

平成 25 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

14 冊目の報告書の刊行にあたって

学長 小西 美智子

共同研究事業は岐阜県立看護大学の開設年度である平成 12 年から始まり、今回は平成 26 年 2 月に開催した 14 回目の「共同研究報告と討論の会」での意見交換を経て、14 冊目の「共同研究報告書」を刊行することになりました。この事業の目的は岐阜県内の保健・医療・福祉機関および学校教育機関で看護活動を行っている看護職者と本学教員が、看護実践課題を共有し、課題解決のために研究的に取り組む過程で、それぞれの立場で役割と責任を分担し、看護サービスの工夫・改善・改革を推進し、看護の質向上及び看護学の発展に貢献することを目指しています。

共同研究報告書は原則として単年ごとに研究課題に取り組んだ目的の到達状況及び成果についてまとめると共に、共同研究参加者が自己点検・評価し、次年度に取り組むべき課題や実践方法について検討した結果も記述してあります。そのため共同研究は数年に及ぶこともあり、また看護実践課題も広がっていくことも多いです。このような過程を積み重ねて、現地側看護職者は、看護実践課題を研究的に取り組む方法を学習する機会となり、自律して日々の看護実践における看護ケア、看護管理体制等に主体的に取り組むことができる能力を育成することになると思います。一方、大学教員が看護実践上の課題およびその課題解決に取り組む過程を現地側看護職者と討議し共有することは、看護学を実践学として位置づけ、理論と実践を統合させることになり、学生の講義・演習・実習における教育指導能力を育成することになると思います。このように報告書では研究の成果だけでなく、そのような看護実践力および看護実践教育力の育成の一端も記述しています。

患者・住民等の看護サービス利用者の健康状況、生活状況、精神状況、さらに社会状況等は多種多様です。そのため看護職者は看護学を基盤に工夫と創意を重ねながら、看護経験知を看護実践知に発展させて、そのニーズに対応することが求められています。共同研究はその一翼を担いたいと考えています。取り組んだ共同研究によって看護実践活動の改革に繋がった場合、また看護学の方法論の開発に繋がった場合、その成果は学会発表や看護学系論文として報告し、多くの看護職者と成果を共有してほしいと思います。

そしてこの報告書をご一読いただいた結果、看護実践現場にいる看護職者が、看護大学教員とそれぞれの立場で責任をもって、看護実践課題に共同で研究的に取り組むことを思考され実施されることを願っています。岐阜地域の看護職者の生涯学習支援の拠点として、本学はその役割と機能を担っていきたいと考えています。

この共同研究事業は、本学の教育理念・目的を具現化することに連動しますので、組織的に全教員が関わっています。そのため企画・運営は看護研究センター、教授会の組織である看護研究センター運営委員会とその下部組織である研究交流促進部会が協同して実施しています。

目 次

．共同研究報告

1．看護職者の人材育成

医療機関における認定看護師の活動の充実に向けた検討	1
病棟における目標管理を推進するためのリーダーの育成	7
看護の専門性を育成する看護管理部門と病棟の連携を推進する方法の開発	13
中堅看護師育成のための実践の振り返りを用いた院内教育プログラムの検討	19
利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発	25
保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方	31

2．精神障がい者を支える看護

退院・地域生活移行を目指した精神科長期在院患者とその家族への看護の検討	37
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	43
精神障害者が地域生活を継続するための支援体制の構築	49

3．在宅療養支援に関する看護

在宅療養を希望するがん患者の意向を尊重した看護支援の充実に向けた取り組み	55
がん患者の在宅療養支援体制充実に向けた取り組み	61

4．医療機関における看護の充実

慢性疾患を有する患者の看護支援に関する実践知の探究	67
リンパ浮腫に対する看護が必要な患者への継続支援の充実に向けた取り組み	73

5．育成期にある人々を対象とした看護

妊娠期から継続したハイリスク妊産褥婦への育児支援の検討	79
中学校における心の健康教育に関する養護教諭の実践研究の支援	83

6．その他

特別養護老人ホームにおける看護職と介護職の円滑な連携に関する実践の検討	89
働く人びとを対象とした質の高い保健指導の実現に向けた取り組み	94

. 「共同研究報告と討論の会」開催結果

日時・場所・プログラム	101
参加者の状況	104
参加者への意見調査の結果	105
参加学生（看護学科）への意見調査の結果	107
教員への意見調査の結果	108

. 平成 24 年度共同研究事業自己点検評価結果	111
--------------------------	-----

．共同研究報告

1 ．看護職者の人材育成

医療機関における認定看護師の活動の充実に向けた検討

畑尻拓朗 垣根美幸 沖本貴秀 山本理恵子 島中小百合 富田和代（久美愛厚生病院・看護部）
森本千嘉（元久美愛厚生病院） 藤澤まこと 北村直子 武田順子（大学）

・目的

認定看護師がその役割・機能を十分に発揮するためには、医療機関内で認定看護師の専門性が理解され、患者・家族の療養生活支援において病棟看護師と協働できる体制を構築することが必要である。2011年度は、認定看護師の活動の充実を目指し、その方向性を検討するために、ラダー別に分かれたグループインタビューを行い、認定看護師の活動の充実に向けた課題を明確にした。2012年度は、認定看護師の関わりの多い外科病棟において、複数の認定看護師の介入が必要であった患者の事例検討をとおして、認定看護師との協働に向けた課題を検討し、病棟看護師と認定看護師とのコミュニケーションを十分に図る必要があること、認定看護師のケアや指導内容について共通認識できるよう工夫が必要であること、医師と病棟看護師とのカンファレンスに認定看護師も参加し医師との連携も強化していく必要があることの3点が明確となった。そこで、認定看護師のケア方法が周知・継続され、病棟看護師と意見交換できる「ケア依頼シート（以下コスモシートと示す）」を試行し、病棟看護師と認定看護師との円滑な協働体制構築に向けて取り組んだ。

本年度は、コスモシートを全部署で活用し、病棟看護師と認定看護師が協働してケアの充実に向けて取り組み、取り組みの成果と課題を明確化し、病棟看護師と認定看護師との円滑な協働体制構築に向けて検討する。

・方法

1．病棟看護師と認定看護師との協働によるケアの充実に向けた取り組み

コスモシートを活用して、病棟看護師と認定看護師が協働しながら患者へのケアの充実にむけて取り組む。

2．コスモシートを活用した取り組みについての病棟看護師への聞き取り調査

1) 聞き取り調査の対象

当該病棟の師長、主任、チームリーダー、受け持ち看護師、病棟看護師の計25名

2) 聞き取り調査の内容

コスモシートを活用した取り組みへの意見を聞き取り、病棟看護師と認定看護師との協働による取り組みの成果・課題を明確にする。

3．共同研究者間での病棟看護師と認定看護師との円滑な協働体制構築に向けて検討

聞き取り調査時の意見を踏まえて共同研究者間で協働体制構築に向けた課題を共有し、改善に向けて検討する。

4．倫理的配慮

聞き取り調査の際には、研究の趣旨を説明し、自由意思を尊重し、同意の得られた看護師より聞き取り調査を行った。なお、本研究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（承認番号：0082）。

・結果

1．病棟看護師と認定看護師との協働によるケアの充実に向けた取り組み

本年度、コスモシートを活用して、病棟看護師と認定看護師が協働でケアの充実に取り組んだ。コスモシートを活用してケアを展開したのは全部署で20事例であった。コスモシートは、感染管理分野や皮膚・排泄ケア分野では、環境整備の手順やケア方法の統一等に継続して活用され、がん化学療法看護分野や緩和ケア分野では、患者へのケア介入依頼用紙として活用されていた。ケアが統一できたとされる事例では、コスモシートの内容が看護計画に反映され、症状の改善につながった。またコスモシートの活用を契機として、病棟看護師が認定看護師の役割を理解し、必要時助言を求められるようになった。そしてリンクナースを通して認定看護師と連携する流れができ、協働体制がとれるようになった。コスモシートの活用の実際を以下の表1に示す（表1）。

表1 コスモシートの活用の実際

事例	発信者	題名	内容	返信者	回答内容	コスモシートの活用状況
1	皮膚・排泄ケア認定看護師	褥瘡ケアについて	毎日、弱酸性洗浄剤で創周囲を洗浄し、微温湯でよく洗い流してください。その上で軟膏とガーゼで処置をお願いいたします	病棟看護師	分かりました	病棟看護師と共にケアを行い、共に振り返りながらシートに記入した。
2	皮膚・排泄ケア認定看護師	右足趾の潰瘍について	ご連絡ありがとうございます。一度洗浄してみました。創周囲の炎症もあるようですので、一度皮膚科医に診ていただきます。それまではガーゼ保護のみで結構です。	病棟看護師	了解しました	病棟看護師と共にケアを行ったあと、患者の創部の状態を説明し、皮膚科医とのコンタクトを取った。
3	感染管理認定看護師	手指消毒の設置について	吸引痰からMRSAが検出されています。家族や面会者の出入りが多いようなので臨時で手指消毒剤を病室に設置していただくことになりました。今回のようなケースもありますので、ご理解とご協力をお願いいたします	病棟看護師	了解しました。ありがとうございます	MRSAの検出情報を入力すると同時にシートに記入し、チームリーダーに声をかけた。翌日もリンクナースに声をかけた。シートでのやり取りは1回で終了した。
4	がん化学療法看護認定看護師	自己抜針指導の依頼	明日から化学療法開始となります。今後は外来化学療法となりますので、自己抜針の指導をよろしく願います。	病棟看護師	わかりました。デモ機を使用して指導します。	病棟看護師への声かけとシートでのやり取りを行った。
	病棟看護師	自己抜針指導の結果	デモ機で指導後、本日妻が実際に自己抜針されました。手技は特に問題ありませんでした。	がん化学療法看護認定看護師	ありがとうございます。今後は外来でも手技を確認していきます。	
5	病棟看護師	不安への対応	化学療法による不安や病気に対する不安があるので、話を聞いてほしい。	がん化学療法看護認定看護師	本人、妻、娘(遠方)それぞれの思いがあるようです。今後も訪室して関わらせていただきます。化学療法の副作用については、パンフレットを渡して読んでいただくことにしました。不安があるので、本日は説明せず、明日より本人の気がかりなことから順に説明していこうと思います。	電話で依頼を受け病棟看護師への声かけとシートでのやり取りを行った。
	がん化学療法看護認定看護師	排便コントロール	便秘があります。環境の変化、制吐剤の使用が原因の一つと考えられます。院内の散歩や水分摂取を進めました。特別指示等参考にして対応をお願いします。	病棟看護師	本日座薬を使用しました。	

2. コスモシートを活用した取り組みについての病棟看護師への聞き取り調査

コスモシートを活用して取り組んだ当該病棟の看護師 25 名を対象とし、コスモシートを実際に使用してみたの意見を認定看護師が聞き取った。その聞き取り内容を要約して、意味内容で分類し、コスモシートを活用した取り組みの効果、コスモシートを活用した取り組みの改善点、認定看護師への依頼方法・要望に分類された。その結果を以下に示す。

1) コスモシートを活用した取り組みの効果

コスモシートを活用した取り組みの効果については、【コスモシートの活用によりケア方法が共有できる】【コスモシートの活用により相談しやすい】の2つに分類された。さらに【コスモシートの活用によりケア方法が共有できる】の小分類には[コスモシートの活用により提案されたケア方法が統一できる][コスモシートの活用によりケア方法の変更を振り返ることができる][コスモシートの活用によりケア方法が浸透する]等が含まれ、【コスモシートの活用により相談しやすい】の小分類には[コスモシートでは緊急性のないことも聞ける][コスモシートがあれば認定看護師に相談しやすい]が含まれた(表2)

表2 コスモシートを活用した取り組みの効果

分類	小分類	聞き取り内容(要約)
コスモシートの活用によりケア方法が共有できる(8件)	コスモシートの活用により提案されたケア方法が統一できる(3件)	認定看護師から提案されたケア方法が統一でき、病棟看護師間の情報の共有につながり良い
		認定看護師とのやり取りで出されたケア方法は、別の紙に大きく書いて患者の部屋に置いていたので、もっとたくさん書けるようになると良い
		環境整備方法が病棟のチームごとに違っていてもコスモシートを基準に動くことができた
	コスモシートの活用によりケア方法の変更を振り返ることができる(1件)	ケア方法がなぜ変更されたのか、振り返るには最適
	コスモシートの活用によりケア方法が浸透する(1件)	受け持ち看護師から病棟スタッフにケア方法が発信されたのでケアが浸透した
	コスモシートの活用によりケア方法が変わらず維持できる(1件)	最初伝わっていたことが徐々に薄れていき、変わってしまうので記入してあると変わらなくて良い。
コスモシートの活用により相談しやすい(3件)	コスモシートでは緊急性のないことも聞ける(2件)	病棟でもカンファレンスの時に申し送ると末端まで見てくれると思う
		朝のカンファレンス時にコスモシートをもとにリーダーからメンバーへ伝達できた
	コスモシートがあれば認定看護師に相談しやすい(1件)	あえて電話で聞くことでもないような他愛もないことが聞きたいし、大事だと思う
		緊急性がないものに関してはコスモシートに記入しておけばよいのかなぁと感じている
		病棟看護師から認定看護師へ相談しやすくなった

2) コスモシートを活用した取り組みの改善点

コスモシートを活用した取り組みの改善点については、【コスモシートの活用に向けた説明が必要】【コスモシートの活用に向けた工夫が必要】【コスモシートを活用に向けた意識づけが必要】の3つに分類された。さらに【コスモシートの活用に向けた説明が必要】の小分類には[コスモシート記入後の活用方法が分からない][コスモシートが周知されていない]が、【コスモシートの活用に向けた工夫が必要】には[コスモシートをはさむ場所が後ろだと見られない][診療録にはさむので記載内容に戸惑う][コスモシート記入時に認定看護師に連絡されるとよい]等が含まれた。そして【コスモシートを活用に向けた意識づけが必要】の小分類には[コスモシートを活用してもケア方法がスタッフに浸透しない][コスモシートの活用に向け意識する必要がある][コスモシートの活用によりケアを高める必要がある]が含まれた(表3)

表3 コスモシートを活用した取り組みの改善点

分類	小分類	聞き取り内容(要約)
コスモシートの活用に向けた説明が必要(5件)	コスモシート記入後の活用方法が分からない(4件)	最初に記入したらその後どうしたらよいのか分からない
		何を書いたら良いのか分からない(活用の仕方が分からない)
		看護師目線で何でも聞きたいことを聞いても良いというのであれば、もっと活用できたかもしれない
		こんなことを書いてもいいかと迷っているうちに時を逃してしまふ。
	コスモシートが周知されていない(1件)	意識はしていたが、はたしてみんながこのコスモシートの存在を知っているのか疑問

表3 コスモシートを活用した取り組みの改善点（続き）

分類	小分類	聞き取り内容(要約)	
コスモシートの活用に向けた工夫が必要(6件)	コスモシートをはさむ場所が後ろだと見られない(1件)	コスモシートをはさむ場所が後ろの方だと見る機会が減る	
	診療録にはさむので記載内容に戸惑う(1件)	診療録にシートをはさむということになると、何でも書くということに戸惑いを感じる	
	コスモシート記入時に認定看護師に連絡されるとよい(1件)	看護師がコスモシートを記入した後に依頼箋と同じように認定看護師へ流れると良い	
	もっと自由に記入できるとよい(2件)		誰でもなんでも記入して誰でも返答できるシートが良い
			もっと自由に何でも記載できれば2年目3年目もっと関心が出るかもしれない
記入するスペースが少ない(1件)	記入するスペースが少ない		
コスモシートを活用に向けた意識づけが必要(4件)	コスモシートを活用してもケア方法がスタッフに浸透しない(1件)	末端までケア方法が浸透しない	
	コスモシートの活用に向け意識する必要がある(2件)	もっと意識して書いていけば、より良い看護に繋がっていく気がする	
		もっと病棟でもコスモシートを使用できるようみんなが意識していかなければならない	
	コスモシートの活用によりケアを高める必要がある(1件)	ケアを高める必要があるためもっと活用したい	

3) 認定看護師への依頼方法・要望

認定看護師への依頼方法・要望については、【認定看護師への依頼方法の実際】【認定看護師への要望】の2つに分類された。さらに【認定看護師への依頼方法の実際】の小分類には[緊急性があるものは電話で聞く][リンクナースを通じて認定看護師に依頼する][認定看護師への連絡は受け持ち看護師に任されている]が含まれ、【認定看護師への要望】の小分類には[コスモシートによるケア方法の提案後に評価・調整してほしい][コスモシートを毎日確認してほしい][コスモシート記入に対する返答がすぐにほしい]等が含まれた(表4)。

表4 認定看護師への依頼方法・要望

分類	小分類	聞き取り内容(要約)
認定看護師への依頼方法の実際(7件)	緊急性があるものは電話で聞く(3件)	緊急性があるものについては電話をかけて聞くようにしているため、コスモシートに書いていない(記入しても来棟するまで放置することになるため)
		電話で聞いた方がいいのか、来棟するまで待てばよいのか分からないものに関しては電話で聞いてしまう
		タイムリーに聞きたいことは電話する
	リンクナースを通じて認定看護師に依頼する(2件)	病棟看護師からリンクナースを通じて徐々に認定看護師への連絡の道筋ができた
		リンクナースから認定看護師にケア方法を記入してもらえるように依頼できた
認定看護師への連絡は受け持ち看護師に任されている(1件)	カンファレンスで認定看護師に相談しようという話にはなるが、受け持ちに任せる部分が多かった	
直接コミュニケーションが取れるとコスモシートは記入しない(1件)	直接コミュニケーションが取れたのでコスモシートに行きつかなかった	
認定看護師への要望(5件)	コスモシートによるケア方法の提案後に評価・調整してほしい(1件)	指示の後に評価して、その人に合わせて不具合を調整して頂けると看護が展開できる
	コスモシートを毎日確認してほしい(1件)	毎日見に来てくれるという意識があれば、つぶやきで書けるのだが...
	コスモシート記入に対する返答がすぐにほしい(1件)	現場ではすぐに返答がほしい
	認定看護師に聞きたいことは多数ある(1件)	認定看護師に聞きたいことはたくさんある。
	認定看護師の指示がほしい(1件)	認定看護師の指示があればもっと動きやすい(特に感染など)

3. 共同研究者間での病棟看護師と認定看護師との円滑な協働体制構築に向けて検討

コスモシート活用による取り組みに対する聞き取り調査の分析結果より、コスモシート活用の効果として、ケア方法の共有ができること、認定看護師への相談に活用できることが認識されていた。また、改善点としては、コスモシート活用に向けた説明やコスモシートの活用方法の工夫、意識づけの必要性が示された。また、認定看護師に対してはコスモシートへの早急な対応が求められていた。それらを取り組みの課題と捉え、共同研究者間で改善に向けた方策を検討した。

1) コスモシート活用に向けた改善

コスモシートの活用に向けた工夫として、様式を修正し自由に記載できるように変更する。また、具体的に図示できるように横罫を薄くするよう変更する。さらに、病棟看護師とのやり取り形式ではなく、様々なことに活用できるように自由に記載できる様式に変更する。

またコスモシートの活用方法を周知するために、師長会を通じて再度病棟看護師に周知を依頼したが活用方法が分からないとの意見があった。そこで認定看護師が積極的に病棟に出向き、コスモシート活用方法の説明を加えながら、病棟看護師と共にコスモシートを活用する。

そして認定看護師の依頼は際電話対応の場合が多いことより、電話での相談時にもコスモシートが活用できるように、認定看護師がコスモシートを常に持参し、記載するようにする。

2) 認定看護師の病棟看護師への支援に充実

今までは認定看護師は限られた曜日に個別で病棟訪問を行ってきたが、今回の聞き取り調査でも認定看護師に支援が求められていることが把握された。そこで、現状よりも病棟訪問回数を増やし、病棟看護師とのコミュニケーションを十分に図り、病棟看護師への支援を充実させる。そして、今後は提案したケア方法を実践した事例の事例検討を継続的に行う。

・考察

認定看護師のケア方法が周知・継続され、病棟看護師と意見交換できるコスモシートを、本年度は全部署で活用し、さらに明らかとなった課題解決に向けて取り組んだ。本年度コスモシートは20事例に活用され、それ以外にも電話での相談や依頼件数が多くみられた。認定看護師が電話で対応したものについては、コスモシートの活用には至らず、その場では解決に至ったとしても、病棟看護師全員には浸透しないという側面があった。そのため電話での対応に備え、認定看護師がコスモシートを常に持参し、電話の対応内容をコスモシートに残すことで、病棟看護師との情報の共有がより図れるのではないかと考える。

さらに、コスモシートを自由記載できる様式に修正することにより、患者の状況に合わせた看護の展開につながると考える。また、コスモシートの活用を病棟看護師だけに求めるのではなく、認定看護師も病棟訪問の回数を増やし、病棟看護師とのコミュニケーションを十分図りながら共にコスモシートを活用する必要がある。その取り組みの継続により、病棟看護師と認定看護師との円滑な協働体制が構築され、看護実践の質の向上につながると考える。

・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、認定看護師が主体となってコスモシートを全部署で活用し、病棟看護師と認定看護師が協働でケアの充実に向けて取り組んだ。そして病棟看護師にコスモシートを活用した取り組みについての意見の聞き取りにより、コスモシート活用による取り組みの効果・改善点、認定看護師への要望が把握された。その成果として、効果的なケアの共有や認定看護師への相談しやすさにつながり認定看護師と病棟看護師が協働で患者へのケアに取り組めるようになったと考える。

2. 現地側看護職の受け止めや認識の変化

本研究での取り組みにより、コスモシートは認定看護師と病棟看護師との意見交換のツールであり、それを契機とした病棟看護師と認定看護師との直接的なコミュニケーションが重要であることを再認識していた。認定看護師が病棟訪問を行いお互いの関係性を築くことが重要であり、認定看護師が適宜専門的知識・技術を提供し、そのケア内容をコスモシートに記録として残すことが病棟看護師への教育支援にもつながっていることも再確認できていた。

3. 本学教員が関わったことの意義

本学教員が定期的に関わることによって、認定看護師の活動を振り返る機会を提供することができた。今年度は、現地の認定看護師が主体となって本研究を進めており、自施設の課題もより焦点化されてきた。今後は課題の解決に向け、スタッフへの教育支援や、認定看護師の活動が円滑になるような病院全体の協働体制の構築に向けた取り組みを継続・推進する必要がある。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

討議したい内容としては、「病棟看護師と認定看護師が関わるタイミングはどのようにされているの

か」「ケアの共有から病棟看護師に自律を促すためにどのような工夫がなされているのか」の2点を提示した。討議は、研究課題「看護の専門性を育成する看護管理部門と病棟との連携を推進する方法の開発」「病棟における目標管理を推進するためのリーダーの育成」との3題合同討議として行われた。討議内容は以下のとおりである。

1. 各施設における認定看護師の活動状況

【A病院】認定看護師4名のうち、感染管理認定看護師は専従、皮膚・排泄ケア認定看護師、化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師は病棟もしくは外来所属の専任となっている。専任の場合は、週に1回の活動日を設けている。活動日以外に依頼があった場合は、勤務終了後、もしくは病棟の状況が許せば勤務時間内に対応している。

【B病院】副看護部長を中心に、認定看護師と専門看護師が所属する、専門ナース委員会を立ち上げており、リンクナースの育成に力を入れている。病棟専従の認定看護師に関しては、病棟看護師を対象に、週1回勉強会を開催してもらっている。また、月1回認定日を設けており、それぞれが看護実践やマニュアル作成等の時間に当てている。認定看護師（緩和ケア・化学療法看護）がICに同席することで加算がとれるようになったが、病棟所属の場合、他病棟でのICに出向くことは難しく課題である。

【C病院】病棟看護師と認定看護師の関わりはリンクナースを中心に行われ、リンクナースが病棟看護師に伝える役割を果たしている。認定看護師、専門看護師は個々に活動しており、月1回集まる機会を設けて困りごとや悩みを共有している。副看護部長が調整役を担っている。

【D病院】師長会にて認定看護師の活動を考える場を設けた。まずは、師長に認定看護師の制度や、どのような役割を果たすのか、具体的な実践内容を知ってもらい、活用してもらえるように働きかけている段階である。実際に、自分の所属に在籍しない認定看護師がどのような役割を担うのか把握されていない場合も多い。認定看護師は勉強してくるので、求めるものが高くなり、看護部や病棟看護師と認定看護師とが上手くかみ合わない場合もある。今後は看護部として認定看護師にどのような役割を担って欲しいと考えているのか明確にする必要性があると感じている。

【E病院】認定看護師6名のうち、1名のみが病棟所属の専任であり、その他の5名は専従である。専従の場合は、日報を書かせて活動内容を記録に残すようにしている。認定看護師の思いが強すぎて、病棟看護師に求めすぎてしまう傾向もある。専従か専任かどのような体制が望ましいのか課題である。

2. ケアの共有方法と病棟看護師に自律を促すための工夫について

・コスモシートは最終的に診療記録になるのか。

当初は診療記録に挟み込んでいたが、個人の事例だけに終わってしまい、その後の看護につながらないと感じ、現在では、病棟にファイリングしている。ケア内容に関しては看護記録に記載することになっている。そうすることで、病棟看護師とのケアの共有が図れる。

・病棟看護師の立場としては、認定看護師がいることでケアの丸投げになっている状況であると感じる場面もある。認定看護師としては、どのようにしてケアの統一を図っていけばよいと考えるか。

記録に残すことで、病棟看護師から、別の視点で考えることができ良かったという声をきいたことがある。そういう意味ではコスモシートの取り組みは意義があったと思う。可能な限り、病棟看護師とじっくり話す時間をとり、病棟看護師が「何を困難に感じているのか」を明らかにすることで解決の糸口が見えてくることがあると感じている。

・認定看護師としては、病棟看護師にどこまでの役割を担ってほしいと考えるか。

できる限り、病棟看護師全員で考えられるようにしていくことが大切であると考えている。困難な事例の場合は認定看護師が直接関わることも必要である。

・認定看護師としての業務を理解してもらえるように、日報や看護記録に残すなど、業務を目に見える形に残していくことが必要である。

・この共同研究の初年度に認定看護師の活動に関する聞き取り調査を行った。認定看護師活動に関して病棟看護師がどう感じているのかを知る機会になり、お互いにとって、とても意味があったと思っている。認定看護師には何ができるのか、師長会で報告する場を設けたり、2か月に一度の学習会を開催したり、コスモシートを活用したりと、この3年間で少しずつ認定看護師の活用ができていると感じている。

病棟における目標管理を推進するためのリーダーの育成

廣瀬五十子 伏屋洋子 佐伯郁美 岡田尚子 小松博子（岐阜市民病院）
鈴木里美 田辺満子（大学）

はじめに

A病院では目標管理が実践され、B病棟は看護部の重点目標を受け看護実践能力の向上を目指している。B病棟は勤務経験3年以下の者が半数を占めていることから、主任クラス以上のリーダーとなる者が中心となり、専門的知識をもちスタッフの指導を実施していくことが求められていた。しかし、リーダーとなる者も病棟勤務経験3年以下の者が3分の2を占め、リーダーの育成が課題とされていた。平成24年度は業務改善課題に即して2つの看護ケアチームに各々3つの小グループをつくり活動を行い、チームリーダー（以下、Tリーダーとする）とグループリーダー（以下、Gリーダーとする）が小グループ活動での実践をリーダー会で報告し、課題解決のための効果的な取り組みについて意見交換を行った。さらに意見・感想シートで自身の実践を振り返ることによって、リーダーとしての役割行動を可視化することができた。しかし、Gリーダーがグループメンバー（以下、メンバーとする）への指導をどのように行い、メンバーはどう反応したのかは把握できなかった。

そこで平成25年度は、前年度と同様に行われる小グループ活動でリーダーがいかに役割行動を意識しメンバーと関わり、メンバーが小グループ活動への取り組みをどのように実践したかをリーダー自身が確認し振り返ることで、より有効な役割行動が果たせるリーダーの育成を目指すことを目的に取り組んだ。

方法

1. 方法

- 1) リーダー会（リーダー会は看護師長、副看護師長、Tリーダー2名、Gリーダー6名で構成し、毎月1回開催）において、教員は現地共同研究者と各小グループの課題、目標、活動計画を共有する。
- 2) Gリーダー6名を対象に、看護実践課題を解決するためにメンバーへの指導をどのように行い、メンバーはどう反応したかを把握するために、Gリーダー自身がメンバーへの関わりを振り返り、取り組み事例シートに記述する。内容は、メンバーへの関わりで実践したこと、メンバーの反応、振り返り気づいたことで、9月と12月の2回振り返りを行う。
- 3) リーダー会において、Gリーダー6名は取り組み事例シートをもとにメンバーへの関わりを語り、意見交換する。
- 4) Tリーダー2名とGリーダー6名を対象に、リーダーとしての役割行動を意識しメンバーと関われるよう、平成24年度の取り組みで明らかになったリーダー役割について、9月と12月に自己評価を行う。
- 5) 看護師長は年度末に行う目標管理面接時に、メンバーに対して、Gリーダーの関わりをどのように受け止め、小グループ活動を行ったかを確認する。

2. 共同研究への取り組み体制

リーダー会の開催および司会進行は看護師長が担当し、教員はリーダー会の一員として、リーダーのメンバーへの関わりからリーダーが果たした役割を捉え、意見交換に参加する。リーダー会の語りと意見交換の内容は、副看護師長と教員で記録し、後日、記録内容の照合と発言の意味内容の確認を共同研究者間で行う。なお、本年度はTリーダーも共同研究のメンバーとして取り組んだ。以下、文中Gリーダーをリーダーと記述する。

3. 倫理的配慮

リーダーに研究の主旨、目的、研究への参加は自由意思であること、取り組み事例シートおよびリーダー役割の自己評価シートの記入は無記名で、リーダー会の意見交換の内容は個人が特定されないよう匿名化をはかることについて文書と口頭で説明し同意を得た。本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部の承認を得て実施した（承認番号 0088）。

結果

1. リーダー会における各小グループの課題、目標、活動計画の共有

B病棟では看護実践能力の向上を目指し、5つの看護実践課題に即して小グループ名を課題名にし、活動計画を作成した。看護実践課題は、移植患者の口腔ケアチェックシート使用による統一したケアを行うこと、褥瘡業務が理解できるよう褥瘡フローチャートを作成すること、移植患者の退院指導が行えるようパンフレットを作成すること、移植時の患者対応手順書を作成すること、転倒

リスク該当者の問題立案と表示が正しくできることであった。看護実践課題の口腔ケアは2つの小グループ、他の課題は1つの小グループが取り組み、リーダー会で課題、目標、活動計画を共有した。

2. 取り組み事例シートの記述からみた実践の振り返り

6名のリーダーは、看護実践を向上させるためのメンバーへの関わりを振り返り、9月と12月に取り組み事例シートに記述した。リーダーのメンバーへの関わりとメンバーの反応、リーダーの気づきを以下に示す。

1) 9月の振り返りにおけるリーダーのメンバーへの関わりとメンバーの反応 (表1)

リーダーは小グループ活動を進めるためメンバーに資料収集を依頼したが、メンバーの協力が得られず、提出までの日にちがかかっていた。また、一人で作成したチェックリストやパンフレットへの意見を求めたが、メンバーの反応がない状態であった。小グループによっては期限内に資料の提出があり、集計結果を報告できていた。

表1 9月の振り返りにおけるリーダーのメンバーへの関わりとメンバーの反応

リ-ダ-	メンバーへの関わり	メンバーの反応
a	メンバーにパンフレットを作成するため、資料収集を依頼した。	メンバーのうち2名は協力的ですぐに行動を起こしてくれたが、1名の協力を得られずにいる。
b	メンバーに資料のまとめ方について、詳細な説明を行い依頼した。	メンバーは依頼された通りに資料をまとめて提出したが、仕上がりまでの日にちがかかった。
c	メンバーに資料収集を依頼した際、一通りの説明を行った。	メンバーはどこで資料を調べるのか、期限等の質問を行い、期限内に資料を提出してくれた。
d	メンバーは病棟業務以外の仕事があり声をかけづらく、チェックリストやパンフレットの試案を作り意見を求めた。	メンバーはチェックリストやパンフレット試案への意見を求められたが、反応がないまま経過している。
e	自分で抱え込んで退院指導パンフレットを作成してしまい、メンバーに作成後の見直しを依頼した。	メンバーは作成された退院指導パンフレットの見直しを行ったが、意見は出ていない。
f	メンバーに褥瘡に関する診療計画書の入力ミスの種類と数のカウント、月毎の集計を依頼した。	メンバーは集計結果を報告し、ミスが目立つ箇所についてどうしたらよいかリーダーに相談する。

2) 12月の振り返りにおけるリーダーのメンバーへの関わりとメンバーの反応 (表2)

リーダーは新任期を含むメンバー全員を対象に活動参加を働きかけ、リーダーが集計方法を指導し対策案を提案することによって、メンバーは分担して集計を行い、意見を出すことができた。そして、リーダーがメンバーに声をかけ話し合いの場を調整することで、メンバー自ら声をかけあうようになり褥瘡ポケットマニュアルが完成した。

表2 12月の振り返りにおけるリーダーのメンバーへの関わりとメンバーの反応

リ-ダ-	メンバーへの関わり	メンバーの反応
a	新任期のメンバーに作成した手順書を見てもらった。	新任期のメンバーは、手順書を見たが分からない部分があった。
b	リーダーが先にアセスメントシートの集計を行い、メンバーに方法を指導した。	メンバー全員でアセスメントシートの集計を分担し、円滑に進んだ。
c	メンバーにテンプレートや手順書のパソコン入力を依頼した。	メンバーは、依頼されたテンプレートや手順書の入力を積極的に行った。
d	メンバーから対策案の提示がなかったため、リーダーとして対策案を提案した。	リーダーが対策案を提案したことで、メンバーからの意見が出た。
e	メンバーと同じ勤務になることが少なく、日中業務の合間に声をかけて活動を行った。	リーダーの声かけにより、期日までにメンバーの意見が出た。
f	褥瘡ポケットマニュアルの作成はメンバーの勤務があわず、声かけを行いメンバーを招集し進めた。	メンバーは自ら声をかけあうようになり作業ペースが上がり、褥瘡ポケットマニュアルが完成した。

3) 9月と12月の振り返りにおけるリーダーの気づき (表3)

9月のリーダーの気づきは、動かないメンバーの意見を促す努力をする、メンバーに具体的な期限を伝え、わからないことがないか確認する、目標への取り組みが停滞しないようメンバーの役割やすべきことを伝える等の記述があった。12月は、新任期のメンバーにやりたいことを任せてみる、勤務があわず一人ずつ指導した、対策案を提示することでメンバーの意見を聞き出せた、メンバー全員で取り組む姿勢を示す等の気づきがあった。

3. リーダー会での語り

リーダー会で、取り組み事例シートをもとにメンバーへの関わりを語り、リーダー間で意見交換を行った。リーダー会で話し合われた内容を表4に示す。

表3 9月と12月の振り返りにおけるリーダーの気づき

月	リ-ダ-	リーダーの気づき
9月	a	メンバー全員が協働していくことは大変であるが、動かないメンバーに直接声かけをし意見を促す努力をすることがリーダーの役割であり、心がけていきたい。
	b	リーダーとして具体的な日にちの期限等を伝えることができなかった。
	c	メンバーに説明する際は、ある程度詳しく説明し分からないことがないか確認することが必要である。
	d	メンバーがはっきりと役割やすべきことを分かっていないと目標への取り組みが停滞してしまうため、リーダーがメンバーの役割やすべきことを明確化するきっかけづくりを行い、目標へ向かって全員で取り組めるよう働きかけることが重要である。
	e	退院指導パンフレットの作成は一から準備し、情報や今まで指導してきたことをもちより作成していかなくてはいいなかった。
12月	a	新任期のメンバーに計画の段階で取り組みの主旨や概要を詳しく説明し、調べてみたいこと、やりたいこと等を聞き、その部分を任せてみることを試みてもよかった。
	b	メンバーとの勤務があわず、一人ずつ指導した。
	c	リーダーとして具体的な対策案を提示することで、メンバーの意見を聞き出せた。
	d	メンバーの一人一人の協力で取り組みの形ができていくことを自覚してもらいたいと考え、少しではあるがメンバーと同じ方向に向かって行えた。
	e	リーダーがまずメンバー全員で取り組んでいこうという姿勢を示すことが大事であり、そうした働きかけがないとメンバーがついてこないということがわかった。

表4 リーダー会で話し合われた内容

内容	報告内容	意見交換の内容	気づき	振り返りと評価
口腔ケア1	<ul style="list-style-type: none"> パンフレットの作成状況 病院内使用に向けたチェックシートの現状 協力が得られないメンバーへの対応 	<ul style="list-style-type: none"> リーダーとメンバーとの協力体制 メンバー全員に仕事を行ってもらうこと 両チームで行い情報が伝わり理解できたこと 	<ul style="list-style-type: none"> メンバーのやる気を引き出す必要がある。 明確な指示を出したことで全体を通して実施できた。 協力が得られないメンバーに得意分野を依頼し行えた。 	<ul style="list-style-type: none"> 年内にパンフレットは完成予定である。 助言を受け、新任期のメンバーが理解できるよう指示をしたことで、やる気の違いを感じ声をかけていくことの大切さに気づいた。 後半は声かけがうまく行え、新任期のメンバーは喜んで取り組んでいた。
口腔ケア2	<ul style="list-style-type: none"> チェックシートとパンフレットの作成状況 メンバーへの説明と依頼時の様子 	<ul style="list-style-type: none"> メンバー依頼のための具体的な方法 メンバーの活動参加を促すこと 2グループによる取り組みの利点と欠点 	<ul style="list-style-type: none"> メンバーに具体的な日にちの期限を伝え、資料をまとめてもらうことが必要であった。 資料を提示し観察項目の修正の意図を伝え、依頼したことはよかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 後半はリーダー同士で役割分担し、進めることができた。 新任期のメンバーに声をかけ考えてもらい、自覚がもてるよう働きかけた。
褥瘡改善	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡診療計画書の記入漏れの状況把握と改善のための勉強会の開催 褥瘡フローチャートの作成状況 	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡フローチャート作成と勉強会の開催予定 メンバーの役割分担の方法 計画通りに進んでいない理由 	<ul style="list-style-type: none"> メンバーからの意思表示がなくどうしていいのかわからず、声かけもできなかったので活動が停滞してしまっただ。 	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡ポケットマニュアルが完成し、カンファレンスで検討する。 メンバーと二人で課題を抱えていたが、後半はメンバー全員で集まる時間を作り考えることができるようになった。 メンバーから声をかけてくれるようになり活動が進んだ。
退院指導パンフレット	<ul style="list-style-type: none"> 退院指導パンフレットの作成過程と作成後のメンバーへの依頼 患者の意見を取り入れたパンフレットの加筆 	<ul style="list-style-type: none"> 活動開始からメンバーにリーダーの行動を見せること 新人の意見を参考にすること リーダー間でメンバー全員が活動に参加できるよう促していくことの共有 	<ul style="list-style-type: none"> 新人に行ってもらったことより、自分で行っていく所があったので、新人が参加できるように促していくことが必要であった。 	<ul style="list-style-type: none"> メンバーから退院指導パンフレット使用後の意見をもらい、加筆している。 前半は一人で作成してしまっただが、メンバーの意見でパンフレットの内容が深まった。
移植時の患者対応手順書	<ul style="list-style-type: none"> 患者対応手順書の作成状況 メンバーへの依頼と参加状況 	<ul style="list-style-type: none"> メンバーの参加を促し実施すること P D C Aサイクルを考え意識して実施すること 新人を含むメンバーが協力できたこと 新人を巻き込み活動していきたいこと 	<ul style="list-style-type: none"> 勤務表を見て、メンバーと話し合える日を決めることが大切であった。 メンバーに依頼することによって、メンバーの力になった。 	<ul style="list-style-type: none"> メンバーと話し合う時間がなく、計画より遅れているが年内には完成した。 患者対応手順書は、メンバーに作成を依頼し、新人のわからない言葉を聞き、一緒に話し合いながら修正した。
転倒	<ul style="list-style-type: none"> 入院時と入院1週間後の転倒リスクのチェック状況 転倒の集計とメンバーの参加状況 対策案の提示がないメンバーへの対応 	<ul style="list-style-type: none"> リーダーシップの発揮状況 メンバーとの意思疎通 メンバーが理解できる内容を示し期限を区切り依頼すること メンバーが忙しい時は依頼にとまどうこと 	<ul style="list-style-type: none"> 意見を出すことでメンバーから違う意見が出た。 考えを示せずメンバーは考えにくかった。 メンバーに詳細な説明を行うことが必要であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 前半は自分だけで行っていたが、リーダー会で他のリーダーも同じ問題を抱えていることがわかり安心した。 開始時にはメンバーの発言はなかったが、後半はメンバーから発言してくれるようになった。

リーダー会は、平成 25 年 9 月、10 月、11 月、12 月の 4 回開催し、9 月は口腔ケア、褥瘡改善、10 月は退院指導パンフレット、移植時の患者対応手順書、11 月は口腔ケア、転倒、12 月は 6 グループの活動の振り返りと評価を行った。リーダー会への参加はリーダー 6 名、現地共同研究者 5 名、教員 2 名で、開催時間は 55 分から 35 分であった。

リーダーの報告から、リーダーがメンバーにどう働きかけどのような反応だったのか、メンバーの協力が得られず困っていること等が具体的に語られたことで、解決のための意見としてメンバー全員が活動に参加できるよう促していくことが共有された。意見交換の過程を通してリーダーは、メンバーのやる気を引き出すこと、声かけを行うこと、話し合える日を決めること、自身の考えを示すこと等、多くの気づきが促されたことにより、その後の小グループ活動を円滑に進めることができた。

4. リーダー役割の自己評価

リーダー 6 名と本年度は共同研究者であるチームリーダー 2 名は、9 月と 12 月にリーダー役割の自己評価を実施した。

リーダーの役割 13 項目は『十分に理解し実践も十分』の評価が 9 月は 5 項目であったが、12 月には 11 項目において評価がみられ、〔リーダー同士で意見交換する〕は 4 名であった。『十分に理解しているが実践は不十分』の評価は、12 月においてもまだ多くみられた(表 5)。

リーダー会の運営にあたってのリーダーの役割 9 項目は、『十分に理解し実践も十分』の評価が 9 月は 5 項目であったが 12 月には 7 項目で、〔小グループ活動の取り組みの成果を明らかにする〕〔リーダー会で意見交換することでリーダーの役割を自覚する〕は 4 名であった。12 月の『十分に理解しているが実践は不十分』の評価は多くみられた(表 6)。

5. 目標管理面接で確認したメンバーの反応

看護師長は年度末に行う目標管理面接時にリーダーの関わりによるメンバーの反応を確認した。メンバーからは、「最初は声かけが少なく協力できなかったが後半は声かけがあり意見が言えた」、「一緒に話し合う時間がなく関われなかったことを反省している」、「最初は任せてしまったが経過を見てと言われ意見を述べ作成まで関わられた」、「できあがった物を見せて修正箇所の質問があり意見を述べやすかった」、「自分にできる範囲のことを指示され動きやすかった」、「言われたことを行い自分が関わって完成していく過程がわかり嬉しかった」、「依頼の声かけが多くなり相談しながら進めることができた」等の発言があった。

表 5 リーダー役割の自己評価

(n=8)

リーダーの 役割 13 項目 (分類)	リーダーの役割 (中分類)	9 月				12 月			
		十分に理 解し実 践も十 分	十分に理 解して いるが 実践は 不十分	理解し ている が実 践は 不十分	理解 も実 践も 不十分	十分に理 解し実 践も十 分	十分に理 解して いるが 実践は 不十分	理解し ている が実 践は 不十分	理解 も実 践も 不十分
意見交換を 行い共有す る	メンバーとの話し合いの場を調整する	0	4	4	0	2	6	0	0
	主体的な活動参加を促進するため意見交換の場を持ち情報を共有する	0	3	5	0	3	4	1	0
	自分の意見を述べることで理解と協力を得る	1	2	5	0	3	4	1	0
意見交換と 動機づけを 行い課題解 決する	具体的な解決方法を検討する	0	3	5	0	2	4	2	0
	意識向上のための動機づけを行う	1	2	5	0	2	4	2	0
実践できる よう助言・ 指導する	場の状況に応じてスタッフに直接指導を行う	1	3	4	0	3	4	1	0
	学習会を開催する	0	3	5	0	0	6	1	1
決定した援 助方法を周 知徹底する	検討した援助方法をチームや病棟全体に周知徹底する	0	2	6	0	0	7	1	0
	解決方法を共有し病棟全体で取り組めるよう働きかける	0	4	4	0	1	5	2	0
	病棟全体で取り組めるよう働きかける	0	4	4	0	1	5	2	0
活動の停滞 に適切な対 応をする	活動の停滞を察知して対処する	1	3	4	0	2	5	1	0
意見交換し 小グループ 活動につな げる	リーダー会で困ったことや改善点について意見交換する	2	2	4	0	3	4	1	0
	リーダー同士で意見交換する	0	4	4	0	4	2	2	0

表6 リーダー会の運営にあたってのリーダー役割の自己評価

(n=8)

リーダー会の運営にあたってのリーダーの役割9項目(分類)	リーダー会の運営にあたってのリーダーの役割(中分類)	9月				12月			
		十分に理解し実践も十分	十分に理解しているが実践は不十分	理解しているが実践は不十分	理解も実践も不十分	十分に理解し実践も十分	十分に理解しているが実践は不十分	理解しているが実践は不十分	理解も実践も不十分
効果的にリーダー会を開催する	効果的なリーダー会の開催を支援する	0	4	4	0	2	4	2	0
	意見交換や対策の考案のために資料の提示を行う	1	1	6	0	0	6	2	0
	司会を決めて会議を進める	2	3	2	0	3	5	0	0
	予定時間内で会議を進める	1	4	2	1	0	7	1	0
主体的にリーダー会に参加する	発言しやすい雰囲気を作る	1	4	3	0	3	3	2	0
	前もって議題を出し事前準備をする	0	4	4	0	2	4	2	0
リーダー会の検討内容を小グループ活動に活かす	小グループ活動の取り組みの成果を明らかにする	1	6	1	0	4	3	1	0
	リーダー会の検討内容をチームに報告し意見交換する	0	7	1	0	1	4	3	0
	リーダー会で意見交換することでリーダーの役割を自覚する	0	7	1	0	4	2	2	0

・考察

リーダーは、看護実践を向上させるためのメンバーへの関わりを取り組み事例シートで振り返り、9月はメンバーの協力が得られるよう働きかけていたが、活動は停滞しメンバーの協力が得られないことに戸惑いを感じていた。リーダーはメンバーとの関わりを通し、詳細な説明を行い分からないことを確認し期限を伝えることの必要性に気づいた。12月にはメンバーとの勤務があわないため、リーダーが積極的に声かけを行い一人ずつ指導したことで、メンバー自ら声をかけあい活動が進行した。そして、リーダーがメンバーに集計方法を見せ対策案を提案することで、集計が円滑に進み意見が出される等、メンバーの主体的な活動参加への取り組みが促せたと考える。

リーダー会では、取り組み事例シートで十分に振り返りが行えなかったこともリーダー同士で意見交換することで、リーダーが一人で進めるのではなく、新人を含むメンバー全員が活動に取り組めるよう働きかけていくことが共有され解決のための方針が示された。そして、他のリーダーの抱えている悩みに共感し安心して活動を進めることができ、リーダー会はリーダーの気づきの場となり、課題解決のための円滑な取り組みを促したと考える。

リーダー役割22項目は、取り組み事例シートの記述とリーダー会の語りから、リーダー役割を意識して行動し実践できていたと考えられる。しかし、12月の自己評価においても『十分に理解しているが実践は不十分』の評価がまだ多くみられ、リーダーの自己評価は厳しいものであった。今年度の評価は4段階で設定したが、『十分に理解しているが実践はやや不十分』を加えた5段階で評価する等、リーダーの行動レベルの実践が適正に評価できるよう改善していくことが必要である。

目標管理面接で確認したメンバーの反応は、リーダーが声かけを行い具体的で適切な指示を出したことで、メンバーは意見を述べ相談しながら活動を進め、完成していく過程に満足していたことから、リーダーとメンバーは取り組みへの達成感が得られていたと考える。

リーダーは看護実践課題の解決のために小グループ活動を行い、メンバーとの関わりを取り組み事例シートで振り返ることで、多くの気づきをもち活動に役立てた。さらに、リーダー会で看護師長や副看護師長、チームリーダーと一緒にリーダー同士が意見交換をすることで解決策が導かれ、メンバーに対して効果的な働きかけができるようになった。取り組み事例シートの記述とリーダー役割の自己評価を実施したことで、リーダー自身がリーダー役割を意識して小グループ活動に取り組み、メンバーの反応を捉え適切な対応をしていくことの必要性を再確認することができた。そして、取り組み事例シートの記述は現地共同研究者にとってもリーダーのメンバーへのリーダーシップの発揮状況を把握する機会となった。

以上のことから、リーダーの育成方法として、リーダー自身がその役割を自覚しいかにメンバーに働きかけたか、その働きかけにメンバーはどのように反応したかを振り返る場面が必要で、その場面としてリーダー会で自身の実践行動とメンバーの反応を語る等、自身の気づきを確認し共有することは効果的であると考えられる。

・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（昨年度と比較してどう変化したか）

平成 24 年度の取り組みでは多忙な日常業務の中でリーダーの役割行動を客観視することが難しい状況であったが、共同研究を通し可視化することができた。しかし、課題解決のためにはリーダーが一人で実施するのではなくメンバーとともに活動を展開していくことが期待され、リーダーがメンバーへの指導をどのように行い、メンバーはどう反応し取り組んだかを把握することが必要であると考えた。平成 25 年度は、リーダーが取り組み事例シートでメンバーへの関わりや反応を振り返ることで、リーダーとメンバーとの相互関係を捉えることができ、リーダーの育成方法として効果的であることが確認できた。

小グループ活動の成果として、口腔ケアチェックシートは病院内で使用するため記録委員会で検討された。褥瘡フローチャートと褥瘡ポケットマニュアルは完成し、退院指導パンフレットは指導に活用したのち加筆修正する等の改善がみられた。

2．現地側看護職者の受け止めや認識の変化

現地側看護職者は、定期的にリーダー会に参加し意見交換を行うことで、リーダーの個々の現状把握と課題を共有することができ、リーダー支援に効果的であった。リーダー会での検討は、リーダーがメンバーと協力していく方法に気づく等、実践の振り返り・見直しの機会になると受け止めていた。そして、リーダー会で月に 1 回検討するシステムが実践の改善・充実に繋がると認識していた。

3．本学教員がかかわったことの意義

現地側看護職者は、平成 24 年度の取り組みではリーダーの役割行動を可視化することはできたが、リーダーのメンバーへの関わりや実践に対するメンバーの反応は捉えられていなかった。教員がリーダー会の一員として意見交換に参加し、客観的な立場から報告者がリーダーとしての気づきが促されていることを伝えることで、リーダーは自分の働きかけが及ぼすメンバーの反応を捉えて自身の役割行動を振り返り客観視することができた。また、自分たちの実践がこれでよいと認められ評価されていると実感できたのではないかと感じた。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

討議は、「医療機関における認定看護師の活動の充実に向けた検討」「看護の専門性を育成する看護管理部門と病棟の連携を推進する方法の開発」との 3 題合同で実施した。病棟看護師と認定看護師が関わるタイミング、ケアの共有から病棟看護師に自律を促すための工夫、各施設が目指す看護の専門性を高め看護実践改善・改革ができる看護職者の育成について看護管理部門管理者と病棟管理者が連携したマネジメントのあり方、病棟目標達成に向けた小グループ活動の取り組みの現状とそこにおけるリーダーの育成と支援について討議がなされた。本研究に関する意見の内容を以下に記す。

Q リーダーとは、リーダーの基準やリーダー設定の基準はあるのか。

- ・当該施設は、2 チームで編成され、A チームリーダーと 3 つのグループリーダー、B チームリーダーと 3 つのグループリーダーで、主任以上をリーダーとしている。リーダーは主任以上としているので、主任になりたての者もいる。当該病棟の主任以上の人数は、8 名よりも多い。

Q リーダーの育成方法について

- ・リーダーの育成研修として、クリニカルリーダーレベル のスタッフを対象に、平成 25 年度から看護専門学校の看護演習の授業に参加させている。実習要綱の組み立てや授業案の作り方を学ぶことで、スタッフがどのような教育を受け、どこにたずまわっているのか理解できる。取り組み 1 年目で評価はできていないが、スタッフができることを知って指導する等、リーダーシップの学びにつながっている。
- ・管理的立場にあるリーダーは、スタッフの育成にあたり、スタッフがもっている力を引き出し、いつまでどの段階まで到達してほしいのか、目指す方向性を具体的に描いていくことが大切であると考えられる。

看護の専門性を育成する看護管理部門と病棟の連携を推進する方法の開発

山中ひろみ（関中央病院） 小松博子（岐阜市民病院）

時吉鈴美 小島三紀 古澤幸江（羽島市民病院）

堀ちくみ（朝日大学歯学部附属病院） 堀美保（岐阜中央病院）

両羽美穂子 小西美智子 橋本麻由里 百武真理子（大学）

．はじめに

チーム医療の中で看護の専門性を発揮し、社会の要請に応えていくためには、施設として看護職者の専門性育成に取り組む必要がある。その専門性の育成には、医療施設の設置理念・目的及び看護部理念に基づき、看護管理部門管理者と病棟管理者、さらに病棟看護師がそれぞれ必要性について一貫性をもって理解し、目的を共有し、相互に研鑽できる体制の構築が求められる。平成 24 年度の共同研究では、看護の専門性を発揮し、看護実践を改善・改革できる看護職者の育成における看護管理者のマネジメントの課題を明らかにし、看護管理部門管理者と病棟管理者の連携とリーダーシップのあり方および連携を推進する方法について検討した。その結果、看護管理部門管理者は、組織全体や社会に求められる看護の責任を考えて看護部全体の課題を明確にすることや、評価システムの構築などでリーダーシップを発揮する必要があることが明らかになった。また、病棟管理者は、組織員一人ひとりに目を向け、方向性や動機づけを支援するためにリーダーシップを発揮する必要があることが明らかになった。そこで、24 年度に確認した看護管理者として必要なリーダーシップを発揮して、各施設が目指す看護の専門性を高め、看護実践の改善・改革ができる看護職者の育成に取り組み、看護管理部門管理者と病棟管理者が連携したマネジメントのあり方を明らかにすることを本研究の目的とする。

本研究において看護管理部門管理者とは看護部長等看護部門の長および副看護部長、病棟管理者とは病棟師長、看護管理者とは両者とする。

．方法

1．看護の専門性を育成する取り組み

24 年度の研究成果を基に計画した看護の専門性を高め、看護実践の改善・改革ができる看護職者の育成に関する取り組みを各施設で行った。この取り組みは看護実践現場にいる共同研究者が所属している各施設の組織的な取り組みであり、業務の一環として行った。

2．検討会

看護の専門性を育成する取り組みの概要を資料として共同研究者間で共有し、検討会を 4 回、各 1 時間半程度実施した。検討会では、看護の専門性を育成するための看護管理者のマネジメントの実施方法及び課題について検討した。資料の内容は、取り組みの目的・方法（育成のしくみ、看護管理部門管理者と病棟管理者の連携の状況や組織員等への働きかけの内容など）・成果・課題などである。

3．倫理的配慮

本研究は、各施設長および看護部長に研究目的等を文書と口頭で説明し許可を得て実施した。検討会では、各施設の人材育成に関する情報を他施設に所属する共同研究者間で共有するため、他施設の情報および本研究のデータは目的外に活用しないこと、守秘義務を遵守すること、検討会資料の管理を徹底すること等を共同研究者間で確認し確実に実施できるようにした。記録等は、施設名および関係する個人を匿名化して扱った。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（承認番号 0090）。

．結果

1．看護の専門性を育成する看護管理者のマネジメント

1) 看護の専門性を育成する取り組み

以下に、看護管理者として組織員の看護の専門性を高めるための人材育成の考えと共同研究者間で検討した看護の専門性を育成する各施設の取り組みの概要を説明する。

(1) 業務改善に向けたチーム活動

A 施設の看護管理部門管理者は、一人ひとりが役割を自覚し、自己の能力や状況にあった学習を自ら行っていく自律的学習を促進することが必要であり、管理者はそれを支援していく仕組みや環境を整えていくことが必要であると考えていた。そこで輸血業務の見直し、検査介助業務の見直し、手術室タイムアウトの見直しなど 12 項目についてボトムアップで課題を確認し、組織員のチーム活動による業務改善に取り組んだ。

(2) 静脈注射認定看護師の育成

B 施設の看護管理部門管理者は、認定看護師の育成は、組織員全体の教育の場を拡大していることから、共に学べる雰囲気づくりや自己の成長のための学びが必要であることを一人ひとりが自覚できるように支援したいと考えていた。そこで、平成 22 年から他部署の要望も受けて検討を重ねていた看護

師による造影剤静脈注射を可能とする人材育成を例に、看護管理者のマネジメントのあり方を検討した。本事例は、看護部と他部門・他職種が協働して患者サービス向上に貢献できることを目標として、造影剤静脈注射を安全に実施できるシステムをつくり、静脈注射認定看護師（以下、IVナースとする）として看護師の業務拡大に至った取り組みであった。

（3）病棟管理者の育成

C施設の看護管理部門管理者は、厚生労働省が提示した看護師の臨床実践能力にある基本姿勢と態度、技術的側面、管理的側面を基盤に新人看護師から看護管理者（看護師長）まで継続した教育を行い自律した看護師を育成したいと考え、中でも病棟管理者の育成を課題としてした。そこで、看護管理者として必要な能力を看護師長間の意見交換・情報共有を通して学び、現場の看護管理に活かすことを目的に月1回程度定例の看護師長検討会に取り組んだ。

（4）診療報酬加算を活用した高齢者に対する看護の質向上

D施設の看護管理部門管理者は、専門知識のある看護師を含め、現場OJTを確実に実施し看護師の底上げをして、自律できるように育成したいと考えていた。そこで、高齢者に対する個別性のある看護の質向上を目指し、診療報酬の総合評価加算を活用して医師等との協働により、高齢者の総合的な機能評価のための手順書を作成し、看護師が個別性の看護計画を立案し看護展開できる仕組みづくりを行った。

（5）セーフティサポートチームの活動の充実

D施設では、上記取り組みに加え、日々発生しているインシデント・アクシデントに対する対応が医療安全対策委員会では対応しきれないため、チームとして発足し改善することを目的に、セーフティサポートチーム（以下、SSTとする）を新たに作り、内服薬エラーの対応など実効的な対策を立案し、成果を上げている取り組みであった。

（6）認定看護師育成

E施設の病棟管理者は、組織員個々の目標を把握して、意識づけ・方向づけを行う必要があると考えており、病棟所属の認定看護師が役割を十分発揮し、組織横断的に活動できるように支援した取り組みであった。

2) 取り組みにおいて看護管理者が行ったマネジメント

看護管理者として取り組みを推進するために行ったマネジメントは、表1に示すように次の9項目に分類できた。本文中、大分類を【】、小分類を<>で示す。

大分類は、【社会の動きも視野に自施設のビジョンを明確にし計画を立案する】、【リーダーシップを発揮し人を動かす】、【組織員や部署の思いを把握し方向づける】、【取り組みを推進する体制をつくる】、【取り組みを推進する仕組みをつくりシステム化する】、【取り組みを推進するために人・時間・環境を調整する】、【情報を収集し取り組みを管理する】、【組織員のキャリア開発を行う】、【取り組みを評価しPDCAサイクルを動かす】であった。

【社会の動きも視野に自施設のビジョンを明確にし計画を立案する】は、<ビジョンを明確にする>、<社会の動き等を把握する>、<組織に必要な技術・能力を明確にする>、<組織的課題を確認する>、<取り組むべき課題を判断する>、<取り組みの優先順位を判断する>、<組織的に意思決定する>、<目的・目標を明確にする>、<取り組みの戦略を立てる>の9つが含まれた。

【リーダーシップを発揮し人を動かす】は、<取り組みのキーパーソンに働きかける>、<組織員の能力を活用する>、<人を説得する>、<リーダーシップを発揮する>の4つが含まれた。

【組織員や部署の思いを把握し方向づける】<組織員の思いや考えを引き出す>、<病棟の考えを把握する>、<役割分担を明確にし、委任する>、<目的に向けて取り組みを方向づける>、<組織員を動機付ける>の5つが含まれた。

