平成２０年度共同研究事業

共同研究報告書

岐阜県立看護大学

9回目の刊行にあたって

学 長　　平 山 朝 子

共同研究事業の報告書は、開学初年度から継続的に刊行し、この報告書で 9 冊目となります。本学における共同研究の取り組みは、大学の地域基盤を造り出す中心的な活動であるからこそ、全学的な合意の下に、教授会の下部組織として構成している「研究交流促進委員会」が企画・運営してきています。

共同研究は、本学の教員が、現地看護職と共同して現地の看護実践活動を改善・充実するために行なう活動です。したがって、このこと自体、岐阜県下の看護サービスを向上させるという大切な目的を持っています。

しかし、この共同研究の実施は、単なる研究面の目的ばかりではなく、人材育成面・教育活動面での多様な目的を持っています。

本学は、看護学の単科の看護大学であり、学士課程の臨地実習など基本的な教育活動を行なうに際しても、県下の保健医療福祉施設の協力が不可欠で、毎年多数の外部機関に協力依頼をしています。

したがって、自大学の看護学科の教育を実施し、教育環境を整えるという意味でも、現地との共同研究は重要な役割を果たしています。研究実施に際しては、現地看護職者との関係は、対等な立場でそれぞれの責任を果たすこととなっていますが、研究の過程では参加してくれた現地看護職者の専門性を深め、主体的に学ぶ大切な機会となっています。この共同研究に関わる大学の活動は、県内看護職者の大学院での修学への動機付けにも役立っています。

本学では、看護学のおかれている状況をそのまま受け止めて、看護学固有の大学の地域基盤づくりをしているわけですので、この冊子には、研究報告ばかりではなく、年度の終盤で行なう「報告と討論の会」の実績報告や、研究実施に関わった教員及び現地看護職者の自己点検評価結果などを網羅して編集しています。

報告書は、単年度ごとの刊行ですので、今回は 33 題を掲載していますが、この 9 年間の累積は、242 題に及びます。

成果としては、いずれにおいても、看護サービス利用者の受け取るケアサービスについて、その質向上を現場レベルで追求することが確実になされています。また一方においては、実践を担う看護職の主体的な学びの充実と、本学教員の資質の向上、とくに岐阜県域の看護事情を踏まえた実践研究の特質の理解には極めて有効な活動となっています。

この報告書は、研究交流促進委員会の編纂によるもので、近年では、研究参加者の自己点検評価を毎年実施し、事業評価に加えています。また、単なる研究結果を掲載するばかりではなく、現地看護職者と共同したことによる効果も明確化する努力をしています。

(2009-3)

目　　次

巻頭言

Ⅰ．共同研究報告

１．　地域の保健福祉活動

地域における高齢者の介護予防をめざした支援活動の展開方法・・・・・・・・・・・１
健康日本 21 地方計画の有効な実施を実現する保健活動のあり方・・・・・・・・・・６
家庭訪問を通して個人・家族・地域を捉える視点・・・・・・・・・・・・・・・・・10
アウトソーシングで実施した特定健康診査・特定保健指導 1 年目の課題と
　　保健師の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
行動変容を重視した保健指導のモデル的実施と評価・・・・・・・・・・・・・・・・22
難病ケアコーディネーター研修の充実に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・・・27

２．医療機関における看護

看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具（尺度）の開発・・・・・・33
糖尿病患者の看護支援方法に関する取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
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２・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44
一般病院におけるがん患者の看護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・50
在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討・・・・・・・・・・・・・・・・53

３．退院支援に関する看護

退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた方策の検討・・・・・・・58
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・・・・・・・・・64
過疎地域の地域ケア体制充実に向けた病棟における
　　退院時支援のあり方に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・70

４．訪問看護

過疎地域診療所における訪問看護の充実に向けてのあり方・・・・・・・・・・・・74
ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族を支える訪問看護活動の検討・・・・80

５．福祉施設における看護

障害者施設における入所者の健康生活の維持・向上をめざした
　　健診・検診のあり方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・85
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・・・・・90

６．育成期にある人々を対象とした看護
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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・95
地域の特色を活かした地域・病院・多胎児サークルが協働して行う
多胎児支援の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・101
中学生における「対人関係プログラム」の作成・・・・・・・・・・・・・・・・・107
養護教諭の専門性の確立に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・113
赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けての検討・・・・・・・・・・119

７．精神科における看護
精神科病院における社会復帰に向けた看護実践の取り組み・・・・・・・・・・・・125
精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の成果と課題・・・・・・・・・130
精神科訪問看護の現状と課題に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・135
精神科急性期治療病棟における個室看護に関する研究・・・・・・・・・・・・・・139
精神科病院における認知症高齢者のケアの充実にむけて・・・・・・・・・・・・・143

８．労働生活を支援する看護
働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究・・・・・・・・・・・・・・・148
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・・・・・・・・・・・154

９．人材育成
市が目指す保健師活動を可能とする人材育成に関する研究・・・・・・・・・・・・159
保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方・・・・・・・・・・・・・・・・164
就職 3 年目の看護師の看護実践をとおして「自分育て」を考える・・・・・・・・・170

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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・176
参加者の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・179
参加者への意見調査の結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・180
参加学生（看護学科）への意見調査の結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・183
教員への意見調査の結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・184

Ⅲ．平成 19 年度共同研究事業自己点検評価結果・・・・・・・・・・・・・・・・188

地域の保健福祉活動

地域における高齢者の介護予防をめざした支援活動の展開方法

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

Ⅰ．これまでの経緯

町においては、介護保険制度開始以前から、認知症予防･介護予防の地域づくりを住民が主体となって取り組む体制をつくり実施してきた。平成17 年度からは、住民による介護予防の地域づくりを共同研究として取り組んできた。平成 17 年度は、「住民みんなで取り組む認知症予防活動の展開方法」を課題として町の保健福祉課と共同研究を行った。平成 18 年度には、「介護保険体制下において高齢者のいきいき生活を実現する地域の体制づくり 」を課題として、この年新しく設置された地域包括支援センターと保健福祉課とともに取り組んだ。さらに、平成 19 年度は、「住民との協働による健康づくり･地域づくり活動の方法」を課題として 3 市町合同の共同研究として取り組んできた。

Ⅱ．平成 20 年度の目的

平成 20 年度は、介護予防の地域づくりに継続して取り組むことに加えて、地域包括支援センターが設置された平成 18 年度からの活動を振り返り、今後の発展に向け検討することを目的とした。

Ⅲ．方法

平成 20 年度は、次の 3 つの方法で活動を実施した。

１．地域における高齢者支援、介護予防支援について、各種会議の場での検討を継続する。

２．平成 18 年度からの地域包括支援センターの活動について、できていること、地域の現状、さらに必要な活動を明確にする。

３．介護予防給付の長期的評価方法について情報収集と検討を行う。

活動の実施体制としては、地域包括支援センターにおける活動をスタッフ全員で協働して取り組んだ。平成 18 年度からの活動の検討と介護予防給付の評価は、大学教員も加わり話し合いを行った。

倫理的配慮としては、通常業務として行うこと、これまでの活動を検討することについて、スタッフとして了解している。また、センター長および保健福祉課長の了解を得て実施している。

Ⅳ．結果

１．地域における高齢者支援、介護予防支援についての検討の継続

地域包括ケア会議は、町全体の状況や取り組みの方向を確認することを目的とし、具体的な課題への取り組みは、課題ごとのプロジェクト会議において検討する取り組みを継続した。課題ごとのプロジェクト会議は、移送、つどい・交流について立ち上げた。

移送については、関係機関で状況を報告しあい、検討を重ねたが、解決案は見出す事が出来なかった。行政だけに頼らず、地域での工夫も必要であると感じる。重要な課題であるので、今後も継続して会議を実施していきたい。

つどい･交流については、自治会・班等の小さな単位で交流が出来るよう働きかける事、地区福祉会･商工会･商店と協働する事が挙がった。又、地域のたすけあい活動が交流の一つであり、今後も地域でのたすけあい活動を広げていく必要性を認識した。

２．平成 18 年度からの活動と成果・課題の確認

１）活動の振り返りの方法

平成 18 年度に地域包括支援センターが開設されてから 3 年間の活動を振り返り、これまでの成果と今後の発展を検討するために、次の方法で活動の振り返りを行った。

まず、(1)3 年間の活動と地域の現状を問う質問項目を教員が作り、地域包括支援センターのメンバーで回答した。その回答結果について、地域包括支援センターのメンバーと教員で話し合った。その話し合いから 3 年間の活動で取り組んできたことを教員が文章に整理した。

次に、(2)地域包括支援センターのメンバーが感じている地域の実態･課題を SWOT 分析（Strength（強み）Weakness（弱み）Opportunity（機会）Threat（脅威）の頭文字を取ったもので、組織のビジョンや戦略を企画立案する際に利用する現状分析の手法の一つ。もとは経営学の分野で作られたもので、総合計画策定にあたり活用し

ている地方自治体もある。）を使って整理し、さらにそれをまとめて、実態・課題として文章に表現した。

そして、(3)(1)の活動と(2)の実態・課題の関係について、地域包括支援センターのメンバーと教員で話し合い、紙に貼りながら整理した。整理にあたっては、地域包括支援センターの業務である基盤整備事業、総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジャー支援、予防マネジメントの5つの項目を横軸に置き、縦軸は、地域の現状を上に、下に取り組んできたこととし、関連する内容を矢印で上から下に結んだ。

その結果、以下9つの活動を柱として実施してきたこと、それらの活動が関連している地域の現状と今後の課題が整理できた。また、これまでの活動の意義が明確になった。

２）地域の現状と課題および活動と成果・課題

(1)主に基盤整備事業関連の地域の現状と活動

関連する地域の現状は、以下のとおりである。退職をしても農業などで、毎日が忙しい方が多い（役割がある一方、ボランティアなど時間を作る余裕がない)。シルバー人材センターに女性スタッフが少なく、家事への支援は少ない。介護保険では制限があり、需要に応えられない。山間地であるため、歩いていける範囲に公共施設・買い物等の店が乏しい。店は減っていく。生活の便が悪い。隣近所との距離が離れていたり、坂道もあり、近所との交流も制限が出る。地理的に災害時への不安がある。交通手段が整っていないため、受診はもちろん、外出に支障が出る。車に乗れなくなると、外出が制限される。助け合いの制度が 5 地区のうち、2 地区で出来ている。近所の関係は干渉しあい、助け合う風潮がある。サロン等集いを実施しても参加される方がいつも一定の決まった方が多い（特に男性は少ない)。

実施してきた活動は、下記の①～④である。

①日常活動を通して地域に潜在する課題を見出し、関係者と協力して解決に結びつける。

②地域包括ケア会議を継続し、地域の課題を把握し、関係機関・住民の方たちとともに解決を図る

具体的に実施したことと成果は、次のとおりである。各種会議、個別支援で課題を意識的に把握し、また高齢者実態把握調査を実施した。住民からの相談を受けて地域の助け合いシステムづくりを支援し 1 地区でシステムができた。移送、つどい・交流についてプロジェクトチームで取り組んだ。　若年者のあつまりの必要性を感じ、場作りを行った（③の活動)。民生委員・ケアマネジャー等から、認知症家族の中に、集いのニーズがあると情報が入る。虐待防止の観点からも必要性を感じ、「認知症を考える家族の集い」を実施した。（⑥の活動に含まれる）ケアマネジャー連携会議でもグループホームがあるとよいという意見があがっており、そのような中、他の状況も動いて町内にグループホームができることになった。また、建築業者を対象にした住宅改修の研修会を町との共催で実施できた。

今後の課題は、地域づくり、見守りの活動を進めるために警察や消防、商工会など連携相手を広げることと社協との役割分担、シルバー人材センターへの働きかけ、住民の助け合いシステムや見守りの動きを支援すること、移送プロジェクトの継続である。

③地域で健康問題を抱える方を状況別・疾病別にグループ化し、相互作用の中で自立した生活の確立を促す

パーキンソン病、リウマチの方の集まりを開催した。今後も実施する予定である。

④地域包括支援センターを地域の人たちに知ってもらい、つながりをつくる

関係機関や各種会議に出向き挨拶とセンター紹介、センターだよりを全戸配布、広報への掲載を行った。民生委員から心配な方や訪問フォローをしてほしい方、対応困難な方の相談が入るようになった。また、ケアマネジャーからも対応困難な事例の相談が入るようになった。高齢者支援に関わる各種会議のメンバーとなった。地域包括支援センターと保健センター、社会福祉協議会等との定例会議を設けた。

今後はさらに、困ったことを相談しようという意識を家族や高齢者に伝えていくこと、地域包括支援センター便りは毎年早めに作成して関係機関に持参することを行いたい。

(2)主に総合相談関連の地域の現状と活動

関連する地域の現状は、福祉サービスや相談機関についてよく分からない方が未だある、という状況である。相談先を知っていても相談しない方もいるという状況もある。また、民生委員、社会福祉協議会、役場など相談先は多数あり、どこかに相談が入れば情報は共有されている。

実施してきた活動は、下記の⑤である。

⑤町内の様々な社会資源を把握し、誰もがその方の自立を促すような有効な相談体制がとれるよう地域資源マップを作成する

具体的な実施内容と成果、課題は、次のとおり

である。関係機関に聞き取りを行い、地域資源マップを作成した。居宅介護支援事業所、医療機関、民生委員、地域包括ケア会議メンバー、役場、役場支所、サロン代表者、マップに掲載された団体に配布した。マップ作成のための聞き取りを通して関係者とつながりができた。また、地域包括支援センターとして今ある資源、特に予防活動に活用できる資源を把握することができた。マップを活用してもらうことと新しく把握したサービスを追加していくことが課題である。

(3)主に権利擁護関連の地域の現状と活動

地域の現状は、同居していても世代間でうまく関係を作れない世帯がある。地域の取り組みとしては、小中学生から高齢者への手紙、運動会、下校時パトロールなど世代間交流事業は各種行われている。高齢者と同居している世帯は多い。

実施してきた活動は、下記の⑥である。

⑥高齢者虐待の予防と対応の充実を図る

虐待事例発生時の対応のための書類を整理し、流れを確認したことで対応の流れができてきた。地域包括支援センターのスタッフで担当地区を分けて担当者を決め、ケアマネジャー担当の困難事例や地区連携会議で出された困難事例へのかかわりを支援している。また、介護負担が大きいと考えられる認知症者を介護する家族の会を虐待予防につながると考えて開催した。

今後はさらに、介護負担の大きい家族への個別のかかわりやケアマネジャー支援の強化、予防啓発活動の充実、家族会の継続が必要である。

(4)主に包括的・継続的ケアマネジャー支援関連の地域の現状と活動

関連する地域の現状は、高齢者に占める独居世帯・高齢世帯率は国より低い。しかし、人口に占める高齢者の割合は多いため、やはり独居・高齢者世帯の問題は残る。又、外国人嫁や、独身男性と高齢者世帯など介護力に乏しい世帯がある。平成 17 年～20 年の介護認定者数の推移について、年齢調整を行い、近隣 2 市町と比較したが、介護度が低い方の認定が多いというこれまでも捉えていた特徴を再確認したのみであった。

実施してきた活動は、下記の⑦である。

⑦各ケアマネジャーのケアマネジメントをよりよいものとする。

頑張った事例発表会を毎年 1 回開催、ケアマネ協議会の月例会で事例検討会（H19）、困難事例の検討（H20）を実施した。対象者の見え方が変わるような学びが必要とわかった。平成 20 年度は、精神保健福祉士から精神疾患をもつ人の理解につながる話を聞く機会を設けた。今後はさらに、個々のケアマネジャーと話し合う機会をつくり働きかけることやケアマネジャーとしてのアセスメント能力を皆で高めていくことが課題である。

(5)主に予防マネジメント関連の地域の現状と活動

関連する地域の現状は、次のとおりである。軽度介護認定者が多い。関節疾患を患う方が多く、外出に制限が出る。高齢になってもよく働く方が多い。高齢になっても自分でやり続けようと思う方が多い。また、人口構成を見ると、後期高齢者が特に増加してきている。要支援の方の利用するサービスを見ると、国と比較すると訪問介護の利用は少なめで、デイサービスとデイケアの利用が多い。要支援の方の経過を確認した結果は、結果 3 に記載した。

実施してきた活動は、下記⑧、⑨である。

⑧介護予防支援業務の各事業所間のスムーズな移行とマネジメントの効果的な実施を目指す

これは、予防マネジメントが開始された時点の取り組みであり、個別支援において実施した。

⑨高齢者本人の自立支援の視点を重視した予防マネジメントの充実に努める

スタッフ 1 名増員でき、一人一人の支援計画作成、訪問回数増は実現できた。今後はさらに要支援の高齢者一人一人に気持ちが前向きになるような働きかけと支援を行い、予防マネジメントを充実させていくことが課題である。

３）地域の現状とこれまでの活動の意義、今後の課題

２）で整理した地域の現状と実施してきた活動は、一つの活動に対して複数の現状が絡み合って関係している。話合いをする中で、要支援の認定者が多いのはなぜかということについて、交通手段が乏しく外出が困難といった地域環境の特徴があり、買い物などに手助けが必要になっているのではないか。また、要支援の方のデイサービスやデイケアの利用が多いことについて、人に会いたいために利用につながることがあり、これもやはり外出困難な状況が関連しているのではないか、ということが考えられた。

そして、移送手段確保の取り組みや住民の助け合い支援、集い・交流の検討など、住民の方とともに地域づくりを行う視点で進めてきた基盤整備事業は、それらの高齢者の状況に対応するものになっていると言えるのではないか、と活動の意義を地域の現状と照らして再確認できた。また、

センターの活動の幅広さを確認できた。

今後も住民の方と地域づくりの視点で取り組む基盤整備事業をさらに継続していくことが必要である。また、個別支援におけるマネジメント機能強化、予防マネジメントの充実についても今後はさらに取り組んでいく必要があることを認識した。

３．介護予防給付の長期的評価に関する検討

要支援の方の経過を追って確認した。この 3 年以内に予防給付から死亡に至っている方は、予防給付のうちか、もしくは介護認定へ移行しても 6 ヶ月以内に亡くなっている方が多い。

厚生労働省の出している 1000 人の方の追跡調査との数値の比較を行った。要支援 1 の方は、厚生労働省の結果より町の方が、改善・維持率がよいが、要支援 2 の方は、町の方が介護度が高くなった方の割合が多い。その原因を探ると、約 1／3 は徐々に状態が悪化した方。約 1／3 は転倒や内科的疾患の悪化による方。約 1／3 は特に大きな変化は見られない方という状況であった。今後は徐々に悪化していく状況に対して重点的にご本人へ介護予防への動機付けを行っていく必要があると考える。

４．実践方法として改善できたこと・変化したこと及び共同研究を実施しての感想・意見

3 年間のセンターの業務や取り組みと、地域の現状双方を振り返る事で、センターの活動が地域に密着している事が分かった。又、看護大（町外の視点）から助言を受けられた事が、現状を客観視することが出来、大変良かった。

かかわった大学教員は、当町では、常にスタッフが主体的に考え、実践活動を推進していると感じている。その取り組み姿勢が共同研究を活用して、自分たちの実践を前進させる基盤となっていると感じる。また、3 年間の活動をともに振り返ったことで、教員側が地域包括支援センターの業務や高齢者にかかわる地区診断の内容について、具体的に確認することができた。

５．共同研究として実施したことの意義

全国的に包括支援センターが設置されて 3 年が経過するが、この間活動は試行錯誤を繰り返し、市町村によりその取り組みは異なる。その市町村にあった活動は何であるのか、立ち止まって地区分析をする事は大切である。今回共同研究を通してその分析をする事が出来た事は非常に有意義であった。

かかわった大学教員としては、共同研究として活動の振り返りを実施したことで、一つまとまった形で活動を振り返る機会となり、また、地域包括支援センタースタッフの活動への共通認識をより明確する機会にできたのであれば、よかったのではないかと考えている。また、地域包括支援センターができてからの 3 年間継続して共同研究を実施しているが、そのことがセンターの体制や活動が形作られてくる過程に何らかの貢献ができたのであればよかったと考えている。教員側としては、介護保険制度における看護職の役割や事業評価に関する教育や研究活動において、今回の共同研究で理解したことを活かせるのではないかと考える。

さらに、本共同研究は 4 年間継続している課題であるが、これまでの共同研究報告と討論の会における討議では、住民との協働活動の方法や地域づくり活動に関して、当町の取り組みが他地域の方に参考になる、他地域の取り組みが当町に参考になり前向きな気持ちを与えられる、といったやり取りが行われた。また、住民の主体的な活動を目指した取り組みとして、地域の団体の代表者を集めた会議からそれぞれの地域団体の主体的な活動に発展させる困難さや方法の工夫、住民の方の助け合い活動が行いやすい内容やしくみとはどういうものか、といった内容の討議もあった。討議の参加者は、それぞれに自身の活動への示唆を得られたと推察される。また、住民との協働活動や地域づくり活動は、地域における実践活動の大きな課題の一つである。教員としては、他の地域におけるそのような意味を持った活動について検討や助言を求められた際に、本共同研究を通して理解したことを活かすことができた。

Ⅴ．共同研究報告と討論の会における討議内容

○住民の助け合いシステムについて、具体的にはどのようなものか、立ち上げのプロセスはどうだったのかという質問があった。

町の中心から 30 分ほど離れた地区での活動。緊急受診が必要なときに、民生委員が送る、透析を受けている人の送迎を近所の人が支援しようとしたが本人も遠慮があり難しい等の状況がある地区だった。町全体の課題としても移送手段については問題となっており、地域包括ケア会議等で話し合われていた。地区で移送のことを考える会を開いた。そこで、他の地区でこんな助け合いをしているというような具体例を紹介した。その地区の地区福祉会の方などが代表者となり社会福祉協議会の協力も得て準備会を立ち上げて、送迎時の事故補償などのことも検討し、仕組みづく

りを考えた。そして、平成 20 年 4 月から、住民の助け合いシステムが動き始めた。

具体的には、30 分 400 円、1 時間 800 円のチケットを作った。移送支援の場合は、それにプラスしてガソリン代もチケットでやり取りするようにした。その地区で会員になっている人が助けたり助けられたりする。主な支援内容は移送が多い。家事支援なども行っている。活動は広がってきている。助ける側になるという会員も多く加わっている。助け合いシステムの主になっているのは地区福祉会の方である。

地域包括支援センターの役割は、立ち上げの段階で、黒子的な縁の下の支えである。やってみようと住民、特に関心のある住民に声をかけ、他の地域の実施事例について情報を伝えたり、仕組みづくり等の相談にのったりした。

○地域の助け合いシステムのモデル的取り組みや高齢者のつどいのプランについての紹介があった。

ライフサポーターという名称でモデル地区を作って住民の助け合いを行っている。今のところ利用料は無料で、介護保険外の支援を行っている。介護保険サービスでやってもらえないことを支援できる体制をつくりたいと考えているという地域の紹介があった。

また、高齢者のつどいの必要性を感じ、特定高齢者の介護予防教室を終了した人を対象に、各地区の公民館に集まってもらってつどいを行い、外出と交流の機会を持つ計画をしている、有料ボランティアの制度があるので、移送はそのボランティアに依頼する予定である、という取り組みの紹介があった。

○地域包括支援センターの活動評価についてはどのように各地域で行っているか、について、集まった方たちの職場での現状をうかがった。

活動評価は、個々の活動で考えているが地域包括支援センターの活動全体を評価するということはできていないという地域、今年度の主眼の活動が認知症サポーター育成であるため、その部分について評価していきたいと考えているという地域、地域包括支援センターの活動を保健分野と切り離すのではなく、保健分野とあわせて全体で地域の現状を捉え活動を検討しているという地域があった。

○地域包括支援センターの保健師として力を入れていることは何か、自身の役割をどう考えるかという質問があった。

保健師が担う主の業務は予防マネジメントといわれているが、予防マネジメントの部分が十分にできているかというとまだ不十分だと思う。また、特定高齢者事業もできていないが、要支援の認定が多いので、特定高齢者の対象もかなり要支援の認定を受けていると考えており、そこで対応しているだろうと考えている。しかし、予防マネジメントだけが重要とは考えていない。地域をよく見て地域包括支援センターで行う活動を組み立てて行くこと、住民の地域での活動を発展させていくことが、長期的に見たときには介護予防になっていくと考える。地域包括支援センターとして地域づくりを大切にするという方針をもっている。予防マネジメントだけに終わらず、地域づくり、住民の活動を盛りたてていくことに地域包括支援センターのスタッフ全員で取り組んでいる。

○報告への感想として、自分の所属では地域包括ケア会議を社会福祉士が中心になって進めているが、もっと住民に参加してもらい住民と一緒に考えていくことが必要だと感じた、療養病棟の看護師をしており、患者さんの帰る地域にある地域包括支援センターがこのような活動をしていることがわかった、という意見があった。

Ⅵ. 共同研究報告と討論の会における討議を行っての感想と今後に向けて

地域包括支援センターの活動を評価する取り組みは、まだあまり行われておらず、難しいということを感じた。共同研究での取り組みがあったことで活動の振り返りができたのではないかと思う。

活動の振り返りの内容を今年度中にもう少し整理し、次年度以降の計画を明確にできるとよい。

健康日本 21 地方計画の有効な実施を実現する保健活動のあり方

松下光子　坪内美奈　米増直美　森仁実　大井靖子　宮島ひとみ　北山三津子
岩村龍子　大川眞智子（大学）　佐竹芳子　田中喜代美　寺村恵美子　堀田美奈
橋本香織　山本佳子　渡邊智香（海津市・健康課）

Ⅰ．これまでの経緯

市では、平成19年度に健康日本21地方計画「かいづ健康づくりプラン」を策定した。計画策定にあたっては、市民健康会議の開催などにより市民と協働して進めてきた。平成 19 年度は、その取り組みを共同研究としても取り上げ、市のスタッフと大学教員でともに考えてきた。

Ⅱ．今年度の目的

平成 20 年度から策定した計画が本格的に動き出している。計画を推進する取り組みを通して、策定した計画の有効な実施をめざした保健活動のあり方を検討する。

Ⅲ．方法

策定した計画に基づき保健活動を展開し、その取り組みを通して保健活動のあり方を検討する。

健康課のなかでの活動体制：健康づくりプランの担当者と各保健事業の担当者が協力して活動を進めている。計画については、課内会議で共有し、プランに基づいて、各担当が事業を展開してきた。各事業についての評価を年度末に実施し、次年度へとつなげる。

外部との協働：健康づくり推進協議会を 7 月に開催し、計画の進捗状況を報告し意見を得た。2 月末にも今年度の取り組みを報告する予定である。また、計画策定の際に実施した市民健康会議を 1 月末に再度開催し計画の進捗状況を報告し、今後の進め方について意見を得た。

大学教員は、健康づくり推進協議会、市民健康会議での検討方法、今年度の取り組み経過について健康課のメンバーとともに話し合いを行った。

倫理的配慮は、健康課の活動そのものであるため、部長、課長、課長補佐含め課の職員間で共同研究への取り組み、報告について共有し了解の下で進めている。

Ⅳ．結果

１．20 年度に実施した計画の項目ごとの主な取り組み

１）栄養・食生活

健診事後教室や栄養教室の実施、食育に関するＰＲ活動を行った。食生活改善協議会への研修を行い、会員から地域への普及を目指した。

２）身体活動・運動

健診事後教室を実施した。また、事後教室卒業者への継続支援、喜楽めき歩好会（月に１回、保健センターに集合しウォーキング）を実施した。

３）休養・こころ

精神保健に関する関係機関と毎月ケア会議を実施した。地域で連携を深めるきっかけづくりとして民生委員と母子保健推進員との交流会を開催、また、母子手帳交付時にアンケートをとり妊娠時の心の状態を確認した。

４）たばこ

市の施設内での禁煙が実施された。庁舎内のたばこの自販機が撤去され、公用車内は禁煙となった。また、各自治会施設での禁煙の張り紙を作成し希望自治会へ無料配布した。

５）アルコール

市報でアルコールについて情報提供した。母子手帳交付時に妊娠時の飲酒について確認した。

６）歯

8020 歯科健診の受診勧奨、20 年 4 月から妊婦歯科健診を実施した。

７）健診

各種健診を実施した。実施期間を長く設定したり、土日や時間外の対応日を設けたり、より受診しやすい体制をつくった。

２．計画を市民に知ってもらうための取り組み

プランの周知のために、健康づくりプランのダイジェスト版を全世帯に配布した。また、健康展での周知を行った。健康展は、健康づくりに関する関係団体と連携し、平成 20 年 11 月 1 日（土）・2 日（日）に実施した。来場者数は、2,344 人であった。健康展で実施したアンケート結果では、健康づくりプランについて知っていた 30.3%、健康展でプランについて知った 51.4%であった。

さらに、市報に“今月のチャレンジ”コーナーをつくり健康づくり情報を提供した。

３．20 年度の取り組みの評価として行ったこと

「平成 20 年度に行政の取り組むこと」と決め

た項目が実施できたかを確認し、現在の課題は何かをアセスメントした。

また、計画策定時に市民と協働して計画をつくるために開催した公募委員との市民健康会議を再度実施し、行政の取り組みを報告し、個人や地域で「今年度取り組むことができたこと、次年度取り組みたいこと」について意見交換を行った。

委員との意見交換から、住民の方は、自分なりに健康づくりに取り組んでいること、そして、それを言葉にすることでさらに意識化できること、また、各地域に根ざした価値観や資源があるので、それをうまく健康づくりにつなげることも必要であることや各個人も地域の中に役割を持っており、それがその人自身、またそこにすむ住民の健康に大きく影響していることに気づいた。そして、地域の中での健康づくりには、人と人とのつながりがキーワードだと感じたが、最近は、昔に比べ、交流が希薄になりつつある地域もあり、地域の中の関係に変化が出てきている。それらの気づきから、各個人が暮らす生活（地域）の中に、プランを発展させていくための課題やヒントがあると考えた。プランを発展させるには、個人や各地域の状況を把握し、どんな特性がありどんな課題があるのかを分析し、地域を巻き込んだ活動が必要だと考えた。

また、年度末には、健康づくり推進協議会においても、これまでの経過を報告し、意見交換を行う予定である。

４．活動の実践方法として改善できたこと･変化したこと

市民の声を活かして、現状や目標を確認しながら実施できた。また、他の部署との意見交換をもつことで関連性を確認しながら、次につなげることができた。

５．共同研究を実施しての感想･意見

地域の特性や潜在している課題を確認しながら実行していくことの必要性を再確認できた。また、地区を把握するにあたっては、日々の業務の中で確認できることもあると感じたので、各担当がその視点を持って取り組めるよう、課内でも再確認したいと思った。また、日々の業務が、健康づくりプランのどの部分にあたるのかなど、常にプランに立ち戻って確認しながら進めていくことも大切だと感じた。

かかわった教員としては、ともに話し合いをすることで健康づくりプランを実際に実現して行く方法について、共同研究を通してじっくりと考えることができた。行政における看護活動や保健計画、活動評価に関する学生教育に活かしていきたい。

６．共同研究として実施したことの意義

担当者は、時に、ある部分に注目して視野が狭くなったり、どのように進めていくべきか迷うこともあった。そんな時に、全体を見て軌道修正のための助言や、他市町村の状況を教えていただけることで、視野を広げ前に進むことができた。

かかわった教員としては、共同研究として実施したことで、関係するスタッフが集まって健康づくりプランについてじっくり考える場を設けることができたのではないかと考えている。健康づくりプランは、中間評価が 4 年後、プランは 9 年後までの期間である。共同研究としては２年目、健康づくりプランの実施は、まだ１年目であるので、今後の進め方についてはさらに検討が必要な段階であると考えている。

Ⅴ．共同研究報告と討論の会における討議内容

１．健康づくりプランの進め方について

１）「住民と協働して健康づくりプランを進めることが課題である。どうやって進めているのかを聞きたい。」とディスカッションに参加していた他地域の保健師から質問があった。健康づくりプラン作成からこれまでの取り組みについて、以下のように追加説明がされた。

健康づくりプランの作成にあたって、住民の方と協力してつくってきた。公募と行政からの声かけで 15 名ほどの市民の方に集まっていただき、市民健康会議を開催して、プランの骨子を作成した。実施初年度に再度集まっていただいて、それぞれの方のプランに対する取り組みの現状についてうかがい、プランの見直しについて考えたいと思った。実施して話し合ったことで、保健師の予想以上に住民の方がそれぞれに健康づくりに取り組んでおられるという地域の現状がわかった。健康づくりプランをさらに進めるにあたって、そのような地域住民の活動の実態をもっと把握し、それらを活かして健康づくりプランを実現していきたいと考えている。

これまでの住民のグループ等への働きかけとしては、健康教室後の運動自主グループの方たちに健康づくりプランを伝えたり、保健関係でかかわっている団体の会議などの場で健康づくりプランを伝えたりということを行っている。プランを知ってもらうことも健康に関心をもってもらうきっかけになるのではないかと考えている。

２）ディスカッションに参加していた他の 2 地域

の保健師から住民との協働や健康づくりプランの進め方の紹介があった。

１つめの地域の取り組みは、以下のような内容であった。その地域では、健康日本 21 地方計画としてだけでなく、市の保健福祉計画として年代ごとの幅広い内容で目標を立てて取り組んでいる。計画のダイジェスト版は、増刷して配布もした。計画策定の段階から保健、福祉分野の関係職員がチームを作って協議を重ね、活動している。計画を進める職員のチームがある。また、日々の事業等の活動においては、つねに「保健福祉計画のどこに位置づけられた活動なのか」と計画に立ち返り考えて活動を行っている。各保健事業・活動には、それぞれ法律の根拠があるが、それと同時に市の健康福祉計画からの意味づけ（この目標があるから、これを行っている）を考えながら活動を行っている。つねにそのように確認して各事業を進めている。それらの各事業をまとめた内容を健康づくり推進会議などにも実施状況として報告している。また、それぞれの事業に関係している市民に意見を聞きながら、進めている。

もう一つの地域では、健康づくりプランを進めるにあたり、活動の土台となる住民が健康づくりに取り組むための地域の活動組織を作っていきたいと考えて取り組んできた、食、運動、心の健康づくりに関する活動グループを作ったが、その活動が広がらない、地域の組織作りを行うという当初の計画で進めるには困難な状況に直面しているという現状の紹介があった。

３）健康づくりプランと次世代育成支援計画、老人保健福祉計画との関連はどのようになっているのか、との質問が他地域の保健師からあった。

市全体の総合計画の中で、次世代、健康づくりなど枝分かれしている構造。健康課の職員がほとんどの計画に関わっているという面では、意見交換等実施できるが、関連を考えるというところまではいっていないとの説明がされた。

２．住民との協働について

１）住民の活動に何を期待するか、主体的な活動をどう発展させるか等、住民と協働した健康づくりプランの進め方について、当該地域、他の地域の取り組みとして以下のような意見が出された。

まず、当該地域の取り組みの現状と今後に向けての意見は、以下のとおりである。

健康教室後の自主グループについては、各自主グループを集めての交流会なども行っている。交流会を通して、他のグループの活動を知ってもらい、自分たちの活動に生かしてもらうこと、活動を継続するための支援として実施している。自主グループは、継続することも課題なので、継続を支援することは大事だと思う。また、自主グループの参加者が友人を誘ってきてくれることを期待している。行政が行っているさまざまな教室や特定保健指導などの場をもっと参加のハードルが低いものにするのもよいのではないかと、今日話し合っていて思った。健康づくりがしたい、生活改善したいと思っている方、取り組みがうまく行かない状態にある方などが、参加しやすい行政の事業があるとよいのではないか。教室参加者などが一緒に行こうと誘えるような形になるとよいのでは。特定保健指導は、気持ちに働きかけることが中心になってきており、入りやすくなっていると思う。

他２地域の取り組みの現状と意見として、まず、１つめの地域は、以下のとおりである。

既存の組織と手をつないで活動をしていくことも考える必要があると思っている。また、保健師が地区活動を行い、地区に入っていって住民に働きかけていくことも考えている。全戸訪問に取り組んでおり、その中で、健康に関心の高い住民等を把握できているので、それらの人々への働きかけを行うなど、全戸訪問で捉えた情報も活かせると良いと考えている。

もう一つの地域からは、以下のような意見があった。

住民の自主グループという点では、健康教室の実施中から自主グループの結成に向けて、働きかけている。教室開始時は、運動するだけでも始めての方たちであるが、教室が終わる頃に近づくと、教室が終わったあとも続けられるようにしよう、と声をかけ、自主活動になるようにつなげていく。教室終了時には、今後はいつ、どこに集まるかを決めておく。保健センターに集まるようにして、来た人たちに、がんばっているね、などと必ず声をかけるようにすると活動は継続されていく。住民の自主活動につなげ、何年間も継続して活動しているグループがある。保健師は、場所の提供や、実施時の声かけを行う、という後方からのサポートを行っている。活動を行う中で、開始段階から、住民の主体的な活動に進んでいくように考えて、そのような方向に持っていっている。なぜかといえば、健康福祉計画における目標がそれを目指しているから。また、高齢者が地域で集まるサロンは、民生委員等の地区役員などに声をかけて、地域で開催を呼びかけ、相談にのりながらサロンの開催地区を増やしてきている。それらの活動は、

すべて保健福祉プランで計画されている活動であり、プランに沿った活動である。そのことも常に保健師自身が確認できている。その為、活動の中で地域の実態を把握しつつ、活動を発展させていっている。

Ⅵ. 共同研究報告と討論の会における討議を終えての感想と今後に向けて

各事業と健康づくりプランの関連を市の保健師全員が意識して日々の活動が行えるような共通認識を作ることができるとよいのではないか。各事業を通して、地域住民の実態も捉えつつ、活動を展開していくことができるようになるとよい。保健師全員でそのような認識を持てるような話し合いの場を設けられるとよい。今年度中に、そのための話し合いを行い、次年度の具体的な取り組みにつなげられるとよい。

住民の主体的な活動について、保健師側から仕掛けて行くことも大事だと感じた。住民の力を信じて、それを伸ばし、後方から支えていくということも大切だと感じた。

家庭訪問を通して個人・家族・地域を捉える視点

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

Ⅰ．目的

安八町は、平成 20 年度の保健活動方針として、地域に密着した保健活動を展開することをあげ、地区別にリストアップしている要援助者を対象に地区担当保健師が家庭訪問を行いながら、地区特性を把握することを計画した。それは、地域で援助を必要とする人が早期に援助を受けられることを目的としたが、援助の優先度が高い人とはどういう人か、援助の優先度を見極める視点とは何なのかを明確にすることが課題であった。そこで、本共同研究では、保健師が家庭訪問等を通して、個人・家族・地域をどのように捉えていくとよいのかその視点を明らかにしたいと考えた。

Ⅱ．方法

町保健師全員（10 名。年度途中から 1 名産休中）と管理栄養士（1 名）により定例で開催されている地域検討会において、下記の 2 点について検討する。地域検討会は、保健師・栄養士全員で業務について相談、学習し、活動の方向性を確認しあう場である。H20 年 2 月に開始されてからこれまで 8 回開催されている(H21 年 1 月末時点)。教員は、アドバイザーとしてこの検討会に参加する。また、安八町での単独訪問実習についても、その結果を基に下記について検討できるように、対象選定やカンファレンス内容等を保健師と相談し、実習を計画する。

１．家庭訪問の視点の検討

3 年次領域別実習（単独訪問実習）のカンファレンス結果を加工した資料、保健師による巡回健康相談の結果、特定高齢者への家庭訪問の結果等を素材にして、保健師として個人・家族・地域をみる視点等について検討を行なう。

２．地区特性を把握する視点の検討

安八町では、今年度から保健師の活動体制を業務分担制に加え地区担当制にした。町を 3 つの地区に分け、チームを組み、それぞれの地区で巡回健康相談に取り組み、意識的に地区特性を把握することを試みた。この実施結果を基に、地区特性を把握する視点について検討する。巡回健康相談とは、介護予防事業の一つである。これまで町の温泉で実施していた各老人クラブ単位の健康相談 4 回のうち、1 回を老人クラブのある地区の公民館等で実施するものである。内容はサロン形式、健康教室形式、健康相談形式など様々で、保健師が企画し、老人クラブ会長等と連絡調整しながら実施する。スタッフは、保健師、内容によって、管理栄養士、雇い上げ看護師、認知症サポーターである。

＜倫理的配慮＞保健師には、研究の趣旨及び、保健師や地域の匿名性を守ること等について説明し、文書で承諾を得た。保健師の上司に対しても研究の趣旨等を説明し、文書で承諾を得て協力を得ている。また、安八町で単独訪問実習をする学生（地域検討会で実習カンファレンス結果の加工資料を用いるグループ）対しては、実習前に、研究の趣旨や、実習と共同研究が連動していること等を説明し、文書で承諾を得た。本研究の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の審査を受け、承認を得た。

Ⅲ．結果

１．地域検討会における検討状況

表 1　H20 年度の地域検討会における検討状況

回	月	検討内容
1	4 月	潜在化予防を強化した保健師活動について（目標①早期に把握、目標②世帯単位でみる、目標③地区特性を把握、活動体制等）
2	5 月	地区担当と業務割分担の活動体制について、活動記録カルテ、地区巡回健康相談について
3	6 月*	地域に密着した保健活動の強化（1）学生実習を通して捉えたこと(2)保健師の家庭訪問に必要な視点の検討
4	7 月*	地区巡回健康相談の中間報告と今後の方向性、家庭訪問によるニーズ把握の視点
5	10 月*	学生実習の報告、巡回健康相談・訪問の活動状況報告と課題
6	11 月	地区巡回健康相談の報告と感想
7	12 月*	学生実習の振り返りによる気になる事例についての検討
8	1 月	巡回健康相談について、特定高齢者の訪問指導の実施状況等

＊は、教員が地域検討会に参加したことを示す。

地域検討会での検討状況は表 1 の通りである。H20 年 2 月の地域検討会で、H20 年度の活動の方向性として、潜在化予防を強化した保健師活動が示され、地区分担制や地区巡回健康相談について提案されていた。

２．家庭訪問の視点の検討

１）第 3 回（6 月）地域検討会での検討結果

単独訪問実習（6 月）の実習カンファレンスで、乳幼児のいる世帯 13 事例の家庭訪問結果を集約して学生が考えたＡ地区の地区特性やニーズについて保健師に報告した結果を資料化し、それを基に検討した。第 5 回（10 月）地域検討会においても、上記 13 事例の全体的な概要がわかるように資料を作成し、検討を深めた（表 2）。

表 2　第 3 回（6 月）地域検討会での検討結果

- Ａ地区は問題が潜在しやすい地区なのか、最近よく家庭の問題が明らかになっている。学生が訪問した事例の中にも大きな問題を抱えた事例あり（母子だけでなく、同居の義母にもそれぞれ抱えているものあり）。
- アパートが多い地区なので地域のつながりは薄いと思っていたが、やはり地域とのつながりが薄いと感じた。地域とのつながりが希薄な理由として転入者が多いことが考えられるが、地区の付き合いがある家に嫁いできた母親と全く安八に縁がなくアパートに住んでいる母親とで付き合いに違いがあるかもしれないので、そういう把握も必要ではないか。
- 家庭訪問実習を受け入れてくれるような乳幼児の親は、健康生活上の大きな問題はなく、直接的なサポートは地域にというよりは、実家や身内であった。地域とのつながりはママ友達くらいで、地域のつきあいをしなくても生活できている現状があった。学生自身も地域のつきあいそのものがわからない可能性もあるが、学生が地域のつきあいを聞いても語られなかった。また、友達であってもプライバシーにふみこまれたくないという思いをもっている人もいた。訪問対象者がどう思っているのか、どうしたいのかという気持ちを聞いてくることは大事である。
- しかし、地域のつきあいがないと、保健師にその情報が聞こえてこないで、突然問題が表面化することになるので、地域とのかかわりは大事にしてもらいたいし、行政だけで気にかけるのでなく、地区の核となる人にも現在の状況を知ってもらうことが大切である。
- 訪問対象となった人は、友達や実母などを通して問題を解決する方法はもっており、あらためて行政で何かサービス提供をする必要性はないと考えられたが、対象の情報を得る手段について把握することは大切であると考えた。
- 学生の家庭訪問から捉えた地域の特徴の報告を通して、地区特性や地域のネットワークと生活への影響がわかり、引き続き地区巡回健康相談などでも、地域ネットワークや地区特性を確認していく必要性を感じた。家庭訪問に行って個から地域をみていく訪問が大切である。
- 地区特性を知るには、地域の組織の役員や子育て世代より少し上の世代の人に聞くとよりわかるだろう。

２）第 7 回（12 月）地域検討会の結果

(1)単独訪問実習（特定高齢者 12 例）の結果を基にした検討

単独訪問実習（特定高齢者 12 例）の学生カンファレンス記録を加工した資料を基に、気になる事例はどういう事例かという切り口で検討した。

(2)地区巡回健康相談で話し合った気になる事例について紹介

Ｎ保健師より、地区巡回健康相談を終えて、担当地区別に老人クラブ会長が気になる人と、保健師（栄養士）が気になる人をまとめた資料を基に報告があった。例えば、地域の人が気になるのは、高齢者世帯、独居世帯、近隣との関係が悪い、近隣との関係を拒む世帯であった。保健師（栄養士）が気になるのは、独居世帯や身近にサポートの少ない人、糖尿病等の疾病が進行している人、虚弱な介護者等であった。

そして、(1)で検討したこととあわせて、家庭訪問の視点について話し合った(表 3)。

表 3　家庭訪問の視点として話し合ったこと

① **高齢者世帯、独居世帯など世帯の中に支え手がいないもしくは少ない世帯には優先的に気にかける。**（地域の人も気にかけている）

② **地域の役員（民生委員や自治会長）とも必要に応じて連絡をとりながら家庭訪問。**（地域の人も気にかけているので、対象世帯を捉えつつ、対象世帯に関わる地域のキーパーソンも合わせて視野にいれる）

③ **対象者だけでなく、介護をしている家族や、その家族の健康に目を向ける。**（夫婦で支えあって不安定な均衡を保っているが、介護者の問題が悪化すれば、たちまち均衡がくずれることが確実に予測される）

④ **生活意欲が低下していて、独居であるのに要介護状態になったときや非常時の対応について本人が見通しをもっていない場合には、本人が自分なりの手立てや見通しをもてるように、本人はどうしたいかを確認することが大切。**（本人の意思が確認できないと、周りも手の出しようがない）

⑤ **疾病への認識、食事、服薬状況について生活にふみ込んで確認する必要性。**（看護専門職だからこそとれる役割）

３）第 8 回（1 月）地域検討会の結果

第 7 回（12 月）検討会で、特定高齢者およびその候補となった人に対して、潜在化予防のため

に家庭訪問し生活状況を把握し、介護予防事業（ハツラツ教室）への参加を勧奨するよう福祉課保健師より呼びかけがあった。

そして、第8回（1月）検討会で、特定高齢者への家庭訪問や電話連絡の結果を基に検討した（表4）。

表4　特定高齢者への家庭訪問等から検討した結果

・特定高齢者への家庭訪問実施状況を確認したところ、独居世帯、高齢者夫婦世帯が多く、子どもが近くにいたとしても関係がうすい人などもいた。そして、ハツラツ教室参加勧奨しようとしても、行けない人（独居で通う手段がない。閉じこもり気味、意欲が非常に低下している）が多かった。対象に見合ったサービスが行政側になければ、保健師が訪問しサービスを提供していけばよいのではないか。
・特定高齢者のアセスメントとケアプランシートについて説明。家庭訪問前は、サービス（ハツラツ教室）につなげることが主目的になっていたきらいもあるが、サービスにつなげるだけでなく対象の生活が改善されることを重視し、個々にアセスメントし、みあったサービスがなければ、インフォーマルサービスがないか確認したり、なんでも出来るところからとりかかり、本人の意欲を高めていくようなケアプランをたて、支援していくのが保健師である。
・独居の場合は、本人の希望を聞いて、民生委員と連絡をとりあって、必要があればホームヘルパーの見守り訪問につなげる
・特定高齢者でサービスを利用しておらず、特定保健指導対象者でもあった人に電話連絡したところ、パーキンソン病でうつ傾向、坐骨神経痛のある人であった。教室には行くに行けない状況があった。こういう事例こそ、ケアプランをたて、継続して家庭訪問をする必要がある。

