

平成19年度共同研究事業

共同研究報告書

岐阜県立看護大学

8回目の刊行にあたって

学 長 平 山 朝 子

今年度の2月の報告と討論の会は、過去最高の参加者数となり、活発な意見交換が出来ました。この共同研究事業も、今年で8年目を迎え、研究の途上での意見交換を効果的に進める方法も様々に工夫できるようになり、テーマごとに自施設での体験などを紹介しつつ意見交換がなされるようになってきました。

本学は、開学してから8年経過したわけですが、この事業も8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り、さまざまな側面で、看護学の大学としての基盤ができつつあることを実感できる段階になっています。報告と討論の会には、現地側の看護職者による報告も多くなり、また、大学側では卒業者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、全学的取り組みですので、本事業の企画・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。近年では、共同研究の取り組み過程や各研究の成果を、教員から学生にも伝える機会も増え、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。

ご承知のとおり、本学では、大学院博士前期課程(修士)教育が県下の看護職者が職場在籍のまま修学する形となっています。その修了者も現場側で共同研究に取り組んでいます。今後は、共同研究の質を高めていく努力をつづけなくてはなりません、これまでの集計ですと、共同研究事業に大学の教員と共同した現地看護職者は、7年間で1,050ですので、今年度で延べ1,200名に及びます。

このように、多くの県域看護職者と看護実践を充実させる方法を模索して、討議をしたり、実務を展開したりすることができているということは、本学の理念・目標を追求する上で、貴重な基盤です。

今後、実践研究を発展させるためには、現地の看護職者の方には教員に対し、忌憚のない意見を出していただくことも必要ですし、教員としては、現地に対し各種の提案もしなくてはなりません。ときには外部者としての提案が大事な場合もあります。今後は、双方がそういった責任を果たしつつ、発展を図ることを期待しています。

この報告書は、2月の意見交換なども含めて、単年度の成果です。これらの研究実績から実践を改善する手法の開発や問題解決の道筋を立て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います。

(2008-3)

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 1

住民との協働による健康づくり・地域づくり活動の方法 4

住民の主体的なグループ活動を支える保健師の援助のあり方 9

難病相談会を契機にした保健師の継続援助のあり方 15

保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方 18

2. 医療機関における看護

一般病院におけるがん患者の看護 21

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 25

地域の中核病院における手術室看護の課題とその取り組み 28

看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する

用具（スケール）の開発 32

看護改善に向けた脳神経外科看護チームの取り組み 36

病院から診療所へ移行する過疎地域医療機関における看護援助のあり方 41

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ー地域における看護職連携の取組みー 46

在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討 52

3. 退院支援に関する看護

病棟看護師と退院調整看護師との効果的な連携に向けた方策の検討 57

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 63

4. 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 69

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

看護活動のあり方 74

5. 育成期にある人々を対象とした看護	
妊娠期における地域・病院・多胎児サークルが協働して行う	
多胎児支援の検討	79
赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けての検討	85
ハイリスク新生児とその母親への母乳育児支援の検討	91
岐阜県における在宅重度障害児のQOLを支える	
保健・医療・福祉・教育の体制づくり	97
心に問題をもつ児童生徒の家族への養護教諭が行う支援方法の検討	101
6. 精神科における看護	
精神科急性期治療病棟における個室看護に関する研究	105
保護室における看護の改善にむけての取り組み	111
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	117
精神科訪問看護の現状と課題に関する研究	122
7. 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	129
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	135
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	141
参加者の状況	145
参加者への意見調査の結果	146
参加学生（看護学科）への意見調査の結果	150
教員への意見調査の結果	151
III. 平成18年度共同研究事業自己点検評価結果	155

地域の保健福祉活動

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 大井靖子 平山朝子 (大学) 橋本詩子 柴田恵津子
小山美香 赤嶺真理 佐藤沙夜香 服部寛子 (羽島市保健センター) 安藤邦章 杉山麻紀子 (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)

I. はじめに

本研究は、平成16年度から、障害児者と家族が安心して生活できるための地域づくりの一環として、連携した支援体制づくりを検討することを目的として取り組んでいる。昨年度までは、在宅の知的障害児者と家族に焦点をあてた取り組みであり、家族への聞き取り調査の結果を対象家族や民生委員・関係職種に報告し、意見交換することで支援のあり方について検討してきた。

今年度は、在宅の精神障害者を対象にしたA保健所主催のグループワーク(以下、GW)が、今後、市町村の取り組みとして移行するのに伴い、その準備として、B市居住の当事者・家族の生活実態・気持ちを把握し、ニーズに即した支援のあり方を検討することに取り組んだ。そこで、保健所GWの利用者及び家族会のメンバーに聞き取り調査を実施し、さらに、調査対象者への調査結果の報告と意見交換を行なったので報告する。

倫理的配慮として、調査対象者には、本研究の趣旨及び個人情報保護に留意することなどを説明し、同意を得た上で、聞き取り調査と意見交換を実施した。また、本取り組みは、本学の研究倫理審査部会の承認を得ている。

なお、全取り組みについて、現地側共同研究者と一緒に企画・実施した。

II. 保健所GW利用者を対象とした調査

1. 対象・方法

B市居住のA保健所GW利用者のうち、了解が得られた3名を対象に、保健所もしくは対象者の自宅で聞き取り調査を実施する。

2. 調査内容

現在の日中活動、GWについて(今までの参加状況、参加して良かったこと、今後の開催方法・内容の希望)等

3. 調査結果

- 1) 回答者: 30歳代~50歳代の3名
 - 2) 日中活動: 保健所GWに行かない日は、家事・農作業・買い物等をして暮らしている。
 - 3) 今までの保健所GWについて
- ① 参加状況: 時々休みながらも、全員が7年以上参加をしている。

- ② 参加して良かったこと: 「気分転換できる、一人でできないことができる、楽しい」等で、全員が肯定的反応だった。
 - ③ 困ったこと: 「開催場所の保健所まで遠くて交通費がかかる」1名
 - 4) 移行後のGWについて
- ① 移行後のGWへの参加意思: 「参加を希望する」1名、「わからない」2名
 - ② 希望内容: 卓球・バドミントン・カラオケ・調理・パソコンなど
 - ③ 開催場所: 全員が居住地の保健センターでの開催を望んでおり、他市町とのローテーション開催は望んでいなかった。
 - ④ 開催頻度: 月1回2名、毎週1名
 - 5) 今後の生活についての気持ち・考え
 - ・農業しながら暮らす。障害年金が減額されると困る
 - ・先のことは考えない。良くも悪くも考えず、今を一生懸命生きていく
 - ・昔の友人と話をしたい
 - 6) 安心して暮らすために望むこと
 - ・行政における障害者支援スタッフの充実
 - ・友達のように気軽に相談したい

III. 家族会員を対象とした調査

1. 対象・方法

主にB市に居住する精神障害者家族の自主組織であるC会(家族会)会員11事例のうち、了解の得られた4事例の自宅に訪問し、聞き取り調査を実施する。

C会は、月に1回定例会を開催しており、運営にはA保健所保健師が支援している。今回の調査対象者は、定例会に殆ど休まず出席するメンバーである。定例会のうち、クリスマス会など年に数回は、A保健所GW利用者も参加しており互いに面識がある。なお、A保健所GW利用者の家族は、C会に所属していない。

2. 調査内容

当事者・家族の現在の状況、今後のGWへの希望、家族会への気持ち・考え、今後の生活や行政への希望等

3. 調査結果

1) 回答者：4事例の親6名(60歳～80歳代)。なお、当事者である子ども2名の意見も部分的に聴取できた。

2) 当事者：30歳代～50歳代

3) 当事者の日中活動：3事例が家事、家族との外出、病院デイへの参加等をしており、家族会定例会に親と参加し、定例会以外での親子間交流もある。一方、1事例は外出や他者との交流が殆ど無かった。

4) GWについて：A保健所のGWには、当事者の4事例全員が参加したことはない。なお、移行後のGWには、「親として本人が希望するなら参加させたい」1事例であった。

5) 家族会への参加について

① 参加年数：2年1事例、10年1事例、20数年2事例

② 参加状況：毎回参加4事例

③ 家族会に参加して良かったこと

ア) 共感して話せるのでストレス解消になる：「気分転換できて心にゆとりができる、身分を明かさずに話し合いができる、互いに共感できる、ストレス解消となる、自分だけでないと心強い」などの意見が4事例全員から確認された。

イ) 知識情報が役立つ：「講演会で話を聞ける、障害年金を知って手続きした、自立支援法の情報が入る、治療費・新薬の情報交換ができる」などの意見が、2事例で確認された。

④ 家族会についての気持ち・考え

・家族会の広報やチラシを見て問い合わせはあっても入会までに至らない

・居住地の家族会には、参加しにくいと思う人もいる

・家族会が開催される施設に入っていくのを他者に見られることすら嫌がる人がいる

・親の高齢化で家族会の会員数が減少してきた

・送迎などの同居家族の協力がないと、高齢な親は参加できなくなってきた

・若い人は家族会に参加しない現状がある

6) 安心して暮らすために望むこと

① 当事者の意見

ア) 訪問看護サービス：「病気のことを理解して時々訪問してくれる訪問看護サービスがあるとよい、親がいなくなって一人暮らしができるのが心配なので訪問看護師が様子を見に来てくれるとよい、様子を見に来てくれればエネルギーをもらえて次につながる」1事例

イ) グループホーム：「訪問看護が難しければ

グループホームで暮らす、グループホームは自分の調子が悪くなったときに支えてくれる人がいるからよいが本当は入りたくないし考えたくないけど支えてくれる資源の一つと思う」1事例

② 家族の意見

ア) グループホーム：「グループホームがあればよい」1事例

イ) 作業や就労できる場：「作業もできるデイケアがあるとよい」、「作業所など人とつながり社会に慣れていくために必要」各1事例

ウ) 安心して集えて話せる場や相手：「X市の家族会が設立・運営している喫茶店のように本人と家族が集って話せる場があるとよい」、「本人が安心して行きたいときにふらっと行ける場所があるとよい」、「外に出て話せる相手ができる」とよい」各1事例

7) その他、家族の意見

- ・できるだけ家族が元気で長く見守っていきたい
- ・現在困っていることは、本人の食事の用意があるので半日までしか家を空けられないこと
- ・親が看られなくなったら、入院させてもらえない

IV. 調査対象者への調査結果の報告と意見交換

1. 実施方法・内容

平成19年12月の家族会定例会において、調査結果を参加者に報告し、意見交換を実施した。開催場所は、B市保健センターである。

2. 参加者

家族会員4世帯(親5名、子ども3名)、A保健所GW利用者1名、A保健所保健師1名、B市保健師1名、教員3名であった。

3. 意見交換の内容

- ・精神疾患について専門的な勉強をしていてアドバイザーのできるスタッフが充実してほしい。
- ・家族が気軽にいつでも相談できる24時間専用ダイヤルがあるとよい。
- ・当事者は、身体的疾患に関する医療受診を遠慮しがちである。
- ・近隣の家族会が中心になって、喫茶店や農業など楽しそうな活動をしていることがテレビで紹介されていたので見学に行きたい。
- ・家庭のことを忘れて話し合える家族会の存在は大きい。当事者も、家族会に参加するのを楽しみにしている。
- ・保健師が家族会のPRチラシを病院に配布したが、新規加入者はいない。個人的なかかわりを希望する人はいても、家族会への参加・加入ま

でに至らない。

V. 考察

1. 当事者と家族への支援

A 保健所 GW 利用者を対象にした調査結果から、概ね保健所 GW が移行することに肯定的であることが分かった。また、開催場所は居住地である B 市の保健センターを希望しており、居住地であるがゆえに他者の目を気にして参加しづらいということはないようである。しかし、今回の調査対象以外で、居住地の GW への参加しづらさを感じる当事者は少なくないと思われるため、近隣市町での GW や集いにも参加できる選択肢は勿論、その周知を十分に行うことは必要と考える。

家族会員を対象とした調査や意見交換からは、家族会の存在は、親のストレス解消や心の支えとなっているだけでなく、有用な知識・情報を得る場になっており、当事者と家族の生活を豊かにする側面もあることが確認された。一方、家族会員である当事者の親の高齢化が進み、新規加入者もないため、運営困難な状況にあることがわかった。そこで、移行後の GW に家族会員が気軽に参加できるようにするなど、家族会への支援を視野に入れた GW の開催を検討していくことが必要と思われた。

また、親の亡き後の生活を不安に思う当事者・親自身の思いや、訪問看護サービス・グループホームを求める意見が確認された。そこで、当事者・家族が希望する暮らしを実現させるために、地域内の資源・サービスを確認した上で、より充実・開発する必要のある資源やサービスについて関係機関と一緒に検討していくことが重要と考える。

2. 今年度の取り組みが現地側共同研究者の実践活動に与えた影響

本調査結果や意見交換を踏まえて、移行後の GW をどのように企画・運営していけばよいのかを含めて当事者支援のあり方について、B 市及び近隣の保健・福祉関係者と検討した。

本取り組みを通して、当事者や家族会のニーズを検討したことに加えて、当事者・家族個々との信頼関係を深める機会になり、今後の援助につながる相談回路を開くことができたと思える。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

現地側共同研究者から、GW の移行に向けて、近隣自治体と協議している現状や精神障害者の方が気軽に通える場をつくっていききたいという

抱負が話された。また、地域における精神障害者に対する支援の現状について情報交換を行った。その具体的内容は、以下のとおりである。

<D 市>

- ・GW：保健所では実施していない。月に 1 回、地域生活支援センターで実施。毎回 5～7 名参加。手帳申請のため市役所来所時に GW 対象者へ声をかけて参加勧奨。保健センターでも、地域の仲間とつながることを目的に開催している。
- ・家族会：3 ヶ月に 1 回開催。家族会の中心となりそうな人に保健師が声をかけて発足に至った。家族が主体的に動いていくことを意図したかかわりを心がけている。
- ・精神保健福祉ボランティア養成：講習受講者は、身内に精神障害者がいる方が多い。講習修了後、ボランティアとして GW に参加してもらっている。本活動を通して、地域の中に理解者が確実に増えていくと考えている。

<E 市>

- ・市内に精神保健福祉に関する資源が多く、作業所など当事者が集まる場はある。
- ・家族会：作業所などの資源ごとに家族会が存在している。

<F 病院>

- ・退院後の地域生活を支援するための部署を設置。
- ・市町村によって取り組みや社会資源の状況は様々である。県内市町村の関係情報が集約していると情報提供しやすい。当事者や家族にとっても、選択肢が分かりやすく提示されるとよい。

VII. 終わりに

今年度の取り組みや共同研究報告と討論の会での討論を踏まえると、GW や家族会へのかかわりによって当事者と家族を支えていく一方で、ボランティア養成など地域の中に理解者を増やす活動をすすめていくことが安心して暮らせる地域づくりの基盤として重要だと考える。

なお、当事者・家族・ボランティアへのかかわりについては、今後これらの三者がつながりをもてるように GW・家族会やボランティア養成の各活動が連動していくことが必要であると思える。また、民生委員など、問題意識があり、身近な支援者として機能していくことが期待される方々にも働きかけ、地域の課題として一緒に検討し、連携した支援体制づくりにつなげていきたい。

最後になりましたが、今回の調査や意見交換に快く協力していただいた皆様に深く感謝いたします。

住民との協働による健康づくり・地域づくり活動の方法

寺西愛 小粥麻理子（安八町・保健センター） 宇野比登美（安八町・地域包括支援センター）
佐竹芳子 田中喜代美 寺村恵美子 若山美和子 山本佳子 渡邊智香（海津市・健康課）
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
千野奈穂子 鈴木佐布子（白川町・保健福祉課） 松下光子 坪内美奈 米増直美 森仁実
北山三津子 岩村龍子 大川眞智子（大学）

I. 目的

保健師活動の中で、住民と協働した活動の必要性は言われており、各地でさまざまな取り組みが行われている。しかし、保健師の実践の技術として具体的な協働活動の方法が明確になっているとは言い難い現状にある。

本取り組みでは、住民と協働した健康づくり・地域づくりの活動について、3市町でそれぞれに工夫して取り組み、その取り組みの経過から住民との協働活動の方法について追究する。

住民との協働活動は、長期的な活動であるが、今回は、主に平成19年度の取り組み経過から検討する。

II. 方法

各市町における実践を通して、住民との協働による健康づくり・地域づくり活動の方法を検討する。

具体的には、A町では、異世代交流を促進する活動を地域住民と協働しながら企画、実施、評価し、その活動方法を蓄積する。活動の実施にあたっては、地域包括支援センター、保健センター、福祉課、社会福祉協議会等関係部署が協力して実施した。大学教員は、活動状況について随時把握するとともに、保健師とともに活動の振り返りを行った。また、A町で実施した学生実習において若い世代の高齢者との交流実態や交流への希望を学生が把握し、保健師に報告する機会を作った。

B市では、健康日本21B市計画の策定を住民代表メンバーの集まりである市民健康会議において住民とともに取り組み、その活動方法を検討する。健康課の仕事として、課長・課長補佐の了解の元、担当の保健師・栄養士が中心となって活動を進めた。大学教員は、健康課の担当者間での打ち合わせと市民健康会議に出席し、健康日本21B市計画策定の全体的な動きを確認しながら、市民健康会議をどのように運営するかをともに考えた。

C町では、地域包括ケア会議を中核とした住民

による介護予防の地域づくりを今年度も継続して推進し、その活動方法を検討する。地域包括支援センター、保健福祉課が中心となって関係機関・部署が協力して活動を進めた。大学教員は、地域包括ケア会議、地域包括支援センターと保健福祉課による地域包括支援センター運営に関する連携会議に出席し、地域包括ケア会議における話し合いの進め方、C町における介護予防に関する活動についてともに考えた。

III. 倫理的配慮

研究対象は、共同研究者の実践活動であるので、そのことについて、職場の管理者を含めて合意を得た。また、実践活動における援助対象者である地域住民に対しては、大学教員が実践の推進にかかわっていることを随時説明した。さらに、地域での取り組みについての意見交換を主に行う住民に対して、当該地域での活動について大学での共同研究報告と討論の会および共同研究報告書に報告し、公表することについて、説明書を用いて文書と口頭で説明し、了解を得た。

本研究の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の審査を受け、承認を得た。

IV. 各市町の取り組みの実態

1. A町：異世代交流促進の取り組み

モデル事業的にD区における異世代交流促進を目指して、地区役員や社協らと連携して取り組んでいこうとしたが、諸事情により最初の一步が踏み出せない状況であった。そのような折に、隣のE区の独居高齢者より「地域力を高めたい」と保健師に相談がきた(9月)。その高齢者は、E区は高齢化がすすみ、災害時への不安等を感じ、公民館に集い支え合える関係を求めているので、関心のある住民を加えサロンを立ち上げることになった(月1回)。そして、福祉課の上司や社協局長に声かけ、このサロンをモデルにして、福祉計画にもあげて地域力を高めていくことにした。社協は、福祉教育の一環として小学生の独居

表 A町E地区での活動の経過

時期	できごと
9月中旬	独居高齢者のAさんから電話で地域力を高めたいと相談があった。
10月初旬	Aさん宅を訪問し、生活の現状と公民館で集いをしたいという希望を聞いた。
10月22日	第1回サロン実施 社協局長・福祉課長補佐・保健師 サロン活動の意義について社協局長より話 F小の福祉教育の一つである独居老人訪問のための「蒸しパン」の差入れレクリエーション
11月21日	第3回サロン実施 Aさんより依頼があり、保健師が健康体操を指導
11月終り	Aさん宅にて話を聞く。保健師 参加者、特に男性参加者が少ないと悩んでいる。どんなことをすれば良いのか分からない。企画も運営に若い人の力が欲しいと相談あり。
12月5日	第4回サロン実施 体操の指導を保健師が担当
12月11日	他町のサロンを見学。Aさん他住民2名、社協スタッフ・保健師 他町のサロンの会長さんに運営の方法や注意点、保険について聞く
12月18日	他町のサロンを見学。社協局長・社協スタッフ
12月20日	第5回サロン 社協スタッフ 他町サロンの立上げから運営までの説明。 体操、歌・手遊びおやつを食べながらの談話。 Aさんから自分たちでやっていきたいと意向あり。
1月以降	Aさんたちが中心となって、自主的にサロンを継続。 行政・社協スタッフは入っていない。体操用CDなどは貸し出している。Aさんから話を聞き会の現状を把握し、進め方など相談にのっている。

高齢者への訪問と手づくりお菓子の配布を計画していた。同時に地域の現状を小学生に知ってもらえるよう、初回サロンにも小学生の訪問とお菓子配布を実施（10月）してもらった。以降は月2回実施している。経過は、表に示した。また、VI. 報告会での討議内容にも経過についての説明があるので、併せて参照いただきたい。

共同研究報告と討論の会では、地域づくりを始めるきっかけや地域への広げ方について他の市町はどのようにしているかについて意見交換したい。

2. B市：市民健康会議の取り組み

B市は、すべての市民が健康で、笑顔で輝く生活が送れる社会を目指して、「健康づくりプラン」を策定した。策定にあたり、「健康日本21」の地方計画として位置づけ、「ヘルスプランぎふ21」並びに市総合開発計画との整合性を図っている。また個人の努力とあわせて社会全体で支援していこうということで、市民の意見を反映させることを重視して市民健康会議を設置した。

市民健康会議は、15名の公募委員で構成され、3月～7月の間に、委員の都合に合わせて、昼の部と夜の部に分けてそれぞれ4回開催し、「健康づくりプラン」の骨子を作成し、サブタイトルを「自分でつくる みんなで支える 健康づくり」

とした。生活習慣に関わる7つの分野を、1. 栄養・食生活、2. 身体活動・運動、3. 休養・こころの健康、4. たばこ、5. アルコール、6. 歯の健康、7. 健診（糖尿病・循環器・がん）に設定して、それぞれスローガンをかかげた。市民健康会議では、7つの分野をさらに4つのライフステージ「乳幼児期」「（小・中・高・大学生の）学生期」「（就職時～退職時の）仕事期」「（年金受給年齢からの）年金期」に設定し、それぞれの時期における現状について意見と問題点を出し合った。

4回という限られた回数の中で、どのように運営していくと効果的に意見を吸い上げることができるか、職員間で何度も話し合いを重ねた。

公募委員には会議前に資料を送付し、当日までに、分野別ライフステージ別に、自分の意見を書いてきてもらい、当日、その紙をB紙に切り貼りしながら、意見を出してもらい検討した。事前にそれぞれの意見を考えていただくことができ、また意見を聞くだけでなく、形に残すことで、問題点や健康課題が見えてきて、整理・検討しやすかった。たとえば、「たばこ」の分野では、B市は分煙対策が他の市町村に比べて遅れていることや、若い世代の女性の喫煙が気になることなど、多くの問題点・健康課題についての意見が出され

た。取り組みや具体策でも、意見を書き出した用紙を、職員が事前に回収し、会議前に切り貼りしてB紙に整理して資料を準備した。切り貼りする時間の短縮ができ、会議当日、その資料を見ながら積極的な意見交換ができた。

この市民会議をきっかけに、委員が自治組織の役員会で集会所内を禁煙にしたかどうかと提案したところ、さっそく禁煙になったという報告も聞かれ、他の自治組織でも禁煙を提案していくことも必要だという意見や、リーダーとなる人が先頭となって実践し、分煙・禁煙対策を進めて欲しい。まずは市役所から・・・という市民会議の提案を上司がトップに持ち上げ、働きかけたことにより、さっそく1月から、庁舎内禁煙を実施することになった。

健康課題や具体策について、各々の立場・視点での率直な意見が出て、共感したり、新たな意見が出たりして有意義な検討ができ、問題解決に向けて、個人や家庭（自助）、地域や関係団体（共助）、行政（公助）のそれぞれの立場からできる取り組みを考え、まとめることができた。

住民の意見を直接聞くことで、机上の問題ではなく、現実の内容に幅が広がった。さらに、「健康づくりプラン」は行政からの一方的な計画ではなく、市民の主体的な健康づくり計画となり、今後の取り組みも、より実行的な計画として市民とともに実現できると考える

共同研究報告と討論の会では、住民との協働、行政内の協働について意見交換したい。

3. C町：地域包括ケア会議の取り組み

1) C町地域包括ケア会議の経緯と位置づけ

17年度までは、保健福祉課が認知症予防対策会議として実施してきた。18年度からは、地域包括支援センターにおける共通の支援基盤構築のための一事業とし、地域包括ケア会議として発足した。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。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、野菜村チャオ（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。

2) 共同研究の経緯

C町における住民みんなで取り組む認知症予防・介護予防活動に関する共同研究は、17年度から取り組んでいる。17年度は、認知症予防対策会議が実施した認知症予防に関する実態調査への取り組みが中心であった。18年度は、地域包括支援センターの活動、特に地域包括ケア会議の取り組み、地域包括支援センターと保健福祉課の連携会議を取り上げた。18年度の共同研究報告会では、ケア会議の構成員が会議で検討したことを持ち帰りそれぞれの活動に発展させること、関係機関にどう働きかけていくかが課題となった。

3) 19年度の取り組み

(1) 地域包括ケア会議の開催：3回会議を開催した。会議での検討テーマを絞込み、参加者が現状を見て課題を出し、検討につながるようプロセスを意識した。また、内容によって全体討議、小グループ討議などを使い分け、事例を用いた具体的な検討を行う等の工夫をした。さらに、会議後1ヶ月以内に、会議のまとめを送付し、意識付けを期待した。

内容については、昨年度の会議から検討課題を絞り込み、以下の3点について討議を進めてきた。

- ① 見守り体制について
- ② 生きがい支援について
- ③ 外出時の交通手段の確保

それに基づき、3回の会議では以下の内容で実施した。

第1回5月9日（水）：高齢者を支える見守り体制の現状と課題の検討

第2回8月28日（火）：地域で付き合いのない人を中心とした高齢者の見守り体制の検討

第3回11月7日（水）：高齢者の生きがい支援の検討

成果と課題：話し合いをすることはできたが、ケア会議では具体的な取り組みにはならない。なぜ会議に出るのかを理解することが困難な構成員もいる。

(2) 地域の課題への取組状況：会議での検討の後、以下のように実際の活動へつなげた。

①見守り体制：新聞店への見守り依頼を実施。ふれあいハガキ（郵便局員により本人へのハガキ直接配達をとおして見守りを実施）やその他の啓発の機会を捉え、高齢者本人からも、地域に対して安否確認が出来るサインの発信をお願いした。

②生きがい支援：生きがいを勧めるためにも交通手段の解消については、③として検討を重ねる。又、地域での助け合いシステムの立ち上げについて支援を行った。

③外出時の交通手段確保:検討会議の開催により、その方法を多面的に検討中。

4) 20年度に向けて

ケア会議は介護予防活動の全体を検討する場、具体的取り組みは検討課題ごとのワーキンググループを作り、地域の課題への取り組みの実現を目指す予定である。

共同研究報告と討論の会では、20年度の展開方法についての留意点や参考になる意見をいただきたい。

V. 共同研究報告と討論の会で討論したいこと

住民との協働活動の方法について。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. A町での活動についての追加発言

E区の活動のきっかけは、独居高齢者からの「地域力を高めたい」という相談であった。自分が動けなくなったらどうするかと考え、外出できなくなったら誰かに助けてもらいたい。そのために、地域に助け合いのシステムを作りたいとその人は希望していた。その人と相談し、住民にチラシを配って発起人を集めた。そして、サロンを開始した。当初は、E区ではなくD区で異世代交流を進めようとしていたが、E区で具体的な動きになった。これまでに7回のサロンを開催した。発起人として集まったのは、高齢者ばかりで、援助してほしい人ばかりだった。最初に希望した人の期待には応えられないメンバーだった。しかし、保健師としては、高齢者自身の人付き合いを広げたいと考え、サロンの実施を支援した。災害のときに助けるといっても、もともと人間関係が希薄であれば、家でどこに誰が寝ているかもわからなくてどうやって助けに行くのか、まず、人間関係を作ることが大事だと考えた。発起人の人も、システムを作りたいという気持ちから、次第に、人づきあいが大事という考えになってきた。社会福祉協議会の担当者は、地域づくりへの関心が高い人であった。今は、サロンが継続していて、発起人の人は、自分たちでやっていきたいと希望し、保健師が主導でなく、住民で運営している。継続していることで出てきた課題は、発起人の人と賛同できる人と合わない人が分かれてしまったこと。もう一つ別の地区で動きを作ろうとしているが、そこでは、地域の役員を集めて最初の集まりを作る動きをとっていく。一方で、役員と親しくない人たちの集まりの場も別に設ける予定。さらに、町全体に対して、保健師が巡回健康相談

を行う予定。老人クラブを通じて地区を回る。そこに集まってもらう。母子の課題もあるので、高齢者も母子も集まる場を作っていきたい。

2. 地域での助け合いとは何か

A町で発起人となった人は、必要なお金払うので、サービスが欲しいと言っていた。A町にはお金を払うならば、タクシーや介護サービスがある。お金で解決するならば地域の人でなくてもサービスはある。地域の助け合いとはいったい何なのだろうかと思う。E区は、野球場2つ分くらいの広さ。昭和40年代に作られた新興住宅地で、そのまま高齢化している地域。福祉計画アンケート調査では、A町では地域の人付き合いが薄いということも課題としてあがっていた。

C町は、半分以上の地区にサロンがある。移送サービスをシステムとしての立ち上げをしようとしているところもある。もともとの人付き合いがある地域。しかし、遠慮して人に助けを頼めない場合もある。お金で解決するといっても、公共交通機関もタクシーもほとんどなく、資源がない。

B市内にあるNPO法人は、ホームヘルパー資格がある人が有償ボランティアでの支援を行っている。移送も自家用車を使って資格を取って認められてやっている。最低賃金くらいの時給とガソリン代で対応してくれる。タクシーよりも安い。移送サービスは、県域ごとの福祉有償運送運営協議会の認可を得る必要がある。その認可をとってやっている。保険等がどうなっているかは、そこに聞いてみないとわからない。もともとは、社会福祉協議会のなかで始まったボランティアの動き。ボランティアと支援が必要な人をつなげていた。精神障害者への支援なども行う。社会福祉協議会のなかにあった事務局が独立してNPO法人として今は代表の人の自宅を事務所にして動いている。保健師は、立ち上げにはかかわっていない。その支援が必要な人がいたらつなげている。以前は、個人個人で助け合っていて金銭的なバランスなどトラブルもあった。

地域住民にとっては、しくみがあって助け合う方が安心して助け合えるのではないか。移送サービスの認可、NPO法人化などの壁もあるが、しくみがあるほうがよいのでは。

地域によっては、住民同士が知り合うところから始める、人付き合いをつくることから始めることが必要な地区もある。

3. 行政のなかでの協働の進め方

B市の取り組みでは、健康づくり計画は、関係する6部12課が協力してできた。C町の取り組

みでは、行政のさまざまな課に会議への出席を求めているが、介護予防を検討する会議に出席する意義がわからないなど協働が困難な部分がある。行政のなかでの協働の進め方といった点からはどうだろうか。

B市では、計画づくりは関係課の協力が得られた。しかし、今後実際に活動を推進する段階では、協力は難しいだろうと思う。計画作成の段階は、計画を作るという目的を一つにして協力できる。しかし、その次に、実際に健康づくりに取り組むとなると、健康づくりの目的はいくつかに別れ、各課の活動の目的も異なっている。全体を集めて協力して進めるのではなく、C町で20年度に行おうとしているように、関係する部署を集めるほうがよいのではないかと思った。

Ⅶ. 考えられた住民との協働活動の方法

今年度の各市町の取り組み、共同研究報告会の話し合いをまとめてみると、住民との協働活動の方法について、以下のように考えられる。

- 1) 住民同士の助け合いといってもいろいろな段階や形がある。しくみにして助け合うとよいこと、知り合いになる・交流を作るところから行う必要がある場合もある。日常的な近所づきあいや助け合いとは何を指すのだろうか。
- 2) 住民同士が挨拶をする、知り合いである、近所の交流があるということは、地域の助け合いをしましょうというかけ声で進められるが、移送のようなもっとパーソナルな支援は、しくみがあって助け合う方が安心してできるのではないか。
- 3) 地域の現状を分析し、課題を出し合う、どんなことが必要かを考えるという計画の段階は、目的が一つなので、住民と一緒に考えることや行政内での協働も行いやすい。
- 4) 地域での具体的な取り組みの段階では、関係する人や部署を集めてテーマを絞って考える方が会議メンバーの参加の心構えも違い、積極的な意見が得られるのではないか。

住民の主体的なグループ活動を支える保健師の援助のあり方

鷲見恵里子 丸茂紀子（郡上市介護支援課・包括支援センター） 直井千鶴（郡上市健康課）
上村恵 佐藤鈴子（郡上市八幡地域振興事務所健康福祉課）
両羽美穂子 坪内美奈 米増直美 松下光子 小澤和弘 北山三津子（大学）

I. 目的

国の法改正に伴い保健福祉施策が予防重視型システムへと転換され、自治体単位で保健福祉事業の見直しを行っている。予防的な活動にしていくには、住民が主体的に健康づくりに取り組み、その活動が継続されるように支えていく必要がある。そのためには、個人の動機づけ支援とポピュレーションアプローチを併用し、住民の主体性を高め、住民同士の支え合いを促進する働きかけが必要である。当市では、住民同士が共に支え合うまちづくりを目指しているが、旧町村単位での地域の特徴が著しく異なり、保健師間の経験知を擦り合わせていくことが難しい状況にある。そこで、本研究では、既存の住民の自主グループが継続し、地域に根付いていく過程から、その要因を明らかにし、地域の特徴に合った、行政保健師として必要な援助について検討していくことを目的とする。

II. 方法

1. 共同研究の経過

1) 活動事例の選定と調査内容の決定

保健師からは、住民のグループ活動に関するこれまでの保健師の関わりなど、調査の基礎資料の提供があった。それを基に、活動事例の概要を共有し、調査内容を検討した。大学教員は、その意見を集約し、インタビューガイドを作成した。

2) 住民活動の聞き取り調査

地域の特徴および活動内容の異なった対象を選定し、住民への聞き取り調査を共同で行った。活動事例の概要は、以下のとおりである。

(1) 成人を対象とした生活習慣病健診をきっかけに、運動により健康づくりを行なう住民グループの立ち上げを保健師が意図的に支援し、継続されている市街地を中心とした活動2事例（グループA・B）

(2) 介護予防事業の対象外となり、これまでのサービスが受けられなくなり、住民自らが自主的にグループを立ち上げ、継続されている山間の過疎地域での活動1事例（グループC）

3) 保健師活動の検討

教員側で整理した調査結果を保健師と共有し、必要な保健師の援助について共に検討した。

2. 倫理的配慮

調査対象者に調査の目的や方法、および匿名性の保障など、文書と口頭で説明し、自由意思による同意書への署名をもって同意を得た。なお、研究計画については、本学の研究倫理審査部会で承認を受けた。

III. 結果

1. 住民の自主グループが立ち上がる過程での保健師の関わり

1) グループA

生活習慣病健診の事後教室終了に合わせ、保健師は住民による自主グループの会をつくりたいと思っていた。そこで、事後教室の終了の会では、参加した住民一人ひとりの思いが確認できるように、少人数グループの交流の時間を設けた。そこで保健師は、「事後教室をきっかけに始めたことや始めようとしていることを今後も継続していくために、必要なことは何だと思いますか。」と投げかけていた。ここでは、「続けるために仲間が欲しい。」という意見が出てくることを保健師は予測しており、これらの意見を報告し、自主グループの立ち上げの話をしていった。その後は、自主グループの希望者を募り、活動に向けての話し合いが住民主導で行えるように、リーダー的存在の住民が参加できる日を優先して日程を決定していた。また、どんな活動をするのか、活動の曜日や日時、会場、代表者等、活動に向けての話し合いで何を話し合うとよいのか、具体的な話ができるように項目を住民に示していた。

この過程で保健師が大事していたことは、次の3点であった。1点目は、押しつけにならないように、また、楽しく続けていけるようにすること、2点目は、住民のモチベーションが維持できるようにすること、3点目は、住民自身が決定できるように支えることであった。

2) グループ B

保健師は、運動を継続していくことへの思いを捉えるために、事後教室の終了時に参加者へのアンケート調査を実施していた。その結果、約3ヶ月続く事後教室であったため、運動を継続することへの動機づけができていたことがわかった。しかし、今後については、一人でやることや継続していくことへの不安から、運動継続を難しいと感じている人もいたことを把握できた。また、運動を継続できそうだと感じている人も集うことの希望があること、期間限定ではない継続した支援の希望があることが把握できた。これらの教室参加者の思いを確認した上で、事後教室の修了の会を企画し、その後はグループ A と同じように自主グループの立ち上げを支援していた。

この過程で保健師が大事にしていたことは、事後教室参加者の一部の意見に流されないように、みんなの思いを丁寧に聞き、その思いを全体にフィードバックして共有できるようにすることであった。

3) グループ C

高齢者介護予防・地域支え合い事業が特定高齢者通所型介護予防事業に移行し、事業に参加していた一般高齢者が対象外となった。そこで、半年ほど経った後に、包括支援センター保健師が、事業対象外となった高齢者の実態把握訪問を実施し、事業終了後の生活状況について確認し、みんなで声をかけあい、楽しみのために集まっていることを把握した。また、同じ頃、健康福祉課では、社会福祉協議会との共催でサロンリーダー養成研修を行っていた。その中で、サロン立ち上げの手順やポイントおよび行政として支援できること等について、研修参加者に伝えていた。この研修会にグループ C がある地区の住民が参加していた。その後、グループ C は、養成研修を受けたサロンリーダーの支援により、社会福祉協議会に高齢者サロンとして登録し、月1回の頻度で活動している。

4) 住民の自主グループ支援に関する保健師の気づき

これまでの保健師の関わり等の振り返りによる保健師の気づきは以下の内容であった。

- ・住民の自主グループ活動には、地域性があり、地区に合った形を選択していく必要がある。
- ・活用できる資源なども考えながら当事者だけではなく支え手も支援していく必要がある。

- ・各グループの活動の目的が異なること、また、年代により支え方が異なることなどを考慮して、必要な援助を見極めていく必要がある。

2. 住民の認識や活動への思い

1) 活動の動機

活動の動機は、6つあった。その内容を表1に示す。また、文章中、活動の動機を<>で示す。

<これまでの取り組みを継続したい思いがあった>では、『生活習慣病健診の事後教室に参加し、その後に「このまま終わるだけでは」ということで、有志で会をもった』など、教室がきっかけとなり、運動を継続したいという思いをもっていた。また、「楽しみの場がなくなり、これでは駄目だからみんなで集まらないか」という声が自然に上がった」のように、これまでの活動から自分にとっての意味を考え、自主グループの活動を始めている人もいた。

<保健師の提案によりこれまでの取り組みを継続したい気持ちから行動に移行できた>では、活動を継続したい気持ちを持ちながらも、一歩が踏み出せないでいるときに、保健師からの誘いや提案があり、思いを行動に移すことができていた。

<知人からの声かけなど、きっかけを待っていた>では、知人の声かけが意欲が低下していたところでの後押しになっている場合もあった。

その他に、<一人で運動する、または居るより良いと思った>、<仲間に会えると嬉しい>、<人が行っているので自分も行った方が良いと思った>があり、他者の存在が活動の動機に影響していた。

2) 活動を継続している理由

活動を継続している理由について表2に示す。すべてのグループで、仲間やグループを引っ張るリーダー等の存在を継続の理由としてあげていた。仲間等の存在は、励みや刺激になっており、一人ではできないと思っていることを仲間の存在によって実現させていた。一方、気楽に参加できるなど、グループ活動ではあるが、自分に合った自由な形態で参加できることを理由としてあげている人もいた。グループ A・B では、健診結果の改善など運動による効果の実感や、運動意欲の高まりなどがあった。グループ C では、人と会って話すことが息抜きになるや、癒されるという成果があった。また、集うことの意義や、普段会えない人との交流を意義あることと感じていることが、継続の理由としてあがっていた。

表1 自主グループ活動の動機

活動の動機	語られた言葉（一部抜粋）
これまでの取り組みを継続したい思いがあった	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病健診の事後教室に参加し、その後に「このまま終わるだけでは」ということで、有志で会をもった。 事後教室が済んじゃうと、「元に戻っちゃう、がくつ。」って思ってたんです。何かいい方法がないかと有志で集まって、こういう会になったんです。 事後教室の後、このまま解散するのはもったいないという、健康面だけではなく、仲間づくりということでも、そこで、発起人という形で最初集まった。 事業に参加していた人と話した時に、「あれは良かったなー」という話になった。 楽しみの場がなくなり、これでは駄目だからみんなで集まらないかという声は自然に上がった。
保健師の提案によりこれまでの取り組みを継続したい気持ちから行動に移行できた	<ul style="list-style-type: none"> 事後教室が終わってから、みんなでやっぱり続けたいねっていう話はちょこちょこ出てたんですけど、じゃあどうしようって時に、そのまま別れていったから。で、その後に（保健センターより）葉書頂いて、いついつセンターに集まって下さいっていうことで、都合のいい方が集まって立ち上げることができたので、それはすごく感謝してます。 立ち上げるまで、いろいろと一所懸命になって下さったもので、そのお陰でやっていける。行政があったので。
知人からの声かけなど、きっかけを待っていた	<ul style="list-style-type: none"> 幸か不幸かちょっと仕事始めたら時間が合わなくなったり、ちょっと負担になりかかっていたのかもしれないんですけど、「あ、続かないかな」と思っていたときに、グループを立ち上げたって聞いて・・・ 散歩している時に近所の人に誘ってもらった。
一人で運動する、または居るより良いと思った	<ul style="list-style-type: none"> 「一人で歩くよりはよっぽど（良い）」ということで参加させてもらった。 人とのふれあいはいいことだと思、学ぶこともあるのでありがたいと思って参加した。
仲間に出会えると嬉しい	<ul style="list-style-type: none"> 普段会わない人と月1回でも会えると嬉しい。
参加者を見て自分も行った方が良かったと思った	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らしの人などみんな行くから、自分も行った方がいいかと思って行くようになった。

3) 家族や住民の関わりの状況

グループCは高齢者のグループであり、集うことの意味や地域性を確認するために、家族や住民の関わりの状況について尋ねた。

国の高齢化率をはるかに上回る過疎地域に暮らすグループCは、高齢者だけの世帯が多い。別居家族との交流はそれぞれであったが、車で1時間くらいかかる距離であっても、ときどき食事を作りに来てくれるや、週に1回買い物など自分ではできない家事を手伝ってくれるなど、頼りにしている状況が多かった。近隣住民との交流は、散歩などで近隣住民と出会い、話をするのが日常的にあり、それを楽しみとしていた。どの人もこの地域の住民は仲が良いと思っており、お互いに気づかっていた。

4) 行政や保健師に期待すること

今後も行政や保健師に期待することには、以下の3つの内容があった。

(1) 声掛け、見守り

自主グループメンバーの考えを尊重しながらサポートを受けた事や、活動中の様子を時々見に来てもらえることで、安心したという意見があった。広報やポスターなどで、グループ活動の紹介をされたことも、グループメンバーの活動意欲が高まり、メンバーが増えて活動が活発になるという意見もあった。

(2) 気軽に相談できる存在

活動内容についての情報提供や、自分たちのやりたいことが実現できるよう、今後も相談ののって欲しいという意見があった。活動以外で、自分や家族の健康のことについて、今後も相談できる身近な存在であって欲しいという意見もあった。

(3) 会場として利用できる場の提供

活動内容によっては、場所が制限されることもあるため、会場として利用できる場を提供したり、一緒に考えて欲しいという意見があった。

5) 保健師の気づき

人と人をつなげていくことが保健師の役割として重要である。健康教室は、学ぶ場だけでなく、人と人をつなげることが出来る場であることを改めて実感した。住民グループの主体的な活動が、その他の住民の良い刺激となるように、地域の健康感を引き上げる資源としての活用を考えていく必要がある。このような視点で、住民が主体的に健康づくりを継続できる仕組みづくりについて考えていきたい。

表2 活動を継続している理由

活動を継続している理由	語られた言葉（一部抜粋）
<p>仲間やリーダーの存在</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 仲間の存在 ・ 仲間からの刺激 ・ まとめ役の存在 	<p>・ その「来たい」という気持ちが意欲が出てたんです。それはやっぱり皆さんの輪だと思うんだけど、ありがとうございます。これからもやらせてもらいます。</p> <p>・ やっぱり仲がいい人達ばかりねえ、やっぱりこれが一番ですよ。</p> <p>・ いつどこかで会っても「ほい」と声をかけれる友達ができたこと。</p> <p>・ なかなか一人ではできないことでも、三日坊主で終わってしまうことでも、皆さんのお陰でまた楽しみに。</p> <p>・ 誰も今日は行かんという時は、まあそんなら私もやめようかなと。でも、遠いところから来てみえるのに、一番近い私が行かんのは良くないなと思って、そういうことなんです。</p> <p>・ 4人の方達が立ち上げて下さったという思いも随分影響して、これはやってもらったで頑張ってるってやっとうと。</p> <p>・ 会長さんが皆さんをうまくまとめて下さって、とてもうまく続いているのもそういうお陰があるかなあと。</p>
<p>気楽・自由・楽しい・ストレス発散</p>	<p>・ ほんとに気楽な会なもんで、みんなが気持ちよく集まれて、で、楽に体操して、ウォーキングする時も気楽に話ながら、それでこんだだけ長続きしとるんじゃないかなあと思います。</p> <p>・ 用事やなんかで休むこともよくありますので、別に何の抵抗もなく休ませてもらって、そういう自由な気持ちで参加できるのがいいんじゃないかな。</p> <p>・ 安気に参加できること。安気というのは気楽に。とにかく安気に来れるとこやで、休んでもいいし、楽しいんじゃないかなあ。</p> <p>・ 今では最後まで時間が、過ぎてく時間ももったいないような思いでやっています。</p> <p>・ 健康で日々過ごさせてもらい、一月に一回でも会合する機会を与えられて、みんなと会って癒されることもあり、楽しいしありがたい。</p> <p>・ みんなの顔を見て雑談できるところがホッとする。良い息抜きになっている。</p>
<p>運動の効果を実感</p>	<p>・ 少しはちょっと割と動きが良くなったかな。</p> <p>・ 朝なんか次の日はすっきりとした気持ちで、明日の朝なんか起きれないんじゃないかしらなんて思ってるんですが、意外とすっきりとねえ、起きてこれて。</p> <p>・ 同じ上の物取るにしても軽い気持ちで、今までは取れるっていう感じ。</p> <p>・ まあずーっと20年近くいつもコレステロールでひっかかってたんです。多い時は薬をもらって飲んでたんですが、副作用が出たりして、やっぱり良くないということで食事療法とか運動療法で下げようと思ってたんですが、歩いてると段々なんか下がってきてるような感じがしまして、この間は住民健診で、そしてまた病院で測りましたら、段々下がってて。</p>
<p>この活動をきっかけとした運動意欲の高まり</p>	<p>・ このウォーキングの会を土台にして、自分なりに、まあ今言った通りタバコ買っていくのに車に乗ったけども、歩くのがあんまり苦にならなくなったもんで、少しずつ歩き始めて、ちょうど一時間になるように自分でコース決めて。</p> <p>・ これをきっかけに、「歩かないかな」というそういう気持ちがやっぱりできるのがいいのかなと。</p>
<p>運動以外の利点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健康に関する話 ・ 街の再発見 ・ 家でできない体験 	<p>・ いろいろな健康面のお話をしてくださり、心の問題、心の安らぐような気持ちで。</p> <p>・ 皆さん肩が痛いか腰が痛いんだけどかなんて言われると、先生が親切にそういう場合は腰が大切ですよと下さるんです。</p> <p>・ 住んどりますけど、なかなか細かい裏町やなんか見ませんもんで、ほんとに皆と楽しく川を見たり山を見たり、明るく、歩いております。</p> <p>・ ここにこんないい所があるって思って、楽しいです。</p> <p>・ テレビに出たり・・・</p>
<p>集うことの大事さ</p>	<p>・ 家では夫と共通の作業をしたり、話すようにしているが、こうやって集えることが良い。この部落は喫茶店もないしちょっと寄る場もないので集えて良い。集うことを大事にしている。</p>
<p>普段会えない人との会話</p>	<p>・ この会場には2km奥の人と1km手前の人から来る。普段は会うことない。「やっとなめやな」と普段会って話せない人と話せてありがたい。</p>
<p>運動の内容が適当</p>	<p>・ それぞれに合わせてやって下さるところで、とてもその内容もフィットしたという感じですね。</p>

IV. 考察

自らの健康づくりを考え、自主グループとして活動している住民からの聞き取り調査より、住民は自ら活動していく力を潜在的に持っていることがわかった。しかし、気持ちを行動に移すための「後押しやきっかけ」が必要であった。また、仲間の存在や活動を引っ張るリーダーの存在にも意味があった。このことから、保健師は、住民が持っている力を発揮できるよう、「きっかけづくりの支援」や「人と人をつなぐ支援」をしていく必要があると言える。さらに、活動を継続させていく過程においては、住民は、いつでも相談できる相手として、保健師とのつながりを期待していた。このことより、「活動の見守り支援」が必要であると言える。

活動していく力を持続する、あるいは高めていくには、活動紹介の記事を作り、広報等に掲載するなど活動成果を形にして、活動を認めることや、あいさつ程度の声掛けにより活動を見ているというメッセージを送ること、いつでも相談に来てという言葉をかけ、安心感を与えることなどが必要であった。このように、参加者は活動を認められるなど心地よさを感じることで、自己効力感が高まり、さらに、やる気を高めて活動継続の力となると思われる。以上のことから、住民の主体的なグループ活動を支える保健師の援助は、きっかけづくりや人と人をつなぐなど住民の思いを形にするための支援、認め、見守り、声掛けなど、自己効力感を高める働きかけが必要であると考えられた。

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討論では、地域の特徴を考慮した住民の主体的なグループ活動支援と地域づくりについてと、個から集団へとつなげていくための保健師の援助方法について、を討論のテーマとしてなげかけた。その結果、9つの自治体（以下、a～iで示す）の活動の現状について話を伺うことができた。その中で、成人と高齢者という違いによって、活動の目的が異なり、活動意欲に影響するため、支援の方法が異なるという意見が出され、対象および活動の目的別に現状について語られた。そのため、以下に、住民グループの活動目的別に出された意見を示す。

1. 生活習慣病予防のための住民の自主グループの立ち上がりや活動継続の支援について

a) 生活習慣病健診の事後教室から自主グループ

として活動を継続していることが多い。事後教室に来たときから、教室にくるという行動を自ら起こせているため、活動への意欲は比較的高く、自主グループをつくりやすい。

b) 自主グループがいくつも出来てきたら、交流の機会などをつくり、横のつながりをつくるようにしている。しかし、企画内容がマンネリになってきているので、継続させていくことに課題を感じている。

c) 事後教室が終わった後は、自主グループとして活動して欲しいが、自分たちの活動になっていないことが多い。また、日ごろから住民同士の地域でのつながりが薄いため、自主グループの活動を地域につないでいく必要があると思う。

d) 個別の保健指導の後、グループとしてどう顔合わせをしてつないでいくのか、課題を持っている。

e) 来年度から健診の制度が変わるため、事後教室をどのようにやっていこうかと思案している。

2. 介護予防・認知症予防のための住民の自主グループの立ち上がりや活動継続の支援について

a) 市街地から離れたところに団地があり、高齢化率が高くなってきている。そこで、自治会長を巻き込みながら、運動や栄養に関連する内容のサロンをつくった。高齢者に対しては、まずは、足の確保の問題があり、できるだけ居住地に近いところで実施できるようにしている。また、活動への意欲を高めることやそれを継続させていくための支援が必要である。

f) 特定高齢者と一般高齢者を分けることなく、運動のグループをつくっている。これは委託事業として行っているが、その中で仲間意識を強め、地域での活動になっていくように根付かせていくことが今後の課題である。高齢者のサロンは、1km範囲内をコミュニティとして考えている。送迎が必要な人は住民同士がやっている。それは、自分や家族が参加するので、隣近所に声をかけて一緒に行くという、隣近所の通常の付き合いの範囲で行われている。

g) 一般高齢者は社会福祉協議会担当、特定高齢者は包括支援センター担当になっている。そのため、活動しにくいという弊害がある。高齢者のサロンに関しては、まだない地域には既存のサロンの紹介をして、サロン活動が広がるようにしている。

h) 認知症予防のための教室を送迎つきで行った。その後は、地域での活動として継続させていく必

要があると考えているが、送迎の問題があり、継続できていない状態である。高齢者の自主グループをつくるには、送迎と高齢者を支える住民の存在が必要である。

i) 高齢者の活動を支えていくには、住民の力を活用していくことが鍵となるため、リーダー養成事業を保健センターと社会福祉協議会が共催で行っている。

3. 必要な保健師の支援

以上のように各自治体の現状が出され、活動の目的や対象が異なっても共通する必要な保健師の支援として、以下の2点が出された。

- ・ 問題を住民と共に解決することが大事であるため、住民の話し合いのところに保健師が関わっていく必要がある。
- ・ 地域の様々な資源を活用できるように、つなげていく必要がある。

VI. まとめ

当市における健康福祉推進計画は、『みんなで創り、みんなで育む、安心して暮らし続けるまち』を基本理念とし、組織づくり、組織支援による地域活動の発展を目指している。住民による自主グループの形態は、地域や年代によって様々であるが、行政や保健師による見守りや気軽に相談できる身近な存在としてのつながりを期待していることがわかった。また、自主グループの立ち上がりには、何かしらの後押しが有効であることがわかった。集うことの意義を自覚していることも重要な要因であった。このことから、住民の思いを形にする支援が必要であると思われた。地域活動の発展には、住民主体の活動が不可欠である。その活動を継続させていくには、住民の思いを尊重した保健師による見守り支援と自己効力感を高める働きかけが必要である。

難病相談会を契機にした保健師の継続援助のあり方

米増直美 古川直美 松下光子 北山三津子 (大学) 安田照美 (岐阜保健所本巣山県センター)
馬淵美紀 宮川久美子 (岐阜市保健所) 藤田真紀 (中濃保健所郡上センター)
丹羽容子 (岐阜保健所) 金山みずほ (飛騨保健所下呂センター)

I. 目的

岐阜県では、難病相談会事業（以下相談会とする）を難病団体連絡協議会（以下難病連とする）に委託して実施しており、保健所および市町村保健師の役割は、当日の間診が主である。相談会は、診断が確定していない患者への支援や療養生活上様々な困難を抱える患者および家族への継続支援の場としても重要な機会であるため、保健師が参加する上での役割は問診以外にもあると思われる。しかし、現状では、保健師としてどのように相談会事業に関わればよいのか不明確であるため、地域によって保健師の関わり方がまちまちである。役割を明文化し、岐阜県下で統一された対応をしていくことが必要である。

また、県では難病患者支援のあり方を総合的に見直し「難病ケアガイドライン」を作成することも課題となっている。ガイドラインの中にも難病患者支援の重要な事業として相談会を位置付け、保健師が行う支援の手段としても有効に活用できるようにすることが必要である。

そこで、本研究では、相談会における保健師の役割を検討し、明文化したものとして「相談会マニュアル」を作成することを目指す。さらに「難病ケアガイドライン」に盛り込む内容を検討し県に提案していく。

II. 方法

研究者間で難病相談会での保健師の役割について検討し、「相談会マニュアル(案)」を作成する。そして、難病連および各保健所の難病担当保健師と意見交換し、内容を精選していく。意見交換の際に、マニュアル作成を共同研究として取り組んでいること、得られた意見をマニュアルに取り入れていくことを、難病連および担当保健師に口頭で説明し、了解を得た。

共同研究の実際としては、マニュアル(案)作成およびマニュアル(案)に関する保健師との意見交換は、主に現地研究者が実施した。大学教員は、マニュアル(案)への助言や、結果検討を共同研究者と共に行った。

III. 結果

1. 相談会マニュアル(案)の作成

マニュアルの内容は、相談会の概要、相談会開催地域の保健師が開催前に準備すること、相談会当日の流れと保健師の役割、相談会後のカンファレンスの開催、相談会を契機に継続支援につながった過去の事例紹介、相談会と市町村の関係について等とした。相談会は県内巡回するため、毎年同地域で開催されるとは限らず、保健師も異動後初めて参加することがある。そこで、過去の当共同研究で明らかになった来談者が抱える相談内容の一例や相談会後の支援を導くための判断指標について具体的に記載し、初めて参加する保健師がイメージしやすいように工夫した。

2. 相談会マニュアル(案)に関する意見交換

1) 難病連への説明および意見交換

マニュアル作成は、「保健師として相談会に参加する際の心構えなどについて明文化したものを示し、各地域で統一した対応ができるようすること」を目指したものであることを説明した。話し合いの結果、今後連携して事業を実施することについてさらなる検討が必要という合意が得られた。

2) 保健所保健師の意見

①相談会について：「相談会は潜在的な患者の相談の機会になっている。管内で潜在的な患者は多いことが予測されるので、相談会はきっかけになると感じた。」「公費負担制度等サービスを知らない方との出会いの場にもなる。」等があり、相談会が患者の相談の機会として重要であると確認できた。

②マニュアルについて：「自分の役割を知って参加することは必要なので、マニュアルがあつて良かった。」等、マニュアルがあることで参加の目的や方法について事前に確認でき不安なく参加できたという意見が多かった。一方で、「利用できる制度やサービスについて記載されているとわかりやすい。」「問診後に再度保健師と面接する場合等、流れの中で視点が分からない。」等の意見もあった。

③保健師の参加方法について：「今後の援助方針についてその場で判断することが難しかった。保

健師間で共通の判断基準や支援方針があると良い」等があった。

④患者支援について：「カンファレンスで難病連相談員と問診保健師だけのカンファレンスであったが、医師やソーシャルワーカー等も入って支援の方向性を確認できるとよい。」という意見や、「保健師も問診だけではなく相談を受けられる体制があるとよい。」等の意見も出た。「作成予定の難病ケアガイドラインにおいて患者支援について含められると相談会からその後の地域支援につなげやすいと感じた。」という意見もあり、支援の必要性の判断については更に検討が必要である。

IV. 今後の予定

相談会は難病連が主体となって運営し、保健師は協力する立場であるが、委託している行政の責任としての保健師の役割は大きいと考える。難病連との連携をさらに深め、相談会を契機とした難病患者支援の方法を検討していく必要がある。

そして、本研究の成果として「相談会マニュアル」を作成するとともに、「難病ケアガイドライン」の中に難病患者支援の保健師の役割として明文化できるよう提案する予定である（今年度中）。

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討論には、病院看護師、市町村保健師、保健所保健師（共同研究者）等の参加があり、相談窓口についての意見交換、保健所保健師の活動についての質問、その他日頃の難病患者支援の中で感じている課題等について活発な討論が行われた。

1. 相談窓口の必要性や相談窓口につなげる方法について

1) 知人の難病患者が、長期化し、症状も悪化している。今雇っている病院に継続して雇っていてよいのか不安に思っているが、どこに相談すればよいのかわからない。病院の看護職は、相談先について把握していない。病院は退院まで、外来も経過を診るのみである。地域連携がうまくいっていないと大変である。

2) 医療情報に関する調査を、各医療機関に県が実施している。県として、情報公開をしようという動きであろう。情報公開は、患者サイドからだけではなく、ケアマネジャー（以下ケアマネとする）にも、社会資源がわかるような情報内容であるとよい。

3) 特定疾患を申請する人に、保健師・保健所に

関する情報を提供している。実感として、保健師の役割が見えていないように思う。保健所は窓口になるので、役割は大きい。患者の心情として、相談相手を求めている。難病連や保健師など、情報源が患者には必要である。

4) 窓口（保健師）に繋がらない状況がある。窓口につなげるにはどうすればよいのか？

①入院中の患者のベッドサイドにいるのは担当看護職であり、患者のニーズもつかみやすい。しかし、看護職の知識が乏しく、システム（つなげ方）がわからない。それ故に、部署ごとや単独の動きになり、システムとして機能しない。保健師に電話をするだけでも違うので、看護職への意識付けが必要であるし、保健師からのアピールも必要である。

②在宅での生活を支援するシステムやその活用の仕方について、具体的にわかるものがあるとよい。ある保健所が作成した「療養ハンドブック」は具体的な相談窓口等が明記しており、わかりやすい。各圏域でも作成するとよい。

③相談窓口等のPRが必要である。難病医療福祉相談会について、現状では、「広報ふれあい」や難病連を通じて市町村広報、配布チラシで関係機関にPRしているが、もっと周知を図りたい。

④診療所の医師やケアマネから、保健所への問い合わせはあるのか？現実問題として、看護職の認識は乏しいし、在院日数短縮化で病棟の看護師には十分な対応ができない。退院後の状況は地域のケアマネ等の状況・環境によって違ってくる。

⑤一昨年岐阜地域では看護職、ケアマネやホームヘルパー（以下ヘルパーとする）対象の研修会など開催しており、そこで保健所の役割等について周知をおこなったことで、ケアマネ等からの問い合わせは若干増えたかもしれない。保健所の関与としては、事例に関わりながら、ケアマネや診療所医師との関係を作っている現状である。医師会に出向いて協力を募ることも必要かもしれない。

2. 保健所保健師の活動について

保健所保健師は、難病患者をどのように把握しているのか、また、どのような支援をしているのか？という疑問が出され、保健所保健師の活動について、以下のように紹介があった。

①特定疾患等の方で医療相談室から連絡をもらえば、家庭訪問を実施している。重症の場合

も、在宅生活を支えるために関わっている。全ての難病患者に関わることはできないので、優先順位をつけるようにしている。

②年に1回、特定疾患の更新時に面接をしている。電話相談を受けることもあるし、相談窓口についても紹介している。特定疾患を申請している人に関しては、保健所で把握は可能。

③今年度難病ケアガイドラインを作成する予定。難病対策での保健所の役割については明らかにしていきたい。また、保健師の役割についても記載するようになっていきたい。

3. 実践の中で感じる難病患者支援の課題

1) 人工呼吸器を装着している患者に関わっている。在宅に戻ったが、医療行為（吸引）についてヘルパーに安心して任せることができず、家族に負担がかかっているし、ヘルパーより訪問看護ステーションを頼っている。そのような患者を地域で支えるために、保健師がコーディネーターとなり、保健所が中心となって話し合えるとよいと思う。病院、保健所、市町村、訪問看護ステーション、社協、ヘルパー等が一堂に会して、意見を出せる機会があるとよい。難病以外の患者は、保健所では直接的な関わりが難しいこともある。重症患者等は市町村の保健や福祉での関わりになる場合が多いが、相談が入れば動ける範囲で保健所保健師が後方支援をすることは可能ではないか。

2) 筋萎縮性側索硬化症（以下ALSとする）の事例に最近関わっているが、気管切開や人工呼吸器の装着を希望しない患者が増えているように思う。高齢世帯が多く、吸引の手技を覚えることも大変で、しかし地域で支えられない現状もあって、延命処置を希望できないように思う。延命処置を選択してもよいと思える地域環境を整備したい。また、ALS患者で、延命処置を希望せず、自宅で生活できなくなったら入院を希望している人がいる。しかし、内服薬の薬価が高く、誤嚥のリスクもあるため、療養病床で受け入れてもらえない。延命処置を希望すれば、医療区分が上がり、受け入れてもらえるかもしれないが、こういった場合、どうすればよいのか。事例を通じて話し合うことが多いが、このような根本の大きな問題についても話し合える機会があるとよい。

3) 困難な事例では、ケアマネだけではコーディネートできない。保健師に密に入ってもらえるとよい。また、子どもの難病患者にはケアマネがない。やはり、保健師に入ってほしい。

4) 病院や保健所、難病相談など、相互に情報交

換ができるとよい。

5) 保健所の難病担当保健師は2~3年で異動になってしまい、ネットワーク作りが難しいのではないか。

6) 人工呼吸器を装着した人が、地域のデイサービスを利用した事例がある。しかし、この事例の場合、デイサービスの関係者が家族であるという好条件があった。個々の関係性の中で可能となるのではなく、システムとして可能となるように整備することも課題である。

4. まとめ

難病患者支援については、多くの課題が残っている。看護職がいろいろな場に所属し、それぞれの立場で難病患者支援にかかわっているのが、お互いがどのような支援をしているのかが分からない、というのが課題ひとつである。相互に情報交換し、看護職同士連携を取り、難病患者支援ができるようにしたい。

保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方

米増直美 松下光子 坪内美奈 森仁実 大井靖子 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子(大学)
居波由紀子 堀幸子(岐阜県・保健医療課)

I. 目的

保健師の現任教育については、県の保健医療課が担当業務の一部として実施している。保健師現任教育の一環である「新任者研修」、「ステップアップ研修(4~5年目研修)」、「実習指導者研修」について、県立看護大学の公衆衛生看護領域を担当している教員が保健医療課の担当者と協力し、実施してきた。各研修の実施内容や時期について、互いに考えを出し合い、試行錯誤しながら実施しているが、保健師の生涯教育の長期的展望に立っての研修目標や計画は検討できていない。

大学教育においては、学士課程修了時に身につける保健師としての実践能力はどのような内容であるかを明らかにすることが求められており、このことは、卒業後にどのような能力がどのように高まっていくのか、そのための基盤となる力とは何かを併せて検討する必要がある。また、実践現場の状況として、県、市町村ともに政策や業務の変化、人員の削減、組織の変化、保健師配置場所の多様化など変化が続いており、保健師に求められる能力とその育成体制をあらためて検討する必要がある。

そこで、本研究では、保健師が実践活動を通してどのように実践能力を高めていっているのか、あるいは、高めていく必要があるのかを明らかにし、保健師の現任教育のあり方を検討する。今年度は、新任の保健師が実践経験の中で、どのような実践能力を身につけていくのかを明らかにする。そして、新任期の研修のあり方を検討する。

本研究は、まだデータ収集の段階であるため、本稿では研究計画と実施経過を述べる。

II. 研究方法の検討

1. 新人保健師へのアンケート調査の計画

例年、新人保健師に対して、7月と2月に研修を実施している。それぞれ、保健師としての実践を4ヶ月積み上げた時期、11ヶ月積み上げた時期である。新人期にどのような保健師活動を体験し、どのように実践能力を高めているのかを把握するために、それぞれの時期での実践経験の実態と新人保健師自身が「実践できた」という内容、さらに今身につける必要があると思うことは何か、を調べるアンケート調査を計画した。

2. アンケート調査用紙の検討

保健師の実践能力を、どのような指標でとらえることができるのかを検討した。

検討した結果、本学の3年次領域別実習で示している実習目標を中核にし、現在「看護教育課程の中で到達すべき能力」として示されている表に示す資料を参考にしながら、保健師に必要な実践能力の項目を整理した。実習目標を中核にした理由は、本学では統合カリキュラムの中で看護の基礎的学習として3年次生全員が公衆衛生領域の実習を履修する。実習終了時が公衆衛生看護領域の基礎的学習をおおよそ終えているものと考え、この実習目標が、保健師としての実践の基盤となるものではないかと考えたためである。

表 参考にした資料一覧

1. 学士課程で育成される看護実践能力の大項目・細項目(看護学教育の在り方に関する検討会報告)
2. 学士課程における保健師教育修了時に到達すべき能力(看護系大学協議会)
3. 保健師教育の技術項目と卒業時の到達度(案)暫定版(第7回看護基礎教育の充実に関する検討会資料)

3. 調査項目と回答方法

最終的な調査項目は、大分類として【行政における看護実践】【看護過程の展開】【自らの専門性を高める】に分けた。【行政における看護実践】の実践能力としては、「所属組織と活動の成り立ちの理解」「施策化」「地域のヘルスケア体制整備」「健康危機管理」をあげた。【看護過程の展開】では、「地区活動の展開」「保健福祉事業の展開」「個人・家族への援助」「他機関・他職種との連携・協働」「住民との協働」「所属機関の保健師との連携・協働」をあげた。【自らの専門性を高める】では、「実践の中で研鑽する能力」をあげた。

さらに各実践能力の内容を中項目で示し、中項目レベルで実践経験有無を尋ねるとともに、実践経験有りと回答した実践能力の項目ごとに、具体的な内容を記述してもらうこととした。

4. 倫理的配慮

対象者へ本研究の目的・方法、データは個人が特定されないように扱うこと、協力の有無により今後の研修で不利益はないことを説明した。2月も再度同様に説明する。(現在、岐阜県立看護大学倫理審査部会による倫理審査を受けている。)

5. 研究取り組みの実際

保健師研修実施の主体は現地共同研究者(保健

医療課)であるため、今回データを取るようになった新人保健師研修会の目的・方法の検討、実施後の反省会等は保健医療課主体ですすめ、大学教員は協力する形で、一緒に検討した。アンケートの案は大学教員が考え、現地共同研究者と合意を得た。今後、調査結果の分析ならびに検討を実施するが、同様に、協働して実施する。

Ⅲ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

保健師の生涯学習・現任教育の現状と課題について意見交換をした。

1. 現状と課題

討論に参加した保健師が所属する機関では、5年以上新規採用者がいなかったが、現状の業務内容や活動体制から感じられる新任期の課題がいくつか挙げられた。

1) 市町村合併により保健師の業務体制が変化した地域では、これまで(合併前)同じ事務室で保健師全体の動きを見渡すことができていたが、事務室が分かれたり、業務分担になったりしたことで、目の前の業務をこなすことが精一杯になり、保健活動全体を把握することが難しい。特に新任者にとっては「この地域の健康課題は何か」を把握することが難しい。

2) ベテラン保健師が地域包括支援センター等へ配置され、保健部門に新任者を含む経験年数が短い保健師だけが配置されているところもあり、仕事をしながら学ぶことができる状況なのか疑問である。

3) 新任者から新たな事業(活動)を開始したいと言われたとき、その活動の必要性の根拠として、「地域の健康課題は何か?」を尋ねたが答えは返ってこなかった。地域全体を見ることや、その地域の健康問題に対応した保健事業であることの意義が十分に伝えられなかった。

2. 現任教育方法へのヒント

現任教育として良かったことや、日頃の業務の中で学ぶことへの意見が出された。

1) 以前は「管内保健師研修会」があり、保健所保健師と保健所管内市町村保健師が集まり、情報交換や研修をする機会があったので、お互いに刺激にもなった。また、新任期のころに、保健所保健師から地区活動計画を見てもらい、指導を受けたこともあった。活動上でできていないところ、問題点を自覚して活動していくことは大事と思う。

2) 「ステップアップ研修(4~5年目)」に参加した保健師が、職場に課題を持ち帰り、他の保健師とも共有する中で、研修に出た保健師だけでな

く、他の保健師にも勉強になった。

3) 業務分担になっていると地域全体を見るのが難しい。しかし、先輩が担当している業務を手伝うこともあるので、そのときに単なる手伝いとして関わるのではなく、その業務の目的や意図を尋ね、理解して携わることにより、先輩の仕事から学ぶことができる。

4) 業務分担ではあるが、「健康づくり計画」を保健師全員が関わって作った。その過程で意思統一ができたように思う。

5) 予算削減される中、研修旅費もカットされている。保健師を育てるということに予算配分されても良いのではないかと?