【取り組みを推進する体制をつくる】は、<組織的な取り組み体制を整える>、<教育体制をつくる>、<相談体制をつくる>の3つが含まれた。

【取り組みを推進する仕組みをつくりシステム化する】は、<取り組みをシステム化する>、<取り組みを推進する仕組みをつくる>の3つが含まれた。

【取り組みを推進するために人・時間・環境を調整する】は、<取り組み環境を整える>、<組織員の勤務調整を行う>、<組織員間の調整を行う>の3つが含まれた。

【情報を収集し取り組みを管理する】は、<取り組み状況をモニタリングする>、<情報を整理し管理する>の2つが含まれた。

【組織員のキャリア開発を行う】は、<組織員の活動を支援する>、<組織員を育成する>、<後継者をつくる>の3つが含まれた。

【取り組みを評価しPDCAサイクルを動かす】は、<取り組みの評価指標を明確にし、評価する>であった。

表1 取り組みにおいて看護管理者が行ったマネジメントの内容

大分類	小分類	看護マネジメントの内容	取り組み事例
社会の動きも視野に自施設のビジョンを明確にし計画を立案する	ビジョンを明確にする	看護業務の改善により目指していることを考え取り組む。	業務改善に向けたチーム活動
		組織に適したチーム医療のあり方を考える。 どういった看護が求められているか、管理部門管理者と病棟師長が共に考える	IVナースの育成と活用 診療報酬加算を活用した看護の質向上
	社会の動き等を把握する	本やインターネットで広く情報を収集する	診療報酬加算を活用した看護の質向上
	組織に必要な技術・能力を明確にする	組織として必要な技術・能力を法的根拠や組織理念に照らして見極める。	IVナースの育成と活用
	組織的課題を確認する	業務改善の課題があがるように主任看護師と連携する。 データで現状を把握し、どう取り組むかを検討する。(再)	業務改善に向けたチーム活動 SSTの活動の充実
	取り組むべき課題を判断する	取り組み課題を選定する。	業務改善に向けたチーム活動
	取り組みの優先順位を判断する	課題の優先順位を見極める。	業務改善に向けたチーム活動
	組織的に意思決定する	面談で得た師長と組織員の、関係性に関する問題について看護部で相談し対応する。 偏った見方にならないように個人で判断しない。(看護部で相談する)	病棟管理者の育成 病棟管理者の育成
	目的・目標を明確にする	腫に褥瘡をつくらないために看護部の目標として掲げ、取り組む。	IVナースの育成と活用
	取り組みの戦略を立てる	他者を巻き込む作戦(戦略)を立てる。 組織全体を見渡し、病棟特有のものが組織共通の問題が見極め対策を打つ。	業務改善に向けたチーム活動 SSTの活動の充実
リーダーシップを発揮し人を動かす	取り組みのキーパーソンに働きかける	組織員の構成(パワー含む)を見極め、適切なキーパーソンに働きかける。	業務改善に向けたチーム活動
	組織員の能力を活用する	適材適所となるように組織員の得意分野を把握する。 修得した技術の継続した活用を考える。 担当者の力量や活動状況を把握し、看護部長としてサポートする。	IVナースの育成と活用 IVナースの育成と活用 SSTの活動の充実
	人を説得する	目的をわかりやすく説明する。 人に伝わるように説明する。 自分の思いだけをぶつけるのではなく、相手に合わせて説明する。	業務改善に向けたチーム活動 業務改善に向けたチーム活動 業務改善に向けたチーム活動
	リーダーシップを発揮する	リーダーシップを発揮し組織を動かす。	SSTの活動の充実
	組織員の思いや考えを引き出す	看護部は師長の思いや考えを引き出す。	SSTの活動の充実
組織員や部署の思いを把握し方向づける	病棟の考えを把握する	病棟の考えを把握し、現場主導で実践できるように役割を委任する。	SSTの活動の充実
	役割分担を明確にし委任する	目標達成のための管理部門管理者と病棟管理者の役割分担を行う。	IVナースの育成と活用
	目的に向けて取り組みを方向づける	病棟の考えを把握し、現場主導で実践できるように役割を委任する。(再) 現場は改善すべき点に気づきにくい面もあるため、現状に対し改善の方向に話が進むように働きかける。	SSTの活動の充実 SSTの活動の充実
	組織員を動機付ける	改善に向けた取り組みとなるように、組織的なシステムを活用する 組織員の頑張りや認め、部署の人間関係が構築できるようにする働きかける。 昇任とクリニカルリーダーのレベルが一致するように取得を支援する。 病棟と連携し、看護部長としての意見を伝えたり、時には誘導する。 課題に組織的に取り組めるように意識づけを行う。 師長が問題に気づき、病棟全体で解決に取り組めるようにする。 資格取得に向けて組織員を動機付ける	病棟管理者の育成 病棟管理者の育成 SSTの活動の充実 SSTの活動の充実 SSTの活動の充実 認定看護師育成
	組織的な取り組み体制を整える	各部署と連携し組織的に取り組めるように働きかける。 仲間を取り込んでいくために依頼先を見極め選定する。 他職種を巻き込み、組織的な人材育成体制を構築する。	SSTの活動の充実 業務改善に向けたチーム活動 IVナースの育成と活用
	教育体制をつくる	業務提案書や相談で把握した課題の内、看護部だけで解決できないものは、他職種など必要な人を選択し協働する。 キーパーソンを活用し取り組みを支援する。	IVナースの育成と活用 診療報酬加算を活用した看護の質向上
	相談体制をつくる	役割に応じた役割の認識と遂行のための教育体制をつくる 昇格・降格に関する相談体制をつくる	病棟管理者の育成 病棟管理者の育成
取り組みを推進する仕組みをつくりシステム化する	取り組みをシステム化する	人材育成の機会となるように専門ケアチームの回診に組織員が参加するシステムをつくる。	IVナースの育成と活用
	取り組みを推進する仕組みをつくる	改善のアイデアについて現場で検討できるように、師長・主任の組織的しきみを活用する。 ボトムアップで業務改善の課題を把握できる仕組みをつくる。 取り組みの過程を全組織員で共有できる仕組みをつくる。 組織的な解決が必要となる課題に対し委員会を立ち上げる。(課題解決のための仕組みをつくる) トップダウンの取り組みをメンバーにおろしていく仕組みをつくる	診療報酬加算を活用した看護の質向上 業務改善に向けたチーム活動 業務改善に向けたチーム活動 IVナースの育成と活用 診療報酬加算を活用した看護の質向上
	取り組み環境を整える	業務改善できる環境を整える。 本人のやりがいにつながるように、取り組みの自由度を高くする。 本人がやりたいことができない状況にあるときには、実現に向けて看護部長に相談・交渉する。 認定看護師の行動範囲を変えるために、師長として看護部に相談する。	業務改善に向けたチーム活動 業務改善に向けたチーム活動 認定看護師育成 認定看護師育成
	組織員の勤務調整を行う	委員会・研修会などあるときは、勤務分担を考慮したり、周知したり、組織員全体で協力できるように師長として全体に働きかける。	認定看護師育成
	組織員間の調整を行う	活動しやすいように勤務体制を整える(モチベーションアップにつながる) 看護部の方針も考慮し、役職の業務と認定としての業務のバランスを考え勤務調整を行う。 管理者および組織員の両者に対応し、人間関係構築の支援を行う。	認定看護師育成 病棟管理者の育成 病棟管理者の育成

大分類	小分類	看護マネジメントの内容	取り組み事例
情報を収集し取り組みを管理する	取り組み状況をモニタリングする	組織員の取り組み状況やリーダーシップやメンバーシップの状況を把握する。 データで現状を把握し、どう取り組むかを検討する。	業務改善に向けたチーム活動 SSTの活動の充実
	情報を整理し管理する	個人面談の内容を項目ごとに整理して看護部で管理する。	病棟管理者の育成
組織員のキャリア開発を行う	組織員の活動を支援する	認定看護師の教育機能を支援する。	認定看護師育成
		組織員のやりたいことを支援する。 改善に向けて取り組めるように担当者を支援する。	認定看護師育成 SSTの活動の充実
	組織員を育成する	患者の視点に立って、安全や患者の自立につながるケアであるかどうか判断できるように 師長から組織員に働きかける	SSTの活動の充実
		看護管理部門管理者と病棟管理者が連携できるように、看護部長がどうやって病棟が主体的に行動を起こすことができるかを考える。 本人が主体的に決定できるように関わる。	SSTの活動の充実 認定看護師育成
後継者をつくる	取り組みの後継者をつくる。	IVナースの育成と活用	
取り組みを評価しPDCAサイクルを動かす	取り組みについて評価する。		業務改善に向けたチーム活動
	取り組みをの評価指標を明確にし評価する	組織理念を念頭に評価指標を考える。 柔軟な活動ができることで周囲からの良い評価になり、積極的な活動になるなど良い循環ができる。	業務改善に向けたチーム活動 認定看護師育成

2. 看護の専門性を育成する看護管理部門管理者と病棟管理者の連携

看護の専門性を育成する看護管理部門管理者と病棟管理者の連携として行っていることは、【看護管理者間で組織の目的・目標を共有する】、【看護管理部門管理者は、研修会等を看護管理能力育成の機会としてシステム化し、病棟管理者の思い・考えを把握する】、【日常的に看護管理者間で情報や考え等について相互に確認し合う】、【看護管理者間でスペシャリストの活動を理解し、組織的に活動の活性化を図る】、【看護管理者間で組織員のキャリアに関する情報を交換し、組織的にキャリア支援および人材活用を行う】、【看護管理部門が主導となり他部門と協働する】の6つに分類できた。その内容を表2に示す。

表2 看護管理部門管理者と病棟管理者の連携

大分類	小分類
看護管理者間で組織の目的・目標を共有する	看護管理部門としての目標を検討する 看護管理部門として人材育成のビジョンを明確にする 看護管理部門としての研修会等の意図を明確にする 看護管理部門と病棟管理者間で目標を共有する
看護管理部門管理者は、研修会等を看護管理能力育成の機会としてシステム化し、病棟管理者の思い・考えを把握する	検討会等を開催、継続し、病棟管理者等の育成システムとする 病棟管理者間で取り組みに関する情報や思い・考えを共有し相互研鑽の機会とする 病棟間で取り組みを共有し他者評価を受ける 研修会等を活用して病棟管理者等の看護管理能力の育成をしかける
日常的に看護管理者間で情報や考え等について相互に確認し合う	日常的に看護管理部門管理者と病棟管理者間で情報を共有する 看護管理部門管理者が病棟管理者の考えを確認する 看護管理部門管理者が、病棟管理者が抱えている課題の捉え方や改善の方向性に関して確認する
看護管理者間でスペシャリストの活動を理解し、組織的に活動の活性化を図る	スペシャリストが参加する会議を開催する 病棟管理者とスペシャリストの連携を図る機会をつくる 病棟管理者はスペシャリストの活動に関して看護管理部門に相談・連絡する 組織として専門的な活動時間を確保する
看護管理者間で組織員のキャリアに関する情報を交換し、組織的にキャリア支援および人材活用を行う	看護管理者が組織員のキャリアデザインを把握し支援する 組織員育成に院内教育システムを活用できるよう、病棟管理者等は院内教育に関する情報を把握する 組織員のキャリア支援のため、組織的に個別面談を行う 個別面接で得た情報から組織的な人材活用を検討する 看護管理者間で組織員のキャリアに関する情報を交換し必要時資源を提供する 看護管理部門は、各病棟の課題を把握し、看護の充実にに向けた取り組みを支援する
看護管理部門が主導となり他部門と協働する	施設全体としての取り組み時には看護管理部門が主導となり他部門と協働する 看護管理部門と他部門と組織横断的に活動する 全部門の責任者による検討会を開催する

・考察

1．看護の専門性を育成する看護管理者のマネジメントのあり方

看護の専門性を育成する取り組みにおける看護管理者のマネジメントの実際から、9つの内容が明らかになった。これらの内容は、マネジメントの基本と重なるが、看護の専門性には、ヒューマンサービスを担う社会的使命と当該組織の役割・機能の遂行に必要な専門性があるため、【社会の動きも視野に自施設のビジョンを明確にし計画を立案する】ことがマネジメントの起点となる。また、【リーダーシップを発揮し人を動かす】や【組織員や部署の思いを把握し方向づける】ことで、組織全体で同じ方向性を確認し人材育成を進めていくことができる。さらに組織的かつ継続的に取り組んでいくためには、【取り組みを推進する体制をつくる】や【取り組みを推進する仕組みをつくりシステム化する】のように、仕組みを活用していくことが必要であり、この仕組みにより効果的・効率的に取り組みを推進していくことを可能とする。【取り組みを推進するために人・時間・環境を調整する】ことや、【情報を収集し取り組みを管理する】は、人、情報、時間などを資源として活用し、部署内外あるいは、施設内外の環境との影響を考慮したオープンシステムとしてマネジメントを推進するために必要であると考え。取り組み後は、【取り組みを評価し PDCA サイクルを動かす】ことでより看護の専門性を高めていく。看護の専門性の育成については、スペシャリストの育成に留まらず、ジェネラリストとしての専門性についても共通認識を持ち、看護管理部門と病棟の連携により【組織員のキャリア開発を行う】ことが必要であると考え。

2．看護の専門性を育成する看護管理部門と病棟の連携を推進する方法

看護の専門性を育成する看護管理部門管理者と病棟管理者の連携として行っていることは、【看護管理部門間で組織の目的・目標を共有する】など6つであった。連携していくことで次の成果が期待できる。例えば看護管理部門が意図的に研修を行い病棟管理者等を育成する機会を設けた場合、看護管理部門と病棟による組織の目的・目標の共有により、病棟管理者等が組織の目的・目標を理解し、主体的に自己の育成を図り、看護管理能力育成をより効果的に行うことができる。また、看護管理部門と病棟との連携により、看護管理部門と病棟管理者、病棟管理者と病棟スタッフの2つの相互関係だけでなく、看護管理部門と病棟スタッフとの連携を可能とし、組織理念が浸透し同じ方向性を持って組織全体で取り組むことができる。スペシャリストの活動においても、病棟に配属されているスペシャリストが役割を十分発揮し、1看護単位だけに留まらず組織横断的に活動するためには、看護管理者が連携し、【看護管理部門間でスペシャリストの活動を理解し、組織的に活動の活性化を図る】必要がある。このように、看護の専門性を育成するには、看護管理部門間の連携が重要であることを認識し、報告会、師長会、期首面談などの仕組みを意図的に活用していくことで看護管理部門と病棟の連携を推進していく必要があると考え。

3．今後の課題

看護の専門性を育成に向けた今後の課題は、スペシャリストへの依存傾向改善によるジェネラリストの看護実践能力の向上、スペシャリストの指導力向上、チーム医療の推進と個々の専門性の育成、人材育成の評価、昇格の客観的な指標づくり、人材育成のステップアップモデルの明確化であった。

・共同研究事業の成果

1．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

本共同研究の取り組みは2年目となり、昨年度明らかになった看護管理者のマネジメントの課題からより良いマネジメントのあり方を考え、工夫しながら業務改善など各施設の課題達成に向けて取り組みを推進していくことができた。本共同研究の取り組みの一環として行っていた検討会は、看護実践の改善に向けた取り組みを進めていく上での課題などを確認する機会となり、日頃の迷いや疑問を解決し、さらに進めていくための方策について確認する場として有効に機能していたと考える。

2．現地側看護職者の受け止めや認識の変化

自己点検評価の内容には、他施設の課題および取り組み等について知ること、自施設の取り組みの評価の視座が変わり、課題が明確になったという意見があった。これは、本共同研究には複数の施設の看護管理者が参加しており、各組織理念に合った取り組みの方向性や組織の特徴に合った方法など共有し、客観的に自施設の取り組みを振り返る機会となった成果と思われる。また、文献等を読むようになったや、共同研究の取り組みを学び続ける機会として捉えているなど、生涯学習支援として認識されていると思われる。

3．本学（本学教員）が関わったことの意義

本共同研究は、他施設の状況を知る機会となり、同じような課題への取り組みの参考となること、また、自施設の取り組みを報告し同じ立場の看護職者間で意見交換を行うことで客観的に評価する機会となっていた。教員の関わりは、取り組みの後押しやより良くするための助言として受け止め、現場看護職者の自信につながっていた。

・共同研究報告と討論の会で参加者と討議したこと

本研究と「医療機関における認定看護師の活動の充実に向けた検討」および「病棟における目標管理を推進するためのリーダーの育成」の3題合同でのディスカッションを行った。

主に各施設の認定看護師・専門看護師の活動についての看護部や師長会、病棟との連携・協働のあり方、および病棟目標達成のためのリーダー育成の方法について意見交換が行われた。各施設の認定看護師の活動状況では、専任・専従の配置状況、兼務の場合の活動時間確保の現状、活動内容として、リンクナースと連携してケアを統一し、看護計画に落とし込むことで、ケアの改善や標準化を図っていることが紹介された。主なQ&Aは、以下の通りである。

Q：認定看護師が、スタッフに求めるものが高すぎたり、一方では活動内容がわからないと言う声もあり、日報を書いてもらうなどしている。認定看護師の活動について、まとめた(組織化する)方がいいのか、組織化する場合の統括者はどうするか、また、師長会とどう連携すればいいか？

- ・認定看護師の活動プロセスを明記し、認定看護師自身が、自分は何ができるかを師長会に提示することで、活動の周知を図っている。師長会との連携では、認定看護師会で出た意見を師長会に挙げたり、勉強会を行っている。
- ・看護部副部長が中心となり、認定看護師をサポートしている。認定看護師の活動に協力を得られるよう、認識の向上を目指した勉強会を実施したり、日報により認定看護師の業務の見える化を図っている。場合によっては、目的と異なる依頼が現場から出てくることがあり、専門看護師、認定看護師の役割を検討し住み分けを明確にするよう、一つ一つの事例をもとに検討している。地域にも活動を広げるために、病院の公開講座で市民へのアピールも行っている。
- ・認定看護師取得について、私がやりたいという人を出すようにしてきたが、役割を明確にし、看護部としての規約を作成し提案していきたい。看護部として、何を認定看護師に期待するか、認定看護師は、施設の中で何をすればよいか、ビジョンを明確にして、病棟管理者の意見も確認しながら、認識の違いを埋めていくことが大事だと考えている。

Q：病棟看護師との連携・協働という点で、認定看護師に依頼することにより、課題が丸投げになっていると感じることがある。認定看護師が、病棟看護師に担ってほしいことはどんなことか？

- ・看護記録を通して、活動を病棟スタッフに伝えていくなど、認定看護師には、どんなことができるのか、病棟スタッフや師長にも活動を理解してもらうことが大事。
- ・認定看護師の介入をもとに、日々のケアを引き受けていくのは病棟看護師なので、認定看護師に依頼する目的を明確にして、プライマリナースと認定看護師が課題を共有する必要がある。

Q：病棟目標達成に向けたリーダー育成の方法については？

- ・クリニカルリーダーに従って、リーダー育成のプログラムを実施している。近接している看護学校での研修により指導観を持てるようにしている。
- ・具体的なケアをできることと、リーダーとして全体を見て取り組むことは別なので教育が必要。リーダーは、その人の持てる力にあった適切な指示を出すことや、人材育成では、漠然とではなく具体的なビジョンをもち、どの段階まで育てほしいかを明確にして取り組む必要がある。

・成果報告

- ・両羽美穂子，小西美智子，橋本麻由里，百武真理子，山中ひろみ，小松博子，時吉鈴美，古澤幸江，堀ちくみ，堀美保．(2013)．看護の専門性を育成する看護管理者のマネジメントの課題．第17回日本看護管理学会年次大会講演抄録集，205．

中堅看護師育成のための実践の振り返りを用いた院内教育プログラムの検討

田中靖子（岐北厚生病院・循環器内科病棟） 鬼頭澄子（岐北厚生病院・手術室）

三輪郁子（岐北厚生病院・透析室） 森本さき子（岐北厚生病院・外来）

鷲見百合子（岐北厚生病院・看護部） 新開久美子（岐北厚生病院・sun・サン訪問看護ステーション）

北村直子 両羽美穂子 布施恵子（大学）

・研究目的

中堅看護師は病院における看護実践力の担い手として期待されており、中堅看護師の実践能力育成は病院における主要な課題である。中堅看護師の実践能力育成は重要視されながらも、新人に焦点を当てた院内研修への取り組みが優先され、中堅看護師に焦点化した院内教育に十分取り組めていない現状がある。近年、中堅看護師の能力育成の方法として、経験から学ぶ方法が注目されている。自らの実践を振り返る方法は看護師の自省を深め、自らの看護観を明確にし、複雑で個別的な看護の状況を把握して柔軟に対応する能力を高める可能性があると考えられている。

病床数約 300 床の地域中核病院である A 病院の看護部では院内教育システムにクリニカルラダーを取り入れ、ラダー にあたる中堅看護師に求める臨床実践能力として「臨床における看護実践の役割モデルとなり、状況の変化に自信を持って迅速かつ柔軟に対処できる。」能力を求めている。しかしながら、これまでの院内研修では知識や技術を習得することに主眼をおいた内容が多く、複雑で個別的な看護の状況の変化に対処する能力を育成する研修方法とは言えず、また、それらの能力を研修で評価することも困難であった。そこで、昨年、A 病院ではクリニカルラダー に当たる中堅看護師を対象とした、自らの看護観を磨き、主体的に困難な問題解決に取り組む能力を向上させることを狙いとした研修案を作成検討した。

今年度の研究では、「実践の振り返りを用いた研修プログラム」の導入過程及び実施後の評価から当該プログラムの成果と課題を明らかにし、今後の中堅看護師育成方法について検討することを目的とする。

・研究方法

1．研修プログラムの実際

1) 研修参加者の選定

各部署の師長に研修の意図を説明し、ラダー に相当する看護師を 1 名選定してもらい、計 8 名が今年度の研修参加者であった。

2) 研修方法

(1) 看護実践の記述

研修参加者には、陣田(2007)の作成した「忘れられない体験を記述するステップのフォーマット」を参考に作成した用紙を用いて、これまでの看護経験の中で印象に残った場面や患者との関わりを記述することを求めた。

(2) 語る会の実施

研修参加者、研修参加者が所属する部署の師長、研修担当者である共同研究メンバーが参加する語る会を実施し、研修参加者は(1)で記述した内容を基に自らの看護実践を語った。

2．研修プログラムの評価

1) 研修参加者への面接調査

(1) 調査方法

すべての語る会が終了した後、研究参加の同意が得られた研修参加者に対して、大学側共同研究者が対象者に 30 分程度の半構造化面接を実施した。面接は許可を得て録音し逐語録とした。また、面接結果は研修の評価として用いないこと、個人が特定されないように共同研究者間で共有することを約束して面接を行った。

(2) 調査項目

以下の 4 つを面接での調査項目とした。

看護実践の振り返りや語ることを行って得られたこと、よかったこと 「語る会」以後、自らの看護実践での変化や気づき 看護実践を振り返り、語る上で困難だったこと、やりにくかったこと 今回の研修のやり方や方法についての問題点・改善点

(3) 分析方法

面接の逐語録から調査項目に一致する内容を抜き出し、意味内容がわかる要約をし、類似性に沿って分類した。

2) 看護師長及び研修担当者による検討会

すべての語る会が終了した後、語る会の内容、「1) 研修参加者への面接調査」の結果を共有し、当該研修プログラムの評価について意見交換を行った。検討会の内容は参加者の許可を得て録音し逐語録とした。

3. 現地側の共同研究への取り組み体制や協同の実際

本研究の取り組みは現地側のA病院で実際行う研修プログラムの検討であるため、研修および検討会の運営及び実施は現地共同研究者を含むA病院の看護部が主体となって行った。大学教員は面接調査の実施・分析等を行った。

・倫理的配慮

本研究の対象となる研修参加者に対して、研究目的や方法、研究参加の自由意思の保証などを、文書を用いて説明し、研究協力の同意が得られた研修参加者を研究対象とした。語る会に参加する師長および語る会終了後の当該プログラムの評価のための検討会に参加する師長や研修担当者に対して、研究目的や方法、個人が特定されないように配慮することなどを、文書を用いて口頭で説明し、同意が得られた場合のみを研究対象とした。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（承認番号 0086）。

・結果

1. 対象者の概要

研修参加者の8名すべてから研究参加の同意が得られ、研究対象者は計8名、うち男性2名、女性6名であった。対象者の年齢は29～52歳、看護師経験は7～24年、所属は病棟4部署と外来・手術室・透析室・訪問看護であった。

また、語る会に参加もしくは検討会に参加した看護師長および研修担当者の12名全員から研究参加の同意が得られた。対象者の役職は看護部長1名、看護師長8名、看護主任3名であった。

2. 語る会の概要

語る会は6月、8月、9月、10月に各1回の計4回実施し、中堅看護師である研修参加者8名は4回の語る会すべてに参加した。実施時間は、日勤終了後の1時間程度で行った。各月の語る会で、8名の研修参加者は2グループに分かれ、各グループ内で1名の研修参加者が自らの看護実践を語る人となった。語る会には研修参加者の他に、研修担当者である現地共同研究者、語り手である研修参加者の所属部署の師長、大学側共同研究者が参加し、語る人の看護実践の語りを聞く、尋ねるなどの質疑応答のやりとりを行った。また、研修担当者である現地共同研究者がファシリテーターの役割を担った。

3. 研修参加者を対象とした面接調査から得られた研修の評価

研修参加者を対象とした面接の逐語録を分析した結果を以下に示す。なお、以下の【】はカテゴリーを示す。

1) 看護実践の振り返りや語ることを行って得られたこと、よかったこと

対象者8名全員の面接において語られ、計32の要約が抽出された。

最終的に、【他の参加者の話を聞いたことがよかった】【自分の看護実践が明確になった】【自分が大事にしていることを再認識した】【自分の看護に自信がついた】【自分の看護実践を評価・反省することができた】【過去の体験をプラスの体験として捉え直せた】【自分の看護の成り立ちに気づいた】【関わりや当時の気持ちを思い返した】【看護観や患者との関わりを話し合うことを通して共感し合う場になっていた】【語り合う場を設けてもらってよかった】【勉強する機会となった】の11のカテゴリーに分類された（表1）。

2) 「語る会」以後の自らの看護実践での変化や気づき

対象者7名の面接において語られ、計21の要約が抽出された。

最終的に【看護として大切な患者との関わりについて再認識して実践する】【日頃忘れがちだが大切なことについて再認識した】【自分とは異なる視点を持つ他のスタッフの看護を理解できるようになった】【振り返って気づいた大事なことを関わった事例だけでなく、他の患者へも適応する】【振り返りから気づいた大事なことを部署全体で取り組むべきこととして考える】【自信を持って今後の看護実践を行う】【自分の特徴を知り、意欲を持って取り組む】【他の人の意見を取り入れて実践に生かす】【実践している際に自分の看護を意識する】の9のカテゴリーに分類された（表2）。

3) 看護実践を振り返り、語る上で困難だったこと、やりにくかったこと

対象者7名の面接において語られ、計27の要約が抽出された。1名の対象者は「やりにくさを感じることはなかった」と話した。

最終的に【語る会で発言することの難しさ・躊躇】【実践の振り返りを話すことの難しさ】【皆の前で話すことの緊張感】【何をどこまで話せばいいのかわからないことによる難しさ】【知らない人たちがかりの中で話すことへの抵抗感】【グループワークのむずかしさ】といった語る会での困難さに関連した6つのカテゴリーと【何をどこまで書くとよいのかわからないことによる難しさ】【振り返りの記述が十分でなかった】【詳細に思い出すことの難しさ】【実践の振り返りに対する確信のなさ】【事例の選定のむずかしさ】といった自らの看護実践を振り返り記述することに関する難しさに関連した5つのカテゴリーに分類された（表3）。

4) 今回の研修のやり方や方法についての問題点・改善点

表1 看護実践の振り返りや語ることを行って得られたこと、よかったこと

カテゴリー	要約の例
他の参加者の話を聞いたことがよかった	変化や気づきを含めた人の事例を聞くことがなかったので、みんな真剣に取り組んでいることがわかった。
	参加者の看護観を聞き、なるほどと思う部分も沢山あり、すごく勉強になった。
	困難なことがあった時に、同じようなことを考えたり、苦悩していることがわかるので今後の看護につなげていける。
	他の人の話を聞くことで、他の病棟の関わりや気にかけているところを知ることができたり、自分にはこういうところがなかったなど、自分にとって刺激になった。
	みんなすごく考えて働いていることを知る事ができて、今回の研修は良かった。
自分の看護実践が明確になった	他部署で働いていたり立場が違う人がどのように考えているのか、一緒に共有したり話したりできる機会はなかなかないため、よかった。
	漠然としていたことが、言葉にすることで印象深いものになった。
自分が大事にしていることを再認識した	振り返って書いているうちに、場面が思い出されて、自分の言葉で書くことで自分が思っていることの整理がついた。
	振り返りの事例を考える時、浮かんだのが15年以上前の事例だったということは、どこかには自分のやりたかったことはこれだという気持ちが残っていたのかなと思う。
自分の看護に自信がついた	私がやりたいのはこれだったという事を改めて思うことができた。
	自分のエピソードに対して、他の人からそれは本当に良かったと言ってもらえると、自信になるし、意見をもらうことで自分の引き出しが増える。
自分の看護実践を評価・反省することができた	自分の中で信じてやっていくしかなかったが、第三者に聞いてもらって、具体的にそれでよいと指摘してもらえて嬉しかった。
	毎日時間に追われて声掛けなどちょっとしたケアを忘れるので、反省する機会ができた。
過去の体験をプラスの体験として捉え直せた	自分の患者や家族との関わりがちゃんとできているのか、もう一度振り返ることができた。
	自分の実践にできていないと感じていたが、いろんなことを気にすることができていたということに気付いて、少しプラスの体験として捉えることができた。
自分の看護の成り立ちに気づいた	実践を振り返って共有する場は無いため、後悔していた事例を話して、初めて解決できることもあると思う。
	自分では何気なくやっていることでも、今回の研修で自分自身がどうしてそういう対応ができたのか振り返ることができた。
関わりや当時の気持ちを思い返した	今回の研修で振り返ったことがきっかけで、今回取り上げた関わりがあったからこそその後自分は家族の表情をみることを大切にするように考えられるようになったんだと考えることができた。
	若いころは誰かに話をするなどの機会もあったが、(最近)毎日が忙しいので自分で打ち消してしまうことが多かった。「こういう人がいたな」とみんなと話し合うことも必要だと感じた。
看護観や患者との関わりを話し合うことを通して共感し合う場になっていた	自分の事例を話す機会があったことで、今までを振り返ることができた。
語り合う場を設けてもらってよかった	申し送りなどで患者の病状について話したりすることはあるが、自分の看護体験を話したり、振り返ったりする機会はない。今回の研修では、看護観とか、何気ない患者との関わりについて話し合ったりすることで、共感し合う場になっていた。
勉強する機会となった	語り合ったりすることがないので今回こういう場を設けてもらってよかった。
	勉強する機会になる。

対象者5名の面接において語られ、計21の要約が抽出された。

最終的に、【語り合うには時間が短い】【事前に当日の語りの記述を読んでおけると意見が言いやすい】【研修全体のスケジュールや流れがわからなかった】【中堅看護師だけでなく、ラダーやの若い看護師と一緒にやってもよい】【実践の振り返りを記述する際に例があるとよい】【せっかく時間を割いているので、1回の語る会で2例ずつぐらいあってもよい】といった研修全体の構成や進め方に関連する6つのカテゴリーと【司会が戸惑うこともあり、大学教員が最初は見本として司会をしてもよい】【語りに対して否定的な意見は言ってもいけないのかと疑問だった】【語りに対してよりよくしていく考えを出して発展していくとよい】【語りを聞いたその場で意見を出すことが難しい】【実践がよかったという意見だけでなく、別の視点からも意見がもらえればよかった】【肯定的な意見ばかりで褒め合うところに違和感があった】といった語る会の進め方に関連する6つのカテゴリーと【自分が出した意見や質問がよかったのかどうか後で悩んだ】といった語る会以後の体験に関する1つのカテゴリーが抽出された(表4)。

また、調査項目ではなかったが、全対象者の面接から得られた意見として、「研修時間は1時間でよかった」「研修時間は勤務終了後でよかった」「研修時間が予定通りに守られてよかった」「進行がガラガラせずに時間通り進めていたのでよかった」といった研修時間を肯定的に評価する意見、「司会が発言を求めたりしてうまく進めてくれてよかった」「30分で理解し合って内容濃く、話し合えるのはよかった」といった語る会の進行を肯定する意見、「グループ人数がちょうどよかった」「実践を語ると

表2 「語る会」以後、自らの看護実践での変化や気づき

カテゴリー	要約の例
看護として大切な患者との関わりについて再認識して実践する	忙しい病棟でも家族に配慮することを考えている事例を聞いて、家族に目を向けるのも大切ななと思った。
	面会に来ている人がいると、家族かどうか確認し、できるだけ家族にも声をかけるようにしている。
	常に忙しくてもゆっくり患者さんに関わりたいいなと思う。
	同じ人に何度も「ちょっとお待ちください」はよくないとわかったので、できるだけお待たせしないようにしている。
日頃忘れがちだが大切なことについて再認識した	他の人の話を聞いて何気ない言葉かけや対応で（患者との関わりが）良くもなるし、悪くもなり、些細なこと、初心に戻る事が大事だと思った。
	他部署の人の話を聞いて、結局はどの場でも看護の関わりとして共通することがある。医療者側の都合になって患者を待たせたりするような、些細な対応が大事だと感じた。
	人の事例を聞いて、仕事は忙しいが、自分もゆっくり説明する必要があると思ひ、ゆっくりしゃべるようにしている。
自分とは異なる視点を持つ他のスタッフの看護を理解できるようになった	『こういう気持ちで接しないといけない』と初心を思い出したので、接する時の気持ちを考えることができるようになった。
	患者に対する気持ちの変化は無いが、他のスタッフに対する見方が、各々が思いを持って看護をしていると思えるようになった。
	今までは考えていなかったが、自分とは違った視点で大事にしていることが他のスタッフにはあるのだと思うようになった。
	自分が行いたいと思うことと違うことをスタッフが行って、その人が何故、そのように行うのかを考えられるようになった。
振り返って気づいた大事なことを関わった事例だけでなく、他の患者へも適応する	他のスタッフが何故そのように行うのかを考えられるようになってきた。
	（語った事例は前の部署での事例だが）振り返ってみて、部署がかわってもやるべきことは変わらない、同じだと感じた。
	話した事例だけでなく、どの患者に対しても、家族の人はどう思っているのかを常に考えること、患者の思いを改めて再認識した。
振り返りから気づいた大事なことを部署全体で取り組むべきこととして考える	今回研修をしたことで自分の行動を振り返ったことは、今の部署でも必要以上に感情的にならずに患者に対応できていることにもつながっている。
	自分の経験を振り返って、自分が大切であると思っていたことに根拠ができて自信がついたので、部署全体でも大切にすべきこととして考えられるようになった。
自信を持って今後の看護実践を行う	語る会がなければ、こんな感じでよかったのかなと曖昧なまま進んでいくかもしれないが、語る会で「その看護はよかったよ」と言ってもらえると自信につながるので、次に生かすことができる。
	患者さんとの関わりで具体的で細かな関わりで今までと同じ関わりでよかったのか疑問に思うことがよくあるが、語る会で確認することで自分の関わりがよいと認識できる。
自分の特徴を知り、意欲を持って取り組む	ゆっくりかもしれないけど、自分ができることを一生懸命取り組もうと思っている。
他の人の意見を取り入れて実践に生かす	振り返りを行うことで、自分の持っている知識の中でだけでなく、自分の持っていなかった知識を取り入れることができ、それを自分の実践に生かすことができる。
実践している際に自分の看護を意識する	実際に振り返って語ることで、看護をしている際に自分の看護について意識することができる。

きに自分の所属長にいてもらってよかった」「他部署の人に聞いてもらい意見をもらえてよかった」といった語る会のメンバー構成を肯定する意見などがあつた。

4. 看護師長・研修担当者による検討会から得られた研修の評価

看護部長及び看護師長、共同研究メンバーの12名が参加し、1時間程度の検討会を実施した。検討会を実施するにあたり、各自が参加した語る会の逐語録に目を通し、研修参加者の面接調査から得られた評価結果を共有した上で、本研修を受けた研修参加者の成長として感じられたこと、本研修の評価、期待すること、改善点等について意見交換を行った。検討会で出された主な意見としては、検討会の内容はよいと思う。プログラムとしても継続してゆくことでさらに充実したものになると思う、

参加者の変化は見いだせてはいないが、面接結果から研修参加者の意識が変化していることが読み取れる、参加メンバー・聞く側をどうするかが問題・ファシリテーターの教育が必要である、の3点であった。

・考察

1. 中堅看護師育成における本プログラムの成果

研修参加者全員が「看護実践の振り返りや語ることを行って得られたこと、よかったこと」を語っており、参加者自身が振り返りや語ることの意義を見出すことができていると考えられた。振り返りや語ることで得られたこととして、自分の大事にしていることや自分の看護の成り立ち、自分の看護実践そのものに気づいたことが参加者から語られており、参加者は自らの看護実践を意識化できていたことが示唆される。この内容はA病院が本プログラムに期待する「自らの看護観を磨き、主体的に困難な問題解決に取り組む能力を向上させる」能力育成につながる成果と捉えられる。

表3 看護実践を振り返り、語る上で困難だったこと、やりにくかったこと

カテゴリー	要約の例
語る会で発言することの難しさ・躊躇	私ばかりが意見を言ってもいけないという思いがあって、活発に意見を出すことは難しかった。こんなことを今ここで言っているのかという躊躇があった。 どういうことを言っているのかわからなかった。 発言者に、何故そのように思うのかと聞きたかったが、自分は違うと思うと否定になるような事を言ってしまう、聞き方が悪かったと思う。
実践の振り返りを話すことの難しさ	事例を書いていたため読めたが、みんなの前で話せと言われても上手く説明するのは難しいと思う。 自分の言葉で人に上手く伝えることは、普段行う事では無いので難しい。 自分で事例を挙げて話すことが初めてで、ナラティブという言葉もあいまいな理解で難しかった。
皆の前で話すことの緊張感	最初緊張した。 やりにくかったことは、みんなの前で話すので緊張することくらいである。
グループワークのむずかしさ	意見を言う人が同じ人になってしまうのが難しい。グループワークに慣れていなかったり、恥ずかしいと思ったりする人もいて進め方が難しいと思った。 全員が参加するグループワークは難しい。
何をどこまで話せばいいのかわからないことによる難しさ	患者について何も知らない人に事例を説明することが難しく、うまく要点だけを伝えられずに説明が長くなってしまった。 自分がどういう風に考えてこう動いたとか、細かい事まで、どこまで話せばいいのかわからなかった。
知らない人たちばかりの中で話すことへの抵抗感	まったく知らない人たちばかりの中で話すことに抵抗感はあった。
何をどこまで書くとよいのかわからないことによる難しさ	自分の中での大きなエピソードだったので事例はでて来たが、事例を書き慣れていないため、個人情報などは気にして書いた。 患者の事をどこまで説明して良いのか、どこまで具体的に書いて良いのか、患者のことばかり書いていいのかわからない、自分の心境を細かく書いて良いのかを気にして事例を書いた。
振り返りの記述が十分でなかった	他の人の話を聞いてみて、自分は簡素にまとめてしまったのでもう少し詳しく事例をまとめられるとよかった。 実践の振り返りを書くことが難しく、実際書いたものでは足りなかったと感じた。
詳細に思い出すことの難しさ	5年前の事例で、印象に残っていることはスラスラ話せたが、皆からの質問にははっきりと答えられないこともあったので、そういう意味ではもう少し最近の事例を挙げた方がよかったのかと思った。
実践の振り返りに対する確信のなさ	ただ話をしたり、実践の振り返りを書いてみるだけでいいのかな？という感じがあった。
事例の選定のむずかしさ	・・・では患者との関わりの時間が短いので、印象に残る事例を選定するのが難しかった。最近の患者でないとは鮮明に記憶に残っていない。

さらに、自らの看護実践での変化として、研修によって明確となった看護観を意識して他の患者への看護にも取り組む、自信や意欲をもって実践を行うといった行動レベルでの変化が報告されており、患者へ提供する実際の看護にも変化があったと考えられ、本プログラムが中堅看護師の実践能力の向上に寄与する可能性が示唆された。

2. 本プログラムにおける課題

本プログラムにおいて、一定の成果が得られることが確認された一方で、ほぼ全員の研修参加者から「振り返ること」、「語ること」に対する困難さややりにくさが報告された。しかしながら、振り返ることや語ることにに対する難しさや戸惑いについての多くは、不慣れさから生じた困難さであると考えられ、研修の事前のオリエンテーションで振り返ることや語ることの意図や方法が具体的に理解できるように工夫する、語る場の雰囲気づくりなどで低減すると考えられた。

語る会の進行としては、研修参加者は時間内に討議を進められていたことや意見をうまく引き出していったことを評価する一方で、

【よかったという意見だけでなく、別の視点からも意見がもらえればよかった】【否定的な意見は言っていないのかと疑問だった】との指摘もあり、「語る会」の語り合いの進め方の検討、ファシリテーションの方法を検討する必要がある。

研修参加者全員が本プログラムに参加したことを肯定的に評価していたが、今年度は研修の初年度ということで、各所

表4 今回の研修のやり方や方法に問題点・改善点

カテゴリー
語り合うには時間が短い
事前に当日の語りの記述を読んでおけると意見が言いやすい
実践の振り返りを記述する際に例があるとよい
研修全体のスケジュールや流れがわからなかった
中堅看護師だけでなく、ラダー や の若い看護師と一緒にやってもよい
せつかく時間を割いているので、1回の語る会で2例ずつぐらいあってもよい
司会が戸惑うこともあり、大学教員が最初は見本として司会をしてもよい
語りに対して否定的な意見は言っていないのかと疑問だった
語りに対してよりよくしていく考えを出して発展していくとよい
実践がよかったという意見だけでなく、別の視点からも意見がもらえればよかった
肯定的な意見ばかりで寝れ合うところに違和感があった
語りを聞いたその場で意見を出すのが難しい
自分が出した意見や質問がよかったのかどうか後で悩んだ

属長が研修参加者を選出しており、所属長が能力が高いと評価しているメンバーが選出されている可能性があり、そのため肯定的な評価が多かったことが考えられる。同じ理由から、語る会への所属長の参加がサポートされているという気持ちにつながりよい結果となったと考えられる。しかし今後の参加メンバーによっては、所属長との関係性次第でマイナスに働くこともありうる。このことを踏まえ語る会の進め方や、参加メンバー構成を検討する必要があると考える。

今後はファシリテーターの育成における課題、さらには研修参加者のラダー認定評価における課題もあるためさらに検討が必要である。

・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

現地共同研究施設が期待する成果がある程度担保され、実施可能な研修プログラムを導入することができたと考えられる。また、研修参加者が本研修プログラムに参加することによる成果は結果で示した通りであるが、本研究の現地側共同研究者である研修担当者が語る会でファシリテーターの役割を果たした体験から、スタッフ育成における看護実践の振り返りや語りの意義を再確認し、振り返りや語りを引き出す関わりを体得したことが成果と言える。

2．現地側看護者の受け止めや認識の変化

本研修プログラムの効果が看護部全体で共有でき、今後も本研修プログラムを実施することを認識している。また、研修プログラムの評価まで行ったことで、さらにプログラムを改善する必要性についても認識しており、中堅看護師育成を担う担当者だけでなく、看護部全体で取り組む必要性を認識している。

3．本学教員がかかわったことの意義

「看護実践を振り返り、語る」という共同研究施設において馴染みのない方法を研修に取り入れるにあたって、大学教員が看護実践を振り返ること、語ることの意義や振り返りや語り合いの方法の原則について研修担当者と話し合うことで、自信をもって研修を進めることができたと思われる。また、研修の評価として研修参加者に大学教員が面接を行ったことで、上司による評価というバイアスを取り除いて研修の評価ができたことも意義があったと考えられた。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

・対象となっている看護師の経験年数が7～24年と幅があるが、ラダー相当とは、どのような基準で判断しているのか、との質問が出たことをきっかけに、ラダーに対する考え方について意見交換があった。

・（他施設の現状として）ラダーの認定をはじめて3年目となるが、ラダーを認定しないとする時の「認定しない」ことへの責任をどうするかが議題となり、ラダー認定の基準を作成している。研修方法としては、授業案を作成し、新人に対して授業（例えば採血など）を行うことを取り入れ、ラダーの中の1つの課題としている。

・（他院の現状として）ラダーを修了した人の中で希望者に対してラダーを進めている。

・共同研究者の施設としては、中堅看護師の育成の中に、看護観の育成も含めたいという考えもあり、今回、実践を語ることで振り返りながら、自身が行っている看護を見つめて看護観を持ってもらいたいと思って、研修プログラムに「語る会」を取り入れた。

・看護師育成の方法として、暗黙知から見識知にするといった内容のプログラムもよいのではないかと。

文献

陣田泰子．(2007)．学習する組織を作る「知の共有」．看護展望，32(13)，12-16．

利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発

山本裕子（ひだ訪問看護ステーション） 小林加代子（久美愛厚生病院・医療介護センター）

富田和代（久美愛厚生病院・看護部） 島中小百合（久美愛厚生病院・看護部）

藤澤まこと 杉野緑 高橋智子 黒江ゆり子（大学）

・目的

わが国では、急速な少子高齢化のなかで、医療提供体制のあり方が見直され、医療制度改革により、在院日数の短縮化や、療養病床の再編やスリム化による病床数の削減、医療機関の機能分化と連携の推進などの政策がとられるようになった。そのため、患者は医療依存度が高いままの退院となり、退院後の生活に向けた準備や生活調整が不十分な状態で在宅療養へと移行している。在院日数が短縮された中で、医療サービス利用者のニーズとは、自身の意向に沿った退院後の療養生活の実現に向けて、入院時から計画的な準備と支援が得られることであるといえる。その利用者ニーズに対応するためには、退院支援に必要な知識・技術を修得し、多職種と連携しながら支援方法を構築していく能力をもつ看護職者の育成が求められている。

2012年度に本学の看護実践研究指導事業として、二次医療圏内を利用者の安心・安全な療養生活を保障するための多職種間の連携が可能な領域と捉え、A医療機関を含むA医療圏の8つの医療機関を対象にインタビュー調査を実施し、圏域の退院支援の現状・課題を共有するためのワークショップ研修を開催した。ワークショップ研修の意見より把握されたA医療圏の退院支援の課題として、入院時からの退院支援の取り組みが必要である、多職種による連携が重要である、病棟看護師の知識・意識の向上が重要である、の3点が明確になった。

そこで本研究では、利用者の意向に沿った退院後の療養生活を見据えて、入院時から計画的支援が実践できる看護職者を育成するための「退院支援研修プログラム」を試行し、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルを開発する。

なお、本研究における看護職者を対象とした「退院支援研修プログラム」は、講義（大学での看護実践研究指導事業の「退院支援に関する講義・ワークショップ（以下講義・ワークショップと示す）」を受講）訪問看護ステーションでの実地研修、退院支援担当部署での実地研修、退院支援の取り組み・事例検討、リフレクションを含む。なおリフレクションは、次年度の大学での「退院支援に関する講義・ワークショップ」の際に事例報告・事例検討を行うことを含む。

・方法

1．A医療機関における「退院支援研修プログラム」の試行に向けた共同研究者間の検討

研修参加者の選定、実地研修後のレポートの内容検討、退院支援事例報告書式等を検討し、研修対象者とともに事例検討を行う。

2．A医療機関における「退院支援研修プログラム」の試行

- 1) 講義・ワークショップの受講
- 2) 訪問看護ステーション実地研修
- 3) 退院支援担当部署での実地研修
- 4) 各部署での退院支援の取り組み・事例検討
- 5) 退院支援の取り組み後のグループインタビュー
- 6) リフレクション（事例への取り組みの省察）2014年8月に実施予定

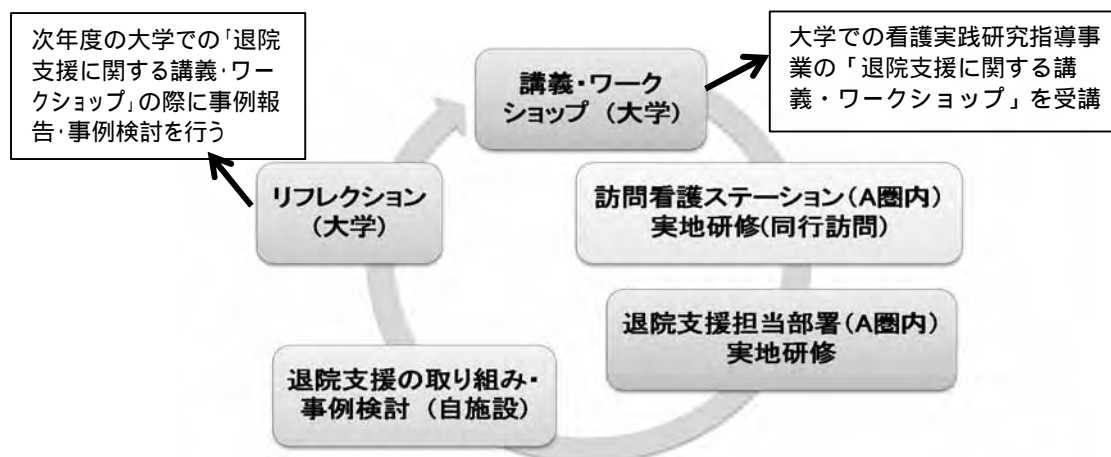


図1 退院支援研修プログラム

3. 倫理的配慮

研究参加者には研究目的・方法等を文書を用いて説明し、文書による研究協力の同意を得る。事例対象者には現地側共同研究者より研究の趣旨を説明し、自由意思による同意を得る。研究協力が得られる場合、匿名性に配慮し、個人情報の保護を遵守する。また研究データおよび結果は研究の目的以外に用いることは一切なく、許可を得て録音したデータは逐語録を作成して分析し、調査結果の公表を終えた時点で消去・破棄する。なお本研究は、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（承認番号 0085）。

結果

1. 「退院支援研修プログラム」の試行に向けた検討

A 医療機関における「退院支援研修プログラム」の試行に向けて、共同研究者間で6回の検討会を開催した。第1回目は、「退院支援研修プログラム」の試行に向け、研修参加者の選定、実地研修の日程、実地研修後のレポート内容、事例検討の進め方等、研修の具体的な進め方を検討した。第2回目は、大学での講義・ワークショップ修了後に、実地研修の経過報告や事例検討の日程、事例検討の様式（退院支援事例報告書）について検討した。第3回目から5回目は研修参加者8名と共同研究者が参加して事例検討を行い、取り組み内容の振り返りや支援方法の検討を行った。第6回目は大学での講義・ワークショップ、実地研修、事例検討での成果を把握するためのグループインタビューを実施した（表1）。なお、共同研究者である教員が当該医療機関内の連携体制を理解するために、現地側共同研究者に退院支援部署の機能、退院支援部署における看護職の役割について聞き取りを行った。

表1 「退院支援研修プログラム」試行に向けた検討会

回数(開催月)	検討内容
第1回検討会(5月)	「退院支援研修プログラム」の内容の確認、研修参加者の選定 「退院支援研修プログラム」の具体的な進め方(日程、研修期間) 実地研修後のレポート内容、事例検討の進め方
第2回検討会(9月)	実地研修の経過報告、事例検討の日程 事例検討の様式(退院支援事例報告書)
第3回検討会(10月) 事例検討(5事例)	5事例の事例検討:事例への関わりについての報告 外来看護師の事例選定の仕方を検討(外来で気になっている事例に関わることにする)
第4回検討会(11月) 事例検討(5事例)	前回の1事例および4事例の事例検討 事例検討において話し合う内容が明確になり、前回の検討会に比べ意見交換が活発となった。そして患者・家族の意思が把握されるようになり、病棟看護師と外来看護師とのやり取りが増えた
第5回検討会(12月) 事例検討(2事例)	前回の1事例および1事例の事例検討 外来化学療法の際患者より情報収集をし、緩和ケアセンターに情報を伝え、そこから退院支援担当部署につなげられるとよいなど、院内の退院支援体制の構築に向けた検討ができた。
第6回検討会(2月)	グループインタビュー:退院支援研修プログラム試行における成果の把握

2. A 医療機関における「退院支援研修プログラム」の試行

1) 退院支援に関する講義・ワークショップへの参加

「退院支援研修プログラム」の研修参加者はA医療機関の退院支援検討会のメンバー8名であり、全員が大学での講義・ワークショップを受講した。講義内容は「退院支援の意義とその役割」「医療・介護福祉制度と社会資源」「退院支援のプロセスと多職種連携」「多職種連携および地域との連携 - 訪問看護師の立場から」であり、グループ討議では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。講義・ワークショップの概要は表2に示す(表2)。

表2 講義・ワークショップの概要

対象: 県内 104 医療機関の看護職者のうち 85 名(28 施設)が参加 A 医療機関の研修参加者 8 名全員が受講した 開催日時: 2013 年 8 月 28 日(水)9 時 ~ 16 時 [午前] 講義 1 退院支援の意義とその役割 講義 2 医療・介護福祉制度と社会資源 1) 介護保険制度のしくみと高齢化の現状 2) 退院支援と社会資源 [午後] 講義 3 退院支援のプロセスと多職種連携 講義 4 多職種連携および地域との連携 - 訪問看護師の立場から グループ討議: テーマ「自施設の退院支援の現状と課題」 グループ討議内容の共有 まとめ・修了証付与
--

2) 訪問看護ステーション実地研修

2013 年 9 月の 4 日間に、研修参加者 2 名ずつが 1 日間の訪問看護ステーション実地研修を行い、訪

問看護師と同行訪問を行った。実地研修後には、「研修の際に病棟で受け持っていた患者を訪問し、病棟では見られなかった安心した表情や工夫した生活状況が把握できてよかった」との意見があった。

3) 退院支援担当部署での実地研修

2013年9月に、研究参加者1名ずつが1日間の退院支援担当部署実地研修を行った。研修として独居で生活保護を受けている患者の自宅訪問や福祉課との連携、特定疾患を有する患者家族への聴き取りや自宅訪問、退院前面談に向けての事前の情報収集等に実際に関わった。実地研修後には、「入院時よりある程度先を見越して情報を収集し、改修が必要な場合は早めの対応が必要となる」「介護保険利用の書類を入院後速やかに作成し、退院支援担当部署に提出する必要がある」等の意見があり、病棟から退院支援担当部署に早期に連絡することの必要性の理解につながっていた。

4) 各部署での退院支援の取り組み・事例検討

研修参加者8名全員が各自1事例以上の退院支援に取り組んだ。その経過の中で、研修参加者8名、共同研究者が参加し、取り組み事例の支援経過を報告し、検討する事例検討を3回(10~12月)行ったことは、取り組み内容の振り返りや支援方法の検討の機会となった。取り組みにあたっては退院支援事例報告書に沿って、基本情報、医療管理上の課題、生活・介護の課題、患者自身・家族の意思について情報収集を行い、支援の必要性を明確にした。事例検討内容を以下の表3に示す(表3)。

表3 事例検討内容

事例	年齢・性別	病状経過	事例検討内容
事例1	70歳代女性	心不全で入院となる。	家族(嫁)の不安を把握し退院調整担当部署での相談を促した。社会資源に関しては、退院後は日中独居となるため、日中にヘルパーや訪問看護を活用できるよう調整した。夜間の自立した排泄動作の確立のため、ポータブルトイレによる排泄動作を確立するための支援を行った。
事例2	70歳代女性	糖尿病、下肢蜂窩織炎・壊疽のため下肢切断となった。糖尿病性網膜症がある。	独居であり、インスリンの自己注射の手技の習得に向けて支援した。院内では車椅子自操で移動していたが、住宅改修の情報収集のために、ケアマネジャー・訪問看護師が退院前に自宅を訪問した。ベッドを置くスペースの確保、自宅は和式トイレであるためのポータブルトイレの準備、車椅子が使えないため本人が殿部を床について移動するスペースの確保等が必要であることが分かった。入院中介護申請し要介護2となったが、訪問看護を毎日利用することは難しいので、訪問看護はインスリン自己注射の時間に合わせ週に1回の訪問とし、ヘルパーが毎日確認できるよう調整して、確認事項のチェック表を作成した。
事例3	80歳代女性	脳血管障害で入院。3食経口摂取は難しいと判断され、夫の希望により胃瘻を造設した。	退院後に夫が自宅で胃瘻管理ができるようにチェックリストを活用し、胃瘻管理・経管栄養方法を指導した。その際カンファレンスを活用し、スタッフが統一した指導を実施できるよう心掛けた。嚥下直接訓練手技の習得のために、夫にペースト食の作り方を指導した。入院前と同様のサービスが受けられるように調整をした。
事例4	70歳代女性	急性腸炎で入院後四肢麻痺が出現した。	内服薬を追加したことで食欲が増し、筋力も増強してきた。そのため、今後の方向性を決めるために家族面談を実施した。回復期リハビリテーション病棟のある病院に転院することが決まり、1週間で退院という流れとなったため、病棟も家族も準備不足であった。本人は転院するよりも娘の近くにいたいとの意思が強かった。リハビリテーションが必要になることが予測されたので、入院早期よりの介入が必要であった。
事例5	90歳代女性	心不全、脱水により介護老人保健施設から救急搬送され入院となった。	長男夫婦が独自で施設への退院の日程を交渉してきたため、施設と連絡を取り退院調整を開始した。医師と長男夫婦、長男夫婦と施設でやり取りしてもらい、施設で看取る方向となったが、施設への退院前日にASO(閉塞性動脈硬化症)により死亡した。その際長男夫婦は翌日午前中に退院することを知らなかったと話した。
事例6	60歳代女性	てんかん発作が複数回続き入院となった。	本人はキーパーソンである夫と2人暮らしで、夫も知的障害者である。今年に入り4回てんかん発作により救急搬送されていることから、在宅での服薬管理ができていないことが予測された。在宅ではデイサービスを週に2回、訪問介護を週に2回利用し生活していた。訪問看護は利用していないが外来通院しており、外来看護師と病棟看護師が協働で介入することが必要な事例であった。
事例7	80歳代男性	消化器系癌、全身の浮腫が出現し受診し、心不全憎悪を指摘され浮腫軽減目的で入院となった。	入院前は1週間に1回服薬管理のために訪問看護を利用していた。住居は2階が居室になっていたが、階段の上り下りが困難になったことで使用しておらず、1階の車庫を改築し6畳2部屋で生活していた。風呂が狭く深いため訪問看護師からデイサービスの利用を勧めるも本人が拒否した。消化器系癌があり入退院を繰り返すことが予測される。現在自覚症状はない。顔面浮腫も気にしていない様子である。退院支援に向け早めの介入が必要であり、その場合、家族(長女)との面談が必要である。

表3 事例検討内容（続き）

事例	年齢・性別	病状経過	事例検討内容
事例8	80歳代女性	消化器系癌・骨転移のターミナル期にあり、2週間を自宅で過ごし、レスパイト入院中に状態が悪化して死亡退院となった。	複数回の面談を通して本人と家族が色々話せたことにより、「もう治らないので死にたい」との本人の気持ちが、「頑張ってご飯を食べ、家に戻る」へと変化した。キーパーソンである長男は忙しく面談に来られなかったことで、病状理解ができておらず在宅療養は無理と言っていたが、ターミナル期であること、病状が悪化すればいつでも入院が可能であることを説明することで、2週間在宅に戻ることができた。その後レスパイト入院中に病状が悪化し死亡退院となったが、家族は「家に帰れてよかったとの反応であった。退院支援を進めるに当たり、家族が患者の病状を理解する機会が得られているのかも把握する必要があった。
事例9	70歳代女性	自宅の廊下で倒れているところを発見され救急搬送された。脳血管障害と診断され、補液治療とリハビリテーション目的のため入院となった。ペースメーカーを装着している。	入院前は独居生活を送っており、ADLは自立していた。入院後、脳血管障害のため左完全麻痺が出現、会話は可能であった。面談は2回実施され、本人・長男・長女の3人が直接話し合ったが、退院後在宅に戻る話が出なかった。家族がリハビリテーションを受けられる施設を探し介護付有料老人ホームへの入所が決まった。2回の面談後に主治医が加わった面談が開催され、脳血管障害に関しては老人ホームの囑託医が、ペースメーカーは半年に1度当該医療機関の外来でフォローしていくことが説明された。入院中に介護認定調査が実施されたが、判定が出ないままの転院となった。患者は施設入所について入院前から考えており納得していたが、寂しそうであった。
事例10	70歳代女性	消化器系癌の転移により化学療法は終了となり、栄養補給目的で外来点滴治療を受けていた。	患者は外出・外泊・退院することなく2週間で死亡退院となり、家族は「1度は連れて帰りたい」と悔やんでいた。外来化学療法が終了した時点や治療が中断した時点で、医師・訪問看護師も参加して今後の方向性について相談できる機会があればよかった。外来で患者の状態を把握して退院支援担当部署に連絡し病棟や他部署と連携する体制が必要である。退院支援検討メンバーが事例を取り始めてから外来スタッフも退院支援に興味を持つようになった。スタッフの興味・意識がもう少し高まれば、さらに退院支援の質向上に向けて必要な情報が出てくる。今後、通院治療室の事例をいくつか振り返ることで、必要なものが見えてくるのかもしれない。

5) 退院支援の取り組み後のグループインタビュー

第6回検討会では、研修参加者7名と共同研究者5名（現地側看護職者3名、教員2名）が参加し、各部署での退院支援の取り組み終了後の2月に「退院支援研修プログラム試行における取り組みの成果」を把握するためのグループインタビューを行った。聞き取った内容を記録し、その意見の要約例を以下表4に示す（表4）

表4 退院支援の取り組み後のグループインタビューでの意見（要約例）(n=7)

講義・ワークショップでの学び

- ・医師の許可が出てから退院をすすめると思っていたが、入院時から退院を見据えて支援する必要があることがわかった。
- ・退院支援の必要性が理解できた。
- ・今までは施設希望の人には施設への申し込みを進めていたが、講義を受けてなぜ在宅に戻れないのか聞くことができるようになった。サービスで補うことができないが、寄り添ってよりよい方向に進めるようになった。

訪問看護実地研修での学び

- ・2年前に入院していた独居の患者宅に訪問に行けた。穏やかな表情で変わりなく過ごしていた。その人の人生そのものである生活を見ることができた。
- ・入院患者は退院がゴールと思っていたが、自宅に帰ってからも訪問リハビリテーション等を利用し、能力を伸ばすことができることがわかった。
- ・入院中に退院指導を行った患者宅を訪問し、入院中の指導の振り返りができた。

退院支援担当部署での学び

- ・退院支援担当部署への連絡が遅すぎたことに気づかされた。
- ・入院時早期に病棟からの情報提供が必要であることが分かった。
- ・連携は決められた通りに行われると思っていたが、施設を紹介する際にも個別性やその人らしさを考えて関わっていた。

各部署での事例への取り組み・事例検討での学び

- ・患者個々に興味を持ちながら、基本情報を収集するようになり、入院時から目標を定めて関わるようになった。
- ・朝のカンファレンスで退院支援が必要な事例について話し合うようになった。
- ・病棟全体で個別性を考えた対応ができるようになり、家族に寄り添う姿勢ができてきた。

今後取り組みたいこと

- ・次年度も病棟で受け持ち看護師が退院支援の意識が持てるよう方向性を示していきたい。
- ・チームとして早期からの退院支援に取り組むたい。
- ・退院を進めるタイミングが大事であり、患者・家族にいつでも入院できるという安心を与えながら支援していきたい。

・考察

A 医療機関では、退院支援の質の向上を目指して、院内の退院支援の委員会組織である退院支援検討会を設立し、その委員会メンバー8人が退院支援研修プログラムに参加した。以下に、退院支援研修プログラム参加者の学び、共同研究メンバーの支援の必要性、退院支援研修プログラム試行の成果について検討する。

1．退院支援研修プログラム参加者にとっての学び

研修参加者が大学での講義・ワークショップを受講し、退院支援の必要性や早期からの取り組みの必要性、多職種連携の必要性を学び、自部署で研修内容を周知することにより、病棟看護師の意識の向上に結び付いていた。

訪問看護ステーションでの実地研修は、入院患者を生活者として捉え、在宅での療養生活のイメージができたことがあり、病棟での支援の振り返りの機会になっていた。また退院支援担当部署での実地研修では、当該部署の看護職者の役割と、入院時から当該部署の看護職者と協働して多職種と連携しながら支援を進めていく必要性が学んでいた。

事例検討では、当初は事例への退院支援に関わった経過を報告することが主であったが、回を重ねるごとに、よりよい支援方法や支援にあたっての連携について意見交換できるようになり、院内での退院支援体制の構築に向けた検討がなされていた。

2．共同研究メンバーの支援の必要性

共同研究のメンバーに実地研修を担当する部署の看護職者が含まれていたことにより、自施設に合わせた研修内容が検討できたと考える。事例検討の準備として「退院支援事例報告書」の内容を検討する際に、事例の支援を進めるうえで必要な情報収集項目を精選し、様式を工夫したことにより、退院支援に必要な情報の理解につながったと考える。また、共同研究者が事例検討の意見交換に加わり支援内容の確認や助言を行ったことで、個々の患者・家族への支援内容の振り返りの機会となり、支援方法の検討ができた。さらに研修参加者は全員各部署の退院支援検討会の委員であり、事例検討を通して部署を越えた意見交換が行えたことは、病棟・外来・退院支援担当部署、訪問看護等の連携を含めたA医療機関の退院支援体制づくりの発展につながると考える。

3．退院支援研修プログラム試行による成果

退院支援研修プログラムの試行においては、講義・ワークショップの受講により退院支援に必要な知識を修得し、実地研修では退院支援における利用者ニーズを理解する機会となるとともに、訪問看護師や退院支援担当部署の看護職者の役割の理解につながっていた。そして、退院支援の知識・意識が向上した中で自部署の退院支援に取り組み、事例検討において支援内容を振り返ることができていた。このように段階を踏んで取り組む中で、患者・家族への関心が高まり、入院時からの支援の必要性や連携の重要性が理解され、実際の取り組みを振り返ることによって、自部署の退院支援の成果・課題が明確となった。今後はリフレクションとして事例への取り組みの省察を行うことで、さらなる課題解決に向けた取り組みへと発展することが期待できる。したがって退院支援研修プログラムを継続的に施行することによって利用者ニーズを基盤とした退院支援の質の向上につながると考える。

・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

A 医療機関では退院支援の質の向上を目指して、院内の退院支援の委員会組織である退院支援検討会が設立された。その委員会メンバー8人が「退院支援研修プログラム」の試行に参加することで、退院支援の知識・意識の向上が図られ、自施設の退院支援の課題の検討ができた。今後は委員会メンバーが各部署での退院支援の取り組みの核となり、病棟看護師や外来看護師に支援することが可能になる。そして、病棟・外来・退院支援担当部署、訪問看護の連携を含めたA医療機関の退院支援体制づくりの発展につながると考える。

