

平成18年度共同研究事業

共同研究報告書

岐阜県立看護大学

7 回目の刊行にあたって

学 長 平 山 朝 子

今年は、例年に比し課題数が少なくなっています。しかし、去る 2 月 17 日に実施した「共同研究報告と討論の会」では、県内看護職の方々と本学の教員とが一堂に集まり、いずれのテーマについても、活発な意見交換で深めることができました。

本学は、開学してから 7 年経過したわけですが、この事業も 7 回を重ね、多くの課題で、実践の現場に即した共同の取り組みが円滑に行われるようになっていきます。報告と討論の会の場には、現地側の看護職者による報告も多くなり、また、大学側では卒業生や大学院研究科の学生も加わってきています。

共同研究事業は、大学の活動ですので、この事業の企画・運営に責任を持つ本学の研究交流促進委員会は、自己点検評価体制をつくり、事業に直接携わる共同研究者全員(現地側の看護職及び大学側の教員)による評価を行い、年々改善措置を取り組んでいます。

本学では、共同研究事業を大学の看護学教育の基盤として位置づけていますので、各研究の成果は、教員から学生にも伝えられ、また現地で実習をする際に実践現場側の看護職の方々から紹介されたりして、看護のあり方を語る共通の素材として活かされることも多くなっています。

既に数次にわたり報告しておりますが、本学では、平成 16 年度から大学院の修士課程の教育が開始され、現在、県下の看護職者が職場在籍のまま修学しております。そして、平成 18 年度からは、この大学院に博士後期課程が開学しますが、大学院では、終始一貫して看護の実践研究の推進と、実践研究の特質を追究することとしています。これらの大学院教育の基盤には、岐阜県域の看護の現状を踏まえて実施してきたこの共同研究事業が土台と成っています。その意味で、本学としては、この本報告書を資料としながら、「共同研究の質を高めていく努力」をしなくてはなりません。

ここでいう質を高めるという意味は、看護実践そのものを効果的に改善していく方法の追究という意味であり、研究者の行う研究を求めていくものではなく、実践に根ざした看護職者の問題意識を基点としていくことには、何ら変わりません。

この報告書は、今年度の実績です。2 月に行った報告と討論の会の意見交換なども含めて、1 カ年の成果です。今後は、これらの研究実績から実践を改善する手法の開発や実践の場における問題解決の道筋を立てたりする議論の素材としても大いに活かしていただきたいと思えます。

以 上
(2007-3)

目 次

巻頭言

I. 共同研究報告

1. 地域の保健福祉活動

障害児（者）支援体制づくりにおける保健師活動の評価と 町村合併後の支援体制づくりの検討	1
地域ケア会議の充実に向けた取り組み	6
障害児・者及び家族を地域で支えるための 連携した支援体制づくりに関する研究	8
介護保険体制下において 高齢者のいきいき生活を実現する地域の体制づくり	13

2. 医療機関における看護

一般病院におけるターミナルケア	17
精神科病院における社会復帰に向けた看護実践の取り組み	21
病院利用者の望む療養生活に向けての退院支援の充実	27
慢性の病いとともにある生活に求められる看護援助および 援助提供システムについての検討	33
生活習慣病を有する青年期・壮年期・老年期にある患者の 看護支援に関する研究	39
循環器系機能障害をもつ成熟期の人への看護援助の検討	44
急性状態を経過する成人・老人心疾患患者の看護援助の構造化	47
脳神経外科チームの看護改善に向けた取り組み	52
手術室における患者の安全・安楽を保障する看護についての研究	57

3. 福祉施設における看護

特別養護老人ホームにおけるショートステイ利用者のケア充実に向けて	62
障害者施設における入所者の健康生活の維持・向上をめざした 健診・検診のあり方	66

4. 育成期にある人々を対象とした看護

多胎児支援の方法に関する研究	69
母子に関わる看護職者向けの母乳育児支援プログラムの開発および その効果の検討	75
乳幼児をもつ養育者の健康管理意識を育成する支援の検討	81

5. 労働生活を支援する看護	
働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究	85
労災病院における勤労者医療・看護推進への組織的取り組み	89
6. 訪問看護に関する活動	
訪問看護ステーションにおける	
重度障がい児をもつ家族の活動性を促進する支援の検討	95
精神科訪問看護の現状と課題に関する研究	100
7. スタッフ教育に関する活動	
精神科病院の看護の質を上げるスタッフ育成方法の検討	106
医療施設における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討	111

II. 「共同研究報告と討論の会」開催結果

日時・場所・プログラム	117
参加者の状況	120
参加者への意見調査の結果	121
参加学生（看護学科）への意見調査の結果	125
教員への意見調査の結果	127

地域の保健福祉活動

障害児（者）支援体制づくりにおける保健師活動の評価と

町村合併後の支援体制づくりの検討

上村喜美江（郡上市高鷲地域振興事務所健康福祉課） 羽土小枝子（郡上市健康福祉部健康政策課）
橋本吾貴子（郡上市大和地域振興事務所健康福祉課） 加藤ゆみ子（郡上市八幡地域振興事務所健康福祉課）
坪内美奈 両羽美穂子 大井靖子 菱田一恵 松下光子 米増直美 小澤和弘 北山三津子（大学）

I. はじめに

本研究は、これまでの実践活動における活動成果を保健師と確認し、今後の保健福祉サービスの質の充実と提供方法のあり方を検討することを目的としている。昨年度は5歳児検診の必要性を個別支援を通じて明らかにしてきた。

今年度、地域療育システムの構築を療育に関する様々な取り組みを通じ検討してきた。また個別支援過程を通じて保健師の役割や活動について検討等してきた。これらを通して、旧村において長年積み重ねてきた実践活動の中で大事にしてきた保健師としての視点を生かし、今後の郡上市としての障害児（者）支援体制における保健師活動の視点・方法を明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 今年度の取り組みの内容

1) 地域療育システム支援事業を通じ、障害児の個別支援状況について事例検討会を実施した。本事業や事例検討へは看護大学教員の参加による助言等があった。事例検討の結果をふまえて、事例からの課題と保健師の援助について整理した。保健師の援助については、前年度にまとめた旧村において長年積み重ねてきた実践活動の中で大事にしてきた保健師の援助と比較して整理した。

検討した事例は、下記の3例である。

(1) 3歳児。視線が合いにくく言葉が少ない。こだわりが強く人との交流もうまくできないため両親は保育所を希望し、今は、保育士を加配設置し入所している。

表1 健診時に通過しなかった項目（事例1）

1歳6か月児健診	3歳児健診
【理解言語】 ・簡単な言いつけに言葉で従う ・電話が鳴ると指差しをする ・目・口・耳等指差しできる 【表出言語】 ・欲しい物を言葉で要求する ・意味のある片言を言う 【特記事項】 ・人がいても無視して動き回る	【理解言語】 ・上下前後大小長短がわかる ・言う事を理解し行動する ・赤・青・黄等わかる 【表出言語】 ・三語文が話せる ・発音で気になることがある 【運動】 ・積み木の模写ができる

・総合判定は1歳半健診も3歳児健診も異常なし。
 (2) 5歳児。こだわりも強く、自分で決めたルール以外のことは受け入れられない。一対一では遊べるが集団行動はできないため家庭や保育所でのように係わればよいか迷っている。

表2 健診時に通過しなかった項目（事例2）

1歳6ヶ月児健診	3歳児健診
【理解言語】 ・電話が鳴ると指差す ・目・口・耳等指差しができる ・「ワンワンどれ」指差しするか 【表出言語】 ・意味のある片言を言う 【特記事項】 ・上着を脱ごうとしない	【理解言語】 ・上下前後大小長短がわかる 【表出言語】 ・三語文が話せる ・発音で気になることがある 【運動】 ・円や顔らしいものが書ける

・総合判定は1歳半健診も3歳児健診も異常なし。
 (3) 4歳児。多動。こだわりが強い。児の関心は衝動的に次々と変わる。母子分離はこれからの状況。

表3 健診時に通過しなかった項目（事例3）

1歳6か月児健診	3歳児健診
【理解言語】 ・目・口・耳等指差しできる ・「ワンワンどれ」指差しする 【表出言語】 ・意味のある片言を言う ・欲しい物を言葉で要求する 【特記事項】 ・高いところに上がりたがる	【運動】 ・円や顔らしいものが書ける 【特記事項】 ・ひどい偏食がある

・総合判定は1歳半健診も3歳児健診も異常なし。

2) ことばの教室親の会に参加し、親のニーズを把握した。

ことばの教室親の会は、療育施設が主体となって開催しているもので、言葉などの発達の遅れがある乳児から大人の親で構成されている。中心は幼児から小学生の親である。1回につき約60名参加があり、保健師は3回出席した。

3) 日本小児保健学会へ保健師1名が参加し、発達障害に関する全国の情報を収集した。

2. 倫理的配慮

事例検討の対象となる児の保護者には、共同研究の趣旨および研究への協力や取り止めは自由意思によるもの、結果の公表にあたっては匿名性を守ることを文書を用いて説明し、同意書をもって承諾を得た。本研究は本学の研究倫理審査部会の承認を受けた。

Ⅲ. 結果

1. 事例検討の結果

1) 事例からの課題

対象児が専門療育相談を利用し状態の改善を図れるよう、保護者に対し家庭訪問や相談を通じ支援した。また、療育プログラムが家庭や施設で生かされるよう家庭と施設間の調整を図った。保健師からは、「家庭訪問指導により、親の思いをよく聞いた。家族を含めた支援ができた」との感想があった。施設間の調整を図る中で、情報の共有が不十分なことも認識した。

事例検討より以下のとおり支援の課題が出た。

- ・ 保護者が児の状況を理解するための情報の提供が適切に行われているか。
- ・ 保育所やことばの教室等施設間での児の情報の共有ができてきているか。
- ・ 適切な支援計画ができてきているか。
- ・ 施設や保護者間で支援計画を共有しているか。

2) 保健師の援助

表4 旧村での支援と比較した今回の保健師支援

旧村での支援	今回のケースでの支援
児の状況を受け入れられない親の気持ちを受け止め、今後の見通しが持てるようにする。	保護者が児の状況を理解する為の情報の提供をした。保護者の変化に応じた支援の継続。
児が成長しても常に親とかかわりを保ち、児の状態親の認識や悩みを捉えている。	
専門職による相談や専門医の治療につなげ親が客観的に状況を認識できるように支援する。	家庭訪問により専門相談につなげる。
関係機関と連携を取り、常に児の状況を把握し、かつ適切な支援が受けられるように調整した。	保育所やことばの教室等施設間での情報が共有できるよう連携する。専門相談との連携。専門相談と保護者との調整。
医療・福祉・教育機関が相互に連絡を取れるように調整する。	
服薬と児の健康状態や生活の状態を重ねて観察し、服薬の効果や副作用などを評価しながら親に伝え、服薬支援を行った。	

保健師の援助について旧村の状況と比較した。旧村では児が成長しても保護者とかかわりを持

ち支援している点(長期にわたる支援)、医療・福祉・教育関係機関の連携調整を実施している点(成長につれて継続して関係機関と調整する)、服薬の状況等について保護者へ支援している点(医療面での支援)が今回の支援以外にあった。

2. 親の会のニーズ

1) 生活：生活上で困ることや心配なこと

- ・ 病気のときの薬の飲ませ方や熱の測り方がわからない。
- ・ トイレットトレーニングがわからない。
- ・ しかり方がわからない。
- ・ 友人との係わり方が難しい。
- ・ 子どもとの接し方がわからない。
- ・ 気が散りやすく困っている。

2) 学校生活について

- ・ 朝の準備に時間がかかる。
- ・ 学習面(宿題ができない。国語・漢字が苦手。読み書きを避けたがる。算数ができない。学校行事への参加について。等)
- ・ 小学校・中学校・高校でどのように対応されているか知りたい。
- ・ その他(親や同級生に理解してもらいたいがどうすればよいか。入学にあたり相談窓口はどこか知りたい等)

3) その他

- ・ 他の親の話が聞きたい。
- ・ 理解して欲しい人にどうやって理解してもらえるか。
- ・ 特殊学級や養護学校への親の偏見をどうしたら理解してもらえるか。

3. 全国の療育システム支援について情報収集から得たこと

第53回小児保健学会に参加し、軽度発達障害児に関する演題を中心に聞く。参加者の感想より。

1) 軽度発達障害の療育システムについて必要な3つの段階

- ① 保健師が療育機関と密接に繋がっている。
- ② 保健師・療育機関と保育園・学校が繋がっている。
- ③ 発見後保護者へ理解を促すことと支援ルートの確立。

2) 相談機関のあり方

- ① タイムリーに行われている相談が知的障害の他、軽度発達障害にも利用できる。
- ② 乳幼児健診からのケース以外にも利用できる。
- ③ 軽度発達障害の視点で診断が受けられる機関が身近に必要。

- ④ 乳幼児期・小学校・中学校・高校や社会への見通しを立てた専門的つながりがとれる。
- ⑤ ことばの教室に通所している時のオブザーバー的なつながりが必要。
- ⑥ 専門機関に対する知識や情報量がタイムリーに入る。
- ⑦ 医療機関と教育機関・保健福祉機関が繋がってかかわる。

4. 看護実践上の変化と現地看護職の受け止め

事例検討を通じ、保健師の援助の整理ができた。保護者が児の状況を認知し専門相談へ行動が変化する過程で、保健師としてどのように支援していったかが確認できた。

児の状況を評価し、専門的な指導計画を立てる支援体制の確立が求められている。

今回事例検討をした3事例をみると、いずれも健診時の総合判定では異常なしであったが、できなかった問診項目をみると共通するものがあつた。また、この3事例は、異常なしという判定のため、保健師によるフォローがないままに現在に至り、親や保育士が児への関わり方に困っていた事例もあつた。他にもこれらと同様の事例があることが推測される。幼児健診時に、発達障害で気になる児を確実にフォローできるように保健師の問診項目等の検討が必要と考える。

IV. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 参加者と討議したかったこと

1) 関係機関（ことばの教室や保育所）との児の情報の共有はどのように行われてきたか。親の参加はどのような形で行っているか。

関係機関との連携の現状は次の通りである。また、図1に旧郡上郡の療育フローチャートを示す。

- ・ことばの教室：定期的又は随時連携。教室参加児の情報交換等
 - ・保育所：保育所巡回相談・入所児の連絡等
 - ・その他：打ち合わせ会議・発達支援会議等実施。
- 親は希望によって参加する場合もある。

2) 療育支援プログラムはどのように立てられているか。

2. 当日の討議内容

市町村保健師、病院の病棟看護師や訪問看護担当者、大学教員など約30名の参加があり、全体での質問を受けた後に、2グループに分かれて活発にディスカッションをした。

1) 1グループの討議内容

【合併に伴う療育システムの問題】

- ・ 合併した市の保健師より：子どもの療育シス

テムはもともと旧町で異なっている。療育事業も、町ごとに通所している対象者が全く異なっていて、指導する先生の力量もあるように感じている。

- ・ 保育士の加配設置は難しい。特に、幼稚園は基本的に自立している児が通う機関であるという認識が強く、受け入れが難しい。
- ・ 障害児保育は基本的に公立保育所が主に担うものと思っているが、保育士不足で、定員割れでも受け入れてもらえない状況にある。
- ・ 市として融合した形で療育事業を実施していくのは難しい現状にあるが、それぞれの特徴を捉えて活かしていく事が大切。どうにかしていくか。

→言葉の教室のあり方など後回しで合併が先にすすんだ。言葉の教室の指導員も「これではいけない」と、主体となって、年1回集まり情報交換する場をもつようになった。それが親の会にもつながってきている。指導員も市の中で異動があるので、人事交流がされる中で次への期待もある。言葉の教室の指導員自体も悩みもっている。

【親への関わり方について】

- ・ 病棟の看護師より：肢体不自由児が急性期疾患で入院すると、親がみられない、退院後他にみてくれるところがない、受け入れがないという理由で、退院できなくなる状況がある。また、親とのかかわり、例えば、先の親の会に入るのに拒否されるようなことはないか。障害のことなど告げるとそれを認めようとしない親が多いように思っている。

→言葉の教室や親の会をすすめる時には、タイミングは大事だと思っている。保育所に入り、集団生活をするようになって、親も「うちの子はちょっと・・・」と気づく場合もある。親が児の遅れを受け入れるのを待ちながら、その状況をみながら、すすめている。

【保育所等との連携と保健師の役割】

- ・ 合併しなかった町の保健師より：年間約60名の出生で、親の顔がわかる状況である。機構改革があり、保育所は教育委員会の下の子育て支援係に位置づく。子育て支援係には2年前から保健師も配属されるようになり、保育所と保健センター間の連携もとりやすくなった。
- ・ 2ヶ月に1回、言葉の教室の担当者会議が開かれ、保健師、保育士、言葉の教室指導者でケース検討をし、児の情報共有や各職種の役

割分担の確認などして、連携が図られている。

- ・ 保健師の役割として、言葉の教室に送り出すまでも大変であり大事であるが、その後も、送り出した機関に任せきりではいけないと思っている。以前、就学指導委員会の頃に、児の病状がわからないということがあり、保健師はどのような関わりをしていたのかと問われたこともあった。先に述べたケース検討では、保健師として、病状の確認や共有は忘れず行なうようにしている。
- ・ 病院の訪問看護担当者より：訪問看護利用者の母も人格障害あり、地域の保健師とも連携して看護を提供している。児と親をどうフォローしていくか、病院との連携も必要あり、その中で看護職者同士の連携も考えられるとよい。
- ・ 市の保健センター保健師より：これまで、児が療育のルートにのると保健師としての関わりがない現状にあったが、あそびの教室の通園児に対して、担当者会議をするようになってから、ルートにつながった後も保健師として支援を継続する必要がわかった。
- ・ 最後に共同研究を実施した保健師より：親に専門相談など資源を紹介していく上では、親の受け入れ状況を確認しながらタイミングをみて、すすめていく必要がある。直接、親に関わらなくても、関係職種で情報を共有していくことは必要で、共有しあえる場を大切にしていきたい。

2) 2グループの討議内容

【他市町の療育の現状について】

市として年に数回ことばの教室や遊びの教室という形で行っているところや、自治体として資源がないため他町の言葉の教室に参加するといった形をとっているところがある。それらの教室における療育指導者は、保育士であり発達障害など専門に勉強してきたわけではない。それぞれ独学や研修を受けたりしながら療育指導を行っているのが現状である。そのため、スタッフ支援は課題であり、県の事業である療育システム支援事業のスタッフ支援は重要であった。

【療育プログラムについて】

ことばの教室など療育支援者が主にプログラムをたてている。その中に保健師や親が参加することもある。児が通っている保育所の保育士や幼稚園の教諭は入っていない。

【関係する機関のネットワークづくりのための

保健師の役割】

各機関でできること、できないこと、それぞれの機関に期待することなど整理し、それらを調整していくことが保健師の役割ではないか。

【療育システム支援事業後の希望ヶ丘学園との連携】

この事業を通じて初めて希望ヶ丘学園と連携することができたところもあった。連携のいいきっかけになったし、その後も必要時スタッフ支援等を依頼することがある。

【療育支援における保健師の役割】

健やか相談で各市町村と連携しており、療育が必要な児については、療育につながっていくようにやっている。

必要な資源を整えていくこと、療育相談の機会をつくること、医療機関と保健所や保健センターなどの機関と人をつなげていくことが必要ではないか。

医療機関との連携を強化し医療機関が保健所や各市町村の保健センターを地域での資源として活用できるようにしていく必要があるという意見があった。これは、療育に限らず、ケアを必要としながら在宅で生活する人々に対しても必要なことである。今は、未熟児支援システムで未熟児に関してはシステムがあり保健所に情報が入るが、それ以外の病気・障害等についてはシステムがない。

(気管切開をした児が退院することになり、在宅に帰ったときに地域の保健師がどのような役割を果たすことができるのか知りたくて参加した臨床看護師がいた。)

【その他】

療育システムを構築していくのは、福祉部門が担当しているが、保健部門として考えていく必要があるのではないか。

他機関との連携について考えていく必要がある。

【文献】

- 1) 本郷一夫・八木成和・糖野亜紀：3歳児健康診査におけるフォローアップ児の特徴に関する研究，小児保健研究，65(6)；806-813，2006。
- 2) 久保由美子：乳児期から学齢期までの一貫した地域発達支援，発達障害研究，26(4)；221-229，2005。

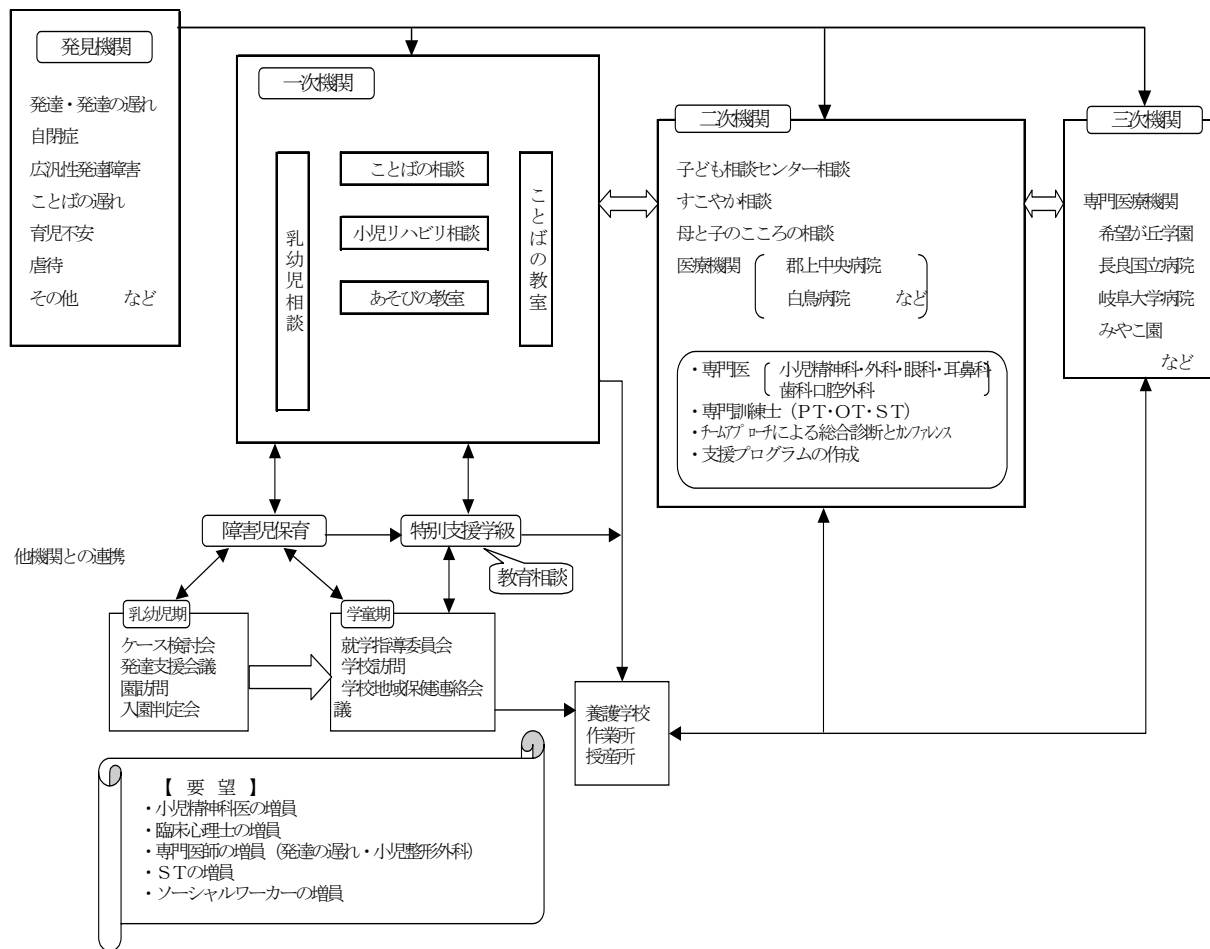


図1 旧郡上郡の療育フローチャート

地域ケア会議の充実に向けた取り組み

高橋眞智子 渡辺美恵子 吉村学 (揖斐郡北西部地域医療センター・久瀬診療所)
米増直美 松下光子 片岡三佳 森仁実 坪内美奈 杉野緑 (大学)

I. これまでの経緯

旧A村では、「自分たちの地区で安心して暮らせるように支援するための情報交換。連携促進」を目的に、定期的に地域ケア会議を開催し、地域の高齢者および精神障害者等の援助課題を検討してきた。その過程で、参加している保健・医療・福祉関係職種ならびに民生委員からは、情報交換により地域の高齢者の問題が分かるようになった、関係職種の人々の役割が分かるようになった、というような評価が聞かれている。しかし、現状として情報交換にとどまっておき、地域の問題解決に向けての検討までには至っていない。情報交換により得た情報を整理・分析し、問題点・検討課題の整理をすることが必要であるが、どのように話し合えばよいか方法が見いだせず、情報交換を続けている状況である。

II. 目的

現状の会議のやり方を見直し、どのようなことを議論するとよいかを明らかにし、会議メンバー全員が目的意識を持ち主体的に参加する会議のあり方を検討する。

III. 方法

1. 検討方法

通常の地域ケア会議では、一地区ごとに高齢者の生活状況について情報交換をするが、全地区の検討が一巡した段階で今年度の会議を総括するための時間をとり、会議参加者から、①会議に出て良かったこと、②どのような情報を会議で得られると良いか、③さらに検討した方が良くと思うこと、について意見を出してもらった。そして、それを元に今後の会議の方法を検討した。

2. 協働の実際

地域ケア会議の運営は現地側共同研究者が主体である。教員は会議を充実させていくための課題を投げかけ、意見をまとめる作業を現地側と共に行った。新たな会議用資料の作成を、現地側共同研究者および地域ケア会議参加者の一部と協働で実施した。

3. 倫理的配慮

地域ケア会議の参加者に対して、共同研究とし

ての取り組み、会議の活動についてまとめ共同研究として公表すること、個人のプライバシーは保護することを説明し、了解を得た。

IV. 結果

1. 今年度の地域ケア会議について

旧A村は16年1月に6町村が合併しB町となった。地域ケア会議は、17年度までは旧A村にある在宅介護支援センターのケアマネジャー(看護師)および事務職員が主体となって運営してきた。18年度からは、町に1カ所地域包括支援センター設立され、地域ケア会議の運営方法が検討された結果、18年度は旧町村単位でのこれまでの運営方法を活かし、それぞれの実施方法を継続していくことになった。A村では、町の地域包括支援センターがバックアップしながら、これまでの在宅介護支援センター業務担当者が主体となって会議運営をしていくことになった。

会議参加者は、診療所看護師(ケアマネジャー兼務)、医師、老人保健施設相談員、理学療法士、ホームヘルパー、事務職員、行政福祉担当者、地区担当保健師、社会福祉協議会専門員、駐在所警察官、民生委員と、今年度より地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが加わった。

2. 地域ケア会議の振り返り

1) 会議に出て良かったこと

- ・情報が得られることにより、当該ケースとの接点があったときに注意してみることができた。
- ・自分の業務の範囲では捉えられないことが他の職種の人々により捉えられ地域の問題について知ることができた。
- ・地域包括支援センターが加わったことにより視野が広がった。

2) 会議で得たい情報

- ・それぞれの職種が実施している活動とその対象者の状況。
- ・一人の対象者へ多職種がかかわっていることがある。急に情報が変化したとき、例えば急に入院することになった等の情報。
- ・何らかの予防的な関わりが必要である人の情報。
- ・地域住民の間で噂になっていること等の住民の

視点での情報。

3) さらに検討した方が良いと思うこと

- ・ 困難事例について事例検討を深めること。
- ・ 台風や降雪時に心配な人を挙げ対策を考えておくこと。
- ・ 見守り体制が必要と思われる方について、その方に応じた見守り体制のあり方について。
- ・ サービスや制度の狭間にいて気になる方（介護保険や障害者の認定は受けていないが健康問題がありそうな方）等の検討。

3. 新たな会議用資料の作成

参加者から「会議の前に参加者それぞれが問題提起をしてくると良いのではないか」、という意見が出された。さらに、現状の会議資料では必要でない情報項目があったり、各参加者が持っている情報を載せにくい、ということがあったので、新しい資料を作成することになった。参加者それぞれが把握している情報が載せられるよう、項目を整理した。検討した結果、新しい検討資料に載せる項目として、年齢、家族構成（独居・高齢者世帯）、健康問題、生活上の問題、保健・福祉事業利用状況（身障手帳、介護保険、特定高齢者事業、社協事業、小地域単位での集まり）が挙げられた。

今年度1回だけ新たな会議資料を用いて検討することができた。「情報交換している内容が明確になって分かりやすい」という利用してみたの感想が挙げられた。

V. 今後の課題

会議参加者それぞれは、情報交換により地域の健康問題を把握でき、さらに各自の活動に活かしていることがわかった。新しい資料により、地域の健康問題や、参加者個々の活動状況がより明確になると、会議参加者同士の連携強化にもつながると考える。今後はこの成果を確認していくことが必要である。

また、地域の情報が集まり、積み重なることは、予防的な活動につながるが、個人情報保護・プライバシー保護の面からは、どこまで情報を伝えてよいか判断が難しい。参加者が守秘義務を遵守することは当然であるが、参加者間で常に倫理的な配慮について検討していく必要がある。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

初めに、討議に参加してくださった方々から質問があり、会議の実施主体および目的についての

議論となった。会議の目的としては、個別の援助課題の検討と、地域全体におよぶ予防的な援助課題の検討の二つがあるのではないか、という意見が出された。そして、会議の実施主体により、会議の目的・会議で目指す物をどこに置くかが異なってくるのではないかと、また、声をかける参加者も異なってくるのではないかと、という意見があった。当該地域は過疎地域で、保健医療福祉の資源も専門職等も限られており、あえて参加者を選択するほど人的資源が多くはないことが事実である。参加している専門職や民生委員等それぞれが主体的に参加できる会議を目指してきており、現状として、参加者ひとりひとりが積極的に意見が言えるようになってきた段階である。行政福祉担当者より、「行政が柱となってやるべきことと思うが、今は地域の実情に合わせて実施している状況である。集まった情報をどのように検討し、対策を練っていくかは今後の課題」との発言があった。会議を重ねることにより多様な課題が出てくる。その課題に対して具体的な解決策まで検討していくことが今後の課題であり、地域ケア会議の発展にもつながる。

また、このような会議に警察官に入ってもらふことの意義についての質問および、警察官と連携をとろうとしたときの困難だった体験について参加者より紹介があった。本地域では、特に困難点なく、ほぼ毎回警察官の方に参加していただき、高齢者をねらった悪質業者への対応の協力を依頼したり、物取られ妄想の方への対応も依頼できている。地域の状況により、連携を取る上での困難さが違うことがわかった。

最後に、このような会議を実施する中での課題として、倫理的配慮および個人情報保護をどのように遵守していくか、ということについて意見をいただいた。討議参加者からも、機関同士で、ある援助対象者に関して連絡を取り合うときも、どの情報を伝えて良いかいつも悩むという現状が紹介された。また、ある地域では、このような会議の場で、年に一度はあらためて、倫理的配慮および個人情報保護について確認しあう、という報告があった。倫理的配慮および個人情報保護については、常に意識して、確認し合っていくことが大事なので、本地域ケア会議でも取り入れていきたい。

障害児・者及び家族を地域で支えるための連携した支援体制づくりに関する研究

大川眞智子 岩村龍子 杉野緑 梅津美香 松下光子 大井靖子 平山朝子(大学)
 安藤邦章 森島千里 吉田元気(知的障害者更生施設羽島学園) 熊崎千晶(生活サポートはしま)
 橋本詩子(羽島市保健センター)

I. はじめに

本研究は、地域住民の中の障害児者を受け入れていく素地や援助ニーズを明らかにし、障害児・者(以下、障害児者とする)と家族が安心して生活できるための地域づくりの方法を検討することを目的として、平成16年度から取り組んでいる。その経過は、表1に示す。

表1 本研究の取組み経過

年度	取組みの概要
16	羽島学園(以下、学園とする)の地域交流を意図した取組みの活動内容及び学園における看護活動の現状整理
17	<p>1. 地域交流を意図した学園の取組みに対する住民の意識調査</p> <p>1) A地区における地域交流新聞の戸別配布時の聞き取り調査、2) A地区と共催である夏祭り参加者への質問紙調査</p> <p>2. B小学校区内の知的障害児者及び家族の援助ニーズを把握するための訪問調査</p> <p>1) 知的障害児者の家族(5事例)を対象にした訪問調査、2) グループホームやアパート(単身)で暮らす知的障害者(4名)を対象にした面接調査</p> <p>⇒調査結果から導き出した援助ニーズ; 本人・家族の健康生活支援、家族が理解・活用できる情報の提供、本人・家族のニーズに応じたサービス利用体制の整備、災害時の対応や避難に関する不安への支援、就業・交流のための場の確保、地域住民の障害児・者に関する理解を深める働きかけ等</p>

今年度は、昨年度の援助ニーズ調査の対象者である知的障害児者の家族5名に調査結果を報告するための再訪問を実施した。次いで、障害児者及び家族への支援体制づくりの一環として、調査結果を地域の課題として地域住民と共有し、一緒に検討したいと考えた。そこで、民生委員は、障害児者及び家族にとって身近な支援者として普段のかかわりもあるだろうと考え、調査対象の居住地区の民生委員に調査結果を報告し、意見交換を行った。さらに、民生委員の代表者である、民

生委員連絡協議会(以下、民協)の役員及び福祉課職員に対しても同様に調査結果の報告を行い、組織的に検討してもらうことを働きかけた。

今回、障害児者及び家族を地域で支えるための連携した支援体制づくりについて、具体的な方策を検討するまでには至っていないが、民生委員に対する調査結果の報告と意見交換を通して、障害児者及び家族の実態や気持ち・考えに関する理解を促し、地域住民や関係職員と課題意識を共有する働きかけができた。このことは、障害児者及び家族を地域で支えるための連携した支援体制の基盤づくりであり、共同研究者が目指す地域づくりや実践活動に寄与するものと思われる。

II. 方法

1. 調査対象者への調査結果の報告と聞き取り

1) 対象; 17年度に実施した訪問調査の対象者(B小学校区内に居住する知的障害児者の母親5名)

2) 方法; 対象の自宅を現地側共同研究者1名と大学教員1名が2名1組で訪問する。昨年度の調査結果を報告するとともに、調査結果から導き出した援助ニーズであり、特に地域の課題としても取り組むとよいと考えた「災害時の対応、準備について」や民生委員とのかかわり等を追加して聴取する。

3) 実施時期; 平成18年9月

4) 訪問時の面接時間; 1件あたり約1~2時間

2. 調査対象地区の民生委員への調査結果の報告と意見交換

1) 対象; 調査対象の居住地区であるB小学校区内の2町(C町、D町)の民生委員

2) 方法; 定期的にも実施されている各町の民生委員会に現地側共同研究者と大学教員が出向き、調査結果の報告と意見交換を行なう。また、終了時に質問紙を用いて、当日の意見・感想や障害児者及び家族との対応に関する不安等を把握する。

3) 実施日時・場所

(1)C町; 平成18年11月9日(木)14:00~15:30、C町コミュニティセンター(以下、コミセンとする)

(2)D町; 平成18年11月10日(金)14:30~

15:50、D町コミセン

4) 参加者

(1)C町; 民生委員9名、コミセン職員1名、現地側共同研究者3名、大学教員4名

(2)D町; 民生委員5名、コミセン職員1名、現地側共同研究者1名、大学教員2名

3. 民協役員と福祉課職員への調査結果の報告と意見交換

1) 対象; 調査対象が居住している自治体の民協役員と福祉課職員

2) 方法; 現地側共同研究者と大学教員が調査結果及び民生委員との意見交換の結果などを報告し、互いに意見交換を行なう。

3) 実施日時・場所; 平成19年1月17日(水)10:00~11:30、大学

4) 参加者; 民協役員4名、福祉課職員2名、現地側共同研究者4名、大学教員3名

4. 倫理的配慮

17年度の調査結果は個人が特定されないようにまとめ、調査対象者(障害児者の家族)の了解を得た上で民生委員に報告した。また、民生委員には本研究の趣旨を説明し、知り得た個人情報の保護に留意することの同意を得た上で調査結果の報告と意見交換を実施した。

民生委員への調査結果の報告と意見交換については、共同研究の一環として実施したい旨、事前に民協の全体会議(各町の民生委員の代表者会議)において、現地側共同研究者と大学教員が、その目的・方法を共同研究の趣旨を含めて説明し、組織の了解を得た上で実施している。なお、今年度の本研究の取り組みに関して、本学の研究倫理審査部会の承認を受けている。

5. 現地側共同研究者との協働体制

調査対象事例への再訪問による報告や民生委員への報告と意見交換、民協への事前説明など、全ての取り組みについて、現地側共同研究者とともに検討した上で実施するよう努めた。また、民協や福祉課との事前の打ち合わせ等に関しては、現地側共同研究者を通して連絡調整を行なった。

III. 結果

1. 調査対象者への調査結果の報告と聞き取り

1) 調査結果に対する意見・反応; ある母親が、調査結果の報告資料に自分の意見や家族のことが出ていないと言われたので、報告資料は個人が特定されないようにまとめてあることを十分に伝え、母親自身の意見や家族のことが資料のどこに該当し、掲載されているのかを具体的に示しな

がら説明したところ納得された。また、この方は、調査結果だけでなく、調査によって具体的に何がどう改善されたかを知りたいと言われたので、その思いを受け止めて今後の検討課題として取り組みたい旨を伝えた。

一方で、調査結果の報告資料を友人等に見せたいという方もいた。なお、居住地区の民生委員に対して、本資料を用いて調査結果を報告して検討することに関しては、全員から了承が得られた。

2) 災害準備に関する現状; 家庭で防災グッズの準備をしている方は見受けられず、家族員が地域の避難訓練に参加しても障害児者本人の参加は確認できなかった。総じて、具体的な災害準備をしておらず、危機感も強くないように見受けられたが、準備の必要性を認識している方もいた。

3) 災害発生時の避難・対応に関する対象の気持ち・考え; 避難所生活になった場合に子どもが環境に適応できるだろうか(食事をしなくなるのではないか、無反応になって後で反動が出るのではないか)、大きな声を出して周囲を驚かせるのではないか等の心配が聞かれた。これらのことは、同じく障害のある子どもをもつ親同士の中で話題として出てくるとのことだった。

また、福祉避難所への興味を持ったので調査結果を友人等に見せたい、一般の避難所では無理だと思う、避難所では個室に近い部屋で家族と一緒に過ごしたい等の意見もあり、福祉避難所の必要性が伺われた。

他所から転入してきた母親からは、「出かけるのが大変なので、隠しているわけではないが、近所に子どものことを知られていないかもしれない。地域の会合にも参加できないているが、近所が事情をわかってくれているとは思いますが、どう思われているか心配」という声があり、災害時に地域の中で孤立する危険性が伺われた。

なお、災害時に地域からどのような協力があるとよいかという問いに対しては、対象から具体的な意見を聴取することはできなかった。

4) 民生委員とのかかわり; 日頃から民生委員とのかかわりがある方は皆無で、約半数が居住地区の民生委員が誰なのかを知らなかったが、民生委員の役割を伝えた結果、「積極的に話をしに行こうかな」という反応の方もいた。

2. 調査対象地区の民生委員への調査結果の報告と意見交換

1) 調査結果に対する意見・反応; 調査結果を聞いてもピンと来ない、遠い話である等の意見もあったが、今までの障害児者とのかかわりの体験と

比較して語られたり、学園や事業所などの外部とつながっていない人の方が大事ではないか、地区内の障害児者の全体把握をして欲しい、障害者同士や施設の中だけではない交流をもっと持たせようがよいのではないか等の建設的な意見が出てきた。また、調査拒否の事例数や拒否の理由、地区内の障害児者の実数に関する質問もあり、関心の高さが伺えた。

「研修で新しい制度や国の方針に関する知識は勉強するが、地域の障害児者の実態から何をすべきか、地域とのつながりなどは勉強していない。地域の中で支えていくことは良いことだと思う。実態はわかった。」という意見や本研究を継続して欲しいという前向きな意見を伺った。

2) 障害児者及び家族とのかかわりに関する現状と意見；担当地区内に障害児者の誰が住んでいるかを知らない方が多く、障害児者の親から相談があれば対応するが、そうでなければかかわる事は勿論のこと接点をもちにくいのが現状であった。

また、家族は障害児者を隠している、存在に気づいても声をかけにくい、もっと外に出て交流して欲しい、民生委員がかかわることを家族が嫌がるのではないかという意見がある一方で、施設で障害児者と実際に交流することが、障害児者一人ひとりの持てる力・個性を理解することにつながり、かかわり方のコツもわかった等の体験談が数名の方から語られ、交流してこそ理解が深まることを一緒に確認した。さらに、若い世代が理解を深めるために、施設を訪問して交流していくとよいという意見が出された。

3) 災害時の対応、準備に関する意見；災害時に助け合うネットワークが必要、学校や施設とつながりのない障害児者を誰が安否確認するのか、避難訓練が形式的ではないか、昼間は高齢者しかいないので心配、地域の若い人の力を活用するとよい等の意見があった。

4) 終了後の意見調査

質問紙への記載は、当日出席した民生委員 14 名全員の協力が得られた。以下、記載された内容の類似性に沿ってカテゴリー分類した結果を質問項目毎に示す。

(1) 調査結果の報告に関する意見・感想；①障害児者の家族の思い・悩みを理解できた、②本研究を長い活動にして欲しい、③実情を知ることができ今後の取組みの参考にしたい、④内容理解に戸惑ったが子どものことを理解して欲しいという親の姿勢は立派だ

(2) 災害への準備と対応をテーマにした話し合い

の意見・感想；①テーマは障害の有無に関わらず今後の課題である、②福祉避難所の必要性を痛感した、③日頃の密な付き合いがないと即座に対応できない、④自治組織を含めて考えていく必要がある、⑤話し合いの焦点が絞られなかった

(3) 障害児者と家族への対応・援助で困っていること、不安なこと；①どのように家庭に介入すればよいか戸惑っている、②これから初めて関わるので不安ばかりである、③相手にとってメリットになる手土産（給付金のお知らせ等）がないので訪問しづらい、④外出しないし話をしたのではないかと、⑤担当地域の障害児者を知らない (4) 地域で障害児者や高齢者を支えるために、今後取り組みたいこと；①障害児者や高齢者の人数・実態を把握する、②世代を超え障害児者を含めて地域の中で交流を深める場を多くもつ、③高齢者の交流の場であるふれあいサロンの参加者を増やす

3. 民協役員・福祉課職員への報告と意見交換

調査結果及び 2 地区の民生委員との話し合い内容や参加した民生委員を対象にした終了後の意見調査の結果を報告し、意見を交換した。その結果、民協役員の話から、家族の障害を隠している世帯と接点を持つことや個人情報入手の難しさから、災害準備として地域の中で災害時に助け合うネットワークづくりを意図した働きかけを障害児者世帯にしたいけれどもできないのが現状であり、何とかならないかと悩んでおられることが分かった。

障害児者本人あるいは家族が、民生委員や地域住民による安否確認などのかかわりを拒否する場合、災害発生時にどう対応すべきかという点や災害の種類や障害の程度・特性によっても対応の仕方は異なるので一概に言えず難しい等、民協役員は、災害準備や発生時の対応に関して、現実的に地域の中で取り組むべき課題として重く受け止めていた。

IV. 考察

1. 調査対象者への調査結果の報告と聞き取りを終えて

調査によって何がどう改善されたかを知りたいという、ある母親の意見は、真摯に受け止めなければならない。調査して結果を報告して終わりではなく、調査結果から具体的に方策を検討し、実行していくことが重要である。今後は、この点を肝に銘じて、調査終了後の取組み内容や成果を調査対象者にフィードバックすることを視野に

入れ、対象への責任を果たしていきたい。

今回の再訪問では、避難所生活への心配・不安を抱えている方がいることを確認したが、対象世帯の中には、高齢者・乳幼児のいる世帯や障害者が複数名いる世帯、主介護者である母親が高齢な世帯、外出や家族員以外の接触を怖がる障害者の方もいることから、当該世帯の災害発生時の速やかな避難及び避難先での適応や適切な生活空間の確保が難しいと予測される。これらについては地域の理解と支援が必要だが、加えて、当該世帯が災害に備えて主体的に準備し、発生時には落ち着いて適切に対応できる力をもてるための援助も必要と考える。

また、近隣との付き合いがなく不安を感じている転入者の方がいたが、災害時に近隣へ助けを頼みにくくて孤立する、早期に適切な支援の手が届かない等が危惧される。日常的に近所づきあいをし、互いに理解しあうためにも、特に転入者の場合は地域とのつながりづくりを意図した橋渡しの支援が求められていると考える。

2. 民生委員や民協役員等への調査結果の報告と意見交換を終えて

担当地域の障害児者世帯との接点が無い現状において、調査結果として報告した障害児者の生活実態や家族の気持ち・考えは、現実から遠い話だと捉えた民生委員もいたが、意見交換を通して障害児者及び家族に対する地域の中での理解と支援の必要性と一緒に確認し、課題意識を共有することができたと考える。また、民生委員の中には、障害児者の親は子どもの障害を隠したがっているという観念が見受けられ、そのために隠したい親が望んでいないのに他者がかかわることは親が嫌がるのではないかとという配慮も、民生委員が障害児者の家族に積極的なかかわりを持ちにくい現状を生み出す要因の一つと思われる。

昨年度の調査は地域の障害児者全員を対象にしたものではないことから、地域の障害児者全員の実態を把握する必要性や今後は把握できていない人や施設等とのつながりが無い人へのかかわりが重要であることが意見として出てくるなど、身近な支援者としての民生委員の責任感や障害児者世帯への前向きで建設的な取組み姿勢が伝わってきて非常に心強く思われた。なお、C町とD町の民生委員の障害児者世帯とのかかわりや認識に大きな差は無いように思われた。

今回、障害児者と家族が安心して生活できることを目指した地域づくりの一環として、また連携した支援体制づくりを意図して民生委員や福祉

課職員へ働きかけたのだが、地域の中で課題意識を共有し、解決に向けた価値観づくりの第一歩を踏み出せたと考える。今後も、地域の中に課題を投げかけ、住民や関係職員と一緒に検討していくプロセスを大事にし、地道に地域づくりの取組みを継続していきたい。

3. 今年度の取組みが現地側共同研究者の実践活動に与えた影響

「民生委員への働きかけが必要と思い、今回初めて市の民生委員全員に施設利用者の活動発表の場(N祭り)への参加を呼びかけたところ、約1割の方が参加され、交流を希望している人が多いことがわかった。参加した民生委員にとっては、障害者の理解につながったのではないかと早速、実践活動に取り入れられていた。また、サービスを利用しない人への働きかけや防災計画作成のあり方など、今までの活動を振り返り、今後の活動の充実・発展に向けて検討する機会になったと思われる。なお、「民生委員への報告と意見交換は、障害児者のことを理解してもらえなかった。これからが楽しみである。」と取組みに対する肯定的評価もあり、今後の実践活動へのフィードバックが期待される。

IV. 共同研究報告と討論の会での討議内容

当日は、障害児者や高齢者等を地域の中で助け合うネットワークづくりのあり方や災害時の対応・準備についての意見交換を実施した。その主な内容は、以下のとおりである。

1. 転入者と地域のつながりづくり

「障害児者のいる転入世帯に対しては、福祉課のサービスを紹介し、民生委員へつなぐことが考えられる」、「地域の社会資源として作業所の紹介ができる」等の意見が出されたが、転入者が地域の中に馴染めるために具体的にどうすればよいかは課題として残った。

2. 障害児者や家族を理解するためのかかわり

「家族は障害児者の存在を隠したが」という画一的な障害者の家族観が、地域の中にまだ根強いのではないかと意見が出された。また、「研修と称して民生委員等が施設見学に来るが、きれいな場面を見るだけで表面的な理解に終始しているのではないかと」という意見が出される一方で、現地側共同研究者からは、施設でのボランティア体験を通して民生委員が障害児者と実際に交流して接し方を学び、少しずつではあるが理解が深まってきている現状が紹介された。さらに、ある施設で働く参加者から、「施設利用者だけでなく、

地域で生活する全障害者に責任をもつ姿勢が大事。地域の人たちにも働きかけたい」という建設的な意見が出された。

4. 地域の中での助け合うネットワークづくり

障害児者の家族自身が差別されて傷つき、障害児者の親同士の関係性の中でも傷ついた経験があることや、障害児者の親同士のつながりも希薄になってきている等の現状が語られ、ネットワークづくりと言っても、まずは親自身の思いを傾聴し受け止めていくことが重要であると思われた。

また、障害の有無に関わらず、保育園や学校などで自然に交流することで、互いに理解しあい関係性もできているため、養護学校進学や施設入所でそれまでのつながりが切れるのではなく、今までどおりの付き合いが継続できると良いのではないかという意見が出された。

5. 災害時の対応・準備について

災害発生時の安否確認の申し合わせなど、高齢者に対する支援は手厚い現状が確認された。一方、障害児者に関しては、当事者あるいは家族の手挙げ式で消防署への登録制度が整備されている自治体もあったが、総じて、取り組まれていないのが現状だった。

災害準備の必要性はあるが、誰がどこでどのように対応するのか、優先順位をどう考えるか等の課題が多くて、まだ具体的に組み立てていないのが現状であった。また、自治体の防災に向けた取り組みについては、防災関係を管轄する部署による縦割り体制が多いようだが、年代や障害の種別によっては支援の網目から抜け落ちる人々が出ないとも限らないので、防災担当と保健・医療・福祉部門とが横同士で連携して災害時の対応・準備体制を整えていく必要があることを討議の場で確認した。

V. 討議を終えて

障害児者が地域の特別な存在ではなく、地域の中での自然な人間関係の延長線上において、自然発生的に助け合うための必要なネットワークが生まれていくことが理想的であるが、他者との関係性や関心が希薄な現代において、地域の中での助け合うネットワークづくりは、非常に難しい課題である。

障害児者が、地域社会の中で「そのひとらしさや役割」を発揮して生き生きと生活できるためにも、障害児者及び家族一人ひとりへのかかわりを大事にした個別援助を積み重ねていく中で、人と人がつながり、互いに無理しない自然な助け合

い・支えあい関係が育まれることを意図して支援していくこと、一方で地域に助け合いの価値を伝え続けていくことが重要であり、結果的には、その地域独自の助け合うネットワークづくりにつながっていくと考える。しかし、短期的に成果が出るものではないので、地域の中への働きかけを地道に継続していくことが重要と思われる。

なお、今年度の取組みの結果や討議内容を踏まえて、次年度の取組みを現地側共同研究者と検討し、地域づくりの方法や連携した支援体制づくりの具体的な方策を今後も追究していきたいと考える。

介護保険体制下において高齢者のいきいき生活を実現する地域の体制づくり

田口千枝子 長尾ひろみ 則武弘美（白川町地域包括支援センター） 三尾三和子 高木裕子
加藤千波 千野奈穂子（白川町保健福祉課） 松下光子 森仁実 坪内美奈 米増直美 岩村龍子
大川眞智子 北山三津子（大学）

I. これまでの経緯

平成 17 年度は、町保健福祉課と大学との共同研究として「住民みんなで取り組む認知症予防活動の展開方法」として取り組みを行った。これは、町の認知症予防対策を見直すために、認知症予防対策会議が実施した住民の認知症予防に対する意識や生活実態を調べるアンケート調査とその結果の検討を主としたものである。平成 18 年度は、アンケート調査結果に基づき今後の活動に発展させること、そして、4 月に発足した地域包括支援センターが主となって活動を発展させることを探るために継続して共同研究として取り組むこととなった。（地域包括支援センターは、町から医療法人への委託として開設）

II. 目的

町では、認知症予防対策をライフサイクル各期の過ごし方や各期の人々と高齢者のかかわりと関連していると考え、また、関係する一人一人が自分自身のそして地域の問題として捉え、自らのような役割を果たすことができるかを考えられるように働きかけてきた。平成 18 年 4 月には、介護保険法の改正により、地域高齢者への包括的支援を担うために、地域包括支援センターが設置された。今年度は、介護保険の新しい体制の中で、住民の主体的な取り組みを発展させるためには、地域の看護職及び関係者がどのように活動していけばよいのかを実践を通して検討することを目的とした。

III. 方法

1. 平成 17 年度の住民アンケート結果及び検討結果の住民への報告
2. 地域包括ケア会議において、今後の介護予防対策の検討をし、地域づくりを検討する。
3. 地域包括支援センターと保健福祉課の活動の共有、連携・協働活動に向けた会議の実施
4. 倫理的配慮：地域包括ケア会議のメンバーに対して、共同研究としての取り組み、会議の活動についてまとめ、共同研究として公表すること、各自の意見や活動を報告に含めないことが可能であることについて書面を用いて説明し、了解を得た。本研究計画は、本学研究倫理審査部会の承

認を得た（通知番号 1812-1）。

IV. 活動状況

1. 活動体制

1) 地域包括支援センター

保健師 1 名、主任ケアマネジャー 1 名、社会福祉士 1 名の計 3 名。代表者は、委託先医療機関病院院長。

町からの医療法人への委託。

2) 町保健福祉課

保健福祉課長、保健グループ長（国保事務）保健師 4 名、看護師 1 名、福祉グループ 6 名

2. 住民アンケート結果及び検討結果の住民への報告

主に 4・5 月に、老人クラブ、地区福祉会、いきいきサロン等あらゆる機会の会合に出向き、地域包括支援センターの紹介とアンケート結果の報告を行った。広く住民に報告するための町広報への掲載は、平成 19 年 3 月に調査結果の概要、外出支援や地域交流の必要性を中心に伝える。

3. 地域包括支援センターの活動

1) 地域包括ケア会議：平成 17 年度まで保健福祉課の事業として実施していた認知症予防対策会議を地域包括支援センターの事業とし、地域包括ケア会議として発足した。この会議は、センターの共通の支援基盤構築の活動に位置づけられている。

会議設置の目的は、①お互いの介護予防を支え合う地域のあり方、町のあり方について考える、②関係者間の連携をはかる中で、町における介護予防・介護の重症化予防のより効果的な支援について考え、地域づくりを推進する、である。

会議の構成員は、社会福祉協議会、町内居宅介護支援事業所 3 ヶ所、住民代表、五感健康法推進員、老人クラブ連合会、青空市場、シルバー人材センター、経営管理課、農林商工課、教育課（中央公民館長、総合型スポーツクラブ担当、子育て支援）、県立看護大学、保健福祉課（保健、福祉）、地域包括支援センターである。

今年度 3 回の会議を開催し、平成 17 年度のアンケート結果を基に今後の取り組みについての検討を行った。

①第1回会議(9月)

内容：a. 目的確認：『包括ケア会議の主旨を理解し、介護予防・地域づくりの視点で町の課題を共有する。』昨年までの会議取り組み、構成員について確認。

b. 昨年までの会議検討事項を受けて、町の課題を整理したものを紹介

c. グループ討議：課題として挙げた内容を中心に、個々が行っている内容の情報交換。

結果：目的である、町の課題をそれぞれで共有することは達成できた。他職種間で、それぞれがどういった活動をしているのか、情報交換が出来た。又、どういった活動が必要か検討した。その内容をまとめ、他職種協働で検討が必要な内容を抜粋した。

②第2回会議(12月)

内容：a. 目的確認：『第1回会議の結果をふまえ、全体で考える課題をしぼる。』

b. グループ討議：上記について、対策を考えながら課題をしぼっていく。

結果：今後この会議にて検討していく課題は、「小地域単位での集いのあり方」に絞ることとなる。ただし、「見守り体制」「移送手段について」も課題としては残る。

次回小地域単位の集いを検討し、又移送手段に関しては現状をまとめる事を行うこととする。

③第3回会議(2月)

内容：a. 目的確認：『町内の高齢者の小地域単位での集いのあり方を考える。』

b. 町内の集いの現状について確認：昨年アンケートからニーズの把握

c. 全体討議：小地域単位集いを実現するには結果：地域には近所での茶飲み集い・宗教関係の定例会など、虚弱になっても集える無名の会が点在している。しかし、それらに参加していない方も多いだろう。しかし、一定枠の集いをつくりそれに当てはめるのは得策ではない。それぞれがいきいきと生活できる場を支援できる地域づくりが重要。次回の会議は、「見守り体制」についての検討に進むこととなった。

2) 地域包括支援センター業務の展開：

地域包括支援センターの運営目的は、「町の高齢者が、安心して元気で、その人らしい生活を継続することが出来る」である。

地域包括支援センター業務として規定されている各事業への取り組みを下記のとおり進めてきた。

①共通の支援基盤構築

・地域資源把握と福祉マップ作成

・地域包括ケア会議の実施

・関係団体との連携強化

民生委員協議会・ふれあいサロン担当者会議・各種団体総会への参加

・町民への啓発活動

・独居高齢者見守り事業（安心はがき検討中）

②総合相談支援・権利擁護

・高齢者実態把握

・相談体制の整備

（24時間相談体制・各事業所との連携）

・権利擁護・成年後見制度・消費者被害に関する啓発

・困難事例に対する対応

・高齢者虐待ネットワーク構築

③包括的・継続的ケアマネジメント支援

・各事業所との連携強化

ケアマネ連携会議（1回/月）

各地区連携会議（1回/月×4地区）

・困難事例対応

・サービス担当者会議参加

・研修会の実施

④介護予防ケアマネジメント

・一般高齢者、特定高齢者に対するプラン作成

・予防給付者に対するケアプラン作成

2月現在予防給付対象者：約239人（内 再委託約70人、包括担当約160人）

4. 地域包括支援センターと保健福祉課の会議

会議の名称を「町地域包括支援センター運営に関する連携会議」とし、目的を「町地域包括支援センターは、「公益性」「地域性」「協働性」の視点を運営の基本において町が病院にその運営を委託しているものである。その性格上、町行政（保健福祉課）との連携・協働体制を築きながら活動を進めることは重要である。この会議は、以上の点をふまえ、地域包括支援センターが、有効に機能することを目的に実施する。」と関係者間で共有した。18年度は、9月、12月、3月（予定）の3回開催した。各回の内容は、以下の通りである。

①第1回(9月)：地域包括支援センターの活動の現状と課題を報告

②第2回(12月)：特定高齢者事業、介護予防サービス、虐待事例への対応について検討

③第3回(3月)：これから開催予定

V. 住民の主体的活動の発展を目指し意図的に取り組んできたこと

1. 住民全体の意向確認とより多くの住民との考えの共有

平成 17 年度の認知症予防に対する意識調査により、多くの住民の意識を把握した。

また、調査結果を住民の集まりのあらゆる機会を捉えて報告するとともに、町広報に結果と結果から考えられる必要な課題を掲載し、全住民に伝え、考える機会となることを期待した。

2. 地域包括ケア会議を中核とした課題の共有と対策の検討

会議の構成員との会議前後のかかわりを大事にしている。まず、会議を設置するにあたり、構成員に個別に依頼に出向き、会議の趣旨を説明するとともに、その人が担当している業務内容は何か、その人が捉えている地域の課題は何か、その人はどのような考えを持っているか、地域の中にもどのようなつながりを持っているかを把握した。個別に依頼に出向くことで、地域包括支援センター職員の顔を覚えてもらうことも意図していた。会議が実際に始まってからは、会議のたびごとに構成員を個別に訪ね、欠席する場合には、事前に意見を聞き取った。また、会議終了後にもメールや会って話すことによって感想を聞き、意見交換をした。会議に参加することの相手へのメリットを伝え、参加する意義を伝えるようにした。

また、会議の場では、地域の課題を地域包括支援センターから提示するのではなく、構成員が問題を捉え、挙げていくように、考える時間をゆっくりととるようにしている。

会議の継続的積み重ねをするために、個々の構成員が継続的視点をもてるよう、毎回会議内容をまとめ、文章化したものを配布し、振り返っている。又、検討がしやすいよう会議内容は焦点を絞って提示している。

VI. 活動の課題

1. 町民のニーズや課題を様々な角度から検討してきているが、今後地域で、実際の動きとどのように展開していくのが課題。その核として地域包括ケア会議を機能させ、活動をすすめたい。これには長期展望が必要である。

2. 地域包括支援センターの業務は多岐にわたり、特に町内あらゆる機関の連携の中で介護予防に努める地域づくりが重要となる。しかし、実際は膨大な介護予防対象者のケアマネジメント業務量が他業務を圧迫してしまう。

VII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 報告会で意見交換したいこと

地域包括支援センターの活動の現状と課題（地域づくり）について情報交換をしたい。

具体的には、包括ケア会議にて、町全体の地域づくりの検討の場に参加しているということ、又それぞれが介護予防に対して担える役割を見だし、新しい活動を展開するという認識を持っていただくにはいかにしたら良いのか。又、それを実際の活動として生み出すまでの過程について。

2. 報告会における意見交換

報告会では、健康づくり事業などを担当している保健師らが参加し、活動を発展させる方法についての意見交換が行われた。次のような意見が出された。

・会議の場では、組織の代表者は自分たちが何をするかという意見を出す、その後の活動につながらず会議だけで終わっているかもしれないと感じる。

・会議の場は、代表者が集まってくる。代表者が集まった会議の場ですら意見ではなく、その代表者が所属する団体のメンバーそのものから出てきた、自分たちがやれることでないと、実際の地域の活動は動かない。各団体に戻って話し合う必要がある。代表者の会議はその場限りの意見になりやすい。もう一段階、その代表者が所属する団体の中でどうしたらよいかを話し合う場が必要である。各団体に外向いて行って話し合いを行う。

各団体のメンバーから出てきた自分たちにやれることが、代表者の会議の場で期待された活動とは程遠い小さなことであったとしても、それを大事にする。そして、出てきた意見が地域で動き出すためには、さらに、実際に動くまでの支援が必要である。1つでも具体的な活動が始められるように、具体的な方法を話し合い、動き出すところまで支援する。

