

平成 22 年度 共同研究事業

# 共同研究報告書



岐阜県立看護大学  
GIFU COLLEGE OF NURSING

## 11 冊目の報告書の刊行にあたって

学長 小西美智子

平成 22 年 4 月から公立大学法人岐阜県立看護大学として、教育・研究と同様に大学の管理・運営も大学が責任を持って行うことになりました。看護研究センターの事業は全学的合意に基づいて運営することを明確にするために、教授会の下部組織として、看護研究センター運営委員会を設置し、その運営委員会の下部組織として研究交流促進部会を位置づけました。そしてこの共同研究事業に関する企画・運営は看護研究センター、看護研究センター運営委員会及び研究交流促進部会が協力して実施しています。

共同研究報告書は、毎年 2 月に開催されます「共同研究報告と討論の会」での討議を経て作成され、今回で 11 冊目になります。

この共同研究事業は、県内の看護職者が実施している看護実践の改善・充実を促進するために、現地看護職の方と大学教員が共同して、看護実践の場に存在する課題を一緒に検討することが特徴です。看護サービスは継続看護に象徴されるように、有限のものではなく継続することが基本です。この共同研究報告書は、共同研究で得られた看護実践の改善・充実について単年度毎に成果をまとめ、次年度における取り組み課題や方法について提示するという枠組みで作成されています。ですから共同研究報告書に 1 年間の実施内容を記述して、共同研究は終了するものではありません、共同研究成果の積み重ねが大切です。

共同研究事業は毎年大学が募集しますが、申請される共同研究課題は、新規の課題より継続している課題の方が多いです。それは看護実践活動が継続しているので当然のことと思います。数年間にわたる継続した共同研究の成果として、看護実践の工夫・改善・改革について、その研究方法、研究過程を科学的に説明し、学術論文として本学の紀要を含めた学会誌等に報告することで 1 つの区切り、完了といえると思います。学術論文として発表することは多くの看護職に看護実践活動の工夫・改善・改革に示唆を提供し、看護サービス改善に貢献できるからです。その学術論文となる基盤がこの報告書に含まれていることを期待しています。

看護実践活動は医療活動の発展、看護サービスの利用者のニーズ、利用者の生活する社会環境を理解しながら、活動内容を改善・工夫するという変革が常に求められています。これらに対応できる看護業務を展開して行くためには、研究的対応が必要であると考えます。一方、看護学は実践学であることから、看護学を教授し、看護職の人材育成を担う大学教員は、看護実践現場での状況と課題を現場看護職者と共有し、対応を検討する姿勢をもって、看護大学としての教育および実習の基盤をつくる活動が必要です。共同研究はその一翼を担えるように、大学は全学的な合意のもとに共同研究に取り組んでいます。

このように本学における共同研究の取り組みが、現場看護職者と大学教員がともに成長し発展する過程となることを希望しています。

平成22年度 共同研究一覧

研究課題	共同研究者	
	実践現場(施設名:氏名)	本学(領域名:氏名)
地域のニーズに即した地域包括支援センターの活動の充実・活性化に向けた取り組み	白川町地域包括支援センター: 加藤、杉山、則武、田口 八百津町地域包括支援センター: 小林、佐藤、栗山、服部	地域基礎看護学領域:山田、松下、坪内、森、宮島、北山 看護研究センター:岩村、大川
関係者と連携して行う要援助者のいる世帯への援助方法	安八町保健センター:愛知、寺西、西脇、小粥、高木、川崎、熊谷、坂 安八町民生部福祉課:宇野、田中	地域基礎看護学領域:坪内、大井、森、松下、山田、宮島、北山 看護研究センター:岩村、大川
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	垂井町保健センター: 木全、上野、高田、伊藤 山県市健康課:長野、武藤、井上、村瀬、木村 輪之内町保健センター:加藤、足利、馬場、山川、迫口、榊原、浅野、河村、高木	地域基礎看護学領域:松下、坪内、森、北山、山田、宮島 看護研究センター:会田、岩村、大川
糖尿病患者の看護支援方法に関する取り組み	羽島市民病院:南谷、大内、大橋、中村、長谷川、平野、政井、竹内	成熟期看護学領域:田村、松本、宇佐美、森本
過疎地域診療所における外来看護充実のための問診票付外来診察予約券の取り組み	東白川村国保診療所:安江、今井、桂川、菊田、青木	地域基礎看護学領域:普照、藤岡、森、藤澤
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	岐阜県立下呂温泉病院:岡崎、中村、細江、田口、松原、藤掛、古橋、熊崎 下呂訪問看護ステーション:田口	地域基礎看護学領域:藤澤、普照、藤岡、黒江
過疎地域の療養生活充実に向けた病棟における退院支援のあり方に関する研究	国保上矢作病院:小木曾、荻山、鈴木、加藤、松原	地域基礎看護学領域:杉野、藤澤、普照
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	岐阜県総合医療センター:丹羽、武山、増井、宮木、吾郷	地域基礎看護学領域:藤澤、藤岡、黒江 看護研究センター:田辺
県域の退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の検討	岐阜県健康福祉部医療整備課: 大法、加藤	地域基礎看護学領域:藤澤、黒江 成熟期看護学領域:田村
退院調整における日常生活指導での地域連携室と病棟ナースの協働	関中央病院:山中、亀山、長屋、渡辺、石原、松原、牧田、川地	機能看護学領域:橋本、小西、両羽、野村
在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討	羽島市民病院:中川、吉田 岩佐医院:吉村 羽島市医師会訪問看護ステーション: 加藤、大塚	成熟期看護学領域:奥村、田村、布施、森本 地域基礎看護学領域:普照
ハイリスク妊産婦のケアの質の向上のための検討	岐阜県総合医療センター:山田、勝原、土本、仁地、堀	育成期看護学領域:谷口(通)、服部(律)、布原、武田、瀬瀬、水野 看護研究センター:田辺
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	朝日大学歯科衛生士専門学校: 荒木、平井 高田医院:高田(恵)、高田(恭) 郡上市民病院:河合、永田	育成期看護学領域:布原、服部(律)、武田、瀬瀬、水野、谷口(通) 機能看護学領域:両羽
乳幼児に対する手洗いの支援方法の検討	乳幼児ホームまりあ:汲田、船戸	育成期看護学領域:石井、長谷川、谷口(恵)、服部(佐) 地域基礎看護学領域:藤澤
ブラジル籍児童の健康課題解決に向けての取り組み	各務原市立緑苑小学校:山下、平林	機能看護学領域:松本、鈴木 育成期看護学領域:西田
精神科病院における長期在院患者の退院支援および入院長期化防止に向けた看護	大湫病院:瀬瀬、加藤、水野 (社)岐阜病院:稲葉、増田、小森 黒野病院:五十嵐、中村、三島、藤原 下呂谷敷病院:細江、国田、岩佐、山田 慈恵中央病院:家田、小椋、原、一柳 聖十字病院:安藤、日比野、永田 須田病院:橋戸、棚瀬、長谷川 のぞみの丘ホスピタル:安藤、北原、山口、七森、兼松、村上	地域基礎看護学領域:石川、葛谷、丸茂、松下、北山、坪内 看護研究センター:大川

研究課題	共同研究者	
	実践現場(施設名:氏名)	本学(領域名:氏名)
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	白川町保健センター:井戸、三尾 中濃保健所:北島、末松 美濃加茂市:木谷、山田 可児市保健センター:田中 坂祝町保健センター:兼松 富加町保健センター:藤野 川辺町保健センター:佐伯、長瀬、丸山 七宗町生きがい健康センター:中島 八百津町保健センター:小林、伊佐治 東白川村国保診療所:桂川 御嵩町福祉課:植松、古木、土本のぞみの丘ホスピタル:安藤 県保健医療課:林、吉村、和田	地域基礎看護学領域:松下、杉野、坪内、石川、宮島、葛谷、丸茂
働く人びとを対象とした保健指導の質的評価の試み	岐阜県労働基準協会連合会:水野 西日本電信電話(株)東海健康管理センター:桑原 鷺見病院郡上健診センター:伊藤、荒川、小林、道中、森 山内ホスピタル:古澤 東レ(株)岐阜工場:宮川 三洋電機(株)岐阜産業保健センター:大橋 京セラ(株)岐阜事業所:横山	成熟期看護学領域:梅津、北村 地域基礎看護学領域:坪内、山田
労災病院における勤労者看護の質的向上の追究	中部労災病院:川崎、小林、井村、高橋、林、杉山、山口	成熟期看護学領域:梅津 機能看護学領域:橋本
保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方	岐阜県保健医療課:居波、和田	地域基礎看護学領域:坪内、山田、松下、大井、森、宮島、北山 看護研究センター:岩村、大川
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	郡上市健康福祉部健康課:羽土、佐藤、和田、蒲、日置、中嶋 郡上市健康福祉部社会福祉課:上村 郡上市健康福祉部高齢福祉課:丸茂	機能看護学領域:両羽 地域基礎看護学領域:北山、松下、大井、山田、宮島
病棟師長のマネジメント能力向上のための教育支援	羽島市民病院:小島、時吉、古澤、高木、加藤、堀、山本	機能看護学領域:橋本、鈴木 成熟期看護学領域:奥村
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	大垣市民病院:岩本、廣瀬、野田 岐阜県総合医療センター: 高木、野口、島田 久美愛厚生病院:山本、富田、堀井	看護研究センター:会田、田辺 機能看護学領域:橋本 成熟期看護学領域:古川、堀田
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向けて	サンシャイン美濃白川:安江、日下部 飛騨寿楽苑:牛丸、荒井 ピアンカ:酒井、糟谷 恵翔苑:吉村 ジョイフル各務原:新美 サンリバー松風苑:横井、渡辺 ナーシングケア寺田:水谷、澤津 岐阜県総合医療センター:古田 朝日大学歯科衛生士専門学校: 中嶋、南方	成熟期看護学領域:坪井、松本、古川、堀田、浅井 地域基礎看護学領域:普照

# 目 次

## I. 共同研究報告

### 1. 地域の保健福祉活動

地域のニーズに即した地域包括支援センターの 活動の充実・活性化に向けた取り組み	1
関係者と連携して行う要援助者のいる世帯への援助方法	6
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	10

### 2. 医療機関における継続看護

糖尿病患者の看護支援方法に関する取り組み	15
過疎地域診療所における外来看護充実のための 問診票付外来診察予約券の取り組み	20

### 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	26
過疎地域の療養生活充実に向けた病棟における退院支援のあり方に関する研究	32
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	36
地域の退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の検討	42
退院調整における日常生活指導での地域連携室と病棟ナースの協働	48
在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討	54

### 4. 育成期にある人々を対象とした看護

ハイリスク妊産婦のケアの質の向上のための検討	60
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	66
乳幼児に対する手洗いの支援方法の検討	71
ブラジル籍児童の健康課題解決に向けての取り組み	74

### 5. 精神障がい者を支援する看護

精神科病院における長期在院患者の退院支援および 入院長期化防止に向けた看護	80
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	86

### 6. 労働生活を支援する看護

働く人びとを対象とした保健指導の質的評価の試み	90
労災病院における勤労者看護の質的向上の追究	96

7. 人材育成	
保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方	102
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	108
病棟師長のマネジメント能力向上のための教育支援	112

8. その他	
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	118
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向けて	122

## 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	126
参加者の状況	129
参加者への意見調査の結果	130
参加学生（看護学科）への意見調査の結果	133
教員への意見調査の結果	134

## III. 平成 21 年度共同研究事業自己点検評価結果

## 地域の保健福祉活動

# 地域のニーズに即した地域包括支援センターの活動の充実・活性化に向けた取り組み

加藤千波 杉山智絵 則武弘美 田口千枝子（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 服部知美（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 宮島ひとみ 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子（大学）

## I. 目的

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい生活を継続することができるように、さまざまな面から総合的に支援する地域の中核機関として2006年に設置された。その役割を果たすためには、地域住民のニーズを把握し、ニーズを充たすための活動を展開していくことが求められる。

そこで本研究は、地域包括支援センターの活動の充実・活性化に向けて、地域住民のニーズを明確にすること、及びニーズに即した介護予防事業等の活動の展開方法を検討することを目的とする。

## II. 方法

各町の課題に応じた取り組みの計画を立案し、実施する。合同会議を開催し、各町の取り組み状況を報告し意見交換を行う。これにより、各町が抱える課題の解決に向けて地域包括支援センターの活動の充実・活性化につなげる。各町の取り組みの詳細はIII以降に示す。

倫理的配慮：本取り組みの計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た。

## III. 結果及び考察

### 1. A町の取り組み

#### 1) 目的

現行の介護予防教室の方法と成果を評価し、二次予防対象者（旧特定高齢者）で介護予防教室への参加が必要な住民に、効果的なアプローチを行う方法を明らかにする。

#### 2) 方法

(1) 昨年度の参加者に教室への意見・感想や参加後の変化を聞き取り、事業を評価する。

(2) 平成22年度介護予防教室実施プロセスを、以下の4点から整理する。①対象者の選定、②誘い出し方法の検討、③フローチャートの作成、④プログラム内容の検討

(3) 平成22年度介護予防教室の評価をする。

①教室参加者に対して、教室参加後の身体面・生活面・精神面の変化と教室への意見・感想について聞き取りをする。

②地域包括支援センターでの評価をする。

③体力テストの結果より、教室前後の体力の変化の評価をする。

(4) 倫理的配慮：上記(3)の教室参加者への聞き取りにおいては、取り組みの目的・方法、個人情報保護等について文書と口頭で説明し、協力への同意を得た。

#### 3) 結果

(1) 昨年度の参加者への聞き取り

参加者は、教室期間中には身体的効果があると感じていたが、その効果が継続できていなかった。機械を使った運動よりも講話を聞くことに対する満足度が大きかった。

(2) 平成22年度介護予防教室プロセスの整理

①対象者の選定：平成21年度特定高齢者から対象者を選定した。その他、実態把握、通所系サービスを利用していないなどの介護保険サービスの利用状況、介護保険未申請者で地域包括支援センターにて見守りをしている対象者をリストアップしてケース検討会議をし、対象者を選定した。このようにして選定した結果、26名を対象者とした。内訳は表1のとおりである。

表1 平成22年度介護予防教室対象者

対象者	二次予防対象者	一般高齢者	介護保険認定者	見守り対象者
26名	18名	4名	2名	2名

②誘い出し方法の検討：誘い方は、電話で地域包括支援センターや介護予防教室の簡単な説明をしてから訪問する予定をしていたが、電話をした時点で、警戒されることや断られることが多かった。その為、電話連絡せず直接訪問に切り替えたところ、顔を見合わせて話すことができたため受け入れは良く、食生活・精神面・体重管理・禁煙方法などさまざまな話や相談を聞くことができ、対象者の様子を詳しく知ることができた。参加を希望されなかった場合は、参加を断った理由を明確にし、必要な方には定期的な訪問や、配食サービスなど必要なサービス

の利用に結び付けた。このようにしてアプローチした結果、参加者 13 名が決定した。内訳は表 2 のとおりである。

表 2 平成 22 年度介護予防教室参加者

参加者	二次予防対象者	一般高齢者	介護保険認定者	見守り対象者
13 名	5 名	4 名	2 名	2 名

参加を断った方への聞き取り結果を表 3、4 に示した。括弧内は人数を示す。田畑・仕事・地域の活動などで忙しいと答える方が多くあり、それが参加を断った理由の大半を占めていた。

表 3 参加を断った理由

・田畑の管理で忙しい	(5)
・仕事で忙しい	(4)
・まだ元気だから必要ない	(3)
・地域での活動が忙しい	(3)
・家族の世話、看病、介護で忙しい	(3)

表 4 どうしたら参加できるかの意見

・自分の居住地区で参加できる	(2)
・参加したいときに年中いつでも参加できる	(2)
・今後足腰に衰えを感じたら参加する	(2)
・忙しいので参加する気はない	(2)

③フローチャート作成：町内の介護予防事業を種類別、高齢者のレベル別にまとめ、適切な事業を紹介できるようにした。

④プログラム内容の検討：

- i 体操はセラバンドを用いたものとし、自宅でも行える体操とした。
- ii 運動が自宅でも継続できるように、次回までに自宅で取り組む課題の設定を、教室内で参加者とともに行った。
- iii 体操と講話を組み合わせて行った。講話内容は、転倒予防・音楽療法・口腔ケア・認知症予防などを実施した。
- iv 教室内でティータイムの時間を取り、参加者同士の交流ができるようにした。

(3) 平成 22 年度介護予防教室の評価

①教室参加者に対して教室終了時に聞き取りを行った結果、以下の 8 点が確認できた。

- i 運動だけでなく講話があることで、教室への満足度が増した。
- ii 外出すること自体が心身の良い刺激となり、気分転換になった。
- iii 教室に参加することで、定期的に話をする仲間ができた。
- iv 一人では運動ができなかったが、仲間と行うことで運動が続けられた。
- v 「立ちあがりやすくなった。足の運びが良くなった。」と主観的な身体機能が良くなったと答えた方が、「教室後のほうが楽しい気持ちになった。」と精神的に良い効果があったと答えた。
- vi 教室参加者は身体的機能が低下している方、うつを抱えている方などさまざまな問題や不安を抱えた方が対象となる。教室の参加人数は、交流しやすさから考えると今年度の教室程度が良い。
- vii 自宅で取り組む課題があることで、意欲につながった。
- viii 教室の継続を希望する声が多かった。

②地域包括支援センターでの評価：同じ運動ばかりを自宅で取り組む方がいたこと、関節疾患で運動制限のある方への適切な運動指導が難しかったことを確認した。

③教室前後の体力の変化：月 2 回の 6 ヶ月間の教室だけでは、体力の向上は難しいと推測された。しかし、体力測定の結果から体力が急激に低下する者はおらず、維持ができていたと判断した。

4) 考察

二次予防対象者で介護予防教室への参加が必要な住民に、効果的なアプローチを行う方法として、以下の 8 点を考察した。

(1) 誘い出しは電話より訪問のほうが効果的である。(2) 体操は簡単で自宅でもできるものが継続しやすい。(3) 自宅で取り組む課題があると運動を継続しやすい。(4) 本人に合った負担のない体操や適切な体操ができるよう、専門職の指導が必要である。(5) 教室の参加人数は、参加者の特徴を踏まえて交流しやすい人数として検討する必要がある。(6) プログラムの内容は、運動と講話の組み合わせが良い。(7) 主観的身体機能と精神面は相互に影響し合っている。(8) 継続的な運動のために、フォローアップ教室が必要である。

5) 今後の課題

共同研究を通して、これまでの介護予防教室の評価ができ、さらに効果的なアプローチの方法を

検討することができた。これを踏まえて、平成 23 年度の介護予防教室をさらに効果的なものにしていきたいと考える。

今後の課題としては、(1) 介護予防教室の参加が望ましい対象者への参加の勧め方、(2) 参加者のさまざまな身体状況・精神状況に応じた個別的な関わり方についての検討が必要と考える。

## 2. B 町の取り組み

### 1) 目的

町の高齢者の健康状態や生活状況、環境などの情報を収集し、地域として取り組む課題を明らかにする。

### 2) 方法

- (1) 地域の把握（数量的情報、質的情報）を行う。既存資料や業務上把握している高齢者の生活状況、社会資源・関係者の状況等の情報を地区毎に整理し特徴を検討する。高齢者の生活状況を把握するための情報収集内容は表 5 に示すとおりである。社会資源・関係者の状況は、商店、金融機関、消防、警察、コンビニ等から情報収集し、その内容は表 6 に示す。

表 5 高齢者の情報収集内容

家族について	家族構成 家族関係
人付き合い	近所付き合いはあるか 親しい友人はいるか
社会参加	サロン、老人会、グランドゴルフ、ご詠歌などに参加しているか
健康	自分は健康だと思うか 何か心配はあるか かかりつけ医はいるか
環境	病院、買い物、習い事など出かける時の外出手段、行動範囲はどこまでか
その他	困っていることはあるか 相談相手はいるか どんなことが楽しいか 今後どんな生活がしたいか 「地域包括支援センター」を知っているか 「介護予防」という言葉を聞いたことがあるか

表 6 社会資源・関係者の情報収集内容

客層
利用状況、誰と来ているか
どんな物が売れるか
気になる人、心配な人はいるか
その人に声をかけているか、どこかに 相談しているか
移動販売をしているか

- (2) 高齢者福祉計画・介護保険事業計画ニーズ調査と同時に実施する、高齢者のニーズ把握のためのアンケート項目を検討する。
- (3) 倫理的配慮：上記 (1) において業務上把握している情報を資料化する際には、地区の情報として解釈・分析した内容になっているか、特定の個人がわかるような記載がないかを研究メンバー間で十分に点検・確認した。

### 3) 結果

#### (1) 各地区の情報収集結果と特徴

情報収集した内容を整理し、各地区の特徴を検討した。以下に、地区ごとに述べる。

【A地区】高齢者からは、特にこのことに困っているということは出てこなかった。受診や買い物は、子供の協力も得られている。町外へ行くにも、バスやタクシーを利用している。しかしA地区の一部ではバスが通っておらず、交通手段に支障をきたしている。近所付き合いは良好のようである。介護予防教室には参加したい気持ちは強いが、なかなか参加につながっていない。A地区では多くの講座や教室が開催されているが、少し虚弱な人や開催場所が遠くて歩けない人は、参加できていないと思われる。商店で働く人は、客として来る高齢者の様子をよく見ていて、声かけや少しの手助けを行っている。高齢者が多く利用され、集まる商店もある。高齢者は、近所に集まって話をするスペースを望んでいると思われる。警察は、行政と連携していきたいと思っていることがわかった。NPO法人は、地域の活性化をしていきたいと考えていた。

【B地区】他の地区に比べ高齢化率が低く、独居の高齢者も少ないが、日中は高齢者のみで過ごしている人が多いと思われる。独居高齢者には子供の訪問がある。近所付き合いはあり、仲間喫茶店や個人の家、公民館に集まる。車の運転ができる人は、積極的に教室の参加をしているが、運転できない人はゲートボール、畑作業など近隣で過ごすことが多い。情報を得た高齢者の健康状態はほぼ良好であった。かかりつけ医は町内の医療機関という高齢者が多い。日中は高齢者のみとなるため、バス、タクシーを利用して買い物、通院している。近所の商店にも徒歩や自転車で出かけている。商店の利用は高齢者が多く、店の人はいつも声をかけている。公民館は坂

の上に建っているためか、高齢者の利用が少ない。

【C地区】C地区はNPO法人の福祉有償運送への登録が少ない。地区中央にある公民館の利用が活発で、大勢の人が来所しており、元気な高齢者が多い印象である。元気な人は、適度に仕事をし外出しており、近所付き合いやグランドゴルフなどに参加している。情報を得た高齢者は、何らかの持病があり通院しているものの、おおむね健康であった。商店の人達は高齢者をよく見ており、必要な人には手助けしている。

【D地区】独居、高齢者夫婦世帯が多い。いざというとき頼れる身内がないことに不安を感じている。近所付き合いはよくされている。商店街の地域に住む人はそこで用事が済むため困っていないが、少し離れた地域で車等のない人は交通手段（バス）の不便を訴える人が多い。商店は高齢者をよく見ており、高齢者に対する配慮がされている。地区のケアマネジャーは、高齢者と地域の関わりの希薄さを心配しており、独居、日中独居の方の閉じこもり、意欲低下を危惧している。

【E地区】独居、高齢世帯が多い。遠方からの子供の訪問が多い。社会参加については個人差があるが、交通手段がないから参加できない人もいれば、近所の人に誘われたから参加しているという人もいた。交通手段のあること、一緒に参加する仲間がいることが教室参加に重要と思われる。E地区は店が1軒しかないが、その店は高齢者との関わりが多い。

【F地区】独居、高齢夫婦世帯が多い。近所付き合いは多い。近所に気の合う仲間がいる人もいれば、同年代の人もおらず寂しい思いをしている人もいる。教室等に参加している人は、近所の人の誘いなどで参加しているが、参加していない人は、一緒に行く仲間がいない、交通手段がない等の理由で行って行かなかった。地区に商店がなく、買い物にはA地区まで行かざるを得ない状況で不便さを感じている。そのためか、高齢でも車に乗る人も多かった。バスを利用したいが、不便なため利用できないという声が多かった。金融機関等は高齢者と関わりが多く、中には心配な高齢者もいると感じていることがわかった。

#### (2) ニーズ調査のアンケート項目の検討

(1)の結果から、平成23年2月に実施するニーズ調査の項目を検討した。主な項目は次の5項目とした。①外出の状況、交通手段について、②高齢者の望む教室運営のあり方、③高齢者の健康状態や活動状況、生き甲斐の有無、④緊急、救急対策について、⑤地域包括支援センターの知名度について、以上である。

#### 4) 考察

特に山間部にあるD、E、F地区においては、交通手段がないことによる不便さを訴える人が多く、それが住民同士の交流や趣味・生き甲斐のための外出の妨げとなっているのではないかと考えた。

自分で通院でき、おおむね健康な人は、畑仕事や外出をしたりと、元気な印象を受けたが、足腰が弱ったり耳が聞こえづらいなど、体調に何らかの支障のある人からは、「もう外へ出たくない」という声も聞かれた。高齢者にとって、身体面や精神面の変化も活動性に大きく影響していると言える。そんな中でも、公民館までは行けないが、弘法様やお寺などの小さな地域の寄り合いには行っている人もいることがわかった。このような身近に集える場所が高齢者にとって重要と思われるが、町全体としてはそうした高齢者の集える場所は不足していると思われる。

地区の公民館での介護予防教室にも参加者が少ないことから、教室の開催は、高齢者でも歩いて行き来できる場所が望ましく、それが困難なら、交通手段の確保が不可欠であると考えた。また、地区全体を通して介護予防について知らないという声が多く聞かれ、介護予防の意識が浸透していないと思われた。町民に広く介護予防の意識を広めることも重要と思われる。

独居や高齢者世帯でも、子供や親族の訪問がある家が多かった。しかし、いざという時に頼れる隣近所の人との付き合いを大切にしている人が多いことと、地域の商店や金融機関等が、普段高齢者と密接に関わっており、必要な手助けを行っていることが、地域で高齢者が暮らしていける大きな要因になっていることがわかった。

聞き取りから予測したこれらのニーズを、アンケート調査によりさらに検証し分析することで、町の今後の課題を明確にしたい。

## IV. 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

A町では、本研究において、昨年度の介護予防教室の評価を行い、これに基づいて、今年度の教室を具体的に企画・運営していった。共同研究メンバーが、昨年度までの方法で課題と感じていた点を、教室対象者・参加者といった住民の実態・ニーズに基づいて改善することができた。また、地域包括支援センタースタッフ（研究メンバー）が交代したが、本研究のプロセスは、介護予防教室に対する考え、方法を合意していく一つの機会となり、有効であったと思われる。

B町では、本研究を通じて、既存資料及び直接、地域住民や関係機関・関係者から情報収集をして地域の実態を知る試みを行った。地域に向いて住民や地域資源の現状、生の声を捉えるという方法、その結果に基づいてニーズを整理する方法を実践することができた。そしてこの方法の意義やよい影響を確認することができた。

## 2. 現地側看護職を含むメンバーの受け止めや認識

共同研究の取り組みは、A町は5年目、B町は2年目であった。両町とも、共同研究事業を活用して自分たちの業務を見直し、さらによいものに改善していこうという考え・姿勢で取り組まれている。A町は、事業（介護予防教室）の評価ができ、課題が明らかになったという点で有効であったと考えている。B町は、地域の把握を行ったことにより、地域の関係機関・関係者と連携が取れるようになった点、本研究による情報収集・分析した結果が、今後の活動の資料になるといった点で有効であったと考えている。二町での合同会議は、他町の情報を得ることができ、多様な意見交換ができる場となっていると捉えられている。また、両町共、地域包括支援センタースタッフ（研究メンバー）全員で課題や情報を共有し、相互理解・合意形成しながら取り組みを進め、お互いの専門性を高めあうことにつながった。

## 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

今年度も、二町合同会議と、各町個別へのかかわりを行った。二町で取り組む体制としていることは、お互いの課題と取り組みに対して、情報交換・意見交換ができ、取り組みの推進に有効である。教員は、現地側看護職が検討した取り組み計画へ助言をしたり、結果の解釈を共に行ったりした。また、報告に向けては取り組みの成果を他者に示し、さらに意見を得られるように、まとめ方を助言した。1年間を一つの区切りとして進行し成果を他者にみえるようにするという点、地域包括支援センターの活動における課題の明確化、課題に対する改善方法の検討に関して役割を果たしたと考える。

教員にとっては、地域包括支援センターの現状を理解する機会となっており、大学院・学部の教育の参考としたり、看護学のテキストの介護予防に関する項の執筆に活かすことができた。

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

本演題は、「関係者と連携して行う要援助者のいる世帯への援助方法」と合同討議で実施した。まず、参加者から質問を受け、提示している「討議したいこと」を一つずつ取り上げて意見交換ができるようにした。参加者は、2題の研究メンバーが半数以上を占め、そのほか行政保健師、産業保健師等が数名であった。そのため、研究メンバー同士の意見交換が中心であった。しかし、別々に討議する方法を採った場合、さらに参加者が分散してしまっていたと考えられ、合同討議は方法の一つとして有効であったと考えられる。

参加者の個別性に対応する介護予防教室のあり方やその方法については、研究メンバー以外の市保健師より、教室参加者個々に交換ノートをつくり、参加者とスタッフがやりとりをしているという紹介があった。A町では、スタッフが作成する記録の工夫をしており、個々を把握し個別性に対応していくための方法の一つとして、記録の工夫があることが確認できた。また、介護予防教室ではないが集団対象の事業という共通性から産業保健師の実践を紹介してもらったところ、勤労者対象の特定保健指導においてグループトークを取り入れており、他の参加者の話を聞くことによって、参加者自身が気づき、生活を振り返ることを促しているといった活動が話された。

高齢者のニーズを把握し今後の活動につなげる方法については、研究メンバー以外の町保健師より、地域包括支援センターと保健センター保健師が協働して地区の把握をするように心がけていること、住民全体を世帯単位で把握するようにしているといった意見が出された。具体的には、母子保健事業の乳幼児健診で対象児の祖父母等の家族についても捉え、捉えた情報を、必要に応じて、高齢者の状況として保健センター及び地域包括支援センター保健師間で共有するなどしているということであった。これに対し、B町研究メンバーより、地域包括支援センターと保健センターの連携の意義、今後の連携の必要性について意見が出された。

これらの意見交換から、各町共に、現在行っている取り組みの意義が確認でき、さらに展開していくための示唆を得ることができた。

# 関係者と連携して行う要援助者のいる世帯への援助方法

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

## I. はじめに

本研究は3年目である。平成20年度から町の保健活動方針として掲げている「地域に密着した保健活動の展開」をより推進できるように共同研究に取り組んでいる。

平成20年度には、「家庭訪問を通して個人・家族・地域を捉える視点」を研究テーマに実施した。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（①高齢者世帯や独居世帯は優先的に気にかける、②対象世帯に関わる地域の役員も視野に入れる、③家族の健康に目を向ける、④非常時の対応についての本人の意思確認が必要である、⑤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する）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。

平成21年度は、「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」を研究テーマに実施した。平成20年度に明らかにした要援助者に対する家庭訪問における5つの視点について、平成21年度は4つの方法（①保健師の家庭訪問活動を通じた検討、②学生の家庭訪問実習の結果を素材にした検討、③地図を活用した要援助者把握作業からの検討、④地区巡回健康相談を通じた検討）により検討を重ねた。その結果、家庭訪問について2つの視点を整理した（①家庭訪問で訪問すべきケースを見極めるための要援助者を潜在化させないための視点、②援助方法を充実するための視点）。また、これらの結果、保健師が家庭に出向いて援助を行う意識が強化され、また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により援助の質を高めることとなった。

平成22年度は、この2つの視点をもって、必要な関係機関と事例検討を通して連携しながら要援助世帯への援助の質を高めることを目的とした。そのために、事例を整理するツールとして、エコマップ、ジェノグラムを用いた。ジェノグラムは、家族構成を図に表したもので、事例の抱える課題を「家族の課題」として捉えやすくするために用いた。また、エコマップは、社会資源も含めた事例を取り巻く環境とその関係性を図に表したもので、個々の関係者の役割を明らかにし援助体制を強化するために用いた。そして、事例検討を通して、必要な関係機関と連携しながら要援助世帯に援助するための判断力をみがき、かつ確実にモニタリングできるようにする。これらの援助方法を保健師間で蓄積し、共有できるようにすることをねらいとした。

## II. 方法

### 1. 事例検討会

援助が必要であると保健師が判断した対象者について、援助関係者（保健師、医療関係者、福祉関係者、児童・民生委員等）と事例検討を実施した。教員も助言者として出席した。事例提供の保健師は、下記に示した事例検討シートにそって事例を整理し、事例紹介をする。検討会では、関係者が連携した援助体制をつくるために、援助の現状と今後の援助を具体的に検討した。

### 2. 事例検討シートの検討

町保健師と管理栄養士は、業務連絡や学習の場である地域検討会において、事例検討会に提出する事例検討シートの様式を検討した。教員は事例検討シート作成にあたり、情報提供をした。

### 3. 事例の分析

事例毎に、事例検討会にあげた理由、援助関係者の援助状況（誰がどのような援助をしているか）、今後の援助方針など、検討した事項を記述し整理した。

### 4. 事例内容の共有

事例検討会での検討内容を、定期的に行われている民生児童委員協議会で報告し、民生委員と情報を共有した。また、町保健師と管理栄養士は、地域検討会で事例検討会の結果から援助方法について気づいたことや感想を話し合い、共有した。そして、事例提供をしたことの気づきと事例検討内容を共有した気づきをまとめた。

### 5. 倫理的配慮

事例検討をする対象者を決定する上では、保健センター保健師係長と民生部保健師係長が、担当保

健師から援助の状況を把握し、適切な時期に必要な検討が行なえるように、相談して決定した。事例検討会では、問題を理解し今後の援助方針を検討する上で、個人を特定して話し合うことが必要であるが、検討に用いた資料は、事例検討会後に事例提供の保健師が回収した。地域検討会の場においても、今後どの保健師も援助に関わる可能性があるため、個人を特定した上で報告することが必要であるが、個人情報に記載された資料は地域検討会後に事例提供保健師が回収した。公表の段階では個人が特定されないように、共同研究者間で文書をよく吟味した。

研究への同意を得た方法は、要援助者については、研究の趣旨や個人の人権保護等について、業務担当保健師が文書を用いて説明し、文書で同意を得た。事例検討会に参加する関係者については、事例検討会の案内文書を送付時に、共同研究の一環であることを明記し、また、当日に、教員から文書を用いて、研究の趣旨や個人の人権保護等について説明し、文書で同意を得た。保健師の上司（保健センター長と民生部部長）に対しては、共同研究者である保健師係長から、文書を用いて研究の趣旨や個人の人権保護について説明し理解を求めた。本研究計画は、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. 事例検討会の内容

事例検討会は、7月と12月に2回実施した。1回目は独居高齢者の事例、2回目は精神障がい者の事例であった。援助関係者は1回目9名、2回目11名が出席し、活発に意見交換が行なわれた。

#### 2. 事例検討シートの検討

##### 1) 事例検討シート（様式）の決定

教員からの情報提供（ジェノグラム・エコマップを用いた事例検討の実際やその様式）や、介護支援専門員の研修会で紹介された様式を参考に以下の事例シートを作成した。

表1 事例シート（項目のみ表示）

事例提供者名、対象者の性別、年代、事例区分、事例のタイトル、事例の概要 直接把握した本人・家族の情報<身体・精神・食生活・排泄><家族関係・家族の介護、育児力・近所づきあい><生活環境・住環境・衛生面><生活歴> 専門職・地域住民・行政機関関係者から入手した本人・家族の情報 家族構成図（ジェノグラム）、家族と親族・近隣・友人・公的機関の関わり図（エコマップ） 把握したきっかけ、支援が必要な家庭と判断した理由、これまでの支援経過、事例検討にあげた理由と検討したいこと、今後の援助方針（次回フォロー時期）
--

次に、第1回事例検討会の事例提供予定の保健師が、この事例検討シートに対象事例を落としこみ、地域検討会において話し合った。事例提供保健師の気づきとして、「支援が必要な家庭と判断した理由」と「事例検討にあげた理由と検討したいこと」は記入する内容に重なりがみられたが、保健師の判断を明確にできた、事例をシートに落とし込んでみると、資料作成作業の過程で援助の振り返りができ不足している情報や援助が見えてきたとの気づきがあった。

地域検討会参加者からは、「エコマップ・ジェノグラムを見て本人、家族、社会資源との関連がよく理解できた」、「エコマップを活用し今後の援助方針もエコマップの中に表すとより関係性が理解しやすくなる」との意見が出た。一方で、「必要最低限の情報に絞った事例シートを提示し、今後どのように援助していくかを円滑に話し合うことに重点を置いてはどうか」、また、「事例提供保健師はある程度誰にどういった役割を担っていくべきかを予想して事例検討会に望むべき」との意見が出た。

以上の意見を参考にし、事例検討シートの項目を以下に決定した。

表2 事例シート修正版（項目のみ表示）

事例のタイトル、事例にあげた理由、エコマップ、ジェノグラム、援助経過 本人の意向・家族の意向、今後の課題、事例検討会での結果、モニタリング後の現在の状況
---

#### 3. 事例の分析結果

検討した2事例のうち、公表の同意が得られた1事例について報告する。

##### 1) 事例検討にあげた理由

80歳代女性Aさん、要介護2、独居。近所にいる息子家族とは往来がない。近隣町に住む孫が時々様子を見に来る。本人は独り暮らしを強く望んでいる。公的な援助を受けず暮らす自信があり、拒否

的である。近頃、倒れているところを近所の人が見つけ救急車で病院に行くが、その後自宅療養となった。認知症もある。

## 2) 事例にあげた理由の確認

本人の希望をかなえるためには、一人暮らし生活を支える体制づくりが必要である。そのためには、別居家族の協力が必要かつ、家族以外の援助者による連携した援助が必要である。

## 3) 今後の援助判断と援助内容

本人の希望をかなえる上で、主に3つの対象者の現状が問題点としてあがった。各援助関係者（ケアマネージャー、ヘルパー、主治医、保健師、民生委員等）が把握している情報交換をしたことにより、援助関係者同士での気づきがあり、それに対する今後の援助方法を検討した。

表3 情報交換による援助関係者同士の気づきと今後の援助方法

対象者の現状	援助関係者同士の気づき	今後の援助
孫だけでは今後の援助方針の決定は難しい	民生委員と息子は地元の運動クラブの仲間だった	ケアマネージャーが民生委員と協力し息子に働きかける
自分で調理できず、栄養状態、体調が悪い	食事介助、定期的な見守りが必要	ヘルパーによる定期的な訪問に向けて説得
認知症により今後の援助判断、自己決定が難しくなる	本人の意思を書面で残す方法がある	本人の介護の意向、終末の希望を書面に残す

## 4. 事例の分析による保健師の気づき

- ・検討で使用したエコマップ、ジェノグラムから本人の生活の様子や本人や家族の援助関係者がわかりやすくなった。
- ・本人の思う自己像と援助関係者の状況判断には差があり、その差を埋めるような援助も必要となる。
- ・事例検討会後のモニタリングはケアマネージャーに任せることとなった。保健師がモニタリングの有無を確認していない。継続したモニタリングやモニタリングの担当者に対する継続的な援助が必要であった。

## 5. 地域検討会で共有したことによる保健師の気づき

- ・各援助関係者自身の地区での活動や交流、本人とどのように関わっているかを話したことで、どの援助関係者が家族の誰と接点を持っているかが分かり、家族全体の様子も見えてきた。
- ・共通の方針を立て、援助関係者ごとの役割が分かった。
- ・援助をしていく上で、保健師だけの検討とは違い、視野が広がった。多くの事例を援助してきた人の意見が参考になった。
- ・民生委員との連携がとりやすくなった。
- ・福祉とのつながりが深くなっていることを実感した。
- ・要援助世帯の抱える課題が多様化、かつ複雑化しており、部門を超えた連携や個々のケースに応じた援助体制を作ることの重要性を実感した。

## 6. 今後の活動にいかす点

- ・使用したエコマップ、ジェノグラムから本人の生活の様子や本人や家族の援助関係者を明確にする。
- ・関係者を交えた事例検討会により、各援助関係者の個々のつながりを生かし、新しい援助役割を持つことが可能となる。
- ・定期的実施しているケア会議で情報交換された要援助者をリストにして、誰が、いつ、モニタリングされたかを、確認していかなければならない

## 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

#### 1) エコマップ・ジェノグラムを用いた事例検討が有効であると確認できた

事例検討での情報共有を有効にするためにエコマップ・ジェノグラムを用いた事例検討シートを作成した。作成過程において、援助の振り返りができ、不足している情報を確認できた。また、事例検討したい理由を明確にすることが、今後の支援に重要であることに気づくことができた。関係者がどのように関連しているか見て分かるようになり、援助の役割分担をイメージしやすいものとなった。

2) 事例検討会を実施し共有することの重要性を確認できた

関係者が事例検討により対象の情報が集約・共有され、対象への援助の方向性が関係者全員で確認できた。さらに保健師間で事例検討の成果を共有することは、事例に直接関わっていない保健師であっても対象理解を深め援助を判断する能力の育成につながると考えられた。今後も事例検討と共有を継続して行うこと、援助が必要な人のリストを作成して援助経過を確認できるようにしていくこととなった。

3) 関係者との連携が深まった

民生委員や主治医などの関係者と直接顔を合わせて検討する機会が持てたことで、その後の情報交換が容易となり、保健師と関係者との連携が深まることとなった。

## 2. 現地側看護職の受け止めや認識

事例検討と共有を重ねることにより、所属を超えた他職種・関係者と連携する重要性、個々の事例に対応した援助体制を作る必要性、保健師の判断能力育成につながる実感を得ることができた。

## 3. 本学教員がかかわったことの意義

1) 看護実践の改善につながったこと

事例検討実施にあたり、教員からエコマップ・ジェノグラムを用いた事例提示の方法について情報提供をした。事例検討会に参加し、気づきを述べることで、事例を見て判断する視点が追加された。事例検討と保健師間で共有することの意義を客観的に示すことに貢献した。

2) 大学教育の充実につながる

単独訪問実習を実施している施設であり、対象者を見る視点や必要な援助の判断について、保健師による学生指導の充実につながる。

3) 看護職者の生涯学習支援につながる

管理職保健師の1名は本学大学院修了生である。前年度と同様、大学院修了生が目指した活動の後方支援と考えている。また、保健師等の集団全体で、要援助世帯への援助方法を検討し、援助の振り返りをする機会になっていると捉えている。

## V. 共同研究報告と討論の会で討議した内容

「地域のニーズに即した地域包括支援センターの活動の充実・活性化に向けた取り組み」との合同討議であった。

継続援助の方法についてA町地域包括支援センターでの取り組みが報告された。A町では高齢者の実態把握調査を実施することで、援助が必要と思われる高齢者を訪問している。地区ごとの民生委員や関係者による地区連携会議にて気になる高齢者の情報を把握し、実態把握調査という形で訪問している。その後継続して訪問する時期等については、訪問した者が判断し書面にて明記している。継続して訪問する主担当は、民生委員であったり地域包括の保健師であったり、対象の状況により判断している。

介護予防教室参加後のフォローの判断基準について報告があった。A町では、家庭訪問によるフォローが必要と判断する対象を、閉じこもりが予測される人、家で体を動かしていない人、生きがいがいない人としている。教室参加前と後の家庭訪問により対象との関係をつくり介護予防の意識づけをしていくことを重視していることが報告された。

住民の援助ニーズを把握する方法について、乳児訪問によって高齢者が把握されることがあり、どこに所属している保健師であっても、対象の生活状況・家族も含めて捉えることが保健師として重要な視点であることを確認した。援助が必要な人を把握し継続援助するためには、地域包括支援センターと保健センターとの密な連携が必要であることが検討された。

## 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

松下光子 坪内美奈 森仁実 北山三津子 山田洋子 宮島ひとみ 会田敬志 岩村龍子  
大川眞智子（大学） 木全豊 上野牧子 高田めぐみ 伊藤なぎさ（垂井町保健センター）  
長野昌章 武藤達也 井上久美子 村瀬恵理 木村育子（山口市・健康課）  
加藤智治 足利恵信 馬場優子 山川亜樹子 迫口理絵 榊原愛 浅野有里 河村幸子  
高木美智代（輪之内町保健センター）

### I. 目的

健康日本 21 地方計画は、都道府県、市町村が策定、実施することとなっているが、計画策定に取り組む段階の市町村、中間評価、最終評価の段階にある市町村など、さまざまであり、多くの市町村が悩みながら進めている。計画を実現していくためには、いずれの段階においても、日常業務の中に確実に組み込んでいくことを念頭において実施することが必要である。本共同研究の目的は、健康日本 21 地方計画の策定・実施・評価について、各市町が日常業務と連動させながら確実に推進する方法を検討することである。

本研究課題は、4 年目の取り組みである。平成 19 年度は、1 市との共同研究として、住民との協働を通して健康日本 21 地方計画を策定する取り組みを推進した。20 年度は 1 市、21 年度は 2 市との共同研究として、策定した計画を有効に実施する方法を検討した。健康日本 21 地方計画は、多くの市町村が取り組みの課題を感じているものであり、平成 22 年度は、3 市町とともに取り組むこととなった。計画の策定や実施は、各市町の状況にあわせて進めていくことができるようにする必要がある。しかし、その際に、他の市町との情報交換ができると、互いに知恵を出し合うことができ、有効であると考えられる。そこで、平成 22 年度は、共同研究に参加している 3 市町の合同会議を定期的に行いながら、進めることとした。

### II. 方法

以下 2 つの取り組みを通して、健康日本 21 地方計画の策定・実施・評価について、各市町が日常業務と連動させながら確実に推進する方法を検討する。なお本取組の推進にあたっては、管轄する保健所の担当保健師とも連携を取るよう努めた。

#### 1. 各市町における取組の推進

各市町の健康日本 21 地方計画の策定・実施・評価の取り組みを各市町の現状に合わせて推進する。各市町は、保健担当課の業務として課長、担当者、課員が協力して取り組んだ。大学教員は、必要時各市町に出向いて、取り組みの推進について会議に参加してともに検討を行った。

#### 2. 合同会議の開催

年 3 回共同研究合同会議を開催し、各市町の取り組みの現状報告と意見交換を行う。3 回の合同会議を開催した。会議の会場は、3 市町が交代で場所を提供した。合同会議では、各市町が経験を出し合い、相互に具体的な助言を行った。大学教員は、会議の進行役をつとめた。

#### 3. 倫理的配慮

B 市における取組について、市での取り組みを推進している住民に対して、文書を用いて本共同研究の目的、方法、公表の方法などについて説明し、文書で承諾を得た。また、文書により所属部長の了解を得た。本研究の計画は、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. 各市町の取り組み内容

##### 【A 町】

##### 1) 策定にあたっての基本方針

A 町では計画策定がなされないままに保健事業が行われ、住民が積極的に健康に向かって行く指標が理解されないままになっている。今回新規策定にあたり保健事業の再認識、再確認とともに各課、各計画との整合性の確認と一体化を図り保健事業の評価指標を明確化する。

##### 2) 計画策定の進め方

保健センター運営協議会において町独自の地方計画が必要であることを説明した。

住民の実態をアンケート調査なく把握するため、保健所、各関係課で策定の計画から統計を収集した。保健所と協力し、ヘルスプランぎふ 21 の評価指標についてデータを集めて、市町村別の比較をした。特定健診の問診項目を集計し県との比較を行った。同項目を 30 代健診からも集計し青壮年期の実態とし後の評価項目とした。次世代育成計画、介護保険計画、老人福祉計画より関連事業を抽出し重複しないよう調整し目的に合致しているか検討した。内部会議を繰り返していくことで食育基本計画のめざす農業自給率までの盛り込みは困難となった。共同研究の情報交換の中で、食育基本計画は、

策定後評価する項目で保健部門の事業だけの評価しか可能でないと助言をいただいた。従って分野の中では「栄養・食生活」とし保健部門の事業だけの計画とした。

### 3) 取り組みの成果

分野を「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・こころの健康」「歯の健康」「たばこ・アルコール」「健康管理」とし各期の住民の取り組みを明確化し分野に対する地域の取り組み、行政の取り組みと保健事業の適応を検討した。数値目標とめざす姿を明確化した。

町独自の計画を策定し評価目標を設定することで保健事業の根拠が明確化し再認識でき再確認することができた。また計画策定のプロセスの中で事業と町の実態を明らかにすることができた。これから住民に計画を公表することで積極的に健康に向かう指標が理解されることを願っている。

### 【B市】

#### 1) 取り組み内容と経過

B市は、住民主体の健康づくり活動の実現を重視して、健康日本21地方計画の推進に取り組んでいる。平成18年3月に計画を策定し、本年度は5年目になる。後期計画策定に向け健康B21推進委員会による中間評価を実施し、前期計画の進捗状況に対する課題の整理を行った。また、市民の現状を把握するアンケート調査を実施し、前期計画策定時の課題とあわせた市民の健康状況と課題の整理を行い、後期計画推進の目標とした。後期計画推進の具体的な方策については、地域の団体から推薦と公募により選出された委員から構成した「新元気もり森会議(企画運営委員会)」により検討し、市民・地域・行政が取組む内容を整理した。今後は、この行動計画に基づき活動を展開していく予定である。

### 【C町】

#### 1) 取り組みの内容と経過

C町では、平成13年度に策定した計画の最終年度である。町の事業として住民を対象とした健康日本21および食育計画に関する現状把握調査を実施しての最終評価を実施した。また、数値目標達成度、現状把握、保健事業等実施評価より、今後10年の新たな健康計画を策定した。事業実施の中で、健康計画の方向性、目標をより反映できるような事業実施、評価についての検討を行った。

#### 2) 今年度の取り組みから感じたことや考えたこと

これまで、町のスタッフのみでの事業評価方法だったが、最終評価にあたり他市町の評価方法や住民意見の把握方法などの状況を聞くことで、より計画内容を反映できるような事業実施や評価について考えることができた。住民に、計画や健康づくりについての関心をより深めてもらうためにも、今後は、推進会議等での実績や評価報告だけでなく、具体的な健診結果等の現状を広く住民に伝えていく必要があると感じた。また、住民に情報を伝える際には、対象によって興味を持つ現状にポイントを絞って伝えることで、効果的に健康づくりへの関心を深めることにつながるのではないかと感じた。

今後も事業評価等計画の進捗管理をしていく中で、他市町村の評価方法など様々な意見や方法を取り入れ、検討していくことで、今後の中間評価での計画見直しや計画策定に役立てていきたいと感じた。

## 2. 共同研究合同会議

### 1) 第1回合同会議

(1) 日時：平成22年6月11日(金)10:00-12:00

(2) 出席者：13名

(3) 意見交換内容：計画策定に関すること、実施に関することについて、以下のような意見交換が行われた。

#### ①計画策定に関すること

○アンケート調査の項目、住民の声をデータにする方法、策定委員会に住民の声をどう取り入れるか  
食育も含めて計画に入れていく予定にしている。健康日本21にも食の部分があるので、それらを生かしていく。地産地消に関するものは食育から新たに加わる項目になる。

住民が健康を語る会を開催したが、参加者が次第に減少し、団体の活動も不活発ということから、地域の現状をとらえるために、全戸訪問を行った。まず地域づくりを目指して取り組んでいる。

各団体から推薦してもらうことと公募で策定委員を募った。健康に関心がある人に声をかけた。

#### ○既存の計画やデータを現状分析に活用する方法

アンケートを行っても回収率が低いので、有効な調査にはならないという問題がある。既存のものを使えるとよい。

既存のデータは、もともとデータを集めるときの目的が違うので、活用するのは難しい。既存データの目的や特徴を確認する必要がある。

#### ②計画の実施に関すること

○日常業務と計画をどう連動させるか、住民との協働の方法、課内での共通認識づくりの方法

住民の力はこれから高めていく段階である。保健事業と住民の主体的な活動の関係、協働のあり方

とはどのようなものだろうか。

課内の共通認識づくりには、話し合いが大事ではないか。

## 2) 第2回合同会議

(1) 日時：平成22年9月28日(火) 14:00-16:10

(2) 出席者：14名

(3) 意見交換内容：計画策定に関する事、実施に関する事、評価と見直しに関する事について、以下のような意見交換が行われた。

### ①計画策定に関する事

○住民の思いを把握するにはどうしたらよいか

住民の思いを把握知りたいのはなぜか。計画策定にあたり、めざす姿を出していくためには、住民の声を聴くほうがよい。

主観的健康感調査の際に入れたほうがよい。

団体の代表者に話を聞いた。健康について取り組んでいること、困っていること、団体の活動についての考えなどを聞いた。考えを聞く機会に、計画のことを知ってもらうこともできる。

○計画の目標設定項目数を絞り込む方法

重要度と取り組みやすさを重ねて整理している市町村がある。

### ②計画の実施に関する事

○計画や事業を住民に知ってもらう方法

いろいろな機会に資料を持ち歩いて示す。他の地域との比較でデータを示し、住民の関心を高める工夫をする。たくさんの情報を示すのではなく、分かりやすい一つだけを示すほうが伝わる。

知ってもらいたい人に知ってもらえているかを考える。

### ③実施後の評価と見直しに関する事

○これまでの計画活動の評価をどうやって行うか、新たな活動を組み込むためにどう取り組むとよいか

当初の目的をはっきりさせたら、評価できるのではないか。

住民主体の活動を目指した場合の成果とは何か。住民が健康に少しでも関心を持ち、いろいろな動きが出てきたことが成果と言えるのではないか。

## 3) 第3回合同会議

(1) 平成22年12月20日(月) 14:00-16:00

(2) 出席者：13名

(3) 意見交換内容：計画の策定と実施に関する事について、以下のような意見が出された。

### ①計画の策定と実施に関する事

○食育の関係課や生産・流通等の各団体や事業所等との連携の程度・方法について

食育計画関係の団体、産業課、農協、地元農家、生産流通団体などに、健康な体づくりとの関連を理解してもらうのは大変だった。関係団体とは産業課を通して連携予定だが、取組んでもらえるか。

地産地消は産業課と連携している。食育条例があるので、関係課にはそれを根拠に役割分担してもらった方がよい。

給食センターに話を聞きにいった際に、地産食品の消費量は県に報告していることがわかり、先方から地産地消について目標にいれてほしいと言われた。

食育の範囲は広いので、自分たちは健康づくりに関する部分を担うが、それ以外の流通や経済に関する部分は他課にまかせるなど、役割分担をしたほうがよい。そのために条例もある。

○健康増進計画(後期計画)策定中で、この中で保健活動についてどのように記述するか。

後期計画をどう通常の保健事業にいかしていくか。保健活動の根拠となるように計画にのせたい。

保健事業の評価として、見直しや継続の必要性など検討して資料にする。本文には具体的な保健事業までは記載していない。

現状分析として、これまでの事業分析はしたが、本文には入れていない。

C町は、10年実施して次の健康増進計画立案の段階。だから、最初の10年間の保健活動の総括をして次にすすむ段階。A町は初めて計画を立てるので、保健活動の現状分析をして今後の計画を立てる段階。B市は中間評価をして後期計画なので、最初の目標をふまえて前期でた課題に対してどう解決していくか方向性は出すとよい。最終的な目標とどう関連するかはおさえておく。回数など具体的に出すと財政的にできないこともあるので、注意が必要。

○保健活動の評価のことを考えて今からどのようにしておくか。

最初の段階で目標をたくさんあげても全てを評価できない。評価の段階で優先度を決めた。目標を絞り込んでおくとよい。

A 町は心疾患での死亡率 10 万対が高い。なぜ高いのかの理由や対策を説明できるとよい。既存事業でできるのか、新規事業が必要なのかなど。課題を出してきたときに他の市町とも比較してどこにターゲットをあてていくか、優先度をきめておくといよい。

目標を絞り込むのは難しい。最終的にはどういう健康の状態になりたいのかという住民のえがきを基に考えた。活動の評価は質と量の両側面から行う。目標は、分野ごとのライフステージ別に出すと、評価の段階で難しいので、分野ごとに特に問題のある年代に対する目標を決めておくといよい。

#### IV. 共同研究としての本取り組みの意義

##### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

いずれの市町も、計画の作成、あるいは推進および評価について、推進することを求められている状況にあり、それらの取り組みは、今年度の各市町の予定に沿って着実に実施された。その推進にあたって、他市町との意見交換の機会を持つことにより、具体的な取り組み方法に関する困りごとについてお互いの経験を伝えあい、自市町の取り組み方法を考えることができた。

##### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

計画作成や推進、評価の取り組みの進行に合わせて、合同会議の場で他市町に聞きたい内容が変化していった。今現在の困りごとと少し先を見越した疑問点が意見交換の際には提示され、今後の取り組みへの示唆を得る意見交換が行われていた。初回の合同会議では、どのように話し合うか明確なイメージがないまま始まった。しかし、3 市町ともこれまでのさまざまな活動の経験があり、大事にしたい考え方があり、それらを生かして相互に活発に効果的な助言が行われた。他市町の取り組みから考えたり学んだりする機会となった。

##### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

共同研究として取り上げ、合同会議の場を設けて進めるという方法を取ったことにより、保健所管内が異なったり、また、活動の進行状況は異なったりする市町であっても、健康日本 21 地方計画の推進という同じ課題に取り組む仲間としてじっくりと話し合いをする機会を作ることができた。市町相互の意見交換を取り入れたことにより、実践に即した助言を得ることができるようになった。

#### V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討議したいこととしては、「健康増進計画の目的に向けて、保健活動を確実に推進していくにはどのように取り組むとよいか」を提示した。

討議の参加者は、共同研究メンバーに加えて、4 つの市町の保健師、共同研究の合同会議に参加していた保健所保健師、教員、学部学生等であった。

まず、A 町から、今年度の取り組みについて追加の報告を行ってから、討議に入った。

A 町の保健師から、今年度計画を作成したが、今後、毎年度の評価、中間評価と進んでいく際に、どのように評価に取り組んでいくとよいか、毎年度の評価について、意見をもらいたいという提案があった。このことについて、各市町の取り組みについて意見を求めた。

B 市では、これまでは、年 2 回推進委員会を開催して、事務局から報告をして委員が感想を述べるという形であったが、今年度に中間評価を実施してみて、評価方法は一番最初にきめ細かく計画しておく必要があると感じたことから、今後は、行動目標の実施状況について報告し、取り組みを話し合う形の毎年度の会議を行いたいと考えているという報告があった。また、C 町では、これまでの取り組みとして、年 1 回の会議で受診率などの数値になっていることは報告してきたこと、すべての数値目標について毎年度の報告することは困難であるので、重要な目標に焦点を絞って報告していくとよいと考えていること、事業評価をしっかりと報告し、検討するとよいという意見があった。

共同研究メンバー以外の市町からは以下のような取り組みを行っているという意見が出された。数値目標の評価という点からは、毎年度計画時のような実態調査をすることは難しいので、中間評価、最終評価の段階で予算を組んで調査を実施することが必要である。事業化するという目標は、予算化の必要がある。今年度は中間評価として計画作成時と同じ実態調査を行い、その結果から、現在の実態の背景を検討し、行政が取り組むこと、住民が取り組むこと、共同で取り組むことを何度も会議を開いて話し合った、などであった。

中間評価や最終評価における数値目標の評価とともに、毎年度の評価としては、事業や活動への取り組み状況をしっかりと確認することが重要であること、そのことが計画と日常業務をつなげるという課題に対応することになることを確認した。

次に、住民との協働という視点から、共同研究メンバー以外の市町における次のような取り組みが出された。まずは、計画作成の段階で、公募と各組織の代表者などからなる 50 名程度の住民がメンバーとなり、計画を作成し、中間評価でもそれらの人たちと会議を行って評価をしたという取り組みである。公募で加わったメンバーは会議が繰り返されるうちに中断する人もいたが、40 名程度は最後まで参加した。これらの人たちは、取り組みへのやる気がある人たちであり、自分たちで計画を作った

という気持ちを持っていると感じる、ということであった。

住民とのかかわりとしては、パブリックコメントを求める、実態調査の結果データを様々な場面で住民に報告して、返していくという取り組みも紹介された。実態調査の結果や作成した計画を住民に伝えていくことの重要性や多くの機会をとらえてわかりやすい方法で住民に伝える必要性については、本共同研究の合同会議においても同様に議論がされていたことから、住民と共有する、住民に伝える必要性について確認できた。

## 医療機関における継続看護

## 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・健康管理センター） 大内晶美（同・内科糖尿病センター）  
大橋靖子 中村真希 長谷川直美 平野友恵（同・内科糖尿病センター）  
政井ゆかり（同・内科外来） 竹内ともみ（同・透析センター）  
田村正枝 松本葉子 宇佐美利佳 森本藍（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、わかっただけ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の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7月～平成22年1月までに本大学で、5回、3事例について検討した。

・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であり、中途の参加希望者も随時共同研究メンバーとなった。

・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1事例と入院から外来へと継続支援した患者1事例、外来患者1事例、計3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（2222）を受けた。対象患者には、参加への自由意思、プライバシーの保護、データの管理・使用について明記した説明書をもとに説明し、文書で同意を得た。また、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B（入院から外来へと継続支援）

##### ①患者の背景

50歳代の男性、2型糖尿病（糖尿病歴約30年）で、糖尿病性腎症・網膜症・末梢神経障害・脳梗塞を合併している。脳梗塞の発症に伴い、血糖コントロール目的で入院する。治療は食事療法（2160kcal）、インスリン自己注射と内服薬である。賃貸アパートに一人暮らしで、無職のため貯金で生活している。食事準備など食生活においてはサポートしてくれるパートナーがいる。

##### ②患者の教育支援と経過の概要

発症以来、長年放置していたが、4年前に教育入院の上、インスリン療法を導入した。しかし、退院後数か月で中断し、脳梗塞を発症して入院した。合併症の自覚症状もあり、「間食をやめようと思う」、「禁煙するつもり」と言うが、すぐに「退院後は続かないと思う」と生活管理に向けた意欲が感じら

れない。継続できない生活状況を振り返り、方法を一緒に考えるようにかかわった。糖尿病の再教育開始から約2週間目に、突然、明確な血圧・血糖値の目標設定と、間食中止と禁煙の強い意思表示があり、具体策を提示したところ患者なりに真剣に取り組む姿勢がみられた。

### ③検討会での検討内容の概要

#### A) 患者の努力や工夫を認める・褒める

〔退院直後〕外出時、「野菜カレーとフライドポテト、ハンバーガーを1つ食べた。」と報告があった。食べ過ぎではあるが入院前の食習慣から考えると、ビーフカレーを食べたいところを野菜カレーにし、いつもならハンバーガー2つ食べていたかもしれないので、基準と照らし合わせての評価ではなく、このような会話や記録の中から患者なりの努力を認める声掛けをしていく必要がある。これ以外にも入院中は、禁煙や血糖値の記録、外出（泊）時の患者なりの食事の工夫など、努力を認めたり、できている部分は褒めたりしていた。

〔退院後1ヶ月〕入院中からの目標であった禁煙を達成していたため、成功体験をより意識づけられるように努力を認める支援をしていた。また、退院後の血糖コントロールが良好であるため、それに対しても肯定的な評価を患者に伝えるという働きかけがされていた。

#### B) 患者のニーズに合わせて具体策を提示する

〔退院直後〕喫煙や間食に関しては「やめなければ」と言いながら努力がみられない状況であったが、突然の強い意思表示に際して、具体的な努力状況とやめることが困難な理由について話し合っていた。そこで喫煙や間食の理由として「口さびしい」「イライラする」「1回喫煙に出ると5本ぐらい吸ってしまう」などの情報が得られ、「口さびしい」、「イライラする」に対しては、0カロリー飴の試供品の提供と販売場所の紹介、喫煙に関しては「1回にたばこ1本のみを持って喫煙に行く」という提案をしたところ、さっそく提案を取り入れた努力がみられた。

#### C) “糖尿病とともに自分らしい生活をイメージする”ことができるように、ともに考える姿勢で働きかける

〔退院直後〕「退院後は続かないと思う」と生活管理の意欲が感じられない状況であり、初回の外出時の暴食から体調不良におちいり、運動療法は行えず、体重増加や血糖値の悪化を体験した。その頃、薬剤師や医師とのかかわりから「そんなに悪いんだね」と病状の深刻さを認識し、合わせて体調の変化・不調を感じたことから、行動変容の動機づけになったと思われる。療養行動やデータ目標を確認し、その対策を考えることも大切であるが、その背景となる現実の受け止め方や将来展望をともに考える姿勢で働きかけ、他者に話すことを支援する必要がある。また、ここでは「A) 患者の努力や工夫を認める・褒める」のような評価者的なかかわりではなく、患者の相談者としての立場が重要であり、支援活動では相談者としての隙を見せる必要があるのではないかと検討された。

〔退院後1ヶ月〕患者から「まだ死にたくないので頑張っている」という発言があった。看護職から働きかけたわけではないが、サポートしてくれるパートナーの存在があったため、医療者と一緒にはなくパートナーと将来展望について話し合うことができ、それが日常の生活管理の継続にもつながっているようであった。

〔退院後2ヶ月〕自覚症状は血糖コントロールが良好な結果、入院時よりは良くなっている感覚（体の変化の自覚）があるものの50歳代という年齢で無職であることから「将来設計として」就業可能な身体状況かどうかと考えたとき、就業を阻む様々な身体状況が気になり「自覚症状や生活に関する不安な発言」が外来受診時に患者から聞かれた。このことから、経済面など今後の生活を具体的に考えるにあたって、改めて自分の置かれている状況を実感したと考えられる。この不安がコントロールを脅かすものにならないよう、話を聞き、サポート可能な部署や他職種との橋渡しをするなどの支援を通して不安の緩和を図るとともに、相談できる状況を確保するためにも傾聴を図っていく必要がある。

#### D) 自分の状態をアセスメントできる感覚を高められるように働きかける

〔退院直後〕生活の改善を図っていく上で、“自分の体調の変化に気付ける”というような体験的に不調を感じることは行動変容の動機付けとして重要である。外泊や外出時には食事前後に血糖値を測定したり、高血糖の原因と考えられる出来事を血糖値と一緒にメモしておくという看護師の働きかけから、そのメモを通して血糖値から食事の量や質を振り返ったりと、自らの行動の影響に関心を持つようになっていた。同時に身体感覚・体調も意識してみると、変化に気付くことができるようになって考えられるため、今後は受診時に一緒に振り返り評価していくことを積み重ねることが重要になる。

〔退院後1ヶ月〕SMBGのデータを確認しながら話を聞くと、「血糖をよくしようとご飯の量を減らしすぎたら、低血糖を起こしてしまった。」と、低血糖の自覚があり原因についてもアセスメントできていたり、高血糖値の欄に「ケーキ」と記載があったりと、患者自身がアセスメントしていることを一緒に振り返る支援を行っていた。

#### E) サポーターとの関係維持を支援する

〔退院後 1 ヶ月〕入院中からパートナーが栄養指導に参加し、退院後も食事を作ってくれたことで血糖コントロールが達成できていた。食事のサポートだけではなく、それを通して支えてくれていたという感覚が B 氏の生活改善意欲を高めていたと考える。しかし、このサポートを失うことは生活改善にも破綻をきたす結果になると看護師側は危惧していたため、糖尿病療養継続支援に患者と一緒にパートナーが参加した際に「パートナーの作ってくれる食事のおかげでコントロールが良い」という看護師の評価とともに、患者からも「パートナーのおかげであるという」発言が聞かれ、継続したサポートの可能性がうかがえた。

#### F) 患者自身も食事を選択する力を養っていけるように意識付けを行う

〔退院後 1 ヶ月〕パートナーとの関係性だけに頼るのではなく、患者自身も外食や総菜などで適切な食事を選択する方法を習得していく必要があると考えられ、今後の課題として検討された。

### 2) 事例 C (昨年度から継続支援)

#### ①患者の背景

50 歳代の女性、2 型糖尿病（糖尿病歴 11 年）で、糖尿病性腎症（ⅢB）、糖尿病性網膜症を合併している。HbA1c は 13% 台で推移している。食事療法（1440kcal の指示）と運動療法、インスリン自己注射で管理している。夫と姑、長男の 4 人暮らしで、家族で自営業を営んでいる。

#### ②患者の教育支援と経過の概要

5 回目の入院後、約 1 年経過している。糖尿病に関する知識はあるが、家族の生活を中心に考え、同じような食生活の中でなぜ自分だけ病気になるのかということを受け入れられず、行動変容ができない。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る。

#### ③検討会での検討内容の概要

##### A) 患者が生活の中で重視している役割を果たす上で、健康管理が重要であることに気付けるような働きかけをする。

〔退院から 1 年後〕「自営業で家族は肉体労働をしているから満足できる食事を用意しなければいけない」、「過去には自分も重機などを動かして家業を担ってきた」、「夫は仕事で疲れているので一緒にウォーキングしてとは頼めない」、「姑の味に合わせて家族もこってり系が好き」など、家族に配慮したり、家族の要望に応えることを大事にしている。C 氏にとっては家族の中での役割を果たすことが重要で、そこに存在価値を置いている。自覚症状もないため、家族内の役割を果たす上では健康管理が重要であることに気付けるような働きかけをしていく必要がある。

〔1 ヶ月後〕できない理由を生活上のストレスとともに聞くことに終始し、改善点の明確化や具体的方法に話を進めることができないままである。ただ、「病気であることについてどう思うか」と気持ちを表現するように促したところ、家族について「食事は食べただけ食べて、仕事以外はたいして運動もしないのに毎年検診を受けても血液データには異常がない」と同じような生活を送っている家族の中で自分だけが糖尿病であることについて力を込めて「どうして自分だけ、くやしい」と表現され、自己を客観視し将来像を描く前提として支援モデルに示してある【糖尿病および治療が必要な状態に対する気持ち】の表出につながった。しかし、感情は表出できたが、病気の自分を受け止めるには至っていない。C 氏の場合、自己客観視は現在の食生活を継続している限り存在価値として大事にしている家族の世話を本人が予定しているよりも早くできなくなるかもしれないということである。外来での支援時には、そのことに気づけるよう、今後の人生設計について意図的に話し合ってみることも 1 つの方策ではないかと検討した。

##### B) カウンセリング的なコミュニケーションのみでなく、看護師として生活管理に向けた確固たる姿勢を見せてもよいのではないかと。

〔退院から 1 年後〕糖尿病療養支援の面談時に C 氏は「子供たちの揉め事に巻き込まれたり、相談が重なりストレスがたまる」、「昼食はその時の状況によって外食になることもあるが、朝から予定しているわけではないのでインスリンを持っていないこともある。」などと、血糖コントロールができていない理由を延々と話す。「こんなに忙しかったらストレスも溜まって、自分のことだけなんてできないですね」と同意を求められると看護師は否定することもできず、仕方なく同意してしまっている。看護師は、C 氏は知識もあり努力もしているが、それが継続できない状況であると捉えている。カウンセリング的に傾聴するだけでなく、看護師として何か改善しなければいけないと生活管理に向けた確固たる姿勢を見せてもよいのではないかと話し合った。

### 2. 支援モデルについて

自己客観視を促す支援活動は「尊重する（理解を示す、受け止める、聴く）」であるが、合併症などの自覚症状が少ない場合、自己客観視を促す方法として傾聴姿勢以外の手法も必要かもしれないと検討したが、取り組みの成果が得られていないため引き続き検討していく。

退院後に血糖コントロール状況が良好な B 氏と HbA1c 高値が続いている C 氏を比較すると、自己客

観視をするためには、事例 B のように誰かから大切にされている自分に気づけることも重要であると考えられる。看護師以外にも患者に理解を示し受け止めてくれる存在が必要であり、サポーター支援を明記することについて、検討を要する。

## VI. 考察

今回、継続的に支援した 2 事例は様々な意味で対照的な事例であった。1 事例目の B 氏は 30 年と長い糖尿病歴でありながら、死を意識して初めて糖尿病と向き合おうとし始めた段階の患者であり、2 事例目の C 氏は 11 年間糖尿病と向き合おうとしているが、糖尿病である自分を受け入れられない段階でとどまっている患者である。B 氏は生活を変えなければいけないと感じた段階で具体的に生活を変える方法を提示する支援を受け入れ、それに取り組んだことで成果を体感でき、その工夫や努力を認めてもらおうといった支持的支援を受けて、支援モデルにおける【その人なりの工夫で見いだした自己管理行動による実行】の段階にあると考えられる。そこに至るには心身ともに支えてくれるサポーターの存在も大きく影響していた。一方、C 氏には具体策を提示したり、ともに考える状況に踏み込むことが出来ず、【自己客観視を促す】という支援の糸口が見いだせないままで経過していた。【自己客観視を促す】支援活動として、患者を【尊重する】、【理解を示す】、【受け止める】、【聴く】といった方法を支援モデルでは提示しているが、検討会では患者が自己管理できない状況に同意を求められる状況に対して、否定すべきかどうかを検討していた。つまり、患者が自己客観視できない状況を否定的に捉えており、それが出来なければいけないと患者の評価者になっている状況である。B 氏は血糖値にも改善がみられ、看護師の視点で見て努力もみられたため、患者の言動を好意的に受け止め、相談者として【尊重する】姿勢が B 氏に感じられたのではないかと考える。C 氏に対しては、長い膠着状況から「知識もあり、努力もしている」と認めてはいるものの、成果がみられない状況から支援者である看護師自身がそれを信じられない状況にあり【尊重する】といった相談者としての姿勢が C 氏に伝わっていない状況にあることも考えられる。支援者としての看護師は患者に【自己客観視】として自己洞察を求めるが、その過程においては看護師自身にも患者とのかかわりを振り返る【自己客観視】が求められるのではないだろうか。正木<sup>1)</sup>は慢性病患者の援助過程を振り返る中で援助の方向性や患者にとっての援助者としての看護師の存在の影響などを問い直し、患者の肯定的な側面や看護師の望む方向に患者を導こうとして患者の真に望む方向を見いだそうとしていなかったのではないかと、援助姿勢の反省点に気づいたと述べており、援助者の姿勢として内省の必要性を示唆している。検討会では、サポーターによる支援も含め、具体的生活改善方法が見いだせないことで、検討会参加者全体が患者の肯定的側面や真に望む方向を表面的には受け止めていながら、C 氏に対して姿勢として示すことができていなかったのではないかと考える。C 氏が表出した「くやしい」という感情は看護師が【尊重する・聴く】といった姿勢を示した成果でもあるといえる。このような相談者としての姿勢が継続できるよう、今後の検討会においては、患者の【自己客観視】について話し合う際に、援助者自身の感情や姿勢についても同時に振り返る必要があることが示唆された。

## 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

糖尿病で自己管理困難と捉えていた事例を、看護師は努力しない人、出来ない人と捉える傾向があった。しかし、糖尿病は長期にわたる自己管理を要する疾患であり努力が報われて成果が認められる時期もあればそこに向かえない状況にある時期もある。どんな患者も「努力している人」、「努力できる人」とであると看護師自身が信じることで、評価者のみの姿勢で支援するのではなく、相談者としての役割も得ることができる。30 年も糖尿病を放置しており、入院時には「やる気がない」とみられていた患者も、退院後には入院中の支援を活用して努力している状況が検討会参加者に紹介されたことで、参加者全員が「患者は努力する存在」とであると再認識でき、相談者としての姿勢で患者に接する下地が形成されたといえる。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

新規メンバーは全員病棟勤務者であり、B 氏は全員がかかわったことのある事例であった。退院後外来に引き継いだものの今回も治療や自己管理が継続出来ないのではないかと半信半疑の状態である人が多かった。しかし、外来支援の状況を聞き、入院中の実践がどのように患者に活かされているのかを知ることで、自分の実践の意義を知ることにつながっていた。そして、この振り返りから、患者との関わりを深く持てるようになったと感じるという参加者の評価もあった。

また、支援する場が異なっても援助が継続されていることを知ったり、検討会で討議された内容を実践した成果がみられたりすることで、異なる部署に所属するもの同士の情報や意見交換の必要性が認識されていた。

### 3. 本学（大学教員）がかかわったことの意義

看護職の支援は患者と一対一の関係で実践されることが多く、その支援状況を個人で振り返ることは困難である。施設内ではカンファレンスや同じ患者にかかわった看護職同士の会話など振り返りの機会がないわけではないが、患者を診る視点としては集団の価値観として形成された視点で見ること

につながることもあり、真の患者を捉える振り返りにつながらないこともある。現場での雰囲気や患者の捉え方を共有していない教員とともに実践を振り返ることで、これまで気づかなかった患者の新たな面を知ったり、看護師自身の内省を引き出したりすることが可能となる。また、自分の実践が患者にとってどのような意味があったのか、普段の実践の中では気づけない看護の意味を見いだす機会になったと考える。

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過程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。

報告会での発表と討論のあり方に関する事前の打ち合わせや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。

## Ⅷ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

- ・ 支援モデルの内容をどのように実践で行っているか？  
→ 検討会では体験事例を検討し、その中で支援モデルと照らし合わせて検討している段階である。
- ・ サポート資源の活用について  
→ サポーター（家族など）の側から支援者としてかかわる必要性について意見があった。
- ・ 事例Cの患者は生活背景に非常に難しい問題を抱えており、これ以上頑張ろうという気になれないのではないかと思った。治療面で支援し、それをきっかけに意欲を出してもらえたらよいのではないかと感じた。カウンセリング的コミュニケーションも大切で、糖尿病患者への支援は療養指導が大半を占めている。そのため、身体面についての介入が薄らいでいるような気がしている。糖尿病性腎症の進行やインスリンの増量が必要となっている等、病状悪化していく患者も多いため、医師と十分連携をとっていく必要があると感じた。  
→ 患者の「くやしい」という感情表出から、患者の大変な努力を初めて認識することができた。看護師は、この患者は努力し病院受診しても、周囲からダメな患者というレッテルを貼られているのではないかと感じ、患者と一緒に生活を改善していきたいと感じた。  
→ 治療的側面も重視し、他職種との連携として医師と情報を共有する必要性に気づかされた。

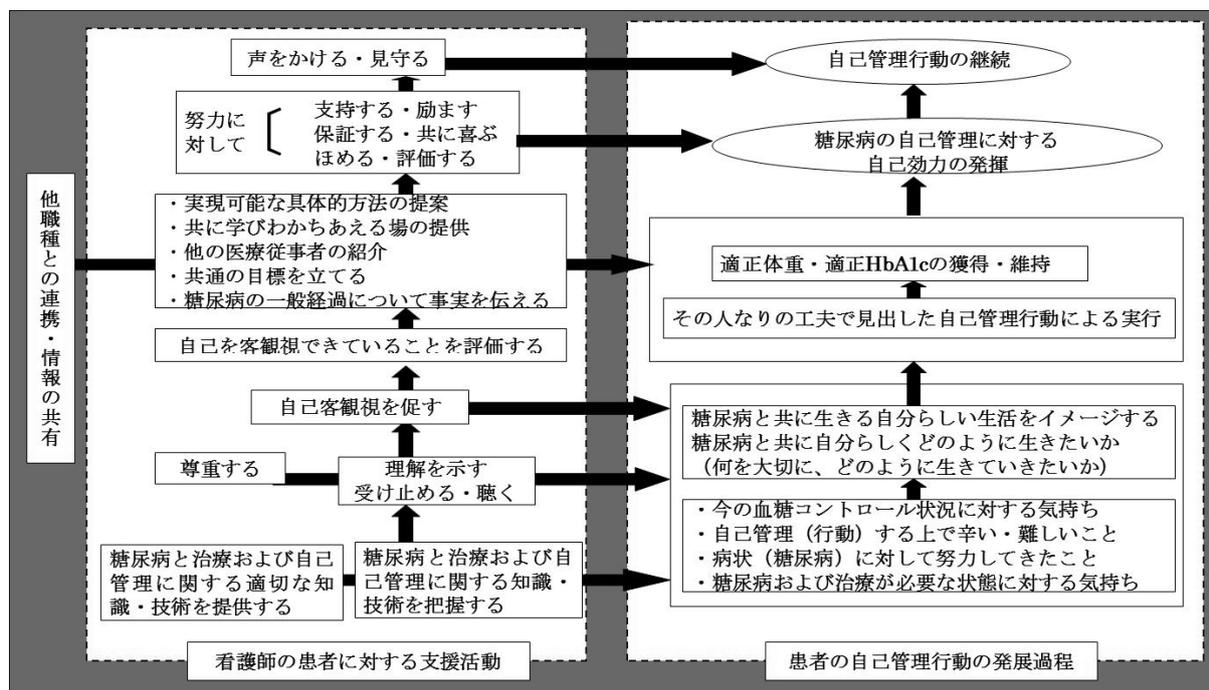


図1 『糖尿病患者の自己管理行動を引き出す支援モデル』

## 文献

1) 正木治恵: 慢性病患者の看護援助の構造化の試み 糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して(その2), 看護研究, 27(1); 49-74, 1994.