3. その他

1) 保健師活動の楽しさとは、地区活動計画を自分で立てて、活動できることだと思う。その楽しさを特に新任期の方には分かってもらいたいし、保健師で共有したい。

2) 欠員、産休等もあり、十分な人数とは言えないが、保健師同士で助け合い、支え合いながら働ける職場環境づくりをしたい。

4. まとめ

新任期には、目の前の業務を実施することが精一杯で、業務を実施することが目標になってしまう現状がある。「地域の健康問題の把握」を出発点とする「地区活動」の実践能力を育てていくことが課題としてあげられる。

「なぜこの活動をするのか」、「地域の健康問題をどう捉えているのか」等の保健師の考え・意図をお互いに意見交換しあう中で、保健師自身の保健師として大事にすべき考え方が磨かれていくのではないだろうか。それは、新任期に限らず、すべての保健師が学びあうことができる方法である。「皆で助け合っていきたい」という意見の中に「保健師同士、学び合おう」という意味が込められていると感じた。すべての機関が業務多忙であるが、保健師同士、コミュニケーションを活発にし、新人もベテランも、お互いに学び合える環境を作っていきたい。

Ⅳ. 今後の予定

2月19日に新人保健師後期研修を実施し、協力が得られた新人保健師にアンケート調査を実施した。これからこの調査結果を分析し、新人保健師の実践能力の現状を明らかにする。そして、新人研修の在り方を検討していく。さらに、新任期に限らず、保健師の現任教育の在り方を検討していきたい。

医療機関における看護

一般病院におけるがん患者の看護

田中克子 奥村美奈子 梅津美香 北村直子 山内栄子 奥田浩子 大川眞智子 (大学) 中川千草
吉田知佳子 大橋晶子 (羽島市民病院・2 病棟 4 階) 小松博子 (岐阜市民病院・中病棟 10 階)
杉本八重子 (岐阜市民病院・西病棟 5 階)

I. はじめに

岐阜県下で現在、緩和ケア病棟が 1 ヶ所しかない現状では、がん患者の多くは、一般病院において、入退院を繰り返して最期を迎えている。このことから、本研究は、一般病院においてその人らしさを維持しつつ最期を迎えるがん患者の看護実践の向上に取り組むことを目的にした。

今年度は、現地側の共同研究者が所属する A 病棟でのがん患者の看護実践の事例検討等を通じて A 病棟の看護実践の課題を明らかにし、課題解決に向けた取り組みとその評価を行ったので、以下報告する。

A 病棟の現状

診療科構成は、外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科で、開設 3 年目の 48 床 (ICU11 床を含む) の病棟である。病棟看護師は師長を含む 27 名で、看護体制はチームナース方式とプライマリー・ナースングをとっている。入院患者の特徴は、消化器系と泌尿器系のがん患者が多く年齢は、60 歳代から 70 歳代が過半数を占める。病棟看護師は、看護師経験 3 年以下が過半数を占める。

II. 方法

1. 今年度の取り組みの経緯

1) 家族とのかかわりや医師との連携などについて、A 病棟の看護師が悩んだ「がん患者の看護実践の事例 (乳がん末期 女性 70 歳代)」を共同研究者間で検討し、A 病棟のがん患者への看護の課題とその解決に向けた取り組みを話し合う。

2) 1) で明らかになった A 病棟におけるがん患者の看護の課題解決に向けた取り組みを A 病棟の看護師協力のもと試行する。

3) 共同研究者間での検討を通じて病棟看護師や患者の反応から課題解決に向けた取り組みの評価を行う。

2. 倫理的配慮

検討会において提示する資料や発言内容については、個人が特定されないように匿名性を確保し取り扱った。本取り組みの公表について、共同研究者の了解を得た。なお、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た (平成 19 年 8 月)。

III. 結果

1. 病棟での取り組みの方策の話し合い

A 病棟のがん患者の事例 (乳がん末期 女性 70 歳代) を共同研究者間で検討した。事例では、患者と家族の終末期治療の方針の考え方の違いへの対応、チームとしての緩和ケアの統一、医師との連携などのテーマで検討した。結果、A 病棟の課題として、①カンファレンスの充実、②医師と看護職者との有機的な連携が挙げられた。このことから、今年度は、カンファレンスの充実に向けて取り組むことを方針とした。医師との連携については、まずは、共同研究者である A 病棟の看護師が医師と話し合う機会を多くもつように努力することにした。

カンファレンスの充実に向けて共同研究者間で検討した。結果、カンファレンスに病棟看護師が多く参加できる時間帯で、十分話し合える時間をとり、そして、現地側共同研究者 (師長、中堅看護師) がカンファレンスの目的を意識し、事前に進行について話し合いの準備を行った。なお、事例検討の進行にあたっては、参加する病棟看護師が、忌憚なく話しあえるように雰囲気をつくり、進行役である A 病棟の共同研究者は、参加者の意見を肯定的に評価するような発言をした。カンファレンスで検討する事例は共同研究者間で検討したがん患者の事例 (乳がん転移末期 女性 70 歳代) であった。

2. A 病棟でのカンファレンスを通じてがん患者の看護の課題を検討する

カンファレンス参加は、看護師 12 名、時間 2 時間であった。司会進行：共同研究者である A 病棟の看護師

1) カンファレンスの内容 (抜粋)

- ・患者の意思を尊重して援助を行ったが、患者や家族への説明の方法、情報提供が不十分であった。さらに、言葉で表現ができないので、看護師個々のスキルアップが必要である。

- ・患者の意思を確認することを看護師が悩みながら行っていた。

- ・家族とのやり取り、患者と家族の関係に看護師が悩んでいる場面が多かった。ショートカンファレンスで、話し合っただけではいたが、看護師のストレスはとてもしばしば大きかった。

・主治医の治療方針が確認できず、医師・看護師と統一感のない医療の提供になっていた。チーム医療になっていなかった。

2) カンファレンス後の病棟看護師の感想

(1) カンファレンスに参加者した病棟看護師に実施したアンケート内容（抜粋）

- ・意見がしっかりさせた。
- ・医療者と患者・家族とのずれがよくわかった。
- ・避けていた問題が明確になった。
- ・時間が長かった。
- ・話すのであれば、何かまとめるまでもっていきたかった。等

(2) 進行役をした共同研究者である A 病棟の看護師の感想

- ・話の流れをどうしようか事前に考えていたが、話がどんどんずれていってしまった。
- ・みんなが意見がでないときに、みんなに気づいてもらえるように促したいが、どんな発言がカンファレンスの進行に効果的か、とても悩んだ。
- ・今回のカンファレンスは、チームとしての医師との連携の問題、ショートカンファレンスの有効性にみんなが気づけることをねらいとしていた。
- ・2年目の看護師がカンファレンスで発言が多かった。これまでのカンファレンスでは自発的な発言がほとんどなかった。
- ・若い看護師がどんなことを考えて日々看護しているのかがわかったことが成果ではないか。経験で意見の出方の違いがある、遠慮もあるので、看護師個々の発言のしやすいようにする必要がある。
- ・様々な経歴をもつ看護師が混在しているからこそ病棟の特性があるのではないか。その特性が看護によい影響をあたえているのではないか。
- ・病棟看護師の看護に対する姿勢がそろっていない。看護として何が大事か。そのあたりが共有されつつあるとは思いますが、まだ明確にはなっていない。
- ・忌憚なく話し合える土壌が十分にできていない。

3) 1) 2) から共同研究者間で検討した A 病棟の課題

共同研究者間で A 病棟のカンファレンス内容を検討した結果、以下のことが課題として挙げられた。

- ・看護師個々の看護観は様々であるが、それが相乗効果を上げるためにも、病棟として「看護として何が大切であるか」が看護師間で共有される必要があるのではないか。
- ・忌憚なく話し合える土壌が必要である。そのた

めには、看護について自由に話し合える場があるということが重要ではないか。

- ・カンファレンスで看護の成果をフィードバックすることが重要であるのではないか。

次に、共同研究者である A 病棟の看護師が今後の取り組みに向けての考えを以下のように述べた。

- ・看護のことを自由に話し合える場があるということが重要なのではないか。カンファレンスの目的や方向性はあると思うが、そこまではなくとも互いに看護を語ることに意義がある。

- ・看護師一人一人の特徴がある。方法を統一することは難しい。患者への対応は同じでなくとも、お互いにカバーしあえるようになればよいと思う。

- ・カンファレンスでのスタッフの発言を聞いて、こんなことを感じていたのか、もっと声をかけておけばよかったと思った。

- ・カンファレンスから、この次どんなことができるか。共同研究者は今後スタッフにどんな働きかけができるのか、思うところを記録しておく。

- ・カンファレンスの司会をして、スタッフが意見を持っていて自分から話せるんだということに気づいた。聞き方が威圧的にならないようにスタッフの考えを確認することを心がけるようにした。

- ・スタッフにフィードバックする内容は、共同研究者が「自分が今後どうしたい、何を感じたか、何をしたいか、自分がやるべきこと」を返していく。

- ・カンファレンスの定着化には、カンファレンスの効果、有効性をスタッフに伝えることが大切である。成果は共同研究者の気づき、自分の課題の気づきとして伝える。

- ・カンファレンスは慣れてくると、短くなるのではないか。どんなことを話せばいいのか、話してもよいことが理解されてくるのではないか。

3. 病棟の課題解決への取り組みとその評価

まず、現地側共同研究者の中堅看護師がリーダーとして、看護師個々の個性を活かしたチームづくりを目標にし、看護師間の調整役を務める役割があることを認識した。カンファレンスで得た看護師の発言を理解することにより、個々の看護実践を肯定的に評価し、その評価を直接看護師に伝えることが何よりも大切であると考え取組んだ。日々のカンファレンスの大切さを痛感し、定着化を目指して病棟スタッフに働きかけた。看護師が問題を抱えたときにリアルタイムで解決できる

事が重要と考え、朝のカンファレンスを定着させようと考えた。時間帯は、8時から勤務が始まるが、看護師がその日の受け持ち患者の情報を収集し、患者の状況を確認できた時間である8時15分開始とした。現在、平日の毎朝8時15分から8時30分まで15分間のカンファレンスが定着化し、看護師間で患者の問題の明確化、看護プランなど看護の方向性を話しあい、補足が必要な場合は、昼間にさらに時間を設け、カンファレンスを行っている。

医師との連携は、看護師がチームとなって、患者の現状を把握し、正確な情報をもって医師と話し合うようになっており、現在は話し合える雰囲気になりつつあると思われる。

現地側共同研究者の師長は、看護師が自信を持って看護実践に臨める様に、個々の看護実践を認めるような発言をできるだけするように心がけた。現在では、カンファレンスで看護師は自発的に発言できるようになった。今年度は、亡くなった患者の遺族の半数以上が病棟に訪問してくれるようになった、また、他者から病棟の雰囲気が明るくなったとの声を聞くようになった、と述べた。

4. 共同研究者である教員の姿勢

本研究に、共同研究者としてかかわった教員の姿勢について述べる。

・がん患者の看護に対する現場の看護師の気持ちや活動を知ること重点をおいて研究に参加した。特に、病棟看護師については患者・家族や看護に対する思い、病棟の看護の向上に取り組む看護師と看護師長（現地の共同研究者）については病棟スタッフに対する思いや看護の質向上のための取り組みを知ること努めた。上記を踏まえて、病棟の看護の質を向上するためにどのような取り組みができるかを考えた。その際、現地共同研究者の事例検討会を通しての気づき、特に患者のことを大切に思っているなどという病棟スタッフに対する肯定的な評価が今後のスタッフへの教育的なかかわりに活かされることを重視した。

・今回、現地共同研究者が自分の実践や仲間への働きかけを振り返り、意味づけして、言語化していく取り組みは、実践研究そのものだと思う。中堅看護職者である共同研究者の思いを支持し、励まし、共同研究者である看護師自身が実践の改善に向けて職場の仲間働きかけていけるように努めた。

・施設側共同研究者の感じている現状や思いをで

きるだけ聞く姿勢をとるように心掛けた。また、施設側共同研究者が病棟の中堅・管理職という立場にあるので、検討会の回を重ねる中で、特に中堅看護職としてチームの中でとるべき役割とは何かを一緒に考えるようにした。

・共同研究者の所属部署が実習を担当している場所であるので、実習・卒研を通じて感じている病棟の変化や改善されているところなどをできるだけ伝え、施設側共同研究者の活動評価の参考になるようにした。

教員は、共同研究であるA病棟の看護師の気持ちを支え、チームリーダー、病棟看護師長である役割を明確にするような姿勢で助言したといえる。さらにA病棟は実習病棟でもあったので、病棟の特徴も教員が理解していたので、病棟の看護の向上への助言もしやすかったことは幸いだったと考える。

IV. 今後の課題

個性ある看護師がさまざまな看護観を表現しあって、的確な情報を共有し、患者の総合的なアセスメントにつなげていけるようにカンファレンスを充実しケアできるようにしていきたい。

若い看護師が多いので人材育成にも力を注いでいきたいと考える。

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

Q: ショートカンファレンスをするようになって変わった事は？

A: その日に担当している看護師が困ったことを発言するのでリアルタイムに看護問題が明確となり、看護の方向性がチームで統一できるようになった。

Q: プライマリーとチームの連携が難しい。特にがん患者の場合、患者自身からプライマリー以外にあまり踏み込まれたくないという声もあるので、がん患者を対象にしたカンファレンスはあまり行っていない。

A: カンファレンスの内容は記録に残して、チームとして情報を共有できるようにしている。ショートカンファレンスの目的は、担当看護師が持っている問題をリアルタイム解決し、看護実践できるようにすることである。

Q: カンファレンスの内容を充実させるためにはどうしたらよいか。

A: 自分のところでもそれが課題である。がん患者の場合、STATSの評価を基にカンファレンスをおこなっている。しかし、内容に関しては十分とはいえない。

入院患者の70%以上ががん患者である。若い

看護師は患者が亡くなるともっとああすればよかつたのではないかと落ち込みもあるので、看護師自身が自分自身の看護を振り返る意味でデスカンファレンスをするを今後の課題とした。病棟看護師も自分の行っていることがいいのか悪いのか不明なままでいるので、リーダーがその実践を認めていくことで、看護がかわってきたのかなと思っている。

師長として、患者の言葉をそのまま病棟看護師に伝えるようにした。患者の言葉をそのまま聴くことによって、看護師自身が自分の看護に自信を持ち看護の課題が明らかになったように思う。そのことで、カンファレンス時にも焦点を絞った発言が見られるようになったと思われる。

Q: 医師との連携はどのようにしたのか。リーダーの役割は。

A: 連携をとるのがなかなか難しい医師がいることは事実である。例えば、薬剤師とか他職種を交えて話をするようにするとか、最近では、看護師が何人かまとまって一丸となって、医師と話し合いをした。そのときには、患者の状況を正確に看護師が把握して、医師に説明をすれば、最終的には医師は看護師の意向を汲んでくれたという体験があった。医師に対しては、逃げ腰にならずに必要なならば看護師もチーム一丸となって立ち向かっていくことが必要だと思う。

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・循環器センター)

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目指し継続看護の検討をしている。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る。昨年度までの取り組みで、外来看護師と患者が関わるという段階まで継続できなかった。本年度は病棟から外来へのスムーズな連携を図るための方法について検討・実施することを目的とした。

II. 平成18年度までの研究活動の概要

1. 平成14年度の活動

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。

2. 平成15年度の活動

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再発リスクありと判断した患者に再度面接を実施し再発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。

3. 平成16年度の活動

平成15年度の検討から、急性心筋梗塞入院からの退院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事が大切であり、2泊3日の短い検査入院期間の中で効果的に関わる方法として、急性心筋梗塞入院時の退院看護サマリーの記載内容を活用することが必要であることが確認された。そのため、既存の退院看護サマリー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。

4. 平成17年度の活動

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、新たにサマリーに追加した項目である【次回までの目標】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。

5. 平成18年度の活動

「改訂版看護サマリー」の活用状況をはじめとする外来での継続看護の現状について把握するため外来看護師にアンケート調査を実施した。結果、改訂版看護サマリーが外来では活用されていないという現状が分かった。そこで、病棟看護師が改訂版看護サマリーを参考に継続が必要なポイントと次回心臓カテーテル検査までの患者の目標を記載した用紙を退院時に患者に渡し、外来時に患者から看護師に提示する方法を試したが良い結果は得られなかった。このような結果から、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。

III. 平成19年度の研究活動

1. 研究方法

外来看護師に研究の趣旨を伝え協力が得られるか確認した。その後、外来看護師・病棟師長・共同研究メンバーとの合同カンファレンスを実施し、経過と実施された内容を看護記録として残した。その内容を検討し研究データとする。

2. 倫理的配慮

検討会の参加者である病棟・外来看護師には書面を用いて研究の目的・方法について説明し、同意を得た。また、カンファレンスや記録用紙の当事者である患者にも書面を持って説明し、同意書で同意を得た。さらに、病院の記録内容やカンファレンス内容を研究の対象とすることについては病院長及び看護部長に書面を用いて説明し、口頭で了承を得た。

本研究は本学研究倫理委員会の承認を受けて実施した。

3. 結果

1) 検討会の経過

第1回検討会：電子カルテ導入に伴い「改訂版看護サマリー」活用が困難となった現状への対策を検討する。

第2回検討会：合同カンファレンスに先立ち外来看護師に研究の趣旨を伝え協力が得られるか確認すると共に、カンファレンスの進め方について説明した。結果、外来看護師からは継続支援に必要な1、2事例であれば外来で関わりを持つことは可能であり、カンファレンスに参加可能である

と返答があった。

第3回検討会：外来看護師、病棟師長、大学・病院の共同研究メンバーと2事例（A氏・B氏）について合同カンファレンスを開催した。カンファレンスでは患者紹介を行い情報の共有・看護の方向性を統一し外来での支援方法について検討した。外来看護師より円滑に継続看護をしていくために用紙を作成したいと考えている事、外来サマリーに指導内容を記録として残していく方向である事の報告を受けた。

2) 患者紹介と継続看護の実際

(1) A氏

現病：心不全 年齢：60代 性別：男性
既往歴：平成11年7月当院初診、心臓カテーテル検査は希望されず、以後通院は中断。平成12年5月他院で心臓カテーテル検査施行。平成18年3月、平成19年6月、7月に心不全で当院入院。

継続看護が必要と判断した事項：内服の減量の意向が強く、内服薬変更に対する抵抗がある/入退院の繰り返し、入院までの間隔が短くなってきた/調子が悪くなると、外来ではなく病棟へ相談に来ることがあった/治療に対する疑問や不安を持つものの、主治医になかなか伝えられない

継続看護の実際：A氏に対しては、第3回検討会時に外来看護師が作成予定であった継続看護連絡表（図1）が実際に運用された。その継続看護連絡表にて退院前病棟訪問を依頼し、共同研究メンバーと外来担当看護師のミニカンファレンスを開催した。ミニカンファレンスでは外来担当看護師と共同研究メンバーで、入院中の治療方針や患者様の生活背景など外来で継続してほしい点の再確認をした。その上で外来担当看護師が退院前に患者様と面接を実施した。その後も、病棟担当看護師と外来担当看護師間で、院内メールや書面を通じて外来で支援する上で不足していると思われる情報のやり取りを行なった。

しかし、外来受診前に再入院され退院後は開業医通院となったため外来フォローまでは至らなかった。

(2) B氏

現病：急性心筋梗塞 年齢：60代 性別：男性
既往歴：高血圧症、高脂血症で他院通院治療していた。

継続看護が必要と判断した事項：ヘビースモーカーで、禁煙の意思が薄い/心筋梗塞になった理由は生活習慣というより夜間の外の音のストレスのためであるという強い思いがある/中性脂肪

インターフェロン・化学療法・リキート[®]・その他)

患者情報

ID	氏名	主治医	記録者

退院予定日： 外来受診予定日：

次回点滴予定（あり・なし・不明）

病棟訪問希望日（希望があれば記入）

連絡事項：

外来看護師訪室日時： 月 日

外来確認（担当看護師： ）

図1 病棟から外来継続連絡表

=1074mg/dl（入院時）/入院中食事指導は自分が聞いても仕方がないと言っていた。

継続看護の実際：B氏に対しては、カンファレンスで依頼した“継続支援してほしい点”について外来受診時に外来看護師に時間を設けてもらい関わってもらうことができた。外来での関わりでは、禁煙状況・飲酒状況・塩分に関する食生活状況などの生活変容に関することと、騒音によるストレス状況を確認することができた。また、今後のプラン作成まで実施され、病棟での取り組みを外来で継続する事ができた。しかしながら、外来で立案された今後のプランをその後の心臓カテーテル検査入院で生かすことができなかった。これは共同研究メンバー以外のスタッフが心臓カテーテル検査入院時に担当看護師となり、この連携方法を病棟スタッフ間に浸透させることが出来ていなかった事が継続支援できなかった原因であると考えている。

IV. 考察

外来病棟間の連携を強化し継続支援するためには、書面だけに頼ることなく、直接的に外来と病棟のスタッフが患者と関わりを持ち、かつスタッフ間のコミュニケーションの充実が必要であり大切であることが分かった。お互いが直接関わりをもつことで、情報を確実に共有する事ができ、患者の情報ははじめ、それぞれのセクションのシステムに対しても知らない・分からないということが解消されるのではないかと考える。

また、今回は限られたスタッフ間でスムーズな連携を取ることが出来たが、一方で共同研究メンバー以外のスタッフが関わった時に上手く連携がいかないという結果があった。病棟から外来への連携だけではなく、外来から病棟への連携も含め、これらを強化していくためには限られたスタッフだけではなく、全スタッフが統一した方法で関わる事が必要であると考えている。

V. 今後の課題

- 1.今年度施行した連携方法（外来継続連絡表を用いる、外来看護師が入院中の患者と面接を行なう、ミニカンファレンスを行なう、外来での患者との関わりを記録により病棟看護師が把握するなど）で病棟・外来の連携強化ができ、今後も継続看護が必要な患者に対し円滑に看護の提供が出来るかを継続して検討する。
- 2.共同研究メンバー以外の病棟・外来スタッフにも本研究の活動が拡大するように病棟カンファレンス、院内研究発表会で報告していく。
- 3.退院後開業医通院となった患者へのフォローについて検討する。
- 4.今回の継続看護の関わりが患者にどのような良い結果をもたらしたかを次回心臓カテーテル検査入院時や記録から検討する。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 他施設の連携状況

- ・病棟と外来の連携は大切だと日々感じるが、うまくとれていない現状にある。
- ・書面としてのフォーマット・システムとしては整備されていなかったが、外来のスタッフの顔を知っているということからうまく連携が図れたとの報告が他施設であった。→普段から他部署のスタッフと交流を持つ事が大切。

2. 連携に対する意見

- ・組織としての後押しがほしいところではないか？それが病棟に浸透していくのではないか？→組織としてシステム作りをする計画は現時点ではないが、個々の科が病棟と外来の連携が必要を感じており、取り組んでいるのが現状である。病院全体に連携が重要であるという意識がある。
- ・循環器に限らず、他科であっても入退院を繰り返すことが多い。再入院までの期間を少しでも長くするためにも外来との連携を充実させていくことが必要である。
- ・1人の患者さんの生活の全体を支援することが看護として重要であるため、入院中だけでなく退院された後のことについての関わりの計画を立てるなどを勤務時間内で行っていくことは当然のことであると考えている。本研究では、病棟から外来に異動になった外来看護師が協力できたという要因もあり連携がうまく図れた。病院全体が連携ということに関して過渡期にあり、病棟・外来間の連携も今後進んでいくのではないか？
- ・病棟のスタッフ同士、病棟と外来のスタッフ同士の直接的なコミュニケーションをとることが重要である事が分かった。

3. その他の質疑内容

Q：どれくらいの頻度でカンファレンスを実施したのか？開催することが決定すればすぐにスタッフが集まれるのか？

A：今年度から取り組みをはじめたばかりで合同カンファレンスとミニカンファレンスを実施したのみである。今後は外来看護師と共に医師など他職種も含めたカンファレンスを実施していくのが理想的であると考えている。外来看護師も意欲的に取り組んでおり、今研究では合同カンファレンスに1名と患者様との関わりに2名の外来看護師が関わった。今年度は研究として時間外でカンファレンスやスタッフ同士が関わりを持ったが、今後は業務の一部として時間内で取り組んでいけたらよいと考えている。

Q：循環器疾患は生活習慣が元になっていることが多い。その中でそれぞれの部署がサマリーを共有することが重要であるがサマリーはどうなっているのか？

A：以前の看護サマリーの用紙はフリースペースになっておりスタッフによって記載する内容・活用方法は様々であった。改訂版サマリーでは全スタッフが統一した看護ができるように以下の点について改善した。

- ①生活習慣に関わる情報を確実に収集し、教育的支援のポイントが書ける様式とした。
- ②患者と共に次回入院までの目標設定をした。
- ③心臓カテーテル検査入院時に、前回立てた目標の評価をする。出来た事、出来なかった事について振り返る。達成出来なかった点に関しては理由を患者と共に考え、次回までの目標へとつなげる。
- ④記録を通して新人教育にもつなげることができた。

Q：現在は研究メンバーのみに留まっているこの取り組みを今後どのように病棟に広げていくか？

A：連携に関する研究をしていることを何となく知っているが内容までは知らないというスタッフが多いのが現状である。まずは、病棟カンファレンスなどを利用し研究内容を知ってもらい、その上で、一緒に取り組んでいきたいと考えている。

地域の中核病院における手術室看護の課題とその取り組み

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 (大学)

I. はじめに

A病院手術センターは、平成15年8月からSPD（院外物品管理システム）を導入した。以前は物品の在庫数を見て、その都度伝票を提出し、発注を行っていたが、SPD導入後は物品準備から手術介助にかかわった看護師が、使用した物品のカードを提出するだけで物品が納品されるようになり、業務負担が改善されると期待していた。しかし、実際は発注ルートが2種類となり、以前より物品管理業務が煩雑になったと感じたので、どのような課題があるかを把握する目的で調査を行った。

II. SPD導入後の物品発注・納品の実際

発注ルートは2つあり、その内容は図1に示すとおりである。まず1つは、病院規定のSPDカードを使用して発注を行う。SPDカードは手術センター単独ではなく、他の病棟・部署でも使用され、基本的に1ヶ月で消費される物品に貼付又は分封され、それらの物品を使用すれば各看護師がカ

ードを提出し、週3回院内の用度係が回収する。カードと共にSPD業者に発注され、SPD業者内に在庫がある物品であれば病院へ、SPD業者内に在庫がなければ新たに他業者へ発注して、SPD業者に納品されたものが病院へ納品される。SPDカード管理物品は、266品目ある。

もう1つは、病院規定のピンクカードを使用して発注を行う。ピンクカードは、箱単位で注文する物品や基本的には消費に1ヶ月以上かかる物品、その他手術センターでの使用頻度が低い物品などに貼付又は分封される。それらの物品を使用した場合、各看護師にカードを提出させる物品と、物品を管理する係の看護師が在庫数や箱単位の発注物品なのか等を踏まえ、今後の手術での使用数を予測し、カードの提出時期を考える物品とがある。カードはSPDカードと同様、院内の用度係が回収し、カードと共にB業者へ発注され、納品される。ピンクカード管理物品は、485品目あり、SPDカード管理物品の約2倍の量となっている。

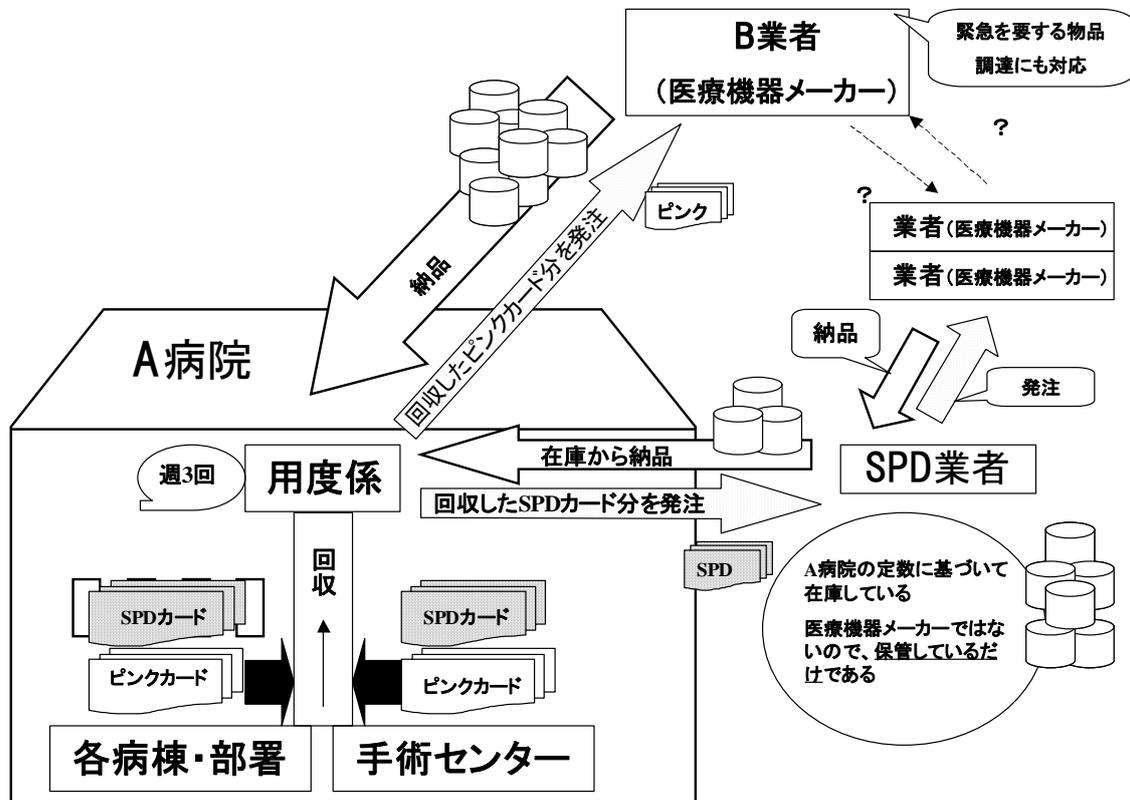


図1 物品の発注ルート

Ⅲ. 方法

平成19年5～10月に、①各カードの紛失件数、②各カード管理物品で手術センター内の在庫では不足するために前もって提出した件数、③各カード管理物品で、手術センター内の在庫では不足したため緊急で追加発注した件数、④使用する段階で物品の期限切れに気がついた件数について調査した。②③は物品を管理する係の看護師が、①④は対応した看護師が、どの物品で各状況が発生したのかを記録し、資料にまとめた。その内容は表1に示すとおりである。その資料を共同研究者間で話し合い、「発注ルート別の問題点」「改善に向けての方向性」の視点で整理した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究の課題を明らかにするための調査を行うにあたり、個人が特定されないようにデータを取り扱う旨を、現地共同研究者から他の手術室看護師に口頭で説明を行い、了承を得た。また、検討会での発言を使用する際にも、個人名が特定されないように加工して使用することを口頭で説明し、同意を得た。さらに、本研究は本学の倫理審査部会の承認を受けている。

Ⅴ. 結果

1. 発注ルート別の問題点

1) SPD カード物品管理上の問題点

SPD カードは白色であり、物品の梱包物と区別しづらく、特に分封されている場合は、梱包物と共に廃棄されやすい状況であった。

手術センターでの保管から使用・発注にかけての問題点として、物品にカードが未貼付の状態でも保管されている時があるということであった。それが欠品を防ぐために物品からカードだけを外して既に用度係に提出したのか、またはカードが紛失したのかとの判断が困難であった。前もって

提出していた場合は物品が納品されるが、紛失していた場合は、在庫不足の一要因につながると考えられた。

発注後、納品までに関する問題点として、物品によってはSPD業者からの納品に時間を要し、手術準備や使用時に物品が納品されていないことに看護師が気づく場合があることだった。普段の手術室業務のなかで、個々の看護師がそれぞれSPDカードを提出するため、手術センターとしての発注日、発注状況やSPD業者の在庫数などがタイムリーに把握できず、何が問題で納品が遅れているのか等の原因が把握できなかった。そのため、在庫がなくなった時に看護師がSPD業者に連絡して、今の在庫・納品状況を確認し、早急に納品してもらおうよう依頼するか、再発注している状況であった。

手術センター及びSPD業者内の在庫・定数及び期限切れに関する問題点として、年々高機能にバージョンアップされていく製品を選定し、手術に導入していく際、手術センターからSPD業者に在庫定数の変更手続きをし、また手術センター内の台帳記録も修正するなど手間がかかる状況が分かった。頻回に変動する定数を看護師が間違えないよう、その都度申し送りをし、保管棚にそれぞれの物品の定数表示をして対応していた。しかし、膨大な量の物品の定数を常に念頭に置き、在庫をキープしたり、先を見越した発注を考えることは困難であった。また、物品変更に伴い、以前使用していた物品を使用しなくなった場合、手術センターとSPD業者両者に在庫された物品の用途がなくなり、破棄する現状が分かった。しかし、手術センターとSPD業者間で、在庫の現状や予定手術と緊急手術も考慮に入れた定数設定へと変更する機会を得られていない状況であった。

表1 手術準備・手術に影響を与えた、もしくは与える前に対応した事例(カード別)

・SPDカードの紛失件数	.. 12件
・SPDカード管理物品で補充されておらず業者に問い合わせた件数	.. 16件
・SPDカード管理物品で手術センター内の在庫では不足するために前もって提出した件数	.. 24件
・ピンクカードの紛失件数	.. 5件
・ピンクカード管理物品で、手術センター内の在庫では不足するために前もって提出した件数	.. 16件
・ピンクカード管理物品で、手術センター内の在庫では足りなくて緊急で追加発注した件数	.. 7件
・手術に使用する段階で期限切れに気づいた件数	.. 26件

2) ピンクカード物品管理上の問題点

ピンクカードはカードの素材が脆弱で、破損しやすく、貼付もテープで簡素にされているためか、カードが落下しやすい状況であった。

手術センターでの保管から使用・発注にかけての問題点として、SPD カードと同様に、物品にカードが未貼付の状態では保管されている時があることが分かった。それが欠品を防ぐために物品からカードを外して既に用度係に提出しているのか、カードが紛失しているのかの判断にスタッフは困難をきたしていた。

発注から在庫管理に関する問題点として、手術センターが箱単位で購入し、納品される物品で、1箱に2つ以上の物品が梱包されている場合、「残〇個になったら係が提出する」というタイミングを決めて発注を行っているが、カードが2重に提出されてしまい、在庫が増えてしまうことがあった。

ピンクカード物品は、SPD カード物品の約2倍の物品数であり、物品係の看護師に発注や在庫の管理が委ねられている。しかし、定期的に期限切れをチェックする機会を設けていないこともあり、500近い物品数に対して、常に目を行き届かせることが今の手術センターでは困難であった。

2. 改善に向けての方向性

- ・過剰な在庫に伴う期限切れを減らし、手術センターで管理できる範囲の物品数にするために、まずは両カードで管理されている物品の定数の適正化とカードの貼付や分封の工夫を医師・手術室看護師・SPD 業者も含めて話し合い、手術室内にある物品の管理運営についてよりよい方法を考える必要がある。

- ・手術を受ける患者にとって、手術物品が正確に安全に管理されていることは、非常に大切であるという認識を手術室看護師がもち、業務の円滑化について検討する場を設ける必要がある。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

現地共同研究者が課題と考えている SPD の取り組みについて、大学側共同研究者と教員と共に話し合った内容を整理した。

1. 手術センターにおける各カード管理物品の定数の再検討

今回の取り組みから、手術センターで生じている手術物品の期限切れ問題や、手術センター内の在庫では不足するため、前もって各カードを提出したり、緊急で追加発注して対応している現状は、今の手術センターでの在庫定数設定が妥当でないことによるものではないかという意見が出さ

れた。

A 病院では SPD を導入しているものの、手術センター内の在庫・定数管理は手術物品を使用した看護師または物品を管理する係の看護師が行っている。しかし、人員不足の中、手術準備・介助や術前訪問等と並行して 700 を越える手術物品全ての在庫や定数を把握・管理するには、今の物品数と定数では大変難しいと思われる。今後、医師も高度先進医療を行う中で、より高機能な製品を選定し、導入していくと考えられる。そのため、まず現時点で手術センターが保有している物品内容とその定数について、手術センター、医師、SPD 業者と共に見直し、物品の入れ替えが頻回に行われても、定期的に定数設定の見直し時期を設け、話し合う機会をもたなければならぬと検討された。

2. 病院及び手術センターと SPD 業者との情報共有の必要性

現地共同研究者から、SPD 業者は各カードに記載されているバーコードを用いて在庫や発注管理を行っていることを伺った。その情報は、手術センターで欠品が生じた場合や、物品の変更が相次いだ時の手術センター内における在庫・定数確認のために、その都度資料として SPD 業者から提供してもらっているにすぎず、普段から手術センター内の在庫・定数管理を行うための有効利用には至っていない。

また、欠品しないように先を見越して物品を発注していることは、各看護師の経験に基づく行動であり、手術センターの全ての看護師が同じ対応ができるとは限らない。手術センター及び SPD 業者の在庫状況両者を見て、自らが介助につく手術の進行だけでなく、他の手術室で行われている手術及び時間外や休日に緊急手術として対応する可能性がある手術に必要な物品と数を、常時管理できる状態でない手術センターの現状は、手術を安全に提供できる管理体制とは言い難い。

定数を確認する時だけでなく、普段から SPD 業者と密に連携し、両者の在庫状況や納品遅れの原因、期限切れの近い物品の情報などを即座に把握できる情報共有体制を築いていかなければならぬと検討された。

3. 同規模病院での取り組みを知る

今回の調査を通じて、同様の課題を抱えている手術室はどのような取り組みを行っているのかについての文献検索を行い、A 病院と同規模病院の手術室での取り組みの文献を得た¹⁾。文献には、SPD 導入前の問題点や、導入に際して委託業者に

よる院内の物品管理業務の現状調査をまず実施したこと、SPD 導入後の業務改善についてまとめられていた。A 病院で今後どういう取り組みを始めていくべきかを決定する一つの選択肢として、有効に利用してもらえるように資料として提供し、現地側共同研究者と他の手術室看護師と再度検討してもらうようにした。

VII. 今後の課題

近年、過剰な在庫を削減し、適切な定数管理を行い、医療材料を有効に利用することは、病院経営上の不可欠な要素となっている。今年度の取り組みは、病院全体として医療材料費の削減につなげる方向で継続的に検討を重ねていくことが必要である。

今抱えている課題の解決は、看護師の業務負担改善や業者との連携強化だけにとらわれず、その先には必ず治療を受けられる患者がいることを忘れず、患者が安全に安心して手術を受けられることをめざしていく必要があると考える。

文献

- 1) 西川優美子, 稲村ゆり, 松井こずえ: 当中央手術部における業務改善, 手術医学, 26 (2); 140-142, 2005.

看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具（スケール）の開発

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

I. 目的

本研究は、入院患者を対象とした看護ケアの結果評価の一部としての満足度を、客観的に把握できる用具（スケール）を開発し、看護ケアの質的向上を目指すために活用する事を目的としている。この研究は、ケア対象の看護ケアに対する満足度を把握したいという現場の看護職のニーズに端を発している。

今年度は、質問紙 Version2 を完成させ、それを用いて、入院患者を対象に調査を実施し、その結果の分析から調査項目の精選に取り組むことを目的とした。調査結果は現在分析中であるが、これまでの経過を踏まえ、調査の実施とその結果について現状を報告する。

II. これまでの経緯

1. 質問紙 Version1 の作成

患者満足度の調査（評価）項目が掲載されている国内外の文献 27 件より調査（評価）項目を集め、アイテムプールを作成した。集めた 667 項目の調査（評価）項目の精選を共同研究者間で繰り返し、最終的に 66 項目の質問紙を作成した。

回答方法については、満足度には期待が影響することを考慮し、現状の満足度だけでなく、期待度も測定する方法をとった。また、《満足度として構成している看護ケアの要素》についても検討した。

2. 質問紙 Version2 の作成

入院患者を対象に、質問紙 Version1 を用い、予備調査を 2 回実施した（1 回目 27 名、2 回目 51 名）。得られた結果の信頼性分析、主成分分析、因子分析を行い、尺度の信頼性、妥当性を検証し、調査項目を精選した。また、回答者から量が多い、わかりにくい等の意見が得られたので、例を提示する、わかりやすい表現にする等の修正を行い、調査項目 54 項目と総合評価から成る質問紙 Version2 を作成した。

54 の調査項目は、＜A：看護師としての態度＞＜B：看護師としての対応＞＜C：専門的知識・技術に基づくケア＞＜D：教育的な関わり＞＜E：連携＞＜F：利用者のニーズに基づくケア＞＜G：退院後（退院間近の患者が回答する項目として設定）＞の《満足度として構成している看護ケアの

要素》に分類された。また、回答方法は、期待度は○×の二者択一（各調査項目に対し、期待していれば○、期待しなければ×を記入する）で、満足度（実際はどうであるか）については、4 段階評価（「そうである」「どちらかといえばそうである」「どちらかといえば違う」「違う」と、「該当しない」（入院中に経験しない場合等）の選択肢で回答を求めることとした。回答者の属性については、年齢、性別、入院期間を問うこととした。

III. 方法

1. 調査対象

A 病院入院中で、質問紙の内容を理解でき、かつ質問紙への記入ができる（代筆可）患者とした。

2. 調査時期

平成 19 年 10 月～12 月（有効回答数が 150 に達するまで実施した）

3. 調査方法

作成した質問紙 Version2 を用いた自記式質問紙調査である。質問紙と回収用の封筒の配布については、現地共同研究者から病棟師長に、趣旨や方法等について口頭と文書で説明してもらい、病棟師長を通じて病棟勤務の看護職に、口頭と文書で依頼した。配布時に、回答済の質問紙は一緒に配布した封筒に入れ封をし、病棟に設置した回収箱に投函することも説明してもらった。回答済質問紙の回収は現地共同研究者が行い、開封は大学において教員が実施した。

4. 分析方法

回収された質問紙のうち、まずは有効回答であるものを対象とし、分析を行う。回答者の属性については単純集計を、期待度、満足度については、単純集計、並びに、Version1 と同様、信頼性分析、主成分分析、因子分析を行い、Version1 の結果との比較検討を行う。

5. 倫理的配慮

調査の実施については施設長の了解を得た。また、質問紙の表紙に、無記名であること、統計的に処理し個人が特定されないことがないよう配慮すること等明記し、回答済質問紙の回収をもって同意とした。回答済質問紙の開封とデータ入力は大学教員が行い、現地看護職には統計的に処理されたデータの提示のみとした。本研究の実施にあ

たつては、本学研究倫理審査部会の承認を受けた（平成 19 年 10 月）。

IV. 結果及び考察

配布した質問紙は 361 部、回収できたのは 312 部、そのうち有効回答数は 161 部であった。有効回答を特定する基準は、属性は無回答でも可、期待度は○又は×のどちらか一方でも可、満足度の無回答が 2 項目以下とした。なお、無効回答の状況としては、期待度が無回答、期待度の回答が○△×や無回答が混在している、満足度の無回答が 3 項目以上ある等であった。

1. 回答者の属性

回答者の年齢は、最高齢が 90 歳、最年少が 17 歳で、平均が 50.9 (SD±16.72) 歳であった。年齢階級については、表 1 に示す。最も多かったのは、30 歳代で 40 名 (24.8%) であった。

表 1 回答者の年齢階級

年齢階級	人数 (%)
10 歳代	2 (1.2)
20 歳代	12 (7.5)
30 歳代	40 (24.8)
40 歳代	14 (8.7)
50 歳代	38 (23.6)
60 歳代	30 (18.6)
70 歳代	18 (11.2)
80 歳代以上	5 (3.1)
無回答	2 (1.2)
計	161 (100.0)

表 2 回答者の入院期間

入院期間	人数 (%)
1 週間未満	31 (19.3)
1 週間以上 2 週間未満	41 (25.5)
2 週間以上 3 週間未満	26 (16.1)
3 週間以上 1 ヶ月未満	16 (9.9)
1 ヶ月以上 3 ヶ月未満	31 (19.3)
3 ヶ月以上 6 ヶ月未満	10 (6.2)
6 ヶ月以上 1 年未満	2 (1.2)
1 年以上	1 (0.6)
無回答	3 (1.9)
計	161 (100.0)

性別にみると、男性 93 名 (57.8%)、女性 67 名 (41.6%)、無回答 1 名 (0.6%) であった。性別の平均年齢をみると、男性の平均年齢は 53.8

(SD±15.86) 歳、女性の平均年齢は 46.7 (SD±17.16) 歳であった。

入院期間については、表 2 に示す。最も多かったのは、「1 週間以上 2 週間未満」で 41 名 (25.5%)、であった。

3. 期待度と満足度

期待度の○を『期待している』、×を『期待していない』として、満足度(実際はどうであるか)の「そうである」「どちらかといえばそうである」をあわせて『そうである』、「どちらかといえば違う」「違う」をあわせて『違う』として、単純集計を行った。結果は表 3 に示す。<B:看護師としての対応>は、調査項目自体多いが、「期待していない」と回答した割合が 10%以上である項目が 6 項目であった。そのうち 3 項目は「(実際も)違う」と答えた回答者の割合が高く、期待もしていないし、実際も違うという、満足度が低い現状が推察された。<C:専門的知識・技術に基づくケア>は、11 項目中 8 項目において、「期待している」と回答した割合が 95%以上であり、患者のニーズの高さが明らかになった。<D:教育的なかわり>や<G:退院後>は、「(実際は)違う」と回答した割合が高く、説明等の関わりが不足している現状が推察された。

総合評価は、「とても満足」44 名 (27.3%)、「満足」70 名 (43.5%)、「どちらかといえば満足」31 名 (19.3%)、「どちらでもない」8 名 (5.0%)、「どちらかといえば不満」1 名 (0.6%)、無回答 7 名 (4.3%) であった。

V. 今後の予定

今後はスケールの信頼性、妥当性の検証を進める。当面は有効回答の調査結果の分析を進め、調査項目を精選・確定する。調査項目の精選にあたっては、回答の欠落が多かったのはどの項目であるか等、無効回答の状況を把握する必要もあることから、最終的には全データを対象として分析を行う。また、A~G の「満足度として構成している看護ケアの要素」についても、共同研究者間で内容的妥当性を検討する。

今回の調査結果については、期待度と満足度の単純集計を中心とした結果を病棟勤務の看護職に示し、患者の満足に繋がる看護ケアを検討する機会を持つ予定である。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討論の会では、病院の看護職や高齢者ケア施設の看護職が参加し、以下の討議が行われた。

1. 調査用紙の作成について

自施設において、患者の満足度調査を実施したという参加者より、「調査項目が、A～Gまでの《満足度として構成している看護ケアの要素》に分かれており、とてもわかりやすいと思った。自施設において、満足度調査用紙を作成し、調査を実施したが、まだ十分でない状況である。質問紙を作成する上で、どのような文献を参考にしているのか」という、質問紙作成に関する質問があった。それに対し、研究者から、医学中央雑誌等のデータベースで「患者満足」などをキーワードに検索し、そこから満足度調査を実施していた27文献を活用している。また、患者満足度に関して、特集を組んでいるものも参考にした。本研究に取り組み始めてから数年を経過しており、文献検索をしてアイテムプールを作成したのは、数年前である。ここ最近の文献については検索していない事を説明した。また、《満足度として構成している看護ケアの要素》A～Gについては、調査項目はA～Gの順に配置しているのではなく、バラバラに配置していること、それは、似ている項目がまとまっていると回答時に前後の調査項目の影響を受ける可能性があることに配慮してのことであると、補足で説明した。

期待度については、実施されるのが当然のことであり、期待もなにもないという意味が含まれていることも考えられるという意見があった。それを受けて、研究者より、質問紙 Version1 では、直接患者と面接して調査を実施しているが、期待度については、当然のこととして全部の項目に丸をつける患者がいた。当然と考える患者の場合、全項目に丸をつけるか、全項目に丸をつけないかのどちらかの印象は受けている。期待度を問うか否かこれまでの段階で検討しているが、期待度を問う意義として、期待が高く、実際もそうであれば満足度が高まり、期待が高かったのに実際は違えば満足度が低くなるというように、満足度は期待度に影響されると考えてのことである。結果の読み方は難しいが、今後も期待度をあわせて実施していきたいと述べた。

2. 調査方法と調査結果の活用について

精神科勤務の看護職より、どのような病棟で調査を実施しているのか、精神科で実施した場合、今回とは異なった結果が得られるかもしれないという意見があった。それに対し、今回は、有効回答を150部としていたため、質問紙の内容を理解でき、質問紙の記入ができる患者を対象とし、精神科は対象でなかった。しかし、精神科病棟で

も使用できるスケールかどうか、視野を広げて考えていくことも必要であることが話し合われた。

また、回答された内容について、調査を実施した看護職側がどのように解釈するかが大切であり、丁寧に結果をみて、自分たちの看護を振り返るという意味で使用していきけるとよいという話し合いもされた。

看護を評価していく上でスケールを活用することはよいのではないかという意見を受け、スケールは、患者個々の満足度がわかるだけでなく、看護を提供する側の体制や取り組みを振り返る材料として使用できる。スケールを開発する上で、そのようなことを提示していくことが必要ということが話された。

3. 満足度を構成する看護ケアの要素

《満足度として構成している看護ケアの要素》A～G別の、期待度および満足度の回答者の割合の結果より、以下の意見があった。

1) <A: 看護師としての態度>および<B: 看護師としての対応>の調査結果より

普段患者から、看護師は忙しいという声が聞かれる。「期待していない」という回答が多くあったのは、普段の看護師の多忙さを見ていることが影響しているのではないか。また、看護職として、普段から態度や対応は気をつけているが、期待しても仕方がないという患者のあきらめが生じたのかもしれない。今回の結果から、「本当に改善していかなければいけないと感じた」という意見が出された。

2) <D: 教育的な関わり>より

高齢者ケア施設で働く看護職から、病院から施設へ入所の場合、受け入れる側として病院でこのようなことも説明されていないのかと感じることもあり、そのような現状と今回の調査結果(期待していないし、実際もされていないという回答割合が高い)が一致している。また、患者には「教育的なかわり」は、看護職の行為として認識されていないのではないかという意見も出された。

3) <G: 退院後>より

病院看護職から、退院支援は最近、特に言われてきているが、新しい内容でもある。現場で働いている看護職でさえ、退院支援という認識が薄いことも考えられる。期待度の結果として、「期待していない」割合が多いのはそれも影響しているのではないか。また、日常的な生活まで考慮しての看護を考えて実施できていない現状があり、今回の結果をみると、現状の実践と一致していると考えられる。

表3 『満足度として構成している看護ケアの要素』別期待度および満足度の回答割合 %

項目	期待度		満足度 (実際)	
	期待している	期待していない	そうである	違う
A: 看護師としての態度				
1 頭髪や服装 (身なり) が整っていて清潔感がある。	97.4	2.6	98.7	1.3
2 言葉づかいが丁寧である。	89.4	10.6	95.7	4.3
3 私語をしない。	72.1	27.9	87.5	8.2
4 言動に注意している (あなたを傷つけないよう気をつけている等)。	93.4	6.6	94.4	4.9
5 あいさつをきちんとする。	94.2	5.8	97.5	2.5
6 話しかけやすく頼みやすい雰囲気がある。	95.4	4.6	89.4	9.3
7 その日によって態度が変わったりしない。	92.7	7.3	91.9	6.9
8 他の患者と比較して批判しない。	92.1	7.9	92.5	1.2
9 言うことと行うことが一致している。	94.7	5.3	93.8	6.2
10 言うことに一貫性がある (矛盾がない)。	94.0	6.0	94.3	3.8
B: 看護師としての対応				
1 間違ったり、要望に応えられなかった時など、正直に謝る。	92.8	7.2	88.1	5.1
2 訴えたことや頼んだことに対して、必ず対応してくれる。	94.7	5.3	90.6	5.0
3 訴えたことや頼んだことに対して、快く対応してくれる。	98.0	2.0	95.0	3.7
4 訴えたことや頼んだことに対して、一生懸命対応してくれる。	96.1	3.9	94.4	3.7
5 ナースコールで呼んだ時、すぐに来てくれる	96.7	3.3	87.6	9.3
6 予定の時間どおりに処置・援助などを行ってくれる。	86.8	13.2	81.9	15.7
7 質問や相談に的確に答えてくれる。	92.9	7.1	92.5	3.7
8 思いやりのある優しい対応をしてくれる。	96.0	4.0	92.5	7.4
9 「自分は大切にされている」と感じる対応をしてくれる。	90.0	10.0	90.1	7.4
10 事務的な対応をしない。	82.1	17.9	81.8	14.4
11 子ども扱いや見下した対応をしない。	91.2	8.8	93.2	1.8
12 出来ないことがあっても、責めずに受け止めてくれる。	89.2	10.8	87.8	7.7
13 いつも気にかけて関心を寄せてくれる。	86.8	13.2	84.5	11.2
14 病気そのものではなく、病気を持ったあなたを気づかってくれる。	94.0	6.0	89.2	5.7
15 プライバシーを十分守った対応をしてくれる。	94.8	5.2	92.5	5.5
16 検査・診療・治療の時、恥ずかしい思いをしないよう配慮してくれる。	95.4	4.6	93.8	4.3
17 できることとできないことをはっきり言ってくれる。	92.0	8.0	85.0	5.6
18 努力したこと・していることを認めてくれる。	87.8	12.2	83.6	5.0
C: 専門的知識・技術に基づくケア				
1 必要な処置 (傷の処置や点滴の交換など) を良く理解して、間違いなく的確に実施してくれる。	99.3	0.7	97.5	2.5
2 必要な処置を安心して任せられることができる。	97.4	2.6	96.9	3.1
3 必要な援助を安心して任せられることができる。	94.1	5.9	91.8	6.9
4 技術 (採血・注射・洗髪など) が上手である。	96.8	3.2	88.8	11.2
5 不安や苦痛がやわらぐように援助してくれる。	95.4	4.6	93.8	3.8
6 処置や援助が丁寧である。	98.0	2.0	97.5	2.5
7 心地よさを大切にされた援助をしてくれる。	90.6	9.4	88.0	8.3
8 自分で自分のことができるように援助してくれる。	98.0	2.0	94.4	1.9
9 体調が悪くなったとき、納得できる対処をしてくれる。	99.3	0.7	89.4	3.7
10 快適に過ごせるように気配りしている。	95.4	4.6	88.8	9.4
11 やらなければならないことをうまくやれるように整えてくれる。	92.8	7.2	86.3	9.4
D: 教育的な関わり				
1 病状、治療、検査、処置、今後の見通しなど説明してほしいことを、わかりやすく説明してくれる。	89.7	10.3	86.8	12.0
2 入院生活について、状況に合わせて必要なことを説明してくれる。	96.1	3.9	95.0	2.5
3 健康回復や健康 (自己) 管理に必要なことを、わかりやすく説明してくれる。	94.0	6.0	87.6	7.5
4 必要に応じて、活用できる制度 (高額療養費支給制度、介護保険等) を教えてくれる。	70.5	29.5	51.6	22.5
5 適切な判断ができるように、必要に応じて助言をしてくれる。	93.4	6.6	89.9	5.7
E: 連携				
1 家族との連携 (伝達・連絡) がきちんととれている。	83.9	16.1	80.6	9.4
2 看護師同士の連携がきちんととれている。	96.7	3.3	87.0	12.4
3 病院内の医療関係者 (医師・薬剤師・栄養士など) との連携がきちんととれている。	96.1	3.9	86.3	8.1
F: 利用者のニーズに基づくケア				
1 あなたの意向や意見をとり入れながら援助してくれる。	94.0	6.0	87.0	6.2
2 疑問、不安、訴えに十分満足できる対応をしてくれる。	91.5	8.5	91.9	7.5
3 満足感を大切にしながら、きめ細やかな援助をしてくれる。	90.6	9.4	91.9	3.8
G: 退院後				
1 退院後の日常生活の過ごし方について、あなたの状況に合った具体的な助言をしてくれる。	88.2	11.8	77.9	11.7
2 退院後の生活について、準備をするために十分な期間をもって説明してくれる。	93.6	6.4	79.1	10.5
3 退院後の継続受診・治療等について説明してくれる。	91.0	9.0	81.0	8.3
4 退院後に活用する機関・施設等の保健医療福祉関係者と連携がきちんととれている。	85.1	14.9	67.1	10.9
全体 (総合評価)				
あなたは受けた看護にどのくらい満足していますか (総合評価)				

看護改善に向けた脳神経外科看護チームの取り組み

高橋友美 河村明美 山田沙代子 森優子 嶋田清美 (羽島市民病院)
奥村美奈子 古川直美 橋本麻由里 岩崎佳世 (大学)

I. はじめに

本研究は脳神経外科看護チームの現状と課題を明らかにし、課題改善にむけ研究的に取り組む事を目的として、平成18年度から開始となった研究である。平成18年度は事例検討を通し、「看護チーム内における相談・支援の関係を強化していく事」「ケースカンファレンスの中に医師・リハビリ担当者をそれぞれ巻き込んでいく事」という課題が見出された(図1参照)。平成19年度はこれらの課題に取り組む、看護を充実させることを目的とした。

II. 方法

チームの現状と課題を整理するための検討会を大学において2ヶ月に1回行い、見出された課題を現場で現地側共同研究者を中心に取り組み、次の検討会で振り返りを行った。現状と課題は、平成18年度に見出された課題を基に検討した。

1、2回目は電子カルテにおける情報伝達のあり方をテーマに、チームの現状と課題を自由に話し合った。3回目以降は、見出された課題に取り組んだ事例を基に新たな課題を見出し、今後の取り組みの方向性を検討した。

本研究は本学の研究倫理審査を受け、事例検討の際には個人が特定されないよう配慮した。

III. 結果

1. 脳神経外科看護チームの現状と課題 (4~7月)

平成18年度の研究報告の後、チームの定期カンファレンス(週1回)は確実に実施できていたが、情報共有や内容が十分でなく、医師や他職種への参加もなかった。また、比較的若い脳腫瘍終末期の患者が増加、最期まで苦痛を訴える事例の増加で患者様の状態に応じたカンファレンスを医師と共に適時開催する必要があった。しかし、十分に行うことができずケアの方向性を納得いくまで出来ていなかった。このことから、看取りに関する看護師と医師との連携が課題であることが確認された。今後の検討会で事例検討を通じて課題解決を図ることとした。

2. 事例検討会の内容

1) 1回目の事例検討会(9月)

脳腫瘍末期のA氏(青年期男性)は、腫瘍のため

に外見が変容し、疼痛とともに、意識が清明なまま呼吸困難が非常に強い状態であった。看護師は、当時のA氏とその家族への関わりについて、A氏とその家族から思いを表出してもらえない状況が続き、関わりの難しさを感じる一方で、看護師が捉えているA氏の姿と医師が捉えているA氏の姿にギャップを感じていた。脳神経外科看護チームでは、日々のカンファレンスではその時困ったことについて話されていたが、チーム全体で看護の方向性を見出すことはできず、看護師個々に辛い思いを抱えながら、日々の対応に追われていた。最終的に十分な苦痛の緩和を図れないまま最期を迎えた事例であった。

検討会では、A氏とその家族への看護におけるチーム内でのカンファレンスの持ち方・内容、また医師との連携のあり方について検討した。その結果、現状はプライマリナースと医師間、プライマリナースと看護師間である程度情報のやり取りがあっても、対象の理解を深める程の情報共有は十分でなく、また、患者の状態に合わせたカンファレンスは開催できていなかった(図2参照)。そのため、難しい対応を迫られる事例においては特に、カンファレンスにおいて看護師間での情報共有や医師との連携を図りながら、患者・家族と関わることの重要性、また、医師や他職種との連携を図る前提として、リーダー業務を行う中堅層が中心となって積極的にカンファレンスを開き、看護師間で患者・家族の情報共有と意見の統一を図る必要があることが、今後の課題として整理された。

そこで、終末期のケアについての今後の看護の方針を考えるためにも、A氏の事例についてチーム内でケースカンファレンスを開き、看護の振り返りを行うことが必要であると確認された。

2) 2回目の事例検討会(11月)

(1) 脳神経外科看護チームにおけるA氏の振り返りカンファレンスについて

前回の検討会をうけ、A氏の事例についてチーム内で振り返りのケースカンファレンスを実施した結果を共同研究者間で共有した。まず、振り返りカンファレンスが行えたことをチームの変化として確認した。また、看護師個々にA氏との関わりに苦悩しながらも、関わりの中から情報を得ていたこと、カンファレンスの重要性を意識す

るスタッフが増えてきていることが確認された。そして、リーダー看護師が中心となって問題提起し、適時カンファレンスを開き、看護ケアの統一と、主治医と共に看取りの方針を確認することの重要性が再確認された。

(2) B氏の事例検討

転移性脳腫瘍で終末期にあるB氏(初老期男性)の事例を、看護師間の協働とリーダーの役割の視点で検討した。この事例ではA氏の事例を踏まえて、プライマリナースが入院早期から患者・家族の「家に帰りたい」という思いを確認し、チームカンファレンスを開催し、主治医と共に情報と目標を共有し、今後の方向性が確認できていた(図3参照)。入院中に症状コントロールと共に在宅療養への体制を作り、退院が可能となった事例であった。さらに、今後再入院の可能性が高い事例であったので、再入院したときにすぐに対応できるよう、この時点で共同研究者間でケアの方向性を検討した。B氏の入院中の関わりについて、入院早期からカンファレンスを持ち、主治医と共に今後の方針を確認し、家族との関わりができていたことが確認された。一方で、中堅看護師のリーダー役割強化が課題であり、退院や再入院に向けて他職種、他施設、院内他部門と連携する上でも、中堅看護師が中心となって役割を担っていく必要があると再確認された。

3. 脳神経外科看護チームの変化

(4月～1月現在)

平成18年度の活動の状況・課題と比べて、週1回の定期的なカンファレンスだけでなく、プライマリナース自らリーダー看護師にカンファレンス開催を依頼・実施し、情報共有・意見統一をする機会が増えてきた。また、検討会を通し、現地側共同研究者各々の意識の変化があり、自身で周りへの働きかけをしたことで、他のスタッフへの影響も出てきた。さらに中間管理職看護師からもチームの看護改善に少しずつ助言や支援が得られるようになった。加えて、少しずつではあるが、新しい患者に関して、積極的にリハビリ担当者や医師との連携を図り、カンファレンスを共同開催できるようになった。医師も看護師の情報や意見を重視し、今後の方針を共に確認しようとする動きも出てきた(図4参照)。

4. 平成20年度の脳神経外科看護チームの在り方の検討(1月)

平成20年度は中堅看護師のリーダー役割の強化をすすめていくことで、医師・リハビリ担当者との共同カンファレンスの開催をし、情報と目標

の共有を進めていくことが現地側共同研究者間で確認された(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、現地共同研究者と所属病棟の看護師、他施設3施設の看護師と大学側の共同研究者・学生の計15名であった。討議はまず各施設における中堅看護師と他看護師との教育・支援体制の現状とカンファレンス実施の現状と課題について話され、次に医師と看護師との情報・目標共有の現状と課題について検討された。どの施設からも発言があり、積極的な討論の場となった。

1. 中堅看護師と他看護師の相談・支援体制の現状とカンファレンス実施の現状・課題

現地側共同研究者より、脳神経外科看護チームの現状として看護ケアや方針をチーム全体の課題として取り組んでいくためには「中堅看護師の強化」という課題が報告され、その上で他施設での中堅看護師の役割や現状について報告された。

参加施設でも中堅看護師は重要な位置づけであり、看護師の意見を中間管理職看護師に伝えていく上でも役割は大きいという発言があった。その中でも、スタッフの意見は中間管理職に直接伝えられるのではなく、中堅看護師などに伝えられ、そこから必要なものは評価され、上位者へ伝えられているという同じような現状が報告された。

また、カンファレンスを活用してその中でスタッフが中間管理職看護師との意見交換を直接していくために支援している施設もあった。

中堅看護師の役割の重要性が参加者全員で確認されたが、一方で、中堅看護師はチーム内に限らず看護部や院内の委員会活動などでも活躍が期待されており、また家庭生活における役割を含めると多大な役割を果たしているため、負担感が大きいことも課題として挙げられた。昨年度の討議においても参加施設から同様の意見が挙げられており、中堅看護師が役割発揮をしていくためのサポートの必要性が示された。また、中堅から若手スタッフへサポートをしながら役割を委譲することで、スタッフの育成をしていくことも大切であると話し合われた。

また、チーム内における情報共有やケア方針を考えるカンファレンスの実施状況について、参加施設間で情報交換を行った。医師や他職種との共同開催は時間調整が難しく、なかなか開催されていない状況はどの施設にも共通していた。カンファレンスの規模については、その日の勤務者のみ

で行い、チームカンファレンスの記録は電子カルテ内に残すことで、情報共有と看護方針の共有を図っているが完全には共有できていない現状があり、情報共有の難しさが挙げられた。また、医師や他職種との共同カンファレンス開催は難しい現状ではあるが、プライマリーナースと医師、プライマリーナースと他職種の個人間での小さな情報交換などもカンファレンスと捉えて、記録に残し、定期的な看護チームのカンファレンスで記録を基に情報と方針を共有し、方向修正を行っているという施設もあった。このことから、カンファレンスの形式というより、むしろケア対象者について話し合われた内容が記録され、チーム内で看護の方針を決定し、共有していくことが重要であると確認できた。

カンファレンス開催における新人看護師の負担感についても討議され、開催準備のための負担感を減らす工夫とともに、カンファレンスを通して事例やケアを見直すことで日々の看護に問題意識を持てるように支援することの重要性が確認された。

2. 看護師と医師との情報・目標共有の現状と課題

どの施設からも医師と看護師との情報・目標共有に関しては対等に意見交換できず、看護師が医師の意見を個人的に伺う、また患者への説明から汲み取り対応している現状が報告された。また、看護師が医師に対しての自信のなさから線引きをしており、その為に医師との連携が図れていないのではとの疑問も出された。その中で今後医師との密な情報・目標共有を進めていくには看護師がチームとして方針をまとめ、医師としっかり向き合いよいパートナーとして関わっていく必要性が確認された。

また、現在の医師との関係性や、互いに多忙な状況の中での医師との情報交換の工夫として、直接対話で情報交換をする努力をしていくと共に、電子カルテなどを活用し、医師との情報共有を図っていく方法も有効であると確認された。

V. 共同研究報告と討論の会を終えて

共同研究報告と討論の会での討議を踏まえて、現地側共同研究者間で今年度の取り組みを振り返った。

今年度の共同研究では大学での事例検討と現場での取り組みを重ねていくことにより、当初課題であった「看護チーム内における相談・支援の関係を強化していく事」「ケースカンファレンス

の中に医師・リハビリ担当者をそれぞれ巻き込んでいく事」という課題の背景には、脳神経外科看護チームとしての在り方の課題が存在することが明らかであり、特に中堅看護師の役割の重要性和看護師・医師間の密な情報共有の難しさが焦点化されていった。共同研究報告と討論の会を通じて、その課題は他施設でも共通の課題であることが確認された。討論中は、医師・他職種との共同のカンファレンス開催は困難との共通の認識で議論が展開していったが、情報・目的共有のためには必要があり、個々の施設で、情報共有をするための可能な方法を模索している段階であった。一方で、医師との密な情報・目標共有が出来ていない現状には看護師と医師間における看護師の自信のなさから線引きしてしまうことがあるとの共通の話題があがったが、その点に関しては十分に討議されなかった。

今後は看護師・医師間での密な情報交換を行うためには中堅層を中心としてどのように医師との関わりを持っていくか、他のスタッフを交えながら考えていく必要があると考えている。

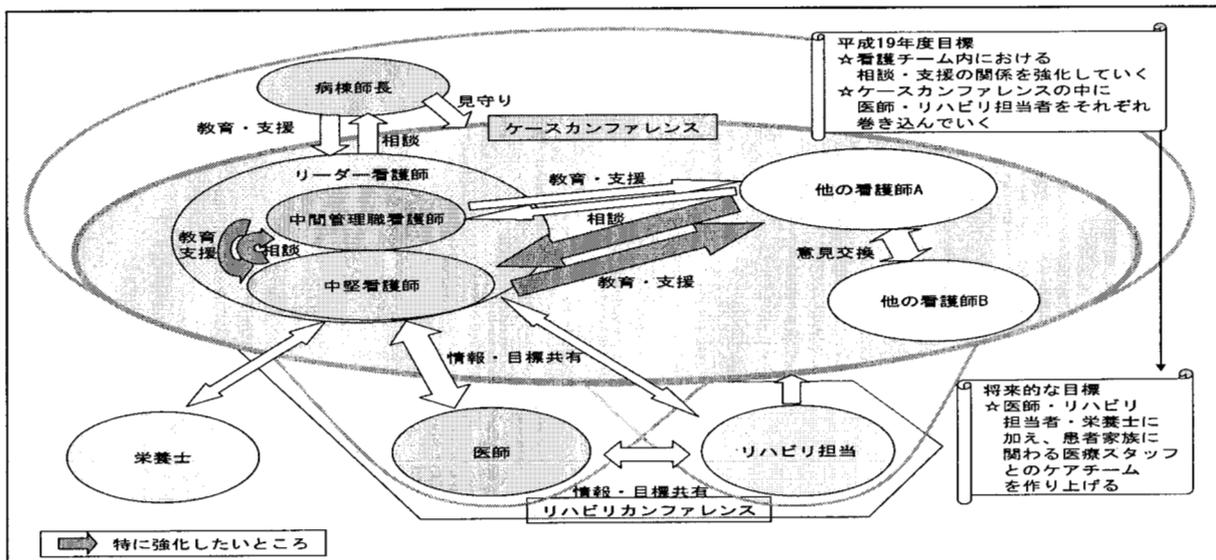


図1 平成19年度目標とする脳神経外科看護チームの在り方

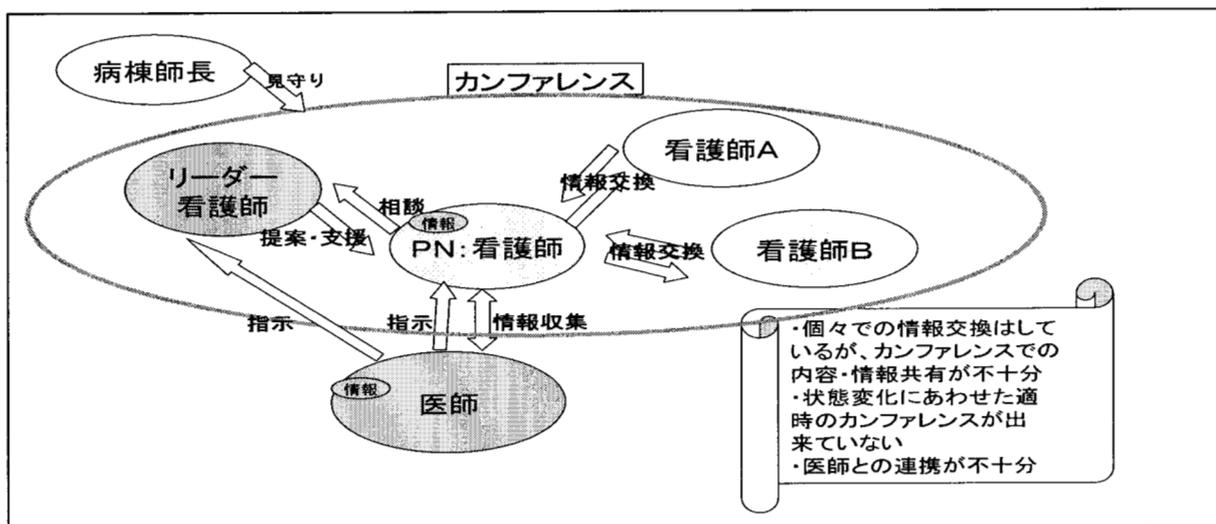


図2 事例におけるチームの関係 (9月)

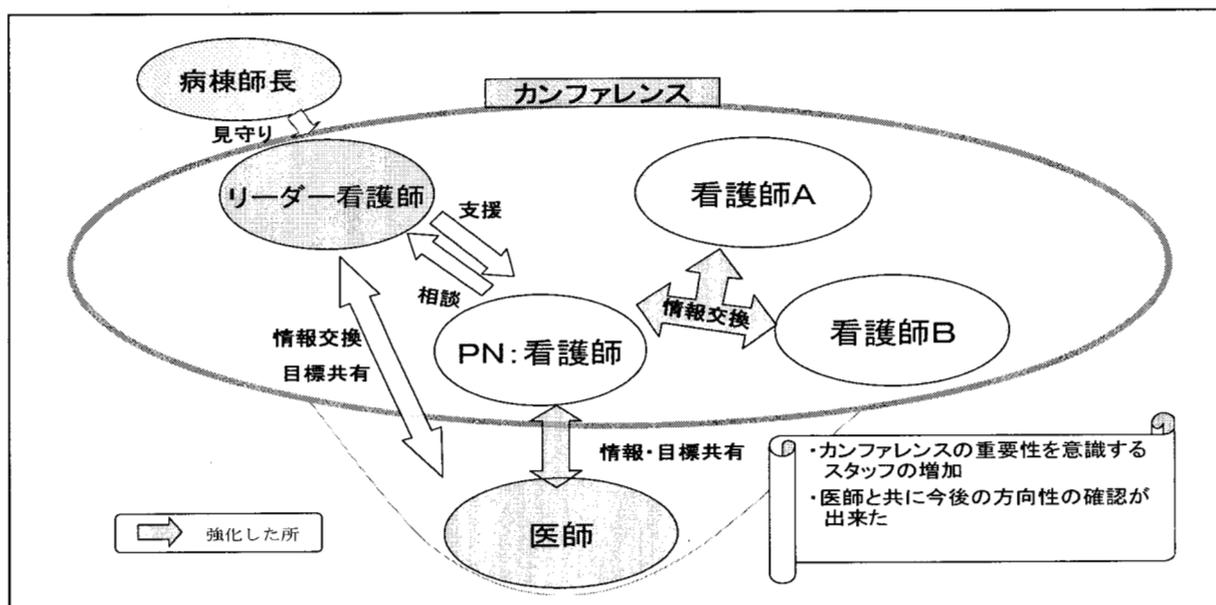


図3 事例におけるチームの関係 (11月)

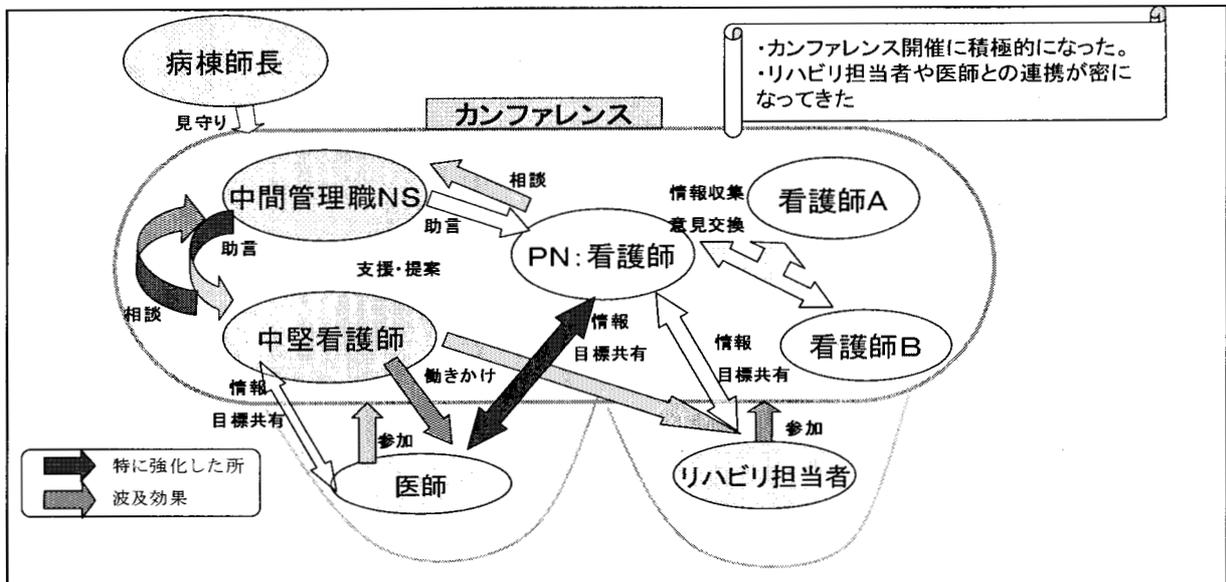


図4 脳神経外科看護チームの関係の変化（4月～1月）

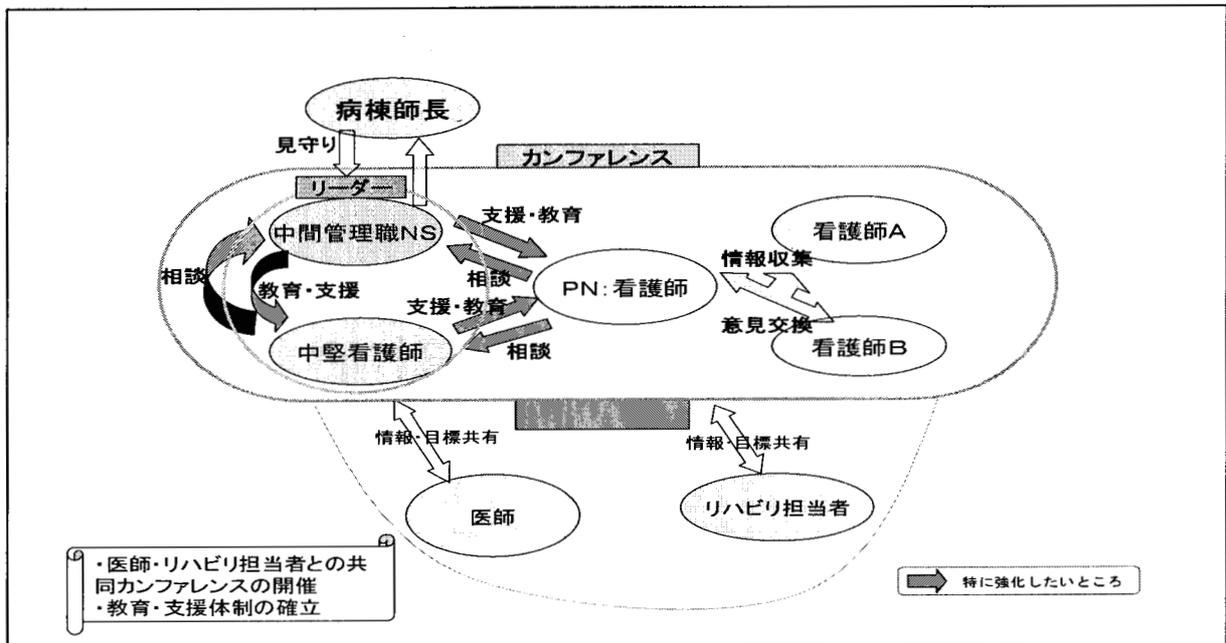


図5 平成20年度目標とする脳神経外科看護チームの在り方

病院から診療所へ移行する過疎地域医療機関における看護援助のあり方

普照早苗 田内香織 藤澤まこと 片岡三佳 森仁実 (大学)

福田ひとみ 今井さち子 田口恭子 桂川恵美 今井千恵子 (東白川国民健康保険病院)

I. はじめに

当村における唯一の医療機関である当院は、来年度、診療所に移行することが決定した。しかし体制が変わっても看護内容の質を保持し、関連職種同士が連携して地域住民の健康を保障することは重要である。そこで今回は、現状を把握し過疎地域における医療機関としての看護援助のあり方を再度見直し、地域住民に対して今後も継続して実施する必要がある看護、さらに改善が必要となってくる看護について検討することを目的とした。

II. 方法

1. 協力の得られた患者本人・家族を対象に独自に作成した面接調査票を用いて聞き取り調査を行なう。その際、聞き取った内容を研究者がメモし、また録音の許可が得られた場合にはICレコーダーを用いて録音を行なう。

1) 情報収集項目: ①基本データ: 面接者の氏名・年齢、病院利用者本人との続柄・本人の疾患名・既往歴、家族構成、②現在の療養生活の状況(現状と違い)、③看護師とのかかわりについて(ふだんのかかわり、助かったことや役に立ったこと、今後看護師に期待すること)、④その他(病院・保健医療福祉に関して思うこと)

2) 分析方法: 面接内容を記載した面接調査票および録音を許可された場合は逐語録から、情報収集項目の①は事例ごとにデータを整理する。また②~④については項目ごとにデータを抽出・整理する。

2. 分析結果をもとに看護職間で話し合いをもち、今後の看護援助のあり方・課題について検討する。

3. 倫理的配慮: 聞き取り調査対象者本人・家族に研究内容を紙面で説明し同意のうえ署名を得た。また結果は本研究の目的以外に使用することはない。公表時は匿名性に配慮し、データは大学研究室内で保管・処理することとした。本学術倫理審査部会の承認を得ている。

III. 結果

1. 病院利用者への聞き取り調査

面接時間は、3名ともに約50分~60分であり、A氏、B氏については録音許可が得られたため録音した聞き取り内容を大学研究室内で紙面に書き起こした。結果、A4サイズ(41桁×36行標準設定)にて、A氏は20ページ、B氏は10ページであった。C氏については録音許可が得られなかったため面接調査票に共同研究者2名でメモをし、その内容を大学研究室内で共有・確認して情報を補完した。

1) 対象者
対象者の年齢・性別・病歴・家族構成などは以下の表1のとおりである。

表1. 対象者概要

	A氏	B氏	C氏
対象者	男性(70代) 面接者は妻(70代)	女性(60代) 面接者は本人	男性(80代) 面接者は嫁(50代)
本人の病歴	現在は肺炎で入院中。在宅療養中は訪問看護を利用している。	C型肝炎。現在は当院に外来通院し経過観察中。	慢性呼吸器疾患でHOT使用。外来通院中。風邪のため当院に入院歴あり。
家族構成	妻、息子夫婦(30代)、孫(2人)	夫(60代、高血圧にて外来通院、内服治療中)、娘夫婦(30代)、孫(2人)	妻(80代自立)、息子夫婦(50代)、孫(2人)

2) これまで受けた看護で助かったこと・役に立ったこと

語られた内容を以下のように分類した。

①話しやすい、相談に乗ってくれる

・何か分からないことや困ったことがあれば病院に連絡している。師長や訪問看護師など看護師には何でも話しやすい。

・おしゃべりするだけで安心することもある。
・みんないい人ばかりで何でも聞きやすい。検査などの時も安心する。

・月1回師長(兼ケアマネジャー)がケアプランを持って自宅に来てくれるときや通院時外来で会ったときなど話を聞いてくれる。他愛のない話でも聞いてもらえるのが助かる。

・相談に乗ってくれるのが一番ありがたい。

②実際に助かったと感じた場面

《場面1: 胃瘻チューブが詰まったときに看護師に相談したところ対処してくれた。》

妻がシリンジで本人（夫）の胃瘻から粉薬を入れているうちに徐々に薬が詰まってきて、とうとうチューブが通らなくなってしまった。胃瘻のチューブ交換はまだ1ヶ月先と言われていたので、どうしたらよいかと思い、困って病院に電話した。すぐに電話に出た看護師から訪問看護師に連絡してくれて、訪問看護師が家に来てくれた。その場の状況を見て「G病院（他院）に行ったほうがいい」というアドバイスを受け、看護師の方からもG病院に連絡をとってもらいすぐに病院に行った。連絡してもらったことで、スムーズに処置を行なってもらい臨時にチューブ交換をしてもらえてホッとした。その後、自宅に帰ってからは、今後のことを考え、看護師から伝えてもらい、粉薬からシロップ（水薬）に変えてもらった。あの時はびっくりして自分ではどうしてよいか分からなかったが、看護師にすぐに連絡し、アドバイスを受け助かった。

《場面2：夜間に突然体調不良になり、どうしたらよいか分からず看護師に電話した。》

日頃は元気なおばあちゃんが、突然具合が悪くなったときがあった。そのとき病院に連絡したら電話に出た看護師が相談に乗ってくれた。夜間だったので、「今すぐに受診した方がよいかそれとも、明日の朝まで待ってもよいものか、という判断が自分（嫁）にはできず、看護師さんに尋ねたところ、「夜の間に〇〇のような状態になったらすぐに受診した方がよいが、今聞いている限りでは明日の朝の診察まで待っても大丈夫だろう」ということで、詳しく「こうなった場合はこうする」という状態と対処を聞き、翌日病院に受診した。自分たち素人では判断がつかねるので、そのように細かく指示してくれて大変助かった。受診したとき、病院の方で看護師が自分たちが来るのを待っていて、逆に冗談で「遅かったね」と言われたくらいだった。とても頼りに出来た。

3) 診療所になるということについての不安

①入院が出来なくなることの不安

・今後診療所になったらもう入院できなくなるので他の病院に行かなくてはならなくなる。今はお医者さんや看護師さんは本人のことをよく分かってくれているが、大きな病院ではそうもいかないので、病院同士の連絡体制とかがどうなるのか不安。

・ちょっとした発熱や肺炎などの病気では入院できなくなるので、入院が必要となったときにどうすればよいかと思う。他の病院では、遠くて家族が通うのも大変である。

②緊急時体制の不安

・夜間休日等緊急時のことについて不安である。

4) 今後の希望・要望

①相談機能の継続確保

・診療所になっても、いつでも相談ができるようにしてほしい。相談の機会がこれまで同様ずっとあるといい。

・診療所になり、医師が常駐していなくても、連絡したときに看護師さんから「こういうふうにするといいよ」と判断しアドバイス（指示）してもらえると助かる。患者や家族はどこに連絡してどうしたらよいか分からないため。

②周辺病院同士の協力・連携

・診療所になったとき、大きな病院と連携して協力体制がスムーズに取れるようにしてほしい。

・診療所になっても、夜間や休日の体制が充実してくれるといい。

2. 看護職として取り組むべき課題

3事例からの聞き取り調査内容を踏まえて、病院看護職・教員間で話し合いをもち、今後の看護援助のあり方や課題について検討した。

検討会は計3回実施した。以下の表2に経過を示す。

表2. 検討会の経過

	第1回	第2回	第3回
開催月	11月	12月	2月
開催場所	病院	大学	病院
参加者	師長、 教員3名	師長、外来 主任Ns、病 棟主任Ns、 教員5名	師長、外来 主任Ns、病 棟主任Ns、 教員4名
おもな 検討内容	・9月の面接 調査結果の 分析内容を 共有 ・利用者の 不安と課題 の整理 ・緊急時体 制の確認	・面接調査 結果および 11月の検討 内容を再度 共有 ・診療所移 行後の人員 体制につい ての確認	・診療所以 降後の人員 体制が決定 した為4月 からの動き について共 有（2月の 討論会に向 けての打合 せ）

上記のように検討会で話し合い、次に示すような課題が挙げられた。

1) 外来看護の充実

・職員配置として薬剤師もいなくなるため、服薬指導など薬にかかわる内容も看護師がこれまで以上に援助していかななくてはならない。

・医師のカルテに必要な事項をメモにして貼る、などはこれまでも行なってきたが、スタッフの誰が見ても分かるように特にハイリスクの患者

についてはリストアップし、通常よりも詳しい情報を記載しておく必要があるのではないか。

・現在の一般病床4床は廃止となるが、部屋としては残る。入院はできなくなるものの、臨時の処置室といった使用の仕方ができないだろうか。うまく部屋を活用させていきたい。

2) 相談機能の充実

・通常は外来で患者と対応することにはなるが、なんでも相談できる「相談室」を設置してはどうか。

・診療所の看護師としてできる「予防的なかわり」をこれまで以上に充実させていく必要がある。

・夜間休日の診療がなくなるため、常日頃から患者に対して、緊急時どこに連絡すればよいかのアドバイスを心掛ける必要がある。

・夜間に対応できる夜勤の療養病棟看護師向けのマニュアル整備等を行ない、電話での対応や主治医との連絡経路に誰もが対応できるように努める必要がある。たとえば、看護師が当直する前には必ずハイリスクの方のカルテをチェックしておくなどの準備をするなど。

3) 訪問看護の充実・活用

・訪問看護ステーションにはしない。現在利用者が5人でありステーションにしても採算が取れない状況である。現状では24時間体制整備を実施していないが、診療所となった場合、一番身軽に対応できるのが訪問看護であるため、出来る限り夜間の対応にも応えていきたい。

・通常は現在と同じ専属スタッフが訪問看護を行なうが、時間帯に関係なく、必要時は職員誰もが訪問看護が行なえるように看護職のレベルアップを図ることに努める。

4) 職員研修によるスキルアップ

・平成23年度には国の方針で療養病棟が全面廃止になると言われている。その後、施設への転換を図ることも視野に入れ、今のうちに職員のレベルアップ、スキルアップに努める。そのためさまざまな施設への実地研修を行なっていく。

3. 看護職の認識

今回、病院利用者への聞き取り調査や看護職同士の話し合いをもったことで、現地看護職から次のような認識が得られた。

・今回3名の患者・介護家族の不安や思いをきちんと聞くことができた。同様な声を普段耳にすることはあっても、それを活字・文章化することはなく、記録として残ったことで、今後診療所としての役割を果たすことに生かしたいと考えた。

・4月以降、実際に診療所に移行した後の地域住

民の反応や看護援助の評価、要望なども把握する必要があったと考えた。

IV. 共同研究報告と討論の会での討議

1. 討議内容

参加者と討議したいこととして、次の2点を提示した。「今後診療所となった後、住民が周辺地域の病院に受診もしくは入院する場合に、保健医療職者同士、どのような協力が図れるのか、現状を踏まえて話し合いたい。特に、患者の生活面の情報共有をする際に、どのような方法が有効か」「これまで以上に住民への予防的なかわりが重要となってくると思われる。外来看護において、どのような予防的なかわりが可能か、具体的に話し合いたい」

実際に当日話し合われた内容は、以下に示すとおりである。

○師長（共同研究者）から追加説明

どこもそうだと思うが、過疎地域は医師不足で4月から診療所となることになった。病床数は全19床になり介護療養病棟15床、一般病床4床になるが、これは利用しないことになる。そのためこれまで軽い症状でも入院していた患者がいたが、それもできない状況になる。過疎地域であり、独居の高齢者も多い現状で、住民も不安を抱えている。患者本人のみならず介護する立場の家族も同じように不安を感じており、発表にもあったが、看護師に「今後どうなるのか」と尋ねてくる人もいる。

○A 病院病棟看護師

自分は病院で働いていて、過疎地域の患者さんが退院するときに送り出す立場である。これまで当病院が、患者さんが自宅に退院する前に一時的に受けてもらえる施設で頼っている部分もあったが、これからはそうもいなくなってしまう。

○師長（共同研究者）

これまで自分の村の病院で、看護師とも付き合いが長く、住民の方々は「自分たちのことをいろいろわかってきているから安心」と思っていたが、これからは入院となると他の地域に出ていなくてはならなくなり、我々看護師としては、大きな病院へ行っても患者さんが困らないような情報提供・情報共有を行なう必要があると感じている。特に住民の生活スタイルやものの考え方などを自分たちは把握しているつもりなので、あまり馴染みのない病院で患者さんがきちんと自分のことが言えるか、少し心配である。必要な患者さんに対しては、我々診療所看護職が情報提供の協力をしていく必要があるのでは、とも思う。

○B 病院看護師

Q. 現在の訪問看護はステーションではないのか？ステーションにはしないつもりなのか？

○師長（共同研究者）

A. ステーションにして独立させる、という村での提案もあったのだが、利用者の少なさや採算を考えると実現は難しいという結論に至った。4月からも独立はせず、診療所からの訪問看護という立場をとることになる。

○大学教員（共同研究者以外）

Q. 周辺地域の資源の状況を教えてほしい。

○師長（共同研究者）

A. 公立病院まで 40km、民間病院まで 20km、国保病院まで 40km、さらに少し遠い民間病院まで 1 時間ほどかかる。村内には福祉施設はなく、サービスとしては病院隣にある社協のデイサービスとホームヘルプサービス、グループホームがある。とにかく周辺病院までの距離が遠いということで住民が緊急時はどうなるのか、入院すると遠くまで行かなくてはならない、と不安に思っているのである。そこで、一般病床はなくなるが、療養病床が 4 床残るため、この 4 床を臨時で使用できないか、など（まだ利用方法は検討されていないが）活用できないものかどうかと思っている。