4）家庭訪問の視点について検討したことの振り返り

家庭訪問の視点について検討したことについて、保健師、教員間で振り返った。

今年度から地区分担制をとりいれたこともあり、担当地区の対象者への保健師の関心が増したと思われる。特定高齢者への対応や特定保健指導においても、事業担当者だけではなく、地区担当保健師も対応することにより、家庭訪問の実績数も増加していると予測される。そして、家庭訪問に行って、不安定な均衡をぎりぎりの状態で保って生活している世帯へ対応したことで、行政が準備しているフォーマルサービスだけでは十分でないことを実感できたようだ。これまでは既存のサービスを提供するという思考が強かったが、対象に見合ったサービスがなければ、本人がどのようにしていきたいかを確認して、少しずつでも本人の生活が改善される方向にできることを見つけていく、またインフォーマルなサービスを見つけていくという思考になってきたと思う。

世帯台帳を作成したことも関係するが、世帯で把握することで、よりその家族の問題が総合的にわかる。上記のように不安定な均衡をぎりぎりの状態で保って生活している世帯への家庭訪問をしたことで、対象者個人でなく世帯でみることの重要性を確認した。そして、地域検討会で家庭訪問の結果を共有し、皆で検討したことが、保健師自身の気づきを促したのではないだろうか。

また、学生の訪問結果を、ケアプランのアセスメントシートを活用して整理しなおし、検討会に提示した資料もわかりやすくて、家庭訪問の視点の検討に効果的だった。

今年の8月から地域ケア会議を2ヶ月に1回、計3回開催した。メンバーは社協のケアマネージャー代表と福祉課係長保健師1名、保健センター係長保健師1名、母子担当保健師1名、成人担当保健師1名、介護担当保健師1名である。ケアマネージャーが抱えている困難事例や保健師の気になる事例について、事例検討をしている。同世帯に問題を抱えている人が複数いる多問題世帯があり、家族員にそれぞれ主に関わっている担当者がいるため、情報交換をして問題を共有している。そうした事例には精神疾患の問題をもつ人が多い。地域ケア会議を通しても、援助する上では、世帯単位で問題を捉えて、世帯に関わるケアチームで問題を共有することが必要不可欠であり、共同研究で検討している視点は、援助をする上で共通して大切なことである。

2．地区特性についての視点

1）第3回（6月）地域検討会での検討結果

学生実習を通してとらえた地区特性の把握やニーズの確認の意見交換を通して、「乳幼児の親は転入者も多く、家庭の中での子育てで精一杯であまり地域とのかかわりの話にはならなかったが、小学校以降になると、子ども会やＰＴＡに所属することになり、役職についたり、お祭りなどのイベントに参加するなど、地域とつきあわざるを得なくなる。しかし、地域行事に対する参加への周囲のプレッシャーは、区や班によって異なる」という実体験が話された。そうした話から、地区の班や小学校の区分けが大事、どういう人がどのように情報を伝えているかで地域のキーパーソンやその人を取り巻く人間関係が見える、地

域の特性については、そうしたキーパーソンに聞くとよりわかるだろうという意見交換がされた。今年 5 月から開始している地区巡回健康相談においても、そのような視点をもって実施し、地区特性を把握するとよいと意見が出された。

2）第 4 回（7 月）地域検討会での検討結果

地区巡回健康相談は、17 地区の内の 11 地区ですでに終了していた。全体的な実施評価としては、当初、地区巡回健康相談は、保健師の存在をＰＲし、地区の人と顔見知りになるということが目的であったが、個別相談に時間が費やされ、老人クラブ会長や民生委員から地域のことについて話を聞く余裕がないことがあげられた。

地区特性を把握するという目的と、巡回健康相談をする時に把握したい視点(以下、①～④)について、Ｔ保健師からの案を基に、担当した保健師が実施した地区巡回健康相談を振り返ることにした（表 5)。

①地区の班や組などの区割り
②行政以外の地区のキーパーソンの把握
③情報伝達の流れ方について
④地区性について（巡回健康相談の雰囲気、参加者の状況、参加者から聞く地区特性）

地区巡回健康相談の実施状況は、第 5 回（10 月)、第 6 回（11 月）地域検討会でも引き続き報告し、意見交換を行った。

表 5　地区巡回健康相談で把握した地区の状況

地区	地区の状況　①地区の班や組などの区割り、②行政以外の地区のキーパーソン、③情報伝達の流れ方、④参加者から聞く地区性、⑤その他	
A	①	行政での地区割と老人クラブの地区割りが異なっていた。a 地区が南と西に分かれている。北は b 地区と c 地区、東は b 地区。
	②	老人クラブ会長が一生懸命。それに協力してくれる人がいる。
	④	b 地区と a 地区の参加が多かった。
B	④	会長が気になるのは、若者と同居しているが、昼間は高齢者のみの家庭。外にもあまり出てこないので顔をみかけない。
	⑤	地域割りと、クラブに所属していない方、老人会での地区割りを聞いた。
C	④	会長が気になるのは、妻が死亡し、夫のみとなった独居高齢者。最近顔をみかけない。
	⑤	会長の決め方や、回覧の廻し方、地区の範囲、付き合いが違う地区の方などの情報を把握した。
D	②	会長が情報源となる方を紹介し、地区割りや気になる家族の情報を得た。
	③	気が会う人同士が固まっていて、配布物の分け方も細かく分かれている。
	④	30 年以上住んでいても、新しい人として見られている。会長が気になる人は、地区とのつきあいを拒み、近隣との関係が悪い高齢者世帯。開業医に気になる人の情報を得る。開業医は住民の中で情報源となっている方を知っている。咀嚼力機能検査の結果が低い人が多かった。そういう人は、肉や魚が嫌いな人が多く、低蛋白が疑われた。
E	④	男性ばかりの参加者だった。参加者で、まだ来ていない方を家まで呼びに行ったりして、地区のまとまりはあると感じた。地区の中での要チェックの方は、一人。参加者の中に体調が悪い人がいて、その人であった。妻も体調が悪く、病院の受診はしていることを把握した。
F	②	会長が新規の方で、会場の鍵が開いてなかった。鍵の管理について確認していく必要がある。
	④	個々の訴えはあるが、地区の話はなかなか出てこなかった
G	①	地区の班 9 つ有り。
	④	地区の班がそれぞれ機能しているからか、地域の気になる人はいないということだった。栄養の相談が多くあった。男性で糖尿病治療中の人が多く相談に来た。農家と非農家でつきあいが違う。
H	①	地区の付き合いと老人クラブ分けが異なる
	②	役員は、任期が決まっていないので、次に交代してくれる人がいれば交代してもらえる
	④	気になる人はいるが、今は入院していたり介護保険の対象となっているので、特に心配はしていない。
I	①	行政の区割りと老人クラブの区割りが異なる。
	④	気になる人は、要介護状態の人。最近顔をみないが、社協やﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽの車がよく停まっている。
J	②	j 地区は、老人クラブ会長が元民生委員のため、全戸のことをよく把握している。来年は地区でサロンを開催したいと考えている。
	④	k 地区は、高齢世帯が多く、ほとんどが気になる世帯である。ストレスチェックでストレスの高い人が多かった。集団でカラーコーディネートの話をしたが、熱心に話を聞いていた。熱心に聴いていた人はストレス度が低く、興味のない様子の人はストレス度が高かった。 会長が気になる人は、①独身男性（50 代から 60 代）の世帯。将来を考えると心配。②高齢者と独身男性の 3 人家族。高齢者夫婦の顔を見に行くが会わせてもらえない。③高齢者夫婦世帯。夫が要介護状態だが、サービスを利用していない。その夫に会わせてもらえない。④高齢者夫婦と引きこもり男性の 3 人家族。引きこもり男性が親に暴力をふるったことがある。
K	④	保健師（栄養士）が気になる人－夫が要介護。介護をしている高齢女性。尿検査で糖（2＋）。糖尿病が進行している様子。

各地区の状況報告によって、これら保健師が捉えてきたことを記録に残すと良いことに気づいた。また、地区特性を把握する中で、これまで民生委員との連絡は、福祉課保健師が担う部分が多かったが、今後は地区担当制になったこともあり、保健センター保健師が民生委員や老人クラブ会長とのパイプを太くしていくことの期待が語られた。

3）第7回（12月）地域検討会の検討結果

地区特性を意識して、地区巡回健康相談を実施したが、状況としては前半とそれほど変わりはなかった。実施状況や地区特性について捉えてきたことを報告した（上記の表5に記入）。記録に残す課題に対して、記録票案(表6)が係長保健師から提案され、地区巡回健康相談記録票の項目について検討した。地区特性に加えて、地区で気になる事例について把握できたことも加えてはどうかなどの意見がでた。

表6　巡回健康相談記録票の項目

地区名	役員名（区長、老人クラブ会長、民生委員、その他役員・世話人）
地区特性について	
数値的概要	班の数、世帯数、乳幼児・学童数・高齢者・独居高齢者数
現場で捉えたこと	地元の人のつながり、地元以外・アパートの人とのつながり、たまり場、地区の行事・イベント、老人クラブの行事
要援護者等フォロー体制・情報伝達方式	

上記のような検討をふまえて、地区の規模、巡回健康相談の参加数、参加状況や地区役員のかかわり等、その状況は様々であったことから、平成21年度は、地区毎で地区特性にあわせた内容となるよう検討したいと考えている。地区巡回健康相談では、参加者への個別対応と、地区役員や参加者から地区特性や地域の気になる人について情報収集しながら、地区担当保健師として顔を覚えてもらうことを、同時に追求したい。また、温泉の健康増進施設で開催している老人クラブ対象の健康相談も、尿検査、咀嚼機能検査、ストレス検査等を実施し、内容を充実させていくように計画している。

Ⅳ．本事業の成果評価

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

地区担当保健師が援助を必要としている人をできるだけ早期に把握していこうという意識が高まった。このことは、地区での健診や相談・教育事業で、以前にも増して住民の話に耳を傾けたり様子をみることとつながった。

２．現地側看護職の受け止めや認識

高齢者の自己実現の支援について、保健師として何ができるのだろうと考えるようになった。

若手保健師の考え方が、話し合いをしながら良い方向へ進んでいくのがわかった。対象者個人でなく世帯でみることの重要性について、また、これまで既存のサービスを提供するという思考が強かったが、対象に見合ったサービスがなければ、本人がどのようにしていきたいかを確認して、少しずつでも本人の生活が改善される方向にできることを見つけていく、またインフォーマルなサービスを見つけていくという思考になってきたと思う。

３．本学（本学教員）がかかわったことの意義

共同研究を通して、今年度保健師等が活動した事を文章化し、それを保健師等の皆で読み返したことで活動を振り返ることができ、活動の改善や充実の実感をもつことができた。

共同研究において、家庭訪問の視点や地区特性の視点を検討する上では、保健師の活動を素材にするだけでなく、3年次単独訪問実習の学生のカンファレンス記録（家庭訪問結果を集約した記録）も検討材料とした。そのために、教員は保健師と、単独訪問実習の対象選定やカンファレンス内容について相談した。保健師は、意図的かつ積極的に対象を選定し、実習当初のオリエンテーションにおいても、保健師の活動方針や保健師の問題意識等について熱意をもって学生に説明した。また、学生の訪問計画確認や日々・最終のカンファレンスに、前年以上に保健師の参加があるなど積極的な実習指導がなされ、実習としても充実したものになった。つまり、本共同研究をすることで、実習指導においても教員と保健師との協働がすすみ、実習指導体制が一層整い、学生の実習内容の充実につながったと考えられる。

この町の保健師リーダーは、前年度に本学大学院を終了しており、H20年度の活動の方向性として示されていた潜在化予防を強化した保健師活動や地区分担制、地区巡回健康相談は、大学院の実践研究において考案されたものであった。本共同研究をすることは、その考案された活動が目的に向かって着実に行われるための軌道修正の機会、そして、全スタッフが活動を推進していく後押し、つまり大学院修了生が目指した活動を側面的に支援したのではないかと思われる。例えば、家庭訪問の視点の検討が、若手保健師にとって、

家庭に出向いて援助を行なう意識の強化や世帯単位で捉える重要性の再確認となり、また、地区特性を把握する視点の検討が、地区巡回健康相談の本来の事業目的に立ち戻るための機会となった。

Ⅳ．共同研究報告と討論の会での討議内容

まず、地区巡回健康相談についての質問がなされ、その方法や手続きについて補足説明がされた。

地区巡回健康相談で捉える要援護者とは、がん精検未受診者、乳幼児健診の未受診者や要観察者、介護認定を受けているがサービス利用なく継続した訪問などを受けていない人、特定高齢者だが未把握の人である。

地区巡回健康相談を行う手続きは、老人クラブの総会で、これまでの温泉健康増進施設で実施していた健康相談の 1 回分を地区巡回健康相談に変えること、健康相談の内容や方法、具体的には相談をしながらすすめることを伝えた。相談日が近づいたら、地区担当保健師が老人クラブ会長に連絡した。

地区巡回健康相談で要援護者について把握しようと思った理由は、地区の人は気にかけているが保健師が知らない場合もあると思われ、地区の人が気にかけている人の中に保健師が気にかけるべき人もいることもわかったので、そういう視点もとりいれることにした。

「地区巡回健康相談は、老人クラブに加入している健康な人を主に対象としていて、第一段階の相談窓口と思ったが、老人クラブに参加できない人への対応は？」についての質問に対しては、この巡回健康相談を始めるきっかけは、援助の必要な人が早めに対応できる窓口としたかったからである。これまで老人クラブ単位の健康相談は、温泉健康増進施設 1 箇所であった。そこで各老人クラブ単位で 4 回実施していた内の 1 回を、各老人クラブがある地区の公民館等で実施することとなった。地区で行ったことで新規の利用者が 84 人いた。そこから広がりがあると期待している。また、地区巡回健康相談で気になる人で家庭訪問につながった人もいると、地区巡回健康相談の機能について町保健師より説明があった。

討議したかったことの一つであった民生委員とどのように連携しながら、家庭訪問等をしているかについて、参加者に各市町の状況を聞いた。

Ｌ町では、地区に分かれて連携会議をしている。隔週に民生委員にも参加してもらい、その時には、役場の保健福祉課、地域包括支援センター、サービス事業所なども入って会議を開催している。また、月 1 回の民生委員の定例会に包括支援センター保健師が参加している。民生委員からは、「相談窓口がわかった」「自分が相談できる場がわかった」と、電話の連絡も増えた。民生委員には、個人情報保護について、他の地区の情報も耳に入るが情報は外部にもらさないことを守ってほしいことを伝えている。

M町では、地区では民生委員、母子保健推進員がいて、それぞれ活動に悩んでいるので、どのような人に悩んでいるか意見交流し、地域でもつながりをもってもらうために、保健師も参加しての地域での交流会を実施した。その結果、もっと交流したいという希望がだされ、地区別の交流会を持つ予定である。

安八町でも、ケアマネージャーと保健センター代表保健師、福祉課保健師、事業担当保健師らと事例検討を始めているが、今後は、そういった事例検討の場に、民生委員も加わってもらうこと、福祉課保健師だけに民生委員との連携を任せるのではなく、各地区担当の保健師も巡回健康相談等を通して連携していくことが今後の課題である。

アウトソーシングで実施した特定健康診査・特定保健指導 １年目の課題と保健師の役割

横幕みち代　馬渕智子（大野町健康推進課健康づくり係）　坪内美奈　松下光子　米増直美
森仁実　梅津美香　大井靖子　宮島ひとみ　岩村龍子　大川眞智子　北山三津子（大学）

Ⅰ．目的

医療制度改革により生活習慣病予防が重視され、H20 年度から特定健康診査・特定保健指導（以下、特定健診・保健指導とする）が開始された。大野町はアウトソーシング（外部委託）により行なう。当初より保健師は、アウトソーシングをしても、リスクの高い人が確実に積極的支援を受けるよう、家庭訪問によりその勧奨をするなど個別支援を予定していたが、行政職の中には「健診も保健指導もアウトソーシングをするなら、保健師は何をするのか」という見方もあり、みえにくい保健師の支援活動の実績と成果を客観的に示したいと考えた。そこで、本共同研究では、アウトソーシングで実施した特定健診・保健指導１年目の課題を明らかにし、保健師の役割を検討することを目的とした。

なお、大野町は、人口 24,412 人、世帯数 7,337 戸、人口密度 714 人/k ㎡ （H21.2.1 現在）である。柿、バラが特産物である。保健師数は、健康推進課 5 人（2 人は育休中）、地域包括支援センター3 人である。健康推進課の保健師 1 名が特定健診・保健指導を担当している。特定健診・保健指導に関する事務や勧奨のための家庭訪問のために、非常勤スタッフ（保健師 1 名、看護師 2 名）を雇用している。保健師（健康づくり係）と国民健康保険係は同じ健康推進課にあり、連携をしながら特定健診・保健指導を実施している。

大野町のアウトソーシング機関は、特定健診は揖斐郡の特定健診実施機関 27 施設、特定保健指導は 2 施設である。

Ⅱ．方法

特定健診・保健指導の開始前からその進捗状況にあわせて、保健師と教員で事業実施状況や保健師が捉えている課題を確認し、整理する。課題を確認する上では、随時、町の特定健康診査等事業計画や、国保疾病分類統計等の健康データを参照する。そして、これらの保健師が捉えた課題を基に、保健師の役割を検討する。このプロセスの中で、保健師が計画した未受診者調査や特定保健指導対象者以外に対しての健康教育について、教員は相談・助言する。また、大野町での卒業研究Ⅰ実習（4～7 月）についても、町の生活習慣病予防のニーズ明確化につながるように計画し、その報告書を受けて、保健師としてどのような課題が明らかになったか確認する。

倫理的配慮：保健師には、研究の趣旨等について説明し、文書で承諾を得た。保健師の上司に対しても研究の趣旨等を説明し、文書で承諾を得て協力を得ている。また、大野町で卒業研究Ⅰ実習を選択した学生対しては、実習前に、研究の趣旨や、実習と共同研究が連動していること等を説明し、文書で承諾を得た。本研究の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の審査を受け、承認を得た。

Ⅲ．結果

１．特定健診・保健指導１年目の実施状況

特定健診・保健指導の実施方法は、図 1 の通りである。例えば、40-64 歳の国保被保険者に対しては、5 月下旬に健診受診票が発送され、6 月に健診機関で特定健診を受診する。健診機関ではその結果を記入し、代行入力機関がその結果を入力する。その後、健診機関に健診結果データが戻り、健診機関が受診者に健診結果を返却し説明する。健診機関での健診結果データは、国民健康保険団体連合会に送られ、そこからさらに国民健康保険組合に送られ、階層化されたデータをもとに、特定保健指導利用券が発行される。町では、特定保健指導対象者全員に利用勧奨のための家庭訪問を行ない、対象者は特定保健指導実施機関で、積極的支援もしくは動機付け支援を受けることとなる。

特定健診・保健指導の結果（2008 年 12 月現在）は、表 1 の通りである。特定健康診査対象者数は 4574 人、特定健診の受診率は 41.9%、特定保健指導の対象者は 309 人、特定保健指導実施率は 45.6%であった。

表１　特定健診・保健指導の結果

特定健康診査対象者数	４５７４人
（内訳）４０～６４歳	２４１２人
（内訳）６５～７４歳	２１６２人
特定健診の受診者数	１９１６人
特定健診の実施率	４１．９％
特定保健指導の対象者数	３０９人
特定保健指導の実施者数	１４１人
（内訳）積極的支援	４３人
（内訳）動機付け支援	９８人
特定保健指導の実施率	４５．６％
特定保健指導の脱落者数	２人

（2008 年 12 月現在）

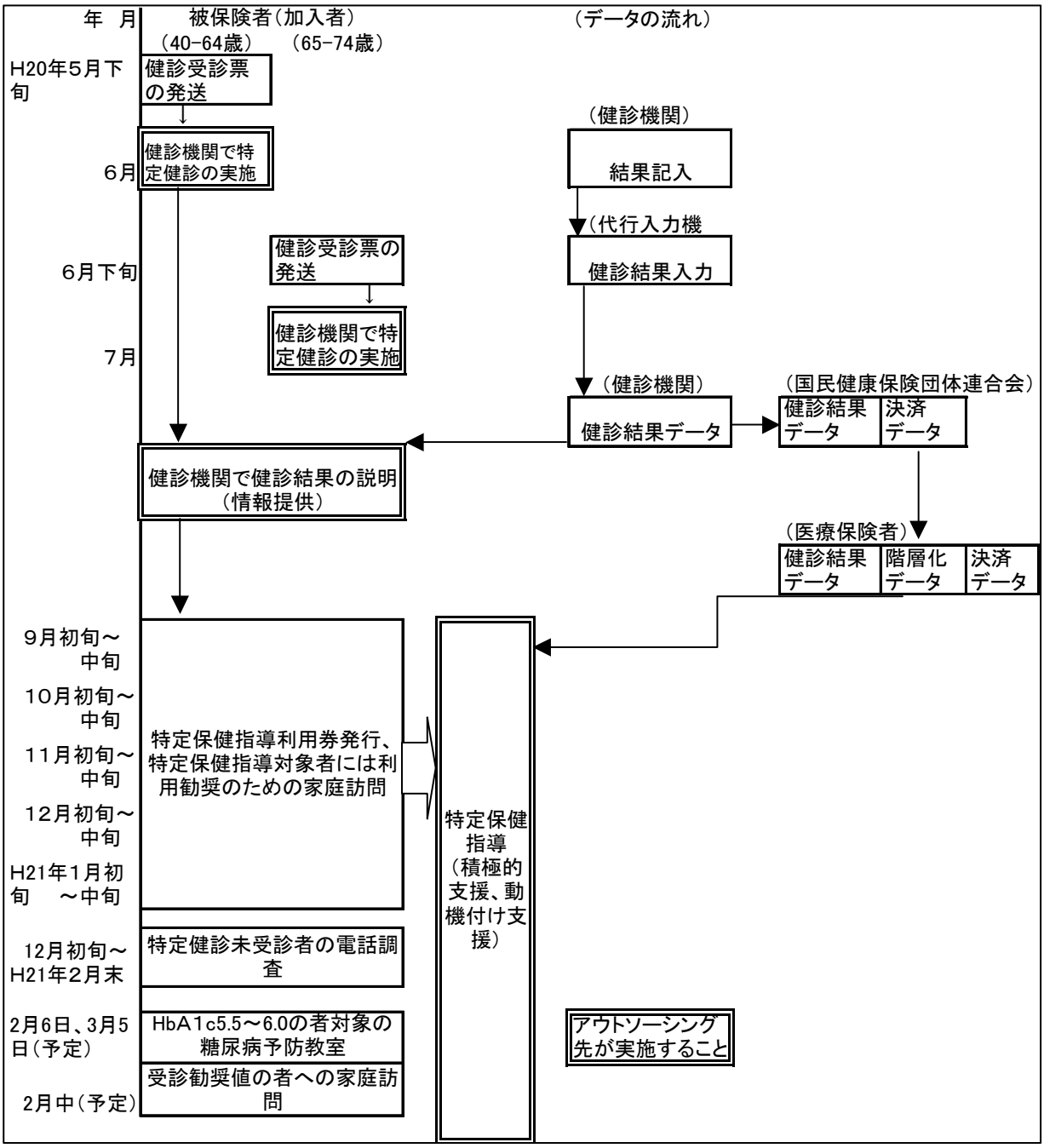


図１　特定健康診査・特定保健指導の実施方法

２．特定健診・保健指導１年目の課題

１）特定健診・保健指導開始前

特定健診･保健指導開始前に捉えていた課題は、表２の通りであった。

表２　特定健診・保健指導開始前の課題

・基本健診結果では、高血圧の者が多い。教室参加者を見てもその割合が高い。
・町の透析者ほぼ全員の基礎疾患に糖尿病があり、重症化の予防のためには、糖尿病予防は大事。
・基本健診受診率は 40～50 歳代前半が低い。
・腹囲が基準を超えない人は「気をつけましょう」という指導くらいだろうがそれで大丈夫だろうか。
･特定保健指導の対象から治療中の人は省かれるが、そうなると特定保健指導の対象となるのはどれくらいだろうか。

２）卒業研究Ⅰ実習後

卒業研究Ⅰ実習後に確認した課題は、表３の通りであった。

表３　卒業研究Ⅰ実習後に確認した課題

・前年の健康教室参加者は、健康への意識・関心は維持されていて健診受診はされているが、保健行動は継続されておらず、結果が出ていない人も多い。
・行政サービスについてのＰＲが不十分。
・教室不参加等の健康意識が低い人の実態は依然疑問。

３）特定健診開始後

特定健診開始後に捉えた課題は、表４の通りであった。

表４　特定健診開始後の課題

①制度変更への住民戸惑い､医療関係者の認識不足。
②健診の設定（時期など）に対する利用者の不満。
③健診結果の返却の遅さ。
④システムのデータの扱いにくさ。
⑤受診者数が予想より少ない｡未受診者の状況不明。
⑥特定健診委託機関の情報提供の実施状況。
⑦受診勧奨値であるのに､受診していない人の多さ、突出した異常値を示しているのに未受診への驚き。
⑧特定保健指導の受診率、指導内容に対する不安。

①については、基本健診の時は、希望調査を行なって希望した人にのみ、健診受診票を送付していたが、特定健診になり対象者全員に受診票を送付した結果、「自分も受けなければならないのか？」という問い合わせが多かった。

②については、夫婦で健診を受診できない等の意見があった（夫は長寿医療、妻は国民健康保険の場合など)。また、75歳以上の健診は8月の非常に暑い時期で評判が悪かった。

③については、電子決済により受診者の中に、健診結果が届くのが遅くなった人がいた（2週間の人もいれば、2ヶ月位かかった人もいた)。入力ミスや請求ミスもあった。

④については、入力ミスがあり、階層化されたデータに誤りがあるなどデータの信頼性に欠ける、ファイルのサイズが横長で見づらい、集計の難しさ（結果は1ヶ月毎にくるが、集計は各月毎に積み上げることができない。毎回一から集計しないといけない。 健診委託機関の請求が遅いと、受診月とは異なる月の結果として出るので、何月に誰が受診したからわからない。その結果、受診数のおおよその把握が、11月までわからなかった。）という問題があった。

⑤については、特定健診受診率は対象者の約45%と見込んでいて予想よりは若干低く、働き盛りの人（特に40代）が予想より少なかった。未受診の理由や背景を把握していく必要がある。

⑥については、情報提供は、委託した健診機関で健診の一部としてしっかり実施してもらいたいが、なかなか難しい。

⑦については､1ヶ月間のおおよその結果から、積極的支援の割合が１割。特定保健指導の対象が男性が多くなると、指導を受ける割合が少なくなるのではないかと危惧される。また、動機付け支援で、基準値に近い人は自覚症状がないと、それほど注意されるわけでもなく、本人も生活改善の必要も感じないので、行動も変わらないだろう。

４）特定保健指導の勧奨等のための家庭訪問後

特定保健指導の勧奨のための家庭訪問後に捉えた課題は表５の通りであった。

表５　特定保健指導の勧奨のための家庭訪問後の課題

①町でデータを共有することが特定保健指導対象者に知られていない。
②委託先の特定保健指導の流れは知っていても、指導内容までは十分にわからない。
③受診勧奨値であるのに､受診していない人の多さ、突出した異常値を示しているのに未受診への驚き
④柿の収穫期で忙しい時期と特定保健指導の時期との重なり。
⑤１回の動機付け支援でどこまで指導の成果がでるか。６ヵ月後の評価への疑問。フォローの必要性。
⑥国保主催の健康講座について､知らない人が多い。
⑦特定保健指導実施率が高かったが、その分来年度以降の実施率が不安 。

①については､委託看護職による特定保健指導勧奨のための家庭訪問で「なぜ知っているのか」と問われ、説明に困った。町でデータ共有することは問診票裏面に記載されていた。

②どのような指導内容か対象者から聞かれたときに説明できなかった。また、健診は、かかりつけ医で実施できるが、特定保健指導は、1病院と1クリニックに限定されていることで、その施設のうわさでとりやめる人もいたようである。来年度も同じ人が保健指導の対象となると思われるので、成果を感じてもらえないと、保健指導を受けなくなるのではと思っている。

③については、家庭訪問をすると、すでに服薬中の人もいた。質問票の表現がわかりにくかった面もあったようである。例えば血圧の薬とは認識しているが血圧を下げる薬とは思っていないとか、糖尿病の薬とは認識しているが血糖を下げる薬とは思っていないなどである。

④については、柿の収穫期で忙しい時期（9～12 月始め）と特定保健指導の時期とが重なり、訪問のための電話もつながりにくかった。

⑤については、動機付け支援の者に、委託先では 2 ヵ月後にフォローの電話をしてくれているが、ほとんどの住民が忘れているそう。6 ヵ月後に評価をするがどれほど成果が出るだろうか。動機付け支援の者へのフォロー・受け皿があるとよいのではないか。

5）未受診者調査後

40 代を中心に特定健診受診率が低く、未受診の理由や背景を把握し、次年度の健診受診につなげる理由で、未受診者調査を町で実施した。そこで捉えた課題は、「新制度への住民の戸惑い・かかりつけ医の認識不足」であった。治療中の人は、特定健診を受診しなければならないことがわからない。また、かかりつけの医師もそのことへの認識不足があった。

3．保健師の役割の検討

上記の課題を基に、保健師の役割について検討した。

1）住民が特定健診の必要性をわかった上で健診を受診するように周知する

制度が変更されたこと（治療の有無に関わらず受診すること、希望調査なく対象年齢の国保加入者全員に受診票が送付されることなど）、健診は早期発見・早期治療につながり、生活習慣改善のためにとても大事であることを伝えていく。「受診しないとはじまらない」のである。

2）誰もが受けやすい健診となるようにしていく

夫婦で健診を受診できない等の意見があった（夫は長寿医療、妻は国民健康保険の場合など）。また、75 歳以上は 8 月の健診で非常に暑い時期で評判が悪かった。郡で検討した結果、6-7 月は 40-74 歳、6 月 1 ヶ月間は 75 歳以上とした。健診の時期が早まるので、特定保健指導も柿の収穫時期の前に、受けられることを期待している。

3）関連機関への働きかけ

健診結果が健診機関に返却されるのが遅く、医師よりしっかり説明がされていない場合があったことからも、結果が健診機関に早く戻るように代行入力機関には依頼する。入力ミスや請求間違いもあった。代行入力機関と医療機関に、ミスがないように徹底を促す。かかりつけ医に対しては、医師会を通じて、新制度に対する理解を促す。

4）治療が必要な人は確実に治療につなげる

治療が必要な人には何よりも早期治療につなげることが大事と考える。今年度、受診勧奨値の人には受診勧奨の家庭訪問を行なう予定である。また、治療中かどうか質問票がわかりにくかった点があったようなので、質問項目の表現をわかりやすくする。

5）特定保健指導対象者は、確実に保健指導につなげる

6）委託先の保健指導の質管理

今年度、保健指導委託先とは月に 1 ～2 回連絡をとり、その中で脱落者の状況も把握した。脱落者数を把握することは、委託先の保健指導の質管理にもつながると思っている。具体的な保健指導内容についてまではまだわからず、保健指導機関同士も保健師に他所がどのようにしているか聞くような状況である。もう少し保健指導内容まで把握できるとよいと考えており、6 ヵ月後の評価とあわせて、確認できるとよい。

7）特定健診受診率向上のため未受診者の状況把握

健診受診率を高めていくには、未受診者がなぜ受診しないのか理由を把握しその対策をとっていく必要がある。そのために、今年度、未受診の中から節目の年齢の人と 40 代 50 代の計 300 人程度抽出し、電話で未受診理由等について調査を実施した。それらをふまえての受診率向上に向けての対策は今後の課題である。

8）ポピュレーションアプローチとの連動

上記1）～7）をしながら、町民全体に健診を受けることへの意識を高めていく。また、1 回の支援では、行動変容が難しい動機付け支援対象者をフォローできるような保健指導提供体制・方法を検討する。そして、町の特徴的な健康課題をふまえた健康教育の方法の検討が必要である。20年度はターゲットを高血圧症とするか糖尿病とするか

で検討した結果、HbA1c5.5-6.0の者を対象とした健康教育を実施した。健康教育の優先度を検討できるとよい。健康づくりのきっかけをつくるものとして、国民健康保険係主催の健康講座等も資源となる。それらをタイムリーに紹介していく。

Ⅳ．本事業の成果評価

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今後の看護実践の変化や改善につながる実践上の課題が明確になった。健診未受診者への調査は、未受診者に対するアウトリーチと未受診者への健康への意識付けとなったのではないかと思われる。

２．現地側看護職者の受け止めや認識

日常の業務を見直すよい機会になったと思う。また、事業の節目に、その都度振り返ることができた。

３．本学（本学教員）がかかわったことの意義

共同研究のテーマとなった特定健康診査・特定保健指導は、今年度から導入された制度である。従来は、老人保健法に基づいて市町村が基本健康診査や健康教育等を実施していたが、医療制度改革によって高齢者の医療の確保に関する法律へ改正され、その実施は医療保険者に義務付けられた。したがって、市町村は、国民健康保険の保険者として、特定健康診査・特定保健指導を実施しなければならなくなった。標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）[1)]において、市町村の役割として、保健事業（①医療保険者としての健診・保健指導、②住民に対する生活習慣病予防のためのポピュレーションアプローチ）を総合的に実施するため、衛生部門の医師、保健師、管理栄養士等がレセプトや保健指導データ等を活用（医療保険者としての個人情報保護に抵触しない方法での利用が前提）することにより地域ごとの課題を明確にした上で、ポピュレーションアプローチを効果的・効率的に実施していくことが必要とされている。本共同研究は、特定健診・保健指導の1年目の実施状況を把握しながら、実践上の課題を確認することが主たる内容であったが、制度改正直後に、住民サービスの低下を招くことなく、効果的・効率的に制度を運用していくために、保健師職のみならず町行政としてのとるべき役割を遂行する一助になったのではないかと考えている。

未受診者調査は、保健師側から提案があったものだが、調査方法について具体的に教員が相談にのったことで、新制度の利用のなかった者の理由や状況を把握しつつ、次回の制度利用につながる意味をもつ調査として充実したと思われる。

また、共同研究において、特定健診・保健指導の実施状況や保健師の認識を素材にするだけでなく、4年次卒業研究Ⅰ実習についても、生活習慣病予防のニーズが明らかになるように保健師と協働して実習計画を立案した。保健師は、対象者の選定への積極的な関与、実習当初のオリエンテーションで町の生活習慣病に関わる現状や保健師の問題意識等の説明、実習中は健康づくり活動に関わる専門職・住民から話が聞けるように調整、学生が健康教育等を実施する上での助言など、積極的な実習指導への関与があった。上司においても、オリエンテーション時に自身が捉えている問題の説明、健康に関する住民意識を調査した報告書の提供、最終カンファレンスでの意見交換など実習に協力的であった。これらのことから、本共同研究をすることで、実習指導においても教員と保健師との協働がすすみ、実習指導体制が一層整い、学生の実習内容の充実につながったと考えられる。

Ⅴ．共同研究報告と討論の会での討議内容

まず、大野町保健師より、1年目は時間がない状況ですすんできた実感が語られた。そして、討論に参加した市町の特定健診・保健指導の実施状況や1年目の課題について話してもらう中で、質疑応答をすすめた。

A町では、集団健診と施設健診を実施しているが、手探りの状態ですすんできたが、なんとかできそうという感触をつかめてきた。アウトソーシングにすることで、保健指導の内容が見えにくいと思うが、住民の反応はどうかという質問があった。それに対しては、確かにその部分はあり、今年度は特に「任せてしまった」。動機付け支援を受けた住民から「大したことないよ」という声も耳にしており、それについては課題であると認識している。委託の保健指導実施機関は、病院とクリニックで、それぞれに援助方法も異なるので、それをどう支援していくかは今後の課題であることを確認した。

B町からは、従来よりも判定基準が厳しくなっているにも関わらず「先生が大丈夫と言われた」と指導が十分にされていないことや、特定健診から特定保健指導までに時間がかかる点で、住民に

説明しづらい課題を感じていた。また、健康づくりの観点から、特定保健指導の対象者以外に希望する者への教室も考えていることが語られた。

健診受診率は今年度低かったので、周知の方法について質問があった。大野町からは、特定健診計画策定に向けてのアンケート時に周知したこと、広報での周知、国民健康保険加入者だが会社で健診を受けている人の場合は、健診結果を町に提出してもらうように依頼したことなどの返答があった。

大野町だけでなく郡全体として受診率が高い結果があり、これまでの健診方法と変えないこともその理由ではないかという意見が追加された。また、今年度、未受診者に対しては、主に電話で未受診理由等の調査をしたので、次年度の健診受診につながることを期待していることが語られた。

「受診をするところから始まる」側面もあり、各市町共に受診率をあげる工夫として、受診料の引き下げ、実施時期は住民が慣れるまで変えない、受診票を見やすくするなどの各市町の工夫が紹介された。

また、国保部門との連携の難しさも課題としてあげられた。大野町では、同じ課にあるため連携にそれほど問題がなかったこと、これまで健診については保健師が実施してきたことなので、保健師がリーダーシップをとってすすめてきたことがよく、今後も保健師に期待していることがその上司より語られた。

文献

1)厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム（確定版），136, 平成 19 年 4 月.

行動変容を重視した保健指導のモデル的実施と評価

長尾友子　杉山郁子　窪田千年　桐谷勝（岐阜県健康長寿財団）　梅津美香　坪内美奈（大学）

Ⅰ．目的

財団法人岐阜県健康長寿財団（以下、財団とする）が平成 18 年度・19 年度に実施した予防事業モデル実施支援事業（モデル的に集団的支援および個別的支援を組み合わせながら行動変容を重視した保健指導の実施、以下：事業とする）について、事業目的も含め総合的に評価し、それを踏まえて平成 20 年度の保健指導プログラムの内容・方法を検討し、実施した上で、3 年間の事業評価を行う。

Ⅱ．方法

１．平成 18・19 年度事業担当者へのヒアリング調査

平成 18 年度・19 年度に事業を行った 2 市町村（Ａ町、Ｂ市）、2 事業所（Ｃ社、Ｄ社）の事業担当者にその後の取り組み等を財団スタッフと教員の 2 名 1 組でヒアリングした。

２．平成 18・19 年度事業参加者の行動変容に及ぼす課題の分析

講座前、終了時、その後の経過について個人が特定されないよう集計加工したデータ、行動目標、実行度から課題について整理し分析した。

３．平成 20 年度保健指導プログラムの内容・方法の検討

１）1、2 の結果から、平成 20 年度プログラム内容・方法の改善について検討をした。

２）平成 20 年度事業を実施する経過の中で、適宜、事業担当者（Ｅ市やＦ社）と保健指導体制や自ら行った保健指導実施の振り返りを行うと共にカンファレンスを開催し、プログラムの充実を図った。

４．上記１，２，３を踏まえた 3 年間の事業評価

共同研究体制としては、共同研究の財団の責任者は、大学側と連携を密に研究の推進を図った。また、実践指導スタッフの 3 名は、リーダーを始め、市町村と事業所各々の連絡・相談窓口役とともに共同研究に参画し、平成 20 年度事業を効果的に実践した。教員は、ヒアリング調査への協力と財団が行なった行動変容に及ぼす課題分析や保健指導プログラムの検討、3 年間の事業評価について助言をした。

Ⅲ．倫理的配慮

平成 18 年度・19 年度・20 年度に事業を実施した市町村・事業所の事業担当者に対して、研究主旨、協力の諾否、取り消しの自由について説明し協力の同意を得た。本学の研究倫理審査部会に研究倫理審査を申請し平成 20 年 10 月に承認された。

Ⅳ．結果

１．平成 18・19 年度事業担当者へのヒアリング調査

１）事業後のフォローは、既存の健康づくり事業への参加を勧奨する以外は特に実施されていないが、参加者の意識はプラス変化として感じられていた。

２）事業の実施による波及と言える実施団体の健康づくり事業の取組姿勢への変化はなかった。

３）担当者の参考になったこととしては、行動変容を促す講座の持ち方、具体的な保健指導内容、健康運動指導士の支援、事業の企画・運営・評価の一連への人的支援であった。

２．平成 18・19 年度事業参加者の行動変容に及ぼす課題の分析

講座終了時の行動変容との関連性を確認するために、追跡調査時点で、取組の継続が認められなかった事例について、講座終了時の要因をまとめた。

①受講の動機に具体性がなく、具体的目標設定ができないまま講座を終了したこと

②目標達成のための実践プログラムの合意ができないまま講座を終了したこと

③講座期間中、生活習慣の改善に取り組んだが、検査データに成果がみられなかったこと

④アセスメントに基づく個別アプローチが不十分だったこと

３．平成 20 年度保健指導プログラムの内容・方法の検討

平成 18 年度・19 年度の実施において、成果が得られた方法についてはより充実させ実施した。また、新たに強化すべきこととして、下記について取り組んだ。平成 20 年度保健指導プログラムの流れは図 1 に示した。

１）参加者の行動変容を促す工夫

①基礎情報（家族・職業・生活リズム・食事摂取録）を把握し、健康課題を明らかにすると共に、自己記録用紙を用いてやる気を高めた。

②講座に対する希望を取り込み、受講の満足度を高めた。
③集団的プログラムの意図や被指導者アセスメント、行動変容ステージについて、スタッフ間で合意・共有し、参加者を支援した。
２）実施団体の今後の取組の支援
継続方法を検討し、社会資源の活用を含め支援した。

４．平成 20 年度保健指導プログラムの評価

１）検査値の変化
市町村、事業所の全員に検査項目のいずれかで改善が認められた。表１は、受講者の講座開始時の状況である。

表１　基準値を上回った検査項目別延人数

	実人数	基準を上回った検査項目別延人数					
		血圧	BMI	腹囲	LDL	TG	HbA1c
E市	9	1	5	5	4	2	3
F社	15	10	5	8	4	4	2

２）参加者の行動変容及び認識の変化
参加者の行動変容及び認識の変化について、質問紙による回答を、講座前、講座終了時で単純集計し、比較したところ、E 市、F 社ともに生活習慣に際だった変化は認められなかった。満足度・認識度については、E 市では「非常にそう思う」が多かったのに対し、F 社では「ややそう思う」と回答する者が多かった。
３）検査値の変化と行動変容の変化
検査値の変化と行動変容の変化を見てみると、E 市では、１名を除き、関心期から実行期に移行した。検査値の変化との関連性では、全員に HbA1c の減少が認められた。平均値 5.17%から 4.79%に変化し、生活改善への実践が推察された。F 社では、従業員全員の参加ということもあって、講座参加者の半数は無関心期であった。無関心期から関心期へ半数が移行した。また関心期から実行期に移行した６名中５名には２項目以上の検査値に改善が認められた。
４）参加者からみたプログラム評価
E 市においては、実施したプログラム９項目を示し、やる気に繋がったプログラムとして、１人 3 項目を選択してもらった結果、 数値として出るので解りやすい、結果がすべてという理由を上げ、血液検査と回答した参加者が最も多かった。
F 社では、プログラム８項目を示し、同様に選択してもらった結果、個別指導、講話と回答した参加者が多かった。F 社では、当事業の実施で、基礎的な、具体的な知識を初めて学習する機会になったということが、講話に対する評価を高くしたと推察された。また、やる気に繋がった教材については、E 市、F 社ともにライフコーダが最も多かった。
５）実践指導スタッフからみた実践評価
実践指導スタッフからみた実践評価は、表 2 に示したとおりである。参加者や実施団体のニーズを踏まえ講座を企画するとともに、環境や条件に制約されることも少なくないため、常に講座目的、事業目的に立ち返りながら、実践指導スタッフとして、最大限の成果が提供できるよう支援する視点が重要であった。

５．3 年間の事業の評価

講座受講者に対する、生活習慣に起因する健康課題の解決に向けた実践指導については、平成 18・19・20 年度いずれの年度も、講座前後で検査値データや行動変容の改善が認められ、満足度、認識度についても、概ね良い結果が得られた。これらの成果の検証を通じて、少なからず評価できる実践指導であったと考える。また、実施団体への支援については、平成 20 年度事業を実施する経過の中で、適宜、E 市やF 社と健康づくり体制や個別アプローチ方法について検討し、課題の共有を図った。財団の立場で、モデル事業に 3 年間取り組んだ中から、考えられたポイントを次にまとめた。
１）プログラムの企画
平成 20 年度事業では、参加者を行動変容ステージの変化としてとらえたところ、無関心期にある参加者と関心期にある参加者では、生活改善意欲に大きな差があった。
①プログラムは、参加者の参加動機や行動変容ステージを考慮したものであること。
②参加者の立場に立ったプログラムの見直し、変更等企画に柔軟性を持たせたものであること。
２）質問紙による評価法
講座前後、各々で質問紙調査を行い、比較可能な調査項目を単純集計し比較したところ、生活習慣に明らかな変化は認められなかった。また、講座前後の個々の回答を見直してみると、矛盾する回答も認められた。健康に気をつけているか、塩辛いものをよく食べる等々、設問そのものが曖昧な表現であったことも影響したと考えられる。
①食生活の個人情報の把握方法については、今後の検討課題である。
３）カンファレンスの持ち方
スタッフ間で、相談場面で知り得た参加者の情

報の共有や支援の方向性等について、合意を図ることにより、効果的なアプローチができたが、参加者のニーズを見極め、プログラムが有効か否か検討することも必要であった。
①毎回の講座後のカンファレンスは必須である。
②講座中間に、参加者の行動変容ステージを捉え直し、プログラムに反映させるカンファレンスを計画しておくことが必要である。

４）行動変容の継続性

概ね 4-6 ヶ月間の当事業においては、自己の健康課題の解決に向け、生活習慣を努力して変えているというのが、講座終了時では、最大の成果であった。従って、実施団体の生活習慣病予防施策の一つとして当事業が位置づけられ、初めて成果があったと言える。
①生活習慣病施策としては、個々の生活習慣の改善を定着させ、習慣化できるまでの「アプローチの仕組み」が必要不可欠である。

５）実施団体のその後の取り組み

今後の健康づくり活動への取り組みについては、市町村では、予算確保に影響される反面、事業所では、ポピュレーションアプローチが継続、活発化していた。
①実施団体の予算編成時期を見据えた事業展開をすること
②健康づくり活動のノウハウを全く持ち得ない小規模事業所は支援に対する要望が強く、今後の課題となった。

Ⅴ．共同研究の成果評価

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

研究開始に際して、両共同研究者間で、事業の目的、概要、3 年間事業の評価方法を確認した。その作業を通し、予防事業モデル実施支援事業の事業名が示す「モデル」、「支援」の意味が明らかになり、事業本来の目的に立ち返る事ができた。

２．現地側看護職の受け止めや認識

3 年間の事業評価をするにあたり、財団として、調査・研究のノウハウを十分持ち得ないことから、大学に支援を求め、3 年間の事業成果としてまとめることができた。調査・研究に伴う倫理的配慮では、財団の体制に一石を投げていただき、重要性を再認識する機会になった。

３．本学（本学教員）がかかわったことの意義

財団が事業評価をするための調査・研究の方法について助言（調査・研究にあたっての倫理的配慮を含む）をしたことは、3 年間の事業成果をまとめることに役立ったと思われる。また、現地ヒアリング調査や事業検討会への参加、アンケート内容の考案や分析等を電子メールを通じて協働して進められたことにより、20 年度事業をより良いものとして実施することができた。

Ⅵ．共同研究報告と討論の会での討議内容

1.講座等事後フォローについて

講座終了時点での最大の成果である「生活習慣を努力して変えている」ということから、今後、どのように継続し習慣化していくのか、現状の意見交換を行った。
①特定健診を受託した健診機関では、受け皿となる事業を持っていないので、特定保健指導期間後はそのままになる。
②委託側と受託側で月 1 回連絡会議を開催し、情報交換や継続が図れるようにしている。
③市町村では、退職しない限り対象となる事業所と違い、継続はたいへんであることを知った。
追加発表として、健康や食事に気をつけている者の割合や運動を実践している割合は、1 年半後では、講座終了時点での実践割合より下がるものの、講座受講前より多いこと、半年後では、講座終了時より実践している者の割合が多かったことを報告し、6 ヶ月以降の個別サポートの重要性を強調した。