・地域のさまざまな団体に外向いて行って話し合いを行うには、地域包括支援センターのスタッフだけですべて行うのではなく、それぞれの団体を所轄している行政の担当者など他のかかわる人々も巻き込んで実現していく。その団体を所轄している担当者が所轄している団体の人たちの声を聞いていく。それぞれの担当者が意識的に取り組み、会議の場で 30 分でも話し合いを持ってもらえるとよい。民生委員、推進員などそれぞれ担当者がいる。保健福祉課と協働して取り組むとよい。各担当者がそのような話し合いを進める力をつけられるように研修会なども行う。

・20 年前の体験。認知症高齢者の家族の大変さを語る会を地域で行った。家族の語りから、その認知症高齢者と家族をどう支えていくか、2 年くらい事例検討会を地域で繰り返した。その中で、

この人には、老人クラブは友愛訪問をしよう、推進員は何をするなど、認知症高齢者一人一人について、その人を具体的に支えるためにそれぞれの役割が決まっていた。そして、3年目くらいには、その人だけに対する活動ではなく、老人クラブとしての活動になっていった。

・地域の健康づくり活動として、自分の地域で今計画しているのは、地域に90箇所ある老人クラブをすべて回って出前講座を行い、健康体操を広げていくこと。会議に出てくるような意識の高い人は、特別な働きかけをしなくても自分で健康を維持するために動いていく。しかし、そうでない人が閉じこもりになり、健康問題を抱えるようになる。いろいろな活動が動くには、みんな一人一人自分が主役にならないとおもしろくない。みんながそれぞれ主役になれるようにする、そして、一人一人が体験を通して感じる事が大事。そこで、健康体操を自分自身で体験し、体を動かしてもらう。若い人にも入ってもらい、体操を広げてもらったり、リーダー的な老人クラブを作ってそこから広げたりということを考えている。この活動の基には、住民への調査結果がある。それを生かしていきたい。

・直接高齢者にかかわらない部署の人にどのようにして自分の問題として考えてもらったらよいだろうか？→アンケート結果で例えば、生きがいとして働く場がほしいということがあったなら、自分はこの高齢者の希望にどうこたえられるのか、を考える。なぜこの会議に出るのかということになる。

3. 報告会での意見交換から考えたこと

1) 地域包括支援センタースタッフとして考えたこと

・会議検討事項が個々の活動として動き出すためにはその後の会議以外での関わりが重要。しかし、包括支援センターのみで行っていくのではなく、行政と上手く連携していく中で、その動きを支援して下さる理解者・協力者を増やすことが大切であると再認識する。

・会議がその後の活動として動き出すためにはその原動力となる強いきっかけづくりが必要であると感じた。

・今後もこの会議を核にして、徐々に地域づくりについて検討していきたい。

2) 保健センター保健師として考えたこと

・全ての団体が足並みそろえて実践面のスタートできる体制は困難なので、できる団体ができる事からスタートしていければ良い。団体の温度差や

代表者の意気込みを感じながら、個別にアタックしていく必要があると思う。

・各団体への働きかけを包括が全て背負うことは無理。ただ、参加者の声を引き出し、やれる事を見つけ出していく過程への支援は経験がないと一方的になってしまうので、包括職員に負担がかからないか危惧を感じる。

・アンケート結果はこれからも大事に使っていききたい。19年度に自治会を回る出前講座（健康、福祉、介護予防）が計画される予定なので、焦点がボケないようにアンケート結果を使い多くの住民と一緒に考える機会になればと考える。

3) 教員の考えたこと

・話し合いを聞きながら、各団体での話し合いまで行うことは大変だと思ったが、地域包括支援センターがすべて背負ってしまうのではなく、それぞれの担当者とともに、町の課題として考えていくことができるとよいのだと思った。

・認知症予防、介護予防という焦点化よりも、健康づくり、高齢になっても安心して暮らせる地域づくり（認知症があっても地域で安心して暮らせる）という視点で、町全体の課題として取り組むことができるとよいのではないかと思うが、そうすることで逆に焦点がぼやけてしまうのではないかという漠然とした危惧も感じる。主導する部署があいまいになると感じるためかもしれない。本当は、すべての部署が主体であり、町の課題として行政全体で取り組む課題と言えるのではないだろうか。

・住民一人一人が主役となって自分の体験や実感を通して考えるには、アンケート調査結果の活用の仕方の工夫、あるいは何らかの手段などの工夫が必要かもしれないと思った。

医療機関における看護

一般病院におけるターミナルケア

田中克子 奥村美奈子 小田和美 梅津美香 北村直子 奥田浩子 大川眞智子 (大学) 中川千草 (羽島市民病院・2病棟4階) 小島三紀 (羽島市民病院・1病棟5階) 加藤貴子 馬渡愛 (羽島市民病院・2病棟4階) 佐藤良子 (羽島市民病院・1病棟3階) 武藤純子 (羽島市民病院・2病棟) 小松博子 (岐阜市民病院・中10階) 杉本八重子 (岐阜市民病院・西5階)

I. はじめに

一般病院におけるターミナルケアの質の向上に向けて平成12年度から共同研究を行ってきた。共同研究者の所属する施設と大学との共同研究の一環として、合同の事例検討会を重ねた結果、事例が全てがん患者の事例であったことから、看護職にとってがん患者のターミナルケアは大きな課題であると思われる。そこで、一般病院のがん患者のターミナルケアの明確化を目的として、事例検討会の検討内容を分析して、「一般病院におけるがん患者のターミナルケア仮説モデル」¹⁾ (以下仮説モデルと称す) 図1を見出した。

今年度は、共同研究者とこの検討会の趣旨に賛同した看護職者で、仮説モデルの検証を行った。このように、仮説モデルの検証を共同研究者間で検討することは、一般病院におけるがん患者のターミナルケアの充実に向けて、具体的方策を明らかにし、看護実践の改善に寄与すると考える。今回は仮説モデルの検証の検討会の概要について報告する。

II. 仮説モデルの検証

1. 研究方法

データ収集: 共同研究者5名とターミナルケアに関心のある看護職者1名の計6名で、仮説モデルの検証について、検討会を行った。検討会では、参加者が自由に意見交換ができるように、話し合いの内容に沿って、進行を勧めた。検討会は大学で約2時間行った。話し合った内容は参加者の了解を得て、録音機で記録し、逐語録とした。作成した逐語録をデータとした。

データ分析方法: データから仮説モデルの検証に関係する箇所を抽出した。次に、抽出したデータを繰り返し読み、話し合いの内容をテーマごとに分類整理し、テーマとそれに関する事例や意見の概要をまとめた。

倫理的配慮: 調査協力について、検討会参加者に口頭と文書で研究の趣旨・目的・方法、調査結果は、匿名性の確保とプライバシーが保護されることについて説明し、同意を得た。記録は、参加者の許可を得て、録音機で録音した。事例の紹介は、提供者は匿名性の確保とプライバシーが保障さ

れるような形で出すことを説明し、同意を得た。本学研究倫理審査部会の承認を得た。

2. 結果

テーマは6つ抽出された。テーマと話し合いの概要、テーマに関連した事例について紹介する。

1) テーマ1, 2と各々の話し合いの概要、テーマに関連した事例

テーマ1: 「家族が『患者の気持ちになってくれたことがうれしかった』にはどんな意味があるのか」

【話し合いの概要】

・家族にとって大切な人を同じように看護師が大切にしてくれること、家族が大切にしていることを看護師が理解してくれていることである。そして、それを看護師が態度や行動で示すことが大切なのかと思う。

テーマ2: 「家族の人は何がうれしかったと思ったのか」

【話し合いの概要】

・患者は、清潔の維持などとてもうれしく感じ、家族は望んでいるという文献もある。例え、患者は覚えてなくても、家族は「特別にしてくれている」という満足感がある。そういうことがよいという結果がでている文献があった。ターミナルの状態になると、手が洗ってもらえなかったり、きれいにしてもらおうことが二の次になってしまうことがあるのできれいにしてもらおうと患者家族はうれしく思う。

・看護師として、ベッドサイドでこころがけることは患者の気持ちに伝えたい、日常的なケアを十分にしたい、きれいにしてあげたい、これは看護師の満足ともいえるがそうしたいと思う。それに、家族がとても喜んでくれることがある。家族はしてあげたいができなかったり、看護師にしてもらえたことがうれしかったりする。

テーマ1, 2に関連した事例

<事例1>

80歳代の男性が急変して亡くなった。急変だったため、家族から病院への不信をもたれるのではないかという懸念もあったが、実際はプライマ

リーナースであった 2 年目の看護師にとっても感謝して帰っていた。なぜ、そのように感じてもらえたのか、わからなかった。亡くなった翌朝、プライマリーナース本人は亡くなった事を聞いて、泣き出したということがあった。その場面で先輩たちがよくがんばったんだね、と支えているところをみて私（看護師長）も感動した。1 週間後に家族がきたときに聞いたのは、ひとつひとつのケアがとても丁寧だった、ねたきりになっても車椅子にのせてデイルームにつれていってくれデイルームから自宅の屋根をみることができ、それとても喜んだ。巻き爪を 1 時間かけてケアしてくれた、一つ一つの場면을患者の気持ちになってくれたことがうれしかったといていた。プライマリーナース本人には家族がいていたことを伝えた。この看護師は次のターミナルの患者さんも受け持ちたいと言っていた。

2) テーマ 3、4 と各々の話し合いの概要、テーマに関連した事例

テーマ 3：「看護師は患者が思いのほか急変した場合に気持ちをどのように整理するのか」

【話し合いの概要】

・患者家族が、どういう形で死を迎えることができるかということが重要である。それを支えることができた、その看護師も思えるようにしてあげたらいいと考える。

テーマ 4：「どういう形で患者家族が死を迎えるのか」

【話し合いの概要】

・医師から家族に、死期は近いうちにはという話はされているが、患者が元気なときに、家族はなかなか心構えはできていかない。

・患者だけではなく、家族も患者の行く末を悟る必要がある。しかし、看護師は、臨床の場では、家族の死の準備については関わることができていない。

・家族は悔いがのこることも絶対あるし、ある一面ではこれでよかったんだという気持ちもある。

テーマ 3、4 に関連した事例

<事例 2>

自分の病棟の看護師も、えらくてずっと動けない患者のシャワー浴ができて、本人も笑顔があって、家族も一緒にそのとき行い満足した。そして、その晩にその患者が亡くなり、受け持ちナースが非常にづらい思いをした。看護師は、自分のやった行為が患者の死につながったのではという思いがあったと思う。一度でいいから、患者に気持

ちよく、さっぱりさせてあげたいという思いがあったと思う。それで、患者も気分がよかったので、その場ではよかったと判断していたと思う。患者もお風呂に入ってみようという気になっていた。そのときは、みんなよかったと感じたけど、亡くなるのが思いのほか早かった。そのような場合はやっぱり看護師は気持ちをどうやって整理していくのか。患者は、お風呂の後すごいいい表情で、その晩に限ってお食事食べて、その 1 時間後に急変した。そのように患者は気分よく過ごせたということは、その看護師に伝えた。その看護師はその後、その事例をまとめることを考えているから、それなりに気持ちは整理できていると思う。最期は、食事まではよかったけど、呼吸困難が強くなって、酸素がはずせなくて、亡くなった。奥さんにとっては急なことであった。奥さんは挿管をしないということは決断できなくて、子供たちに支えられて、挿管はせずに、患者はなくなられた

3) テーマ 5、6 と各々の話し合いの概要、テーマに関連した事例

テーマ 5：「緩和ケア病棟・ホスピスは患者にとって死のイメージがあるが、生きるためのプラスのイメージにしてほしい」

【話し合いの概要】

・緩和ケア病棟・ホスピスの看護師からもっと発信してほしい。ホスピスにいったら患者は、やることのないのではなく、こんなこともできますということをお願いしたい。最期までやることがある、何かできるということが大切である。

・がん患者に代替療法を積極的に行っている 0 病院に見学に行ったとき、患者は、そこにくるまで気持ちが落ち込んでいたが、ずいぶん楽になったといていた。やることがあって気持ちの面で楽になったといていた。H 病院でも他科の患者は、同じ病院の緩和ケア病棟でも、そこに行くのは嫌という患者さんがいると聞いた。

テーマ 6：「一般病床でターミナルの患者を看護するには、どうすればよいのか」

【話し合いの概要】

・例えば、清潔にするケアも普通に生活する人としてケアされることを患者が望んでも考えられる。死が近いから特別なケアが必要なのではなく、日常を連続させるというケアが必要である。顔を洗ったり、歯を磨いたり、普通に生活することを行うのは、こういうことはホスピスの方がやりやすいはずだけれど、一般病院で日常性を保障しようとするは大変である。

テーマ 5. 6 に関連した事例 ＜事例 3＞

50 歳代の女性の方で、主治医から説明も受けて納得して、緩和ケア病棟の予約をして順番を待っていた。それが、来週くらいに移れるという連絡を受けてすぐ体調が悪くなった。不安になって頻脈になって、食事がとれなくなった。緩和ケア病棟に入るといことは安楽を意味するというだけでなく、死を意味することだったと患者さんが語った。この病院に少しでも長くいたいといわれた。看護師は、そのような複雑な思いを理解することが難しい。その患者は、今まで、自分でいろいろとすべて決めたり、やってきたりして強い人間だと患者自身も思っていたけれど、緩和ケア病棟に入るといことでこんなに動揺すると思わなかったといわれた。患者は、積極的な治療はしていないのだが、この病院にいたほうが助かる可能性があるのではと考えるようだ。緩和ケア病棟は、自分で見に行き、とてもよいところを見つけたと喜んでいて、けれど、それはまだ遠いところという感覚があったのではないかと思う。転院が延期されて患者はほっとしていた。患者は、そのようにとても恐ろしい思いをしていることを、看護師に話してくれて、よかったと思う。緩和ケア病棟に移った患者は、いってよかったと言うが、行くまで葛藤がとともある。緩和ケア病棟に行く患者は、死を悟っていかなければならない。緩和ケア病棟がやはり死のイメージがあり、プラスのイメージには変えられないでいる。また、大部屋から個室への移動のタイミングはとても難しい。というのは、見捨てられた感覚ということを嫌がるからだと思う。さらに、個室に移ることで、主治医が訪室してくれなくなるということに繋がるようで、そういうことにも患者は敏感である

3. 考察

仮説モデルにはターミナルケアの基盤となる看護援助として、「患者の要望・欲求に答える」がある。テーマ 1. 2 から、「患者の要望・欲求に答える」、「患者の思いに寄り添う」ことは、家族の要望・欲求に答える、家族の思いに寄り添うことにも繋がるのではないかということがメンバー間で確認された。したがって、仮説モデルの「ターミナルの基盤となる看護援助」に家族を対象としたカテゴリを今後検討する必要がある。

テーマ 3 で、患者の急変時における看護師自身の気持ちの整理について意見が出された。看護師は事例をまとめることを通して自分の看護援助

を振り返り、そのことを通して成長していくものである。しかし、看護師自身で気持ちの整理ができなければ自分の看護援助を振り返ることはできないので、チームとしてどのように支えていくのが重要であるといえる。仮説モデルにある「看護職者を支えるチーム体制」の内容についても今後検討していきたい。

テーマ 4 の「どういう形で患者家族が死を迎えるのか」の話し合いから、家族も患者の行く末を悟る必要があるということが確認された。家族が死の準備が出来るように関わる援助が必要であるという意見は出されたが、どのように仮説モデルのカテゴリに関係するかについては見出せなかった。このことに関しても今後の検討する必要がある。

テーマ 5 では、患者は緩和ケア病棟やホスピスを、死に行く場所と捉えている。しかし、緩和ケア病棟やホスピスでは、患者自身が生きるために最期までやることがあるということを看護師が、もっと発信してほしいという意見があった。それは、仮説モデルのターミナルケアの基盤となる看護援助の「生きる意欲・希望を支える」ことが、緩和ケアやホスピスでは可能であることを患者に理解してもらおうということである。本来、緩和ケアやホスピスは、積極的な治療はせずに患者家族が最期まで生きる意欲を支える場所でもある。したがって、緩和ケアやホスピスの看護師がもっと積極的に一般病床と連携を取って、イメージを変える努力が必要と思われる。

テーマ 6 の「一般病床でターミナルの患者を看護するには、どうすればよいのか」では、「普通の日常を継続させるための援助」、「身体を整えるための援助」が必要について意見が出された。その援助は、仮説モデルの「ターミナルの基盤となる看護援助」との関係性までは、検討できなかった。このことも今後の検討課題である。

最期に、事例から仮説モデルを検証することによって、一般病院におけるターミナルケアの具体的な看護援助について共同研究者間で検討することができた。今回の検討会で出された課題を今後も継続的に検討し、仮説モデルをよりよいものとしていきたいと考える。共同研究者間で仮説モデルを検証することによって、一般病院におけるターミナルケアの具体的な看護援助について共有することができ、実現に向けてより意識が高まったといえる

Ⅲ. 共同研究報告と討論の会での討議内容 ＜入浴後急変した事例に関して＞

・それまで問題なかったのに、夜間急変したことで、自分の未熟さ故に急変を予測できなかったのではいかと自分を責めたが、チームが支えてくれた。チームの支えがなかったら、仕事を続ける気持ちになれなかったかもしれない。

<丁寧にケアしてもらい家族が喜んだ事例に関して>

・特別養護老人ホームでは長い間、ケアをしているので利用者が身内のように感じられる。亡くなる時、なるべくご本人の希望に沿うようにケアしているが、自分のケアを振り返って「これでよかったのか。もっとできることがあったのではないか。」と自問する。そんな時、ご家族から「同じ家族のように接してくれたことが嬉しかった。」と言われ、その言葉で救われた。

<ターミナルについての考え、行っていること>

・死を看取った経験で死を予測できるようになる部分がある。的確な声掛けや家族を呼ぶタイミングなどは文献だけでは分からず、経験から出来るようになることがある。経験年数の浅い看護師をベテランがフォローすることで、よりよいケアができるようになるのではないか。新人を支える年輩者の存在が必要である。

・死の看取りは初めはとても動揺し、カンファレンスを多く開いてもらった。現在は、ターミナルでは家族の看護を大切にしている。後は、先輩看護師に支えられて仕事している。

・日常のケアは、特にターミナルとして重点を置くようなことはなく、他の患者と変わりなく行っている。それ以上のケアは個々の看護師の感性にまかされている。難しいケースは、緩和ケアチームなどで病院をあげて考えてくれる。

・亡くなった後、病棟で「こういうケアでよかったか」看護の振り返りをする。その後、倫理委員会にかけることもある。

・大部屋から個室への部屋交換には、家族がとても敏感に反応する。タイミングが難しい。「個室に入ったら最期」という思いがあり反対する。家族の意見は聞くが、最終的には本人がどうしたいかが大切であり、本人に尋ねる。

<今後の課題>

・教育方法、人材育成が今後の課題と考える。

文献

1) 田中克子, 奥村美奈子, 梅津美香他: 事例から見出した一般病院におけるがん患者のターミナルケア仮説モデルの提案, 岐阜県立看護大学紀要, 6 (2) ; 3-11, 2006.

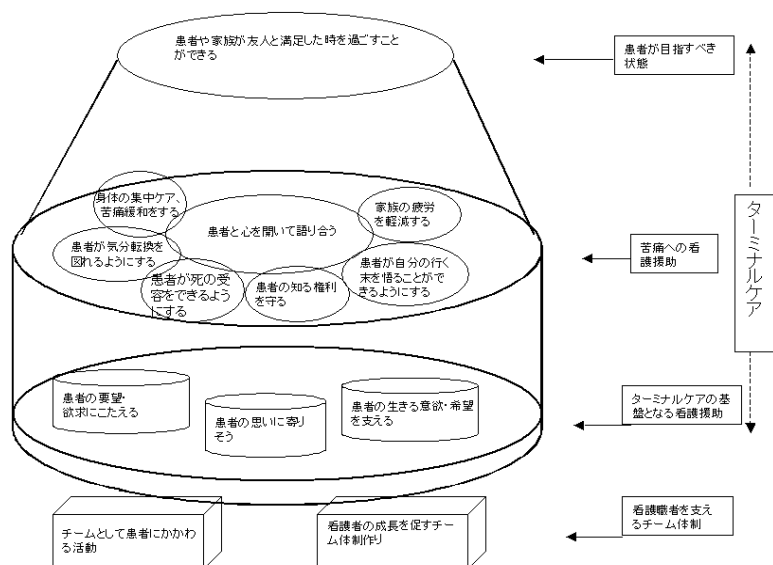


図1 一般病院におけるがん患者のターミナルケア仮説モデル

精神科病院における社会復帰に向けた看護実践の取り組み

片岡三佳 井手敬昭 三宅薫 松下光子 北山三津子 大川眞智子（大学） 橋戸智子 宮下真一（須田病院） 瀨瀬富久 水野沢美 勝股和子（大湫病院） 家田重博 臼田成之 青木和己（慈恵中央病院） 村岡大志 堀淳 田中貴裕 葛谷玲子 杉本博司 高橋真由美（社団法人岐阜病院） 安藤正枝 日比野明美 吉浜恵 山中隆二 野村智登美 藤田宗仁 安田佳緒里 山本尚美 竹林要山田敦子（のぞみの丘ホスピタル）

I. はじめに

本共同研究は、日本の精神保健医療・看護の課題である精神科病床在院患者の社会復帰に向けて、長期在院患者に対する看護実践の検討および長期化防止へ取り組むことを目的に平成16年から始まった¹⁾。平成16年度は、看護者の聞き取り調査から病院の規模や地域特性が異なるため、各々の病院に応じた精神障がい者の社会復帰に向けた看護実践の取り組みを定着する必要があることが明らかになった。そのため平成17年度は各病院が到達可能な目標を設定し、各病院において精神障がい者の社会復帰に向けた看護実践に取り組み、その取り組みに関する検討会を全体で実施することで、取り組みの定着化を図り、長期在院患者の社会復帰や長期化防止のための看護実践を検討する機会とした。その結果、さまざまな方面からの実践が行われた。

そこで、平成18年度は2年間の共同研究で明らかになったキーワード“連携”を共通の課題として設定し、各病院の状況に応じて取り組み、前年度と同様に検討会を全体で実施し、取り組みの定着化を図り、長期在院患者の社会復帰や長期化防止のための看護実践を検討する機会とした。

II. 方法

1. 方法

第一回目の共同研究の開催時（5月）、5病院の主だった研究参加者が集合し、本研究の主旨と計画に関して共通理解をする機会を設定した。社会復帰に向けた看護実践の取り組み課題は本研究参加の5病院から9課題が提示された。

その後、約2ヶ月に1回（6月、8月、10月、12月）計5回、各課題の取り組みの経過や振り返りを担当者が報告し、意見交換を行った。

なお、病院の規模や地域特性などの影響を多少なりとも受ける看護実践を理解するには、お互いの職場を知ることが有効であると考え、検討会は各病院で行い、施設見学と検討会を合わせた形式

で実施した（午前：見学、午後：検討会）。

検討会は1回につき約4時間行い、必要に応じて、研究参加者が資料などを準備した。5回の検討会終了後には、共同研究者による課題の要約を提出してもらった。

検討会の内容は議事録として記録に残し、検討会終了後に次回案内とともに共同研究者全員に郵送し、情報の共有を図った。

2. 分析方法

議事録の内容および共同研究者による課題の要約などから、長期在院患者の社会復帰および長期化防止に向けた看護実践の実際と、看護実践の定着化について検討する。

3. 倫理的配慮

- 1) 検討会での守秘義務の励行、資料配布時の匿名性などを配慮した。
- 2) 共同研究者が行う看護実践および研究に対しては、対象者への研究趣旨、方法、研究への参加は自由であり、拒否する権利や中途拒否の権利、それにより不利益が生じることがないこと、研究の公表の方法、匿名性と守秘の保証などを口頭で説明を行い、同意を得た。

III. 各施設の取り組み結果

1. A病院

課題：引きこもり患者とその家族に交換日記を試みて

【目的】

家族の不安が大きく入院が長期化している統合失調症患者（20歳代、男性）を対象に、家族・看護者間、他職種との連携をとり、退院調整を行う。

【主な取り組み】

- 1) 1対1の関わりから始め、その後、より表現しやすい方法を考え、患者と交換日記を始めた。また、家族の不安の軽減も必要だと思い、母親とも交換日記を始めた（月4回外泊に行くため外泊時などに行う）。

2) 合同カンファレンス、ケア会議などの実施(参加者:母、看護師、主治医、精神保健福祉士(以下、PSW)など)。

その結果、交換日記を通して、患者は少しずつではあるが自己表現ができるようになり、安定した生活が送れるようになった。また、母親に対しては患者の不穏時の対応方法や退院後の社会資源の情報提供をしていったことで、不安の軽減をはかることができた。そのうち退院の話もでてきたため、他職種との連携をとり、合同カンファレンス、ケア会議を行った。そうすることで、他職種から新しい情報を得ることができ、退院に向けての方向性を決めていくことができた。そして、交換日記を始めてから約4ヵ月後、デイケアの利用、訪問看護、地域支援センターとのフォロー体制ができ退院に至ることができた。

【考察】

交換日記を行っていったことで、患者だけでなく家族も取り巻く看護をしていくことの必要性を再認識することができた。また、他職種との連携をとっていかないと退院に向けての援助が上手くできないと感じ、それぞれの職種が互いにとってカンファレンスの必要性も感じることもできた。

【今後の課題】

今回、これだけの職種の方と連携をとったことは初めてであったが、退院にまで繋げていくことができた。今後も他職種との連携をとって、複数の患者に対して退院に向けた援助をしていきたい。また、家族の不安などを軽減できるよう交換日記も取り入れていきたい。

2. B 病院

課題: コメディカルとの連携を図って ー スタッフの長期入院患者への意識変化 ー

【目的】

長期入院患者に対するスタッフの意識を知り、看護実践に生かす。

【主な取り組み】

- 1) スタッフの長期入院患者への意識の再確認のため、現在、入院している患者の入院期間、面会・外泊状況の調査をもとに質問紙調査を行い今後の課題を導き出し、取り組んだ。
- 2) 家族状況に詳しいPSWとの関わりをもつために、PSWの役割についてまとめ、スタッフに提示した。

その結果、質問紙調査の結果をもとに討議を行い、業務改善の見直し、退院できそうな患者の看

護計画の見直し、患者情報の共有およびコミュニケーションをとる目的で週1回のカンファレンスを行った。そこでは入院患者の症状変化だけではなく、患者の家族背景、家族の受け入れ状況なども徐々に明らかになってきた。

【考察】

看護師、医師、PSW、作業療法士(以下、OT)などが一人の患者を中心に専門的な角度から意見が言える場を作り、総合的な関わりをすることが必要であると思われた。さらにカンファレンスのあり方を振り返り、1事例をあげ検討中である。

【今後の課題】

他職種との連携により患者の方向性を検討していくチーム医療の必要性をスタッフに意識づけていく。

3. C 病院

課題: コラボレーションを基盤としたチーム医療の構築を試みて ー 合同カンファレンスの検討 ー

【目的】

チーム医療の充実を図るため、昨年度、実施出来なかった多職種(医師、看護師、PSW、OT)による合同カンファレンスが円滑且つ充実したものになるように、統合失調症患者1名について取り組んだ。

【主な取り組み】

看護師が全職種に合同カンファレンスの参加を求めたことでカンファレンスを開くことができた。しかしながら、話合いの論点をうまく把握出来ず、過剰に時間を費やした上、問題や今後の取り組みについて上手く話し合う事ができなかった。そこで、チームカンファレンスの運営方法を見直すとともに、家族との情報交換ノートを活用したり、家族の週一回の面会時には患者・家族と面談を行うなどの状況を十分理解した上でチームカンファレンスの議題を事前に提示した。事前に話し合う内容を決め、各職種が事前に情報をまとめた結果、カンファレンス所要時間が1、2時間から約30分に短縮することができ、患者の問題や今後の対策まで話し合う事ができた。その他、カンファレンスの記録用紙の作成や共同問題の立案などの取り組みができた。

【今後の課題】

問題リスト用紙の有効活用、計画評価方法、カンファレンスの運営方法(多くの患者、より定期的な実施、患者本人・家族の参加)などを検討する。

4. D 病院

D-1 課題：精神科療養型病棟における他職種間連携システム構築への試み — スタッフの意識調査と PSW との連携が出来るまで —

【目的】

スタッフの意識調査から他職種との連携へのシステム構築に向けて検討する。

【主な取り組み】

今回のキーワード“連携”をもとに、病棟看護スタッフ（20 名）・病棟担当 PSW（5 名）に対して聞き取りおよびアンケート調査を行った。その結果、“連携”は必要であると感じているが、各部署の専門性の理解不足やコミュニケーション不足、情報交換の場が少ないという結論に至った。これらのことから、コメディカルスタッフとの関係強化策では主に PSW に対して取り組んだ。PSW の業務内容の説明と勉強会を行い、週一回、PSW の方にミーティングに参加をしてもらった。まだまだ十分な関わりは出来ていないが、PSW の来棟する機会が増え徐々にではあるが活用できるようになった。

【考察】

今後、病院のシステムとして確立する前に各部署・各病棟が連携に対する意識を高め、お互いを尊重し特殊性・専門性を生かして取り組む姿勢が大切だと考える。そうした取り組みにより独自のシステムとして構築していけるのではないかと考える

【今後の課題】

今後も継続して連携に関して働きかける。

D-2 課題：急性期治療病棟での入院長期化防止への取り組み

【目的】

ソーシャルサポート、ソーシャルサポートネットワークが少ないと思われる患者 2 名の事例を通して、再入院防止のための看護実践を検討する。

【主な取り組み】

事例 1：統合失調症（50 歳代、男性、糖尿病、障害者年金にて公営アパートで単身生活）

問題点：糖尿病で食事療法が必要だが、近くにスーパーがなく買い物ができず、偏った食事になりやすく、退院後の食事に関して不安がある。

対策および経過：患者の希望もあり、ヘルパー利用を週に 1 回から 2 回に増やすことを院内の PSW に相談し、保健所に問い合わせた結果、退院前に患者を含めた 6 者面談（患者、主治医、院内およ

び地域の PSW、担当看護師、保健師）ができ、ヘルパー利用回数を増やす手続きをして退院。

事例 2：統合失調症（60 歳代、男性、協力者は近所の従兄弟。障害者年金にて持ち家で単身生活）
問題点：歩行が不安定で買い物に行きにくく、偏った食生活、家の掃除や整頓が不十分となりやすい。

対策および経過：退院直後に 65 歳となるため協力者の従兄弟に介護保険によるヘルパー利用を PSW と協力して勧め、代行申請を依頼して退院を迎えることができた。

【考察】

両者とも病状は安定しており、問題は家事能力の程度の中でも「家事・炊事」が中心となった。看護者だけでは対応できない問題であり他職種との連携が必要であった。また、慢性疾患患者は、ソーシャルサポートネットワークの大きさ、量とともに小さく、ソーシャルサポートネットワークやソーシャルサポートは病気の回復や求助行動を促進すると示唆されているため“連携”によるフォーマルサポートを増やしていくことが必要である。

【今後の課題】

入院初期から、退院後の問題点を把握する。

D-3 課題：コメディカルと連携した長期入院患者の社会復帰促進

【目的】

長期入院患者の社会復帰促進にむけたコメディカルとの連携。

【主な取り組み】

交通事故による器質性脳機能障害を抱えた入院患者（10 年前に罹患、当院での入院年数は約 3 年）に対し、医師、看護師、PSW と連携し、家族を交え、患者・家族の将来を十分に話し合った。看護師、PSW、家族との面談により将来的には社会復帰をさせたい意向がある事、妻は身体が悪く、直ぐには在宅での介護に自信が持てないため中間施設が望ましいことなどが確認された。その後は主治医を交え、現実可能な中間施設入所への検討を PSW の協力を得て具体的な今後の方針を確認し、家族からの承諾も得た。家族は未だ懐疑的な部分もあるが、以前に施設入所について良い返答が得られなかった事もあり、施設に対して懐疑的な部分もあるが、以前では聞くことができなかった家族の思い（患者の社会復帰を諦めてはいない事）が聞けるようになった。患者により良い環境を提供する事は我々医療従事者として当然の

事である為、精神科病院で入院生活を送る必要のない事を随時説明し、家族支援を続けていく必要がある。

【考察】

精神障がい者の社会復帰に必要な方法は、我々は経験上、ある程度知りえていたが、身体障害者の社会復帰については殆ど無知であった。今回、患者・家族の将来を導けた事は、多職種が関連した結果であると考え。それぞれの専門知識を生かし、患者・家族が望む将来を提供する事は、医療従事者として基本であるが、今回の連携で、改めてその重要性が認識できた。

【今後の課題】

コメディカルとの連携強化。

5. E 病院

E-1 課題：ワークシート活用による情報共有 — 申し送りを通しての取り組み—

【目的】

申し送りの情報伝達に誤差がある。そのため、症状改善へのケア統一ができず、急性期病棟の役割である早期退院に支障をきたす恐れがある。そこで、一連の連鎖反応を防ぐために、最初の段階である申し送りに着目した。看護の統一化への取り組みとして、ワークシート(以下、シート)を申し送りに取り入れ、情報の把握、共有化を目指す。

【主な取り組み】

申し送りに使用するシートを作成した。シートにはその日の業務に必要な情報が記載されている。このシートは申し送りの度に新しい情報に編集されスタッフ全員に渡される。以前は、カードックスとシートを併用活用してきたがスタッフにアンケート調査を行い、内容の改善を行い、また看護記録物などの記入事項の検討と、統一を図った。他職種についてはシートの情報をPSWと共有した。徐々にスタッフの意識も変わり、自ら情報収集に取り組み、現在はカードックスを廃止しシートのみでの活用で申し送りができるようになっていく。アンケート結果より情報は共有でき統一された。

【考察】

情報共有にはシートは有効であり、申し送りの補助道具としてどの媒介が有意義かを知り選択することで情報把握、共有ができた。また、申し送りによる情報共有には個人が情報把握ができていることにより図られる。

【今後の課題】

情報共有のもと一貫した看護へどう結び付け

ていくか。

E-2 課題：長期入院患者の退院の促進 —カンファレンスにて連携を計る—

【目的】

カンファレンスを通して、社会復帰準備病棟における関連部署間の連携をはかる。

【主な取り組み】

対人関係により社会復帰病棟より社会復帰準備病棟へ転入した統合失調症の患者(30歳代、女性)を対象とした他職種との連携によるチーム医療の提供について検討する。

その結果、看護部(病棟スタッフ)、地域支援部(PSW、外来看護職、デイケア、援護寮、地或支援センター)、診療部(医師、OT、薬剤師)が繰り返しカンファレンスを行い、連携した支援を行うことで目標とした退院を促進する事ができたが、家庭の情報が入りにくく有効な家族支援ができないことに関しては、地域支援部に課題提示を行っている。

【考察】

各部署はそれぞれ専門的な知識を持っており、その知識を生かすには専門的知識に裏打ちされた意見の交換の場が必要で、カンファレンスに限らず意志の疎通が重要と考える。今回、本ケースを担当した看護師はデイケアおよび地域支援部の研修を受けており地域支援部の状況も把握した上での対応により、より密な連携が出来たと思われる。互いの状況を知ることでよりスムーズな対応、意見交換が出来るものと思われる。

【今後の課題】

他職種との相互理解に向けた取り組み

E-3 課題：援護寮スタッフと病棟との連携

【目的】

開放病棟における慢性期患者の援護寮入寮を促進させていくために、必要な援護寮スタッフと病棟との連携に取り組む。

【主な取り組み】

病棟会議を開き、現在の病棟スタッフに援護寮についての理解がどの程度あるのか把握し、理解を深める目的で、援護寮のスタッフより説明、実際に見学を全員に行った。また、1泊体験にもスタッフが参加し、患者がどのような体験をするのかを共有できる機会とした。

結果、今回研究の期間に2名の患者が援護寮への入寮となったが、援護寮スタッフが患者に求めるもの(主にIADL)と、病棟看護師が入寮後に必

要となる患者の能力について求めるもの(ADL の充実、服薬管理など)に違いがあることが援護寮スタッフとの関わりを深めたことでわかった。そこで援護寮体験申し送り用紙を再検討した。また、援護寮入寮前に援護寮スタッフとのミーティングを行って情報の共有を行った。

【今後の課題】

他職種とのミーティングを入寮前後だけでなく継続的に共有することで患者にとって最善の目標が見つかり、入院時から必要なケアを把握し、退院後も患者に対して統一した援助ができるのではないかと考える。

IV. 考察

1. 長期在院患者の社会復帰および長期化防止に向けた看護実践と定着化に向けて

今年度は、“連携”をキーワードに、各病院の状況に合わせて9課題が取り組まれた。それは主に4タイプに分類することができた。①PSWなどのコメディカルとの連携が4題、②カンファレンス、ワークシート運用などの体系的な連携が3題、③患者・家族を中心にした連携が1題、④援護寮など他施設との連携が1題であった。長期在院患者の社会復帰および長期化防止に向けた看護実践において連携の重要性が再認識されるとともに、コメディカルのなかでもPSWとの連携が重要であることがわかった。ゆえに、長期在院患者の社会復帰および長期化防止に向けた看護実践が定着化されていくには、各専門の知識を活用したPSW、医師などを中心とするコメディカルとの話し合いの場を持つことができることが重要である。

V. 共同研究報告会と討論の会での討論内容

1. 長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践

〔意見〕長期に入院されている方がどうして退院できないのかの理由を考えていくことも大切だと思う。帰る家がないことや家族などの家の状況も考えていくことが大事だと思う。急性期の患者でも退院できるチャンスがあるはずなので、そのポイントを振り返るようにするとよいと思う。

2. 長期在院患者の社会復帰に向けた連携

1) 保健師との連携について

〔意見〕保健師の立場から言うと、精神科に入院された方がいた場合、病院と地域保健師との連携をとってほしいと思う。地域の人は精神

科にかかっている方がいると心配してしまうことがある。近所の住民が心配して保健師にその方のことについて聞いてくれることがある。住民の方に説明して納得してもらえるようにしたい。そうできるように話し合いを持っていくことも必要だと思う。

〔質問〕具体的にどの部署と連絡をとっていけばいいのか？

→ 保健師が病院の窓口として連絡を取るのには医療相談室。しかし、医療相談室(PSW)と病棟(看護職)の連携が取れていない現状がある。患者個人の病状などの情報を持っているのは看護師であり、金銭的なことや家族背景などの情報はPSWが持っていることが多い。また地域、家での様子は保健師が情報を持っている。そのため、医療相談室などの部署との連携が必要になってくると思う。

2) 精神保健福祉士(PSW)との連携について

〔質問〕病院内での看護師とPSWの方との連携が難しいというような印象を持つが、PSWと事例検討を行うなどの連携を一緒に取り組んでみて、その成果は？

→ C病院看護師：昨年の取り組みでチームカンファレンスを行ったが、継続して行えなかったもので、今年度はそれを継続させることを目標に取り組んだ。他職種がつながっていくことが大事であり、チームカンファレンスを行うことでそれぞれ持っている情報が共有されていることが成果であると思う。看護師、PSW、医師などそれぞれの職種での目標や見解にズレがあったりするので、そこを同じにしていくことも大事で、そのために議題を明確にするという工夫をした。

〔質問〕PSWとの連携をどのようにしてとっていったらいいか？

→ D病院看護師：PSWは2病棟(約100人)の患者を1人で担当しているという現状がある。また看護スタッフがPSWの業務内容が分からなかったり、PSWと連携するためのシステムがあやふやであった。アンケート結果より、お互いの専門性を理解していないことがわかったので、PSWの業務内容を紹介する勉強会を開催した。その結果、

PSW の来棟が増え、ケース会議にも参加してもらうようになった。このケースは退院できるのではないかという見方を見つけることができたりと、カンファレンスは効果的であった。

F 病院看護師：PSW は 1 病棟に 2 名担当者がいるので、活用している。入院から関わってもらっている。PSW からキーパーソンなどの情報を提供してくれる。早く退院し、家庭で生活してもらおうと自然な流れ、考え方ができている。PSW と看護師の話し合いも行い、PSW の意見も取り入れている。急性期は 3 ヶ月というリミットがあるので、やっていかないとという気持ちになっている。慢性期の場合も PSW 2 名の担当者がおり、何人か退院できそうな関われそうな人がいる。

VI. 今後の課題

今年度は、“連携”をキーワードに、各病院の状況に合わせて、患者・家族および他職種と連携した取り組みが行われた。なかでも PSW との連携が多く重要であることが明らかになった。

今後とも、これらの連携が継続・定着され、効果的な看護実践の具現化および看護実践の定着を目指し、本研究の取り組み方を検討する必要がある。

文献

1) 片岡三佳, 高橋香織, グレグ美鈴, 他: 精神疾患をもつ長期在院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題 (第一報), 岐阜県立看護大学紀要, 5(1); 11-18, 2005.

病院利用者の望む療養生活に向けての退院支援の充実

藤澤まこと 普照早苗 河村めぐみ 森仁実 黒江ゆり子 石井康子 平山朝子(大学)
川井恵理子 田辺満子 糸川邦子 遠藤美百子 今井妃都美 熊崎さつき 田口さおり
中口俊子 住綾子 庄村信子 樋口貴則 各務康代 内垣戸葉子(岐阜県立下呂温泉病院)

I. 目的

前年度は「病院利用者の退院後の生活充実に向けた支援方法を検討する」という目的で、退院が決まった患者・家族に対して、質問紙調査を実施した。その結果、入院患者は病棟看護師に不安への対応や声かけを望んでおり、退院後の生活への不安の軽減に向けて、患者とともに考えていく必要があることが示唆された。さらに、患者・家族が望む療養生活を実現させるためには、病棟看護師が入院時から患者個々の退院後の生活に即した具体的な支援に責任を持ち、退院調整看護師が、退院後の療養生活の安心に向けてコーディネートする役割を取り関わっていく必要があると思われた。

そこで、今年度は病棟看護師、退院調整看護師とともに、実際の支援を通して患者・家族の望む生活に近づけるためには、どのような退院支援が有効であるかを検討する。

II. 方法

1. 1) 一病棟で、病棟看護師とともに退院調整看護師と連携しながら退院支援を行いその経過を記録した。また、患者が退院した2週間後に受け持ち看護師とともに家庭訪問を行い、退院後の患者の生活状況、患者・家族の思いを聞き取った。
2) 病棟看護師、退院調整看護師とともに退院支援の経過を振り返り、患者・家族の望む生活に近づけるために有効な退院支援の方法、及び課題について検討した。

2. 倫理的配慮：本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を受けて研究を進めた。対象者・家族に研究の内容を説明し同意を得た。また調査結果は本研究の目的以外に使用することはなく公表にあたっては個人の匿名性に配慮し、データは大学研究室内で処理・保管することとした。

III. 結果

1. 事例紹介

患者A氏は、80歳代後半女性で、長男と2人暮らしであった。自宅でベッドから滑り落ちた時に、大腿骨頸部外側骨折をおこし、入院となって観血的骨接合術が施行された。骨折以外にも、うっ血性心不全、せん妄、発熱、食欲不振、下痢、胸水貯留などの症状がみられ、胸水の細胞診検査の結果肺がんと診断された。そして内科的治療のため、整形外科病棟から内科病棟に転科した。しかし高齢のため積極的治療は行わず、本人・家族の意向にそって退院した。

2. 退院支援の実際

入院時から、退院後の家庭訪問までの退院支援の内容を段階に分けて下記に示す(表1)。

表1. 退院支援の内容

経過	支援内容
入院時	本人・家族の意向の確認 本人も家に帰りたいし、家族も家に連れて帰りたい
	退院調整看護師による退院支援 息子と2人暮らしであるため、在宅療養に向けて本人・家族への支援が必要であった。また、介護保険の介護度が要支援であったため変更申請が必要であった
入院後初期の段階	入院時カンファレンス(ケアカンファレンス) 出席者: 長男、長女、医師、理学療法士、病棟師長、病棟看護師2名、受け持ち看護師、退院調整看護師、教員 検討内容: ①医師から病状・治療方針の説明(認知症、栄養障害、発熱があり不整脈もあるため急変の危険あり。目標は車椅子生活) ②本人・家族の意向の確認(長男:車椅子生活でも、寝たきりでも家に連れて帰りたい。せめて食事が食べられるようになってほしい。長女:できる限り協力したい) ③入院前の生活状況の確認(長女より) ④退院時の目標設定(食事摂取、車椅子移乗が可能になること) ⑤各職種間でその目標を共有した ⑥介護保険の変更申請の必要性の確認・手続きの説明を行った
	病棟カンファレンス: 入院時カンファレンス内容を共有 ①目標達成に向けた本人への看護計画立案(端座位、車椅子移乗、ポータブルトイレへの移動を促す) ②家族への支援についての看護計画立案(長男に病棟に来てもらえる日の調整、ケアをともにを行い介護技術を指導する)の検討
	日常生活援助:看護計画に沿った援助
	家族への支援:長男が病院に来られる日を調整したが、内科病棟に転科となったため、指導はできなかった
退院2週間前	退院前カンファレンス(ケア会議) 出席者: 長男、長女、受け持ち看護師(内科病棟)、退院調整看護師、ケアマネジャー、教員 検討内容: ①現在の患者のADLの状況(食欲がでて自立して食べられている。排泄はポータブルトイレを利用。歩行器による歩行練習を行っている) ②患者・家族の療養生活に対する思いの確認(車椅子からベッドへの移動ができればよい) ③在宅でのADL介助の具体的な方法(ベッド生活、手すりつきポータブルトイレを設置予定。食事は長男が作る) ④退院までの患者への援助内容(ポータブルトイレへの移乗、ズボンの上げ下ろしが確実にできるように援助する) ⑤家族の協力体制(主に長女、次女の協力が得られる) ⑥サービスの利用について(通所介護週2回利用予定)
	試験外泊: 本人・家族の意向を再確認(積極的治療はしない)、家での生活状況、困難点の有無の確認をした。
退院	地域での継続看護開始

1) 入院後初期の段階

①退院調整看護師による退院支援開始

A氏は、長男と二人暮らしであり、長男は農業や土木関係の仕事をしているため、退院後も日中独居となる可能性が高く、病棟でも入院時から退院支援の必要性が判断されていた。そこで手術後2日目より「退院調整・医療相談依頼書」が提出され、退院調整看護師による退院支援が開始された。

また、入院前から介護保険を申請しており、要介護度は「要支援」で、通所介護(以下デイサービスとする)を週1回利用していた。退院調整看護師は、せん妄の症状や、ADLの低下があり、介護保険の介護度の変更申請が必要であることを病棟看護師に提案した。また、同居家族である長男から意向を聞く機会を設ける必要があるとして、受け持ち看護師に日程調整を依頼した。そして、ケアマネジャーと連絡を取り、本人の入院前の生活状況を確認した。

②本人・家族の意向の確認

本人は38℃台の発熱が続き、舌の痛み、上肢・下肢関節痛(左肘関節、手関節痛、右手のしびれ)があった。術後2日目よりリハビリテーション(以下リハビリとする)が施行されたが進展はなく、ベッドサイドでの車椅子移乗は全面介助が必要であった。せん妄の症状も強くなり、夜間不眠のせいか開眼も困難な状態であった。そのうえ、下痢も見られ、食欲低下も著明となり、嚥下にも時間がかかっていた。そのような状態であったが、本人は家に帰りたがっていたし、長女も家に連れて帰りたいと思っていた。しかし同居家族である長男の意向の確認ができていなかった。

そこで、病棟看護師が家族との面談日の調整を行い、病棟師長が、医師、理学療法士のカンファレンス参加に向けた調整を行った。

2) 入院時カンファレンス(ケアカンファレンス)

カンファレンスは、入院4週目に病棟の食堂で約1時間かけて行われた。出席者は、医師、理学療法士、退院調整看護師、病棟師長、受け持ち看護師、病棟看護師2名、教員であり、受け持ち看護師の司会で、進行された。検討内容は、下記の6点についてであった。

①医師から病状・治療方針の説明

医師は現在の本人の問題点として認知症、栄養障害、発熱があり、発熱に関しては原因がわからず、不整脈もあるため急変の危険もあることを説明した。そして「今の状態で目標を設定するとしたら車椅子生活であり、最悪には寝たきりになる

かもしれない。在宅で日中独居の状況で生活するのは難しい」と伝えた。

②本人・家族の意向の確認

長男は、「車椅子生活でも、寝たきりでも、可能性のあるなら家に帰らせたい」と述べ、「せめて食事が食べられるようになってほしい」との希望を述べた。そして「いま医師にしてもらいたいことはなく、治療は無理ということになれば、引き取りたい」と話した。長女も、「今までどおり、できる限り協力したい」と述べた。

③入院前の生活状況の確認

脳梗塞(13年前)で左半身不全麻痺となり、退院後は近くの診療所で内服治療を継続していた。歩行時に杖を利用していたが、家事は本人が行っていた。長女や次女も実家に行ったときは、家事を手伝っていた。

④退院時の目標設定

話し合いの結果、退院までのリハビリ期間を1ヶ月として、在宅に向けての目標を、食事摂取が自力でできること、車椅子移乗が可能になることとした。

⑤各職種間でその目標を共有

医師は、「頸部骨折は骨の寿命がきているということで、1年後に亡くなっている人も多い。今後悪化する可能性も高い。元の環境に戻してあげたい」と述べ、入院前に近い環境に戻せるように、内科医師とも相談して治療していくことを伝えた。

理学療法士は、患側にどれだけ体重移動ができるかが今後の回復の鍵となること、介護しやすいように、車椅子への移乗を家族と一緒に練習していくことを伝えた。

退院調整看護師は、在宅に戻るに当たって、また、在宅で車椅子生活になった場合の具体的な環境を把握した。また、長男が介護するにあたって、訪問介護などのサービス利用が可能性であることを説明した。

受け持ち看護師は、食欲低下に関して、自分で食べる意欲が見られないこと、口に運んでも断られるし、飲み込みにくくなっていること、家から好きなものを持ってきてもらうなど食欲が出るための工夫を考えていくことを伝えた。そこで、嚥下機能の評価を言語療法士に依頼することも検討された。

⑥介護保険変更申請手続きの説明

退院調整看護師は、介護保険の介護度の変更申請の件を医師に確認し許可を得た。そこで長男には、具体的な申請の場所・方法を説明した。また、

必要なら住宅改修の働きかけが必要であるため、ケアマネジャーと話し合う旨を伝えた。

3) 病棟カンファレンス

受け持ち看護師は、病棟カンファレンスの中で、入院時カンファレンスの内容を、出席者以外の看護師に伝えた。そこで、1ヶ月後の目標に向けて、具体的な援助計画が以下のように話し合われた。

①目標達成に向けた本人への看護計画立案

本人が1ヵ月後に、端座位、車椅子移乗、ポータブルトイレへの移動ができるように援助する。

②家族への支援についての看護計画立案

長男が病棟に来られる日を確認し、その際に、ケアをとともに行い介護技術を指導する。

4) 日常生活援助：看護計画に沿った援助

整形外科病棟では、リハビリ以外はベッド上の生活であったため、「入浴/清潔セルフケア不足」「排泄セルフケア不足」「移乗能力障害」の看護問題をあげて在宅に向けた援助を行っていた。

入院6週目の内科病棟に転科・転棟した時点では、発熱や胸水貯留が見られ、酸素吸入が20 / 分で開始になったり、胸腔ドレナージも行われ、悪化傾向がみられた。その後、徐々に食欲が出て体力が回復してきたことと、せん妄状態の症状が見られなくなったことで、本人にも意欲が見られるようになった。そこで、ADLの拡大に向けて援助が続けられた。特に排泄に対しては、ベッドサイドに手すりつきポータブルトイレを設置し、ポータブルトイレでの排泄の自立を目指して、移動の練習や、ズボンの上げ下げの練習を行っていた。また移乗に関しては、リハビリで歩行器での歩行訓練が行われており、病棟でも廊下の手すりを利用して、車椅子からの立ちあがり訓練を行っていた。

5) 家族への支援

長男が病院に来られる日を調整したが、内科病棟に転科・転棟となったため、整形外科病棟では指導できなかった。内科病棟でも、本人が徐々に回復したこともあり、介護指導の機会はもてなかった。

6) 退院前カンファレンス(ケア会議)

病状は一進一退の状況ではあったが、ADLは徐々に拡大してきた。その状況で、在宅に向けた退院前カンファレンス(この場合はケア会議)が計画され、退院調整看護師の司会で開催された。出席者は、長男、長女、受け持ち看護師(内科病棟)、退院調整看護師、ケアマネジャー、教員であった。検討された内容は下記の6点であった。

①現在の患者のADLの状況

食事は食欲が出てきて自立して食べられている。排泄は、ベッドサイドに手すりつきのポータブルトイレを設置し、看護師が見守る中で移乗できるようになったが、ズボンの上げ下ろしに介助が必要である。移動は、車椅子に移乗できるようになり、歩行器による歩行訓練を行っている。清潔に関しては、看護師の介助で週に1回入浴し、そのほかの日は清拭を行っている。

②患者・家族の療養生活に対する思いの確認

麻痺側が骨折したので、自力で歩くことは期待していない、車椅子からベッドへの移動ができればよい。

③在宅でのADL介助の具体的な方法

食事は、長男が準備をする。次女にも朝食の後片付け、昼食の準備・片付けは手伝ってもらえそうである。排泄は、手すりつきのポータブルトイレを長女の知り合いから借りることができる。ケアマネジャーが形状を確認し、使いにくいものであれば購入も検討する。夜間は排尿回数が少なければオムツを使用することも視野に入れる。ベッドを借りるかどうかの検討で、長男は転倒をおそれて「布団の生活にして、言うほうがよいのではないか」と言ったが、長女は「ベッドでないとしち上がれなくなるし、今の延長でベッドでの生活のほうがよい」と言い、検討の結果ベッドを借りることになった。清潔面は、週2回デイサービス利用し入浴することにする。

④退院までの患者への援助内容

退院までの援助内容として、病棟看護師は、理学療法士に確認しながら、本人がベッドから車椅子、ベッドからポータブルトイレへの移乗がスムーズにできるように援助していくことを伝えた。

退院調整看護師は、介護保険の意見書の確認を行い、退院がきまったらケアマネジャーに連絡することを伝えた。ケアマネジャーは、ベッドの手配、ポータブルトイレの確認、デイサービスに週2回通所できるよう手配をすることを伝えた。

⑤家族の協力について

長女、次女の協力が得られることを確認した。長女は認知症の姑がいるので、嫁が家にいないと行けないが、次女は実家の近所に住んでいるので、保育園の送迎時にも覗くことが可能である。地域的にも昔からのつながり強いので、近隣住民ものぞいてくれるそうである。

⑥サービスの利用について

訪問介護の利用は、退院後の様子を見て検討する。利用する介護サービスは、デイサービス週2回、福祉用具貸与(ベッド)の予定である。

3. 家庭訪問

受け持ち看護師と教員が、退院2週間後に家庭訪問を行った。その際に把握した退院後の生活状況や本人・家族の思いは表2に示す。

1) A氏の退院後の生活

- ①病状の経過：退院後呼吸困難、胸痛、咳嗽、喀痰はなかった。退院2週間後に病院受診し、胸水貯留はなかった。次回の受診は6週間後である。
- ②服薬：内服薬60日分処方された。内服を忘れないようにと、居間の壁に薬の袋をつるしていた。薬局で朝、昼、夕に分けてシールドしてもらえた。時間がかかったが、飲みやすい。
- ③ADLの状況：本人は、室内を歩行器で移動、排泄はポータブルトイレを使用し、週1回デイサービスを利用した際に入浴していた。
- ④介護状況：長男が主となって介護を行っていた。仕事も調整し、昼間に出かけるときは姉妹の協力を得ていた。
- ⑤社会資源の活用状況：デイサービスを週1回利用。福祉用具貸与（ベッド、電動椅子、歩行器）を利用していた。
- ⑥本人の思い：本人は、「困った事は何もない。家に帰ってきてよかった。ありがたかった。」といい、病院にいるときは、排泄で看護師を呼ぶのが気兼ねであったと語った。
- ⑦家族の思い：長男は、「病院でいくら準備しても、家に帰ると変わる。本人が聞き入れない場合もある。特に望むことはない」と述べた。「治療のことは、癒着術をしなくて良かった。癒着術を行っていたら、きっと帰れていないだろう。」と語った。長女は「自分が引き取ろうか、妹の家に行ったほうがよいか悩んだが結果的には退院してよかった。」と語った。次女は、「長男が自分で面倒をみるというだけあって、十分に介護しているので、現在困った事はない。」「長男がいないときは姉妹で連絡しあって誰かが実家に行き、昼食時に本人を一人にしないようにしている」と語った。

2) 受け持ち看護師の家庭訪問時の思い

家庭訪問に同行した受け持ち看護師に、感想を書いてもらった。その感想は「家の構造は家族の方から聞いていたが、話だけでは想像できず、訪問し、実際に見て、どのような環境で生活されるのか実体を伴って理解できたと思った」「病棟でのA氏の姿を見るので、無意識のうちに、この方は実際にその人その人の人生、生活をしてみえた方ということを忘れていたのかもしれない、と気付かされた。」「その人の退院後の生活のために

具体的にどんな関わりができるのか、生活の実態を把握することは必要であるが、実践していくのは難しい。」「その人にとって、よりよい生活をおくることができるように、病棟の看護師の立場でできることで関わっていけるようになりたいと思った。」などであった。

IV. 考察

A氏は退院までに12週間を要したが、家庭訪問に行き、本人・家族が望む療養生活ができていたことがわかった。そこで、今回の退院支援において、効果的であったことと、退院支援における課題について考えてみた。

1. 退院支援において効果的であったこと

1) 入院早期からの退院支援の必要性の判断（入院時スクリーニング）

入院早期から、本人・家族と十分に話し合えたことで「家に連れて帰りたい」という家族の意向の確認ができた。しかし、長男と2人暮らしであり、ADLの低下も予測されることより、社会資源の活用もふまえた生活調整の必要性が判断され、退院調整看護師もかかわって退院支援が開始されたことが効果的であったといえる。

2) 入院時カンファレンスの開催

術後2週間目に、関係職種が集まった中で、医師の病状説明を踏まえて、家族の意向を確認する機会がもてた。そこで、在宅に戻るにあたっての問題点、今後の目標が決定され、その目標達成に向けた各職種の援助内容が共有されたことは、退院支援の方向性を一致させる上で意味があった。具体的には、1ヵ月後の目標を「端座位が取れる、車椅子移乗ができる、ポータブルトイレでの排泄ができる」とあげて、各職種が関わっていた。

3) ケア会議（退院前カンファレンス）の開催

在宅での具体的なサービス利用（福祉用具貸与、デイサービス利用など）が話し合われ、家族の介護体勢も確認できた中で、在宅での生活が話し合われた。それを病棟看護師が病棟カンファレンスで伝え、退院後の生活に合わせた援助ができた。

4) 退院後の生活の確認

病棟看護師とともに訪問できたことは、患者の在宅での生活をイメージする上で効果的であった。感想でも「どのような環境で生活されるのか実体を伴って理解できた」と述べられており、今後の看護援助に在宅生活の視点が入り入れられ、具体的な退院支援に役立つと思われる。

2. 退院支援における課題

今回の事例は、あくまでも1事例での退院支援において効果的であったことである。今後上記

1)～4)の要素をふまえた退院支援を行い、事例検討を重ねるなかで、退院支援の内容を充実させていく必要がある。また、今回は家庭訪問という形で、在宅での生活を把握したが、病棟から毎回家庭訪問することは無理である。そこで、外来

看護師や地域の看護職と連携を取りながら、在宅での療養生活を含めて支援していく必要がある。

退院調整看護師は、退院に向けて地域看護職との調整に責任を持ち、病棟看護師が在宅での療養

表 2. 退院後の生活

病状の経過	退院後呼吸困難、胸痛、咳嗽、喀痰はなかった。退院2週間後に病院受診し、胸水貯留はなかった。次回の受診は6週間後である。
服薬	内服薬 60 日分処方された。内服を忘れないようにと、居間の壁に薬の袋をつるしていた。薬局で朝、昼、夕に分けてシールドしてもらえた。時間がかかったが、飲みやすい。
ADL の状況	
食事	食事は3食とも長男が調理している 食欲もあり、出されたものは全量摂取している 本人は「味噌汁や野菜やいろいろなものを作ってくれておいしい」、「味噌汁とめしが一等やな」と 次女は「兄さんが豆ご飯まで炊いて食べさせてくれているから助かる」と話す 長男が朝から出かけるときは、昼食を準備しておいて出かけ、昼に次女、または長女が来て食べる準備をする 兄弟間で連絡を取り合って、昼食時は、一人にしないようにしている
排泄	ベッドサイドに家具調の手すりつきポータブルトイレが置かれていた 自分でベッドから降りて、ズボンを下ろして排泄している 退院後長男がズボンの上げ下ろしを介助したのは2回のみ 夜間は4時間おきに排尿に起きている 退院当初はパンツを使用していたが、もれることもあったので、パンツ式オムツに変えた
移動	歩行器を利用して、ベッドから居間のこたつまで歩いてきている こたつには、電動の昇降椅子があり、立ち上がりの補助となっている 長男によると「もう少し上がってから立ち上がれと言うのに、いうこと聞かず、低いままで立ち上がろうとする」とのこと 歩行は、ゆっくりでふらつきなく歩いていた。家に誰もいないときは、転倒すると困るのでベッドの中で過ごしている
清潔	パジャマの上に上着を着ていた 退院後家で一度シャワー浴を家族の介助で行ったが、大変だったし、湯ぶねにはつかれなかった 週1回デイサービスを利用し始め、デイサービスで入浴した。希望すれば週2回デイサービスを利用することも可能である
活動	デイサービスに行く日以外は、寝室と居間で過ごす 次女が孫を保育園に送ったあと、一緒にお茶をのむ 長男がいるときは居間に出てきて食事をしたり、テレビをみて過ごす。長男がいない日はベッド上でテレビをみて過ごしている デイサービスでは、レクリエーションに参加して、歌を歌ったり、ベンチサッカーをしたりしている
介護状況	長男は近くの仕事を運び、なるべく家をあけないようにしている 長男は、なるべく手を出さないようにしているそうである 長男が昼間家にいないときは、長女が次女と調整して実家に来ている。長女は、来たときには夕食と一緒に食べて、帰りは長男に送ってもらっている
社会資源の活用状況	近所の特別養護老人ホームのデイサービスを週1回利用している 入院以前に通っていたデイサービスは遠く、20～30分は送迎車に乗らなければならなかったため、近所に替えた。いずれは回数を増やす予定 福祉用具貸与：ベッド、電動椅子、歩行器。ヘルパーの利用は今のところは考えていない
退院後の本人の思い	(困っていることは)「いまかな、何にもない。いまは何にもないな」 (家に帰って)「よかったってや。ありがたかった」 「うちはあんきやな」 (入院時は)「ありがたかった。皆かわいがってくれて」 「入院しとるときは、(排尿が)近いような気がした、よけい。(ナースコールを)押さんならんし、こわいこわいかったから。こぼすと怖い思うもんな。病院でな。ここでもそうやけど」
家族の思い	(長男)病院でいくら準備しても、家に帰ると変わる。本人が聞き入れない場合もある。治療のことは、癒着術をしなくて良かった。癒着術を行っていたら、きっと帰れていないだろう (長女)自分が引き取ろうか、妹の家に行ったほうがよいか悩んだが、結果的には退院してよかった