# 過疎地域診療所における外来看護充実のための問診票付外来診察予約券の取り組み

安江ゆり 今井利佳 桂川恵美 荻田和子 青木裕見子 (東白川国保診療所)  
普照早苗 藤岡敦子 森仁実 藤澤まこと (大学)

## I. はじめに

A 診療所では、外来診察前後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が難しい現状を感じていた。また、患者自身からも診察後に「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状況がしばしばあったことから、短時間でも利用者が有効に外来診察を受け、自宅に帰ってからも支障なく療養生活を送ることができるように、工夫・検討する必要性を感じていた。

昨年度はまず、共同研究者間で検討を行ない、従来の診察予約券の裏面に、新たに患者や家族が記入できる問診項目を作成した(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、備考欄には「ご家族、ご本人様から先生に伝えたいこと、聞きたいこと」を自由記載できる欄を作成)。しかし、この問診票を活かした具体的な患者への教育的かわりや方法をどのように説明すればよいか、看護師間での対応が未確立な部分もあった。

そこで今年度は、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、外来看護充実のために、継続的支援が必要な利用者の把握や外来での支援方法を検討することを目的とした。

外来診察予約券 次回 週後		問診表	
カルテ番号		診察日または前日にお書き下さい。	
氏名		残っているお薬はありますか？	
月 日 時 分	診察・投薬	ある ( ) 日分 ・ない	
月 日 時 分	診察・投薬	最近体調に変わった事はありますか？	
月 日 時 分	診察・投薬	ある ( ) ・ない	
月 日 時 分	診察・投薬	ある方#1・食欲がない( )	
(ご家族・ご本人様から先生に伝えたいこと・聞きたいこと)		#2・痛いところがある( )	
		#3・夜眠れない( )	
		#4・物忘れが激しい( )	
		#5・気持ちが落ち込む( )	
		(その他)	
		記入日 月 日	
		[看護師の対応]	
		#	
ご不明な点や変更等がありましたら、お電話にてお問い合わせ下さい。			
NTT( )   -			
有線 -			

図 1. 昨年度改善した問診票付外来診察予約券 (B6 サイズ、両面)

## II. 方法

### 1. 外来患者を対象にしたアンケート調査

- 1) アンケート調査用紙の作成：共同研究者間で外来診察予約券の裏面に問診票を導入した後の患者の受け止めについて明らかにするため、調査項目を検討した。
- 2) 調査項目：①性別、年齢、外来受診頻度、②問診票の記入状況(している場合としていない場合の現状)、③問診票導入後の患者自身の意識の変化、④患者自身が自分の健康に関して気をつけたいと思っていること、⑤今後外来診療や外来看護に望むこと
- 3) 対象者：外来患者のうち、本研究の趣旨を説明し、理解と同意が得られた人にアンケート用紙を配布した。配布は、現地看護職が実施、回収箱に提出されたことを以て同意を得たものとした。
- 4) アンケート調査実施期間は9～11月末
- 5) アンケート結果は、エクセルにて単純集計し、自由記載内容については共同研究者間で協議し、内容分析を行なった。

### 2. 継続支援中の外来患者および家族への面接調査

研究目的、方法等を共同研究者である現地看護職から説明し、本研究の趣旨に理解と同意が得られた場合に日程調整をし、大学教員と面接をした。面接調査開始時に、再度文書を用いて研究概要を説明し、同意と許可が得られた場合は、本人から同意書に署名をもらった。調査期間は8～9月、1回の面接とし、1時間以内とした。その際、途中で都合や体調が悪くなった場合は中断可能であることも説明した。

### 3. 共同研究者間での検討会の実施

上記1、2の結果について、共同研究者間で共有し、外来看護充実のための支援方法について話し合いをもつこととした。

#### 4. 倫理的配慮

結果は本研究の目的以外に使用することはなく、個人情報の匿名性に配慮しデータは厳重に保管・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た。

### Ⅲ. 結果

#### 1. アンケート調査結果

1) アンケート用紙を739部配布し、736名の回答が得られた(回収率99.6%)。患者の性別は、男性307人(42%)、女性413人(56%)であった(図2)。年齢は70代が275人(37.4%)と一番多く、以下80代195人(26.5%)、60代137人(18.6%)等であった(図3)。外来受診頻度は、8週間に1回が244人(33.2%)と一番多く、以下12週間に1回が104人(14.1%)、4週間に1回が101人(13.7%)の順であった(図4)。

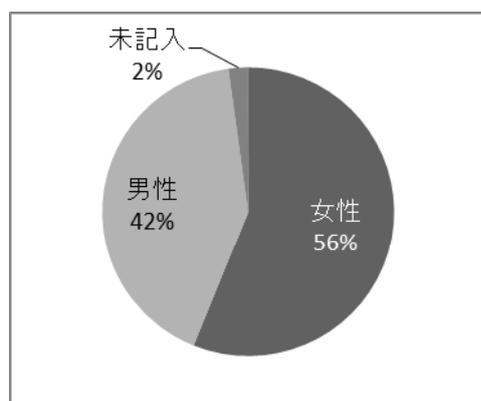


図2. 性別

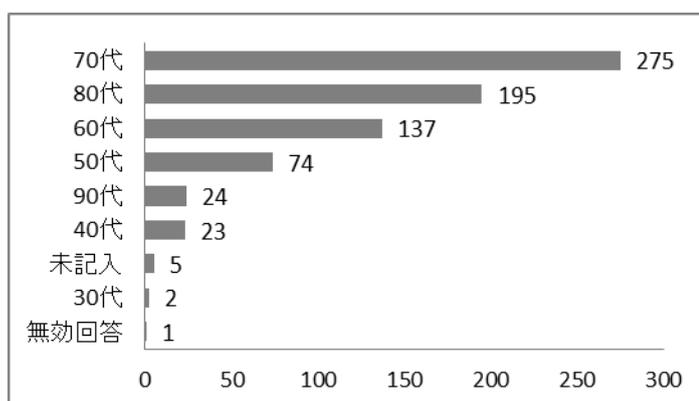


図3. 年齢 (年代別)

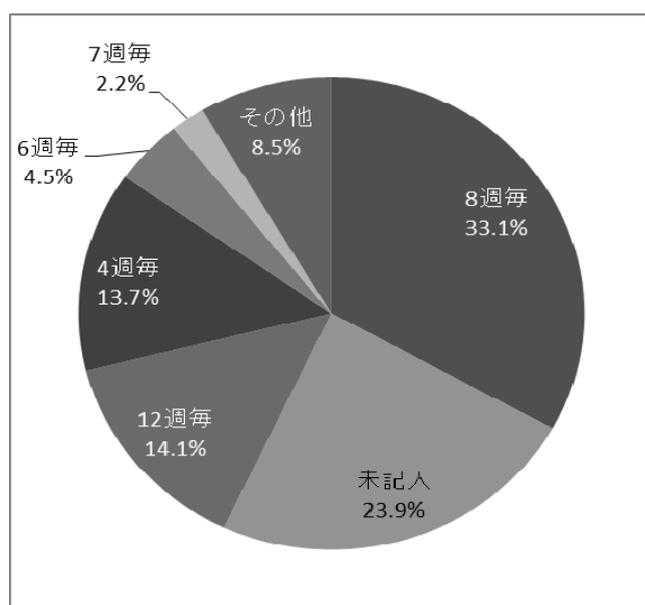


図4. 外来受診頻度

2) 問診票の記入状況として、「している」288人(39.1%)、「していない」416人(56.5%)であった(図5)。記入している人が誰かの問いに対しては、「本人」207人(71.9%)、「家族」27人(9.4%)であった(図6)。

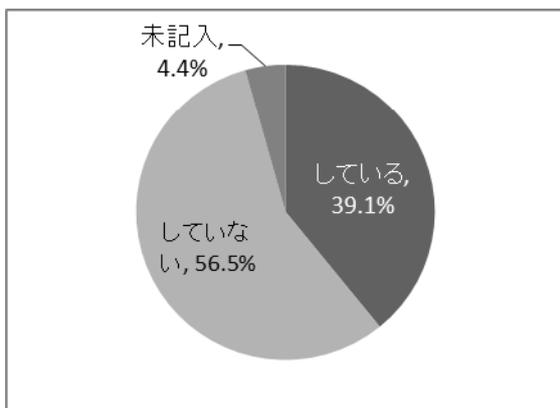


図 5. 問診票の記入をしているかどうか

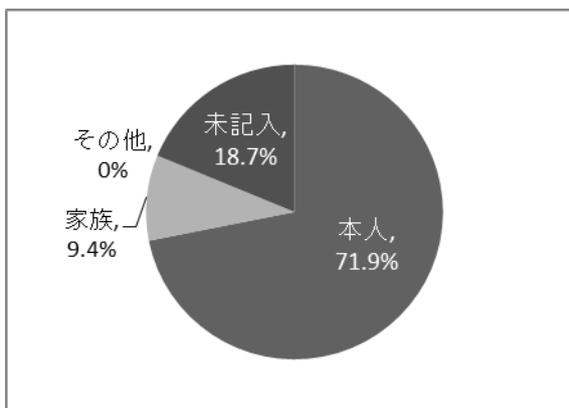


図 6. 問診票の記入者

問診票が追加されたことについてどのように思うかに関しては、「よい」205人(71.2%)、「特に何も思わない」66人(22.9%)、「よくない」1人(0.3%)であった(図7)。

また、問診票に事前記入しない理由を複数選択回答で尋ねたところ、「うっかり忘れてしまう」177人、「面倒」28人、「看護師に書いてもらえる」26人の順であった(図8-1)。ただし、「その他」の回答者が一番多く、その内容を自由記載から確認したところ、「知らなかった、気付かなかった」が圧倒的に多かった(図8-2)。

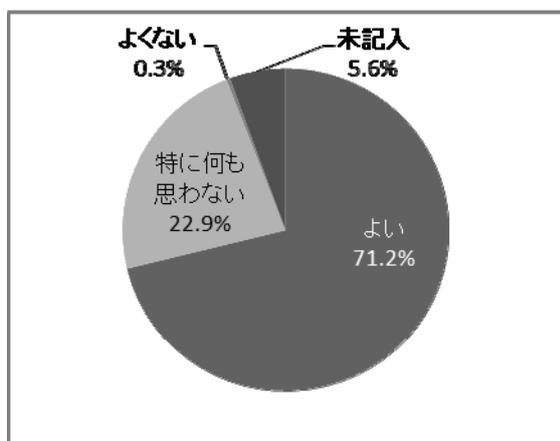


図 7. 問診票が追加されたことについて

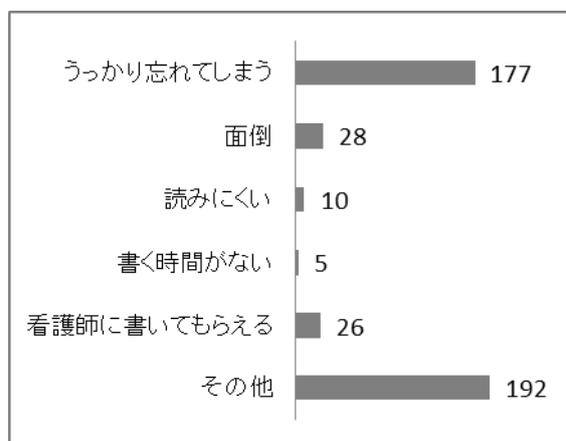


図 8-1. 問診票に事前記入しない理由

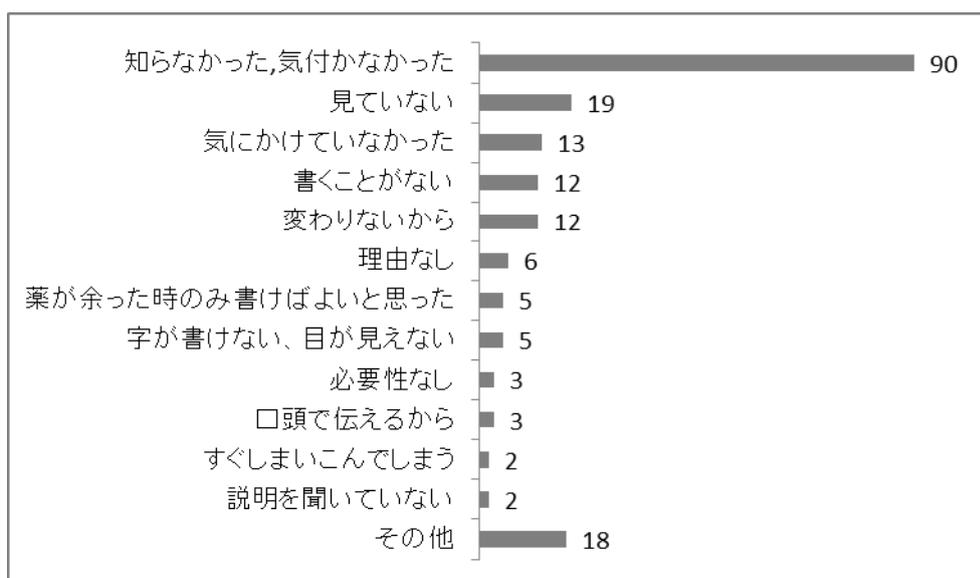


図 8-2. 問診票に事前記入しない理由：「その他」の記載内容

3) 問診票導入後の患者自身の意識の変化(複数選択)については「特になし：303人(41.2%)」が一番多かったが、以下「薬の残りを以前より気にかけるようになった：174人(23.6%)」等であっ

た(図9)。「その他」の自由記載内容では、「前もって自分の気付いたことや考えを書いておけるため、伝えたいことを忘れない:4人」、「薬が余っている時は、書いて調整してもらえる:4人」等があった。

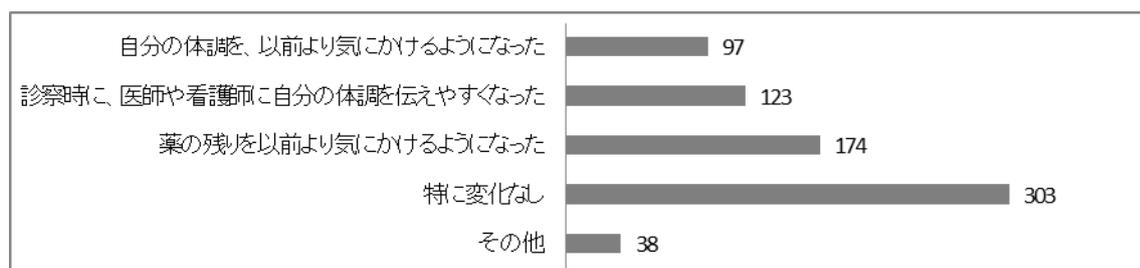


図9. 問診票導入後の患者自身の意識の変化

## 2. 面接調査結果

外来患者3名、家族1名に対し、半構成型面接調査を実施した。4名(内、夫婦1組)の外来患者の面接調査結果から、2回の検討会を経て、患者個々の継続支援の現状と課題および今後外来において継続支援する上での対応方法が整理できた。以下、その内容を表1に示す。

表1 面接調査対象者の事例検討から明らかになった療養生活上の課題および継続支援する上での対応方法

A氏 女性 70代前半、疾患名:C型肝炎、頸椎の痛み	
<b>課題</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診の際の交通手段が不便である。(診療所へはバイクもしくは支援バスで通っている)</li> <li>・受診の際、医師や看護師に自分の聞きたいことは自ら尋ねることができており、病気との付き合い方、対処の仕方について特に困っていることはない。</li> </ul>
<b>対応方法</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在は、セルフケア能力が高く自分なりに対処できているため毎回の受診時に本人の療養生活状況を確認し、維持できるように支援していく。</li> <li>・外来診察予約券の問診票については、書くのが面倒だという意識はないため、セルフケア維持のために「前回受診日から今日までの間の体調について」記載してきてもらってはどうか。自身の体への関心が増し、健康への意識もより高まるのではないかと。</li> </ul>
B氏 女性 60代後半、疾患名:糖尿病、B氏の夫 60歳代	
<b>課題</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視力が悪いので、問診票に自分で書くことが困難。書こうと思えば書けるが、できれば受診した際に看護師から尋ねてほしい。</li> <li>・薬の調整は主治医と相談しながら行なっているものの、低血糖発作が頻回に起きる。</li> <li>・自分の性格として、思ったことを率直に専門職に伝えられないことがある。</li> </ul>
<b>対応方法</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状でも実施している対応を基本的には継続。具体的には、視力が弱いということで視覚的に困難な作業については、看護師から本人に尋ね記録などは支援する。</li> <li>・低血糖対策については、本人の療養生活状況を看護師から情報収集し、医師と情報交換のうえ薬物療法の経過観察を継続する。</li> <li>・本人に対しては、なるべく専門職者から話しかけ状況把握に努める。他職種にも同じように接してもらえよう促す。</li> </ul>
C氏 男性 60代前半、疾患名:糖尿病	
<b>課題</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「内服薬が残っており、受診前に自己調整していたこと」、「足のむくみについて症状があっても以前の受診時に訴えられていないこと」など問題点が明確になった。</li> <li>・外来での測定や検査などとても忙しく、足部の観察までは難しい状況である。</li> </ul>
<b>対応方法</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病患者が受診した時は、ルーチンで必ず足部を観察するなど考えていってはどうか。</li> <li>・受診時に毎回の観察するのが困難であれば、2回に1回は観察するなど。</li> <li>・まず「むくみはないか」を聞き、あると訴えた患者については観察していけばよいのではないかと。その結果をカルテの血圧と体重測定値を書く横のスペースに記載してはどうか。</li> </ul>

上記の事例検討実施後、C氏に関しては、症状が出ているときに医師・看護師に対して訴えがなく、今回の面接調査において問題点が発覚したことから、表中の対応方法に加えて、直後に関わりをもつこととした。

#### IV. 考察

##### 1. 問診票付外来診察予約券が患者自身に及ぼした影響や有効性について

結果より、問診票に記入している人の約 7 割が、問診票が追加されたことに対して「よい」と答えている。問診票導入後の患者自身の意識の変化では、残薬を以前より気にかけるようになった、医療者に自分の体調を伝えやすくなった、自分の体調を気にかけるようになったなどプラスの変化があることが確認できた。この結果から、問診票の導入により、患者自身の生活や身体状況について振り返るきっかけになっていると判断できる。さらに、問診票の記入があることにより、診察前の患者と看護師のやり取りの中で患者の状態をアセスメントすることができている。医師も、問診票に記入されたことをカルテに転記し、気に掛けている現状がある。会話だけのやり取りだけではなく、問診票に文字として残しておくことは、継続的なかわり及びセルフケア指導につなげるためにも有効であると考えられる。

一方、問診票に事前記入をしない理由において、その他の自由記載を書いた半数弱の人が「知らなかった、気付かなかった」と回答している。A 診療所では、外来看護師により、問診票の記入について直接口頭での説明および掲示はしている。ところが、待合室は顔なじみの患者同士が集まり、コミュニケーションの場となるため、話に花が咲き、説明を聞き逃したり、掲示物に目がいけないことが関係していることが考えられる。外来受診頻度を見ても半数弱が 8 週間以上前回の受診から期間が空き、過疎地域という特性からも、患者同士がコミュニケーションをとる有効な場となっている。また、今回調査した患者の 6 割余りが 70 歳代以上の高齢であるという点からも、問診票の事前記入の周知の方法を再考し、さらに活用がなされるように検討していく必要がある。

##### 2. 外来における継続支援が必要な患者の把握について

アンケート調査において、患者自身の意識の変化で「薬の残りを以前より気にかけるようになった」、「薬が余っている時は、問診票に書いて調整してもらえ」等の患者の自己管理における前向きな姿勢が伺えたが、面接調査の中では残薬があり、受診前に自己調整していたケースもあった。医療職者の前では自己管理できない自分を見せない患者もいる。また、むくみなどの症状が出ていても以前の受診時に訴えられていないという問題点も明らかになり、問診票には書かれない現状を面接調査の中から捉えることができた。

そのほか、アンケート調査結果より、問診票に事前記入しない理由のその他の記載内容に「字が書けない、目が見えない」など、問診票の記入に対して不都合のある患者もいることがわかった。また、面接調査からも、視力の低下から問診票に書くことが困難であり、できれば看護師から尋ねてほしいという要望や、思ったことを率直に専門職に伝えられない患者がいることも共同研究者間で共有することができた。これらより、患者個々の状況によっては、問診票に記載できない要因もあることを考慮し、これまで通り、煩雑な外来業務の中でも患者に積極的に声をかけ、情報収集をし、継続的支援が必要な患者の把握に意識的に努める必要があることを再確認した。

#### 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

今回の取り組みは、当診療所の外来看護部門において、昨年度新規に実施した内容を看護師全スタッフで共有し、研究を進める中でその評価を実施し、看護実践を振り返るよい機会となった。また、今年度アンケートを実施したことで、昨年度から導入した問診票が患者にあまり知られていなかった事実があったことを発見できた。アンケート実施による問診票の周知という副次的効果も得られ、外来患者による理解が進んだことは、今後の取り組み継続に役立ったと考える。

##### 2. 現地側看護職の受け止めや認識

昨年度に引き続き実施したことで、新たな取り組み、実施、評価という一連の流れで看護を振り返ることができてよかった。当初は予測もしていなかった結果もあり、今後の外来看護に活かしていけると考える。また、2 年間同テーマで継続したことで、外来スタッフ全員がそれぞれの役割をもち、共同研究報告と討論の会においても、発表者、討議への参加も積極的に行えたことから、これからの自施設における看護研究への取り組みにも十分活かしていけると思われた。

##### 3. 本学教員がかかわったことの意義

複数年度の研究であったことから、会議の持ち方やディスカッションの進め方など徐々に互いの連携を図りながらスムーズに取り組むことが可能となった。単年度で終結するのではなく、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、新たな視点を取り入れながら看護職自身の看護実践の向上、生涯学習支援としても意義があった。次年度についても、今年度の取り組みを活かし、新たな課題解決に向けて共同研究を継続する予定である。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討論では、質問に対して補足説明を交えながら、取り組みを通しての効果、感想、外来利用者への継続的な支援をより充実させるために、どのように看護援助を実践していくかに関する意見交換がなされた。

### 1. 処方通りに薬が飲めず残ってしまう利用者に対して

上記利用者に対しては、どのような指導しているか質問があった。共同研究者である現地看護職からは、問診などの際に残薬の状況や薬が飲めなかった時の具体的状況を尋ね、投薬のタイミングが調整できないか検討する。例えば、昼の薬は忘れやすいが朝はきちんと飲む人の場合、朝にまとめて飲めないかを医師に相談している。なお、院外薬局が1ヶ所であるため連携が密であり、処方箋に服薬状況などの情報提供すべきことを書いてFAXで送るようにしている。この薬剤師は、利用者が投薬されている薬をほぼすべて把握しているので、服薬内容や方法についての的確な提案をしてくれる、との現状が紹介された。本研究を実施したことで、外来利用者の服薬状況についても、より情報を得ることができているため、外来看護師が得た情報に関して、関係部署に伝えていくといった協力体制も強化されている状況である。

### 2. 潜在化するニーズの掘り起こしに関する方策

今回面接したC氏のように残薬をなくすためにまとめて薬を飲んだり、むくみがあっても医療職者に自分から訴えない人があり、やはり問題が潜在している事例がある。このような問題に対して工夫していることがあれば教えてほしい、と共同研究者から問いかけたところ、B診療所に所属する看護師から以下の発言があった。

予診を行い、その中で状況を把握したり、法人内の訪問看護ステーションなど他部門と情報共有して把握する努力をしているが、同じような問題を抱えている。ひとつの工夫として、確認の必要性が高いと思われる利用者に対しては、家庭訪問（無料）を実施して状況を把握するということであった。

また、別の参加者からは、このような問題を抱える人には、地域包括支援センター等との協働が求められるのではないかという意見があった。共同研究者が所属する施設の自治体は、高齢化率が高いため、役場が「見守りの輪構築事業」を立ち上げ、介護保険サービスの利用がなく、かつ、診療所の定期受診もしていない独居高齢者をリストアップし、家庭訪問する取り組みを実施している。診療所看護師も訪問活動の一部を実施しており、この事業を通して潜在的ニーズをもつ高齢者が発見されやすくなると思われる。

## 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

岡崎奈美 中村千代美 細江かおり 田口里美 松原千春 藤掛政子 古橋由季 (下呂温泉病院・B3病棟) 熊崎さつき (下呂温泉病院・内科外来) 田口めぐみ (下呂訪問看護ステーション) 藤澤まこと 普照早苗 藤岡敦子 黒江ゆり子 (大学)

### I. 目的

2007年度に、A医療機関の整形外科病棟では、継続看護委員、「継続看護・リハビリグループ」の看護師を中核として、退院後の生活の視点を持った入院時アセスメントや、多職種参加の入院時カンファレンス（リハビリカンファレンス）を企画・開催する退院支援を試行した。その取り組みをふまえて病棟看護師に意識調査を行い、病棟における退院支援の取り組みの利点との課題を明確にし、その解決に向けて検討した。それが入院時アセスメントの充実や、多職種参加のカンファレンス開催の推進につながった。2008年度から、病院全体として、スクリーニングシートを用いた入院時アセスメントや、退院前カンファレンス（以下、ケア会議と示す）を開催した患者を対象に、受け持ち看護師が業務の一環として家庭訪問に出向くことが可能となった。2009年度はチームとしての退院支援の取り組みが充実し、外来看護師との連携方法を検討し、ケアマネジャーとの連携も推進された。

そこで本年度は、当該病棟の卒後2年目の看護師を対象に退院前カンファレンス・家庭訪問を取り入れた教育的な取り組みを行いその学びを把握する。また、退院支援の必要な患者が入院時から退院後を見据えた支援が受けられるように定期的な退院支援カンファレンスを新たに取り入れ、事例検討や家庭訪問も継続して取り組むことで、退院支援における看護実践の向上および看護師の意識の向上を目指す。それらの取り組みにより、退院支援の充実に向けたスタッフ教育の方策について検討する。

### II. 方法

#### 1. 2年目看護師への教育的取り組み（ケア会議・家庭訪問への参加）

1) 対象者：卒後2年目の看護師2人

2) 取り組み内容：2年目看護師への教育的取り組みとして、ケア会議への参加・家庭訪問の実施の機会をつくり、取り組みによる学び、今後の課題、および自身の退院支援の振り返りの記載を共同研究者である看護職から依頼した。それより、取り組みの教育的効果について検討する。

#### 2. 病棟看護師の退院支援の取り組みへの継続支援、および振り返りの機会としての意識調査の実施

退院支援の取り組みの振り返りの機会として質問紙調査を実施し、調査結果より定期的な退院支援カンファレンスによる事例検討の効果や、家庭訪問による退院後の療養生活把握の成果・課題を明確にし、スタッフ間で共有する。質問紙の作成は共同研究者である病棟看護師及び教員間で話し合いの上行なった。質問紙の配布と回収は病棟看護師が担当した。

#### 3. 倫理的配慮

研究協力者には、研究目的・方法、データの管理、公表時の匿名性の配慮等を文書を用いて説明し、了承を得た。また研究参加は自由意思により、研究途中での協力の中止を保障し、情報は本研究の目的以外に使用することはない。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（通知番号：2218）。

### III. 結果

#### 1. 2年目看護師への退院支援の教育的取り組みから得られた学び・今後の課題

1) 対象者：卒後2年目の看護師2人

2) 取り組み内容：

当該病棟の卒後2年目の看護師は2人であり、A看護師はケア会議に2回参加し、家庭訪問は1回実施した。B看護師はケア会議に3回参加し、家庭訪問は2回実施した。

表1 2年目看護師への教育的取り組み（ケア会議・家庭訪問への参加）

	ケア会議への参加	家庭訪問の実施
A看護師	2回：7月、1月（H23）	1回：7月
B看護師	3回：6月、12月、1月（H23）	2回：7月、1月（H23）

3) 退院支援の教育的取り組み実施による2年目看護師の学び・今後の課題

卒後2年目の看護師に、教育的取り組みとしてのケア会議への参加、家庭訪問の実施後に、ケア会議への参加による学び、家庭訪問の実施による学び、今後の課題と考えたこと、および自身の退院支援の振り返りの記載を依頼した。その記載内容を整理し、以下に示す。

(1) ケア会議への参加による学び

①患者は入院前の状態と違っており、家族の不安は大きかったと思う。その不安を軽減できるようサービスの選択がされ、患者や介護する家族のを中心に考えることが大切だと改めて感じた。

②患者・家族の希望に沿い、介護負担を軽減するためには、多職種との情報共有やケアプランの検討が必要であることを学んだ。

③家族から「リハビリの様子を見て（家に帰っても）大丈夫だと思った」という言葉が聞かれ、患者の現在の状態を見てもらうことが、家族の安心にもつながることがわかった。

④看護師側から一方的に話すのではなく、家族が心配に思うことをしっかり聞いていた。家族が納得し、安心できなければ、患者は退院できないことを改めて感じた。

⑤退院後も困った事などがあればケアマネジャーに相談できることを家族に伝えることで、家族は安心して介護ができると学んだ。

⑥会議に際して、病棟看護師が、入院時からの経過や病状、薬、ADL、夜間の状態など患者のことを十分理解しておく必要があると学んだ。

(2) 家庭訪問の実施による学び

①患者の退院後の様子、生活環境を見させてもらえたことで、入院中の患者の退院後の生活を今までよりイメージできるようになった。

②退院する際、家族は大きな存在で家族背景、理解力、協力度をしっかりとアセスメントし介入していくことが必要だと学んだ。

③ケア会議で情報共有し、介入方法を話し合うことが退院後の生活にとって大切であると学んだ。

④退院後に家での生活のなかで必要であれば、新たなサービス利用や環境の整備ができることがわかった。

⑤患者の疾病（身体）の状態は入院時とほとんど変らななかったが、表情がとても穏やかであり、やはり患者にとって、自分のペースで家で生活することが、身体にもよい影響を与えることがわかった。

(3) 今後の課題と考えたこと

①自宅へ戻る患者・家族の介護力をアセスメントし、退院指導する内容、時期を見極め、効果的に指導が実施できるようにする。

②退院支援に関するサービスや、社会資源利用の流れなどの知識もつけていきたい。

③入院中からケアマネジャーと情報共有をし、退院までに必要なことを把握し、退院後に不安や困ったことがないように入院中に関わっていけるようにする。

④地域との関わりを大切にし、ケアマネジャーともしっかり情報共有し退院に向けていろいろな職種と関わりをもっていけるとよい。

⑤自分が迷った時、困った時には自分から相談することが課題である。早めに相談をして、助言を得ながら、退院支援の実践力をつけていきたい。

(4) 自身の退院支援の振り返り

①家族との関わり：病棟で会えない時は電話で確認し、その都度家族の思いも聞きながら関わる事ができた。

②チームメンバーへの相談：受持ち患者の支援で自分一人では解決できない時は相談し助言を得た。

③退院支援カンファレンスでの問題提起：退院支援が必要な患者は問題に上げて検討し、支援の進捗具合をそのつど報告した。

④リハビリカンファレンスの開催：手術後早期に行い目標が明らかになり、情報共有できた。

⑤退院調整看護師への相談：家族に社会資源の利用について説明してもらった。

⑥ケアマネジャーとの関わり：来棟時に家での生活状況について聞いたり、入院中の様子を伝え、情報共有することができた。必要と思う時にはこちらから連絡をした。

## 2. 病棟看護師による退院支援の取り組みの継続による成果・課題（質問紙調査結果）

1) 調査対象者：当該病棟看護師 19 人から回答を得た。

2) 質問内容

- ・スクリーニングシート・情報収集シートの活用で退院支援に活かされたこと
- ・リハビリカンファレンスへの参加で退院支援に活かされたこと
- ・ケア会議への参加で退院支援に活かされたこと
- ・家庭訪問・訪問事例の共有で得られたこと
- ・退院支援カンファレンスでの検討により退院支援に活かされたこと
- ・退院支援を進めるうえで困難に感じていること
- ・訪問看護師との話し合いの意見・感想

3) 分析方法：質問紙調査の自由記載の回答内容を質的に分析し、意味ごとに分類した。

4) 分析結果（以下、分類は〔 〕で示す。）

(1) スクリーニングシート・情報収集シートの活用で退院支援に活かされたこと

スクリーニングシート・情報収集シートの活用で退院支援に活かされたことは、〔入院時、入院中のアセスメントに活かされている〕6件、〔早期に対応できるようになった〕6件、〔先の見通しが立つようになった〕3件、〔退院後のサービス利用の検討に役立った〕3件、〔家族の情報把握に活かされている〕2件の5つに分類された（表2）。

表2 スクリーニングシート・情報収集シートの活用で退院支援に活かされたこと (n=19)

分類	記載例
入院時、入院中のアセスメントに活かされている(6件)	特にスクリーニングシートは、入院後約2週間目で再スクリーニングを行うので、入院時にアセスメントした内容で退院後の生活で気になる点があった場合は振り返りができる。 入院時に退院後の生活の事を踏えてアセスメントすることで今後どのような介入が必要かが分かり、早期に情報収集や調整ができる。
早期に対応できるようになった(6件)	入院時から、退院支援に対して、どこに着眼すべきかがわかりやすくなった。 “早期から関わる必要がある”という意識が高まってきた。 入院時に入院前の生活や社会資源の活用状況、介護度など一通り情報収集することで、患者さんによってはその情報から早期の退院調整が必要な場合、その必要性を判断でき、早期から関わっていきける。
先の見通しが立つようになった(3件)	シートがある事で必要な情報がとりやすいし、見やすく、後で振り返って見た時に退院後に必要になってくる事を見通せる。 入院時より、退院に向けての必要な支援が把握できる。
退院後のサービス利用の検討に役立った(3件)	ADL低下の場合、必要な指導がないか、サービスの利用が必要ではないか等の判断ができた。 入院時より今後(退院後)必要になるかもしれないサービスや家屋の事を知り、最近では家人にも早い段階でサービスの情報等について伝えることができるようになりました。
家族の情報把握に活かされている(2件)	家族の協力体制ー入院時の状態で、ご家族との関わりがどうかなど、ある程度理解できる。 背景、家族の状況、受け入れなど分かりやすく、退院支援に役立つ。

(2) リハビリカンファレンスへの参加で退院支援に活かされたこと

リハビリカンファレンスへの参加で退院支援に活かされたことでは、[医師やリハビリスタッフと目標を共有できるようになった] 8 件、[退院に向けての目標や方向性が明確にできるようになった] 8 件、[医師との意見共有が可能となった] 2 件、[家族の協力についての判断力が向上した] 2 件の 4 つに分類された (表 3)。

表3 リハビリカンファレンスへの参加で退院支援に活かされたこと (n=19)

分類	記載例
医師やリハビリスタッフと目標を共有できるようになった(8件)	看護師の視点からのみでなく、リハビリスタッフ(PT、OT)からの視点で、患者の生活支援に対し、意見が得られること。(家屋の改修等) 普段なかなか落ちていて医師の方針を聞けないうえ、リハビリカンファレンスをする事で、患者の治療方針がリハビリスタッフとも共有できる。そのため、看護師としても、退院に向けてどのように調整、関わっていけばよいか、はつきりするので、リハビリカンファレンスは有効だと思っている。
退院に向けての目標や方向性が明確にできるようになった(8件)	患者の今後の方針が共通認識することができ、方向性が定まりやすくなった。 今後の目標が明確になり、そのゴールに向けて退院に向けては何が必要(在宅準備など)なのかアセスメントする力がついてくると思います。普段から患者さんのADLにしっかり目を向け機能回復状況を把握するようになったと思います。
医師との意見共有が可能となった(2件)	Dr.に意見が言えて大切な場です。 医師からどこまでの回復が望めるのかわかり専門的な意見が聞けるので自分にとって勉強になる。
家族の協力についての判断力が向上した(2件)	家族への協力を得る必要があるか判断できた。 Ptのゴールがどの程度かわかり、家人へのコンタクトがとれる。

(3) ケア会議への参加で退院支援に活かされたこと

ケア会議への参加で退院支援に活かされたことでは、[具体的な指導ができて] 6 件、[患者本人・家族の安心につながっている] 4 件、[他職種から自分の気づかない点を指摘してもらえる] 2 件、[自分のケアの質向上] 1 件、[退院後の利用サービスについての情報が得られる] 1 件、[連携ができる] 1 件、[まだ参加したことがない] 5 件の 7 つに分類された (表 4)。

表4 ケア会議への参加で退院支援に活かされたこと (n=19)

分類	記載例
具体的な指導ができて(6件)	家人と病院スタッフとケアマネジャーとで話し合いをするため、具体的な内容まで話せる。私達は病院での患者の生活から退院後の生活を想像するしかないけれど、家人ケアマネジャーが入ってくれるので、退院後に対して不安は少なくなっていると思う。退院支援も必要な指導等がしっかりできる。 入院中の看護援助に関すること、本人御家族の思い(根本で話し合うことができる)の確認。 私達看護師の思いなど、お互いの思いをしっかりと伝え合うことで、よりその患者にとって、何がいいのかという具体的な話し合いと方向性が示すことができる。
患者本人・家族の安心につながっている(4件)	多職種の方が関わるので家族への心強さにつながっている。これが外来看護師や医師も参加できると、よりよい継続になると思う。 家族が退院に向けて何について不安を持っているのかをしっかりと確認でき、それをその場で退院後のサービスの利用を調整したりすることで、少しでもその不安を軽減できたりするので、ケア会議は積極的に行っていくべきだと思った(退院に不安な部分がある患者は特に)。

表4 ケア会議への参加で退院支援に活かされたこと（つづき）

分類	記載例
他職種から自分の気づかない点を指摘してもらえる(2件)	入院生活では、気付かない、在宅支援者であればこそ、気付いてもらえる点と質問あるいは指摘してもらえること 他職種との情報交換でき、よりよく退院支援ができるものとなっている。
自分のケアの質向上	退院後の支援内容や家族の思いが直接聞けるのでとても自分自身の勉強になります。退院されるその時まで数日間であることが多いのですが、しっかりサポートして送り出せるようにしたいという気持ちが強くなります。
退院後の利用サービスについての情報が得られる	退院後に使用するサービスにどんなものがあるか分かり、違う患者さんへの情報提供する際に役に立つ。
連携ができる	在宅一病院の連携ができる。
まだ参加したことがない(5件)	まだ参加した事はありません。 参加できなかった。

(4) 家庭訪問・訪問事例の共有で得られたこと

家庭訪問・訪問事例の共有で得られたことでは、〔自分たちの看護を振り返ることができ、今後活かせる〕14件、〔家庭内の生活状況（家族の関わり方や環境整備）を確認できた〕5件、〔まだ訪問したことがない〕4件の3つに分類された（表5）。

表5 家庭訪問・訪問事例の共有で得られたこと（n=19）

分類	記載例
自分たちの看護を振り返ることができ、今後活かせる(14件)	退院後、どのように患者が生活しているかを知ること、入院中にどのようなケアが必要であったかを知ることができ、今後の退院指導や介入方法に生かすことができる。 入院中のどんな関わりがよかったかを知ること、自分達の介入方法を振り返ることができ、次もよい関わりをしよう！というモチベーションアップにもつながる。
家庭内の生活状況（家族の関わり方や環境整備）を確認できた(5件)	家庭訪問の結果から、家族が入院中から、スタッフの関わり方をみて学ぼうとしている事（真似る）がわかった。 退院してからの生活は入院中の看護師の関わりが大きく影響してくると思った。家族に退院指導する場合は、時間を十分にとり理解されたか確認できるといいと思った。ケア会議をする家族の介護力、理解度、知識といった部分をアセスメントした上で関わる必要があると思った。
まだ訪問したことがない(4件)	家庭訪問は“これこれ、こういった状況でした”という説明だけで終わってしまうので(1日のうちのわずかの時間しかわからない)あまり意味がないと思う。 訪問経験はまだありませんが、他の訪問状況を見ると、退院支援や指導での振り返りができるので、次へいかすことができる。

(5) 退院支援カンファレンスでの検討により退院支援に活かされたこと

退院支援カンファレンスでの検討により退院支援に活かされたことでは、〔退院支援方法への助言が得られる〕9件、〔チーム内で情報共有ができる〕3件、〔退院支援への意識が高まった〕2件、〔早期より退院支援が行える〕1件、〔退院前カンファレンスが必要な患者が把握できる〕1件、〔常に受け持ち患者の情報をカンファレンスシートに追記するようになった〕1件、〔カンファレンス時間の有効活用が必要〕3件、〔退院支援に活用できていない〕2件の8つに分類された（表6）。

表6 退院支援カンファレンスでの検討により退院支援に活かされたこと（n=19）

分類	記載例
退院支援方法への助言が得られる(9件)	自分の担当の患者の退院支援で迷っている時に、検討をして、他のスタッフからも意見をもらうことで関わり参考になった。 毎週行うことで退院までにどのような事を行うべきかチームメンバーからアドバイスがもらえ、早期に退院調整することができる
チーム内で情報共有ができる(3件)	自分の受け持ちの情報の足りない部分の指摘をもらったり情報をもらったりして、より患者の個性に合ったものになる。 不足している情報など、家族から聞き、スタッフ間で情報共有
退院支援への意識が高まった(2件)	他の看護師の受け持ち患者の事を意識するようになった。(家人がみえた時に積極的に話しを聞いたり) 退院支援カンファレンスがより積極的に退院支援に力を入れなければならないという思いに拍車がかかったことは間違いないです。
早期より退院支援が行える	退院指導、よりよい意見を聞く、早期の退院支援を行える。
退院前カンファレンスが必要な患者が把握できる	今後、ケア会議が必要な患者さんなど、早めにピックアップできるようになった。
常に受け持ち患者の情報をカンファレンスシートに追記するようになった	木曜日日勤がとても少なかったため、木曜日に話し合ったことが直接退院支援に生かされたということはないと思いますが、もしも自分が不在時に自分の患者さんについて話題が上がった時には今後の方向性がある程度分かるようにカンファレンスシートに得られている情報を追加したり、不足している情報は日勤時に患者家族、ケアマネに必要時連絡をとって残せるようにした。
カンファレンス時間の有効活用が必要(3件)	開催できる時は、時間を設けるようにしていた。ただ、どんな内容で進めるか、という点でまちまちだったので、まだ軌道にのった感がない。もう少し、どの患者さんと話し合うのか、チーム全員で把握しておくことが必要だと思う。 朝のミーティングの後は、なかなかゆっくり話し合えない、というも現状だが、かといっていつやるかという時間もとれないと思うので、まずは木曜日、短い時間をいかに有効に使うか、というところだと思う。
退院支援に活用できていない(2件)	時間に限りがあり、自分が勤務でない事もあり、活用(自分には)できずにいる。他のスタッフは、スタッフ同士で共有できるといっていた。 特にいつもと変わらないカンファレンスなので、生かされているとは思えません。

(6) 退院支援を進めるうえで困難に感じていること

退院支援を進めるうえで困難に感じていることでは、〔家族との関わりが難しい〕16件、〔リハビリカンファレンスの開催が困難である〕3件、〔独居・老老介護世帯の在宅への支援が難しい〕2件、〔自治体の対応により介護申請が遅れる〕2件、〔サービス利用が難しい〕1件の5つに分類された(表7)。

表7 退院支援を進めるうえで困難に感じていること (n=19)

分類	小分類	記載例
家族との関わりが難しい(16件)	家族の受け入れが悪 い(3件)	家族の受け入れが悪い時もあり、(サービスの利用など)こちらが勧めても受け入れられなかった事があり困った。
	家族と会えない(4件)	ケアマネがいる患者さんに対しては、家族の面会が少なくてもケアマネとの連携を強化すればよいということが分かったのですが、ケアマネがいない患者で家族の面会が少なく、連絡もとりにくい時(遠方の家族であったりすると)は、スムーズにいかずストレスも感じる。
	家族と看護師の思い にずれがある(2件)	家人と看護師の受け止め方(思い)の違いがあり、上手く進まないことが多い。
	家族の協力が得られ ない(4件)	家人の協力がなかなか得られなかったり、調整(話し合い)の場がもてない。
	家族との日程調整が 難しい(3件)	家族の方の面会が少なく、電話でもコミュニケーションがとり辛い時に、家族の方との調整が行えず困ることがありました。
リハビリカンファレンスの開催が困難である(3件)	リハビリカンファレンス開催が困難で開催するまでのストレスが大きい。(医師3名で皆多忙。あらかじめこの日がリハビリカンファレンスできそうと聞いていて準備していても当日その時になると医師の急な用事でキャンセルとなることがほとんどである)	
独居・老老介護世帯の在宅への支援が難しい(2件)	高齢化になっているため、老老介護になっている。全ての支援がつかえるわけではないので難しい。	
自治体の対応により介護申請が遅れる(2件)	受け持ち看護師として、本人の様子や医師、リハビリの担当者とも相談し、介護申請の必要な患者さんに対して、必要な時期に介護申請をすすめている。しかし、家族が申請用紙をもらいにいった市の窓口で「退院のめどがたっていないのでまだ早い」という理由から却下されたり、保留になることがたまにある。そうすると申請が遅れることで、退院時期も延びることになり、結局ダラダラと入院していることになる。市の窓口が、何をもちて却下するのか意味がわからず、正直担当者看護師として腹が立ってならなかった。在院日数の短縮という意味でも、最近多い、ダラダラ入院を何とかしたいと思っているが、申請の時期が地域(市の窓口)と違うので困る。	
サービス利用が難しい	御家族の受け止め方。また、要介護・要支援の具合によって使えるサービス、物品が違い、難しいと感じる。	

(7) 訪問看護師との話し合いの意見・感想(話し合いへの参加者9人)

昨年度まで病棟看護師として当該病棟で勤務していた訪問看護師を招いて、退院支援に関する意見交換を行った。その意見・感想では、〔訪問看護師との意見交換の機会が必要である〕8件、〔退院後の患者・家族の生活が把握できた〕2件、〔訪問看護が必要とするサマリー内容が把握できた〕2件、〔入院中から在宅に向けた支援が考えていける〕1件、〔入院中の関わりへの振り返りの場となった〕1件、〔今後も機会があれば参加したい〕1件の6つに分類された(表8)。

表8 訪問看護師との話し合いの意見・感想 (n=9)

分類	小分類	記載例
訪問看護師との意見交換の機会が必要である(8件)	連携のための話し合 いがもてるとよい	情報を提供し合うことで、良かったと思う。お互いがうまく連携が取れるように話し合いが持てると思う。
	訪問看護師との情報 交換が大切である	訪問看護さんとの情報のやりとりも大切だと思った。ケアマネを通して早目に退院情報などを伝えようと思う。
退院後の患者・家族の生活が把握できた(2件)		患者が退院後どのような生活を送っているのか知る事ができた。
訪問看護が必要とするサマリー内容が把握できた(2件)		退院サマリーの内容で、訪問看護が必要としている内容について知ることができた。
入院中から在宅に向けた支援が考えていける		訪問看護師さんの話を聞くことで、在宅へ向けて入院中から指導していけることなども考えていけると思いました。良い機会であると思います。
入院中の関わりへの振り返りの場となった		自分達の関わりを振り返る場となった。
今後も機会があれば参加したい		夜勤だったため参加できませんでした。また機会があれば参加したいです。

IV. 考察

本年度病棟では、前年度から退院支援の取り組みの継続に加えて、卒後2年目看護師への教育的取り組みと、毎週木曜日に退院支援カンファレンスを実施する取り組みが開始された。そこで、その取り組みの成果について、看護師の意見をもとに検討する。

1. 2年目看護師への教育的取り組みの成果

退院支援に取り組むには、入院時より患者・家族の望む退院後の生活を視野に入れて支援を進める必要がある。そこで、卒業後早い時期から退院後の療養生活を視野に入れた退院支援が行えるように、卒後2年目の看護師を対象として、意図的にケア会議への参加、および家庭訪問の実施を促した。

その取り組みにより、ケア会議は患者・家族の意思を中心に検討され、不安や介護負担の軽減に向

けて、多職種との情報共有や検討が行われていることが理解された。そして看護師は、ケア会議開催に向けた準備として、患者・家族の意思、入院時からの病状経過、入院前・入院後のADLの状況を把握しておく必要があることも学んでいた。そして、家庭訪問では、患者の退院後の生活がイメージできるようになったことと、家族への支援の必要性が学んでいた。自宅での患者の穏やかな表情が印象に残り、患者にとって在宅で生活を送ることの意味についても考えられていた。

## 2. 退院支援の取り組みの継続および退院支援カンファレンスの成果・課題

病棟看護師による質問紙調査結果から、退院支援の取り組みの継続により、多職種と目標を共有した退院支援が入院早期より行われていることが把握できた。また、退院支援カンファレンスの開始により、毎週チーム内で退院支援事例の事例検討が行われ、その際のチームメンバーからの助言が支援に活かされていた。また定期的な事例検討が、看護師の意識の向上にもつながっていた。

退院支援を進めるうえで困難なことは、家族との関わりであり、家族への支援の重要性は分かっているが、協力を得ることが難しい現状があることが課題として再認識できた。

上記のように退院支援の取り組みの継続は、看護師への教育的支援にもつながっている。2年目看護師への教育的取り組みも継続してその成果をより明確にし、病棟で継続されている退院支援の取り組みの成果も確認していくことが必要である。そして、病棟全体・院内全体の退院支援の組織的な取り組みに発展できるよう検討・支援を続けていく必要があると考える。

## 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

当該病棟では4年間取り組んだが、新たに卒後2年目看護師への教育的取り組みと、毎週木曜日に退院支援カンファレンスを実施する取り組みが開始された。看護師の異動があっても取り組みは引き継がれ、共同研究者である継続看護委員、継続看護リハビリグループの看護師を核として、退院支援の取り組みが発展している。病棟看護師が退院支援に対して、意識的、積極的になってきたことで、患者・家族の意思に沿った支援が行われていることが看護師の意識調査で把握できた。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

共同研究に参加した看護師は、具体的な看護実践の改善・充実が見られ、看護職者としての成長・学びにつながったと評価している。そして、次年度は外来との連絡会議の充実に向けて取り組みたいという、さらなる向上への意欲も見られている。

### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

教員と現地の看護師が協働で、退院支援における患者・家族のニーズを把握しながら支援の現状・課題を確認し、取り組む方向性を検討することで看護実践の向上につながっている。また、病棟看護師への教育的取り組みを支援することは、看護師が自ら多職種と連携しながら退院支援を進めていける能力の習得につながる。そして、当該病棟は卒業研究の実習病棟であり、退院支援の質向上に向けて協働で取り組むことが、学生への教育内容の充実にもつながっていると考える。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

研究課題「過疎地域の療養生活充実に向けた病棟における退院支援のあり方に関する研究」との合同討議を行い、まず「看護師の教育プログラムに家庭訪問を取り入れること」について討議した。

・2年目の看護師に焦点をあてた理由は、1年目は業務を覚えることで精いっぱい、3年目はプリセプターがあるので2年目看護師に焦点を当てたということであった。

・2年目看護師の家庭訪問の感想は、「在宅に帰っての生活状況がわかった」「入院中の支援で完結ではない」「自宅では患者の病状は変わっていないのに表情がとても穏やかであった」などがあつた。

・当該病棟では、2年目看護師への教育的取り組みの成果が見られたので、今後も教育的取り組みとして継続していく方針である。

次に、入退院を繰り返す患者の退院支援について、具体的な支援内容について討議した。

・B病院看護師：入退院を繰り返す患者の退院支援について、なぜ再入院になったかのアセスメントが不足していた。経済的な情報を含めて把握する必要があることがわかった。ケアマネジャーとの連携では、一方的に病院の状況を伝えることになっていて、家庭の状況が把握できていなかった。自宅での吸引器と病院の吸引器が違うことも認識していなかったため、一方的な指導になっていた。

・訪問看護師：ケア会議を開催しても今後どのような生活をしていくのかということに焦点があたっていて、入院中にどのように生活していたかという情報が得られない。在宅で使う吸引器を病院で用意して実際に練習してほしい。はじめは怖くてできない家族もいるが徐々にできるようになる。一つ一つ解説していくことが重要である。どのようにすれば家族が介護できるのかを考えるとよいと思う。

・B病院看護師：家庭用の吸引器も使用している。近くに訪問看護ステーションがあるので、入院中に訪問看護師が病院を訪問している。病棟看護師が在宅でできるかどうかという意識をもって指導することが必要である。家庭訪問では患者・家族主体となるので、看護師の意識を変えられる。

今回の討議より、家庭訪問等を取り入れた、教育的取り組みに実施は、2年目看護師に限らず、看護師の退院支援の必要性を意識付けるうえでも効果があるのではないかと考えられた。

# 過疎地域の療養生活充実に向けた病棟における退院支援のあり方に関する研究

小木曾慶子 荻山紀子 鈴木富美子 加藤澄子 松原徳子 (国保上矢作病院)  
杉野緑 藤澤まこと 普照早苗 (大学)

## I. はじめに

本研究は、一般病院の病棟看護師が中心となって行う退院後の療養生活支援の退院支援のあり方について検討するものである。A病院は過疎地域にあり長年地域住民の健康を支える重要な役割を果たしてきている。退院患者は後期高齢者が多く、入院期間、要介護度に関わらず自宅への退院が多い。平成20年度からの共同研究により病棟看護師は様々な退院支援を実施しているが、必ずしも支援内容は明確ではなく、スタッフ全員で共有できにくい状況であることが明らかになった。

なお、当該地域は平成16年に市町村合併し市となったが、現在も過疎地域に指定されており、平成23年2月時点の人口は2340人、世帯数は851世帯である。また、病院の概要は以下のとおりである。診療科は、内科・外科・整形外科・呼吸器科・消化器科・小児科・肛門科・放射線科・リハビリテーション科、病床数は、一般病床34床、療養病床22床、看護師数は、一般病棟15人、療養病棟6人、外来7人、医師は、常勤4人、非常勤7人、病床の平均稼働率100%である。

## II. 目的

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。

なお今年度は、退院支援の課題がある事例に対し、看護師が実際に行っている退院への支援内容を振り返ることで支援内容、意図を明確にし、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. 方法

### 1. 選定する事例

事例検討の対象は、病棟看護師が関わることにより退院後の療養生活が一層充実すると考えられる入院中の患者のうち研究に了解が得られた方とする。選定者は、実際に病棟で関わっている共同研究者である看護師とし、今年度は入退院を繰り返す方を対象とした。

### 2. 事例検討の実施

平成21年度に共同研究者全員で検討し作成した事例検討様式を用い、共同研究者のうち、勤務の都合でその日に参加可能なメンバーで事例検討を行う。その際は、事例を選定した看護師が必ず参加できるように配慮をした。

この事例検討により病棟看護師の退院支援内容を明確化し、病棟看護師間で共有する。これにより各看護師の退院支援に関する意識の向上を図る。

### 3. 倫理的配慮

結果は本研究の目的以外に使用することはなく、個人情報の匿名性に配慮しデータは厳重に保管・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た。

## IV. 結果

### 1. 事例概要

A～D氏の4例について選定した。今回は、主に自宅へ退院する事例CとDに関して中心的に事例検討を実施した。

表1. 事例概要

	C氏 男性 90代前半	D氏 女性 80代前半
入院理由の疾患	誤嚥性肺炎（嘔吐後、発熱）	誤嚥性肺炎
既往歴	狭心症、パーキンソン病、腰部脊椎管狭窄症	10年程前より認知症出現、歩行困難となり下肢拘縮がある。現在寝たきり
家族構成 主介護者	息子夫婦（60代）、孫（大学生）が同居 主介護者は、同居の嫁	息子と二人暮らし。近所に娘家族が住む 主介護者は同居の息子、および昼間は近所の娘が通ってみに来てくれる
退院に伴う主な課題	痰が多く吸引が必要だが、家族が「本人の嫌がることはやりたくない」と吸引の手技に抵抗がある。口腔ケアも退院後は実施が困難で、再度肺炎を起こす危険性が高い。	下肢の拘縮がひどく、オムツ交換が困難である。無理に行なえば皮膚損傷や褥瘡発生の危険性が高い。

## 2. 事例検討における中心的な討議内容

事例検討では、退院に伴う主な課題の詳細と、追加情報について以下のように共有された(表2、3)。

### 1) C氏について

表2. C氏の退院に伴う課題と追加情報

課題として挙げたこと	追加情報として共有されたこと
<p>【家族の生活状況について、より詳細な情報収集が必要である】</p> <p>肺炎予防のため自宅でも吸引が必要になってくるが、家族がなぜ吸引を行なえないのかを明確にする必要がある。病棟では吸引の手技を看護師が教え練習したが、せっかく手技を覚えても、自宅に帰ってから実際は吸引を行なうのが負担であるのがなぜなのか、という理由を探る必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・吸引は、手技の指導は受けたが、本人が苦しそうで嫌がるので、やはり嫌がることはやりたくないという気持ちが介護者には大きい。</li> <li>・嫁は日中家にいるが、家で加工品を作る仕事をしている。</li> <li>・2週間はショートステイに行く。それ以外の在宅時は訪問看護とヘルパーを利用している。</li> <li>・口腔ケアも入院中は実施していたが、道具は持っているものの、退院後自宅ではほとんど行われていない。</li> </ul>

上記の検討の中で、C氏は在宅サービス利用がされていることから、病棟看護師と連携し、訪問看護師やヘルパーら専門職とともに吸引手技に徐々に慣れていき、必要時適宜行えるように支えていくことが有効ではないか。さらに、本人が苦しそうな様子であっても、行なわなければ命にかかわる場合もあるため、その説明も随時していく必要があるのではないかと、といった内容が話し合われた。

家族が家にいる場合も、家族自身がどのような生活をしていて、家でどこまでの介護が可能なのか、といった視点で、退院に向けて情報収集していくことが重要であるという検討がなされた。

### 2) D氏について

表3. D氏の退院に伴う課題と追加情報

課題として挙げたこと	追加情報として共有されたこと
<p>【家庭での介護状況に対する助言が必要】</p> <p>病院では、看護師に指導を受けながら出来ていた主介護者によるケアが、家に帰るとできない現状がある(オムツ交換や胃瘻注入後の処置など)。そのことで、皮膚トラブルが起こったり、胃瘻のチューブが詰まったりして、何度も入院を繰り返してしまう。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的手技は指導されたとおりにはできるのだが、自宅に帰ったとき、そのケアを、家にある物で工夫したり、省略可能などところを判断、応用したりすることが難しい。オムツ交換に関しても、ベッドの配置が変わると介護者の場所が左右逆になるなど、難しくなるようである。</li> <li>・胃瘻注入後の水を通すことはできているが、それが十分には行なえていないため、カテーテル内の汚れが完全には取れず、やがて詰まってしまう。方法はわかっているが、水を流す意味がわかるような説明が必要であったのではないかと。</li> </ul>

上記検討の中で、介護者が、病棟では習った手技が行なえているため、看護師もある程度安心して退院に臨んでいるのだが、実際に自宅に戻ってみると、道具や環境が違うことで、病棟にいたようにケアが行なえないという実態が明らかとなった。そこで、病棟ではこのようにケアができるが、家ではどのようにできそうか、といった家族の介護状況の確認に対して助言することが大切であることが共有の中で確認できた。内容としては非常に細かい状況確認(どのような環境で、何をを用いて、どのくらいの時間をかけて、等)も含まれることが予測されるが、家庭での介護状況の情報をどのように得るか、といったことまでは、今回は詳細に検討することができなかつたため、引き続きの継続課題とする。

## 3. 事例検討後の看護師の意識のまとめ

事例検討後、今回の取り組みに関して看護職自身の意識、視点に変化があったかどうか話し合いを行なった。その内容を以下にまとめた(表4)。

特に、今回の事例検討会中、どのような情報収集の視点が具体的に必要か、という話し合いにおいて、「身体障害者手帳の取得(いつ、どうして)」「身体状況の経過について(いつ頃から寝たきりで何年経過しているか)」「家族について(年齢、健康状態、主たる生計支持者は)」「居室について(どのような部屋、環境で療養しているか)」「移動について(入退院の際、外出の際は)」「家族の移動について(手段と所要時間は)」といった患者本人や家族の過去の生活歴、自宅に帰ったときに、実際に普段どのような生活をしているのかをイメージし、ポイントを得た情報収集をすることの重要性を共有することができた。

表 4. 事例検討後の看護師の意識

- 退院に向けての看護援助はこれまでも実施していたが、患者や家族の思い・考えについて今まであまり聞いていなかったことに気付いた。何度も入退院を繰り返す患者や家族の思い・考えを把握することは大切である。家族の思い、家族自身に関する細かい状況も、これまで聞きにくかったが今回事例検討後、必要なことについて踏み込んで聞くことができたので有益であった。
- 患者の生活を捉える上での「必要な情報収集の視点」が補えた。
  - 身体障害者手帳の取得（いつ、どうして）
  - 身体状況の経過について（いつ頃から寝たきりで何年経過しているか）
  - 家族について（年齢、健康状態、主たる生計支持者は）
  - 居室について（どのような部屋、環境で療養しているか）
  - 移動について（入退院の際、外出の際は）
  - 家族の移動について（手段と所要時間は）
- 情報を把握するうえで、看護師が経済的なことや家族背景などを聞くことについて負担感があった。しかし、実は大切な情報であり、福祉担当者につなげ、相談できるようになることに気づいた。
- 受け持ち看護師と患者との関係性が強いので、介入し援助に活かしていくことができ、それを看護チームに共有しカンファレンスすることが大切である。この点を今後より強化していきたい。看護師同士の共通認識を強めていく必要がある。
- 患者が退院後にどのくらいの生活の質を保っていきたいか、ということを入院中から把握していくことが大切だと分かった
- 退院指導する際に、家でもできるかどうか、という視点でかかわることが重要である。家ではそれぞれの家族員の時間的制約があるため、家族自身の実現可能性や許容範囲も合わせてみるのが大切である。
- これまでは、何気なくかかっていたことも、今回のように客観的に振り返る機会がなかなかなかったため、よい機会であった。

## 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

現地看護職からは以下のような意見があった。

事例情報記録用紙を検討・作成したことで、細部の情報収集をすることができ、問題点が明確になった。そのため、問題点に直結したアナムネーゼが取れるようになった。また、入院日から数日経過した時点で、事例情報記録用紙を用いて情報収集を試みたところ、入院時よりも、家族にとって時間的に余裕があるため、落ち着いて情報収集することができた。

他にも、入退院を繰り返している患者については、分かっているつもりでも把握できていないことが多いことに気づくことができ、面会などで来院した際、できるだけ声をかけ、今までの生活や今後をどう考えているのかを早い時期に聞くように心がけるようになった。

### 2. 現地側看護職の受け止めや認識

今年度で3年目の取り組みであったが、現地看護職からは「退院に向けて情報収集する上での意識が変わってきた」「家族の状況をより深く、情報収集できた」「何が不足だったのか考える機会となった」「これまでは在宅・入院、と分けて入院中の患者だけを見ていたように思い、家で患者・家族の生活、家族の思い、環境等は在宅で患者が過ごす上で大きな要因であることに意識が変容した」などの前向きな受け止めがあった。

研究過程においては、多忙な業務中でありながら、事例検討会のための情報収集や資料の準備なども大学とやり取りしながら行ない、協力しながら進めることができていた。ただし、組織全体として捉えると、多くのスタッフにこの取り組みが、まだ伝わっていないと感じており、全スタッフとの共有については、今後の課題であると考えている。

### 3. 本学教員がかかわったことの意義

看護実践の充実につながる観点で言えば、共同研究者である看護職は、日々、目の前の業務に追われ、自分達の業務を客観的に見ることができにくい状況であったが、本学教員がかかわったことにより生活をとらえる視点が広がった。いつから、なぜ、どのくらいの期間などを考えながら情報収集することの重要性に気が付き、なぜ家族が病院のようなケアができないのかを考えられるようになった。また、看護学教員とともに社会福祉学教員が関わったことで、制度と生活のつながりも改めて認識している。加えて、教員による他施設の状況や社会の動静などの情報提供により、日頃、研修等に参加しにくい過疎地域病院の看護師が、さらにもっと学びたいという意欲を増し、今後の生涯学習への発場にもなっている。

一方、大学教育の充実につながる観点からは、昨年度に引き続き、学部・大学院授業において過疎地域で療養生活をする対象者の生活理解を促すために共同研究の成果を紹介している。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

共同研究と討論の会で協議したい内容として次の2点を挙げた。1. 入退院を繰り返す患者への退院

支援の方策について、2. 当病棟の現状を踏まえての看護師間での共有の仕方について、である。

本共同研究は、「退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実にに向けた方策の検討」との合同討議を行った。

「入退院を繰り返す患者への退院支援の方策について」に関する討議内容を以下にまとめた。

①退院後の家庭訪問（訪問時間帯、訪問する看護師、対象の条件）について

教育的意図をもって実施している。訪問日は家族の都合に合わせ、原則として日勤中出張扱いである。訪問は原則として担当看護師と同じチーム看護師の2名で行う。訪問の対象は、病院と同じ市内在住者でケア会議対象者としている。実際は、日程の都合上休日を訪問にあてる場合もある。

本取組の他の看護師への影響はまだ把握していない。

②ケア会議について

退院時に介護保険利用者についてはケアマネジャーを中心とする関係職種によるケア会議（サービス担当者会議としての要素も含むが、介護保険利用者以外にも実施される）が開催されているが、病院から施設・他職種への情報が少ない現状がある。討論を通して、他職種に対して一方的に病院の状況を伝えるだけであったことに気が付いた。また、ケア会議の内容もサービス中心であった。

③退院支援の方法について

病棟から訪問看護へ異動して、在宅で使用する機器での説明が必要であると考えようになった。自宅から機器を持参していただき、その機器で説明を行っているが、一定の回数が必要である。

支援に際しては、在宅生活の不安をひとつ、ひとつ取り除くような支援が重要である。どうしたら家族が介護できるか、考えることが大切である。

④看護師の視点について

共同研究の事例検討を通して、以前よりは少し掘り下げて情報収集できるようになった。患者さんは病院へ入院してくるものと考えており、病院のシステムに患者さんを合わせることに看護師も慣れてしまう。

以前は病棟から訪問看護へ研修として同行していた。病棟と訪問看護では同じ看護師でも視点が違うことを学んだ。在宅での視点を持つことが大切である。これにより、看護師間で退院支援のあり方についても共有できると考える。

## 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

丹羽好子 武山博子 増井法子 宮木久美 吾郷佐代子 (岐阜県総合医療センター・退院調整室)  
藤澤まこと 藤岡敦子 田辺満子 黒江ゆり子 (大学)

### I. 目的

A 医療施設では退院支援に関するスタッフ教育の取り組みとして平成 18～19 年度は院内において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。そこで平成 20 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。平成 21 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、意識の変容を図った。今年度は各病棟の特徴を生かした退院支援システムづくりを通してのスタッフ教育に取り組んできた。今回、この 5 年間の取り組みと成果について報告し、今後のスタッフ教育のあり方を考える。

### II. 研究方法

#### 1. 各病棟の特徴を生かした退院支援システムづくりを通してのスタッフ教育

1) 各病棟に適した退院支援システムの整備、2) 事例検討会の開催(院内)、3) 継続看護推進委員等への意識調査について、取り組み方法の検討、結果の共有をしながら取り組みを推進する。

#### 2. 5 年間の退院支援に関するスタッフ教育の取り組みとその成果

共同研究者が協働して、5 年間の退院支援に関するスタッフ教育の取り組みの振り返りを行い、その成果について報告する。

3. 倫理的配慮：知りえた情報は本研究の目的以外には使用することなく、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(通知番号：2217)。

### III. 結果

#### 1. 各病棟の特徴を生かした退院支援システムづくりを通してのスタッフ教育

##### 1) 各病棟に適した退院支援システムの整備

看護部の平成 22 年度の目標の一つに「継続看護の強化とチーム医療の推進に取り組むことができる」と掲げられており、継続看護の組織的取り組みとして継続看護推進委員会(以下委員会とする)は、看護部の看護実践委員会の一つに位置付けられている。委員会のメンバーは 21 名、各部署(病棟・外来系全部署)には継続看護部署担当者 1 名が任命されている。

表 1 22 年度委員会活動内容

月	委員会・代表者会	代表者の活動	委員の活動	退院調整看護師の活動
4	代表者会	年間活動方針の検討	院内共通退院支援システムを活用での支援	担当部署のサポート
5	代表者会	年間活動方針の検討・決定 検討内容 ①退院支援システム各部署での構築 ②療養指導院内統一への計画 (5項目作成:PEG、吸引、自己導尿、在宅IVH、小児科系) ③今年度の研修会の計画		
6	委員会	今年度の活動計画の説明  関連する診療報酬項目についての勉強会 (当院サービス課職員講師)	①自部署の特徴を確認し退院支援システムの基本形と照らし合わせながら病棟独自のシステムの構築・活用 ②担当療養指導作成	昨年の院内統一の退院支援システム取り組み後のスタッフアンケート結果を資料として提出(学べたこと・困難だったこと、今後の課題と思うこと)各担当病棟のサポート希望勉強会へ参加し講義・4部署退院支援について・3部署連携パスについて
7	代表者会	①②の進捗状況を確認		
8		院内研修会開催 58 名参加 使えるお金のこと・制度のこと 第 1 回(当院MSW講師)		研修会参加
9	委員会	①②の進捗状況の確認		
10	代表者会	①②の進捗状況を確認	退院支援システム活用症例のまとめ	
11	代表者会	症例検討会開催の計画 症例検討会開催(11月29日)46名参加 開催後のアンケート集計	退院支援システム活用症例のまとめ・提出	症例検討会へ参加
12	委員会	症例検討会の報告		
(23年) 1	代表者会	院内研修会開催 75 名参加 使えるお金のこと・制度のこと第 2 回(当院MSW講師) 委員・部署担当者への意識調査	症例の最終提出 (製本に向け最終修正) 担当療養指導の最終提出	研修会参加
2～		活動のまとめ・評価・次年度の活動計画検討の予定		

そのうちの5名（外来看護師・一般病棟看護師・NICU看護師・退院調整室看護師各1名、および病診連携部看護師長）が看護部の代表者として指名を受け、今年度の取り組みの計画や実施、リーダー的な役割を果たしてきた。

平成22年度は、昨年度実施した院内共通の退院支援システムを各病棟の特徴を生かしたものにすため取り組んできた。院内看護師への教育として、MSWによる退院支援研修会を開催し、知識の向上を図った(表1)。5月には代表者会で今年度の予定を検討、6月には委員会を開催し、昨年度の退院支援システムの活用及び退院支援活動についてのアンケート結果を配布し、今年度の取り組みの資料とした。

また、委員会としての今年度の取り組みを説明し、その後は病棟の退院調整室の各病棟担当者が取り組みの確認や相談に対応、依頼に応じて病棟勉強会で講師を務めた。産科病棟以外の14病棟はシステム活用事例1例をまとめたレポート提出を課題とした。事例レポートに合わせて病棟ごとに修正した退院支援システムや情報シートが提出された。病棟差はあるが、それぞれのペースで病棟の特徴を生かした退院支援に向けた取り組みを行っていることが把握できた。14病棟のうち10病棟が病棟の特徴に合わせた退院支援システムの作成を行い、7病棟は情報シートを作成した。情報シートとは病棟の特徴を生かした退院支援を行うために必要な情報は何かを検討し情報共有するためのシートである。この情報シートは委員会から提案したものではなく、退院支援を学び、システムの作成を行う中でスタッフが必要と感じ作成に至ったものである(表2)(表中の合計は「あり」の回答数を示す)。

表2 平成22年度各病棟退院支援システム取り組み状況(14病棟)

病棟	病棟システム作成	病棟用情報シート作成	その他	病棟目標設定の有無
A	なし		退院調整早期介入の意識が高まった。事例での勉強会を開催し意識向上を図りたい。	あり
B	あり		使いながら修正予定 カンファ充実が課題	なし
C	フロー図として作成			あり
D	なし		退院調整面談へ看護師参加の取り組み中 患者・家族参加のカンファ開催を目指している	なし
E	あり(在宅・転院連携パス)	あり(入院前情報 入院目的 医師の説明内容も含め、外来からスタート)	スクリーニング保留の患者はチーム・ジョイントカンファレンスで検討	あり
F	なし	ADL評価表を基本に作成(入院前 現在 今後の希望)		あり
G	あり	あり(IC内容、ADL目標も入れて)		あり
H	なし			あり
I	あり			あり
K	あり(がん患者用)	あり(がん患者用)		なし
L	あり	あり	使いながら見直ししていく	あり
M	あり	あり	カンファレンス開催 記録の充実を課題とし医師とのカンファレンス開催を検討中	あり
N	あり	あり(介護支援アセスメントシート作成し使いながらの修正を行っている。2年目)		あり
O	あり		退院後自宅訪問実施 退院支援の促進に取組中	あり
合計	10病棟	7病棟		11病棟

たとえばE病棟では、支援システムを在宅・転院・地域連携パスの3通りを作成した(図1)。共通の退院支援システム(図2)と比較し、退院調整依頼までの部分の変更がされており、特徴として言えることは以下のとおりである。

- ・今後の方向性が未定の患者に対し、看護チーム内でのカンファレンスとジョイントカンファレンスで検討していることであり、病棟で方向性を検討できるように計画されている。
- ・情報シートは、入院予約となった外来から使用を開始している。

情報シート内容：患者情報 入院前情報として介護保険・身体障害申請とサービス利用の状況、内服薬の有無と内服状況 ADLと家屋状況、身体・社会的背景の情報、入院目的や医師からの説明内容