２.受講者の行動変容に及ぼす課題

具体的にどのようなことかという質問があり、要因を導き出した事例について一部説明を加えた。

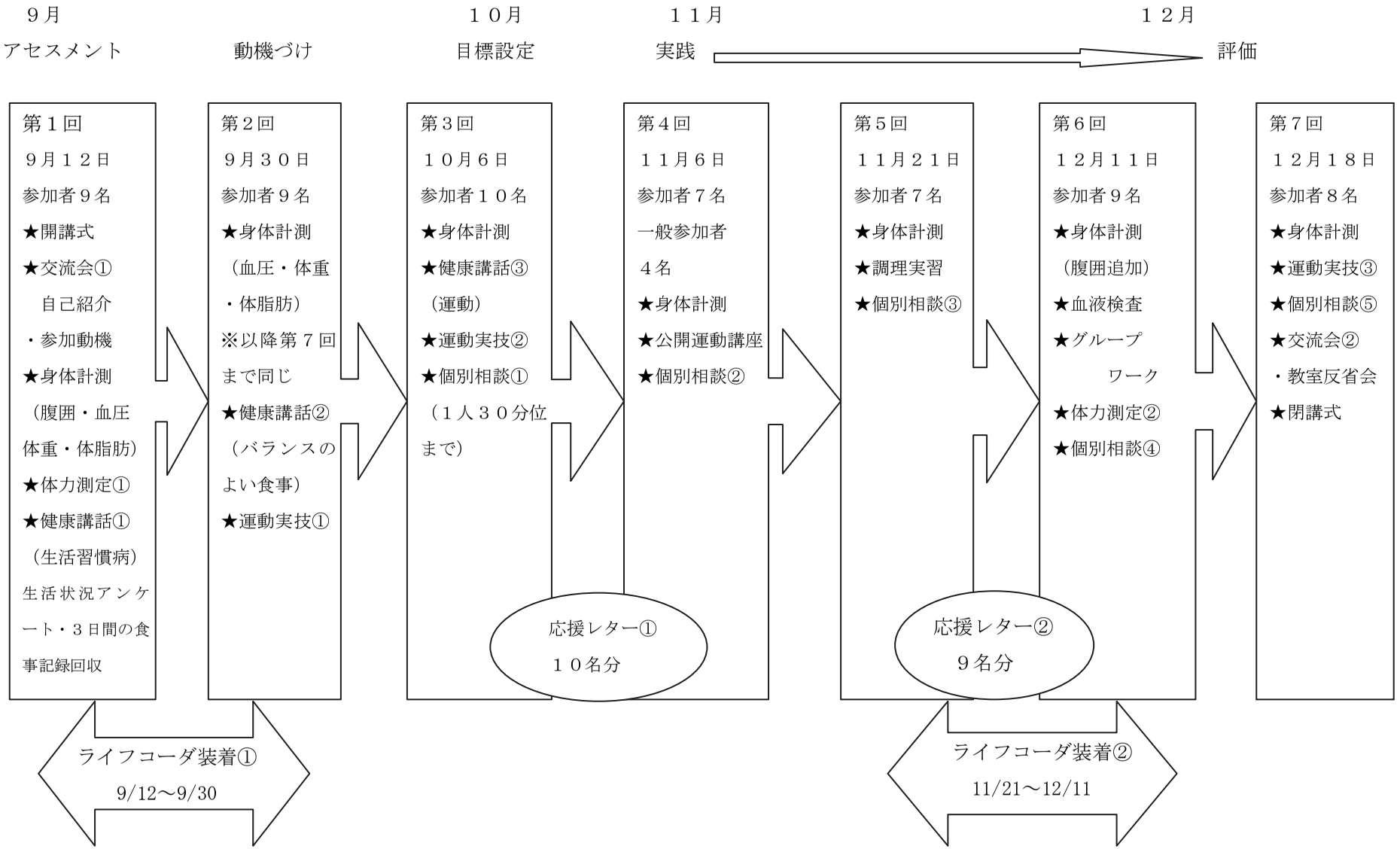
文献

１）社団法人日本看護協会：平成 19 年度先駆的保健活動交流推進事業　生活習慣病予防活動支援モデル事業報告書

表２　実践指導スタッフからみた実践評価

○具体的な目標設定	・生活習慣病・栄養・運動等の講話のあと、目標設定の時間を設けた事は、自分の問題点がわかり、具体的目標を設定することができるという点で良かった。 ・受講者の無関心期、関心期等の行動変容ステージにより、目標を設定できる時期や内容の変化が生じてくるため、必要に応じて目標の見直しをする必要があった。 ・生活状況調査項目に１日のスケジュール表を加えたことは、実際の生活が把握でき、目標設定に役だった。
○効果的な集団アプローチ	・話題提供した事例について、具体的な生活改善の方法を皆で話し合うことは、受講者自身の生活の見直しに繋がり良かった。 ・同じ地域の、同じ年代でのグループワークは、自分の生活に取り入れやすい方法を見つけることができ良かった。 ・グループワークをすることで、受講者同士、横の交流が持ちやすくなり良かった。 ・講話後の疑問や感想等自由な話し合いは、受講者間での共有ができ良かった。
○効果的な個別アプローチ	・生活や検査結果等、個人のプライバシーに深く関わる相談になることから、極力、面接場所・方法に配慮を要した。 ・受講者の行動変容ステージによって、動機づけの手段を変えたり工夫が必要であった。 ・個別の健康課題を多く抱える受講者には、生活習慣病予防が優先課題に成り得ないこともあり、短期間で成果を求めるアプローチは難しかった。 ・アセスメントに基づき、保健師、栄養士、健康運動指導士それぞれが、必要に応じて受講者を支援し、効果をあげた。
○有効なカンファレンス	・　講座終了後のカンファレンスにて､受講者個々への指導方法や言葉かけ方、注意点などスタッフ間で、確認し合意することにより、個別アプローチの効果をあげた。 ・参加者の行動変容ステージを捉え直し、プログラムに反映させるために、講座中間でのカンファレンスを計画しておくことが必要であった。
○有効なプログラム	・ライフコーダ、体力測定については、動機付けとしての教材効果が高いものの、測定値でもって受講の成果を評価するには成り得難いことがわかった。 ・講座に対する受講者の希望を取り込むことは、受講の満足度やる気を高めることに繋がった。 ・楽しく一緒にできるプログラムを、講座の早い時期に実施したことで、受講者同士のコミュニケーションをとりやすくした。
○スタッフのスキルアップ	・ 交流会では、その場を操作することなく、発言に耳を傾けることが、受講者の満足度を高めることに繋がるということを学んだ。 ・ 架空事例を用いたグループワークの進め方を学びあった。 ・ 受講者の立場に立って「やる気」高める案内ちらし、ポスター、プログラム等の作成、企画が大切であることを学んだ。

図１　地域パターン・プログラムの流れ



難病ケアコーディネーター研修の充実に向けて

古川直美　米増直美　小澤和弘　松下光子　北山三津子（大学）
堀田みゆき（岐阜大学医学部附属病院医療連携センター）

Ⅰ．目的

岐阜県では、難病患者の良質な療養環境の提供を目的に、難病医療ネットワーク事業を展開しているが、その円滑な推進を図るため、難病医療連絡協議会（以下協議会とする）を設置している。協議会では、事業執行のために難病医療専門員（以下専門員とする）を1名、平成18年度からおいており、専門員は、難病患者からの相談対応やサービス調整を行う難病ケアコーディネーターの育成と資質向上を目的とした、難病ケアコーディネーター研修会（以下研修会とする）の開催に携わっている。

研修会は2006年度から実施し、2007年度は、難病拠点病院（岐阜市）において3回実施している。専門員として、これまでの活動や研修会を通して感じた難病患者への支援に関する課題としては、職種間の連携がとれていない、社会資源の情報が適切に提供されない等があり、この課題の解決に向けて研修会を充実する必要性が示唆された。

本共同研究は、研修会の実施や難病患者の支援に関する課題を整理し、より現場の実情に沿った研修会となるよう充実させることを目的に、今年度から取り組んでいる。これまでの研修会の振り返りから見出した課題を踏まえて研修会を企画・実施し、実施した研修会の討議記録並びに参加者への質問紙調査の分析から、各圏域の難病患者・家族への支援に関する現状把握と研修会の評価を行っている。まだ取り組みの半ばであるため、今回はこの取り組みの途中経過を報告する。

Ⅱ．方法

１．研修会の企画

１）研修会のねらい

専門員が中心となってこれまでの活動や研修会を振り返ったところ、「社会資源の情報不足と入手困難」「医師との連携が不十分」「関係機関の情報共有、ネットワーク構築が必要」「難病に関わる機関や役割が不明瞭で機能発揮も不十分」「難病に対する理解不足」「ケアに対する不安・困難感がある」が課題として挙がった。そこで今年度の研修会は、以下の(1)～(4)の4点を意図して企画した。

(1)研修会の参加範囲を拡大し、難病に対する理解を広げる。
①研修会を、参加者の顔繋ぎの場とする。
②研修会への参加により、難病に関しての理解者、これまでに取り組んできた関係者を、参加者は知ることができる。参加者は、個人的に社会資源の拡大ができ、それによりネットワークの輪が広がる。
③保健医療福祉職（医師以外）にとって、苦手意識のある医師との交流の場とする。
(2)地域のニーズや地域の社会資源の現状を把握する（研修会では各圏域の事例を用いる）。
①圏域毎に事例を取り上げることで、事例を通じて社会資源の内容が具体的になり、圏域毎の課題が明確化する。
②事例について事前検討会をすることで、地域の関係者に課題を考えて貰う機会を設ける。
③事前検討会を通じて、各圏域保健所保健師との距離が近くなる。
(3)参加者の情報収集や情報交換、自己研鑽の場となるような研修内容にする。
①参加人数・範囲を拡大することで、参加者はより多くの意見を徴収できる。
②地域での具体的な情報交換の場となる。
③地域での事例を用いることで、地域に即した研修会の内容となる。
(4)研修会をきっかけに地域ネットワークを強化する。
①難病拠点病院の役割を地域に理解して貰うことができる。
②難病拠点病院から遠隔的な社会資源活用への繋がりができる。
③地域内での繋がりができる(地域の自立に繋がる)。

２）研修会の改善点

研修会のねらいを踏まえて、以下の3点を改善することを、専門員を中心に協議会で検討した。

(1)研修会参加者（職種）の拡大

対象者をこれまでの保健所保健師・市町村保健師、難病ネットワーク協力病院の医療従事者、訪問看護ステーション、NPO法人難病団体連絡協議会に加え、医師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに拡大する。

(2)各圏域での研修会開催及び各圏域保健所保健師への協力依頼

保健所保健師に協力を依頼し、共に研修会の準備を実施する。これにより、地域のニーズや社会資源の現状を把握し、また、圏域毎のネットワーク構築に繋げる。

(3)各圏域での実践事例を用いたシンポジウム

各圏域の実践事例を用い、シンポジウム形式で事例検討を行う。これにより、各圏域における社会資源や難病患者支援に関する現状・課題を具体化・明確化し、参加者が課題を検討する機会、理解を深める機会とする。また、具体的な取り組みを紹介し、困難事例に遭遇している参加者にとって自己研鑽の場となるようにする。

３）研修会の実施方法

研修会の計画、準備については、専門員が中心となって行った。

(1)開催月・圏域：9 月より毎月１回開催し、場所は、中濃・飛騨・東濃・西濃・岐阜（岐阜市を除く）・岐阜市の各圏域を回る。

(2)研修会参加者の募集方法

各圏域の医師会、保健所・市町村、難病ネットワーク協力病院、地域包括支援センター、居宅介護事業所、難病団体連絡協議会に案内を郵送する。また、協議会ホームページに研修会開催の申し込みを掲載する。

(3)シンポジウムの準備

県医師会を通し事例検討の受諾を了解する医師の紹介を受ける。医師に多職種での関わりのある事例を選出して貰い、関わった地域関係者へ協力依頼と、地域関係者全員にシンポジストとしての参加を依頼する。事例検討内容を検討するため、シンポジストを招集し話し合いの場を設ける。各々のシンポジストに資料作りをしてもらい、最終的に協議会が、進行内容を作成する。再度シンポジストと進行内容を確認し、最終調整を行う。

(4)地域の社会資源の状況把握

①各圏域の保健所に出向き、保健師から社会資源について情報を収集する。また、研修会での情報提供を依頼する。

②訪問看護ステーションに訪問し、情報を収集する。

③難病ネットワーク協力病院へ出向き、情報を収集する。

④シンポジストから情報を収集する。

２．研修会の評価と各圏域の現状把握

１）対象：各圏域で実施する研修会の参加者・シンポジスト

２）データ収集方法

(1)シンポジウムでの意見交換内容

シンポジウムでの意見交換内容は、筆記にて記述する。記述した意見交換内容は紙面にまとめ、後日、シンポジストに内容を確認してもらう。

(2)質問紙調査

研修会終了時に、参加者を対象に、共同研究者間で検討し作成した質問紙調査を実施することとした。質問紙は共同研究者間で検討し、作成した。また、協議会でも内容を確認してもらい、実施の了承を得た。

設問内容は、以下の通りである。

①回答者の概要：年齢・性別・職種

②研修会の評価：講義・シンポジウムの満足度、企画（各圏域での実施）や開催場所・日程・テーマの適切性を 2 項選択法もしくは多肢選択法で尋ねる。また、研修内容は実践に役立つか否か、感想、難病拠点病院・専門員への期待について、選択法及び自由記載で回答を求める。

③現状把握：難病に関する制度や事業の知識・活用状況を複数選択法で尋ねる。その選択肢としては、「難病拠点病院」「専門員」「難病ケアコーディネーター」「生きがいサポートセンター」「難病団体連絡協議会」「難病情報センター」「特定疾患」「介護保険特定疾患」「難病ネットワーク協力病院」「難病ネットワーク基幹病院」を挙げる。難病患者への関わりの有無と連携の状況、難病患者や家族と関わる上での困難・課題については、選択法及び自由記載で尋ねる。

３）分析方法

(1)シンポジウムでの意見交換内容

記述内容を１意味１記述とし、類似する内容を分類整理する。

(2)質問紙調査

選択法で得た回答は、単純集計及び圏域毎や職種毎のクロス集計を実施する。自由記載で得た回答は１意味１記述とし、類似する内容を分類整理する。

４）倫理的配慮

シンポジウムにおける意見交換の内容は個人が特定されないよう記録すること、発言内容に対する削除の希望は期間を設けて受け付けること、質問紙調査の回答は無記名としデータも統計的に処理すること、質問紙の回収箱への投函をもって同意を得られたとし、投函された質問紙は個人が特定できないため削除はできないこと等を、研修会の開始時に、文書に基づいて説明を行い、了

承を得る。本共同研究については、本学研究倫理審査部会で承認を得た。

Ⅲ．結果

１．研修会の概要

研修会開催圏域・開催月・参加者数については表1に示した通りである（H20.12 月末)。

表１　研修会の概要

圏域	開催月	参加者数
中濃	9 月	61 名
飛騨	10 月	61 名
東濃	11 月	54 名
西濃	12 月	49 名
計		225 名

研修会に参加した職種は、医師 3%、保健師 13%、看護師(准看護師含む)26%、地域包括支援センター・ケアマネジャー41%、医療ソーシャルワーカー・理学療法士等 17%であった。ただし、地域包括支援センター・ケアマネジャーの中には、看護職の資格を有している者がいる等重複しているため、正確な人数は把握できない。

各圏域で実施した研修会の内容は、以下の通りである。

①神経内科医師による講演（45 分）
- 神経難病の疾患について：ALS・パーキンソン病・脊髄小脳変性症等について
- 神経難病患者の災害時支援について

②事例報告（35 分）

③意見交換（30 分）

２．研修会の評価と各圏域の現状把握

１）研修会の準備・事前検討会での現状把握

岐阜県難病患者保健･医療･福祉施策にある「在宅患者対策」には、保健所が実施する「難病患者地域支援対策推進事業」がある。平成 18 年度調査では、難病患者の電話、来所での相談件数は総件数 5,712 件で、岐阜市・岐阜保健所が最も多く全体の約 6 割を占めていた。次いで東濃保健所 17%、飛騨保健所 9%であった。しかし訪問相談件数は、総件数 229 件中、飛騨保健所、西濃保健所が各 17%で最も高い状況であった。ネットワーク会議の参加については、西濃保健所は最も多く 5 件であった。

研修会の準備として保健所を訪問し、保健師と話し合いをもったが、保健師の会話から、「特定疾患申請時や更新時には保健師が窓口にいき、直接話しを伺うようにしている」「申請時に自宅に訪問をしなくてはいけないと思っていても、伺う時間が調整できない」「大学病院から事前に連絡があるケースは、できるだけ訪問するようにしている」「業務内容として、結核などの感染や精神疾患が優先となり、難病患者は後回しになってしまう」「本当はもっと自宅訪問をしなくてはいけないと思っている」との意見があった。

研修会における事例報告のシンポジストとして、福祉職のケアマネジャーが参加した圏域は 3 カ所あった。事例検討内容を事前に検討する場で、ケアマネジャーから「医療的な面が分からなくて戸惑った」「訪問看護師に相談してケアマネジメントした」「分からないことがあると、まず訪問看護師に相談していた」「難病患者を受け持って初めて、医療的な知識がないと早期に対処できないため、利用者の QOL を保てない事が分かった」との意見があった。

２）シンポジウムの意見交換内容

意見交換会などから得られた意見をまとめた結果、＜現状＞＜保健所の現状＞＜社会資源の有効活用＞＜困難の原因＞＜見出された課題＞＜今後の取り組み＞の 6 項目に分類された。また＜困難の原因＞には、《施設》《地域サービス》《吸引の問題》《医師》《マネジメント》《関わり》》の小項目があった。

＜現状＞では、「ALS 患者の障害者施設での受け入れはゼロに近い」「二人主治医制では、頼みやすい関係ができているのでうまくいっている」等、＜保健所の現状＞では「社会資源に関する情報収集を積極的にしていない」「(報告事例は) 保健師が殆ど関わっていない状況でも上手く繋がっている」等、＜社会資源の有効活用＞では、「在宅に戻る場合は退院調整室、転院の場合は医療相談室が受けている」等が挙げられた。

＜困難の原因＞の《施設》は「医療依存度の高い患者がショートステイ、デイサービスの利用に困っている」等、《地域サービス》は「地域ではデイサービスもショートステイもない状況で、訪問看護へのウエイトが高い」等、《吸引の問題》は「吸引が必要になるとショートステイ先を探すことが大変」等、《医師》は「往診できる、かかりつけ医が少ない」等、《マネジメント》は「社会資源がないことや医療依存度が高いことによるケアマネジメントの難しさ」等、《関わり》は「コミュニケーションが取りにくい」「患者が若く、介護サービスを受け入れ難い」等であった。

＜見出された課題＞としては、「多職種間のスムーズな連携」「早期から訪問看護のみえる関係が望ましい」「医師会の協力も必要」等が、＜今後の取り組み＞としては「保健師として訪問をする予定」「在宅ケアのガイドブックを作成する予

定」等が挙げられた。

３）質問紙調査

回答は 186 名から得られた（回収率 82.7%）。職種としては介護支援専門員が 60 名（32.3%）と最も多く、次いで看護師・准看護師の 45 名（24.2%）であった。他に、保健師は 27 名（14.5%）、医師は 2 名（1.1%）であった。年代は、40 歳代が 76 名（40.9%）と最も多く、次いで 50 歳代が 58 名（31.2%）であった。

(1)研修会の評価

シンポジウムの満足度については図 1 に示した通りであり、「大変満足」「やや満足」を合せると、各圏域において参加者の 8 割以上が満足していた。各圏域で実施するという企画については、約 9 割の参加者が有効であったと評価し、テーマも約 9 割の参加者が適切だったと評価した。研修会は実践で役立つかという問いに対しては、図 2 に示した通りであり、「大変役立つ」「やや役立つ」を合せると、各圏域とも約 8 割が実践で役立つと回答した。役立つ理由としては、「疾患・治療・難病に関する知識・理解が深まった」「相談窓口がわかった」「連携の実際がわかった」「地域の現状・課題を把握・共有できた」等が挙げられた。

今後希望するテーマは、「在宅療養のサポート体制」「パーキンソン病について」等であり、難病拠点病院や専門員に期待することとしては、「研修会の開催」「相談窓口」「ネットワークの構築」等が挙げられた。

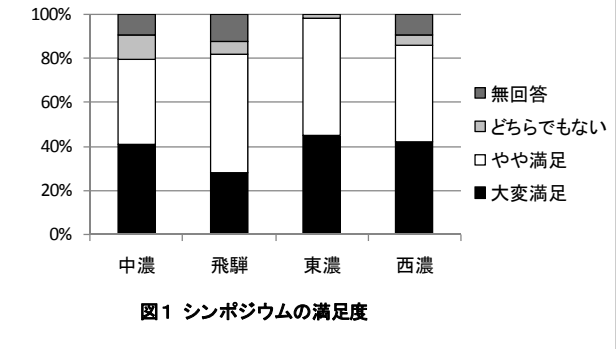


図1 シンポジウムの満足度

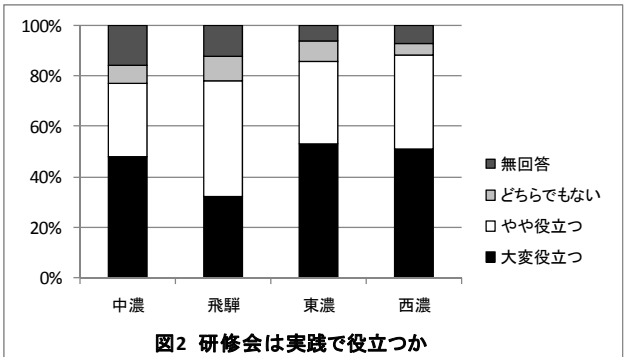


図2 研修会は実践で役立つか

(2)現状把握

難病に関する制度や事業については、全体でみると、特定疾患・介護保険特定疾病は参加者の 6～7 割に知られていたが、専門員や難病ネットワーク基幹・協力病院、難病ケアコーディネーター、難病情報センター、生きがいサポートセンターは、2 割以下であった。職種別では、保健師は全体的に認知の程度が高かったが、介護支援専門員は全体的に認知の程度が低く、特定疾患・介護保険特定疾病については約 8 割が認知していたが、それ以外の項目は約 1～3 割であった。

これまでに難病患者に関わったことがある参加者は 79.6%であり、そのうち 9 割が他職種と一部もしくは大体連携がとれていると回答した。連携先としては、介護支援専門員、訪問看護ステーション、ホームドクター(開業医)が多かった。

難病患者に関わる上での困難・課題(複数選択法)については、「在宅療養を支えるための社会資源が少ない」が 87 名で最も多く、次いで「難病に関する知識が不十分である」79 名、「レスパイト入院の受け入れ先がない」62 名、「難病に関わる機関や役割が不明瞭で相談・活用しにくい」59 名、「難病ケアを支える人員が不足している」53 名、「社会資源に関する情報の入手が困難である」50 名であった。

Ⅳ. 考察

実際に難病に携わる従事者の情報から、現場での隠れた問題が具体的になり、また、これまで知らなかった圏域毎の社会資源を見つけることができたと言える。十分な社会資源はないが、ないからこそ地域内での緻密なネットワークが図れている圏域もあった。

看護職の取り組みとしては、福祉職のケアマネジャーが「コーディネートするのに困惑している」「危機管理ができにくい」と感じていることに対し、それをカバーするのに訪問看護師のコーディネート能力が発揮されていた。現場においては、直接的な難病コーディネートができる相談窓口が必要であり、これには訪問看護師が適任であろう。今後の課題として、難病患者に対し早期に訪問看護の関わりをもっていくシステム作りが必要である。そのためにも、訪問看護師の早期関与の必要性を難病に従事する関係者に広報できるよう、訪問看護師が早期に関与した事例を用いた事例検討会形式で研修会を実施していきたい。

保健所保健師は、自身の役割が十分に発揮で

きていないことに、ジレンマを感じていることが、保健所訪問時に聞き取りできた。難病患者の支援においては、圏域毎に難病コーディネートができる相談窓口が必要であり、地域の詳細な社会資源情報を収集し、地域診断能力がある人材が必要である。これには、保健師が適任と考えられるため、各圏域保健所保健師との情報交換会や学習会をする事業計画を今後は立案したい。

研修会では、医師の参加率が低く、医師の難病に関する理解が得られにくい状況にあった。難病患者の支援において医師の協力は不可欠なため、医師を取り込むネットワークが必要である。今後は医師に関する広報の仕方を考慮しなければならない。今年度と同様、医師会に協力を依頼し、医師会報に研修会開催の案内を掲載してもらう等、広報を拡大したい。また、かかりつけ医の勉強会企画を難病拠点病院の神経内科医師に依頼することも検討したい。

質問紙調査では、研修会について概ね肯定的な評価が得られたことから、各圏域で事例を用いて研修会を実施したことは効果的であったと考える。参加者の現状としては、難病に関する制度や事業の認知度が低いこと、連携先の範囲が必ずしも広くないこと、地域社会資源の把握が十分にされておらず難病に関する情報を求めていること、自身の知識不足や社会資源の活用に困難を感じていることが挙げられた。これらの現状の解決・改善に向けて、今後も圏域毎の研修会開催を継続していくとともに、各圏域での社会資源の現状把握を続け、社会資源マップを作成することも必要と考えられた。

Ⅴ．本事業の成果

１.看護実践の方法として改善できたこと及び現地側看護職の受け止めや認識

これまで専門員が感じていた課題を整理することにより、研修会の内容や方法が改善でき、充実させることができた。また、研修会の充実という課題に対しての取り組みであったが、その準備や実施を通じて、各圏域における、難病患者の支援に関する現状と問題点を把握でき、今後の課題が明確になった。それにより、今後、継続して研修会を実施するにあたり、発展的に展開する一助になるとも考えられる。次年度以降も、更なる研修会の充実、地域の課題の明確化とその対応の検討が必要なため、継続して共同研究を実施したい。

２．本学教員が関わったことの意義

専門員が経験として感じていた課題を、本学教員と整理したことで、根拠をもって研修会を改善できた。実施した研修会、難病患者支援に関する現状把握についても、本学教員と検討する中で、評価の視点や情報収集の視点が明確になった。それにより、現状と問題点を把握することができ、次年度の課題も明確になった。

そして、所属する職場や他都道府県の専門員、難病に関わる他の職種からの支援は得られるが、県内の専門員としては 1 名で対応している状況において、共に試行錯誤できることの心強さがある。難病患者への支援については課題の多い県であり、その状況の打開に向かって、共に取り組める仲間がいることは励みになるといえる。

Ⅵ．共同研究報告と討論の会での討議内容

１．研修会の評価と発展に向けて

研修会は概ね肯定的な評価が得られていることを参加者で確認した。評価が得られた理由として、研修会のシンポジウムで提供された事例は、地域で開業し活躍している医師が中心となっている事例であったことがよかったのではないかとの意見があった。難病はわからないからと構えてしまう医師もいるが、シンポジウムの参加により、構える必要はないのだと思ってもらえたのではないか、参加した他の職種にとっても、相談できる場所があることを知ってもらえたのではないかと考えられ、研修会の成果と捉えられた。しかし、各圏域において医師の参加者は毎回 2 名程度と少なかったことは課題で、医師は患者にとって病院の窓口とも言えるため、医師の理解と協力を得る必要がある。ちなみに、今回は 4 回分の研修会の報告を行ったが、6 回目の研修会では、医師の参加を募るべく広報に力を入れたところ、約 10 名の医師からの参加申し込みがあった。次年度は、参加者を募るためにも医師会と協力し広報に力を入れたいことを研究者から述べた。

他に、一般病院に勤務する看護職間のネットワークはあるのか、一般病院に勤務する看護職の研修会への参加状況はどうであったか、との質問があった。施設間のネットワークとしてはないと思われること、研修会の案内は、難病医療ネットワーク協力病院として登録している施設のみであったことから対象が限定されていること、また、今後拡大する必要性は感じていることを、研究者から答えた。意見として、病棟のプライマリナースが難病や社会資源に関する知識を得ることで、難病患者への支援が繋がっていくと思われること、病棟で勤務していると院内のことのみで、地

域における支援等他のことを知らないことがあるため、退院してからの支援の必要性に気づいて対応できる病棟看護師がいるとよいと思われること等挙げられた。医師の理解も必要だが、保健師や看護師が医師に働きかけることによって医師も変わるため、保健師や看護職の難病に関する理解を促進し、また、保健師や看護職が活躍できることを医師に知ってもらう機会として、研修会を活用したいと考えていることを伝えた。

質問紙調査の結果として、ケアマネジャーの難病に対する理解が十分でないことについては、どうしていくかも課題として挙げられた。ケアマネジャーの基礎資格は、必ずしも医療系でなく福祉系が多い等広いため、難病に関する知識が十分でないことも多いように考えられた。今年度初めてケアマネジャーに参加を呼びかけたところであり、次年度以降に期待したいことを述べた。また、ケアマネジャーとしても、わからないことが多いため、訪問看護師と連携したいという思いがあることが研修会を通じてわかったため、早期から訪問看護につなげる体制を検討し、研修会でも事例を提供できるようにしたいと考えていることを研究者から述べた。そうするためには、訪問看護ステーションの報酬につながる取り組みが必要であるため、病院の退院に向けてのカンファレンスに参加してもらったり、医師に依頼書を書いてもらったり等、方策についても参加者間で検討した。

２．難病患者の支援について

圏域によって、保健師の訪問等取り組みに差があるのはなぜかとの質問があった。それについては、前任者の活動から継続して実施されている圏域もあるが、多忙で困難な圏域もあること、保健師には訪問したい思いがあっても、難病以外の業務も担当しており、感染や精神等緊急に対応する必要が生じると、難病が後回しになってしまう現実があることを述べた。参加者からは、難病担当の保健師の自主活動グループがあるので、連携して進めることも一つの方法ではないかと提案された。

また、難病患者に関わった時に生活することの大変さを感じた、退院後、生活していく上で、生活に密着した困難や疑問等が生じた時にどこに相談するのかと思い、相談できる人がいるとよいと思ったとの意見もあった。難病患者の医療との接点として病院外来が挙げられ、そこから継続支援につなぐことができるとよいのではないか、社会資源に強い外来の看護師がいるとよいのではないかということも提案された。

医療機関における看護

看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具（尺度）の開発

古川直美　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）

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、信頼性・妥当性が確保された用具（尺度）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。

昨年度、作成した質問紙 Version2 を用いて、入院患者を対象に、有効回答数が 150 に達するまで調査を実施し、データを収集した。今年度は、そのデータを用いて信頼性分析、因子分析等を行い、質問項目の精選を行っている。また、調査を実施した施設において単純集計の結果を報告し、患者の満足に繋がるケアの研修会を実施したので、その取り組みについて報告する。

Ⅱ．質問紙の作成

これまでの、質問紙の作成手順は以下の通りである。

①患者満足に関する国内外の文献収集（27 文献）。

②文献より質問（評価）項目を集め、アイテムプールを作成した（667 項目収集）。

③アイテムプールより質問（評価）項目を研究者間で精選し、最終的に 66 項目となった。各項目について期待度と満足度を問う質問紙 Version1 を作成した。また、《満足度として構成している看護ケアの要素》を検討し、調査項目を分類した。

④質問紙 Version1 を用いた予備調査（対象数 78 名）とその分析を実施した。その分析結果を踏まえ、更に調査項目を精選し質問紙を作成した（総合評価を含む 55 項目からなる質問紙 Version2）。質問紙の回答方法は、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。また、《満足度として構成している看護ケアの要素》を再検討し、＜A. 看護師としての態度：「あいさつをきちんとする」等 10 項目＞、＜B. 看護師としての対応：「間違ったり、要望にこたえられたなった時など、正直に謝る」等 18 項目＞、＜C. 専門的知識・技術に基づくケア：「不安や苦痛がやわらぐように援助してくれる」等 11 項目＞、＜D. 教育的な関わり：「適切な判断ができるように、必要に応じて助言してくれる」等 5 項目＞、＜E. 連携：「看護師同士の連携がきちんととれている」等 3 項目＞、＜F. 利用者のニーズに基づくケア：「あなたの意向や意見をとりいれながら援助してくれる」等 3 項目＞、＜G. 退院後（退院間近の患者が回答する項目として設定）：「退院後の継続受診・治療等について説明してくれる」等 4 項目＞を設定した。

⑤昨年度、有効回答数が 150 に達するまで本調査を実施した。現在、分析（信頼性分析、因子分析等）を実施し、調査項目を精選している段階である。

Ⅲ．「患者の満足に繋がるケア」研修会

１．対象

A 病院看護師長・看護主任約 80 名。

２．研修内容及び方法

研修会の企画・運営は、共同研究者間で役割を分担して実施した。研修会の案内や期日・場所の設定、グループワークの準備、質問紙の回収は現場の共同研究者が、報告資料の作成、司会・進行、質問紙の集計・分析は本学教員が担当した。

１）調査結果の報告

平成 19 年度に実施した調査の、調査項目毎の「期待度」「満足度」の単純集計結果及び総合評価の集計結果を報告した。

２）グループワーク・全体討論

調査結果の報告後、実施している看護ケアと調査結果の比較検討、患者満足度向上に向けて取り組みたいこと、満足度調査結果の活用方法についてグループワークと全体討論を行った。

３）質問紙調査

研修終了後に、「調査結果に対する感想」「調査結果と現状は一致しているか」「調査結果からとらえた課題」「調査結果の活用方法」を問う質問

紙調査を実施した。

３．分析方法

質問紙調査の回答は、「調査結果と現状は一致しているか」は単純集計、その他の自由記述は、1 意味 1 記述とし、内容の類似性に従い質的に分析した。全体討論の内容は記録し、質的に分類した。

４．倫理的配慮

研修会後の質問紙調査は無記名とし、文書を用いて参加者に趣旨等説明した。本研究については、本学研究倫理審査部会の承認を受けている。

５．結果及び考察

1）発表と討論

グループワークと全体討論では、単純に満足度が低い項目のみに着目するのではなく、期待度に比べて満足度が低い項目、満足度も低いが期待度も低い項目などに着目し、改善すべき点が検討された。討論では、満足度の低い項目の改善とともに、看護への期待度を高められるよう働きかけることが結果的に良い看護につながることや、専門的技術向上のための教育の充実、医療者間の連携の促進、看護師による説明や退院指導の充実が課題として見出された。分析の結果は表 1 に示す。

表1　研修会で明らかになったこと・結果評価の視点（全体討論）

分類	意見の要約	結果評価の視点
改善点	制度に関する看護師の学習が必要（知識の差が大きい）	期待も満足もしていない理由の推測
	技術への満足度低い。教育の必要性	期待度の高さに比較し満足度低い
	ナースコールに迅速に対応する必要がある	満足度の低い項目
	制度に対する知識をもつ、退院後の生活に目を向ける	無回答が多いことの意味を問う
問題認識	技術が期待に伴っていない	期待度の高さに比較し満足度低い
	医療者同士の連携不足	満足度・期待度の低さに対する理由の推測
	患者の言葉を聴いているのか	
	患者への説明が医師任せになっていないか	
	社会資源に対する学習不足による説明の不十分	
	体調が悪いときの看護師の対応不足	
	個としての対応を期待しているのではないか	期待も満足もしていない理由の推測
現状認識	技術への期待がわかった	期待している項目
	指導への期待のなさにがっかりした	期待度が低い
	よろず相談に行くようすすめていることが反映した	満足度・期待度の低さに対する理由の推測
	やっているが満足度低い	満足度の低い項目
	技術・接遇の結果はよかった	よい結果を認識する
看護職としての自覚をもつ	看護師の役割・責務を認識しそれに応える	看護職の使命を自覚
	専門的な技術は使命である	
活用の方向性	期待度を高める働きかけがよい看護につながる	結果をどう活用するか
質問項目の問題点	類似していて回答しにくい	回答のしやすさ
	項目数が多い	
その他	回答者の年齢層により結果が違う可能性があるのではないか	回答の解釈

表2　今回の患者満足度調査の結果についての率直な感想

分類		記述内容の例
期待度・満足度の現状を知ることができた		患者様の期待していること、満足度がしっかり分かった。
		現状の看護実践の評価が見えてよかった。
肯定的な結果に満足である・驚いた	**肯定的な結果に満足である**	90%満足していると答えてくれたことはうれしかった。
		看護師が取り組んできたことや、取り組んでいることに一定の成果がみられた。
	予想以上に肯定的な結果が得られた	思った以上に良い評価だった。
		初回のアンケートの時、満足度は“そうである”“どちらかであればそうである”は70%前後であったのが上昇していたのでここまでUPしたかと思った。
肯定的な結果が得られ、病院機能評価の影響を考える		昨年は病院機能評価などで、Nsも一生懸命頑張っていた。満足度は思った以上である。
具体的な取り組むべき課題が分かった		態度、対応は改善している。専門的、教育的な関わりは、満足度が低い。課題である。採血、注射は上手なほうが良い。期待度に比べ満足度が低い。
		今DDC導入・在院日数短縮で、個々の患者のニーズに対する対応を忘れがちである。
		期待していない(期待度)、違う(満足度)が低値の項目については、現場個人の振り返りが必要となると痛感した。
対象者・時期を変えての調査もあると良い	**対象者を変えての調査もあると良い**	アンケートが十分記述できる年齢にはやはり30～50代となるのか・・・。70代くらいの人がメインとなる病棟の満足度が見てみたい。
	時期を変えての調査の希望	現在はNsの欠員などもあり、充分な看護ができていないのではと思う。集計に時間はかかると思うが適切な時期に出ると分析もしやすい。
年齢・入院期間別にみた分析もあると良い		年齢別でも期待度、満足度がわかればいいなと思います。
		入院期間にもよってデータ値がちがってくる。
調査項目の検討が必要		回答する項目が多いので、患者が最後の方まで答えるのが大変だと思う。もう少し簡単に答えられる方が良い気がする。曖昧な表現が多く、人の捉え方で結果も変わりそうであると思う。
結果をどのように読み取ることができるかの検討		期待度が低かった項目について、何故期待度が低いのだろうと疑問に思った。そこの部分を解明する必要があると思った。
その他	**役割の再認識となった**	自分の役割の再認識となった。
	結果を早く知りたかった	昨年の結果なのでもっと早く報告がほしかった。
	ｽｹｰﾙ開発への期待	患者もいろいろな患者がいて、分析するのは大変。スケールが出来ると評価が出来るようになり良い事だと思う。

2）質問紙調査

43 名から回答が得られた。感想は表 2 に示したように、肯定的な結果に満足である・驚いた、具体的な取り組むべき課題が分かった、等であった。現状と一致している調査結果は、図１並びに表 3 に示す。現状と一致していると回答した内容としては、看護師としての態度に関する満足度が高い、専門的技術に基づくケアへの期待度が高い、医療者間の連携・教育的関わりは満足度も期待度も低い、等であった。ナースコールへの迅速な対応や時間通りのケアの実施に対する満足度の低さは、多忙な現状が反映された結果と解釈されていた。現状と一致していない調査結果の回答内容は、退院後に向けた関わりや連携、教育的な関わりで、努力に比して評価されていない等であった。

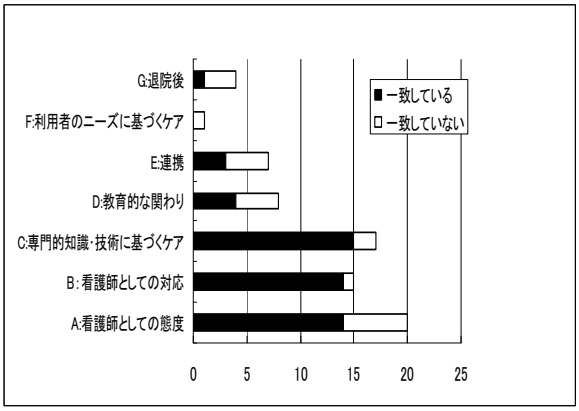


図１　調査結果と現状の一致度

表3　調査結果と現状の一致度の理由

	一致している理由	一致していない理由
A:看護師としての態度	委員会活動により成果があった(2) 教育･研修・評価が充実できている 現場で努力している,全体で取り組んだ結果である	クレームが多いという現状の対象者の反応と結果の印象が違う. 現状の対象者から聞くことと相違がある 現状の看護師に対する評価と相違がある
B：看護師としての対応	委員会活動により成果があがった(2) 全体で取り組んだ結果である 時間を待たせていることがある	努力しているが、評価が得られていない 期待度が低いことことが意外である
C:専門的知識･技術に基づくケア	患者の立場から、技術への期待が高いことは納得できる(5) 教育･研修・評価が充実できている	期待度が高いことが意外である 学習不足を実感している
D:教育的な関わり	直接患者から意見を聞くことが多い	努力しているが、評価が得られていない 期待度が低いことことが意外である
E:連携	知識のあるNSの力が発揮できてない 他職種･医師との連携がよくない	満足度が低いことが意外である 努力しているが、評価が得られていない 期待度の低さが意外である
F:利用者のニーズに基づくケア		実際にはやっていると思っていたが評価が違う
G:退院後	忙しさや知識不足でできていない現状がある	実際にはやっていると思っていたが評価が違う 期待度の低さが意外である

表4　調査結果からとらえた課題

分類	記述例
期待度の向上	期待度を上げていく必要がある。
	Nsの役割の幅広さや可能性をアピールしていきたい。
期待している項目の満足度の向上	患者が期待する項目が満足度がアップできるようにする必要がある。
接遇	態度、対応、連携などについては、接遇面の指導を継続していく必要がある。
	事務的な対応では患者は満足を得られない。個々人を理解でき、個人に合った説明内容を求めている。
ナースコールへの対応	ナースコールの対応
適時的な関わり	踏み込んだ関係を患者が望んでいる場合、関わるタイミングを間違わない。
予定時間を守った対応	やっぱり素早く対応する。予定通り出きないのであれば時間を伝える。
説明の実施	どんな時も説明をしていかなくてはいけないと思った。患者様の立場に立ち、何を求め、どうしてほしいかを捉えることが大切だと思った。
患者との信頼関係の構築	対応面で実際と違うという項目が多い。接遇の大切さが分かった。患者さんとの間に信頼関係があれば不満と感じる項目もそれ程表面に出るまでの感情はもたないかも知れない。全ては患者さんとの関係性が必要である。
利用者のニーズに基づくケア	快適に過せるようなきめ細かいケアと個人のニーズの多様化を取り込み考えたケア
専門的知識･技術の向上	専門的知識･技術のレベルアップ。
マニュアルの見直し	繰り返し行っていることが、数字のupにつながるようにマニュアルの見直しが重要となる。
業務改善	データを見て、業務改善への取り組みができる。
患者･家族参加型カンファレンスの推進	患者参加型カンファレンスを推し進める。
教育的関わり	教育的関わりの部分で、取り組みを具体化したい。
退院支援	退院支援について。
社会資源の知識	退院後についての社会資源についての勉強不足を感じた。
看護師間･他職種との連携	看護師間、他職間の連携
看護師不足の中での対応方法の検討	看護師不足の現状でどのような対応をとるべきか、臨床でのアドバイスや情報をもっと知識を得て考察していかなければならない。

調査結果からとらえた課題は表 4 に示す。課題としては、期待度･満足度の向上、教育的関わり、連携等が挙げられた。調査結果の活用については表 5 に示したように、スタッフ間での調査結果の共有、委員会活動に活用等が挙げられた。その他の意見については、表 6 に示す。このように、期

待度が低い項目から看護師としての責務を見直し、期待度の高い項目から患者から求められる水準の違いを再認識する等、課題の発見・検討に調査結果を役立てることができるという手応えが得られた。

表5 調査結果の活用

分類	記述例
委員会活動に活用	委員会活動(業務・教育)に活用。
各部署で活用	病棟カンファレンスやチーム会で活用したい。
	自分の部署に当てはまると考える項目をリストアップし検討する。教育、業務改善を実行する。
	各所属でデータから問題点を抽出し、目標、管理につなげる
	実践現場で後輩スタッフへの教育も含めて活用する。
部署ごとの比較検討	スケールを部署ごとの比較検討に活用できるとよい。
スタッフ間での調査結果の共有	現場に調査結果を広め、スタッフ間で共有していくことが必要。
病院内スタッフ間の連携の改善	看護師同士の連携、病院内の医療関係者との連携をもっと意識的によくする。
調査に活用	業務委員会の質保障での調査、または院内の患者満足度調査に利用していきたい。
	自分の病棟での調査をしてみたいと思った。
経年的評価に活用	このようなスケール表は大切であり、毎年とって経過を見る。課題をその時その時に分析する。
他病院との比較検討	スケールが完成したら他病院と比較して更なる当病院が患者様に満足して頂けるような病院になるよう活用すると良い。
満足度の維持・向上の取り組み	データの悪い所は良くするように努力が必要、良いところは維持していく必要がある。
ケアに活用	患者の退院後の生活をイメージして、どのような援助がこの患者のベストなのか考えて援助したい
レベルアップ	レベルアップしていきたい。

表6 その他、質問紙調査の内容や今回の調査結果に対しての意見、質問

大分類	小分類	記述内容
質問紙調査に関する意見・質問	**分かりやすい表現の必要性**	重複している内容、質問の意味が分かりにくいという点がある。対称に分かりやすい表現、解答しやすい表現がよいのではないか。
	質問項目の削減の検討	質問項目をもう少し減らした方がよい。
	調査項目の活用	項目等を参考にしたいと思う。
調査結果に関する意見・質問	**有効回答数を多くするための説明文の必要性**	回収数に比べて有効回答数が数ないのに驚いた。あらかじめ説明文を加えた方が良いと感じた。
	病院機能評価が影響した結果	今回の結果は病院機能評価をうけた年に行ったため予想以上の結果が出たと考える。
	調査結果の活用	比較検討できるのでよいので今後活用していきたい。
分析に関する意見・質問	**年齢・入院期間・病棟別にみた分析**	年齢や入院期間、病棟別など。求めているものが違うと思うので、違いで分かると嬉しい。
	病院として満足できる結果か、他病院との比較	出された結果が、Nsや病院全体が取り組み満足していただいている看護ができていると自信を持って頑張ろうという方向なのか、他の病院と比較して患者様の満足度が低いですねという値なのか、自分達なりに分析するしかないのか？
	データ分析が困難	データの分析がしにくい。

表7 患者満足度スケール：質問紙Version2の因子分析結果

No.	調査項目	因子
1	その日によって態度が違ったりしない。	大切にされていると感じられる対応
2	子ども扱いや見下した対応をしない。	
3	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)。	
4	予定の時間どおりに処置・援助などを行ってくれる。	
5	心地よさを大切にした援助をしてくれる。	
6	「自分は大切にされている」と感じる対応をしてくれる。	
7	できることとできないことをはっきり言ってくれる。	丁寧な対応
8	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。	
9	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。	
10	家族との連携(伝達・連絡)がきちんととれている。	
11	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。	
12	言葉づかいがていねいである。	
13	必要な処置(傷の処置や点滴の交換など)を的確に実施してくれる。	
14	退院後の日常生活の過ごし方について、あなたの状況に合った具体的な助言をしてくれる。	退院後の生活を視野に入れた対応
15	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。	
16	退院後の継続受診・治療等について説明してくれる。	
17	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。	
18	出来ないことがあっても，責めずに受け止めてくれる。	信頼できる対応
19	言うことと行うことが一致している。	
20	質問や相談に的確に応えてくれる。	
21	疑問、不安、訴えに十分満足できる対応をしてくれる。	
22	訴えたことや頼んだことに対して、必ず対応してくれる。	
23	看護師同士の連携がきちんととれている。	
	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)。	

Ⅳ．調査項目の精選

昨年度の調査では、対象であるA病院の入院患者に361部を配布し、312部が回収された。そのうち、有効回答であった161部を分析対象とした。

まず、A～G の《満足度として構成している看護ケアの要素》毎にα係数を求めて、信頼性を検証した。そして、A～G の《満足度として構成している看護ケアの要素》毎に、項目間の相関を確認し、相関の高かった質問項目を削除した。