2．現地側看護職者の受け止めや認識の変化

現地の共同研究者は、共同研究開始時より院内全体の退院支援の質向上に向けて意欲的であり、「退院支援研修プログラム」試行の推進に向けて協働で検討しながら取り組むことができた。そのため研修参加者は、実地研修時に日勤業務扱いで研修に参加することができた。また研修参加者は退院支援研修プログラムに取り組む中で、利用者ニーズを捉えることの重要性や連携の重要性、組織的取り組みの重要性等が理解できていた。グループインタビューの際にも各自が自部署の課題を捉え今後取り組みたいことが明確になっていることが伺えた。

3．本学（本学教員）がかかわったことの意義

「退院支援研修プログラム」の試行については教員が提案し、同意が得られたことによりA医療機関での試行が可能となった。教員は退院支援研修プログラムの趣旨を踏まえた意見を述べ、現地側の共同研究は自施設の現状を踏まえた意見を述べ共に検討することで、A医療機関の退院支援の現状に合わせた研修プログラムが試行できたと考える。事例検討では、教員が事例の支援内容について不明な

点を確認することによって、研修参加者の取り組みの振り返りにつながった。したがって「退院支援研修プログラム」を継続的に施行することで、退院支援に関する看護職者への人材育成につながり、A医療機関の退院支援の質の向上につながると考える。

・共同研究報告と討論の会で参加者と討議内容

共同研究報告と討論の会の参加者と自施設での「退院支援研修プログラム」施行の可能性について、意見交換を行った。

1. 看護職者の意識の向上について

B医療機関では、2013年8月、大学で開催した退院支援に関する講義・ワークショップに当該医療機関から5人のスタッフが参加した。ワークショップに参加したことが退院支援に対する意識付けとなり、退院支援充実に向けてまず「退院支援チーム」を発足させた。退院支援チームメンバーは、病棟のリンクナース・訪問看護師である。退院支援チーム発足後、院内の取り組みとして「入院時スクリーニングシート」の導入を行い、「看護ラダー」に退院支援を位置づけることで、看護基礎能力・看護師の意識向上を試みた。そして「入院時スクリーニングシート」導入6ヶ月目に、看護師を対象に質問紙調査を実施し、看護師の意識を評価した。その結果50%の看護師が「退院支援は必要である」と感じていた。把握された課題は、「退院支援を実施するまでの流れが分からない」等の内容であった。2014年度はC医療機関の退院調整看護師を招き、院内リンクナースに向けた研修会を開催する。

1) 質問内容 (B医療機関地域連携室看護師)

どのようにすれば退院支援に対する看護師の意識を向上させることができるか。

2) 意見交換内容 (A医療機関共同研究者)

今回の退院支援研修プログラムの取り組みを振り返ると、実地研修を通じて「看護師がどのように関わればよいのか」ということが学べており、退院支援のプロセスを理解することが重要であった。

2. 事例検討の進め方について

1) 質問内容 (D医療機関退院調整看護師)

- ・研究参加者8名は実際にどのような事例を選んだのか。
- ・事例検討期間が2か月であるが、事例検討はどのように、どのような観点で、何回実施されたのか。

2) 意見交換内容

(A医療機関共同研究者)

- ・各部署1名ずつ、実際に関わっている患者の中から退院支援が困難である事例を選んだ。
- ・1回の事例検討で3~4名について話し合った。
- ・2回目の事例検討ぐらいから、具体的な支援方法に関する意見が出るようになった。
- ・研究参加者は事例について話す中で「看護師が家に帰れないと思っていても、患者は家にしか帰る場所がない」と気が付き、「入院中にインスリンを打てるようになれば、患者は家に帰られる」という意識に変化していった。そして、退院調整部門との連携や多職種間の連携の必要性を実感した。
- ・研究参加者自身が事例を話し、他者の事例を聞く中で「この患者はなぜ入院を繰り返すのだろう」と疑問視する意識が高まり、外来と病棟をどのようにつなげればよいかなど、視野が広がった。
- ・1回目の事例検討は事例の取り組み状況を報告することにとどまっていたが、2回目、3回目と繰り返すにつれ「対象にとってよりよい支援をするためにどうすればよいか」という視点で意見交換ができるようになった。

3. 退院支援研修プログラムの施行について

1) 質問内容 (E医療機関看護部長)

自施設は院内医療だけで、併設施設として訪問看護ステーションを持っていない医療機関であるが、取り組みが可能か。

2) 意見交換内容

(A医療機関看護部長)

- ・A医療機関が取り組みを始めたきっかけとして、「地域の高齢化率は高く、今後ますます退院が困難となる患者が増える中でもう少し病棟看護師の技術、察知する力が向上すれば」という思いがあった。そのため、退院支援の核となる看護師が自部署の看護師を育成する体制を作る必要があると考えた。本取り組みの中では、事例検討が一番大切であったように思う。

(教員)

- ・A医療機関と同じプログラムがあっても活用できないかもしれない。A医療機関の場合、退院支援担当部署、訪問看護ステーションの核となる看護職者が共同研究者となり、A医療機関に合わせたプログラム内容を検討できたことが成果につながった。講義・ワークショップや実地研修で基礎知識を培った上で事例検討を行なったことは効果的であった。そして、講義・ワークショップ研修会・実地研修・事例検討と絶えず自身の学びを振り返りながら進めていくことが重要であった。なお、本共同研究での取り組みを第33回日本看護科学学会学術集会において報告した。

保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方

山田美奈子 井上玲子（岐阜県保健医療課）中土康代 居波由紀子（岐阜保健所）

田中昭子 山田洋子 松下光子 大井靖子 大川眞智子

森仁実 北山三津子 岩村龍子（大学） 種村真衣（元大学）

．目的

本研究の目的は、岐阜県内の行政機関に所属する保健師の実践能力を高めるための現任教育のあり方・方法を検討することである。行政機関に所属する保健師の現任教育の充実や体制づくりは、県全体の課題であり、大学としても生涯学習支援として取り組む必要がある。これまでの共同研究を通して、新任保健師の実践能力到達目標チェックシートが作成され、新任期の到達目標が示されたことで、現場の保健師にとって現任教育の目安がわかるようになったと評価されている。このように新任保健師の研修体制や職場における新任期の指導体制の充実は図られてきたため、次の段階として、ステップアップ研修会（中堅者研修）の対象でもある 5 年目保健師の現任教育の充実を図ることが必要である。そのため今年度は前年度に引き続き、5 年目保健師を対象に看護実践の実態を把握するため、調査方法を再検討し現状把握を行った。また前年度末に情報収集した指導保健師の現任教育に関する意見について分析し検討した。

．方法

1．5 年目保健師の看護実践に関する聞き取り調査

1) 対象：県内の行政機関に所属する実務経験 6 年目の保健師 12 名。平成 24 年度ステップアップ研修（前期）受講者から地域や当時の担当業務を考慮して共同研究メンバーが選定した。

2) 調査方法・内容：大学教員 2 名が協力の得られた対象者の職場に伺い個別に面接聞き取り調査を行った。過去 1 年間に担当した保健事業や受け持ち地区における活動のうち力を入れて取り組んだ活動について、対象者の負担を考慮し 1 時間程度で聞き取った。

3) 分析方法：聞き取った内容は、本研究で開発した新任保健師の看護実践能力チェックシートの看護実践能力の項目（大項目 12、中項目 42）の中項目毎に整理し分析した。

4) 倫理的配慮：調査協力は対象者の自由意思を保障し、職場における強制力が働かないよう、大学教員が対象者に連絡し、内諾を得た。その後、本調査への理解を得るため、対象者の上司に県保健医療課より文書を送付した。調査日時は対象者の都合に合わせて調整し、当日、書面により研究同意を得た。聞き取った内容から所属や個人が特定されないようにすること、研究終了後データは破棄すること、調査協力の拒否や途中辞退も可能であることを保障した。

本調査の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た（承認番号 0077）。

2．現任教育の方法・あり方についての意見調査

1) 対象：平成 24 年度の 5 年目保健師対象の岐阜県ステップアップ研修会及びフォローアップ研修会の意見交換会に参加した指導保健師を対象とした。

2) 調査方法・内容：上記研修会終了時の意見交換会において、現任教育のあり方・方法に関するディスカッションを実施した。調査内容として、各職場における 5 年目保健師への指導体制、現任教育の実際や工夫、課題に思うこと、5 年目保健師に必要と思われる看護実践能力、その獲得状況、5 年目保健師の看護実践能力の到達度を確保することへの意見、5 年目保健師の看護実践能力を高めるために必要な現任教育のあり方・方法について、の 4 点を提示し意見を求めた。意見交換会時に本調査への協力依頼を行い同意の得られた指導保健師の発言のみをデータとした。ディスカッションでの発言要旨を記録し、後日各自の発言要旨を郵送し確認を得た。ディスカッション時に意見が十分に言えなかった場合には、意見を追加して記入してもらうよう依頼した。研修会実施は平成 25 年 2～3 月であった。

3) 分析方法：作成した記録を読み、意味内容のまとまりで区切り、それぞれに要約をつけ、内容の類似性に基づき整理した。

4) 倫理的配慮：意見交換会開始前に、書面と口頭で、調査目的・方法、協力は自由意思によるものであり拒否できること、後日記録の確認の際に意見の削除や修正が可能であること、拒否によって今後の研修等での不利益はないこと、結果のまとめ方は個人や施設が特定されないようにすること、結果の公表等について説明し、文書で同意を得た。

本調査の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た（承認番号 0043）。

．結果

1．5 年目保健師の看護実践に関する聞き取り調査

協力の得られた対象者は 8 名であった。全て市町村に所属する保健師であった。県および中核市に

所属する保健師はいなかった。また飛騨圏域の保健師はいなかった。結果は表1に示すとおりである。

表1 5年目保健師の看護実践に関する聞き取り調査結果

	実践能力		対象者 No.								看護実践の例(要約)	
	大項目	中項目	1	2	3	4	5	6	7	8		
行政における看護実践	1.所属組織と活動の成り立ちの理解	組織の成り立ちと意思決定過程の理解										市長から数値での評価を求められるようになり、担当事業の評価を見直した。No.4
		施策と事業の位置づけ・成り立ちの理解										市の方針である高齢者サロンの自主化に向けた支援をしている。No.1
		行政の役割の理解										他課、他機関が参加する会議において、事業担当者として資料を作成し、説明する。No.4
	2.施策化	地区診断に基づくニーズ把握と施策化・事業化										健康増進計画の見直しを業者に委託せず、アンケートの計画・結果の分析、目標設定、計画立案を職場全体で取り組んだ。No.7
		基本計画に位置づく施策化										健康増進計画の見直しを業者に委託せず、アンケートの計画・結果の分析、目標設定、計画立案を職場全体で取り組んだ。No.7
		サービス基盤の整備を視野に入れた保健医療福祉計画策定への参画										昨年度は、健康増進計画の見直し時期であり、がん検診を担当した。No.2
		ニーズを説明し、予算化する										前年と比較し受診者が減少していることを説明し、受診動奨八ガキを出すことを予算化した。No.5
	3.地域のヘルスケア体制整備	現状のヘルスケア体制のアセスメント										言葉の遅れや精神運動発達面の相談に対応している他機関や利用のしやすさを把握している。No.8
		今ある資源が有効に機能するようにする										地区ごとの高齢者サロンの特徴を整理し、他課、他機関と共有し自主化に向けた検討をしている。No.1
		不足している資源をつくりだす										1歳6か月児の個別相談は待機者がある状態だったので、担当者や課長と相談し、回数を増やした。No.8
	4.健康危機管理	資源の有機的なつながりをつくる										事業に関わる他職種と相談して次年度の事業計画を立てる。No.6
		発生時の活動組織を理解する										地域防災計画に課の職員としての役割が位置づけられていることを理解している。No.6
発生時の住民ニーズに基づき活動する											災害地派遣を経験した。No.2	
看護過程の展開	5.地区活動の展開	健康危機に備えた平時の活動									災害時の保健師活動について、全国の保健師の自主研究会で出されている活動指針を参考に課全員で話し合った。No.7	
		地域のアセスメント(地区診断)	○	○	○	○			○	○	個人・家族への支援を積み重ねる中で、地域に共通する課題が見えてきた。No.1 住民と直接接する中で捉えた生活背景と数値的なデータを合わせて分析できるようになってきた。No.6	
		地区活動の計画作成								○	○	特定健診の分析結果から、要医療ではなく保健指導対象者が多いことがわかり、運動教室を通して生活習慣病予防、医療費改善に取り組めるとよいと考えている。No.6
	6.保健福祉事業の展開	地区活動の評価・改善									○	現在可能な方法で情報収集し評価する。今後の評価方法を検討する。No.7
		住民のニーズと事業の目的の明確化	○	○	○	○	○	○	○	○	○	特定健診の5年連続未受診者に訪問または電話により未受診理由をきき対応していく。No.3
		住民ニーズと地域特性に合わせた方法を計画する	○	○	○		○	○	○			これまで個別通知で検診の連絡をしたことがなかったが、クーポンが始まって受診率が上がった。検診の受付期間に受けそびれている人や検診をやっていることを知らなかったという人も多く、無料というより個別通知の効果が大きいと思った。そこで無料クーポン対象者に再動奨八ガキを送ってみた。No.5
目的を理解しながら実施する	○	○						○	○	○	職員健診の結果説明会では、相談できる場があることを意識づけることも役割であると感じている。No.2	
保健事業を評価し、改善する			○	○	○	○	○	○	○	○	特定健診の未受診者対策ができていなかったが、今年度から未受診者のうち毎年該当になる方に訪問か電話で未受診理由をきき、受診動奨している。No.3	

表1 5年目保健師の看護実践に関する聞き取り調査結果(続き)

	実践能力		対象者 No.								看護実践の例(要約)		
	大項目	中項目	1	2	3	4	5	6	7	8			
看護過程の展開(続き)	7. 個人・家族への援助	信頼関係形成	○	○	○					○	○	拒否的な事例に月1回程度定期的に関わり、関わり始めて半年くらいで自分のことを話してくれるようになった。No.3	
		個人・家族のアセスメント	○	○	○	○				○	○	虐待のリスクのある事例を受け持ち、援助の優先順位を判断する。No.7	
		支援計画作成			○					○		対象者の状況から関わる頻度や方法を決めている。No.3	
		実施した援助を評価し、支援計画を修正する	○	○					○	○	○	虐待のリスクのある事例に妊娠中から関わり、安心安全に出産できることを目指して支援し、出産後は支援計画を変更した。No.7	
		記録を作成する								○	○	教室参加者の記録は、家族の健康状態も記録できるように様式を作成し、必要な支援につなげる。No.6	
		対象の意思を尊重して主体的な問題解決を促す援助を実施する	○							○	○	生活習慣の改善について、普段の生活の中でできそうなことを一緒に考える。取り組んだ内容をきいて「頑張っていますね」など評価する。No.6	
	8. 他機関・他職種との連携・協働	対象者の個別ニーズの充足のための連携・協働		○	○	○				○	○	○	乳幼児健診未受診者で訪問でも確認できなかった場合は、他の課につなぎ、保育所や児童手当の状況を確認する。No.4
		集団・地域のニーズ充足のための連携・協働	○	○	○				○	○	○	○	若年者を対象とした健診の受診勧奨のため、保育園でチラシを配布することを園長会に依頼に行った。No.2
		組織同士の連携・協働を意図した行動		○					○		○	がん検診を通じて医師と連携しており、年度初めに話し合いをして、健診をスムーズにトラブルなくできるようにしている。No.2	
		チームの一員としての行動								○		他のスタッフが面接で得た情報を生かして教室で関わる。No.6	
	9. 住民との協働	姪対象者の個別ニーズを充足するための住民との連携・協働								○		○	教室卒業時に事業に関するアンケートをとり、教室への要望や意見をきいている。No.6
		姪集団や地域のニーズを充足するための住民との連携・協働	○		○					○			各地区に健康相談、要望があれば健康教育に行く。No.3
		姪健康生活を守る住民の主体的な活動を支援する	○								○		地区担当として公民館のサロンに参加する。No.7
		嬰共通の援助ニーズをもつ人たちの組織づくり								○			教室に新規参加者が入ると交流会を設け、長年続けている人の成果発表の場としている。No.6
		姨推進員など保健師の協力者・理解者の育成・支援	○										高齢者サロンの参加者やリーダーから実態を把握し、地区ごとの特徴を整理した。No.1
	10. 所属機関中での連携・協働	姪同じ部署にいる保健師チームの一員として行動する		○	○	○	○	○	○	○	○	○	がん検診の実施方法やPR方法を成人チームで話し合っている。No.5
		姪異なる部署にいる保健師と連携・協働する		○						○	○		今年から新たな保健師の配置部署ができたので、連携のあり方を話し合っている。No.7
	11. 倫理に適った看護実践	姪プライバシー保護	○			○				○	○	○	特定保健指導の家庭訪問で、本人不在の場合は、家族であっても結果は伝えず、本人に会える方法をさく。No.6
		姪人権尊重											
	自らの専門性を高める	12. 実践の中で研鑽する能力	姪看護実践を重ねる過程で専門職としての自らの能力を高める	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
姪看護実践上の課題の解決に取り組む				○									

看護実践能力の42の中項目のうち、聞き取り内容が8名中7名以上に該当した中項目は5項目あり、

以下に項目と看護実践内容を例示する。中項目「住民のニーズと事業の目的の明確化」では「特定健診の5年連続未受診者に訪問または電話により未受診理由を聞き対応していく。」、中項目「保健事業を評価し、改善する」では「特定健診の未受診者対策ができていなかったが、今年度から未受診者のうち毎年該当になる方に訪問か電話で未受診理由を聞き、受診勧奨している。」、中項目「集団・地域のニーズ充足のための連携・協働」では「若年者を対象とした健診の受診勧奨のため、保育園でチラシを配布することを園長会に依頼に行った。」、中項目「婆同じ部署にいる保健師チームの一員として行動する」では「がん検診の実施方法やPR方法を成人チームで話し合っている。」、中項目「娯楽看護実践を重ねる過程で専門職としての自らの能力を高める」では「保健師の共通認識をもつ機会として勉強会が大切である。今年から勉強会を企画する立場になった。」、「担当業務の研修はなるべく行く。」、「保健所のヒアリングがよい機会になっている。」等が把握できた。

2. 現任教育の方法・あり方についての意見調査

保健所保健師5名、市町村保健師18名から協力を得た。今回得た意見は、職場における5年目保健師への指導体制・現任教育に関する課題と5年目保健師に必要と思われる看護実践能力がほとんどであったため、今回はこの2点について述べる。

職場における5年目保健師への指導体制・現任教育に関する課題は、表2に示すとおり、「マンパワー不足で事業実施が優先となり5年目保健師に対して十分な指導ができていない」「プリセプター方式を導入したがうまく機能していない」等【指導体制・方法に関すること】、「育児休暇明けの短縮勤務の保健師のフォロー体制が難しい」等【業務体制に関すること】、「個をみることはできているが、事業全体の中での当該事業の位置づけ等事業全体を見通し長期的に考えることはできていない」「育児休暇取得により仕事が中断し能力の獲得も中断する」「困っていることを聞かなければ言っていない等コミュニケーションが不十分である」等【5年目保健師自身に関すること】、【広域でのフォロー体制の必要性】、【現任教育に対する大学の役割】に整理された。

表2 職場における5年目保健師への指導体制・現任教育に関する課題

<p>指導体制・方法に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> マンパワー不足で事業実施が優先となり5年目保健師に対して十分な指導ができていない プリセプター方式を導入したが部署によってはうまく機能していない 現任教育の指導方針を決めているが実践できておらず、一つひとつ取組みを進めている段階である 保健師を育てるには保健師の役割モデルが必要である 先輩保健師の話し合いの場を意識的に後輩保健師にみせることで勉強してほしいと考えている。 保健師の勤務地が離れておりメールでの連絡になる 勉強会・研修は自分の仕事に必要なだと思えるようにすることが大切である <p>業務体制に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 育児休暇を取る保健師が次々とおり、業務を深めるといふより誰が休んでも事業をやるようにするという状態である 育児休暇明けの短縮勤務の保健師のフォロー体制が難しい 計画的な保健師採用計画がない。専門職が確保できない <p>5年目保健師自身に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 個をみることはできているが、事業全体の中での当該事業の位置づけ等事業全体を見通し長期的に考えることはできていない。 育児休暇取得により仕事が中断し、能力の獲得も中断する 5年目は独り立ちできるものとして扱っているが個人差がある 5～6年目保健師にどこまで求めてよいのか考えてしまう 5年目頃に時期が重なる育児休暇やその後異動により、取り組んでいる仕事が中断するため、モチベーションを維持するのが難しいのではないかと ゆっくり考えるゆとりがなく業務をこなしている現状である 業務をこなす力はあるが、目的を考え見直すなどさらに踏み込んで仕事をするのができない 保健師は先輩をみて吸収しているのが現状であるが、能力には個人差が大きい。 オープンな場で会議を行うが、若手保健師には、自分の業務分担以外の内容は入って行かないように感じる ステップアップ研修を機会に全体をみて計画立案できるようになるとよい 達成感ももていないようである 上から言われたことをやっており、自分で考えていく力はこれから身に付けてほしい 若手保健師は学ぶべき課題を与えないとやらない傾向にあるが、自ら課題をみつけて取り組むことが大事である 困っていることを聞かなければ言わない等コミュニケーションが不十分である
--

表2 職場における5年目保健師への指導体制・現任教育に関する課題（続き）

<p>広域でのフォロー体制の必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健師としての人材育成は町村単位では解決できないことであり、広域でフォローしていく体制が必要である <p>現任教育に対する大学の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> 市町村の状況は多様であるためそれをサポートする大学の役割は大きい。
--

5年目保健師に必要と思われる看護実践能力は、【援助技術に関すること】【事業の捉え方に関すること】【事業の評価・計画立案に関すること】【住民・関係職種との連携・協働に関すること】【5年目保健師自身による能力向上のための取組みに関すること】等、表3のとおりであった。

表3 5年目保健師に必要と思われる看護実践能力

<p>援助技術に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健指導において相手の思いをねぎらい共感することを身に付けてほしい 家庭訪問による個別援助をきちんと身に付けてほしい 面接技術を高める <p>事業の捉え方に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 全体の中の一事業であることを見据えて事業展開できるとよい 事業の広がりを考えられるとよい 事業をつなげて考えたり、全体からみることが出来る 見えないものに気づける 個別の事例から集団を捉える考え方を身に付ける <p>事業の評価・計画立案に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業をこなすだけでなく、実態をみて事業をまとめることが必要である 事業の企画からまとめまでを自立してできる（予算も含めて） 実施方法だけでなく、住民を主体とした目的・目標を設定できるとよい 情報をキャッチする 目的に沿った資料（図表）を作成し提示できる <p>住民・関係職種との連携・協働に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 関係機関・関係者を活用する・動かすことを考えられるとよい 関係機関・関係者との関係づくりを大切にほしい 機会を捉えて住民と話をすることができる <p>5年目保健師自身による能力向上のための取組みに関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 新任者にかかわることにより自分自身の業務を振り返ることができるとよい 自分で見通しをたてて業務を行えるとよい 自己評価ができるとよい 業務中での疑問を解決できる <p>既に身に付いていると考えられる能力</p> <ul style="list-style-type: none"> 改善に向けて取り組む力がついてきている 健診時の個別対応は自信を持ってできている <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 所属組織（県保健所、中核市、市町村）によって求められる能力が異なる 担当事業を通して市町村保健師と同行家庭訪問を行う機会があるとよい

・考察

1. 5年目保健師の看護実践について

5年目保健師の看護実践の概要が把握できた。42の中項目の内、41の中項目に該当する看護実践の内容が把握できた。該当する看護実践内容がなかったのは中項目「**1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42.**」であるが、中項目「**1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42.**」と内容が重複するためではないかと考える。また、大項目でみると、大項目「**6. 保健福祉事業の展開**」に該当する内容が多かった。これは、県が主催する5年目保健師の研修で、地域の健康課題を明確にし、それに対する保健福祉事業を企画、実施、評価することを課題としていることが影響していると考えられる。また、大項目「**3. 地域のヘルスケア体制整備**」「**9. 住民との協働**」に該当する内容が少なかった。これらの項目は意識しないと経験しにくい項目なのかもしれない。しかし、今回の調査協力者は全て市町村保健師だったため、看護実践内容には偏りがあるかもしれない。今後、県や中核市の保健師の看護実践を追加収集する必要があると考える。

今回は5年目保健師の看護実践内容を新任期の看護実践能力の項目で整理したが、その到達状況には違いがあると考えられる。また、新たに追加が必要な項目がないか等、今後、各保健師の看護実践内容について項目に照らして詳細に分析する必要がある。

2. 5年目保健師の指導体制・方法の課題と5年保健師に必要な看護実践能力

5年目保健師の指導体制・方法の課題および5年目保健師に必要と思われる看護実践能力について、5年目保健師を指導する立場にある保健師の意見を把握することができた。指導保健師は、5年目保健師自身の課題を捉えているが、各職場の指導体制や業務体制上の課題もあり十分な対応ができていない現状があると考えられた。業務体制は各職場で検討されるべきことであるが、指導体制については、今後も引き続き、フォローアップ研修の機会等を通して、各職場の指導保健師、保健所保健師、必要に応じて大学教員も加わり、各職場の状況をふまえた上で指導体制の充実に向けた検討が必要であるとする。5年目保健師に必要な看護実践能力については多様な意見が出された。課題として整理した中に「5年目保健師にどこまで求めてよいのか考えてしまう」とあったように、新任期同様、5年目保健師向けにも到達目標を設定することは必要であるが、育児休暇取得時期に重なる等の就業後5年目頃の特性も考慮し、各保健師がそれぞれの経験を基盤に看護実践能力を向上できるように支援する方法・体制が必要であるとする。

・共同研究事業の成果評価

1．看護実践（現任教育）の方法として改善できたこと・変化したこと

中堅期である5年目保健師の看護実践の現状について、到達目標を検討するための基礎的な資料を得ることができた。今後は、内容を詳細に分析することにより、5年目保健師に必要な能力を明らかにし、現任教育に活用できる到達目標を作成する予定である。

2．現地側看護職の受け止めや認識

保健師の現任教育は、県が主催する集合研修だけでなく、各職場での教育が重要であるが、指導保健師にも不安や自信のなさがある。今後も県として市町村の現任教育を支える必要がある。共同研究で捉えた新任期、中堅期、管理的立場の保健師の課題をもとに、それぞれの現任教育の内容を更に充実させていきたい。特に5年目保健師の看護実践能力については、新任期との違いを明確にしていきたい。将来的には、保健師のキャリアラダーが明確になるとよいと思う。

3．本学教員が関わったことの意義

5年目保健師の聞き取り調査については、大学教員が対象者に連絡し、対象者の自由意思に基づき調査協力を得たので、職場における強制力が働かない状況で情報収集できたと考えられる。また、対象者にとっては、自己の実践を他者に語ることで、その時の意図や考えを振り返る機会になったと思われる。大学教員にとっては、体験を直接聞き取る過程で、5年目保健師がどんなことにやりがいや手ごたえを感じているのか、自己の成長を感じているのか、知る機会にもなった。卒業後に成長していける基盤をつくるのが基礎教育では重要であるため、今後も本学の学部教育の内容や方法を更に検討していきたい。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

保健師の現任教育について、特に、5年目保健師の現状や課題について、意見交換した。内容は以下のとおりである。

- ・県が主催する5年目の研修は意義があると思う。研修のために作成するレポートにより、地区把握、事業の成り立ち、今後の展開などについて文章化したことで参加した保健師だけでなく、その指導保健師も勉強になったと聞いている。
- ・育児休暇が現場の課題としてよく挙がるが、指導上の問題ではない。本人がどんな保健師になりたいかにかかると思う。保健師としての自覚があれば、育児休暇中の過ごし方も違うのではないかと。育児休暇を取る保健師には「待っているよ」と声をかけ、育児休暇中の経験やそれによって築かれる土台が今後の保健師活動に生かされることを伝えている。所属機関では、年1回4月に事業についての研修があるので、育児休暇中に制度や事業が変わっても分かるようになっている。
- ・どんな保健師になりたいかイメージが持てるようになるためには、仲間で「こうなりたい、なれるといいね」と話し合えるとよい。関わった住民から「保健師が一番苦しいときに支えてくれた」と言ってもらえるなど、関わって良かったと思える経験が若いときにできるとよい。
- ・保健師としての良い経験や姿勢ができていない内に育児休暇に入ると、復帰しても新人と変わらない。3年目までを新任期としているが、実際には5年目までが新任期のような感覚である。
- ・自分がどこに向かって仕事をしているのか、ある程度明確になると、今後必要なことを考えられる。しかし、自分一人では考えられないので、上司や教員などと自分の支援を振り返る機会は大事だと思う。
- ・日々の業務の中では目の前のことでいっぱい、こんな保健師になりたいと思いつける時間はあまりない。所属機関では、年2回上司と話す機会がある。普段の業務から離れて、広い視点で市をどうしたいか考える機会となっている。

2 . 精神障がい者を支える看護

退院・地域生活移行を目指した精神科長期在院患者とその家族への看護の検討

西尾忠通 荒川和加子 纈纈富久(大湫病院) 伏屋勝弘 松岡史 黒田時子(岐阜病院)
岩村佳代 高江洲悟 橋戸智子(須田病院) 此嶋美佳 清水陽平 家田重博(慈恵中央病院)
桂川裕史 藤村良輔 川嶋美智子 原隆文 七森寿幸 安藤正枝(のぞみの丘ホスピタル)
石川かおり 葛谷玲子 高橋未来 松下光子 北山三津子(大学)

はじめに

本研究の共同研究メンバーである岐阜県内の精神科病院5施設は、平成16年から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の改善を課題として共同研究に継続して取り組んできた。その間、共同研究に参加経験をもつスタッフが増加することで、各施設での看護が質的に変化した。また、平成22年度から焦点を当てていた他職種との連携も少しずつとれるようになり、長期在院患者の退院支援が少しずつ進んでいる。その一方で、入院が長期化するほど家族との接点を持ちづらく、家族にもケアが必要であることが明らかになった。しかし、そのような家族への有効なアプローチ方法が分からず困難さを感じているという状況も示され、現時点で喫緊に取り組むべき課題であることを現地看護職メンバー(以下、現地メンバー)と大学教員メンバー(以下、大学メンバー)の間で確認した。

目的

本研究の目的は、精神科長期在院患者の退院・地域生活移行を目指した看護を実践し、患者・家族への有用なケアを明らかにすることとした。特に、家族へのケアやアプローチにも焦点を当てて検討することとした。具体的には以下の3点に焦点をあてた。

1. 入院が長期化している患者とその家族を対象にした退院・地域生活移行に向けた看護の実践

各施設において家族との関わりが難しく入院が長期化している患者を対象とし、患者の希望を尊重し、家族へのアプローチを工夫しながら、退院・地域生活移行を目指した看護を実践する。

2. 事例検討会の開催

事例検討会を開催し、各施設の取り組みの進捗状況を報告し意見交換を行うことを通して、看護を改善しながらすすめる。また、事例検討会のなかで大学メンバーからテーマに関連した文献を紹介し、先行研究で示されている有用な知見を実践に活かすことで理論・根拠に基づいた看護を工夫する。

3. 患者・家族への有用な看護の検討

大学メンバーが中心となって、看護実践事例をデータとして分析を行い、患者・家族への有用な看護を明らかにする。

研究期間

平成25年7月～平成26年2月の約7ヶ月であった。

方法

1. 入院が長期化している患者とその家族を対象にした退院・地域生活移行に向けた看護の実践

現地メンバーは、各施設において共通の研究課題にそって、家族との関わりが難しく入院が長期化している患者を対象者として選定し、看護計画を立案し、方法2の事例検討会での検討内容を活かして患者とその家族に看護を実施した。看護実践のなかで生じた困難や疑問については、次回の事例検討会のなかで話し合いたいこととして提示するようにした。

2. 事例検討会の開催

事例検討会は、現地メンバーと大学メンバーが共同して運営し、2ヶ月に1回(計5回)開催した。事例検討会にて上記1の看護の実践に関する各施設の取り組み状況について資料を用いて報告し、メンバー間で意見交換を行った。事例検討会で出された意見やアドバイスは、その後の看護実践に活用した。開催場所は各施設持ち回りとし、毎回の議事録を作成した。なお、事例検討会には、研究メンバーである看護師と大学教員以外に、開催施設の精神保健福祉士や認定看護師にも可能な範囲で参加を依頼し、多角的な視点で検討できるように考慮した。また、各検討会の終わりに、研究目的に関連した文献を大学メンバーから紹介した。

3. 患者・家族への有用な看護の検討

大学メンバーが中心となって、事例検討会(全5回)の資料及び会議録等から実践した看護の内容

を抽出・収集し、質的に分析することとした。

・倫理的配慮

現地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、事例検討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。

事例検討会では、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事例検討会終了時に回収し、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（承認番号 0073）。

・結果

1. 入院が長期化している患者とその家族を対象にした退院・地域生活移行に向けた看護の実践

5施設の取り組みの概要（研究テーマ、主な取り組み結果、および今後の課題）を順に述べる。

1) A 病院

家族と患者が安心して退院できる関わり

対象は50歳代前半の女性、統合失調症で入院期間は約1年であった。退院希望はあるが幻聴のために臥床傾向であったが、幻聴を幻聴として捉えることができていた。そのため、幻聴の緩和を目的に退院に向けての練習としてラジオ体操やテレビ鑑賞を日課に組み込み、毎日日課をこなすことができるようになった。キーパーソンの両親は高齢で疾患の理解が乏しかったため、患者が努力している様子を伝え、長男へのキーパーソン役割の移行を提案した。また、退院前訪問指導を行い、家族の話を傾聴して、利用可能な施設を紹介するなどした。長男は患者の状況に理解を示し不安なことや徐々に慣らして退院を考えたい旨などを話し、外泊も問題なくできた。

患者は再燃を繰り返し、状態とADLが低下してきている。退院して現状を維持できるように地域の訪問看護ステーションと連携し、訪問看護を利用しながら再燃時の早期対応をできるようにしていきたい。病棟看護師は地域に戻った患者とは外来で出会わない限り接点なくなるため、地域と連携をとれるシステムを作っていきたい。

2) B 病院

発達障害による行動障害に対する行動療法を基盤としたケア

対象は10歳代後半の男性、広汎性発達障害による粗暴、性的逸脱行為等で入院し、性的逸脱行為のため入院途中で男性閉鎖病棟に移った。入院約1年が経過した頃、両親・主治医・担当看護師で退院について話し合い、母親（キーパーソン）の負担軽減目的で退院後の施設通所に向けて支援を開始した。問題行動があると通所は困難なため、臨床心理士と連携し、IQ検査からタイムアウトという行動療法を実施した。結果、患者の問題行動は減少し作業療法の参加が可能となり、患者の問題行動に対して有効であった。母親の面会時には話を傾聴し、悩みや苦しみに等に共感した。結果、母親は自ら看護師に話をするようになった。

患者の状態・状況について多職種間で確認し、家族と共にデイケアを含むその他の施設（養護学校など）を再度検討し退院を目指していく。そのためにも、現在の家族支援をスタッフ全体で継続できるようにするための取り組みが必要である。

3) C 病院

母親としての自覚が現れた発達障害をもつ患者に対する自立訓練施設入所に向けた支援

対象は40歳代後半の女性、発達障害、生活の乱れや服薬の中断から住民とのトラブル・暴力等に至り入院した。精神状態が安定すると、養護施設で暮らしている子供に会いたいという気持ちが現れた。多職種で連携・調整し、子供との電話が可能となると、子供のために退院し自立したいという希望を持ったため、退院（宿泊型自立訓練施設入所）に向けて内服薬・金銭等の自己管理の援助、施設の体験利用後に話を聴く等を行なった。体験利用は順調であり、予定よりも早く入所できる予定となった。

今後も多職種で連携し、退院に向けて予想される問題への対処を考えていくことが必要である。

4) D 病院

長期入院患者の家族との関わり

対象は60歳代の女性、統合失調症、入院期間は約20年であった。5人の姉妹が交代で面会に来ていたが退院は望んでいなかった。多職種カンファレンスを行い、家族の疾患理解を高める支援が必要と話し合った。精神保健福祉士と一緒に姉妹に個別面談を行い、姉妹から話を聴き、看護師からは患者の様子を伝えた。患者とは、面談前にどのような話をするか確認をした。姉妹は患者に対する

責任感や不安の表出、家族写真を撮る、涙を流す等の反応を表した。
 姉妹間での情報交換はされておらず、それぞれに実施された面談内容については知らない様子であった。受け持ち看護師と精神保健福祉士から、近年の精神科医療をとりまく情勢や、患者だけでなく家族への支援も行なっていくことを説明し、今後も面談を行なっていくことに対し了承を得た。各姉妹が異なる考えをもっているため、個別対応を重ね、患者の将来のビジョンを一本化できるよう退院に向けて話をしていく。

5) E 病院

交換ノートを使用した家族との関係構築

対象は 40 歳代後半の女性、統合失調症、入院期間は約 10 年であった。退院に向けた外出・外泊を勧め、金銭・健康管理、不安・幻聴時の対応を支援した。看護師は家族との関わりが乏しかったため、交換ノートに退院への思いや外出・外泊の不安等を家族に記載してもらい関係構築に努めた。交換ノートや面談を続けるうちに家族から外泊希望があった。看護師から主治医にその希望を伝え、外泊に至った。同居する弟との関係によって患者の精神状態が悪くなることが懸念されていたが実際の外泊では問題なかった。

研究期間内には退院はできなかったが、家族と患者の関わりをもっと深めていき外泊回数を増やしていく方向である。両親は出来るだけのことはしてあげたいという気持ちが感じられるため、これからも状態をみながら積極的に外出・外泊が出来るよう支援していく必要がある。今後の課題としては、同居している弟の協力が得にくく、また患者の精神状態に深く関わっているため、弟との関係調整やアプローチ方法を考えていく必要がある。

2. 事例検討会の実施

事例検討会の概要は表 1 のとおりである。計 5 回開催し、参加者数は 15 名～21 名であった。

看護職である現地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、大学メンバーが全体の研究課題や各施設の取り組みのテーマに関連して検索し、結果として支援の内容が具体的に示されている文献を事例検討会で紹介した。紹介文献は表 2 のとおりである。

表 1 事例検討会の概要

回	日時	場所	参加者
1	平成 25 年 7 月 1 日 (月) 10:00～15:30	岐阜病院	計 21 名 現地看護師 17 名 精神保健福祉士 1 名 大学教員 3 名
2	平成 25 年 8 月 26 日 (月) 10:00～15:30	須田病院	計 15 名 現地看護師 10 名 精神保健福祉士 2 名 大学教員 3 名
3	平成 25 年 10 月 28 日 (月) 10:00～15:10	大湫病院	計 17 名 現地看護師 11 名 精神保健福祉士 1 名 大学教員 5 名
4	平成 25 年 12 月 9 日 (月) 10:00～15:00	慈恵中央病院	計 16 名 現地看護師 12 名 精神保健福祉士 1 名 大学教員 3 名
5	平成 26 年 1 月 22 日 (水) 10:00～15:00	のぞみの丘ホスピタル	計 16 名 現地看護師 12 名 精神保健福祉士 1 名 大学教員 3 名

表 2 紹介文献一覧

回	日時	文献
1	平成 25 年 8 月 26 日 (月)	香川里美, 越田美穂子, 大西美智恵. (2009). 長期入院統合失調症患者の家族が退院を受け入れる心理プロセス - 同居と別居の差異. 日本看護科学会誌, 29(4), 88-97.
2	平成 25 年 10 月 28 日 (月)	伊藤順一郎, 山本啓太, 堀内亮, ほか. (2010). 入院という状況での家族支援, 精神科臨床サービス, 10, 331-336. 武田直子. (2013). 退院困難な患者家族の思いの「すり合わせ」における退院支援担当者の役割～精神科認定看護師(退院調整)の活動を通して. 地域連携入退院支援, 6(1), 12-17.
3	平成 25 年 12 月 9 日 (月)	長尾圭造. (2012). 発達障害における反社会的行動の予防. 発達障害研究, 34(2), 140-150.
4	平成 26 年 1 月 22 日 (水)	濱田由紀, 田中美恵子, 横山恵子, ほか. (2007). 長期入院精神障害者の家族の経験 - 退院促進および地域生活維持のために求められる家族への看護援助の検討 -. 日本精神保健学会誌, 16(1), 49-59.

3. 患者・家族への有用な看護の検討

現在分析・統合の途中であるが、現時点では以下のような内容が有用な看護として抽出されている。

1) 患者へのケア

- ・弱みを強みとして捉え生活スキルや自己管理能力を高める
- ・患者の希望を尊重する
- ・患者の退院へのモチベーションを高める
- ・無理なく患者のペースに合わせてすすめる
- ・患者の緊張と不安の軽減を図る
- ・退院前の訪問看護を行い外泊中の患者の様子を確認する
- ・状態悪化時は退院支援を一旦中止し、原因の把握と病状の改善を最優先とする

2) 家族へのケア

- ・家族と面談する
- ・家族に患者の努力を伝える
- ・家族の愚痴や不安等を傾聴・把握する
- ・複数家族の場合個別に話を聴き、個々の考えや思いを把握する
- ・家族の苦勞をねぎらい気持ちを受け止める
- ・家族のこともケア・フォローをしていくことを伝える
- ・家族の力量を査定しキーパーソンや役割の調整をはかる
- ・家族の期待と患者の現状のギャップを明確にし、適切な対応を家族に伝える
- ・退院前訪問を行い外泊中の家族の不安を把握し今後の相談をする
- ・家族の状況を踏まえた上で、退院までのプロセスや退院後のサポートについて検討する
- ・家族と他職種で今後の方針についてカンファレンスをし、解決策を一緒に検討する

3) その他のケア

- ・退院の可能性や治療の現状について主治医に確認する
- ・主治医に患者の現状を報告し家族への病状説明をしてもらう
- ・臨床心理士と相談して患者へのアプローチ方法を検討、実施、評価する
- ・精神保健福祉士と連携して家族に退院後に利用できそうな施設の紹介をする
- ・多職種カンファレンスを実施し、患者と家族への関わり方、今後の方針について検討する

・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

他施設の退院支援や家族ケアに関する取り組みの状況を知り、合同で事例検討することを通して、各施設において工夫したり改善を試みたりしながら看護実践を重ねることができた。

特に、退院支援を進める上で大きな課題であった「家族へのアプローチ」については、それぞれが家族の状況に合わせて接点をもち、関わり方を工夫し、じっくりと話を傾聴することを通して、家族の悩みや苦しみなどの気持ちを受け止めるように変化していた。そして、これまで「家族へのアプローチ」にはほとんど取り組んでいなかった施設においても、共同研究者と家族との信頼関係が構築されていくなかで、研究者だけでなく病棟全体で家族に関わるようになったなど、病棟全体への波及効果を確認できた施設もあった。

また、共同研究を通して、看護のみでの取り組みから臨床心理士や作業療法士など他職種との連携・協働によって進め、病棟の看護師と他職種との連携の流れをつくることができたと考える。一方で、研究メンバー以外のスタッフの協力や理解を得るのが難しく、病棟全体の取り組みにまで至らなかった施設もあり、今後の課題として残った。

2. 現地看護職者の受け止めや認識

共同研究を通して、他施設や大学教員からの意見や助言、情報等を得ることで、日ごろのケアを振り返り再考する機会となったり、視野の拡大につながったりしていた。また、これまでは、家族との面談や退院の話をする際、精神保健福祉士に任せてしまうことが多かったが、共同研究を行ったことで、看護師も積極的に動く必要性を認識したり、患者・家族双方にとってよい形で援助を進めていくには病棟スタッフはどうしたら良いか？ということを考える機会になったと認識していた。

また、研究メンバーだけでなく、病棟スタッフ全体の看護のベースアップにつながったと受け止めている施設もあった。

3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

本学教員が、病院内外、県内外での退院支援、家族ケアに関する自分自身の看護実践や研究活動の

成果や、文献等で研究的に明らかにされていることを現地メンバーに紹介し共有することを通して、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や、根拠に基づいた看護を考えるきっかけになった。

また、各施設での取り組み開始前の研究計画の段階と、最終的な評価・まとめの段階で教員からアドバイスすることで、各研究テーマや全体的な研究課題からずれることなく実践を積み重ね、病棟の他のスタッフや、他職種に結果を明確に伝えることに役立ったと考える。

さらに、看護実践事例をデータとして分析を行い、患者・家族への有用な看護を明らかにすることで、現地メンバーが実践しているが言語化されにくい看護の一端を可視化し確認することができた。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

討議したい内容として、「長期入院患者の退院支援・地域生活支援において地域や病院で実践している家族に対するケアやアプローチの方法」と「精神障害者を対象とした地域生活移行・継続のための、保健師や訪問看護師等による支援の実際と病棟看護師に期待すること」を挙げた。他の共同研究との合同での討議であったため、主に後者の内容について討議した。以下は、討議内容の抜粋である。

1．病棟看護師と保健師との連携の現状と課題

- ・保健所の保健師としては、病院からの連絡を待っている現状がある。警察の介入で入院に至ったケースでは、家族の同意を得て入院約1~2週間後に入院中の患者の状況や退院の目的を精神保健福祉士に確認している。病棟看護師とは連携が不十分と感じている。
- ・通常の入院の場合、家族から相談があれば把握できるが、全く把握していないケースもある。
- ・病棟看護師として、保健師が入院前に関わっていたかわからなかったり、保健師に連絡した方がよいかと思ってもどうしたらよいかわからない。
- ・民生委員や保健師がマンパワーの問題でどの程度関わってもらえるのかわからない。
- ・保健師は精神保健福祉士に伝えてあるから看護師にも伝わっていると思っても、精神保健福祉士の判断・伝え方によって保健師の思いがどれだけ看護師に伝わっているかはわからない。看護師も保健師も精神保健福祉士に頼んでいるから大丈夫と思っているところがある。

2．訪問看護師と保健師の連携の実際

- ・利用者に変化があれば、訪問看護師から保健師に連絡してもらおうよう決めたケースもあった。
- ・警察の介入で入院に至ったケースでは、退院前に保健所・市町村保健師、訪問看護師等が参加してケアカンファレンスを行った。把握できる情報が異なるかもしれないので訪問頻度を調整した。保健師も訪問看護師も両方訪問することとし、変調に気づいたらお互い連絡を取り合うように決めた。
- ・訪問看護師も誰に何をどこまで伝えたらよいかわからないこともあったかもしれない。
- ・訪問看護師と保健師がバラバラに訪問し、お互いに何をしているのかわからないケースもあった。最初に共通認識をもつことが必要になる。

3．病院と地域が連携して支援する必要性があるケース

- ・今回、共同研究で関わったのは家族員が変化し、家族の力が低下したケースであった。
- ・保健師の立場からは、独居の人や服薬をやめてしまう人、入退院を繰り返す人、警察の介入で本人の望まない形で入院となった人など。
- ・看護師の立場からは、入院前から保健師が関わっていた人。

4．病院と地域が連携する方法やシステムの構築

- ・保健所に連絡してもらえれば、該当の市町村保健師に連絡が行く。精神保健福祉士から直接市町村保健師に連絡してもらっても良い。
- ・夜間の入院の場合、看護師は患者の対応に追われ、保健師や家族と関わるのが難しい。保健師と一緒に来院したことを病棟看護師に確実に伝えることが必要である。
- ・認知症治療病棟では、入院時に看護師と精神保健福祉士がそれぞれ家族からアナムネをとる。その時に受持ち看護師が2週間後のカンファレンスの日程調整もする。カンファレンスには主治医、精神保健福祉士、受持ち看護師、ケアマネジャー、施設スタッフ等が参加する。ケアマネジャーについては、家族に連絡してもらおうように受持ち看護師が依頼している。退院前には、施設のスタッフに病院に来てもらい、情報共有をして問題に対する対応を考えている。
- ・保健師が気になっているケースを精神保健福祉士に伝えてもらうなどして、連携した退院支援につなげる必要がある。
- ・サマリーを地域と病院がお互いに共有して情報共有をするとよいのではないか。
- ・窓口は1つの方がよいので精神保健福祉士も含めたシステム構築が必要である。

- ・ 地域との連絡や情報共有は、個人情報保護の観点から難しさがある。

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

小林ゆかり（八百津町） 今尾香子 小鞠清子（中濃保健所） 木谷昌子 平田志保（美濃加茂市）
田中美恵（可児市） 澤田里美（坂祝町） 原田ゆり子（富加町） 石井裕絵（川辺町）
中島有子（七宗町） 三尾三和子 加藤千波（白川町） 桂川のぞみ（東白川村）
土本千景 木村夕子（御嵩町） 安藤正枝（のぞみの丘ホスピタル） 森稚加子（県保健医療課）
松下光子 杉野緑 石川かおり 大井靖子 山田洋子 葛谷玲子 高橋未来（大学）

・目的

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が増加しており、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。岐阜県内では精神科病院と保健所の連携は行われてきたが、市町村のかかわり方は市町村によってさまざまである。また、病棟看護師と保健師という看護職同士の連携はあまり行われていない。長期在院患者だけでなく短期入院の患者についても、保健・医療・福祉が連携して支援する体制が求められる今、本研究は、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が目的である。一地域におけるモデル的取り組みを行い、県下の他の地域にも取り組みが広がることを目指している。平成21年度からの継続課題であり、これまでの取り組みから、病棟看護師、地域保健師ともに連携の必要性は感じているが、連携の手段がないという課題が明らかになったが、解決策は見いだせていない。25年度は、一地域での病院看護師と地域保健師の交流を継続するとともに、入院患者への支援について、地域保健師も参加して具体的に検討する取り組みを実施することを目的とした。

・方法

1．24年度の保健師の意識調査結果の報告と病院看護師および地域保健師の意見交換

一地域の精神保健福祉担当保健師が集まる研究会において、24年度に実施した保健師の援助実態調査結果を報告するとともに、病院看護師と地域保健師が意見交換を行う機会を設ける。このことを通して、連携する方法、連携を発展させる方法等について、検討していく。研究会での検討時期は、研究会の代表者である保健師と教員が連絡を取り合い、相談して決定する。

2．事例への援助を通じた連携方法の検討

地域保健師が気にかけている入院中の精神障がい者の方について、支援している病棟看護師と地域保健師が情報共有、検討する機会を設け、事例への援助を通して連携方法を検討する。取り組み開始時の具体的な進め方については、方法1の研究会での意見交換時に教員も参加して共同研究メンバー間で相談する。

3．倫理的配慮

方法1および方法2の取り組みに参加する病棟看護師に対しては、大学教員から文書と口頭で、研究目的、方法、結果の公表方法、倫理的配慮等について説明し、書面にて同意を得た。方法2の支援を検討した事例については、患者本人には、病棟看護師から、家族には担当保健師から、主治医には大学教員から文書と口頭で研究目的、方法、結果の公表方法、倫理的配慮等について説明し、書面にて同意を得た。患者本人と家族に対して病棟看護師と担当保健師が説明したのは、対象者の特性から関係ができていない者が説明するほうがよいと考えたためである。丁寧に説明し、時間的余裕をもって意思の確認を行うように配慮した。

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（承認番号：0079）。

・結果

1．24年度の保健師の意識調査結果の報告と病院看護師および地域保健師の意見交換

当該地域の精神保健福祉担当保健師が集まる研究会に、病院看護職、大学教員が参加し話合った。

1) 第1回意見交換：平成25年7月8日（月）

地域保健師9名、病院看護師1名、病院看護部長、大学教員1名が参加。今年度の共同研究の計画について検討するとともに、24年度の保健師の援助実態調査と23年度の看護師の意識調査結果を報告した。

23年度と24年度の調査結果については、保健師から「互いに連絡を取り合う必要があると思っているが、実際は取れていない状況にあると思った」「ワーカー（以下、精神保健福祉士と表記する場合とワーカーと表記する場合がある）とは連絡が取れている。状態が悪化した時は、状況をワーカーに伝えて、入院につながるようにしている。退院時には、この辺りは注意して対応するとよいなどの情報も伝えてもらえる。ワーカーと病棟のように窓口が複数あるとわかりにくい」、看護師から「プライマリーの看護師に連絡をもらおうと、その時に担当看護師が勤務しているとは限らないので、連絡が取り

にくい。チームで担当しているので、この患者さんのことで、と連絡をもらえば、チームメンバーが対応できる可能性はある」「入院時はワーカー、退院時は看護師と連絡を取るとよいかもしい」という意見があった。

2) 第2回意見交換：平成25年9月6日(金)

地域保健師9名、病院看護部長、大学教員1名が参加。この時は、方法2の進め方を検討した。

3) 第3回意見交換：平成26年2月3日(月)

地域保健師9名、病院看護部長、大学教員4名が参加。

方法2の進行状況をかかわった地域保健師、病院看護部長から報告し、支援や連携方法について意見交換を行った。

(1) 事例への今後の支援について

「今後、退院が具体化していくとしたら、入院している患者自身の立場からだけでなく、家族側の立場で退院がどう影響するかをしっかりと検討する必要がある」といった意見があった。

(2) 地域保健師と病院看護師の連携について

「今回の事例のように、主治医から退院許可が出ている訳ではないが「環境を整えば退院してもよい」と言われている場合に、誰が、いつ、どうやって、環境を整えるためのイニシアチブをとるのか」との問いが参加した保健師から発せられ、意見交換を行った。病院の状況として、「看護師は連絡するのはワーカーの役割であると認識していることが多い」「病棟看護師は、家族に深く関わっていないのが現状」「ワーカーは退院が決まってから、関係機関と連絡を取り合うことが多い。長期入院患者だと、退院が決まるまでに調整が必要になるので、難しさがある」といった意見があった。一方地域の保健師側の状況として、「保健師は病院からの連絡を待つことが多い」「保健師が、病院のワーカーに退院になる時には連絡をしてもらえるように依頼していても、連絡がないことがある」といった意見があった。

連携を実現することに向けた意見として、「入院をした時から看護師と保健師間で情報を共有できると、今後の方向性について目途が立ちやすいのではないか」「入院のときに、患者には地域でどのような人たちが関わっていたかを看護師も把握して、入院中、退院前に連絡を取れるようにする」といった意見があり、具体的な方法についても意見交換が行われた。

病棟での取り組みとして、「看護カルテに入院時に保健師が付き添っていたかどうかなど記録する欄をつくと良いかもしれない」「急性期病棟では入院後1週目までに入院カンファレンス、1か月後、2か月後、3か月後(退院時カンファレンス)を行うようにしている。そのカンファレンスで、保健師の情報を病院職員と共有できると良い」といった意見があった。

病棟と地域が互いに情報共有できるようにするために、「入院1週間後に保健師から病棟に声をかける」「入院時にはサマリーのようなもので保健師から患者の情報地域の今までの生活や家族のことなどを情報提供してもらい、退院時には病院から同様に患者の状況などを返信できると良いのではないか。その場合、患者・家族の同意をとる必要がある」「退院の方向性や退院に向けた話を一緒にしていくためには入院後1か月頃に話し合えると良い。退院1週間前に報告をされても、方向性や方法は決まってしまうため、話し合いにならない」といった具体的な方法が挙げられた。

また、「地域の保健師としては、どの病院でも窓口を一本化してもらうようにすすめてきたので窓口は今まで通り一本化したほうが良いのではないか」との意見があり、「病院としても窓口はワーカーでよいと考えている。しかし、看護職同士が直接話せるようになると良い。ワーカーがほしい情報と看護師がほしい情報は異なることもある」とのことであった。

保健師から、入院中の患者に会いに行っているという実際が紹介され、病院に入院中の患者に保健師が面会にくる場合、保健師は、ワーカーには連絡するが、病棟に行っても看護師と話をすることがほとんどないとの経験が話された。それに対して、「病院としては事前に連絡をしてもらえれば、勤務を調整するなど受持ち看護師が対応することは可能。受持ち看護師が不在でも、その日の担当看護師や主任などが対応できるので保健師からも声をかけてもらえると良い」と病棟での状況が伝えられた。さらに、「いつ、どのような人を対象として連携をするかを決めていく必要がある」という意見も出された。

以上のように、患者の入院時に保健師と看護師が連絡を取り合うことができるようにするために、病棟の看護記録に保健師のかかわりの有無を記載する欄をつくる、サマリーの活用、入院1,2週間後の保健師から病棟への連絡、保健師が病棟に会いに行くときは看護師に声をかけるなどの方法が提案された。しかし、この方法で進めようという明確な案までは作成できなかった。

(3) 病院からの訪問看護の現状について

保健師から病院の訪問看護の現状について質問があり、「退院後1ヵ月ぐらいいは、病棟看護師が訪問をしてその後に訪問看護師に引き継ぐこともある」という実態の説明や、「外来受診を促すことを目的に訪問看護を利用できるか」という保健師からの質問に対して、「これまでそのようなケースはないが調整はできるかもしれない。訪問看護をそのように患者・家族に受け入れてもらうかも課題」といっ

た現状が説明された。

2. 事例への援助を通じた連携方法の検討

1) 対象事例

患者は、40歳代の統合失調症の男性。家族は、統合失調症があり受診中の兄。入退院を繰り返しており、今回の入院は、2年以上に及んでいる。今回は、同居していた母親が事故で急死した後しばらくして本人の具合が悪くなり、入院となった。以前から役所の保健福祉関係部門および保健師が支援している。兄のこともあるので、退院時には調整が必要と保健師は考えている。

当該患者は、入院期間が3か月を超えており、急性期病棟ではなく、慢性期の病棟に入院している。

2) 今回の検討開始の経過

保健師が気にかけている事例として検討の候補に挙げた。本人、家族、主治医3者の同意を得て、検討の対象として取り組んだ。

3) 検討会の状況

(1)第1回検討会(平成25年12月5日(木)2時間の話し合い)

参加者:病棟看護師2名、市町村保健師1名、保健所保健師1名、病院看護部長、教員1名

参加メンバーの自己紹介後、患者と家族に関する情報共有と話し合いを行った。病棟からは、入院中の本人の状況、過去の入院状況、病棟でとらえている患者と家族の関係、地域からは、家族の状況、役所など地域の支え手とのかかわり状況、制度利用の状況、本人のこれまでの仕事、経済面の課題などの情報が共有できた。退院に向けた支援の可能性、退院準備の可能性、患者と家族の生活のこれまでと今後などについて話し合われた。病棟では患者、地域では家族の気持ちをさらに確認することとし、その結果を持ち寄り、精神保健福祉士も参加した検討会を再度開催することとした。

この話し合いをしてみても感想として、保健師からは、「病棟看護師と話をすることは初めてで、新鮮な気持ちで話を聞いた。今回聞いて初めてわかることもあった。電話連絡では深く聞くことができないが、今回は細かなこともわかった」「いろいろな話を聞いて、本人像が見えてくる。退院して地域に帰ってきたら、自分一人で抱えられない。こうしてみんなで支えてもらえると援助ができそうに思う」との意見があった。病院看護師からは、「退院して帰った後のことを考えたことはあまりなかった。家族がしっかりしていない場合は、どうするかを考える必要がある」「患者本人は、相談内容によって支援者を分けているのではないかと思った。情報をもろうと本人像が変わるので、退院に向けて協力していきたい。患者には、ずっと病院にいるのではなく退院に挑戦してほしい。うまくいわずに病院に戻ってきたとしてもよい。地域に帰るといふことに挑戦してほしい」との意見があった。

(2)第2回検討会(平成26年1月23日(木)2時間の話し合い)

参加者:病棟看護師2名、精神保健福祉士1名、市町村保健師1名、保健所保健師1名、病院看護部長、教員4名(テレビ会議を活用して同席3名)

第1回検討会後に病棟と地域がそれぞれ捉えた患者と家族の状況や気持ちを共有後、支援を検討した。入退院を繰り返す同じパターンにならないような対策が必要という方針を確認し、今回の入院経過、経済状況、治療の方向性への医師の判断、内服への本人の認識、入院形態、自宅の様子、通院方法、兄の病気に対する本人の理解状況、本人と兄の関係、外泊についての本人の理解、訪問看護導入への支援方法、サービスを利用して生活できるようにするための取り組みなどを話し合った。主治医は、通院と食事が整う体制があれば退院可能と考えていたが、支援の具体的な調整に至っていない現状であった。地域保健師は、いつかは退院と考えていたが、具体的に取り組む必要性をあらためて感じる機会となった。また、これまでは母親と兄のいる自宅への退院であったが、今回は母親が亡くなり、兄と二人の生活をどのようにするのかを具体化する必要があることをふまえて、整える必要性が共有された。支援の方向性を明確にするため、もう一度同じメンバーで情報を持ち寄り話し合うこととした。

(3)第3回検討会(平成26年2月26日(水)1時間の話し合い)

参加者:病棟看護師2名、精神保健福祉士1名、市町村保健師1名、病院看護部長、教員4名

市町村保健師から第2回検討会後に兄を訪問した際に得た兄の気持ちについて報告があった。兄は患者の退院への拒否的な反応はないが、患者の病状悪化に不安があることなどがわかった。また、病棟看護師と精神保健福祉士からは患者の様子、患者との話から捉えた患者の治療や退院後の生活への考えについて報告があった。患者は、自転車を使い自分自身で通院できるという理由から、Aクリニックへの通院希望を持っていることなどがわかった。

今後の支援としては、まず、通院に関する患者の思いを病院スタッフから主治医に伝え、主治医の考えを確認する。そのうえで、兄は月に1回程度面会に来るため、兄がきた時に病棟看護師、精神保健福祉士、病院看護部長、可能であれば主治医も参加して、今後の方向性を決めるための話し合いを設ける。さらに、患者と兄の了解が得られれば、その後、市町村保健師も参加した話し合いを行う、という方向で進めることとなった。保健師の取り組みとしては、Aクリニックにはデイケアや送迎、地

域活動支援センターなど複数の社会資源があるはずなので利用できるサービスを確認しておくこととなった。

・今年度の取り組みからの考察

1．看護職、精神保健福祉士、医師が連携した退院支援体制の必要性

病院と地域の看護職同士の連携の実現をめざして取り組みを継続してきたが、精神科病院においては、精神保健福祉士の存在意義は大きい。今年度の意見交換においても、病棟看護師は地域や家族との連絡は精神保健福祉士の役割と考えていることや入院時の連絡は精神保健福祉士がよいだろうという意見、地域保健師も病院の窓口は精神保健福祉士（ワーカー）と認識しているという意見が出ている。昨年度の意見交換においても、地域保健師は病院のワーカーと連絡を取り合っていたので、退院前に病院から連絡が来ると思っていたが、病院内での連絡が行われておらず、連絡がないまま退院していたという例があった。看護職間の連携のみを検討するのではなく、精神保健福祉士を含むつながりをどのように形成していくかが重要であり、看護職間の連携だけでなく、看護師、保健師、精神保健福祉士、医師がどのように情報共有し、支援を検討できるのかという視野で体制づくりを検討することが必要であると考えられる。

2．入院期間3か月を過ぎた患者への退院支援につながる入院早期からの連携

今年度の方法2である事例への援助の検討において対象となった方は、入院期間が2年を超えており、急性期病棟ではなく、慢性期病棟に入院している方となった。本研究課題は、急性期病棟ができ、入院期間が短縮化していく中で、入退院を繰り返す精神障がい者の方への支援を検討することを目的として開始している。そのように考えると、今回の対象者の方は、入退院を繰り返していた方ではあるが、急性期病棟から他の病棟に移っており、急性期病棟での支援を検討するという形ではなかった。

