福祉士、デイケアスタッフ等も含めた地域連携室から始まった試みであり、診療報酬はつかない。まずは、患者の退院への意欲を高めることを目的として行っている。地域で支えていく人がいるという点からも、今後は保健師の参加が望まれる。
- ・ ピアサポートは大事であると思うが、色々な理由から退院した患者の来院を肯定的に受け止めない病棟看護師もいるという現状もある。

#### <保健師の立場より>

- ・ 自立支援協議会のケア会議にケースを出してもらえれば、必要な人が集められるので、そこでそれぞれの役割分担について話しあえばよいと思う。

#### <看護師の立場より>

- ・ 今まで保健所と関わってこなかったので、今後はいろんな事例で関わっていきたい。
- ・ 病棟看護師は病棟の枠内の活動がメインであったが、今後は地域に出て行くことも必要かもしれない。
- ・ 病棟看護師は、地域の保健師が何をしてくれるかわからないと思っており、保健師も病棟の看護師との連携の目的がわからないとい

うのが現状。お互い何を必要としているのか理解する、直接話し合う場を作り、生活を支えている看護職同士が連携していくことが必要。

- ・ どんな専門性を持っているかを知らないで連携できない。重複する部分を知る必要がある。また、「退院」という言葉を敢えて使わず、自分は患者の「夢」を聞く。そうすると、その人独自の考えがわかる。

#### 文献

- 1) 精神保健福祉白書編集委員会編集：精神保健福祉白書 2010年版：流動化する障害福祉施策，180，中央法規，2009.
- 2) 前掲1) 181.

# 精神科病院における認知症とともに生きる高齢者のケアの充実に向けて

中村真弓 佐藤美穂 (のぞみの丘ホスピタル・南2階療養病棟)

神戸裕也 久米未来 (のぞみの丘ホスピタル・南2階急性期病棟)

野村智登美 船木紳 安田佳緒里 川上亜希子 小川貴子 (のぞみの丘ホスピタル・西1階病棟)

安藤正枝 (のぞみの丘ホスピタル・看護部)

坪井桂子 松本葉子 古川直美 古田さゆり 宇佐美利佳 (大学)

## I. はじめに

昨年度の共同研究では、BPSDを呈する認知症高齢者のケアに関する学習会と事例検討会を行った。それにより、現地共同研究者および職員に、認知症高齢者に対する知識や姿勢の変化が認められた。しかし、現状のケア体制では検討事例のケアを継続していくことや、入院患者全員のケアを見直し、実践につなげていくことは困難であると考えられた。そのため、ケアを提供する環境面を変える方法として、介護福祉施設を中心に認知症高齢者のケアに推奨されているユニットケアの導入を模索したが、病院という施設での導入、設備面の変更など簡単に行えるものではなく、断念せざるを得なかった。

そこで共同研究者間で検討し、看護方式を機能別看護から継続受け持ち制固定チームナーシングに変更し、受け持ちが患者を十分把握できるように体制を整え、ケアの充実を図ることとした。

## II. 目的

認知症とともに生きる高齢者のケアの充実における、継続受け持ち制固定チームナーシング(以後、チーム制と略す)導入の効果を検討し、さらに今後の看護実践の充実のつなげるため、課題を確認する。

## III. 方法

### 1. 対象

認知症病棟(45床)と精神療養病棟(35床)に所属しており、昨年度の共同研究に参加または検討された対象事例へのケアを実践した経験がある看護職と介護職で、研究者が文章と口頭で協力を依頼し同意が得られた者、および、昨年度から入院している患者の家族で同様にして説明し同意が得られた者とした。

### 2. 調査方法

チーム制導入後は昨年度から共同研究に参加している現地側のメンバーが主体となり体制を

整えていった。大学側共同研究者は検討会開催時に状況を確認したり、アドバイスを رفتたりした。そして、チーム制導入後6ヶ月を経過した時点で、同意が得られた対象者に、現地側共同研究者である対象病棟の看護師2名がカンファレンスルームなど個室で設定した質問項目を尋ねた。聞き取った内容は録音し、逐語録を作成した。

### 3. 調査内容

調査内容は共同研究者間で検討し以下の項目に設定した。

#### 1) 看護職及び介護職

- ① 共同研究で認知症高齢者ケアとして学んだこと。
- ② チーム制導入前のケアの実践状況(患者の理解の程度、関わり方等)。
- ③ チーム制導入後のケアの実践状況(患者の理解の程度、関わり方等)。
- ④ その他何か変化したこと。

#### 2) 患者家族

チーム制を導入した前後の病棟、看護職、患者の変化について。

### 4. 分析方法

現地側共同研究者が、調査内容の項目ごとに類似する内容を分類した結果をもとに共同研究者間で再度検討し、チーム制導入の成果と課題をまとめた。

## IV. 倫理的配慮

対象者に、本取り組みの目的、方法とともに、研究参加の自由意思の保証、匿名性の保持、看護・介護職員には評価の材料にしないこと、家族には、ケアに影響を及ぼさないこと等を文書と口頭で説明し、協力の同意を得た。

## V. 結果

### 1. 看護・介護職員への聞き取り

看護職6名と介護職5名より協力が得られた。

- ①前年度の共同研究より学んだことは、“ケア

提供者としての姿勢”、“対象理解の重要性”の2つに分類、整理された(表1)。“ケア提供者としての姿勢”には、「してはいけない5か条」、「患者のペースに合わせた援助」、「心にゆとりを持った対応」などの6個の発言内容があった。“対象理解の重要性”には、「患者の理解・尊重」、「対象の生活歴を知る」などの5個の発言内容があった。

②チーム制導入前の実践状況は、“責任の所在が不明確”、“作業のようなケア”、“強引な制御”に3つに分類・整理された(表2)。“責任の所在が不明確”には、「だれかがやってくれるだろう」、「誰に言えばいいかわからない」など8個の発言内容があった。“作業のようなケア”には、「流れの順番で皆をみていた」、「手のかからない患者はほとんど関われない」などの5個の発言内容があった。“強引な制御”には、「強引にやっていた」、「怒りながらやっていた」など5個の発言内容があった。

表1 共同研究で学んだこと

項目	内容
ケア提供者としての姿勢	してはいけない5か条(6名) 患者のペースに合わせて援助 心にゆとりを持って(気長)対応 患者と会話・話しかけることが大切 相手に対して不快感を与えない 沢山接する
対象理解の重要性	対象の生活歴を知る 患者の理解・思いを尊重 ・何故それを行うのか ・その時のその人はそれをやらなければいけないとして行っている ・何を行うにも理由がある ・何を行っているかを把握

表2 チーム制導入前の実践状況

項目	内容
責任の所在が不明確	・受け持ちが不明確 ・患者について伝達ができなかった ・誰に言えばいいかわからない ・誰が、何をしているかわからない ・受け持ちでない患者にプランを考えても、受け持ちじゃないのにと ・漠然としていて、まあこんなものかというところがあった ・だれかがやってくれるだろう ・あちらに行ったりこちらに行ったり
作業のようなケア	・同じ人でなく、流れの順番で皆をみていた ・必要最低限の最低限のケアを行っていた ・声をかけることもなく・・・ ・手のかからない患者と、かかる患者をわけていたようだ ・手のかかる患者に集中、手のかからない患者とはほとんど関われない
強引な制御	・うまく介助できなくても強引に行った(一人で行わなければならない) ・苦手な患者でも怒りながらも自分でやった ・介護抵抗がよほどひどいときは変わることもあったが、余裕がなかった ・スタッフの声が大きかった(怒鳴り声) ・患者がビクビクしていた

③チーム制導入後の実践状況は【看護・介護職間の関係性の変化】、【看護・介護職と患者・家族間の関係性の変化】、【不安を抱えながらの実践】の3項目に分類された(表3)。

【看護・介護職間の関係性の変化】では、下位項目として“協力関係ができた”、話し合いや情報の共有などの“コミュニケーション関係の良好化”が挙げられた。“協力関係ができた”には、「強引なケアはやめて協力を依頼する」、「危険な移乗など協力し合える」、「声かけができるようになった」など9個の発言内容を認めた。“コミュニケーション関係の良好化”には、「チーム員と患者について相談、話し合いができる」、「情報を共有するようコミュニケーションをとる努力をしている」など9個の発言内容であった。

【看護・介護職と患者・家族間の関係性の変化】では、下位項目として“関わりの時間の拡大”、“チームとしての患者への責任意識”、“患者への興味・理解の増大”、“家族との積極的な交流”が挙げられた。“関わりの時間の拡大”には、「位置だけでも接する場が多くなった」、「チームの患者と関わるから、関わる時間が増えた」などの8個の発言内容があった。“チームとしての患者への責任意識”には、「チームの患者をどのように支えるのかという視点がもてた」、「チームの患者という意識がある」などの8個の発言内容を認めた。“患者への興味・理解の増大”には、「チームの患者がかわいい」、「チームの患者には、気が付くようになった」、「気になるし、わかるから接したい」などの12個の発言内容があった。“家族との積極的な交流”では、「家族と積極的に関われるようになった」、「家族と話が出来るようになって新しい情報が得られた」などの6個の発言内容が得られた。

上記のような成果とは逆に【不安を抱えながらの実践】も認められ、“相手チームの事がわからない不安”や“いざという時の相談者や協力者がいない不安”、“看護・介護職の少数化によるゆとりのなさ”など今後の課題となる3つの下位項目に整理された。“相手チームの事がわからない不安”では、「夜勤時に他のチームを見る場合は不安」、「相手のチームの事で何かきかれたら困る」など4個の発言内容があった。“いざという時の相談者や協力者がいない不安”には、「全部自分で決断しなければならない」、「連絡・報告をしようにも、相談者がいない」など4個の発言内容があった。“看護・介護職の少数化によるゆとりの

なす”には、「助けが欲しい時も自分一人で全てこなす」、「手に余る以上の仕事を引き受けてい

る」など8個の発言内容を認めた。

表3 チーム制導入後の実践状況

項目	内容	
【看護・介護職間の関係性の变化】	協力関係ができた 強引なケアはやめて協力を依頼する(苦手な患者の対応が依頼等) 危険な移乗など協力し合える 他チームでも協力できるところは協力する 声かけができるようになった 夜勤や自分に余裕がないとき頼める	協力できるようになった 話しやすいスタッフと患者で援助ができるとスムーズにできる 受け持ち患者にお互い介入できることに感謝 患者の疑問や問題点をチームで話し合える協力体制ができた
	コミュニケーション関係の良好化 チーム員と患者について相談、話し合いができる(6) いつも同じ患者を看ているため、治療の経過も見えやすい 手技についての確認、情報の共有が図れる 以前にまして患者を観察するようになった 看護計画の話し合いもできている	チーム間で話し合っている 情報を共有するようコミュニケーションをとる努力をしている 何かあったときに言えいい人が分かるため安心(2) チームのナースに聞くことが出来るため、報告もしやすくなった
【看護・介護職と患者・家族間の関係性の变化】	関わりの時間の拡大 位置だけでも接する場が多くなった ケア対象の人数が少なくなったことで関われるようになった 近くに患者がいて話すことは出来るようになった 食事介助時など患者と話せる	関わりやすくなった チームの患者と関わるから、関わる時間が増えた かかわりが多いから情がわく、かわいいと思う 関わらなかった患者に目が行き届くようになった
	チームとしての患者への責任意識 患者個別のケアの方向性、関わり方の共有化ができています チームとして責任を持つということ チームの患者をどのように支えるのかという視点がもてた チームの患者という意識がある(2)	どうしたら良くなるのか、良くしなければとの思い(2) この人のいいところを引き出すにはどうしたらいいか 入院した患者の把握も十分できる 患者をみる事ができるようになった
	患者への興味、理解の増大 チームの患者がかわい(3) チームの患者に深くかかわる(2) チームの患者には、気が付くようになった(3) 患者一人一人が理解できる・自分のチームはわかりやすい この人はこの方法でやったらいいなということがわかる 気になるし、わかるから接したい(2)	いい時の表情や、しぐさがわかる いい表情やしぐさを職員が、心地よくと受け止めている いい表情やしぐさを引き出そうと関わり、引き出せると関わってよかったと思う 患者さんがいい表情やしぐさになると自分が適切に関われたと安心感もてる 悪い状態が続くと、これでいいのかと自問自答する 入院(転棟)した患者はわかりやすいし、情報もはやくはいる
	家族との積極的な交流 家族と積極的に関われるようになった(3) 家族と話が出来るようになって新しい情報が得られた 受け持ちがない時、チーム員に家族が話してくれる	患者の家族が受け持ちの所へきて話をする 家族と機会を見て(衣類のチェック時等)話をするようになった 家族と話し合ったことが、患者のケア(食事の形態など)につながる
	不安を抱えながらの実践 相手チームの事がわからない不安 相手のチームの事で何かきかれたら困る いざという時の相談者や協力者がいない不安 全部自分で決断しなければならない 連絡・報告をしようにも、相談者がいないため自分で決めなければならない 看護・介護職の少数化によるゆとり 助けが欲しい時も自分一人で全てこなす 手伝ってはもらっているが、厳しい まわらないところで、まわらない仕事を引き受けている	全体をみていない(自分のチームだけ、他チーム分りにくい) 他チームは接する機会がないため情報をもらっても分りにくい どうしようかと常に自分の中で自問自答し動く 自分のチームの患者を注意しながら観察をしていかなければと思う 手に余る以上の仕事を引き受けている 重症の患者ばかりが集まっている 十分なことができないのではないと思う 一人の患者に目をかけると他の患者がおろそかになる

## 2. 家族への聞き取り

4名の家族より協力が得られた。

家族が感じた看護・介護職の変化は、大きく【看護職の変化】と【患者の変化】に分けられ、【看護職の変化】としては、“担当やチームの明確化に伴う安心感”についての発言がある反面、“担当者のいない時に戸惑う”や“変化を感じてはいない”などの発言内容も認められた(表4)。  
【患者の変化】としては、身体面での状態の変化などもあるが、“穏やかになった”“落ち着いた”との発言があった(表5)。

表4 看護職の変化

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目立って変わったことはない、病棟の雰囲気はいい</li> <li>・ 以前は誰に聞いていいかわからなかったが、今はない</li> <li>・ 少人数で見てもらうことはいいこと</li> <li>・ お断りしやすく、やってくれる</li> <li>・ 担当がついてもらえて安心</li> <li>・ チームになったので安心できるようになった</li> <li>・ こちらの看護師を呼べばいいかと思う</li> <li>・ 受け持ちという意識的なものはある</li> <li>・ 今はないが、何かを伝えても他の人に伝わらないときがある</li> <li>・ 担当者がいない時にお願いすると担当の人がいないといわれる</li> <li>・ 担当がいない時にどうしたらいいか</li> <li>・ 係りでない看護師に頼んでいいのか？</li> </ul>
--

表5 患者の変化

- ・ 状態がかわったので分からない部分がある
- ・ あまり変化はない
- ・ 落ち着いた
- ・ 穏やかになった
- ・ 静かになった(状態は変わっているが)
- ・ やかましい言葉が今はない
- ・ 感情の起伏が少なくなった
- ・ 最近はつかんで怒らなくなった
- ・ 看護師の顔を見て笑っている
- ・ はじめの頃はオムツをかえたり、お風呂が大変といわれた
- ・ 入院当初は車椅子が縛ってあった

## VI. 考察

チーム制導入前は、責任の所在があいまいで、機能別看護という体制の特性上、仕事量をこなすために業務に集中するあまり、患者に合わせたり、声に耳を傾けたりということがなかった。

導入後は、協力関係、コミュニケーション関係の良好化など、チームとしての協力体制が強化されたとする発言が多く、看護・介護職員から聞かれた。また、患者への責任意識が表出できるようになったことにあわせて、患者個人への興味や理解の増大を示す発言も認められ、看護・介護職員それぞれが高齢者に合わせた援助やゆとりをもった対応、患者の理解を深めてその人個人を尊重できることなどの、学んだことを実践しているという感覚をもつことにもつながっている。これらの変化はチーム制の導入にともない、その目的を昨年度の共同研究の成果と合わせて看護・介護職員に周知したことや一人ひとりの職員が責任を持つ患者を明確にしたことによるものと思われる。ユニットケアのような構造そのものを変化することはできなかったが、昨年度の共同研究による認知症高齢者やそのケアに対する認識の変化に加え、その変化を生かしやすいケア体制を導入できたと評価できる。

以上のような成果が認められた反面、【不安を抱えながらの実践】にみられるような「相手チームのことがわからない」、「担当者の居ない時に戸惑う」などのチーム制の導入にともなう実践への効果を認識できない職員もいることが明らかになった。意識して職員間でコミュニケーションをとろうとしていたり、ゆとりを持って患者と接することでその成果が感じられ、より努力することができるが、そのきっかけがつかめなかつたり取り組み方がわからなかつたりする職員には、業務の負担への不満が高まるような影響があると考えられる。チームリーダーとなる看護職員には、

不安を抱えている職員を把握し、コミュニケーションが促進できるよう、また、受け持ち患者とゆとりを持ってかかわることができるように支援していく必要があることが示唆された。

家族の評価に関しては、患者が「穏やかになった」や「つかんで怒らなくなった」など、家族がケアの成果を認識していたり、誰に患者のことを聞けばよいかわかるようになったり担当がいるという安心感があるということが成果として認められた。これは、チーム制の導入にともない看護・介護職員間で責任の所在を明確にしただけでなく家族に対してもそれを明示したことと、家族の面会時にその担当が意識してかかわるようになったという職員が認識しているチーム制導入の実践への影響に関連していると考えられる。しかし、受け持ち患者への責任が明確になった反面、受け持ち以外のあるいは異なるチームの患者への責任を放棄していると考えられるような、「担当者がいない時にお問い合わせすると担当の人がいないといわれる」という発言も認められる。受け持ち以外の患者および家族に対しては積極的な介入には至らなくとも、チーム内でのコミュニケーションやチーム間の協力体制をとおして、受け持ちの積極的な対応につながるように、チームリーダーが状況を見て対応を調整していく必要があると考えられる。

## VII. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

昨年度の取り組みによって看護・介護職員に再認識されたケア提供者としての基本的姿勢・態度の重要性を事例検討患者だけでなく、他の入院患者にも適応して実践できるような看護提供方式を検討した結果、継続受け持ち制固定チームナーシングが導入された。それにより、業務中心ではなく患者中心の援助を意識して実践しようとする看護・介護職員が増えたこと、さらに、このことによって患者と関わる機会が増え、それがより深く患者理解を可能にし、それをもとにしたケアを提供したことでその成果を実感することにつながっていた。全員の看護・介護職員が実感できた成果ではないものの、今後実感できなかった職員の支援につなげることが出来ると考えられる。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

昨年度の学びや成果を今後も継続していくための方策として導入したチーム制によって、病棟

の雰囲気や患者の様子がよくなっているように感じてはいるが、実際にどのような実践の変化があるのかを聞き取り調査を行うことにより明確にすることができた。チーム制の導入に期待したケア提供者としての基本的姿勢・態度をふまえてケアを実践できている部分もあるが、その看護方式の機能を活かすことが出来ていない部分も明らかになったことによって、今後の取り組みの方向性を示すことができた。

### 3. 大学（大学教員）がかかわったことの意義

今年度は事例をとおして看護・介護職員にケア提供者としての姿勢・態度の維持や具体的な介入方法の改善に働きかけることはなかった。しかし、看護方式の検討や新しい取り組みの成果を見る方法や分析をとともに検討する中で、看護・介護職員の実践状況を現地共同研究者とともに確認することができた。看護方式は手段であってそれを変えたからといってケアが変わるものではない。認知症高齢者に対する目指す看護があつてこそその体制の改善でなければ、取り組みを行っていても日々の忙しさに追われ、業務に流されがちになる現場において、ケアの充実には結びつかない。今回、共同研究を通して昨年度の成果を共有した教員が新しい看護方式に取り組む看護職の意見を確認したり、検討会を通して現場の状況を明確にするようなかかわりを続けることは、看護・介護職員が認知症高齢者の視点に立ったケアを実践しようとする努力を維持する上で重要であったと考える。

今年度の共同研究の希望として、昨年度の自己点検において現地側共同研究者より「看護実践を行う場合、どうしたらよいかわからない問題の解決策を見出したい」という希望があつた。今年度の研究において、看護実践上の課題解決の方法の1つとして、研究的手法を用いた。分析過程で課題とともにその対策について教員の意見を提示し具体的な方法へと検討したことで、研究的手法を習得しただけでなく、今後新たに生じた課題に対しても、現地側共同研究者の主体的な取り組みにつながりやすいと考える。

また、このような研究的手法を用いた現場改革の実践過程は大学院前期課程の教育においても実例として紹介できるものである。

## Ⅷ. 共同研究報告会と討論の会での討議内容

### 1. 他施設での環境や看護方式を含むケアの現状（限りある環境のなかでケアの充実をはかるための

#### 工夫について)

Q1 チームナーシングについて他施設ではどのように行っていたのか。

→あまり業務をしている中でチームナーシングについて考えながら実施していないのが現状である。

→60床の認知症病棟で、男女30名ずつのユニットケアを実施している。1ユニット患者数15名である。部屋担当でケアを行っているので、患者に対して深くかかわることが出来ている。担当者は日勤帯で2つのユニットを2名の看護師で担当し、ケアを行っている。電子カルテを導入しているため、他ユニットの患者の情報の把握がしやすく、情報の共有が出来ている。入院時から退院に向けて患者の状態を複数の職種で確認しながら、実施している。

Q2 チームナーシングを導入することでのメリット、デメリットはあるか。

長期入院の認知症患者の対応はどのように行っているか。

→チームナーシングを実施しているが、患者から職員への関わりが一方的になるケースがあり、職員への負担が大きくなる。周りのスタッフの協力が必要となってくる。今後の課題としては看護計画を立案し、その情報を共有していく必要がある。Q3 特養ではできる限り1対1での関わりを心がけているが、病院では限られた人数の中でどのような関わりをしているか。

→してはいけない5カ条を念頭に関わりをしている。しかし、ケアの中ではどうしても静止してしまうこともあつたが、患者を受け入れる、患者の行動の意味を知るを心がけ、ケアを行っている。具体的なケア方法については今現在試行錯誤しているため、今後の課題である。

他施設から…当院では患者が入院してきた際に全身の確認、看護計画の立案を当日に行い、その後こまめなカンファレンスを実施、病棟職員全体で患者の観察を行い、看護計画を修正し、個々の患者にあつたケアを行っている。また電子カルテを使用しているため、状態を記録に残す、また情報を共有することで、患者を把握することに努めている。

Q4 急性期認知症病棟における環境の中ではどのような取り組みを行っているか。

→環境の変化による混乱を軽減するために患者が自宅や、施設などで使用している物を持参していただく、家庭の近い環境を提供できるよう取り組んでいる。

Q5 精神科病院では危険物や患者の持ち込み品に制限があると思うが、そのような点はどのように対応しているのか。

→認知症病棟での危険物の持ち込みに関しては、現状刃物などの持ち込みはないが、主治医、看護師で協議し、臨機応変に対応している。時計なども持ち込みがあるが、病院という集団生活の中では他の患者様が病室に入り破損する恐れがあるため、家族には、破損する可能性があることを説明し、それでも持ち込みたい場合は持ち込んでいる。

## 労働生活を支援する看護



## 働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究

梅津美香 坪内美奈 北村直子 山田洋子 (大学) 水野由美 ((社) 岐阜県労働基準協会連合会)  
大橋淳子 (三洋電機 (株) 岐阜産業保健センター)  
桑原恵子 (西日本電信電話 (株) 東海健康管理センタ)  
荒川芽 伊藤清美 道中環 小林裕子 (鷺見病院郡上健診センター) 古澤洋子 (山内ホスピタル)  
横山さつき (京セラ (株) 岐阜事業所) 宮川敬子 (東レ (株) 岐阜工場)  
佐藤澄子 (旭化成建材 (株)) 酒井信子 ((株) ブリヂストン関工場)

### I. はじめに

本共同研究は、岐阜県の産業看護活動の実態調査から始まり、現在まで、岐阜県産業看護研究会という産業看護職のグループとして、実際の活動事例の検討を重ねることにより、看護実践能力の追究に向けて取り組んできた(図)。平成19年度からは、特定保健指導など保健指導を主なテーマとして取り上げ、取り組みや課題について検討してきた。

平成21年度の研究目的は、各研究メンバーが実施した保健指導の結果をふまえて、評価指標について検討することである。平成21年度は評価指標としての共通質問項目案を作成したのでその途中経過を含めて報告する。

### II. 倫理的配慮

倫理的配慮として、新年度の開始時点に研究メンバーには、改めて共同研究の主旨を説明し研究参加の任意性を保証した上で、平成21年度共同研究に継続参加するかどうか意思を確認した。新規に参加したいと希望のあった研究者にも同様の方法で意思を確認した。参加の意思表示があった研究者で平成21年度の研究チームを組んだ。各研究メンバーが検討の場に自職場の活動事例を提示する場合には、対象事業所や個人が特定できないように集計・加工した状態で資料作成する、配布された資料は参加者が責任をもって保管することを実行した。

### III. 活動方針・取り組み体制

平成21年5月に前年度を振り返って保健指導の実践の現状について話し合った結果、平成21年度は特定保健指導導入2年目ということもあり、その評価方法が中心的テーマとなった。活動方針は、表1の通りである。

また、共同研究への取り組み体制として、現地側共同研究者は、検討の場に、各自の職場で実施した保健指導の結果(個人が特定されないように集計・加工したもの)などの資料や自職場内での

意見交換等の結果などを持ち寄り討議に参加した。大学側の共同研究者は、討議に参加するとともに、関連する文献や情報の提供を必要に応じて行った。また、検討する場の設定などの連絡調整および検討内容の取りまとめ・整理を担当した。

表1 平成21年度活動方針

- 
- ・保健指導の評価方法について、各研究メンバーが実施した保健指導の結果をふまえて検討する。
  - ・研究メンバー間で統一した評価指標を用いて適切な評価指標を明らかにする。
  - ・質の高い保健指導について検討する。
- 

### IV. 結果

#### 1. 保健指導の評価についての話し合い

平成21年7月～平成21年11月にかけて、各研究メンバーが実施した特定保健指導の結果を持ち寄って、保健指導の評価について2回検討した。改善を評価することの難しさ、保健指導の効果の評価、保健指導技術の評価、保健指導を受けた対象者の評価・満足度などについて話し合った。話し合いで出された意見の抜粋を以下に紹介する。

##### 1) 改善を評価する難しさ

- ・何が改善かという問題がある。
- ・集計して平均値などで評価すると、個々人の変化の幅などをどのように考慮するかという問題が出てくる。血液検査については、全項目を3ヵ月後や半年後に行う訳ではなく、有所見項目のみフォローするので比較しづらい。
- ・基準に当てはめ支援の段階(積極的支援・動機づけ支援)の変化を見るというのが一つの方法ではある。医療保険者や国の立場から言えば、特定保健指導の支援対象集団の変化が1つの評価になると思うが、難しい。
- ・目標達成についても、設定した目標の数が対象者によりまちまちであり、途中で修正もするので、例えば実行率としてまとめて評価す

- るのが難しいという問題がある。
- ・ 目標を修正したら、その理由も記載しておくことが大事ではないか。
- 2) 保健指導の効果の評価
- ・ 保健指導の内容を入力しており、5年間の記録ができるものを作ろうと話合っている。
  - ・ 対象者へのアンケートとして、対象者の思いと自分達の技術について評価したいという目的で、保健指導の対象になってどうだったか、改善が出来たのはどうしてか、出来なかったのはなぜかとか、継続は出来そうかとか、保健指導は役に立ったのかとか、保健指導の対象の私達が信頼できたかなどの内容が把握できるものを作成した。
  - ・ 個人個人に対しては、保健指導の各担当者が評価をしており、この人の支援の時は何が良くなかったのかというように、個別に評価をしていく事も非常に大事だと感じる。初回面接で適切な目標が立てられなかったというのがよくなかったのではないかと、3ヵ月後に個別面接をやっているが、そのときにきちんと目標の設定について振り返ったり修正が不足していたのではないかとというところも反省点として出てきた。
- 3) 保健指導技術の評価
- ・ 初回面接終了時に、自分達は退席し他者評価の用紙を対象者に渡し記載してもらおう。今日はどうでしたかという他者評価と、自分自身はこの保健指導に関して評価としてどうだったかというのをその場その場で書いていくようにしている。
  - ・ 他者評価の質問は「あなたの生活やおかれている環境を理解してくれましたか」「面接者はあなたの考え方を理解してくれましたか」「十分な知識を持っていたと思いますか」「面接の流れはスムーズであなたの話をよく聞いてくれましたか」「保健指導の内容は明確で、あなたの健康を考えるうえで役に立ちましたか」「面接員は信頼できたか」「面接者には自信が感じられたか」「面接者はプロ意識が感じられたか」などである。評価は比較的よい。担当した保健師自身の自己評価の方が悪い。席はずして書いてもらうようにはしているの、まんざら嘘は書かないと思うが。
  - ・ 対象者には、保健師が自分達の技術の評価しようとしているというのは伝わる。
  - ・ 関係性を作っていくためのものだと考えていくと、価値がある。話をよく聞いてくれましたかといった質問は、受けた側にとってみるとむしろ確認してもらいたい内容なのではないか。言いたい事言わせてくれたとか、そういう事ではないのか。
- 4) 保健指導を受けた対象者の評価・満足度
- ・ 初回面接時の関係作りとしては有効な方法ではないか。保健指導が終了してから評価をもらうのとはまた違う意味が初回の時はあるのでは。
  - ・ 個人の保健指導の能力を評価するというところで、初回面接でファシリテーターを務めた保健師は、半年間そのグループにずっと関わるようにして、その結果で担当した保健師の能力を判断しようと考えている。
- ・ 資料に示した健保組合だけではなく、他の健保などの結果を集計しても、やはり7割以上は情報が得られたと評価されている。
  - ・ 良かった情報としては、具体的な話、説明、自分に合ったというところが良かった。具体的なカロリーの所、食品のカロリー、飲み物のカロリーなど、今までは漠然とちょっと控えてというところを、例えば「中盛を小盛りにすると70kcal減ります。1日に77kcal減らすのですね。そうしたらご飯をこれだけ減らすだけで到達してしまうので、それでいいんですよ」というように具体的に説明した所が良かったのかも知れないという気がする。
  - ・ 満足度については、目標達成しても満足していない人がいるようだが、達成していても元の目標が多くてこれでは満足してないというところだと思う。目標を達成したら満足度が高いのかと思いきやそうでもない。あなたの目標達成の満足度はどうですかと3段階に分けて答えていただいている。
  - ・ 数字で変化を見るだけではなく、対象者自身の言葉で評価していられないかと考えている。その人が自分でやってみてこれが良かったというような、その人の意識の変化のようなものを、自分達でメモしておこうと考えている。
2. 共通質問項目案の作成と検討
- 保健指導の評価についての話し合いの結果、対象者本人からの言葉で保健指導の評価をすることを目標に、共通した質問項目を2~3項目設定し、各研究メンバーが自職場で実施している保健

指導対象者への質問紙等に追加することを決定した。共通質問項目を設定することで、各々の方法で実施している保健指導について比較することができ、共通すること・異なっていることから、より質の高い保健指導へと改善が出来ることを目指すためである。

各研究メンバーが、現在評価として用いている項目、保健指導の評価として本人に確認したい内容、数値には表われない保健指導場面での対象者の反応や発言、自由記述の記載内容および職場内で話し合った結果を持ち寄って、共通質問項目について検討した。

素材として提示された、ある職場での特定保健指導を受けた24人の感想（自由記述）の分類結果は、【継続して維持・改善することへの意思】

【行動変容したことによる効果の実感】【行動変容の難しさ】【行動変容への意欲の継続の困難】

【特定保健指導の意味】【特定保健指導への満足・感謝】【要望】であり、これらの結果と検討してきた内容を整理し、下記の保健指導を受けた対象者への共通質問項目案が研究会で提案された。