○B 病院看護師

やはり住民の同じ気持ちで考えると、緊急時にどうすればよいのか、ということが心配になる。

○師長（共同研究者）

平日は夕方の勤務時間まで、土日祝日は医師は宅直となるので、診療時間以外の緊急時には、まず病棟にいる看護師が電話対応ということになる。看護師のそのときの対応や判断が非常に重要になってくるのだとは感じている。

訪問看護利用者であれば、訪問看護師が臨時に訪問するというのも可能だが、外来通院のみの患者さんであればそれも難しい。医師の指示があり、看護師が様子を見に行くということではできであろうが、訪問看護利用者でなければそれもできない。

そのため、我々看護師は外来である程度患者さんの普段の状態を把握し、ハイリスクの患者さんについては情報交換を行ない備えておく、ということが必要ではないか、と考えている。例えば、電話が掛かってきた時に患者さんの情報を把握できるように、カルテのリストアップをする、など。事前に状態の予測を出来る方に対してはそのような対策が取れるのではないだろうか。つまり、外来機能の充実がますます大切になってくる。そ

して、特に危険性の高い人（ターミナルの方はもちろんだが）については、積極的に訪問看護がかかわっていくということも必要かもしれない。

○外来主任看護師（共同研究者）

自分は外来で勤務しているが、患者さんによっては、顔見知りの間柄だからこそ自分の病気のことを看護師には聞いてほしくない、身近な人だからこそ同じ地域住民の看護師には知られたくない、という方もいる。そのような場合はあえて診療に同席しないようにしている。それでいいのか、とも思うが、患者さんの不利益にならないように、病気の必要な情報については医師に聞いたり、カルテを見たりして把握するように努めている。過疎地では関係が密な故に、このような難しさがある。

○大学教員（共同研究者）

自分もある患者さんのお宅に訪問した際に、そのお嫁さんが同じ地域の訪問サービスは受けたくないというようなお話をされた状況を体験した。サービス提供者が近所の人であったり、身近な人であるからこそ、自分の家の内部のことを知られたくない、という閉鎖的な部分もあるのだな、と保健医療福祉サービスを導入する際の難しさを感じた。その地域の特徴、地域性というものを感じた。

○外来主任看護師（共同研究者）

患者さんははっきりと「看護師にいてほしくない」とは言われないのだが、診察時に、この患者さんにはつかないほうがいいな、ということは何となく分かる。その際は、後で違う形で患者さんの思いや診察の状況などを患者さんの言葉として話してもらえるようにと思って情報収集に努めている。医師からももちろん、病気に関することは聞くようにするが、生活面での情報を把握し、アセスメントするのはやはり看護師であるからできることだと思うので看護師が患者から診察時の様子を聞くのは大切であると思う。それを記録にきちんと残し、必要時看護職同士で共有しておくのも必要である。

○大学教員（共同研究者以外）

その生活面での情報というのは具体的にはどのような情報なのだろうか。何を分かってくれていると患者さんとしては不安が少なくてすむのだろうか、と思う。そして、何を記録として残しておくのとよいのか、ということも検討していかなくてははいけないのではないか。病気の変化だけでなく、その人の生き方や価値観、大切にしていることなどを分かってくれているという安心感が

あるのではないかと思う。このようなことを記録に残したり、情報共有できればよいかもしれない。

○B 病院看護師

患者さんから電話を受けたとき、看護師がどの程度助言をするかによって、後々の責任問題にも関わってくるのではないのか？看護師の判断でアドバイスをするというのも、どの範囲までなのか、不安な気もするのだが。

○療養病棟主任看護師（共同研究者）

確かに、看護師は医師のような判断はできない。しかし、医師に連絡が必要な際は、今現在でもそのようにしているし、なるべく具体的な状況を患者から聞き、例えば発熱時の対応などは行なっている。また、電話では分からず必要なときには、訪問看護利用者であれば訪問看護師につなぎ、様子を見に行ってもらったりという方法も可能である。やはり、判断がつかない場合は、本人と家族が判断して病院に受診するほうがよい、ということ伝えるしかない。

○C 町在宅介護支援センター看護師

自分たちも過疎地域の看護職である。同じような状況を抱えているな、と思って話をお聞きしていた。自分たちの町でも同じような現状で、これまでのように社会的入院ができなくなってしまった。ショートステイや訪問看護などのサービスに、より力を入れていかななくては、と思っている。お話があったように、看護師としては利用者の方々の生活をみるようにしなくてはならないと感じた。

2. 討議内容を踏まえて考えたこと

1) 看護師に「相談できる」という安心感

患者や家族は、看護師による後押しとなるような一言が必要なのであろうと今回の聞き取り調査や討議を通して感じた。ある程度、患者や家族は、自分なりにこうしたらよい、とは思っているものの、専門職であり信頼できる看護師に訊くことによって安心感を得ているようであった。それは、これまで看護師が長年患者や家族とかかわってきたからこそその信頼関係であり、これは今後病院から診療所に体制が変わっても、継続して援助すべき内容であると考えた。

患者や家族が不安になり、困ったときには必ず相談できる看護職がいる、という保障があることは非常に重要であり、看護職全員がそのことを意識した上で、今後体系化を図ることが急務であると思われた。

2) 医療依存度の高い患者が近隣病院から過疎地域の自宅に戻る際の課題

近隣病院の関係者からは、退院時の受け入れ先がなくなること、C 町の関係者からは医療依存度の高い事例の入所施設がなくなるという話があり、具体的に困る事例の存在が予測されると思った。すなわち、退院直後の不安定な時期をどう支えるか、医療依存度が高い利用者を介護施設でどう対応するかが問われているのだろうと思われた。

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ー地域における看護職連携の取組みー

田内香織 黒江ゆり子 藤澤まこと 普照早苗(大学) 河村めぐみ(元大学) 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)

I. 目的

糖尿病を含む慢性疾患は、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い。個人と家族を支える看護職者は「継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける」必要があるといえる(平成18年度共同研究事業)。そこで本研究の目的は岐阜県の糖尿病教育・ケアにおける看護職連携という視点から、糖尿病看護師、外来看護師、病棟看護師、診療所看護師、および市町村保健師等の連携状況を把握すること、さらに病院と地域においてどのような連携が可能か、また今後の課題を検討することとした。今回は今年度を実施した訪問看護ステーションへの調査に関して報告する。

II. 方法

1. 調査方法: 岐阜県内の訪問看護ステーション(89施設)を対象とした無記名による自記式質問紙調査(郵送)を行った。調査は平成19年12月に実施し、留置期間(10日間)が終了した後に研究の協力および質問紙返信の依頼を再度行った。調査内容は、糖尿病をもつ在宅療養者へのケアの現状と病院・診療所等との連携状況、およびケアに関して困っていること等とした。

2. 分析: 得られた結果を集計し、地域における在宅療養者へのケアと看護職連携の現状と課題の視点で分析を行った。2ヶ月に1回程度、共同研究者と共に大学研究室で検討会を実施し、考察を行った。

3. 倫理的配慮: 研究調査は本学研究倫理審査部会の承認を得て実施した。結果は本研究の目的以外に使用することはなく、公表時は匿名性に配慮し、データは大学研究室内で保管・処理することとした。

III. 結果

41施設から回答があり、回収率は46.6%であった。利用者数は平均53.4人/月であった。

1. 糖尿病をもつ利用者の有無等

糖尿病をもつ利用者数が0人であったステーションは5.1%、1-5人(51.3%)、6-10人(33.3%)、11-15人(7.7%)、16-20人(2.6%)であった(図1)。そのうちインスリンを使用する利用者数が0

人であったステーションは22.5%、1-5人(75.0%)、6-10人(2.5%)であった(図2)。

またインスリン注射の実施者は、本人26人(32.5%)、主介護者44人(55.0%)、その他10人(看護師、グループホーム職員など)(12.5%)であった(図3)。

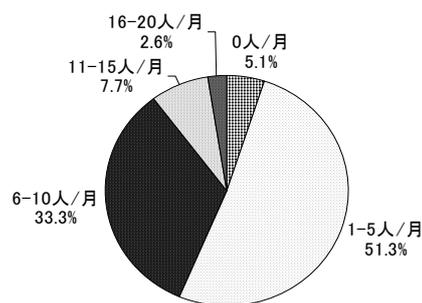


図1. 糖尿病を持つ利用者数

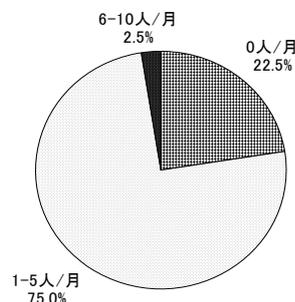


図2. インスリンを使用する利用者数

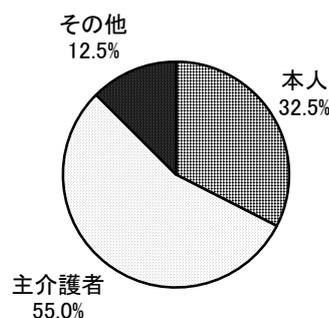


図3. インスリン注射の実施者

2. 糖尿病をもつ利用者・家族への援助

糖尿病を持つ利用者・家族に行っている援助としては、158件の記載があり、次のように分類された。1) 食事に関する援助(34件)は(1) 食事指導18件(2) 食事内容・状況の把握8件(3) 食事に関するアドバイス8件であった。2) インスリン注射に関する援助(15件)は(1) インスリン注射の指導7件(2) 注射の実施・介助4件(3) 注射手技の確認4件であり、3) 内服薬に関する援助(18件)は(1) 服薬の確認8件(2) 内服管理5件(3) 服薬指導3件(4) 服薬の援助2件であった。4) 血糖測定に関する援助(18件)は(1) 血糖の測定12件(2) 測定方法の確認4件(3) 血糖測定の指導1件(4) 血糖測定の介助1件であった。5) フットケア(14件)は(1) トラブルの予防10件(2) 早期発見4件であり、6) 症状観察と医師への報告(12件)は(1) 症状観察7件(2) 医師への報告5件であった。7) 低血糖に対する対応9件、8) 運動に関する援助8件、9) 糖尿病や合併症についての指導5件、10) リハビリ3件、11) 受診に関する援助2件、12) 独居者への援助2件、13) 介護家族への援助2件、14) 異常時の対応2件、15) その他6件の記述があった(表1)。

3. 利用者・家族への援助で困っていること等

糖尿病を持つ利用者・家族への援助で困っていることがあると答えた施設は26施設(63.4%)であった。困っていることについては、44件の記述があり、家族が食べさせすぎると「食生活に関する事柄」が11件、薬(注射・内服)の量を自己判断で変更するなど「薬の使用に関する事柄」が7件、高齢のために本人・家族が忘れて、判断できないなど「本人・家族の高齢化に伴う記憶力低下や身体機能の低下に関する事柄」が14件、インスリンの量に変更になっても主治医から連絡がないなど「保健医療職者の対応に不十分さがある」が4件、何回も訊ねると妻のプライドを

傷つけてしまうなど「療養生活の実態をとらえられない」が3件、フットケアへの理解不足など「療養生活の必要性が理解されない」が3件、その他2件の記述があった(表2)。

困っていることを相談できる人の有無についてはあり24施設(58.5%)、なし9施設(22.0%)であった(図4)。

困っていることの相談相手としては、①医師15件、②ステーションスタッフ・管理者15件、③ケアマネジャー11件、④地域の保健医療職者(行政の保健師、地域連携室の看護師など)8件、⑤利用者の家族6件という回答であった。

4. 病院と診療所との連携

病院や診療所と連携(ケアの継続やつながり)については、59件の記述があり、次のように分類された。1) 病院・診療所の医療職との連携(48件)は(1) 医師とのつながり28件(2) 看護職とのつながり1件(3) 連携室とのつながり2件(4) ケースワーカーとのつながり1件(5) 複数の医療職者とのつながり16件であった。2) 地域の福祉職との連携(4件)は(1) ケアマネジャーとのつながり1件(2) 介護職とのつながり3件であった。3) 継続ケアの必要性2件、4) 連携ができなかった1件、5) その他4件の記述があった(表3)。

IV. 共同研究報告と討論の会の討議内容

1. 在宅療養における糖尿病を持つ人々・家族へのケアについて

・認知症があり、目の不自由な方などにバランスのよい食事をとっていただくことに困難さを感じている。目が不自由な方は箸が使いにくいということもあり、おにぎり食にし、自分で食べられる工夫はしている。また、豆腐が好き、味付けは薄目が好きという好みに合わせる工夫もしているが、他に何か良い援助方法はないか。

・バランスよく食事を摂取してもらうために、その人の嗜好に合わせることで、自己摂取できることによって、食欲のアップにつながることもある。

・手探りで食べることになるので、器が移動してしまう可能性がある。高めのお盆に乗せるなどの工夫はどうか。

・教育入院が必要な男性患者(妻の介護が必要)がいる。本人が教育入院の必要性を十分に理解していないために、妻のショートステイなどの調整をして、教育入院を設定しても、本人が教育入院とショートステイを断ってしまうことがあった。本人・家族が必要性を理解していないために、それ以上の介入ができないケースがある。このようなケースは特に連携や調整が必要と感じる。

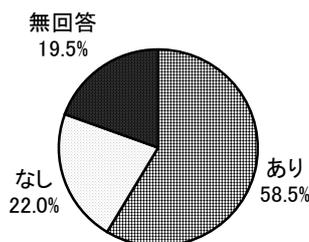


図4. 相談できる人の有無

・在宅療養者で、糖尿病についての知識が十分でない方もいる。そのような方には訪問看護のスタッフから状況を聞き、パンフレットやビデオなどその方にあった情報源を提供するようにしている。利用者から「ビデオは良かった」という声も聞かれる。本人・家族が求めているものを提供していく必要がある。

・重要なのは教育入院後、在宅に戻り自分の生活を始めてからである。患者に「いつでも寄ってくださいね」と声をかけることや、病棟・外来問わず、足を運び患者の様子を見に行く。また看護師からの情報収集にも努めている。その人の生活に合った自己管理の方法を見つけ、続けていくためには、それを支える人、認めてくれる人、ねぎらってくれる人がいることが重要である。

2. 糖尿病ケアにおける看護職の連携について

・病棟は病棟、外来は外来で完全に切り離されてしまっている現状がある。自己管理可能な人の場合には、退院の際に特に問題になることがなく、退院調整室との連携はないかもしれない。

・糖尿病の初期ではADLがしっかりしている場合が多く、そのために本人の希望がなければ、サービスが入ることはない。

・看護師不足から外来診療に看護師が同席しないことも多く、外来患者に関しては医師の指導のみでフォローされている状況で、看護としてのケアの継続が少ない状況がある。

・退院調整に相談のあるケースとしては、糖尿病が進行し、インスリン注射や食事の自己管理ができない場合に、訪問看護やその他のサービスを利用する必要性が出てきているケースである。このような状況になる前になんとかしたいところではある。そのために、診療所の看護師と連携できればよい。例えばパスを使っての連携できるとよい。パスも治療のパスになっていることが多く、看護の部分でのパスが繋がっていない。

・当院の場合、地域連携パスを使用し、1年間継続してフォローを行っている。看護師1人なので、栄養士、リハビリスタッフと協力している。いつも外来にかかっている患者ではないので、こちらがフォロー体制をとっていても、すべて上手くいくわけではない現状がある。他の医療機関との連携が重要であるが、必ずしも医師と直接話ができるわけではないので、その施設の窓口となるスタッフを探して連携していこうと努力している。そのために、各施設の窓口的存在となるスタッフを交えセミナーを行っている。参加者は看護師、管理栄養士、リハビリスタッフ、検査技師などであ

る。主に教育入院(1週間コース)を受けた方の事例検討会を行っている。

・患者が継続してどこに受診するかは分からない。糖尿病は一生通して見ていく必要がある。糖尿病の患者を何とかしたいと思う保健医療職者がつながっていく必要がある。

・当院は訪問看護ステーションも併設しており、ステーションとの連携パスの必要性を感じているが、まだ実現していない。現状としては、ステーション看護師、保健師と糖尿病の患者についての情報共有を行っているという状況である。「こんな利用者が外来受診するからお願いします」といったステーションからの申し送りや、外来受診された患者が訪問看護を利用している場合には、「このようなことに注意して見ていって下さい」という依頼を行っている。

V. 考察

1. 訪問看護ステーションにおける糖尿病をもつ利用者・家族への援助

訪問看護ステーションの利用者は高齢者であることも多く、本人・家族への健康教育だけでなく、インスリン注射の見守りや本人・家族の代わりに実施することが必要な状態である。また高齢夫婦世帯や高齢者独居などの状態で本人の希望に沿った療養生活を継続していくための援助がなされていた。

2. 利用者・家族への援助で困っていること

生活の場で療養を継続していくことは大変難しく、また患者・家族の認知機能と身体的機能に低下が見られる状況の中で、介護者の負担は増大している状況である。家族に介護の協力が得られない場合にサービスで全面的に援助を行う必要のある困難なケースも見られる。今後このようなケースが増えていく可能性がある。

3. 保健医療職者の連携

外来通院患者に関しては医師の指導のみでフォローされ、看護としてのケアの継続が少ない状況にある。その中で訪問看護師と医師との連携は良好であり、訪問看護師と退院調整室との連携が可能になってきている。地域連携パスを活用している施設もあったが、施設を越えて看護職が連携するには課題が多い状況であることが明らかとなった。共同研究に参加して、他施設の看護職者と交流が図れてよかったという意見もある。今回はどのような連携が可能か具体的な方法の検討まで行うことができなかったため、今後も共同研究の中で施設を越えた看護職の連携の充実を図っていきたいと考える。

表1. 援助内容

	分類	内容(記述内容の例)
1)食事に関する援助(34件)	(1)食事指導(18件)	食事療法の指導 パンフレットによる食事指導 摂取単位指導(惣菜やパンなどカロリー目安) 食事指導(栄養指導を病院で一緒にうける)
	(2)食事内容・状況の把握(8件)	食事状況の把握 食事摂取量の聞き取り 食事内容のチェック、カロリー計算、レシピの工夫等の栄養指導 食生活のチェックとアドバイス
	(3)食事に関するアドバイス(8件)	高齢者が多い為、規制制限させることはしない指導 食事をきちんと食べてもらう。 メニュー作成、具体的なカロリー計算、毎日の食事量の記録を促す。 配食サービス紹介 食事運動等のアドバイス
2)インスリン注射に関する援助(15件)	(1)インスリン注射の指導(7件)	インシュリン注射指導 インスリン注射の指導(用量を守る必要性)
	(2)注射の実施・介助(4件)	インスリン注射の介助 インスリン注射の見守り インスリンのカートリッジの交換、針の管理
	(3)注射手技の確認(4件)	インシュリン注射手技(本人・家族)の確認 インスリン管理方法(勝手にインスリン単位を変更しないなど)
3)内服薬に関する援助(18件)	(1)服薬の確認(8件)	内服薬の服用のチェック 内服確認
	(2)内服管理(5件)	内服管理
	(3)服薬指導(3件)	服薬指導
	(4)服薬の援助(2件)	内服援助 内服セット(次回訪問までの)を行い、服薬確認。
4)血糖測定に関する援助(18件)	(1)血糖の測定(12件)	血糖測定および測定値のチェック 血糖測定 主治医の指示による採血 定期的血糖値の測定
	(2)測定方法の確認(4件)	病院で取得した技術が理解でき、実践できているか確認(自己注・自己血糖測定) 部位、低血糖、血糖コントロールができていますか。
	(3)血糖測定の指導(1件)	血糖自己測定の指導
	(4)血糖測定の介助(1件)	血糖測定の介助
5)フットケア(14件)	(1)トラブルの予防(10件)	傷をつくらないように清潔に気をつける スキンケア指導 下肢マッサージ 神経障害・・・足浴(抗菌炭酸足浴剤使用) 皮膚の清潔保持
	(2)早期発見(4件)	皮膚の観察、皮膚のトラブルの早期発見 皮膚状態の観察
6)症状観察と医師への報告(12件)	(1)症状観察(7件)	症状観察 データの把握 健康チェック
	(2)医師への報告(5件)	主治医への報告 主治医、医療相談室とのカンファレンス 医師との連絡
7)低血糖に対する対応(9件)		低血糖時の対応方法の指導 低血糖症状についての指導 低血糖時の指導
8)運動に関する援助(8件)		朝・夕の散歩をすすめるために、無償にて同行散歩。 適度の運動の実施とアドバイス 一日一万歩を勧めている。
9)糖尿病や合併症についての指導(5件)		合併症について指導 テレビやビデオを家族ともに視聴してもらっている。放映の情報、難病の集いの情報を知らせ家族の協力をしてもらっている。 糖尿病に対する認識度の確認
10)リハビリ(3件)		リハビリ リハビリ
11)受診に関する援助(2件)		血糖コントロールがうまくいかない場合、受診をすすめるなど。 定期受診の声かけ
12)独居者への援助(2件)		独居者への訪問(朝7時、夕7時に訪問) 利用者が独居の場合は、生活状況の報告も行う。
13)介護家族への援助(2件)		マンパワーが少ない家庭に対し、随時もしくは定期的に訪問し、糖尿病全ての管理を行っている。 家族指導
14)異常時の対応(2件)		異常時の対応(低高血糖、シックデイの対応) 緊急時対応
15)その他(6件)		針の処分 バルン留置の管理

表2. 困っていること

分類	内容(一部)
1)食生活に関する事柄 (11件)	(1)家族が食べさせ過ぎてしまう。 寝たきり患者であるが、血糖値が高い。家族が「かわいそう」と言い、食べさせすぎてしまう。食事摂取量が制限できない。 例)30歳女性(27歳～):家族が作業所の送迎をしており、途中の買い食いがある。過食予防のためのプランを説明するが、ハンバーガーショップへ直行し、バーガー、ポテト、シェイクを飲食する。父親が帰路コンビニに立ち寄る(娘かわいさからか…)などの状況がある。そのため血糖値500台↑となりコントロール困難である。#1精神遅滞者にて教育効果が望まれない。#2家族は知識として理解するが、予後についてイメージができない。#3一緒に運動することが不定期となる。
	(2)本人が食べ過ぎてしまう。 食事療法が守れない。:病識がなく、家人の目の届かない時間帯に食事を追加する。 合併症の事例を随時説明しているが、深夜の過食もとめられない。先日脳梗塞の症状出現に至った。
	(3)家族の食生活が偏っている。 配偶者(夫)の偏食が強く、食事内容が偏る:肉中心。 食事の内容が自宅ではかなり適当になる:インスタント食品が多い。
2)薬の使用に関する事柄 (7件)	(1)薬(インスリン注射・内服薬)の量を自分の判断で変更してしまう。 低血糖がこわくて、昼間独居となり、インスリン量を勝手に減らす。 糖尿病に対する認識(血糖コントロール)がいまひとつ、自己判断でデイサービスに行く日に、排便があつては困るとの判断で、当日(1回/週)は、インスリンを打たず、食事もとらずに出かける。(妻が内緒に報告) こだわりのある利用者で内服も自分の思いで内服する。医療者からの意見を聞こうとしない。
	(2)高齢のために本人がインスリン注射ができない。 以前にインスリンを自己注射していた方が、高齢のため注射が行えなくなってきたケースがあります。家族も仕事があり、定時での注射が行えず、主治医と相談の結果内服に変更したこともあります。が、内服で上手くコントロールでき、本人はもっと早く内服にしてもらえばよかったと言っていました。ケースによってベストな方法を検討するべきだったと後に思いました。 インスリン注射をする人が不在となる場合、誰に行ってもらうか。
3)本人・家族の高齢に伴う記録力低下や身体機能の低下に関する事柄 (14件)	(1)高齢のために本人・家族が忘れっぽくなったり、判断ができない。 主介護者が高齢になり、主介護者も要介護状態の為、忘れっぽくなった。 認知症のため…インスリン注のことを忘れてしまっている。介助者が言ってもすぐ忘れてしまう。今までの手技も忘れてる。食べすぎ、飲みすぎしてしまう。 独居で認知症もあり、キーパーソンが不在である為、サービスが入らない時のインシュリン注射等の確認ができない。…高齢になるに従い心配が増大。
	(2)身体機能の低下や合併症のため介護者の負担が大きい。 利用者が全盲の為、介護者様がすべて介助されており、負担が大きい。 介護者に介護力が全くなく、サービスで全面的に援助しなくては行けない状況、糖尿病食を勝手に中止し、全く食事管理が出来ない。 過去の症例で、高齢者夫婦世帯で子供もいない為、妻のみ介護者で、創部が治りにくい。糖尿病による自律神経障害にて血圧降下することがあり、妻のみで対応しきれなかった。 本人、介護者とも高齢化が進み、だんだんと今まで出来ていたことができなくなり、体調を崩すことが多い。子供は遠方にいる。兄弟も共に高齢化し、介護力が低下してきている中で、本人のQOLも考え、どの程度のところで良しとするべきか迷う。
	(3)運動が継続できない。 一日中何もせずベッドで休んでいる。排便コントロールができない。 運動…動きたがらない。原因としてマヒや寝たきりもある。 訪問回数も少なく、運動等自主的な継続へつながらない。
4)保健医療職者の対応に不十分さがある(4件)	(1)保健医療職者の対応が不十分 インスリンの量が変わっていても主治医から連絡のない時がある。 ケアマネージャーとかの問題もあるかなと感じています。本人も家族が余り協力的でない。 同一人が2ヶ所のデイサービスの食事やおやつ量の違い(医師の指示のカロリーだが)
	(2)糖尿病管理を実施できる施設が少ない。 利用頻度が多いが介護度が低く、医療を併用している場合がある。糖尿病で在宅へ戻る時、マンパワーが低い。糖尿病にて在宅へ戻られる利用者が増加してきています。糖尿病管理が実施できる施設が少ない。
5)療養生活の実態が捉えられない(3件)	本人、介護者の「わかっています」「大丈夫です」の返答の中で服薬、食事療法の実態がみえてこない。 介護力のない介護者による管理のため確実に行われているかどうか不安である。何回もたずねると妻(介護者)のプライドを傷つけてしまう。妻が怒ってしまう。 体重増加など行いたい、座位保持出来ず測定出来ない。
6)療養生活の必要性が理解されない(3件)	勝手な解釈を持ち、なかなか修正できない。 フットケアへの理解の不足(利用者、家族だけでなく、施設側も)
7)その他(2件)	利用者が高齢であるため、現在の方々は、経口薬でコントロール、低血糖に注意し医師との関係で対処しています。血糖値高いなりに落ち着いている。 90歳代男、妻70歳代。血糖500代で8月緊急入院。9月の退院後しばらくは妻がインスリンをし血糖150～200台。午前中寝て午後朝食、夜10時～12時夕食という生活。血糖400～500代、インスリン朝12、夕8になった。体は動くがデイには行きたがらない。食事量は少なく食べたくないという。食事内容は高齢であるため魚が主、野菜嫌い。

表3. 病院や診療所との連携(ケアの継続やつながり)

分類	内容
<p>1)病院・診療所の医療職との連携(48件)</p> <p>(1)医師とのつながり ①毎月の報告書等で情報提供(11件)</p> <p>②異常があればその都度報告し、指示により対応(9件)</p> <p>③治療方針・インスリン量など必要時に相談(8件)</p> <p>(2)看護職とのつながり(1件)</p> <p>(3)連携室とのつながり(2件)</p> <p>(4)ケースワーカーとのつながり(1件)</p> <p>(5)複数の医療職者とのつながり ①受診に同行する。(4件)</p> <p>②受診時に患者・家族に連絡文書を持参してもらう。(4件)</p> <p>③臨床検査データの確認(3件)</p> <p>④カンファレンス(3件)</p> <p>⑤複数の職種に情報提供(2件)</p>	<p>毎月の報告書で報告 1か月ごとの報告書提出(血糖値や低血糖症状など病状報告)(2件) 報告書(毎月定例)にて、Fax(2件) 状態悪化時に医師に報告することはあるが、問題がない場合は毎月の報告、計画書のみ報告書で報告。 毎月の報告書、指示書等、具体的な連絡はTelです。 内服薬、点眼薬の使用状況、残りの確認と報告。血糖値(糖尿病手帳)報告。必要あれば主治医へ報告する。 主治医のところまで出向く。FAXで状態報告。電話連絡。 1/2週の病院受診、内服の確認、血糖値の確認。在宅での生活状況を担当医に報告。食事、全身の状態、低血糖、高血糖、インスリン注射に対する注意の確認。 糖尿病に限ったことではありませんが、主治医の指示のもと、異常があれば報告していますし、それについてのアドバイスなり指示などは主治医と直接会い、指導受けています。 異常があればその都度、報告・指示をあおぐ。 インスリンの残量や確認、内服状況を報告している。問題点があればすぐ報告。 異常があればその都度、報告・指示をあおぐ。 緊急時は直接主治医訪問・TEL。(2件) 異常の発生時においては医師との連携をとって対応している。 状態変化時は主治医に連絡をする。 緊急時の対応の確認 認知症が進むとインスリン注そのものが無理となるため、主治医と相談する必要がある。 主治医が自分の母体のクリニックの院長であれば主治医に相談 主治医に話し、主治医からも再度食事について守るよう説明してもらう。 主治医に相談・指示を受ける。(2件) 食欲低下でインスリンの量を相談することもある。 必要に応じ、主治医等と面談をしている。 往診時に、医師にお会いし、相談などし、今後の治療方針の確認などしていきます。</p> <p>外来担当のNsよりHbA1Cが10→9低下しましたとのTELを受けるなどつながりを持っている。</p> <p>専用の依頼書にて、病院の連携室にまず送付し、主治医に確実に内容が伝わる様になっています。 大病院の連携室へ毎月報告を提出(大学病院)</p> <p>検査結果、指導内容、緊急時対応などを窓口となってくれる人(ケースワーカー等)を通して、主治医から聞き、報告もしている。</p> <p>在宅での様子を伝え、必要に応じて、受診時に同行する。 TELやFAXが主ですが、必要ときには受診の際同行しています。 定期受診時に血糖表を提出する。 外来受診時に同行 受診時には、連絡用紙にて、状態を報告し、コメントをもらう。 外来診察時1回/月、主治医に血糖のグラフを提示している。 また、受診の際に文章を持参してもらうこともあります。 受診時に連携の為にノート(用紙)を持参してもらい、訪着側からの相談等に医師や看護師から返事をもらったり、治療方針の確認を行っている。 病院や診療所から検査データなどの情報を得て、それを利用者への援助につなげる。 HbA1cなど、検査データの共有 自己管理ノート…毎日受診時に採血される検査データのチェック カンファレンス、電話連絡 併設診療所Drとのカンファレンス 主治医に定期的に面談を作ってもらう。病院とのミーティング。 TEL(主治医、担当Ns)、計画書(主治医、担当Ns)、報告書(主治医、担当Ns)等。 医師、主治医、看護師と・訪問看護指示書、計画書、報告書やトピックスとしてFAXなどの書面連携。ケアマネ、訪介。上記のやりとり</p>
<p>2)地域の福祉職との連携(4件)</p> <p>(1)ケアマネとのつながり(1件)</p> <p>(2)介護職とのつながり(3件)</p>	<p>主治医から指示変更があった場合は、ケアマネに報告し、ケアマネから他機関(デイ・ショート)へ連携をとって頂いている。</p> <p>日常の様子をヘルパーさんから聴取し、全体像と把握。必要あれば主治医へ報告する。 週一回の主治医の往診があり、介護者から状態を伝えて頂くか、記録手帳を見て頂く。 主治医の往診 1~2週に1回。訪着 1~3回/週。医師、看護師、ヘルパー、家族との連携を良くし、服薬のチェック、食生活(甘い物、量の管理など)、運動等、利用者にケアし対処している。</p>
<p>3)継続ケアの必要性(2件)</p>	<p>基本的な食事面、生活面での生活指導やインスリンが必要な場合の手技指導。その他薬物治療の場合も含め、患者、家族の糖尿病に対する病識の有無など、しっかりと引継ぎを行い、在宅でどの様に働きかけて行くべきかまでの申し送りが必要であると思う。 病院での指導内容確認と継続指導</p>
<p>4)連携ができなかった(1件)</p>	<p>先日夜間 脳梗塞の疑い(看護診断)にて検査を要するのではと救急車にて受診させるが、「タクシーで受診せよ!検査は不必要と2日間連日の応答あり。糖尿病から総合的診察をされなかったことに対して、連携しようとするが、受けしてもらえなかった。街の開業医から他の医療機関(県病院)にて検査となり、後手、後手となった。</p>
<p>5)その他(4件)</p>	<p>特にありません。/Faxでのやりとりが主。/診察時の様子を家族や本人から情報得る。 現段階は、主治医の指示によると云うシステムなので、むずかしいと思います。</p>

在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討

奥村美奈子 田村正枝 普照早苗 (大学)
中川千草 古澤好美 (羽島市民病院)

I. はじめに

医療の進歩とともにがん患者の長期生存が可能となってきた。一方、患者の多くは再発・転移の不安をはじめ、多くの悩みや生活上の困難を抱えており、看護職者の積極的な支援が必要とされている。しかし、在宅で療養生活をおくるがん患者に対する看護職者の関わりは、外来通院中のわずかな時間であることが多く、十分な支援がなされていないのが現状である。

本研究の目的は、在宅で療養生活をおくるがん患者の現状を明らかにし、それに基づいて療養生活支援のあり方を検討することで、共同研究者施設における外来および化学療法目的の短期入院時の看護改善を目指すことである。

II. 平成 19 年度の目的

外来および化学療法で短期入院するがん患者の在宅療養の現状を明らかにする。

III. 研究方法

1. 面接調査: 在宅で療養生活をおくるがん患者に対して、療養生活の現状に関する面接調査を実施する。

- 1) 対象者: がんと診断され、病名を告知されている通院中あるいは化学療法の短期入院患者。
- 2) 調査方法: 外来あるいは入院時に面接を実施する。主な質問内容は、療養生活の様子やがんと診断され現在に至るまでの思いや考え、看護職者への要望などである。
- 3) 面接期間: 2007 年 6 月～11 月
- 4) 面接および面接時の録音についての同意: 患者の入院中に書面を用いて研究の趣旨を説明する。録音の許可が得られなかった場合は、面接内容をメモすることの許可を得る。

2. 倫理的配慮: 対象者には調査目的・趣旨について書面を用いて説明し、協力を依頼した。調査協力に際して、協力への承諾の可否や中止・中断

により治療や看護の提供に不利益が生じることはないこと、面接時にはプライバシーを保持するよう配慮すること、調査結果は本研究の目的以外に使用することはないこと及び公表時には匿名性に配慮することを保証した。また、データは大学研究室内で保管・処理することとした。本研究は本学術倫理委員会の承認を得ている。

3. 現地側共同研究者との協働の実際

研究開始に際して、大学側・現地側共同研究者間で本年度の目標と方法を確認した。面接調査に際し、現地側共同研究者が患者の選定および研究への協力依頼と意思確認、面接日時の設定・場所の確保を担当し、大学側共同研究者が面接を担当した。

IV. 結果

1. 面接対象者: 概要については表 1 に示した。

2. 面接概要: A 氏は 6 月、7 月、8 月の計 3 回、化学療法の短期入院期間中に面接を実施した。B 氏は化学療法短期入院中、C 氏は腹膜播種による病状進行による入院中、D 氏は外来化学療法中、各 1 回面接を実施した。また、E 氏は病状軽快に伴い在宅療養に向け調整している期間に 1 回面接を実施した。なお、C 氏は本研究中に他界された。

3. 在宅で療養生活を送るがん患者の現状

1) A 氏: 現在夫と二人暮らしであり、夫は自営業で、自宅と作業所が同じ敷地内にある。従業員を数名雇っており、A 氏も夫の手伝いをしている。通院に要する時間は自転車で 15～20 分程度である。A 氏は 2007 年 3 月中旬に大腸がん切除術を、さらに 4 月初旬に初回の化学療法を受け 4 月末に退院となった。退院後は 2 週間に 1 回短期入院し化学療法を受けている。

3 回の面接結果を分析した結果、主にく化学療

表 1 面接対象者概要一覧

事例	A	B	C	D	E
性別・年齢	女性・60 代	男性・70 代	女性・60 代	男性・60 代	女性・40 代
診断名	大腸がん	大腸がん	胃がん	胃がん	乳がん
面接回数・場所と面接時の状況	3 回(初回外来、2-3 回:病棟):手術後、化学療法で短期入院。	1 回(病棟):手術後、化学療法で短期入院。	1 回(病棟):外来化学療法を受けていたが、腹膜播種による病状進行で入院。	1 回(外来):手術後に化学療法と他施設での放射線療法中。	1 回(病棟):胸水貯留等で入院、治療後在宅療養に向け調整中。独居下肢に障害がある。

法の副作用に関連した事柄><家族や知人との関係><がんになったことや病状についての捉え方、生きる姿勢>の3項目について語られていた。また<化学療法の副作用に関連した事柄>は「脱毛に関する事柄」と「吐気、食欲低下、味覚異常、倦怠感」に関する内容が語られていた。3回の面接内容については表2に示す。

2) B氏: 妻とともに息子の家族と同居している。以前は自宅で縫製業を営んでいたが、現在は廃業している。2007年6月に大腸がん切除術を受け、術後一旦退院したが、化学療法目的のリザーバー埋め込みのため入院、以後短期入院し化学療法を受けている。

1回目の化学療法中吐気と倦怠感が強く、数日間退院を延期し対症療法として点滴を受けた。そのため、当初2週間に1回の化学療法の予定であったが、今回2回目は3週間開けて治療を行うこととなった。初回の化学療法後体重が1.5kg程度減少し、体力の減退を感じている。病名とともに進行がんであると説明を受けており、化学療法が必要であることは納得している。

1回目の化学療法中は食欲が全く無い状況であったが、退院後は食欲も回復しており「不思議なことに家では食べられる」と明るく話している。化学療法を受けている他の患者から、化学療法後気分不快があっても点滴を受けず退院しているという情報を得たため、B氏も2回目の化学療法後は食欲が低下しても点滴などを受けず退院すると決めている。

友人との交流も活発で、すでに趣味の釣りにも頻回に出かけている。また、息子が建築業をしているため、時々その現場に出向き簡単な作業を手伝っている。

3) C氏: 子ども二人は夫々独立し、現在は夫と二人で暮らしている。通院時は夫が自家用車を運転し、付き添っている。1987年に胃がんのため胃を2分の1切除し2004年まで年1回定期受診をしていたが、経過も良好であったため、2003年からは定期受診を近医に変えた。2005年旅行中に嘔吐し、かかりつけ医に受診した。その際1ヵ月間服薬で様子を見るよう言われたが、本人の判断で総合病院受診し、胃がんと診断され、2005年12月胃全摘出術を受けた。

術後はお粥を食べよう説明されたがあまり食欲がわかず、普通の硬さに変えるなどして何とか食べるという状況であった。術後は外来で定期的に化学療法を受け、病気については、「悔いても仕方が無いので、自分では治るんだ」と思い前

向きに考えている。

これまでで最も辛かった事として、2007年3月に腹痛があったが、C氏自身予定があったため1週間自宅で我慢していたことをあげている。また、これ以外にも3ヶ月毎の尿管ステント交換時の痛みや、下肢にリンパ浮腫を認める状態で退院した際、下肢の浮腫を想定して在宅生活の準備をしていなかったため、足を曲げて座ることもできず、夫が急遽テーブルや椅子を買って生活できるよう整えたという体験をしている。

自宅では5時頃起床し、食事を作ることと洗濯と買い物が主な日課である。体調が悪いときは横になるようにしている。特に最近は、外出時に頭がボーッとし、その後割れるような痛みや眩暈を感じることもあるため、一人では外出しないようにしている。この症状について医師からは貧血であると説明されている。

夫に対して、昔は何一つやらなかったが、今はいろいろと手伝ってくれており、C氏としてはせめて夫のために食事を作ることと洗濯はしてあげたいと思っている。

病気になったことについては、「子どもが小さい時だと困るが、二人の子どもも既に独立し家庭をもっているのだから、この時期でまだ良かった」と語っている。また、近所の人との付き合いに関しては、痩せてしまっているのを見られるのが嫌なので、あまり近所の人とは会いたくないこと、そのため買い物も人の少ない時間帯に行くようにしている。

4) D氏: 現在は妻と子どもたちと6人で暮らしている。以前は鉄工所を営んでいたが、2年前体調を崩したため一線を退き、息子が経営を引き継いでいる。通院は妻が自家用車を運転し付き添っている。2年前に進行性の胃がんを告知され、胃全摘出術を受けた。以後、外来で化学療法を受けるとともに、2007年7月から頸部リンパ節転移のため他病院に通院し放射線照射も受けている。

医療者に対して自分が納得いかない事ははっきりと伝えるという姿勢を大切にしており、看護師とも忌憚無く話し合える関係を築いている。胃全摘後の食事についても「長いものを食べては駄目だと言われた、特に私みたいに歯の無い者は、それならば、よく噛んで食べれば良い。それぞれ人によって食べられるものが違うと思う。みんなそれぞれ違うのだから、他の患者にも聞いてみて良いところを取り入れて、いろいろと試してみる」と話している。また、こうしたF氏の工夫に対して看護師が支持してくれている様子も伺え、

会話の中で「担当看護師が応援してくれている」「力になってくれる」という言葉が聞かれた。

5) E氏：ポリオの後遺症により下肢に変形をきたしているため、移動には車椅子が必要な状況である。また2006年末に父親ががんで他界した後は、遠方に住む妹の援助を受けながら独居で生活をしてきた。また、弟が近接する町に居住している。

本年7月乳がんの浸潤による胸水貯留のため呼吸困難を呈し緊急入院をしたが、胸腔ドレナージ・化学療法等により胸水も軽減し、症状の軽快が認められた。面接時点では、本人からの強い要望で在宅療養に向け、姉妹の協力を得ながら調整中であった。

V. 考察

1. 患者の思いを聴くことの重要性

A氏の3回の面接を通じて、患者は当初不安の中に身を置き、自身の生活を縮小して捉えがちであったが、3回目の面接では知人と旅行に出かけ、「山を乗り越えたように思う」と述べるなど、自らの状態を客観的に捉え落ち着きを取り戻すとともに、徐々にやりたいことを実行に移すといった変化が見られた。

がん患者の多くは「がん」と診断された時から先の見えない不安とともに今後の自分自身に不確かな感じを抱えて生活を送ることが多い。看護職はまずこうした患者の思いを十分に聞くとともに、患者が自分のことを落ち着いて考えられ、今後の生活に自信や希望が持てるよう援助することが重要であると考えられる。しかし、看護の現場、特に外来においては、日々多くの患者に対応しなくてはならず、看護職が話を聴く必要性を感じつつも患者に十分に時間を確保することが困難な現状があると推測する。平成19年4月から施行された「がん対策基本法」によってがん診療連携拠点病院と指定された施設では、がん患者を対象とした相談部門を設置することが規定されているが、それ以外の施設においてはこうした部門の整備が十分なされていないのが現状であろう。そのため、今後各施設において、不安や悩みを抱えつつ療養生活を送るがん患者が思いを十分に語るような体制を早急に整える必要があると考えられる。

一方、こうした体制整備とともに、看護職自身が常に患者に関心を持ち続けることが何よりも大切である。こうした看護職の姿勢が、外来を受診した患者のちょっとした変化をも捉え、援助に結びついていくとともに、この繰り返しが患者の

信頼を獲得し、看護職に「話してみよう」「相談してみよう」という気持ちを引き出すことになると考える。また、関心を持ち続けることで、病状の説明や状態が大きく変化した時等、重要な援助場面を的確に判断し、適切な支援につなげることができるように考える。

2. 化学療法中の患者への支援

A氏やB氏の結果から、化学療法を受けることが患者にとっていかに辛い体験であるかが分かる。抗がん剤の副作用がもたらす身体的なダメージは、身体のみならず患者の生きる力を減退させることにもなりかねない。患者は血液データの結果に一喜一憂しながら、心身の辛さに耐えていることが多い。このような患者に対して、看護職者は治療の副作用や病状進行に伴う身体状況を十分に把握し、患者の生活に即した対処方法を伝えることが重要である。そのためにも、看護職者は基本的副作用や対処方法についての知識だけでなく、多くの患者の体験を聴き、患者から得られた治療のプロセスやそれぞれの工夫を自らの中に蓄積することが必要である。治療の副作用の発現やその程度は患者個々によって異なるが、多くの患者から得た情報を基に、患者の辿るプロセスの概要を伝えることはできる。そのことは、患者自身が今後を見通すための指針となり、今を乗り越えて行く力を引き出すことにつながると考える。

また、副作用症状への対処方法について、患者が生活していく中で見出した工夫は、より具体的に生活に密着したものである。今回の面接においてA氏から「食欲が低下している時アイスクリームがなら食べられそうだが、どのような種類を選んだら良いか」といった具体的な疑問を投げかけられた。患者にとって知りたい情報は一般的なことではなく、日々の生活におけるより具体的な事柄である。そうした疑問に対応するためにも、看護職者は他の患者が自らの体験を通じて見出した事柄や工夫を蓄積し、それぞれの患者にアレンジして提供することが必要だと考える。

3. 患者が行っている生活上の工夫を捉え支持する

今回の面接においてD氏から、自らが行っている生活上の工夫について看護職から支持されていることが患者にとって良好な感情として残り、乗り越えて行こうとする力になることが伺えた。考察の2においても述べたが、患者は自らの状態をモニタリングし、看護師等の専門職者からの助言を参考にしつつ、自分の症状や生活の仕方につ

いて独自の方法を見出している。それは、患者の日々の努力の証であるとも言える。看護職者は、まず患者のこうした努力を聴き、その姿勢を支持することが大切である。そして、適切な対応であるかを確認し必要時修正することで、患者は自信をもって前に進んでいくことができるのではないかと考える。

4. 患者の自宅での療養生活を具体的にイメージし支援する

A氏の結果から、化学療法の激しい副作用出現時に外来受診しても良いのか迷ったという発言があった。また、C氏の場合、下肢に浮腫を認めた状態での自宅での生活を想定した支援がなされず、退院後苦慮したという状況があった。これらの結果から、看護職は退院後の生活において予測される困難を確実に把握し、その生活を具体的にイメージしながら、入院中から自宅での対応方法について十分に支援することが必要であると考える。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 化学療法による短期入院患者の看護の現状

現地側共同研究者より、化学療法による短期入院患者の場合3日間で退院することが多く、看護師は患者の自宅での生活について情報収集したいと思っているが、なかなか実践できていない現状があり、施設においては、この現状への対策として、受け持ち看護師が外来看護師と連携し情報交換していることが報告された。

2. 外来においてのがん患者の話を聴くことについて

相談室を担当している看護職より、患者の相談は多種多様であり、相談内容も病気のことだけでなく生活の細部に渡っており、その悩みの深さを聴き対応に戸惑うこともあること、相談に内容によっては関係職種につなげることもあり、自身の役割として各職種をつなげるパイプ役でもあると自覚しているとの発言があった。

他の参加者から、以前担当であった患者が市役所に申請した際の対応の冷たさを訴えられた体験を通し、十分に時間をかけて聴くことの重要性を痛感したこと、現地側共同研究者からは、診察室での声かけでは「大丈夫」との一言が返ってくるが、点滴室でもう一度声をかけるとたくさんの事を一気に語られるという経験から、患者は診察時には医師から話を聞き緊張している様子であるが、看護師に対しては医師にできない話をしたいと思っており、とにかく患者の話を「聴く」こ

との重要性を実感しているとの発言があった。

3. 自らの体験を通しての患者の気づきを知る

大学側共同研究者から、今回の面接を通して、患者は自分自身の身体状況について徐々に分かっていくこと、それに伴って対処方法も見出していくことが分かった。看護職はこうした患者の気づきを把握しておくことが必要なのではないかと報告があった。

4. がん患者の療養生活を支援する関連職種との連携について

現地側共同研究者より、今回、下肢に障がいがあるなかで、独居で在宅療養を希望されているE氏について、病院としての初めての試みである、看護師・医師・理学療法士・訪問看護師・診療所医師を交えた「合同カンファレンス」を開催した。これは「地域連携退院時共同指導料」という診療報酬に基づいている。この事例の他にも自宅での看取りを体験しており、自宅での患者の生活を見据え、関係職種が一同に集まって合同カンファレンスを開催することは有効であるとの見解が示された。

VII. 今後の課題

本年度は在宅で療養生活をおくるがん患者の現状を把握することを目的としたため、実践の改善に着手するまでには至らなかった。しかし、「共同研究報告と討論の会」の意見交換や会終了後に、現地側共同研究者より日々の看護で不足している点を理解することができたとのコメントを得ている。来年度は面接結果から得られた看護の視点を基に、在宅で療養生活をおくるがん患者がより支援を受けられるよう取り組んでいきたい。

表2 A氏の3回の面接結果

項目	1回目	2回目	3回目
化学療法 の副作用 に関連す る事柄： 脱毛につ いて	脱毛があるので普段は家でも帽子を被っている。女性にとって脱毛が一番悲しい。洗髪をすると沢山髪が抜けるので、以前に比べ洗髪の回数を減らしている。		一番気になるのは髪のこと。医師に髪を染めては駄目と言われ、白くなったので染め粉を振ってきた。治療しないと髪はあまり抜けなかった。初めの頃は知らなかったなので、このまま抜けて坊主頭になるのかと思っていた。それで髪を洗うのが怖くて。また今回治療したら抜けるかもしれないけど、怖がっていたら駄目だね。
化学療法 の副作用 に関連す る事柄： 吐気、食 欲低下、 味覚異 常、倦怠 感につ いて	抗がん剤の点滴中は吐き気がひどい。月曜日に点滴をすると、1週間は食欲が無い。吐き気止めを飲むと少し味覚が分からなくなる。	抗がん剤の点滴をすると味が分からなくなる。特にぼんやりとした味はだめ。7月初めに治療を受けて退院した週末、全く食欲が無く、体もしんどく何もできなかった。娘がビタミン入りゼリーを買ってきてくれた。それ以来これを常備している。こんなに辛いときは外来に来て良いのか？	5・6月は退院後、家で仕事ができなかったが、7月以降はだめ。週末は救急外来で点滴してもらっている。今は、入浴で脱衣するとき、何か支えが要る。
家族や知 人との関 係	自営業なので自宅であまりボーっとできず、手伝いをしている。	従業員の手前、しんどくてもあまり寝ているわけにもいかない。	普通に近所づきあいをしているが、あまり会いたくないときもある。友人にもただ入院しているとだけ話している。自分自身の姉妹にも今までがんで入院したことを黙っていた。「がん」というと重症だと思われるのが嫌だから、知らせなかった。
がんにな ったこと の捉え 方や病状 の捉え 方・生き る姿勢	「がん」だと言われすごくショックで泣いた。家族に励まされ、泣かないで頑張る、負けない、奇跡が起こるようにお参りをしている。絶対に負けない、勝ち抜く。	毎年行っている旅行も今年はキャンセルしようと思う。一泊旅行は無理だと思う。	知人と京都旅行に行ってきた。行って良かった。また紅葉の頃に行きたい。ここまで頑張ってきた、大きな山を乗り越えて来たと思う。医師から検査の結果が良いと言われるとうれしい。ちょっと結果が出てきたかと思う。(治療入院の時は)私ばかり何でと泣けてくる。そのうち開放される時期が来るからと思っている。

退院支援に関する看護

病棟看護師と退院調整看護師との効果的な連携に向けた方策の検討

藤澤まこと 普照早苗 黒江ゆり子(大学) 河村めぐみ(元大学)
 山下弘子 川井恵理子 梅田弥生 野村玉枝 福元弘美 澤田弥生 細江小喜子
 (岐阜県立下呂温泉病院)

I. はじめに

昨年度は、退院支援の実際を把握するために、病棟看護師、退院調整看護師とともに、一事例の入院時から退院時までの退院支援に関わった。その経過から退院支援の重要な要素として、退院後の生活の視点を持った入院時アセスメント、医療職者・患者・家族間でのケア目標の共有、退院後の生活状況の把握があげられ、その要素を含んだ退院支援プログラムを考案した。そして今年度、当該病棟では、勉強グループの一つ「継続看護・リハビリグループ」を設け、その看護師を中核として退院支援プログラムに沿った退院支援を試行した。

II. 目的

1. 当該病棟における退院支援の充実に向けた取り組みを試行する。
2. それをふまえて病棟看護師に意識調査を行い、病棟における退院支援の取り組みの利点との課題を明確にし、その解決に向けて検討する。

III. 方法

1. 退院支援プログラムを取り入れた試行的取り組みの実施

- 1) 病棟看護師、看護大学教員が参加し、退院支援に関する検討会を月1回実施する。

- 2) 病棟看護師が、「退院調整スクリーニングシート」を用いた退院後の生活の視点を持った入院時アセスメントを実施する。

- 3) 病棟看護師が、リハビリカンファレンスを企画・開催する。

2. 実践した退院支援の効果に関する病棟看護師の意識調査の実施、および利点・課題の明確化

- 1) 当該病棟看護師への意識調査を行い、記載内容を分類して整理する。
- 2) 意識調査の結果より、退院支援の取り組みの利点、課題を明確にし、達成に向けて検討する。

3. 倫理的配慮

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。なお本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を得て行った。

IV. 結果

1. 退院支援プログラムの試行的取り組み

1) 月1回の退院支援に関する検討会の実施

退院支援に関する検討会を5回行った。1回目と5回目は「病棟勉強会」というかたちで、10人以上の病棟看護師の参加を得た。そこでは病棟の退院支援の取り組みの進め方や改善点等の検討を行った(表1)。

表1. 退院支援に関する検討会の内容

回数(開催月)	参加者	検討内容
第1回 (5月)	看護師 10 人 (病棟 師長を含む) 看護大学教員 3 人 (筆者を含む)	・事例の退院支援内容の報告(G氏)・退院支援プログラムの内容を説明 ・リハビリカンファレンス開催の必要性の検討 ・入院時スクリーニングによるアセスメントの重要性を確認 ・共同研究の目的・内容を説明
第2回 (6月)	看護師 4 人 看護大学教員 3 人	・事例の退院支援経過の確認(G氏、H氏) ・退院調整看護師との連携についての検討(介護申請が必要な場合は退院調整看護師に連絡する) ・回復期リハビリテーション病棟への転棟について(自宅に戻る人しか受け入れてもらえない) ・リハビリカンファレンス開催に向けて(受け持ち看護師が主になって企画・開催し、継続看護・リハビリグループのメンバーが促す)
第3回 (7月)	看護師 3 人 看護大学教員 3 人	・家庭訪問事例の選定(入院中リハビリカンファレンスを開催し、退院後家庭訪問が可能な事例の選定) ・病棟看護師への意識調査の依頼(師長は、聞かれることで自己の認識が深まるので聞き取りは必要であると話す)
第4回 (9月)	看護師 2 人 看護大学教員 3 人	・退院支援事例の家庭訪問の報告(I氏) ・病棟看護師への意識調査結果の中間報告(分類途中)
第5回 (11月)	看護師 13 人 看護大学教員 3 人	・病棟看護師への意識調査結果の報告 ・取り組みの課題についての検討(スクリーニングシート記載の時期、受け持ち看護師がリハビリカンファレンスに出席できないこと) ・スクリーニングシートと看護計画のつながりを持たせることが必要 ・家族員の状況の把握の方法について(キーパーソンの把握) ・家族が病院に来ない場合の意向の把握方法

2) 退院後の生活の視点を持った入院時アセスメントの実施

2007年5月より75歳以上の入院患者全員に当該病棟用の「退院調整スクリーニングシート」を用いて退院後の生活の視点を持った入院時アセスメントを実施した。スクリーニングシートには患者・家族の意向を聞く欄、アセスメント欄を設け、取り組み開始時より記載内容が充実してきた。2008年1月下旬まで176事例の入院時アセスメントが行われた(表2)。

3) リハビリカンファレンスの企画・開催

リハビリテーションの指示が出た患者全員を対象として、看護師、医師、理学療法士が参加するリハビリカンファレンスの企画・開催に取り組んだ。その開催によって退院に向けた目標や方針について検討され、ケア目標の共有の機会となった。2008年1月下旬までに67回開催された。

2. 病棟看護師の意識調査結果

1) スクリーニングシートを用いた入院時アセスメントを行なってみてどうだったか

スクリーニングシートを用いて入院時アセスメントを行なってみてどうだったかについての記述内容は、介護認定・サービス利用状況を把握できた(9件)、患者・家族から思い・生活状況が聴けた(7件)、目標設定が考えられた(3件)、退院調整の必要性が判断できた(3件)、スクリーニングシートの情報項目の重要性が理解できた

2007. 5. 29修正

退院調整スクリーニングシート (当該病棟)

患者氏名〔 〕 年齢〔 〕 病棟〔 〕 受け持ち№〔 〕
 ID番号〔 〕 キーパーソン〔 〕
 入院年月日〔 H 年 月 日 〕 記入日〔 H 年 月 日 〕

※介護保険の認定をうけている場合は記入してください。
 ケアマネジャー名〔 〕 事業所名〔 〕 要介護度〔 〕

※身体障害者の認定をうけている場合は記入してください。 身体障害者手帳等級〔 〕

◇以下の項目に該当する場合、右の欄に○をつけてください。

身体 介護 保険の 適用	1. 介護保険の申請が必要 (①65歳以上、②40~64歳で特定疾病がある—この条件に該当しているが、介護認定を受けていない)		
	2. 今回の入院で、介護保険の再申請が必要		
	3. 身体に重度の障害があるが、身体障害者の認定を受けていない		
*上記項目のうち、1つ以上○がついたら、さらに以下の項目を記入し退院調整看護師にコピーを提出。			
患者の 社会的 背景	4. 独居高齢者である		
	5. 独居で民生委員や各町村の保健師等が連絡先になっている		
	6. 高齢者の二人暮らしである(家族はいても昼間は老夫婦のみの場合も含む)		
	7. 家族のみの介護では負担が大きい		
	8. 退院後に、在宅で社会資源の利用が予測される		
	9. 退院先が決まっていない		
	10. 施設入所・転院を予定している		
	*上記項目のうち、1つ以上○がついたら、さらに以下の項目を記入し、退院調整看護師にコピーを提出する。		
	退院後の 生活に 対する 意向	本人	
		家族	
本人			
家族			
退院調整に関するアセスメント			
備考欄			

図1. 退院調整スクリーニングシート

(1件)、入院時には本人・家族が退院後の生活を想像しにくかった(2件)の6つに分類された。

表2. スクリーニングシートを用いて入院時アセスメントを行なってみてどうだったか

大分類	小分類	記載例
介護認定・サービス利用状況を把握できた(9件)	退院後のサービス利用の支援に役立つ(3件)	退院時にどのようなサービスが必要となるかを頭において入院中に関わっていくことができ、退院につなげていくことができたと思います。
	サービス利用状況の確認ができた(3件)	元々サービスを活用していた人には今回の入院の状況により本当の今までどおりのサービス内容で可能なか学べた。
	介護認定が前もってわかった(2件)	入院の段階ではリハ次第でどう転ぶかわからないというアセスメントが多いが、介護保険認定済みなのかなどの情報が前もって分って良い。
	介護度の検討の必要性がわかった(1件)	今まで働き始めて5ヶ月しか経っておらず、経験が浅いのですが、介護保険を利用してみえる方でも、目標によっては介護度を検討しなくてはいけないのではないかなど、シートを使うことで確認できた。
患者・家族から思い・生活状況が聴けた(7件)	話を聴くことで退院後を見越したアセスメントができた(5件)	入院時に入院取り扱い者がデータベースなどを取りながら、ご家族と話すので、退院後を見越したアセスメントが深まるきっかけになると思います。
	話を聞く習慣づけができた(2件)	入院時に話を聞くことを習慣づけることができたと思います。そのおかげで早く取り組めるようになっていくといいと思います。
目標設定が考えられた(3件)		入院時から退院後の生活を目標にもち、家人と共に考えていくことのきっかけになった。
退院調整の必要性が判断できた(3件)		早期に患者背景を知ることができ、退院調整へ向けた重要な情報の第一歩としてとても大切なことだと思いました。
スクリーニングシートの情報項目の重要性が理解できた(1件)		スクリーニングシート使用前には収集しなかった情報も得るようになったし、必要性が理解できるようになった。
入院時には本人・家族が退院後の生活を想像しにくかった(2件)		入院時の思いは患者も家族も受傷直後であれば退院後のイメージがつかみにくいうで、とまどった表情で答えられたり、具体的でなかったりした印象です。術後2週間の方がやはり具体的にこうなりたいとか、不安な点が出やすいと感じました。

2) リハビリカンファレンスにおいて医師、理学療法士、作業療法士と情報交換や目的の共有ができてよかったこと

リハビリカンファレンスにおいて医師、理学療法士、作業療法士と情報交換や目的の共有ができてよかったことについての記述内容は、病態・リ

ハビリ状態を伝え、把握できた(10件)、退院時の目標・方向性が明確になった(6件)、同じ目標に向けて取り組めた(5件)、指導内容を検討できた(1件)、情報共有の場を設定できた(1件)、の5つに分類された。(表3)

表3. リハビリカンファレンスにおいて医師、理学療法士、作業療法士と情報交換や目的の共有ができてよかったこと

分類	記載例
病態・リハビリ状態を伝え、把握できた(10件)	医師の考えを開けるため勉強になります。リハビリ状況も把握できるので、今後の看護計画の立案、修正にも良い参考となると思います。
退院時の目標・方向性が明確になった(6件)	またそれぞれの思いを確認し合い、より目標が具体的になるためには看護の方向性もつかめてとてもよい機会となった。
同じ目標に向けて取り組めた(5件)	医師・理学療法士・看護師それぞれの専門的な分野から意見を出して目標を決めることができ、同じ目標に向かって看護できるということがよかった。
指導内容を検討できた(1件)	指導する内容や、誰が指導するかも話し合えた。
情報共有の場を設定できた(1件)	リハカンには全員やっっていくという方向だったので、情報共有する場を設定するかどうか消極的になりがちなので良かったです。

3) リハビリカンファレンスを開催するときに医療職者間の調整で難しかったこと

リハビリカンファレンスを開催するときに医療職者間の調整で難しかったことについての記述内容は、受け持ち看護師である自分が出席できなかった(5件)、医師と理学療法士の都合が合

わなかった(5件)、医師との都合が合わなかった(3件)、受け持ち看護師以外の看護師が出席するときは情報が十分でなかった(2件)、の4つに分類された。(表4)

表4. リハビリカンファレンスを開催するときに医療職者間の調整で難しかったこと

分類	記載例
受け持ち看護師である自分が出席できなかった(5件)	自分の受け持ち患者のリハビリカンファレンスには出席したいと思っても医師、理学療法士の都合を優先すると自分が日勤では出席できないことがある。
医師と理学療法士の都合が合わなかった(5件)	日にちが医師、理学療法士の都合があわず「リハビリオーダー出た翌週、手術の翌週」になかなか行えないことがあった。日にちの調整をするのが大変だった。
医師との都合が合わなかった(3件)	医師の再診、初診、手術等の時間も考慮し調整することが難しかった。
受け持ち看護師以外の看護師が出席するときは情報が十分でなかった(2件)	時間を合わせること(医師－理学療法士)・担当看護師の方が情報を持っているが、勤務が合わず、チーム内の看護師がその場限りででたとき、担当看護師よりも深まらないのではないかと思います。

4) 患者の退院後の生活を把握するための工夫

患者の退院後の生活を把握するための工夫についての記述内容は、本人・家族に話しを聞いた(21件)、家族と積極的に関わり情報収集した(3件)、リハビリ見学をしてもった(2件)、

外泊をすすめた(2件)、家族に退院後の介護・生活方法を提案した(2件)、家族と信頼関係が築けるように努めた(1件)、退院調整看護師・ケアマネジャー・家族から情報収集した(1件)、その他の8つに分類された。(表5)

表5. 患者の退院後の生活を把握するための工夫

大分類	小分類	記載例
本人・家族に話しを聞いた(21件)	入院前の生活様式(6件)	家族の受け入れ状況を知るのが大切だと思います。家での生活を入院時に家族に聞くようにしている。
	家屋の構造(5件)	外泊、入院中に患者、家族より家の構造把握。
	家族状況(3件)	本人、ご家族から情報を得た(家族状況)。
	本人・家族の思い(4件)	どうなった時に退院したいかをインタビューしました。(体調や家屋調整)。
	サービス利用状況(1件)	使っていたサービスと内容。
	要介護度・身障者手帳の等級(1件)	介護度、身障者の級。
	収入(1件)	収入。
家族と積極的にに関わり情報収集した(3件)		家族と積極的にに関わり、現状をふまえながら情報収集した。
リハビリ見学をしてもらった(2件)		高齢の方だったので 家族になるべくリハビリ見学してもらって家でできなさそうなことはないか教えてもらった。
外泊をすすめた(2件)		外泊をしてもらい家での生活をイメージ(体験)することで、必要なことを知ってもらう(改装、できなかった動作をリハビリしてもらう)。
家族に退院後の介護・生活方法を提案した(2件)		現状と家での生活で今までとのズレをどのようにして生活していくか考え、家人に提案する。
家族と信頼関係が築けるように努めた(1件)		家族の方がみえるときは時間をかけて接し、信頼関係が築けるように努めた。
退院調整看護師・ケアマネジャー・家族から情報収集した(1件)		退院調整の方やケアマネジャー、家族より、どんどん情報収集した。
その他(1件)		今の私は退院後の生活が把握しきれていないと思う。

5) 退院支援を行なう上で心がけたいこと

退院支援を行なう上で心がけたいことについての記述内容は、本人・家族と話し合う(11件)、社会資源が活用できるように援助する(4件)、

家族に患者の状態を知ってもらう(1件)、退院調整看護師に相談する(1件)、家族の負担の軽減(1件)、の5つに分類できた。(表6)

表6. 退院支援を行なう上で心がけたいこと

大分類	小分類	記載内容
本人・家族と話し合う(11)	退院後の生活を共に考える(5)	本人、家人がいかに良い方法で生活をおくれるのかを頭におき、共に考えていけるように働きかける。
	入院時早期に退院後の希望を確認する(3)	入院時早期に退院後の希望を本人、家族に確認する。段階を経てその意志、目標と現実のずれがないかを確認し、早目、早目の対応をしていきたい。
	退院後の生活の安全にむけて支援する(2)	家族の方と密に話し合いを行い、退院後の療養生活が安全に過ごせるよう支援したいと思います。
	情報提供をする(1)	患者本人と家人も含めて支援を行った。情報提供するが最終決定は家人、本人にあると説明した。
社会資源が活用できるように援助する(4)		退院に向けての必要な指導やサービスを把握して退院時にその人にあった支援ができるようにしたい。
家族に患者の状態を知ってもらう(1)		家族が患者の状態を知ってもらえるよう調整を図る(リハビリ見学など)。
退院調整看護師に相談する(1)		自分では分らないことは退院調整Nsに相談。
家族の負担の軽減(1)		在宅でみる家族の負担の軽減。

3. 意識調査結果から明確になった退院支援の取り組みの利点・課題

1) 退院後の生活の視点を持った入院時アセスメントの利点・課題

【利点】

①スクリーニングシートの内容を・本人・家族に聴くことによって、退院支援の必要性をアセスメントする機会になる。

②入院時から退院後の生活を視野院後の生活を視野に入れた目標設定が考えられること。

【課題】退院後の生活に対する本人・家族の意向を聴く時期が判断しにくい。

2) リハビリカンファレンスの利点・課題

【利点】

①医師・理学療法士・看護師間で、病態やリハビリ状況を共有することができる。

②退院時の目標・方向性が明確になり、各職種が目標に向けて同じ方向性で取組める。

【課題】受け持ち看護師がリハビリカンファレンスに参加できないこと。

4. 病棟の退院支援の取り組みに対する課題の解決に向けての意見交換

1) 退院後の生活に対する本人・家族の意向を聴く時期について

「退院調整スクリーニングシート」には、入院時と手術後2週間目という2つの意向を聴く欄があるが、入院時は患者も家族も退院後の生活に対するイメージがつかみにくいこともあり、何時聴くことが効果的であるのか検討する必要があると思われた。

この課題に対して意見交換で述べられたのは「本人・家族の意向を聴く時期は、入院時に聴けなかった場合は手術後2週間目に再度確認して、アセスメントすることができる。時期が明記されているほうが、看護師の意識付けになる」という意見であった。この意見交換によって、患者・家族の意向は患者の病状やADLの状況によっても変わることが予測されるため、入院時、手術後2週間という複数回の意向の確認が必要であることが意識付けられた。

2) 受け持ち看護師がリハビリカンファレンスに参加できないことについて

受け持ち看護師がリハビリカンファレンスに参加できない場合があることが課題としてあげられていた。

この課題についての病棟看護師の意見は、「医師は主治医が決まっており、理学療法士も担当が決まっている。代行できるのは看護師しかいない」「受け持ち看護師に合わせているとリハビリカンファレンス開催の時期が遅れてしまう」と述べられた。なるべく受け持ち看護師が出席できるように企画することが考えられるべきである。しかし、受け持ち看護師が出席できなくても情報不足にならないように体制を整えておくことが重要であるとの意見があった。そこで、具体策として、事前に受け持ち看護師は必ずリハビリカンファレンスシートに記載しておくこと、チーム内で対象患者の情報を共有しておくことの2点を徹底することが確認された。

また今は、医師・理学療法士・看護師の医療職者のみのカンファレンスが主になっているが、今後の課題として、目標設定の際に患者・家族も参加できる体制を検討していくことが挙げられた。

V. 考察

退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の取り組みが進められた要因

当該病棟では、退院後生活の視点をもった入院時アセスメントや、リハビリカンファレンスを開催することによって、患者・家族の意向の確認の必要性や、他職種とケア目標を共有して退院に向けた支援の行うことの重要性に気づき、各看護師が責任を持って退院支援を行えるようになった。

そして退院支援の取り組みが充実してきた要因を考えてみると、第1の要因として、病棟の退院支援の核となる継続看護・リハビリグループ看護師の存在があげられる。取り組み開始当初は、スタッフに声をかけ、取り組みの促進に向けて努力してきた成果が出たと考えられる。また第2の要因として、取り組みを行う中で、看護師個々が受け持ち患者の退院支援に責任を持つようになり、退院後の生活に向けた支援に対して意識が向上したことがあげられる。第3の要因としては、共同研究として毎月1回「退院支援における検討会」を開催し、病棟の取り組みを振り返る機会を持ったことが効果的であったと考える。特に第5回目の検討会では、意識調査の結果を共有し、病棟の看護師が同じ方向性で退院支援に取り組んでいることが確認された。そして、その中から出てきた、2つの課題について検討することができ、それが、入院時アセスメントの充実や、リハビリカンファレンスへの準備の充実につながったといえる。

今後も患者・家族の退院後の療養生活の充実に向けて取り組みを継続させ、より充実していくことが必要である。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

Q. スクリーニングシートを各施設においてはどのように活用しているか。また入院時アセスメントについてはどうか。

○B 病院退院調整看護師

自施設では、スクリーニングシートを活用している。65歳以上について必ずチェックするようにし、それ以外にも必要な場合は記入するという2段階でチェックしている。書く欄は多いのだが、看護師がアセスメントを書くことが少ない現状である。

○A 病院当該病棟看護師；共同研究者

私たちの病棟でも、はじめはなかなかアセスメント欄に記入してもらえなかった。看護師が多忙であることと何を記入したらよいのかということが明確ではなかったからということがある。し

かし私たち「継続看護・リハビリグループ」が中心となって「とにかくメモでよいかから個々の看護師のアセスメントを何か書くようにしてください」と何度も呼びかけることで徐々に書いてくれるようになったという状況であった。約半年経った今ではそれが浸透してきて、振り返れば師長や継続看護・リハビリグループが推進役となったのだと思う。新しいことを始めようとする、やはり浸透するまでには時間がかかり大変であると思った。

○B 病院病棟看護師

私たちの病棟では、入院時からアセスメントし、入院日から退院のことについて患者さんと一緒に話をするようにしている。おおよその目安を伝えたり、患者さんと共に相談したりするが、今回は3週間目にもう一度退院に向けての再調整のようなアセスメントを行なうようにしている。しかし、今回の発表にもあったようにスタッフ看護師としては、話し合いのタイミングが難しいように思う。特に、病院全体で見ると、整形のような程度目安の立てられる病棟だとアセスメントもしやすいが、慢性疾患をもつ患者さんのいる内科病棟ではまだ行なわれていない。取り組みはこれからになるだろうと思う。

○A 病院病棟看護師

今回の研究の同施設別病棟で勤務している。私の病棟でもスクリーニングシートを使用しているが、今回の整形外科病棟が使用されていたような本人・家族の意向の欄がなく、看護師らがチームでカンファレンスをもちながら、徐々に本人・家族に意向を聞いていっている状況である。それはおもに受け持ち看護師が中心となってカンファレンスをもちかけるようにしている。時期はやはり患者さんによって難しい。

Q. 医療職者間のケア目標の共有はどのように行っているか。

○C 病院看護師

アセスメントシートはないが、リハビリ面談は毎月定例で決まっている。それには医師やリハビリスタッフが必ず参加することになっているが、看護師は参加者のメンバーには入っておらず、必要に応じて師長から参加するように、と言われていたり、受け持ち看護師個人が必要だと思えば参加して情報を得るようにしている。

退院後自宅に帰る方に関しては、なるべく早めに面談し本人や家族の意向を聞いたりする必要があると思うが、看護師サイドからはあまり積極的に会議の開催などは出来ず、ケアマネと相談し

ながら情報収集したり、本人・家族から話を伺ったりしている。

○D 病院退院調整看護師

早朝カンファレンスという形で、医師・チームの看護師・退院調整看護師・他のコメディカル(必要時)が集まって退院後を視野に入れたカンファレンスを行なっている。県病院は大きな病院ということでベッドの稼働率を上げるためにもこのようなカンファレンスを活用して入院期間を短縮しなくてはいけない状況がある。月1回定例のカンファレンスは必ず開催し、普段は面談などで情報を得たり、相談したりしている。転院のケースもあるが、自宅に戻る場合はほぼ必ず、家族に患者のリハビリの様子を見てもらい、家に帰ったときのことをイメージできるようにしている。これらのことは、退院調整看護師だけではなく、病棟看護師が1人ひとり、意識して関わってほしい部分である。

○E 町地域包括支援センター保健師(ケアマネ)

私たちは、病院から退院してくる住民を引き受ける立場にあるのだが、是非入院時から、患者さんに家に帰るためには病院でどのようにしたらよいか、また家に再び帰ったときにはどのような生活になるか、ということがイメージできるような関わりを持ってほしい。一度A病院から私たちの部署に電話で問い合わせがあり、病棟看護師と直接話し、相談できたのがよかった。いろんな病院があって、退院調整看護師がいる場合もあるが、病棟看護師さんとダイレクトに話ができることでのメリットもあると思い、そのときはスムーズにことが運んだ。もちろん患者さんの理解を得た上での情報交換であるが、患者さんも自分の住む地域の専門職が頼りになるということで安心感があると思う。

○A 病院看護部長

今回のこの病棟での取り組みは、病棟に中核となるグループがいたこと、看護師の意識が徐々に高まってきたことが非常によかったと思う。これを病院全体の取り組みとして、各病棟看護師が今よりももっと退院の支援というものに意識を高くもっていく必要があると思う。今後、退院調整室の師長とも相談しながら、病院全体のシステムとして進めていけるようにしなくてはならない。

医療施設における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討

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 黒江ゆり子(大学) 河村めぐみ(元 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。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が行うことではなく、病棟看護師が退院後の生活をイメージし患者が自宅へ帰るために「何が必要か」を患者・家族と考えることから始まると考える。

そこで、当院では退院調整の教育として、在宅ケアコーディネートクラブ活動を行っている。（以下クラブとする）

昨年度の研究ではクラブ活動の成果や課題を分析することができた。その課題は、制度等の知識の伝達だけでなく、在宅をイメージできるような事例の検討、出席しやすい体制づくり、退院調整リーダーの育成であった。

今年度はその課題を踏まえた活動を計画し実施してきた。その効果を検討し今後のスタッフ教育の適切な方向性を考察する。なお本研究における退院調整とは「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（表1）を計画してクラブ活動を行った。クラブ活動開始前に参加動機を、毎回のクラブ活動後に感想、意見、質問を記述式の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当日回収した。

質問項目は、クラブの参加動機、5回のクラブ活動毎に感想、意見、質問であった。また、クラブ活動終了後、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、クラブ活動の学びが患者の在宅療養への移行には何が必要かを考えることができたか、それはどのような場面で感じることができたか、クラブの参加動機を達成できたか、クラブ活動には参加しやすかったか、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カテゴリー化し分類した。

3. 倫理的配慮：知り得た情報は本研究の目的以外に使用することはなく、公表にあたっては個人が特定されないよう配慮することを口頭と書面で説明し了承を得た。なお本学研究倫理審査部会での承認を得た。

III. 結果

1. クラブ活動の概要

クラブ参加希望者は39名であり、アンケートは全員に配布し回収数は23名、回収率は59%であった。クラブの平均参加人数は、24.1名で全体の54.9%であった（図1）。昨年出席率は40%と比べ向上した。クラブ活動の概要は表1に示す。

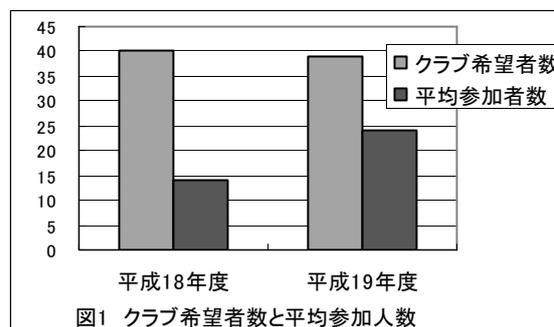


図1 クラブ希望者数と平均参加人数

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。病棟・外来での在宅支援を推進するリーダーの育成の場とする。
目標	・退院調整に関する援助技術がわかる。 ・実践の場で活用する。退院支援技術を普及できる。
開催日	活動内容
7月11日	クラブ紹介、自己紹介（参加目的）、退院調整について（事例検討）：参加19名
9月12日	訪問看護サービスについて：参加31名
10月10日	介護保険の基礎知識 事例検討：参加22名
12月12日	保険・福祉制度について：参加15名
2月3日	1年のまとめ グループワーク形式の事例検討：参加20名

2. クラブ参加の動機

「退院調整に関する知識をもって患者とのかかわりを深めたい。」「介護を要する患者や医療依存度が高く退院していく患者とのかかわっている。」「在宅や訪問看護に興味がある。」などであった(表2)。

3. 終了後の評価

1) 実践の場での役立ち度：87.5%が役に立った、12.5%が役に立たなかったとしていた。役に立った理由としては「患者の在宅での生活を想像しながら退院をすすめていく大切さ、かかわる人々との連携の大切さを確認した」と回答している。役に立たなかった理由としては、勤務の都合で参加する機会が少なかったなどであった(図2)。

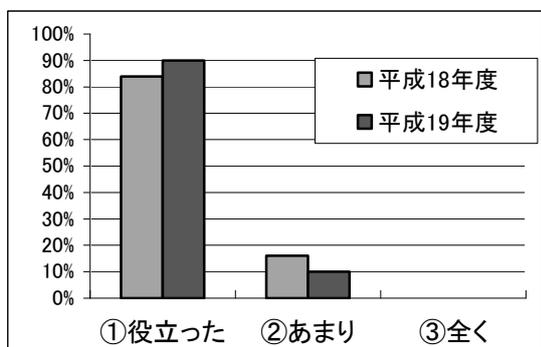


図2 実際の場合での役立ち度

2) 役に立った内容：5回目に開催した「事例検討」が役に立ったと参加者の65%が回答した。役に立った内容として、事例を通して必要なサポートや介入したいことは思いついたが、使えるサポートは限られるので優先順位を考えることが必要だとわかった等の意見があった。3回目に開催した「介護保険の基礎知識について」が参加者の65%、2回目に開催した「訪問看護について」は参加者の45.2%が役に立ったと回答した(図3)。2・3回目の感想については表3-1、3-2に示す。

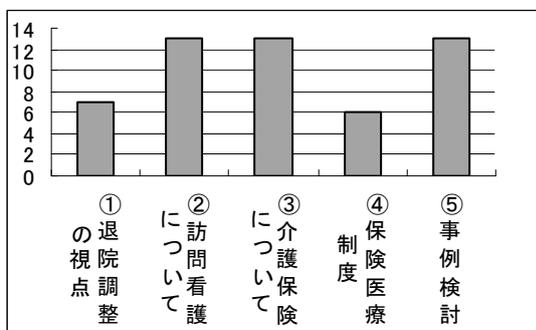


図3 役に立った内容

3) 患者の在宅生活の意識化

95.8%が今まで以上に自宅に帰るために何が必要かを意識できるようになったとしていた(図4)。

4) 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。」「家で生活で困ったことはないかたずねるようになった。」「自宅での患者の生活をイメージして考えるようになった」などであった。