次に、因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行い、因子負荷量を確認しつつ明確な因子構造が得られるまで項目を精選する作業を繰り返した。そして、得られた因子構造の各因子の命名を検討した。最終的に、調査項目は23項目となり、4つの因子が導かれた。項目と命名した因子については、表7に示す。

Ⅴ．共同研究の成果

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

昨年度の調査結果を報告した研修会により、参加者は自身の看護や部署における看護を振り返ることができた。その振り返りから課題が明確になり、患者の期待や満足度を高める看護を行おうという意識の向上につながったと捉えられた。

２．現地側看護職の受け止めや認識

研修会では、参加者は皆関心をもって調査結果を聞き、その後の討議も活発になされた。日々の看護実践の評価や課題の明確化として、具体的な項目を挙げているスケールは有用であり、患者の満足度を高める看護実践の動機づけになっていることを、現地看護職も確認し、取り組んでいる。

３．本学教員がかかわったことの意義

実践現場では、患者の満足度を知りケアに活用するためにスケールを求めている。大学教員が関わることで、信頼性や妥当性が確保されたスケールの作成を進めることができる。

また、今年度は研修を実施することにより、実践に取り組んでいる本人からは見え難いことを、施設外の立場から客観的に捉え、現場看護職に実践を振り返るための情報を提示することができた。これは、現場看護職にとって刺激となり、今後の看護実践の充実に向けて取り組む動機づけになったと考える。

Ⅵ．共同研究報告と討論の会での討議内容

討論の会では、35 名ほどの参加があり、病院看護職の参加が多かった。討議の内容は以下のとおりである。

１．精選された調査項目について

まず、研究者より、因子分析の結果、得られた因子は、元々研究者間で検討された《満足度として構成している要素 A～G》とは異なる結果となったことを説明した。それに対し、参加者より、精選された調査項目に対し、「(当初設定した質問項目を削除することで)専門職として必要な調査項目が抜けてしまわないか」「各項目について期待度も回答を得ているが、期待度の分析もされているのか」「『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。』ことは、【丁寧な対応】因子となっているが丁寧なら何でも良いということにならないか。教育的関わりという視点が抜けてもよいのか」という問いかけがあった。それに対し、研究者から、今年度は、満足度として得られた回答の分析を実施しているが、次年度は期待度についても分析を予定していること、また、今回、精選された項目の因子を命名するときに、研究者間でも【丁寧な対応】でよいのか議論された部分であったが、最終的に【丁寧な対応】となった経緯を説明した。さらに、調査を実施したのが 1 施設であり、1 施設における回答であることも影響するかもしれないこと、そのため、1 施設だけでなく、対象を変えて他施設での調査をすることで、今回の結果とは違った構造が得られるかも知れないことが話し合われた。また、他の参加者より、「丁寧という言葉をどのように捉えるか。対応が丁寧ということだけでなく、心のこもったという意味も含まれているのではないか」という意見があった。研究者間では、患者が用いる丁寧の意味は深いものと捉え、ただ単に丁寧であるということではなく、看護における丁寧を意図して使用していることを説明し、今後、丁寧をどのように捉えていくか、人によって丁寧の意味が異なることはよくないので共通の認識が必要であることも説明した。

さらに、参加者より、精選された項目について、「『患者は（看護師に）何をして欲しいと思っているのかを、看護師は理解している』など、患者の望み・求める援助に関する意味合いの項目がないのではないか」という質問があった。これに対し、精選する前の質問紙 Version2 ではそのような意味合いの項目が含まれていたこと、また精選された項目に、患者のニーズの把握を意味するものは入るように考慮している、しかし、削除された項目については今後、本当に削除できる項目か、文章の表現も含めて検討が必要であることが話された。加えて、別の研究者から、《満足度として構成している要素 A～G》は研究者間で作成したが、項目を精選するための分析で、4 因子しか残らず、単純な表現の項目が残ったため、今後は現段階のものに、必要（削除は適切でない）と思われる項目を追加しながら、さらに調査を実施し、分析していく必要があることが話された。

２．調査実施施設について

参加者より、「調査を実施した病院のケア水準を知るために、事前にどのような調査を行ったのか」という質問があった。それに対し、研究者より、調査を実施する施設のケア水準を定めたわけではないため、ケア水準を知るための調査を実施していないこと、しかし、これまでの A 病院との関わりの中で、患者満足度調査を数回実施した実績があり、患者から評価されることによって A 病院の改善に繋がっていること、加えて、尺度は

どこの施設であっても使用できるものであってほしく、基準を満たしていなくても尺度によって評価できることを目指していることを説明した。最後に、調査をするだけでなく、研修会等でその結果を看護職が共有し、話し合うことも必要だろうと話された。

糖尿病患者の看護支援方法に関する取り組み

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

Ⅰ．はじめに

本研究は、事例検討を通じて、自己管理が困難な糖尿病外来患者の看護支援方法を見出すことを目的に、平成 14 年から開始しているものである。平成 18 年度、それまでの事例検討を通じて、『糖尿病外来患者の自己管理行動を引き出す支援モデル』（図 1　以下支援モデル）を導いた。

今年度は、新たに入院中の糖尿病患者の看護支援者が共同研究者として加わった。そこで、「事例検討を通じて」というあり方を踏襲しつつ、しかし、外来での支援のみでなく、また自己管理が困難な患者だけでなく、広く糖尿病患者の看護支援方法について検討をしてきた。

Ⅱ．目的

事例検討を重ねて糖尿病患者の教育支援方法見出すとともに、『支援モデル』を精選することである。

Ⅲ．方法

１．事例検討会について

・開催の回数・場所・事例数：平成 20 年 6 月～平成 21 年 2 月に本大学で、8 回、4 事例について検討した（各事例とも継続して複数回）。

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

・進め方：看護師が看護支援上、困難な事例について検討会で検討された看護支援方法を実際に適用し、その結果を基にさらに看護支援方法を検討することを繰り返した。なお、支援によって患者が適合する自己管理方法を見出して継続でき、HbA1c の改善が見られるまで検討を繰り返した。また、支援による患者の反応から、『支援モデル』を見直し、修正を繰り返した。

・検討事例：入院患者と外来患者各々2 事例、計 4 名であった。

２．倫理的配慮

事例活用に関して、病院の規定に基づいて了解を得た。具体的には、患者・家族に趣旨とともに記録物の活用に際して、個人が特定できないよう氏名は記号化し、年齢・入院年月日などは省略・修正して匿名性を保持することを説明して同意を得た。また、検討会参加者に対しては、施設や患者のプライバシーに関わることは、守秘義務の果たすよう口頭で申しあわせした。

Ⅳ．結果

１．事例と検討経過

１）事例 A（通院中）

①患者の背景

40 歳代、女性、甲状腺機能低下症、I 型糖尿病（糖尿病歴 10 年）で、単純型糖尿病性網膜症を合併、治療は、食事療法（1440kcal）、インスリン自己注射（食前と就寝前の 4 回打ち）、内服薬（チラージンＳ50μg、1 錠）、家族構成は、息子 2 人（中学生と高校生）の 3 人暮らし、夫とは別居中、仕事は、配送業（パート）で午前中から予定分が終わるまで配送しして一旦帰宅、夕方再度出勤し、翌日の荷物の仕分けを行う。

②患者と教育支援の経過の概要

A 氏は HbA1c 値 10～11％が継続していたことから、医師からの依頼により支援の対象になった。当初、仕事の都合上、予約日に受診できないことが多く、インスリンがなくなりそうになると慌てて受診する状態であった。また、「何度指導されても、指導されたようには実行できない」「食べたくてたまらない、我慢できない」「パートと家事が精一杯で、病気のことを気にする余裕がない」と話した。そこで、A 氏が家族の中で置かれている状況を把握して理解を示すとともに、少しでも自己管理できた時はそれを認め、できなかった時には責めず、患者が努力していることを引き出して、それに理解を示す関わりをした。A 氏は、夫とは別居中のため、受診や治療に要する費用と生活を維持する上で、経済的にかなり厳しい状況にあるため、仕事中心の生活を余儀なくされていることが把握できた。また、食事の状況は、朝食は息子の弁当の残りをつまむ程度、昼食は仕事が終わらないと食べることができない状況にあり、規則的に摂食することが困難な状況であった。また、夕食は子供と一緒に摂取できるが、その後、再び仕事にでかけ、帰宅後には空腹に耐えきれず簡単に食することが可能な菓子パンなどを食べ過ぎてしまうことが把握できた。このため、まずは、仕事と家事中心の生活になっても、食事は必ずしてインスリン注射を行なうことを共通の目

標にした。そして、夜遅く菓子パンを食べることより、自分で作ったおにぎりの方が腹持ちもよく、カロリーコントロールしやすいことを助言した。
③検討会で検討された内容とその適用の概要
検討会では、A 氏の一生懸命生活している状況を肯定しながらも、A 氏が自己管理できる方法をいくつか提示できることが必要。その際、A 氏に無理強いして脅威を与えないよう、A 氏が行ってみようと思える方法を示すことが大切。また、A 氏は「診察の毎に医師に怒られて辛い」と訴えていたことから、まず、その気持ちを受け止め、その上で、医師が怒るのは良くなって欲しいからと受け止め、怒られても自分の生活や自己管理の状況を振り返り、より健康的な生活のためにどのように取組むことができるか一緒に考えることが大切などが討議された。
そこで、受診のたびに、A 氏と関われるよう時間を作り、A 氏から生活状況を聞くようにするとともに、検討内容を実践につなげた。
④検討会後の支援による患者の反応
当初、「病院に来ることもできないくらい忙しい」と話していたが、定期の受診がされるようになり、教育支援担当看護師を探して、生活状況を話すようになった。そして、「仕事の厳しさと家計が苦しかったため受診できず、知人にインスリンを借りたこともあった」と苦しい生活状況を語りながらも、「息子が 1 人立ちするまでは頑張りたい」と前向きな発言もみられるようになり、HbA1c は 9%台へと下降してきた。
２）事例 B（入院中）
①患者の背景
50 歳代、男性、Ⅱ型糖尿病(糖尿病歴 12 年)、糖尿病性腎症第ⅢB 期と前増殖期糖尿病性網膜症を合併、既往症として、右下腿骨折の手術受療、治療は、食事療法（1760kcal、塩分蛋白制限有)、ｲﾝｽﾘﾝ自己注射（朝食前 1 回打ち)、内服薬有、家族構成は、妻と息子 2 人の 4 人家族、無職（以前は建設関係現場仕事）で、妻がパートで働き、患者夫婦は息子の扶養家族になっている。
②患者の経過の概要
B 氏は、昨年より糖尿病のため近院に通院していたが腎機能が悪化(CRE:4)し、当院に紹介され、入院してシャントを造設した。その後、腎機能がやや改善したため退院して近医に受診継続していたが、本年、下肢の浮腫出現し、腎機能悪化（CRE：6）となり再入院した。
③検討会で検討された内容とその適用の概要
すでに腎症が進んで透析が避けられない状態に至ってしまったが、どのような支援が必要であったかを振り返った。→頑張ってもコントロールできなかった時は、頑張ったことを認めつつ患者の辛さに共感する。今後の人生をどのように生きて行きたいか、生きていく意味を見出せるような働きかけが必要でないか。具体的には、世間一般的には 50 歳代の男性のイメージは、家族を養い一家の主として活躍する年代である。しかし、B 氏は、病状の悪化により、無職になり、息子の扶養家族となった。妻はパートに出て生計の一部を支えている。家族に負い目を感じているのではないか、B 氏の思いを聴いて否定しない、頑張っているが、結果として HbA1c が改善できなくても、患者なりに頑張っていることを引き出して認める、合併症の辛さを共感した上で、今後のことを一緒に考えるとよいのではないか、また、B 氏が父親・夫としての自分の存在をどのように捉えているのか、これからも糖尿病とともに自分らしくどのように生きていきたいと考えているかを聴く必要があるのではないか。
④検討会後の支援による患者の反応
当初は「何も出来ず、生殺しの状態ならば、早く透析をすればいい」と投げやりとも感じられる発言があったが、その言葉の裏には、「早く透析を導入し、身体障害者になれば、家族に医療費の負担をかけなくて済む」という B 氏なりの家族への思いやりからの発言であることが把握できた。その後、透析導入し、糖尿病・透析を行なう自分に前向きに取り組む姿勢がみられ、転院した。
３）事例 C（入院中）
①患者の背景
60 歳代、男性、Ⅱ型糖尿病、糖尿病性腎症第ⅢB 期、前増殖期糖尿病性網膜症、糖尿病性末梢神経障害による壊疽(左第 2 足指)を合併、入院後、左第 2 足指切断術受療。治療は、食事療法（1440kcal)、インスリン自己注射（食前 3 回打ち)、内服薬有、家族構成は、妻と二人暮らし（妻は CAPD 中）
②患者と教育支援の経過の概要
主に近院へ通院しており、糖尿病コントロールが悪くなると当院へ入院するという状況を繰り返している。今回は 4 回目の入院であった。
入院前の生活状況は、喫煙 10～20 本/日、飲酒はビール 500～1000ml/日で気分が良いと飲みに出かける、食事は脂っこいものを好み、食事の量が足らないと妻に怒ったり、お菓子の間食が習慣になっていた。今回入院の際に、血糖コントロールが出来そうかの問いに対して、C 氏は「無理

や！食べたいものを食べ、酒を飲んで、悪くなったらお迎えが来るだけ、足の1本や2本なくなってもいい」と答えていた。

③検討会で検討された内容とその適用の概要

悪くなったら入院するという対処方法を繰り返しているが、C氏はそのことをどのように感じているか？C氏の生活史から何を大切に生きてきたか(何をしているときが一番自分らしく過ごすことができ、生きていると感じることが出来たのか) 肯定も否定もせず聴く、左第2足指の切除術が必要になった自分をどのように捉えているか、左第2足指の切除術と糖尿病コントロールとを繋げて考えられているか、さらに、今後どのように生きて行きたいと考えているのかなど、責める関わりではなく、C氏の気持ちに沿いながら丸ごと理解できるよう聴いていくことが必要。

④検討会後の支援による患者の反応

左第2足指は壊疽のため切断術受けたが、創部の治癒は遷延し、再度膝関節下で切断術を受けた。C氏も再度手術が必要と医師から告知された時には、ショックだった様子で、「酒も、タバコも止める」と病状を受け止めて、療養の必要性を理解し、自己管理への動機を高めた。また、「CAPDを行っている妻と旅行に行きたい」と今後の生活への思いを述べるようになり、「人生の目標が出来た」と治療に意欲を示すようになった。看護師もC氏と旅行の計画に協力し、C氏とプライマリー看護師との信頼関係が強化された。

4）事例D（通院中）

①患者の背景

60歳代、女性、Ⅱ型糖尿病(糖尿病歴10年)、単純型糖尿病性網膜症、高血圧症　高脂血症を合併、既往症として子宮脱の手術受療、治療は、食事療法（1440kcal)、インスリン自己注射（食前と就寝前の4回打ち)、内服薬有、家族構成は、夫と二人暮らし、無職、老人会の役員を担う、趣味は押し絵、気功、ボーリングなど

②患者と教育支援の経過の概要

HbA1c8%以上を3年以上経過していた。当初、D氏は、「友人と毎日喫茶店のモーニングやランチに出かけた」「老人会の役員を引き受けており、会合があった」「饅頭を勧められ断れなかった」などとわかってはいても食事療法ができなかった理由を述べ、面談時はいつも反省するが、血糖コントロールには反映されなかった。しかし、結果には反映されないが、D氏がD氏なりに行っている努力を引き出して、それに理解を示し、支持し励ました。そして努力が少しでも良い結果に繋がった時は、共に喜び、患者の努力を賞賛し、継続できるよう支援した。具体的には、いけないとわかっていながらもついつい食べてしまうときの気持ちを聞き、わかっていても実行しないD氏という視点ではなく、反省できているという視点で、D氏の反省の気持ちを大切に聴くようにした。すると「喫茶店に行くことを断り付き合いが悪いと思われたくない気持ち」や「食事を残して友人からいまさら格好をつけて・・と中傷されたくないという思い」を語った。そして、「これまで努力しても結果（HbA1c）に結びつかないこと」「いつも医師に怒られることを悲観的に捉えていること」が把握できたことから、その気持ちに理解を示して、添うようにした。

③検討会で検討された内容とその適用の概要

HbA1cの結果だけでなく、D氏の努力のプロセスを肯定的に評価していくことが大切。

④検討会後の支援による患者の反応

受診時はD氏と関われる時間を作り、D氏から生活状況を聴く対応をした。以前は「私のHbA1cは8%台が普通で下がらない体質と思っていたが、努力すると下がることがわかった」と嬉しそうに話し、血糖コントロールに意欲的に取り組めるようになり、HbA1cは6%台へと下降した。

2.『支援モデル』の修正

平成18年度の『支援モデル』図1は、上記事例の検討を通じて、図2のように修正された。

＜追加された項目＞

① 糖尿病と治療および自己管理に関する適切な知識・技術を提供する。
② 糖尿病と治療および自己管理に関する知識・技術を把握する。
③ 自己客観視を促す。
④ “看護師の患者に対する支援活動”と枠組みを明示した。
⑤ “患者の自己管理行動の発展の過程”と枠組みを明示した。
⑥ 他職種との連携・情報の共有。

＜内容を具体的な表現にした項目＞

⑦ 糖尿病と共に生きる自分らしい生活をイメージする。糖尿病と共に自分らしくどのように生きたいか。(何を大切に、どのように生きたいか)
⑧ 今の血糖コントロール状況に対する気持ち。自己管理（行動）する上で辛い・難しいこと。病状（糖尿病）に対して努力してきたこと。糖尿病および治療が必要な状態に対する気持ち。

Ⅴ.考察

患者の自己管理行動を引き出すための看護師の役割は、患者の全体像を理解し、糖尿病をコントロールするための知識・技術を教育・指導するだけでなく、患者のあり様を尊重して謙虚な態度や雰囲気を持って受け止め、患者の意思・意向を尊重できる存在であることが重要であった。殊に、努力してもなかなか結果として HbA1c に反映されず、医師より指摘され、辛い患者の気持ちに理解を示し、HbA1c に反映されないまでも患者なりに努力していることを面談を通じて引き出し、それを肯定的に評価するとともに、今後のあり方を一緒に考える支援が結果として、患者の自己の生活の有様に対する客観視を促し、自己管理への動機を高め、取り組みを推進できることの重要性が確認できた。

事例検討により『支援モデル』が修正された。これは、『支援モデル』が導かれた時には参加していなかった入院事例も検討したこと、新たに共同研究者が加わったことにより、様々な意見交換ができたこと、また、より共通して理解できるという観点から検討されたことによると考える。

今後、さらにこの『支援モデル』を活用しつつ支援を実践して検討を繰り返して検証し、より精選していきたいと考える。

Ⅵ．本事業の成果

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

糖尿病で自己管理困難と捉えていた事例は、看護職が実践する「患者は自己管理すべき」とする一方的な指導・支援のあり方に原因があること、そして、まず、患者の気持ち、患者の生活状況、その中で日々患者なりに努力していることを見出し、それらに理解を示して評価することの重要性が共同研究者間で共有でき、看護実践につながり、患者に好結果を得ていることである。看護師自身の教育支援に対するパラダイムシフトであり、「どうしようもない患者」ではなく、自らの支援のあり方を振り返り、検討することを通じて、看護支援方法の実際に変化をもたらした。

２．現地側看護職者の受け止めや認識

患者の捉え方、支援のあり方に問題があったことを再認識できた。また、実践した自己の教育支援を振り返るに際し、活用できるはずの『支援モデル』が活用されなかったために、まず患者をありのままに捉えることができなかったこと、患者中心ではなく、看護師中心の教育支援に陥ってしまったこと、さらに支援の方向性を失っていたことなどに気づいた。『支援モデル』を活用しつつ事例検討し、そのことによって『支援モデル』がより現実に即し、より活用できるものになることが再認識できたととらえる。

３．本学（大学教員）がかかわったことの意義

現場の看護職は、日々の看護活動の中で、その重要性は認識できていても、多くの業務を抱え、ややもすると、患者中心というより、業務中心の看護に陥ってしまう。現地側が困難感を抱いている事例について、現場から離れて定期的に検討する機会は、日常から離れ、自分が実践している看護支援を振り返り、軌道修正することに役立っていると捉える。また、事例検討会で検討されたことを実際に適用して、その結果を持ち寄って討議することを繰り返すことは、看護支援方法の変化によって、患者の反応もまた変化するプロセスを実感できるだけでなく、看護の成果を実感できる機会になっている、さらに、これらを通じて看護実践力が向上し、患者に貢献できている自己を発見でき、自信につなげることができていると考える。また、事例検討会は、患者は個々のあり様は異なり、それに伴って看護支援方法も変容させる必要性を理解でき、事例検討することの意義の理解にも繋がっていると考える。さらに、抄録作成に際しての助言、報告会での発表と討論のあり方を事前に打ち合わせることを通じて、また発表と討論の実体験を通じて、研究するもののあり方も修得する機会になったと捉える。

Ⅶ．共同研究報告と討論の会での討議内容

＜参加者より＞

患者の生の声を表出させるためには、患者をまるごと受け止め話しを聞く看護師の態度、関わり方が重要である。糖尿病のある生活、病を持った生活すべてを受け止めて看護を展開しなければならない。その看護の過程を支援モデルに照合したとき、モデルの有用性を確かめることが出来るのではないか。今後も事例検討を重ね、支援モデルを精選するとよいのではないか。

＜病棟看護師より＞

糖尿病コントロールが悪いため C 氏に対する印象は医師も看護師も悪かった。しかし、C 氏を丸ごと理解できるよう患者の話を聴くような態度で関わったことにより、看護師は C 氏が行なったプラスの行動（C 氏の変化）にも気が付くことが出来たのではないかと感じている。病気以外に大切なことを聴き、そこを切り口に、C 氏の人生を認め、C 氏らしく生きていくことの大切さを学んだ。共同研究に参加するまでは、気が付かない発想だった。

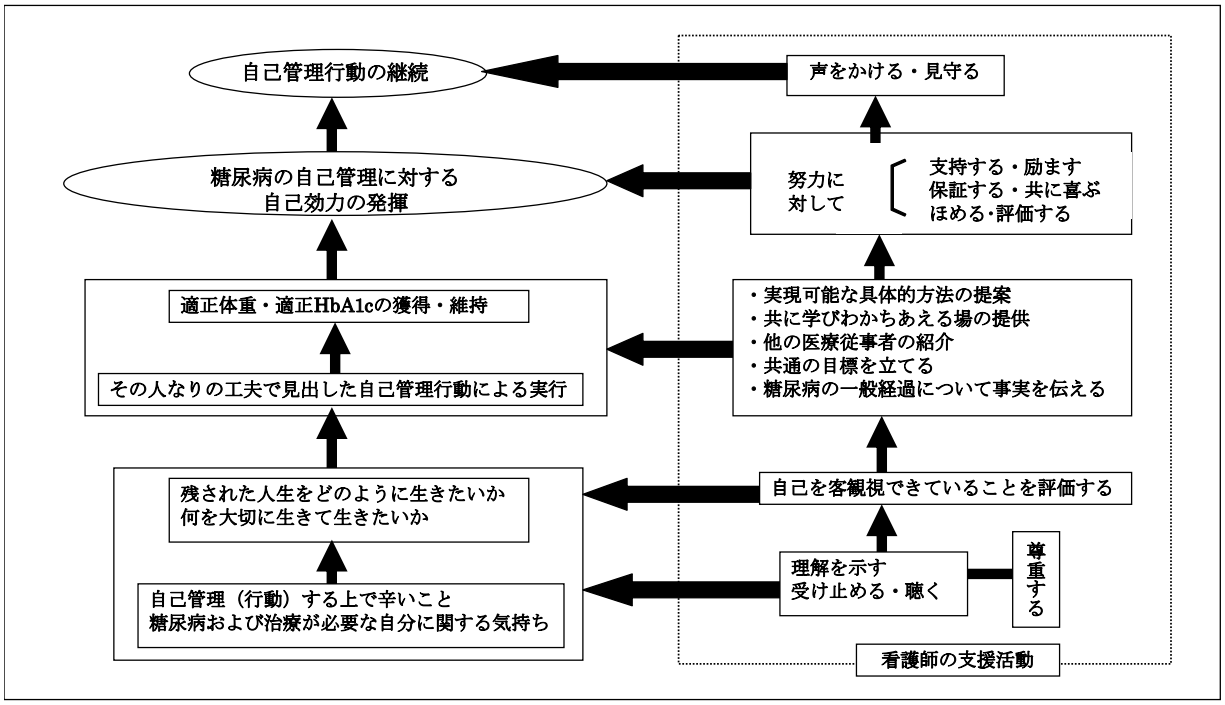


図１　旧「糖尿病外来患者の自己管理行動を引き出す支援モデル」

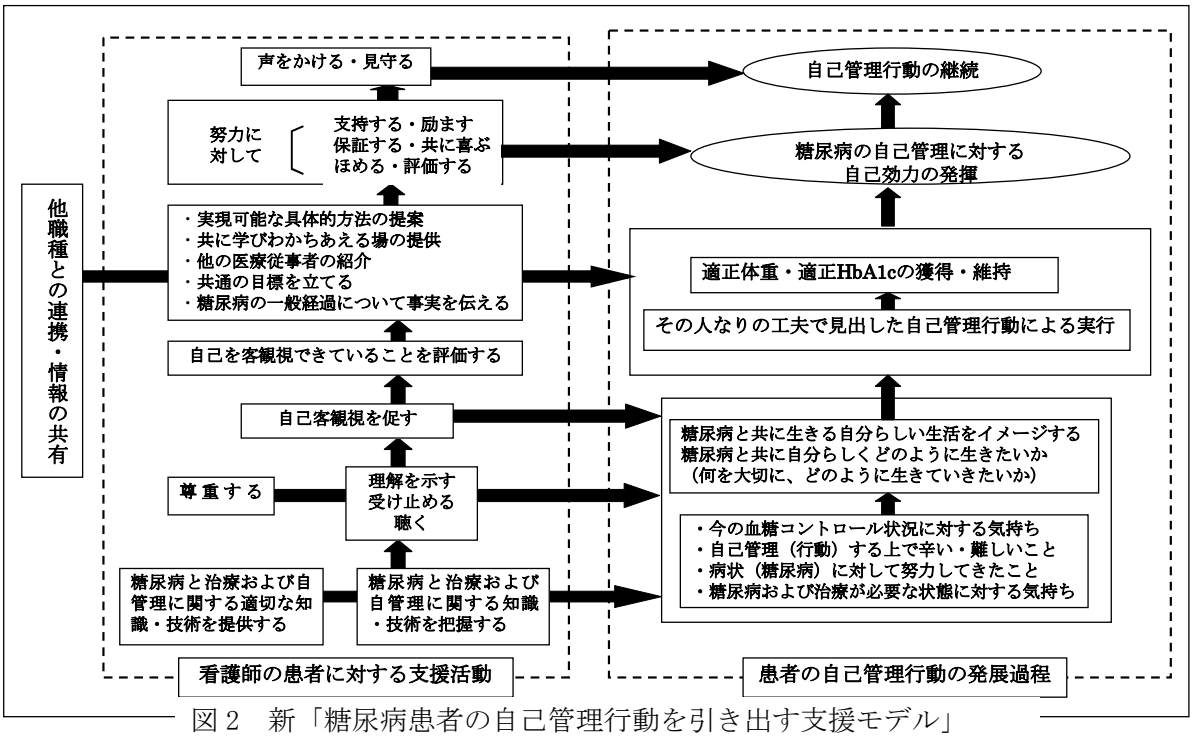


図２　新「糖尿病患者の自己管理行動を引き出す支援モデル」

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２

田内香織　黒江ゆり子　藤澤まこと　普照早苗　金子徳子(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)

Ⅰ．はじめに

病院と地域において糖尿病患者への継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続けることは重要な課題である。しかしながら、岐阜県における診療所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であった。また、診療所の看護師は、診療の補助などの業務が多忙であることや、糖尿病患者への療養指導に関する経験や知識の不足ために、指導が困難な状況であった。そこで今年度は、病院と診療所の看護職を対象にして研修会を開催し、糖尿病療養指導に関する知識の向上と施設間の連携を目指し、糖尿病患者への援助提供システムの方策について検討することとした。

Ⅱ．方法

１．糖尿病自己管理支援リーフレット等の作成

リーフレットの目的は、診療所外来看護師が通院患者に糖尿病療養指導が効果的に実施できることとした。共同研究者１人ひとりが項目を分担し、各自が作成した案を検討会時に持ち寄って、話し合いながら作成した。

２．A 地区における糖尿病研修会の実施

研修会は診療所が休診である木曜日午後に、A 病院の会議室で 1 時間程度の研修会を計画した。この研修会の目的は「糖尿病とその療養指導に関する基礎知識を深め、地域連携指導の充実を図ること」とした。現地側共同研究者が、看護部長の協力を得て、病診連携を行っている施設宛てに FAX で研修会のお知らせを行った。

また、現地側共同研究者が講師となり、検討会で作成したリーフレットを使用し、糖尿病とその療養指導に関する基礎知識の講演を行った。さらに地域連携指導の充実を図るために、診療所外来パスについての説明も行った。

３．倫理的配慮

研修会参加者に対しては、本研究の趣旨と目的を説明し、成果として報告する資料にするための写真撮影の許可を得た。なお、本研究は本学研究倫理審査部会の承認を得て実施した。

Ⅲ．結果

１．糖尿病自己管理支援リーフレットの作成過程及び工夫点

検討会を５回実施し、「糖尿病自己管理支援リーフレット（患者用・看護師用)」の 2 種類を作成した。内容には「糖尿病ってどんな病気？」「合併症について」「糖尿病の検査について」「食事療法について」「運動療法について」「薬物療法について」「診療所外来パス」を含め、初めて糖尿病と診断された患者に最低限必要な知識を提供できるよう構成した。

「糖尿病ってどんな病気？」では、インスリンのはたらきによって、血糖値がコントロールされていることや、糖尿病のタイプや症状について説明した。「合併症について」では、三大合併症である網膜症や腎症、神経障害について説明した。「糖尿病の検査について」では、血糖値、HbA_1C の意味やコントロールの目標について説明した。「食事療法について」では、食事療法の必要性や具体的にどのようなことに気をつければよいかについて説明した。「運動療法について」では、運動療法の必要性と具体的な運動の種類とめやすを説明した。「薬物療法について」では、経口血糖降下剤とインスリンについて説明した。

また、文字の大きさに配慮し、リーフレットには目標や検査結果など書き込む部分を設け、患者一人一人に合わせて支援できるよう工夫した。看護師用のリーフレットには、糖尿病療養指導を行う上でのポイントを朱書きした。

リーフレットを活用し、糖尿病患者への療養指導を行うために、診療所外来パスを作成した。診療所外来パスを利用する目的は、個々の看護師の能力によって生じる患者への支援内容の差異を改善すること、および患者が療養を継続する上で、受診日や検査内容、糖尿病療養指導のスケジュールについて予め知っておくことによって、自己管理しやすいというメリットが予測された。

２．A 地区における糖尿病研修会の成果

研修会には、A 地区の 5 施設（病院、訪問看護ステーション、診療所）から看護職 57 名の参加があった。看護職以外にも、救急救命士、栄養士の参加があった。参加者は熱心に講義を聞いており、フットケアに関する具体的な質問や「糖尿病患者も増えてきているので、講習会などがあれば参加したい」「研修会の機会もなくなかなか聞けない話を専門の方から聞くことができてよかった」「もう一度聞きたい」という声があった。

３．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

研修会後、実際にリーフレットを使っている看護師から「指導のポイントが簡単に書かれており、患者に説明しやすい」「自分自身の学習にもなる」「指導困難な２事例にリーフレットを使用し、指導を行っている。次の受診日には、内容について質問すると答えることができており、目標が持てるようになった」という感想があった。

４．現地看護職者の受け止めや認識

共同研究への参加は他施設の看護職者から刺激を受けるよい機会であった。また、困難事例を検討し、自施設での看護実践の向上や施設を超えた連携を行い、病院と地域において糖尿病患者への継続的な支援を可能とするために必要な取り組みであり、今後も継続して取り組みたいという認識であった。

本研究は今年度で終了となるが、共同研究者らは本研究での取り組みを元に、自施設で糖尿病をもつ患者への療養指導を更に充実させ、連携を行い継続していく予定である。また、診断基準や治療方法などが変わった時には、リーフレットを改訂していく必要があると認識していた。

５．本学教員が関わったことの意義

共同研究としてこのような取り組みを行うことで、糖尿病患者への継続的かつ効果的な支援のために診療所外来パスや糖尿病自己管理支援リーフレットが作成され、パスやリーフレットが施設の枠を超えて活用できることによって、看護実践の改善につながったと考える。

また、リーフレットの提供や研修会の開催は、現場の看護職の生涯学習の支援につながったと考えられる。

Ⅳ．共同研究報告と討論の会での討議内容

【病院看護師 A】全ての項目に関して指導する必要のない患者（これまでに療養指導を受けている人など）に対して、リーフレットを部分的に使用したり、順番を変えて指導することがあるか、可能か。リーフレットを用いて指導を行うときには、予約をとっているか。

【共同研究者】患者の理解力に応じて進めてよい。全回分をまとめて渡し、目を通してきてもらってもよい。ただ、一度に説明しようとすると時間がかかるので、業務との兼ね合いもあると思う。当院では「療養指導枠」が週２回あり、予約制である。外来受診後に、指導室へ寄る患者もいる。

【病院看護師 B】糖尿病指導管理料の算定はどのようにしているか。病棟スタッフへも、糖尿病患者への指導をするように言っているが、それに対する報酬がないという状況がある。管理職の立場ではその視点も持っておく必要がある。

【共同研究者】糖尿病指導管理料の算定については、インスリン注射やフットケアを実施した人に算定すると良いと思う。栄養指導と含めて算定しても良いのではないか。当院では今年から、生活習慣病管理指導料を算定しなくなったが、病院としては生活習慣病の管理に関する取り組みを続けている。報酬を得ないで、このような取り組みを続けることが可能となっているのは、実績を病院や看護部に報告することで活動の必要性や効果を認めてもらうことが必要である。

【病院看護師 B】入院期間の短縮に伴い、十分な糖尿病の療養指導を実施できない状況である。どこまで病院が責任を持ち、どこからを地域で担っていけばよいか。また、病院から地域にどのようにつなげていくか。

【共同研究者】地域へつなげていくためには、啓発活動は重要と考えている。連携医院のコメディカルを対象に勉強会を行って、意見交換している。

【病院看護師 B】指導をしていくということを考える際に、経済効果の判定も必要と考える。患者にとっての糖尿病による経済負担と、治療を受けコントロールしていくことでの負担軽減がどれ程であるかを示していく必要がある。

【共同研究者】患者には、コントロールすることで薬が減れば経済的負担も精神的負担も軽減するということを伝え、学びの動機付けとなるように働きかけている。

【病院看護師 C】糖尿病地域連携パスの動きが医師会の方でもあるようだが実際はどうか。

【共同研究者】まだ関わりはできていない。

【病院看護師 D】当院では、糖尿病地域連携パスの登録が 50 名程ある。パスは症状に関する内容が主である。今後は生活に密着した看護のパスに作り変えていく必要がある。地域の病院が集まる「地域連携実務者会議」で検討していく予定である。患者の自立や地域との連携のためにも、パスは重要視していく必要がある。地域との連携という点では、診療所だけでなく、訪問看護ステーションとの連携についても考えていく必要があると思うが、何か取り組んでいることはあるか。

【共同研究者】当院の訪問看護ステーションの看護師は療養指導もしっかり行っていると思う。しかし、パスの導入にまでは至っていない。他の訪問看護ステーションも含めて、今後はパスを導入していけたらよいと思う。

A 地区における研修会の様子

※参加者の了解を得て掲載しております。

診療所外来パス　患者様スケジュール　　様

	1回目 （　／　／　）	2回目 （　／　／　）	3回目 （　／　／　）	4回目 （　／　／　）	5回目 （　／　／　）	6回目 （　／　／　）
目標	糖尿病について 学びましょう	糖尿病の検査について 学びましょう	糖尿病の合併症について 学びましょう	糖尿病の食事療法ついて 学びましょう	糖尿病の運動療法ついて 学びましょう	糖尿病の薬物療法ついて 学びましょう 今後の目標を設定しましょう
スケジュール	糖尿病について 説明を受けて いただきます。 体重・腹囲・血糖値を 測定します 糖尿病教室が開催されている 施設を紹介します	糖尿病の検査ついて 説明を受けて いただきます。 体重・腹囲・血糖値を 測定します	糖尿病の合併症ついて 説明を受けて いただきます。 体重・腹囲・血糖値を 測定します	糖尿病の食事療法ついて 説明を受けて いただきます。 体重・腹囲・血糖値を 測定します	糖尿病の運動療法ついて 説明を受けて いただきます。 体重・腹囲・血糖値を 測定します	糖尿病の薬物療法ついて 説明を受けて いただきます。 体重・腹囲・血糖値を 測定します
検査	体重　kg 腹囲　cm 血糖測定　mg/dl	体重　kg 腹囲　cm 血糖測定　mg/dl	体重　kg 腹囲　cm 血糖測定　mg/dl	体重　kg 腹囲　cm 血糖測定　mg/dl	体重　kg 腹囲　cm 血糖測定　mg/dl	体重　kg 腹囲　cm 血糖測定　mg/dl
療養指導	リーフレットに沿って 糖尿病について 説明を受けます 生活状況について お聞きします	リーフレットに沿って 糖尿病の検査ついて 説明を受けます 生活状況について お聞きします	リーフレットに沿って 糖尿病の合併症ついて 説明を受けます 生活状況について お聞きします	リーフレットに沿って 糖尿病の食事療法ついて 説明を受けます 生活状況について お聞きします	リーフレットに沿って 糖尿病の運動療法ついて 説明を受けます 生活状況について お聞きします	リーフレットに沿って 糖尿病の薬物療法ついて 説明を受けます 生活状況について お聞きします

診療所外来パス

患者名　　○○ ○○ 様　　男・女　　歳

パス適応基準	除外基準（使うべきでない状態）	ゴール
1）糖尿病と診断された患者 □初診　□既往診 2）療養指導を受ける意志がある患者	1）動機付けのできていない患者	1）糖尿病の基本的な知識を知る事が出来る

		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
		年　月　日（ ）	年　月　日（ ）	年　月　日（ ）	年　月　日（ ）	年　月　日（ ）	年　月　日（ ）	年　月　日（ ）
アウトカム		□糖尿病について学ぶ必要性が理解できる □糖尿病とはどんな病気か知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の検査について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の合併症について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の食事療法について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の運動療法について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の薬物療法について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □今後の目標が設定できる
アセスメント		□療養指導を受ける意志があるか聞く □有　□無	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有　□無 □糖尿病とはどんな病気か聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有　□無 □HbAIc値について聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有　□無 □合併症について聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有　□無 □指示カロリーと主食の量を聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有　□無 □運動量と運動時間について聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有　□無 □使用中の薬の名前を聞く □言える □言えない □目標について聞く □言える □言えない
タスク	全体スケジュール	□療養指導 □スケジュール説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回受診日説明
	検査	□HbA1c　% □体重　kg □腹囲測定　cm □BS測定　mg/dl	□HbA1c　% □体重　kg □腹囲測定　cm □BS測定　mg/dl	□HbA1c　% □体重　kg □腹囲測定　cm □BS測定　mg/dl	□HbA1c　% □体重　kg □腹囲測定　cm □BS測定　mg/dl	□HbA1c　% □体重　kg □腹囲測定　cm □BS測定　mg/dl	□HbA1c　% □体重　kg □腹囲測定　cm □BS測定　mg/dl	□HbA1c　% □体重　kg □腹囲測定　cm □BS測定　mg/dl
	記録	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書
		□リーフレット配布 □糖尿病とは □指示カロリー キロカロリー □主食の量 グラム/1回 □運動目標 歩数　歩/日 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室案内	□リーフレット配布 □糖尿病の検査 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め　／	□リーフレット配布 □糖尿病の合併症 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め　／	□リーフレット配布 □糖尿病の食事療法 □指示カロリー キロカロリー □主食の量 グラム/1回 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め　／	□リーフレット配布 □糖尿病の運動療法 □運動目標 ・歩数　歩/日 ・運動時間 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め　／	□リーフレット配布 □糖尿病の薬物療法 ・内服薬の名前 ・内服時間 ・インスリンの名前 ・注射時間 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め　／	□目標設定援助 □患者目標 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の確認 □有　□無
バリアンス		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

食事療法について

※患者用リーフレットの例

糖尿病の食事療法は健康食です！何でも食べられます。

糖尿病の高血糖を放置すると、合併症が起きてきます。これを防ぐには、摂取する食べ物の量を制限し、各種の栄養分も不足しないよう、食事のとり方を変えねばなりません。その人に合ったエネルギー量にすることと、栄養バランスのとれた食事に切り換えること。それが食事療法です。

ポイント

1. 腹八分目
2. 食品の種類はできるだけ多くする
3. 脂肪は控えめに
4. 食物繊維を多く含む食品（野菜、海草、きのこ）をとる
5. 朝食、昼食、夕食を規則正しく
6. ゆっくりよくかんで食べる

食事療法は、薬を飲むわけでもなくお金もかかりません。軽視されがちですが、一番効果があります。
またほかの治療法の効果を助ける、もっとも基本になる重要な治療法です！！

自分にとって必要なエネルギー量を知ろう！！

STEP1：標準体重を知る

（　　）さんの標準体重＝身長（　　）m×身長（　　）m×22

＝（　　）kg！！

STEP2：身体活動量はどのくらい？

軽労作・・・デスクワーク、主婦など	25～30kcal/kg 標準体重
普通・・・・立ち仕事が多い職業	30～35kcal/kg 標準体重
重い労作・・力仕事の多い職業	35～　kcal/kg 標準体重

STEP3：（　　）さんに必要なエネルギー量は・・・

標準体重（　　）ｋｇ×身体活動量（　　）kcal/kg

＝（　　）kcal！！

バランスのとれた食品構成

・指示されたエネルギー量の中で、炭水化物、タンパク質、脂質のバランスをとり、適量のビタミン、ミネラルも摂取する。

・一般的には指示エネルギー量の 55～60%を炭水化物、タンパク質は標準体重 1kg 当たり成人の場合 1.0～1.2g(一日約 50～80g)として、残りを脂質でとるとよい。

・食品の選択に際し、「糖尿病食事療法のための食品交換表　第 6 版」を使うと、一定のエネルギー量を守りながら、バラエティーにとんだ食品

（　　）さんの

指示カロリーは（　　）ｋｃａｌ／日です。

主食の量は（　　）ｇ／回です。

薬物療法について

※看護師用リーフレットの例

薬物療法は、血糖をコントロールし、合併症の進行を予防するために行なわれます。薬物療法には、のみ薬とインスリン注射があり、症状によって使い分けられます。

Point！
※患者さんに処方された薬を、実際に１つ１つ見ながら、特徴や注意点を確認

おもなのみ薬の種類と特徴

●ＳＵ剤（エスユーざい）

スルホニル尿素剤のことです。おもに、すい臓のインスリン分泌を促して、血糖を下げます。２型糖尿病の人のみに有効です。

●ＢＧ剤（ビグアナイドざい）

肝臓、筋肉、脂肪など、すい臓以外に作用して血糖を下げます。ＳＵ剤が効きにくい２型糖尿病の人に有効です。

●α-グルコシダーゼ阻害剤（アルファ-グルコシダーゼそがいざい）

小腸内での、糖分の分解・吸収を遅らせて、食後の高血糖を抑えます。インスリンを使用している人にも有効です。

～上記３つは、代表的な薬の種類です。このほかにも種類はあります。～

注意事項

＊ 自分ののみ薬や、インスリンの名前と量を覚えておきましょう。
＊ のみ薬やインスリン注射は、糖尿病を治すものではありません。食事療法・運動療法も同時に続けていきましょう。
＊ 決められた時間に行ない、自分の判断でやめたり、薬を増やしたり、減らしたりしないようにし[illegible]、看護師や医師に相談しましょう。

Point！
※赤線部分を特にお話し、患者さんが相談しやすい雰囲気を作りましょう。

確認してみましょう

〔のみ薬の場合〕

・ のみ薬の名前＿＿＿＿＿＿＿＿　・数（量）＿＿＿＿＿
・ 時間

Point！
※個々の患者さんの生活状況もふまえて、一緒に確認して行きましょう。

朝（　　時）

昼（　　時）

夕（　　時）

寝る前（　　時）

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　山内栄子　大川眞智子（大学）　大橋晶子　吉田知佳子
小嵜まゆみ（羽島市民病院・２病棟４階）　中川千草（羽島市民病院・医療サービス課）

Ⅰ.はじめに

岐阜県下で現在、緩和ケア病棟が１ヵ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組むことを目的にした。

今年度は、昨年度の取り組みの結果から、現地側の共同研究者が所属する A 病棟のがん患者の看護実践をさらに向上させるために、病棟のカンファレンスの充実を図ることを目的に取り組んだのでそのことについて報告する。

Ⅱ．方法

１.今年度の取り組みの経緯

昨年度は、がん患者の事例検討会を行い、その検討会を通じて、所属する病棟のがん看護の向上には、1.的確な情報共有を行い、患者の総合的なアセスメントにつなげていけるようなカンファレンスを行いチーム看護の充実、ケアの充実を図る、2.カンファレンスを通じてリーダーシップ育成を図る、という２つの課題が明らかになった。したがって今年度は、定期的にケース（事例）カンファレンスを実施することを目標とし、出されたケースカンファレンスの内容、参加したスタッフの意見、共同研究者の意見を分析して、ケースカンファレンスの効果を検討した。

２.倫理的配慮

検討会において提示する内容については、個人が特定されないように匿名性を確保し、データの管理も厳重に取り扱った。

Ⅲ．実施の経過と取り組み

１.A 病棟での取組み経過

１）ケースカンファレンスに取り組んだ理由

A 病棟は急性期患者とがんの終末期患者の両方が混合で入院している病棟である。スタッフはアラームが鳴ると急性期患者への対応を優先している。そういう状況の中で、スタッフはがん患者の特に終末期の患者に、時間をかけて看護が優先的にできないことに、限界を感じている。そのため、スタッフのがん患者に対する達成感が得られにくい現状がある。その一方で、スタッフ間話し合いの中で「このような状況の中で、よくがん患者の看護をやっているよね」という意見も聞かれる。

そういう状況の中で、若いスタッフは他のスタッフから自分の看護を認められることを望んでいるのではないかと考える。また、ベテランスタッフも自身の看護もこれでいいという確信が得られないため迷いがあり、「私たちだってどうしたらよいかわからない。いっぱい、いっぱいなのよ」と思っている。

一方、急性期患者の急変には、スタッフは、後悔を感じにくい。それは、看護のゴールがスタッフに共通に理解できているからではないかと考える。しかし、がんの終末期患者に関しては、「死が近いよね」という言葉でさえスタッフ間で口にすることがはばかられる現実がある。

その解決方法として、リーダースタッフと若いスタッフが一緒に話し合う機会を作る、本病院の緩和ケアチームに相談する、が想定できる。しかし、緩和ケアチームへの相談の欠点として、緩和ケアチームに相談するための書類を作成する準備が難しいとスタッフが認識していることから、緩和ケアチームに相談する機会も減っている。さらに、病棟スタッフは緩和ケアチームの回答が現実に即していない場合もあり、緩和ケアチームのメンバーは看護部長、副部長、外科部長などであり、自分たちの看護に対して批判をされているのではないかという感じを受けやすい。

したがって、A 病棟では、事例を書類にまとめるということに対する嫌悪感を軽減すること、リーダースタッフと若いスタッフとの意見交換の場を持つこと、提案者が求めるような結果が得られない・結果は変わらないという評価をなくすことが重要と考えた。そのために、患者の情報を確実に把握することが重要であると考え、アセスメントツールが活用されるようなケースカンファレンスを A 病棟で定期的に行えばよいのではないかと考えた。