表2 共通質問項目案

- ① 特定保健指導を受けたことで、自分にとってよかったと思うことは何でしょうか？
- ② 今後は、自分の健康づくりにどのように取り組んでいこうと思っていますか？

質問の意図：特定保健指導を受けた対象者の人生（健康生活）における健康づくり（特定保健指導）のもたらす意味・価値を把握すること。

- ①の質問は、回答する時点における意味・価値、
- ②の質問は、将来に向けた前向きな意思（健康づくりの意味・価値の反映として）を問うもの。

質問項目案については、各研究メンバーの職場内での意見交換結果も踏まえて検討中である。

現時点では、①の質問に「よくなかったこと」も含めて質問すること、①②の質問以外に保健指導の内容や技術を評価する項目を追加することなどを話し合っている。また、各メンバーが集計した結果を持ち寄るためには、回答は自由記述ではなく選択肢方式にする必要があり、その点についても合わせて検討中である。

## V. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

平成19年度より、保健指導をテーマに検討を

重ねてきた。当初より、看護実践としての保健指導の評価には、数値では表しにくい質的な評価をしていきたいとの意見が出ていた。平成21年度には、評価について具体的に検討し、共通質問項目案の作成まで進んだ。次年度に実際に実施すれば、その結果は、研究メンバー各自の保健指導の改善へと貢献するものと期待できる。

## VI. 現地側看護職者の受け止めや認識

共同研究を通じて、所属施設の異なる看護職者同士のネットワーク作りにつながり、特に職場に看護職が一人しかいないという研究メンバーにとっては、検討会が情報交換や相談の場ともなっている。

各看護職の自己点検評価の記載からは、保健指導実施後の評価の一手段として活用できる、様々な立場・フィールドからのアプローチがあり自分のスキルとすることができた、保健指導の評価を意識して活動するようになった、評価方法への理解の深まり、所属機関の役割の大きさの実感、などの状況や認識の変化が認められた。

## VII. 本学が関わったことの意義

共同研究のプロセスにおいて、大学側教員は、現地側看護職者の主体的な取り組みや研究動機を引き出す姿勢で臨み、関連する文献や情報の提供なども行った。以上の教員の関わりや共同研究として活動事例の検討を重ねたことで、研究メンバーの主体性が高まり、今年度のような複数職場の看護職が共同で1つのテーマに取り組むことにつながったと思われる。

## VIII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討議では、保健指導を評価することについて、本研究で取り組んでいる複数施設での共通評価項目について、日頃の保健指導の実践で感じることなどについて意見交換がなされた。

保健指導を評価することについて以下のような意見が出された。

- ・ 保健指導をしている看護職自身は、保健指導の効果はBMIや体重などの数値だけでなく、数値では測れない効果があることを感じている。そのような効果を捉えて示していきたい。
- ・ これまでの保健指導を評価することは大切だと感じていたが十分に検討してこなかった。このような取り組みがとても興味深い。複数施設で共通の評価項目を立てて保健指導

の評価をすることについて、以下のような意見が出された。

- ・ 複数施設で結果を比較することで、自施設の保健指導の評価につながり、見直すことにつながると思う。
- ・ 施設によって対象者の特性も異なるので、対象の特徴による保健指導効果の違いについても検討できるのではないかな。
- ・ 保健指導を受ける以前の対象者の健康への取り組みに対する意識の違い、自ら取り組みたい人とそうでない人とでは、保健指導の効果が異なるのではないかな。そのあたりも検討したい。
- ・ これまでの保健指導の経験から、40代と50代での効果の差を感じる。50代の方が、健康意識が高いと感じる。
- ・ 保健指導の効果を示すデータの他にどのようなデータを各施設から持ち寄り分析に使うか、今後検討が必要である。データを分析に使うには倫理上対象者の理解が必要となるので、その点についても検討を続けたい。
- ・ 保健指導の方法は各施設によってさまざまであり、評価を確認する方法も各施設の状況に合わせた形となり、条件はそろわない。可能な範囲で条件をそろえていくが、実践的な研究なのでその点を踏まえて、結果を検討していくことになる。

本研究で設定する共通質問項目について、以下のようなやりとりがなされた。

質問) 回答を選択肢方式とする場合、どのように選択肢を作成するのか。

回答) 選択肢の作成は現段階では検討中であるが、

選択肢によって結果が大きく左右されるので、慎重に検討したい。事前に予備調査を行うもしくはこれまでの保健指導のときに得た感想などから選択肢を作成しようと考えている。

日頃の保健指導の実践で感じることとして、以下のような意見が出された。

- ・ 自分の保健指導能力を高めていきたい。対象者が指導内容に納得していない、やる気をもてないときなどどうしたらよいか悩むことがある。
- ・ 新人教育では保健指導の実践を逐語録にして振り返っている。その逐語録でみると、ある程度保健指導の効果が捉えられることもあれば、文字にされた内容だけでは捉えられない効果もあるように感じる。
- ・ 本人の行動変容やデータの改善などのよい結果が出たときは、支援の効果というより、本人の力なのかと思うこともあり、保健指導の効果なのかかわからないこともある。
- ・ 自施設では保健指導の力をつけるためには、ロールプレイで研修をしている。
- ・ 保健指導ではいかに本人の生活を看護職が理解しているかが鍵だと思う。本人の生活に添えないと表面的な指導となってしまう。
- ・ 毎年データが改善されずに保健指導対象となる人への支援をどうしたらよいか悩む。

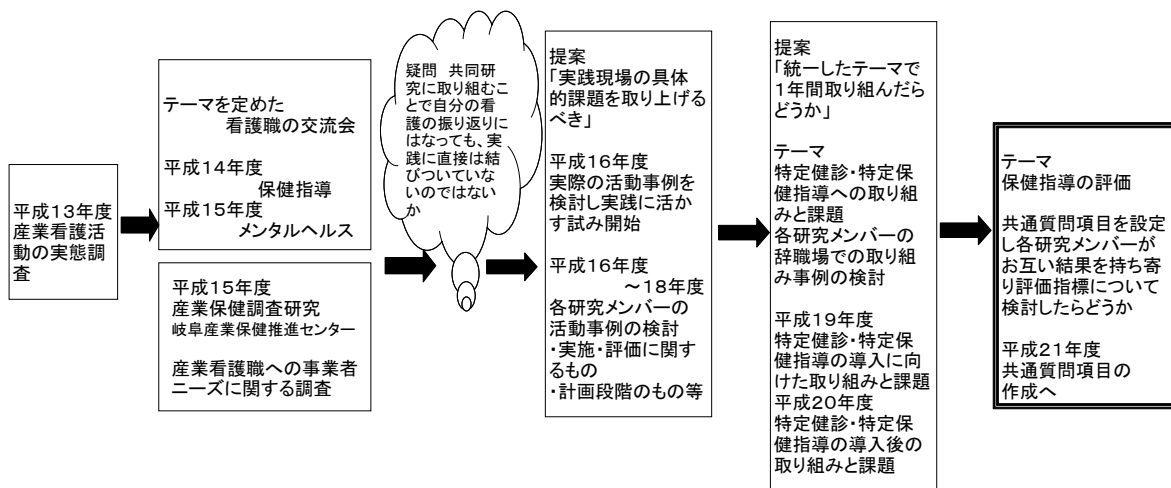


図 共同研究の経過

# 労災病院における勤労者看護の質的向上の追究

小林美代子 船崎ひさみ 井村春美 岡本孝子 宮路操代 石川春美  
古屋敷智恵美（中部労災病院・看護部） 梅津美香 橋本麻由里（大学）

## I. はじめに

勤労者医療を標榜している医療機関として、さまざまな健康レベルの勤労者へ行う看護サービスのありようの検討や、内容的に質を高めていくことは必要不可欠である。その一環として進めてきた労災病院と岐阜県立看護大学との共同研究も年月を積み重ね、評価の時期に来ている。また、この共同研究は、中部労災病院のみでなく、他の労災病院の看護師にも勤労者看護を広げ、組織全体への普及にも貢献している。

平成 21 年度の目的は、勤労者看護研修の開催による勤労者看護を実践できる人材育成、「勤労者看護オープンセミナー」と題した合同研修会の開催を通じた他労災病院との連携・ネットワーク化の促進、組織的取り組みの評価である。今年度のステップアップに繋がる活動を中心に成果を報告する。

## II. 今年度の主な取り組み内容

### 1. 「勤労者看護研修会」の開催

勤労者看護は、労災病院の中では必要不可欠の存在として位置づけられている。そのひとつとして、バランスト・スコアカードの項目に、看護部年間目標の指標として、勤労者看護研修会参加人数や勤労者に対するインタビューおよび事例検討数を挙げ啓蒙を進めている。

研修会は、5月から開始し月1回、計8回開催した。各研修会には共同研究者である大学教員が参加し、ともにディスカッションを行った。また、研修会では、毎回終了後に参加者に「ご意見カード」に意見を記入してもらうようにした。

内容は下記の通りである。

- 1) 勤労者看護の理解と研修導入のための「2009年度中部労災病院の勤労者看護を考える」と題した公開シンポジウム

<シンポジウム内容>

- ①「労災病院がめざす勤労者看護」
- ②「労働生活を理解する意義」
- ③「勤労者看護研修に参加した体験」
- ④「勤労者看護研修を発展・充実させるために」
- ⑤「勤労者看護研修における倫理的配慮（個人情報保護等）」の内容を4名のシンポジストが

話をした。

- 2) 勤労者にインタビューし、その内容をもとにした事例検討

<今年度の事例検討の内容>

- ①骨盤骨折術後、坐骨神経障害患者の事例
- ②大腸がんで人工肛門造設し、社会復帰した患者の事例
- ③変形性股関節症により人工関節置換術を行った患者の事例
- ④右上腕骨・尺骨、多発肋骨骨折の労災患者の事例
- ⑤高度肥満の問題を多く抱える患者の事例
- ⑥体重減少の著しい患者の事例

以上6事例を研修会内で検討した。

- 3) 勤労者看護を考える上で知っておいた方がよい知識を得るためのワンポイント講義

<ワンポイント講義内容>

- ①「勤労者看護を実践するためのインタビューシート」の活用ポイント…臨床側共同研究者より
- ②産業保健・産業看護の基礎知識…大学側共同研究者より
- ③労災保険とその周辺制度…MSWより
- ④勤労者予防医療センターの取り組み…予防医療センター看護師より
- ⑤勤労者のメンタルヘルス…臨床心理士より  
上記の講義を1回20分程度で各研修会時に盛り込んだ。

- 4) 研修のまとめとして「事例を通して実践した（実践を考えた）勤労者看護」と題したレポート作成と発表会

### 2. 他労災病院との連携・ネットワーク化の推進

- 1) 労災病院の関東・中部ブロックの中堅看護師研修会

研修会の講師を務め、参加者約80名に対し、共同研究の内容を含め、伝達の機会を得、啓蒙活動を行なった。

- 2) 勤労者看護オープンセミナー

平成21年10月に初の取り組みとして、他の労災病院にも働きかけ、勤労者看護オープンセミナーを開催した。

### 3. 組織的取り組みの評価

- 1) 平成 18 年度研修生の最終レポートの分析
- 2) 平成 15 年度～18 年度研修生へのアンケートおよびインタビューの分析
- 3) 平成 19 年度～21 年度研修に関するデータ収集・分析
- 4) 組織的取り組みの中核となった共同研究者(元共同研究者 2 名含む)とのディスカッション

### Ⅲ. 倫理的配慮

研修初回に本取り組みが共同研究として行っているものであることと個人情報保護の方針・方法について説明し、実行した。患者へのインタビューを行なう場合は、書面にに基づき口頭で主旨を説明し書面にて同意を得た。研修生のレポートの分析への活用やアンケート・インタビューへの協力依頼については、対象者に書面にに基づき口頭で主旨を説明し書面にて同意を得た。研修会参加者の記入した「ご意見カード」記載内容の研究への活用については、毎回その諾否を「ご意見カード」に記入してもらうことで確認し、承諾を得られたもののみ活用した。

なお、岐阜県立看護大学研究倫理審査部に研究倫理申請し、平成 20 年 3 月承認を得た。また組織的取り組みの評価の研究方法として、平成 19 年度～21 年度研修に関するデータ収集・分析、組織的取り組みの中核となった共同研究者とのディスカッションについて研究倫理申請し、平成 21 年 10 月に承認を得た。

### Ⅳ. 結果・考察

#### 1. 「勤労者看護研修」の開催と成果

研修会としては 8 回開催し、新たな事例 6 事例を検討した。この場には、大学教員も参加し、討議に加わった。最終的に「事例を通して実践した(実践を考えた)勤労者看護」としてレポートを作成し発表した研修生は 6 名であった。

<レポートより抜粋 1>

この事例から考えさせられたのは、生活の維持無くして治療もないのだということである。病院は疾患を治療しても、生活は保障してくれず、まして従業員を抱える経営者なら、自己の生活だけでなく従業員の生活まで、疾患の有無に関わらず保障しなくてはならない。規模の大きい職場なら配置転換や産業医への相談など、あの手この手と考えられても、小さな職場では私達が介入できる事は少ない。だからこそ、疾患を発症、悪化させないための予防的な取り組みが大切だと改めて

思った。そして予防のためには、患者自身で生活環境や健康、疾患を考え、何が良くて悪いのか、何が不足していて必要なのか考え、気付くことが大切だと思った。医療者としてあれもこれもと言いたくなるが、一方的に指導しても患者が自分の問題として身近に受け止め、実践しなくては意味がなく、自己管理能力の低い患者こそ、患者自身が考え気付くこと、そして継続的に確認してくれる誰かがいる事が大切である。

<レポートより抜粋 2>

私は、自分が行動することによって、復職がスムーズになることを期待し、行動することが勤労者看護だと思っていた。しかし、勤労者看護において、まずすべきことは、仕事に対して本人がどう考え、どうしていきたいかを明確にすることが大切だと感じた。看護師の介入によって問題を解決するのではなく、本人の意向に沿って考え、患者自身に解決する力があるのなら、見守ることも大事だと学んだ。また、事例検討をして、普段気にかけることの少ない仕事について考えることにも意味があるのだと感じた。

<ご意見カードより抜粋 1>

事例を検討する大切さが伝わった研修会だったと思う。入院している(通院している)患者は、勤労(仕事)について、こちらが何も話さなければ何も言わないが、仕事について話しかけることで、仕事のこと、自分がどのように仕事を工夫してやれるかなど、話したいことがたくさんあると思う。そこを引き出せる 1 つの手段は、インタビューシートの内容で、その患者と対面して、直接関わることから勤労者看護の一步が始まると思う。「働き甲斐⇒生きがい⇒その人の人生」に関わる大事なことに看護者として関わっているのだと思う。

<ご意見カードより抜粋 2>

今回の成果発表会を通して、自分の考えを整理するよい機会になった。「全人的看護」を刷り込まれた身としては、勤労者看護は患者のひとつの側面であり、新しく学ぶことは多くないだろうと予想していた。しかし、事例検討を通して、それぞれの患者の仕事の意味、価値を考えたとき、勤労者としての自分を振り返る機会にもなった。また、自分を勤労者として客観視することによって患者の理解が深まり、目の前の患者(勤労者)への介入の糸口が見えてくるようにも思う。研修の当初に、勤労者看護研修は「考える研修」と強調されていたが、講義や事例検討で得た学びはもろんのこと収穫の多い研修だったと思う。

「レポート」「ご意見カード」から一部抜粋を載せたが、一つ一つのレポートの中、研修会の参加者一人ひとりの中に、この研修を通して多くの学びや発見が見られている。この勤労者看護は、特殊なものではなく、より身近な視点から患者を見、考えることが重要であり、その経験から看護を深めることに繋がっている。そのことは、今年度の研修最終会のディスカッションの中にも出てきたが、より患者を立体的に考えることができることに繋がり、大きな意味があると思われる。

## 2. 他労災病院との連携・ネットワーク化の推進

今年度初めての取り組みとして「勤労者看護オープンセミナー」を開催した。土曜日の午後を活用することで、通常の倍の時間を作り、事例をグループ検討できるように工夫した。導入には、共同研究者による講義「勤労者看護—実践・普及への挑戦—」と「勤労者看護の今後の課題」を盛り込んだ。初めて「勤労者看護」を学ぶ人もいるため、これまでの取り組みや勤労者看護に取り組む意味を理解してもらいながら、実際の事例をアレンジし、限られた情報の中から、勤労者看護の理解を促す、効果的なグループ討議を目指し、パート1、パート2に分け実施した。当日は、広島県と静岡県の各労災病院から計12名の参加を得、当院からの参加も含め全63名で、勤労者看護について考え、活発な意見交換ができた。

事例検討パート1では、糖尿病の事例を活用した。これまで使用してきた「勤労者を理解するためのインタビューシート」の中に盛り込まれている7つの項目ごと（労働環境、労働態様、個人要因、家庭要因、健康・安全に関するセルフマネジメント、産業保健体制、健康に関連する労働の概念）に組み換えをし、情報をその中に入れ込み配布した。その事例をもとに、患者が復職する、労働生活を継続していく上で問題になる点を見つける。そして、看護として介入すべき点を話し合う形にした。その中では、労働生活を7つの視点から見つめなおすことでこれまで、見ていない、又は、意識していなかった労働生活について多くの気づきが得られた。これは、視野を広げることで気づく看護の視点を実感することに繋がった。

事例検討パート2では、2名の消化器がんで化学療法を行っている男性の事例を活用した。提示した情報は、年齢、疾患名と状況、職業、従業員数、仕事の経験年数、家族背景のみである。その情報の中から、どちらかの人を選択し、その人が

置かれている状況をグループ内で共通理解をする。その後、それぞれの方たちへの勤労者看護を考えるとしたら、どのような点に注目すべきかグループ内で検討する形をとった。この限られた情報の中でもグループワークの中で広がりを実感し、これまでの多くの情報がなければ、勤労者看護につなげられないという錯覚から脱却し、新たな面に気づくことができた。これは、条件により変わる事実、さまざまな視点に気づき、活用方法について考えるきっかけとなり、個別性が要求される看護の視点の理解に繋がった。研修会は、年代も違えば、経験年数も違う、部署も違えば、役職のある人、ない人、病院も違い初めて会う人もいるという状況ではあったが、どのグループも活発な意見交換ができていた。

＜研修参加者からの意見（一部抜粋）＞

①講演1では、勤労者看護が社会的にも必要であること個人の力をチームの力に活用することの大切さを学べた。講演2ではQOL QWLの維持・向上のために勤労者看護の必要性が学べた。グループワークでは、本人が仕事に対してどう捉えているのかが基本にあって、そこから仕事と治療の調和がとれるように働きかけることが大切だと気付けた。

②グループでこれ以上ない程話し合ったが、他のグループの発表を聞くと、視点が違い、さらに膨らんでいることを知り驚いた。この学びを実践で活用し、チーム看護につなげられる様にしたい。

③事例を通して考えたことで、今まで実際の場面で行ってきたことのまとめにつながった。ただやみくもに情報を取り、患者さんへのケアをするのではなく、勤労者の視点にあった考え方を展開するととても理解しやすかった。他の多くの人の意見を聞くことができ、参考になった。

④事例検討会での内容発表がとても有意義だった。ひとつひとつの視点を大切に集団(グループ)検討は良かったと思う。患者さんの思いを伺い、思いに沿える看護を充実できると良いと感じた。

⑤私達看護師同志での価値観の違いからグループワークも有意義に進んだと思う。同じ様に患者さん一人一人をよく見て、またそれをチームで考えていくことの大切さを改めて学んだ。視点を持つことの大切さも、視点が解り良かった。

⑥患者の生活にしっかりと目を向け、その患者に必要な情報を得て今後へつなげていくことを学んだ。

その他にも、個々がこの研修を通し感じたこと、グループワークで話し合う事の楽しさ、語り合う

事の大切さも書かれており、初めての試みだったが一定の成果を挙げる事ができた。

### 3. 組織的取り組みの評価

平成 18 年度研修生の最終レポートの分析の結果は、「勤労者看護を实践できる人材育成の方法の検討—労働生活インタビューと事例検討による研修後のレポート分析から—」と題して本学紀要に投稿した。

平成 15 年度～18 年度研修生へのアンケートおよびインタビューの分析の結果は、平成 21 年 9 月に北海道で開催された日本看護学教育学会第 19 回学術集会に「勤労者看護の推進に向けた人材育成の方法と評価」と題し発表した。内容としては、当院で行ってきた勤労者看護研修を受けた看護師が、研修での学びを研修終了後にも実践に活用できているか現状を明らかにし、今後の勤労者看護推進のための方策を探ることに主眼をおいたものである。

平成 19 年度～21 年度研修に関するデータ収集・分析は、継続実施中である。組織的取り組みの中核となった共同研究者(元共同研究者 2 名含む)とのディスカッションに関しては、平成 21 年 10 月に実施し、結果を分析中である。

### V. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

共同研究を継続することで、看護師の勤労者看護への関心・認識に変化が見られるようになってきた。平成 13～14 年度は自由参加の学習会を開催したが、日常の看護活動の中で患者の労働生活についての情報収集不足から検討事例の提供が減り、参加者数も減るといった事態が生じた。しかし、中部労災病院として、勤労者看護を实践できる人材の育成は重要な課題であったため、平成 15 年度より自由参加ではなく看護部の現任教育のひとつとして、中堅以上の看護師を対象に、勤労者である患者への労働生活インタビュー実施とインタビュー事例の検討を中心とした研修「勤労者看護コース」を位置づけ、勤労者看護実践の中核的役割を担う看護師育成に取り組み始めた。平成 17 年度には新病棟移転による業務繁忙のため看護部の継続教育においても、その多くが休止を余儀なくされる状況が発生したが、「勤労者看護コース」は病院の理念から重要かつ不可欠であるとの看護部の認識により継続開催することができた。

平成 18 年度は、労働者健康福祉機構本部から

勤労者看護の理念や取り組む方向性が示されたことや病棟移転が終了したことなどが影響したためか、新規参加の研修生が増えた。勤労者看護への関心・認識が病院内へ広がる兆しがみられた結果、平成 19 年度には看護部の BSC (バランス・スコアカード) に勤労者である患者への労働生活インタビューの実施目標が盛り込まれ、対象を中堅以上のリーダー層から全看護師へ拡大することとなった。

平成 19 年度以降は、組織のバックアップも追い風となり、院内の多くの看護師の理解を得られるようになってきている。また、研修を受けた看護師は、研修終了後も勤労者看護へ取り組む意思を示しており、所属部署における実践につながっている。その結果、勤労者に対するケアの中に労働生活をふまえた内容を意識することが増えてきている。勤労者看護の実践事例が増し、平成 21 年度は 2 名の学会発表の機会にもつながった。

### VI. 現地側看護職者の受け止めや認識

勤労者看護への組織的取り組みを共同研究という形で継続して取り組むことで、発展してきた。独立行政法人労働者健康福祉機構本部よりも先行して取り組みを開始しており、他の労災病院と比べても勤労者看護の取り組みの成果が上がっていると思われる。

他の労災病院や看護学生にも本共同研究の内容を伝えており、勤労者看護の普及に貢献している。

また、共同研究の実施は、中部労災病院の看護師が自分達の看護を考え見直す機会になっている、自分の言葉で看護を語る事ができているというよかった点がある。

### VII. 本学(本学教員)がかかわったことの意義

大学側教員が参画することで、客観的な立場から人材育成の方法等を検討することにつながったと思われる。

共同研究として事業化したことで、毎年、資料集として取り組みをまとめ評価することにつながっている。新たなものを作り上げていく過程において、共同研究者として共に考え、理論的裏付けとなる資料等を提供し、成果としての客観的な評価の方法について検討している。また、取り組みの成果について、学会等で現地側看護職や研修生がまとめ発表する機会を促進してきた。

本研究の成果は、働く人びとを支援する実践活動の実際の学習や、組織の理念に沿った人材育成



の取り組みの例として、学部教育・大学院教育の充実にも役立っている。

#### Ⅷ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

「勤労者看護の視点は、一般病院の看護師にも必要なものではないかと思う」という発言があった。それに対し、共同研究者からは、「これまでの取り組みを通じて、勤労者看護は、特別な看護援助ではなく、日々の看護実践の中にあり、勤労者看護の視点をもつことで、より意識的に勤労者看護の実践をすることができ、結果的に看護の広がり・質の向上につながると考えている」との考えが示された。また、「一般病院でも労災病院でも勤労者看護の視点は基本的に必要である。これまではその基盤づくりをしてきたと思う。その上で、今後の課題として、労災病院という勤労者医療を標榜する病院としては、労働生活に関して支援の必要性が高く、かつ困難な事例への援助方法の開発が求められている。」との意見も出た。

参加者の問いかけから、「労働生活について話を聞くことの意味」について討議した。「医療機関において、患者という面だけではなく、その人の社会的な側面からも理解していくという姿勢が、相手に伝わるのではないかと思う」「インタビューを依頼した際、患者のほとんどは快く受け入れ、生き生きと語る。労働生活についてきちんと向き合って話を聞いてもらうことは患者にとってうれしいことではないか」などの意見が出た。また、「労働生活について、経済的側面なら経済的側面（医療費の支払い能力など）という面からだけとらえようとする姿勢があったような気がする。もっと多様な側面から労働生活をとらえることが大事だと今日の討議を通じて思った」という発言もあった。

今後の勤労者看護への取り組みについての質問に対して、「勤労者看護についても院内の他の現任教育のようにレベル1、レベル2といったように段階を設定していくことが必要になってくると思う」「研修を担当する勤労者看護委員会も、今年度から委員長を交代し、個人に頼るのではなく組織として勤労者看護を推進できる人材を増やしていくようにしている」ことを回答した。

発表で示した職場と医療機関における勤労者への看護の図について、両者の重なり合う部分は「人間ドック」「健康診断」のみではなく、復職といった点では、「リハビリテーション」などもあるのではないかと意見があった。

人材育成

## 市が目指す保健師活動を可能とする人材育成に関する研究

羽土小枝子 佐藤鈴子 和田美江子 蒲とよみ 日置富久恵 中嶋敦子（郡上市健康福祉部健康課）  
上村喜美江（郡上市健康福祉部社会福祉課） 丸茂紀子（郡上市健康福祉部高齢福祉課）  
両羽美穂子 大井靖子 北山三津子 松下光子 坪内美奈 山田洋子 宮島ひとみ（大学）

### I. 目的

町村合併後これまでの町村活動の良さを残しつつ市としてのあり方を模索してきたが、これまでの経験の違い等から市として目指す保健師活動への理解や取り組み状況に違いがみられていた。同じ方向性で活動を進めていくためには、必要な実践能力を明確にした上で人材育成を進めていく必要がある。

そこで、市として目指す保健師活動に必要な実践能力と経験年数別の到達目標を明らかにし、そのプロセスを通して人材育成に取り組む。

### II. 郡上市の概要

本市は、平成16年3月1日に、八幡町・大和町・白鳥町・高鷲村・美並村・明宝村・和良村の7町村の合併により誕生した。岐阜県の総面積の約1割を占める広大な山間地域である。

『みんなで作る郡上 ～人と自然が調和した交流文化のまち～』を市の理念として掲げており、18年3月に策定した保健福祉推進計画では、「みんなで創り、みんなで育む、安心して暮らし続けられるまち 郡上」を目指し、以下の3点を目標に住民と行政の“協働”を大事にしている。

- 一人ひとりの市民が、良好な健康感や生きがいを持ち自分らしく生涯を送る
- 互いに支え合い安心して楽しく暮らし続けられる地域づくり
- ノーマライゼーションの実現を目指すまちづくり

保健師の体制については、平成20年度から各地域振興事務所に所属していた保健師全員が健康課に所属し、地域に駐在し事業を実施することになった。また、3つのエリア制をとりエリア内の事業推進を図った。平成20年度には特定健診の開始に伴い2名の増員があり、本庁健康課に9名（4名産休育休）地域駐在12名、包括支援センター1名の体制になった。平成21年度からは、社会福祉課（職員の健康管理も兼務）に1名の増員があった。そして、本庁健康課には6名、地域駐在15名、包括支援センターに2名の保健師が配属されている。

### III. 方法

#### 1. 取り組みの過程

(1)保健師に必要な能力の明確化と育成案の検討  
地区別に配属された保健師を管理監督する立場にある経験20年以上の保健師が、自身のこれまでの地区活動を例に話し合いを進め、目指す保健師活動に必要な実践能力を検討した。さらに、地区活動に必要な能力を育成するために、日々の実践活動に組み込まれる On the Job Training（以下、OJT とする）や集合研修の方法について検討した。

(2)OJT の試行

検討された OJT を試行的に行い、その結果を共同研究者間で共有し課題を明らかにした。

(3)研修会企画・実施

新任期・中堅期保健師と管理監督者である共同研究者が集い、互いの思いや目指す方向を共有する研修会を2回企画し、実施した。1回目は、21年3月に実施し、「市が目指す保健師活動とは何か」について話し合いの機会をもった。2回目は、今年度の取り組みの一環として22年2月に実施し、①互いに実践能力を高めるための効果的な OJT の方法、②地域を見る視点とは何か、のテーマで話し合った。

#### 2. 取り組み体制

話し合いのテーマや研修会等の企画・準備については、現地側共同研究者が主導し、当市の研修会等と合わせて行った。大学側は出てきた意見等を集約し、研究データの整理と本研究の進捗に関して責任を持った。

#### 3. 倫理的配慮

研修会の参加者に、本研究について口頭で説明し、データの活用等について同意を得た。個人が特定される情報については、記録の段階で匿名化した。本研究の計画については、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会で承認を得た。

### IV. 結果

#### 1. 保健師に必要な能力と育成案

市町村合併後より保健師の配置換えがあり、長年同じ地域を担当していた保健師が異動になった。そのため、地域を見て、地域と保健師がつな

がるところから始める必要があるという意見が出た。例えば赤ちゃん訪問を地区活動と位置付け、個別の関わりを通して地域を見る力が必要であるが、新任期の保健師は対象となる母子だけに焦点があたる傾向にある。また、最近は保健センターに来る人を待つような事業形態になり、地域に出にくくなった。住民の中に入ったときに、地域の生活背景を踏まえた話ができない、など人材育成の課題を共有した。

地域をみるとはどういうことかについては、管理期の保健師のこれまでの経験を基に話し合いを進め、次のような内容に整理することができた。まず、出ていかないことには地域は見えてこない。場所へ行ってみる。家庭訪問に行ってみる。“出向く、見る、知る”である。保健師は一人では活動できないため、地域住民とつながることが必要である。さらに、資源がわかっていると必要な時すぐに走っていけるため、資源を活用することも必要である。また、地域を見る手段を知っている。その結果、道や段差のことなど生活に関係する環境面も含めて情報として持っているなど、地名で地域の特徴がわかるようになる必要がある、であった。

地域をみることで可能となる保健師活動については、次のとおりであった。

- ・何件か面接する中で地域性を見抜いていく。地区を想像する。
- ・住民の中に入ったときに、背景まで広がった話ができるようにする必要がある。
- ・情報を得た時に背景が見えていれば、次に出会った機会に声をかけてみようと思う。
- ・地域を知ることがベースにサロン活動につなげていくことができた。
- ・聞く耳があれば情報が入ってくる。
- ・地域を知ることによって責任性が芽生えてくる。

地域をみる能力を育成するための方策としては、地域情報を捉えた地図をつくり、保健師が地域の中で関わった人、資源となる人、誰とつながるとよいのか、誰を支える必要があるのか、保健師は誰に支えられているのか、など地域住民との関わりを体系的につくるという案が出た。

地図づくりのねらいとしては、次の2つがある。1つは、保健師が活動を進める上で必要かつ有用な社会資源を地図にプロットしておくことで、保健活動に積極的に活用していく。2つ目は、保健師の異動に対応でき、新任期保健師が地域を把握する上にも必要な地理的・人的な情報をわかりやすく表示する手段として、地図をつくり常備して