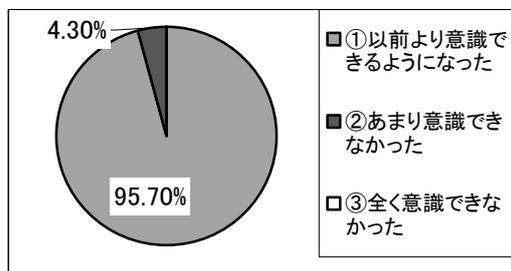


図4 在宅生活の意識化

4) クラブ参加目的の達成度

37.5%がクラブ参加目的を達成できたとしていた。54.2%があまり達成できなかった、8.3%が達成できなかったとしていた(図5)。達成できた理由としては「退院調整室との連携について学ぶことが出来た。」「病棟看護師として退院調整をどうやっていけばいいか学ぶことが出来た。」「在宅への道筋が理解できた」などであり、達成できなかった理由は「あまり参加できなかった。」「学びで終わってしまった。」「まだまだ知識に乏しく病棟内に広めていく自信がない。」であった。

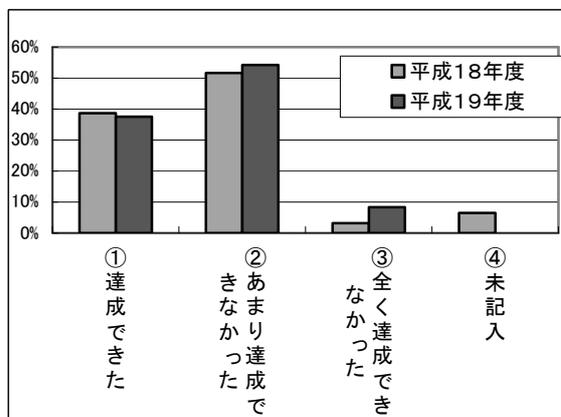


図5 参加目的の達成度

5) クラブ参加のしやすさについて

75%が出席しやすかったと答えている。8%が出席しにくかったと答えている(図6)。出席しやすかった理由としては「クラブ開催予定の連絡があつたので事前に調整しやすかった。」「事前に資料があると考えるので意見を発表しやすかった。」「回数が少ない分何とか出席をと思調整できた。」出席しにくかった理由は「クラブの日を忘れてしまった。」であった。

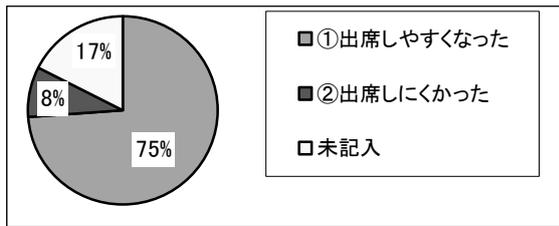


図6 クラブの参加しやすさ

表2: 参加動機

分類	内容(一部)
1. 介護を要する患者や在宅・施設に移る患者さんがいる	核家族化、独居老人の増加、共働き、などの社会背景が加速する中、病院では入院期間の短縮が求められ、地域との連携が重要視されている。 自分が所属する部署でも介護を要する患者が在宅や他施設へ移ることがある。
	在宅コーディネイト研修にも参加しており、当病棟から初めて呼吸器装着で在宅へ帰る患者がみえるため、退院調整看護師と共にフォローしている。
	一昨年も在宅ケアコーディネイトのエキスパートクラブに入っていました。その頃は、まだ学習不足と、病棟にあまり対象となる患者さんも多くはなく、中途半端に過ぎてしまいました。新病院になり、現在の所属病棟では、ほとんどの患者さんが退院後をどうしようかと考えなければならない方ばかりであり、また再学習をしなければと思い、今回エキスパートクラブに入りました。どうぞよろしくお願いします。
	退院調整を介して、転院していただくのは、私たちにとって気が楽ですが、末期癌の患者が多い当病棟では、できれば余生を有意義に家族とともに過ごせたらと考えています。
2. 社会サービスや退院調整に関連する知識をもって、関わりを深めたい。	転院先へ行くまでに退院調整Nsさんがどのような活動をしているのか気になったため、このクラブに参加しました。在宅での看護も学べると嬉しいです。(特に布団で生活している型の離床の進め方などあれば教えてほしいです。)
	社会支援について様々知りたいため参加しました。
	・小児在宅看護について学びたいと思ったことが第一の動機です。 ・小児における外来→在宅→入院→このサイクルの中で地域とどの様に関わってゆくのかわかりたいです。 ・在宅ケアコーディネイトとは、どのような働き役割をもっているのか詳しく知りたい。
	今年度、在宅ケアコーディネイトクラブに参加する動機は、患者様が退院する時に、どのように退院調整が行なわれるか、また、介護保険制度について知りたいと思い希望しました。
	患者側、家族側、医療者側での考え方が異なる点もあり、この選択が一番！と言えることはないと思うが、患者と関わる際、知識としてあった方が様々なサービスの案内ができるのではないかと。神経内科は特にその橋渡しが必要なのではないかと思ったため、参加させていただこうと思いました。
	訪問看護も幅広く、患者個々のケースによって活用できる福祉の内容や制限など一般的な知識を得ることで、患者・家族の意思決定に役立てたいと思い参加させていただきました。
	ケアマネ: 訪問看護に関心があり、このクラブに参加してみようと思いました。今年の試験10月は、間に合わないのですが、来年頑張ります。でも、今日エキスパートに参加してみて、やはりケアマネとして働くには、訪問看護の経験が必要と思いました。
今年から病棟に変わり、党員での退院調整、患者様、家族との退院に向けての関わりについてまだ分からない部分も多くあるので、このクラブに参加する事で、病棟での業務に生かしていきたいと思っています。よろしくお願いします。	
3. 在宅看護や訪問看護に興味がある。	元々、訪問看護や在宅看護に興味がありました。
	ケアマネ: 訪問看護に関心があり、このクラブに参加してみようと思いました。 在宅での看護に興味があるからです。就職する前から訪問看護師に憧れていました。
4. 家族で在宅看護を経験した。選択について今でも考えることがある	今年、義父が亡くなり在宅看護を経験しました。本人は家が好きな人で、1ヶ月でも家で生活できたこと、皆で関わることができたことは良かったのではないと思うが、私はNsという立場でそう思えるだけなのか、本当にとるべき選択が良かったのかと、今でも考えることがあります。

表3-1:2回目感想

分類	内容(一部)
1.もっと知りたい/もっと勉強しようと思う。	介護保険と医療保険についてプリントで分かりますが、もっと比較して知りたいです。実際に訪問看護について聞けてとても良かったです。感情が出てしまう程、密着した看護ができるのかと興味がいっそう出ました。
	今後ケアマネの資格を取りたいと思っています。訪問看護での体験談を初めて聞くことができ、訪問看護の現場をもっと知りたいと思いました。このクラブに参加し、今後の自分の方向性に役立てていきたいと思えます。
2.病院と家庭でのケアの違いについて知った・考えさせられた	大昔になってしまうのですが、看護学生の時に訪問看護の研修に参加しましたが、褥瘡の処置なども在宅では“滅菌”なんていう状況では実用的でなく割り箸で行なっているところも見ました。病院で行なっていることが全てではないと毎日行なえることを念頭に置く必要があると認識しましたが、病院にいると麻痺してきちゃうところが多いと思えます。
	病院でしているケアをそのまま自宅へ帰ってからも行うことは難しいと分かっているけど、実際家ではどのようにしているのか指導方法を考えなければいけないと思いました。1回病院へ来て頂いてみていただくことも必要だと思いました。連携が大切だということを学びました。ありがとうございました。
3.病院からのサマリー内容について考えた	看護サマリーについて普段、形式的に書いてしまうことが多いことに気がきました。相手に伝わるようなサマリー、自分だったらどんな情報が欲しいのかを考え、サマリーを書きたいと思いました。
	病棟から在宅へ帰られる場合、脳外の患者様など、だいたい訪問看護を使用することになるので、サマリーや指導方法について聞くことが出来て良かった。在宅へ患者様を帰すときに、病院側として、どのような情報を提供していいのか、どう指導していいのか、分からなかったのが、今日の話はとても良かったと思います。
4.訪問看護は大変だと分かった/訪問看護の実際を知った	以前看護協会主催の訪問看護を1週間体験したことを思い出しました。やはり、医療依存度が高い患者でも、入院時から在宅での体験を考えた指導は、とても大切だと思うので、今日のような学習会はとても大切だと思います。訪問看護の実際を知ることは良いことだと思います。
	講師さんが一瞬言葉を詰まられたその方には、とてもよい看護をされていたのだらうと思います。よいお話をありがとうございました。
	在宅に興味があるものの、それにつながるような研修がある等、どのようなシステムがあるか知らず、今日、それについて知り、学ぶことができ、本当に良かったです。講義ありがとうございました。今後もよろしくお願ひします。
5.在宅の環境の整え方を学んだ/相互の連携が重要だと思った	訪問看護については、今は若いがん末期の方とかがみえて、できるだけ家でと言われることも多いのですが、どう家の環境を整えていくか、今回学ぶことができました。
	障害のある小児の場合は、家族背景がかなり重要で、家族全体の中に患者の存在場所作りから始まり、その後、自宅につれて帰りたいと親が思ってから指導をはじめめる為、もっと自宅をイメージした指導を考えていきたいと思いました。
6.継続看護をするためには体制を整える必要があると思った	私たち病院で働いている看護師には見えてこない場面があったりと思うので今後在宅へ移行させていく患者を増やすのであれば、退院調整のメンバーを増やして、指導場面などに加わってもらったり、病棟をラウンドしていただけるとよいと思った。
	訪問看護体験での病院側の退院指導について、自分たちの退院指導のあり方をふり返ることができ、よかった。
7.実際のケアを振り返る機会となった	家庭の日常生活に合わせた指導を行うようにとは、いつも思って指導しているつもりですが、実際どうなのかと反省することもありました。
	一方的な指導、その人の生活背景がみえてこない指導にならないように、今後の指導の参考にします。
8.介護保険についてあらためて学ぶことができた	介護保険について勉強するのは学生の頃以来だったため、忘れていたことや、改定されたこともあることに気づいた。
9.質問	在宅ケア技術において、家庭にある物品をどのように使ってケアを実践したのか、また指導するときに参考になると思うので教えて下さい。
	支払いが現金ですか。時間が大幅に予測より延長した場合の料金(?)設定はどうですか。フォローできない地域(遠方、人員不足)などは、どうなりますか。<限界がありますか>
10.その他	とても皆さん関心を持って参加されていました。良い勉強会になりました。講師さんお疲れ様でした。ありがとうございました。
	遅れてすみません。初めから聞きたかったので、次回は是非参加したいと思えます。

表3-2.3回目感想

分類	内容(一部)
1.在宅ケア/介護保険に関わるケアマネジャーの仕事が大変だと思った	今回の講義を受けて、HPから依頼を受けてサービスが始まるまでに(ケアマネジメント)、とても大変な「一連のプロセス」がある事を初めて知ることが出来ました。介護保険についてやケアマネとしての仕事などについて、これからは勉強していきたいと思います。
	今回ケアマネジャーの業務の大変さが良く分かりました。たくさんの書類を作成しなくてはならないのは、まずすごく大変だと思うし、患者が退院した後も患者、家族が家庭で安定した生活ができるようケアプランを立てるためにも、入院中からしっかりと情報提供していかなくてはならないと感じました。
2.介護保険の申請について知ることができた/介護保険の現状を知ることができた	現状では、取り決めプラン設定などのきているなどが厳しくなっていることを知りました。訪問看護と介護の必要性が大きく変わっていることも知りました。
	脳腫瘍の患者様などで、退院をのぞまれている時に麻痺などがあって介護が必要になってくると、家族にも負担が多く、訪問看護や介護が必要だと思うことがあっても、どのように申請すればいいのか、時期等わからなかったのも、今回の講義を聞いてよかった。病棟Nsとして、退院時ケアマネや訪問看護の方とどのように関わっていけばいいのか、どう病棟から地域への橋渡しをしていいのかわからなかったのも、もっと病棟にケアマネ等が来てくださるといいと思った。
3.病院と在宅相互の情報交換が必要である	介護が必要な人の退院は、その人にとってどのような退院方向が大切かを考えてプラン設定をしていくことが必要であると感じた。そのために病院と在宅でのケアをお互いが情報交換をし、その人のより良いADLを目指していくことが必要である。
	今回の勉強会でも、情報交換、共有の大切さを知ることができた。
4.退院に向けた病棟での看護の必要性を感じた	病棟側でも、生活を見ていけば、もっと退院を不安なく家族が出来るのかなと感じた。
	入院中でのADLをくわしく知っているNsが情報として与えることが必要だと感じました。
5.紹介されたサマリーを見たい	ケアマネさんは病院の看護サマリーは良いと言っていました、私はその看護サマリーを見ていないのでよくわからないのですが。退院後、外来で継続の必要な方のサマリーを見ても、外来で引き続きケアしていくことがほとんど記入されておらず、入院中の問題は解決したで終息されていることが多いので。そのサマリーを見てみたい気がします。
	クラブの中でもいわれたように、自宅での患者の情報が入院時に知りたいので、後からでもいいので、やはりサマリーが欲しいと思った。
6.質問	直接ケアマネさんに問い合わせは出来るのでしょうか。やはり退院調整を通して問い合わせた方がよいのでしょうか。
	病棟から訪問ステーションに送る看護サマリーですが、「このことに関して細かく記入してほしい!!」ということがあれば教えて下さい。ADLの面に関して特に必要だと思いますが、他にも情報が欲しいというものがあれば教えて下さい。
7.その他	介護保険について行政改革がどんどん行われている。私達も患者様の退院に関わる時、退院調整の方に全ておまかせでなく、正しい知識をもってかかわれるよう介護保険の現状を知っておく必要があると思った。
	40才~60才の人で特定病気以外の人は介護保険に加入できないのはつらいです。(末期がんではなく肝硬変によるターミナルなど)

IV. 考察

1. 在宅をイメージする力

「退院後の生活を」イメージできる知識として、介護保険制度、訪問看護、在宅医療、在宅ホスピスなどがあげられ、退院調整のポイントとしては患者・家族の情報を在宅の視点で医療管理上の問題、生活介護上の問題でアセスメントが行うことがあげられることが重要である。

このポイントを踏まえて5回の年間クラブ活動計画を立案した。とくに、制度等の知識の伝達だけでなく、講義した制度を活用した事例検討を毎回のクラブ内容に盛り込んだ。身近な事例として実際に病棟で介入した事例を選択した。その結

果 95.7%が自宅へ帰るために何が必要かを意識できるようになったと回答したと考える。

クラブ開催ごとの感想では「在宅の現状を学び、病棟・外来看護師として何が必要か、在宅をイメージした指導が必要である」、「地域との連携の大切について理解できた」という感想や、「制度についてはさらに学びたい」という意欲的な意見も多かった。最終的な感想では、「入院早期から患者の家での生活をイメージして考えるようになった」「患者だけでなく家族にも目を向けられるようになった」「退院に向けて必要な情報収集が出来るようになった」などがきかれ、入院早期から患者の退院後の生活をイメージし何が必要か

を考えることの大切さについて学ぶことが出来、理解が深まったと考えられる。

退院調整はチームで連携していくことが大切である。退院調整が必要な患者を早期にスクリーニングし、日々の看護ケアを通して退院後も必要なケアやサポートの必要性を患者・家族と一緒に考え、退院後のイメージを共有する過程は病棟看護師の役割である。今後も病棟看護師の主体的な関わりが求められるが、今回のクラブ活動で、その必要性についても理解を得ることができたと考える。今後は机上のプログラムだけではなく、退院調整患者宅へ訪問するなど実習を取り入れ実際の場をみることも必要であると考えられる。

2. 出席しやすい体制づくり

出席率は昨年比に比べ14.9ポイント上げることができた。これは、勤務調整の困難さを考え年5回の開催としたことや、開催予定1ヶ月前に職員メールで連絡、事前に資料を配布し周知徹底するなどの工夫の効果と考えられる。更に4回以上の出席者15名(クラブ員の38.5%)に修了書を発行した。クラブ員からは「5回と限られているため皆出席をめざしていた」等の意見もあり、回数を限定することが参加意欲を高めることにつながることがわかった。

3. クラブ活動の課題

クラブ参加目的の達成度について、あまり達成できなかったと答えたクラブ員が56.5%で過半数を占めた結果であった。達成できたとした34.8%のクラブ員は「在宅への道筋が理解でき、病棟看護師としてどうすればいいのか理解できた」という感想に対し、「個人の学びで終わってしまった」や「病棟に広めていく自信がない」など、退院調整の実践や病棟でのリーダーとしての役割について自覚しているがゆえの感想である。1年間の有志のクラブ活動だけでは退院調整の知識や技術は個人レベルの学びで終わってしまい、普及するには限界があると考えられる。

このクラブはスタッフに退院調整の技術を普及することを目的とし、今年度は各病棟の退院調整リーダーの参加も呼びかけ、平均3名の参加があったが、その成果までを把握をすることが出来なかった。

来年度は「学んだ知識を実践の場での活用でき、スタッフへ普及していく」という課題にむけ、院内教育プログラムとして退院調整リーダーをめざした活動方法、評価方法を検討していきたい。

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容 ＜スタッフ教育をどのようにしているか＞

○B クリニック退院調整看護師

・スクリーニングシートについては、病棟看護師にその都度説明しているつもりだが、なかなか理解が難しい現状である。

・患者さんの退院支援に当たる際に、その受け持ち看護師とともに教育しながら退院支援を進めていくという積み重ねの日々である。

・今回の発表にあったような「勉強会」のような集まりは当院にはないので、今回の発表を聞いて自主的なクラブがあるというのはすごいと思った。当院も取り入れたいだろうか？

○C クリニック退院調整看護師

・例えば、時間外に在宅の勉強会を催しても、なかなか看護師の都合が悪くて参加人数が少ない。

・病棟看護師からの情報を待っていたのでは、患者さんにとって不利益となるので、退院調整看護師である自分が病棟に出向いて「退院に向けての準備はお済みですか？」と声を掛けている。

○B クリニック元訪問看護師(病棟看護師)

・その患者さんが家ではどのように生活していたのかを把握することが大事。そこで入院中にどのような指導・教育・看護援助が必要となるかということが検討できるのである。何か新たなサービスが必要となった場合、1ヶ月前にはサービス担当者会議のようなものを開催できるとよいと思う(療養病棟会議を利用している)。

・スタッフ教育に関しては、なかなか制度が覚えられないという看護師の声が多いため、基本的なことから分かってもらうために、シート(様式)がある。それに添って教育を行なっていく。

○A 病院看護部長

・今回の話を聞いて思ったが、退院調整に熱心な看護師とそうでない看護師とのひらきがある。医療センターの場合は、個人の希望参加によるクラブ活動であるため、どうしても個人によって意識の差ができてしまう。D病院の場合は、組織として継続看護委員会というものがあつた。少なくともそれを基礎として各病棟に委員がいるので、そこから全体に浸透させていくということが出来るわけである。入院時アセスメントを全看護師ができることは重要である。各病院の機能、特徴にもよるが、少なくとも地域と連携していくということで、今後ますます地域連携パスといったものも活用されてくることになる。「全体的な取り組み」と「専門的なかわり」というものを分けて考えつつ、両方の面から徐々にレベルアップを図っていくことが今後重要となってくると思われる。

福祉施設における看護

特別養護老人ホームにおけるショートステイ利用者のケアの充実に向けて

吉村久美子 片田代三子（恵翔苑）酒井晶子（ケアハウスビアンカ）鈴木敬子（ビアンカ）
 新美真知子（ジョイフル各務原）井亦昭子 種田典代（やすらぎ苑）真銅八千代（飛鳥美谷苑）
 安江豊子（サンシャイン美濃白川）田口将人 澤津節子（ナーシングケア寺田）宮川靖子（かりやど）
 小野幸子 古川直美 坪井桂子 岩崎佳世 古田さゆり 奥田浩子（大学）

I. はじめに

平成 18 年度より、特別養護老人ホーム（以下、特養とする）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・達成に向けた取り組みを開始した。平成 19 年度は、県内特養のショートステイ利用者のケアに関する問題や課題を把握したいと考え、平成 18 年度に実施した予備調査の結果を踏まえて調査項目を精選し、県内全特養調査を実施した。そして、その結果を基に、県内特養のリーダー的役割にある現地側共同研究者とともにショートステイ利用者のケア上の課題を見出すことを目的として取り組んだ。

II. 方法

第 1 回検討会(6 月)では、平成 18 年度に実施した予備調査の結果を基に現地側共同研究者と質問紙修正案を検討し、調査項目を精選した。9 月～10 月に県内全特養調査を実施した。

調査方法は、郵送法による質問紙調査で、調査項目は、①施設の概要と受け入れ体制、②ケアの充実に向けた問題・課題、③対応困難事例、④対応困難成功事例、⑤災害時の緊急体制、⑥今後取り組みたい課題であった。調査対象は、県内全特養 102 施設の看護責任者であった。

第 2 回検討会(11 月)において、共同研究者間で結果の共有をし、分析を行った。分析対象は、回答のあった 53 施設のうち、ショートステイ利用者を受け入れている 50 施設の回答内容である。分析方法は、選択肢による回答は単純集計、記述による回答は質的帰納的な分類を行った。

なお、倫理的配慮として、本学の研究倫理審査部会で承認を受け、研究の同意については、質問紙とともに依頼文書を同封し、質問紙の返送をもって同意とした。

III. 県内全特養調査の結果

1. 施設概要と受け入れ体制

1) 定床数および居室

ショートステイの定床は、16～20 床が 29 施設(58.0%)で最も多かった(表 1)。利用者の居室は、

「専用のフロア・ユニットがある」施設が 12 施設(46.0%)で最も多かった(表 2)。

定床数	施設数	%
空床利用	2	4.0%
3～5床	5	10.0%
6～10床	8	16.0%
11～15床	0	0.0%
16～20床	29	58.0%
21～25床	1	2.0%
26～30床	5	10.0%

居室	施設数	%
ショートステイ利用者専用のフロア・ユニットがある	23	46.0%
長期入所者と同じフロア・ユニットだが、ショートステイ利用者専用の居室がある	17	34.0%
長期入所者のフロア・ユニットと一緒にある(空床利用含む)	17	34.0%
その他(多床室扱いの個室と4人部屋)	1	2.0%

2) 看護職の雇用形態

看護職の雇用形態の組み合わせは 11 パターンがあり、常勤の看護師と准看護師のパターンが 14 施設(28.0%)で最も多かった(表 3)。

看護職の雇用形態	施設数	%
看護師(常勤)	5	10.0%
看護師(常勤)+看護師(パート)	3	6.0%
看護師(常勤)+看護師・准看護師(パート)	2	4.0%
看護師・准看護師(常勤)	14	28.0%
看護師・准看護師(常勤)+看護師(パート)	8	16.0%
看護師・准看護師(常勤)+看護師・准看護師(パート)	7	14.0%
看護師・准看護師(常勤)+准看護師(パート)	5	10.0%
看護師・准看護師(常勤)+嘱託	1	2.0%
看護師・准看護師(常勤)+准看護師(パート)+非正規	1	2.0%
准看護師(常勤)	1	2.0%
准看護師(常勤)+准看護師(パート)	2	4.0%

3) ショートステイ利用状況

1 日の受け入れ数の平均は 10.4 名であったが、およそ半数の施設が定床数と同じ人数を回答しており、質問の意図が十分に伝わっていなかったことが推察される。

平成 18 年度の利用者総数は、最小で 35 名、最大で 10203 名、そのうち新規については、最小で 14 名、最大で 409 名であったが、回答した施設によっては、質問の意図が十分に伝わらず、1 回の利用であっても日数分を掛けて人数を算出している回答があることも推測された。

4) 利用者の受け入れ制限

受け入れの制限は、利用者の状態別に、医療処

置では「中心静脈栄養」「気管切開」が各 37 施設 (84.1%)、「気管内吸引」「連続携行式腹膜透析」が各 36 施設 (81.8%)、感染症では「疥癬」が 34 施設 (77.3%)、「活動性のMRSA」が 32 施設 (72.7%)、その他「入院治療が適切」が 31 施設 (70.5%)、「死の看取り期にある」が 30 施設 (68.2%)等の制限であった(表4)。

制限の理由は、医療処置では、【看護職の人数不足による管理困難】【夜間看護職不在による管理困難】【入所者全体の管理困難】等、感染症では【他の利用者への感染の恐れ】等、その他では【他の利用者への影響の懸念】【看護職の人数不足による管理困難】【夜間看護職不在による管理困難】等であった。

1日の利用者の受け入れ制限をしている施設は、21施設(43.8%)であり、その人数は、70%の施設が定床数までとしていたが、人数を規定している施設は、定床数の3~5割で設定していた。

表4 利用者の受け入れ制限 (n=44)

	制限している利用者の状態		制限実施	
	施設数	%	施設数	%
医療処置が必要な利用者	経鼻経管栄養	29	65.9%	
	胃ろうによる経管栄養	30	68.2%	
	酸素療法	24	54.5%	
	インスリン注射	17	38.6%	
	中心静脈栄養	37	84.1%	
	口腔内吸引	17	38.6%	
	気管内吸引	36	81.8%	
	気管切開	37	84.1%	
	連続携行式腹膜透析 (CAPD)	36	81.8%	
	医療処置 その他	2	4.5%	
感染症	疥癬	34	77.3%	
	活動性のMRSA(要治療)	32	72.7%	
その他	死の看取り期にある(死期がせまっている)	30	68.2%	
	集団生活が困難	20	45.5%	
	利用中に通院(透析含む)が必要	21	47.7%	
	入院治療が適切と判断できる	31	70.5%	
	入院先(病院)から直接利用する利用者 利用拒否の意志が明白	17 19	38.6% 43.2%	

5) 事前面談の実施者と利用者決定における看護職の関わり

ショートステイ利用者との事前面談の実施者は、「生活指導員」が 38 施設 (76.0%)、「看護職」が 30 施設 (60.0%)等であった(表5)。

利用の決定において看護職は、「利用時の体調の把握」「服薬状況の確認」各 45 施設 (91.8%)、「医療必要度から施設での対応可能性の判断」44 施設 (89.8%)等に関わっていた(表6)。

表5 事前面談の実施者 (n=50 複数回答)

事前面談の実施者	施設数	%
看護職	30	60.0%
介護職	20	40.0%
生活指導員	2	4.0%
生活相談員	38	76.0%
ケアマネジャー	12	24.0%
その他	3	6.0%

表6 利用者決定における看護職の関わり (n=49 複数回答)

利用者決定における看護職の関わり	施設数	%
医療必要度から施設での対応可能性の判断	44	89.8%
利用時の体調の把握	45	91.8%
健康診断書の依頼・把握	24	49.0%
服薬状況の確認	45	91.8%
かかりつけ医師からの病態や治療に関する情報収集	20	40.8%
担当ケアマネジャー(訪問看護師)からの情報収集	31	63.3%
緊急受け入れ病院の確認	25	51.0%
家族の理解度や在宅での利用者への対応の把握	25	51.0%
その他	0	0.0%

6) 健康診断書の提出

初回利用時に健康診断書の提出を求めている施設が 21 施設 (42.9%)、求めていない施設が 26 施設 (53.1%)であり、初回利用時の診断書の有効期限は 9 施設 (42.9%)が「あり」と回答し、期限は 1 年が最も多かった。2 回目以降も提出を求めている施設は、2 施設 (4.1%)であった。提出を求めていない施設の代替方法としてケアマネジャー・家族からの情報収集等より健康状態を把握しており、初回は事前面談や看護サマリーからも情報収集していた(表7)。

表7 健康診断書の提出 (n=49)

健康診断書の提出	施設数	%
初回利用時に提出を求めている	21	42.9%
有効期限あり(1年4施設、6ヶ月2施設、3ヶ月・4ヶ月・3年各1施設)	9	42.9%
有効期限なし	11	52.4%
未記入	1	4.8%
初回利用時に提出を求めていない	26	53.1%
※代替方法 ケアマネジャーからの情報収集15施設、 事前訪問・事前面接の実施8施設、家族からの情報収集8施設 医師の意見書6施設、看護サマリー(訪問・退院時)4施設など		
2回目以降、利用時に提出を求めている	2	4.1%
有効期限あり(1年)	1	50.0%
未記入	1	50.0%
2回目以降、利用時に提出を求めていない	21	42.9%
※代替方法 ケアマネジャーからの情報収集14施設、 家族からの情報収集12施設、事前訪問の実施3施設など		

7) 利用予約期間の設定の有無と予約期間

利用予約期間を設定している施設が 44 施設 (89.8%)であった。予約の期間は「2ヶ月先まで」が最も多く、26 施設 (59.1%)であった(表8)。

表8 利用予約期間の設定の有無と予約期間 (n=49)

予約期間の設定の有無と予約期間	施設数	%
予約期間の設定あり	44	89.8%
1ヶ月先まで	5	11.4%
1.5ヶ月先まで	1	2.3%
2ヶ月先まで	26	59.1%
3ヶ月先まで	11	25.0%
6ヶ月先まで	1	2.3%
予約期間の設定なし	5	10.2%

8) 看護体制と看護体制上の課題

看護職の夜間の勤務体制は、オンコール体制が 45 施設で、90.0%を占めた(表9)。

ショートステイの看護体制は、「長期入所者のケアとの兼務」31 施設 (62.0%)、「専任の看護師配置」9 施設 (18.0%)であった。体制上の課題は、

専任看護職不在による【利用者の状態把握の不足】【介護職との連携が困難】、専任看護職配置による【毎日夜間待機状態であることによるショートステイ専任看護職の負担】【専任看護職以外の看護職の利用者の把握不足】等であった(表10)。

看護職の夜間の勤務体制	施設数	%
オンコール体制のみ	45	90.0%
オンコール体制+当直・宿直体制	2	4.0%
オンコール体制+夜勤体制	1	2.0%
夜勤体制のみ	1	2.0%
その他(完全宿直体制)	1	2.0%

看護体制(看護体制上の課題)	施設数	%
ショートステイ利用者専任の看護職を配置し、ほぼ毎日一定の看護職がケアを行っている (毎日夜間待機状態であることによる専任看護職の負担、専任看護職以外の看護職の利用者の把握不足、専任看護職が1人で判断することの負担、専任看護職の孤独感など)	9	18.0%
ショートステイ利用者に対して日替わりの担当看護職を配置している	7	14.0%
長期入所者のケアをしながら、ショートステイ利用者のケアもしている (利用者の状態把握の不足、利用者へのケアの不足、介護職との連携が困難など)	31	62.0%
その他(日替わりローテーション、担当看護師を毎日配置できない)	2	4.0%

2. ケアの充実に向けた問題・課題

問題・課題と感じていることは、「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」が34施設(72.3%)、「体調不良や習慣便秘など身体の不調な時でも対応準備をせずに利用すること」が33施設(70.2%)、「認知症・不穏のある利用者への対応が困難なこと」が32施設(68.1%)などであった(表11)。

ケアの充実に向けて問題・課題と感じていること	施設数	%
状態把握 利用者の情報(生活リズム、病状、内服薬等)が正確かつ十分得られないまま、ケアを行わざるを得ないこと	27	57.4%
診断書の提出がなく、感染症について十分把握できないまま受け入れなくてはならないこと	20	42.6%
状況に応じた対応 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	34	72.3%
認知症・不穏のある利用者への対応が困難なこと	32	68.1%
看護・介護度の重度化 医療依存度の高い利用者を受け入れざるを得ないこと	19	40.4%
満床のため緊急利用者を受け入れられない現状があること	10	21.3%
医師との連携 嘱託医またはかかりつけ医への連絡の判断が困難なこと	14	29.8%
家族との連携 家族が必要な内服薬の種類や数を準備していないこと	22	46.8%
体調不良や習慣便秘など身体の不調な時でも対応準備をせずに利用すること	33	70.2%
体調悪化時や緊急時、受診、入院時等において、家族が非協力的、連絡が取れないため対応が困難なこと	23	48.9%
利用日数が延長すること	6	12.8%
家族の都合による急な利用希望があること	8	17.0%
併施設間(デイサービス・訪問看護)との看護師間の連絡がうまくいっていないこと	2	4.3%
ケアマネジャーのショートステイ利用に関わる知識不足があること	13	27.7%
職員間の連携、施設の体制 医療サービスの限界があること	23	48.9%
利用者数が流動的で業務内容の変化が生じやすいこと	14	29.8%
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	22	46.8%
利用者の状態に応じた居室の割り振りが困難なこと	26	55.3%

3. 対応困難事例

対応困難事例として37事例挙げられ、【認知症の周辺症状への対応】【在宅ケアマネジャー、家族との連絡およびケア方針の調整】【全身状態が悪い利用者への対応】等があった(表12)。

分類	事例の要約
認知症の周辺症状への対応	記憶障害、夜間の不穏、帰宅願望が著しい利用者への対応が困難。職員が付き切りで対応し、体調を崩したこともある。 初回利用の初日の夜に不穏、興奮状態になった。帰宅願望から始まり、フロア内を大声で徘徊され、他利用者への影響もあった。寄り添いを心掛けたが、夜間是对応困難であった。 家で強い眠剤、安定剤の使用でフラフラ状態。眠剤・安定剤を止めると、不穏が強く、常に見張りが必要で目が離せなかった。
介護拒否・利用拒否のある利用者への対応	人との交流が難しい利用者で、気に入らない人には唾を吐いてケアに抵抗する。「家に帰る」と言い食事を取らなかったため、家族と相談して退所となった。 初回利用時に緊張され、また、食事介助のニーズにも応えられなかったことで悲しい思いをした方が、ショートの利用を拒否している。家族は利用を希望するが、日帰りや、利用直前のキャンセルが頻回である。
慢性疾患の管理	独居で、思うままの食生活をしてきた糖尿病の既往のある利用者が、嚥下障害で肺炎を繰り返して、胃ろうを増設した。しかし、食べられないことがストレスと訴え、ショート利用時は看護職がいることで安心して、経口摂取をしている。昼食はペースト食を出すようにし、経口摂取はそれのみにする事を約束したが、徐々に経口摂取は増えている。
認知症と慢性疾患の人の症状コントロール	酸素の流量を自分で変えたり、トイレに行く際にチューブを外して歩き、呼吸苦に陥ることがあった。観察や労作の軽減の工夫をしている。
慢性疾患による訴えへの対応	背椎損傷後のリハビリを行っていたが、次第にADLが低下していき、精神的なフォローが困難であった。排便へのこだわりや、腹部症状への対応が大変であった。
全身状態が悪い利用者への対応	排便コントロールが困難、皮膚の脆弱さ、誤嚥性肺炎でPEG、吸引が必要、発熱を繰り返す事例。
初回利用中の急死	利用中急変し、死亡した。病状の不安定さには気づいていたものの、家族との認識のズレや、主治医との連絡調整ができなかったために、対応が後手に回った。
在宅ケアマネジャー、家族との連絡およびケア方針の調整	低血糖症状がある事例であったが、在宅ケアマネ・家族(遠方)との連絡調整が困難であった。 転倒を繰り返している事例について、利用者のADL維持と家族の介護負担軽減のどちらを優先するかでケアマネジャーと考え方の相違があり、調整が困難である。 インスリン注射に関わる家族とのトラブル。家族からインスリン量変更の連絡がない、予備の針を準備してもらえない、注射部位の内出血を見て施設でのケアを疑われる。
主治医との連携	疼痛コントロールが必要な利用者であるが、血圧が低く夜間看護師が不在となる施設では、指示薬を使用できない。在宅ケアマネの関わりが少なく、主治医との薬剤使用の相談が困難であった。

4. 対応困難成功事例

対応困難であったが困難を克服し、対応に成功した事例として19事例が挙げられ、【認知症・不穏がある事例】【自立・経口摂取の促進に関する事例】等であった。対応で工夫した内容や困難克服の要因として挙げられたことは、【個別ケアの検討と試行】【在宅ケア・施設内の他職種との連携】等であった(表13)。

表13 対応困難成功事例

事例の性質	事例の概要	対応の工夫・成功要因
認知症・不穏がある利用者への対応	認知症があり、意思の疎通が困難、昼夜逆転で徘徊や暴力がある利用者を受け入れたが、利用中落ち着いていた。	ケアマネジャー・家族との連携(密に連絡を取り合う)。事前面接を実施し、得られた情報を元に事前に対応を周知。夜間の職員が少なく対応できない時のため待機職員を設ける。
転倒を繰り返す利用者への対応	認知症があり、転倒と硬膜下血腫を繰り返している利用者の受け入れにあたり、家族の協力が得られている。	家族との連携(転倒リスクの説明)
自立・経口摂取の促進	嚥下障害により胃ろうから経管栄養を行っている利用者の、胃ろう部のびらん、発疹、浸出液が多く、毎日のケアが必要であった。徐々に経口摂取をすすめたところ食形態の工夫で経口摂取可能となり、また胃ろう部の皮膚トラブルも改善しつつある。	嚥下リハビリの実施 利用者の経口摂取の希望あり 訪問看護との連携(状況報告、嚥下リハビリの継続) 胃ろう部からの逆流予防(水分補給はとろみをつけたもの)
感染症のある利用者の受け入れ	MRSAであるという事前の情報がないまま入所(家族に感染症という認識なく、サマリーもなかった)したが、利用を継続できた。	個室を確保し、感染症に対応職員間の申し送りを徹底
医療依存度の高い利用者の受け入れ	透析をしている利用者を受け入れるに当たり、勉強会等実施。透析後に受け入れ、透析日の朝に退所するようにし、継続して利用した。	家族及び病院(透析室)との連携(詳細な申し送り)。 施設全体で勉強会実施(透析食・水分制限等について)。 シャント音はケアワーカーが聴取。
利用者の情報不足のままの受け入れ	家族からの情報が無く、持参薬も無いまま利用開始。しかし利用者が家族を心配し、精神的に不安定、不眠となった。自分でベッドから車椅子へ移乗する時に転落して上腕を骨折、その報告時に家族に関わったことがきっかけで家族と連携でき、面会も増えた。	家族との連携(家族からの情報収集、利用者の思いを家族に伝える、誤解が生じないように直接スタッフから家族に話す) 家族は、利用者が不穏になる為面会を控えるよう入所前に言われていたが、施設スタッフと直接話すことで面会の必要性を理解し、面会が増える。
在宅生活の調整	慢性疾患の病状悪化、認知症の進行等があり在宅での生活が困難になった利用者への対応	家族の理解促進と情報提供(在宅生活が困難であること、近隣の施設利用を提案)

5. 災害時の緊急対応

災害時の緊急対策の状態は、「対策をとっている」施設が38施設(84.4%)であった。

災害時の緊急対策の内容は、39施設から回答があり、最も多かった対策は「訓練の実施」と「食糧の備蓄」で28施設(71.8%)、次いで「マニュアルの作成」22施設(56.4%)などがあった。訓練の実施している施設のうち、地域で訓練を実施している施設は4施設(14.3%)であった(表14)。

表14 災害時の緊急対策

項目	内訳	施設数	%	
災害時緊急対策の状態(n=45)	対策をとっている	38	84.4%	
	対策をとっていない	1	2.2%	
	対策を検討中である	6	13.3%	
災害時緊急対策の内容(n=39 複数回答)	マニュアル作成	22	56.4%	
	訓練の実施	施設内で実施	28	71.8%
		地域で実施	4	14.3%
	ケア物品の備蓄	14	35.9%	
	食糧の備蓄	28	71.8%	
	緊急時のケア体制	10	25.6%	
	家族との連絡方法の確認	15	38.5%	
	その他	1	2.6%	

6. 今後取り組みたい課題

課題は、【利用者の状況に応じた対応】【家族・在宅サービスとの連携】等であった。認知症・不穏のある利用者への対応、生活の充実を含む個別ケア、重度化を踏まえたケアチームの連携等が挙

げられていた(表15)。

表15 今後取り組みたい課題 (n=16)

大分類	小分類	記述内容の要約例
利用者の状況に応じた対応	認知症・不穏のある利用者への対応	認知症のため場所の見当識障害、物とられ妄想があるが、誰とでも話ができる。職員の対応がまちまちで不穏状態を招くことがある。認知度や状態に応じたケアをしていきたい。
	リハビリ・アクティビティの充実	利用者に満足してもらえるようリハビリのレクリエーションの取り組み。
	生活環境の充実	自宅での生活と同様な過ごし方ができる環境作り。
在宅サービス・家族との連携	個別ケアの充実	ショート利用者の方にどのようにしたら満足してもらえるか。一方で、そのために少ない職員への負担が過重とならないように、いかにバランスをとるのが課題である。
	排便コントロール困難な利用者への対応	排便コントロール不良の利用者(5~7日間)、便秘で入苑しレイウスなどで体調不良につながるので気にかかっている。
	在宅サービス・家族との連携	在宅で高齢者の医療依存度が高くなっている。今後、ケアマネジャーを中心に家族、介護サービス、医療サービスの連携を強化し、チームケアを確立していきたい。
職員間の情報共有	職員間の情報共有	薬が必要な分用意されていないことが多い。家族の責任として薬の用意の徹底を図りたい。
所持品の管理	所持品の管理	所持品の紛失の軽減
本人の意思を無視した利用	本人の意思を無視した利用	ショートステイご利用にあたり、本人の意志を別にして受け入れるケースがある。
身体拘束の廃止	身体拘束の廃止	身体拘束のある利用者、ショートステイなのですぐに廃止するわけにもいかない。うまくショートステイの方で廃止できたらと思っている。

IV. 共同研究報告と討論の会での討議内容

ショートステイ利用者のケア上の課題について、2つのテーマに関する参加施設での取り組みを報告してもらい、参加者で討議した。参加者は、現地側共同研究者6名、本学教員6名、学生2名、共同研究者以外の特養看護職4名、その他3名の計21名であった。

1. 認知症で暴力などの周辺症状がある利用者の個別ケアへの取り組み

- ・ 家族からの聞き取りをしても、本当のことを言ってくれないことがあり、情報収集の難しさを感じている。
- ・ 認知症で夜間不穏・転倒の危険のある利用者を受け入れた時、ナースステーションの前にベッドを持ってきて寝てもらった。パーテーションで仕切っていたからか、その利用者は落ち着いて寝てくれていた。しかし、その人によって落ち着く条件は異なるので、対応は模索している。→利用者にとって安心できるケアと環境作りが大切である。
- ・ 認知症の対応困難成功事例については、事前訪問に行き、現在の生活状況や、その方の生活史などを確認してきた。居室は、いろいろなものを壊されてしまうので、畳の部屋に布団とソフ

アールしか置いていなかった。昼夜逆転しており、破壊的な行動もあったので、家族は疲弊しており、精神病院に入院できるまでの3日間、緊急避難としてショート利用を希望されていた。事前訪問の情報から、利用前までに対策を考えた。生活史より、孫や息子の名前を聞くと安心されることがわかったので、職員は孫や息子の友達という設定で、1対1の関わりを心掛けるようにした。居室は和室とし、布団とソファを置いて、自宅の部屋と同じような環境を整え、穏やかに過ごしてもらえよう配慮した。看護職・施設長・事務職がいつでも介護職の相談に応じられるよう、8時間毎の待機体制を準備した。実際には、初日に1回、介護職から待機職員に電話がかかってきただけで、概ね落ち着いて過ごされ、夜間も眠られていた。

→認知症を患った場合、家族がなかなか認知症を受け入れられないケースが多い。そのために、認知症をもつ人のニーズに沿った対応が難しく、興奮させてしまうということがある。家族への支援も必要である。

→今回のショートステイでは、利用者のニーズに添うケアが実践されたために、落ち着いて過ごすことができたのであろう。特養の利用者の90%は認知症を持つと言われている。認知症の利用者への対応を私達が理解しておくことは不可欠である。ケアによって周辺症状が改善されることを体験すると、スタッフの自信につながる。

→利用者の状況に応じてシフトの組み方を工夫して対応していたことも、成功の大きな要因であった。事務職を含む他職種を巻き込んで施設全体で利用者をケアする体制を作る上で、看護職がコーディネーターの役割を果たしていくことが重要である。

・帰宅願望のある利用者の対応に困った。車椅子を自操できるのだが、立ち上がろうとして転倒する危険があるので、見守りも大変であった。事前訪問など行えていなかったもので、必要だと感じたが、他にどんな対応が必要だったか。

→ショート利用者は、在宅で生活しているので、家に帰りたいという思いがあって当たり前であるという捉え方をすることが、まず大切である。

→利用前から家族と連携して、帰宅願望がある時には、家族に連絡し、家族から「今日はそちらでご飯を食べて休んできてね」と直接伝えてもらうようにしている。利用者本人にも可能なかぎり理解してもらえようように、説明する努力をしている。

→いつ、なぜ、帰りたいと言うのか理由を探索す

るようにしている。夕方帰りたくなる利用者には、夕方にユニットで役割をもってもらうようにしたり、ユニットを離れて施設の責任者と話をしてもらったり、外出する機会を作ってユニットに戻ってくる習慣をつけ、「今の私の居場所はこのユニット」と覚えてもらえるような関わりを心掛けている。

→立ち上がる理由についても考える必要がある。シーティングの問題や、排泄や空腹などのニーズがある場合もある。その方のニーズに添えるようにする必要はある。

2. ショートステイ利用時の健康診断書の有効期限の決め方

・健康診断書は取っていない。代替として介護保険の書類を取り寄せていた。

→年に1回住民健診を受けることになっているはずなので利用するなど、利用者の負担も配慮する必要もあるが、利用者自身と他の利用者の健康を守るためにも、看護職として施設や家族に理解を求めていく必要がある。利用する家族に対して施設に預ける者としての責任を持ってもらうことも、ある程度必要ではないか。

V. まとめ

ショートステイ利用者のケア上の主な課題は、初回利用時のアセスメント、夜間看護師不在時の対応体制、認知症をもつ利用者への個別ケアの充実、在宅ケアの継続におけるケアチームの確立であった。ショートステイ利用時において利用者が安心して生活することを支えるために、家族を含む在宅ケアチームと特養看護職との協働は不可欠であり、個々の利用者の状況に合わせた柔軟な対応が求められている。

今年度の取り組みにおいて、県内全特養における課題を明らかにする過程を、現地側共同研究者と共に取り組むことにより、現地側共同研究者は、他施設の取り組みの良い点と、改善が必要な点を認識し、今後の施設でのケアの改善の糸口をつかむことができていた。また、研究的な取り組みに積極的に参加することで、普段の看護活動を言葉にして表していくことの大切さを認識できていた。

ショートステイのケアの充実に向けて、今年度明らかにした課題について、共同研究者が経験した事例をもとに解決方法を検討し、実践していくことが今後の課題と考える。

障害者施設における入所者の健康生活の維持・向上をめざした看護活動のあり方

北村直子 古川直美 平岡葉子 杉野緑 北山三津子 (大学) 河村めぐみ (元大学)
近藤有子 安藤和子 戸嶋芳子 加藤智子 脇坂めぐみ 渡辺敦子 (飛翔の里生活の家・健康部)

I. はじめに

本共同研究は岐阜県内の障害者施設(以下施設とする)の看護活動の充実をねらいとして平成15年度に立ち上げられ、平成15・16年度には県内全施設の看護職を対象とした調査や県内施設で従事する看護職を集めての検討会活動を実施した。平成17・18年度は、初期の2年間の活動から施設での看護上の課題のひとつとして挙げられた「健診・検診の充実」に実際に取り組んだA施設の看護職の活動を報告している。この2年間の「健診・検診の充実」への取り組みの中で個々の入所者の健康課題やその影響・要因をあきらかにする事例検討を通して、健診・検診項目の見直しや施設内スタッフ間での健診結果の共有、入所者本人への教育などA施設の看護活動全般の見直しに研究成果が還元された。

今年度はこれまでの実践上の取り組みを継続し、その評価と今後の課題を見いだすことを目的とする。

II. A施設の概要

平成15年度より開所した身体障害者療護施設であり、入所定員30名、ショートステイ定員2名である。入所者の特徴としては、重複障害が多く、脳性麻痺、てんかんの疾患が多い。入所者の年齢は20～57歳で、30歳以上が16名である。

平成18年度半ばより、併設する知的障害者授産施設(入所定員:50名、通所定員:43名)等と組織が統合され、健康部に所属する看護師が複数施設の入所者すべての健康管理を担うこととなり、施設内看護の業務や対象が拡大している。

III. これまでの活動

1. 事例検討活動

1) 平成17年度の活動

(1)目的:入所者の主体的な健康づくりのためにも、入所者個々の特性に応じた健診項目の作成が必要である。そのための基礎資料を作成する。

(2)方法:検討会での討議を通して、入所者9名の個別の情報(既往歴、生活歴、障害の程度、健診結果、健康観など)を整理し、個々の健康づくりに向けた問題・課題を見出す。

(3)結果:検討会は5回行い、A施設の看護職全員がほぼ毎回参加した。事例検討を通して、個々の対象者の健診・検診項目の検討だけでなく、看

護職は入所者の健康を維持するために何を見るべきか、重度の入所者に対応できる看護職自身の力をつけるための方策や他の施設職員との連携を深めるための具体的な方策が討議された。

2) 平成18年度の活動

(1)目的:昨年度から引き続いて、入所者11名の事例検討会を実施し、健康課題をあきらかにする。

(2)方法:事例検討会を継続し、事例検討の内容から個々の入所者の健康問題を抽出し、その要因や影響の拡がりを整理した。また、影響の拡がりの予防に向けて取り組むべき課題を検討する。

(3)結果:11事例の事例検討から抽出された健康問題は、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、毛囊炎等皮膚疾患、肥満、不眠等であった。入所者個々の健康問題の要因や影響の拡がりは図(対象Aの図を図1に示す)に示し、施設内看護師が個々の対象者の把握をするために活用された。また、骨レントゲンの結果などからあきらかとなった健康問題と生活上の注意点などを整理し、施設内の療法士と情報を共有するなどに取り組んだ。

2. グループ学習活動

1) 平成17年度の活動

入所者が主体的な健康づくりに取り組めることを目的に、施設の日課であるグループ活動の中に健康への意識付けのためのグループ学習と健康体操を組み込んだ。グループ学習の中で、体のしくみや健診で何を診るのか、健診の方法等を取りあげ、健診後は結果について関心が持てるように関わりをもった。また、入所者が体を動かすことに楽しく取り組めるように、音楽に踊りの振り付けをつけた健康体操を日課に加え、看護師が入所者とともに身体を動かすことを実践した。このような取り組みにより、がん検診を希望して受診する入所者が増え、入所者自らが自分の体や生活習慣病について看護師に尋ねるなどの変化がみられた。

2) 平成18年度の活動

年3回のグループ学習会を実施した。健診・検診の目的や方法、結果を入所者が理解できることを目的とした内容であり、入所者からは「もっといろいろ学習したい」「毎月学習したい」など学習意欲を示す感想が話された。また、具体的な質

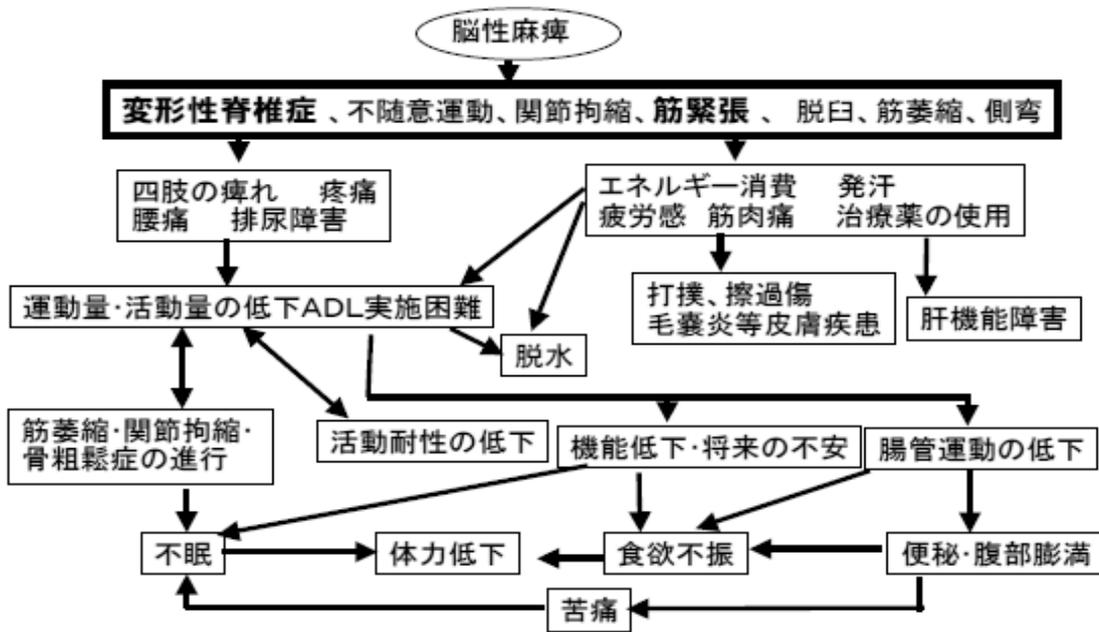


図 事例検討会の内容から明らかにした対象Aの健康問題とその要因や影響の拡がり

問が聞かれ、自身の体への関心や知識が向上していると思われた。

IV. 今年度の活動

平成17・18年度の2年間で検討し取り組んできた11名の事例検討から見いだされた健康課題に対する対応策の実施を日々の看護実践の中で可能な限り行った。また、定期健康診断、平成17年度から実施した腫瘍マーカー検査を引き続き実施した。昨年度までは、健診やがん検診の目的や方法、健康について入所者の理解が深まるよう看護師が説明する方法でグループ学習を行っていたが、今年度はグループ学習の内容を自らの体のしくみについて知ること、入所者の主体的な学習とすることに重きをおき、人体模型の組み立て（アーサーが教える体のふしぎ アセット・コレクションズ・ジャパン）を導入し、入所者が適宜取り組めるようなやり方とした。

V. 方法

検討会で、平成19年度の健診・検診の実施の振り返り、入所者個々の健診・検診結果及び日頃の体調・健康状態の振り返りを行い、A施設での看護活動の今後の課題を見いだした。

また、グループ学習に参加している入所者を対象にア. グループ学習の感想、イ. 健康・生活への不安、ウ. 生活の楽しみや希望、について看護職が聞き取りを行い、その内容を検討会で共有し、そこから今後の課題を見出した。

VI. 倫理的配慮

事例検討およびグループ学習会参加者には、研究の目的、方法を個別に文書を用いて説明し、可能であれば書面で同意を得た。障害等によって、対象者本人が自分の利益・不利益について十分判断することができない可能性を考慮し、対象者の保護者にも研究参加の同意を得た。また、本研究は本学の倫理審査部会の承認を受けて実施した。

VII. 結果

1. 健診・検診の実施の振り返りと課題

施設内で行う健診においては業者の協力を得て、車椅子使用でのレントゲン撮影の導入や入所者の状況を理解したスタッフが採血を実施するなどができるようになっている。

しかしながら、子宮がん検診では麻痺や筋緊張、関節拘縮などの症状により診察台に乗ることが難しい、また、障害者への理解が十分でない検診医の対応もあり、入所者が不安を感じ、スムーズに検査できない状況もあった。入所者への事前の説明に加え、すべての検診機関との打ち合わせ等を含めた連携の強化が課題である。

2. 入所者の健康問題の振り返りと課題

入所者の高齢化により、入院や通院、日常的な症状観察・管理など、医療的な対応に看護師が時間をとられることが多くなっている。また、施設の組織体制として、これまで2つのユニットそれぞれに看護職が配置されていた体制から健康部

に所属する看護師が2つのユニットをローテーションする体制へと変化した。そのため、個々の入所者の把握が十分でないこともあり、予防的な働きかけができない状況が生まれている。したがって、今後、2ユニットの全入所者の健康状態を健康部として確実に把握することを第一の課題とし、高齢化からもたらされる活動低下による廃用性の障害にも予防的な働きかけができるよう取り組みたい。

平成18年度の骨のレントゲン結果からは椎間板ヘルニアや脱臼等骨の異常が多くみられている。その結果から神経障害や転倒のリスクなど個々の入所者の健康問題をあきらかにし、生活上の注意点、支援員の関わりなどを支援員とも共有した。共有した内容がスタッフの日常的な実践に活かされているか評価していく必要がある。

現在、全入所者32名中がん罹患が3名であり、今後も検診によりがんと診断される入所者が増えることが予測される。がんの治療選択や決定について本人や家族が主体的に参加できるような関わりが必要となっており、医療機関受診後の家族へのフォローなど家族との連携が重要となっている。また、障害により症状の訴えがわかりにくいことからがんの早期発見を可能にするためには検診の充実のみでなく、看護師やスタッフのアセスメント能力の向上が求められる。

3. 入所者から聞き取った内容とそこからみた課題

1) グループ学習の感想

グループ学習の参加者からは「身体の中がわかっておもしろい」「臓器の形がわかった。ビックリした」「自分のからだはすごいと思った。」などの肯定的な感想と「気持ち悪い」「難しい」などの否定的な感想が得られた。入所者の自主的な学習会であり、看護師が学習時に個別に関わることができなかつたため、参加者の理解力や関心度により感想に違いがあったと考えられる。関心をもって取り組める入所者にとっては主体性をもって取り組めるよい学習方法であったが、そうでない入所者に対しては別の方法での学習方法も検討する必要がある。

2) 健康・生活への不安

「だんだん足の感覚がなくなっている。これからが心配」「かぜや熱が出ると怖い」「今の生活にストレスがある」「何でも自分でしたいけど動けない」「高齢の親が心配」など、今後の健康状態悪化への不安、現状の生活への不満、高齢の親の心配などが対象者から話された。入所者自身

が今後の健康状態に不安を感じており、施設内看護職による障害の重度化や二次障害を防ぐ取り組みが求められているといえる。また、家族への心配も入所者の精神の安寧を揺るがすものであり、施設スタッフが入所者の家族の状況を理解し、家族を含めてケアすることが求められている。

3) 生活の楽しみや希望

「施設以外の人と関わりたい」「自分の力を試してみたい」「外で働きたい」「自立して1人暮らしがしたい」「旅行に行きたい」「喫茶店に行くのが楽しみ」など、外部との関わりや自立を希望する意見が多くだされた。これらの入所者の期待に応えられるサービスの提供について施設全体での検討が必要である。

4. 看護実践上の成果

平成17・18年度においては、施設内看護職のほぼ全員が参加する検討会を行った。その結果、事例検討を行った入所者については個々の健康問題や課題、ケアについて施設内全看護職が共通の情報を持つことになり、ケアを統一することが可能となった。また、個々の入所者のケアだけでなく、検討会の中では障害者施設における看護職の役割について討議されることが多く、その役割は「生命・健康の維持を基盤とした上で入所者の生活が充実できるように支援することである」との認識が施設内看護職間で共有できた。さらに、今年度は入所者に健康・生活への不安や楽しみ・希望を看護職自身が直接聞き取ったことで、入所者の生活を充実するために取り組むべき問題や課題について看護職が実感し、取り組みへの意識が高まった。

Ⅷ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討議への参加者は共同研究者を含め、8名であり、他の障害者施設からの参加者は極少数であった。県内の障害者施設看護職への参加を求めるアナウンスの強化を次年度以降は行いたい。

話し合いの内容は以下の通りであった。

1. 障害の重度化・二次障害の防止、生活習慣病発症予防のための活動について

他施設においても、がん罹患者の増加、高齢化による重症化、活動低下がみられているということが出された。なかでも、嚥下障害により胃瘻造設を行う入所者が増え、看護職が医療処置に時間をとられることが増えているとの話がでた。

がん検診については必要性を感じるが、導入していないという施設もあり、看護職が必要性を施設側に伝えていくことの大切さと地域の行政サービスを活用できるよう行政と連携をもつこと

の重要性が話された。

2. その他

他の施設での問題や課題として、障害者と施設スタッフとの人間関係形成の困難さが話された。特に事例としては、障害が進行している入所者からスタッフへ厳しい言葉が発せられることがあり、スタッフが十分受け止めることが難しい状況がみられる現状が話された。この話題の中で、中途障害者が障害受容することの困難さや障害受容の過程についてスタッフが理解することの重要性が検討された。また、看護職者が入所者との人間関係を築くことだけでなく、介護スタッフを支援、教育する役割などをとることが話された。

育成期にある人々を対象とした看護

妊娠期における地域・病院・多胎児サークルが協働して行う多胎児支援の検討

名和文香 服部律子 谷口通英 布原佳奈 宮本麻記子 武田順子 坪内美奈 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) 今井田路代 杉原愛(大野町役場) 服部寛子(羽島市保健センター)

I. はじめに

近年、体外受精や顕微授精に伴い多胎妊娠率は増加しており、出産千に対し、2004年には11.7であったが、2005年には11.8と年々上昇している。岐阜県においても、多胎児出産は増加しており、出産千に対し2004年には13.9、2005年には13.3と全国平均を上回っている¹⁾。さらに、多胎児の育児は非常に大変であり^{2, 3)}、心身ともにストレスが高く⁴⁾、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、妊娠期からの母親とその家族のサポートが重要である。

2006年に、「ぎぶ多胎ネット」が発足し、多胎児支援活動が活発になったが、未だ増加する多胎妊娠・出産に支援が追いつかない現状があり、早急な対策が望まれる。また、多胎分娩数は増加しているが、地域によって取り組みが様々であり、妊婦にとっての十分な支援に至っていない地域もある。よって、保健センター、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、多職種が協働して行う支援の重要性が浮き彫りになり⁵⁾、2005年より、「プレパママ教室」を開催し、地域と病院、サークルが連携した取り組みを進めてきた。また、多胎妊婦に対して妊娠期と育児期に調査を行い、教室の評価と双子の妊娠・育児について実態を調査している。

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を考えること、多胎児支援における多職種間の連携方法について検討することである。

III. 方法および結果

1. 倫理的配慮

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

2. 現地側の取り組み体制

教室は、保健師、助産師、看護師、多胎児サークルが協働して行うため、開催にあたって情報交換し計画した。また、開催市以外の地区からの参加者のみであることが続いたため、今後の教室開催方法について、他の市の保健師、病院助産師・

看護師、多胎児サークル、大学教員が話し合った。

3. プレパママ教室の実施(A市)

1) 経過

2005年から開催され、今年度は、第4、5回の2回(6月、12月)実施した。

2) 趣旨

- (1) 妊娠中から、分娩や育児など正しい情報を得てイメージすることができる。
- (2) 多胎妊婦同士、家族の交流を図り、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ることができる。
- (3) 多職種やサークルが協働し、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) 実施内容

- (1) 教室の趣旨と今後の支援(保健師)
- (2) 自己紹介(参加者全員)
- (3) 妊娠中の日常生活の過ごし方、分娩と入院生活(病棟助産師、大学教員)
- (4) 育児・授乳・沐浴など、多胎児サークル紹介と育児体験(多胎児サークル)
- (5) 交流会、質疑応答(参加者全員)

4) 結果

(1) 参加者

多胎妊婦とその夫4組、多胎妊婦のみ1名の計9名が参加した。

(2) スタッフ

スタッフは、A病院助産師・看護師、A市保健センター保健師、D保健所保健師、E市保健師、多胎児サークル、看護大学教員である。

(3) 教室についてのアンケート調査の結果

①年齢(表1)

	妊婦本人	夫 (人)
20代	3	1
30代	2	3

②妊娠週数(表2)

週数	人
16~19週	2
20~23週	2
28~31週	1

③教室の開催を知ったきっかけ (表 3)

表 3. 教室の開催を知ったきっかけ (n=9)

	妊婦本人	夫 (人)
保健センターからのチラシ	2	1
病院で勧められた	2	0
市役所で紹介された	1	1
妻に誘われた		2

④教室に参加した満足度 (表 4)

表 4. 教室に参加した満足度 (n=9)

	妊婦本人	夫 (人)
期待通り	3	3
まあまあ	2	1
普通	0	0
少し期待外れ	0	0

⑤知りたかった内容が含まれていたか (表 5)

表 5. 知りたかった内容が含まれていたか (n=7)

	妊婦本人	夫 (人)
ほぼ含まれていた	3	1
大体含まれていた	2	1
あまりなかった	0	0

⑥「疑問や不安は解消されたか」は、全員が【解消された】と回答していた。

⑦将来、サークル活動に参加したいか (表 6)

表 6. 将来、サークル活動に参加したいか (n=9)

	妊婦本人	夫 (人)
参加したい	3	1
特に考えていない	2	3

⑧教室後の交流会についての意見・感想 (表 7)

表 7. 教室後の交流会についての意見・感想 (n=9)

(妊婦本人)
説得力があり、夫と一緒に教えてもらったので、心強く感じた
普通の母親学級では、単胎のことしかわからなかったもので、大変さもわかったが、現実的に考えられるようになった
実際に育てられた方のアドバイスが心強かったし、参考になった
今までより少し不安がなくなり、「どうにか育てていけそうだなあー」という気持ちになった
(夫)
出産、子育てに対してあらためて妻に協力しようと思った
男性の場合の話が聞くことができて良かった
大変だと思ったが、しっかり家事を手伝わないといけなさと感じた
参考になった

⑨今後の育児支援として、行政やサークルへの意見・要望 (表 8)

表 8. 行政やサークルへの意見・要望 (n=9)

意見・要望
双子なので、育児などにかかる必要な分の費用等を少し安くしてほしい
不安が少しでも解消されるように情報がいつでも得られること
情報交換の場があると楽しい
育児サークルの充実や、職場での育児保障の環境を充実してもらう
このようなイベントが他にもあるとよい
いろいろな費用やサービス等の情報が欲しい
特になし

⑩「出産後の夫以外の協力」は、全員が【得られる】と回答しており、「協力できる人」は、実父母 2 名、義父母 1 名、両方 2 名と回答していた。

⑪多胎妊娠を知って感じたこと (表 9)

表 9. 多胎妊娠を知って感じたこと (n=9)

(妊婦本人)
喜びよりも不安の方が大きかった
楽しみの反面、想像がつかない大変さが少し心配
まず、びっくりしたがとても嬉しかった
嬉しい反面、経済的、育児などの不安を感じた
(夫)
正直(何も言えないくらい)びっくりした
何も言えないくらいびっくりした
驚いた

4. プレパママ教室後のフォローアップ

1) 調査対象および方法

教室に参加した妊婦 5 名に対して、参加の約 1~4 週間後に妊娠期の質問紙調査を行った。また、4 名に育児期の質問紙調査を行った。妊婦 5 名のうち 2 名に妊娠期と育児期の両方調査を行った。

2) 調査内容

調査内容は、親族の発言や支援、今後望むこと、医療・行政サービスで役に立ったこと、嫌だと感じたこと、今後望むこと等である。

3) 結果

(1) 属性 (表 10、表 11)

表 10. 属性 (妊娠期) (n=5)

年齢	20 代後半~30 代後半
妊娠週数	19~32 週
妊娠の種類	自然 3 名、不妊治療 2 名
分娩回数	初めて 5 名
家族構成	夫 4 名、夫・義父母 1 名
里帰り分娩	あり 2 名 (産後 1~2 ヶ月)、なし 3 名
産後の手伝い	あり 5 名 (夫、実父母、義母)
キーパーソン	夫・実母・義母・友人

表 11. 属性 (育児期) (n=4)

出生週数	35~39 週
調査時の児の月齢	2~9 ヶ月
出生体重	1900~2500 g
児の異常の有無	なし 4 組
分娩の種類	経陰分娩 2 名 帝王切開術 2 名
分娩・産褥期のトラブル	あり 2 名 (多量出血) なし 2 名
里帰り分娩	あり 2 名 (産後 2 ヶ月) なし 2 名
産後の手伝い	あり 4 名 (夫・実母・義母)

(2) 妊娠期の各質問項目に対する回答 (表 12)

表 12. 質問の回答 (妊娠期) (複数回答 n=5)

質問項目	内容
① 双子とわかった時の妊婦自身の気持ち	<ul style="list-style-type: none"> ・びっくりしたが、すごく嬉しかった ・みんなと違うんだと思うと嬉しくなった ・まったく予想していなかった ・大丈夫かなという気持ちになったが楽しみ ・何てラッキーなのかと思った
② 双子とわかった時の親族からの嬉しかった言葉	<ul style="list-style-type: none"> →あり 4 名 (実父母から) ・「双子が自分を選んでくれたから、がんばって」 ・「一度に二人なんてすごいね、やったね！」 ・皆が楽しみにしてくれているのがわかった ・「喜び倍増」
③ 双子とわかった時の親族からの不愉快に感じた言葉	<ul style="list-style-type: none"> →あり 1 名 (義父から) ・障害を危ぶむ発言
④ 妊娠中に不安に思ったことはありますか？	<ul style="list-style-type: none"> →あり 5 名 【妊娠初期】 ・リスクが高いといわれたこと ・無事に二人とも育てくれるのか ・精神的にも金銭的にも大丈夫かと不安に思った 【妊娠中期】 ・二人の体重差があったこと 【常に】 ・元気に産まれてきてくれるのか ・育児を昼間一人でやっていけるのか
⑤ 身体上のトラブルの有無	<ul style="list-style-type: none"> →あり 3 名 【妊娠初期】 つわり 【妊娠中期】 健診時に気分不良 【常に】 頭痛、車酔い
⑥ 児のトラブルの有無	→なし 5 名

⑦ 親族の発言や援助で良かったこと	<ul style="list-style-type: none"> →あり 5 名 【夫】 ・「できる限りのことをする。自分のことはする」 ・「適度に息抜きて頑張ろうね」 【夫・実母・義母】 ・おなかを触って話しかけてくれた 【義母】 ・実家が遠方のため何でも打ち明けている ・病院の送り迎え ・「エコーを見るのが楽しみ」 【親族皆】 ・「お母さんの体が元気なら大丈夫」 ・無理をしないようにいつも気を遣ってくれる
⑧ 親族の発言や援助で良くなかったこと	<ul style="list-style-type: none"> →あり 1 名 (親戚から) ・「双子ってことは楽なの？」
⑨ 親族からの援助として望むこと	<ul style="list-style-type: none"> 【夫】 ・夫と子育てを協力していきたい ・子どもの入浴・遊び・買い物 【実父母】 ・入院中の世話、面会に来てほしい ・子どもの入浴・遊び・買い物 ・楽しみに待ってくれればいい 【義父母】 ・楽しみに待ってくれればいい ・仕事を続ける予定なので協力してほしい
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	<ul style="list-style-type: none"> ・教室に参加でき、いろいろな話を聞いてよかった ・教室で、同じ双子を妊娠中の方と知り合えたことや先輩ママの体験談やアドバイス ・出産経験のある友人がいろいろと教えてくれ、助かった ・夫の妊婦バーチャル体験
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	→なし 5 名
⑫ 妊娠・育児中にあれば良いと思う医療・行政サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・月 1 回くらい、妊婦さんや子どもを連れて話せる場所があるとよい ・話を聞いてほしい ・親世代と現代では、妊娠中の生活や気をつけた方がよいことなど、理解も違うところがあり、特に多胎妊娠の知識がないので、簡単なことだけ知る機会があればいいと思う

(3) 育児期の各質問項目に対する回答 (表 13)

表 13. 質問の回答 (育児期) (複数回答 n=4)

質問項目	内容
①現在の育児に対する気持ち	<ul style="list-style-type: none"> ・かわいくてしょうがない ・目が離せなかったり、家事が進まなくて疲れる ・睡眠時間が欲しい ・身体がついていかない ・子育ての中身・大変さを知らなかった ・少し余裕ができたので、自分の身体を気遣ったり教育について考えるようになってきた ・生活のリズムがわかってきた ・全部自分でしようとせず、細かい事は気にせず、一人でもできる気持ちでのんびり育児をしている ・親としての責任を感じている
②育児中に嬉しかったこと	<p>→あり4名</p> <p>【2ヶ月】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・顔を見て笑うようになった <p>【3～4ヶ月】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・託児付きイベントに参加し、息抜きができた ・首が座って寝返りを始めたこと ・色々な育児便利グッズが使えるようになったこと <p>【5ヶ月～】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「かわいいね」と声をかけられることが多いこと <p>【毎日】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体重が増えたこと ・指を吸うようになった ・「アーアーと話す」 ・顔を見て笑うこと
③育児中に困ったこと	<p>→あり4名</p> <p>【1～3ヶ月】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・乳房トラブル ・人手が足りない <p>【4～6ヶ月】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人で二人を病院に連れていく時 ・人手不足で寝る暇がない、疲労 <p>【7ヶ月～】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転んだり、物を口に持っていくなど目が離せない <p>【常に】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人のとき、二人同時に泣くと困る
④育児で工夫したこと	<p>→あり4名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なるべく自分が休めるようにしている ・ほぼ母乳なので添い乳メインで授乳をしている ・「パパ大好き子」にさせるべく声をかけている ・便利グッズのフル活用 (ベビーソファ、電動うぐい) ・手抜きや便利な方法を考えたり、聞いている ・昼と夜の生活場所を変え、時間で区別している ・ミルクは二人同時に飲ませ、自分の時間を作る ・夜間は一人が寝ていても起こして同時に授乳する

⑤親族の発言や援助で良かったこと	<p>→あり4名</p> <p>【実父母・祖父母】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・金銭面の援助 ・里帰り中、「自信がついて、帰っても大丈夫って思えるまでいいぞ」と言われた <p>【義父母】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「大丈夫よ」 ・「助けが欲しい時はいつでも言って」 <p>・家にいて子どもをみているとストレスがたまるから、みておから、たまには出かけておいで」</p> <p>【姉・甥・姪】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・細かいことを手伝ってくれる <p>【親族皆】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「かわいいね」 ・「大きくなったね」
⑥親族の発言や援助で良かったこと	<p>→あり2名</p> <p>【実父母・祖母】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ちょっとした病気やケガで、オーバーリアクションをしたり心配するので、たいしたことでもなくとも心配になってくる <p>【義父母】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・来なかったり、逆に来てくれ過ぎて疲れる ・「もう楽なはず」と言われるとノイローゼになる ・余計なことや口出しされるとストレスになる
⑦親族からの援助で望むこと	<p>【夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活費について考えてほしい ・教育的になってほしい ・外出時、子どもをみてほしい、付いて来てほしい <p>【実父母】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時々家に来て、手伝ってほしい ・外出時、子どもをみてほしい、付いて来てほしい <p>【義父母】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大変な時や、疲れた時に手伝ってほしい ・余計な口出しをせず、温かく見守ってほしい、 ・生活費について考えてほしい ・教育的になってほしい ・一人では無理なことも多いので協力してほしい
⑧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	<p>→あり4名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療費の免除 (大丈夫かなと思うとすぐに病院に行くことができる) ・多胎児サークルの座談会での先輩お母さんの言葉 ・ヘルパー (低価格で、週に1~2回、1~2時間程度) ・多胎ネットワークの「自分を大切に」の助言で、自分の体調を気遣うことができたこと ・病院 (NICU) が電話で対処法を教えてくれる ・健診時に、双子のお母さんを紹介してくれた ・保健師が訪問してくれたこと

表 13. 質問の回答（育児期）の続き （複数回答 n=4）

質問項目	内容
⑨ 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	→あり2名 ・保健師の訪問が3ヶ月の間で1回しかなかったこと ・保健センターで、赤ちゃんクラスに参加した時、「赤ちゃんの移動など手伝いますから」と言われていたのに、手伝ってもらえなかったこと ・予防接種時、エレベーターなしの4階で、ベビーカーもダメと言われたこと
⑩ 今後、あれ ば良いと思 う医療・行政 サービス	・定期的な育児相談の訪問（保健センターにはなかなか行けないので、5～6ヶ月でもう一度してほしい） ・託児付き、手伝いつきの赤ちゃん教室の実施（双子も参加しやすいように） ・予防接種時の手伝い ・金銭面の補助（ヘルパー、交通費など）

以上より、プレパパママ教室は、妊婦とその家族にとって、情報を得るだけでなく、育児のイメージ作りに有効であった。また、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た。さらに、教室後の調査によって、妊娠期から育児期にかけての一貫したサポートの必要性が明らかになった。

5. 多胎児家族のつどい（B市）

8、11月の2回実施した。1回目は、B市保健センターにて、ぎふ多胎ネットのピアサポーターが主となり、日頃の育児の悩みや妊娠期の心配事などの交流会を行った。参加者は、多胎妊婦家族2組、多胎児家族3組、B市保健センター保健師、ぎふ多胎ネット、母子保健推進員、大学教員および学生である。ピアサポーターから、たくさんの経験談を聞くことができ、質疑応答も活発にされ、和気あいあいとした雰囲気の中で進められた。

2回目は、子育て支援センターに集まり、食育についての健康セミナーに参加し、その後、交流会も行った。参加者は、多胎妊婦1名、多胎児家族5組、B市保健センター保健師・栄養士、母子保健推進員である。多胎児家族や多胎妊婦の紹介にもなり、保育士とのつながりができた。

6. 多胎児サークルの開催と支援（C町）

1) 未就学児である多胎児とその家族のニーズ把握

未就学児である多胎児とその家族（同意の得られた13組、1組は胎児）に、4年次学生が卒業研究Iとして、家庭訪問援助を行いニーズを把握した。把握した主なニーズは下記の通りであった。

- ・保育料・育児金などの金銭面でのサポート。
- ・人的サポート（入院など1人に手をかけなくて

はならない時にもう1人の面倒を見てくる等）。

- ・安全に遊ぶことのできる場所の提供（天候に関わらず利用できる、見守りの目がある場）。
- ・多胎妊娠や管理入院による母親への身体面・精神面の影響等から、妊娠期からの支援が必要。
- ・育児期の親が妊娠期に必要と感じた援助と、妊娠期の親が必要と感じる援助は異なる（育児期の親は、妊娠中に出産後のサポートや育児資源情報を知らなかったと思うが、妊娠中の親は、目の前の問題である自分や胎児の健康のことが一番の気がかり）。

2) 多胎児サークルの開催（月1回）

保健師としては、参加者主体のサークルであり、自分たちの思いを反映し運営して欲しいと考えて、側面的な支援をしている。具体的には、会場の無料貸し出し、母子手帳交付時に多胎妊婦へのサークルの情報提供、随時サークルの要望や相談を受けアドバイス、時々サークルに参加する等である。

3) 1) で把握したニーズに対する支援の強化

妊娠期の親は、直面している問題が気がかりで、育児期のことまで考えが及ばなくても、出産後の生活や育児資源の情報が必要ないというわけではない。後になって自分で見直すことができるよう口頭だけでなく資料を手渡すなどの配慮が必要である。

妊娠期からの支援強化として検討した内容は、ア) 母子健康手帳交付時に妊娠期の支援（妊婦教室と家庭訪問）を紹介しながら、特に、妊婦教室についての希望を明らかにする。イ) 多胎妊婦については、「双子の手引き」を手渡すだけでなく、内容を紹介できるようにする。また、双子サークルや家庭訪問を紹介する。ウ) 多胎妊婦が双子サークルに参加する場合には、サークルリーダーと一緒に、双子ならではの妊娠や育児について話せる時間をもつ。以上、3点だったが、その後、一般住民である多胎妊婦からの妊娠の届出はない状況にある。安全に遊ぶ場の提供では、今ある遊び場（児童館や保育園の園庭開放）の情報提供などは随時行っている。金銭面の援助については、多胎児のみならず育児支援全般になるが、今年度より妊婦一般健診受診票の枚数が増えたり、乳幼児医療費助成の対象年齢が引き上げられたこともサポートになると思っている。1) で把握したニーズについては、保健師だけで解決できる問題ではないので、今後の課題である。

IV. 看護実践の方法として改善できたこと

今年度の課題として、プレパパママ教室開催に

あたり、開催市以外の参加者のみであることが続いたため、他地域の保健師と助産師、看護師、多胎児サークル、大学教員が話し合いを持った。その結果、単独の市町村だけではなく、広域の市町村が協力し支援を行っていく必要があるという意見で一致した。今後、広域の多胎妊婦を対象にすること、開催場所は持ち回り制で開催することを決定した。また、他市の共同研究者同士の取り組みについて共有することができた。

V. 現地側看護職者の受け止め

行政、医療施設、サークル、教育の協働により、様々な視点から意見交換を行い、多胎妊婦およびその家族をサポートし、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。地域同士の協力体制については、早急に対処する必要があるという意見で一致した。また、今後、定期的に話し合いを設け検討をしていく予定である。

VI. 考察

多胎妊婦とその家族は、妊娠期から喜びと不安を抱えて過ごし、育児期に入ると不安が現実となることが多く、様々な支援を必要としている。そのため、不安や疑問を解決、もしくは最小限にし、安心して妊娠期を過ごすことができるよう支援を行っていくことが重要である。必要としている支援の把握、妊娠期から育児期にかけての継続的支援、個別の対応など、多胎妊婦とその家族へのニーズに即した支援の更なる検討が必要である。

A市における取り組みは、今年で3年目になり多職種間やサークルの連携も密にとることができ、定着してきている。参加者が開催市以外のみであるという課題もあったが、広域での多職種間の話し合いにより、他地域の協力を得ながら今後も継続していくことになった。多胎児が増加しているとはいえ、地域毎にみると少ない状況であり、困難な点がある。よって、今後、十分な支援を行うには、他地域同士が情報の共有をし、協力し合うことは必要不可欠である。また、多胎妊婦に多い里帰り分娩などによって、情報提供が不十分になりがちな病院と地域の連携についても取り組んでいく必要がある。

VII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 各地域における多胎児支援の現状と取り組みについて

本研究の取り組んだ3地域について、それぞれ詳しく説明し、その後、質疑応答を行った。

A市においては、中核病院への入院が他地域から多くみられる。そのため、里帰りなど出産後の支援が行き届かず、困る対象が多い。よって、妊

娠中から育児期の継続した支援、サークルの紹介や出産後の家庭訪問を充実させることが必要である。

B市では、妊娠期からの取り組みとして、家庭訪問をできるだけ行っている。外国人の方も多いため、その対策としては、家庭訪問やメールでのやり取りによって、リアルタイムに直接コミュニケーションが図れるよう工夫している。