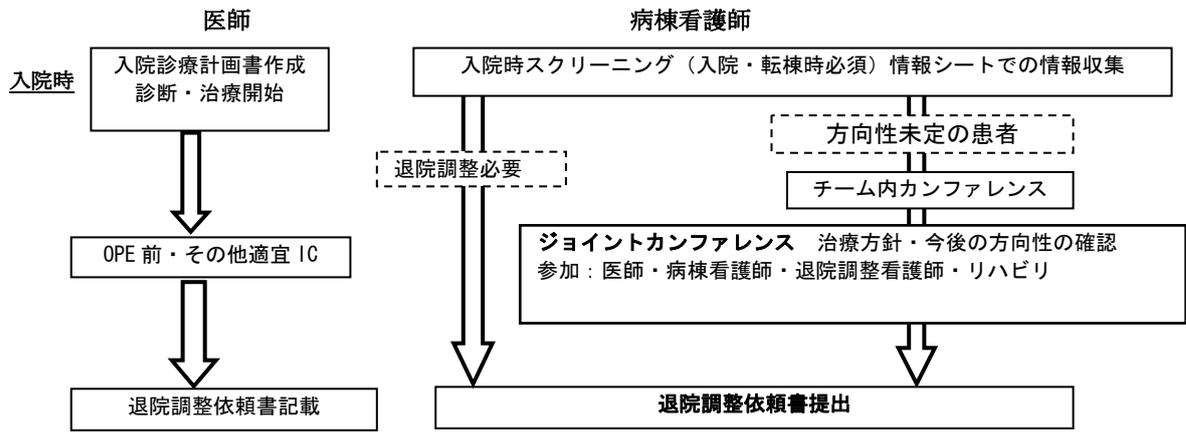


図1：E病棟用システム（退院調整依頼まで）

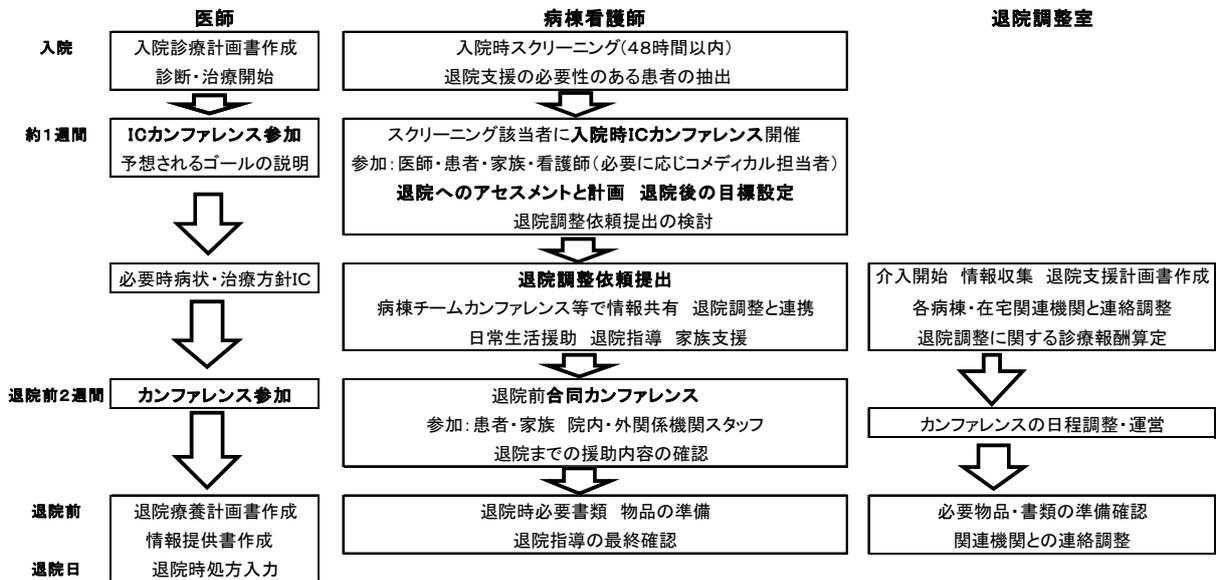


図2：共通退院支援システム

## 2) 事例検討会の開催

継続看護推進委員会の主催で11月29日に開催した(参加者46名)。内容は以下の通りである。

### (1) 3病棟からの事例発表

発表事例 ①小児 先天性疾患 親の意思の尊重した事例 病棟システム活用

②外科系 慢性疾患 認知がある患者の自宅退院事例 病棟システム活用

③内科系 慢性疾患あり入退院を繰り返す困難事例 システム作成なし

### (2) 6グループにわかれてディスカッションおよび発表

各グループには発表事例をテーマとして割り当て、ディスカッションを行った。主な意見は次のようであった。：カンファレンスやICが重要であり、病棟での風土作りが必要、そのためには看護師各々が退院支援の重要性を認識することが大切である。本人と医療者の考えのずれを修復すること。認識の統一が重要である。退院支援内容は小児や成人 内科系外科系など病棟によって相違がある。他病棟の取り組みを学び、自病棟の今後の課題を考えることができた。

### (3) 意識調査 (アンケート配布数46、回収数41、回収率89%) 以下に回答内容を示す。

[参考になったこと]

- ・他病棟の取り組み、支援方法を知ることができた。
- ・取り組みでよかった点を聞くことが出来た。
- ・病棟によって違いがあること、退院支援の流れや考え方を聞くことが出来た。
- ・早期に退院支援に取り組むことの必要性がわかった。
- ・患者、家族の思いを聞くことの大切さや医療者、患者、家族で目標統一する必要性がわかった。
- ・退院支援システムの必要性 合わせてスクリーニング、カンファレンス、ICの大切さが理解できた。

・今後の課題について（病棟のシステム作成や活用。アセスメント能力向上。スクリーニング、IC 参加、カンファレンスの持ち方）

・他病棟の話聞くことで自病棟の問題点を見つめなおすことができた。

[今後の退院支援セミナーへの意見や要望]

多くのスタッフが参加できるよう宣伝してほしい。社会資源について学びたい。退院調整看護師の行っている支援内容を知りたい。退院支援の取り組みを医師にも知ってもらいたい。医師や理学療法士も一緒に

研修してほしい。地域の人を招いての事例検討会を開催してほしい。事例を絞りテーマに沿って展開すると深まりがもてるのではないかな。

### 3) 継続看護推進委員への意識調査

継続看護推進委員 18 名に対して無記名式質問紙による意識調査を行った（平成 23 年 1 月実施、配布数 18、回収数 16、回収率 88.8%）。以下に回答内容等を示す。

(1) 回答者の属性：看護師としての経験年数（5 年未満 5 名、10 年未満 5 名、15 年未満 2 名、15 年以上 4 名）、継続看護推進委員としての経験年数（初回 9 名、2 年目 4 名、3 年目 3 名）

(2) 部署担当者として取り組んできたこと

・患者の今後について方向性を確認していくように意識づけを行った結果、チームで同じ方向に向かって介入できることが増えた。

・病棟の業務上 IC カンファレンスに入ることがどうしても困難なため、医師に IC 記録を残してもらうよう依頼し徹底した。その後、患者と家族が理解できているのか確認を行った。その結果、医師の協力が得られるようになってきた。確認したことを看護記録として確実に残すことが必要だと考える。

(3) 今後病棟での退院支援に向けての取り組み

・システムを活用し修正して完成度を高めたい。

・早期介入するために有効なスクリーニングの検討。

・退院前の情報収集のため情報シートの作成と活用。

・患者と家族とのかわりを積極的に持ち、退院に向け必要な情報を集められるよう声かけを行う。

・スタッフ全員で情報交換できる有効なカンファレンスの開催。

(4) 継続看護推進委員会に対する意見・希望

・委員会の投げかけで退院支援の大切さや課題について学ぶ機会になったと思う。来年は各部署、部署課題として取り組むといい結果が出るのではないかな。

・今年で 2 年目であり、1 年目より理解が深まった。

・退院支援システム構築や事例提出は大変だったが今後の役に立った。

・事例検討会ではすべての病棟が発表していない。方法を検討し全病棟の特徴を知る機会があると良いのではないかな。

・スタッフも若く、自分も 2 年目のためもう少し噛み砕いた内容で研修会を開いてもらえると理解が深まると思う。

## 2. 5 年間の退院支援に関するスタッフ教育の取り組みの概要（表 3）

表 3：5 年間の退院支援に関するスタッフ教育の取り組みの概要

取り組み年度	取り組みの概要
1 年目（平成 18 年度）	クラブ活動を通じた退院支援に関する看護職者の知識・認識の向上への働きかけ
2 年目（平成 19 年度）	クラブ活動から院内教育プログラムとしての必要性の促進への働きかけ
3 年目（平成 20 年度）	退院支援システムの考案とモデル病棟での試行（外科系・内科系各 1 病棟） 継続看護委員会を基盤とした退院支援に関する学習会の開催
4 年目（平成 21 年度）	退院支援システムの全病棟での実施（15 病棟） 事例検討会開催、開催後の質問紙調査の実施 退院支援に関する現状を把握するための質問紙調査の実施
5 年目（平成 22 年度）	各病棟の特徴を生かした退院支援システムづくりと実施の継続 事例検討会開催および開催後の質問紙調査の実施 継続看護推進委員への質問紙調査の実施. 5 年間の取り組みの成果の把握

## IV. 考察

### 1. 各病棟の特徴を生かした退院支援システムづくりを通してのスタッフ教育

1) 各病棟に適した退院支援システムの整備について

看護部実践委員会のひとつである継続看護推進委員会を軸にした退院支援システム整備は年間計画を立て、計画的に行われ、10 病棟がシステムの作成を行うことができた。システム作成までには至っ

ていない病棟でも、事例勉強会の計画やカンファレンスの定着など、退院支援の意識向上のための取り組みを始める事ができている。病棟の特徴を生かしたシステムを作ることによって、病棟看護師としての役割を具体的に理解することができたと考える。

また、退院支援について理解を深めていく中で、入院前の状況を理解することの大切さ、患者の環境を理解すること・共有することの必要性に気づいたことで各病棟での情報シートの作成に至ったのではないかと考えられる。

## 2) 事例検討会について

他病棟の事例を学ぶことで、違いを理解し、部署の特徴を生かしたシステムの必要性や情報収集の大切さ、患者・家族も含めたチームでの方向性の統一、アセスメントの大切さについて再確認し、スクリーニングやカンファレンス、ICカンファレンスの同席、情報共有についての課題があることを理解できた。目標をどう決定し、支援していくのかについて患者中心であることを忘れず行動していくことの必要性を感じたなど、患者・家族の思いを聞くことの大切さについても考えることが出来ている。今後の退院支援セミナーへの意見では、個人の知識向上や医師や理学療法士らと共に行う退院支援研修会の開催など、チームを意識した意見が出されている。事例を通し、他部署の退院支援への取り組みの現状を理解し意見交換することが、自己および自部署の退院支援の課題を見出すことに有効であったと考えられる。

## 3) 継続看護推進委員への意識調査

継続看護推進委員への意識調査では、病棟の特徴を生かした退院支援システムを活用することにより、退院支援の意識づけを行い、チームで同じ方向に向かって看護介入できることが増えたとの意見があった。継続看護推進委員として責任を持って自部署のシステム構築に取り組むことに負担感はあったがその取り組みが有効であることも理解している。今後の課題に対する意見から、自部署の特徴を把握することで、取り組むべき課題が見えてきている段階であるともいえる。委員の卒後年数や経験年数にはバラつきもある。取り組むために必要なサポート、体制や環境づくりが必要となる。

## 2. 退院支援に関する5年間のスタッフ教育の取り組み

平成18年にクラブ活動として取り組みはじめた退院支援のスタッフ教育は、その3年後に看護部の委員会組織となり、勉強会の開催や新しく退院支援システムの取り組みを始めている。委員会の発足後3年となり、今年度は病棟の特徴を生かしたシステム構築に取り組んだ。委員を中心に病棟看護師はシステムの作成や事例検討会に参加し、退院支援における病棟看護師の役割について学んできた。退院支援に関するスタッフ教育において退院支援システム構築をツールとして活用したことは有効であったと考える。意識調査から、病棟看護師はシステムの活用・修正を行い定着させることを今後の課題としてあげている。今後も病棟看護師の退院支援における役割を理解し、実践できるようサポートしていく体制が必要である。

退院支援は患者・家族が次の療養の場でも安心して継続したケアが受けられるようにすることを目指している。そのためには入院時からチームでかかわり、検討することが必要である。そのかかわりを可能にする手段の一つが退院支援システムであると考えられる。

## 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

今年度は、各病棟の特徴を生かした退院支援システムづくりを通して、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。退院支援システムづくりについては、看護部実践委員会のひとつである継続看護推進委員会を軸にした退院支援システム整備が年間計画に基づき計画的に行われており、10病棟がシステムの作成を行うことができた。また、システム作成までには至っていない病棟でも、事例勉強会の計画やカンファレンスの定着など、退院支援の意識向上のための取り組みを始めている。

さらに、院内全体での事例検討会を開催したことで、部署の特徴を生かしたシステムの必要性や情報収集の大切さ、患者・家族も含めたチームでの方向性の統一、アセスメントの大切さについて再確認し、スクリーニングやカンファレンス、IC同席について、情報共有についての課題があることを理解できた。

### 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の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当該取り組みの意義が再認識され、新た

な課題が見出され、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。そして、本共同研究での5年間の取り組みに協働的に関わることで、院内全体で組織的に取り組める体制の構築と、各病棟の課題解決に向けた取り組みへの支援の双方を充実させることがスタッフ教育として重要であり、看護実践の質向上に繋がることが認識できた。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

今回は、研究課題「地域の退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の検討」の共同研究との合同討議を行った。そこでは、退院支援に関心のある看護職者が集まり熱心な討議が行われた。討議内容は下記のようなものである。

### 1. 退院支援活動を充実させるために各々の施設で工夫していること

- ・事例検討会は全員の看護師に働きかけている。参加者は全体の10%くらいで、時間は18時から。委員会で内容を検討し、病棟独自でシステムを作っているところの報告があり、その後にグループワークを行っている。その中から自分たちの部署で行うための工夫ができると良いと思っている。
- ・継続推進メンバーが各病棟の推進の役割をしている。方向性をメンバーに説明し、メンバーが役割を發揮することができるように支援している。看護部としての目標の中に退院支援に関する目標が入ったので、昨年より今年の方が部署での取組みがしやすかったと思う。
- ・退院意識を向上させる目的で院内リハビリのチームを作った。買い物ツアーであるとか、近くのスーパーに行くとか、実際に探しに行って食べてみようと思っている。「スーパーに行こう」は、全員の患者さんを対象にしており、レベルを判断することを考えて推進していこうと思う。

### 2. 卒後教育プログラム、研修会、効果的な事例検討会の持ち方

- ・介護保険の研修会や勉強会のチームづくりをしている。介護保険とは何かなど、持ち回りで講師を担当している。
- ・平成19～20年度は地域の介護保険に関わっている人に講師を依頼した。一昨年は訪問看護師に来ていただいて話を聞いた。昨年は各病棟での勉強会を開催した。大きな研修会もしてきたが、小さな勉強会も必要だと考えている。
- ・退院支援について病棟としての取り組みをしている。入院期間とか入院の時期が違うので、病棟に合わせた内容が必要だと思う。現在は、全体の研修会はないが、全体の研修会も必要と考えている。まだテーマまでは考えていないが、病棟に委員を置くところから始めることが重要なのではないかと考えている。全体の意識が高まるといいと思う。
- ・各病棟で勉強会を行っている。一方的な勉強会では内容を理解できないかもしれないので、アンケートを行った。要望は、ケア会議についてとか、介護保険とは等であったため、同じ委員の中で詳しい人に講師をお願いした。ケア会議・介護保険、継続連絡会議等に関する勉強会を1年に2回行った。参加した人は意義を感じていたように思う。出席しない人はまだ十分に意識がされていない。来年度は方法をもう少し工夫して知識を増やしていきたい。

## 県域の退院支援の質向上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 加藤直子（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。前年度はその研修受講者を対象に質問紙調査を実施し、所属部署での退院支援の課題が把握できた。それらは、「入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援が不十分」「退院支援の時期の見極めが困難」「多職種参加のカンファレンスの開催・定着が必要」「多職種間の連携が不十分」「退院支援の知識・認識・関心の不足」「退院支援体制の整備が必要」「地域の社会資源の不足」「患者・家族の状況により退院支援が困難」「患者・家族の意向に沿う事が困難」であった。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。他職種との連携の困難さや、事例への取り組みの困難さを実際に話し合うことで、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。そこで、本年度は、県内の全医療機関の看護師を対象として、ワークショップを企画・運営し看護職者同士が自施設の取り組みを振り返り、検討できる機会を提供し、退院支援のネットワーク構築を視野に入れた看護職者への支援を継続する。その報告会の成果をもとに、医療整備課と大学とが協働して、県内全体の退院支援の質向上に向け取り組むべき課題を検討し支援を推進する。

### II. 方法

#### 1. ワークショップの開催

1) 対象者：県域の看護職者（県内 104 の病院の看護部長宛てに依頼状を送付した）

2) ワークショップの内容

①講義：退院支援に関して病棟看護師と退院調整看護師が協働的取り組みを行っている A 医療機関の退院調整看護師に講師を依頼し、「院内全体の退院支援の充実に向けた協働的な取り組み、院内研修のあり方」というテーマで講義を行った。

②グループワーク：テーマ「自施設の退院支援の現状と課題」をとして、4～6 人の小グループ（11 グループ）に分かれて、意見交換（55 分間）を行った。

③グループでの意見交換内容の共有：意見交換の内容のうち「退院支援の課題」について、各グループより報告された。報告内容は許可を得て録音して逐語録を作成し、課題が述べられた部分を抽出し、質的に分析して意味内容ごとに分類した。

④ワークショップの意見・感想、今後の希望の把握：ワークショップ終了後に、ワークショップの意見・感想、今後の希望について質問紙への記載を依頼した。その自由記載の内容を質的に分析し、意味内容ごとに分類した。

#### 2. 取り組むべき課題の検討

ワークショップの成果をもとに、共同研究者間で県内全体の退院支援の質向上に向け取り組むべき課題を検討した

#### 3. 倫理的配慮

ワークショップの参加においては、看護部長に依頼状を送付し、看護師の自由意思による参加を保証することを依頼した。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（通知番号：2219）。

### III. 結果

#### ワークショップの開催

##### 1. 参加者

本年度のワークショップは、2010 年 9 月 22 日に看護大学において開催した。対象は県内の看護職者とし、県内 104 の病院の看護部長宛てに依頼状を送付した。その結果看護職者 64 人、講師 1 人の参加を得た。

##### 2. 講義(表 1)

A 医療機関の退院調整看護師に「院内全体の退院支援の充実に向けた協働的な取り組み、院内研修のあり方」というテーマで講義を依頼した。そして、講師の所属する医療機関における、退院調整看護師が考案した「退院調整システム」の病棟での取り組み、病棟看護師と退院調整看護師の協働的な取り組み、院内研修の実際が報告された。その講義の概要を以下の表 1 に示す。

表1 講義内容：院内全体の退院支援の充実にに向けた協働的な取り組み、院内研修のあり方

<p><b>1. 退院支援におけるスタッフ教育の変遷</b> (クラブ活動→モデル病棟→全病棟)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2004年～2007年度： 院内有志スタッフのクラブ活動</li> <li>・2008年度：クラブ活動を看護部組織の「継続看護推進委員会」へ発展             <ul style="list-style-type: none"> <li>①研修会を開催、②委員会活動と協働してモデル病棟で「退院支援システム」を展開</li> </ul> </li> <li>・2009年度：①研修会を開催、②委員会活動と協働し、全病棟で「退院支援システム」を展開</li> </ul> <p><b>2. 退院調整看護師の病棟担当制</b></p> <p>2008年度の病棟看護師の意識調査より退院調整室との連携への要望として、病棟担当者を決めてほしいなどがあり、2009年度より退院調整看護師の病棟担当制が導入された。</p> <p><b>3. 研修会の開催</b></p> <p>①対象：継続看護推進委員部署担当者</p> <p>各病棟で退院支援を推進するために、継続看護推進委員を各部署に担当者として位置づけ、退院支援リーダーとして意識をもち行動できるための機会とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1回目 6月：退院支援システムの意義と継続看護推進委員の役割についての講義</li> <li>・2回目 9月：各病棟での退院支援システム活用状況の確認、事例への取り組みについての意識付け</li> <li>・3回目 11月：退院支援システムを活用しての感想や意見</li> </ul> <p>②対象：院内看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1回目 9月11日：介護保険制度 (参加者 47名)、講師：地域包括支援センター職員 内容：介護保険の改正の利点、介護支援専門員の活動の実際。</li> <li>・2回目 11月12日：お金の話 (参加者 43名)、講師：当該病院MSW 内容：身体障害者手帳と医療費、母子家庭の福祉、外国籍・生活保護・身寄りのない患者、未収金について、事例紹介</li> </ul> <p>③対象：病棟看護師：各病棟の課題に合わせて、研修会の内容を検討した。</p> <p>A病棟：a. ALSについて：講師：医師、退院調整看護師、b. 脳卒中地域連携パス：講師：退院調整看護師</p> <p>B病棟：介護保険制度：講師：退院調整看護師</p> <p>C病棟：退院支援について：講師：退院調整看護師</p> <p><b>4. 退院支援システムの活用</b></p> <p>1) 退院支援システムとは：医師・病棟看護師・退院調整看護師がそれぞれの立場でお互いかわりながら退院支援を進めていくためのシステム。2009年度より全病棟で退院支援に活用されている。</p> <p><b>5. 退院支援システムの活用後の学びの共有</b></p> <p>1) 振り返りカンファレンスでの意見 (病棟ごとに開催)</p> <p>退院後の家庭訪問と振り返りの重要性、在宅をイメージすることの重要性、退院後の支援のあり方、退院までのプロセスのあり方、入院早期からの関わり、カンファレンスの開催時期、病棟看護師としての知識の向上の必要性など。</p> <p>2) 事例検討会 (参加者 60名)</p> <p>A：事例紹介：a. ALS患者の退院支援、b. 胃瘻造設患者の退院支援、c. 小児の退院支援</p> <p>B：グループワーク</p> <p>その後全病棟の取り組みを「平成21年度退院支援事例集」としてまとめた。</p> <p><b>【事例検討会後の意見】</b>：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むけた介入が必要であることが理解できたなど。</p> <p><b>6. 病棟看護師への意識調査</b></p> <p>1) 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</p> <p>2) 調査結果：①退院支援を通じて学べたこと・よかったこと：患者・家族の望む退院支援と一緒に考える、継続看護の必要性・他職種との連携、退院支援に関心を持つこと、生活を視野に入れた退院指導、退院調整看護師との連携など。</p> <p>②困難だったこと・課題：退院調整に関わる判断が難しい、家族との対応が難しい、医療職間の連携が難しい、社会資源に対する知識の不足など。</p> <p>③今後退院支援について学びたいこと：介護保険、身障・特定疾患、診療報酬制度、訪問看護など。</p> <p><b>7. まとめ</b>：A医療機関では退院支援の充実に向けて</p> <p>①研修会の開催などの教育活動と共に退院支援システムを活用した実践活動を行っている。</p> <p>②上記の取り組みは看護部組織の「継続看護推進委員会」と退院調整看護師が協働して取り組んでいる。</p>
---

### 3. グループワークでの意見交換内容の共有(表2)

ワークショップでは、講義の後4～6人の小グループ(11グループ)に分かれて「自施設の退院支援の現状と課題」についての意見交換(55分間)を行った。その各グループにおいて意見交換された内容のうち「退院支援の課題」について報告してもらった。その報告内容を録音の許可を得て録音して、逐語録を作成し、退院支援の課題が述べられた部分を抽出して質的に分析し、意味内容ごとに分類した。以下〔 〕は分類を示す。

報告された退院支援の課題は、〔看護師の知識・意識の向上が必要〕11件、〔多職種間の連携による退院支援が必要〕6件、〔在宅療養に向けた家族への支援が必要〕4件、〔入院早期よりの退院支援が必要〕2件、〔患者の病状により在宅療養への支援が困難になる〕3件、〔退院後の受け入れ施設不足〕

3 件、〔地域によってサービス内容に差がある〕 1 件、〔家庭訪問時の時間保障が必要〕 1 件の 8 つに分類された (表 2)。

表 2 ワークショップグループワークでの意見交換内容：退院支援の課題 (n=11)

分類	小分類	報告内容例	グループ
看護師の知識・意識の向上が必要 (11件)	看護師の知識不足により支援が不十分になる(4件)	看護師が退院調整に関する知識が不足している。支援できるようにしていく必要がある。患者・家族への退院支援の進め方によっては、在宅にもっていく。看護師のほうがデイケアなどの社会資源などのことについての知識がないので、それらについて知識を深めてそれらを患者さん家族へ、提供していきようにしていく必要がある	4
	退院調整看護師に任せのみでなく病棟看護師の協力が必要(3件)	システムが整っていても、家族の受け入れがなかなか難しい場合がある。また、退院調整看護師は配属されているが、病棟ナースの協力が少なく、退院調整看護師に依存していることが非常に多い。	5
	看護師の知識・支援内容に差がある(2件)	個々の看護師の退院調整や介護保険についての知識・理解度に差がある。個々の理解にレベルの違いがあり退院調整の方法にも差が出てくる。個々のスタッフの教育が必要である。それによってレベルアップをして、スタッフ全員が同じレベルへと統一を図ることによって、それぞれの患者に同じ退院支援ができる	3
	看護師の退院支援に対する意識・モチベーションが低い(1件)	病棟で看護師が退院支援をそこまで頑張らなければならないのかという意識があり、モチベーションが低く、理解が得られなくて困っている。	9
	退院後の療養生活のイメージができない(1件)	患者が施設に入所する場合も、在宅に戻る場合も、なかなか退院支援の中では、イメージがつかない。できるだけ在宅に帰った患者に関しては、訪問してイメージを積み重ねたり、施設に入られるかたに対しては、機会があれば施設訪問をしてみて、まずは自分たちが施設のイメージをつけるということで、それが退院支援を進める際の知識となるのではないかと。	8
多職種間の連携による退院支援が必要(6件)	多職種・患者・家族参加のカンファレンスを複数回開催することが必要(3件)	退院に関しては、患者・家族の思いをしっかりと把握した上で進めていく必要がある。同じテーブルに立って合同カンファレンスすることがとても有効である。受け持ち看護婦の退院への負担感を減らすためには、チームで支えるということがとても大切と思う。支えることをどのようにして進めてほしいのか。	7
	多職種チームによる、患者・家族への支援が必要(2件)	医師の参加が必要である。医師の退院支援への意識が薄かったり、同じ方向に向いていないということで、家族への説明が少なかつたりすると、退院調整が前向きに進んでいかない。また、医師、看護師、MSW、ケアマネジャー、患者・家族も含めて、みんなでやってかなければ問題は解決できない。チームワークが必要である。看護師もICに必ず入って一緒に方向性を見ていくことが必要である。	2
	地域の専門職の意見を退院支援に活かすことが必要(1件)	院外の事業者との連携を強化して、病院への要望など、真の声を聞かせてほしいという意見が出た。そういう機会があれば、それぞれの要望や課題を明確にして活かしていけると、よりよい退院支援になっていく。	8
在宅療養に向けた家族への支援が必要(4件)	患者・家族の在宅療養への意識の向上ができない(1件)	患者・家族の退院に向けての意識やモチベーションをあげていくことが必要になってくる。それをうまくあげていけないにより、在宅療養に向けられないという現状がある。	4
入院早期よりの退院支援が必要(2件)	入院早期より退院支援を進める必要がある(1件)	退院支援を進める時期であるが、治療の過程でやはり家では看られないので施設に入れたいと方向転換する家族も多いというのが現状である。それは実際に時期の見極めが難しいが、入院早期より患者・家族と信頼関係を作っていくながら、退院の話を早期より進めていくということが大切である。そして早期より実際に在宅に帰れるのか、施設入所がよいのかを決められるような支援も必要になる	8
患者の病状により在宅療養への支援が困難になる(3件)	医療依存度の高い患者の在宅への調整が難しい(1件)	重症患者、医療依存度の高い患者の場合、例えば患者は家に帰りたいが、家族は家で看ることは困難という意識のずれがあった時に調整が難しい。やはり医療依存度が高いということで、家族が在宅療養が難しいと言われた時、在宅療養に対する病院から介護方法・サービス利用への支援を行うが、なかなか現状が難しく、在宅療養への調整が難しい。	6
退院後の受け入れ施設不足(3件)	患者の退院後の受け入れ先がない(1件)	長期入院の患者の場合、退院後の受け入れ先がない。施設に受け入れてもらうことが難しいこともあり、転院を繰り返し、受け入れ先を探して患者が移動している現状がある。	5
地域によってサービス内容に差がある(1件)		自治体によって利用できるサービス内容に差がある。転院先の病院や施設がないところに関しては、在宅に戻るのみとなる。在宅では処置の多い患者に関しては、なかなか家族の受け入れが難しいということで、2週間自宅を過ごし、また2週間後に病院に戻るということを繰り返してできるような方法をとっているところもある。それは地域差があるということであり、できれば改善してほしい。	2
家庭訪問時の時間保障が必要(1件)		家庭訪問などの時間が保障がされてない現状がある。個人の時間を使って行くということがあるので、スタッフにその時間を保障することが必要である。	7

次に、報告の中で看護師の教育の必要性が示されたことに関して、各施設の意見を聞いた。そして退院支援に関して、看護師への教育的取り組みを行っている施設の看護師より、取り組み内容について具体的に紹介された。その内容は、①訪問看護ステーションへの1日留学、②退院前訪問、③退院支援カンファレンス、④療養指導のパンフレット作成、⑤退院後の連携カンファレンスであった。取り組み内容を以下の表3に示す。

表3 退院支援の充実に向けた看護職者への教育的取り組み

教育的取り組み	取り組み内容
訪問看護ステーションへの1日留学	新人教育のプログラムの2年目に、自分が病棟で受け持った患者の退院後の訪問看護に同行して、体験をする。
退院前訪問	退院が決まると、1ヶ月ぐらい前に、リハビリスタッフ・ケアマネジャー・看護師が訪問する。家を実際に見て、住宅改修の検討の場に立ち会うことで、在宅のイメージをもって退院に向けた支援が行える。
退院支援カンファレンス	病棟で週1回時間を決めて、退院調整看護師・MSW・看護師が退院支援に関するカンファレンスを行う。病棟で退院支援が必要な患者を対象に、一人一人の退院調整の進み具合の確認と情報交換、サービス利用、退院までに必要な準備などを具体的に話し合う。
療養指導のパンフレット作成	看護師がワーキンググループを作って、療養指導の具体的な方法のパンフレットを作成し、各病棟に配布している。
退院後の連携カンファレンス	病院内のスタッフと在宅スタッフが患者退院3か月後に集まり事例検討を行う。退院前の準備、退院後の生活について情報交換し、入院中に必要であった準備や、在宅での工夫などを話し合う機会としている。

#### 4. ワークショップに対する意見・感想、今後の希望

ワークショップ終了後に、ワークショップに対する意見・感想、今後の希望について、質問紙調査への記載を依頼し、53人から回答を得た（回答率 81.5%）。その自由記載の内容を質的に分析し、意味内容ごとに分類した。以下〔 〕は分類を示す。

##### 1) ワークショップに対する意見・感想

ワークショップに対する意見・感想では、〔多施設の現状・課題・取り組みを把握することができて参考になった〕34件、〔多施設の人との意見交換により課題を共感できた〕6件、〔自施設の課題が明確になった〕6件、〔教員から行政・制度についての意見が聞けた〕4件、〔講義で取り組み・研修の実際を聞き示唆が得られた〕3件、〔困難事例の退院支援の参考になった〕2件、〔施設の規模により課題に違いがある〕〔行政への要望〕2件、〔ワークショップへの要望〕5件の9つに分類された（表4）。

表4 ワークショップの意見・感想 (n=53)

分類	小分類	記載例
多施設の現状・課題・取り組みを把握することができて参考になった(34件)	多施設の人と意見交換ができて参考になった(14件)	他の病院の方と意見交換ができ、勉強になった。病院の規模や診療科は違っても、長期の入院傾向やスタッフの意識付けなど、課題がどこでもあることが分かった。 他の病院の退院調整の様子を知ることができた。現状、困ったこと等をグループワークすることで対策等アドバイスしてもらえたのでよかった。
	多施設の取り組みを把握することができて参考になった(12件)	当院でも退院支援ワーキンググループを発足させ2年目になり、私自身もそのメンバーで活動しているが、今回の講義やグループワークを通して、委員会のメンバーだけでなく、スタッフ全体で意識を高め、向上していくことが大切だと感じた。他病院での取り組みや意見を得ることができ、今後このような研修を定期的で開催してもらいたい。 退院支援の必要性を感じてはいるのですが、なかなか実現できていない現状である。この会に参加していき、他施設での現状を聞くことにより、どのように取り組みを進めていこうか思考している状態である。少しずつではあるが、進んでいると思っている。今後も続けてほしい。
	多施設の現状・課題を把握することができて参考になった(8件)	各病院の取り組みや現状を聞いたことで、どの病院でもスタッフ教育が必要である課題を知った為、私は一歩ずつでよいので、あきらめず取り組みを続けていきたいと思った。精神科病院でも退院への取り組みがされていると知り、この現実を病院へ持ち帰り、今後の参考にしたい。 グループワークで現場の退院調整を知ることができ良かった。精神科の病院の退院調整の難しさを知ることができた(社会と閉ざされた入院生活をしてきた人が退院するときに困る点。金銭(銀行)の使い方も分からない人たちへの支援)。スタッフへの教育で、事例検討、在宅訪問など在宅をイメージさせることで、退院支援のやりがいを感じ、意識づけができることが分かった。
多施設の人との意見交換により課題を共感できた(6件)	グループワークでは、自分達が不安に思いながら行っていることや、どうしたら良いのか分からず行っている退院調整の課題について、他の施設の人に聞いてもらえることで、同じことで悩んでいた、良いアドバイスがもらえたりと、とても充実したワークになった。時間が足りない位であった。 色々な病院の退院支援に向けて取り組みを聞くことができ、当院だけが抱えている問題と思っていた事で、実は皆同じように問題課題を抱えていることが分かり、少し安心した。まずは、自分も含め、スタッフの教育、意識向上を図っていかなければいけないと実感した。	
自施設の課題が明確になった(6件)	退院調整看護師の意見を聞いた事がとてもよかった。私の病院には、担当看護師がいなかったが考えが分かった。また、自分の病院の問題点、課題も整理できた。新たな気付きがありよかった。 話し合うことで新たに課題を見つけ、その課題をクリアしていく目的が発見できよかった。	
行政・制度についての意見が聞けた(4件)	色々な病院の現状を知ることができよかった。大学教員にグループに入ってもらったことで、研究的視点・行政的視点からの意見が聞けよかった。 教員の話も聞け、大変参考になった。現状と社会の流れ、制度について話が聞け、良いワークショップだったと思う。	

表4 ワークショップの意見・感想 (n=53) (つづき)

分類	記載例
講義で取り組み・研修の実際を聞き示唆が得られた(3件)	何も分からない段階での参加だった、講義では実際取り組まれていることに加え、それに参加された方の意見も聞け、取り組みによって得られるものも知ることができよかつたし、分かりやすかつた。 退院支援の充実に向けた協働的な取り組みと院内研修のあり方についての報告は、とても参考になつた。病棟看護師の知識や意識の向上が調整によりよく関わつていけるということが、再認識することができた。
困難事例の退院支援の参考になつた(2件)	在宅へ退院される患者への指導に関して取り組み困難な事例もあり、そのような患者に対してのアドバイスもいただけたり、退院支援に関しての知識を再度理解することができた。
施設の規模により課題に違いがある	参加のほとんどが地域の中核となっている病院(小・中規模)と思われまふ。根本的に、大・中規模病院は、業務内容、患者数から見ても、システム化しなければ一定の成果は上げられないと思つし、中・小規模病院は、業務上も数的にもシステム化をしなくても介入する方法を考えれば、成果を上げられる。しかし、その成果としては、前者は良い在宅症例一部に加え、転院にて調整が可能となつているが、後者は転院先も限られ、困難な在宅症例を抱え、私個人としては、退院調整の本質はどこになるのかよくわからない。
行政への要望(2件)	地域差があるので、それぞれの地域に合つた退院調整者への支援をしていただけるとよい。
ワークショップへの要望(5件)	地域別的小グループワークショップもぜひ開催してほしい。

## 2) 今後の希望

記載された今後の希望は、[スタッフ教育としての研修・研修会を開催してほしい] 10件、[定期的にワークショップを開催してほしい] 5件、[退院調整看護師育成のための研修会を開催してほしい] 4件、[県内全体で情報共有ができる] 3件、[事例検討を定期的に開催してほしい] 3件、[退院調整看護師の交流会があるとよい] 1件など、6つに分類された(表5)。

表5 今後の希望 (n=53)

分類	小分類	記載例
スタッフ教育としての研修・研修会を開催してほしい(10件)	退院支援の知識習得のための勉強会の開催(5件)	今回、退院支援看護師、病棟看護師が同じグループで話し合え参考になつた。現在、院内のスタッフにおいて力量の違いすぎる為、病棟スタッフの研修会を企画しているが、なかなか参加者が増えていないのが現状である。スタッフ教育に対して、サポートしてもらえるとありがたい。 退院支援の必要性について講義等開催し、病院や病棟の各スタッフまで届けてほしい。
	社会資源に関する勉強会の開催(3件)	社会資源についての勉強会があったら参加したい。 社会資源、地域社会サービス、福祉について等(保険、法律)、知識について勉強・研修参加の充実
	訪問看護ステーションへの研修(1件)	受け皿である在宅や施設との連携や交流等について、研修する機会があるとよい。退院後の療養先である在宅の状況や施設の状況を理解できるのではないかと。訪問Nsステーションへの研修(病棟Ns)を実施できると、退院後の在宅のイメージができ、退院支援方法が理解できるのではないかと。
	他施設の見学・交流会の開催(1件)	他施設の見学、退院支援システムをどのように行っているかの交流会
定期的にワークショップを開催してほしい(5件)		今回の様な退院調整に向けての各施設の活動を共有することで、自施設に置き換えて支援することができる様な報告会や調整の事例などをグループワークできるとよい。 勉強会や今回のような他施設との情報交換ができる場があると参加したい。
退院調整看護師育成のための研修会を開催してほしい(4件)		退院調整看護師の育成のための研修会を希望する。 退院支援専任看護師の育成、学習会の開催。
県内全体で情報共有できるとよい(3件)	県全域の施設情報が必要(2件)	後方支援病院や受け皿としての施設がない状況である。国は地域完結型医療を推進しているが、市民は高齢、共働き等、在宅を難しくする社会状況です。県全域の施設情報がほしい。
	モデル的取り組みの情報共有できるとよい(1件)	県内病院で行われているモデル的取り組みに関し、情報をタイムリーに送っていただきたい。
事例検討を定期的に開催してほしい(3件)		困難事例等を各病院が用いて勉強会等を開催し、それぞれの退院支援に向けてレベルアップができるような話し合いの場を定期的に行つてほしい。 退院調整の困難事例への介入についての検討、紹介、退院調整の知識の向上
		退院調整看護師が自施設では1名しかいないので、他の退院調整看護師と話し合える機会があるとよい。

## IV. 考察

### 1. 看護職者の捉えた退院支援の課題

本年度のワークショップでも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った。その中で話し合われた退院支援の課題を分類してみると、〔看護師の知識・意識の向上が必要〕、〔多職種間の連携による退院支援が必要〕、〔在宅療養に向けた家族への支援が必要〕・〔入院早期よりの退院支援が必要〕、〔患者の病状により在宅療養への支援が困難になる〕〔退院後の受け入れ施設不足〕、〔地域のよってサービス内容に差がある〕があり、昨年度の研修受講者による質問紙調査結果より把握された課題はとほぼ一致した。

## 2. 退院支援の質向上に向けた看護師への教育的取り組みの推進

〔看護師の知識・意識の向上が必要〕の課題は、全グループから報告されており、所属部署におけるスタッフ教育の必要性を認識している人が多いことが把握された。今後の希望の中でも〔スタッフ教育としての研修・研修会を開催してほしい〕、〔定期的にワークショップを開催してほしい〕との意見が多かった。意見・感想では、〔多施設の現状・課題・取り組みを把握することができて参考になった〕〔多施設の人との意見交換により課題を共感できた〕〔自施設の課題が明確になった〕などがあり、本研究でのワークショップの開催が、県内の看護職者への教育的取り組みとして生かされていることが把握された。そして、各医療機関がそのニーズに合わせて、看護師の知識・意識の向上に向けた教育的取り組みが行えるように支援する必要があることもわかり、本研究の次なる課題であると考えられる。

## 3. 本研究において取り組むべき課題

ワークショップ参加者の意見より、県内の退院支援の質向上に向けて、県内全看護職者を対象としたワークショップを定期的に企画・運営し、看護職者同士が自施設の取り組みの振り返り・検討できる機会を継続して提供することが必要であることが確認できた。また、今後も本取り組みを継続する必要があると同時に、今後は県内の看護職者による退院支援のネットワーク構築に向けて、圏域別、地域別の小ワークショップの開催に向けて検討を進める必要があると考えられる。

## 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、2009年度はその研修の成果・評価を行い、その結果をまとめて報告書を作成して、県内104の病院に配布した。本年度もひきつづきワークショップを開催し、その対象を県内の全看護職者とした。そのため、精神科も含めた様々な診療科の看護師が参加し、グループワークでの意見交換によって、多施設の現状・課題を把握し共感された。そこから、自施設の取り組みへの示唆が得られたと考える。また、看護師への教育の必要性や、具体的な取り組み内容も紹介され、参加者の退院支援の取り組みへの意欲の向上につながった。

### 2. 現地看護職者の受け止めや認識

退院支援に関して看護職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で、自施設の課題が明確になり、取り組みを始める契機となると考える。

### 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、2010年度から退院支援に関するワークショップを大学において開催し、退院支援の先駆的取り組みに関する講義や、グループワークによる意見交換を行い、その内容を報告書にまとめ県内の医療機関に配布することで、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、本研究により看護職者のニーズが把握でき、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

研究課題「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」の共同研究との合同討議を行い、「退院支援の充実にむけた人材育成における工夫」「小ワークショップ（圏域、地域）開催の可能性」について以下のように討議した。

司会：人材育成に関する工夫についてはどうか。共同研究で行ったワークショップには65人の参加があった。全体のワークショップも必要と思うが、地域のワークショップなどの開催についてはどうか。  
○B 医療機関：地域別というより領域別で開催するのはどうか。他の病院の取り組みを共有したい。一般病院と精神科の病院では、具体的な実践内容が異なるので、領域別があるとよい。

司会：事例検討会の開催についてはどうか。

○C 医療機関：自施設は150床、大規模の病院と少し違う。同じ規模の病院と一緒に検討できるとよい。関周辺で集まることができるとよい。ワークショップは引き続き開催されるとよい。

司会：小規模病院と大規模病院を分けて行うこともよいと思う。今後検討を続けたい。

○医療整備課：このような機会が大切と思う。各病院の課題を共有することができる。本日顔を合わせたことで、今後相談できるのでよい機会であると思う。今後圏域別でできるとよいと思う。

司会：今後も医療整備課と協働で考えていきたい。

## 退院調整における日常生活指導での地域連携室と病棟ナースの協働

山中ひろみ 亀山博子 長屋由美 渡辺佳美 石原弘美 松原直子（関中央病院・看護部）  
牧田由紀子 川地信也（関中央病院・地域連携室）  
橋本麻由里 小西美智子 両羽美穂子 野村浩（大学）

### I. はじめに

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。A 病院は、急性期病床や療養型病床の病院機能を有するが、同じ法人内の関連施設として老人保健施設、訪問看護ステーションなどがあり、多様な役割・機能を有している。退院調整・支援としては、地域連携室が中心となり、退院に向けた社会資源や介護サービスの調整を行ったり、それぞれ異なる役割・機能をもつ各病棟の看護師が、退院に向けた患者・家族への教育や在宅でのケアに関する相談を受けるなど、連携して支援を行う必要がある。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昨年より、共同研究として取り組んできた。昨年の活動より、退院調整・支援に病棟看護師がかかわれるような環境づくりと看護師の責任を明確にしていくことが課題であったことから、今年度は、地域連携室が協働し、病棟看護師が入院時から退院調整・支援ができるよう、退院調整・支援システムの活用状況について事例検討をもとに検討し、システム改善案の作成に取り組んだ。

《施設の概要》A 病院は 150 床（一般病床 94 床、亜急性期病床 8 床、医療療養病床 50 床）で、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・支援が必要となった事例の検討：在宅への退院に向けて調整・支援を行った事例への関わりを振り返り、現在の退院支援システムと照合し、退院支援内容を検討した。検討後は研究者を含む参加者に意見・感想シート記載を依頼した。

2) 退院調整・支援を推進するための各病棟における実践：受け持ち看護師がカンファレンスに参加し、退院調整に関わるよう病棟ごとに取り組みをすすめる。

3) 今後の退院調整・支援のシステム構築：事例検討の結果を基に、退院調整・支援システムを再検討する。具体的に取り組むために 5W1H で検討し、新たに退院調整・支援システムを作成した。

#### 2. 倫理的配慮

本研究は、施設長の了解を得て実施した。事例検討では患者・家族及び看護師の個人が特定されないように匿名性を確保し、データ管理も厳重に取り扱った。また事例検討参加および意見感想シートの記入は研究参加者の自由意思によるものとし、研究の目的や研究協力による不利益の有無について書面と口頭で説明し、同意を得て実施した。なお、本研究は岐阜県立看護大学倫理審査部会の承認（2228-1）を受けている。

#### 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、事例検討参加者への感想シートの報告、システム作成、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。検討会進行は、主に現地側共同研究者が務めた。感想シートについては意見のまとめを大学側で行い、検討会において結果を共有し、メンバー全員で今後の方策を講じた。

### III. 結果

#### 1. 退院調整・支援が必要となった事例の検討

1) 各病棟の退院支援の現状を振り返り、共同研究者間で、課題と方向性を共有することとした。

(1) 事例 1 退院後の生活について、患者の問題意識が薄く、退院支援がうまく進められなかった事例 60 歳代の男性。独居、脊髄損傷、糖尿病があり車椅子生活であり、近所の隣人が身の世話をしている。今回は血糖コントロールのため入院し、インシュリンを自己注射しているが、受け持ち看護師

は自己注射が難しいと判断していた。しかし本人は隣人が協力してくれるから、自分が全て行わなくてもいいと思っている状態があり、なかなか退院支援が進められなかった。インシュリン自己注射の内服薬への変更など医師への相談、食事療法についても再検討し、他職種者の協力も得て在宅への退院が可能になった。本事例より、在宅に向けた具体的な退院支援の方法を探り出すために、退院後の日常生活レベルの見通し・判断の基準、退院支援の必要性に関する判断を明らかにする必要性が明確になった。また入院時のスクリーニングからは、具体的な看護計画に結びついておらず、看護計画立案に繋がるようにするという課題が明らかになった。この事例より退院困難要素のチェックの基準を介護力アセスメントシート（図1）として作成し、退院困難要素を簡便に判断できるようにし、退院支援・調整のフローチャートに反映した。

(2)事例2 退院後の生活について複数の選択肢を示し、本人・家族が意思決定できるよう進めた事例

60歳代 男性、脳梗塞後の後遺症で右半身麻痺 言語障害 車椅子生活で妻と2人暮らし。本人は在宅へ帰りたいと強く希望しているが、妻は在宅での生活は無理、施設を希望したいとの事であった。受け持ち看護師やMSWは在宅での生活が可能なのではないかと考え、受けることのできるサービスや、看護師の訪問で相談をできることなどの説明を行った。この事例では、本人・家族・医療者間の今後に対する見通しのズレに注意し、退院後の生活について無理に決定を迫らず複数の選択肢を示すことで、本人・家族が意志決定できるよう進めた。事例検討を通して、日常のケアの中で、本人・家族の思いをしっかり聞き、これをカンファレンスに反映する必要があること、また本人や家族が、在宅か施設かを迷っている場合は、無理に迫らず、決定のための時間を保障し、ケアを通して「これなら在宅でもやれるかも」という気持ちを持てるようにかかわり、意思決定できるよう支援することの重要性が検討された。この事例から、カンファレンスやケアの中で、本人・家族と医療者の見通しの違いに着目し、できるだけ相違をなくしていくようにかかわるために、プロセスフローチャート（図4）（以下PFCと略す）で、その過程を可視化した。

2) 検討後の意見感想

患者の置かれている状況のみでなく患者・家族の思いを尊重すること、活動可能な退院調整・支援システムとすることが挙げられた。主な内容を表1、表2に示す。

表1 事例1の検討会後の意見・感想

分類	小分類	意見の記述の一部
スタッフ教育・能力向上	ナースによる退院支援のばらつきをなくすためのスタッフ教育が必要である	受け持ちナースによって差があるため、患者のアセスメント時の着眼や患者・家族への関わり方などカンファレンスを通して、スタッフ教育をする必要がある。
	看護師の能力向上につながる退院支援	患者および家族の何を大事にして支援したのかが分かると、本来の看護がもっと理解されると思う。これらは、看護師それぞれの能力向上につながり、また、意欲にもつながると思う。
	スタッフの退院支援に対する働きかけが必要	現状、スタッフが意識していないこと(退院に関わることで)がよく理解できた。と同時に、関わるシステムづくり、自分が支援していけるという実感がつかめるような働きかけが課題であると思う。
退院支援に関する現状認識	退院システムが活用できていない現状	退院支援として、患者に関わっているが、システムとして退院支援を進めていなかったことに気づかされた。
	現状認識と今後の方向性の認識	検討会を実施することで現状を見つめ、今後どうするべきなのかを認識できた。
退院支援への看護の役割認識	看護としてチームでどうかかわるかが見え勉強になった	事例での話し合いをすることで、その人の支援方法が見るだけでなく、看護としてチームでどのように関わっていくかが見え、とても勉強になった。
	急性期・慢性期の看護師の役割認識が明確になった	急性期・慢性期における看護師の役割が明確に分かった。
誰もが活用可能なシステム作り	すべての患者が支援を受けられるためのシステム化が必要	今後、システム化して、すべての患者が適切な時期に支援を受けられるようにするにはと思う。
	退院支援を記録に残すこと	退院支援に関連した記録を残すことも必要である。
事例検討の進め方	効果的な症例発表の工夫	自分が症例の中で、退院調整する際にどうすればよいか、困っていることや、どう関わったのかをまとめておく。その上で、話し合いの中から、自分が師長という視点からスタッフにどのように関わればよいか参考にしたい。
	自分の意見が出しやすい検討会	自分の意見を出しながら、確認(確信)していくという話し合いなので、素直に意見が出せる。

表 2 事例 2 の検討会後の意見・感想

分類	小分類	意見の記述の一部
具体的で実現可能な検討	現場に応じた具体的な退院システムの検討	退院支援システムとしてのフロー図をみて、いつ、どこで、受け持ち看護師が関わるのかを明確にし、また、退院支援に対してどのようなことをチェックするのかを一緒に書き込み、それを病棟の業務にできると、この支援システムがうまくいくと思った。
	退院支援の看護計画立案・介入のイメージ化	退院支援に関する介入をどのように行っていくか、話し合いの中でぼんやりですが、イメージができてきた気がします。大変、意義のある検討会だったと思います。
	少しずつできることから始める退院支援の取組み	実際に現場で支援を行うことは、難しいということを実感したが、少しずつ近づけていくことなら可能なかと思いました。まず、少しでもカンファレンスに参加させることから始めたいと思います。
スタッフ教育の必要性	スタッフが入れる環境づくりの必要性	役割がカンファレンスに入るというシステムから、スタッフ(受け持ち)が入れるような環境づくりを検討していきたいです。
	誰でも行える退院システム作りの必要性	今までスクリーニングシートの活用ができておらず、必ず誰でも行えるような流れを明確にする必要があることが分かった。
	受け持ち看護師の認識を高める退院支援	看護計画に退院支援に関する項目を挙げることで、受け持ち看護師も認識が高まり、退院支援に関わりやすくなると思う。
看護師の役割・責任の理解の深ま	退院支援に関する自分たちの役割理解の深まり	回を重ねていくうちに、自分たちが退院支援への役割として何をすべきなのかを理解できました。
	患者・家族と乖離しない支援に責任をもつこと	患者・家族の思いと実際の支援内容が乖離せず、看護師としての退院支援がルーティンでできれば、よい看護につながると思う。なんとか、自分たちの看護に責任が持てるようにできると非常によいと思う。
他職種の協働	他職種で協力し合う退院支援	MSWという立場ですが、退院支援には看護師の協力は必要不可欠です。お互いの得意分野で能力を発揮して協働をするとうよいと思います。
事例検討の進め方	意見が出しやすく話し合い	意見が出しやすい雰囲気よく話し合いができてよかった。

## 2. 退院調整・支援に関する病棟活動の実際

今までのカンファレンスでは看護は師長のみの参加が多かったため、受け持ち看護師の参加を勧め、一緒にカンファレンスを行った。受け持ち看護師は、対象者の病棟での生活状況などを家族に伝え、また家族からは、患者に対する思いや退院後の不安などを実際に聞き体験した。また退院調整・支援についての病棟勉強会を企画し、事例を基に退院が出来る為に私たちがなにをする必要があるのか、など様々な意見を交換したことや、中堅看護師が新人看護師とペアーになり退院支援を一緒にすすめるなどを体験した。これらの体験により、受け持ち看護師は、病状のみに着目しがちであったが、中には、患者の退院に向けて、家族の思いや介護力などを検討しなければ退院できないことに始めて気づくことができた者もあった。

## 3. 今後の退院調整・支援のシステム構築

入院時に実施される退院支援スクリーニングが、看護計画に繋がり、退院後の生活に見通しを持って支援を行うために、これまでの看護経験の振り返りから、排泄・食事・移動・認知・経済的問題に着目し、支援の必要性、在宅での生活環境を評価するようにした。そのためのツールとして介護力アセスメントシート(図1)を作成した。また退院時の介護サービス内容の目安を、利用者の日常生活動作および認知の程度・独居か家族と同居かの生活環境から判断できるようマトリックス表(図2・3)として作成した。これらを含むプロセスフローチャート(図4)を作成し、各担当者の実践・役割を明記することで、受け持ち看護師が退院に関われるように工夫した。

## IV. 考察

退院調整・支援システムにおける各担当者、病棟看護師の実践や判断内容を明示したことで、かかわる時期や支援内容が明確になり、施設独自の退院調整・支援システムのPFCができた。また、介護力チェックリストは、患者の具体的な退院支援に直結し、看護計画に反映することで、チームで連携し問題解決できるようになるのではないかと考える。今後、改善案の実践により、病棟師長は、受け持ち看護師が主体的に退院調整・支援を行える環境を整え、その人らしさを尊重した生活支援についてのアセスメントをすることで、受け持ち看護師の退院調整・支援の質向上を目指す必要がある。

病棟看護師が、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、5W1Hで明確にする必要がある。今回PFCを作成したことから、受け持ち看護師がいつ、どの場面で介入するのか、サービスは何かが必要なのか、何をチェックすることで退院に近づけることができるのかなどが一目瞭然になったが、忙しさや知識不足やその差などにより退院調整・支援ができないといったことで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。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を情報共有し、各部署で実際にカンファレンスに参加するなどスタッフが退院調整に関わることや、事例を通して勉強会を行った結果から、施設独自のPFCを作成することができた。しかしスタッフがPFCを使用し実際に退院調整・支援の活動をするにはいたらなかった。

退院調整・支援には医療のみの観点でアセスメントを行い、退院調整・支援に結びつけていくのではなく、介護力へのアセスメントの重要性や排泄などに日常生活に密着した評価が必要であることが分かった。共同研究者間では現状の退院調整・支援のあり方から、課題に対する捉え方が変化し、退院調整・支援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。

## 2. 本研究への現地看護職の受け止めや認識

今年度は、事例検討を基にした退院支援システムの活用状況の現状分析から、得られた内容をPFCに落としとしていくなど、活用可能な対策の検討ができた。事例検討会を通して、「退院支援として、患者に関わっているが、システムとして退院支援を進めていなかったことに気づかされた」「退院支援の方法を可視化することで、自分自身が何をするのか、今後どうするとよいのかが分かる支援がすすめられそうで楽しみになってきた」また、検討会についても「自分の意見を出しながら、確認（確信）していくという話し合いなので、素直に意見が出せる」など、実践の改善を期待する気持ちや、参加しやすく意見が言いやすい検討会であるとの受け止めが示され、有意義な検討ができたと考える。

## 3. 本学が関わったことの意義

事例検討をもとに、どのように現状の退院調整・支援システムの改善につなげていくか、また日ごろの経験から暗黙のうちに得ている重要な知識を明確にし、退院調整・支援システムに活用していくよう検討の方向性を提案することで、改善の対策につながる検討に貢献することができたと考える。

また、このような施設としての課題への取組みが、どのようなことをきっかけに活性化し、病棟活動として広げていけるかなど、実践の改善につながる研究として発展していくための示唆を得ることができたことは、教員としても意義のある取組みができたと考える。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

退院調整・支援についてのことが定義をできているかについて

→昨年度より退院調整・支援の勉強会を全スタッフに行い、退院調整・支援のシステムを周知している。

退院調整・支援について教育体制はあるのかについて

→教育体制としてはとっておらず、現場での教育になっている。

→退院調整・支援後の外来での患者の状況などを地域連携室として管理し、再入院しないためにMSWとして関わっているがチームでの協力が必要である。

→急性期のため、どの時点で患者・家族と退院についてのかかわりをもっていったらよいのかが、難しい。

病棟看護師が退院調整に参加するにはどう取り組むとよいかについて

→定期的な職員対象の勉強会の実施

→受け入れ施設の現状を知るための地域連携会議の実施

急性期では家族が退院調整を受け入れることが困難な場合が多い

→看護職だけではなく多職種や家族も含めたカンファレンスを実施することで、家族が退院後の状況をイメージでき、医療者側と家族のギャップを少なくできる。

	入院時( / )			入院一週間後( / )			必要時( / )		
	1. 自立	2. 時々失敗	3. 失禁・オムツ	1. 自立	2. 時々失敗	3. 失禁・オムツ	1. 自立	2. 時々失敗	3. 失禁・オムツ
排泄	1. 自立	2. 時々失敗	3. 失禁・オムツ	1. 自立	2. 時々失敗	3. 失禁・オムツ	1. 自立	2. 時々失敗	3. 失禁・オムツ
トイレ動作	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
食事	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
移動	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
更衣	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
清潔	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
認知	1. 自立	2. I～II※	3. III以上※	1. 自立	2. I～II	3. III以上	1. 自立	2. I～II	3. III以上
家庭環境	1. 介護者あり	2. 高齢世帯	3. 独居・介護者不在	1. 介護者あり	2. 高齢世帯	3. 独居・介護者不在	1. 介護者あり	2. 高齢世帯	3. 独居・介護者不在
経済的問題	1. なし	2. あり		1. なし	2. あり		1. なし	2. あり	
合計	点			点			点		

※認知度は認知高齢者の日常生活自立度で評価

- ・入院時に評価し、退院困難要素の有無を確認する。
- ・合計10点以上は退院支援が必要な状況であると判断し、退院支援の看護計画を立案する。  
(一項目でも2以上がある場合)
- ・看護計画立案した場合は入院一週間後と必要時(退院時)に評価する。

図1 介護力アセスメントシート

						病院・施設	病院・施設	病院・施設	病院・施設
IV	徘徊探知機 ヘルパー 家族の見守り	家族の見守り	家族の見守り						
IIIb	徘徊探知機 短期入所 通所介護 ヘルパー 家族の見守り	短期入所 通所介護 ヘルパー 家族の見守り	短期入所 通所介護 ヘルパー 家族の見守り						
IIIa	徘徊探知機 短期入所 通所介護 ヘルパー 家族の見守り	短期入所 通所介護 ヘルパー 家族の見守り	短期入所 通所介護 ヘルパー 家族の見守り						
II b	短期入所 通所介護 ヘルパー 家族の見守り	短期入所 通所介護 ヘルパー 家族の見守り	短期入所 通所介護 ヘルパー 家族の見守り						
II a	通所介護 見守り	通所介護 見守り	通所介護 見守り						
I	通所介護 見守り	通所介護 見守り	通所介護 見守り						
自立	—	対策A	対策A	対策A	対策A	通所介護 見守り	通所介護 見守り	通所介護 見守り	通所介護 見守り
認知度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
ADL									

全患者対象 退院支援マトリックス表参照 対策A 介護保険取得所状況確認  
在宅サービス利用希望確認

図2 自立度と認知の程度に応じた介護サービスの目安 マトリックス表

独居	配食 ヘルパー 緊急通報 地域包括連絡 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 地域包括連絡 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 地域包括連絡 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 対策A	福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	訪問入浴 福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	訪問入浴 福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A
近距離に介護者がいるが独居	配食 ヘルパー 緊急通報 地域包括連絡 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 地域包括連絡 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 地域包括連絡 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 対策A	福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	訪問入浴 福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	訪問入浴 福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A
常時 老老介護	配食 ヘルパー 緊急通報 地域包括連絡 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 地域包括連絡 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 地域包括連絡 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 対策A	配食 ヘルパー 緊急通報 対策A	福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 対策A	福祉用具 配食 ヘルパー 緊急通報 通所介護 短期入所介護 訪問看護 対策A	訪問入浴 配食 ヘルパー 緊急通報 福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	訪問入浴 配食 ヘルパー 緊急通報 福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A
介護者いるが 日中独居	—	対策A	対策A	通所介護 対策A	通所介護 対策A	福祉用具 ヘルパー 通所介護 短期入所介護 訪問看護 対策A	福祉用具 ヘルパー 通所介護 短期入所介護 訪問看護 対策A	訪問入浴 ヘルパー 福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	訪問入浴 ヘルパー 福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A
同じ敷地内に 常時介護者がいる	—	対策A	対策A	対策A	対策A	福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 対策A	福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 対策A	訪問入浴 ヘルパー 福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	訪問入浴 ヘルパー 福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A
常時 介護者 いる	—	対策A	対策A	対策A	対策A	福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 対策A	福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 対策A	訪問入浴 ヘルパー 福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A	訪問入浴 ヘルパー 福祉用具準備 通所介護 短期入所介護 訪問看護 往診 対策A
環境	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
ADL									

対策A 介護保険取得所状況確認  
在宅サービス利用希望確認

図3 自立度と生活環境の程度に応じた介護サービスの目安 マトリックス表

ポリシー：看護師が退院支援に関わるための業務手順

## 退院支援に関わる手順

2011年1月24日作成

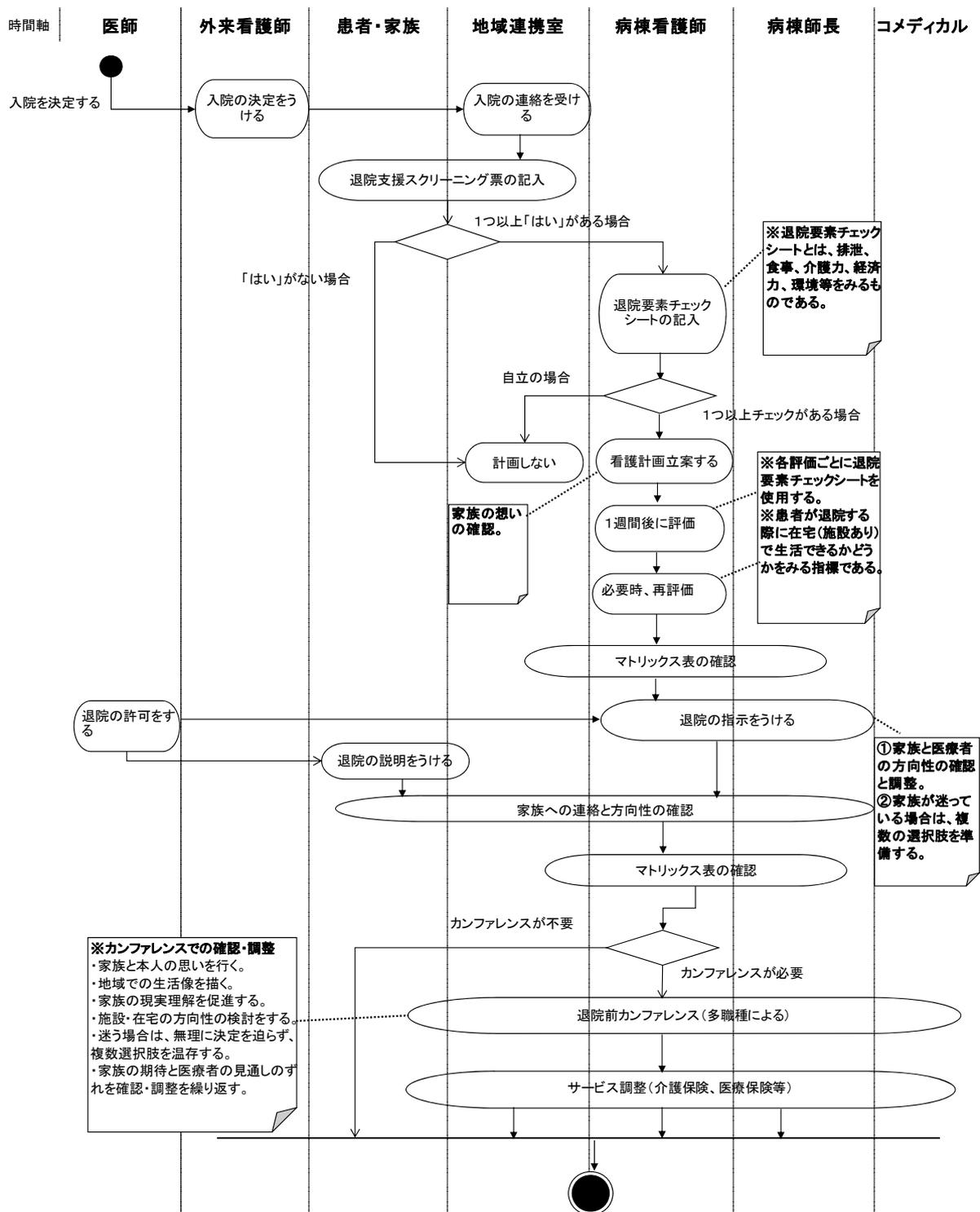


図4 退院にかかわるプロセスフローチャート

## 在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討

中川千草（羽島市民病院・医療サービスセンター） 吉田知佳子（羽島市民病院・2病棟4階）  
吉村さおり（岩佐医院） 加藤しのぶ 大塚理恵（羽島市医師会訪問看護ステーション）  
奥村美奈子 田村正枝 普照早苗 布施恵子 森本藍（大学）

### I. はじめに

平成18年4月から施行された「がん対策基本法」において、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養が選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが明記された。本県においても平成20年3月に「岐阜県がん対策推進計画」を策定し、終末期のがん患者の在宅療養継続を可能とし、更には在宅で最期を迎えることができる地域づくりに着手し始めたところである。一方、終末期がん患者は症状の進行が早く、多様な身体症状を呈することや、多くの患者が病院で亡くなる現状において、在宅で最期を迎えることに対して、患者や家族の不安や抵抗感は強い。

本研究の目的は、地域の看護職者が協働し、在宅療養や在宅で最期を迎えることを希望するがん患者や家族の意向が叶うような地域づくりに取り組むことである。

### II. 平成22年度の取り組み

#### 1. 事例検討会

##### 1) 在宅で最期を迎えた事例検討

対象：現地側共同研究者が支援し、在宅で最期を迎えた事例

##### 2) 在宅で看取りを行った遺族への面接結果に基づく検討会

対象：現地側共同研究者が支援し在宅で最期を迎えた事例で、死亡から6ヶ月以上経過した患者の遺族

検討会では患者の経過および支援を振り返るとともに、遺族面談の結果を基に、終末期がん患者の在宅療養や看取りを支援する上での課題や課題解決の方法等について検討する。

#### 2. データ分析方法

検討会の逐語録と会議録を基に、検討された内容を整理する。

#### 3. 倫理的配慮

検討会で取り上げる事例の家族および遺族面談の対象者に対して、本研究の目的と趣旨、匿名性の確保、データ管理と研究終了時の破棄の方法、研究協力を断っても不利益が生じないことを明記した研究協力依頼文書を用いて説明し、研究協力の同意が得られた場合には同意文書に署名を得た。また、遺族面談の対象者選定については対象者の精神的負担等を考慮し、患者の死亡から6ヶ月以上経過した事例を対象とし、面談場所と時間については遺族の要望に応じ設定した。

なお、本研究は、岐阜県立看護大学倫理審査部において承認（承認番号2211）を得、実施している。

### III. 結果

#### 1. 検討会の開催回数と参加者

検討会は現地共同研究者と本学共同研究者が参加し4回実施した。第3回検討会には本取り組みを行っている地域の在宅療養支援診療所医師1名の参加が得られ、当該地域での終末期がん患者の在宅療養支援や看取りの実際や在宅療養支援診療所医師の立場からの意見を聞くことができた。医師からは、在宅療養支援および在宅での看取りを可能としていく上で、十分に時間をかけて患者や家族の思いを聴くことに努めているが、一方で時間を確保することの困難さについても語られた。意見の概要については表1に示した。

また、検討会を進める過程で、がん診療連携拠点病院で診断・治療を受け、終末期を迎えて初めて居住地であるA地域の医療機関や地域の支援を受ける患者に対して支援する上でがん診療連携拠点病院との連携の必要性が確認された。このことを受けて、第4回検討会にがん診療連携拠点病院で地域連携を担当する看護師1名の参加を得て、意見交換することができた。

#### 2. 在宅で最期を迎えた事例の検討会（9月、平成23年1月に開催）

##### 1) 対象事例

##### ①事例1

A氏、男性、60歳代。診断名は食道がんで多発転移。主な介護者は妻と妻の姉妹。  
事例経過の概要：がん診療連携拠点病院で診断・治療を受けていたが、積極的治療法の適応外となり、本人の希望により在宅移行となる。入院中から医療用麻薬のレスキュー使用回数が多い状態であったが、在宅移行直後は患者からの痛みの訴えが強く、内服麻薬の増量が続く、在宅移行18日目で貼付用麻薬の使用が開始された。さらに、在宅移行当初は患者や家族ともに不安感が大きいため、かかりつけ医が1日数回訪問し信頼関係の形成に努めるとともに、病状の進行に伴ってかかりつけ医が家族に

対して適時病状と今後予測されることを説明していった。在宅移行後は親族の見舞いもあり、良い時間を持つことができた。

がん診療連携拠点病院から患者の居住地にある A 病院に対して、緊急時の対応依頼と電話等による患者情報の提供がなされた。在宅移行後 27 日目で永眠となる。

看取り後に家族はかかりつけ医の看護師へ、退院後 2 週間程度の見通しであると言われ不安であったこととともに、在宅移行後は医療関係者をはじめ様々な支援を得られ、家族や親族が其々に介護に携わることができ、在宅で最期を迎えられたことへの満足感を伝えている。

## ②事例 2

B 氏、男性、60 歳代。診断名は中咽頭がんで多発転移。主な介護者は妻と長男。

事例経過の概要：がん診療連携拠点病院で診断・治療を受けていた。病状の進行に伴い、気管切開、胃瘻の造設を受けた。在宅移行後 30 日目頃から粘稠痰が多量となり、使用している気管チューブによる吸引が困難となり、一旦はがん診療連携拠点病院で処置を受けるよう提案されたが、訪問看護師、A 地域連携担当看護師や医師の連携により、A 病院で処置を受けるに至った。在宅移行後 69 日目に永眠となる。

### 2) 終末期がん患者の在宅療養や在宅での看取りを支援する上で必要な体制

在宅移行時の患者・家族の不安を軽減するためには、訪問看護の 24 時間体制は基より、在宅療養支援診療所看護師の適時の電話対応や医師の訪問、地域の病院がバックベットの保障することが重要であることが確認された。また、患者や家族を支援する後方支援病院・訪問看護ステーション・在宅支援診療所の担当者が退院時共同指導等を通じて支援の方針を共有し、連携を強化することの重要性も確認された。

訪問看護の利用という点においては、終末期にあるがん患者は週単位・日単位で病状が進行し、ADL も急激に低下していくため、退院時点では訪問看護が不要である事例でも、在宅療養支援を担当する看護師が今後の見通しを説明し、患者家族の同意を得て訪問看護師が退院時共同指導に同席するなど、予測的な支援の必要性も提案された。加えて、家族が安心して在宅に移行するためには、在宅移行後の生活がイメージされ、必要な支援や利用方法について確認できることが重要であり、その方法として試験的外泊の有効性についても検討した。その中で、平成 21 年度の診療報酬改正において「居宅療養管理指導」が新設され、訪問看護の試験的利用が可能となったことについて情報共有し、今後の活用についても検討した。

一方、今回検討した 2 事例とも、がん診療連携拠点病院から在宅に移行していた。がん治療の現状から、今後、がん診療連携拠点病院での積極的治療終了後、患者の居住地に近い医療機関や地域の在宅療養支援診療所の支援を初めて受ける事例が増加することが予測された。そのため、1 地域内で支援体制を検討するだけでなく、がん診療連携拠点病院の連携強化が必要であることが確認された。

4 回目の検討会において、今回検討した 2 事例の支援に携わったがん診療連携拠点病院の地域連携担当看護師の参加が得られ、意見交換をした。その結果、患者ががん診療連携拠点病院から在宅移行するに伴い、緊急時の対応を A 病院に依頼する事例においては、退院時共同指導に A 病院地域連携担当看護師の参加を求めるといった提案がなされた。

**表 1 在宅療養支援診療所医師から得られた意見**

終末期がん患者の在宅療養支援や看取りにおいて大切にしていること
・ 亡くなると予測される 1~2 週間前には十分に時間をかけて家族と話し合い、在宅での看取りを本当に望んでいるか意思確認を行っている。
・ 家族が抱えている思いをしっかりと聴くための時間を確保している。
・ 臨終に際して、仮に家族が知らぬ間に亡くなったとしても、それは苦しまずに逝ったということであり、いつも患者に付き添っている必要はないことを伝えている。
・ 自宅を訪問する際、どの家庭にも他者が入って欲しくないスペースがあるため、そのことを十分に知った上で支援する。
終末期がん患者の在宅療養や看取りを行う上での課題や提言
・ 定期的訪問診療の中で患者・家族に十分に関わる時間を確保するには難しさがある。
・ 在宅で家族の意思確認を行う際には、看護職者が同席することが望ましいと考える。
・ 入院中に患者や家族が在宅療養について考えることができるよう、患者の今後を見通し、患者家族の思いを聞き出すことができる人材の育成が必要である。
・ 医療機関で活動する人たちが、終末期がん患者の療養の場として在宅という選択肢があるのだという考えをもつことが必要である。

### 3. 在宅での最期を迎えた事例の遺族に対する面接結果に基づく検討会（11月と12月に開催）

#### 1) 対象事例

##### ①事例1

C氏、男性、60歳代。診断名は肝臓がん。在宅療養中の主な介護者は妻と長男であった。  
事例の経過：A病院で治療のため入退院を繰り返す。1年前、病状悪化に伴い緊急入院し、その時点で妻に余命1ヶ月と告知される。妻が補完代替療法を希望し、その過程で在宅移行となる。患者はA病院主治医を信頼し、病状の改善を期待していたため、当初在宅移行に積極的ではなかったが、妻の思いや、今後家族が困難な状況乗り越えていく上で、長男が大きな力となることを感じ取った看護師が、患者に在宅を勧め、入院から10日目に在宅移行となった。在宅移行後、かかりつけ医で1回補完代替療法を受けた。在宅移行後、ほぼ毎晩息子の運転でドライブをし、患者の兄弟も頻回に自宅に訪れた。また、患者が長く信仰してきた仏に息子が経を唱える姿を見て、妻に「息子は俺を超えた」と伝える。在宅移行後15日目に永眠となる。

##### ②事例2

D氏。女性、90歳代。診断名は肺がんの多発転移。在宅療養中の主な介護者は長男夫婦であった。  
事例の経過：1年前、突然激しい腰痛を訴え近医受診し、がんの転移が疑われ、総合病院に再受診することを勧められる。A病院を受診し、診断の結果肺がんのStageⅣの段階であると診断される。疼痛のコントロールが図られ、痛みが軽快した頃、看護師が患者より在宅療養の希望を確認し長男夫婦に伝える。長男夫婦も、かつて自宅で療養を希望していた父親を病院で看取った経験から、在宅療養を希望する母親の願いを叶えたいという思いがあり、在宅移行となる。入院期間は47日間であった。患者は、入院最後の頃はほとんど言葉を発することが無かったが、帰宅時曾孫の「おかえり」の言葉に、「ただいま」と一言発したが、以後は発語を認めることは無かった。在宅移行後7日目に永眠となる。

#### 2) 遺族面談の結果

面談の対象者はC氏の妻とD氏の長男夫婦であった。面談時間はC氏の妻とは1時間53分、D氏の長男夫婦については1時間4分で、ともに自宅で実施した。面談結果については、表2で示した。