おく、である。

## 2. OJT の試行

試行したOJTでは、困難事例と一緒に取り組んでいる例などを共有した。具体的には、同行訪問をした時には、訪問後に意見・感想を直接確認するや、お互いの記録を交換するなどであった。このような取り組みによって、新任期の保健師は、指導者とのアセスメントの違いを認識し、視点の広がりや先を見通した予防的な課題を捉える能力につながっていくことが確認できた。

## 3. 研修会企画・実施

### 1) 第1回研修会

市が目指す保健師活動を確認し、今後の保健師活動について考えることを目的に、第1回研修会を実施した。

参加者は、全保健師数22名中14名であった。

#### (1) 活動事例の紹介

合併前から各地区で独自に開発・実施してきた事業から効果を上げた保健師活動について報告した。その結果、次の内容を共有することができた。

母子保健事業では、対象が理解し実施できるような健康教育の方法の工夫、母親としての意識を育てる働きかけの工夫、参加者同士が交流できる場の設定、区内での母親同士の自主活動の紹介、参加者としての信頼関係づくり、様々な機会を通じての対象の生活実態把握、ハイリスク者の把握、参加者一人ひとりへの対応、関係者との地区情報の共有と関係づくりであった。

成人保健事業では、担当課職員が協力して取り組む体制づくり、がん予防の啓発活動等であった。

#### (2) 「協働」に関する情報提供

協働に関するいくつかの定義を情報提供した後、「協働」をどのような意味で用いるのか、何のために「協働」するのか、「協働」する相手は誰か、など問いかけ、次のグループワークへの導入とした。

#### (3) グループワーク

経験年数別に新任期、中堅期、管理期に分かれ、①郡上市が目指す住民との協働とは何か、②住民と「協働」していくために保健師としてどのような活動をしていくとよいか、について話し合った。その結果、住民の声に耳を傾ける、地域の課題を見つける、住民の力を引き出し育てることを通して、「住民と一緒に考え、住民が主体となり地域の課題を解決していく」ことを目指す保健師活動として共有することができた。

表1 第1回研修会後の意見

区分	その保健師活動から、あなたの担当している事業等をどのようにしていきたいと考えましたか。	保健師活動で大事にしていきたいことは何ですか。
新任 期	高齢者のいきいき教室(一般高齢者の事業) 住民と行政とお手伝い隊の人たちの目的や思いを確認しあい、今後の方向を一緒に考えて、行政としてできることをしたい。	住民との個々の関わり、住民と行政の情報を互いに共有する。役割分担。住民との輪を広げて「保健師」を知ってもらうこと、つながりを多くする。
	自分が実施していることの目的、目標を評価して、それを周りの人と考えながら、すすめていきたいと思います。	住民側、保健師側、個々、地域として、多面的に分析して、活動に活かしていきたいです。
	合併後、事業も統一化される傾向にあります。やはり地域の特性や資源を失わずに継続していける方法を考えることも大切だと思います。統一していく中でも、細かい部分は地域を生かしたものにできるとよいと思います。	住民さんが主体であること！それを支えること。
	住民と一緒に目指すべきところに向かっていけたらと思う。行政の考えや制度ばかりが前にでるのではなく、健康に対する意識をあげるところから、住民の力をかりることにより効果が期待できるところは協働により展開できたらと思う。	住民の声、仕事に対する意識 地域の声、仕事に対する意識
中堅 期	妊婦学級、自分で実際に実施している事業であったが、今の形となる経過を知らなかった。参加率 70%にとうていおよばない今の参加率をどのようにのばしていけるか課題。また、今の業務に追われ、また近くにいる先輩がその事業にかかわっていないとそういった経過を知る機会がないため、今後はもっと積極的に他地域のPHNとも情報交換していきたい。	地域に出て地域の生活場を目の当たりにしながら、声を聞きその声を行政に生かすこと。また、行政の組織としても住民に求めるものやすめたい健康ニーズを提示していくこと。その2つが一致した活動ができるためには、人と人とのつながりが大切だと思うので、仕事面でもプライベート面でも人とのつながりを大切にしていきたい。
	食改との関わりを考えていきたい。 地域(食改)の力を子育て支援や、いきいきサロンでまきこんでいけたらと考える。	指導好きにならない事
	めざす姿を再確認しながら、きちんと目標を定めて活動したい。	人とのつながり、信頼関係を大事にしてきたし、いききたいですが、それだけでなく意味・目的もきちんともちながら活動していきたい。
	特定健診、受診率の向上、住民周知活動を強化していく企画を考えます。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10年後を見すえた事業づくり</li> <li>・住民主役主体で、保健師は演出支える</li> <li>・時代をみきわめる</li> </ul>
管理 期	住民の声をきく。保健活動を十分意識できる、推進員等のアイデアを使いながら、事業をくみだてる。	住民の声
	問題をもう一度整理し、優先順位を考えて事業をおこなっていききたい。様々なPHNにも相談してすすめていきたいと思う。	行政の政策としておこなわざるおえないことと、住民の困りごとへの対応で優先するものは何かの時に、一住民の困りごとへはすぐに対応して大切にしていきたいと思っている。
	今後必要になってくると思われるので、モデルでもよいのですすめられるとよいと思った。郡上市においても公民館活動ですすめられているので、保健師も入っていけるとよいと思った。	地域を知る。人とのつながりをつくる。地域で支える力、ネットワークをつくる。
		行政のみではやっていけない健康課題を、市民と問題共有し、一緒になっていかに問題解決していくか
	質問とはズレますが、専門職の人材育成の必要性感じました。今後とも共同研究に参加したいです。	保健師間での話し合える場 共有できる場
	住民の声をもっと聞きたい。「入っててよかった」と思える組織づくり。	「私と話してよかった」と思ってもらえるように心がけていく事。

#### (4) 研修会後の保健師の学び

研修会後には、アンケートを実施し、それぞれの学びを確認した。表1にアンケート結果を示す。

##### ① 担当している事業に活かしたいこと

新任期の保健師からは、住民と事業の目的や思いを共に確認し、今後の方向性を一緒に考えて行政としてできることをしたい、住民と一緒に目指すところに向かっていけたらと思う、などの意見が出ていた。

中堅期の保健師からは、目指す姿を確認しながら、きちんと目標を定めて活動したいなどの意見が出ていた。

管理期の保健師からは、住民の声を聞く、保健活動を十分意識できる推進員等のアイデアを使いながら事業を組み立てる、などの意見が出ていた。

##### ② 保健師活動で大事にしていきたいこと

新任期の保健師からは、「住民との個々の関わり、住民と行政の情報を互いに共有する。」「役割分担」、「住民との輪を広げて“保健師”を知ってもらおうこと、つながりを多くする。」「住民側、保健師側、個々、地域として、多面的に分析して、活動に活かしていきたい。」「住民さんが主体であること！それを支えること。」「住民の声、仕事に対する意識 地域の声、仕事に対する意識」などの意見が出ていた。

中堅期の保健師からは、「地域に出て地域の生活場面を目の当たりにしながら、声を聞きその声を行政に生かすこと。また、行政の組織としても住民に求めるものやすめたい健康ニーズを提示していくこと。その2つが一致した活動ができるために、人と人とのつながりを大切にしていきたい。」「人とのつながり、信頼関係を大事にしてきたし、いきたいですが、それだけでなく意味・目的もきちんともちながら活動していきたい。」などの意見が出ていた。

管理期の保健師からは、「地域を知る。人とのつながりをつくる。地域で支える力、ネットワークをつくる。」「10年後を見すえた事業づくり。住民主役主体で、保健師は演出支える。」「時代をみきわめる。」「行政の政策として行わざるをえないことと、住民の困りごとへの対応で優先するものは何かの時に、一住民の困りごとへはすぐに対応して大切にしていきたいと思っている。」などの意見が出ていた。

以上のように、目指していく保健師活動をそれぞれ言葉にできていた。

#### 2) 第2回研修会

第2回目は、新任者も指導者もどうしたらお互いに高め合うことができるのかを考えることと、新生児訪問を例に、地域をみるとは何を見ることなのか具体的に考えることを目的に行った。

参加者は、全保健師22名中15名の参加があった。

##### (1) 互いに実践能力を高め合う方策

###### ① 全体の意見

全体の意見は、次のように整理できた。

###### a) 事例の共有

・ケースの情報共有と支援の方向性を話す機会をつくる。

・情報を共有しながら、若手の新鮮な意見がハット気づきになることがある。

・職場の中でケース検討の場を定期的にもつ

・先輩が学んできたことを伝える機会である。

・家庭訪問したあと必ずどうだったか、聞いてくれたので、自分の悩みが相談できた。

###### b) 研修の機会・情報交換

・同じ立場(年代)の人との学習会・意見交換により、自分の片寄りに気づく。

・保健師間の一年間の活動報告会を開き、それぞれの活動のまとめを発表し合いたい。

・新人の興味のある内容の研究をみんなでとり上げてやりたい。

・監督的立場にある者は、市内新人全員の指導ポイントを理解しておく。

・定期的な学習会が必要である。

・情報交換会をしたい。

###### c) コミュニケーション

・しゃべりやすい環境がある

・ぐちをお互いに言い合うことも時には必要である。

・飲みニケーション(飲み会・食事会などによるコミュニケーション)の場を年3回位やるとよい。

・地域へ出向いたときに、地域の人につなぐ声かけをしてもらったことがよかった。(保健師から保健師を紹介してもらうこと)

##### ② 新任期の意見

新任期からは次の意見が出ていた。

・事業目的や目標めざす姿などについて、時間をとって説明する機会をもってもらえて理解できた。

・「こういう時にこうだから、こう考えた」と考えを言葉や文章で教えてもらえることがよかった。

・最初の赤ちゃん訪問時など、何回か一緒に先輩が同行してくださったことで、赤ちゃん訪問の感

覚をつかみやすかった。

・実際に住民さんやスタッフの人と関わる様子をみせてもらえるとよかった。

・物品の所在など、口頭での説明より、実際にその場に行って説明して下さったことで分かりやすかった。

## (2) 新生児訪問で“みる”視点

新生児訪問で“みる”視点については、子どもの様子、家族等の協力の様子（相談等含む）、母の身体・精神面、家の中・生活環境、生活の広がり、家の周りの様子・地域の状況、出身地、次へつながる関係づくりなどであった。

## V. 考察

### 1. 住民との“協働”を実現する保健師の実践能力について

当市では、保健福祉推進計画を立てるにあたり、各地区の住民と話し合いを重ねてきた経緯がある。今後もその計画に基づき、住民と話し合う場をつくり住民の思いを聞くとともに、住民や地域の職員との人間関係づくりに努め、様々な分野の関係者と連携し、地域の有効な資源を活用できる仕組みを協働でつくりあげる必要がある。また、地域の実態を把握し誰でも取り組める方法を住民及び関係者とともに考え、実践することが必要である。そのために地域を“みる”能力を基盤に持ち、みて・聞いて・つないで・つくって・見せる活動ができる能力が必要である。

### 2. 全経験層が互いに実践能力を高め合うための方法について

新任期の保健師は、同行訪問後や事業実施後に先輩の意見等を聞く機会を持ったことが学びにつながっていたことなどから、日常業務を実施する中で、意識的にアドバイスや指導を行い、事業終了後にかならずフィードバックを実施することが必要である。また、個々のケース検討をすることにより個の問題の解決と家族及び地域の問題を検討する時間を確保する必要がある。一方、指導を担当している管理期保健師からは、試行錯誤しながら指導をしているという意見もあり、指導者へのサポートも必要であると思われた。

研修会に参加したほとんどの保健師は研修会など保健師間での学習の機会を望んでいた。その内容としては、事業のまとめを共有することへの希望も多く、それぞれ担当してきた事業のまとめを発表し合い意見交換会をするなど、活動の振り返りと今後に向けての改善・充実のための機会が必要である。

学習の機会としては、市が単独で実施している面接技法の研修会（保健師が講師になりロールプレイを実施）があるため、その継続の必要性が認識できた。

### 3. 今後の課題

今年度は、人材育成の方法を模索しながら保健師間で合意を得た段階である。

今後も市が目指す保健師活動を可能とする保健師に必要な能力を検討し、実践に基づいたOJTや研修会を積み重ねながら実践を評価していく必要がある。

また、県主催の研修会の内容やそこでの学びを共有し、市として必要な人材育成のシステムを構築していく必要がある。

## VI. 共同研究の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

一番大きな変化は、同じ目標や目標に達成するための人材育成の方法や活動方法について、話し合う機会を保健師全体で持つことができ、それぞれの思いを言葉にして共有することができた点である。このような機会は3年ぶりとの声も聞かれ、参加したことでそれぞれ学びを得たことから、一緒に考える機会が必要であることを改めて認識していた。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

話し合うことで、参加した保健師の意識向上につながったことや、話し合った内容が実践につながったと感じていた。また、経験年数を超えてお互いにアドバイスし合うことができ、お互いのレベルアップにつながると感じていた。

### 3. 本学が関わったことの意義

共同研究者から、本学教員が関わることで研究的に話し合った内容をまとめていくことで方向性が見出せ、次の課題が明確になったという意見があり、実践改善の機会となっている。また、研修会の開催など人材育成に寄与している。

## VII. 共同研究報告と討論の会で討議したこと

全経験層が互いに実践能力を高め合うための職場内OJTと集合研修の学びの活用について討議した。

A市に所属している育児休暇中の保健師からは、法律の改正など社会は変化しているため、対応できるように保健師活動に関連する最新の情報が必要であるという意見があった。

B町の保健師からは、保健師の分散配置が進ん

しており、それぞれ独自で工夫しながら活動している状況であり、中には相談しにくい状況もあるため、保健師の連絡協議会をつくる話が出ているということであった。

C市においても、新しく配属されたところでは、手探りで保健師としての活動を行っている状況であり、保健師は何を求められているのか自問自答する日々が続いているということであった。

また、保健師数が増え大所帯になってくるとみんなを一つにまとめていくことが難しいという意見もあった。中には、若手の保健師が中心となって特定保健指導などの勉強会を自主的にやっているところもあった。

以上のような現状が出され、どこをみるのかははっきりしないとぶれてしまうため、そこをはっきりさせていく必要がある。つまり“みる”ことは保健師に必要な能力のコアであることが確認できた。

研修会については、県が主催のものもあり、市町村支援の役割も担っていることから、県と市町の連携についても課題としてみえてきた。



# 保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方

坪内美奈 山田洋子 松下光子 森仁実 宮島ひとみ 大井靖子 北山三津子  
岩村龍子 大川眞智子 (大学) 居波由紀子 堀幸子 (岐阜県保健医療課)

## I. はじめに

本研究では、岐阜県における保健師現任教育の方法を開発することを目指している。県では、保健師の研修を企画・実施し、そこに本学の公衆衛生看護領域担当教員も協力している。研修の方法は単年度ごとに修正を加えながら工夫をしてきているが、長期的な展望に立って現任教育のあり方を検討していくことが課題である。また大学には学士課程修了時に身につける保健師としての実践能力はどのような内容であるかを明らかにすることが求められている。そのためには、卒業後にどのような能力がどのように高まっていくのかを明らかにし、そのための基盤となる能力が何かをあわせて検討する必要がある。平成19年度から現任教育の担当課と大学との共同で取り組んでいる。

平成20年度は、平成19年度新任保健師の実践経験の実態調査を報告し、4ヶ月時点と11ヶ月時点の新任保健師到達目標を検討した。到達目標としてより具体的な内容にすること、到達目標に達成するための現場での現任教育のあり方を検討していくことが課題であった。そこで、平成21年度は、平成20年度新任保健師の実践経験の分析結果をふまえた新任保健師到達目標の再検討と新任期保健師の指導担当保健師の意見聴取を基に、現任教育の在り方を検討する。

## II. 方法

### 1. 新任保健師の到達目標の検討

平成20年度の共同研究報告と討論の会で報告した新任保健師の到達目標について意見交換された内容と、平成20年度新任期保健師研修会参加者(4ヶ月時点と11ヶ月時点)を対象に実施した実践経験についてのアンケート調査結果を基に、実践能力の項目毎に到達目標を検討する。その修正版を平成21年度新任保健師研修会に出席した指導保健師に提示し、到達目標としての妥当性等、意見を聞く。その結果を基に、新任保健師の到達目標を再度検討する。なお、この検討会議は、共同研究者である現任教育担当者の参加を得て実施する。

参考までに、上記のアンケート項目を作成した手順を示す。本学の3年次領域別実習で示してい

る実習目標を中核にし、「看護教育課程の中で到達すべき能力」として示されている表1に示す資料を参考にしながら、保健師に必要な実践能力の項目を整理した。実習目標を中核にした理由は、本学では統合カリキュラムの中で看護の基礎的学習として3年次生全員が公衆衛生領域の実習を履修する。実習終了時が公衆衛生看護領域の基礎的学習をおおよそ終えているものと考え、この実習目標が、保健師としての実践の基盤となるものではないかと考えたためである。

表1. 参考にした資料一覧

1. 学士課程で育成される看護実践能力の大項目・細項目(看護学教育の在り方に関する検討会報告)
2. 学士課程における保健師教育修了時に到達すべき能力(看護系大学協議会)
3. 保健師教育の技術項目と卒業時の到達度(案)暫定版(第7回看護基礎教育の充実に関する検討会資料)

### 2. 保健師の現任教育の実態調査を基にした現任教育のあり方や方法の検討

2 保健所で実施された新任保健師研修会で、出席した指導保健師に自施設での現任教育の実際、困ったこと、解決に向けてとった方法等について聞きとりし、現任教育のあり方や方法について検討する。

### 3. 倫理的配慮

新任保健師研修会に出席した指導保健師に対して、研究の趣旨、研究協力は自由意思であること、個人が特定されないこと、調査協力の有無による不利益はないこと、中断がいつでも可能なこと、中断の申し出の時期等について説明し、文書で同意を得た。新任保健師到達目標についての意見は、記録内容について本人の確認を得た。また、方法2実施の2保健所では、所属部署の上司(保健師)に了解を得た。本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た。

## III. 結果

### 1. 新任保健師の到達目標の検討

指導保健師からは、「到達目標はあった方が指導者の立場としては指導しやすく、周囲への理解にもつながるので必要と思う」と新任保健師の到達目標の指標作成に期待が寄せられた。

指導保健師からは、多くの意見が出され、その意見をふまえて共同研究メンバーで到達目標を検討した。例えば、実践能力の項目で、当初の所属機関の保健師との連携・協働の項目については、「保健所も市町村も保健師だけのチームではなく、栄養士、歯科衛生士もいてチームで働いており、その中の一職種である。いろいろな職種がいるということ、その中で保健師がどういう役割をもつか、他とどう連携をしていくとよいかかわかるとよい」という意見から、所属機関の中での連携・協働という項目名に修正した。また、住民との協働の到達目標案で「保健師の協力者・推進者はひっかかる。自分たちの活動に協力いただける人という感じで変えてほしい」という意見から、「保健活動に対する協力者・理解者」という表現に修正した。また、「到達目標が重複している」という意見については、具体的に提案されていた記述を参考に、重複がないように削除したり、表現の修正をした。「削除した方がよい」「1年目では難しいと思う」という意見については、平成19、20年度に実施した新任保健師の到達度アンケート結果から現状の到達レベルを確認して、見直した。

このように検討した結果、新任保健師の4ヶ月時点と11ヶ月時点の到達目標は、表2～5のようになった。

## 2. 保健師の現任教育の実態調査を基にした現任教育のあり方や方法の検討

5施設の現任教育の状況について聞き取りできた(表6)。全施設に指導担当保健師がいた。新任保健師への指導方法は施設毎に多様であった。

今後の方向性として、この到達目標に到達するための方法を加える等して、新任保健師の到達目標を新任者・指導者双方の人材育成に活用できるものにする。新任保健師研修では、家庭訪問の事例検討を行ない、指導保健師にもその指導を依頼しているが、指導保健師にとっても教育的意味をもたせること等が考えられた。

## IV. 共同研究事業の成果評価

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと

新任期の到達目標を再検討し、おおよその指標として示すことができた。新人保健師は、これらの到達目標を指標に、自分自身を振り返ることができ、実践能力向上につながると考える。

また、新任保健師の指導担当保健師、所属部署においても、新人が1年後に到達すべき実践能力

を描きながら、新任保健師にどのような働きかけをすればよいのか、どのような業務を担当させるとよいのか、指導者間で検討することができる。さらに、1年後には、実践能力到達度の評価および、指導者側の指導の評価にも活用可能で、計画的な新人育成に活用できる。

新任保健師研修会においても、この指標を参考に、研修が新人の実践能力向上に役立つものか評価でき、研修内容の充実に活用できる。

## 2. 現地側看護職の受け止めや認識

### 1) 新任保健師の教育内容の共有

今後、新任期到達目標を示すことになり、新任保健師の教育内容を保健師間で共有できる。

### 2) 現任教育担当者との話し合い

新任保健師研修の目標づくりをする中で、現任教育担当者と話し合いができ、現任教育の強化の必要性や方向性について伝えることができた。

### 3) 新人保健師の指導に活用されることへの期待

平成22年度に、新任期保健師の到達目標を、新人育成に実際に活用することを通して、今後も検討を続ける。

## 3. 本学教員がかかわったことの意義

### 1) 看護実践の改善

看護実践の改善にはまだ至っていないが、改善につながる意義として次のように考える。本研究は、新任保健師研修会の実施も含めたものである。新任期保健師研修会では、県の現任教育担当課と指導保健師、教員が助言をしている。この到達目標を作成したことで、到達すべき看護実践能力を個々に確認しながらの助言が期待でき、新任保健師にとって、より看護実践能力の向上につながると考えられる。

### 2) 大学教育の充実

新任期の実践能力を明らかにすることで、基盤となる学士課程修了時の実践能力としては何が必要なかを検討することができる。

### 3) 現任教育の方法について、教員と保健師が共に検討する基盤づくり

指導保健師から新任期到達目標の妥当性や現任教育の現状を聞くことは、学士課程修了時で身につけている実践能力は何か、現場ではどのような指導が良いのかなど話し合うことにもなった。今後も、具体的な新人教育の方法は試行を重ねていくことが必要であり、教員と保健師と共に検討していく基盤となる関係づくりとなった。

### 4) 看護職者の生涯学習支援

基礎教育の状況を把握している教員が、基礎教育での到達度を元にし、さらに新任保健師の実態も研修会で把握しながら検討できたので、現状に即した新任期の到達目標を考えることができたと考えている。今後、これらの到達目標を参考に、新任期保健師が各自の看護実践を振り返り、自己の実践を改善していくことにつながる。新任期保健師を指導する立場の保健師にとっても、到達目標が示されることにより、何を指導したら良いのかが分かり、指導者としての役割が発揮できる。多忙な業務により、指導保健師が新任保健師とじっくり話し合う時間がないと言われる状況で、この到達目標は、指導保健師が新任保健師と向き合い、実践能力の確認や強化すべき能力やその方向性について話し合う上での資料となるだろう。

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

まず、独自に到達目標を設定している施設があるか尋ねたが、討議の参加者においてはなかった。

次に、参加者一人ひとりに、この新任保健師到達目標が人材育成にどのように活用できそうか意見を述べてもらったところ下記のような意見がでた。

①新人育成について非常に迷いながら行っている。指導保健師から、新任保健師研修会で、今回報告された到達目標のチェックリストをつけて、意見を述べたことを聞いた。本庁保健師は知らず情報が共有されていなかった。新人、上司、地区のリーダー、本庁保健師という組織体系があるので、試行段階であっても周知してほしい。到達目標を参考に、新人育成、そのための指導者育成をしていきたい。

②日々の業務に追われている。新人には、保健師としての見方を身につけていってほしいと思っている。

③地域包括支援センターでは、保健師だけでなく社会福祉士など他職種もいる。組織としてうまく活用できるとよい。

④保健師活動を組織の中で理解してもらうことは大変である。この到達目標は、保健師としての到達目標でもある。全員で点検してみるとよいと思った。

⑤中堅保健師として、新人育成にかかわる上で指導のポイントや方向性がわかるので、活用していきたい。

⑥行政における看護実践についての到達目標はわかったが、保健師としての援助技術（対人援助技術）についてはどうか。もっと具体的な目標を

示してもらえるとよい。新人保健師をみていると、こんなこともできないのかと思うこともあるので。

⑦新人の立場で自分の経験から、この1年間、自施設の立場においてどう判断すればよいのか、全てにおいて迷っていた感じである。これらは、担当を一つひとつしていく中で身につけていくものだと思う。こうしたチェックリストがあると、指導者と話し合う機会になる。

⑧行政の保健師ではないが、一人設置で、十分な指導体制ではなかった。こういう到達目標があると自分が成長していく上でどこにどういう相談を持ちかければよいかわかる。

上記の意見が出る中で、共同研究メンバーからの意見は下記のとおりであった。

①今回作成した新任期保健師到達目標が、各施設で新任者・指導者双方の人材育成に活かそうということが確認できた。是非活用していただきたい。

②新人と経験を積んだ者とは到達のレベルが違う。その違い（実践能力の段階）が示していけるとよい。

③行動目標をあげていくと際限がない。今あげている目標に対する到達のレベルも個々によって異なると思うので、それを確認してもらえるとよいのではないかと。

④この新任期保健師到達目標は、4月に配布したいと思うが、ただ周知するだけでは、多忙で時間がとれない中で利用されないのでは、利用される仕掛けを考えたい。新任保健師研修会で、事例検討の助言を自施設の指導保健師に依頼しているので、その機会の活用等が考えられる。

表 2. 新任保健師の実践経験内容と到達目標の検討結果【行政における看護実践】

実践能力項目	中項目	4ヶ月時点到達目標	11ヶ月時点到達目標
所属組織と活動の成り立ちの理解	組織の成り立ちと意思決定過程の理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属する組織の構造と構成員を理解する</li> <li>・当該行政組織(県、市町村)で実施する様々な事業を知る。特に保健事業に関しては、根拠となる法律、予算について理解する</li> <li>・市(町村)政方針、自治体の基本計画を知る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政の意思決定過程を理解する</li> <li>・行政の役割、行政における保健師の役割について検討を深める</li> <li>・行政施策の中での保健事業の意味や意義を考え、評価を試みる</li> <li>・自治体の基本計画、保健・福祉計画、当該年度の保健・福祉事業計画の関連を知る</li> </ul>
	施策と事業の位置づけ・成り立ちの理解		
	行政の役割の理解		
施策化	地区診断に基づくニーズ把握と施策化・事業化		<ul style="list-style-type: none"> <li>・国の施策を理解し、所属する市町村の保健計画や保健事業との関連を理解する</li> <li>・集めた資料などから、地域のニーズを読み取り、さらに必要な情報やデータを集め、地域のニーズを明らかにする</li> <li>・個別事例への関わりから得られたニーズから、地域全体へのニーズにつなげて考える</li> <li>・地域のニーズを他者に説明できる資料を作成する</li> <li>・ニーズに即した事業計画・予算作成を試みる</li> <li>・次年度の計画立案について所属組織全体の検討の場(会議等)に参加し、検討されている内容を理解する</li> </ul>
	基本計画に位置づく施策化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属する市町村や担当地区に関する情報、資料、データ等を集め、地域の現状を知る</li> </ul>	
	サービス基盤の整備を視野に入れた保健医療福祉計画策定への参画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の特徴を説明でき、地域の健康問題が、どのようなところにありそうか推察する</li> </ul>	
	ニーズを説明し、予算化する		
地域のヘルスケア体制整備	現状のヘルスケア体制のアセスメント		<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状のヘルスケア体制において、資源が有効に機能しているかを調べ、現状を把握する</li> <li>・現状のヘルスケア体制において、不足している資源はどのようなものか、地域のニーズと合わせて検討し、その必要性を説明できる</li> <li>・地域の資源である機関や関係職種と連絡を取り合い、意見交換をし、つながりを作る</li> </ul>
	今ある資源が有効に機能するようにする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自治体、管轄地域、担当地域等のヘルスケアに関わる資源の現状を知る</li> </ul>	
	不足している資源をつくりだす		
	資源の有機的なつながりをつくる		
健康危機管理	発生時の活動組織を理解する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアル等で、健康危機発生時の活動体制や役割を確認する</li> <li>・健康危機発生時には、先輩保健師の指導を受けて援助を実施する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機会あるごとに訓練への参加やマニュアルに目を通し、健康危機発生時の活動体制や役割の理解に努める</li> <li>・担当事業・地区において、健康危機発生時に起こりうる問題を予測し、対策や必要な準備を考えてみる</li> </ul>
	発生時の住民ニーズに基づき活動する		
	健康危機に備えた平時の活動		

表 3. 新任保健師の実践経験内容と到達目標の検討結果【看護過程の展開】

実践能力項目	中項目	4ヶ月時点到達目標	11ヶ月時点到達目標
地区活動の展開	地区のアセスメント(地区診断)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区診断のために必要な情報を考え、情報収集を開始する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属する市町村や担当地区に関する情報を既存資料や実践を通して集め、総合的に地域の健康問題のアセスメントを行い、資料を作成する</li> <li>・地域の健康問題のアセスメントをする際には、保健福祉事業の利用のない人々も含めて、対象地区全体の状況を把握する</li> <li>・地域の健康問題や取り組むべき活動の方向性について、保健事業の計画、実施、評価を通して、同僚の保健師等と、検討する</li> </ul>
	地区活動の計画作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属する市町村や担当地区に関する情報を既存資料や実践を通して集め、地域の健康問題のアセスメントを開始する</li> </ul>	
	地区活動の評価・改善		
保健福祉事業の展開	住民のニーズと事業の目的の明確化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既存資料・前年度実績から事業にかかわる住民ニーズを確認し、事業目的を理解することができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各事業について、常に目的を意識して実施することができる</li> <li>・事業を通して住民のニーズを捉える</li> </ul>
	住民ニーズと地域特性に合わせた方法を計画する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフとして加わった事業の方法とその方法を取っている理由を理解することができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当事業の方法を住民ニーズや地域特性をふまえて改善点を検討することができる</li> </ul>
	目的を理解しながら実施する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加した事業について効果と改善点を検討することができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当事業について、1年間を振り返って評価し、次年度計画をたてることことができる</li> </ul>
	保健事業を評価し、改善する		