C町では、妊娠期と育児期のニーズの違いをとらえた的確な支援を行っていくことが課題として挙げられた。また、妊娠期と分娩期でのニーズの違いについて質問があった。

また、この3地域以外からの説明もあった。3～4年前から月1回の自由交流会の開催や、講師を招いての交流会も行っており、他地域からの参加も可能であるなど、各地域それぞれが工夫して支援を行っている状況であった。

2. 地域間、多職種間の連携方法

地域においては少数である多胎児家族の支援を、各地域が行うには困難な点が多く、広域での協力が不可欠であるため、今後、情報を共有しあいながら進めていくことが望まれる。また、産後の支援をより充実させることが求められており、妊娠期から継続した支援を行う必要があるという意見で一致した。

地域から医療機関、逆に医療機関から地域への情報提供とその共有については、妊娠中から育児期への支援を行う上で、必要不可欠であるため、密に連絡を取り合うことが必要である。

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）、母性保健の主なる統計、母子保健事業団；58、2005。
- 2) 服部律子：乳児期の双子を持つ母親に関する分析と考察、ペリネイタルケア、21(8)；78-84、2002。
- 3) 藤原由美子、藤原由美、須山由梨子：多胎児をもつ母親の育児に関する産前・産後の悩み事、日本看護学会論文集母性看護、35；137-139、2004。
- 4) 尾前沙織、谷尚子、安代晋吾、他：双生児を育てる母親の生活実態の検討、藍野学院紀要、19；59-66、2006。
- 5) 服部律子、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。

赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けての検討

布原佳奈 服部律子 谷口通英 名和文香 宮本麻記子 武田順子 両羽美穂子 坪内美奈
 大法啓子（大学） 高田恵美 高田恭宏（高田医院） 河合幸子 永田美紀子（郡上市民病院・
 産婦人科病棟） 羽土小枝子 水口智美 橋本吾貴子 加藤ゆみ子 和泉かおり（郡上市健康福祉課）

I. はじめに

母乳育児支援では、施設内のケアだけでなく、退院後の継続支援が重要だといわれている。近年、未熟児や虐待、合併症妊娠などのハイリスク事例については施設と地域の連携はとれているが、母乳育児支援となるとまだまだ課題が多いのが現状である。地域で母親に関わる専門職は、保健師、助産師、看護師、栄養士、保育士、歯科衛生士、小児科医など多岐にわたり、それぞれの専門性を生かした支援が望まれる。

本研究の目的は、赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けて病院・診療所、保健センター、大学が協働して取り組む多職種による母乳育児支援のあり方および課題を明らかにすることである。

今年度は3つの取り組みについて報告する。

II. 方法・結果

1. A市での赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けてのワークショップ（以下WS）の開催

1) **ねらい**：A市の母子に関わる専門職が集い、情報交換を通して母乳育児支援の課題を共有し、赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けて今後のあり方について検討する。

2) **日時**：2007年9月27日 14：00－16：30
場所：A市内保健福祉センター

A市の保健師が中心となって、母子に関わる専門職者をリクルートし、WSの場所を提供した。参加者は表1のとおりで、その地域の母子に関わる多職種21名が一同に集まることができた。

3) **プログラム**：WSではA病院の助産師より、退院後に地域で保健師、助産師の支援を受けながら母乳育児に取り組んだ事例について紹介してもらった。各グループで事例の検討を行い、後半は情報交換とした。話し合われた主な内容は表2のとおりである。

4) **参加者の意見・感想**：施設での指導内容がわかった、地域での母親のニーズがわかった、直接、他施設、多職種の方と話をする機会となり、関係がよくなった、同じ母親に助産師も保健師も関わるので、同じ思いで関わっていきたい等の意見があった（表3）。

表1 A市でのWSの参加者

所属	職種	人数 (名)
A病院	助産師	4
	保健師	1
	栄養士	1
A市健康福祉課	保健師	4
	栄養士	1
B病院	助産師	2
C県Aセンター	保健師	1
A市内小児科クリニック	小児科医	1
産科クリニック (BFH認定)	助産師	1
大学	保健師	1
	助産師	4
計		21

表2 A市でのグループディスカッションの内容

- ・ 病院での妊娠期から退院後のケアの実際について
- ・ 退院後の母親同士の交流について
- ・ 病院で母乳育児可能と考える判断の目安およびミルク追加の目安について
- ・ 家庭訪問について
 病棟助産師が訪問したい
 保健師が訪問するにあたって必要な情報
- ・ 保健師の母乳育児の指導について
- ・ 母親を取り巻く人々への支援方法
- ・ 母乳育児継続のためにA地域で大切にしたいこと
- ・ サークルや子育て支援センター等、退院後に利用できる資源について
- ・ 母親の気持ちを高めて支える援助について
- ・ 卒乳のあり方について

表3 A市でのWS後の意見・感想の例

施設より
<ul style="list-style-type: none"> ・地域でどんな風に暮らしているのか、どんな要望があるのかということを知ることができた。 ・地域の方がどんな風に行っているかがわかった。 ・他の病院、地域との交流ができてよかった。
地域より
<ul style="list-style-type: none"> ・施設での指導方針、内容がわかった。 ・母乳の考え方も変わっているので、お母さんが自然の流れの中で行っていきけるようにしたい。 ・搾乳器のこと、トラブルのことなど新しい知識を得ることができた。 ・保健師間での関わり方も違うので情報交換していきたい。
施設と地域が同じ思いで関わることの大切さ
<ul style="list-style-type: none"> ・同じ方に助産師も保健師もかかわるので、同じ思いでかかわっていききたい。 ・これを機会にある程度統一された指導がA市であればよい。
聞き合える関係性
<ul style="list-style-type: none"> ・顔を見ながらお話できる場は良い。 ・保健師、助産師が気楽に聞き合える関係というのは大切。これからは聞ける。

2. 母乳育児支援についての保健師のニーズ調査

- 1) 目的:** ①地域で行われている母乳育児支援について明らかにする。②母乳育児支援で保健師が判断に迷うこと、知りたいことを明らかにする。
- 2) 対象:** C 県の保健センター・保健所に所属する母子保健担当の保健師
- 3) 調査期間:** 2007年9月から10月
- 4) 調査方法:** 郵送法による自記式質問紙調査
- 5) 調査内容:** 妊婦・褥婦への母乳育児に関する指導内容、卒乳に関する指導内容、母乳育児支援に関する疑問、困ったこと、日ごろ感じておられること等であった。調査内容については、A病院助産師に意見を伺い、案を大学で作成し、共同研究者が確認した。
- 6) 倫理的配慮:** 本研究は本学倫理審査部会での倫理審査の承認を受けている(受付番号1920)。研究協力は自由意思によるものであること、結果は個人や地域が特定されない形にまとめること、質問紙の返送をもって協力の意思を確認させていただくこと、研究協力されなかった場合の不利益はないことを保障した。
- 7) 結果:** 母子担当の保健師57名から回答を得た。援助の方針としては、母乳・混合・ミルクを

選択するのは母親なので、母乳を勧めるのではなく、母親の意向に沿うようにしているとの回答が26名と一番多かった(表4)。日頃の褥婦への授乳援助としては、授乳方法、授乳の間隔、回数に関することが多く、頻回授乳の指導も8件あった(表5)。また日常生活援助としては、食事のバランス(31件)、水分摂取(10件)、できるだけ休息をとる(22件)と、食事と休息に関する指導が多く行われていた(表6)。

ミルク追加の判断に迷う時は、母親の母乳へのこだわりが強い時、児の体重増加が思わしくない時等であった(表7)。

保健師が困っていること、知りたいこととしては、母乳育児に行き詰って泣きながら保健センターへ相談されるケースがあり施設での心のケアはどうしているのか、家族の人にミルクをあげた方がよいと言われ、児が泣くという理由で母乳を諦めてミルクになるケース、ミルク追加の判断等が挙げられた(表8)。

保健師が母乳育児支援で大切にしていることは、母親の話を傾聴すること、母親の意向を大切にすること、母子が健全に育つことを第一に考えていることであった(表9)。

表4 保健師の授乳に関する基本的な姿勢

内容	人数(名)
①母乳育児のメリットを説明し、母親が母乳を希望するように支援	16
②母乳・混合・ミルクを選択するのは母親なので、母乳を勧めるのではなく母親の意向に沿うようにしている	26
③食事のバランスや禁煙など生活全般について指導しているが、母乳育児の推進を意識していない	3
①+②	2
②+④	2
②+③	1
その他	5
無回答	2
計	57

表5 保健師の日頃の褥婦への授乳援助

内容	件数
授乳方法（抱き方・飲ませ方）	18
授乳の間隔・回数	12
頻回授乳	8
乳房の観察	8
乳房ケア	4
乳房マッサージ	7
搾乳の方法・保存方法	7
母乳外来などに紹介する	5
授乳時間	3
児の体重増加の確認	3

表6 保健師の褥婦への日常生活指導

内容	件数
食事バランスをとる	31
できるだけ休息をとる	22
水分摂取	10
生活のリズムを整える	7
授乳中の禁煙、禁酒について	2
身体を冷やさない	1
家族の協力を得る	1
経産婦の授乳時間の確保	1
静かに授乳できる環境作り	1

表7 ミルク追加の判断に迷う時

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・母親が母乳にこだわりが強い時。 ・出産した所で、母乳は絶対と勧められている時。ミルクを足しましょうと言うと、母親が出産した所へ話し、そこから保健センターに苦情がよせられてしまうことは何回もある。 ・出生の頃からみると、体重の伸びが悪いが、なんとか発育曲線の傾きになり、今はギリギリ増えている時。 ・お乳は出ているが、子どもの体重が増えていない時（マッサージに行ったらたくさん出ていると言われるなど）。 ・児が哺乳びんを嫌う時。 ・足りていない状態だが、少しがんばれそうな母親には母乳だけで授乳を勧めたい気になる時。 ・母乳だけで大丈夫だが、母親が心配でミルクを足したがる時。 ・ミルクにする経済的負担を考えて、母乳推進していると思うも、体重増加が少ないケースについてはミルク追加の判断に悩む。

(一部抜粋)

表8 保健師が困っていること、知りたいこと

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院や助産所等の助産師がどのような援助をしているのか知りたい。 ・ 病院での指導を大切にしながら、それとまったく違う方法をすることもできず困る。 ・ 退院後、母乳育児に行き詰って保健センターに相談される事例が少なくない。 ・ 児が泣くという理由で、家族にミルクを勧められる事例がある。 ・ 母乳育児はとてもいいと思うが、本当に母乳が出ていない母が、母乳のみで育てたいという時、どのように支援していいのか困る。 ・ 祖父母に母乳の子はいい子に育つといわれてプレッシャーを感じる母親がいる。ミルクで育てることが良くないことという流れにならないことを願う。 ・ ミルク追加の判断はいつも迷う。 ・ 卒乳のめやす、卒乳の考え方についていつも疑問に思う。 ・ 過疎地で退院後に社会的資源がない場合の支援方法。

(一部抜粋)

表9 保健師が母乳育児支援で大切にしていること

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親の意向をきき、できるかぎりその希望にそうように支援する。よく話をきくようにしている。 ・ 母乳育児のメリットを母親に知ってもらった上で、母乳を勧めるのではなく、母親や家庭の実情（体調が良くない、ストレスで母乳が出なくなった、仕事へ復帰など）に合わせた授乳の支援を行ってきたい。 ・ 母乳は子ども自身の基本となる体をつくること、そして母との愛情を深める場であること、誰でも初めての時があり、子どもとともに親も育っていくことを大切にしたい。 ・ 母乳育児支援というより、母子が健全に育ってくれることをいつも願っている、そこを大切にしている。 ・ 母乳育児が「楽しい」「あたたかい」「うれしい」プラスがいつばいの良い思い出になるように支援したい。

(一部抜粋)

3. 母乳育児支援に関わる専門職者のための WS を本学にて開催

1) **ねらい**：“赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくり”をモットーに地域の特性、職種の特長を活かして、母乳育児支援について自由にディスカッションし、現状や今後のあり方、課題について共有して、実践の改善のヒントにつなげる。

2) **日時**：2007年11月23日 13:00-17:00

3) **場所**：岐阜県立看護大学

4) **プログラム**：前半は4つの報告、後半はグループディスカッションとし、最後にグループ発表をした(表10)。グループはできるだけ同じ地域の多職種で編成するように配慮した。

5) **倫理的配慮**：グループディスカッションおよび質問紙調査への参加は自由意思によること、個人が特定されないことを保障した。グループには大学教員または看護学生を書記として1名配置し、プリンター付のホワイトボードにディスカッション内容を記録した。参加者が内容を確認した後にプリントアウトし、共同研究者が意味内容ごとに分類した。

6) **参加者**：保健師、助産師、看護師、栄養士、保育士、小児科医等、計52名であった(表11)。

7) A市における地域での母乳育児支援の報告

A市保健師より、地域での母乳育児支援について報告があった。その中で、A市の母乳率は上昇傾向で、平成18年の3,4ヶ月健診時には75.2% (県平均50.8%)であった。また母子手帳交付から1.6ヶ月健診までの途切れのない丁寧な支援の実際が紹介された。関わる中で、母乳育児が確立し喜びの声がある反面、中にはつらい思いを話される母親もいることが報告された。最後に、母乳での子育ては母性の確立・愛着形成につながることを通して子育ての自信・満足度を高める母と子の健康づくりを目差しており、多職種の連携、地域・家族の理解、母親の気持ちに寄り添うことの大切さについて話された。

8) A病院における母乳育児支援の報告

A病院助産師より、BFH(赤ちゃんにやさしい病院)取得に向けた取り組みについて報告があった。平成15年より自律授乳導入、ルチンでのブドウ糖・ミルクの追加を中止し、平成16年より病棟内で「母乳推進委員会」を立ち上げてカップ・シリンジでの授乳を導入、平成17年度には院内の機関紙“おっぱいだより”を作成・配布、母乳育児支援の基本方針を文章化した。平成18年度には「BFH委員会」を立ち上げ、病院を挙げた精力的で組織な取り組みの実際が紹介された。

9) グループディスカッション

施設内の産科病棟、産科外来、NICU、小児科外来の連携のあり方、施設と地域がうまく連携する方法、基本的な母乳育児支援方法の方針の統一、母親へのエモーショナルサポート等について話し合われた(表12)。

10) 参加者の評価

参加動機は、他施設の専門職者との交流・情報交換が一番多く、28件であった(表13)。

4つの報告に対する参加者の意見・感想は、保健師に苦情がいきやすいため病院と連携して解決できるとよい、混合病棟でのBFH取得の取り組みを身近に感じ励みになった等があった(表14)。

地域の特性、職種の特性を生かしたグループディスカッションであったかを問うたところ、参加者の90%以上がとてもそう思う、そう思うと回答した。同じ地域のお他職種と話し合うことで取り組みや課題がわかった、いろいろな意見を聞いて思いを共有することは母乳育児支援につながる等の意見があった(表15)。

今後、自施設で取り組みたい課題としては、継続的な支援、多職種との連携、施設と地域との連携等が挙げられた(表16)。

表10 本学でのWSのプログラム

内容	担当
はじめの挨拶	本学 服部律子
本日のオリエンテーション	布原佳奈
自己紹介	全員
NICUでの母乳育児支援	本学 博士前期課程 修了生 栗山和美
母乳育児支援に関する保健師のニーズについて(調査結果の中間報告)	本学 布原佳奈
A市における地域での母乳育児支援 保健師の立場からの支援	A市保健師 橋本吾貴子
A病院における母乳育児支援 BFH取得に向けた取り組み	A病院 永田美紀子
質疑応答 休憩	
グループディスカッション	各グループ
グループ発表 参加者の意見・感想	

表 11 本学での WS の参加者

職種	人数(名)
保健師	6
開業助産師	4
勤務助産師	21
看護師	8
栄養士	3
保育士	2
小児科医	1
教員(助産師)	7
計	52

表 12 本学でのグループディスカッション内容

内容
<ul style="list-style-type: none"> 施設の多職種の連携について 施設と地域の連携について 基本的な母乳育児支援の方針の統一について BFH 認定に向けて エモーショナルサポートについて 地域での母親への支援のあり方について 家族への支援のあり方について 赤ちゃんの泣きへの対処 未熟児センターでの母乳育児支援と低出生体重児のフォローについて 専門職の役割

表 13 本学での WS への参加動機(複数回答)

内容	件数
母乳育児について知りたかった	16
赤ちゃんに優しい病院(BFH)取得に向けての取り組みに興味があった	13
地域における母乳育児支援に興味があった	15
NIC U での母乳育児支援に興味があった	11
ワークショップ形式で学習できるから	5
他施設の専門職者との交流・情報交換	28
その他	1

表 14 WS の報告に対する参加者の意見・感想

主な内容
<ul style="list-style-type: none"> 地域の現状、保健師の姿勢、困っている事がわかった。 保健師には1番苦情も行きやすいため病院と連携しながら解決できるとベストだと思う。 保健師さんはデータに強くて、グラフをきちんと作っておられ大変わかりやすい。 混合病棟での BFH 取得の取り組みということで身近に感じ励みになる。 BFH 取得に向けて委員会を立ち上げたことはすごいこと。主体的取り組みの成果がよくわかった。

表 15 地域、職種の特性を生かしたグループディスカッションであったか

主な内容
<ul style="list-style-type: none"> 同じ市内(地域)での他職種の方と話し合うことで、各施設での取り組みや課題がわかった。 いろいろな意見をきいて、思いを共有することで母乳育児支援につながると思う。 皆さんがそれぞれに悩みを抱えながらも良くしていきたいという気持ちを持って仕事を試みていたので自分も頑張ろうと思った。 結論を出さなくてもよいものだから、1Gの人数がもう少し多くてもよいのでは？さらに多職種の意見交換ができると思う。

表 16 今後、自施設で取り組みたい課題

主な内容
継続的な支援
<ul style="list-style-type: none"> 退院後～1ヶ月健診までのフォロー 母乳外来 妊娠中からもっとかかわれるようにしたい 当院から他院へ搬送になった母子への継続支援
多職種との連携
<ul style="list-style-type: none"> 助産師や看護師と共に母乳について話し合いたい 栄養士との連携は今までないので今後考えたい
施設と地域との連携
<ul style="list-style-type: none"> 地域と病院との連携や連絡会を行っていく 地域との関わり・連携について母親に周知 育児サークル
祖父母への意識付け
ケアの方法の改革・改善
<ul style="list-style-type: none"> カップ・シリンジでの授乳 早期接触促進、人工乳首の使用禁止 帝王切開後、早期の母子同室について 自然出産ではない母子に対する支援方法 多忙な医療機関(施設)では支援が難しい、直接授乳困難(陥没等)の母子の支援
母乳育児について深めたい
<ul style="list-style-type: none"> 母乳育児についての学習会 母乳育児やその実際について調べたいと思った スタッフの母乳育児支援への思いの共有

4. 現地看護職の今年度の取り組みについての受け止め

・A 病院助産師：地域との連絡会は今までもあったが、今回の WS で地域に帰られた母親の生の声を保健師を介して知ることができたので良かった。他の施設でどのような援助を行っているかを知る機会がないのでとても有意義な WS

であったと思う。母子を支援していく上でやはりサポートしていく側が同じ方向性で支援していく必要があると思う。機会があれば今後も話し合いの場を持ちたいと思う。

- ・A市保健師：A病院でのBFHを目指す取り組みが始まって以来、乳幼児健診での母乳育児率はアップした。A病院の努力により母乳育児が浸透していると感じた。しかし、赤ちゃん訪問に行くと母乳育児が継続できない状況のこともある。ケースバイケースでお母さんの気持ちを尊重して関わっていかれたらと思う。
- ・今回のWSは地域の取り組みを繋げる機会となった。保健師間でも方針の違いがある。話し合うことができよかった。また、11月のWSでは卒乳や離乳についても話し合うことができ参考になった。
- ・母乳育児を支援していく上で、やはりお母さんの思いを大切にしたいと思っている。母乳育児率がアップしたことは病院の努力である。しかしその一方でお母さん方の母乳育児を続けることに対する悲痛な声が保健師に寄せられるようになった。今後も今回のWSのような機会を持つことによって病院と地域の継続したケアを続けていきたい。

Ⅲ. まとめ

今回、3つの取り組みを通して明らかになった課題は以下のとおりである。

1. 施設内のケア方針について共通認識し、産科外来⇄産科病棟⇄NICU⇄小児科外来の連携を強化する必要がある。
2. 施設と地域の専門職がお互いを尊重し合いながら専門性を生かした支援を行う。保健センター⇄施設⇄助産所⇄小児科⇄保育所⇄子育て支援センターが連携し、妊娠から卒乳までのエビデンスのある継続した支援を行う。そのためには、専門職同士、顔がわかり、お互いに聞き合える関係性が前提となってくる。今回の取り組みは、母子に関わる多職種が集い、互いを理解するよい機会となったと考えられた。
3. 母乳育児支援の対象は、母子だけでなく、家族、友人など母親を取り巻く環境全体にアプローチする必要がある。

Ⅳ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 施設と地域の連携について

D 病院未熟児室 看護師

- ・未熟児の場合は保健所に未熟児サポートの依頼

はお願いしているが書面上のやりとりのみである。退院後の様子について気になってはいるが十分には連携がとれていない。

E 病院 NICU 助産師

- ・退院時に授乳に関する不安を抱えている方が多い。退院時に保健センターに連絡を取り、保健師に訪問をお願いしている。今回の取り組みはとてもよい取り組みだと思う。

2. 保健師は母子保健に取り組みされる際、現任教育としてどのように学ばれているのか

- ・保健師は入職すると最初に母子担当となることが多い。教科書レベルの学びでしかないのが現状。あとは個々が経験を積む中で学んでいく。研修会は地域によって異なる。保健所単位で行っている。入職した時期にもよる。母子への関わりだけというわけにもいかないのが現状である。

3. 保健師から地域の助産師に紹介する際に紹介状のようなものはあるか

- ・A市保健師：近隣のA病院へ紹介する際は直接電話してお願いすることもある。大きな病院や遠方の病院に紹介する際は保健師からの情報提供は行っていない。乳幼児健診で受診を勧める場合は紹介状がある。

4. 母乳育児連絡票などがあれば保健師と助産師の間の連携もとれるのではないかと

- ・A市保健師：継続して支援していけると思う。ハイリスク児は県がフォローを行っているが、その取り組みにプラスアルファして母乳育児やローリスクにも拡大できるとよい。
- ・A病院助産師：退院時に不安のある方にはご本人の同意を得て、病院としてもフォローを行っている。その後はまた地域にお願いしている。

5. 討議のまとめ

- ・母乳育児は母子ともにメリットが大きいので推進すべき課題である。母乳継続率は結果であって、数字を達成することだけが目標ではない。お母さんなりの母乳育児を支援したい。
- ・助産師は母乳育児に関しては専門家であるが地域での“生活”といった部分では分からない部分もある。また、保健師も母乳育児のことだけをみているわけではない。お母さんを介してではなく直接、保健師と助産師が顔と顔を合わせることに意味がある。今回のA市での取り組みが岐阜県内に広まると良い。

ハイリスク新生児とその母親への母乳育児支援の検討

谷口通英 宮本麻記子 服部律子 布原佳奈 名和文香 武田順子 大法啓子 (大学)
安藤嘉奈子 今井永子 坪内ぬい子 藤吉加乃子 中尾幸子
野口芳美 宇留野由香里 安藤有希 (岐阜県総合医療センター)

I. 目的

出生直後より治療を必要とし、母子分離の状態にある新生児にとって母乳栄養は治療の観点からも非常に重要である。しかしながら母親は、産後早期からの頻回の直接授乳が不可能であるために、母乳分泌は十分得られにくい。母乳分泌を維持していくには、産後早期からの搾乳開始と頻回搾乳が大切である。当院の現状として産科と新生児センター（以下 NICU）でそれぞれに支援を行っており、その判断は個々の看護職者にゆだねられているのが現状である。

そこで本研究の目的は、産科と NICU の看護職者の母乳育児支援への意識の現状を把握し、両者がケアの質の向上を目指すために一貫した支援のあり方を検討することである。

II. 方法

1. 調査対象

産科病棟助産師 20 名および NICU 看護師・助産師 29 名。

2. 調査方法

母乳育児支援の現状とスタッフの意識調査のためにアンケートを行った。

3. 調査期間

平成 19 年 11 月 6 日～平成 19 年 11 月 16 日

4. 調査内容

主に以下の 3 点について記述調査を行った。

1) 搾乳開始時期と支援の現状、2) 母子分離の状態にある母乳育児支援についての今後の課題、3) 母乳育児を継続させていくために大切だと思っていること

5. 分析方法

単純集計を行った。記述内容は複数の研究者で意味内容の類似性にそって分類した。

6. 倫理的配慮

本研究は本学の研究倫理審査部会の承認を得ており、対象者には調査の主旨・倫理的配慮について文書と口頭で協力を依頼し、アンケートの回収を持って同意を得た。アンケートは無記名とし個人が特定されないよう配慮した。

7. 現地側の取り組み体制

この研究は現地の方から取り組みたいと始まった研究であり、アンケート内容の考案やアンケート結果の分析などは大学側と協同で行い、アンケートの実施については、現地の方が主になって行った。

また共同研究報告と討論の会では、報告と討論に参加され、参加者の質疑に応答した。

III. アンケート結果

1. 搾乳の開始時期と支援の現状

1) 搾乳開始時期とその説明

自由回答方式で回答を得た。産科での経膈分娩と帝王切開時の搾乳開始時期とその理由、NICU での搾乳開始時期の説明とその理由は表 1～表 3 の通りである。

産科での経膈分娩の搾乳開始時期は、分娩当日または 1 日目と回答したものが 2 名で、大半が分娩後 1 日目で降や乳房緊満や圧乳が出てきたからと回答していた。その理由として、ルチーン業務に組み込まれていることが挙げられていた。1 日目が母児同室と授乳開始の時期であるため、児が NICU 入院中の母親に対しても搾乳方法などの説明をし、開始されていた。また、搾乳には至らないが、乳頭刺激は産褥 1 日目から行っているとの回答が多数みられた。帝王切開での搾乳の開始時期は、創部痛や後陣痛のためなど褥婦の身体状況を理由に分娩後 1～3 日目と回答は様々だった。

NICU での搾乳開始時期は、24 時間以内という意見もあるが、母親の入院先である産科での搾乳開始に任せているのが現状で、出産後できるだけ早くという説明にとどまっていることが分かった。

表1 経膈分娩の褥婦の搾乳開始時期と、その理由(産科)

開始時期	人数	理由
当日	2	初乳を届けるため、早期に開通をよくして母乳分泌をよくするため
分娩当日か1日目	4	本人の希望があれば当日行う。1日目はルーチンになっている 疲労回復のため、夜間だったら休んでもらう 分娩当日は疲れている、またNICU入院となり気持ちが落ち着いていないため
1日目以降	10	早期に開始、授乳することで免疫力のUPにつながる 少しでも児に届けるため、乳管開口、乳頭刺激のため 母児同室説明の時に 搾乳はお乳が出るようになってから、刺激は出産後すぐに行う 疲労状態に合わせて、分娩早期が良いから
乳房緊満や圧乳が でてきたら	4	乳房緊満が出てくるまではマッサージは行うが、搾乳は必要ないと思う 母の意向+乳房状態を見るため 少しでも早く母乳を届けたい。早期から乳房の刺激をする

表2 帝王切開を受けた褥婦の搾乳開始時期と、その理由(産科)

開始時期	人数	理由
1日目	7	本人の体調が安定しているため 少しでも児に届けるため、圧乳あればシリンジにとる 乳房マッサージの説明時 乳緊ないため。当日は疼痛を訴える患者が多いため
1~3日目	4	創痛、後陣痛と乳緊の程度をみて CS当日は痛みも強い
2日目	3	圧乳がないから、乳房の状態により開始 パスで乳房マッサージの指導に合わせて行う
2~3日目から	2	乳頭刺激を与え分泌促進をするため。乳緊が強ければ、その時から始める 2日目バルン抜去し、歩行できる
乳房緊満や圧乳が でてきたら	4	乳房緊満が出るまではマッサージは行うが、搾乳は必要ないと思うから はりはじめや早期に授乳していく必要がある 母の意向+乳房状態による 少しでも早く母乳を届けたい早期から乳房の刺激をする

表3 搾乳開始時期の説明と、その理由(NICU)

開始時期	人数	理由
24時間以内	2	ホルモンの関係、よくわからない
産後2~4日目	8	乳汁が分泌する時期 出産当日にもすすめたいが、母の体調を考慮している 産科が中心である、産科で2日目くらいから始めている
出生後できるだけ早く	8	早く行うことで、初乳を得られ、乳房トラブルの予防・分泌促進となるため 児がそばにいれば6H以内には授乳が開始されるため 定期的に吸啜刺激がないため、搾乳による刺激を与え分泌を促す 早くからの搾乳が必要だと思う、乳汁分泌が始まる時期のため
具体的には伝えて ない	3	すでに搾乳開始しているため 産科病棟ではないので
不明	2	産科産院の事情や考え方が、産科で開始してから
記載なし	6	時期は説明していない 34~35Wで状態が安定している児であれば入院時でも可能

2) 乳汁分泌の促進と維持のための援助

7つの選択肢から回答を得た。産科、NICU ともに多かったのが「母乳に関する必要性の説明など搾乳意欲の増進」「早期搾乳の開始」「児の面会奨励」であった。一方で搾乳器の使用や乳房マッサージなどは産科・NICU ともに少数にとどまっていた。(表4)

表4 乳汁分泌の促進と維持のための援助

(複数回答可)

援助内容	産科	NICU
①早期搾乳の開始	17	13
②早期からの頻回搾乳と介助	14	9
③助産師の乳房マッサージ	9	3
④搾乳器使用の促進	4	1
⑤児の面会奨励	17	25
⑥母乳の必要性の説明など搾乳意欲の増進	20	25
⑦その他(乳房・乳頭マッサージ、早期接触、定期搾乳など)	1	7

2. 母子分離の状態にある母乳育児支援についての今後の課題

1) 産科で認識されている早期搾乳開始が困難な要因

記述方式で回答を得た。産科で早期搾乳開始が困難な要因は、高血圧・疼痛など「母親の身体的状況により困難」19名が最も多く、次いで「スタッフの人員不足」11名であった。

(表5)

2) 早期搾乳を実施可能とするための方策

産科で早期搾乳開始を実施可能とするために

改善するとよいと考えられることは、「スタッフの人員補充」7名、また業務改善として「母親への情報提供」7名が多かった。(表6)

3) NICUにおける早期搾乳の説明状況

NICUで早期搾乳のメリットを母親にどのように説明しているかについては、「説明している」20名と「説明していない」9名に分かれ、説明の内容については母体や児へのメリット、分泌促進のメリットなどであった。(表7)

表7 早期搾乳のメリットを母親にどのように説明しているか

早期搾乳のメリットの説明状況	人数
説明している (母体へのメリット・分泌促進のメリット・児へのメリットなど)	20
説明していない	9

4) 両病棟で認識されている乳汁分泌の促進と維持のための援助での課題

乳汁分泌の促進と維持のための援助で課題とされていることは、産科では、乳房管理の指導ができていない、ケアの統一の必要性、ケアに自信がないなど知識の向上に関する課題が8名や、多忙で時間的余裕がない、退院後の乳房ケアなど乳房管理業務の充実に関する課題が9名などであった。(表8)

NICUでは、産科との連携がとれていない、面会時間に対応できないなど業務改善に関する課題が23名、乳房管理など知識の向上に関する課題が4名などであった。(表9)

表5 早期搾乳開始(6~12時間以内)が困難な要因

理由	人数	回答内容(複数回答可)
母親の身体状況により困難	19	帝王切開だと疼痛があり、乳房ケアが出来ない 血圧が高い等症状がある場合 切迫などの人が多く乳房管理が出来ていない 体調回復優先で、搾乳まで気が向かない 出血量が多い、モニター管理や輸血をしている
スタッフの人員不足	11	業務が忙しい、スタッフの人員不足 NICU入院となると手続きが多い 夕方・夜の帝王切開の場合
母親の精神状況により困難	3	母親の気持ちが搾乳という気持ちになっていない
その他	2	乳汁分泌がない、全例実施できるわけではない

表6 早期搾乳開始を実施可能とするために改善するとよいこと

理由	人数	回答内容(複数回答可)
スタッフの人員補充	7	業務の見直し、スタッフ増員 マンパワー確保
母親への情報提供	7	妊娠中からの意識づけ・早期からの支援 NICU スタッフより母乳の有用性についての説明 搾乳パンフレットの充実
パス・申し送りの見直し	3	パスに組み入れる 申し送り用紙の簡素化 経膣の場合 6 時間頃に IC があるのでその時やってみる
ケアの見直し	2	積極的な疼痛緩和の実施、乳頭刺激のみなら出来る

表8 乳汁分泌の促進と維持のため、今後の課題と思うこと(産科)

課題項目	人数	回答内容(複数回答可)
知識の向上に関すること	指導が出来ていない	4 乳房管理・指導
	ケアの統一の必要性	3 スタッフ間のケアの統一・手順統一
	ケアに自信がない	1 乳房ケアに自信がない
乳房管理業務の充実	多忙で時間的余裕がない、マンパワー不足	4 業務が多く乳房ケアに時間をかけられない マンパワーの不足、助産師の不足
	搾乳を継続する意欲を出すケア	2 吸てつ出来ない乳頭の場合は搾乳が主な方針となるため難しい NICU 入院の場合は、刺激の回数が少ない現状
	退院後の乳房ケア	2 退院後の乳房ケア、母乳マッサージの継続
	NICUとの連携	1 NICU と産科スタッフの児に関する情報共有
	母親の病状に左右される	3 母の病態(PIH など)によっては、優先されるべきものが違う場合もある 切迫早産の方には、妊娠中のケアが出来ない

表9 乳汁分泌の促進と維持のため、今後の課題と思うこと(NICU)

課題項目	人数	回答内容(複数回答可)
業務改善に関すること	産科・地域との連携	9 産科との連携、産科が早期搾乳を促す 他院との情報交換、連絡がとれるとよい 母乳外来で母への精神面での支援をする
	看護側の問題	5 面会時に十分に対応出来ないことがある 本院以外で出産した母親への指導 母にタイムリーにケアをする時間がない
	母側の要因、または看護側の働きかけが薄い	5 児との接触・カンガルーケア・直母の早期開始 母のモチベーションを保ち、搾乳を続けること 搾乳回数が説明しても増えていかない場合がある
	搾乳について確認していくための機能(システム)が未確立	4 母の継続の有無や乳房の状態、搾乳状況をチェック出来ない 早産児の母親が搾乳を継続できる支援が必要
知識の向上に関すること	乳房管理に関する専門指導の必要性	4 乳房を専門的にみしてくれるスタッフがいるとよい 扁平乳頭・陥没乳頭など授乳困難時、乳房トラブル時のケア

3. 母乳育児を継続させていくために大切だと思っていること

産科では、母親の精神的フォローや継続する意欲を持たせるケアなど「母親への情動的・情緒的サポート」10名、妊娠中のケアや出産後の教育や頻回の授乳介助など「母親への道具的サポート」6名などであった。(表10)

NICU では、精神的フォローや児との早期接触など「母親への情動的・情緒的サポート」17名、周産期センター一同で目的・目標ビジョンの共有、産科との協力、退院後の地域との連携など「病棟間・地域との連携」が6名などであった。(表11)

表 10 母乳育児継続のために大切だと思っていること(産科)

項目	人数	回答内容(複数回答可)
母親への情動的・情緒的サポート	10	母乳育児への意欲(母)・利点・愛着形成 精神的フォローあせらずゆっくりと出来る環境が必要 根気をもってあきらめず継続すること 搾乳を継続する意欲を持続させるためのケア 授乳技術の上達
母親への道具的サポート	6	妊娠中のケア 出生後の教育、頻回に授乳介助につく 退院後数週間でのチェックが出来るとうい スタッフや周囲の人々の支援、相談できる人がすぐ近くにいる
スタッフの意欲向上・意識付け、 ケアの統一	6	スタッフの意欲など・スタッフの意識づけ・統一 スタッフ間の情報交換
病棟間・地域との連携	3	退院後も継続して母乳育児をするために乳房外来やNICUでの関わり が必要 退院後のサポート情報の提供

表 11 母乳育児継続のために大切だと思っていること(NICU)

項目	人数	回答内容(複数回答可)
母親への情動的・情緒的サポート	17	母親への精神的フォロー、意欲の維持のため声かけ 母親に母乳育児の利点、すばらしさを伝える 母が搾乳を自力でできるよう説明していく 母の思いとスタッフの思いが一致すること スタッフが搾乳、マッサージなどの知識をつける 児との早期接触
母親への道具的サポート	4	面会時間に、直母実施、乳房の状態把握、搾乳状況を確認していく 搾乳時に関わるスタッフを各授乳室に1人以上置く 母子分離でも乳房管理、直母が行えるようにする
病棟間・地域との連携	6	地域との連携、どこにフォローを依頼するか 出産前教育を産科でしてほしい 周産期センターで目的・目標のビジョンを共有する 母への働きかけとして産科と協力すること

IV. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今回の調査を機会に両病棟での母乳育児支援の現状や、スタッフの意識、今後の課題が明らかになり、共有することが可能となった。今回の結果は両病棟全体で認識されることで、病棟間の母乳育児支援への統一が進むものと思われる。またこの研究を開始する頃から、病棟間でのカンファレンスが月1回開催されるようになった。このように話し合いの場が整えられつつある中で、今後の業務改善や病棟間の連携に向けての改善につながっていくと考えられる。

V. 現地側看護職の受け止めや認識

産科では搾乳と乳頭刺激を区別して捉えていることが明らかとなった。今後は、早期搾乳開始を実施可能とするために改善することに挙げている、「母親への情報提供」「パス・申し送りの見直し」「ケアの見直し」について行えることを検

討していく。

また NICU では、搾乳開始時期は産科でのケアに任せることにはなるが、産科と連携し情報交換をしていく。さらに、早期における母児接触やカンガルーケアは現状通り推進し、母親の面会時に十分な対応ができるような看護体制の見直しをする。

VI. 考察

産科においては、早期搾乳に至らずとも、乳頭刺激は分娩当日から開始されていた。このことから、早期からの搾乳は意識されていることが伺える。一方で母親の病状や精神面への配慮のために、搾乳開始時期が左右されていることが分かった。母子分離となる母親は、合併症を併発していることが多く、産褥早期は病状も安定しないことから、当然とも考えられる。また搾乳開始の判断や乳房管理についても担当スタッフに任されている現状が明らかとなった。母乳育児支援で重要とされ

ている、母親へのエモーショナルサポートの基盤がスタッフにあることは強みであるが、身体状況や精神状況の見極めは個人に任されているために、特に経験の浅い若い助産師にとって、母乳育児支援はやや消極的にならざるを得ない。結果からも今後、乳房管理業務の充実や知識の向上の必要性を認識していたので、今回の調査を契機に具体的な方策が望まれる。

NICU においては、搾乳開始時期は早期にという意識はあるが、実際は産科の方針にそっている現状があった。また、乳房管理に関する知識の向上、母親への乳房管理実施の時間を確保できるための業務改善の必要性を認識していた。

今後、早期搾乳開始を実施していくためには、どのような身体状況であれば搾乳できるかの検討を重ね、情報共有を図ることや、パスに組み込むなどの業務改善などの必要性が伺えた。

両病棟に共通する内容として、病棟間の連携、乳房外来や、退院後の地域との連携、サポート情報の提供の必要性を認識していた。

母乳育児は、栄養面、免疫学的面、情緒的な面、経済的な面から多くの利点があり、それは低出生体重児にとっても同様であり、超低出生体重児においては特に「超早期授乳」の有益性が高いことが推測されてきている。しかしながら低出生体重児の多くが出生直後からの直接授乳が困難であるため、早期搾乳と頻回搾乳を行うこと、早期における母児接触やカンガルーケアを行うことが、その後の母乳分泌量に好ましい影響を及ぼすことも証明されている^{2)~5)}。

まずは病棟助産師・看護師や医師が母乳育児支援への意欲を持ち、今回の結果を手掛かりに両病棟間で連携し、今後更にハイリスク新生児に対する母乳栄養が改善されるように努力を重ねる必要性が伺えた。

Ⅶ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 産科と NICU における母乳育児支援について

産科では、早期搾乳できる人には行っているが、パスに組み込んで取り組むまでには至っていない。産科の助産師が NICU に乳房管理のために行くなどできたら良いのではという意見があったが、現実的には業務上難しい。プライマリーナーシングをしているので、NICU や退院後の状況把握をするようにしていくと、スタッフの意識も変わるのではないかという意見があった。

他に未熟児センターがある病院の現状として、助産師がいないこと、母乳育児も含め産科との情

報交換不足であり、同じような課題があるとの報告があった。

2. BFH に向けて取り組んでいる病院の現状

今回の討論の会で、BFH に向けて取り組んでいる施設の現状を伺うことができた。経膈分娩、帝王切開に関わらず、24 時間以内に 10 回以上はベッド上で授乳介助もしくは乳頭刺激を実施している。これを実施するにあたり、妊娠中からの母親への意識づけが重要である。帝王切開直後のカンガルーケアはほぼ 100%手術室で実施できている。これによって、母親も更に授乳への意欲がわいてくるということや、母子分離にしない状況を作ることで母乳分泌促進にも良い効果をもたらしていることが分かった。

このことから、今回調査した施設においても、妊娠中からの働きかけにも重点を置くことや、早期搾乳だけでなく、カンガルーケアなどの働きかけも考慮して母乳育児支援を進めていく可能性が示唆された。

3. 退院後の母乳育児支援に関わる課題

保健師から「児が NICU 入院中の母親で、分泌過多で困っているが病院の NICU で診察してもらえないという人がいた。病院でもみてもらえる所はあるのでしょうか？」との質問があった。病院によっては乳房外来がある施設や、退院時に地域の助産院を紹介したりなどしている。産科と NICU が連携し、熱意やボランティア精神を持ち、母乳で困っている母親をすぐ診察できるような体制があると良いとの意見があった。また母親が退院後も、乳房管理をしている施設がどこにあるか、把握できるように情報提供していく必要性も示唆された。

文献

- 1) 橋本武夫: UNICEF/WHO 母乳育児支援ガイド, 医学書院; 2003.
- 2) 橋本家頭夫: 超低出生体重児の「超早期授乳」, 母子保健情報, (47); 91-95, 2003.
- 3) 長尾純代, 尾島明美, 大野千夏, 他: 早期における乳頭吸啜と母乳分泌—その内分泌学的背景—, 母性衛生, 40(4); 460-463, 1999.
- 4) 吉永宗義: 特殊条件下での母乳保育 早産児(低出生体重児)の母乳育児, 産婦人科治療, 85(4); 426-430, 2002.
- 5) 堀内勁: 母乳哺育と母性の心理 カンガルーケアと乳汁分泌, 産婦人科治療, 85(4); 408-412, 2002.

岐阜県における在宅重度障がい児のQOLを支える 保健・医療・福祉・教育の体制づくり

泊祐子 石井康子 杉野緑 松下光子 長谷川桂子 谷口恵美子 窪田佐知子 普照早苗 (大学)
安藤祐子 (岐阜県庁・医療整備課) 和田俊人 (岐阜県庁・特別支援教育課) 松永正樹 (岐阜県
庁・障がい福祉課) 山田しのぶ (岐阜県庁・保健医療課) 市川百香里 武田福美 (岐阜県総合
医療センター) 安江則子 (岐阜県立希望ヶ丘学園) 近松由美子 (白百合訪問看護ステーション)

I. 研究目的

医療的ケアを必要とする在宅重度障がい児のQOLを支えるために、保健・医療・福祉・教育の連携と体制はどのようにできるとよいのか、課題を明確にし体制整備に向けて検討する。

II. 研究方法

1. 調査方法

- ①在宅重度障がい児に関わって感じている問題意識を出し合い、共通理解する。
- ②地域療育システムがある程度整備されている先進県を視察する。
- ③実際の障がい児への支援事例の検討
- ④視察内容と支援事例から問題の整理を行い、岐阜県の体制づくりを検討する。

2. 倫理的配慮

本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を得ている。事例提供をしていただく保健師には、本研究の主旨を説明し研究会参加への同意を得た。また事例の中で個人が特定される内容は会議のみでとどめ、記録には残さないようにした。

III. 結果

1. 在宅重度障がい児をめぐる課題

各問題の例を提示する。

〈医療やショートステイ利用をめぐる問題〉

- ・ 医療施設で在宅移行への準備ができにくい。
- ・ ショートステイができる施設の不足や、親としては安心して任せられる場所がない。
- ・ 障がい児のケアには個別性が強く、看護技術の熟練を要するので、ショートステイを受けるには家族との十分な準備が必要である。
- ・ 子どものリハビリ施設は少なく予約がとれない状況になっている。
- ・ 高校卒業後、定期的に外部の人と会う機会がない。

〈特別支援学校通学をめぐる問題〉

- ・ 重度の障がい児のケアはその子どもの特性があり、個々に合ったケアを習得するには時間がかかる。
- ・ 特別支援学校での看護講師の身分は不安定であり、看護講師の入れ替わりが多く、個々

の子どもへの技術の維持、継続が難しい状況にある。

〈障がい児に関わる人材育成をめぐる問題〉

- ・ 重症障がい児に関われる看護師を育成するために、看護師の技術教育が必要である。
- ・ 障がい児の老化は早い。高校生の年齢でも獲得した行為が出来なくなったりする。障がい児をみる専門的な知識が医療者には必要になる。
- ・ 在宅支援ホームヘルパーの知識不足により適切な対応が出来ていない現状もある。

〈保健・医療・福祉の連携をめぐる問題〉

- ・ 重症障がい児を地域で包括的に支援していくための福祉、保健、教育の連携が弱い。
- ・ 子どもが在宅に踏み切る時になって初めて合同のカンファレンスが開かれるため、医療側としては地域の情報が少ない。

2. 滋賀県の障がい児福祉施設の視察

1) 甲賀地域障がい者自立支援協議会

障がい者自立支援法が目指す『障がいのある人が普通に暮らせる地域づくり』を「共通の目的」とし、地域の実態や課題等の「情報の共有」を行い、参加者が抱えるケースや地域の課題を制度や誰かのせいにするのではなく自らの課題として、自分のところでは何ができるのか「具体的に協働」するための保健、医療、福祉、教育、就労等に携わる多分野・多職種の「地域の関係者によるネットワーク」である。

連携のために、甲賀地域障がい児・者サービス調整会議が行われており、「定例会議」のほかに「個別調整会議」、「合同家庭訪問」、「相談職種ネットワーク（障がい、雇用支援、生活支援）」、「特別支援教育部会」などで構成される。特に「個別調整会議」は年間300回を超す。

2) 視察

(1) 社会福祉法人オープンスペースれがーと

知的障がい者通所授産施設および通所更生施設である「デイセンター・ワークセンター・バンバン」と「バンバン」、障がい者やその家族にホームヘルプサービスやナイトケアを行う「サービ

スセンターれが一と」、要支援高齢者とその家族に活動の場を提供する「らく」を運営する。ほかに「甲賀地域障がい児・者サービス調整会議」、「湖南市高齢者福祉計画」を連携し、「甲賀地域ネット相談サポートセンター」（障がい者相談支援事業）の委託運営、「湖南市高齢者支援センターひえ」（在宅介護支援センター）の委託運営を行っている。

(2) 療養教室：こじか教室、やまびこ教室

滋賀県では「県内どこで生まれても、早期療育が受けられること」を目標に「地域療育教室」を設置・運営するように市町村をバックアップしている。甲賀市の療育教室は「こじか教室」であり、下記の②のやまびこ総合支援センター内にある「やまびこ教室」は大津市に設置されている療育教室であり、それぞれの市町村に置かれている。

2004年に「支援費制度」が導入され、利用者の経済的負担が生じたため、県内全教室で利用者負担の免除が決定された。県は「療育教室」を「児童ディサービス事業所」とは性質が異なると認識した結果である。

障害者自立支援法が施行されたが、2006年10月滋賀県は緊急プログラムの施行により、当面(2年間)利用料の免除を県が支援する形をとった。

① 甲賀地域のこじか教室

乳幼児健診等で早期に発見された障がいをもつあるいは障がいをもつ可能性のある乳幼児に対して、早期の発達支援を行うとともに、保護者への育児支援を行う。

② やまびこ総合支援センター

障がい児・者への総合的な支援を行う施設である。大津市立やまびこ総合支援センターは2000年4月にオープンした。主として知的障がい者に対する大津市のサービス拠点である。大津市内中央、国道1号線に面しとても便利な所に位置する。

障がいをもつ乳幼児を対象とした「知的障がい児通園施設やまびこ園」と「障がい児通園事業施設やまびこ教室」は4階建ての1階部分に設置され、大津市の職員が直接担当している。保健師1名が常駐し、また看護師の配置もあり吸引等の医療的ケアを必要とする児も通所していた。嘱託医も週1回、びわこ学園医療福祉センター草津から来所し児の健康管理や主治医との連絡調整を行っている。

2階にセンターを管理する事務室、知的障がい児者地域生活支援センター、知的障がい者デイサービスセンターがある。24時間対応型総合ホームヘルパー事業とナイトケア事業も行い、介護を

要する在宅の心身障がい児者のいる家庭へ、ホームヘルパーの派遣を行うことにより、早朝・昼間・夜間における障がい児・者の生活の支援を行うとともに家族の負担の軽減を図ることを目的としている。また、夜間突発的な事由により介護が必要になった心身障がい児者を一時的にセンターで介護することによって、家族の負担を軽減するとともに、心身障がい児者の在宅生活の維持、向上、心身障がい児者およびその家族の福祉の向上に目的として、生活全体の総合的な支援となっている。

この2階から上の指導や介護といった事柄に携わるのは、大津市や滋賀県から委託された社会福祉法人びわこ学園の職員である。

3、4階は「自立訓練事業ひまわりはうす」「生活介護事業さくらはうす」（通所）は、比較的障がいの重い人たちの利用を想定している。酸素や吸引の配管もしてある。

このセンターは、大津市の職員と社会福祉法人びわこ学園の職員が混在して働いている。

(3) びわこ学園医療福祉センター草津

病院の機能をもった重症心身障がい児施設である。

障がいのある人の「病院」の機能と、医療の支えを受けながら生活する「地域生活」の機能を兼ね備え、「ふつうの生活」をおくることができるとして支援をしている。約100人たちが医療の支えを受けながら生活している。人工呼吸器、気管切開、経管栄養、どのような医療ケアが必要であっても、楽しめる生活の場であることを目指している。また、在宅の障がい児者の生活を入院、ショートステイ、通園、相談、外来で支えている。外来では、重症心身障がい、脳性麻痺、身体障がい、精神発達遅滞、自閉症、AD/HDと障がいの種別を超え、すべてのライフサイクルにわたる障がいの相談、リハビリ、治療を行っている。

(4) 地域支援ステーションみなも

「びわこ学園医療福祉センター草津」に併設された障がい児の宿泊体験施設である。

これらの施設を見学して、滋賀県の例では、県や市町村、法人等がそれぞれの設置主体の特徴を活かして、実際に利用者が利用しやすいようにシステムを動かしているように感じられた。

(5) 視察から感じたこと

- ・ どのような障がいがあっても、当たり前に関心を持って、地域で暮らすという意識が専門職にも住民にもあり、生涯を見据えたサポートをしようという機関や人々が存在していることを

感じた。

- ・ 滋賀県は県の体制として、生涯を継続的にサポートしていける資源が整っている。
- ・ 施設だけでなく、財政的にも保証されている。
- ・ どこに生まれても早期療育を保障されているのが滋賀県の特徴である。
- ・ 利用する施設に保健師がいるため、資源の利用などについての相談がしやすい環境である。

3. 岐阜県内の支援事例

保健所と市町村保健センター所属の2名の保健師に支援事例を提供してもらい、岐阜県の組織、資源や制度の限界を検討した。事例については以下のとおりである。

1) 保健所での支援事例

未熟児の把握は未熟児サポートシステムにより把握できるが、障がい児を把握できていない現状である。医療機関と地域の連携ができていないという課題の対応策として、病院と保健所が窓口となり地域療育連絡システム事業が開始となった。退院決定後、保護者に対し、事業についての説明をし、主治医に地域療育支援連絡票を保健所に送り家庭訪問を行うことへの同意を確認し、家庭訪問やサービス後、支援の結果を病院の医師に返すというを行い、主にはケアに必要な物品の病院からのレンタル、急変時の対応の確認、小児慢性疾患申請の手続き指導、リハビリ継続方法の確認、育児相談や社会資源の情報提供を行っている。

地域療育連絡システム事業の課題として、病院側から保健所へ十分な情報提供がなかったり、一方通行な働きかけとなり病院との連携がとれていない、ケース会議もなかなかできないといったことが挙げられる。

2) 市町村保健センターでの支援事例

保健センターで見ている医療的ケアを必要とする障がい児は経管栄養、酸素吸入を必要とすることが多い。長期入院後退院が決まってから、病院より保健センターに連絡があったケースが2例、こちらから訪問して発見したケースが2例ある。

ケース会議は幅広い職種で行われており、消防署へも障がい児の情報が流れており、緊急時に対応できるようにしている。

特別支援学校が遠方にしかないため、小学校に入ると地域から離れてしまう。町内での連携は取れてきているが、支援学校との連携はまだ出来ていない状態である。

市町村によってサービスに違いがあり子どもの状態に合わせた支援が難しく、そして医療機関が遠方にしかないため、受診するまでにも時間がかかるのが問題である。

4. 岐阜県における課題

岐阜県内での支援事例の検討を基に、医療的処置が必要な状態でNICUから退院する児の場合に、高校卒業までのライフスパンで利用できる社会資源や困難を、「児の生活の場」「医療」「保健」「福祉」「療育」「保育」「教育」「主たる相談者・コーディネーター」に分けて整理したものが図1である。この整理は現段階のものであり、まだ大まかであるので、私たちが知らないサービスや活動も埋もれている可能性もある。

滋賀県の視察と岐阜県内での支援事例の検討を通して岐阜県の課題を整理すると以下の5つが考えられた。

- ①絶対的に資源の質・量が少ない。
- ②資源が岐阜地区に偏在している。
- ③障がい児を総合的にみるコーディネーターがいない。
- ④障がい児が退院直前にならないと地域とつながりにくい。
- ⑤どのような障がいがあっても地域で当たり前で暮らすという意識をもつ。一般の人々ももちろんであるが、医療職員がしっかりと認識する意識改革が必要なのではないだろうか。

5. 共同研究の成果への取り組み

本研究の成果は、行政・保健・医療・社会福祉の民間団体など、県内全体でどのように組織や制度を整備し、人々の意識改革を起こしていくかを考え、できることから取り組んでいく必要がある。

本研究の共同研究者は、県の行政組織や、医療・福祉の実践の場に所属しているので、各々の場で取り組めることをしながら、次年度も引き続き考えていきたい。

IV. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 地域での障がい児と家族との関わり

地域で障がい児に関わる市町村保健師にとっては、出生届提出、健診や予防接種の時に障がいや疾患をもっているかどうかの情報を得る機会となる。また、妊娠届出時に、生まれたら出生連絡のはがきを書いて出すように伝えているため、出生連絡のはがきより情報を得ることができ、入院している場合には、家族から子どもの情報を聞き、早期に情報をキャッチするように努めている。

保健所が実施している未熟児サポート事業や

出生連絡のはがき、母子推進員からの情報などから、障がい児の家族とつながっている。訪問看護ステーションや福祉のサービスが必要なときなど、保健師が窓口となり、必要な部署に連絡を取ってつなげている。しかし、ケア会議を行うことはなく、個々で対応している。訪問看護ステーションと連絡を取ったり、福祉と連絡を取ったりすることはあっても、その関係者で集まってということを行ったことがない。

上の子がいる場合のように出産前から市町村保健師と母親とのかかわりがあれば、出産後もかかわりやすい。第1子の場合など妊娠中のかかわりがないと、母親と同じ地域に住む市町村保健師よりも少し離れた保健所保健師の方が母親にかかわりやすい場合もある。そのような場合は、未熟児サポート事業でまず保健所保健師がかかわり、市町村保健師は、保健所保健師と同行訪問などして次第に母親との関係を作っていくこともある。

2. 入院中の障がい児との関わり

退院指導時や親の希望で地域の保健師として退院前に病院に行き対応するという事例もあった。しかし、実際は家族に情報提供を求めることや、病院へ情報提供の依頼を行い、退院前に入院中の子どものところへ訪問し、子どもの病状を確認することはない。親の希望があれば、対応してきた。

3. 障がい児をもつ家族への働きかけ

障がい児をもつということ自体がデリケートな問題で、親が子どもの障がいを受け止めることから始まる。退院支援をしても、親の気持ちが家に帰って自分たちの手で育てるという気持ちが育たないと、支援者をつなげてもつながらず、サポート支援を紹介しても上手く活用できない、そして子どもと家に帰りたいという気持ちも出てこない。このようなことからまず、親が障がいをもつわが子を受け入れられるように支援することが必要である。

そして、障がいをもついても家に帰るのが当然であるという気持ちで、支援者全員が関わる必要がある。支援者の意識で帰るのが当然という意識があれば、その方向で支援するようになり、家族も子どもに障がいがあっても家に帰れると思うようになるのではないか。また、病院に地域の支援者が会いに来て関わることで、家族は家に帰った後の生活も想像ができるようになり、親の気持ちも障がいを受け止め、家に帰ろうという気持ちに動くのではないだろうか。

家族が障がい児を受け入れていくのは時間がかかるかもしれないが、家族が子どもの障がいを受け入れる間に病院と地域との連携があれば、看護師も地域の情報を家族に伝えていけるようになるのではないだろうか。

研究していく中で出てきた課題と今回の討論より、

- ・ 退院直前ではなく、入院中から病院と地域の連携がない。
- ・ 障がいを受け入れた時点で、地域の人をもっと関わっていれば、家族も変わってくるのではないか。
- ・ 帰るのが当然という気持ちで周りの人が関わる必要があるのではないか。
- ・ 入院中、障がいを受け入れる、家族の気持ちが動くように働きかけていくことも必要なのではないか。

このような意見から保健・医療・福祉が早期に介入していくことの重要性・連携の大切さが明らかとなったといえる。

心に問題をもつ児童生徒の家族への養護教諭が行う支援方法の検討

鈴木歌子（大垣市立南中学校） 松本訓枝 泊祐子 石井康子（大学）
秋田菜穂（海津市立今尾小学校） 遠藤治枝（養老町立日吉小学校）
丹羽奈美（大垣市立日新小学校） 野々村ひとみ（池田町立池田中学校）
吉平いずみ（大垣市立北小学校） 山田洋梨子（揖斐川町立春日小学校）

I. 目的

保健室で養護教諭が対応する児童生徒の問題は、家族の抱える問題に大きく影響されている。問題解決を目指す場合、児童生徒への対応だけでは困難な点も多い。しかし、養護教諭が家族に直接介入して支援を行うことも職務上難しい。さらに家族支援のアプローチも充分ではない。そこで、養護教諭が、学校現場でどのような家族への支援ができるかを検討していく必要がある。

本研究の目的は、①心の問題や社会性の問題をもつ児童生徒のいる家族への養護教諭が行う支援方法について検討すること、②主に一人職種である養護教諭が研究会を開催し、実践について討論したり、情報交換したりすることを通して実践力の向上を図ることである。

II. 方法

1. 研究参加者

研究参加者は県下の小・中学校に勤務する養護教諭7人である。養護教諭は一人職場がほとんどであり、養護教諭としての力量を高めるためには養護教諭が集まって日々の実践の振り返りをすることが必要である。本共同研究では、共同研究での取り組みを日々の実践で活かすために、保健室を利用する児童生徒の事例などをもとにして養護教諭の日常の実践を振り返ることにする。

2. 研究方法

1) ワークショップ

ワークショップを2回開催した。第1回を6月に開催し、10名の参加者があった。次に第2回を12月に開催し、8名の参加者があった。

ワークショップでは、養護教諭および保健室に注目した研究を行っている研究者を講師として、養護教諭の日常の仕事を振り返り、自らの養護教諭としての役割を客観的に捉える方法の習得をねらいとしたので、本稿ではワークショップにより得られたことを提示する。

2) 支援実践場面の検討会

養護教諭が心に問題をもつ児童生徒に保健室で対応する具体的な場面をもとに、支援方法について共同研究に参加している養護教諭のメンバ

ーで検討会を開催した。

検討会は4回（9月・10月・11月・1月）開催された。

検討会では支援方法について話し合われた内容を記録し、参加した養護教諭とともに支援方法を確認した。そこで、本稿ではここで得られた支援方法について提示する。

3. 倫理的配慮

参加者は、守秘義務を了解した上で養護教諭の支援実践場面の検討を行った。

III. 結果と考察

1. ワークショップ

1) 第1回「相談的なかわり」

ロールプレイを用い、日常的な児童生徒との関わりの中で養護教諭の気づいていない側面をポジティブにフィードバックする方法を以下のようにして実践的に学んだ。

〈ロールプレイ場面〉：

休み時間終了間近に、保健室に3人の生徒が訪れた。授業開始のチャイムが鳴ったが、それぞれが理由をつけて椅子やベッドにしがみつき教室に戻ろうとしない。この3人に養護教諭として対応する。

上記場面について養護教諭役と児童生徒役でロールプレイを行った。保健室で日常的に見られる児童生徒と養護教諭の行動を参加者で共有することにより、参加者はそれぞれの養護教諭役の演技と自らの養護教諭としての日常の実践とを繋ぎ合わせ、自分以外のその他の養護教諭の演技に共感することができた。これによって、自らの養護教諭の役割を少なからず肯定することが可能となった。ここで行われた養護教諭の種々の支援方法について、これらの支援方法を日常の実践に生かしていこうとする姿勢が参加者に見られた。また、養護教諭役や児童生徒役を行うことで両者の立場から状況を理解することが可能となり、複眼的な支援方法を参加者相互に考えることができた。

児童生徒役を行って子どもたちの気持ちになりきることで、対応に苦しんでいる養護教諭の相手

役（児童生徒役）をすることは、養護教諭自身の気持ちを解放させることでもあった。

2) 第2回「1日の実践を振り返る」

KJ法を用い、養護教諭の1日の実践について潜在的であった養護教諭の執務を顕在化させ、断片的に見られがちであった養護教諭の仕事に関係づけていく方法を以下のようにして学んだ。

参加者は1枚のカードごとに1日の執務内容の1つを記入し、それらのカードを時系列で並べる。その上で、関連する活動内容ごとにそれぞれのカードに番号を記載し、横軸上でカードに記載した活動の起こった場所や相手を位置づけ、カードを並べ直す。そして、参加者はお互いのカードを観察し、気になる活動について質問を行う。

このワークショップでは、共通した特徴を持つカードごとに並べることで養護教諭の1日の活動、実践に繋がりがあること、断片的に見られていた養護教諭の個々の1日の活動の間に関係性があることが明らかになった。

3) 参加者の評価

ワークショップ終了後に、参加者は養護教諭が上記の学びをどのように自らの実践に生かすことができるのかを検討した。

第1回終了後（9月）では、ロールプレイを行うことで、①養護教諭としての自らの仕事を客観的に評価し分析することができる、②自分以外のその他の養護教諭の児童生徒に対する支援方法の技術を学ぶことができる、③支援される児童生徒側の気持ちを理解できる、という3点の評価を得ることができた。

そこで次回からは、ロールプレイを用いて養護教諭の支援実践場面の検討を行うことが確認された。

第2回のワークショップ終了後（1月）では、①各自の1日の実践は、養護教諭としての職務を果たすために目的を持った一連の行動であることを確認できた、②自らの実践を振り返ることにより、養護教諭としての肯定感と自信を持つことができた、という2点の評価を得ることができた。

なお、これらの評価をもとに、共同研究者メンバーの所属する2地域の養護教諭研究会で同様のワークショップが開催された。

2. 支援実践場面の検討会

1) 第1回

児童生徒への支援方法の選定と支援方法を選定する際の視点について検討を行った。

検討の結果、養護教諭は支援方法の選定の際において心の問題であるか、身体的な問題であるか

をアセスメントする過程や支援方法を決定する際の根拠を明確化したいと考えていることが明らかになった。こうした考えの背景には、①養護教諭が日々10分程の休憩時間に多くの児童生徒への対応を迅速に行っている状況のあること、②養護教諭は授業に出席せずに保健室にいる児童生徒に対して授業には積極的に参加してほしいという気持ちのあることが関係している。

そこで、次回からは具体的な支援実践場面として、心の問題に起因するものか、身体的な問題に起因するものかについての判断や支援方法に迷う場면을提示することとした。

2) 第2回

保健室に来室する児童生徒の事例をもとに養護教諭役と児童生徒役でロールプレイを行い、養護教諭として児童生徒にどのような力をつけてほしいと考えているか、どのようにして児童生徒に身につけてほしい力を判断しているかを検討した。

〈ロールプレイ場面〉：

①頭痛を訴えて、保健室を毎休憩時間に利用する状態が2週間続いている児童への対応場面

②下学年の生徒からのつきまとい行為があることで、頭痛を訴えたり、不安感を募らせたりして保健室を利用する生徒への対応場面

③教室で授業を受けるように促すとすぐに泣き出してしまう被虐待児童への対応場面

以上3場面について、ロールプレイを用いて支援方法を検討した。

①の場面では、養護教諭は当該児童に明るく楽しい気分を味わってもらいたいと考えていた。また、ロールプレイを用いた支援方法の検討の結果、〔養護教諭が、今日1日はこの子とじっくり関わっていこうと腹をくくる〕支援方法が考えられた。この支援方法を選定する理由としては、養護教諭が保健室で児童生徒にじっくり関わることにより、児童生徒が安心感を持つことや心が満たされる気持ちになれることをロールプレイにより参加者が実感できたためである。

②の場面では、養護教諭は当該生徒の気持ちを十分受容した上で、多様なタイプの生徒とうまく人間関係を持つ力を身につけてほしいと考えていた。そのため、生徒の現状について周囲の共通理解を得ることが当該生徒への支援につながると考え、家族、学年教員、関係教員によるケース会議を開催した。この支援方法により、当該生徒に対する家族、関係職員の認識の相違が明らかになり、学校を中心とした組織的な支援の方向性が

見出された。このように、支援方法に迷った時には、養護教諭自らが学校組織全体に働きかけることが重要である。

③の場面では、養護教諭は当該児童にまず安心できる場を与えたいと考え、できれば、本児にとって学級が安心できる場所であってほしいと考えていた。児童の生育歴からして、泣くことが本児の唯一の自己表現であることが推測された。このことから、本児の学級での居場所をつくっていく必要があり、外部機関と連携して学校としてできること・できないことの判断をしながら、教職員から本児の対応に関して共通理解を得ることが有効な支援方法として考えられた。

3) 第3回

精神的に不安定な男子生徒 2 人が同時に保健室を利用した際の対応場面についてロールプレイを用いて検討を行った。

この場面で、養護教諭は2人の生徒の家庭状況を的確に把握し、生徒の心身面と家庭の経済面に考慮しながら生徒の状態を安定させたいと考えていた。ここでは、養護教諭が生徒に対応する際の優先順位をどのように判断するかが焦点となった。生徒それぞれに心に問題を抱えて来室しているが、保健室に養護教諭は1人であり、2人の生徒に同時に対応することはできないため、保健室の利用が少ない生徒を優先させる判断を行った。この養護教諭の判断した優先順位をもとに、生徒の気持ちに寄り添い、感情を表出させたり、高ぶる気持ちを静めたりするためにも、できるだけ1対1で個別に対応していく支援方法がこの場面では有効であることが話し合われた。

4) 第4回

養護教諭が家族に関わる方法とその機会について検討した。

検討の結果、養護教諭は家族と直接に関わる機会が少ないため、家族に関する情報をあまり持っていないが、児童生徒に関わる中で、家族についての情報を少しでも収集しようとしていた。養護教諭は家族に関する情報収集を少なからず行うことで、家族支援の必要性を感じ取っていた。

養護教諭の行う家族への支援方法としては、次の3点が明らかになった。

- ①児童生徒との関わりの中で、家族についての情報を少しずつ収集していくこと。
- ②児童生徒との関わりや児童生徒の状態をもとにして、家族に関わっていくタイミングを見計らうこと。

このタイミングの例として、養護教諭は児童生

徒の体調不良による早退の際に家族が迎えに来た時や家族から児童生徒の欠席連絡の電話があった時などの機会を逃さずに、家族に関わっていきこうとする姿勢が必要である。

- ③家族との話し合いや関わりの中から家族支援の方法を模索していくこと。

養護教諭は児童生徒の家族と直接に関わるよりも、担任教師から家族との関わりについて相談を受ける機会が多く、家族との関わりについて、養護教諭から担任教師や学校組織全体に提案していることが多い。

家族へのこれらいずれの支援方法についても、養護教諭が児童生徒の家族に直接的に関わって支援していくよりも、養護教諭が担任教師や学校組織を通して家族に間接的に関わりながら、家族への支援方法を考えていくことが重要であり、必要であることが提示された。

IV. 成果と課題

1. 成果

本共同研究では、養護教諭が学校現場でどのような家族支援を行えるのかを検討するために、研究会を開催した。研究会のメンバーは、家族への支援方法について議論したり、情報交換したりすることで多様な支援方法を共有し、養護教諭としての実践力の向上を図ることができた。

また、本共同研究では養護教諭が学校現場における児童生徒への支援に関する実践力の向上を図るためにワークショップを開催することにより、養護教諭自らの実践を客観的に分析したり、評価したりする方法を学ぶことができ、こうした学びが養護教諭としての肯定感や自信を持つことにつながっている。

2. 課題

心に問題をもつ児童生徒の家族を支援することの重要性はあるが、今後は学校現場と家庭との関係性をふまえた上で家族への支援方法並びにその限界性について、さらに検討していきたい。

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 養護教諭の学校における組織的な位置づけ

(地域保健師)

養護教諭とは、地域学校連絡会で顔見知りである。養護教諭は地域と学校をつなぐ入り口と成り得る存在であると考えている。養護教諭の学校における位置づけ、養護教諭が学校組織の中でどのような役割を果たしているのか、どのような役割を果たすことができるのかについて

て知りたい。

〈養護教諭〉

学校ごとに養護教諭の位置づけが経験年数や力量、様々な条件によって異なる。

地域にどのような人材がいるのかについての情報が養護教諭自身にない場合がある。養護教諭が学校と地域とを繋ぐ入り口となるために、学校における養護教諭の位置づけを明確にすることが必要である。

養護教諭としての情報量の多さが、児童生徒の問題に関して学校組織全体に働きかけていく力になる。私たちからもアピールしていきたい。

養護教諭として情報を受け入れやすい姿勢づくりが必要だと思う。

〈保健師〉

養護教諭としての経験年数や力量を考えると、養護教諭であること、専門職であることをアピールしてほしい。

養護教諭という存在が学校の敷居を低くしているため、地域から学校へ情報を発信した際には養護教諭に学校の入り口となってほしい。

2. 地域・医療と学校をつなぐ役割

〈養護教諭〉

養護教諭から地域や医療の現場にどのように発信していくと良いのか。養護教諭として通院している児童生徒と情報交換等を行いたい場合に、それができるか否かについて迷ってしまう。

〈訪問看護師〉

訪問看護の現場では、患者の子どもが気になることがある。親が看護の対象者のため、親のことは訪問看護師として全力を尽くすので、その子どもたちのことについては、学校現場で手を尽くしてほしい。気がかりなことがあれば、地域の保健師に連絡していただければ、何かできることがあるのではないかと。

3. 養護教諭に望むこと

〈看護学生〉

思春期の子どもと、とことん向き合ってもらいたい。子どもは関わってくれる人を求めている。

〈親（保護者）として〉

子どもが話しやすい養護教諭であってほしい。

精神科における看護

精神科急性期治療病棟における個室看護に関する研究

井手敬昭 片岡三佳 橋本麻由里 (大学)

山内美代子 吉野久美子 有馬新路 葛谷純一 古川八重子 伊藤光美 (養南病院)

はじめに

近年、精神科病院における看護は病床の機能分化が促進した結果、短期入院と長期入院の両極面に関わることを余儀なくされ、長期化防止に直結する急性期看護が重要視されている。

これまでの精神科病院は、医療者が観察しやすい多床室での病棟がほとんどで、医療者主体の治療環境であり患者のプライバシーや個性が無視されてきた背景がある。このことは、多くの患者を“収容神経症”“施設症”に罹患させてきたとも言われている。しかしながら、精神医療の変化、日本人の生活様式の変化などに伴い、入院環境におけるプライバシーへの配慮、病室利用に関する検討がなされている。そのなかで、患者の入院生活におけるプライバシーへの配慮や個室環境が与える個人への効果、治療的意義が述べられてきており、今後、“個”を大切に作る個室化への傾向が高まっていくと思われる。平成17年には岐阜県下初の全個室の精神科急性期治療病棟が、現地共同研究者の施設に誕生した。

個室での効果や個室化への傾向の高まりが述べられる一方、多床室での看護に慣れてきた看護者にとって、1対1の関わりを求められるなど全個室病棟で働くことへの戸惑い、苦勞を感じる現状もある。くわえて急性期治療病棟でもあるため、看護者はさまざまな体験をし、その度に意識や行動変容を求められたのではないであろうか。しかしながら、精神科における個室（隔離室を除く）での看護や看護者に関する研究は少ない。

そこで、現地共同研究者施設において個室環境をより活用した看護実践の向上を目指して、今回は精神科急性期治療病棟に勤務する看護師が捉えた個室病棟での看護の現状と課題を検討した。

方法

1. 調査対象

急性期治療病棟の個室病棟に勤務する看護師20名。

2. 調査方法

対象者に半構成面接を行った。面接内容は以下の内容について聞き取った。

1) 看護実践を行う上でのメリット・デメリット

2) 課題と思うこと

3) 望むこと

3. 分析方法

面接調査で得られた内容を逐語録に起こし、データとした。逐語録を精読し、研究者間で検討を加えながら類型化した。

4. 倫理的配慮

対象者に口頭と文書で趣旨・方法、匿名性とプライバシーの保護について説明し、同意を得た。許可を得て録音し、逐語録に起こした。録音を断られた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いる。

5. 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結果の振り返りを行った。

結果

調査対象は、研究への参加に同意が得られた者15名とした。面接時間は25分～71分であった。

面接内容から抽出されたカテゴリーについて大項目は《 》、小項目は 、看護者の声を「 」の斜体で表す。表1に大項目と小項目のみ示す。

1. 看護上のメリット

《プライバシーの確保》、《周囲を気にしない》、《対象にあわせた対応》、《休息・安心感の確保》、《個室を利用した援助》の5カテゴリーに大別された。

1) 《プライバシーの確保》

プライベート空間の確保 プライバシーの保護 に分類された。プライベート空間の確保では、「**患者さん自身のプライベートな部分が確保されるというのは患者さんにとっていいのではないかと思います**」などが語られていた。プライバシーの保護 は、「**プライバシーが守られるという点があると思います。例えば患者さん自身が相談があるときに、ほかの人がいると嫌だということでも、やはり個室なのでお部屋で話を聞くことができるというのは、一番メリットになっていると思います**」などが語られていた。

2) 《周囲を気にしない》

周囲を気にせずに話すことができる 周囲

表1 個室病棟での看護の現状と課題

大項目	小項目	
メリット	プライバシーの確保	プライベート空間の確保 プライバシーの保護
	周囲を気にしない	周囲を気にせずに話すことができる 周囲を気にせずに対応できる
	対象にあわせた対応	個々にあった対応 1対1の関わり 感情の表出ができる
	休息・安心感の確保	休息をとる環境の確保 入院による安心感
	個室を利用した援助	個室の治療的な活用 話す場所の選択 患者把握の視点
デメリット	危険度の高さ	危険度の増加 目の届きにくさによる急変時の対応の遅れ
	一人になってしまうこと	他者との交流の減少 一人になる不安感
	安全と休息のバランス	夜間の巡視時の休息の妨げ 休息の場所の提供と観察のバランスの難しさ プライバシーを保てる半面、 入り込めない部分の存在
	看護者の苦慮	患者との距離のとりの難しさ 病棟の広さによる移動の大変さ 夜間の巡視時の看護者の苦慮
課題	個室病室の構造	構造上観察のしにくさ 構造上の改善点
	不明確な枠組み	枠組みの不明確さ
	医療者間の連携	医師との連携 カンファレンスとアセスメントの充実
	対象者への対応	不穏患者への対応 人間関係の上での対応 操作性のある患者への対応 個別にこだわりすぎている看護者 不確実なプライバシーの確保
	自己の課題	自己の課題
	活用しやすい個室の構造	場の選択の範囲の拡大 テレビの設置の検討
望むこと	明確な枠組みの整備	明確な枠組みの確立 対応に関する枠組みの統一
	連携の強化	医師・看護部門の連携 病棟業務に関するカンファレンスの実施 医師の回診の実施
	対象者への対応の充実	勉強会の開催 患者と話す時間の増加 生活の場所の尊重 女性患者への対応
	他の個室病棟の情報の共有	他の個室病棟の情報の共有

を気にせずに対応できる に分類された。周囲を気にせずに話すことできる は「やはり大部屋だとほかの人に聞こえたら嫌だとかそういうことを気にされて話さない方もおられるけれど、個室だと結構みんなしゃべってくれますので」などが語られていた。周囲を気にせずに対応できるでは、看護師側のメリットとして「大部屋ですとほかの患者さんの目を結構気にしてしまうんですね。(中略)多少気にしてしまっただけでもリラックスして話せない部分がありました

ね。」などが語られていた。

3)《対象にあわせた対応》

個々にあった対応 1対1の関わり 感情の表出ができる に分類された。個別にあった対応 は、「個々に合った看護がしやすいです。ほかの人と違う接し方がありますね。そのときに個室だったら、大きな声をあげてメリハリを持ちながら話もできるし、その人に伝わる声で言っていけると思います。」などが語られていた。1対1の関わり は、1対1という個人としての関わりが増え、やりやすくなり「とくに話を聞いたりだとか、精神科だとメリットのほうを感じます」と語られていた。

4)《休息・安心感の確保》

休息をとる環境の確保 入院による安心感に分類された。休息をとる環境の確保 は、「1人の部屋だから休めるという人も多いかもしれないです」や「ほかの精神病院に入院しているときには落ち着かなかったけれども、個室に入院したということで早く回復できたということはよく聞きます」などが語られており、個室のため休息をとる環境が確保されていることとその効果が語られていた。入院による安心感 は、「きつとこっち(個室病棟)へ来て、みんなが認めてくれているということで安心して休めるのかもしれないですね。」と語られていた。

5)《個室を利用した援助》

個室の治療的な活用 話す場所の選択 患者把握の視点 に分類された。個室の治療的な活用 は、「別な空間ができて、看護師との信頼関係を築く際に、いい場所になり得るのではないかと思います」などが語られていた。話す場所の選択 は、「大勢いる中で話せなかったら、ちょっとお部屋までということが、こちらからできますので、その点はやりやすいかなと思います」というように話す場所を看護者側からも、また患者側からも選択することができるのがメリットであると考えていた。

2. 看護上のデメリット

《危険度の高さ》、《一人になってしまうこと》、《安全と休息のバランス》、《看護者の苦慮》の4カテゴリーに大別され、メリット・デメリットを感じないと語った看護者が1名であった。

1)《危険度の高さ》

危険度の増加 目の届きにくさによる急変時の対応の遅れ に分類された。危険度の増加は、「デメリットは、衝動的行為が一番こわいで

すね」や「ただ個室というとかなり危険が伴いますので、そこだけが問題です。夜勤のときはとくに思います。昼間ならまだ、時々行ったりできませぬけれど、夜は2人しかいませんので、気になる人が5人もいると、座っている暇がないくらい気になって見に行きます。」などが語られ、個室という環境のために危険度が高まると考えていた。

目の届きにくさによる急変時の対応の遅れは、「やはり個室になっているので見えない部分があります。例えば何か急変が起きたときというのは、これだけたくさん病室があるので、ちょっと発見が遅れることがあるのではという心配があります。」や「(休むことができる)その反面、目がやはり届かないので、看護者の方として心配なことはあります。中で自傷行為があったりとか、たばこを吸ったりとかいうこともありますので。」などより、目が届きにくいことで急変時の発見が遅れると語られていた。

2)《一人になってしまうこと》

他者との交流の減少 一人になる不安感に分類された。他者との交流の減少は、「内にももっている人なんかは、やはり必要最低限のときしか出てこないというのはありますね。本当にごはんならごはんだけとか、部屋で過ごされるかたはずっと過ごされているので、その辺はちょっと心配です」と語られていた。一人になる不安感では、「ゆっくり休養しに来ているから、一人でゆっくりできるわという人もいますが、逆に1人だとさびしいという人もいますよね。デイルームとかでみんなとしゃべったりしているときはいいんだけど、部屋に帰って1人になると、ワッと不安が襲ってきたり。」と語られていた。

3)《安全と休息のバランス》

夜間の巡視時の休息の妨げ 休息の場所の提供と観察のバランスの難しさ プライバシーを保てる半面、入り込めない部分の存在に分類された。夜間の巡視時の休息の妨げは、「個室だと巡視を嫌がる人がいっぱいいるんです。“来ないでいて”と。せっかく休養入院して個室に来たのに、そんなに1時間おきにガチャンと鍵を開けたりするから、寝られないとかってたまに言われます」などが語られていた。休息の場所の提供と観察のバランスの難しさは、「休む場所というふうに提供している以上、頻回に開けるわけにもいきませぬし、その辺がちょっと難しい」と語られていた。プライバシーを保てる半面、入り込めない部分の存在は、「閉じこもってしま