表2に示した内容に加えて、C氏からは、補完代替療法を選択した理由として、実母が余命を宣告されてからも10年以上も生き続けてきたことが語られた。また、夫が亡くなってから間もなくは、日中は友人が訪問してくれることで気持ちが紛れるが、夜はたまらない寂しさを感じ、眠る時間まで息子が部屋に居てくれたが、3か月が過ぎたころから、一人でいられるようになったということが語られた。また、面談実施後に、思いを語ることで、気持ちの一区切りがついたとの言葉も聞かれた。

D氏の長男からは、D氏が亡くなった直後に借用していたベッドなどを引き取ってもらえたことが、葬儀などに向けて自宅を準備するためにとっても助かったとの意見が聞かれた。

#### 3) 遺族面談に基づいて検討された内容

2家族の遺族面談の結果に基づき検討会を行い、終末期がん患者の在宅療養や在宅での看取りを支援する上で必要な事柄として以下の内容が見出された。

##### (1) 患者や家族が安心して在宅移行するための支援について

在宅移行を考える上で痛みをはじめとした、身体的な苦痛が軽減されることは重要である。このことから、まずは早期に症状緩和が図られるように支援する必要がある。また、患者は在宅移行することで家族に迷惑をかけたくないという思いが強く、在宅への希望があっても表出しないことも多い。これに対しては、地域資源の情報を伝え、活用することで家族負担がどの程度軽減されるかを具体的に伝えることが必要である。さらに、今回の事例においても、退院時共同指導の際に多くの方が支援することを実感し、安心につなげることができたため、こうした機会を利用するとともに、退院時共同指導の段階で速やかに各職種が連携する準備を整えることが大切である。

一方、十分に説明をしたとしても、患者や家族は実体験が無い在宅療養について具体的なイメージを持つことは困難であり、最後まで気持ちが揺れるケースもある。こうしたことから、退院時共同指導を2回実施し、その間に試験的外泊を取り入れる方法を検討していくことも有効ではないかと考える。また、介護保険サービスの一環として「訪問看護師の居宅療養管理指導」による、訪問看護の試用も提案してみる必要がある。

D氏の事例では、家族はこれまで全く利用することがなかった在宅療養支援診療所に対して、今後病状が良くなる見通しが無い状況で、かかりつけ医を依頼することについて申し訳なきを感じていることが語られていた。在宅療養支援に携わる者は、こうした家族の心情を理解し、十分にコミュニケーションを図り、早期に関係形成ができるように働きかける必要がある。

##### (2) 看護師に必要な能力

C氏の事例では、看護師が在宅移行を検討する段階で、息子に今後の両親を支えていく力が潜在していることを見抜き、そのことを踏まえて患者や妻に働きかけたことは大きかった。在宅療養支援をする上では、看護師が家族の顕在力・潜在力を捉えてアセスメントする力を持つ必要がある。また、C氏の妻が実母の闘病から、補完代替療法に希望を託し、結果的に在宅での看取りまでに至ったという

ことから、医療職者は患者や家族が強く望むことについて、なぜそう思うかをしっかりと捉え、患者や家族が後悔することが無いように支援していくことが大切である。

また、看護師ががん患者の在宅療養で活用できる社会資源や、終末期がん患者の在宅療養や看取りの実際を十分に理解していることで、患者や家族に対して自信を持って在宅療養を提案できるようになる。このことから、看護師の知識の充実とともに、地域で支援を行う看護師や外来看護師からのフィードバックを活用して、退院後の患者の実際を知ることができるようにすることも必要である。

### (3) 病棟看護師と医療サービスセンターの連携強化

終末期にあるがん患者の今後を見通し、在宅移行も含めて必要な情報を適時に提供することは病棟看護師だけでは困難であることから、患者の限られた時間を有効に使い、より良い支援となるためにも、早期に病棟から医療サービスセンターへ相談するように意識づけていく必要がある。また、対象患者が医療サービスセンターの介入が必要であることを捉えられる能力を育成していく必要がある。

### (4) 緩和ケアを適時に導入していくために

C氏の事例では、疼痛コントロールが遅れたことについて、患者自身がモルヒネに対して「最後の手段」といった認識を持っていた可能性がある。早期に適切に疼痛コントロールを図ることで、在宅での過ごし方は更に良好なものになっていたとも考えられる。痛みのコントロールについては医師との連携が不可欠であるため、看護師は主治医の意識にも働きかけていく必要がある。

一般的に「緩和＝死」という認識があり、緩和ケアを受けること、緩和ケアチームが介入することへの抵抗感は強い。一方、緩和ケアが適切な時期に導入できるか否かについては、主治医の認識が影響するため、緩和ケアチームのメンバーは院内研修会等の同席や緩和ケアチームのラウンドの際に主治医に声をかける、緩和ケアチームへの相談があった際は、どのような些細なことであっても速やかに対応する等、日常的に関係形成に努めることが重要である。また、緩和ケアについて医師が成功体験を重ねることで認識が変わり、緩和ケアチームの介入に対する有効性に気づくことも期待されるため、そうした事例が増えるよう働きかけていくことも必要と思われる。

また、地域住民に対して、外来に緩和ケアや医療用麻薬についてのポスターを掲示し、情報提供や啓発活動をすることも必要である。

### (5) 早い段階からの患者・家族への在宅療養に関する情報提供

訪問看護・訪問介護等、利用できる社会資源について、患者の体力がある段階で情報提供をしていくことが必要である。

### (6) 地域住民に対する終末期がん患者の在宅療養や在宅での看取りの可能性についての情報提供

病院広報誌や市の健康フェスティバル、病院が主催する市民公開講座などで、在宅で看取りを行った家族の体験や活用できる資源に関する情報提供をすることも有効だと思われる。

## IV. 考察

### 1. 終末期がん患者に対する症状緩和への支援

在宅移行を検討する以前の問題として、終末期がん患者の疼痛コントロールが検討された。コントロールが効果的に行われない背景には、患者自身が医療用麻薬の使用に抵抗感を持っていることや、医師の認識などがあると考えられた。痛みの緩和は患者のQOLに大きく影響し、終末期にある患者が残された日々をより充実して過ごすために最も重要な支援である。今回の検討会において提案されたように、緩和ケアチームが中心となって医師への働きかけを継続的に行うとともに、外来などの掲示を活用し住民に対する啓発活動を行うことが重要であると考えられる。

### 2. 患者・家族の安心感につながる支援

終末期がん患者は、病状が進行していくことを前提として在宅移行後の生活を考えなければならず、患者や家族ともに不安が大きく、一度決断したとしても不安感は払拭されるわけではない。在宅移行後も日々揺れる思いを抱えることが多く、時には最期の場面まで続く場合もある。一方、今回の遺族面談において、患者・家族を支援する人たちの姿が具体的に実感できることや、支援者の適切で細やかな対応が患者・家族の安心感につながるということが語られていた。病状が進行する過程で、不安を抱え、一方では新たな人たちと関係をつくることは患者や家族にとってストレスにもなると考える。終末期がん患者を支援する上では、このような患者や家族の心情を理解し、丁寧な関わりをしていくことが重要であると考えられる。

### 3. 地域を超えた連携体制を整える

今回、検討会を進める過程で、1地域での支援体制だけでなく、がん診療連携拠点病院との連携体制を整える必要性が明らかになった。がん治療は日進月歩であり、患者の多くは可能な限り治療を受けることを望んでおり、より新しい治療に望みを掛け、がん診療連携拠点病院を選択していく場合もあり、今後、患者の病期によって関わる医療機関が異なるケースも増えてくると予測される。また、「がん難民」という言葉で象徴されるように、積極的治療が終了した後に、それまでの医療機関との関係を維持することができず、患者は病状が進行する中で新たに支援を探さなければならないという現実も生じている。今回、地域中核病院とがん診療連携拠点病院の地域連携担当看護師が直接意見交換す

る機会を得ることで、其々の状況が具体的に語られ、連携強化の方向性を検討するに至った。こうしたことから、今後は1地域の体制整備ともに、実際の患者の動きに応じた連携の在り方を検討していく必要があると考える。

**表2 遺族面談の結果**

語りの内容	事例
<b>在宅療養・在宅での看取りをしたことに対する思い</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ いろいろとあったが、在宅で看取りまでできて、やって良かったという充実感がある。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 亡くなるまで短い期間であったが、良い思い出ばかりである。</li> </ul>	C氏
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅にいて、毎晩家族でドライブに出かけることができた。病院では廊下を車椅子で移動するくらいしかできず、こうした自由は効かなかった。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 帰宅した母親が「ただいま」と言ったのを聞き、家に帰って来たことが分かっているのだということを知ることができて良かった。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院していると病院と自宅の行き来が大変なので、家で看取の方が楽に思う。</li> </ul>	D氏
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1週間という短い期間だからやれたのかもしれないとも思っている。</li> </ul>	
<b>遺族が良かったと捉えている事柄や支援</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 余命1ヶ月であることを伝えなかったため、治療し病状が軽快するまで入院することを望んでいた患者に対して、病院の地域連携担当看護師が妻の思いを捉え、患者が納得できるまで、うまく言葉をかけて説明し続けてくれたこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅を支援する看護師より、これからのことについて私が思ったよう進められるように支援するとはっきり言われ、この人に任せられることができたと思えた。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ A病院の地域連携担当看護師、訪問看護師、在宅療養支援診療所医師、ケアマネージャー等の関わりから、いつでも困ったときには支援してもらえるという実感を持ち続けることができた。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネージャーが介護認定や在宅療養の準備の際に、的確に進めてくれたこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (在宅療養を決めたが、怖いという思いは持っていた)退院した当日、自宅に到着して直ぐに訪問看護師が駆けつけてくれた。</li> </ul>	C氏
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ A病院看護師や在宅支援診療所医師が、スピリチュアルな話を真剣にしてくれたこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅支援診療所医師が、患者に対して「死ぬということ」について分かりやすく、妻が聞いていても恐怖を感じないような語り方で話をしてくれたこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護師が夫に対して、最後まで病者ではなくて「一人の人」として尊厳をもって接し続けてくれたこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病状が進む中で、訪問看護師は夫が疲れないように適切な技術でシャワー等の介助をしてくれたこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院時共同指導において、在宅支援に関わる全ての人が集まって、自分たちのために話し合ってくれたこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅療養支援診療所医師が、時間を惜しまず、非常に親身になって接してくれたこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病状の進行に伴い、在宅療養支援診療所医師が余命やこれから予測されることについて適時教えてくれたこと。</li> </ul>	D氏
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援してくれた全ての医療者が、在宅療養となっても家族は介護とのために仕事を辞めたり、常に患者の傍にいる必要は無く、これまでの生活を変えずに継続して良いと言ってくれたこと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 夜間に異変が生じた場合対応できるかが心配だったが、支援してくれた全ての医療者が、たとえ別室で寝ていて朝まで患者の死に気づかないことがあっても、それは寿命であり自然なことであると説明してくれたこと。</li> </ul>	
<b>在宅療養や看取りを行う中で、困ったこと、不安に思ったこと、心残り、要望 等</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅に帰ってきてから、亡くなる時のことを思うとやはり怖かった。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 最後の入院で初めて余命1ヶ月と説明された。診断は難しいとは思いますが、せめて1年位前状況が分かれば、夫ももっとやれることがあったのではないかと思います。</li> </ul>	C氏
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常生活支援において、訪問看護師の技術に差があること。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会資源の情報をもっと早く知りたかった。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院中に看護師より、在宅移行に向けて貼付用麻薬の交換について指導を受けたが、(麻薬ということもあり)精神的にとっても負担に感じた。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅療養支援診療所医師を選定する際、この地域で終末期がん患者の在宅療養支援を行っている医師が限られていたため、これまで一度も受診していない診療所に在宅療養支援を依頼することになり、辛い時だけお願いをするようでも心苦しかった。</li> </ul>	D氏

## 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

当初、現地側共同研究者が活動する地域を対象として、終末期がん患者の在宅療養支援の体制を整えるために取り組んだが、検討を重ねる過程で、がん診療連携拠点病院との連携の重要性が明らかになった。現地側共同研究者の要望も踏まえ、最終回の検討会ではあったが、がん診療連携拠点病院の地域連携担当看護師の参加を得ることで、現状と課題について直接的な検討がなされ、今後の連携強

化に結びつけることができた。

## 2. 現地側看護職の受け止めや認識

現地側共同者の自己点検評価において、上記で示した成果については評価しつつも、実践の改善という点で、支援事例の検討が不十分であり、自らの実践を確実に評価するまでには至らなかったという意見をj得ている。この点から、検討会の実施方法も含め、今後検討が必要と考える。

## 3. 本学教員が関わったことの意義

実践の改善という点では、本学教員ががん診療連携病院との調整役を担うことで、終末期がん患者の現状に即した支援体制を整えていくための活動へと結びつけることができた。また、本研究に関わった教員の意見から、本年度の活動結果を自身の授業や実習等に活用することができており、本学の教育の充実にも寄与できたと考える。看護職者の生涯学習支援の点では、現地側共同研究者が支援した事例を用いた検討会を実施することで、自らの看護や地域の課題を考える機会となったと考える。一方、現地側看護職から事例検討が不十分であったという評価も得ているため、事例検討会の実施方法について現地側看護職とともに検討をしていく必要がある。

## VI. 共同研究発表と討論の会での討議内容

### 1. 参加者から提示された困難事例への支援について

討議に参加している訪問看護師から、壮年期にある終末期がん患者とその家族への在宅療養中の支援について困難を抱えているとの報告があり、参加者間で具体的な支援方法について意見交換を行った。

#### 1) 患者の希望を実現させるための生活調整について

患者が子どもの行事への参加を望んでいても、病状から患者や家族は実現できるかどうか判断することが難しく、実現可能な状況であったとしても、諦めてしまう場合が多いと思われる。看護師は、患者や家族の希望が反映されるよう提案をし、積極的に生活の調整を行うことで患者の希望が実現されるよう支援していくことが必要である。

#### 2) 親の病状に関する子どもへの告知について

終末期にある親の病状を子どもへ告げることについては、患者とその家族が納得した上で伝えるべきである。また、子どもへの告知においては、患者と家族（配偶者）が終末期であることをどのように捉えているかが大きく影響すると考えられる。また、子どもに伝えるかどうかを考えると同時に、伝えた後の子どもへの支援も十分に検討しておく必要がある。

#### 3) 患者および家族の意向の把握について

本人の意向を把握していくことは勿論のことであるが、家族の意向を把握していくためには十分に時間をかけ、思いを引き出していく必要があるが、実際の場面においては訪問時間の制約があり困難な場合もある。こうしたことから終末期がん患者の在宅療養支援においては、看護職が関わることができる時間に制約があるからこそ、介入が必要な場面を見極め、要所においては十分に時間をかけた支援をしていく必要がある。

### 2. 終末期がん患者の療養生活を支える看護職者の役割について

身体症状だけでなく、患者・家族が安心して療養生活を送れるよう共に考えていく関係形成に努めることが重要であるとともに、「必要な情報を提供していく能力」「患者・家族の思いを引き出し、ケアにつなげる能力」が看護職者に求められる。

#### 1) 入院中の看護職者の役割

終末期にあるがん患者や家族が差し迫った状況で在宅療養を検討することがないように、早期から適切な時期を見計らいながら、患者や家族の意向を捉え、在宅療養について具体的にイメージができるよう情報を提供していく必要がある。

#### 2) 情報収集や情報提供の視点

情報提供をしていく際に重要なこととして、一般的な説明ではなく対象に合った情報提供をしていくことが必要である。「がん患者」というだけでなく、ひとりの人として対象を捉え、その人が“どのように生きたいのか”という視点で支援することが大切である。また、患者や家族から情報を得る際に、看護職者が情報を得ようとする意図や気持ちを同時に伝えていくことも必要なことである。

### 3. 共同研究者や事例検討会参加者からの発言

本研究は、当初 1 地域における終末期がん患者の在宅療養支援体制を検討してきたが、検討を進める過程で、がん診療連携拠点病院から患者の居住地域に移行する事例への支援も視野に入れる必要性が確認された。医療機関の機能分化や入院期間の短縮化などを背景に、今後、患者の病期の推移に伴って、患者に関わる医療機関や支援者が変わるケースが増加していく傾向が強まることが予測される。今回、がん診療連携拠点病院看護師と地域中核病院看護師とが直接交流し相互に意見交換を行ったが、患者への支援を繋げて行く上で、こうした機会は今後も大切であると考えられる。

育成期にある人々を対象とした看護

# ハイリスク妊産婦のケアの質の向上のための検討

山田三枝 勝原美穂 土本さやか 仁地麻記子 堀真由美  
 (岐阜県総合医療センター・4階東病棟)  
 谷口通英 田辺満子 服部律子 布原佳奈 武田順子  
 瀬瀬なつ子 水野敬子 (大学)

## I. はじめに

A 施設の産科病棟は、母体胎児集中治療室 (MFICU) を有する病棟であり、ハイリスク妊婦が病床の約半数を占める。その中でも切迫早産妊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なおざりになる傾向がある。昨年の現状調査では、助産師の臨床判断や経験によって保健指導内容に差があることが明らかとなった。また医師によって安静度の設定に違いがありケアを煩雑にしていること、勤務時間外での保健指導が実施されていることなどが明らかとなった。今年度は、現状の課題解決に向けて、切迫早産妊婦のケアガイドライン試案と保健指導に用いる媒体を作成して実際にケアを導入した。よって今年度の研究目的は病棟助産師らが、ケアガイドライン試案および保健指導媒体を用いた看護実践をどのように評価しているか、明らかにすることである。

## II. 看護実践としての取り組み

切迫早産妊婦のケアガイドライン試案 (以下ケアガイドラインと略す) は、現地共同研究者が項目を決め、病棟の助産師全員で分担して取り組み作成した。ケアガイドラインは、入院中の安静度、入院中の過ごし方、退院後の過ごし方、出産前教育など、表 1 に示す 13 項目の保健指導内容を盛り込んで作成した。それに沿って保健指導に必要な冊子と、患者へ渡す安静度表 (表 2) および入院中スケジュール表 (表 3) を作成した。保健指導時期は入院中 3 回 (入院時、妊娠 30 週頃、34 週頃) を設定し、日勤帯の切迫早産妊婦を担当する助産師が指導を行い、電子カルテに看護記録として残すこととした。また保健指導用のパンフレットは冊子にして病室に設置し、いつでも誰でも見られるようにした。

安静度表については医師と話し合い、安静度の統一を図った。切迫早産妊婦入院患者 (以下患者と略す) の該当する安静度に印を付けて手渡すとともに、ベッドサイドに設置して患者と医療スタッフが共有できるものとした。

さらに看護記録として電子カルテに保健指導の実施チェック表を組み込んだ。また電子カルテには自由記載の欄も設けて指導に関する申し送りができるようにした。

表 1. 切迫早産妊婦のケアガイドラインの保健指導項目

時期	保健指導項目	時期	保健指導項目
入院時	切迫早産とは 安静度について 入院中の必要物品 体重のコントロール 新生児センターの紹介 筋力低下防止のための運動 胎児のとのコミュニケーション 歯の健康	妊娠 34 週～	陣痛室・分娩室での過ごし方、呼吸法 陣痛室・分娩室の見学 異常時の受信方法 退院後の過ごし方 母乳育児・母子同室の紹介 赤ちゃんの検査について
妊娠 30 週～	分娩施設を選択 分娩の方法、分娩バスについての説明 出産育児準備物品		

表 2. 安静度表

安静度	洗面	清潔ケア	食事	排泄	陰洗浄	備考
病院・病棟フリー	洗面可	シャワー	座位	トイレ	歩行	売店まで歩いて行けます。
病棟フリー	洗面可	シャワー	座位	トイレ	歩行	売店まで車椅子で行けます。
トイレ・洗面可①	洗面可	シャワー	座位	トイレ	歩行	売店まで車椅子で行けます。
トイレ・洗面可②	洗面可	全身清拭 洗髪 足浴		トイレ	車椅子	談話室面会は 30 分まで可能です。
床上安静①	タオル		起き上がって	排便のみトイレ	ベッド上	談話室での面会はできません。
床上安静②	タオル		寝たまま	ベッド上	ベッド上	

表 3. 切迫早産妊婦の入院中のスケジュール（保健指導媒体から抜粋）

	入院時（ / 、 週 日）	症状が安定したら（ 週 日）	退院が近づいたら（ 週 日）
説明内容	<input type="checkbox"/> 受け持ち看護師の紹介 <input type="checkbox"/> 病棟、病室の案内 <input type="checkbox"/> 切迫早産とは <input type="checkbox"/> 切迫早産入院の必要物品 <input type="checkbox"/> 安静度 <input type="checkbox"/> 新生児センターについて <input type="checkbox"/> 筋力低下防止運動 <input type="checkbox"/> 体重のコントロール <input type="checkbox"/> 赤ちゃんとの対話 <input type="checkbox"/> 歯の健康	<input type="checkbox"/> 分娩方法について（産後のスケジュール説明） <input type="checkbox"/> 分娩施設を選択 <input type="checkbox"/> 出産・育児の準備について	<input type="checkbox"/> 陣痛室、分娩室の見学 <input type="checkbox"/> 分娩の流れ、呼吸法 <input type="checkbox"/> 退院後の過ごし方 <input type="checkbox"/> 受診方法について <input type="checkbox"/> 分娩入院時必要物品 <input type="checkbox"/> 母乳育児、母児同室について <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの検査に関する書類について
あなたの安静度			
診察・検査の結果	 赤ちゃんの大きさ： _____g 頸管の長さ： _____cm Hb： _____g/dℓ	 赤ちゃんの大きさ： _____g 頸管の長さ： _____cm Hb： _____g/dℓ	 赤ちゃんの大きさ： _____g 頸管の長さ： _____cm Hb： _____g/dℓ
ママ・パパの思い・赤ちゃんへのメッセージ			
助産師からのメッセージ			
memo （体重や診察結果など自由に記載して下さい）			

### Ⅲ. 方法

#### 1. 対象

A 施設の産科病棟常勤助産師 25 名のうち、承諾の得られた 16 名である。

#### 2. 方法と内容

新人（3 年以下の経験年数者）と中堅（4 年以上の経験年数者）の助産師に分けてグループインタビューを行った。研究参加者は、新人グループは経験年数 1~2 年目の助産師 6 名と、10 名の中堅助産師であった。インタビュー内容は、実施しているケアや保健師指導に対する切迫早産妊婦の反応、ケアや保健指導で良い点、不十分な点などの評価である。

#### 3. 現地側との協力体制

本研究は、現地側の看護部の了解のもとに実施した。現地共同研究者は、病棟全体でケアガイドラインを用いた患者への保健指導を実施することと、今回の調査のため説明内諾を得ること担当した。分析は本学で検討会をもち、教員と共同で検討した。

#### 4. 分析方法

新人助産師と中堅助産師のグループに分けて内容を整理し、共同研究者で検討した。

#### 5. 倫理的配慮

現地共同研究者から調査の主旨と倫理的配慮の説明を口頭で行い、内諾の得られた助産師に対して、調査実施日に、グループインタビューを実施する教員から再度紙面と口頭で、研究の主旨と倫理的配慮について説明し、研究参加に同意を得られた者に調査を実施した。倫理的配慮として、研究参加は自由意思が尊重され参加の中断も可能であり、話したくない内容は無理に話さなくて良いこと、プライバシーの保護としてグループインタビューの際には個人名が残らないように配布された名札で呼び合うこと、患者のプライバシー保護のために特定される内容は省いて話すようすることとして、人権の擁護を保障した。また、インタビューは録音されるが、逐語録に起こして内容を確認し、削除してほしい場合は可能であること、データは鍵のかかる場所で保管し、研究終了時には速やかに破棄することとした。尚、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会において承認された。

### Ⅳ. 結果

#### 1. 切迫早産妊婦（患者）の反応

患者の反応は表 4 のとおりである。患者の反応は概ね好評であることが伺えた。患者は中堅助産師にはより詳しい説明を求めていること、新人助産師には、日ごろの気がかりなことについて聞いている様子が伺えた。

表 4. 切迫早産妊婦（患者）の反応

新人グループのとらえた反応	中堅助産師のとらえた反応
<ul style="list-style-type: none"> <li>・媒体があるので興味を持って聞いてもらえる</li> <li>・媒体は視覚的に例えば写真があったり、絵があったりという風で、患者さんも結構「見せて見せて～」と言われる</li> <li>・「赤ちゃんとの対話」はお腹をたたくゲームがあるが、躊躇されてしまう。（勧め辛い）</li> <li>・保健指導内容にないこと（妊娠中のマイナートラブルなど）についても心配されて聞かれる</li> <li>・胎児の成長状況について聞かれるが媒体がないので対応しづらい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産科の病室は常設しているので、保健指導実施時には既に読まれていることが多い</li> <li>・保健指導実施日が決められているので、その日を楽しみにされている</li> <li>・保健指導冊子には一通りのことしか書かれていないので、具体的なことを聞いてこられる</li> <li>・お腹の子どもに対して「この子はね、男の子だから女の人に良く反応します」や、「今日のご飯のときにはよく動いてました」など、反応を楽しむ妊婦がみられるようになった</li> <li>・胎児に絵本の読み聞かせをする妊婦を見るようになった</li> </ul>

## 2. 新人助産師グループのケアガイドラインと保健指導媒体の評価

新人・中堅それぞれの評価を表5・6にまとめた。新人助産師は、ケアガイドラインが作成されるまでは受けもち助産師だけに任されていた保健指導が、指導病棟全体で取り組めるようになり、統一されて誰がやっても漏れがなくなったことについて高く評価していた。

一方で不十分な点として、保健指導時期と内容のミスマッチ、保健指導内容に追加した方が良い項目、保健指導内容を修正した方が良い点について挙げられた。保健指導の時期については妊娠 34 週時では退院も決まっていない場合が多くこの時期に退院後の生活や受診方法について保健指導することに抵抗を感じていた。また導内容に含まれていない、妊娠中のマイナートラブルの指導や胎児の成長発達についての追加を挙げていた。胎児との対話については方法が好ましくないように思え「さらっとしか説明していない」ということであった。

表 5. 新人助産師グループが良いと評価した点

内 容	データの要約
病棟全体で取り組める	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟全体で取り組めるようになったことがすごくいい</li> <li>・今までは受けもちが一人でやらないといけないという負担感があったが、それがなくなった</li> <li>・その日の担当の助産師に保健指導をやってもらえるので、安心できる</li> </ul>
保健指導内容が統一され、誰にでも同じ保健指導が提供できる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誰がやっても漏れがなく同じ指導を提供できる</li> <li>・ケアガイドラインで実施する内容を確認できる</li> <li>・電子カルテにその時期になると看護指示が表示されるので保健指導の抜けがなくなった</li> <li>・指導内容の抜けがなくなったので、安心してできる。</li> </ul>
保健指導媒体の 効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の興味をひく・理解しやすい</li> <li>・媒体があるので対象の興味を持って聞いてもらえ、患者にも理解しやすいと思う</li> <li>・順序良く説明できる</li> </ul>
安静度表による状況の共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分がプライマリーじゃなくても一緒に確認できるので、妊婦さんどこまでか、OKでどこまでか、ダメってことも把握しやすいので、いいと思う。</li> </ul>

表 6. 新人助産師グループが不十分と評価した点

内 容	データの要約
保健指導内容と時期が ミスマッチである	<ul style="list-style-type: none"> <li>・34 週でまだ退院のめどが立っていない時に退院後の生活や受診方法を説明するのはタイミングが早い</li> </ul>
指導内容 項目に追加 した方が 良い点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠中のマイナートラブル、特に腰痛やこむら返りなど痛みを伴うものは患者が切迫早産と関連して考えてしまう</li> <li>・マイナートラブルとかも、(患者が)自分の身体について、それが切迫だからなのか、その普通の妊婦さんに起こり得る事が分からなくて、すごいちょっとした事でも、すごい深く考えてみえる方もいる</li> <li>・患者は痛みに対して陣痛につながるものかどうか、すごい不安に思っていて、痛みとかによく反応されるので、痛みを伴うマイナートラブルの部分の載せてもらおうとありがたいかなと思う。</li> <li>・胎児の状況を知りたい患者が多いので週数別にどんな状態かを知らせる媒体があればよい</li> <li>・妊娠 20 週前半で入院されてくると 30 週まで長期なので 一段階ずつ週数で、目標を本人さんと決めるとき、週数になったら赤ちゃんのコが発達してきてとか、そういう、週数に合わせた変化みたいなのがあると、お母さんも一緒にそのそれじゃあココまでは、とりあえず頑張りたいという目標設定しやすい</li> </ul>
指導内容の修正が必要な点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・赤ちゃんとの対話のキックゲームは切迫早産妊婦には向かないので別の方法を示したほうが良い</li> </ul>

## 3. 中堅助産師グループのケアガイドラインと保健指導媒体の評価

中堅助産師グループのケアガイドラインと保健指導冊子の評価を表7・8にまとめた。

中堅助産師グループが良いと評価した点も、保健指導内容が統一されたことを高く評価していた。保健指導の時期が決められているので、他の助産師が行った保健指導の補足も食い違った対応ではな

く、一貫した対応ができること、カルテで保健指導項目を確認できるので、抜けがなくなったことをあげていた。また妊娠 34 週には一通りの保健指導を終えられるので退院前に慌てて実施して抜けることを防げることが良い点として挙げていた。

保健指導内容が広がった・充実した点として、受けもち患者には自分が保健指導しない場合でも状況を見て患者の理解状況を確認し補足するなど、充実した内容にできること、転院する患者にも保健指導できるようになったことなどを挙げていた。

保健指導媒体としての冊子の効果として、冊子があるから状況に合わせてアレンジできる、媒体をもとに患者とやり取りができ、双方向の指導が可能、患者がいつでも閲覧できることが、保健指導もしやすい状況を生み出していることが語られた。さらに、受けもち患者以外にも保健指導を実施することで、患者と良好な関係を持てるようになったことを評価していた。

表 7. 中堅助産師グループが良いと評価した点

内 容		データの要約
保健指導内容が統一されたことが良い・一貫した対応が出来る		<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の助産師が行った指導について質問されても媒体があるので、一貫した対応ができる</li> <li>・退院が決まってから慌てて保健指導する必要がないので抜けがなくなった</li> <li>・カルテで確認できるので抜けがなくなった</li> </ul>
ケアが広がった・内容が充実した		<ul style="list-style-type: none"> <li>・今まで出来てなかった歯の健康について、状況を見て説明ができるようになった</li> <li>・受けもち患者には、保健指導を受けた後に確認して反応を見ながら追加できる</li> <li>・転院になる患者にも保健指導を提供できるようになった。</li> </ul>
保健指導媒体の効果	状況に合わせてアレンジできる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・冊子があるので緊急入院のときこそ選んで実施できるのが良い</li> <li>・落ち着いていて時間があるので読んでいる人も多いので、1から10までいわずとも、まあポイントだけ絞ってしたり、追加しないといけない場合は少し肉付けして話すという風にして、基本的なことは大体みんなわかってくれているので、アレンジを加えることがやり易くなった。</li> </ul>
	患者と双方向なやり取りが可能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・媒体があるので、一方的な説明にならないで済む</li> <li>・媒体をもとに患者の質問や状況に合わせて対応できる</li> </ul>
	患者がいつでも閲覧可能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産科の病室には常設しているので患者の余裕があるときにいつでも見られる</li> <li>・病室に冊子があるので患者がいつでも見ることができ、指導を聞くことを楽しみにしている</li> </ul>
患者とのコミュニケーションに好影響		<ul style="list-style-type: none"> <li>・受けもち患者以外にも保健指導をきっかけに良好な関係をもてるようになった</li> </ul>
業務改善につながった		<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務分担ができるようになったので保健指導のための残業は減っている。</li> <li>・以前はプライマリーの自分がやらなきゃならないというところで、仕事が終わってから、保健指導をやっていた</li> </ul>

一方不十分な点として、保健指導実施後の評価がされていないこと、保健指導内容をアレンジする際の判断基準が示されていないこと、安静度に関わる問題、媒体が不十分な点とそれを修正・変更していくシステムがないことを挙げていた。保健指導を実施の有無は電子カルテ上で確認できるが、評価については組み込まれていないので、確認の方法がないため、受けもち患者の反応はとらえているものの、不十分であることが分かった。また、どの保健指導も患者の状況に合わせて実施する必要があるが、特に退院後の生活などは簡単にまとめられており、ガイドラインには判断基準が記載されていないため、新人助産師にはできていないのではないかとということが挙げられた。

安静度表は患者と共有できる媒体として活用されているが、医師が安静度表とは違う指示を出していたり、病状が安定し改善されても、安静度の制限が軽減されない場合、患者からも「私だけどうして？」と質問されて対応に困ることが挙げられた。安静度の軽減に関連して、退院後の生活での動静についても、もとの生活に戻すための具体的な内容が不足しているので、徐々に段階を追って普通の生活に戻すための、個々の患者の状況に合わせた保健指導内容となるように内容の追加修正が必要であると語られた。また母乳育児についても病棟では BHF「赤ちゃんにやさしい病院」に向けての取り組みが盛んになった現在、更新すべき内容として挙げられ、これらの修正・変更するためのシステムがないことが挙げられた。

表 8. 中堅助産師グループが不十分と評価した点

内 容		データの要約
実施後の評価がされていない		<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導後のどれだけ理解されているか、体操などは実施状況などの記録がないので改善が必要</li> <li>・分娩時に指導を受けていても、あまり理解できていないことがあるので、評価していく必要がある。</li> </ul>
安静度についての問題	安静度表が活かされていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師によって安静度表と違うオーダーを出す</li> <li>・患者から「私だけどうしてベッド上なの」と言われ対応に困る</li> </ul>
	安静度の改善が図りにくい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状が改善しても安静度がスムーズに軽減されない</li> <li>・安静が不要となったあとの普通の生活に戻すための保健指導内容が不十分</li> </ul>
アレンジするための判断基準が示されていない		<ul style="list-style-type: none"> <li>・項目がたくさんあるので、その患者の状態に合わせて判断が必要</li> <li>・退院後の過ごし方を患者の状況に合わせて具体的に指導すべきだが、新人ナースは多分できていないのではないかと</li> </ul>
媒体の内容の修正・変更のシステムがない		<ul style="list-style-type: none"> <li>・母乳育児の方法や病棟の方針など、この冊子を作製した時と変更している内容があるが、更新できていない</li> </ul>
媒体の不十分な点		<ul style="list-style-type: none"> <li>・MFICUには個室であるため、冊子を部屋に常設していないので、冊子を使わないで説明することもある</li> <li>・緊急時にはそぐわない内容もあるので、使い辛い</li> <li>・筋力低下防止の運動は絵をみてもわかりづらいので、よく聞かれる</li> <li>・退院後の生活については簡単に書かれているので個別にアレンジが必要</li> <li>・母乳育児については具体的な方法を聞かれる</li> <li>・退院後の生活をイメージできていない患者もいる</li> </ul>

## V. 考察

新人助産師グループと中堅助産師グループのどちらもケアガイドラインと保健指導冊子を作成したことで、病棟全体で取り組むことができ保健指導の内容が統一され、偏りなく実施されることを高く評価していたことが明らかになった。保健指導媒体の安静度表や保健指導冊子、切迫早産妊婦の入院中のスケジュール表などは、使いやすいと概ね好評であった。しかし保健指導の実施時期と内容については、新人グループと中堅助産師グループでは意見が異なり、新人は妊娠 34 週時に退院が決まっていなかった患者の場合は、時期が早い内容が含まれていると指摘していた。一方、中堅助産師は妊娠 34 週までに実施することで退院前に再度確認する程度で済むため、抜けることが無くなったことを評価していた。このような捉え方の相違には、新人助産師は状況判断に自信がないために決められた時期に忠実に実施していること、中堅助産師のように、定期的に組まれた保健指導以外に追加して実施する必要性を意識されていないことが考えられた。

また、保健指導媒体である冊子を病室に常設したことから、患者がいつでも好きな時に何度でも閲覧できるので、患者が保健指導の内容に興味を持って自ら質問されるようになったり、患者がお腹の胎児に目を向けて関係性を育むための働きかけをされている姿がみられるようになり、出産準備の役割を果たすことができたといえる。一方で筋力低下防止のための運動などは評価が看護記録に残されないため、患者の実施状況の確認が曖昧で、効果が得られていない。

安静度表は医師と調整の上で作成されたが、医師が表とは違う指示をされることがあり、患者も助産師も困惑する現状が明らかになった。このことに関して、討論の会で他施設でも似たような現状が報告された。また、安静度の軽減に伴う身体的なリハビリをどのように進めていくのかも課題として明らかになった。現地共同研究者の病棟は高次医療施設であり、妊娠 20 週頃から切迫流産妊婦として入院し、妊娠 36 週頃まで入院する患者も少なくない。安静にすることが日常となり、患者自身が早産を恐れて軽減されても自ら動きたがらない場合も考えられる。また予防策の筋力低下防止の運動に積極的に取り組めない気持ちもあるだろう。助産師の誰もが、正期産の時期にはある程度筋力低下を回復させて、健やかな産褥期を迎えられるようにと願っているが、そのためには、エビデンスをもとに、安静度に関して医師と調整する必要がある。討論の会でも退院後の生活を患者がイメージできないため、リハビリに取り組めていない現状が語られており、身体面だけでなく心理面も含めてのリハビリの進め方に関して、何らかの方策が必要であることがわかった。

## VI. 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

実践の改善としては、今までは受けもち患者はプライマリーの助産師だけに任されており、時間外に対応することを余儀なくされていたが、病棟全体で取り組むことで、チームの皆が患者と関わるようになり、看護の質の向上にも繋がり、かつ看護の業務改善にもつながったことである。以前は受けもち患者を他の助産師に任せたくないという、中堅助産師の声も聞かれたが、ルティーンで行われる保健指導に加えて、補足する形で、患者のニーズを満たすことができ、さらに質の高いケアを提供できるようになった。

## 2. 本研究に取り組んだ現地側職者の受けとめや認識

今回の調査でも明らかになったように、今回切迫早産妊婦のケアガイドラインと保健指導媒体を作成し、電子カルテにも保健指導のチェックリストを組み込んだことで、システムが確立されたことを高く評価している。システムとして確立したが、改善の余地もあることが認識されており、今後は研究として継続するのではなく、業務の一環として取り組まれる予定である。

## 3. 本学教員が本研究にかかわったことの意義

本研究は21年度からの継続研究であり、現状調査から関わり現地共同研究者と共に実施してきた。ケアガイドラインの作成は現地研究者と違う視点で内容を吟味し、試案を作成した。実施に当たっては、病棟会の後にケアガイドラインの説明会の時間を設け、ケアガイドラインと保健指導の冊子、安静度表について現地共同研究者とともに説明にあたり、病棟全体で取り組む体制を強化した。本病棟は領域別実習および卒業研究実習の施設であり、ケアガイドラインをもとに保健指導を実施する助産師の姿は、学生にとっても良いモデルとなっている。また今回の評価のための調査では、教員が関わることにより、現地の助産師の本音が引き出せたと思われる。さらに、現地共同研究者から業務が改善されたことおよび研究の進め方、発表やまとめ方なども学べたとの評価を得た。以上のことから、教員が関わった意義は大きいと考える。

## Ⅶ. 共同研究と討論の会での討議内容

### 1. 切迫早産妊婦の安静度を軽減していく際の目安や安静解除後のリハビリについて

討論の会には、現地共同研究者の助産師4名と、高次医療施設の助産師、市民病院の助産師らが参加して行われた。各施設の現状は以下の通りである。

高次医療施設：助産師と医師に信頼関係ができています。週数に応じた指導を行っているが、看護職間で統一されてはいない。

B 市民病院：切迫早産の人が少ない。10年ぐらい前は、パンフレットを入院時に患者に渡し、退院時に回収していた。現在はそのようなことはしておらず、受けもちが（指導を）実施し、任せている状態にある。点滴や内服の状況を見て医師に（安静度や保清についての必要性を）伝えている。

C 市民病院：ガイドラインはない。医師と（安静度について）相談はできており、（シャワー開始時期など）特に決まった内容はない。退院がゴールと考え、分娩のイメージができていない妊婦が多いので日常のケアの中で分娩のイメージが持てるように話している。指導という形はとっていない。

どの施設の医師も安静度の軽減については消極的であり、助産師の働きかけによって軽減されるという、現状が明らかとなった。トイレ歩行が可能な妊婦については、週に1回の点滴刺し替え時に、シャワーができる状態であれば許可している施設や、トイレ歩行はよいがシャワーはダメという場合が多いという施設も見られた。シャワーは、夏は許可してもらえるが、冬は許可されないことが多い、シャワー室への移動は車いすを使用することになっている、シャワーが時間内に終わるようにストップウォッチを使用していたこともある、などの状況が語られた。

現地共同研究者からは医師と統一してからは、床上安静が減り、トイレ歩行できる妊婦が増えた。安静度は変わってきたが、保清になると許可されないこともあり、保清については改善されていない。シャワー室への移動は車いすを使用しているが、シャワー室から近い場合は歩いてもらうこともある。医師は、トイレ歩行できているから（筋力低下は）大丈夫、その時（歩行時）になったら大丈夫、という考えだが、安静度を拡大すると歩行できないという現状があることが語られ、どの施設も現状として（安静解除後の）リハビリはすすめられていない現状が語られた。

### 2. 保健指導の評価方法

今回、討論の会に参加した助産師の施設では産後訪問のテンプレートがあり、支援・要支援の記入をしているとの意見が聞かれた。その他に具体的な評価方法の情報は得られなかった。

### 3. その他

会場から、「妊婦は、入院初期は安静による制限や家族のことなど様々な不安が強いと思うが、心の変化にはどのように対応してケアを行っているのか？」という質問があり、現地共同研究者から「入院初期は妊娠継続や仕事、家族のことに不安を感じている妊婦が多い。緊急入院や外来から入院の場合は、家族との調整などに時間を要する人も多い。入院時の指導に加えて、MFICUに入院した妊婦を対象とした指導を行っている。MFICUに2週間入院後は、MFICUのスタッフから、病状だけでなく心理状態についても情報を得ている。指導できたところはわかるようにしておき、指導ができていないところは受けもちが補っている。」との報告があった。

尚、本研究は平成23年3月に開催される第25回日本助産学会学術集会に看護実践として報告した。

# 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 武田順子 瀨瀬なつ子 水野敬子 両羽美穂子 谷口通英 (大学)  
荒木美穂 平井直美 (朝日大学歯科衛生士専門学校)  
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)

## I. はじめに

母乳育児の利点<sup>1)</sup>は、児の感染防御、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る。また社会的全体としては、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おり、健やか親子21<sup>2)</sup>において“出産後1ヶ月時の母乳育児の割合”が増加傾向になることが目標とされている。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>3)</sup>が、実現できているのは44.8%であった。関係者の努力もあり、2010年の第2回中間評価<sup>4)</sup>においては48.3%とわずかながら上昇した。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、歯科医など多岐にわたり、職域も広い。母乳育児支援については、多職種がそれぞれの専門性を活かした支援をしているが、まだ互いの支援内容を十分に理解できていない面がある。県内でも母乳育児と齲歯の関係や卒乳の時期についてもさまざまな見解があり、母親の一部から戸惑いの声が聞かれる現状がある。母親の望む育児が実現できるように互いの専門性を活かした一貫性のある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り、今年度は赤ちゃんの齲歯予防に焦点を当てた。

## II. 方法

### 1. これまでの経緯

昨年度、本学で開催した母子に関わる専門職者のためのワークショップ(以下WSとする)では、歯科衛生士による「赤ちゃんの虫歯予防について」講演があった。グループワークでは、数種類の乳児用ブラシを手に取り、仕上げ磨き用歯ブラシで歯型モデルのブラッシングの演習を行った。参加者からは、“母乳を続けても、しっかりケアをすれば、母乳が原因で齲歯にはならないことがわかり、心強く思った”“齲歯についてよく聞かれるので、とても参考になった”等の意見・感想があった。参加できなかった看護職者からも問い合わせが多くあり、母乳育児と齲歯予防について関心が高いことがうかがわれた。

### 2. 今年度の取り組み

今年度は2つの取り組みをした。1つ目は、共同研究者である歯科衛生士と共に、保護者を対象とした赤ちゃんの齲歯予防についての動画教材(以下齲歯予防DVDとする)を作成した。2つ目は、本学でWSを開催し、多職種による参加者と母乳育児支援のあり方、課題について検討した。

### 3. 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(承認番号2227)。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、口頭および文書で趣旨説明を行い、同意を得た。

### 4. 協働体制

協働体制：齲歯予防DVDの作成に当たっては、助産師、保健師、歯科衛生士からなる共同研究者で打ち合わせ会をもち、内容を検討した。ブラッシングなどのデモンストレーションは歯科衛生士が担当し、動画の撮影・編集は大学側が担当した。WSについては、助産師である共同研究者が地域で母乳育児支援に取り組んでいる専門職の選定を行い、大学側が調整をしながらWSの企画・運営を担当した。

## III. 結果

### 1. 齲歯予防DVDについて

#### 1) コンテンツ

- ①歯ブラシの選び方
- ②歯みがき剤の種類と選び方
- ③フッ化物の種類と活用方法
- ④歯型モデルを使用したブラッシングのデモンストレーション
- ⑤歯みがき時の姿勢と上手な歯みがき方法

#### 2) 齲歯予防DVD作成プロセス

表1に示したように、多職種からなる共同研究者間での協働に加えて、日頃、地域で母子に接し

ている歯科衛生士の多くが所属する岐阜県市町村保健活動協議会の歯科衛生士部会の協力を得ることができた。

表1 齲歯予防 DVD 作成プロセス

時期	取り組み内容
4月	歯科衛生士による歯ブラシや歯磨剤の種類と選び方の説明、ブラッシングのデモンストレーションを撮影した。
4月～7月	大学側が15分程度に編集し、ポイントについては字幕およびナレーションを挿入した。
8月	学内で試写会を行い、微修正した。
9月上旬	開業助産師の紹介で母親グループに ver. 1 を見てもらった機会を得た。質疑応答を行ったところ、フッ化物についての質問が多かった。そこで、ver. 2 にはフッ化物の応用、および頬・唇のよけ方、齲歯になりやすい場所の写真を追加した。
9月中旬	母親グループからの質問について歯科衛生士を含めた共同研究者間で検討し、ver. 3 を作成した。
11月	WS で ver. 3 を上映し、参加者より意見を得た。WS に参加された地域の歯科衛生士より岐阜県市町村保健活動協議会歯科衛生士部会を紹介して頂く機会を得た。
1月	同部会の協力を得て、齲歯予防 DVD についての意見を取りまとめた。
2月～3月	同部会からの意見について共同研究者間で検討し、ver. 4 (完成版) を作成しているところである。

### 3) 齲歯予防 DVD ver. 4 (完成版) に向けての検討課題

以下のような課題について、共同研究者間で検討し、年度内完成を予定している。

- ・赤ちゃんという表現では、対象年齢がわかりづらいのではないかな
- ・ゴムブラシは歯が生える前から使用してもよいのではないかな
- ・歯ブラシの使用開始時期は、前歯の上下が計8本生え揃った時期にしてはどうか
- ・臼歯頬側を磨く場合は、口は大きく開けず、かみ合わせた状態の方がやりやすいのではないかな
- ・上唇小帯を指でガードする方法もある
- ・歯みがきペーストが紹介してあったが、乳児には必要ないのではないかな
- ・フッ化物のジェルは、ぶくぶくうがができない時期にはガーゼでふき取る⇒ふき取るのではなく唾液をふき取るくらいでよいのではないかな
- ・保護者の一番の悩みは、おとなしく歯みがきをさせてくれないということ。泣いて暴れるこどもをどのように磨いていいのかが知りたいのだと思う
- ・もっと詳しく知りたい方は歯科衛生士や歯科医へつながるようなメッセージが最後にあるとよい

## 2. WS 開催について

### 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 22 年 11 月 25 日 (木) 13 時 30 分から 16 時 30 分

3) 開催場所：岐阜県立看護大学 講義室 105

4) プログラム：表 2 参照

歯科衛生士より「全身の健康はお口の健康から」、開業助産師より「地域における母乳育児支援—直接哺乳困難・体重が増えない場合の援助—」についての講演後、①齲歯予防 DVD の視聴または②カップ、スプーン、シリンジ授乳の方法の 2 つのグループに分かれてディスカッションした。

5) 参加者：県内の産科施設、保健センターおよび保健所に WS の案内を郵送した。参加者は、保健師、助産師、看護師、歯科衛生士等、計 42 名であった (表 3 参照)。

6) ディスカッション内容

- ・乳頭混乱を避けるためにどんな工夫ができるのか ⇒哺乳瓶を使用しない方法としてカップ授乳、スプーン授乳、シリンジ授乳についてデモンストレーションがあった。
- ・搾乳の方法について ⇒搾乳は浴室で練習してもらおうとよい。体が温まってリラックスでき、母親自身が搾れると感ずることができる。搾乳は乳房の張りを軽減するために実施してもらっている。
- ・搾乳器について ⇒分泌過多のリスクもある。搾乳器で搾れるということは手でも搾れるということなので、基本的には搾乳器の使用はすすめていない。
- ・効果的なフッ化物の使用法 ⇒フッ化物の含まれたジェル等をもって歯ブラシを使用する。毎日行う方が効果的である。
- ・妊婦の歯周病ケア ⇒妊娠すると口腔内 pH が酸性に傾くので、細菌に侵されやすいので、プラークコントロールはしっかり行っていくことが大切で、本来はもっとケアしたい時期でもある。歯磨き

ができればよいが、歯磨き粉が無理だったら、発泡剤の入っていないもの、ジェルなどを使用。それも無理であれば、含嗽でもよい。含嗽の時は、殺菌効果の高い洗口剤を使用するとよい。

- ・復職者への母乳育児支援も大切である。保育所での搾乳の取り扱いについても知りたい。
- ・DVD もよいが、月齢別に齲歯予防の方法についてポスター形式の教材があるとより効果的である。

#### 7) 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い、25 名より回答を得た。

- ①参加動機：母乳育児支援への興味（17 件）と赤ちゃんの齲歯予防（13 件）について挙げた人が多かった。
- ②地域における母乳育児支援についての意見・感想
  - ・知識を身につけられるとともに、実際に活動している助産師の方々の話がきけてよかった。
  - ・業務（母子保健）にすぐに役立つような情報ばかりで、とても参考になった。
  - ・具体的事例から、考えていけたのでわかりやすかった。
  - ・デモンストレーションがあったのでよかった。わかりやすかった。
  - ・母の心理面へのケアをしながらの支援が大切であると分かった。
  - ・段階的にどのように関わるとよいか参考になった。
  - ・地域の助産師（開業）と行政の保健師など、それぞれがよい関係で協力していこうという考えにうれしく思った。
- ③赤ちゃんの齲歯予防についての意見・感想
  - ・看護の勉強だけでは学べない専門的な知識を学ぶことができてよかった。
  - ・歯については、小学校で学んで以来しっかりと講義をきく機会はなかったが、基本的な知識に加えてより具体的・専門的な知識を学ぶことができた。
  - ・う触と歯周病について基本的な知識を学ぶことができ、具体的な予防方法についても知ることができた。
  - ・フッ化物について普段聞けない話を聞いた。また母乳との関連について考える機会になった。
  - ・虫歯予防について、妊娠中～新生児期に目を向けた内容が知りたい。
  - ・DVD の流れがスムーズにでき、完成したら地域の保健センターへも提供してほしい。
- ④WS 全体についての意見・感想
  - ・新しい知識が得られる。知らない情報が得られる。
  - ・現職の看護師さんと同じ立場で学べるということが、貴重な体験であった。
  - ・いろいろな職種の方のお話を聞くことで、自分の知識や考えを深めることができる。
  - ・他職種が感じていることを聞ける。
  - ・他職種の専門分野について理解が深まる。
  - ・他の専門職の方が普段の業務の中で持っている不安や疑問がよく分かった。
  - ・小児看護に関わっている看護職のための勉強会があると嬉しい。保育園の看護師は 1 人なので、なかなか同職種との交流がなく、悩みも相談しづらい。
  - ・飛騨地域から参加しましたが、とても勉強になり、また参加したいと思う。予算等が許せば、ぜひ飛騨地域でもワークショップ、勉強会等、出張してほしい。
- ⑤このような WS に次年度も参加したいか  
参加したい 14 名、是非参加したい 10 名、無回答 1 名であった。

表 2 WS のプログラム

内容	担当
はじめの挨拶 本日のオリエンテーション	岐阜県立看護大学 服部律子 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」 地元で活躍する専門職の活動紹介 ・母乳育児と赤ちゃんの虫歯予防 (DVD 視聴・演習を含む) ・地域における母乳育児支援について ～直接哺乳困難・体重が増えない場合の援助～	朝日大学歯科衛生士専門学校 歯科衛生士 荒木 美穂先生 母乳・育児相談室 Mamma Mama 助産師 山本 淳子先生
多職種によるグループディスカッション	各グループ
情報共有・質疑 参加者の意見・感想 おわりのことば	服部律子

表3 WSの参加者の職種別内訳

職種	人数(名)
助産師	17
保健師	7
看護師	4
歯科衛生士	3
管理栄養士	1
看護学生	10
計	42

表4 参加動機(複数回答あり)

n=25

参加動機	件数
①母子へのケアについて知りたい	7
②母乳育児支援について知りたい	17
③開業助産師の活動に興味があった	3
④赤ちゃんの虫歯予防について興味があった	13
⑤ワークショップ形式で学習できる	1
⑥他施設との交流・情報交換	4
⑦他職種との交流・情報交換	5

#### IV. まとめ

本学で開催した母子に関わる専門職者のためのワークショップにおいては、母乳育児支援に対する職種間の相互理解が深まったと思われた。また疑問点や課題について概ね共有、検討することができたと考えられた。昨年度より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。さらに、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な保護者向けの齲歯予防DVDを協働して作成することができたと考える。また、岐阜県市町村保健活動協議会歯科衛生士部会の協力が得られたことは大きく、日頃、母子の指導にあたる中での気づきや改善案について提案していただいたので、修正を加えてより実践的な完成版としたい。また、今回の取り組みによって、乳児に限らず、妊婦や上の子など、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強化するきっかけにもなったので有意義であった。

今後は、作成したDVDを活用しながら、その効果について長期的に検証していきたい。

#### 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

- ・歯みがき指導のテクニックを身につけて院内の母親学級や育児グループの中でレクチャーできるようになった。
- ・妊娠中からの口腔ケアの大切さがわかり、母親教室が改善した。
- ・歯と歯ブラシのモデルを使用するようになった。
- ・学習会の開催(予定)、情報交換など、地域の保健師との連携が深まった。
- ・他職種、他機関との交流・連携のきっかけとなった。

##### 2. 現地側看護職者(歯科衛生士)の受け止めや認識

- ・歯のケアについて学び、自分なりに基本を押さえることができた。
- ・乳児健診などで「母乳を長く続けていると、虫歯になる」という指導に対して、母乳育児推進を阻むものとして何とかならないかという思いで研究を提案したが、専門職である歯科衛生士と出会い、話を聞く中で、少しずつ誤解していたことに気がつき始めた。本来、助産師は他職種と連携し、子どもたちの健康のために協力し合っていくことが必要であることに気づいた。
- ・一つの内容について他医療職と解決していくことの重要性を理解できた。
- ・子育て中の母親とそれをサポートする看護職に向けて、「母乳育児とう蝕」の関係についての新たな認識を持っていただける機会になりこの研究に参加できたことはとても有意義であった。
- ・「母乳育児とう蝕」の関係のほかにも、共同して患者教育する必要がある分野(例えば糖尿病患者の歯周疾患に関する管理や指導など)についても、こうした取り組みがなされると良いと思う。
- ・フッ化物に対する理解についても、誤解や不安のないよう効果的に使用できるよう啓蒙活動を続けていきたい。

##### 3. 本学教員が関わったことの意義

齲歯予防DVD作成に関しては、撮影や編集業務は物理的にも人的にも恵まれた大学の環境を活かして遂行することができた。WSには、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、助産方法においても取り上げており、大学教育の充実にもつながっている。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

### ○卒乳の時期について

⇒保健師 A：10 か月、1 歳児、1 歳半の児で非常勤の歯科衛生士が毎回、歯科指導を行っている。齲歯が多く卒乳していないお子さんには、保健師からも卒乳することを勧める。また、1 歳半くらいには、卒乳することを勧めている。母子の関係性を考えると、その指導が適切であったか今後、検討したい。歯科衛生士が常勤ではないので、方針の共有ができないことが課題としてある。

助産師 B：育休から復帰した 2 名のスタッフが、保健師や歯科衛生士より卒乳していないことについて指導を受けたり、別室に呼ばれて個別に指導を受けた経験をしている。母乳が齲歯を起こすため卒乳を勧められたようだが、指導内容に地域差があるようだ。

助産師 C：卒乳に関しては時期を定めた指導は行っていない。育児サークルで DVD が活用できそう。歯科衛生士：卒乳に関して、1 歳半で卒乳していないといけないという指導があることは残念である。齲歯の直接的な原因が母乳にあるとすることは極端である。市町村に入っている常勤の歯科衛生士は少なく、啓蒙活動の機会が少ない。

保健師 A：歯科衛生士には離乳食教室があるときに依頼している。固形物の離乳食が進んでいないと、言葉が遅くなるということで、保健師からも卒乳を勧めている。

保健師 D：齲歯予防に関しては卒乳の時期の制限はなく、昔は 10 か月過ぎたら母乳かどうかということではなく、いかに予防するかという意味で、日々雇用の歯科衛生士を雇い、健診を行った。離乳食教室などで健診し、気になる人は歯科相談につなげ、集団で磨き方を指導した。以前は齲歯率が非常に高かったため、重点的に取り組んだ時代があった。3 歳児で 7-8 本あった齲歯が、取り組みによって 1-2 本に減少し、ある時期から減らなくなった。齲歯が減少したため、高齢者へ重点活動が移った。

1 歳児の事例だが、乳首を離すとすぐ泣き、飲ませ続けるので、ガーゼできれいにできず、夜泣きなどにも大変困っている母親に対して、卒乳を勧めたところ、母子共によく眠れるようになったケースがあった。

助産師 E：母親がストレスなく続けていける支援が大切である。母乳を続けることでストレスがある人には方法として卒乳を勧めている。母乳を続けたいけどストレスがある人には継続する方法を提案し、ストレスが減少する方向に持っていく。母親の苦労をねぎらって、対策を立てていく。母親の気持ちとエビデンスに基づいた方法を築いていかないといけない。

### ○齲歯と心筋炎について

⇒助産師 B：小児循環器では、齲歯から心筋炎などを起こすため、母親に齲歯を作らないようにこまめに指導をしている。しかし、指導するだけで具体的に方法を見せているわけではないので、DVD に関心を持った。赤ちゃんにやさしい病院の認定に向けて取り組んでいるが、まだ齲歯のことまでは考えられていないということが、共同研究をする中で分かった。外来での関わりも少数なので、退院後の方への母乳支援にかかわっていかうという考えも生まれた。

歯科衛生士：齲歯と心筋炎については、齲歯が原因というよりは、プラークの中の細菌が悪影響を及ぼす。詳しく原因を伝えないと、母親の恐怖につながる。こういうケアをすれば心配ないと伝えられると、余裕をもって子育てができる。現在は、歯科衛生士の取り組みが、高齢者にシフトしているため、子どもの歯の健康についても課題として取り組みたい。

### <謝辞>

齲歯予防 DVD の編集にあたりましては、本学看護研究センターの小澤准教授のお力添えを頂きました。厚く御礼申し上げます。

### <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: 健やか親子 21, 2011-02-24, <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/mokuhyou1.html>
- 3) 厚生労働省: 平成 17 年乳幼児栄養調査, 2011-02-24, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/06/d1/h0629-1b.pdf>
- 4) 厚生労働省: 「健やか親子 21」第 2 回中間評価報告書, 2011-02-24, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0331-13a.html>

# 乳幼児に対する手洗いの支援方法の検討

石井康子 長谷川桂子 谷口恵美子 服部佐知子 藤澤まこと (大学)  
汲田ちよみ 船戸美智子 (乳幼児ホームまりあ)

## I. はじめに

感染症の予防には適切な手洗いや手指の保清を行うことは重要であり、特に抵抗力の弱い乳幼児が集団で生活する乳児院においては、その必要性が高い。乳児院は概ね2歳未満の乳幼児が入院する児童福祉施設であり、その発達段階から実際の手洗いや手指の保清は子ども自身が行うのではなく、保育・看護を行う職員が支援することとなる。そのため、感染予防の目的に沿った手洗い支援を行うためには、子どもに直接かかわる職員の手洗いや保清への意識を高めることと、乳幼児にあった支援の方法を検討することが必要である。現地看護職も、感染予防のため職員の手洗いへの意識を高めていくこと、また子どもに合った方法を検討することで、対象となる子どもの健康に貢献することができるのではないかと捉えている。そこで今年度の共同研究では、職員の手洗いの実態と乳幼児に対して行う支援方法の実際から課題を明らかにし、乳幼児への手洗い支援の方法を検討することを目的とする。

## II. 方法

### 1. 職員の手洗いの現状確認

職員の手洗いの実際を、手洗い検査機(グリッターバッグ)を用いて確認を行う。手洗い状況は、職員各自が手洗いを実施した後、調査票に示した両手の絵に洗い残し部分をスケッチし、併せて感想等を記録する。手洗いの結果は、個人が特定されないよう無記名で回収箱に投函する。調査票は、筆跡等で個人が特定されないよう大学教員が集計する。洗い残しについては、左右の手背部と手掌部について各々6分割して集計する。感想等の自由記述内容は、分類し件数を出す。

### 2. 課題の検討と評価

研究参加者全員を対象に、上記1の手洗いの現状を素材とした検討会を開催する。検討会の内容は、共同研究者間で協議し、方法を決定する。検討会終了約2か月後に、質問紙を用いて取り組みの評価を行う。調査項目は、職員の手洗いへの意識の変化、職員の手洗いに関する行動変容、子どもに行う手洗いに関する行動変容、検討会後の手洗い検査実施状況、子どものへの手洗い支援方法に対する意見、共同研究の取り組みに対する意見とした。

### 3. 共同研究の取り組み体制

研究の具体的な進め方の試案を大学教員が作成し、これをたたき台として共同研究メンバーで具体的な方法を検討する。取り組みの実施、および評価も現地共同研究者と大学教員が対等に行う。ただし、現地施設職員への研究の説明と同意を得ること等、直接的な働きかけは現地共同研究者が行う。

### 4. 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(通知番号2221)。研究への参加は自由意思によること、一旦研究参加に同意したあとも、平成22年末までは取り消しをすることができること、個人が特定されないことを保障し、研究データは管理者を置き、鍵のかかる保管庫で管理することを、現地共同研究者が職員会議で口頭及び文書で説明を行い書面で同意を得た。また、現地施設の施設長に対して、本研究への、職員の研究参加が自由意思であり、参加の有無を業務評価に用いないことの依頼を行った。

## III. 結果

### 1. 職員の手洗いの現状

A施設に勤務する常勤及び非常勤職員の26名の参加を得た。職種は、看護師、保育士、栄養士、調理員、事務職等であった。実施期間は、H22年11月19日～28日であり、手洗いチェック実施の時期と人数は、おむつ交換後4名、食事介助前が3名、就業時3名、散歩などからの帰宅時2名、休憩時間2名、沐浴・清拭後2名などであった。

手洗いの状況は表1のとおりであった。洗い残しの多かった部位は、左右の手とも爪の周囲、手背部の拇指側、手掌部の第2～5指であった。他の調査では、手首の部分の洗い残しが多いと報告されていたが<sup>1)</sup>、今回の調査では特に右手では少なかった。

実施した感想は、「汚れが残りやすい部分があった」10名、「丁寧な手洗いの必要性に気づく」6名、「洗い残しのあることに気づく・驚く」5名、「爪ブラシがないとうまく洗えない」等があり、各自の手洗い方法の課題に気付く機会となっていた。また、石鹸の効果的なつけ方について教えて欲しいという意見も示された。

表1 洗い残し部位の現状

(N=26) 人 (%)

部位		爪・指先	指	指間	拇指側	第2-5指	手首
左	手背部	26 (100.0)	9 (34.6)	9 (34.6)	19 (73.1)	7 (26.9)	8 (30.8)
	手掌部	9 (34.9)	10(38.5)	6 (23.1)	14 (53.8)	15 (57.7)	8 (30.8)
右	手背部	24 (92.3)	8 (30.8)	7 (26.9)	19 (73.1)	9 (34.6)	4 (15.4)
	手掌部	10 (38.5)	12 (46.2)	12 (46.2)	16 (61.5)	11 (42.3)	5 (19.2)

## 2. 課題への取り組みと評価

### 1) 検討会実施に向けた協議

共同研究者で、手洗いの現状を確認し、研究目的に向けて検討会をどのように進めるか協議した。手洗いの現状は、手の形の図に洗い残しの部分を記載し、わかりやすく提示することとした。また、質問として示された効果的な石鹸の使用法は、教員が正しい手洗いの方法を石鹸の使用法を含めて実際に示すこと、またこの洗い方で汚れが落ちることを手洗い検査機で職員に確認してもらうこととした。その後、子どもへの手洗いの現状を職員から挙げてもらいながら、課題を共有すると共に、解決方法を検討することとした。検討会の進行は、現地側の共同研究者が行うこととした。

### 2) 検討会の内容

検討会は共同研究者を含む施設職員 20 名と大学教員 4 名が参加し、12 月 6 日に開催した。職員の手洗い状況を共有した後、実際に時間を測りながら石鹸の泡立て方や洗い方を示した。職員からは、見本に示されたほど石鹸を十分に泡立てていなかった、また手洗いにかかる時間が少なかったという反応があった。泡の石鹸があるとよいのではないかという意見も出されたが、教員より石鹸を泡状にしていく過程でも手が清潔になることを伝えた。主な質疑内容は、「爪ブラシの使用の可否」「手洗い後の消毒薬の使用法」「感染症発生時の手洗い、消毒、エプロン装着方法」等が挙げられた。正しい手洗い方法を提示したことを契機にして、日頃から課題と感じていたと思われる感染予防対策に関する質問が多く出された。また、子どもへの支援の現状として、「散歩後は食事の時間となり、空腹の子どもに十分な手洗いを行うのは難しい」「スタッフの少ない時間帯の対応が困難」「おしぼりを使用して手の保清を行っている」「おしぼりは複数の子どもで共有することがある」「1～2 歳児の手洗いの意識付けの方法が課題」等が挙げられた。

### 3) 質問紙調査からみた手洗い支援方法の変化

評価のための質問紙調査は、H23 年 1 月 24 日～30 日に行い、23 名(回収率 88.5%)から回答が得られた。今回の取り組みを通して「正しい手洗いへの意識が向上した」と答えた職員は 22 名 (95.7%)、また全員が「自身の手洗いを意識して行うようになった」と答えていた。「子どもの手洗いを意識して行うようになった」と答えた職員は 18 名 (78.6%) であった。子どもに関しては、未回答者が 4 名いたが、これは直接見と接する機会のない職員も対象に含まれているためと思われた。

職員が自身の手洗いで心がけるようになったと回答した内容を、表 2 に示した。手洗いをを行う部位や時間、石鹸の使用法を意識するようになった職員が半数以上を占めた。子どもへの手洗いで心がけるようになったと回答した内容を表 3 に示した。

日頃、おしぼりを使用して手を拭くことが多かったが、「時間があるときは流水で手を洗うことを心がけるようになった」と答えた職員が 11 名、「汚れの残りやすいところを意識しておしぼりで拭く」や、「汚れを落とすことを意識して拭く」に各々 7 名から回答があり、職員自身が自分の手洗いの課題に気付くことで、子どもへの具体的な働きかけにつながっていったと考えられる。

検討会後も引き続き手洗い検査機を設置し、職員が自由にチェックをできるようにしたが、再度手洗い検査機で手洗い方法の確認を行ったのは 4 名 (17.4%) のみであった。これは初回の手洗いチェックで、洗い残ししやすい部位が理解できたため、再度チェックを行わなかったのではないかと考える。

表2 自分の手洗いで心がける様になったこと (N=23)

事項	人 (%)
手洗いの部位	18 (78.3)
手洗いの時間	17 (73.9)
石鹸の使い方	14 (60.9)
手洗いの頻度	9 (39.1)
手や爪のケア	6 (26.1)
手洗い後の拭き取り	3 (13.0)

表3 子どもの手洗いで心がける様になったこと (N=18)

事項	人 (%)
時間がある時は流水 (又は洗面器) で手洗いを する	11 (47.8)
汚れが残りやすいところを意識して拭く	7 (30.4)
汚れを落とすことを意識して拭く	7 (30.4)
決まった時以外にも汚れたと思った時に手を 拭く	4 (17.4)
その他(泡をつけて洗う)	1 (4.3)

子どもに対する手洗いの支援方法の意見として、表 4 に示した内容が得られた。その内容として、子どもの手を清潔にするために、手を拭くことよりも洗うことが有効であり、流水を用いた手洗いが習慣となったという意見が出された。また、手洗い後のタオルの共有を避けること、石鹸を泡立てて用いることが有効であることを理解し、そのことは子どもにとっても手洗いへの興味を高めることになるという意見が出された。さらに、手を洗うことを習慣化していく上でも、子どもの手洗いへの意識を高めるための働きかけを行うことの必要性について意見が出された。これらは、検討会で石鹸の泡立て方の実演を行ったことや、質疑応答を通して変化したのではないかと考える。

表 4 子どもへの手洗い支援方法に関する意見

要 約
手を拭くよりも洗うことが大切と気づいた
おしぼりの使用から、流水での手洗いが習慣となってきた
常に考えながら、清潔に向けて取り組むことが重要である
おしぼりや、手洗い後の手拭きを共有しないことが良い
泡をつけ手洗いすることはその効果と共に、子どもの興味関心も高まる
外出後と食事前の手洗いの習慣づけができるとうい
手洗いを日課とし、習慣化をはかることは大切
子どもに手洗いの意識の基盤を作ることが重要である
児に声かけをして手を拭くことで、子ども意識付けへの働きかけを行う
決まった時間に手洗いをすることで意識付けをする

#### 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

乳幼児に対する手洗い支援方法の検討に取り組んだ結果、上記の表 4 に示したような職員の認識の変化や、手洗い方法の変化が確認できた。また、検討会終了後、現地施設では子ども用に泡状の石鹸を新たに購入し使用することとしたことや、手洗い後の拭き取りは布製のタオルからペーパータオルの使用に変更され感染予防につながる取り組みが行われた。

##### 2. 現地側看護職の受け止めや認識

今回の取り組みを通して、職員の手洗いへの関心が高まったが、子どもの手洗い場の不足といった施設のハード面や、子どもへの手洗い支援を行う上での職員の数の不足などのソフト面の課題があり、十分な取り組みには至っていないと感じていた。同時に、今回の共同研究を通して高まった職員の意識を低下させないための働きかけも必要であると感じていた。

##### 3. 本学が関わったことの意義

看護職の配置が少ない施設で、看護職が日頃から課題と思っていた事柄について、大学教員がともに取り組むことを通して、これを推進しやすい条件を作ることができたと考える。また、大学の備品である手洗い検査機を活用して客観的な実態提示を行えたこと、また検討会の場で多様な経験をもつ教員が質疑に加わったことで、施設職員の疑問に対応し働きかけを行えた点に意義があったと考える。また、今回共同研究を行った施設は本学の卒業研究の実習施設であったが、本取り組みを通して、より深く現地の看護実践上の課題を看護職と共に共有することができた点に意義があったと考える。

#### V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

共同研究報告と討論の会では、①現状の子どもの保清方法について、②職員の「意識された手洗い」を、より子どもの保清につなげる方法について、③子どもの手洗いの習慣化に向けた働きかけについて討議を行いたいと考えたが、共同研究者以外で討議に参加した者は 2 名であり、またそのうち 1 名は本学 2 年次学生であり、他施設の看護職との討議を通して深めることが困難であった。

今回の討議内容では、①と③については、子どもは立位の保持が可能となれば手洗いができ、毎回必ず行うことで習慣化することができる。しかし子ども一人では十分な手洗いができず、職員の援助が必要となる。職員が不足している時間帯などでは、子どもに手洗いを行う意思はあっても、必要な援助が必ずしもできないと確認された。今回の共同研究を通して高まった職員の手洗いへの意識を持続させ、子どもへの働きかけを継続することが重要である。

そのためには、「強化週間」などを設定することで職員の意識に働きかけるといった意見が出された。また、例年職員の異動があるため、新規職員に対して手洗い検査機を用いて、自分自身の手洗い方法適切性を確認する機会を設けることなどが挙げられた。

#### 参考文献

- 1) 山口雅子他：効果的な手洗い指導法の検討，大学教育実践ジャーナル，4；9-16，2006.