以上のことから、がん患者への看護の質を向上させるために、①的確な情報共有を通じてチーム看護の充実のための質の高い看護の提供、②チーム看護におけるリーダーシップは重要であるた

め、教育的効果（マネジメント）を期待することを目的とした定期的なケースカンファレンスの実施が必要と考えた。ケースカンファレンスの実施により、看護スタッフ間の情報共有、看護の共通理解、実践の振り返り、気付き、スタッフに対する精神的ケアが期待される。さらに、司会進行担当者は、参加者の意見を引き出す、まとめるといった教育的効果が期待される。

A 病棟の共同研究者から病棟の師長・主査に本取り組みの目的について説明し、了解を得た。病棟全体の取り組みとすることを目的としていたので、病棟のリーダーである主査提案として、ケースカンファレンスの実施を提案した。

２.ケースカンファレンスの実施

１）方法：毎週金曜日にケースカンファレンスは行う。発表者は当日の出勤者の中から事前に決めておく。当日のチームリーダー（4 年目以上の臨床経験の看護師）が司会進行する。発表者は事前にケースカンファレンス用紙に記入し司会進行者に配布しておく。1 事例 10 分から 15 分間で、2 チーム共同で行うこととした。

２）ケースカンファレンス用紙の記入内容

日時、発表者、患者概要として（病名、病期、治療方針、既往歴、介護保険や身障手帳、家族構成、特記事項など）、看護問題、会議内容、会議の結果を A4 用紙 1 枚におさめ記入する。

３．ケースカンファレンスの事例の概要

診断名：消化器系がん 5 例、乳がん 2 例、その他 3 例、性別：男性 4 例、女性 6 例、年齢：50 歳代～70 歳代　10 例中死亡退院 1 例

４.ケースカンファレンスに対するスタッフの評価

１）参加した看護師の意見から

①「よかった」という意見

もやもやしていたことが言えた。情報整理ができ看護の方向性がみえた。ケースをもっとしっかりまとめて次に生かそうと思った。

②「よくなかった」という意見

カンファレンスに出した事例に関して参加者からいろいろ突っ込まれたくない。カンファレンスに出しても状況はかわらない。他の看護師からの意見を期待していない。カンファレンスに出す準備の時間がない。など

２）ケースカンファレンスについて共同研究者の評価

１）の意見を踏まえて共同研究者間で「よかった」と答えたケースカンファレンスと「よくなかった」と答えたケースカンファレンスについて、検討した。

①「よかった」意見のケースカンファレンス

・テーマが明確である。

・看護師が自分の思いや患者の情報整理がうまくいった。

・カンファレンスに出した看護師の看護の振り返りができた。など

②「よくなかった」意見のケースカンファレンス

・テーマが明確でない。

・カンファレンスに提案した看護師が事例の問題点を把握していない。

・参加者からの意見に、今後の看護の方向性の糸口がない。など

５．良いカンファレンスのポイント

１）看護問題はいくつか表出してあるが、ポイントがしぼれている。

２）「情報共有」という大きなテーマでも、何をみんなに知ってほしいかその意図が明確である。

３）司会進行がスムーズに行えている。

４）事例内容がタイムリーなものである。

５）質問や疑問形のカンファレンスではなく、まとめができている。

６．ケースカンファレンスの効果について

本取り組みを教育効果と看護の質の向上の両方の側面からまとめて考える。

ケースカンファレンスの司会進行を行うことによって、意見の調整を行うことや意見をまとめていくことで、チームをまとめ、参加者に指導・助言を行い、そのことがリーダーシップやマネジメントに繋がると考える。看護師として、カンファレンスに参加することで、看護の振り返りができ、そのことを通じてさらに向上した看護実践につながり、最終的にはチームの看護の向上に繋がると考える。

ケースカンファレンスを重ねることで、リーダーシップによってまとまりあるチームが生まれ、個々の看護師の看護が理解できると考える。患者やご家族に対して統一した看護の提供になり、質の高い看護の提供はスタッフの達成感にもなりえると考える。

Ⅳ.看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

ケースカンファレンスが A 病棟において定着したことである。

Ⅴ.現地側看護者の受け止めや認識

A 病棟のがん患者の看護の質の向上にむけた

取り組みとして、ケースカンファレンスを行うことは効果があり、さらに、人材育成・リーダー育成にもつながることが理解されつつあると考える。

Ⅵ. 本学教員が関わったことの意義

本学教員が関わったことで、現地側の共同研究者の現状分析が客観的に行われ、所属する病棟の看護の質の向上に向けての具体的な取り組みにむけて、共同研究者の役割について貢献できたと考える。さらに、共同研究者から、この取り組みを行うことによって病棟のリーダーとしての役割を担う意識が明らかになったという発言から、現地側の看護職の生涯教育に寄与できたと考える。

Ⅶ. 今後の課題

3ヶ月間カンファレンスを継続した結果、参加者は、カンファレンスの際には意見をだす、参加するという基本の行為はできていると判断するが、お互いの看護観を共有すること、学びの場とすること等が今後の課題と考える。

Ⅷ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

カンファレンスの充実についてどの様に取り組んでいるか、討議した内容は、以下のとおりである。

・外科の混合病棟である。受け持ち患者のケースカンファレンスは毎日 10-15 分行っている。内容は受け持ち患者の状況についてポイントを決めて、リーダーが進行している。看護計画を立案していることと退院調整が入っているので、ある程度退院に関しては、ポイントが絞られているのでうまくいっていると思う。ケースカンファレンスは医師を交え 1 回/週にあり、参加した看護師が受け持ち看護師に情報を伝えているが、なかなか難しいところがある。

・ケースカンファレンスが計画的に行われているとずいぶん違うと考える。

・カンファレンスを充実させるには、なぜカンファレンスを行うかという意図をしっかり持つことが重要と考える。カンファレンスを充実させるには、ファシリテーターの役目がとても重要と考える。

・よりよい看護を行うには、チームとしての連携が必要と考える。デスカンファレンスはスタッフ自身が事例をまとめることに時間がかかるため、タイムリーにカンファレンスする必要があると考える。

・カンファレンスの内容を充実させるにはどうすればよいかについて課題がある。大切なことは参加したスタッフがそれぞれの立場で、周りのスタッフをケアすると意識を持って参加することがと考える。

・カンファレンスの記録は、記録係が行っている。だんだん慣れてくるとポイントを箇条書きにできるようになった。記録は、全員が閲覧できるようにファイルしている。過去のカンファレンスの記録は、教材になるので大切にしたいと考える。

・カンファレンスに看護師以外の人（薬剤師、他の所属の看護師など）にも参加してもらうことは、内容に幅が出る、視野が広がるのでいいと考える。

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　小嵜まゆみ（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ている。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援助が必要とされている。

本研究の目的は、在宅で療養生活をおくるがん患者の現状を把握し、療養生活支援の在り方を検討することで、当該病院におけるがん患者への看護の充実を図ることである。

Ⅱ．平成 20 年度の研究活動

１．研究方法

在宅で療養生活を送るがん患者に面接を実施し、療養生活の現状と患者が抱える問題や要望を明らかにするとともに、検討会を開催し療養生活支援の在り方を検討する。現地共同研究者は、面接対象者の選択と調整を行い、検討会の意見交換に参加する。

１）対象者：病名を告知され、化学療法のため外来通院をしているがん患者。

２）調査方法：外来において大学教員が面接を実施する。主な質問内容は、がんと診断され現在に至るまでの経過と思い・考え、在宅療養の様子、看護職者・医療機関等への要望などである。

２．倫理的配慮：面接調査対象者に研究内容を紙面で説明し、同意を得た。結果は、本研究の目的以外に使用することはなく、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。なお、本研究は本学研究倫理委員会の承認を得た。

Ⅲ．結果

１．療養生活の現状と患者が抱える問題や要望

面接は表 1 に示したように男性 2 名、女性 2 名の計 4 名に実施した。

１）事例紹介

A 氏：患者は専業主婦。結婚以来定期健康診断は全く受けていなかった。平成 19 年春頃に左右の乳房の形の違いに気づき受診、乳がんと診断された。初回診断時点で、肺と骨に転院が認められたため手術適応とならず、化学療法が開始された。

面接前に外来看護師より、普段から言葉数が少なく、おとなしい印象の患者であると紹介された。面接時の声は小さく、目線を下げて話していた。

B 氏：子どもはそれぞれ独立し、現在独居である。平成 19 年末頃、腹部の不快を感じ近医に受診したが症状は改善されなかった。その後、胃内視鏡検査を経験した友人の勧めで病院を受診し、検査の結果進行性胃がんと診断された。医師より詳細な病状説明を受け、B 氏は「機能していない胃であれば、全部取って欲しい」と医師に伝えた。内視鏡手術を試みるが切除不可と診断され、化学療法が開始となる。

現在は無職であるが、退職までの三十数年間施設職員として勤務していた。長年働き続けたことに対して誇りをもっており、これまでの苦労についても前向きに捉え、がんになったことも「昔であればがんになって死んでいたと思う。自分は余分の人生を生かしてもらっているから幸せである」と語っている。週に 3～4 回社交ダンスに出かけ、友人との交流も活発である。近隣者とも常に交流をしており、居住している市の福祉制度の一環として、高齢独居者を対象とした緊急電話が

表 1 対象者概要一覧

事例	A	B	C	D
性別・年齢	50 代 女性	70 代 女性	40 代 男性	80 代 男性
診断名	乳がん（骨・肺転移）	胃がん	大腸がん	胃がん（肝転移）
病状経過の概要	乳房の自己診断で異常を感じ受診。初回に乳がんの遠隔転移が確認され、外来化学療法を開始し 2 年弱経過。	腹部不快を感じ、友人の勧めで受診。進行性胃がんと診断され、内視鏡手術を試みるが切除できず。化学療法開始し 2 年経過。	食欲不振等を感じ受診。内視鏡検査で大腸がんと診断され、手術を受ける。術後化学療法開始し約 7 か月経過。	胃がんで約 1 年前より化学療法開始。7 カ月前に消化管通過障害のため胃空腸吻合術を受ける。その後化学療法再開。

表2　面接結果

Ａ氏
・外来に毎週通院しているが、できれば月に1回程度になると良いと思う
・病院で知り合いに会い病状を聞かれたりするのが嫌なので、できれば遠くの病院に替わりたい思うが、夫には言えないでいる。
・2年近く経過すると、家族の対応も変わってくる。最初は大事にされていたように感じていたが、今は「今日も病院に行くのか」というように変わってきた。
・いつまで通院が続くのか。夜寝る前に「今日で終わりです」と言われないかと思う。
・治療によってがんは小さくなる可能性はあるが、無くなることはない。もっと早く治療していれば、手術で取れて、それで済んでしまったのではないかと思う。
・治療が長くなると自分以上に周りの人が大変になるかもしれないと思う。
・気分の浮き沈みがあるので、なるべく気楽にしていたいと思う。
・1回治療を受けると3万円前後かかる。月3回で9万円、薬によっては月12万円ということもある。高額医療費制度はある・・。夫が昇給しても、医療費に使われる。子どもたちの学費もかかり、これまで子どもたちに買ってあげられたものも買ってあげられない。
・医師は最善の薬を使っていると思うが、実際高い。月に1回薬の飲めば良いといった方法がないかと思う。今2本点滴を打っているが、医師にそんなに調子が悪くなければ1本でもいいのではと思い切って言ってみようかとも思う。
・抗がん剤の金額を全く聞いていなかったので、初めて支払いに行って「こんなんにするの」という感じであった。
Ｂ氏
・抗がん剤の副作用で体毛が抜け、鼻毛が無いため常にマスクをしないとスッと空気が入ってしまう。また、睫毛が少なくなるので、視力が落ちたのではと思うくらい、涙が出てしまう。
・絶えず口内炎や歯肉が腫れたりするため、人一倍うがいをしたり、歯磨きを入念にしている。口内炎や歯肉が腫れるため、熱いもの硬いものが食べられないし、健康な頃においしいと感じたものがいま一つおいしいと感じられない。
・自分以外にもがんの人が多い。昔ほどがんでは死なない。昔であればがんで死んでいたかもしれないと思うと、余分の人生を生かしてもらっていて幸せだと感謝している。
・あまり「がん」だという気持ちや恐怖心は無く、病気をする前と同じように動いている。
・痛みや下痢等の余病が出た時は、誰かの手を借りないと対応できなくなる。以前救急外来を受診した時は下痢をして相当体調が悪かったので、できれば1泊でも入院させてもらいたかったが、帰宅するように言われた。家に帰ると一人なので、体調が悪い中で食事や布団を整えたり、大変である。
Ｃ氏
自宅で46時間抗がん剤の点滴を行うので、自分で針を抜かなければならない。最初は不安があったが、1回目救急外来に来て抜き、それ以後は不安も無く、点滴も生活の一部になっている。しかし、46時間の点滴は少し拘束感がある。
・手先のしびれなどが少しあり、箸や鉛筆を持つ時にこれまでとは違う、微妙な力の差を感じる。
・病院の化学療法室とトイレが離れているため、点滴をした姿で外来患者の間を通らなくてはならないのが気になる。
・外来のトイレが狭いため、器具がセットされた点滴スタンドを利用するのは、特に高齢患者にとっては危険なのではないかと思う。
Ｄ氏
・一時排ガスが多くて困った時があったが、ヨーグルトを飲むようになってから調子が良く、便秘もしなくなった。
・抗がん剤を受けるようになってから、爪が剥がれやすくなり、皮膚もポロポロ落ちたりする。
・妻は自動車の運転ができず、子どもたちも仕事をしているため、通院の送迎をしてくれる人がいない。福祉バスの停留所は自宅に近いが、本数も少ない上に受診予定時間に間に合わない。そのため、自分で運転し通院している。

設置されている。
C 氏：工場に勤務しているが、現在は休職中である。平成 20 年春頃、腹痛と食欲不振で近医を受診し、便潜血が確認され、総合病院での検査を勧められる。内視鏡検査で大腸がんと診断され、大腸がん切除術を受けるが、術後イレウスを併発し、入院期間は 50 日に及んだ。その後、リザーバーを留置し、外来化学療法を開始する。治療は 2 週間に 1 回 46 時間持続点滴のため、自宅で自己抜針している。
D 氏：同居家族は妻と娘夫婦である。患者は現在無職であるが、定年まで公務員等をしていた。平成 6 年頃から徐々に体重減少を認め、通院し定期的に血液検査や内視鏡的ポリープ切除術を受けた。平成 18 年に胃内視鏡検査で異常を指摘され、即日入院となった。精密検査の結果、手術の適応外となり、化学療法開始となった。平成 20 年中頃に消化管の通過障害が生じ、胃空腸吻合術を受け、その後も外来化学療法を継続している。以前は地域の役員等を担当しており、面接を通じて患者が地域での活動や公務員時代の業績に強い自負心をもっているという印象を受けた。

２） 面接結果

4 名の患者の面接結果は表 2 に示した。

２．支援方法の検討

4 名の患者の面接内容から支援すべき事柄を抽出し、支援方法を検討した。

１）外来化学療法のために高額な医療費負担をしている患者・家族への援助（A 氏）

化学療法によって高額な医療費を支払っている患者が多いため、外来と医療サービス課が連携し、活用できる社会資源の紹介や適用の支援を積極的に行っている。しかし、A 氏は日頃から口数も少なく、自ら支援を求めたり、自分自身の状況を看護師に伝える人ではなかったため、外来看護師が援助対象として見逃していた可能性がある。今後の援助としては、早急に外来看護師から患者に働きかけをする。また、副作用の確認等で患者に関わる薬剤師にも A 氏の状況を伝え、看護師・薬剤師が連携し A 氏の思いを再度確認し、医療サービス課とともに具体的な支援につなげる。

現在、全外来窓口に医療相談に関する資料を掲示しアピールしているが、相談を担当する医療サービス課の場所が分かりにくい可能性がある。また、医療費に関することは、時間をかけて話を聴く過程で語られることも多く、患者・家族が気軽に相談し難い事柄かもしれない。看護職者はこうした患者・家族の気持ちを理解するとともに、患者・家族の目線で相談窓口の掲示や相談場所について再度点検する。更に、特に自ら訴えることが少ない患者・家族の現状を把握する方法や、社会資源に関する情報提供の方法を検討する必要がある。

２）外来化学療法中の患者が救急外来に受診した場合の体制づくり（B 氏）

化学療法中の患者は抵抗力も低下しているため、自宅で過ごしている間に体調を崩す可能性も高い。特に B 氏の場合は、高齢で独居という状況であり、体調が十分回復しない状態で帰宅した場合、自宅で十分に静養できない可能性がある。救急外来の場合、患者の生活背景を把握した主治医や看護師が担当しないこともあり、病状の軽減を待って帰宅を促すことも多い。

このような状況を改善するために、B 氏のような患者については、病棟のプライマリー看護師ややや化学療法に関わる外来看護師が、予め患者の病状や家族背景等を考慮した対応を主治医と話し合い、その結果を電子カルテの伝言版に記載し、救急外来受診時の対応の統一を図る。

３）休職制度を利用している患者に対する、休職期間終了後の対応を見据えた支援（C 氏）

C 氏の場合、休職制度が適用され経済的な困難についての訴えは無かった。しかし、今後長期間に渡って外来通院と化学療法が継続する可能性が高く、休職期間終了後、経済的な問題が発生する可能性がある。そのため、外来看護師と医療サービス課看護師が連携して時期を見極めて B 氏に対し、社会資源の紹介や適用の手続きを行う。

４）外来化学療法を受けている高齢がん患者の通院方法の把握と安全面への支援（D 氏）

D 氏の場合 80 歳代であるが、家族内に通院のサポートを求めることは難しく、また地域の公共交通機関も不便なため、結果的に患者自身が車を運転し通院している。

高齢者にとって通院すること自体が体力的に負担な場合もあり、それに加えて 2－3 時間に及ぶ化学療法後は疲れを感じることも多いと推測される。そのため、外来看護師は、特に高齢がん患者の通院方法や所要時間を把握するとともに、外来治療後の帰宅に支障は無いか確認する必要がある。

Ⅳ．考察

１．がん患者の経済的負担への支援

がん患者の調査において、がん患者が抱える悩みや負担の上位に「就労・経済的負担」が挙がっている[1)]。がんは悪性疾患であるため、継続的な

検査と治療が必要となり、患者・家族が抱える医療負担は大きい。さらに、受診や治療を続けるがん患者が就業を続ける場合も、雇用者側との関係において困難に直面する場合もある。看護職者はこうした現状を十分に理解し、支援する必要がある。

特に、今回の検討会の結果から、社会資源の紹介をしても、経済的な問題について患者・家族が自ら訴えることが少ないということや、普段から言葉数の少ない患者が支援対象として把握され難いことが明らかになった。この結果から、外来看護師や在宅療養支援に関わる看護師は、患者の病状や治療の状況とともに、患者の社会的背景を把握し、通院・治療に伴って生じる生活上の問題について注意を向け、支援することが重要である。

２．高齢がん患者の支援

高齢化に伴い、今後高齢がん患者の増加が加速し、それに伴って高齢者世帯や独居のがん患者の増加も予測される。今回の研究では、独居者の救急外来受診時の対応や、通院に関する交通手段についての問題が確認された。

高齢がん患者が在宅で療養生活を続けるためには、がん患者に共通する問題に高齢者特有の問題が重なるため、今後はその特徴を捉えサポート体制を整えていく必要がある。

３．長期化する療養生活を支援する

医療の進歩に伴いがん患者の長期生存が可能となった。それは、患者が長期間療養生活を続けるということでもある。A 氏の「夜寝る時に、今日で治療が終わりと言われないかと思う」との発言は、多くのがん患者が感じていることでもあろう。療養生活の長期化は、経済的な負担のみならず、家族や周囲の人たちとの関係にも多くの影響を及ぼすことも予測される。外来看護師には、療養生活が長期化する中で、患者・家族がどのような状況にあり、どのような思いを抱いているかを把握し、支援することが求められる。

Ⅴ．本事業の成果

１．看護実践の方法として改善・変化したこと

在宅で療養するがん患者の面接結果を検討することで、各事例が抱える問題が明確になり、具体的支援方法を導き出すことができ、問題によっては検討会後直ちに看護実践に反映することができた。また、検討会において、現在実施している社会資源の情報提供や相談窓口の案内方法が話題となり、改善点を明らかにすることができた。

２．現地側看護職の受け止めや認識

日々の看護実践では把握しきれないがん患者が抱える問題を知り、援助方法を導き出すことができたことは有益であった。ただし、本年度は十分な共同体制が取れなかったため、取組の方法についての検討や改善が必要である。

３．本学教員がかかわったことの意義

多忙な外来においては、看護師は患者の思いを十分時間をかけて聴くことが難しく、日々ジレンマを感じていることが多い。今回、話を聴く時間が確保された教員が面接を担当することで、患者が抱えている療養上の問題や要望を聞き取ることができ、検討会を通じて具体的支援方法を考えられた。

また、個別の支援を考えるだけでなく、長期化するがん患者の療養支援、各世代の特徴を踏まえた患者への支援といった視点で検討することができた。更に、本取り組みの結果を教員が担当する授業や当該病院での外来実習に反映させることで、学部教育の充実を図ることができる。

Ⅵ．共同研究発表と討論の会で討議された内容

１．現地側共同研究者からの補足

がん患者は長い療養生活を続けていかなければならず、医療者には診断から最期の時まで継続して関わっていかなければならないという意識が必要である。

また、外来化学療法を受けている患者の経済的な負担は大きく、経済的に困窮している患者も多い。医療サービス課として、チラシやポスターを利用し社会資源に関する紹介をしているが、経済的問題で患者・家族が相談に至るのは難しいことが分かった。こうした現状を捉え、医療者側から患者・家族へ積極的に働きかけなければならないと思う。また、患者・家族への働きかけについては、看護職者はもちろん、与薬に関わる薬剤師、ケースワーカーや事務職など、他職種が連携し支援することが有効であり、連携の主導的役割を看護師が担っている。

２．外来化学療法のために高額な医療費負担をしている患者・家族への援助について

（他病院、化学療法室担当看護師）

新薬の抗がん剤を使用している患者は、一月 10 万円前後の負担となり、年間では 100 万円以上となる。医療費につては医師から説明がある場合と無い場合がある。説明が無かった場合、患者は請求書の金額を見て驚く。入院中は受け持ち看護師が話を聞くことができるが、外来では多数の患者に対応しなければならず、一人ひとりの患者に十分に関わることが困難な現状がある。現在、化学療法室の担当となったので、できるだけじっ

くりと話を聴くよう意識している。また、退院調整室の看護師や、ケースワーカー、地域サービスとも連携を図るようにしている。看護師個人の力では限界があると感じているので、病院全体でがん患者の支援に対する連携の意識が高まっていくにはどうしたら良いか常に考えている。

３．他職種との連携の重要性

（現地側共同研究者）

がん患者・家族への支援を行う上で、他職種との協働は非常に重要である。チームの事務職・福祉職と密にやり取りをし、それぞれの専門知識を活用し役割分担しながら支援することが有効な結果につながる。例えば、医療費の手続きに関して事務職が十分に時間を取って患者の話を聞き、外来受診毎に声をかけるよう心がけたことで信頼関係が築け、そこで得られた情報をチームで共有し、次の支援につなげることができた。こうした他職種と連携を重ねることで、チーム全体の意識が高まり、結果的により良支援につながっていると感じている。

４．ターミナル期にある患者の支援について

（他病院、退院調整看護師）

現在、ターミナル期にあるがん患者が増えて来ている。がん患者の療養の過程で主治医が交代することも多い。受け持ち看護師は入院中だけなので、現時点では外来通院中に患者が頼れる看護師の存在があまりない。介護保険や訪問看護を利用している場合は、担当者看護師が支援しているが、多くの患者は対象外にある。特に、入退院を繰り返す患者については、チームでの関わりができていないことが多く、ジレンマを感じている。また、化学療法中は医療者が関わっているが、治療の適応外になると関わりが希薄になり、その後の療養生活に困難を抱える場合がある。

（現地側共同研究者）

ターミナル期にある患者で、状態が非常に悪くなった時点で在宅移行に向けた調整依頼を受ける時がある。このような状態で在宅移行すると、患者にとって苦痛となる場合もある。病棟看護師は、時期を見極めて患者の希望や思いを捉え、適切な時期に地域連携の担当看護師と協働して支援していくことが必要である。

また、がん患者が在宅療養する場合、退院時点で活用できる社会資源が非常に少ないのが現状である。ターミナル期で在宅移行を決定しても、その時点で ADL が自立している場合、要支援判定となる。しかし、在宅移行後急激に病状が進行することが多い。在宅を推進する国の方針に支援制度が追いついていない現実がある。

（元がんセンター看護師）

まずは患者の思いを引き出すことが大切である。そして、患者が不安にならないよう、常に患者の思いを確認し支援することが大切である。

また、今回の発表を聞き、看護師だけが抱え込むのではなく、チームで関わることが重要であると感じた。

５．患者情報の共有方法や地域の医療職との連携について

（現地側共同研究者）

現在、外来統括をしていることや緩和ケアチームのメンバーなので患者の情報を把握しやすい立場にある。また、所属施設では、電子カルテ導入により、患者情報が得やすい環境になって来ている。地域との連携についても、在宅支援診療所や訪問看護ステーションスタッフも協力的で、必要時迅速な対応ができるようになって来ている。

６．がん診療連携拠点病院と地域病院との連携について

（現地側共同研究者）

がん診療連携拠点病院を利用していた患者が、自宅に近い地域病院に変わることを希望する際、紹介状のみを渡され、自力で医療機関を探さなければならない現状がある。こうした状況に対し、患者が困難な状況に陥らないよう支援体制を整えていかなければならない。

文献

１）「がんの社会学」に関する合同研究班：がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書概要版　がんと向き合った 7885 人の声，http://www.sechr.jp

退院支援に関する看護

退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた方策の検討

藤澤まこと　普照早苗　黒江ゆり子（大学）
野村玉枝　田口めぐみ　古川康子　中子美枝子（岐阜県立下呂温泉病院・B3 病棟）
梅田弥生（岐阜県立下呂温泉病院・地域連携室）　山下弘子（岐阜県立下呂温泉病院・看護部）

Ⅰ．はじめに

A 病院当該病棟では、2007 年度より退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた取り組みがはじめられた。具体的には、病棟の「継続看護・リハビリグループ」の看護師を中核として退院後の療養生活を視野に入れた入院時アセスメントやリハビリカンファレンスの取り組みを行った。その取り組みによって、各看護師が患者・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を行うことの重要性に気づき、責任を持って退院支援を行えるようになった。

2008 年度には、複数のスタッフの異動があり、退院支援の取り組みの継続に向けて、新たに働きかけが必要になった。そこで本年度は、事例検討を行うことで、退院支援の取り組みの必要性の理解を促す。また、退院支援の取り組みの継続によって自己の看護実践がどのように変化したかを振り返る機会として聞き取り調査を行う。その分析結果をスタッフ間で共有することで、病棟看護師の退院支援の充実に向けた意識の向上を図る。そのなかから、病棟看護師による退院支援を充実させるためのスタッフ教育の方策を検討する。

Ⅱ．方法

１．退院支援事例の検討

家庭訪問を行った事例について、病棟会の中で報告しスタッフ間で検討を実施した。検討にあたっての進行は現地共同研究者が主導的に行った。

２.退院支援の取り組みの振り返りを意図した聞き取り調査

１）調査対象者：当該病棟看護師 18 人。

２）調査内容：①スクリーニングシートを用いた入院時アセスメントによる看護実践の変化、②リハビリカンファレンス開催による看護実践の変化、③他職種との情報交換・目標共有で難しかったこと、④退院後の療養生活を視野に入れた退院支援を行ってよかったこと、⑤退院後の生活を把握するための工夫、⑥今後行っていきたい退院支援、⑦家庭訪問事例の共有で役立ったこと

３）分析方法:聞き取り内容は了解を得て録音し、逐語録を作成し、その内容を分類して整理する。

３．意見交換

聞き取り調査の結果をスタッフ間で共有して意見交換し、病棟看護師による退院支援を充実させるためのスタッフ教育の方策を検討した。

４．倫理的配慮

病棟スタッフ、対象患者・家族に研究内容を説明し、同意書による同意を得た。調査結果は本研究の目的以外に使用することはなく、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保管・処理することとした。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。

Ⅲ．結果

A 病院では、2008 年度より看護部の方針で、看護師が出張で、退院後の患者・家族への家庭訪問を行うことが可能になった。病棟看護師が退院後の患者の療養生活を確認できることで、自己の退院支援の評価にもつながり、またその場での支援も可能となった。そして、当該病棟では家庭訪問を行った事例について共有し意見交換を行った。

１．退院後家庭訪問を行った２事例の事例検討

１） 事例 B 氏の事例検討

(1)対象の概要：B 氏は 70 歳代女性、病名は左大腿骨頚部骨折、慢性関節リウマチである。夫と 2 人暮らしで、入院期間 3 ヵ月半であった。入院中は食事量が少なく、栄養補助食品を自宅でも購入できるようにパンフレットを渡した。退院時は杖歩行で、通所介護を週 1～2 回利用できるようにケアマネジャーと調整して退院となった。

(2)家庭訪問時の状況

B 氏は通所介護を週 1 回利用し、歩行状態も安定して特に問題なく生活できていた。食事量は少なかったが、栄養補助食品を購入して飲用していた。食後に腹痛があることより次回の整形受診日に内科受診を勧めた。

(3)スタッフ間の共有・意見交換

訪問した受け持ち看護師は、入院中の指導が生かされていることが確認でき、自身の退院支援の励みになったと述べた。他の看護師も退院後の回復状況を聞き、家に戻るよさや、退院後の生活を考えた退院支援の必要性を改めて認識していた。

２） 事例 C 氏の事例検討

(1)対象の概要：C 氏は 90 歳代女性、病名は両変

形性膝関節症、左大腿骨頸部骨折、入院期間は5ヶ月で、高齢のため手術はしないで退院となる。長男の嫁と2人暮らしである。入院中に本人はトイレでの排泄を希望したが、自力で立位を取れないこと、装具を装着するので下着の上げ下ろしが難しいことで、退院後の嫁の介護負担を考えて入院中からオムツを使用することになった。

(2)家庭訪問時の状況

C氏は両下肢痛が持続し、通所介護を週2回利用しているがそれ以外は臥床状態であった。退院後すぐに眠剤が足りなくなり、近医に処方してもらったそうである。排泄はオムツを使用しており、本人からは歩きたいとの訴えがあったが、嫁からは本人が再度転倒すると困るので、医師から歩行はできないと言ってほしいとの訴えがあった。

(3)スタッフ間の共有・意見交換

退院時の内服薬の確認の必要性を再認識した。そして、高齢者の排泄の自立と介護負担の軽減の矛盾について意見交換がなされた。「自立は促したいが、在宅での長期にわたる介護のことを考えると仕方がない選択である」「医師から本人に説明してもらい本人に納得してもらうべきだった」との意見があった。今後考え続けるべき難しい課題であると認識された。

2．聞き取り調査結果

1）調査対象者:当該病棟看護師18人を対象に、15～20分の聞き取り調査を実施した。

2）分析結果

(1)スクリーニングシートを用いた入院時アセスメントによる看護実践の変化では、介護保険・身障の状況がしっかり確認できるようになった、最初は大変だと思ったが慣れてきた、わからないことを相談し解決を図るように努めた、まだ不足の点がある、に分類された。(表1)

(2) リハビリカンファレンス開催による看護実践の変化では、多職種と退院に向けた方針・目標を確認するようになった、退院までの関わりの見通しが立てられるようになった、患者・家族の意向を多職種に伝える、患者・家族に説明できるようになった、退院後の生活に向けたアセスメントを行ってリハビリカンファレンスに臨むようになった、病棟カンファレンスで報告し相談できるようになった、などに分類された。(表2)

(3)他職種との情報交換・目標の共有で難しかったことでは、医師との日程調整、リハビリカンファレンスへの参加、リハビリカンファレンス開催時期と、そのほかにリハビリカンファレンス内容への疑問、全員にリハビリカンファレンスを開催することへの疑問、に分類された。(表3)

(4)退院後の療養生活を視野に入れた退院支援を行ってよかったことでは、退院後の生活を意識して具体的に関われるようになった、退院後の生活について意図的に聞きだせるようになった、退院後のサービス利用について検討できるようになった、他の患者の退院支援に目がいくようになった、などに分類された。(表4)

(5)退院後の生活を把握するための工夫では、患者・家族に生活状況を聞くために工夫をする、患者・家族に具体的な内容を示して聞く、ケアマネジャーと相談する、などに分類された。(表5)

(6)今後行っていきたい退院支援では、家庭訪問により生活状況を把握したい、関連職と早期からの情報提供・情報共有したい、家族を視野に入れた退院支援をしたい、地域の資源を利用できるような支援をしたい、などに分類された。(表6)

(7)家庭訪問事例の共有で役立ったことでは、自分の退院支援の振り返りになる、事例への関わりの再検討の機会となる、家に戻ることのよさがわかる、家族の協力の重要性がわかる、退院後の生活がイメージできる、などに分類された。(表7)

3．聞き取り調査結果の共有と意見交換

1） リハビリカンファレンスについて

今年度病棟に移動してきた看護師は「リハビリカンファレンスはまだ医師、リハビリスタッフとの調整が苦手で気が引けるが、今回改めて必要性や意義がわかったので、積極的に進めていきたいと思った」と述べた。2年間取り組みを続けてきた看護師は「医師、理学療法士、作業療法士が入るとわかりやすく意見交換がなされ、内容が濃い。看護師は聞いているだけでも知ることが出来る。話の内容が深いものになるのでやる価値があり、勉強になる」と自身の知識の向上を図る場であると捉えていた。「スムーズな経過をたどる人にもリハビリカンファレンスが必要か」という意見に対して、今後の検討の必要性があげられた。

2） 退院支援の取り組み全体について

「入院時から退院後の生活を考えて家族と関わっていくことの大切さはわかっているが、家族と出会う機会が少なく困難を感じた」「ターミナル事例や高齢者では進めることができない状態がある」など意図的に関わっていても困難があるとの意見があった。また「チーム会で、退院調整の難しい患者に対して皆で話し合うことが多くなってきたことがよい」と、自分の受け持ち患者以外の患者の退院支援にも関心を持って、チームで取り組んでいることが確認できた。

Ⅳ．考察

退院後の療養生活を視野にいれた入院時アセスメントやリハビリカンファレンスの取り組みの継続、および今年度から始められた家庭訪問での退院後の生活状況の把握やその共有により、個々の看護師の退院支援に対する意識の向上がみられた。そこで退院支援を充実させるために効果的であったことは以下の 5 点と考えられる。

①病棟の退院支援の核となる「継続看護・リハビリグループ」の看護師が、スタッフの取り組み継続に向けて適宜支援していること、②取り組みを継続することによる個々の看護師の退院支援に関するアセスメント能力の向上、③家庭訪問事例の共有や、チーム会での事例検討によって、受け持ち患者以外の患者の退院支援にも関心を持ち、チームで関わることでお互い高めあえたこと、④聞き取り調査が自己の退院支援について振り返る機会となり、退院支援の必要性を再認識できたこと、⑤聞き取り調査結果を冊子にしてスタッフ全員に配布したことや結果の報告後に意見交換したことで、他のスタッフの考えを知る機会になったことなどがあげられた。

以上より病棟看護師が主体となって、退院支援の取り組みを進める体制の整備、事例検討やカンファレンスなどお互いが意見交換できる機会をもつこと、そして自己の看護実践を振り返る機会をもち、その成果を目に見える形で表すことがスタッフ教育の方策として有効であると考える。

Ⅴ．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

退院支援の取り組みの継続により、患者・家族の意向を意図的に把握し、多職種にも伝えている。また退院後の生活を把握する際にケアマネジャーと連携できるようになり、見通しを立てて患者・家族に必要な支援が行えている。そして課題・成果をチームで共有しながら進められている。

Ⅵ．現地側看護職者の受け止めや認識

退院支援の重要性が看護師全員に理解されており、個々の看護師が自分の受け持ち患者の退院後の療養生活を考え、責任を持って支援している。

Ⅶ．本学（本学教員）がかかわったことの意義

本学教員が病棟の退院支援の取り組みの支援を行い、取り組みの成果を明確にしたことが個々の看護師の意識向上につながり、退院支援の充実に結びついているといえる。また、病棟の核となる継続看護委員看護師が、本学の研究支援を受けて病棟の取り組みの成果を研究的にまとめており、共同研究が生涯学習支援に結びついている。

Ⅷ．共同研究報告と討論の会での討議内容

病棟看護師による退院支援を充実させるためのスタッフ教育について、意見交換を行った。そ

１．スタッフの意識の向上に効果的であったこと

A 病院病棟看護師：リハビリカンファレンスを開催する患者が増えて、退院支援について考える機会が増えている。家庭訪問事例の振り返りを行ったことも、訪問に行った看護師だけでなく、それぞれの意識が高められた。

A 病院病棟師長：スタッフの意識が高められたのは、推進チーム（継続看護・リハビリグループ）が取り組みの遂行に力を入れて根気よく声をかけたからである。スクリーニングシートのアセスメントの記載を促したことで入院患者全員に入院時アセスメントができている。リハビリカンファレンスの開催では、該当する患者と担当者の名前をホワイトボードに貼り出し開催を意識づけている。個々のスタッフが退院支援に取り組むことで、力がついてきた。入院時の生活だけでなく、退院後の先を見通すことができてきた。

A 病院看護部長：家庭訪問を出張で行けるように院長に交渉してよかった。家庭訪問の復命書を楽しみに読んでいる。そこからも他院後の生活を見ることに価値があると考えられる。

A 病院退院調整看護師：今年度は院内全体でのスクリーニングシートの活用を徹底した。現在ではアセスメント欄への記載も増えている。また、朝のミニカンファレンスに参加するようにした。適時に検討できたことがよかった。

地域包括支援センター保健師：リハビリカンファレンスがスムーズな人にも必要かという疑問があったが、治療経過はスムーズでも、生活上は大変なことがあるはずなので、入院中からケアマネジャーとも連携をとって共有してほしい。

２．病棟看護師の意識向上の原動力とは

B 病院師長：病棟で意識が高まった原動力が何なのか。当院も家庭訪問事例の振り返りカンファレンスを行っており、在宅での生活を確認し、スタッフ間で共有したことは効果があった。

A 病院師長：病棟の A、B のチーム毎に、毎朝気になる事例について話し合う。検討が必要な場合は月 1 回のチーム会で事例検討する。病棟全体での共有が必要な場合は、病棟会で検討している。

C 病院退院調整看護師：原動力はカンファレンスである。各病棟で 1 週間のうち 1 日は退院支援に関するカンファレンスを開催することでスタッフの受け持ち患者への関心が高まってきている。

以上複数の施設の看護職との意見交換ができた。

表1. スクリーニングシートを用いた入院時アセスメント（自分の看護実践がどのように変わったか）

大分類	小分類
介護保険・身障の状況がしっかり確認できるようになった	
最初は大変だと思ったが慣れてきた	必要な情報が、シートをもとにして取りやすくなった
	本人・家族の話や意向をコミュニケーションを図りながら聞けるようになった
	アセスメントの視点が定まってきた
	手術やリハビリ状況など、患者の状態の変化を捉えつつ、シートを記入する段階や時期がわかるようになってきた
	その他
分からないことを相談し、解決を図るように努めた	チームのナース、先輩にアドバイスをもらった
	リハビリグループのナースに助けてもらった
	夜勤帯や朝のミニカンファレンスで聞いた
	退院調整看護師に声をかけた
まだ不足の点がある	

表2. リハビリカンファレンスの開催（自分の看護実践がどのように変わったか）

大分類	小分類
多職種と退院に向けた方針・目標を確認するようになった(11)	退院に向けた目標を医師・リハビリスタッフ・受け持ち看護師で再確認する
	医師・リハビリスタッフ・受け持ち看護師で看護診断も踏まえて確認する
	看護師が橋渡しとなり理学療法士・医師が直接話す機会を作れた
	医師・リハビリスタッフ・受け持ち看護師で今後の方向性・方針を確認できる
	全員で医師、理学療法士、作業療法士の意向を聞けるのがよい
	お互いの意識が定まり退院の目標ができるのでよい
	医師・リハビリスタッフを交えて今後の方針、リハビリ状況を直接ゆっくり聞ける
	リハビリの状況を聞いて患者のADLのゴールが理解できる
	リハビリスタッフとの関係ができリハビリの進行状況がいつでも確認できる
	医師・リハビリスタッフの考えを確認し自分の考えとの違いを調整できる
	目標とする退院日が決まり退院調整の注意点を確認できる
退院までの関わりの見通しを立てられるようになった(6)	目標設定ができ退院までの予定が決められる
	退院の時期が確認でき自分がどう関わっていくかがわかる
	自分たちの見通しが立て安い
	医師・リハビリスタッフの考えが分かり今後の予定が分かる
	今後の離床、退院の予定を病棟でのリハビリに役立てる
	具体的に話しが聞け自分の看護実践の目標が立てやすくなる
患者・家族の意向を多職種に伝える(4)	医師・リハビリスタッフに患者・家族の思いを代理として伝える
	家族からの情報を伝えられるようになった
	患者・家族の意向を医師やリハビリスタッフに伝えられる
	家族の要望を伝え症状について直接医師に聞けるように調整している
患者・家族に説明ができるようになった(3)	本人・家族の説明や本人の説明にも生かせる
	受け持ち患者に対しては、説明している
	患者・家族に説明でき共に頑張ることを促すことができる
退院後の生活に向けたアセスメントを行ってリハビリカンファレンスに臨むようになった(2)	リハビリカンファレンス準備に向けて情報収集やその整理ができる
	患者、リハビリスタッフに意見を聞きアセスメントしてカンファレンスを開く
病棟のカンファレンスで報告し相談できるようになった(2)	リハビリカンファレンスを踏まえて看護師間で相談できる
	チーム会・、ミニカンファレンスでリハビリカンファレンス内容を報告しその後の取り組みの相談ができる
退院後のサービス利用について考えていける(1)	リハビリカンファレンス検討内容を医師から家族に伝えてることで納得してサービス活用について考えていける
リハビリカンファレンス内容を確実に記録するようになった(1)	リハビリカンファレンスの検討内容を2箇所に記録する

表3. 他職種との情報交換・目標の共有で難しかったこと

大分類	中分類	小分類
医師との日程調整(6)		医師との日程調整が難しい
		医師と日勤スタッフとの調整がストレスだったが慣れた
		医師は手術、外来が入るので難しい
		忙しすぎて立ち話になり短時間で話して決まってしまう
		医師の時間がなかなかとれないので調整が難しい
		医師と合わすのが一番難しいと思う
リハビリカンファレンスへの参加(16)	自分の日勤時の参加が難しい(5)	リハビリカンファレンスに自分が参加したいと思うと開催が遅れる
		自分の日勤の時にリハビリカンファレンスを計画したいが勤務とあわない
		自分の勤務の時にできるだけ開きたい
		日勤の時に参加したいが医師の・リハビリスタッフの都合が合わない
		自分の勤務と合わせるようとするとよけいに合わない
	チームメンバーに参加を依頼する(6)	他のスタッフに参加を依頼しリハビリカンファレンスシートに記入してもらう
		スタッフで協力し出て来れない場合は依頼する
		自分が入れない時は記録に書いて任せる
		日勤の担当者に任せないと進まない
		チームでやってることなのでその日の担当者にメモで依頼する
		自分も出たいが限定されるので記録を入力して依頼する
	自分が参加したいので休日でも出てくる(5)	自分が仕事でなくても出てきたりとか考えなければならない
		自分も参加したいので休みの日も出てくる
		勤務の日にできない場合休日、夜勤明けの日に出てくる
		自分が知りたいし出席したいので夜勤の前にも組んだりする
		自分が参加して聞きたいことがあるので自分の勤務以外にも出てくる
リハビリカンファレンス開催時期(1)		開催時期が難しく早めに開いても状態が変わる場合がある
リハビリカンファレンスの内容への疑問(2)		リハビリカンファレンスが現状報告になり検討にならない
		他のスタッフがどんな感じでカンファレンス進めているのかわからない
全員にリハビリカンファレンスを開催することへの疑問(4)		話し合う内容ないかなと思いながらも継続看護委員の声かけにより頑張って組むようにはしている
		リハビリカンファレンスを設定するのがノルマって感じがし他の人に頼むのに気が引ける
		退院までスムーズにいっていたり、転院になる場合が多く、リハカンが全員に必要かどうか
		リハビリカンファレンスの予定変更になった場合順調な人は別に開かなくてもということになる

表4. 退院後の療養生活を視野に入れた退院支援を行ってみてよかったこと

大分類	中分類	小分類
退院後の生活を意識して具体的に関われるようになった(6)	退院後の生活を意識する(2)	退院後の生活を意識して関われるようになった
		退院後生活するには何が必要かを思いながら関わる
	退院後にあわせたリハビリを行う(1)	退院後日常生活に合わせたリハビリを行う
	本人への説明・指導(1)	本人に説明する形で退院に向けた指導を行う
	生活環境を一緒に考える(1)	生活環境を一緒に考えて具体的に関われていけることが良かった
	家族への介護指導(1)	退院後自宅で介護が必要な場合は早めに家族に指導して家族の人も困らないようにできる援助をした
退院後の生活について意図的に聞き出せるようになった(3)		患者・家族に接し情報を意図的に聞き出す
		入院前の生活を聞きその生活に戻れるようにする
		入退院を繰り返している患者・家族に退院後も話が聞けている
退院後のサービス利用について検討できるようになった(3)		ケア会議が開けて受け持ち患者の在宅でのサービス利用について話し合えた
		患者ができないことがあってサービス利用で生活が継続できるのでよい
		介護保険の説明やケア会議を行うことで患者は安心して帰れる
他の患者の退院支援にも目がいくようになった(1)		
他のスタッフの退院に向けた療養指導を見て必要性に気づかされる(1)		
試験外泊を勧め退院後に困ること把握する(1)		
リハビリスタッフに患者・家族の思いを代弁できる(1)		
家庭訪問に行って退院後の生活が知りたい(1)		

表5. 退院後の生活を把握するための工夫

大分類	小分類
患者・家族に生活状況を聞くために工夫をする(7)	意識して時間を作りじっくり話しを聞く(1)
	家族と意図的に関わる(1)
	会話の流れの中で聞く(1)
	本人と家族別々に退院後の生活について聞く(1)
	家族に場面を示して具体的に聞く(1)
	関っていくうちに生活のことを患者・家族から話してくれる(1)
	一緒に考えたいことを伝え教えてもらう(1)
患者・家族に具体的な内容を示して聞く(7)	入院前の生活状況を聞く(3)
	不便になること話かを聞く(1)
	1日のスケジュールを聞く(1)
	家の構造・家庭での役割を聞く(1)
	家の構造を具体的に聞く(1)
ケアマネジャーと相談する(3)	サービス受けられるように相談する
	早い時期にケアマネジャーに電話をして退院前に訪問してもらい情報を得る
	サービス内容の検討をする
ケア会議において多職種間で情報共有する(1)	
自分で情報収集をしスタッフから助言を受ける(1)	
早目に退院後のことを話し合う場を設定する(1)	
退院後使えるサービスを提案する(1)	
自宅の構造、リハビリ状況を確認し試験外泊を促す(1)	

表6. 今後行なっていきたい退院支援

大分類	小分類
家庭訪問により生活状況を把握したい(4)	
関連職と早期からの情報提供・情報共有したい(3)	退院後に関わってくれる人に早めに情報提供し患者・家族が安心できるようにしたい
	ケアマネージャーから情報を得たい
	早めに情報収集・情報共有し患者・家族と意見交換しながら進めたい
家族を視野に入れた支援をしたい(3)	家族を視野に入れてやっていきたい
	その人に必要な退院指導を1枚に簡単にまとめたパンフレットを作りたい
	家での生活に興味をもって話を聞いていきたい
地域の資源を利用できるような支援をしたい(3)	地域の支援をうまく利用できるように支援したい
	介護負担を軽減するためにアマネジャーや他の人に相談するよう促す
	ケアマネジャーに再入院の患者の在宅での状況の情報提供を依頼し支援の足りなかったことを検討したい
自分から情報を得て動けるようになりたい(1)	
病棟カンファレンスで患者・家族が退院後困らないように相談していきたい(1)	