表 4. 新任保健師の実践経験内容と到達目標の検討結果【看護過程の展開】 続き

実践能力項目	中項目	4ヶ月時点到達目標	11ヶ月時点到達目標
個人・家族への援助	信頼関係形成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者との信頼関係を形成するためのコミュニケーション方法について自ら考え実行することができる</li> <li>・健診等の個別面接の場面において、限られた時間または1回のみ面接においても、援助に必要な情報を捉えるために話をきくことができる</li> <li>・継続的に関わっている事例について、援助に必要な情報を捉えるために話をきくことができる</li> <li>・指導者に助言を受けて、個別の援助記録を作成する</li> <li>・情報収集ができたか、適切な判断ができたか、適切な援助ができたか、指導者の助言を受けて自己評価できる</li> <li>・対象者の意思(希望・意欲・認識等)を捉える</li> <li>・対象者に応じたサービスや資源の情報提供ができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者との継続的な関わりの中で信頼関係を築いていくことができる</li> <li>・個別支援事例を受け持ち、適宜指導者の助言を受けてアセスメント・計画・評価を実施することができる</li> <li>・援助に対する相手の反応を捉えながら、主体的な問題解決を促す援助を試みることができる</li> <li>・対象者の反応を見ながら、サービス利用支援の方法を工夫できる</li> <li>・対象者をサービス利用につなげ、サービス利用後の対象者の状況を確認できる</li> </ul>
	個人・家族のアセスメント		
	支援計画作成		
	実施した援助を評価し、支援計画を修正する		
	記録を作成する		
	対象者の意思を尊重して主体的な問題解決を促す援助を実施する		
サービス利用支援			
他機関・他職種との連携・協働	対象者の個別ニーズの充足のための連携・協働	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他機関・他職種との事業・ケース会議・カンファレンスなどにスタッフとして加わる</li> <li>・仕事を通じて、他機関・他職種の活動と役割を知る</li> <li>・対象者のニーズを充たすために適切な他機関・他職種について助言を受けて判断し、協働に向けた行動が考えられる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他機関・他職種との事業などにスタッフとして加わり、保健師としての判断をもって意見が言える</li> <li>・担当事例について、関係機関と連携して、一緒に支援の検討・実施ができる</li> <li>・組織・チームの一員として、自分が果たすべき役割は何かを考えて、自ら行動できるようにする</li> </ul>
	集団・地域のニーズ充足のための連携・協働		
	組織同士の連携・協働を意図した行動		
	チームの一員としての行動		
住民との協働	対象者の個別ニーズを充足するための住民との連携・協働	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の援助者となれる人々(民生委員や自治会等の役員、食生活改善推進員や母子保健推進員、ボランティアなど)と知り合いになる</li> <li>・住民と連携・協働している活動について、保健師がどのような意図を持って連携・協働しているかを知る</li> <li>・管轄地域での、住民の主体的な活動の状況を把握し、その活動に参加している住民と知り合いになる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別援助の際、民生委員や近隣住民との連携・協働の必要性を検討し、必要な場合はこれらの人に連絡をとって相談してみる</li> <li>・自主グループなどの住民の主体的な活動を支援する方法を検討し試してみる</li> <li>・日常業務の中で、推進員など保健活動の協力者・理解者となってくれそうな人とかかわる機会に、関係をつくりながらそれらの人の活動の現状や思いを把握する</li> </ul>
	集団や地域のニーズを充足するための住民との連携・協働		
	健康生活を守る住民の主体的な活動を支援する		
	共通の援助ニーズをもつ人たちの組織づくり		
	推進員など保健師の協力者・理解者の育成・支援		
所属機関中での連携・協働	同じ部署にいる保健師チームの一員として行動する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加する事業で役割を果たすために、不足している知識・技術がわかり、自己学習できる</li> <li>・把握した対象の情報をもとに自らの判断・対応を報告することができる</li> <li>・自分から質問したり、相談を持ちかけることができる</li> <li>・担当外の業務にも関心を向け、所属機関の利用者に対する一次的対応ができる</li> <li>・担当業務で連携が必要な他部署の保健師がわかり、お互いの役割が理解できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属部署に対する組織的理解が深まり、組織の中で自分がとるべき役割や行動が考えられる</li> <li>・優先度を考えて相談・報告できる</li> <li>・個別援助の内容を検討するため、他者に必要な情報を示して、相談・意見交換できる</li> <li>・担当業務について、他部署の保健師と意見交換できる</li> </ul>
	異なる部署にいる保健師と連携・協働する		
倫理に合った看護実践	プライバシー保護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・守秘義務を遵守する</li> <li>・看護の実施にあたって、人権を尊重する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・守秘義務を遵守する</li> <li>・看護の実施にあたって、人権を尊重する</li> </ul>
	人権尊重		

表 5. 新任保健師の実践経験内容と到達目標の検討結果【自らの専門性を高める】

実践能力項目	中項目	4ヶ月時点到達目標	11ヶ月時点到達目標
実践の中で研鑽する能力	看護実践を重ねる過程で専門職としての自らの能力を高める	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の看護実践を振り返り、自分自身の課題を明確にする</li> <li>・自分自身の課題解決に向けて、自己努力をする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己の課題解決に向け自主的に取り組むことができる</li> </ul>
	看護実践上の課題の解決に取り組む		

表 6. 市町の現任教育の状況（5 施設の結果）

<p>自施設での現任教育の実際</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導担当の保健師がいる。(5 施設)</li> <li>・ベテラン保健師の異動により、指導保健師という立場になった。自分もまだ指導してほしいと思うくらいだが、一緒に育っていこうというつもりでいる。</li> <li>・大学での教育、大卒保健師の状況がわからないので、実習指導者研修会に参加した。</li> <li>・行政組織については、議会見学や自治体の新人研修の中で学んでいるのではないかと。</li> <li>・自治体の新人研修がなく、行政の施策、方針や各課への期待がわからない。</li> <li>・新人は即戦力として期待されている現状がある。</li> <li>・1日でも早くひとり立ちして戦力になってほしいので、どんなことでも一緒にやっでどんどん覚えてもらっている。少しやらせすぎかなとも思っている。</li> <li>・自分の経験が浅かった頃は、新人に対していろいろなことが気になり厳しくしていたように思う。最近では自分の子どもと同世代であるためか、考え方がおおよそわかる。一から教えないとわからないだろう、と思って接するようになった。</li> <li>・家庭訪問はまだ一人では行かせていない。一人でも行けそうな事例があればそろそろいいかと思っているが、事例がない。(赤ちゃん訪問で母子保健推進員が訪問した後の気になるケースを保健師が訪問する体制をとっているの、そのようなケースではまだ一人では訪問させられないと思っている。)</li> <li>・1月からは障害認定の調査訪問(福祉担当者との同行訪問調査)を担ってもらう予定にしている。何回かは先輩保健師と同行訪問し、1月から一人でするように準備させている。</li> <li>・家庭訪問は、訪問を一人でできるようになった後は、記録とは別に、「ふり返りシート」をつけてもらい担当者が確認している。</li> <li>・訪問については、乳児訪問に2-3回同行し、一通りわかったということになれば、問題のなさそうな事例から一人立ちさせている。事前に計画を確認し、訪問後も報告をしてもらう。ロールプレイなどもさせている。</li> <li>・健康教育について、最初はいろいろな場に連れて行き、自己紹介からはじめて、その様子で大丈夫そうなことが判断できたら少しずつ担当してもらっている。</li> <li>・資料をみてもらえる中で、気づけることも多いと思うので、何でも質問してもらおうよう配慮している。</li> <li>・合併して、それまで一人で苦勞してやってきた保健師たちが、日常にお互いに相談したり話し合ったりできる環境になった。朝から、仕事のことだけでなく私的なこともふくめて和気あいあいとやっでいて、当初、新人にはよくない環境かと思っただこともあったが、いつの間にか同じ輪の中に入って話すようになった。</li> </ul>
<p>現任教育上、困ったこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新人は落ち着いており、態度などの面で困ることない。</li> <li>・よく出来ている人でも新人と思っで対応しないといけないうことがあった。</li> <li>・新人保健師をみでいて、現場に出て行くのが苦手なかなと思っことがある。電話で済ませて訪問しようと思っないことがあり、それに気づいたときは、訪問するように声をかけている。</li> <li>・こちらから「どうだった？」と聞くことで話が聞けることもあり、こちらから聞かなければ言わなかつたのかと思っこともある。</li> </ul>
<p>解決に向けてとつた方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域をみることができず、事業に「のっかっている」面がある。今後、事業をまとめてもらう中で、地域にも目が向けられると思っので、今年度、事業評価をしてもらおうと思っている。(予定)</li> <li>・現在は、主に保健所保健師との同行訪問を活用して、家庭訪問援助についてや保健所保健師について、学んでほしいと思っている。市町村だけで教育はできないので保健所を頼りにしている。</li> <li>・先輩に聞けずに困っているという様子はないが、聞くタイミングを見計らっていると思っ。新人から求めがあつたときにはなるべく手をとめて聞くようにしている。どうしても急ぎのときは事情を説明して待つてもらおう。</li> <li>・指導保健師とは言っても、自分ひとりではなく、みんなで教育しようと思っている。これをやらせよう、と決めたら、中堅の保健師に任せて教育してもらおうようにしている。中堅保健師にとつてもよい経験になる。自分の考え、やり方だけで教育することにならないようにする意味もある。</li> </ul>
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ふだん新人の考えていることをじっくり聞くことはできておらず、新任研修の機会に、提出物や発言からわかつた。聞けてよかつた。</li> </ul>

# 看護職の「自分育て」の視点で考える人材育成

古澤幸江 小島三紀 (羽島市民病院)  
栗田孝子 橋本麻由里 鈴木里美 野村 浩 奥村美奈子 (大学)

## I. はじめに

就職して間もない時期でかつ、自分を考えられる時期として、3年目になった初期の段階の看護職が、どのように自分を育ててきたかを明らかにし、現任教育のあり方を考えることを目的に20年度より共同研究を進めてきた。

20年度は、卒後3年目の看護職がどのように自分を育ててきたかに焦点を当て、自分で自分を育てる能力とは何か、何をどのように育てるのか、また病棟師長の現任教育のあり方について検討した。自分を育てることは、すなわち自らの看護観を実践の中で創造し育てていくことであり、看護実践の振り返りから、自己の課題や問いをもち、自身の成長・向上に必要なものを資源として意図的に活用する能力であることが明らかになった。

そこで、今年度は、卒後4年目の看護職が、卒業後3年目から4年目にかけてどのように自分を育ててきたかを明らかにし、職場における現任教育のあり方を検討した。

## II. 研究方法

### 1. 対象

平成17年度にa病院に就職した看護師のうち19～20年度の2年間にわたり、インタビューに同意の得られた看護師3名である。

### 2. データ収集及び分析

①これまでの実践で何を考えどのように行動してきたか、②その中で印象に残った実践例、③自分を成長させていく上での課題などについて、約1時間程度で半構造化面接を行い、その内容を逐語録とした。対象者ごとの逐語録をもとに、自らの看護とその変化、変化のきっかけを軸に自己の課題・目標、自己の向上のために活用した資源に関する内容を抽出、要約し、自分育ての過程として整理した。3年目から4年目にかけての自分育ての特徴とそれに応じた現任教育のあり方を検討した。

### 3. 現地側との協働体制

本研究は、現地側看護部の了解のもと実施した。インタビューの実施および分析は主に教員が担

当し、分析結果の検討および今後の現任教育について現地側共同研究者と協議して進めた。

## 4. 倫理的配慮

研究目的、方法、匿名性の保障、参加による不利益はないこと、データ分析迄は参加の撤回が可能であることを説明し、自由意思による参加を依頼し、同意を得た。本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査1840-1で承認を受けて実施した。

## III. 結果

### 1. 事例1 Aさんの自分育ての経過(図1)

Aさんの4年目の課題としては、初心に戻る、患者を広く把握し業務を采配する、がん看護の実践としての患者に寄り添う看護を課題とし、「いずれ死を迎える人が、どういう風にその後生きていくのか、という時に寄り添っていく。患者に寄り添う看護には正解がない。いろんな寄り添い方があるし、そういう看護ができる看護師になりたい。」と語った。

自らの看護とその変化として、「その人の人生で最も良い生き方を選択するように支援する」という自分のめざす看護を行ってきたことに加えて、組織の中で動いていることを実感し、プリセプター、チームリーダーとして役割意識をもち新人や他のメンバーにかかわったことが語られた。これらは、プリセプターのリーダーとして、後輩をまとめる役割を引き受けたり、プリセプティが自分で気づくように助言を伝えることの難しさを実感したこと、また、「自分も2年目では気付かなかったかもしれないが、今はきちんと患者さんの話を聴かないといけないと思うときには、優先して時間を作る。ゆとりができた。」と実感したことがきっかけとなっていた。

活用した資源としては、自分の役割に対する師長の期待や相談、病棟勉強会とその企画、他職種専門知識などが示され、「今までやってきたことを振り返り、いけないところは直して、良いところは伸ばしていく。周りに頼りになる人がたくさんいる。薬剤師さんやOT・PTからもいろいろな知恵をもらっている」、「病棟の勉強会を担当し、看護の質を上げていこうということで全員で担

当している。院外研修に行った方のことも踏まえて勉強会に入れてある」と語った。

卒後3年目までと、4年目の経過を比較してみると、表1に示すように、Aさんは、3年目までは、基本的な動きができること、実践を振り返り自分なりの看護を突き詰めること、プリセプターとして新人にかかわるに際し、技術の正しさを課題としてきた。4年目には、少しゆとりが生まれ初心に戻ることや、チームのリーダーとして業務を采配する事など、課題が変化してきた。活用した資源では、看護実践の振り返りや新人とのかかわりのみならず、院外での活動や他職種から積極的に専門知識を得るなど、活用する資源も多岐にわたっていた。

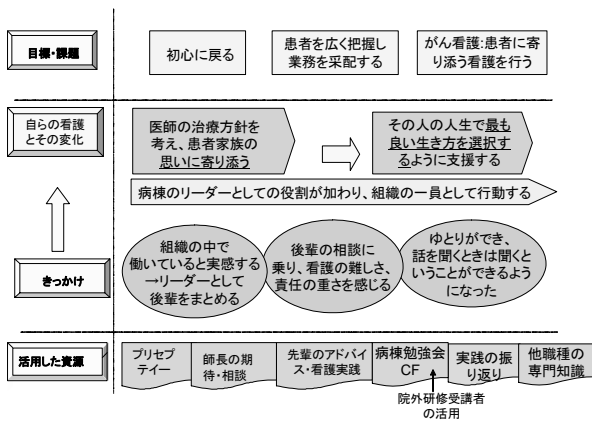


図1 Aさんの卒後4年目の経過

表1 Aさんの卒後3~4年目の経過

	3年目まで	4年目
課題	1人前の基本的な動きができる 自分なりの看護を突き詰める 技術の正しさ、正確さ 自分が責任を持ち看護する	初心に戻る 患者を広く把握し業務を采配する がん看護:患者に寄り添う看護を行う
看護とその実践	患者がどう思っているか、どうしたいかを治療方針に沿いつつその人にとっての最良の案に向かっているようにする 患者・家族が一番よいところまで行けるようにサポートする。治療を受けつつできることを探していく	医師の治療方針を考え、患者家族の思いに寄り添うようにする その人の人生で最も良い生き方を選択するように支援する
看護の変化のきっかけ	実践から看護の理解が深まった プライマリナースとして役割を果たせたことの実感	チームのリーダーとして後輩をまとめる ゆとりを持って話を聞くよう意図して行動できる 看護の難しさ、責任の重さの実感
活用した資源	よい先輩のケアや助言 患者・家族との出会い 自身の実践の振り返り 後輩・新人の実践 夜勤の実践	先輩のアドバイス・看護実践 実践の振り返り プリセプター 師長の期待・相談 病棟勉強会 CF 院外での看護職及び他職種との協働企画 他職種の専門知識

## 2. 事例2 Bさんの自分育ての経過 (図2)

Bさんは、4年目の課題として、患者の生活にマッチした看護を行うこと、卒業研究で学んだ患者の思いを大切にしたい看護の実践、これでいいの

かと揺れ動く自分を実感しながら「人間としての深みをつけようと思う。いろんなところに行って、いろんなものを見て、いろんなことを感じようと思う。」と語った。

自らの看護とその変化や変化のきっかけでは、入退院を繰り返す対象者へのかかわりから、“自分の看護はこれで良かったのか”を問い直し、実行可能な目標・方法を対象者自身が気付くのを待つことの大切さを学んだことが示された。具体的には「患者さんが自分から気づくことを待つようにする。患者の思いを大切にしていくと学んだことがベースにある」「患者さんが10段階で8できると思っても、患者さんは5でいいと思っていたら、5でいいのだが、8を求めてしまう看護の現状がある。私なら5と思っても3でもいいと思う。」と患者と看護師とのゴールのずれに気づき、ありのままの患者を認めて関わっていくことの大切さが語られた。また、所属する委員会の活動を通して、その取り組みの目的、患者にとっての利益や意味は何か、どうあるとよいのかを考えながら、委員会としての組織的取り組みに参加し、新たな役割認識を自覚していた。

活用した資源では、「他職場の人と話すことで考え方が広いなと感じ刺激になる」「カンファレンスでいろんな立場の考えをしっかりとすり合わせていくことで、自分のできていないことがわかり、はっきりさせるべきところが見えてくる」と語り、院外の看護職や他職種と意見交換することが挙げられていた。前述した委員会活動や学生実習へのかかわりは、看護や自分の役割を新たに考えるきっかけとなっているが、少し役回りが大きいと感じていることもあり、自分の成長に役立つものとして結びつけて考えにくい様子もうかがえた。

Bさんの卒後3年目までと、4年目以降の経過を比較してみると、表2に示すように、3年目まではフリー業務をちゃんとやることや課題を見つけることが課題であるとして、課題が明確に表現されていなかったが、4年目には、患者の思いや生活を大切にすることや、組織に意見が言えないジレンマなど、課題が具体的になり、部署内だけでなく、組織を意識したものとなっていた。また、活用した資源も、実践の振り返りや勉強であったものが、院内や院外の他者との関わりが挙げられ、部署や職種を超えたものとなっていた。



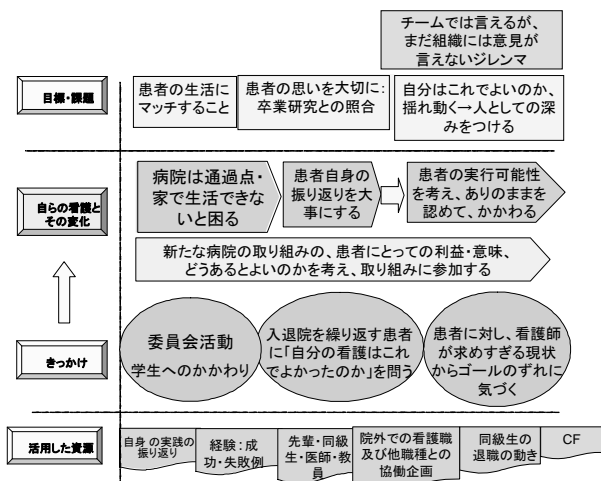


図2 Bさんの卒後4年目の過程

表2 Bさんの卒後3~4年目の経過

	3年目まで	4年目
課題	フリー業務がちゃんとできる 卒研で学んだ患者さんに合わせた看護を忘れない 今の分野の専門性を追究したい 課題を見つけることが課題	患者の生活にマッチすること 患者の思いを大切に・卒業研究との照合 人としての深みをつける 組織に意見が言えないジレンマ
看護とその実践	検査の同意書も、紙があれば検査に出せるでいいみたいなのところが正直あった。 患者はきちんとICを理解できているのか、どうやってらえているのか、自分の中だけで確認する	病院は通過点・家で生活できないと困る 患者自身の振り返りを大事にする 患者の実行可能性を考え、ありのままを認めて、かかわる 新たな病院の取り組みの、患者にとっての利益・意味、どうあるとよいかを考え、取り組みに参加する
看護の変化のきっかけ	何もできなかった事例からの気づき 家族優先で行われたICへの疑問	自己の看護を問いなおす 看護師と患者のずれに気づく 委員会活動・学生へのかかわり
活用した資源	自身の実践の振り返り 勉強会 現場を変えようとしている先輩、その看護が得意な先輩	経験：成功・失敗例 先輩・同級生・医師・教員 院外での看護職及び他職種との協働企画 同級生の退職の動き CF

### 3. 事例3 Cさんの自分育ての経過 (図3)

Cさんは、4年目を、「深く新たな1歩を踏み出した時期である」と語り、これまで自分にかかわってくれた先輩のように、後輩を気遣えるようになること、今の看護をさらに深めるために「入院中の病棟の看護だけでなく、たとえば外来や手術室での看護を学ぶことで、その患者さんがたどっていく道を、もう少し大きいスパンでどう看護していくかが広がるのではと思う」と広く患者の療養経過を理解できるよう、今の看護を発展させること、患者指導を深めることが課題として示された。

自らの看護とその変化や変化のきっかけでは、コミュニケーションへの苦手意識を克服し、「入院するまでの道りを理解し、声をかける。外からは見えない“痛みやしびれを分かってくれる存在”になりたい」、また「しゃべるのが苦手だったけど、わかること、指導できることを一生懸命

話して、順調に退院された方が、退院間際にいろいろなことを話してくれて“すごく良かった”と言ってくれたことで自分が成長したと実感した」と看護に自信がもてるようになったことが語られていた。また、「4年目になり、教えてもらった先輩が辞められ、先輩に頼り切っていたので動揺した。でも新人が入ってきて上に立つ立場になったんだと気付かされた」「プリセプターとして、プリセプティのいいところは周囲のスタッフにも伝えたり、後輩を大切にしたい気持ちが出てきた。これは自分の経験とつながっている」と、先輩の退職により立場が変わったとの認識から、プリセプターとして後輩を大切に思い見守っていくよう行動していた。その中で、他部署で経験を積むことにより、今の自分の看護をもっと広い視点で捉え深めていくという前述の課題を見出していた。

活用した資源では、実践の振り返りや、同期・上司、後輩へのかかわりのほかに、医師のコミュニケーション技術や、看護研究の際の文献などを資源としていた。

Cさんの3年目までと4年目を比較すると、表3に示すように、課題は、3年目までは看護実践の基本技術を習得する内容であったが、4年目では先輩看護師としての意識や、コミュニケーション技術をもとに、自分の看護を発展させる課題があげられていた。

看護とその実践やきっかけにおいても、役割の変化や自身の成長を実感できたことによって、自分の看護に自信が持てるように変化していた。活用した資源は、3年目までは日々の病棟内の看護実践や卒業時の看護への思いであったが、4年目では、医師の実践や上司や文献などが加わり、資源の内容も多岐に渡っていた。

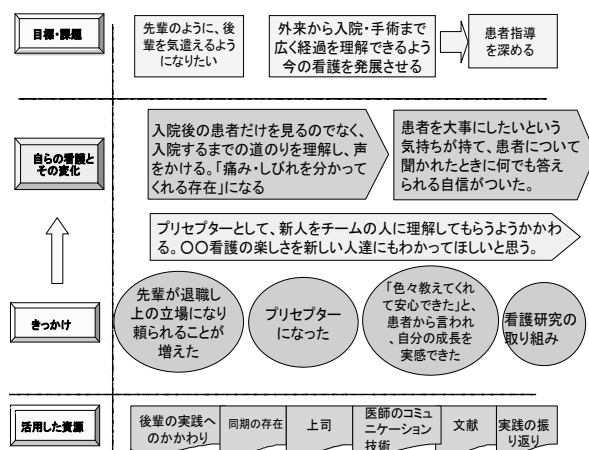


図3 Cさんの卒後4年目の過程

表3 Cさんの卒後3~4年目の経過

	3年目まで	4年目
課題	病棟について 技術、O科の勉強をする しゃべるのが苦手なのでなんとかしたい こだわらずいろんな視点で見る 老年看護を勉強したい(卒業時の看護への思い)	後輩を気遣える先輩になる 広く患者の経過を理解し今の看護を発展させる 患者指導を深める
看護とその実践	先輩の一言でこんなにも場の雰囲気が変わるのかと思った こんなこと(エンゼルケア)でも、家族に悪んでもらうことが出来るんだと驚いた	入院後の患者だけを見るのではなく、入院するまでの道のりを理解し、声をかける。「痛み・しびれを分かってくれる存在」になる 患者を大事にしたという気持ちが持て、患者について聞かれたときに何でも答えられる自信がついた。 プリセプターとして、新人をチームの人に理解してもらおうよかわかる。OO看護の楽しさを新しい人達にもわかってほしいと思う。
看護の変化のきっかけ	先輩の実践から看護の理解が深まった 家族の反応から、新たに看護の気づきを得た 失敗に対する先輩の見守り 卒業時点で目指す看護を振り返る	チームの中で、上に立つ立場となった プリセプターになった ケアに対するよい評価から成長を実感できた 看護研究
活用した資源	先輩の優れた実践 ケアを受ける家族、家族の言葉 先輩の見守り 同期の看護師 卒業時の看護への思い	医師のコミュニケーション技術 実践の振り返り 上司 同期の存在 文献 後輩の実践

#### IV. 考察

##### 1. 卒後4年目に向けての自分育て

対象者となった4年目看護師は、3名とも自身の看護の発展とともに、組織・チームの活動にメンバーまたリーダーとして参画し、役割を果たすことを、自分の成長と関連付けて捉えていた。

対象者は、それぞれ委員会やプリセプターシップなどの組織的活動が、何のための活動なのか、どのようなメンバーで活動するのか、組織・チームを全体的な視野でとらえて自分を位置づけ、どう行動すればよいかを考えたり、自分の新人のときの経験を振り返り、自然に自分の立場や役割を受け入れ、行動していた。これらのことから、組織・チームの中での役割を自ら引き受け行動することが、4年目の実践で共通してみられた自分育ての軸であると考えられる。これは、対象者がプリセプターやチームリーダーとしての役割を自分のものとして取り組み、看護部や各部署においても、教育的にかかわってきた結果を反映したものであると考えられる。

今回のインタビュー結果からは、組織やチームでの役割遂行への関心は高く、それに割くエネルギーも大きいことがうかがえた。場合によっては、役割が過負荷となることもありうることから、組織やチームでの役割を果たすことが、看護専門職としての成長につながっていくものなのか、組織の一員としての成長にとどまるのかについては、注意深く見てサポートしていく必要があるのではないかと考える。

自らの看護の変化では、必ずしも自分の思うようにはケアが進まず、試行錯誤を繰り返したのち、相手が気づくのを待つなどじっくり構えてケアに臨む様子が示されたり、先輩に自分の伝えていきたい看護があることが語られ、それぞれの歩み

で看護を発展させていた。この時期は、看護専門職として、またプライマリナースとして成長・発展することが期待される時期でもある。活用した資源や実践を再考するきっかけをみても、所属部署や職種を超えて、様々なものを資源として活用し、幅広い視野で学びを深めていくことが可能となっていた。そこから、たとえば部署を異動して学びたいなど、新たな学習ニーズも生じていることから、適切に資源を活用し、実践を通して問題解決能力を高めたり、看護観を深めるなど、看護専門職としての自分の基盤づくりを進めることが重要であると考えられる。

##### 2. 現任教育への活用

組織・チームの活動への参画が、人材育成の機会となるために、病棟師長は看護部と連携し、組織・チームの理念を踏まえ、活動の意味や意図、個人への期待を伝えたり、具体的に活動しやすい環境を作ることが大切である。単に役割を与えられるだけでは、その活動を自分を成長させる資源として積極的に活用していくという認識にはつながりにくい。師長はスタッフ一人一人をよく理解し、その人はどんな看護を目指しているのか、何に興味を持っているのか、仕事に対する姿勢はどうかなど、日々の実践の中や面接の場でスタッフとやりとりを行うことが重要であると考えられる。その上で、その個人の力量にあった役割を、タイミングよく与えることができるといえる。

病棟師長は、4年目看護師が、自分の何を成長させていこうとしているのか、それにはどのような機会や方法があるのかを理解して支援していくことが必要である。組織として与えた役割と役割を与えられた看護師のめざす看護を連動し、その人自身の看護を探索できるようかわかることが人材育成となるのであり、その点に師長の大きな役割があるのではないかと考える。

#### V. 本取り組みの評価

##### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

本研究による結果をもとに、具体的な教育プログラムの検討・試行には至っておらず、改善の具体的な内容は明確でない。しかしながら、結果をもとに、共同研究者が、部下となる看護職との面談等において、キャリアに対する個人のニーズと成長過程を捉えようとかかわってきた経緯を振り返ることで、その意味付けを再確認できた。また、組織やチームの役割を引き受けていくことが、看

護専門職として成長過程にどう影響するのかなど、課題として考えるきっかけとなった。

## 2. 本研究への現地看護職の受け止めや認識

報告会のディスカッションにおいて、1人1人の成長過程の違いを理解し、各人が自分を育てていく過程を組織としてどうサポートするかということの重要性が、当該施設の看護部門の人材育成の考え方として示され、本研究の結果に対して関心をもって受け止められていた。

具体的には、経験年数による画一的な教育プログラムや、成長過程を型に当てはめて判断するのではなく、個人のニーズをキャッチし、個々の人生設計において看護師としての成長を描いていけるよう支援することを組織として、人材育成計画の柱立てを再検討していきたいという発言もみられていた。

## 3. 本学が関わったことの意義

基礎教育での学習目標や具体的内容を、現場の看護職と共有するように務め、卒業後の看護職としての成長過程を両者で検討することで、基礎教育と現任教育とのつながりを相互に考える機会となった。また、学部基礎教育での学修が、卒後の看護実践において自身の看護を考える際に想起されていること、また委員会活動やプリセプターを引き受けるなど、個人の組織やチームへの貢献と、専門職としての成長との関連という点で、今後の学部授業の内容の検討を行う上で、多くの示唆を得ることができた。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

### 1. 卒後4年目以降の看護師にとって、組織・チームにおける活動が成長の機会となるようにどのように支援していくとよいかについて

→卒後何年目という枠ではなく、自分を育てていくプロセスは、個人によって違ってよいという考えから、4年目以降の管理研修の柱立てを今後再検討したいと思う。自分をどう育ててきたかのプロセスを見て、その人が成長できる柱立てとしていきたいと思う。

→各部署での師長面接において、何をしたいかスタッフの考えをつかみ、対応することが離職防止にもつながる。個人の成長を型にはめて見るのではなく、それぞれの人生設計を描いていけるようかかわることが大事。

→面接を受ける立場としては、面接はプレッシャーではあるが、モチベーションを維持することに

もつながっている。

→師長面接では、否定型での問いかけにならないように注意するなど、スタッフの意欲や課題を引き出すような面接を心がけている。

→師長だけでなく、主査にスタッフ面接をしてもらうことで、スタッフへの理解が深まるので、そのような方法をとっている。

→実習指導や認定看護師のコースなど、組織として研修に出てほしい場合など、本人の関心のあることについて、タイミングも見計らいながら打診し、研修の機会を提供するよう努めている。

→やはり看護職の人材育成は、現場で育てていくことが大事であり、そのために研修の場を活用してもらえるとよい。

→3~4年目の時期には、プライマリーナースとして、看護専門職として、成長を期待したい時期でもある。自分の看護観や看護実践が発展することが基盤としてあり、その上で、組織やチームでの役割を果たせるようにしていくことが必要ではないか。

→看護専門職としての土台を膨らませていくこと、実践から学び成長していくために、実践の場を活用することが大事であるが、その際にどのような視点で活用するのかが重要である。

→本研究のように、成長のプロセスを示し、何が成長なのか本人に見えるような形で返していくことが大事だと思う。

### 2. 自分育ての経過から、組織は何をどう担っているのかが見えにくい。人材育成に対する組織の役割をどう位置付けているのか？

→基本的に、それぞれが自分を育てていく種をもっていると考えており、それをどう育てていくか、個人の意図的な行動や考えに着目したいと考えた。組織として必要な人材育成のプログラムやチームで担う人材育成も専門職としての成長に大きく影響していると思われるので、その視点を入れて整理するとよい。

## 「共同研究報告と討論の会」開催結果

# 1. 日時および場所 平成 22 年 2 月 20 日(土) 於:岐阜県立看護大学

## 2. プログラム

### 午前の部

#### 第 1 会場

会場;講義室 203 掲示時間;10:30~15:25

10:30 ~10:40	赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けての検討 (8 頁) 布原佳奈 服部律子 名和文香 宮本麻記子 武田順子 谷口通英 両羽美穂子 坪内美奈 (大学), 高田恵美 高田恭宏 (高田医院), 河合幸子 永田美紀子 (郡上市市民病院・産婦人科病棟), 平井直美 (朝日大学 歯科衛生士専門学校)
10:40 ~10:50	保健・医療・福祉が連携した精神障がい者の地域生活支援体制のあり方 (10 頁) 植松勝子 (御嵩町福祉課), 末松満智子 中村仁美 (中濃保健所), 木谷昌子 山田訓代 (美濃加茂市), 井戸ゆきみ 田中美恵 (可児市保健センター), 兼松瑞枝 矢田優佳 (坂祝町保健センター), 平林早苗 (富加町保健センター), 佐伯とし子 長瀬美紀江 (川辺町保健センター), 中島有子 (七宗町生きがい 健康センター), 小林ゆかり 伊藤理恵子 (八百津町保健センター), 加藤千波 (白川町保健センター), 桂川のぞみ (東白川村国保診療所), 安藤正枝 (のぞみの丘ホスピタル), 堀幸子 三浦孝雄 吉村隆子 (県保健医療課), 松下光子 坪内美奈 石川かおり 杉野緑 大井靖子 宮島ひとみ 葛谷玲子 (大学)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	ハイリスク妊産婦のケアの質の向上のための検討 (12 頁) 谷口通英 服部律子 田辺満子 名和文香 宮本麻記子 武田順子 布原佳奈 (大学), 大野真 川瀬美穂 堀真由美 土本さやか 下林久美 山田三枝 佐藤泰昌 寺澤恵子 (岐阜県総合医療センター 4 階東病棟)
11:40 ~11:50	地区分担制による家庭訪問でより深く個人・家族・地域を捉える視点 (14 頁) 西脇雅子 寺西愛 小粥麻理子 高木美代子 (安八町保健センター), 宇野比登美 (安八町民生部福祉課), 坪内美奈 松下光子 森仁実 山田洋子 大井靖子 宮島ひとみ 岩村龍子 大川眞智子 北山三津子 (大学)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