# 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

1990年の入国管理法改正を契機に出稼ぎのために来日する人々が増加し、岐阜県では外国籍の人々、とりわけブラジル籍の労働者が占める割合は30.3% (2010年12月現在)<sup>1)</sup>に上っている。このような中で、外国人労働者の健康課題が指摘され<sup>2)~4)</sup>、行政とNPOが連携した取り組み<sup>5)</sup>が試みられ始めているが、その子ども達の健康課題解決に向けた取り組みは皆無に等しい。こうした中で、本研究は昨年度にブラジル籍児童の夜型化した生活、朝食時の孤食化とパンやクッキーなどと飲み物のみの朝食内容、便秘傾向、医療保険未加入の課題解決に向け、児童と保護者を対象にした取り組みを行った。その結果、大半の児童が健康的な生活を送ることへの意識は高められていたが、実践に移すことはなされていなかった<sup>6)</sup>。そこで、この昨年度の課題を踏まえ、今年度もブラジル籍児童の健康課題を明らかにし、健康課題を解決する取り組みを行ったので報告する。

## II. 方法

### 1. 生活実態調査の実施

岐阜県A市B小学校の日本語指導教室<sup>註1)</sup>に通級しているブラジル籍児童18名のうち1年生児童2名は日本語を理解することに困難が大きいため除外し、日本語の理解度が良い2年生以上で保護者と児童から研究同意の得られた12名(男子4名、女子8名)を対象に、児童1人に約30~45分の面接によって生活実態調査を実施した。また、児童の健康課題を家庭生活を含めてより具体的に把握するために、4家族(そのうち2家族が両親、2家族が母親のみ)を対象に面接調査を実施した。

児童対象の調査は2010年9月7日~9日、保護者対象の調査は2010年12月4日~11日に実施した。

### 2. 健康課題解決に向けた取り組みの実施

生活実態調査により析出された児童の健康課題で早急に解決すべき課題の中から学校教育における解決が可能な課題について解決方法を検討し合い、協働して本取り組みを進めた。

### 3. 協働の実際

本学教員と現地側共同研究者が独自に作成した調査票により得られた調査結果データを本学教員で検討し、健康課題を抽出した。そして、日々の学校生活でブラジル籍児童一人ひとりの健康課題をよく周知している現地側共同研究者の日本語指導教室の教員と養護教諭に抽出した児童の健康課題を提示し、両教員が学校生活で捉えているブラジル籍児童の健康課題と本学教員が抽出した健康課題との整合性の検討、健康課題にかかわる児童の状態、健康課題の背景にある要因について意見交換をした。

### 4. 倫理的配慮

本研究では、ブラジル籍児童の保護者に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、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説明し、研究への同意・協力の得られた保護者とその児童のみを対象とした。さらに、本研究への協力の得られた保護者の児童には、生活実態調査を実施する際に研究の目的と方法、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。

## III. 結果

### 1. 対象者の特徴

#### 1) 児童(12名)の基本属性

「ブラジルで生まれ渡日」した児童が8名、そのうち「3歳までに渡日」している児童が7名、「日本とブラジルを行ったり来たり」している児童が3名である。

#### 2) 保護者(父親2名、母親4名)の基本属性

調査対象の保護者の年齢は、「20代」が1名、「30代」が4名、「40代」が1名である。

保護者の現在の職業は、「工員」が4名であり、そのうち正規雇用1名、非正規雇用3名であり、「無職」が2名である。

保護者の日本語の会話力については、「日常会話が話せる」1名、「簡単な日常会話が話せる」5名、日本語の読解力については、「漫画や絵本が読める」1名、「商品名が読める」5名である。

来日年数は、「5~10年未満」が5名、「10年以上20年未満」が1名であり、4家族すべてが「日本での永住」を希望し、永住権を取得している。

## 2. 生活実態調査の結果と健康課題の抽出

### 1) 児童調査から析出された健康課題

児童の大半が 22 時半以降に就寝している。これは昨年度と同じ傾向である。22 時半以降の就寝が 8 名、そのうち 3 名は 24 時以降に就寝している。児童達は就寝時間の遅い理由として、「寝づらい」「眠くならない」「朝早く起きるから良い」、その他には「母親が仕事で帰宅時間が遅くなるから」「家族との会話のため」をあげている。児童を対象とした健康課題解決に向けた取り組みのみならず、保護者を対象に家庭環境にアプローチしていく必要がある。

昨年度に「はやね・はやおき・朝ごはん」の保健指導を受講した児童 8 名のうち 3 名は、「早く寝ること」「朝ごはんを食べること」への意識づけがなされていた。昨年度に比べて朝食内容が豊かになり、朝食時の孤食は 9 名から 2 名へ減少している。

便秘傾向にある児童が 5 名いる。これも昨年度と同じ傾向である。「週 3～4 日に 1 回排便」が 4 名、「週 5～6 日に 1 回排便」が 1 名である。

昨年度に実施した排便についての保健指導により、「牛乳を毎日飲もう」「朝食時に果物を食べよう」「野菜を食べよう」とする意識や「便秘をもよおしたら我慢しないようになった」という態度変容がみられている。ただし、便秘傾向の児童が多いので、生活全体を見直していく試みが必要である。

学校生活での悩みを所有している児童が 9 名いる。児童達は学校生活での悩みとして、クラスの授業で「漢字が読めない」「漢字が難しい」「算数や社会が難しい」、宿題の「漢字、計算が嫌い」「量が多い」をあげている。

昨年度に比べ、学校生活を「あまり楽しくない」「楽しくない」児童が 6 名から 2 名へ減少し、「楽しい」「とても楽しい」と回答した児童が 10 名である。

なお、「学校を欠席したい」ことがあった児童は 5 名であり、その理由として「原学級の人間関係」「朝寝坊をしたとき」「忘れ物をしたとき」をあげている。

何らかの身体症状が出現している児童がいる。「夜眠れない」「頭が痛い」が各 6 名、「目が疲れる」が 5 名、「集中できない」が 4 名である。「夜眠れない」児童 6 名のうち「頭が痛い」児童が 3 名おり、十分な睡眠を取ることで「頭が痛い」という症状は緩和されると考えられ、この点での取り組みが必要である。

### 2) 保護者調査から析出された健康課題

保護者は、栄養バランスを軽視した食事作りをしている傾向にある。母親 4 名のうち 3 名が栄養バランスの良い食事作りをしたいと思っているが、時間的に余裕がないこと、栄養バランスの良い食事作りの方法を知らないことにより実践に移されていない。

保護者の医療制度についての知識・情報が不足している。医療保険に未加入の保護者（母親 1 名）や体調不良であっても、どの病院のどの診療科を受診するべきかがわからず、体調不良のまま日々を過ごしている保護者（母親 1 名）がいた。

## 3. 健康課題解決に向けての取り組みの結果と評価

上述に析出された健康課題に対し、今年度は、児童の健康課題を解決するために児童の生活基盤である家庭環境を中心にしたアプローチを試み、保護者の健康意識の向上と健康的に生活する態度の育成に力点を置いた取り組みを行った。

児童調査から析出された児童の便秘傾向と保護者調査から析出された栄養バランスを軽視した食事作りについては、日本食のお弁当作りを開催し解決を試みた。また、児童調査から析出された就寝時間の遅さについては、保護者会を開催し解決を試みた。

### 1) 日本食のお弁当作りの開催

(2011 年 1 月 22 日 12:30～15:30 参加者：保護者 17 名、児童 15 名)

#### (1) 目的と方法

栄養バランスの良い調理方法を理解し実践すること、日本文化に親しむことを目的に、日本食のお弁当作りを A 市で活動している食生活改善協議会と協働で開催した。

お弁当づくりの開催は 2007 年度からであり、今年度で 4 回目となる。参加者には、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。

指導は食生活改善協議会メンバー 7 名が、指導補助は日本語指導教室の教員 3 名、通訳者 1 名が行った。献立は、さつまいもとミックスベジタブルのサラダ、手作りソーセージ、花形ニンジン煮の煮物、小松菜としめじの胡麻和え、タコウインナー、玉子焼き、おにぎり、うさぎリンゴであった。

日本語指導教室の教員が、昨年度と同様に便秘傾向の児童が多かったため食物繊維の多い食べ物は体の中の不要なものを排出する効果があり、摂取することが大切であることを講話した。その後、食生活改善協議会メンバーが献立と作り方をポルトガル語の通訳者を交えて説明し、調理の際は 6 グループに分かれ、各グループに食生活協議会メンバーが 1 人ずつつき指導した。

献立には、栄養バランスの良い緑黄色野菜の人参、小松菜、大根葉が食材として使用され、便秘傾向の児童が多いため、食物繊維が多く簡単に手に入る野菜と果物として「さつまいも」を使用したサ

ラダ、「人参」を使用した煮物、「小松菜」と「しめじ」を使用した胡麻和え、うさぎ型の「リンゴ」が加えられていた。また、花形ニンジンの煮物にはブラジル人の嗜好に合わせてコンソメスープ、バターと砂糖、玉子焼きに牛乳と砂糖が使用され、おにぎりには塩分をいっさい使用せず大根葉の菜めしとする工夫がされていた。さらに、子ども達が楽しみながら調理できるように、献立に手作りソーセージとタコウインナーが加えられ、日本の文化に親しんでもらうことを目的に、花形ニンジンの煮物の人参は本取り組みの開催が1月下旬であったことから時季を考慮し「梅」の型にし、今年が卯年であることからリンゴは「うさぎ」型にする工夫がされていた。

## (2) 結果

日本食のお弁当作り実施後、参加した保護者に感想を記入してもらい回収した。記入のあった8名の感想を対象とした。

感想の記述内容を分析した結果、表1の通り、6つのカテゴリおよび11の小カテゴリが抽出された。

【 】はカテゴリ名を、[ ]は小カテゴリ、「 」は記述内容を示す。

【栄養バランスを考えた食事作りへの関心】は1件で、[栄養バランスのとれた日本料理への関心]の1つの小カテゴリが抽出され、「日々の生活で栄養バランスのとれた食事ができるようになる」ことがあげられていた。

【日本料理作りへの学びと意欲的態度】は3件で、[日本料理作りの学び][日本料理作りの学びの楽しさ][日本料理作りへの意欲]の3つの小カテゴリが抽出された。日本料理について、「どのように料理するのか知らないで、この料理教室に参加できてとても良かった」「違う料理の作り方を学べる機会が持ててうれしかった」「日々の生活に活用していきます」という記述がみられた。

【日本料理作りの普及への期待】は1件で、[日本料理作り普及への期待]の1つの小カテゴリが抽出され、日本料理とブラジル料理は大きく異なることから、「この料理教室はよく受け入れられるものになる」という記述がみられ、本取り組みが普及することへの期待が寄せられた。

【お弁当作りの学びの大切さと学びの楽しさ】は5件で、[お弁当作りの学びの大切さ][お弁当作りの学びの楽しさ]の2つの小カテゴリが抽出された。保護者と児童はお弁当作りに楽しみながら参加することができており、充実した学びが得られていることがうかがえた。

【子どもの学びへの期待】は3件で、[子どもが栄養バランスの良い食事をとることへの期待][子どもが食事作りを学ぶことへの期待][子どもが健康状態を保持することの学びへの期待]の3つの小カテゴリが抽出された。

【日本について学ぶことへの要望】は1件で、[日本のことを学ぶ機会の要望]の1つの小カテゴリが抽出され、「全部日本のものがおぼえたい」という要望があった。

表1 お弁当作りの感想 (記述例はポルトガル語を日本語に翻訳)

カテゴリ	小カテゴリ	記述例
栄養バランスを考えた食事作りへの関心 (1)	栄養バランスのとれた日本料理への関心	日本料理の知識は基本的で、日々の生活で栄養バランスのとれた食事ができるようになると思います。
日本料理作りへの学びと意欲的態度 (3)	日本料理作りの学び	私は日本料理がとても好きですが、どのように料理するのか知らないで、この料理教室に参加できてとても良かったです。今、少し学べました。
	日本料理作りの学びの楽しさ	この料理教室で、また違う料理の作り方を学べる機会が持ててうれしかったです。最後には、とてもカラフルできれいなお弁当ができました。
	日本料理作りへの意欲	日々の生活に活用していきます。
日本料理作りの普及への期待 (1)	日本料理作り普及への期待	この料理教室はよく受け入れられるものになると思います。特に、学校に通う子どもたちがいるブラジル人コミュニティーにとってです。というのは、ブラジル人(外国人)の食べ物、料理の仕方、材料などは、日々の生活とはかけ離れています。
お弁当作りの学びの大切さと学びの楽しさ (5)	お弁当作りの学びの大切さ	私たち親にとって、また子どもたちにも大切な学習でとても良かったと思います。
	お弁当作りの学びの楽しさ	娘が私と一緒に楽しそうに料理をしているのを見ることができました。とても気に入りました。楽しく、たくさんのことを学びました。
子どもの学びへの期待 (3)	子どもが栄養バランスの良い食事をとることへの期待	このようなイベントを通して、子どもたちが、野菜や果実を食べることの大切さを保つことを学べると思いました。
	子どもが食事作りを学ぶことへの期待	このようなイベントを通して、子どもたちが、自分で食事を作ることを学べると思いました。
	子どもが健康状態を保持することの学びへの期待	このようなイベントを通して、子どもたちが、より平衡のとれた健康状態を保つことを学べると思いました。
日本について学ぶことへの要望 (1)	日本のことを学ぶ機会の要望	私たちは、全部日本のものがおぼえたい。

( )内の数字は記述数を示す。

### (3) 評価

食生活改善協議会メンバーは、児童の便秘傾向を改善するために栄養バランスの良い主に食物繊維の多い食材を多用し、保護者の中には働いている者がおり時間的に余裕がないことから食材は購入しやすい安価なものを選択し、短時間で手軽に調理することができ、出来上がりの彩りの良さを大切にしていた。食生活改善協議会メンバーの児童と保護者の実態と課題に即したこうした工夫が、保護者の栄養バランスを考えた調理方法の実践につながり、食事作りの改善には効果的である。

食生活改善協議会メンバーの味付けを甘めにするなどのブラジル文化を尊重した細やかな配慮、多忙な保護者の日常に考慮した食物繊維の多い安価で購入しやすい食材選択、梅をかたどった人参などの日本の文化を組み入れた献立によって、今年度も盛況に本取り組みは終えられている。

保護者の感想からは、日本料理作りの学びと意欲的態度、お弁当作りへの積極的な姿勢がうかがえた。一部の保護者は、健康を保持するために栄養バランスの良い食事をとることや食事作りの大切さを認識し、本取り組みを通し子どもが野菜や果物を食べることや子ども自身が食事作りをすること、子ども自身が健康維持に気をつけるようになることを期待していた。子ども達が生活の基本となる食生活を振り返る機会として、本取り組みが捉えられているのではないかと考えられる。

今回のお弁当作りは、新聞社3社とテレビ局1社によって報道され、地域社会での関心も高まり、来年度はA市の取り組みとして実施する予定である。B小学校と食生活改善協議会の地道な努力がここに結実している。今後こうした取り組みを継続することで、ブラジル籍児童とその保護者の栄養バランスを考えた食事作りへの意識は向上していくと思われる。

今後の課題は、ブラジル人は油脂と糖分を過剰摂取する傾向<sup>7)</sup>にあるので、それらを少なくしアレンジしたブラジル料理を日本食のお弁当作りに組み込み、日本料理とブラジル料理の融合を図ることでより親近感が得られる献立とすることである。そして、家庭において栄養バランスの良い食生活への関心と実践が高められるよう、学校と食生活改善協議会との連携を強化し、本取り組みを地道に着実に進めていくことが必要である。

#### 2) 保護者会の開催 (2010年11月20日12:30~15:00 参加者:保護者6名、児童3名)

日本の医療制度についての知識・情報が不足している保護者や昨年度の調査から日本語能力に課題が大きい保護者が多かったことから、保護者が日頃の生活で困っていることなどを語り合うために保護者会を開催することを計画した。しかし、1回目の保護者会(2010年6月19日開催、参加者:保護者5名、児童4名)では、保護者から困っていることとして子どものいじめに関する悩みが1件あげられたが、その他には困っていることはあげられなかった。

1回目の開催時に子どものことについての関心が高いこと、健康への関心が高いことがうかがえたので、2回目の保護者会は、児童達が小学校段階で身につける必要のある生活習慣の確立に焦点化した内容で開催することにした。

##### (1) 目的と方法

学習習慣を確立する基盤として十分な睡眠をとることの大切さを理解し、子どもを早く就寝させようとする態度を育てることを目的とした。

B小学校を卒業したブラジル籍の中学1年生が中学生活について、部活動と勉学を両立することの大変さや小学校に比べ授業内容が難しくなり、宿題の量も格段に増えることを話した。そして、日本語指導教室の教員が、中学生生活を過ごす際にキーとなる生活習慣を確立することの大切さを講話し、その際に就寝時間を早くし十分な睡眠をとることによる子どもの体への効果をA市養護教諭部会作成の視聴覚教材(DVD)を使用し説明した。

##### (2) 結果

中学1年生の話によって、保護者から中学校の授業でどの程度の日本語能力が必要なのかという質問や小学校の授業内容についていくことができないわが子についての悩みがあげられた。後者の悩みについては、子どもが勉学への継続性がなく、すぐにあきらめてしまうことが率直に打ち明けられた。

睡眠の大切さの講話は、表2に示したように参加したすべての保護者に肯定的に受け取られていた。保護者の感想では「興味深い」という感想に留まらず、子どもが十分な睡眠をとるためにどうしたら良いのかという実践にまで発展させた感想を得た。

このように、保護者の感想からは健康的な生活を送ることへの関心が高いことがうかがえた。また、睡眠が子どもの体に大切であることを知り、子どもを早く就寝させようとする意識の高まりがうかがえた。

表2 保護者会の感想（ポルトガル語を日本語に翻訳）

今まで、全く知りませんでした。でも今、それを知って睡眠のことなどにもっと注意を払いたいです。
正しい睡眠は大切です。なぜなら、日々の生活に影響するからです。
とても興味深いです。睡眠が大切だとは知っていましたが、ホルモンのことは知りませんでした。
とても大切だと思いました。この話を聞いて娘が出席していたら良かったと思います。というのは、家でできまわりがありますが、彼女はそれを守りません。
興味深いです。
興味深い。

### (3) 評価

小学校から中学校に進級すると授業内容が難しくなる。部活動が始まり、子ども達は多忙になっていく。ブラジル籍児童達は、日常会話で使用する日本語（生活言語）に問題はないが、学習時の日本語（学習言語）になると読解力などの面で課題が多い。したがって、わが子が授業内容についていくことができるか否かは保護者には高い関心事である。日本での永住を希望している保護者ほど、子どもの高校進学を視野に入れているからこそ、より一層それが悩みの種となる。今回、面接調査を実施した保護者のすべてが出稼ぎ目的で来日しているが、わが子のためにブラジル本国に帰国せずに日本にいたいと永住権を取得していた。このことからわかるように、保護者達は子どもへの期待が大きく、子どもにできるだけことはしてやりたいとする思いが強い。こうした中で、保護者達が中学生活についての具体的な話を聞くことは、この話をきっかけに保護者達の子どものことで日頃悩んでいることを表出しやすくしたと思われる。このような保護者同士が集まる機会を継続して持つことは大切である。

十分な睡眠の大切さの講話に関してすべての保護者が肯定的な感想を寄せていた。視聴覚教材を使用し、十分な睡眠がなぜ子どもにとって大切なのかを端的に説明したことで、保護者の肯定的評価を得ることができたと思われる。十分な睡眠の大切さの理解に留まらず、それを実践していこうとする意識がみられたことは本取り組みの成果である。

今後は、欠席の保護者にも保護者会の開催を積極的に呼びかけ、通信などで保護者会の内容を知らせ、健康的な生活習慣の確立をさらに啓発していくことが必要である。

## IV. 取り組みの成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

「はやね・はやおき・あさごはん」「排便」の保健指導後に、日本語指導教室の教員がその内容について日々の指導で児童に働きかけたり、保護者に保護者会などを通じて働きかけたりした。その結果、家族員全員が早く就寝するようになった家庭や朝食時に便通に良い果物を食べるようになった児童がみられた。健康的な生活を送ることの大切さについて根拠をもって伝えることを徹底したことにより、児童や保護者の実践化を促すことができたと思われる。また、生活実態調査から児童と保護者の健康課題を現地側共同研究者と共有し、学校で可能な取り組みを検討する機会を大切にすることが、本取り組みを協働して進めていく上で非常に効果的であった。

### 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、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性を強く感じていた。また、小学校段階で健康的な生活習慣を確立することは、生涯にわたって健康に生活をするために基盤となるという認識を持っていた。これらの点において、現地側共同研究者と本学教員は、共通の問題意識を所有し、本取り組みは現地側共同研究者の積極的な参加・協力を得て、昨年度と同様に今年度も充実した取り組みを行うことができた。

### 3. 本学教員がかかわったことの意義

生活実態調査から析出された健康課題を解決するために学校としてできることを、日本語指導教室の教員、養護教諭、本学教員の専門分野が異なる多職種の者が複眼的な視点で話し合うことができた。また、生活実態調査の結果を現地側共同研究者にフィードバックし、場合によっては児童と保護者への緊急を要する対応が可能となったことは大きな成果であった。加えて、本学教員がブラジル籍児童と保護者に関わり、現地側共同研究者とともに活動することを大切に現場を中心とした取り組みを行ったことが、現地側共同研究者とともに本取り組みを進めていく上での大きな原動力となった。

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

(1年目と2年目の取り組みの違いについて)

・1年目は、児童対象の面接調査と保護者対象の質問紙調査を実施した。児童の健康課題を解決するた

めに児童に対して保健指導を実施したが、保護者の意識を変えなければ解決がなかなかできないことがわかった。そこで2年目は、保護者に力点を置いた取り組みを進めようと、昨年度と同様に日本食のお弁当作りと今年度の新たな取り組みとして保護者会を開催した。

・保護者会は、平日に仕事をしている保護者が多いので休日（土曜日）に開催した。参加率が休日のため低くなることを予想し、積極的に保護者会への参加を呼びかけた。保護者会では、就寝時間が遅い児童が多いことから、早く就寝することの大切さについてポルトガル語通訳者を介して説明した。

（ブラジル本国の生活習慣を尊重した取り組みの検討）

・ブラジルでの生活習慣を日本で継続していることがいけないのではなく、ブラジル人の平均寿命や文化を踏まえた取り組みが大切ではないか。例えば、ブラジル人が豆類を多く食べていることは、日本の食生活で学べることがあるのではないか。

・ブラジル人に日本の習慣やルールを押しつけるのではなく、彼らのことを理解した上で日本のルールを伝えていくことが必要である。

（保護者の健康的な生活への意識を高める新たな取り組みの検討）

・日本食のお弁当作りの取り組みに、日本料理風にブラジル料理をアレンジして献立に加えてはどうか。

・日本食のお弁当作りの取り組みが新聞やテレビで報道され、反響が大きかった。この取り組みを地域に広げていくことが必要である。

・最近の日本の若いお母さんの生活も不規則な傾向にあるので、日本食のお弁当作りなどに参加すると良いのではないか。そこで、ブラジル人と日本人との交流を持つ機会もでき、良いと思う。

本研究の昨年度の内容は、第28回日本生活指導学会ポスターセッション（2010年9月5日、中京大学）において発表した。また、『岐阜県立看護大学紀要』第11巻（2011年3月刊行）に掲載予定である。

註1) B小学校は、A市の閑静な住宅地の一角に位置し、A市内の公立小学校で最も外国籍児童数が多い。B小学校の2010年4月現在のブラジル籍児童数は29名であり、これは全児童数の8%を占めている。日本語指導教室には、日本語習得を目的として、原学級を離れて国語と算数の授業を受けるために18名のブラジル籍児童が通級している。

## 文献

- 1) 岐阜県国際課ホームページ: 国籍別外国人登録者数, 2011-02-07,  
<http://www.gifu.lg.jp/pref/s11129/kokusai/center.htm>
- 2) 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.
- 3) 大塚公一郎, 近藤州: 外国人労働者における精神障害 — 日系ブラジル人労働者にみられる職場の問題と異文化ストレス —, 精神科治療学, 22(1);61-67, 2007.
- 4) 長谷川智子, 竹田千佐子, 月田佳寿美, 他: 医療機関における在日外国人患者への看護の現状, 福井医科大学研究雑誌, 3;49-55, 2002.
- 5) 小島祥美: 外国人の子どもの教育権 — 岐阜県可児市の事例から —, 国際保健医療, 23(1);3-8, 2008.
- 6) 平成21年度共同研究事業共同研究報告書 ブラジル籍児童の健康課題と解決に向けての取り組み;95-100, 岐阜県立看護大学, 2010.
- 7) 濱井妙子: 静岡県袋井市における調査から見えてきた在日ブラジル人の健康問題とその支援, 保健師ジャーナル, 62(12);1022-1028, 2006.

精神障がい者を支援する看護

# 精神科病院における長期在院患者の退院支援および入院長期化防止に向けた看護

瀬戸富久 加藤友美 水野恵介（大湫病院）稲葉太香子 増田光彦 小森正基（社団法人岐阜病院）  
五十嵐喜美子 中村圭二 三島幹夫 藤原政典（黒野病院）細江和子 国田真弓 岩佐純子  
山田由美恵（下呂谷敷病院）家田重博 小椋妙子 原美由紀 一柳千百合（慈恵中央病院）  
安藤和徳 日比野貴子 永田隆宏（聖十字病院）橋戸智子 棚瀬とみほ 長谷川洋子（須田病院）  
安藤正枝 北原俊輔 山口昌則 七森寿幸 兼松裕子 村上洋一（のぞみの丘ホスピタル）  
石川かおり 葛谷玲子 丸茂さつき 松下光子 北山三津子 大川眞智子 坪内美奈（大学）

## 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。徐々に参加施設が増え、現在は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積み重ねてきた。なお、各施設の規模や地域特性、退院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. 研究目的

本研究の目指すところは、以下の4点である。

- a 長期在院患者への退院支援および入院の長期化防止に向けた看護実践を、各病院の状況に応じて実施する
- b 長期在院患者への退院支援および入院の長期化防止に向けた看護実践が定着する
- c 各病院の看護実践のプロセスを報告・検討することで、知識・技術の修得と病院間のネットワークを作る
- d 目的1～3を通して、長期在院患者への退院支援および入院の長期化防止に向けた具体的な看護を明示する（平成22年～23年度にかけて、各施設が取り組んでいる具体的な看護実践のうち、共通テーマである「連携」に焦点を当てた看護について明らかにする）

## III. 研究方法

### 1. 長期在院患者の退院支援および入院長期化防止に向けた看護の実践（研究目的1～3）

長期在院患者の退院支援および入院長期化防止に関する課題について施設毎に検討し、8テーマを設定した。各施設はテーマにそって研究・看護実践計画を立案し、実施した。

### 2. 研究会の開催（研究目的a～c）

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。

### 3. 研修会の開催（研究目的a～c）

長期在院患者の退院支援および入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・実施した。研修会のテーマや内容は、退院支援を実践するうえで生じた共通の困難や課題を明らかにしたうえで、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。

### 4. 「連携」に関連する看護のデータ収集・分析（研究目的d）

平成22年および23年の取り組みを素材とし、研究会（全10回）の資料及び会議録等から、「連携」に関連する看護実践を抽出・収集し、質的に分析することとした。

## 5. 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（承認通知番号 2204）。

## IV. 結果

### 1. 長期在院患者の退院支援および入院長期化防止に向けた看護の実践（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：退院へのモチベーションが低い長期入院患者への退院支援の検討

②主な取り組み：退院へのモチベーションが低い長期在院患者への退院支援を行った。対象は、70 歳代前半の女性で、統合失調症にて 10 年以上入院していた。意欲向上や楽しみを得ることを目的に患者自身での現金の管理、内服の管理、院内の単独外出を支援した。その結果、患者の表情が明るくなり行動範囲が拡大した。また、慢性期にある患者に自己管理は難しいという固定観念に囚われず、患者の持つ力を伸ばす援助が大切と看護師の認識も変化した。さらに、他職種と連携し疎遠になっていた家族に連絡し、今後の協力を確認した。

③今後の課題：入院の長期化を防ぐためにも、今後は入院初期から家族と連絡を密にし、信頼関係を築いていくことが必要である。

#### 2) B 病院

①テーマ：退院支援病棟における看護師の意識の向上

②主な取り組み：退院支援病棟の看護師の意識向上を目的に、まずは看護師の意識調査を実施した。調査の結果として、退院支援に関する基礎的知識の不足や退院に関する意識の低さがみられたため、勉強会等を実施した。また、看護師と他職種でチームを発足し、退院支援プログラムを作成、実行した。その際、患者のセルフケアレベルを点数化して再評価をした。そして、セルフケアレベルの高い患者を優先的に対象としてプログラムへの参加を募った。その結果、患者の状態が再確認でき、プログラム実施後 3 名の退院があったこともあり、看護師の退院に対する意識の向上がはかれた。

③今後の課題：退院支援プログラムとカンファレンスを継続し、セルフケアレベルの再評価も実施していく。

#### 3) C 病院

①テーマ：退院に対して前向きさがみられない患者と家族に対する退院支援

②主な取り組み：退院に対し前向きさがみられない 40 歳代の男性患者とその家族への退院支援を行った。同居家族は、高齢の母親のみであったが、外泊の送り迎えなどの支援を兄から受けることができた。家族から外泊の申出がない時は看護師から患者に外出泊を勧めたり、家族に外泊を依頼した。また、精神保健福祉士（PSW）と協働し、患者の希望も含めて訪問看護とデイケアの利用を提案した。その結果、定期的に外泊ができるようになり、患者から退院後の展望について話すようになった。

③今後の課題：家族の不安を軽減するために、退院後のサポート体制について家族にも説明していくことが必要である。

#### 4) D 病院

①テーマ：母親が退院に対して拒否的な長期在院患者の支援

②主な取り組み：母親が退院に対して拒否的な長期在院患者への退院支援を行った。患者は、50 歳代男性で統合失調症にて 20 年以上入院しており、母親は、70 歳代と高齢であるが勤務を続けていた。母親は、患者の入院の継続を希望しており、病院の職員に対し拒否的な態度であった。しかし、毎月の面会の度に、看護師や PSW から関わりを持つようにした。その結果、母親と話し合いの機会を持つ約束ができた。患者は調理実習や就労支援センターの見学などを行い、退院に対し意欲的な発言がみられるようになった。

③今後の課題：情報交換や役割分担をして退院という目標に向かって協力して支援をすることができた職種とできなかった職種があるため、看護師と他職種双方の協力が必要となる。

#### 5) E 病院

- ①テーマ：地域移行支援事業に向けた看護の役割
- ②主な取り組み：20年近く入院しており、退院に消極的な患者と受け入れに困難を示す家族への退院支援を行った。地域移行支援事業の対象として支援を受けるには、患者・家族の同意が必要となる。そのため、まずは目的を持った外泊を重ねることを支援し、患者・家族の双方に退院の意識付けをした。家族と幾度も面談し、受け入れ困難な理由を把握し、気持ちに寄り添いながら社会資源を利用した退院後の生活のイメージ作りをした。また、患者の病状や病院での生活の様子などを家族に伝えた。その結果、患者は退院の意思を持ち、家族は不安な思いを表出し、僅かだが受け入れる姿勢を示し始めた。
- ③今後の課題：地域や他職種との連携のなかで十分な退院支援を行い患者・家族が安心して退院できる支援をする必要がある。

#### 6) F病院

- ①テーマ：健忘症状が著しく自立生活が困難な患者の退院支援
- ②主な取り組み：母が施設へ入所するため患者が希望する自宅退院（単身生活）は、健忘症状が著しいため困難が予測される患者への退院支援を行った。患者は、40歳代後半の男性であった。単身生活が困難と予測されるため医療者は福祉ホームへの入所を勧めたが、患者の自宅への退院希望は継続した。そして、福祉ホームのプログラムへ勧められて参加するものの、意欲はみられず支援は難航した。しかし、本研究の検討会において保健師から在宅時の患者の様子を聞くことができたことで、今後の支援の方向性や看護計画の見直しに繋がった。
- ③今後の課題：多職種との定期的なカンファレンスを行い、患者の思い・情報を共有し多方面から支援していく。

#### 7) G病院

- ①テーマ：閉鎖病棟長期在院患者への退院支援
- ②主な取り組み：閉鎖病棟に長期入院している40歳代の男性患者への退院支援を行った。まずは、患者の行動範囲拡大を目的に院内散歩から開始し、作業療法の参加、金銭管理等も支援した。院内散歩を始めた当初は、季節や体調に合わせて散歩の距離や時間を調整することができず無理をしてしまうこともあった。しかし、徐々に自分で判断して行えるようになった。精神状態が悪化したり体調を崩すなどして実施が困難な時期もあったが、患者の訴えを聴き、寄り添う姿勢を心がけたところ、再び自発的に散歩や外出ができるようになった。また、病棟でカンファレンスを実施し、退院支援の方向性の確認とスタッフの退院に関する意見の共有を行った。
- ③今後の課題：今後も継続してスタッフへの退院支援の重要性の意識付けを図る。

#### 8) H病院

- ①テーマ：長期在院患者への退院支援の関わり
- ②主な取り組み：昨年度の事例を継続し、若年患者を対象として退院を目指して病棟チームの連携を図り看護を実践した。昨年から継続して患者が病院外に興味を持てるように看護計画を立案し、短期目標に患者のニーズと安心できる環境の体験を加えた。その結果、開放処遇時間が拡大し、病院外への興味を示し始めた。家族としては入院継続を希望しており、患者に対する過去の恐怖体験の印象が強く、自宅への外出泊の定着には至っていない。家族が来院した際には、話をする機会を設け、家族の思いの把握に努めた。
- ③今後の課題：家族に現在の患者の状況を理解してもらいつつ、チーム医療を提供し、患者や家族の相談窓口として継続して支えていくことを伝え、安心して退院できるように援助していくことが重要である。

## 2. 研究会の実施

研究会の概要は表1のとおり計5回開催し、参加者数は23～29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、第1回と4回では、各施設の課題の状況にあわせて、東濃保健所、岐阜保健所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 研究会の概要

回	日時	場所	参加者	
1	平成22年6月2日(水) 9:50-15:30	大湫病院	計27名	現地24名、大学3名・東濃保健所保健師1名
2	平成22年7月30日(金) 9:50-15:30	のぞみの丘ホスピタル	計29名	現地24名、大学5名
3	平成22年9月17日(金) 9:50-15:30	慈恵中央病院	計23名	現地20名、大学3名
4	平成22年11月19日(金) 9:50-15:30	岐阜病院	計28名	現地24名、大学4名・岐阜保健所保健師1名
5	平成22年12月22日(水) 9:50-12:55	聖十字病院	計27名	現地24名、大学3名

### 3. 研修会の実施

研修会の概要は表2のとおりである。

「退院支援における家族への援助」をテーマとして設定し、退院調整認定看護師である臼田成之氏（慈恵中央病院）に講師を依頼した。

臼田氏より、家族の身体的・精神的・経済的負担など様々な困難な状況について調査データに基づいて説明され、自分たちが関わる家族が置かれている状況について理解を深めた。また、家族が退院の意思決定をするプロセスに沿って段階的に支援する方法や、患者とその家族を支える上で有用な社会資源と多職種間の連携等についても概説され、今後の看護実践への示唆を得た。参加者は合計62名であった。

表2 研修会の概要

開催日時/場所	平成22年12月22日（水）14:00～15:30 / 聖十字病院
内容	1. 講演 「退院支援における家族への援助」 <ul style="list-style-type: none"><li>・長期入院患者の家族が置かれている状況</li><li>・家族が抱える不安や困難</li><li>・家族の力のアセスメント</li><li>・家族が退院の意思決定をするプロセスに沿って段階的に支援する方法</li><li>・患者とその家族を支える上で有用な社会資源と多職種間の連携</li></ul> 2. 参加者による意見交換
参加者	合計62名 <共同研究者>現地24名、大学1名 <共同研究者外>看護師19名、市町村保健師4名、保健所保健師4名、精神保健福祉士5名、行政職員他3名、検査技師2名

### 4. 「連携」に関連する看護のデータ収集・分析

今年度の各施設の看護実践から、現在データ収集中である。また、来年度もデータ収集を継続する予定である。

## 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. 長期在院患者への退院支援および入院の長期化防止に向けた看護実践とその定着

長期在院患者への退院支援および入院の長期化防止に向けた看護実践に関しては、各研究メンバーが自病棟の課題に対して積極的に取り組み、研究会で得られた他施設のメンバーからの意見を看護実践に活かすことができていた。また、研究会を重ねることで、新たな課題を見出すこともできていた。

長期的な視点で評価すると、退院支援に取り組む全体的な雰囲気や具体的な動きは、本共同研究開始当時と比べて変化してきている。しかし、一部の施設では、研究メンバーだけが課題に取り組み完結している状況も払拭できず、病棟や病院全体への浸透には到達していない現状もある。また、長期在院患者への退院支援および入院の長期化防止に向けた看護実践は、本来通常の看護業務のひとつであり病棟全体あるいは施設全体で取り組むべき課題であるが、共同研究のための実践、研究は難しいもの、研究メンバーが取り組むことなどと認識される傾向があった。

これらの要因の一つとして、共同研究あるいは看護研究に対する抵抗感や認識不足が挙げられる。そのため、「共同研究」の意図や目的をメンバーだけでなく施設全体に周知する必要がある。特に、研究のための実践ではなく、実践を改善するための研究であるという大前提を再度確認する必要がある。

また、もう一つの要因として、長期化防止に向けた看護実践に対する困難感や他のスタッフのモチベーションの低さが挙げられる。共同研究で取り組む看護実践を病棟全体で取り組むための仕組み作りを模索したり、成果を病棟や施設全体で共有する機会を設定したりするなど、看護実践への意識改革や看護実践の具体的な方法の提示などの取り組みが必要である。

### 2. 知識・技術の蓄積・修得と病院間のネットワークの構築

研究会では、メンバーが病院の垣根を越えて意見交換し、日々の看護実践に活かすことができていた。また、他施設での看護実践内容を聞いたり、自分たちでは気づかなかった視点からのアセスメントやアプローチについて助言を得たりすることで知識や技術の蓄積・修得ができていた。今後は、これらの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。また、看護実践に行き詰まったり悩んだりした際に、研究メンバーからの助言を得たり、研究メンバーが同じ目的に向かって努力する姿を見て励まされることで、臨床に戻って再び看護実践に積極的に取り組むことができていた。

さらに、研究会への地域の保健師の参加や研修会への他職種の参加によって、病院間のネットワークだけでなく、地域とのネットワークも拡大しつつある。しかし、ネットワークの構築に関しては共同研究内でのつながりのみにとどまらず、県内の精神看護の質の向上に寄与するようなネットワークへの発展も期待される。そのためには、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を検討し、具体的な取り組みを始める必要があると考える。

### 3. 長期在院患者への退院支援および入院の長期化防止に向けた具体的な看護の明示

本研究は、継続して7年間取り組みを行っており、研究会を通して実践知が蓄積されているが、現時点では具体的な看護の明示までには至っていない。平成22年度から23年度にかけて『連携』に関連する看護実践を抽出・分析し、知見を可視化することを課題とし、現在作業中である。

また、上記1で述べたように、各施設の取り組みの成果を病棟や施設全体で共有するためには、各施設で実施した看護実践について丁寧に振り返り、行った看護の有用性等を検討する必要がある。それを単年度で行うのは難しいため、今後は実践の振り返りや行った看護の検討も含めて複数年で事例に取り組むなど方法の検討が必要であると考えられる。

## 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、家族が退院に難色を示したり、疎遠となっており、退院を困難にする要因のひとつとなっているケースがいくつかみられた。このような家族に対して、看護師自身も距離を置きがちであったが、研究会での意見を取り入れ、メンバーからの後押しを受けることで家族へのアプローチを進めることができてきた。その結果、退院には至らなくとも、看護師が家族と面談や電話で話をすることで家族の思いを把握し、寄添うことができるようになってきた。また、家族も少しずつではあるが、看護師に相談や思いの表出をするようになってきた。このような本人や家族とのコミュニケーションや関わりにおける工夫は有用であった。

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定着したり、日々相談しながら支援を進めていけるようになってきた。施設によっては、特に医師との連携や地域との連携において困難さが残っているため、今後の課題の一つである。

### 2. 現地看護職者の受け止めや認識

患者が退院するまでを病棟看護師の役割とするのではなく、退院後の生活を見据えた支援をする必要性の認識が強化されつつある。また、長年に亘り行われてきた看護師による患者の金銭や私物の管理や決まりごとについて、他施設からの意見を取り入れることでパターンリズムなものではないかと見直すことができた。そして、本来あるべき患者自身による管理に戻すことで、患者の持っている力の大きさに看護師が気づくことができた。このように現地看護職者の認識に良い変化がみられる一方、研究メンバーが病棟内で孤立感を感じることもあり、研究メンバー以外への波及については不十分な施設もあると思われる。研究への参加年数によっても差異はあるが、研究メンバーだけが取り組むべき課題ではないことを病棟あるいは病院全体が認識できるように管理者によるサポートなど組織的な調整も必要であると考えられる。

### 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、県内以外での退院支援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、本学教員のそれぞれの専門性の違いから、看護の立場からだけではなく、地域保健の立場からの意見や施設内での精神看護に携わったことのない立場からの疑問を提示することができ、自施設内では当たり前のこととして行われてきた看護を振り返るきっかけを作ることができた。

## 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「退院に対して抵抗感を持つ家族への関わり方やケアの具体的な方法について」、「長期在院患者の退院支援において地域でサポートする看護職と連携する方法について」を提示し、『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』をテーマとする共同研究メンバーと合同で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。立場が違えば見方が違うが、対象者のために連携することが必要であるという認識は共通していることがこの討議を通して改めて認識できた。そして、連携するための具体的な方法についても意見交換ができ、今後の看護実践に活かすことができる討議となった。

### 1. 地域のサポートを得る方法について

- ・ 入退院を繰り返す患者が、退院すると家族だけで患者を支えている状況である。地域の保健師のサポートがあればよいと思うが、個人情報保護の観点から家族からの相談がないと積極的な介入ができない。何とかサポートを受けられるような方法はないか。（看護師）

- ・ 病院から患者や家族に地域の利用できるサービスを具体的に伝えてもらうとよい。例えば、保健師の名前を伝えたり、保健師による訪問の希望を聞いてもらうとよい。(保健師)
- ・ 病院での退院前カンファレンスに家族の了承を得たうえで、保健師も参加できれば、退院後の具体的な訪問日時の約束ができる。(保健師)

## 2. 病院と地域が連携する際の窓口について

### 1) 病院の窓口

- ・ 同じ看護職から直接に対象者の情報を得られることは良いと思うが、ケースによって病院の窓口がPSWであったり、看護職であったりするとシステムとしてわかりづらい。(保健師)
- ・ 病院によって窓口は異なると思うが、H病院ではPSWを地域との窓口としている。看護師は交代制で日中不在のことも多いが、PSWは日中勤務のため連絡が取りやすいという利点がある。(看護師)
- ・ B病院では、今年から地域サービス課を設置し、地域との窓口を一本化した。看護の情報が必要な場合は、地域サービス課から看護師につなぐ。(看護師)
- ・ 病院によって窓口が異なるので、確認してもらえるとよい。(看護師)

### 2) 地域の窓口

- ・ 精神担当の保健師の所属は、市町村によって異なる。保健所に確認してもらえれば各市町村の担当者につなぐことができる。(保健師)
- ・ 市町村に直接連絡をとる場合、福祉関係の担当者につながることもあるので看護職同士の連絡は保健所を通した方が確実である。(保健師)

## 3. 病院と地域の連携の実際について

- ・ 市内にある精神科病院と毎月1回ケア会議を行っている。病院からは訪問看護師、PSW、医師が参加し、病院から退院した方の様子やこれから退院する患者の支援について話し合っている。その会議で、地域で悩んでいることもみんなて解決できるような話し合いができています。(保健師)

## 4. 地域での家族からの相談について

- ・ 退院の話が出たときに、家族が不安になって行政に相談に来るケースはあるか。(看護師)
- ・ 退院に関する保健所への相談はあまりない。受診できなくて家族が困って相談に来るケースはあり、保健所と警察で対応することがある。(保健師)
- ・ 退院日を延ばしてほしいと言われる家族のケースもある。ヘルパーや民生委員、近所の方などの支援を調整して対応したりする。(保健師)
- ・ 市として、精神科病院の医師による悩みごと相談の場を設けている。家族だけでも相談できるようにして、後日保健師が状況の確認や相談などの対応をしている。(保健師)

## Ⅷ. 成果報告

- ・ 三代澤邦恵:長期入院患者の退院支援に向けた取り組みー看護スタッフの退院支援に対する意識の向上を目指してー. 平成22年度日本精神科看護技術協会岐阜県支部看護研究論文発表会抄録集, 3-5, 2010.

## 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.

## 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

井戸裕子 三尾三和子（白川町） 北島浩子 末松満智子（中濃保健所）  
木谷昌子 山田訓代（美濃加茂市） 田中美恵（可児市） 兼松瑞枝（坂祝町） 藤野緑（富加町）  
佐伯とし子 長瀬美紀江 丸山智美（川辺町） 中島有子（七宗町）  
小林ゆかり 伊佐治理恵子（八百津町） 桂川のぞみ（東白川村）  
植松勝子 古木薫 土本千景（御嵩町） 安藤正枝（のぞみの丘ホスピタル）  
林隆彦 吉村隆子 和田明美（県保健医療課）  
松下光子 杉野緑 坪内美奈 石川かおり 宮島ひとみ 葛谷玲子 丸茂さつき（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」が全国的に進められている。「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。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して、一地域での取り組みを行い、県内の他地域にも拡大する可能性を探る。

平成21年度は、まず、病院看護師と地域保健師が交流する機会をつくることを目指して、意見交換を行う機会を設けた。平成22年度は、実際の支援経験を通して病院看護師と地域保健師が援助についての意見交換を行い、精神障がい者の現状と支援課題、看護職の役割について具体的に検討する。

### II. 方法

#### 1. 事例を通じた意見交換会の実施

当該地域の保健所と市町村の精神保健福祉担当保健師がメンバーとなっている保健業務連絡協議会精神保健福祉分科会の研究会において、病院看護師と地域保健師の意見交換を実施した。年4回の研究会のうち、1回は地域から保健師が支援で困っていることの提示、1回は病院から病棟看護師の支援経験と困っていることの提示により、精神障がい者の現状と支援課題、看護職の役割や機能について、検討した。

現地側看護職の取り組みとしては、保健業務連絡協議会精神保健福祉分科会会長の保健師と保健所保健師が中心となり、病院側と連絡を取って研究会における検討の企画と当日の運営を行った。大学教員は、研究会における検討の企画、運営についてともに考え、また、研究会に参加して検討を行った。

#### 2. 倫理的配慮

本研究の計画は、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。当初計画では、事例検討として行う予定であったが、看護職として援助で困っていることや看護援助の方法及び考え方を示して、看護としての役割・機能を考える検討とした。

研究メンバー以外の病棟看護師に対しては、文書と口頭で本取組の目的、方法、プライバシーの保護などについて説明し、協力の了解を得た。研究会時に使用した資料は研究会終了時に回収し、廃棄した。研究会の記録は、看護職の役割や機能、援助方法として整理した内容を記録とした。

### III. 結果

#### 1. 第1回検討会（平成22年7月23日（金）14:00—16:00）

- 参加者：地域保健師10名、病院看護師1名、大学3名
- 事前準備：各市町村に対して、精神障がい者支援で困っていることをアンケート調査した。
- 当日の検討内容：2町村より支援で困っていることの紹介があり、以下のような意見交換を行った。
  - 受診継続の支援
    - 自立支援医療を使っている人は定期的に手続きする必要がある。市町村では継続手続きに来ているかどうか把握できる。精神保健福祉手帳も2年に1回手続きが必要なので、そのときに確認できる。
    - どんな人を継続してみてもよいかをふるいわけできるとよい。
    - 実験的な取り組みとして、本人の了解を取って、受診中断する場合は地域に連絡を取るよう取り組んでみてはどうか。これから退院する方について、退院時にケア会議を開き、本人の了解を得ておいて、そのような取り組みをすることは可能かもしれない。
    - 定期的にケア会議などを行っている方については、病院から地域に連絡をする場合もある。
    - 病棟看護師が退院後に継続的にかかわることは難しい。
    - 患者と病院との信頼関係の問題もある。入院させられると思っているかもしれない。しかし、受診

することや薬を飲むことと病院との関係性は異なることがある。

#### (2) 薬の管理への支援

- ・薬を飲まない人は多い。会うたびに飲んでいるか聞くと、飲んでいるといわれるとそれ以上はかかわれない。長くかかわっていると、受診しなくても飲まなくても何とか生活できていればそれでもいいと思う。具合が悪くなったら、かかわり、対応できるように整えている。
- ・周囲から連絡が来る体制は取れているので、もっと予防的に、内服継続を支援できるとよいのではないか。家族ができなくても、誰か支援者を見つけることはできないか。また、生活の変化を捉えているのであれば、そこで支援することができるのではないか。
- ・退院後に服薬管理が難しいことが、本人と家族の状況からわかっているのであれば、病棟と地域で連携して退院後の準備をして、退院後に継続支援できるのではないか。

#### (3) 保健師から病院に連絡を取る方法

- ・保健師は病院の窓口はPSWだと思っている。そこを通して看護師や医師とやり取りする。PSWが患者の全体を見ている調整役だと思うので、保健師と看護師のやり取りも知ってもらいたい。
- ・PSWは窓口であるが、PSWはPSWの視点・判断で情報を他の人に伝える。看護師の視点やもっている情報とPSWの視点やもっている情報は異なる。
- ・看護師とやり取りしたいときは、看護師さんにつなげてほしいと保健師からPSWに伝えるとよい。
- ・保健師としては、それまでのかかわりが急に入院して退院する場合には、本人の生活能力を知りたい。かかわりがすでにある場合は、わかっているので必要を感じない。
- ・病棟看護師がこの人は地域につなぐ必要があると判断できれば、PSWにそれを頼める。少しずつそれができるようになってきてはいる。

#### (4) 家族全体を見て、家族のライフサイクルとして考える支援も必要。

#### (5) 病院と地域が連携した就労支援

- ・本人が働きたいというのはなぜか。収入を得るだけではなく、社会参加という面もある。
- ・若くして発症した場合に、就労経験がなく、就労のイメージがない場合がある。毎朝起きて仕事に行くことや長時間立っていることなどが一つ一つできるようになる必要になる。働けそうだと保健師が思っても、実際働くには、それらの一つ一つのステップを経ることが必要になる。本人にそれを伝える。
- ・リハビリのつもりで、施設に通う、運動をする、趣味の集まりに出る、高齢者支援を手伝うなどのことから取り組む方法もある。生活習慣づくり、体力づくりをする。本人にもそう説明する。通う場所として、必ずしも精神保健福祉のサービスや施設でなくてもよい。通う場所を作っていくこともできる。

## 2. 第2回検討会（平成22年12月8日（水）9:30—12:00）

1) 参加者：地域保健師8名、病院看護師4名、大学2名

2) 当日の検討内容：病棟看護師より支援経験の紹介後意見交換を行い、以下のような病棟および地域における看護援助が意見として出された。

- (1) 家族が受け入れを拒む場合に保健師として考える支援は、サービスや障害年金の利用などを入れながら状況を整えていくこと。また、本人と一番密接な立場にある人の思いや希望を捉え、それとサービス利用での支援でどう折り合っていくかを考える。
- (2) 病棟看護師として、家族とのかかわりも新しい支援者とのかかわりも本人にとっては、難しい状況がある。病院から地域へとパイプラインをつくるような役割を果たしていきたい。
- (3) 本人が入院している間は、家族も病院に相談できるが、退院すると家族だけが病院に相談することはなかなかできない。家族が相談にいけるところが地域にあるとよい。
- (4) 病棟看護師が入院中の看護として本人と家族の関係を調整し、また、退院後も訪問看護によって本人と家族の関係を調整する援助を行う場合、保健師にも、同じように関係調整の援助をしてもらえると本人にとっても家族にとっても負担が減ると思われる。連携してかかわれるとよい。
- (5) 援護寮では、2年間という入寮期間を考えると、家事能力を身につけることは、過去に一人暮らしなどの経験がある場合は有効だが、まったく家事経験がない場合は難しい。
- (6) 親が高齢の場合、兄弟で協力が得られる人がキーパーソンとなることを期待したい。
- (7) 親も高齢で本人も生活支援が必要である場合、本人と家族全員に支援が必要である。家族の思いを確認し、全員に支援が必要ということで市町村と協働して一緒に支援を整えることができるとよい。
- (8) 入院中は医療費は助成制度の活用によって費用軽減ができ、日常生活を支援するためのサービス利用は不要であり、費用がかからない。しかし、退院すると日常生活を支援するためのサービスとして介護保険を使うにしてもお金がかかる。また、家族全員にそれぞれ支援が必要な場合、またそれぞれにお金がかかることになる。家族の理解が必要になる。
- (9) 退院が決まってから地域に連絡をするのではなく、入院中に地域側がもっとかかわれるとよい。

もともと地域でかかわっている場合は、家族の思いを保健師が聞いていくことができるので、それを病棟看護師と情報交換することができるのではないかと。今は、入院、退院によって、それぞれのかかわりが途切れてしまっており、それぞれが持っている情報が相手に伝わっていない。

(10) PSW が間に入っていると退院が決まったら地域に連絡となる。入院したら病棟から保健師に連絡して病院に来てもらうなどの方法が取れるとよいかもしれない。

(11) 地域移行支援事業では、家族の理解がないと対象にできない。退院するためということではなく、地域での家族の相談先として、病棟で地域の保健師を紹介し、保健師が家族の話聞くかかわりができないか。保健師が家族の話聞くことで、方向性を考えていくことができるかもしれない。

(12) 病棟から直接地域につなげられるとよいが、具体的な窓口やルートをどうすると可能になるか。看護部長室を窓口にすることで可能だろうか。

### 3. 今年度の取り組みの成果と残された課題

第2回検討会終了時の感想として、病棟の看護で行っていることがわかった、勉強になった、もっと気軽に保健師に声をかけてもらえるとよい、連携してかかわれるとよい、連携できると支援者である自分たちも安心、退院したその先が大事であると気づいた、退院後につなげていけると思った、事例を通して協働する成功体験を重ねていけるとよいと思った、といった意見が出された。具体的な支援経験を通して考えたことによって、看護としての視点の共通性や連携することの意味や可能性を現実のものとして実感することができ、今後、協働する体験を重ねていくことが必要であるという次の取り組みの必要性も確認できた。

しかし、実際に連絡を取り合う場合に、具体的な窓口やルートがないという課題は残された。協働を実現するためには、具体的な窓口やルートの構築が必要である。

## IV. 共同研究としての本取り組みの意義

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

昨年度も病院看護師と地域保健師の意見交換を実施した。昨年度の取り組みから、事例を通してもっと具体的な意見交換を実施するほうがよいという方向になり、今年度は、単なる意見交換ではなく、実際の支援経験を基に援助を考える形の意見交換とした。特に病院看護師から提示された支援経験では、病棟において実施されている具体的な看護や退院後に向けた援助が示され、地域保健師が病院内での看護の実態を知るとともに、地域ではどのような援助ができるかを具体的に考えて提示する機会となった。看護職同士が連携することで実現できそうな援助の可能性を考えることができた。

また、共同研究の報告と討論の会では、多くの地域保健師と病院看護師が参加して、活発な意見交換が行われ、互いに出会い、課題を共有する機会となった。連携にあたっての互いに窓口が複雑であり、連携するための仕組みが不十分であるという課題が明確になった。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

結果に第2回検討会の感想として記載したように、看護職間の連携の必要性や可能性を確認することができた。共同研究メンバーの多くが自己点検評価においても、この検討会の場が病院と地域との交流の機会になったと受け止めている。しかし、今年度2回実施した意見交換に2回とも参加した地域保健師のメンバーは数が少なく、1回のみ参加の場合が多かったため、交流の機会にはなったが、十分な相互理解ができたとは言えない状況はある。

### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

共同研究として実施したことによって、昨年度の取り組みをふまえて、支援経験を通じた検討という一歩踏み込んだ意見交換の方法を実施することができた。地域と病棟の連携や協働について、目指すものとしていても、具体的なイメージがなかったものが、具体的な可能性として現れたと思われる。しかし、今後さらに実際の援助を通して実現していくためには、どのような取り組みを行っていくことが必要であるかを考え、継続してすすめていく必要がある段階である。

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

共同研究報告と討論の会において討議したいこととして提示したのは、次の2点である。1. 精神障がい者の地域生活支援において地域と医療機関の看護職はどのように協働できるとよいか。2. 入退院を繰り返す精神障がい者の生活実態や支援課題は何か。

本共同研究課題は、「精神科病院における長期在院患者の退院支援及び入院長期化防止に向けた看護」との合同討議をおこなった。会場いっぱいになるほどの多くの参加者があり、地域の保健師、病棟の看護師から、活発に意見が出された。その中で、地域保健師と病棟看護師の連携に関する内容として以下のような意見交換が行われた。

まず、共同研究の取り組みについて、保健師のかかわった事例で具体的にどのようなかかわりが行われたか、という質問をきっかけに、病棟看護師が感じた保健師との視点の違いとして挙げられたの

は、次のような例であった。1 つめは、病棟看護師は、患者本人は生活能力がないと判断していたが、地域保健師は、本人は困った状況があると保健師に電話をしてきて状況を話すので、困ったときに訴える力があると判断していた。病棟看護師は、この判断を聞いて患者の捉え方が変わった、というものである。2 つめも病棟看護師からの意見で、地域保健師から、今は個人情報保護の問題があり、保健師が簡単に家族に声をかけることはできないと言われた、というものであった。

保健師と家族とのかかわりについて、会場の保健師に意見を求めたところ、個人情報保護の関係で難しさがあることは確かである、病棟看護師が本人や家族に保健師を紹介してつなげてほしい、退院前にケア会議やカンファレンスを開催し、保健師がそこに参加して本人や家族に会うことができれば、その場で家庭訪問の日時の約束ができる、といった現状と対策が出された。また、行政機関に患者家族から、退院に向けての不安についての相談ケースは実際にあるのか、あるのであれば、どのようなケースなのかという質問が出された。それについて、保健所への相談は、退院に関するものはあまりなく、病院受診ができずに家族が困って相談に来るケースが多く、警察と協力して対応することがあるとのことだった。退院日を延ばしてほしいと言う家族のケースもあり、保健師がヘルパーや民生委員、近所の方などの支援を調整して対応している、市として、精神科病院の医師による悩みごと相談の場を設け、家族だけでも相談できるようにして、後日保健師が状況の確認や相談などの対応をしている、といった現状も紹介された。

次に、地域保健師から、病院内の連携体制や地域との窓口が PSW であったり看護師であったりする状況では病院の中が混乱しないのか、地域の側からも窓口がわかりにくいといった質問が出された。このことから、地域と病院の連携の窓口に関連する意見交換が行われた。

病院側の状況としては、ある病院では PSW を地域との窓口としている、看護師は交代制であり日中に不在のことも多いが、PSW は日中勤務のため連絡が取りやすいという利点があることから PSW を地域との窓口としているとの現状紹介があった。また、他の病院からは、今年から地域サービス課を設置し、地域との窓口を一本化した、看護の情報が必要な場合は、地域サービス課から看護師につなぐ体制となった、という説明があった。また、病院によって窓口が異なるので、地域保健師は病院に確認するとよいと説明があった。

地域側の状況としては、精神保健担当の保健師の所属は、市町村によって異なっているので、保健所に確認してもらえれば各市町村の担当者につなぐことができる、市町村に直接連絡をとる場合、福祉関係の担当者につながることもあるので看護職同士の連絡は保健所を通した方が確実である、といった現状と対応が説明された。また、病院と地域が連携している実例として、地域保健師から紹介があった取り組みは、市内にある精神科病院と毎月 1 回ケア会議を行っている、病院からは訪問看護師や PSW、医師が参加し、病院から退院した方の様子やこれから退院する患者についての相談など行う、ケースによっては、個別の日程調整をして対応する、その会議では、地域で悩んでいることについてみんなで連携して解決するような話し合いができていたといった取り組みであった。

今回の討議を通して、地域の保健師も病棟の看護師も互いに連携を行いたいと思っているが、それを実現するためのしきみがないことが課題として明確になった。

労働生活を支援する看護

# 働く人びとを対象とした保健指導の質的評価の試み

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) 桑原恵子 (西日本電信電話(株) 東海健康管理センタ)  
伊藤清美 荒川芽 小林裕子 道中環 森千絵 (鷺見病院郡上健診センター)  
古澤洋子 (山内ホスピタル) 宮川敬子 (東レ(株) 岐阜工場)  
大橋淳子 (三洋電機(株) 岐阜産業保健センター) 横山さつき (京セラ(株) 岐阜事業所)

## I. はじめに

これまで、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。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という経緯がある。その過程において、働く人々などを対象とした保健指導(特定保健指導等を含む)の実施では、検査データ等の改善のみではなく、対象者本人の言葉などから保健指導の意味・価値、保健指導技術の評価をする必要性を認識した。このような質的な面からの評価は、共通基準がなく他施設と比較しにくい現状があるが、各々の方法で実施している保健指導について他施設と比較し、共通すること・異なっていることを検討し、より質の高い保健指導へと改善することが可能となる。その目的に向かって、平成21年度には、各研究メンバーが実施した保健指導の結果をふまえて、評価指標としての共通質問項目案を作成した。

平成22年度の研究目的は、特定保健指導(積極的支援)を受けた対象者に対し、共通質問項目を用いて、対象者にとっての保健指導の意味・価値および保健指導技術に対する意見を把握し、その結果を複数施設間で比較することによって、保健指導の方法・技術についての振り返り保健指導の質の向上について検討することである。共通質問項目を用いた調査は、平成23年4月まで実施予定のため、今回は平成23年1月末現在の結果について中間報告をする。

## II. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究対象の事業所や個人が特定できないようにする、配布資料は参加者が責任をもって保管する、研究参加の任意性を保証することを実行した。大学の研究倫理審査部に研究倫理審査を申請し、平成22年12月に承認されている。

## III. 方法

### 1. 共通質問項目の作成

平成21年度に引き続いて項目案を検討し11項目の共通質問項目を作成した。

質問項目は、①年齢 ②性別 ③職業 ④特定保健指導を受けた経験 ⑤体重(健康診断時・6か月後) ⑥腹囲(健康診断時・6か月後) ⑦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 ⑧特定保健指導を受けたことで、自分にとってよくなかったと思うこと ⑨今後の健康づくりへの取り組み ⑩保健指導担当者について気づいたこと ⑪よりよい保健指導にするための改善点であり、⑦～⑨は選択肢方式(複数回答)、⑩⑪は自由記述とした。

なお、⑦～⑨の選択肢は、プレテストの結果を基にメンバー間で検討し作成した。

### 2. 対象

各研究メンバーの所属する施設において特定保健指導(積極的支援)を受け、平成22年12月～平成23年1月末までに6か月後のフォローアップの時期を迎えた対象者。

### 3. 調査方法

各共同研究者が所属する施設で積極的支援を受けた対象者に対し、共通質問項目を入れた質問紙を用いて、6ヶ月後のフォローアップ時に調査を実施した(無記名)。平成23年1月末の時点で4施設67人から回答が寄せられた(回収率64.4%)。

### 4. 分析方法

各施設にて単純集計を行い、その後4施設の回答の全体集計を行った。集計は質問項目ごとに行うとともに、⑦～⑨については特定保健指導を受けた回数(以下、保健指導回数)および体重変化とのクロス集計を実施した。体重変化は、6か月後の体重が健康診断時より減少および不変・増加の2群に分けた。自由記述については、調査期間終了後に記述内容の意味に沿って整理する予定である。

### 5. 保健指導の方法・技術についての振り返り、保健指導の質の向上についての検討

平成23年1月に研究メンバーが集まり、中間集計結果を素材に保健指導についての振り返りを行い保健指導の質の向上について検討した。

表1 各施設における対象者と質問紙の配布・回収方法ならびに保健指導方法の概略

	施設A	施設B	施設C	施設D
対象者	平成22年5月～6月に積極的支援を受けた対象者12名のうち、12月～H23年1月に6か月後フォローの対象となった12名 3医療保険者	平成22年6月に積極的支援を受けた対象者37名のうち、12月に6か月後フォローの対象となった25名	平成22年5月～7月に積極的支援を受けた対象者16名のうち、12月～H23年1月に6か月後フォローの対象となった14名	平成22年4月～12月に積極的支援を受けた対象者184名のうち、H23年1月までに6か月フォローが終了した者51名を調査対象とした
質問紙配布回収	2医療保険者は配布回収とも郵送 1医療保険者は配布は事業所・回収は郵送	メールに添付ファイルとして依頼、メール添付あるいはFaxにて返信	6か月の面接終了時に質問紙に記入してもらい回収。 もしくは支援終了後に質問紙を郵送し、返信用封筒にて回収。	①郵送による回収 ②最終面接時に回答
積極的支援の方法(6か月後フォローも含めた概略)	初回面談・2週間後電話・1ヶ月後と3か月後面談(中間評価)・4か月後手紙・5か月後電話・6か月後評価	初回面談は集団又は個人支援を実施 1か月後メール又は電話にて支援 3か月後個人面談 5か月後電話支援 6か月後メールにて評価	健診当日に階層化し、対象となった人に初回面接を実施し、生活改善目標を決める。1、2、4、5ヶ月後は電話支援となり、生活改善の実施状況や体重・腹囲の変化を確認する。3、6か月後にはセンターに来てもらい、身体計測や血液検査を実施する。6か月を終えて、どう変わったかを確認しあい、今後どうすればよいかを話し合う。	①ドック健診時 初回面接 ②1ヶ月後～2ヶ月後 面接 ③3～4ヶ月後 電話 ④5か月後 電話 ⑤6か月後 面接

#### IV. 結果

##### 1. 中間集計結果

67名の回答者の保健指導回数は、初回49人(73.1%)、それ以外18名(26.9%)であった。体重変化については、減少36人(53.7%)、不変・増加28人(41.8%)であった。

##### 1) 特定保健指導を受けてよかったと思うこと・よくなかったと思うこと

特定保健指導を受けてよかったと思うこと(複数回答)は、「自分の健康について再認識した」「食事への意識が高まった」が各50人(74.5%)と多く、次いで「運動への意識が高まった」「自分の身体・健康について深く考えるようになった」各32人(47.8%)であった。

保健指導回数別にみると回答率の高い項目の傾向はほぼ同じであったが、「自分の健康について再認識した」「食事への意識が高まった」「自分の健康状態を検査値などで客観的にとらえるようになった」「病気(高血圧症、高コレステロール血症、糖尿病)や肥満の怖さがわかった」「努力すればよくなることが実感できた」などは初回指導の人が多く回答していた。また、「検査値が改善するなど効果があった」は初回指導の人のみが回答していた。

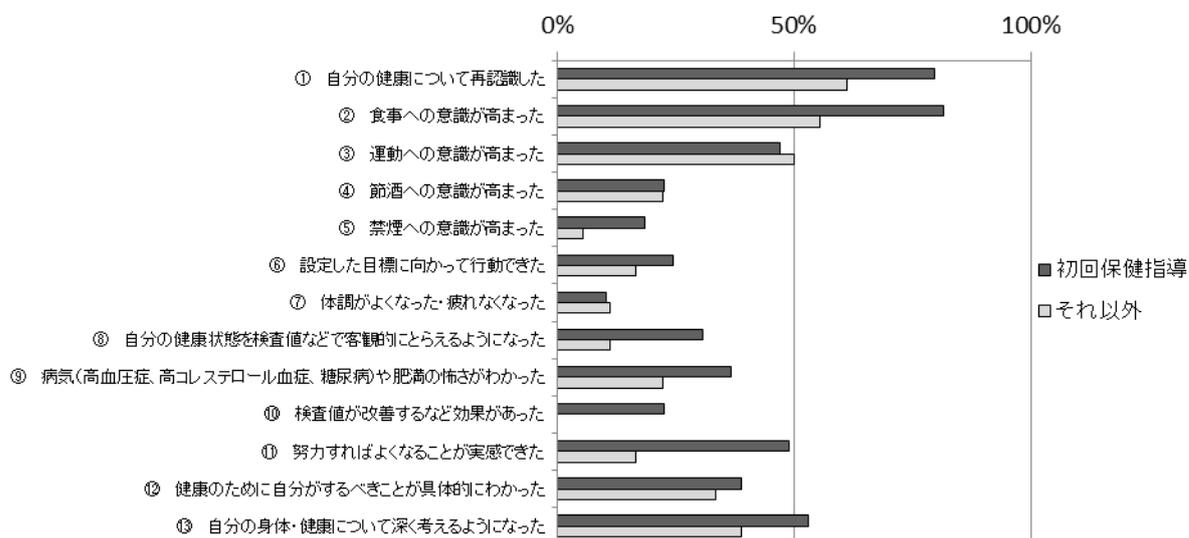


図1 保健指導回数別の「特定保健指導を受けてよかったと思うこと」の回答率

体重変化別では、「禁煙への意識が高まった」「努力すればよくなることが実感できた」の項目について、体重減少者の回答率が高い傾向が認められた。

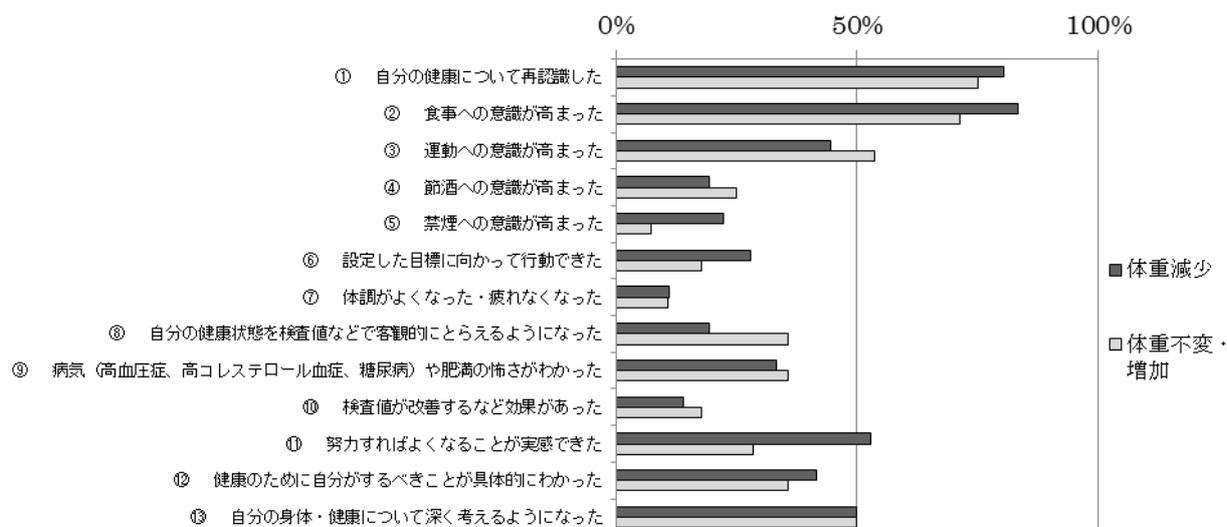


図2 体重変化別の「特定保健指導を受けてよかったと思うこと」の回答率

保健指導を受けてよくなかったと思うこと（複数回答）は、「目標達成ができなかった」（17人）がもっとも多かった。一方で「よくなかったとは思わない」と回答した人が17人いた。

## 2) 今後の健康づくりへの取り組み

今後の健康づくりへの取り組み（複数回答）としては「今の取り組みを続けたい」が49人（73.1%）であり、続けたい内容は、体重管理（38人）、食生活改善（30人）、運動（29人）が多かった。「今後、新たに取り組みたい」は31人（46.3%）であり、取り組みたい内容は、運動（17人）、食生活改善（13人）であった。「ストレスにならない程度に現状を維持したい」は23人（34.3%）、「もっと効果を出すために取り組みたい」は8人（11.9%）であった。

表2 今後の健康づくりへの取り組み

今後の健康づくりへの取り組み	回答者数
今の取り組みを続けたい	49
食生活改善	30
運動	29
体重管理	38
禁煙	4
節酒	9
その他	0
今後、新たに取り組みたい	31
食生活改善	13
運動	17
体重管理	5
禁煙	7
節酒	4
その他	1
ストレスにならない程度に現状を維持したい	18
もっと効果を出すために取り組みたい	8
目標達成をしたので取り組みは継続しない	0
自分にとっては必要のないことだと思うので、今まで通りの生活を続けたい	0

保健指導回数別および体重変化別の今後の健康づくりへの取り組みは、図3、図4に示すとおりである。

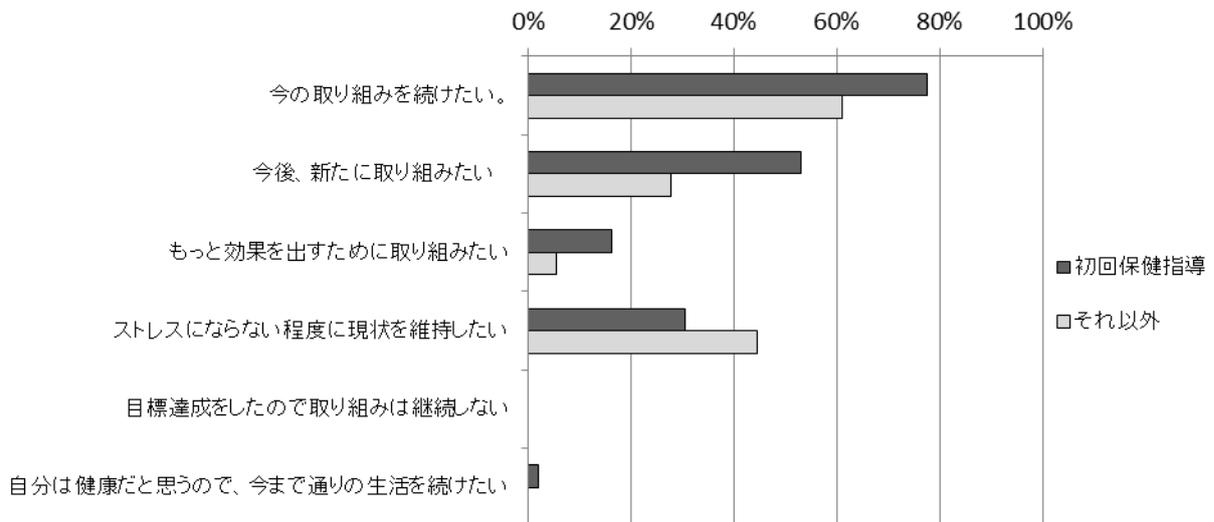


図3 保健指導回数別の今後の健康づくりへの取り組み

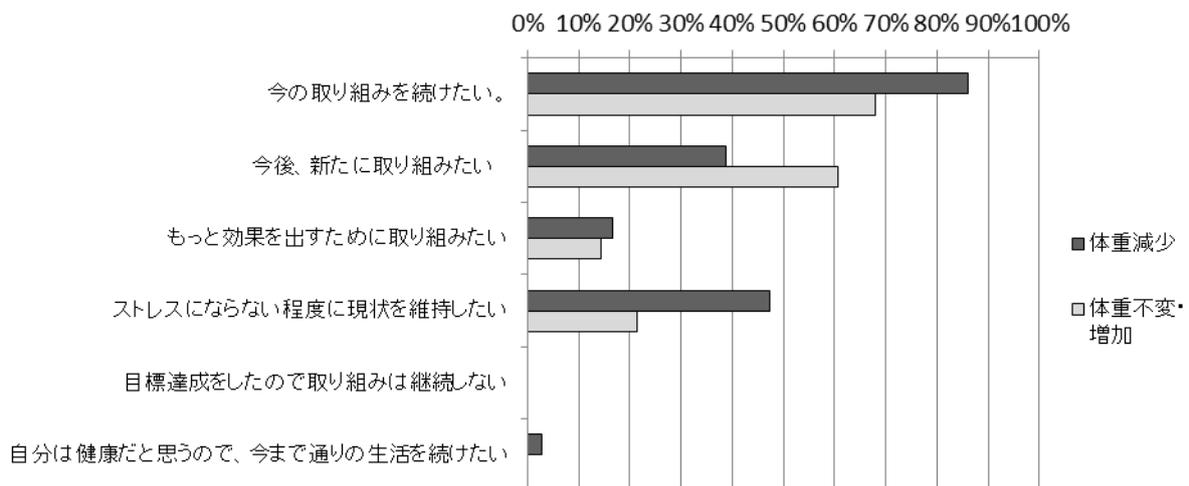


図4 体重変化別の今後の健康づくりへの取り組み

### 3) 「保健指導担当者について気づいたこと」および「よりよい保健指導にするための改善点」

保健指導担当者について気づいたこととしては、「笑顔で迎えてもらいうれしかった」「真摯に対応してもらった、親切でよかった」「私の身体を心配してくれる気持ちが嬉しかった」「愚痴を聞いてもらえた」「わかりやすい説明だった」「的確な指導をしていただいた」「懇切丁寧な指導でやるべきことがわかった」「健康づくりのためのアドバイスが得られた」「適度なプレッシャーで良かった」「体重を中心にしての指導はいささか疑問がある」等の意見があった。

よりよい保健指導にするための改善点については、「運動教室など開催してほしい」「運動量と体重の管理を見える化（グラフ化と簡易分析）」「日々のグラフ管理と報告回数を増やす」「代謝をあげるためのポイント指導」「腰痛予防指導」「メタボ改善メールマガジン発行」「気軽に血液検査できる環境があればいい」「該当者が参加したくなるような工夫」「目標を達成できた人の例をまとめる」「気兼ねなく何でも話せる雰囲気ととても良い。親身になって話してくれる体制を維持してほしい」「6ヶ月といわず引き続き指導してほしい」「土日によって欲しかった。電話に雑音が入り聞きにくい」「指導の時間は仕事中心にしてほしい」といった意見が寄せられた。

## 2. 保健指導の振り返りと保健指導の質の向上の検討

平成23年1月に研究メンバーが集まり、中間集計結果を素材に保健指導についての振り返りを行い

保健指導の質の向上について検討した。

中間集計の結果からは、概ね初回指導者のほうがよかったことの各選択肢の回答率が高いことから、特定保健指導が導入されて今年度が3年目であり、今後複数回指導対象者への保健指導内容や方法の工夫がより求められるのではないかと、どのような保健指導であるべきかなどについて話し合った。また、前年度までの検討でも話題に出ているように、保健指導後の食事への意識の向上は運動への意識に比べ高いということが確認された。今回の結果では、今後取り組みたいことでは運動は食事と特に差がなく、保健指導の改善点への自由記述には、運動に関するアイデアが多かったことを考えると、保健指導において、運動に関しては今後さらに工夫していくことが求められており検討課題であることを確認した。

さらに、保健指導は、検査値等に代表される健康度の改善といったことだけではなく、対面で話し合うことによる保健指導担当者と対象者の関係構築、健康について再認識したり深く考えることにつながっていることが確認できた。これらの保健指導の意味・価値が対象者の長期的な健康づくりなどにどのように影響しているかについては継続的に検討していく必要があると研究メンバー間で認識が深まった。

## 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

現地側看護職による共同研究自己点検評価では、「特定保健指導対象者への対応、改善目安の見方、評価の仕方が理解できた」「今まで実践した後の評価をしなくてはいけないと思っていたが今回の試みに参加できそのきっかけができた」など「実践の振り返り・見直しの機会となった」との意見が多く寄せられている（「 」内は自己点検評価用紙に現地側看護職が記述した内容を示す。「 >」内は自己点検評価用紙の実践が改善・充実したことについての質問項目の選択肢の表記を示す。以下同様）。また、「保健指導質的評価表が作成できた」「他の機関での実施内容が参考になった」などの「実践の改善・充実につながるツール、資料、教材等ができた」との意見が複数名の現地側看護職によって記載されていた。「実践の評価ができ課題や問題点が明らかになった」「他職種・他機関との連携がとれるようになった」という意見もあった。

本報告は中間報告の段階であるが、前述したような看護職の意見から、研究目的として挙げている各自の施設で行っている保健指導の振り返りや質の向上につながっていると評価してよいと思われる。また、共通質問項目を用いた調査の結果のみが実践の振り返り・改善につながっているわけではなく、共通質問項目を作成するための検討（研究会および自職場内）も役立っているものと推察される。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

保健指導の質的な面からの評価という現地看護職が日常取り組みたいと思っている課題について、継続して取り組んできたため、主体的な活動になっている。

### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

保健指導の質的な面からの評価は、施設間で比較できる指標が開発されているとは言えない現状がある。本学教員は共同研究事業として複数施設の看護職が検討できる場を作り、その結果、現地看護職の抱える共通の課題の整理と具体的取り組み（共通質問項目を用いて保健指導対象者に調査をすること）につながった。その過程では、現地側看護職の所属施設での実践状況を踏まえ、各施設における調査実施方法のアレンジ等の範囲を提案した。その結果、複数施設で共通に使用できる質問項目作成を実現でき、調査の円滑な実施が行えている。以上が現時点における本学教員がかかわった意義と考える。