病棟の機能という点から退院支援の特徴を考えると、急性期病棟では、3か月以内の入院期間という区切りがあり、退院を患者と家族、医療者ともに意識している状況にあり、退院に向けての支援が意識化されている。しかし、入院期間が3か月を過ぎ、さらに、急性期病棟ではない病棟に転棟した場合は、退院という目的があいまいとなり、退院に向けた支援が具体化しにくい状況があると思われる。今回の対象者の方の状況においても、主治医は、通院と食事が整う体制があれば退院可能と考えていたが、支援の具体的な調整に至っていない現状であった。地域の保健師もいつかは退院と考えていたが、積極的に支援に動くという状況ではなく、今回の話し合いで必要性を再確認したという状況であった。方法1の意見交換の際に、どこがイニシアチブをとって動いていくとよいのか、という質問が出ていたが、退院に向けた動きを具体的に進める主体が不明確になっていた。今回の話し合いが行われなければ、そのまま入院が長期化していく可能性がある状態であったと思われる。

方法1における意見交換の際には、入院後1週間から1か月程度で保健師と看護師が情報共有できるような機会を設けるとい話し合いが行われたが、これが該当するのは、急性期病棟になる。急性期病棟の段階で、保健師、看護師、精神保健福祉士、医師等が一度検討会議を行い、その後の見通しを共有すること、さらに、入院期間が3か月を超える状況になった場合は、その時点で再度検討会を行うなど、急性期病棟における入院期間に地域と病院のつながりをつくり、支援体制をつくっていくことが必要ではないかと考える。

また、今回の方法2の対象者のように、すでに3か月を超えて長期化している患者に関して地域保健師と病棟看護師がどのように連携できるか、そのような患者への退院支援がどこから開始されるかは、別途検討すべき重要な課題である。

3．退院支援のための連携がより必要な対象者

患者の状態からの退院支援の特徴として、今回の対象者の方は、これまで入退院を繰り返していたが、それは、母親と兄がいる自宅への退院であった。しかし、今回は、母親が亡くなっており、家族の状況がこれまでの退院時とは異なっていた。そのことが、退院を困難にしており、入院が長期化している要因と思われた。今回の対象者のように、家族のサポート力が変化した場合は、特に退院に向けての支援が必要であると考えられる。地域、病院ともに、家族の状態が変化した後の退院は、連携をとる必要性が高い対象者として挙げるのではないかと考える。家族員の減少や家族の疾患など家族のサポート力の低下に関する情報は、地域側はその情報を病院に伝え、病院側も入院時の情報収集において、地域との連携の必要性を判断するための情報として意識してとらえる必要があると思われる。

・本研究の成果

1．病院看護師と地域保健師の連携方法として検討できたこと

今年度は、事例を通じた検討を行い、その体験をもとに意見交換を行ったことにより、患者が入院した際の連絡の取り方について、具体的な方法を検討することができた。今後実施する方法までの明確化はできなかったが、病棟看護記録に保健師のかかわりの有無を記載する欄をつくる、地域から病

院へのサマリーの活用、入院 1、2 週間後に保健師から病棟に連絡する、入院 1 か月後に検討会を行うなどの方法が提案された。

2. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

これまでの取り組みから、病院と地域の看護職は、互いに連携が必要と考えていてもそのための仕組みがないことが課題であることがはっきりしていた。しかし、改善のための取り組み方法は検討することができていなかった。今年度は、いくつかの具体的な連携方法を案として意見交換することができた。また、1 事例ではあったが、地域保健師と病棟看護師が入院患者と家族に関する情報交換を行う機会を設けることができた。

3. 現地看護職者の受け止めや認識の変化

共同研究メンバーである地域保健師は、日ごろから精神障害をもつ住民の方を支援しているが、病棟看護師と情報交換を行う機会は、かなり少ない現状がある。意見交換を通して、病棟の現状を理解する機会となっていると思われる。また、今年度は、入院時の病棟と地域の連携方法の案がいくつか出されたが、結論的な方向性が出なかったことから、次年度以降は、連携方法の案を事例的に実践してみるとよいという方向性を合意することができた。

病院看護師については、本取り組みにかかわっている看護師は 3 名のみであったが、患者の退院後の生活を考える機会となったと思われる。

4. 本学教員が関わったことの意義

共同研究として取り組んでいることにより、回数は少ないが、医療機関と地域の看護職が直接意見を交わす機会を設けることができています。また、これまでの共同研究の取り組みをふまえて、今年度は、事例を通じた連携の検討を実施することができた。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

参加者と討議したいこととして、「医療機関と地域の看護職が連携し、入院中から地域での生活までつなげる精神障がい者の支援体制を構築するにはどうしたらよいか」を提示した。今年度は、研究課題「退院・地域生活意向を目指した精神科長期入院患者とその家族への看護の検討」「精神障がい者が地域生活を継続するための支援体制の構築」の 2 課題と本研究課題の 3 課題での合同討議となった。

討議に参加したメンバーは、保健所保健師、市町村保健師、精神科病院看護師として、病棟看護師および看護管理者、大学教員等であった。討議内容は、以下の通りである。

まず、病院看護師から、「入院前に保健師が患者に関わっていたかどうか分からない。保健師に連絡を取った方がよいケースと思ってもしたらよいか分からない。どうしたら保健師のかかわりがわかるのか」との課題提起があった。

保健所保健師から現状について、「保健所の保健師は病院からの連絡を待っている状態。保健師は、警察介入で入院する場合に介入することが多い。家族の対応だけで入院に至ったケースであっても家族から保健師に連絡がある場合もある。しかし、全く把握していないケースもある。保健師が関わったケースについては、ワーカーを通して入院して 1、2 週間後に連絡することもある。保健師としても退院後の継続支援を目指しているのだから家族に連絡をとって入院中の状況をワーカーに聞いてもよいか同意を得ている。ワーカーとの連携が中心で、病院の看護師との連携は不十分と感じているので、病院の看護師ともっと意見交換ができると良い」との意見があった。病院看護師から、「保健師は、病院からの相談がなければわからないケースもあるということなので、退院支援をする病院の看護師としてはワーカーに相談して、ワーカーから保健師に連絡して連携を図ると良いか」との意見があり、市町村保健師から、「保健所に連絡してもらえれば、該当の市町村保健師に連絡が行く。ワーカーから直接市町村保健師に連絡してもらっても良い」との意見があった。

さらに、病棟看護師から、「保健師と訪問看護との連携についてはどうすればよいか」との問いかけがあった。

市町村保健師と保健所保健師から、訪問看護との連携の経験として、「以前の保健師が関わった記録をみると、訪問看護師に利用者に変化があったら保健師に連絡してもらおうようにしてあるケースもあった。訪問看護の導入時に連絡体制を確認しておくといい。定期的にカンファレンスをしているかはわからない」「1 事例だが、訪問看護と連携がとれたケースがあった。警察介入で入院し、1 年ほど入院していた。退院時にケアカンファレンスを行い、保健所保健師、市町村保健師、訪問看護師等が参加して話し合い、それぞれ得る情報が異なるかもしれないので両方訪問することとなった。訪問のペースを訪問看護は月に 2 回、保健師は月に 1 回として調整した。変調に気づいたらお互い連絡を取り合うように決めている」との紹介があった。

次に、教員からの課題提起として、「多職種で対応した方が良いケースはどのようなケースか共有するとよいのではないか。ケア会議をもちたいケースはどのようなケースかなどを検討してはどうか」との提案があった。

共同研究メンバーの教員から「今回の共同研究では、母親が亡くなり兄と二人になったケース。家

族が変化、家族の力が低下したケースであった。どのような人を対象としていくとよいか。誰でも対象とするというわけではない」との説明があり、保健所保健師から連携したい対象として「独居の人。キーパーソンの母親が高齢になり、本人と母親の力関係が逆転して薬を飲むように母親が言うと本人が怒るなど。薬を飲まなくなるケース」、市町村保健師から「入退院を繰り返す人。警察介入で本人の望まない形での入院となった人」が挙げられた。

さらに、病院看護師と地域保健師の連携について、病院看護師から、「入院前に保健師が関わっていたかどうか把握できないのは、看護師がアナムネをしっかりとれているのにも関係する。デイケアや訪問看護で服薬ができない患者や家族が高齢である患者に対応しているが、スタッフの数に限りがある。民生委員や保健所にどれくらい関わってもらえるのか、それは無料か有料かなどがわからない。保健師の気になっているケースであることを PSW に伝えてもらえているか？ そうでないと、保健師とワーカーの間で退院したかどうかの連絡で終わる。例えば、認知症の患者に対しては、入院後 2 週間でケアマネや施設スタッフも入ってケア会議をしている。そのような会議に保健師がどれくらい入ってもらえるのか？」といった疑問が挙げられた。また、「誰に声をかけるのが難しい。保健師はワーカーに言ってあるから看護師にも伝わっていると思っていても、ワーカーの判断もあるので保健師の思いがどれだけ看護師に伝わっているかは分からない。入院の時点で連携を視野にいたシステムができないか。看護師も保健師もワーカーに頼んであるから大丈夫と思っているところがある。しかし、窓口はいくつもあると大変。地域連携室などがあればよいが、ワーカーも含めたシステムをつくる必要がある。サマリーを活用して地域との連携を図ることも考えている。病棟看護師が保健師を呼んでと頼みづらいし、保健師は誰に頼んだらよいかわからない場合もある。また、連携が必要だと感じられるかが大事」といった意見があった。

実際に連携できている実態として、病院看護師から「認知症治療病棟では、入院時に家族に看護師がアナムネをとり、ワーカーもとる。その時に受持ち看護師が 2 週間後のカンファレンスの日程調整もしている。カンファレンスには主治医、ワーカー、受持ち看護師、ケアマネ、施設スタッフなどが参加する。ケアマネについては、受持ち看護師から家族に連絡してもらうように依頼している。退院前には、施設のスタッフに病院に来てもらい、情報共有をして問題に対する対応を考えている。認知症の患者に対しては、全ケース行っている。精神障害者の場合、地域に対して病名をオープンにしてもよいのかという問題もあり、保健師がどれくらい対応してくれるのかというものもある」という報告があった。

認知症病棟では、連携ができているとのことから、共同研究メンバーの教員から「警察の介入での入院の場合、どうしたらよいか」と課題提起があり、病院看護師から、「警察介入の場合、保健師がついてきたことを病棟看護師にしっかり伝えることが大事。夜間の入院では、看護師は患者への対応がメインで家族や保健師への対応は難しく、ワーカーに任せることになる。精神保健福祉士法の改正や診療報酬の改定で地域連携が推進されていくはずだが、ワーカーだけでその枠組みが決められないように意見を出していく必要がある」との意見が出された。

精神障害者が地域生活を継続するための支援体制の構築

道添尚子 横山ひろみ 中土康代（岐阜保健所健康増進課）
今枝貴子（笠松町福祉健康課） 河村玲子（山県市健康介護課）
岩村龍子 北山三津子 松下光子 山田洋子 大井靖子（大学）

．はじめに

保健所・市町保健師は、精神状態悪化のため緊急に精神科への受診が必要な事例に対し受診支援を行っているが、緊急対応に至る前に適切な支援ができれば、地域での生活を維持・継続できる可能性がある。また、このような緊急対応事例の中には、適切な治療が継続されていない事例や退院後早期に服薬中断となる事例、家族関係等に問題を抱えている事例などが多く、再び緊急対応となる可能性が高い。このような事例に対し、医療機関等関係機関と連携した支援が必要であるが、現状では、関係機関との連絡やカンファレンスを実施することは少なく、退院後におけるリスクや対応方法について、関係機関と共通認識をもつには至っていない。

そのため、精神障害者が地域での生活を継続するために必要な援助と各支援機関の役割分担や連携方法など地域の支援体制について検討することで、支援体制の構築を図る必要がある。

そこで本研究では、精神障害者緊急対応事例における保健所・市町保健師が地域での生活継続を目指して実施した援助内容を整理し、その内容を精神科病院および市町職員など支援関係者と共有した上で、各支援機関の援助の充実や連携方法など地域の支援体制について検討することで、協働体制の基盤づくりを目指す。

．取り組みの方法

1．緊急対応事例の援助内容の分析・整理

平成 23～24 年度に共同研究者である保健所・市町保健師が緊急対応から継続援助している 2 事例について、共同研究者（保健所精神保健担当者・係長・課長、市町精神保健担当者、教員）間の検討会において、入院時から退院までの支援および退院後の在宅生活継続を目指して行った支援を振り返り、援助内容を整理した資料を作成する。

2．関係者との事例検討

方法 1 の対象事例に関わる病院および市町の支援関係者との検討会を開催し、方法 1 で作成した事例別に援助内容を整理した資料をもとに援助の充実や連携のあり方について意見交換する。教員が意見交換の内容を記録し、現地側共同研究者がその内容を入院前、入院中、退院後に分類整理する。

3．地域移行ケア会議参加者との意見交換

地域移行ケア会議（精神障がい者地域移行支援事業の一環として保健所が定例実施し、支援関係者が一堂に会する会議）において、参加者に方法 1、2 の結果を提示し、援助の充実や連携のあり方について意見交換する。教員が意見交換の内容を記録し、現地側共同研究者がその内容を入院前、入院中、退院後に分類整理する。

4．倫理的配慮

事例検討の対象者には研究協力への自由意思を尊重し拒否する権利や中途拒否の権利、それにより通常の援助に支障が生じないことや匿名性を保障する。これらの内容と本研究の趣旨、方法を書面および口頭で十分に説明し、理解が十分であるか不本意な同意でないかを複数の保健師で十分に確認した上で同意を得た。事例検討会および地域移行ケア会議に参加する関係者には、研究協力への自由意思を尊重し拒否する権利や中途拒否の権利、本研究の趣旨、方法等を書面および口頭で十分に説明し書面にて同意を得た。

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（承認番号 0075）を得た。

．結果

1．緊急対応事例の援助内容の分析・整理

保健所保健師と A 市福祉課担当者が支援中の事例 1、B 市保健師と保健所保健師が支援中の事例 2 について共同研究者間の検討会（2 時間×4 回、平成 25 年 7～10 月）で援助を振り返り、時系列に、「概要」、「援助目的」、「援助意図と働きかけ（関係機関との協働の状況を含む）」、「働きかけの評価」に整理した。事例の概要は表 1 のとおりである。

1) 事例 1 の援助内容

入院前は、保健所保健師が市福祉担当職員の協力を得て一緒に家庭訪問を重ね、信頼関係を作りながら生活状況や精神状態を把握し、受診の必要性の判断や受診の勧奨を行った。また、受診につなげるため、健康保険証の作成支援や家族の協力を得るための働きかけを行った。被害妄想による隣人とのトラブルについては、その都度、警察と連携を取りながら対応した。再三の働きかけにも関わらず

表 1 事例概要

	事例 1	事例 2
本人、家族の状況	60 歳代 男性 独居。妻は家出、子は長年にわたり疎遠で、キーパーソン不在	50 歳代 女性 夫とは離婚。息子と同居しているが関わりはなく、家庭内に支援者は不在
病歴等	統合失調症 30 年前から幻聴、妄想あるも未治療	妄想性障害 10 年前から妄想あるも未治療
事例把握の経緯	隣人から苦情を受けた地域住民が保健所に相談。幻聴、妄想による近隣への迷惑行為が頻回にあり、市と一緒に家庭訪問を実施し生活状況や精神状態を把握した。	近隣トラブルから警察介入。警察から連絡を受けた長女（結婚により別居）が警察の勧めで市役所へ相談。市が家庭訪問を実施したが、妄想と思われる発言あり、保健師との面接を拒否した。

受診につながらず、把握から 1 年後、警察に保護され、保健所の受診支援により医療保護入院となった。

入院中は、病院との連絡や院内面接を行い、治療に専念できるよう医療費の支払いや支援者の確保のための働きかけを行った。また、退院に向けたケース会議について地域側の出席者の調整を行い、ケース会議では、退院後の治療方針等の確認や関係機関ごとの役割分担ができた。

退院後は、療養や生活状況の確認のため早期に家庭訪問を行った。その結果、治療中断を早期に把握でき、病院との連絡調整により、治療再開のための受診支援につながった。以後は、関係機関と連携をしながら訪問看護や地域の家庭訪問等で服薬や通院状況の確認、制度の利用勧奨といった支援を継続し、見守りを行うことによって本人は比較的安定して地域で生活を送ることができた。

2) 事例 2 の援助内容

入院前は、市保健師が家族の相談に乗るとともに家庭訪問を行い、精神症状の把握や受診の必要性の判断、家族への助言などの働きかけを行ったが、妄想が激しく受診にはつながらなかった。情報把握から 3 カ月後、警察に保護され保健所の受診支援によって医療保護入院となった。

入院中は退院後の支援に向けた関係づくりのため本人と院内面接を実施し、市保健師が退院後も支援をすることを伝えた。また、退院後の生活維持に向け家族の調整が必要なことから、病院精神保健福祉士に退院前のケース会議の開催を依頼した。しかし、ケース会議の開催はなく、本人が自宅に戻った後に病院精神保健福祉士から退院の連絡があった。病院に家族調整の必要性が十分に伝わっていなかったことや、家族との連絡が不十分であったことが要因と思われた。

退院後は早期に家庭訪問を行い、家族と連絡を取りながら、服薬や通院状況の確認、自立支援医療制度の手続き支援といった援助や生活の見守りなどを実施した。定期的な訪問を継続することで、本人から生活における不安等の訴えがされるようになり、相談対応を行うことで、地域での安定した生活につながった。

2 つの事例から、病院との連携、特に入院中から地域と病院が連携して支援する体制づくりが必要であることが確認できた。

2. 関係者との事例検討

平成 25 年 11 月、上記 2 事例の支援関係者と、精神障害者が地域生活を継続するための援助の充実や、連携の在り方など支援体制の検討を目的に事例検討を行った。参加者は、1 精神科病院の主治医 2 人、病棟看護師 1 人、訪問看護師 1 人、精神保健福祉士 2 人、事例 1 に協働して関わった A 市福祉課担当者 1 人、共同研究メンバー 8 人である。2 事例の紹介の後、意見交換（約 1 時間）を行った。得られた主な意見を表 2 に示す。

入院前における未治療者への受診支援については、地域からは「家族がいないケースは受診につながりにくい」、「警察沙汰にならないと受診につながらない場合も多い」という現状が出され、病院医師からも「サポート力が弱い、家庭が崩壊しているケースは支援が必要になる。特に未治療期間が長い事例は強力なサポートが必要といえる」との意見が出された。事例 1 については地域から「本人の困り感に沿い関わりを持ち続けたことが支援者の受け入れにつながった」との意見もあった。

入院中の本人との関わりでは、病院から事例 1 について「入院中も地域側が本人支援に関わっており退院後もスムーズに支援が継続できた。連携が有効だった」、事例 2 について「退院時に地域と連携が取れておらず残念」、「入院中の保健師の顔合わせは支援者の受け入れにつながり退院後の療養においてそれなりに意味があった」等、入院中から地域が本人に関わることが有効という意見があった。家族との関わりでは、病院から「家族には入院中から地域が相談に乗れることを伝えておくことよいのでは」、「本人の初回の外出・外泊時は家族が怖さや不安を持っている。家庭訪問等で家族も含めて関わると有効」等、入院中の家族への支援について意見が出た。病院と地域の連携については、地域からは「支援が必要そうな方には、病院からも地域で支援できることを伝えてほしい」、「積極的に介入した方がいい事例として、単身者や家族支援力が弱い方、過去に治療中断がある方、初回治療の方など

と考えている」との意見があった。連携方法としては、「ケース会議への参加や、退院日、初回通院日等を把握することは、退院後も支援を継続するうえで有用であった」との意見があった。病院からは「退院直前ではなく入院中のもう少し早い時期から地域も関われる方がよい」との意見があったが、地域からは「支援のタイミングを逃さないためにはどの時期に関わるとよいか」といった具体的な時期についての課題も出された。

退院後の治療の継続については、病院からは、「退院後1、2回通院する人は多いが、以後は中断する人が多いように感じる」、「治療中断者はいるだろうが病院は目の前の患者対応で精一杯。治療中断者には目が届きにくく把握できていない」との意見が出され、地域からは、「退院後の連絡体制（病院の窓口等）の確認が必要」との意見があり、退院後の治療状況を把握することについての課題が出された。生活面の支援については、病院からは「支援者は必要と感じていても退院後の支援を避ける方もいる」、「病院近隣に住む人は病院のサービスが使えるが遠方者は困難。地域で関われるよう密に情報交換が必要」との意見があった。

病院、地域とも、本人と地域の支援者が入院中に顔合わせを行うことや、入院中から退院後の地域生活を踏まえてこまめに連絡調整をしたり、ケース会議を実施し関係機関で共通認識を持つことが、退院後の支援に有効であると考えていることが確認できた。

表2 事例検討会での主な意見

	入院前	入院中	退院後
精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> サポート力が弱い、家庭が崩壊しているケースは支援が必要になる。特に未治療期間が長い事例は強力なサポートが必要といえる（医師） 	<ul style="list-style-type: none"> （事例1）入院中も地域側が本人支援に関わっており、退院後もスムーズに支援が継続できた。連携が有効だった（精神保健福祉士） （事例2）退院時に地域と連絡が取れておらず残念（医師） （事例2）入院中の保健師の顔合わせは支援者の受け入れにつながり退院後の療養においてそれなりに意味があった（医師） （事例2）退院までに自立支援医療の手続きができなかった（精神保健福祉士） 家族には入院中から地域が相談に乗れることを伝えておく（看護師） 本人の初回の外出・外泊時は家族が怖さや不安を持っている。家庭訪問等で家族も含めて関わると有効（看護師） 退院直前ではなく入院中のもう少し早い時期から地域も関われる方がよい（医師） 訪問看護の必要性を感じても「お金がかかるから」と言われたら導入できない（医師） 訪問看護師は入院中から病棟に向き本人と信頼関係を作る（訪問看護師） 退院調整が必要な場合、市町、保健所の他、地域活動支援センター等に連絡する（精神保健福祉士） 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後1、2回通院する人は多いが、以後は中断する人が多いように感じる（医師） 治療中断者はいるだろうが病院は目の前の患者対応で精一杯。治療中断者には目が届きにくく把握できていない（医師） 支援者は必要と感じても退院後の支援を避ける方もいる（精神保健福祉士） 病院近隣に住む人は病院のサービスが使えるが遠方者は困難。地域で関われるよう密に情報交換が必要（精神保健福祉士） 市町の保健師は家庭に入れないが訪問看護師は入れるという場合、一緒に訪問するという事例もある（訪問看護師）
地域（市町、保健所）	<ul style="list-style-type: none"> 家族がいないケースは受診につながりにくい 警察沙汰にならないと受診につながらない場合も多い （事例1）本人の困り感に沿い関わりを持ち続けたことが支援者の受け入れにつながった 	<ul style="list-style-type: none"> 入院後、家族が落ち着いた頃に連絡を取り、地域の保健師が相談にのれることを伝えている 入院が3か月経過した頃に家族と連絡を取っている （事例1）ケース会議により、関係者の役割が明確になり、本人の療養について共通認識を持てた 退院日や初回通院日の連絡があったことで退院後早期に訪問ができた ケース会議への参加や、退院日、初回通院日等を把握することは、退院後も支援を継続するうえで有用であった 支援のタイミングを逃さないためにはどの時期に関わるとよいか 支援が必要そうな方には、病院からも地域で支援できることを伝えてほしい 積極的に介入した方がよい事例として、単身者や家族支援力が弱い方、過去に治療中断がある方、初回治療の方などと考えている 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後1ヶ月以内に家族と連絡を取っている 入院中の経過が分からないまま、退院を知ることもある 退院後に治療中断となる方はどのような人か 退院後の連絡体制（病院の窓口等）の確認が必要 （事例1）生活に関する手続き支援等で関わり信頼関係ができた （事例2）保健師が定期的に訪問困った時に連絡するよう話した 再び危機介入とならないよう見守ることが必要

*精神科病院の意見の文末の（ ）内は発言者の職種を示す

3. 地域移行ケア会議参加者との意見交換

平成25年12月に開催の地域移行ケア会議の場において、参加者にこれまでの共同研究の結果を説明した後、精神障害者が地域生活を継続するための援助の充実や連携の在り方など支援体制の検討を目的に3グループに分かれて約50分間の意見交換を行った。参加者は管内6市町（保健師3人、精神保健福祉士等5人）、3病院（精神保健福祉士3人、看護師1人）、3地域活動支援センター（以下、地活という。）（精神保健福祉士3人）と共同研究メンバー9人である。得られた主な意見を表3に示す。

入院前における援助として、病院からは「病状が悪化してからの受診は保護隔離等が必要になる場

表3 地域移行ケア会議での主な意見

	入院前	入院中	退院後
精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> ・病状が悪化してからの受診は保護隔離等が必要になる場合もある。早い段階で医療につながる必要がある(看護師) 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域から入院中に気楽に病院に来てもらうとよい。病棟に連絡を入れるだけでもよい(看護師) ・「退院後に支援が必要な事例」ということを地域から教えてほしい。受け持ち看護師等が中心となりケース会議ができる(看護師) ・精神保健福祉士と地域関係者が連絡を取り合えば病棟看護師等に地域が関わっていることが伝わる(看護師) ・地域で見守りが必要な事例はケース会議を実施している(看護師) ・入院時に関わってくれた支援者には声がかけやすい(精神保健福祉士) ・支援者は忙しいかもと連絡を取ることに遠慮がある(精神保健福祉士) ・入院中は本人が落ち着いている時期のため退院後の地域との連絡について同意を得ておくとうい(精神保健福祉士) ・他機関と連携することが理想だがマンパワーが不足(精神保健福祉士) 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療中断時に病院でどこまで支援できるかは課題である(精神保健福祉士) ・通院状況や病状等の情報提供には本人の同意が必要。また可否については主治医の考え方もある(精神保健福祉士) ・退院後の支援について病院も地域の支援者と関わってほしい(精神保健福祉士)
地域活動支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・関わっていた人が知らない間に入院になっている場合もある ・受診の支援が難しい本人との関係づくりで3~6か月かかることもある ・受診につなげるためには保険証や手帳の有無などの制度面の事前の確認が大事 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の関わりのタイミングは退院が決まってからでは遅い。制度利用の手続きに時間がかかる。早めの動きが必要 ・退院後の早い段階でサービスを利用できるとよい ・定期的(カンファレンス時、退院目途のタイミング、家族関係の変化があった時等)に家族や病院と連絡調整しながら関わることができると支援しやすい ・ケース会議をすることで、関係者間の役割分担が進み、支援にも入りやすい 	<ul style="list-style-type: none"> ・地活はサービスにつながらない人への支援も可能 ・市町からの情報発信が無いと対象者の情報が入らず活動につながらない ・退院調整は病院ケースワーカーが主に関わるが、退院後は、マネジメントする人が変わるため、各段階で関係者の役割分担が必要 ・支援者は顔見知りになって話し合う場を作っていくとよい
地域(市町・保健所)	<ul style="list-style-type: none"> ・警察からの連絡により市町が関わることができたケースあり ・地域には受診につながらない人が多くいる。訪問のきっかけづくりが難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の支援の際、地活等に依頼するタイミングが難しい ・家族に退院連絡を依頼しても連絡が無い。連絡を貰えるような関係づくりが必要 ・退院後の生活に心配がある場合は地域につないでほしい ・ケース会議では医師の治療方針等が確認できるため、退院後の支援の際に役立つ ・相談支援事業所等もケース会議に参加してもらうとよい ・入院中の面会がしづらい ・精神保健福祉士に顔つなぎの場を作ってもらいたい ・早くから家族やキーパーソンとなる人と関わることが大事 ・市町保健師も入院中のケース会議に参加したい ・入院前に地域で関わっていない事例でも退院後が心配なケースは市町につないでほしい ・サービスは給付までに時間がかかるため、退院後早期に利用できるよう、意向がある場合は早めの対応が必要 ・退院後早期の関わりのため、病院から退院日等の連絡があるとよい 	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院を繰り返すケースの場合は早めに連絡を取り合うようにしている ・医療機関に相談をしても個人情報の関係で返答が貰えず困ることがある ・治療中断時等、関係機関間の個人情報の取り扱いに苦慮 ・治療中断の情報が病院から入る等のシステムがあるとよい ・ケース会議等を経ていると、複数の機関が関わるため、本人の病状が悪化した時に変化に気づきやすい。結果、早めの対応が可能となる ・地域からもアプローチすることや、複数の機関が関わることで役割分担ができる ・事例に、どのような頻度でどの程度関わればよいのか等迷う ・退院後の支援を地活に依頼するためには、療養等の状況を把握しておく必要がある ・地活主催で医療機関も交えて会議をする方法も一つ。自立支援医療制度について等、本人や家族に知ってもらうことが大事 ・市町が地活を上手く活用できていない。地活に依頼するタイミングが難しい

*精神科病院の意見の文末の()内は発言者の職種を示す

合もある。早い段階で医療につながる必要がある」、「地活からは「受診につなげるためには保険証や手帳の有無などの制度面の事前の確認が大事」等の意見があった。

入院中の連携については、病院からは「地域から入院中に気楽に病院に来てもらうとよい。病棟に

連絡を入れるだけでもよい」、「精神保健福祉士と地域関係者が連絡を取り合えば病棟看護師等に地域が関わっていることが伝わる」、地域からは「退院後の生活に心配がある場合は地域につないでほしい」等、双方から、支援者が連絡を取り合う必要性について意見が出た。また、病院からは「退院後に支援が必要な事例ということを地域から教えてほしい。受け持ち看護師が中心となりケース会議が開催できる」、地域からは「ケース会議では医師の治療方針等が確認できるため退院後の支援の際に役立つ」、地活からは、「ケース会議をすることで関係者間の役割分担が進み支援にも入りやすい」といった、ケース会議の開催に関する意見が出された。そのほか病院からは「入院中は本人が落ち着いている時期のため退院後の地域との連絡について同意を得ておく」とよい、地活からは「入院中の関わりのタイミングは退院が決まってからでは遅い。制度利用の手続きに時間がかかる。早めの動きが必要」など具体的な方法や時期に関する意見もあった。連携についての課題として、病院からは「支援者は忙しいかもと連絡を取ることへの遠慮がある」、「他機関と連携することが理想だがマンパワーが不足」との意見が出た。

退院後について病院からは、「退院後の支援について病院も地域の支援者と関わっていききたい」、地活からは「支援者は顔見知りになって話し合う場を作っていくとよい」、地域からは「ケース会議等を経ていると、複数の機関が関わるため、本人の病状が悪化した時に変化に気づきやすい。結果、早めの対応が可能となる」、「地域からもアプローチすることや、複数の機関が関わることで役割分担ができる」など、多機関で連携する有効性について意見があった。一方、病院から「治療中断時に病院でどこまで支援できるかは課題である」、「通院状況や病状等の情報提供には本人の同意が必要。また、可否については主治医の考え方もある」、地域からは「治療中断の情報が病院から入る等のシステムがあるとよい」との課題も出た。地域活動支援センターとの連携については、地域から「地活主催で医療機関も交えて会議をする方法も一つ」といった地活の活動に期待する意見もあったが、「市町が地活を上手く活用できていない。地活に依頼するタイミングが難しい」、地活からは「市町からの情報発信がないと対象者の情報が入らず活動につながらない」との課題も挙げた。

・考察

2事例への援助の振り返りから、精神障害者が地域生活を継続するためには、入院中から地域と病院が連携して支援する必要性が明らかになった。また、関係者との事例検討では、病院、地域とも、入院中からの継続的な支援が必要であると考えているものの、互いの支援内容やシステムが十分に理解できていないことなどにより連携が取りにくい現状があることがわかった。

このような現状の背景として、関係者との事例検討や地域移行ケア会議で出された意見(表2、表3)から、病院、地域ともに連絡を取り合うことへの遠慮があることや、個人情報保護の観点から情報交換に困難が生じていること、地域の支援者が入院中の本人や家族に関わるタイミングを把握できないこと、退院後の治療中断の把握が難しいこと等、入院中からの連携について多くの課題があると考えられた。

一方、これらの課題解決に向けて、誰がどの時点でどのように働きかけるとよいか具体的な方法について提言につながる意見も得られた。これらの意見からは、入院中に本人だけでなく家族にも保健師が地域生活の支援者であることを認識してもらい信頼関係を構築すること、入院直後から病院と地域が綿密な連絡調整を行い、病状安定後の院内面接や退院調整のためのケース会議ができるよう双方の気づいたところから働きかけること、退院後も治療を継続し安定した生活が送れるよう複数の関係機関間で連絡を取りあえる体制をつくること等が重要であると考えられた。

退院後の地域生活の継続に向けた療養や生活環境の調整、家族への相談援助などの支援については、病院と地域の支援者が同じ認識を持ち、病院、保健所・市町村、地域活動支援センターなど複数の機関が役割分担を行ったうえで対応することが必要である。今後は、精神障害者の地域生活を継続するための援助の充実に向けて、入院中からの継続的な支援について病院と地域の関係機関の具体的な連携方法を検討し、関係者で共有したうえで実践をとおして効果を検証していく予定である。

・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・変化したこと

保健師としての援助意図を意識して事例に関わるようになった、他職種と連携する時間が増えた、ケース検討会や地域移行ケア会議で顔を合わせた関係者と連携がとりやすくなった、記録方法を見直し改善したなど、共同研究者の各所属施設で保健師の実践の改善が見られた。

2．現地側看護職者の受け止めや認識の変化

事例の処遇検討でなく、実施した援助の振り返りを行ったことで、援助意図を明確にする必要性や情報共有の必要性が再認識された。また、そのことが成長・学びにつながったと認識された。

3．本学教員がかかわったことの意義

援助の振り返りにあたり、援助目的・意図を明確にした上で経過を整理し評価を行ったことは、現

地看護職にとって、これまでの援助を深く考えるとともに、他者に伝わるよう書き表す機会となったと思われる。病院には保健師が実施している援助が理解されておらず、そのためどのような援助が期待できるかわからず連絡されない現状もあったことから、共同研究の取り組みの中で関係者を交えた事例検討会やケア会議を実施し、その中で関係者に保健師の援助内容や意図を明確に伝えられたことは意義がある。さらにその上で意見交換ができたことは、今後の支援体制づくりの端緒となったのではないかと考える。

本研究では、発表資料・報告書の作成、発表、事例検討や意見交換の進行など、現地看護職が積極的に研究に参加した。研究活動が活発ではない行政保健師の分野において、保健師が一連の研究取り組みを経験することを教員がサポートできた点は意義が大きい。

教育への活用としては、本研究での取り組み内容を、卒業研究や統合演習で担当した公衆衛生看護分野や精神科病院で実習中の学生に伝えることで、病院と地域の連携や視野を広げて看護を考えることに役立てた。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

討議は、研究課題「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」、「退院・地域生活移行を目指した精神科長期在院患者とその家族への看護の検討」との3題合同で行った。

主な討議内容は以下のとおりである。

【病棟看護師と保健師との連携の現状と課題】

- ・ 保健所の保健師としては、病院からの連絡を待っている現状がある。警察の介入で入院に至ったケースでは、家族の同意を得て入院約1~2週間後に入院中の患者の状況や退院の目途を精神保健福祉士（以下PSWとする）に確認している。病棟看護師とは連携が不十分と感じている。
- ・ 病棟看護師には保健師が入院前に関わっていたかわからない。保健師に連絡した方がよいと思ってもどのように連絡すればよいかかわからない。
- ・ 民生委員や保健師がマンパワーの問題でどの程度関わってもらえるのかわからない。
- ・ 看護師も保健師もPSWに頼んでいるから大丈夫と思っているところがある。PSWの判断・伝え方によって保健師の思いがどれだけ看護師に伝わっているかは分からない。

【訪問看護師と保健師の連携の実際】

- ・ 利用者に変化があれば、訪問看護師から保健師に連絡してもらおうよう決めたケースもあった。
- ・ 警察の介入で入院に至ったケースでは、退院前のカンファレンスで保健師も訪問看護師も両方訪問することとし、訪問頻度を調整し変調に気づいたらお互い連絡を取り合うように決めた。
- ・ 訪問看護師と保健師がバラバラに訪問し、お互いに何をしているのか分からないケースもあった。最初に共通認識をもつことが必要になる。

【病院と地域が連携して支援する必要性があるケース】

- ・ 今回、共同研究で関わったのは家族員が変化し、家族の力が低下したケースであった。
- ・ 保健師の立場からは、独居の人や服薬をやめてしまう人、入退院を繰り返す人、警察の介入で本人の望まない形で入院となった人など。
- ・ 看護師の立場からは、入院前から保健師が関わっていた人。

【病院と地域が連携する方法やシステムの構築】

- ・ 保健所に連絡してもらえれば、該当の市町村保健師に連絡が行く。PSWから直接市町村保健師に連絡してもらってもよい。
- ・ 夜間の入院の場合、看護師は患者の対応に追われ、保健師や家族と関わるのが難しい。保健師と一緒に来院したことを病棟看護師に確実に伝えることが必要である。
- ・ 認知症治療病棟では、入院時に看護師とPSWがそれぞれ家族からアナムネをとる。その時に受持ち看護師が2週間後のカンファレンスの日程調整もする。カンファレンスには主治医、PSW、受持ち看護師、ケアマネージャー、施設スタッフ等が参加する。ケアマネージャーについては、家族に連絡してもらおうように受持ち看護師が依頼している。退院前には、施設のスタッフに病院に来てもらい、情報共有をして問題に対する対応を考えている。
- ・ 保健師が気になっているケースをPSWに伝えてもらうなどして、連携した退院支援につなげる必要がある。
- ・ サマリーを地域と病院がお互いに共有して情報共有をするとよいのではないか。
- ・ 窓口は1つの方がよいのでPSWも含めたシステム構築が必要である。
- ・ 地域との連絡や情報共有は、個人情報保護の観点から難しさがある。

3 . 在宅療養支援に関する看護

在宅療養を希望するがん患者の意向を尊重した看護支援の充実に向けた取り組み

青木久美 渡邊秀美(岐北厚生病院・緩和ケア病棟) 太田ちなつ 宮川孝子(岐北厚生病院・外科病棟)
新開久美子(岐北厚生病院・Sun・サン訪問看護ステーション)
布施恵子 奥村美奈子 北村直子 古川直美 浅井恵理 原田めぐみ(大学)

はじめに

今日、がんの罹患率は増加しており、統計上では国民の2人に1人ががんに罹患すると推計されている。そして、医療の発展に伴い、治療方法や過ごし方の選択肢が広がっている。その中で、住み慣れた自宅で、家族と少しでも穏やかに自由に過ごしたいと、在宅療養を希望するがん患者も増加してきている。しかし、在宅療養を開始するためには、自宅で状態が急変した時のサポート体制の調整が必要だが、患者の状態の変化や家族背景によっては在宅療養の開始が難しいこともあり、タイミング良く在宅療養を開始することの難しさを感じながら看護を行っている状況がある。

本研究は、昨年度からの継続であり、平成24年度は、がん患者の意向を尊重するための看護支援を検討するために、患者の意向の尊重の視点で在宅療養を希望したがん患者に対する実践を振り返った。その結果、在宅療養に対する患者や家族の真意の確認不足、現状と今後について患者と看護師に生じる認識の差の可能性が明らかとなり、患者と家族の思いの確認や患者に合わせた柔軟な対応が看護支援として必要であると考えられた。そこで、今年度は、昨年度の結果を活かして、がん患者の意向を尊重するための看護実践方法を検討することとした。

目的

本研究の目的は、昨年度の結果を活かし、在宅療養を希望するがん患者の意向を尊重するための看護計画を立案し、実践することで、看護支援を充実させることである。

方法

1. 在宅療養を希望するがん患者の意向の尊重を目指した基準看護計画立案と実践

対象を十分に理解することや、患者と家族、医療者の気持ちが合致して自宅に帰るタイミングを検討するといった、昨年度見出された課題をもとに、在宅療養を希望するがん患者の意向の尊重を目指した基準となる看護計画(以下、基準看護計画とする)を、現地側共同研究者が中心となって立案する。入院中で在宅療養希望のがん患者を選定し、基準看護計画をもとに対象患者に合わせた看護計画を立案し、計画を追加、修正しつつ、実践する。

2. 看護実践の振り返りによる評価

共同研究者間で事例への看護実践を振り返り、昨年度の研究結果を活かした実践であったかを評価する。振り返りの内容は、参加者の同意を得て録音し、大学側共同研究者が逐語録に起こす。逐語録から、実践内容とその結果、実践に対する患者・家族・看護師の反応に関する記述を抽出・要約し、意味内容の類似性に従い、分類する。

3. 倫理的配慮

対象患者及び家族に研究の趣旨や個人情報の守秘等文書を用いて口頭で説明し、承諾を得て実践対象とする。本研究の実践を共に行う対象となる看護師に対して、研究目的や意義や方法、個人が特定されないように配慮することなどを、文書を用いて口頭で説明して同意を得る。共同研究者間で看護実践を振り返る際は、話し合いを録音して逐語録に起こし、逐語録を分析対象とすることを口頭で説明し、同意が得られた部分のみを研究対象とする。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(承認番号 0083)を得ている。

結果

1. 基準看護計画立案と情報整理シートの作成

1) 基準看護計画立案

現地側共同研究者5名が中心となって基準看護計画の案を作成し、大学側共同研究者5名も含め8月下旬と10月上旬の計2回の検討会を通して基準看護計画を立案した。検討時間はそれぞれ90分であった。

基準看護計画は、昨年度の研究で明らかとなった、「患者の病状理解や在宅療養への意向についての把握不足」「家族の背景の把握不足」「現状と今後について、患者と家族の認識の差が生じている」などの課題から、患者の意向を尊重するために必要となるO、T、E-Planを検討し、どの患者にも適用でき、また、あらゆる場面を想定して具体的に表すことを意識し、立案した。

O-Planは、家族構成や患者の背景、在宅療養への思いなど、対象理解に必要なことを具体的に確認できる項目とした。T-Planは、カンファレンスを行い今後の方向性について検討する、家族とコミュ

二ヶーションをとり在宅療養について検討するきっかけを作る、患者と家族の気持ちが一致した時に外出泊や退院ができるよう在宅療養に向けての環境を整える、といった他職種と連携して在宅療養に向けて関わることや、患者と家族の気持ちの一致を測り、タイミングを逃さず関わるができるよう、具体的な項目にした。E-Planは、それぞれの患者、家族に合わせて必要な情報提供を早期から行うことや、夜間や急変時の訪問看護や病院の対応について説明することなど、患者と家族が抱える不安に配慮し対応できるような具体的な項目にした。

2) 情報整理シートの作成

対象患者及び家族から情報収集したものをまとめ、スタッフ間で共有ができるようにするとより効果的に対象の理解ができるのではないかと現地側共同研究者で検討し、情報整理シートを作成した。

情報整理シートは、基準看護計画のO-Planの中で情報共有の必要性が高い項目を一覧表にしたもので、患者用、家族用に分けて作成し、患者用では症状、告知の有無と理解状況、在宅療養の希望、経済状況、必要な医療処置などを、家族用では告知の有無と理解状況、患者と家族の理解のずれの有無、患者との関係、家族背景や家族の役割などを記載できるようにした。これにより、病棟看護師が、基準看護計画から必要な情報を収集し、得た情報をスタッフ間で共有できるようにした。

2. 実践事例の概要と看護支援の内容

1) A氏の概要と看護支援

A氏は、70歳代の女性で、乳がんの再発、多発転移がある。乳がんの再発に対して放射線療法を施行後、自宅で訪問看護を利用しながら過ごし、外来に通院していた。徐々に倦怠感、呼吸苦が出現し、食欲も低下したため入院を勧められたが、A氏は在宅療養を希望し、内服薬の服用のみで経過を見ていた。しかし、呼吸苦が悪化し、X病院に救急搬送され、本人の希望もあり入院となった。

A氏は、夫とは死別しており、妹夫婦とその子どもたちとの同居であった。A氏は在宅療養を希望していたが、「今は自分もえらいし、みんなにも迷惑かけるから帰りたいと思わない。よくなったら帰りたい」と症状に対する不安があった。家族も、患者が希望するならまた自宅に連れていくことに同意していたが、「今はみんな仕事が忙しいし、家にいて面倒を見ていた姪も体調を崩している。本人もえらそうだから、家にいて誰も面倒見てあげられないのかわいそうだから」と、症状が落ち着かない患者の介護への不安があった。基準看護計画を元に看護計画を立案し、情報整理シートに基づき情報を整理してチームで共有した。情報を整理することで、A氏の今までの生活や、病状の理解状況が確認でき、今まで姪をととてもかわいがって世話をしてきたことで姪たちとよい関係であることや、昔自分が親や兄弟の介護をしてきただけに迷惑をかけたくない気持ちがあることも分かった。家族も、それぞれが仕事や生活に不安があり、また家に連れて行ってあげたいが、以前のようにポータブルトイレに移動はしてほしいという介護面の不安もあり悩んでいることも分かった。医師や医療ソーシャルワーカー、作業療法士などの他職種とのカンファレンスやチームでも話し合い、機能訓練を行ったり、膀胱留置カテーテルを留置したりするなど、在宅療養に向けて検討を繰り返した。しかし、A氏も家族も、在宅療養を希望する気持ちもあるが、それぞれ病状や介護、生活への不安があり気持ちが定まらないことが分かった。そこで、変化する患者、家族の気持ちや不安を受け入れ、無理には在宅療養をすすめず、しかし希望時には在宅療養に移れるよう、在宅酸素の導入やサービスの調整、準備を検討し、A氏や家族の気持ちを受け入れていくことを続けた。A氏はその後病状が悪化し、入院から一か月後に亡くなった。

2) B氏の概要と看護支援

B氏は80歳代の男性である。頭部外傷で入院したが、貧血があったことから検査を行い胃がんが発見された。B氏の息子は、自分の息子をスキルズで亡くしているため、がんという言葉を使いたくない思いがあり、B氏には病名は未告知で手術を行った。胃がんに対する手術経過は良好であったが、病理結果から予後が不良であることが家族に伝えられた。

B氏への看護支援にあたり、基準看護計画を元に看護計画を立案し、情報整理シートを用いてチームで共有した。情報を整理することで、B氏は、「手術して悪いところは治った。やっぱり家がいい」と話され、自宅に帰ることを強く望んでいることが分かった。息子夫婦は、自分の息子を亡くしたことや、B氏の性格を考え、詳しいことはこのまま話さずにいくことを望んでいることが分かった。また、B氏は、亡くなった兄の妻と子どもを引き取り、同じように育てた経緯をもっており、息子夫婦も、今までよくしてくれたB氏を思い、残りの時間をB氏の希望に沿いたいと強く思っていることも分かった。そこで、チーム内でカンファレンスを行い、在宅療養にむけて、試験外泊を繰り返し、具体的な不安や問題点を確認することとした。試験外泊中、日中はトイレへ誘導し排泄ができたが、夜間の尿失禁が多く、寝衣まで汚れてしまったため、オムツの使用や排泄介助をどうしたらよいかという不安が家族にあった。また、ヘルパーなど他人が家に入る介護サービスに抵抗があり、できるだけ家族で面倒を見たいが自分たちの生活もあるため、どのように介護サービスを利用していいのかという介護サービス利用への不安もあることが分かった。医療ソーシャルワーカーとも連携し、家族や本人の意向を聞き、方向性を検討した。そして、嫁の仕事を調整し、住宅改修と介護サービスの調整をしてい

くこととなり、その後はB氏と家族に気持ちを表出してもらい、受け止めることや環境調整に努めた。排泄面も検討を繰り返し、機能訓練を行ったり、日中のトイレ誘導を徹底したりした。また、夜間はテープ式のオムツを使用することにして、その当て方を家族に指導するなど、看護師から排泄管理指導をすることで不安は軽減した。自宅の環境が整い、B氏は自宅へ退院した。

3. 看護実践の振り返り

12月下旬、現地側共同研究者5名、大学側共同研究者5名で看護実践の振り返りを行った。振り返りの時間は120分であった。分析の結果、看護実践の振り返りの内容は表1に示すように、【今年度の取り組み】【取り組みの成果】【課題】の3つに分類された。

【今年度の取り組み】は、「基準看護計画の立案」「情報整理シートの作成」「チームで患者の意向を尊重した関わり」などであり、【取り組みの成果】は、「情報整理シートの活用による対象理解の充実」「スタッフの意識の向上」「他職種との連携による実践の充実」などであった。【課題】は、「基準看護計画、情報整理シートの改善」「看護計画の更新」「スタッフ教育」などであることが分かった。

表1 看護実践の振り返りの内容

カテゴリ	サブカテゴリ	意味内容
今年度の取り組み	基準看護計画の立案	患者の意向を尊重するための基準看護計画を立案した
	情報整理シートの作成	患者の背景や思い、流れを聞くことができるよう情報整理シートを作成した
		患者の背景や思い、流れを簡潔に見られるよう情報整理シートを作成した
	患者・家族とのコミュニケーションの充実	意識的にコミュニケーションをとり、患者・家族の思いや背景を聞くことができた
		患者と家族の思いのずれを埋めるために、コミュニケーションの時間を設けるようにした
		意向を聞くタイミングや対象理解が大事だと意識し、患者とのコミュニケーションで深く関わった
チームで患者の意向の尊重を意識した関わり	対象の思いを知ることや対象理解が大事だと学んだことから、対象の本心を確認した	
	患者の希望を早く確認し、希望の実現に向け、意識してカンファレンスを行った	
スタッフへの取り組みのやりがいのアピール	早期から患者の意向を聞いて、チームが患者の意向の尊重を意識して関わられるよう進めた	
	患者の気持ちや状態の変化を確認し、話し合いながら進めた	
取り組みの成果	情報整理シートの活用による対象理解の充実	患者・家族が望む環境や調整を考えることはやりがいがあることをスタッフにわかしてもらいたく、情報を流したり、わからないことは聞くよう話した
	基準看護計画・情報整理シートの活用による実践の充実	スタッフは、情報整理シートにより患者・家族について知ることができた
		基準看護計画を立案したことで、介入やカンファレンスの内容、情報収集の視点等での射やすくなった
		家族の介護に関する情報を得たことから社会資源の活用等先を見据えて判断・実施できた
	患者・家族の背景を捉えることが大事であることの再確認	患者・家族の関係性を捉えることで、患者・家族の発言の意味を捉えられ、患者のベースを優先した話し合いができた
	患者の意向を尊重したカンファレンスの実施	患者・家族の状態や気持ちを捉え対応できたことから、患者・家族の背景を捉えることが大事だと思った
	スタッフの意識の向上	患者の本心を踏まえてのカンファレンスができ、患者の意向を尊重したカンファレンスに繋がった
		基準看護計画の共有により、スタッフの意識が向上し、問題点に着目できるようになった
		患者を気にかけてカンファレンスで話し合う等、スタッフの意識が向上した
		患者の今後の時間の過ごし方についてスタッフが具体的に考えるようになった
スタッフの患者に対する思いや関わりが深くなっており、受け持ち意識が向上している		
研究者自身の変化	スタッフは先々のことを考えながら行動できるようになっている	
	上司が患者の情報を確認することで、スタッフの対象理解が深まった	
	基準看護計画に基づいて情報収集をすることを意識できた	
他職種との連携による実践の充実	できることに制限はない、もっとできると思うようになった	
	基準看護計画の各項目に関して、できないとすることの上限が上がり、できることが広がった	
	基準看護計画を立案したことで、他職種に必要な事の確認ができた	
		分野が違うことは他職種と連携することで、患者の意向を叶えることができる
		患者の意向を尊重することで方向性が定まり、多職種間で同じ方向を向くことができる

表1 看護実践の振り返りの内容(つづき)

カテゴリ	サブカテゴリ	意味内容
課題	基準看護計画・情報整理シートの改善	情報整理シートや基準看護計画がこれでよいかわからない
		基準看護計画を活用する対象を在宅療養希望の患者に絞り込まず、これからの時間が制限された患者にも活用できるように問題点の表現を修正するとよい
	患者から情報を収集すること	患者との普通の会話の中で情報整理シートに沿って聞くことは難しく、深く話をする時間をもつことも難しい
		家族に退院や転院を勧めてはいなかったが、家族は勧められたという思いをもった
	患者・家族とのコミュニケーションのとり方	タイミングを逃さないよう、患者・家族の思いを聞きたいが拒否されることもあり、難しい
		情報整理シートに沿った情報収集だと患者・家族に誤解が生まれることがある
	スタッフによる情報収集	スタッフによる情報整理シートの書き込みができていない
		患者から情報を得るための意識的関わりを、スタッフができるようになることが課題である
	情報収集の必要性の理解促進	情報整理シートはケアに繋がる為の情報収集であることをスタッフにわかってもらうにはどうすればよいか
		情報整理シートに記録を重ねることができなかった
		カンファレンスで患者の情報共有を重ねることで、情報整理シートに書き込むことの必要性がわかる
	基準看護計画の活用の拡充	患者に家に帰りたいという意向があれば基準看護計画を活用する、ということになるとよい
		患者に家に帰りたいという意向があれば、それを意識するためにも基準看護計画を活用するとよい
		基準看護計画についてなんでも聞いてよいとスタッフに声をかける必要がある
看護計画の更新	看護計画を更新することはあまりできなかった	
	看護計画を見ながらカンファレンスを行うことをスタッフに埋め込む必要がある	
スタッフ教育	経験の浅いスタッフは先を予測した対応がわからない	
	スタッフの経験知を上げ、患者に対してできることはもっとあることを伝えて広げ、それには情報収集が基礎であり大事であることを伝えなければいけない	

・考察

1. 基準看護計画及び情報整理シートを作成した意義

昨年度は、患者の意向が尊重できたと看護師が捉えている事例、患者の意向が尊重できなかったと看護師が捉えている事例を振り返り、それぞれの要因を見出した。そこから、患者を含めた家族として対象を捉えて十分に理解することや、患者や家族の気持ちは変化するため、在宅療養への意向や不安をその都度把握し、タイミングを逃さないために関わることの重要性が分かった。このように、昨年度の研究で、在宅療養を希望するがん患者の意向を尊重するために必要な項目についてまとめることができたことにより、本年度、基準看護計画を具体的に立案することに繋がったといえる。看護支援を充実するには、日頃の実践を丁寧に振り返る必要がある。

実践を振り返り得られた知見を実践に活かす取り組みを、今年度は行った。実践に活かすには、抽象的なものではなく、様々な場面を考慮し、具体的に細かく表現する必要があるのではないかと検討し、具体的な基準看護計画の立案と情報整理シートの作成にも繋げることができた。具体的な基準看護計画があることで、必要な情報を収集して対象理解が深まり、目標のために必要な関わりは何かをチームで見直し、検討することができるといえる。

今年度、実際に作成した基準看護計画と情報整理シートを用いて、A氏とB氏の2事例に実践した。まず、患者、家族の背景や、病状理解、在宅療養への意向を患者や家族のペースに合わせて、しっかり把握する必要がある。そのためには、患者や家族に何度も関わる必要があるとあり、信頼関係を築きながら行う必要がある。そのような関わり姿勢は、患者の意向を尊重するために必要不可欠なものであり、基準看護計画と情報整理シートを作成・活用することで、看護師として関わる姿勢の形成に繋がった。また、患者や家族の思いや、背景を詳しく把握することで、在宅療養は可能か、どんな問題があり、何が必要になるのかといった、在宅療養に必要な準備を予測したり、検討することに繋がった。それは、病状が悪化するため在宅への移行を決める時期の難しいがん患者の、タイミングを逃さないために必要になる援助である。このように、昨年度の研究を活かして基準看護計画を立案できたことで、意向を尊重するために必要な関わりに結びつくことができたと考えられる。

A氏の場合は、本人と家族に在宅療養への気持ちはあるものの、症状や介護に不安がある気持ちもずっと変わらなかった。結果的に病状も改善せず、在宅に帰ることはできなかったが、A氏と家族が今

どのような不安があり、どのような気持ちでいるのかをスタッフは把握しており、もし在宅を希望したらどのような環境を整えることで少しでも不安が改善できるのかも常に意識し整えることができていた。不安な患者や家族の気持ちも、今の意向だと捉え、無理に在宅をすすめなかったことも、患者の意向を尊重した看護であると思う。また、B氏も、家族と患者に病状や予後への理解の差はあったが、理解の差を修正する気持ちが家族にはないという意向をしっかりと把握していたため、家族と同じ方向性で在宅療養について一緒に考えることができた。基準看護計画に沿って、家族のそのような思いや、在宅療養への不安や課題を、何度も一緒に考え、関わったことで、不安の軽減につながり、退院することができたのだと思う。

このように、昨年度明らかになった課題をもとに、具体的な基準看護計画を立案できたことで、在宅療養を希望するがん患者の意向を尊重した看護支援が充実したと考えられる。

2. 今後の課題について

昨年度からの研究を通し、患者の意向を尊重するための看護の充実に繋げることができたが、新たな課題もある。立案した基準看護計画や情報整理シートをどのように使うかである。実践した2事例でも、病棟看護師には説明したが、基準看護計画や情報整理シートの活用においては、受け持ち看護師や現地側共同研究者が中心となることが多かった。がん患者に関わる上で、看護師の経験年数も影響はあると思うが、看護師のケアに対する意識の問題もあると思われる。情報を収集し、必要な支援を検討するためには、看護師一人一人のケアに対する意識の向上が重要である。

そして、チームとして共通理解を持ち、課題を意識するために、計画の追加・修正といった評価をチームで行うことが必要になるとと思われる。今回の研究では、中心となる受け持ち看護師や、現地側共同研究者が基準看護計画に沿って進めることが多かった。チームメンバー全員が情報収集や計画の追加・修正に関われるように、基準看護計画の使い方や評価の仕方を見直していくことが今後の課題だとと思われる。

・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

本年度は、昨年度実施した在宅療養を希望するがん患者の家族への面接調査結果から考えられた、在宅療養を希望するがん患者の意向を尊重した看護支援から具体的な基準看護計画を作成できた。多くの患者に活用できるように考えられた基準看護計画ではあったが、実際に活用することにより、患者の個別性を反映できる患者用の看護計画として運用できるようになった。さらに、患者を看護するチームメンバーで情報を共有するためのツールの必要性から情報整理シートを作成し、チームメンバー内で活用しやすいように、話し合いながら活用方法を検討することができた。

2. 現地側共同研究者の受け止めや認識の変化

昨年度、在宅療養を希望するがん患者の意向を尊重した看護を考えるために、現地側共同研究者と実践を振り返った時は、自分達の大事にしている看護を探している状態であった。今年度、昨年度の研究結果をもとに作成した基準看護計画を活用した実践を振り返ったことにより、患者の意向を尊重するというこの意味を考えられるようになり、自分達の大事にしている看護観を大事にしながらも、患者の揺れ動く意向に沿いながら意向を尊重することの重要さと困難さを認識できるようになった。

3. 本学教員がかかわったことの意義

現地側が基準看護計画を作成する際、前年度の研究結果を踏まえた基準看護計画となるように意識して教員が意見を述べたことにより、実践を改善する方法として作成されたツールではあるが、改善の必要性を示すデータ分析に基づいて作成された根拠性のある、実践の改善に繋がるツールが作成できたと考える。さらに、基準看護計画の活用方法を含めて基準看護計画を作成できるように意識して教員が関わったことにより、基準看護計画の運用方法を検討する必要性に現地側が気付くことができ、情報シートを作成して基準看護計画と連動させながら実践することに繋がったと考える。

看護実践を振り返る際、実践したことを表現するだけでなく、その時に考えていたことを一緒に振り返ることができるように、教員が質問をしながら一緒に振り返ったことにより、実践の中に潜んでいた自分達が大事にしている看護に気付くことができたと考えられる。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

ケアマネジャーの関わりについて

退院調整看護師から、看取りは、ケアマネジャーにもかかわってほしいところであるが、介護保険の申請がないと関われないところもあり、難しい現状もあることが話された。例えば、大学病院などから治療困難となり地域の病院へ来た場合、すでに病状的に厳しい状況もあり、間に合わず病院で亡くなることもある。本当に家に帰りたいのか、転院をせまられてやむを得ず在宅を選んでいるのか、どのような意向があるのかを確認するべきであるし、本人や家族の覚悟で在宅療養が実行できるかが決まるところがある為、本人と家族の覚悟も必要な状況があるとのことであった。また、在宅療養に

繋げるためには、ケアマネジャーも患者に対する今後の予測が必要であり、看護師やヘルパーといった、どのような経験のあるケアマネジャーなのかということも影響してくると思われる。在宅療養に移行するタイミングを考え、患者の状態が悪くなってからでなく、入院時からの早期の退院調整が必要であり、早い段階で他職種と情報を共有し、連携することが大切であり、ケアマネジャー一人で背負わないことも大切なのではないかと、この意見が出た。

タイミングを考えた他職種との関わりについて

訪問看護師として、もう少し早く連絡をくれたらと思うときもあるが、患者や家族の気持ちはゆれ動くため難しいことも事実である。患者や家族の気持ちは変化するものであるし、在宅療養のための準備もすぐ行わなければならないこともあれば、時間をかけるときもある。ベッドや車いすは必ず必要になる為、早めに申請書類を医師に頼んだり、在宅に帰れないこともあると思いながら、タイミングを考え、早めに他職種と関わる大切ではないかと、この意見が出た。

研究を行った意義

在宅療養に移行できなくても、患者や家族のために考えたことが、意向を尊重することになっていくとわかり、スタッフにもいい経験となり成長になった。在宅療養となることが最終目標でなく、意向を尊重できた過程が大切であると感じ、それが他職種との連携にも繋がるとの意見が出た。

がん患者の在宅療養支援体制充実に向けた取り組み

中川千草（羽島市民病院・集中治療室） 吉田知佳子（羽島市民病院・2病棟4階）
佐藤良子（羽島市民病院・医療サービスセンター） 尾畑衣里子（羽島市民病院・2病棟2階）
加藤しのぶ（羽島市医師会訪問看護ステーション） 久保八重子（不破医院）
内木さおり（岩佐医院） 奥村美奈子 布施恵子 浅井恵理 斉木良美（大学）

はじめに

本研究は、A地域におけるがん患者の在宅療養支援体制の充実を図ることを目指し、病院・訪問看護ステーション・診療所で活動する看護職と大学教員が協働して取り組んで来ている。過去2年間の取り組みにおいて、在宅療養中のがん患者支援に携わる診療所看護職を対象とした学習会と、A地域の診療所看護職・病院看護職・訪問看護との連携強化を目的に、交流会（以下、「看護の集い」）を開催した。これまでの取り組みを評価した結果、がん患者の在宅療養支援体制の充実を図るには、現活動の継続に加え、看護職とがん患者支援に携わるケアマネジャーとの連携強化の必要性が明らかになった。また、多様な症状を呈し、進行も早いがん患者を支援していく上で、看護職以外のケアマネジャーが対応に苦慮しているとの情報も得ており、ケアマネジャーの学習ニーズも捉えた学習会開催の必要性も確認された。そこで、診療所看護職およびケアマネジャーを対象とした学習会によるがん患者の理解の促進と、診療所看護職・病院看護職・訪問看護・ケアマネジャーの交流会の参加を通じた連携強化に取り組み、A地域のがん患者の在宅療養支援体制の充実を図ることを目的とする。

取り組みの方法

1. ケアマネジャーのがん患者支援の現状と学習に関するニーズ調査

調査対象：A地域の居宅介護支援事業所、全18ヶ所に勤務しているケアマネジャー。

調査方法：郵送法による質問紙調査。質問用紙はA4版1枚で、主な質問内容は、過去1年間のがん患者の在宅支援の担当経験の有無、がん患者の担当経験がある場合は、担当した患者数と、看取りまで担当した患者数、がん患者の在宅療養支援に携わり感じたこと、がん患者の在宅療養支援に関連した学習のニーズである。