表7. 家庭訪問事例の共有で役立ったこと

大分類	中分類	小分類
自身の退院支援の振り返りになる(5)	入院中の支援で不足している点に気づけた(4)	指導時は口頭のみより資料を渡したほうがわかりやすい
		家族が退院後困ることに気づけなかった
		介護負担軽減に向けて十分な検討が必要であった
		退院後がイメージできず 話を聞くポイントがわかっていなかった
		入院中に知っておけばよいことがわかった
		自分の退院支援が役に立っているか気になる(1)
事例への関わりの再検討の機会となる(3)		看護師が意思統一して関わることが大切である(1)
		患者の自立と介護負担の軽減とに矛盾がある(1)
		排泄の援助の難しさを感じる(1)
家に戻ることのよさがわかる(3)		早くその人にとってよい環境に戻れるようにしたほうがよい(1)
		患者は家では元気になる(1)
		患者にとっては家がよいことがわかる(1)
家族の協力の重要性がわかる(2)		家族の協力が大きい人はうまくいく(1)
		家へ帰ったほうが家族も協力的になる(1)
退院後の生活のイメージができる(2)		家族が家で工夫をして生活していることがわかる(1)
		退院した患者の情報があるとイメージができる(1)
家庭訪問に行くには患者・家族との関係作りが必要(1)		
一通り聞いただけでは自分に役立つまでにはならない(1)		

医療施設における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討

丹羽好子　宮木久美　武山博子　増井法子　長屋幸子　（岐阜県総合医療センター・退院調整室）
藤澤まこと　田内香織　金子徳子　黒江ゆり子(大学)

Ⅰ.目的

2008 年 4 月より後期高齢者医療制度が施行され、後期高齢者退院調整加算が算定可能となり、医療施設における医療利用者への入院決定時から退院までの一貫した退院支援の重要性が増している。

A 医療センターにおいては現在 4 名の退院調整看護師を配属し、病棟看護師との連携を重要視し、病棟看護師とともに患者の意向に沿った退院支援計画の策定やそれに沿った退院支援の実施を模索している。

退院支援に関するスタッフ教育の取り組みとして、2006～2007 年度は、院内有志スタッフを募り、クラブ活動を通してスタッフ教育を実施し結果や課題を分析してきた。その結果、有志のクラブ活動では個人レベルの学びとしては有効であったが、それぞれが病棟へ普及することに至らず限界があることが把握できた。

今年度はクラブ活動を委員会組織へと発展することになり、組織的にスタッフ教育を検討できる体制となった。そこで、本研究では、退院調整看護師が主体となり、病棟看護師による退院支援の充実をめざし、退院支援計画書を考案し、モデル病棟で施行した。その実施を通し退院支援の充実に向けたスタッフ教育に取り組んできた。その取り組みの結果をもとに病棟看護師の退院支援に関わる意識の変容を分析し、今後の院内全体の教育システムを検討する。

なお本研究における退院支援とは「患者とその家族の退院後における生活のために必要な調整を行うことにより患者・家族を支援する諸活動」を意味する。

Ⅱ.方法

1.モデル病棟における退院支援システムの展開

1）モデル事業前の病棟看護師による意識調査
調査対象：内科系病棟　看護師 23 名
　　外科系病棟　看護師 24 名
調査時期：2008 年 7 月 1 日～7 月 12 日
調査方法：無記名式質問紙による調査
調査内容

入院前の情報収集、退院支援のためのスクリーニング・アセスメントの実施状況、退院カンファレンスの開催状況、退院支援として行っている病棟での看護活動、退院支援に関わるときの困難なこと、退院調整室との連携について、とする。

2）退院支援システム案の考案
3）退院支援システム案に基づいたモデル事業の展開
(1)事業期間：2008 年 7 月～9 月
(2)事業対象：内科系病棟　看護師 23 名、
　　外科系病棟　看護師 24 名
(3)事業方法：モデル病棟の入院患者で在宅へ移行する患者（1 例以上）を受け持ち、退院支援システム案に基づいた支援を行う。
4）モデル事業後の振り返り
5）退院支援システム案の再検討

モデル事業を通して、退院支援システム案を全病棟でのシステム展開に向け見直す。

2.分析方法：モデル事業前の意識調査結果とモデル事業展開後の意識調査結果を、記述式回答を研究者で検討し、分類し整理した。

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。なお本研究は本学研究倫理審査部会の了承を得て行った。

Ⅲ.結果

1．モデル事業前の病棟看護師による意識調査

モデル病棟看護師 47 名に調査用紙を配布し、46 名回収した。回収率 97.8%、有効回答 97.8%であった。

1）対象の属性

男性 2 名、女性 44 名であった。看護師の経験年数は 0～3 年未満 15 名（32.6%）、3～5 年未満 8 名(17.4%)、5～10 年未満 11 名(23.9%)、10～15 年未満 2 名（4.3%）、15～20 年未満 3 名(6.5%)、20 年以上 7 名（15.2%）であった。

2）患者の入院前の生活状況の情報収集について
(1)患者の生活について

患者の生活について把握していると回答した者は 40 名(86.9%)であった。把握している生活内容(複数回答)は ADL27 名（28.4%）、家族構成 9 名(9.5%)、キーパーソン 3 名(3.2%)、介護状況 4 名(4.2%)、その他 52 名(54.7%)であった。その他は、食生活、排泄、服薬などであった。

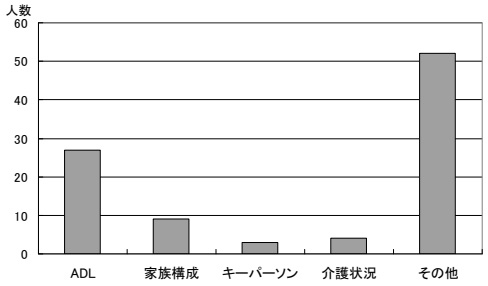


図1. 把握している生活内容 n＝46複数回答あり

(2)家族状況について

家族状況について把握していると回答した者は 42 名(91.3%)であった。把握している家族状況(複数回答)は家族構成 25 名(26.3%)、キーパーソン 31 名(32.6%)、主介護者 6 名(6.3%)、その他 33 名(34.7%)であった。その他として、同居か否か、家族の職業、協力体制などであった。

(3)社会資源の活用状況について

社会資源活用状況については、把握している 24 名 (52.1%)、把握していない 20 名(43.4%)、無回答 2 名(4.5%)であった。把握している社会資源内容(複数回答)は、介護保険 19 名(43.2%)、身障者手帳 3 名(6.8%)、その他 22 名(50.0%)であった。その他は、担当のケアマネージャーの有無、介護サービスの利用状況などであった。

(4)経済状況について

経済状況について把握していると回答した者は、23 名(50.0%)であった。把握している経済状況(複数回答)は、生活保護か否か 11 名(23.9%)、年金について 7 名(15.2%)、その他 21 名(45.6%)であった。その他は、収入支出状況、仕事の有無、保険種別などであった。

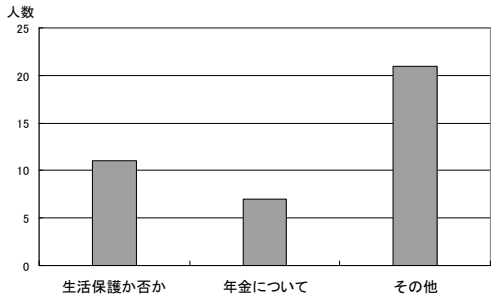


図2. 把握している経済状況 n＝46複数回答あり

３）退院調整医療相談スクリーニングシートを用いた入院時のアセスメントの実施状況

(1)退院調整医療相談スクリーニング(以下スクリーニング)の実施状況

スクリーニングの時期(複数回答)は、入院時 39 名(84.7%)、その他 6 名(13.0%)であった。その他として、入院・転棟時、状態が安定したとき、調整が必要だと感じたときであった。スクリーニングの実施者(複数回答)は、入院を担当した看護師 31 名(70.4%)、受け持ち看護師 9 名(20.4%)、チーム内看護師 4 名(9.0%)であった。

(2) スクリーニング項目に該当すると、退院調整（支援）が必要であると知っている者は 40 名(86.9%)、知らなかった者は 6 名(13.1%)であった。

４）退院調整（支援）に関するカンファレンスの開催状況

(1) 退院調整(支援)について、どのようなカンファレンスを行っているか。

開催時期（複数回答）は、朝のカンファレンス 8 名(16.6%)、チームカンファレンス 4 名(8.6%)、初回面談 3 名 (6.5%)、その他 33 名 (71.7%) であった。その他の記述内容としては「必要時」「状態安定時」「診療科カンファレンス」「不定期」などがあった。

カンファレンスのメンバー(複数回答)は、患者・家族 5 名(5.7%)、医師 16 名(18.4%)、チーム内看護師 35 名(40.2%)、リハビリスタッフ 6 名(6.9%)、退院調整看護師 11 名(12.6%)、その他 14 名(16.1%)であった。その他として、外来看護師、看護師長、薬剤師、などであった。

カンファレンスの内容(複数回答)は、退院支援に必要な情報の検討・共有、退院に向けて必要な支援の具体的な検討・確認などであった。

(2) 退院に向けての目標(ゴール)の共有

目標をチームで共有している者は 34 名(73.9%)、していないは 10 名(21.7%)であった。共有していない理由としては、話し合いができていない、医師とのゴールの違いを感じる、カンファレンスの記録が残せていないなどであった。

５）退院支援としての看護活動

(1) 病棟看護師として退院調整・支援はどのようなことをすると考えているか

病棟看護師として退院調整・支援はどのようなことをすると考えていますかについての記述内容は、退院後の生活について本人・家族の思いを確認する 15 件、本人・家族・医師と一緒に考えながら退院についての方向性をつける 6 件、退院後の生活のために社会資源を活用できるよう支援する 16 件、施設内および個人間の橋渡しをする 14 件、退院後の日常生活が支障なく過ごせるように具体的に整える 13 件、退院後の生活に必要な情報を提供する 6 件、の 6 つに分類された。

(2) 退院に向けての計画の立案、実施

計画を立案している者は 15 名(32.6%)、立案していないは 26 名(56.5%)、無回答 5 名(10.8%)であった。計画の実施については、実施している者は 19 名(41.3%)、実施していないと回答した者は 21 名(45.6%)、無回答 6 名(13.0%)であった。

6）退院支援における困難点

退院調整・支援に関わるときに難しく感じることの記述内容は、患者本人・家族等との思い・考え方が違う 11 件、家族と連絡がつかない 6 件、家族の受け入れと理解を得ることができない(6 名)、医師との協働 5 件、社会資源の情報提供 4 件、入院の継続を希望する 3 件、その方に応じた支援を考えることが難しい 1 件、早期退院への目標設定 1 件、外部との調整 1 件の 9 つに分類された。

7）退院調整室との連携

退院調整室の連携について、連携しやすい 27 名(58.6%)、しづらいは 11 名(23.9%)、病棟看護師としてできることを増やすと回答した者は 3 名(46.5%)であった。連携しやすいと回答した者の記述内容は、相談しやすい、迅速に対応してもらえる、連絡がとりやすい、面談内容が記録されていて把握できるなどがあった。

連携しづらいと回答した者の記述内容は、多職種間の情報共有が難しい、担当の退院調整看護師と会えないのが困る、受け持ち看護師が退院調整看護師の面談に参加することが難しいなどがあった。

2．退院支援システム案の考案

意識調査の結果を参考にして退院支援システム案を以下のように作成した。

1）入院前の生活状況把握について

生活状況に関する情報収集は、多くの看護師が行っている。しかし、社会資源の活用や経済的状況についての把握を行っている者は約半数である。そこでシステム説明時には、退院支援に必要な情報などを含めた講義を行うこととした。

2）スクリーニングについて

多くの看護師が入院患者にスクリーニングが必要と理解しており、従来どおり入院から 48 時間以内のスクリーニングとした。

3）カンファレンス開催について

開催時期については、ばらつきがあり、定期的に開催されていないことが多い。また、カンファレンスメンバーについてはチームメンバーつまり病棟看護師間でのことが多く、患者の参加や主治医・コメディカルの参加が少ない。そこでシステムには入院時カンファレンスとして、患者・家族、チームで今後の目標を共有するため開催することとした。

4）目標の共有について

約 20%の看護師が、話し合いができていない、医師との違いを感じる、カンファレンス記録が残せていないと返答している。チームカンファレンスで情報・目標の共有をしていく必要性があるため、共有シートとして既存の「退院調整アセスメント用紙」を活用してカンファレンスを記録し、情報共有できるようシステムに加えた。

3．退院支援システム案に基づいたモデル事業の展開

1）モデル事業オリエンテーションの実施

7 月 9-10 日にモデル事業に関するオリエンテーションを行った。内容は、診療報酬改定について、退院支援について、モデル展開についてなどで構成した(モデル病棟看護師の参加:78.7%)。オリエンテーション実施時のスタッフの意見としては、「医師の協力が得られるよう説明が必要」「対象患者がいるか心配」「取り組みを院内全体で共有できるとよい」などがあった。

2）医師への働きかけ

各科部長に説明し協力を依頼した。

3）退院支援システム案に基づいたモデル展開

モデル病棟を内科系病棟、外科系病棟としたが外科系病棟には対象者がなかったため内科系病棟 2 事例に展開した（表 1：モデル事業における展開経過表)。

4．モデル事業後の振り返り

8 月の時点でモデル事例は 2 例であり関わった看護師も少ない。この時点で意識調査を行うことは効果的でないと判断し、振り返りカンファレンスでモデル事業での学びを確認した。

振り返りカンファレンスでは、「訪問してくることで、在宅での実際の状況がわかった」「指導のあり方を考えさせられた」「訪問看護師との連携の重要性にきづいた」「在宅医との連携のあり方について考えさせられた」などの意見があった。このように退院後に家庭訪問を行うことは病棟での退院支援を振り返る機会になっていた。

また、振り返りカンファレンスの場が、他の看護師との退院後の状況の共有と、退院支援を考える機会となっていた。「振り返りカンファレンスは看護を振り返るために重要」「在宅をイメージするために役割分担を考えた指導をすればよかった」「病棟でみていて予想することには限界がある」など在宅をイメージすることの重要性についての意見が多く出された。退院までのプロセスのあり方についてはチームカンファレンス開催の時間調整の困難さや短時間での情報共有の困難さの意見がみられた（表 2：振り返りカンファレンスにおける意見)。

5．退院支援システム案の再検討

院内全体のスタッフ教育への活用に向けて、振り返りカンファレンスでの意見を参考にシステムの修正を行った（図 3：退院支援システムのフロー図)。

表１：モデル事業における展開経過表

経過	退院支援内容	病棟看護師の活動	退院調整看護師の活動
入院9日目	**入院時スクリーニング**	『退院調整スクリーニング』シートの入力	
入院9日目		『退院調整依頼書』の入力	退院調整開始　情報収集　面談日程調整
入院11日目	初回面談　長女夫婦、退院調整看護師		
入院31日目	**ICカンファレンス** 出席者：家族（長女夫婦）、主治医　病棟看護師　　退院調整看護師	ICカンファレンス日程調整 ・退院後の自宅での療養生活を検討 『退院計画アセスメント』の入力	カンファレンス　運営
入院32日目	**病棟カンファレンス** ・退院する頃のイメージの共有、目標達成に向けた患者の看護計画、家族への支援についての看護計画の検討 （PEG管理、吸引指導、日常生活援助、家族への支援 ）	病棟カンファレンス時間調整 ・入院時カンファレンスの内容の報告、病棟でのケアの検討 ・現在のADLの状況、退院時のADL目標をふまえた看護計画に基づいた援助の実施 ・退院後家族の介護状況に合わせた家族への介護指導	日常生活状況や家族の状況など踏まえ関わる ケアマネに報告、訪問看護への調整
入院41日目	**退院前カンファレンス（院内・院外）**		
	出席者：長女夫婦、病棟Ns、ケアマネ、介護福祉業者、退院調Ns　訪問看護師 検討内容：　退院計画書参照	退院調整看護師と連携してカンファレンスの日程調整（院内スタッフの時間調整）、 ・現在の受け持ち患者の状況説明、退院前のカンファレンスの内容　を『退院計画』	地域の関係者とカンファレンスの日程調整、カンファレンスの運営
退院後34日目	**家庭訪問**　退院後の生活状況の把握訪問看護師から情報収集		家庭訪問の日程調整連絡
退院後46日目	**振り返りカンファレンス**	・実施した退院支援がどうであったのか自宅での様子をふまえて評価し、病棟での退院支援をスタッフで共有する	運営、病院と在宅との違い（イメージ）事例から今後どのように指導していくか

表２：振り返りカンファレンスにおける意見

Ⅰ退院後の家庭訪問と振り返りの重要性	**1.在宅での実際の状況がわかった** 穏やかな在宅生活であり退院できてよかった。 入院中は出来たことも家では違っていた。
	2.指導のあり方を考えさせられた 実際をみての退院指導の反省ができた。 病棟でもう少し本人に沿った指導ができたのではないか 入院中完璧な指導は不可能、訪問看護に正しい情報を伝えることが重要
	3.訪問看護師との連携の重要性に気づかされた どう申し送るのか押さえるところを把握して伝えることが大切 入院中は介護に不安を抱いていた。在宅では訪問看護師と相談することで安心して介護できるようになっていた。良好な関係が作られていた。 自宅退院が決まった時点から、早期に連携がとれると退院前の不安の軽減につながるのではないか。
Ⅱ在宅生活をイメージすることの重要性	在宅でのイメージが付きやすくなるので、役割分担を考えた指導をすればよかった。 環境の違いからか入院中の問題と在宅での問題は違ってくる。 入院中の予想には限界がある。在宅をみないとわからないことがある。
Ⅲ退院までのプロセスのありかた	**スクリーニング** 早期であるため把握しきれず退院調整依頼を出してしまうことになることもある。
	退院調整依頼 病棟でよく検討して依頼を出すべきではないか 病棟でアセスメントすべき、焦点を絞って依頼すべきではないか。
	カンファレンス等 入院後１週間での開催が時間調整・把握の面から難しい。

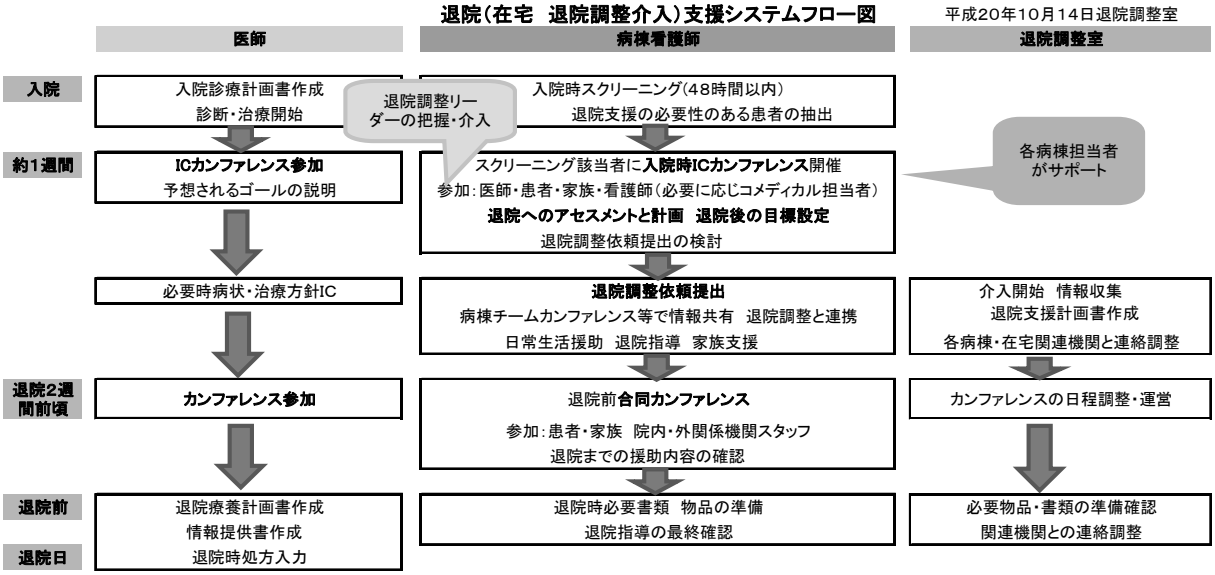


図３：退院支援システムのフロー図

【システムの改善】

入院時カンファレンスの参加者が多く調整が難しいという意見を参考に以下のようにシステムの改善を行なった。

1）内容について

①入院時カンファレンスの参加者を最小限とし、患者・家族、主治医、病棟看護師を基本的な単位とする。

②入院時カンファレンスを入院時 IC(インフォームドコンセント)カンファレンスとする。

理由は、入院時カンファレンスでの検討課題は、スクリーニングにより退院支援のリスクファクターが存在することを認識したうえで、今後の治療方針、退院時の病状、身体状況、家族状況をふまえて、退院へのアセスメントを行うことであり、病状について説明の上、治療方針について患者・家族の同意が得られること、そして退院調整室への依頼を検討することも含んでいると考えたためである。入院時 IC(インフォームドコンセント)カンファレンスとする。

2）退院調整看護師の関わりについて

①退院調整看護師を各病棟担当制にして、入院時 IC カンファレンスをサポートすることとした。

②週 1 回程度は病棟師長とカンファレンスをもち、入院患者を把握し、退院支援システムが進められるようにする。

Ⅳ．考察

今回、病棟看護師による退院支援の充実をめざし、退院支援システム案を考案し、モデル病棟での看護展開を行ったところ、病棟看護師の退院支援についての教育的効果がみられた。

退院支援システムは入院時スクリーニング、IC（インフォームドコンセント）カンファレンス、病棟カンファレンス、退院前カンファレンス、家庭訪問、振り返りカンファレンスの要素から構成されている。それぞれに教育的側面があると考え、特に、振り返りカンファレンスでは効果がみられた。担当した病棟看護師が、家庭訪問で把握してきた在宅での患者の生活場面や家族の言動、同行した訪問看護師から得た情報や継続されている看護について報告した。

この振り返りカンファレンスの開催で効果的であった事は、以下の 3 点であった。

①病棟での在宅生活を意識した指導の再確認:家族が入院中の様子との違いに戸惑ったとの話を聞くことで、病棟で予想してきた退院後の生活との違いを知り、指導のあり方を再確認できた。

②訪問看護師との連携の重要性の認識:家族の不安が、訪問看護師により解決されていた経過を知ることで、訪問看護師の在宅での看護を認識し訪問看護師との連携の重要性を認識することができた。

③在宅をイメージした退院支援の重要性の認識:退院後の家庭訪問の経験を病棟看護師らと振り返ることで、在宅をイメージした退院支援を行うことは病棟看護師の役割であることを認識できた。

同時に退院までの支援プロセスである以下の 5 項目①情報収集から始まるスクリーニング、②スクリーニング項目に基づく退院支援の必要性のアセスメント、③IC カンファレンスでの退院に向けての情報共有、④病棟カンファレンスによるチーム間の継続される看護実践、⑤地域の関係者との具体的なケアプランを相談する退院前カンファレンス、の重要性と病棟看護師の役割について理解する機会になったと考える。

今後の課題は退院支援システムの運用である。振り返りカンファレンスでは運用に関する意見として、入院 48 時間以内のスクリーニングでは入院早期であるため治療方針が明確でない場合が多く、方向がつかめないままの検討になってしまうこと、入院時カンファレンスについては開催時期、時間調整の困難さが意見として出されていた。病棟での忙しい業務の中、カンファレンス開催の時間調整やカンファレンス記録の入力などに負担を感じている面も伺えた。

来年度は、今回作成したシステムを元に、各病棟の特徴をふまえた退院支援システムの検討や運用方法について、各病棟との協働が課題であると考える。

Ⅴ．共同研究事業の成果

1．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

病棟看護師の退院支援に関する教育を検討し院内の退院支援システム案の作成、モデル事例での展開に取り組むことができた。今後の運用に向けた課題を見いだすことができた。

2．現地側看護者の受けとめや認識

より質の高い継続的な退院支援の提供を可能にするために、病棟看護師の役割の大切さを認識することができた。

3．本学（本学教員）がかかわったことの意義

現地の看護職者と教員とで定期的な検討を行うことにより、当該施設における退院支援の課題が明確となった。その解決に向けた方法の検討が退院支援システムの作成に結びついたことは、看護実践の改善にむけて意義があるといえる。

また、本研究では現地側の共同研究者が積極的に研究成果をまとめているので、そのプロセスが現地看護職者の生涯学習支援につながっている。

Ⅵ．共同研究報告と討論会での討議内容

１．退院支援システム考案の経緯

A 病院退院調整看護師

・急性期病院の看護師が退院後の生活をどれだけイメージできるか、そしてそれをみんなで共有していくことが必要である。各病棟でスクリーニングはできている。退院調整室が介入しすぎると、退院支援が退院調整室任せになってしまうことが課題と感じている。

・退院調整室の看護師だけの介入では、ベッドサイドのケアと家での生活が結びつかず、効果的な退院支援の計画につながらない。病棟看護師が最初から主治医のインフォームドコンセントに同席し、病棟カンファレンス、他職種の集まる合同カンファレンスなどを行っていく必要があり、それが行えるようなシステムを今回考案し、モデル病棟で試行した。このシステムは教育的な視点も含んでいる。

２．退院調整看護師を中心とした退院支援の現状

B 病院退院調整看護師

・退院支援に関しては、退院調整室の看護師にお任せという感じである。一般病棟は入退院が激しく、業務に追われて、システムがあっても実施できないという現状がある。

・退院困難なケースに関しては、昨年度より退院調整のスクリーニングシートを活用できるようになっている。病棟では必ずスクリーニングシートを書くことになっているが、一般病棟に関しては意識が低いかもしれない。スクリーニングシートを記載するのではなく、直接連絡してくる看護師もいる。

・カンファレンスに関しては、やはり医師の参加が困難な状況である。

・回復期病棟では、2 週間に一度カンファレンスを行うことが決められていて実施できている。家族、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、介護士、栄養士などが参加して退院について検討する。その際には、家族の思いを十分に聞いて、それに必要な支援をチームで行えるよう考えている。担当看護師、退院調整看護師、リハビリスタッフ、ケアマネージャーと相談しながら、訪問看護などの必要なサービスにつなげていけるようにしている。そして退院 2 週間前までには担当者会議が開催できるようにしている。

C 病院退院調整看護師

・大学病院は各診療科が、まるで別々の診療所のようなところがある。在宅への退院かと思っていたら、医師が「転院」と決める場合もある。またベッドコントロールのために、早急に退院となる場合もあれば、その反対にわりと長く入院している場合もある。このように各病棟様々であり、退院の時期もよく分からない状況がある。

・退院調整加算もあるので、各病棟に一人ずつ中心となる看護師（リンクナース）を置き、その看護師を中心に取り組めればよいと考えているところ。A 病院が行ったように、モデル病棟の取り組みから始めてみても良いかもしれない。

３．訪問看護師の立場からの退院支援の評価

訪問看護師

現在 4～5 の中核病院からの指示書の下、訪問看護を行っている。その中でも D 病院との関わりは多い。病院看護師が患者の状態を評価して、情報を伝達してくれるような基盤が少しずつできてきた。そのため、訪問看護、在宅生活へと移行できるケースが増えてきており、スムーズに連携ができるようになってきた。

４．退院支援のシステムづくりに取り組むために

精神科看護師

精神科では長期入院の患者さんが多い。精神科の患者は「退院したい」と言わないし、病棟の看護師も退院に向けた支援という意識が乏しい。このような状況の中で退院支援をすすめていくのは困難である。どのように進めていけばよいかアドバイスがほしい。

C 病院退院調整看護師

各病棟に一人ずつ中心となる看護師（リンクナース）を置くのもよいと思う。これは、介護保険に興味がある人やケアマネージャーの資格を取りたい等の希望のある看護師をと考えている。また看護部長に提案し、他のスタッフの協力やバックアップを得るということが必要ではないか。

教員

精神科の病院で、退院支援体制のないところから退院支援の体制づくりに取り組んでいる精神科の病院がある。そこでは教育担当の看護師が各病棟でのカンファレンスに参加して、その病棟での看護援助の現状を聞くところから始め、課題を明らかにすることから始めた。そこから病棟に応じた退院支援のシステムについて考案していった。参考にしてもらえるのではないか。

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

杉野緑　米増直美　坪内美奈　普照早苗　（大学）　小木曽慶子　荻山紀子
三輪喜和子　鈴木富美子　松原徳子　加藤澄子　川上悟　（国保上矢作病院）

Ⅰ．はじめに

本病院は過疎地域住民の健康を支える重要な役割を果たしているが、独居、高齢夫婦世帯を中心とする高齢患者が多く、医療機関および介護サービス施設などの社会資源は限られている。このような中で、退院後の療養生活を支援する退院時指導のあり方を模索している段階である。

国の施策においては、今年度から退院時における円滑な情報共有や支援を行なった場合の評価が新設されるなど、在宅医療・在宅看護が推進されている。本病院においても、退院支援をしていく予定であるが、どのような条件がそろえば退院できるのか、また、退院を促進していく上で病棟看護師がどのように患者をアセスメントしていくか、どのような看護を実践していくかは検討する必要がある。そこで今年度は、過疎地域住民の健康を支える重要な役割を果たしている一般病院において、退院後の療養生活を支援する退院時支援のあり方を追究する。

すでに病院独自で行った、退院患者調査をもとに、退院時において病棟で取り組むべき課題、取組み方法について検討したいと考えている。看護師一人ひとりが問題意識をもつことが大切で、本研究を行なうことにより、病院組織の強みが見つかれば病院にとってメリットになると期待している。

本病院の概要は、病床数 56 床（一般病床 34 床、療養病床 22 床）、看護師数 28 人（一般病床 15 人、療養病床 6 人、外来 7 人）、医師は常勤 4 人、非常勤 7 人である。診療科は、内科、外科、整形外科、呼吸器科、小児科、肛門科、放射線科、リハビリテーション科である。また、林業労働者の職業病に対応する振動病科も有している。

なお、地域の概要は以下のとおりである[1) 2)]。

- 人口 2,442 人、843 世帯（H21 年 2 月 1 日現在住民基本台帳より）
- 高齢化率 38.7%、後期高齢者の割合 23.2%
- 要介護認定者数：116 人（うち 2 名は 65 未満）
- 1 号保険者認定率は 11.4%
- 年代別認定率：65～74 歳は 3.5%、75～84 歳は 9.3%、85 歳以上は 38. 9%
- かつて林業で栄えた地域である。
- 高齢者の多くは長年農林業に従事しており、現在の年金は国民年金受給者が多い。
- 保健福祉施設は特別養護老人ホーム（旧町立）にてデイサービス、ショートステイも実施
- 介護老人保健施設（旧明智町）
- グループホームは町内にはない

Ⅱ．方法

１．退院患者調査結果の共有

すでに実施している退院患者調査結果を共同研究者間で共有し、退院できる要件を明確にした。

２．検討会の実施

結果を共有する中で、さらにデータ分析を重ね、退院支援における課題を見出した。その見出された課題から、過疎地域中核病院における退院時支援のあり方を検討した。

Ⅲ．倫理的配慮

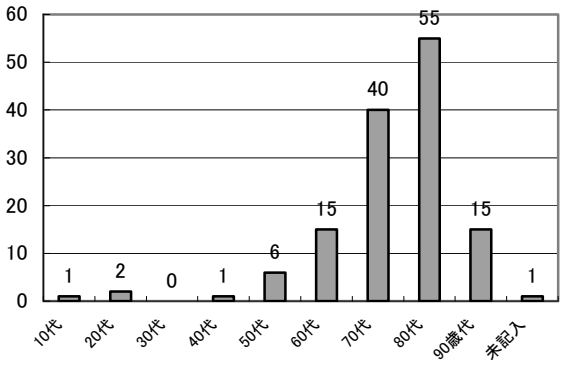
結果は本研究の目的以外に使用することはなく、検討会のためにデータを持ち出す場合は数値化し、大学研究室内で保管・処理することとした。なお本研究は本学研究倫理審査部会の承認を得ている。

Ⅳ．結果

１．調査結果概要

病院が独自で行なった退院患者調査であり、対象者数は、一般病棟 136 名、療養病棟 24 名であった。調査期間は 3 ヶ月間である。主な調査項目は、基本的属性、入院前の住所、主な疾患名、診療科、入院期間、退院先、退院後の家族構成、介護保険の有無、退院後のサービス利用状況である。なお今回は、一般病棟に関する結果について示す。

１）年齢別退院患者数

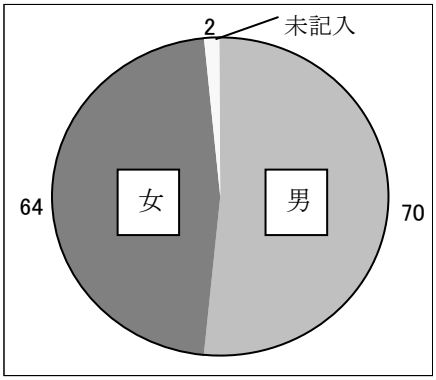


70～80 歳代が多かった。平均年齢は、全体で 77.3 歳（±12.4）、男女別では男性 74.7 歳、女

性 80.7 歳であった。

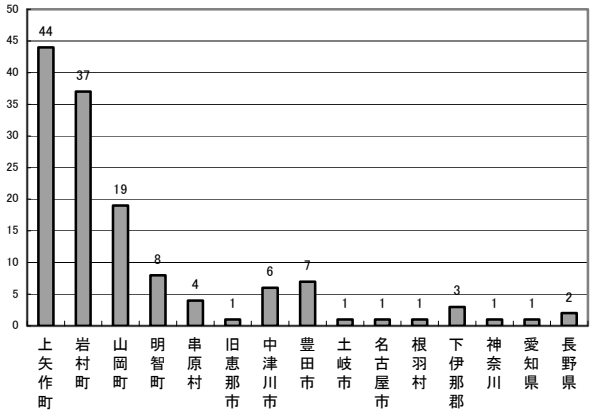
2）性別

男女比には、大きな差はなかった。



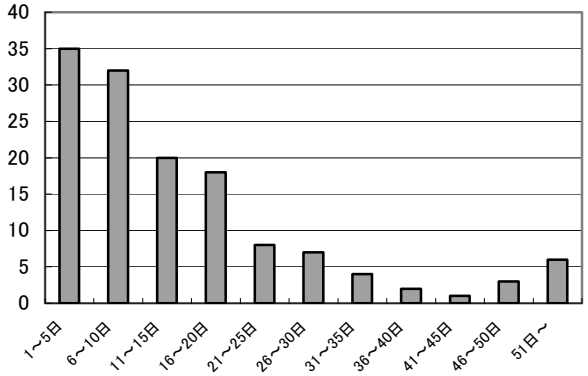
3）入院前の住所

病院の所在地区である上矢作が最も多く、他は隣接している山岡、明智、また、県境のため隣県在住者の入院もあった。



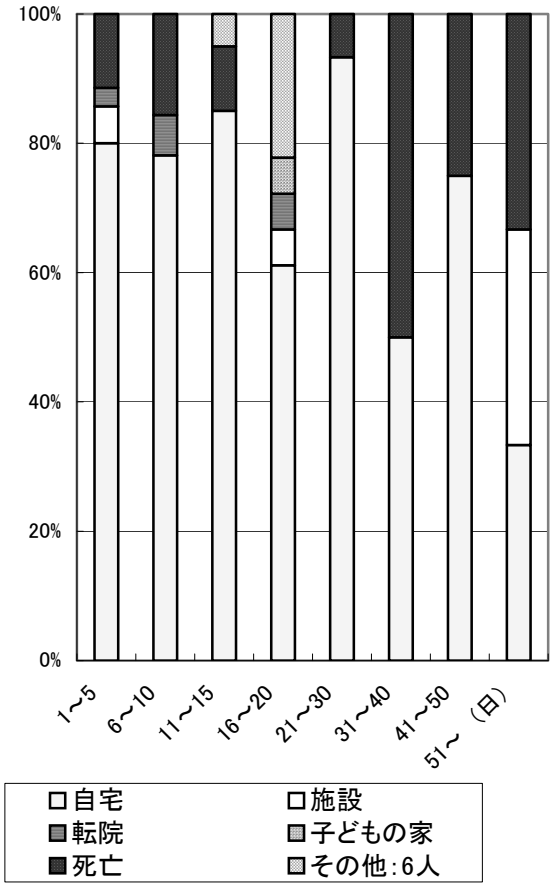
4）入院期間

10 日未満の入院が多く、本調査では比較的早期の退院がされていることが分かった。しかし、最長では 123 日、平均在院日数は、16.2 日であった。



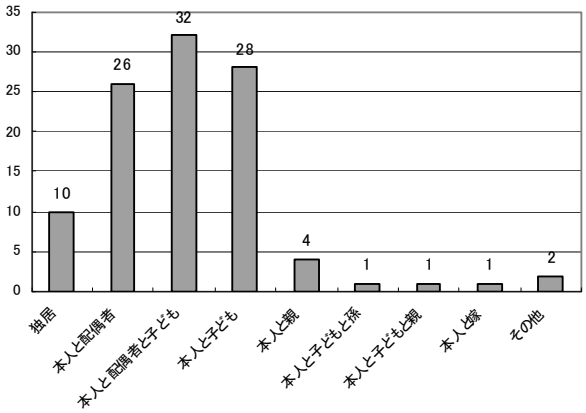
5）入院期間別の退院先

入院期間にかかわらず、自宅へ退院している人が多い。51 日以上の長期入院の場合は、「施設」が約 1/3 の割合であった。



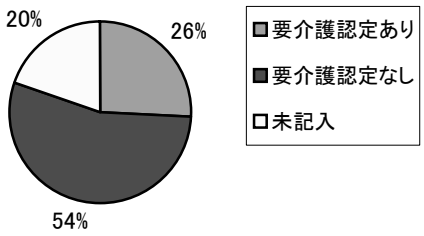
6）退院後の家族構成

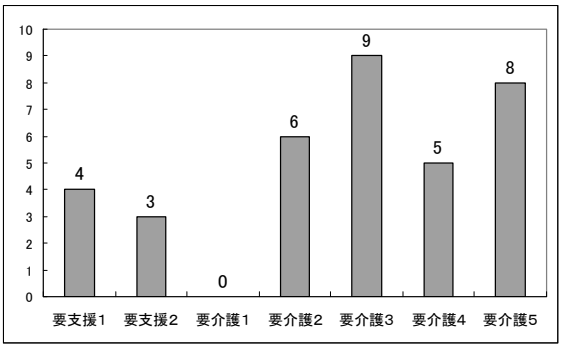
2 世代の同居家族「あり」が多かった。しかし、10 名の独居の方も退院していた。



7）要介護認定の有無と要介護度

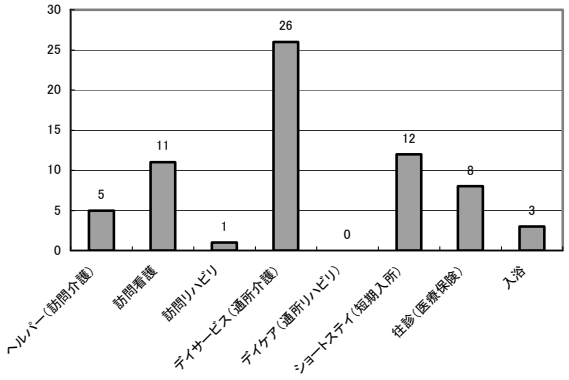
要介護認定「あり」は全体の約 1/4。重度の割合も多かった。そのため、退院できるのは要介護度が重度ではないというよりも、家族の受け入れがあったり、サービスの利用ができているという要因が大きいのではないかと考えられた。





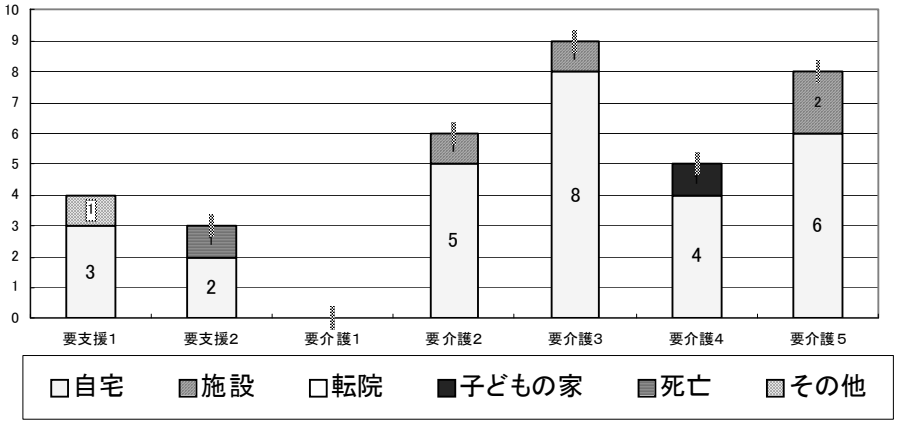
8）退院後に利用予定のサービス

予定として多かったのは、デイサービスとショートステイ、訪問看護であった。なお、要介護度5で自宅退院となった6名に関しては全員がデイサービスを利用予定、内4名は訪問看護、3名は訪問介護を利用予定であった。また、ケア会議を開催した事例は3名であった。



9）要介護度別の退院先

要介護度にかかわらず、退院先は自宅が多かった。



2．データをふまえた検討会の実施

今年度は、4回にわたって検討会を実施した。以下、主に検討された内容について示す。

1）第1回

調査結果を共有し、特に家族構成について把握する意味について検討した。本人、配偶者、子ども、孫など家族の形態をみると介護力や家族の安定度が判断できる。実状として、例えば、家族が息子のみで、施設入所待ちというケースがあった。また、家族は、生きがいになったり精神的にショックを与える存在になったりもするという状況についても話し合われた。

2）第2回

退院できる要件をより明確にするために、調査結果のさらなる分析方法について検討した。主な内容は、年齢別、疾患名の整理、入院期間、複数回入院患者のピックアップなどである。退院患者の特徴、例えば、自宅への退院が多いこと、独居、高齢夫婦について検討した。退院支援を重点的にしなければならない対象者のターゲットを絞ることができそうである。

3）第3回

対象の年齢を65歳以上にしぼり、再集計することとした。分析の視点としては、自宅へ退院する人、家族構成、要介護度とクロス集計があがった。

4）第4回

再集計結果を検討。その結果、次の2点が明らかになった。

退院先に影響を与える要因は、身体状況というよりも、「家族の状況」（介護の手がある、初めから自宅で看ていたので、これからも自宅で看ますという家庭）によって帰れるのではないか。家族の状況について、より着目する必要がある。この地域にはサービスが少ないために、病院が独居、高齢世帯の緊急避難先の役割を担っている。

Ⅴ．本事業の成果評価

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度は、実際の退院患者の動向をデータ化し、現状把握ができ、今後の課題も検討することができた。しかし、看護実践の改善や変化というところまでには至っていない。

２．現地側看護職者の受け止めや認識

今回、目に見える形で実際の退院患者の動向データが明らかになり、普段自分たちが感覚的に思っている退院患者の傾向について、思っていたとおりだったということもあり、逆に、意外な結果だったということもあった。やはり、このように実態を振り返り、まとめる、ということは大切だと感じた。

大規模な病院と同じ方法は難しいが、すでに自分達が行っている入院時情報収集などを見直すことができた。また退院へ向けて実施していることを整理することで本病院独自の方法になりうるのではないかと考えるようになった。

今回は、退院患者を対象としたが、この共同研究を通して、退院できない方へ着目することの必要性を認識した。

３．本学教員がかかわったことの意義

現地共同研究者の所属する病院は、本学看護実践研究指導事業の「岐阜県における過疎地域診療所利用者への看護活動充実に向けて」（平成 13 年～18 年、地域基礎看護学講座）において職場訪問研修を実施（平成 18 年度）した施設である。その事業を通して、現地看護職と教員の交流が生まれ、話し合う中で新たな課題を見出し、今回の共同研究に発展した。

共同研究では、当施設固有の現状や課題をさらに集中して検討することができ、現地看護職と教員が具体的に退院支援に関わる検討を行なうことができた。教員側は、過疎地域の退院支援の現状を理解することができ、また現地看護職にとっては、過疎地域という地域性もあり、容易に研修に出向くことが難しい中、本共同研究に取り組むことで生涯学習の機会となっていると考える。

Ⅵ．共同研究報告と討論の会での討議内容

他病院の状況も聞き、さらに退院後の療養生活を支援する「退院時支援のあり方」について、以下のような意見交換を実施することが出来た。

１．すべての看護職が退院に向けて支援できるようになることが必要

300 床以上ある中核病院であるため、病院の規模では上矢作病院とは異なるが、過疎地域で高齢者が多い地域であるというところは共通している病院の看護職より退院支援の現状について報告があった。介護保険の利用状況については、入院時の基本情報収集の中で病棟主任看護師またはリーダー看護師が実施し、まだ利用していない対象者については、介護保険サービスの必要性について判断するようにしている。当該病院では、2 名の退院調整を担当する看護職と 1 名事務兼ケースワーカーがいる。しかし看護職はケアマネジャーも兼ねているので専任ではない。退院調整を始めたころは、病棟看護師から退院調整をすべて退院調整担当に任されることが多かったが、徐々に病棟看護師自身も「退院したらどうなるのか？」という視点を持って退院に向けての支援ができるようになってきた。それは、当該病院に併設されている訪問看護ステーションでの半日研修を実施し、在宅療養されている方の在宅での生活状況を実際に見てもらうことにより、病棟看護師も療養者の家の状況を具体的にイメージできるようになった。そして、入院早期から家での生活状況も捉えながら支援していくことができるようになった。退院支援は、退院調整を担当する看護職だけが行うのではなく、すべての看護職が療養者の在宅生活をイメージしながら支援できるようになることが必要である。

２．在宅療養を支援するには、病院と地域での支援者の情報交換が必要

同じく過疎地域で訪問看護を実施している看護職より意見があった。病院と地域での支援者、つまり訪問看護師やケアマネジャーとのつながりが大事である。患者さんや家族は、例えば医療処置に伴うケアの方法などを病院で説明されても在宅で必ずできるとは限らない。どこまで病院での指導でできるようになったか、どこから訪問看護師が引き継げば良いか等、具体的に情報交換をしていくことにより、病院から在宅へのつなぎがうまく行くと思う。担当者会議やケア会議を開き、患者さん本人や家族にも入ってもらい、皆で情報交換・情報共有をしておくことが大事である。

文献

1）恵那市市民福祉部市民課：恵那市人口・世帯表，恵那市の人口データ，2009-2-24，http://www.city.ena.lg.jp/uploads/fckeditor/uid000021_20090204122014a5b1ba90.pdf

2）森仁実，杉野緑他：平成 18 年度看護実践研究指導事業報告書　岐阜県における看護活動の充実に向けて，p16，岐阜県立看護大学，平成 19 年 3 月 31 日.