## VI. 討議内容

討議には、共同研究者を含め14名が参加した。はじめに、各施設の共同研究者から具体的な保健指導の方法・内容について紹介があった。討議内容は下記の通りであった。

### 1. 性別による保健指導の効果の差について、女性に対する指導での工夫点について

- ・ 女性はグループワークでは本音で話せずに難しかった経験がある。個別に話を聞くほうが効果が上がるように思う。女性の対象者は少ないこともあり、個別に面談を行っている。

### 2. 保健指導の効果について

- ・ 対象者が真摯に健康を考える時間として非常に価値があると思う。
- ・ 対象者が自分の一生、これからの生活を考える時間になっている。
- ・ 自分で目標設定ができたと感じている人が保健指導を高評価していた。

- ・ 対象者自身が目標を立てることで取り組みに対するモチベーションを維持できていた。
- ・ 初回の特定保健指導では成果がしやすい。

### **3. 複数回、特定保健指導の対象となる人への指導の工夫**

- ・ 個別に課題を見つけ、個別の対応を考える必要がある。
- ・ 指導者の知識や技術を上げることで対象者の変化を期待したい。
- ・ 初回の年で信頼関係を築いておくことが大切で、対象基準がクリアできなくとも対象者の努力の成果を認めていく。対象者が責められたと感じないで2年目以降も参加できるように配慮する。また、特定保健指導を断って自分で取り組むことも認める対応も必要かもしれない。

# 労災病院における勤労者看護の質的向上の追究

川崎百合子 小林美代子 井村春美 高橋梓 林幸子 杉山好美  
山口千恵美（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

勤労者である患者への労働生活インタビュー（以下、患者インタビュー）の実施と事例検討を中心とした、勤労者看護を実践できる人材育成研修の取り組みも 10 年目を迎えた（図）。昨年度は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を行った結果、さらなる勤労者看護の質的向上のためには全看護師に勤労者看護を普及させていくことが重要であると考えられた。そこで、今年度は各看護師が勤労者看護に触れる機会を増やし、日常の看護実践において構えずに勤労者看護に取り組めることを目標に活動を進めたので、その成果を報告する。

## II. 今年度の主な取り組み内容

### 1. 勤労者看護研修会参加の促進を目指した運営方法

- 1) 全 7 回中 5 回以上参加と事例の実践を条件とすることにより研修生の参加条件を緩和した。
- 2) 全研修会参加対象者を看護師全員とし勤労者看護に触れる機会を増やした。
- 3) 勤務後の研修は 1 時間以内がいいという要望を取り入れ、研修会時間を 90 分から 60 分へ短縮した。
- 4) 研修会に大学教員も参加し勤労者看護についてディスカッションした。

### 2. 他職種の活動の紹介

研修会内で MSW、リハビリテーション科技士等によるワンポイント講義を開催した。

### 3. 事例検討と事例発表会の実施

研修生の患者インタビューを基に短時間の事例検討を 4 回行い、1 月に成果発表会を開催した。

### 4. 取り組み体制と協働の実際

看護部の教育委員会の中に勤労者看護委員会を設置しており、委員会のメンバーと看護部長、副看護部長が共同研究者として本取り組みを行っている。大学教員は、研修の計画・運営等についての検討および研修会での討論に参加し、取り組みの評価を共に行っている。

## 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、書面に基づき口頭で主旨を説明し書面にて同意を得た。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。その後、研究方法の追加部分について再度研究倫理申請し平成 21 年 10 月に承認を得ている。

## IV. 結果・考察

### 1. 勤労者看護研修会の参加状況と成果

研修参加条件を緩和、研修時間を短縮したことにより、述べ 287 名（平成 21 年度 246 名）という研修参加者数につながった。また、研修生も 18 名（平成 21 年度 6 名）の申し込みがあった。

まず、初回研修会で中部労災病院山口看護部長より「労働者健康福祉機構における勤労者医療の推進」岐阜県立看護大学梅津准教授より「労働生活を理解する意義」と題して、労働生活を構成する要素、健康と労働の相互関連性、勤労者看護を実践していくためのケアニーズを捉える視点について学んだ。昨年度研修生の勤労者看護の実際について事例報告を聞いた。

《第 1 回研修会より研修生の声》

- ・社会復帰に向けての看護を実践できるように努力したい。
- ・仕事が、人生・生活の中で占める大きさを実感した。
- ・昨年度研修生の発表を聞いて、勤労者看護が身近なものだと感じた。勤労者看護の重要性を感じた。
- ・説明がわかりやすく勤労者ということに関する自分の考えが変わった。
- ・なぜ勤労者看護を学ぶのか、どのようなことを学ぶのかがよくわかった。
- ・職業について知ることでその患者さんに必要なものがより明確に見えてくるのがわかった。
- ・労働環境と労働態様の違いについて何回か講義を聴くことで理解できた（複数回参加者）。
- ・昨年より講義内容を理解することができたので実践に活用したい（複数回参加者）。

第 2 回は勤労者看護研修を進める上で重要なインタビューシートの構成・使い方など、模擬事例を通して研修生自らが必要な情報を探す方法で体験学習した。

《第 2 回研修会より研修生の声》

- ・事例を通して、実際のインタビューシートに記入して行ったので、分かりやすかった。
- ・患者から情報をとることが難しいと考えていたが、インタビューシートがあれば、患者から情報もとりにやすく、そこからコミュニケーションが発展していくと思い、活用できると思った。
- ・通常のカルテ上でのデータベースだけでは把握できない部分も多く、今までの自分の情報の取り方に

についても不足点が多いことに気づかされた。

- ・インタビューシートに項目はなくても、その人の特殊な項目は必要に応じて追加することが大切とわかった。

- ・看護をするにあたって、情報がとても重要であると思った。情報量によって、看護が変わってくることもあると思えた。

- ・インタビューシートの使い方や、これだけでなく患者に合わせ柔軟に活用していくことが必要だと思った。

**表1 研修会開催状況**

	参加者数	講義	事例検討
第1回	38名	「労働者健康福祉機構における勤労者医療の推進」 中部労災病院 山口看護部長 「勤労生活を理解する意義」 岐阜県立看護大学 梅津准教授	昨年度研修生の事例報告
第2回	24名	インタビューシートについて	デモ事例を用いたインタビューシート活用方法の体験学習
第3回	39名	「産業保健（労働衛生）の基礎知識」 岐阜県立看護大学 梅津准教授	循環器科事例より（企業規模の違いの理解）
第4回	49名	「労災保険給付 基本のき」 中部労災病院 竹内 MSW	整形外科の事例より（早期職場復帰を考える）
第5回	56名	「第58回職業災害医学会報告」（伝達講習） 他のろうさい病院の取り組み報告 医療従事者のメンタルヘルス対策	外科の事例より（自宅就労における勤労者の捉え方）
第6回	42名	「機構職員は勤労者医療へどう関わるか？」 中部労災病院 岩田リハビリテーション科 技士	産婦人科の事例より（看護師の事例を通して自らの職場環境について考える）
第7回	39名	成果発表会	15名の事例発表を通して勤労者看護について考える

## 2. 他職種の活動紹介（ワンポイント講義）

第3回研修会より、1時間の研修時間の中で15分程度のワンポイント講義を行った。ワンポイント講義は研修生だけでなく、講義内容に興味ある看護師が研修会に参加する牽引力となった。

第3回は岐阜県立看護大学梅津准教授より「産業保健（労働衛生）の基礎知識」として労働衛生の体制（法規・行政・産業保健推進センターの位置づけ・事業所規模によるヒューマンリソースの違い）、疾病を持ちながら働く人の労働生活の調整及び援助について学んだ。

第4回は中部労災病院竹内 MSW から「労災保険給付、基本のき」と題して、労災保険とは・事業主の災害補償の義務づけ・各種補償・給付について、労災給付の有無による労働者の経済保障比較などについて学んだ。

第5回は勤労者看護委員会の委員が参加した第58回日本職業災害医学会の報告を行い、他の労災病院がどのように勤労者看護に取り組んでいるのか、労働者健康福祉機構の職員として視野を広げる機会とした。また、自らが勤労者としてどのように仕事と取り組むのか「医療従事者のメンタルヘルス対策」の伝達講習を行い、自らの勤労生活のあり方を見つめる機会とした。

第6回は中部労災病院リハビリテーション科岩田技士から「機構職員は勤労者医療へどう関わるか？」と題して、リハビリテーション科の勤労者への関わりの現状（生活支援として転院、就業支援として職業リハビリ施設への紹介）と、今後取り組むべき範囲（生活支援として施設・在宅復帰、就業支援として受け入れ企業交渉・選択・開拓、職業復帰・再就職、雇用継続支援）について、現状より一歩踏みだした関わりの必要性和その困難さについて説明を受けた。

## 3. 事例検討と成果発表会

事例検討では、研修生がインタビューした事例を題材として、その日のワンポイント講義の内容を反映した意見交換ができるように企画・運営した。その結果、研修生はリアルタイムに事例について参加者の意見を聞き、実践の足がかりとすることができた。

例えば、第3回の循環器科の事例では自営業と会社員の2事例を提示した。年代が近く、ほぼ同じ疾患・治療であるが、合併症・背景要因が異なる患者について、どのような情報が必要か、どのような支援を受けることができるのか検討し、看護師としてどのような関わりができるのかグループワークを通して考えることができた。両者の比較検討をしながら、産業保健の基礎知識の講義で学ぶ「事業所によるヒューマンリソースの違い」などに気づくことができるように促した。

- ・事例1 60代男性 虚血性心疾患 冠動脈バイパス術後 糖尿病（初回）HbA1c 11% 職業：床屋  
職歴：50年 家族：妻 子供2人（30代）
- ・事例2 50代男性 虚血性心疾患 冠動脈バイパス術後 職業：管理職兼生産管理（従業員60人）  
職歴：33年 家族：子供3人（妻 8年前に他界）

《研修生の気づき》

- ・会社員か自営業かによって、労働条件が全く違うため、それぞれの視点が必要だと感じた。
- ・50人以上の従業員のポイント・身体障害者の社会資源利用も今後視野にいれたい。
- ・グループワークを行うことで前回よりも勤労者看護の視点がわかるようになってきた。

このような事例検討を計4回実施した。今年度研修生より事例提供をしてもらい、条件が似ている2事例を比較検討したり、講義で学んだ点（早期職場復帰について、予防的介入、作業内容がどのように疾病に影響するのか、疾病はどのように仕事に影響するのか、など）について深める事ができるように、事例提供したりグループワークの検討内容を工夫した。

成果発表会では、研修希望者18名中15名が自分で体験した患者インタビューや勤労者看護実践についての成果を報告した。研修生の学びとして「退院後の生活や職場復帰についての質問や不安を聞くことができた」「看護者として健康にばかりとらわれていたことに気づいた」「意識していなかったが、今まで行っていた患者教育や予防的介入が勤労者看護だった」「様々な職種の人と連携し、労働が疾病に悪影響を及ぼさないようにする調整、疾病が労働に悪影響を及ぼさないようにする調整が大切である」などの学びがあった。

日頃行っている看護が、勤労者看護につながっていると感じた看護師、今まで病気を持つ患者としてしか見ていなかったが職業・生活のある患者としての視点につなげることができたと感じた看護師など、様々な気づきがあり、看護の質的向上につながる発見があった。

15名の研修生が取り組んだ勤労者看護の内容は表2に示したとおりである。疾患は脳神経疾患、整形外科疾患、循環器疾患、腎疾患、産科であった。対象者の年齢は30代2名、40代4名、50代4名、60代4名、70代1名であった。男女比は8対7であった。職業は、自宅就労、自営業、会社員、アルバイトなどさまざまであった。

表2 研修生のインタビュー事例

	疾患	年齢	性別	職業	問題となる点
1	切迫早産	30代	女	看護師	立ち仕事・心理的負担
2	腰椎変性迂り症 椎間関節嚢腫	40代	女	コンビニ店員	両親のサポートが無い・離婚
3	大腸がん	50代	男	貨物の取扱い	体力的負担・化学療法副作用・仕事に対するプライド
4	直腸穿孔・腹膜炎	40代	女	内職（プレス）	座業によるストーマへの圧迫・排便コントロール・健康管理
5	洞不全症候群	50代	男	運送業	身体障害者診断による雇用問題
6	右大転子部骨折	50代	女	霊園の受付	同一体位による患肢の負担
7	左人工膝関節障害	60代	女	レストランの調理 補助・洗い物	一人暮らし・健康診断に対する認識
8	左変形性股関節症	60代	男	溶接業	溶接によるやけど・感染のリスク
9	クモ膜下出血	40代	女	調理人（保育園の 給食）	従業員2名の職場環境
10	脳梗塞	70代	女	自営（喫茶店経営）	健康に対する過信
11	ネフローゼ症候群	30代	男	会社員（開発）	重労働
12	虚血性心疾患	50代	男	土木会社の管理職	病識の無さ
13	クモ膜下出血	40代	女	クリーニング（パート）	経済が不安定・職場環境
14	急性心筋梗塞	60代	男	不動産業	姿勢
15	心不全	60代	男	新幹線車両内清掃	一人暮らし・喫煙・間食

研修生が実践した内容は、看護師が日頃行っていることであり特別なことではないが、勤労者としての視点がなければ、この対象者に介入することはなかったかもしれないであろうと考えられる事例もあった。実際に介入した内容としては、医師と話し合う時間を設ける、健康診断を定期的に受けることを勧めた、MSWの協力を得て社会福祉サービスの情報提供をした、家族の協力を得られるように働きかけた、ケア用品の経済負担が少なくなる工夫をした、疾病を持ちながら働き続けるための内服継続・生活習慣改善の働きかけをしたなどであった。



労災病院での勤労者看護の4つの実践課題をもとに研修生の気づきを整理してみると、次のような内容であった。

#### 1) 早期職場復帰の支援

(腰椎捻り症) 現在の病状でどのような仕事ができるのか医師と話す機会を設け、一日も早く職場復帰できるように支援した(母子家庭・職員が少ない・本人の収入で家庭を支えている)。

2) 労働生活に応じた患者教育会社員(開発)≠事務仕事! 開発の仕事は室内における事務的作業ではなく、実際にコンクリートの壁の強度を調べるという肉体を使う重労働で工具による傷が頻繁に起こるものであった。(人工膝関節障害術後) 慣れによって防護具を使わない。→やけどによる感染は人工関節の患者にとってリスクが高い。(心不全) 新幹線車両内清掃: 夜勤による昼夜逆転の生活は慢性的疲労、現疾患の悪化につながる。

#### 3) 予防的介入

(直腸癌: 排便コントロール指導・健康診断の勧め) 自宅就労の主婦の、排便コントロールの重要性は、家事・育児・内職と時間に決まりがないために守りづらい習慣であった。意識していなかったが、今まで行っていた患者教育や予防的介入が勤労者看護だった。

4) 産業医療・地域医療との連携ペースメーカー植え込みによる雇用問題、及びそれに伴う心不全入院による休業の不安に対する精神的支援と雇用主との連携のあり方。

退院後、他医療機関へ通院する患者のフォローをどのように連携するか?

会社のサポート体制が整っていても、本人の病識が薄く、年2回の健康診断で受診の必要性を指導されたが放置していた(その結果虚血性心疾患、糖尿病、糖尿病性網膜症による視力低下)。

### V. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

この項では、現地側看護職がとらえている今年度の改善できたこと・変化したことを紹介した上で、共同研究の10年間を振り返って教員がとらえている改善できたこと・変化したことを記述する。なお現地側共同研究者は勤労者看護委員会のメンバーとして、看護師の研修を運営し勤労者看護の質の向上に取り組んでおり、その立場で看護実践の改善および変化をとらえている。

《現地側看護職がとらえた看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと》

参加条件を緩和し、研修会を60分間と短縮したことにより、研修生が増え、研修生以外の看護師も多く参加することができ、勤労者看護に触れる機会が増え理解も促進された。研修生の学びとして「退院後の生活や職場復帰についての質問や不安を聞くことができた」「看護者として健康にばかりとらわれていたことに気づいた」「意識していなかったが、今まで行っていた患者教育や予防的介入が勤労者看護だった」「様々な職種の人と連携し、労働が疾病に悪影響を及ぼさないようにする調整、疾病が労働に悪影響を及ぼさないようにする調整が大切である」などの意見があった。日頃行っている看護が、勤労者看護につながっていると感じた看護師、今まで病気を持つ患者として見ていなかったが職業・生活のある患者としての視点につなげることができたと感じた看護師など、研修会で勤労者看護に触れることにより様々な気づきにつながり、日常の看護実践の中で勤労者看護に取り組めるようになったものと思われる。これらの改善や変化から考える今後の課題は下記の通りである。

1. 入院期間短縮の現状で、勤労者看護を患者に適した時期にどのように展開し、解決のための手段を提供するのか。

2. 健康障害を持つ勤労者に対して、リハビリテーション科・MSWなどと協同して、一日も早い職場復帰を進めるために看護職としてどのように取り組むのか。

3. 業務内容の変更・勤務時間の短縮などを必要とする勤労者に、産業保健師・産業医療・職場管理者とどのように連携して労働継続の働きかけができるのか。

《教員がとらえた看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと》

10年間の取り組みを経て、現地側看護職が組織の理念・方針に沿った看護師育成に向けて自立的に研修会を運営し、組織的課題を明確化し取り組む力と方法を蓄積してきたととらえている。取り組みの中で勤労者看護研修用「労働生活インタビューシート」というツールの作成もできた。さらに、事例検討や実践の積み重ねから得られた勤労者看護の知識を、形にして関連施設、学会等に発信すること、看護部の人材育成の柱の一つとして明確に位置づけられたことで、施設における勤労者看護の基盤づくりから質保証や向上のための取り組みにまで至ることができた。

このように、試行錯誤しながら取組みを積み重ねた結果、勤労者看護委員会、個々の看護師、師長、看護部、病院、同病院のネットワーク、大学が、其々に影響し合い、勤労者看護の教育・実践の改善・向上に繋がる関係へと発展し、組織的取組みが促進されたと考える。

今年度については、これまで以上に研修生が研修の学びを勤労者看護の実践に結び付けていることが確認でき、勤労者看護に触れる機会を増やし、日常の看護実践において構えずに勤労者看護に取り組めるといった目標が達成されているととらえている。

## **VI. 現地側看護職者の受け止めや認識**

現地側看護職としては、生活習慣病の増加と少子高齢社会が問題となっている日本で、勤労者が元気で長く働くことができることは重要であり、そのためには、労災病院の社会的使命として今後も勤労者看護を組織的にすすめていく必要があると認識している。また、これまで活動を推進してきた現地側研究者自身にとっても、共同研究としての取組みそのものが自分の学びや成長につながったと捉えられていた。昨年度までの共同研究における勤労者看護への組織的取組みの評価の結果を受けて、各看護師が勤労者看護に触れる機会を増やし、日常の看護実践において構えずに勤労者看護に取り組めることを今年度の目標であると設定し活動を進めている。

## **VII. 本学（本学教員）がかかわったことの意義**

組織の理念である勤労者医療を推進するために中部労災病院で自由参加の学習会から始めた勤労者看護の取組みが、母体である労働者健康福祉機構本部において勤労者看護の理念を定義づけることにつながり、他の労災病院での取組み開始につながった。新たなものを作り上げていく過程において、本学教員は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きた。このように中部労災病院が勤労者看護の先導的役割を果たすに至ったのは、10年間の本学との共同研究による成果の積み重ねの効果が大きいと考えられる。特に、共同研究事業であるがゆえに年に1回発表と討論の場が提供され、報告書をまとめることが求められた結果、各年度の活動の振り返り、次年度の課題の明確化が可能となり、取組みが軌道に乗ることおよびその改善・充実につながったと評価できる。

また、本研究の成果は、働く人びとを支援する看護実践活動の学習や、組織の理念に沿った人材育成の取組みや実践研究のプロセスの具体例として、学部教育・大学院教育の充実に大いに役立っている。

## **VIII. 共同研究報告と討論の会での討議内容**

### **Q 1. 病棟と外来との連携は出来ているのか？**

事例によって、過去には外来と連携する事例や病棟看護師が患者の外来受診日に外来で継続して関わる事例もあったが、今年度は具体的な関わりをもつ事例は無かった。

### **Q 2. 研修生以外の看護師は勤労者看護にどのように関わっているのか？**

全看護師が研修会に参加できる。研修生の患者インタビューを活用して各セッションで事例検討会を1回/年以上開催することを奨励している。

### **Q 3. 外来看護師も勤労者看護に関わっているのか？**

今年度も救急外来看護師が研修生として参加していた。

過去にも外来看護師が研修会に参加して、病棟看護師の事例について共同で考える機会があった。

### **Q 4. 勤労者看護研修生はどのような看護師が参加しているのか？**

キャリア開発の中で、勤労者看護の実践を位置づけているため、ラダーレベルⅢ以上の看護師が積極的に研修会に参加している。

### **Q 5. 労働者健康福祉機構として勤労者が受診しやすい診療体制はあるのか？**

近隣の病院・診療所との関係もあり、時間外診療や土日診療は行っていない。平日の受診が難しい患者には、診療所などの紹介を行い、定期的に当院でフォローしている。

### **Q 6. 労災病院として勤労者看護の特別な教育はあるのか？**

併設の看護学校では基礎教育の中で勤労者看護の授業を行っている。

### **Q 7. インタビューシートとはどのようなものか？**

岐阜県立看護大学で学生教育用に作成したシートを10年の共同研究の中で項目の追加・修正をして完成させてきたものである。

岐阜県立看護大学紀要（第10巻2号）に本共同研究の一部を報告した（2010年3月）。

第14回日本看護管理学会にて本共同研究の一部を示説発表した（2010年8月）。

第58回日本職業・災害医学会にて本共同研究の一部を示説発表した（2010年11月）。

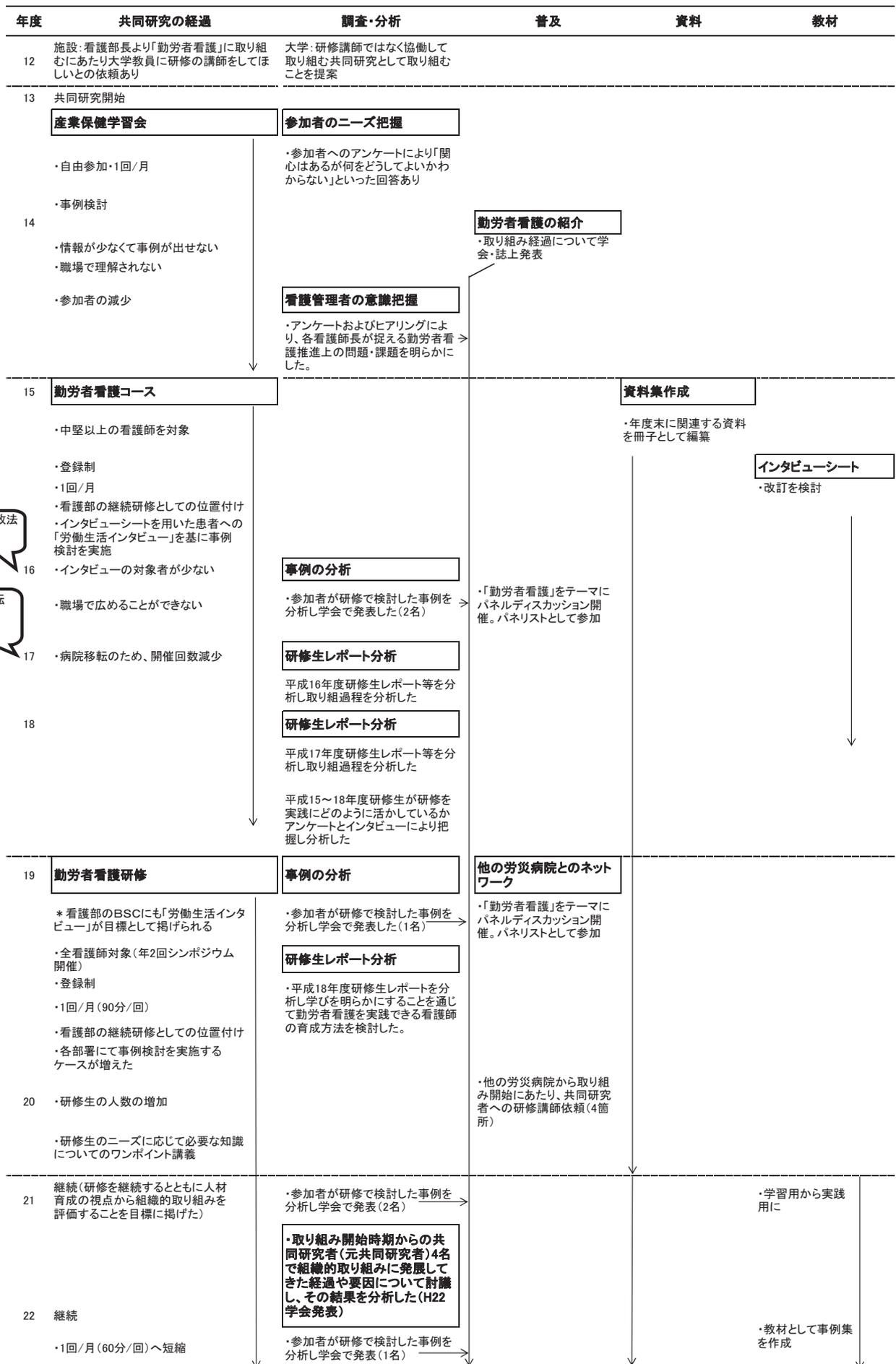


図 10年間の取り組み経過

人材育成

# 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 大井靖子 森仁実 宮島ひとみ 北山三津子  
岩村龍子 大川眞智子（大学） 居波由紀子 和田明美（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。

平成 20、21 年度には、平成 19、20 年度の新任保健師の実践経験を分析し、4 ヶ月時点と 11 ヶ月時点の新任保健師の実践能力到達目標を検討した。また、指導保健師より新任期保健師に対する指導の現状や課題、工夫について意見聴取した。これらの成果物として、岐阜県新任保健師の実践能力到達目標チェックシート（以下、チェックシートとする）を作成した。保健医療課より県内保健所と市町村に配布され、平成 22 年度新任保健師が配属されている施設に対しては、チェックシートを新任保健師の指導に役立ててもらおうよう依頼している。

そこで、平成 22 年度については、チェックシートを活用した新人育成が、新任保健師の実践能力向上や指導保健師の指導に有効か評価する。そして、県内保健所・市町村の現任教育体制・方法の現状をふまえて、新任期保健師の実践能力を高めるための現任教育のあり方・方法を検討する。

## II. 方法

### 1. 指導保健師との意見交流による情報収集

岐阜県では、新任期保健師研修を前期は 7 月に、後期は 2 月に岐阜県立看護大学で実施している。保健所および中核市の指導保健師にも、助言者として参加してもらっている。また、この前期研修と後期研修の間（12 月頃）に、各圏域のフォロー研修を市町の指導保健師の参加も得て実施している。これらの研修終了時に、新任保健師の現状や現任教育について意見交換をしているので、この機会を活用して、指導保健師の意見を教員が情報収集した。調査項目は、①基本的属性：現在の所属機関、指導保健師の保健師経験年数等、②各職場における新任保健師への指導体制や現任教育の実際、③新人指導をする上での課題と工夫、④新任期保健師の指導におけるチェックシート活用の有無、活用の方法、チェックシートに関する意見、⑤新人指導をする中で求められる能力、⑥新任期保健師の実践能力向上を目指した現任教育の方法についての希望・意見である。これらの情報収集したデータをそれぞれの質問項目毎に集約し、内容で分類し、カテゴリ化した。

### 2. 共同研究者間での検討

1 の調査結果をもとに、保健所・市町村での新任期保健師の実践能力を高めるための現任教育の方法について共同研究者間で検討した。

### 3. チェックシートによる情報収集

新任期保健師研修会（前期 7 月と後期 2 月）後に、実践能力の到達度について、チェックシートを用いて指導保健師と新任保健師が話し合いのうえ確認して提出してもらおうよう依頼している。このチェックシートについて、新人保健師および指導保健師から、本研究のデータとしての活用に同意を得て、データとして用いる予定である。

### 4. 倫理的配慮

共同研究者である県保健医療課から、保健所および中核市の指導保健師の部署に宛てられる前期・後期研修の依頼文書に、また、保健所の指導保健師から圏域の市町村保健師の指導保健師の部署に宛てられるフォロー研修の依頼文書に、研修終了時の反省会・意見交換会で、新任保健師の指導体制やチェックシート活用状況等について意見交換を実施する旨を記載し、指導保健師およびその上司に理解を求めた。

指導保健師に対しては、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、中断の申し出の時期等について説明し、文書で同意を得た。意見交換時に発言した意見は教員が記録し、後日、郵送により、本人に自身の意見内容について追加、修正、削除してもらった上でデータとした。本研究計画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. 指導保健師との意見交流による情報収集

前期研修では 5 名の指導保健師から、フォロー研修(4 保健所)では 19 名から協力を得た。所属機関は、保健所 14 名、市町村 10 名であった。経験年数は 5～32 年であった。文中では、カテゴリーを「」で示す。

#### 1) 各職場における新任保健師への指導体制や現任教育の実際

「特定の指導者がいる」「市・県職員として新任教育の体制が定められている」「保健師全体を対象

にした研修に新人は数多く参加するようにしている」等の意見があった。

表1 各職場における新任保健師への指導体制

カテゴリー	意見
特定の指導者がいる	指導者がいて、指導や助言を行う。他の保健師も各年代の立場で助言をしている。
	プリセプター体制をとり、身近に相談できる体制をとっている。チーフが年間の研修計画をたてている。事業ごとに担当保健師に相談にのってもらったり、同行訪問の中で各保健師に指導してもらっている。
	去年(平成21年度)から新任者担当を決めている。
	現在母子担当の新人と包括の新人の両方を一人で見ている状況。
	新人指導は、とりあえず自分が一番上だから指導者に決定した。
市・県職員として新任教育の体制が定められている	市職員の新任教育は、体制が定めてあり、係長級が指導者となって実施している。(保健師も一職員として実施。)
	今年度から県全体として(一般職員も含めて)、新任者の指導者・相談者を決めて指導を行っている。年間数回、指導者の会議があり、指導の方法(面接をする等)も決まっている。指導者は主任か主査クラスと決められているが、部署の職員構成上できないため、チーフが担っている。指導は、他のスタッフに依頼することもある。
	新人は入庁して最初の2か月間は市職員としての研修に入る。この期間はまったく保健事業を見ることができず、前回の新任保健師研修の段階では研修終了後2か月しか保健師の仕事をしていなかった状態であった。市職員の研修がある2か月間は保健師が1人欠員の状況である。市職員の研修出席が優先される。ただし、この県の保健師研修については、優先して参加できる。
所属部署に新任者指導方針がある	所属全体として新任者指導体制の方針があり、12月までにはこれを行うといった計画を立てて取り組んでいる。計画を立てて実施状況をチェックしていくことになっている。
特定の指導者はいないが、新人が母子保健事業担当なので、その統括的立場の保健師が指導も担当している	指導担当者として特定の人はずけておらず、事業担当者がそれぞれで指導している。新任者が母子保健担当であり、同じ母子保健担当の統括的立場であるため新任者の指導も担っている。経験年数3～5年程度の保健師に相談役を依頼することもある。
指導者は、行政職として・保健師としての両面を指導しなければならぬ	県職の新人にはOJTがつくが、保健所の新人には、このOJTの部分と保健師としての部分と、すべて指導者がやらねばならない。
保健師全体を対象にした研修に新人は数多く参加するようにしている	保健師全体を対象にした研修であるが、特定健診指導ができることを目的に、個別面接のロールプレイをするなどコミュニケーションスキルを身につけるための研修をしている。新人は特に数多くするようにしている。この研修をした同じ日に実際の健康相談を行う。個別指導の結果、目標設定にもっていけなかった場合、全員でカンファレンスを行う。個別指導での住民とのやりとりから、うまくいったこと、行かなかったこと、気づいたこと等、カンファレンス用紙に記入する。これをもとに、指導に悩んだ場面を取り上げ、保健師全員で共有する。医師が助言してくれる。

## 2) 新人指導をする上での課題と工夫

課題では、「新人が何に困っているかわからない」等の意見があり、工夫では「新人の能力を判断して次の段階に進めていく」等の意見があった。

表2 新人指導をする上での課題と工夫

	カテゴリー	意見
課題	新人が何に困っているかわからない	新人とギャップがある。新人さんが何に困っているかわからない。
	新人がもう一步対象の生活に踏み込んでかわりをもつための指導方法を模索している	新任者は、もう一步相手に踏み込んでいくことができない。相手の気持ちを聞くにしても、踏み込めない。そのため、援助につながっていかない。同行訪問し、対象者の反応の意味をどう捉えたかを説明しているが、新任者の事例紹介にはそれが出てこない。この状況に対してどのように指導していったらよいか。
	技術向上のため、いつまで同行訪問すべきか	新人の希望として、保健師技術の向上のための実習を挙げている。実際、学生時代には赤ちゃんと触れる機会もほとんどない様子だが、いつまで同行訪問すべきか迷うところである。
	新人と年齢が離れすぎている	新人と指導者の年齢が離れすぎている。年齢差が10歳くらいのほうが相談しやすいのではないかと。親子ほど年齢が離れていると、新人は聞きにくいようだ。私は、いつでも聞いてくれれば、と思っているが、新人はまず先輩に聞いてから、私に聞いてくる。2度手間となっている。
工夫	記録を見るだけでなく直接やりとりする	同行訪問した保健師と対象の捉え方が大きく食い違った場合があり、記録を見ただけではわからないので、コメントを文字だけで返すのはよくないと感じた。訪問に行く前に、対象はこういう人で、どういう風にみてるの、と押さえをする。実際訪問してどうだったか、直接やりとりしたり事例検討の場をもつことが大事と思う。
	新任者の能力を判断して次の段階に進めていく。	新任者指導について：訪問は、①同行訪問し新任者は見学中心、②新任者が主で援助を行うが指導保健師もかかわる、③新人が主で行い指導保健師は見守り、といったように段階を追って進めている。新任者の能力を判断して次の段階に進めていく。
	記録をチェックして皆にわかるように指導する	新人の訪問記録は先輩保健師が確認する。いつまで確認するか決まてはいないが、ある程度記録ができるようになったと判断すれば終了。新人の間だけ、記録をチェックするが、記録が健診に回るころには、みんなが見ることになる。他の保健師が記録を見れるように、わかるようにすること。うちの新人は文章にこだわるところがある。カルテの看護記録のようだ。母親が言ったことをそのまま書いたほうが、状況がよくわかるから、簡単にまとめないように、そのまま書くように話している。

### 3) チェックシートを使った新人指導の実際と指導をした感想

「具体的な指導に活かせたり、話し合う機会になった」、「必要な新人指導を確認できた」、「チェックシートの内容、チェックシートの使用方法、意図について説明が必要である」等の意見があった。

表3 チェックシートを使った新人指導の実際と指導をした感想

	カテゴリー	意見	
良かった点	具体的な指導に活かせたり、話し合う機会になった	手間はかかるが、話をする機会にはなると感じた。	
		これを契機に、どの資料をみたらよいか、資料の保管場所はどこかを教える等の指導ができた。	
		新任者と一緒に書いた内容を話し合うことで、議会を見に行こうとか、訪問をどのように行うかということとを新任者と相談する機会となった。	
	必要な新人指導を確認できた	チェックリストの内容から、どのようなことが新人の指導に必要なかということは知ることができた。 チェックリストに関して：指導する内容としておちているところや新任者がわかっていないところがわかった。	
今後、新人が身につけていく実践能力を確認できた	指導者としての勉強をしてきていないので、これまでは感覚的なところで目標を定めて指導を行ってきた。チェックシートが提示されたことで、ここに書かれているように、順に、保健師として力をつけていかなければいけない、と思った。新任者に達成することが難しい項目も多々あると思うが、チェックシートがあつてよかつたと思った。新任者を指導するには、自分が理解していたり考えをもっていないといけないので、指導することは、自分が勉強することにつながっている。		
課題点	4ヶ月時点の到達目標が高い	チェックシートは、全体として、4ヶ月時点で到達する目標としては難しい。最低限、4ヶ月時点でどこまで達成すべきかというのがわかるとよい。また、現在のチェックシートの内容が、何年目ですべて到達すればよいかかわかるとよい。 就職後4ヶ月頃までは、事務的な能力、社会人としての力を身に付ける必要がある。例えば仕事の優先順位をつけるとか、ミスをしないようにするとか、相手に応じて対応方法を考えて適切な方法をとるなどが重要であり、その力をみる、教える必要がある。そのような現状から考えると、現チェックリストの内容は難しい。 チェックシートについて：中堅者でも難しい項目がある。施設、部署によっても異なると思う。可能な部署もあるだろう。 4ヶ月時点では、現在示されている内容を身に付けるのは難しく、そのため評価することも難しい。4ヶ月時点では、仕事の優先順位をつけたり、電話対応をしたりという段階である。近い将来、できるようになることが必要という意味でチェックリストを用いてチェックしてみるという段階だと思う。	
		チェックシートの内容、チェックシートの使用方法、意図について説明が必要である	チェックリストをもとにした話し合いについて：かなり時間がかかった(3時間くらい)。書かれている内容の理解を確認することがまず必要であった。 日程的に難しいと思いますが指導の立場の者にチェックシートの使用方法、意図の詳しい説明をしてください。
		記入するのに時間がかかる	書くのに時間がかかった。半日くらいはかかった。 項目が細かい。書くのに時間がかかった。項目が多いので時間があるときに分けて作成をした。
	チェックをすること自体が目的となってしまう	指導者と新任者が話し合う機会になるとよいという意図があるという説明であったが、項目があると、そのことができることを目指してしまう。	
	何をすれば到達したのか判断が難しい	今のところ固まっていない様でしたが基本的な部分があいまいなのでチェックが形だけになります。新人さんたちの成長のあかしたくなるようなスケールづくりができればよいですね。 チェックシートでつけにくかった所は、市の体制と異なる部分。最初のページは特に甘く解釈してチェックした。どの程度まで理解すればよとするのか？「やれば」よいのか「みれば」よいのか、何をしてもOKとするのか判断が難しかった。	
	体験していない内容にはチェックがつけにくい	チェックシートは新人と二人でみた。2か月間は行政の研修であったので行政のことは大丈夫と思ったが、保健行政に関すること、見ていない保健事業のことについては不安であるとのこと。自信のない部分については、そうだろうと思った。 担当していないもの、見ていないものがあり、一部のみできた、ということであるが、チェックをつけた。ボランティアの項目はまだわからないと思う。保健所は特にチェックしにくいだろう。推進員の顔もわからない状況。担当でないと民生委員の顔もわからない状況。しかしこれは新人に限ったことではなく福祉分野との交友面でのつながりが薄い。	

### 4) 新人指導をする中で求められる能力について感じたこと

「指導者として自信がない・不安である」「事例の全体像を捉えるための指導力が必要である」等の意見があった。

表4 新人指導をする中で求められる能力について感じたこと

カテゴリー	意見
指導する側の能力に不足を感じる	教える側の能力に不足を感じる。事業などでもビジョンを示せたら、何が問題なのか的確に助言できると思うけれど、それができていないと思う。事業も目的があってそれにそって行われるけれど、その時々において目的がぶれる時もあるので、教えられる側も困るだろうと思う。
指導者として自信がない・不安である	自分に自信がない。指導者として研修に参加し、指導者としての意見を求められるのも初めて。経験年数があがれば自信をもって指導できるのだろう。 自分がどこまでできているか評価されたこともないので、自分が指導者としてふさわしいか不安。自分が思うがままに新人を指導していいのかと迷う。 私自身も保健師経験が5年であり、指導保健師となってよいのであろうか。
事例の全体像を捉えるための指導力が必要である	訪問事例での問題として、乳児の訪問では家族の問題として指導者が重視しても経済的問題は新人からは出てこない。新人にどこまで求めるのか。でも、この事例だったらここまでは問題をみてもらわないと思う。事例の全体像の捉え方を個別事例から理解させる指導力が必要だと思うが、指導力がないので困難である。理解してほしい部分もあるが、新任者は気づかないので気づかせ方がわかるとよい。
ティーチングとコーチングの技術が必要である	ティーチングとコーチングの技術、及びそれを使い分ける技術。

5) 新任期保健師の実践力向上を目指した現任教育の方法についての意見

「事例検討をする研修はよい」「保健所と市町村との連携により新人が育てられている」「新任者教育マニュアルがあるとよい」「各市においても現任教育の体制作りが必要である」等の意見があった。

表5 新任期保健師の実践力向上を目指した現任教育の方法についての意見

カテゴリー	意見
事例検討をする研修はよい	日々の業務に追われているので、事例をゆっくり振り返ることは少ない。流されなくてじっくりみるという点で、今回のような研修があるのはよいと思った。 このような研修の機会があると、事例をまとめる機会となってよい。所属内で事例をまとめるとよいといっているが、なかなか実際に行うまでは難しい。研修会があると出す事例をまとめるために、何度か指導保健師も原稿をみて書き直しをする。新任者が事例をまとめることができる。また、他の所属の新任者の話を聞く機会にもなっている。
圏域レベルでの研修は意義がある	現任教育をやっていないかなくてはならないことは、最近、看護協会職能委員会、保健師長会等でも言われているとおりであり、考えていかなくてはならない。今回のように圏域レベルでやることは意義がある。 今回のように他市との情報交換ができることもよい。 各市だけでなく、圏域としても情報交換の場を設け、意見交換できるとよい。
4ヶ月時点の研修は、就職4ヶ月ということをふまえた助言をしてほしい	7月の県の新任者研修において、就職4か月の時期に「保健師としてあるべき姿」の目標があまりに高く納得できない部分があったようだった。「保健師としての望ましい姿」として指導していただければよいと思われる。7月頃は、初回訪問をして相手と関係をつくるのがまず難しい部分であり、その先の援助はできていないことがあって当然だと思う。よい部分を褒めてもらえるという経験も必要だと思う。就職4か月ということをふまえた助言指導をお願いしたい。
事例検討による援助の振り返りは、4ヶ月時点(7月)では難しく、8ヶ月(12月)頃ではないか	新任研修としての事例検討について:今頃(12月頃)になると事例検討がしやすいと思う。新任者も自分なりに考えており、それを発言できるようになってきている。 事例検討について:4か月時点では継続事例を出すことが難しい。 事例検討について:4か月時点では事例をまとめて資料を作成するだけで精いっぱいなのではないか。整理して援助を振り返るとよいということがわかるのが、いくつか事例を経験した今頃(12月頃)なのではないか。
事例検討の記録様式に書くべき項目を示してほしい	事例検討の記録用紙について:支援経過として何を書くとよいか、項目を示した方がよいかもしれない
伝えたいことは言葉にする	新人には全部言っていけないとわからない。一から教えないといけない。これは言わなくても分かるだろうという思い込みは禁物。
保健所と市町村との連携により新人が育てられている	市町村の乳健などに新人に参加してもらい、健康な母子に接していけるようにと、今年の前半に研修できるようチームに計画を立ててもらった。それぞれの市町村での事業のやり方もわかるし、いろいろな関係者が関わってどうフォローしているかがわかったと思った。 母子の訪問については、市町村との同行訪問で教えてもらえる部分が多い。 未熟児への支援は今後市町村も関わっていくので、今のうちにノウハウを教えてもらえるとうよいと思う。そういう意味でも、未熟児サポート教室を保健所の方と一緒にするのも研修の機会になる。 統計で、自分の町についてはみるが、他との比較などはない。統計的なものを教えてもらえるとうよい。例えば、統計表もいろいろあるので、ポイントがわかると助かるかもしれない。(まとめや見やすく加工されたもの)
職場の中で相談できる体制をつくる	保健所では、所内の相談体制はある。指導者も新任者の指導で悩むので、職場の中で相談できる体制が必要。
新任者教育マニュアルがあるとよい	新任者教育のカリキュラム、マニュアルがあるとよい。他市の新任教育の現状(課題や改善案)を把握している県が、卒業予定の学生の傾向、修得している内容などを把握している大学等と一緒に作成して下さるとありがたい。

表5 新任期保健師の実践力向上を目指した現任教育の方法についての意見（つづき）

カテゴリー	意見
行政職と保健師の二者が指導をするとい	行政としての部分は、行政職としての広い視野でものを捉えたり、能力をのばすために、別の者が指導に当たるとよいのではないか。保健師の部分は保健師が行う、2段階で新人教育を行う。
管理職としての能力が求められ、管理職研修も必要である	女性職員は“長”がついただけで、実際の管理職としての能力が身につけていない。保健師に限らず、庁舎の女性全員がそうだと思う。まして保健師は保健師として入庁したが、職位が上がって長がつくと、急に行政管理職としての能力が求められる。できないのが変、といわれる。男性職員は、行政職としての能力を伸ばすために若いころから意識的に教育されてきた。女性は、受付にまわされるのが、昔は普通であった。しかし、最近は女性にも管理職を求める風潮から、急に管理職となったのだが、これまで管理職となるための研修や教育はなかったため、できない。保健分野はずっと担当してやってきたが、他の分野は経験がない。職歴が長いとできて当然とされる。中間管理職としての教育がないまま、しかし管理職としての能力が求められる。保健師としての教育も大事であるが、行政の管理職としての教育も必要。
各市町村においても現任教育の体制作りが必要である	保健師としての現任教育の場を、各市町村においても体制づくりを考えてほしい。統括保健師、指導保健師等、暗黙の了解ではなく、立場、役割を周知することも必要ではないか。

## 2. 新任期保健師の実践能力を高めるための現任教育の方法について検討したこと

岐阜県新任期保健師の実践能力到達目標チェックシートの活用、指導保健師の指導力の向上、保健所、市町村の現任教育体制整備に向けて必要なことの観点から検討した。

### 1) 岐阜県新任期保健師の実践能力到達目標チェックシートの活用

「チェックシートにより今後、新人が身につけていく実践能力を確認できた」「チェックシートの活用により具体的な指導に活かしたり、話し合う機会になった」などの意見から、チェックシートを活用することで、指導保健師と新人とが共通して実践内容を確認することができていた。今後も、新人指導の充実のために、継続することが望ましい。

ただし、「書くのに時間がかかる」「チェックシートの内容の理解について確認が必要だった」「チェックシートを通して話し合うことよりも、できることを目指してしまう」などの意見があることから、今後は、前期の研修時に新人に対してチェックシートを用いる意図、記載内容が意味することについて説明を強化したい。また、新人同士で実際にどのような体験からどのような実践力を身につけているか話し合うことも取り入れ、お互いの刺激にしてもらいたいと考えている。

「4か月時点の目標が高い」他、随所で、チェックシートの項目への意見も聞かれているので、それらの意見を集約して、今後見直していくことも考えている。

また、事業（活動）別のチェックシートもあるとよいと考えている。

### 2) 指導保健師の指導力の向上

指導保健師は、事例検討による新任期の研修を「自分の援助を振り返りまとめる機会」として評価しているが、指導保健師として職場等で新人を助言するためには「事例の全体像を捉えるための指導力が必要である」という意見もある。そのために指導保健師は、新任保健師研修に参加し事例検討の指導をすること、また、職場で新人の家庭訪問に対して指導をすることを、指導力向上の機会とするとい。

「事例検討による援助の振り返りは、4ヶ月時点(7月)では難しく、いくつかの事例を経験した8ヶ月(12月)頃だとよいのではないか」という意見もあるが、この研修をきっかけとして家庭訪問を行い事例検討を行うことになるため、今後も4か月時点から事例検討は行いたい。

「4ヶ月時点の研修は、就職してまだ日が浅いことを踏まえた助言内容としてほしい」については、新人が達成感をもてることは重視したいが、不足部分についての指導は必要である。大切なのは、より質の高い援助ができるように新人をフォローしていくことであり、指導保健師と連携をとって保健所によるフォロー研修を継続していくことが大事である。

「圏域レベルでの研修は意義がある」という意見にあるように、新人のフォローという意味で、また、圏域の市町村間での情報交換という意味でも圏域レベルでのフォロー研修は意義があるので、今後も継続していく予定である。

「事例検討の記録様式への要望」のように、何を記録として書くか、また、指導者にはどのような点でコメントを書いてもらいたいかなどは、説明を追加していきたい。

「指導者として自信がない・不安である」「指導する側の能力に不足を感じる」点は課題である。一つの解決方法として、4-5年目の中堅保健師を対象としたステップアップ研修\*に、指導保健師に助言者として参加してもらい、指導力の向上につなげることが考えられる。

\*ステップアップ研修は、中堅保健師が担当する保健事業の企画立案、実施、評価を行い、指導者の助言をもとにより住民ニーズにそった事業展開となるような実践能力を身につけることを目的としている。

### 3) 保健所、市町村の現任教育体制整備に向けて必要なこと

「上半期に市町村の母子保健事業に参加する研修計画を立てる」「母子訪問は市町村保健師との同行訪問で学ぶ部分が多い」のように、保健所と市町村が連携して新人育成をしていくことが大事である。また、各保健所では新人育成のための体験方法を工夫しており、保健所指導保健師間で効果的な方法等情報交換ができるとよい。

「所内で相談できる体制が必要である」という意見もあるように、新人育成を担当する指導保健師へのサポートも大切で、組織として育てる、所属部署の全員で育てる体制づくりが大事である。また、「各市町村においても現任教育の体制づくりが必要である」とあるが、各市町村における新人指導体制は必要であり、保健所（統括保健師）がそれを支援できる体制づくりが重要と考える。

国は、平成23年度は「人材育成元年」と強調し、各都道府県で階層別の人材育成計画の作成やガイドライン等の総点検に取り組むよう伝えている。岐阜県としても、県の保健師活動指針を作成し、また現任研修マニュアルの見直しを行い、その中で統括保健師や指導保健師の役割を明確にしていきたい。

## 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

チェックシートの活用により、指導保健師と新任保健師が共通して実践内容を確認することができ、計画的な新人育成や指導の充実につながった施設もあった。新任保健師にとっても今後の実践能力の向上が期待できる。

### 2. 現地側看護職の受け止めや認識

チェックシートの活用や圏域フォローアップ研修の実施により、新人保健師の指導の現状や現任教育の課題が明らかになり、県の保健活動指針や研修マニュアルの見直しに役立てることができる。また、保健所が市町村現任教育体制づくりを支援し、市町村指導者と検討を進めるための共通資料としても活用できる。

### 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、チェックシートの活用により新任保健師が到達すべき看護実践能力を指導保健師と確認することができ、新任保健師にとって自己の実践の改善につながると考える。

#### 2) 大学教育の充実

新任期の実践能力の到達状況を確認している途中であるが、それにより、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関係づくり

指導保健師との意見交換によって、新人指導において課題に思っていることや工夫していることを知り、教員と保健師と共に新任保健師の指導の充実に向けて検討する関係づくりとなった。

#### 4) 看護職者の生涯学習支援

新人指導における課題や工夫している点等を把握する中で、指導保健師の指導力に関する現状や課題が明らかになり、指導保健師の指導力向上に向けての方策や、保健所や市町村の現任教育体制整備に向けて必要なことを検討することができた。

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

2題合同の討議だった。指導保健師の立場から、「新任保健師研修の機会に、チェックシートを用いて新人と確認することで、新人にとって実践の振り返りになるだけでなく、指導者自身にとっても新人に何を体験させられなかったか等、指導の振り返りになった。」等の意見や、統括保健師の立場から、「県から送付されたチェックシートを新人や指導保健師だけでなく、全保健師に配信して、所属全体で新人を育てていきたいと思っている。」「チェック後のシートを統括保健師だけが確認するのではなく、各部署のチーフにも見てもらい、現状を知り今後の指導に役立ててもらう予定である。」という意見が出された。また、「中堅期の保健師の指導能力向上の方策は一つわかったが、管理期の保健師の指導能力向上の課題はある。」という意見が出された。もう一題の研究報告では、OJTとして振り返りシートを新人に毎日つけてもらいチームで確認している等、所属全体での新人育成の事例について詳細な説明が追加された。

これらの意見交換をふまえて、チェックシートが新人指導や指導保健師の指導の振り返りに活用されている現状が解り、チェックシート作成は意義があったこと、県内市町村の中には、若い保健師が主体の市町村もあり、十分な新人指導ができない所属に対しては、県や保健所が集合研修や圏域研修によりフォロー体制を継続していくこと、また、管理職や統括的立場にある保健師の指導力向上のための支援も必要であることが確認された。

# 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 北山三津子 松下光子 大井靖子 山田洋子 宮島ひとみ（大学）

## I. 目的

当市では平成16年3月に7ヶ町村が合併し、19年度まで各地域の保健師活動方法を引き継ぎ行っていた。しかし、これまでの保健師活動の経験の違い等から市として目指す保健師活動への各保健師の理解や取り組み状況に違いがみられていた。そこで20年度より新体制で保健師活動を行うことを機に、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に現地看護職と大学との共同研究として取り組んでいる。20年度は、旧体制下で保健師が大事にしていた視点と町村合併後の一つの市として大事にしていきたい視点について明らかにした。21年度は、市が目指す保健師活動を可能とする実践能力を表現していくことを試み、人材育成案を提示した。22年度はその人材育成案を試行し、市が目指す保健師活動に必要な実践能力と試行的な人材育成の取り組みの成果を明らかにする。

## II. 市が目指す保健師活動

市の理念は「みんなで作る郡上～人と自然が調和した交流文化のまち～」を掲げている。この理念に基づいて、保健福祉推進計画では、「みんなで作る、みんなで育む、安心して暮らし続けられるまち郡上」を目指している。これを実現するための目指す保健師活動は、「地域を“みる”能力を基盤に持ち、住民の声を聞いて、住民同士をつないで、資源等をつくって、みせる活動ができる」であり、住民との協働による地域づくりを大事にしている。

## III. 方法

### 1. 取り組みの過程

保健師の管理監督者にあたる本研究の共同研究者による検討会を実施し、以下の3つについて取り組んだ。

- 1) 管理監督者によるOJTの現状報告と共有：OJT（On the Job Training：職場内研修）として日頃取り組んでいる方法とその成果についての共有と課題について検討した。
- 2) 研修会の企画および実施：検討会で保健師研修会の企画案を検討し、7月に全保健師を対象とした研修会を開催した。そこでは、「赤ちゃん訪問」を素材に、その目的を再確認し、新任期保健師は訪問後の実践の振り返り方法について、中堅期および管理期保健師は新任期保健師へのフィードバックの方法について検討する機会をもった。
- 3) 保健師に必要な能力の明確化：これまでの共同研究の取り組みを振り返り、人材育成のプロセスにおいて確認できた市が目指す保健師活動に必要な実践能力を整理した。

### 2. 倫理的配慮

本研究の取り組みについては、共同研究者である保健師の長より所属長に説明を行い許可を得た。研修会の参加者には本研究の目的および方法について口頭で説明し、大学側共同研究者の研修会参加の許可を得た。新任期保健師等OJTに関わった保健師の意見等については、共同研究者である管理監督者から当該保健師に本研究について説明を行い検討会等での使用について許可を得ている。また、検討会等研究経過や成果については職場内で共有している。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。なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会において承認を得た（承認番号2231）。

### 3. 取り組み体制

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。大学側は検討会での意見等を集約し、議事録を作成した。また、本研究の進捗に関して責任を持った。

## IV. 結果

### 1. OJTの現状と課題

#### 1) 振り返り用紙を活用したOJT

新任期保健師は一日の実践を振り返り、自己評価を記録している。振り返りは4つの視点で行い、①今日新しく気がついたこと、できたこと、したこと、②今日うまくいかなかったこと、失敗したこと、③今の気持ち、感情、感想、④今後学びたい内容、願望、について簡単に記載するようにしてい

る。指導者およびその他の先輩保健師はそれに対してアドバイスなどフィードバックを行い、同じ地域を担当する保健師全員で関わっている。新任期の保健師は振り返り用紙に記入して、自分の発言・行動を振り返ることができた、繰り返すことで、知識の積み重ねができていく、などの感想をもっているとのことであった。良い点として、新任期保健師自身は気づきや思いを表現できる、客観的になれる、などが確認できた。先輩保健師からは、新任期保健師の気持ちがわかる、指導者の振り返りにもなる、先輩後輩が話をするきっかけになっている、などが成果としてあがった。その他の評価の内容について表1に示す。

人材育成の課題としては、振り返りの用紙だけでは技術の中身が見えてこない、確認できた新任期保健師の躓きなどを素材に勉強会を実施していく必要があるなど、があがった。

表1 振り返り用紙を活用したOJTの評価

	OJTの感想	自分の成長に役立ったこと	励みになったコメント	コメントで気を付けたこと
新任 期保 健師	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分の発言・行動を振り返ることができた</li> <li>繰り返すことで、知識の積み重ねができていく</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>その場で質問に答えられなくても、後に情報収集や確認をし、先輩のアドバイスからも振り返りができた</li> <li>経験の浅さの不安軽減になった</li> <li>自信につながった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>質問に対する返答について「対応 OK」などのコメント</li> <li>疑問点について「助言・アドバイス」などがあつたこと</li> </ul>	
指 導 者	<ul style="list-style-type: none"> <li>いかに部下の自己効力感を高めるコメントができるかが課題である</li> <li>気持ちを落とさず、次のステップにつながる振り返りをさせるアドバイスも課題である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業に対する知識力や実施状況を確認し、新任者の気持ちを配慮しながらの指導ができた</li> <li>振り返り用紙をもとに、適切なアドバイスが紙面上だけでなく会話を通して実施できた</li> <li>先輩保健師の振り返りや再確認の場でもあつた</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な対応や返答ができている時は、必ずほめる、認めるコメント</li> <li>間違った認識やミスを確実に指摘するコメント</li> </ul>
そ の 他 先 輩 保 健 師	<ul style="list-style-type: none"> <li>初心にかえり、双方が一つ一つ丁寧に振り返ることができた</li> <li>事業のマンネリ化や省略の部分に刺激となった</li> <li>先輩としても訪問の振り返りができた</li> <li>自分自身が頑張ろうと励みになった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>振り返り用紙から事業（訪問等）状況が再確認できた</li> <li>先輩としても一緒に学ぶことができた</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>新任者が前向きに考え事業に取り組むコメント</li> <li>正確な情報を対象者に返すことができたコメント</li> </ul>

## 2) 地図づくりによる地区把握の例

新任期保健師が地図づくりで意図したことは、地域の位置や特徴を知ること、スムーズな家庭訪問の実施であった。地区把握に役立ったことは、出生児の地域区分がイメージできるなどであった。管理期保健師が評価した良い点は、出会った人から地区を覚えていくことができる、地区の特徴をつかむことで社会資源の活用につながる、などであった。

人材育成の課題としては、健診も個別の関わりであり新任期保健師は地域とつながっている実感がもてない状況にあるため、地図を使って地域の特徴をつかんでいく必要があることが確認できた。

## 3) 管理期保健師が捉えたOJTの成果と課題

県の新人保健師研修会に参加し、新任期保健師は赤ちゃん訪問の例では見る視点などしっかりできていたことがわかった。自分のやってきたことを客観的に振り返ることができていたと評価していた。これは赤ちゃん訪問で実践を振り返り、指導者や他の先輩保健師からアドバイスを得たり、地域をみる視点を確認する中で育ってきたのではないかと評価していた。

また、時代は変わるため、管理期保健師もブラッシュアップさせる必要があることや、疑問に思ったことを話す機会が何年たっても必要である、といった課題もあがった。

## 2. 研修会の企画・実施

7月に実施した研修会には、全保健師24名中、16名の保健師の参加があつた。研修会は一日の事業終了後の午後6時半開始とし、就業後に食事会を挟んで実施した。今回の研修会の目的は、①郡上市

の赤ちゃん訪問の目的について再確認する、②赤ちゃん訪問振り返り票等を利用し訪問を振り返ることができる、フィードバックをかけることができる、③特定健診時の腹囲測定が確実にできる、であった。

赤ちゃん訪問を素材に、振り返り用紙を用いた実践の振り返りの良い点や先輩保健師のフィードバックの成果について共有した。実践の振り返りについては、書いて気づくことがある、書くことで気持ちも楽になるなどの意見が出た。振り返りへのフィードバックについては、丁寧にフィードバックしてもらえると励みになる、フィードバックにより気づくことができるなどの意見が出た。また、これによって、話をするきっかけになるや、お互いにフィードバックできるものがあるなど意義を共有することができた。数年経験した先輩保健師からは、今も一緒に混ぜてほしいという意見もあった。今後は、組織的な実践の振り返りとフィードバックシステムの構築していくことが必要であることが研修会に参加した全保健師と共有できた。

### 3. 市が目指す保健師活動を可能とする能力

#### 1) 行政に所属する保健師として必要な能力

行政に所属する保健師として必要な能力として、①組織理念を理解し、組織的な課題を確認する能力、②予算化や予算との関係で活動を考える能力、③行政の組織・資源を有効に活用する能力、が確認できた。

#### 2) 目指す保健師活動のための実践能力

目指す保健師活動のための実践能力として、限られた時間の中で問題を見つけて解決していく能力が必要である。地域住民と協働していくためには、地域を“みる”能力を基盤に持ち、住民の声を聞いて、住民同士をつないで、資源等をつくって、みせる活動ができる能力が必要であると確認できた。

当市の保健師は、大事にしている保健師活動として次のような思いをもっている。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必要である。資源を活用できる能力も必要であり、資源がわかっていると必要な時すぐに走っていける。また、地域を見る手段を知っていることが大切である。そのためには、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、である。

「地域をみる」とは、地区活動や個別面接の中で地域性を見抜いていくことである。地区を想像するためには、地域性を把握していく能力が必要である。住民の中に入った時に、背景まで広がった話ができるためには、住民の背景の把握が必要である。そして、情報を得たとき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。これらを実践するには住民とコミュニケーションできる能力も必要であり、これらの機会を通して得た情報をつなげ必要な援助を考えていくには、必要な情報を判断し収集する能力と収集した情報から潜在・顕在している問題をアセスメントできる能力が必要である。さらに、地域を知った上での企画力も必要である。これらの能力を高めていくための1つのOJTの方法として地図づくりが位置づいていることを確認した。

「つなぐ」とは、「地域をみる」能力をベースにサロン活動につなげていくなど、個に対する関わりから地域づくりに広げていくことや各種事業とのつながりをもった地区活動展開能力であり、保健師と地域がつながっていくことを意図している。この中には、住民活動の評価とフィードバックも含まれている。

#### 3) 専門職として必要な能力

専門職として必要な能力として、①活動を言語化する能力、②自己の能力を成長させていく能力、が確認できた。その基盤として地域への責任性が必要であり、自己の能力を成長させていくためには、活動の振り返りが必要であるとして試行しているOJTの意義を確認した。

## V. 考察

### 1. 市が目指す保健師活動を可能とする実践能力向上のためのOJTの意義

試行しているOJTの取り組みでは、個人の振り返りだけではなく、お互いにフィードバックできるしくみをつくることで、関わっている保健師の学びの機会となっていることや、保健師間のコミュニケーションの道具として活かされていることが確認できた。このように新任期の人材育成においても新任者と指導者間だけで終わるのではなく、同じ地域を担当している他のスタッフを巻き込んでいくことが必要であり、それぞれの成長の機会として意義があると思われた。中でも中堅期層の保健師は結婚・妊娠・出産などライフイベントと仕事を両立させていくことが難しいことや、ある一定の期間仕事から離れるなど当市としても人材育成の課題を抱えている。そのため、お互いに学び合うOJTにより日常的な実践活動の中で無理なく成長の機会としていくことが必要である。

地図づくりに関しても保健師と地域をつなぐ道具として活かされつつあるところである。地図づく

りの場面においても先輩保健師の知恵を伝えたり、地域をみる視点を確認する機会として関わる保健師間で共に活用されることが望まれる。

## 2. 人材育成を進めていくための組織的課題

当市では、“協働”をキーワードに市が目指す保健師活動を明確にし、その活動に必要な能力を明らかにしつつあるところである。これらの能力を明確にし、人材育成の方向性とその到達度を評価しつつ、人材育成プログラムを構築していく必要がある。方法としては、市が目指す方向性を確認する機会となる集合研修、日々の実践を振り返り学びの機会とするOJTがある。

集合研修は、多忙な業務の中で勤務時間内に組み込んでいくことが難しく課題となっている。そのため、当市では研修会の前に食事会をセットにするなど保健師間の交流の機会がもてるように工夫しながら行っているところである。

その他の研修の機会として県が企画する集合研修がある。この機会は、他の施設の状況を知る機会であり、客観的に保健師の成長具合や人材育成のあり方を振り返る機会となっていると思われる。実践の振り返りなどの手法もこういった研修から学んできた。このように県等が主催する職場外研修も当市の人材育成プログラムに組み込み、体系的な人材育成計画を立てる必要があり、次年度の計画を進めているところである。

指導者はこれまで人材育成の手法やアドバイス方法などそれぞれが試行錯誤しながら進めてきた。このことが当市の人材育成の課題でもあった。そのため本共同研究の取り組みの一つである管理監督者間での検討会を重ねてきた。この検討会では、それぞれの人材育成の取り組みを共有し成果を確認し合うことで、市としての人材育成の方向性が確認でき指導者として自信を持って取り組みにつながってきたと思われる。人材育成においては、指導者層の課題への組織的対応も必要であり、指導者となる中堅期および管理監督者に対する研修プログラムも検討中である。

## 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

それぞれの部署で試行していたOJTの状況や成果を共同研究者間で共有することで、試行してきた日常業務を振り返る意義が共通認識となり、保健師活動を改善していく組織的仕組みとして発展しつつある。また、新任期保健師の指導方法についても確認する機会となった。これらの取り組みから新任期保健師の指導や事業改善につながっており、具体的には、同じ地域を担当する保健師間でお互いの実践状況を共有していくようになったなどの変化がある。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

継続課題であり、日常的に取り組んでいるOJTの意味や課題を確認する機会として現地看護職側も受け止めているが、研究について十分に話し合う時間をとって進めていくことができなかつたため、今後の共同研究の進め方に課題が残った。今後も今の共同研究課題の継続を希望している。

### 3. 本学が関わったことの意義

人材育成の意義を管理監督者である共同研究者間で確認し合う機会となっている。また、共同研究報告と討論の会で報告し、県、他市町の保健師等から質問されることで取り組みの意味を確認する機会となっている。さらに、県が行う新任保健師研修に関する共同研究もあり、その報告を聞くことで県の研修会と当市で行うOJTが繋がってきた。実際に、県の研修会は新任期保健師の成長過程を確認する機会として活用し、技術チェックシートにより確認した新任期保健師の技術の到達度を意識しながら日常のOJTに活かすことができるようになった。

## VII. 共同研究報告と討論の会で討議したこと

「保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方」と2題合同での討議であった。新任保健師が一日の実践の振り返りを記録していることについて、病院看護師から新人に負担はないのか等、具体的な方法について質問があった。他町保健師からも、毎日の振り返りを書くことで気づくことがあろうから参考にしたいとの意見があった。

新任保健師の育成だけでなく中堅・管理職の指導能力を高めていくためには、保健師同士が話し合う時間を確保すること、毎日を振り返り、記録し、保健師全員が共有すること、所属全体で取り組むことの重要性が確認された。また県より提示された「新任保健師の実践能力到達目標チェックシート」を今後も活用し、市としての人材育成システムに組み込んでいくことを確認した。

指導保健師が少ないなど、新任保健師への指導体制が困難な施設があること、中堅・管理職による指導者側への支援が必要であるといった課題が提示された。県・保健所が新任保健師への指導をフォローし、指導者への支援も含めた研修を充実させていきたい旨が述べられた。

## 病棟師長のマネジメント能力向上のための教育支援

小島三紀 時吉鈴美（羽島市民病院・看護部） 古澤幸江（羽島市民病院・2病棟 4F） 高木美津子（羽島市民病院・1病棟 5F） 加藤ひとみ（羽島市民病院・手術室） 堀美佐子（羽島市民病院・1病棟 3F）  
山本ひとみ（羽島市民病院・2病棟 5F） 橋本麻由里 奥村美奈子 鈴木里美（大学）

### I. はじめに

A病院の師長教育の機会としては、管理研修、その他目標管理、管理課題報告会等がある。それらを師長の教育支援の機会となるよう活用することと同時に、新任師長が病棟づくりやスタッフの人材育成に取り組むための支援が課題となっている。その支援を考える上では、昨年の「卒後3年目にある看護師の自分育て」の共同研究で得られた「自分を育てるという視点、実践を通して学び成長すること、病棟師長は人材育成の要であること」を踏まえ、師長としての自分育てをすることが重要であると考えた。

そこで、今年度は、新任師長としての活動を振り返り語れる場を作り、ディスカッションを通じた日々の実践の振り返りにより、師長は、何を資源とし、どのように師長としての自分を育てていくかを明らかにし、マネジメント能力の習得に必要な教育支援のあり方を検討することを目的に取り組んだ。

### II. A病院の概要

A病院は、329床の急性期病院で地域の中核病院である。看護職員数247名（嘱託・パートを含む）の内、師長12名、主幹（師長の補佐）8名であり、各病棟、外来部門、医療安全管理室、感染対策室に看護師長を配置している。看護体制は7:1看護を取得している。

### III. 今年度の取組み方法

#### 1. 新任師長を含む共同研究者間でのディスカッションの実施

新任師長を含む共同研究者間で、部署のマネジメントにおいて感じている困難、それにどう対処し乗り越えてきたか、そのために役立ったこと、現在の課題などについて、3回ディスカッションを行った。師長経験者である共同研究者は、新任期の師長の実践の振り返り内容をもとに、自己のこれまでの経験を振り返ってディスカッションに参加することとした。

3回のディスカッションの記録から、新任師長が部署のマネジメントにおいて感じている困難、対処の方法、困難に対しての必要な教育支援の内容を抽出し、内容を類似性に従って分類した。

#### 2. 取り組み体制

具体的な活動計画の立案、ディスカッションの実施・記録は、現地側研究者が中心に行いメンバー間で検討した。記録の分析は、大学側が中心となって行い、その後分析結果を全員で検討し確認した。

#### 3. 倫理的配慮

共同研究者間のディスカッション内容は、個人が特定されないよう配慮し、メンバー間で内容を確認してデータ化した。また、本研究の実施にあたって、副院長兼看護部長に書面および口頭で説明して了解を得たのち、書面により施設長の決済（最終決済日：平成22年12月14日）を受け承諾を得た。

### IV. 結果

ディスカッションは、3回（8月、12月、1月）開催し、ディスカッションの時間は、1回につき、1時間半～2時間であった。各回の参加者数は1回目10名、2回目、3回目は8名であった。

各回の検討事項は、第1回目（8月）は、主にこれまでのマネジメントにおいて困った事や自分の課題について、第2回目（12月）は、現段階でのマネジメントにおいて困った事や自分の課題に加えて、どのように対処してきたかについて、また第3回目（1月）は、これまで明らかになった困難に対して、どのような支援があるとよいかを中心に意見交換を行った。それぞれの検討内容をもとに、3回の検討記録から、困難に感じていたこと、対処、必要な教育支援について抽出した内容を以下に記述する。

#### 1. 新任師長が感じていた困難（第1回、2回の検討内容より）

新任師長が、当初より8月までの間に困難に感じていた事柄を表1に示す。【ベッドコントロール】や医師との【連携】、勤務表作成や勤務調整の【勤務管理】など、師長として初めて行う業務に慣れず苦労していた現状や、【書類や情報の処理】では、「集まってくる情報の処理や判断をどのようにしたらよいかわからない」など、一つ一つに師長として判断が必要となることに対して、戸惑いを感じていた。また、目の前の事に対処するのに精一杯でビジョンが描けないなど【ビジョンや見通しをもつこと】が難しく、【スタッフ教育】についても、新人への対応に苦慮している状況があった。当初は、

「師長になるという自分の心構えができていなかった」「師長の業務内容があまり見えていなく、その立場になってわかることが多い」等、【師長としての役割理解】が不足し、師長役割を担うことに戸惑いを感じていたことがあげられた。

第2回目の検討で困難に感じていた事柄を表2に示す。具体的には、【全体的視野で先の見通しをもったベッドコントロール】として、転院受け入れ予測や、病院全体を見た自部署のベッドコントロールのあり方への難しさや、情報の取捨選択や判断を求められることの多さ、誰に任せたらよいかの判断など【適切に判断すること】の難しさを実感していた。またスタッフへのかかわりにおいては、スタッフの不満に繋がらないよう超過勤務をコントロールする、多忙な中でスタッフがやりがいをもてていないなど【スタッフの勤務に関するマネジメント】、人間関係の調整や一人一人の【スタッフの理解・関係調整】、どんな看護をしたいかや、超過勤務をしてもやらなければならない事など、リーダーとして、スタッフに【適切に自分の考えを伝えること】が難しいことがあげられた。

第1回目と第2回目の検討内容について、困難に感じていた内容を比較してみると、初期にベッドコントロールが難しいと感じていた事は、第2回目の12月には、転院受け入れの予測や病院全体からみた自部署のベッドコントロールのあり方等、先々の事を考えたベッドコントロールという内容に変化していた。また、「集まってくる情報の処理や判断をどのようにしたらよいかわからない」、「目の前の問題解決に精一杯である」という状況は、「誰に任せたら良いか、情報を取捨選択することが難しい」、「相談内容によりどこまでどのように対応すればよいか」など内容が具体的になっていた。さらに人に伝えることの苦手意識については、やらなければならないことをどう伝えるか、リーダーとしての意思をどう伝えるかという具体的内容に変化していた。初期に感じていた役割を担うことへの戸惑いや、師長の職務内容が見えていなかったことについては、スタッフの求めに応じられない自分への憤りという感情が表現され、これは、師長役割を認識していることを伺わせるものであった。

## 2. 困難に感じていたことにどのように対処してきたか（第2回、3回の検討内容より）

新任師長が困難に感じていたことにどのように対処してきたかについて、表3にその内容を示す。

新任師長としては、看護部や他部署の師長に相談すべきかどうか、また自分が対処すべきかどうかを判断したり、内容によってチーム、リーダーやスタッフの判断を促すなど【課題に応じた対処方法の判断】を行っていた。また、相手の立場を考えたり、自分の考えや看護観を面接時に伝えるなど【伝えるべき内容と方法】を考えて対処していた。

一方、経験のある師長の振り返り（表4）からは、自身の経験を振り返り、チームに問題を返したり、主査会やリーダー会への業務を委譲するなどの【課題に応じた対処方法の判断】が挙げられた。また、【伝えるべき内容と方法】では、どんな病棟どんな人材育成を目指すのか、自分の考えや看護観を伝えることが挙げられていた。また、主幹の育成を踏まえた対応などの【スタッフへのかかわり】が示されていた。

表1 第1回検討会 新任師長として困難に感じていたこと

分類	困難に感じていた点	第1回 検討会の意見の記述(抜粋)
ベッドコントロール	ベッドコントロールが難しい	ベッドコントロールや医師とのコンタクトのとり方にも苦労しながら行っている。
連携	医師との連携をとる	ベッドコントロールや医師とのコンタクトのとり方にも苦労しながら行っている。
勤務管理	勤務表の作成・勤務調整に苦労している	勤務表作成に苦労している。産休、病欠等で、人の入れ替わりが激しく、勤務調整や新しいスタッフの教育に四苦八苦している。
書類や情報の処理	伝票や書類の処理がわからない	業務に使う伝票・書類の処理さえわからず、人に聞きながら、やっとなった。
	集まってくる情報をどう処理するか判断が難しい	自分のところにすべて情報が集まってくるが、自分がすべきことなのかの判断や情報をどう処理したらいいかわからない
ビジョンや見通しをもつこと	目の前の問題解決に精一杯である	始めの頃は、目の前の問題を解決するだけで精一杯であったが、今は少し周りが見え始めた。
	ビジョンが描けない	(1メートル先しか見えなかったのが、2~3メートル先が見えるようになった)ビジョンが描けなかったが、こうなってほしいと思うようになった。
スタッフ教育	新人教育を含めたスタッフ教育を行うこと	勤務異動になり、業務内容については、主査に教えてもらい覚えていった。4月から新人を迎え、人育ても四苦八苦しながら行っている。
人に伝える	人に伝えることへの苦手意識がある	人前で話すことが課題。人に伝えることを学びたい。
師長としての役割理解	主幹の育成に関するあり方が明確でない	主幹を育てるといことが、まだ十分に働いていないのか
	役割を担うことへのとまどいがあった	師長の役割を担うことに対し、当初はとまどいを感じていた。
	主幹の時の師長補佐という立場、役割認識が捉えにくく心構えができていない	主幹は師長の補佐の立場であるが主査も師長の補佐的役割があり、その違いがわかりにくかったし、自分の心構えがなかった。
	師長の職務内容が見えていなかった	師長の職務内容があまり見えていなかった。その立場になってみて、初めてわかる事が多い。
	師長としてなすべきことがわからない	主査として師長補佐の役割をしてきたが、主幹になった時に、大きな責任のようなものを感じ、何をすればいいかわからなかった。