生活に向けた具体的な支援に責任を持ち、両者が連携しながら、患者の入院生活、退院後の療養生活を継続して支援していきることが理想である。

現時点で、その体制はできているので、看護師一人一人が「在宅生活では」という視点がもてるような、教育的取り組みが必要であるといえる。それによって退院支援の充実が図れると考える。

V. 共同研究報告と討論の会討議内容

1. 今回のかかわりで効果的であったこと

- ・本人、家族の意向を入院時カンファレンスによって、早期に確認することができた。
- ・退院調整看護師だけでなく、医師、看護師、理学療法士も統一した目標をもって、退院に向けてのケアを考えることができた。
- ・事例が転科転棟したケースであったが、内科一整形外科との連携がとることができた。

2. 退院後の生活をどのように把握しているか：他施設の看護師より

- ・整形外科では、病棟での患者の治癒の経過、及び生活状況の様子を調べて、パスのようなものを作成した。これを看護師が説明する際に提示することで、患者は自身の今後の生活状況や「このくらいの期間でこのような状態になるだろう」という目安が立てられている。患者や家族に、それを提示して説明することで、家に帰ってから何が困るのかイメージすることができ、役立っている。
- ・パス上の目標が達成されても、そこで終わるのではなく、家庭に帰ってからはどうなるか、と継続的に考えられるとよい。
- ・在宅ではなく、施設入所となるとイメージがつきにくい。
- ・在宅・施設に拘らず、本人の退院後の「一日の生活時間」がイメージできるとよい。
- ・入院中に、可能であれば、家の写真を撮ってもらえるのもよい。それにより、看護師は本人・家族とともに家庭での生活のイメージがつけられる。

3. 退院後の生活を把握するために必要な視点や方法について

- ・今回は、本人・家族の退院への強い意向があったからこそ可能になった事例であった。「ポータブルトイレに一人で移って排泄できること」という明確な目標があったことが大きかった。
- ・私たちは退院後の生活を本当に考えているだろうか。

例) 病院では、看護師がベッドまで食事を持ってくる。セッティングされた状態の食事を食べることができるからといって、果たして「自立」に

なるのだろうか。在宅では食材を買いに行くところから「食事」に関連した生活行動が始まる。そのような視点を常に持っていることが大切である。

・退院後の生活を把握する上で、「家庭訪問」という方法も考えられる。しかし、全てのケースでそれができるわけではない。

・退院後、次回外来のときまでに外来看護師、病棟看護師でカンファレンスを行い、気になることや確認事項などの情報交換をすることは有効ではないだろうか。実際に、現在院内での取り組みとして、「継続看護連絡会」を実施している。但し、連絡会で扱うケースは、「気になるケース」に限られ、選定条件がある。

・退院後の患者が外来受診後、外来看護師から病棟へ情報を返すように努める必要があるだろう。

・外来で、「困ったことはありませんか？」などとなるべく聞くようにしている。問題があれば訪問看護やケアマネジャーなど、関連のサービスへも連絡している。

・週に1回、訪問看護ステーションとミーティングを行なっている。

・病棟において、普段から「コミュニケーションノート」を利用し、何でもよいので家族の思いを書いてもらうようにしている。看護師も必ず記入することで、家族の普段の思いを把握しようと努めている。

4. 今後の展望：システムとして退院調整を保障する：看護部長の立場から

・退院調整担当看護師を増員予定。それにより、入院受け入れの時点で、患者・家族と退院後の生活の見通しを立てやすくすることと、退院調整看護師が病棟看護師と共に行動することで、病棟看護師一人ひとりが、退院調整活動に責任を持って実施できるためという教育的狙いがある。

・病棟看護師が、在宅生活を想像できるようにと、回復期リハビリ病棟では、「看護スタッフによる退院後の家庭訪問」の取り組みを試行的に実施した。このときは、スタッフを出張扱い（交通費病院負担）にし、病棟として退院後の評価を試みた。

・退院後の生活とはいうものの、病院の立場としては、「入院中の生活の保障」を確実にこなわなくてはならないと思っている。

・看護師は常に「患者の不安や戸惑いに寄り添いたい」という思いを持っている。その思いを「思い」として留めるのではなく、「実際のケア」に変えていかなくてはならないと思う。

慢性の病いとともにある生活に求められる看護援助

および援助提供システムについての検討

山田吉子(松波総合病院) 古野ひさよ(揖斐厚生病院) 中島加代(岐阜中央病院) 栗田智子(大垣市民病院) 恒川育代(岐阜大学) 田内香織 河村めぐみ 藤澤まこと 普照早苗 黒江ゆり子(大学)

I. 目的

糖尿病を含む慢性疾患、特に生活習慣病は、病気を持つ本人と家族が健康管理の中心となり、日常生活の中で養生法を実施する必要がある。それは長期に渡り、多くは一生続くものであるため、養生法を継続することはなかなか難しく、個人と家族を支える看護職者はどのようにサポートすればよいかで悩むことが多い。

本研究においては糖尿病とともに生活を続けている人々に提供した看護実践例を用いて具体的な看護援助内容を振り返ることで、看護職者はどのような援助提供体制のもとで、どのように看護援助を提供することが可能であるかについて施設を越えて議論し、共有することを目的とする。

II. 方法

1. 方法: 病院に所属する共同研究者が自分の行った実際の看護援助内容を紹介し、その看護援助内容について共同研究者全員で検討を行なう。検討会は、4月に第1回、7月に第2回、11月に第3回、2007年1月に第4回を行なう。

2. 倫理的配慮: 本学倫理審査部会の承認を受けて研究を進めた。看護援助検討会において提示する内容は、個人が特定されることがないように匿名性に配慮して扱い、研究目的以外に使用しない。

III. 結果

1. 援助内容の概要

援助例 1: A氏は糖尿病を診断された他院にて治療を続けていたが血糖コントロール不良のため、教育入院となった。退院後は体重・血糖値が低下し、「痩せていくのが楽しい」と療養生活に励んでいた。1年後に血糖値が上昇し、再度の教育入院となった。看護援助として、①指導が始まる前に担当スタッフと話し合いを持ち、退院後に実践可能な点に焦点をあて指導した。②経過を傾聴したところ、親族が亡くなったストレス、パート時間が延びて外食が多くなった、友人との宴会が多くなったなどが本人から語られた。③食事内容の聞き取りから表3の過剰摂取と、食品交換表に関する理解違いがあるため、食品交換表の使い方についての再学習を勧めた。④運動療法は寒さと多忙で実践されていないことから、ライフコーダで

運動量を確認した。⑤継続的な実践に関して患者の了解を得ながら地域連携パスにて継続支援を行なった。

援助例 2: B氏は7年程前より経口薬治療を続け、HbA1c 7%代のコントロールであったが、1年前より8%代に上昇し、インスリン導入を勧められ入院となった。①現在の症状、入院の受けとめ、入院の目的、知りたいこと、心配なこと等を聴き取り、計画に沿ってインスリン使用についての指導を実施した。本人が仕事のことを気にしていたため、外出しながらの教育とし、2週間の入院で外来通院となった。②外来では、診察の待ち時間に指導項目に沿って聴き取りをしながら指導を続けた。③骨折で入院となり、入院中の食事により良好な血糖値になることが分かり、本人も努力していた。退院後の外食について不安が表現されたため、自宅での食事に配慮すること等で支援を続けた。

援助例 3: C氏は1年前頃より血糖コントロール不良となり、インスリン療法が勧められていたが、「インスリンになったら死にたい」等と話すことから導入を見合わせていた。血糖値の上昇が続きインスリン導入が必要となり、外来でインスリン指導を行った。①初回の指導は明るい部屋で患者の気持ちを傾聴し、本人はインスリンに対するイメージなどについて語った。インスリンを使用しているのは一人ではないことや使用物品などを説明したところ、練習用パットに注入することができた。②注射手技の練習を1回1時間程度とし、本人のペースに合わせて根気良く説明した。③メモリが見やすいように黒色板や虫眼鏡を使用して確認した。

援助例 4: D氏は8年前より糖尿病と高脂血症にて内服治療、2年前頃よりHbA1cが上昇し、インスリン導入を勧められたが拒否していた。その後自宅のリホームを契機に動くことが多くなりHbA1cが低下、身体活動が改善に結びつくことを実感し、散歩やジョギングを毎日行なうようになった。1年前頃より再びコントロール不良となった。①これまでの経過を聴き取り、要因を把握した。②活動量が少なくなったことが要因であると

考えられたため、運動療法について説明し、夕食後の散歩と仕事での身体活動の増加を勧めた。

2. 看護援助検討会における検討経過

1) 第1回検討会

援助例 1: 地域連携パス(註①)の1例目であり、糖尿病教育入院後、HbA1c 6%代に改善した。1年後に再入院、その2年後にも再入院している。現在152cm、61.3kgである。退院後のフォローをどのように行うかが課題の焦点であり、医師、栄養士、看護師の連携が必要である。

援助例 2: 2月に下肢骨折で入院時、食事を1840kcalから1520kcalに減らした。退院後は空腹感が強くこのカロリーではもたないと訴えがあった。職場が近く、仕事の合間に受診しているが、外来ではなかなか声かけられないため、定期的な電話でフォローをしている。

地域連携について、同じ職種でも連携が難しいことがあり、担当者、医師、栄養士との連携をどのように図っていくかが課題である。

電話フォローについては、19時30分～20時くらいがよいのではないかと、空腹時や食事時は避け、「今話をしてもいいですか」「5分くらいいいですか」と相手の状況を確認してから本題に入る。外来受診を中断している人に電話をしているが、本人が出られないなら妻に状況を聞くだけでも少し状況が把握できるのではないかと。

効果的な生活支援について、リバウンドをする人が多い、長年糖尿病を患っている人は初診の1年のデータと長い経過後の1年のデータ比較が必要である。

糖尿病と自己管理方法について、正しい知識が必要である。何年か経っている人は、糖尿病教室を少しやると元に戻る。HbA1cが10%以上の場合にはなかなか変わらない。経過が長い人ほど、コントロールが難しい。

2) 第2回検討会

援助例 2: 6月から食事が1680kcalに増加した。HbA1c7.2%、体重63.5kgとなる。仕事量は増えていない。普段の夕食は午後9時くらいであり、外食が月に5～6回ある。「悪いところが分かっているけれど分からない」と言う。妻に電話したが、出なかった。骨折も良くなり、松葉杖なしで歩く服薬、インスリン注射は行なっている。間食はとっていない。

次の受診のときに、食事2単位分をどのように増やしたのか、アルコールやビールの摂取状況、外食の内容について確認する。

援助例 3: 初日の外来では何も話さなかった。医

師から自殺するかもしれないので注意するようにと聞いており、指導室内の環境にも配慮し、30分ほど話を聞いた。

インスリンについて「バイアルで吸って打つ」というイメージを持っており、また「インスリン導入になったら死を待つだけ」という想いを抱いていることが分かった。また、痛みへの恐怖「針を刺すのが痛い」と思っていることが分かったため、フレックスペンと針(の太さ)を実際に見てもらった。本人は医師から「インスリンの手技は汗をかかないと覚えられないよ」と聞いており、心配していた。看護師はインスリンの手技を、C氏が覚えるまで責任をもって説明することを伝えた。C氏は夫と同伴で来院し、夫同席のもとインスリンの説明を行った。C氏は1日目で流れを理解し、腹部に刺入する(インスリンは注入しない)ことができた。本人は明日から自分でやってみると言うことができた。C氏は視力の低下があり、1ページ1動作のインスリン指導用紙を用い、1動作ごとに確認することにした。注射手技は、指導記録を残した(個人の視力に応じた工夫)。

援助例 4: 6月から内服薬アマリール5錠に増量した(HbA1c 7.8)。「インスリンはイメージが悪いので使いたくない」と話していた。D氏は元来自分のことについてあまり話さない人である。検査の値が良くないので、看護職とも顔を合わせないように帰って行く様子であり、話すことが少なくなっているかもしれない。今後は関係づくりを目指していくこととする。3ヶ月くらいを目標に話しのできる関係をつくれるといいのではないかと。運動によってHbA1c7～6代になっており、「できればインスリンを使いたくない」という本人の思いを支えて援助していく。

3) 第3回検討会

各援助例の経過報告と検討を行なうとともに10月に開催された岐阜糖尿病コメディカルセミナーで報告された援助事例を資料として意見交換を行なった。

意見交換の第1点はインスリン注射の針の廃棄ボトルについて、第2点はCSII(持続的インスリン皮下注入法)に関する看護援助についてであった。県内病院にてCSIIを導入した事例の報告があったことから、この方法について話し合い、保険適用などの困難さがあるが、若年者や女性、特に妊娠期間の血糖コントロールにおいては効果的である場合があること、およびこの方法の導入においては、看護職者が十分な知識をもつことが重要であるなどが共有された。

4) 第4回検討会

－援助例のその後と援助における重要点－

援助例のその後の状況およびこれまでの経過を振り返り、それぞれの看護援助において、どのようなことが重要な意味をもっていたのかについて検討を行なった。

援助例 1: [その後] 普段はかかりつけ医を受診し、眼科受診に合わせて3ヶ月に一度当院外来を受診している。〔重要点〕指導が始まる前に、担当のスタッフと話し、退院後に実践可能な点に焦点を当てた指導を行ったこと。

援助例 2: [その後] 仕事の空き時間に受診するなどの様々な生活の調整を行っている。〔重要点〕思いを傾聴したことが重要な援助であった。

援助例 3: [その後] 家族の協力を得て、コントロールを続けている。〔重要点〕初回に明るい部屋でゆっくりと思いを傾聴したこと、最後まで責任を持って指導することを約束したことが重要な意味を持っていた。また、C氏の意向に沿えるような学習計画を共に考え、また夫同伴で指導を行ったことにより、C氏も心強く、家族の協力が得やすく、生活の中に取り入れていくことが容易であったのではないかと。

援助例 4: [その後] D氏から話しかけてくれるようになった。外来受診を定期的に続けている。〔重要点〕運動療法によりHbA1cのデータが改善したという成功体験を持っているD氏に、頑張っているところを認め、自信につなげ、継続できるよう支えたこと。

IV. 考察

1. 慢性の病いとともにある生活に求められる看護援助

慢性の病いとともにある生活に求められる看護援助について平成16年度の聞き取り調査¹⁾および平成17年度の質問紙調査²⁾から得られた内容を基盤に検討したところ、医療利用者から求められていることとして①本人が理解できるように具体的に何回も説明をする、②日常生活の中で続けられることを探す、③糖尿病や療養生活について、誤解や思い込みがないかどうかを確認する、④継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける、⑤看護職者（保健医療職者）と接することで、自分の食生活・生活を見直す機会となるように関わる、⑥今後の健康管理の重要性を伝える、などがあげられた。（表1）

表1：医療利用者が求めていることと必要な看護援助

1. 平成16年度共同研究より得られた医療利用者が求めていることと必要な援助		
求められる看護援助	医療利用者が求めていること	医療利用者の声
1) 本人が理解できるように具体的に何回も説明する。	糖尿病病とその療養について何遍でも聞きたい。	教育入院は何遍でも聞けるので満足
	分かるように何回も説明してほしい。	分かるように何回も説明してもらえた。
	細かい指導があると理解しやすい。	細かいことを言って教えてもらえるもので、頭に入るのが早い。
2) 本人が日常生活の中で続けられる運動を探す。	過激な運動ではなく、歩くだけでいいことが分かることが必要。	過激な運動ではなく、歩くだけでいいことがわかった。
3) 糖尿病や療養生活について、誤解や思い込みがないかどうかを確認する。	自分の思い込みであることが多いので、それについて知りたい。	自分の思い込みであることが多いことがわかった。
4) 継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける。	生活がだんだん元に戻ってくるので、継続的な援助が必要。	生活がだんだん元に戻ってくる。少しずつ。いけないなあと思いながら。
2. 平成17年度共同研究より得られた医療利用者が求めていることと必要な援助		
5) 看護職者（保健医療職者）と接することで、本人が自分の食生活・生活を見直す機会となるように関わる。	食生活を見直す機会をもつ。	今までの自分がどれだけ多量に食事をしていたのか分かった。食事がずばらになりやすくなったので改めて自覚した。
	生活・生活管理を見直す機会をもつ。	生活習慣で無茶をしなくなった。規則正しい生活をするようになった。
6) 今後の健康管理の重要性を伝える。	今後の健康管理が重要であることを認識する。	糖尿病のことがよくわかった。今後の健康管理の重要性を把握した。
7) 継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける。（上記4に含まれる）	教育入院後は食事・運動・薬・生活全体など多くの取り組みをしているが、6ヶ月以上続けたものは少ない。「定期的な受診」「主食の量を決めた」「野菜を食べるようにした」がそれぞれ90%→55%75%→55%、80%→55%で高持続を示しているが、これらにおいても60%を下回っている。	

表2：求められる看護援助と実践された看護援助

求められる看護援助	実践された看護援助
1) 本人が理解できるように具体的に何回も説明する。	指導を開始する前に担当スタッフと話し合いを持ち、退院後に実践可能な点に焦点をおいて指導をすすめる。(援助例1) 本人の知りたいこと、心配なこと等を聴き取り、計画に沿ってインスリン使用についての指導を実施した。(援助例2) 退院後の夕食について不安が表現されたため、自宅での食事に配慮すること等で支援を続けた。 フレックスペンと針(の太さ)を実際に見てもらった。インスリンの方法を覚えるまで責任をもって説明することを本人に伝えた。1日目は流れの理解。本人が明日から自分でやってみると言う。視力の低下があるため、1動作1ページのインスリン指導用紙を用い、1動作ごとに確認することにした。(援助例3) 運動の重要性について説明し、夕食後の散歩と仕事での身体活動の増加を勧めた。(援助例4)
2) 本人が日常生活の中で続けられる運動を探す。	デパートの中を歩く。大型スーパーの駐車場では車を遠くに停めて歩く。(援助例4)
3) 糖尿病や療養生活について、誤解や思い込みがないかどうかを確認する。	インスリン療法に対するイメージについて話してもらいと、「インスリン導入になったら死を待つだけ」や痛みへの恐怖「針を刺すのが痛い」であり、インスリンはイメージが悪いので使いたくないと表現した。(援助例3)
4) 継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける。	実践に関して患者の理解を得ながら地域連携パスにて継続支援を行なった。(援助例1) 定期的な電話によるフォローを行なった。(援助例2)
5) 看護職者(保健医療職者)と接することで、本人が自分の食生活・生活を見直す機会となるように関わる。	食事内容の聞き取りから宴会や外食の習慣があり、表3の過剰摂取食品交換表に関する理解違いがあることが分かり、食品交換表の使い方についての再学習を勧めた。(援助例3) これまでの経過を聴き取り、要因を把握。活動量が少なくなったことが要因であると考えられたため、運動療法について説明し、夕食後の散歩と仕事での身体活動の増加を勧めた。(援助例4)
6) 今後の健康管理の重要性を伝える。	血糖コントロールの必要性を伝えた。(援助例1.2.3.4)

この知見をもとに、今回の援助例に実践された看護援助内容を検討すると、①～⑥の要素がそれぞれの援助例に含まれていると考えられた(表2)。長期にわたって続く病気においては、多くの場合に自分の生活を見直して対応することが求められるが、それが長期にわたるために継続できなくなることがあり、それゆえ、自分が納得できるまで何度も聞きたいとか、自分の生活の中で続けることのできる方法を探したいという思いを抱くため、それを支えることが重要な意味をもつと思われる。

また、第4回の検討会で示された「できるだけたくさんの具体策を示すことによって、その人が生活に取り入れやすい食事や運動を自ら選択してもらい、それを継続できるように支援していくことが今後の課題となるのではないか。ノンカロリーやオフカロリーの飲み物などを紹介すること、頑張っていることを褒めることなどは有用だと考える。」という意見や「声をかける、相談する機会をもつ、食事内容や運動できているかを確認するということは、継続的に支援することとなり、患者さんに『あなたをんでいますよ』『あな

たのことを気にかけていますよ』というメッセージを送ることになる。そのメッセージは患者さんを支える重要な鍵となる。」などの意見から、求められる看護援助には、「あなたを応援します」というメッセージといつでも相談できる環境を整える」ことを加える必要があると考える。

2. 慢性の病いとともにある生活に求められる援助提供システム

先述のような看護援助は看護師一人の努力でできるものではなく、医療施設と病院が連携することや、その中で看護職者が相互に繋がることが長期にわたる支援を可能にする。

援助例1のように地域連携パスを用いて医療施設と診療所がつながることは、教育入院を受けた病院と毎月受診する診療所の両者がその個人の療養生活を支援することになる。現状においては、まだまだ医療施設と地域との連携は十分ではないことが多いが、看護職者が相互に連携する具体的な方法を今後は模索する必要があると思われる。

また、第4回検討会にて共同研究メンバーから示された「悪くなりすぎる前に介入できるように

『どのような状態になったら受診したほうがよいか』という目安を紙面で伝えていくとよいのではないか。定期受診日以外にも、何でもフリーで相談できる日時と場所の設定をしておくことは、患者さんにとっては有益なのではないか。」という意見などを踏まえると地域連携においては患者本人が判断できる目安を示しておくこと、気になったときにはいつでも相談できる環境を整えるという組織的な取り組みが必要になると考える。

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

インスリン導入になるときの援助方法、および病院と地域の連携による継続支援の可能性などを検討テーマとして討議を開始した。病院施設や地域において実際に長期間に渡って支援するときの難しさと工夫について多くの意見が出された。

○外来の待ち時間に 10 名ほどの患者さんに指導したことを、指導票に記入している。患者さんは頑張っているが、ある程度のところまでいくと、これくらいいいかな・・・となる。40 代、勤労者の人をどう支援していけばよいか。外食の場合は、洋食より和食を選択するように進めている。○外食だけでなく、おかずは買って、ご飯は家で炊くという中食の場合が最近は多くなっている。このような場合はカロリーも塩分も高いので、気をつけないといけないと思う。

○その人の生活の中でできることを医師とも話し合いながら、できるように支援している。外来と病棟のつながりが薄いと病棟のときに思った。○高齢者が対象の場合、生活していく中で、少しでも血糖値をあげないようにする必要がある。食事に関しては、本人や家族にも十分説明するが、本人も家族もこの歳にまでなって・・・という思いが根底にあり、なかなか制限を継続することは難しい。運動療法、リハビリ（リハビリは週に 2 回行っている。）、車椅子に座って行うリハビリ体操（ビデオを毎日流し、DM の人に限らずみんなでもやってもらっている。）、散歩などによって体を動かすことによって血糖値を下げっていく必要がある。

○座ってできる体操のビデオは、壮年期の人にも有用ではないか。寒い日には、外に散歩に出かけることを継続するのが難しい。仕事で忙しい、デスクワークが多い人は運動不足になりやすい。そういう人も、家の中で、仕事の合間に座ってできる体操があるのなら、実施することができるかもしれない。ただし、高齢者用のビデオであり、運

動量が十分でないかもしれないことを考慮する必要はある。

○散歩についてであるが、「（糖尿病だから、）散歩に行ったほうがいいよ」と進めるだけでなく、家族と一緒に散歩するほうが、自分だけ・・・という思いにならず、継続しやすいかもしれない。指導のとき、家族が来ている場合は、家族みんな・・・ということ指導を含めていくように心がけている。

○保健所で行っている集団指導については、希望して受ける人であるため、意識が高いという特徴がある。集団指導ではお互いに励ましあうことができるし、誰かに見てもらえることが、継続につながっている。しかし、継続していく中では順調に行くことばかりではない。簡単な目標を立て、1 つでも達成できたことが自信になり、継続につながる。食べ過ぎてしまう人に、食べているものをメモしてもらい、どれだけ食べているかを自分で把握してもらうことによって、なぜ悪化したか、これからどうすればよいかを考えるためのヒントになる。

○手術後に糖尿病となった人で、外科医師による内服またはインスリン治療でコントロールできてしまう場合には、内分泌にかかることなく退院となってしまう。その場合、看護師が関わることはない。今のところ、医師から医師に紹介されていて、診療科や病棟、外来を越えて看護師同士が情報を共有することがない。看護師同士でつながっていくことができればよい。

VI. まとめ

1 年間の取り組みとして看護援助例の検討を定期的に進めたことで、共同研究者それぞれの意見を聞くことができ、また相互に相談できる場となった。『あなたを見ていますよ』『あなたのことを気にかけていますよ』というメッセージを送ること。そのメッセージは患者さんを支える重要な鍵となる。」の意見を共有できたことなど私たちにとって意義深い検討会となった。今後も充実した看護に影響する方法について考えていきたい。

VII. 文献

1) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 他: 慢性の病いと一長い経過の中で人々が保健医療に求めるもの一, 平成 16 年度共同研究事業報告書; 69-74, 2005

2) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 他: 慢性の病いとともにある生活の中で人々が保健医療に求めるもの, 平成 17 年度共同研究事業報告

註①：地域連携パス：連携医より強化療養指導の指示が出され、患者が当該療養指導を受ける意思がある場合に適応となり、糖尿病の治療が継続してできることを目標として構成されたものである。アウトカムとタスクで構成され、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月のそれぞれの時期で確認することが必要な項目と支援として実施すべき内容が示されている。アウトカムには糖尿病コントロールの必要性について理解できるとか、糖尿病の治療が継続してできるなどが含まれ、タスクには①スケジュール（クリニック受診、報告書を連携医に郵送など）、②検査（体重、腹囲、HbA1cなど）、③記録（指導計画書、指導報告書など）、④説明・指導（栄養指導、生活指導、糖尿病教室参加の勧めなど）の内容が含まれる。

生活習慣病を有する青年期・壮年期・老年期にある患者の看護支援に関する研究

小田和美 田中克子 原沢優子 岩崎佳世 小野幸子(大学)

南谷絹代 大内晶美(羽島市民病院) 佐々木愛 吉田ひろみ 加納弘美 安田明子(大垣市民病院)

I. はじめに

本研究は、平成14年に、外来で関わりが難しいと看護師がとらえた糖尿病患者に対して、看護支援を検討しながら継続的にその患者に関わりをもち、この継続的な検討内容から「糖尿病外来患者の自己管理行動を引き出す教育支援モデル(以下支援モデル)」(図1)を作成したことに端を発している。その後、毎年、事例検討会をもち、そこで検討した内容をもとに、支援モデルの検証を行ってきている。

本年度は、この支援モデルの更なる発展と、実践での適用について検討するために、糖尿病をもつ人の支援に日常的に関わっている2施設の共同研究者(看護師)と、これまでに経験した糖尿病患者への看護支援について、このモデルを念頭に討議を行った。

II. 支援モデルの検討会の開催

1. 参加者の概要

大学側の参加者は、大学の教員4名であった。うち1名は大人の糖尿病患者の看護を、1名は思春期・青年期の1型糖尿病患者の看護を研究テーマとしている。また、3名は糖尿病患者の看護の臨床経験がある。

臨床側の参加者は、糖尿病患者の入院・外来部署勤務の看護師6名であった。勤務部署は、外来が1名、病棟が5名で、3名は糖尿病療養指導士の資格をもっていた。

2. 検討会の方法

研究代表者が、平成13年の調査からこれまでの研究の概略と支援モデルについて説明を行った。そして、研究代表者が司会者となり、糖尿病患者の看護支援について、日頃の経験をこの支援モデルに照らして討議した。このとき、特に話し合いのテーマや進行を決めず、討議はそのときに話された内容に沿って進め、できるだけ参加者が自由に意見交換ができるよう配慮した。

検討会は大学で共同研究者の勤務時間後の夕方より開催し、検討時間は約2時間であった。討議の内容は、参加者の同意を得て録音した。

3. 分析方法

録音したものを逐語録にし、その逐語録を繰り返し読んで、支援モデルの検証と適用を中心に、

さらに広く糖尿病患者への看護支援に関連した内容を取り出し、その内容ごとに整理し、討議のテーマを明らかにした。明らかになった討議のテーマ毎に、そのテーマについての討議の概要を整理した。

4. 倫理的配慮

研究代表者より、検討会の目的・方法などを口頭で説明した。そして、個人を特定できないようにまとめ発表することなどを説明し、同意を得た。

III. 結果

自由な討議のなかから糖尿病患者に看護支援するにあたり、見出せたテーマに毎に、その討議内容を紹介する。

ここでは、支援モデルの要素を《》で示した。

1. “患者は話しているか？看護師は聴けているか？”

1) 問題提起

共同研究者より、支援モデルの《自己管理(行動)する上で辛いこと・糖尿病および治療が必要な自分に関する気持ち》を話すことができることについて、ここまで達していない患者が多いと感じていることが話された。さらに、別の共同研究者からも、糖尿病であることを認めていない患者、医師から言われたので教育入院している患者、入院期間中だけやればよいという患者、重症の合併症があっても人ごとのように話す患者が多くいるということが紹介された。

2) 討議内容

教員より、過去に検討した70歳代前半の無職の男性で、毎年血糖コントロール不良で入院を繰り返しており、病棟看護師からかわりが難しいと捉えられていた患者の事例が紹介された。一見明るく見えるこの患者は、ある教員(看護師)が聴く姿勢でかかわったところ、実は糖尿病であることの苦悩を抱えて写経やお遍路をしていることを聴くことができ、この人なりの取り組みが分かった事例であった。このとき、写経やお遍路に引っかかり、聞いてみようという看護師の姿勢が、偶然行った病棟で初めて出会った患者の苦悩を引き出したことが強調された。

討議の途中で、共同研究者から、「そこまでもちゃんと聞いているか」、「感情を引き出すほど深

くかかわり切れていない」、「自分自身の援助が不十分だった」ということが語られた。

2. “年に1回の入院”はひとつの自己管理のあり方である

1) 問題提起

1. で紹介した事例について、年に1回入院することを「病院を利用した自己管理の一つのあり方」であるという見方が示された。

これに触発されて、当時からの共同研究者より、本研究に取り組み始めた頃は、毎年、糖尿病の血糖コントロールを悪くして入院する患者に、レットテルをはりがちだったという体験が紹介された。

2) 過去の討議内容の紹介

共同研究者より、当時「糖尿病が悪くなったらどうなるか分かっているから入院するのだから、ちゃんと糖尿病のことが分かっている」と教員から指摘されたことが印象的であったことが語られた。

そして、毎年入院する患者について、「毎年自分の軌道修正にくるのだから、糖尿病のこと分かっているともしえる。病院に来てインスリンや薬を調節してもらい、病院食を食べて、自分でコントロールしていけるようになり、その手段として入院する。そういう考えをすることがその人を認めることになるのではないか。自分の受け止め方をそのような視点にもっていかないといけないのか」と思ったことが語られた。

3. “頑固な”患者……実は

「難しいと思う患者を紹介してください」という教員の問いかけに、共同研究者から、最近経験した以下の患者について、大変印象に残っていることとして語られた。

1) 事例（エピソード1）

60歳代後半の男性。近医で内服治療をしていた。3大合併症をもち、心臓手術を受けており、蛋白尿が出ているので2年後位に透析になるかもしれないと医師から説明されても「どうしても実感がでない」と言っていた。

蛋白尿が出ていたので腎生検目的で入院となったが、結局糖尿病性腎症だろうという判断となり、入院中にインスリンを導入することとなった。インスリン注射となることが説明されたとき、患者の第一声は「インスリンを打ちたくない、めんどうくさいからやりたくない」だった。

2) 事例提供者から語られた看護の経過

患者の唯一の楽しみが、朝、喫茶店で友人たちとモーニングを食べることで、患者は、モーニングをどうしても食べたいけれど、その前にはイン

スリンを打たなければならないことになった。

そのうち、インスリンは注射してもいいかなという簡単な気持ちはあったのか、「打つわ」と言った。インスリンを朝食前に打つことになったので、モーニングを食べる前に打たなければならなくなったが、患者は「人前では絶対打ちたくないし、トイレでも打ちたくない」と主張した。主治医と事例提供者（受け持ち看護師）と患者の3人で相談して、超速攻型インスリンを30分前に家で注射するのは、喫茶店まで車で15分位かかるので、交通事故や渋滞などのトラブルにあったときに危険だということになった。最終的に、「どうされますか」と患者に問うたところ、患者は「車の中でやろうかな」と言い、結局、喫茶店の駐車場に停めた車のなかで注射することになった。また、入院中に、自己血糖測定も開始した。

事例提供者は、モーニングと一緒に食べている友人は糖尿病であることを知らないの、今の状況について自分から少しずつ話していくことも必要だと思うとアドバイスした。

退院後は、「自分が打っている単位を忘れた」、「全部（自己血糖測定の）チップ使っちゃったからどうしよう」などと数回電話をかけてきて、そのときは「〇〇さん（事例提供者）いますか」と名指しだった。

3) 事例提供者の思いと事例提供者が捉えた患者像

事例提供者は、最初、「全然（援助が）進めなかった状態の患者」で、「援助するまでが難しく、どうしていいやらと思って」おり、「本当にインスリン注射をやってくれるだけで嬉しかったというところで終わってしまった」と語った。また、退院後に電話をかけてくることについて、「恥ずかしい話で」と前置きした。また、「あまりにも頑固な人で……」と述べた。

また、「食事の事も何も言っていない。本当に何も指導していなくて、全然聞き入れてもらえない人」と実践を評価していた。

4) 討議内容

教員から、看護の経過の詳細について質問があり、上記の内容が語られた。そして、今まで「自分は糖尿病ではない」と言っていた人だったのに、インスリンを打ったり自己血糖測定を開始したりしているのは、患者は変わったのではないかという問いかけがなされた。さらに、退院後、病院に電話をかけてくるのは、次は注射をする気があるし、看護師に相談しようとしているのではないかという見方が示された。

また、支援モデルに照らすと、[喫茶店で友人とモーニングを食べること]が療養のなかでの医療者と患者の《共通の目標を立てる》ことになり、喫茶店の駐車場の車のなかでインスリン注射をすることが《その人なりの工夫で見出した自己管理行動による実行》ではないかとの解釈をした。

さらに、別の教員から、一つの課題を克服できたので、工夫さえすれば出来るタイプの人ではないかという見方が示された。

事例提供者は、教員が示した患者の見方に対して、「そういう風によく思えばいいんですね」と語り、教員の「(インスリン注射をすることは)一応丸く収まりましたね」との問いかけに「ですかね・・・」と答えていた。

今後の患者への看護支援について、複数の教員より、「どうしてやる気になったのか」と問うてみることに、「電話かけてくれて・教えてくれて、ありがとう」と返してみることに、「最近どう?」と尋ねてみるなどが提案された。このことについて、患者への問いかけは、正確な情報を得る目的ではなくて、看護師が関心を寄せていることを伝え、関わりが継続していけるように、よいフィードバックができることを狙っているということが説明された。

平成14年から参加している共同研究者から、事例提供者に対して、共同研究を始めた当初の自分と同じであると語られたが、事例検討をすすめていくうちに、上記で教員から述べられた患者の見方に気づかされ、そのまま患者に話してみようかと思ったという体験(エピソード2)について、具体的に語られた。そして、「何も受け入れられなかったこの人にとってはすごいこと」と考え、褒めてみてはどうかと提案された。

そして、カタチからでも試してみたら、患者が別の機会に何か言ってくれたり、自分を頼ってくれていることが分かり、その効果を実感できていることを紹介した。

最後に、事例提供者は、退院後病院に電話をかけてくる患者が多いので、これまで「またかけてきた」と感じていたが、このような捉え方をすれば確かに患者は変化しているなどと思えると語った。

4. 患者の変化を捉えなおすこと

1) エピソード2

入院を勧めると入院するし、「悪くなったらここで頑張る」といっていた糖尿病患者だったが、退院後妻と旅行に行くとHbA_{1c}が1.5%位上がってしまった。看護師が「何をしたの」と尋ねたら、

患者は「食べてきた」と、2週間食べたいだけ食べたことを話した。そこで、看護師は、「何で」、「入院で何を学んだのか。今までのことが水の泡」と思っていた。

検討会において、教員から「気にしていたからインスリンを持参した」、「気にしているから高くなったことを後悔している」との見方が示され、見方が変わった。

2) エピソード3

正月の頃に来る糖尿病患者の多くが、「高いから結果を聞かなくていい」とHbA_{1c}の結果を聞く前から言うが、看護師は「気になっているから(病院に)来たんでしょ」と返している。

血糖値が上がっていても、「気にして食べたから、これだけしか上がらなかったんだね」と返すと、患者はニコニコして帰る。それを見て、まだやる気があると思えるようになった。

3) エピソード4

教育入院していた2型糖尿病患者で、今まではお菓子があつたら一袋全部食べていた。退院が近くなり外泊したときに、帰院後、「テーブルの上置いてあつたポッキーの箱から2本食べてしまった」と恥ずかしそうに話した。

このことについて、当時受け持っていた看護学生は、「患者がやっぱりお菓子を食べた」と評価した。看護師(教員)は、「今まで一袋全部食べていたものを2本で我慢できた」こと、「そのことをよくないと評価する人(医療者)に報告できた」ことの2点で患者が変わったと評価した。

5. 看護師が患者の変化を捉え、《努力に対して、支持する・励ます・保障する・共に喜ぶ・ほめる・評価する》こと

1) エピソード5

平成14年から参加している共同研究者から、HbA_{1c}が少しでも下がっていたときに、患者に「すごいね、よかったね、頑張って何やったの」と問うと、患者は「これとこれをやった」と話してくれる。「看護師が一番することは、患者と話をしながら状況をつかむこと」なので、一番よく口が動いている。自分たちの関わりを振り返ると、ほめ上手になったと感じているということが語られた。

また、他の共同研究者から、患者をほめることについて、以下の事例が紹介された。

2) エピソード6

自己血糖測定をしている患者が、その記録を恥ずかしそうに見せてくれた。そのとき、「本当にそのままの値を書いているんですね」、「嘘書いて

も誰にも分からないのに」と伝えたところ、患者は自分が正直に書いたことをとても嬉しそうに語った後、にこっとした。

看護師は、患者がにこっとしたことが印象に残り、とても嬉しく感じたと語った。

6. 《実現可能な具体的方法の提案》が不可欠な患者、それは高齢者

1) 問題提起

教員より、高齢の糖尿病患者は自己注射や食事療法が困難になるのではないかと、それをどう支援しているのかという問題提起がなされた。

別の教員より、欧米で実施されているスプレー式のインスリンが紹介され、そのような手技が簡単な技術が将来導入される可能性があることを紹介することが、患者の気持ちを前向きにするのではないかという意見が出された。

共同研究者からは、高齢者への具体的で個別的な支援について、語られた。

2) エピソード7

70歳代後半の女性。息子と二人暮らしで、いつも息子がインスリン注射をしていた。注射をしていけば、食事の量も管理できるし、食事の準備も自分でできるので、血糖コントロールが安定していたが、あるとき、急に血糖コントロールが悪くなって、その理由が最初は分からなかった。

よく尋ねてみると、患者は、息子が出張するとインスリン注射ができず、そのときは食べる量を控えていたと語った。

このことが分かり、普段はそのままインスリン注射をし、息子が出張のときは、経口薬を内服することにした。

3) エピソード8

看護師がインスリン注射の方法を家族に指導し、普段は家族がインスリン注射を行っていた患者。家族がインスリン注射をできないときには、ヘルパーに家族からインスリン注射の方法を指導して、単位数や打つところを確認してもらっていた。ヘルパーが注射を打つことは法律上認められていないことから、患者は、何も出来ないわけではないので、直接注射を打つことのみ自分で行えるようにし、ヘルパーから確認ということで手伝ってもらうことにした。

4) エピソード9

グループホームに入居している患者に、入院中インスリン注射が開始となり、退院後、誰がインスリン注射を打つかということが問題になった。まったく身寄りがないからグループホームに入っているのに、法律上、グループホームの職員は

インスリン注射ができないので、退院後の受け入れを断られた。

結局、注射を刺すことだけを患者に覚えてもらって、単位を合わせるなどの注射の準備はグループホームの職員に覚えてもらった。

5) エピソード10

70歳代後半の女性で、夫をなくして一人暮らしだった。以前はプールに水中歩行のために出かけていたが、年をとって面倒になってしまった。うまく血糖値をコントロールするために、様々な工夫をしていた。

「昔の人間なので、物を一つ買うことはできない。だから、ケーキを一個くださいといえない」と言っており、買うと二つ以上買ってしまうので、ケーキが食べなくなったら、喫茶店に行って食べる。そうすれば、一つですむという工夫であった。

6) 討議内容

教員から、高齢者は3度食事を取らなくてもすむ人がいるので、《実現可能な具体的方法の提案》といったときに、活用できる家族も含めたリソースとしての社会資源の知識があるといいという意見がだされた。

また、別の教員より、高齢者の場合、インスリン注射では、最低正しい薬の量が入りさえすればいいというのがあってはという問題提起がなされた。

さらに、看護師は、これまで、患者の言動に変化があっても、何でそんな変化があったのだろうというところへの関心は高くなく、「どうしてこういう行動になったのだろう、これからどうしたいんだろう、今までどうしていたんだろう」というところの情報の膨らませ方、関心のもち方、問いかげが意外に少ないのではないかということが問われ、このことについてじっくり聴くことができれば、看護の関わりが見えてくるのではないかという意見がだされた。

7. 病院に来ることに意義がある

とにかくどんなことがあっても、患者が外来に来たら、「今日はよく来てくれました」と言うことを必ず心がけている医師がいるという情報が提供された。

そして、病院、医師、看護師、医療者とながっていることが、色んなことがあったとしても、患者にとって本音が言える関係を育てることになるという見方が紹介され、時間をかけて聴くこと、日々人の気持ちは代わるものであると知っていることが必要であるとの考えが披露された。

ここで、「〇〇さん（看護師）が怒るから、も

う食べなかった」と言えたら成功で、看護師が「そうよ、私が怒るから食べたらいけないのよ」と言うのと、「そうだな」と患者が納得することもよくあることが述べられた。

IV. 考察

本年度の検討会では、臨床側に新規の共同研究者が加わり、様々なエピソードが語られた。その内容は、支援モデルを適用して理解を深めることができるものであったり、支援モデルを離れて看護支援のあり方に広がるものであったりした。

ここでは、大学の教員と臨床の共同研究者の双方が、自分自身の過去の体験を振り返り、その意味を解釈しなおして、検討会参加者全員で共有することによって、さらに体験を見直すことが繰り返され、糖尿病患者の看護支援における多くの重要なテーマが確認された。

このような体験を共有する検討会を初めて開催したが、現在進行中の事例の検討会とともに、意義があると捉えることができた。

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. エピソード事例1について

参加者から、患者の背景（家族背景、周囲の人の病気についての理解）に関する質問があった。

家族背景は、討議において話題に出ていなかったこと、患者は人前でインスリン注射をしたくないという話をしていないこと、今後、友人にも少しずつ理解してもらえるように、話せると

いいということが検討会で話し合われたことが回答された。

2. 患者の細やかな変化を捉えてフィードバックすることについて

参加者から、「入院患者で早朝散歩の習慣がある人がいた。看護師が散歩前に朝食を取るよう指導した翌日、患者は突然退院してしまったという事例を体験した。その人は、家族の勧めでやっと入院に至った患者だったので、その人に合った支援をすることの大切さを実感した」という体験が語られた。

その人の言動の真意を聴くことは大切で、患者の変化を捉えるものさしの目盛りを小さくすることによって、変化を捉えることができ、それをフィードバックしていくことが大切であることを確認した。

また、提示されたテーマについて、「患者の変化をどう捉えるかということが大切で、何か変化があったときは看護師にとって大きなチャンスだと思う」という意見が述べられた。

発表者は、「何か変化があったときには、患者と関わるきっかけの一つとなる。患者の変化があったときに、そのことについて患者に尋ねてみる。それは、正確な答えを求めているのではなく、看護師が患者に関心を寄せていることを患者に伝えることになる」という考えを説明した。

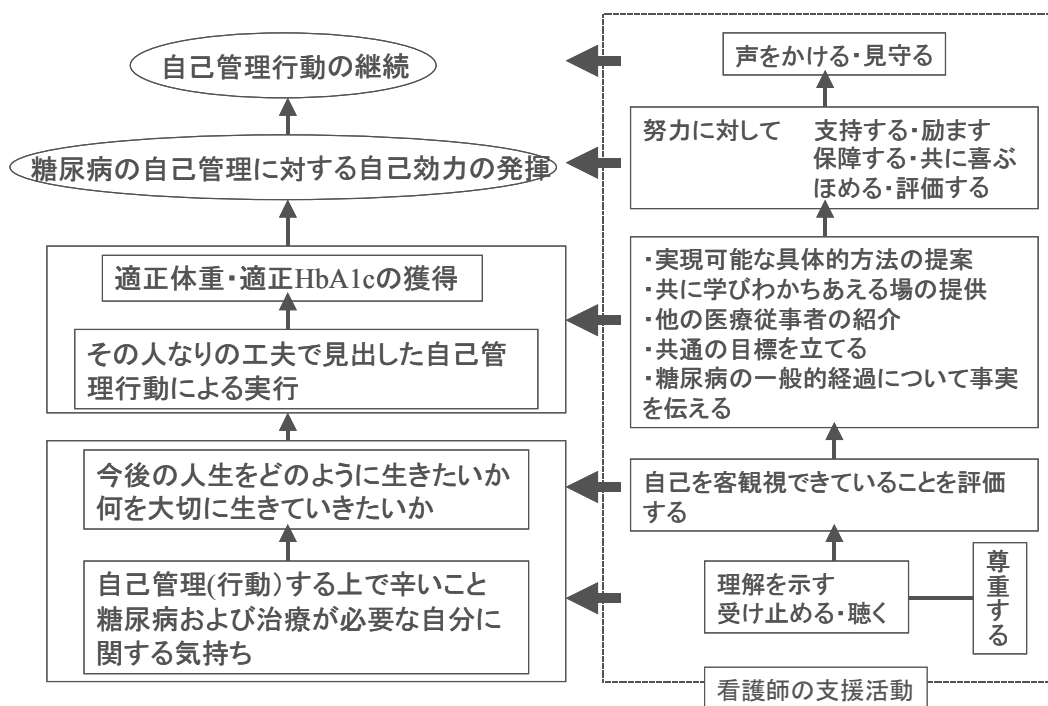


図1 糖尿病外来患者の自己管理行動を引き出す教育支援モデル（支援モデル）

循環器系機能障害をもつ成熟期の人への看護援助の検討

古田裕記子 宇陀三枝 下條梨早 (羽島市民病院)
奥村美奈子 梅津美香 北村直子 坪内美奈 平岡葉子 (大学)

I. はじめに

本研究は循環器系機能障害、特に急性心筋梗塞を発症した患者の円滑な社会復帰をめざし、平成14年度より取り組んでいる。平成17年度は3ヶ月毎の定期検査入院時に病棟看護師が効果的な援助ができるよう「改訂版看護サマリー」を作成し、病棟看護師から評価を得た。

一方、退院後の患者を支援する上で病棟と外来の看護の連携は重要であり、本研究においても外来との連携強化のあり方を模索していた。そこで病棟と外来の看護を繋ぐ媒介として看護サマリーが有効であると考え、本年度は「改訂版看護サマリー」を用いた外来看護師との連携を目指すことを目的とした。

II. 平成17年度までの研究活動の概要

平成14年度

急性心筋梗塞を発症した患者6名に初回外来、退院後3ヶ月、6ヶ月に面接調査を実施し、退院後の患者の状況や看護ニーズについての把握を行なった。

平成15年度

平成14年度の調査結果を基に、①壮年期の男性2名の事例を取り上げ、壮年期患者の社会復帰を促進する看護、②再発ハイリスクと判断した患者に再度面施を実施し、再発ハイリスク患者の再発を予防するための看護、について検討した。

平成16年度

平成15年度の検討から、看護師は退院後3ヶ月毎の心臓カテーテル検査入院日を患者支援の機会として意識し関わるのが大切であり、2泊3日の短い入院期間の中で効果的に関わる方法として退院時看護サマリイの記載内容を活用することが必要であること確認された。そのため、既存の退院時看護サマリイの記載内容を検討し、現状の問題・課題と活用する上での改善点や発展させるべき点を明らかにした。

平成17年度

平成16年度の結果を基に「改訂版看護サマリー」の作成と試用を実施し、循環器科チームの病棟看護師から「改訂版看護サマリー」の評価を得た。その結果、【次回まで目標】をはじめ改善点について良好な評価を得られ、正式な記録用紙と

して採用された。

III. 平成18年度の研究活動

1. 研究方法

- 1) 外来看護師に「改訂版看護サマリー」の活用状況についてアンケート調査を実施する。
 - 2) 検討会において「改訂版看護サマリー」を用いた外来との連携の在り方について検討する。
- 検討会参加メンバー: 現地及び大学側共同研究者。

2. 倫理的配慮

外来看護師に対して文書を用いて本研究の趣旨および研究協力について説明をするとともに、匿名性の保持を保障した。また、本研究は本学研究倫理審査部会の承認を得ている。

3. 結果

- 1) 第1回検討会 (平成18年4月)

アンケート調査内容と実施方法を検討した。

- 2) 第2回検討会 (平成18年6月)

アンケート調査に先立って外来看護師の代表に実施した「改訂版看護サマリー」活用状況に関する聞き取り結果の報告と、アンケートの内容および実施方法を検討した。

表1 「改訂版サマリー」の外来での活用状況聞き取り結果 (外来代表者より)

<現状>

- ・ 「改訂版サマリー」の存在自体知らなかった。
- ・ 現在外来カルテは患者が受診する当日に準備されている。外来看護師は多数の患者に対応しなければならないので、一人一人のカルテを見る余裕が無い。
- ・ 看護の連携は必要だと感じているが、現在は病棟と外来ともに依頼するだけで、一方通行の状況である。
- ・ 人員的に限界があり、現状として外来に循環器科専属の看護師を配置することは困難である。

<今後に向けた提案>

- ・ 病棟と外来の看護の連携は重要と考えているので、支援が必要な対象について事前に病棟から連絡があれば対応できるように検討したい。

<アンケート実施方法>

(1) アンケートの内容と書式
 質問項目：外来受診日の患者との関わりの有無と程度、サマリー活用の有無と程度。

書式：A4版1枚

(2) 実施方法と期間：「改訂版看護サマリー」にアンケートを添付する。記載後所定場所に提出。病棟看護師が回収する。実施期間は第2回検討会終了後から平成18年12月とする。

3) 第3回検討会（平成18年10月）

アンケート調査の進捗状況と現地側共同研究者が1日外来業務を担当した際の感想を聞き、外来との連携のあり方について検討した。

アンケート調査については調査を依頼したが、日々の業務が多忙で記入が困難な状況であるとの報告がなされた。また1日外来業務を担当した感想として、検査処置室ができ以前に比べ外来業務も幾分か調整されて来ている。多数の患者に対応することが求められ多忙ではあるが、支援が必要な患者と関わる時間を確保することは可能ではないかとの報告がなされた。

これらの報告を基に、外来看護師が患者に関わり難くしている要因を検討した。その結果、看護師が多くのお客様に対応しなければならないこととともに、循環器科担当者が明確に決まっていないため関心を向けにくいのではないかと推測された。

そこで、患者側からも外来看護師に質問や疑問を投げ掛けやすい状況を整えることが必要との提案がなされ、入院時の簡単な援助内容とともに、患者が外来看護師に確認したい事柄が記入できる用紙を作成した。

＜患者から外来看護師への質問用紙＞

書式：A5版1枚

<p>外来受診日 主治医 病棟担当 Ns</p> <p>☆継続必要なポイントは以下の○項目です。 喫煙 糖尿病 高脂血症 肥満 高血圧 透析 内服薬 食事 運動 その他 ()</p> <p>【記載すべきデータ・情報など】</p> <p>☆次回心臓カテーテル検査までの目標</p> <p>☆退院後困ったこと・聞きたい事・知りたい事など</p> <p>☆外来看護師からのコメント 外来 Ns. サイン</p>

「患者から外来看護師への質問用紙（仮称）」の1、2番目項目は「改訂版看護サマリー」を参考に病棟看護師が記入し、退院時に患者に渡す方法をとった。使用開始を平成18年11月とし、まず現地側共同研究者が担当看護師となった患者を対象とした。

4) 第4回検討会（平成19年1月）

第3回検討会で作成した「患者から外来看護師への質問用紙」の使用状況の報告とともに、外来看護に実施したアンケート調査の結果や現時点での外来との連携の状況を基に、今後の方向性を検討した。

表2 「改訂版看護サマリー」の外来看護の活用状況アンケート調査結果

<p>対象患者12名分中回収4名分</p> <p>1. 外来受診日に患者と関わることはできたか？ できた：4名（声をかけた、体調を尋ねた） 会えなかった：0名 顔を見た程度：0名</p> <p>2. サマリーは活用できたか？ 見ることができなかった：2名 活用できた：2名 ・ 患者の既往歴を知るのに役立った ・ 入院中の問題や引き続き様子をみていくのに声がかけやすい</p> <p>3. その他 ・ サマリーの色が変えてあっても、見る余裕がない ・ 前もって継続支援の申し出があるとよい。</p>
--

「患者から外来看護師への質問用紙（仮称）」について

2名の患者に渡したが患者側の受け入れには特に問題が無かったため、今後も現地側共同研究者がプライマリーとなった患者を対象に渡し、外来看護師からの評価を得ることを確認した。

IV. 「改訂版看護サマリー」を用いた外来看護師との連携を目指した活動の評価と今後の方向性

「改訂版看護サマリー」を活用することで病棟と外来との看護の連携強化が図れるのではないかと考え1年間取り組んだ。しかし、アンケートや4回の検討会での討議結果から、看護サマリーを媒介とした方法のみでは連携強化は難しい状況にあることが確認された。その要因として、外来カルテが受診当日に準備されるため、外来看護

師は事前にサマリーを見る余裕が無いことが挙げられた。また、看護師は内科外来という枠組みで配属されており、当然循環器科を含めた他の内科に受診する患者への対応も求められる。こうした現状から、外来看護師は病棟看護師が求める程に循環器科の患者に関心を向けられないのではないかと推察された。

以上より、病棟と外来の看護の連携強化を図るためには「改訂版看護サマリー」を媒介とする方法に加え、病棟と外来の看護師が直接情報交換する機会をもつことが必要である。

今後は、継続支援が必要な患者について事前に外来に連絡するなど、病棟側からのアプローチを強化するとともに、現地側共同研究者が主になって病棟・外来の看護師と医師や他職種も交えたケースカンファレンスを開催し、患者情報の共有や支援方法の検討を共に行なう体制を整える必要がある。

V. 共同研究と討論の会での討議内容

まず「改訂版看護サマリー」を使用した外来看護師から以下のような感想や意見を得た。

- ・改訂版看護サマリーは色がグリーンになっているので、循環器科のサマリーであるという認識はしている。しかし、当日にカルテを準備している現状のため、サマリーを見る時間的な余裕が無い。また、外来で患者と接している立場で病棟の看護サマリーを読むと、視点が違うと感ずることがある。

- ・急性心筋梗塞の患者は、外来受診予定が退院後4週間8週間に設定されることが多く、実質的には退院後3ヶ月毎の定期カテーテル検査入院で病棟看護師がフォローすることが多いのではないかと感じている。

- ・同じ病棟に循環器科と呼吸器科の看護チームがあるが、例えば連携の方法についてもアプローチ異なるため、同じ病棟なのになぜだろうと感ずることがある。以前、1事例であるが呼吸器科チームと看護の連携に取り組み、良好な結果が得られているので、そうした経験を活かせば循環器科看護チームとの連携も可能ではないかと思う。

これらの発言を受けて、次のような討議がなされた。

1. 病棟・外来看護師間のコミュニケーションを図る。

病棟看護師が書いたサマリイの内容に疑問を感じた時は、病棟看護師に直接その疑問を伝えていくことが大切なのではないか。サマリーという

限られた紙面の中で表現できることには限界があるので、疑問を感じた時には直接確認することで解決されてくともあると思う。また患者の退院後の生活一つとっても、入院中に想定していた状況と実際の退院後の生活が異なることも多分あるので、外来看護師が患者と接しサマリイの内容に疑問を感じた場合は、病棟看護師に伝えることが必要だと思う。情報の伝達手段としてサマリイは一つの方法ではあるがそれだけに頼らず、疑問に思ったこと、確認したいことを日々伝えあうことで、ケア対象の理解が深まり、より良い看護に結びついていくのではないかと考える。

また、こうした日々のコミュニケーションを意識して行なうこと同時に、今後の方向性として示されている外来・病棟看護師を交えたケースカンファレンスも有効だと考える。ケースカンファレンスの第一の目的はケア対象者への援助について話し合うことであるが、話し合いを通じてお互いの看護の現状を知る機会になるのではないかと思う。現時点では、一方的なアプローチに終始していると感じられるので、カンファレンスの場でお互いの意見を出し合い、相互が協力して連携の体制作りをすることが望ましいのではないかと考える。

2. 病棟の看護チーム間でのコミュニケーションを図る。

診療科の特徴別に同じ病棟に2つの看護チームが存在しているが、各チームで実施した看護の情報交換を密に行なう必要があるのではないかと考える。今回指摘があったように、連携という点で他チームが良好な結果を得ている事実があるので、そうした知見をチーム相互で提示し、病棟看護師全体の蓄積とすることが重要だと考える。

また、外来看護師との連携のように、病棟と他部署との関係を繋げる場合、同一病棟からチーム毎に異なったアプローチをすると受ける側に混乱が生じ、対応が煩雑となる可能性もあると推察される。こうしたことを防ぐためにも、看護チーム間のコミュニケーションを図り、他部署へのアプローチにおいて可能なところでは統一した対応が取れるよう病棟全体として検討する必要があるのではないかと考える。

3. 事例を通じて看護の学びを蓄積する

平成19年度は今回の討議で提示された病棟・外来の看護の連携強化に向けて具体的な意見を参考にしながら、特に継続的な援助が必要な事例に対して外来・病棟の看護師が連携して看護を実践し、丁寧な評価を行なうことが有効ではないかと考える。

急性状態を経過する成人・老人心疾患患者の看護援助の構造化

北村直子 奥村美奈子 平岡葉子 坪内美奈 小野幸子 (大学)
沖智美 石原定江 田中利枝 西脇敦子 山本裕美 (大垣市民病院)

I. はじめに

急性心筋梗塞など急性の経過を辿る心疾患を発症した人々は、発症から退院に至るまでの刻々と変化する状況の中で、様々な体験をしていることが推測される。そのため看護職は、患者とその家族が感じていることや考えていることを、その時々的確に捉え支援することが重要となる。したがって、本研究は急性状態を経過する体験をした成人・老人心疾患患者とその家族の面接から体験内容を明らかにし、それに基づく看護援助を見いだすことを目的とする。

急性状態を経過する心疾患患者への看護援助は、生命維持の観点から身体的なケアが中心になりがちであり、患者・家族の心理・社会的状況を捉えた支援が十分に行われがたい現状があることから、本共同研究を通じて、患者・家族の体験内容やその意味を明らかにし、経過に沿った看護援助の方法を検討することは、現地施設の看護実践において、今後の患者・家族の視点に立った援助のあり方を方向付け、看護の質的向上に貢献すると考える。

II. これまでの共同研究活動経過

1. 平成 15 年度の活動

本調査に向けての方法等を検討する資料を得ることを目的にパイロット面接調査を実施し、データ分析を行い、いくつかの看護援助を見いだした。

2. 平成 16 年度の活動

本調査の方法の検討・実施の予定であったが、現地施設の中核となる共同研究メンバーの所属病棟の移動や本学共同研究メンバーの休職等により面接調査を実施できず、研究計画の検討のみを行った。

3. 平成 17 年度

面接調査を 3 名に実施したが、面接データの不備等から分析対象としては患者 1 名とその家族 1 名のデータのみとなった。分析作業を継続した。

III. 今年度の研究活動

今年度は現地共同研究者が、ほとんどの面接調査と全対象者の背景に関するデータ収集を行った。データの分析を主に大学側共同研究者が担当

した。今年度の面接調査を終え、分析作業を行う前に面接調査を実施した現地共同研究者と大学側共同研究者とで話し合いの場をもち、面接調査データ内容を補完することと、研究活動の感想を出し合い、今後の方向性を検討することを行った。

IV. 研究方法

1. 調査対象

調査の場である病床数 900 床規模の公立病院に入院し、急性状態を体験した成人・老人心疾患患者とその家族で、以下の(1)～(2)のいずれかに該当するもの。

- (1) 緊急心臓手術を受けた患者
- (2) 予定の心臓手術を受けた患者
- (3) 緊急の経皮的冠動脈形成術 (PCI) を受けた患者
- (4) 予定の PCI を受けた患者

2. 調査方法

1) 記録調査

診療録から患者の基本的属性について収集した。

2) 面接調査

対象者の退院後の初回もしくは 2 回目の外来受診日の待ち時間などに外来待合室もしくは病棟の個室にて半構成形面接を行った。調査内容は、①現在の体調および感じ・思い・考え、②勧められた治療を「受けてよかった」もしくは「受けなければ良かった」と、その理由、③発症から退院後初回外来受診までの経過における体験内容(病気・病状・検査・治療・医療従事者に対する感じ・思い・考えおよび取った対処法や支えになった人・ものなど)とした。