2. 「看護の集い」の開催

A地域の診療所32ヶ所に勤務する看護職と、居宅介護支援事業所18ヶ所に勤務するケアマネジャーを対象とし、「看護の集い」を現地側と大学側の共同研究者の協働で開催する。学習会のテーマは、ケアマネジャーへの学習に関するニーズ調査で希望の多い内容を取り上げ、3回シリーズとする。30分の講義の後に約1時間の交流会の時間を設ける。講義内容は現地側と大学側の共同研究者間で検討し、講義は共同研究者であるがん性疼痛看護認定看護師が担当する。「看護の集い」終了後、参加者を対象にアンケート調査を実施し「看護の集い」の評価を得る。質問用紙はA4版1枚で、主な質問内容は、参加理由、講義の評価、交流会の評価、次回の参加希望とする。

3. 検討会の実施

現地側と大学側共同研究者間による検討会をニーズ調査前後と毎回の「看護の集い」前後に開催し、調査項目の検討および調査結果の評価、「看護の集い」の企画と開催後の評価を行う。

倫理的配慮

質問紙調査の研究への活用に関する協力依頼を文書にて行い、返送をもって同意を得た。また、質問紙は無記名とした。アンケートの研究への活用に関する協力依頼については口頭で行い、アンケート用紙に可否を明示できる欄を設けた。なお、アンケートは無記名とした。交流会での発言に関しては研究への協力依頼を口頭で行い同意を得た。本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得て行った(承認番号：0072)。

結果

1. ケアマネジャーのがん患者支援の現状と学習に関するニーズ

18ヶ所の居宅介護支援事業所のケアマネジャー宛へ質問紙を郵送し、6名(6ヶ所)より返送され、回収率は33.3%であった。

1) がん患者の在宅支援の担当経験及び看取りまでの担当経験の状況

がん患者の在宅支援の担当経験は、有り5名、無し1名であった。がん患者の在宅支援の担当経験がある5名のケアマネジャーのうち、担当したがん患者数は1~7名であった。また、在宅の看取りまで担当した患者数は0~2名であった(表1、2)。

2) がん患者の在宅療養支援に携わり感じたこと

がん患者の在宅療養支援を担当して感じたこと、担当の経験がない場合は難しいと感じること、疑問等について尋ねた。その結果、5名より10の記述が得られ、〈在宅療養を実現する難しさ〉〈がん患者を支える多職種連携の重要性〉を含む5のカテゴリーに分類された(表3)。

3) がん患者の在宅療養支援に関連した学習のニーズ

がん患者を担当する上で習得したい知識・技術・得たい情報について尋ねた結果、5名より10の記述が得られ、〈看取りにおけるケアマネジャーの果たすべき役割・対応〉〈がんの疾患に関する知識、必要なケア〉を含む7のカテゴリーに分類された(表4)。

表1 がん患者の在宅支援の担当状況 n=5

担当した患者数	ケアマネジャー数
1	2
2	1
4	1
7	1
合計	5

(単位:名)

表2 看取りまで担当した患者数 n=5

看取りまで担当した患者数	ケアマネジャー数
0	2
1	1
2	2
合計	5

(単位:名)

表3 がん患者の在宅療養支援や看取りまでを担当して感じたこと (回答人数5名、記述数10)

カテゴリー	要約
家族の介護負担が少ないがんのステージや種類の知識を得たい	自宅介護が可能で家族の介護負担が少ないがんのステージ・がんの種類はあるのが知りたい
在宅療養を実現する難しさ	生活に対して患者と家族、家族間の思いにズレがあると介護の方針が決まらない 本人・家族が在宅生活を望んでも、病状によって叶わないことがある 在宅生活を希望する患者が、在宅移行への時期を逃していることが多い。家族に後悔が残る
医療者の判断や病状の急変による家族の心の揺れ	家族が在宅で看取りたいと思っても、医療者が難しいと判断すると、家族は今後の経過が予測できないため、不安が強く医療者に言われるままになりやすい 急変に家族が動揺する
がん患者を支える多職種連携の重要性	がん末期の利用者で、ケアマネジャーがサービスの調整を行い、医師が受け入れ先の手配をした事例があった。利用者の病状に応じた医師の素早い対応により、患者の苦痛が軽減された 在宅医との関係構築前に在宅移行となり、ケアマネジャーとして戸惑った事例があった。訪問看護の介入により助かった
がん患者への関わりの難しさ	介護にできることには限界があり、もどかしさを感じる 病気を受容できていない人に寄り添うことが難しい

表4 がん患者の在宅医療や看取りに関わる上で、習得したい知識・技術、得たい情報について

(回答人数5名、記述数10)

カテゴリー	要約
在宅療養のために必要な準備	在宅療養のための準備
独居のがん患者に利用できる社会資源	一人暮らしのがん患者に対するサポート方法、利用できる制度、支援、経済面での方策
家族が実施可能な医療行為	家族が実施可能な医療行為
看取りにおけるケアマネジャーの果たすべき役割・対応	往診時同行し、利用者への看護を学びたい。 がん患者の在宅での看取りにおいて、ケアマネジャーが押さえるべき点・注意すべき点を知りたい 看取りについて勉強したい。 身体的変化、家族への対応、ケアマネジャーとしての対応など
コミュニケーション	コミュニケーション
がんの疾患に関する知識、必要なケア	がん患者のリハビリ がん患者の疼痛以外の症状への対応 がんの種類・進行・病態
認知症のあるがん患者へのケア	認知症のあるがん患者へのケア

2. 「看護の集い」の実施状況

1) 開催までの準備

今年度の「看護の集い」年間計画の立案や、講義内容・交流会の運営方法、周知方法・発送先の確認などの企画内容の検討のため、現地側・大学側共同研究者間で6回の検討会を実施した。

昨年度までの実績に基づき、本年度も土曜日午後の開催に決定した。学習会・交流会を「看護の集い」と題し、企画・準備をした。ケアマネジャーへの学習に関するニーズ調査で希望の多かった「在宅での看取り」を学習会のメインテーマとして取り上げた。開催場所は現地側共同研究者の所属施設であり、地域の中核病院としての役割を担うA病院とした。開催の案内をA地域の診療所32ヶ所、居宅介護支援事業所18ヶ所に郵送し、参加希望者に大学宛にFAXで連絡を求めた。

2) 第1回「看護の集い」開催と事後の評価

(1) 第1回「看護の集い」の開催と参加者による評価

第1回「看護の集い」は「がん患者のこころとからだ」をテーマに、平成25年10月12日(土)に開催した。身体的・精神心理的变化についての講義と、交流会を企画した。診療所看護職、ケアマネジャー、薬剤師、医師の計22名の参加を得た(表5)。

「看護の集い」終了後に参加者全員にアンケート調査を実施した結果、20名より提出があり(回収率90.9%)、その内16名から研究協力の同意が得られた。参加理由の自由記述では15の記述が得られた。講義の評価は、良かった16名であり、良かった理由の自由記述では10の記述が得られた。交流会の評価は、良かった16名であり、良かった理由の自由記述では10の記述が得られた(表6・7・9)。

(2) 第1回「看護の集い」交流会で話し合われた内容(概要)

交流会は共同研究者も含め、Aグループ13名、Bグループ16名の2グループに分かれ行った。看護職の資格を持たないケアマネジャーは特に、がん患者を支援していく上で、医療に関する知識の面で困難を感じることがある、かかりつけ医との連携は必須だが、敷居を高く感じ、医師との連携に難しさを感じる、といった実践の場で困っている現状が共有された。その上で、在宅医療においてはチームとして関わることが大切である、といった内容が話し合われた。

(3) 第1回「看護の集い」共同研究者による評価

第1回「看護の集い」後の平成25年11月14日(木)に検討会を実施し、共同研究者間で評価を行った。アンケート調査の結果や当日の参加者の様子から、講義・交流会ともに会全体としては概ね高評価であった。交流会で顔を見て相手を知ることができたことが今後の活動に役立つと思う、参加者それぞれの思いがあり、もっと時間をかけて話し合いたかったのではないかと、といった意見が挙がった。

第1回「看護の集い」では45分程度の交流会となったため、第2回「看護の集い」では交流会の時間を1時間確保すること、また、希望があれば交流会の時間の延長が可能なよう対応することとした。

3) 第2回「看護の集い」開催と事後の評価

(1) 第2回「看護の集い」の開催と参加者による評価

第2回「看護の集い」は「がん患者とのコミュニケーション」をテーマに、平成25年12月14日(土)に開催した。患者とともにあるという姿勢の重要性についての講義と、交流会を企画した。看護職、ケアマネジャー、薬剤師の計17名の参加を得た(表5)。

「看護の集い」終了後に参加者全員にアンケート調査を実施した結果、17名より提出があり(回収率100%)、その内10名から研究協力の同意が得られた。参加理由の自由記述では9の記述が得られた。講義の評価は、良かった10名であり、良かった理由の自由記述では3の記述が得られた。交流会の評価は、良かった10名であり、良かった理由の自由記述では8の記述が得られた(表6・7・9)。

(2) 第2回「看護の集い」交流会で話し合われた内容(概要)

交流会は共同研究者も含め、Aグループ13名、Bグループ13名の2グループに分かれ行った。がん患者の在宅での看取りが難しい現状があり、実際に看取りが行われているグループホームなどの施設における、看取りの現状・体制が共有された。また、薬剤師は訪問指導の際、患者の氏名と年齢の情報しかなく、患者の状態・状況が良く分からないため訪問時に困っているという現状が共有された。参加者のうちケアマネジャーや薬剤師から「こんな状態で自宅へ帰ってくるのか」と驚くことがある、「どの時期に退院を希望されるのか分からないのか」、「経過の予測がつかないものなのか」といった質問があり、在宅へ帰るタイミングを図ることは難しいが、地域での生活を支えるケアマネジャーなど関係職種との情報共有が課題であることが明らかとなった。

(3) 第2回「看護の集い」共同研究者による評価

第2回「看護の集い」後の平成26年1月9日(木)に検討会を実施し、共同研究者間で評価を行った。薬剤師の訪問指導のように患者の状態・状況が分からないため、コミュニケーションをとろうとしてもうまくいかないのは当然ではないか、がん患者の看取りの経験がない参加者が多くイメージしにくいと思うため、講義より劇で演じる方が理解を促せるのではないかと、といった意見が挙がった。

そこで、第3回「看護の集い」では、がん患者の在宅療養支援を支える多職種連携のロールプレイを行うこととした。

4) 第3回「看護の集い」開催と事後の評価

(1) 第3回「看護の集い」の開催と参加者による評価

第3回学習会「看護の集い」は「つながろう 輪を広げよう」をテーマに、平成26年2月1日(土)に開催した。現地側・大学側共同研究者によるがん患者の在宅療養支援を支える多職種連携についてのロールプレイと、交流会を企画した。看護職、ケアマネジャー、薬剤師の14名の参加を得た(表5)。

「看護の集い」終了後に参加者全員にアンケート調査を実施した結果、14名より提出があり(回収率100%)14名から研究協力の同意が得られた。参加理由の自由記述では14の記述が得られた。ロールプレイの評価は、良かった14名であり、良かった理由の自由記述では14の記述が得られた。交流会の評価は、良かった14名であり、良かった理由の自由記述では13の記述が得られた(表6・8・9)。

(2) 第3回「看護の集い」交流会で話し合われた内容(概要)

交流会は共同研究者も含め、1グループ21名で行った。ロールプレイにより多職種で連携をとることの大切さが分かった、顔の見える関係づくりの大切さが分かった等、感想が共有された。患者にとってどのような最期が良いのか、どのような最期を望むのかを捉え、いかに寄り添うかの重要性、また、そのために専門職が専門分野で力を発揮することの大切さを確認することができた。

(3) 第3回「看護の集い」共同研究者の評価

共同研究者間で第3回「看護の集い」の振り返りと、今年度の活動の評価を行う。

表5 「看護の集い」参加人数・参加施設数の推移

看護の集い	参加人数 (人)	職種	参加施設数 (所)	施設の種類
第1回	22	看護職 ケアマネジャー 薬剤師 医師	12	診療所 居宅介護支援事業所
第2回	17	看護職 ケアマネジャー 薬剤師	11	診療所 居宅介護支援事業所 特別養護老人ホーム 病院 薬局
第3回	14	看護職 ケアマネジャー 薬剤師	7	診療所 居宅介護支援事務所 病院 薬局

表6 「看護の集い」参加理由(抜粋)

回	理由
第1回	終末期に興味があったため。
	在宅看護、介護の場でどんなことに困っているか知りたかった。
	ケアマネ業務で1番苦手なところ。
	まだまだがん患者さんの看取りなどの関わりがないので、たくさん勉強会に参加し、良い看取りができるようにしたいため。
	前回も参加してとても勉強になったから。
	看護の知識を少しでも得たいと思い参加。
第2回	医療面での支援が多い中、ケアマネとしてできる事を他の方の意見も聞きたいと思った。
	今までも続けて参加していて興味があったから
	交流会があり興味がありました
	前回参加したスタッフから良い話し合いができたと教えてもらったから
	薬剤師がチーム医療に関わっていけることを知っていただく、関わられることを考えていくため
第3回	地域医療に参加したいため
	興味があった。
	これから在宅での死が多くなると予測されるため、家族・患者への支援体制等を学びたい。
	第2回に参加して良かったので。
	定期参加することにより、地域医療連携に携わっていくため。
	寸劇がおもしろそうだった。
	寸劇があったことと交流会があったので。
看取りについてなど、いろんな方の知識を知りたかったから。	
多職種の方と連携したかったから。	

* 寸劇はロールプレイを意味する。

表7 「看護の集い」講義の評価 (抜粋)

()人

回	評価	意見
第1回	良かった (16)	いろんな職種のお話の話を聞いた。
		講義内容がとても分かりやすかった。
		ケアマネの知識不足を補ってもらった。
		経過説明がよく分かり、看取りの不安が軽減されました。
		連携の大切さ、ケアマネからの連絡 大切だと言える(気づきを早めに伝える、遠慮なくすることなど) 参加して良かったと思います。完璧を求めず、自分は完成ではないけど、より近づけたらと思いました。
生活者としての視点で、患者さんを支えることについて学びました。		
第2回	良かった (10)	傾聴について文字でハッキリ理解することがあまりなかったので、とても勉強になりました。患者さんの言葉を「評価」するのではないということとても感心しました。ありがとうございました。
		地域連携・職種の連携が必要に思われる。
		がん患者の方に対する接し方を聞かせていただき楽になりました

表8 第3回「看護の集い」ロールプレイの評価(抜粋)

()人

回	評価	意見
第3回	良かった (14)	・演技が素晴らしかった
		・それぞれの事例を見ていて、患者・家族が心やすらかにいく看取りを目指したいと思った
		・自分のケアを振り返ることができた
		・連携の必要性の再確認ができた
		患者目線での寸劇がよかった。
		患者の不安・家族の不安についてケアマネは、もっと向き合わなければならないと感じた。
講義で話を聞くよりも寸劇の方が分かりやすく、楽しく勉強させていただきました。		
寸劇を通しての発表は、伝えたい内容が伝わりやすかったです。		
とても興味深く良い内容だったと思います。		
自分の立場だったら…こんなとき、どうするだろう…?と考えるながら見ることができました!		

* 寸劇はロールプレイを意味する。

表9 「看護の集い」交流会の評価(抜粋)

()人

回	評価	意見
第1回	良かった (16)	薬剤師の方の話も聞いた。
		現場の生の意見を聞いて参考になりました。
		自分の悩みが話せ、様々な方の話を聞くことができた。
		連携をとる上で顔を知る事ができ、今後良い話し合いができていくと思う。
先生、看護師の意見も聞けたし、他のケアマネの方の悩みも聞けたこと、顔を合わせて交流できたことも良かったです。		
第2回	良かった (10)	在宅ケアの現状について垣間見ることができ、新しい情報も得ることができて良かった。
		地域での、施設での話を伺って参考になりました。
		患者さんの気持ちをもっと頑張っていきたいです。深く「理解」することを気付けていきたい。
		同じ目的で集う会議は、地域力にもつながると感じました。
薬剤師が在宅でできる業務をアピールできた。もっと活用してほしい(薬局という機能を)。		
第3回	良かった (14)	多くの方々の感想が聞いて良かった。顔の見える交流がうれしい。
		他施設の方々の話を聞くことができ、それぞれの立場で専門性のある話を聞くことができた。
		やはりお互いの職種と顔が分かる交流会があると、話しやすく、今後も会話のきっかけになって良いと思います。
		ケアマネさんの立場からのお話が聞いて、とても有り難かったです。手探りの医療から広がった医療へ、もっと皆が輪になって、患者さんの気持ちを一番考えた看取りへ進んでいきたいです。
		在宅に関わる方々の顔がみえてよかったです。これからも交流会があれば積極的に参加したいと思っています。

・考察

「看護の集い」の対象をケアマネジャーにも拡大したことで、他職種の人々と交流する場が得られ、それぞれの立場での思いや考え、疑問や悩みを共有できる良い機会となったと考える。また、看護職だけでなくケアマネジャー、薬剤師の参加があったことで、がん患者の在宅療養支援における多職種の連携・協働の必要性の再認識、看護の集いを通じた A 地域での在宅療養を支援するネットワーク作り、また、日常の活動に生かせるような関係づくりができ始めた、と考える。

学習会の開催による知識の提供はもちろん大切だが、そのみにとどまらず、地域の人的資源の把握や、必要な時に必要な人材を活用できることが重要であり、それがひいては地域で生活するがん患者の在宅療養支援を支えることにつながると考える。そのためには、連携・協働すべき人たちが顔を合わせる機会を確保することが重要である。また、本取り組みはがん患者の在宅療養支援体制の充実を目指していることから、現在の参加メンバーに加え、特別養護老人ホームなどの福祉施設で在宅療養を支援する看護職との交流・ネットワークづくりの必要性が示唆された。

・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

昨年度の取り組みから、看護職とケアマネジャーとの連携強化の必要性を確認し、本年度は対象を拡大した「看護の集い」の開催に取り組んだ。「看護の集い」は3回開催し、14名～22名の参加が得られ、実施後のアンケート調査結果からも概ね良好な評価を得ることができた。ただ、取り組みの当初の対象であった診療所看護職の参加人数は伸び悩んでいる現状がある。しかし、本年度の取り組みを通じて、在宅療養支援に携わる看護職やケアマネジャー、薬剤師が直接交流することで「顔が見える関係」が形成されつつあり、A地域の在宅療養を支援するネットワーク作りの場となったことについて意義があったと確認できた。

2．現地側看護職者の受け止めや認識の変化

現地側共同研究者は、事前準備や学習会の講師・交流会の司会・ロールプレイ演者の担当等、会の開催において中心的な役割を担った。更に「看護の集い」前後の検討会において、企画や振り返りを行い、新たな対象の選定やロールプレイを取り入れるなど「看護の集い」の充実に向けた具体策を提案し、積極的な姿勢が示された。このように、検討会や「看護の集い」開催において積極的に取り組み、今後も本取り組みを継続することを希望する現地側共同研究者が増加した。本事業の現地側看護職による自己点検評価において、情報交換がしやすくなった、他職種との連携がとれるようになったなど、実際の看護活動に良い影響が及ぼされていることが確認できた。一方で、本取り組みの本来の対象である診療所看護職の参加が少ないことに対する懸念がみられ、多くの看護職が参加できるような課題への取り組みを希望するといった意見もあり、今後、取り組み内容の検討を行う必要がある。

3．本学（本学教員）がかかわったことの意義

「看護の集い」の企画・運営に向け、現地側共同研究者と本学教員が協働で「看護の集い」の周知方法・発送先の確認や講義内容・交流会の運営方法の検討、当日の進行、ロールプレイの実演に取り組んだことに意義があると考えられる。現地側共同研究者が積極的に「看護の集い」の準備から運営まで取り組めるようサポートをするとともに、教員は研究的取り組みとしての方向性を確認したり、助言・提案を行う役割を担ったことで、取り組みの推進に貢献できたと考えられる。A地域におけるがん患者の在宅療養支援の充実に向け、他職種との連携の必要性を感じていながらも方策を見いだせなかった看護職にとって、携わる看護職やケアマネジャー、薬剤師等が交流する機会を提供でき、また支援の充実に向けた方略を検討することができたことは意義があると考えられる。

大学教育に関しては、本取り組みの結果をがん患者支援に関する授業や実習等に活用しており、教育の充実を図ることができている。また、教員にとっては実習施設である医療機関が立地するA地域の現状を知る機会となっている。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

参加者より、自施設の現状の紹介がなされた。約120床の町立の病院に勤務しており、大きな病院で化学療法後、状態が厳しくなってから紹介されて受診する患者が多い。症状が悪くなっている患者に対して、訪問診療を開始した。在宅から看取りまで行うことも出て来たが、介護保険の申請がされていないケース、介護保険の対象外のケースでは、ケアマネジャーの介入はできず、医療保険だけでターミナルの在宅療養を行おうとすると、ベッドをレンタルする費用も自費となり、経済的な負担も出てくる、という在宅療養の難しさを話された。

参加者の発言に対し、共同研究メンバーより、自施設は270床であるが、大きな病院で治療を終えて、紹介されてくる患者がいるという意味では同じような状況である。症状コントロールができず、在宅に移行できない症例もあるが、やむを得ず、在宅療養を開始する事例もある。在宅療養に移行するには、患者と家族の覚悟が必要である、との見解が示された。

在宅療養に移行するとき、ケアマネジャーが介入するタイミングは重要である、看護師免許を持ったケアマネジャーが少ない状況がある、といった発言者の考え・地域の現状の紹介がされた。

訪問看護師より、在宅療養への移行時の訪問看護師の要望としては、早めに患者や家族の情報を提供して欲しいことがある。しかし、患者も家族も在宅療養に対して揺れ動くため、情報も不確かな情報となり、訪問看護師のところまで早くは来ない。連絡が入って、1週間から10日で退院ということが多く、時には相談があってから1日で退院というケースもある、といった介入事例の紹介がされた。

4 . 医療機関における看護の充実

慢性疾患を有する患者の看護支援に関する実践知の探究

南谷絹代 渡邊直美 中村真希 西村奈津紀 大内晶美 平野友恵 大橋靖子 政井ゆかり
竹内ともみ(羽島市民病院)
田村正枝 宇佐美利佳 丹菊友祐子(大学)

はじめに

慢性疾患を有する患者のセルフケアを支援していく過程で、看護師はどのような看護を行っているのか、どのような支援が患者や家族に変化を生み出しているのかなど、看護師の経験から有益と思われる支援を明らかにして、他の看護師に伝える形にしていく必要がある。看護師が看護実践を振り返り、記述し、看護師のグループの中で語ったり、聴いたりすることは、看護実践における臨床判断や対応方法などの実践的知識を創造し、他の看護師に伝えることにつながるのではないかと考える。

看護師が看護の実践を語ることにはもう一つの意味がある。看護師が生き生きと看護し続けていくには、その看護の支えとなる看護の実践経験が存在していると考えられる。看護師が成長し続けるためには、個々の看護師が自らの実践の意味を確認し、患者やその家族とのかかわりの中で自分の存在を知り、そこから仕事を続けるエネルギーを獲得できることが重要である。そのためには熱心な聴き手を得て看護を語る体制を作り、広げていくことが重要である。

そこで、本研究は慢性疾患を有する患者の看護実践をグループの中で語り、聴くことを通して、看護の語りを促進する要因を明らかにする。看護を語り、聴くことの効果や今後の課題を明らかにすることを目的とした。

本研究では、思考、意図、出来事の解釈、行動とアウトカムの時系列記述を含む事例の詳細な記述を『ナラティブ』とする(照林社編集部編, 2003)。

方法

1. 対象と方法

1) 対象は共同研究者である。

2) 方法:『慢性疾患患者の看護を語る会』の開催

現地の共同研究者が自分の看護実践を『ナラティブ』として記述し、それをもとに『慢性疾患患者の看護を語る会』の中で語る。

共同研究者間でそれを聴き、そこで行われた看護について話し合うとともに、より理解しやすい『ナラティブ』に作り上げていく。

看護を記述し語ること、聴くことについての意見・感想や今後の課題については共同研究者にグループインタビューや質問紙で調査する。

3) データと分析:『慢性疾患患者の看護を語る会』の記録をデータとする。また、得られた意見・感想は、類似するものをまとめ、話や記述の内容を要約した。以下、要約を で表す。

2. 倫理的配慮

『ナラティブ』の対象となる患者には、患者の担当看護師でない共同研究者が研究の趣旨、方法、個人情報守秘、匿名性の厳守、参加協力は自由意思にもとづくものであることを文書で説明し同意を得た。『慢性疾患患者の看護を語る会』では、患者が特定されるような情報は出さないで話し合うこと、患者情報の書かれた資料は取扱注意とすることを共同研究者間で申し合わせた。本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認(0076)を得て行った。

結果

『慢性疾患患者の看護を語る会』を6回開催し、6つの看護事例について話し合った。

1. 『ナラティブ』の内容と話し合いのプロセス

6つの『ナラティブ』のテーマは表1に示すとおりである。

表1 『ナラティブ』のテーマ ()内は患者の仮称を示す

- | |
|---|
| 1. 透析を受けている患者は同病者の死をどのように受け止めているのか(Aさん) |
| 2. 連携の大切さと本当の患者の気持ちにこたえる看護(Bさん) |
| 3. ベッドサイドの写真の中の威厳あふれる紳士(Cさん) |
| 4. 思いがけないタイミングでの死に対する発言(Dさん) |
| 5. ライフイベントを機に生活が悪化している患者の看護方法の悩み(Eさん) |
| 6. 退院生活に関する患者の不安(Fさん) |

以下、Aさん、Bさん、Cさん、Dさん、Eさんの『ナラティブ』の内容と話し合いのプロセスを紹介する。

1) テーマ: <透析を受けている患者は同病者の死をどのように受け止めているのか>

(1)「ナラティブ」の内容

Aさんは50歳代の女性である。運送業に勤める夫と2人暮らしで子供はいない。透析を導入して2年半経過している。ある日、Aさんは透析導入時間になっても来院しなかったため、自宅に電話をした

がつながらず、夫と携帯電話で連絡を取ったが、本日は帰ってこれないことからAさんの兄に連絡して自宅の様子を見にいらしたところ、Aさんは自宅で亡くなっていた。他院に搬送されたため、死の詳細は不明である。Aさんが透析に来なかったことについて他の患者は誰も話さなかった。検査や手術で転院することもあり、普段のこととして受け取られていたのかもしれない。病棟で患者が亡くなると同室の患者や家族が患者の死について聴いてくることが多い。しかし透析の患者は他の患者の死について触れようとしない。自分の死を意識して話さないのかもしれない。

(2) 話し合いのプロセス 以下【 】はプロセスで出された質問を示す。

【なぜ患者は(他患の死について)質問しないのか】について話し合った。「看護師は亡くなった患者のことを他の患者に言わないようなオーラを出しているのではないか」「透析後は(終了の)時間がバラバラで体が辛いこともあり(患者は)透析が終わったら話すこともなく帰る人が多い。患者は口には出さないがショックなのではないか、自分も透析しなくてはならないので、人は人というところがあるのかもしれない。」また、「患者は看護師には思いを語ってくれないので、どう聴いていいかわからない。」と苦手意識があるが、一方で、患者は学生には語っている。このことは、患者・家族は状態の悪化を繰り返す中で最期を考えているのではないか。「医療者は聴きづらいと思っているだけで、医療者の方から話す機会を持つことで、普段の会話の中で自然と患者・家族の考え方・思いを聴くことができるのではないか。」という意見が出された。医療者の方が死を特別なこととして意識しているのかもしれないということが参加者に投げかけられた。

2) テーマ<連携の大切さと本当の患者の気持ちにこたえる看護>

(1) 『ナラティブ』の内容

Bさんは40歳代の一人暮らしの男性である。6年前から糖尿病と診断されている。糖尿病のコントロールにより一時、体重減少とHbA1cが良好になったことから治療を中断した。3年前に風邪のため近医を受診して治療を再開するが、今回、咽頭扁桃炎の生検のために血糖コントロールが必要となり入院した。タバコは1日60本吸っている。食生活は偏っており、ラーメンが好きで毎日食べる。「この習慣はやめられない」とBさんは言う。『ナラティブ』の筆者はBさんが入院中にどう糖尿病と向き合えるか、その気持ち次第でこの先の人生が左右される大事な時であると感じていた。今回合併症検査を行う中で心臓カテテル検査の結果、循環器の医師から、このままの状態が続くと心筋梗塞を発症し、90%即死だと厳しい説明があった。その後、Bさんがこの状況をどのように受け止めているか、Bさんと話す機会を作った。Bさんは「考えすぎると落ち込むタイプだから・・・。」と不安や危機感などを隠すように冗談を言ったり「何も問題がない」などと相反する言葉で誤魔化しているように見えた。しかし、そこからのBさんの変化は大きかった。Bさんは、今後の生活について具体的な質問をするようになり、栄養指導を受けて、ラーメンと別れを告げる決意をした。Bさんの意識は変化したが、実際にこれを実行できるか不安であり、外来看護師に継続フォローを依頼した。退院後もBさんの変化は継続していた。入院以来、禁煙も継続している。『ナラティブ』の筆者は連携することの重要性を学んだと言う。

(2) 話し合いのプロセス

【Bさんに何故変化が起こったのか】が話し合いの中心であった。「循環器の医師にガツンと言われたことが良かった。危険性を自覚なく過ぎる人が多い中、それを食い止めることが出来る様な状況であった。」「患者と向き合う機会を作ったことが良かった。何とかして帰らないといけないという看護師の介入がよかった。」「この人なりにできる方法を栄養士に相談して考えてもらったことで、選ぶものを気にするようになった。」「学生が患者の話をよく聴いてくれるため頼もしい。患者は看護師よりも学生を頼りにしていた。」また、外来看護師からは「外来では目標値ができたため、加減して食べられるようになった。運動も無理なく行えるようになり、ラジオ体操を毎日やっていた。体も楽になってくることを自覚できた。このような人はなかなか生活指導が3回で終わるといことはない。」との発言があった。Bさんは通院しているので、「何がよかったのかBさん自身に確認するといいいのではないか」という意見があった。また【患者が弱音を吐く機会をどのような状況で聴くことができたのか】については、循環器の病棟から転科してきて、病室で「どうだった?」と聞いたら医師に言われたことを話し始めた。そこからBさんの変化が起こった。冗談は言いつつも質問の数が明らかに多くなった。自分が退院後どうしたらいいのか、どこがわからないか、今までの生活習慣のどこを調節するといいいのかという具体的な疑問点がでてきたというBさんの変化を共有した。

3) テーマ<ベッドサイドの写真の中の威厳あふれる紳士>

(1) 『ナラティブ』の内容

Cさんは80歳代の男性である。『ナラティブ』の筆者が看護師になって8か月たった時、食欲不振があり、衰弱して着替えや排泄に介助が必要なCさんの病室に配膳に行った。するとベッドサイドの写真立てに威厳のある紳士とその妻が映っているのに気付いて尋ねてみた。一瞬、写真の主がCさんと

は結びつかなかった。Cさんの過去の姿に触れて、過去を知らずに今だけを見ていては、患者を知る事ができないことを実感した。どのような状態にある患者さんであっても今の状態だけではなく、それまでの人生を捉えることで、自尊心を尊重したかわりができるのではないかと思う。その後、看護師になって7年目に入院してきたCさんの妻と出会うことになった。Cさんの妻との出会いがCさんとの関わりから学ばせてもらったことを思い出させてくれた。

(2) 話し合いのプロセス

まず【この関わりを通して患者の見方に変化があったのか】の質問で、『ナラティブ』の筆者からは「入院している患者は、ほとんどが年上の患者で、尊敬すべき人であると意識することはできた。入院しているということは患者の人生のほんの一部分であり、入院生活を人生の一部と意識して看護しているということを実感した。」とあり、他の参加者からは「どんなふう生きてきて今に至るのかということが大切で、点じゃなくて線で見るようになるといい。」「入院までの過程を知ることで、看護師の対応も変わる」や「写真に気付いて話しかけたこと自体が大切なのではないか」という『ナラティブ』の筆者の気づき、問いかけたことを称賛する発言があった。

4) テーマ<思いがけないタイミングでの死に対する発言>

(1) 『ナラティブ』の内容

Dさんは50歳代の男性で、糖尿病のコントロールの目的で入院してきた。8年前に糖尿病と診断され、4年前からインスリンが導入されている。糖尿病の合併症が出現し、現在仕事を辞めて生活保護を受けている。ある日、車椅子で自走するDさんを見つけて、今後問題になってくる退院後の食事について話をしようと声をかけた。「足が不自由で、食べ物も買いに行くには時間がかかるので。」とDさんは視線を落として答えた。その時、突然、Dさんは話題を変えて自殺の話になった。「死にたくてもそんな勇気はないもん。かといって生きとるのも辛いな。また骨折でもして入院するか。」とDさんは笑っていたが、何か心の中に思いを隠しているように思った。受け持ち看護師とリーダー看護師にはその出来事を伝えたが、Dさんからはその後、死についての話はなかった。

(2) 話し合いのプロセス

まず、【退院後のDさんの生活状況を整える資源について】と【今後Dさんがどのようになったらいいと思うか】について話し合った。つぎに、【死についての発言はどのようにしてあったのか、Dさんはどんなタイミングで話してみようと思ったのか】についての話し合いになった。「このような話をすることは患者にとってはよかったのではないかと思う。」「Dさんとは、はじめはじっくり話をするつもりはなかったが、途中からこのまま関わった方がいいと思って話を切り上げなかった」「どうしてそうしたのかという内容が語りに含まれると良いのではないか。」「看護師の持っている雰囲気なども関係しているのではないかと思う。」「『ナラティブ』の筆者は話しかけやすい雰囲気がある。いつもにこにこして仕事をしている。だからDさんが話してみようと思ったのではないか。」という発言があった。また、「自分自身で自分の雰囲気に気付かないこともあるし、書けないこともある。語りを聴いた人がその雰囲気を察して語った本人に返してあげられるといいのではないか。一緒に仕事をしていてお互いのいいところを認めたり、肯定したりすることが大切である。」という発言があった。

5) テーマ<ライフイベントを機に生活が悪化している患者の看護方法の悩み>

(1) 『ナラティブ』の内容

Eさんは50歳代の男性で、糖尿病のため過去10回の入院歴がある。先天性サリドマイド症である。今回3年ぶりの入院であるが、結婚生活が不安定でそのため食生活や、生活リズムが崩れ、精神的にも不安定になっている。今まで何度か受け持ったことがあるEさんが、看護ステーションに来て泣いて訴えがあるという記録を読んで、いつものEさんらしくないことに驚いた。また、退院するEさんの退院後の生活に不安を感じたため、Eさんと話してみようと思った。「結婚してから全てがくるってしまった、ここにおると誰かと話ができるし楽になれる。一人ではないから」と涙ながらに話した。Eさんは他人とのかかわりを求めていたが、その相手がいつまでも病棟看護師であってはいけなかった。Eさんにとってまず必要なことは、生活を整えることであり、そのためには身近に相談できる人が支えてくれる人が必要であると感じ、そのことをEさんに伝えた。Eさんは自分の望む治療をしてほしいと訴えるが、糖尿病のコントロールへの姿勢は不誠実であるように見受けられる。

(2) 話し合いのプロセス

話し合いは【Eさんの入院前の生活】【Eさんはこの先どんな生活をしたいと思っているのか】【今後のEさんへの指導】【病棟の看護師はどうしたいと思っているのか】の4点であった。【Eさんがこの先どんな生活をしたいと思っているのか】では「入院の目的がEさんの目的と合致して満足して退院しているのか、患者が血糖コントロールを目的として入院していないのであれば血糖コントロールはできないであろう」「血糖コントロールが何かの治療や処置のついでになっているのではないか」「今回の入院はすべてEさんのペースになっている。自分の身の回りの問題が片付いていないためEさん自

身の健康に関心が向いていないように思う。」などの発言があり、『ナラティブ』を語った筆者からも「語りをまとめる中で、(Eさんに)聴くだけでなく、先に退院後の話を持っていかなくてはいけなかったのではないか」と思ったとのことであった。【今後のEさんの指導に関して】では「今どうしたいかではなく5年先自分がどうなっていたいかということを知っていると良いのではないか」「患者は今、考える隙がないかもしれないが、あえて考える機会を作ってもいいかもしれない。」「今回糖尿病の入院という認識がないのであればそれに気づく事ができればEさんの目的も変わってくるのではないか。」などの提案があった。また【病棟の看護師はどうしたいと思っているのか】では「看護師の中には血糖コントロールというよりも精神科ではないかと言っている人もいる。」「病棟内でも意見が様々で看護師がどうあってほしいと思っているかわからない。」「看護師も辛いだろう。看護師ではどうにもならないことを話されてそれぞれ辛い。お互いに話をしてみたらこれからどうしていくとEさんにとって一番いいか、(思いを)吐き出してもらってみたいのでもいいのではないか」「外来看護師として退院前に顔を合わせに行く。入院の目標が達成されたのか、今回の目的はどうであったかを聞いてみる。」との発言があった。

2. 看護事例における話し合いのプロセスのまとめ

『ナラティブ』の語りを聴いた共同研究者からは、患者の反応や行動の意味および反応や行動にどのような要因が影響しているかを検討したり、状況を理解するための質問、看護師の気持ちや困ったこと、看護師の行動の意図を確認する質問があった。それらは『ナラティブ』では十分に伝えられなかった事柄である。その後、それぞれの『ナラティブ』に追加し、修正を行った。話し合いの中では、行われた看護について自由に意見を述べ合い、それぞれの看護の良かったところを認め合い、評価する発言があり、これらが話し合いを促進する要因になっていた。

3. 取り組みの評価

6回目の『慢性疾患患者の看護を語る会』では、参加した共同研究者にグループインタビューを行い、この取り組みの評価を行った。出席者は8名であった。また、当日欠席した共同研究者3名には同じ内容の質問紙に記述し郵送してもらった。質問の内容は、『ナラティブ』を記述し、話したことについて、『ナラティブ』を出す時にどんなこと(あるいはどのような場面)を記述しようと思ったか 自分の伝えたいことが伝わったと思うか 『ナラティブ』を記述することについてどう思うか、また、『ナラティブ』を聴いたことについては、理解するためにどのような質問をしたか 『ナラティブ』を聴いてどのように感じたか、何か学んだことはあったか、今後どのようにしていきたいかであった。

『ナラティブ』では、どのようなこと、あるいはどのような場面を記述しようと思ったかでは、印象に残っている患者との関わりを振り返る が一番多く、次いで 突然の患者の死を同病の患者やスタッフがどう受け止めていくか知りたい 自分の行動がどのような思い・考えから至ったものであるかを伝えたい 自分の行った援助について振り返ると同時に他の人の意見を聴きたい であった。

『ナラティブ』を記述し、語ったことをどう思うかについては表2に示すとおりである。一番多かったのは 行った看護を振り返る機会になる で、次いで 自分の視野を広げることになる 自分の思いや行動を掘り下げることができる であった。

表2 『ナラティブ』を記述し、語ったことについてどう思うか(グループインタビュー参加者8名、欠席者-質問紙 3名) N=5

要約	話や記述の内容の一部
行った看護を振り返る機会になる(4件)	・(振り返り) そうしないと、パターン化された業務をこなすだけになってしまう。 ・実際自分が感じていることを文字に起こすと振り返る機会となり、その時気づいた意識しなければいけないことも徐々に薄れてしまうため、語ることでそれを思い出す事ができた。最近、偶然その事例の妻と再会し、同じ写真を見つけ、自分の中で衝撃を受けたため事例のことを思い出した。新人の頃に自分が思ったことを思い出し、記憶が繋がった。普段仕事の中で同僚と患者について話すことは多いが、ここまで深く話すことはない。
自分の視野を広げることになる(2件)	・まとめて他の人に話すことで考えや視点を広げることができるため、やればやるだけ自分の視野を広げる機会になる。ここに参加するだけでもそう思う。 ・語りを聴いた方から意見をもらうことでさらに視点が広がり、次に同じような場面に直面した時、望ましい方向(結果)へ導くためのプロセスでとても参考になる。
自分の思いや行動を掘り下げることができる(1件)	・その場面について客観的にみることができ、自分の思いや行動を掘り下げることができるきっかけになる。

『ナラティブ』を聴いて理解するためにどのような質問をしたかでは、 気になったり、思いついたこと 患者の行動や発言の意味をどう理解しているか 語り手が思考を深めるように質問する 看護師の立場に立って語りを理解しようとする で、一方 どのようなことを質問すればいいかわからなかった という意見もあった。

『ナラティブ』を聴いてどのように感じたか、何か学んだことはあったかの結果は表3に示す。『ナ

ラティブ』を聞いたことで いい刺激になる 今後の自分の看護に活かせると思う 視野が広がる
 自分の看護が深まっているような感じがする 看護を振り返ることで患者の行動や発言の意味
 に気付く事ができる 患者の思いを知るきっかけになったり、質の高い看護につなげていくことが
 できる 頑張っていて看護していることが共有できてよかった 他の看護師の対応を類似体験できた
 看護師の個性が患者の関わりを活かされている と他の看護師の看護を共有することで、今後の
 看護に活かせることや他の看護師も頑張っていて看護しているということを実感できたという意見が多か
 った。一方、 事例をもう少し肉づけできるとよいという意見がありこれは今後の課題でもある。

表3 看護の『ナラティブ』を聞いてどのように感じたか。何か学んだことはあったか。(グループインタビュー
 参加者8名、欠席者 質問紙3名) N=11

要約	話や記述の内容
いい刺激になる(2件)	・ある事例で業務の中で写真に気づけたということが新人の時を思い出したりして自分の看護を振り返るきっかけとなった。いい刺激になった。 ・同じような悩みを抱えていることが分かった。さんの事例だと自己完結で終わってしまいがちなことをあえてまとめられてそれを聞いたことで刺激となる。同じ病院の看護師としてそれぞれのチームや病棟で行っているが、事例として語ることでそれぞれが行っている看護を発信できるきっかけづくりになっていると思う。大学でメンバーと共有することもできるし、病棟内での共有につなげていけると良い。
今後の自分の看護に活かせると思う(2件)	・自分でもそう思うな、同じような経験をしたなど今までの自分の事例を振り返る機会にもなった。明日からの自分の関わりを活かしていこうと思った。 ・自分も事例をまとめるのに苦労した。今回の語りは皆さんすごく上手で情景が浮かんだ。自分もこの時こうすればよかったとか、と振り返る機会になったし、展開の仕方の浅さに気付くこともある。今ここで話していることがすぐに活かしているわけではないが、指導の時に活かしていきたいと思う。
視野が広がる(1件)	語りを聴く中でいろいろな人の意見を聴き、視野が広がる。
自分の看護が深まっているような感じがする(1件)	検討会に参加することで、深く考えることができたし、いろいろな人の意見を聴いて吸収できる。自分の看護が深まっているような感じがしてありがたい。
看護を振り返ることで患者の行動や発言の意味を気付く事ができる(1件)	患者がとる行動や発言の裏には何か意味を持っていることがある。それに気づくかどうか、感じ取ることができるかどうかは経験はもちろん看護の語りの場などで振り返りをすることが大切ではないかと考える。
患者の思いを知るきっかけになったり、質の高い看護につなげていくことができる(1件)、	語りを聴くことは、通常、看護記録として残らないような一場面の出来事であったり、看護師の思い・行動であることも多いと思います。しかしそのようなところから患者の思いを知るきっかけになったり質の高い看護(過程)につなげていくことができると思います。
頑張っていて看護していることが共有できてよかった(1件)	他病棟がどんな看護をしているかということが分からない。それぞれ異動して違う病棟で頑張っていることが共有できてよかった。私の病棟には糖尿病がある患者で心臓カテーテル検査のために入院する患者もいる。転科する時に簡単な申し送りだけになってしまいがちだが、もう少し連携できるとよい。
他の看護師の対応を疑似体験できた(1件)	同じような経験をしている看護師の実践について「そうそう。わかる。」という気持ちで聞いていた。また、語られたその人の経験から「この人は患者との場面でこんな風に感じたんだ。こんなふうに患者と関わるんだ。」というように自分にはない看護観を発見した。他には、普段見ることができない他の看護師の対応を語りの中で疑似体験のような体感をすることができた。
看護師の個性が患者の関わりを活かされている(1件)	看護師の持つそれぞれの個性が患者の関わりを活かしていることがわかり、それでいいのだと思うことができた。
事例にもう少し肉づけができると良い(1件)	事例を出す人に負担がかかると思うが、もう少し肉づけしていけると良いか。

また、今後どのようにしていきたいかについては、ここでの学びを広げていく 気づきを養う機会として積極的に参加したい 事例の書き方の工夫 などの意見があった。

・まとめ

現地の共同研究者は、昨年度からの2年間に『ナラティブ』を記述して『慢性疾患患者の看護を語る会』の中で語ることを、少なくとも1回は経験したことになる。今年は看護経験年数が少ない共同研究者が多かったが、それぞれ印象に残っている患者との関わりを振り返る、自分の行った援助について振り返ると同時に他の人の意見を聴きたいなど意図的に『ナラティブ』記述しようとしていた。ただ、『ナラティブ』だけでは十分に参加者に伝わらないためにいろいろな質問が出されたが、これは話し合いを促進する要因にもなっていた。『ナラティブ』を記述し、『慢性疾患患者の看護を語る会』で語ったことについては、行った看護を振り返る機会になる、自分の視野を広げることになるなど肯定的に評価されていた。

今年度大きな収穫と考えられることは、『ナラティブ』を聞いた側の意見として いい刺激になる

頑張っていることが共有できてよかった。他の看護師の対応を疑似体験できた。という意見にみられるように、他の看護師の『ナラティブ』からそれぞれの看護師が頑張っていることが実感できて、そこから得られた感動が看護することのエネルギーを湧きあがらせるという良い循環につながっていることが確認できたことである。共同研究の参加者が『ナラティブ』の重要性に気付いたことは、それぞれの実践の部署で看護の語りを広げていく一歩になると思う。

・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

『ナラティブ』は臨床現場では、ほとんど行われていない。今回『ナラティブ』の記述を行った共同研究者は6名で、そのうち前年度に初めて『ナラティブ』を作成した人が2名いた。他の4名は、はじめて自分の看護を振り返り、記述し『慢性疾患患者の看護を語る会』で語ることで、『ナラティブ』をより分かりやすいものに修正していった。『慢性疾患患者の看護を語る会』で『ナラティブ』を語り合うことでそれぞれの看護師が「頑張っていることが共有できる」機会となった。それが、いい刺激になり自分も頑張ろうというエネルギーになったと思われる。

2. 現地側看護職者の受け止めや認識の変化

従来の『ナラティブ』の有効性に加えて、「自己完結で終わってしまいがちなことをまとめて、それぞれの看護が発信できる」、「『ナラティブ』を共有することで、いい刺激になる。」とこたえており、共同研究者が新たに気づき、思いを共有する場を今後は臨床現場の中に実践しようとする言動が見られた。

3. 本学(本学教員)が関わったことの意義

現地の看護師は『ナラティブ』を記述し、語ることはほとんどの人が初めてであり、『ナラティブ』を記述することは行った看護を振り返りまとめる機会となったことを実感していた。また『ナラティブ』を聴く事はそれぞれの看護師が行っているよい看護を共有し、次の看護のエネルギーに転換することになった。『ナラティブ』は色々な場面で使われており、臨床ではラダー評価で使われることも多い。教員が関わることにより『ナラティブ』イコール評価という使い方ではなく、看護を自由に語り合うことの楽しさを理解してもらうように努めた。また、教員は『慢性疾患患者の看護を語る会』の中で語りを促進し、意見を述べることにより『ナラティブ』を充実するための支援を行い、語られた看護の中に意味や実践の根拠を見出す支援を行っており、これは実践の中からの学びを促進しモチベーションを上げていくことにつながっていると考えられる。また、本取り組みの結果を教員が担当する講義や実習に反映させることで、学部や大学院教育の充実を図ることができると考える。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 看護実践を語ることの意味と臨床の場で実践することの可能性、実施方法について

・発言できる看護師を目指すために、所属する病院では、看護師全員が年1回は語り暗黙知ではなく形式知になるようにしている。初年度は自分がやってきたことを話しても大丈夫だと思えるよう振り返りを中心に語った。翌年には語りの中で学びも表現されるようになり、他者から意見をもらい、もう一度振り返る事ができるようになった。看護を語り合う風土を作り、それによって看護の質を上げたいと思っている。語りの場の具体的な状況としては、1日に3~4事例行っている部署もあり、各部署の看護師長が現場の状況に合わせて語る機会を作っている。

(A病院看護部長)

・語ることは良い振り返りになり、聴くことは初心に返り、良い看護をしたいと思える機会となる。(共同研究者)

・看護計画を話し合う時は思考の部分が培われるが、思いの部分は相手に伝わらず形として残らない。看護師の思いを表出し発散する場が必要ではないかと思われる。

・ラダー申請時に『ナラティブ』を作り上げており、実践の中での困難な事やり遂げたことを話す中で看護観が出てくる。(B病院看護部長)

・『ナラティブ』を評価に使うだけでなく現場で語ることで看護師の活力になる。今回の共同研究は現場から離れた大学で行ったということで、より話しやすかった可能性はあるが、このような取り組みを日常的に現場で行えるといい。

・「いい看護をしたい」という思いを皆で共有することで、多忙な中でも実感できるような『ナラティブ』は大切だと思う。(共同研究者)

文献

照林社編集部編.(2003).エキスパートになるためのキャリア開発 p.56.照林社.

リンパ浮腫に対する看護が必要な患者への継続支援の充実に向けた取り組み

山中富喜子 脇田久美 渡邊真子 福永充代（岐阜県総合医療センター・女性病棟）
羽生田江里 葛谷豊実 戸本幸（岐阜県総合医療センター・外来）
布施恵子 奥村美奈子 梅津美香 宇佐美利佳（大学）

．はじめに

女性生殖器のがん治療の1つに手術療法があり、リンパ節郭清を行った場合はリンパ浮腫が生じる可能性が高い。がん治療により併発したリンパ浮腫によるQOLの低下が生じ、支援を求める患者が多数存在しており、リンパ浮腫セラピストの資格を持つ看護師（以下、セラピストとする）が患者に関わりながら、資格が無い看護師が患者に実践できることを伝えているが、援助が必要な患者に十分な看護ができていない状況である。平成23年度秋頃より、医師がリンパ浮腫治療に必要な患者を入院させるようになり、入院中にリンパ浮腫治療が行えるようになったが、退院後の継続支援が十分とは言えない状況であり、外来と連携して患者と関わることが必要と考える。そこで、リンパ浮腫の予防と早期発見と発症後のケアを行えるリンパ浮腫外来の開設を視野に入れて、リンパ浮腫に対する継続支援の充実が必要と考える。

．目的

平成24年度は、リンパ浮腫指導や治療を目的とした入院（以下、リンパ浮腫教育入院とする）をした患者や、リンパ浮腫指導に取り組んでいる医師や看護師の現状を把握することを目的とする。平成25年度は、前年度の結果から、リンパ浮腫に対する看護が必要な患者への継続支援を行う為の課題を検討し、課題に対する方策を検討しながら取り組むことで、患者への継続支援の充実を目指すことを目的とする。

．方法

1．リンパ浮腫治療や指導に関わっている看護師及び医師の現状把握（平成24年度）

リンパ浮腫治療や指導に関わっている看護師及び医師を対象に現状把握のために、現地側と大学側の共同研究者間で質問紙を検討して作成した質問紙を用い、無記名自己記述式質問紙調査を実施する。回収された質問紙は、外来看護師、病棟看護師、医師ごとに単純集計を行い、記述内容は意味内容の類似性に沿って分けて質的に分類する。

2．リンパ浮腫教育入院をした患者の現状把握（平成24年度）

リンパ浮腫教育入院をした患者に、リンパ浮腫教育入院後の外来受診時、大学側共同研究者が半構成的面接調査を実施する。面接内容は逐語録に起こし、質的帰納的に分析を行いカテゴリー化する。

3．リンパ浮腫に対する看護が必要な患者への継続支援を行う為の課題の検討（平成25年度）

現地側および大学側の共同研究者間で、平成24年度に実施した現状把握の結果から、リンパ浮腫患者に対する継続支援を行う為の課題を検討し、継続支援を行う為の具体的な方法を考える。

4．リンパ浮腫に対する看護が必要な患者に関わる看護師に対する勉強会の開催（平成25年度）

リンパ浮腫患者の治療や指導に関わる外来看護師と病棟看護師を対象とし、勉強会を開催する。勉強会では、リンパ浮腫を見分ける観察力や介入の必要性の有無の判断力を養う為の知識を得て、日常生活の注意点を理解して実際のケアを体験することで患者の思いを知り、患者に寄り添った看護ができることを目標に、セラピストによる講義と演習を行う。勉強会終了時、勉強会を評価する目的で、現地側及び大学側共同研究者で作成した質問紙を用いた調査を行う。

5．リンパ浮腫に対する看護が必要な患者に対する看護の成果の確認（平成25年度）

勉強会後の看護の成果を把握する為、勉強会から約半年後に、現地側と大学側の共同研究者間で質問紙を検討して作成した質問紙を用い、リンパ浮腫患者に関わる看護師を対象に無記名自己記述式質問紙調査を実施する。勉強会開催後にリンパ浮腫教育入院をした患者に、リンパ浮腫治療に関係したスタッフの関わりや体制に関するインタビューを行う。面接内容は逐語録に起こし、質的帰納的に分析を行いカテゴリー化する。

．倫理的配慮

質問紙調査では口頭で研究趣旨を伝えて質問紙を配布し、回収箱への質問紙の提出をもって同意とした。面接対象患者に、研究の主旨や個人情報の守秘などを文書を用いて口頭で説明し、文書で承諾を得て対象とした。本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得ている（承認番号0056）。

結果

1. リンパ浮腫治療や指導に関わっている看護師及び医師の現状

リンパ浮腫治療や指導に関わっている病棟看護師、外来看護師、医師に質問紙を配布し、病棟看護師 23 名（回収率 100%）、外来看護師 4 名（回収率 100%）、医師 11 名（回収率 100%）より回答が得られた。アンケート調査期間は、平成 24 年 11 月 13 日～平成 24 年 11 月 30 日であった。

1) 病棟および外来看護師の現状

リンパ浮腫指導に関わったことがあるのは病棟看護師 22 名（95.7%）、外来看護師 4 名（100%）であり、リンパ浮腫指導に関わったことがある看護師に対して、リンパ浮腫を発症している患者に関わる事になった時の心境を質問した結果、病棟看護師 20 名と外来看護師 4 名から回答を得た。「対処方法がほとんど分からないので困る」のは、病棟看護師 8 名（40%）、外来看護師 2 名（50%）であり、「全く分からず困る」は、病棟・外来看護師共に 0 名であった。

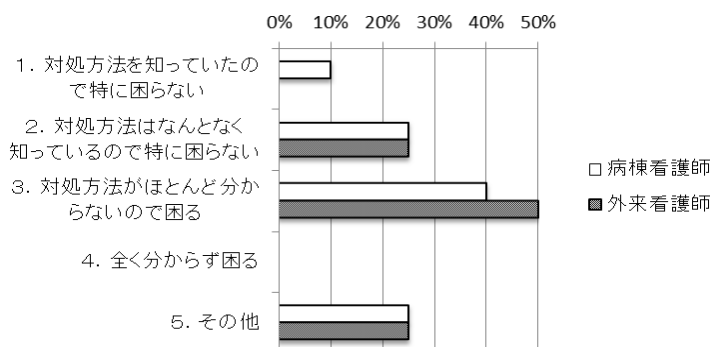


図1 患者に関わりを持っていく事になった時の心境
(病棟看護師:n=20)外来看護師:n=4)

「その他」は、病棟看護師 5 名（25%）、外来看護師 1 名（25%）であった（図 1）。その他の心境として、病棟看護師は、『対処方法を何となく知っているが自信が無い』『対処方法が曖昧であり、対応に不安を感じる』『自信が無いので困る』『セラピストに相談しながら行おうと思った』等と回答し、外来看護師は、『対処方法の知識は乏しいが、相談できるセラピストがいるので特に困らない』と回答した。

2) 医師の現状

質問紙に回答した医師 11 名の内訳は、婦人科医師 7 名、乳腺外科医師 4 名であった。早期発見の為に気を付けていることを複数回答で質問した結果、「患者から相談があれば対応している」が 8 名（73%）、「意識してすぐに対応している」が 6 名（55%）、「看護師に指導を依頼する」が 6 名（55%）、「DVD やパンフレットを紹介している」が 2 名（18%）であった。

2. リンパ浮腫教育入院をした患者の現状

1) 対象者の概要

対象者は 3 名であり、全員女性で平均年齢は 35.7 歳であった。対象者の概要を表 1 に示す。

表1 対象者の概要

対象者	年齢	性別	面接時間(分)	疾患名	治療時期 治療法	リンパ浮腫発症時期 部位	リンパ浮腫教育入院までの経過	リンパ浮腫教育入院時期
A氏	40歳代 後半	女	44	子宮頸がん	X-1年6月 広汎子宮全摘術	X-1年9月 右大腿部	外来でフォローされていたが、右側腹部から大腿にかけてのリンパ浮腫の改善が認められなかった。	X年10月上旬に4日間
B氏	40歳代 前半	女	31	右乳がん	X年7月 右乳房全摘術	X年12月 右上肢	外来でフォローされていたが、リンパ浮腫によるボディイメージの変化を強く不安に感じセルフケア習得を希望された。	X+1年2月上旬に7日間
C氏	60歳代 後半	女	32	左乳がん	X-8年12月 左乳房部分切除術 リンパ節郭清術 術後放射線療法	X+1年1月 左上肢	左上肢の腫れに気付き、乳腺外来に相談してパンフレットを用いた指導を受けたが、ドレナージの具体的な方法を理解できなかった。	X+1年2月上旬に7日間

2) 患者のおかれている状況と患者の思い

分析の結果、得られたカテゴリーを【 】で示す。

教育入院前の状況は【浮腫による違和感や痛みが日常生活に影響】【パンフレットだけでは効果的なマッサージ方法が具体的に分からなかった】などであった（表 2）。リンパ浮腫の相談に対して【相談できるところがある事を知ると安心】【相談できるところが欲しい】などと思っていた（表 3）。リンパ浮腫に関わる看護師に対して【リンパ浮腫を専門にみる看護師に看てもらえることの安心感】【リンパ浮腫を専門にみる看護師の存在を知る事ができない】などと思っていた（表 4）。教育入院の結果は【教えられたことは日常生活の中で習慣化して活かされている】などであった（表 5）。

表2 教育入院前の状況

カテゴリー	具体的内容
浮腫による違和感や痛みが日常生活に影響	リンパ浮腫を発症して生活面で困ったことは、痛みがあることで歩くことが辛かったことである。
	リンパ浮腫を発症していたときは、自宅がコーポの3階にあるため階段生活であり、自分の足で歩かなくてはいけないことが苦痛だった。
	足が腫れてきた時に、痛みとか違和感とかが常にあった。
	リンパ浮腫はまだそんなにひどくなかったが、箸や鉛筆が持ちにくかったり、バスタが巻きにくかったり、手袋が浮腫がある方だけはまだにくいということがあった。
	腫れてくると、ひっかかった様な状態になって足が上がらないという辛さが1番あった。
パンフレットだけでは効果的なマッサージ方法が具体的に分からなかった	常に痛いわけでは無く、徐々に腫れてくるので、本当に辛いと思っていたのは、約2～3ヶ月だったと思う。
	腋窩から肘までの皮膚にビリビリした痛みがあって力が入らなかった。
	最初は何も知識が無いため、とにかくマッサージという事だったので、外来でもらった本だけ見て、とんでもないマッサージの仕方をしていて、外来でも、ここを見れば書いてあるからとマルを付けてもらった本を見てマッサージをしていたが、加減というのが全然分からなかった。
相談の為に病棟へは行きにくい	12月末に乳腺外科医とリンパ浮腫を専門にしてくれる看護師にみてもらい、ひと月後に来院するよう言われ、その間は冊子を見て自分でマッサージをしていたが、どうすればいいのかなと思うことばかりだった。
	12月末にリンパ浮腫を専門にしてくれる看護師からパンフレットをもらってマッサージ方法を教えてもらったが、それだけでは分からず、見よう見まねで一生懸命力を入れてやったが、力の入れ方が違っていった。
外来看護師と話す機会がなければ相談できない	リンパを専門に実施している看護師から「もし辛いことがあったらいつでも来てくださいね」と言われていたが、退院後に病棟まで来るのは気が重くて来られなかった。
	病棟まで行って、顔見知りの看護師がいれば声もかけられるが、明らかな用事も無く病棟に行くというのは、意外と勇気がいる。
リンパ浮腫を専門にしてくれるところが無い	先生に診察してもらって「はい、さようなら」という状態なので、看護師さんに「いつでも相談に来てくださいね」と言われても、看護師さんを「ちょっと待って」と引き留めることはまずない。
	外来で看護師に会うことも無く、話をするのは主治医だけなので、患側が腫れてきたとき、外来の看護師には相談していない。
外来受診で初めてリンパ浮腫だと分かった	リンパ浮腫を専門にしてくれるところが無いインターネットで調べたが無く、テレビで新幹線や飛行機で通院しているというのは見たが、近くには無いんだと思った。
	リンパ浮腫をしてくれるところを調べたが無かったので、本当に困っている人は山ほどいると思う。
	最初は何も知識が無いため、浮腫かなと思って予約を取ってきて見てもらって、リンパ浮腫だと分かった。

表3 リンパ浮腫の相談に対して

カテゴリー	具体的内容
相談できることがある事を知ると安心	リンパ浮腫に関しても、風邪をひいたから病院に行くというようなところがあれば安心だと思ったので必死に調べた。
	リンパ浮腫について相談できることを知らなかった時は、どんどん腫れていったらどうしようかと思っていたが、今は、相談できる人がいると思えるだけでも全然良いと思う。
	現在行っている放射線治療も結構むくみを発症させるものらしいので心配ではあるが、相談できる窓口があることを知っただけでも安心できる。
相談できるところが欲しい	今は、リンパ浮腫になっても我慢するしかないの、リンパ浮腫に関して相談できるところがあるということを知っているだけでも、今とは全然違うと思う。
	大々的な外来としてでなくて良いので、がん患者さんのサロンの中に、リンパ浮腫の相談のりますという窓口があるだけでも全然今とは違うと思う。
相談できることを示して欲しい	思っているだけだとストレスになってしまうので、たまにはずっと抜けないといけなと思う。
	リンパ浮腫に関して、困ったことがあれば相談のりもらえるところがあることが、バツと見て分かった、こんなところがあるんだと思えるだけでも、今とは全然違うと思う。
	年配の方だとパソコンを見るのが無いので、直接病院に来た時に、リンパ浮腫の相談のり、リンパ浮腫を専門に看る看護師がいることが、ぱっと見られるようになっていると、きつと一番ありがたい。
	余程のことが無いと外来看護師と話をすることも無いので、外来看護師に相談すれば、リンパ浮腫を専門に看る看護師につなぎますということ、情報として出してもらえると良いと思う。