#### 第 2 会場

会場;講義室 202 掲示時間;10:30~15:25

10:30 ~10:40	保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方 (18 頁) 坪内美奈 山田洋子 松下光子 森仁実 宮島ひとみ 大井靖子 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子 (大学), 居波由紀子 堀幸子 (岐阜県保健医療課)
10:40 ~10:50	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 (20 頁) 田口めぐみ 高木麻裕 細江かおり 松田敦子 袴田名保子 梅田弥生 野村玉枝 (県立下呂温泉病院), 藤澤まこと 普照早苗 黒江ゆり子 (大学)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	市が目指す保健師活動を可能とする人材育成に関する研究 (22 頁) 羽土小枝子 佐藤鈴子 和田美江子 蒲とよみ 日置富久恵 中嶋敦子 (郡上市健康福祉部健康課), 上村喜美江 (郡上市健康福祉部社会福祉課), 丸茂紀子 (郡上市健康福祉部高齢福祉課), 両羽美穂子 大井靖子 北山三津子 松下光子 坪内美奈 山田洋子 宮島ひとみ (大学)
11:40 ~11:50	退院支援と地域連携推進事業の成果・課題の明確化と退院支援充実に向けた看護職者へ の支援の検討 (24 頁) 藤澤まこと 黒江ゆり子 田村正枝 (大学), 大法啓子 大野ゆかり (岐阜県健康福祉部医療整備課)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

**第3会場****会場;講義室 105 掲示時間;10:30~15:25**

10:30 ~10:40	<b>精神科病院における認知症とともに生きる高齢者のケアの充実に向けて</b> (28頁) 中村真弓 野村智登美 舟木紳 安田佳緒里 川上亜希子 小川貴子 間瀬裕也 久米未来 佐藤美徳 安藤正枝 (のぞみの丘ホスピタル), 坪井桂子 松本葉子 古川直美 古田さゆり 宇佐美利佳 (大学)
10:40 ~10:50	<b>働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究</b> (30頁) 梅津美香 坪内美奈 北村直子 山田洋子 (大学), 水野由美 (岐阜県労働基準協会連合会), 大橋淳子 (三洋電機 (株) 岐阜産業保健センター), 桑原恵子 (西日本電信電話 (株) 東海健康管理センタ), 荒川芽 伊藤清美 道中環 小林裕子 (鷺見病院郡上健診センター), 古澤洋子 (山内ホスピタル), 横山さつき (京セラ (株) 岐阜事業所), 宮川敬子 (東レ (株) 岐阜工場), 佐藤澄子 (旭化成建材 (株) 穂積工場), 酒井信子 ((株) ブリヂストン関工場)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	<b>精神科病院における社会復帰に向けた看護実践の取り組み</b> (32頁) 石川かおり 葛谷玲子 松下光子 大川眞智子 坪内美奈 北山三津子 (大学), 額瀨富久 三代澤邦恵 加藤友美 (大湫病院), 麻生江里 村岡大志 高木真太郎 増田光彦 ((社) 岐阜病院), 武田久美子 前城廣美 市橋亜紀 加藤幸恵 (黒野病院), 細江和子 中島和夫 国田真弓 岩佐純子 (下呂谷敷病院), 家田重博 一柳千百合 山下かほり 白田成之 (慈恵中央病院), 安藤和徳 永田隆宏 日比野貴子 (聖十字病院), 橋戸智子 棚瀬とみほ 蒲佳浩 (須田病院), 安藤正枝 北原俊輔 加藤里美 津田美恵子 兼松裕子 加藤美保 山本尚美 七森寿幸 (のぞみの丘ホスピタル)
11:40 ~11:50	<b>労災病院における勤労者看護の質的向上の追究</b> (34頁) 小林美代子 船崎ひさみ 井村春美 岡本孝子 宮路操代 石川春美 古屋敷智恵美 (中部ろうさい病院), 梅津美香 橋本麻由里 (大学)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

**第4会場****会場;講義室 104 掲示時間;10:30~15:25**

10:30 ~10:40	<b>ブラジル籍児童の健康課題解決に向けての取り組み</b> (38頁) 松本訓枝 鈴木里美 西田倫子 (大学), 山下啓子 平林里美 (各務原市立緑苑小学校)
10:40 ~10:50	<b>退院調整における日常生活指導での地域連携室と病棟看護師の協働</b> (40頁) 山中ひろみ 亀山博子 長屋由美 渡辺佳美 石原弘美 大島祥子 長尾美千代 牧田由紀子 川地信也 (医療法人香徳会関中央病院), 橋本麻由里 小西美智子 栗田孝子 両羽美穂子 (大学)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	<b>養護教諭の行う効果的な健康相談活動の追究</b> (42頁) 西田倫子 松本訓枝 (大学), 日比薫 (垂井町立北中学校), 野々村ひとみ (池田町立池田中学校), 鈴木歌子 (大垣市立南中学校), 世一和子 (大垣市立西部中学校), 阪野きよみ (岐阜大学教育学部附属中学校), 栗田陽子 (関ヶ原町立関ヶ原中学校), 安江有希奈 (海津市立日新中学校)
11:40 ~11:50	<b>看護職の「自分育て」の視点で考える人材育成</b> (44頁) 古澤幸江 小島三紀 (羽島市民病院), 栗田孝子 橋本麻由里 鈴木里美 野村浩 奥村美奈子 (大学)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

## 午後の部

### 第1会場

会場: 講義室 203 掲示時間: 10:30~15:25

13:30 ~13:40	過疎地域の地域ケア体制充実に向けた病棟における退院時支援のあり方に関する研究 (48頁) 小木曾慶子 荻山紀子 鈴木富美子 加藤澄子 (国保上矢作病院), 杉野緑 坪内美奈 藤澤まこと 普照早苗 (大学)
13:40 ~13:50	地域基幹病院における退院支援の課題の明確化および退院支援方法の検討 (50頁) 小川友美 香田さだえ 高橋知加子 加藤絹代 古野ひさよ (揖斐厚生病院), 藤澤まこと 普照早苗 (大学)
13:50~14:25 討議時間(35分)	
14:25~14:30 休憩・移動時間(5分)	
14:30 ~14:40	過疎地域診療所の外来看護の充実に向けて (52頁) 安江友美 桂川恵美 荻田和子 今井利佳 安江ゆり (東白川村国保診療所), 普照早苗 金子徳子 藤澤まこと 田内香織 森仁実 (大学)
14:40 ~14:50	医療施設における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討 (54頁) 宮木久美 丹羽好子 武山博子 増井法子 吾郷佐代子 長屋幸子 (岐阜県総合医療センター), 藤澤まこと 田内香織 金子徳子 田辺満子 黒江ゆり子 (大学)
14:50~15:25 討議時間(35分)	

### 第2会場

会場: 講義室 202 掲示時間: 10:30~15:25

13:30 ~13:40	健康日本 21 地方計画の有効な実施を実現する保健活動のあり方 (58頁) 宮島ひとみ 坪内美奈 松下光子 森仁実 北山三津子 大井靖子 山田洋子 岩村龍子 大川眞智子 (大学), 石原義雄 近藤敏弘 田中喜代美 寺村恵美子 堀田美奈 渡辺あゆみ 渡邊智香 (海津市健康課), 上野敬子 大西美紀 武藤達也 井上久美子 高橋悦子 村瀬恵理 (山県市健康課), 山田小枝子 荒木美徳 (朝日大学歯科衛生士専門学校)
13:40 ~13:50	糖尿病患者の看護支援方法に関する取り組み (60頁) 南谷絹代 粥川京子 大内晶美 竹内ともみ (羽島市民病院), 加藤美鈴 (自衛隊岐阜病院), 田村正枝 松本葉子 宇佐美利佳 (大学)
13:50~14:25 討議時間(35分)	
14:25~14:30 休憩・移動時間(5分)	
14:30 ~14:40	地域の特色を活かした地域・病院・多胎児サークルが協働して行う多胎児支援の検討 (62頁) 名和文香 服部律子 布原佳奈 武田順子 谷口通英 宮本麻記子 坪内美奈 両羽美穂子 (大学), 田口由紀子 福士せつ子 (県立多治見病院), 野呂直美 (多治見市保健センター), 田中圭子 (東濃保健所), 國井真美子 小山美香 河合美奈 (羽島市保健センター)
14:40 ~14:50	看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具(尺度)の開発 (64頁) 古川直美 会田敬志 橋本麻由里 古田さゆり (大学), 岩本春枝 廣瀬隆子 野田洋子 (大垣市民病院), 小野幸子 (宮城大学), グレッグ美鈴 (神戸市看護大学)
14:50~15:25 討議時間(35分)	

**第3会場****会場;講義室 105 掲示時間;10:30~15:25**

13:30 ~13:40	<b>特別養護老人ホームにおけるショートスティ利用者のケアの充実にむけて</b> (68 頁) 吉村久美子 片田代三子 (恵翔苑), 安江豊子 日下部奈保子 (サンシャイン美濃白川), 酒井晶子 (ピアンカ), 新美眞知子 (ジョイフル各務原), 牛丸京子 荒井明美 (飛騨寿楽苑), 水谷由賀子 澤津節子 (ナーシングケア寺田), 横井恵子 渡辺由布子 (サンリバー松風苑), 金武純子 (飛鳥美谷苑), 井亦昭子 (やすらぎ苑), 中嶋さつき 南方千恵美 (朝日大学歯科衛生士専門学校), 坪井桂子 古川直美 松本葉子 古田さゆり 浅井恵理 (大 学)
13:40 ~13:50	<b>ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族を支える訪問看護活動の検討 その2</b> (70 頁) 折戸三智代 今村繁子 児玉喜久枝 渡辺朝子 (いび訪問看護ステーション), 田内香織 金子徳子 普照早苗 森仁実 (大学)
13:50~14:25 討議時間(35分)	
14:25~14:30 休憩・移動時間(5分)	
14:30 ~14:40	<b>包括的継続的ケアマネジメント充実のための地域包括支援センターにおけるケアマネジャー支          援の方法</b> (72 頁) 田口千枝子 長尾ひろみ 則武弘美 今井町枝 (白川町地域包括支援センター), 小林ゆかり 佐藤充之 栗山葉子 長谷川知美 (八百津町地域包括支援センター), 山田洋子 松下光子 坪内美奈 森仁実 普照早苗 大井靖子 宮島ひとみ 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子 (大学)
14:40 ~14:50	<b>在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討</b> (74 頁) 奥村美奈子 田村正枝 普照早苗 (大学), 中川千草 古澤好美 (羽島市民病院)
14:50~15:25 討議時間(35分)	



### 3. 参加者の状況

表1 参加者の所属施設別人数の推移

	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
研究課題	19	28	26	26	28	30	24	28	33	28
本学との共同研究者	39	121	144	159	202	242	143	192	190	222
参加者総数	114	217	199	150	182	220	170	222	218	190
病院	40	101	97	78	86(5)	117(5)	83(7)	134(5)	127(8)	95(9)
介護療養型医療施設					10	3			1	
診療所		6	1	3	1	1	8	1	2	4
保育園・乳児院			1		2					
学校(小・中・高)	2	2	2		3(1)			9	11	6
障害児・者施設	7	8	9	15	9	18	9	6	3	2
高齢者施設	12	20	20	12	12	11	7	11	5	10
訪問看護ステーション		4	8	5	4	2	2(1)	3(1)	5	6
在宅介護支援センター	6	1				1				
保健所	1	9			2(1)	2(2)	1(1)	1	2	2
市町村保健センター	24	23	28	13	13	23(1)	17(3)	28(2)	24(3)	35(1)
事業所・健診機関		14	18	10	8	6	12	7	7	8
県庁各部門等	7	9	4	4	1	2	3	5	5	6
その他	15	15	10	7	5	12	7	4	8	6
不明		5	1	3		1	1		2	
本学:看護学科(学生)					24	19	20	13	16	10

\*高齢者施設とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設である

\*( )内は当該施設に勤務する本学の大学院生の再掲である

表2 参加者の内訳

	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
参加者総数	182	220	170	222	218	190
本学との共同研究者	59	83	68	99	103	111
本学の卒業生	5	16(4)	6(1)	14(4)	21(2)	15(2)
本学の大学院生	9(3)	10(3)	12(4)	8(2)	11(7)	10(3)
本学の修了生				7(4)	9(4)	12(5)

\*( )内は参加者における共同研究者の再掲である

表3 参加者の所属施設・職種別状況

	総計	病院	診療所	学校 (小・ 中・高)	障害 児・者 施設	高齢者 施設	訪問看 護ステー ション	保健所	市町村 保健セン ター	事業 所・健 診機関	県庁	その他	
		所属施設	25	1	5	2	9	2	2	14	3	2	2
参加者総数	180	95	4	6	2	10	6	2	35	8	6	6	
職種別	看護師	111(8)	81(8)	4		2	10	6		2	3	2	1
	保健師	41(2)	6(1)					2	25(1)	5	3		
	助産師	7	6								1		
	養護教諭	6		6									
	その他	15	2						8				5
不明													

\*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者180名の所属施設・職業別状況である

\*( )内は当該施設に勤務する本学の大学院生数の再掲である

表4 参加者の所属施設別にみる参加者経験

	総計 (%)	病院	診療所	学校 (小・ 中・高)	障害 児・者 施設	介護老 人福祉 施設	訪問看 護ステー ション	保健所	市町村 保健セン ター	事業 所・健 診機関	県庁	その他
初回参加	78(43.3%)	37(2)	3	1	2	8	2	1	16	4	2	2
過去参加	102(56.7%)	58(7)	1	5	0	2	4	1	19(1)	4	4	4
総計	180(100%)	95(9)	4	6	2	10	6	2	35(1)	8	6	6

\*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者180名の参加経験である

\*( )内は当該施設に勤務する本学の大学院生数の再掲である

#### 4. 参加者への意見調査の結果(回答者99名、回収率55.0%)

今後の「共同研究報告と討論の会」のあり方を検討するため、本学の学生（看護学科）を除いた参加者に意見調査の協力を求めた。その結果を、以下に示す。

表5 参加動機、開催を知ったきっかけ、参加満足度

項目		回答件数	%
参加動機 (複数回答)	1.興味のある研究テーマがあった	45	32.4%
	2.看護職と教員の共同研究自体に興味があった	8	5.8%
	3.他施設の状況が知りたかった	23	16.5%
	4.共同研究メンバーであった	60	43.2%
	5.その他	3	2.2%
	総計	139	100.0%
[その他の内容]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバーに誘われた。</li> <li>・当施設は以前にも参加(聴講)したそうだが、場違いだったと聴いていた。しかし興味あり参加してみたいとなった。</li> <li>・共同研究のメンバーではないが、同じ部署の方が発表したため。</li> <li>・同じ部署内に共同研究メンバーがいるため。</li> </ul>			
開催を知った きっかけ (複数回答)	1.所属施設へ送られた案内	67	60.4%
	2.本学のホームページ	0	0.0%
	3.同僚・友人の誘い	9	8.1%
	4.本学教員からの誘い	25	22.5%
	5.その他	10	9.0%
	総計	111	100.0%
[その他の内容]			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・卒業生</li> <li>・一緒に勉強させていただいている。</li> <li>・共同研究のメンバー(6)</li> <li>・自宅に案内が届いた。</li> <li>・師長から聞いた。</li> </ul>			
参加しての満 足度	1.満足している	45	46.9%
	2.やや満足している	38	39.6%
	3.どちらともいえない	10	10.4%
	4.あまり満足していない	1	1.0%
	5.満足していない	2	2.1%
	総計	96	100.0%

表6 今回の企画、運営に関する意見

	回答内容
プログラム	テーマが同じものは、同部屋で時間がずれているとうれしい。
	関連が同じテーマは1つの会場にして頂きたい(同じ意見が何度も出る)。
	最初からテーマごとに分かれての報告・討論でも良いのではないかな。
	聞きたいテーマの同時開催が何点かあった。
	討論の時間が短い。
会場	検討事項の内容が、同一のものが多かった。意見交換は小グループの方が意見は出しやすいと思われるが、同じようなテーマに対し集まる人も同じなので、まとめられると良いのかと思う。
	会場準備は大変良かった。
	開始当初、部屋の中が寒かった。(2)
	領域別、テーマ別の会場設定がよいと思う。
	会場に2グループ入ると、グループ検討会の時に、隣の声で聞こえづらい時がある。(2)
進行	1つの部屋でパーティーションでの仕切りの中、2つの討論会を実施され、発表後スムーズに検討会に入れた点はメリットだが、両方の声が混在し、聞き取りにくさがあったのが残念であった。
	同じ教室で前・後に別れて話し合いがあった時、中央に掲示板を利用して隣の話し合いの音が聞こえにくいようにしてあり、良かった。
	回を重ねる度に進行もよくなっていて、楽しくなっている。
	司会進行は大変良かった。
	教員の発表で、タイムオーバーしたものがあったので、時間厳守で進めてほしい。

その他	回を重ねる度に参加の仕方が分かってきたこともあり、楽しくなっている。
	大変充実した発表内容で、良かった。
	発表者の説明が早すぎて理解ができなかった。
	良かった。
	討論中レコーダーが回っていたように思う。
	今回初めて参加させていただいた。特養のことだけでなく、病院やケアプランセンター等の情報を得ることができた。
	共同研究形式に自分が慣れてきた点もあり、討議の時間がとても楽しかった。
	討論時、意見があるが、聞き取りにくかった。
	発表後、検討会有り、意見交換ができ良かった。
	身近に意見交換ができるのでうれしい。
	横断的に聞きたい発表があった。
	意見交換は、いろんな施設の意見が聞けてよかった。
	いつも会えない人の声が聞けるので、楽しみであった。
	大変良い形式だと思う。
	抄録や発表だけでは中々理解できないが、ディスカッションすることで内容がより分かり勉強になる。
	別の学会と違い、参加者が少人数なので、ディスカッションしやすい。
	今回は共同研究にも参加し、継続してやってきて、やっと内容が分かった。現在の方法でOKと考えている。
討論会が少人数であり、話しやすい、聞きやすい状況であった。皆の意見が聞けた。(2)	
暖かい感じのする研究報告会だと思った。	
退院支援のテーマ性で行っても良いと思った。	
今回2回目だが、参加するたびに研究発表後の討論会はとて有意義だった。	
他施設の現状を知ることはとても良いことである。	

表7 各会場ごとの気づいたこと、感想など

時間	会場	回答内容
午前の部	第1	討論時の発表者の進め方がうまく、感心した。
		討議時間の時、何を言っているのか分からなかった。
		退院支援等の取り組みをまとめた資料もあった方が良かった。
		家庭訪問のあり方を考える機会になった。
		他市の取り組みが聞けて、再検討していきたい。
	第2	意見を出しやすいように司会の方が配慮して下さり、よかったと思う。
		多くの意見が聞きたかったが、1つのことだけになってしまった。
		現任者の訪問実習について、興味を持って聴けた。
		活発に意見交換できて良かった。参考になる意見が伺えた。
		保健師教育のあり方を県全体で検討していこうとしていることが分かってよかった。末端の保健師1人1人への支援につなげて欲しいと思った。
	第3	ポスターも資料などであるとよい。
		他地域の情報が聞けてよかった。
		一つ一つのことが、全てにおいて勉強になった。
		教育、行政の立場での意見を聞くことができた。
		少人数でのディスカッションのため、意見も聞きやすかった。
		他施設の状況が分かり、参考になった。
第4	意見も出て参考になった。これをどう深めるかの話が別の機会に発展するといいいと思った。	
	楽しく参加できた。	
	家庭訪問について興味深く聞くことができた。	
	行政ともお互い歩み寄る必要があると思った。	
	精神疾患認知症の方々を支援している立場から、興味があった。	
	働く人々の話、保健指導は少々分かりにくかった。	
第3	産業の場の参加者が少なかったが、検討はこじんまりとして充分だった。	
	カンファレンスと日頃の他職種とのコミュニケーションの大切さを実感した。もっと他の職種を知ると自分の視野が広がるのもっと勉強していきたいと思った。	
	同じ認知症病棟の発表を聞き、意見交換をできて有意義であった。	
	和んだムードで意見交換ができ、良かった。司会の方も上手に進行され良かった。	
	忙しい毎日の中での取り組みは大変だと思う。	
	他会場への移動がしにくかった。	
	もう少し他職種の方からの意見が聞ければよかった。	
	最初の認知症の討論は参考になった。次の精神科における取り組みでは司会者でなく、大学の方がしゃべりすぎていた感があった。	
	第4	参加したいものが同じ時間帯での討論だったのが残念だった。
		部屋が寒かった。
日頃私たちが行なっている支援・教育相談活動を、理論付けて関わっていくことの重要性を改めて感じた。		
討論時間がもう少しあると良かった。他施設の実態がもっと表現されると良かった。		
第3	4月からの職場復帰を控え、大変勉強になる内容で、討論も充実して、現場で生かそうと思える、とても参考になる内容だった。	

午後 の部	第1	とても内容の濃い、深い研究であったと思う。ありがとうございました。
		施設の大小に関わらず、抱えていることを知ることができた。
		退院支援というテーマで興味深く聞くことができた。
		カンファレンスの重要性を再確認できた。
		討論者の声が小さかったので、聞きづらかった。
		どこも同じような悩みを抱えながら、退院支援を行っていると感じた。
	第2	自施設で足りない部分の気付きができ、良かった。
		発表したことに対して、小討論会ができ、皆の意見が聞けて良かった。
		退院支援に関するもので、とても興味深く聞かせていただいた。どこも同じように困っていることが分かった。
		思ってもみない内容等も出るので、興味があった。
		午前中参加したので、少しリラックスして参加できた。
		患者との背景が私の勤務する病院ととても似ており、共感できた。
第3	多胎サークルのことに、見直すきっかけになる。	
	自分の所の事以外のことがたくさん知れてよかった。	
	満足度調査に興味を湧いた。	
	討論したり意見を伺う時間がもう少しあると、より有意義だと思った。	
	時間配分が難しかった。	
	評価のあり方の討論が良かった。	
	興味深く聞かせていただいた。	
	医療面の重要性を学ばせてもらった。	
	包括的ケアマネジメント充実、ケアマネへの支援方法など難しい面をよくまとめられたと考える。	
	発表者の意見の方が多く、参加者の討論が少なく感じたが、参考になる意見を聞くことができた。	
	施設、病院との連携についてとても考えさせられ、勉強になった。	
	参加者の間のディスカッションが学びとなった。本院の課題が明らかになった。	
今後の業務の参考になった。(2)		
日頃あまり気にしたことなく過ぎていたことに興味を湧いてきた。もっと周りを見ようと感じた。		
この会を通じて、ネットワークにつながる気配もあってよかった。		
他施設の状況が分かり、大変参考になった。		
とても活発に色々な意見が出て、勉強になった。		
自分の職場全体で取り組めるように、自分から一歩を踏み出したい。		
連携・各専門看護師の役割など、情報提供の必要性。		

表8 大学との共同研究についての希望や意見

・アドバイスが頂け、ありがたい。
・先生にたくさん支援いただき、何とか発表にこぎつけた感じである。本当にありがとうございました。
・共同研究は施設にとって研究の学びや現場の改善において大変意義があると思う。しかし施設でやる気がないので、当院ではうまく進んでいかない。
・仕事に携わる上で分からないことをどう処理したらよいか、誰に聞けば答えが出るか迷うこともあったが、共同で話し合う場があることで支援の方法や自分の考えの違いに気づかせてもらえて助かる。
・又このような報告会を開いて欲しいと思う。とても勉強になった。
・とても勉強になりました。視点を変えてみるのは大切だし、興味深いものだった。ありがとうございました。
・またやってみたいと思った。
・大学教員からの働きかけがあると、共同研究の参加もしやすくなるので、実習等通して一押ししていただきたい。
・他職種で抱えるケアについて、考慮する機会となった。
・正直負担
・新しい知識を取り入れられるし、文献も多いため良いと思う。
・アドバイス・サポートもして頂け、勉強になると思う。
・他施設の現状も把握でき良い。
・知的障害厚生施設なので、直接的には関連がなかったが、認知症になられた人もあり、それプラス知的障害で関わりは難しい。こういった施設系の人の話も聞きたい。
・卒業生がもっと参加していると思ったが、意外に少なかったのもっと多く参加し、意見を交流したいと思った。
・大学の支援をいただきながら考えていけるので大変良い。
・これからもお世話になります。
・色々なアドバイス、支援について、ヒントが得られる貴重な機会となっている。
・忙しい仕事の中で意識化しながら、保健師が生きる仕事をしていくために良い場である。
・今後も続けて欲しい。
・研究は大変だという思いがあったが、大変楽しく学べるものだった。この会の進行(運営)の仕方が良い。
・自己の振り返りや今後の勉強(看護)のきっかけになり、ありがたい。
・これからも継続して一緒に勉強していけたらいいと思う。

## 5. 参加学生(看護学科)への意見調査の結果 (回答者6名、回収率60.0%)

参加した看護学科の学生10名に意見調査を求めた。寄せられた意見・感想を以下に示す。

表9 回答者の参加状況・満足度

項目	内容	件数	%
学年	1. 1年次生		0.0%
	2. 2年次生		0.0%
	3. 3年次生	5	83.3%
	4. 4年次生	1	16.7%
	5. 編入学生		0.0%
	総計	6	100.0%
参加目的 (複数回答)	1. 興味のある研究について学びたかった	2	10.5%
	2. 県内の看護実践活動について学びたかった	3	15.8%
	3. 教員と看護職の共同研究がどのようなものか知りたかった	3	15.8%
	4. 実習施設でどのような共同研究をしているのか知りたかった	3	15.8%
	5. 卒業研究のテーマを考えるヒントにしたかった	6	31.6%
	6. 就職など今後の進路を考えるヒントにしたかった	2	10.5%
	7. その他		0.0%
	総計	19	100.0%
参加目的に 対する 満足度	1. 満足している	2	33.3%
	2. やや満足している	4	66.7%
	3. どちらともいえない		0.0%
	4. あまり満足していない		0.0%
	5. 満足していない		0.0%
	6. 未記入		0.0%
	総計	6	100.0%

表10 各会場ごとの気づいたこと、感想など

時間	会場	内容
午前の部	第2	色々な病院の取り組みが聞けてよかった。
		共同研究としてどのような課題が取り上げられ、考えられているか知ることができ、実践の場でどう考えられているか知ることができてよかった。
		現場での課題の共有、実際に取り組んでいる内容について分かった。たくさんの声が聞けてよかった。
		病棟看護師が退院後関わるのは難しいと思うけれど、とても大事なことだと思った。取り組みをしている病院もあるのだなと思った。
	入院中からの退院支援の重要さと、その難しさについて学べて勉強になった。	
	第4	養護教諭の特質を生かした研究から、考えさせられる課題がたくさんあることに気づいた。とても勉強になる研究だった。
午後の部	第3	がん患者の支援ということで、がんサロンがあることを知り、色々な取り組みもあることが分かり、勉強になった。
		病院は、他の病院のやっていることとか知っていると思っていたけど、知らないことが多いんだなと思った。
		在宅における患者・家族支援、病院との連携について学べてよかった。

表11 共同研究についての感想・希望

・卒業研究のテーマとか、就職先(実習先)の看護職の方の実践について学べて良かった。
---

## 6. 教員への意見調査の結果

今後の「共同研究報告と討論の会」のあり方を検討するため、教員にアンケートへの協力を求めた。アンケートに寄せられた意見や感想を以下に示す。

表12 教員アンケート結果 (回収数 35名)

開催時期	1.現状のままで良い ( 35)名
	2.変更をした方が良い ( 0)名
	3.記載なし ( 0)名
プログラム	1.現状のままで良い ( 33)名
	2.変更をした方が良い ( 2)名 ・移動・休憩時間が10分あるとよい。
	3.記載なし ( 0)名
報告形式	1.現状のままで良い ( 32)名
	2.変更をした方が良い ( 2)名 ・同じ形式が続いたので、一度試しに変更しては？ ・テーマが似た演題をまとめて報告・討議を行う
	3.記載なし ( 1)名
午前 第1会場	内容、進め方も特に問題なかったように思う。
	歯科衛生士の方から母乳と虫歯との関係性を聞くことができ興味をもって聞くことができた。虫歯は感染症であり、妊娠前にしっかり歯の治療をしておくことが子どもの虫歯を減らすためにも大切ということを学んだ。
	活発な話し合いがされていた。
	討議時間に現地看護職の方は、自ら発言されることは少なかったが、司会の教員が促すことで貴重なご意見や現場の状況などを多く話していただけた。司会者がこのようにうまく進めていくことも必要だと思った。
	異なった領域の発表を聞けるのはよいと思った。 具体的に活発なディスカッションがなされていて良かった。
午前 第2会場	討議に参加されている看護職の方々が、発表内容と自施設の現状を照らし合わせ、どうしたら改善できるか、活発な意見交換がなされていた。
	比較的保健師の参加が少ないが、保健師に関するテーマの会場が分かれていたため、分散したように思う。教員のだぶりもあり、討議の時間が重なり参加が難しい。
	進行を担当したが、発表者・参加者の協力により、時間どおり進めることができた。
	人数的にもちょうどよい規模だった。討論もスムーズに行なえていたと思う。
	討論では、参加者数が少ないテーマもあったが、全員が発言し参加できるという点ではよかった。
午前 第3会場	室温を上げるように依頼をしたが、思うように上がらなかったため、参加者はコートを脱げなかったと言われていた。討論の開始時に適温になるように調整ができればよいと思った。
	テーマによってディスカッションの参加者数に差があったが、それぞれ活発な討議がされていると感じた。
	討議では、背景は異なるものの同じ認知症をもつ患者のケアに悩みながらかかわっている看護職から疑問や意見などが聞かれ、現場看護職の人たちにとっては有意義な時間になったと思う。教員にとっても、普段かかわっていない現場の状況を知る機会にもなった。
午前 第4会場	今年は養護教諭の参加が少なかったが、プログラムの組み方が配慮されたいため、先に報告のあった研究にかかわった学校関係者がそのまま参加していただけたので活発な意見が出て盛り上がった。
	第4会場については、参加者数も比較的多くあり、盛況だったのでよかった。部屋が小さい分、討論の声が片方が大きくなりすぎて、聞こえにくいということはなかったかどうか、心配だが。
	1つの教室で2つの演題について討議するため、討議内容が聴き難い。またポスターの文字も小さいため、一番前でないと見えないのではないかと思います。討議したい内容の提案が強すぎて、参加者からの討議提案が出しにくいように思った。自由討議を少し入れてもよいと思う。
	プログラムの組み合わせが良かったのか、多くの方の参加があってよかった。また、さまざまな施設の意見が聞け、議論も活発にされ、施設状況がよくわかった。
午前 第1・2会場	異なった領域の発表を聞けるのはよいと思った。
	参加する看護職の方(共同研究者もそうでない人も)がディスカッションにも慣れてきていて、積極的に参加されていた。
午前 第1・3会場	討論の際、別グループの声がやや気になった。
午後 第1会場	討議の参加者が10名程度と少ない場合でも、緊張せずに密に話し合えるという利点があったように思った。他の病院等での取り組みを紹介していただけることで、参考になる点が多かったと思う。
	午後のため、少々参加者が減ったかな、という印象だったが、こじんまりとした討論ができてよかった。
	具体的に活発なディスカッションがなされていて良かった。 前半の2つの演題の報告内容が関連していたので、一緒に討議してはどうかと考えたが、全体数が多かったため、従来どおり行った。3つに分かれたときに、人数的にかなり偏っていたので、やはり一緒に討議してもよかったのではないかと思います。