3. 分析方法

分析対象は面接の逐語録とし、以下の手順で分析を行った。

- ①逐語録から、発症から外来受診までの時期において語られた体験内容について意味内容毎に 1 文として要約した。
- ②①の要約を再度読み直し、患者が「困っている」「ジレンマを感じている」「安心している」「ケアに満足している」などの反応を読み取って、「看護援助が求められる患者の反応」として整理した。
- ③「看護援助が求められる患者の反応」から「可能な・必要な・求められる援助」を共同研究者間

で検討を重ねて導き出した。

④導き出した「可能な・必要な・求められる援助」をその類似性に沿って分類し命名した。

4. 倫理的配慮

対象者の退院が明らかになった時点で病棟看護師である共同研究者が文書を用いて研究の目的、実施方法、匿名性の保証、研究協力を承諾するか否かは自由であることを説明し、承諾を得られた場合のみ面接を実施した。また、面接直前においても面接者が再度承諾の可否を確認した。なお、今年度は本学研究倫理審査部会の承認を受けている。

V. 結果

本報告書では、今年度分析を進めた対象グループである「緊急でPCIを受けた心疾患患者」のデータから得られた結果を示す。

1. 対象者の概要

平成15年度から開始した調査の対象者のうち「緊急でPCIを受けた心疾患患者」は7名であった。性別は男性6名、女性1名であり、年齢は49歳から70歳台の範囲であった。疾患は急性心筋梗塞5名、狭心症2名であった。各対象者の概要は表1に示す。

表1 面接対象者概要

事例	性別	年齢	疾患名	入院・治療までの概略	CCU・HCU 入室期間	入院期間
A	男性	70歳台	AMI	1週間から10日に1回、夜間胸部痛を自覚し、近所の開業医よりA病院紹介され受診し、PCIの適応と診断され入院した。	なし	12日
B	女性	60歳台	AMI	健康診断で高血圧指摘され、また職場のストレスなどで不眠気味だった。2日間程胸痛を感じ、体が辛かったが心臓病だとは思わず受診せず仕事を続けていた。朝、胸痛で目が覚め、救急車で搬送され緊急入院となる。	3日	19日
C	男性	70歳台	AMI	胸部の不快感を感じ開業医受診。高血圧を指摘され、降圧剤等の服薬を開始したが、1週間後に受診した際、心筋梗塞の可能性を指摘され、A病院の紹介を受け受診、PCI適応と診断され入院となった。	なし	15日
D	男性	70歳台	AMI	日課である散歩の後に昼食をとり、その後突然廊下で倒れ、救急車で病院に搬送される。緊急PCI後集中治療室で2週間以上過ごし、一般病棟に転棟したが、約1ヶ月半約3ヵ月半一般病棟で再発し、再度緊急PCI、集中治療室管理となる。		
E	男性	60歳台	AMI	農作業中に苦しくなって仕事を中断したため、翌日近医を受診した。その場で診断され、救急搬送で緊急治療、入院となった。	11日	19日
F	男性	40歳台	狭心症	入院1週間前に仕事関係のゴルフの最中に立ち上がれないほどの強い胸痛が10分程度続くという体験をした。それを期に夜間に胸痛発作が起こるようになり、心筋梗塞の既往をもつ親しい友人の勧めで近医を受診したところ、緊急入院、治療となった。	なし	5日
G	男性	70歳台	狭心症	20年程前より狭心症でニトロを服用。今回は夜間に発作がありニトロを服用したが、朝まで痛みがとれずにかかりつけ医を受診をしたところ、紹介入院となり緊急に治療した。	なし	5日

2. 急性状態を経過する心疾患患者に「可能な・必要な・求められる援助」

対象者7名の面接逐語録から整理された「看護援助が求められる患者の反応」は108であり、そこから導かれた108の「可能な・必要な・求められる援助」のうち、本報告では入院中の患者を支援する援助を分類した結果を示す。入院中の患者を支援する援助は60あり、それら以外の援助は家族への援助、退院後の生活や疾病管理への援助があった。入院中の患者を支援する援助である「可能な・必要な・求められる援助」を分析した結果、最終的に明らかになった「可能な・必要な・求められる援助」の大分類は【疾患や治療に伴う身体的苦痛を適切に捉えて対応する】、【急激な発症、緊急治療・入院を体験している患者の思考・感情・姿勢を捉えて、それに沿って対応する】、【疾患や治療への理解を支援する】、【医療者の態度や会話が患者へ影響を与える環境であることを踏まえて行動する】、【活動制限中の患者が安楽に過ごせるよう配慮する】、【つらさや不平不満、疑問を表出できるように支援する】、【ケアを受けざるを得ない状況にある患者のつらさを理解して援助する】、【患者を支え、情報を提供する資源を確認・調整する】、【提供できる看護を示し活用

を促進する】の9つであった。あきらかになった「看護援助が求められる患者の反応」と「可能な・必要な・求められる援助」の小分類、大分類を表2に示す。

3. 看護実践上の成果

前年度から検討会の持ち方や時間確保が課題となっていたが、今年度も全共同研究者が会しての検討会の実施には至らなかった。したがって、共同研究者間で現地の看護実践を振り返るなどの機会がなく、また、看護実践の改善、変化を捉えることができなかった。

実際に面接調査を担当した共同研究者との話し合いでは、自分が面接をして得たことを病棟へ伝えることができていないとされ、その成果は個人に留まっているようであった。また、面接時間を勤務時間外にとっており、負担が大きかったとのことから、現地施設での研究活動支援環境を確認し、研究方法や活動計画を再検討する必要があると思われた。しかしながら、本研究は得られた研究結果を現地で活用するというより、患者から直接話を聞くことや患者の体験から必要な看護を考えるという研究活動を通して研究者自身が学び、成長につなげていくことに意義があり、時間を確保して研究活動を行うことが成果につながる。この点を共同研究者間で再確認することが次年度の活動には必須である。

なるであろうが、急性状態を経過する患者が無事生命の危機を脱して退院することや治療を安全・安楽に受けられることを支援するだけでなく、患者の健康生活を広く支援できること、患者の生活を捉えたいと看護師が思っていることが患者に伝わるような関わりを考えている。

上記のようなやりとりに、「患者の生活を把握して支援することは大事であるとわかっているが、異常の早期発見や治療の補助や業務に追われて十分できないと感じている」と参加者からジレンマが語られた。また、参加した学生から「大学では、患者の生活やその人らしさを捉えて患者を援助することが大切だと学んで、自分も就職したらそれを実践したいと考えていたが、実際は難しいのかなと心配になった」との意見が出されたが、「そのときに患者さんが求めていることは何か。生命の危機を脱することや治療をうまく遂行することを患者が求めているとき、異常の発見や治療の補助はもっとも求められていることで、その中でも、その人らしさや生活を捉えるという視点はあるが、患者と関わる時間をみつけてその人の生活を支える援助をすることは十分できる。そのような援助で患者さんに変化があったときがとても嬉しくて、やりがいがある」との意見が出された。

Ⅶ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 自らの看護実践の振り返り

参加者から以下の意見、感想が出された。

- ・ 日頃の自分の看護を振り返る機会となった。患者へ笑顔で挨拶をして満足しているのではないかと反省した。患者は自分の看護をどう感じているのかを気にかけて看護する必要がある。
- ・ ベッドサイドで申し送りをしているが、看護師同士の専門用語のやりとりなども患者は気にかけて聞いているのだろうと気づいたので、ベッドサイドでの申し送りの方法についても考え直したい。
- ・ 看護師同士の行動を患者はよく見て、聞いているのだと思った。自分の行動が患者へ与える影響を考えたい。

2. 提供できる看護を患者へ示すことについて

Q. 結果にあった【提供できる看護を示し活用を促進する】について、具体的にはどのようなこと患者へ示すということか。

A. 具体的なレベルでは患者個々に異なる内容と

表2 「看護援助が求められる患者の反応」とそこから導いた「可能な・必要な・求められる援助」の分類

「可能な・必要な・求められる援助」		「看護援助が求められる患者の反応」
大分類	小分類	
疾患や治療に伴う身体的苦痛を適切に捉えて対応する	胸痛を徹底的に緩和する	A病院で注射や検査をしたが、痛みは軽減しなかった。 B病院でいろいろ処置を受けたが、痛みが緩和せずに心配であった。
	治療によって引き起こされる身体的苦痛を確認して緩和する	局所麻酔のみで行ったPTCA時に痛みと苦しさの感覚があった。 PTCA時のカテーテルの挿入による多少の苦しさの感覚があった。 PCI後の止血目的の創部固定によるつらさがあった。 治療中は不安はなかったが、終了すると言われてもなかなか終了せずに痛みがあった。
急激な発症、緊急治療、入院を体験している患者の思考・感情・姿勢を捉えて、それに沿って対応する	発症から受診にいたるまでの患者の思考・感情を確認して、それに沿って対応する	夜中に苦しくなることが多くなって、自分のいとこのように心臓の手術をすることになるのかなど心配になった。 C病院を紹介され、胸痛があるため検査を受けようと思った 外科で治療の経験はあるが、内科的に指摘を受けたことがない。医師の診察は怖いことはなかった。 D病院では意識がずっとあったが、内科の医師が来るまで放置され、家族は憤慨した。 薬をのんで様子を見ていれば良くなると信じていたにもかかわらず、入院治療の必要性を指摘され、本人、家族とも驚く。 自覚した胸部症状の異常感に危機し、紹介を受けて受診した。 これまで自覚したことのない異常な胸部症状で自ら受診行動をとった。 E病院で注射や検査をしたが、痛みは軽減しなかった。
	患者の治療に対する姿勢に基づき医療者が対応する	こうなった以上、医師に任せるしかないと自分に言い聞かせる。
緊急治療を要する心疾患の診断を受けた患者・家族の思考・感情の表出を促し、対応する	緊急治療を要する心疾患の診断を受けた患者・家族の思考・感情の表出を促し、対応する	心臓病と結びつく症状でないと考え、家族に同病者がいないことから、心筋梗塞の診断に驚いた。 PCIについての医師からの説明はほとんど理解できず、自分では判断できないため、医師に任せるしかなかった。 病院受診時、即時入院・手術を勧められ、本人より家族が驚き、家族の付き添いで入院した。 初めての病気と性急な入院・治療の決定に死の危険を感じる。 性急な治療決定に対する自分の思いを整理できない。 近医から紹介され、移動する最中の今後に対する不安。
	緊急治療・入院に対する患者・家族の理解を促進するよう説明を工夫する	PCIは体を切られるわけではないため事前の説明の必要性を感じない。 PCIの具体的な理解が不十分だった。 病院に家族が来院するのが遅くなり、治療の承諾書は自分でサインした。 PCIについての医師からの説明はほとんど理解できず、自分では判断できないため、医師に任せるしかなかった。 性急な治療決定に対する自分の思いを整理できない。 近医から紹介され、移動する最中に今後に対する不安があった。 家族には説明があったようだが、自分には説明はなかった。 カテーテルの治療をする際に、どういう治療をするのかの説明はあまりなかった。いずれにしてもやらなければならないことだと思ってやった。どんな治療か説明があってもよかった。
患者や家族の疾患や治療への理解を支援する	入院早期から治療方針や経過の見通しを説明する	PCI当日に退院予定を聞くことにより、先の見通しがつく。 他の患者から治療が終了すれば退院と聞いていたので、退院決定に対して容易く受け入れられた。 カテーテル検査が終わった際に医師から(心筋梗塞を起こしていないので)状態が比較的よいことと入院期間が短くて済むことを告げられて自分の友達が心筋梗塞で40日入院したことと比べてよかったと感じた。
	治療後の安静の必要性・重要性を説明する	集中治療室では痛みは感じなかったが、動けないため、時間の経過を待つて寝ていた。
意識下で治療を受ける患者へ治療の経過や見通しを説明する	検査・治療後の状態や予測できる苦痛とその対処方法、訴えてもよいことなどを含めた検査・治療の事前の説明を行う	PCI後の止血目的の創部固定によるつらさがあった。
	意識下で治療を受ける患者へ治療の経過や見通しを説明する	F病院では意識がずっとあったが、内科の医師が来るまで放置され、家族は憤慨した。 局所麻酔のみで行ったPTCA時に痛みと苦しさの感覚があった。 治療中は不安はなかったが、終了すると言われてもなかなか終了せずに痛みがあった。 PCI中に自分なりに治療の進行を予想した。 看護師に絶えず声をかけてもらい、治療を楽に終えられた。 治療自体辛くなく、スムーズに終わり、治療してよかった。
治療結果についての医師からの説明を患者が理解できるように支援する	治療結果についての医師からの説明を患者が理解できるように支援する	治療後の心臓について医師からテレビモニターを使って説明してもらったが、よくわからなかった。夫は治療前の映像も見ていたので、改善していることを理解できた。 治療前に自分も説明を受けたが、そのときは楽になりたいばかりで聞いた内容を覚えていない。

「可能な・必要な・求められる援助」		「看護援助が求められる患者の反応」
大分類	小分類	
医療者の態度や会話が患者へ影響を与えることを踏まえて行動する	医療者の態度や会話が患者へ影響を与える環境であることを踏まえて行動する	看護師同士のお互いに敬語を使った会話が、よく耳に入り、音として感じがよかった。 手術中は医療者が気軽に会話をしている、今から心臓を治療するという緊張感はなく、自分もリラックスできて安心できた。 最悪の場合の話も聞いて承諾のサインをして治療をしたが、そんなことを心配する手術中の雰囲気はなく、すぐに終わった。 手術当日に手術する医師が簡単に交代してどうしたんだろと思った。
	医師による親身な対応を求める患者の意向を汲み、医師との調整をはか	入院中、医師に話を聞きたいが、医師の来棟時間がわからずに聞けない。 担当の医師でないと親身になってくれないかとも思ったりして、他の医師には聞けない。
活動制限中の患者が安楽に過ごせるよう配慮する	治療後の安静により苦痛が発生することを予測して予防する	集中治療室では痛みは感じなかったが、動けないため、時間の経過を待つて寝ていた。 PCI後の止血目的の創部固定によるつらさがあった。
	活動制限中の患者が安楽に過ごせるような環境への配慮を行う	病状によってはものの感じ方が狭くなるのかもしれないが、一般病棟の看護師は集中治療室とは異なり、めくれた足元の布団を戻さなかったり、窓や戸を開めてくれなかったりとちょっとした気遣いがなかった。 PCI実施当日、同室重症患者への看護師の対応が忙しく、気になり眠れない。 カテーテル検査後に右手を固定された状態で食事がでて困ったことから、おにぎりやパンなど左手でつかんで食べられるような食事にしてほしかったと思う。
ケアを受けざるを得ない状況にある患者のつらさを理解して援助を行う	ケアを受けざるを得ない状況にある患者のつらさを理解して援助を行う	夜中でも看護師は、モニター電極のはずれや排泄の世話によく対応してくれた。 排尿の世話を看護師に受ける羞恥心があった。 担当の看護師は親切だったが、排泄の世話を嫌がる様子の看護師もおり、頼みづらい安静保持中のベッド上での排泄が困難でつらい。
	患者がつらさや不平不満、疑問を表出できるように支援する	患者がつらさや不平不満、疑問を表出できるように支援する
患者を支え、情報を提供する資源を確認・調整する	患者がつらさや不平不満、疑問を表出できるように支援する	夜間眠れずにつらいことを看護師に伝えた方がよいと他の患者からアドバイスを受けて、看護師に訴えた。 入院3日間は夜間眠れずにつらい状況を訴えてよいかかわらずに我慢した。
	日々の援助の中で、疑問・質問ができるように支援する	入院中、医師に話を聞きたいが、医師の来棟時間がわからずに聞けない。 担当の医師でないと親身になってくれないかとも思ったりして、他の医師には聞けない。
患者を支え、情報を提供する資源を確認・調整する	可能な限り家族の面会を設定する	集中治療室では、家族の面会が気分転換になった。
	家族による支援状況を把握し、適切な支援となるよう調整する	辛いときは、やはり娘が支えになった、娘がそばにいて、わりと頻回に(病院に)来てくれましたから。息子は、やはり仕事があるからね、やはり娘がね。
患者を支え、情報を提供する資源を確認・調整する	患者同士の交流の機会を促進する	以前に心筋梗塞を起こした友人がタバコをやめて、今は元気に回復している様子をそばで見ているので、自分もきちんと治療して、タバコをやめるなどしたら、同じように回復できると他の患者から治療が終了すれば退院と聞いていたので、退院決定に対して容易く受け入れられた。 他患者と接して多くの情報を得て、病気について勉強する気になった。 身近にいる友達がきっぱりタバコをやめている様子を見て、自分も酒はやめられないけどタバコはやめようと思った。
	疾患や治療に対する情報源、その情報が与える影響を把握して、不適切とならないように調整する	医師に尋ねるより、経験者の友達に普段の会話の中で確認できて助かっている。だから先生に聞くことがあまりない。 他の患者から治療が終了すれば退院と聞いていたので、退院決定に対して容易く受け入れられた。
提供できる看護を示し活用を促進する	看護師の存在の意味が伝わるように関わる	受け持ちの看護師が責任を持ってくれるのはよいが、勤務交代の度に担当看護師がする挨拶は不要だと感じた。
	発症によって脅かされた患者・家族の健康生活を広く看護師が支援できることを示していく	ベッドの上で動けなかったのは、手術当日の夜から翌日の昼までと短かったので、看護師に何をしてほしいという要望はなかった。 (ICUにいたときも、ああして欲しい、こうして欲しかったということはない。

脳神経外科チームの看護改善に向けた取り組み

高橋友美 山田沙代子 森優子 嶋田清美 (羽島市民病院)
岩崎佳世 奥村美奈子 古川直美 古田さゆり (大学)

I. はじめに

脳神経外科チームは、現在実施している看護について様々な課題を抱えているが改善に向けての取り組みが十分にできず、脳神経外科チームとして取り組みの方向性を模索している段階であった。

本研究は、脳神経外科チームの現状と課題を明らかにし、課題改善に向け研究的に取り組むことを目的として、今年度から開始となった研究である。今年度は脳神経外科チームの現状から課題を明確にすることを目的に取り組んだ。

II. 方法

2ヶ月に1回、チームの課題を明確にすることを目的に検討会を行った。1回目は現状の課題を見出すために自由にチームの現状と課題を話し合った。2回目以降は前回見出された課題に沿った事例をもとに課題を明確化し、次の取り組みの方向性を検討した。患者事例を検討する際には、個人が特定されないよう配慮して行った。

III. 結果

1. 脳神経外科チームの現状と課題 (6月現在)

看護体制はプライマリーナーシングをとっているが、アソシエイトナースは不在である。リーダー業務は主査およびリーダークラスのスタッフの計6名が受け持ち患者のケアを行いながら、日替わりで担当している。カンファレンスは週に一回と決まっているが、時間が不定で多忙を理由に行えないことも多い。以上より、看護計画の立案・修正はプライマリーナース (以後、PNとする) に任されているが、適時に患者の状態に合わせたプランを立案し実施することが困難である。

2. 事例検討の内容

1) 1回目の事例検討 (7月)

左視床出血 (右片麻痺)、嚥下障害のあるA氏への経口摂取への取り組み事例について、PNがどのような計画を立て、他の看護師とどのように協働しながら看護を行ったかという視点で行った看護を振り返り、課題を検討した。その結果、A氏へのチームとしての看護のあり方は、PNとの個別の情報交換が中心であり、話し合いの内容やPNのケア方針が記録に残らないものであ

たことが明らかとなった (図1参照)。検討から導かれた課題は、①PNの計画に基づく適切なケアの実施のために、記録やカンファレンス等を活用していくこと②PNの知識・技術により患者が受けるケアの質が変わらないように、新人や異動してきた看護師をフォローできる体制作り③嚥下障害に関するケアについて他職種との連携を充実させることであり、課題解決のためには、日頃のケアに関する疑問を声に出し、行動に移していくことが重要であることが確認された。

2) 2回目の事例検討 (9月)

左脳出血 (右片麻痺)、直腸癌手術の既往があり、右脳出血で入院したB氏へのリハビリ意欲を高める取り組みについて、PNを中心に看護師間の協働と、リハビリ部門との連携の方法と時期の妥当性について検討した。その結果、B氏へのチームとしての看護のあり方を通じて、PNが働きかけなければ協働・連携できない現状が明らかになり、チームとしてケアの方向性を検討できず、統一したケアが提供できていなかったことが確認された (図2参照)。検討により、チームの課題は、ケアの継続性と統一性に関わるリーダーの役割強化にあることに焦点化された。課題達成のためには、リーダーが中心となってカンファレンスを適時に行い、ケアの方向性を決定していくことが重要である。まず、共同研究者の受け持ちの看護について問題となった時にカンファレンスを提案することから始めることとした。

3) 3回目の事例検討 (11月)

病室で転倒した高齢のC氏を事例に挙げ、転倒予防に関するカンファレンスを実施した事例について、カンファレンスにおけるリーダーの役割の視点で振り返り、課題を検討した。その結果、ケースカンファレンスは開催されるようになり、チームとしてのケアの方向性を見出すことはできたが、中堅層のリーダーとメンバーが中心になってしまう場合が多く、中間管理職のリーダーを巻き込んだカンファレンスまでには至らなかったことが明らかとなった (図3参照)。検討を通じて、チームとして看護を提供していくためには、リーダーの中でも特に中堅層のリーダー役割の強化が課題であることにさらに焦点化された。中堅層は、管理職とスタッフをつなぐ役割があり、

日々のケアについては、管理職から中堅層に権限を委譲されたものと解釈して、チームの中でリーダー的役割を担っていく必要があることが確認された。また、スタッフは中堅層の役割を理解し、協力していくことも確認された。

3. 脳神経外科チームの変化（6月～1月現在）

2回目の検討会の頃から中堅層である共同研究者を中心にカンファレンスを意識的に開催し始め、3回目の検討会の頃になると、カンファレンスの回数が増えた。また、チームメンバーから、ケアの継続性を目的とした情報シートの作成と活用を検討するなどの積極的な姿勢が現れてきた。3回目の検討会以降、中堅層である共同研究者の働きかけにより師長や主査との調整が図られ、チームとして組織的に看護の質の向上に取り組むことが可能な環境が整えられてきた（図4参照）。

4. 平成19年度の脳神経外科チームの在り方の検討（1月）

平成19年度は、特にリーダー看護師間の相談と教育・支援の関係強化をすることで、①看護チーム内における相談と支援の関係を強化し、チームとしての関係を強固なものにする。そして、②ケースカンファレンスの中に、医師やリハビリ担当者をそれぞれ巻き込んでいくことを目標とした。将来的には、医師とリハビリ担当者・栄養士に加え、患者家族に関わる医療スタッフとのケアチームを作り上げることを見据えて、取り組んでいくことを確認した（図5参照）。

IV. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討議への参加者は、現地側共同研究者と所属病棟の管理者、他施設2施設の看護師と大学側の共同研究者の計13名であった。そのうち、現在脳神経外科看護を行っている参加者は9名であった。討議は、まず、各施設における脳神経外科看護の現状とカンファレンス実施上の課題について話され、次にチームにおけるリーダー看護師の役割発揮について検討された。どの施設からも発言や質問があり、積極的な討論の場となった。

1. 脳神経外科チームの現状とカンファレンス実施上の課題

脳外科チームの現状として「術直後の急性期患者からリハビリに取り組む回復期の患者、合併症を起こして再入院する患者などまで対象の幅が広く、忙しい。同じような課題を抱えている」「ICUがあるので、術直後の患者こそいないが、病棟の現状は同じで、忙しいためにカンファレンスはな

かなか行えていない。しかし、看護師間のひそひそ話がリーダーの耳に入り、動くことが可能である。」など、いずれの施設でも多忙の中でカンファレンスを実施していくことが困難であるという共通の課題をもっていることが参加者の間で共有された。

患者に関わる他職種との協働のありかたについて、「毎週医師とのミーティングの時間、リハビリ担当者とのミーティングの時間がそれぞれ決められており、患者の状態やゴールが確認され、その場で方針が決定される。手術の翌日から状態を見ながら離床を始めて行くのは看護師の責任となっている。任されている分、責任もある。医師ともリハビリ担当者とも仲が良いので、情報共有もうまく行っているのだと思う。」「看護師から医師に、リハビリはどうなっているのかと問わなければ前に進まない。」など、施設によって他職種との協働のあり方には違いがあったが、看護師として患者のために責任を持って行動することが求められているという意味で共通した意識をもって働いていることが明らかになった。

2. 脳神経外科チームにおけるリーダー看護師の役割発揮

脳神経外科チームにおけるリーダーの役割発揮については、「中堅リーダー層の果たす役割は大きいと思う。中堅看護師の育成は当病棟においても課題。」「中堅リーダー層は、育児中であることも多いので、いかに時間内に必要なことを済ませていくかということを考えている。」などリーダー看護師の役割の重要性を意識しながらも、リーダー看護師の育成に関しては十分ではないという認識であり、どの施設でも共通した課題であった。また、中堅リーダー層は、職場で重要な役割を期待される一方で、家庭生活においても重要な役割を担っていることが多い。仕事と家庭生活を両立できるように、職場でサポートしていく必要性も考えさせられた。

リーダー看護師の役割を發揮するために、「普段から、勤務中に何か起こったらリーダーの責任であることは、スタッフに常に言っている。」「権限委譲をして人材育成していくという師長の方針があり、個人の意欲をうまく引き出しながら年間の個人目標を設定している。現場のことは主任から中堅スタッフに権限を委譲し、それをフォローする体制作りにも今年は取り組んできた。」など、日常の看護活動を通じて、リーダー・スタッフそれぞれの役割を意識して働く風土を作り上げていく必要性についても検討された。

V. 共同研究報告と討論の会を終えて

今年度の共同研究では、事例検討会を重ねていくことにより、当初課題であった「適時に患者の状態に合わせたプランを立案し実施することが困難である」という課題の背景には、脳神経外科チームとしての在り方の課題が存在することが明らかとなり、特に共同研究者である中堅層のリーダーの役割を明確にし、強化していくことに焦点化されていった。共同研究の報告と討論の会を通じて、その課題は他施設の脳神経外科チームにおいても共通した課題であることが確認された。討論中は、「脳神経外科＝忙しい」という共通の認識で議論が展開していったが、なぜ脳神経外科の看護師は忙しくて大変なのだろうかという疑問については、十分に議論されることはなかった。

今後は、脳神経外科の看護師はなぜ忙しいのだろうか。脳神経外科看護の専門性とは何なのだろうか。脳神経外科チームの専門性を発揮するために、リーダーはどのような役割を果たし、スタッフはどのような役割を果たして行く必要があるのか。といった疑問に答えて行く必要があると考える。

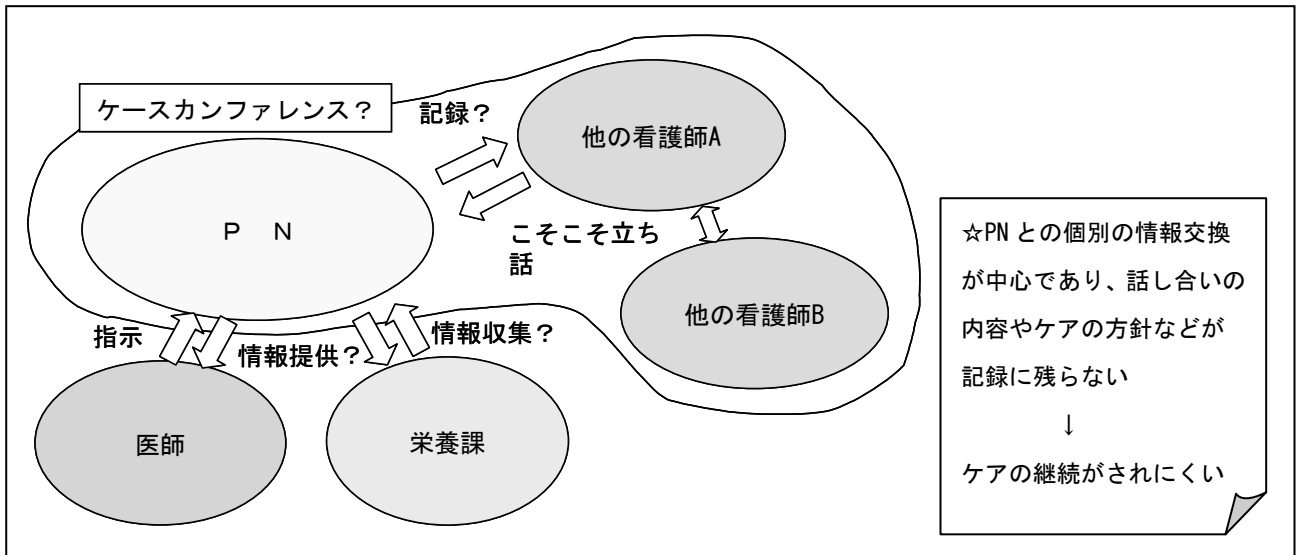


図1 事例におけるチームの関係 (7月)

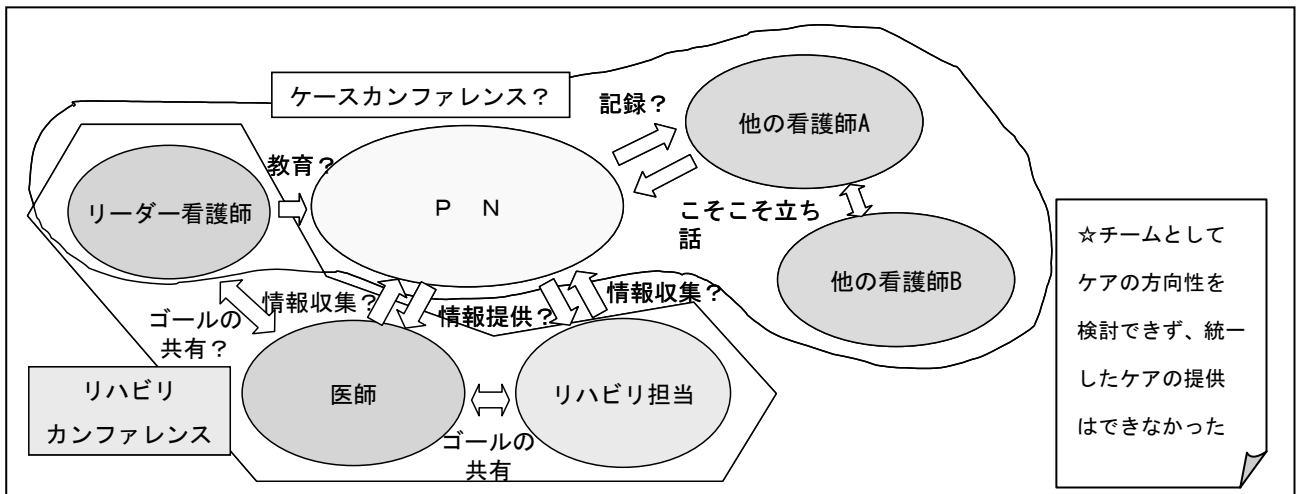


図2 事例におけるチームの関係 (9月)

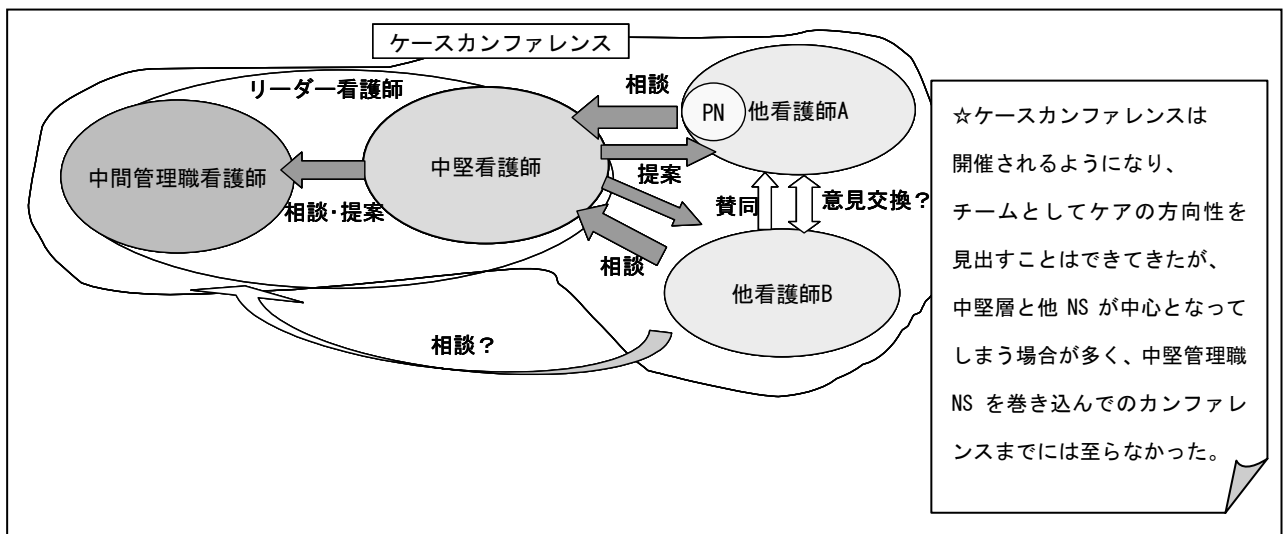


図3 事例におけるチームの関係 (11月)

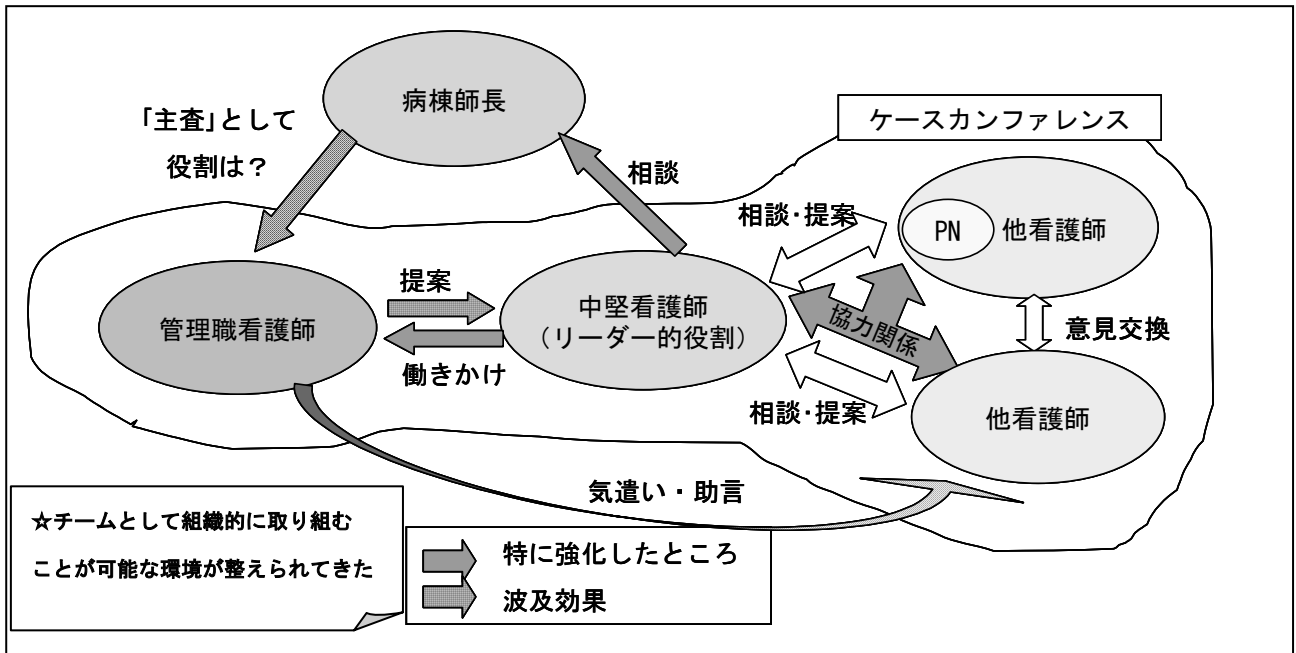


図4 脳神経外科チームの関係の変化(6月~1月)

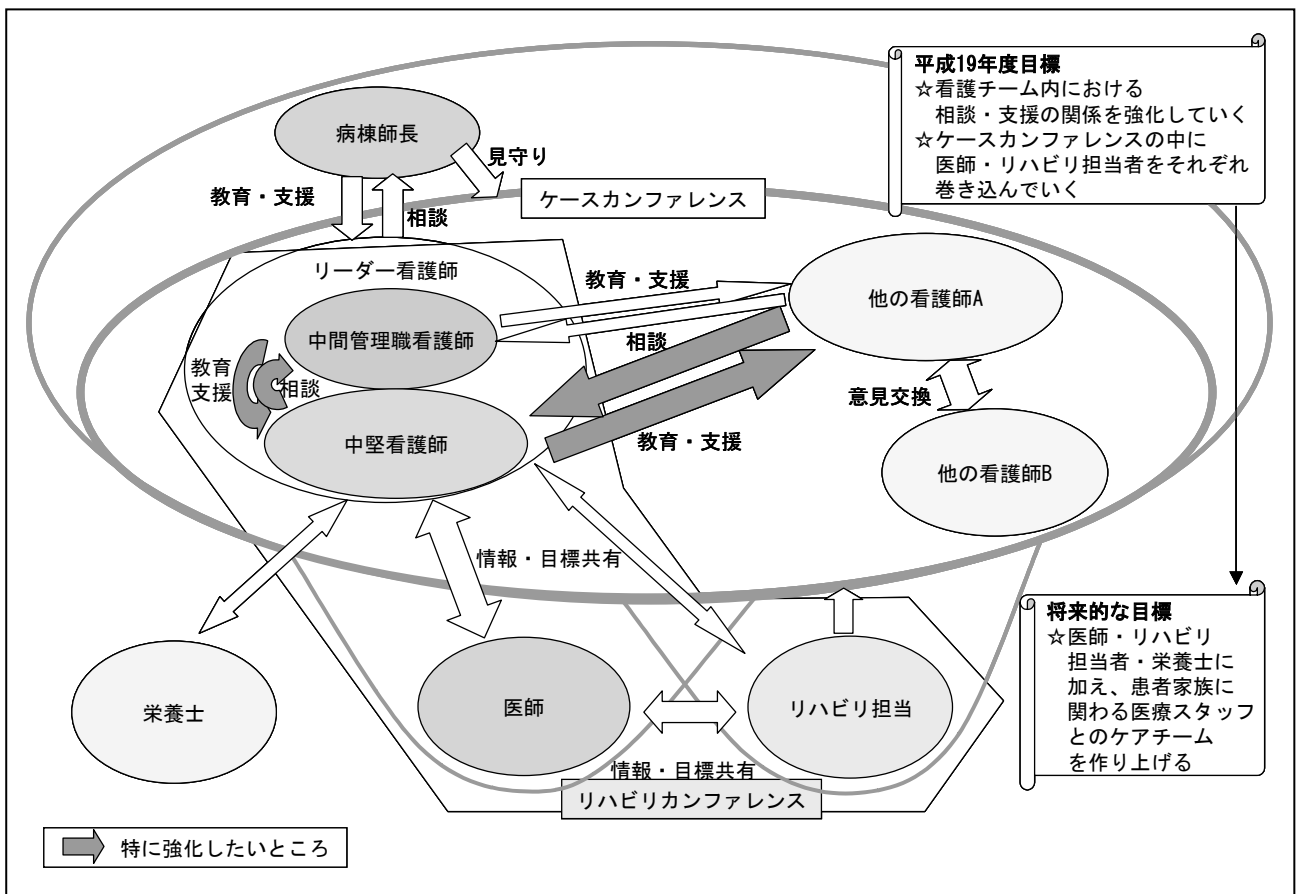


図5 平成19年度目標とする脳外科チームの在り方

手術室における患者の安全・安楽を保障する看護についての研究

中山武彦 伊藤祐子 伊藤みゆき 渡辺実加 (羽島市民病院・手術室)
平岡葉子 北村直子 奥村美奈子 古田さゆり (大学)

I. はじめに

A 病院は、新病棟開設に伴う手術室のクリーンホール（以後、CH とする）型構造への新築から 1 年が経過した。新築により看護業務も大きく変わり、その活動を振り返る時期を迎えており、手術室看護の現状を把握し、課題を見いだすことを目的に本共同研究に取り組むこととなった。

手術室看護は、患者の手術侵襲を最小限とするため、迅速で正確な判断力が求められ、さらに感染防止の観点からそれらの判断に限られた人員で迅速に対応することも求められる。そのため、看護師は専門的で膨大な知識や経験が求められ、手術中は緊張が強られる場面も多い。このような特殊性から生じる困難や課題は病棟や外来の看護師と共有し難く、これまで手術室スタッフのみで検討されていた。そのため、今回領域別実習でかわりのある教員と共に、手術室の看護改善に向けて問題を検討することは、外部からの異なる視点を得ることができると思われた。

今年度は、現地共同研究者が感じていた新築後の手術室看護の変化と課題について検討し、取り組みの方向性を見出すことを目的とした。

II. 方法

現地共同研究者が業務報告としてまとめた手術室の看護体制と今後の課題の資料を熟読し、共同研究者間で内容を共有した。共有した内容を基に、現地共同研究者 4 名と周手術期看護を専門とする教員 3 名とで A 病院手術室における看護の実際や看護上の問題とその解決法について話し合いを行った。話し合いの記録に基づいて、内容を「新築に伴った看護の変化」と「課題とその取り組みの方向性」の視点で整理した。

III. 結果

1. 新築に伴った看護の変化

手術室は平成 19 年 1 月時点で師長 1 名含め計 10 名の看護師で構成される。手術室経験年数は 1～15 年と幅広く、他病院の経験者も含まれている。

A 病院手術室では、看護師は基本的に午前は手術室準備と術前訪問を行い、午後は手術を介助する。また、新築後は CH 内の高度清潔区域を維持するため、日々の CH 業務を行う看護師は、師長を除く全スタッフから 3 名を選任し、各手術室の

器械準備を行う。手術器械や物品の準備は、各手術で使用するセット器械と使用する滅菌器材、物品の内容についてまとめた図 1 に示している手術器械カウント表を用いて行う。

旧手術室では、各手術の介助につく看護師が、責任を持って各自の手術の準備・展開を行っていた。しかし、新手術室では日々選任される 3 名の CH 業務看護師が、1 日に行われる全ての手術を準備・展開しなければならず、そのためには全ての手術の準備を把握しておかなければならなかった。新人看護師は、清潔介助を経験していく途中段階にあるなかで、手術に使用される器械や物品を完全に熟知できていない状態で、プリセプターと共に CH 業務を行う場合もある。したがって、カウント表の内容に変更があった場合は、新人看護師も含めて全スタッフに適確に周知される必要がある。手術器械カウント表に記された数や内容は、時々医師の希望などによる数や器械の規格変更もあるので、内容変更があった場合にはミーティングもしくは申し送りノートで情報を共有している。

2. 新築に伴った構造と器械の流れの変化

旧手術室の構造と器械の流れについて、図 2 に示している。旧手術室では、患者が病棟から来られて手術用ベッドに乗り換える場所である乗り換えホールから、各手術室へ通じる手洗いホールにかけて、不潔区域と清潔区域という完全な区分がなされていなかった。また、滅菌された清潔器械の搬入と使用済み器械の搬出が、同時間ではないが 1 つのドアから両方向で行われていたため、清潔器械と使用済み器械の動線が重なり、それに伴い看護師の動線も重なりやすくなっていたので、スタッフの出入り回数が増え、清潔度を低下させる問題となっていた。さらに、手洗いホールでは、患者の入退室や手術に入るスタッフの術前手洗い、使用済み器械の搬出が行われている中で滅菌器材の保管も行われており、狭いホールには手術器材が分散して保管されていた。

新手術室の構造と器械の流れについて、図 3 に示している。新手術室では CH 型構造となり、乗り換えホールと準備ホール、清潔供給ホールと全てが完全に分離し、区別された。滅菌された清潔器械の搬入と使用済み器械の搬出の動線が、2

つのドアで一方向に行われるようになったことで、清潔な器械と不潔な器械が交差することもなくなり、それと同時に看護師の動線が交差することもなくなった。一方向への器械の流れや各ホー

ルの区域化によって、清潔供給ホール及び手術室内の高度清潔区域の清潔度を維持できるようになった。

外科 術式		鼠径ヘルニア手術(成人)		手術器械カウント表					
年 月 日 様		定数		デグーゼ		枚 ひも付き		枚	
項目	定数	未開封	準備	展開	術中	術後・分解 閉創～退室	洗浄前	器械 セット時	
	確認サイン								
器械セット	基礎中セット	1							
器械単品	モスキート(曲・無)5本組	1	(1)						
	中鑷子(無鉤)	1							
	ヘガール中小	2	4						
	(腸ペラ35mm)		(1)						
	(扁平鉤大)		(1)						
	(足長扁平鉤)		(1)						
	(特大扁平鉤)・クーゲル時		(1)						
	(長鑷子)・クーゲル時		(2)						
	(ドペーキー長)		(1)						
メ 針 類 刃 ・	No.11	1							
	腸丸1	1							
糸 類	バイクリル3-0CR (絹糸2-0(40))	1	(1)						
	電気メス	1							
デ ィ ス ポ 物 品	クリニート	1							
	ネラトンカテーテル3号 (ツッベルM)	1	(1)						
	全面ドレープ	1							
	メーヨ台カバー	1							
	スキンステプラー	1							

図1 手術器械カウント表

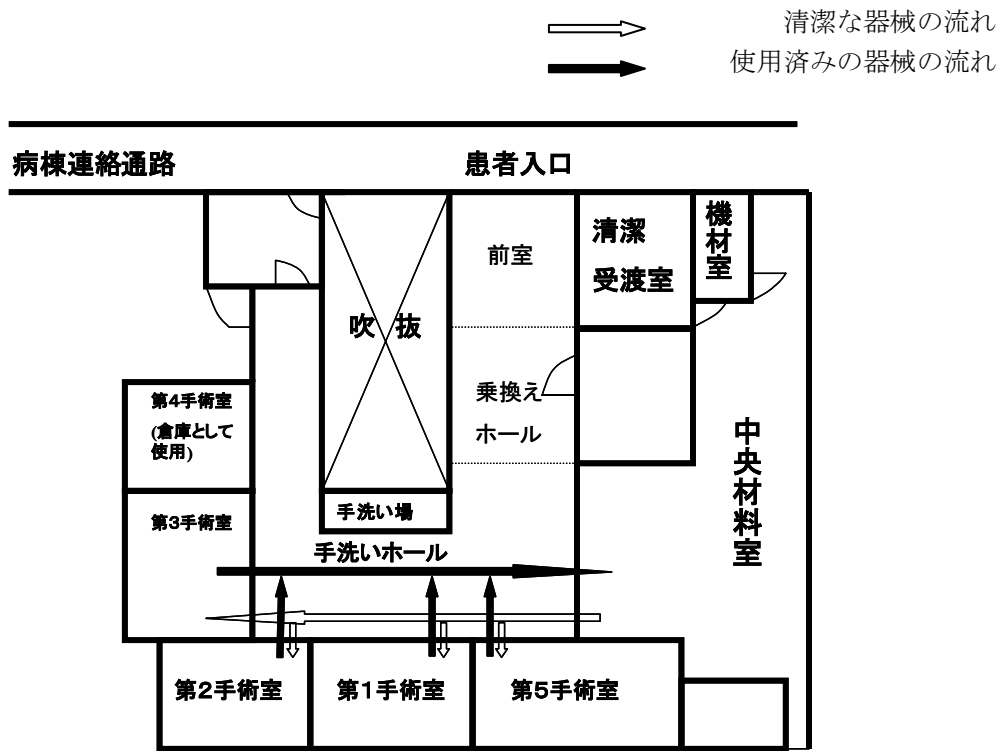


図2 旧手術室の構造と清潔器械及び使用済み器械の流れ

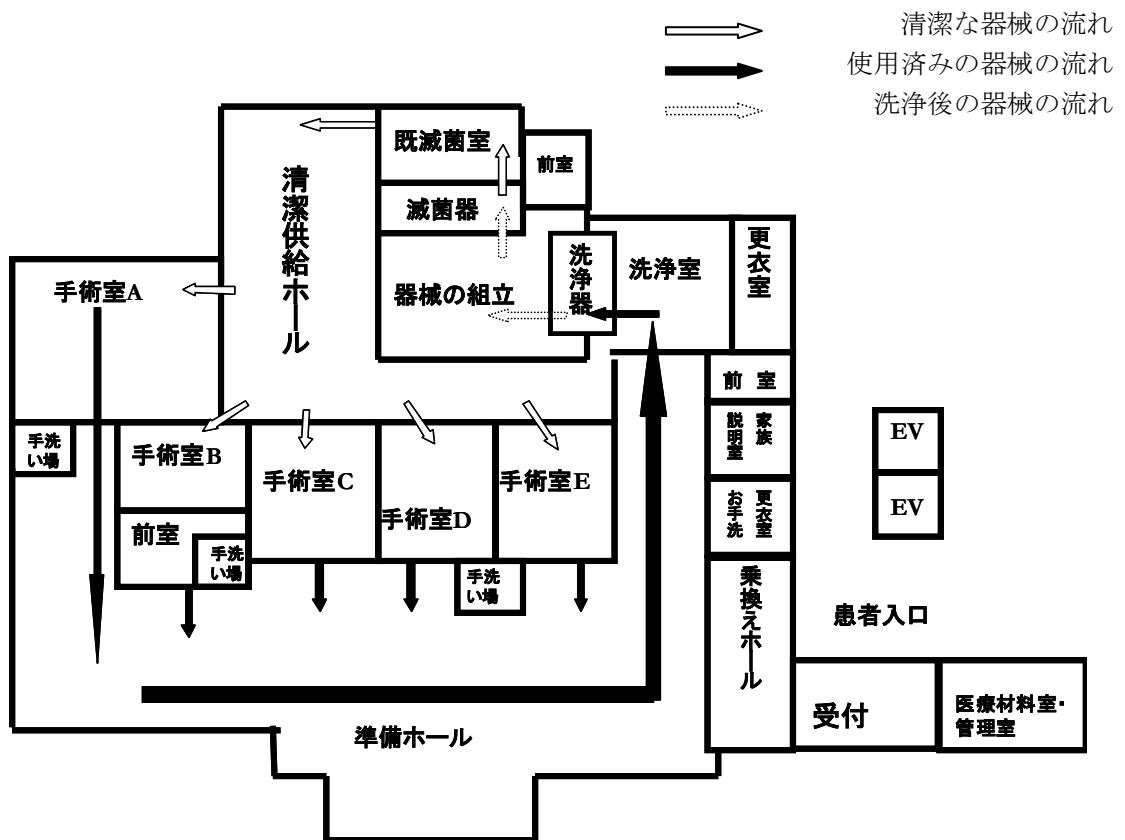


図3 新手術室の構造と清潔器械、使用済み器械及び洗浄後の器械の流れ

3. 課題とその取り組みの方向性

1) 全ての看護師が適確に CH での手術器材準備ができる

CH 業務は、新人看護師を含めた全スタッフが担当するので、多様な器械や物品準備を覚え、適確に準備できる必要がある。そのために、全スタッフが、多様に変化する手術進行を予測し、各手術のどの場面で必要となる物品なのかを考えながら準備することが求められる。また、手術の内容や進行をイメージしやすい手術介助マニュアルを作成し、手術準備の事前学習を行うことで、手術時間内の準備不足によるタイムロスが減少し、患者の手術侵襲を最小限にすることができる。

現在、新人看護師の教育体制は、1年間プリセプターと共に、手術の準備から手術介助、CH 業務を段階的に経験し、習得していく体制をとっている。しかし、時間の都合上、準備をスムーズにするためや、手術をより深く理解する勉強会を実施することが困難な現状がある。また、手術に関する予習をある程度行っている、新人看護師ほど手術中の緊張感が高く、執刀医や先輩看護師に手術の解説や説明を求めることも難しい上、もし説明を受けられたとしても、その場で十分に理解できる状態ではないと思われる。そのため、新人看護師だけでなく全スタッフの日々の学習に活用できる、手術準備、そして開始から終了までの基本的な手術進行を収めた A 病院独自の手術介助マニュアルの作成が望まれる。

また、経験の浅いスタッフが適切に準備を行うためには、手術器械カウント表が常に適切で活用可能な状態にあることが重要である。前回の手術で変更になった内容について、新人看護師またその手術に関わっていない看護師にも分かりやすく、適確に伝わるようにしなければならない。そのために、準備物品の変更が滞りなく手術器械カウント表に反映され、内容変更の情報が全スタッフに即時に伝わる方法を検討する必要がある。

2) 医師と連携する

侵襲度の高い治療を行っている手術室では、治療を行っている医師と、その間近で医師の治療をサポートする看護師との連携によって、医師が手術を円滑に行うことができ、患者にとって効果的な治療を提供できる。そのためには、術中に起こりうる事態を予測し、使用する器械や物品について医師と看護師で連携をとっていくことは、医師の手術進行と術中の看護師の手術介助が円滑に行われることにつながる。しかし現在、医師と使用する器械や物品、手術進行について話す時間を

十分にとれない状況にある。したがって、医師と協働で十分な準備体制で手術に臨み、手術について深く理解しておくために、手術に携わる全スタッフでのカンファレンスや手術ビデオを用いた勉強会等の実施を検討する必要がある。

IV. 共同研究報告と討論の会での討議内容

現地共同研究者が考えている今後の手術室看護や教育体制の取り組みについて、教員と共に話し合った内容を整理した。

1. 新築に伴う手術室看護上の問題

新築に伴って、より高度清潔区域環境下での手術器械の管理と提供が出来るようになった反面、器械の流れを一方向にして動線が重ならなくなった分、看護師は清潔区域と不潔区域の行き来に時間がかかり、動線が長くなってしまふという問題があるということが分かった。また、術中病理検査があった場合に、各手術室外にあるエアシューターを通じて検査室に提出することや、病理検査結果の連絡を受ける各手術室への直通電話機能が整っていないという意見が出され、今後改善していく必要があると話しあった。

2. 新人看護師の成長のプロセスを知る

現在、A 病院手術室看護師は経験年数 5 年目以下が 8~9 割を占めている。また、A 病院で外科系手術を行う科は計 8 科あり、新人看護師を含めた全スタッフは、術式と合わせて執刀医の特徴を踏まえた手術準備や介助の学習の必要性が求められている。以前は、病棟経験のある看護師が手術室に転科することが多かったが、現在は新人看護師を配属せざるを得ない状況となっている。病棟での医師と看護師との関係と異なり、手術室看護師は、新人であっても手術介助につき、各部屋で個々に医師と 1 対 1 でやり取りを繰り返しながら、手術のサポートをしていく。そのため、師長や主任は、各手術室における新人看護師の手術介助の成長や医師とのやりとりなどを直接目にするのが難しく、また各手術室で起こっていること全てをタイムリーに把握することが出来ない状況がある。そのため、現場で起こったことについて、どうフォローしていくべきかが難しいという意見が出された。また、新人看護師が、今どういう思いを抱えているのかについて、明確にできるような話し合いの場を設け、新人看護師の抱える思いをスタッフで共有し、成長を促す環境を作っていくことに生かしていくことが望ましいという意見が出された。

3. 手術室看護の振り返りの重要性

A 病院手術室看護師は、術前訪問を現在行って

いるが、術後訪問については業務の多忙さと人員確保上の問題からなかなか行えない現状にある。そのため、実際に手術室で行った看護について、看護師は、「これでよかったのか」「術中のことが術後の患者の回復に、どういう影響を与えているのか」という確認や、「次はどうすればよいのか」という改善などを評価し、フィードバックする場がなく、自分の経験を生かすことが出来ていない。1人の看護師の経験を、全スタッフで共有し、より安全で安楽な看護が提供できるようにすることについて再検討する必要性を確認した。

4. A 病院で件数の少ない手術の介助について

1年に1度行くかどうかという件数の少ない手術について、執刀医は希望としては前回介助に携わった看護師が慣れているので、その看護師を介助につけてほしいと依頼される現状があったことを伺った。しかし、必ずしもその看護師が手術室に所属もしくは勤務中とは限らない。したがって、件数の少ない手術については患者への十分な説明と同意のもとで術野のビデオ撮影を行い、勉強会の実施を計画するなど、全スタッフの学習環境を整えられるようにしていく必要があることを話し合った。

5. 手術室看護の専門性について

患者の手術侵襲を最小限にし、感染や手術による合併症を起こさないようにすることなど様々なことを念頭に、手術室看護師は患者または他職種に対して何をしなければならないのかについて意見を出し合った。患者の安全・安楽を最終目標とするために、手術準備や手術介助においてもそこに研修医や看護助手ではなく、手術室看護師でなければならない意義など、再度深めて考える必要があると確認した。

福祉施設における看護

特別養護老人ホームにおけるショートステイ利用者のケアの充実に向けて

吉村久美子 片田代三子（恵翔苑） 酒井晶子 鈴木敬子（ピアンカ）
新美眞知子（ジョイフル各務原） 井亦昭子 大橋範子（やすらぎ苑）
小野幸子 古川直美 坪井桂子 原沢優子 岩崎佳世 奥田浩子 古田さゆり（大学）

I. はじめに

平成 13～15 年度における特別養護老人ホーム（以下、特養）の看護職を対象とした看護実践研究指導事業（個別訪問面接研修とワークショップ）ならびに平成 13～16 年度の共同研究事業であった「特養におけるその人らしさを尊重した看護援助の検討」を通じて、ショートステイ利用者の受け入れ上、様々な問題・課題があることが明らかとなった。そこで今年度から、特養におけるショートステイ利用者のケアの充実を図るために、現状の問題・課題を明確化し、その解決・達成に向けて実践的な取り組みを開始することとした。

なお、平成 15 年、特養におけるユニットケアが制度化されたことから、県内の特養においても平成 15 年以降に新設された特養はユニットケアになり、従来型の特養においても、その理念や方式を導入するなどの現状が把握された（平成 17 年実施の看護実践研究指導事業）。このような背景から、これまで把握された問題・課題の様相が異なっていることが推察された。そこで、初年度である今年度は、これまで把握した特養におけるショートステイ利用者の受け入れ上の問題・課題をもとに検討した調査の項目と方法を共同研究者の施設を対象にプレテストを実施し、その結果から調査の項目や方法を精選して本調査に臨みたいと考えた。

本研究の目的は、現状に即したショートステイ利用者の受け入れ上の問題・課題を明らかにするための調査の項目と方法を検討することである。

II. 調査項目と方法の検討

調査項目は、これまでの看護実践研究指導事業や共同研究事業を通じて得たショートステイ利用者受け入れやケア上の問題の検討から、調査項目を導き、質問紙調査の試案を作成した。

具体的な調査項目は、①ショートステイ利用者の受け入れ状況について、②ショートステイ利用者の受け入れ上、問題・課題であると感じていること、③ショートステイ利用者の受け入れやケアに関して、印象に残っている事例や対応困難事例について、の 3 つの内容で構成した。

①のショートステイ利用者の受け入れ状況については、a. ショートステイの定床数、b. ショートステイの利用者数、c. 利用者への事前面談の実施者、d. 利用決定にあたっての看護職の関与とその内容、e. 利用者の受け入れ制限の有無とその内容について問うこととした。c・d については選択肢を設け、複数回答法とした。また、e については、制限している利用者の状態を選択肢とし、複数回答法で問い、かつ選択した利用者の状態において、制限内容や理由を記述してもらうようにした。

②のショートステイ利用者の受け入れ上、問題・課題であると感じていることについては、これまでの把握から分類整理された【利用者の状態把握】【利用者の状況に応じた対応】【看護・介護度の重度化】【医師との連携】【家族との連携】【職員間の連携、施設の体制】を枠組みに、細項目を選択肢として列挙した。回答は、複数回答可能とし、かつ取り組みの優先度が高いものに順位をつけてもらうようにした。分類されたショートステイ利用者の受け入れ上の問題・課題の詳細は、表 1 に示すとおりである。

III. 調査項目の精選に向けたプレテストの実施

質問紙調査の試案を作成後、調査項目がショートステイ利用者のケアに関する看護実践現場の現状を把握するのに適切な内容であるか、設問はわかりやすいか、回答はしやすいか等を確認するために、看護実践現場の共同研究者の所属施設において試用（プレテスト）し、調査項目の精選をはかることとした。

なお、質問紙調査への回答の依頼にあたっては、施設側への倫理的配慮として、結果を公表する際は、施設名や利用者の情報は個人を特定できないようにすること、本研究の目的以外に使用しないことを文書で説明して了解を得た。また、プレテストの実施にあたり、共同研究者間で事前に、趣旨を確認するとともに、施設名や利用者個人を特定できないようデータを加工し利用すること、データに関しては大学研究室内で処理・管理することを確認した。

1. 調査結果と導かれた質問項目の課題について

共同研究者が所属する 4 施設から得られた回答を調査項目ごとに整理し、回答状況を確認した。

1) 利用者の受け入れについて

定床数は 16～20 名（平均 19 名）、昨年度利用者数は述べ総数平均 4983.3 名、内新規利用者数の平均 42.8 名であった。また、いずれの施設も、利用者の事前面談に看護職が関わっていた。

利用者の受け入れ決定における看護職の関与の内容は、全ての施設から回答が得られ、「利用対象者の医療依存度が施設で対応可能かどうかの判断」、「体調管理」、「服薬状況の確認」、「かかりつけ医からの病態や治療に関する情報収集」、「緊急受け入れ病院の確認」、「家族の理解度や在宅での利用者への対応状況の把握」であった。

利用者受け入れ制限については、全施設が制限していると回答した利用者の状態は、「中心静脈栄養」、「気管切開」、「疥癬」であり、3 施設が制限していると回答した利用者の状態は、「経管栄養」、「インスリン注射」、「気管内吸引」、「集団生活が困難な利用者」であった。また、その理由として、「看護職が不在になる夜間の対応が困難」「他利用者への影響（配慮）」が挙げられた。

以上の結果から、夜間の対応が困難などといったことから利用者の受け入れを制限しており、ケア体制上の困難さがあることが推測された。このことから、ケア体制についての設問を追加する必要があると考えられた。