うと状況がわからない。プライバシーを保てる半面、入り込めるところと入り込めないところがある。」と語られていた。

4)《看護者の苦慮》

患者との距離のとり方の難しさ 病棟の広さによる移動の大変さ 夜間巡視時の看護者の苦労に分類された。患者との距離のとり方の難しさは、「しゃべりやすいけれども、反面、自分(看護者)にとって逃げ場がないので、何か説明不足で困ったなと思ったときとか、急に患者さんの状態が変わったりというときには、自分の逃げ場がないし、すぐ応援を呼べる空間が少ないというところはある」などが語られ、話しやすいことはメリットなのだが、反対に逃げることができなかつたり、巻き込まれてしまうこともあると感じていた。病棟の広さによる移動の大変さでは、「(病棟が)広いので、何かあったとき(患者さんの興奮とか不穏状態)でも、ちょっと応援呼ぶときも大変かなと思います。何かあったらすぐ連絡は取れるんですけども、連絡を取ってすぐに来られるかといったら、結構広いので。」などが語られ、個室化により病棟の敷地スペースが増大し、移動に関する大変さが語られていた。夜間巡視時の看護者の苦労では、「要注意だなと思ったときは頻回に(巡視に)行ったりしますけれども、夜勤でも回っていると1部屋1部屋になってしまうので、確認はしづらいです。どうしても扉を開けるときの音で患者さんが目を覚ましてしまうこともありますので、その辺はちょっと注意しながらしています」と巡視に関する配慮による気苦労があることが語られた。

3. 看護上の課題

《個室病室の構造》、《不明確な枠組み》、《医療者間の連携》、《対象者への対応》、《自己の課題》の5カテゴリーに大別され、課題があると思わないと語った看護者が2名であった。

1)《個室病室の構造》

構造上の観察のしにくさ 構造上の改善点に分類された。構造上の観察のしにくさは、「個室としての部屋の中の死角が多すぎる。例えばトイレがあるんですけど、トイレの奥にベッドがあったら、ベッドで何をしているかわからないですよ。寝ているかどうか、わざわざ中に入らないとわからない」などが語られており、死角の多さや見通しの悪さが課題だと考えていた。

構造上の改善点は、「精神障がい者の患者さんを見る個室としては、危険性が高い問題がいつ

ばいあります。例えば物を引っ掛けやすい、(中略)ドアバーがついていたりとか。」や「ベッドが出られるぐらいのドアの広さがあると良い。」などの意見があった。

2)《不明確な枠組み》

枠組みの不明確さに分類された。看護師は「枠ははっきり言ってないんです。あるんですけども、全部崩れています。そこら辺がこっちはやりにくいんです。」と語り、治療と生活での枠組みが明確にされていないことを述べていた。

3)《医療者間の連携》

医師との連携 カンファレンスとアセスメントの充実 に分類された。医師との連携は、「治療と生活の場をきちんと分けてほしいです。アイロンを持ってこられたときにはね、「生活の場じゃないんだから」って先生に言ってしまったんですけど。」などが語られていた。カンファレンスとアセスメントの充実は、「(不穏状態の患者の対応について)できたらやはりカンファレンスだとか、治療上どうかというところで、医者も含めて取り組むべきではないかと思います。」や、「関わっていくと深いところに問題があることがあるようだ。実は虐待を受けていたとか、表面的なものだけでは駄目。」などより、カンファレンスの実施の必要性の認識や対象理解の奥深さなどについて語られていた。

4)《対象者への対応》

不穏患者への対応 人間関係上での対応 操作性のある患者への対応 個別にこだわりすぎている看護師 不確実なプライバシーの確保 に分類された。不穏患者への対応は、「(不穏状態の患者の早め早めの対応が)できていないと思います」や人間関係上での対応では、「傷つきやすい人が多いので、対応に注意していかなければならない。分かってもらえないと帰っていく人(退院していく)もいるので、すべて患者の期待に応えることはできないが、看護師との関係で傷ついて帰らないようにはしたい。」などと語られていた。他には、特別な対応が必要になる患者への対応や個別を意識しすぎてしまう看護師の意識が課題であると考えていた。不確実なプライバシーの確保では、「部屋は確かに1個1個離れていて、ドアがあって鍵はあるけれども、全くプライバシーは守られていません。だから最初患者さんは、みんな当たり前にしてドアのガラスにカーテンみたいなものとか、紙を張ったりとかしていました。」とプライバシーの確保がしっかりとできていないことを課題だと考え

ていた。

5)《自己の課題》

自己の課題 に分類され、患者への対応に関して看護師自らの課題を認識していた。

4. 看護上の望むこと

《活用しやすい個室の構造》、《明確な枠組みの整備》、《連携の強化》、《対象者への対応の充実》、《他の個室病棟の情報の共有》の5カテゴリーに大別され、望むことはないと言った看護師が3名であった。

1)《活用しやすい個室の構造》

場の選択の範囲の拡大 テレビの設置の検討 に分類された。場の選択の範囲の拡大は、「モニターで見られる部屋をもっと作ったほうがいいのではと思います。」などより、さまざまな状態の患者に対応できるように病室の構造上の工夫を加えたりテレビの設置の検討をしたりする必要があるという意見がみられた。

2)《明確な枠組みの整備》

明確な枠組みの確立 対応に関する枠組みの統一 に分類された。明確な枠組みの確立は、「個室なので、持ち込みの荷物ですとか決まりがあるんですけども、その辺が今あいまいなんですよね。」などが語られ、持ち込み物品の基準や病棟の基準を定めることや1対1の関わりが増えたことによる看護師間での対応のばらつきをなくし、統一化を図ることが必要だと考えていた。

3)《連携の強化》

医師・看護師間の連携 病棟業務に関するカンファレンスの実施 医師の回診の実施 に分類された。医師・看護師間の連携は、「先生も看護婦も同じ意見は無理かもしれないけれども、治療の方向性は一緒にしたいです。」などのように、医師・看護師間での治療方針の統一化や連携に関する認識の統一化を図ることが必要であると語られていた。さらに、カンファレンスの実施や医師の回診の実施により連携を図ることが必要だと語られていた。

4)《対象者への対応の充実》

勉強会の開催 患者と話す時間の増加 生活の場所の尊重 女性患者への対応 に分類された。勉強会の開催は患者理解のための「事例を取り入れた勉強会」の継続的な実施を望んでいた。また、「前はデイルームやお部屋に行けば誰かがいるので、結構患者さんとお話ししやすかったんですけども、今は本当に部屋にこもって

しまうと、中へちょこちょこ行くわけにもいかないです。そうすると何か(関わりが)希薄になるところもあるかもしれないです。」と話し、患者と関わるのが減ったのではないかと感じており、患者と話す時間の増加を望んでいた。

5)《他の個室病棟の情報の共有》

他の個室病棟の情報の共有に分類され、「やはり急性期病棟の個室ですので、ほかの病院はどうかというのを知りたい。」など他の病院の情報を知りたいと考えていた。

・考察

今回は、精神科急性期治療病棟に勤務する看護師の意識から精神科急性期治療病棟における個室病棟での看護の現状と課題を検討した。

個室病棟での看護のメリットは、個々の孤立した空間が確保されるという点で《プライバシーの確保》ができ、患者、看護師ともに《周囲を気にしない》で振る舞えることがメリットであると認識していた。さらにそのことが《休息・安心感の確保》にもつながっていた。また、1対1の関わりの中で《対象にあわせた対応》ができるようになっていた。林ら¹⁾によると、精神科個室病棟の看護実践上の気づきとして、個室病室の利用で患者の精神状態の安定につながり、看護師は患者と個別に関わりやすくなったことが述べられており、本研究の結果と同様のことが報告されていた。

個室で一人になれることや1対1の関わりがもてるというメリットがある一方、一人になってしまうことによる《危険度の高さ》や、他者との交流の減少につながりデメリットとも考えられていた。また《安全と休息のバランス》の難しさや患者との距離のとりの難しさや夜間の巡視時の看護師の苦勞のような《看護師の苦慮》が語られていた。前述の林ら¹⁾によると、看護師の戸惑いとして、安全を守りにくいことや巻き込まれやすく距離の保ちにくさがあると示しており、また患者の時間・空間を侵すことに戸惑いを感じていることが示されており、この点も今回の研究と同様の結果となっている。

“課題”と“望むこと”では内容がリンクしており、ハードウェアとしての個室病室や病棟の構造に課題を感じ、改善を望んでいた。また、治療に関する決まりごとや枠組みがあいまいな状態であったので、《明確な枠組みの整備》などが課題としてあげられていた。

・「共同研究報告と討論の会」での討議内容

Q. 全個室病棟のイメージがないので質問をするが、患者の睡眠の妨げになるガチャンと鍵の開閉の音がするとはどういう状況なのか？隔離の個室のイメージがするが・・・

A. 病室の中からも鍵をかけることができる構造になっている。寝る時に鍵をかけないと不安で寝られない、急性期の不安などの理由から、患者の方が中から鍵をかけることがある。約半数の患者は夜間、自ら施錠をしている。夜勤の巡視時には観察するために入室する開錠の際には音がしないように配慮をしているが、それでもガチャンと音がする。構造上、仕方がない状況となっている。

Q. ドアの外から中をみることができないのか？

A. ドアの一部がガラスで、大部分がすりガラスになっている。すりガラスになっていない一部分から覗くことはできるが、十分、観察をすることは難しい。

Q. 個室、大部屋の割合は？

A. 全て個室。隔離室が3床、身体合併症などにも活用できる観察室が3床。それら以外は全て一般の個室である。

Q. 個室のメリットを考えて全個室にしたのだろうか？

A. 詳細はわからないが、以前の多床室では、入院時に状態が悪く多床室では同室者とのトラブルで隔離室を使用していたのが、個室だとそういったトラブルがないので、隔離室などを利用することがなくなった。

急性期の状態ではさまざまな状況で入院してくるが、その患者に合わせて対応できるメリットがあると思う。例えば、荷物をまとめている人でも、同室者がいるとその人への配慮も考えなくてはいけませんが、個室だと本人の納得がいくような行動につきあえることもある。

Q. 全個室ということで看護師の安全で気をつけていることは？

A. 夜勤は概ね男女ペアで行っている。巡視もペアで行くようにしている。

Q. 不明確な枠組みとはどういうことか？

A. 大量服薬やリストカットなど適応障害のよう

な患者の場合の治療枠組みが、医者によって見解が異なる場合がある。個室と言うことで“自分の部屋だから…”と、デスクトップ型パソコンを持ち込んだ患者もあり、治療と生活での枠組みのすりあわせが難しいときがある。それにより、医師、看護師が批判を受ける時もある。

個室だから自由ということ、“自由の捉え方”が医療者と患者間で異なることがある。

Q. 貴病院の見学に行ったことがあり本院も全個室を目指したが予算などの関係で個室病床を半分にした経緯がある。個室だとプライバシーが配慮できる反面、事故などのリスクもあり紙一重とを感じる。そのため、職員の葛藤や看護師のストレスは多大なものがあると思うが、そのフォローはどうしているのか？

A. 観察するエリアが広く1時間毎のラウンドでも大変である。夜勤帯の朝の疲労感は大きい。しかし、スタッフのストレスに対して、特別に何かをしているわけではない。人員を多くして欲しいと希望はしているが…。

“巡視をしないで欲しい”と希望した入院患者がおりそれを医師が許可した時があった。ここは病院であり治療の場であるため、巡視をしないわけにはいかないので話し合い、入院時案内に巡視について明文化した。

Q. 食事や検温など、どこで実施しているのか？

A. デイルームもあるので、個々の患者の希望や状況に応じて、デイルームを活用したり、個室病室を活用したりしている。

入院時は食事をとってもらうことは最優先なので、個室病室での摂取も可能にしている。

Q. 個室病室を活用して、より深く患者のお話を聴くことができ個々の状況を知り得る機会が増えるのではないかと思う。看護職の異動などによりその情報が途切れないようにする必要があると思う。知りえたことを蓄積するために記録様式など、工夫されていることはあるか？

A. 特に記録はない。

以前だとスタッフの動きが見えていたが個室に入ってしまうと見えず、全体的にスタッフの動きがわかりづらい。

Q. 私物の持ち込みのラインはどうしているのか？

A. ハサミやナイフなどの危険物以外の持ち込みについては、どこまで持ち込み内容を書いてもキリがないのでラインは決めていない。制限できる私物に関して、ある程度、看護師の判断に委ねられている。患者からの要望があれば状況に応じて医師に確認している。

・今後の課題

今回の取り組みは、1施設での調査結果であるためデータの偏りがあることが考えられる。また時間の関係上、現地共同研究者側施設での本取り組み後のフィードバックができておらず、看護実践の変化や現場看護職者の認識の変化についてまでは明らかにできていないため、今後の課題としたい。

文献

- 1) 林世津子,寺岡貴子,池邊敏子:精神科個室病棟の看護実践における看護師の戸惑いと気づき,日本精神保健看護学会誌,16(1); 67-74,2007.

保護室における看護の改善にむけての取り組み

北原俊輔 七森寿幸 藤田信義 藤田宗仁 大脇美幸
鈴木宣子 木澤正明 安藤正枝(のぞみの丘ホスピタル)
三宅 薫 井手敬昭 松本訓枝(大学)

はじめに

精神科において保護室は、人権や倫理面での配慮が最も必要であり、かつ患者・看護師関係の成立が困難な場である。だからこそ生活への援助が重要となる。しかしながら保護室における具体的な看護援助の実際やその構造については明らかにされていない。

のぞみの丘ホスピタルは7病棟、310床を有する単科の精神科病院で、急性期治療病棟、療養型閉鎖病棟、療養型開放病棟の3病棟に保護室を有している。現在まで全体の看護の質の向上を目指し諸活動を行ってきたが、保護室の看護援助に焦点を当て振り返ったことがなかった。そこで、本研究では他施設を訪問し、保護室の実際を知ることにより、自らの看護を客観的に捉え直し、改善に取り組んだので報告する。

訪問の概要

1. 方法と内容: 精神科病床を持つ施設に協力を依頼し、同意を得られた施設を教員および現地側共同研究者が訪問し、保護室の構造及び看護援助について聞き取りを行った。

2. 訪問した施設: 平成19年6~11月で10病院(13病棟)の訪問を行った。

3. 倫理的配慮: 施設長に文書で協力を依頼し、同意を得られたものを訪問対象とした。訪問時に看護師に説明を行い、同意を得た。訪問の結果については、施設長・看護師に内容の確認を依頼し、発表の同意を得た。施設名の開示は施設長の同意を得ている。

本共同研究は本学研究倫理審査部会の承認を受けている。

看護の改善への取り組み

保護室を有する3病棟が他施設での訪問結果を活用し、それぞれ看護の改善に取り組んだ。共同研究のメンバーは定期的に会議を行い、取り組みの状況を報告し、意見交換を行った。以下は各病棟の取り組みである。

1. 南3階病棟：急性期治療病棟

南3階病棟では、精神科急性期治療病棟における保護室看護の向上を目的とした。他施設での調査内容の一覧表(表1参照)を作成し、当病棟の

看護と比較検討し看護の水準や改善点を確認した結果、情報伝達方法を見直す必要性、保護室看護基準の再検討の2点が課題として明らかとなった。今後は隔離の早期終了を目標に、保護室看護記録用紙の改善と保護室看護基準のマニュアル化を目指している。

2. 東1階病棟：療養型男女混合の閉鎖病棟

東1階病棟は閉鎖の療養病棟であり、保護室を利用する患者は幻覚妄想に関連した不穏状態で、看護師は一方的な対応になる傾向にあった。そこで、他施設で聞き取った内容を用いて当病棟のケアを振り返った。その結果、水筒の使用と配膳時のおしぼりの配布を導入することとした。しかし、この試みは定着しなかった。そのため、看護スタッフ及び患者の意識を知る目的でアンケート調査を行ったところ、看護スタッフと患者の意識の違いが明らかになった。

<アンケートの対象・方法>

期間：H年X月1日から40日間

対象：

1) 共同研究者が勤務する病棟の看護スタッフのうち同意を得られたもの17名(看護師6名・准看護師5名・看護助手6名、ただし共同研究者は除く)

2) H年X月1日から1ヶ月の間で隔離室を1週間以上使用した患者5名

方法：無記名式アンケート調査

倫理的配慮：アンケートは説明し同意を得た上で実施した。

アンケート結果は表2・3の通りである。

アンケートより患者及び看護スタッフに意識の違いがあることが明らかになった。つまり患者の要求は生理的な欲求に基づくものがほとんどで、過剰な要求を求めるものは少ないにも関わらず、看護スタッフは特に差し迫った要求があると考えず、こちらからニードを満たす事を考えることはないことを認識しており、このことがおしぼりや水筒の導入の徹底しなかった原因の1つと考えられる。特に患者からのアンケートで、おしぼりについては全員が嬉しいと答えていることは基本的な生活の援助の必要性を再認識した。

表1-1 急性期治療病棟の構造と看護の比較

病院名	のぞみの丘ホスピタル	愛知県立城山病院	補探間病院藤田こころケアセンター	東尾張病院	
概要					
病床数	310床	342床	315床	233床	
病棟の定床	41床	42床	45床	50床	
保護室	4床	6床	Hタイプ7、Vタイプ13	8床	
セル フ ケ ア へ の 援 助	換気	換気扇 窓の開閉(清掃・希望時)	換気扇 窓の開閉(清掃・開放観察時)	換気扇 窓の開閉(清掃時)	換気扇 窓の開閉(清掃・開放観察時)
	水分補給	希望時対応 紙コップ、ペットボトル500mlを使用	希望時対応 朝・夕に各1.2ℓを配給 紙コップ、ペットボトル500mlを使用	希望時対応 ペットボトル500mlを使用 ・入室配膳	希望時対応 ペットボトル500mlを使用 ・配膳時、消毒用ゲルを使用
	食事	・小窓配膳か入室配膳 ・毎食時お絞りを渡す ・状態により小さいテーブルを使用	・段ボール製テーブルを使用	・固定ベッド上に配膳	・段ボール製のテーブルを使用
	採光	窓・蛍光灯 窓が大きく明るい	窓・蛍光灯 遮光ガラスで外から見えない	窓・蛍光灯 ロールカーテンで調整	窓・蛍光灯 スクロールカーテンで調整
	排泄	・洋式トイレ:2、和式トイレ:2 ・水洗は室内外で調節可能 ・ペーパーを床置き ・希望に応じお絞りを渡す	・洋式トイレ、便座・蓋が完備 ・水洗は室内外で調節可能 ・紙箱にペーパーを入れている	・洋式トイレ ・水洗は室内外で調節可能 ・ロール紙をホルダーに設置 ・室内に手洗い水洗が完備	・洋式トイレ ・水洗は室内外で調節可能 ・紙箱にロール紙を入れる ・手洗い用の水をボトルで渡す
	ベッド	・布団 ・状態により折りたたみベッドを使用	・低反発マットレスに布団 ・抑制時にベッドを使用	・布団 ・全室固定式のベッドあり	・マットレスパット ・ベッドなし
	リネン類	・使用しない		・使用しない	・使用しない
	防音	・扉が防音性 ・壁・強化プラスチック叩くと響く ・大きめな声で隣室に聞こえる	・扉を叩くと響く ・大きめな声で隣室に聞こえる	・扉を叩くと響く	・扉を叩くと響く ・観察通路を通して隣室の音が聞こえる
	開放観察	・Drの指示により開始 ・妥当性をDr、Nsで検討 ・30分から1時間より開始 ・長時間の場合、バックベッドを使用	・妥当性を朝のカンファで検討 ・食事時間の開放より開始	・検温時のデイルームから開始	・DrとNsが相談し、実施 ・15分から開始 ・バックベッドなし
	保護室 専用 デイルーム	・コミュニケーション ・面会・状態観察の場 ・患者様が単数で使用 ・保清行為の場 ・喫煙の場	・なし	・状態観察の場	・なし
	洗面 歯磨き	・朝、夜、希望時 ・夜は小窓で対応	・10時頃1回	・検温時に洗面台で1回	・毎食後3回 ・昼・夕は室内対応
	入浴 シャワー	・一般床の風呂・保護室エリアのシャワーを使用 ・風呂:週2回 シャワー:毎日	・一般床の風呂を使用 ・週3回	・一般床の風呂を使用 ・週3回	・一般床の風呂、シャワーを使用 ・風呂:週2回 シャワー:週1回
	温度調節	・エアコン	・エアコン	・エアコン	・エアコン ・床暖房
	構造上 の 安全性	・目立つ突起がない ・壁に木の板が貼ってある ・室内の角がとってある ・バリアフリー	・トイレの目隠しを改修し、登れないようにした	・壁、床がソフト素材 ・バリアフリー	・壁、床がソフト素材 ・バリアフリー
	観察 の 頻度	・観察頻度は30分毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可能 ・集音が可能	・訪室頻度は1時間毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可能	・訪室頻度は1時間毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可能 ・音感ナースコールの完備	・訪室頻度は1時間に1回以上 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可能
	職員の 安全	・患者様の状態により複数対応、小窓対応、観察通路よりの対応。 ・夜間は小窓対応。	・複数対応 ・CVPPP(包括的暴力防止プログラム)受講認定看護師が9名院内研修の実施	・複数対応 ・ステーションから鍵がなくても急行ができる ・複数対応	・複数対応 ・CVPPPの研修
	そ の 他 の 援 助	応援要請	・PHSにて連絡し、応援要請	・緊急時の呼び出し方法:守衛に連絡し守衛が全館放送	・PHSにて連絡し、応援要請 ・ステーション内のスイッチを押すと、警告灯・警告音が表示される
プライバシーの 配慮		・ネームプレートの表示について、患者様・家族に応じている ・ステーション内のモニターをカーテンで遮蔽している		・ネームプレートの表示がスライド式で、通常は表示板で隠してある ・窓にロールカーテンを設置し、院外から見えない	
私物の 室内への 持込		・主治医指示	・主治医指示 ・毎週の病棟会議で検討	・主治医指示 ・基本持ち込まない	・基本持ち込まない、まれに筆記用具
施錠方法		・基本はドアロックで施錠 ・デイルームへの開放時、他のドアを鍵とドアロックのダブルロック			・ダブルロック
身体拘束		・室内不可	・ベッドを入れ実施	・全室に固定ベッドあり	・ベッドを入れて実施
喫煙方法		・一般床の喫煙室、デイルーム ・喫煙室:開放観察時 デイルーム:Ns見守り	・一般床の喫煙室 ・開放観察時に実施	・一般床の喫煙室 ・Ns見守り	
優れている点 ・ 工夫している点	・外来より、裏導線での入院が可能 ・実際より室内が広く見える正方形に近い部屋の構造 ・患者様に積極的に声を掛け、清潔の援助を行っている	・クリニカルパスを使用することで、記録に漏れがなくなった ・朝・昼に医師も参加し、カンファレンスを聞き情報交換を徹底している ・臭気に対し、掃除の徹底、換気を実施	・H(ハード)、V(バリアブル)の2タイプあり、状態に応じて対応可能	・ステーションの隣にあり、すぐに対応ができる。 ・急性期クリニカルパスを使用。	

表1-2急性期治療病棟の構造と看護の比較

病院名	犬山病院	三重県立こころの医療センター	長谷川病院	
概要				
病床数	420床	400床	587床	
病棟の定床	47床	46床	54床	
保護室	4床	7床	4床	
セル フ ケ ア へ の 援 助	換気	換気扇 窓開かない	自動換気システム 窓開閉	換気扇 窓は開けられない
	水分補給	希望時対応 本人用のコップを使用	希望時対応 コップを使用	室内に洗面台あり、飲水可能
	食事	・小窓配膳	・入室配膳	・入室配膳 ・おしぼりを渡している。
	採光	・テーブルなし 窓・蛍光灯 遮り物がない為、明るい	・小さいテーブルを使用 窓・蛍光灯 窓が大きく明るい	・テーブルは段ボール製・小さい物の 窓・蛍光灯 ガラスシートで外から見えない
	排泄	・洋式トイレ ・水洗は室外管理 ・芯抜きロール紙を床に置く	・洋式トイレ、便座が完備 ・水洗は室内外で調節が可能 ・ロール紙を床に置く	・洋式トイレ ・水洗は室内外で調節が可能 ・ロール紙を洗面台に置く ・室内に洗面台あり
	ベッド	・パットに布団 ・ベッドなし	・抑制時にベッドを使用	・マットレスを使用 ・抑制時にベッドを使用
	リネン類	・使用しない	・抑制時に使用	・使用しない
	防音	・壁がソフト素材で防音性あり	・壁がソフト素材で防音性あり ・観察廊下を通して、大声が隣室 に聞こえる	・扉を叩くと響く
	開放観察	・午後から17時で開始 ・バックベッドあり	・Drの指示により開始 ・基本開放観察でNsが検討 ・昼食事時間より開始 ・基準は疎通性 ・第一選択の開放観察に使用	・Drの指示により開始 ・妥当性をカンファでの検討 ・昼食時から開始
	保護室 専用 デイルーム	・保清行為の場		・なし
	洗面 歯磨き	・検温時に洗面台で1回	・基本起床時、消灯時 ・個々の日常生活に応じて対応	・毎食後
	入浴 シャワー	・一般床の風呂を使用 ・週3回	・一般床の風呂、シャワーを使用 ・風呂：週3回 シャワー：希望時	・一般床の風呂を使用 ・週3回
	温度調節	・エアコン ・床暖房	・エアコン	・エアコン
	構造上 の 安全性	・目立つ突起がない ・バリアフリー ・ドアの取っ手に隙間がない	・壁、床がソフト素材	・床がソフト素材
	観察 の 頻度	・観察頻度は30分毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内で応答が可能 ・音感センサー設置	・観察頻度は30分毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可能	・観察頻度は30分毎に訪室 ・モニターが全室完備
	職員 の 安全	・観察通路での対応が可能 ・鍵を見せないよう心掛けている	・複数対応が原則 ・CVPPPの院内研修の実施 ・緊急コールカードを持つ	・チームカンファレンスで対応人数を 検討 ・CVPPP受講認定看護師による 院内研修の実施
	そ の 他 の 援 助	応援要請	・日勤：環境医療部から一斉放送 夜勤：責任者（統括者）へ連絡	・内線電話で統括師長へ連絡し、 応援要請 ・ステーション内のスイッチを押すと、 ホール内の警告灯が点滅
プライバシー の 配慮		・トイレに壁があり、見えない構造	・保護室利用者が院外から覗かれ にくい配慮 ・他の入室者から覗かれない配慮 ・モニタリングについて説明	・窓にフィルムを貼り、院外から見 えない ・ステーション内のモニターをカー テンで遮蔽している
私物の 室内への 持込		・師長判断で本・新聞 ・基本持ち込まない	・状況よるが、なるべく希望に応じる	・基本的に持ち込まない、まれに筆 記用具・本
施錠方法		・ダブルロック	・基本はドアロックで施錠 ・状況により鍵とドアロックのダブル ロック	・基本はドアロックで施錠
身体拘束		・室内不可	・ベッドを入れて実施	・ベッドを入れて実施
喫煙方法		・一般床の喫煙室 ・Ns見守り	・一般床の喫煙室 ・看護師と約束事をして実施	・一般床の喫煙室 ・Ns見守り
優れている点 ・ 工夫している点	・ステーションの隣にあり、すぐに対 応ができる ・壁が柔らかい素材で自傷行為が あっても怪我しない	・複数担当で検討し、都度の対応 としている（疎通性を重要視） ・疾患ごとのクリニカルパスがある ・誓約書を交わしている	・週に2回、ミーティングを実施 ・クリニカルパスを使用（3ヶ月を目 安に3期で区切ったもの）	

表2 看護スタッフ対象のアンケート

保護室の快適な環境作りについて
必要である 13名
現状のままで十分である 3名
未記入 1名
「必要である」と答えたもののなかにも、「保護室に快適性を求めるのはおかしいと思う」などの意見があった。
おしぼり使用が実施できているか
できた 2名
まあまあできた 9名
あまりできない 2名
できていない 2名
未記入 2名
できない理由は「あせりがあると忘れてしまう」「朝、夕は薬と一緒に準備するが、昼は忘れてしまうことがある」「その業務には携わっていない」などであった。
水分の要求時の対応
その都度与える 9名
必要だと思われる分に制限して与える 7名
その他（その時の状況で判断する） 1名
水筒の使用について
必要だと思う 4名
現状のコップの手渡しで十分 11名
その他（全ての患者に必要性を感じない） 1名
未記入 1名
ドアを叩いての要求について
腹が立ち要求に答えるのがいやになる 2名
特に何も思わない 6名
早く要求に答えようと思う 2名
その他 2名

表3 患者対象のアンケート

保護室の居心地について
良い 0名、ふつう 2名、悪い 3名
食前のおしぼり使用について
もらってうれしい 5名
のどが渴いたときどうしているか
ドアを叩いて呼ぶ 3名
来るまで待っている 2名
のどが渴いたときどうしてもらいたいか
水筒を持たせてもらいたい 1名
コップでその都度もらいたい 1名
頻りに声を掛けてもらいたい 3名
用事がある時はどうしているか
その大声で叫ぶ 1名、ドアを叩く 3名
回ってくるまで待ち呼びかける 1名

3. 東2階病棟：療養型男女混合の開放病棟

東2階病棟は開放の療養病棟であるが、隔離などの行動制限が行われているという特殊性を持っている。慢性的な経過をたどり、再燃、寛解を繰り返す患者にとっては行動制限が解除されるとすぐに開放処遇が受けられるメリットがあるものの、なかなか寛解に至らず長期的な隔離を余儀なくされている患者が存在しているのも事実であり、入室する患者も固定化されている。このような現状についてかねてから問題意識を持ち、保護室を利用する患者様への看護について考えてみたいと思っていた。そこで、他施設で聞き取った内容が反映された看護基準作成を目的とした。

東2階病棟での取り組みは以下の通りである。訪問前にスタッフへアンケート調査し、療養型男女混合開放病棟の特殊性、開放病棟に保護室があるメリットとデメリット、病棟として聞きたいこと、現在の病棟の課題、について、明確にしてから訪問を開始した。

他施設の聞き取り調査と並行して、保護室の看護についての勉強会・報告会を行った。報告会の内容は、聞き取り項目の書面での通達、撮影された、写真のスライドショーである。勉強会の内容は、保護室について（精神保健福祉法）、医療の質、現状分析（保護室看護）、今後どうして行きたいのか、医療安全（インシデント・アクシデント）である。さらに、勉強会・報告会の内容についてカンファレンスを行い、その内容を取り入れた看護基準を作成した。勉強会・報告会・カンファレンスでは意見交換が活発になることを狙い、ブレストミーティングを活用し、また、様々な意見を色々な視点から見られるように、書記を2名以上として記録を残した。

基準作成時のカンファレンス項目は 事故予防（医療安全面）、インシデント・アクシデントレポートの取り扱い、スタッフの安全確保、セルフケア項目、であった。

基準作成時は事故予防に関して、医療安全面での予見可能なことに対する予防策や、インシデント・アクシデントレポートの記入の必要性などをカンファレンスし、基準へ取り入れた。またスタッフの安全確保のため、三重県立こころの医療センターなどの訪問結果を参考に複数対応を原則とし、1名で対応可能な患者は、開放観察が可能となった患者に限定した。また、緊急時の対応としてカード式のナースコールを設置し、すぐスタッフが応援に駆けつけられる体制とした。

看護基準作成後の聞き取り調査では、看護基準

に聞き取り調査してきた内容を赤でチェックし、その内容が本当に行っていく必要があるのかどうかについて話し合った。この話し合いは様々な視点からひとつのケアを考える機会になった。

今回の共同研究では、他施設での聞き取りの結果の報告、勉強会、看護基準についてのカンファレンスなど様々な形で保護室の看護について話し合った事が、スタッフ全員のケアの振り返りや共有の機会となった。また、入室中の看護にのみ着目するのではなく、再燃・寛解を繰り返し、定期的に保護室へ入室する患者の悪化の徴候を早期に捉え、看護を充実させることが重要であるとスタッフの意識の変化が起こり、看護計画の充実や、早期退室に向けた取り組みについてもカンファレンスが行われるようになった。この意識の変化が今回の共同研究を通しての一番の成果であったと考えている。

さらに、本年の1月現在のスタッフの意識についてアンケート調査を行った。

表4 保護室看護の意識調査

-
- ・色々な原因で入室している患者様がいて、色々な情報をスタッフそれぞれが持っていることが分かった。
 - ・自分だけの考えで看護をしていては、偏った看護をしてしまう。
 - ・入室している患者様の中には固定されてきていて、何とかしたいと思う。
 - ・少しでも外へ、何か出来る事はないだろうか等、様々な方向を探っている。
 - ・保護室へは、1人で入室しないようになった。
 - ・自分自身の安全への意思が高まった。
-

このようにスタッフの意識が変化し、皆が同じ方向を向いて看護を提供する事ができれば、少しずつではあっても、患者への良い看護・質の高い看護が出来るのではないだろうかと考えている。そして、その為の基準が作られ、皆に浸透している事がアンケートからも分かり、今後も日々努力していきたいと考えている。

・ 考察

看護師にとって保護室という場や保護室での援助は矛盾をはらんだものである。のぞみの丘ホスピタルの看護師は自らの臨床経験に照らして、保護室での患者処遇について語っている。

「数年前、若い女性の患者様が保護室に入院した。脇に和式トイレがむき出しになっているのに、お膳でそのまま、同じ床に置くことに看護師は慣れてしまっていたが、母親は保護室でのこの風景を見て、絶望と怒りを看護師に向けてきた。しば

らく診察室で、母親と話すうちに、落ち着いて頂き事なきを得たが、保護室看護がこれでいいのかを看護者の自分に問いかけるのをやめてしまった、『麻痺した看護師』にはなぜ母親が、こういう気持ちになるのかわからない。」

このように看護師が『麻痺してしまうこと』の背景は多岐に渡っていると推測されるが、その原因の1つに保護室の閉鎖性がある。本共同研究では、10病院(13病棟)で見学・聞き取りを行い、それらを取り入れた看護の改善を行った。

1. 他施設の看護実践を知ることの意味

昭和30~40年代の精神病院建築ラッシュの時期に建てられた精神科病院が建て替えの時期を迎え、精神科医療に携わる看護職にとって、他病院の保護室の構造や看護に関する情報へのニーズは高いと思われる。訪問した施設でも病棟が稼働したばかりのものが複数あり、他施設の情報を集め、設計に活かしたとのことであった。しかしながら、他施設でどのような看護が行われているか知らない看護職も多く、保護室における看護の閉鎖性を改めて実感した。

他施設を訪問して印象的だったことは、保護室を含めた病棟の構造・設備にはメリット・デメリットがあり、構造により患者への援助も違いがあること、構造・設備などのハード面、人員配置、患者への具体的な援助などのソフト面の双方が病院の方針により異なっていること、であった。

また、訪問先の看護職員と保護室に限らず精神科看護について話し合うことを通して、自施設の姿勢・考え方を振り返ることができたことも、他施設を訪問した意義であったと考える。

2. 他施設の情報をスタッフと共有すること

病棟での共有後の意見では、自施設の構造上の問題、人員配置の不足が多く上がった。構造や人員配置は設置主体の違いもあり、すぐに手を付けられるものではない。具体的な看護援助の内容やその看護を支えている背景を理解し、自らの実践に取り入れるためには、ただ情報を伝えるだけでなく、カンファレンスや勉強会は効果があった。

3. 保護室における看護実践の改善に取り組んで

今回の共同研究での取り組みを通して、カンファレンスで意見を求めることで若手の看護師の自信につながったこと、チームで取り組むことでスタッフとしての意識が高くなったこと、患者の考えや気持ちを看護スタッフにフィードバックすることの意味があり、そして他の施設の現状を知ること自らの看護を振り返り客観的に評価することなどの効果があった。また、看護のセン

スを磨くことが自らの実践の課題を見つけ出すことにつながるとの気づきも得た。その結果、保護室に足を運ぶ頻度が増え、患者への援助が変わりつつある。しかし、3つの病棟の保護室における看護の改善は、最初のスタートを切った段階にあり、今後さらに発展させる必要がある。

・ 共同研究報告と討論の会で討議したこと

討議は岐阜県内の精神科病院に勤務する看護職の方々に参加していただき、報告内容への質問を中心に、それぞれの施設での看護について情報の共有を行った。

1. 看護基準・情報伝達方法の具体的内容

東2階病棟では、開放観察になった患者については1名対応とした。その理由は、東2階病棟が療養型の開放病棟で、開放観察を繰り返し入室している場合が多く、看護スタッフが患者の状態を把握しているためである。必要な場合は医師から「何人対応を基本とする」ことや「いつから1名対応とする」などの細かな指示をもらうこともある。医師からの指示が必要なケースは新規の患者。新規の場合は状態が把握できず、予測が困難。それ以外のケースでは1名で対応し、今のところ事故はない。開放観察は段階的に開放度を上げていき、6時間以上開放となった時にバックベッドを設ける、状態が変化したら直ちに医師に報告する、など細かな基準を決めている。

急性期病棟である南3階病棟では、室内での便器洗浄、室内でのテーブル使用などの項目について、基準を検討中である。また開放観察中の対応についてはスタッフ4人で検討するという方式を導入した。のぞみの丘ホスピタルでは病院全体で共通した保護室の看護基準を定めているが、このようにそれぞれの病棟の特性に合わせ、独自の看護基準の作成が必要と考えられる。

訪問した施設のマニュアルや看護の中で、特に優れている・工夫されているところは、患者自身でできる便器洗浄の使用判断、食事時のテーブルの使用、開放観察の判断であった。

南3階の情報伝達方式の見直しでは、訪問した病棟・病院はカンファレンスが十分にされていたが、当病棟は月に1回開催したりしなかったりと十分にされていないことが明らかになった。また記録も記入しにくくもれがあった。現在、カルテ様式の変更を検討中である。

東2階病棟では、共同研究のプロセスで「入室前の看護を充実させることが重要」という気づきがあった。看護スタッフにアンケートを行ったところ、保護室利用を繰り返す患者の症状や行動に

ついてに、多飲水・エスケープ・突発的な暴力など7つの項目があがった。それらの項目についてそれぞれ担当者を決めて病棟でプレゼンテーションし、フィードバックをした。

2. 生活への援助について

東1階病棟のおしぼりと水筒の導入は定着しなかったが、患者および看護スタッフにアンケートを実施することにより、患者と看護者の意識の違いが明らかになった。患者5名全員がおしぼりの使用を希望していることがわかったので、やらなければいけないと認識が変わり、食前のおしぼりの配布が徹底された。さらに食事以外の希望時にも渡すようにしている。水筒については、開始時期が秋季であったため、水分を要求する患者が少ないこともあり、定着しなかったと考えている。現在は希望時に都度渡している。その他、アンケートの頻回に訪室してほしいという患者の意見に応え、訪室の回数を増やすようになった。以前はモニターの観察も含めて1時間毎、現在は消灯後を除き30分間隔で訪室している。

訪問した中では、保護室内に手洗いができる設備がある病院もあった。手洗いの設備がないところではおしぼりを渡したり、ペットボトルに水を入れて手を洗っているところもあった。

慢性的な状態の患者については看護者の陰性感情がケアに影響を与えることも考えられる。参加した看護職の経験でも、10年以上保護室を使用した患者を保護室から出していくプロセスの中で看護者の陰性感情の影響を強く感じたとの発言があった。南3階病棟では、チーム全体で取り組み、1人の看護師が感じたことを全体で共有するよう心がけている。陰性感情の表出・共有は困難だが、カンファレンスよりもむしる日々の申し送りが陰性感情を表出する場になっている。

テーブルの設置は、木製の場合は暴力行為に使われる可能性があり、ダンボール製の場合は便器に詰められる可能性がある。訪問した施設では、ダンボール製の既製品や壊れにくいものを使用していた。また、患者の状態に合わせて、テーブルの使用について適宜対応している。靴を履いて歩く床に直接お膳を置くことに違和感を持ち、極力テーブルを入れようという意識があった。南3階病棟では段階を見て、4人の看護師の判断のもとテーブルの使用を決め、状態が不安定になれば使用を中止することにしている。参加者にテーブル使用の現状について尋ねたところ、テーブルは使用せずそのまま配膳が5施設、保護室ダイニングを使用しての食事が1施設であった。

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 松下光子 北山三津子 大川眞智子(大学) 橋戸智子 宮下真一 清水雅美(須田病院) 家田重博 鷲見武志 西脇大介 臼田成之(慈恵中央病院) 瀧瀬富久 勝股和子 佐合淳(大湫病院) 村岡大志 杉本博司 高橋真由美 田中貴裕 高木真太郎(社団法人岐阜病院) 安藤正枝 山本尚美 瀧絢一 山中隆二(のぞみの丘ホスピタル)

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。その結果、『連携』の重要性を再認識したので、平成19年度も継続して“連携”をキーワードに各施設で取り組んだ。

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、本研究の趣旨と計画に関して共通理解をする機会を設定した。『連携』をキーワードに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6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)。その際の運営は、検討会開催病院が中心となって実施した。

本年度から新しい試みとして、地域との連携が重要であることを考慮し、検討会実施病院を管轄する地域の保健師に検討会への参加を要請し、2地域において保健師参加の検討会を実施した。

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に対する実践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。

3) 本学研究倫理審査部会の承認を得た。

各施設の取り組み結果

1. A病院

課題:両親の高齢化によって退院困難になった患者とその家族への関わり

【目的】

退院への不安が強い家族を対象に、主治医・スタッフ間で連携をとり、家族の不安を軽減させ、早期退院に繋げる。

【主な取り組み】

- 1) 家族に月1回は外泊できるよう毎月依頼し、外泊時には家族の不安を聴く。
- 2) 生活リズムを整えるために、A氏と一緒に問題点を明らかにし看護計画を立て、実行する。
- 3) 3者面談(家族・主治医・病棟看護師)を行い、家族の病状理解を深める(予定)。

両親が春頃なら退院可能と話しており、A氏も早く退院したいと希望があったため、上記の関わりを行った。月1回の外泊は何とか継続できたが、家族の不安を聴くことはなかなかできなかった。しかし、A氏は病棟で早起きして朝食を摂取することを目標に頑張っていた。昨年末頃に家族に退院の話をする、高齢になってきたためA氏が不穏になったら、どうしようもできないという不安な気持ちを話され、退院の延期を希望された。

【考察】

春頃の退院に向けて取り組んできたが、月1回の外泊をしても家族からは良い印象が得られなかった。原因として、A氏の悪い時の印象が強いため、現在、病状的に落ち着いているにも関わらず、些細なことで不安になっているように考えられた。今後は、家族に対して主治医からA氏の病状説明を行い、家族の病状理解を得て、不安を軽減させることが大切ではないかと考える。

【今後の課題】

両親が高齢でありA氏の将来性を考慮すると、援護寮やグループホームへの方向性も考えていく必要があり、今後は、主治医・精神保健福祉士(以下、PSW)を交えて検討していく。

2. B 病院

課題: チーム医療に向けた病棟での取り組み - 看護職間のショートカンファレンスの充実を目指して -

【目的】

本院では、平成17、18年度において、多職種との連携や情報の共有について取り組んだ。平成19年度は、平成17、18年度では取り組むことができなかった病棟スタッフ間での情報共有を行い、チーム医療に向けて取り組んだ。

【主な取り組み】

取り組みを行う前は、病棟での朝の申し送り後のショートカンファレンス(以下、ショートカンファとする)と定期的な病棟カンファレンス(以下、カンファとする)が行えておらず、病棟スタッフ間の意志の統一やケア方法の統一が行えていない状況だった。そこで、朝の申し送り後に、

患者のケアに関することを中心にしたショートカンファと、毎月第4火曜日勤務後に業務的なことを中心にしたカンファを実行し、病棟スタッフ間の意志の統一やケア方法の統一に向けて取り組みを開始した。その結果、月に1回のカンファは、スタッフ間の看護観の違いやキャリアの問題など、本取り組み以前の問題が次々とカンファ討論中にも明らかになり、7回のカンファ開催後に凍結状態となった。一方、ショートカンファはスタッフが求めていたことと合致したためか、現在も継続して開催できており定着することができた。

【今後の課題】

今後は、ショートカンファの継続をメインに患者中心の看護過程、看護計画、ケア方法など内容の充実および定着化を目指していきたい。また、ショートカンファに限らず臨時カンファも視野に入れ、病棟での取り組みを充実させていきたい。

3. C 病院

課題: 認知機能障害のある患者との関わりを通じた主治医、精神保健福祉士との連携

【目的】

今回、統合失調症の50歳代の男性で認知機能障害のある一事例に取り組んだ。

【主な取り組み】

患者の症状は不安定で、訴えも多くスタッフ間の連携を密にする必要があった。まず初めに、家族背景を知るために本人、家族との面談をもち、それぞれの想いの違いを得ることができた。また、症状がいっこうに安定せず、その都度スタッフ、主治医、PSWとのカンファレンスにより、関わり方の統一を検討した。その結果、カンファレンスを持ちスタッフ間で関わり方の統一を図り、受持ち体制をとったことで、患者の訴えは減り症状は安定してきた。また、C氏と母親との関係では、三者または二者面談を実施することにより、それぞれの想いを表出することができた。

【考察】

受持ち看護師が主となり看護したことにより、C氏は「話を聴いてくれる人がいる」という安心感をもつことができたと考える。しかし、状態が落ち着かず訴えが頻回だったことは、認知機能の低下により状況判断ができなかったり、学習能力が低下していることによるものと考えられる。また、家族背景の情報を看護者が得たことで、患者・家族間の関係が築けるように今後もサポートをしていかなければと考える。

【今後の課題】

他職種とのカンファレンスを有効に持ち、患者、家族間のつながりを保ち退院に向けて連携をとっていく。

4 . D 病院

D-1 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援助

【目的】

看護師とコメディカルが連携を密にする事で、閉鎖病棟に長期間入院している患者が、社会復帰又は開放病棟へ転棟する事が出来る。

【主な取り組み】

平成 19 年 6 月以降、当病棟に入院する患者全員に対し、患者が望む将来の行き先について、聞き取り調査を行い、平成 19 年 12 月中旬までの結果として、研究の趣旨に添って変化をもたらす事が出来たのは、退院希望の中から退院する事が出来たのが 5 名、開放病棟へ転棟する事が出来たのが 3 名、開放病棟希望の中から 1 名が開放病棟へ転棟する事が出来た。退院した 5 名の平均入院期間は 5 ヶ月だった。開放病棟へ転棟した 4 名のうち、閉鎖病棟での入院期間は、うち 2 名は 2 年 5 ヶ月、1 名は 2 ヶ月、1 名は 22 年 5 ヶ月だった。

【考察】

退院した患者への援助では、比較的入院期間も短期だった事もあり、さほど社会性が失われていない事から、最低限の日常生活指導程度の援助が主だった。開放病棟へ転棟した患者への援助では、日中の過ごし方の改善、金銭使用の指導、衛生指導、等であった。

また、他職種と連携を密にした事で、退院、転棟する事が出来たのは、チーム医療の結果だと考える。

【今後の課題】

聞き取り調査では多くの患者が社会復帰を望んでいた。我々は、諦める事無く、患者の想いを実現する為に、援助を続けなければならない。

D-2 課題：退院促進におけるスタッフのモチベーションの重要性 - 退院促進に対する教育と実際の退院促進活動を通して -

【目的】

スタッフの「長期入院患者への退院支援」に対する意識・スキルを強化する。

【主な取り組み】

1) 病棟スタッフに対して、入院患者への退院支援の現状についてのアンケート・聞き取り調査

を行った結果、必要であるが方法が分からないという意見が多くあった為、社会復帰施設、介護保険施設、社会保障制度についての勉強会を行った。

2) 月に 1~2 回の「退院支援カンファレンス」を開催し、上記勉強会や退院支援のケースカンファレンスを行い、退院支援で困ったことなどを話し合う機会とした。

3) 入院患者に対しても退院支援についてのパンフレットを作成し、退院の意識向上を啓発した。

【結果】

スタッフの退院支援に関する意識が高まり、従来の定期カンファレンスにおいても退院支援の内容が増えた。また実際に長期入院の患者に対する退院を目標とした取り組みが行われるようになり、5 年以上の長期入院患者 1 名、4 年未満の入院患者が 4 名退院となった。この他、長期入院患者を含む 12 名が退院を目標に関わりがなされている。

【考察】

スタッフの退院支援に対する知識やモチベーションが高まることで、退院を意識した関わりが増え、患者側もこれまで見られなかった退院の意思を表すようになる。また実際に長期入院患者の退院を見て、他の患者も刺激され退院を意識するようになった。スタッフも関わった結果が退院という形で表されるためエンパワーメントされモチベーションの維持ができる。

【今後の課題】

退院支援の方法をシステム化して安定した看護サービスが提供できるようにする。

5 . E 病院

課題：施設入所を目指した連携・クリニカルパス作成の検討

【目的】

老人施設への入所を目指し、関係職種および患者本人・家族と連携を図る。また、施設入所用クリニカルパス作成を検討する。

【主な取り組み】

1) 養護老人ホームの見学を概ね 65 歳以上の 25 名の患者に対し実施した。見学は施設側の説明と居室等の見学を 1 時間ほど行った。患者の感想は入所に否定的なものが半数を占めた。入所希望者 3 名を含む患者 4 名の家族に対し PSW より施設説明を行ったが、家族側の拒否や医師の判断により本年度の入所には至らなかった。また、入所を希望し 1 年前に市役所との面接後、

結果が不明なケースがあった。

2)施設入所クリニカルパス作成にも取り組んだ。施設見学を柱の一つとしたほか、医師による方針の決定より前に支援を開始する型とした。一方で看護職者にパスが浸透しておらず、チェック項目が多い、ADL等の評価基準が不明との意見が挙がった。

【今後の課題】

今後は複数施設での見学や多職種カンファレンスにおける質の向上が課題である。またクリニカルパスについては、当院で使用している評価表の改良又はLASMI等の活用を検討するほか、実際に使用するなかでパスの簡素化にも取り組む。

・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

今年も平成18年度に引き続き“連携”をキーワードに、各病院の状況に合わせて6課題が取り組まれた。その内容は、主治医、PSW、スタッフ間での連携を図り長期在院患者の社会復帰を目指して取り組んだ事例検討が2題、平成17-18年度から継続してチーム医療を検討し、看護者間の連携強化を図るためにカンファレンスの定着に向けた検討が1題、他職種との連携を強化した実践検討が1題、病棟看護職の意識改革に向けた検討が1題、記録の検討も含めた施設入所を目指した検討が1題であった。

今年度の共同研究における連携には、患者やその家族、同僚である看護職、医師、PSWらの医療職、施設など様々な方面での検討が行われていた。これらのことから、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において、連携の重要性が再認識されるとともに、多岐にわたる連携において病棟看護師の役割の重要性がある。そのためにも、患者の状況に応じた連携をしていくための看護職の知識、センス、スキルが望まれる。

・共同研究報告会と討論の会での討論内容

1.取り組みに対する質疑

A 病院の課題に関して

Q. 医師と看護師の連携についてと家族とのかわりについて具体的に教えてほしい。

A. 家族は患者の病気が完治するものと考えているために不安を感じている。医師としては、現在の状態での安定が大事であると考えている。そのため主治医からの病状の説明と症状に対する対応の仕方の説明をしてもらうことにな

った。看護者と家族との関わりでは月に1回の外泊ができるように依頼を行なっている。また、外泊中に困ったことなどはなかったか聞き、疑問に対して答えたり、必要な場合は医師らと話し合ったりしている。今後の課題として、自宅にずっといるのは家族の負担が大きいため、訪問看護やデイケアなどの資源を活用していくことや、援護寮の活用なども考えていかななくてはいけないと考えている。

D 病院の課題2に関して

Q. 「退院支援パンフレット」の中身は？病院全体での取り組みか？

A. 患者向けのパンフレットで、スタッフがどのようなことを援助としてやっているのかを知らせるものである。主には「退院後の生活がイメージできるような内容(例)退院先として自宅、援護寮、グループホームなどがあり、各施設の説明」「患者への問いかけのような内容」「質問や相談は受持ち看護師や医師に相談するように」がある。

これはまだ、病棟独自の取り組みで、患者への退院に関する啓発を目的として作成した。患者は思っているもなかなか看護者に言い出せないところがあると考えたためである。パンフレットがあることで看護者も患者がどう思っているのかを聞くことができるようになり、聞かれることで患者も言えるようになった。

Q. 医師や精神保健福祉士(PSW)のバックアップがあっただけのことか？

A. 患者の退院に対する意思があれば他職種カンファレンスを開いて検討していくことが考えられ、それには家族も参加してもらえるといいかと考えている。

E 病院の課題に関して

Q. 施設入所にいたらなかった家族の反応は？

A. 1事例は金銭的問題があり、家族の金銭的援助も期待できず、本人も年金生活のため難しいことや、看護者の印象として家族が退院してきてほしくないという感覚を感じた。別の事例は家族の受け入れは良かったが、病状が不安定であり入所までは至らなかった。さらに別の事例では、入所の準備のために役所に連絡をして手続きを依頼し返事を待っていたのだが、役所からの返事が全くなく先に進まなかった事例があった。

2. 長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践の取り組みについて

- ・当院の長期在院患者への取り組みとして委員会を立ち上げて、医師、看護師、PSW等の職種で検討をしている。それぞれの職種によって考え方の違いがあるため、修正を行なっている段階である。具体的関わりとしては、長期在院患者と言われる患者が今年は8人退院できた。現在も目標を立てた取り組みを4名の患者で行なっている。しかしそれ以外の退院できずに病院に残っていく患者は、退院の難しい患者となっている。30年近く入院していた患者が当院を退院して、家族の近くの病院に転院した。訪問看護、地域活動支援センターの活用で退院することができた事例であった。
- ・D病院の課題1に関しても、今年度は退院患者が多かったが、退院の難しい患者が残るという事態が起こり、次年度の退院数は減少すると考えられる。

Q. 退院が困難だと考える基準は？

A. 依存的で、いわゆるホスピタリズムといわれるような患者が残っていつている。そのため次年度は患者に積極的に関わることで患者の意欲を少しでも上げるような取り組みをしたいと考えている。患者自身にどのようなになりたいかという目標を持ってもらう。現在SSTを療養病棟の患者向けに実施しており、少しでも病院の外に出ようという気持ちになるような活動を行っていきたいと考えている。

- ・当院では退院できる患者は全て退院したような状況である。後は退院できないであろう患者が残っているような状況だが、退院できないと植えつけてしまったのは病院であるので、今後は病院が植えつけてしまったものを取り去っていかねばいけない。また現在保護者は甥や姪の代に交代してきており、患者の全てを家族に委ねるのは難しい状況である。そこで病院が支援し、保証を家族に与えることをしていかなければいけないと考える。

Q. 訪問看護師やデイケア以外で病院の看護師ができることは？

A. 地域とのつながりを持っていくことが必要とは思いますが、病棟の看護師は病棟業務で手一杯なところがある。また看護師自体が保健師の存在を十分に知らなかった。最近では保健師との関

わりが増えてきたため、保健師への認識がついてきたように思う。今後は地域との連携が保健師を通じて行なえていくのではないかと期待している。

- ・ 長期入院患者でヘルパーを活用し続けて安定して生活できるようになった事例がある。社会資源を活用したケアが行なわれれば良いと思う。

Q. 社会資源の情報を得るにはどこに問い合わせればよいか？

A. 市役所の窓口には福祉の手引きなどがある。または役所に連絡をすれば必要な資源については情報が得られると思う。

・今後の課題

今年度も平成18年度に引き続き“連携”をキーワードに、各病院の状況に合わせて、患者・家族および看護職や他職種と連携した取り組みが行われた。今後とも、これらの取り組みが継続・定着できるように実践していくとともに、退院が困難であると言われる超長期在院患者への援助についても、検討していく必要がある。

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.

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 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) 長瀬義勝(須田病院)

はじめに

我が国の子どもの虐待が増えている。厚生労働省の平成 18 年度社会福祉行政業務報告によると、平成 18 年度に全国の児童相談所で対応した児童虐待相談件数は 37323 件で平成 11 年度に比べると約 3 倍強となっている。養育者の多くは実母である。核家族が多くなった近年、相談する人が身近にいないケースもある。そのため、母親は対処に困っていることが多い。

精神科訪問看護でも、育児不安を訴える母親や育児放棄、養育できないことによる虐待をしている母親の訪問看護を行う事がある。しかし、看護師の虐待に関する知識や経験不足、他職種との連携の不十分さがあり看護が生かせないこともある。そこで、精神科訪問看護の質の向上にむけて、精神科訪問看護の実践の事例検討を行い、そこから訪問看護の現状と課題を明らかにする。

方法

1. 研究期間：2007 年 4 月から 2007 年 12 月まで。
2. 研究方法：訪問看護師、保健師、病院などの関係者、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(育児困難を抱える母親)の事例検討会を実施し、看護記録、訪問看護や事例検討会の資料から情報を収集し、看護職が行っている援助内容を検討する。
3. 倫理的配慮：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。

事例紹介

A さん、40 歳代前半の女性。診断名は適応障害。

- 1) 家族：現在一人暮らしだが、子どもは 2 人姉妹(10 歳代後半、2 歳違い)がいるが施設に入所中。30 歳代前半で離婚、同時期から子どもの不登校が始まる。長女は心因性の視力低下で障害者手帳を取得。長女(X-2 年)、次女(X-1 年)ともに自殺企図があり、精神科通院中。猫が 21 匹同居している。
- 2) 現病歴：X-4 年、不眠、イライラ、過食、

衝動買いなどによりメンタルクリニックを受診。次女の入院を機に X-1 年、次女と同じ病院初診、A さんと長女は B 医師、次女は C 医師が担当。解決策を模索するため、主治医の指示により X 年から訪問看護が導入となる。

- 3) 治療状況：外来受診(1 回/週)、服薬中。
- 4) 心理検査：WAIS-にて IQ83。
- 5) 身体状況：成人後に喘息を発症している。3 経 2 帝王切開 1 流産。
- 6) 仕事：施設にヘルパー(1 級取得)として、パートで勤務している。
- 7) 家庭の環境：3 階建て持ち家。家の中は物やゴミであふれ足の踏み場もない。猫の糞尿が放置され悪臭がする。掃除がなされていないため、猫の毛が散乱している。

訪問看護導入までの経緯

20 歳代後半で長女妊娠と同時に結婚。妊娠と同時に A さんへの夫の暴力が始まった。A さんが妊娠 8 ヶ月で長女、妊娠 7 か月で次女を出産。長女は 3 歳まで次女といっしょにミルクで育てられていた。30 歳代前半で離婚。それと同時期から子どもたちの不登校が始まった。長女は 15 歳のとき、心因性の視力低下と診断され障害者手帳を取得する。

X-2 年 1 月、長女が 2 回自殺企図。7 月、子どもたちが A さんの取り合いをして長女が次女にけがを負わせたため、メンタルクリニックからの紹介で長女が E 病院に入院し、次女は保護のため施設に入所となる。長女は 3 週間の入院の後、自宅に退院するが、次女は長女から暴力を受ける可能性があるため施設に保護をされていた。次女は、施設入所中に解離性障害の状態ですりカットし長女と同じ E 病院へ入院した。退院後は、施設から一ヶ月に一度の頻度で施設職員と受診している。A さんは次女の入院を機にクリニックから次女と同じ E 病院に転院した。A さんは長女の養育に手がかかると、卒業はさせたいからなんとかしてくれと学校の先生に訴えていた。関係者は、カンファレンスを行っていたが解決策が見つからず、A さんの主治医の指示で X 年から訪問看護が導入となった。

Aさんを取りまく関係者には、医師、訪問看護師、臨床心理士（以下、CPとする）、長女学校関係者、次女施設関係者および学校関係者、市障害福祉担当保健師、児童相談所職員がいる。

・経過

訪問看護師が行った援助内容を振り返り、検討した結果、3期に分類した。

1．訪問看護導入期（X年4月上旬～5月上旬）

主治医指示にて訪問看護が導入となった。初回訪問は次女的主治医であるC医師と一緒にいった。その結果、主治医と看護師は、荷物やゴミ、猫の糞尿が散乱しているこの環境は気管支喘息のあるAさんや子どもにとっても身体的精神的に影響があると確信した。ヘルパー業務をこなすAさんには、一見、障害などはないように見えた。しかし、この家庭環境を見て、訪問看護師はなぜヘルパーであるのに自分の家の掃除ができないのか理解ができなかった。そのため訪問看護師は、なんとかAさんを理解しようとAさんの話を傾聴した。同時に、主治医と相談し、多くの問題点がある中で、喘息があるAさんと子どもの身体的、精神的影響を考え、掃除を行うことになった。

訪問中は、長女の養育に関する訴えが多く、掃除を始めるのに30分以上かかったが、訪問看護師は傾聴に努めた。Aさんは自分で掃除をすることもあったが、猫が掃除をしたところを荒らして元通りにしてしまうため前よりも部屋の中が散らかってしまい、掃除が上手くいかないと訴えた。

訪問看護師は、あまりにも多くの問題のあるAさんの家庭を一人で対処していくことは出来ないと感じ、他の訪問看護スタッフと臨床心理士、主治医と話し合いを行った。そして、市の障害福祉担当保健師に、一緒に訪問し家庭内を見てもらえるよう連絡を取ると保健師は素早く対応してくれ保健師による早期訪問が実現した。

2 家族の調整の時期（X年5月上旬～11月上旬）

訪問看護師は保健師と一緒に訪問し、保健師に家の中の現状を見てもらいAさんと面接した。その後、保健師から訪問看護師に家のなかの状況やAさんとの面接の内容を児童相談所に報告したと連絡が入った。

保健師の訪問から約1ヶ月半後、次女が施設から外出で自宅に帰っているところに訪問看護師が訪問した。次女は施設に帰りたくないと言ったAさんに訴え、それを長女がなだめ、なだめる長女に次女は苛立っていた。Aさんはその子ども達のやり

とりに上手く対応できずうろたえていた。緊迫した空気が流れており、訪問看護師はこの家族3人が一緒にいることでの多大なる危険性を感じたため、この訪問中の内容を保健師に連絡した。

これらの状況から訪問看護師は、Aさんが子育てを負担に思っているのではないかと感じたためその後の訪問看護の時に、Aさんに子どもたちのことで思っていること、本心を主治医やCPに言ってもよいのではないかと助言した。そして、「子ども達の支援者は多くいるけど、Aさんの支援する人はだれかな？保健師さんやCP、主治医もいるよね。」とAさんを支える人がいることを伝えた。すると、Aさんは長女の養育に限界を感じていることを初めてCPに話すことができた。

保健師との家庭訪問でわかった家庭内での家族関係のあり方や危機的な状況の内容が、保健師から児童相談所に報告されたが、長女の年齢的な問題により話が進まなかった。そのために訪問看護の目標である掃除に移すことができなかった。その後、関係者による話し合いを重ねた結果、長女は施設に保護され母子分離がされた。それはAさんが望んでいたことではあったが、家庭の変化が激しくAさんは精神的に不安定になった。訪問看護師はAさんの話を傾聴し、掃除をしない訪問看護を続け、受け止めるよう努めた。Aさんは子どもたちが帰ってこない家を掃除する必要はないと訴えていた。

このように、Aさんの思い、母子の状況から関係者による話し合いが行なわれ、家族の調整がされていた。

3.Aさんが問題に向き合った時期（X年11月下旬～X+1年2月）

Aさんが落ち着きを取り戻してからCPによるWAIS-の検査が行われた。訪問看護師はAさんの心理的特性についてCPにスーパービジョンを受け、Aさんが結果を予測する力、全体の流れを理解する力、時間的概念といった能力が弱いことを理解することができた。

この頃、Aさんは訪問看護師に「職場を変わろうと思っている。今までなかなか勉強できなかったけど介護福祉士の資格試験の合格するため勉強出来るように掃除をしたい。」と話し、少しずつではあるが、自分自身に目を向けはじめていた。

そこで訪問看護師は、掃除という問題に取り組む指針として、ヘルパーであるAさんの業務にもなじみのあるケアマネジメント表を利用するこ

とにした。「3階にあるパソコンを1階に移動をさせて勉強できる環境をつくる」という目標をたてた。訪問看護師は、Aさんに問題点、目標、ケア項目を書いてもらった。しかし、3階から1階にパソコンを移動させるには多くの物を整理する必要がある。段取りよく整理し、物を移動させることがイメージできないAさんは表に記入することができなかった。そしてAさんは、掃除の仕方や手順、またどのようにすればどうなるのかといったことがわからないと話した。そのなかで、訪問看護師は必要な物とそうでない物を分ける方法として物の種類によって判断したらどうかと話し、少ない種類の物であれば整理することができるようになった。

さらに訪問看護師は再度CPにケアマネジメント表を上手く使用方法はないか相談した結果、ケアマネジメント表をCBT(Cognitive Behavioral Therapy: 認知行動療法)問題解決法の表に置き換えることができること、それをフローチャートにするともっとイメージしやすいことなどの助言を得た。

そこで訪問看護師は、Aさんの心理的特性(結果の予測、全体の流れの理解、時間的概念の能力の弱さ)を考慮して、目標を最小限にして達成感や掃除の意欲ができるように働きかけた。訪問看護師がケアマネジメント表を書き、Aさんの考えを引き出せるように質問した。問題達成するための手順をケアマネジメント表のケア項目の中から拾い出しフローチャートに記入してもらった。

2週間後訪問すると、Aさんは「フローチャートを使って納戸の中を整理したよ。でも、上手くできず掃除をやめてしまった。」と言った。訪問看護師はAさんが納戸の掃除をひとりでおこなったことをすばらしいと評価し、できないと認識したことを褒めた。そして、Aさんと一緒にどうして途中で止めなくてはならなかったか、どこが問題となっているかを振り返ることで再確認した。すると、必要とする物の種類と量が多くどれをどこに収納すればよいかわからないことが判明した。再度問題提起し、物の種類によってどこにどのように収納すると利用しやすいのかと質問しながら計画の立て直しを行った。そして、フローチャートに記入し訪問看護で実行した。

その結果、Aさんから「この表はとてもわかりやすい。広い範囲の床に何も物を置かないと掃除機がかけやすいし、猫が物にひっかかって物を散らかすことがないことがわかったよ。」と言葉が聞かれるようになった。実際、物があふれて足の

踏み場がなかった家の中の床が見えるようになってきた。

このように、母子分離によりAさんは自分の思いを見つめ直す時間を持つことができ、自分の抱える問題と向き合っている。

・考察

1 訪問看護師の育児困難を抱える母親への関わり

訪問看護師は複雑に絡み合った多くの問題を抱えるAさんと向き合い、その問題ひとつずつを他職種と連携することで、Aさん自身の問題が明らかになりAさんの訪問看護の問題点へと絞っていくことができた。

育児困難を抱える母親への訪問看護師の関わりには、主に<母親の感情表出を促す関わり><他職種との連携>があった。

1) 母親の感情表出を促す関わり

訪問看護師は、Aさんとの会話や子どもと接するAさんを観て、Aさんが子育てを負担に思っているのではないかと感じた。また、Aさん自身が自分の感情がどういうものなのかどうしたいのかわからないのではないかと思った。そこで、主治医やCPに今思っていることを言ってもいいよと声をかけ、「子ども達の支援者は多くいるけど、Aさんの支援する人はだれかな?保健師さんやCP、主治医もいるよね。」とAさんを支える人がいることを伝えた。するとAさんは、CPに子育ての限界を訴えることができた。それにより周囲の関係者はAさんの危機的状況を理解することにつながり、結果的には母子分離の早期実現になったと考える。

Aさんの自分では気づけない感情の部分に訪問看護師が着目し、言葉かけによる働きかけをしたことで、Aさんは感情表出ができ、CPに訴えるという行動を促すことにつながることができた。また、訪問看護では優先度を考慮し、Aさんの感情を重視し、Aさんの訴えを傾聴したことにより、Aさんがよりいろいろな悩みを相談してくれるまでに信頼関係が構築された。高橋¹⁾は「医療の中心は医者であるが、患者さんの感情のはけ口となり本音を聞きやすいのは看護師であり、それをまた伝えるのも看護師である」と言っている。家庭に入って看護する訪問看護師は利用者が一番近い存在であり、家庭の中にはいる利用者の感情の動きを観て判断することができる。今回も、Aさんの自分では気づけない感情の部分に着目して言葉かけによる働きかけをしたことでAさ

んは感情表出することができ、CP に心の内を話すことができたと考える。

訪問看護師は問題を抱え込むことなく、他職種の専門性を活かすために、Aさんと保健師・CPの潤滑油になったと考える。

2) 他職種との連携

(1)問題を早期に見極めた保健師との連携

初回訪問で、環境の劣悪さを虐待であると認知し通告の必要性があると見極めたこと、あまりにも多くの問題のあるAさんの家庭を、訪問看護師一人で対処していくことは出来ないと感じ、他の訪問看護スタッフとCP、主治医と話し合い、保健師に連絡し連携をとることができた。また、保健師のフットワークが良かったため早い時期の訪問が実現した。

このように多くの問題のあるなかで、訪問看護で解決できない問題の見極めを早期の段階で行うことにより他職種との連携がスムーズに行えることが出来る。また、連携がスムーズに行われることにより対象者の問題が早い段階で解決に導かれていくこともあると考えられる。

(2)Aさんを理解するための心理士との連携

訪問看護師は、訪問看護の回数を重ねていくたびに、なぜ掃除をしてもきれいになっていかないのか、物が片づかないのにどうして買い物をして物を増やすのか、猫はどうして増えるのか、なぜ時間になっても訪問看護が開始できないのか、などの疑問がわいていた。それは次第にAさんに対する偏った印象を訪問看護師が持つことにつながっていった。そこで、訪問看護師がCPにスーパービジョンを受け、CPよりAさんの心理特性および対応の仕方を学ぶことができた。そして、Aさんの心理検査(WAISE-)の結果を元にAさんの特性を考慮した援助の方向性が定まり、訪問看護師自身がAさんの看護に自信を持って行えるようになった。そのことでAさんが、掃除の手順をフローチャートで知り実践に生かし、掃除ができるようになったと考える。

このように訪問看護師は、陰性感情を持つことなく患者の行動を正しく理解するために、他職種からの意見も進んで聞く必要があると考える。

(3)各場面での看護と他職種との連携が次の問題を解決に導く

訪問看護師は、環境の劣悪さを保健師に早い段階で連絡し、Aさんには自分の思いを話せるよう声かけをしたことで、関係職種がAさんの状況をより深く把握し母子分離をうながすことにつな

がったといえる。そして、母子分離ができたことで、Aさんの問題に焦点を当てることができた。Aさんに焦点をあてたことからCPのスーパービジョンを受けることができ、看護の方向性が定まった。井口²⁾は、「他職種の連携は何のためにするのか？それは、利用者の質の向上だけでなく、抱え込みを少なくする、利用者の選択肢が広がる、お互いの仕事が見える、自分にお仕事を振り返る、自信を持つ、地域とのネットワークができるなどにつながる」と言っているように、今回の事例も他職種と連携したことで、Aさんの問題がはっきりとし方向性が決まり、自分の仕事が見え自信をもって掃除をすすめることができたと考える。

今回、育児困難を抱える母親への訪問看護師の関わりで重要なことには、訪問開始初期における<母親の感情表出を促す関わり><他職種との連携>であることが再認識された。そのためには、問題を早期に見極めた保健師との連携、Aさんを理解するためのCPとの連携があり、訪問看護が場面ごとの連携と次の問題解決の糸口となっていると考えられた。

2. 精神科訪問看護の現状と課題

今回の事例では、Aさんの心理的特性に合わせた目標を設定することにより、Aさんが意欲や達成感を得られるように援助を行ってきた。しかし、今後、Aさんが生活をしていく上では多くの問題が同時発生したり、大きな問題ができたりすることもある。そのとき訪問看護師として、Aさんが一つずつ問題を解決できるようにサポートすることが今後の訪問看護の課題となると考える。

また、多くの関係者がいて情報はたくさんあるものの、中核となってまとめ、問題を抽出・把握し、対処の方法を考えるリーダーを作れない状況であった。しかし今回はカンファレンスが行われて長女の保護がされて掃除ができるようになるという成功例であった。このことから、今回のような問題が多く複雑な困難事例の問題解決をするためには、事例検討会のような場を作り、そこで情報交換し、そこで上がった問題の専門分野の職種がカンファレンスのなかでリーダーになり問題解決の方法を他職種と一緒に考えていくことが大切であろう。

まとめると以下の3点が課題として考えられる。

- 1) 複雑な問題を抱える事例の看護介入の仕方
- 2) 専門性を活かしたリーダーの存在について
- 3) 虐待事例の行政と訪問看護の連携について

・共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 事例に関する質問

Q. 母子分離を行なっていくための期間を決めていたか？

A. 長女を法的に保護できるのは18歳までである。18歳になった後は自宅へ帰るよりも施設への入所という方向へととなった。自宅へ帰る時期はまだ決まっていない。

2. 行政の立場で、精神障がい者とその家族へのアプローチをどのように行なっているのか。また、行政は精神科訪問看護との連携によりどのような発展を望んでいるのか。

(提案者からの補足)

行政とコンタクトを取ろうとしても、うまく意思疎通が図れないことがある。行政からの返答が返ってこないこともある。今回はうまく連携が取れたが、そううまくいくとは限らない。行政に携わっている保健師がどこまで家庭の中の情報を持っているのかや、連携することに関してどのように思っているのかを知りたい。

(市町村保健師より)

- ・ 最近、市町村合併により統合されたことによって、以前までつながっていたケアが途切れてしまうということが起きている。どの市町村も現在混乱しており、試行錯誤の中でケアを続けていこうと活動している。
- ・ 保健師が精神障がい者の事例に関わるものが減ってきている現状がある。精神障がい者のケース会議などに事務の方が参加していることがある。課題だと考えている。
- ・ 保健師は医療と福祉の橋渡しとしての窓口となっていると考えている。地域で生活している精神障がい者が不穏症状にて入院となった場合に、警察と一緒に入院時に付き添うことがあるが、いつの間にか退院して戻って来ていることがある。少しでも退院や入院中の様子についての情報が市町村や保健師に伝わると良いと思う。地域で生活している精神障がい者が入院が必要になるほど状態が悪化する前に、小さな状態の悪化の情報をやり取りすることが良いと考える。
- ・ 地域活動支援センターの活用をしていくと良いと思う。

(提案者より)

保健師に関わってほしい場合は直接保健師に相談するようにしているが、市によっては考え方への温度差があり、保健師ではなくソーシャルワーカー(SW)と関わることもある。

(保健所保健師より)

- ・ 保健所では医療機関、市町村、住民とをつなげていきたいと考えている。相談窓口としての役割。そのため市や保健所に困難時には相談をしてもらいたいと考えている。さらに精神障がい者が生活している場に一緒に訪問して現状を見ることをしていけるように工夫をしていきたいとも考え、今後の取り組みとしてやっていきたいと考えている。

(質問)

地域活動支援センターの役割や期待できること、活用についての現状は？

- ・ 地域で生活する精神障がい者の生活支援として、相談事業や援護寮入寮者の退寮後の地域へ戻るための連携を行なっている。地域の保健師との連携は充分に取れているとはいえない。病棟には精神保健福祉士(PSW)が配置されており、市町村との連携はPSWが主にとっている現状である。保健師への情報伝達はPSWを介して行なわれており、看護師とPSWではみる視点が違うため、看護師からの医療的な情報が保健師に十分に伝わらないことがあった。その点は課題と考えている。ある患者のことで県の保健師を通じて市町村の保健師へ連絡をとり、ケース会議に参加してもらったことがあった。
- ・ 自己導尿が必要な患者が退院するにあたり、病院から依頼を受けて保健師が退院前カンファレンスに参加したことがある。同様の支援を考えようとしても、PSWとは視点が違うため、共に参加して話し合えたことは良かった。退院前に連絡をくれればできる限り参加したいと考えている。
- ・ 院内で支援室を持っている。訪問看護師とリンクさせた形で行なっている。ある事例に関して、役所がなかなか動かなかったため医師・訪問看護師・PSWが連れ立って、役所へ行き事例について何が必要かを話し合うということをした。ケア会議を開いてそれぞれの分担を決めていくことも必要だと思う。

(訪問看護師より)

訪問している患者の状態が悪化しており、入院

が必要になりそうな状態になっていた。その際地域の保健師に連絡をしたところ、保健師が訪問し服薬の調整をしたおかげで内服ができるようになった事例があった。訪問看護師として保健師と顔をつなぐという意味で管轄する保健所などにあいさつに行っている。また地域活動支援センターが中心となってコーディネートできると良いと思う。

(どのような意図から保健師へ連絡をとった?)