表4 リンパ浮腫に関わる看護師に対して

カテゴリー	具体的内容
リンパ浮腫を専門に看る看護師に看てもらえることの安心感	月1回で良いので、リンパ浮腫を専門に看ってくれる看護師に看てもらえるという安心感がすごくあると思う。
	私は運良く、リンパ浮腫を専門に看ている看護師に看てもらえるという安心感がすごくある。
	リンパ浮腫を専門に看ている看護師に、ずいぶん良いから3ヶ月後でも大丈夫と言われたが、1ヶ月に一度看てもらえると思うだけでも安心感が違う。
リンパ浮腫を専門に看る看護師の存在を知る事ができない	看護師は、何かあれば言ってくれば良いと言って(くれるし、相談すれば、リンパ浮腫を専門に看る看護師に看てもらえるが、普通は、リンパ浮腫を専門に看る看護師がいることを知らない)。
	ホームページを調べたが、リンパ浮腫を専門に看る看護師がいることは分からなかった。
セラピスト以外の看護師は触らずに、実施したかを確認していた	実際にマッサージできる看護師と合う日が1回しかなくて、違う看護師は全く触らず、DVDを見ながらやっている時に見ていたり、実施したかの確認をしていた。
触れることは癒やしてあり安心する	1週間の入院中にリンパ浮腫を専門に看ってくれる看護師以外の看護師もドレナージュや指導してくれるが、あまり得意じゃないような印象で、テレビを見ながら出来るという感じだった。
外来看護師から氣にかけられることが有り難い	外来でもマッサージをして、触って構ってもらえると、自分でやるよりも癒やしがあるので、安心する。
看護師だから話せる	最初に弾性ストッキングを医師に勧められた時、はいてみた感想を聞かせて欲しいと外来看護師に言われ、入院するとなった時も、入院した後の事を詳しく聞きたいと外来看護師に言われ、氣にもらえて有り難かった。
	看護師にリンパ浮腫を看てもらおうと、医師に話づらいことも話せるので、すごく安心である。

表5 教育入院の結果

カテゴリー	具体的内容
教えられたことは日常生活の中で習慣化して活かされている	だんだんと教えてもらったドレナージ自体は行わなくなったが、入浴後にクリームをリンパに沿って教えてもらったように自然に塗れるようになった。
	もらったクリームがとても良いので、入浴後だけでは無く起床時にもクリームを塗っていて、ドレナージを教えてもらった時の手つきで行うことが習慣化されている。
	教育入院は、専門的な知識を教えてもらう入院であったが、その後の生活に活かされており、手術後にビデオを見て退院した時とは違うと思う。
	退院後は入院中に教えてもらったマッサージの仕方を買ったビデオも見ながらやっている。
教育入院で教わった内容は継続可能	入院中に教えてもらったことはほとんどやっていると思う。
	教育入院退院直後は、教えてもらったことを毎日やっていた。
	足が浮腫んだ時の辛さは嫌なので、教育入院で教えてもらったことを続ける事は苦痛ではない。
	教育入院で教えてもらったことは、テレビを見ながらとか娘と会話をしながらできることなので、教育入院で教えてもらったことを退院後も続けることは苦痛ではない。
教えられたことを日常生活の中で自分なりに工夫して継続している	お風呂上がりに保湿をするように言われたので、保湿はしっかりしている。
	入院中に教えてもらったマッサージ方法を毎日やっているけど、今は寒くて体が冷えてしまうので、お風呂の中で外に出ないところだけ先にやって、腕だけは出しておいても寒くないから後でやっている。
教えられたことの継続による効果	リンパ浮腫は完全に良くなるものではないので、いいときもあれば浮腫んでくる時もあるが、教えてもらったマッサージを続けていると、強いてものすごく辛いとか困っていることは無い。
自分なりに工夫して行っていることが良いかわからない	自宅で毎日マッサージを続けているが、入院中に教えてもらったマッサージの仕方やビデオの内容とは少し異なる方法で行っており、その方法でよいかわからない。

3. リンパ浮腫に対する看護が必要な患者に関わる看護師に対する勉強会の開催（平成 25 年度）

平成 24 年度の調査結果をもとに共同研究者間で話し合った結果、リンパ浮腫の患者に関わる病棟および外来看護師は、対処法がほとんど分からないために患者と関わるのが困難となっており、リンパ浮腫患者の相談に応じられていないことが課題として考えられた。リンパ浮腫患者に対して継続支援を行うためには、患者の要望に応じる際に看護師が困ることが無く、必要時にセラピストと連携できるだけの基礎知識を習得することが必要であるため、勉強会を開催することとなった。

1) 開催時期および参加者

第 1 回勉強会を平成 25 年 6 月中旬に開催した。参加者は、病棟看護師 12 名、外来看護師 9 名であり、理学療法士 2 名が講義のみ参加した。第 2 回勉強会を平成 26 年 1 月中旬に、第 1 回勉強会と同じ内容で開催し、第 1 回勉強会に参加できなかった病棟看護師 5 名が参加した。

2) 勉強会の内容

(1) リンパ浮腫の基礎知識を学ぶ講義

講義は 30 分間で行い、内容は、浮腫を見分ける 浮腫ケアの選択 複合的治療について 外来と病棟とのリンパ浮腫ケアサポート体制 ケア方法の立案と看護介入であった。

(2) リンパドレナージを体験する演習

講義に引き続き、75 分間の演習を行った。内容は、セルフリンパドレナージ 弾性着衣装着体験 弾性包帯装着体験 圧迫下での運動療法であった。

3) 第 1 回勉強会終了時に実施した質問紙調査の結果

参加者 21 名から回答が得られ(回収率 100%)、全員が「浮腫を見分ける講義内容を理解できた」と回答していた。「今後の看護に非常に活かせると思う」が 18 名 (85.7%)、「今後の看護にやや活かせると思う」が 3 名 (14.3%) であった。

4. リンパ浮腫に対する看護が必要な患者に対する看護の成果

1) リンパ浮腫患者に関わる看護師の勉強会開催後の状況

質問紙調査を、平成 26 年 1 月 20 日～平成 26 年 1 月 24 日に行い、17 名(病棟看護師 14 名、外来看護師 3 名)から回答が得られた(回収率 100%)。リンパ浮腫勉強会に参加し自分自身の知識向上につながったと思うかの設問に、「勉強会に参加して知識向上に繋がった」と 17 名(100%)が回答した。

リンパ浮腫勉強会参加後、リンパ浮腫を発症している患者と関わったことがあるのは、病棟看護師 7 名(50%)、外来看護師 3 名(100%)であった。リンパ浮腫を発症している患者に関わる

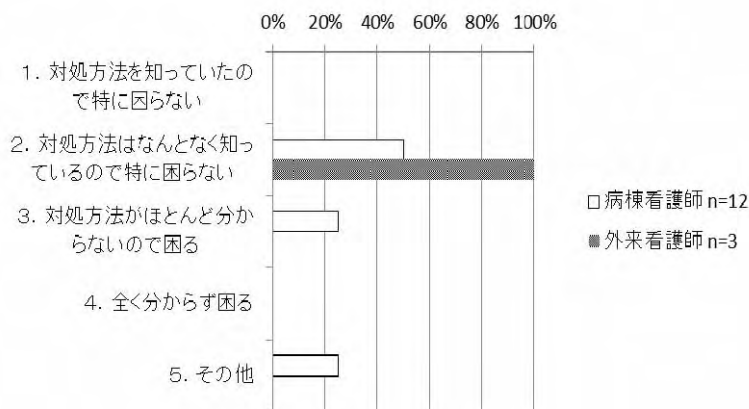


図 2 患者に関わりを持っていく事になった時の心境 (病棟看護師:n=12 外来看護師:n=3)

事になった時の心境を質問した結果、病棟看護師 12 名と外来看護師 3 名が回答し、「対処方法は何となく知っているので特に困らない」は、病棟看護師 6 名（50%）外来看護師 3 名（100%）「対処方法がほとんど分からないので困る」は、病棟看護師 3 名（25%）外来看護師 0 名であった。「全く分からず困る」は、病棟・外来看護師共に 0 名であった（図 2）。その他の心境として、『対処方法を知っているが自信が無い為、セラピストや病棟看護師と相談して行った』『自信が無い部分があるが、聞くことや相談することで自信を持って関われると思う』などであった。

勉強会で学んだことを患者指導に活かしていると感じるかの設問に、「学んだ事が実際患者指導に活かす事が出来ている」と回答したのは、外来看護師が 3 名、病棟看護師が 13 名であった。患者に活かしていると感じる内容として、全員が「日常生活指導」を挙げていた。更に外来看護師は「セルフドレナージ方法と説明」や「弾性着衣紹介」に活かしていた。昨年度より外来医師のリンパ浮腫患者への意識が変わったと外来看護師 3 名が感じていた。リンパ浮腫発症患者について相談や情報提供をしたことがあるかの設問に、外来看護師 3 名と病棟看護師 10 名が「相談したことがある」と回答し、相談した相手の設問に対して、病棟看護師 10 名と外来看護師 3 名がセラピストと回答し、相談内容は「現状の観察方法やケア方法について」などであった。

2) リンパ浮腫教育入院した患者への面接調査

(1) 対象者の概要

第 1 回勉強会の 3 ヶ月後にリンパ浮腫教育入院をした 50 歳代前半の女性である。子宮頸がんで X-8 年に広汎子宮全摘出術、骨盤リンパ節郭清、術後放射線療法を実施した。4 年後にリンパ管炎で入院治療し、左下肢にリンパ浮腫が出現した。外来で弾性着衣を紹介、一時期は他院でフォローされていた。X+1 年 8 月下旬、リンパ浮腫教育入院され退院後はリンパ浮腫看護外来を定期受診している。

(2) リンパ浮腫治療に関係した看護師の関わりや体制に対する患者の意見

分析の結果、得られたカテゴリーを【 】で示す。

リンパ浮腫教育入院中の看護に対する思いは、【退院後も繋がる指導で教育入院は勉強になった】【退院後も継続したいと思えることを体感した】などであった（表 6）。患者にとってのリンパ浮腫外来の意味は【マッサージや経過観察や指導を受けられることで助かる】【改善するために必要な情報や専門家を紹介してもらえる】【日常生活上の困難を話しながら、治すために自分が行う事の必要性に気付く】であった。

表6 リンパ浮腫教育入院中の看護に対する思い

カテゴリー	具体的内容
退院後も繋がる指導で教育入院は勉強になった	リンパ浮腫教育入院は、丁寧に教えてもらえて、セラピストの看護師だけではなく、もう一人の看護師もマッサージと一緒にしてくれたため、本やビデオを見ただけでは分からなかった力加減や間違った方法を行っていたことが分かり、勉強になった。 1週間のリンパ浮腫教育入院の成果は出ており、足が細くなり、柔らかさは今も多少なりとも保っているため、教育入院は勉強になった。
退院後も継続したいと思えることを体感した	リンパ浮腫教育入院でマッサージをやってもらえて、カロリー計算された食事を摂取していたため、1週間の入院の効果はあり、7kg近く痩せてすごく細くなった。 毎日のテーピングが面倒で苦痛な時は何もしないことがあったが、今回のリンパ浮腫教育入院時にKチューブを覚えてもらったことで、夏場の皮膚トラブルも無くなり、毎日継続して圧をかけることができるようになった。
看護師の関わりが良かった	リンパ浮腫教育入院中の看護師の関わりはとても良く、巻くときも手助けをしてもらえた。 以前入院した病院とは異なり、ここのリンパ浮腫教育入院中は、毎日主治医が見に来て、施術できる看護師がいるときは来てくれて触って指導してくれた。
教育入院中に触って指導してもらえた事が有り難い	少しでも手で触ってもらうマッサージは気持ちよく、リンパ浮腫教育入院中、毎日マッサージをしてもらえて、有り難かった。
テーピングを助けてもらい1人で言うよりはできていた	リンパ浮腫教育入院中、セラピストの看護師が他の看護師と一緒に来て、片足ずつ行うことや、入院中はテーピングを手助けしてもらえて、自分一人で言うよりはしっかりできていた。
生活に支障が無い1週間の教育入院は良い	蜂窩織炎になって入院すると20日間くらい制限されることになってストレスは溜まるし、自分にとって入院は駄目なことであるが、1週間の教育入院であれば、仕事のやりくりもできて問題は無かった。

・考察

平成 24 年度、リンパ浮腫治療に取り組んでいるスタッフの現状把握を行った結果、医師は、教育入院やリンパ浮腫外来による取り組みの効果・重要性を感じており、実際に教育入院をした患者からは、自宅で継続してセルフケアが行えるようになったという意見を得た。しかし、外来や病棟の看護師はリンパ浮腫発症患者に関わりを持つことになった時、「対処方法が曖昧」や「対応に不安を感じる」などの心境であった。リンパ浮腫発症患者へ質の高い看護を提供するためには、知識と判断力を養う為の教育の必要性が示唆されたため、平成 25 年度は、リンパ浮腫患者に看護を行う時に必要な基礎的知識の習得を目指した勉強会を、患者体験の演習を取り入れて開催した。

リンパ浮腫の勉強会後にリンパ浮腫教育入院をした患者が、退院後も繋がる指導内容であったと評価していることから、リンパ浮腫勉強会に参加したことで、リンパ浮腫の複合的治療の一つである日常生活指導の重要性を改めて理解して、リンパ浮腫教育入院をしてきた患者に実践できたと考えら

れる。さらに、勉強会に患者体験を取り入れたことが、患者の生活スタイルを理解した指導や、患者に寄り添った看護に繋がったと考えられる。さらに、リンパ浮腫勉強会の開催後にリンパ浮腫教育入院した患者は、毎日の指導やケアの中で医師や看護師の関わりに満足しており、リンパ浮腫外来では、セラピストに状態を維持できるような指導を受けていると感じていることから、リンパ浮腫患者がセルフケアを継続していくための支援体制と環境が整い始めていると言える。

患者がリンパ浮腫と長期的に付き合っていくためには、患者自身がリンパ浮腫を管理する能力が必要である。患者の頑張りや認めつつも患者のリンパ浮腫の状態を評価しながらの看護師の継続的な関わりが、患者の対処能力を上げることに繋がると考える。看護師は、リンパ浮腫に関する基礎的知識の習得にとどまらず、リンパ浮腫と共に生活し続ける患者を支援し続ける看護を習得することが必要と考える。

勉強会において、外来と病棟とのリンパ浮腫ケアサポート体制を説明したことにより、外来及び病棟看護師、医師、セラピスト、理学療法士などがそれぞれ専門性・役割を意識しながら連携していくことの必要性は理解できたと思われる。リンパ浮腫ケアサポート体制を強化して充実していくためには、引き続き、医療スタッフへの継続的な勉強会を開催してリンパ浮腫患者への関心を高めていき、リンパ浮腫に悩んでいる多くの患者のサポートができるように、患者を継続的に支援する環境を整えていくことが必要であると考えられる。

・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

現状の課題を把握するための調査を、対象患者に関わる医師や看護師に行ったことがきっかけとなり、リンパ浮腫患者に対する意識が高まり、患者の声に耳を傾ける医師や看護師が増えた。セラピストによる勉強会で得た知識を活用して看護師がそれぞれの部署で患者に関わっているため、結果的にリンパ浮腫を悪化させる患者が減った。患者の満足感が高まっていることもあり、看護師がリンパ浮腫患者に積極的に関わるようになり、必要な知識を自ら求めて得た知識を活用して患者に関わるようになってきた。さらに、リンパ浮腫患者に介入する必要性からリンパ浮腫看護外来が開設された。

2．現地側共同研究者の受け止めや認識の変化

患者がリンパ浮腫を抱えて困っていることが分かった事、リンパ浮腫患者に関わる必要性は分かっているに関わり方が分からずに困っている看護師が多い状況が確認できた事により、少しずつでも良いので、確実に状況を改善したいと強く感じられたようである。継続支援を充実させる為には病棟と外来の連携が必要であり、患者の情報を共有することの重要性を再認識されていた。共同研究者のみが実践できるようになっても継続支援の充実は難しいため、患者に関わる専門職者を対象に知識を広める事の重要性を感じられていた。

3．本学教員がかかわったことの意義

もともと実践を改善するために積極的に取り組み、研究活動を積極的に行っていたが、看護実践上の課題をデータから明確にして、実践の改善の過程を研究的にまとめるという研究手法を体験できたことと考える。何をデータとして求めるのかを考えながら質問紙を作成する必要性を感じることもできたことと考える。看護実践上の課題を改善していく過程を、研究的にまとめるということはどういうことなのかを感じ取れたと思われ、今後の研究活動に活かされると考える。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

リンパ浮腫の患者への看護支援を病院内で開始したが、将来的に地域や他院の看護職者と連携して、リンパ浮腫患者への看護支援を充実させるにはどうしたら良いと考えるかをテーマに討議を行った。

県内の総合病院で開催されたリンパ浮腫教育に関する勉強会に参加したことで、病院内の看護師と一緒に勉強できた事、退院前に訪問看護師が来院したことで教育入院での教育内容を知ることができた事、外来看護師との連携ができた体験をした事が、訪問看護師から紹介された。在宅では訪問看護師が一人でリンパ浮腫の評価を行う必要があり、戸惑うことも多いため、病院での勉強会の参加や患者への指導方法を知ることができて良かったと述べられた。この発言に対して患者にリンパ浮腫教育を行った看護師より、リンパ浮腫教育について一緒に考えてもらうことができて良かった、継続されていることを知って嬉しいと思っており、今後も続けていきたいと考えていると述べられた。

リンパ浮腫セラピストの情報がなく患者に対応しづらいため、県内のセラピストの情報を知りたいとの意見に対して、現在は院内の患者のみを対象としているが、将来的には院外の患者も受け入れる予定の1施設と、既に院外の患者を受け入れている1施設が紹介された。

リンパ浮腫セラピストの施術は料金が高く、患者は施術を受けにくい状態であるとの意見が出たが、セラピストの施術だけがリンパ浮腫の患者の生活の質の向上を目指した看護では無く、食事療法や運動療法を取り入れたリンパ浮腫を悪化させないように日常生活指導を行うことや、リンパ浮腫を見極められる基礎的知識を持つことが大切であることが発表者から伝えられた。

5 . 育成期にある人々を対象とした看護

妊娠期から継続したハイリスク妊産褥婦への育児支援の検討

平岡淳子 大嶋秀美（長良医療センター・中央3階病棟）
名和文香 服部律子 布原佳奈 武田順子 瀬瀬なつ子 松山久美（大学）

．目的

近年、望まない妊娠や経済的な問題、精神的な問題等のハイリスク妊娠、孤立した育児等の育児困難の増加に伴い、妊娠期からの子育て支援の重要性が言われている。また、特定妊婦（出産後の子どもの養育について、出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦のことをいう）等、妊娠期から継続的な支援を必要とする妊婦に対する早期介入が求められている。そのためには、医療機関と地域保健との連携が不可欠である。

筆者らは、前年度まで、ハイリスク妊娠である多胎児支援について検討を重ねてきた。その中で、医療機関と地域保健の連携の重要性が明らかになった。また、ハイリスク事例全般に、退院後の育児のイメージができていない、妊婦の未熟性が高い、精神的問題を抱える妊婦が多い等の共通する課題が見いだされた。

前年度までの多胎児支援の検討をもとに、妊娠期からのハイリスク妊産褥婦全般の支援方法および地域保健との連携方法のあり方について検討することを目的とし、今回、新たに取り組みを始めた。課題として、現在、病院で取り組んでいる支援を改めて評価すること、地域保健との連携を円滑に行うための方法について検討することが挙げられている。

そこで、今回、他病院における事例やハイリスク妊娠への取り組みについて聞き取り調査を行い、その支援方法を共同研究者間で参考にしながら、ハイリスク妊婦が抱える課題や継続した支援のあり方、医療機関と地域保健の連携方法について検討した。その結果、現在の課題が明らかとなり、医療機関と地域保健の連携の重要性とその方法について、今後の方向性を導くことにつながったので報告する。

．方法

1．A 病院での聞き取り調査の実施

聞き取り調査を行った A 病院は、地域周産期母子医療センターであり、周産期に係る比較的高度な医療を提供している施設である。

調査の内容は、A 病院での過去の事例や現在行われている取り組みを紹介してもらい、産婦人科病棟と NICU 病棟の連携方法、及び医療機関と地域保健の連携方法について、聞き取りを行った。

調査対象は、産婦人科病棟看護師 1 名と助産師 1 名、NICU 病棟看護師 2 名の計 4 名で、聞き取りを行ったのは大学教員 2 名であった。調査時期は 11 月で、調査時間は約 1 時間 15 分であった。

対象者が所属する看護部および対象者に対し、研究の目的や方法について説明し、承諾を得た上で行った。また、調査内容は了解のもと録音した。

2．B 病院での検討会の実施

検討会を行った B 病院は、A 病院と同じく、地域周産期母子医療センターである。

A 病院で聞き取った内容について、支援方法や課題等を項目毎にまとめ、共同研究者間で共有した。次に、B 病院において、現在、取り組んでいる看護支援（ピアサポート、産前訪問、母乳育児支援外来、産褥入院、レスパイトケア）について振り返りながら、取り組みを評価すると共に、現在の医療機関と地域保健との連携について検討した。また、今後の地域保健との連携に向けての必要な取り組みなどについて、意見を出し合った。検討会の開催時期は 12 月で、参加者は、産科病棟助産師 1 名、大学教員 2 名であった。

研究の具体的な進め方は、現地側共同研究者と話し合いながら行い、検討会の運営や評価は共同して行った。

3．倫理的配慮

A 病院での聞き取り調査においては、看護部長および対象者に対して、研究の目的や方法を文書を用い説明し、承諾を得た上で同意書に署名をもらった。また、調査内容については、聞き取り対象者の了解のもと録音をした。さらに、A 病院での聞き取り調査内容を B 病院の共同研究者と共有し検討することについて、A 病院の看護部長および対象者より了解を得た。

聞き取り調査および検討会で提示された事例や内容については、個人が特定されないように配慮した。本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得て実施した（承認番号 0087）。

．結果

1．A 病院における現状と取り組み

A 病院における聞き取り調査の結果、ハイリスク妊婦に対する妊娠期から関わることの難しさについて

て、課題が挙がった。また、現在行われている取り組みの有効性、医療機関と地域保健との連携の取り方とその重要性が明らかになった。

1) 妊娠期から関わることの難しさ

(1) 妊娠前から地域保健の関わりがある事例からの課題

現在の妊娠前から地域保健が関わっていた事例として、未受診妊婦の飛び込み出産、虐待の疑いがあった事例についての紹介があった。2事例とも、前回の妊娠、出産、育児に問題があり、元々地域保健が継続して関わっていた。そのため、医療機関と地域保健が連携を取り、入院中からの支援が可能となった事例であった。

このように、妊娠前もしくは妊娠中から地域保健の関わりがある事例であれば、病院側の体制としても早期から支援が可能となる。しかし、そうでない場合、病院では受診して初めて関わるようになるため、妊婦健診時に気づくことが難しい。また、外来では、看護職の人手不足や深く関わる時間を確保することができないため、妊婦に問題があった場合、医師が産婦人科病棟に情報を伝えるが、情報を控えるのみで、看護職が入院まで直接関わる時間を取ることが難しい。

(2) 育児期に向けてのサポート

産婦人科に入院中の妊婦について、これまではあまり連絡すべき事例がなかったため、何か問題があった場合でも、病院に保健師が出向くことはなかった。退院時に、母と子の健康サポート支援事業（以下、母子サポとする）として地域保健につなぐようにしている。そのため、退院後、児に問題がなければすり抜けることが多く、母親に目が向けられることが少ない。妊娠中に長期入院した場合、母親の背景について、医療機関から地域保健へもう少し詳しい状況を発信できると良い。

(3) 多胎ネットの取り組み

ボランティアによる多胎ネットの訪問が月に1回あり、多胎妊婦にとって、経験者と話す機会となっている。1回だけでなく、入院中何回も話を聞き、育児期のイメージ作りをしている。

2) 産婦人科病棟とNICU病棟の連携

長期入院中の妊婦や胎児診断をされている妊婦に、NICU病棟の認定看護師が産前訪問を行っている。また、妊婦にNICU病棟に来てもらい案内をしながら説明を行っている。その後、産婦人科病棟と情報交換を行う。年に約50件行っており、ポスターでも紹介している。

この取り組みは、妊婦とNICUスタッフとの面識作り、出産後のイメージ作りに役立っている。さらに、産婦人科に情報をフィードバックすることによって、今後の看護に活かすことができている。

3) 医療機関と地域保健との連携

(1) 保健師によるNICU病棟訪問

児がNICU病棟を退院する際、保健師がNICU病棟を訪問し、顔合わせを行っている。訪問する保健師は、対象者が退院後に生活する地域の保健師であり、入院中の児と母親の関わりを観察したり、母親の経過などを情報収集し、退院時からすぐに支援に活かせるようにしている。

これにより、母親と保健師が顔なじみになり、退院後に色々と聞きやすい環境を作ることにつながっている。

(2) NICU病棟を卒業した母児が集まる会の開催

病院が主催し、年に3回行われている。参加者は、1歳未満の母児が10組前後、病院スタッフが2~3名、母児が生活している地域の保健師が2~3名である。開催時間は約2時間で、内容は、育児相談や遊び、質問タイム等を設けている。母親にとって、ストレス発散の場にもなっている。

終了後には、アンケートに答えてもらい、その結果や会の様子を載せた広報誌を作成し、参加者に送付している。

(3) 学習会の開催

保健所からの要請があり、保健師を対象とした学習会（低出生体重児のケア等）を開催した。講義と演習を含めた内容となっている。

(4) 連絡会議の開催

4年前より、年に1回、病院と保健所・保健センターにて連絡会議を行っている。内容は、保健所より現在の新生児等の状況を紹介してもらい、病院からはNICU病棟の状況についてデータを用いて説明している。

始めは、情報共有とディスカッションを行っていたが、2年目からは事例検討を行い、振り返る機会を設けている。例として、最近では高齢初産婦の事例検討を行った。また、連絡会議後に15分程度、保健師にNICU病棟の見学をしてもらっている。

連絡会議を開催するようになってからの効果として、お互いの顔がわかる関係作りにより、連絡が円滑になった。また、現在の年に1回の開催では、足りないのではないかと感じている。

(5) 母子サポの依頼

母子サポの書類を送る際は、地域保健の方に、書類を提出したことと、内容を詳しく伝えるためにすぐに電話連絡している。

(6) 他県の地域保健への連絡について

退院後、他県で生活する場合、A病院を管轄する保健所に、情報提供および他県の保健所との連携をお願いしたい旨を連絡すると同時に、対象者が生活する予定の他県の保健所にも連絡し、今までの情報を発信するようにしている。

2. B病院における現状と取り組み、今後の課題

A病院で聞き取った内容を共同研究者間で共有し、B病院における取り組み、現在の課題、地域保健との連携について検討した。その結果、A病院と同じ課題が浮き彫りとなり、取り組みを振り返ることによって、今後の課題も明らかになった。

1) 妊娠期からのハイリスク妊婦の発見の困難さ

外来では助産師が診察介助にあたっているが、人手不足もあり十分に情報収集や保健指導ができておらず、スクリーニングするのが難しい状況である。また、情報収集をする際、妊婦に踏み込んだことを聞く環境が確保できていない為、支援が必要な妊婦の発見が難しくなっている。

2) ハイリスク妊産褥婦への取り組み

B病院は、9割がハイリスク分娩で、残りの1割が前回もハイリスク分娩である。取り組みとして、ピアサポート、産前訪問、母乳育児支援外来(ママ119)、産褥入院(びいかぶうケア)、レスパイトケア(びいーあばる)等を行い、ハイリスク事例を継続的に支援できる体制を整えている。

(1) ピアサポート

ぎふ多胎ネットの活動を病院の事業とし、月に1回、多胎妊婦を対象にしたピアサポートを実施している。この取り組みは、経験者からのアドバイスによって、仲間作り、育児のイメージ作りや家族間の調整等に役立っている。

年に1回、サポーターと病院スタッフで合同会議を設けている。最近の課題として、育児の大変さがあまり伝わらず、双子の育児を安易に考えてしまうケースがあった。今後、妊婦のニーズを捉えた内容かどうかという検討も必要である。また、アンケートの調査方法や開催時間の問題など、今後検討していく予定である。

また、この会議には、保健師は参加していないが、詳細な現状を把握していたり、事例検討に挙がる事例にも関わっている可能性もあるため、保健師が参加することが望ましいのではないかという意見が出た。

(2) 産前訪問

NICU病棟に児が入院することが予測される妊婦を対象に、NICU病棟のスタッフが産前訪問を行い、NICU病棟の見学や説明を行っている。これは、妊婦の不安の軽減やNICU病棟のスタッフとの顔合わせにつながっている。また、産科病棟とNICU病棟において、情報を共有し看護につなげている。

(3) 母乳育児支援外来(ママ119)

平成21年度から取り組んでいる母乳育児支援外来(ママ119)は、平成25年度より24時間体制となり、1日6枠を設け、年間1000件の母乳を受け入れている。ハイリスク出産の場合、妊娠中に母乳育児支援ができない場合が多いため、産後のフォローが不可欠である。また、母乳育児だけでなく、精神的な面においてもフォローを行っている。

(4) 産褥入院(びいかぶうケア)

児がNICU病棟退院時に、母児同室を行い、育児技術に自信を持つことができるようになること、また、退院後の育児不安の軽減につなげている。

(5) レスパイトケア(びいーあばる)

障がいのある兄弟を育てながら出産をする家族への支援として、妊産婦の分娩入院中のケアを行っている。

3) 医療機関と地域保健との連携

年に1回、母子サポ支援強化検討会が行われており、保健師と病院スタッフで情報交換をしている。今年度は、病院スタッフ8名、保健所・保健センター保健師14名が出席した。現在、NICU病棟に入室した児は、基本的に全例、母子サポを依頼している。また、訪問結果の77%が、現在報告されている。

話し合いの中で、母親の同意が得られない場合でも必要と判断した際には、母子サポ依頼用紙で保健所に連絡し情報提供をしても良い事が伝えられた。また、病院が気づいた時には、いつでも保健所の方に連絡が欲しいとの意見が出た。

このように、連絡会の場を設けてからは、比較的スムーズに連携がとれるようになってきた。

4) 今後の地域保健との連携に向けて

ハイリスク妊娠である双胎妊娠は、サポート状況等、ある程度、先を読むことができるので、入院時に情報を取ることができれば、地域保健につなげていくことが可能である。医療機関から地域保健に、早めに情報提供することで、分娩前から関係を予め作ることができるため、取り組んでいきたい。

さらに、医療機関から地域保健への連絡だけでなく、母子健康手帳配布時に気になった妊婦や、元々地域保健がフォローしている妊婦等の情報提供や依頼が地域保健からあれば、医療機関側もリスクに

素早く対応できるのではないかという意見が出た。また、転院がある場合は、病院間での情報の共有も難しいこともあるため、母子健康手帳に、どの段階でもリスク判定した際には、軽度～重度等、患者にわからないよう、医療職の誰が見てもわかるような方法があれば良いのではないかという意見も出た。

・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・変化したこと

聞き取り調査より、他施設の現状と課題を参考にしながら話し合ったことによって、課題を見いだせたことは、今後の支援や連携体制について考えることにつながった。今後は、その課題に向け、検討しながら取り組んでいくことが望まれる。

2．現地側看護職者の受け止めや認識の変化

医療機関と地域保健の連携の重要性について、改めて認識したことにより、今後、地域保健への積極的なアプローチにつながると考えられる。

3．本学がかかわったことの意義

今回、他病院において支援の状況や課題等の聞き取りを行ったことから、医療機関が抱えている共通の課題や、取り組み状況等について知ることができた。それにより、現在、抱えている課題に対してどのように取り組んでいけば良いか、さらに、新たな課題の発見、提案につながったと考える。

また、医療機関と地域保健との連携の中で、医療機関から地域保健へ情報を発信するだけでなく、医療機関から地域保健への情報提供の必要性についても意見が出た。これは、今後、双方が連携をとる方法として考えていくべき課題であり、このような具体的な意見が出されたことは、意義があったと考える。

また、聞き取り調査を行った A 病院にも、検討会の内容について、フィードバックしていくことにより、現在、多くの医療機関が抱える妊娠期からの支援のあり方についての検討を促すことに役立つと考える。さらに、共同研究者が所属する施設は、本学の実習施設である。共同研究での取り組みや、現在の課題や必要な支援について、学生にも紹介しながら検討を重ねていく等、教育支援の充実につながると考える。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

討議には、助産師、保健師、養護教諭、本学教員、学生の計 24 名の参加があった。最初に、現地側共同研究者より、ハイリスク妊産婦の現状とその取り組みに関して追加で報告があった。その後、医療機関と地域保健との連携方法、ハイリスク事例における課題について、意見交換が行われた。

<医療機関と地域保健の連携方法、ハイリスク事例における課題について>

- ・母子サポでは、ハイリスク妊産婦を含めて、連絡をもらうように呼びかけているが、児側の要因での依頼が多い。医療機関側からカンファレンスの依頼があれば、保健師が病院に出向くことも可能である。ハイリスク事例に関して、早い段階から地域保健に連絡してもらえるとよい。
- ・地域でハイリスク妊産婦を把握した際に、医療機関へ連絡があると良いのではないかと。C 保健所管轄では、母子健康手帳交付時には、妊婦と保健師が必ず面談を行っている。2014 年 2 月以降に妊娠届が県内統一の書式となる。より一層ハイリスク妊産婦の把握が可能になると考えられる。医療機関と地域保健との情報共有が効果的にできるとよい。
- ・保健師は母子手帳交付の際に 10 代妊婦、未婚、28 週以降の妊娠届出、精神疾患合併などのハイリスク妊産婦を把握し、妊娠初期から関わりをもつようにしている。10 代妊婦の場合は、全戸訪問するが、訪問に出向いても会えない場合が多く、本人に連絡をとってからの関わりとなると、支援のスタートが遅くなる現状があり、課題である。
- ・地域周産期センターではリスクがある場合が殆どなので、線引きが難しいが、近年、精神疾患合併妊娠、若年妊娠、社会的ハイリスク事例が多い印象である。診療所から地域周産期センター等の病院に搬送する際に、同時に地域保健にも連絡してもらえるとよい。保健師は母子健康手帳交付時に直接面会できる機会があり、妊娠初期のリスク判定が可能である。早く、相互に情報が共有できると継続した支援につながる。
- ・診療所の中には、妊娠初期、妊娠届提出前の段階で 30 分程度の時間をとって、助産師との面談を行う施設もある。若年妊娠やステップファミリーなど社会的ハイリスク事例も増えており、ハイリスク妊産婦のスクリーニングにはとても有効なシステムである。実際に、早い段階で地域保健とのつながりをもつことができている。
- ・医療機関と地域保健との連絡会など、助産師、保健師がお互いに顔の見える関係を築き、情報交換できる体制ができたことは、今後の母児の支援にもつながり、とても意義があった。児童虐待予防の観点からも特定妊婦への早期からの継続的な支援が必要とされている。難しい課題もあるが、母児に関わる多機関が協働、連携を図りながら、それぞれの立場で考えていくことが大切である。

中学校における心の健康教育に関する養護教諭の実践研究の支援

濱田奈美（羽島市立竹鼻中学校） 平小瀬恵里奈（大垣市立星和中学校）
西脇知美（海津市立平田中学校） 浅野実千（岐阜市立長良西小学校）
世一和子 長谷部貴子 松本訓枝（大学）

はじめに

多くの中学校では、心に不安や悩みを持ち身体的な不調を訴えて、保健室へ来室する生徒の増加という問題を抱えている。養護教諭は、保健室に来室した生徒の訴えに耳を傾け、生徒の不安等のサインを察知し、個別に対症療法的な相談活動と対応をしている。こうした現状にあって、中学校に勤務経験のある現地側共同研究者の養護教諭は、今の中学生が不安や悩みを抱え、心が健康とは言えない状態にあり、従来の保健室での個別相談・指導の支援だけでは問題解決にはつながらないと考え、予防的な集団指導の必要性を感じた。そこで、世一（2010）が研究し実践した「心の健康教育」の指導プログラムを示し、学級活動等における保健指導の実践と、担任等の教職員が日常的に生徒の心の健康を意識し対応する全校体制づくりについて取り組んだ。取り組みでは、心の健康教育において予防的な集団指導を進めていくために組織的に行うことが課題になった。このような取り組みを行っている学校は少なく、この取り組みをどの学校でもできるように広めていくためには、養護教諭が「心の健康」に関する健康教育をどのように学校でコーディネートしていくか等、心の健康教育に関する実践を分析することが必要であった。

養護教諭のコーディネートについては、先行研究で児童生徒の課題に応じた専門職とのチームケアの必要性や、様々な職種との連携時の養護教諭の専門的活動が明らかになっている。例えば、医療的ケアを必要とする児童生徒への養護活動でコーディネートの過程、求められる能力、機能を抽出したものがあつた。岡本ら（2010）は特別支援学校の養護教諭を対象にコーディネーション過程の5段階ごとに、その過程を構成している要素を明らかにする研究を行っている。本研究ではこの岡本の研究方法を援用しコーディネーション過程の5段階ごとに、「心の健康」に関する養護教諭の実践過程を構成している要素を明らかにすることで、「心の健康」に関する指導等がより良い実践となり、また多くの学校での展開が可能となるのではないかと考えた。

そこで本研究では、心の健康教育に関する養護教諭の実践を分析し、その実践過程を構成している要素を明らかにすることを目的とする。なお、本報告は2年間の取り組みについての報告である。

方法

1. 中学校における心の健康教育に関する養護教諭の実践過程を構成している要素の抽出：実践と検討会の実施

世一（2012）が研究し実践した「心の健康教育」の指導プログラムを現地側共同研究者の養護教諭4名に提示し、現地側共同研究者が学校の実態や課題から、学校に合った内容を考えて実践活動をした。その後大学教員がファシリテーターとなり、各校の実践について発表する場を研究1年目の2012年5月～2013年1月に7回設けた。そして、現地側共同研究者各自の「心の健康教育」の展開状況を研究データとして、ICレコーダーに記録し逐語化した。データは、共同研究者全員で意味内容がわかる単体に区切って要約しコード化した後、さらに内容の類似性により分類しカテゴリー化した。その際、岡本ら（2010）が導出した養護教諭のコーディネーション過程「ニーズの発見」「アセスメント」の要素抽出の検討会を2013年1～2月に行い、岡本ら（2010）の「計画立案」「実施」「評価」の要素抽出の検討会を2013年4～9月に行った。

現地側共同研究者の養護教諭の経験年数は、3年目が1名、6年目が3名であった。

2. 心の健康教育の効果と実践への課題の検討：学習会の実施

現地側共同研究者以外の養護教諭の心の健康教育に対する意識等の実態把握を目的に、現地側共同研究者を含めた岐阜県内の中学校養護教諭対象とした学習会を2012年11月3日に開催した。学習会では、現時点でのこの共同研究についての途中経過を現地側共同研究者が報告し、大学教員は会の進行等を行った。学習会には小・中学校の36名の養護教諭が参加し、研究の同意を得られた養護教諭23名から学習会の内容、効果、実践への課題等についての意見・感想を調査用紙に記入してもらい集約した。

3. 抽出された実践過程の構成要素の関連性の検討

研究2年目の2013年10～12月には、岡本ら(2010)の「ニーズの発見」「アセスメント」「計画立案」「実施」「評価」の5段階に沿って実践の構成要素の関連性を現地側の共同研究者と大学教員で協働して検討し概念枠組み作りを行い、「心の健康」に関する指導等がより良い実践となり、また多くの学校での展開が可能となるための支援を探った。

4. 倫理的配慮

研究説明書に、研究への参加は自由意思であること、養護教諭の勤務評定には影響がないこと、協力の得られない場合には不利益を被らないことを明記し、研究説明書を検討会参加の現地側共同研究者及び学習会の参加者へ渡した。検討会や学習会の実施において得られたデータは、個人や学校や地域が特定されないように十分に注意した。結果や考察等の公表の際には共同研究者全員でチェックし、個人名を出さないことや学校や地区が特定されないよう確認をし、十分に注意して情報を取り扱った。

本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認(承認番号0060)を受けて行っている。

・結果

1. 中学校における心の健康教育に関する養護教諭の実践過程を構成している要素

1) ニーズの発見

データから37のコードを抽出し、3つのカテゴリーと10のサブカテゴリーが抽出された。【生徒の傾向からのニーズ】では<心の表出のあり方が気になる><子どもの自主性や活気が気になる><今の子どもたちの人との関わり方が気になる><不登校生徒の実態が気になる>、【養護教諭の認識からのニーズ】では<生徒の状況から捉えたい><子どもに付けたい力がある><養護教諭の直観力から考える><指導方法を知る>、【指導体制からのニーズ】では<担任教員の対応力から考えた><組織としての指導体制から考えた>であった。

2) アセスメント

データから93のコードを抽出し、4つのカテゴリーと11のサブカテゴリーが抽出された。【さまざまな情報を関連付ける】では<情報活用の意味を見出す><子どもの行動の違いから背景を探る><学年主任・担任等から情報を得る><保健室と他との共通点や相違点を見出す><養護教諭から情報を提供する>、【実践への行動につなげて思う】では<指導へととなるととまどう><知らず知らずに考えていたことに気付く>、【子どもを個から捉える】では<来室記録を数値化する><保健室の状況から子どもを捉える>、【子どもを集団から捉える】では<学年・学級の集団から捉える><集団から指導の必要性を見出す>であった。

3) 計画立案

データから172のコードを抽出し、4つのカテゴリーと11のサブカテゴリーが抽出された。【実践のきっかけを探る】では<キーパーソンへの根回し><きっかけを見つける><やりたいことを形にして提案する><実態を日頃から伝える>、【組織としての取り組みを模索する】では<養護教諭としての思いを模索する><心の健康が後回しになる><個別指導にとどまってしまう>、【まずやってみて広める】では<やったことを広める><日にちをまず決める>、【ねらいを明確にする】では<価値を伝える><指導のねらいを明確にもつ>であった。

4) 実施

データから153のコードを抽出し、4つのカテゴリーと11のサブカテゴリーが抽出された。【実施に向け具体的な体制を決める】では<授業を行う時期を決める><教員の意識をつかむ><授業を行う学年を決める><授業者を決める>、【指導案を示す】では<内容を吟味する><ねらいを明確にする>、【事前に関係性をすり合わせる】では<人間的な関係性をもつ><思いをすり合わせる><打ち合わせの時間を十分にとる>、【子どもの実態をつかむ】では<日常の様子でつかむ><アンケートでつかむ>であった。

5) 評価

データから81のコードを抽出し、3つのカテゴリーと8のサブカテゴリーが抽出された。【実施に至るまでの思いを振り返る】では<職員の意識・態度を捉える><学校としての取り組みを振り返る><養護教諭自身の意識の変化に気付く>、【授業を見直す】では<子どもの姿を捉える><指導案の内容を振り返る><実施時期を振り返る>、【次の実施に向けて評価を活かす】では<計画に位置付ける><組織を活用する>であった。

これら実践過程5段階の結果を表1-1、表1-2、表1-3に示した。

2. 学習会後の参加者の反応

「毎日トラブルだけがをしたとか悩みを抱えて来室する子が絶えません。」と、子どもや職員の実態から心の健康教育の必要性を感じている養護教諭が16名、「心の健康教育について職員が知ることが大切で、保健室で子どもに取り組みたい。」と、意欲をもった養護教諭が13名、「心の健康教育について自己研修を重ねても活かしきれていないものを感じていました。」「先生方は、本当に多忙で心の健康教育が必要ということは十分わかってはみえても、なかなか実践する余裕がないと思います。」「中

学校では心の健康教育として指導の『時間がとれない』と言われてしまいます。」と、実践するまでに至らない難しさを感じている養護教諭が7名であった。

3. 抽出された実践過程の構成要素の関連性の検討

実践過程は図1に示したように、ニーズの発見をしながらアセスメントしていたため、「アセスメント」の中に「ニーズの発見」を包括した。5段階をつないでいる流れの太実線の矢印は、計画立案に進み実施していくが、「思い」レベルの要素の【実践への行動につなげて思う】から、「計画・立案」となると時間がかかり、次の「実施」に進めないことを表すため、「計画・立案」の位置を下にして示した。そして、「実施」段階を経て「評価」へと展開されていく。「評価」段階はそれまでの過程が影響しているため左矢印で示した。また、要素間の関連については、点線でつないで示した。

表 1-1 実践過程 5 段階の結果 (その 1)

実践過程の段階	カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード例
1) ニーズの発見	養護教諭の認識からのニーズ(12)	生徒の傾向からのニーズ(15)	心の表出のあり方が気になる(5) ・それが何なのかわからないけれど、クラスの環境がよくないからなっているんじゃないかという。内にこもろうとしている子達もいて。 子どもの自主性や活気が気になる(4) ・あまり学年差は大きく何かが顕著ということはないですが、研究授業としてやったクラスでは、ストレス反応としては無気力という子が多くて、本当に授業でも無気力な子がいて。 今の子どもたちの人とこの子どもたちの人との関わり方が気になる(3) ・ネット上で知り合いになって、いろいろ相談を聞いてもらっていたと。実際に目を見てコミュニケーションというか、そういう所で知り合って友達になってという感覚が不思議。ここも何か問題。 不登校生徒の実態が気になる(3) ・不登校の子も多くて、今、全欠の子が3人。休みがちな子がプラス3人。
		指導方法を知る(3)	・外へ発散しようとしている子と、内へこもろうとする子といて、根底にあるものはきっと同じなんだろうなと思うんです。 子どもに付けたい力がある(3) ・感情を自分が今こう思っているというのを常に表現する。 養護教諭の直観力から考える(3) ・そういう身体面に出るのが悲しいので、どうにかしたいなという気持ちも持っています。
		担任教員の対応力から考えた(7)	・その時にA先生が学校にみえて、こうやって授業をする方法があるということを教えて下さったので、それもひとつ私ができる方法かなと思って、取り組もうと思った。 担任教員の対応力から考えた(7) ・実際にその学年集団をみていると、そっちに中心になりすぎて見落とされている子がたくさんいるな。
		指導体制からのニーズ(10)	・担任の先生とか目が行きやすいところにはすごく指導が入ったり、関わりが入ったり声をかけてみえたりするんだけど、そこじゃない普通にやっている子達というか、普通に無難にこなしている子達に目があまりついていないというのはすごく感じていて。そういうところからこぼれてきて、助けを求めている子が保健室に来ているので、そういう子は担任の先生に伝えられるんですが、ここに来てる子でもなく、上に目が行く子でもなく、じゃあこのへんは、となった時に、学校に突然来ない子が出て来たなというのがある。
2) アセスメント	実践への行動につなげて思う(14)	情報活用の意味を見出す(24)	・数値として表せるもの、説得力のあるものがあると、本当にそうなんだという実態がわかって。 子どもの行動の違いから背景を探る(11) ・保健室に来る子が多いというか、保健室に逃げ込んで来る子が多い時、反対では生徒指導上で大変な状況、どちらも大変。 学年主任・担任等から情報を得る(8) ・先生方も、割と保健室に子どもが来ると、その時間じゃなくても放課後でも保健室をのぞいて下さることが多く。 保健室と他との共通点や相違点を見出す(7) ・意外と自分が保健室の中でみていたアセスメントとは全然くい違う時もある。
		養護教諭から情報を提供する(5)	・それを自分の中でとどめておかないで、いろんな人に開示していくというか、自分が情報を伝えていく事で、そういえばということが話をしているとあるじゃないですか、なので情報交流というか姿勢というか常に保健室にずっといるんじゃないかと、積極的に情報交流をしていくことはとても大事。
		指導等へとなるとまどう(10)	・どうにかしなくちゃいけないよね、という話にはなることはあっても、そこからどうしようっていうところで止まる。 ・提案する時にどう上手くこれが必要なのかというのを伝えないとわかってもらえないなというのを思ったので。
		知らず知らずに考えていたことに気付く(4)	・知らない所で自分は考えているんだなと気づけて面白かった。
子どもを個から捉える(13)	子どもを集団から捉える(11)	来室記録を数値化する(8)	・来室記録を数値化して客観的なものにする、例えば保健室に来る子が多いという統計をどう分析するかというところ。 保健室の状況から子どもを捉える(5) ・私は来室記録から、例えば、この子が多いなって感じている子に関して、その来室記録を全部拾って行って、今数名やっているんですが、何月何日で書き出して、その子が何曜日に来ることが多いとか、もしかしたらみれるかもしれない。
		学年・学級の集団から捉える(7)	・統計的にも見ていくとやっぱり、1年生は少なかったのに2年生でドンと増えて3年生はそのまま多いままとということから、何か全体としても問題があるんじゃないかなと思います。
		集団から指導の必要性を見出す(4)	・その子が変わっても周りとの関わり方が変わらなければ、いつか時間が経つと元に戻ってしまうので。1人の子の関わり方を変えたいと思ったら、その周りの子の関わり方も一緒に変えていこうな働きかけをしないと、結局その子だけが意識してえらい思いをして終わってしまいそうな気がする。

表 1-2 実践過程 5 段階の結果 (その 2)

実践過程の段階	カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード例
3) 計画・立案	実践のきっかけを探る (88)	キーパーソンへの根回し (53)	・ 担任の先生にお願いすることもまず主任の先生を通してお願いして、個々に行くこの方が私はその方がうまくいく。 ・ 話をしていく中で、同じ感覚を持っている人、同じ課題を持っている、いろいろ交流するじゃないですか、しゃべってて。こういうふうには思いませんかと言ったときの反応で、そうだねって同じふうには思ってくれる人のところに私は行きやすいかな。
		きっかけを見つける (17)	・ つぶす方向じゃなくて、何とかやらせてくれる方向にいったことを思うと、計画立案で何を考えたかと思ったら、私はどちらかというとなんとBさんと似ていて、どこから拾ってということを考えていて、持っていったのかなと思います。
		やりたいことを形にして提案する (10)	・ 広めていく中で、例えば歯の指導だったりすると具体的にこういうことをやるイメージが比較的先生方につきやすい。薬物乱用もこういうことをやるんだと、他の学年の先生に心の健康をやりたいですって言ったときに、何をやるの？って。説明して、そういうことかと言われるんです。
		実態を日頃から伝える (8)	・ 実態があつての実施だと思つて、実態を日頃から伝えていかないとすぐには理解してもらえない部分もあると思います。
	組織としての取り組みを模索する (43)	養護教諭としての思いを模索する (22)	・ 特に養護教諭の場合は自分で直に手をくだすところじゃないところがあつて、もどかしい思いをずっとしていた。
		心の健康が後回しになる (19)	・ 心つていうと曖昧というか、答えがあつてないような。だから先生方もどういうふうにしていったらいいかわからないだろうし、実際ないがしろにされている部分もあるんじゃないかな。 ・ 立案まではできる、対外的な所に出すのに、ちゃんと計画してるよと言えるのは、教育相談の先生にしてみてもありがたいことだし、管理職の先生にしても言えるというのがありますが、実際現場でやってもらえるかというときに、一番後回しにされる。
		個別指導にとどまってしまう (2)	・ 心の健康というところでやるとなつたときに、中学ではあまりやられていない感じがして。個別指導に終わっている。
	まずやってみて広める (27)	やったことを広める (18)	・ やってみて他の先生方に見ていただいて、3年生の先生... 結局時間が合わなくて、5クラスのうち2クラスしかできなかったの、あと3クラスは本当はやったほうがいいよねって。
		日にちをまず決める (9)	・ いちいち検討してやっている時間をもつたいなくて、1週間2週間で半ば強引に、日にちは先に決めて。そこで日にちが最初にありで、この日にこの事をやりますとしました。
	ねらいを明確にする (14)	価値を伝える (10)	・ 皆さんが言われてた通り、自分の思いとか、やる意味をわかっていただきた上でやらないと、うまくいって進められないのかなということをまず思いました。
指導のねらいを明確にもつ (4)		・ 心は答えがはっきりしていない分、自分がしっかり持っていないと、子どもたちにそういう力をつけていくには難しいな。	
実施に向け具体的な体制を決める (53)	授業を行う時期を決める (23)	・ その後は話はあるのですが、3年生の行事との... まず体育大会中はその余裕はない。今3年生がやっていることが、市の合唱コンクールがあり、他の教科の研究会が全て3年生に集中していて、それが落ち着いてから決める。	
	教員の意識をつかむ (20)	・ 全然思っていない先生の方が多いと思うけれど、少なからずこういう事をやらなきゃいけないという危機感を持っている先生もいることは事実だなと思いました。	
	授業を行う学年を決める (6)	・ 1年では自分の心を耕して、2年生は相手とやって、集約的に3年生となるから。	
	授業者を決める (4)	・ ITでやる時に担任の先生とずれないようにとか。	
指導案を示す (36)	内容を吟味する (27)	・ 本当に言ってほしいこととかをポイントになることを波線にしたり、網掛けにしたり、もしも発言がなかったら次の発問をして下さいとか、細かく時間配分を書いたり、どの先生もこれを見ればある程度の部分はぶれずに同じような指導はできるかなと考えて作りました。	
	ねらいを明確にする (9)	・ そのためにはその指導案を担任の先生にちゃんと理解をしておいてもらうのも大切。	
4) 実施	人間的な関係性をもつ (15)	人間的な関係性をもつ (15)	・ そのためにはこの授業をやる前に普段から何気なく人間関係を良くしておかないと上手く授業もできないなど。 ・ 教員の年代によってとか、生徒指導をバンバンやってきている先生とか、女の先生と男の先生のとらえ方も違うなという感じがあつて、打ち合わせの内容もきつと先生の個性によって、特性によって若干変わってくるなど。
		事前に関係性をすり合わせる (36)	思いをすり合わせる (14)
	打ち合わせの時間を十分にとる (7)	・ 授業をやるので簡単に5分とかの打ち合わせでは上手くないかな。授業をやる以上の時間を打ち合わせにはかけた方がいいかな。 ・ そんなふうでした。時間は長かったかもしれないですが、会議って感じではなく打ち合わせ。	
子どもの実態をつかむ (28)	日常の様子をつかむ (23)	・ やっていなかったことも含めて3年生に、たとえば「葛藤との付き合い方」をやっても、全然あの子達には入らないだろうなと。実態からするとそういう感じ。	
	アンケートをつかむ (5)	・ アンケートをするからそれと合わせて心の部分も見ただ方がいいかなと思った。	

表 1-3 実践過程 5 段階の結果 (その 3)

実践過程の段階	カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード例
5) 評価	実施に至るまでの思いを振り返る (45)	職員の意識・態度を捉える (21)	<ul style="list-style-type: none"> ・先生方の意見として、1年生だと仲間関係の取り方がわからなくて、トラブルになったりケンカがしたりがあったけれど、日頃そういう事を感じていてもなかなか指導案を作って指導するのが難しいので、こうして指導案を作ってもらえたのはありがたかったとか、こういうのもっと位置付けてつながりを持ってやっていくことが大切だとか、学校の人権集会につながっていくとか、そのような肯定的なご意見をたくさんいただいたので、良かったなと思いました。 ・こうやって私がお願いしたりすると、先生方、やってみると面白かったとか、子ども達の普段みえない部分が見えたとか、いろいろ好印象な事を言って下さって。
		学校としての取り組みを振り返る (18)	<ul style="list-style-type: none"> ・それを理解を示してもらおうとトントンと話は進んでいくのですが、今2年生で苦労しているのは、他にもやりたいことがあるのにというところで時間を割いてもらえない。いろんなやりたい事がある中で、これをやらなくちゃいけないと押しつけていく事が、一番納得していく、そういう部分が一番難しい。 ・今回の取り組みで先生方との関わりの中で、お願いしますお願いしますじゃなくて、一緒にやっていく雰囲気を作れたのが一つ大きくて、特に全校研究会の時には研究主任の方と一緒に指導案を合せて、直して直して何回もワークシートも直してというやりとりを職員室で一緒に出来たり。
5) 評価	子どもの姿を捉える (11)	養護教諭自身の意識の変化に気付く (6)	<ul style="list-style-type: none"> ・何かこう実施していく上で、実感を何となく思うという主観的だけれど、尺度とか、「アセス」の評価という客観的な評価をモチーフをみると、皆がやらないといけないという気持ちにもなるのかなと思ったけれど。 ・すごく勉強になりました。心の健康という最初どういふことをするのかなど、自分自身も全然分からなかった部分があったのですが、今回自分で指導案を書いてみたり、勉強をしていく中でまず子ども達にとってすごい大切な事だなと思った。
		指導案の内容を振り返る (7)	<ul style="list-style-type: none"> ・指導案、指導の事だけじゃなくて、生活と結びつけてどうかとか、子供達との関わりについてどうかとか捉える。
5) 評価	授業を見直す (21)	実施時期を振り返る (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が今回やってみて、3つの取り組みをしてきたんですが、全部同じ指導案で3学年をやったんですが、本当だと学年に合わせたものとか、その学年の特色に合ったものがやれると良かったかなと思う。 ・時期としてはもう少し早い時期、例えば班が変わった時とか、新しいクラスになった時とかの方が更に仲間との関わりを考えられるからいいんじゃないかなという意見もいただいた。
		計画に位置付ける (10)	<ul style="list-style-type: none"> ・そう思うと年度末の反省の時に、いろんな保健指導をする中で、あらかじめ何月にはこの学年でこれをやります、これはここでやります、というふうに入れていくと、もっとスムーズにできたかなと感じました。
5) 評価	次の実施に向けて評価を活かす (15)	組織を活用する (5)	<ul style="list-style-type: none"> ・私も指導部の中で提案されていくというのがいいんじゃないかなと思います。養護教諭から順番にあたっていくよりも、指導部提案で運営委員会にいった職員会にいったという方が流れがスムーズだし、実践していきやすいかなというのはいと思います。

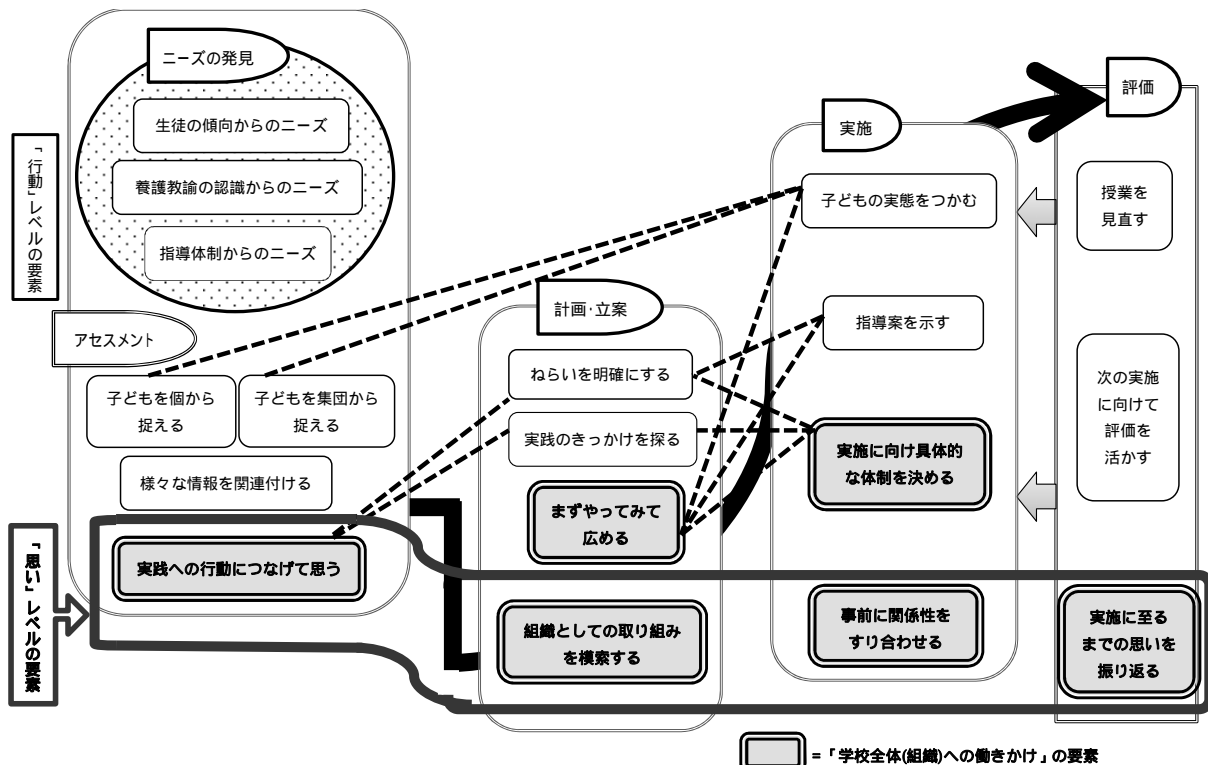


図 1 養護教諭の実践過程の構成要素とそれらの関連

・まとめ

1. 中学校における心の健康教育を展開していく上での重要な要素

岡本ら (2010) が導出した養護教諭のコーディネーション過程の 5 段階に基づき分析し 18 のカテゴ

リー、51のサブカテゴリーが抽出された。カテゴリーを心の健康教育を展開していく実践過程の要素として概念枠組み作りをしたところ、その要素は「行動」レベルと「思い」レベルの2つから捉えられ、さらに「学校全体（組織）への働きかけ」の要素としてグループ化できると考えられた。

2. 実践研究のための支援策

学習会の参加者の意見から明らかになったように、心の健康教育の必要性を感じていても戸惑っている養護教諭が多いため、展開方法について周知していくことが必要である。「思い」レベルの要素について、養護教諭自身が考えられるよう働きかけることが重要であると思われる。

・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・変化したこと

心の健康教育の指導プログラムを現地側共同研究者4名に提示し、1年目現地側共同研究者が学校の実態や課題から学校に合った内容を考え実践活動をし、その実践過程について討論し、2年目その過程を構成する要素を抽出できた。これにより心の健康教育の展開方法と課題について示すことができた。

2. 現地側看護職者の受け止めや認識の変化

現地側共同研究者からは、「心の健康教育の展開について迷っていたところだったので、大変勉強になった。」とプラスの受け止めをされ、また、研究を共同で行うことで分析方法についても学ぶことができ、今後個人の研究にもつなげたいという意欲がみられた。

3. 本学がかかわったことの意義

この共同研究の結果を学習会や共同研究報告及び討論の会で公表し多くの養護教諭で共有することで、心の健康教育の展開に向けての示唆が得られ、養護教諭のコーディネーション過程について意識化するきっかけづくりとなったと考える。養護教諭養成における授業や卒業生支援で大変参考になる結果を得ることができた。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

『心の健康教育の進める際の実践上の「思い」レベルの要素と「概念枠組み」全体から、予防的な集団指導・組織で行うための方策』について討議し、参加者から次のような意見が出された。

- ・養護教諭として、心の健康教育をやらないといけないと日々痛感はあるが、実際に手をつけるとなるといろいろなハードルがある。「思い」をどうやって伝えていったらいいのかが課題であり、「思い」を上手に擦り合わせて柔軟に実践していくと、ひょっとしたらやれるかなと思った。
- ・校長先生等を上手く動かしていく「戦略」が大事。どの先生から攻めていくと組織が動くか、草の根的にポチポチやるという、「思い」レベルの要素と「行動」レベルの要素をつなぐのが「戦略」。職員集団をどうみていくか、自分自身が武器、自分自身の得意な面を生かしていくことが大事だ。「思い」を強くもって「行動」に結びつけるにはまず「戦略」が大事ではないか。
- ・特別支援学校では心の健康教育は大切だが、本校は小・中・高等学校間の異動があり、校種によって先生方に思いの差がある。心の健康教育に熱心に取り組んでくださる先生と、将来の進路のことを考えて学習を優先する先生がおり、組織的に取り組むことが難しい。
- ・保健師として関わっていて、若いお母さんで心を病んでいる方がおり、中学校における心の健康教育の大切さを思う。学校で組織的に取り組んでいることが素晴らしい。
- ・保護者の立場から、保健室だよりをよく読むが、心の健康についての便りを読む機会がない。二者懇談で担任の先生は学習のことを中心に話される。心の健康や子どもがどのように生活しているかは担任の先生からなかなか語られない。保護者の中には心の健康について知りたい方もいる。保護者から「心の健康教育をしてほしい。」と声が上がれば変わっていくのではないか。
- ・心の健康教育は大切なテーマだが、具体的に何をするのかといった場合に、心の捉え方、生き方など、本当に広い内容のものに関わってきて難しい。何を目指してやるのか、どうなったら心の健康づくりの成果が上がったと言えるのかを考えると、本当に難しいテーマだと思った。
- ・図1の養護教諭の実践過程の構成要素とそれらの関連において、特に心の健康教育を展開していくにあたっての特徴、この部分が他の活動とは違って特徴であるという点を教えてほしい。