訪問看護

過疎地域診療所における訪問看護の充実に向けてのあり方

普照早苗　田内香織　藤澤まこと　片岡三佳　森仁実　米増直美　（大学）
今井さち子　安江こず枝　（東白川国保診療所）

Ⅰ．はじめに

前年度の共同研究においては、病院から診療所に体制移行するにあたって、利用者本人や家族から聞き取りを行ない、今後取り組むべき課題を抽出した。中でも、一般病床への入院機能がなくなったことで、自宅で療養生活を送る人々を支える訪問看護におけるかかわりが重要となることが示唆された。訪問看護は利用者を 24 時間体制でバックアップする役割があり、今後ますます支援内容を充実させていく必要があると考える。

今年度は、訪問看護に焦点をおき、利用者への聞き取り調査から、現状での訪問看護活動の振り返りを行なうことで、新たな課題の明確化を図り、その結果を共同研究者間で共有し、診療所における看護援助の充実を目指して、新たな方策を検討することを目的とした。

Ⅱ．方法

１．診療所訪問看護利用者への半構成的面接調査

１）調査方法

独自に作成した質問紙に添って、半構成面接調査を実施した。その場で許可が得られた場合には録音し、面接後、逐語録に起こした。面接を行なう場所は、了承のもと、対象者（本人・家族）宅とした。

なお、現地側共同研究者が、聞き取り調査の対象者の選択、訪問調査のスケジュール調整の役割を担った。また、調査内容や分析結果の共有、意見交換を共同研究者間で実施した。

２）調査項目

①基本情報（年齢、性別、疾患名と病歴、訪問看護利用期間等）
②療養状況について（日常生活状況とそれに伴う思い等）
③訪問看護師とのかかわりについて（普段どのようなかかわりをもっているか、かかわりの中で助かったこと・役に立ったと思ったこと、今後看護師に期待することなど）
④その他（保健医療福祉に関して、広く思うこと）

２．分析方法

録音した内容は逐語録を作成し、基本情報についてはエクセル表に整理した。録音の許可が得られなかった場合には、聞き取り調査を実施した共同研究者間で、情報の補完と内容の再確認を行なった。その後、目的に添って内容分析を行ない、共同研究者内で意見交換を実施し考察した。

Ⅲ．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。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。なお本研究は本学研究倫理審査部会の承認を得た。

Ⅳ．結果

１．対象者概要

訪問看護利用者 19 名の内、許可の得られた 8 名の自宅に訪問した（男性 5 名、女性 3 名、平均年齢 84.6 歳。要介護度は、要支援 2 が 1 名、要介護 1 が 1 名、要介護 4 が 2 名、要介護 5 が 4 名）。インタビュー対象者は、男性 4 名、女性 7 名（内夫婦 3 組）、続柄は子 4 名、配偶者 4 名、嫁 1 名、本人 2 名。訪問看護利用期間の平均は 1 年 9 ヶ月であった。詳細は、以下表 1 に示す。なお、聞き取り調査時間は平均 55 分であった。

表1. 対象者概要

	訪問看護利用者							インタビュー対象者	
	性別	年齢	主疾患名	訪問看護利用期間(約)	要介護度	認知度	利用している介護サービス	続柄	年齢
A	女	90前半	慢性心不全	5ヶ月	4	なし	訪問看護(月1)、訪問介護(週2)、ショートステイ(月7)、福祉用具	長男	60代後半
B	女	90後半	慢性心不全	2ヶ月	5	Ⅳ	訪問看護(週2)、ショートステイ(月10)、福祉用具	長女	60代前半
C	女	90前半	脳梗塞後遺症、仙骨部褥瘡	4年	4	Ⅳ	訪問看護(週4)、デイサービス(週2)、訪問介護(毎日)	長男夫婦	70代後半
D	男	60後半	脊髄損傷	3年	5	なし	通所介護(週2)、ショートステイ(月7～14)、訪問看護(月7～14)、福祉用具	妻	60代前半
E	男	70後半	脳出血後遺症	1年半	5	Ⅱb	訪問看護(週1)、デイサービス(週3)、福祉用具、往診	妻	60代前半
F	男	70後半	慢性閉塞性肺疾患	4ヶ月	要支援2	なし	介護予防訪問看護(月3)、介護予防住宅改修	本人夫婦	60代前半
G	男	90前半	糖尿病、ネフローゼ	2年半	1	なし	訪問看護(月2)、訪問介護(週5)、往診	長女	60代前半
H	男	80前半	パーキンソン病	1年	5	1	訪問看護(週1)、往診、訪問介護(週2)、福祉用具、デイサービス(週1)	本人夫婦	60代前半

２．聞き取り内容の結果

聞き取り調査内容を分類した結果は以下のとおりである。[　]はカテゴリ、「」は小カテゴリとして以下に記す。詳細は、表 2～5 に示す。

１）介護の現状に伴う思いや考え：[前向きな思い・考え]には「自分なりのポリシーをもっている」「これまで頑張ってきた。これからも頑張ろうと思う」「本人を喜ばせてあげたい」「みんなのおかげ」「満足、悔いはない」「力を合わせてや

った」「今困っていることはない」のように分類された。[大変・つらい・負担がある]では、「睡眠不足がある」「知識もなく何も分からずどうしようかと思った」「介護は 1 人ではできない」「経済的負担がある」「世間からの偏見」「自由時間がない」があった。[自分なりの判断・工夫]では、「介護者なりのアセスメントを実施している」「食事に関わる工夫をしている」「時間の調整をしている」「サービス担当者とのかかわり」があった。[家族に関する思い]では「孫・こどもに対して」「配偶者に対して」「きょうだいに対して」「家族全体に対して」の思いが語られた。[介護者自身の健康に関すること]では、「持病がある」「腰痛予防」「急病になったとき困る」に分類された。

2）訪問看護を利用していることでの利点：[心の支え]では、対象者すべてから語られ、その内容も多く、「安心できる」「気にかけてもらえる」「見守り、認めてくれる」「話をきいてもらえる」「背中を押してもらえる」「頼りになる」があった。[看護師の人柄]では、「人間関係」「笑顔」「思いやり」に分類された。また、通常の訪問看護活動として、次のような内容もきちんと利用者に確認されていた。[日常生活の援助]では、「爪きり」「清拭」「陰部洗浄」「下の世話」「散髪」があり、[医療機器の管理]では、「HOT の管理」、[技術指導]では、「カテーテル交換の指導」「吸引の指導」、[処置]では「褥瘡の処置」「創処置」が挙がった。他、[健康状態のチェック][相談][緊急時の対応]に分類された。

3）改善してほしい、より期待すること：[十分やってもらっている][明るい表情でいてもらいたい][話をしたい][何かあったときに頼りたい][今後の予測・見通しについて知りたい][分からない]に分類された。

4）訪問看護以外について語られたこと：[福祉サービス等で支えられている]では、「村の送迎車サービス」「民生委員」「デイサービス」「ショートステイ」が挙がった。[医療体制整備]では「医療にかける予算を増やしてほしい」「身近で入院できる場所が欲しい」「救急体制整備」に分類された。[看護師の育成に向けて]では、「看護師の人事交流を期待」「利用者（住民）の対応による看護師の資質向上」「看護師の仕事を他の職種に知ってもらいたい」「学生実習受け入れ」「看護師の研修の機会を増やしてほしい」「看護師の要望をくんでほしい」という内容が語られた。[入院中に困ったこと]では、「不適切な処置があった」「介護方法の指導が無かった」現状が語られた。[医療・福祉従事者への意見]では、「デイサービスへの意見」と「医師への意見」があった。[その他]では、「サービスシステムの周知」「将来への不安がある」「介護を受ける側への要望」「田舎の風習」「要望はない」に分類された。

Ⅴ．本事業の成果評価

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度は、現状での訪問看護活動の振り返りと、新たな課題の明確化を図ることができた。訪問看護内容については、新たな改善が求められるというよりも、現在の訪問看護の質をいかにして保持、継続していくかということが課題であることが示唆された。そこで今後は、現体制の継続のための教育方法、訪問看護に関する周知方法に関して焦点を絞って検討を続けていきたい。

２．現地側看護職者の受け止めや認識

今回、実際の利用者の声を聴き、討論会で他訪問看護師との意見交換を実施したことで、日頃の実践の振り返りを行なうことができた。住民からの声のほとんどは、最期まで自宅で生活したい（看取りたい）、というものである。しかし同時に、不安を抱えて生活していることもあり、どのような時期、タイミングで訪問看護サービスが利用できるのか、ということについて、より周知していく必要がある、という認識が確認された。

３．本学教員がかかわったことの意義

訪問看護師は、日頃から自らの看護実践の振り返りや評価をしたいという気持ちがあり、今回、大学教員とともに調査の質問項目を整理し、利用者への聞き取りを行なったことで実現することができた。さらに、この研究結果を元に、現地看護職と教員が密に話し合いを持てたことに意義が大きいと感じた。調査前には予測していなかった話を利用者から聞くことができたことで新たな発見につながり、また分析結果を紙面上で共有・確認できたことで、根拠をもった客観的な話し合いができたと考える。話し合いの中では、看護実践や看護教育（現場・大学学部生への教育両方）の改善にまで意見交換が及び、共通理解を得ることができたことから、互いに貴重なやり取りを行なえたと感じた。

Ⅵ．共同研究報告と討論の会での討議内容

討議は、他施設の訪問看護師も参加し行なわれた。今回の結果を踏まえ、さらに詳しい現状と課題になっていることについて話し合われた。以下にその内容を記す。

１．緊急時の体制について

○共同研究者・訪問看護師：今年度から診療所へ移行したことで、緊急時は他院に搬送されることになる。当村から近隣の病院までは、救急車でA病院まで30分、B病院まで40分かかる。土日夜間は医師が不在という状況の中で、利用者の要望にできるだけ応えられるように努力している。現在、訪問看護利用者は、高齢者で胃瘻のある方や在宅酸素療法を行なっている方が多く、救急搬送を希望する方は少ない。事前に、緊急時にはどうするかという話し合いを利用者とともに行なっている。

どちらかといえば、診療所と病院間の連携のとり方が重要な課題であると思う。救急搬送に訪問看護師が同行することもあるが、情報共有がスムーズに行なわれない場合もあった。他施設では、土日や夜間はどのように対応されているのか。

○他施設・訪問看護師：当施設ではスタッフも多く、看護師8人（常勤換算7人）が所属しており、24時間対応をしている。当番が携帯電話を持ち、対応しており、比較的システムは出来ていると思うが、過疎地域でスタッフが少ない中の訪問看護は大変であると感じた。病院に併設したステーションであるものの、自施設でもなかなかコミュニケーションがとれず難しい場面もある。

例えば、在宅療養が長く、胃瘻のある利用者が急変し、救急搬送されたのだが、病院側に「何をしてほしいの？」と言われたことがある。明確な情報が伝わっていなかったために、ご家族側が答えられず困ってしまった、ということもあった。

→緊急時、救急搬送を希望される場合は、利用者の状態や搬送された場合に、どのような治療を望むのか、入院はするのか、など予測できることについては、事前に利用者−訪問看護師−搬送先施設側との情報共有をしておく必要があるだろう。

２．話を聞くという援助について

○共同研究者・訪問看護師：在宅の看取りでは利用者・家族の精神的ケアが本当に必要であると感じる。在宅の看取りを行なうとき、家族は不安でいっぱいである。できるだけ最期まで在宅で過ごせるように、不安の一つひとつに対してかかわり、支えることが重要だと感じている。

具体的には、話を十分聞くということが重要である。だが、実際にはじっくり聞いていると、次の訪問に間に合わないなど時間的制約もあり、難しい現状がある。契約時に、訪問看護59分となっているため、その都度90分を請求することは利用者・家族が納得しないこともあり難しい。

訪問看護師としては、「話を聞く」ことは情報収集や精神的ケアの一部であり、看護の重要な要素と捉えているが、あるケースではそのように理解されておらず、「雑談」と捉えられていることがあった。その方には、看護計画や記録を利用者・家族とケアマネジャー双方にFAXし、理解を求めた。

○他施設・訪問看護師：訪問看護への苦情はあまりないと聞いているが、あるとしたら「時間に来てもらえない」ということらしい。利用者が話をされているときに、十分に聞きたいと思うが、次の訪問のことも考えるとそのあたりは難しい。地域性にかかわらず訪問看護に共通した課題であると思う。

３．訪問看護の住民・他職種への周知

○共同研究者・訪問看護師：現状で専任の訪問看護師は2名である。実は、病棟看護師など、他から訪問看護を希望する看護師が少ない。どうすればいいかと思う。住民は、在宅での看取りを希望しているため、口コミで訪問看護を利用したことのある家族から他の家族に対して利用を勧めたりという状況はある。

現在、利用者宅までの移動に時間がかかるが、周辺の市町村へも訪問に行っている。もっと当該地区住民に対して、訪問看護の利点や援助内容を知ってもらい、ニーズのある方に利用してもらいたいという気持ちがある。実は、ある利用者からもっと訪問看護の活用を勧めてほしいという要望が議会に出され、実習生をもっと引き受けるべきだというような話も出ている。訪問看護従事者である自分たちにも出来る方法で、訪問看護を必要な方に広めていきたいと思う。

○他施設・訪問看護師：今のスタッフはみな訪問看護を希望して当施設に就職している。意欲があり、大変ありがたいことである。

周囲に訪問看護活動を周知するための取り組みとして、地域ケア会議の時に、ケアマネジャーや民生委員、開業医が集まる。その際に「訪問看護ではこんなことができる」「こんな人も在宅で過ごせる」という話をなるべく具体的に紹介するように努めている。特に、開業医の信頼を得、「訪問看護はどう？」と医師から薦めてもらえることで、新たな利用者につながることもある。

→現在の訪問看護の質を保持し、今後もこの体制を継続していくために、他部門の看護師に対する教育や、後身の指導、人材確保、そのために必要と考えられる訪問看護の現状の周知方法などを具体的に検討していく必要がある。

表2. 介護の現状に伴う思いや考え

カテゴリ	小カテゴリ	語られた内容の要約
前向きな思い・考え	自分なりのポリシーをもっている	ショートステイは楽をするためではなく、自分が病院や美容院に行く時など用事があるときに使う。
		家族だから一緒に本人と苦労して介護するのは当たり前だと思う。
		自分が以前ヘルパーの3級の資格を取って、それが役に立った。よかったと思っている。
		ヘルパー3級の資格を取るための勉強が今、すごく役に立った。他の人も、若いときに一度は受けておくとよいと思う。やってくれる人の気持ちも分かる。
		本人は6ヶ月入院していたが、その間妻は毎日病院に自家用車を運転して通い、看護師が実施するケアの様子を見て、陰部清拭の方法や、胃瘻からの食事方法、吸引の方法などを見よう見まねで学んだ。世話をするのが当たり前、自分が介護しなければならないから、という思いがあり、ケアの方法を学ぼうと思った。
		ショートステイも利用できるから介護もできる。かといって、ショートステイに入れっぱなしとか、苦労でも長く入れようとは思わない。やっぱり自分の家で最期を看取りたい。
		何かやらんなんことがあると、人間っておかしなもので、やっぱり、やらんならんって思うことは大事やと思う。そういうことで、生きとるゆうか、生かされとるんかもしれない。みんなそうかと思う。
		介護は大変だと思うが、自分たちは自らの親で、生まれたところなのでこうやって(遠方から)来ている。
	これまで頑張ってきた。これからも頑張ろうと思う	自分たちで看てきた、頑張ってこれた。
		夫の介護と孫の世話と忙しいが、そのおかげで「がんばっとらないかんかな」と思う。孫の成長が励みになっている。張り合いがある。
		私がやっとる時に、私の在所のすぐ隣で昔うちの仕事に来ていた旦那さんが寝たきりで、奥さんが介護している。「おばさんいくつ？」ときくと、「82」と言われた。それで私も、まだ頑張らないかん、と思った。
		「ああ、やっぱり私もまだ頑張れるわ」と思った。やっぱり、自分よりもっと大変な人があるっていうことを見ると、頑張れる。そう。頑張らなあかん。
	本人を喜ばせてあげたい	風呂に入れたとき、本人が喜んだ。それをみるとこっちがたとえどんな汗を流しても入れてやって、喜ばせてやりたいなと思う。
		娘が来た時に一緒に本人をお風呂に入れた。本人に気分のいい思いをさせてあげたかった。
		本人はビールが好きであったため、「飲みたいものは飲まそうと思って」ストローで飲むのを、まどろっこしいというような表情を浮かべていたけれど、飲むにはその方法しかなく、ストローで飲ませた。本当においしそうに飲んだ。寒いときには、酒を持っていった。口をパタパタさせて舐めていた。最期には受け付けなくなったが、好きなお酒を飲ませてあげられてよかった。
		利用者の寝ていた部屋の窓を開けると、国道が見える。利用者はそこから車が通るのを眺め、喜んで過ごしていた。また、そこからは花火もきれいに見ることができるため、病状の安定していた頃には花火を見て喜んでいた。
	みんなのおかげ	本人は穏やかな性格であったし、介護されるがままであった。みんなのおかげで助かった。
		介護者自身も病気を抱えていたり、いろいろと大変なこともあったけれど、みんなのおかげでなんとかやれた。「みんな大事な存在」
		普段も夜は病院に医師がいなくなって、何かあれば怖いという気持ちはあるが、近所の建設業の人や電気やさんも手伝ってくれて、夜中に病院に連れて行かなくてはならないときにも、手を貸してくれる。
		昼間でも従業員の人が助けてくれたりして、ほんとに田舎はありがたいと思う。みんなのおかげ。
	満足、悔いはない	おばあちゃんの状態が変わってくれば別だが、今は満足している。
		最期は本人の望むとおりであった。介護者としても悔いはない。
	力を合わせてやった	夫婦で力をあわせて取り組んだ。褥瘡のケアも訪問看護師のアドバイスどおりに行っていた。
		介護は夫婦で協力しながらやっていた。
	今困っていることはない	今は本人は手伝って欲しいことは、ほとんどない。
		介護していて、困っていることは今のところ特になし。
大変・つらい・負担がある	睡眠不足がある	自分の睡眠不足がある。自分は眠剤は使わない。
		本当に寝れないときはつらい。
		夜中、12時から2時ころにかけて、ちょっと良くなる…などの波があった。そのため、親戚と話しあって、亡くなったら電話することにしていた。はっきりしない病状で、3回くらい危ないときが会った。手に褥瘡ができているときがあり、枕を握らせていたら、それを吸っていた。その頃はエラかった。
		ちょっと昼寝ができると楽かもしれないが、なかなか昼寝もできない。
	知識もなく何も分からずどうしようかと思った	知識がないので、手取り足取り、一から教えてもらいながらだった。そして、(介護は)どこまでやっても山が見えるということがなかった。それが一番大変だった。
		最初は、膀胱癌も主介護者である妻にやってくれ、と医師に言われた時、ほんとはどうしようかと思った。
		介護をしているとき、真っ暗なトンネルのようだった。何も分からなかった。しかし、人の命に関わることだから、ラクになるようなトンネルがあっても仕方ない。どうせやるなら。
	介護は1人ではできない	認知症の自宅介護は、一人では絶対にできない。介護者が参ってしまう。
		自分の他に誰か1人いてくれると安心。本人の体がだらんとなったときとかは、とても自分ひとりでは介助できない。
		1人では絶対に腰が立たないので2人がかりでやった。
	経済的負担がある	きょうだいの中でも、「親の面倒は年長者がみるもんだ」という考え方があり、身体的にも経済的にもつらい。
		隔月、交通費もかなりかかる。きょうだいで何度も話し合いをもち、ようやく1万円ずつ出してくれるようになった。共同の通帳を作って、そこから介護にかかわるお金を使っている。
	世間からの偏見	他人からは、「もう子どもも大きいし、旦那さんも一人だから、だから来れるでしょ」って。そんなんじゃないんやね。そういうもんじゃないんですけど、その程度の理解でしか、見てもらってないから、「私もフリーじゃないんです」っても無理だから、いい加減な返事をしてますけど。会う人はそう言います。もう子ども大きいし、そんなん当たり前、って。そういう風なね、感覚で言われたことも事実ありますし」そうじゃないんだけどと思うが、言われて「違いますよ」といってどうなるものでもない。
	自由時間がない	食事のこともあるので、自由な時間があるようで結構ない。
		「私今日、1回みるから、1日ゆっくりして」とか。やってくれなくても、気持ちをいってくれるとね、この人私のこと思ってくれてるんやな、と思う。それがない。
自分なりの判断・工夫	介護者なりのアセスメントを実施している	眠剤は、少しばかり寝なくても、様子をみて薬はあげない。リズムがあるので、眠剤をやらなくてもだいじょうぶかなと思う。本人のテンションが高い時は何を言ってもだめ。たまの1日、何回か起きても数回で寝てくれるとすごく助かる。
		発熱の場合「部屋の中暖めすぎて暑かったりして熱が出たり、電気毛布使ってますもんで。その電気毛布の熱が強すぎて、ってことがよくあるんですよ。だからちょっとみてると、引いてるから。顔色がとっても赤くて熱が出てるっていうことは、まだないんですよ」熱の時は安心しているが、怪我だとかは分からない。
		介護者が交代するときに、今月の状態とか気をつけることなどを顔を見て、直接伝えている。
		排尿に関しても、こっちでもうそろそろかな、と様子を見ている。
		排泄も床上でするように、病院では言われたが、本人にしてみればちゃんと座らないと出ないということで出なかった。習慣や精神的なこともあると思う。
		オムツは調子がわるかったときに2、3回やったのみ。今はもらすことはない。本人が知らせてくれるが、そろそろかなってときにポータブルに抱えてやっている。これからのことは分からないが、全部用意はしている。今はパンツ型。介護者もありがたいし、本人にとっも一番助かるのでは、と思う
		最近は元気になり、お粥もたべられるようになったため、胃瘻をつなぐのをやめている。調子が悪くなったらつける。
		在宅介護にも慣れ、本人の痰の様子を聴診して判断できるようにもなった。肺炎の徴候も判断でき、訪問看護師に相談を持ちかけることができている。
	食事に関わる工夫をしている	ものを噛むということは、本人も幸せじゃないか。食べる量も多くなるし、顎の力も出るし、噛むことは大事だと思った。食事が食べられないときはベビーフードを利用し助かった。
		食事内容について、往診の際に、すぐに医師にみてもらえるように予め書いておく。
		総合ミルク(エンシュアのようなもの)をジュースの代わりにあげていたので、お腹の調子もよくなったのかと思う。
		栄養剤を飲みやすいように、ストローの長さを変えたり、いろいろ試しながら工夫をした。
		食料調達が大変。お店はあるが、なかなか思うように揃わない時は、自分の家や妹の家に言って宅急便で送ってもらう。その方が早い。
		買い物にはなかなか行けないので、自宅配達を頼んでいる。
	時間の調整をしている	本人は総入れ歯をしている。息子が夜外し洗って、朝洗ってはめてあげている。自分の性格か何か分からんけど、一応(規則正しい時間で)やってます。
		ショートに本人を預けたときには、可能な限り自分の自由な時間を作る。このごろ、何があるか分からないので遠くへは行かない。
		オムツ交換は、朝5時、10時、2時、5時ごろと8時ごろと自分の中で決めて行なっている。おしっこが出ているときはその都度換えている。それが当たり前のことになっており、どうってことない。
		(趣味のバレーボールを)ほとんど毎日、週4日くらい、夜にやっている。夜は自分の時間が取れる。一緒に行なう友人の年代は30～70代前半。楽しい。
	サービス担当者とのかかわり	月1回、往診をしてもらっている。往診のときは、傍ではないが本人の状況が分かるところに控えている。本人は耳が遠いので、医師から質問があったときに答えられるようにしている。
		(訪問看護や訪問介護中)どうしても用事がある場合は、看護師もヘルパーも自分を呼んでくれるので、ケア中はなるべくその場を離れている。
		施設での食事について、本人が意見があったので、妻である主介護者からも「直接、担当に言ってみたら？」というと、よいように改善してもらえた。
		排泄に関しても、往診や訪問看護のとき、すぐに答えられるように、全部帳面につけていた。
家族に関する思い	孫・こどもに対して	孫は初め怖がっていたのに、だんだん当たり前に介護の手伝いをしてくれるようになった。孫は嫌がらずに介護を手伝ってくれる。初めは入れ歯を取って洗っているのを見て、孫もびっくりしていた。孫は、入れ歯は洗って入れるって初めてわかった。汚いということは絶対にない、やがてはみんなこうなる、ということを孫に実際に体験して見せたほうがいいと思った。
		子どもが年寄りの老いていく姿を家庭の中で見ることによって、年寄りを大事にするようになる。「年をとるとこういう風になる」というのは見たほうがいい。
		臨終の場面を子どもにも見せることは、いいことだと思っている。
		訪問看護では、子ども(家族)も一緒にエンゼルメイクをするという関わりをしている。誰にでも訪れる死「誰もかに来ることやでね」
		本人も孫が来ることが励みになっていると思う。
		娘が何か手伝うことがあるかと声をかけてくれるので、安心できる。
	配偶者に対して	関東に夫を一人残して、介護に来ている。夫も隔月で1人暮らしになるので大変だと思う。
		宅急便だと1日で着く。自分と父親の衣料品なども宅急便を利用している。留守番している人(夫)は、宅急便を送ってくるように言ってくるので大変だと思う。
	きょうだいに対して	介護をしている1ヶ月間のうちで、妹に連絡することはしないようにしている。介護を離れた時間は、そのことを忘れていたいと思うようだ。かわいそうだと思うので、自分が来ている時は、妹には介護のことは忘れていてもらう。
	家族全体に対して	うちで留守番している家族のことが気になる。今のところは健康だから大丈夫。
		食堂で食事をしながら、話し合いを、腹を割って話す。譲れない話もある。自分で言うのもおかしい話だが開かれた家庭であると思う(筆談にて)
介護者自身の健康に関すること	持病がある	高血圧があり、内服治療中である。以前は飲酒量が多く、鼻出血がひどいかったが、現在は安定している。自分自身の健康を管理することが大切である。「一番大事なことは、自分に、面倒かけんことが一番大事なんや。ほんで俺もちゃんと二つ目には診療所行って、薬をもらって。」
		自分もネフローゼがあり、内服治療中であるが、寝込むこともなく介護をしてきた。何かやらなくてはならないことがあるということは大事であると感じている。
		自分の健康状態は一応大丈夫。定期健診を受けたり、2ヶ月に1回外来受診もしている。不整脈でニトロダームを貼っている。
		父親の家に介護に来ているときは、何でもないが、介護を終わって自宅に帰ると1週間くらい自律神経がおかしくなる。介護中は、やはり気を張っているのか、と思う。
	腰痛予防	ケアマネにカタログを見せてもらって、お風呂の腰掛を買った。すごく役に立っている。
		本人が腹水が溜まっているので重くなっている。介護者の腰に負担がかかるので、腰痛用のベルトをはめている。
	急病になったとき困る	1ヶ月ずつ介護のために本人宅に滞在するため、食料品の調達と自分が急病になったときに困る。

表3. 訪問看護を利用していることでの利点

カテゴリ	小カテゴリ	語られた内容の要約
心の支え	安心できる	酸素の量や肺に聴診器当ててもらえれば精神的に安心する。
		訪問看護を利用しようと思った理由は、自分はやっぱり素人で何にもわからないし、専門の人に、こうして月に何回、とかいうことで来てもらえれば安心ということである。「まあ、私の安心ということやね」
		訪問看護で役に立っていることは「特に、安心できる、ちゅうことが一番やね」
	気にかけてもらえる	介護者も見てもらえていることが、安心感や介護を続けていくことにつながる。
		声をかけてもらえると、嬉しい。訪問看護としての関わりが終了してからも、ずっと関係性が途絶えず、お互い気にかけており、温かみがある。
		看護師さんには、全部最初からよく知ってもらっている。
	見守り、認めてくれる	在宅で介護が継続できたのは、訪問看護やディサービスの人おかげであると思っている。誰か支えてくれる人がいること、自分のしている介護を見守り、認めてくれる人がいることは支えであり、励みであった。なんとか二人でやってこれた。
		「おばさんようやったね～」と言われると、恥ずかしいから、やらないかん、がんばらないかんって、何度か思った。そのおかげでやれた。
	話をきいてもらえる	訪問看護師さんには、愚痴も聞いてもらって、そのケアがすごく助かる。
		会う人、誰にでも愚痴を入れるわけではない。訪問看護師とケアマネは自分にとってなくてはならない人である。
		(訪問看護を受けることで) 言いたいことが言え、言える意味で安気になる。
		親子で話すということは、毎日一緒にいるのでそんなにしない。訪問看護が入るようになってから、本人の言葉が出るようになってきた。「やっぱり顔出すと喋るもんで、いいと思うよ」「(外からの刺激というのが) そういうこと必要やと思う」
		外部の人からの話も聞け、助かっている。
	背中を押してもらえる	「生きる気力がわいてくる存在である。言葉を失った僕には、一時期、家族と話すこともままならないこともあった。食べることも死んでいたほうがましだと思ったこともあった。ところが、この頃は考えが変わったように思う(筆談にて)」
		「自立しなければ、看護師さんにお世話になることが申し訳ない気がする(筆談にて)」
		介護をする人はトンネルに入ってしまうような感じで、動かないものを梃子で動かすように、訪問看護師さんに梃子でちょっとこずいてもらうと助かった。 「本当にあとで、涙こぼれてね。嬉しい、嬉しかったよ。うん、本当にこの人たちに、梃子で、ちょっとこずいてもらうと、あぁ、そうかって思ったよ。」 高齢者は意思がはっきり伝えられないこともあり、サインを見逃してしまうことがあるので、気をつけなければならない。
	頼りになる	9年間の介護は大変であったが、訪問看護やディサービスなどのサービスに頼りながら、夫婦二人で協力してやってこれた。
看護師の人柄	人間関係	「病気を治療するというよりも、人間関係を大切にしてくださることがよい(筆談にて)」
		「病気以外のことも話す看護師さんである(筆談にて)」
	笑顔	今の看護師は笑顔がいい。変わらないでほしい。
	思いやり	「思いやりがあって優しい看護師である(筆談にて)」
健康状態のチェック		最初は褥瘡の処置で入ってもらっていたが、現在は健康状態をチェックしてもらうなどで来てもらっている。
		おばちゃん(本人)のちょっとしたことや今の健康状態を教えてもらったり相談に乗ってもらったりできるのがやっぱり嬉しい。
		酸素の量や肺に聴診器当ててもらえれば精神的に安心する。
相談		介護者の腰に負担がかかるので、腰痛用のベルトをはめている。看護師から聞いて「これやと思ってやってみた。よかったです」。二人の看護師両方から教えてもらった。
		おばちゃん(本人)のちょっとしたことや今の健康状態を教えてもらったり相談に乗ってもらったりできるのがやっぱり嬉しい。
		訪問看護に来てもらったり、電話で相談に乗ってもらったりしているから介護もできる。
		自分の場合は、車も運転できないし、すぐに動けないので、気になったことはすぐに聞くようにしている。
		入院中の看護師も、親切で何でも相談に乗ってくれた。母親のような気がした。
		困ったことがあれば、すぐにその都度、看護師(診療所)に電話するようにしている。看護師が家に来た時に特別に聞こうというよりも、思い立ったらその都度電話している。迷惑かもしれないが。
		看護師と相談して、本人の調子のいいときに、デイサービスに行っている。脳の活性化のために行っている。
		看護師に電話をして、すぐに答えてくれるのは、「あ、そうか」と思うので助かる。具体的には、すりむいたからどうするとか便秘が続いているどうする、などである。
緊急時の対応		訪問看護は、退院後しばらくは週3回来てもらった。発熱時や肺炎を起こしたときは毎日来てもらった。心細かったので大変ありがたかった。
		在宅での生活に慣れてきたので、現在は訪問看護は月曜日と金曜日の週2回。もし何かあったときは連絡をくださいと言われており、対応してもらえる。
		肺炎の徴候があるとき、訪問看護師に相談し、対応方法を決めている。
		困っていることは特にない。何かあったら電話して相談したり、来てもらったときに話している。薬の飲み方など、何度でも教えてもらっている。
日常生活の援助	爪きり	訪問看護は29分という短い時間であったが、陰部洗浄、爪きりなど、いろいろやってもらえた。
	清拭	訪問看護時に清拭をしてもらう。こんなことまでしてもらえるのか…と、とてもありがたく思う。
	陰部洗浄	訪問看護は29分という短い時間であったが、陰部洗浄、爪きりなど、いろいろやってもらえた。
	下の世話	訪問看護での下の世話は、本人は嫌がらない。
	散髪	訪問看護師に髪の毛を切ってもらったことが嬉しかった。暑いし、汗をかくし。自分の親なら髪の毛くらい切ってやりたいと思うが、自分たちではどうすることもできないし、寝たきりの人を美容室に連れて行くこともできない。
		7月の終わり、暑い日に、訪問看護師に散髪してもらった。
医療機器の管理	HOTの管理	酸素の量が、現在どんだけあるかわからないので、1週間に1回測りにきてもらえると、だいたいの目安がつく
		酸素の量や肺に聴診器当ててもらえれば精神的に安心する。
技術指導	カテーテル交換の指導	尿道カテーテル交換が頻回であったので、入院中の2ヶ月間に、指導を受けて、家に帰ってからも一人でできるように教わった。最初は怖かったが、人間必死になれば何でもできる、と思った。今は自信がついた。よっぽどトラブルがない限り、大丈夫だと看護師も安心していた。
		院長先生に後ろでついて見てもらって、「ああじゃない、こうじゃない」とカテーテル交換を指導してもらった。だんだん、院長先生も離れて遠くから見て慣れていった。
	吸引の指導	吸引器の使い方、吸引の方法は病院では指導はなく、見よう見まねで覚えたが、在宅で訪問看護師から教えてもらった。
処置	褥瘡の処置	最初は褥瘡の処置で入ってもらっていたが、現在は健康状態をチェックしてもらうなどで来てもらっている。
		褥瘡もあったため、それが最初月1回ということで来てもらった。
	創処置	訪問看護利用の目的は、創処置のため。

表4．改善してほしい、より期待すること

カテゴリ	語られた内容の要約
十分やってもらっている	訪問看護師には、細かいことまでお願いしてやってもらっているので、これ以上は特に要望ということはない。
	訪問看護師は、質問したり相談すると、いつでもちゃんと対応してくれているので、さしあたってこうして欲しいと言うことはない。今までどおりの対応をしてもらいたい。
	(訪問看護師への)要望はない。
	(訪問看護師へは)今まで通りにやってくれればよい。
	「訪問看護については、もう十分やってもらっている。結構です。ありがとうございます」「今のところ(さらに期待することは)ないです。精神的にもしっかり、安心しております」
	もう期待以上にやってもらっている。とにかく困ったことがあれば、すぐに電話し対処してもらっているので、今後、というと(冗談で)「毎日来て」というくらいしかない。
明るい表情でいてもらいたい	看護師が難しい顔していると、患者も気分が落ち込んでくるので、1看護師のような(明るい)顔でいてもらいたい。
話をしたい	創処置だけでなく、看護師に来てもらって、いろいろ話も聞きたい。
何かあったときに頼りたい	何かあれば病院に電話して、訪問看護師に連絡をする。休みの場合は、代理の人にお願いすることになっている。
今後の予測・見通しについて知りたい	同じ病気の人が同じように進行するのではないが、だいたいこういう経過で行く、ということは知っておき、見通しを立てておきたい。
分からない	普段はああなるといいね、とか話しているが、いざ聞かれると分からない。

表5．訪問看護以外について語られたこと

カテゴリ	小カテゴリ	語られた内容の要約
福祉サービス等で支えられている	村の送迎車サービス	村の送迎車サービスを数百円で利用している。普通に車を借りると5万円はかかるので、本当にありがたい。
	民生委員	民生委員に紹介してもらい、役場に申請した。ケアマネにも調べてもらって助かっている。
		民生委員から情報を得たりしていろいろ助かった。
	デイサービス	本人のことが気になるので、長時間は離れられない。デーサービスに行っている間は安心して、農作業をしたり、近所の人とおしゃべりをしている。
	ショートステイ	ショートステイを月1回、2泊3日で利用。安心してぐっすり眠ることができる。
医療体制整備	医療にかける予算を増やしてほしい	いい医療器具を村に入れてほしい
		人の命を預かって老人も多くなってくるのであれば、余計いい器械を導入して安心して診て頂けるようにしてほしい。
		役場には、医療福祉にはお金を惜しんでほしくない。もっと広い視野でみていただき、後身を養成していただきたい。
		医療にはお金をかけてほしい。
	身近で入院できる場所が欲しい	診療所になって、入院できないので、病状がもっと悪くなったら救急車で行くことになる。診療所にできなことをやって下さいといっても無理なので諦めている。
	救急体制整備	過疎地域で救急車を呼ぼうとしても、今の救急隊の人は村のことを知らない人になったので、すぐに場所が分からない。目印の建物もないので、いざというとき、番地がいえないと救急車も呼べない。練習をしとかないと、と思いつつ、できていない。
看護師の育成に向けて	看護師の人事交流を期待	よそから看護師が多く入ってきたほうがよい。
		そのほうが、こちらも変な遠慮をせず、割り切って、柵なく、物を言えると思う。
		適材適所で、開かれた考え方で、もっと外からの風を村に入れてほしい。
	利用者(住民)の対応による看護師の資質向上	看護師に言いたいことがあれば、お茶のみ場で愚痴をいうのではなく、直接、当の看護師に言うべきだ。(そのことが看護師の資質向上につながる。)
		住民が閉鎖的である。変に遠慮して言いたいことも言えていない。(きちんと伝えることが看護師の資質向上につながる。)
	看護師の仕事を他の職種にも知ってもらいたい	村の行政の人たちにも、看護師さんの働きを知ってもらいたい
		よその村にもうちの村の看護師は、と自慢できるようなものに、村の役場の方にもなってもらいたい。
	学生実習受け入れ	学生の実習でも、現場を見てたくさん家族の声を聞いてほしい。
	看護師の研修の機会を増やしてほしい	家庭に入って家族のことを考えてくれる看護師は家族のストレスをぶつけられて大変だと思うので、精神的にもっと楽になってほしいと思う。また、看護師が臨む講習とか勉強をもっとさせてあげてほしいと思う。
	看護師の要望をくんでほしい	看護師が不満を抑えて働き続けるのはかわいそう。看護師の要望もある程度組んでほしい
入院中に困ったこと	不適切な処置があった	弾力ストッキングを1週間当てられていた。入院中、看護師が処置する時にはカーテンを閉められ、家族は様子を見ることができなかった。弾力ストッキングをしたまま、本人の足が血流障害になっていることに気づくことが遅れた。医師や看護師が、毎日みてくれていると思ったが、どうも確認をしていなかったらしい。自分は家族なので気になって見てみようと思ったが、触ると叱られるので、触ることができなかった。他院に受診したとき、「1週間もはいとったの？」と驚かれた。後で、創部のことを主治医に言うと「悪かったね」といわれ、カルテに状態を書いていた。
	介護方法の指導が無かった	入院中、看護師から介護方法の指導は無く、下の世話の仕方から胃瘻からの食事方法、吸引器の使用方法まで看護師の世話を見ながら覚えた。
医療・福祉従事者への意見	デイサービスへの意見	デイサービスのヘルパーさんは、裏口から入って、本人を車椅子に乗せ、スロープを使って、車に乗せていた。そのため、いつ来てくれたか分からないことがあった。声をかけてくれると良かったと思う。
	医師への意見	他の病院は呼吸の専門の医師で良すぎるので、こっちの医師の対応が気にいらない。
		他の病院の専門医は患者の顔を見て話したり手を触れるが、こちらの医師はコンピュータばかりみている。
		(呼吸器疾患なのに聴診しない医師に対して聞いてもらった方が)安心する、少し悪いとおどかす医師。
		G病院は家族がなくなっていることと医者が嫌いで行かない。
その他	サービスシステムの周知	介護保険などのサービスのシステムを実際のところよく把握していない。
	将来への不安がある	9年間介護をしてきたが、自分たちは誰に面倒をみてもらえるのかと思う。しかし、そんなことをいっても仕方がないという思いもある。
	介護を受ける側への要望	介護者である妻としては、施設に行っているときにも、看護師以外にも世話を嫌がらずにしてもらわないと困るという部分もある。自分以外の介護、特に下の世話は、本人が嫌がるので、デイサービスに行ったときにも本人が拒否して困った。
	田舎の風習	田舎ということがあって、救急車がくると、誰が呼んだか、ということがすぐに村中に広まるので、わずらわしさがある。興味本位というわけでもなく、「誰が救急車に乗ったか」を知っておきたい、という風習がある。
	要望はない	(病院・医師などへの)要望はない

ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族を支える訪問看護活動の検討

田内香織　普照早苗　森仁実　金子徳子（大学）
折戸三智代　渡辺朝子　浜辺京子（いび訪問看護ステーション）

Ⅰ．目的

施設医療から在宅医療への転換が加速する中、在宅療養の希望が高まり、ターミナル期を在宅で過ごす人の増加が予想されている。一方、在宅療養を支える訪問看護師は、利用者や家族への支援に困難さや課題を抱えているという現状がある。

本研究の目的は、訪問看護師が自らの看護援助を振り返り、体験を意味づけることで、訪問看護を行う上で大切にしていること、看護観、やりがい、課題・葛藤・困難さなどを明らかにし、利用者や家族へのよりよいサービス提供を可能にすることとした。

Ⅱ．方法

１．方法：訪問看護師への聞き取り調査を行った。

１）対象者：研究内容に同意の得られたA訪問看護ステーションに所属する訪問看護師とした。

２）調査内容：①ターミナル事例における本人、家族への援助の中で「印象に残っている場面」や「対応に困った場面」について、②訪問看護を行う上で大切にしていることや看護観、やりがい、課題・葛藤・困難さなどの思いについて、半構成的に聞き取り調査を実施した。

２．分析と考察：逐語録に起こした内容を、訪問看護を行う上で『大切にしている関わりや援助』『考え・価値観』『やりがい』『課題・葛藤』などの視点で意味づけを行って分類、検討した。なお、現地側の共同研究者と共に検討会を実施し、看護援助の振り返りや意味づけ、思いや体験の共有を行った。

３．倫理的配慮：

聞き取り調査や検討会を行う際には、対象者に研究目的や調査内容について書面をもって説明し、同意を得た。得られた結果は本研究の目的以外に使用することはなく、公表の際には匿名性を確保した。データは大学研究室内で適切に保管し、結果を公表した後には得られたデータを適切な方法で処理することとした。なお、本研究は本学研究倫理審査部会の承認を得て実施した。

Ⅲ．結果

１．対象者概要

A 訪問看護ステーションに所属する訪問看護師のうち、研究調査に同意の得られた３名（B～D氏）に聞き取り調査を行った。対象者の概要について表１に示す。

表１．対象者の概要

対象者	Ns．B	Ns．C	Ns．D
年齢	40代・前半	50代・前半	50代・前半
性別	女性	女性	女性
経験年数	17年	30年くらい	32年
勤務経験	病棟、オペ室	病棟、外来、救急外来	病棟、外来、オペ室
訪問看護経験年数	8年	9年	3年

２．聞き取り調査の内容

１）大切にしている関わりや援助

聞き取り調査より、３名の看護師は訪問看護を行う上で『大切にしている関わりや援助』として「具体的な方法をアドバイスする」「予測される病状・状態の変化を伝える」「ありのままを受け入れ、見守る」「方針を再確認する」「家族を巻き込む」「介護者の不安を軽減する」「本人の対処行動を支える」「人生を振り返る行動を見守る」「楽しみの継続・望みをかなえる」の11つの関わりや援助があった（表 2)。これらは本人や家族の持つ能力・段階・その時の状況、その人・家族らしさを大切にしたいという考えや価値観に基づいた看護援助であった。

２）考えや価値観について

C氏は、臨終に至るまでに「包み隠さず浮き出てくる」思いに寄り添いながら、利用者・家族の生き方、精神力などの持っている“力”に「感銘」を受けていた。また、利用者・家族を大事な存在と捉え「謙虚な気持ち」「神聖な気持ち」で援助に臨んでいると語った。そして、個々の事例への援助体験を「心の宝」と感じていた。D氏は、在宅療養を継続する上で、家族にしか果たせない役割があるという思いを語った。またD氏は、利用者・家族が満足を感じることが、自らの喜びや評価につながると感じており、それらが『やりがい』となることを語った。

３）課題や葛藤について

看護師への聞き取り調査から「病状の安定」「気持ちの切り替え」「スタッフのストレス軽減」「時間的制約」「未告知」「社会資源の充実」「家族の介護力」「技術の向上」「性格」に関する『課題・

葛藤』が示された（表 3)。

その中でも、病状がコントロールされないと、家族が最期まで看きれず、在宅の希望があっても実現できないという「病状の安定」に関することや、自分の思い・理想と利用者・家族の置かれている状況の中でできることをやっていく、希望があっても思い通りにしてあげられないジレンマがあるという「気持ちの切り替え」については、ターミナルに関わる看護師にとって大きな葛藤であろう。

また、様々な葛藤を抱えながらも「スタッフのストレス軽減」についてはステーションとして一人で背負い込まないよう、みんなで看ていくという取り組みがなされている現状であった。

意見交換では、「自分の看護実践の振り返りができた」「自分を見つめ直すきっかけをもらった」「次の対象者に活かせる」といった言葉が聞かれ、結果を見ながら、3 名が事例を思い出し、語る場面も見られた。

Ⅳ. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

受け持った事例を見直すことで、自分自身の振り返りや自分の行った看護の振り返りができる。そして、別の利用者への看護についても考えるきっかけとなった。

本研究においては、看護援助を振り返り、体験を意味づけることによって、訪問看護を行う上で大切にしていること、看護観、やりがい、課題・葛藤・困難さなどが明らかとなった。しかしながら、「利用者や家族へのよりよいサービス提供を可能とするための方策を考え、実践につなげる」ところまでは至っていない。これらなくしては、看護実践の改革に貢献することができないため、今後の課題であると考える。

Ⅴ. 現地看護職者の受け止めや認識

他のスタッフの思いや、看護に対する考え方などを知ることができた。

ターミナル期の利用者やその家族を支える訪問看護師の持つ様々な思いを知り、訪問看護師自身の精神面への配慮に関して、さらに取り組む必要があると考えた。

Ⅵ. 本学教員が関わったことの意義

領域別実習（訪問看護実習）で現地看護職と関わる中で、ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族を支援する上での困難さを訪問看護師が感じていることを教員が把握し、本研究に取り組むこととなった。今年度は在宅ターミナルに関する実践の現状について、看護職の認識を中心に把握できた段階である。今後は領域別実習を通し、訪問看護師がターミナル期の利用者とその家族に関わる上で「大切にしている援助や関わり」「思いや考え方」「やりがい」「課題」「葛藤」などについて、現地の看護職と共に学生に伝えていくことにより、大学教育の充実につながると考えられる。

Ⅶ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

ターミナル期を在宅で過ごす利用者と関わる中で困難に思うこと、またそれらへの対応などについて検討した。

共同研究者①：告知の有無で、本人・家族への援助のあり方、関わり方が変わってくる。私たちとしては告知されていた方がやりやすいと感じている。

共同研究者②：最初は家で看たいと思っていても、本人さんが苦しがる姿をそばで看ている家族に不安や迷いがあると、最期に気持ちの変化が出てくることがある。

共同研究者③：ターミナル期の利用者と関わる中で、様々な思いが浮かび上がってくる。それを一人で受け止めるのはつらい。ステーションのスタッフとの会話やカンファレンスで相談にのってもらうことで、助かっている。それがあるからやっていけている。

本人・家族の希望を大切にしたいと思っているが、介護者である家族が疲れてしまったり、最期まで診る医師がいなくて入院せざるを得ない状況になることがある。

訪問看護ステーション看護師①：告知していないと、症状や使用する薬物に関する説明も十分にできない。そのため、理解や納得が得られない。また、コミュニケーションもとりにくい。奥歯に何かが挟まったようなコミュニケーション、関わりとなり、どうしても誠実に利用者と向き合えないような感じがしてしまう。当ステーションでは、主治医の告知を基本方針としている。在宅で看ていくとき、未告知だとどこかで厚い壁にあたる。告知されていれば、患者自身も「薬を増やして欲しい」など希望を伝えることができる。家族がどうしても本人に告知して欲しくないというときには、誠心誠意対応するようにしている。