午後 第2会場	<p>討論が、どのテーマも活発に行われており、参加者のほうもスタイルに慣れてきているのかなと感じた。討論の進行も現場の方が中心となり進めているところがあり、多くの方が主体的に参加しておられる印象だった。</p> <p>多胎児のお母さん方のサークルはあっても、なかなか縦のつながりを作っていくことが難しいということが分かった。</p>
午後 第3会場	<p>テーマに関心を持って参加して下さった方々が多く、討議も活発であったため、共同研究者も勉強になったと言われていた。テーマを幅広く解釈し、学びの場にしようとしていた人も多く、参加の仕方がこれまでと違うように思った。</p> <p>高齢者ケア施設は他領域で働く看護職にとってはわからないことが多いようで、討議には保健師から病院看護師まで多くの領域の看護職が集まっていたにもかかわらず、現状を知りたいという漠然とした疑問から参加されていたようで、十分な討議ができなかったように思う。教員は、提示した討議したい内容に参加者の反応が得られないときの対応をしていかなければならないと思うが、参加者の職業や参加動機を探るのに時間が割かれ、討議に発展させることは難しかった。</p> <p>スムーズな進行であった。 発表後の討議の中で、多様な側面からの意見があり、おもしろかった。</p> <p>討議に参加されている看護職の方々のうち、発表された看護職の方と同じ種類の施設で勤務しておられる方はごく少数だったが、それぞれの立場からの意見(他施設との連携方法・必要な情報内容など)を聞くことができ、双方の立場の実情を知ることが出来た良い機会になったと思う。</p>
午後 第1・3会場	<p>退院支援に関する討論の場が午前と午後も前半にあったせいか、討論に参加するメンバーの多くが同じ人たちになり、午後の後半の討論が少し低調となったように感じた。</p>
午後 第2・3会場	<p>異なった領域の発表を聞けるのはよいと思った。 複数施設が参加する共同研究のよさが出ていた。</p>

### その他、希望や意見、改善点など

<p>演題の組み合わせを考慮していたためか、他職種に発表を聞いてもらうことができている良いと思った。討論の参加者は1施設から多数の参加であったため、様々な施設から来ていただけるようにすることが今後の課題だと感じた。</p> <p>もっと多くの参加者がいるといいと思った。広報活動や研究において、もっと仲間を広げるような取組が必要だと思った。</p> <p>現状のままで内容や進め方は問題ないと思う。</p> <p>討論のとき、参加しているテーマの討議の方が、声の大きさがもう一方のテーマの討論に負けてしまい、聞き取りにくくなってしまったことがあった。しかし、これはお互い声をかけ合っていくしかないかと思うが・・・</p> <p>委員の先生方にはお世話になった。 討論の会が参加者の学習や交流の機会になっていることを強く感じた。</p> <p>同じようなテーマがあちこちに散らばっているのでできれば、集めていただいた方がいいと思う。例えば退院支援のテーマなど。</p> <p>演題によっては討議が少人数になってしまい、盛り上がり欠けることがある。参加したい演題が重なることもあるかもしれない。良い案は浮かばないが、討議の形式を検討したほうがよいのか？</p> <p>関心のあるテーマの討議にできるだけ多くの参加があるように、同じ枠内の発表は異なったテーマになっていることが多かったと思う。ただ、討議の際には関連あるテーマの別の発表者が自分の発表内容を踏まえて討議に参加されている場面も見られたため。発表者の希望にもよるとは思うが、似通ったあるいは関連のあるテーマの発表枠を同じにして、合同討議などの工夫を行ってもよいのではないかと思った。</p> <p>休憩・移動時間が5分というのは、少し短いように思う。 十分な討議時間が設けられているので良い話し合いができる。</p> <p>廊下が寒く、通路の為せまいということもあり、ポスターのホワイトボードを置いていても、じっくり見ていただくことができていなかったように思う。スペースの関係上、難しいのかもしれないが、もっとポスターをじっくりとみることができるような時間・配置ができるとよいと感じた。無理を承知で言いますが、一度、試しに「口演」と「示説」にわけ、講義室では「口演発表」のみ、実習室ですべて「示説発表」と分けてみてはどうか。(人数が分散してしまうか・・・？ ポスターだけなら気軽に発表できる、という現地の方の意見もときどき聞かれる)</p> <p>参加した会場では、多くが共同研究者(他のテーマの共同研究を含む)であったが、中には人から勧められたという人がいた。口コミでの参加が増えていくとよいと思った。</p> <p>移動時間が短いめか、遅れて入ってくる人が多い印象があった。 もう少し移動時間が取れるとよいと感じた。</p> <p>自身の担当する退院支援に関するのテーマが午前にも、午後にも続けてあったので、一日中あまり変わらないメンバーでの同じような内容の討議となり、討議内容の検討が足りなかったと反省した。出来れば内容を発展させて討議できればよいと考え、テーマが似かよった演題の報告を何題かまとめて行い、あとに討議時間をとってもよいのではないかと思った。</p> <p>休憩・移動時間が5分だと椅子やホワイトボードの移動だけ行っても時間が足りない。私の参加した討議は時間にゆとりがあったので、討議を30分にして、休憩・移動を10分にしても良いのではないかと思った。</p>
---

<p>プログラム作成については、常に苦勞されていると思うが、どのように組むとよいかを委員会で研究していただけるとよいと思う。教員も共同研究者も重なってしまったという状況があり、共同研究者の方が討議の途中で移動したりしていた。同じメンバーでいろいろな共同研究を行なっている、ということも反映しているということかなとも思う。</p>
<p>進行を担当したが、事前実施内容を書いた資料がもらえたので、安心感があつた。</p>
<p>討議時間では、参加者からの積極的な発言があり、このスタイルが定着してきたように感じた。ただ、発言者が偏る傾向があるため、進め方などに工夫の余地があると思った。</p>
<p>退院支援に関することが多くテーマにあがっていたとも思う。同じようなテーマが複数ある場合は、同じ部屋で発表し、ワークショップ形式でディスカッションしてもよいと思った。</p>
<p>保健師の共同研究への参加は、演題数が増えてきていると思うので参加人数も増えてきていると期待するが、報告会ではプログラム上重なってしまうので、意見交換の時間は人が分散してしまうことが課題である。一つのテーマで複数の施設と共同研究をできると良いと思っているが、以前そのようにしたことはあり、各施設の取り組み・討議したい内容は様々なので、報告会の場で各施設の取り組みや意見交換が十分でなく未消化に終わり、結果的にテーマを分けた経緯がある。多施設共同の研究とするにはどうしていくとよいか、悩むところである。21年度の看護科学学会のシンポジウムにその関連のテーマがあり参加した。(全国の多施設間での共同研究で規模の違いを感じた。)多施設との共同には、各施設の課題というよりは社会のニーズに即して教員が研究テーマを設定し、関心のある施設と研究を行なうのが、その方策ではないかと思っているが、他にも多施設共同の研究にするためのアイデア・情報提供があるとよい。</p>
<p>駐車場がいっぱいになったため、案内等での配慮が必要だと思った。</p>
<p>退院支援に関する取組みが各地域に広がり、施設の状況に応じた改善と地域看護職との連携も進んでいるように思われる。退院支援に関して、全体で意見交換するワークショップを開いても良いのではと思った。しかし、「報告と討論の会」では、時間的な制約があることから、方法論を提案するまでの検討はできていない。また、この場での開催が適切なのかについても、検討の余地がある。</p>



## 平成 20 年度共同研究事業自己点検評価結果

## I. 目的

平成 20 年度の本学教員と現地看護職双方の自己点検評価の分析により、共同研究事業の今後の課題を明らかにするとともに、改善・充実を図る方策を検討する。

## II. データとその収集方法

### 1. 対象

平成 20 年度に本学の共同研究事業として取組んだ 33 課題について、関わった教員及び現地共同研究者の自己点検評価票への記載内容をデータとした。この 33 題の継続年数は、8 年目が 3 題、7 年目が 4 題、6 年目が 1 題、5 年目が 3 題、4 年目が 4 題、3 年目が 3 題、2 年目が 6 題、1 年目が 9 題である。

共同研究に参加している教員は延べ 185 人で、現地共同研究者は延べ 65 施設 190 人である。そのうち教員は延べ 144 人（回答率 77.8%）から、現地共同研究者は延べ 103 人（回答率 54.2%）から自己点検評価の回答があった。

### 2. 共同研究の自己点検評価方法

共同研究の自己点検評価は、研究交流促進委員会が企画し実施している。教員は、共有フォルダに置いてある課題ごとの自己点検評価シートに、参加教員が各自入力することとした。現地看護職については、研究交流促進委員会が共同研究に参加しているすべての現地側施設に個別発送し自己点検評価票への記入を依頼した。1 施設に複数の参加者がいる場合は、代表者を通じて全員に配布し、個別の返信用封筒をもって回収する。なお複数の研究への参加者には、課題ごとに自己点検評価票への記載を依頼する。依頼に際しては、記載された内容は個人が特定できないよう配慮した上で取り扱い、事業の改善のための検討資料とすること、またその結果を公表することを説明するとともに、共同している教員側に伝えてほしくない内容についてはその部分を伏せることが可能であることを説明した。

## 3. 自己点検評価項目

自己点検評価項目は、教員については、①実践課題の改善状況、②学内教員共同体の状況及びその成果、③現地側の組織的な取り組み状況、組織内での成果の共有状況、④現地看護職の主体的な参画状況、⑤教育活動への活用状況、⑥現地側との話し合い状況、⑦共同研究事業の改善希望である。現地共同研究者については、共同研究への参加年数と次の項目について自由に記載してもらった。①共同研究による実践の改善・充実状況、②実践の改善・充実以外でよかったこと、③共同研究の方法や進め方の改善希望、④共同研究の主旨・目的や計画についての了解状況、⑤所属施設の組織としての了解状況、組織としての取り組み状況、成果の共有状況、⑥共同研究継続の希望、⑦共同研究を契機とした今後の学習課題である。

## III. 分析方法

それぞれの自己点検評価項目に対応した記載内容を類似性に従って分類・整理した。分析は、研究交流促進委員会と看護研究センターで行った。

分析担当者は以下のとおりである。

岩村龍子、田辺満子、大川眞智子、古田さゆり（看護研究センター）、藤澤まこと（地域基礎看護学講座）、橋本麻由里（機能看護学講座）、布原佳奈（育成期看護学講座）、奥村美奈子（成熟期看護学講座）

## IV. 結果および今後の課題

### 1. 教員の自己点検評価

#### 1) 共同研究の取り組みによる看護サービス改善や課題解決状況

研究主題 A：現地側の所属施設の業務・実践の改革に直結した課題に取り組んだのは 33 題中 31 題で、新規の取り組みが 9 題あった。

新規の取り組みであっても、1 年目から「現状の把握と共に、看護実践をデータ化し取り組むべき問題・課題が明確になった」「看護職として実施すべき内容を再確認した」と評価し、現状

の振り返りや問題の共有が出来ていた。2年目からは事例検討やカンファレンス等の実施において、考えながら実践するなど「看護活動の意義を再確認できた」「共同研究を通じて看護職の役割認識が高まった」と取組み1～2年で現地側共同研究者の意識や実践の変化が見られると成果を確認していた。

そして、継続して取り組む課題においては「活動成果が組織に浸透し、実践の向上に確実につながっている」「看護実践の改善につながる活動として定着化している」「共同研究を通じて看護改善を意識した実践ができています」といった成果を確認するなど、継続的な共同研究の取組みが着実に実践現場に浸透し、改善に結びついているといえる(表1-1)。

研究主題B：大学・県全体の課題を扱うもので、2題取組んでいる。2題とも課題の明確化・共有化が図られ、到達目標の検討、共有により方法の検討を進めている(表1-2)。

## 2) 学内教員の共同体制

複数講座の教員で取組むことについて、「これまでと異なった視点で考えることができ、視野が広がった」「教員の専門性が活かされ、活動の推進や確実な成果が得られた」等、肯定的な評価をする記述が約6割あった。1つの研究に複数講座の教員が参加することで、教員の視野の拡大や思考の深まりに繋がるとともに、共同研究を通じて学内教員間の意思疎通が促進され、共同研究だけでなく実習指導や他の活動にも良好な影響を与えていることが推測される。

しかし、複数講座体制が取れていないのが7題あり、その体制が取れない理由として「検討会等の日程調整が難しい」としている。共同体制が取れているものであっても、日程調整の困難さは引き続き課題となっている。一方、研究の進展により課題対象が施設から地域へ拡大するなどさらに関連講座の参加を得て充実させたいとする記述も見られた(表2、2-1)。

## 3) 現地側の組織的取組み

組織的取組みができているとする者が回答

記載の約8割に見られ、新規課題についても1年目から組織の理解、協力を得て取組んでいた。

実践改善のための成果の共有についても回答記述の5割以上が共有できているとし、組織全体、所属部署での看護実践改善の動きが年々進展している。取組み1・2年目の課題の多くはまだ、成果の共有に至っていないが情報の共有を図るなど努力していた。組織的取組みに至っていない課題については、実践の成果を積み重ね、組織から支援をもらえるように働きかける必要がある(表3-1、3-2)。

## 4) 現地側看護職の主体的参画

回答記載の内9割以上が主体的な参画を評価していた。参画状況についても、「改善に向けた具体的な看護実践と振り返り評価ができるようになっている」「自施設での研修会や事例検討会の企画運営だけでなく、実行委員会形式をとるようになった」など、組織全体への浸透拡大を図る活動が見られるようになった。さらに、「報告と討論の会」での報告や抄録・報告書作成については期待した役割以上に実践されていたと高く評価している(表4-1、4-2)。

## 5) 教育活動への活用

昨年度と同様に講義・実習・卒業研究に活用できているほか、大学院の研究指導や卒業者の生涯学習支援も含めて、多様な活用ができていた。これも本事業の目指すものに向かっていくといえる。今後、本事業の拡大、更なる取組みによって、目的・目標達成に向けて継続が求められる(表5-1～5-6)。

## 6) 現地側との話し合い状況

研究計画作成過程では十分話し合えたと答えた人が74人(51.4%)、話し合えなかったが18人(12.5%)、未記入が52人(36.1%)であった。十分話し合えなかったとした18人は、3題の研究課題のメンバーであった。参加施設・人数が多く全員そろえることが出来なかったもので、出向いて意見や思いを聞くようにして計画するなどの努力をしていた。

研究実施段階では十分話し合えた75人(52.1%)、十分に話し合えなかった19人

(13.2%)であったが、研究課題別に見ると9題への参加教員の一部が十分に話し合えなかったと答えていた。多くの教員が現地側の都合を優先し直接現地に出向くなど配慮・工夫をしている姿がみられたが、日程調整の困難さからメール、電話などを活用して取組みをつないでいる実態も浮き彫りにされた。共同メンバーが多くなるほど日程調整が難しく、いかに調整していくかが課題である(表6-1~6-6)。

### 7) 共同研究事業についての改善希望

現地看護職が実施したことを研究的にまとめ、発表する力をつけることを目指していることから、「共同研究報告と討論の会」から報告書作成・提出までに、報告書の様式を整えるための時間の確保と報告書の記載様式等について再考を求める声があった(表7)。

## 2. 現地共同研究者の自己点検評価

### 1) 共同研究への参加年数

自己点検評価回答者103人の共同研究参加年数は、1年目が43人、2年目が25人、3年目が10人、4年目が11人、5年目が3人、6年目が4人、8年目が1人、未記入が6人であった。

### 2) 共同研究の取組みによる実践の改善・充実状況

この項目には103人中88人(85.4%)から105件の記載があった。改善状況は1年目の参加者が多いにも関わらず概ね昨年度と同様の傾向が見られた。「実践の改善に向けての意識の変化・認識の深まり・視野の広がり」28件、「具体的な実践の改善・充実」17件、「実践の改善・充実につながる支援システム、サポート体制が出来た」13件と意識の変化のみならず具体的な改善行動が見られた。それは、「スタッフナースの意識的行動の広がり」「保健指導時の教材・資料作りの工夫」等、個人レベルのクリティカルな行動と評価、それを支える組織的なシステム作りやサポート体制作りなど組織的な取組みによる看護実践の改善・充実を実感し確認しているものであった。

さらに、参加経験の長い者は、他施設あるい

は他職種との交流により自施設を見直し、認識を新たにするなど改善への強い動機付けを得ていた。今後、自施設のみならず地域との連携も踏まえ広い視野を持って実践の改善・充実が図られるよう支援していくことが必要である(表8-1)。

### 3) 実践の改善・充実以外でよかったこと

この項目には90件の具体的な記載があった。よかったことで1番多かったのは、「大学教員からのサポート」22件で、昨年度は3番目であったことから、教員との関係性が良くスムーズに研究が進んでいることが伺われる。2番目に多かったのは、「他施設との情報交換、意見交換、交流ができた」21件であり、例年と同様、共同研究することで他施設の状況を知ることのニーズとともに地域との連携・協力の必要性の認識が高くなっていることが推察される。次に、「学び・視野が広がった」10件、「振り返り、学びになった」7件など、共同研究に参加することで参加者自身が学びを自覚しており、生涯学習につながっていた。

ただ、昨年度も見られたが、「実践が改善した」「改善・充実の実感」など、先の問いと重複するカテゴリーが複数あがった。「実践の改善」の捉え方が人によって異なるためであり、問い方に検討が必要である(表8-2)。

### 4) 共同研究の方法や進め方で改善が必要と思うこと

この項目に具体的な記載があったのは103人中32人(31.1%)から33件で、「特になし」17人、未記入54人であった。改善点として挙げられたのは共同研究の主旨を理解して、現状を反省し、もっと主体的に取り組みたいと前向きな姿勢を示すものが多かった。「検討の時間や場の不足」「時間調整が出来ない」としながらも、検討の機会を増やしたい、参加者を増やしたい、参加メンバーをスタッフ中心にしたいなど協働のためのコミュニケーションを深めるなど、より密度の高い話し合いを求める内容が多かった。

昨年度、最も多かった「研究計画や方法に関

する内容」については、「カテゴリー分類作業に参加できると良かった」とする者が1件あったのみである。また、研究の意義を明確にすることや、研究者間の協働体制に関する内容がみられなかったことなど、研究の取組みに関するコンセンサスを得るよう両者で改善努力がなされたものと推察できる。さらに、施設外への活動の拡大を改善課題とするなど取組みの発展を期待する記述も見られた（表8-3）。

### 5) 共同研究の主旨・目的の了解状況

研究の主旨・目的を了解して参加できたかについては、103人中、94人（91.3%）が「はい」と答え、ほぼ了解をして参加できていた。一方了解して参加できなかった者は、6人（5.8%）と昨年同様少数であったが、4人が1年目の参加者からの意見であった。理由の内訳を見ると、「説明がないまま参加することになっていた」2件、「十分納得できないまま参加した」が1件あり、件数は少ないが改善が必要である。いずれも、初めて参加する者への計画段階での説明不足・理解不足が伺われ、研究開始の際に十分に配慮すべきであった。他には、「活動自体に参加できなかった」2件、「職種が違うため」1件であった（表9）。

### 6) 組織の了解・取組状況

本学では、共同研究による看護実践の改善・充実のため、現地側研究者の所属施設での組織的的了解や協力を得て、組織的な取組みとなることを目指している。今年度はすべての施設で組織の了解が取られていた。医療機関では、看護部長に了解を得ている者が多く、行政では施設長や直属の上司に了解を得ている者が多いなど、施設の種類別に特徴が見られた。約半数の者が組織トップの施設長の了解を得るなど複数の立場の人に了解を得ていた。

組織内の支援・協力は103人中91人（88.3%）が「あり」と回答した。支援・協力内容で最も多いのは「共同研究者以外の職員の理解・協力」で、次いで「時間・場所の保障」であった。「支援・協力なし」と回答した9人（8.7%）の内、理由を記載した3人の状況からは、特に支援・

協力が必要でなかったことが伺われるが、全員が理由を記載している訳ではないので、必要な支援・協力を得ることに困難な状況が無いか、今後も見ていく必要がある。

組織内での経過や成果の共有は95人（92.2%）が「あり」と回答した。「共有なし」と回答した6人は、全員、参加年数1～2年で、これらの人は組織内の支援・協力も得ていないことから、今後の進め方に注意が必要である。

共同研究先には、病院、福祉施設、企業、保健センター等、多様な組織があるが、その組織の状況に合わせ、効果的に共同研究の推進に向けた了解を取る事ができてきているといえる（表10-1～10-3）。

### 7) 共同研究への継続参加の希望

「今の共同研究課題を継続したい」と回答したのは56人（54.4%）、「新たな共同研究の課題に取組みたい」と回答したのは15人（14.6%）であった。取組みたい内容について、継続参加者は、研究の中で具体的に提起してきた改善方法について、例えば、現任教育・研修方法について対象を拡大して実践することや、高齢者・家族支援等を実践することで内容の充実を図るなど、実践現場での改善を進め成果を求めようとするものであった。新たな課題についても、対象からの評価を得るものや、支援対象を拡大して取組みたいというものであった（表11-1、11-2）。

次年度の共同研究への参加を希望しない者は、21人（20.4%）で、その理由は、他職員の参加希望、異動・退職、時間確保が困難などであった。参加1・2年目の人に業務調整が困難で時間にゆとりが持てない現状を訴えるものが多く、焦燥感につながらないよう支援が必要である（表11-3）。

### 8) 共同研究をきっかけにした学習意欲

共同研究をきっかけに今後学びたいと思ったことがある人は59人（57.3%）で、認知症患者・家族ケアや認知行動療法等、新たな対象や対応方法に挑戦するものであったり、社会資源について法的根拠と実際の資源内容を具体

的に把握し、実際に活用できるようにしたい。  
自己の指導能力を高めたいなど具体的な看護  
実践、改善行動につながる学びを求めている。

一方、今後、学びたいと思ったことがないと  
答えた人が 16 人 (15.5%) あったことは、無  
回答 28 人 (27.7%) と共に何らかの動機付け  
が必要と考える(表 12)。

## おわりに

共同研究に参加している教員と現地の共同  
研究者から、多様な視点で成果や課題を捉えた  
いと考え、毎年、この自己点検評価を実施して  
いる。

共同研究を実施して9年目を迎える今年度は、  
継続的な取り組みの成果として、取り組み 1~2 年  
で意識や実践の変化が見られ、継続的に取り組む  
課題においては、活動成果が着実に組織に浸透  
し、看護実践の改善・向上につながっているこ  
とが確認できた。「共同研究報告と討論の会」  
への参加についても、抄録・報告書作成、報告  
について、主体的な参画が顕著になっていた。  
このように、県内看護職の方々の生涯学習に寄  
与できていること、教員にとっては大学教育に  
十分活用できていることなど、多くのことが確  
認できた。

さらに、取り組み課題の対象拡大に伴い、自施  
設のみならず地域関係施設・機関等と連携した  
実践の改善・充実を求めるようになっていた。

しかし、それに伴う課題として、参加メンバ  
ー間の、あるいは教員と現地側との話し合いの  
時間調整が難しい状況が見られた。また、一部  
には、実践改善に取り組む組織内での認識や協  
力が得られにくい状況などがみられた。これら  
の改善が必要な点については、大学側としてさ  
らに工夫を重ね、次年度以降の改善につなげたい。

それぞれに多忙中のところ、自己点検評価の  
記載にご協力いただいた皆様に感謝します。こ  
の資料は、共同研究事業の更なる充実・発展の  
ため、役立てていきたいと思いをします。

## 平成20年度 共同研究自己点検評価(教員)

表1-1 看護サービス改善や課題解決の状況:研究主題A 85件

カテゴリー(件数)	サブカテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
共同研究を通じて看護改善を意識した実践ができている(25)	事例検討会の内容を日々の実践に活かしていると思われる(11)	3年(6)	具体的事例検討会における討議内容は、各施設の現状や取り組みを理解でき、自施設に適用していることは把握できる。
		1年(5)	検討会における他施設の現状や取り組みは各々の現状と照らし合わせながら実践に取り入れられていると思われる。 事例検討により、認知症の対象への関わり方を学び、ケアに活かすことができていた。 事例検討により、看護の実際を振り返るきっかけとなり、着実によいケアに変化させることができた。
		7年(5)	質問紙調査の結果から、ケアの改善に取り組んでいる現状は把握できる。 検討会での検討内容を実践して、再度検討会で討議するため、実践しているケアの意味づけをとおして看護サービスの改善につながっているものと思われる。
	リーフレットやバスの作成・検討会の開催を通じて、看護改善を意識した実践ができてきた(4)	8年(4)	現地側の共同研究者が主体となって、診療所用リーフレットや外来バスの作成に取り組み、地域の診療所勤務の看護職者を対象に研修会も開催した。現在もそれらの試行に取り組んでいる。 糖尿病自己管理支援リーフレット、診療所外来バスの作成を行った。リーフレット、バスは診療所で実際に使用してもらっている。十分に確認できていないが、良い感想も聞かれている。糖尿病研修会も開催したが、参加者にとって貴重な学習の機会となったようであった。取り組みが基盤となり、さらなる糖尿病患者への支援の充実につながるのではないかと思う。
		8年(1) 5年(3)	定例の検討会に向けて、意図的に看護業務に取り組み、振り返りができていると思う 各施設での取り組みによりカンファレンスの開催ができるようになったり、病棟で行う地域生活移行支援のプログラム作成の基盤ができた。講演会によって県が取り組んでいる地域生活移行支援事業の概要がわかり、看護サービスの改善に役に立ったと思う。 共同研究に参加することそのものが各病棟での実践の改善への取り組みになっている。
		8年(1)	各共同研究メンバーが次職場での取り組みを事例として提示し、研究会で討議することで実践の改善に活かしている。
取り組みの成果が具体的に得られた(14)	事例検討において支援方法を工夫することにより、在宅療養継続が難しい事例が一定期間在宅生活を継続することができた(5)	3年(5)	事例検討において支援方法を工夫することにより、在宅療養継続が難しい事例が一定期間在宅生活を継続することができた。
	地域・施設・行政のネットワークが形成されつつあり、ケア対象者に対するサポートの充実が期待できる(3)	5年(3)	地域と施設が情報・意見交換することで、互いの援助方針、援助内容が共有することでゆるやかなネットワークができ、継続的な母乳育児支援につながると考えられる。
	生徒の実態把握とスキル開発が進んでいる(3)	1年(3)	生徒の実態を的確につかみ授業を行うようになった。
	これまでの事業の評価を基に当該年度の事業プログラムを作成した(2)	1年(2)	過去2年間の事業を評価した上で、平成20年度モデル事業の具体的なプログラムを作成した。
	これまでの取り組みを整理し課題を明確化したことで、研修会の充実を図れた(1)	1年(1)	これまでの取り組みを共に整理し課題を明確化したことで、研修会の充実を図れた。

看護実践の改善につながる活動として定着化している(11)	地域での支援の取組が拡大、定着化している(4)	10年(1), 9年(1), 8年(1), 7年(1)	今年度は、東濃地区において5市共同で多胎妊婦と家族対象のママパパ教室を実施した。また他市(共同研究メンバーの所属自治体)での多胎の集いも定期的に行われ、大学教員も参加して支援することができ、地域での多胎育児支援の取組みが広がってきている。
	看護の改善を意識した活動が定着している(4)	6年(4)	検討会で見出された課題等に対しては、日々の看護実践に積極的に取組まれている。さらに、検討会を通して、日々の看護実践を振り返り、改善点、課題を見出し、また取組むといった方法が、定着していた。 日々直面している課題の中で、入所者の健康を考える上で優先して行うものを抽出し、本研究において検討を重ね、実践している看護へ活かされていた。
	部署でのカンファレンスが充実・定着化した(3)	2年(3)	現地側共同研究者が所属する病棟でカンファレンスが活発化した。
看護として取り組むべき問題・課題が明確になった(11)	看護職の思いや現状が明確になり、看護として取り組むべき問題・課題が明確になった(4)	1年(4)	現地共同研究者から、「看護実践を振り返ることができた」、「今後の看護実践に活かせる」といった意見が聞かれた。また、今後個人、組織として取り組んでいきたい課題も聞かれており、取組みが看護実践の振り返りや課題の明確化に役立ったと思われる。
	これまでの看護実践をデータ化することで取り組むべき問題・課題が明確になった(4)	1年(4)	看護職が漠然と捉えていた課題を数量的に示すことができた。これにより取り組むべき課題を見出すことができた。 これまで漠然とした印象でしかなかったものが、今回の研究で振り返り、データとしてまとめることで明確に現状を把握することができ、今後の課題も見出せた。
	看護として取り組むべき問題・課題が明確になった(3)	7年(2) 1年(1)	合併前の保健師活動で大事にしていたことが確認できた。また、新体制下での活動の現状に照らして、目指していきたい活動との乖離が明らかになり、今後の目指す方向性が見えてきた。 看護サービス改善につながる課題の明確化がはかれた。特定健診の実績を把握する過程で未受診者調査の実施に至った。
看護の改善に向け、看護職の意識が高まった(5)	看護職の退院支援に対する意識の向上が認められた(3)	3年(3)	退院支援システムを構築し病棟看護師が主体となって、退院支援に取り組む体制が整備された。
	部署全体で退院支援に対する意識の向上と姿勢の変化が認められた(1)	4年(1)	病棟全体で退院支援に取り組む体制が整備されてきており、病棟看護師個々の意識の向上が見られた。
	現地側共同研究者の意欲を高めた(1)	1年(1)	本研究の試みが現職養護教諭の意欲を駆り立てた。
看護職として実施すべき内容を再確認できた(5)	家庭訪問や地区把握の必要性・重要性を保健師が再認識した(2)	1年(2)	家庭訪問や地区把握の必要性・重要性を保健師が再認識し、保健師間で地域の健康問題について話し合いを始めた。
	カンファレンスの必要性を意識し、実施しつつある(2)	2年(2)	入院時カンファレンスが開催できるように下地を作ることができ、カンファレンスの実施もできつつある段階にある。
	現地側看護職が活動の成果を評価し計画を進めることの必要性に気づいた(1)	1年(1)	今年度は、計画の実施1年目あり、活動成果は確認できていないが、スタッフが、成果評価をして計画を進める必要性に気づいたと思う。
看護の現状を把握することができた(3)	現地が看護職の考えや現状を把握することができた(2)	1年(2)	これまで共同研究に参加したスタッフの意見を看護部長さんと共有したことで、看護部長さんたちの共同研究や看護への考えを聞くことができた。
	日々の職務を振り返る契機になった(1)	1年(1)	現職養護教諭が学習会に参加することにより、自らの日々の職務を振り返る契機となった。
看護活動の意義を再確認した(3)	訪問看護の意義を再確認することができた(3)	2年(3)	利用者の声を聴く事で訪問看護の意義を改めて考えることができた。また訪問看護師へのフィードバックになり、今後の看護実践の充実に向けてさらに取り組むきっかけとなった。 訪問看護の意義を検討することができた。また、課題も検討できたので、充実に向けてさらに検討を深めることができる。
自らの役割・責任を深く考えるようになった(2)	現地側共同研究が自らの役割・責任を深く考えるようになった(2)	1年(2)	本研究の取組を通じて、現地側共同研究者が自らを振り返り、職場における役割や責任について深く考えるようになってきている。しかし看護サービスの改善については確認できていない。