(この質問への回答) 歯科保健、薬物乱用、性教育などの健康教育は、他の教職員、担任の先生も内容がある程度明確でわかっている。だから提案した時にすぐすんなり入っていく所がある。しかし、心の健康教育になると集団でどんな予防教育かが明確でないし、心の面は各先生の捉え方が異なる。それが心の健康教育を推進していく上での特徴であり、今回の研究で「思い」レベルの要素が出てきたと思う。他の健康教育と異なる特徴は、「思い」レベルの要素ではないかと思う。

文献

- 岡本啓子，津島ひろ江．(2010)．養護教諭のコーディネーション過程を構成する要素の明確化 - 特別支援学校養護教諭の実践分析から - ．日本養護教諭教育学会誌，13(1)，55-72．
- 世一和子．(2012)．心の健康をはぐくむ保健指導を通した学校全体の意識づくり．健康教室，63(3)，68-77．

6 . その他

特別養護老人ホームにおける看護職と介護職の円滑な連携に関する実践の検討

金子民子（県立寿楽苑） 本間由佳里 桑田奈津子（サンビレッジ新生苑）
水谷由賀子（ナーシングケア寺田） 安江豊子（サンシャイン美濃白川） 吉村久美子（恵翔苑）
酒井晶子 糟谷久美（ピアンカ） 水草真澄美（チェリーヴィラ広見苑）
窪内敏子 古川直美 星野純子 日比野直子 堀田将士 浅井恵理（大学）

はじめに

特別養護老人ホーム（以下特養）の入所者は、優先入所などの関係から介護度が高く、慢性疾患や認知症に罹患している者も多い。この重度化は、今後一層進むものと予想され、それに伴い質の高いケアの提供が求められている。このような利用者のニーズに応えるためには、多職種でのチームアプローチが欠かせず、看護職と介護職の連携がその中核を担っているといえる。

厚生労働省は、平成 22 年から、特養の入所者の重度化の進行により、医療的ケアを提供するニーズが高まっている状況に対応するため「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修」を行い、口腔内吸引や胃瘻による経管栄養の一部を看護職と介護職が連携し施行することが可能となった。今後も、入所者の生命にかかわる対応を、看護職と介護職は連携して行う機会が今以上に増えてくると考えられる。しかし、特養における看護職と介護職の連携に関する研究は、連携の重要性や課題、現状のまとめにとどまっているものが多く、具体的な方法について結論を導き出しているものは少ない。

本研究は、県内の特養の看護職が集まり、各々の実践における介護職との連携の成功体験の事例の提供および検討を行い、また、他のメンバーの施設でも実践してみることで、特養の看護職と介護職の円滑な連携方法確立の一助になることを目的として取り組んだ。

方法

1. 研究方法

共同研究者間で 3 回の検討会を持ち、その際に挙げられた看護職と介護職の連携を、各々の特養でどのようにうまく行っているのか具体的に紹介し、自施設でも実施できそうな方法を検討した。検討会終了後は、現場で実際に実践し、次の検討会に臨んだ。

検討会は IC レコーダーによって録音後、内容を整理し記録に残した。

2. 倫理的配慮

施設で行っているケア等を本検討会で紹介することを、共同研究者が所属する特養の職員と施設長に対し、口頭と文書で説明し同意を得た。事例検討を行うにあたり、関係する入所者とその家族に対しては、研究の主旨、参加は自由意思によること、匿名性の保持などを口頭と文書で説明し、文書による署名にて同意を得た。

本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認（0081）を得て行った。

結果

1. 1 回目の検討会（平成 25 年 8 月 27 日）

1) 看護職と介護職の連携の現状

特養 4 施設から 4 名、大学から 5 名の合計 9 名が参加し、各特養の看護職と介護職の連携の現状について意見交換を行い以下の内容が現状として挙げられた。

【看護職と介護職の思いのズレ】

・病院から骨折後 2 週間安静の指示を受けながら特養に入所された高齢者について、介護職から「外出してよいか」と質問された。良肢位の保持のため極力、動かさないというイメージの看護職と、臥床していることが安静だと思い、リクライニング車椅子に移乗して外出してよいと判断した介護職とのズレを感じた。看護職は施設の中で、介護職とうまく連携がとれていると思っていたが、介護職の認識は異なると思った。

・研修実施後、口腔内吸引などを介護職も実施しているが、本当は「やりたくない」と思っている介護職もいるのではないかと。

・医療に関して助言したつもりが「看護師より指示あり」と解釈されることがあった。

【介護職の医療に対する知識の差】

・「炎症反応とは何か」と介護職に質問されたことがあり、そのようなところからの説明が必要であることを感じた。

・病状をしっかり説明しないと、介護職によって捉え方がまちまちであった。

【特養の看護職としての自覚不足】

・看護職が、病院と特養の医療面での対応の違いを理解していないため、介護職の希望が看護職に伝

わらない、看護職から介護職に適切な提案がもらえないというように、看護職が介護職を困惑させていることもあり、看護職の資質も連携に関係している。

2) 1 回目の検討会の課題

介護職の誰にでも同じ説明をするが、介護職によって理解度に差があり説明が伝わらず、我流で行ってしまう人がいるため、個別の介護職の理解度に配慮した説明や、情報共有方法の工夫が必要だということが挙げられた。また、看護職と介護職の役割分担があいまいで、かみ合わないときがあり、看護職・介護職の役割の明確化、及び相互理解を促進させることが必要であるといった課題が挙げられた。

さらに、看護職から特養の看護についての認識を検討することも必要ではないかといった、看護職間で共通認識を図る必要があることなども課題にあがった。そして、2 回目の検討会は、看護職と介護職が、円滑に連携できている特養の取り組みの事例を報告してもらい、検討することになった。

2. 2 回目の検討会（平成 25 年 10 月 1 日）

特養 5 施設から 6 名、大学から 6 名の合計 12 名が参加し、1 回目検討会の課題をふまえ、看護職と介護職が、円滑に連携できている施設の取り組みの紹介と検討を行った。

1) A 特養の連携に関する取り組み

A 特養は入所者の事例を用いて紹介された。

(1) 事例の概要

要介護度：5

障害高齢者日常生活自立度：C2

認知症高齢者日常生活自立度：

現在の状態：頭部の手術後、徐々に嚥下困難が出現。誤嚥性肺炎を繰り返している。現在胃瘻から栄養注入中。意思疎通は時々可。幻覚妄想あり、頻回の吸引（喀痰多量）が必要。

(2) (1) の事例に対する A 特養での連携に関する取り組みを表 1 に示す。

2) B 特養の連携に関する取り組み（表 1 参照）

3) その他の現地共同研究者の施設における取り組み

A 特養・B 特養の紹介を受けて、その他の現地共同研究者の取り組みも、検討会の中で報告された（表 1 参照）。

表 1 2 回目検討会で検討された連携の取り組み

	取り組みの内容
A 特養	<ul style="list-style-type: none"> 胃瘻からの注入に配慮し入浴時間や水分補給後のファーラー位から、しばらくして、安静臥床にする時間などを、廊下のホワイトボードに記入し、多くの職員目に触れるようにしている。 部屋の入口の表札（名札）の横に、忘れてはいけない時間を書いておく。
B 特養	<ul style="list-style-type: none"> フロア担当の看護職を勤務表に明記して、介護職が誰に相談したら良いか明確にしている。 フロア担当の看護職が、介護職に声をかけ情報把握している。 「何でも相談してね」と介護職に発信している。 カーデックスを利用し、重要な情報などが一覧できるようにしている。
その他の現地共同研究者の施設	<ul style="list-style-type: none"> 入所者に関わるスタッフを限定し、口頭で伝達する。 伝達ノートを作成し、入所者にかかわる職員が目を通すようにしている。 職員ロッカーなど目立つところに伝達したいことを掲示し分かるようにする。 一覧で分かるよう、カーデックスに統一するケアや重要事項を記入し利用している。 朝礼などで、入所者の状態を報告し看護・介護職以外の多職種に広く知ってもらうようにする。 日中の吸引は、看護職が行っているが、夜間は研修修了者（介護職）が口腔内吸引を行っている。 介護職をはじめ、多職種がわかる言葉で説明する。 看護職の当たり前が、介護職に理解できることではないと認識する。 スタッフの入れ替わりに合わせて、マニュアルや研修の見直しが必要である。 介護職が、看護職に疑問や不安を言えない状況があることは、改善すべきだと認識する。 看護職が、積極的に介護職に声をかける。 看護職も、介護職が話しかけやすいと気軽に頼めたり、相談ができる。

【看護職と介護職の思いのズレ】を克服し、円滑に連携できている施設の取り組みとして、口頭での伝達、カーデックスや申し送りノートの活用、また、朝礼など多職種が集合する場でケアに関する情報伝達を行うといった現状や工夫があった。医療依存度が高い入所者の処置時間を対象のニーズ・体調に応じて調整するために、ケアの統一ができるよう掲示やホワイトボードの活用など、多くのスタッフの目に届き情報伝達できるような工夫がされていた。他に、【介護職の医療に対する知識の差】では、介護職員が正しく医療行為について理解しているか、看護職が介護職に積極的に声をかけ確認する、研修の参加を促すという意見があった。

4) 2 回目の検討会の課題

2 回目の検討会より、以下の課題が挙がった。

- ・情報を伝えた介護職は理解できているが、他の介護職員に広がらない。
- ・新人や非常勤職員には伝わりにくい。
- ・看護職と介護職の情報伝達は、口頭での方法だけでは限界があるため情報ツールを見なくてはいけない状況を作ることや、共有する情報を、状況や対象にあわせて精選する必要がある。
- ・介護職は、入所者とのかかわりを“今、何をするか”で考えており、今後の予測や考えられるリスクを捉えていないのではないかと思われ、介護職は継続して入所者をみる視点を養う必要がある。

これらの課題を踏まえ、3 回目の検討会では看護職と介護職がうまく情報伝達するために、工夫していることを現地共同研究者より紹介してもらい検討することにした。

3. 3 回目の検討会（平成 25 年 12 月 16 日）

特養 5 施設 5 名、大学から 6 名の合計 11 名が参加し、2 回目検討会の課題をふまえ、看護職と介護職の情報伝達の工夫の紹介と検討を行った。

1) C 特養・D 特養の連携に関する取り組み

C 特養・D 特養の連携に関する工夫として取り組んでいる内容を表 2 に示す。

表 2 3 回目検討会で検討された連携の取り組み

	取り組みの内容
C 特養	<ul style="list-style-type: none"> ・朝礼で多職種にフロアの状況を報告し、知ってもらう。 ・看護職の判断の統一をはかるため、午前中の各看護師の対応を、午後から医務室で共有している。 ・電子カルテや、手書きファイルで入所者の情報収集をしているが、詳細さに差があるため、看護職・介護職がお互いに話をして情報を得ることが多い。 ・口頭での伝達と共に、デジタルカメラなどで画像を残しコメントを入れて伝えている。今後、i-pad 使用も検討している。 ・新規採用の看護職には、生活の場での看護について理解して欲しいので介護職についても、介護職の場合はその逆の研修をしている。
D 特養	<ul style="list-style-type: none"> ・全体朝礼を行い、多職種にフロアの状況を報告し知ってもらう。 ・ユニット毎に看護職を配置し、介護職と近い関係を築いてもらう。 ・入所者の概要がわかるように、カーデックスを活用し、申し送りでも口頭と紙面で確認するようにしている。 ・介護職の申し送りに、看護職が入り業務の調整を行う。

C 特養では、口頭での伝達と共に、デジタルカメラなどで画像を残し、パソコンに取り込みコメントを入れて伝えているといった視覚に訴える方法や、新規採用の看護職には、介護職についても、介護職の場合はその逆の研修をしているなど体験型の研修などを行う工夫をしていた。D 特養も、看護職と介護職が近い関係を築けるよう工夫がされていた。

2) その他の現地共同研究者の意見

介護職者と共有したり、連携するための情報が正確に内容が伝わっているのかという不安や、そのために記録物を読んでおくというだけの伝達ではなく、直接話をして介護職の反応を見ながら、ケアの根拠から伝え、ケアの必要性を理解してもらっているという意見があった。そして、介護は業務ではなく、もっと介護の楽しさがわかれば良いが、わかる前に退職してしまう介護職も多く、ルチーン業務を教えるだけでなく、ケアの根拠や、入所者の思いを伝えていくことが介護の楽しさに繋がり、連携にも繋がるのではないかと、少しでも成功体験を経験して、介護の楽しさをわかってもらいたいという意見が出た。

4. 検討会をとおして顕在化した課題

特養の看護職は、介護職への指導的立場にもあることを認識し、介護職との連携は人材育成も含めた形で検討する必要がある。

・考察

今回の取り組みで、医療依存度の高い入所者に対する看護職と介護職との連携内容の多くは、ケアの根拠も含めた医療情報の正確な伝達であることが分かった。看護職は、介護職との教育内容の違いを考慮し、口頭や視覚に訴える方法を工夫していた。また、積極的に声をかけたり、介護職と身近な関係を築きながら、介護職がケアを理解しているのかの確認も行っていった。しかし、今回の検討会では、現場の共同研究者の認識が「(医療依存度の高い入所者の)連携」=「情報の伝達方法」であったが、本当に連携は情報伝達方法だけなのかという疑問が残った。鎌田ら(2008)は「介護職と看護職はものごとく考え方や考え方、価値観が異なっていることが多く」として「異なる価値観をもつ両者は基本原則を守り、協同していけば連携は深まっていく。」と述べている。そして「連携の原則」として「相互の役割・意見を理解し、尊重する。話し合いを基本とし、歩み寄り、合意をはかる。チームの一員として、互いが対等な立場にあることを認識する。目指す目標は同じであることを理解し、協同する。それぞれが自らの決められた役割・業務を自覚し、責任をもって行動する。意見・考えの視界を超えて、利用者のために共同する姿勢を培う。」と示している。看護職と介護職の価値観の具体的な違いや、原則の実践可能な方法など、共同研究として今後も取り組むべき課題は残されていると考えられた。そして、現状の困難さも顕在する中、特養の看護職同士の考え方の統一や、介護職に対して、根拠を含めた効果的な情報伝達方法をより工夫する必要性が示唆された。

・本共同研究の成果および意義

1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

県内の様々な特養で勤務している看護職が、自施設以外の看護職と交流したり、自施設の取り組みを検討するという時間は、今回の共同研究のような検討会がなければ皆無といってよい。そのため、一堂に会し話し合うこと自体がよい刺激となっている。

圧倒的にマンパワーの少ない特養で勤務する看護職の、日々自然に介護職と共に行っているケアが、突然大きく変化することはなかった。しかし、朝礼など職員が集合する機会に入所者の状況を知ってもらい介護職だけの連携にせず、多職種連携につなげるようにしたい、カーデックスを利用し必要なことは一覧できるようにしてみたい、伝達手段に画像を取り入れたい、新人研修に看護職は介護職について介護職は看護職について勤務できる機会を作って、それぞれの仕事内容を理解してもらえるようにしたい、など具体的な自施設での取り組みの改善についてのヒントを得られていたようであった。

2. 現地側看護職者の受け止めや認識の変化

現地側看護職者は、介護職と当然、円滑に連携しながら入所者とかかわっていると思っていた。しかし、このように、日々の当然であるべきことを取り上げて検討したことで、自分たちと介護職の認識は異なるのではないかと思う等、当たり前のように思っていたことが、そうでないかもしれないことに気づききっかけとなり、まず、それが意味深いことと思われた。

今後ますます身体的・精神的に重度化している入所者を、受け入れて行かなければならない特養の看護職と介護職の共通認識の持ち方や、役割分担などについて、各々の特養の共同研究者が検討する機会がもてたのではないかと考える。

3. 本学がかかわったことの意義

特養の看護職として当たり前の、介護職との連携に切り込んで、検討会でいろいろと質問を行うことで、看護職が介護職との教育の違いを理解し、介護職ひとりひとりの個別の理解力も把握しながら、素直に受け入れてもらえるように工夫していることなど、日々の工夫の振り返りを行ってもらえたのではないかと考える。このような介護職に対する連携の工夫を意図的に行うことで、より介護職との連携が自然に円滑になるのではないかとと思われる。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

「医療依存度の高い特養入所者のケアを、看護職と介護職が効果的に連携できるための方法について」討議を行った。討議では介護老人保健施設、訪問看護ステーション、病院といった様々な看護職が参加していた。討議内容は以下であった。

- ・高齢者ケア施設において看護職は介護職に対して指導的立場でもあるため、看護職が立場が上のような言葉使い等になることがある。また、介護職は「言われたからやる」というような状態になることがある。看護職として、指示の内容を考えながら介護職に指示を出すようにしている。

- ・介護職との連携において、指導という立場で行くと上手く伝わらないことが多い。また、介護職は都合のよい内容のみを受け取ることもあるため、「援助における利点やリスクを踏まえて伝える」など説明内容を工夫している。

- ・高齢者ケア施設の看護職は医療処置などの医療に関するケアが多く、重労働を行っていないという意見もある。そのため、労働条件の違いはみられるが、高齢者ケア施設は介助が必要な対象者が多い

こともあり、日常生活を切り離して考えることは難しく、看護職も日常生活援助に介入している。また、介護職に合った内容を説明するようにしている。

- ・参加者の施設における事例より、看護職と介護職が統一したケアが行えるチェック表の作成を行った際に、介護職が分かりやすいチェック表の利用を目指したことで、介護職から主体的に利用方法に対する意見が出るようになった。施設入所者を中心にそれぞれの職種が専門的な意見が言えるような風土づくりが必要になる。

- ・看護職は看護記録だけでなく、介護記録にも同様の内容を記載することや、報告も介護職にすぐに行うようにし、情報の共有が早く行えるようにしている。

- ・病院における看護助手との連携を進めている。看護助手の役割を看護職と一緒に行うことで、看護職の仕事量が増加したが、看護助手に対する学習の機会を設けることや、看護助手への感謝の気持ち、コミュニケーションの充実につながっている。このように、看護職と看護助手の連携が軌道に乗ってきたところである。

- ・病院の外来では、メディカルクラークが看護職に代わり増加している。その中で、メディカルクラークと連携を図る上で、指示的に関わるのではなく、礼儀正しく接することが必要であると考えている。

- ・介護職は多忙であり、ぎりぎりの状況で援助を行っている。伝えた内容が介護職は分かっていると思っていたら、理解されていないこともあった。看護職としてどのように伝えと良いか考えた。看取りにおける関わりの中で、介護職の役割は何であるかを考える機会を設け、その人らしい看取りを考え、家族に代わりできることということを考えていけるようになった。看護職と介護職で振り返るようになった。

- ・「看護職は指示を出す」、「介護職は指示を待つ」ではなく、看護職としての役割や他職種としての役割をお互いに明確にし、認め合い、支え合うことが必要になる。

- ・施設における理念を統一することが必要になるが、みんなで同じ方向に進んでいくことができるように長い期間を用いて考えていく必要がある。

- ・介護職に自主性、役割を持ってもらえるような関わりが必要になる。

文献

鎌田ケイ子，井上千津子，小西美智子，ほか．（2008）．介護と看護の連携のためのマニュアル（pp. 16-17）．全国高齢者ケア協会．

働く人びとを対象とした質の高い保健指導の実現に向けた取り組み

坂本真由美 桑原恵子（西日本電信電話（株）東海健康管理センタ）
木村美智子 道中環 森千絵 小倉道子（鷺見病院郡上健診センター）
酒井信子（一般社団法人ぎふ総合健診センター） 池戸亜紀（（株）ブリヂストン関工場）
坂下緑（一般財団法人総合保健センター）
水野由美（元岐阜県労働基準協会連合会ぎふ総合健診センター）
大橋淳子（元三洋電機連合健康保険組合・岐阜健康管理室）
梅津美香 北村直子 山田洋子（大学）

はじめに

平成 21 年度から 3 年間をかけて、特定保健指導（積極的支援）を受けた男性労働者に対し質問紙調査を行い、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た。その結果からは、保健指導には食事や運動への意識の高まりなど指導内容に直結している効果とともに健康について再認識し、身体・健康について深く考えるようになるなど、健康を振り返り考える機会となることがうかがえ、今後の健康づくりへの意向につながっていることが確認された。体重減少などにつながらなかった対象者においても、保健指導の意味や価値を感じていることも明らかとなった。さらに複数施設間で結果を比較し、保健指導の方法・技術についての振り返りを実施したところ、保健指導を受ける対象者自身が前向きに指導を受けることが重要であり、保健指導の意味や価値を対象者や医療保険者にアピールする重要性を認識した（森ほか、2012）。

本研究の目的は、働く人びとに保健指導の意味や価値を伝える取り組みを通じて、質の高い保健指導の実現のために必要な方略について検討することである。本年度は 2 年計画の最終年であり、2 年間の取り組みを報告する。

研究方法

1. 対象

共同研究者全員。

2. 方法

1) 保健指導対象者用【リーフレット】作成と活用

平成 23 年度までに実施した調査結果を活用して、保健指導対象者用【リーフレット】を作成する。その手順は、下記の通りである。第一に、共同研究者間で「どのような場面でどのような【リーフレット】をどのように活用するか」ということと調査結果をどのように活かすかということについて話し合い、本研究における【リーフレット】の基本的コンセプトを整理する。次に、現地側共同研究者が自施設で保健指導対象者に活用したい【リーフレット】案を作成し、共同研究者間の検討会にて話し合う。なお、本研究でいう【リーフレット】とは、1 枚の印刷物を指す。

作成した【リーフレット】を使用し、保健指導対象者等の反応を確認する。

2) 保健指導担当者用【パンフレット】案の作成

平成 23 年度までに実施した調査結果を活用して、保健指導担当者用【パンフレット】案を作成する。その手順は下記の通りである。上記 1) の作成過程における 3 回の検討内容を、参加者の了解を得て録音し逐語録におこす。逐語録から、保健指導についての意見を抽出し討議記録として整理する。大学教員 3 名で、討議記録から「保健指導で大切なこと」という観点で内容をまとめ、表題をつける。

上記の分析結果と平成 23 年度調査結果を用いて、【パンフレット】案を作成する。各共同研究者に提示し、意見交換の上修正する。なお、本研究でいう【パンフレット】とは、仮綴じの小冊子の形態の印刷物を指す。

3) それまでの取り組みについて振り返り、質の高い保健指導の実現のための方略について検討する。

3. 倫理的配慮

検討会では、毎回、研究の目的・主旨、参加・協力の自由及び匿名性の確保の方法について確認し、検討会で話し合った内容がデータとなることについて同意を得た。共同研究者間で【リーフレット】を使用した際の対象者（保健指導対象者、医療保険者・事業主）の反応について話し合う際は、研究者の気づいたこととして語り、個人・団体が特定されないように配慮した。結果の公表の際には、検討会で話し合われた内容は発言者等の個人が特定されないように加工した。本研究は、大学の研究倫理審査部に審査を申請し、承認を得て行った（承認番号 0051）。

結果

1. 取り組みの概要

取り組みは、平成 24 年度～25 年度の 2 年間をかけて行った。共同研究者間での検討会は、表 1 に示す通り、計 6 回開催した。

表 1 検討会の開催時期と検討内容

回	時期	主な検討内容	備考
1	平成 24 年 6 月	・研究の具体的計画 ・本研究における【リーフレット】の基本的コンセプト	第 1 回～第 3 回までの検討会の討議記録を【パンフレット】案作成のためのデータとした。
2	平成 24 年 8 月	・本研究における【リーフレット】の基本的コンセプト	
3	平成 24 年 11 月	・【リーフレット】案の検討	
4	平成 25 年 1 月	・【リーフレット】案の検討 ・本研究における【パンフレット】の基本的コンセプトと主な内容	
5	平成 25 年 9 月	・【リーフレット】に対する対象者の反応 ・【パンフレット】案の検討 ・取り組みの振り返り	
6	平成 26 年 2 月	・【リーフレット】に対する対象者の反応 ・取り組みの振り返り	

2. 保健指導対象者用【リーフレット】作成と活用

1) 【リーフレット】作成の概要と活用

第 1 回・第 2 回の検討会において、作成しようとする【リーフレット】を用いて、保健指導の意味や価値を対象者や医療保険者にアピールするためには、期待感・自己効力感を高める 協働して取り組む姿勢を示す 簡潔でわかりやすい の 3 点が基本であることを整理した。

4 施設の共同研究者より、【リーフレット】案が提示され、計 2 回検討を行った。4 つの【リーフレット】案の特徴は下記の通りである。A 施設の【リーフレット】案は、特定保健指導対象者への日時連絡の案内とともに対象者に送付し、参加を促すと共に、生活習慣改善に対して前向きな気持ちを持ってもらうことを意図したものであった。B 施設の【リーフレット】案では、健診当日、特定保健指導対象者に初回面談を行うことから、対象者にその場で見せて、特定保健指導についての理解を促すことを意図したものであった。C 施設の【リーフレット】案では、特定保健指導の対象者になったことを本人に連絡する書類に同封し、特定保健指導について知ってもらうことにより指導に前向きな気持ちをもってもらうことを意図した。D 施設の【リーフレット】案は、特定保健指導の初回面談時に教材として使用し、生活習慣改善に取り組んだ結果について期待を抱かせることを意図した。

C 施設および D 施設においては、やむを得ない事情で 2 年目の段階で共同研究のメンバーから抜けたため、作成した【リーフレット】への対象者の反応は、A 施設と B 施設の 2 施設のみについて把握した。そのため、この 2 施設について、【リーフレット】案作成のプロセスと対象者の反応を下記に述べる。

2) A 施設における【リーフレット】案作成のプロセスと対象者の反応

A 施設は事業所内の健康管理部門である。特定保健指導までの流れを下記に記述する。特定健診から 1 ヶ月後に健診結果とともに情報提供を行い、2 か月後には独自のシステムで階層化・対象者を選定し、保健指導の日時を設定し上長経由で案内書を送付する。3 ヶ月後に集団支援を中心としたプログラムで特定保健指導を行う。対象者は勤務時間内で参加する。

A 施設における保健指導の問題点として、実施率が低い(特に初参加時の拒否が多い)、特定保健指導実施前の行動変容ステージが無関心の人が多く、終了時までには実行期・維持期へ移行しにくい、ということがあった。そこで、リーフレット作成の目的は「実施率向上のために、特に初めて参加する対象者が特定保健指導に対する期待感と、生活習慣改善に前向きな気持ちを持って参加できるようにするため」とした。活用方法は案内書と共に対象者へ送付することを想定した。

検討の上で、作成した【リーフレット】案を、図 1 に示す。

特定保健指導開始時期が 10 月頃であることから、平成 25 年 10 月より積極的支援、動機づけ支援の対象者約 150 名に、【リーフレット】を使用した。計画通り、問診票の裏側に白黒印刷し指導日程の通知案内に同封した。「見た人から、こんなに効果があるならぜひがんばりたいという言葉があった」一方で、保健指導時に見たかどうか確認すると、記憶しているのは 1/2 くらいという反応であった。同僚からは、こういう呼びかけ方は面白い、などの意見があった。



図1 A施設で作成した【リーフレット】案(イメージ)

3) B施設における【リーフレット】案作成のプロセス

B施設は健康診断機関である。積極的支援の流れは、初回(健診日)に 検査結果説明、 特定保健指導の説明、 目標の立案まで行い、1月後、2か月後に電話支援、3ヶ月後に個別支援(面談・採血)、4ヶ月後、5ヶ月後に電話支援、6か月後に個別支援(面談・採血)となっている。

検討開始時点で使用している【リーフレット】(図2)は、両面印刷のもので初回面談にて特定保健指導の内容説明や、支援の予定を立てるときに活用していた。

新たなリーフレットの作成目的は、特定保健指導の効果やメリットを多くの方に知ってもらうため、特定保健指導の実施率の上昇であった。活用方法としては、院内にポスターとして貼り出す、事業所へ健診案内を送るときに同封することを想定した。

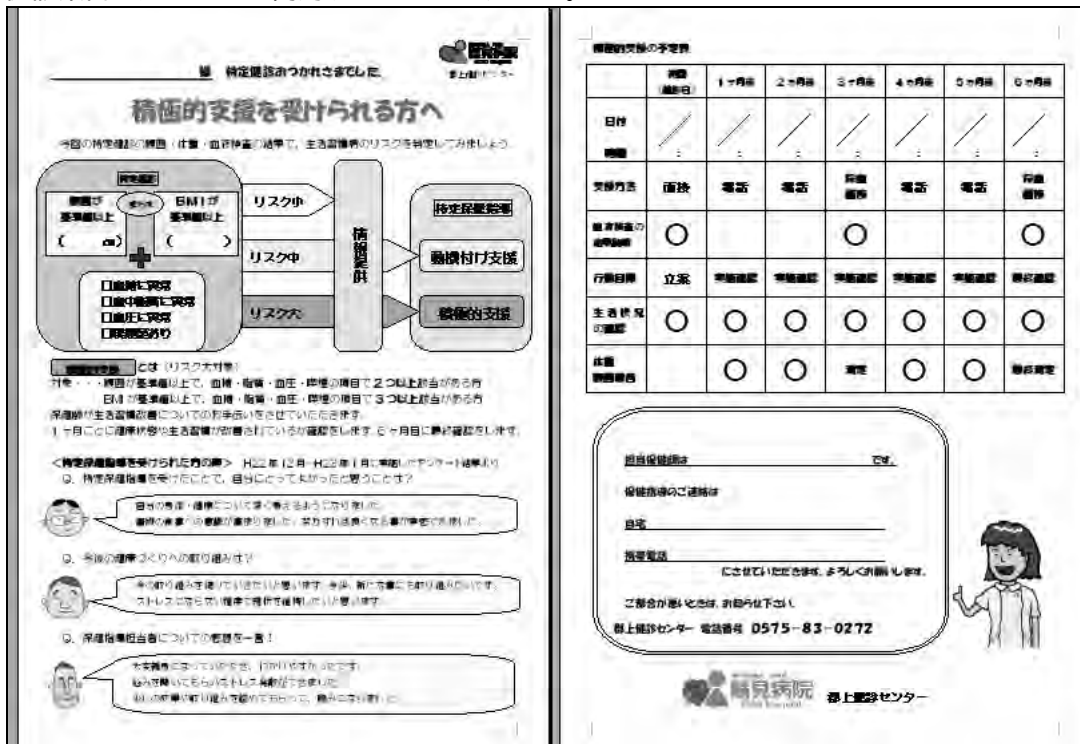


図2 B施設で検討開始時に使用していた【リーフレット】(イメージ)

検討の上で、作成した新しい【リーフレット】案は、図3に示す。



図3 新【リーフレット】案(イメージ)

内容を精選し、両面ではなく片面のみで、ポスターとして掲示することも可能にした。新たに、「特定保健指導の効果」を内容として含めた。

活用は A3サイズに拡大して待合室、指導室(3か所)に掲示する、手渡し用としてA4サイズを準備した。保健指導を進めて返事を渋る人に説明用として渡すという方法をとった。

ポスターとしての掲示の反応として、問診時に見ている人がいた、体験談を読んで「みんなこんなに効果があるのか」との質問があった。

手渡しについては、何度も対象になる人は、最初から拒否的で有効に渡せる人があまりいなかったという状況であった。しかし、保健指導を受けることに踏み切れない様子の人にはよかったようだ。

同僚からは、「グラフが入っていたのはよかった」「みんな、このように前向きな人ばかりならよいのに」などの意見があった。

3. 保健指導担当者用【パンフレット】案の作成

第4回の検討会にて、大学教員から平成23年度までに実施した調査結果の概要、および研究会で話し合われた保健指導において重要なことのまとめを含めることを基本コンセプトとすることを提案し、合意を得た。

第1回～第3回の討議記録を分析し「保健指導で大切なこと」という観点で内容をまとめ、表題をつけた(表2)。内容は、<保健指導担当者が保健指導の成果と価値を再認識する><対象者の主体性を引き出す><保健指導担当者の態度・姿勢><保健指導を開始する条件づくり>に分けられた。

上記の分析結果と調査結果の概要からなる【パンフレット】案を、共同研究メンバーに提示し、意見交換の上で、保健指導のプロセスに沿って表示するように修正した。

4. 取り組みの振り返り

取り組みの振り返りにおけるメンバーからの意見(抜粋)は下記の通りであった。

複数回の特定保健指導を受ける人も増えてきたが、悪化はせずに維持している人も多い。初年度に対象者と保健指導担当者の良い関係を築くことが必要である。保健指導が円滑に受けられる環境が整うように医療保険者との事前の調整は重要である。

これからの保健指導では、期待感・自己効力感を高める、協働して取り組む姿勢を示すことが大切である。今後、保健指導担当者として、指導対象者へのアピール、事業者・保険者へのアピール(保健指導の環境づくりとして)を示すこと、目に見える短期的成果だけでなく、長期的な成果もとらえる重要性を示すことは役割である。最近の厚生労働省の発表では、保健指導は健康寿命をのばすという方向性になっていくようなので、これまで話し合ってきたようにメタボリックシンドロームの改善だけではなく、メンタルヘルスや介護予防も視野に入れていくことが日本全体の健康レベルの向上につながっていくと思われる。

質の高い保健指導の実現に向けての方略として、重要なことの一つは保健指導のような自らの健康を振り返る、向き合うといった機会が保障されるような環境作りが重要である。上記の意見にあるように具体的には保健指導を受けやすく、健康改善に取り組みやすい環境を医療保険者等と調整することはもちろんのこと、各コミュニティ(職域、地域など)の特徴を活かして全体の健康文化の醸成等

をしていくことはますます必要とされるものと思う。

表2 保健指導で大切なこと（抜粋）

保健指導担当者が保健指導の成果と価値を再認識する

健康づくりに取り組む姿勢は集団の健康意識向上への良い影響がある
長期間経過したのちに、保健指導内容を思い起こしてもらえる
保健指導を受けることで職場の健康管理につながる
継続指導により健康の自己管理につなげる意識を培う

対象者の主体性を引き出す

信頼関係をつくる
保健指導開始前に、保健指導対象者になった理由、保健指導あるいは生活習慣改善が必要な理由を説明し理解を得る
保健指導のメリットを伝える
保健指導体験者の声や変化を伝える
今回の保健指導の特徴をアピールする
繰り返し保健指導を受けることの意味・効果を伝える
保健指導開始前に行動変容のステージを少しでも進められるようにする
保健指導で使用する教材を新しいものや話題もものなどを取り入れ工夫する
リーフレット等使用する資料はわかりやすく作成する
事業所の理解・協力を得る
事業所に保健指導の効果を伝える・アピールする
保健指導の効果を伝える・アピールする
対象者本人が保健指導の案内がきた理由を理解できる
メタボリックシンドロームについての具体的な説明がある
対象者の健康意識に働きかけるように保健指導の通知をする
保健指導への期待感を高めるように指導効果についてのデータを伝える

保健指導担当者の（基本的）態度・姿勢

保健指導開始前に対象者が抱えている気持ちにそう。
保健指導を受けることに拒否的な場合は、健診受診だけでも継続できるように臨機応変な対応をする
知識提供ではなく、対象者の気持ち・意欲に働きかける
保健指導を受けることに対する希望・意思を尊重する
保健指導に対する期待感をもてるようにする
構えないで気楽に始められるという気持ちになれるようにする
保健指導担当者はサポーター的にかかわることをアピールする

保健指導を開始する条件づくり

保健指導を開始する条件づくりが重要である

・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

働く人々に保健指導の意味や価値をアピールする目的でツールを作成した。【リーフレット】については、作成した全施設で反応を確認することはできなかったが、対象者が前向きな気持ちで、生活習慣改善や健康づくりに取り組めるようなツールになっていることをある程度確認できた。【パンフレット】については案の作成にとどまり、保健指導対象者の反応を確認するまでには至らなかったが、話し合いの結果から、「保健指導で大切なこと」を整理できたことは質の高い保健指導の実現に向けた方略のひとつになりうるものとする。

また、ツール作成のプロセスにおいて、自施設で行っている保健指導の問題点を改めて考える機会になったことも成果の一つである。

取り組みの振り返りから、働く人々への質の高い保健指導の実現に向けて、環境づくりや健康文化の醸成が重要な点のひとつであることも確認でき、今後の活動に反映させていくことが可能であると思われる。

2. 現地側看護職者の受け止めや認識の変化

自己点検評価の記載からは、「実践の改善・充実につながるツール、資料、教材等ができた」「実践の振り返り・見直しの機会となった」「実践の改善・充実に向けての意識の変化や認識の深まりがあった（他機関の資料等参考になった）」との受け止めや認識の変化が確認できた。

3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

本学教員は共同研究事業として複数施設の看護職者が検討できる場を作り、その結果、現地側看護職者の抱える共通の課題の整理と具体的取り組みとしての【リーフレット】作成につながった。また、

検討会で話し合った内容を分析整理し「保健指導において大切なこと」を取りまとめ、【パンフレット】案作成につなげた。また、質の高い保健指導の実現に向けた実践の改善に役立つツール作成に取り組む過程において、今後の保健指導のあり方も含めた話し合いの進行を担当し、各共同研究者が振り返りとともに今後の保健指導の方向性を考えることができたことも本学教員がかかわったことの意義と考える。

・共同研究報告と討論の会での討議内容

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難しかった経験がある。個別に話を聞くほうが効果は上がるように思う。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。
- ・ 複数回対象となった人と比べて、初回の特定保健指導では対象者の反応は概ねよく、体重減少などの成果がやすい。

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。

文献

森千絵，木村美智子，荒川芽，ほか．(2012)．働く人びとを対象とした保健指導の質的評価の試み．岐阜県立看護大学平成23年度共同研究報告書，99-104．

.「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 26 年 2 月 15 日(土)10:00 ~ 14:40
 於:岐阜県立看護大学

2. プログラム

第1会場 (講義室203)

午前の部

10:30 ~ 10:40	在宅療養を希望するがん患者の意向を尊重した看護支援の充実に向けた取り組み* 青木久美 渡邊秀美 太田ちなつ 宮川孝子(岐北厚生病院), 新開久美子(岐北厚生病院 Sun・サン訪問看護ステーション), 布施恵子 奥村美奈子 北村直子 古川直美 浅井恵理 原田めぐみ(大学)
10:40 ~ 10:50	がん患者の在宅療養支援体制充実に向けた取り組み* 中川千草 吉田知佳子 佐藤良子 尾畑衣里子(羽島市民病院), 加藤しのぶ(羽島市医師会訪問看護ステーション), 久保八重子(不破医院), 内木さおり(岩佐医院), 奥村美奈子 布施恵子 浅井恵理 斉木良美(大学)
10:50 ~ 11:00	リンパ浮腫に対する看護が必要な患者への継続支援の充実に向けた取り組み* 山中富喜子 脇田久美 渡邊真子 福永充代 羽生田江里 葛谷豊実 戸本幸(岐阜県総合医療センター), 布施恵子 奥村美奈子 梅津美香 宇佐美利佳(大学)
11:00 ~ 11:45	意見交換時間(45分) * 3題合同意見交換

午後の部

12:45 ~ 12:55	特別養護老人ホームにおける看護職と介護職の円滑な連携に関する実践の検討 金子民子(県立寿楽苑), 本間由佳里 桑田奈津子(サンビレッジ新生苑), 水谷由賀子(ナーシングケア寺田), 安江豊子(サンシャイン美濃白川), 吉村久美子(恵翔苑), 酒井晶子 糟谷久美(ピアンカ), 水草真澄美(チェリーヴィラ広見苑), 窪内敏子 古川直美 星野純子 日比野直子 堀田将士 浅井恵理(大学)
12:55 ~ 13:20	意見交換時間(25分)
13:20 ~ 13:25	休憩・移動時間(5分)
13:25 ~ 13:35	中堅看護師育成のための実践の振り返りを用いた院内教育プログラムの検討* 田中靖子 鬼頭澄子 三輪郁子 森本さき子 鷺見百合子(岐北厚生病院), 新開久美子(岐北厚生病院 Sun・サン訪問看護ステーション), 北村直子 両羽美穂子 布施恵子(大学)
13:35 ~ 13:45	利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発* 山本裕子(ひだ訪問看護ステーション), 小林加代子 富田和代 島中小百合(久美愛厚生病院), 藤澤まこと 杉野緑 高橋智子 黒江ゆり子(大学)
13:45 ~ 14:20	意見交換時間(35分) * 2題合同意見交換

第2会場（講義室202）

午前の部

10:30 ~ 10:40	医療機関における認定看護師の活動の充実に向けた検討* 畑尻拓朗 島中小百合 富田和代 垣根美幸 沖本貴秀 山本理恵子（久美愛厚生病院）， 森本千嘉（元久美愛厚生病院）， 藤澤まこと 北村直子 武田順子（大学）
10:40 ~ 10:50	看護の専門性を育成する看護管理部門と病棟の連携を推進する方法の開発* 山中ひろみ（関中央病院）， 小松博子（岐阜市民病院）， 時吉鈴美 小島三紀 古澤幸江（羽島市民病院）， 堀ちくみ（朝日大学歯学部附属病院）， 堀美保（岐阜中央病院）， 両羽美穂子 小西美智子 橋本麻由里 百武真理子（大学）
10:50 ~ 11:00	病棟における目標管理を推進するためのリーダーの育成* 廣瀬五十子 伏屋洋子 佐伯郁美 岡田尚子 小松博子（岐阜市民病院）， 鈴木里美 田辺満子（大学）
11:00 ~ 11:45	意見交換時間(45分) * 3題合同意見交換

午後の部

12:45 ~ 12:55	働く人びとを対象とした質の高い保健指導の実現に向けた取り組み 坂本真由美 桑原恵子（西日本電信電話（株）東海健康管理センタ）， 木村美智子 道中環（鷺見病院郡上健診センター）， 酒井信子（一般社団法人ぎふ総合健診センター）， 池戸亜紀（（株）ブリヂストン関工場）， 梅津美香 北村直子 山田洋子（大学）
12:55 ~ 13:20	意見交換時間(25分)
13:20 ~ 13:25	休憩・移動時間(5分)
13:25 ~ 13:35	慢性疾患を有する患者の看護支援に関する実践知の探究 南谷絹代 渡辺直美 中村真希 西村奈津紀 大内晶美 平野友恵 大橋靖子 政井ゆかり 竹内ともみ（羽島市民病院）， 田村正枝 宇佐美利佳 丹菊友祐子（大学）
13:35 ~ 14:00	意見交換時間(25分)

第3会場(講義室105)

午前の部

10:30 ~ 10:40	退院・地域生活移行を目指した精神科長期在院患者とその家族への看護の検討* 西尾忠通 荒川和加子 瀧藤富久(大湫病院), 伏屋勝弘 松岡史 黒田時子(岐阜病院), 岩村佳代 高江洲悟 橋戸智子(須田病院), 桂川裕史 藤村良輔 川嶋美智子 原隆文 七森寿幸 安藤正枝(のぞみの丘ホスピタル), 此嶋美佳 清水陽平 家田重博(慈恵中央病院), 石川かおり 葛谷玲子 高橋未来 松下光子 北山三津子(大学)
10:40 ~ 10:50	保健・医療・福祉が連携した精神障がい者の地域生活支援体制のあり方* 小林ゆかり(八百津町), 今尾香子 小鞠清子(中濃保健所), 木谷昌子 平田志保(美濃加茂市), 田中美恵(可児市), 澤田里美(坂祝町), 原田ゆり子(富加町), 石井裕絵(川辺町), 中島有子(七宗町), 三尾三和子 加藤千波(白川町), 桂川のぞみ(東白川村), 土本千景 木村夕子(御嵩町), 安藤正枝(のぞみの丘ホスピタル), 森稚加子(岐阜県保健医療課), 松下光子 杉野緑 石川かおり 大井靖子 山田洋子 葛谷玲子 高橋未来(大学)
10:50 ~ 11:00	精神障害者が地域生活を継続するための支援体制の構築* 道添尚子 横山ひろみ 中土康代(岐阜保健所), 今枝貴子(笠松町), 河村玲子(山県市), 岩村龍子 北山三津子 松下光子 山田洋子 大井靖子(大学)
11:00 ~ 11:45	意見交換時間(45分) * 3題合同意見交換

午後の部

12:45 ~ 12:55	妊娠期から継続したハイリスク妊産褥婦への育児支援の検討 平岡淳子 大嶋秀美(長良医療センター), 名和文香 服部律子 布原佳奈 武田順子 瀧藤なつ子 松山久美(大学)
12:55 ~ 13:20	意見交換時間(25分)
13:20 ~ 13:25	休憩・移動時間(5分)
13:25 ~ 13:35	中学校における心の健康教育に関する養護教諭の実践研究の支援 濱田奈美(羽島市立竹鼻中学校), 平小瀬恵里奈(大垣市立星和中学校), 西脇知美(海津市立平田中学校), 浅野実千(岐阜市立長良西小学校), 世一和子 長谷部貴子 松本訓枝(大学)
13:35 ~ 14:00	意見交換時間(25分)
14:00 ~ 14:05	休憩・移動時間(5分)
14:05 ~ 14:15	保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方 山田美奈子 井上玲子(岐阜県保健医療課), 中土康代 居波由紀子(岐阜保健所), 田中昭子 山田洋子 松下光子 大井靖子 大川眞智子 森仁実 北山三津子 岩村龍子(大学), 種村真衣(元大学)
14:15 ~ 14:40	意見交換時間(25分)

3. 参加者の状況

表1 参加者の所属施設別人数の推移

	25年度	24年度	23年度	22年度	21年度
研究課題数	17	20	24	24	28
参加者数	144(10)	160(7)	168(15)	219(11)	190(10)
病院	101(6)	93(2)	84(10)	128(7)	95(9)
診療所	1	2(1)	7(2)	8(1)	4
保育園・乳児院			2	2	
学校(小・中・高・特別支援学校)	9	18(1)	5	6	6
障がい児・者施設	1		1		2
高齢者施設	10	8(1)	9(1)	11	10
訪問看護ステーション	8(2)	5(1)	1	5	6
在宅介護・地域包括支援センター	1	1	8(1)	9(1)	9
保健所	4	3	4	2	2
市町村保健センター	4(1)	6(1)	21	22	26(1)
事業所・健診機関		7	3	4	8
県庁各部門等	1	4	4	5(1)	6
その他	4(1)	3	9(1)	3(1)	6
本学：看護学科(学生)	8	10	10	14	10

*高齢者施設とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設である

* ()内は当該施設に勤務する本学の大学院生の再掲である

表2 参加者の内訳

	25年度	24年度	23年度	22年度	21年度
共同研究者	60	87	96	126	111
共同研究者以外	84	73	72	93	79
計	144	160	168	219	190

表3 参加者のうち岐阜県立看護大学卒業者・修了者・大学院生内訳

	25年度	24年度	23年度	22年度	21年度
卒業者(大学院生を除く)	17(6)	27(7)	16(5)	24(4)	15(2)
修了者	17(9)	17(12)	10(5)	14(10)	12(5)
大学院生	10	7	15(1)	11(2)	10(3)
計	44(15)	51(19)	41(11)	49(16)	37(10)

* ()内は共同研究者の再掲である

表4 参加者の所属施設・職種別状況

	計	病院	診療所	学校(小・中・高・特別支援学校)	障がい児・者施設	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	県庁各部門等	その他
所属施設数	64	25	1	9	1	9	7	1	2	4	1	4
参加者数	144(10)	101(6)	1	9	1	10	8(2)	1	4	4(1)	1	4(1)
職種別												
看護師	111(6)	89(4)	1		1	10	7(2)					3
保健師	19(3)	7(1)					1	1	4	4(1)	1	1(1)
助産師	5(1)	5(1)										
養護教諭	9			9								

*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者144名の所属施設・職種別状況である

* ()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5 参加者の所属施設別にみる参加経験

	計 (%)	病院	診療所	学校(小・中・高・特別支援学校)	障がい児・者施設	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	県庁各部門等	その他
初回参加	60(41.7%)	40(1)		2	1	6	4	1	3	2		1
過去参加	84(58.3%)	61(5)	1	7		4	4(2)		1	2(1)	1	3(1)
計	144(100.0%)	101(6)	1	9	1	10	8(2)	1	4	4(1)	1	4(1)

*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者144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66名、回収率45.8%)

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6 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)	興味のある研究テーマがあった	31	36.5%
	共同研究メンバーであった	26	30.6%
	他施設の状況が知りたかった	18	21.2%
	看護職と教員の共同研究自体に興味があった	8	9.4%
	その他	2	2.4%
	計	85	100.0%
	[その他の内容] ・所属施設が行っている共同研究に興味があった ・今後自施設が研究的な視点に立ち、組織体制、看護の質の向上に 大学研究とどのように関わっていけるかを知るため		
開催を知った きっかけ (複数回答)	所属施設へ送られた案内	48	67.6%
	本学教員からの誘い	12	16.9%
	同僚・友人の誘い	2	2.8%
	本学のホームページ	0	0.0%
	その他	5	7.0%
	記載なし	4	5.6%
	計	71	100.0%
[その他の内容] 大学からの案内(5)			
参加しての 満足度	満足している	22	33.3%
	やや満足している	36	54.5%
	どちらともいえない	6	9.1%
	あまり満足していない	0	0.0%
	満足していない	0	0.0%
	記載なし	2	3.0%
	計	66	100.0%

表7 今回の企画、運営に関する意見

	回答内容
進行	意見交換が活発に行われるように、司会者の工夫が見られた。
	3題合同で意見交換するのであれば、3題に共通したことから全体討議をしてはどうか？ 討論内容を出すのに、もう少し絞った内容から意見交換しながら拡大して行ってほしい。
その他	意見交換の時、多くの方の話が聞けて参考になった。
	意見交換の時間が多く、より自分が疑問に感じていることを聞くことができた。
	施設間の意見交換がたくさんできることは、とても学びになってよいと思う。
	興味をもて、学びの場所になった。
	初めて参加したが、もっと早く参加すればよかったと思った。
	他施設の状況を知ることができてよかった。
	合同の意見交換だったからか分からないが、もう少し活発な意見交換ができるとよかったと思う。少人数の方がいいのでは？
意見交換で、突然マイクを向けられて困った。	

表8 各会場ごとの気づいたこと、感想など

時間	会場	回答内容
午前の部	第1	検討内容がうまくいくように、進められていたと思う。
		ターミナル期の患者さんが、在宅で過ごすことの難しさを感じた。
		リンパ浮腫に関して、院内の勉強会から、今後は地域、特に訪問看護へ勉強会をしていただけると、外来受診へつなげることができると思う。
		終末期にある方の思いを聞くために労力を使って、その思いを尊重するために多職種が連携することが大切である。
		病院で退院に向けて支援すること+在宅で受け入れるための体制は、両者が連携・顔の見える関係、病状の進行に伴うケアや物品(ベッド)の先取り準備が必要である。
		在宅療養を支援する看護師の役割の理解ができた。
	第2	会場の人数が多く、質問しにくい雰囲気であった。
		看護実践現場における課題がよく分かった。
		様々な施設の取り組みや現状を知ることができ、参考になった。
		3題の共通した課題について、色々な立場の方から意見を聞くことができ、参考になった。
	第3	質問・意見が少なかったことが残念だった。
		保健師、看護師の立場として、連携のあり方を討論できて、よい機会となった。
在宅と医療機関との連携には、双方を担当する医師の介入が少ない。		
所属の違う看護職の意見が聞けて参考になった。		
他部門の考えなどの意見が聞けた。		
多職種との関わりは、患者さんがどうしたいのかなど、患者さんを中心に考えていかなければならないことを改めて感じた。		
午後の部	第1	違った職種であり、中々意見の統合が難しいのではないかと感じた。
		施設での看護職のあり方など、もっと聞ければよかった。
		多職種との連携、協働について考える機会となった。退院支援の人材育成モデル開発は参考になった。
		質疑応答など、活発でよかったと思った。
		他施設での現状や困っていること、工夫していることが分かったので、とてもよかった。自施設でも、多職種との連携についてヒントになることが多かったので、活かしたいと思う。
	第3	ケースワーカーとの連携の難しさに対して、それぞれ課題とっており、取り組んでみえることが分かった。
		特養の中での、看護と介護職同士の連携方法についての課題が分かった。
		参加者がもっと増えるとよいと思う。色々な年代の保健師が参加できるように、県としてもできることがあると感じている。

表9 大学との共同研究についての希望や意見

積極的に進めていくべきだと思う。大学 病院のそれぞれの役割をもって協働し、質の向上に努められればと思う。大切なことと感じている。まとめること・振り返ることができていない、力量もない保健師が多い。共同研究をきっかけに、取り組むことができればと思う。

5. 参加学生(看護学科)への意見調査の結果 (回答者7名、回収率87.5%)

参加した看護学科の学生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10 回答者の参加状況・満足度

項目	内容	回答件数	%
学年	1年次生	1	14.3%
	2年次生	0	0.0%
	3年次生	6	85.7%
	4年次生	0	0.0%
	計	7	100.0%
参加目的 (複数回答)	興味のある研究について学びたかった	5	35.7%
	卒業研究のテーマを考えるヒントにしたかった	4	28.6%
	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	2	14.3%
	就職など今後の進路を考えるヒントにしたかった	2	14.3%
	県内の看護実践活動について学びたかった	1	7.1%
	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	0	0.0%
	計	14	100.0%
参加目的に 対する 満足度	満足している	6	85.7%
	やや満足している	1	14.3%
	どちらともいえない	0	0.0%
	あまり満足していない	0	0.0%
	満足していない	0	0.0%
	計	7	100.0%

表11 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	在宅に向けて、様々な取組みが行われていることが分かった。
		色々な研究をしているということが分かった。
		地域での生活を支えるために、連携が必要なのだと分かった。
午後 の部	第1	連携について、実際の話が聞けてよかった。
		意見交換の時に、参加者の距離を縮めて小さいサークルで行っていて、意見が出しやすい状況であるし、声も聞きやすくちょうどよかった。
	第3	卒業研究のテーマを考えるヒントになった。
		ハイリスク妊婦が妊娠を継続するためには、連携と早期発見が重要と分かった。
		心の健康教育は予防することが大切であり、かつ養護教諭のみが頑張るのではなく、組織的に行うことが重要だと感じた。そのために養護教諭が学校全体に働きかけることが今後大切だと分かった。

表12 共同研究についての感想・希望

現場で出てくる課題を研究することで、よりよい支援につながるので、必要なことだと思った。
実際の話聞くことで、現場の様子がよく分かり、就職や進路のヒントとなった。参加してよかったと思う。次回もまた参加したい。

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13 教員アンケート結果 (回収数 33名)

開催時期	1.現状のままでよい	31名	
	2.変更をした方がよい	2名	・雪の影響等を考えると、変更の可能性について検討した方がよいのではないが、 ・雪の影響で不参加のメンバーがいたのでもう少し遅くに開催できるとよい。
プログラム	1.現状のままでよい	33名	
	2.変更をした方がよい	0名	
報告形式	1.現状のままでよい	28名	
	2.変更をした方がよい	5名	・もっと会が盛り上がるような方法があれば変更してもよいかと思う。 ・討論の時間、ホワイトボードを移動させるが、よく見えないので、展示だけでもよいように思う。 ・合同での意見交換の方法を改善した方がよい。 ・討議の方法は改善が必要であると感じた。
午前 第1会場	参加者からの体験も含めて、いろいろな考えや実践例を聞くことができ勉強になった。		
	ほぼ満席状態で講義室の後方で立ったまま報告を聞いている方が数名いたので、いくつかは丸椅子を準備しておくとうと思った。		
	司会進行の先生が上手にまとめていらっやが、3題合同の発表になると他の会場の発表を聞きに行くことに少し躊躇したり、1つ1つの報告に対しての意見が活発になりかけたところに時間がきてしまうというジレンマを受けた。		
	イスが不足し、途中で部会の先生が丸椅子を準備されていたので、もっと早く気づけばよかった。よくみれば、真ん中のイスが空いていたり、荷物だけが置いてある席もあったので、自分も誘導係をすればよかったと反省している。 また、ホワイトボードを教室の右手に設置しているが、あまり前の方に設置すると、司会進行や補助の方は教室の後方が見えないと思う。		
	会場には参加者が多く、討議をする際にホワイトボードでは見えにくいのではないかと感じた。 マイクの本数が少なく、円滑にマイクを回すことができなかつた。(無線のマイクは2本であり、討議司会者、質問者、発表者に回すのが難しい状況であった。参加者は討議の際にホワイトボードに向かって座り直すため、有線のマイクは有効に活用できなかつた。)また、参加者が多く、マイクを回すことが難しい状況であった。(通り道がなく、マイクを渡せない状況) 3題の合同討議であったが、2題と1題とわけての討議となっていたため、合同討議でなくてもよいのではないかと感じた。		
	3研究合同での意見交換だったが、司会者が時間を区切って一つずつの意見交換を行った。司会者にあらかじめオリエンテーションしておく必要があったか？また、参加者も多数で(椅子が足りないくらい)ポスターが見にくく、気軽に意見できる雰囲気でもなかつた。 ワイヤレスマイクが2本で、マイクランナーが大変だったのと、参加者が多数でランナーできずマイクが足りない状況もあった。 参加者が多数で、意見交換の時間が少なく感じた。		
	大講義室でほぼ満席の状態での討論だったため、参加者からの意見が出にくい状況であったと思う。討論するには人数が多いように感じた。		
	参加者が多い事はありがたいのだが、意見交換は難しいと感じた。		
	早口で発表されている方もみえたので、もう少し発表時間があってもよいかと思った。		
	時間通りに進行していただきたい。休憩前の時間が延長し、開始時間が遅れ、討議時間が短縮されたことは改善してほしい。		
	1・2題目と3題目を分けて意見交換されていたため、3題合同意見交換とした意味があったのか疑問であった。		
	前半2題は「討論したいこと」の内容が類似していたが、3題目は異なっていたので、合同の意見交換は難しかった。そのため、意見交換時間を2つ(1・2題目と3題目)に分けたが、時間配分が難しいと思った。		
	がん患者さんへの支援ということで3題まとめて発表・討議となったが、前半2題(在宅療養支援)とリンパ浮腫外来については予め分けた方がよかったのではないかと感じた。(当日は、討議時間を前半2題を25分、後半20分に分けた)		
午前 第2会場	発表を聞き、そのあと別会場に行ったが、討議にも参加したかった。		
	3題合同意見交換で参加者の関心が高く、いろいろな施設の取り組みの現状や課題等、活発な意見交換だった。他の施設の状況を知ることができ参考になった。今後の共同研究に役立てていきたいと思う。		
	合同意見交換時、報告者はホワイトボードの傍が一番前列に座るようお願いした方がよいと思った。		
3題合同討議であり、討論の参加人数も多く意見交換は活発に行われていたが、3題となると、やや話が分散してしまう気もした。もう少し、少人数になると深い討議ができるのではないかと思う部分もある。			

午前 第3会場	3題のテーマに共通性が高かったので、合同討議が無理なくできていた。椅子を移動し丸くなったので話しやすい雰囲気が作られ、保健師、病院看護師など立場の異なる看護職間の意見交換ができてよかった。討議時間は短く感じるほどであった。
	椅子を移動させ、円になって討議できたので話しやすい雰囲気であった。
	発表内容、発表方法、話し合いについてとても参考になった。
	共通したテーマであるため、いろいろな立場からの意見交換ができてよかったと思う。
	会場進行が、わかりやすくてよかった。
	保健師や精神科看護師の活動事例が集まっている発表であった。自分が経験したことない職種の活動を知る貴重な機会であった。
	3題合同だと1つ1つの報告に対して意見が薄くなってしまふ印象を受けた。
午後 第1会場	悪天候のため、参加予定だった共同研究者が欠席したりしていつもよりも人数が少なめであったが、その分ディスカッションはしやすかったのではないと思う。ただ、近いテーマの3演題ではあるが、討議したいことはそれぞれ用意していたので、全部について話し合うのは時間的に難しく、結果的に触れなかった話題もあり、その点が残念である。
	2題合同での討議であったが、時間を半分ずつ使い、2つの演題毎に話し合っていたためわかりやすかった。
	参加者数が多く、活発な意見交換が行われていたと思う。
	2題合同で1題ずつ順に意見交換を行った。他の報告に対する意見交換を聞くことができよい反面、後半は残り時間を気にしながらの意見交換であった。可能であれば、1題ずつ意見交換時間が設けられていると嬉しいと思った。
	後半の合同意見交換は、やはり討論したいことの内容が異なっていたため、意見交換時間を2つに分けた。その分各々の意見交換時間は短くなったため、十分討議できなかったと思う。しかし、どちらの討議にも参加したい人にとっては、合同で行うこともよいかもしれないと思う。
	人材育成として合同意見交換であったが、別々の意見交換の方がそれぞれの趣旨を生かすことができると思った。
	討論が2題合同になっていたが、時間を区切って行っていたので、初めから別々にした方が時間が十分にとれてよかったのではないと思った。
	2・3題目は合同意見交換であったが、結局はそれぞれに討論された。分けて討論するのであれば、1題ずつ行ったほうが人数も多くなり参加者が発言しやすい雰囲気もつくれるのではないかと思った。
	合同討議の際に、1題ずつの討議となっていたため、始めから合同討議でなく、1題ずつでもよかったのではないかと感じた。2題合同で行うことで、参加者が多くなり、活発な意見交換が難しくなるのではないかと感じた。
	後半2題は人材育成というキーワードで合同意見交換であったが、合同進行になっていなかった。個別に時間をとった方がよかった。
午後 第2会場	午後から1つ目の報告であったが、参加者は多かった。1報告1意見交換で、時間が長く感じられた。2・3番目は合同であったが、時間を区切って司会者が交代し進められた。参加者も多数でポスターが見にくく、気軽に意見できる雰囲気でもなかった。ワイヤレスマイクが2本で、マイクランナーが大変だったのと、参加者が多数でランナーでできずマイクが足りない状況もあった。参加者が多数で、意見交換の時間が少なく感じた。
	早口で発表されている方もみえたので、もう少し発表時間があってもよいかと思った。
	参加者が多い事はありがたいのだが、意見交換は難しいと感じた。
	発表内容、発表方法、話し合いについて、とても参考になった。
	2題とも大変勉強になった。時間ももっとあればよいなと思った。
午後 第3会場	1題目の報告と意見交換に参加したが、適度な人数であり、意見交換ができていたように思う。
	少人数のため質疑があまりでなかった。
	保健師が参加しやすいテーマという点から、第2会場午後の部1題目と、第3会場の午後の部3題目が同じ会場でもよかったかもしれないと思った。
	1題ごとの討論だったので、いろいろな意見が出て充実したと感じた。
	1題ごとの討論だったので、領域の特性に合わせてながら討議が充実していたと感じた。
	保健所の保健師や市の保健師とも交流できてよかった。
	意見交換は参加者全員が輪になり、自己紹介を行い、和やかな雰囲気でもよかったと思う。
会場進行が、わかりやすくてよかった。	
発表と発表の間の休憩があつてよかった。ただ、盛り上がり、延長した場合に、椅子を戻したり、次の発表者の準備などを考えると、もう少しあつてもよいかと思った。	
参加者が少なく少し残念な気がした。演題の特性上やむを得ないのかもしれないが...	