2) ショートステイ受け入れ上の問題・課題

全ての施設において、ショートステイ利用者の受け入れ上の問題・課題であると感じていると回答された項目は、「転倒を繰り返すショートステイ利用者への対応が困難なこと」および「医療サービスの限界があること」であった。また、3 施設が回答した項目は、「体調不良や常習便秘など、身体不調時でも対応（準備）をせずにショートステイを利用すること」であった。一方、全ての施設において回答のなかった項目は、「利用日数が長期化すること」、「定期利用者が増加（予約床）すること」、「緊急性のない突発的な利用希望があること」であった。

これらの結果から、利用者の状況に応じた対応について困難さを感じていることが判明した。また利用者の受け入れについての家族の要望に関する項目は回答のなかったことから、ケア体制についての設問および家族との調整などの受け入れシステムの整備状況を確認する設問の追加が必要と考えられた。また、取り組みの優先度につ

いては、優先度が高いものが複数であったり、順位をつけていない回答者がいたりしたことから、回答方法の検討が必要であると考えられた。

3) 印象に残っている対応困難事例

3 施設より 3 事例が回答として得られ、対応困難な内容として、「誠意をもって対応しているが、家族からの要求・要望が多だけでなく、権利意識の高い主張がある反面、利用者のケアに参画しない（利用者の年金を頼りにした経済状態）」、「在宅で排便コントロールをせず、便秘のままショートステイを利用し、緩下剤や摘便による排便の促しが必要（ショートステイ利用時に排便できれば良いとする家族）」、「利用者の居住場所が 2 階で狭い階段を介護職員が利用者を背負って移動するため、転倒・転落のリスクが高く、介護職員の腰痛も発症しているが、居住場所を 1 階に移すことに家人の協力が得られない」、「急変の可能性が高い利用者の受け入れに際し、家族から受け入れなければ訴えるなどの脅迫的対応がある」といった【家族の協力、家族との連携】に関すること、「急変の可能性が高い利用者に対して、介護職の不安が大きい。それに対し、看護職がいない夜間における急変時マニュアルを作成した。」といった【急変時の対応】に関すること、「不穏状態で食事拒否や暴言・暴力がみられたため、配偶者に対応してもらうなど家族の協力を得た。また、利用日数を制限した。」といった【利用者の状況に応じた対応】に関することが挙げられた。

以上の結果から、【家族の協力・家族との連携】【緊急時の対応】【利用者の状況に応じた対応】において対応困難な現状があることが判明した。また、対応困難事例に対して工夫している（した）ことの記入欄を設けることにより、より現場の現状が具体的に把握できることから、これらを加える必要性が明らかになった。

2. 今後の取り組み

今後は、今回のプレテストの結果から得られたことも含め、更に調査項目や方法および回答方法の精選に向けて、共同研究者間による再検討に取り組みたい。その際、ショートステイ利用者の受け入れ上、また、ケアの現状の課題把握、およびその取り組みを検討する上で、設問のわかりやすさ、回答のしやすさを含めて、適切、かつ、十分な調査項目であるかの観点から検討していきたい。また、プレテストで提示されたショートステイ利用者の受け入れやケア上の問題・課題に関する具体的取り組みや方策についても、共同研究者

間で再検討を行う予定である。

IV. 共同研究報告と討論の会での討議内容

今回の討議では、県内の特養におけるショートステイ利用者の受け入れやケアに関してどのような問題や課題があるのかをより明確にしておくために、参加者が所属している特養におけるショートステイ利用者の受け入れやケアの現状を共有するとともに、質問紙調査の調査項目の適切性を検討することがねらいであった。

討論の会の参加者は、特養で働く看護職 11 名、および本学学生 3 名であった。

討論では、ショートステイ利用に関する利用者のニーズや施設側の受け入れ体制の現状、また、問題・課題がだされ、個々の施設で試行錯誤しながら努力して対応している現状が示され、今回の調査項目に対しても種々の提案がされた。また、参加者のうち 1 名からは、内容と活動に関心を示し、次年度共同研究メンバーとしての参加したい旨の申し入れがあった。

討議内容は、以下のとおりである。

1. 参加者の特養におけるショートステイ利用者の受け入れ状況について

ショートステイ利用者の受け入れ人数は、数名から 10 名程度であった。また、定期利用者のため 3 ヶ月～1 年先まで予約を入れている施設、緊急時の利用に備えてベッドを常時数床空けている施設、開設して間もなく、デイサービスやショートステイ利用者の受け入れに余裕がある施設などがあった。現状把握の調査項目として、予約期間についての設問も必要になることが意見としてされた。

利用者の受け入れ制限については、プレテストの調査結果と同様、IVH や気管切開など、医療依存度の高い利用者は受け入れていない施設が大半であった。また、吸引については、口腔内吸引のみ介護職が行う施設、口腔内も看護職のみが行う施設などがあったが、受け入れ制限を設けている施設はなかった。経管栄養については、全入所者の 1 割程度まで受け入れ可能とする施設と制限を設けていない施設とがあった。しかし、今後、経管栄養の利用者の増加が推測され、現状の少ない看護職のみでは対応が困難になるのではないかという不安や制限せざるを得なくなるかもしれないという意見が出された。

疥癬やインフルエンザなど、感染力が強く、集団発生につながる感染症については、完治してい

ない場合は、いずれの施設においても受け入れていない状況であった。完治しているか否か疑わしい場合も、医師の診断書（施設利用可能）があれば受け入れるという施設もあった。また、利用当日に入浴してもらい全身をチェックし、疥癬が疑われる場合は、受診を促して利用を一時断る場合がある施設もあった。

2. ショートステイ受け入れやケア上の問題・課題について

ショートステイ受け入れやケア上の問題・課題については、参加した看護職より以下のことが挙げられた。

- ・認知症や転倒を繰り返す利用者への対応が難しい。以前、そのような利用者 1 名に対し、施設長を説得して専属の看護職を 1 名つけたことがある。
- ・「ショートステイ利用時のケアにより、利用者の状態がよくなることで、自宅に戻った時に手がかかってしまうのではないかという家族の思い込みが強く、対応が難しい」、「家族連絡帳に看護職から意見や提案をしても、家族から反応がない。提案を押し付けてはいけないという思いがあり、難しいと感じる」、「ショートステイ利用に不都合な情報を隠す家族もいるので利用後に困ることがある」といった家族との連携に関する内容が共通してされた。
- ・施設で働く看護職の考えや意見・助言などを、他施設のケアマネージャーを介して伝えたが、家族には正しく伝わっていなかった。他施設のケアマネージャーの場合、連絡も取りにくく、連携が困難である。ケアマネージャーに任せておかず、施設看護職が家族に対して、どのように理解し、対応しているか直接確認することが大切ではないかと感じている。
- ・診断書が利用時に入手できず、症状が出て困ることがある。
- ・可能な限り利用者や家族の要望に沿いたいと考えているが、介護保険制度が導入されてから、利用者、特に家族の権利意識が高まり、様々な場合によっては現状では対応困難な要望も出され、施設全体の課題としての取り組みが必要になる場合がある。このような場合には、施設長の方針も大切である。

以上、今回の討議内容から、参加者が所属している特養におけるショートステイ利用者の受け入れとケアの現状を把握できた。また、質問紙調

査の試案については、現在考えている調査項目の内容については、概ね適切であることが分かった。しかし、討議を通じて、多くの施設が共通して抱えている問題・課題が新たに導き出されたことから、項目の追加が必要であることがわかった。シ

ョートステイ利用者への看護ケアの質の向上に繋げるべく、施設の現状や課題が明らかにできるよう、今回の討議内容を踏まえて、追加項目の検討を行っていきたい。

表1 ショートステイ利用者の受け入れ上の問題・課題に関する調査項目

分類	No.	項目
利用者の状態把握	1	利用者の情報（生活リズム、病状、内服薬等）が正確・十分得られないまま、ケアを行わざるを得ないこと
	2	診断書の提出がなく、感染症に関して十分把握できないまま受け入れなくてはいけないこと
利用者の状況に応じた対応	3	転倒を繰り返すショートステイ利用者への対応が困難なこと
	4	認知症・不穏のある利用者への対応が困難なこと
看護・介護度の重度化	5	医療依存度の高い利用者を受け入れざるを得ないこと
	6	満床で緊急利用者を受け入れられない現状があること
医師との連携	7	嘱託医やかかりつけ医への連絡の判断が困難なこと
家族との連携	8	家族が必要な内服薬の種類や数を準備していないこと
	9	体調不良や常習便秘など、身体不調時でも対応（準備）をせずにショートステイを利用すること
	10	体調悪化時や緊急時、受診や入院時等に、家族が非協力的・連絡が取れないなどにより対応が困難なこと
	11	利用日数が長期化すること
	12	定期利用者が増加（予約床）すること
	13	緊急性のない突発的な利用希望があること
職員間の連携、施設の体制	14	併設施設間での看護師間の連絡・連携のまずさ
	15	ショートステイ利用に関わるケアマネジャーの知識不足
	16	医療サービスの限界があること
	17	利用者数が流動的で業務内容の変化が生じやすいこと
	18	週末の利用者の増加に伴い看護・介護体制の強化が強いられること
	19	利用者の状態に応じた居室の割り振りが困難なこと

障害者施設における入所者の健康生活の維持・向上をめざした健診・検診のあり方

近藤有子 安藤和子 戸嶋芳子 加藤智子 (飛翔の里 第二生活の家・健康部)
古川直美 杉野緑 北村直子 平岡葉子 (大学)

I. はじめに

障害者施設における健診・検診は障害の重度化や二次障害、入所者の高齢化による癌や生活習慣病の早期発見の目的を持つ。また、障害者が自らの健康を見つめ、健康づくりに取り組む機会としても重要である。本研究は、A身体障害者療護施設(以下施設とする)で生活する障害者一人一人の健康課題を明らかにした上で、健診・検診のあり方を検討し、さらに障害者の主体的な健康づくりにどのように活用できるかを個々の障害者ごとに検討し、方策を見出すことを目的としている。

今年度は、次の2点について取り組んだので、報告する。

1. 入所者個々について事例検討会を実施し、健康課題を明らかにする。
2. 健診・検診を活用した健康づくりグループ学習会の活動を振り返り、その成果を確認しつつ、活動の更なる充実に向けて検討する。

II. 方法

1. 対象

A施設では障害の程度に応じて編成された3つのグループでの活動があるが、その内、健康づくりの学習会に参加している1グループ11名を対象とした。A施設は入所定員30名であり、入所者の主な疾患は脳性麻痺、てんかん等で重複障害が多い。今回対象とした11名は、21歳～58歳であり、身体障害者手帳の障害の程度が1級であるものが7名であった。

2. 実施方法

1) 事例検討会

前年度に引き続き、対象の個別の情報(既往歴、生活歴、障害の程度、健診・検診結果、健康観等)を整理し、健康づくりに向けての問題及び今後の課題を見出す事例検討会を共同研究者間で実施した。事例検討の内容から個々の健康問題を抽出し、その要因や影響の拡がりや整理した。そして、健診・検診項目として何が必要か、また、影響の拡がりの予防に向けて取り組むべき課題は何かを検討した。

2) 学習会の振り返り

対象が参加した健診・検診を活用した健康づくりの学習会について、実施者である共同研究者と

共に活動を振り返った。学習会は9月・11月・1月に実施した。

3. 倫理的配慮

対象者には、本人が理解できる方法で、研究目的や方法、参加を拒否しても不利益を被らないこと等文書を用いて口頭で説明し、同意書をもって承諾を得た。なお、研究計画については岐阜県立看護大学研究倫理審査部会において承認を受けた(平成18年9月)。

III. 結果

1. 事例検討から見出した今後の課題

今年度において、1グループ11名全員の事例検討が終了した。全事例から抽出した健康問題は、四肢のしびれ、筋肉痛、便秘等腹部症状、脱水、ストレスによる過食、胃潰瘍、毛嚢炎等皮膚疾患、肥満、不眠等であった。

11名中8名が脳性麻痺であったが、基礎疾患からくる変形性脊椎症、不随意運動、筋緊張、関節拘縮等がみられた。このような骨・関節の障害は、活動時の疲労や痛み・痺れ、ADLの実施困難、運動量・活動量の低下をきたし、それが活動耐性の低下や筋萎縮・関節拘縮・骨粗鬆症の進行等、廃用性の変化を引き起こしていた。運動量・活動量の低下は、腸管運動にも影響し、便秘や腹部膨満等の症状を悪化させていると考えられた。清潔保持や水分摂取などが自立していない場合は、筋緊張による発汗から毛嚢炎を生じたり、脱水をきたしたりしていた。不随意運動がある場合は、打撲や表皮剥離等のリスクがあり、また、日常生活の中で転倒しやすく、容易に骨折してしまうリスクも抱えていた。筋緊張やけいれん等に対し、継続的に治療薬を服薬している入所者は、肝機能障害等の副作用が生じる恐れも考えられた。

病状の進行、運動量・活動量の低下は、機能低下や将来に対する不安をもたらす、不眠を引き起こしている入所者もいた。施設における集団生活は、人間関係や生活環境の変化等で入所者にストレスをもたらす、過食や胃の障害が生じる等の健康問題に影響していた。また、生活習慣の確立が困難であることから、肥満や高脂血症等の生活習慣病をもたらしていた。

加齢に伴う変化も見られ、難聴や白内障等によ

る視力障害は、生活範囲をさらに縮小させ、今までできていたことができなくなることによる自尊心の低下や生活意欲の低下をもたらしていた。更年期障害の症状がみられる入所者もいたが、ホルモンバランスの乱れに対して十分に対応できず、それがストレスや過食につながっていることもあった。

他にも、側弯があることからくる呼吸機能や消化機能の低下、口腔機能や嚥下機能の低下による誤嚥、神経の障害等による排尿困難、構音機能の障害による意思の伝達困難とそれに伴うストレスなどの健康問題が生じていた。

このように入所者は、障害や加齢、集団生活からくる様々な健康問題を抱えており、障害や体調を考慮した健診項目について検討することが必要と考えられた。視力や聴力検査、血液検査の項目等において、十分実施できていない現状もあるため、費用の面と合わせて今後検討していく予定である。また、疾患の早期発見と対応、二次障害の予防等入所者の生命・健康を守るためにすべきことの明確化、二次障害の予防や緊急時の対応を誰もができるような個別の健康問題を共有する方法の検討等が、課題として挙げられた。

今回の事例検討会は、看護職にとって、事例を丁寧に振り返ることで、入所者個々の健康問題を見直すことになり、系統的・総合的に専門分野の追求が大切であることの再認識や、看護職として何をすべきかを考える機会となった。

2. 健診・検診を活用した健康づくりグループ学習会

A施設では、年2回(2月・7月)の定期健診と、2月は30歳以上の入所者に腫瘍マーカーの検査を実施している。さらに市のサービスを利用したガン検診(大腸がん、子宮ガン、乳がん)を取り入れている。胃がん検診については、検診車での実施が困難であったり、嚥下障害等により実施が困難な状況もあったりするため、症状や訴えに応じて医療機関を受診し対応している。

これらの健診・検診の時期に合わせて、入所者が健診・検診の目的や方法、結果を理解し、自らの健康づくりに興味を持てる内容で学習会を実施した。今年度実施した3回の学習会については表に示す。

学習会活動を開始して2年が経過したが、入所者からは、「もっと色々学習したい」「毎月学習したい」との発言があり、学習意欲の向上がみられている。また、反復して学習することで入所者の自身の体に対する関心が高まり、知識の定着もみられている。入所者にわかりやすく必要なことを伝えるための学習会への準備を通して、職員が知識を再確認する良い機会ともなっている。しかし、現状ではすべきことへの対応に追われ、入所者が求めていることに対応できていないのではないかという思いも看護職には生じている。

今年度は、骨格系の二次障害予防に向け、骨格系のX-P撮影も実施した。入所者個々の骨格や関節の状態について確認できたので、その結果から療護職員とともに生活上の注意点、二次障害予防

表 今年度実施したグループ学習会

実施月	内容	方法	参加者の反応や成果
9月	7月の健診結果の説明 排泄機能(「おしっこについて知りたい」という入所者の要望に応じて)	健診結果の判定はB~Dであり、結果を説明しつつ、健康な生活(食事・睡眠・排泄・運動)が大切であることを説明。 体の仕組み、尿の生成と排泄などを図を用いて説明。尿がでないときはどんなことが考えられるかを説明。 膀胱容量を風船を用いて説明。	「うんうん」と話を聞き、わかっている様子であった。 入所者からでた疑問が解決でき、自らの体を知ることができた。
11月	(女性のがん検診を受診する5名を対象に実施) 女性の体について 女性の病気がん検診	体について図鑑を活用して説明した。 内診やマンモグラフィの方法を伝えるために、患者役と医療者役にわかれてロールプレイを実施した。	図鑑を熱心にみるなど興味をもって聞いていた。 スムーズにがん検診が受けられた。
1月	2月の健診にむけて腫瘍マーカーと一般血液検査について インフルエンザと風邪の違い、感染経路、症状、予防 ノロウイルスについて	腫瘍マーカー検査をはじめ、各健診項目について説明。 インフルエンザ、風邪の症状や治療、予防法(うがい、予防接種など)を説明。	予防策等自ら答え、日常生活でも食事前に手洗いをしていないなかまに声をかけている姿が見られる。学習会の積み重ねの成果が現れている。 肺炎はなぜ起きるのか、髄膜炎の症状、ノロウイルスの感染経路について質問・意見があった。 検査や健診の目的について質問があった。

への今後の取り組みを討議している。

今後は、健診・検診結果を活用し、入所者自身が二次障害予防に主体的に取り組めるよう支援することや、楽しく解りやすく、また、入所者が主体となった学習会になるよう、看護職の学習と工夫を重ねることが、課題として挙げられた。

IV. 今後の取り組み

事例検討会及び学習会の振り返りの結果より、今後の取り組みとして、以下の内容が挙げられた。

1. 疾患の早期発見と対応、二次障害の予防等、入所者の生命と健康を守る取り組みを明確にする。
2. 入所者から求められていることを再確認しつつ、現状の看護活動を見直す。
3. 二次障害予防への取り組みを入所者とともに学習、討議を進める。
4. 障害・健康への取り組みを職員間で共有し、緊急時対応をはじめ、医療活動を検討する。

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討論には、障害者施設での健診を担当している健診センターの看護職と知的障害者施設の看護職が参加した。

健診センターの看護職から、定期健診時の採血において、痺れ等の反応が捉えにくく、神経損傷が怖いという思いが話された。健診においては、健診担当機関から神経損傷のことも踏まえて同意書への記入を求められたことがあった、採血時に抑制を過度に行う施設もある等の発言もあった。しかし、討議に参加した看護職の中には、健診を繰り返すことで、入所者との面識もでき、お互いに慣れてくるので、反応を確認することができるのではないかと感じているものもいた。ただ、入所者の反応の方法について熟知している施設看護職の協力体制も必要と考えられ、次回健診時には対応したいと、A施設看護職より回答があった。また、A施設においては、入所者が程度、健診・検診内容や病気のことについて理解し、健診の必要性を認識して受けているので、抑制は必要ないとの意見があった。健診等同じ取り組みを繰り返すこと、勉強会による入所者自身が自分たちの病気に関して学習することの大切さについて、参加看護職間で共通認識が得られた。

他に、健診センター看護職からの要望として、駆血帯をすると過緊張になる入所者もいる為、事前に筋緊張が強まりやすい入所者の情報を提供してほしいこと、血液感染のリスク等考慮し感染

症検査を実施してほしいことが挙げられた。ただ、検査項目を増やすには、施設の費用供出の問題もあるため、施設の理解が必要である。施設の看護職から要望を出すだけでは実現できないこともあり、健診センターから施設に要望を出してもらう等、施設看護職を後押しする取り組みが必要であることも話された。

健診・検診の取り組みに関しては、入所者は「痛い」ということをうまく訴えられなかったり、訴えていても周囲が理解できなかったりするため、血液検査で腫瘍マーカーを取り入れたが、健診センターが資料を送付してくれる等協力してくれたこともあり、取り組みを進めることができたこと、A施設看護職より発言があった。他施設看護職からは、基礎疾患で脳性麻痺、てんかんのある方が発熱し、病院で胸部レントゲン検査を受けたところ胸膜炎であったが、検査時に肝がんのターミナル期であることが発覚したとの事例が提供された。食事はしっかり食べなければいけないとの考えのある方で、体調が悪くても無理して食べてしまっていたために気付くことができなかった、このようなことがあるのかと思うと怖く、今後どのように取り組んでいけばよいのか、悩んでいるとの事であった。腫瘍マーカー等の検査項目に関しては費用を要することから、施設管理者との調整を図りながら、健康を守る看護職として、検査項目を検討する必要がある。

学習会については、入所者が健診・検診の必要性を認識して受けている状況からも、学習会の成果が感じられ、よい取り組みであると肯定的に評価された。看護職は、様々な道具を作成する等、学習会の内容を工夫し、楽しく取り組んでおり、それにより入所者は、自分自身のことだけでなく、なかまのことも理解できるようになってきている。今後は地域の公的機関との連携もとりたいながら、学習会を発展させていきたいと、A施設看護職より発言があった。

A施設ではよい取り組みをしているが、他施設ではどうなのか、他施設との関わりはあるのかといった質問が参加者よりあった。他施設と協力したいが、近隣施設同士でのつながりは薄く、各施設で閉ざされている現状がある。また、祭り等の取り組みはあっても、近隣の居住者との生きた交わりが忘れられている現状もある。しかし、閉ざされた施設のままでよいはずもなく、外部の方がもっと入りやすい場、気軽に入所者に会いに行けるような場にしていく必要があることも課題として挙げられた。

育成期にある人々を対象とした看護

多胎児支援の方法に関する研究

名和文香 服部律子 谷口通英 堀内寛子 布原佳奈 宮本麻記子 両羽美穂子 (大学)
田口由紀子 福士せつ子 小木曾美喜江 (県立多治見病院・東1階)
桜井きよみ 日置富佐子 (多治見市保健センター)

I. はじめに

近年、急速に普及してきた体外受精や顕微授精に伴い、多胎妊娠率は増加している。1995年には、多胎分娩数は、出産千に対し8.97であったが、2004年には11.7と年々上昇している¹⁾。また、多胎妊娠は、単胎に比べて異常も多くハイリスク妊婦として厳重な管理を必要とし、周産期死亡率も高く、2004年では、双子二児ともの生存率は93.1%である²⁾。岐阜県での多胎妊娠の現状は、2004年で、双子259組、三つ子4組であり、多胎の出生率も出産千に対し13.9と、全国平均を上回っている³⁾。

さらに、多胎児の育児は非常に大変であり^{4,5)}、心身ともにストレスが高く⁶⁾、妊娠期からの不安を抱えたまま、育児期を迎える母親も多いため、母親と母親を支える家族のサポートがとても重要である。そのため、妊娠期からの多胎妊娠支援が活発に行われるようになり、多胎妊婦のニーズも高い⁷⁾。しかし、多胎分娩の数は増加しているが、地域によって取り組みが様々であるため、妊婦にとっての十分な支援にいたっていない地域もある。そこで、保健所、医療機関、多胎児サークル、研究者が集まり、交流や情報交換に取り組むことで、多職種が共同して行う支援の重要性が浮き彫りになった⁸⁾。そして、岐阜県では、今年「ぎふ多胎ネット」が発足し、多胎児の支援活動が活発に行われるようになった。本大学でも、多胎児支援方法について、地域や病院、多胎児サークルと共に連携しながら、双子のママパパ教室開催に昨年度から取り組んでいる。

II. 目的

妊娠期から育児期における、多胎児の母親とその家族に対する効果的な介入方法と、地域における多胎児支援について、多職種がどのように協働していけばよいかを考える。

III. 方法および結果

昨年度からの取り組みである双子のママパパ教室の実施および教室に関するアンケート、教室後のフォローアップのための調査を行った。

倫理的配慮として、本研究は研究倫理審査部会

の承認を受けており、対象者には、調査の趣旨の説明、参加は自由意思であり、個人は特定されないこと、データ管理について文書を用い説明した。また、同意書の提出により参加の有無を確認した。

1. 双子のママパパ教室の実施

1) 経過

多胎児サークルのネットワーク構築の取り組みとして昨年度より開催された。昨年は1回の開催であったが今年度は2回(6、12月)実施した。

2) 趣旨

教室開催の趣旨は次の3つである。

- (1) 妊娠中から、多胎児の分娩や育児など、正しい情報を得ることで、イメージを持つことができる。
- (2) 多胎妊婦同士の交流を図ることにより、情報交換や悩みなどの共有ができストレスの軽減につながる。
- (3) 多職種者やサークルが協力し、地域全体で多胎児支援を行うことによって、情報を共有でき、いろいろな角度から支援することができる。

3) 現地側の取り組み体制

双子のママパパ教室は、保健師、助産師、看護師、サークル、大学が協働して行うため、開催にあたっては相互に情報交換し計画した。教室終了後には、色々な立場から意見交換をし、現状と今後の支援について話し合うことができた。

4) 実施内容

- (1) はじめに：今回の教室の趣旨と今後の支援について紹介 (保健師)
- (2) 自己紹介：仲間作り (参加者全員)
- (3) 多胎妊娠中の日常生活の過ごし方：出産育児支援 (病棟助産師、大学服部)
- (4) 多胎の分娩と入院生活：出産育児支援 (病棟助産師、大学服部)
- (5) 育児・授乳・沐浴について：育児支援 (多胎児サークル)
- (6) 多胎児サークルの紹介と育児体験：仲間作り、パパの育児体験 (多胎児サークル)

5) 結果

(1) 参加者

多胎妊婦とその夫6組、多胎妊婦と同居祖母1組、多胎妊婦のみ5名の計18名が参加した。

(2) スタッフ

スタッフは、A 市保健師、B 病院助産師・看護師、C 市保健師、岐阜県立看護大学教員である。

(3) アンケート調査

①「教室の開催を何で知ったか」は、ほとんどの妊婦が【保健センターからのチラシ】【病院で勧められた】と回答していた。(表 1)

表 1. 教室の開催を何で知ったか (n=18)

	妊婦本人	夫	同居祖母	(人)
保健センターからのチラシ	4			
病院で勧められた	3	1		
保健センターからのチラシ	3			
および病院で勧められた				
みどふあどさんより	1			
妻に誘われた		5		
娘に誘われた			1	

②「年齢」は、30代が最も多かった。(表 2)

表 2. 年齢 (n=18)

	妊婦本人	夫	同居祖母	(人)
20代	3	1		
30代	8	5		
50代			1	

③「妊娠週数」は、12~31週であった。(表 3)

表 3. 妊娠週数 (n=11)

週数	人
12~15週	3
16~19週	2
20~23週	1
24~27週	2
28~31週	3

④「教室に参加した満足度」は、【期待通り】が 10 人、【まあまあ】が 7 人であった。(図 1)

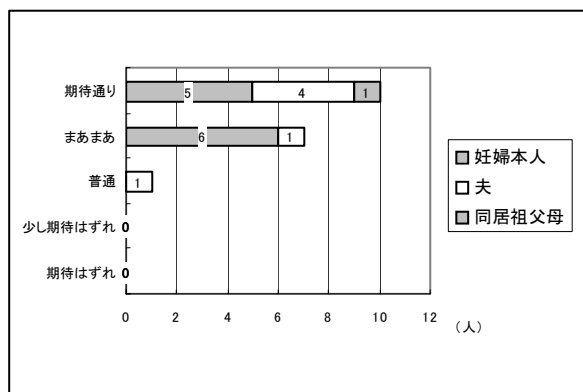


図 1. 教室に参加した満足度 (n=18)

⑤「知りたかった内容が含まれていたか」は、【ほぼ含まれていた】が 13 人、【大体含まれていた】が 5 人であった。(図 2)

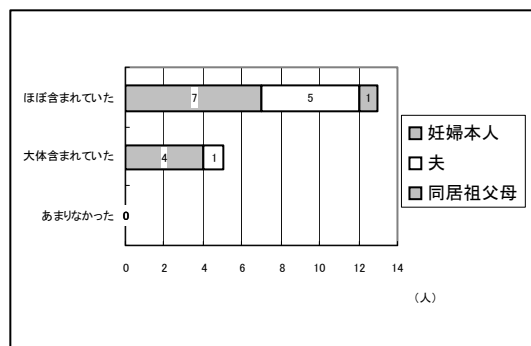


図 2. 知りたかった内容が含まれていたか (n=18)

⑥「将来、サークル活動に参加したいか」は、【参加したい】が 13 人、【特に考えていない】が 4 人であった。(図 3)

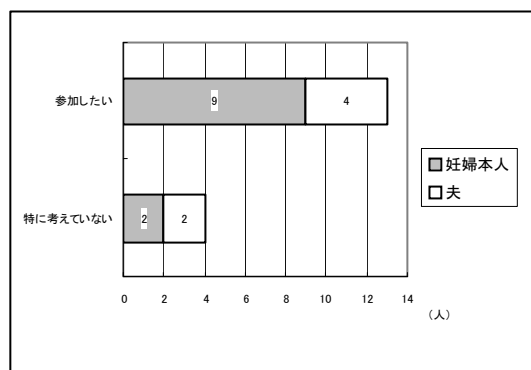


図 3. 将来、サークル活動に参加したいか (n=17)

⑦「夫以外の協力は得られるか」は、10 人の多胎妊婦が【得られる】と回答していた。また、協力できる人は誰かという質問には、義父母 2 人、実父母 3 人、両方 5 人と回答していた。(表 4, 5)

表 4. 夫以外の協力は得られるか (n=11)

妊婦本人	人
得られる	10
得られない	1

表 5. 協力できる人は誰か (n=10)

妊婦本人	人
義父母	2
実父母	3
実父母・義父母	5

⑧「多胎妊娠を知って感じたこと」は、妊婦本人、夫、同居祖母共に喜びと不安に関するものが多かった。(表 6)

表 6. 多胎妊娠を知って感じたこと (n=18)

(妊婦本人)
リスクが多いと聞いて不安ですが、単純にうれしい
嬉しいと思う前に、驚きと不安ばかりだった
周囲がとても喜んでくれている姿を見ると余計に不安になった
毎日無事に生まれて来てくれる事ばかり願っている
大変そうだなあと思った
すごくびっくりした(まさか自分が・・・)
大変だとは思ったが、将来的にひとりっ子ではないという事が安心だった
びっくり！というのが一番でした。うれしい反面、不安な気持ちも強かった
多胎と聞いてびっくり。色々と情報を仕入れるにつれ、不安も混じってきた
(夫・同居祖母)
まず育てられるのかどうか不安。普通の子が産まれるかいまだに心配
うれしいけど大変かなあ？
うれしいのと冗談みたいな感じで笑いがこみ上げた
全てが分からない事ばかりでしたので、参加して良かった
ビックリした
喜びと不安

⑨「教室後の交流会についての意見・感想」は、参考になる話や生の声が聞けたなどプラスの意見が多くみられた。(表 7)

表 7. 教室後の交流会についての意見・感想 (n=18)

(妊婦本人)
産む前にいろいろな心がまえができて、とても良かった
インターネットや雑誌等では得られない情報が聞けて良かった
具体的な子育て話が聞く事ができて良かった
参考になる話がいろいろとあった
とても勉強になった
先輩ママやパパのお話が参考になった
こんな機会はめったにないので、すごく心強かった。とても楽しかった
双子のお母さんお父さん、専門の機関の方のお話でとても役に立った
(夫・同居祖母)
参考になり、勉強になった
なんとかかなりそうな気がした
体験された方の生の声が聞けてとても参考になった

⑩「行政やサークルへの意見・要望」は、改善点などが挙がっていた。(表 8)

表 8. 行政やサークルへの意見・要望 (n=17)

(妊婦本人)
末永いお付き合いなど交流
行政で出産について改善してほしい
妊娠、出産にも保健が適用されるようになってほしい
初めての出産なので、まだよく分からない
(夫)
双子の経済的支援制度
特にまだ考えていない
少子化対策に多胎出産へのメリットを加えて欲しい

2. 双子のママパパ教室後のフォローアップ

1) 調査方法および調査対象

教室に参加した多胎妊婦のうち2名に対して、教室参加の約6週間後に、それぞれアンケート調査と面接調査を行った。調査内容は、主に親族の支援に関するもので、その他、医療・行政サービスについてである。

2) 結果

属性については、表の通りである。(表 9)

表 9. 属性

	妊婦A	妊婦B
年齢(歳)	20代後半	30代後半
妊娠週数(週)	30週前半	20週後半
妊娠の種類	不妊治療	自然
分娩回数	初めて	初めて
家族構成	夫	夫
里帰り分娩	あり (産前2ヶ月、産後1ヶ月)	あり (産後2-3ヶ月)
産後の手伝い	あり	あり
キーパーソン	夫・義母・友人	夫・実母・実姉

双子であるとわかった時の親族からの言葉として、嬉しかった言葉と、不愉快に感じた言葉の両方があった。また、妊娠中、不安に思ったことは、2名とも「あり」と答えており、「流産の危険性」「ハイリスク妊娠」を挙げていた。妊娠中の親族からの発言や援助で良かったことは、「双子の話題を聞いてきて教えてくれる」「考えすぎ、心配しすぎ、大丈夫と言われる」等であり、良くなかった発言は、「外出はだめ」「多少は動かないとね」「病気じゃないんだから動いても大丈夫」等であった。今後、親族へどのような援助を望むかという質問は、「こころの支え」「家事の手伝い」「赤ちゃんのお世話」等であった。医療・行政サービス、親族以外の援助で良かったことは、「サ

ークルや教室」であり、良くなかったことは、「双子は偶然？ときかれること」「双子を診てくれる病院が少ない」「双子の情報が少ない」等であった。今後、あればよいと思う医療・行政サービスは、「出かけやすい街作り」「多胎妊娠を管理できる病院や医師を増やす」等であった。それぞれの質問に対する詳しい回答については表 10 に示す。(表 10)

表 10. 質問の回答

質問項目	妊婦 A	妊婦 B
①双子だとわかった時の妊婦自身の気持ち	やったー 一度に二人も授かった	びっくりして、喜べなかった
②双子だとわかった時の親族からの嬉しかった言葉	実母：良かったね	夫：二人いっぺんに授かって良かった 夫の家族：双子が欲しかった
③双子だとわかった時の親族からの不愉快に感じた言葉	なし	実母：なんで双子なの？ 実姉：双子なんてうちの家系にはいない
④妊娠中に不安に思ったことはありますか？	初期：ハイリスク妊娠になること、流産のリスクが高いと聞いたため、安定するまで不安	初期：流産しないかどうか不安 一人が大きくならなかつたらどうしよう
⑤身体上のトラブルについて	出血、胆石の痛み 肝機能上昇	つわり、頭痛 鼠径部痛、腰痛、胃痛
⑥赤ちゃんのトラブルについて	なし	なし
⑦親族の発言や援助で良かったこと	夫：考えすぎ、心配しすぎ、大丈夫	夫：おなかが大きくなってから家事全般を手伝うようになってくれた 義父母：ベビーカーを借りてくれた 双子の情報提供
⑧親族の発言や援助で良くなかったこと	夫・祖母・義母：やっぱり多少は動かないとね	夫：初期は非協力的 冷たい時もあった 義父：病気ではないから大丈夫 親族：安静にしろと言われるのがストレス
⑨親族からの援助として望むこと	夫：心の支え、育児全般の協力、少しの家事 実母：里帰り中の家事 義母：健診の付き添い、買い物	親族：普段どおりでいい、気を遣ってほしい 実母：沐浴

質問項目	妊婦 A	妊婦 B
⑩医療施設や行政サービス、近隣者の発言や支援で役に立ったこと	双子サークルやママパパ教室で、先輩ママから妊娠中の色々なトラブルとか、言われても気にしなくていい事などが聞けたため、出血した時も落ち着いていられた	双子のサークル紹介 通院中の病院はほとんどが助産師なので色々話を聞いてくれる 友人：「ラッキーね」と言われたこと
⑪医療施設や行政サービス、近隣者の発言や支援で嫌だと感じたこと	「双子は偶然？」と聞かれること	友人：「二人は大変よ」「薬飲んだの？」「病院に通ってた？」と言われること 病院の対応：診察時間が短く、聞きにくい 多胎児に詳しい医師や管理可能な施設が少ない
⑫妊娠・育児中にあればいいと思う医療・行政サービス	沐浴の実践など、実感がわいていいと思う 双子のサークルは今から楽しみ	出かけやすい街作り 多胎妊娠を管理できる病院を増やす

IV. 看護実践の方法として改善できたこと

昨年までは、教室参加後のフォローアップが行われていなかったが、今回の結果より、妊娠期から育児期にかけて一連のフォローアップが必要であることがわかり、継続していくことの重要性が示唆された。

V. 現地側看護職者の受け止め

医療施設、行政、サークル、教育の協働により、様々な視点からサポートし、それぞれの担う役割と連携の大切さについて考えることができた。

VI. 考察

教室の開催について、保健センターからのチラシと病院で勧められた妊婦がほとんどであった。また、A市保健センターが、近隣の市の保健所にも呼びかけ、広域からの参加者もあった。このように、多胎児の数は増えていながらも岐阜県では、地域に数例あるかないかという状態であるため、それぞれの市での開催ではなく、広域への呼びかけによって対象者を集めることができ、より多くの妊婦が参加することができた。このように行政同士が情報を共有し、協力し合いながら支援を行っていくことが必要である。

また、調査結果から、教室へのニーズやサーク

ルへの期待が高いことが明らかになった。それぞれの職種が役割をもち、多様に対応するためにも、多職種が関わり合いながら、支援することが大切であると分かった。

多胎妊婦とその家族は、喜びと不安の中、妊娠期を過ごし、不安や問題を抱えながら育児期へ入ることも多い。できるだけ、不安や疑問をすぐに解決し、安心して妊娠期を過ごすことができるよう、サポートを行っていくことが重要である。そのためにも、教室の参加だけに留まらず、その後の妊娠期から育児期にかけて一連のサポートが必要である。今年度より、教室後の調査を行ったが、教室では得られない情報や、多胎妊婦の思いなどが明らかになった。今後も、継続した保健指導や相談を行い、個別に必要な場合や、ニーズがある場合は、すぐに対応できるようなシステムを作る必要がある。

Ⅶ. まとめ

1. 双子のママパパ教室は、妊婦とその家族にとって、情報を得るだけではなく、サークルから生の声を聞いたり、妊婦同士が話すことによって、悩みなどの共有を図ることができ、育児のイメージ作りに有効であった。
2. 教室後の調査によって、出産までのフォローと育児期にかけての一貫したサポートが必要であることがわかった。
3. 家族や行政・医療サービス、サークルなどのサポートが充実し、いつでも相談できる場があることによって、安心して妊娠期や育児期を送ることが重要である。

Ⅷ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 双子のパパママ教室開催について

教室開催のきっかけについて質問があった。この教室開催のきっかけは、サークルが病院訪問することから始まった。また、A市の保健師との連携もあったことや、サークルのメンバーの中に、保健推進委員がおり、ボランティアで支援を続けていた。その実績が認められたことと、行政と医療機関、サークルが取り組むことのできる環境が整っていたことで、大学側がサポートしながら始めることができた。また、この教室はA市に限定せず、広域の保健センターが協力して実施している。現在、A市のみが双子の教室を開催している。この教室は、多胎妊婦及びその家族からの需要が高く、他の地域でも開催されることが望まれるため、より多くの地域で取り組むことができるよう、

教室の必要性を多職種者に周知させ、協力していくことが必要である。

2. 双子のママパパ教室の周知について

参加していない人への対応について、話し合われた。入院している人や、教室に参加している人は良いが、参加できない人への支援が重要である。母子健康手帳配布時に、多胎妊娠テキストやパンフレットを配布したり、病院の外来にパンフレットを設置するなど、できるだけ目に触れる機会を設けることが必要である。

3. 妊娠中からの関わり方の必要性について

昨年は、教室後の支援に取り組むことができなかったが、今年度より、教室後の支援を妊娠期～育児期にかけて行うことが必要であると考え、アンケート調査および面接調査を行った。教室では、正しい知識を得たり、育児のイメージを持つことができるが、十分気持ちを吐き出すことができなかつたり、教室後に疑問点が出て不安になることもある。よって、問題をすぐ解決できるよう、いつでも相談できる場を提供したり、常に支援してくれる人がいるという安心感を持つことができるよう、支援していくことが必要である。

4. 多胎妊婦とその家族を支援していくための病院と地域の連携について

A市では、多胎の本を図書館に置き情報提供を行っている。また、他の市では、双子の出産後の集いを行っており、参加を望む人も多い。行政だけではなく、母親同士がOB的な役割を担いながら行えるようにし、情報交換を行う必要がある。また、多胎妊婦の不安は多いため、病院と連携を取り、正しい情報提供を行うことが大切である。地域での多胎児支援はまだ少ないが、ニーズは年々高まっている。多職種が専門分野を持ち寄り、補いながら、多胎妊婦とその家族を多方面から支援していく必要がある。

文献

- 1) 財団法人母子衛生研究会：単産-複産（複産の種類）別にみた年次別分娩件数及び割合（平成7年～平成16年）、母性保健の主な統計、母子保健事業団；58, 2005.
- 2) 前掲1)
- 3) 前掲1) 59.
- 4) 服部律子：乳時期の双子を持つ母親に関する分析と考察～育児の大変さとその支援について～、ペリネイタルケア, 21 (8)；78-84, 2002.
- 5) 藤原由美子, 藤原由美, 須山由梨子：多胎

児をもつ母親の育児に関する産前・産後の
悩み事-子育て中の母親の意見から-, 日本
看護学会論文集母性看護, 35 ; 137-139,
2004.

- 6) 尾前沙織, 谷尚子, 安代晋吾, 他: 双生児を
育てる母親の生活実態の検討, 藍野学院紀要,
19 ; 59-66, 2006.
- 7) 芦田慎子, 原田由紀: 双胎の育児をする母親
を支える要因-双胎と単胎の母親に対するア
ンケート調査を比較して-, 日本看護学会論
文集母性看護, 35 ; 134-136, 2004.
- 8) 服部律子, 布原佳奈, 名和文香: 地域にお
ける行政と育児サークルが協働で行う多
胎児支援, 岐阜県立看護大学紀要, 7 (1) ;
29-35, 2006.

母子に関わる看護職者向けの母乳育児支援プログラムの開発およびその効果の検討

布原佳奈 服部律子 谷口通英 堀内寛子 名和文香 宮本麻記子 大法啓子 (大学)

高田恵美 高田恭宏 (高田医院)

はじめに

2003年に母乳育児支援ガイド¹⁾が発刊され母乳育児支援に関わる専門家向けに世界共通のガイドラインが示されている。しかし、「赤ちゃんにやさしい病院」(Baby Friendly Hospital:以下BFH)に認定された一部の先進的なクリニックや助産院を除いて、依然として規則授乳や日令に準じた人工乳を補足する授乳指導が行われているのが現状である。平成17年度乳幼児栄養調査²⁾によると、妊婦の52.9%ができれば母乳で育てたい、43.1%が是非母乳で育てたいと考えており、計96%が母乳で育てたいと希望している。しかし、出産後3ヶ月の時点で実際に母乳育児が確立している母親は38%であり、妊娠中から卒乳までの継続的な支援が求められている。

なお、WHO/UNICEFは母乳育児成功のための10か条³⁾を長期にわたって実践している施設をBFHに認定しており、岐阜県内での認定施設は2施設のみである。

これまでの取組み

<H16年度>

県内の母乳育児支援の実態調査を実施した。「母乳育児を推進している施設」と「どちらかと言えば母乳育児を推進している施設」には、取組み内容、母乳率に差のある傾向が明らかにされた⁴⁾。

<H17年度>

赤ちゃんにやさしい病院の利用者によるケアの評価について調査を行った。その結果、妊娠中から情報提供をすること、入院中は夜間でもそばについて授乳指導があること、褥婦の自信を高めるような関わり、退院後では早期からのサポートが大切であることが明らかになった⁵⁾。

H17年度の共同研究報告と討論の会では、参加者より母乳育児支援に自信がなく、従来どおりの指導をしている、他施設の看護職者と情報交換したい等の意見があった。

I. 目的

本研究の目的は、1. 岐阜母乳の会と共に岐阜県の母子に関わる看護職者向けの母乳育児についての現任教育の内容を検討する、2. 検討した現任教育を実施し、母乳育児について学びつつ、それぞれの現場のもつ課題を共有することの効果を検討することである。

II. 方法

1. 現任教育の検討: 昨年の討論の会でのディスカッション、岐阜母乳の会が主催した講演会における参加者の反応をもとに、参加者のニーズの観点から内容、方法について共同研究者で検討し、メールのやり取りにて修正を加えた。

2. 現任教育の効果の測定: 現任教育をワークショップ形式で開催した。以下、現任教育をワークショップとする。グループディスカッションの内容について共同研究者で分析を行った。ワークショップ終了後に、評価のための質問紙調査を行った。

3. 調査参加者: ワークショップの参加者およびその後の評価のための質問紙調査への同意が得られた看護職者

4. 倫理的配慮: 本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を受けている。ワークショップ後の調査では、文書を用いて調査の趣旨を説明し、参加は自由意思であること、個人が特定されないこと、データの管理について説明し、同意書の提出をもって意思確認した。

5. 現地側の取組み体制: これまでに岐阜母乳の会で開催した講演会等の参加者の反応をもとに現地側と大学側が協同してワークショップの内容を検討した。現地側の研究者は、BFHの取組みの実際について講義し、会場からの質問に母乳育児の専門職の立場から応じた。またグループディスカッションにもメンバーとして参加し、スタッフ教育のあり方、退院後のサポートについて話し合った。共同研究報告と討論の会に参加し、参加者からの質疑に応答した。

Ⅲ. 結果

1. 現任教育の検討

1) ねらい

対象：県内で母乳育児に関わる看護職者

- ・ 県内の身近なモデルである赤ちゃんにやさしい病院の実践活動を知る。
- ・ 母乳育児の背景にある理論を知る。
- ・ 組織的に母乳育児支援に取り組むきっかけになる。
- ・ 日頃、困っていること、工夫していることを気軽に話し合い、情報交換できる。

2) 方法：講演会とグループディスカッションを含むワークショップ形式で行うことにした。

3) ワークショップのプログラム

(1) 講演会の内容(85分)：

- ①赤ちゃんにやさしい病院 イニシアティブ：
高田医院 助産師・IBCLC（国際認定ラクテーション・コンサルタント）高田恵美
- ②母と子どもの関係から母乳育児を見直そう：
看護大学 谷口通英
- ③母乳育児を組織的に取り組むために SWOT 分析の紹介：看護大学 布原佳奈

なお、SWOT 分析とは、状況を強み、弱み、機会、脅威の4つの観点から分析する方法である。

(2) グループディスカッション(60分)：

県内の母乳育児支援に関わる看護職者の情報の共有および課題の明確化を目的に小グループによるフリーディスカッションの時間を1時間とった。

2. ワークショップの状況

1) ワークショップ参加者の属性

表1のとおり、助産師が半数以上を占めていたが、看護師、保健師の参加があった。

表1 ワークショップの参加者の属性

職種	人数
保健師	2
看護師	4
助産師	24
看護学生	7
教員(助産師)	6
計	43

2) グループディスカッションについて

6グループに分かれて和やかな雰囲気の中、フリーディスカッションが行われた。ディスカッションの内容を分類したところ、以下の3カテゴリーに分類された。困っていること・課題および知りたいことについては、グループメンバ

一間で情報交換し、解決に向けてのヒントを得ている場面が多くみられた。

(1) 困っていること・課題

- ・ 病棟では従来からの授乳指導が続いており個人レベルでは新しいやり方を取り入れるのは難しい。(クリーンコットン中止など、エビデンスに基づいたケアの取り入れ)
- ・ スタッフのモチベーションを上げる方略
- ・ スタッフ間の意見の相違への対応
- ・ 看護職と医師、産科と小児科の認識の相違
- ・ 退院後の母乳育児支援について(母乳育児と補完食との関係。早期に離乳食を勧められて、母乳分泌がダウンしてしまった)
- ・ BFH 取得に向けての課題(母乳育児を支援するグループ作り、事務職員の理解、混合病棟における取組みの難しさ)

(2) 知りたいこと

- ・ NICU での母乳育児支援の方法(低出生体重児の母親は搾乳をする必要があるが、勧めるとストレスになるのではないかと。搾乳を楽しくやるための援助はないか。ベビーだけがNICUに搬送される例も多く、母子分離の中の支援方法がわからずスタッフのモチベーションも低い)
- ・ 母乳育児の希望が強いにも関わらず、乳児の体重増加が思わしくない場合の対応(何を基準に判断したらよいかかわからない。卒前教育ではそこまで習っていない)
- ・ 搾乳器の適切な使用方法
- ・ 母乳分泌の少ない時期の補足の考え方
- ・ 妊娠期の乳房チェックの必要性について

(3) 工夫していること、取組み

- ・ 母子保健連絡会議があり助産師と保健師が情報交換をしている。
- ・ 母乳外来の活用方法(母乳育児支援外来があり、全員参加してもらえようように利用券を渡し、他院で出産した母親も受け入れている。退院後、1週間目に電話訪問、2週間に来院してもらっている)
- ・ 母児同室にしてから母乳率が30%上がり、一ヶ月健診でも下がらない。
- ・ 伝統の技(飲ませ方。乳房緊満時の対応。乳管開通について)
- ・ 母乳育児継続のための家族への支援(祖父母の前で意図的に指導している。家族に見守りをお願いしている)
- ・ 母乳育児に向けての母親への教育(最初は分泌が少なくて吸われることで出るようになる

ことを教え、無用な落ち込みを避けるようにしている。「できれば母乳で」を「是非母乳で」に意識をアップさせたい)

- ・母乳育児についてスタッフのモチベーションを上げる方略（まずはトライアルでやってみる、看護師にできること、助産師にしかできないことを区別して業務整理する。よいケアをしてセルフケアレベルが上がると、逆にトラブルが減少して手がかからなくなり、母親からもよい反応が得られる。)

3. ワークショップに対する参加者の評価

- 1) ワークショップ後の質問紙調査の参加者
助産師が全体の 7 割弱であったが、看護師、保健師の参加もあり計 29 名であった(表 2 参照)。調査参加者の臨床経験年数は 6 年未満と 6 年以上がおおよそ半数ずつであった(表 3 参照)。
- 2) ワークショップの参加動機
母乳育児に対する学習ニーズ 16 名と一番多く、次いで他施設との情報交換を求める者が 13 名であった(表 4 参照)。

表 2 ワークショップ後の調査参加者の属性

職種	人数(名)
保健師	1
看護師	3
助産師	19
看護学生	6
計	29

表 3 調査参加者の臨床経験年数

臨床経験年数	人数(名)
なし	6
3 年未満	4
3 から 6 年未満	3
6 から 10 年未満	6
10 年以上	9
無回答	1
計	29

3) ワークショップの時期および構成

ワークショップを開催した時期については全員が適切であると回答した。しかし、5 名が時間配分を変更した方がよいと回答しており、5 名全員から時間を長くにとって欲しいとの希望があった(表 5 参照)。

表 4 ワークショップの参加動機(複数回答あり)

内容	人数(名)
母乳育児について知りたかった	16
母乳育児に携わる他施設の看護職者との情報交換	13
BFH の活動について興味があった	8
ワークショップ形式で学習できるから	6
母乳の会と看護大学との共催企画だから	6
その他	5
計	29

表 5 ワークショップの時間配分

内容	人数(名)
適切であった	22
変更した方がよい	5
無回答	2
計	29

4) ワークショップ内容の評価

(1) 講演について

「赤ちゃんにやさしい病院 イニシアティブ」「母と子どもの関係から母乳育児を見直そう」「母乳育児を組織的に取組むために SWOT 分析の紹介」について、ほぼ全員から参考になったとの評価を得た(表 6・7 参照)。参加者の意見としては以下のとおりであった。

- ・実際の行動のレベルがわかった
- ・うちの病院でもできることから取組んでいきたいと思った。(たくさんできそうなことがあったので)
- ・目からうろこでした。勤務している病院スタッフに、戻って報告しようと思う。
- ・自施設の現状にショックを受けた。とてもよい活動だと思う。
- ・産褥期の母親(女性)の状況、及び心理が系統的に理解できた。
- ・SWOT 分析はぜひ使用してみたい。
- ・意欲を持つスタッフがおかれている環境を分析して、取組んでいくことの大切さを痛感した。

(2) グループディスカッションについて

ワークショップで十分に情報交換ができたと回答した者は 6 名のみであった。ワークショップ終了後も会場で交流を深めている参加者も多くみられた(表 8 参照)。

(3) ワークショップ全体について

約 90%の参加者がワークショップを通して課

題に対する手がかりや方向性が得られ、全員がまた参加したいと回答していた(表 9・10)。参加者の意見としては以下のとおりであった。

- ・助産師ばかりでなく、看護師、保健師がいてさまざまな意見、観点が聞けた。
- ・さまざまな施設での取組みが聞けて、実践しやすい。
- ・他施設の情報を得ることで、自施設を客観的にみることができる。
- ・アットホームでいろいろ話ができてよかった。
- ・モチベーションが高まる。

表 6 赤ちゃんにやさしい病院インシアティブの評価

内容	人数(名)
参考になった	14
とても参考になった	14
無回答	1
計	29

表 7 母と子どもの関係から母乳育児を見直そう及び母乳育児を組織的に取組むために SWOT 分析の紹介の評価

内容	人数(名)
とても参考になった	14
参考になった	13
あまり参考にならなかった	1
無回答	1
計	29

表 8 グループディスカッションでは情報交換ができたか

内容	人数(名)
情報交換できた	22
十分に情報交換できた	6
無回答	1
計	29

表 9 ワークショップを通して課題に対する手がかりや方向性をつかめたか

内容	人数(名)
得られた	17
かなり得られた	9
無回答	3
計	29

表 10 また参加したいか

内容	人数(名)
参加したい	15
是非参加したい	14
計	29

4. 自施設で取組みたい課題

- ・ 出産後、30分～45分以内での直接母乳開始
- ・ 母児早期接触、カンガルーケアの実施
- ・ 出生直後からの24時間母児同室
- ・ 母乳育児の意欲が持続できるような NICU の関わり
- ・ 小児科医との連携
- ・ 混合栄養から母乳に移行する時の援助
- ・ 母乳育児確立までの支援
- ・ 家庭訪問など、退院早期のサポート
- ・ 母乳育児をあきらめる母親の要因を明らかにして、課題をしっかりと捉えてみたい。(人工乳のみの母親は少ないが、混合が多く、4ヶ月児健診後、母乳のみ、ミルクのみのどちらかに分かれるのが主になっている)
- ・ 母乳外来の開設
- ・ 祖父母への教育
- ・ 院内学習会の充実
- ・ スタッフ間の支援の意気込みを確立、目標を定める。

5. 現地側の受け止め

大学とつながることで、助産師だけでなく、母乳育児に関心をもつ保健師や看護師との意見交換ができた。自施設以外の課題がわかった。将来の母乳育児支援を担う看護・助産学生の参加は意義が大きい。

6. 実践の改善

まだ各施設における直接的な実践の改善は確認できてはいない。しかし、今回のワークショップを通して BFH の具体的な取組みを知ったこと、他施設との情報交換ができたこと、看護 3 職種それぞれの立場を理解することができたと考えられた。母乳育児支援に関わる看護職者がエンパワーされ、自施設の課題を再認識し、課題に取り組むモチベーションが高まることで、今後、実践の改善につながると考えられた。

IV. 考察

ワークショップの講演の内容、グループディスカッションにより現場のもつ課題や工夫点を

共有できたことに対し、参加者より概ね肯定的な評価を得た。しかし、このことが実践の改善につながったかどうかの評価はこれからの課題である。

現在、岐阜母乳の会は年 2 回、講演会を主催しており県内の母乳育児に関わる医師、看護職者および母親が積極的に参加し、母乳育児に関する最新の知見を得る機会がある。

本ワークショップの役割は、①身近で具体的な実践例の紹介、②他施設との情報交換、③看護 3 職種それぞれの立場からの意見交換、④母乳育児に関わる看護職者のネットワーク作りがあり、これらを通して、学んだことを現場で実践に移す足がかり的存在となることである。

今回のグループディスカッションより、母乳育児支援に取り組む看護職者であっても抱える課題は多様であったため、次年度は NICU における取り組み、家族への支援などテーマを設定し、議論を尽くす方法を検討する必要がある。今回の評価をもとに次年度もワークショップを継続して開催する予定である。

< 次回のワークショップの案 >

○講演(90分)：

- ・赤ちゃんにやさしい病院の活動紹介
- ・少しでも改善しようとしてがんばっている施設の組織的な取り組みの実践例
- ・NICUでの母乳育児支援

○グループディスカッション(90分)：

○発表(15分)

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. NICU での母乳育児支援について

- ・低出生体重児にとって母乳は重要であるので、母乳の分泌が少ない時期には綿棒や注射器を使用してわずかであっても児に与えるようにしている。NICU には看護師しか配置されていないため、分からないことも多く、スタッフの意識作りや勉強会をする予定である。退院後のフォローが課題である。
- ・小児科医の母乳への理解がある。NICU では母乳を推進し、乳房の状態もよく観察しているが、精神的ストレスにならないように考慮している。特に退院後の自己搾乳が大変であり、精神的フォローが必要である。
- ・産婦人科に母乳外来があるが、スタッフは日替わりで、乳房マッサージの資格がある者でもない。技術面で課題はある。また母体搬送などで遠方から来ている方も多く、退院

後、遠方や、地域の助産院などにどうつなげていくかも課題である。

- ・児が NICU 管理となり母子分離になった場合、子どもがそばにいない状態で搾乳を継続し、母乳分泌を促進するセルフケアを続けていく難しさがある。低出生体重児ならではの情報提供を行い、単なる搾乳ではなく、直接母乳を目指したおっぱいづくりという位置づけで支援をしている。低出生体重児を産んだからこそ母乳をがんばりたいという母親の気持ちを支える肯定的な関わりが必要である。母親の意欲の低下しやすい時期をねらって効率よく介入し、業務をそれほど増やさずに支援することも可能である。母親が NICU に来るまでの産科病棟での乳房ケアも大事である。

2. 帝王切開後の母親への母乳育児支援について

- ・ハイリスク分娩を多く扱っており、スタッフが母乳育児支援に十分に関わることが難しい状況である。特に帝王切開の場合、母親が NICU へ行くところに乳房の緊満がみられて授乳が難しい状況になりやすい。
- ・ハイリスクとローリスクでは同じ扱いはできないが、帝王切開であっても母乳育児に向けて産褥早期からできることはある。例えば手術室内での直母、できるかぎり母児を引き離さないようにし、赤ちゃんをなぜる、歌を歌うなど、母親として赤ちゃんのためにできることをしてあげたいという気持ちを大事にしたケアが有効である。

3. 補完食について

- ・母乳を惜しみなく飲ませながら卒乳までの間に栄養必要量を満たすために補完食という考え方が広まりつつある。厚生労働省が授乳・離乳支援ガイド(案)を作成し、今、パブリックコメントを求めているので、自分たちの意見を反映させるよい機会である。

4. 育児支援における施設と地域の課題

- ・保健師として家庭訪問で出会う事例の中には、母乳育児に熱心な病院で出産し、本人としては一生懸命取り組んだが結果的に混合栄養になった場合、母親としての自尊心が低下していたことがあった。母乳育児に関する勉強会開催して、医療機関と地域が連携して母乳育児に取り組む体制をつくりたい。

文献

- 1) UNICEF/WHO : Breastfeeding Management and Promotion in a Baby-Friendly Hospital: an 18-hour course for maternity staff, 1993, 橋本武夫, 母乳育児支援ガイド;医学書院, 2003.
- 2) 厚生労働省 : 平成 17 年度乳幼児栄養調査, 2007-02-20, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/06/h0629-1.html>
- 3) 前掲 1)
- 4) 服部律子, 谷口通英, 堀内寛子他 : 岐阜県における母乳育児支援の実態調査, 平成 16 年度共同研究報告書 ; 56-60, 2005.
- 5) 服部律子, 谷口通英, 堀内寛子他 : 施設・地域における母乳育児支援の課題と方法に関する研究, 平成 17 年度共同研究報告 ; 83-88, 2006.