病院から訪問地までが遠方でありすぐに訪問することができなかったことや母親に暴力を振っていることから警察の協力が必要かも知れないという判断から。

・今後の課題

今回は複雑に絡み合った多くの問題を抱える母親への訪問看護師の援助について検討した。訪問看護が問題解決や連携の糸口となっていた。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。

文献

- 1) 高橋政代：看護師が潤滑油になるために，精神科看護，168；37-38，2007．
- 2) 井口洋司：他職種による訪問が始まった，精神科看護，178；32，2007．

労働生活を支援する看護

働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究

梅津美香 奥井幸子 奥村美奈子 北村直子 坪内美奈(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) 桑原恵子(NTT東海健康管理センタ) 荒川芽 伊藤清美(鷺見病院郡上健診センター) 大橋淳子(三洋電機(株)岐阜産業保健センター) 佐藤澄子(旭化成建材(株)) 武藤ひとみ(エーザイ(株)川島工園) 宮川敬子(東レ(株)岐阜工場) 白井るり子(パナソニックエレクトロニックデバイス(株)) 古澤洋子(山内ホスピタル) 大森弘美(エプソンイメージングデバイス(株)岐阜事業所)

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を平成13年度に開始した。平成16年度からは、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きた。

平成19年度は、第1回目(7月)に、年度の活動方針・計画を話し合った結果、1つのテーマを決め年間を通じて検討していくこととなった。テーマとしては、メンバーの関心の高さから、平成20年度から導入される特定健康診査・特定保健を取り上げることとした。

平成19年度活動方針

1. テーマ

平成20年度特定健康診査・特定保健指導導入に向けた取り組みと課題

2. テーマ設定の背景

平成20年度特定健康診査・特定保健指導導入に向けて、事業所では、健保組合や会社方針との調整をしながら準備をすすめていく。また健診機関では、保健指導の依頼増が見込まれる中、準備をすすめている。このように差し迫った課題であり関心も高いが、現在は手探りでシステムや方法を検討している状況にある。したがって、今この時期に、自職場以外のところでの取り組みを知ることは、自職場の取り組みを進める上で参考になるものであり、課題を明確にすることにつながる。さらに現状報告や検討により、よりよい方法、教材・資料の情報を得ることにより、質の高い保健指導の実現へ貢献する。また、事業所および健診機関の各々の現状がわかることで、よりよい連携の促進に寄与する。

特定保健指導が義務化されることは、看護職の専門性をアピールするよい機会ともなりうるものであり、そのためにも医師や栄養士とは異なる看護職による保健指導の特徴・強みを評価していくことが重要である。

3. 進め方

- 平成19年度は1年間上記テーマについて検討を重ねる。メンバー各自の職場での取り組みの現状報告および討議により、今後取り組むべき課題を明確化していく。大学教員は研究会の運営を担当すると共に、研究会にて討議に参加する。
- 現状報告・討議の中で、使用しやすい教材・資料等の情報提供を行う。
- 県内の看護職に岐阜県産業看護研究会の活動(途中経過も含めて)を情報発信する。
- 将来に向けて、看護職の保健指導の特徴および強みを評価できる評価指標を検討し、平成20年度から使用できるものを提案する。

倫理的配慮

研究対象の事業所や個人が特定できないようにする、配布資料は参加者が責任をもって保管する、研究参加の任意性を保証する。本学の研究倫理審査部に研究倫理審査を申請し、平成18年7月に承認されている。

取り組みの現状報告と討議

第2回、第3回研究会において、各研究メンバーが自職場での取り組み事例として現状報告(2事例：事業所の看護職、2事例：健診機関の看護職)を行い、討議した(表)。

表 取り組み事例

事例No	時期	取り組み
1	平成19年10月	メタボリックシンドロームの対象者への集団教育の確立と次年度の活用に向けた検討について
2	平成19年10月	特定保健指導における動機づけ支援の試みについて
3	平成20年1月	特定保健指導プログラム作成への取り組み
4	平成20年1月	「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」を用いた保健指導を試みて

なお、以下の取り組みの現状報告として記載した内容には、研究会での報告後に実施した内容・フォローアップした結果も含む。

1. 第2回研究会

1) 取り組みの現状報告：事例No.1

(1)はじめに

平成20年度より企業において特定健診・保健指導が本格的に展開される。メタボリック対策を積極的に推進するためのワーキンググループを立ち上げ、組織的に取り組むこととしたのでその経緯を報告する。

(2)目的

個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導が重点的に行われることとなり、確実な行動変容が求められる為スタッフの負荷はますます大きくなると考えられる。そこで、多くの対象者に効果的な働きかけを行う為の動機づけとしてグループ支援を検討し“メタボリックシンドローム教室”を展開することとした。今年度は教室運営を効率よく進めるための「作業工程及び手順の確立を目指す」ことを目的とした。

(3)対象者

当センタで健康診断を受けた40歳以上の男性社員で、厚生労働省の選定基準で積極的支援レベルの者。

腹囲測定は“専用リボン”を使用し、男性85cm女性90cm以上かどうかを振り分け、問診時にリスク項目の治療の有無等を確実に把握、健診結果2ヶ月分のデータを定期的にチェックし、1回の実施人数を30人程度とした。

(4)教室開催

回数：愛知地区では年6回、岐阜地区 年2回、三重地区 年2回。

時間：午後3時30分から5時までの90分間。

内容：メタボリックの基礎知識(病態生理・メカニズム)食事バランスガイドを使用した、わかりやすい食事療法・運動エクササイズを利用した実行しやすい運動療法等講義形式。

グループワークを実施し具体的健康目標を宣言。教室終了後、3ヶ月後には各地区担当看護職が面談、メール等でフォローする。

看護職スタッフ：2~3名程度。

準備：講義内容及びパワーポイントの作成、配布資料等の作成、健康記録票(経過フォロー可能なもの)の作成、本人に渡す健康記録用紙(自己宣言表)等の作成。

(5)教室実施結果

第1回 7月下旬 8名(5月健診138名中21名)

第2回 10月下旬 10名(9・10月健診627名中31名)

第3回 12月中旬 10名(7月健診400名中26名)

第4回 1月中旬 8名(11月健診328名中17名)

以上36名

教室終了後1ヵ月後にメール送信、3ヵ月後に個人面談実施(第1回についてはメール送信のみで個人面談は実施できなかった)。

(6)考察

第1回教室実施の反省として準備不足と判断し、教室内容及び資料の再構築を行ったため予定していた教室回数を実施することは難しかった。

第2回目以降講義の後にグループワークを取り入れ「1kgやせるためには」について2つのグループにわけディスカッションし実現可能な目標を宣言することが出来た。

教室後のアンケートから病態について・食事療法及び運動療法についての理解はなされた。受講者の行動変容がなされたかは現在3ヶ月後の面談で評価中である。

目的である「作業工程及び手順の確立を目指す」ことは4回の教室を実施し、内容及び資料の再構築をすることにより、次年度の集団教育として実践できると考える。

(7)今後の課題

階層化の選択システム構築

産業保健スタッフのマンパワー不足

- ・作業量の増加
- ・従来業務とのかね合い

事業所側の理解

- ・社員側の保健指導を受ける回数の増加
- 保健指導の質の向上

2) 取り組みの現状報告：事例No.2

(1)目的

平成20年度からの特定保健指導に備え、動機づけ支援対象者に対し保健指導を行い、生活習慣や検査結果の改善を目指す。

(2)目標

生活改善項目が5項目あった場合、せめて2項目は実施してほしいと考え、実施率の目標を40%として設定した。初回面接時間は、20分を目指した。

(3)保健指導対象者

平成19年5月~7月の土日健診を受けた30歳以上の受診者のうち、動機づけ支援対象者となった人(BMI25以上、リスクが1~2有、治療中含む)及び積極的支援対象者で生活改善必須と思われる人。

(4)実施

男性 20 名（平均年齢 44.6 歳）、女性 9 名（平均年齢 49.7 歳）の計 29 名（平均年齢 46.1 歳）に対し、動機づけ支援を実施した。その中には、治療中 3 人、積極的支援 1 人を含む。はじめて受診した人は 22 人、継続して受診した人は 7 人であった。

保健指導の場では、生活改善について話し合い、本人に実施できそうな内容を決めてもらった。指導の際には、自分たちで考案した記録票と一般的なパンフレットを用いた。

3 ヶ月及び 6 ヶ月後に事前に定めた電話確認手順に沿って電話連絡した。対象者には、保健指導時にその後の確認のために電話連絡をすることについて了解を得た。

保健指導・電話確認に要した時間は、初回面接では平均 17 分（10～40 分）3 ヶ月後電話確認時には平均 10 分、6 ヶ月後電話確認時は平均 7 分であった。6 ヶ月後では、対象者が電話の内容が分っていて早く答えられたため時間が短縮された。

(5)結果と考察

目標設定した生活改善の実施状況

3 ヶ月後、6 ヶ月後ともに電話確認できた対象者 25 名について、対象者が実施したと答えた生活改善項目数の平均を男女別に算出した。実施したと答えた生活改善項目数は、男性（17 名）では、3 ヶ月後には平均 2.1 項目/名、6 ヶ月後には平均 1.6 項目/名であった。女性（8 名）では、3 ヶ月後は平均 2.8 項目/名であり、6 ヶ月後は平均 2.9 項目/名であった。

女性のほうが男性より生活改善を実施している項目が多い傾向にあり、6 ヶ月後になると男性は実施している項目が減少するが、女性は横ばいであった。

電話確認時での対象者の話や反応からは、男性は年末年始や雪が降った事で努力していた生活改善をしなくなった傾向にあること、又、急に取組んだ為、気が抜けた感じであることがうかがえた。動機づけ支援では、6 ヶ月後にフォローアップすることになっているが、今回の結果をみると、健診後 6 ヶ月まで働きかけないとともに実施しないのではないかと思われた。今後の維持も心配であり、定着するまでの支援が課題である。

生活改善項目の内容内訳

目標設定した生活改善項目の内容内訳（6 ヶ月後に電話確認できた 28 名）は、6 ヶ月後に向けた目標設定時には、食事関係、運動関係、体重関

係、飲酒関係、喫煙関係の順で多く、特に食事関係が 48 項目と 53.9%、運動関係が 28 項目、31.5%を占めた。

6 ヶ月後の実施状況においても、食事関係、運動関係、体重関係、飲酒関係、喫煙関係の順で多

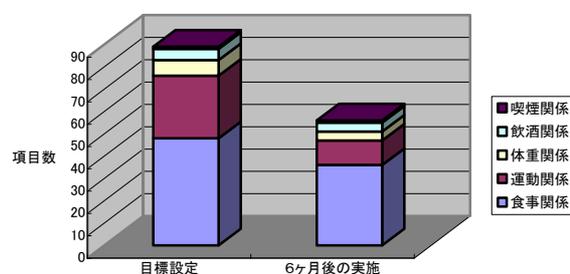


図 生活改善項目の内容内訳(28名)

いという傾向は変わらなかった。食事関係は 36 項目実施されており、目標設定時の改善項目の 75%が実行されていた。しかし、運動関係は実施されていたのは、11 項目であり、その 39.3%にとどまっていた。

体重の変化

3 ヶ月後に電話確認できた 25 名のうち、9 名（男性 7 名、女性 2 名）は体重が減ったと答えた。減少した体重は、男性では 1～7 kg であり、女性では 2 人とも 2 kg であった。

6 ヶ月後に電話確認した際、体重変化について確認できた 26 名（男性 18 名、女性 8 名）のうち、男性では 3 ヶ月後以降に体重減した人は 4 名、減少維持は 5 名であった。従って保健指導後 6 ヶ月時点までに体重減があった人は、18 名中 9 名、50%であった。女性では体重減した人は 1 名、減少維持は 2 名であり、8 名中 3 名、38%であった。

BMI が正常範囲に改善した人はいなかった。

反省と今後の課題

目標設定した生活改善項目に関する行動は出来ていたが、これらの行動の継続が検査値への改善につながるのかは課題である。

準備不足であったし、評価に関する基準も無いまま実施してしまった。

現在、8 月～11 月の対象者へ電話確認をしている段階である。保健指導に関する対象者の意見をきちんと把握しなければと考えている。

3) 第 2 回研究会での検討内容

2 事例の取り組みの現状報告後、対象者をその気にさせる支援、フォローアップする間隔など支援方法に関すること、保健師・看護師の行う保健指導の評価などについて討議した。評価に関しては、メタボリックシンドロームに関する数値や行

動だけではない評価指標が必要であること、評価指標を検討するためにも、保健指導記録を蓄積することが重要であると話し合った。

2. 第3回研究会

1) 取り組みの現状報告：事例No.3

所属する機関では、労働安全衛生法に基づく健康診断や健診後の指導・事業所の作業環境測定などを主な事業としている。

平成20年度から、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健診・特定保健指導が市町村や健康保険組合などの医療保険者に義務付けられることになる。それに伴い健診センターにも特定健診・特定保健指導がアウトソーシングされると予想され、その受け入れのための準備をしている。所属する健康指導課でも平成18年度は糖尿病セミナーを実施、そして今年度は人間ドック受診者のフォローアップを行った。糖尿病セミナー実施3ヵ月後の評価では「検査結果の改善」「生活習慣改善」などの効果が得られた。糖尿病セミナー等の結果を参考にしながら特定保健指導のプログラムを作成した。

(1) 糖尿病セミナーの目的

糖尿病予備軍を対象に、糖尿病の正しい知識・食生活の改善・運動の実践に対する情報を提供し、その3ヵ月後に効果確認を含めフォローを行うことで継続的な自己管理が実践できるように支援すること

(2) 対象者及び参加者

労災二次健康診断を受けられた人で肥満や高血糖などの一定の基準を満たした方44名（男性39名 女性5名）

(3) セミナー実施内容及び料金

- ・ 第1回目 身体計測・医師による「糖尿病の話」
- ・ 栄養士による「食事指導」・血液検査（75g OGTT等）
- ・ 運動指導・個別保健指導（個人の目標を設定）など
- ・ 第2回目（3ヵ月後）身体計測・血液検査（75g OGTT等）・個別保健指導（目標の確認）
- ・ 料金...自己負担は無し

(4) 結果

検査結果

75g OGTTの結果では、糖尿病型だった人が34.2%から13.1%に減少した。BMI...25以上の割合が73.7%から42.0%に減少した。腹囲...腹囲の減少が65.8%の人にみられた。

行動の実践状況

第2回目実施後のアンケート状況では「食べ過ぎないようにしている」とか「間食・夜食を考えている」「食事のバランスを考えている」と答えた人が多くなっていた。

参加者が感じた体や心の変化

「体重が減った」という体の変化や「前向きになった」という回答も多く体の変化とともに意識に変化が見られたことが伺え生活習慣を見直す動機づけになったようである。

糖尿病予防セミナーを開催してよかった点

- ・ 保健師間で保健指導に対する共通の認識を持つことができたようになった。
- ・ 参加者にとっては検査後すぐに血液検査の結果が出るということもあり大きなインパクトがある。
- ・ 3ヶ月後に評価するという継続的な支援期間は参加者に適当な期間だったと思われる。
- ・ 保健師が企画・立案・実行し業務の評価ができた。

糖尿病セミナーの反省点

- ・ 参加者の行動や意識の変化など評価指標を明確にしていなかった。
- ・ 保健師間で保健指導の内容・進め方に対しての検討が十分できていなかった。

(5) 糖尿病セミナーを次年度の取り組みに生かした点

- ・ 実施の効果を確認する・・・身体測定値だけではなく実施初回と実施最終回にアンケート調査を行い行動内容と意識の変化を把握することにした。
- ・ 同じ目標に向かって進めて行くために指導の方法や使用する教材を保健師間で検討した。

(6) 産業看護研究会に報告したときの意見交換の内容と今後の課題

- ・ 参加者はモチベーションの高い人が多かったと思われる。それ以外の人をどうするかが課題。
- ・ 支援期間中は生活習慣の改善が維持できるが、支援期間終了後のフォロー体制が重要である。
- ・ 実際に個別指導を行うと時間がかかる。いかに効率よく指導するかも大切。
- ・ 医療保険者が行う特定検診であるが事業所看護職と健診センター看護職との役割分担とか連携をどうやって進めていくか。

「糖尿病セミナー」の取り組みに引き続いて今年度実施している「フォローアッププラン」を基

本にしたプランも「積極的支援プラン」として取り入れている。現在、作成したプランのうち特定保健指導の動機づけ支援では、個別とグループによるプランを作成した。積極的支援では、事業所に出向いて行うプラン、土曜日に開催するプラン、個別支援を多くしたプランなどを作成した。指導のツールとして生活習慣記録機や血液検査、食事診断など参加者の行動変容への動機づけを促すための内容を用意した。今後、健診機関にどのくらいの需要があるのかは未知数であるが、できるだけ参加者の生活実態に即したプランが提供でき、実施し効果が出るような保健指導を目指していきたい。

2) 取り組みの現状報告：事例No.4

(1) 「積極的支援」の対象者の保健指導の進め方

S工場は創業18年目に入り、入社時細身だった社員が35歳を過ぎ、中には腹部が目立つようになった社員もいる。19年度より35、40歳以上の社員を対象に定期健康診断時、腹囲測定を実施し、腹囲測定の意識付けとして「メタボリックシンドロームのポピュレーションアプローチ」を、全社員へ教育し、メタボリックシンドロームの人（積極的支援対象者）に、健康診断結果からの自己評価と、今までの日常生活の運動・食事の振り返りをしてもらった。また、「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の様式を用いて保健指導を開始した。また、開催して2年目になる「健康チャレンジ教室」も並行して実施した。今回は後半に取り組んだ保健指導の一部を紹介する。

保健指導は、下記の流れで行った。

健診結果を見せ自己の生活の振り返りと気づきを促した。

腹囲・体重と体内脂肪の危険因子の関係を理解させ体重・腹囲の減少を目指す目標の設定をもらった。

具体的な行動計画を面接・指導の基に本人と共に立て自主的な取り組みを継続的にできる内容にした。

継続的な支援の中で定期的に進捗状況を確認しながら、結果に結び付ける適切な働きかけを実施し、維持出来るように支援していく。

計画策定の日から6ヶ月以上経過後に評価を実施しその後も継続出来るようPDCAをまわす。

(2) 自己の生活の振り返りと気づき

標準的な質問票と生活の振り返り用紙を用いて行った。

(3) 支援計画・保健指導を実施して感じたこと

- ・ 健康診断結果と合わせて、自己の振り返りをしてもらうことは、本人の反応からみて充分手ごたえを感じた。
- ・ なぜ、腹囲（体内脂肪）を減らさなければいけないのかを理解してもらうことはできたが、科学的なメカニズムを説明するには時間がかかった。どこまで掘り下げて科学的に説明するかは個々のニーズに応じて実施する方が効率的であると思う。
- ・ 行動目標を設定してもらう時は、何かの節目に設定すると、意欲をわかせることができるなと感じた。
- ・ 最初の1~3週間はやる気満々で意気揚々としていたが、ちょっとしたきっかけで計画が実践しにくくなる時期が見受けられた。その時期に賞賛や励ましを行い、行動目標を見失うことのないように支援したら、継続できた。

(4) 残っている課題と今後の取り組み

積極的支援の内容が、180ポイント以上とするところがあるが、どう見積もっても180では不足と感じた。実際に何ポイント必要になるか、個人差も生じてくるが、確実に行動変容に繋がる保健指導をしていく方が結果は、出せると思う。保健指導の時間は惜しみなく使って行きたい。しかし、限界はある。また、企業の場合人との関わりが長い付き合いになるので、楽しくコミュニケーションを大切に、例え挫折してもやる気をなくしても、逃げ場を作ってあげる事が大切である。その人が選択した道の人権を守る姿勢は忘れてはいけない。しかし、看護は永遠に続くと感じる。

3) 第3回研究会での検討内容

2事例の取り組みの現状報告後、保健指導の段階を決めることにより、対象者は自分達だけ指導され、悪者扱いと感じるのではないかと、太っている人、メタボリックシンドロームの人への差別が生じるのではないかなど対象者本人が受けるかもしれない不利益についての対応、定期健康診断と特定健診の目的やあり方、保健指導の長期的な効果などについて討議した。

事業所との話し合い、働きかけにおいては、定期健康診断と特定健診の目的やあり方を今一度明確にする、特定健診だけ行えば事業所の責任が果たせるというわけではなく、特定健診をすることでさらに事業所での健康管理の活動を高めていくことにならなくてはいけないこと、働き方と健康との関係を事業所へ説明し、従業員の健康を守るという意識に働きかけることが重要であると話し合った。

・情報提供

各地で行われている研修会などの情報をメンバーにメール等で周知した。厚生労働省の特定健診・特定保健指導に関するウェブサイト、日本人を対象としたコホート調査、保健指導の効果に関する文献をメンバーが収集し紹介した。

・情報発信

独立行政法人労働者健康福祉機構 岐阜産業保健推進センターが発行する機関誌「産業保健ぎふ」に2回、研究会の活動を紹介する記事を執筆し掲載してもらった。

・特定健康診査・特定保健指導の導入に向けた課題

2回の研究会における検討を終え、現段階での課題を下記の通り整理した。

- ・ 対象者がその気になって、自ら達成可能な具体的目標を設定し実行するための支援方法のポイントの明確化
- ・ メタボリックシンドロームの改善だけに留まらない保健指導の評価指標の確立
- ・ 産業保健現場における特定健診・特定保健指導の位置づけ・意味を明確にした上での事業所・医療保険者への働きかけ

・共同研究報告と討論の会での討議

事例提示をした2施設の看護職より、口演発表では伝え切れなかった取り組みの詳細について、追加して説明をした。その後、討議参加者より、「評価指標のこと」「ポピュレーションアプローチとして地域保健師とどのように連携して進めていくか」等の質問が出た。

評価指標については、研究会として、今後検査値や行動の変化にとどまらない、個別の保健指導の価値や意味を反映させて整理させていきたいとの考えを話した。

地域保健における「特定健診・特定保健指導」導入に向けた取り組みについては、2つの市町村の保健師より意見が出たが、国民健康保険組合の財政状況などによりかなりの違いがあることがわかった。また、保健指導したくてもできない現状がある中でも、保健師・看護師の専門性・責任において、より質の高い保健指導を行うように努めていくことが重要であるとの考えが意見として出された。

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 井村春美 中島ミサエ 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(大学)

．はじめに

労災病院は、勤労者医療を使命として掲げている。看護についても平成 13 年より岐阜県立看護大学との共同研究の中で「勤労者看護」の明確化、実践、普及に向けて検討を重ねてきた。

組織的取り組みの第 1 段階としては、自主参加型学習会から看護部の継続教育の中へ組み込み組織としての位置づけをしてきた。第 2 段階は、看護師のリーダー格を中心とした教育から看護部全体に向けた教育への範囲拡大である。さらに第 3 段階は、一労災病院の取り組みから労災病院全体へ向けた普及活動である。第 1 段階についての詳細は平成 13 年度から 15 年度の共同研究報告にてすでに報告している。今年度は、15 年度から継続して行っている第 2 段階の取り組みと第 3 段階へ向けた取り組みについて報告する。

．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師が行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。

．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、「勤労者看護研修(勤労者看護コース)」を実施した。「勤労者看護研修」は、共同研究者間で討議した上で企画し、中部ろうさい病院の院内組織のひとつである勤労者看護委員会メンバー(共同研究者でもある)が主体的に運営した。研修会には、大学教員も参加し討議に加わった。また、研修の成果を評価し、今後の活動に活かすために、討議内容の記録、参加者の意見および研修生のレポート等を分析検討している。

本報告書では、今年度行った活動の実際を中心に報告する。

< 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を踏まえ、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使用する。
3. 資料の配布は参加者のみとし、残りの資料は共同研究者が責任を持って管理、さら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性を保持する。
5. 研修参加者の意見、レポート等を研究に使用することについて口頭の説明と書面をもって同意を得る。

．「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、段階を踏んで教育を進めている。これまでは、勤労者看護実践の中核となるスタッフを育てるためリーダー格を中心に研修生を募集してきた。しかし、今年度からは、全看護師向けに研修を行い、勤労者看護の普及を目指し活動した。

< 内容 >

全体研修として「2007 年度中部ろうさい病院の勤労者看護を考える - 労働生活を理解することの意義 - 」というテーマでの講義と研修参加者同士によるインタビュー体験の実施

インタビューシートを用いた勤労者インタビューの実施および事例検討

第 55 回日本職業・災害医学会参加

研修最終回に「事例を通して実践した(実践を考えた)勤労者看護」をテーマとした発表会

．成果

1. 全体研修について

今年度は、全体研修として 5 月と 9 月に全看護師向けにこれまでの研修会の内容および、「労働生活を理解する意義」としての講義を交え勤労者看護を考える機会を作った。その後に研修生間で「勤労者を理解するためのインタビューシート」を活用したインタビュー体験を行った。看護部の BSC(バランススコアシート)にもインタビュー実施件数が入るなど組織的に注目されており、参加者も 5 月・9 月の 2 回で計 106 名と多くの看護師が参加した。

2. 事例検討について

事例検討については月 2 事例～3 事例、5 回で合計 13 事例の検討を行った。初回時は、事例検討するにもどのように意見をだしてよいかわか

らず参加者に戸惑いがみられた。そのため2回目はパワーポイントを用いて勤労者看護の視点を補足し検討を進めた。それ以後は、研修参加者間で意見交換ができるようになっていった。

3. 第55回日本職業・災害医学会における勤労者看護普及活動

全国の労災病院が中心となって運営している日本職業・災害医学会において、下記の普及活動を行った。

- ・ポスターセッションに研修生1名が発表
- ・ワークショップ「勤労者看護」を開催

労災病院の中での取り組みを始めている4病院(岡山労災病院・香川労災病院・富山労災病院・中部労災病院)から現状の活動について紹介し、活発な意見交換ができた。当院からは、パネリストとして井村(勤労者看護委員会:共同研究者)が発表した。

その中で、今後の病院間連携を含めた勤労者看護について普及を検討した。

4. 勤労者看護研修最終発表会開催

「事例を通して実践した(実践を考えた)勤労者看護」というテーマで研修生がまとめたレポートを基に発表会を行い、学び等について意見交換を行った。当日の検討内容を含めまとめたレポートから一部を抜粋する。

<事例1>

M氏は食道癌の告知をされ手術適応外のため、放射線治療及び化学療法目的で入院した。インタビューシートを活用し話を伺ったのは、放射線治療が終了し、化学療法の2クール目が終了した時であった。患者さんの話を伺っているうちに、病気をどう受け止めているのか、仕事について、地域での役割やそのなかでの自分の存在感など、今まで知ることのできなかつたM氏の思いを知ることができた。(途中省略)今回の事例を通し、当院のデータベースではとることのできない情報をとることができ、身体的・社会的・精神的に深く掘り下げて捉えることができ、問題点を明確にすることができた。また、今回はじめてチーム会でインタビューシートを使い事例検討をし、日々の看護で不足している情報や、仕事復帰に向けてサポートすべきことなどの気づきを共有することができた。

<事例2>

今回私がインタビューを行った事例は50歳代の男性、会社役員であり、建築業(現場仕事)に

従事している頸髄損傷の患者である。工作中、高所での作業中、足場から転落したことで受傷し、リハビリ療法を行うために入院となった。家族構成は単身であり、兄弟は関東方面にいますが今後の生活に関しては、協力は得られなかった。患者自身はこの仕事を始めるときより、転落事故で車椅子生活になることはわかっていたが、まさか自分がそうなるとは思っておらず、受傷後も信用できなかったが、「日にちが経つにつれて現実を受け止められることができるようになってきた。」との発言もあった。

会社側からは期間を決めず復職の要請があり、患者自身も復職にむけて前向きに考えていた。しかし、患者自身仕事への復帰が本当にできるのかということに不安を感じており、またそのためにはひとりで生活ができるようになることが必要となり、リハビリや生活動作の再獲得を行っていき、会社への復帰を目標に、身の回りのことを自己にてできるように訓練していくこととした。

インタビューを行ってから私自身は、ADLが自立することが「職場復帰」ということにつながり、仕事に復帰してからの生活を想定して援助を計画したり、話をする中でも話題にあげたりしていたが、患者にとっては、「ADL自立」と「職場復帰」ということを同時に考えさせてしまうこととなっていたのではないかと考えた。実際患者はADLの自立ができず施設への入所を選択した。(途中省略)この事例をまとめて、入院中に患者へ自己のこれからの生活のイメージと一緒につけていき、ひとつひとつの行為の必要性を認識すること。またそのうえでの患者の決定を支援していくこと。そして、職場復帰した後自分の状況を職場の人に理解をもらえるように患者自身に情報を提供していくことが必要であると考えた。患者が自己にて退院後の生活をみすえた入院生活ができるようになったことが「社会性の再獲得」ということができるようになるのではないかと思う。

<事例3>

30歳代男性 外傷性脊髄損傷 受傷前は消防士
入院時から退院後は、家族との生活のために、働かないといけなと言っていたこともあり、現在の職種、職場の状況を聞いていた。上半身の活動的には問題はないが、車椅子生活となり、消防士としての復帰は明らかに困難であった。しかし、地方公務員ということもあり、配置換えが可能となるかも知れないということであったため、配置

換えや職場の環境面、通勤方法については、詳細に聞き、今後、自分が職場復帰するにあたり、必要な職場環境の改善や復帰にあたり必要な動作ができるのかの話し合いをし、職場の人事課へ確認するように働きかけをしていた。しかし、実際、インタビューシートを使用して、患者の職場の状況や勤務状態、職場環境などを聴取することで、職場の福利厚生面で情報が不足していることに気が付いた。(途中省略) 普段から、退院後の通院医療機関や社会資源については、患者と相談し必要に合わせ、MSWに介入の依頼を行い、職場環境については、会社の上司や人事課へ相談するようにと声かけはしていたが、職場での健康や安全を守る資源については、見落とししていたことに、インタビューシートを使用し研修参加することで、気付くことができた。

<事例4>

50歳代 男性 狭心症 会社員(市場勤務)

インタビューシートの発表・事例検討会で情報が足りない事に気がついた。また食生活の見直し、適度な運動の必要性などいろんな面での介入も必要である事が分かった。そのため再度対象者に食生活の具体的な情報を取る事で間食が以前に比べ増えた事・野菜摂取量が少ない事を対象者・家人と共に再認識した。対象者は、「前は注意をしていたけどいつの間にかやらなくなって」と継続の難しさを訴えた。日々の生活の中で仕事をしながら自分の健康管理をしていく事は大変であると考えている。そのためにも健康診断や保健指導が必要であり、それらを受ける事への大切さを再認識させられた。今回インタビューを行い日々の生活の振り返りをする事で対象者・家人は、生活の見直しを行い 間食を減らす事。 休前日の夜と休日は散歩をするように変化も見られた。

<事例5>

今回私がとった事例は頸椎椎間板ヘルニアで主訴が左上肢の挙上困難である30代の男性であった。職業は金属加工の現場勤務であった。OP目的で入院されOP後2週間で退院された。OPで左上肢の挙上は可能となったが3ヶ月間はカラーの装着をしなくてはならなかった。私が実際退院指導で行ったことはカラーを3ヶ月しっかり装着することと、あまり重い物を持たないように気をつけるように説明したのみであった。この事例を勤労者看護研修で発表して、いくつか退院指導をするにあたり情報が不足していると気づい

た。(途中省略) 実際に退院指導で重いものは持たないように指導を行ったが、情報が十分に取れていれば仕事に何キロのものは持っていれば何キロ以上のものは持たないようにして他スタッフに協力してもらうよう指導が具体的に行えたのではないかと思った。また、作業姿勢は立ち仕事であるが、作業中に頸部を捻転・屈曲するような動作がないのか、もしそのような動作があれば体の向きごと変えるように指導ができたのではないかと思った。

<事例6>

今回、インタビューを取った事例は、S氏、50歳代の男性、頸椎後縦靭帯骨化症で頸椎椎弓形成術を行った患者(OP後8日目)である。S氏はOP前より、右上肢の疼痛、両手指のしびれがあった。OP後は、疼痛はなくなったものの、手指のしびれは軽減したがまだ持続している。インタビューをし、S氏から、退院後の生活について「まだ悪い箇所があるようなこと言っていたし、どんなことに気をつければいいのかな」「先生が言っていたより早く職場復帰するけど、大丈夫かな。体力もなくなったし、長く座ってられるかな。」という訴えを聞くことができ、退院後の生活と職場復帰に不安を抱えていることがわかった。S氏は、妻と娘2人の4人暮らしである。生活面での不安が少しでも解消できるように、実際にどんな場面で困難を感じるのか知ってもらおうと、退院前の試験外泊を促した。私の提案に、納得され1泊2日の外泊にいかれた。病院へ帰室後、「体力の衰えを感じたよ。寝起きが大変だったからベッドを使うように変えたよ。でも、痛みがなくなっただけでしびれが減ったから、前より指先が使いやすくなった。字も書きやすくなったし、資料もめくりやすくなったから、仕事もやりやすくなると思う。」と、漠然としていた不安が少し軽減されたのか、仕事に関しても前向きな発言が聞かれ、表情も明るくなりリハビリ以外にも、活動される姿を多く見かけるようになった。(途中省略) 今回、インタビューシートを活用しインタビューをしたことで、職場環境を詳しく知ることができ、ゆとり話ず機会を作れたことで、S氏に仕事内容の変更、配置転換や勤務時間の調整を、上司や同僚、産業医に早めに相談してみてもどうかアドバイスすることができた。「そうだね。無理をしたり、我慢するのもよくないから、考えてみる」との返答があった。再発の危険性などについては、主治医と話せるように必要時、時間調整をした。

結局、胸椎や腰椎の方は現在のところ問題はなさそうとのことより、予定通りの職場復帰をすることとなり、退院された。

< 事例 7 >

60 歳代男性 肝硬変 左官業

初めてインタビューシートを取る患者さんを知人の通院患者さんとした。肝硬変という疾患をもつ患者さんの家族にアドバイス（食生活・嗜好・服薬）など行ってきたが、本人よりも家族との関わりが多かった。今回本人にインタビューシートを用いてインタビューすることで、知人の今まで知らなかった面も知った。家族の協力が大きく、生活管理出来ている為、通院しながら仕事が継続できていると思った。この事例の検討会で、他の視点からの意見やアドバイスが聞けて有意義な時間だった。勤労者として患者を見慣れていない自分は、休養の取り方、仕事で使用している薬剤などと疾患の関連に着眼出来ていなかったため、指導も出来ていなかったことを認識出来た。（途中省略）これまで患者さんから情報を得る時、勤労者なのか休職中なのか入院に対して問題は無いかの確認に留まっていた。しかし、研修に参加してからケアの最中に退院後の仕事について話をする機会が増えたと感じている。それまで仕事のことを聞いても何もすることが出来ないのに聴いても仕方ないと感じていたが、様々な患者さんのインタビュー後の反応を聞き変わったのだと思う。

< 事例 8 >

50 歳代男性 糖尿病 事務職（管理職）

本症例は、HbA1c が上昇しはじめたのが、管理職になった時期と同時期であること、ノルマが課せられる 3 月にさらに上昇していることから、仕事に大きなストレスがあるということが分かった。しかし、患者自身はそれが糖尿病には影響しないと仕事優先の生活をしていることが問題と思われた。会社の規模は従業員 40 人程度と大きくなく、経験年数が 33 年であることから、仕事内容のすべての役割を果たさなくてはいけない現状が理解できた。看護としては、まず、ストレスが糖尿病の悪化につながることを話し、理解していただいた上で生活スタイルに合わせた食事の取り方、低血糖の対処方法について指導していった。「ストレスはよくないと分かってるんだけどな・・・仕方ない 頑張っていくよ」という言葉を受け止めた。目標については無理のない継続

できる内容とした。（途中省略）生活していく中で仕事の占める割合はとても大きい。一言に転職すればよいといってもさまざまな状況がある。そんな中でできるだけ患者の立場に立ちリスクの少ない選択肢を共に考えていくことが勤労者看護の重要な点だと考えた。

< 事例 9 >

インタビューさせて頂いた方は、始めは腹膜透析を 8 年ほどされてから、血液透析に移行となった。当院に転院となるまでは、月曜日～金曜日まで仕事。ただし、月・水・金の終業すぐ透析の生活だった。当院へは腹膜透析の後遺症の硬化性腹膜炎のコントロールと、本人が病状に対し不安があるという事で、転院となった。そのため、月・水・金は午前中仕事、午後から透析となり、今までより仕事時間が減った分は早出と土曜日出勤というかたちでカバーされていた。仕事はコンピュータープログラマーで、座位姿勢が殆どであるが、硬化性腹膜炎の症状が時々現れ、腹痛や嘔気などで仕事を中断する事もあるとの事。また仕事の効率もあり、休憩時間をとらず仕事をしながら食事をされていた。腹部症状や、消化・吸収のことを考えると、好ましくない環境であったが、意外と本人は仕事中の姿勢は、苦にならないとの事であった。障害者雇用での優遇は殆どなく、自分で仕事時間など調節されていた。一家の大黒柱であり子供がまだ小学生で、しっかりしなければという姿がひしひしと伝わってきた。「当院での透析は、かえって体が疲れるのでは。」との問いには、前院よりは楽であるとの事。透析をしながらの仕事の大変さを感じた。職場によっては難しいかもしれないが、労働条件で障害者雇用でのアドバイスや、関わりも必要となってくる事もあり、これからの状況を見守ってゆきたい。時間的にゆとりのない仕事の為、精神的・肉体的ストレス・疲労・腹部症状（イレウス症状）の悪化も考えられ、せめて透析中はなるべく安楽に過ごせるよう体位の工夫、環境調整など努めている。又週 3 回の来院があり、本人からの訴えは傾聴し質問にはアドバイスできるよう、医師との情報交換もうまく出来るようにと努めている。

< 事例 10 >

30 歳代男性 慢性腎炎 事務職

対象は身内とした。長い病歴を持ちながら仕事と疾患を結びつけて話すことはなかったためである。結果企業側の体制がしっかりしているから

とあまり深く考えていなかった自分と、今後の病状悪化に伴い不安を抱えながらの生活であった本人との思いの差に気づかされた。

企業側の体制がしっかりしているのは恵まれた環境にあると考える。しかし本人にすれば体調が一番大切である反面、通院のために休暇をとり、今後の病状によっては今まで以上に職場の人に迷惑をかけるかもしれないといった思いは強く企業全体の体制と現場の理解はまた違うものであるということが見えてきた。

また事例検討会では様々な意見交換がされた。自分だったらと考えると困るであろうことに私は目を向けて話をしていただろうか。

仕事の調整を付けてやっと検査や治療の段取りをつけて入院したとしても、その後同じように社会復帰できる人ばかりではない。また急な発症により調整する時間がなかった人も多くいる。幸いにして元の職場に戻っていったとしても、月に1回の通院を余儀なくされる場合がほとんどであろう。また元の職場に戻っていったと思っているのは私だけであったかもしれないとも思うようになった。健康であっても仕事による体への負担はある。職種のみでの情報収集になっていたが仕事内容が大切であり、内容を理解するためには周辺の情報が必要になってくる。今の健康と仕事のバランスをどう考えるかが勤労者看護である。

<事例 11>

30歳代女性 看護師 喘息

外来で実際にインタビューシートを用いたことで、病院のデータベースに加え、具体的に対象の全体像や実際に対象患者が抱えるこれからの問題(身体面・精神面・社会面)をとらえることがしやすいことがわかった。疾病の急性期を過ぎた頃、患者や家族から社会復帰などの今後の不安がでてくることが予測される。そこで早期から仕事に向けた係わりをもち、現在の仕事内容、勤務形態を続けることができるのか、会社側の保険機関、産業医の介入などの利用はどのようにしたらよいかなど情報を捉えておくことが、患者や家族の不安を減らすことにつながると思う。だからこそ疾病を持ちながら仕事をしていくために、勤労者看護が重要であると理解した。

<事例 12>

60歳代 男性 虚血性心疾患 事務用品の納品・販売

今回の患者に決めたまっかけは、手術後に仕事

についての不安言動があり、労働と疾患の間で不安を抱えていたことだった。私の勤務している病棟では勤労者である人の入院は少なく、仕事についての情報収集に重点を置くことは少なかった。しかし、勤労者看護研修に参加して知ったインタビューシートを使用して情報収集することで、患者の生活スタイル・仕事に対する思いや考え・今回の疾患がどの程度入院前までの生活を規制してしまい、退院後どのようになっていくかなどの情報が結びつけられ、患者に合わせた介入ができるのではないかと考えた。カルテ内のデータベースに目を通してみるが労働内容しか記載されておらず、全く仕事についての情報が把握できなかった。インタビューシートを使用し情報収集する中で様々な情報が一つにつながり患者の理解に繋がっていった。入院前から健康については気をつけており既往の疾患に関しては内服・食事療法にて管理していた。禁煙にも成功し、また自営業である本人と妻の二人で相談し、生活スタイルが少しでも体に負担がかからないようにとの事から、営業時間の短縮と休日を増やすことを決めた。しかし、仕事には一切の妥協はせず、その分計画をもって働いていた。今回の入院も2月から3月にかけて忙しくなるため、それに間に合うように仕事に復帰する予定であった。本人は12月に手術をすれば2月には仕事復帰できると思いついでいた。またこのことを知らない医師は1月のうちに退院できる事を本人・妻に説明した。しかし安静期間(重いものの持ち運びは3ヶ月間禁止)について話に出てくることはなく、結果的に仕事復帰したかった2月には完全復帰することができない状況になってしまった。退院後は妻と協力して作業内容の分担をし、営業時間も完全に復帰できるまでは一時間短縮するように決めていた。入院中から体重と血圧のコントロールを行うため、毎日数値を手帳に記載していた。退院後も続けていくよう指導した。

今回の事例を通して、私が術後に行くべきと考えていた指導や説明(術後どのような状態での位の期間生活しなければいけないか)の一部が患者にとっては術前に知っておきたい内容であった。この事例の場合、インタビューシートを入院時の時点で用いることができたら患者が納得のできる治療計画に近づけることができ、そして仕事復帰に向けての関わりができたと思う。

・勤労者看護普及活動について

・1月18日 和歌山労災病院全体研修会

- テーマ：「勤労者看護」講師：小林
- ・3月8日 労災病院合同研修会(香川労災病院・岡山労災病院・愛媛労災病院・中部労災病院・和歌山労災病院・吉備高原リハビリテーションセンター)参加予定：小林、中島、井村、岡本、梅津(大学)、奥田(大学)

・看護学校授業

中部労災看護専門学校「勤労者看護」をテーマとして15時間1単位 担当：小林
岐阜県立看護大学授業協力
「成熟期看護方法2」担当：小林

・平成19年度の活動のまとめと今後の課題

最終的には、13名の研修生がレポートを提出し、発表会を開催した。研修生一人ひとりが、勤労者看護の視点を持つことで患者のケアをより深く、具体的に考えることができてきた。また、多くの気づきを次の患者ケアに活かし、他の看護師たちとカンファレンスを開催する等、普及に向けた取り組みも始まっている。今年度最終的に延べ参加者数236名と昨年に比べ1.6倍の看護師の参加を得ることができた。さらに、他の労災病院での取り組みも始まりつつあり、当院がリーダーシップを取り、「勤労者看護」普及に向けて推進役を果たしていきたい。

・共同研究報告と討論の会の討議内容

Q1. 勤労者看護という視点を持つとしたら、スタッフには何を一番に行ってほしいと思うか。

- ・皆、勤労者看護は特殊なことだと思っている。しかし、勤労者看護は特殊なことではなく、生活を考慮した個別性のある看護を提供することだと思っている。勤労者にとって、仕事をする時間は1日の大半を占め、大切に考えることであり、生活そのものである。また、勤労者である患者は、実は仕事の内容やそれに対する思いを聞いてほしいと思っている。看護師がそのようなことを把握することにより、看護が広がると考えている。患者の職業はさまざま、働き方やその内容を想像しにくい職業もある。しかし、健康と労働のバランスをどのようにとるかを中心に据えて考えれば、働き方は多様であっても、看護に必要な情報を収集できると思う。
- ・学校教育の中では、勤労患者の生活を捉える時に、生活の中から労働が除外されてしまう。学校教育の中に労働に対する看護を組み入れていないことの弊害を感じている。

Q2. 産業医と主治医間では患者の情報交換を行っているが、産業看護師と病院看護師間で同様のことが行えるか。

- ・当院の勤労者看護コース研修生は、産業看護師と何らかの方法で情報交換し、連携がとれるとよいと考えている。患者の中には、病気を職場に知られたくないと考えている方もいるため、個人情報の保護の観点から、患者の理解が得られればサマリー等で情報を送りたいと思う。
- ・産業看護師から病院看護師へ働きかけがあってもよいのではないかと考えている。産業看護師は連携を取りたいと思っているという意思表示を、病院看護師に対して行う。また、病院では、仕事と治療を両立するために、患者が医療従事者に積極的に働きかければ、患者の要望に応じて対応してくれる場合がある。産業看護師は患者に対して、仕事と治療を調整するための相談を医療従事者にした方がよい、というアドバイスを行ってもよいのではないかと考えている。

Q3. 入院中の勤労者看護の重要性がわかった。退院後には、入院中には予測できなかった問題が発生することもあるため、外来看護師による患者支援が大切であると思う。現状はどのようなか。

- ・外来に所属している研修生もいる。その研修生は、化学療法をしている勤労患者に対し、仕事を休まなくてもよいように土曜、日曜に化学療法を受けられるように調整していた。また、忙しい部署ではあるが、継続して支援したいことについて、一言でも声かけをすることにより、患者の状況を把握できることがあるため、声かけを大切に行っているという報告を受けている。外来と病棟のサマリー交換も行い始めたところである。

Q4. この7年間の取り組みで、勤労者看護がどのように広がった、あるいは深まったか。

- ・今までは、地道に少しずつ変革してきたという感じである。今後は、誰が見ても納得できる、わかりやすい勤労者看護を考えていくことが課題である。
- ・今までにない勤労者看護の視点を持って行うようになり、看護がレベルアップした部分と、今まで行ってきた看護をより個別性を重視して行うようになり、看護がボトムアップした部分とあると思う。

「共同研究報告と討論の会」開催結果

1. 日時:平成 20 年 2 月 16 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	住民との協働による健康づくり・地域づくり活動の方法 寺西愛 小粥麻理子(安八町保健センター),宇野比登美(安八町地域包括支援センター),佐竹芳子 田中喜代美 寺村恵美子 若山美和子 山本佳子 渡邊智香(海津市健康課),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 千野奈穂子 鈴木佐布子(白川町保健福祉課),松下光子 坪内美奈 米増直美 森仁実 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子(大学)
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 小林美代子 井村春美 中島ミサエ 岡本孝子 茶木朱美(中部ろうさい病院),梅津美香 奥田浩子(大学)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	住民の主体的なグループ活動を支える保健師の援助のあり方 鷺見恵里子 丸茂紀子(郡上市介護支援課・包括支援センター),直井千鶴(郡上市健康課),上村恵 佐藤鈴子(郡 上市八幡地域振興事務所健康福祉課),両羽美穂子 坪内美奈 米増直美 松下光子 小澤和弘 北山三津子(大 学)
11:40 ~11:50	働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究 梅津美香 奥井幸子 奥村美奈子 北村直子 坪内美奈(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),桑原恵子(NTT 東海健康管理センタ),荒川芽 伊藤清美(鷺見病院郡上 健診センター),大橋淳子(三洋電機㈱岐阜産業保健センター),佐藤澄子(旭化成建材㈱),武藤ひとみ(エーザ イ㈱川島工園),宮川敬子(東レ㈱岐阜工場),臼井るり子(パナソニックエレクトロニクス㈱), 古澤洋子(山内ホスピタル),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)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

第 2 会場

会場:講義室 202

10:30 ~10:40	看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具(スケール)の開発 古川直美 小野幸子 会田敬志 橋本麻由里 古田さゆり(大学),岩本春枝 広瀬隆子 野田洋子(大垣市民病 院・看護部),グレッグ美鈴(神戸市看護大学)
10:40 ~10:50	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 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),長瀬義勝(須田病院)
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	病院から診療所へ移行する過疎地域医療機関における看護援助のあり方 普照早苗 田内香織 藤澤まこと 片岡三佳 森仁実(大学),福田ひとみ 今井さち子 田口恭子 桂川恵美 今井千恵子(東白川村国民健康保険病院)
11:40 ~11:50	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 松下光子 北山三津子 大川眞智子(大学),橋戸智子 宮下真一 清水雅美(須田病院), 家田重博 鷺見武志 西脇大介 臼田成之(慈恵中央病院),瀧澤富久 勝股和子 佐合淳(大湫病院),村岡大志 杉本博司 高橋真由美 田中貴裕 高木真太郎(社団法人岐阜病院),安藤正枝 山本尚美 瀧絢一 山中隆二(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	在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討 奥村美奈子 田村正枝 普照早苗(大学), 中川千草 古澤好美(羽島市民病院)
10:40 ~10:50	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—地域における看護職連携の取組み— 田内香織 黒江ゆり子 藤澤まこと 普照早苗(大学), 河村めぐみ(元大学), 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)
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	一般病院におけるがん患者の看護 田中克子 奥村美奈子 梅津美香 北村直子 山内栄子 奥田浩子 大川眞智子(大学), 中川千草 吉田知佳子 大橋晶子(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	難病相談会を契機にした保健師の継続援助のあり方 米増直美 古川直美 松下光子 北山三津子(大学), 安田照美(岐阜保健所本巣山県センター), 馬淵三紀 宮川久美子(岐阜市保健所), 藤田真紀(中濃保健所郡上センター), 丹羽容子(岐阜保健所), 金山みずほ(飛騨保健所下呂センター)
11:50~12:25 討議時間(35分)	

第4会場

会場;講義室 104

10:30 ~10:40	
10:40 ~10:50	地域の中核病院における手術室看護の課題とその取り組み 中山武彦 伊藤祐子 伊藤みゆき 渡辺実加(羽島市民病院), 平岡葉子 北村直子 奥村美奈子(大学)
10:50~11:25 討議時間(35分)	
11:25~11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ~11:40	
11:40 ~11:50	妊娠期における地域・病院・多胎児サークルが協働して行う多胎児支援の検討 名和文香 服部律子 谷口通英 布原佳奈 宮本麻記子 武田順子 坪内美奈 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), 今井田路代 杉原愛(大野町役場), 服部寛子(羽島市保健センター)
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	赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けての検討 布原佳奈 服部律子 谷口通英 名和文香 宮本麻記子 武田順子 両羽美穂子 坪内美奈 大法啓子(大学), 高田恵美 高田恭宏(高田医院), 河合幸子 永田美紀子(郡上市民病院), 羽土小枝子 水口智美 橋本吾貴子 加藤ゆみ子 和泉かおり(郡上市健康福祉課)
13:40 ~13:50	岐阜県における在宅重度障害児のQOLを支える保健・医療・福祉・教育の体制づくり 泊祐子 石井康子 杉野緑 松下光子 長谷川桂子 谷口恵美子 窪田佐知子 普照早苗(大学), 安藤祐子 和田俊人 松永正樹 山田しのぶ(岐阜県庁), 市川百香里 武田福美(岐阜県総合医療センター), 安江則子(岐 阜県立希望ヶ丘学園), 近松由美子(白百合訪問看護ステーション)
13:50~14:25 討議時間(35分)	
14:25~14:30 休憩・移動時間(5分)	
14:30 ~14:40	ハイリスク新生児とその母親への母乳育児支援の検討 谷口通英 宮本麻記子 服部律子 布原佳奈 名和文香 武田順子 大法啓子(大学), 安藤嘉奈子 今井永子 坪内ぬい子 藤吉加乃子 中尾幸子 野口芳美 宇留野友香里 安藤有希(岐阜県総合医療センター)
14:40 ~14:50	心に問題をもつ児童生徒の家族への養護教諭が行う支援方法の検討 鈴木歌子(大垣市立南中学校), 松本訓枝 泊祐子 石井康子(大学), 秋田菜穂(海津市立今尾小学校), 遠藤治枝(養老町立日吉小学校), 丹羽奈美(大垣市立日新小学校), 野々村ひとみ(池田町立池田中学校), 吉平いずみ(大垣市立北小学校), 山田洋梨子(揖斐川町立春日小学校)
14:50~15:25 討議時間(35分)	

第2会場

会場:講義室 202

13:30 ~13:40	病棟看護師と退院調整看護師との効果的な連携に向けた方策の検討 藤澤まこと 普照早苗 黒江ゆり子(大学), 河村めぐみ(元大学), 山下弘子 川井恵理子 梅田弥生 野村玉枝 福元弘美 澤田弥生 細江小喜子(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 吉村久美子 片田代三子(恵翔苑), 酒井晶子(ケアハウスピアンカ), 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 種田典代(やすらぎ苑), 真銅八千代(飛鳥美谷苑), 安江豊子(サンシャイン美濃白 川), 田口将人 澤津節子(ナーシングケア寺田), 宮川靖子(かりやど), 小野幸子 古川直美 坪井桂子 岩崎佳世 古田さゆり 奥田浩子(大学)
13:50~14:25 討議時間(35分)	
14:25~14:30 休憩・移動時間(5分)	
14:30 ~14:40	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), 藤澤まこと 普照早苗 田内香織 黒江ゆり子(大学), 河村めぐみ(元大学)
14:40 ~14:50	保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方 米増直美 松下光子 坪内美奈 森仁実 大井靖子 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子(大学), 居波由紀子 堀幸子(岐阜県保健医療課)
14:50~15:25 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 大川眞智子 岩村龍子 杉野緑 梅津美香 大井靖子 平山朝子(大学), 橋本詩子 柴田恵津子 小山美香 赤嶺真理 佐藤沙夜香 服部寛子(羽島市保健センター), 安藤邦章 杉山麻紀子(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)
13:40 ~13:50	精神科急性期治療病棟における個室看護に関する研究 井手敬昭 片岡三佳 橋本麻由里(大学), 山内美代子 吉野久美子 有馬新路 葛谷純一 古川八重子 伊藤光美(養南病院)
13:50~14:25 討議時間(35分)	
14:25~14:30 休憩・移動時間(5分)	
14:30 ~14:40	障害者施設における入所者の健康生活の維持・向上をめざした看護活動のあり方 北村直子 古川直美 平岡葉子 杉野緑 北山三津子(大学), 河村めぐみ(元大学), 近藤有子 安藤和子 戸嶋芳子 加藤智子 脇坂めぐみ 渡辺敦子(飛翔の里生活の家・健康部)
14:40 ~14:50	保護室における看護の改善にむけての取り組み 北原俊輔 七森寿幸 藤田信義 藤田宗仁 大脇美幸 鈴木宣子 木澤正明 安藤正枝(のぞみの丘ホスピタル), 三宅薫 井手敬昭 松本訓枝(大学)
14:50~15:25 討議時間(35分)	

第4会場

会場:講義室 104

13:30 ~13:40	
13:40 ~13:50	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 古村裕記子 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)
13:50~14:25 討議時間(35分)	
14:25~14:30 休憩・移動時間(5分)	
14:30 ~14:40	
14:40 ~14:50	看護改善に向けた脳神経外科看護チームの取り組み 高橋友美 河村明美 山田沙代子 森優子 嶋田清美(羽島市民病院), 奥村美奈子 古川直美 橋本麻由里 岩崎佳世(大学)
14:50~15:25 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	19年度
研究課題	19	28	26	26	28	30	24	28
本学との共同研究者	39	121	144	159	202	242	143	192
参加者総数	114	217	199	150	182	220	170	222
病院	40	101	97	78	86(5)	117(5)	83(7)	134(5)
介護療養型医療施設					10	3		
診療所		6	1	3	1	1	8	1
保育園・乳児院			1		2			
学校(小・中・高)	2	2	2		3(1)			9
障害児・者施設	7	8	9	15	9	18	9	6
高齢者施設	12	20	20	12	12	11	7	11
訪問看護ステーション		4	8	5	4	2	2(1)	3(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)	1
市町村保健センター	24	23	28	13	13	23(1)	17(3)	28(2)
事業所・健診機関		14	18	10	8	6	12	7
県庁各部門等	7	9	4	4	1	2	3	5
その他	15	15	10	7	5	12	7	4
不明		5	1	3		1	1	
本学:看護学科(学生)					24	19	20	13

*高齢者施設とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設である

*（ ）内は当該施設に勤務する本学の大学院生の再掲である

表2 参加者の内訳

	16年度	17年度	18年度	19年度
参加者総数	182	220	170	222
本学との共同研究者	59	83	68	99
本学の卒業生	5	16(4)	6(1)	14(4)
本学の大学院生	9(3)	10(3)	12(4)	8(2)
本学の修了生				7(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	学校 (小・ 中・高)	障害 児・者 施設	高齢者 施設	訪問看 護ステ ーション	保健所	市町村 保健セ ンター	事業 所・健 診機関	県庁	その他	
参加者総数	209	134	1	9	6	11	3	1	28	7	5	4	
職種別	看護師	138	110(4)	1		6	11	2(1)		1	3	3	1
	保健師	38	5(1)						1	26(2)	4	1	1
	助産師	7	7										
	養護教諭	7			7								
	その他	3										1	2
	不明	16	12		2			1		1			

*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者209名の所属施設・職業別状況である

*（ ）内は当該施設に勤務する本学の大学院生数の再掲である

表4 参加者の所属施設別にみる参加者経験

	総計 (%)	病院	診療所	学校 (小・ 中・高)	障害 児・者 施設	介護老 人福祉 施設	訪問看 護ステ ーション	保健所	市町村 保健セ ンター	事業 所・健 診機関	県庁	その他
初回参加	85(40.7)	66(1)	1	3	1	5	0	0	4	3	0	2
過去参加	124(59.3)	68(4)	0	6	5	6	3(1)	1	24(2)	4	5	2
総計	209(100)	134(4)	1	9	6	11	3(1)	1	28(2)	7	5	4

*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者209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

5. 参加者への意見調査の結果(回答者97名、回収率46.4%)

今後の「共同研究報告と討論の会」のあり方を検討するため、本学の学生（看護学科）を除いた参加者に意見調査の協力を求めた。その結果を、以下に示す。

表5 参加動機、開催を知ったきっかけ、参加満足度

項目		回答件数	%
参加動機 (複数回答)	1.興味のある研究テーマがあった	41	28.9%
	2.看護職と教員の共同研究自体に興味があった	15	10.6%
	3.他施設の状況が知りたかった	33	23.2%
	4.共同研究メンバーであった	46	32.4%
	5.その他	7	4.9%
	総計	142	100.0%
[その他の内容]			
<ul style="list-style-type: none"> ・同病院のスタッフが共同研究のメンバーであった。 ・院内での看護研究発表の参考になると思った。 ・今後の病棟運営の為に出張命令が出た。 ・看護全体の問題について興味があった。 ・自己啓発。 ・業務命令で参加。 			
開催を知った きっかけ (複数回答)	1.所属施設へ送られた案内	71	70.3%
	2.本学のホームページ	1	1.0%
	3.友人の誘い	5	5.0%
	4.本学教員からの誘い	16	15.8%
	5.その他	8	7.9%
	総計	101	100.0%
[その他の内容]			
<ul style="list-style-type: none"> ・共同研究メンバーであった為。 ・上司より教えてもらった。 ・病院からの誘い。 ・部長より資料をもらった。 			
参加しての満 足度	1.満足している	35	39.8%
	2.やや満足している	38	43.2%
	3.どちらともいえない	14	15.9%
	4.あまり満足していない	0	0.0%
	5.満足していない	1	1.1%
	総計	88	100.0%

表6 今回の企画、運営に関する意見

	回答内容
開催時期・ 場所	<ul style="list-style-type: none"> ・車でないと、時間通りに到着することが困難、またこの時期は雪が降り路面の凍結などを考え、毎年参加できなかった。冬季以外か、岐阜市の辺りで開催されるとよいと思う。 ・開催時期については秋頃が良い。 ・寒いので暖かい季節がよい。(2)
プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・聞きたい内容の研究が同時間に重なり、聞くことが出来ずもったいない気がした。 ・自分が関心のあるテーマ以外のことが聞け、他部門での問題点等発表が聞けてよかった。 ・移動の時間が短かった。(2) ・討論の時間が短い。 ・もう少しゆっくり討論できると良い。
会場	<ul style="list-style-type: none"> ・会場がとても寒かった。(3) ・討論の会場設定に工夫があり(昨年と比べ)討論に集中できた。 ・討議の時間、2つのテーマを1つの部屋で行われる為、聞き取りにくい所があった。(4) ・討論会では1つの会場で2テーマでの討論会ではマイクを使用する事も出来なく大変聞きにくかった。 ・同一教室で2つに別れて討論会をしたが、よく聞き取れない時もあった。
進行	<ul style="list-style-type: none"> ・討論の進行も、多くの人の意見を聞くことができるよう、配慮されていて内容が濃くなってよかった。 ・発表、討議の時間を守られていたのでよかった。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・特に問題なく、逆に毎年少しずつ内容が濃くなっていると毎年参加して感じる。 ・参加したいテーマがいくつもあり、迷うほどだった。当日の会場での意見がホームページなどで紹介されると他の会場の様子が分かってよいと思う。 ・本日までどういった形での討論になるか不明瞭で心配したが、興味のある内容をゆっくりと討議できた。 ・検討会では各施設の状況がわかり、参考になった。 ・ざっくばらんな、話をしたい。 ・大学の方針に共感した。 ・研究が現場にそったもので、興味があった。

表7 各会場ごとの気づいたこと、感想など

時間	会場	回答内容
午前・前半の部	第1	・一度に3つの自治体の取り組みが聞けてとても良かった。地域に合わせて様々な方法でアプローチできるのだと実感した。
		・地域づくりについて参考になった。
		・時間がしっかり守られており、スムーズだった。討論時間もちょうどいい。
	第2	・興味のあるテーマがあり参考になった。
		・時間が守られていた。他施設、保健師等の立場や情報が交流できていた。聞くだけで大変参考になった。
		・満足度に対するテーマに興味があった。患者のニーズに対して病院の方ほどのように期待されるのではないかと感じた。きっと他の病院であったら違う満足期待度になるのではないかと感じた。そのスケールを使ってどの様に病院が取り組むかが問題になってくるのではないかと感じた。
		・当院では退院後の受け皿がなかなか見つからず、退院へ持っていくことができず悩んでいたが、参考にして前向きに考えたいと思う。勉強になった。
		・精神科病院の訪問看護での現状問題点などがわかった。地域のつながりを太くする為、地域の保健師など活用していく事が重要だと再認識できた。
		・率直な意見交換がありよかった。
		・訪問看護師のマンパワーは限度があり、行政との関わりが大切だと思う。もっと連携できると良いと思った。
		・現在の職とは、直接関係はないが、勉強になった。
		・他施設の看護研究の取り組みに驚き、刺激になった。
		・母子、家族など、対象者が多数であるケースが精神科には多く様々な立場から連携をしないといけない。
		・家族へのアプローチは、実際にとても困難だと感じていることが多い。今後も課題だと思う。
		・内容がすばらしかったし理解しやすかった。
	・個人個人に合った支援をするためには、他職種間での連携も必要なのだと確認できた。	
	・討議が充実していた。保健師の参加がもっと増えると良い。	
	第3	・病棟・外来・地域の社会資源とのつながりの大切さを実感できた。
・がん患者へのケア値向上に向けての各々の対応が前向きに取り組まれていた。共感ができ、安心した。		
・ディスカッションの人数が多すぎた。後ろまで、話が聞こえずらかった。進行状況がよくわからなかった。		
・研究が「医療の現状」という内容で、大変、今の医療が理解できて良かった。		
・在宅に訪問しているため、参考になった。		
・部屋が寒すぎる。研究発表の進め方でいくつか参考になった。討論会より、質疑応答の形式でもらう方がもっと看護職の方の意見が聞けると思う。		
・全体的に声が聞きにくい。発表以外でもマイクを使用すれば声が聞きやすかったと思う。発表は良かった。		
・地域における看護職連携の実際が発表と討論の中で現状が分かり少し把握でき参考になった。		
・早口で理解しにくかった。		
・当院では、化学療法を外来へ移行し行っているが、今後気をつけなければならないことが分かった。		
・外来に来るケモ患者への対応に関する悩みが同じで共感できた。また、症状説明を行ったり、心のケアに声かけが有効と改めて学び、今後にいかにしていきたい。		
・「病は気から」とよく言われるように、身体的症状がどんなにつらいものでも、看護師の一言で少しでも和らぐように声かけをして精神的軽減をしたいと思った。言葉掛けが身体的症状軽減につながれば良い。		
・特定の参加者だけの意見交換が多かった気がする。参加者が少なかったのが残念。		
午前・後半の部	第1	・どの市町でも同じ課題を持っていることがわかり今後も取り組みが必要だと再認識した。
		・各地区サロンが既に立ち上がっていたり、立ち上げる支援をしたりと段階は様々であるが保健師の関わる場面はいろいろある。それぞれの段階でどう支援に入れればよいのか理解でき考えられると良かった。
		・時間がしっかり守られており、スムーズだった。討論時間もちょうどいい。
		・実施するにあたり、評価指標の確立が必要。
		・現在の職とは、直接関係はありませんでしたが、勉強になった。
	第2	・慢性期の長期入院患者の退院支援については、自分の病棟の問題と重なり参考になった。
		・終了時間守られていた。国の施策で退院をせまられている中、精神科病棟の看護師達はそれぞれで出来る事を実施している。その現状がわかってよかった。
		・過疎地域医療機関における看護援助は大切な事だが、地域が密着している面では住民がとても看護師を頼りにしていると思う。
		・いろいろな事を勉強でき参考にしていきたいと思う。
		・当院は長期入院者が多く、少しずつでも働きかけをすれば退院につなげる事ができるのだと実感した。
		・県内の病院でも同じ様な問題があり各病院でいろいろな関わりが行われている事が知れた。
		・どの病院も同じ立場に立ち、悶々としているのだと思う。今後の課題は多い。
		・長期在院患者への社会復帰は難しく、理想的には自宅へ、現実的には施設なのだろうか。しかし、理想に向け患者の意識付けと、家族の受け入れへのあきらめの無いアプローチが必要と思う。
		・患者の社会復帰に向けての取り組み状況が良く理解できた。
		・社会復帰の大切さが再認識でき、やらなければならないと思った。
		・長期入院患者の退院に向けて、積極的に働きかけていき、少しでも退院できるように出来たらと思った。
		・研究に参加した各病院で取り組みが異なっていて統一感がやや欠ける。
		・共感できる発表だった。連携の大切さ、これからも考えていきたい。取り組んでいきたい。
・精神科病棟内での取り組みが具体的に聞けた。地域と一緒にやろうとしている思いが伝わってきた。		
・多くの病院での状況が分かり意見交換の進め方が良かったと思う。		

時間	会場	回答内容
午前・後半の部	第3	・病棟におけるカンファレンスの必要性と、意識付けの難しさを感じた。
		・どの病院も同じような課題を持っており、取り組んでいるんだと感じた。
		・昼の休憩が少なくなった。
		・カンファレンスの意義を見直せて、今後当院でも活発化させていきたい。
		・カンファレンスやリーダーとしての役割が大切ということは分かったが、題名と内容が一致していなかったと思う。がん患者のカンファレンスは難しいがどんどん行っていきたいと思う。
		・題名と内容が合わないと感じ、考え直したほうが良いと思った。方向性が不明確なためか話し合いが深まっていないように感じた。しかし、悩みは何処でも一緒だと思い、対処法を学ぶことが出来て良かった。
		・内容がすばらしく理解しやすかった。
		・精神科という長期入院患者でも、様々な関わりで、病状が少し不安定でも退院に結びつけられる、事例を聞き勉強になった。
		・他施設の現状を聞いてよかった。
		・糖尿病の在宅への関わり方を聞いた。これからの退院調整に役立てたい。
第4	・他地域の状況を知ることができ良かった。	
	・他市や病院の双胎へのサポートなどが聞いてよかった。	
	・参加している方が少ない。もっと、呼びかけ方に工夫をしていただきたい。	
	・研究メンバーのみであり、討論という感じはなかった。	
午後・前半の部	第1	・発表の後に討論会があることで更に話しを聞くことが出来良かった。
		・今後もお母さん、赤ちゃん、家族の方を中心とした、病院・地域の連携した支援が大切と思った。症例検討なども多くやっていければと思う。
		・忙しい業務の中、なかなか母乳支援をしていくのは難しい。お母さんの気持ちに沿っているのか疑問に思うところもある。
		・保健師の活動が病院の看護師にもイメージしてもらえよかった。もっと、日頃の業務の中で連携したい。
		・時間が守られていた。
		・病院と地域の連携の必要性、支援が分断されないよう継続することの大切さを学んだ。
		・保健師の期待の大きさを感じた。他の保健師の参加が増えると良い。
		・施設での取り組みの検討を振り返ることができた。
		・時間がしっかり守られており、スムーズだった。討論時間もちょうどいい。
		・他施設の話が聞いて参考になった。
第2	・退院調整スクリーニングシートを使用しているが、アセスメント等の時期をもっと見直していく必要があると感じた。	
	・退院調整において、リハビリスタッフも医師もカンファレンスに入ってすすめることが必要とよく分かった。一般病棟ではリハビリのカンファレンスはほとんど行ってないが、リハビリ病棟では必ず行っていた。一般の病棟も取り入れていくべきと強く感じた。	
	・入院の短縮化と言われるため、入院時から退院後の生活を意識していかなければならない。いろいろな視点から情報収集し、明確化するためにも他スタッフと共有、協力しあっていかなければならないと思った。より現実的な退院生活に近い話し合い準備ができるようにしたい。	
	・退院時のことを考え、入院時からのアセスメントの必要性をもっと考え、取り組んだほうが良いと思った。	
	・勉強不足を感じ、又、他の所のいい所も知り、これからいかして行きたい。	
	・入院期間の短縮が進められる中で、退院後の方向性を話しあっていくのは厳しい状況だと思ったがどげんかせないかんと思った。	
	・内容を聞きたかったが聞き取れない討議であった。	
	・個室のメリットは色々考えていましたが、デメリットについて色々な考えがあることがわかった。	
	・病棟・外来のスタッフの関わりが(継続看護)連携できた(強化)事を聴き、業務として取り入れる方法で改善している事も分かり自施設で検討したいと思う。	
	・当院の設備とはかけ離れたものがあり、他施設の状況が分かった。しかし、患者のプライバシーをどれだけの線まで守ればよいか。夜間など一晩中起きている患者がみえるが、そんな時昼夜逆転傾向になってしまうことにはなりません。その点については、いろいろお話を伺いたかった。	
第3	・スライドが話し言葉になっていた点が気になった。全室個室は難しい事かと思っていたが実現可能なのではないかと思うことができた。	
	・急性期病棟として、同じ様な問題があり、共感、参考となった。	
	・地域内での連携の無さに気づいた。縦割りではなく横のつながりの必要性を感じた。	
	・現在の職とは、直接関係はないが、勉強になった。	
	・障害者施設の話を書く事ができたことは良かった。	
	・個室のメリット・デメリットが分かった。	
	・個室病棟はプライバシーが守れる分、看護師にかかる負担も多いので、看護師のケアも大切である。	
	・個室がある病棟で、勤務してみて、また、夜勤を経験することで、とても共感できる発表だった。	
	・内容がすばらしかったし理解しやすかった。	
	・自立支援法により、この先も地域格差が広がっていくと思われる中、保健師の問題意識によってさらに差が広がると感じた。	
第4	・部屋が小さく午前よりは暖かいが全体に足元が寒すぎる。良い結果ばかりではなく今後検討、改善する点が多くても、研究発表になると思った。今月院内発表があるので、ありがたかった。	
	・部屋の環境が良かった。	

時間	会場	回答内容
午後・後半の部	第1	・発表の後に討論会があることで更に話しを聞くことが出来良かった。
		・産科NICUの連携を深めていくことが大切だが、実際は難しいようだった。しかしお母さんたちが困らないような支援体制を作っていくことが必要と思う。
		・助産婦が退院時に困った時の対処方法などしっかり指導しておく必要があると思う。母乳外来を持っているのなら余計に利用するよう説明しておくことが大切だと思う。
	第2	・NICUに子供が行ってしまうと産後の乳房ケアを受けることが難しい現状がわかり、地域でも早期に相談に対応していかなければと思った。
		・他病院の取り組みを知ることができた。
		・退院支援に関するシステムに関して病院全体で取り組むことが必要なのではないかと思った。
		・保健師の現任教育だけでなく、現在の自治体の状況が討議され参考になった。
		・退院については退院調整看護師だけに任せるのではなく、看護師として関わってゆくことの必要性を感じた。
	第3	・現任教育の必要性は十分理解しているが、現場では大変難しいため、県や大学を中心に実施してほしい。
		・とても、これからの参考、課題になった。
		・保護室の患者に対する看護師の陰性感情についてどう解消して援助していくのかを今後知りたい。
		・とても分かりやすい発表だった。他施設の現状を伝えることはスタッフの意識改革には効果的な方法だとわかった。取り入れていきたいと思う。
		・各病院での工夫等よく分かり、参考となった。
		・ダンボール用テーブル使用はじめて聞き驚いた。
		・精神科の保護室は、学生時代に実習で実際に見たが、暗く、ベッドもなく、おしぼりや水分も自由には取れなかった。それを思うと、患者のニーズを満たそうとしている関わりは、患者を尊重した関わりができていこうように変化してきていることがわかった。
		・保護室の研究自体がおもしろく、とても興味があった。病院により違いがありましたが、私自身も基本的欲求にも取り組んで充実させていきたい。
		・対象は少し違ったが、私も利用者の健康管理について日々悩んでいる。共感できる部分が多かった。
		・他病院の取り組みを知り自分のやらなければいけないことが分かった。
		・保護室の看護基準作成に期待をしたい。
第4	・保護室患者も、人間らしい生活ができるよう個々にあった援助が必要であると感じた。	
	・保護室での水分補給は、実際に患者に問いかけてみると、自分たちの行動が反省できると感じた。	
	・内容がすばらしく理解しやすかった。	
その他	・カンファレンスの概念など改めて考えさせられた。	
	・今後に役立たせたい。	
その他	・他の施設の現状、意見が聞けてよかった。	
	・他病院での看護が認識できて良かった。	
その他	・他施設の情報が少ない。他県に比べまだまだ閉鎖的な点が多い。	

表8 大学との共同研究についての希望や意見

・まとめがとてもきちんとされていて聴きやすかった。
・臨床現場での研究は参考になった。他職種、地域との連携が大切と思った。
・はじめての参加でしたが、大学と共同で研究が進められていることを知った。
・初めてこういう研究発表の仕方をきいたが、みんなで解決したり意見が聞けるのはとても貴重だと思った。
・もっともっと密に手を組んで研究したい。
・1つの病院や市町ではなく、多くの機関が1つの研究を行い対象者の生活をトータルに見ていこうというのがわかった。
・他施設、大学とで研究しあい伝え合うこの会はとても有意義である。
・常に気軽に大学の先生にご相談できる事がありがたい。
・精神科看護における代理行為の見直しについて興味がある。
・継続していきたい。(2)
・発表と討論する間にイスの移動は少し時間を取ってしまうのではないか。討論をしていると2グループだと片方の方の声がよく聞こえ、自分の聞きたいまじりに集中できなくなる。ビデオは何故必要なのか、ただ記録を残すのであれば職員のデジカメではだめか(費用の面でも。集中できず、臭いが気になった)。
・いろいろ刺激を頂いて有難い。
・初めて研究発表・討論会に参加したが、学ぶこともあり、今後の自己の研究作成に活用していきたいと思った(プレゼン状況やまとめ方等)。討論会はおもしろかった。
・同一メンバーだとしても一つの視点からしか見れないと思うが、共同研究では少し広がった違う視点から考えられて、また深まり良いと思う。
・常に看護の質の向上のためにとっても良いと思っている。
・研究する時にはお願いしたかった。心強く思いうれしかった。
・共同研究を今回知り、ぜひ一緒に参加させてもらえるようにもう少しがんばりたい。
・楽しく色々な情報交換などできるが、自分は研究が苦手なので大変だった。
・報告・討議の場では、職場には聞けない情報やニーズが多くあった。貴重な場なので同僚や同期にも来てもらえるようにしたい。実践現場での悩み、課題が反映されていたテーマばかりで、県内の看護職皆で考えるものだと思う。
・客観的な意見や支援がうけられよと思った。
・研究を通し実践に生かせるようになった。
・他の病院の実状について知ることが出来てよかった。

6. 参加学生(看護学科)への意見調査の結果 (回答者7名、回収率53.8%)

参加した看護学科の学生13名に意見調査を求めた。寄せられた意見・感想を以下に示す。

表9 回答者の参加状況・満足度

項目	内容	件数	%
学年	1. 1年次生	0	0.0%
	2. 2年次生	1	14.3%
	3. 3年次生	4	57.1%
	4. 4年次生	2	28.6%
	5. 未記入	0	0.0%
	総計	7	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	6	30.0%
	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	3	15.0%
	3. 卒業研究のテーマを考えるヒントにしたかった	4	20.0%
	4. 就職など今後の進路を考えるヒントにしたかった	1	5.0%
	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	4	20.0%
	6. 県内の看護実践活動について学びたかった	2	10.0%
	7. その他	0	0.0%
	総計	20	100.0%
参加目的に 対する 満足度	1. 満足している	5	71.4%
	2. やや満足している	2	28.6%
	3. どちらともいえない	0	0.0%
	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	0	0.0%
	総計	7	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3	・実際に臨床の場で看護職と患者さんがどのように関わっているのか知ることができ、その時看護職が何を思ったり考えたりしているのか知ることができてよかった。 ・チーム看護の大切さや患者さん中心の看護、自分のしたい看護を考えるよい機会となった。 ・卒研に關係する疾患(DM)の現状を知ることができて良かった。卒研でお世話になるかもしれない病院の取り組みを知ることができ、実習が楽しみになった。
	第4	・看護師の業務には患者との関わりが大事だが、資材の管理やシステムのなところにも範囲があることを学んだ。
午前・後半の部	第3	・カンファレンスのことを討議していて、私はまだそのような場に参加したことがなく聞いていたが、現場にでた時、意思交流しやすいカンファレンスの場を先輩看護職の方が作って下さっているといいなと思った。 ・それぞれの病院での課題がわかって、「本当に働くとは？」について現実を知ることができた。 ・難病相談会が岐阜県では年に4回あることを初めて知った。今、働いている看護師たちも、それを知らなかったり、病院に来た患者を地域へ送り出す時、誰を頼ればいいのか分かっていない(分かりたい)状況も知ることができた。自分が働く上で、同じニーズを感じるだろうと思った。 ・デスクカンファレンスというものの内容、どうして習慣化につなげるべきなのかを学ぶことができ、看護師一人ひとりが患者への“気持ち”を表出することの大切さを知った。
	第1	・働いた時、人員不足以外の要因を言えるよう、職場の現状を分析、考察する力の必要性を学んだ。 ・市町村や病院など関係職種の連携が、子供・家族のQOLにとって必要不可欠であることを学んだ。
午後・前半の部	第2	・ショートステイの課題にどのようなものがあるのか分かり、今後、看護職として働いていく上で考えていかなければいけないものが見えてきてよかった。現場のリアルタイムな問題が分かり、成功例などの情報交換もできて良かったと思う。 ・「退院の話を患者に切り出すのが難しい」ということを初めて知った。しかし、確かにそうだろうな、自分が言おうと思ったら難しいだろうなと思った。入院期間は短いほうが患者が社会復帰しやすい。でも、ただ帰すだけじゃ意味がない。だからこそパスが大事なんだなと分かった。
	第4	・現場で抱えている課題を具体的に知ることができ、卒研の参考になった。
午後・後半の部	第1	・養護教諭の立場や現状を知ると共に、子供の生活の場は多岐にあり、そこに所属する職種の協働、適切な情報交換が大切であると思った。 ・「一日の実践が養護教諭としての職務を果たす目的をもった一連の行動であると確認」することは、養護教諭は、養護専門職に置き換えて言える、と思った。忙しい業務で、振り返りもできなくて流れていくのは虚しい。「確認して自らの実践についての肯定感と自身をもてる」ような看護師になりたいと思った。

表11 共同研究についての感想・希望

・事前に資料配布してほしい。学生なので、事前に予備知識を得たい。
・初めて知る実態ばかりで楽しかった。しかし、実態を知れば知るほど、学校の教科書で習ったことは、全て理想の姿なのだなぁとってしまう(その理想に向かって、皆さんは頑張っているし、私もそれに加わることになるのだが)。だから、このように大勢で意見を出し合って研究をしたり、情報交換をすることは、すごく大切なことだなと思ったし、自分が働き始めて困ったことがあっても助けてくれる人たちが、たくさんいることが分かった。参加して良かった。

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 48名)

開催時期	1.現状のままで良い (47)名	忙しい現状はある。
	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 (45)名	
	2.変更をした方が良い (2)名	午前の第4の参加者が少なかったので組み合わせによって改善できるとよい。 担当の共同研究発表が同時間帯にあった。
	3.記載なし (1)名	
報告形式	1.現状のままで良い (41)名	
	2.変更をした方が良い (6)名	2題発表し、グループに分かれるとき時間がかかるので、その時間をもったいない。結局、討議は1題ずつなので、初めから1題ずつ発表・討議にしても良いと思う。 形式は良いが、配置を検討したほうが良い。 ポスターとスライドの2つではなくどちらかにしてはどうか。 もう少し討論したいと思ったが、全体のスケジュールとしては難しいのではないかとも思う。 報告がパワーポイントとポスターの両方を作成するのは大変。 パワーポイントのまま掲示すると見にくく学生たちにポスターの意義を分からなくすると思う。
	3.記載なし (1)名	
午前 第1会場	ホワイトボードで区切ったが、ディスカッション時、別のグループの声が気になった。(2)	
	2題発表、質疑応答は1題ずつに分かれる方法は内容が深まってよかった。 部屋の広さと参加者数がちょうどよかった。部屋の後ろ側は椅子を動かしたりするのに少し時間がかかり討論を始めるのがやや遅くなったかもしれない。討論は充実していた。活発な意見交換ができ、今後の参考になった。ただし、20名くらいの参加者が居ると、ポスターは討論の場では遠くなり見ることができない。 進行も説明も丁寧でよかったと思う。特に、発表後に2つに分かれて討議できるように配置を変える時の指示がわかりやすく短時間に会場準備ができよかったと思う。	
	ディスカッションで2つのグループに分かれるときに、真ん中にホワイトボードを置いて、区切りを作ったことはよかった。2つのグループが、真ん中の区切りのホワイトボードの方をむいて話をしていると声が聞きづらいので、ディスカッションのときは、部屋の前と後ろに検討する課題のホワイトボードを置き、それぞれ前と後ろを向いて話し合いをする方がよい。	
	ディスカッションの時間に追加報告があると、討議時間がその分短くなる。報告者以外の共同研究者に追加報告を求めることはできるだけしない方がよいのではないかと。討議しながら、討議内容に応じて必要な情報を追加していけばよいのではないかと。	
	ほぼ時間通り、ビジネスライクに進行した。討論の時間を終えるタイミングが難しい。昼休みに次年度の共同研究の打ち合わせ等している場合が多いので、午前と午後のパネルの入れ替えがマンパワー不足だった。室温を下げてもらったり、ドアの開閉で調整したが、やや暑かったかもしれない。討議は活発だった。 継続的に共同研究に取り組んできた中で、着実な現場の変化を報告から確認することができた。すばらしいと思った。テーマによっては、発表の追加での情報提供に終わっていたものもあり、討論の会であることをもう少し意識して「討論」の時間をとるようにしてはどうかと思った。	
	討議の会の時間が多少不足だった。 討論の際、発表者の現地看護職が思いを熱く語られ、感動した。質疑は、ある参加者からの質問や発言に偏りがちだったが、発表者の看護職の方々の思いや取組みを共有できたと思う。 今年度は、ホワイトボードを午前と午後にかけていたため、会場は広く使用できたように思う。発表を聞きにきた参加者が多く、丸椅子を使用したのが、テレビ画面も使用されており、後ろの席でも発表内容がわかりやすかった。 もう一方の検討の声が高く、発言内容が聞き取りにくい面もあったが、異なる条件の中で、住民と協働することの難しさと共に様々な取り組みがあることが報告され、意義深いものであった。	
午前 第2会場	質問や意見が沢山でて、今後の共同研究につながる課題もでてきたように感じたので、討論は有効であった。	
	参加者が少なめであったので、討議しやすかった。ホワイトボードで仕切りをしていたので、もう一題の討議内容が視覚的に気にならなかった点は良かったと思うが、説明をボードの裏でされていたようで、仕切るボードと説明するボードは違うものにして、なるべく離れて討議できると良かったと思う。過疎地区の医療については、初めて聞かせてもらったが、とても興味深く聞かせてもらった。	
	討議の時間になるところで、使用しないホワイトボード(該当しない演題のポスターを貼ったもの)を、真ん中に配置してもらえたので、同じ部屋を使用している、思ったほど別のグループの声が気にならなかった。 集まった人数が多い場合、円になっても、お互いが離れてしまい声が聞こえにくかった。少人数の場合は、円になって有意義な意見交換ができた。もう一方のディスカッションが人数が多く声も大きかったので、声が聞きづらかった。	