表2 第2回目検討会 新任師長として困難に感じていたこと

分類	困難に感じていた点	第2回 検討会の意見の記述(抜粋)
全体的視野で先の見通しをもったベッドコントロール	ベッドコントロールの転院受け入れ予測ができない	予約入院は予測ベッドコントロールしているが、転院の受け入れの予測ができない。
	病院全体をみた自病棟のベッドコントロールのあり方	夜間は1床か2床を空けるようにしているが、全体の中で自分の病棟をどのようにベッドコントロールしたらよいか、副看護部長に相談している。
力量不足の実感	スタッフの求めに適切に応じられない自分への憤り	スタッフの人間関係についてや、今まで、経験した事のないことどう対処すればよいか。スタッフが師長に求めることに答えられない。自分に憤りを感じる。
	リーダーシップに対する自分の力量不足	ベッドコントロール、人間関係、指揮をする自分の力不足に悩んでいる
スタッフの勤務に関するマネジメント	スタッフの不満につながらないよう超過勤務をコントロールする	時間外入院が多く、超過勤務となるのがスタッフの不満に繋がっている。超過勤務をしななければいけない事を、どう伝えたいか。
	多忙な業務の中で、スタッフのやりがいももてていない	スタッフがやりがいある看護ができない。と感じている。
適切に判断すること	判断を求められることの多さ	物品の破損、退院調整の相談、個人的な悩みまで、師長に求められていることが多い。
	誰に任せたらよいかの判断	全部自分でやろうとして対応が遅くなる。どうい問題を誰に任せたらよいか
	情報を取捨選択すること	情報が多すぎて何がいらなくて何がいいかわからなかった。
情報不足	スタッフから、情報が入ってこない	詳細な情報が入ってこない。スタッフの思いを伝えてくれる人がいるという。
	スタッフの人間関係に関する相談内容により、どこまでどのように対応すればいいか	部署の人間関係の悩みを打ち明けられた時、自分でできる範囲は対応し、それ以外のことは看護部に相談した。悩み続けているスタッフをみていると自分がどのように関わればよかったのかと思う。先輩の師長に相談できたらいい。自分がかもって関わればよかった。
スタッフの理解・関係調整	スタッフからの要望の多さ	師長としてのスタッフに対する見方や関わり方について、スタッフ自身からの要望が多い。
	スタッフの悩みの種類の多様性	悩みの種類が様々で、仕事を継続できない、スタッフ間の感情の問題、適応できないなど様々なことがある。
	仕事への不適応につながる人間関係の問題	配置換え希望で、仕事への適応のことだけでなく、人間関係の問題もあるのではと思うことがある。
	リーダーとしての指示が伝わらない	リーダーが指示したことを聞いてくれない。双方の意見を聞くと言葉不足なことがわかった。
	経験の長いスタッフの強い意見や態度への適切な対処	互いの意見を聞いてみると、それぞれの言い分があるが、長いスタッフの意見が通る。言い方、態度が強いことがある。
	1人1人のスタッフを理解することの難しさ	スタッフ1人1人を理解することの難しさ。それぞれタイプが違う。
適切に自分の考えを伝えること	超過勤務となってもやらなければならないことをどのように伝えるか	時間外入院が多いため、超過勤務になり、スタッフの不満に繋がっている。それでも、やらなければいけない事をどう伝えたいか。
	経験の長いスタッフに対しリーダーとしての意思が伝わらない	経験の長い人の意見が強く、自分の意見が受け入れられないことがある。自分自身の意思が弱いと感じる。
	スタッフに自分の考えを自身を持って伝えられない	自分自身の伝え方、自信を持って伝えることができていないことが悩み
	忙しさの中で伝えたいことが伝えられない	時間がない。退院調整や、書類の多さなど大変さが見えると言えない。
不測の事態への対応	どんな看護をしたいかをまだ伝えられない	目の前の事をするのが精一杯 師長としてどのようにやっていくのか。どんな看護をしたいのかを出せない。
	経験のないことどう対処するか	研修会や委員会等でわからない事は聞ける人がまわりにいるが…。病院全体のことで、経験したことがない時に困る。相談する人がいない時、当直の時等に困る。 その場、その場で対処しなくてはならない。予測がつかない場合が多い。責任者当直の責任の範囲がまだわかりにくい。
	インシデント発生時の対応が十分でない	インシデントや、物品紛失等への対応が、十分ではないと感じている。

表3 困難なことにとどのように対処してきたか(新任師長として)

分類	どのように対処してきたか	第2・3回 検討会の内容の記述(抜粋)
課題に応じた対処方法の判断	看護部、他部署師長への相談に関する判断	自分ができることは対処し、それ以外は看護部に相談する。 看護部に相談して解決すること、自分達で解決すること。 急ぎでない事は、普段から聞きたいことについてメモし、副看護部長のラウンド時に聞いている。 日当直などわからない場合は、引き継いだ師長に報告し、アドバイスをもらっている。
	自分で対処すべきかどうか判断する	緊急か、待てるものか。自分が対処すべきものか。誰かにまかせればよいか。判断する。
	チーム全体の問題としてとらえチームに返す	内容によって、全体で問題提起する問題か、個々の対応にするか。スタッフまたは、チームに返すかを判断する。
	リーダーとの相談やスタッフの判断を促進すること	ベッドコントロールについては、リーダーと相談したり、こちらから選択肢を伝え、スタッフに考えさせ決定している。
	適切な情報収集	先日、看護部長からマネジメントの話聞いた。点と点を結びつけてどう線にするか? 必要な情報をどうとるかが大変。
伝えるべき内容と方法	相手の立場を考え個別に言う	その人の立場を考えながら、個別に言う。
	自分の考えや看護観を伝える	看護観はこの部署にいても同じであると思っている。師長の立場になって、面接時に伝えるようになっている。
スタッフへのかかわり	スタッフとの人間関係づくり	スタッフとの人間関係ができていないと最初から作っていくのでは、情報の入り方が違う。
仕事内容の整理	少しずつ師長の仕事内容を整理する	師長の仕事が多くある。それを整理していった。
丁寧な対応	師長として問題に丁寧に対応する	師長として、その問題を丁寧に扱っていくことが大切。

表4 困難なことにとどのように対処してきたか（経験のある師長の振り返りから）

分類	どのように対処してきたか	第2・3回 検討会の内容の記述(抜粋)
課題に応じた対処方法の判断	自分で対処すべきかどうか判断する	自分で対応できる内容かどうかを判断する。
	チーム全体の問題としてとらえチームに返す	業務に関する問題であるなら、主査会やリーダー会で業務の見直しをする。互いの言い分を聞いて、修正すべきことはないか考えさせる。または、全体の問題として捉える。
	主査会やリーダー会への業務の委譲	業務に関する問題であるなら、主査会やリーダー会で業務の見直しをする。互いの言い分を聞いて、修正すべきことはないか考えさせる。または、全体の問題として捉える。
伝えるべき内容と方法	どんな病棟、どんな人材育成を目指すのかを伝える	コアになるメンバーの中で、自己の思いを伝えていく。どんな病棟にしたいのか。どんな人を育てたいのか。
	自分の考えや看護観を伝える	大切な事は看護観。どんな看護を提供したいか？どんな人を育てたいか？自分の中の考えを持つことが大切。
スタッフへのかかわり	スタッフとの人間関係づくり	スタッフとの人間関係ができていて最初から作っていくのでは、情報の入り方が違う。
	主幹の育成を踏まえた対応	主幹には、情報提供や相談する。 勤務表は病院で組むことにしている。主幹に勤務表について説明し、育てている。
	スタッフの成長を促す上司の評価	スタッフが師長に認めて欲しい事、自分が成長する中で、他者の評価よりも上司の評価は影響している。

### 3. どのような支援があるとよいか（第2回・3回の検討内容より）

これまでの検討をもとに、どのような支援があるとよいかについて、表5にその内容を示した。認定看護管理者研修等への参加、師長になる前のトレーニングの必要性、次期師長となる主幹の教育内容の明示など【師長になるための準備】に関する内容や、失敗しながら学ぶためのフォロー体制づくりが必要であり、直面している困難や課題を整理し振り返り評価することなど【失敗しながら学びあえる環境づくり】、判断に活用できるマニュアルの整備や困ったことの事例集の作成など【活用できるマニュアル整備】などが挙げられた。

表5 どのような支援があるとよいか

分類	あるとよい支援内容	第2・3回 検討会の内容の記述(抜粋)
師長になるための準備	看護部や先輩師長からのタイムリーな直接指導	ナーススケジューラーの使用方法などについては、最初に説明を受けたが、その都度具体的に直接指導してもらったほうがわかりやすい。
	認定看護管理者研修等への参加	管理研修への参加 ファーストレベルの研修参加
	師長になる前のトレーニングの必要性	師長になる前のトレーニングが必要。日々の困難をどう乗り越えていくか職場での学びが大切。主幹の時に勤務表作成ポイントや時間数の計算などを行い問題にぶつかったときに師長に相談できる体制 主幹に昇格した時点で、代行業務を練習しておくこと
	主幹への教育内容の明示	師長が主幹にどのように教育すればよいか示すことも必要 主幹 どのように教えていくのか→標準化していく
	ビジョンを明らかにすること	自分の将来像、どんな看護をしたいのか明らかにしていけば、目標に沿って実践できるのではないかな？
失敗しながら学ぶためのフォロー体制づくり	失敗しながら学ぶためのフォロー体制づくり	失敗して覚えていく。初めての時はそういう事もある。致命的にならない程度ある程度の失敗はあるとして、後でフォローできる体制、安心して失敗できる環境作りが必要。
	振り返りを次の人に伝えること	振り返ることで自分育ての過程がみえる。それを整理することで、師長としての自分育てに役立てていく。悩んだこと、対処したことを次の人に伝えていくことが必要。
	直面している困難や課題の整理	直面している困難なことは何か。最初と違うことは何かを、整理する
	実践を振り返り、評価すること	困った事は確認することを繰り返しながら、自分の行動を評価する。
活用できるマニュアル整備	判断に活用できるマニュアル整備	新しい職位になった時、どのように判断して実施していくのか？具体的なマニュアル作成必要 マニュアルを使いながら、このことは、マニュアルに加えた法がいいというものを追加していく マニュアルがあれば、そのものがなくても判断材料にはなる。
	困った事事例集の作成	ノートの作成(日当直時の伝達事項 連絡ノート等)、困った場合の事例の提供 状況設定 共通の理解 認識

## V. 考察

今回の検討により、新任期の師長が感じている困難は、日常の様々な事柄への判断や意思決定にかかわることや、リーダーシップの発揮、また1人1人のスタッフを理解し育成することに関連するものであることが明らかになった。日常のなかで試行錯誤し、十分に力が発揮できないことへの不全感も強く感じながら、一つ一つ経験を積み重ね、判断に悩む場合は、先輩師長や看護部に相談したり、内容に応じてスタッフ、チームリーダー、主査・主幹に問題を委ねることにより対処していた。そのような経験の一つ一つの中で、師長として意思決定を迫られ、自分で判断すべきこと、相談すべきこと

の取捨選択を必要としていた。看護師は実践を通して経験しながら学ぶ事から、失敗を恐れ自分で判断することを避けては、自己の成長には繋がらない。失敗を恐れず判断してみようと行動できるためには、失敗してもフォローできる体制を整備することが重要と考える。

また、自身の判断基準となる管理業務マニュアルを整備することも支援方法の一つである。師長としてスタッフに重要なことを伝える事の苦手意識は、師長が何を伝えたいか、伝える内容の根拠となるものを持っていることが重要であると考え。言動の判断根拠となるのは、看護観や師長としてのビジョンである。それを自分自身で育てていくために、実践を振り返り、自分の考えやビジョンを明確にできる場を定期的にもつことが重要であると考え。そして、管理者研修のあり方と活用について検討していくことが必要である。

## VI. 共同研究としての取組みの評価

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度の取り組みは、実際に師長のマネジメントの実践上の変化を確認したり、教育的仕組みを構築するには至っていない。しかし、新任師長のマネジメント上にもどのような困難があるか、どのように対処してきたのか、実情を率直に共有する機会となった。また、検討の過程で、困難の内容が変化し、より具体的かつ全体的な視野で、日々の師長業務を考えるよう視点が広がっていることも成長の足跡として共有することができた。そこで得られた師長としての成長につながる視点を、後進の師長への教育支援にどう役立てていけるかという点で検討することができたことや、検討会自体が悩みを話せる場、振り返りの場として、自分自身の師長としての在り方を考える機会となっていたことは、成果として評価できる。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

率直に語られた実情をもとに、今後の師長への教育支援をどう考えていけばいいか、検討することができた。本研究の課題は、現地側からの要望を発端に事業として立ち上げたものであり、師長への教育支援は検討すべき組織的課題であり、自分たちの課題であるという姿勢で検討会が始められた。研究に参加したメンバーからは、悩みを相談できる場となったことや、意見交換することが現状の振り返りにつながった事、問題解決の優先順位を考えることの重要性、自分では気づいていなかった成長に気づくことができたことなど、共同研究の活動から様々な気づきを得て、今後の師長としてのマネジメントや在り方を考える機会となったと受け止められていた。

ディスカッションの結果が、どのように師長への教育支援につながっていくか、研究活動としての見通しが持ちにくかったと感じているメンバーもあったことから、活動の進め方や目標を、メンバー全員でしっかり共有できるように進めていくことは、今後の課題である。

### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

共同研究事業として立ち上げたことで、試行的に新任師長としてのマネジメントの実情を振り返る機会を作ることができた。また、今回は、メンバーに看護部副部長、新任またはすでに経験のある病棟師長が参加し、上司と部下の関係がある中でのディスカッションであったが、教員が第3者として参加することで、客観的かつ中立的に議論を進めることにつながったと考える。

教育への効果として、本研究の活動により、師長としての病棟づくりに貢献することは、本施設の多くが本学の学生実習施設であることから、間接的にはあるが、学生の教育的環境づくりにもつながるものと考えている。また、現場の中間管理者の看護マネジメントの課題について、ディスカッションを通して学ぶことができたことも、教員として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

共同研究報告と討論の会において、行われた討議は以下のような内容である。

Q 師長になる準備のための仕組みはあるか？

→現在、「主幹」に昇格となった人は、師長補佐的な役割をするものとして、師長業務を理解し学んでいくようすすめている。特に、決まった教育プログラムがあるわけではない。

Q 失敗のフォロー体制としては何かあるか？

→看護部が定期的に現場のラウンドすることで、起こっていることをキャッチしフォローの必要性を判断したり、相談を受けたりしている。また師長の定期的に段階的な面接を行うようにし、その中で評価をフィードバックしている。今後、新任期の師長への支援ができるよう、プリセプターシップのプリセプターのような存在の師長を付けて、相談しながらマネジメントがすすめられるようにしたいと考えている。

Q 他施設では、フォローする体制はあるか？

→師長29名、指導監3名が配置され、報告・連絡・相談をしっかり行うことをすすめている。また同じ階の東西のフロアで、師長同士が相談しあう体制をとっている。

Q 師長としてのマネジメント能力については、個々によりレベルの差があると思われるがどうか。自分や現場の師長のマネジメント能力を振り返ってみても、初めてのことについては、そのときそのとき、一つ一つのケースで、マネジメントがうまくできたかどうかは異なるように思われる。

→確かに、その場その場で起こることによって、マネジメントがうまくできる場合もあればそうでない場合もある。しかし、師長として日々の業務の振り返りを行い、他者と検討する時間を持つことで、師長が自分を育てていくという視点でのかかわりができることが大事であると考えている。

その他

# 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

会田敬志 田辺満子 橋本麻由里 古川直美 堀田将士（大学）  
岩本春枝 廣瀬隆子 野田洋子（大垣市民病院・看護部）  
高木久美子 野口真喜子 島田陽子（岐阜県総合医療センター・看護部）  
山本千賀子 富田和代 堀井範子（久美愛厚生病院・看護部）

## I. はじめに

本研究は、信頼性、妥当性が確保された、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）を開発し、その尺度を用いて患者の満足度の視点で看護ケアを評価して看護の質向上に貢献することを目的としている。

9年間継続して取り組んでおり、これまでの経緯は図1に示すとおりである。まずは患者満足に関する文献の収集からはじめ、質問紙：Version1（総合評価1項目を含む66項目）の作成、2回の予備調査、そのデータの分析から質問項目を精選して作成した質問紙：Version2（総合評価1項目を含む55項目）を用いての調査を、これまで実施してきた。

今年度は、質問紙：Version2を用いた調査のデータ分析から質問項目を更に精選して、質問紙：最終版を完成させ、それを用いて調査を実施することを目的とした。

現在、質問紙：最終版を用い、3施設において実施

した調査の、回答結果の集計中である。集計結果は調査を実施した施設において報告し、患者の満足につながる看護ケアについて検討会を行う予定である。

- ①患者満足に関する文献の収集（27文献を収集）
- ②文献より質問項目を集め、アイテムプール（667項目）を作成
- ③アイテムプールより質問項目を精選
- ④質問紙Version1（質問項目66項目）の作成
- ⑤質問紙Version1を用いた予備調査の実施（1回目27名、2回目51名）と分析
- ⑥分析結果を踏まえ、質問項目を精選  
→質問紙Version2（質問項目55項目）の作成  
（以上の①～⑥はH16～H19.8月に実施）
- ⑦H19.9～10月にかけて、質問紙Version2を用いた調査の実施（有効回答が150名に達するまで）
- ⑧H20～21年度 調査結果の分析（H20：信頼性分析・直交回転を用いた因子分析、H21：斜交回転を用いた因子分析）

図1 これまでの経緯

## II. 方法

### 1. 質問紙の作成

昨年度までに、平成19年に実施した質問紙：Version2のデータを用いて、 $\alpha$ 係数を求めて信頼性を検証し、因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行い、因子構造を確定した。また、共同研究者間で質問項目を検討し内容的妥当性を確保した。最終的に、6つの因子構造、31項目（総合評価1項目を含む）の質問項目に確定した。6因子と質問項目については、表1に示す。

今年度は、調査の実施に向けて、質問項目の表現、回答方法、質問紙のレイアウト、調査依頼文書について、共同研究者間で検討を重ね、最終版を作成した。

### 2. 調査の実施

県内3圏域の中核病院である3施設（A～C施設）において調査を実施した。調査の実施期間は特に設定せず、各施設有効回答数が100～150になるまでとした。自記式の質問紙であるため、調査の対象は、入院中の患者で、質問紙を読んで理解でき、記入ができる患者を原則としたが、質問紙を読んで理解はできるが記入ができない患者に限り付き添い者等による代筆を可とした。中学生（15歳）以下の患者も除いた。

質問紙の配布にあたっては、現地側共同研究者より、病棟勤務の看護職に調査の実施に関して口頭と文書で説明し、また入院患者への質問紙の配布を依頼した。質問紙はテープ付で封ができる封筒に入れて入院患者に配布し、回答後は封をして各病棟の回収箱へ投函するよう文書で依頼した。質問紙の開封は大学において教員が実施した。

### 3. 倫理的配慮

調査を実施するにあたり、入院患者へは質問紙以外に依頼文書を同封し、文書をもって説明をした。依頼文書には、無記名であること、回答が入った封筒は封をした状態で大学教員が回収し、大学において開封するため、病棟の看護職が回答を見ることはないこと、回答結果は統計的に処理すること、投函後は個人を特定できないため、個人のデータを取り消すことができないこと、質問紙の投函をもって同意とすること、を明記した。

質問紙：最終版を用いた調査の実施に向けては、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を、平成23年1月初旬に受けた。

表1 質問紙:最終版 の質問項目

<p>&lt;個別性を尊重した対応尺度&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 その日によって態度が変わらない。</li> <li>2 言動に注意している(あなたを傷つけないよう気をつけている等)。</li> <li>3 見下したような対応をしない。</li> <li>4 処置・援助を安心して任せられる。</li> <li>5 予定の時間どおりに処置・援助を行ってくれる。</li> </ol>
<p>&lt;信頼できる対応尺度&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 あなたに出来ないことがあっても、責めずに受け止めてくれる。</li> <li>2 質問、相談に的確に答えてくれる。</li> <li>3 言うことと行うことが一致している。</li> <li>4 説明してほしいこと(病状、検査、今後の見通しなど)を、わかりやすく説明してくれる。</li> <li>5 疑問、不安、訴えに十分満足できる対応をしてくれる。</li> <li>6 病院内の医療関係者(医師・薬剤師・栄養士など)との連携をきちんととっている。</li> <li>7 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。</li> <li>8 看護師同士の連携をきちんととっている。</li> </ol>
<p>&lt;自律性を尊重した対応尺度&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 あなたが努力したこと・していることを認めてくれる。</li> <li>2 あなたがやらなければならないことをうまくやれるように整えてくれる。</li> <li>3 あなたのできることとできないことをはっきり言ってくれる。</li> <li>4 あなたの意向や意見をとり入れながら処置・援助をしてくれる。</li> <li>5 検査・診察・治療の時、恥ずかしい思いをしないよう配慮してくれる。</li> </ol>
<p>&lt;個々によさを尊重した対応尺度&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 満足感を得られるような処置・援助をしてくれる。</li> <li>2 「自分は大切にされている」と感じる対応をしてくれる。</li> <li>3 不安、苦痛がやわらぐように処置・援助をしてくれる。</li> <li>4 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。</li> <li>5 心地よさを重視して処置・援助をしてくれる。</li> <li>6 処置・援助(採血・注射・洗髪など)が上手である。</li> </ol>
<p>&lt;退院後の生活への対応尺度&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 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。</li> <li>2 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。</li> <li>3 退院後の継続受診・治療について説明してくれる。</li> </ol>
<p>&lt;受容的な対応尺度&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 訴えたこと、頼んだことに対して、一生懸命対応してくれる。</li> <li>2 話しかけやすく頼みやすい雰囲気がある。</li> <li>3 思いやりのある優しい対応をしてくれる。</li> </ol>
<p>&lt;総合評価&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 あなたは入院中の看護ケア(看護師からの援助や対応)にどのくらい満足していますか。</li> </ol>

### Ⅲ. 結果

#### 1. 質問紙の作成

質問紙は、これまでと同様、看護ケアに対する期待と実際を問い、それを照合して満足度を把握することとした。満足度は、図2に示すように、4つに捉えられることとなる。

質問項目は、わかりやすいよう平易な表現を心がけ、「〇〇等」といったあいまいな表現は避け、明確に理解できるようにした。また、各項目において、特定の看護職を想定して回答しないよう、病棟全体の看護について回答するものであることの説明を加えた。

質問紙はA3両面印刷とし、表面に属性(入院期間、性別、年代)と、30項目の看護ケア(看護師からの援助や対応)について期待しているかを問い、裏面に30項目の看護ケア(看護師からの援助や対応)が実際どうであったかと、総合評価(全体を通しての満足度)を問うた。Version2では、期待しているか否かを○か×で記載してもらっていたが、△を記載する等の回答があったため、3つの選択肢(期待している、どちらでもない、期待していない)から選ぶ方式にした。30項目の看護ケアが実際どうであったかは、これまでと同様4段階評価(あてはまる、ややあてはまる、あまりあてはまらない、あてはまらない)で回答を求め、

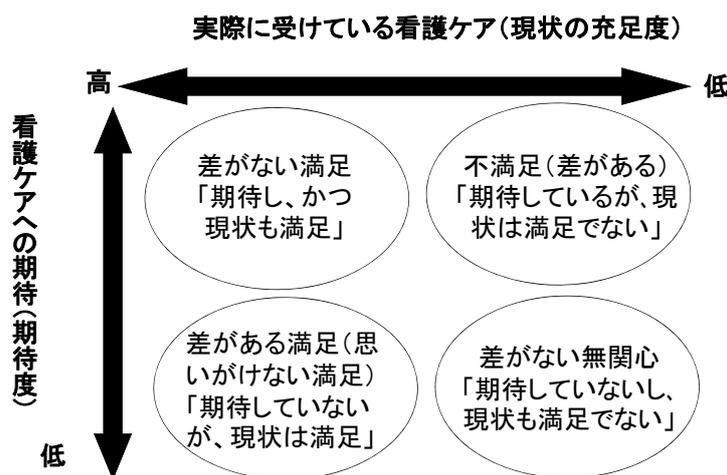


図2 満足度の捉え方

総合評価は7段階評価（とても満足、満足、どちらかといえば満足、どちらでもない、どちらかといえば不満、不満、とても不満）とした。

## 2. 調査の実施状況

3施設において、1月中に調査用紙が配布され、回収された。各施設の、調査期間、配布数、回収数、有効回答数については、表2に示したとおりである。

表2 調査の実施状況

施設	調査期間	配布数	回収数	有効回答数
A	11日間	315	251	232
B	14日間	300	254	231
C	30日間	200	132	確認中

有効及び無効回答の判断は、①属性は無回答があっても可とする、②片面しか記載されていない場合は無効とする、③片面において無回答もしくは1項目に○が2つ以上ついている等回答が判断できない項目が3項目以上ある場合は無効とする、④総合評価の1項目のみ回答されていない場合は有効とする、⑤退院に関する3項目について片面のみ回答している場合は有効とする、の5つの基準を設け、判別した。

## 3. 今後の課題

今後は、集計作業を進め、調査結果のうち単純集計結果について結果が出た段階で、調査実施施設に報告し、患者の満足につながる看護ケアについての検討会を実施したい。また、実際と期待度とを組み合わせた分析を行い、その結果をもとに、結果を解釈し評価する手法を検討したい。これにより、実践現場での活用方法（調査結果の読み方等）を、具体的に提示できると考える。

これらの検討と並行して、これまでと同様、信頼性分析、因子分析を行い、信頼性及び妥当性の確認も行う。

## 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・変化したこと

今年度は質問紙を完成させ、調査を実施し、回答用紙を回収したところで終わっているため、看護実践の改善や評価に、直接的に結びついたことはない。今後、調査結果を出し、それを基に検討会を行うことを計画しており、その時点では、何らかの改善・変化に結び付くと考える。

しかし、調査を実施するにあたり、現場の看護職に調査の趣旨や質問紙の内容を説明していることが、看護職への意識づけになった可能性は考えられる。継続して本共同研究に取り組んでいる施設からは、看護師の質の向上を目指すという意識が出てきたとの評価が得られている。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

今回は、調査結果を出す段階に至らなかったため、看護実践の改善・充実の観点では、具体的な成果を挙げられない状況にあるが、本共同研究に取り組むことで実践を振り返る機会となること、看護ケアの評価として質問紙を活用できることを、期待されている。

### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

看護ケアについて客観的に評価できるものを実践現場において求められているが、それを作成することは困難を伴う。本学教員がかかわることで、質問紙の作成を進めることができ、それを活用して、実践現場の看護ケアの質の向上につなげることができる。

また、調査の実施や、今後予定している調査実施施設での検討会においても、病院外である教員がかかわることで、患者に対する倫理面の保障や、客観的立場に立った検討が可能となると考える。

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

### 1. 調査の対象について

質問紙は、患者が自分で記入できることを前提としており、調査対象は患者となっている。本人が意思を伝えることはできるが記入はできない場合に限り、代筆できるようにしている。しかし、入院患者の状況として、調査対象に高齢者が多いことが、問題提起された。

- ・ 共同研究者より、調査を実施したところ、質問紙に回答している患者は高齢者が多く、家族が代筆している可能性が高いと思われること、家族が期待することと患者が期待することは異なるため、患者が期待することではなく家族が期待することを回答に記入しているのではないだろうかと危惧していることが、報告された。
- ・ 他の調査実施施設でも、患者が高齢化しており、本人の意思確認が難しくなっている現状があること、今回の調査では、各病棟の看護師長が自分の意思を伝えることができそうな患者を選定し、質問紙を配布したことが報告された。
- ・ 家族を対象とした質問紙も考えられる。
- ・ 質問紙にある対象者の属性の問いに、年代の選択肢として「10歳代」とあるが、質問紙の内容の理解が得られ、回答可能と判断している年齢はいくつなのか。  
→説明用紙を読んで理解することができる患者を対象とし、中学生以下（15歳以下）は配布対象としていない。

## 2. 調査項目について

質問紙の調査項目についても、内容や表現について意見があった。

- ・ 質問紙の項目ではソフト面に関する内容が多いが、看護師の技術面についての内容をもっと充実させる必要はないか。
  - この共同研究をはじめたきっかけとして、同じ内容の看護ケアであっても、患者の満足度が異なるのは、看護師の態度によるのではないかと思ったことが発端である。そのため、看護師の対応面に焦点を当て、進めている。的を絞って質問することで、対応策が検討できると考えている。
  - 病院として、こういう看護を実践しているというアピールを患者にすることも必要である。それを受けての患者の回答となり、患者からの評価になる。各施設の看護の特徴を活かして、活用方法を検討してもよいのではないか。
  - 技術面等の具体的な回答を求めると、看護師個人の力量の違いで評価されることとなってしまう、1人の看護師の対応によって病棟の評価を落とす可能性もあるため、ソフト面を重視した質問紙とした。6つの因子に分けたことで2通りの評価が可能となる。1つ目は患者がどのようなケアを受けたのか、患者一人一人を見ることができる。2つ目は数を集めたときに、病棟の課題を浮き彫りにすることができる、ということである。これらによって、看護の質の向上を図ることができるのではないかと考える。
- ・ 質問紙の「期待する」「実際に受けている」という点が混同してしまうのではないか。表現として現在形で書かれているため、区別しづらいのではないか。各質問項目の末尾の表現を、実際なら「～してもらった」に、期待なら「～してほしい」という表現にした方が理解しやすいと思う。
  - 短期の入院患者もいれば、長期の入院患者もいる病棟で、どの時点で調査するのか、ということが重要で、そのような表現にすると実施期間が限られてしまう。回答してもらうにあたり、書きやすさを重要視するか、汎用性を重要視するか、どちらをとるとよいかということになると思う。

## 3. 調査結果の活用について

- ・ 今回得られた結果を看護師や患者にどのように反映していくのか。
  - 質問紙：Version2の調査を行った時は、その結果を受けて、調査実施施設で研修を行った。看護師長や主任の計70名を対象として、調査結果を報告し、その後のグループワークで患者の満足につながるケアを検討した。その研修の参加者は、看護師に期待してもらってよいことを患者からは期待されていないという意外性のある結果であったことに驚き、看護に期待してもらえるようなアピールが必要であるということがわかったと、感想で述べていた。今回の調査についても、結果を調査実施施設に報告し、患者の満足につながるケアの検討会を行いたいと考えている。

## 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向けて

安江豊子 日下部奈保子（サンシャイン美濃白川） 牛丸京子 荒井明美（飛騨寿楽苑）  
酒井晶子 糟谷久美（ピアンカ） 吉村久美子（恵翔苑） 新美眞知子（ジョイフル各務原）  
横井恵子 渡辺由布子（サンリバー松風苑） 水谷由賀子 澤津節子（ナーシングケア寺田）  
古田さゆり（岐阜県総合医療センター） 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 松本葉子 古川直美 普照早苗 堀田将士 浅井恵理（大学）

### I. はじめに

特別養護老人ホーム（以下、特養と記す）におけるショートステイ利用者のケアに関して、平成 20 年度より、看護職の役割を明確にした上で、主に認知症を有する利用者のケアのあり方について事例を検討してきた。今年度の事例検討において、看取り期にある利用者、疼痛緩和のために麻薬を内服している利用者、一般病院を退院直後にショートステイに入所となった利用者など、さらに多様な課題を有する利用者の看護を実践している現状が明らかになった。そこで、日々のケアの充実に繋がるように、対応や看護に苦慮したショートステイ利用者の事例を検討し、看護実践のあり方を追究したいと考えた。

### 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に困難を感じた事例である。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もとに、事例を報告し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を共有した上で、事例ごとに課題と看護実践のあり方を現地看護職と大学教員が共に検討した。さらに、検討結果を自施設の看護実践に活かし、次の検討会で報告した。倫理的配慮として、事例の匿名性を保持するために、個人が特定されないことのないように施設名や氏名は伏せ年齢、入所日も大まかな記述に修正した上で事例を検討した。なお、本研究は平成 21 年に本学研究倫理審査部会の承認を得ている。

### III. 結果

#### 1. 実施状況

事例検討は共同研究者の施設で 1 回、大学内で 3 回行われ、表 1 の 5 事例を検討した。本報告においては、ショートステイ利用者の看護上の新たな課題が見出された事例 1、2、4 の 3 事例について報告する。

表 1 検討事例について

事例 1	退院後自宅に帰ることができず受け入れた事例
事例 2	麻薬服用中の利用者を受け入れた事例
事例 3	薬剤調整中の利用者を受け入れた事例
事例 4	がん末期の利用者を受け入れた事例
事例 5	家族が介護放棄状態にある利用者を受け入れた事例

#### 2. 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) 事例 1 退院後自宅に帰ることができず受け入れた事例

###### (1) 概要

80 歳代女性。肝機能低下、黄疸・発熱症状に対する保存的療法で長期安静を余儀なくされたため ADL が低下した状態で退院となる。家族は自宅ではなくグループホームへの入所を希望していた。退院 2 日後には家族の介護負担が大きくショートステイ利用となった。ショートステイの利用中にグループホームへ入所可能か見極めてほしいと家族の意向があった。

###### (2) 課題

家族には自宅で介護しようとする思いはなく、グループホームへの入所を希望していたが、退院前に、関連する職種が揃った状況で、現在どのレベルまで回復しているのか、何が必要なのかを伝達できるような退院カンファレンスが行われていなかった。また、ケアマネジャーとの連携も取れていなかったために、ショートステイ利用前の利用者の情報収集や情報の共有ができていなかった。

###### (3) 看護実践のあり方

①受け入れ側が困るという視点ではなく、利用者が困るという視点で、情報収集や情報の共有を行う必要がある。情報収集がきちんと出来ずに受け入れることは利用者には負担がかかってしまう。施設の看護職とケアマネジャーは、病院の看護職やソーシャルワーカーと連絡を取り退院カンファレンスを行う必要がある。

②家族の希望や意向を確認し話し合うことも大切である。本人・家族と、医師・看護職・ケアマネジャーとの連絡を密に行い説明し納得した上で受け入れる態勢が必要である。緊急入所の場合は事前の情報収集・共有する余裕がないため、看護職が直接働きかけて情報収集することが大切である。共同研究者の中にも病院の退院調整看護師と随時かかわりを持ち、連絡を取り合い情報を共有することができている特養もあった。

③施設看護職が利用者の代弁者として、病院の看護職に情報を伝えていくことにより、退院後在宅でどのように関わっていけばよいか、また在宅で困ったこと等をつたえることにより、安心して退院し在宅介護に繋げていけると考える。退院後本人がどのように暮らしたいかなどの要望を確認し、家族間の意思の統一も図ることが可能となる。

## 2) 事例 2 麻薬服用中の利用者を受け入れた事例

### (1) 概要

80歳代男性。平成22年6月、体調不良のため受診し、肺癌末期と診断された。時々痛みを訴えていたが、入院対象ではなく自宅療養でと判断された。血便があったが内服治療により治まっていた。時折夜間苦悶症状があり不眠を訴えるなど色々な要求があった。本人の精神的いらだちや家族の介護疲れなどによりショートステイ利用となった。

### (2) 課題

- ①がん末期で疼痛に対して麻薬が処方されていたが、本人の拒否などがあり、指示通り服用することができていなかった。
- ②介護職に与薬を依頼していたが、麻薬の管理についてしっかり理解できていなかったため確実に与薬が出来ないことがあった。一見疼痛や倦怠感がさほど受けとめられない為介護職の意識が薄いと思われた。
- ③ショートステイ受け入れ時の病状や治療に関する主治医やケアマネジャーからの詳細な情報がなく、麻薬を服用している利用者を受け入れるための情報が明確化できていなかった。
- ④施設における麻薬の管理方法が曖昧であった。

### (3) 看護実践のあり方

- ①ショートステイ利用にあたり、介護職に麻薬使用の必要性和目的の確認を行う。
- ②疼痛管理を必要とする疾患に関する知識情報を伝える。
- ③疼痛コントロールの状況を把握する。
- ④施設における麻薬投与や管理の方法について明確化する。
- ⑤病気や現状を本人や家族がどう受け止めているか、薬を拒否するのはなぜか、看取りについて本人や家族はどう受け止めているのかなどの情報収集を確実に行う。主治医からの情報をケアマネジャーと連携を取り明確にすることが大切である。
- ⑥急変があった場合の対応について主治医に確認しておく。

## 3) 事例 4 癌末期の利用者を受け入れた事例

### (1) 概要

80歳代男性。平成21年12月上旬消化管出血のため受診し、胃癌と診断された。訪問介護を週2回、訪問看護を週2回、訪問入浴を週1回利用しながら在宅で介護していた。

妻以外の家族は仕事をしており、介護は主に妻が行っている。認知症があり身体的には軽度の搔痒感のみで特に疼痛等の訴えはなかった。主治医の往診や訪問介護などによりなんとか安定した生活を送っていたが、妻の介護疲れがありショートステイの利用を希望した。

### (2) 課題

- ①ケアマネジャーからの情報がA4用紙1枚程度の少ないものであった。事前調査も生活相談員のみが関わり、看護職が関わるができなかった。そのため治療の経過や症状の管理方法についての医療情報がほとんど入手できないまま受け入れた。
- ②ショートステイ利用前には静かに看取りたいと希望していたが、緊急時は救急車で病院への搬送を希望するなど、急変の可能性があるにもかかわらず、急変時の対応や家族の希望などに食い違いがあった。
- ③特養入所の看取りは定着してきているが、ショートステイでの看取りは、職員間に抵抗があり困難である。
- ④夜間は看護職が不在のため病状などの判断ができないため介護職に不安がある。

### (3) 看護実践のあり方

- ①終末期特有の情報収集の内容の明確化と看護職のみでなく他職種と受け入れる目的を共通認識する。病状や治療の経過、予測される症状に対して自宅でも実施できる処置について情報収集を行い終末期を受け入れる為の体制を整備する。
- ②看取りについて、本人だけではなく家族の意思を確認し、希望に沿った最期を迎えることができるよう援助する。

- ③主治医が在宅での看取りを受け入れていることや、ショートステイ利用者の急変時は往診をしてもらうなど連携が取れることが大切である。
- ④急変時の予測や可能であれば予防が出来るように、具体的な対応方法を明示することで介護職の不安を軽減する。

### 3. 平均要介護度

現地共同研究者の施設の平均要介護度は、平成 21 年度 3.12、平成 22 年度は 3.14 と大きな変化は見られなかった。

## IV. 考察

ショートステイ利用者の状況は近年変化する中で、がん終末期などの医療依存度の高い事例や ADL が著しく低下した事例など、要介護度では示され難い困難事例の受け入れが施設に求められていることが明らかになった。ショートステイ利用者への看護の困難さは平均要介護度では示されにくい、利用者本人が残された人生を安心して、出来る限り苦痛を取り除いて過ごせるよう援助していくために、看護の質を保証する必要がある。人員配置の改善、施設内外の他職種との理解や報告を得るために、今後も本研究事例のような困難事例を継続して検討し報告することが重要であると考えられる。

## 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

事例検討により、他施設における類似事例とその取り組みおよび成果を共同研究者間で共有し、看護実践の工夫や改善方法を考える機会になった。また、必要なマニュアルの作成、記録用紙の整備、施設における麻薬管理方法の明確化など具体的な改善の機会となった。さらに、看護職の役割として、施設内外の他職種と連携・協働する必要性を再認識できた。検討内容は、自施設の職員に報告し、学びを共有することで、ケアの質向上、意識の高まりに繋がった。そして、今年度は現地共同研究者が主体的に発表、抄録・報告書の作成など研究をまとめ報告するプロセスを踏むことで、自信や達成感を得て、課題解決に向けた看護実践への意欲の高まりに繋がった。

### 2. 現地看護職者の受けとめや認識

事例を提供した看護職も提供された看護職も共に看護実践を振り返り、検討することで、より看護職としての役割が明確になったと認識していた。特に、事例提供者は、実践を振り返りまとめること、わかりやすく伝えることの難しさを経験し、次年度はわかりやすく報告できるようにしたいと意識が高まっている。事例検討の結果は、自施設に持ち帰り、報告し、実践に活かす努力がなされていた。

### 3. 本学教員がかかわったことの意義

個々の事例を丁寧に振り返ることで現状の課題、今後の看護のあり方、看護職の役割などを考える機会となるように、発問・質問を意図的に行っている。このことにより、個々の看護職の考えを深めることに繋がっている。今後も上記の関わりを継続すると共に、次に対応が困難な事例に直面した時に、よりよいケアが提供できるように、検討方法、教員の関わり方を常に工夫していく必要がある。

## VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討議の参加者は、現地側共同研究者 7 名、他一般病院の看護職を含め 25 名、計 32 名であった。

共同研究者から、看護職の少ない特養で看取り、麻薬を内服している利用者を受け入れている現状を報告した。一般病院の看護職より、退院後に在宅療養が困難となった利用者がショートステイを利用し、療養生活を維持している現状を初めて知り、社会の一端を知る機会になった等の意見が出された。特養と一般病院という施設は異なっている、同じ看護職としてそれぞれの役割や連携のあり方について、討論することができた。

事例 1：肝機能低下のため協力病院に入院し、保存療法としてベッド上安静であったため、ADL が低下した。自宅に退院したものの、家族の介護負担が大きく、退院 2 日後に、ショートステイを利用することとなった。ケアマネジャーが退院後の生活に関する情報を積極的に収集していくことや在宅療養を支える専門職と病院のスタッフが合同でカンファレンスを開催し、情報共有と連携体制を強化していく必要性が討議された。

事例 2：原発不明がんで、病状や治療が不明確な状況で麻薬が処方されショートステイ利用となった。呼吸困難や苦痛に対して十分な支援が行えなかった。施設における麻薬投与や管理の方法について明確化し、本人や家族の思いなど情報を確実に収集・把握する必要がある。

事例 3：胃がんの終末期で認知症が強い利用者で、訴えは少ないが吐血や嘔吐など急変が予測された。終末期にある利用者に対して、情報収集が必要な内容の明確化と看護職のみでなく他職種と連携し利

用者を支えるための共通認識と体制整備が必要であることを再確認した。また、退院後の長期的な見通しを立て、在宅支援体制の調整の一環として、ケアマネジャーの連携調整への意識を高める必要性と病院―地域―施設連携の体制作りが必要であるといった意見が出された。意見の一部を下記に示す。

- ・病院看護職：患者（利用者）の情報提供など、直接電話での対応も可能であるが個人情報取り扱いにおいて制限があり、スムーズに情報が得られにくい現状がある。入院中サマリーの提供を求めたり、ケアマネジャーの的確な情報提供が必要。連携のあり方について明確にできるとよい。
- ・利用者の情報提供に関する連携は病院、地域、施設のスタッフが実際に顔を合わせて情報共有を行い、顔の見えるつながりを築いていくことがよりスムーズに行うための重要な要素となるのではないか。
- ・ある地域では高齢者が医療施設や介護施設を利用する際に、高齢者各個人に配布された記録シートを持参し、各施設で情報を追記していくことで情報の共有を行っている。しかし、各個人の意思で携帯するものであり現状として定着されていない。現在広く活用されているお薬手帳と同様に定着していくよう、保健指導という形で啓蒙していく必要があるのではないか。
- ・施設職員：病院のスタッフが退院した方の心配をしてくれていることを知って安心した。また、情報を求めやすくなった。
- ・大学教員：施設は違っていても同じ看護職同士で顔が見え、話し合える関係を築き、お互いにもつ精神的なバリアが低くなるとよい。

以上、病院と施設の連携、または、高齢者の生活を支える専門職間のよりよい連携のあり方についての意見が出された。

## 「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 23 年 2 月 19 日(土) 於:岐阜県立看護大学

2. プログラム

第 1 会場

会場;講義室 203 掲示時間;10:30~15:30

午前の部

\* 2題合同討議

10:30 ~10:40	<b>保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方*</b> 坪内美奈 山田洋子 松下光子 大井靖子 森仁実 宮島ひとみ 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子 (大学), 居波由紀子 和田明美 (岐阜県保健医療課)
10:40 ~10:50	<b>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*</b> 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 北山三津子 松下光子 大井靖子 山田洋子 宮島ひとみ (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>精神科病院における長期在院患者の退院支援および入院長期化防止に向けた看護*</b> 額瀨富久 加藤友美 水野恵介 (大湫病院), 稲葉太香子 増田光彦 小森正基 ((社) 岐阜病院), 五十嵐喜美子 中村圭二 三島幹夫 藤原政典 (黒野病院), 細江和子 国田真弓 岩佐純子 山田由美恵 (下呂谷敷病院), 家田重博 小椋妙子 原美由紀 一柳千百合 (慈恵中央病院), 安藤和徳 日比野貴子 永田隆宏 (聖十字病院), 橋戸智子 棚瀬とみほ 長谷川洋子 (須田病院), 安藤正枝 北原俊輔 山口昌則 七森寿幸 兼松裕子 村上洋一 (のぞみの丘ホスピタル), 石川かおり 葛谷玲子 丸茂さつき 松下光子 北山三津子 坪内美奈 大川眞智子 (大学)
11:40 ~11:50	<b>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*</b> 井戸裕子 三尾三和子 (白川町保健センター), 北島浩子 末松満智子 (中濃保健所), 木谷昌子 山田訓代 (美濃加茂市), 田中美恵 (可児市保健センター), 兼松瑞枝 (坂祝町保健センター), 藤野緑 (富加町保健センター), 佐伯とし子 長瀬美紀江 丸山智美 (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 伊佐治理恵子 (八百津町保健センター), 桂川のぞみ (東白川村国保診療所), 植松勝子 古木薫 土本千景 (御嵩町福祉課), 安藤正枝 (のぞみの丘ホスピタル), 林隆彦 吉村隆子 和田明美 (県保健医療課), 松下光子 杉野緑 坪内美奈 石川かおり 宮島ひとみ 葛谷玲子 丸茂さつき (大学)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

午後の部

\* 2題合同討議

13:30 ~13:40	<b>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*</b> 岡崎奈美 中村千代美 細江かおり 田口里美 松原千春 藤掛政子 古橋由季 熊崎さつき (岐阜県立下呂温泉病院), 田口めぐみ (下呂訪問看護ステーション), 藤澤まこと 普照早苗 藤岡敦子 黒江ゆり子 (大学)
13:40 ~13:50	<b>過疎地域の療養生活充実に向けた病棟における退院支援のあり方に関する研究*</b> 小木曾慶子 荻山紀子 鈴木富美子 加藤澄子 松原徳子 (国保上矢作病院), 杉野緑 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	<b>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*</b> 丹羽好子 武山博子 増井法子 宮木久美 吾郷佐代子 (岐阜県総合医療センター), 藤澤まこと 藤岡敦子 田辺満子 黒江ゆり子 (大学)
14:40 ~14:50	<b>県域の退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の検討*</b> 藤澤まこと 黒江ゆり子 田村正枝 (大学), 大法啓子 加藤直子 (岐阜県健康福祉部医療整備課)
14:50~15:25 討議時間(35分)	

**第2会場  
午前の部**

**会場;講義室 202 掲示時間;10:30~15:30**

10:30 ~10:40	<b>過疎地域診療所における外来看護充実のための問診票付外来診察予約券の取り組み</b> 安江ゆり 今井利佳 桂川恵美 荻田和子 青木裕見子 (東白川国保診療所), 普照早苗 藤岡敦子 森仁実 藤澤まこと (大学)
10:40 ~10:50	<b>労災病院における勤労者看護の質的向上の追究</b> 川崎百合子 小林美代子 井村春美 高橋梓 林幸子 杉山好美 山口千恵美 (中部労災病院), 梅津美香 橋本麻由里 (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>退院調整における日常生活指導での地域連携室と病棟ナースの協働</b> 山中ひろみ 亀山博子 長屋由美 渡辺佳美 石原弘美 松原直子 牧田由紀子 川地信也 (関中央病院), 橋本麻由里 小西美智子 両羽美穂子 野村浩 (大学)
11:40 ~11:50	<b>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向けて</b> 安江豊子 日下部奈保子 (サンシャイン美濃白川), 牛丸京子 荒井明美 (飛騨寿楽苑), 酒井晶子 糟谷久美 (ピアンカ), 吉村久美子 (恵翔苑), 新美眞知子 (ジョイフル各務原), 横井恵子 渡辺由布子 (サンリバー松風苑), 水谷由賀子 澤津節子 (ナーシングケア寺田), 古田さゆり (岐阜県総合医療センター), 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 松本葉子 古川直美 普照早苗 堀田将士 浅井恵理 (大学)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

**午後の部**

**\* 2題合同討議**

13:30 ~13:40	<b>地域のニーズに即した地域包括支援センターの活動の充実・活性化に向けた取り組み*</b> 加藤千波 杉山智絵 則武弘美 田口千枝子 (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 服部知美 (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 宮島ひとみ 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子 (大学)
13:40 ~13:50	<b>関係者と連携して行う要援助者のいる世帯への援助方法*</b> 愛知真美 寺西愛 西脇雅子 小粥麻理子 高木美代子 川崎裕子 熊谷沙英子 坂優子 (安八町保健センタ ー), 宇野比登美 田中弓 (安八町民生部福祉課), 坪内美奈 大井靖子 森仁実 松下光子 山田洋子 宮島ひとみ 岩村龍子 大川眞智子 北山三津子 (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>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</b> 松下光子 坪内美奈 森仁実 北山三津子 山田洋子 宮島ひとみ 会田敬志 岩村龍子 大川眞智子 (大学), 木全豊 上野牧子 高田めぐみ 伊藤なぎさ (垂井町保健センター), 長野昌章 武藤達也 井上久美子 村瀬恵理 木村育子 (山口市健康課), 加藤智治 足利恵信 馬場優子 山川亜樹子 迫口理絵 榊原愛 浅野有里 河村幸子 高木美智代 (輪之内町保健センター)
14:40 ~14:50	<b>働く人びとを対象とした保健指導の質的評価の試み</b> 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), 桑原恵子 (西日本電信電話(株)東海健康管理センタ), 伊藤清美 荒川芽 小林裕子 道中環 森千絵 (鷺見病 院郡上健診センター), 古澤洋子 (山内ホスピタル), 宮川敬子 (東レ(株)岐阜工場), 大橋淳子 (三洋電機(株)岐阜産業保健センター), 横山さつき (京セラ(株)岐阜事業所)
14:50~15:25 討議時間(35分)	

**第3会場  
午前の部**

**会場;講義室 105 掲示時間;10:30~15:30**

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> 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>ハイリスク妊産婦のケアの質の向上のための検討</b> 山田三枝 勝原美穂 土本さやか 仁地麻記子 堀真由美 (岐阜県総合医療センター), 谷口通英 田辺満子 服部律子 布原佳奈 武田順子 瀬瀬なつ子 水野敬子 (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>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</b> 布原佳奈 服部律子 武田順子 瀬瀬なつ子 水野敬子 両羽美穂子 谷口通英 (大学), 荒木美穂 平井直美 (朝日大学歯科衛生士専門学校), 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)
11:40 ~11:50	<b>乳幼児に対する手洗いの支援方法の検討</b> 石井康子 長谷川桂子 谷口恵美子 服部佐知子 藤澤まこと (大学), 汲田ちよみ 船戸美智子 (乳幼児ホームまりあ)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

**午後の部**

13:30 ~13:40	<b>病棟師長のマネジメント能力向上のための教育支援</b> 小島三紀 時吉鈴美 古澤幸江 高木美津子 加藤ひとみ 堀美佐子 山本ひとみ (羽島市民病院), 橋本麻由里 奥村美奈子 鈴木里美 (大学)
13:40 ~13:50	<b>糖尿病患者の看護支援方法に関する取り組み</b> 南谷絹代 大内晶美 大橋靖子 中村真希 長谷川直美 平野友恵 政井ゆかり 竹内ともみ (羽島市民病院), 田村正枝 松本葉子 宇佐美利佳 森本藍 (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>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</b> 会田敬志 田辺満子 橋本麻由里 古川直美 堀田将士 (大学), 岩本春枝 廣瀬隆子 野田洋子 (大垣市民病院), 高木久美子 野口真喜子 島田陽子 (岐阜県総合医療センター), 山本千賀子 富田和代 堀井範子 (久美愛厚生病院)
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> 中川千草 吉田知佳子 (羽島市民病院), 吉村さおり (岩佐医院), 加藤しのぶ 大塚理恵 (羽島市医師会訪問看護ステーション), 奥村美奈子 田村正枝 普照早苗 布施恵子 森本藍 (大学)
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	22年度
研究課題数	19	28	26	26	28	30	24	28	33	28	24
本学との共同研究者	39	121	144	159	202	242	143	192	190	222	210
参加者総数	114	217	199	150	182	220	170	222	218	190	219
病院	40	101	97	78	86(5)	117(5)	83(7)	134(5)	127(8)	95(9)	128(7)
介護療養型医療施設					10	3			1		
診療所		6	1	3	1	1	8	1	2	4	8(1)
保育園・乳児院			1		2						2
学校(小・中学校、高等学校)	2	2	2		3(1)			9	11	6	6
障がい児・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	11
訪問看護ステーション		4	8	5	4	2	2(1)	3(1)	5	6	5
在宅介護・地域包括支援センター	6	1				1	3	7	5(1)	9	9(1)
保健所	1	9			2(1)	2(2)	1(1)	1	2	2	2
市町村保健センター	24	23	28	13	13	23(1)	14(3)	21(2)	19(2)	26(1)	22
事業所・健診機関		14	18	10	8	6	12	7	7	8	4
県庁各部門等	7	9	4	4	1	2	3	5	5	6	5(1)
その他	15	15	10	7	5	12	7	4	8	6	3(1)
不明		5	1	3		1	1		2		
本学:看護学科(学生)					24	19	20	13	16	10	14

\*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	22年度
参加者総数	182	220	170	222	218	190	219
本学との共同研究者	59	83	68	99	103	111	126
本学の卒業生	5	16(4)	6(1)	14(4)	21(2)	15(2)	24(4)
本学の大学院生	9(3)	10(3)	12(4)	8(2)	11(7)	10(3)	11(2)
本学の修了生				7(4)	9(4)	12(5)	14(10)

\*()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	乳児院	学校(小・中・高)	高齢者施設	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	保健所	市町村保健センター	事業所・健診機関	県庁各部門等	その他
所属施設		27	3	1	5	7	3	4	2	7	3	2	2
参加者総数	205	128	8	2	6	11	5	9	2	22	4	5	3
看護師	135(9)	109(7)	7(1)	2		10	5					1	1(1)
保健師	39(2)	6						6(1)	2	18	4	3(1)	
助産師	13	11	1									1	
養護教諭	5				5								
その他	13	2			1	1		3		4			2

\*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者205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経験

	総計(%)	病院	診療所	乳児院	学校(小・中・高)	高齢者施設	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	保健所	市町村保健センター	事業所・健診機関	県庁各部門等	その他
初回参加	52(25.4%)	35(3)	5(1)	2	0	1		1	1	5	0	0	1(1)
過去参加	153(74.6%)	93(4)	3	0	6	10	5	8(1)	1	17	4	5(1)	2
総計	205(100.0%)	128	8	2	6	11	5	9	2	22	4	5	3

\*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者205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117名、回収率57.1%)

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	55	31.8%
	2.看護職と教員の共同研究自体に興味があった	17	9.8%
	3.他施設の状況が知りたかった	27	15.6%
	4.共同研究メンバーであった	70	40.5%
	5.その他	4	2.3%
	総計	173	100.0%
	[その他の内容] ・県内機関との連携の場として。 ・勉強したかった。 ・同施設の方が共同研究メンバーであった。 ・卒業生や他の施設の人に会える。		
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	91	70.5%
	2.本学のホームページ	1	0.8%
	3.同僚・友人の誘い	5	3.9%
	4.本学教員からの誘い	23	17.8%
	5.その他	9	7.0%
	総計	129	100.0%
	[その他の内容] ・来年度共同研究メンバーのため、勧められた。 ・共同研究のメンバー。(4) ・自宅に案内が届いた。 ・上司からの誘い。		
参加して の満足度	1.満足している	50	43.5%
	2.やや満足している	57	49.6%
	3.どちらともいえない	7	6.1%
	4.あまり満足していない	1	0.9%
	5.満足していない	0	0.0%
	総計	115	100.0%

表6 今回の企画、運営に関する意見

	回答内容の例
プログラム	他の施設が混ざったプログラムの方がよい。(せっかく他施設の方が参加されるので、交流できる)。
会場	203号室は人が多すぎて狭い感じがした。 演題をまとめた会場になっていると良いと思います。
	グループ討議の際、他のグループの声で討議が聞き取りにくい場面があった。(4)
	2テーマ合同で、同じ部屋を使用したことによって討議内容が聞き取りづらく、活発な討議につながりづらいのではと感じました。 討議のときに教室内で2つの討議をすると、発言者の発言が聞き取りにくかったりするのでできれば1会場で討議は1つが良いと思いました。
進行	協議事項をあらかじめ各市町より出して協議しては。 討議の時間が短いと思った。(2)
その他	午前の精神障がい二題は一緒に研究すればよいのにと感じた。 休憩時間に空気の入替えをすると良いと思う。同僚が酸欠になった。
	似たようなテーマだと討議の時間が有効活用できるのではないかと思います。(発表時間は短いような気がします。討議で少し補足してという感じになってしまいます。)
	年々研究内容が充実していて楽しみである。
	現状のままでよいと思います。
	他の施設が行っている取り組みについていろいろ知ることができた。パワーポイントの資料も欲しい。
	特養だけでなく病院の看護師さんと話し合いすることで色々考えを聞くことができよかったです。皆さん色々頑張ってみるのでまた頑張って取り組んでいきたいです。
	討議の中で、今後の参考となる点があり大変よかったです。今後は家族支援について知りたい。 適切であった。 共同メンバー以外の参加市町村が分かると、質問しやすいのではと感じました。

表7 各会場ごとの気づいたこと、感想など

時間	会場	回答内容の例
午前 の部	第1	精神障がい者の支援がテーマである2題は病院側と行政側で視点は違うが、同じよう連携を考えているので一緒に研究すると良い。
		研究テーマに興味もありましたし、各地域の保健師など多くの施設の方々の意見が聞けてとても参考になりました。今後の研究の発展にも興味がありますし、自施設も何らかの形で参加できないかとも思います。
		意見交換が活発であった。
		合同討議でポスターを使用したが見えなかった。必要に応じてパワーポイントを出すのが良かった。長期在院患者の支援は大変うまくまとめられていたと思う。
		講義型の形で検討するのではなく、円の形など皆の顔が見えるように、会場を検討する時間から少し変えたほうが良かったと思う。
		精神担当ですが、自立支援サービスのケース会議を行い連携しています。
		精神障がい者支援がテーマの研究は、病院と地域の看護職の連携について考えられた。
		現在の精神障がい者への支援の具体的援助内容が聞けてよかった。自分の地域でも関係者が集まって話し合える機会があるといいと思っている。
		4題目の取り組みについて、他地域でも取り組んでもらえると病院と保健所との連携が取りやすくなると思いました。
	地域の連携が大切とは知っていたが、実際に連携していくためのシステムづくりの必要性を強く感じた。	
	保健師の人材育成について病院勤務ですが大変参考になりました。	
	人を育てる大切さを感じました。	
	第2	今後活用できる内容でした。
		今回、病院の看護師からの意見が聞けて良かったです。ありがとうございました。
		良い意見が聞けました。
		病院側の意見が聞けてよかった。
		他施設の看護の現状がわかり参考になった。
		病院、特養お互い参加者がいて情報交換、検討ができて良かったです。
		退院調整をする上で患者家族の思い、意向に合う方向性を見極めるために多職種連携の重要性を感じます。
		退院支援の内容の発表について興味があった。
		グループディスカッションは、参加者が向き合って討論できると、もう少し傾聴ができると思う。
声がほとんど聞こえず、議論に入れなかった。		
現場の課題、取り組みがよく分かり発展的であった。		
第3	他職種の方の話も聞けてよかった。施設内のことばかりでなく地域を見ることも大切である。	
	正面の画面が前の人と重なって見にくかった。	
	市町村保健師の参加が1名だったので、参加者の職種がばらばらだともっと色々な意見が聞けたかなと思います。(バランスよく分かれる。)	
	ブラジル籍の子どもの保護者へのアプローチは面白かった。多文化共生ソーシャルワークというのが社会福祉士のメジャーなテーマになりつつあるので、そちらも参考にしたい。	
	他職種の人の意見が聞けてよかった。	
人数が多かったので討議も色々意見が出た。		
午後 の部	第1	意見されたことを今後記載方法(アナムネ、看護計画)を明確化して他部署へ移動した患者さんへ共通認識ができるとう良い。
		どの病院も退院支援について取り組みされていたので興味を持てた。
		同じようなテーマの発表が聞けて有意義でした。進め方もよく、特に問題なかったと思います。ただポスターをじっくり見る時間がないのが、すごくいいのが掲示してあるのにもったいない気がします。
		参考になる発表がありよかった。他病院の現状も聞くことができよかった。
	どの科においても退院支援のポイントは情報の共有、カンファレンスだと思った。	
	第2	もっと意見交換したいが・・・。
		他の市町の状況をよく理解することができたので良かった。
		自分たちの共同研究以外の発表内容もとても良い意味で気になり、集中できなかった。(部屋は別のほうが良いのでは)。
		充実した話し合いができました。
		同時に他テーマの討論の声がよく聞こえて気になりました。
他市町の状況が聞けてよかった。(2)		
同じ課題を持つ機関が集まり、有意義な意見交換ができた。		
2テーマのディスカッションは少数で行いやすかった。		
テーマが違っていたので討議のしにくさはありませんでしたが、それなりに参考になることを聞けてよかった。		

第3	糖尿病患者の支援について、他病院の様子が分かりました。
	入院中は時間も環境も整っているので血糖がコントロールできていても、退院後の生活でできなくなってしまふ事例についてしました。入院中から退院後の生活を見据えてかわり、具体的実践内容を考えていく必要性があると思いました。
	討議では、となりの声が大きく、まけて聞こえませんでした。
	自分が所属する施設の発表を聞いたが、日々の業務で気づかなかった患者さんの思いの変化などを振り返ることができた。
	地域での連携において、様々な課題や看護師として大切としなければならない視点に気がつけた。
	意見交換という主旨なのに一人の方が演説していた。
	年齢層が高く圧倒された。
	時間内に発表できるように発表原稿が必要に思った。
討論会というより、自施設の話ばかりされる上司の方はどうでしょうか？意見交換になっていないように思います。	

表8 大学との共同研究についての希望や意見

・指導を受けたい。
・長いスパンで回数を多く打ち合わせをしたほうがよい。
・先生方は経験豊富でいつもためになるご意見をいただきとても参考になります。
・日々の業務の振り返りができるので良いと思います。しかし、忙しい中でまとめる作業はやはり大変だと感じました。
・日頃の業務を立ち止まるよい機会になります。よろしくご指導ください。
・退院調整看護師だけのワークショップも企画して欲しいです。
・がん看護。
・共同研究の場においても今日の交流会においても、しっかり深まらない感じがします。多くの発表ではなく少なくして、しっかり討論会を深めたほうがよいのではないのでしょうか。
・今後とも継続していただきたい。
・他市町村の取り組み状況を聞く機会が持て、参考になる。
・1年間の活動の結果を見ることができてよかったです。
・大学の先生にサポートしていただき研究できたことはとても自分が勉強ができよかった。また機会があれば参加したい。

## 5. 参加学生(看護学科)への意見調査の結果 (回答者11名、回収率78.5%)

参加した看護学科の学生11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	2	18.2%
	3. 3年次生	9	81.8%
	4. 4年次生	0	0.0%
	総計	11	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	10	29.4%
	2. 県内の看護実践活動について学びたかった	5	14.7%
	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	5	14.7%
	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	4	11.8%
	5. 卒業研究のテーマを考えるヒントにしたかった	5	14.7%
	6. 就職など今後の進路を考えるヒントにしたかった	5	14.7%
	7. その他		0.0%
	総計	34	100.0%
参加目的に 対する 満足度	1. 満足している	4	36.4%
	2. やや満足している	5	45.5%
	3. どちらともいえない	1	9.1%
	4. あまり満足していない		0.0%
	5. 満足していない		0.0%
	6. 記載なし	1	9.1%
	総計	11	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1	参加者が多く、討議が活発でとても勉強になった。
		保健師の新人研修があまりないと感じていたが、研究している保健センターやその他、参加していた市町村がどんな研修をしているか知ることができてよかった。
	第3	母乳育児支援を他職種の色々な視点で話が聞けてよかった。
		他の施設の取り組みについても、意見交流で聞くことができてよかった。
		1つ1つの発表が短くて不十分だった。
		他の病院の実際が聞けてよかった。
		学校で勉強してきたことが、実際の場合では、どのようなケアになって、行われているのかわかった。
討議がとても活発に行われ、様々な意見が聞けた。		
現役の看護職の意見を聞くことができて、たくさん学びがありました。実習の違い、皆さん対等な意見だったので、新鮮でした。		
午後 の部	第1	退院支援について各施設の現状について知ることができてよかった。現場の声が聞けてよかった。
	第2	計画を策定するという、あまり大学では学べないような話が聞けてよかった。
		市町村の方のお話をもっと聞けたらよかった。
	実習で行った保健センターのその後の活動が知れて興味が持てた。	

表11 共同研究についての感想・希望

・保健師の研究の様子が知れてよかった。
・卒業研究の参考にしたいと思った。
・卒業研究や就職の参考になった。
・冊子を会場のほうにも置いてほしい。
・とても勉強になりました。こんな貴重な機会を学生にも参加できるようにしていただき、良かったです。ありがとうございました。
・コーヒーマシンのサービスうれしかったです。

## 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 38名)

開催時期	1.現状のままで良い	37名	
	2.変更をした方が良い	0名	
	3.記載なし	1名	
プログラム	1.現状のままで良い	35名	
	2.変更をした方が良い	1名	・共同研究者が他の会場の司会となり討論に参加できなかった。関心が重なる報告が同時に開催されているため討論参加者が少なくなる。
	3.記載なし	2名	
報告形式	1.現状のままで良い	33名	
	2.変更をした方が良い	4名	・合同で討議したが、人数が多すぎて討議にならなかった。 ・今回2題合同のところでは、大講義室の会場で多人数であったことで皆さんがなかなか意見を出しにくい状況がありました。やはり同じようなテーマでも輪になって緊張せずに発言できる雰囲気の方がよいのかなと感じました。 ・2題ずつの発表ではなく1題の発表と討論は続けて行った方がよいと思う。 ・パワーポイントは必須でなくてよいのではないか。
	3.記載なし	1名	
午前 第1会場	現場の保健師さんの出席が少なく、なかなか意見交換が進まなかった。どのようにすれば活発な討論となるのか、今後の課題だと感じた。精神科看護師さんと保健師さんとの討議は参加者も多く、活発な意見交換がされており、とても有意義であった。		
	適切な進め方でした。		
	午前の2つとも2題合同の討議を行ったことは有効であった。参加者も多く、椅子を全く動かさず前を向いて発言したので、意見交換の雰囲気がこれまでのように和気あいあいという感じではなかった。関心の高いテーマであるため慣れている参加者が多かったためか意見は次々と出された。発言者が限定される傾向はあったように感じた。		
	前半、後半ともに、テーマの共通性が高かったため、2題合同討議は有効だったと思う。		
	活発な討議がされていました。2題合同での討議は有用であったと思います。		
	合同の討議であったが、立場の違う看護職からお互いに対して質問や意見が出て活発な意見交換が行われていた。現地の方が司会を務めていたが、教員のフォローもあり参加者の協力も得られていた。		
	参加者も多く、活発な討議だったように感じた。		
	合同討議ということで、昨年度よりも多くの参加者で討議ができ、いろいろな立場から意見が出てよかったと思う。しかし、昨年は椅子を輪にして話ができしたが、今年度は講義形式の席の配置での討議だったので若干緊張感が強まったように感じたが意見は出ていた。		
	特に気になったことはありません。適切な環境であったし、進め方もスムーズだったと思います。		
	合同討議はよかった。特に精神科の退院支援と地域生活支援は合同討議することで、施設と地域の情報交換ができ、実質的な連携につながるきっかけとなったのではないかと。		
午前 第2会場	2題合同の討議であったので、会場が広く、前方のポスターは全く見えなかった。討議は様々な立場から意見交換でき有意義であった。		
	合同討議では、互いの研究に関連する建設的な意見や新たな気づきが出てきていたので有効な方法だと思った。		
	合同討議としていたため大人数での討議となったが、参加者からは次々と発言があり、討議がしづらい雰囲気ではなかった。合同で討議することにより、視点が広がり内容が充実したと思う。		
	新任保健師の教育方法についての取り組みに興味深く聞きました。参加者がそれぞれ意見を述べられ、うまく運営されていると思いました。		
	一報告について、活発な意見交換がありました。		
	今回は、昨年よりも参加者も多く、複数施設の方からご意見を頂けて、共同研究者の現地看護職の方もよかったですとおっしゃっていました。意見交換をしたという満足感が得られたようで良かったです。事前に、院生の方で研究テーマが似ている方にも参加するように声をかけていたため、討議が深まったのも良かったです。		
	特に気になったことはありません。適切な環境であったし、進め方もスムーズだったと思います。		
	施設内だけではなく、近隣地域とも連携した退院調整に関する意見交換ができ有意義であった。		

午前 第2会場 (続き)	参加者が多く、討議も活発にすすめられてよかった
	討議では、発表内容に対する質問が出されていたり、自分の施設での工夫点が話されたりと活発に討論されていて良かったと思う。
	高齢者施設で行われているショートステイにがんの終末期の患者が入所されて疾病や看護について情報がなくて困っていることなど新しい課題が見つかり、がん患者の地域連携パスなどにすくい上げていく必要性に気づかされた。
	実際の取り組みの中で非常に努力されている内容で、大変興味深かったです。
	現地側発表者の発表が非常にわかりやすかった。また、討議においても、参加者と現地側共同研究者のやり取りが活発になされており、充実していたと感じた。
	「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向けて」の討議においては、利用者の情報共有に関する現状の課題や改善策について病院看護師と特養の看護師間で活発に討議されており、今後のケアの充実につながる効果的な討議の場となった。討議の課題の中で、地域での高齢者支援におけるケアマネージャーの働きに関する内容が多く含まれており、ケアマネージャーとして活動している方の参加も得られたら、より発展性のある討議が行えたのではないかなと思う。
	今年度はプログラムの組み方がよかったのか、各演題の討議時間にもバランスよく多くの方が参加しており有意義な討議になったと思う。 発表・討議ともにスムーズに進行されていた。
午前 第3会場	充実した討論ができました。
	パワーポイントによる報告、テーマごとの討論も充実しており良かった。
	討論は例年通りの2つのブースに分けて行いましたが、ホワイトボードを講義室の両側面に入れておけば、廊下まで出し入れせずに済むのかなと、思いました。
	予定の人数よりも多くの方が参加されており、椅子が6~7割程度埋まっていた。大体半数に分かれての活発な討論が行われ、時間も適当であると感じた。
	全体として活発に話し合いができて、よかったと考える。参加者がホワイトボードを入れる部分に集まることが多く、場所の設定に時間がかかったように感じたが、討論時間としては確保できたと思う。
	やはり、参加者が多いと討論が活発になるので、今回は参加施設が多く、有意義な討論となった。今後も討論会への参加と進めていきたいと思う。
	発表と討論の時間配分はよかったと思います。様々な職種・施設の参加者の方々と意見交流が出来たことも有意義だったと思います。 参加者が少なく討論にならなかった。目的を果たせず残念であった。 進行はスムーズで良かった。討論の時間は、やむを得ず指名して意見を求めるかたちになってしまう場面も多々あった。なかなか難しいが、もっと気楽に発言できる、情報交換の場になると良いのではないかな。 報告時間を厳守したことで討議時間が確保でき、活発な意見交換ができたと思います。いただいた意見を参考に来年度の研究に取り組んでいきたいと思っています。
午後 第1会場	合同討議で参加者が多く、発言できない方もいらしたのではないかなと思いました。
	テーマが共通するので合同討議にしたが、参加人数が多かったことと、席の配置が講義形式になっていたことで、お互いの所属・名前がわからず十分な意見交換ができなかった。司会する者にとっても、意見を述べてもらう際に指名しにくい配置であった。
	合同討議の際に一方向を向いて討議するより、円になるなどしたほうがさらに活発な討議につながるのではないかなと感じた。
	2題合同討議でしたが、多人数のため意見が出しにくい雰囲気がありました。多施設の方に参加して頂けたので、もっと質疑応答があればよかったかとも思いました。
	退院に関するテーマが4題続いたことで、討議の内容が深まったと感じた。 2題合同討論をし、それぞれ関連付けて考えることができ良かった。
午後 第2会場	現場の保健師さんの出席が少なく、なかなか意見交換が進まなかった。どのようにすれば活発な討論となるのか、今後の課題だと感じた。
	1つは合同での討議、1つは、わかれての討議であった。合同の討議は、参加者層としては合同がよかったと思うが、討議したいことがさまざまだったのもっと論点をまとめておくよよかったかもしれない。分かれての討議は、丸くなって行ったが、やはり、話しやすさという点では、わかれての討議がよかったと思う。
	各現場でどのように実施しているか情報交換ができた。さらに取り組みの課題をもうすこし掘り下げて討議できるとよかったのかもしれない。
	前半2題にかかわっており合同討議で進行を担当したが、進め方が難しかった。テーマの共通性が非常に高いというわけではないため、各研究者の討議したいことを一つずつ扱うようにしたが、十分に討議できなかったという印象だった。その一方、発表者以外には、地域の看護職の参加が少なかつたため、別々の討議だったらさらに参加者が分散してしまっていたと思う。どちらがよかったのか、評価が難しいと感じた。
	2テーマに分かれて討議した際、どうしても他のテーマで討議している声が聞こえてくるので気になった。 合同討議としていたため大人数での討議となったが、参加者からは次々と発言があり、討議がしばらく雰囲気ではなかった。合同で討議することにより、視点が広がり内容が充実したと思う。
	最後の部では討議参加者は少なめでしたが、その分具体的に話ができていてよかった。

午後 第3会場	討議時間が足りないほど、様々な質疑応答や意見交換ができ、それぞれ参加者の考え方が深まったと思いました。
	特に気になったことはありません。適切な環境であったし、進め方もスムーズだったと思います。
	県内の各施設における、病棟師長の育成に関して、現状を色々とうかがうことができとても参考になった。
	今回は例年になく討論時間が短く感じられた。参加者からの発言もあり、時間切れになった印象があった。
	講義室202では気にならなかったのですが、講義室105では討議の際、もう片方の話し声が気になりました。討議の際にもっと集まって話をするなど工夫が必要かと思いました。
	部屋の作りが原因なのかは分からないが、討論の時、もう一つの課題の討論の声が響いてしまし、自分たちの討論が聞きにくかった。
	グループ討議で、他のグループの声が大きくて、討議に差し障りがあった。
	発表・討議ともにスムーズに進行されていた。
	発表をされる先生が司会もされていて、とてもお忙しいそうだと感じましたが、そのような状況でもスムーズな進行をしていただけました。
	「糖尿病患者の看護支援方法に関する取組み」では、討議の参加者に対して、研究で活用している支援モデルをより分かり易く提示すると討議が促進したのではないかと。「在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討」についても同様で、討議の充実の為に、掲示用ポスターの工夫の必要性を感じた。
所属している施設の現状を踏まえ意見交換することによって、どのように取り組んでいったらよいのか参考になりました。	

### その他、希望や意見、改善点など

参加者の発言のなかで「先ほども発言しましたが」、「午前中も話題に出ましたが」という言葉が何度かありました。それぞれの会場でどのような討論がなされたのかを報告するようなまとめの場があると、討論内容を共有できるのではないかと思います。
抄録のお名前に○をつけるなどして、当日の発表者のお名前がわかると良いと思います。
研究交流促進部会の先生方のおかげで、報告、討論の進行が非常にスムーズだったと思いました。ありがとうございました。時間もきちんとご指摘いただいたため、尻切れトンボにもならず、各テーマごとに十分まとめることもできたため、よかったです。
共同研究メンバー以外の施設の看護職も見かけましたが、より多くの方に参加してほしいです。
現地看護職の方の報告も多くなり、討議でも積極的に質問や意見を述べたり、自施設の現状を熱心に語っておられた。討議終了後に互いに交流する時間も含めて、休憩時間が10分は必要かと思った。
折角、ホワイトボードへ掲示したが、プログラム進行上、参加者がボードを見る余裕がないように思う。特に、別会場の分はほとんど見られない。次年度に向け検討が必要かと思った。
来年度から共同研究の申請方法や様式が一部変更になることと、今後は共同研究の質を高めていく方向にシフトしていくことを考えると、今回のように2題の発表のあと分かれて討論の形をとるよりも1題ずつ最初から分かれ、発表の後にすぐ討論に入る形があってもよいのではないかと思います。もっともこの方法がとれるのは共同研究の数が少ない場合であって、今年度ように数が多い場合は無理であろう。
2題合同討議に参加していないので違いは分からないが、討論を行う毎に会場を作り替える時間をもったいないと思った。
討議の際のホワイトボードの移動等において参加の協力が得られ、例年以上に会の運営が円滑できた。前日の準備で、案内表示等細かく指示されており、準備し易かった。
ディスカッション後に、参加者が移動する中、中央に仕切りとして置いたホワイトボードの入れ替えをするのがやや大変であった。時間をもう少しほしいと思った。
報告と討論の会をきっかけに、新たな共同研究参加者(検討会参加者)を増やしていけるとよいのではないかと考えた。現在、参加している共同研究はいずれも限られた施設のメンバーとの共同研究であり、会をきっかけに地域・地区を超えた幅広い複数の施設のメンバーが加わることで視点が加わり、研究の発展につながるのではないかと。 →討議参加者に、次年度研究参加を募ってみてはどうか。
ホワイトボードの位置が計算されていたので、スムーズに出し入れができました。準備のときのことで、ホワイトボードに名前と記号と演題名を書いたのですが、書き損じた時に、消すものがなく、小さな紙でもあれば、テープで張るほうが簡易的かと感じました。
どうしても内輪の会(まるで打ち合わせの延長のような)になってしまうところが出てきてしまう。
特にありませんが、広報活動が必要だと思います。
2題に分かれて討論を始める時に、椅子やホワイトボードの移動を行いました。参加者の方が座っていると椅子の向きを変えられなかったり、まだ参加者の方が座っているところへホワイトボードを移動させることがスムーズに行えなかったため、2題分かれて討論する会場の椅子は、前後にもう少しスペースを空けてセッティングしておくとうよいと思いました。
2題合同での討議は、多くの参加者が集まり、いろいろな立場からの意見がでるのでよい。
討議の時間を十分にとること、参加者にできるだけ発言していただけるよう工夫していくことが必要だと思います。