その他、希望や意見、改善点など

<p>初めて参加された方が、この会は共同研究の発表会だと思って参加したところ、その後に討議が始まったのでびっくりしたけど他の施設の実際や工夫が聞くことができてよかった、ただ新しく参加する場合は自分が共同研究に関係しているのならまだ参加しやすいが、ただテーマに興味を持って参加をしたような場合は(討議の場に)とても居づらいし、意見交換ならいいけど討議は抵抗がある...と話していたのを聞いた。たしかにそうだと思ったので、参加者の新規開拓のためにも、何かいい方法があれば報告の形式を考えた方がいいかなと思った。</p>
<p>参加した学生から、実習(卒研)に向けてこんな勉強をした方がいいとか、現場のスタッフになってからもいろいろ悩んで工夫をしている姿を見ることができたので、来てよかったと教えてもらった。今後学生にアナウンスをするとき、そういうことを強調して伝えて、もっと参加してもらえるように誘う必要があると考えた。</p>
<p>全体会が比較的、早く終わり、1演題目開始までに10分以上時間があつた。全体会終了後の移動時間は5分でよいと思う。それ以降は休憩・移動時間が5分なので、若干(1分くらい)延長し、話してみえる参加者の方々の間を縫って、ボードとイスを戻すと、すぐに時間が来る印象だった。</p>
<p>討議時間について、昨年度は長いなと思っていたところ、今年度は短縮しており、丁度よいかなと思っていた。しかし、話が波に乗ってくると、少し足りない気もした。最初はなかなか意見が出にくい、30分くらいがちょうどよいのかもしれない。</p>
<p>会場の配置について、以前の様に同時に2か所で討議をしないということなら、教室にはスクール形式でもよいかもしれない。机を3連にして、縦2列配置すれば、廊下側のスペースにホワイトボードを入れることができるかもしれない、と思った。ボードが3つならば、机を7列の基本配置のまま、教室の後方に展示することもできる気がする。</p>
<p>ホワイトボードはどんなに近づいても見ながらするには限界がある気がするが、早めに貼って事前に興味あるものは見ておくことを促すと、理解もしやすくてよいかもしれない。</p>
<p>大きな問題ではないと思うが、ホワイトボードにポスター貼付する際、横に順に貼るのか、縦に順に貼るのか、指示があるとよいかなと思った(ホワイトボードによってばらばらだったので)。</p>
<p>討論のために椅子を移動するのは参加者に負担であり、大人数のためホワイトボードに張られたPPTが見えないと思った。討論の際に、ホワイトボードを囲むように大勢の参加者が椅子を移動されていたため、マイクを渡すために通るスペースがなかった。マイクも参加者へ回せるマイクが1本しかなくマイクランナーが困難だと感じた。</p>
<p>討議の際のマイクの数もう少しあると、円滑にマイクが回せるのではないかなと思った。 合同討議について、今回は合同討議であっても、始めから1題ずつの討議となることもあり、合同討議にする必要性が見受けられなかったため、1題ずつで行う方がよいのではないかなと思った。また、合同討議にすることで、参加者も人数が多くなることや討議したい内容に対して意見が言いにくい状況となるのではないかなと感じた。(合同討議が必要ないというわけではない。)</p>
<p>討議は、1演題ずつがよいと思う。じっくり話し合える。また、討議をファシリテートする者によって討議の充実度が異なることを感じた。</p>
<p>発表者席が分からない発表者の方が多いいたので、もし可能であれば抄録の発表者の方へのご案内に一文あるとよいかなと思った。</p>
<p>発表しなれていない方にとっては、特に、発表者用にライトを準備して頂けると助かると思った。</p>
<p>食堂で並ぶのに時間がかかって、昼休み時間が惜しい。</p>
<p>終了後、寒かったという意見を聞いた。</p>
<p>会場案内図についての2階の「図書館吹き抜け」の部分が点線になっていて建物がないような印象を与え、通路も片側が薄くなっている。参加者は通行しないところだが、実線で表記したほうがよいと思う。</p>
<p>第2会場の進行補助を行ったが、自身の視力の問題もあって、ストップウォッチの分表示(数字や針)が小さくて見づらかった。できれば、デジタルの方が便利だと思う。</p>
<p>ストップウォッチはデジタルがあれば見やすいと思う。ガラス面に傷があり、見にくいように感じた。</p>
<p>進行補助者役の席は暗いため、使用したストップウォッチは数字が小さくて見えにくいのでデジタルタイプのものがよいと思う。また、デジタル時計もあると、進行役にもはっきり見えてよい。</p>

・平成 24 年度共同研究事業自己点検評価結果

・目的

平成 24 年度の共同研究に取り組んだ本学教員と、実践に従事する看護職等現地共同研究者双方の自己点検評価の分析により、共同研究事業の成果や今後の課題を明らかにし、今後の本事業の改善・充実に資する方策を検討するための資料とする。

・データとその収集方法

1．対象

平成 24 年度に本学の共同研究事業として取り組んだ 20 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 20 件の共同研究の継続年数は、11 年目が 1 件、10 年目が 1 件、9 年目が 1 件、8 年目が 1 件、7 年目が 1 件、6 年目が 2 件、4 年目が 1 件、2 年目が 2 件、1 年目が 10 件である。このうち、平成 23 年度から認めている 2 年の研究計画のものは、1 年目が 3 件、2 年目が 4 件（うち 2 件は前年度より継続）であった。

共同研究者の延べ数は、教員 80 名、現地共同研究者 155 名（67 施設）であった。そのうち、自己点検評価の回答があったのは、研究代表者である教員 20 名（回答率 100%）、現地共同研究者延べ 95 名（回答率 61.3%）であった。現地側の回答者 95 名の共同研究参加年数は、1 年目が 41 名、2 年目が 24 名、3 年目が 7 名、4 年目が 6 名、5 年目が 2 名、6 年目が 2 名、7 年目が 2 名、9 年目が 1 名、10 年目が 2 名、記載なしが 8 名であった。

2．共同研究の自己点検評価方法

教員は、研究代表教員が教員メンバ-全員の意見を反映し、課題ごとの自己点検評価シートに入力することとした。下記の自己点検評価項目のうち、共同研究の成果については、報告書に記載を求めている。

現地共同研究者については、看護研究センター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、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等を文書にて説明した。

3．自己点検評価項目

教員の自己点検評価項目は、現地側の組織的な取り組み状況、組織内での成果の共有状況、現地看護職の主体的な参画状況・果たした役割、共同研究の取り組みの教育活動への活用状況、研究計画作成過程・研究実行段階における現地側との話し合い状況、共同研究事業についての改善希望、

共同研究の成果である。また、共同研究の成果は、「看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと」、「現地側看護職の受け止めや認識の変化」、「本学教員がかかわったことの意義」の 3 項目から成る。

現地共同研究者の自己点検評価項目は、共同研究の実施による実践の改善・充実状況、それにつながる状況や認識の変化、実践の改善・充実したこと以外でよかったこと、共同研究の方法や進め方の改善希望、共同研究の趣旨・目的や計画についての了解状況、所属組織の了解状況、支援・協力状況、経過や成果の共有状況、共同研究継続の希望である。なお、の項目は、これまでの自由記述による回答からプレコーディングし選択式とした。

・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）、大井靖子（地域基礎看護学領域）、長谷部貴子（育成期看護学領域）、窪内敏子（成熟期看護学領域）

・結果および今後の課題

1．教員の自己点検評価

1) 現地側の組織的な取り組み状況

現地側の組織的な取り組み状況は、管理職やスタッフ・関係職員と協働した組織的取り組みになっているもの、所属施設・職能団体の管理的立場の者が参画した組織的取り組みになっているものなど、20 研究中 17 研究が組織的な取り組みであることが確認された（表 1-1）。

また、組織的な取組みとなりつつあるものが2研究(表1-2)、組織的な取組みが不十分と考えられた研究が1研究であった(表1-3)。これらは、取組み1年目の研究や、多くの組織が参加し地域の支援体制を検討する研究であった。

2) 組織内での成果の共有状況

20 研究中 16 研究が、組織内での成果の共有ができていると捉えており、所属部署や組織、上司・管理職などと成果の共有化に努められている現状が確認された(表2-1)。一方、4 研究は、成果の共有は今後の予定や課題であり、研究の進捗状況によっては当該年度内に組織内で成果を共有することの難しさが窺われた(表2-2)。

3) 現地看護職の主体的な参画状況・果たした役割

現地共同研究者である看護職が果たした役割については、「研究の推進に向けた検討への参画」(17 件)、「共同研究報告と討論の会での報告・参加・報告書作成」(14 件)、「研修会・学習会等の企画・運営」(6 件)、「調査の企画・実施・分析」(6 件)、「実践での研究的取組みの推進」(6 件)等が挙げられた(表3)。「一部の施設のみ主体的に役割を果たした」は3件であったが、看護職が少ない施設等では、検討会に参加しにくく主体的な参画が困難である状況がうかがえた。

4) 共同研究の取組みの教育活動への活用状況

学部教育では、講義において、共同研究の取組みや共同研究を通して捉えた実践の現状等が紹介され(表4-1)、領域別実習でも同様に、学生の受け持ち患者の理解や支援を考える際に紹介されていた(表4-2)。卒業研究では、学生の受け持ち事例の検討や、看護職の役割や看護実践の向上についての説明に、共同研究の取組みが活用されていた。実習施設の看護師の意識が向上することで学生が質の高い看護実践を学修できることにもつながっていた(表4-3)。

大学院教育では、実践の改善に向けた研究的取組みとして紹介されていた。共同研究に取り組んだことで大学院の進学につながった看護職もいた(表4-4)。卒業生は、現地共同研究者として参加することにより現場の課題を教員とともに検討する機会になっており、共同研究報告と討論の会に参加することによっても、自施設の課題や自身の能力や成長を考える機会になっていた(表4-5)。その他、広く看護職の現任教育等にも活かされた(表4-6)。

5) 研究計画作成過程・研究実行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20 研究中 15 研究(75.0%)「十分に話し合えなかった」が3 研究(15.0%)であった(表5-1)。十分に話し合えた研究で配慮・工夫していたことは、「現地に向いて話し合った」(5 件)や「これまでの取組み・課題を踏まえて、今後の取組みを検討できるように努めた」(4 件)、「複数施設の取組みであるため、各施設・部署の目的・方法を確認した」(2 件)等であった(表5-2)。なお、十分に話し合えなかった研究でも、現地に向いて説明をすることに努めていた(表5-3)。

研究実行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14 研究(70.0%)「十分に話し合えなかった」が4 研究(20.0%)であった(表5-4)。現地側と十分に話し合えた研究では、「検討会を開催して意見交換し、方向性を確認しながら進めた」(5 件)、「現地側共同研究者の意見・アイデアを引き出して活用した」(3 件)、「TV 会議やメル等を活用して取組みの共有や確認をして意見交換を行なった」(2 件)など、取組みや情報の共有方法を工夫していた(表5-5)。十分に話し合えなかった研究においても、メルを活用したり、現地で検討会を実施するなどの工夫をしていたが、遠方施設はメルを活用せざるを得ない状況や、複数施設合同の話し合いの機会を持つことが難しい状況がうかがえた(表5-6)。

6) 共同研究事業についての改善希望

共同研究事業について改善を望むこととして、2 年計画の1 年目終了時の自己点検評価の内容を見直してほしいという意見が1 件あった(表6)。

7) 共同研究の成果

本事業に取り組んだことで看護実践の方法として改善できたこと・変化したことの項目には、「他職種・他組織との連携・協働が進んだ」(6 件)、「看護実践が充実・改善した」(5 件)、「人材育成が充実した」(4 件)などの実際に改善したことが挙げられた。このほか、「課題や方向性が明確になった」(3 件)、「実践やその取組み体制の見直し・検討ができた」(3 件)、「実践の振り返りに対する認識が高まった」(3 件)など、今後の実践の改善につながるものが挙げられた(表7-1)。

現地側看護職の受け止めや認識の変化の項目には、「共同研究で取り組んだ活動の必要性・重要性の

認識が得られた」(6件)、「実践の課題を明確化し確認・共有することができた」(5件)、「看護実践の改善・充実につながった」(5件)等が挙げられた(表7-2)。

本学教員がかかわった事の意義の項目には、「共同研究の取り組みや成果を学部教育や大学院教育の充実につなげることができた」(8件)、「関係機関・関係職種との交流・連携を深めた」(5件)、「実践の振り返りを促進できた」(5件)、「人材育成の充実につながった」(4件)、「共同研究者間の討議を推進・発展できた」(4件)等が挙げられた(表7-3)。

2. 現地共同研究者の自己点検評価

1) 共同研究の実施による実践の改善・充実状況、それにつながる状況や認識の変化

前年度と同様に、共同研究参加年数1年目および2年目の現地共同研究者が多いこともあり、研究を進める中で自身の「実践の改善・充実に向けての意識の変化や認識の深まり」(31件)や、「実践の振り返り・見直しをする機会となった」(29件)、「実践の評価ができ、課題や問題点が明らかになった」(24件)など、今後の実践の改善・充実につながる変化が多く挙げられた。一方、「具体的な実践の改善・充実が見られた」(24件)、「他職種や他機関との連携がとれるようになった」(24件)、「実践の改善・充実につながるツール、資料、教材等ができた」(16件)のように、実際に改善・充実した内容も多く挙げられた(表8-1)。

2) 上記1)の実践の改善・充実したこと以外でよかったこと

研究を行うことによって、「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」(32件)ことが最も多く挙げられた。次いで「看護職者としての成長・学びにつながった」(22件)、「実践していることを上司、同僚、他職種に伝え、認識してもらえる機会となった」(11件)、「研究への取り組み意識の変化、意欲の高まりがあった」(9件)等であった(表8-2)。

3) 共同研究の方法や進め方の改善希望

共同研究の改善に関する意見としては、「検討方法(回数・時間)・内容を充実したい」(7件)共同研究を進めるにあたっての「教員との話し合い・相談を充実したい」(2件)など、検討方法や研究の進め方の相談を充実・改善したいとするものが多かった。多施設が参加する共同研究も多いことから「多施設で協働する場合、取り組み方法を工夫したい」(5件)や、自施設の取り組みの充実・改善のために「スタッフの協力が得られるように継続的に取り組みたい」(3件)という意見もあった(表9)。

4) 共同研究の趣旨・目的や計画についての了解状況

研究の趣旨・目的や計画の了解状況については、「了解して参加できた」が95名中89名(93.7%)であり、ほぼ了解して参加できていた。一方、「了解して参加できなかった」は4名、「回答なし」が2名であった(表10-1)。「了解して参加できなかった」と答えた者は共同研究への参加年数が1・2年目の者に多く、途中参加のため研究の目的や経緯に対する理解不足(2件)のほか、異動後の上司からの急な参加指示、研究主体が大学側にあったことが理由に挙げられた(表10-2)。

5) 所属組織の了解状況、支援・協力状況、経過や成果の共有状況

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。そのため、他のメンバーが組織的な了解をとる役割を果たしているためか「回答なし」や「分からない」が若干あるものの、ほとんどの施設で組織的了解を得ることができていた。了解を得ていなかったのは、学校の養護教諭部会で取り組んだもの2件、了解をとる必要性の認識がなかったもの1件であった。医療機関では、看護部長に了解を得ているものが多く、必要に応じて院長や師長にも了解を得ており、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、施設の種類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うかがえた(表11-1)。

組織の支援・協力については、95名中75名(78.9%)が「支援・協力あり」と回答しており、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(表11-2)。「支援・協力なし」の理由の記載は少なかったが、研究に参加してからの日が浅いので分からないことが挙げられた。

組織内での経過や成果の共有状況については、95名中82名(86.3%)が「共有あり」と回答しており、「上司・同僚への報告」、「施設内での発表・報告機会に報告」、「復命・報告書の提出・回覧」等により共有に努めていた。「共有なし」と回答した者は共同研究への参加年数が1・2年目に多く、共有の必要がない、あるいは必要性を迷うこと、報告できない風土があることなどを理由に挙げた(表11-3)。

6) 共同研究継続の希望

現在の共同研究課題の継続を希望する者は95名中64名(67.4%)であった(表12-1)。そのうちの9名から、現在の共同研究の中で取り組んでみたい課題10件が挙げられ、その内容は、「看護実践チェックシートの開発と活用」、「看護部管理部門管理者と病棟の連携を推進する方法の開発」など、現在の取り組みを発展させるものや、自部署の課題に活用して継続するものなどであった(表12-2)。

新たな共同研究課題への取り組みを希望した者は95名中9名(9.5%)であった(表12-3)。そのうちの2名から、新たな共同研究に取り組んでみたい課題として「人員配置、業務改善に関連する研究」、「管理者育成システムの構築」が挙げられた(表12-4)。

次年度の共同研究への参加を希望しない者は95名中16名(16.8%)で、その理由としては、「職場・部署異動、長期休業」(6件)、「研究活動時間の不足」(3件)、「共同研究の終了」(3件)などが挙げられた。所属施設内で多くの看護職が参加できるようにするため、「研究任期期間の交代・終了」といった理由も挙げられた。1件ではあるが、「現在の取り組み方法への疑問」もあった(表12-5)。

おわりに

平成24年度の分析の結果から、共同研究の取り組みの成果として、例年同様に、教員・現地共同研究者双方の立場から、現場の看護実践の改善・充実や改善・充実に通じる看護職の認識面の変化等を導いていることが確認できた。また、現地共同研究者が主体的に参画し多様な役割を担うことで、共同研究が生涯学習の機会となっていることや、さらに教員にとっては、学部・大学院教育や卒業生支援を含めて幅広く教育に活用できていることが確認できた。

現地共同研究者からの改善希望として、共同研究者間での検討方法・内容や研究の進め方の相談を充実・改善したいことや、多施設で協働する場合の取り組み方法を工夫したいことが挙げられた。また、現地共同研究者の共同研究の趣旨・目的や計画についての了解状況を見ても、少数ながら「了解して参加できなかった」者がいる。さらに、教員の研究計画作成過程・研究実行段階における現地側との話し合い状況についての評価においても、教員として現地側との意思疎通を図ることを意識し努力はしているものの、なお困難であり、特に遠方施設との話し合いや複数施設合同の話し合いが困難であることが示されている。これらのことから、これまで以上に共同研究者間での話し合いの充実を図る必要があり、その方法を施設・メンバーの状況に応じて検討していく必要があると言える。大学として整備してきている遠隔会議システムの活用も一案として検討されることを期待したい。

同じく現地共同研究者からの改善希望として、自施設の取り組みの充実・改善のためにスタッフの協力を得たいことが挙げられた。本学の共同研究は、研究の成果を実践の改善・改革に活用できるように、組織の了解のもと、研究取り組みの過程や成果を上司・スタッフと共有を図りながら、支援・協力を得て実施することを大事にしている。しかし、取り組み開始から日が浅い施設等では、これらのことがまだ十分でない状況が見られるため、さらに強化の必要がある。

このほかの課題として、2年計画2年目の研究については、代表教員からの報告により4研究中、紀要への投稿1研究、学会発表2研究と、成果の公表が進んでいることは把握できているが、2年で取り組んだことの効果や課題を把握することができていない。そのため、2年計画用の自己点検評価項目の検討が必要である。

最後に、現在の共同研究課題への継続参加について、約3分の2の現地看護職の方が希望され、研究的に取り組んでみたい課題も、各自が置かれている現状から様々な課題が提案されていた。看護職のこのような意欲が維持できるような支援のあり方を、大学および現地側施設双方で検討することも考えていきたい。

ご多忙中のところ、この自己点検評価の記載には、多くの現地共同研究者の皆様にご協力をいただきました。ここに深く感謝申し上げます。この自己点検評価結果を参考に、学内での教員間の議論や実践に従事する看護職の方々との意見交換を通して、さらなる共同研究の取り組みの発展と研究の質の向上に向け検討を続けていきたいと思っております。

平成24年度 共同研究自己点検評価(教員)

表1-1 現地側の組織的な取組みの状況:組織的な取組みになっている 17研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
管理職やスタッフ・関係職員と協働した組織的取組みである(7)	7年(1),6年(1) 2年(1),1年(4)	現地側共同研究者は組織内でも中核的な役割を担っていたため、所属長並びに他のスタッフも巻き込んで実践の改善に取り組めた。 4名の共同研究者が各学校校長の了解を得て参加しており、実践を協働する職員からも理解・協力を得ている。
所属施設・職能団体の管理的立場の者が参画した組織的取組みである(6)	11年(1),9年(1) 2年(1),1年(3)	現地側で中心となって実施したのは中堅看護師であったが、病棟看護師長が支援しながら組織的な取組みとなるように配慮されていた。実践改善の検討には訪問看護師の視点が必要と考え、施設内訪問看護ステーションの訪問看護師を共同研究者としており、組織的な取組みとなっている。 管理職が共同研究者であるため、看護部全体の取組みになっている。
研究課題について主管する組織・立場の看護職が参画した組織的取組みである(2)	8年(1),6年(1)	看護師長・教育担当師長が共同研究者であり、組織的取組みとなっている。 高等学校・特別支援学校養護教諭部会の部会長、副部会長が共同研究者であり、組織的な取組みである。
複数施設の共同研究者が自施設での課題を共有・検討する組織的取組みである(2)	10年(1),1年(1)	共同研究者である継続看護委員会の委員が主体となって、退院支援研修会の企画・運営、および各病棟の実践内容にあわせ退院調整フローチャートの策定に携わっており、院内の退院支援の充実に向けた組織的取組みとなっている。 各施設の共同研究者が、施設での課題などを共有し合い、検討会で話し合うなど、組織的な取組みである。

表1-2 現地側の組織的な取組みの状況:組織的な取組みとなりつつある 2研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
組織的な取組みとなりつつある(2)	1年(2)	今年度は、継続支援の充実に向けて現地側の現状把握を行った。患者に関わる各専門職者にアンケート協力依頼を行ったところ、賛同が得られ、多くの意見をj得ることができた。専門職種間で今後の取組みに関する意見交換を行っており、組織的な取組みとなりつつある。

表1-3 現地側の組織的な取組みの状況:組織的な取組みが不十分である 1研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
所属組織の了解は得ているが組織的取組みとは言えない(1)	4年(1)	病院は、看護部長が参加しているが、今年度は他の看護師の参加はなかった。地域側の各メンバーは、各所属組織の了解を得ている。メンバーの所属が幅広いため、所属施設の組織的取組みとは言えない状態である。

表2-1 組織内での成果の共有状況:成果の共有ができている 16研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
所属部署や組織に報告して成果の共有を図っている(9)	9年(1),8年(1) 6年(1),1年(6)	研究メンバーは最終的な成果を各施設の病棟あるいは病院全体に報告している。 調査結果等について高等学校・特別支援学校養護教諭部会の組織内で共有している。 特定保健指導PR用のリーフレット作成に取り組んでいるが、検討結果をそれぞれ自職場にフィードバックしている。
上司・管理職や現地側共同研究者と成果を共有できている(5)	10年(1),7年(1) 6年(1),2年(1) 1年(1)	中心的役割を担っている中堅看護師が病棟看護師長の支援のもと、取り組みを進めることで考えたことや分かったことなどを病棟スタッフに伝えて、成果の共有に努めていた。 検討会に師長である共同研究者や共同研究者と共に上司が出席するなど、成果の共有ができている。 調査結果を現地側共同研究者、及び学校長と共有し、日頃の指導に生かすことができた。
師長会を通して成果を共有できている(2)	11年(1),1年(1)	実施結果は、共同研究の打ち合わせ会議で報告し、現地側共同研究者と共有している。 師長会とともにテーマである中堅看護師研修プログラムの作成を行っているため、共有されている。

表2-2 組織内での成果の共有状況:成果の共有は今後の予定や課題である 4研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
成果の共有は今後の予定や課題である(4)	4年(1),2年(1) 1年(2)	成果の共有は今後の課題になっているが、共同研究の取組みについては、所属長に報告している。 院内全体の取組みに移行する際には、全看護師に本研究の成果を周知したのち、取組みを始める。

表3 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 53件(20研究)

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
研究の推進に向けた検討への参画(17)	検討会への参加(11)	10年(1), 9年(1) 2年(1), 1年(8)	検討会への参加 検討会への参画、検討事例の選り出し 活動報告と意見交換内容の記録
	結果の分析・検討(4)	1年(4)	検討会で話し合った内容から分かることの抽出と分析 実施結果の検討
	取り組み方法の検討(2)	1年(2)	具体的な取り組み方法の検討
共同研究報告と討論の会での報告・参加・報告書作成(14)	共同研究報告と討論の会での発表(11)	10年(1), 9年(1) 8年(1), 2年(1) 1年(7)	共同研究報告と討論の会での報告
	ディスカッションへの参加(2)	9年(1), 6年(1)	発表後の討議では積極的に発言した。
研修会・学習会等の企画・運営(6)	報告書の作成(1)	1年(1)	報告書の作成
	研修会・学習会の企画・運営(3)	8年(1), 6年(1) 1年(1)	学習会の企画とともに当時の講師担当や運営等を中心となって取り組んだ 学習会の企画・運営
	勉強会の実施(1)	1年(1)	師長の勉強会の実施
	リーダー会の運営(1)	1年(1)	リーダー会の開催と司会進行
調査の企画・実施・分析(6)	研修プログラムの作成(1)	1年(1)	具体的な研修プログラムの作成
	調査の企画・実施・分析(4)	6年(1), 2年(1) 1年(2)	調査方法やデータの分析結果に関して意見交換した アンケート作成と実施、アンケート結果の分析、アンケート結果と患者面接結果から考えられる課題の検討
実践での研究的取組みの推進(6)	研究協力依頼(2)	6年(1), 4年(1)	各市町村での保健師調査の依頼は、共同研究メンバーが担当した 課題解決方法としての「認定看護師ケア依頼シートを」考案・試行し、スタッフへの聞き取りも行った 保健指導の実施
	実践(6)	9年(1), 4年(1) 2年(2), 1年(2)	特定保健指導PR用リーフレット案の作成
成果の報告(1)	成果の報告(1)	1年(1)	部会員への報告をした
一部の施設のみ主体的に役割を果たした(3)	一部の施設のみ主体的に役割を果たした(3)	11年(1), 7年(1) 4年(1)	看護職が少数の職場であり、検討会当日に都合がつかず参加できないこともあり、共同研究者全員が役割を果たしたとは言い難い状況があった

表4-1 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと:講義 4件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
共同研究の取組みや共同研究を通して捉えた実践の現状を授業で紹介した(4)	10年(1)	概論や、方法、助産科目で紹介し説明した。
	7年(1)	サービスを活用しながら、在宅で重度の高齢者を介護している現状と看護の実際などを、講義で紹介した。
	2年(1)	
	1年(1)	養護概説の授業で、保健指導や養護実践として紹介した。

表4-2 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと:領域別実習 2件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
共同研究の取組みを実習で紹介した(2)	10年(1)	学生が事例を受けもった際など、研究の紹介での取り組みなどを説明した。
	1年(1)	高齢者の意思決定に関する支援の現状と課題について一部紹介した。

表4-3 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと:卒業研究 4件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
学生の受け持ち事例の検討に際し、共同研究の取組みを紹介した(2)	10年(1)	学生が事例を受けもった際など、研究での取り組みなどを説明した。
	1年(1)	卒研の学生が受け持っていた事例の検討がされたため、学生への指導に活かした。
看護職の役割や看護実践の向上についての説明に活用した(1)	1年(1)	看護職の役割や看護実践の向上について、共同研究の取組みを説明した。
実習施設の看護師の意識が向上することで学生が質の高い実践を学修できる(1)	8年(1)	卒業研究の実習施設であり、病棟看護師の退院支援に関する知識・意識が向上することによって、学生は質の高い退院支援について学修できる。

表4-4 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと:大学院 7件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
実践の改善に向けた研究的取組みとして紹介した(3)	11年(1)	実践の改善に向けた研究的取り組みとして、紹介した。
	7年(1)	
	6年(1)	大学院の授業において、実践の改善に向けた取り組みの方法として紹介した。
実践の現状の理解のために、共同研究の内容や結果等一部を紹介した(3)	9年(1)	岐阜県の精神医療福祉の現状として一部紹介した。
	6年(1)	
	1年(1)	がん患者の在宅療養の現状を紹介するために、本取り組みの結果を活用した。
メンバーの大学院進学につながった(1)	2年(1)	共同研究により自施設の課題が明確になったことが契機となり、共同研究のメンバーの大学院への進学につながった。

表4-5 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと:卒業生 5件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
共同研究のメンバーである卒業生とともに現場の課題を考えられた(2)	6年(1) 1年(1)	卒業者が本取り組みのメンバーになっており、現場の課題をともに考える機会となっている。 現地側共同研究者に卒業生が含まれており、臨床現場の課題改善の為の方法の1つとして学べたと思う。
共同研究報告と討論の会に参加することで、自施設の課題や自身の能力や成長を考える機会になった(2)	10年(1) 1年(1)	討論の会に参加してもらい、意見交換に参加してもらうことで、自施設の課題についても考えることができた。 共同研究報告と討論の発表を聞き、卒業者自身も自分の資質能力・成長について振り返る機会になったと思われた。
共同研究を看護職の研究活動の例として紹介した(1)	1年(1)	看護専門職者には与えられた業務をこなすだけでは無く、患者に必要な看護を提供できる環境を整える為にも研究活動することを説明する時の例として紹介した。

表4-6 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと:その他 3件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
現任教育(1)	6年(1)	現任教育(新任保健師研修や5年目保健師研修に活かされた)
学会にて紹介(1)	1年(1)	産業衛生学会の地方会にて、看護職の自主的活動の一つとして取り組みを紹介した。
教育を見直す資料となった(1)	1年(1)	具体的実践例等で活用したわけではないが、看護管理の実際について共有したことで、教育との乖離を見直す資料となった。

表5-1 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	15研究
十分に話し合えなかった	3研究
記載なし	2研究

表5-2 現地側と十分に話し合えたと回答した者の配慮・工夫したこと:研究計画作成過程 16件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
現地に出向いて話し合った(5)	10年(1) 2年(2) 1年(2)	現地に出向いて相談を行った。 現地に出向き課題について話し合い、現地側共同研究者と研究計画作成した。
これまでの取組み・課題を踏まえて、今後の取組みを検討できるように努めた(4)	7年(1) 6年(1) 1年(2)	経過が長い研究であるため、これまでの取組みを整理したうえで、今後の取組みを検討できるようにした。 前年度の結果を全員で共有し、本年度の企画・方針を検討できるよう努めた。
複数施設の取組みであるため、各施設・部署の目的・方法を確認した(2)	9年(1), 1年(1)	複数の施設・部署で取り組むことになったため、目的や方法がそれぞれの部署で乖離しないように話し合いを進めた。
共同研究者と直接会って話し合った(2)	8年(1) 1年(1)	共同研究者の一堂に会する委員会では提示し、意見交換をしながら研究計画を策定した。 実践の改善の為に研究活動ではあるが、看護実践の改善を目的とした研究であることを意識して、直接会って話し合いながら研究計画を立てた。
中心的な共同研究者と十分に話し合い、他の共同研究者との意見のずれ違いがないよう共有に努めた(1)	1年(1)	中心となって取り組む人達と会って十分に話し合いを行った。話し合いの前後で、中心的役割の人が、現地側の全共同研究者と意見のずれ違いが無いよう共有するように努めた。必要時には、現地に行き直接、説明を行った。
各参加者の意見を十分に引き出した(1)	1年(1)	各参加者の意見を十分に引き出すこと
現実の実践活動に活かせる方法を採用した(1)	1年(1)	現実の実践活動に活かせる方法を採用すること

表5-3 現地側と十分に話し合えなかったと回答した者の配慮・工夫したこと:研究計画作成過程 1件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
現地側に出向いて説明した(1)	1年(1)	現地側に共同研究について出向いて説明したが、共同研究の主旨が十分に伝わっていなかった。

表5-4 現地側との話し合いの状況:研究実行段階

十分に話し合えた	14研究
十分に話し合えなかった	4研究
記載なし	2研究

表5-5 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:研究実行段階 15件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
検討会を開催して意見交換し、方向性を確認しながら進めた(5)	9年(1), 8年(1) 1年(3)	2ヶ月に1回のペースで検討会を5回開催し、意見交換をしながら進めた 毎回、検討会の場で方向性の確認をした。 毎月開催されるリーダー会に参加し、活動の進捗状況を把握し、必要時、共同研究者間で方向性を確認した。

現地側共同研究者の意見やアイデアを引き出して活用した(3)	6年(1), 2年(1) 1年(1)	各参加者の意見を十分に引き出すこと 現地側共同研究者の意見やアイデアが学習会に十分に反映されるように努めた。
TV会議やメール等を活用して取組みの共有や進捗状況を確認し、意見交換を行った(2)	2年(1), 1年(1)	TV会議を2回開催した。1回目は事例検討の結果を共有し、2回目は現地の共同研究者主体で進めた取組みを共有し、現段階での成果をまとめる際の検討を行った。また適宜メールを利用して意見交換を行った。
メールや実習指導の際に進捗状況を確認し、現地側の業務が忙しい時期を避けて話し合った(1)	1年(1)	検討会だけでなく、メールや実習指導の際に進捗状況等を確認した。また、現地施設の業務が忙しい時期を避けて話し合いを行った。
複数施設・部署の取組みや成果を共有できるよう話し合いを進めた(1)	1年(1)	複数の施設・部署での取組みや成果を共有し、継続的な対象支援につなげられるよう、話し合いを進めた。
現地側共同研究者のコアメンバーと定期的に話し合った(1)	1年(1)	今年度は現状把握のデータ収集を行ったため集まる必要は無かったかもしれないが、研究目的を逸脱した成果物を目標に進めてしまう可能性を秘めていたため、コアメンバーと定期的に会って、研究目的に立ち返って分析結果から分かる事に関して話し合った。
現地の実践活動に活かせる方法を採用した(1)	1年(1)	現実の実践活動に活かせる方法を採用すること
多くの現地側共同研究者が参加でき、複数施設で平等に行えるよう話し合いの場所や時間を設定した(1)	1年(1)	できるだけ共同研究者が参加できるように、また複数施設で平等に行えるように話し合いの場所や時間を設定した。

表5-6 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：研究実行段階 4件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
メールを活用した(1)	11年(1)	遠方の施設があったため、メールを活用した。
検討会を3回実施し、各施設での話し合い内容を共有しながら進めた(1)	10年(1)	検討会を3回設けたが、各施設での話し合いとなったため、合同での話し合いが開催できると良かったと思う。しかし、各施設での話し合い内容を共有しながら、進めることはできた。
現場の状況に合わせて実施した(1)	1年(1)	研究計画の一部の実行となり1年で研究を終えることとなったが、現場の状況に合わせて実施した。
現地側の施設で検討会を実施した(1)	7年(1)	現地側共同研究者が参加しやすいよう、共同研究者の所属施設で検討会を行うようにしたが、十分な参加が得られなかった。

表6 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
2年計画の1年目終了時の自己点検評価の内容を見直してほしい(1)	1年(1)	2年計画の1年目終了時に現地側に送っている自己点検評価の内容を見直して頂けるとありがたい。

表7-1 本事業の成果：看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと 29件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容(要約)の例
他職種・他組織との連携・協働が進んだ(6)	7年(1) 6年(1) 2年(1) 1年(3)	認定看護師と病棟看護師とのコミュニケーションが図れ、関係性が深まったことで、認定看護師と病棟看護師が協働で患者へのケアに取り組む基盤ができた 患者を生活者として捉えて、必要であれば多職種と連携をしながら情報交換を行い、それぞれの得意分野を活かした最高の看護を提供できるように努力できる組織に変化し始めている。 ケアマネジャー、病院看護師、訪問看護師、家族などの連携がとれるようになってきた。「日常的にケアマネジャーと連携をとっている」という意見もあった。病院との連携も密になってきており、病院側の退院調整看護師が特養に訪問したり、病院で開催される研修の参加案内が届くようになった。 今年度も学習会を開催したことで、在宅療養支援に携わる看護職やケアマネジャーが直接交流して「顔が見える関係」が形成されつつあり、A地域の在宅療養を支援するネットワーク作りの場となった。
看護実践が充実・改善した(5)	10年(1) 9年(1) 2年(1) 1年(2)	多数の意見や助言をもらい、色々な方法を病棟で試みたり、同様の方法を他患者にも試み状況が改善されたりした 小グループ活動の取り組みの成果として、転倒予防策、褥瘡対策、口腔ケアへの積極的な取り組み、マニュアル作成等の改善がみられた。 看取りにおける利用者の意思決定を支えるケアはそれぞれの場によって異なっていることが理解でき、それぞれの施設において看取りに関するケアが強化された。 児童の生活実態と健康課題の観点から個別指導計画が立案され、指導がなされた。
人材育成が充実した(4)	6年(1) 1年(3)	研修プログラム案の具体化がすすんだ。 病棟看護師個々の学習の動機づけや教育システムの運用方法等具体的に検討することができ、互いに示唆を得ることができた。 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、計画的な新任保健師の育成や指導の充実につながっている。

課題や方向性が明確になった(3)	11年(1) 8年(1) 6年(1)	新任保健師の実践能力到達状況の評価をとりまとめた結果から、その特徴や課題が明らかになったので、今後は、新任保健師への指導に加えて、指導保健師に対する支援の充実にも活用できるであろう。 質問紙調査並びに検討会を実施した結果、看護ケアを客観的に評価することができ、看護の課題が明確になった。
実践やその仕組み体制の見直し・検討ができた(3)	11年(1) 9年(1) 1年(1)	他施設の実践事例、退院支援に対する取り組みやシステムなどを知り、自施設での取り組みの参考にすることができていた。また、様々な視点から幅広く意見が得られたことで、考え方が広がり、自施設の取り組みを振り返っていた。 患者の満足度を高めるための方策について、病棟での改善策を具体的に検討することができていた。
実践の振り返りに対する認識が高まった(3)	1年(3)	振り返りのカンファレンスで、できなかった要因だけではなく、できている事柄を明らかにすることができ、現地側共同研究者を中心に、実践事例の振り返りに対する認識が変化し、建設的なカンファレンスとなることが期待できる。 中堅看護師の教育を担当する看護部長らの「実践を語って振り返る」ことに対する理解が深まった。 共同研究者から看護師間で日常的に行われている会話のなかに「語り」の要素を取り入れていきたいという前向きな発言が得られた。
リーダー意識が向上した(2)	1年(2)	リーダーが主体的に活動を進めていくことを自覚し、勉強会やカンファレンス等で小グループ活動を病棟全体に広めようとする意識がみられた。 各施設及び部署で看護部の理念に基づき専門性を目指していることを確認し、看護部管理者と病棟管理者の連携が課題と自覚し、各立場で必要なリーダーシップについて考えていくことができた。
患者満足度が向上した(1)	11年(1)	一施設で、改善策を実施した結果、総合評価において満足度が向上していた。
他スタッフにも取組みが広がった(1)	9年(1)	今まで特に問題がないと思われていた患者の問題点が顕在化し、研究メンバーだけでなく他のスタッフも患者に関心を向けて取り組むなどの変化がみられた。
明らかに変化したことはない(1)	4年(1)	看護実践方法として明らかに変化したことは確認できていない。

表7-2 本事業の成果: 現地側看護職の受け止めや認識の変化 39件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容(要約)の例
共同研究で取り組んだ活動の必要性・重要性の認識が得られた(6)	11年(1) 8年(1) 6年(1) 2年(1) 1年(2)	認定看護師が毎日病棟にラウンドを行い、病棟看護師の困っていることをタイムリーに把握し、適宜専門的知識・技術を提供する必要があることが認識された。 研修会の企画・運営に携わった継続看護委員会の委員も、研修会の具体的な成果が確認できたことで、病棟看護師への教育支援としての知識の提供や事例検討の重要性を再確認できていた。 実践を語って振り返ることになじみがなかった看護部長らの実践事例の振り返りに対する認識が変化した。
実践の課題を明確化し確認・共有することができた(5)	11年(1) 9年(1) 6年(1) 1年(2)	新任保健師へのチェックシートを用いた職場での指導や研修システムの目的、趣旨・方法については、各行政機関において理解が浸透してきている。 看護師・医師間の考え方のズレ、患者の高齢化、家族の高齢化など、検討会を通して新たな課題に気づくことができていた。 新任保健師の実践能力到達状況の評価をとりまとめたことで、新任保健師への指導上の課題が明確になり、指導保健師や管理的立場の保健師との共有化が図られた。 他職種との連携が課題であることを認識した。
看護実践の改善・充実につながった(5)	11年(1) 7年(1) 2年(1) 1年(2)	A病院の中堅看護師育成についてその育成を担当する全看護部長で検討することにより、その教育のねらいや意図を共有することができた。 検討会を通じて実践が充実したとの現地側の意見があった。 患者の満足度を測定する質問紙は、看護ケアを客観的に評価する指標として有用であり、自分達の実践を振り返って改善につながる取り組みが実施できた。 人材育成が同時に看護実践の改善・充実に向けての取り組みに繋がる変化を確認できた。
看護職の教育・成長につながった(3)	2年(1) 1年(2)	認定看護師のケア内容や認定看護師どうしの討議内容を記録に残すことにより、病棟看護師への教育にもつながることが確認できていた。 リーダー会のあり方を考える契機になり、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。 自らの成長の自己認識、自己教育力や、後輩指導する研修会はなかったもので、実施したことで自分の実践等を振り返ることができ、看護教諭の資質能力・成長につながった。
調査方法・制度・対応方法の学び・理解につながった(3)	11年(1) 8年(1) 1年(1)	調査方法に関する学びを得られた。 研修会の参加者は、講義により福祉制度について理解が深まった。 様々な場における看取りの事例について検討する中で、施設毎の対応について学ぶことができた。
他職種・他機関等と連携・充実につながった(3)	10年(1) 7年(1) 4年(1)	意識的にショートステイ利用者にかかわる職種と密に連絡をとるよう心掛けた。 連携方法について、よりわかりやすい連絡方法などを考えることができた。 病院看護師と地域保健師が互いにどのように考えているかを共有する機会となり、地域保健師は、研究会において意見交換をする機会をもつことは、病院看護師と顔が繋がる機会であるととらえている。

今後の実践の向上につながる方向性が明らかになった(2)	10年(1) 2年(1)	認定看護師のケアが病棟看護師に伝わり、ケアの継続という課題の解決や認定看護師の活動目的である、水準の高い実践の提供につながっていくのではないかと捉えている。 病院と行政の役割について再認識したことや、今後定期的に連絡会や事例検討会を設ける必要性など、望まれる具体的な方向性も明らかになった。
他メンバーからの協力を得ながら取り組めた(2)	9年(2)	検討会で他施設のメンバーからの意見や励ましをもらい、それを次の実践に活かすことでパワーと達成感を得ながら進めることができた。 病棟の他のスタッフにも相談することで、助言や協力を得ながら実践をすすめることができるようになった。
課題に自ら取り組む行動がみられた(2)	7年(1) 1年(1)	課題に対応するための工夫ができるようになった。 思いを共有する場を作り出そうとする言動が見られた。
看護職の意欲が向上した(2)	11年(1) 1年(1)	看護・介護職のそれぞれの思いや意識、日頃の看護について話し合うことができ、今後への意欲の向上につながった。 患者の満足度を高めようという意欲が高まった。
看護の専門性と育成方法、支援方法を多様に理解し学ぶことができた(2)	8年(1) 1年(1)	参加者間で承認されたことが意欲につながったと、他施設の取り組みを参考に自施設のあり方を考えるようになったなど、看護の専門性とその育成方法の多様性が理解できた。 事例検討では、多様な経験を持つ看護師との意見交換により、退院支援に関する多様な視点や具体的な支援方法等の様々な学びが得られていた。
看護実践を深く見つめなおすことができた(1)	1年(1)	実践の振り返りを通じて、病棟としての看護実践を深く見つめ直すことができ、1つの事象を多面的に捉えることの必要性和難しさを認識し、ひとつ一つの看護実践を深く考えることの大切さを再確認し、各自が内省されていた。
実態を多面的に把握することができた(1)	2年(1)	生活実態調査によって、児童達一人ひとりの生活や心理面の状態を多面的に把握することができた。
看護が患者から期待されていることを認識した(1)	11年(1)	看護が患者から期待されていることを認識した。
実践能力向上につながらないことに課題を感じている(1)	6年(1)	学習会等の開催において積極的に取り組み、今後も本取り組みの継続を希望している現地側共同研究者がいる一方で、学習会への参加が即効的に診療所看護職の実践能力の向上に結びつかないことに課題を感じる等の意見もあった。

表7-3 本事業の成果:本学教員がかかわったことの意義 50件

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容(要約)の例
共同研究の取り組みや成果を学部教育や大学院教育の充実につなげることができた(8)	10年(1) 8年(1) 7年(1) 6年(2) 1年(3)	学生に、共同研究での取り組みや、今後さらに検討が必要な支援について紹介しながら考察していくことは、教育支援の充実につながる。 病棟看護師への教育支援の充実によって、退院支援の質の向上が図られ、卒業研究で退院支援を学ぶ学部学生への教育支援の充実にもつながる 新任保健師の実践能力到達状況が明らかになったため、学士課程卒業時の実践能力としては何が必要なのかを検討する資料ができた。 本研究の取り組み内容である看取りにおける利用者者の意思決定を支えるケアについて、教員が担当する講義や実習に反映させることで、学部・大学院教育の充実につなげることができる。
関係機関・関係職種との交流・連携を深めた(5)	10年(1) 6年(1) 2年(1) 1年(2)	A地区における病院と保健所それぞれで話し合いを設けることができ、また話し合いによって、今までそれぞれが課題として困ってきたことや疑問に思っていたことが明らかになり、連携体制を考えることにつながった。文書での連絡方法ではなく、電話連絡や訪問、会議や検討会を設ける必要性についても具体的な意見が出た。 A地域において終末期がん患者の在宅支援に携わる看護職やケアマネジャー等が交流する機会を提供できた。 複数の施設間で検討を重ねたことで、施設間の連携が取りやすくなった。
実践の振り返りを促進できた(5)	11年(1) 9年(1) 1年(3)	看護ケアを客観的に評価できる質問紙を作成し、それを活用して実践の振り返りができた。 退院支援に向けた看護実践事例の紹介や、研究的に明らかにされているポイントをメンバーに伝達することで、自施設内での看護を振り返るきっかけを作った。 本学教員が入って、実践事例の振り返りを丁寧に行ったことにより、実践を振り返る目的と意義が理解できた。
人材育成の充実につながった(4)	6年(2) 1年(2)	新任保健師の実践能力到達状況調査の結果から、到達度が低く、体験や考える機会を意図的に作る必要性のある実践能力を明らかにし、現場の新任保健師への指導に反映される報告資料が作成できた。 具体的に進められずにいた勉強会の実施の契機をつくることができた。
共同研究者間の討議を推進・発展できた(4)	11年(1) 7年(1) 1年(2)	調査結果を視覚的に結果を捉えやすい方法で提示できたことで、実践の振り返りや施設間で結果を比較検討することを可能にし検討会の進行に役立った。 共同研究者間の討議等において看護部の院内教育体制や中堅看護師育成のねらい等を確認する役割を担ったことで、臨地側が自施設の中堅看護師育成上の課題を明確にしていくことにつながった
看護職の実践へのモチベーションや意識を高めた(4)	8年(1) 4年(1) 1年(2)	継続看護委員のスタッフ教育に向けた意識の向上が図られ、主体となって研修会の準備から当日の運営に取り組みされた。 病院看護師と地域保健師の連携の必要性について、特に地域保健師側の意識化につながった。
看護実践の改善・充実を図ることができた(4)	11年(1) 7年(1) 2年(1) 1年(1)	質問紙を活用し、看護ケアの振り返りや客観的評価がしやすくなるよう、質問紙の活用方法に関する手順書を作成することにつながった。 看取りにおける利用者者の意思決定を支えるケアのあり方や課題を明確にすることができ、現場のケアの改善の一助となった。

実践を振り返ることで、課題の明確化や改善に向けた検討ができた(3)	2年(1) 1年(2)	認定看護師の活動を振り返る機会をつくったことで、取り組みの目的や課題が明確にでき、認定看護師の活動の充実につながった。 実践の振り返りを通じて、看護実践の事象を多面的に捉えられるようになり、実践を評価するだけに止まらず、患者の意向を尊重するために必要な援助を導き出すことができた。
共同研究者以外の同職種間で実践の共有・意見交換ができた(3)	4年(1) 1年(2)	報告と討論の会において、さまざまな取り組みを紹介し共有することにより、現場の実態が少しずつ変化してきていることを参加者とともに確認することができた 養護教諭個人だけでなく、高等学校・特別支援学校の養護教諭全体で共有することで、集団の振り返りの機会となった。
研究や調査の計画・実施・まとめが有効にできた(3)	11年(1) 9年(1) 8年(1)	研究計画の段階と、最終的な評価の段階で教員からアドバイスすることで、テーマからずれることなく実践を重ね、実践結果を病棟内、病院内、あるいは学会等で結果を分かりやすく正確に報告することに役立った。 質問紙調査の内容を、具体的な学びや実践の困難点が把握できるよう検討し、成果や課題が把握できた
関係職種・複数施設との意見交換により検討が深まった(2)	6年(1) 1年(1)	A地域における終末期がん患者の支援の充実に向けた方略を関係職種を交え検討することができた。 複数の施設間で検討を重ねたことで自施設の現状を客観的に振り返り見直すと同時に、施設の特徴に合ったあり方を検討することができた。
本学卒業者の支援につながった(2)	6年(1) 1年(1)	養護教諭養成における卒業生支援で大変参考になる結果を得ることができた。 現地側共同研究者として本学卒業者が参加しており、本取り組みが卒業生支援の機会になっている。
実践を可視化することで、できていることが確認できた(1)	1年(1)	リーダーの実践を可視化することができ、リーダーがスタッフを指導しリーダーシップを発揮していることを確認できた。
今後の取り組みの方向性が定まった(1)	2年(1)	課題の解決に向け病院全体の協働体制の構築に向けた取り組みを推進するという今後の方向性が定まった。
教員の課題を自覚できた(1)	1年(1)	理論と実践の乖離を起こしやすい教員の課題を自覚することができた。

平成24年度 共同研究自己点検評価(現地共同研究者)

表8-1 共同研究の実施による実践の改善・充実状況、それにつながる状況や認識の変化 155件

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
実践の改善・充実に向けての意識の変化や認識の深まりがあった(31)	10年(1), 7年(1) 6年(1), 5年(1) 4年(2), 3年(4) 2年(10), 1年(11)	長期入院で退院を希望する患者に対して、どうしたら退院できるかが各病棟で取り組めるようになった
		間違った知識やあいまいな知識の見直しができ、学ぶことへの意識の向上がみられた
実践の振り返り・見直しの機会となった(29)	7年(1), 6年(2) 5年(1), 4年(5) 3年(1), 2年(6) 1年(10) 記載なし(3)	今までケースワーカーが窓口となり連携がとれていたが、今後地域移行支援などの制度が入ってくる中で、病棟看護師との連携が患者を地域に戻すために必要なことだと感じる機会となった
		勉強会・カンファレンス等で、グループリーダーが中心となり、チーム員としては病棟全体に広めようとする意識がみられた
実践の評価ができ、課題や問題点が明らかになった(24)	7年(1), 6年(2) 5年(1), 3年(2) 2年(8), 1年(10)	なかなか良い方向に向かわないため、何度も見直す機会があった
		既存のプログラムを再活用する機会となった
具体的な実践の改善・充実が見られた(24)	7年(1), 5年(1) 4年(1), 3年(2) 2年(11), 1年(8)	ただ行っただけではなく、それを行うことによりどうなったのかと改めて考えることができた
		情報の不足している部分だけでなく、良かったという点の意見も聞けて励まされた
他職種や他機関との連携がとれるようになった(24)	10年(1), 7年(1) 5年(2), 4年(3) 3年(2), 2年(6) 1年(8) 記載なし(1)	看護部長、副看護部長と参加したことで、看護部の体制の見直しができている
		他校の同様の実践を交流できたため、客観的に自らの実践を見直すことができた
実践の改善・充実につながるツール、資料、教材等ができた(16)	10年(1), 7年(1) 6年(1), 5年(1) 2年(5), 1年(6) 記載なし(1)	同じ方を見ることも、みる側がポイントがずれているため評価の違いが出てきていた。そのことが話し合えるようになった
		新任チェックシート内容の評価を行い、実践能力の低い項目に関し、見直したり体験させるための指導者側の課題なども検討することができた
実践の改善・充実につながるシステムができた(4)	5年(1), 3年(1) 2年(2)	評価スケールが広がり、現状分析ができた
		今までの看護をディスカッションし、議事録へ残すことにより整理・分析することができた
その他(3)	2年(1), 1年(2)	尺度を用いた結果から具体的改善策を考え、取り組むことができた
		今まで特に問題がないと思われていた患者の問題点が顕在化し、他スタッフも関心に向けた

表8-2 実践の改善・充実したこと以外でよかったこと 85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(32)	9年(1), 5年(1) 4年(2), 3年(5) 2年(5), 1年(16) 記載なし(2)	他施設での実践内容を聞いた、自分の実践内容について意見がもらえた
		他施設職員さんと交流でき、顔つなぎができたと感じているし、実態を把握することができた
看護職者としての成長・学びにつながった(22)	6年(1), 4年(3) 3年(1), 2年(7) 1年(10)	市町村との課題共有のきっかけになっている
		学校の先生方との意見交換は、一つ一つの看護を深く考えることの大切さを改めて考える機会となった
実践していることを上司、同僚、他職種に伝え、認識してもらえらる機会となった(11)	10年(2), 5年(1) 3年(1), 2年(2) 1年(5)	認定看護師等の育成、支援について情報交換できた
		自己の振り返りをするとき、持っているデータをまとめて課題を出すことを改めて意識できた
研究への取り組み意識の変化、意欲の高まりがあった(9)	4年(1), 2年(2) 1年(6)	他施設での取り組みを参考に、当院ではどのような実践が可能か常に考えるようになった
		他者の考え方やいろいろな角度からの見方の意見が聞け、成長したかはわからないが考える機会となっている

教員のサポートを受け、研究としてまとめること、発表することができた(8)	4年(1), 3年(2) 2年(2), 1年(3)	院内での研究発表会でも報告する予定である 自分たちだけではどうにもならなかったところを情報の集約、分析整理など教員のみなさんの力で進められたと思っている 筋道立てた思考の仕方ができるようになった
その他(3)	1年(3)	先生方の助言は、考え方を前向きにスイッチできた 大学院を修了して(学ぶ視点で)意見交換・情報共有する機会を得ることができ、自分自身のモチベーションアップになった

表9 共同研究の方法や進め方の改善希望 17件(17名)

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
検討方法(回数・時間)・内容を充実したい(7)	4年(1), 2年(2) 1年(4)	もう少し話し合う機会の回数や実践が増やせるといいと思う。 他施設や大学との関わりは良かったと思う(方法、進め方)。もっと自由にディスカッションできると、もっと良かったと思う。
多施設で協働する場合、取り組み方法を工夫したい(5)	5年(1), 3年(1) 2年(3)	2か月に1回の集まりの中で、前回の内容を思い出すのに時間がかかった。 それぞれの病院の問題が異なり、一緒に1つのテーマに向かって各病院が取り組んでいくのはどうなんだろうか。 せっかく他の病院も集まるのだから、もっと各病院との交流があるとよいと思う。
スタッフの協力が得られるように継続的に取り組みたい(3)	7年(1), 1年(2)	研究課題に対して、直接つながるところまではいけなかった。開放、閉鎖病棟間のスタッフの協力が必要と感じ、次年度の取り組みにつなげていきたい。
教員との話し合い・相談を充実したい(2)	2年(1), 1年(1)	テレビ会議の日程など、もう少し事前に連絡がもらえると参加が可能となるが、直前だと勤務の調整が難しい。

表10-1 共同研究の趣旨・目的や計画についての了解状況 95名

了解して参加できた	89名
了解して参加できなかった	4名
回答なし	2名

表10-2 共同研究の趣旨・目的や計画について了解して参加することができなかった理由 4件(4名)

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
途中参加のため理解不足であった(2)	2年(1), 1年(1)	途中参加のため、研究の目的・経緯が十分理解できていなかった。
異動後の上司からの急な参加指示であった(1)	2年(1)	いきなり病棟の上司から言われて参加した。異動したばかりで開放病棟にも慣れていなかった。
研究主体が大学側で、早期より計画等に関わられていなかった(1)	1年(1)	主旨・目的は理解したが、今回の研究の主体は大学が大きく、できることなら計画等もっと早い段階から関わる方がよかったと思った。

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)				
医療機関	68(22)	1(1)	1(1)	66(21)	28	56	30	1	1
行政	7(5)			7(5)	3	2	4	1	
福祉施設	1(1)			1(1)	1	1			
事業所	5(4)			5(4)	2	2	1	2	
学校	7(7)	2(2)		5(5)	5				
訪問看護ステーション	1(1)			1(1)					1
その他	5(2)		2(1)	3(1)	2	1		2	
不明	1(1)			1(1)	1				
計	95(43)	3(3)	3(2)	89(39)	42	62	35	6	2

組織のトップ(施設長など)
組織の看護職トップ(看護部長など)
直属上司(看護職)
直属上司(看護職以外)
その他：経理担当者・トップ本人

*1 了解なしの理由(参加年数)

医療機関：とる必要性を感じていなかった。話せば了解が得られると思う(記載なし)
学校：今回は養護教諭部会の共同研究ということで研究を進めた。そのため養護教諭部会の了解はとってあるが、自分の組織(学校)の了解はとっていない(1年)
個人ではなく、養護教諭部会として受けたため(1年)

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 やすい体制や 環境の整備・ 調整	その他 ^{*2}
医療機関	68(22)	8(3)	5(4)	55(21)	34	20	21	15	4
行政	7(5)	1(1)		6(4)	5	4	3	1	
福祉施設	1(1)			1(1)		1			
事業所	5(4)			5(4)	2	2	1	1	
学校	7(7)	1(1)		6(6)	5	3	1		
訪問看護ステーション	1(1)	1(1)							
その他	5(2)		3(2)	2(1)			1		1
不明	1(1)	1(1)							
計	95(43)	12(7)	8(6)	75(37)	46	30	27	17	5

*1 支援・協力なしの理由(参加年数)

医療機関：研究に参加してからの日が浅いので分からない(1年)

*2 その他の内訳(参加年数)

医療機関：アンケート実施や評価について、各部署長及びスタッフに協力を得ている(2年)
病院車を使用させてもらった(3年)
施設の利用(1年)
その他：必要な事業の一つとして位置づけられている(1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 もとの スタッフ 間で 検討	復命・報告書の 提出・回覧	施設内での 発表・報告 機会に報告	共同研究報告 と討論の会に 共同研究者 以外のスタッフ にも参加して もらう	その他 ^{*2}
医療機関	68(22)	3(3)	4(3)	61(21)	43	15	8	21	11	3
行政	7(5)			7(5)	6		4	1		
福祉施設	1(1)			1(1)	1					
事業所	5(4)			5(4)	5	2	2			
学校	7(7)	3(3)		4(4)	3					1
訪問看護ステーション	1(1)	1(1)								
その他	5(2)		2(1)	3(1)	2		3			1
不明	1(1)			1(1)			1			
計	95(43)	7(7)	6(4)	82(37)	60	17	18	22	11	5

*1 共有なしの理由(参加年数)

医療機関：退院後の関わりのため、病棟内スタッフには報告していない(2年)
研究とは別に病棟で実際に動いている。研究独自としての共有はないのではないかと(1年)
積極的に部内に報告できない風土がある(1年)
学校：研究経過や成果として報告するのではなく、実践した時の生徒の実態や様子を教育相談の視点から共通理解している(1年)
どこまで話して伝えていっていいものかが分からないため(1年)

訪問看護ステーション：研究内容すべて、当ステーションのナースは全員理解して看護実践しているので、特に共有はしていない(2年)

*2 その他の内訳(参加年数)

医療機関：看護部の実践報告会での報告、病院の広報誌での活動紹介(2年)
最終的のまとまったものを、病棟内で発表・報告することになっている(2年)
今後の院内教育活動にうまく活用させていただきたいと思う(1年)
学校：所属では共有しないが、養護教諭部会で共有する(1年)
その他：当課の業務として位置づけをしている(1年)

表12-1 現在の共同研究課題への継続参加の希望 95名

希望する	64名
希望しない・不明	31名

表12-2 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 10件(9名)

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
看護実践チェックシートの開発と活用(2)	6年(1), 1年(1)	5年目保健師の看護実践チェックシートを完成させ、現場で活用しながら現任教育のあり方を考えていきたい
看護部管理部門管理者と病棟の連携を推進する方法の開発(1)	1年(1)	看護の専門性を育成する看護部管理部門管理者と病棟の連携を推進する方法の開発まで至ってないので、この先を続けていければと思う
自施設の課題への対応とその効果(1)	2年(1)	当院の課題に対する対応とその効果について
対応困難な長期入院患者への病棟での取り組み(1)	1年(1)	何十年と入院していて、他の看護師からも嫌がられている人と関わりを持ち、病棟で協力してもらって良くしていきたい
古い制度の見直し(1)	1年(1)	古い制度を再度確認してやめさせていきたい
チーム医療等、新たな課題(1)	1年(1)	すべて同じではなく解決した課題は別の課題で、チーム医療の取り組みでもいいかもしれない
多施設共通テーマで取り組めるもの(1)	2年(1)	ポイントを絞った内容で共通テーマで行った方がよい
看護の質の向上(1)	1年(1)	看護の質の向上のため、他施設との交流、大学と研究でより刺激と学びになっているため
共同研究への意欲的な活動参加を促す取り組み(1)	5年(1)	メンバー間に取り組み意欲にムラがあるため、全員が意欲的に活動していくためにはどうしたらよいか

表12-3 新たな共同研究課題への継続参加の希望 95名

希望する	9名
希望しない・不明	86名

表12-4 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 2件(2名)

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容
人員配置、業務改善に関連する研究(1)	2年(1)	(まだ具体的ではないが)看護必要度と業務量の関係で人員配置や業務改善につながるような研究
管理者育成システムの構築(1)	1年(1)	管理者育成のシステムの構築

表12-5 次年度の共同研究への参加を希望しない理由 16件(16名)

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容(要約)の例
職場・部署異動、長期休業(6)	7年(1), 4年(1) 2年(2), 1年(2)	次年度産休となるため、職場復帰後また参加させていただきたい 職場が変わるため
研究活動時間の不足(3)	4年(1), 3年(1) 2年(1)	時間をとる余裕がない。
共同研究の終了(3)	4年(1), 3年(2)	取り組んだ課題に関してはある程度の方向性が見えてきたため、今後は新たな課題に取り組みたい。
研究任期期間の交代・終了(2)	2年(2)	2年間参加したら、担当者が代わることになっている
現在の取り組み方法への疑問(1)	2年(1)	機関ごとのレベルの差が大きくこれ以上の研究続行は意味を持たない。実践に活用する機会がなければ改善につながらない。
職能代表としての参加が困難(1)	1年(1)	個人名でなく職能代表者としての参加が認められるようになれば、参加希望が増えると思った。

《編集後記》

この報告書には、平成 25 年度に実施した共同研究 17 題の研究報告を掲載しました。実践の場におられる看護職の方々と本学教員が看護実践現場の改善・充実を目指して取り組んだ活動の軌跡および成果、そして成果をもとに「共同研究報告と討論の会」(平成 26 年 2 月 15 日実施)で多くの参加者の方々と討論した内容も含めて報告書としております。この報告書が今後のさらなる看護実践の発展につながることを期待しております。

また「共同研究報告と討論の会」では、あいにくの積雪にもかかわらず多数の方々にご参加いただき活発な討論に加わっていただきましたことを、この場を借りてお礼申し上げます。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、共同研究事業の発展のために参考にさせていただきます。

この「平成 25 年度共同研究報告書」につきまして、ご感想やご意見等を看護研究センター宛 (E-mail : nccenter@gifu-cn.ac.jp) にお寄せいただくと幸いです。

【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
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)
大井靖子講師 (地域基礎看護学領域)
長谷部貴子講師 (育成期看護学領域)
窪内敏子講師 (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)
丹菊友祐子助教 (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 26 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>