午前 第2会場	発表、討議時間ともに時間通りに進行した。討論についても、切れ間なく意見交換が行なわれ非常に話し合いができていたと思われた。討議の際の会場設営、椅子の移動も皆さん協力的にしてくださり、まったく問題がなかった。
	ディスカッションの時間に追加報告があると、討議時間がその分短くなる。報告者以外の共同研究者に追加報告を求めることはできるだけしないほうがよいのでは。討議しながら、討議内容に応じて必要な情報を追加していけばよいのではないかと。
	参加者が多く椅子の移動などもやや大変だったので、両端においてあった机がもう少しなくなるとスペースが広がって良いかと思った。
	市の取り組み報告から現状は理解できたが、広域での支援方法の討論に発展しなかった。
午前 第3会場	ホワイトボードを前に討議を行うが、ホワイトボードに貼った資料がパワーポイントの資料だと文字が小さく遠くからは読みづらい。A3サイズで12枚貼れるが、ポイントを絞ってA2サイズで6枚にした方が討議の時に役立つ。ただ、討議時間以外に掲示をみる場合は、A3サイズで12枚の方がわかりやすく、どちらかに決めるのは難しい。理想を言えば、スマートボードを使ってパワーポイントの資料を映しながら討議するのがよいと思う。
	討論の際、発表者の現地看護職が思いを熱く語られ、感動した。質疑は、ある参加者からの質問や発言に偏りがちだったが、発表者の看護職の方々の思いや取組みを共有できたと思う。
	普段在宅の現場における率直な意見を聞く場はあまりないので、よい経験になった。現在研究支援で在宅に関わっているが、参考にしていきたい。
	関心のあるテーマで参加者も多かったが、討議の時間が短いように思う。十分に話し合えなかった。
	午前中室温が低く、途中で温度を上げてもらった。討議は、活発な意見交換がなされたと思う。
	同じ部屋の別のグループが討議する声が入り混じってしまい、参加していたグループの討議内容が少し聞き取りにくかった。
	参加者が多いグループと一緒に部屋で、もう片方のグループの話し合いに参加した。とても難しいところですが、研究者の声のとおりが悪くてどうしても聞き取りづらいかと思うところがあった。
	参加者数が多かったため、詰めて座らなければならない状況でしたが、設置された座席の間隔が非常に狭く、座りにくい様子だった。活発な討論がなされることもあったが、そうでない場合は決まった参加者が発言することが多く、また他施設の状況を知りたいと思って参加されていた方が満足できるような情報交換ができたのか気になった。そのため、発表者を含む共同研究者間で討議方法の検討もしていかなければならないと反省した。
	参加者が多い場合は、質疑応答では声が届きにくい。椅子はなくてもいいような気がする。
	会場で討論をしているもう一方の声が気になった。中央に背中合わせに白版を置いて討論すると、前後に白版を置いて討論するのとどちらが良いのかなと思った。進行者の声が聞きにくかった。参加者が積極的に討論に参加していたので、内容や進め方には問題はなかったと思う。
発表や討議に集中できて、よい環境だったと思う。	
午前 第4会場	1題目は、参加者が少なく、共同研究者以外に学生が1名参加したのみで、現地の共同研究者も1名のみの参加で、他施設との討論ができなかったのが、残念だった。2題目は、共同研究者以外の参加も何人かあり、討論の場では、現地共同研究者から、取り組み内容の詳細の報告があり、よくわかった。
	参加者が少なく、共同研究者が大半でしたが、共同研究者でない私でも話に入っていくやすく、とても雰囲気良かった。狭い会場だったので、1Gのみの討議でちょうどよかったと思う。
	討議の際、進行役が会場の中央だと聞きづらかった。それぞれが会場の前と後ろに分かれると聞き取りやすかった。
	討論の時間はそれぞれの状況説明をしていただき、情報の共有ができたと思う。
	演題も1題づつであり、スムーズに討論に入っていけると感じた。ポスターを見ながら討論することができ、初めて聞く方も分かり易いと思った。2題目の演題で、発表者以外の共同研究者からの報告もあり良かったが、これから討論となる時に終了となってしまったのが残念だった。時間配分を考える必要があった。
	会場での討論が1題のみだったので、昨年のように声が気にならず有意義な討論ができたと思う。
	大学・地域の保健師・病院の助産師が協働で行う多胎児支援の具体的な取り組みが示された。いろんな地域での取り組みの実際がわかり、課題が明らかになったので、討論の目的は達成されたと思う。
発表や討議に集中できて、よい環境だったと思う。	
午後 第1会場	子どもたちの問題に関わって、様々な職種からの意見を聞いたのは、大きな収穫だった。
	大学と病院の助産師と地域の保健師が連携して母乳育児支援という取り組みが実現し、新たに「赤ちゃんとお母さんにやさしい地域づくり」という共通の目標もできたことが成果だと思う。助産師としては、地域の保健師と直接話しする機会となってよかった。
	会場により進行が必ずしも予定どおりではなかった。どの会場も同じ進行をお願いしたい。
	演題が重なり、討議では一方にしか参加できなかったのが残念だった。ある演題の討論については、参加者が多くなり、なかなかざっくばらんな意見交換ができにくい環境だった。積極的な発言がフロアからなかったため、発表者が当てていたが、当てられた方はきちんと発言し、聞いている側は参考になった。
	現場の方からの話でそれぞれの市町村の取り組みや現状などを聞くことができ、とても良いディスカッションが出来たと思う。
	発表時間を5分ほどオーバーしたものが2タイトルあった。討議の時間で調整した。部屋は室温を下げてもらった、ドアの開閉を調整したが、やや暑かったかもしれない。
	会場で討論時の配置については午前と同じだが、午後のほうが気にならなかった。参加者が積極的に討論に参加していたので、内容や進め方には問題はなかったと思う。テーマによっては、テーマを達成するにあたっての今後の方向を探るための方策を、突っ込んで討論したほうが、参加者の意見が出るのかと思った。
	主に共同研究の現地側の人達との話し合いの場になった。
活発な討論が行われており、有意義な時間だったと思う。隣の討論もあり、参加者からの意見が聞き取りにくい部分があったことが残念だった。	
他方の演題の討論の声が気になったのと、マイクを使用できないので、参加者の意見が聞き取りにくかった。(2)	

午後 第2会場	もう1グループの声が大きく、雑音として気になった。
	どの演題も多く参加者がおり、現地看護職からの活発な意見交換がされていた。どの演題も参加者が多いために、声のトーンによっては、反対側の討論の声で聞き取りにくいこともあった。また、部屋については空調がやはり2Fはよく効くために、やや暑かった。
	保健師の現任教育について、報告されており興味深いものであった。お互いの持てる力をどう活用し人材育成に繋げるか、保健師の意識も重要であることを再確認した。
	保健師という経験したことのない職業の人材育成について、興味を持って聞くことができた。今後の自分の研究にも関連があり、参考にして考えていきたい。
	討論時に大人数と少人数とわかれてしまったこともあり、少人数の討論では、大人数の声にかき消されるように感じられた。声が響かないよう、互いに配慮できるとよいと思う。司会の方には申し訳ないが、配慮を促してほしい。
	他施設の地域連携室の看護師の間に交流があり、今までの共同研究や報告の会の積み重ねによるものだと感じた。現場の看護師が抱えている課題、特に大規模病院におけるスタッフ教育の難しさを知ることができた。討議時間のホワイトボードの移動について、事前に周知していただけると協力しやすいと思った。
	会場については午前中と同様、ホワイトボードで仕切りをしていたので、もう一題の討議内容が視覚的に気にならなかった点は良かったと思うが、説明をボードの裏でされていたようで、仕切るボードと説明するボードは違うものにして、なるべく離れて討議できると良かったと思う。施設の共同研究者以外の参加者が少なかったため、残念だったが、参加者と研究結果を共有できて、各施設の取り組みの良い所を取り入れていこうとされていたので、良かった。報告について、現地側共同研究者が初めて報告してくれたのだが、教員による報告の後だったので、とても緊張され、報告順や紹介の仕方など少し配慮していただけるとありがたい(誰が報告するかを伝えていないので、現行では配慮が難しい)。
	2つにわかれて討議をする際にもう1つの討議の声が大きく、討議にやや集中しにくく、途中進行の先生に調整をお願いした。会場設営は限界があるので声の大きさはお互い気をつけたほうが良いなと思った。
	討議の時間になるところで、使用しないホワイトボード(該当しない演題のポスターを貼ったもの)を、真ん中に配置してもらえたので、同じ部屋を使用している、思ったほど別のグループの声が気にならなかった。
	前半は司会を担当したが、集まってくださった方の人数が多かったため、円になれず講義のようになってしまった。向き合えるような工夫が必要であったと、反省している。意見は活発に出してもらえたのでよかった。興味がある方が集まってくださったので、他施設の現状を聞くことができ、有意義な意見交換ができた。現場からの現状報告はとても興味深い。現状報告だけに終わらず、今後の共同研究で取り組むとよいこと、大学に取り組んで欲しいことの案も現場から意見を促せると良い。
午後 第3会場	現場の人たちが意見交換になれてきたような印象を受けた。
	討論時に大人数と少人数とわかれてしまい、少人数の討論では、大人数の声にかき消されるように感じられた。声が響かないよう、互いに配慮できるとよいと思う。司会の方には申し訳ないが、配慮を促してほしい。
	会場により進行が必ずしも予定とおりではなかった様子。どの会場も同じ進行をお願いしたい。
	USBメモリーがパソコンに接続できず、データを移すことに苦労した。接続ができるようにしてほしい、できないようならFDで持参など教えていただけると助かると思った。
	共同研究者として参加していたが、良い討論ができたと感じた。
午後 第4会場	発表や討議に集中できて、よい環境だったと思う。
	少人数の会場だったが、2題とも他施設の方の参加があり、現地側共同研究者が司会進行を担当し、活発な討議ができていたと思う。
	午前中と同様、狭い会場でしたので、1Gのみの討議に変えてちょうどよかったと思う。参加者も少なめだったが、意見交換はできて、現地側共同研究者が聞きたいことを聞き、言いたいことを言えていたようだったので、良かったと思う。現地側共同研究者が報告するには、このくらい環境がよいように思った。
	両会場とも発表や討議に集中できて、よい環境だったと思う。

その他、希望や意見、改善点など

全体に空調が暑く感じました。
暖房は、時々少し暑いか(2F)と思いましたが、今年は順調だったと思う。
前日準備について、会場が狭いという理由で、午後のボードを廊下に出されていたようだが、可能であれば、朝開錠するまでは、会場内に入れておいてほしい。誰も盗んだり破壊することはないと思うが、時間をかけて現場の方とやりとりしながら作り上げたポスターを廊下に出したまま、前日の夕方～当日の朝まで監視も無い状態で放置される状態になっていたことには抵抗があった。会場4の講義室にはコンピュータが設置されていないことは、申し送りをお願いしたい。
受け付けについて、お手伝いとして当日参加したのですが、部外者でしたので誰がリーダーで、これまで誰が何の準備に携わってきたのかわからない状態だったので、何をどのように準備したらよいかかわからず、それを誰に聞けばわかるかわからなかった。とても困った。集合した時点で役割の確認などしていただくとありがたかった。名簿の確認にとっても時間がかかりましたので、名簿は受け付け順ではなく、施設種ごとにあいうえお順などに並べ直して準備しておく、参加者を待たせることなく対応できたと。お弁当にまつわることは、突然のことで、準備が間に合わなかったこともあったと思うのですが、準備と指示をしていただきありがとうございました。
受付を担当したが、受付の開始時間が9時に開始だと思い、9時5分前に行ったが誰もいなかった。9時になっても受付の仕方を知っている人がおらず、どうして良いのかわからなかった。受付簿が五十音順でもなく、施設の種別でもなく、しかも小さい字で、薄暗い受付の場所で該当者を捜すのが困難であった。
各会場の司会を研究交流促進委員が終日担当されていて、時には発表者の役割も担いながら大変そうだった。司会だけでなく、当日の運営に関して、委員以外の教員にもう少し関与してしてもらえるとよいと思う。
会場係が1名で、司会、発表と役割が重なっていると会場の運営に大変だと思う。人数を増やすなり、事前に協力者を決めるなどしても良かったのではないかと。

今回は、進行もスムーズで意見交換の内容も充実していた。全体会で、参加者が座りきれない感があつた。次年度は全体会を講堂で行ってもよいのではないかと感じた。
話し合う事柄が明確でないために参加者がとまどっていた。
発表は、ポスターでもよいことにしてはどうか。図や表が、たくさんあるときはポスターの方が発表しやすい。
報告の形式をどちらかだけにしてほしい。
どこの会場も時間を守って討議を終了していた。討議中に終了のアナウンスが入ることがよかつたと思う。
討論のときは、各教室、1題というのがベストだと思いますが、人手や時間などで制約があるのかと思う。
現在の発表形式、プログラムの構成(研究者が重ならない2つの研究課題を組み合わせて口頭で発表、その後2手に分かれての討論)は、落ち着いて討論に参加できてよいと思う。研究課題が多いので仕方ないのだと思うが、どうしても自分の関わっている研究がほぼ同じ時間帯に重なってしまうことがある。参加しなかつた会場になかなか行けずそれが残念だった。終了時間が遅くなってしまうかもしれないが、会場を1つ減らすと、同時帯の重なりが減るかもしれないと思った。
今までのやり方では一番よかつた。スライドの字が小さくて読めないものがあるので、字を大きく書くように周知して欲しい。
ポスターが掲示されていたので発表を聞けなかつた研究についても内容を知ることができたが、寒い季節の開催であることから、廊下ではなく、講義室にポスターが掲示されているともう少し見やすいのではないかと思った。
講義室の会場設営で少し工夫が必要かもしれない。机・椅子を両側に押しやって細長い会場でプロジェクタを見ながら発表を聴く形になっているが、後ろの方では正直なところパワーポイントの資料の文字が小さいと非常に読みにくい。両側の壁にあるテレビモニターも文字が小さいとほとんど役に立たない。ハンドアウトの形でパワーポイントのスライド内容を資料として配付していないので、聴くだけになってしまいがちである。むしろ机・椅子を後方に押しやって、前方の窓際と壁際まで横幅を広く取り、スクリーンになるべく近いところに座ってもらつた方がプロジェクタの文字が多少小さくても読みやすいのではないかと思った。
非常に多くの方が参加されており、討論の場で様々な立場からの意見を聞くことができ私自身も勉強になった。参加者にとっても様々な職種、職場の様子を知ることができることは刺激になり、よりよい看護につながると思う。大きい講義室の場合、参加者がゆっくりポスターを見る時間がないのでは?と感じた。午後の討論終了後に会場内にポスターを入れて閲覧する時間があつてもよいのではないか。
今年は参加者が多かつたのでイスは机とセットにせず、すべて出したほうが良い。邪魔なら重ねておいて、いつでも使用できるようにする。討議の人数が多いと声が聞こえない。討議の時間にポスターを見ることはほとんどなかつたように思う。ポスターは、開始前後や廊下で閲覧されていたようだ。討議の時間に当該のポスターパネルを移動させなくても良いかもしれない。小さい輪になったほうが声が近いし、パネルがあるとU字型になったり、大きな輪になり、聞こえづらくなるかもしれない。中仕切りのパネルは必要だと思う。
現地看護職の発表が増えてきたような気がするし、討論でも積極的に発言され、報告と討論の会の雰囲気が変わつてきた印象を受けた。
昨年と比較し、参加者も多く、どの演題も活発に討論がされていたように感じ、現場の方の意見を力強く感じる場面もありよかつたと思う。
参加者が増えると討論も活発になるので、今後も参加者の獲得に努力したい。
共同研究している看護職の方は、複数参加し、それぞれ興味関心のあるところに参加し、積極的に討論に参加していたのを見て、共同研究報告と討論の会の目的についても、現地看護職の認識が深まつたように思った。
今年は、各会場の参加者も多いなと感じた。参加した会場では、いずれもよいディスカッションができたと思う。参加する人も当日の雰囲気や教員とのかかわりに慣れてきたし、課題への関心が高い。ファシリテートする方も慣れてきた。また、何年か続けて行っている共同研究もあり、内容が進んできたこともあるのかなと思う。
今年は、特に大きな問題もなく、参加者の数人にお聞きしたところでは、自分の興味のある話に参加できて充実していた、とのことだった。共同研究者ではない方の参加もあり(近隣の訪問看護ステーション看護師の方)、現場の方々の意見交換、情報収集のよい機会となっていることを実感した。スケジュールが目一杯で時間がなく、ドリンクコーナーに行けなかつたのが残念だった。来て下さつた看護職の方とも少しお話をしたかつたが、なかなか時間がとれなかつたのが残念だった。
参加している共同研究で「参加して意見を交わしたい」「参加しておくべきである」「参加してフォローしないとまずい」演題が午前後半に3題重なり、選択に迷つた(結果的には、現場の看護職も参加され、そのフォローをしないとまずいと思う演題に参加した)。演題の組み合わせは、かなり考慮して決められているように思うので、これ以上の要望は難しいと思うが、意見交換をしたいと思う演題に思うように参加できないジレンマがある。
お弁当はおいしくてよかつたと思うが、教員がお弁当の時間をずらしたので来ていただいた外部の方とお昼をご一緒できなかったのが、残念だった。
お弁当の手配が課題である。次年度もお弁当での対応となるならば、お弁当申込者に、欠席の場合は連絡をすること、13時までに受付のない者はキャンセル扱いにするなどの措置を事前に伝えておく必要がある。
お弁当の手配が困難であつたため、昼食について検討が必要と思つた。
昼食が弁当だと、欠席者が出た場合、調整が難しいように思う。できれば、食堂を営業してもらいたい。
食事に関しては、こちらで食堂を開くことができない場合は、各自持参という形でもよいのではないのでしょうか。
お弁当の件、委員の皆様にはお疲れ様でした。寒い季節でもあり、次回からは食堂が利用できるとういと思う。
食堂が営業しなかつたのは残念だが、お弁当だと待ち時間が短いのでゆつくり食事時間がとれたのではないのでしょうか。今後もお弁当でよいのではないか。教員が後でお弁当を受け取ることにすると、現場の方と一緒に食べることができなくなるので、お弁当数はゆとりをもって注文してあるとよい。お弁当の数を予測するのは難しいので、当日注文はなしでよいのではないのでしょうか。ペットボトルはなしで食堂のお茶くみ機を使わせてもらえないか。
フリードリンクコーナーは、昼休みは食堂にもあるとよい。
ドリンクコーナーについて:1電源3ポットが限界。水は実習室1で汲むのが近くてよかつた。台拭き、ペーパータオルを急速、準備した。ポットは手動式(研究室備え付けの共通のもの)のものがよい。お水が温まるまでに時間がかかるので、水汲みに走るのではなく、実習室1あたりで、待機のポットと差し替えればよいと思つた。そのため、同じコードにつながるポットが良いかと思つた。どこか近場で研究室のような給湯設備があると良いのだが。また、ドリンクコーナーでお弁当を食べている人も多く、満席に近かつた。混んでいて相席になるのが嫌で、利用をやめたと思われる方がいた。島にした机よりは、一人がけのイスに人気があつた。島にしたテーブルでは、共同研究者の打ち合わせが行われていた。

平成 18 年度共同研究事業自己点検評価結果

・目的

平成 18 年度の本学教員と現地看護職双方の自己点検評価の分析により、共同研究事業の今後の課題を明らかにするとともに、改善・充実に図る方策を検討する。また、前年度の自己点検評価の分析をもとに、平成 18 年度は自己点検評価の実施方法や項目を変更しているため、その評価を行う。

・データとその収集方法

1．対象

平成 18 年度に本学の共同研究事業として取組んだ 24 題について、関わった教員及び現地共同研究者の自己点検評価票への記載内容をデータとした。この 24 題の継続年数は、6 年目が 4 題、5 年目が 2 題、4 年目が 4 題、3 年目が 3 題、2 年目が 4 題、1 年目が 7 題である。

共同研究に参加している教員は延べ 145 人、現地共同研究者は述べ 54 施設 143 人である。そのうち教員は延べ 116 人から、現地共同研究者は 22 題に関わる述べ 45 施設 84 人から自己点検評価の回答があった。

2．共同研究の自己点検評価方法

共同研究の自己点検評価は、研究交流促進委員会が企画し実施している。教員は、共有フォルダに置いてある課題ごとの自己点検評価シートに、参加教員が各自入力することとした。現地看護職については、研究交流促進委員会が共同研究に参加しているすべての現地側施設に個別発送し自己点検評価票への記入を依頼する。1 施設に複数の参加者がいる場合は、代表者を通じて全員に配布し、個別の返信用封筒をもって回収する。なお複数の研究への参加者には、課題ごとに自己点検評価票への記載を依頼する。依頼に際しては、記載された内容は個人が特定できないよう配慮した上で取り扱い、事業の改善のための検討資料とすること、またその結果を公表することを説明するとともに、共同している教員側に伝えてほしくない内容についてはその部分を伏せることが可能であ

ることを説明した。

前年度との変更点は、教員及び現地共同研究者とも代表者が意見を取りまとめて自己点検評価票への記載をしていたものを、全員が記載をする方式としたことである。

3．自己点検評価項目

自己点検評価項目は、教員については、実践課題の改善状況、学内教員共同体制の状況及びその成果、現地側の組織的な取組み状況、組織内での成果の共有状況、現地看護職の主体的な参画状況、教育活動への活用状況、現地側との話し合い状況、共同研究事業の改善希望である。現地共同研究者については、共同研究による実践の改善状況、実践の改善以外でよかったこと、共同研究の方法や進め方の改善希望、共同研究の主旨・目的や計画についての了解状況、所属施設の組織としての了解状況、組織としての取組み状況、成果の共有状況、共同研究継続の希望、共同研究を契機とした今後の学習課題である。

前年度との変更点は、現地共同研究者に対する「共同研究をしてよかったこと」「実践が改善されたと思うこと」という項目を、両者への回答が混在することを避けるため、共同研究による実践の改善状況、実践の改善以外でよかったこととしたこと、組織的な取組み状況を選択式の設問にしたことである。

・分析方法

それぞれの自己点検評価項目に対応した回答内容を類似性に従って分類・整理した。分析は、研究交流促進委員会と看護研究センターで行った。

分析担当者は以下のとおりである。

岩村龍子、小野幸子、大川眞智子、古田さゆり（看護研究センター）、片岡三佳（地域基礎看護学講座）、橋本麻由里（機能看護学講座）、布原佳奈（育成期看護学講座）、奥村美奈子（成熟期看護学講座）

・結果および今後の課題

1. 教員の自己点検評価

1) 共同研究の取組みによる看護サービス改善や課題解決状況

看護サービス改善や課題解決状況は、看護サービス改善や課題解決への第一段階（現状分析から課題を明確にする）のものから具体的活動に繋げ、改善できたまで幅広い。第一段階にとどまったものは、今年度、新規の共同研究に多く見られ、現状を丁寧に分析したり、現場の取組みに合わせて進めるなど、今後の取組みが期待される。（表1）

2) 学内教員の共同体制

本学の共同研究は、複数講座（領域）による共同体制を基本としており、多くはこの体制による利点を活かした取組みであったといえる。しかし、一方、その件数は多いとは言えないが、この体制にあっても、「取組みに十分参加できない」「活動不十分」などの回答や単独講座による共同研究も見られる。回答からは、これらの理由を明確にできないが、今後、これらの理由を明確にしていくことが必要と考える。（表2）

3) 現地側の組織的取組み

現地側の組織内での成果の共有範囲は、今年度より回答を得たものである。「所属部署と共有ができていない」が全体の約半分の研究で達成されていたものの、「組織全体の共有ができていない」が約3割に留まった。中には、昨年度にはみられなかったが、研究の取組みや成果が「同僚」「他施設」「他職種」へ波及していると回答したものが加わっており、組織的な取組みに発展している研究もみられるようになった。研究の中には組織全体への共有の必要性がなかった研究もあったと考えられるが、共同研究のねらいからすると、所属部署に限らず組織全体と共有すべき努力が望まれる。また、教員間で評価が異なっている現状もみられた(6件)ことから、認識の差の原因追究が必要である。（表3-1、3-2）

4) 現地側看護職の主体的参画

十分な役割を果たせなかったとするものが若干見られるが、概ね主体的な参画が得られていることは、本事業のめざすものに向かっていくといえる。今後、本事業の拡大、更なる取組みによって、本事業の目的・目標達成に向けて継続が求められる。（表4-1、4-2）

5) 教育活動への活用

講義・実習・卒業研究に活用できているほか、大学院の研究指導や卒業生の生涯学習支援も含めて、多様な活用ができていた。これも本事業のめざすものに向かっていくといえる。今後、本事業の拡大、更なる取組みによって、本事業の目的・目標達成に向けて継続が求められる。（表5-1～5-6）

6) 現地側との話し合い状況

研究計画作成・実施にあたっての現地側との話し合い状況は、教員は face to face の検討や討議に努力しながらも時間調整の困難さからメール、電話などを活用して取組みをつないでいる実態も浮き彫りにされた。共同メンバーが多くなるほど時間調整が難しく、いかに調整していくかが課題である。（表6-1～6-8）

7) 共同研究事業についての改善希望

時間的な余裕のなさから、単年度ごとの報告や報告書の作成、自己点検評価の実施の再考を求める声があった。（表7）

2. 現地共同研究者の自己点検評価

1) 共同研究の取組みによる実践の改善・充実状況

具体的な実践の改善・充実があったほか、認識面の変化や課題の明確化、取組みの始まりなど、今後、実践の改善につながると考えられる内容があげられていた。共同研究を開始して1～2年目のものでも何らかの実践の改善・充実につなげることができているものがある一方で、継続年数が長いものでも、まだ実践の改善・充実が実現できていないものもあった。その要因を明らかにするためには、個別の共同研究の経過とその成果を詳細に分析する必要がある。（表8-1）

2) 実践が改善されたこと以外でよかったこと

「他施設との情報交換、意見交換、交流ができた」が最も多く、特に職場に看護職が少ない施設、他施設と交流機会が乏しい施設からあがっていた。ついで「連携、コミュニケーションの向上」であり、共同研究に取り組む中で、関係機関や他部門との連携の強化や同僚・上司とのコミュニケーションの向上が見られていた。「生涯学習への動機付け」は昨年みられなかったカテゴリーである。共同研究に取り組んだことが、看護職者の大学院への関心、学習やさらなる研究への意欲につながっていると言える。(表 8-2)

3) 共同研究の方法や進め方で改善が必要と思うこと

研究目的や方法の検討・共有の必要性や、研究者間の協働のあり方に対する不足などが挙げられた。後者は、現地側共同研究者の参加姿勢や参加状況などからこれで大学側と協働といえるかを吟味するものや、現場で協働できなかった実態などであった。大学側としては、他に挙げられた改善への要望も含めて真摯に受け止め、次年度以降の改善につなげたい。また、挙げられた内容からは、研究結果をまとめる・報告することに積極的にかかわるようになったことが伺えた。(表 8-3)

4) 共同研究の主旨・目的の了解状況

主旨・目的を了解して参加したと回答したのは 65 名(76.5%)であった。しかし、よくわからないまま上司等の指示により参加したという者、了解不足や説明不足があったとする者があり、共同研究の主旨・目的の共有を図る努力がさらに必要である。(表 9)

5) 組織の了解・取組状況

本学では、共同研究による看護実践の改善・充実のため、現地側研究者の所属施設での組織的了解や協力を得て、組織的な取組みとなることをめざしている。前年度までは、少数ながら組織の了解を得られないまま実施しているものがあったが、今年度はすべてで組織の了解が得られていた。

了解を得ている対象別に、組織の支援・協力状況を見ると、「組織のトップ」「組織の看護職トップ」の了解を得ている者は、8割弱が組織内での支援・協力を得ていた。共同研究先には、病院、福祉施設、企業、保健センター等、多様な組織があるが、その組織の状況に合わせ、効果的な共同研究の推進に向けた了解を取る事が概ねできてきているといえる。(表 10-1)

組織内で支援・協力が得られていないものは、82人中 18人(22.0%)であった。継続年数別で見ると、5年、6年のものに協力を得ている度合いが少なく、その個別の事情を見る必要がある。反対に新しい共同研究でも、うまく組織内の支援・協力を得ることができていた。(表 10-2)

組織内での研究経過や成果の共有はほとんどのところでできており、継続年数による特徴は見られなかった。(表 10-3)

なお、支援・協力が「特になし」のもの、組織内での研究経過や成果が「共有できていない」ものを個別に見ていくと、複数の施設で取り組んでいる共同研究に多く、看護職が一人もしくは少数しかいない施設に多い傾向がある。他職種や事務職などを巻き込んで、実践の充実・改善が図れるよう、支援する必要がある。

6) 共同研究への継続参加の希望

「今の共同研究課題を継続したい」と回答したのは 47名(56.0%)、「新たな共同研究の課題に取組みたい」と回答したのは 9名(10.7%)で、それぞれに具体的な取組んでみたい課題が挙げられた。(表 11-1、11-2)

次年度の共同研究に参加希望しない者は、17名(20.2%)で、その理由は、負担の大きさ、退職・産休・異動・委員会の所属変更、現場と研究のギャップなどであった。個人の理由で止むを得ないものはあるが、現場と研究のギャップが挙げられた点については、現場と乖離した研究になっていないか、真摯に振り返る必要がある。(表 11-3)

7) 共同研究をきっかけにした学習意欲

共同研究をきっかけに今後学びたいと思っ

たことがある者は46名(54.8%)で、「連携・チーム医療について」など、具体的な学びたい内容が挙げられた。(表12)

おわりに

共同研究事業の充実・発展の方策を検討するため、毎年実施しているこの自己点検評価は貴重な資料である。今回は特に、多様な視点で成果や課題を捉えたいと考え、これまでその共同研究に関わる教員の代表者と現地施設の代表者に評価を依頼していたものを、メンバー全員に依頼した。その結果、実践改善の状況や取り組みの工夫、生涯学習のきっかけとなった状況などがより幅広く具体的に把握できたとともに、負担の大きさやメンバー間での意思疎通不足、よくわからないままに参加していた現状など、課題も多く捉えることができた。

それぞれに多忙中のところ、多くの方々のご協力をいただいて得たこの資料は、共同研究事業の成果の実証と、更なる充実・発展のため、役立てていきたい。

18年度共同研究自己点検評価(教員)

表1 共同研究の取組みによる看護サービス改善や課題解決の状況

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
看護実践・看護サービスが改善し、成果が明らかである(19)	6年(4),5年(3) 3年(3),2年(2) 1年(7)	現地の課題に各々取り組んだその結果、退院が困難だと考えられていた患者が退院したり、家族とのコミュニケーションが取れるようになったり、他部署との連携が向上したり、カンファレンスの運用といった成果が現れた
		地域包括ケア会議の設置・運営が地域包括ケアセンター開設1年目の大変な中でも進めることができ、地域包括ケアセンターと保健センターの連携会議が今後も継続されることになった
		参加者が持っている情報を明確に整理できるようなシートを作ったことで、情報が明確に整理できるようになった
		現地側共同研究者が取り組んだ現場改革(スタッフ育成)について、看護中間管理職者から第三者の立場で意見を聞いたその意見が元の改革方法に取り入れられたので、看護サービス向上に貢献したと思う
改善に向けた取組の実施・継続・次への取組に繋げている(19)	6年(1),5年(2) 4年(8),3年(1) 2年(2),1年(5)	地域の保健師を中心に助産師や大学教員、当事者のサークルの方々と一緒に集まって、多胎児の妊婦とその家族への支援をすることができた
		部署の課題に対して、共同研究者以外のスタッフや病棟管理職と話し合うなど、改善に向けた活動に着手している
		高齢者のいきいき生活を実現する地域の体制づくりについて、現状や課題を住民や関係者で共有し検討することが続けられている
		現地の看護職全員が検討に参加しているため、実際の看護改善について話し合い、取り組むことができています
看護活動に関する意識の変化、視野の広がりがある(13)	5年(2),3年(2) 2年(1),1年(8)	双子のママパパ教室開催により、病院でのケアにどう活かすか、行政と病院との連携のあり方について話し合われている
		事例提示した看護職が、看護活動や活動の目的を振り返り、活動計画の修正や次に課題設定につなげられている
		実践による患者の変化、事例検討会や他病院に勤務する看護職の意見や情報交換などにより、看護職の意識化、視野が広がっている状況
		精神科訪問看護の事例検討会などでの振り返り、情報交換などにより、共同研究者も視野が広がった
所属施設・部署の課題が明らかになった(11)	6年(1),5年(1) 4年(1),3年(2) 1年(6)	退院支援の視点を持ってもらえた
		転落や看護師の援助について意識が良い方向に変わったと思われた
		検討会を通じて部署の課題が明らかになった
取り組みの効果が同僚・他職種・所属部署・他施設へ波及している(9)	6年(3),5年(2) 3年(3),1年(1)	実践による患者の変化、事例検討会や他病院に勤務する看護職の意見や情報交換などにより、今後の課題などが見えてきている状況
		現地看護職が日常の看護活動を振り返り、取り組むべき課題が明確になった
看護実践の意味の振り返りになっている(4)	6年(2),4年(1) 1年(1)	病棟全体への活動に繋がっている 共同研究参加者の(看護活動の)取り組みが変化し、同僚にもその効果は波及している(3) 多胎児の育児支援の一つのモデルとして他施設への影響があったと思われる
ケア対象者の理解が深まっている(3)	3年(1),2年(2)	事例提供者、検討会参加者ともに、自らの看護活動を振り返ることができている 実際に調査を担当したメンバー自身の看護の振り返りになっている
現状や取り組みへの必要性の理解を深められた(2)	4年(1),3年(1)	在宅知的障害者と家族の生活へ関心を持ち、理解を示すようになったと考える
取組の方向性・方法を見出した(2)	1年(2)	障害者を取り巻く現状の理解が深まり、地域づくりの必要性について理解を深めてもらった
課題を共有する意義を確認できた(1)	3年(1)	改善に向けた取り組みの方向性を見出せた
知識の向上に繋がった(1)	3年(1)	現場が持つ課題を共有することの意義は確認できた
評価途中(1)	2年(1)	現場スタッフの知識の向上につながっていると思う
不明・未確認(8)	4年(2),3年(1) 2年(5)	評価途中である
評価困難(5)	1年(5)	不明(2) 現地側の直接的なサービスの改善は確認できていない
その他	3年(1)	実際にサービスの改善に至ったのか現時点での評価は難しい スタッフ教育の重要性をますます認識され、施設内だけでなく外部講師を招いた勉強会を計画している今年の研究は、むしろ主題Bでエントリーすべきであったと反省している

表2 学内教員共同体制の状況及びその成果

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例		
複数講座体制の成果	専門領域の視点からのアドバイス・情報が得られ、視野が広がった(19)	異なる観点から意見がもらえてよい 各講座の先生方と意見交換を行い、方針を考えることができた それぞれの教員の得意分野を生かして共同できた個人的には、このような機会がないとおそらく勉強しないであろう精神看護を学ぶ機会となって良かった 専門領域の異なる教員が共同体制を組むことで新たな視点が持てる		
	専門領域の知識・経験を活かして幅広い検討ができる(9)	6年(3),4年(5) 1年(1)	専門領域での経験・知識から幅の広い検討ができる それぞれの専門分野の立場を活かした討議ができた(3)	
	他講座の実習状況の把握や実習調整の準備ができた(1)	5年(1)	共同研究を通じて他講座の実習の状況も把握することができ、実習調整が順調にできた	
	取組みが初めての研究代表者にこれまでの取組の情報提供ができた(1)	1年(1)	主担当の先生が共同研究を初めて実施したので、これまで実施してきた立場からの意見は言えたのではないかと思う	
	他領域の教員への情報提供の機会になった(1)	1年(1)	他講座の教員に県内の小児を対象とした医療現場の看護の実態を知ってもらう機会になったと思う	
	民生委員に関する知見を得ることができた(1)	3年(1)	「地域」を構成する住民としての民生委員の存在と役割についての知見を得ることができた	
	病院で行われる安全管理、安全教育を考える機会になった(1)	1年(1)	病院という場において行われる安全管理、安全教育を考えるよい機会となった	
	共同研究に参加し自らのキャリアが活かせる(1)	3年(1)	個人的にはこのような機会があることで助産師としてのキャリアを生かせるので楽しい	
	共同の状況	役割分担、連絡調整しながら共同して進めた(9)	5年(1),4年(1) 3年(1),2年(4) 1年(2)	他講座の教員と現地との連絡調整、共同研究の進行確認など役割分担したり、共に現地に出向くなど協力してすすめた 事例検討会に参加し、意見を出し合い、共同体制が取れていた
		検討会や会議に参加できなかった(7)	4年(1),3年(1) 2年(5)	進捗状況は報告されていたので、状況は理解していたが、現地での検討会など参加できず申し訳なく思う 一度も現地会議に参加できなかった
メールで進捗状況報告や意見交換をした(3)		5年(2),4年(1)	メールのやり取りで進捗状況はわかった	
十分に関われなかった(2)		1年(2)	十分な関わりができなかった(2)	
活動が不十分・複数講座体制の利点を活かできなかった(1)		4年(1)	活動自体が十分でなく、複数講座体制の良さを活用することができなかった	
代表者からの働きかけ不足で成果が十分得られなかった(1)		1年(1)	研究代表者からの働きかけが不十分だったため、共同体制を取っている成果が十分に得られておらず、申し訳なく思っている	
単独講座		複数講座での共同が必要である(2)	5年(1),3年(1)	大学側も育成期のみならず、地域に関わる教員の参加が必要である
	複数講座でない(3)	6年(2),2年(1)	複数講座でない(2)	
その他	評価できず(2)	6年(2)	共同体制についてはよく見えなかったので分からない	

表3-1 現地側組織内での共同研究成果の共有範囲

共有範囲(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
所属組織全体(29)	5年(6),4年(5) 3年(2),2年(12) 1年(4)	
所属している部署(50)	6年(10),5年(1) 4年(7),3年(8) 2年(2),1年(22)	
その他		
所属部署と法人全体(2)	6年(2)	所属部署全体(病院全体)だけではなく、同じ独立行政法人の他病院との交流の中でも共有している(2)
所属部署と関連職種(4)	2年(1),1年(3)	所属している部署、および担当保健師、主治医との共有ができた
未確認(3)	1年(3)	確認していない(3)
未記入(3)	2年(2),1年(1)	未記入(3)

表3-2 現地側組織内での共同研究成果の共有状況

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
現地共同研究者による組織や部署の責任者と共有(8)	3年(3),2年(2) 1年(3)	院長と連絡を取りながら取り組んでおられる(3) 現地側共同研究者を通じて、所属部署の看護責任者に取り組みの状況が伝えられるとともに、「共同研究報告と討論の会」の参加も得ている(2)
現地共同研究者間での共有(7)	6年(4),4年(1) 1年(2)	共同研究者間で勤務状況を考えながら、アンケートの実施などを行い、共同で取り組みが進められるように話し合っていた 共同研究に関わっているのが中堅以上の看護師の方なので、そのスタッフの中で今後の方向性について共有している
複数の組織、院外組織と院内関連部署で共有(6)	5年(3),2年(2) 1年(1)	A市保健センターでは、近隣地域の保健センターと共に取り組んでおり、B病院でも、病棟、外来、NICUと多部署のスタッフと共有している 市の事業として複数の保健師が計画実施し、組織的にも共有できている
現地共同研究者による所属部署内(スタッフ)の共有(4)	4年(2),3年(1) 1年(1)	現地共同研究者が中心となって、実践の改善に結びつく取り組みをスタッフに働きかけている 現地側共同研究者が主になって、共同研究の取り組みが進むよう部署のスタッフに働きかけている
他職種・他部署と共有(2)	3年(2)	今回は「連携」をテーマとして取り組んだので、他職種間、他部署間の連携や共有はできたと思う。また今回の取り組みによって部署のメンバーの認識も変化してきていると思う
他部門への共有に発展しつつある(2)	1年(2)	事例を分析して、訪問看護師と保健師の援助のあり方を相互の立場も考慮して検討している。担当医師にも事例検討や作成資料に関する意見をもらうなど、少しずつ他部門との協働方法を試みつつある状況。所属部組織全体となると、初年度でもあり、共通認識するには至っていない
所属部署内共有(7)	6年(3),1年(4)	退院調整室内(退院調整看護師間)での共有(4)
関連する会議、所属の施設・部署で報告(5)	5年(1),4年(2) 3年(1),1年(1)	共同研究のリーダー的保健師が保健師の集まりの場で報告したり、意見を聞くなど努力し、複雑な体制下にあるが、組織全体の保健師で共有できるようにした 年度内では行われていないが、この取り組みを看護研究として報告するために、病院・病棟で報告し、成果を共有する病院もあると聴いている
所属部署長と所属組織などの一部で共有(4)	3年(1),2年(2) 1年(1)	現地共同研究者が取り組んでいる(看護)スタッフ育成方法の評価・改善に、本研究結果が還元されたので、所属部署(看護部)と所属組織の一部で共有されたと思う
まとめた資料集を各部署・関連施設に配布(2)	6年(2)	年度末にその年の取組みを「資料集」としてまとめている。その資料集を各部署および関連病院に配布(2)
資料・報告書をスタッフ間で回覧、報告(2)	3年(2)	報告書についてはスタッフ間で共有するように読みあわせを予定している
共同研究者間で共有(2)	2年(2)	調査内容・分析結果を共有し、現地看護職の意見を頂いた(2)
組織における成果共有の可能性(1)	1年(1)	今後、研究の成果を現地組織において公表していくことで、共有できると思う
成果の共有には至っていない(1)	1年(1)	現段階では、現状の把握であるため、成果の共有には至っていない
不明(1)	1年(1)	現地共同研究者が実施したスタッフ育成方法は共有していると思うが、この方法に対する評価の結果(成果)の共有については、不明
未把握(2)	4年(2)	今年度からの参加でありよく把握できていない

表4-1 現地看護職の主体的な参画状況: 現地側の看護職に期待した役割

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
現場における実際的な取組(32)	5年(3),4年(5) 3年(2),2年(6) 1年(16)	地域や病院での多胎児支援の実際について話してもらうことに加え、地域、病院、サークルの官民合わせた取り組みをすること 現場での取り組み 現地での活動の実施 現地での改善に向けた推進役(2)
研修会・検討会・討議への積極的参加(28)	6年(5),4年(3) 3年(4),2年(5) 1年(11)	積極的な討議への参加 ワークショップの内容の検討、事後アンケートの検討、講演、グループディスカッションの参加(2) 検討会への積極的な参加 事例提供(2)
事例や看護活動の現状の提供(17)	6年(9),5年(2) 2年(5),1年(1)	経験した患者支援の実際を検討事例として提供すること(3) 現在関わっている糖尿病の患者の事例選択、看護のかかわりの紹介・報告・共有(3)
共同研究報告と討論の会での発表・報告書の作成と参加(16)	6年(6),4年(5) 3年(2),1年(3)	「共同研究報告と討論の会」での発表(10) 「共同研究報告と討論の会」の報告書作成(3)
研究の主体的な計画・調整・取組の推進(10)	6年(2),5年(3) 4年(3),1年(2)	主体的に当該年度の共同研究の計画作成・推進(2) 主体的な研究の進行(2)
取り組み開始に向けての推進役(2)	1年(2)	今の現状を十分把握し、いろんな視点を取り入れた看護の取り組みへと動き出せる役割

表4-2 現地看護職の主体的な参画状況: 現地側の看護職が果たした役割

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
現地での調整、実践、改善に向けた取組、結果活用などの推進(30)	5年(3),4年(7) 3年(2),2年(5) 1年(13)	面接の日程・場所の調整(6) 面接調査の実施(3) 地域ケア会議実施(3) 情報の収集。スタッフ間での検討(3)
共同研究の報告と討論の会での発表・報告書(19)	6年(4),5年(3) 4年(4),3年(4) 1年(4)	「共同研究報告と討論」の会での発表(6) 共同研究報告会での報告書作成(3)
研修会・検討会・討議への主体的・積極的参加(17)	4年(4),3年(9) 1年(4)	昨年度と比較し、検討会での発言が活発になり主体的に役割を果たしていたと感じる。現地側共同研究者相互の支援が見られた 事例検討会では、進行、必要な資料などを作成して報告をされたり、意見交換なども行われていた 検討会への積極的な参加(4) 研修プログラムの内容検討、アンケートの検討、ワークショップへの参加など積極的に参加(5)
研究(調査)方法・結果の検討(12)	4年(1),1年(11)	面接結果の検討 調査用紙への回答を実際に行ってもらった(2)
事例、現場や看護活動の現状の提供提供(10)	6年(7),5年(1) 3年(1),1年(1)	自分の看護実践の体験エピソードを提供した(3) 現在関わっている糖尿病の患者の事例選択、看護のかかわりの紹介・報告・共有(3)
主体的な研究の計画作成・調整・推進(9)	6年(2),5年(2) 4年(1),2年(1) 1年(3)	主体的に当該年度の共同研究の計画作成・推進(2) 共同研究の取り組みが現地側で進むための調整、計画の実施
教員との連携(2)	2年(2)	既に、病院全体の退院調整の中心的役割を担っている。常に教員とのやり取りを密に行なってくれた
役割は十分果たせた(2)	1年(2)	役割は充分果たしたと思う(2)
十分な役割を果たせなかった(3)	6年(2),2年(1)	十分役割を求められることができなかった
不明(2)	2年(2)	共同研究者になっていたが、結局、一度も会議等に参加することができなかったため、不明(2)

表5-1 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと: 講義

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
事例、現状、知見(援助や支援方法)、取組などを講義の教材として活用できた(20)	6年(1),5年(3) 4年(5),3年(5) 2年(3),1年(3)	共同研究で得られた知見が講義に活かされている 母乳育児支援の看護方法について 講義でこの取り組みを紹介している ペーパーペーシェントを用いた看護過程の展開で、事例の情報を活用した
授業協力者として招聘に繋がった(6)	6年(3),3年(1) 1年(2)	成熟期看護方法2に授業協力者として招聘し、活動紹介をしてもらった(2)
講義内容の検討になった(2)	1年(2)	本年度の検討会および報告書作成過程を通じて、自身が担当している科目において学生に伝えるべき内容を検討することができた
結果を教材として活用するか検討した(1)	3年(1)	実際には時間的に無理だったが、調査結果を講義に入れるか検討した
研究の一部に学生が参加したことで、興味・関心を引き出すことができた(1)	3年(1)	3年次生が積極的に研修プログラムに参加していたので、母乳育児支援についての学生の興味・関心を引き出すことが出来た

表5-2 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと: 領域別実習

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
対象理解、現状、取り組み、知見を実習指導に活用できた(11)	6年(1),5年(4) 3年(3),2年(1) 1年(2)	この共同研究を通じて自分自身が「働く人を支援する」という視点が養われ、学生の実習指導にもそのことが活かされていると感じる 学生への母乳育児に関する指導の時に活かすことができた
人間関係を深めることができた(4)	3年(1),1年(3)	人間関係がさらに深まる
学生への問題意識に働きかけになる(2)	1年(2)	学生への意識付けとしても問題意識に働きかけられる(2)
実習施設として開発(1)	2年(1)	実習地の町の包括支援センターの保健師から、包括支援センターの活動の方向性等相談を受けたときに、本事例を紹介したところ参考になった様子。他の要因もあるが、次年度単独訪問実習を受け入れてもらえることになった
学生と共に現場の現状や課題を考える機会になった(1)	2年(1)	訪問看護実習のオリエンテーションやまとめでは、障害児への訪問看護の現状や課題について学生と共に考える機会を得た

表5-3 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと: 卒業研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
実習施設として協力・整備してもらっている(5)	3年(1),2年(4)	卒研のフィールドとして協力してもらっている(4)
「報告と討論の会」の参加により、卒研生の課題検討、および援助方法、対象地域への理解の深まりに繋がった(5)	6年(2),5年(1) 3年(2)	討論の会に次年度卒論に取り組む学生が参加していたので、活かされたと思う 学生が共同研究報告と討論の会に参加し糖尿病患者への看護援助の実際を学んだ
対象理解や援助方法など卒研の指導に活用できた(5)	5年(2),4年(1) 3年(1),2年(1)	卒研の母性領域ではハイリスク妊婦を扱っているので、他施設や他地域の状況を把握することができ、学生指導にも活かせる 卒業研究での指導
共同研究者が実習指導担当者でもあり、コミュニケーションが円滑になる(2)	4年(1),1年(1)	現地側共同研究メンバーが実習施設のスタッフであるため、施設状況が良くわかり、また卒研を進める上でコミュニケーションが取りやすい
現場の卒研担当指導者が報告に参加することで、取組む課題を考える機会となった(2)	3年(1),2年(1)	訪問看護実習のオリエンテーションやまとめでは、障害児への訪問看護の現状や課題について学生と共に考える機会を得た
現場看護職が卒研指導に活かせる(1)	3年(1)	新生児センターの看護職の方の参加があったので、卒業研究指導にいかしていただけたと思う

表5-4 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと: 大学院

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
共同研究への参加による院生の他施設の理解や取組みに効果があった(3)	3年(3)	院生で母乳育児に取組む学生にとっては、他施設の状況がわかり参考になった
院生の取組み意義の理解(1)	5年(1)	障害児世帯のニーズを基にしたネットワーク形成に取組む院生の研究について具体的に行動がイメージでき意義が理解できた
取組みを院生の授業教材へ活用(1)	6年(1)	研究全体の取り組みを院生の授業の素材として活用した

表5-5 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと: 卒業生

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
共同研究者であった卒業生に対して生涯学習支援になった(12)	5年(3),4年(1) 3年(5),1年(3)	本年度より共同研究に卒業生がメンバーとして加わり、卒業生の支援にもつながったのではないかと思う 卒業生が積極的に参加してしていたので、現任教育として効果的であると思う(3)
討論の参加した卒業生への情報提供になった(1)	5年(1)	討論の会に参加した卒業生には、多胎児支援として情報提供できた

表5-6 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと: その他

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
授業の基盤となっている(2)	5年(1),3年(1)	具体的にはないが、生活習慣病の保健指導等の授業をする知識の基盤にはなっている
学生からの相談に具体的に対応できた(2)	4年(1),3年(1)	障害者に関わる看護に関心を持つ学生からの相談に対して、具体的に対応することができた
実習指導の視野を広げることができる(1)	4年(1)	循環器疾患の患者が抱えている不安をどうバックアップしていくかについて、直接活かせる部分はないかもしれないが、実習指導の視野を広げることに応用できると思う
教育活動すべてに活用できる(1)	2年(1)	すべてにおいて知識を活用して役立てることができる
具体的教育活動への特定は難しい(1)	2年(1)	あるとは思うが、どこも特定はできない

表6-1 現地側との話し合い状況: 研究計画作成過程

十分に話し合えた	29
十分に話し合えなかった	32
回答なし	55

表6-2 現地側と十分に話し合えたと回答した者の配慮・工夫したこと: 研究計画作成過程

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
現地側の現状(意向、研究の課題・目的・内容)を確認・共有しながら進めた(10)	5年(2),4年(2) 2年(3),1年(3)	現地看護職の意向を十分に聞き、こちらから提案もなるべく明確・具体的にできるよう努力した 実施計画が現地のニーズに即しているかを意識し・確認しながら計画した 現地に出向いて退院調整看護師と研究内容について話し合った
自己点検評価を基に話し合った(1)	6年(1)	年度開始時に平成17年度の自己点検評価を基に話し合った
研究動機が明確で工夫の必要がなかった(1)	1年(1)	現地側が研究動機を明確に持っていたので特に工夫は必要なかった

表6-3 現地側と十分に話し合えなかったと回答した者の配慮・工夫したこと: 研究計画作成過程

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
メール・電話・資料の活用および現地に赴いた(8)	6年(1),5年(3) 4年(1),3年(2) 1年(1)	直接話し合いをした後、具体的なことはメールでやり取りした。院長の了解を得るために期限ギリギリまで電話でのやり取りがあり、お互い努力はしたが十分とまではいかなかった メールでの意見交換、現地に赴き、直接意見交換する、電話での意見交換
話し合いのための時間の調整が困難(4)	5年(1),2年(2) 1年(1)	時間的ゆとりが訪問看護ステーションにはなく、コストパフォーマンスを考えると難しいのかと思う
現地側の負担を考慮して行った(2)	2年(1),1年(1)	共同研究者の負担にならないように、可能な範囲で実施すること
前年度の振り返りを行い、それを踏まえて計画を話し合う場を設けた(2)	3年(1),1年(1)	前年度に1年の振り返り、今年度の初めに1年の計画を話し合う場を設けた。しかし、初めて参加される共同研究者にはイメージがしづらく、全員が理解されるには至らなかった
昨年と同様の事業で話し合えなかった(1)	5年(1)	昨年と同様の事業をしたこともあり、十分には話し合えなかった
メンバーの交替で捉え方を統一できなかった(1)	3年(1)	メンバーの入れ替わりがあり、言葉の捉え方が様々だった
参加不十分による詳細不明(3)	5年(1),2年(2)	計画作成の段階では話し合いに参加できなかった

表6-4 現地側との話し合い状況無回答の者の配慮・工夫したこと:研究計画作成過程

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
目的を明確にし、確認しながら進めた(2)	1年(2)	年度当初に、目的を話し合っていたことは、まとめのときに立ち戻って確認することができてよかったと思う
必要に応じて話し合いを行った(2)	1年(2)	必要に応じて話し合っていた
検討会に参加できない場合には事前に意見をもらった(1)	6年(1)	当日参加できないメンバーにも事前に意見をもらい、検討に活かした
参加不十分による詳細不明(9)	6年(1),2年(8)	話し合いの場に参加できなかったため、状況が把握できていない(4)
計画段階に参画していない(4)	6年(1),2年(2) 1年(1)	研究のまとめの段階からの参加だったため、計画作成過程には参加できなかった(2)

表6-5 現地側との話し合い状況:研究実施段階

十分に話し合えた	37
十分に話し合えなかった	32
回答なし	47

表6-6 現地側と十分に話し合えたと回答した者の配慮・工夫したこと:研究実施段階

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
メール・電話・FAXを活用した(6)	4年(2),3年(1) 1年(3)	勤務の調整が難しく、検討会を実施するまでは十分な話し合いはできなかったが、検討会、それ以後はメールや電話等でやりとりを重ねることができた
自由に話せるよう配慮した(2)	4年(1),1年(1)	検討会の場所を大学として、現状についての意見や考えを自由に話せるよう配慮した
現地側の意向に添って進めた(2)	2年(1),1年(1)	方法の一つ一つについて、意向にそっているか確認をとりながら利用者に迷惑の掛からないように配慮した
現地側の考えを十分引き出し、望む結果が得られない場合は一緒に考えた(2)	5年(1),4年(1)	検討会で現地看護職の思いや考えが十分にらせること、また期待した結果が得られない場合でも、その理由を共に考え、取り組み継続が図れるよう支援した
多くの参加が得られるように日程調整を行った(1)	6年(1)	複数の施設からの参加であったので、なるべく多くのメンバーが参加できるように日程調整をした
現地側に出向き、コミュニケーションを図った(1)	5年(1)	今年度から、新たな保健師メンバーが増えたので、現地に出向き行動を共にするなどしてコミュニケーションを図った
現地側の教員に期待することを確認した(1)	2年(1)	ケア会議前には、教員の会議への入り方として期待することを聞いた
課題が明確になるよう意識して進めた(1)	1年(1)	取り組みの当初は漠然としていた課題が明確になるよう、意識して話し合いを進めた
事前に現地の資料を得て理解して話し合いをもった(1)	1年(1)	二次募集のため研究のスタートが遅く検討会は1回のみであったが、事前に施設側より資料を得、教員が状況を理解した上で話し合いに臨むことができた

表6-7 現地側と十分に話し合えなかったと回答した者の配慮・工夫したこと:研究実施段階

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
メールや電話を活用した(3)	6年(1),5年(1) 4年(1)	遠方なので、連絡はメールや電話になってしまった
現地側の負担を考慮した(2)	4年(1),2年(1)	現地側が多忙であるため、できるだけ現地側の負担にならないよう、日程等調整を行い、メールなどの手段を多用した
取り組みを共同研究者間で共有できるように資料を配布した(2)	3年(1),1年(1)	調査結果報告会で出た住民の意見やアンケート結果を整理して配布し、欠席者も共有できるようにした
必要に応じて話し合った(1)	1年(1)	必要に応じて話し合ったが、面接までの期間が短く、話し合いが充分でないと感じたこともあった
検討会前に教員側で打ち合わせを行った(1)	1年(1)	日々の多忙な勤務の合間にとってもらった検討会の機会を十分いかせるように、事前に教員側で資料を熟読し、検討会に参加した
時間の調整が困難(5)	3年(1),2年(3) 1年(1)	話し合いをする時間の調整が困難であった
課題や参加者が多く、十分な話し合いが困難であった(3)	3年(3)	事例検討を行い、話し合いをする場や、検討会では全員が話せるように配慮したが、多人数ということもあり十分には話し合えたとは言えなかった

表6-8 現地側との話し合い状況無回答の者の配慮・工夫したこと:研究実施段階

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
現地側の主体性を重んじた(3)	2年(1),1年(2)	共同研究者および地域ケア会議参加者の努力を感じ、また主体的に取り組まれているように見えたので、積極的に意見は言わなかった
必要に応じて話し合った(2)	1年(2)	必要に応じて話し合っていた(2)
必要に応じてメールや電話等で共有した(1)	1年(1)	月に2回程度の事例検討だったので、意識を継続し実践に活用するために、事例検討会後には、検討会での記録を作成し共有したり、事例検討会前には検討の方向性や提示資料の確認など、メールや電話での連絡・相談を頻繁に実施した
話し合いに参加できず詳細不明(6)	2年(6)	結局、一度も会議等に参加することができなかつたため、詳細不明(2)

表7 共同研究事業について改善を望むこと

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
単年度の自己点検評価・報告書・討論の会の再考(4)	6年(1),3年(1) 2年(2)	研究の進行と時間的ゆとりがないことから単年度での報告書は難しい面がある
実質的な共同研究者でない教員体制の再考(2)	5年(2)	この課題は何もしていないので、自己点検評価が書けません。実習等でお世話になるので、現地とのつながりという意味で共同研究者に名前が入っている意味もあるかと思ったりもしますが、やはり今後は、名前だけの参加になってしまう共同研究は、潔く離脱するようにしたいと思います
複数講座で取組ことの条件の再考(1)	6年(1)	領域をまたぐことが出来ない、あるいは得策でない研究もあるので、一律にされることは現実にはそぐわないと思う
報告と討論の会での学生の学びの確認(1)	4年(1)	報告と討論の会の討議では、学生も興味深く聞いており、どのような学びを得たのか確認したい
他講座教員への働きかけの強化(1)	3年(1)	共同研究者として、地域基礎看護学講座の教員(保健師の立場で考えられる方)に参加していただくように働きかけていきたい
自己点検評価の内容と記載者の再考(1)	3年(1)	この自己点検評価は、研究代表者が全項目に回答し、共同研究者は、感想・意見的な内容だけでよいのではないのでしょうか？
現地側の意欲向上方法(1)	1年(1)	共同研究というよりは、大学側主導の研究になっているように思うので、実践側の参加意欲を引き出す工夫が必要かと思う
その他:個々の共同研究の今後の展望(3)	5年(1),3年(1) 1年(1)	今後は地域を広げ、他の地域でも多胎児支援を行ないたいところがたくさんあるので、共同研究の事業としていきたい

18年度共同研究自己点検評価(現地共同研究者)

表8-1 共同研究を実施しての感想:実践が改善・充実したと思うこと

		記述があった者71名 (84.5%)	記述がなかった者13名 (15.5%)
カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例	
具体的な実践の改善・充実があった(22)	1年(3)、2年(2) 3年(7)、4年(4) 5年(2)、6年(4)	サマリーの用紙をかえたことで、患者様と一緒に目標を立て、次回入院時に目標を確認することが、定着していると思う	
		ワークシートの活用により、情報が共有できるようになりました。特にPSWとの連携に有効だと思います。申し送りの短縮化、メモ取り作業の軽減化につながりました	
		今までは、PSWとのカンファレンスはまったく実施されていなかったが、週に1回のカンファレンスを実施するようになってから、継続できている。病棟側、相談室側の情報を交換できているので、少しずつ共有することが出来ていると感じています	
		チーム医療を行ったことで、他の職種について以前より理解できるようになった。カンファレンスの運営が取り組みの始めより円滑かつ充実したものになるようになった。他職種と情報交換が多くなった。いろんな視野から1人の患者さんを捉えることができるようになった	
実践の改善・充実に向けての認識の変化・認識の深まりがあった(17)	1年(3)、2年(4) 3年(1)、4年(1) 5年(3)、6年(5)	継続看護連絡会議への事例提供により、退院調整意識・知識・行動力が身につく実践力の向上が見られている。個人の活動が部署全体へと浸透拡大しつつある	
		地域の療育について振り返る事ができた。療育のスタッフの連携の必要性について再確認できた	
		地域の保健師と同伴訪問していただき、自分たちの訪問を振り返る機会が持て、訪問活動の必要性を再認識できた	
		継続看護委員が退院支援の必要性を理解してくれたこと	
実践の改善点、課題が明確になった(12)	1年(4)、3年(2) 4年(2)、6年(4)	自分自身の看護の振り返りと、あらためて実務の現状と理想(自分が思う)とを比較することができた。そして気づいたことは、その後の実務で活かそうと思った。(自分でできるレベルで)	
		今回は事例ではなく病棟システムという点で様々な試みをしてスタッフに意識付けができた。(キーワードを基に)病院及び病棟全体の問題として働きかけができた	
		研究を通して保健師としての役割と、市の療育体制の課題を整理することができた	
		17年度報告の課題のひとつである健康学習会が不十分ながらも継続できた。事例検討により個々の状態・体調・課題について取り組みの方向が明確になった	
実践の改善・充実につながる取り組みが始まった(9)	1年(1)、3年(6) 5年(1)、6年(1)	日々の訪問看護の実践の中で看護師が抱く不安感等が課題という形で言語化することにより、改善する方向性の糸口が見えてきた	
		地域の方を巻き込むことで、障害者を地域の方に関心をもってもらえるきっかけになった	
		少しずつスタッフに浸透していっているような気がします。スタッフ一人一人が自主的に取り組んでくれるようになりました	
		多胎児妊婦への支援体制が整いつつある	
何らかの学びを得た(7)	1年(1)、3年(2) 4年(2)、6年(2)	私の所属する部署が、人数が少ないため、いろいろな職種の方々の意見が聞けたことはとても参考になりました	
		家庭訪問は看護大学の先生と同行訪問をし、ケースを共有することで意見を頂き、自分だけでなく他からの意見を聞くことで幅広い見方をすることができた	
		今回はあまり出席できなかったため、特にありませんでした	
		ありません。研究目的をたてる段階で、現場で問題・課題としていることを分析した上で、研究課題を決定してはどうでしょうか	
なかった(4)	2年(1)、3年(2) 6年(1)	保健センター業務としては共同研究に参加できるだけ時間的余裕がなく、立場的には個人参加という形でした。そのため具体的に実践が改善・充実したということはありませんでした	
		残念ながら他のスタッフの関心を得ることはできず共同研究によって実践が充実したとはいえない	
わからない(2)	2年(2)	自分が参加させていただいたのは、昨年2006年度の年末頃の(1回だけ)話し合いでしたのでよく分かりません	
		看護分野に属していないので看護実践が改善・充実したかどうかはわからない	

表8-2 共同研究を実施しての感想:実践が改善されたこと以外でよかったこと

		記述があった者50名 (59.5%)	記述がなかった者34名 (40.5%)
カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例	
他施設との情報交換、意見交換、交流ができた(20)	1年(3)、2年(2) 3年(5)、4年(1) 5年(1)、6年(8)	産業保健分野で働く看護職は一人で働く場合が多くみられる。他者との交流の場が少ないので、このような研究を通じて知り合えるきっかけになった	
		和気あいの雰囲気の中で、小集団特有の全員参加による全員のコミュニケーションが取られ、大学の先生や現場の産業看護にかかわる人たちとの交流ができた	
		2/17の報告会では、私は研究に参加したのが初めてだったので、事業をまとめることでいろんな人の意見を聞き、深めることができ、振り返ることにもなると感じました。17日当日は他職種や他地域の意見を聞くことができ、参考になりました	
		他施設の方との情報交換や施設見学ができたことで、視野を広げることができる	
		他の看護業務に携わる方々の研究を知る事ができた事、他の視点からの意見を聞いた事など	
連携、コミュニケーションが向上した(11)	1年(4)、3年(2) 4年(2)、5年(3)	他施設の方との情報交換の場となり、県内のネットワークが、スタッフレベルで広がった	
		まったく交流のなかった外来部門と話す機会ができた	
		関係機関の方といろいろ話をする機会が増えた	
		カンファレンスを行うことによって、お互いが歩み寄れる様になったと思います。それぞれの電話のやり取りも増え、また、病棟へ来て下さる回数も増えてコミュニケーションが取れるようになった。相談室の方が、病棟へ行きづらいと思っていたことが少し、少なくなったのではないかと思います	
		地域の保健師とかかわりが持て、連携がとりやすくなった	
大学教員からのサポート(6)	1年(2)、3年(1) 4年(1)、6年(2)	大学のスタッフと話し合うことにより、いろいろな知識を得られたこと	
		訪問看護師個々の抱える問題等が他者(大学教員)の評価により改善できたこと	
		大学の先生方と知り合え、相談しやすくなったこと。スーパーバイザーとして存在して下さることは、大変救いになります。話し合いを重ねることで、問題が整理できました。研究の進め方・まとめ方についても学びました	
実践の改善につながる認識の変化・深まりがあった(5)	2年(1)、3年(1) 4年(1)、5年(2)	障害についての資料提供などにより職員の学習が深まった。職員間以外の指導により視野が広くなり学ばされるが多かった	
		この会を保健師活動の改善に役立てたいとの意見が聞かれ、よかったと思う	
		入院中の早い段階から退院後の生活について考えられるようになりました	
実践の改善点、課題が明確になった(5)	3年(3)、4年(1) 6年(1)	スタッフの意識化の向上、問題点の表面化により、さらに今後レベルアップが期待できることです	
		消化器病棟にも、血糖コントロールを必要とするケースは多い。しかし、そのほとんどが外来との連携がとれていない場合が多く、コントロール不良な人が多い。どこから取り組めば良いかわからないが、現場の問題が見えたことは良かった	
		看護実践の改善を検討した上で、現在の問題となっているところを明確にしていける	
生涯学習への動機づけになった(4)	2年(1)、3年(1) 6年(2)	私的なことですが、大学院への興味が深まりました	
		自分自身に学習したいという気持ちが出てきた	
		退院支援のための学習意欲が向上している	
看護体制が強化できる(1)	2年(1)	体制の充実を図る必要性がスタッフに認識されてきたので、次年度地域連携室に専任看護師を配置することができる	
その他(3)	2年(1)、3年(2)	今回は、活動報告しただけです	
		各スタッフの考えの違いがわかった(個人の性格) ありません	

表8-3 共同研究を実施しての感想:共同研究の方法や進め方で改善が必要と思うこと

		記述があった者37名 (44.0%)	記述がなかった者47名 (56.0%)
カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例	
研究目的や方法の検討・共有の必要性(7)	1年(1)、2年(3) 4年(2)、5年(1)	内容が盛りだくさんで研究しようとする目的の共有がスタッフの中でできなかった	
		次回までに取り組むことを明確にしていくことが必要と感じた	
研究者間の協働のあり方に対する不足(6)	2年(4)、3年(1) 6年(1)	今回は主任を中心に進めてまいりましたが、師長とともに行動しなくてはと反省しました。主任からいろいろと伝達してもらいましたが研究内容・意図がはっきりしなかった	
		毎回の病院の研修会に大学の先生方に来ていただき、大変だと思ふ。感謝しています。研究のまとめ等に関して、病院側では一人の師長が中心にやってくださり、他のメンバーの協力が薄かったと思ふ	
		教員側の司会が中心であるため、病院側は受身になりやすい。事前の研究の理解を十分にもらい、病院側が司会ができ書記をしても良いと思ふ	
検討会のあり方(5)	1年(1)、3年(2) 6年(2)	事例の提供が主だったので、共同研究といえるのか疑問でした	
		大学側との共同研究ですが、共に考えてすすめていった内容ではない為、今度は何の研究をするか、どのようにすすめていくのかなど、もう少し話し合いを持ちすすめていく方法がベストだと感じました	
		一つ一つの事例での深まりや交流はあったが、その場限りで終わり一貫した流れや深まり、まとめがなかったので、検討する必要がある	
教員の関わりへの要望(4)	1年(3)、6年(1)	今年度は、検討会が1回しか開催できなかった。また、2施設と大学の交流しかなかったため、もっと多くの施設の方のご意見が聞けるとよかった	
		私たちの意見も尊重して取り入れてくださったことは、大変ありがたかったのですが、中々現場にいと、取り組みが不十分になりがちだったので、もう少し密に連絡をとれるようにしていくと良いのではないかと。現場にも、お越し頂けると良かったかもしれません	
検討時間の不足(3)	2年(1)、3年(2)	現場の実態をありのままに知ってほしい	
		5施設からの複数の事例ということもあり、話し合いの時間が少なすぎた	
研究課題を絞ってじっくり取り組むこと(3)	3年(3)	意見交換の時間が十分でないため、もう少し集まれるといいと思ふ	
		課題に対しての症例数は、各病院1例でよいと思ふ	
討論の場の持ち方や発表に関する検討(3)	2年(1)、5年(1) 6年(1)	今年度は一つの病院でいくつもの研究テーマがあったところがあったため、一つ一つに時間をかけて考えることが少し欠けた気がします。各病院1つぐらいのテーマでじっくり考えたほうがよろしいかと思ふ	
		発表をまとめるのにいっぱい、どのような討論にすればよいかの検討ができない。討論の場の設定に改善が必要だと思ふ	
研究成果の共有と活かし方(2)	1年(1)、4年(1)	共同研究報告と討論の会を院内でも実施していただけると良い。他施設での関連研究報告と合わせて。	
		施設ごとの発表があればと	
現状でよい(2)	3年(1)、6年(1)	医療処置が必要な人など制限している利用者さんを受け入れられるようにしていく方法を考えていく。特別養護老人ホームの看護師の人数配置を増やす方法など考えられる場、県や国に働きかける方法などあったらいいと思ふ	
その他(3)	1年(1)、3年(2)	現在の協働関係で進めていくことは効果的だと思ふ	
		今回の研究に関しては、仕事の多忙などにより、十分に関わりが持てず残念に思ふ。改善については答えられません	

表9 共同研究の主旨・目的や計画について了解して参加することができなかった理由

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
研究についてよくわからないままの参加(5)	1年(1)、2年(3) 3年(1)	研究目的を上司より聞いていなかった。また、自身でも確認しようとしませんでした
		突然参加するように言われたのでよく分かりません
研究への参加・協力ができなかった(3)	4年(2)、5年(1)	業務をまわす方に目が行き、研究については他の方をお願いしていた
		カンファレンスなどに参加できなかった
計画・方法の了解不足(2)	1年(1)、2年(1)	前年度からの継続で、研究の流れはだいたいわかったが、計画書が不完全でどうして良いかわからなかった
		当初予測していた方法とは異なっていたため、結果として自分の理解が浅かったのかと思つた
説明方法が不十分(1)	5年(1)	研究の主旨・目的・計画について、口頭でしか聞いていない
目的が混乱しわからなかった(1)	5年(1)	療育システム相談と合わせて行ったので、それぞれの目的が混乱してしまって分からなかった。途中で分かってきた

表10-1 組織としての了解状況と支援・協力状況

組織の了解	実数	組織の支援・協力の有無			支援・協力内容(複数回答)				
		支援・協力有 (実数に対する割合)	支援・協力無 (実数に対する割合)	回答 なし	計(実数に 対する割合)	他の職員 の理解・ 協力	時間場所 の保障	環境整 備・調整	上司から の助言
組織のトップ	39	31 (79.5)	8 (20.5)	0	59 (151.3)	21	20	11	7
組織の看護職 トップ	31	24 (77.4)	5 (16.1)	2	47 (151.6)	18	12	10	7
直属上司 (看護職)	8	5 (62.5)	3 (37.5)	0	12 (150.0)	4	3	2	3
直属上司 (看護職以外)	3	1 (33.3)	2 (66.7)	0	1 (33.3)	0	1	0	0
その他	1	1 (100.0)	0	0	1 (100.0)	0	0	1	0
計	82	62 (75.6)	18 (22.0)	2	120 (146.3)	43	36	24	17

表10-2 継続年数別組織の支援・協力状況

継続年数	実数	組織の支援・協力の有無			支援・協力内容(複数回答)				
		支援・協力有 (実数に対する割合)	支援・協力無 (実数に対する割合)	回答 なし	計(実数に 対する割合)	他の職員 の理解・ 協力	時間場所 の保障	環境整 備・調整	上司から の助言
6年目	18	10 (55.6)	8 (44.4)	0	17 (94.4)	6	7	2	2
5年目	7	3 (42.9)	4 (57.1)	0	4 (57.1)	3	0	0	1
4年目	10	9 (90.0)	1 (10.0)	0	22 (220.0)	9	6	4	3
3年目	20	17 (85.0)	3 (15.0)	0	34 (170.0)	12	10	8	4
2年目	15	12 (80.0)	1 (6.7)	2	20 (133.3)	6	7	4	3
1年目	12	11 (91.7)	1 (8.3)	0	23 (191.7)	7	6	6	4
計	82	62 (75.6)	18 (22.0)	2	120 (146.3)	43	36	24	17

表10-3 組織内での研究経過や成果の共有状況

継続年数	実数	共有の有無			計(実数に 対する割合)	共有の方法(複数回答)					
		共有有(実数 に対する割合)	共有無(実数 に対する割合)	回答 なし		上司・同 僚への報 告	復命・報 告書の提 出・回覧	報告をも とにスタッ フ間で検 討	施設内で の発表・ 報告機会 に報告	共同研究 報告と討 論の会へ の参加を 促す	その他*
6年目	18	16 (88.9)	2 (11.1)	0	32 (177.8)	12	4	2	6	6	2
5年目	7	7 (100.0)	0	0	12 (171.4)	5	3	0	1	3	0
4年目	10	7 (70.0)	3 (30.0)	0	17 (170.0)	7	3	5	0	2	0
3年目	20	17 (85.0)	2 (10.0)	1	36 (180.0)	14	4	9	6	2	1
2年目	15	12 (80.0)	3 (20.0)	0	20 (133.3)	7	7	4	1	0	1
1年目	12	12 (100.0)	0	0	24 (200.0)	6	6	4	3	4	1
計	82	71 (86.6)	10 (12.2)	1	141 (172.0)	51	27	24	17	17	5

*その他内訳:冊子にして関連病院へ配布、院内報で紹介、把握していない、何らかの形で報告するなど

表11-1 現在の共同研究への継続参加の希望がある者の取組んでみたい課題

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
看護ケア・援助方法の検討(5)	1年(2)、2年(1) 3年(1)、6年(1)	対象の自律という意味で、訪問看護師対利用者の関係から、利用者同士の交流の場を持って自律を促す方法など 在宅に向けての情報シート活用後の評価をどのように行っていくか、またその情報シートの内容検討・改善についてなど
連携・継続看護(3)	3年(2)、6年(1)	病棟と外来の継続看護
看護師の意識の変化(1)	6年(1)	インタビューシートを全看護師が使用して、勤労者に対する看護の中でどんな変化があったのかの調査(インタビューシート使用前と後の看護師の勤労者看護の意識の変化)
痛みの軌跡(1)	6年(1)	痛みの軌跡
その他(3)	6年(1)	形のないものから少しずつ形を作り、今まではリーダー格の看護師を中心に教育してきたが、来年は全看護師に対する教育を含めた活動に範囲を広げていきたい
	3年(1)	社会復帰に向けた看護実践も幅が広いいため、何かポイントを絞ってみるのもよいのでは(社会復帰に対する障壁・社会復帰のために必要な環境など)
	2年(1)	共同研究したことを病院に還元したい
具体的に決まっていない(2)	2年(1)、5年(1)	今はまだはっきりとした内容は決まっていません 課題の具体案は今のところありませんが、何らかの形で共同研究は継続していきたいと思えます

表11-2 新たな共同研究課題に取組みたい者の取組んでみたい課題

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
急性期の精神科看護(2)	3年(2)	急性期精神科看護
精神障害者の社会復帰に向けた援助(1)	3年(1)	患者様の選定はしていないが、社会復帰を援助するような課題であれば取組みたい
在宅精神障害者の支えあい支援(1)	1年(1)	地域内で生活・療養している2~3人の精神障がい者をナースがそれぞれサポート・マネジメントしながら、その2~3人がお互い助け合いサポートし合っているような関わりができるよう、援助・展開してみたい
退院調整の課題の明確化とあり方の検討(1)	1年(1)	退院調整患者の傾向とよい調整を目指しての課題の明確化。急性期病院における退院調整のあり方の検討。(病棟ナースと退院調整ナースの役割)
生活習慣改善に向けた援助(1)	6年(1)	メタボリックシンドロームの概念が、健診、保健指導に導入されることになっているので、わかりやすく情報を伝え、わかりやすく生活習慣の改善を実践できる指導をお互いに交流しあって共同研究につなげていく
死産経験者への援助(1)	5年(1)	死産を経験した母親への援助について考えていきたい
看護学生への母乳育児支援者としての教育(1)	3年(1)	看護学生への母乳育児支援者としての教育

表11-3 次年度の共同研究への参加を希望しない理由

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
負担が大きいため(4)	2年(1)、3年(2) 4年(1)	共同研究は必要だと思うが、時間・場所・課題などそれまでの取り組みにエネルギーが必要であるため、負担感があり希望しない 勤務外での仕事が増えるから。病棟での仕事でも勤務外の時間を使わなければならない状況だから
退職・産休等のため(3)	3年(2)、6年(1)	産休のため 転職のため
異動や委員会の所属変更のため(3)	2年(2)、3年(1)	部署、委員会が変わった
現場と研究のギャップがあるから(2)	2年(2)	研究が臨床に役に立っていない気がする。臨床と机上のギャップがあるように思う。データ収集に臨床が役に立てることがあれば協力します 現場で事例を通して感じる問題とのずれが感じられました
他職員に経験してもらいたいから(1)	3年(1)	2005年・2006年と2年参加していたが、自分だけでなく他の職員にもこのような取り組みについて取組んでもらいたいし、理解してもらいたいから
自組織で取り組めるようになったから(1)	5年(1)	現在の取り組みについて、この共同研究が大きなきっかけだったと大変感謝しておりますが、ある程度行政として取り組めるだけの形となり、現在の形でやって行きたいと思うから
他職種との協働した取り組みにおいて、看護の視点の研究が不自然だから(1)	2年(1)	包括支援センターは保健師・主任ケアマネ・社会福祉士3職種共同であり、「看護」の視点の位置づけでの研究が、少し不自然であるため
内容により検討したい(1)	2年(1)	共同研究の内容により検討はしていきたいと思えます
その他(1)	3年(1)	研究課題が同じであれば、急性期病棟には該当しないか？

表12 共同研究をきっかけにして今後学びたいと思うこと

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
連携・チーム医療について(11)	1年(2)、2年(1) 3年(4)、4年(1) 6年(3)	産業医や主治医との連携 現在の共同研究の課題でもあるが、“病棟⇄外来”の連携について考えたい 効果的なチーム医療について
法律・制度・社会資源等の理解(5)	2年(1)、3年(2) 6年(2)	現在学習中ですが、衛生管理に関する知識 国や市の対応や、利用できる制度・施設などについて
研究のすすめ方、取組み(4)	1年(2)、3年(1) 4年(1)	研究の進め方、内容の検討 自分なりのテーマを見つけ、看護研究に取り組んでみたい
退院調整・支援(3)	1年(1)、3年(1) 6年(1)	退院調整について学びたい
障害児者の支援体制づくり(3)	3年(1)、5年(2)	障害児の支援体制作りのすすめ方
看護ケア・援助方法(2)	1年(1)、6年(1)	慢性期疾患の看護 自律への援助の方法等
外来のあり方(2)	3年(1)、4年(1)	入院治療だけでなく、外来治療のあり方について
疾患・障害についての理解(2)	3年(1)、4年(1)	より幅広い疾患について 対象者のもつ主障害についてもっと深く学びたいと思います
県内の看護に関する歴史(1)	3年(1)	岐阜県内の精神科看護・精神科看護師の歴史など
スタッフ育成(1)	1年(1)	他の精神科病院の看護職のトップが、スタッフ育成をどのように考え行っているのかを知りたい
専門看護師(1)	3年(1)	CNS(精神)を目指したい。大学院へ進学を目指す!!
地域看護学(1)	2年(1)	地域看護学を学びたい
保健活動の評価(1)	6年(1)	保健活動の評価の仕方(自己満足になりやすい傾向にあるので、客観的評価をどう受けたらよいかなど)
母乳支援(1)	5年(1)	母乳への取り組み
フィジカルアセスメントの方法(1)	1年(1)	入所時のフィジカルアセスメントと仕方
その他(8)	1年(1)、2年(1) 3年(1)、4年(1) 6年(4)	組織的に知識や実践力をつけるための効果的方法など 知らないことばかりなので、いろいろ学んでみたい 障害・健康マップづくり、健診内容の検討

《編集後記》

この報告書は、平成 19 年度に実施した、本学教員と看護実践現場の看護職の方々との共同研究 28 課題について、その活動の成果をとりまとめたものです。平成 20 年 2 月 16 日に本学で開催しました「共同研究報告と討論の会」で報告された内容や当日の討論の結果も盛り込まれています。今後の共同研究活動の発展のため、参考にしていただけたら幸いです。

また、「共同研究報告と討論の会」には多数の方のご参加をいただき、活発な討論に加わっていただきましたことを、この場をお借りしてお礼申し上げます。なお、ご協力いただいた意見調査の結果は、次年度の会の運営の際、参考にさせていただきたいと思っております。

共同研究活動は、本学全教員の活動として取り組んでおり、学内では研究交流促進委員会が、看護研究センターのバックアップのもと、共同研究を推進するための諸活動に関する企画、立案、運営等を行っています。

お気づきの点がありましたら、ぜひご意見をお寄せください。

【研究交流促進委員会】

委員長：	岩村龍子准教授	(看護研究センター)
委員：	平山朝子学長	
	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)
	奥村美奈子准教授	(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
古田さゆり助教
会田敬志教授
小澤和弘講師

発行日：平成 20 年 3 月 31 日
編集：研究交流促進委員会
発行：岐阜県立看護大学
〒501-6295 羽島市江吉良町3047-1
TEL：058 (397) 2300 (代) FAX：058 (397) 2302
ホームページアドレス： http://www.gifu-cn.ac.jp