## 平成 21 年度共同研究事業自己点検評価結果

## I. 目的

平成 21 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 21 年度に本学の共同研究事業として取り組んだ 28 件の研究について、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 28 件の共同研究の継続年数は、9 年目が 2 件、8 年目が 4 件、6 年目が 2 件、5 年目が 2 件、4 年目が 2 件、3 年目が 3 件、2 年目が 6 件、1 年目が 7 件である。

共同研究者の延べ数は、教員 146 人、看護職等の現地側共同研究者 222 人（84 施設）であった。そのうち、自己点検評価の回答があった教員は延べ 111 人（回答率 76.0%）、現地共同研究者は延べ 112 人（回答率 50.5%）であった。

### 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、平成 21 年度まで本学教授会の下部組織であった研究交流促進委員会が企画し実施した。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各自入力することとした。現地共同研究者については、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した。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した。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

教員の自己点検評価項目は、①学内の教員共同体制の状況及びその成果、②現地側の組織的な取り組み状況、③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、果たした役割、⑤共同研究の取り組みの教育活動への活用状況、⑥研究計画作成過程・研究実施段階における現地側との話し合い状況、⑦共同研究事業についての改善希望である。なお、教員が捉えている共同研究の成果は、平成 20 年度より報告書に記載することとしたため、自己点検評価項目からは省いた。

現地共同研究者の自己点検評価項目は、①共同研究への参加年数、②共同研究を実施してよかったこと（実践の改善・充実状況、実践の改善・充実につながる状況や認識の変化、その他のよかったこと）、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所属組織の了解状況・取り組み状況・成果の共有状況、⑥共同研究継続の希望である。

## 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、平成 22 年度に新設された看護研究センター運営委員会のもとに設置された研究交流促進部会が担当した。

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（看護研究センター）、藤澤まこと（地域基礎看護学領域）、布原佳奈（育成期看護学領域）、奥村美奈子、布施恵子（成熟期看護学領域）

## IV. 結果および今後の課題

### 1. 教員の自己点検評価

#### 1) 学内の教員共同体制の状況及びその成果

複数領域の教員による共同体制をとっている 15 件の研究では、互いの専門性を尊重しながら協働している現状と、その成果として各教員の専門性を研究に活かすことができること、他領域の教員の発言や姿勢から教員自身が学びを得ていること等が確認できた（表 1-1）。

また、複数領域体制はとっているが実際は 1 専門領域の教員の活動となっている研究が 2 件あった（表 1-2）。

複数領域体制をとっていない 7 件の研究からは、その理由として、教員間のスケジュール調整の困難さやテーマの設定によって他領域の教員の参加が得難いことが挙げられた（表 1-3）。

以上のように、複数領域体制で取り組む意義は明らかであるものの、調整の困難さがあることや実質的な共同体制となっていない現状が伺えた。本学の教員は 4 領域・1 センターへの配置であり、各領域とも複数の専門分野で構成されるため、一領域内の教員の共同体制であっても、多様な視点で現場

の課題解決に取り組むという趣旨に合う場合もある。これまで共同研究の要件のひとつとして複数領域体制を推奨してきているが、現実に即して再考の必要がある。

## 2) 現地側の組織的な取り組み状況

実践改善に向けた組織的な取り組みになっているという記載は 58 件、組織的取り組みに至っていない・不明という記載は 10 件であった。

組織的な取り組み状況として、看護管理者や多職種の参加が得られ組織的な活動となっていることや、部署・組織の課題として取り組まれていることが挙げられた。また、活動が定着してきた、検討の成果が実践に活かされている、共同研究メンバー以外の参加が得られている等、活動の拡大や定着を示す内容などが確認できた(表 2-1)。

組織的な取り組みに至っていない研究の実施期間はすべて 3 年未満であり、スタッフまでの共有が十分図られておらず組織的取り組みとなっていないことや、所属長の了解状況が明確でない等の記載があった(表 2-2)。

記載内容の 8 割以上が組織的取り組みになっているとするものであり、組織全体や所属部署での看護実践改善の動きが進展していることが伺えた。取り組み年数が浅いものでは、まだ組織的取り組みに至っていないものもあるため、これらについては、実践の改善につなげるために必要な組織的取り組みとなるよう、共同研究者間での検討が必要である。

## 3) 組織内での成果の共有状況

組織内での成果の共有ができていない内容を示す記載は 57 件、成果の共有ができるまでに至っていない・不明の内容を示す記載は 11 件であった。成果の共有ができていない内容としては、「共同研究報告と討論の会」への参加や報告書などを通じて組織内での共有を図っている、検討会等での検討結果や研究成果を実践に活用することを通じて共有している、検討会やワークショップによって共有している等が挙げられた(表 3-1)。

成果の共有ができるまでに至っていない・不明としたものは、前述の組織的な取り組み状況と同様に、その実施期間はすべて 3 年未満であった。その記載内容は、共有する範囲がまだ限られていることや、病棟内での共有は確認できているが、病院全体での共有は十分把握できていないというものであった(表 3-2)。

組織内での共同研究の成果の共有は、組織的取り組みとするためにも必要である。まだ組織内で成果の共有ができていない研究では、共同研究の情報や成果をいかに組織内で効果的に発信するかを検討し、共有を図ることを積み重ねる中で組織の理解・協力を得ることが必要であり、そのことが組織的取り組みにもつながると考えられる。

## 4) 現地看護職の主体的な参画状況、果たした役割

教員が現地看護職に期待した役割は、「共同研究報告と討論の会」での発表や抄録・報告書作成をともに行うこと、検討会への積極的な参加、現地での取り組みの主体的な実施・推進等であった(表 4-1)。

現地看護職が果たした役割としては、共同研究報告と討論の会での発表、抄録・報告書作成を行うことや、取り組みを主体的に実施・推進すること、事例検討会での事例の提示や意見交換への参加などが多く挙げられた。また、調査の実施・分析に基づく取り組みや、研修会の企画、報告会等の準備・発表等も主体的に実施されており、教員が現地看護職に期待した役割は果たされたといえる(表 4-2)。

## 5) 共同研究の取り組みの教育活動への活用状況

共同研究の取り組みが教育活動に活かされたことが「あり」と回答した者は 79 人、「なし」と回答した者は 27 人であった。教育活動に活かされた内容は 122 件挙げられ、教育内容ごとに表 5-1~5-6 に示した。

講義への活用は 25 件であり、講義の中で取り組み事例として紹介した、共同研究で得られた結果を講義の教材として活用したなどがあった。領域別実習への活用は 34 件であり、現場の現状や取り組みを紹介した、共同研究の結果が実習指導に活かされたなどがあった。卒業研究への活用は 16 件であり、共同研究の取り組みを紹介した、共同研究の取り組みを学生の指導に活かされたなどがあった。大学院教育への活用は 19 件であり、取り組み事例として授業に活用できた、研究指導に参考になったなどがあった。卒業者支援への活用は 14 件あり、卒業者の学修支援に役立った、共同研究を通して卒業者の支援を行ったなどがあった。

共同研究の成果や、共同研究における看護実践現場の改革に向けた取り組み自体が、学士課程教育や大学院教育、生涯学習支援まで大いに活用できているといえる。

## 6) 研究計画作成過程・研究実施段階における現地側との話し合い状況

研究計画作成過程における現地側との話し合い状況は、「十分に話し合えた」が 76 人(62.8%)、「十分に話し合えなかった」が 20 人(16.5%)であった。「十分に話し合えた」と回答した者の配慮・工夫したこととしては、現地側の都合に合うように話し合いの日程調整をしたことや、現地の共同研究者の考えを重視した、多忙な現場の状況への配慮や現実的にできそうなことを提案したなどが挙げられた。

次いで、研究実施段階における現地側との話し合い状況は、「十分に話し合えた」が68人(61.3%)、「十分に話し合えなかった」が18人(16.2%)であった。「十分に話し合えた」と回答した者は、FAX・電話・Eメールを活用して連絡・意見交換を行うとともに、あらゆる機会を活用して話し合う場をつくるようにしていた。また、「十分に話し合えなかった」と回答した者も、現地での打ち合わせの実施や研究代表者を通じた情報共有や進捗状況の把握に努めていた(表6-1~6-6)。

### 7) 共同研究事業についての改善希望

「共同研究報告と討論の会」における報告・討論の方法に関する改善の希望が1件あった(表7)。研究課題によっては他の課題と一緒に討論した方が相互にとって効果的であり、参加者にとってもメリットがあると考え、平成22年度の「共同研究報告と討論の会」から、研究課題に応じて合同討議となるようにプログラムを改善した。

## 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

自己点検評価への回答者112人の共同研究参加年数は、1年目が48人、2年目が19人、3年目が13人、4年目が6人、5年目が5人、6年目が3人、7年目が1人、8年目が2人、9年目が1人、記載なしが14人であった。

### 2) 共同研究を実施してよかったこと

#### ①実践の改善・充実状況

112人中79人(70.1%)から116件の回答があり、「具体的な実践の改善・充実があった」、「実践の改善・充実につながるシステム・サポート体制ができた、改善された」内容として、行動レベル、実績として残るような改善・充実が多く挙げられた(表8-1)。前年度のこの項目への回答の中には、認識の深まりや意識の変化が多く含まれていたことから、平成21年度より、実践の改善・充実につながる前段階の状況や認識の変化については別の質問項目とした経緯がある。その結果、まだ認識の変化等が含まれたが、具体的に改善した内容が多く記載されるようになったと思われる。

#### ②実践の改善・充実につながる状況や認識の変化

112人中88人(78.6%)から102件の回答があり、その内容は「意識が向上した」、「課題が明らかになり、改善への行動に結びつく」、「現状と課題がわかった」等であった。①と重複した回答も見られた(表8-2)。

#### ③その他のよかったこと

112人中79人(70.1%)から105件の回答があり、「他施設・他部署・他職種との情報交換、意見交換、交流ができた」が53件と最も多く挙げられた(表8-3)。前年度は「大学教員からのサポート」(22件)に次いで多く(21件)挙げられた項目であるが、平成21年度は前年度の2倍以上となっており、自施設内だけでなく、他施設・他部署・他職種とのつながりがもてたことや、そのことによる学びが高く評価されたと考えられる。

### 3) 共同研究の方法や進め方の改善希望

改善が必要と思うこととして具体的な記入があったのは38件であった。その内容を見てみると、「研究の方向性や進め方の教員からの提示」を求める意見が6件あったが、そのうち4件は共同研究1年目からの意見であった。また、「他施設や他職種の参加を促し、さらなる意見交換の機会を設ける」との意見がある一方で「参加施設の増加に伴う討議時間の短縮への対処」を求める意見もあり、研究内容にもよるが、共同研究施設を増やすことの意味や目的を研究者間で十分話し合いながら進めていく必要があると考えられる(表9)。

### 4) 共同研究の主旨・目的や計画についての了解状況

研究の主旨・目的や計画を了解して参加できたかについては、「はい」が112人中101人(90.2%)であり、ほぼ了解して参加できていた。一方、「いいえ」は6件、無記入が5件であった。「いいえ」と答えた者のうち5名が理由を記載していた(表10)。自分自身の認識不足を理由とした2名は参加1年目であった。参加年数は記載なしであったが、「参加の了解を問われたのみで参加した」とした共同研究者もいた。「共同研究のあり方を完全に理解していない」と記載した参加3年目の共同研究者もあり、共同研究の主旨・目的や計画の認識を共同研究者間で一致させて進めていくことを強化する必要があると考えられる。

### 5) 所属組織の了解状況・取り組み状況・成果の共有状況

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了解や協力を得て、組織的な取り組みとなることを目指している。しかし平成21年度は少数ながら、個人的な参加、個人の資質向上のための参加であると位置づけている人があり、すべての施設で組織的了解を得るには至っていなかった。組織的了解を得ているものは、医療機関では、看護部長に了解を得ているものが多く、行政では施設長や直属上司に了解を得ているものが多いなど、施設の種別別に特徴が見られた。複数の立場の人に了解を得ているものも多くあり、組織内で共同研究の取り組みを推

進するために各施設の状況に応じて工夫されていることが伺える（表 11-1）。

組織内の支援・協力は 112 人中 89 人(79%)が「支援・協力あり」と回答した。その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・協力的なしの理由の記載からは、特に支援・協力が必要でなかったことが伺えるが、全員が理由を記載しているわけではないので、必要な支援・協力を得ることに困難な状況がないか、今後ともみていく必要がある（表 11-2）。

組織内での経過や成果の共有は 112 人中 101 人(90%)が「共有あり」と回答した。「共有なし」と回答した者は参加年数 1～2 年が多く、組織内の支援・協力も得ることができていない状況でもあったため、組織的な取り組みにしていくための方策を共同研究者間で検討し改善の必要がある（表 11-3）。

## 6) 共同研究継続の希望

「現在の共同研究課題を継続したい」と回答したのは 54 人（48.2%）であり、現在の共同研究の中で取り組んでみたい課題は 12 件挙げられた。その内容は、在宅療養支援に関するもの、現任教育の充実に関するもの、共同研究による実践の改善への評価に関するもの等であった（表 12-1）。「新たな共同研究課題に取り組みたい」と回答したのは 9 人（8.0%）であり、取り組んでみたい課題は 8 件挙げられた。その内容は、介護予防や認知症患者家族への支援、高齢者ケア施設での看取りなどであった（表 12-2）。

次年度の共同研究への参加を希望しない者は 9 人（8.0%）で、その理由は、職場で多くの役割や業務を抱え「実際に参加する余裕がないため」や「他の研究に取り組むため」など、多くが時間のなさを訴えるものであった。「共同研究に参加しても変化がみられないため」という理由が 1 件ではあるが挙げられ、共同研究に取り組むことの意義が理解されないままの状態であることが危惧された（表 12-3）。

## 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、多様な視点で共同研究の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。

共同研究の取り組みの成果としては、現場の看護実践の改善・充実や改善・充実に通じる看護職等の認識面の変化があったことや、現地看護職等の主体的な参画が顕著となっており、共同研究が看護職の方々の生涯学習の機会となっていること、さらに教員にとっては、教育に十分活用できていることが確認できた。

一方、それぞれのメンバーが多忙を極める中での活動であるため、共同研究への取り組み時間の確保やメンバー間での調整の困難さ、意思疎通不足等が課題とされた。また、共同研究による実践改善への取り組みに対する組織内での認識や協力を得ることが困難である状況が一部に見られたことは、実践の改革を推進するにあたっての大きな課題であると捉えられる。これらの改善が必要な点については、大学・現地側とで検討・工夫を重ね、次年度以降の改善につなげたい。

本学では、共同研究事業を看護学教育の基盤づくりとして位置付け、平成 12 年度の開学と同時に取り組み始めており、平成 21 年度は開始から 10 年という節目の年でもあった。研究活動・教育活動の充実という両側面から、さらなる共同研究の取り組みの発展を導くために、学内でも教員間で議論を重ねているところである。この自己点検評価結果も参考に、検討を続けていきたい。

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致します。

## 平成21年度 共同研究自己点検評価(教員)

表1-1 学内の教員共同体制の状況及びその成果:複数領域の共同体制をとっている 41件(15研究)

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
教員の専門性を活かし、異なった視点で検討をすることができた(13)	9年(5)	異なる視点での検討につながっている。研究課題に関心をもつ看護職者への新たな参加呼びかけが可能となっている(学内・学外含めて)。
	8年(2)	互いの領域の特徴を活かした検討ができています。
	6年(2)	違った視点で学ぶべきところが多くある。
	2年(1)	学内担当教員での検討会ももち、スムーズな研究の進行に努めている。複数領域が関わることで検討する点の広がり、内容の充実に繋がっている。
	1年(3)	他領域の教員にも研究の進行状況について周知し、共同研究者との話し合いに参加していただいたことで、看護管理など違う視点からの意見をいただくことができた。
複数領域との共同体制は取れている(12)	4年(2) 3年(6) 2年(4)	複数領域の共同体制は取れている
協働して研究に取り組むことができた(5)	2年(1) 1年(4)	役割分担を明確にし、協働して実施することができた。 意見交換を行い協力できた。
現地看護職との連絡調整役や検討会等への参加を得た(4)	6年(4)	話し合いやワークショップの参加。現地看護職との連絡など。 学内での話し合いやワークショップへの参加。現地看護職との連絡調整など。
お互いを尊重し研究を進めることができた(2)	1年(2)	お互いの専門性を尊重し進めることができた 研究の目的を確認しつつ、お互いを尊重しながら進めることができた。
現地の状況を熟知している教員がメンバーになっているため、取り組みを進める上でメリットが大きかった(2)	1年(2)	共同研究者の所属する施設の(元)管理者でありよく現場の状況をご存じであるので、参加していただくことは、現地と教員、両者にとってもメリットが大きかったのではないかと。 現地の状況について理解ができていたので、現地看護職の立場を踏まえた意見が言えたので良かった。
他領域の教員との意見交換によって自分自身の視野が広がる(1)	2年(1)	複数領域体制を取っている。他領域の教員と意見交換することで自分自身の視野が広がる。
他領域の教員の対象を尊重する姿勢によって自由な意見交換ができた(1)	4年(1)	地域基礎看護学領域の先生方が現地看護職の主体性を尊重し、指導助言する姿勢を見ることで、自由な意見交換ができた。
メンバーが直接参加することの困難さをカバーするため、学内メールを活用した相談体制をとっている(1)	8年(1)	現地施設看護職も日常業務に追われ、共同研究の時間を確保が難しく日程が急ぎよ入るため、共同研究者で日程を調整することが難しい。しかし、進捗状況や意見など学内メール等を通じて学内教員と相談体制をとっている。

表1-2 学内の教員共同体制の状況及びその成果:複数領域の共同体制であるが実質的には1領域体制 6件(2研究)

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
形式的には複数体制であるが、実質同じ分野の教員で取り組んでいる(5)	4年(3)	センター教員と取り組んでいるが、参加者は高齢者看護担当教員である。
	2年(2)	昨年開始した際に現地の共同研究者より成熟期看護学講座の教員の希望があったため。
実質同じ分野の教員で取り組んでいるが、他分野の教員の参加もあるとよい(1)	4年(1)	研究テーマが特養であるため、高齢者看護担当教員のみで行っているが、地域・在宅との連携も求められているため、その分野専門の教員もいると思う。

表1-3 学内の教員共同体制の状況及びその成果:複数領域の共同体制をとっていない 15件(7研究)

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
テーマの関心度と教員のスケジュールにより可能なメンバーが参加した(9)	5年(2)	複数領域体制ではない。テーマの関心度と教員のスケジュールにより可能なメンバーが参加した。
	3年(2)	
	2年(3)	
	1年(2)	
スケジュールが組みやすいため(3)	3年(1)	複数領域の共同体制ではない。現地とのスケジュール調整を行ないやすい同一領域内での活動となった。
	2年(1)	複数領域体制ではない。日程調整などがしやすい同一領域の教員で行った。しかし、ターミナル事例の検討において、他領域(とくに身体的アセスメントにおける助言を得る目的として成熟期領域)の協力が得られると良いと感じることがあった。
	1年(1)	
他からの参加が得られなかった(1)	2年(1)	複数領域体制ではない。一部の教員に呼びかけたが参加が得られなかった。
複数体制ではないが、専門が異なる教員が参加している(1)	2年(1)	所属領域が以前実施した過疎地域実践事業から合点したものであるため複数領域ではない。同じ領域であるが、専門がことなる教員が参加している。
PRが不足しているのかもしれない(1)	8年(1)	途中で引き継いだので不明であるが、PRが不足しているのかもしれない。

表2-1 現地側の組織的な取り組みの状況:組織的な取り組みになっている 58件

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
看護部メンバー・看護管理者が共同研究者になったり、取り組みに参加協力することで組織的な取り組みとなっている(10)	8年(3) 6年(1) 5年(2) 2年(4)	年度初めに、各病院の看護管理者と1年間の方針を話し合う時間を設けた。また、看護管理者が検討会へ参加されることもあった。年度末には、看護管理者と今年度の振り返りと来年度の検討を行う予定である。このように看護管理者の参加があることで、組織的に取り組むことができていると考える。 共同研究者として、看護部教育担当副部長、病棟師長が参加しており、現在の看護部、病棟の教育内容と照し評価することはできた。
共同研究メンバー以外の看護職が検討会やワークショップに参加している(7)	8年(1) 6年(2) 2年(4)	共同研究メンバー以外の看護職にも本研究の取り組みを報告し、研究協力者として参加している。 現地側は組織的に取り組んでおられ、院長、看護部の了解が得られている。共同研究者以外の病院看護職者の参加もあった。
看護管理者だけでなく、医師や多職種の理解・協力・参加が得られ、組織全体の取り組みとなっている(6)	1年(6)	病棟師長や医師の理解、協力も得られており、病棟全体として組織的に取り組んでいる。 共同研究者に看護部、各病棟師長、地域連携室師長、医療ソーシャルワーカーが参加し、病院全体での取り組みとなった。
施設長の了承と協力があることで、組織的な取り組みとなっている(4)	3年(3) 1年(1)	診療所長との了承と協力あり。外来看護師全員の参加であり組織的取り組みとなっている。 施設長もこの研究に大変期待しており、現地共同研究者も研究を進める上で何の支障もなかった。
現地側共同研究者の所属部署の活動として取り組んでいる(4)	6年(1) 5年(1) 2年(2)	現地側共同研究者の所属部署ともに、組織として了解し取り組んでいる。 病院としてもこの課題に取り組んでいることもあり現地側の組織的な理解協力を得ている。
検討会の結果を各職場で共有し、次の検討会に活かすという循環ができている(3)	9年(3)	組織的取り組みになっている。特に今年度は、研究会での検討内容を自職場で話し合い、次の検討に活かすということが行われている。 本取り組みをもとに職場で話し合い、さらにその結果を共同研究者間で話し合うという循環ができているように思われる。
現地側共同研究者が組織でのリーダー的役割を担っていることから、活動成果を組織に取り組みに取り入れ、組織的な取り組みになっている(3)	4年(3)	共同研究者は、県内でもリーダー的な役割を担い、また施設内においてもトップマネージャーとしての役割を担っているため、組織的な取り組みとなっている。 現地側共同研究者は組織内で他の職員に指示を与えたり指導したりする立場にあるため、検討会での検討内容を組織の取り組みに取り入れて実践している。
委員会の活動と連動し、病院全体に取り組みが拡大している(3)	4年(3)	病院運営に直結する課題であり、院長・看護部長の了解の下、共同研究者である退院調整看護師だけでなく、看護部継続看護推進委員会活動と連動させて、全病棟を対象に取り組み課題を提示し実践・検討が進められた。
県の人材育成担当者と協働している(3)	3年(3)	人材育成の責任者・担当者と実施している。
実践の改善に取り組むことができた(3)	1年(3)	実践改善に向け取り組むことができた。
組織的取り組みになっている(2)	9年(1) 4年(1)	組織的取り組みになっている。
検討した支援方法を事例に取り入れている(2)	8年(2)	検討した支援方法を事例に適応する。
取り組み内容が組織の看護管理に活かされている(1)	9年(1)	本取り組みが看護部のバランススコアカードの指標ともなり、組織的課題として位置づけられている。
継続した取り組みの結果、地域との良い関係性ができている(1)	6年(1)	現地側は組織的に取り組み、院長、看護部の了解が得られている。継続してきたことで地域との良い関係性ができていることは今後の発展への強みである。
管理者と現地メンバーとの連携がもたれている(1)	6年(1)	各施設においては、管理者と研究実行メンバー間の連携はもたれている。
ワークショップなどが活動が定着し、部署内での共有も図れている(1)	6年(1)	現地側は組織的に取り組んでおられる。また、ワークショップなども年々定着しており、部署内での共有も図れている。
研究を進め実行委員会も2年目となり機能している(1)	6年(1)	各病院で組織的取り組みとなっていると思う。研究を進める実行委員会も2年目になり機能している。
現地看護職より年度計画の提案があり、活動が根付いていると思われる(1)	3年(1)	現地側看護職を通じて、検討会等の結果や活動の状況が看護部に報告されている。活動の結果が組織全体の変革にまでは至っていないが、現地側看護職より次年度の活動の提案がなされるなど、活動が根付いて来ていると思われる。
関連部署との連携がある(1)	3年(1)	病院全体とまではいかないが、関連部署とのつながりはあった。
報告書を通じて、県内の医療機関の実践改善に寄与する(1)	1年(1)	岐阜県の退院調整・地域連携推進事業研修の成果を報告書にまとめる事で、県内の医療機関の退院支援の実践改革に寄与できると考える。

表2-2 現地側の組織的な取り組みの状況:組織的な取り組みに至っていない・不明 10件

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
師長や主任の参加は得ているが、スタッフまでの共有は十分に図れておらず、組織的取り組みになっていない(8)	2年(6) 1年(2)	看護師長、各部署主任の参加があった。病院長の了解は得ているが、スタッフの参加はなく、組織的とは言いがたい。 看護部長のニーズで始まった研究であり、組織のトップの理解は得られているが、スタッフの参加は限られた。
所属長の了解状況が明確でない(1)	3年(1)	当該課の担当として実施している。課長への説明がどれだけ行われているかは不明。
組織の了解は得ているが、組織的な活動にはなっていない(1)	1年(1)	複数施設がかかわっており、各施設で了解を得て実施しているが、各施設の組織的取り組みとなっているとはいえない。研究内容もそこまで至っていない。

**表3-1 組織内での成果の共有状況：成果の共有ができている 57件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
「共同研究報告と討論の会」の参加や報告書で成果を共有している(10)	6年(6) 1年(4)	討論の会への参加、共同研究報告書にて共有している。 報告書の作成によって、共有できている。
検討会での内容や成果を職場で共有し、実践に活用している(8)	9年(4) 5年(1) 4年(1) 2年(2)	成果はスタッフ、病棟管理者、看護部それぞれの立場から課題に関わっている様子がうかがえ、実践レベルで成果が共有されていると感じられる。 組織のリーダー的役割を担っている参加者が多く、また、現場で抱えている課題を検討する取り組みをしているため、得られた成果は現場でのケアに反映されている。
組織内で成果の報告をし共有を図っている(6)	8年(1) 2年(4) 1年(1)	施設内でも報告を行い、共有している。 施設内で今回の取り組みの結果を共有し、次の改善につなげるようにしている。
検討した支援結果を部署にフィードバックし、その成果を検討会に報告する循環ができています(5)	8年(2) 4年(3)	検討会で検討した支援の結果を、次の検討会で報告できるように、検討した支援に関するかかわりが組織内で活用している看護記録に残されている。 事例検討会で検討した支援を実施した結果を次の検討会にフィードバックし、その成果を組織内でも共有している。
組織内での検討会等に共同研究者以外の看護職の参加を得て共有が図れた(5)	4年(3) 2年(2)	院内で事例検討会を開催し、退院支援システムを活用して、退院支援に取り組んだ事例の支援内容が共有できた。それにより、退院支援システムを活用した退院支援の理解につながった。 共同研究者でないスタッフも、事例検討や報告会に参加してくれている。
担当者と企画監の間で成果を共有している(3)	3年(3)	担当者と企画監の間では成果を共有している。
成果は共有されていると思われる(3)	3年(3)	診療所全体での取り組みとなっているので、成果は共有されていると思われる。
研究者間での共有はできて(2)	8年(2)	研究者間での成果共有ができています。
病院全体で成果を共有している(2)	5年(2)	病棟全体で取り組み内容の共有をしている。
関連部署との共有はできた(2)	3年(2)	関連部署との共有。共同研究発表と討論の会に看護部および所属施設看護職の出席を得て、その場での意見交換・結果の共有ができた。
課題を共有し、実践の改善を行った(2)	1年(2)	課題を共有し、実践の改善を行った。
研究の進行に沿って、実践の改善に繋がる活動が行われており、成果が共有されている(2)	1年(2)	研究の進捗状況を病棟の連絡会議などで報告し、ガイドライン作成して、病棟全体で試行段階に移れるよう、準備中されているので、十分共有されていると思われる。
共同研究の成果が組織の目標等に反映されている(1)	9年(1)	前年度の成果は新年度の看護部の目標設定等に反映されている。また年度末に作成している資料集の配布を含め組織内での成果の共有が行われている。
進捗状況を看護部会議で報告されている(1)	8年(1)	研究の進行状況について、看護部の会議等で報告されている。
所長を通じてスタッフへの成果の共有を図っていた(1)	2年(1)	ステーション所長がスタッフに対して共有し、組織的に取り組まれていると思われる。
ワークショップを通じて研修修了者間で成果を共有し、検討できた(1)	1年(1)	質問紙調査により、研修の成果や研修後捉えている退院支援の課題を明確にした。ワークショップを開催して、研修の成果や明確になった課題を研修修了者間で共有し、検討することができた。
教員の思いの共有ができ、健康問題に対する学校全体の意識を高めることになった(1)	1年(1)	現場の教員の思いを共有することができたため、課題解決に向けての取り組みの成果は大きかった。また、その成果が、健康問題に対する学校全体の意識を高めることにもなった。
現地側が成果を今後の教育活動に十分生かしていきたいという思いが強い(1)	1年(1)	本研究の成果について、現地側は今後の教育活動に十分生かしていきたいという思いが強い。
多角的な視点で、課題の共有ができた(1)	1年(1)	検討した内容を、マネジメントとしてシステムの運用、病棟スタッフへのかかわりなど多角的な視点で、課題の共有ができた。

**表3-2 組織内での成果の共有状況：成果の共有ができるまでに至っていない・不明 11件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
看護師長、主任等の参加はあるが、スタッフまでの共有が十分図れず組織的とはいえない(3)	2年(3)	看護師長、主任の参加があった。スタッフまでの共有が図れず、組織的とまでは言えない。
組織全体での共有は十分把握できていない(3)	6年(2) 2年(1)	共同研究メンバーの所属する病棟では、共有が出来ているようだが、病院全体での共有がどのように、どの程度実施されているかは把握できていない。
共同研究者間での共有に留まっている(2)	2年(2)	共同研究者間での共有にとどまっている。
参加メンバーが限られており、組織的には至っていない(2)	1年(2)	病棟師長の理解・協力が得られているがスタッフが2名のみの参加で組織的までには至らなかった。
問題意識は共有できるが、改善に向けた組織的動きに向けた共有には至っていない(1)	2年(1)	施設内で全体で問題意識は共有できるが、個人個人の改善(看護の振り返る)に向けた動きであり、全体までにはいたっていない。

**表4-1 現地看護職の主体的な参画状況:現地看護職に期待した役割 99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
共同研究報告と討論の会での発表、抄録・報告書作成を共に行う(26)	共同研究報告と討論の会での発表・討議の促進・抄録・報告書作成(9)	4年(4) 2年(3) 記載なし(2)	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
	共同研究報告と討論の会での発表、抄録・報告書作成を共に行う(26)	8年(1) 2年(5) 1年(2)	討論の会での発表と討議への参加 報告会での報告と議論
	共同研究報告と討論の会での発表・抄録・報告書作成(7)	5年(2) 2年(1) 1年(4)	討論の会での発表や、抄録や報告書の作成を一緒に行うこと 抄録、発表スライドの作成の協力、討論の会での発表
	抄録・報告書作成(2)	8年(2)	抄録・報告書のまとめへの参加
現地での取り組みを主体的に実施・推進する(22)		8年(6) 6年(2) 5年(2) 4年(3) 2年(3) 1年(6)	調査等で明らかになったニーズを共有し、現地側が主体的に取り組むこと 研究実施にあたり、現状分析では、ありのままを受け入れ、現地看護職員が各部署の実情に応じて、主体的に取り組めるよう教育的サポートをすること 紙面調査・グループインタビューの分析をもとに、現地の現状と課題を見出し、それに応じたケアガイドラインを主体的に作成すること
	現場の実践状況・課題に基づいて意見交換する(6)	9年(2) 3年(2) 2年(2)	現場の実践状況や課題について話し合いへの参加 検討会での意見交換、検討会内容を受けての実践
検討会に積極的に参加する(17)	検討会に参加する(5)	3年(3) 1年(2)	検討会への参加
	目的を持って共に検討する(3)	3年(2) 1年(1)	新任期の到達目標を作成するために、共に検討すること
	検討会に積極的に参画する(3)	2年(3)	検討会への積極的な参画
	事例を提示し事例検討に参加する(12)	8年(2) 4年(4) 2年(6)	事例の提供、事例検討会の準備 事例提供、討議の主体的参加
研究過程全てに主体的に参加する(8)		9年(2) 8年(1) 5年(1) 4年(1) 3年(1) 1年(1) 記載なし(1)	研究計画の検討、研修の運営、データの分析、資料の整理・まとめ、共同研究報告と討論の会での報告および報告書作成 活動の計画・報告・まとめ全般にわたり主体的に取り組むこと 研究課題の検討会、報告会など活動全般における主体的参加
	実践上の課題を提示しデータ収集・整理する(4)	3年(4)	実践上で課題と感じていることの提示、データ収集と整理
	質問項目の精選と共同研究報告と討論の会での討議のファシリテーター(3)	8年(3)	質問項目の精選(内容的妥当性の確保)、共同研究報告と討論の会での討議のファシリテーター
	ワークショップに参加し現状・課題や取り組みを発表する(3)	6年(3)	現地および、本学でのワークショップへの参加と、現状報告と取り組みの発表など
研究結果に基づき現任教育を改善する(2)	2年(2)	共同研究結果に基づき、現任教育を改善すること	
看護部等に研究結果を報告する(1)	3年(1)	看護部等へ結果報告	
研究結果の分析(1)	1年(1)	日頃の生徒との対応について倫理的配慮を十分行いながら分析すること	

**表4-2 現地看護職の主体的な参画状況:現地看護職が果たした役割 83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
共同研究報告と討論の会での発表、抄録・報告書作成を行った(19)	共同研究報告と討論の会での発表・討議の促進・抄録・報告書作成を行った(9)	4年(1) 2年(4) 1年(1) 記載なし(3)	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
	共同研究報告と討論の会での発表、抄録・報告書作成を共に行った(19)	2年(4)	討論の会での発表と討議への参加
	共同研究報告と討論の会での発表・抄録・報告書作成を教員と共に行った(3)	1年(3)	討論の会での発表を担当し、抄録や報告書の作成も教員と一緒にしている
	共同研究報告と討論の会での討議を進行した(2)	3年(2)	報告会での意見交換の進行
	共同研究報告と討論の会での発表と報告書作成を行った(1)	2年(1)	報告書作成と発表
取り組みの主体的実施・推進ができた(11)	地域特性、対象者の特性に応じた取り組みができた(6)	8年(6)	それぞれの地域の特色、ニーズを基に多胎児支援に取り組まれていた。多胎児教室の事業化やサークル結成などがされた。 (A市)地域が一丸となり、サークルの協力も得て、積極的に取り組んでいる。 (B市)多胎児家族のニーズであったサークル結成に向け取り組まれていた。 (C病院)当事者との連携をはかり多胎育児についての支援を病棟で行うことになった。
	状況にあわせた取り組みができた(4)	5年(1) 2年(3)	各市の状況にあわせて活動を進めた。
	取り組みの推進ができた(1)	4年(1)	退院調整看護師が担当制をとり各病棟に入って取り組みの支援や、ともに退院支援を行うことによる教育を行った。

事例を提示し事例検討に参加した(11)	8年(2) 4年(4) 2年(5)	事例検討の実施:事例資料の記載、検討会への参加 事例の提示、検討会での発言
研究過程すべてに主体的に取り組めた(8)	9年(2) 3年(2) 2年(1) 1年(1) 記載なし(2)	現状を踏まえた取り組みの課題の設定。取り組みの実施、評価、報告における主体的な参加。 研究実施にあたり、現状分析では、ありのままを受け入れ、現地看護職員が各部署の実情に応じて、主体的に取り組めるよう教育的サポートをすること。研究過程すべてに主体的に参加すること。
検討会で意見交換ができた(6)	9年(2) 3年(1) 1年(3)	検討会における現場の実践状況や課題について話し合いの参加し、活発な意見交換ができた。 検討会での意見交換、検討会内容を受けての実践
調査の実施・分析に基づく取り組みを主体的に行った(5)	1年(5)	紙面調査の実施、紙面調査とグループインタビューの分析、分析をもとにしたガイドライン作成への取り組みを主体的に行う。
研修会の企画、報告会等の準備・発表も主体的に行えた(4)	6年(3) 5年(1)	実行委員会方式で研究会を実施し、共同研究メンバー以外の関連職種の研究会への参加の企画など主体的に進めた。共同研究報告と討論の会の準備も主体的、計画的に進めた。
質問項目を精選できた(3)	8年(3)	質問項目の精選(内容の妥当性の確保)
ワークショップへに参加し現状・課題や取り組みを発表した(3)	6年(3)	現地および、本学でのワークショップへの参加と、現状報告と取り組みの発表など。
期待したとおりに役割を果たした(2)	8年(1) 1年(1)	期待したとおりに役割を果たしていただいた。
病棟看護師に説明しデータを収集した(2)	5年(2)	データ収集、病棟看護師への説明、抄録、発表スライドの作成の協力、討論の会での発表
実践上の課題を提示しデータ収集・整理する(2)	3年(2)	取り組みたい課題の設定、データ収集と整理、検討会への参加
調査実施時に対象者と教員と調整してくれた(2)	3年(2)	新任期の到達目標を作成するために、共に検討すること。調査実施にあたり、対象者と教員とのつなぎをしてくれた。
現場での取り組みの整理と評価ができた(2)	2年(2)	現場での取り組みの経過の整理と評価
実践上の課題を提示してもらえた(1)	3年(1)	現場の実践状況について話し合いの場で課題を提示していただいた。
効果的な対応の根拠を明確にした(1)	1年(1)	日頃の効果的な来室者への対応についてその根拠を明確にする
看護部等へ結果報告ができた(1)	記載なし(1)	看護部等へ結果報告

**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 25件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
講義の中で取り組み事例として紹介した(10)	8年(3) 6年(1) 2年(3) 1年(3)	育成期方法2や助産学概論で看護実践の事例として紹介した。 養護教諭の役割として、本取り組みの保健指導の内容を説明した。 保健室の機能と養護教諭の役割について具体例に話をすることができる。
共同研究で得られた結果を講義の教材として活用した(8)	5年(2) 3年(1) 2年(5)	共同研究で得られた結果を授業で活用することができた。 22年度に計画している演習の資料作成に共同研究の取り組みを参考にした。
共同研究で得られた結果が講義内容の参考になった(6)	9年(1) 8年(2) 6年(1) 4年(1) 1年(1)	本研究に付随して実施した岐阜県における精神障害者の地域生活支援体制に関する資料調査結果を、講義内容の参考にした。 精神科看護の現状と課題について教授する際、岐阜県の現場の現状が参考となる。
共同研究者に授業協力者として活動を紹介してもらった(1)	9年(1)	授業協力者として、成熟期看護方法2において活動を紹介してもらい、学生との意見交換を行った。

**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 34件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
現場の現状や取り組みを紹介した(23)	8年(8) 6年(3) 5年(1) 4年(2) 2年(7) 1年(2)	現場の改善に向けた取り組みと努力・成果について紹介した。 当院の関連施設にある訪問看護ステーションとの連携状況を学生に説明することができた。 ピアサポートや地域と病院との取り組みについて紹介している。調査結果をまとめた冊子も学生に見せることによって、どのような多胎児支援があると良いか考えるきっかけとなっている。
共同研究の結果や現場の現状が実習指導に活かされた(6)	8年(1) 6年(2) 3年(2) 2年(1)	実習指導において、各病院の取り組みや検討会で話し合われた内容が参考になった。 共同研究で得られた結果が自分自身の学びとなり、その蓄積を実習の指導に活用できている。
実習施設として受け入れてもらった(5)	3年(3) 2年(2)	今年度初めて領域別実習を受けていただいた。

**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 16件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
共同研究の取り組みを紹介した(7)	8年(1)	受けもち対象者への支援や、報告書作成時に、活動を紹介している。
	6年(1)	卒業研究Ⅱの段階で、各部署での退院支援の取り組みが紹介され、見学学修できた。
	2年(2)	
	1年(2)	記載なし(1)
共同研究の取り組みを学生の指導に活かした(4)	8年(2)	多胎妊婦の受け持ちがある場合は、学生の指導に活かせることが多い。
	3年(2)	共同研究で得られた結果が自分自身の学びとなり、その蓄積を実習の指導に活用できている。
実習施設として受け入れてもらった(3)	5年(2)	卒業研究実習の受け入れにつながった。
	2年(1)	
卒研時に共同研究者の協力が得られた(1)	3年(1)	卒研の学生の対象者が関わる施設であったことから、卒研の家庭訪問時に看護師にもご協力いただいた。
共同研究報告と討論の会を看護実践を学ぶ機会とした(1)	1年(1)	次年度卒業研究で育成期を選択する学生に「討論の会」へ参加の紹介をし、看護実践について学ぶ機会とした。

**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:大学院教育 19件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
取り組み事例として授業に活用できた(8)	9年(2)	ハイリスク母子の支援について、また地域での助産師の専門性を発揮できる支援、ネットワークでの活動など特論ⅠやⅡについて参考になることが多い。
	8年(2)	
	4年(1)	過疎地域診療所の看護を素材に地域特性に応じた看護のあり方を討議する単元がある。そこで、実践事例として紹介することがある。
	3年(1)	
	2年(1)	
1年(1)		
研究指導に参考になった(7)	6年(3)	研究指導において、現場の現状が参考になった。
	5年(1)	大学院の研究指導で、退院支援の現状や方法を理解するうえで役に立っている。
	2年(1)	
	1年(2)	現場の課題への実践研究としての取り組み方を検討する上で勉強になった。
博士後期課程の研究とリンクしている(2)	5年(1)	大学院博士後期課程の研究とリンクしている。
	1年(1)	
共同研究者が院生として取り組んでいる(1)	4年(1)	共同研究者の1人が院生であり主体的に退院支援の実践の充実に向けて取り組んでいる。
共同研究者を非常勤講師として授業に活用した(1)	3年(1)	共同研究者が大学院の非常勤講師として人材育成に関する授業をする時に、活用されたようである。

**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:卒業生支援 14件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
卒業生の学修支援に役立った(9)	5年(1)	卒業生だけに限らないが、新任保健師研修において助言者として携わる際に意識している。
	3年(4)	
	1年(4)	本学の卒業生も現地共同研究者になっており、卒業生の学習支援の場となっている。
共同研究を通して卒業生の支援を行った(4)	6年(2)	ワークショップの案内を卒業生に郵送し、現地と本学のワークショップに卒業生の保健師、助産師の参加があった。 途中で勤務交代があったが、卒業生が参加していた。
	5年(2)	
卒業生の取り組みへの助言ができた(1)	8年(1)	地域で保健師をしている卒業生は多胎支援に取り組んでいる者も多く、教員に助言を求められることも多い。

**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 14件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
看護実践への助言に活かしている(7)	9年(1)	講義、実習、現任教育も含めて、生活習慣病予防や特定保健指導の援助方法を助言する時の基礎となっている。
	6年(1)	
	3年(4)	記載なし(1)
教員自身の学びとなった(4)	8年(1)	ターミナル事例における本人・家族・他職種・多機関との関わりや課題を知り、自分自身の学びになった。
	6年(1)	現地へ出向いたり、看護師と意見交換をする中で、過疎地域における看護活動の現状を知り、課題を考える機会が得られた。領域別実習の学生に、学習の素材となるような情報提供もできたと思う。
	3年(1)	
	2年(1)	
今後の教育活動に役立てたい(2)	5年(2)	看護学のテキスト執筆にあたり参考にする予定である。 現地メンバーが関連する事例検討会に参加した。今後の教育活動にも役立てたいと思う。
他の共同研究への素材提供が図れた(1)	1年(1)	他の共同研究との関連があり、そちらへの素材の提供が図れた。

**表6-1 現地側との話し合いの状況：研究計画作成過程**

十分に話し合えた	76
十分に話し合えなかった	20
未記入	25

**表6-2 現地側と十分に話し合えたとは回答した者の配慮・工夫したこと：研究計画作成過程 62件**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
現地側の都合に合うように話し合いの日程調整をした(12)	5年(2)	検討会の日程調整等、現地側の希望に沿って実施した。
	4年(3)	
	3年(3)	現地側の勤務形態を考慮し時間調整をした。
	2年(1)	
	1年(3)	現地研究者の都合のよい平日の夜や土曜日に話し合いをした。
現地の共同研究者の考えを重視した(9)	4年(4)	継続研究であるため、現場の意向を確認しながら計画した。
	2年(3)	
	1年(2)	現地の共同研究者の考えを重視した。
FAX、Eメールを活用した(9)	8年(2)	研究を始めるにあたり、現地で共同研究者との話し合いをし、その後はメールを利用した。
	3年(4)	
	2年(2)	
	1年(1)	メールやFAXでの連絡を駆使した。
年度の開始・終りに話し合った(5)	9年(3)	年度の開始・終りに話し合うなど必要な話し合いができた。
	8年(1)	
	6年(1)	教員と看護管理者との話し合いの場を、年度始めと年度末に設定した。
研究代表者を通しての情報交換(4)	8年(2)	研究代表者を通して、情報を共有し理解できた。
	6年(2)	代表者から、適宜連絡や報告があり、理解できた。
研修会の打ち合わせ時に話し合った(4)	3年(4)	研修会の打ち合わせ等と合わせて会って話し合った。
現地側の施設に出向き、話し合った(4)	2年(2)	現地に出向いて話し合う
	1年(2)	現地での打ち合わせを基本として活動した。
現地側の希望や現実的にできそうなことを提案した(3)	2年(3)	先方の希望や現実的にできそうなことを提案するように努めた。
		共同研究者の実際にあわせてできること、したいと考えていることに沿うような提案をした。
多忙な現場の状況に配慮した(2)	8年(2)	業務多忙のため現地側のペースで進められるように配慮した。 実習等でも関わっているため、その時間と合わせて話し合う等、多忙な現場の状況に配慮した。
現地共同研究者に検討を行う事例を選択してもらった(2)	2年(2)	研究目的を確認した上で、検討を行う事例を現地共同研究者に選択してもらった。
活動計画を立てる際、欠席者にも事前に意見を求めた(1)	9年(1)	年度初めに活動計画を立てる際、欠席者にも事前に意見を求めた。
実行委員会を中心に、話し合いができた(1)	6年(1)	実行委員会を中心に、全体としての話し合いができた。
合同会議を行い、計画を共有確認した(1)	5年(1)	2町の合同会議を行い、そこで計画を共有確認した。
計画段階から全員の保健師と共有した(1)	2年(1)	計画段階から全員の保健師と共有する、共有をいつするか計画段階から決めておく。
現地側の共同研究者の考えを中心に出してもらおう関わった(1)	2年(1)	現場の教育への反映ができるように、現場の研究者の考えを中心に出してもらおう関わった。
資料の準備・提示(1)	1年(1)	検討会開催時に、資料を提示して確認してもらえようにした。
現場の実践改善に、繋げることができるよう話し合いを重ねた(1)	1年(1)	現場の実践改善に、いかに繋げることができるのかについて話し合いを重ねた。
現場特有の組織を理解した上で、それぞれの役割を明確にした(1)	1年(1)	学校特有の組織を理解した上で、それぞれの役割を明確にした。

**表6-3 現地側と十分に話し合えなかったとは回答した者の配慮・工夫したこと：研究計画作成過程 4件**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
研究代表者から情報を共有し理解した(1)	8年(1)	話し合いには参加できなかったが、研究代表者を通して、情報を共有し理解できた。
課題の明確化(1)	2年(1)	課題の明確化
現地側の方向性を明確にできるように聞きとり、実行に移せるようにした(1)	2年(1)	できるかぎり、現地側の進みたい方向性を明確にできるように、今年度取り組みたいことについてその理由や背景を聞きとって、研究の実行に移せるようにはかった。
計画作成後、内容の報告を受けた(1)	1年(1)	計画作成後、内容の報告を受けた。

**表6-4 現地側との話し合いの状況：研究実施段階**

十分に話し合えた	68
十分に話し合えなかった	18
未記入	25

**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 70件**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
FAX、電話、Eメールを活用した(13)	9年(1)	メールやFAXでの連絡を駆使した。
	8年(3)	これまでの取り組みで得られた関係性があるため、メールや電話等双方で連絡が取りやすく、自由に発言できる雰囲気もある。
	6年(1)	
	5年(1)	
	4年(1) 3年(4) 2年(2)	実行委員会での討議時間が不十分なときは、メールを活用して実行委員間の連絡・意見交換を実施した。
日程、場所、時間調整の配慮(11)	9年(1)	現地側の都合に合うように日程調整をした。
	8年(1)	
	5年(2)	時間・場所は現地共同研究者の都合を重視した。
	4年(1) 2年(2) 1年(4)	現地側の委員会活動や各部署の取り組みの状況に合わせ、無理のないよう日程調整し、実践を積極的に評価するよう話し合いができた。
研究会等で集まる機会を利用し、話し合った(7)	9年(1)	研究会等で集まる機会を利用し、話し合った。
	8年(1)	
	6年(1)	なかなか、共同研究メンバーがそろうことができなかったため、教室や集いの開催時に、進捗状況や、方向性について、意見交換した。
	3年(4)	
研究代表者を通しての情報交換(7)	8年(2)	研究代表者を通して情報を共有し、進行状況や取り組みの様子など理解できた。
	6年(3)	
	1年(2)	主研究者より、随時進行状況について報告を受けて、確認することができている。
現場で検討できるようにした(5)	8年(1)	現地での打ち合わせを基本として活動した。
	5年(1)	
	2年(1)	
	1年(2)	現場で打ち合わせを行い、共同研究者と意見交換しながら実施した。
現地側共同研究者の意向を尊重して進めた(5)	2年(1)	できるだけ、現場の考えをもとに、どうすすめていこうかを検討した。
	1年(4)	現地側共同研究者の意向を尊重することに重きを置いて進めた。
事前の資料の準備・提示(3)	8年(1)	現場看護職は多忙であるため、事前に資料を渡して考えてもらう等、話し合いがスムーズに進むようにした。
	4年(1)	
	1年(1)	検討会開催時に、資料を提示して確認してもらえるようにした。
相談・検討時間をできるだけ確保した(3)	9年(1)	要所要所で時間をとり、必要な話し合いができた。
	8年(1)	進みは遅かったが、取り組みの内容についてはお互いに相談しながら進めた。
	5年(1)	2町の合同会議を定期的に行い、進行状況を確認しあいながら進めた。
現地側で難しい部分については、大学側で作業分担をした(2)	3年(2)	現地側で難しい部分については、大学側で作業分担をした。
先方の希望や現実的にできそうなことを提案するように努めた(2)	2年(2)	先方の希望や現実的にできそうなことを提案するように努めた。
実行委員会で話し合った後、メンバー全体での合意の確認や重要事項の決定を行う(1)	6年(1)	共同研究メンバーが多いため、実行委員会で大枠について話し合った後、メンバー全体での合意の確認や重要事項の決定を行うなど工夫した。
参加者の発言が偏ることのないようにした(1)	4年(1)	参加者の発言が偏ることのないようにした。
発言内容や実践報告について、検討事項に関連する意味を確認しながら話し合った(1)	4年(1)	参加者の発言内容や実践報告について、検討事項に関連する意味を確認しながら話し合った。
検討会において、参加者が自由に意見が言えるように配慮した(1)	4年(1)	検討会において、参加者が自由に意見が言えるように配慮した。
討議のポイント、進め方を事前に教員間で打ち合わせをした(1)	4年(1)	討議のポイント、進め方を事前に教員間で打ち合わせをした。
検討機会が少ない中で目的が達成できるように努力した(1)	3年(1)	本年度は研究計画通りに進めることができず、検討会も十分に開催できなかったため、少ない中で目的が達成できるように努力した。
共同研究者のペースにあわせて、成果が目に見えるような形となるように心がけた(1)	2年(1)	共同研究者のペースにあわせて、成果が目に見えるような形となるように心がけた。
援助のポイントを共有した(1)	2年(1)	看護実践の意味を明確化するため、教員が解釈したことを伝え、現実とすり合わせながら、援助のポイントを共有した。
現地側が看護実践を振り返り、その意味を明確にできるように働きかけた(1)	2年(1)	事例検討会では、第三者的な立場から問いかけを行い、考えを表出してもらうことで、現地側が看護実践を振り返り、その意味を明確にできるように働きかけた。
学びがあったかを述べてもらうようにする(1)	2年(1)	その時々で保健師一人ひとりがどのように受け止めているか、学びがあったかを述べてもらうようにする。
結果分析・検討段階では、現地の実情に応じた検討ができた(1)	1年(1)	インタビューには参加できなかったが、結果分析・検討段階では、現地側が話し合いによって、改善策が講じられるよう現地の実情に応じた検討ができた。
調査結果をもとに本学で検討した(1)	1年(1)	調査結果をもとに本学で検討する時間を2回持った。

**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 6件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
現地で打ち合わせを行った(2)	2年(2)	打ち合わせは現地で行うようにし、時間調整した。 現地で打ち合わせを行った。
研究代表者を通して、情報を共有した(1)	8年(1)	話し合いには参加できなかったが、研究代表者を通して、情報を共有し、進行状況や取り組みの様子など理解できた。
定期的な研究会の場で各病院の取り組みを報告し合う(1)	6年(1)	定期的な研究会の場で各病院の取り組みを報告し合いながら進めた。実行委員会との相談をして進めた。
電話・Eメールを活用した(1)	1年(1)	電話での連絡やEメールの活用。
参加時は、進捗状況等を代表者から説明を受けた(1)	1年(1)	なかなかスケジュールが合わなかった。参加できた時は、進捗状況など、代表者から説明を受け、把握することができた。

**表7 共同研究事業について改善を望むこと 1件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
報告と討論の会は、討論する研究と発表だけの研究があってもよい(1)	8年(1)	経過が長く新鮮さもなくなっているのか、討論会の参加者が少なかった。参加者は全ての研究の討論に参加できるわけではないので、討論をする研究と発表だけの研究(何らかの形で意見をもらう)とあってもよいのかと思った。

## 平成21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よかったこと:実践の改善・充実状況 116件

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例	
具体的な実践の改善・充実があった(42)	9年(1)	対象者への保健指導が充実し、生活に適應できる点が増えてきた。	
	6年(1)	家族や患者さんに退院後について困る事を以前より細かく聞くようになった。	
	5年(7)	精神症状が落ち着いている長期の社会的入院患者の退院ができた。	
	4年(2)	地域でのサロンや巡回健康相談に担当保健師が出向くようになった。	
	3年(9)	家庭問題が複雑化する前にかかわりを持てるようになったこと。	
	2年(10)		
	1年(10)		
	記載なし(2)	健診の追跡者を訪問し、個人の疾病を見るだけでなく、家族へのアプローチに発展していった。	
	実践の改善・充実につながるシステム・サポート体制できた、改善された(32)	8年(1)	ケアマネージャーとの関わりが増えた。
		6年(1)	病棟を超えた話し合いがもてたことは、まずまず第一歩が踏み出せたと評価できた。
4年(2)			
3年(5)		退院に向けて、他機関と連携をとるようになりチームとして少しづつ関わられるようになってきた。	
2年(5)		リハビリカンファレンスの開催率が上昇した。	
1年(16)			
記載なし(2)	地域ケア会議におけるケース検討が充実した内容となった。		
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(23)	9年(1), 8年(2)	病棟で直接看護に携わる現場看護師の力を引き出せるような方法を考えて行く必要があると実感する。	
	6年(1), 4年(2)		
	3年(4), 2年(2)	退院支援に対するスタッフの意識が変わってきた。	
	1年(9)	携わった受け持ち看護師、病棟スタッフにも意識の変化がもてた。	
	1年未満(1)	多病棟の患者、スタッフとか関わったことで、研究の事を理解してもらう事はできた。	
	記載なし(1)	ケアマネージャーへの支援を日頃から意識できるようになった。	
他施設との交流により、自施設の看護を振り返り、改善・充実した(9)	7年(1)	他施設の改善点を共有することで改善が速やかに行われて仕事はかどるようになった。	
	4年(1)		
	3年(1)	他施設での取り組みを自施設に情報を提供し、ナース会議の中で検討し手順や業務内容の改善を行った(アセスメント、内服薬セット、連絡方法etc)。	
	2年(2)		
	1年(3)	特定保健指導の評価をする際、他機関で利用していた満足度アンケートをもとに自施設で実施しアウトカム評価をした。	
	記載なし(1)		
課題や問題点が分かった(5)	5年(1)	退院調整のシステムを整備しただけで誰がどのように実践して行くのかという役割分担があいまいになっていた事に気付く事ができました。	
	3年(1)		
	2年(1)	精神科分会に1回しか参加できていないため、実際に実感できている改善・充実できていることはあまりないですが、今回の研究を通して、保健・医療・福祉の現状を知り、問題点を理解する事ができたと思います。	
	1年(1)		
	1年未満(1)		
実践の改善・充実につながるツール、教材、資料ができた(3)	2年(3)	フェースシートの見直し。 面接時の書式の改善。 契約する時の文書を作成。	
その他(2)	1年(2)	多忙な中、保健師としての視点を失わないようにできたこと。 アンケートの調査方法やその分析の仕方を考えるチャンスとなった。	

表8-2 共同研究を実施してよかったこと:実践の改善・充実につながる状況や認識の変化 102件

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
意識が向上した(21)	4年(1)	話し合いに参加した保健師の意識の向上につながった。
	3年(4)	退院後地域へつなげていくという意識が高くなってきた。
	2年(5)	病棟でも長期入院患者の社会復帰という事で、意識がもたれてきた。
	1年(6)	
	記載なし(5)	スタッフが今後の援助について目を向けるようになった。
課題が明らかになり、改善への行動に結びつく(8)	5年(2), 4年(1)	業務の中で、漠然と感じている事が研究としてまとめられた時、自分に課せられた事柄が明らかになり、日々業務の中で具体的に改善への行動に結びつく。
	1年(4)	ブラジル人をよく知り、受容した上で何を伝えて行けばよいのかを明確にしつつある。
現状と課題がわかった(8)	8年(1), 4年(1)	包括支援センターに相談しづらい状況がわかった。
	1年(3)	ケアマネの思いと必要な支援、社会資源がわかった。
	記載なし(3)	個々のフィールド特有の状況や問題点を認識できた。
実践の改善・充実につながるシステムの改善(6)	8年(1), 3年(1)	利用者の情報収集の必要性(多職種での情報の共有、カンファレンスシートづくりなどの認識を持つことができた)。
	2年(1), 1年(3)	評価方法を改善できた。
カンファレンスが充実した(6)	5年(1), 2年(1)	オープンセミナーの開催で、他院連携事例も時間が拡大され充実した内容になった。
	1年(3)	カンファレンスの質が向上した。
実践能力が向上した(5)	7年(1), 4年(1)	自己の実践能力が向上した。
	3年(1), 2年(1)	理論に基づき、自己の実践能力が向上した。
関係機関との情報共有、連携ができた(4)	1年(2)	病院と地域の役割等について考えお互いに理解協力していくという姿勢が強くなった。
	記載なし(2)	
教員の助言が有効であった(3)	1年(2)	看護大学教員の助言により、いろいろな視点から考えることができた。
	記載なし(1)	

具体的な実践の改善がみられた(3)	3年(1) 1年(2)	朝のカンファレンスで患者さんの方向性がわかり指導など必要な方には、積極的に取り組んでいく事ができた。スタッフの思いが一つになれる。
実践を振り返り、評価するようになった(3)	4年(1) 記載なし(2)	患者中心の看護であるか評価をするようになった。
実践を振り返ることが看護の質の向上につながる(3)	2年(2) 1年(1)	ケア内容を振り返る事が今後の看護の質の向上につながると思う。
スタッフの行動により変化がみられた(3)	5年(1), 4年(1) 2年(1)	情報収集や問題提起してくれるスタッフが増えた。
他施設の実践がわかり、よりよい検討できるようになった(3)	1年(1) 記載なし(2)	他施設の意見を聞いて今後どうすると良いのかの方向性が見えてきた。
思いの共有や方策の検討ができた(2)	1年(1) 記載なし(1)	後進指導をどのように行うか。思いを共有したり方策を考えあつたりすることが日々の業務の中でもできるのでないか。
対象をより深く把握できた(2)	3年(2)	対象者の思いを把握できた。
モチベーションが向上した(2)	3年(1) 記載なし(1)	取り組みの発表や、検討会の報告をする事でスタッフのモチベーションの維持ができた。
その他(20)	9年(1), 6年(3) 5年(1), 3年(2) 2年(4), 1年(4) 記載なし(5)	共同研究の取り組みを伝えることで、所属施設以外にも認識が広がった。
		研究メンバー以外のスタッフへの波及効果があった。
		自分の看護が明確化した。
		対象者とともに考えられるようになった。
		他病棟との連携ができた。

表8-3 共同研究を実施してよかったこと:その他のよかったこと 105件

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
他施設・他部署・他職種との情報交換、意見交換、交流ができた(53)	7年(1), 6年(2) 5年(1), 4年(3) 3年(5), 2年(8) 1年(19) 記載なし(14)	他病院や機関に様々な視点から助言をいただくことは、良い刺激にもなり自分たちが見えていなかった問題点の改善への一歩につながったと思う。 多岐にわたる情報交換の場にもなっており、相談の場ともなり、ひとり職場にいる者にとって良い機会になっている。 保健師と話す機会を得たことで保健師も同じようにジレンマを感じている事を知り、理解できた。 他病院の現状や取り組みを聞く事が思い込みから開放される事があった。
	4年(2), 3年(1) 2年(2), 1年(2) 記載なし(2)	研究のまとめ方を先生に教えていただけるので、心強い。 教員の参加により話し合いがポイントを得たものになった。 大学の先生と話し合える事で第三者の目で評価していただいたり、アドバイスいただけ業務に活かされた。 先生方にアドバイスいただいて、出てきた問題、集めた意見等の情報の整理ができた。
共同研究のよさ(9)	8年(1), 3年(1) 2年(1), 1年(1) 記載なし(5)	現場の悩み、一人で考えるには難しい事を研究により作り上げそれが実践の場でもいかされる内容であるためありがたい。 この機会を通して直属の上司やそれ以上の上司、トップにまで活動状況を報告でき、活動を認識していただけた。 この研究を院内で発表する事で、師長が何を考え、スタッフを育てることを意識している事が伝わり、若いスタッフの励みとなった。
看護者が成長した。力がついた(7)	6年(1), 4年(1) 3年(1), 1年(3) 記載なし(1)	若手スタッフは指導をしていただいたことで成長したと思います。 自分たちの問題が言葉で整理できるようになった。
研究としてまとめることができた(6)	5年(1), 3年(1) 2年(2) 記載なし(2)	今まで経験のなかった質的研究(意見をカテゴリー分けする事)を行う事ができた。 学会での研究発表に積極的に参加したいという意欲が高まり、研究を集中して取り組めるようになった。
意識が変化した(5)	5年(1), 2年(1) 1年(1) 記載なし(2)	人材育成について、強く意識する事ができた。 共同研究に参加することで意識が変わりました。 保健師の意識改革につながっている。
振り返り、学ぶ機会となった(3)	9年(1) 記載なし(2)	自分たちで看護を考え見直す機会になっている。
改善・充実の実感(2)	1年(1) 記載なし(1)	家族の思いの変化がでた。
学会発表ができた(2)	5年(2)	保健師が国際学会に参加し見聞を広げる事ができた。
その他(9)	3年(1) 1年(2) 記載なし(6)	受け持ち患者の自宅訪問へ行けたこと。 その後の討論会がとても刺激になった。
		看護教育を実際に行われる先生方が地域に向けても共同研究という形で貢献されているという事を知り、大学の役割について私たちが今後、新たな展開を考えていく必要性を感じた。

**表9 共同研究の方法や進め方の改善が必要と思うこと 38件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
研究の方向性や進め方の教員からの提示(6)	3年(1) 1年(4) 記載なし(1)	初めのうちは方向性が見えずに不安だった。自分がどう動いていいのかわからなかった。研究なので無理だと思うが、最初に方向性を示してもらえるとありがたい。 進め方に対する助言を頂きたい。 共同という名ですが、教育の第一線の立場からは、現場の状況から感じる情報と知り得る施策を推進するために有用な理論等のツールを関連付け、先の方向性をいくつか現場に指し示したりなど、積極的に教育指導者としての力を発揮していただけると、現場と理論の共有がよりははかれ、共同研究という有意義な時間を過ごし、よい産物ができると思います。
他施設や他職種の参加を促し、さらなる意見交換の機会を設ける(5)	7年(1) 6年(1) 4年(1) 1年(2)	今以上に他施設の方との交流、意見交換ができると良いと思う。 看護実践の取り組みなので主に看護師の参加であるが、他職種にも出席してもらい意見交換できる機会があればよい。 2町村だけでなくもっと他の事業所の参加が望めれば、もっと色々な問題も提示され解決の糸口が見つかると思う。他の市町村の参加を呼びかけることも必要だと思う。
多忙な業務の中で参加できるように努力と工夫が必要(5)	4年(1) 2年(2) 1年(2)	研究会開催の案内を2週間前くらいに頂きたい(上司へ提出し、出張確認を得たいため)。 業務多忙のため、十分に研究の話し合いや打ち合わせに参加できない事があります。参加に努力したいと思います。 1回/月での集まりは良いと思うが、もう少し時簡短縮ができると良いのでは・・・。
リラックスして意見交換し合える雰囲気や機会が必要(5)	4-5年(1) 3年(1) 1年(3)	少ない共同研究者であるので、ざっくばらんに気楽に意見が言える場づくりがあればよいと思います。 教室を実施した後に先生方や他の従事者と意見交換する場があると改善点や、より充実する点が明確になってくると思われます。
参加施設の増加に伴う討議時間の短縮への対処(3)	2年(2) 1年(1)	参加病院が増えたことで(一病院あたりの)討論時間が短くなっている。より充実した討論会にするために工夫が必要である。 参加病院が増えることは良い事だと思うが検討時間が短くなってしまふ。
運営が難しい状況への対処方法の検討(2)	1年(2)	会を持つ事が難しかった。検討する回数がもう少しあるとよい。 私の病院では同じ病棟からではなく違う階からメンバーが選ばれているので、研究がしにくい。また退院促進委員会のようなものもあればよいと思うが、上層部の都合で無理という事で残念である。
状況に応じた調査方法の変更(2)	1年(2)	対象になる方がない場合、他の病棟で対象になる人があれば切り替えていってもいいのではないかと。 現場へ出向いての調査などがあればもっとよいのでは・・・。
研究結果を現場に持ち帰り、活用する方法の検討(1)	5年(1)	今後はさらに上司への報告などを行う事で、組織の中にも地域と密着した活動についての必要性の認識が広がるようにしたいと考えている。
実行委員形式があると良い(1)	3年(1)	実行委員形式の流れみたいなものがまとまっていると良い(マニュアル的な)。例えば、役割表・何を、誰が、どんなふうに行うかなど。
その他(8)	3年(1) 2年(1) 1年(2) 記載なし(4)	私自身共同研究に参加する認識以前に取り組みについて学ぶ事が主であったし、業務上中途半端な参加となってしまった気がします。

**表10 共同研究の主旨・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 5件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容
自分自身の認識不足(2)	1年(2)	自分にそれだけの意識がなかった。 申し訳ありません。最初自分たちの研究と捉えておらず、聞かれた事を答えればよいと思い自分たちの研究だという認識がありませんでした。参加していく中で自分の問題だと気付きはっとしました。
共同研究のあり方を完全に理解していない(1)	3年(1)	現段階では、共同研究のあり方が完全には理解していないから。
参同の了解を問われたのみで参加した(1)	記載なし(1)	具体的に目的計画を理解できていませんでした。参加の了解を問われたのみでした。すみません。
職場環境が厳しくなった(1)	記載なし(1)	今年は社内的に厳しくなってきた。

表11-1 組織の了解状況

施設の種類	回答者数 (所属施設数)	了解なし*1	回答なし・分からない	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	42(18)		2(2)	40(18)	16	34	17	3	
行政	44(15)	2(2)	5(5)	37(12)	19	11	10	24	1
福祉施設	7(5)			7(5)	6	4	2	1	2
事業所	5(5)	1(1)		4(4)	1	1		4	
学校	5(4)	1(1)		4(3)	4				1
訪問看護ステーション	4(1)			4(1)	1	4	2		
その他	2(1)			2(1)	2	1	1	1	
不明	3(3)	1(1)	2(2)						
計	112(52)	5(5)	9(9)	98(44)	49	55	32	33	4

- 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:研究担当・関連組織など

\*1 了解なしの理由(参加年数)

- 行政 : 個人的な参加のため(1年)  
日頃業務内範囲での学習活動が制限されないため特に必要と考えなかった(1年)
- 事業所 : 今のところ了解を取らなければならない状況ではないため(1年)
- 学校 : 個人の資質向上のための勉強会として参加しているため(2年)
- 不明 : 共同研究に参加した意識が少ない(不明)

表11-2 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	42(19)	2(2)	4(3)	36(18)	24	17	18	17	
行政	44(16)	7(6)	4(4)	33(13)	20	17	12	14	1
福祉施設	7(5)			7(5)	5	2	4	1	1
事業所	5(5)	1(1)		4(4)	2	2		1	
学校	5(4)	2(2)		3(2)	3	2	2	2	
訪問看護ステーション	4(1)			4(1)	4	3	3	2	
その他	2(1)			2(1)	2	1	1	2	
不明	3(3)	2(2)	1(1)						
計	112(54)	14(13)	9(8)	89(44)	60	44	40	39	2

\*1 支援・協力なしの理由(参加年数)

- 医療機関: 記載なし(1年) 記載なし(6年)
- 行政 : 自分たちのみで検討する事が主であったため(3年)  
今回は特に必要でなかった(不明)  
記載なし(1年)・・・4名、記載なし(4年)
- 事業所 : 職務外での参加のため(1年)
- 学校 : 組織で分かる内容ではないから(1年)  
休日参加のため特に必要性がない(2年)
- 不明 : 業務の中の一部で参加しているのみ(不明)  
記載なし(不明)

\*2 その他の内訳(参加年数)

- 行政 : 海外での発表の場が得られた(5年)
- 福祉施設 : 情報(5年)

表11-3 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	報告をもとにスタッフ間で検討	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
医療機関	42(18)	1(1)	2(2)	39(18)	25	19	15	14	9
行政	44(16)	1(1)	3(3)	40(16)	27	13	23	4	6
福祉施設	7(5)		1(1)	6(5)	5	2	2	1	
事業所	5(5)	1(1)		4(4)	2	2			1
学校	5(4)	1(1)		4(3)	3			1	1
訪問看護ステーション	4(1)			4(1)	3	1			
その他	2(1)			2(1)	2		2	1	
不明	3(3)		1(1)	2(2)	2		1		
計	112(53)	4(4)	7(7)	101(50)	69	37	43	21	18

\*1 共有なしの理由(参加年数)

- 医療機関: 記載なし(1年)
- 行政 : 記載なし(4年)
- 事業所 : 参加して間もないため(1年)
- 学校 : 個人の資質向上のための勉強会として、休日に参加しているため(2年)

\*2 その他の内訳(参加年数)

- 事業所 : 必要時、資料を確認する(8年)
- 学校 : 他の関係者と内容を共有する(1年)

**表12-1 現在の共同研究への継続参加の希望がある者の取り組んでみたい課題 12件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容
在宅療養支援に関するもの(4)	5年(1)	地域での課題にどのように取り組めるか(地域包括支援センター)。
	2年(1)	がんの在宅ターミナルの利用者に関しての、病院看護師と訪問看護師の意識の違い。
	1年(1)	がん患者は増加してきている。治療は大病院で生活は地元でという人は多くなり、治療後安心して在宅で療養生活できるシステムを考えていきたい。
	1年(1)	医療の連携について(地域包括支援センター)。
現任教育の充実に関するもの(3)	6年(1)	赤ちゃんとお母さんに優しい母乳育児支援を目指すスタッフ教育のための教材づくりをする。将来的にはファミリーテーターを養成する。
	3年(1)	保健師の新人を育成する指導者のためのマニュアル作成。
	1年(1)	一般スタッフへの退院支援教育の実施とその実施後の評価。
これまでの共同研究による実践の改善への評価に関するもの(3)	4年(1)	4年間の退院支援取り組みの成果。
	3年(1)	外来診察予約券の改善した事を患者に評価してもらう。
	2年(1)	退院支援の評価。
健康意識向上のための保健活動方法(1)	4年(1)	社員の健康意識を向上するための保健活動方法を検討。
健康課題解決に向けての個別指導(1)	1年(1)	ブラジル人児童の健康課題解決に向け、まず知らせる事から始め、それが充実してきたら個に焦点化し、追跡指導を行ってみたい。また、その学習との関わりを個人的には研究したい。

**表12-2 新たな共同研究課題に取り組みたい者の取り組んでみたい課題 8件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容
閉じこもりへの支援(1)	4年(1)	閉じこもり(集会に出たがらない人)への支援。
介護予防の取り組み(1)	4年(1)	介護予防に関して、できることがあれば取り組むと良いと思う。
認知症患者家族への支援(1)	4年(1)	認知症家族の訪問を通して、そのニーズを知る。
特別養護老人ホームでの看取りについて(1)	記載なし(1)	特養での看取りについて考えていきたい。
糖尿病患者の精神的ケア(1)	2年(1)	糖尿病患者様の精神的ケア(精神科へ受診し相談したいか、臨床心理士等のカウンセラーを受けたいのか、実際に受診してどうだったか)。
精神科病院社会復帰支援事例の検討(1)	1年(1)	事例を取り上げ、関わっていきたい。
退院支援の評価(1)	4年(1)	退院支援の評価(患者サイドから)。
研究への取り組み方(1)	1年(1)	養護教諭の研究への取り組み・向上心の持ち方。

**表12-3 次年度の共同研究への参加を希望しない理由 9件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
実際に参加する余裕がないため(5)	3年(1)	院内で関わっている委員会や役などが多く、中途半端な関わりになってしまうのがつらいから。
	1年(2)	異動に伴いユニットケア、施設内におけるナースのあり方を日々勉強しているところなので、研究に参加する余裕がない。
	記載なし(2)	業務多忙のため。
他の研究に取り組むため(2)	2年(1)	現在がん看護研究に取り組んでいるため専念したいと思う。
	1年(1)	ステーション内の看護研究に取り組んでいる最中なので、そちらに集中したいと考えている。
共同研究に参加しても変化がみられないため(1)	1年(1)	他病院の人と話し合いをしても何も変わらないから、組織のトップに働きかけてもらって各病院で解決して行けばいいと思う。
退職のため(1)	1年(1)	退職するため。

## 《編集後記》

この報告書は、平成 22 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 24 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 23 年 2 月 19 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。

共同研究事業は看護研究センター、看護研究センター運営委員会、研究交流促進部会が企画・運営・実施をそれぞれ担当し、全学で組織的に取り組みを行なっています。

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。

### 【看護研究センター運営委員会】

委員長	： 小西美智子学長	(看護研究センター長・機能看護学領域)
委員	： 黒江ゆり子学部長	(地域基礎看護学領域)
	北山三津子教授	(地域基礎看護学領域)
	服部律子教授	(育成期看護学領域)
	奥村美奈子教授	(成熟期看護学領域)
	会田敬志教授	(看護研究センター)
	岩村龍子教授	(看護研究センター)

### 【研究交流促進部会】

部会長	： 岩村龍子教授	
部会員	： 小西美智子学長	
	奥村美奈子教授	
	藤澤まこと教授	(地域基礎看護学領域)
	田辺満子教授	(看護研究センター)
	大川眞智子准教授	(看護研究センター)
	布原佳奈准教授	(育成期看護学領域)
	布施恵子講師	(成熟期看護学領域)

### 【協力者】

小澤和弘准教授 (看護研究センター)

〈事務担当〉

渡部由里子 (看護研究センター)

発行日：平成 23 年 3 月 31 日

編集：研究交流促進部会

発行：公立大学法人岐阜県立看護大学

〒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>