乳幼児をもつ養育者の健康管理意識を育成する支援の検討

谷口恵美子 泊 祐子 石井康子 長谷川桂子 西田倫子 宮本麻記子 松下光子 坪内美奈 (大学)
高橋直恵 樋口千香子 三輪まゆみ 村林明子 大橋民佳 (大垣市民病院)

I. 取り組みの過程と目的

看護師には、入院患者に対し入院環境を整え、安全対策を確実に行う責務がある。乳幼児は自ら危険を回避する能力に乏しく、乳幼児にとっての環境の安全性は、その周囲にいる大人によって左右されるといっても過言ではない。乳幼児の入院環境では家庭とはまったく異なり、その一つにサークルベッドがある。これは床面からの70cm程度の高さがあり、ここからの転落は子どもに重大な身体的外傷を与える危険がある。しかし転落事故の報告は後を絶たず、多くの施設でその対策が検討されている。

A病棟においても同様であり、子どものベッドからの転落事故に対して平成17年度から研究的に取り組み、①転落の危険とベッド柵の必要性の説明を入院時と入院3日目に行う、②転落防止を訴えるポスターを貼り1ヶ月ごとに貼り替えるという対策を実行した。その結果、前年度と比較すると事故件数は減少した。しかし転落事故が全く無くなったわけではなく、今回共同研究として本学とともに取り組み、転落事故のケースについての検討を深めることにした。この結果により転落事故についての考察が深まるとともに、現地側の事故防止対策を検討するための一指針となることを目的とした。

II. 方法

調査方法は次の2点が検討された。

1. 事故報告記録からの分析

A病棟の事故報告記録を用いて、過去に発生したベッドからの転落事故の状況について把握する方法が考えられた。しかし事故当時についての詳細な記載が無く、ここからの分析は不可能と判断した。

2. 養育者へのインタビュー

転落事故被害児に付き添っていた養育者を研究対象とし、事故当時の状況のほかに事故に遭ったときの思いや子どもへの安全管理についての考えを把握するインタビュー調査を行った。事故直後は養育者の気持ちが動揺していると考えられ、インタビューは事故の翌日に行うことにした。調査は現地側研究者が主体に行った。倫理的配慮として文書と口頭で研究参加は自由意志であり、

拒否しても治療やケアに影響がないことを説明した。なお本学研究倫理審査部会の承認を受けた。

III. 調査期間ならびに調査対象者

調査期間：平成18年6月から8月まで

調査対象者：転落事故被害児の養育者6名

IV. 結果

6件の事故での柵の使用状況は、中段までしか上げていなかった2件、中段まで上げていたがストッパーにはまっていなかった1件、柵を上げていなかった3件であった。事故発生状況は、養育者が廊下に出ていた事例が1件で、他5件は養育者はベッドサイドにいたが児から目を離したときに事故が発生していた。

このような状況に至ったときの養育者の思いは「子どもは座っていると思っていた」、「(中段まで)柵をしていたのでまさか落ちるとは思わなかった」、といった子どもの行動についての思い込み、中段まで上げている柵の安全性への過信が聞かれた。また「落ちるのは0歳くらいの子もかと思っていた」、「3歳でも油断してはいけない」と子どもの身体的発達の特徴を十分に認識していない発言がみられた。

今後どのようなことに気をつけたいかについての問いには、「柵を上段まで上げる」、「柵を上げることを徹底する」といった柵を上段まで上げることに對して意識が高まったほか、「視野から離れるときは上段まで上げる。ベッドには何も置かないほうが良い」といった具体的な対策も挙げられた。さらに看護師に対して、柵を上げることに對して更なる徹底した指導をしてほしいとの要望が聞かれた。詳細は表1のとおりである。

V. 考察と今後の指導内容改善に向けての見解

柵は常に上げておく必要があるが、養育者が養育を行うときに自分自身のやりやすさを優先し、柵を下げることは十分考えられる。しかしほんの些細なすきに子どもが転落の危機にあるということを、養育者が認識せずに行っていた。また子どもの年齢に応じた身体的発達と、その時期に発生しやすい事故を十分認識していない養育者がいた。養育者によって子どもへの安全管理のための準備状況は異なり、日常子どもを見ているからと言って子どもの特徴を正しく認識していると

表 1：転落事故発生状況と付き添い者から話されたこと

	事故の発生状況	養育者が感じたこと	これからしていきたいこと	看護師への要望
A	9ヶ月 子どもはベッドの真ん中から端のほうに寄っていた。母は畳(注)の上で物を取ろうとしたため反対側を向いた。ベッド柵は中段になっていた。	子どもが立つときは、いつも座らせるようにしていたので、子どもは座っているとと思った。	柵は上段まで上げるようにしていく。	柵を上段まで上げるようにして行くこと。
B	9ヶ月 母が廊下のアルコールで手洗い中。10秒くらい。子どもは、ベッドで立っていた。柵は中段だった。ベッドの位置とか、考えていなかった。	柵をしていたので、まさか落ちるとは思わなかった。	上段まで柵を上げる。	柵の位置について。
C	1歳5ヶ月 (自分は)ベッドの真横にいた。子どもと平行にいた。兄は頭のほうで遊んでいた。子どもは柵のそばにいた。兄が柵に寄りかかって、中段まで上げていた柵が落ちた。	柵をあげることはしていた。中段のストッパーがうまくはまっていなかった。	柵を上げることを徹底する。	柵をあげることを徹底する。
D	1歳5ヶ月 食事をするとき、いつも柵をおろしていた。子どもは食事のため、端の方にいた。母はベッド側にいたが、物を取ろうとして背を向けた。	柵を上げていなかった。	柵を上げる必要がある。	柵を上げることの説明。
E	2歳9ヶ月 母は後ろを向いていた。子どもはベッドの上で立って上下になり遊んでいた。	特になし。	視野から外れるときは、柵を上段まで上げるように習慣付けていく。布団やタオルケットの上に乗ることがあるので、ベッドの上にも何も置かないほうが良い。	柵を上げることを徹底する。
F	3歳 母はベッドのそばで座り、薬をねっていた。子どもは、ベッドの端のほうで、母が薬を練っているのを見ていた。柵はしていなかった。子どもの位置については特に意識していなかった。	柵をしていなかった。ベッドから落ちるのは、0歳くらいの子ともかと思っていた。自分もそばにいたし、子どもも起きていたのでいいかと思った。	3歳でも油断してはいけない。	ベッド柵をあげる事の指導。

(注)：ベッドサイドにおいてある付き添い者用の畳敷きのベッドで高さ15cmくらい。

は限らないとわかった。養育者への安全に関する指導は、このような養育者の特徴を認識した上で行う必要がある。

看護師は一日に何度も柵を操作する機会があり、柵を上げるという行為はほとんど無意識のうちに行っているだろう。しかし養育者にとっては入院して初めて経験することであり、看護師と同程度の操作の熟練を求めることは難しい。しかも事故が起こって改めて柵の重要性に気付いていることから、ベッドからの転落事故を身近な事故として捉えにくいのではないかとと思われる。転落事故と柵についての意識付けの方法を検討することが必要である。そして現在は指導についてのマニュアルがないため、看護師によって指導内容が違い、養育者の理解度が異なる原因になることも考えられる。

また実際に養育者から病院生活の苦労を伺い解決する、そして気持ちに寄り添う努力も医療者には必要ではないかと考えられた。

現地研究者からの改善策(表2)として、養育者に対して身近に転落があることを受け止められる説明を行うための「指導方法の改善」、子どもと養育者のベッドでの生活状況を見直し、彼ら

が安全に過ごすための「環境の整備」、また「事故報告記録の改善」が考えられた。そして養育者へのケアの要望を聞き取り実施する「養育者の支援」があげられた。また今後も継続して病棟全体で、方法の検討だけでなく看護師の意識の改善も含めて、事故防止について取り組むという方針が出された。

なお、これらの改善策はすでに実施が始まっている。

表 2：現地側からの今後の改善策についての見解

・指導方法の改善
- ベッド柵自体に注意を喚起するテープを貼る。
- 指導マニュアルの作成を検討する。
- 指導内容やポスターに事故の実例を入れる。
・環境の整備
- 子どもと養育者が一緒に遊びや学習が出来る環境を整える。
- 社会資源(保育士やボランティア)の活用の検討する。
・事故報告記録の改善
・養育者への支援
- 養育者に任せることをせず看護師の意識を変える。
- 養育者へ支援を継続する。
- 現在の支援以外に希望することを養育者から毎日聞き取る。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討議事項に関わらず、今回の事例から考えられることを参加者と自由に討議を行った。

1. 親の説明の受け止めについて考えられること

養育者は入院時には子どもの病状のことで考えがっぱいで、ほとんど看護師の説明を覚えていないことが考えられる。看護師は子どもの安全のためにベッド柵の必要性を説明したつもりでも、親の頭の中では素通りしている。親が指導を徹底してほしいと要望しているのを見ると、説明したつもりでも本当につもりでしかなかったのが現実なのだということがわかる。またポスターについて親に尋ねると、意外に目に付いていないという声が多く、人によって同じものを見ているようでも認識されていないということがよくわかる。

2. 事故はどのようなときに起こりやすいか

子どもは元気になったところに活動性が高まり事故を起こしやすい。同時に養育者は疲労が蓄積してくる時期であるため、子どもへの安全に対して認識がおろそかになるかもしれない。

転落事故は付き添い者がいるとき発生件数が多いという報告がある。養育者がいると子どものケアで協力が得られるという利点もあるが、同時に危険が生じやすいという欠点もある。実際に付き添い者をおかない病院では、面会時間に転落事故が多い。また面会者から看護師への質問などもあり業務が煩雑になりやすく、看護師の不注意にもつながりやすい。

3. 看護師のケアについて

養育者が付き添っていると、子どものケアを依頼することが多い。しかしケアを通じて子どもや養育者について知ることは多くあり、養育者がいることで看護師の関わりが減少することは、看護師が得られる情報の減少につながる。

子どもの養育や精神的安定のために養育者の付き添いを認めるのならば、養育者はあくまでも子どものための存在である。そのように考えると子どもがよりよい状態であるためには、養育者も看護ケアの対象者である。

事例を見てみると、母親が与薬行為をしている場面がある。与薬時に母親の協力を求めることはあるかもしれないが、少なくとも薬を煉るとするのは与薬の準備行為であり、与薬に関する看護師の業務であると考えられる。本来の看護師の役割を見直して行くことも必要だと思われる。

4. 事故を未然に防ぐために

事故報告記録に詳細な記載がなく、そこからの

分析が出来なかったのは残念である。詳細があればその記録から、事故の発生時刻・子どもの症状・関わっていた人の状況などを分析し、どのようなときに事故が起こりやすいかをアセスメントすることができる。そしてその結果を養育者に返していくことによって、養育者は具体的な情報が得られ事故防止につながると考えられる。

ヒヤリハットノートが多くの病院で使われているが、事故にならなかったこともすくい上げていくことが大切である。なぜそのことが起こったのかを分析していけば、事故を防ぐための方策は見つかるはずである。報告が少ないことが良いことなのではない。ヒヤリとした事実気付く感性が高ければ高いほど、事故は未然に防ぐことが出来るのである。

5. 一人ひとりの認識に合わせた注意の喚起

今の母親を見ていると自分たちのイメージする母親とは違う印象がある。我々は危険だと感じる場所や物でも一人で遊ばせていたり、床を散らかしたまま走って遊ぶことを許したり、明らかに子どもに対しての危険を認知する力が弱いように見えることがある。我々にとって当たり前だと思っていることが相手も同じように感じているとは限らないということを、改めて認識しなおす必要がある。そのために親が子どもにとっての危険な環境をどのように捉えているのかを知り、その人の考えに合わせた安全についての意識付けをしていくが必要だと思われる。不注意が多いなど養育者の個別性について、一番情報を得やすいのが普段かかわっている看護師である。また子どもにも個別性があり、どんなに注意していても怪我をしやすいといった子どもが存在するのは事実である。このような情報をまず看護師が知ることが、養育者に安全についての意識を高めてもらうための第一歩となる。

安全な環境を管理するには、看護師の考える対策を実行するだけでは不完全である。何が危険であり何を守らなければならないのかという指導方法や、行動の基準を作ることは大切であるが、基準化はあくまでも安全のために最低すべきことが明らかになるということであって、すべて状況を網羅するには限界がある。子どもや養育者の状況は毎日変化しており、それに対応していく必要がある。そのことを看護師が認識して、あくまでも基準は最低やらなければならないことであり、そこに個別性や日々の状況の変化を考慮して基準を変更していかなければならない。その変更内容を判断するのが専門職の看護師としての役

割である。

しかし柵の必要性をわかっているにもかかわらず「柵を上げていると檻のような気がする」、「柵を上げると子どもと自分の間に距離距離感が生じる」という母親の声がある。看護師はそのような親としての気持ちも汲む必要があると考える。

6. 看護師の責務についての意識の改善

転落防止について説明をしたことで、患者の安全についての責任を果たしたのではない。病院内で発生した事故は医療関係者の責任が問われる。たとえば付き添い者がいない施設では、患児に起こった事故はすべて看護師の責任となるが、付き添い者がいると事故は付き添った人の責任になるのだろうか。やはり付き添いの有無に関わらず、入院患者の安全に責任を持つ我々に関する事故なのだという意識を、看護師が持つことが必要なのだと思う。養育者が付いているのに、なぜ転落するのかという意識があるとすれば、その認識を取り払うことが必要だと考えられる。

現在は子どもの入院に親が付き添う病院がほとんどになってきている。養育者が付き添うという体制で、子どもにとっての安全な環境を作っていくということは、小児看護に関わる看護師の大きな役割であり重要な課題だろう。

労働生活を支援する看護

働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究

上野美智子 梅津美香 奥井幸子 奥村美奈子 北村直子（大学） 水野由美（（社）岐阜県労働基準協会連合会） 酒井信子（（株）ブリヂストン関工場） 佐藤澄子（旭化成建材（株）） 武藤ひとみ（エーザイ（株）川島工園） 福森和子 桑原恵子（NTT 東海健康管理センタ） 宮川敬子（東レ（株）岐阜工場） 大橋淳子（三洋電機（株）岐阜産業保健センター） 大森弘美（エプソンイメージングデバイス（株）岐阜事業所） 古澤洋子（山内ホスピタル）

I. はじめに

働く人々の QWL・QOL を支援する看護実践能力の向上を目指して、岐阜県下産業現場の看護職と大学教員との共同研究は平成 13 年度に開始され今年で 6 年目になる。岐阜県産業看護研究会という名称で活動している。平成 18 年度は、産業看護職 3 名、教員 1 名が新たにメンバーに加入し、活発な討論を展開している。平成 16 年度からそれぞれの産業看護職が抱えている実際の活動事例の検討を重ねることにより、看護実践能力の追究を行っている。平成 18 年度は 3 事例の検討を行ったので、そのなかの 1 事例について報告する。

II. 平成 18 年度共同研究の概要

4 回開催された研究会の主な議題は、①平成 17 年度各共同研究者からの自己点検評価に基づく今年度の事業計画作成、②下記の表に示す 3 事例の検討、③共同研究における倫理審査についての検討、④講習会の伝達他であった。

共同研究発表と討論の会に報告した事例 No1 について、以下報告をする。

No	時期	事例
1	平成 18 年 7 月	健診センター保健師活動の現状報告
2	平成 18 年 9 月	従業員のメンタルヘルス活動の進め方
3	平成 19 年 1 月	保健指導の有料化

研究の倫理的配慮

今年度の研究について、研究対象の企業や個人が特定できないようにする、配布資料は参加者が責任をもって保管する、研究参加の任意性の保証などについて、本学の研究倫理審査部会に研究倫理審査を申請し、平成 18 年 7 月に承認された。

III. 事例検討 (No1)

平成 18 年 7 月 10 日（月）、大学側教員 3 名、

事業所看護職 8 名、健診機関看護職 2 名が参加し事例検討を行った。

事例：「健診センター保健師活動現状報告」

1. 事例提供の意図

毎日、忙しく活動をしているが主体性を持たず業務をこなしているだけのような気がしていた。組織の中で新しい活動を行うには多大な熱意と周囲の理解を得る必要がある。今後の活動を検討する為に、今までやってきたこと、今後やっていきたいことをまとめて共同研究メンバーの意見を聞きたく、事例を紹介した。

2. 健診センター保健師の主な業務内容

本事例の保健師は健康指導課に属している。健康指導課は渉外や健診企画課などと同じ所属であり、主に健診現場に出る看護師やレントゲン技師とは所属が異なる。保健師は 6 名で正職員が 3 名、パート職員が 3 名である。主な業務は事業所健診、人間ドック、労災二次健康診断などにおける保健指導である。しかし、健康診断業務の繁忙期は健診業務に従事することも多い。

<平成 17 年度の主な業務について>

平成 17 年度保健師業務の内訳を図 1 に示した。

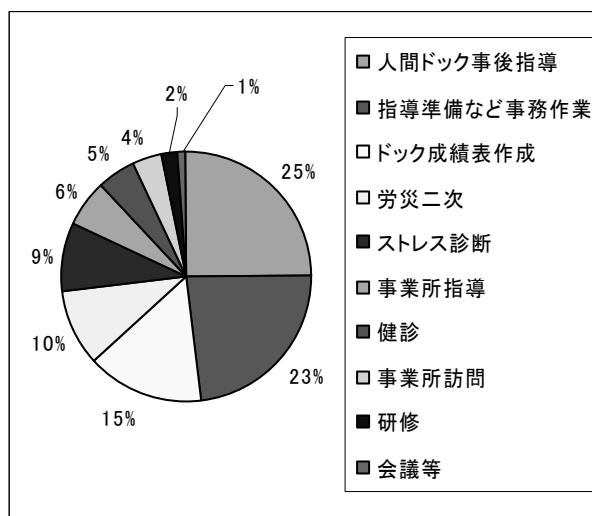


図 1 平成 17 年度業務内訳

・事業所の健康診断後の保健指導
主に事業所を巡回して実施する健康診断が終

了すると約1ヶ月後に事後指導を実施している。方法は1人30分程度の個別指導を行っている。健診センターは年間多数の事業所健診を実施しているが、事後指導を実施できたのはまだ少ない。

・人間ドックの事後指導

人間ドックは所内にて半日コースで行っている。ドック受診後約2週間で結果が出る。受診者の約7割が事後指導に訪れる。指導担当は保健師で1人20分の所要時間で結果を説明し指導を行っている。ドック結果報告書作成時のチェックなどを担当、ドック指導時の保健指導票の作成は手書きによるものなのでドックに関わる業務量が多い。

・労災二次健診時の特定保健指導

労災保険では定期健康診断で肥満や高脂血症などの4項目が認められると脳血管疾患や虚血性心疾患の予防のための二次健診を受けられることになっており、その際保健師は特定保健指導を担当している。

・職業性ストレス簡易調査の実施

メンタルヘルス対策として要望のあった事業所に対して実施している

- ・健康教育
- ・健診業務の従事

以上が主な業務であるが全体では、事務的な仕事が多く保健師の人数も増えたことから、「もっと事業所に出ていこう」という意見もあり平成18年度は下記に示すような新たな取り組みを始めた。

<平成18年度の新たな取り組み>

・事業所ニーズの把握

健診センター保健師として事業所の健康管理の現状(健康診断後の保健指導)を知ることにより活動の方向性を見いだすために下記の点について調査した。

- 1) 健康診断後の保健指導は行われているか
- 2) 行われていたら誰が実施しているか
- 3) 健康診断実施後、いつ実施しているか
- 4) 行われていない場合、実施の予定はあるか
- 5) どのような健康管理対策を望むか

健康診断の結果を届けた際にアンケート用紙を配布し、ファックスにて結果を返してもらった。(アンケート用紙配布数172事業所、回収数41事業所、回収率23.8%)アンケート結果の一部について紹介すると「健康診断後の保健指導が実施されているのは約半数(図2)で、実施担当者は産業医がほとんどであった(図3)。今後保健指導を希望している事業所は約1割であった。事後指導や健康教育を希望する事業所にはその都度、

対応している。

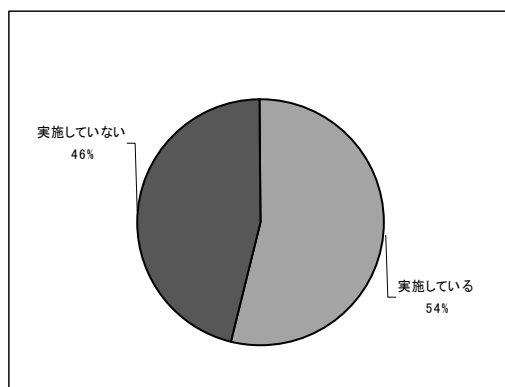


図2 健診後の保健指導

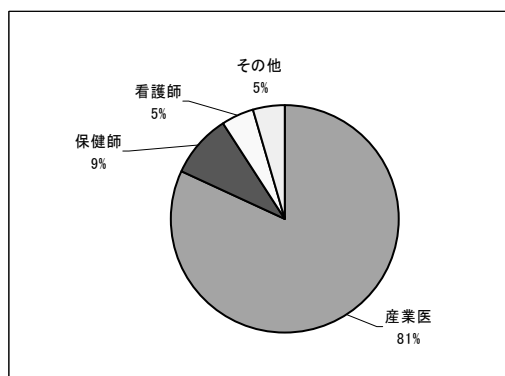


図3 保健指導実施担当者

・新規事業所の事後指導を有料で実施

これまで、保健師による事後指導料金は健康診断の付帯サービスとして無料で行って来たが、会社の方針もあり保健指導料金を設定し請求するようになった。

・生活習慣病予防セミナーの開催

事業所の要請もありメタボリックシンドロームに対するセミナーを開催した。セミナーは事業所と提携しながら行ったものもあり行動変容が見られるなど効果が確認できたセミナーもあった。

・メンタルヘルス健康教育の実施

昨年度は「職業性ストレス簡易調査票」の実施のみであったが今年度は、事業所に出向き「セルフケアの方法など」について教育を行いながら実施した。

3. 健診センター保健師が抱える課題

健診センター保健師は、以下のような課題を抱えている。

・事後指導を実施する事業所が少ない。

医療法の改正により平成20年度より特定健診と保健指導が義務化されるが、まだ具体化されていない。健診センターの保健師として関わられる事

業所は限度があるので理解しやすい健診結果を届けるようにしたい。

- ・継続的な指導ができない。

健診結果が改善すると関わりがなくなるので、指導の場面を大切にしていきたい。

- ・行動変容が難しい。

健康診断の経年的なデータをグラフにしたりし

て対象者の理解を促すようにしているが行動変容に繋がることは難しい。

- ・保健指導の評価ができていない。

検査結果を経年で比較したり、指導を受けて意識や行動が変化したなど、保健指導の評価がされていない。

- ・収益を上げる為の活動が要求される。

保健師が関わる業務について収益に繋がる事が期待されている。

IV. 討議内容

上記の事例について討議された内容を以下に示す。

1. 健診機関の事後指導について

・事業所の保健指導は部外者だから自由に発言できることもある。事業所内の看護職は、付き合いが長くなり言えない場合もある。

- ・指導に対する対象者の関心の段階を明らかにし関わる必要がある。

- ・健康診断時の問診票などを活用して指導対象者が相談したいことを把握しても良いのではないか。

- ・指導料金の有料化は専門家の指導として当然と言うところもあるが看護実践能力が身につけているかが問われる。

- ・労働環境・労働態様などを配慮しない保健指導をしても解決にはつながらないのではないか。

- ・人間ドックなどでは健診結果が出た直後に関わることができるので、一番インパクトがある。行動変容に繋がるチャンスである。

- ・健診事後指導を行った後のフォローも必要である。

2. 健診機関看護職への要望

- ・健診事業所の状況を分析し、広い視野で関われる健診機関の保健師としての強みを生かして活動の焦点を絞るべきでないか。

3. 事業所看護職との連携

- ・労働状況とあわせて、健診前に健診項目の提案や実施についての打ち合わせなども一緒に

できるとよい。

- ・膨大なデータを分析し事業所間の比較をしたデータなどを事業所看護職に提供できるとよい。

V. 研究会における事例提供者としての学び

今回、事例としては相応しくないとおもわれたが、健診センター保健師の活動を報告、討議

をしたことで多くの学びがあった。その最たるものはデータを分析し、根拠に基づいた保健指導をしていくことの重要性を再確認したということである。これまでは膨大なデータの分析と言うことにためらいがあった。保健師の能力や稼働量には限界があるが、行おうという努力をしてこなかったと言う反省がある。健診全体を職種別や地域別、生活状況別などに分析していくと非常に興味深い説得力のある結果が出ると思われる。またそれが可能であることが健診センター看護職の特徴であると感じた。これからも看護職のいない事業所との関わりが多いと思うが、看護職のいる事業所とも役割を明確にし、分担しながら労働者に関わっていきたい。健診機関の保健師活動も理解してもらえてよかったと思う。

VI. 事例提供したことにより明らかになった今後の課題

今回の報告書では1事例のみを報告したが、他の事例の提供者もそれぞれに直面した問題について今後の改善に向けた方向性を見つけるきっかけとなり、これから企画していく上での参考になっている。事業所の看護職は少人数（多くは1人）で活動しているので不安や疑問もある。産業看護研究会は知識を得る為の受身の勉強会ではなく、大学教員や産業現場に働く看護職が1つの事例を検討し前向きに活動していく為の学びの場としての意義は大きい。研究会で元気をもらえるという参加者がいる。今後も事例検討と言う形を継続することになると思うが、メンバー全員で盛り上げていくような意識を個々が持つことが必要と考える。

検討した事例を大切に、その後どのように活動をしているのか評価をすることによって検討が生きてくると思われる。

VII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

共同研究報告と討論の会で、本事例の「健診センター保健師活動現状」と産業看護研究会における討議内容を報告し、討論を行った。

討論の参加者は事業所看護職、大学教員、障害者施設の看護職などであった。

討論の内容は下記のとおりである。

1. 事業所との連携について

- ・従業員が人間ドックなどを受けて保健指導を受けたとき、どんな内容の指導をしたか分かると指導が重複するようなこともなく事業所の看護職としては助かる。
- ・健診機関としても保健指導の内容を会社側に知らせた方がよいと思われることはあるが、プライバシーなので本人の了解なしではできない。労災二次健康診断などで事前に要望があれば、当日、本人に了解した旨のサインをもらい指導報告書を作成している事業所もある。
- ・健康診断後の指導を実施した場合、指導報告書を事業所に提出するが、内容的には「食事バランス注意」とか「運動勧奨」など具体的な内容にはなっていないが、プライバシーの問題があり難しい。
- ・健診機関と事業所の看護職がうまく連携できれば相互に情報を活用できる。
- ・メタボリックシンドローム対策として腹囲測定などの必要性も説き検診項目の見直しなどもしている。
- ・健診機関と事業所が連携し行動変容に結びつく保健指導・健康教育についても討論する時間がほしかったという参加者がいたが、残念ながら時間がとれなかった。

2. 健診結果の扱いについて

- ・健康診断の結果が事業所看護職に届くのはかなり後になってからである。
- ・緊急時の連絡が必要な場合は直接、受診者に連絡するようにしている。本人の了解を得て会社の担当者にも連絡する。
- ・健康診断は仕事と健康のバランスを診断することが大事である。
- ・従業員が会社の補助を得てドックを受けている。その結果を事業所の看護職が有効に本人に返すことは会社の安全配慮義務としての方針である。
- ・事業所看護職は守秘義務を厳守して労務などにも情報を漏らすことはなく本人の健康維持のためにのみ利用している。会社と健診機関の有機的な連携が必要である。
- ・健康診断の結果を会社が把握することは事前

に従業員の了解を得ている。情報のやり取りは問題ない。

3. 健診機関へ望むこと

- ・健診機関は膨大なデータを扱っているので業種間の比較などを分析し情報を提供して欲しい。
- ・特に事業所にどんな特徴があるのか教えて欲しい。
- ・健康診断の間診などの機会を利用し健康教育をしていけるとよい。
- ・施設で働く職員や入所者も健康診断を受けている。車椅子ごと利用できる X 線車も用意してもらっている。行政や健診センターなど皆に支えられて健康が守られている。障害に合わせた健診項目を選択できるような健康診断も検討できることを希望している。

立場が違う看護職がお互いの理解を深めることができ有意義な討論であった。

労災病院における勤労者医療・看護推進への組織的取り組み

小林美代子 中島ミサエ 井村春美 岡本孝子 茶木朱美(中部ろうさい病院・看護部)
梅津美香 奥田浩子 上野美智子(大学)

I. はじめに

労災病院は、平成16年4月、それまでの特殊法人労働福祉事業団から独立行政法人労働者健康福祉機構に変わり、今まで以上に、勤労者看護を担う立場として、具体的看護サービスのありようを明らかにし、勤労者医療に特化した機能を充実強化していく必要性に迫られた。上記を見据え、大学と進めてきた共同研究も、平成13年度、14年度の自由参加による産業保健学習会の活動を経て、平成15年度には看護部の継続教育の一環として「勤労者看護コース」として教育プログラムの中に組み込み、具体的な事例を基に勤労者看護の開発に向けて検討を重ねてきた。平成17年度までの共同研究の結果、勤労者看護の明確化は確実に進み、実践・普及も少しずつ認められるようになってきた。今年の課題は、勤労者看護の明確化をさらにすすめ、実践を充実させること、普及させていくことである。この1年の取り組みと成果について報告する。

II. 研究目的

本研究では、労災病院という勤労者医療を標榜している医療機関において様々な健康レベルの勤労者への医療機関の看護職が行なう看護サービスのありようを探り、勤労者看護を開発していくことを目的としている。

III. 研究方法

看護部院内継続教育のひとつとして、研修生を募集し、「勤労者看護コース」(研修)を実施し、そこで得られた情報および研修生のレポート等を分析検討する。

<倫理的配慮>

倫理的配慮については、初回に個人情報保護法も踏まえ、下記の内容を全員で確認し、実行した。

1. インタビューの対象者に関しては、事前に倫理的配慮の上、学習および研究に使わせてほしい旨を説明し書面にて同意を得る。
2. インタビューの匿名性、プライバシーの確保ができるように資料は加工して利用する。
3. 資料の配布は参加者のみとし、残りに関しては共同研究者が責任を持って管理、更に参加者も配布資料の管理について責任を持つ。
4. 事例検討の内容の機密の保持をする。

IV. 「勤労者看護コース」の活動概要

平成15年度から看護部の継続教育の一環に組み込み、組織的に勤労者看護推進への足がかりを作り4年目となる。

<目的>

勤労者看護を推進するために中核的役割を果たすことのできる人材を育成すること

<目標>

- ・ 勤労者看護について明確化できる
- ・ 勤労者看護を実践できる
- ・ 勤労者看護を普及できる

<内容>

1. 公開シンポジウム 「2006年度中部ろうさい病院勤労者看護コースを考える」を開催
2. 事例検討
2回目以降は、研修生が実施した職業を持つ患者あるいは身近な労働者を対象に「患者の労働生活を理解するためのインタビューシート」を用いたインタビューを行ない、それをもとに事例検討(各月1~2例程度)
3. 第54回日本職業・災害医学会参加
4. 予防医療センターから企業への健診同行
5. 「患者の労働生活を理解するためのインタビューシート」改善のため検討
6. 最終のまとめは、「事例を通して実践した(実践を考えた)勤労者看護」をテーマとし成果発表会を開催

V. 成果

平成17年度の活動成果を更に発展させるため平成18年度は、初回5月に公開シンポジウム形式で研修を開始し、広く参加を促した。参加者数は、8回研修会開催、年間延べ120名の目標を上回り、延べ147名の参加を得た。

研修生は10名登録し、他の労災病院からも継続して1名参加を受け入れ、ともに学ぶ機会とした。今年度から、参加者にはカード式参加証を渡し、毎回参加ごとに証明印を押す形式も取り入れた。このことは、中部ろうさい病院のクリニカルラダーの要件の一つに「勤労者看護コース」参加を組み込み、連動させることで推進を図る意味を持たせた。参加証はクリニカルラダーレベル申請の際に活用できるようにしている。

1. 公開シンポジウム 「2006 年度中部ろうさい病院勤労者看護コースを考える」

- ・ 中部ろうさい病院看護部が目指す勤労者看護
- ・ これまでの勤労者看護研修会の評価
- ・ 勤労者看護コースに参加した体験
- ・ 勤労者看護コースにおける個人情報取り扱い
- ・ 勤労者看護コースを発展・充実させるために
初回の公開シンポジウムは、4年目を迎えた「勤労者看護コース」に関して実際何を研修で行っているのかわからない、年間の研修に参加する自信のない、クリニカルリーダーの要件に満たないために参加できなかった人などにも、広く「勤労者看護」を知ってもらう機会を作ることが重要だと考え、先に挙げた5つのポイントをもとに企画した。
これまでは研修企画側が中心となり、「勤労者看護」について概要を語り、年間の研修のオリエンテーションをしていた。前年度と比べ、看護部として取り組む必要性、今までの取組みをまとめ評価したものを紹介、研修生として参加してくれたスタッフにもシンポジストとして体験を語ってもらうなどの工夫をし、参加者からも好評を得た。このときの様子は、系列病院の機関紙への投稿も行った。

2. 事例検討について

この取組みの中で主として取り組んでいるものが事例検討である。大学との協働関係の中で教え、教えられるのではなく、ともに考え意見を出しあうスタンスを大切にしている。

事例検討は9事例、病棟、外来、予防医療センターと研修生の働く場も違うことから、年齢、疾患、背景等多岐に渡った。それぞれの立場で意見交換ができ、毎回ディスカッションの中で新たな気づきを感じた例も多かった。また、事例検討後も対象の方たちと話す機会を作り、その後の状況を確認できたケースも報告されている。

3. 第54回日本職業・災害学会への参加

「勤労者看護推進にむけた課題」と題し、過去3年間の研修時に集めた「ご意見カード」の意見をまとめ発表した。

研修生たちの中からも4名参加し、多くの刺激を受け、研修会の中で伝達報告の機会を作った。11月の研修会では、上記参加者による意見交換、その後全員でのディスカッションを行った。

4. 企業健診同行

企業健診同行に関しては、当院予防医療センターから企業への健診に担当者と同行し、現場で働く人たちの健康について考える機会も持つことができた。特に研修初年度の研修生たちは、病院とは違う視点を広げる意味で有効であった。

5. 「患者の労働生活を理解するためのインタビューシート」改善のための検討

研修会の中で、インタビューシートの改善点について検討をし、平成18年12月22日付けで改訂版を作成した。

6. 成果発表会について

研修最終回に、自分たちがインタビューした事例の方に対して実践した（実践を考えた）勤労者看護について発表の機会を作った。そのときの事例および研修生のレポートの中から一部を抜粋し紹介する。

<レポート1>

70歳代前半の男性 慢性腎不全 退職後、住宅自治会の事務員を行い、3年前からパート職員に移行した。会計士の免許を持ち、出納管理も行っている。

血液透析についてパンフレットを用いて指導を行い、透析導入については受け入れも問題なく、シャントトラブルもなかった。退院後の職場復帰について、「仕事も4日間あり、透析も隔日でやるから、不安がある。実際には退院して仕事をしてみないとわからない。」等の不安言動があった。後任が着任するまでは夜間透析の行われている他施設で透析を行うこととなり他施設へ転院した。

患者が当院に受診した際、退院後の状況を聴取した。「会社からは週3日でも仕事に来て欲しい、ということで、月水金は仕事、火木土は10～15時まで透析を行っている。透析日には施設の送迎バスで自宅前と施設間を往復している」と言われ、体調も良いそうで、仕事は体に負担がかからないように自分のペースで行っているとのことであった。透析をライフスタイルに加えて、仕事も順調に行って妻も夫を支援され協力していることが分かった。透析を導入すると、導入以前の社会での役割、家族の中での役割が十分果たせなくなる。今回の症例のように、患者が勤労者である場合、看護師は、労働状態を考慮した上で、合併症の増悪、病状の悪化がないように、生活面の改善などについて患者をサポートしていく必要がある。

りその人にあった勤労者看護を提供していかなければならないと思った

<レポート 2>

50 歳代の男性 労災二次健康診断

外来初診時、今までの自分の看護を振り返って見ると、アナムネ時「職業は」と聞くときは、会社員、自営業など職種だけを聞くのみで、簡略化していた。インタビューをとったことで、対象者を一人の勤労者であることを認識することができた。また、健康(病気)・仕事・生活の関連性がとても深く関わっていることを実感した。研修会に参加したことで、日々の業務の中では、問診の際に、職業、勤務形態などの項目に、意識を払うようにし、仕事・生活などの関連性はないか注目するようになってきた。外来は、短い時間の間に、その人、ひとりひとりの生活にあった指導が必要であるため、会話の中で生活習慣などの情報を得たときは、他のスタッフにも情報を提供するように心掛けた。また、関心(聞く耳)を持っているときに、健康教育を行ってゆくことも大切である。世の中の流れでは、治療から、予防へとようになってきている。そのため、疾病に関する正しい知識を理解してもらう事が大切となり、疾病の予防・早期発見への働きかけが大切である。健康があつての仕事ということをおぼえてはいけない。そのため、本人だけではなく、本人の働く職場と何らかの形で連携し継続して、医療の提供ができるとういと思う。

<レポート 3>

80 歳代前半の女性 労災二次健診のため来院

今回 80 歳代前半の一人暮らし高齢の勤労者に興味を覚えインタビューを試みた。すでに公の会社規則では停年を過ぎ、60 歳を過ぎ働き続ける中で途中何度か辞職することを考えるが職場の上司からは継続を依頼され現在に至っている。学習会では高齢の勤労者に対し検査値を正常化する指導の意義が話し合われた。この先、この対象者が何年仕事を続けていくのかは不明であるが(インタビューの中では続けることができるなら続けていきたいと。)この対象者が、今の健康状態をよりよく維持しながら仕事を続けていくことができるような援助は必要である。

日本の高齢化は進展しつつあり、現在の定年は多くの企業は 60 歳であり、60 歳以後については、その雇用形態も就業形態も様々になってきており職種も広がっている。健診で新たに治療すべき疾患が説明された時にはその疾患をもちながら、どう仕事をしていくのか、いかにその疾患を悪化

させないようにコントロールしていくか年代もふまえて対応が必要となる。

健診に来院する勤労者は、1 日の数時間の滞在である。そんな状況で対象者の何かを改善しようとする気持ちを会話の中から導きだすことは、難しく中途半端になってしまうこともあるが、その人が何か1つでも2つでも悪化した数値改善のための発言をされる時は、それをチャンスとして、より動機づけの支援となるよう働きかけをしている。その人自身が答えを見つけ実施できるような支援を今後も実践していきたい。

<レポート 4>

50 歳代前半の男性 急性大動脈解離で入院した事例

職業：建設業 作業員の手配や家を建てたり、地盤を固めるなどの現場。事務室か工事現場。座業、立ち仕事、歩行、前傾、中腰等すべての姿勢。職場復帰に心配な点：血圧コントロールをしながら今まで通り働けるか。

この事例は初回の入院、初めての疾病であり、生活スタイルに密着した勤労者看護の実践が重要である。例えば、血圧を測るだけでなく、血圧手帳の記載や、栄養面ではどのように血圧に影響するのかなど1歩踏み込んだ関わりが必要だった。また、職場を変えることにより、ストレスが増大する危険性があり、退院後のフォローも重要となってくると思った。

退院してから初めての外来受診日に患者様に会うことができた。退院後は禁煙も続け、内服管理も良好で、血圧も Bp130mmHg で経過し血圧手帳も持っており、食事内容も考慮して摂取できていた。仕事も正月が明けたら開始するとのことだった。しかし、左背部痛が時折続いており、痛みに対しての不安が大きいようだった。1月より仕事を開始し、生活スタイルも変わってくることから、ストレスは増強し、疾病に影響してくる可能性がある。また、痛みに対しての不安が大きく、次回受診日CT予定となっており、今後も外来での継続看護が重要だと思った。

今回のこの事例を通して、勤労者看護には継続看護が重要であり、職場復帰によって生じる日常生活の変化を患者様から察知し、仕事と健康について患者様がどのように考えているのか理解しながら関わることの大切さを学んだ。今後は、この学びを看護師だけでなく、医者や家族に対しても伝え、勤労者看護の普及に繋がればよいと思う。

<レポート 5>

60 歳代後半の男性 心筋梗塞

入院2日後 CABG 施行

運送会社の配送係。定年退職以前は、その会社でトラック運転手(長距離・短距離)をしていた。始業 4:30～終業 17:00(早い時間に仕事場に行き、その日の運搬の手配を調整している。)

10年前まで休日もなく、寝る時間もなく働き続けてきたことが何か影響しているのではないかと捉えている。会社に産業医がいて診療所があるので、何かあれば相談したりする人はいたが、自分は健康診断の時に結果を聞いていただけだった。健康診断については、半年に1回会社で受けていた。定年退職後も健康診断を受けることができたことはありがたいと捉えている。今まで、結果について問題はなかった。今回の数週間前に問題なしと言われ、今回入院したことが信じられないと受け止めている。

S氏は、仕事の勤務体制や不規則な食事摂取の仕方について、普通では考えられない生活パターンをされて、驚くことばかりだった。生活パターンを変えることは、今まで培われてきたものもあり変えることは難しいが、疾患と関連させて、心臓に負担がかからないような日常生活の注意点について説明した。S氏自身、「長生きしたい」との強い意志があり、疾患について積極的な質問があり理解を得られた。そのことから、今回の発症で禁煙することもでき、また仕事に関しては、会社の考慮もあり、午前中だけの勤務など体調によって仕事をされている。仕事内容は、会社の電話係りで、心臓に負担がかからない仕事に復帰された。食事摂取に関しても、DMがあるため、一日三食摂取するように心がけていると聞かれた。そのことは、S氏自身の生活の質を上げることができたのではないかと考えた。今回の症例を通して、インタビューシートを取り、病院のデータベースよりも、具体的に対象の全体像やおかれている問題が捉えやすかった。しかし、それらの情報をどう活用していけばいいかわからず難しかった。事例検討の際、意見をもらい良かったが、健康診断の内容も企業や勤務体勢によって違うものであり、産業医や産業看護師などの活用方法なども知った。それぞれの企業の実態を知ることが困難なため、今の仕事環境で、どう工夫していき、疾患をもちながら仕事をしていくのか。そのことは、勤労者看護の最大の目標なのではないかと思う。勤労者看護に携わるためには、各企業で勤労に関する取り組みがどうなされているのか理解し知識を積み上げていくことが重要であることがわかった。

<レポート6>

40歳代前半の男性 病名：両特発性大腿骨頭壊死

職業：製造業 3回職場変更し、現在3ヶ月目 雑務、組合の仕事や時には外まわりもする。現在の部署の上司とはあまり交流がない。主に総務課長が対応してくれている。

仕事復帰に向け不安あり。脱臼しないような制限内の仕事ができるか、また障害者の枠として雇ってもらい形となるか不明であると。事務または間接員が有力である。復帰に向けサポートしてくれる人は現在いない。

はじめてのインタビューを取った時は、初回入院の時で担当看護師でもなく、チームも違ったため、全く信頼関係もないままの聴取となった。患者さんはインタビューに快く引き受けていただいたものの、結果的に情報不足が目立った。しかし2回目の入院時は、スタッフの協力もあって担当看護師となったことにより、初回の入院時よりも深いところまで聴取することができた。

患者さんは家庭を持っており、今後、仕事していかねばならないが、仕事を続けることで再置換の時期が早まるのではないかという不安がある。40歳代前半という年齢を考慮すると、今後複数回の再置換が必要となる可能性がある。本人はなるべく手術を受ける機会を最小限にしたいという希望があった。現在の職場への復帰は、仕事の内容的に出来ることと、出来ないことがある。仕事内容によっては、人工股関節への磨耗や脱臼を起こす可能性もあり、よって以前のように仕事ができないのではないかという不安もある。まだ実際には職場復帰はしていないが、今後、仕事へ復帰した際に、どのような職場へ復帰できたのか、仕事内容は股関節に負担が少ない動作であるのか、引き続きフォローしていく必要がある。

患者さんは疾病を抱えながら、自分や家族のために仕事もち、生活を送らなければならない。疾病だけに捕らわれず、患者の労働環境、労働生活にも今までとは違った視点で目を向けていくことの大切さを学んだ。今回の事例は、職場復帰に向けてのサポート役を見つけることも大切であり、働いてからのこと、将来のことを含めた精神面のサポートも重要であると思った。また患者さんから両側の人工股関節が入っているのに外見上わからないため、職場の同僚から就労制限の理解が得られないのではないかという不安の訴えがあった。今後も継続した精神的フォローも必要だと思う。

この1年を通じて、労働形態がいくつもあることを学び、それに伴う保障も学んだ。またいくつかの事例を検討していく中で、疾病を持ちながら労働することの大変さを学ぶことができた。

<レポート7>

30歳代の男性 外傷性脊椎損傷

私がインタビューした患者は、4年前にコンクリートや木材を発注・運搬する会社を設立した30歳代の男性だった。半年前に仕事で2tトラックを運転中に玉突き事故に遭い、脊椎損傷となりリハビリを行っていた。脊椎損傷となったことから、生涯車椅子を必要とする彼は、入院前とは全く違う体となり、仕事はもちろんのこと、自宅に帰ることもできなくなっていた。緊張した中でのインタビュー開始から15分もすると、互いの緊張もほぐれ、彼から事故の日の出来事、搬送された病院での出来事、当院での入院生活に対する思い、また、今後このような体になった自分ができる仕事について、約1時間にわたり話した。私は、受傷からの半年の間に障害を受容し、前向きに考える彼の考えに、衝撃を受けると同時に、彼をそうさせたものは何かを考えた。インタビュー中に彼が発した言葉でとても印象深かったのは、「この病院にきて、先生がうそをつかなかったことが自分にとってよかったな。前のところでは“頑張ればもしかしたら足が動くかもしれないけど”なんて曖昧なこと言われていたけど、何をどう頑張っているのか分からなかった。ここに来て“100%動かない”って言われてやっとこのままの状態で生きることを考えられた。」と言った事だった。インタビューの最後には、「こちらこそありがとう。自分では悩んでも、困ってもなかったけど、今後のことを整理するいい機会になったわ。」との言葉をいただいた。

インタビューを行ってみて、勤労者看護の実践はとても難しいが、この患者への日々の看護が勤労者看護なのだと思えることができた。同じような疾患を持つ患者と同室にすることで、受傷により180度変わる今後の人生をイメージし、お互いに刺激しあって努力できるよう調整したり、日常生活指導はもちろんであるが、健常者のときは意識することが少ない知覚等についても日々指導を行っている。また、今回のインタビューを行ったことで、彼の事故からの半年間と今後の人生を整理するきっかけになったと思う。

<レポート8>

30歳代の男性 顔面神経麻痺（ウイルス感染による） 職業 運送業

初対面の私に、あれほど堰を切ったようにお話をされたということは日頃からかなり気持ちの中に鬱積したものがあったのだと思う。それらを自然な形で引き出すことができたのは、インタビュー項目の「お仕事で大変なことやストレスになることがありますか？」という暖かみを感じさせる質問内容の御陰であると思った。ところが、問題を引き出すことができたにもかかわらず継続看護に繋げることができなかったことが今回の大きな反省点である。そこで、サマリーの重要性を強く感じた。今後の経過の中で必要があれば専門家のカウンセリングを受けて頂くよう外来看護師に提起もできたはずである。人間関係を初めとする複雑な職場環境から生まれるストレスが病気を引き起こしている事例を多く耳にする昨今である。私たちは、患者さまが大いに気持ちを開くことのできる環境作りから始め、心底耳を傾け問題を見つけだすこと、それが勤労者看護の第一歩であると考えている。

<レポート9>

50歳代後半の男性 疾患名 慢性炎症性脱髄性多発神経炎（CIDP）の疑

※CIDPとは抹消神経障害で一般的には治療反応が良好で機能予後はよい。だが主に行っている治療は、免疫グロブリン大量静注療法で2週間入院が必要となる。その後は3ヶ月に1回のペースで治療を継続する必要があり、繰り返しの入院が必要となる。

今回、私がインタビューシートを使用した事例は産業医よりの紹介状を持参した患者であった。病的に治療の継続が必要であり、産業医が存在することで、継続した治療と今後の健康管理がより可能であろうと予測したためである。紹介状には症状の記載はされていたが、どのような作業をしているのかなど、労働に関する情報はなかった。実際、作業と関連した症状ではなかったためそのような内容であったと考えるが、やはり意識的ではないと労働に関連した情報は得られにくいのもかもしれないと感じた。そこで入院が決定した日に慌ただしく限られた時間でインタビューを施行したため、十分に情報を得られていないところも多い。だがその中でも労働と疾患の関連が見られた。仕事のストレスで血圧が上昇すること、歩行が不安定であるが階段を使って会社内を移動する必要があることである。今回新たにCIDPの疑いと診断を受け、今後今まで以上に疾病と労働が影響を及ぼすことになる。私にとっては今後外来での関わりが主となる事例である為、現在の症状が治療によってどれくらい改善するのか、

またその症状は今後労働のどの部分に影響を与えるのか、退院時仕事復帰に向けてどんな不安を感じていたかの情報が重要である。これらの情報を得、患者と接していく必要がある。また今後新たに起こりうる、労働している中での外来通院の時間的な負担、繰り返し入院することによっての精神的負担、身体の機能を維持する必要性、勤労という身体的な負担、これらに今後どのように対応し、治療を継続し、健康を維持していくかという大きな課題がある。これら課題を達成するためには医師・患者・看護師が情報を共有し、また産業医とも連携できることが理想であると思う。医師による情報提供書などに労働に関する情報を加えてもらえるように働きかけていきたいと考えた。

外来では継続的に関わっていくことが可能である。患者が疾患を持ちながらも労働生活を維持していくための協力者になれるように外来で関わっていくことが勤労者看護であると考えた。

<レポート 10>

50歳代前半の女性 左乳がん

食品会社の工場勤務（食品の包装）派遣社員
仕事内容：工場内でのライン作業で立ち仕事
危険作業あり、重いもの（10kg程度）を持つことや、熱湯を取り扱うこともあり、熱傷の危険がある。また、機械に手をはさむ危険もある。

本人は、治療が落ち着いたら、別の職場を考えているとのことであった。その理由は、現在、工場で10kgぐらいの材料を持つこともあり、私からリンパ浮腫の話聞き、患肢の負担を考えて事務のような軽作業にしようかと考えていた。この方のインタビューをしていて感じたことは、自立している方で、自分で情報収集をして、自分で決断して行動される方であった。それは、「自分の体のことから、自分が決めていくしかない。」「『誰かに相談して』と言うよりは、決まったことを伝える。」という考えの方であった。看護者に求められていたのは、自己決定するための知識や情報を提供することであった。

看護師の役割として、自立した患者には、必要な知識や情報を提供すれば、よいのだということをおの方より教えてもらった。ともすると看護者は、関わりたいという気持ちが先行して、過剰な援助を提供しようと頑張ってしまうのではないかと思う。正直、私も、「相談者はない」と聞いたときは、がっかりした気持ちになった。しかし、どんな援助を必要としているかは、その患者さんから聞いていくことが大切なことだと改めて感

じた。

VI. 平成18年度の活動のまとめと今後の課題

今年度は勤労者看護の実践、普及に向けた取り組みができることを目標とし、参加者数も目標を超えた。新しく取り入れたシンポジウム、今まで重ねてきた事例検討、成果発表会も各自の学びは深く、その後のディスカッションも活発にでき、質的向上を感じられるものになってきた。「勤労者看護コース」も4年、推進のためのリーダーシップを図る人材育成のポイントから広く看護師全般に向けての取り組みへ活動の範囲を広げていくことが今後の課題である。次年度は、更に多くの看護師たちが勤労者看護の視点を持ち取り組めるようにしていきたい。

VII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

Q1.臨床では、地域で働く人という視点が弱いと感じていたが、貴病院の看護師は、研究により、どのように対象をとらえているか。職場での健康が維持できるような支援をどう考えているか。

→患者は大企業に勤めている方は少なく、中小企業、零細企業に勤めている方が多く、過酷な労働をしていても健診を受診していない方が多い。外来において、病棟においてと部署ごとに違うが、自分と患者の接点から患者の労働生活を考えている。研修会では、他者の事例を聞いて、「自分の部署ではこういうことができる」など、他部署への助言や自分にできることのアピールを行っている。また、大学教員からは、産業看護職の視点でも意見が得られる。

Q2.「入院中は治療が優先される。仕事のことは置いておく」という考えがあった。この取り組みの中で看護師の姿勢の変化はあったか。

→大半は疾病中心の見方をしており、勤労者看護推進といえども今は草の根運動のようなもの。実際に取り組んできた中で、日々の看護が勤労者看護に繋がっていることも多く、それらの気づきや研修した内容を各部署に持ち帰り、少しずつ広めている。

組織的取組みとして、まず、勤労者看護を推進していくためにリーダーを育てることを中心とし、研修を始め4年が経過した。取組みの研究的評価をする時期に来ている。他の関連研究の結果には、他の一般病院と比べて勤労者看護の視点が少し高い結果も出ていることから組織に少しずつは根付き始めたと思いたい。

訪問看護に関する活動

訪問看護ステーションにおける

重度障がい児をもつ家族の活動性を促進する支援の検討

泊祐子 長谷川桂子 石井康子 谷口恵美子 豊永奈緒美 普照早苗 (大学)
花村弘美 小川絵麻 村島美香 (羽島市医師会訪問看護ステーション)
近松由美子 箕浦直美 池戸晴美 (白百合訪問看護ステーション)

はじめに

障がい児の場合、通学やショートステイ、訪問看護師・ヘルパーなどの家庭訪問は、家族以外の人と触れられる社会化の機会と捉えられる。しかし、外出には、子どもの移動や医療的ケアのための荷物の準備など健常者では考えられないほどの手間がかかる。

昨年共同研究では呼吸障害をもつ重度障がい児の母親に面接を行った。その結果、母親達は積極的に子どもに社会的刺激を受けさせたいと考えていたが、阻害要因として、①外出時の公的サービスの利用のしにくさ、②外出に伴う準備に母親に相当のエネルギーを必要とし、協力者が日常的に必要とすること、③外出先の受け入れの問題から出かけられる場所が限界されることが考えられた。

それらの阻害要因を内包しつつも困難を克服する家族のありようを明確にする必要があると思われる。そこで、さらに母親の面接例数を増やすことと父親の考え方を把握することにした。

I. 研究目的

父母は重度障がい児の社会化をどのように考えているのか、父母でどのように協力をしているのか、父母の考えの比較を通して、家族のありようと活動性を高める支援を検討する。

II. 研究方法

1. 調査方法

調査は、自宅や子どもが入院中の場合には病室など研究参加者の希望する場所で、半構成面接を行った。

2. 研究参加者

酸素を必要とする呼吸障害や重度重複障害を有する子どものいる親で、面接の承諾の得られた6事例7人(父5人、母2人)であった。

3. 共同研究取り組み体制

現地側共同研究者には研究参加者の選定を行ってもらい、調査にはできる範囲で同行してもらった。

面接結果をテープ起こしした逐語録と分析段階のものを紙面で渡し共有した。

4. 質問内容

質問内容を以下に示す。

- 1) 成長するに従う対象児のからだの丈夫さ
- 2) 現在の症状や病状
- 3) 対象児の遊びや活動の内容
- 4) 対象児の世話への家族の協力
- 5) 対象児の平素の活動範囲や行動
- 6) 集団の中での対象児の成長への期待、体験をさせたい内容、とその現状
- 7) 対象児の自立に向けての親の考え
- 8) 医療機関、及び学校への望み
- 9) 社会サービスの利用状況と地域の保健師との関わり

面接ではこれらの内容を研究参加者の話に合わせてランダムに尋ねた。

5. 分析方法

質的帰納法を用いて分析をした。録音の許可を得た6人分の面接内容は逐語録に起こしてデータとした。録音の許可を得られなかった対象者は、研究者が面接内容をメモにとりデータとした。

面接内容はその意味毎に文章を区切り分類した。類似の意味を比較し、さらに意味内容を抽出した。

6. 用語の定義

用語は下記のように操作定義した。

活動性：外出などで他者と触れるだけでなく、物理環境や人的環境からの刺激を受けること

社会化：家族外からの刺激に対し、小さなかわりを糸をつむぐように形成すること。たとえば外の空気や風、子どもたちの声に反応して笑顔がでたり、日常と異なる場所に連れて行かれて環境が変わったと身体が表現している場合などである。

7. 倫理的配慮

研究参加者には書面と口頭で許可を得た後、研究趣旨及びプライバシーの保護、秘密の保持、データの管理について説明し同意を得た。面接内容の記録は許可を得て、ICレコーダーに録音し、

逐語録に起こした。録音の許可が得られない場合はメモをとった。

本研究は本学研究倫理審査部会の承認を得て行った。

Ⅲ. 結果

1. 面接時間及び面接記録

面接時間は約1時間から2時間であった。面接記録はA4用紙40文字×40行で87枚26行、1人平均12枚12行であった。

2. 障がい児の基本情報

6事例とも核家族であった。祖父母や親戚が近居している家族は3事例であった。障がい児の年

齢は4歳から16歳、男児5人、女児1人であった。幼児3人は通所の訓練等には通っていたが、保育園や幼稚園には所属していなかった。学齢児3人で養護学校に所属し、うち2人が訪問教育学級をうけていた。

家族形態は5事例が父母ときょうだいの核家族であった。あと1事例がひとり子であった。

1) 症状や病状の特徴

6事例の重度障がい児（以下障がい児と略す）の基本情報を表1に示した。現在の病状について、障がい児の症状が安定していると5事例の親が捉えており、そのうち3事例は現在の状態を維持してほしいと願っていた。1事例は状態が悪く入

表1 障がい児の基本情報

	年齢	病名	症状の特徴	移動手段など 運動面の特徴	外出の機会	保健師の かかわり
①	4	CP てんかん	胃瘻からの経管栄養、唾液の吸引、舌根沈下あり夜間のナーザルエア－ウエイ	体格が小さいので、抱っこによる全介助で移動	肢体不自由児施設への通園、通園施設で友人となった家族と水族館やバーベキュー、母親の友人とカラオケに行くときも連れて行く、父親の会社のイベントの芋ほりに、他の家族も誘い参加する、ショートスティの利用(1回のみ)	最初の頃のみ、保健センターに質問にいったがわからないと言われそれで終わった
②	5	インフルエンザ 後脳症	意思疎通不可、寝たきり、開眼状態、四肢拘縮、経管栄養、気管切開、人工呼吸器	ストレッチャー型車椅子	学校の施設を借りて一緒に食事したり音楽を聴いたりするが、状態が安定していないのでほとんど外出はない	不明
③	5	CP(重度心身 障害) てんかん	胃瘻から腸への経管栄養	ストレッチャー(車椅子)	医療機関の受診やリハビリ教室など、日曜日以外ほとんど予定が入っている、障害児を持つ家族との交流が月1回のペース	訪問看護師が来てくれるようになったので、断っている
④	10	オンディーヌ症 候群	軽度の先天性呼吸障害、知的遅れによるコミュニケーション障害、ストマ、気管切開、常時酸素吸入の必要性、夜間呼吸器使用、(妹も軽度であるが同じ疾患を有する)	歩行に問題なし、走るなどの俊敏な運動困難	年に一度の旅行、障害児をもつ家族との交流	
⑤	14	詳細不明の先天性神経疾患 重度心身障害 (コルネリアアデ ランゲ)	経口摂取が経管栄養に、握力の減少で物の把握が不能になった(身体症状は徐々に進行している)、気管切開、人工呼吸器装着、経管栄養、側弯の進行、目の動きで、介護者には訴えが伝わる、慣れないところでは不適応によるけいれんの出現	車椅子(大きな呼吸器が1台しかない)、近所への散歩などはアンビュ－を押して出かける)	散歩・福祉フェスティバル参加、養護学校の行事やスクーリング	認識なし
⑥	16	脊髄小脳変性症	意思表示あり、胃瘻からの経管栄養、筋緊張強く、振せん・硬直あり、頻回の唾液の吸引必要	臥床しているベッドのままの移動 車椅子 普通車の座席をフルフラットにし寝かせる	なし (週3回2時間の訪問学級、医師・歯科医師の週1回の往診、訪問看護師・ヘルパーの週5回の訪問)	なし

院中であった。一方全員の親が世話に慣れたと感じていた。人工呼吸器の装着者が1人、気管切開を行っている者は2人、経管栄養が5人（うち3人が胃瘻造設）、また全員が吸引を必要とした。自力での寝返りや移動困難が5人であった。

2) 障がい児の活動のツール

家族は障がい児が活動できる範囲を広げたいと様々なツール（ストレッチャー型車いす、呼吸器等）を用意していた。障がい児が家族と生活できるための住宅改造やストレッチャー型車いすが入るガレージの設置や車の購入を行っていた。

3) 保健師の訪問や社会サービスの利用状況

保健師の訪問を定期的に受けていたのは1人だけであった。社会資源の情報を知りたく、保健師に電話をしたが相談に乗ってもらえなかった経験をもつ例が1事例あった。

全員が訪問看護を利用していたが、ヘルパー利用は3人であった。希望するサービス（訪問リハビリ）を受けるためにどのように依頼すればよいのか、サービスへのアクセス方法がわからなかったり、社会資源の情報が不足し受けられる補助や医療サービスが利用できていない場合があった。

3. 父母の面接結果

面接内容から抽出されたカテゴリについて、父親のみが語ったカテゴリは〈 〉、母親のみのカテゴリは“ ”、父母に共通して抽出されたカテゴリは《 》で表し、父母の話しの原文を「 」で示す。

1) 障がい児の介護と家族の分担

障がい児の介護に関しては、〈介護の中心は母親〉、〈家族での介護の方法〉、《介護の大変さ》、〈父親の介護参加〉、“母親も外出がしたい”の5のカテゴリが得られた。

母親と同程度に介護ができる父親は5人中3人であった。しかし、残りの2人の父親も吸引などの援助をすることは可能で、短時間であれば、十分に介護の分担ができており、自分も介護はしているが〈介護の中心は母親〉と意識していた。さらに「母親の許可がないと障がい児を外に連れ出せない」と話す父親もいた。母親の休憩のために、父親が障がい児をひとりで車いすに乗せ散歩に連れ出せるようにバギングを習得した父親もいるが、「母親に任せているから具体的なケアはわからない」部分もあった。〈介護の中心は母親〉であっても「日常のケアはできる範囲で手伝う」「痰の吸引は自分もする」と〈父親の介護参加〉は当然のようにできていた。

〈家族での介護の方法〉は、障がい児との生活

を普通のこととして受けとめ、その家族なりの介護の方法を見つけていた。2人の母親が就労していた。1人は常勤であり父母・祖母と3人で24時間の介護のローテーションを組んでいた。祖母の介護時間にはヘルパーを入れる調整をしていた。もう1人の母親は父親の休日である土日に就労をしていた。夕方から夜の仕事の父親は日中に母親と一緒に介護をしていた。

〈介護の大変さ〉では、仕事と介護をする父親をみて、母親も「お父さんも大変」と語った。一方、父親は、終日吸引や経管栄養など障がい児の傍らから離れられない母親の介護の状況をよく知っており、母親が無職の場合にも気分転換を促すために、父親が休日に母親にショッピングや友達とおしゃべりができるように外出を促していた。

また病状が落ち着かない時期に、夜間けいれんや啼泣が1、2年も続き全く寝られない時期が続いた経験や、現在も投薬でコントロールをしている状態であった。

一方、母親自身からも「家の中ばかりだと負担になる」と“母親も外出がしたい”という希望があり、同じ仲間との交流が行われていた。

2) 障がい児のいる仲間家族との交流

子どもに障害が発症したり、障がい児が生まれた後のショックから立ち直り、家族が積極的に外に出られるようになるには、同じように障がい児のいる親と出会えたことが大きな要因となっていた。《仲間家族との交流》、《仲間家族の影響》は父母共に抽出されたカテゴリであった。

母親の場合、他の障害のある子どもや家族とは病院や療育の場で知り合うが、父親の場合にはインターネットの情報交換や医療者からの紹介で出会うことが多かった。《仲間家族との交流》によって、「外出できるようになった」、「泊まりに來たり遊びに行ったりする」、「この子もわかるので、笑顔がでます」と話した。《仲間家族による影響》では、知り合った先輩となる障がい児を育てる家族に会い、父親が「人生を楽しんでいるように見えた」、「自然（な態度）で励まされた」、「構えてなかった（気を張って力んでないこと）」と家族で情報収集に訪問し「大事なものが分かった」と影響を受けていた。

《仲間との交流》は、現在も様々な形で行われていた。一緒に外出やバーベキュー・リング狩りなど企画されていたが、そういう機会でも母親たちの交流を優先し、父親たちは子どもの世話など裏方で、父親同士が「他の家族との交流はない」、

「父親はあまり話さないですね」と父親の個別の関係づくりができる関わりではなかった。

3) 障がい児の活動

障がい児の活動に関しては、《活動の広がり》、《活動の障壁》、《通学による成長の期待》の3カテゴリがあった。

自立歩行が可能な障がい児の場合でも、気管切開とストーマがあり、常時酸素吸入をしていると外出先が限られることやボンベを背負っているため、いつでも気軽に出入りできないなどの装備が必要で出にくい《活動の障壁》を訴えた。その《活動の障壁》には養護学校への通学には医療的ケアが必要であるが、学校配置の看護師が障がい児のケアに習熟していないために通学を拒否されると思っていること、また訪問教育のために他の親と会う機会が少なく情報不足で活動できない内容が含まれていた。

親は《活動の広がり》をもたせたいと希望し、実際に徐々に活動を上げられていた。また父母共に《通学による成長の期待》をもっていた。先輩の仲間の親から学校に通い始め障がい児が成長した経験聞き、就学後の成長を期待していた。

重度障がい児の場合、《活動の広がり》をなかなかできないが、現在の体調を維持し入院せずに家庭で生活できることを第一義に介護をする一方、障がい児が楽しいと感じられる活動をできるだけさせてあげたいと、仲間家族との交流や養護学校への登校ができるように調整していた。

4) 父親の置かれた状況

〈父親の役割〉、〈精神的に追い詰められる〉の2カテゴリが抽出された。

〈父親の役割〉として経済的役割を重要と考えていた。「子どもの具合が悪くて、病院と行き来していても仕事はせんと、・・・生活できませんから」と子どもの状態が安定しなかった時期でも仕事も当然の役割と受けとめながら、父親の介護の分担が欠かせず、〈精神的に追い詰められる〉状態に陥り、「仕事と介護に精神的に追い詰められた時期があった」、「(仕事場で) いちいちうちの子って毎日病状を話すわけじゃないですから、具合がよくないことはおおよそ知っていますが、・・・だからってしなくていい訳じゃない」と話した。

5) 障がい児なりの自立

最重度の障害があっても、障がい児なりの社会化あるいは自立に関して母親からは“他人の世話を受けられる”が抽出された。父親からは対社会と障がい児の関係を見据えて、〈障害への社会の

理解〉、〈将来の生活の見通し〉が抽出された

父親は重度障がい児の介護費用や将来を見据えて、障がい児の〈将来の生活の見通し〉を持ちたいと考えていた。症状が安定したと捉えている父親は、「具合悪いときは日々の症状に一喜一憂して先のことは考えられなかったけど、・・・今は安定しているので、長期的スパンで考えられるようになって・・・」と長期的なものの考え方ができるようになったと話した。現在再入院をしている場合や、けいれん発作が継続している場合には、「毎日毎日の介護で先のことは考えられてはいない」と話した。

障がい児が生きやすくなるための社会への要望に、〈障害への社会の理解〉について言及した。

「(就学のための相談で教育委員会の窓口の人は) 全然子どもを見ずに養護学校がいいとか、そのほうが子どもためですね、なんて一度も見ずにどうやってわかるんだって思います」「もっと障害を理解してほしい」、「(相談窓口も) 親身になってくれる人が(その立場から) はずされる」などと話した。

母親は障がい児の自立を「家族以外の世話が受けられて、泣かずにいられること」と他人にもなれてほしいと思っていた。障がい児が“他人の介護を受けられる”ということ自立・社会化と話した。

IV. 考察

父母は積極的に障害のある子どもの活動を広げたいと考えても、外出できる場が限られること、情報不足になっていることが大きな障害要因と考えられた。

長期的スパンでものを考える傾向にある父親の〈将来の生活の見通し〉を障がい児に持てるような支援のあり方を検討することや、障がい児の症状の安定するまでの早い時期に父親が〈精神的に追い込まれている〉状況を看護職は理解し、早急な支援を考える必要があることが明らかとなった。

V. 「共同研究報告と討論の会」での討議内容

1. 障がい児の社会化への支援：ショートステイの活用

障がい児の活動性の促進にはさまざまな課題がある。ここでは3つがあげられた。

1) 環境の変化への敏感さ：障がい児は体調が敏感であり、ショートステイで体力を消耗し取り戻すために数日かかる場合があるが、母親は他者の

世話になれてもらうために覚悟して利用している。

2) ケアの保障の問題：看護師が障がい児の世話を十分にできるのかを心配して利用できない家族もいた。ショートスティ先の看護師が家庭訪問して児のケアに慣れてくれると家族も安心でき、障がい児にも良いのではないか。

3) 移動のための負担の大きさ：障がい児は装備や装具が多く移動の準備に手間がとられる上に、荷物が多く手段が限られるので、手助けを必要とする。幼いときはまだ一人で抱くこともできるが成長すると体重も重くなり負担がかなり増加する。

それらに対して、A施設では、家庭訪問やデイサービスの送迎も行い、障がい児の利用もある。日中看護師が3人勤務している。看護師はデイサービスもショートスティも同時に看ている。このようなサービスはB市にはないが、どこの地域にも開設されることが望ましい。

2. 重度障がい児の活動に伴う葛藤

学校など子ども同士が関わる場所への外出は、子どもとの交流から障がい児が得る快の刺激のプラス面と、障がい児自身に体力がないために起こる激しい消耗や感染などを受けるマイナス面がある。障がい児自身がどうしたいのか意思決定できないために、その選択を親がしなければならない。親は葛藤を常に経験することになる。

3. 保健師の支援不足

重度障がい児の存在の把握が充分ではなく、養育者が困難と感じている時期や内容に支援が不足している。保健師も難病対策としては取り組んでいるが重度障がい児までは手を掛けることができない状況があり、課題として捉えている。

保健師自身に関わりにくくなっている点として、重度障がい児が医療機関と関わりが強い時期に、早期から支援をしていないと保健師が関わるタイミングをつかめなくなったり、養育者に今頃では遅いという感情を持たれているのではないかと考えたりすることがある。

医療機関の看護師も地域との連携を強めるなど保健師への働きかけを強化する必要があると思われる。

提案として、①早期から地域に連絡することを考慮し、入院中から保健師が医療機関を訪問するなど、直接在宅の支援を訪問看護ステーションにつなげるのではなく、保健所・保健センターへの連絡を行う。②保健師も在宅に向け医療機関に入院中に出向くなど、医療機関と保健分野がさらに連

携を深め、在宅支援に向けた条件を整える努力が重要ではないだろうか。

文献

- 1) 津島ひろ江：医療的ケアを要する子どものトータルケアとサポートに関する研究—通常学級在籍児の実態を中心に—，小児保健研究，59(1)；9-16，2000.
- 2) 岡村美緒，石田祐子，笠原保子：重症心身障がい児における個性を考慮した客観的指摘の検討—バイタルサインで示す安楽の状態—，日本重症心身障害学会誌，29(2)；176，2004.
- 3) 文部科学省・厚生労働省連絡協議会「教育・児童福祉・社会保障施策分科会報告書」（抜粋）：養護学校における医療的ケアの現状と課題，両親の集い，550；39-41，2002.
- 4) 岡崎有希：人工呼吸器の子どもと、ベビーカーを押すように颯爽と街に出たい，日本重症心身障害学会誌，28(1)；31-36，2003.