活動成果が組織に浸透し、実践の向上に 確実につながっている(2)	看護師の意識の変化が認められ、活動成果が組織に浸透し、実践の向上に確実につながっている(2)	8年(2)	8年という時間をかけて共同研究を継続する中で培われてきたものは、着実に組織の中に浸透し、看護師たちの認識も変化が見られるようになってきており、開始6年目頃より教育する範囲をリーダー格から全看護師へ広げ、かつ、組織的な目標にも掲げられるようになったことで、看護師の理解の促進につながった。まだ、数としては少ないが、病棟カンファレンス等での検討機会が出てきており、実践の向上に確実につながっている。 現任教育のコースとして、検討事例の深まりや、研修生の課題意識の高まりが感じられ、組織の課題への取り組みとして発展的な活動が行われるようになっていく。
看護職が実施すべき役割が明確になり、自信をもって実践できるようになった(1)	看護職が実施すべき役割が明確になり、自信をもって実践できるようになった(1)	3年(1)	訪問看護師の認識の変化があった。対象者への支援において、看護職だからこそ可能なアセスメントや対応内容が明確になってきた。自信を持って役割が果たせるようになってきたと推察される。
これまで活動の意義と今後の活動方針が確認できた(1)	これまでの共同研究活動の意義と今後の方針が確認できた(1)	4年(1)	地域包括支援センターの活動が軌道に乗り、今年度の共同研究でこれまでの活動の意義と今後の方向性を確認できた。
病院の一部の影響に止まり、看護サービスの改善にまでは至っていない(2)	病院の一部の活動へ影響は与えたが、看護サービスの改善にまでは至っていない(2)	2年(2)	共同研究の取り組みと相まって、現地の緩和ケアチームの活動性も高まっていると思われる。ただ看護サービスの改善という目に見える結果にまでは至っていない現状。

**表1-2 看護サービス改善や課題解決の状況:研究主題B 6件**

カテゴリー(件数)	サブカテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
課題の明確化・共有化が図られた(6)	到達目標(案)の検討・共有により方法の検討が進んだ(6)	2年(6)	新任期保健師の実践能力の到達目標(案)を検討することができた。今後、これを基に研修会の内容を検討したり、現場での教育方法を検討することができる。

**表2-1 学内教員共同体の状況及びその成果 76件**

カテゴリー(件数)	サブカテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
教員の専門性が活かされ、活動の推進や確実な成果が得られた(16)	教員の専門性を活かした意見交換ができる(8)	3年(1) 2年(5) 1年(2)	病院側、地域側双方からの意見や考え方が共有できたと思う。 さまざまな分野のメンバーがいるので、それぞれの視点や情報を出し合って進められた。
	互いの専門性を生かした活動となっている(4)	7年(3) 1年(1)	保健師、助産師両方の視点から考えることができるので共同体はうまく機能していると思う。 現地での活動に参加していくことは、日程の都合もあり十分にできないが、保健師の視点で多胎児育児支援について考え、気づいた点について伝えている。
	広い視野から検討でき、専門教員と組むことで確実な成果が得られる(3)	7年(3)	検討の視点が広がる。また、統計学的手法の専門的教員の協力なくしてできない研究である
	現職養護教諭の実態が把握でき、課題も見えた(1)	1年(1)	現職養護教諭の実態が把握でき、課題も見えた
これまでと異なった視点で考えることができ、視野が広がった(16)	これまでと異なった視点で考えることができ、視野が広がる(15)	8年(1), 6年(4), 5年(1), 4年(1), 2年(3), 1年(5)	報告と聞き取りと一緒に参加した、その成果が十分とはいえないが、話を聴いてもらい、違った視点で考えることができる。 複数講座体制を取っている。他講座の教員と意見交換することで自分自身の視野が広がる。
	自身が捉えていない学生の学びを知ることができた(1)	1年(1)	意見交換により、領域別実習時の学生の学びについても知ることもできた
共同体体制を取っていない(16)	共同体体制をとっていない(10)	3年(4), 2年(3), 1年(3)	複数講座体制でない。
	検討会の日程調整が難しい為、単一講座で取り組んでいる(3)	8年(3)	現地側看護職の勤務終了後に検討会を行うため、スケジュール調整が難しい。
	テーマ・日程調整の難しさから共同体体制をとっていない(3)	2年(1) 1年(2)	テーマが他領域の教員の専門(興味関心)分野ではなかった。また過疎地域ということもあり実際に現地に赴く際の日程調整が困難である。

	日程調整が難しく、共同体制のメリットが活かせなかった(4)	2年(3) 1年(1)	それぞれの専門領域から意見が交わされることが利点だが、本年度はこうした活動ができなかった。 卒研に関わることが少なかったため共同研究での参加もあまりできなかった。
検討会等の日程調整が難しい(11)	メンバーが集まるための日程調整が難しく、メール等でやり取りをした(3)	7年(2) 1年(1)	メールで進行状況を把握した。討論の会に参加した。
	現地での会議主なので、日程調整が難しい(2)	4年(2)	現地に出向いての会議がほとんどなので、スケジュール調整が難しい。
教員間で役割分担し活動することができる(7)	検討会の日程調整が難しい(2)	5年(1) 3年(1)	今年度は日程が合わず、検討会にほとんど参加できなかった。検討会の記録をみるのが中心だった。 複数講座の教員が協力して、現地に働きかけ、ワークショップなども協力し合った。
	教員間で役割分担をし活動できている(7)	7年(2) 5年(5)	ワークショップで活動事例を紹介してもらえるよう、現地に出向き母子保健活動全般と該当する活動について、保健師の思いを含めて聞き、何を紹介するとよいか相談した。
共同体制がとれている(4)	共同体制がとれている(4)	8年(2) 1年(2)	共同体制がとれている
今後の取り組みを考え、共同する講座の拡大を検討する必要がある(3)	今後の取り組みを考え、共同する講座の拡大を検討する必要がある(3)	3年(2) 1年(1)	高齢者看護領域を専門とする教員が講座を越えて研究することによってより充実化に寄与できている。さらに、他講座の教員についても関連する先生方の参画を得て充実させる必要がある。
結果の整理法などを学ぶことができる(2)	結果の整理法などを学ぶ機会になった(2)	7年(2)	結果の整理の仕方など、教員の学びにもつながった。
メンバー間で活動が共有されていない(1)	代表者のだけの活動となり、メンバー間で活動が共有されていない(1)	4年(1)	代表者が現地で話し合ってくるのがほとんどで、それを記録も報告もしていないため、研究の進行状況もメンバー内で把握できていなかったと思う。

**表2-2 複数講座の学内教員共同体制の状況及びその成果(共同体制がとれていない場合はその理由): 研究主題B 教員2件**

カテゴリー(件数)	サブカテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
共同体制がとれている(2)	話しやすく全員で検討できている(2)	2年(2)	元々、県の保健師研修会を担当していた教員のグループであり、授業等と一緒に実施しているの、話しやすかった。 データ分析の検討が全員ででき、共有できたと思う。

**表3-1 現地側の組織的な取り組みの状況(この共同研究による実践改善のために必要と思われる組織的な動きができているか) 76件**

カテゴリー(件数)	サブカテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
組織的取り組みができている(60)	共同研究者の所属施設全体の取り組み(18)	8年(3) 7年(2) 6年(1) 3年(7) 1年(5)	共同研究者の自施設の課題に基づいた研究であり、アンケート実施、退院支援システム案の運用、院内研修会の実施などにおいて理解、主体的な実施・協力が得られていた。 継続研究であり、中心となっている現地看護職の施設では、組織的取り組みとして定着している。また、現地側の共同研究者が主体となり、各組織のメンバーと一緒に検討会への参加を誘導したりして組織的取り組みになるよう努力している実態がある。
	共同研究者の所属部署全体の取り組み(13)	5年(3), 4年(3), 3年(1), 2年(2), 1年(4)	病院の産科病棟では、病棟で母乳育児支援に取り組んでおり、組織的な取り組みをしているので、地域でのワークショップにも病棟の取り組みとして位置付けていた。 課内で協力して活動を進めており、組織的な取り組みができています。
	組織の管理者が共同研究者(8)	7年(4) 6年(3) 1年(1)	組織のトップが共同研究者であり、看護部の研修に、研究成果(調査結果)を活用している。 施設の健康部のトップが共同研究者であり、トップの会議でも報告されているため、施設全体で了解を得られている。そのため、組織的な改善が図りやすい。
	地域での取り組みに発展(4)	7年(4)	一つの市から始まった多胎児支援が、地区へと広がり、支援の重要性をより多くの施設が考えるようになってきた。来年度は、他市、他地区へと広がっていく予定があり、地域で取り組むという重要性が理解され始めている。
	組織管理者の協力のもと実施(4)	5年(1) 1年(3)	研修会の企画・運営、共同研究の取り組みにおいて、組織長(難病連絡協議会)の了解を得ており、また実施において協力も得られている。共同研究者が所属している部署(看護部長)の了解も得られている。
	組織管理者の参加がある(4)	2年(4)	看護部長も参加され、取り組みの意義を認識してもらっていた。現地研究者の努力により、組織的に取り組まれていた。

	現地側の理解は得られている(3)	1年(3)	現地側の理解は得られている。
	現地側の協力は得られている(3)	1年(3)	現地側の協力は得られている。
	共同研究者主体で他のスタッフとも共有している(2)	2年(2)	訪問看護部は3名のみ。その内、今回は主に訪問看護主任看護師とともに実施した。経過や確認事項は逐次、主任看護師から院長、事務長、スタッフに共有されている。
	各施設から毎回複数名の看護職の参加がある(1)	5年(1)	各病院から毎回複数名の看護職の参加がある。組織的取り組みがあると思う。
組織的な取り組みになりつつある(6)	共同研究者以外のスタッフから協力が得られた(2)	8年(1) 7年(1)	共同研究のメンバーを募る時に、最終的に保健師のトップも参加していただけるようになった。その方を通じて、共同研究者以外の保健師にも参加していただくことができた。
	看護管理者に報告をしている(1)	1年(1)	看護管理者への報告で、今後組織的な動きにつながると思われる。
	他部門に働きかけている(1)	3年(1)	訪問看護部門が中心となり、病棟や他部門に働きかけている様子が伺えた。
	組織への働きかけは常時実施されている(1)	8年(1)	現地共同研究者の内、2名は管理職であるが、組織全体としての動きには至っていない。しかし、取り組みの中で組織への働きかけは常時実施されている。
	研修会の開催では、看護部主催で行われた(1)	8年(1)	現地側の看護職は各施設1名の参加なので、組織的な取り組みには至っていないが、研修会の開催では、看護部主催で行われ、組織的な取り組みになりつつある。
組織的な取り組みには至っていない(10)	活動は共同研究者の周囲にとどまっている(5)	2年(2) 1年(3)	現地側共同研究者より活動成果は看護部へ随時活動報告をしている。活動自体は、まだ現地側共同研究者の周囲にとどまっており、組織的な取り組みには至っていない。
	共同研究者から徐々にスタッフに伝達されている(3)	1年(3)	看護師長が中心となっている。師長から徐々にスタッフへ伝達されているようである。
	組織的に取り組む意識が高まった(1)	7年(1)	実質的には十分とはいえないが、共同研究者間で組織的に取り組むことへの意識が高まった。
	検討会での意見をもとに改善している(1)	8年(1)	すべての共同研究者が組織的に取り組んでいるとは限らないが、検討会で出た意見を職場に持ち帰り、再度検討し改善するといった動きは確認できている。

**表3-2 組織内での成果の共有状況 (この共同研究による実践改善のために必要と思われる成果の共有ができていないか) 78件**

カテゴリ(件数)	サブカテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
共有できている(41)	部署内での共有(20)	8年(3), 5年(1), 4年(2), 3年(4), 2年(5), 1年(5)	実際の問題・課題に直結して事例検討を進めていることから、現地の共同研究者はいずれも、検討内容を現場で共有している現状があることは把握できる。 可能な限り病棟での報告を行い病棟内での共有はできているが、今後は病院内での共有が必要。
		7年(2), 6年(4), 5年(1), 4年(1), 3年(1)	本研究が健康部の活動として施設へ報告されており、組織的な改善へつながる。ほとんどの看護職が参加しており、成果の共有、他の職種への伝達もなされている。 地域包括支援センターのスタッフ全員で3年間の振り返りを行ったため、共有できている。スタッフ間での共有そのものが目的でもあった。
	師長・主任クラスの看護師と共有(4)	7年(4)	調査結果を報告する形で研修会を企画することで、看護師長・主任と共有できた。
	施設内・他施設とも共有(2)	8年(2)	共同研究者が研修会の企画や講師としても活躍し、地域診療所の看護職の糖尿病教育の支援の一助となった。
	地域ケア検討会議で共有(2)	1年(2)	地域ケア検討会議で共有されている。報告書を地域ケア検討会で共有することで、1年間の活動の振り返りができ、充実感をもてた。
	地域の事業として共有(2)	7年(2)	東濃地区では、一つの市だけでなく、地区がともに、事業として取り組めるよう、働きかけている。また、他市では、多胎児支援の重要性が浸透しつつある。
	協議会で報告された(1)	1年(1)	研修会は難病連絡協議会の活動でもあるので、協議会の場で報告され、結果の一部は協議会の報告書に掲載される。
	おおよそできている(1)	1年(1)	おおよそできていると思われる。
	今後共有していく(8)	7年(1) 1年(7)	現地共同研究者の報告と討論の会への参加があった。今年度の成果を組織的に共有する機会を今後持ちたいと考えており、計画している。
	上司・同僚に成果を報告している(7)	3年(4), 2年(2), 1年(1)	上司や同僚への報告をもとに、今後の検討を行っている。一方で、上司への報告のみで共有にいたっておらず、組織内での検討を今後の課題としている施設もある。

共有には至っていない(28)	師長からスタッフに報告する(3)	1年(3)	師長から、スタッフに対しての情報共有が行われた。
	院内発表等で報告する(2)	1年(2)	院内での報告会を行うなど、院内他病棟や看護部全体の取り組みへの結果の反映はまだ十分でない。
	成果を病棟で報告する(2)	2年(2)	病棟での報告を行い、情報共有を図ってきたが、病棟内すべてにまで共有できてはいない。
	同職種の集まる場で報告する(1)	1年(1)	共同研究成果を養護教諭の集まる場で示していくことで影響が現れるのではないかと考える。
	共同研究者間での共有のみ(1)	1年(1)	今年度は、所長ほか2名のスタッフが共同研究者となり基盤となる現状把握を実施した。組織的とまではいっていない。
	全体での共有が今後は必要(1)	3年(1)	部門では全員が参加しているが、全体での共有が今後は必要と思う。
	施設全体での成果の共有は不十分(1)	5年(1)	各施設全体での成果の共有は不十分であると思う。
	スタッフに課題を聞く(1)	1年(1)	特定保健指導対象者に家庭訪問をする非常勤スタッフ3人にも、業務の中で感じた課題を話してもらった。
共有できているかは不明(9)	組織的に、共有のしようがない(1)	2年(1)	未確認であるが、組織内全体では共有できていないと思う。担当業務が各個人毎に決まっている組織なので、共有しようがないと思われる。
	報告会や報告書などで伝えていく(4)	8年(1) 5年(2) 2年(1)	参加しなかった他の看護職については、ワークショップの情報が伝わっているかは不明だが、地域と連携した取り組みとして、共同研究の報告会や報告書などで伝えていくようにする。
	会議録を送付し情報共有する(4)	2年(4)	進捗状況は会議欠席者にも知らせているが、どこまで共有できているかは不明なところがある。
	全員揃うことが難しい(1)	2年(1)	全員揃うことが難しいが、共有できるようにした。

**表4-1 現地看護職の主体的な参画状況: 現地側の看護職に期待した役割 122件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
事例提供、事例検討への積極的な参画(18)	8年(1), 7年(3), 6年(3) 3年(6), 1年(5)	検討会での事例提供、事例に応じた自施設の現状や取り組み内容などの積極的な意見交換への参加
報告と討論の会での報告・抄録・報告書作成(18)	7年(3), 3年(8), 1年(7)	共同研究報告と討論の会での発表・討議の促進・抄録や報告書の作成
調査・意見交換(14)	7年(1), 4年(1), 3年(2) 2年(4), 1年(6)	調査対象者の選択、対象者への連絡、スケジュールの交渉・調整、調査への同行、意見交換への参加
研修会の企画・運営(12)	8年(3), 7年(7) 3年(1), 2年(1)	研修会の実施とそれに至るまでの準備段階の主導的役割、意見交換
課題解決に向けた主体的取り組み(12)	8年(2), 6年(1), 5年(3) 4年(1), 3年(1), 2年(4)	取り組む課題の決定や実際の取り組み活動、報告会での実践報告や討論の進行役
検討結果を生かした看護実践・評価(10)	6年(3), 3年(4), 1年(3)	事例検討の結果を生かした実践とその評価
報告と討論の会での報告(8)	6年(4), 5年(1), 1年(3)	共同研究報告と討論の会での発表
ワークショップへの参加(7)	8年(1), 6年(1) 5年(4), 2年(1)	WS(現状報告とグループディスカッション)への参加、記録の確認
自施設の課題の提起(6)	7年(1), 1年(5)	日頃の課題、実情について提起してもらうこと
検討会の企画・運営(4)	5年(2), 2年(1), 1年(1)	実行委員会形式となり、検討会の運営など
実践活動の推進(4)	1年(4)	実践活動の推進
病棟と地域との連携(3)	5年(3)	病棟と地域の連携を積極的にはかること
リーフレットやパスの作成(2)	8年(2)	診療所看護職用のリーフレット作成や、診療所用パスの作成に主体的に取り組み、それを自施設で試行する
自施設での活動の振り返り(2)	4年(1), 1年(1)	日々の活動の実施、活動の振り返りとまとめの実施
研究を一連の流れとして実施できる(2)	8年(2)	研修会の企画・運営・討論の会での報告・原稿の作成まで一連の流れとして実施できる

**表4-2 現地看護職の主体的な参画状況: 現地側の看護職が果たした役割 130件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
報告と討論の会での報告・抄録・報告書作成(26)	8年(2), 7年(2), 6年(2) 5年(1), 3年(7) 2年(1), 1年(11)	共同研究報告と討論の会での発表・討議の促進・抄録や報告書の作成
事例提供、事例検討への積極的な参画(19)	8年(1), 7年(2), 6年(3) 4年(1), 3年(9), 1年(3)	自発的な活動事例の提供、事例検討への積極的参加

予定通りの役割(12)	8年(1), 7年(4), 5年(1) 4年(1), 2年(1), 1年(4)	予定通りの役割であったように思う。
報告と討論の会での報告(11)	6年(2), 4年(1) 3年(3), 1年(5)	検討会での報告。主体的に実施していた。
研修会の企画・運営(10)	8年(4), 7年(3), 3年(1) 2年(1), 1年(1)	東濃地区のパパママ教室では、役割分担として現地側の保健師には、企画や対象者の把握について期待した。また助産師には施設内での看護について話してもらい、大学教員も含めてそれぞれの役割を果たすことができた。
検討した結果の実践への活用と評価(8)	7年(1), 6年(2), 5年(1) 3年(1), 1年(3)	検討事例の提供、事例検討の結果を生かした実践とその評価
調査の実施・意見交換(6)	7年(1), 3年(1), 2年(4)	調査対象者の選択、対象者への連絡、スケジュールの交渉・調整、調査への同行、意見交換への参加
主体的な取り組み(6)	8年(1), 3年(2) 2年(1), 1年(2)	退院支援システム構築に向けた検討に教員も参加したが、実際には現地の看護職主体で進められた。
役割分担をして資料収集や情報提供(4)	2年(4)	役割分担して資料収集や情報提供に努めた。
訪問看護の実践(4)	3年(4)	訪問看護の実践
ワークショップへの参加(4)	5年(4)	ワークショップへの参加(活動事例紹介と意見交換)
検討会の企画・運営(4)	4年(1), 2年(2), 1年(1)	検討会への参加。ただし研究計画通り進められなかったため、検討会への参加は一部の共同研究者になるなど、主体的な活動という面では十分ではなかった。
自施設の課題の提起(3)	2年(1), 1年(2)	その時々で捉えている課題について、話し合う。未受診者調査の実施。
実践活動の推進(3)	1年(3)	実践活動の推進
課題解決に向けた病院への提言やカンファレンスの実践(3)	2年(3)	取り組む課題の検討ができ、課題解決に向けた病院への提言やカンファレンスの実践ができた。
リーフレットやパスの作成(2)	8年(2)	診療所看護職用のリーフレット作成や、診療所用パスの作成
実行委員会形式の検討会運営(2)	5年(2)	各施設の状況に合った課題を自らが設定し、取り組みを実施している。今年度から実行委員会形式となり、検討会の運営を委員を中心として実践できた。
振り返り・具現化(2)	1年(2)	共同研究参加の振り返り、具現化
振り返り・考察(1)	1年(1)	他の看護師の看護実践やその人思いや考えについて知ることや、自分の行った看護について語ることで、振り返り、考える。

**表5-1 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと: 講義 38件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
取り組み、知見などを講義の教材として活用できた(30)	8年(1), 7年(5), 6年(2) 5年(5), 4年(2), 3年(5) 2年(4), 1年(6)	養護概説において、本研究で得られた知見を参考に授業を行うことができる。育成期の母性の講義の中で、地域における母子と家族のケアということや、助産では母乳育児に関する講義の中で紹介している。
講義内容を検討する上での材料となった(5)	8年(1), 7年(1) 2年(1), 1年(2)	授業の中で難病患者の事例を用いたので、その時に、岐阜県の難病患者の支援体制や現状等説明できた。
授業協力者として招聘に繋がった(2)	8年(2)	組織的な課題を現任教育とフィットさせて実践している現状から、担当している講義の中のよい組織の例として授業の題材として検討した。
明確ではないが授業に反映されていると思う(1)	2年(1)	担当講義の内容検討において、実践現場の現状が材料となり、考えることができた。
		授業協力者として共同研究の取り組みと成果を紹介してもらっている。
		どことは言えないが、反映されていると思う。

**表5-2 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと: 領域別実習 36件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
現状、取り組みなどを実習指導に活用できた(30)	8年(1), 7年(7) 5年(3), 3年(4) 2年(2), 1年(13)	実習では双胎妊婦を受け持つこともあり、この共同研究での体験が指導に生かせる。
実習施設としての積極的な受け入れに繋がっている(4)	8年(1), 2年(3)	特養ショートステイにおける課題と組織的取り組みの現状について、実習指導する中で活かされた。
今後の実習指導に活かされると思う(1)	3年(1)	領域別実習(訪問看護)で利用者の中に精神疾患を持つ方がおられ、学生と精神疾患を持ちながら、在宅で療養を続けること、およびその方への訪問看護について検討できた。
現地共同研究者に実習指導に関わってもらった(1)	3年(1)	実習施設の看護職者の参加も複数あり、共同研究の取り組みが実習受け入れにつながっている。
		実習生の受け入れがより積極的になった。
		ショートステイではどのような課題があるか、今後実習指導する中で活かされると思う。
		現地の共同研究者に実習中の学生に話してもらった。

**表5-3 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと:卒業研究 19件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
取り組み、事例などを卒研指導に活用できた(11)	8年(1), 7年(1) 5年(2), 3年(1) 2年(3), 1年(3)	学生の指導において、共同研究の結果を踏まえたアドバイスをを行う。 提供された事例を紹介し、ケア体制のあり方について考察が深まるよう指導した。 訪問看護利用者の中から事例の紹介を受け、受けもち患者として関わることができた。
実習施設として協力を得ている(3)	4年(2), 2年(1)	次年度卒業研究の実施場所となった。
学生が共同研究の取り組みに参加した(2)	5年(1), 2年(1)	卒研の学生が昨年の課題における対象者の訪問看護を実施した。 本学でのワークショップへ助産師学生(候補)が参加した。
実習施設として指導をしてもらい、貴重な学びが得られた(1)	8年(1)	共同研究者の医療施設で指導を受けての卒研をおこない、貴重な学びが得られていた。
共同研究者が実習部署であり、実習指導体制・実習内容が充実した(1)	1年(1)	卒業研究Ⅰ実習と連動した共同研究で、実習指導体制がより整い、実習内容が充実した。
今後の指導に活用することが出来る(1)	3年(1)	今後、在宅支援を推進する取り組みなどを課題にする学生に対して活用可能。

**表5-4 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと:大学院 16件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
取り組みを授業教材・研究指導に活用できた・できる(14)	7年(6), 6年(1) 5年(3), 3年(1) 2年(2), 1年(1)	今年は担当したテーマが異なっていたので講義では触れなかったが、演習などのディスカッションの時に関係する話が出た時は意識して共同研究での取り組みを話すようにした。 大学院では地域における育児支援の内容として、他職種や当事者との連携、多胎育児の特殊性について講義の教材とした。 慢性看護CNSの講義に活用できた。
共同研究者が院生として取り組んでいる(1)	3年(1)	共同研究者の1人が大学院博士前期課程の院生として、退院支援の充実に取り組んでいる。
明確ではないが何らかの役にたった(1)	3年(1)	大学院生もメンバーで、事例検討に参加していた。大事にしたいことが伝わってきて、研究指導に直接生かせたとまではいえないが、何らかの役に立った。

**表5-5 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと:卒業生 19件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
共同研究施設が卒業生の勤務する施設であり、卒業生の取り組みの参加に繋がった(10)	8年(3), 7年(1) 5年(2), 4年(3) 1年(1)	研修会を実施した病院に卒業生がおり、研修会への参加、交流があった。 現地で開催される事例検討会に本学卒業生が参加しており、感想を聞いた。 本学でのWSに卒業生も参加しており、生涯学習にもつながると考えている。
共同研究施設が卒業生の勤務する施設であり、情報を知ることが出来た(5)	7年(4), 1年(1)	共同研究に参加している施設および保健センターに卒業生が勤務しており、情報の共有を行った。 研究を通じて卒業生と面接をする機会が得られたが、それを通じて、現在の思いを確認し、支援することができた。
卒業者に共同研究で得たことを情報提供・助言できた(2)	5年(1), 1年(1)	保健師研修の事例検討で、母乳育児の支援で戸惑っている保健師(卒業生、転職1年目)がいて、情報提供・助言をする上でこの共同研究で得たことが役立った。
卒業生にとって養護教諭の理想像・専門性について考える機会となった(2)	1年(2)	養護教諭として働く卒業生にとっては、養護教諭の専門性について考えられる機会になったと思われる。

**表5-6 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと:その他 20件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
まだ活かすことができていないが、今後講義・実習指導等で活かすことができる(5)	8年(1), 3年(1) 1年(3)	まだ実際には活かせていないが、実習指導などで患者指導の機会があれば、今年度の取り組みの経験が活かせると思う。
保健師の現任教育に活かすことができた(5)	8年(1), 5年(1) 2年(2), 1年(1)	保健師の現任教育(新人保健師の中間フォローアップ研修)で、1年目の共同研究報告書を配布し、分散配置等保健師の課題があるので、OJTにより実践能力を高めていく必要性について説明できた。 共同研究で得た学びや教員との意見交換は現任教育(保健師研修)で役立った。

特定健診・特定保健指導の現状を知ることができ、保健師の役割を考えることができた(2)	1年(2)	アウトソーシングでの特定健診・特定保健指導の実際を知ることができ、保健師の役割を考えることで視野が広がった。
障がい者施設における看護職の役割を学ぶことができた(2)	6年(2)	障がい者施設において、健康を維持しながら個々の思いなどを尊重していくために、看護職はどのような役割を担っているのかを学ぶことが出来た。
学部学生が共同研究報告と討論の会に参加することによって、興味を持ち質問していた(1)	8年(1)	学部学生が報告と討論の会に参加して、リーフレットやパスに興味を持ち、共同研究者に質問していた。
病院看護部長より、他部署への繋がりも求められた(1)	8年(1)	研修会を実施した病院の看護部長が参加して下さり、「これから他部署でもどんどん繋がりをもってほしい」と言われた。
共同研究の取り組みを職場体験研修で紹介してもらっている(1)	1年(1)	職場体験研修の際に、本取り組みで実施している健康づくり計画について学生に紹介していただくよう依頼した。
大学院修了生の目指した活動が推進されるよう側面的な支援に繋がっている(1)	1年(1)	大学院修了生の目指した活動が推進されるよう側面的な支援。
共同研究を通して他の地域の現状・取り組みを知ることが出来た(1)	4年(1)	隣村で他の共同研究を実施しているため、地域の近い場所での現状や取り組みを知ることが出来、参考になった。
保健師の生涯教育の在り方について考えることに繋がった(1)	2年(1)	保健師の生涯教育の在り方を考える。

**表6-1 現地側との話し合いの状況：研究計画作成過程**

十分話し合えた	74
十分に話し合えなかった	18
未記入	52

**表6-2 現地側と十分に話し合えたと回答した者の配慮・工夫したこと：研究計画作成過程 58件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
現地側の意見・意向を確認・共有しながら進めた(15)	8年(1), 7年(3) 6年(2), 4年(1) 3年(1), 2年(6) 1年(1)	現地側の意見・意図をよく聞き、計画に活かすようにした。 現地側の実状や思いをよく聞き、それが反映された計画になるよう整理することを心がけた。 施設側の現状にも耳を傾け、双方が負担とならないような方法を提案していった。
現地側の施設に積極的に出向き、話し合った(8)	7年(2), 3年(3) 2年(2), 1年(1)	現地に積極的に出向き、現場の方の意見を多く取り入れるように努力した。 開催場所を共同研究者の施設で行い、施設見学も兼ねて情報交換が行いやすいように配慮した。
日程調整により、話し合いの時間の確保および多くの参加者が得られるようにした(8)	8年(2), 7年(2) 3年(3), 1年(1)	共同研究者の参加ができるように日程調整を行い、共同研究者主体で計画を作成した。 現地側の都合を聞きながら日程調整を行い、意見を積極的に聞くようにした。
実習・研修会等の際にも話し合いの機会を持った(5)	5年(2), 4年(1) 2年(1), 1年(1)	実習とも連動させた共同研究だったので、実習の機会も活用して、話し合った。 病棟会やチーム会など、多くのスタッフが集まる機会に少しの時間をもらって研究の概要や途中経過などの説明をさせてもらった。
FAX、メールを活用した(4)	8年(1), 5年(1) 4年(1), 1年(1)	FAXやメールでの情報のやり取りも適宜行った。 病院は遠方なので、メールや電話でのやり取りをした。
前年度に次年度の計画を話し合った(4)	8年(1), 3年(2) 1年(1)	継続研究であり、前年度の最後の検討会において、計画を作成し、共有して取り組んだ。 前年度の終わりに翌年度の取り組みについて話し合う機会をつくった。
看護部長などの協力を得て組織的な取り組みになるよう配慮した(3)	5年(1), 1年(2)	年度始めと年度末に看護部長も集まって話し合う。 研修会は組織の了解を得ないと実施できないので、組織的な了解を得ることに配慮した。
年度初めに、参加の意思の確認、取り組み等を話し合った(3)	8年(1), 5年(1) 4年(1)	年度初めに全員から共同研究参加の意思を確認し、1年間の取り組みについて意見を聞き話し合う機会を設けた。
1年間の進め方など具体的な内容について話し合った(3)	7年(3)	今年度の研究の進め方について、研修会の企画内容について、検討した。
研究代表者が中心となり話し合った(2)	5年(2)	直接、現地との話し合いには参加していないが、代表者が中心となり、話し合いを設け、その報告を聞いた。

これまでの経緯について共有する機会を持った(2)	7年(1), 1年(1)	これまでの経緯について報告書などの資料を通して把握した。
現地の実践に参加することで現地側の課題を明確にした(1)	1年(1)	現地の実践に参加し、その時に捉えたことを報告することで、課題を明確にした。