精神科訪問看護の現状と課題に関する研究

片岡三佳 井手敬昭 三宅薫 森仁実 松下光子 田内香織 北山三津子 (大学)
村岡大志 森康成 坂本由美 (社団法人岐阜病院) 奥田啓子 (山県市役所)

I. はじめに

精神障がい者の地域生活を支援するためのシステムの充実がすすめられ、精神科訪問看護の必要性が高まっている。しかしながら、精神科訪問看護を行っている看護職は十分な教育や経験、サポートがない状況下で訪問看護を行っている現状がある。看護職間や他職種、地域における関係諸機関との連携の不十分さなど、精神科訪問看護の課題が山積しており、解決していく必要がある。

そこで、精神科訪問看護の質の向上に向けて、精神科訪問看護の実践の事例検討を行い、そこから精神科訪問看護の現状と課題を明らかにする。

II. 方法

訪問看護師、保健師、病院関係者、大学教員により現在、現地共同研究者が訪問看護を実践している1事例（他職種との関係がとれている事例）の検討会を月に1回程度、実施する。そして、訪問看護記録をもとに患者の言動・症状、病院関係者（医師・看護師）、保健師の援助・情報をそれぞれ分類し、経時的に表に書き出し、看護職が行っている援助内容および関係者相互の関わりを検討する。

倫理的配慮として、対象者に了解を得るとともに、検討会参加者の守秘義務の励行、資料配布時の匿名性などを配慮した。なお、本研究は本学研究倫理審査部会の承認を受けている。

III. 事例紹介

1. 対象の概要

A氏、40代後半の女性。診断名は非定型精神病（躁鬱状態、初発X-5年前） 障害年金受給

1) 家族：実父、三男と同居し、長男・次男は他市、妹2人は隣接するC市と関西に在住。

20代前半で結婚し、40代前半で離婚している。

2) キーパーソン：近所に住む遠縁のD氏。A氏家族は治療に対する理解がなく、近所に住む遠縁のD氏が見かねて関わっている。

3) 居住環境：当院から車で片道約50分要するB市山間部の集落（冬期は豪雪地帯）に、持ち家一軒家に居住。周辺は山、田畑、小川があるの

どかな田舎。隣家までは田畑をはさんだ距離。徒歩圏内に食料品店などはない。

4) 職歴：飲食店勤務歴あり。現在は無職。

5) 病前性格：考え込む まじめ 思い詰める

6) 入院歴：X-5年から4回の入院歴があるが、訪問看護導入後はない（経過は以下の通り）。

(1) X-5年：長男が自動車事故を起こしてから不眠が始まり、言動がまとまらず初回入院となる。

(2) X-4年1月：リストカット、眠剤10錠服薬して車を運転、交通事故を起こし、民家へ損害を与えた。事故後救急搬送された総合病院入院を経て、当院2回目入院。その後、民家に対して多額の補償金が必要となり、母と二人の妹は金銭の工面に追われた（母は同年6月他界）が、甥から借用することとなった。症状安定を維持するには、現状では仕事は無理だろうと主治医に助言され、働かないことを納得して退院。

(3) X-2年：工場で働いていたが解雇になった頃から不眠が始まり、錯乱状態となって入院。退院時障害年金申請。

(4) X-1年：多弁多動、支離滅裂となり入院。退院時は家族の援助がなく病棟看護師と精神保健福祉士（以下、PSW）同伴で退院。家族の治療に対する理解のなさから保健所に介入してもらう予定であった。

7) 訪問看護導入：X年、生活全般の援助、病状に関する治療継続の援助指導を目的に訪問看護の導入が図られた。経済状況、遠方であることから、2週に1回の頻度で訪問看護を実施。A氏は家事が出来ない現状を訴え、特に料理援助等を希望した。訪問看護導入後2年経過。保健師は、概ね月に1回程度の訪問を行っている。

8) 現在（X+2年）の受診状況：月に1回受診。

IV. 結果

1. 経過

看護職が行った援助内容および関係性を振り返り検討した結果、3つの期間に分けることができた。訪問看護師がB市保健師に地域でのソーシャルサポートを相談した際、具体的に食事の援助や経済状況を相談できたことで、経済事情を配慮したホームヘルプサービス導入を図ることにな

ったく訪問看護導入期>、A氏の負担軽減のため医師、保健師、ヘルパーとの情報交換・協働、服薬・生活指導を行った<危機介入による関係性形成期>、A氏の生き甲斐を求めてA氏、ヘルパー、保健師参加のケア会議を実施した。ヘルパーから折り紙（千羽鶴）が提案され余暇を楽しみつつ、不安定要因に左右されても、地域・家庭での生活が維持できている<安定期>があった。

1) 訪問看護導入期

X年4月、キーパーソンであるD氏夫婦に付き添われ外来を受診した。医師から生活全般のフォロー、病状に関する治療継続の援助指導を目的に訪問看護の導入が図られた。訪問看護利用についてはゆとりのない経済状況と当院から遠方であるため十分な訪問時間を提供できるかなど危惧されたが、精神症状の安定維持を目標に2週に1回のペースで訪問看護を実施することとなった。初回訪問時、家は片付けが不十分で、台所は散乱した状態で埃や油で汚れ、汚れたままの食器類が放置されていた。A氏は「やる気もなくして何もできない、家事を何とかして欲しい。食事ができない。献立が思い浮かばない、買い物に行けない、作れないし食べれない。」と窮状を訴えた。訪問看護師はその場の状況から、経済的にゆとりがない条件下で献立を考えると、毎日の食事が摂れるようになるまでの過程には、クリアしなければならない多くの問題が潜んでいること、少ない訪問頻度で食生活を有効にフォローすることは困難であると感じた。訪問看護師は、何もできそうにない感覚をもちつつも看護計画作成時、自分には何ができるのかと考え、まずはたとえ1日1食でも食事を摂ることを訴えかけ指導していくこと、同時に地域のソーシャルサポートで利用できるサービスはないかと考えた。そして、B市の保健師を訪ね相談を行い、その後もメールなどを用いて継続相談を実施した。

その結果、ホームヘルプサービスの利用が検討された。訪問看護師は、A氏・家族に対してホームヘルプサービスの利用を勧めたが、父は無関心で、一部負担金が問題となり、息子からは必要ないと拒否があった（息子からみれば以前に調理はできていたので、やればできるはずという思いがあった）。そこでA氏、息子、キーパーソンであるD氏に対して、ホームヘルプサービスの利用により期待できる有効性を説いた。それにより、X年5月にホームヘルプサービス導入となり、週1回ではあるが食事に関する援助を委ねることが

できるようになった。

また、A氏は、訪問看護師が男性であることが気になっていた。訪問看護開始当初から、現状では男性の訪問看護師しか対応できないことで了解をしていたが、「ここは田舎だから若い男の人が来るのは変に思われる・・・。」と言っていた。X年6月、訪問看護に関して女性看護師が担当できるようになったため、A氏の思いを尊重し、引き継ぎの同行訪問を行いつつ、同年9月より女性看護師の単独訪問となった。

2) 危機介入による関係性形成期

X年7月上旬、主治医から訪問看護師に、A氏が車の運転を希望しているから要注意と情報があり、訪問看護師から保健師に、保健師からヘルパーへと情報の共有を行った。情報の共有によりA氏の変化を注意して観察した。

X年7月中旬、A氏は隣接するC市に住む妹が出産するため妹の子供2人を預かりたいと言ってきた。訪問看護師はA氏の精神的負担の大きさを考え保健師に相談した。その結果、2人の子供を預かっている間はヘルパー派遣が毎日となり、A氏の負担の軽減が図られた。

X年9月中旬、A氏は三男が転職を考えていることを知り不安になっていた。情報の共有により関係者のなかで問題を明らかにし、傾聴や助言を行い、A氏の気持ちを酌むことができた。

X年9月下旬、保健師が訪問する。A氏の表情が暗く会話も少なく、日中も臥床していることが多いと訪問看護師にメールで連絡があった。

X年10月中旬、甥からの借金、C市在住の妹が仕事にいくために妹の子供を預かって欲しいと言われていること、献立が偏りがちという情報が、ヘルパーから保健師を通じて訪問看護師に提供され、主治医に報告され、経過観察していった。

(1) 服薬管理指導の導入

A氏からいろいろな話をしてもらえようになったところで服薬の確認を行った。その結果、服薬の自己管理ができないことが明らかになった。そこで、訪問看護時は毎回、服薬は必ずすること、服薬することにより気分の波を小さくして症状の安定ができ、家庭生活を送ることができることを説明した。A氏も入院時の経緯や経験から、気分が高揚してくると何でもできそうな気がしてきて失敗することを感じているようであったが、服薬に関する理解は不十分であった。

X年11月中旬、訪問看護師は服薬指導を行った。

A氏の訴えとして「朝食を食べないから服薬できない。」とA氏なりの理由があった。そこで、シートで出されていた個々の薬を、一回の服薬分を一袋にパックしてもらい、一日分ずつ切り離し日付をいれた。そして、朝食をとらないときも服薬をすること、前日に次の日の薬を用意することなどを助言した。11月下旬、電話で服薬について尋ねると、その後の服薬はできているようで、受け入れはよさそうであった。

X年12月上旬、保健師の訪問があり、服薬確認すると「しっかり飲んでよ。」と返答があり、訪問看護師にも情報提供がされた。

(2)生活指導の導入

X+1年1月下旬、保健師訪問時、降雪により外出できないためか、A氏は退屈そうにしていると保健師が感じた情報が提供された。

X+1年4月上旬、訪問時「煙草をたくさん吸ってしまう。借金もあるし、煙草を控えようかな。」と発言があった。訪問看護師は、暇な時間が多いことも一つの原因でないかと考えた。

X+1年4月中旬、訪問看護師の携帯電話に「寂しいから電話した。」と訴えがあり、「やることもないし、家でぼんやりしているのはもったいないから、外に散歩にいったら？桜がきれいだよ。」と助言したり散歩などの提案をしたが、その他にA氏にできる余暇を楽しむ方法をみつけることがなかなかできなかった。地域で何かないだろうかと考え、地域事情に詳しい保健師に相談した。

3)安定期

(1)地域ケア会議

X+1年5月下旬、ヘルパー援助や生き甲斐についてという内容のケア会議をA氏の自宅で行った。参加者はA氏、保健師、ヘルパー、訪問看護師であった。そこでヘルパーの薦めで折り紙(千羽鶴)が提案され、A氏もそれを社に奉納したいという思いが起こっていた。

X+1年6月下旬、A氏から、再び三男が転職したいと言い出した、と訪問看護師に相談があった。訪問看護師は「息子さんは成人されたので息子さんに任せてみたらどう？」と提案した。7月上旬に三男の仕事が決まるまで精神状態が不安定になることはなかった。

その後、A氏は折り鶴を施設に寄付したいと思いつけ、自分で施設や保健師に電話をかけ、寄付の場所はたくさんあるかなどと聞いていた。一生懸命のあまり、ヘルパーが来ても折り鶴に夢中に

なり料理がおろそかになっている情報がヘルパーから入ったが、訪問看護師や保健師の訪問時の助言を聞き入れ、現実問題である料理に目を向けることができた。訪問看護師も「老人施設の方々の健康を祈って折ることはすばらしいね。」と声をかけ、折り鶴を折る事のすばらしさ、他人のために何かをする事を肯定する声かけをした。

X+1年9月下旬、保健師の訪問で、時々妹の末の子供(幼児)を預かっていることがわかった。精神的に負担になることなく生き甲斐になっていて楽しいという発言があった。X+1年6月下旬から10月下旬まで問題があっても精神症状が不安定になることなく生活ができていた。

(2)問題発生

X+1年10月下旬、長男の国民年金未納が判明し不眠が出現した。訪問看護師は経緯などを傾聴し、「自分ではどうすることもできないから悩むのをやめました。」とA氏は話したが、表情は暗かった。

X+1年11月上旬、不眠は継続、増強していた。原因は息子の夜遊びであった。訪問看護師は、過度の心配はしなくてもいいと助言し、心配が軽減するようにA氏の気持ちが他のことに向くことを考え、折り鶴の他に何か趣味はないか尋ねた。A氏は「カラオケが好き」と答え、音楽が好きなのことがわかった。しかし、家計がひっ迫しているためCDが買えず、地域事情によりラジオも受信不良で音楽を聴く機会がない状況であったため、訪問看護師がA氏の好きなアーティストの音楽を録音して渡すと、とても嬉しそうであった。

X+2年8月、A氏から訪問看護師に、家計が苦しいので訪問回数を減らして欲しいと要望があり、主治医と相談し訪問看護が月1回に変更された。お金のこと、息子のことで精神状態が不安定になり、その時期は不眠を訴えた。また、寂しさも打ち明けた。その間、服薬確認の拒否をすることが多くなっていた。

しかしそれ以降、息子のことや金銭問題に関する不安定要因に左右されても、入院治療が必要になる程の悪化はなく、地域・家庭での生活が維持できている。最近では「息子が料理について文句を言う。私が料理くらいしなければ、なぜここに自分がいるのか分からないでしょう?」「家について働きにもいけないし。世間の目もある。でも働きに行く気にならない。」という心情を語る言葉がある。

2. 事例検討会での内容

1) A 氏の変化

訪問看護導入当初 A 氏は「料理ができない」「買い物ができない」と現実に直面した訴えが主であった。その後、訪問看護師、保健師が関わる中で訴えも変化し、最近では「息子が料理について文句を言うの。息子も自分で料理できるけど、私が料理くらいしなければ、なぜここに自分がいるのか分からないでしょう？」と辛い心の内を話したり、金銭の問題については「家にいて働きにもいれない。世間の目もあるでしょう？でも働きに行く気にならない。」という心情を語る言葉があった。母として息子に関する心配や不安、食事作りを通じた自分の家庭での存在価値、辛い心情を、訪問看護師に表出するようになった。

また、A 氏の精神症状も、息子や金銭に関する不安定要因に左右されても、入院治療が必要なレベルまでの悪化はなく、自分なりの対処にて、地域・家庭での生活が維持できている。

2) 訪問看護師の関わり

(1) 事例検討会を通して、訪問看護師は自分の看護で何が不足していたのかを気づくことができた。関わりが不十分であった背景には、訪問看護師自身に①2週に1回の訪問で情報を得るのが難しいと思っている。②往復約2時間の交通時間を要し30分間の訪問で“何ができるのか？”と葛藤する気持ちが当初からあったことが一要因であると思われた。

(2) 保健師、ヘルパーとの情報交換により訪問看護師自身の精神面の安定につながり、それが A 氏の援助に影響をおよぼしたと思われた。

訪問看護師が A 氏の状態を判断し、気をつけて欲しいと思っていることを保健師にメールをすると、保健師はすぐにヘルパーに連絡をする。また保健師経由でヘルパーからの情報がくる。このようなメールでの情報交換だけでも訪問看護師自身が安心して次回訪問するまでの一ヶ月を待つことができていた。訪問看護師による訪問は少ないが、A 氏の身近な関係者がフォローしてくれると思いき、安心してまかせておけるこの安心感が援助に影響をおよぼしたといえる。

(3) 訪問看護師、保健師、ヘルパー相互の情報交換および、それぞれの職種でできる対応をやっている現状があることがわかった。

3) 保健師の関わり

保健師は A 氏に関して何かが起こる（お金、

息子のことで）と、ヘルパーから連絡が入り、調子が悪くなっていることを感じていた。

A 氏の地域生活の維持につながった保健師の関わりには、主として以下の2点があった。

(1) 患者の病状の変化への対応（電話対応の活用も含め）が早く、訪問看護師、保健師、ヘルパーとの即時対応ができていた。

(2) ヘルパーや訪問看護師など他職種へのバランスの良い介入が行われていた。

A 氏は保健師に適度な頼りがいを感じていたと思われる。状況によってヘルパーを集中的に実施できるように調整をしたり、適時に必要量のサービスを配分し、他職種との役割分担を明確にしたうえで、保健師が負担するところを受けるといった保健師の関わりバランスが良いことを感じた。

V. 考察

1. A 氏の地域・家庭での生活を支えた看護

A 氏の地域・家庭での生活を支える基盤として、主に以下の2点があると考えた。

1) 訪問看護開始時からの他職種との連携と各役割の実行

訪問看護開始時から地域保健師に協力を依頼したことで連携した支援が開始され、ヘルパー等の社会資源活用につながっていた。さらに、訪問看護師、保健師、ヘルパーが、各立場でできる援助内容を確認し、情報を共有したうえで各役割が実施できていたことが、A 氏の地域・家庭での生活を支えになっていると思われた。

今回の事例では、経済的、距離的・地理的な事情を考慮すると訪問回数や援助時間に限界があるうえに、家族援助が無いに等しいという問題があった。しかし、訪問看護当初から地域の保健師へ相談し協力が得られたこと、そして具体的な問題点（食事を何とかして欲しいという訴え）を相談できたことが、その後のヘルパー導入へ結びつき、A 氏を中心とした地域連携の始まりとなり、様々な問題点を補う結果になってといえる。

各役割としては、保健師が情報交換の中心的役割を担い、利用者の経済事情と必要性を配慮した上でヘルパーの派遣や回数調整を行い、訪問看護師は A 氏の精神症状の安定維持を目標に傾聴・助言、精神状態の不安定要因となる出来事を把握し、関係者間で共有した。さらに、A 氏の危機に対しては保健師やヘルパーら他職種との連携、相互の関わりが存在した。A 氏の危機に対して適時にスムーズな介入ができ、訪問看護師、保健師、ヘル

パーのそれぞれの立場で、できる援助内容を確認し、それぞれの役割が実施できていた。その結果、A氏の望む家事をサポートしつつ、精神状態の不安定要因となりそうな出来事を回避することで安定した生活を維持することができ、次第にA氏は自分の現状や内面を関係者に表出することができるようになっていったと思われた。

2) A氏の感情・思いの表出を促す援助

A氏が自分の状況や心情、希望を、訪問看護師、保健師に話すことができるように、傾聴・助言し、情報共有を図るなどの配慮をしたことが、A氏の地域・家庭での生活を支える一助になっていると思われた。

A氏の生活歴を振り返ると、「A氏が障がいを抱えていること」に理解を示してくれる人が少なかったのではないかと考えられた。初回入院で、自殺企図を起こしてしまうまでにつらい眠れない夜をどれだけ過ごしたのだろうか。自分のつらい心の内を誰にも話さず、その心がどのようなものであったか言葉にできず、自分のつらさを自殺という行動で示したのではないかと考えた。

そこでまず、A氏が思っていることを言葉で表すことが、大切ではないかと考えた。言葉で自分の口から表したことは、頭で考える過程、口で表す過程、口から出した言葉を耳で聞きなおす過程と3度同じことを繰り返すことができる。それによってA氏自身が希望、他者に望むことなど、心の奥底が明確になると思われた。そのためにも、あるがままを受容、傾聴し、問題が挙がったときは、そこからどうしていったらよいかを2人でともに考えた(X年12月、X年+6月)。看護師は問題が挙がるたびに、いろいろな助言や提案をした。次第に、A氏は看護師の言葉を思いだして判断材料にする行動(X年11月に助言して、X+1年4月に行動)がみられるようになったことから、A氏は人に話せば問題解決のヒントがもらえると気づいたのではないかと考えられた。また、A氏が自分の心の内を少しずつ言葉で表すようになったとき、A氏が話して良かったと思えるように、今度は看護師が「ありがとう」などと、話してくれるようになったことを言葉と表情で表していった。このような関わりのなかで、A氏が心のドアを一つ開けてくれていたように思われた。それは、精神障がいを抱えることの苦しさを誰にも理解されず閉じていた重いドアが開放される瞬間であったように思われた。

また、看護師では解決ができないときは、はっ

きりとできないことを告げ、他職種への相談を促したり、看護師が相談することを告げたりして、問題をそのままにしないようにした(X+1年6月、8月)。これらの体験が、相談すれば自分に良い結果が得ることができ、ヒントがもらえるとわかり、危険な行動を起こさなくても言葉で表現すれば誰かが自分の心の内をわかってくれることへの理解に繋がっていたと思われた。

そして、この過程こそが、A氏にとっての精神障がいを受け入れていく過程であり、これからも、障がいを受け入れていかれるのではないかと思われた。精神障がいは何が障がいであるかがわかりづらいため、その障がいを受け入れていけるように看護職はサポートしていく必要があると思われた。

2. 精神科訪問看護における事例検討会の有効性

訪問看護を行う看護師は、一対一の関わりで看護を行っている状況から、その場で対応する自分の看護に迷いや不安と心細さ、自信がもてなかったりすることがある。問題が生じると同部署の看護師に相談しながら実践してきたが、限られたスタッフの検討では限界があった。しかし、事例検討会で多様な背景をもつ参加者と検討を行うことにより、自分が行っている援助の振り返りができ、不足している援助内容に気づくことができた。

また、精神科訪問看護を行うにあたり看護師一人が知り得る情報は限りがあり、行える内容も限られる。しかし、地域で生活を行えるようにするには、多面的な情報(広い視野)や、障がいによる「個々の生活のしづらさ」を理解する必要がある。今回、他職種からの情報や助言もあり、自分のすべき看護がより明確となり、A氏への援助では迷いや不安も少なくなっていた。以上のことから、事例検討会は訪問看護師にとってのサポート的な役割を果たしていると思われた。

3. 精神科訪問看護の現状と課題

精神科訪問看護の現状は、訪問看護師が保健師に相談・協力依頼するなど、地域のサポートを得ながら協同して実施されている。また、訪問看護利用者の具体的要望に応えようと関わり、その具体的要望を利用者から引き出していく関わりを実践している。同時に訪問看護師は、自分が行っている訪問看護に不安と自信のなさがあり、他職種との情報共有や協同により、それらの軽減を図っている状況があった。

課題として、以下の2点が考えられた。

1) 地域連携における関係性の大切さ

精神障がい者が地域や家庭で安定した生活を送るには、医療・福祉のサポートや家族など関係者の協力が必要である。危機介入の好機の見極めや、危機に対応した関係者の選択、どのような手段で介入していくか、それぞれの関係者（訪問看護師・保健師・ヘルパー・家族）が、できることを明確にして、適時に素早く必要な期間だけ必要な援助ができること、これらがスムーズかつバランスよく展開していくことが望まれる。その点で、よりいっそう他職種との連携と、さらに他職種間での信頼関係を作ることが必要であると考えられる。

2) 訪問看護師のスキルの充実、メンタルな部分でのフォローの充実

訪問看護師は、自分の看護が偏っていないか、一人で問題（不安や迷い）を抱え込んでいないかなど、常に振り返りながら看護展開をする必要がある。事例検討会は、訪問看護師のスキルアップの場として活用され、訪問看護師のメンタルなフォローや、他職種との関係を深める場としても有効であった。今後、訪問看護に携わる看護師がスキル面、メンタル面での充実が切実に望まれる。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 訪問看護の規模

- ・利用者 32 人（のべ 60 人）。
- ・頻度は利用者の状態、経済的側面、看護師側の事情などもあり、様々。

2. 訪問看護師の思い

1) 看護師が行った援助は、患者の病状を安定させ、保護しているが、やりたいこと、希望には添えていないのではないかと悩むことがある。

[意見]

- ・ 就労によって病状悪化につながったことがある。しかし、金銭的に厳しい状況であり、利用者は働きたいと言っているのは事実だと思う。就労により病状が悪化した場合、そのときの状況をきちんと把握し、利用者の思いを聴き、現実の状況を伝えていくことが看護職として必要な援助である。
- ・ 就労していた時に病状が悪化したことがあったが、なぜ体調を崩したのか、病状が悪くなったのか、仕事の内容が問題なのか・・・など、その理由を利用者とともに検討していくことも必要だと思う。
- ・ 利用者にチャレンジしてもらうことも必要だと思う。

2) 実際、働きたいという希望があったときのために、利用者の働くことができるような福祉工場の見学にも行って来たけれど、現在のところ、利用者は「今はそんな（働く）気分じゃない」と言っている。利用者には気分の波があり、その波によって言動が変わることがあるので、その時期時期で返答が変わることが考えられる。

[意見]

- ・ 看護職が現実を伝えることで、選択肢を与えることにもなり、それは利用者自身が判断して利用者が決めているということになる。看護職もどのような資源があるのかの情報を得ながら利用者に伝えていきたい。
- ・ ここで利用者が選ばないということは、押さえつけにはならないのではないだろうか。
- ・ 自分の行った援助に自信を持てばよいと思う。

3) 車の運転をしたいという希望がある。しかし、運転の希望も病状が不安定な時期に出現したことがあるという経緯がある。看護職は車を維持することの金銭的な側面から免許の更新を利用者に思いとどませた。バス停から 20 分以上かかる所に住んでおり、車がないと生活範囲を狭めることにもつながっている。そのため余暇をどう過ごすかということは重要な問題となっており、市町村保健師に相談してみた。しかしながら、地域活動の場所が利用者宅から遠い。そのため、通うには金銭的な負担がかかる（病院のデイケアも遠いため、通うことは難しくオーダーがない）。現在は折鶴をして、神社に奉納したり、特養などの施設に寄付することが生きがいとなっている。

[意見]

- ・ 病院のデイケアは、診療日だけでも通えるようにしてみてもどうか。家族などの身の回りの人以外とのコミュニケーションをとることも大切であり、そのためにもデイケアに通所することは意味があると思う。
- ・ 市町村保健師だけでなく、保健所の精神担当保健師にも相談し、情報を共有することも必要ではないか。

VII. 今後の課題

今後も事例検討を重ね、岐阜県における精神科訪問看護の現状と課題を明確にしていく。

スタッフ教育に関する活動

精神科病院の看護の質を上げるスタッフ育成方法の検討

三宅薫 片岡三佳 井手敬昭 黒江ゆり子 大法啓子 平山朝子 (大学)

安藤正枝 木澤正明 (のぞみの丘ホスピタル・看護部)

I. はじめに

精神科の病院には一般科と比較して看護師の数が少なく、よいという医療法の特例があり、さらに看護職員の資格の不均衡、教育背景・就労背景や年齢の多様性などのため、職員教育の効果が上がらないという特徴がある。

共同研究者の一人である看護部長は、精神科病院のスタッフ育成に取り組み、看護部職員のケアの本質に向けた認識を高め、業務への意欲が充実する環境作り、中間管理職の成長支援を実施し、その過程を「精神科病院におけるスタッフ育成方法の開発」として、本学修士論文にまとめている。

本研究は、このスタッフ育成方法について、当該病院の看護中間管理職者に面接を行い、第三者の立場から評価すること、精神科病院の看護スタッフの質の向上に有効な育成方法について示唆を得ることを目的にしている。

II. 病院の概要

当該病院は、人口約 55,000 の A 市唯一の精神科病院である。病床数は 310 床、急性期・療養等 6 つの病棟とデイケアおよび 4 つの精神障害者社会復帰施設・老人保健施設が併設している。看護職者は看護師 42 名、准看護師 38 名、看護補助者 46 名である。現在の看護部長は平成 13 年に就任している。

III. 「精神科病院におけるスタッフ育成方法の開発」について

現地側共同研究者である当該病院看護部長のスタッフ育成方法の現状を下図に示した。

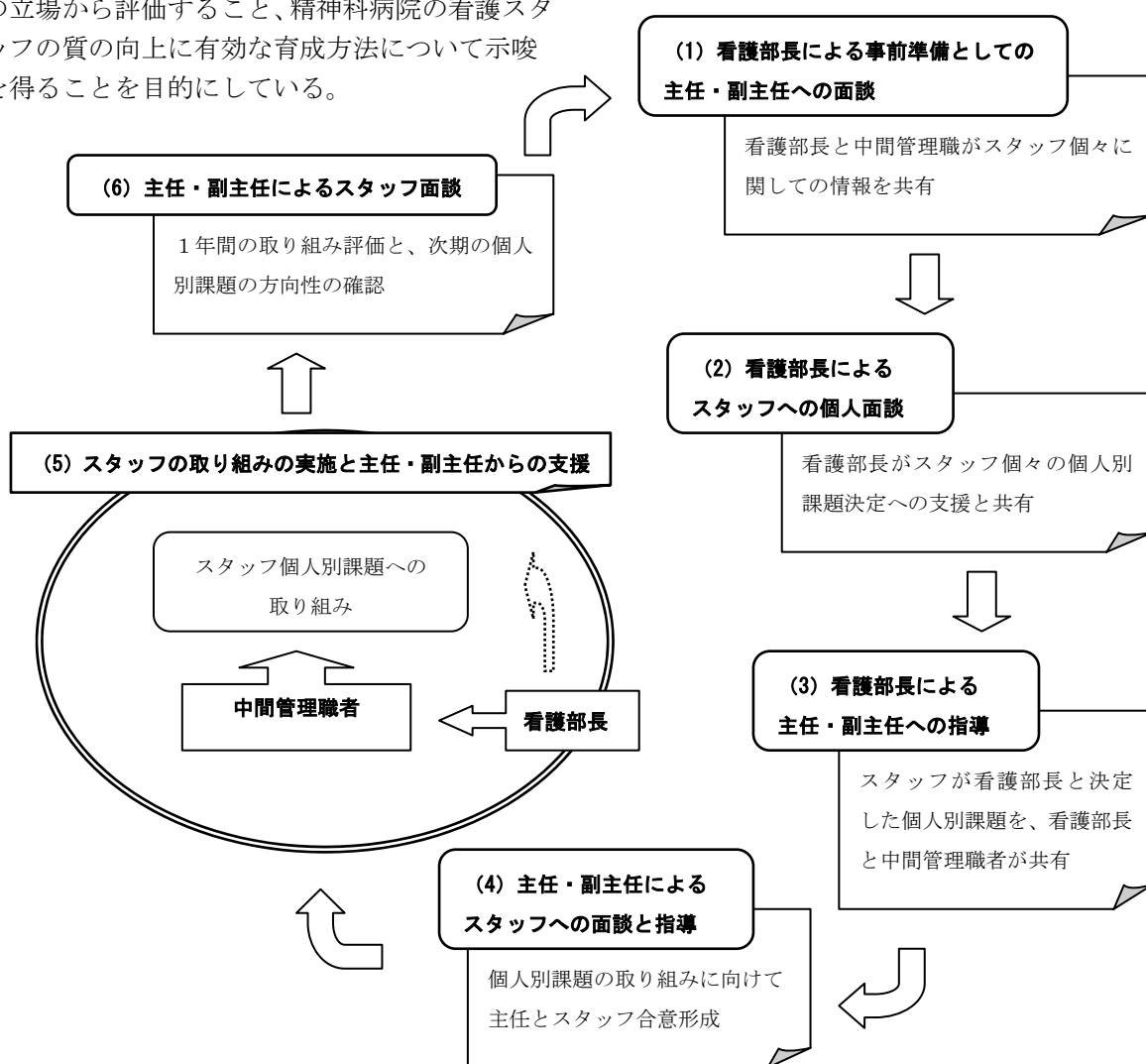


図1 スタッフ育成の現状

このスタッフ育成方法の特徴は、看護部長が直接スタッフと面談を行い、スタッフ個々の自己成長のための目標設定を支援することであり、その個人別目標を達成するための活動を、主任・副主任が看護部長の支援を受けて支えていくことにしたことである。

看護部長が介入することにより、看護部長の持っている看護への思いが、少しでもスタッフ全員に伝えられる。中間管理職者に対しては、個々を大切にすることの重要性、スタッフ個々を大切にすることは、スタッフが患者個々を大切にすることにつながっていく。この考えを看護部長がモデルとなって示すことになり、共同して支援することを通して、中間管理職者の成長を促すことを意図している。

IV. 方法

1. 面接対象と方法

対象：当該病院、看護主任・副主任のうち、同意を得られたもの10名。

方法：面接時間は1~2時間。面接場所が選択できることを説明の上、プライバシーが保てる個室で面接を行った。

2. 面接内容

看護部長が実施したスタッフ育成方法の特徴である、職員個々の意向を取り入れた目標管理シートの活用と看護部長との個別面接の効果について、半構成面接を行った。質問項目は以下の通りである。

- 1) 現在、あなたの病院で行われているスタッフ育成方法はどのようなものだと思いますか？
- 2) そのスタッフ育成方法で、変化があったと思いますか？
- 3) 今まで行われてきた目標管理シートを使用したスタッフとの関わりとは違いはあると思いますか？
- 4) 看護部長がスタッフに直接関わることは、主任・副主任がスタッフ育成する上で、意味や効果があったと思いますか？
- 5) 看護師・准看護師・看護補助者の職種別で考えると、看護部長が直接関わることはどの職種に一番効果があったと思いますか？
- 6) 主任・副主任として看護部長の支援は受けられたと思いますか？
- 7) 看護部長がこの方法を取った意図・経緯は何だと思いますか？

3. 倫理的配慮

面接対象者には事前に文書で説明の上、研究協

力の同意を得た。研究への協力・非協力、および面接内容が面接対象者の職業人としての不利益にならないよう配慮した。

本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を受けている。

4. 現地側の共同研究への取り組み

面接項目の検討および面接の実施に関する調整等を行った。面接結果を現地側へ返し、スタッフ育成方法の評価に用いた。

V. 結果

1. 面接結果のまとめ

当該病院看護中間管理職者を対象にした面接の内容をまとめたものを以下に示す。半数以上の中間管理職者が意見を述べた内容には人数を示した。

1) 主任・副主任が捉えているスタッフ育成方法

看護部長がスタッフ育成方法として意図して用いている目標管理シート、スタッフの個別面接を上げたものが半数であったが、勉強会の開催、研修会への参加もスタッフ育成方法として捉えたものは8名と多かった。

出された課題についてやり方を指示されるのではなく、自分で考える・部長はヒントを与えて考える力を身につけさせる、といった部長の関わり方をスタッフ育成としてあげている人もいた。

2) スタッフ育成方法による変化

スタッフの変化として、自己の振り返り、課題の明確化、モチベーション・役割意識の向上、話し合いの活発化、患者との関わり方の質的向上などがあげられた。また、毎月振り返るので自分の目標への意識づけができたという意見もあった。

職種別でみると、看護補助者では活気が出た、主体的に仕事や研究に取り組む姿勢になった、自分たちの仕事に価値を見出し、患者への影響を自覚するようになったなど、准看護師では病院・病棟全体の目標に沿った自己の目標を立てるようになったなどという意見があった。さらに病院全体が組織的な動きになった、スタッフが生き生きと仕事をする中で患者も生き生きしてきたという意見もみられた。

被面接者自身が属する主任・副主任の変化については、主任・副主任が情報交換し統一した指導ができた、自らが現場で動くのではなくスタッフの活動を支援・サポートする方向に変わった、スタッフ個人の目標や状況を考慮に入れた役割を与えるようになったなどの意見があった。

しかし、目標管理シートに関しては活用の度合

いに個人差があると感じたり、認識のレベルには影響があったが、実際に活用ができていないかは別問題との意見も見られた。

3) 看護部長による個別面接の効果

スタッフへの心理的効果への指摘が多かった。自分のたちのトップである看護部長が話を聞くことで、スタッフ1人1人に看護部長が関心を向けているという満足感を得て、仕事への意欲につながると思われていた。また病院の規模(看護職の人数)としてトップとスタッフが直接話ができる規模だと思ふとの意見もあった。

さらに面接結果が中間管理職にフィードバックされることで、病棟についてのスタッフの意見が活かされる、主任・副主任がスタッフへ効果的な指導ができるという意見もあった。

4) 従来の方法との違い

従来病院・病棟の目標に合わせた目標管理シートから個人の目標を重視した目標管理シートへの転換が看護部長の意図であった。主任・副主任の意見では、個人に合った目標が設定でき達成しようという意欲につながる、スタッフとの関わりが活性化し、指導の内容が具体的になったという看護部長の意図に沿ったものだけでなく、病院・病棟の目標に沿って指導しているので違いはあまり感じないという従来の方法と変化していないものもあった。また、目標の立て方以外で、文書化されていることで共有しやすく、振り返りやすいというメリットが上がった。

5) 職種による違い

スタッフ育成方法のもたらした効果が看護師・准看護師・看護補助者の3職種間で差があるかという質問に対しては、職種間での差はなく個人の資質によるものだと思うあるいは差は感じないとの回答が7名あった。

差があると答えたものは看護補助者について、意欲が向上し専門意識を持つようになった、会議等で発言する機会を持つようになった、自らの業務を自覚し責任感が増した、医療チームの一員であるという自覚を持つようになったという意見であった。スタッフ育成方法以外でも、看護補助者の会議に部長が出席し、看護補助者が看護部長に直接意見、要望を伝える機会があることに効果があるとの意見があった。

6) 看護部長による主任・副主任への支援

部長と目標を共有したことでスタッフへのアドバイスがしやすい、個々のスタッフの状況に合わせたアドバイスがもらえた、部長のやり方を取り入れて課題への対処方法を学んだ、相談に乗っ

てもらえた等があった。

一方で、指示についての説明が不十分だと感じることがある、こちらの希望・要望に対して返答が一方的だと感じることもある、スタッフの気持ちを汲み取るような言葉がけがあればいっそう効果があると思うという意見も見られた。

7) スタッフ育成方法をとった意図・経緯

現在看護部長が行っているスタッフ育成方法をとった意図・経緯については、トップダウンから各自が意欲を持って仕事ができるような方法を考えた、精神科病院の看護の質を上げるためにはスタッフがレベルを上げること、スタッフが自覚を持って働くことが必要と考えたのではないか、精神科病院を一般病院と同等の看護の質にすることを目指したのではないかなどの意見があった。

8) その他

病院が画期的に変わりやる気がある人は自分の力を伸ばしていけるようになった、患者さんのためになる医療・地域を巻き込んでの病院になったことを誇りに思う、看護部長が病棟に来る機会を増やし、スタッフが働いている姿を直接触れることでいっそう効果が出ると思う等の意見があった。

2. スタッフ育成方法の評価

以上の面接結果から、当該病院で行われているスタッフ育成方法の評価を行った。

スタッフ個人に対しては、患者に対する自分の影響力に気づき、自己の振り返りと、意識して働くことで達成感や、向上心に繋がった。中間管理者は、スタッフと関わる視点が明確となり、また、スタッフを支援する方法も学ぶことができたと感じている。これらのことから、現時点での当該病院の状況には相応しいスタッフ育成方法であったと言える。

しかし、中間管理職者の中には、看護部長について指示に対する説明の不十分さや、希望や要望に対して一方的な返答をすると感じている者もいた。これらは看護部長の関わりが中間管理職者個々の力を十分に考慮したものになっていないと言える。中間管理職者との関係性をさらに工夫して関わると、今以上にこのスタッフ育成方法が中間管理職者の成長に繋がると言える。

VI. 考察

1. 中間管理職者において育成された役割意識について

当該病院の中間管理職者(主任・副主任)は、

看護スタッフ育成を幅広く捉えていた。看護部長が意図して行った目標管理シート・個別面接だけでなく、看護部長就任以降実施された様々な改革に含まれる勉強会・研修会への参加、委員会活動、カンファレンス、病院機能評価への取り組みなどの全てがスタッフ育成に影響し、それらが看護スタッフの意欲や役割意識を向上させたといえる。

目標管理シートについては、個人の目標を重視した目標を設定することに加え、個人の目標が何らかの形で病院・病棟の目標に関連しているという捉え方を中間管理職者がしているのが印象的であった。スタッフ育成の効果で、役割意識の向上が上げられたり、中間管理職者の職務の変化にスタッフの支援があげられたりしたように、看護スタッフの働き方が、個人プレーから全体を意識し、その中で自分の役割を意識した働き方に変化したことが伺われる。また、目標管理シートについては、目標の設定の仕方だけでなく、毎月振り返ること、文書化により保存・共有がしやすくなったことの利点があげられていた。

中間管理職者の支援については、自分の困っていることが意識されており、それを言語化でき、自ら支援（面接）を求める場合や看護部長のやり方そのものからその意図を読み取り学ぶことができる場合は、しっかりと支援を受けることができていると感じているようである。看護スタッフと同様、あるいはそれ以上に中間管理職者の教育背景や就労背景、看護部長との関係性は多様であり、それを踏まえた支援がいつそう効果的だと考えられる。中間管理職者の支援には、看護スタッフへの支援スキルの向上も含んでおり、看護部長がその人に合った多様な支援方法を示すことで、中間管理職者のスキルも向上すると考えられる。

2. スタッフ育成方法の評価システムについて

本研究のような看護部長による全看護スタッフへ取り組みを、内部で評価することには、看護職では上司一部下の立場のため妥当性が確保しづらい、他職種では看護部の評価にはなるが看護部長の取り組みへの評価にはならないという問題がある。そのため、第三者の立場からの評価が必要となるが、その際、以下の条件が考えられる。

- ・看護できれば精神科看護の知識・経験がある
- ・看護システム・人材育成の知識・経験がある
- ・対象病院の看護部との関係がない

上記の条件を満たすことは困難だと考えられるが、第三者の立場からの、評価システムの検討は引き続き必要と考えられる。

3. 精神科病院のスタッフ育成方法について

はじめに、で述べたように精神科の多くの病院は、看護職員の資格の不均衡、教育背景・就労背景や年齢の多様性などがあるため、職員教育の効果が上がらないという特徴がある。さらに、岐阜県では1~2市に精神病床を持つ病院が1つしかないという現状のため、情報交換やサービスの競合が起こりやすく、これも質の向上を妨げていると考えられる。

このような特徴のある施設においては、看護ケアの質を向上させるには、個々のスタッフの内発的動機付けに着目する、スタッフが自分の成長や課題を自覚できる、役割意識を持ちチームに貢献できることにより、個々の質を向上させていくことが必要となる。また職種ごとや個々人の背景を考慮した支援も効果的と考えられる。さらにトップ（看護部長）ーボトム（中間管理職者）ースタッフ（看護スタッフ）が有機的な連携を持つこと、内部で完結せず開かれた組織作りをすることが大切であろう。

精神科病院のみならず、他の領域の病院でもスタッフ育成と共にスタッフ確保は重要な問題である。質の高い看護を提供するために、人材を確保し、そのスタッフがやりがいを感じつつ自分の能力を伸ばし、ケアの本質に向けた認識を高めつつより質の高いケアを志向し続けるような支援、スタッフ育成方法の検討が今後必要である。

Ⅶ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

はじめに、現地側共同研究者である当該病院看護部長より「精神科病院の看護の質を上げるスタッフ育成方法の検討」の概略を説明した。その中で「精神科看護の特徴は、長年精神科看護に携わってきている古いタイプのスタッフと一般科からきたスタッフが存在していること。以前の精神科看護の考え方はいかに事故を防ぐかであったが、現在はいかに地域へ戻していくかへと変化してきている」との意見があった。

その後「精神科病院における看護スタッフ育成の課題点・効果的な方法について」について、意見交換を行った。

精神科単科病院看護部長より「自分は医療以外の分野で働いていたが、精神科医療に携わるようになった。精神科の特徴というより、医療分野自体の特殊性を感じた。企業では利益追求を目的としているため、人材育成もその目的で行われる」との意見があった。

「精神科病院の看護の質を上げるスタッフ育成

方法の開発」で使用された目標管理シートについて、具体的にどのようなものか教えて欲しいとの質問があった。目標管理シートは2種類あり、1つは各部署で使われているもので、病棟目標に対しての個人目標を設定するもの、もう1つが看護部長と中間管理職者との情報交換のためのものである。スタッフ本人の個別の課題、部長が考えた個人に対する思いと中間管理職者へのコメントを記載する項目と中間管理職者が考えた個人への計画を記載する項目を設定している。

これに加え、当該病院の看護中間管理職者より「毎月の評価をしていくことに苦労があるが、問題志向型システム（POS）のような考え方で分かりやすい。方向性がないと成長もできないこともあり、役に立っていると思う」との補足説明があった。

本学教員より「看護部長に就任された当時、看護部の目指す方向を示すものとして、スローガンを掲げられたことが、印象的であった。目指すものが明確でないと、目標管理シートも形骸化してしまうことがあるように思う」との意見と補足説明の希望があった。看護部長より、病院を改革していく過程で、理事長にスローガンを作成し、病院としての方向性を定めた、病院全体として大事にしていきたいスローガンである。

その後、看護管理職、中間管理職、スタッフそれぞれの立場からのスタッフのやる気を引き出す方法について意見を求めた。精神科単科病院の看護スタッフより「自分が勤務している病院では若手の早期離職が多く、理由として仕事に対するモチベーションが関係していると思う。病院の体制も関係してくると思うが、看護研究を学会発表してもほめられることもなく、評価を受けることが少ない。スタッフからの意見としてモチベーションがあがるようにしてほしい」との意見があった。また別の精神科単科病院の看護スタッフより「目標管理シート、個別面接等実施しているが、評価の面では充分とはいえない」との発言があった。

当該病院看護部長からは「個人それぞれでお互いに褒めあう、評価しあうことをしていってもいいのではないだろうか。カンファレンスや事例検討会などで困難だった事例を出して検討するが、成功した、よかった事例をだして、褒めあうということをしてもいいのではないか」との意見があった。

これに対し「卒後2年目の看護師へコーチングの技法を使って指導を行った経験がある。すると

その看護師は成長することができたので、後輩の育成に携わる際には、コーチングなどの手法を使って指導していくのもいいのではないか」「目標設定の際に成果目標を立て、具体的にすることによって評価や褒めることもできるようになると思う」「モチベーションをあげるには、勉強会への参加や同僚との意見交換などを行い、お互いに刺激しあえるようにするといいいのではないか」との意見があった。

スタッフが意欲を持って生き生きと働くためには課題を提示するだけでなく、肯定的な評価（褒める）をし、心理的なサポートをすることが必要。そのためには具体的に実現可能な目標を設定することが有効との話し合いになった。また職位が上がるにつれ、褒められる機会が少なくなるので、お互いに認め合うような機会を作ることが大切である。

医療施設における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討

増井法子 丹羽好子 (岐阜県総合医療センター・退院調整室)
藤澤まこと 普照早苗 田内香織 河村めぐみ 黒江ゆり子(大学)

I. 目的

医療制度の改革が進む中、在院日数の短縮化に伴い、急性期病院から地域・在宅へと医療連携が強化され、入院患者や家族のニーズをふまえ、入院時から退院、在宅療養まで一貫して支援するための退院調整が重要となっている。当病院では、平成14年から退院調整室を設立し看護師による退院調整業務を開始した。現在、退院調整看護師は2名であるが、全退院患者の退院調整を行うことは困難である。退院調整は、入院決定時から退院まで一貫して支援するものであるため、退院調整看護師のみで行うことではなく、病棟や外来看護師などとの連携が重要であるが、両者の連携がうまく機能していないことも少なくない。

看護師が退院調整について共通の認識及び理解をもったうえで、継続した退院調整を提供できるような教育システムの充実を図ることができれば、より質の高い継続的な退院調整が可能となる。そこで、平成16年度から院内のエキスパートクラブ^{註①}の1つとして実施していた「退院調整エキスパートクラブ」を、今年度から「在宅ケアコーディネートクラブ」(以下クラブとする)と名称を変え、より在宅を意識した内容に変更した。その効果を分析・考察することにより、適切な方向性を検討する。

なお本研究における退院調整は「患者とその家族の退院後における生活のための調整活動」を意味する。

II. 方法

1. 方法：1年間のプログラムを企画してクラブ活動を行った。クラブ活動開始前後にクラブ員に質問紙調査を依頼し、了解を得られた協力者に質問紙を配布し後日回収した。

質問項目は、クラブの参加動機、クラブ活動の学びが実践で役立ったか、役立った内容、役に立たなかった理由、患者の在宅生活を今まで以上に意識することができるようになったか、それほどのような場面を感じる事ができたか、クラブの参加目的を達成できたか、クラブ活動への意見・感想について、で構成した。

2. 分析方法：質問項目ごとにデータを整理した。選択肢の項目については単純集計を行い、自由記載については内容を研究者で検討し分類した。

3. 倫理的配慮：本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を受けて研究を進めた。知り得た情報は本研究の目的以外に使用することはなく、公表にあたっては個人が特定されないよう配慮することを口頭と書面で説明し、了承を得た。
註①エキスパートクラブ：平成15年から院内の看護職員教育の一環として活動を推進している。目的は看護職員が自主的に極めたい技術について検討し看護実践場面に広めることである。現在8つのクラブ(がん看護・日常生活援助技術・接遇・感染防止・スキンケア・重症集中ケア・NANDA看護診断・在宅ケアコーディネート)があり、認定看護師などを中心として、時間外に活動している。クラブ参加資格は、2年目以上の看護師であり、年度始めに募集する。

表1. 在宅ケアコーディネートクラブ活動の概要

目的	患者および家族が退院後の生活の質を高められる退院支援が行えるよう退院調整に関する援助技術を互いに学びあう。
目標	・退院調整に関する援助技術がわかる。 ・退院調整の事例を通し、退院調整の実際がわかり、実践の場で活用する。
開催日	活動内容
7月13日	クラブ紹介、自己紹介(参加目的)、退院調整について「地域への退院をめざして」:18名
8月10日	介護保険の基礎知識、講師:飛鳥美谷苑 介護支援専門員:26名
9月14日	事例検討(気管切開中の独居の患者):22名
12月14日	小児在宅コーディネート事例から学ぶ:地域との連携、講師:各務原訪問看護ステーション 訪問看護師:11名
1月11日	外国人・ホーム医療保険・医療費について:生活保護・外国人などの支払い困難な事例の対応 講師:MSW:9名

第2木曜日 18時~19時、看護部カンファレンスルーム

Ⅲ. 結果

1. クラブ活動の概要：クラブ参加希望者は 40 名であり、平均出席人数は 14 名で全体の 35% であった。クラブ活動の概要は表 1 に示す(表 1)。

2. クラブ参加の動機は、「退院調整に関する知識を深めたい」「退院支援の援助技術を高めたい」「病棟のシステム化を目指して取り組みたい」「外来看護師として在宅療養支援を充実させたい」であった(表 2)。

3. 終了後の評価

1) 実践の場での役立ち度：83.9%が役に立った、16.1%が役に立たなかったとしていた。役に立たなかった理由としては、勤務の都合で参加することができなかったなどがあった(図 1)。

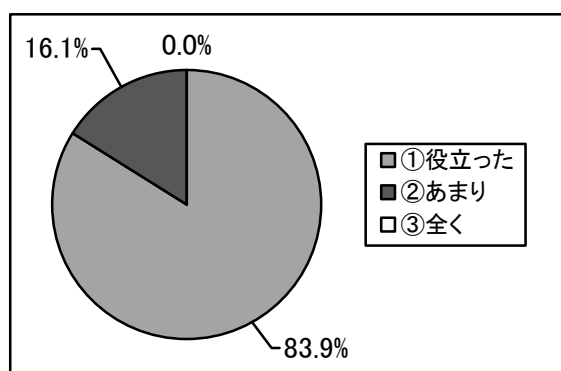


図 1. 実際の場合での役立ち度

2) 役に立った内容：8月に開催した「介護保険の基礎知識」が役に立ったと 40.0% (16 人) が回答し、7月に開催した「退院調整について(地域への退院をめざして)」が 32.5% (13 人) であった(図 2)。

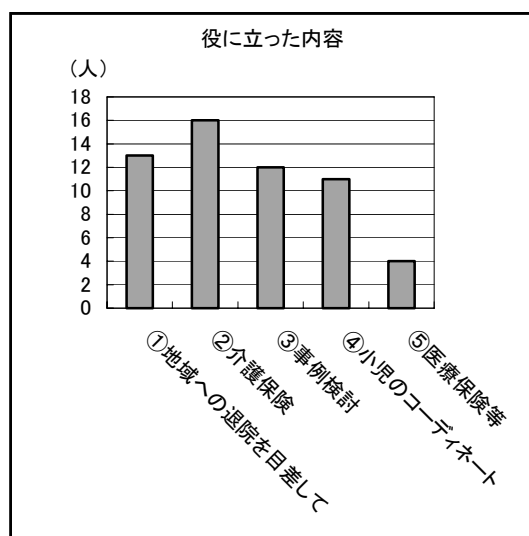


図 2. 役に立った内容

3) 患者の在宅生活の意識化

93.5%が今まで以上に患者の在宅生活を意識することができるようになったとしていた(図 3)。意識化された内容は、「退院後の生活について早い時期から考えるようになった」「在宅の可能性を考えるようになった」「入院時の情報収集を意識して行うようになった」「家族に目を向けるようになった」「在宅医療に関する知識を踏まえて患者・家族の質問に応じたり、説明するようになった」「継続できるように工夫するようになった」であった。(表 3)