**表6-3 現地側と十分に話し合えなかったと回答した者の配慮・工夫したこと: 研究計画作成過程 6件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
前年度に次年度の方向性を話す機会を持った(1)	1年(1)	昨年度末に方向性を話す機会を持った。
話し合いへの参加はできなかったが、教員共同研究者から経緯の説明を受けた(1)	3年(1)	本年度からの参加であり、話し合いには参加できなかったが、教員共同研究者から経緯の説明を受け、理解に努めた。
配置転換等により計画を進めるのに支障があった(1)	2年(1)	現地の看護職が配置転換等により計画を進めるのに支障があった。
参加人数が多いため、十分な話し合いが困難であった(1)	2年(1)	参加人数が多いので、十分な話し合いということはなかなか難しかった。
スタッフとの日程調整が困難であった(1)	1年(1)	師長とのやり取りは比較的行えたと思うが、その他のスタッフとは日程調整をして会うことも難しい状況だった。
倫理審査の提出期間が短期間であったため、研究会の設定ができなかった(1)	2年(1)	新年度になって計画書を倫理委員会に出すまでに期間が短く、研究会の設定ができなかった。

**表6-4 現地側との話し合いの状況: 研究実施段階**

十分話し合えた	75
十分に話し合えなかった	19
未記入	50

**表6-5 現地側と十分に話し合えたと回答した者の配慮・工夫したこと: 研究実施段階 65件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
現地側の意見・意向等を確認・共有しながら進めた(12)	8年(1), 7年(2) 4年(2), 2年(3) 1年(4)	現地側の意見や思いを積極的に聞くように心がけた。 できるだけ現場の方のやりたいことが明確になるように努めた。 退院支援を推進している継続看護・リハビリグループ看護師と話し合いながら、進めた。
検討会事前に必要な資料の準備・送付、打ち合わせを行い、円滑な情報交換を図った(9)	8年(2), 6年(3) 3年(4)	検討会当日だけでなく、議事録や資料を送付し、大学と現地看護職の情報共有を図った。 大学側で事前の打ち合わせにより共有化して望んだことと、現地共同研究者間での情報交換が円滑にされるよう配慮した。 毎回の研修会の前に短時間でも共同研究者間で打ち合わせを行うように努めた。
時間の確保、開催日時・場所の配慮等しながら検討会を実施した(8)	6年(1), 5年(1) 3年(1), 1年(5)	検討会を、間隔を開けすぎないように開催した。 定期的に検討会をもち、取り組みの経過を確認しながら進めた。 大学と現地側の施設と交互で検討会を開催した。
現地に積極的に出向き、話し合いの機会をつくった(7)	7年(1), 3年(3) 2年(1), 1年(2)	現地に出向くことで話し合いの機会を作るようにした。 検討会の日程の調整、開催場所を共同研究者の施設で行い、施設見学も兼ねて情報交換が行いやすいように配慮した。
会議・研修会等で集まる機会や実習で現地へ出向く機会を利用し、話し合いの機会を持った(6)	4年(1), 2年(1) 1年(4)	お互いに多忙な中では話し合えたと思う。研修会の話し合いをするときにあわせて実施。 病棟会やチーム会など、多くのスタッフが集まる機会に少しの時間をもらって研究の概要や途中経過などの説明をさせてもらった。
現地側の状況に合わせて日程調整した(5)	7年(2), 3年(1) 1年(2)	現地側の都合を聞き、日程調整をした。 共同研究者が参加でき、現場看護職も可能な範囲で参加できるよう日程調整を行った。
電話・メールを活用した(5)	7年(2), 5年(1) 2年(1), 1年(1)	メールでのやり取りを強化し、コミュニケーションを多く図った。 双方とも多忙なので、メールでのやり取りを中心にした。しかし、電話で生の声を直接聞くことも必要だったかもしれない。
現地側看護職が取り組みや実践したことの意味等について整理できるよう支援した(5)	7年(2), 4年(1) 2年(1), 1年(1)	実践しているケアの患者や家族にとっての意味、看護専門職としての意味を思考できるよう働きかけている。 現場の共同研究者が実践したことの意味を考えたり、患者の反応の理解について一緒に考え、視点が広げられるように働きかけた。



1年間の計画を具体的に立て、計画に沿って実施した(3)	8年(1), 7年(1) 4年(1)	年間の会議の計画をたて、それに沿って活動の振り返りの話し合いを行った。
役割分担しながら進めた(2)	8年(1), 3年(1)	リーフレット作成時には、現地看護職と教員とで役割分担し、常に検討しながら進めた。
研究代表者が中心となって話し合った(2)	5年(2)	直接、現地との話し合いには参加していないが、代表者が中心となり、話し合いを設け、その報告を聞いた。
検討会等で現地側看護職が意見が言いやすいよう配慮した(1)	7年(1)	共同研究者が意見を言いやすくなるように心がけた。

**表6-6 現地側と十分に話し合えなかったと回答した者の配慮・工夫したこと: 研究実施段階 21件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
多くの参加者が得られるような日程調整が困難であった(8)	7年(1), 2年(5) 1年(2)	それぞれの業務の中で調整してもらい、全員に参加してもらうのが難しかった。 研修会に参加したかったが、時間の都合がつかず、1度しか参加できなかった。
話し合いの不足や参加人数が多いこと等により、意思疎通や共通理解が困難であった(3)	8年(2), 2年(1)	確認不足があり、意思疎通が取れていないと感じる場面があった。 話し合いが不足したためか、意思疎通が取れていないと感じる場面もあった。
FAX、メールを活用した(3)	8年(2), 1年(1)	FAXやメールでの情報のやり取り。 一緒に検討したかったが、顔を合わす時間がなかったので、メールや電話で対応することになった。
日程調整により、多くの参加者が得られるようにした(2)	8年(2)	共同研究者の参加が得られるように日程調整を行った。
意見交換の際には積極的に聞くようにした(2)	8年(2)	意見交換の際には積極的に聞くようにした。
報告、聞き取り等個別で対応した(1)	1年(1)	個別での報告、聞き取りが良いと思ったので、そのようにした。
効率的に話し合いを進めるため事前に資料配布した(1)	2年(1)	資料の事前配布により、話し合いを効率的に進めることができる。
事前に資料を熟読して会議に参加した(1)	2年(1)	事前に資料を熟読して臨み、短時間での会議も効率的にできるように心がけた。

**表7 共同研究事業について改善を望むこと 8件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
内容の共有・確認ができる報告書作成時間の確保(5)	3年(1), 2年(1) 1年(3)	現地の看護職が実施したことを研究的にまとめ、発表する力をつけることを目指しているが、発表と討論の会から報告書作成までの期間が短く、もう少し検討できる時間の確保が必要。 報告会から報告書提出までの期間が今年は短かったので、現地の了解を得るのにもう2~3日余裕が欲しい。
自己点検評価の回答内容の再考(1)	2年(1)	6.の①でも②でもない場合もあるので③どちらでもない、という選択肢も作って頂きたい。
報告書の様式、原稿執筆要項の再考(1)	8年(1)	共同研究報告書の様式を整えることの重要性は理解しているが、できれば共同研究報告書の書式等の規定を若干見直すか、あるいは各共同研究費から共通の事務経費として様式を整えるための業者委託などを検討してほしい。現地側共同研究者が複数おり、できるだけ主体的に担当部分の原稿をまとめてもらうことも研究の主旨から考えて重要だと考えて取り組んできている。しかし、それらの原稿を大学側共同研究者として取りまとめる上では、原稿執筆要項に即した形で揃えるのが難しい。
共同研究の雇用に関する周知(1)	2年(1)	入力業務をアルバイトにお願いしたが、短時間だけ共同研究費で依頼することができないと総務課で言われた。(言われるときと言われないときがある)雇用に関するルールが未だよく分からない。

## 平成20年度 共同研究自己点検評価(現地共同研究者)

表8-1 共同研究を実施しての感想:実践が改善・充実したと思うこと 101件

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
実践の改善・充実に向けての意識の変化・認識の深まり・視野の広がりがあった(28)	6年(1) 5年(1) 4年(2) 3年(4) 2年(6) 1年(14)	職場のスタッフらが同じ目的・目標に向かって活動に取り組んでいる。 共同研究により勤労者看護研修生である当院の看護師が、大学の講師と共に学び、勤労者看護について学びを深めることが出来た。 退院支援システムを運用するために、スタッフの意識を高めるために働きかけているところですが、まだまだシステムを運用していくには教育が必要だと感じています。
		自分の実践を共同研究として実践させて頂くことで、視点が広がり、また改善点やさらに充実させるためにはどうしたら良いか、1人では考えおよばない事を交流から得る事ができた。また先生方に専門の見地から方向性を示唆頂いた事は、さらに実践を深める点でとてもありがたかった。 職員の意識が患者満足度を高めようというものに変化していった。満足度調査の結果が職員のモチベーションを上げることにつながった。
具体的な実践の改善・充実があった(17)	8年(1) 4年(3) 3年(1) 2年(4) 1年(8)	看護実践上入院生活治療の援助以外に、その人の勤労者や生活者としての視点で退院後の生活も考えて援助し指導するという姿勢が出来てきた。 今までは長期入院の患者に退院という視点で関わった事がなかったが、共同研究に参加し具体的な方法や事案を知り、長期入院の患者に退院を意識して関わる様になった。又、共同研究のフィールドである病棟においても、各スタッフが徐々に受け持ち患者の退院について考える様になっていった。 勤労者看護を意識した関わり方で、少しずつできるようになっていっていると思う。 職場でというより、地域の中で他職種の方々とも協力して多胎児支援を行えることが楽しみであり、今後も継続していきたいと考えている。
		課題はありますが院内のシステムとして構築でき、1年間使用してみるところまでこぎつけることができました。ありがとうございました。部署の問題をそれぞれにかかえ目標管理しているが、今回、はじめて共同研究してみて、もっと活用できると効率が良いと思った。 今年度ケースカンファレンスについて中々時間がとれないなどの問題が、研究を進める中で改善されつつある。 急性期病院におけるスタッフの在宅支援システム・教育についての研究を行いました。研究計画を立てること→実践目標が決まり取り組むシステムとなることから、修正計画となろうとも途中でストップすることなくすすめることができたと思います。 各セクションで勤労者看護についての意識付けが徐々にされてきて、検討会なども行われるようになってきた。
他施設との交流により自施設の振り返りになった(12)	7年(1) 6年(2) 4年(1) 2年(3) 1年(5)	現場スタッフ同士では気付けない部分を、共同研究により気付くことができる。評価をしっかりと行えない現状なので、介入していただけることで振り返りができる。 他の施設における状況を知る事で自分の技術や実践方法を見直すことができ、改善につながります。 それぞれの企業で働く人々の特定健診・特定保健指導の推進状況や実施企業の具体的な事例が学べ、自企業への取り組み状況の振り返りが出来た。
		研究会の充実に向けての研究でしたが、現状と問題点が明確になり今後の課題がよく見えてきました。研究会の企画と計画的に立てていけそうです。 研究報告を提出する為にまとめをすることが出来、事業の評価をする事になります。
実践の評価ができ、課題や問題点がわかった(8)	3年(3) 2年(4) 1年(1)	保健指導(行動変容につなげる)プログラムの作成において、対象者に応じての柔軟な対応の重要性を理解し、改善の参考となった。 新任保健師の実践能力到達目標が検討でき、来年度の新人研修を企画する際に活用できる。具体的な指標のため、評価もしやすくなる。
	4年(1) 3年(1) 2年(4) 1年(1)	保健指導を行う時の対象の生活状況のとらえ方、教材やプログラムの選定の仕方等スタッフ間で話し合うことができ、栄養士、健康運動指導士、保健師と職種が異なるスタッフ間での保健指導に対する認識を深めることができた。 より多くの看護者に、他職種に関して関心を持つことができた。
実践の改善・充実につながるプラン、教材、資料ができた(7)	5年(2) 4年(2) 1年(1)	特別支援学校における医療的ケアについて、見直すきっかけとなった。 病棟師長として現場でスタッフを育成していくための、自分自身の役割を見つめなおす機会となった。
	2年(3) 1年(1)	教官のアドバイスには新しい視点での気づきが多く、事業を実施する上で大変参考になりました。
他職種との交流により認識を深めることができた(5)	2年(1) 1年(1)	受け持ちの症例を見直す事で、自分自身のふりかえりになり、今後のターミナルの利用者に対し考える事が出来る。スタッフの精神的苦痛に対しての援助をしっかりとしていけないといけないと思う。
	2年(2) 1年(3)	岐阜県内の現状を多くの方向から知ることができたと考えます。現場(医療)から実際に地域へ継続支援する上で、とても意味のあることだと思っています。又、自分達の困難と考えることがシステム改善などにつながることで、よりよい地域となると思います。そこに関われたことは大変よい経験となりました。

表8-2 共同研究を実施しての感想:実践が改善充実したこと以外でよかったこと 90件

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
大学教員からのサポート(22)	6年(1)	統計、質問紙の作成の難しさを再認識できた。県立看護大学の先生と出会い、刺激をいただけた。
	5年(1)	
	4年(1)	大学の先生と交流を持つ場となった。研究をまとめる方法に関して勉強になった。
	3年(2)	
	2年(8)	
	1年(9)	研究のまとめ方において、適切なアドバイスをいただき修正することができたこと。
他施設・他部署との情報交換、意見交換、交流ができた(21)	7年(2)	他社での保健活動を知ることで、自社との違いや自社の特徴などを考えるきっかけになりました。
	6年(1)	
	4年(3)	他施設と比べて自施設が著しく劣っている訳ではないということがわかったこと。
	3年(3)	
	2年(7)	地域との協力が必要であり、いろんな意見が開けた。病院内でもっとできることは何かを考えていき、参加者を増やすための方針を考えたい。
	1年(5)	
学び・視野が広がった(10)	4年(2)	討議をする中で学ぶことがたくさんあり、日常の看護活動を振り返ることができました。
	3年(2)	大学の共同研究担当者と同じ目的に向かって討議を重ねる中で、看護職としての視点や考えなど多くを学ぶことができた。
	2年(3)	自分自身の偏った思考を修正してもらえたこと、考えの幅を広げる機会になった。
	1年(3)	勤労者看護を考える中で自己の看護観を見つめ直す機会になっている。
振り返り、学びになった(7)	8年(1)	討議をする中で学ぶことがたくさんあり、日常の看護活動を振り返ることができました。
	4年(3)	未受診者の意識調査等の支援を受けることができ、21年度の実施に向けた反省や改善策を検討することができた。学生等に意見を求められることで、保健師自身が自分の考えをまとめたり、問題点に気づくことができた。
	1年(3)	
実践が改善した(7)	5年(1)	例えばPSWとの連携方法等についても、他の病院からいいと言ってもらえる事で自信を持ち、よりいっそう連携という事を考える事が出来る様になった。(以前は何でもワーカーに依頼という形が、こんな事はどうか等、具体的な方法を共に考えられる)
	3年(1)	
	1年(5)	認知症の患者に対する対応方法又、どうして現在この患者は異常行動をとっているのか考える力、洞察力はできた。
今後の活用・発展(4)	2年(1)	健康課内や他部署と、共通認識をもつことで、活動の展開も発展させることができると思います。
	1年(3)	未受診者の意識調査等の支援を受けることができ、21年度の実施に向けた反省や改善策を検討することができた。学生等に意見を求められることで、保健師自身が自分の考えをまとめたり、問題点に気づくことができた。
改善・充実の実感(4)	2年(2)	今年度活動した事が文章化された。皆で読み返した事で、活動を振り返る事ができ、活動の改善や充実の実感を持つことができた。
	1年(2)	同僚保健師(若い人)の考え方が、話し合いを重ねながら良い方向へ進んでいくのがわかった。
意欲の向上(4)	4年(1)	労災病院という組織に働いているという、自覚や使命を感じるようになった。
	2年(1)	
	1年(2)	地域性も大切に対応したいと感じ、主治医、家族との関わりが見直す動機になっています。
実践の改善・充実につながる自施設のスタッフの認識の変化・深まりがあった(3)	1年(3)	まずは第1歩としてモデル病棟での退院支援を行ったことです。症例数は少なかったものの、退院後家庭訪問することでスタッフの意識の変化があったと感じます。
共同研究以外の相談できる関係性(2)	6年(1)	この場で出会ったのを縁として違う問題点(研究項目以外の)など相談している。
	5年(1)	
実践の改善・充実につながる取り組みが始まった(1)	1年(1)	病棟全体が退院後の療養生活を考え、リハビリカンファレンスの開催が開けられるようになった。
図書館の利用(1)	1年(1)	共同研究させて頂くことで図書館の利用がしやすかった。
患者からのよい評価(1)	1年(1)	ババママ教室へ参加したことで、夫の協力が得られるようになったと、入院してきた妊婦さんから開けたこと。(地域で教室を開催していることが有効であると知ったこと)
共同研究は難しい(1)	1年(1)	共同研究というのは難しいものだと改めて感じました。
その他(2)	4年(1)	仲間1人1人を良く知る学習内容であった32名の入所の仲間のマップを、早く作っていきたい。
	1年(1)	

**表8-3 共同研究の方法や進め方で改善が必要と思うこと 33件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
役割を明確にし主体的に取り組むこと(4)	1年(1) 2年(2) 4年(1)	現場の改善であるから現場の共同研究者が本気で関わる姿勢が大切であると思う。 共同研究という趣旨において、大学に頼りすぎない独自の考え方を持ての打ち合わせ(話し合い)が必要ではなかったかと反省している。
検討の時間や場の不足(4)	1年(2), 2年(1) 4年(1)	できればもっと頻回に打ち合わせをできたらいい。 もう少し委員として検討会をする必要があった。
時間調整ができない(4)	1年(2) 2年(1) 3年(1)	業務が忙しくなかなか研究のため(話し合い)の時間が調整しにくかった。 大学の先生に頼ってしまっていて、申し訳ない。平日に共同研究を話し合う時間が取れないが、他の研究の方々はどうに工夫されているのか。
教員による助言やかかわりへの要望(3)	1年(1) 3年(1) 6年(1)	学術的な指導を希望する。法的位置付け、必要性についても学びたい。 月に1回検討会があるが、文章や口頭ではなかなか教員の方々に伝わらない部分がある。可能な限り、必要時又は定期的に現場や患者をみて頂きたい。
参加者を増やす(3)	1年(1), 3年(1) 5年(1)	行政の立場で参加者を増やす方法を考えていく。 共同研究の内容によって、課から参加できる者(担当者)を参加させていきたい。
研究経過・内容の理解が不十分(2)	2年(1) 3年(1)	研究がどこまで進んでいるか、まとまっているかが発表日の直前か当日まで分らない。研究の途中経過が分ると良いと思う。
活動の拡大を模索すること(2)	3年(1) 4年(1)	5年間同じ病院が考えてきた。今後は同じテーマで進めるなら、他の病院との共同を考えるべきかと思う。看護部代表者から始まった事なのでずっと名前が上がって参加者となっているが、実際はスタッフが行ってきた。看護部長クラスがこの研究に入る必要があるのかどうか疑問である。若いスタッフの思いで研究を進め、まとめた方がいいのではないかと思う。 事例検討会をどのように院外にも広げられるかということ。
研究に参加するメンバーの体制(2)	3年(1) 4年(1)	地域の行政にも積極的に参加してもらえよう大学に中心となってもらい、働きかけて欲しい。
担当病院の負担が大きい(1)	2年(1)	実行委員会方式で行ない始めたが、担当病院、スタッフにとって負担も大きい。他病院への連絡も、取れるところと取れないところがあり、再度の確認が必要であった。もう少し連絡手段をしっかりとするとよいと思う。
研究計画・方法の具体的な内容について(1)	1年(1)	自分達の情報や、思いを伝えるだけでなく、カテゴリーに分類する時点でも参加できると良かった(時間的な問題もあり現実には無理かも)
さらに学習を深める(1)	4年(1)	さらに学習を深めさせていただければありがたい。
討論の場の持ち方や発表に向けてのまとめ方(1)	3年(1)	討論の場で、論点を明確にし、参加者がどのような点で発言すればよいかを分りやすくしてほしい。時間の関係もあり、積極的に、また有効な発言が出されるよう進行して頂けるとよいと思う。
認識の変化を確認し意欲向上につなげる(1)	2年(1)	共同研究実施によるこの様なアンケートを保健師や栄養士に実施し、認識の変化を確認できるとその後の意欲向上につながると考える。 このテーマで5年間続けて行きたい。
その他(4)	1年(1) 2年(1) 4年(1) 7年(1)	4年間ありがとうございました。先生たちの意見はとても学習になり、施設の健康への目について考えさせられた。私自身この研究で学んだことを次の現場にも生かしていけたらと思っている。本当にありがとうございました。ともに研究活動ができ意義ある4年間だった。

**表9 共同研究の趣旨・目的や計画について了解して参加することができなかった理由 6件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容
説明がないまま参加することになっていた(2)	1年(2)	当初詳しい説明は受けないまま、職場の方に付いていきました。 何も聞かれることなく、移動した病棟で参加することになっていた。
共同研究を行うことについて十分納得できないまま参加した(1)	1年(1)	あらかじめ共同研究を行うことについて、スタッフ間で充分話し合いをもつことができなかったため、主旨・目的等の了解が中途半端な状態でおし進められてしまった。
活動自体に参加できなかった(2)	5年以上(1) 2年(1)	20年度は参加なしです。 今年度1度も参加できなかったこと
職種が違うため(1)	1年(1)	保健師ではない為

表10-1 組織の了解状況

施設の種類	回答者数 (所属施設数)	了解あり	「了解あり」のうち誰が了解しているか (複数回答)				
			①	②	③	④	⑤
医療機関	58(23)	58(23)	23	42	24	3	
行政	21(10)	21(10)	11	5	6	12	
福祉施設	12(8)	12(8)	9	7	7	5	
事業所	5(5)	5(5)	2	1		2	
学校	3(3)	3(3)	3				1
訪問看護ステーション	3(3)	3(3)		3			
その他	1(1)	1(1)	1				
計	103(53)	103(53)	49	58	37	22	1

- ①組織のトップ(施設長など)
- ②組織の看護職トップ(看護部長など)
- ③直属上司(看護職)
- ④直属上司(看護職以外)
- ⑤その他:委員会・研究担当・関連組織など

表10-2 組織内の支援・協力状況

施設の種類	回答者数 (所属施設数)	支援・協 力なし* 1	回答 なし	支援・ 協力あ り	「支援・協力あり」の支援・協力内容 (複数回答)				
					共同研究者以 外の職員の理 解・協力	時間場所の保 障	上司からの助 言	研究に取組み やすい環境整 備・調整	その他*2
医療機関	58(23)	4(4)	1	53	35	31	25	22	
行政	21(10)	3(2)		18	9	13	4	8	
福祉施設	12(8)	2(1)	1	9	8	7	4	6	
事業所	5(5)		1	4	2	1		1	
学校	3(3)			3	3		1	2	1
訪問看護ステーション	3(3)			3	3	2			
その他	1(1)			1	1				
計	103(53)	9	3	91	61	54	34	39	1

- \*1 支援・協力なしの理由(参加年数)  
 医療機関: 報告したのみで特に意見や支援を求めなかったため(1年)  
 行政: 今のところ支援等はいらない状況のため(2年)
- \*2 その他の内訳  
 学校: 関連研究会会員の協力・学習への参加(1年)

表10-3 組織内での経過や成果の共有状況

施設の種類	回答者数 (所属施設数)	共有なし *1	回答 なし	共有あ り	「共有あり」の共有状況(複数回答)					
					上司・ 同僚へ の報告	報告を もとの スタッフ 間で 検討	復命・報告書の 提出・回覧	施設内での発 表・報告機会に 報告	共同研究報告と 討論の会に共 同研究者以外 のスタッフにも参 加してもらう	その他*2
医療機関	58(23)	2(2)	1	55	37	22	19	21	16	1
行政	21(10)	2(2)		19	13	7	16	1	2	
福祉施設	12(8)	2(1)	1	9	8	7	5	3	1	
事業所	5(5)			5	4				1	1
学校	3(3)			3	3	3	1		1	
訪問看護ステーション	3(3)			3	3					
その他	1(1)			1	1			1	1	
計	103(53)	6	2	95	69	39	41	26	22	2

- \*1 共有なしの理由  
 医療機関: 研究の取り組みを知らない(1年)  
 行政: 共同研究のスタート時点から、理解が一致しないままに進められてしまったから(1年)  
 これから保健師の中で活用したい(2年)  
 福祉施設: オープン1年目の施設であり、まだ研究レベルに達していない(1年)
- \*2 その他の内訳  
 医療機関: 委員会報告(1年)  
 事業所: 社内保健指導、教育に役立てている(6年)

**表11-1 現在の共同研究への継続参加の希望がある者の取り組みでみたい課題 26件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
現任教育・研修について(4)	1年(1), 2年(1) 3年(1), 4年(1)	スタッフ教育のあり方。 現任教育のあり方について深める。
家族支援について(3)	1年(2) 2年(1)	在宅ターミナルを希望する家族の気持ちの変化について。
高齢者支援について(1)	2年(1)	保健師と栄養士の援助内容の充実のために、高齢者や独居者の生活意欲の向上や今後の見通しを立てる過程をどのように支えていけるのかを明確にして行きたい。
母乳育児中の母親への調査(1)	4年(1)	母乳育児をしている母親への調査。母乳育児を長期にわたって行うと虫歯のリスクが増すとわかれやすいが、どのようにとらえているか、歯科衛生士と共にこの問題を共有したいと思う。
家族や地域とのかかわり(1)	1年(1)	家族や地域との関わり。
退院支援の取組み評価(1)	3年(1)	各病棟での退院支援取組みについての活動の評価。
満足度スケールの活用(1)	3年(1)	満足度スケールを使用し、県内の病院と協力し満足度を高めるような共同研究を行う。
施設との連携(1)	1年(1)	在宅より施設へ行く人が多くなってきているので、施設との連携について
他県の実態把握(1)	6年(1)	他県の実態を知りたい
その他(12)	1年(5), 2年(3) 3年(2), 5年(2)	ケアマネ支援か、町の保健師も参加できる内容(介護予防、特定健診等の領域) 現在参加していない施設にも呼びかけて、県内の全施設を対象とした。

**表11-2 新たな共同研究課題に取り組みたい者の取り組みでみたい課題 15件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
退院支援(3)	1年(1) 3年(2)	患者家族からの退院支援の評価。 退院支援の客観的な評価(満足度など)
産業看護(保健)スタッフの役割・あり方(2)	2年(1) 6年(1)	産業看護職のあり方 メンタルヘルスにおいて、産業保健スタッフの役割
患者・家族からの評価、満足度(1)	2年(1)	患者からの評価、満足度など。
患者参加型カンファレンス(1)	1年(1)	患者参加型カンファレンス。
死産経験のある褥婦への援助(1)	4年(1)	死産を経験した褥婦への援助について
訪問看護の必要性(1)	1年(1)	訪問看護の必要性。
主任ケアマネジャーの業務(1)	3年(1)	主任ケアマネジャーの業務の追求(看護職だけではないのでむずかしいでしょうか)
ショートステイ利用者の家族へのケア(1)	2年(1)	〈ショート利用者の家族ケア〉家族も同時にケアしていかないと、ショート継続・在宅生活の継続はありえない。困難になっていくから・・・
看護師の職場定着(1)	3年(1)	看護師定着を促進させることをテーマにしたもの。
目標管理(1)	1年(1)	目標管理について
その他(2)	1年(1), 3年(1)	看護実践を行う場合、どうしたらよいかわからない問題の解決策を見出したい。

**表11-3 次年度の共同研究への参加を希望しない理由 23件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
業務多忙のため(4)	1年(3) 2年(1)	業務多忙のため 保健所のセンター廃止に伴う業務の負担増、新型インフルエンザ対応マニュアルの策定等新規業務が増えており、スタッフの確保が困難
体調・家庭の状況で難しい(3)	1年(1), 2年(2)	体調に不安があり、仕事をこなすのが精一杯で余裕がない。
退職のため(3)	1年(1), 4年(2)	退職のため
他職員に参加して欲しい(3)	1年(1), 2年(2)	別の人も共同研究に参加する機会を持てるように。
院内研究に取り組むため(2)	1年(2)	院内での研究を行う予定にあり、余裕がありません。
次年度の事業縮小・人員削減のため(2)	1年(2)	来年度から、事業も縮小され、人員も削減されるため、共同研究を行うことは、難しい状況になると思います。
その他(6)	1年(2), 3年(1) 4年(2), 7年(1)	現状での継続は困難のため、また時期が落ち着いたらお願いします。 新しい課題を見つけるまでの充電期間としたい。

**表12 共同研究をきっかけにして今後学びたいと思うこと 53件**

カテゴリー(件数)	参加年数 (件数)	記載内容の例
高齢者と家族へのケア・対応(5)	1年(3) 2年(2)	高齢者虐待防止と、対応困難な家族との関係をどう築いていったらいいのかを学びたいです。 医療依存度の高い利用者を、ショートで受け入れる際の在宅サービス・家族との連携の取り方、その事例等。
認知症患者と家族へのケア・対応(5)	1年(3) 2年(2)	認知症ケアについての知識を深めたいと考えます。 認知症患者と家族への関わり。
現任教育・人材育成(5)	1年(2), 2年(2) 4年(1)	人材育成についてさらに学んでいきたい 院内研修の評価について
社会・地域資源や法律(4)	1年(3) 2年(1)	社会資源や法律など 地域のサービスや、法律など勉強したいと思った。
保健指導(3)	1年(2), 7年(1)	特定保健指導をアウトソーシングする中で、成果を出すために保健師がどう関わるか。
発達心理、教育学(3)	1年(2), 2年(1)	教育心理、発達心理
他の県・市町村の取り組み(2)	1年(1) 5年(1)	他市町村の取り組み等、もっと知りたい、参考にしたいと思った。
その他(26)	1年(9), 2年(6) 3年(3), 4年(6) 5年(1), 6年(1)	がん患者地域ネットワークについて。 精神科急性期看護 健診結果の分析、生かし方

## 《編集後記》

この報告書は、平成 21 年度に実施した、本学教員と看護実践現場の看護職の方々との共同研究 28 課題について、その活動の成果をとりまとめたものです。平成 22 年 2 月 20 日に本学で開催しました「共同研究報告と討論の会」で報告された内容や当日の討論の結果も盛り込まれています。今後の共同研究活動の発展のため、参考にしていただけたら幸いです。

また、「共同研究報告と討論の会」には多数の方のご参加をいただき、活発な討論に加わっていただきましたことを、この場をお借りしてお礼申し上げます。なお、ご協力いただいた意見調査の結果は、次年度の会の運営の際、参考にさせていただきたいと思っております。

共同研究活動は、本学全教員の活動として取り組んでおり、学内では研究交流促進委員会が、看護研究センターのバックアップのもと、共同研究を推進するための諸活動に関する企画、立案、運営等を行っています。

お気づきの点がありましたら、ぜひご意見をお寄せください。

### 【研究交流促進委員会】

委員長：	岩村龍子准教授	(看護研究センター)
委員：	平山朝子学長	
	黒江ゆり子学部長	(地域基礎看護学講座)
	藤澤まこと准教授	(地域基礎看護学講座)
	橋本麻由里准教授	(機能看護学講座)
	布原佳奈講師	(育成期看護学講座)
	奥村美奈子教授	(成熟期看護学講座)

看護研究センター： 田辺満子教授  
大川眞智子准教授  
古田さゆり助教  
会田敬志教授  
小澤和弘講師

発行日：平成 22 年 3 月 31 日

編集：研究交流促進委員会

発行：岐阜県立看護大学

〒501-6295 羽島市江吉良町3047-1

TEL：058 (397) 2300 (代) FAX：058 (397) 2302

ホームページアドレス：<http://www.gifu-cn.ac.jp>