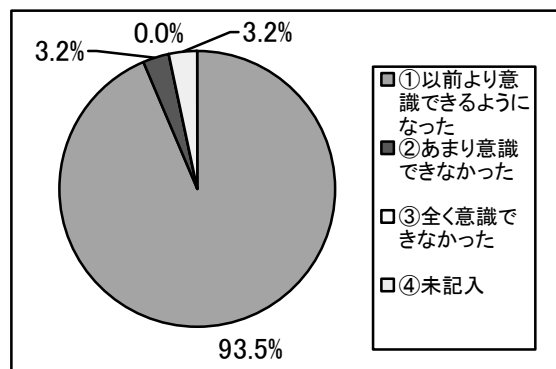


図 3. 患者の在宅生活の意識化

4) クラブ参加目的の達成度

38.7%がクラブ参加目的を達成できたとしていたが、51.6%が達成できなかったとしていた。

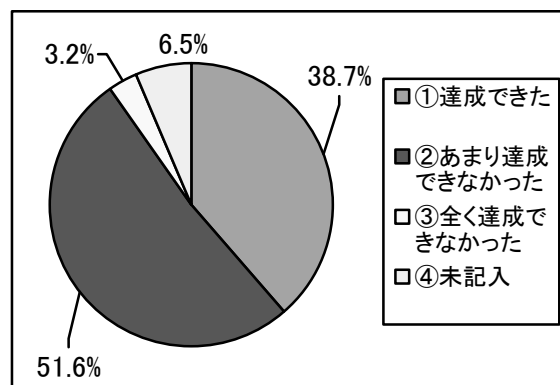


図 4. 参加目的の達成度

5) 達成できた理由

「介護保険や医療制度、今まで知らなかった生活保護法についても知ることができた」「自分に関心をもっていることについて話を聞くことができた」などがあった。

6) 達成できなかった理由

「継続して参加することができなかった」があった。

表2 参加動機の内容

1.退院調整に関する知識を深めたい:介護保険、退院調整の流れ、地域との連携、地域の福祉制度、保険点数、事例での学びなど

1)退院調整の必要なケースが多いので、自分が学んで支援したい(介護保険、地域との連携、地域の福祉制度、保険点数、事例での学び)	<p>病棟では、退院調整を依頼する事が多いです。実際に自分がどのようにして関わっているのかという点で、まだ不安があるため、もっと退院調整について学び、患者、家族を支援していきたいと思っています。介護保険や、さまざまな制度についても、知りたいという思いがあるため、参加したいと思っています。自分自身ももっと広い視野をもって関わり、退院に向けて、さらに地域との連携という面でも知識を深めたいと思います。</p> <p>病棟でも多くの人が退院調整を依頼しており、在宅や転院に向け、どのようにしたらスムーズに行えるかを学びたいと思ったからです。また、なかなか転院の決まらない患者さんや、帰りたくても退院できない患者さんの対応策なども分かったらいいです。事例を通して、いろんなパターンを学びたいと思いますので、よろしくお願います。 《希望》施設見学に行きたい。いろんなパターンを知りたい。</p>
2)在宅を希望しても実現できないことがあった(介護保険、負担額)	<p>病棟でも退院調整に関わる患者が多く、その度、保険等や地域での福祉制度について自分でしっかりと理解できないため、患者や家族に説明できないことがあった。 退院調整クラブに参加し、知識を深めたいと思い、参加したいと思った。</p>
3)在院日数が短縮傾向にあるので対応が必要(介護保険、退院調整の流れ、退院調整で必要な連絡)	<p>病棟に入院中のPtは、ENT調整にかける方が多く、現在の私の知識では、PtやFaに対し、有効的に支援できないため、エキスパートクラブで援助技術を高めたいと思いました。介護保険、身障についてや、保険点数などについて学びたいです。</p> <p>受持ちが在宅へのENTを希望されてもできなかつたり、逆に希望されて退院調整をかけた退院できたりしたことを経験し、退院調整、在宅コーディネートに興味を持ったため。また、自分の知識も増やしたいため。 介護保険については改正とかされているため、昔、学生時代学んだ知識とのちがいが大きいと思います。なので、どんなことでも教えてもらいたいです。負担額とか知りたいです。</p> <p>今まで受け持ちPtが退院調整が必要となる状況になったことがなく、現状としても在院日数の短縮、自宅への希望などあるため、今のうちに知識を持ちたいと思ったから。 また祖父が在宅O₂を使用し、介護保険も使っているが詳しく知らないため、知識を得て、祖父のサポートをしたいため。 《知りたいこと》・介護保険を使用する時の流れ(使いたいと思ってから実際まで) ・介護保険の内容 ・退院調整する流れ、どのように連絡し合い退院に持っていつているか ・サービスの内容 など</p>
4)質問に答えられないことがある(介護保険)	<p>転院希望の患者様が多く、その際の質問で答えられないことが多いため参加したいと思いました。また、介護保険についても多くきかれるので学びたいと思いました。</p>
5)知識として知りたい(小児在宅、医療材料の購入方法、介護保険、他病院の状況)	<p>小児在宅に関して、例)Mチューブ挿入中の乳児は、介護支援がうけられるのか。また医療材料の購入方法など。 介護支援としてどんな事がうけられるのか、知りたいです。</p> <p>介護保険等についてももっと詳しく知りたいです。 希望する病院(転院先)の空きがなく待っていることが多い。他病院の状況が知りたいです。</p>

2.退院支援の援助技術を高めたい:スクリーニングの方法、在宅療養への援助方法、家族を含めた関わり方など

1)高齢者が多くなるので、安心して在宅に戻れるように支援するための援助技術を学びたい(スクリーニングの方法、在宅療養への援助方法)	<p>病棟では脳梗塞による重度の後遺症で、在宅での生活が困難な場合、リハビリ目的で転院となる事がある。その場合、退院調整室へ連絡をとり、転院方向となる。こうした「転院」を目的とした依頼はよくあるが、その他の依頼は少ない。私自身、スクリーニングの方法が十分でないし、退院支援の援助技術が不十分である。 入院ptは高齢者が多い。また、これからも変わらないと思う。また、核家族化の一方で独居の高齢者が増加している現在、安心して在宅へ戻りたいという患者さんの手助けとなれるよう、援助技術を学びたいと思ったので参加しました。</p>
2)在宅に戻れないケースが多いので退院調整の実際を学びたい(家族を含めた関わり方)	<p>スムーズに在宅に帰れないケースが多く、退院調整が必要となる。この病棟でもそのような患者が多いため、家族を含め関わり方を学びたいです。また、退院調整の実際を学びたいです。</p>

3.病棟のシステム化を目指して取り組みたい

新生児センターにも、なんらかの医療行為が必要な状態で、在宅をめざす児もいます。しかし、さまざまな理由で、在宅の道を選択することができず、環境が不適切であっても、ここで生きていかなければならないのが現状です。その家族に生まれてきたのに一度も家族と過ごすことのないまま病室で息をひきとることも多いです。でも、本当はもっと早い時期にアプローチができ、家族にも在宅をイメージさせること、又、支援方法を具体化することができたなら、別の選択(在宅)も可能だったのではないかと考え、今回クラブに参加し、自分たちの知識を高める。

在院日数の短縮をDrにはたらきかけたい。1日でも2日でも帰れたらいいと思ってます。スクリーニングシート期待しています。

4.外来看護師として退院調整に参加したい

いつも外来に退院調整の方が来ていただいて、Drと連携をとりながらされているのですが、私たち外来Nsは、何もせずただ見ているだけなので、何か少しでも気づいた点などがあって参加できたらと思ってまた今年も入部しました。昨年はほとんど参加できなかったのですが、今年はがんばって参加できればと思いました。

表3 患者の在宅生活の意識化について

退院後の生活について早い時期から考えるようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅に帰ってからの生活に向けて入院時から関わりがもてるようになった ・入院時点で早期に在宅を見据えて関わりが必要になってくるか考えるようになった ・退院間近になってから退院後の生活を考えるのではなく術前から在宅に向けて考えるようになった ・入院当初から考えることができる ・患者様の病状が落ち着き本人や家族と共に退院について考えるようになったときなど ・早くから退院調整に関われるよう調整を取るよう心掛けている
在宅の可能性を考えるようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLの拡大が進んでくると家での活動量を確認して在宅が可能か考えるようになった ・退院する人の家での生活を気に留めるようになり相談しようと思うようになった ・障害の子どもたちに適応するところがないか考えるようになった ・長期入院患者への意識が高まり、すぐに退院調整に相談しようと思うようになった ・患者とのかかわりの中で在宅生活を具体的にみて具体的に考えていきたいと思えるようになった ・一人だから帰れないと思っている患者がいるとき ・今まで在宅生活を考えるといっても退院調整にお任せが多かったが、クラブで学ぶようになってからはそれぞれの患者にとって何が問題となるのか、他のスタッフとも話し合いが持てるようになった
入院時の情報収集を意識して行なうようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・情報収集時にも意識的に情報をとるようになった ・今は入院時から、なるべく今までの状態を気にするようになった
家族に目をむけるようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんの家族背景などに目を向けられるようになったこと ・家族を含めて考えるようにしている ・在宅医療（特にMチューブ）が必要な児の家族の認識力、思いなどを含めて考えることができた
在宅医療に関する知識を踏まえて患者・家族の質問に応じたり、説明するようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後に介護を要すると判断された患者の場合、退院調整に入る前に予備知識として家族に大まかな情報提供をすることができたとき ・地域との連携の具体的内容、進行状況を配慮しながら患者に関わることができたことで、家族と前より十分会話したり不安を捉えたりできた ・介護保険の基礎を学び入院患者にアドバイスするときに役立つ ・育児指導時、質問があったとき
継続できるように工夫するようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーを書くときなど、ケア介入に役立つような内容が必要だと思い意識して記入するようになった
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険や介護保険制度が抱える問題等に関心がもてるようになった ・医療保険、医療費、外国人、妊婦健診未受診等に退院調整依頼できるようになった ・家族の協力が得られないときなど ・訪問看護の実際を聞いてイメージ化ができたが、臨床では生かすことはできなかった

IV. 考察

1. 退院後の生活をイメージする力

施設内で勤務する看護者の課題として、退院後の生活をイメージする力が重要である。本研究では、看護師がより在宅生活を意識できるようにクラブ活動に取り組んだところ、93.5%が以前よりは在宅生活を意識できるようになったとクラブ活動を評価していた。

そこで、在宅生活の意識化できた内容とプログラム内容について検討した。初回のクラブ活動では、患者が地域に帰れない理由として、医療管理上の問題と生活介護上の問題があることを、講義の中で説明した。このことにより、在宅医療（在

宅酸素、人工呼吸器など）の導入による本人のセルフケア能力や、介護力不足の場合の医療管理上の問題、独居や高齢世帯など生活介護に問題がある場合、及び入院時に在宅ケアのコーディネートが必要となる場合などを学ぶことで、退院調整の必要性が予測できるようになったと考えられる。そして退院後の生活について早い時期から考えられるようになったと考える。

また、退院後の生活を考える上で、今までの生活を知ること重要である。今までどのような生活であったのか、家族関係はどうであったのか、介護サービスは受けていたのかなど、入院時に意識して入院前の情報を収集することの必要性を

学ぶことにも結びつき、効果があったと考える。

さらに、ケアマネジャーや訪問看護師から、連携事例として関わっている「ディサービスを活用している事例」や「人工呼吸器装着の小児事例」の現在の生活を聴くことも行った。当院での実際の事例であったため、病院で検討した病状やADLを踏まえたサービス調整が、具現化されていることを学べたことで、ハイテクケアを必要とする事例でも、在宅の可能性を考えられるようになったと考える。と同時に、ケアマネジャーやMSWから制度を学ぶことで、在宅医療に関する知識を踏まえて患者・家族の質問に応じられるようになり、患者・家族と退院後の生活を共に考えることで理解が深まったと考える。

2. クラブ活動の課題

クラブ活動の形式は、講義形式であった。今後はメンバーの受け持ち患者など、事例検討の機会を複数回行うことや、在宅ケアコーディネート事例の退院後訪問も計画し、在宅生活をイメージできるようにしていきたい。

また、今年度のクラブ活動の平均出席率は35%と低いものであった。その理由として、勤務調整ができなかったことが主なものであった。クラブの内容を充実したものにするばかりでなく、出席しやすい体制づくりの検討も必要である。例えば、7割以上の出席者には修了認定証を発行し、院内の卒後教育のレベルアップに役立つなど、その成果が認められるような検討が必要である。

そして、このクラブでの学びが個人の資質向上につながるだけでなく、個々のメンバーが病棟において退院調整のリーダー的役割を果たし、患者家族の在宅調整に関わっていけるとよいと考える。

V. 共同研究報告と討議の会での討議内容

在宅コーディネートクラブの目的

エキスパートクラブのなかの「在宅ケアコーディネートクラブ」では、各病棟の退院調整のリーダーになる人材を育成していきたいと考える。

平成14年から退院調整看護師が配置された。そのサポートとして、継続看護委員会が発足し、それが、退院調整エキスパートクラブとなった。

病院の特徴として、急性期が多い。転院先のベッドが空くのを待つだけでなく、在宅生活を意識して看護ケアに結びつけることが大切である。

(肺炎で入院し、肺炎は治癒するがADL低下によって在宅へ戻れなくなった例もある)。また転院する場合でも、本人・家族にいずれは在宅に戻ることを意識してもらう。

外来看護師の所属する病院での在宅生活を意識付ける取り組み

外来の時点で、在宅を見越した情報を取るようになっている。地域連携室の担当者がコーディネートをしており、連携室に情報を流すと退院後の情報が外来にも入ってくる。また、看護部の教育計画に学習会が部署ごとにあるが、地域の専門職にも入ってもらうなどして運営している。

退院調整看護師は、研究と実践、事例検討会などを行っている。今後大卒の看護師が新人として入ってくる。そのような看護師に対し「病院で働く保健師をどのように育てるか」という問題がある。事例を通して、コーディネーター的な役割の意識づけを新人の時期から行う。

病棟でも他職種とのカンファレンスを行っている。また研修として退院前訪問を行う。在宅での生活を見せることで、どのスタッフにも在宅を意識させ、在宅の視点を育てている。

地域で共通して使用できるサマリーの検討

連携は不十分なところもある。事例を元に検討してみると、施設で知りたい情報と、病院から送られてくる内容は異なることが多い。病院からのサマリーは入院中の要約が主で、在宅では日常生活においての、より細かい情報が必要である。そこで病院から在宅へとスムーズに連携できるように、共通サマリーの作成に取り組んだ。共通サマリー作成に携わった職種は、保健師、看護師(師長、主任、外来、病棟、地域連携室)、老人保健施設、特別養護老人施設、訪問看護師などである。

活用例として、同じ状況で入退院を繰り返す人があげられる。毎回サマリーを作成しても同じような内容になってしまので、どこでも通用する共通のサマリーを作成し、本人が持っていることで各施設・病院で統一された情報が把握できる。地域の施設とも共同で現在共通サマリーを活用中である。

広域で使用できるサマリーがあればよい。しかし、病院の規模や体制など、困難な点もあるだろう。

連携の必要性について：医師と退院調整看護師、病棟看護師と訪問看護師

入院時に退院のことを考えるという視点を浸透させることが必要である。そのように考えられるように、看護師のレベルが統一できるとよい。

医師には入院時に、入院診療計画書の入院期間をきちんと定めてもらうことも必要である。退院調整には医師の協力が不可欠である。医師からの説明の有無によっては、退院調整看護師の初回介入に対する家族や本人の反応が異なる。医師からの説明がなされていないと「追い出し屋が来た」と思われることもある。

病棟スタッフが訪問看護を体験するというプ

ログラムもある。訪問看護師が把握した退院後の患者の状況や、外来看護師が退院された患者の情報を病棟、外来に戻してほしい。

訪問看護師の立場から

訪問看護師としては、退院前訪問をできるだけ行うようにしている。緊急時や夜中の入院は対応難しいが、入院時に病室訪問を行い、病棟スタッフに在宅での状況を伝えるように心がけていた。病棟スタッフ用に、訪問看護ステーションから病棟へのサマリーも必要だと思う。

病棟看護師にとっても、退院調整、退院指導において入院前情報の有無は大切である。入院前情報により在宅の視点を持つことが促される。また、そのような連携の姿を見せるということが、教育にもつながる。

共同研究を通して得られたこと:退院調整看護師

エキスパートクラブの運営も大変であるが、一貫した教育、活動を考えるようになってきた。今回「退院支援とは何か」「在宅ケアコーディネーターを行うための構成要素はなにか」ということを、研究を通して振り返り、考えることができた。

この学びを通して在宅ケアコーディネーターができるための援助技術を明らかにし、クラブの内容を検討していきたい。自分たちが行ってきたことを「形にまとめる」という過程が、考える機会を与えてくれたと思う。今後も病棟看護師の教育の一環と考えて、在宅ケアコーディネーターを推進できるスタッフの育成をめざしてエキスパートクラブ活動に取り組んでいきたい。

「共同研究報告と討論の会」開催結果

1. 日時:平成 18 年 2 月 17 日

2. 場所:岐阜県立看護大学

3. プログラム

午前の部

第 1 会場

会場:講義室 203

10:30 ~10:40	働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究 上野美智子 奥井幸子 奥村美奈子 梅津美香 北村直子 (大学), 佐藤澄子 (旭化成建材株式会社穂積工場), 水野由美 (岐阜県労働基準協会連合会), 酒井信子 (㈱ブリヂストン関工場), 武藤ひとみ (エーザイ(㈱)川島工園), 宮川敬子 (東レ(㈱)岐阜工場健康相談室), 福森和子 桑原恵子 (NTT 東海健康管理センタ) 大橋淳子 (三洋電機(㈱)岐阜産業保健センター), 大森弘美 (三洋エプソンイメージングデバイス(㈱)岐阜事業所健康管理室), 古澤洋子 (山内ホスピタル)
10:40 ~10:50	労災病院における勤労者医療・看護推進への組織的取り組み 梅津美香 奥田浩子 上野美智子 (大学), 小林美代子 中島ミサエ 井村春美 岡本孝子 茶木朱美 (中部ろうさい病院)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	障害者施設における入所者の健康生活の維持・向上をめざした健診・検診のあり方 古川直美 北村直子 平岡葉子 杉野緑 (大学), 近藤有子 戸嶋芳子 安藤和子 加藤智子 (飛翔の里 第二生活の家)
11:40 ~11:50	医療施設における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討 黒江ゆり子 藤澤まこと 普照早苗 田内香織 河村めぐみ (大学), 増井法子 丹羽妙子 梅田康子 (岐阜県総合医療センター)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

第 2 会場

会場:講義室 202

10:30 ~10:40	慢性の病いとともにある生活に求められる看護援助および援助提供システムについての検討 黒江ゆり子 藤澤まこと 普照早苗 田内香織 河村めぐみ (大学), 山田吉子 (松波総合病院), 栗田智子 (大垣市民病院), 古野ひさよ (揖斐厚生病院), 中島加代 (岐阜中央病院), 恒川育代 (岐阜大学)
10:40 ~10:50	精神科病院における社会復帰に向けた看護実践の取り組み 片岡三佳 井手敬昭 三宅薫 松下光子 北山三津子 大川眞智子 (大学), 橋戸智子 宮下真一 (須田病院), 額野富久 水野沢美 勝股和子 (大湫病院), 家田重博 白田成之 青木和己 (慈恵中央病院), 村岡大志 堀淳田中貴裕 葛谷玲子 杉本博司 高橋真由美 (社団法人岐阜病院), 安藤正枝 日比野明美 吉浜恵 山中隆二 野村智登美 藤田宗仁 安田佳緒里 山本尚美 竹林要 山田敦子 (のぞみの丘ホスピタル)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	地域ケア会議の充実に向けた取り組み 米増直美 松下光子 杉野緑 森仁実 坪内美奈 片岡三佳 (大学), 高橋眞智子 渡辺美恵子 吉村学 (揖斐郡北西部地域医療センター・久瀬診療所)
11:40 ~11:50	精神科病院の看護の質を上げるスタッフ育成方法の検討 三宅薫 片岡三佳 井手敬昭 黒江ゆり子 大法啓子 平山朝子 (大学), 安藤正枝 木澤正明 (のぞみの丘ホスピタル)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

第3会場

会場;講義室 105

10:30 ~10:40	母子に関わる看護職者向けの母乳育児支援プログラム開発およびその効果の検討 布原佳奈 服部律子 谷口通英 堀内寛子 名和文香 宮本麻記子 大法啓子 (大学), 高田恵美 高田恭宏 (高田医院)
10:40 ~10:50	障害児(者)支援体制づくりにおける保健師活動の評価と町村合併後の支援体制づくりの検討 大井靖子 菱田一恵 松下光子 坪内美奈 米増直美 両羽美穂子 小澤和弘 北山三津子 (大学), 上村喜美江 (郡上市高鷲地域振興事務所健康福祉課), 羽土小枝子 (郡上市健康福祉部健康政策課), 橋本吾貴子 (郡上市大和地域振興事務所健康福祉課), 加藤ゆみ子 (郡上市八幡地域振興事務所健康福祉課)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	乳幼児をもつ養育者の健康管理意識を育成する支援の検討 谷村恵美子 泊祐子 石井康子 長谷川桂子 西田倫子 宮本麻記子 松下光子 坪内美奈 (大学), 高橋直恵 樋口千香子 三輪まゆみ 村林明子 大橋民佳 (大垣市民病院)
11:40 ~11:50	多胎児支援の方法に関する研究 名和文香 服部律子 谷口通英 堀内寛子 布原佳奈 宮本麻記子 両羽美穂子 (大学), 田口由紀子 福土せつ子 小木曾美喜江 (県立多治見病院), 桜井きよみ 日置富佐子 (多治見市保健センター)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

第4会場

会場;講義室 104

10:30 ~10:40	急性状態を経過する成人・老人心疾患患者の看護援助の構造化 奥村美奈子 小野幸子 北村直子 平岡葉子 坪内美奈 (大学), 石原定江 田中利枝 西脇敦子 沖智美 山本裕美 (大垣市民病院)
10:40 ~10:50	生活習慣病を有する青年期・壮年期・老年期にある患者の看護支援に関する研究 小田和美 小野幸子 田中克子 原沢優子 岩崎佳世 (大学), 南谷絹代 大内晶美 (羽島市民病院), 佐々木愛 吉田ひろみ 加納弘美 安田明子 (大垣市民病院)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	一般病院におけるターミナルケア 田中克子 奥村美奈子 小田和美 梅津美香 北村直子 奥田浩子 大川眞智子 (大学), 中川千草 小島三紀 加藤貴子 馬渡愛 佐藤良子 武藤純子 (羽島市民病院), 小松博子 杉本八重子 (岐阜市民病院)
11:40 ~11:50	循環器系機能障害をもつ成熟期の人への看護援助の検討 奥村美奈子 梅津美香 北村直子 平岡葉子 坪内美奈 (大学), 古田裕記子 宇陀三枝 下條梨早 (羽島市民病院)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

午後の部

第1会場

会場:講義室 203

13:30 ~13:40	病院利用者の望む療養生活に向けての退院支援の充実 藤澤まこと 普照早苗 河村めぐみ 森仁実 黒江ゆり子 石井康子 平山朝子 (大学), 田辺満子 糸川邦子 遠藤美百子 川井恵理子 今井妃都美 熊崎さつき 田口さおり 中口俊子 住綾子 庄村信子 樋口貴則 各務康代 内垣戸葉子 (岐阜県立下呂温泉病院)
13:40 ~13:50	特別養護老人ホームにおけるショートステイ利用者のケアの充実に向けて 小野幸子 古川直美 坪井桂子 原沢優子 岩崎佳世 古田さゆり 奥田浩子 (大学), 吉村久美子 片田代三子 (恵翔苑), 酒井晶子 鈴木敬子 (ピアンカ), 新美真知子 (ジョイフル各務原), 井亦昭子 大橋範子 (やすらぎ苑)
13:50~14:25 討議時間(35分)	

第2会場

会場:講義室 202

13:30 ~13:40	精神科訪問看護の現状と課題に関する研究 片岡三佳 井手敬昭 三宅薫 森仁実 松下光子 田内香織 北山三津子 (大学), 村岡大志 森康成 坂本由美 (社団法人岐阜病院), 奥田啓子 (山県市役所保健福祉部社会福祉課)
13:40 ~13:50	訪問看護ステーションにおける重度障がい児をもつ家族の活動性を促進する支援の検討 泊祐子 石井康子 長谷川桂子 谷口恵美子 豊永奈緒美 普照早苗 (大学), 花村弘美 小川絵麻 村島美香 (羽島市医師会訪問看護ステーション) 近松由美子 箕浦直美 池戸晴美 (白百合訪問看護ステーション)
13:50~14:25 討議時間(35分)	

第3会場

会場:講義室 105

13:30 ~13:40	障害児・者及び家族を地域で支えるための連携した支援体制づくりに関する研究 大川真智子 岩村龍子 杉野緑 梅津美香 松下光子 大井靖子 平山朝子 (大学), 安藤邦章 森島千里 吉田元気 (知的障害者更生施設羽島学園), 熊崎千晶 (生活サポートはしま), 橋本詩子 (羽島市保健センター)
13:40 ~13:50	介護保険体制下において高齢者のいきいき生活を実現する地域の体制づくり 松下光子 森仁実 坪内美奈 米増直美 北山三津子 岩村龍子 大川真智子 (大学), 長尾ひろみ 田口千枝子 則武弘美 (白川町地域包括支援センター), 三尾三和子 高木裕子 加藤千波 千野奈穂子 (白川町保健福祉課)
13:50~14:25 討議時間(35分)	

第4会場

会場:講義室 104

13:30 ~13:40	脳神経外科チームの看護改善に向けた取り組み 奥村美奈子 古川直美 岩崎佳世 古田さゆり (大学), 高橋友美 山田沙代子 森優子 嶋田清美 (羽島市民病院)
13:40 ~13:50	手術室における患者の安全・安楽を保障する看護についての研究 平岡葉子 奥村美奈子 北村直子 古田さゆり (大学), 中山武彦 伊藤祐子 伊藤みゆき 渡辺実加 (羽島市民病院)
13:50~14:25 討議時間(35分)	

4. 参加者の状況

表1 参加者の所属施設別人数の推移

	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
研究課題	19	28	26	26	28	30	24
本学との共同研究者	39	121	144	159	202	242	143
参加者総数	114	217	199	150	182	220	170
病院	40	101	97	78	86(5)	117(5)	83(7)
介護療養型医療施設					10	3	
診療所		6	1	3	1	1	8
保育園・乳児院			1		2		
学校(小・中・高)	2	2	2		3(1)		
障害児・者施設	7	8	9	15	9	18	9
高齢者施設	12	20	20	12	12	11	7
訪問看護ステーション		4	8	5	4	2	2(1)
在宅介護支援センター	6	1				1	
保健所	1	9			2(1)	2(2)	1(1)
市町村保健センター	24	23	28	13	13	23(1)	17(3)
事業所・健診機関		14	18	10	8	6	12
県庁各部門等	7	9	4	4	1	2	3
その他	15	15	10	7	5	12	7
不明		5	1	3		1	1
本学:看護学科(学生)					24	19	20
本学:大学院(学生)					2	2	

*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
 *本学:大学院(学生)の数字は、他施設に所属しない学生数を示す
 *()内は当該施設に勤務する本学の大学院生の再掲である



表2 参加者の内訳

	16年度	17年度	18年度
参加者総数	182	220	170
本学との共同研究者	59	83	68
本学の卒業生	5	16(4)	6(1)
本学の大学院生	9(3)	10(3)	12(4)

*()内は参加者における共同研究者の再掲である

表3 参加者の所属施設・職種別状況

	総計	病院	診療所	障害児・者施設	高齢者施設	訪問看護ステーション	保健所	市町村保健センター	事業所・健診機関	県庁	その他	不明
		16	5	5	6	2	1	15	7	1	3	
所属施設												
参加者総数	150	83	8	9	7	2	1	17	12	3	7	1
職種別	看護師	69(6)	4	7	6	2(1)			6	2	2	
	保健師	3(1)	2				1(1)	15(2)	6		2	
	助産師	7	1					1(1)		1	1	1
	養護教諭	1									1	
	その他	3		1	1						1	
	不明	7	4		1	1			1			

*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者150名の所属施設・職業別状況である
 *()内は当該施設に勤務する本学の大学院生数の再掲である

表4 参加者の所属施設別にみる参加者経験

	総計(%)	病院	診療所	障害児・者施設	介護老人福祉施設	訪問看護ステーション	保健所	市町村保健センター	事業所・健診機関	県庁	その他	不明
初回参加	47(31.3)	22(1)	4	3	3			4	6		5	
過去参加	103(68.7)	61(6)	4	6	4	2(1)	1(1)	13(3)	6	3	2	1
総計	50(100.0)	83	8	9	7	2	1	17	12	3	7	1

*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者150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
 *平成17年度(看護学科の学生を除く):初回参加103名(51.2%)、過去参加98名(48.8%)

5. 参加者への意見調査の結果(回答者82名、回収率54.7%)

今後の「共同研究報告と討論の会」のあり方を検討するため、本学の学生(看護学科)を除いた参加者に意見調査の協力を求めた。その結果を、以下に示す。

表5 参加動機、開催を知ったきっかけ、参加満足度

項目		回答件数	%
参加動機 (複数回答)	興味のある研究テーマがあった	38	35.5
	共同研究メンバーであった	8	7.5
	他施設の状況が知りたかった	14	13.1
	看護職と教員の共同研究自体に興味があった	37	34.6
	その他	10	9.3
	総計	107	100.0
[その他の内容] 卒業生である・最近の現状を知りたい・上司からの勧め			
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	54	62.8
	上司・同僚の誘い	1	1.2
	本学教員からの誘い	3	3.5
	本学のホームページ	16	18.6
	その他	12	13.9
	総計	86	100.0
[その他の内容] 上司からの勧め・共同研究メンバーである・同僚の誘い			
参加しての満 足度	満足している	24	29.3
	やや満足している	49	59.7
	どちらともいえない	5	6.1
	あまり満足していない	1	1.2
	満足していない	0	0.0
	未記入	3	3.7
	総計	82	100.0

表6 今回の企画、運営に関する意見

開催通知	・PRをもっと拡大させてもよいと思う(岐阜県看護協会だよりに掲載するなど)。
プログラム	・もう少し討論の時間があると良かった。(3名)
	・会場分け(カテゴリー分け)をもっと細かくした方がよい。同じ会場の4つのプログラム自体つながりの深いものとそうでないものがあった。
	・構成(グルーピング)がとてもよかった。参加する側としてよかった。
	・時間もちょうど良くわかりやすかった。
	・ポスターが貼ってあるため発表までの間少し時間を取り、見る時間があるといいと思います。
	・2題の中の1つをディスカッションすることで、小人数で多くの他施設の方の意見・状況が聞けてよかった。
	・本当に興味のあるものだけに出来るようにし、そこでの話し合いをもっと深めたい。
	・討議を2つのグループに分けると、両方とも参加したいのにできず残念でした。
	・同室で2つの演題についての討論がいっしょに行われるのは聞き難いと感じた。1部屋1テーマとして討議できるとよい。(3名)
	・移動時間が短い、討議の後なので10～15分とってほしい。(2名)
会場	・昨年と異なり発表者の顔が見えてよかった。
	・ポスターが長い間貼られていたのでよかった。
	・話し合いの間、隣のブースの音が聞こえる所があった。
	・施設内が少し寒かった。
	・時間厳守でよい。
	・当日の運営がスムーズであった。
	・討論会がうまく進めきれない。司会進行も不在だったし、椅子の並びも自分たちでとなると皆遠慮がちになってしまうので、スタッフが報告の後すぐ並び方の指示を出すなどスムーズな進行にしてほしい。
	・討議の時、教員が話したり質問する時間が多く、参加者に話す時間を譲ったほうがいいと思うことがあった。
	・発表後の討論会で声の小さい人がいたため聞き取るのが難しい部分があった。
	・前のほうの席ではスライドへの距離が近すぎて見にくかった。

その他	・パワーポイントの資料がほしい。
	・開催場所は岐阜市内で実施するなどの計画をしてほしい。
	・他病院の現状・課題点を知ることができた。
	・討議が有効であった。(2名)
	・とてもよいと思います。(2名)
	・市の保健センターの人が大勢参加していたのでそういう人の意見・現状が多く出されるとよいと思う。
	・参加者と知り合える時間の余裕がほしい。
	・ドリンクコーナーがあってコーヒーを頂きました。
・共同研究の手順(申請、計画、実施、発表)を知りたい。	

表7 各会場ごとの気づいたこと、感想など

時間	会場	内 容
午前・前半の部	第1	・声が聞こえにくかった。討議でもマイクを使用してほしい。
		・看護職は受診者の方に目が行きがち、産業保健・健診を良くしたいと思うのなら営業(海外)担当とどう連携・アプローチするかの視点がほしいと思う。
		・健康管理のしかたを考えることができました。
		・産業保健に関するテーマをもっと集めた方がいいと思いました。討論会は、時間が進むにつれて活発になりつつあったので、いい感じにあったまってきたと思ったらタイムオーバーで物足りなく感じました。
	第2	・目的を持って取り組んでいると感じました。
		・他施設の状況と自分の施設との比較ができた。
		・時間配分がきちんとされておりよかったです。(2名)
		・県内の医療関係者が多く関わっていることを改めて感じました。研究報告を発表する側も聞く側も学ぶべきことがいろいろあるんだと思いました。
		・連携をキーワードとした取り組みについて今後病棟でも活用したい。
		・討議時間が長く取られておりよかったです。
		・討論の時、隣の声が大きくて集中できませんでした。
		・5つの病院以外の状況も知りたかった。
		・他分野の話が聞けてよかったです。
		・病院と地域の連携も課題と思った。
	・他科との連携の必要性を改めて感じました。	
	・自由に質問できた方が参加者中心だと思う。討論は両者のためのものである方がよいと思う。	
・連携をとっていくことの難しさ・大切さを知ることができた。		
第3	・保健師さんをもっともっとこの会や看護関係のところに引き出してほしい。	
	・30分間の討論は短いと感じた。それだけいろいろと発言が聞けてよかったですのではと思う。	
	・2グループが一緒に会場でディスカッションだったので、会場を分けてほしい。	
	・久しぶりに研究(産科関係)で地域との連携など勉強になりました。	
	・地域の保健師の参加が少なく残念だった。	
	・他地域の情報・現状を知ることができた。(2名)	
	・同じ保健師が増えていて良かったです。病院の看護職の取り組みを聞き、地域との連携をもっとやっていきたいと思いました。	
	・海津市で双胎の会は産後の人対象に2回/年実施しているが、妊娠中の関わりも必要と感じた。	
	・討議ができてよかったです(いろいろな意見が聞けた)。	
	・労働者看護教育は大変役に立ちました。	
・病院での体制など知ることができよかったです。		
第4	・話し方が良く聞きやすかった。また進め方も良かった。	
	・研究に興味があり、討論会はいろいろな意見が聞けてよかったです。	
	・患者の生活を見ること、ライフスタイルを尊重することの意味と、それへの看護職の関わり方を再認識させられた。	
	・参考にしたい。	
・討議が活発であった。		

時間	会場	内 容
午前・後半の部	第2	・Nsから積極的に働きかけていくことが大切だと思いました。
		・もう少しケア会議について詳しく理解したかった。
		・社会復帰に向けた看護実践は、長い目で見てこれからも継続していく課題だと思いました。
		・掲示された資料をもう少し大きくしてもらえると良かった。
		・スタッフ育成のあり方を病院にも教えたいと思った。
		・スタッフの育成をしていく上で誉めることは成長につながると思った。
	第3	・目標管理シートの実際のものでできれば見たかった。
		・やや話し方が聞きにくかった。
		・参考になりました。
		・一つの会場内で2つの討論会を行うと話づらい。隣の声が大きく話が聞こえにくい。
		・他分野の話が聞けてよかった。
		・討論会で参加者の所属と名前の紹介は、どんな人が参加しているのかわかりよかった。
午後	第3	・参加者が少なく、メンバー内の施設も偏っていたので他施設との情報交換はできなかった。
		・2グループが一緒に会場でディスカッションだったので会場を分けてほしい。
		・進行がスムーズであった。
		・他地域の情報を得ることができた。事業の展開を深めるヒントがいただけた。
		・多胎児支援を病院がやっていることに驚いた。地域は自主サークルと繋がりがあるので、病院を巻き込んで広く動きたいと思う。
		・市(町)全体の健康づくりに対する思いを感じられてよかった。
	第4	・病院での体制など知ることができよかったです。地域と病院の連携の重要性を再確認。今後は連携についてのより具体的方法について研究したい。
		・掲示された資料がもう少し大きくしてもらえると良かったと思います。
		・報告後の討論会では様々な立場(経験年数・施設など)の方の意見を聞くことができました。
		・病棟と外来の連携、システム作りの方法への提言として受け止められた。
		・発表がわかりやすく上手であった。
		・ターミナルケアに興味があったためとても興味深く発表を聞かせてもらいました。勉強になりました。またさらに勉強したいと思いました。
午後	第1	・もっとテーマについて話し合えると良かった。
		・討論会をもう少しざっくりばらんにできればよかった(人数が多く仕方ないと思うが)。
		・一番興味があった分、その資料がもらえるのもっと良かった。
	第2	・ショートステイの他施設での受け入れ方、思い等を知ることができた。同じような状況を感じ、参考にもなった。
		・共感できる方々にお会いでき、意見を交換できました。
		・他施設の現状を聞くことができてよかった。
		・同じような問題を抱えていると感じました。
		・訪看だけのマンパワーでは限界あり、在宅においてはケア会議利用にて、地域バックアップが必要、社会復帰援助が必要と思った。マネープラン的傾向になるのが問題も、理想と現実の埋め合わせが精神訪看の今後の課題か。
		・訪問看護について、一般とはまた少し違い難しい課題だと思いました。
	第3	・訪問看護のあり方、役割の認識不足を知った。
		・討論時間が長く取られよかった。いろいろと参考になった。
		・訪問看護もやはり地域やヘルパーと連携をとることが大事だと思った。
・同じ課題でも他から見ると違った視点で見られているのがわかり参考になった。		
・他分野の話が聞けてよかった。		
・自分の地域での取り組みについて考えなければいけないことが見えてきたように思う。		
第4	・病院での体制など知ることができよかったです。地域とHPの連携の重要性を再確認。今後は連携についてのより具体的方法について研究したい。	
	・施設の課題(自分と違う立場で障害者に関わっている人の意見)が聞けて勉強になりました。	
	・とても充実していました。	
	・同じ病棟(脳外科)勤務のため興味を持って聞かせていただきました。	
	・私たちのチーム内で抱えている問題を他HPでも抱えていることを知り希望が持てた。	
	・同じ悩みをもっている人たちと話し合い、他施設での取り組みなどを知ることができた。	
第4	・他の病院の方の貴重な意見を聞けてよかった。	
	・新人の職場適応プロセス、支援方法の課題を頂いた(手術室に勤務する新人の職場適応)。	
	・他病院の状況がわかり参考になった。目標等も見つかり、これから明確にやっていきたい。	

表8 大学との共同研究についての希望や意見

<ul style="list-style-type: none"> ・今回初めての参加でした。普段は働いている病院内での狭い視野の中での考えですが、こういう大きな討論の会に参加できてとても勉強になりました。
<ul style="list-style-type: none"> ・とてもよい試みだと思います。
<ul style="list-style-type: none"> ・研究という言葉に不安があるのでいろいろご指導を頂きたい。
<ul style="list-style-type: none"> ・今回共同研究に参加させていただいてとても勉強になりました。
<ul style="list-style-type: none"> ・自分の知識向上になるためまた参加したい。(2名)
<ul style="list-style-type: none"> ・このような機会を作ってくださいとはとてもありがたいです。
<ul style="list-style-type: none"> ・施設で働いているとあまり他の機関との交流がないため、このような機会でも他の機関と交流できることはとても経験になる。
<ul style="list-style-type: none"> ・今後も共同していろいろと考えていきたいのでお願いします。
<ul style="list-style-type: none"> ・他の病院の取り組みなど情報交換になり、良い機会になりました。(2名)
<ul style="list-style-type: none"> ・職場の人々に伝えていきたい。
<ul style="list-style-type: none"> ・本年度の交流会は、今までの比べて大変グレードアップしていると思った(これまで毎回参加)。それぞれの現場の課題に焦点が当たっていて、発表された内容や課題が自分の職場のモデルとして照合できたり、仮説モデルがそのまま当てはまったり、現場の実態をしっかりと捕まえられた研究であり、現場と大学とが共同して課題に取り組み現場の看護の改善につながっていくものとなってきたと実感できました。
<ul style="list-style-type: none"> ・マトを絞りながら、いろんな意見が伺え良かったです。10分の発表で内容を伝えるのが難しいと思いました。
<ul style="list-style-type: none"> ・いろいろなアドバイスがいただけたら、まとめができるので今後とも続けられるとよいと思った。
<ul style="list-style-type: none"> ・どんなルートで申し込むのか知りたいです。
<ul style="list-style-type: none"> ・今後一緒に出来るといいと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・的確なアドバイスをいただき大変勉強になりました。
<ul style="list-style-type: none"> ・このような機会を活用し、看護の質の向上につなげていけるといい。
<ul style="list-style-type: none"> ・初めて参加したが、参考になるKeywordがいくつも出てきて良かった。
<ul style="list-style-type: none"> ・討論会が共同研究そのものの討論でなく、研究のその後への内容や情報交換の場であり、こういうものもあるのかとわかりました。



6. 参加学生(看護学科)への意見調査の結果 (回答者14名、回収率70.0%)

参加した看護学科の学生20名に意見調査を求めた。寄せられた意見・感想を以下に示す。

表9 回答者の参加状況・満足度

項目	内容	件数	%
学年	1. 1年次生	1	7.1
	2. 2年次生	2	14.3
	3. 3年次生	11	78.6
	4. 4年次生	0	0
	5. 未記入	0	0
	総計	14	100.0
参加目的 (複数回答)	1. 興味のある研究について学びたかった	11	32.4
	2. 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	5.9
	3. 卒業研究のテーマを考えるヒントにしたかった	6	17.6
	4. 就職など今後の進路を考えるヒントにしたかった	2	5.9
	5. 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	8	23.5
	6. 県内の看護実践活動について学びたかった	3	8.8
	7. その他	2	5.9
	総計	34	100.0
参加目的に 対する 満足度	1. 満足している	4	28.6
	2. やや満足している	7	50.0
	3. どちらともいえない	1	7.1
	4. あまり満足していない	0	0.0
	5. 満足していない	0	0.0
	6. 未記入	2	14.3
	総計	14	100.0

表10 各会場ごとの気づいたこと、感想など

時間	会場	内容	
午前・ 前半の 部	第2	・病院内での看護師の連携がとれていないという現状がある事がわかった。慢性疾患は継続的な療養が必要なので、様々な連携が必要とわかった。	
		・改めて対象者の生活に合った援助をすることの大切さを学べてよかったです。	
		・教科書で習う方法でなく、実際の具体的な援助を知る良い機会になった。	
		・現場で起こっている問題を知ることができた。またそれに対して取り組むことでどのように変化があったか知ることができ、卒業研究のヒントとなった。	
		・現場看護師さんの話が聞けてよかったです。	
		・これから卒研で慢性期病棟で実習をしていくので、三年生の実習ではあまり見えてこなかった、実際の現場での課題などについていろいろ話がきけて勉強になりました。	
	第3	・実際に取り組んでいることと、その中で他職種とのことで困難と感じていることを聞くことができた。もっと他職種との連携がうまくとは言わないけれど、難しい部分があるんだと実際お話を聞いて気づいた。でもどの病院の人も他職種は必要であると考えていることも知れてよかった。	
		・これから卒研で慢性期病棟で実習をしていくので、三年生の実習ではあまり見えてこなかった、実際の現場での課題などについていろいろ話がきけて勉強になりました。	
		第4	・患者の生活スタイル、思いを尊重することの大切さを感じた。また患者のわずかな変化に気づき、患者に伝えていくことが大切であると思った。
			・実際に働いている看護職の方が普段どう感じながら看護を実践しているのかを知ることができた。
			・自分が実習などで見てきたことだけでなく、違った視点からの話も聞くことができてよかった。
			・患者にナースの役割を示し、伝えていくことが必要だと感じた。ナースコールを押しやすい環境を作っていくことも大切だと思った。また業務が忙しい中で、個別性のある看護をしていくのは大変そうで、どう実践していくか考える必要があると思った。
時間	会場	内容	

午前・後半の部	第2	<ul style="list-style-type: none"> ・早期退職者の中で、給料のことでなく、やりがいが見つからないという思いで辞める方がみえることで、自分でやりがいを見つけることもそうだけれど、職場環境にも左右されるんだなと思った。やっぱりほめられるのは嬉しいですね。 ・現場でどんなことが課題になっているのか、どう対処したらよいのかなどを知ることができてよかったし、是非今後に活かしたいと思います。
	第3	<ul style="list-style-type: none"> ・実習で行かせていただいた小学校でも、ADHDの児童がいました。そのクラスでは先生も児童もその子を理解して、一緒に生活していました。就学してからは学校の先生の協力が不可欠だと思うので、支援体制を整えていくことが大切だと思いました。
	第4	<ul style="list-style-type: none"> ・小さな部屋だったので、自分たちの参加している人の声がほとんど聞こえなかった。2つのテーマを同室でやるので、自分側のテーマについて話している人も声が聞こえないことがあった。
		<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル期の患者を支えるために何が必要か、何が課題であるのかを学ぶことができた。また一般病棟で看取ることについて考えるきっかけとなった。
		<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアは私が一番興味のある分野で、臨床の場でどのような対応、対策がされているか気になったので参加した。
		<ul style="list-style-type: none"> ・看護職の方の思いや、看護職の方が捉えた患者さんの思いなど現場のことがいろいろ知れてよかった。
		<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんだけでなく、家族の死の準備を支えていくことが大切だとすごく感じた。またチームで支え合い、自分たちの看護を評価していくことがとても重要になるか感じた。
<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ側の思いも聞けてよかった。ターミナルについては、ホスピスや個室への移動が患者・家族にとって大きな意味があることを知ることができた。 		
午後の部	第1	<ul style="list-style-type: none"> ・テーマを考え、情報を集めるためにどのような意見が必要となるか、どのような方法があるか知ることができた。
		<ul style="list-style-type: none"> ・現場看護師さんの話が聞けてよかったです。
		<ul style="list-style-type: none"> ・研究をするテーマや内容、方法についてイメージすることができた。看護の現場の課題がわかって勉強になった。
	第2	<ul style="list-style-type: none"> ・最後に看護職の方が言った寄り添いたいという思いを、ケアに生かしていく力が必要といわれ、「こうしたい」という思いをケアへしっかり結び付けていくことが必要だと感じた。またやはり、早い段階からゴールを設定し退院後の生活をイメージした関わりをしていく必要があると思った。
		<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者施設実習では、あまり見えてこなかった家族の権利と義務と施設の課題などのお話がとても勉強になりました。
		<ul style="list-style-type: none"> ・現場でどのような問題が出ているのか知ることができた。訪問Nsのことについて私は知識がないので、精神の訪問Nsについて知っておかないといけないと思った。
<ul style="list-style-type: none"> ・実習中に自分の立てた目標が、患者さんに押し付けになっていないか、患者さん主体ではないんじゃないかと悩みました。そんな悩みを働く看護職の方も持っているんだと知って安心しました。(変な意味ではないですが) 		

表11 共同研究についての感想・意見、要望など

<ul style="list-style-type: none"> ・気軽に参加でき、現場の声が聞けてよかったです。
<ul style="list-style-type: none"> ・看護職の方の話の聞けるのは貴重な機会なので、来年も参加したいと思った。
<ul style="list-style-type: none"> ・こんなに大勢の看護職者の意見を聞くことはめったにないので参加してよかった。
<ul style="list-style-type: none"> ・授業や実習では知ることができなかった現場の課題を知ることができたということは、大きな収穫となりました。是非今後、研究や働いてから活かしたいと思います。
<ul style="list-style-type: none"> ・学生にだけでも事前に冊子はもらえないでしょうか？私は2年生で臨床をほとんど知らないなので、その日にもらい研究発表を聞いても、十分理解できない。専門用語がわからず(勉強不足というだけです)、話が理解できないこともあった。
<ul style="list-style-type: none"> ・声が聞こえづらいことがあるので、全員が聞こえやすいよう椅子の配置を考えたほうが良いのではないかと思います。また部屋を移動する時間が短いので大変だと感じた。
<ul style="list-style-type: none"> ・討議をもっと聞きたかった、というのが一番の感想と要望です。特に104の部屋では、隣の声と交ざって聴きづらいと感じたので、場所を考えていただけたらなと思いました。
<ul style="list-style-type: none"> ・看護職の方の意見やお話が聞けてとても勉強になった。自分が働いたら、こういう研究会や研修に積極的に参加したいと思った。

7. 教員への意見調査の結果

今後の「共同研究報告と討論の会」のあり方を検討するため、教員にアンケートへの協力を求めた。アンケートに寄せられた意見や感想を以下に示す。

表12 教員アンケート結果 (回収数 31名)

開催時期	1.現状のままで良い (30)名	
	2.変更をした方が良い (0)名	
	3.記載なし (1)名	
プログラム	1.現状のままで良い (28)名	
	2.変更をした方が良い (3)名	<p>昼食時間に参加者と交流ができる時間がもう少しあると良いと感じた。</p> <p>当日の日程(受付開始時間から全体会の予定含め)、も抄録に載せて頂けるとありがたいです。</p> <p>3つの共同研究しか参加していなかったのに、時間が重なっていて討論に参加できなかったことが残念でした。</p>
	3.未記入 (1)名	
報告形式	1.現状のままで良い (27)名	
	2.変更をした方が良い (3)名	<p>示説の報告後、討議すれば良いと思う。</p> <p>口演発表と示説発表が全員に義務的に課せられると、複数の共同研究をしている者にとっては正直大変です。希望によって選択できればありがたいです。</p> <p>もっと討論する時間が長くて良いかと思った。</p>
	3.未記入 (1)名	
午前 第1会場	縦に長い教室でたくさんの方が来られていたのが無理かもしれないですが、できれば全体的にもう少し前のほうに席を設けていただけたら、スライドがみやすかったのではないかと思います。	
	演者の方が、討論したい課題をあらかじめ示してもらっているのが、焦点がはっきりして話し合いが進みやすかった。ディスカッションにはちょうどよい人数だったように感じた。	
	発表後の討議は、発表者や実践現場の看護師による補足説明によって、組織的な取り組みが理解できた。また、質疑応答やディスカッションを通し、学習のよい機会になった。討議時間は適切であった。	
	会場の2テーマの共同研究に関わっていたので、両方のディスカッションに参加できず、残念であった。参加者から、もう少しディスカッションの時間がほしいという意見がよせられた。	
	2つに参加したが、そのうち1つは共同研究者以外と大学教員以外に参加者が乏しかった。しかし、研究に関わっていない大学の教員が参加したことで、討議が活発になった。できれば、実際に臨床で働いている看護職に参加してもらえると良かったが、いかに参加してもらうかということが課題だろうか。	
午前 第2会場	2題続けて発表を聴いたことは、他の共同研究内容を知る機会にもなり良かった。	
	討議時間が終了になっても討議を行っている課題がほとんどで、話し合う場があるのは良いと思った。	
	討論時間、ホワイトボードをついて代わりにして区切ったが、参加者が多い場所の後ろの方では、他方の討議が聞こえて、聞きづらい現状があったと思う。	
	どの会場でも同じだとは思いますが、討論になった時に自分たちとは別の報告者のグループが同じ教室にいたので、そちらの声も聞こえてきて、自分たちの討論が聞こえづらいということがありました。ホワイトボードを使って仕切りをする工夫をさせていただきましたが、あまり変わらなかったです。これといって改善策も思いつかないのですが・・・	
	特に問題ないと思います。	
	特にありません。強いてあげると、報告の際に使用するマイクの位置が座ると高く、立つと低すぎて使いづらかったです。	
	ひとつの講義室で、前後2つのグループに分かれて討議をしていたが、もう一方の討議以外のグループの人数が多く白熱していたので、自分たちの討議の声が聞こえにくかった。進め方は良かったが、意見が活発に出始めたところで、討議時間が終了してしまいました。	
	発表後、討議では20人くらいの方々の参加がありました。共同研究者の現地看護職の方から自施設の糖尿病教育活動についての具体的な説明があり、それについての質問が積極的であったので、活発な討議ができたと思いました。今回の研究に留まらず、今後、どういう方向性で研究を進めていったらよいか、というフロアーからの助言もあり、よいディスカッションの場になっていたと思います。次の発表も控えており、討議がなかなか時間通りに終わらないのではと不安でしたが(ちょうど活発になってきた頃だったので)、進行役の委員の先生が終了時間のお知らせを講義室全体にして下さったのでありがたかったです。	
時間通りに進められ、よかったです。室温もよかったです。		
活発的な討論(意見交換)になって良かったです。		

午前 第3会場	研究を通して現場の状況を理解することができた。また、これからも交流していく必要性を感じた。
	話し合いへの参加者はすくなくしたが、活発に意見を交わすことができた。
	特に気になったことはありませんでした。進め方なども良かったです。
	特に問題なかったと思います。(2名)
	発表者が会場運営と重なり大変そうでした。特に午前中は討論が2回ありパネルの移動の手順を打ち合わせて置く人がもうひとりいると、楽だったかなと思いました。
	2題について、発表各10分を聞き、次に関心のあるほうに参加し、ディスカッションに参加した。ディスカッションが丁度乗ってきたところで終わるので、もう少し時間があるとよいと思った。そのために発表を2題聞いた後、それぞれに別れ席を作る時間がもったいないので、事前に準備できないだろうか。
	現場からの参加者は、それぞれ参加目的があるので、必ずしも共同研究者側の検討したい内容と違うこともあると思います。そのため、その意を汲みながら討論に参加してもらうことに苦労しました。(討論の時間の最初に所属と参加理由を聞いてしまったので)
討論の時間も十分あり、良かったと思います。もつと、ざつぱらんなディスカッションでも良いと思うのですが、参加者が増えたこともあり、発言するには、勇気がいる雰囲気改善しなくてはならないと感じました。臨床で困っている素朴な疑問や意見が看護の現場を変えるキーワードになることが多いので、是非、そのような発言が自由にできるようにしていきたいと思いました。	
午前 第4会場	在学生(3年生)5-6名参加して、メモを取りながらとても熱心に発表を聴いていた姿が印象的でした。また、意見を求められたら、「現場の課題や厳しい現状を知った」との感想に対して、現場の看護職からは「厳しいところもあるが、やりがいや楽しいと感じることもある」といった発言があり、学生にとって良い意味で現場の看護職の思いを直接聞ける機会になったのではないかと感じた。
	会場4は狭いため、討論時に隣のグループの声が気になった。1グループは隣の講義室に移るなど対処方法を検討したほうが良い。
	会場4は、特に問題ありませんでした。
	1つの施設との共同研究が多い会場だったので、看護部長さんの参加があり、とても議論が盛り上がっていた。トップの方が現場の看護師が取り組んでいる研究に興味を持ち、研究を推進していけるような発言を下さると、現場の共同研究者もやりがいを持つと思う。ただ、現場の共同研究者の参加が少なかったこと、現場の看護職からの発言が少なかったことが残念。
	参加者人数も多く、盛況であり、参加者からのディスカッションも活気よくされていたと思います。
	会の進行や時間配分なども適切だったと思います。会場の広さ等も参加者数にちょうどよかったように思います。
午後 第1会場	同室の他のグループの議論の声が多少気になった。
	進める方の立場での反省であるが、なるべく現状を聴こうとして、看護師さんを中心に意見を伺ったが、参加された看護師さんが、少なかつたため発表者が限られてしまった。参加者全員の意見・感想を聞くべきであった。
	共同研究者以外の看護職の方の参加があり、もう少し討論の時間が長くても良かった。
	午前とは違い、小講義室だったため、アットホームな感じで参加者とのやり取りができました。少ない参加者でしたが、現場での課題や悩みなどを率直に聞くことができたので、今後の研究の方向性が少し見えてきたような気がしました。大きな会場とはまた違う少人数の話し合いのよさもあるなあ、と午前中と比較して思いました。
	高齢者ケア施設からの参加者は、病院関係者に比べると少ないかもしれませんが、様々な意見が出て討論の会になっていたと思います。
演者の方が、討論したい課題をあらかじめ示してもらっているので、焦点がはっきりして話し合いが進みやすかった。ディスカッションにはちょうどよい人数だったように感じた。また、参加した共同研究者の教員が、違う現場の看護職の間をもつように橋渡しをするような、投げかけを行い、施設間の交流が進む場面があり、教員の役割として大事だと思った。老人保健施設や障害者施設の人たちとも交流ができ、個人的に、これまでそういう施設の看護職の方たちと交流することがなかったので現状を知ることが新鮮だった。看護職全体を視野に入れた事業としての意義を感じた。	
午後 第2会場	2題続けて発表を聴いたことは、他の共同研究内容を知る機会にもなり良かった。
	討論時間が終了になっても討論を行っている課題がほとんどで、話し合う場があるのは良いと思った。
	領域以外の方が討論に参加して下さっていて、違う視点からの話を聴くことができて良かった。
	参加者少なかつたが、多くの職種が集まり、さまざまな意見を聞くことができた。
	共同研究者以外の看護職の方の参加があり、もう少し討論の時間が長くても良かった。
	時間通りに進められ、よかつたと思います。室温もよかつたと思います。
特に問題ないと思います。	
午後 第3会場	発表終了1分前に予鈴を鳴らしてもらえたので、落ち着いて発表できて良かった。
	特に気になる点もなく、問題なかったと思います。

午後 第4会場	午前・午後を通じて羽島市民病院が共同研究者となっている発表が多かったが、看護部長や師長さんの参加が得られ、取り組みへの評価や今後に向けた具体的な発言を聞くことができ、現地側共同研究者にとって励みや活動を継続への意欲につながったのではないかと思います。(後日現地共同研究者からもこのような意見をいただいています)
	会場4は、特に問題ありませんでした。
	1つの施設との共同研究が多い会場だったので、看護部長さんの参加があり、とても議論が盛り上がっていた。トップの方が現場の看護師が取り組んでいる研究に興味を持ち、研究を推進していけるような発言をして下さると、現場の共同研究者もやりがいを持ったと思う。共同研究者以外の教員の参加が少なかったのも残念だった。 会の進行や時間配分なども適切だったと思います。会場の広さ等も参加者数にちょうどよかったように思います。

その他、希望や意見、改善点など

<p>討議時間ホワイトボードで区切るということになっていたが、会場4については会場が狭いの加え映写機などが中央に配置されていたので区切りませんでした。</p> <p>交流する場を設定したことは良かったと思う。</p> <p>報告と討論の会のプログラムの1つとして、共同研究開始のきっかけ、研究成果などをどのように組織の実践改善に取り入れているのか、現場と大学がどのように協働しているのかなどを現地側と大学共同研究者が発表し、共同研究の進め方や研究成果の活用方法を広くアピールする場を設定すると良いと思う。</p> <p>会場設営の段階で、ホワイトボードが移動しやすい位置に置いてあり、討論をスムーズに始めることができました。</p> <p>発表の形式(パワーポイント、掲示)についての取り決め等をメールでのお知らせだけでなく、書面等にして早めに確認できるようにしてあると、学外の共同研究者が発表準備をするときにわかりやすいと思います。</p> <p>ポスターの活用について:今回参加した会場では、どれも報告と討議にはポスターを活用しなかった。休憩時間にポスターを見ることとなるが、昼休み程度である。折角つくったものを上手く活用するにはどうしたらよいかと考えた。</p> <p>1年生が来ていました。もっと現場の看護師の話が聞きたいともことでした。</p> <p>一般病院におけるターミナルケアの発表に参加した際、第4会場では、循環器系機能障害を持つ成熟期の人への援助の検討の参加者もいた。両方も参加者が多かったことに加え、部屋が小さくスペースが十分に取れなかったせいもあると思うが、他のグループの討論の声で、自分の参加しているグループの討論の声が聞き取りづらかったので残念だった。</p> <p>午前の休憩・移動時間は10分くらいあったほうが良いと思います。</p> <p>自分の看護実践のために何かしら情報を得たいと思って参加している人のために、研究課題にとらわれず自由に意見交換する時間を設けるといいと思った。</p> <p>報告が2テーマづつあることは、他の共同研究を知るためには良い。ポスターを見るだけより、実際に発表を聴いた方が良くわかるから。しかし、同会場で討論が2つあるため、隣のグループの声が気になり、討論の声が聞き取りにくく、困った。マイクを使うわけにもいかないし、小さい声だと聞き取りにくいし、どうしたらよいかは思いつきません。</p> <p>同じ会場で2つのテーマで話し合うのは他のグループの声がうるさいときがる。場所の確保は大変なので致し方ないと思うが。</p> <p>現地共同研究者の方も遠方であったり、勤務があたりで、共同研究報告と討論の会に参加できない人が多かった。現地に出向いて報告する必要がある。また、共同研究報告と討論の会から報告書までの期間が短く、現地の人に内容を十分に確認していただけないままの提出になってしまった。</p> <p>討論の会のご案内が共同研究者に渡っていなかったようです(昨年末、共同研究者それぞれの所属と氏名をリストに入力したのですが)。討論の会の前日に共同研究者から「明日、何時から行なわれるのか」という問い合わせがありました。せっかく共同研究者名が個人で載っているのです、お一人おひとりに案内が届く方がよいと思います。事務局での手配が大変であれば、共同研究者分は、教員が送付することも可能ですので(たぶんその方が確実だと思います)、次年度からは、案内が事前に確実に送付されるようお願いしたいと思います。</p> <p>・参加した演題では、参加者(共同研究者を含む)からの発言がそれなりにあり、研究課題に関連する他施設の現状を知ることができた。 ・昼休みにドリンクコーナーへ行ったが、20名くらいの看護職が利用していた。来年も設置すると良いと思う。</p> <p>交流広場にドリンクコーナーを設けたので、ちょっと一息つけて交流の場になっていて良かったと思います。大学院広報の場を設けていただき、ありがとうございました。</p>

《編集後記》

この報告書は、平成 18 年度に実施した、本学教員と看護実践現場の看護職の方々との共同研究 24 課題について、その活動の成果をとりまとめたものです。平成 19 年 2 月 17 日に本学で開催しました「共同研究報告と討論の会」で報告された内容や当日の討論の結果も盛り込まれています。今後の共同研究活動の発展のため、参考にしていただけたら幸いです。

また、「共同研究報告と討論の会」には多数の方のご参加をいただき、活発な討論に加わっていただきましたことを、この場をお借りしてお礼申し上げます。なお、ご協力いただいた意見調査の結果は、次年度の会の運営の際、参考にさせていただきたいと思います。

共同研究活動は、本学全教員の活動として取り組んでおり、学内では研究交流促進委員会が、看護研究センターのバックアップのもと、共同研究を推進するための諸活動に関する企画、立案、運営等を行っています。

お気づきの点がありましたら、ぜひご意見をお寄せください。

【研究交流促進委員会】

委員長：	岩村龍子助教授	(看護研究センター)
委員：	平山朝子学長	
	北山三津子学部長	(地域基礎看護学講座)
	片岡三佳講師	(地域基礎看護学講座)
	橋本麻由里講師	(機能看護学講座)
	布原佳奈講師	(育成期看護学講座)
	奥村 美奈子助教授	(成熟期看護学講座)

看護研究センター： 小野幸子教授
大川眞智子講師
古田さゆり助手
会田 敬志教授
小澤 和弘講師

発行日：平成 19 年 3 月 31 日
編集：研究交流促進委員会
発行：岐阜県立看護大学
〒501-6295 羽島市江吉良町3047
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