訪問看護ステーション看護師②：未告知のまま死を迎えたケースもある。意識レベルが低下するまでは、本人だけでなく家族も含めて葛藤は大きかっただろうと思う。

在宅ターミナルを診る医師の問題では、開業医同士の連携、協力などが行われれば、利用者・家

族の希望をかなえていくベースとなる可能性があり、期待している。訪問看護師の医師への働きかけも大切な一因になると思う。
看護師（元、訪問看護ステーション勤務）：病状が不安定だと利用者・家族の不安も強い。十分なケアがされていること、予測されることの説明が必要である。
　また、利用者・家族の満足感は、在宅療養の継続のために大切であると考える。
病棟看護師：がん患者だけでなく、ALS などの難病患者の在宅療養への移行も増えてきている。退院前にカンファレンスを行った上で、在宅へつなげるようにしているが、課題はある。医師からは告知をしっかりしてもらったり、悪化時どうするかを病棟でつめて検討し、迷いのないようにしたり、在宅療養の意思が変わっても別の道もあるということを伝えている。
　病棟から退院し、在宅でターミナル期を過ごされた方について、訪問看護看護師と病棟看護師が共に話、関わりを振り返る「看取りのカンファレンス」を行っている。病棟から送り出したら終わりではなく、フィードバックを行うことはとても貴重なことだと感じている。
大学教員：看取りのカンファレンスは、病棟側が企画しているのか。
病棟看護師：難病支援センターが企画し、家族や関わった全ての職種（病棟看護師、訪問看護師、医師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど）が参加している。訪問看護師から本人や家族の様子、言葉を聞くことができる。ターミナル患者を在宅療養につなげていくために、病棟看護師が配慮すべきだと思っていることがある。例えば、呼吸困難への援助として、入院中に向精神薬をいくつか使用してみて、効果を判定してから在宅療養へ移行するなど。入院時、モルヒネを使用していた患者さんが退院されることになり、開業医にもモルヒネを処方していただけるようにお願いしていたが、実際は主治医から「モルヒネは使えない」と言われた ALS の患者のケースもあり、後で聞いて後悔した。
共同研究者①：レスパイト入院については、病院と在宅では介護に差があるという問題がある。レスパイト入院の意図は「介護者の負担軽減」であるが、それを病院側が十分に理解していないことがあった。
大学教員：A 病院ではレスパイト入院を療養病床で受けているのか、一般病床で受けているのか。
共同研究者①：一般病床で受けている。
看護師：未告知のケースにおける“やりにくさ”には、薬の使い方以外にどんなことがあるのか。個人的には、未告知か否かでケアの困難さは変わらないのではないかと思っている。
共同研究者①：未告知の利用者は、「なんでこんなに苦しいの」など、ずっと葛藤を持ち続けている。それを看護師に問いかけてくる。未告知であることによって、十分に気持ちに寄り添ってケアをできないと感じる。「今、こういう状況だから苦しいんだよ」と説明できない。
共同研究者②：体に起きてくる様々な変化について利用者が聞いてくることがある。しかし、未告知の状況では、それらに十分に答えられない。「先生は何て言ってるの？ご家族は何て言ってるの？じゃぁ、そうなんやね。」としか言えない。本人は最後の最期まで治るつもりでいる。そして、頭の中はいつも疑問だらけである。本人・家族全員で受け入れて、本人が甘えられる状況が最後の満足につながるのではないか。みんなで共有できる状況の方がいいケアができるのではないかと日々感じている。
→在宅で看とりたいという希望があっても揺れ動く家族の気持ち。本人を大切に思うがゆえに、苦しむ姿を見ていられない家族。本人・家族が納得して在宅で最期まで療養を継続するためには、病状のコントロール、予測されることの説明、十分なケアがなされることが必要である。そして、本人・家族が療養生活に満足できるよう支援することが大切であると考える。
→未告知のケースでは、本人も家族もずっと葛藤し続け、それを看護師へ問いかけてくる。そのようなとき、十分に気持ちに寄り添ってケアをできないと感じることや、誠実に向き合えていないと看護師は感じているようであった。このような未告知のケースに限らず、ターミナルに関わることによって生ずる看護師の精神的な負担に対しても何らかの支援が必要と考える。
→病棟から退院し、在宅でターミナル期を過ごされた方について、訪問看護師と病棟看護師が共に話、関わりを振り返る「看取りのカンファレンス」を行っているという施設もあった。このようなフィードバックの機会は、病棟看護師にとっても、訪問看護師にとっても大変貴重であると考える。その事例について共に振り返ることで、思いや体験の共有や看護実践の評価につながり、次の看護援助へ活かすことが可能となると考える。

表2. 大切にしている関わりや援助

カテゴリー	意味づけの要約
具体的な方法をアドバイスする	家族の持つ能力・段階・状況に応じた働きかけを行う。不安が強いとき(「吸引も恐い」と言っているとき)には、家族に無理に何かしてもらわず、見守る。
	本人・家族の希望を実現させるために、具体的な手順や方法(まず往診医を決める)をアドバイスする。
	家族の持っている能力や個別性に合わせ、段階や状況に応じた具体的な方法を伝える(往診医を探す、休息をどうとるか、吸引指導など)。
	在宅療養の希望を実現するために、在宅でも医療的な処置(酸素投与、点滴など)が可能であることを伝え、イメージ化を図る。
予測される病状・状態の変化を伝える	本人の「家で生活したい」という意思を実現するために、介護者の見取りへの不安を軽減し、心づもりしてもらうために、「予測される経過、どういう状態になったら連絡するか」を家族に伝える。
	あわてずに経過を受け入れながら看ていく心づもりができるよう、予測される病状や状態の変化などを伝える。 『「夢をみたような気持ちになりながら、少しずつ弱っていくんだよ、最期に近づいていくんだよ」ということをお話する』
	あわてずに経過を受け入れ、家族がそのときどきに必要と考える関わりができるよう、予測される病状・状態の変化などを伝える。
	予測される経過を説明する。
ありのままを受け入れ、見守る	そういう話(通帳解約など本人の死後の話)は本人のいないところでしたほうが･･･と自分は思っていたが、状況を見て、ありのままの家族、夫婦関係やあり方を見守った。
	自分の気持ちや希望、看護師としてのアセスメントや判断も持ちながらも、本人・家族の希望、望む最期が実現できるよう関わる。 『状態的に悪いので、私は入院したほうがいい、お家では無理かな～というようなのはありました。「お家で看たい」と言われたときは、なんとかしてお家で看れるようにしてあげたい、と』
	告知に対する自分の考えはあるが、家族の方針に合わせていく。
	本人の生活、その人らしさ(お話好き)を大切にするために、「看護師としての目」を持ちながらも人と人として「普通の関わり(お話)」をする。
	不安定になったり、怒りをぶつけられることがあっても、「その人らしさ」の一部として捉え、ありのままを受け入れる。
	本人の気持ちを尊重する。
方針を再確認する	予測される病状の変化、介護者の健康問題、他の家族の協力状況などから、在宅療養が継続できなくなる可能性を考え、今後の方針を再度確認する。
	常に予測の視点を持ち関わる中で、介入の必要性や重要度、本人や家族の気持ちの変化などから、タイミングや時機を判断しながらその都度方針を確認している。 ・本人、家族はまだ予後について意識していないが、早めに考えていけるよう介入する必要がある ・考えていく必要はあるが、本人・家族がもう少し意識する段階になってから介入する　など
	「認知症が進行する介護者が、酸素吸入などの医療的処置が必要な本人を見続けるのは困難」という看護師としての判断に基づき、本人・家族の在宅療養の希望をかなえるために、他の家族へ働きかけ、今後の方針を確認している。
家族を巻き込む	「家族の中で最期を迎えさせたい」という家族の希望を尊重し、意図的にケアに家族を巻き込む。 『ご主人に後ろから回り、抱きかかえるように支えてもらい、端座位で足浴をしたり･･･というような、家族と一緒にケアをして時間を共有する』
	在宅で看ていくには、家族の協力が必要であると意識づけ、家族もチームの一員にする。 『奥さんは、自分も一員だといわれたことで、構えというか、気構えみたいなのができたみたい』
介護者の不安を軽減する	・体制を整える(緊急時の連絡先、往診医を決めるなど) ・不安にはその都度十分に対応する(医師に診察してもらう、必要時家に出向く、状態や今後の予測を説明するなど) ・他職種への働きかけ(往診医、主治医、介護士などとの十分な情報共有、意思の統一など) などの関わりを行なっている。
介護者の負担を軽減する	入浴介助を手伝うことで、介護者の負担を軽減し、本人・家族の希望をかなえる。 『(入浴によって痺れや痛みが取れていたので、頻回の入浴を希望する夫の望みをかなえるために、妻が一人で何回もの入浴介助を行なっていた。)その介助を奥さんが担ってみえたんですけれども、それを私たちが手伝って担っていくことでできた』
	在宅療養が継続できるように、介護者の健康を気遣い、実現可能な具体的な方法(休息のとり方など)を提案する。
サービスの活用や多職種との連携を行う	経済状況・健康問題・成育歴などを考慮して、サービスの活用や事業所の枠を超えた連携を行う。
本人の対処行動を支える	本人の苦痛症状の捉え方、対処行動を否定せずに尊重して関わる。 腰椎転移による疼痛を本人は「昔から畑をやるから腰痛がある」と捉えており、「針やあん摩にかかりたい」という希望があった。主治医に確認しながら、その行動を見守った。
人生を振り返る行動を見守る	本人の『人生を振り返る』行動をそばで見守る。
楽しみの継続・望みをかなえる	本人の大切にしていること、楽しみ(花が好き、花壇をやりたい)、その人らしさをできるだけ尊重し、支える(調子がよいときに介護士とストレッチャーで桜を見に行った)。

表3. 課題・葛藤

カテゴリー	意味づけの要約
病状の安定	環境や体制を整えても、病状がコントロールされて安定していないと、家族が最期まで看きれず、在宅での看取りの希望があっても実現できない。
	病状がコントロールされて安定していないと、家族が最期まで看きれず、在宅で看取りたいという希望があっても実現できない。
気持ちの切り替え	自分の思いと違う部分はあるが、その人・その家庭の置かれている状況の中で、「切り替え」をしてやっていた。しかし、切り替えられない部分がある。 『自分の思いと違う部分はやっぱりあるので、切り替えも大切ですね。そういうふうに思いつつも。』
	認知症が進行する介護者が、今後酸素吸入などの医療的な処置が必要になった本人を見続けるのは困難。 『希望があってもなかなか思い通りにはしてあげられないジレンマがある』
スタッフのストレス軽減	ターミナル患者、家族に接するときは、その場での判断・対応が必要とされるので、不安・心配になるところがある、そのため身構えることがあるため、「気合い」が入る。受け持ち制であり、思い入れも強くなるし、他人事ではなくなるという面もあるため、一人で背負い込まないように、みんなで看ていくという雰囲気を作ることが、スタッフのストレス軽減につながる。
時間的制約	時間的な制約もありQOLの向上というケアまで手が回らなかった。
	時間がないことへの焦りと、確認しなかったために家族に悔いを残してしまったのではないかという後悔がある。 『妻に後悔を残したのではないかという思い。決めていたけどその場で悩んだ。奥さんの心にひっかかり（大島紬の下に襦袢を着せた方が良かったかしら…）を残してしまったかもしれない、ということ。』
未告知	未告知のケースでは、症状や今後に対する不安や疑問に答えにくい。予測されることを伝えにくい。
	未告知のケースでは、本人や家族の不安、予測していない質問や疑問への対応に困る。 多職種が関わる、経過の途中からの関わるということで、本人や家族の告知や病気の理解状況について、情報が得にくい。
	未告知のケースでは、話の内容を選んだり、相手に合わせて話しをするなど、対応にとても気を遣う。
	未告知のケースでは、希望するターミナルの迎え方が分かりくいため、今ある苦痛や症状への対応が中心となってしまう。
	未告知のケースは、今ある苦痛をとってほしいという希望しか出てこないため、どのようなターミナルを迎えたいと思っているか、把握しずらい。
社会資源の充実	在宅で看取りたいという希望を持っている場合、それを実現させてあげたい。そのためにも、在宅でも看取りが可能であること、訪問看護も利用できることを知ってもらいたい、在宅で最期を迎える人を診る医師が増えてほしい。
家族の介護力	第3者が中心となり看ていった場合、本人が満足できるターミナルを迎えられたか･･･と考えてしまう。家族の介護力がないと在宅でのターミナルは難しいという思い。
技術の向上	心地よさをケアに取り入れていきたいという思いから、フットケアをの技術を向上させていきたいと考えている。
性格	家族の中にある愛情や感謝の気持ちを引き出すような関わり、もう少し踏み込んだ関わり（介入）も必要ではないか。 『行動ができない原因には、自分の消極的な性格もあると思う。介護者を非難して後悔を残してもいけない。先生が来なかったら、つい、ぼろっと、「よく頑張られましたね」とか、家族が気付けるような言葉かけをしたかもしれない。』

福祉施設における看護

障害者施設における入所者の健康生活の維持･向上をめざした健診・検診のあり方

杉野緑　古川直美　平岡葉子　北山三津子　宮島ひとみ（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　垂水敬子
（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検討会活動を実施した。平成17～19年度は、初期の2年間の活動で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。

A施設は障害の程度に応じたグループごとの様々な活動を行っている。本研究ではこのうち1グループ11名を対象として平成17年からの3年間、継続的な事例検討を行ってきた。11名の年齢は22歳から59歳、身体障害者手帳1級の者が7名である。

事例検討は健康・医療の課題を明確にし、入所者の思いやより充実した健康生活を送るための取り組みの一つである「健診・検診の充実」を目指した。また、施設内スタッフ間での健診・検診結果や健康課題の共有、入所者を対象とする健康学習を実施した。これらの成果及び課題として、以下の4点が挙げられた。

1．健診・検診項目の検討を進める中で、腫瘍マーカー検査が実施できた。
2．入所者が自ら体調や健康に目を向けるようになった。
3．健康、生活、社会の各側面からの総合的な取り組みにより、生命、健康が維持でき、さらに個々が自己実現を目指して、生き生きと生活できることが再確認された。
4．今後の課題として、日々の健康・看護活動や入所者の思いを引き出す中で、「障害とそこから起こり得る症状・状態の把握と対応が必要」「既往歴、基礎疾患への取り組み」「二次障害及び加齢等による諸問題への取り組みが求められている」ことが提起された。

そこで、今年度は、4．で挙げた課題に対して取り組むこととした。

Ⅱ．A施設の概要

A施設は平成15年に身体障害者療護施設として開設された。同じ敷地内に隣接して知的障害者授産施設（入所定員：50名、通所定員：43名）、身体障害者デイサービスセンター、障害者生活支援センター、重症心身障害児（者）通園事業を行う等、地域の障害者施設として中核的な役割を担ってきた。

障害者自立支援法施行により施設入所支援、生活介護、自立支援を行っている。

A施設の現在の定員は、入所32名、ショートステイ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。

Ⅲ．平成20年度の看護活動

障害者自立支援法施行後、従来の身体障害者療護施設入所者に加えて、知的障害者授産施設利用者の健康管理を担うことになり、幅広い対象の健康状態把握に努めた。そして、この2年間で検討し取り組んできた課題である、障害、疾病、加齢、精神面を専門的かつ総合的に把握した、障害、健康マップ（以下マップとする）作りを検討した。さらにそのマップより、医療、看護、生活、労働への取り組みをどのように進めるかを検討した。

このように、20年度の研究目的を、本研究で対象としている1グループ11名のうち、意思疎通が可能であり、健康状態が安定している脳性麻痺の入所者2名に焦点をあててマップ案を作成し、日常生活における看護上の課題や今後起こり得る状態、家族への支援など取り組みの方向性を明らかにし、整理することとし、前述の取り組みを展開した。

Ⅳ．方法

3回の検討会をA施設にて看護職・教員で行った。検討内容は以下の3点である。

1．どのスタッフが見てもわかるマップ作成のための視点について検討する。障害、疾患、症状、加齢、生活環境、生育歴等が、視点として挙がる。また、マップは健康だけではなく、生活の充実へも結びつくことを考える。マップ作成前に、共同研究者間で脳性麻痺に関する知識や入所者の情報の共有をするため、検討会で脳性麻痺の病型別

にみた身体に生じる様々な症状とその特徴(図1)、脳性麻痺によって身体に生じる二次障害の症状とその特徴（図 2)、加齢に伴う健康課題とその様々な疾患や症状（図 3）について、教員が作成した資料を用いて理解を深める。

２．脳性麻痺を有する入所者 2 事例のマップ案を検討する。疾患による障害も考慮し、現状の問題と起こり得るリスクをマップ化する。生活習慣病の視点も加える。

３．マップに示されたリスクに対して、今取り組んでいること、今後取り組まなければならないことを検討する。取り組みは、運動系、食事、水分摂取、排泄、呼吸、栄養・消化吸収、疾患、内服管理の項目に分けて記載する。目的･根拠も示し、スタッフ間で共有できるようにする。

Ⅴ．倫理的配慮

本研究は本学の倫理審査部会の承認を受けた。

なお、本研究では共同研究者の所属施設が障害者福祉法に根拠を持ち、対象者も各障害者福祉法に該当する障害を有していることから、対象者の抱える健康問題を的確に捉えるために「障害」「障害者」の表記を用いる。

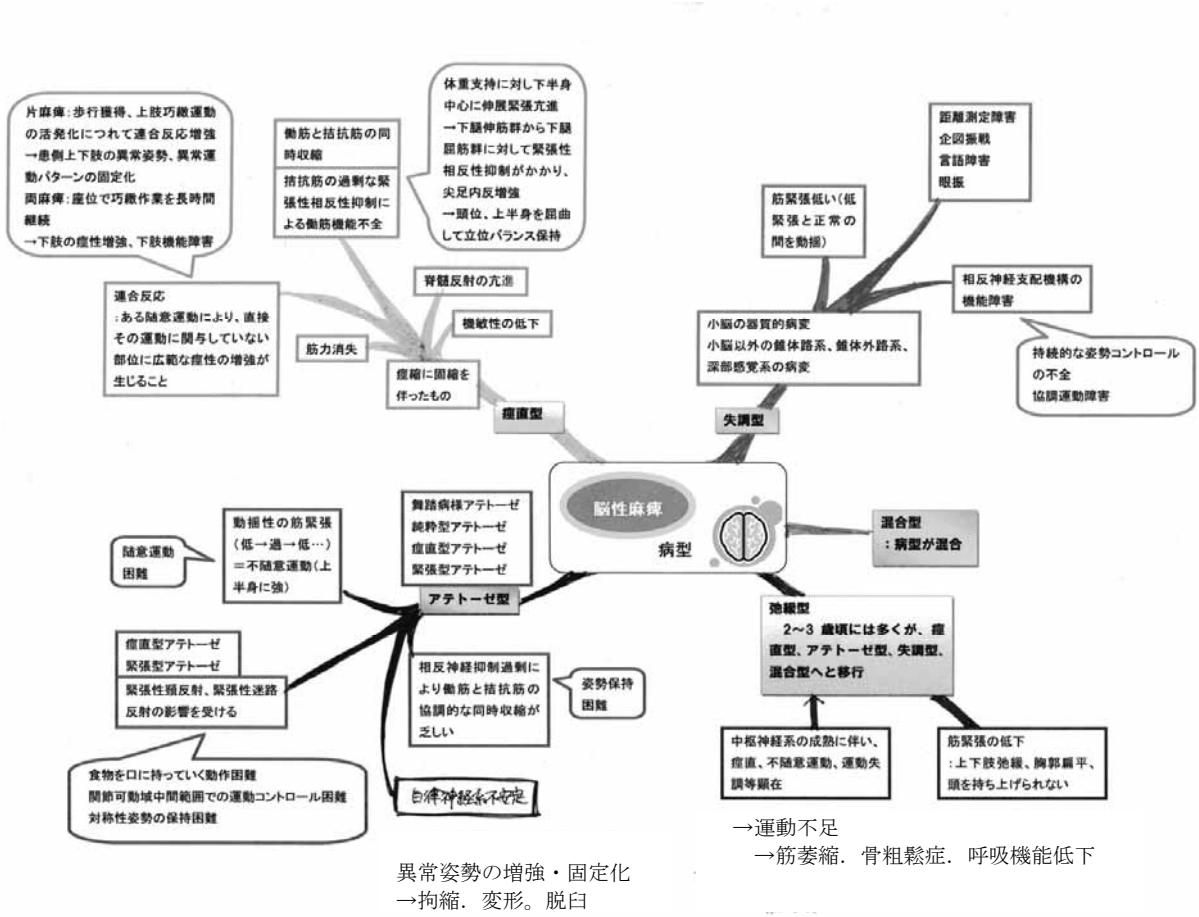


図 1　　脳性麻痺の病型別にみた身体に生じる様々な症状とその特徴

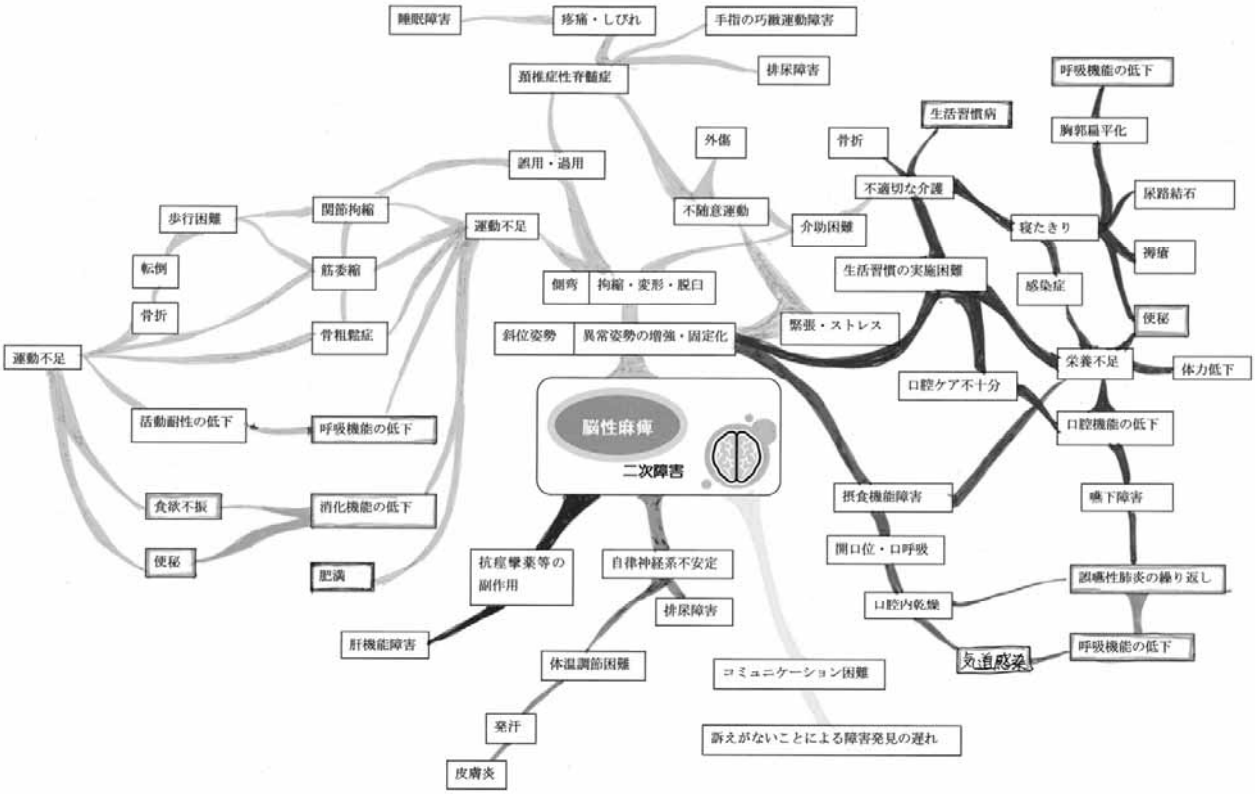


図２　　脳性麻痺によって身体に生じる二次障害の症状とその特徴

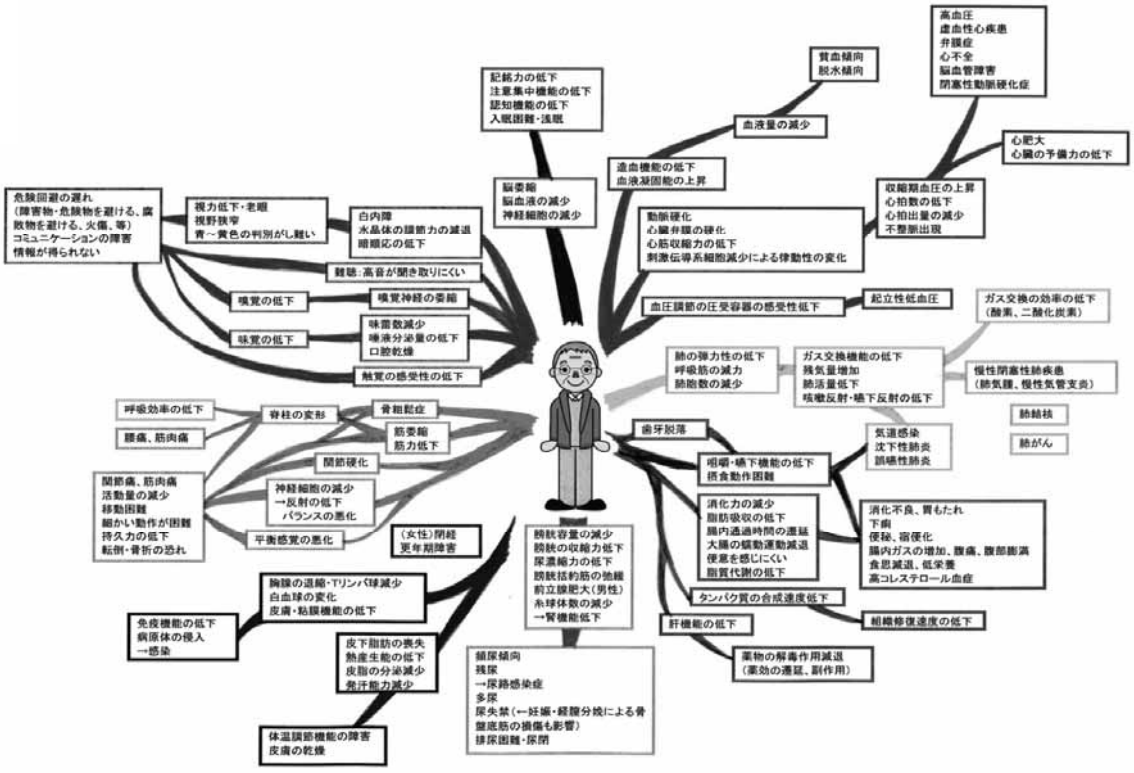


図３　　加齢に伴う健康課題とその様々な疾患や症状

Ⅵ. 結果

１．マップ作成による成果

マップを作成したことにより、以下１）～５）の成果がみられた。

１）脳性麻痺による症状や疾病、加齢に伴い起こる生活習慣病に加え、生育歴や発達課題を整理したことで、入所者をとりまく健康課題全体が明確になった。

２）各症状の発生要因から今後起こりうる状態や行うべきケア・処置までが流れとして捉えやすくなった。

３）具体的な実践や取り組みの内容が分かりやすくなった。

４）加齢に伴う様々な身体的変化が、40 歳代という壮年期中頃から生じやすい点を踏まえて、入所者の健康課題を考える必要があることを理解できた。

５）加齢に伴う身体的変化の中で、感覚器（特に視覚、聴覚）機能低下について着目できた。入所者の機能を把握するため、健診項目に視力・聴力検査を取り入れていたが、検査中の入所者の反応を正確に捉えきれないことや、検査技師と円滑に意思疎通を図れないことから検査に時間がかかり、正確なデータを得にくい現状が明らかとなった。そのため、各機能の低下を見落としてしまう危険性に現地共同研究者が気づき、今後の対応について考えることが出来た。

２．今後の課題

今後の課題として、以下のことが挙げられた。

１）入所者の異常を早期に発見し、必ず行う観察項目や緊急時の対応のリストとしてマップが活用できるよう、内容の充実を図る。

２）他職種と学習し、マップの共有を進める。

３）入所者との勉強会を企画し、自分の身体について知り、ともに健康な生活作りを目指す。

４）脳性麻痺にとどまらず、知的障害の分野のマップ作りを検討する。

５）健診結果だけでなく、日常生活の中の何気ない反応から入所者の異常をキャッチできるよう、普段の行動や言動、反応を細かく観察する。そこで得られた情報は、他職種と共有し、日々の援助に生かす。

３.本共同研究により看護実践の方法として改善できたこと、変化したこと

共同研究者である看護職からは、次の 3 点が挙げられた。

１）入所者の障害、疾病、二次障害、加齢、精神面を専門的かつ総合的に把握できるマップを作成できたことで、スタッフ間の状態・状況把握の一致と、実践の統一ができ、日々の看護活動に活用できた。

２）入所者を対象とした健診、感染症予防等の学習会を通して看護職者自身の意識が向上し、健康教育や他職種との連携など、取り組みが発展していった。

３）4 年間の共同研究により毎年課題を確認しつつ、日々の実践に取り組むことができた。また、取り組む姿勢が定着した。

４．現地看護職者の受け止めや認識

１）マップの活用

共同研究は諸事情により一旦休止するが、今までの取り組みは、看護職にとって入所者一人ひとりをもっとよく理解する学習内容であり、学習機会であった。さらに、今後も継続して全員のマップ作成に取り組みたい。完成したマップを用いたことで、入所者の健康生活がどのように変化するかを継続的にみていく目標を見出していた。

２）対象理解

さらに入所者の思いをもっと知りたい、入所者を知ることの大変さ、大切さを深く考えることができた、とする対象理解の深まりが述べられた。

５．教員がかかわったことの意義

教員がかかわったことの意義としては次の 4 点が挙げられる。

１）討論をしながら入所者の抱える疾患を理解するために必要な資料を教員から提供したり、看護上の課題を明らかにしたことで、日常の看護活動を振り返り、整理することができた。そして、障害者施設で入所者が健康で生き生きと過ごすために、看護職がもつ視点、考え方、捉え方、ケアを学び、日々の看護実践に生かすことができた。

２）障害をもって生まれ、家庭で育った幼少期を経て、発達と共に A 施設など新たな環境で人間関係を作りながら生活する入所者の思いを共有し、家族の高齢化や就労により地域とのつながりや支援のあり方について考えていかなければならない等、入所者の生活を支えるために必要な視野が広がった。

３）障害を持ちながらも主体的に生きることをどう支援するのか、今までの研究成果を踏まえて、学部や大学院での講義や演習に取り入れ、障害者自立支援法のもとでの障害者施設看護職の取組み、抱える問題・課題を紹介できた。また、二次障害、合併症などの実際を踏まえて、障害者の生涯にわたる健康を支えることの意義を伝えた。

４）施設内の大半の看護職が参加しての取り組み

であったため、検討会でまとまった内容やケアを統一でき、組織的な改善へとつなげることができた。

また、健康部に所属する看護職は少数で、施設外の勉強会や研修に参加しにくいと思われる。本共同研究は、看護職自身が障害者施設に関連する法律や法改正、看護実践に活用できる知識を得るための生涯学習支援の場としても機能しており、とても有効であったと考える。

Ⅶ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討議への参加者は共同研究者を含め、10 名であった。共同研究者、肢体不自由児施設看護職、NICU 看護職、教員の参加であったが、他の障害者施設からの参加者は極少数であった。マップをより充実させるには、どのような内容があればよいか、また、他職種との協働において、マップはどのように活用できるかなど、話し合った。内容は以下の通りであった。

１．マップ作成の時期について

二次障害が発症してから対応するのでは既に遅く、脳性麻痺の入所者にとって症状の重症化や回復の遅延につながる可能性がある。ある一時期を捉えたマップに加えて、時系列変化をみることができると、どの時期に何を把握すべきか予測的に捉えることができるのではないか、また、身体的変化だけではなく、家族の加齢に伴う介護力の変化もあわせて捉えることができるとよいのではないか、と話し合われた。

２．マップの内容について

今回提示したマップは、病態、二次障害などの基本的事柄を確認し、整理したものである。本研究の過程では、さらに個々人のマップを作成しており、顕在化している状態または潜在化しているリスクにつながるまでの過程について、マップ上で示している。しかし、マップ内に「顕在化している状態」と「潜在化しているリスク」が混在し、分かりにくい部分があるので、「顕在化している状態」から行うべきケアを整理し、今後考えられる「潜在化しているリスク」についてはいつ頃発症しやすいかなどを盛り込んだ内容へ整理すると良いのではないかとの意見が挙げられた。

３．マップの活用方法について

１）障害児・者にかかわる看護職者の障害児・者や障害への理解

経験的にわかる側面があるが、このマップを研修・学習会で活用して、障害児者へのケアの質の向上にいかせるのではないか。

２）異なる職種間でのケアの統一

日々のカンファレンスで看護職、支援員、OT それぞれの専門的視点から入所者の状態をアセスメントした援助計画や情報を共有し連携している。障害者施設で働く看護職以外の支援員等の職種が関わることが多いことから、マップを交え、だれが見ても理解できることで、統一したケアを提供できる。

また、PT は施設内にはおらず、週 2 回の外来通院のみであるため、連携は出来ているが脳性麻痺から生じる筋緊張や側弯などへの効果的なリハビリを継続して実施することが困難な状況である。今後、脳性麻痺から生じる症状の緩和や、現在の能力を維持するためのリハビリを充実していけるよう、関係部署に働きかける必要があるとの意見が挙げられた。

３）障害者本人の健康づくり

障害者が主体的に自らの健康・障害を理解するために活用できる。A 施設では今までも小グループ学習会で取り組んできている。

４）家族支援

障害児の親はちょっと先の見通しを求めている。一方で、親はある一定の年齢になると発達の伸びが停滞することにも直面する。このような時、親の受容段階に合わせて、マップを用いながら我が子の成長と発達などを慎重に説明することできると、将来の進路選択や次の生活場面の準備などへも活用できるのではないか。

５）障害児から障害者への一貫したケアについて

A 施設入所者の中に、長年家族による介護を受けてきたが、家族の高齢化により施設利用となる方が少なくない。障害者本人、家族、また看護職者の戸惑い、ケアの質の保障のために、A 施設のレスパイト、ショートステイを利用することで解消することができないか。

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）
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）
安江豊子　日下部奈保（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）
真銅八千代　金武純子（飛鳥美谷苑）　宮川靖子　馬渕好美（かりやど）
牛丸京子　大久保真理（飛騨寿楽苑）
小野幸子　古川直美　坪井桂子　松本葉子　古田さゆり　宇佐美利佳（大学）

Ⅰ．はじめに

平成 13 年度から実践してきた特別養護老人ホーム（以下、特養）の看護職を対象とした看護実践指導事業を通じて、ショートステイ利用者のケアに関する問題・課題の現状を詳細に把握し、ケアの充実を図ることが課題の一つとして挙げられた。そこで、平成 18 年度は、県内全特養におけるショートステイ利用者のケアに関する問題・課題を詳細に把握することを意図して、質問紙調査の項目を検討し、プレテストとして現地共同研究者を対象に回答してもらい、その結果を基に質問項目の精選をした。平成 19 年度は、精選した質問項目による調査用紙を作成し、県内全特養の看護責任者を対象に本調査を実施した。その結果、ショートステイ利用者のケア上の主な課題は、『初回利用時のアセスメント』『夜間看護職不在時の対応体制』『認知症をもつ利用者への個別ケアの充実』『在宅ケアの継続におけるケアチームの確立』が挙げられ、共同研究者間で共有した。

今年度は昨年度の調査で明らかになった問題・課題を踏まえ、現地看護職の体験事例のケア検討を通じて、ショートステイ利用者のケアにおける看護職の役割や必要な取り組みを検討することを目的とした。

Ⅱ．方法

検討事例は、現地共同研究者の施設において、ショートステイ利用者のケア上、困難と感じた事例、また、困難であったが、試行錯誤しつつ取り組んだ結果、困難を克服できた（成功した）事例などである。

検討内容は、各事例の状態、実践したケアや取り組みの経過とその結果、ケア上、困難だった理由や取り組みが成功や失敗につながった理由、他施設における類似事例とそれに対して実践した取り組みとその成果、困難事例において今だったらどのような取り組みができるか、この事例から学べること、つまり、その人らしさを尊重したケアの実現のために必要かつ可能な取り組みなどとした。

分析は検討会の逐語録をもとに、看護職として期待される役割と看護職としての必要な取り組みの内容を抽出して、分類整理した。

倫理的配慮は、本学研究倫理審査委員会の承認を受けた。また、現地看護職は提示する事例について、各施設の倫理的取り扱い規定に基づくこと、さらに、検討会においては、共同研究者間で検討事例やその施設の特定などに関して、守秘義務の励行、配布資料の匿名性の確保、検討会の逐語録やその他の記録データなどの管理に伴う個人情報の保護に配慮した。

Ⅲ．結果

１．事例検討会参加者および検討事例数

事例検討会参加者および検討事例数は、表 1 のとおりであった。

表１　事例検討会参加者および検討事例数

検討会	参加人数		検討事例数
	現地共同研究者	教員共同研究者	
第１回	10 名	6 名	5 事例
第２回	8 名	5 名	2 事例*

*2 事例のうち 1 事例は第 1 回からの継続事例

２．事例検討会の内容

事例検討会は、現地共同研究者の施設を活用し、2 回実施した。第 1 回は認知症の BPSD（認知症に伴う行動・心理症状：以下省略）への対応困難事例として 2 事例、主介護者が高齢であるために脳梗塞後の残存機能を活用した生活を送ることができていなかった 1 事例、在宅期間中に褥瘡が悪化する 1 事例、及び発熱や病院受診に関する施設方針について、第 2 回は認知症で BPSD を伴う第 1 回目の 1 事例の継続検討を含む 2 事例について、看護職としての取り組みのあり方や展望を検討した。事例毎の検討内容を以下に示す。

１）事例 A（80 歳代、女性、アルツハイマー型認知症）

①事例の概要

主介護者は、同居している娘であり、夫の死亡に伴い役割を引き継いだ。ショートステイの利用目的は家族の介護休憩であり、利用状況は、3～4泊/回・2回/月のショートステイ利用にあわせて1回/週のデイサービスを利用している。夫の死後、認知症が悪化し、BPSD（徘徊・異食・不穏・失禁）を認めるようになる。他の利用者の居室に勝手に入ったり、物品を移動させたりするため、当該事例のみならず他の利用者にも混乱をきたしている。

②検討内容

・利用者が安心でいられる状況はどのような状況か。何が利用者に脅威を与えているのか。安心していられないから、徘徊しているのではないか。

・静かな時と抵抗する時があり、24時間付き添う中でそのきっかけを把握する。職員がどのように変わると状況が悪化するのか、家庭で娘さんとの関係はどうなのか、何が利用者の行動に繋がっているのか、違いは何かなどを把握し、考えながら対応している。

・家族や地域の方から生活史、その人の今までの生活環境、施設を利用することによる変化など情報を得て、その中で1つでもヒントが得られれば、それから取りかかる。

→利用者の安心を支える

→多角的アセスメントの必要性

２）事例B（90歳代、女性、認知症）

①事例の概要

30年前より全盲、また感音性難聴があり、主介護者は、息子夫婦であったが、息子の病気療養に伴い嫁に介護負担が集中する。ショートステイの利用目的は、家族の介護休憩であり、施設の利用状況は、約20泊/月である。全盲、難聴のため不安・不穏症状が出現している。特に、利用初日は混乱が激しく、徘徊や手近なものを投げるなどの危険行為を伴う。利用時にはスタッフ1名ができるかぎり常時付き添うと症状は軽減するが、BPSDの原因を特定するには至らない。家族との面談による生活暦の聴取からも原因は明確にできなかった。家族と相談し、薬物療法を実施したところ、日中の不穏は減少して夜間も5～6時間の睡眠が確保できるようになった。

②検討内容

・いつも体に触れる、手をつないで過ごすなどをしながら、24時間付き添うようにしていた。夜間眠らなくても横になった時には職員が一緒にベッドに添い寝をするなど、常に利用者が肌を通じて安心感をもてるような形で対応はしていたが、分析が足りなかったのか情報が届いてなかったのか。

→利用者の安心を支える

→多角的アセスメントの必要性

・10床のユニットで9名の利用者全員が落ち着いているわけではなく、徘徊者が数名、ナースコールを一晩中押し続ける利用者、加えてB事例のような対応困難事例が重なると、スタッフ1人では対応が難しい。

・看護職、相談員、事務員など総出でとにかく空いている職員が困難事例に寄り添う体制をとっている。但し、事務員には介護はできない。

・重度化している利用者を重複して受け入れざるを得ない場合、どの程度の期間、何人のスタッフが必要か、データを示して、訴える必要がある。

・このような対応に時間を要する対象が落ち着くまで関わりに必要な時間、集中して看る期間が必要で、その時間の確保や人員の確保が課題である。

→高齢者福祉政策（人員配置数）の充実のための情報を発信していく

・かかりつけ医が整形外科医であったが、ショートステイ利用中に薬物治療のため精神科を受診した例がある。このような場合、かかりつけ医との関係が問題になることがあるが･･･。

→利用者が必要・適切な治療が受けられるよう医師に情報を発信して、利用者や家族が困らないようにすることが大切

・生活史で得た情報から対応を工夫して、無事退所になったものの、その後、家族が精神科を受診させたら、そのまま入院になった例がある。

→相談員だけではなく、情報をしっかりと看護・介護職にも提供してもらい、状況によっては、看護職も相談員と一緒に利用者と家族の情報を得るとともに、情報を提供できるように事前面談とともに事後の情報を提供する必要がある。

→利用者が関わる職員の連携を強化して利用者が適切な治療・看護・介護を受けられるようにする

→必要に応じて看護職による利用者の事前面談と事後の情報提供が必要

３）事例C（60歳代、男性、脳梗塞）

①事例の概要

右麻痺、構音障害、失語があり、主介護者は、90歳代の母親である。ショートステイ利用目的は、母親の入院による利用であり、施設の利用状

況は、3ヶ月程継続して利用していた。在宅では、尿道バルンカテーテルが留置され、PEGより3回/日栄養注入を行っていた。また、PEG周囲には出血がみられ、清潔保持もあまりできていない様子であった。利用中は、清潔の保持に努め、主治医や介護職と連携をとりながら、尿道カテーテルの抜去、経口摂取が可能となった。
②検討内容
・高齢者を総合的にアセスメントできるのは、看護職であり、それを活かした関わりをしていくことが必要であり、関与していくことが必要である。
→多角的アセスメントの必要性
・連携して介護職が困まることがないようにする。
・相談員だけではなく、情報をしっかりと看護・介護職にも提供してもらい、状況によっては、看護職も相談員と一緒に利用者と家族の情報を得るために事前面談する必要がある。
→職員の連携を強化して介護職の安心を支える
→必要に応じて看護職による利用者の事前評価の実施
・経管栄養から経口摂取への切り替え時には、介護職の力も必要だが、看護職の役割は、こうしよう、これはできる、一緒にできる、これは危ないからやめよう等、判断できることが必要。
・看護職は利用者のケアの責任者であるため、ケアのあり方を見直すことに参画することが大切。
・特養における看護職の役割は、利用者が施設に入所しても、それまでの生活の延長として、安心して生活できるよう率先して支える、また、介護職も安心してケアが出来ていくように支えていくことである。
→介護職とともに利用者が安心できる生活への支援、リスクを予測・判断し、予防的看護支援、ケアのあり方を検討する責任者の役割発揮の、特養(ショートステイ)における看護職の役割の明確化

4）事例D
①事例の概要
主介護者は、息子夫婦（農業）であり、ショートステイの利用目的は、家族の介護休憩であった。臀部の褥瘡はショートステイ利用中に改善するが次回利用時には必ず悪化している。息子夫婦に皮膚科受診や訪問看護の利用を勧めるが、それに対応する時間や費用を惜しむためか実現されていない。家族が十分に介護できないのであれば長期利用が適切だと判断し長期入所を勧めるが、息子夫婦からショートステイのほうが費用はかからないという理由で断られる。
②検討内容
・家族との窓口は生活相談員で、看護職の関わりは不要と捉えているところがあるが、身体状態や家族の要望などが伝達されず途切れてしまうことがある。
→利用者や家族に関する真実性の高い情報を収集できるための工夫
→利用者や家族に関する職員間の情報共有の徹底化
・利用者と家族の関係が破綻している場合の関係修復（再構築）方法また、家族が仕事のために介護時間が取れない（介護により経済的に破綻する）などの状況にある場合には、調整役が必要であり、看護職はケアマネージャーとよく話し合って対応していく必要がある。
→関係破綻を来たしている利用者と家族との関係修復（再構築）への支援
→他職種との連携・協働

5）事例E（80歳代、女性、老人性認知症）
①事例の概要
主介護者は、次女（同居）であり、夫の協力を得ながら仕事と介護を両立している。施設の利用状況は、ショートステイとデイサービスを併用していた。グループホームを利用していたが、徘徊（屋外も含む）、他の利用者との喧嘩、食事拒否（体重減少：10Kg/3ヶ月）などと施設で対応できずに退所となる。娘は施設に見放されたという思いがある。また、認知症についても、受診や薬物療法に否定的な感情を持っており、スタッフの提案を受け入れてもらえない。
②検討内容
・情報を正確に得たり共有したりするのは大変なことである。殊に、家族が言えなかったことや言いたくないことなどをタイミング良く聞き取ることが必要。例えば、こんな辛い思いをしていた、良い時期もあったなどを理解して対応するのと、わからないで対応するのとでは、収集できる情報の量も質も違うと思う。ただ、実際には難しく、時間を確保することも困難な状況である。
・対応困難事例の見守りをする時には、周辺症状の原因を突き止めるための情報を収集していることを理解してもらい、利用者と関わる全てのスタッフと情報共有できるようにした方がよい。
→利用者や家族に関する真実性の高い情報を収集できるための工夫
→利用者や家族に関する職員間の情報共有の徹

底化

３.ショートステイ利用者のケアにおける看護職に期待される役割と取り組み

検討内容から、明確になった看護職に期待される役割と取り組みは以下に示す 10 であった。

- 利用者の安心を支える。
- 職員の連携を強化して介護職の安心を支える。
- 多角的アセスメントの必要性
- 特養(ショートステイ)における看護職の役割の明確化。その役割として、介護職とともに利用者が安心できる生活への支援、リスクを予測・判断し、予防的看護支援、ケアのあり方を検討する責任者の役割発揮
- 利用者や家族に関する真実性の高い情報を収集できるための工夫
- 利用者や家族に関する職員間の情報共有の徹底化
- 関係破綻を来たしている利用者と家族との関係修復（再構築）への支援
- 他職種との連携・協働
- 利用者が必要・適切な治療が受けられるよう医師に情報を発信し、利用者・家族が困らないようにする。
- 高齢者福祉政策（人員配置数）の充実のための情報を発信していく。

Ⅳ．考察

本年度の 6 事例の検討を通して見出された 10 の看護職に期待される役割と取り組みのうち、「特養(ショートステイ)における看護職の役割の明確化」は、これ以外に挙げられた取り組みの鍵になっていると捉えられる。つまり、看護職の役割が他職種に対してのみならず、看護職自身が明確になっていないため、情報収集が困難であったり、そのために多角的なアセスメントにつながらなかったり、他職種との連携や協働を困難にしていたと捉えられる。

今回、事例検討という取り組みを通じて、現地看護職の共同研究者は、特養における、また、ショートステイ利用者における看護職の役割を再確認・再認識できたと考える。また、困難事例や困難克服事例の検討を通じて、具体的なケア方法のヒントも得られたと考える。さらに、困難事例に遭遇した時にどのように取り組んでいく必要があるかという方法も少なからず見出すことができたのではないかと考える。

在宅療養支援としてのショートステイにおいて、環境の変化への適応が難しい高齢者、殊に BPSD を伴う認知症高齢者への対応は、その利用が長期入所者とは異なり、短期間であるがために、十分なアセスメントや適切なケア方法を見出す前に退所になり、利用者にとっても看護・介護職にとってもストレスフルな状態を招来している。ショートステイは、在宅療養が継続できるための支援として利用者および介護家族にとって、必要かつ重要なシステムといえるが、施設において、在宅での生活に近い状況を如何に作って支えるかが課題といえる。また、長期利用者と異なり、かかりつけ医師やケアマネージャーとの連携・協働もきわめて重要である。今回の事例ではみられなかったが、在宅療養支援として、訪問看護の利用やデイサービスを利用していることも少なくないと捉えられる。このような施設と在宅における治療やケアが継続できるよう、その必要性や方法を把持しているケアマネージャーがもつ情報を如何に引き出し、施設ケアに活かすかは、看護職として、求められる役割といえる。さらに、必要に応じてケアマネージャーを介することなく、利用者に関わっている職種に直接的に関わっていくことも必要であろう。

今回の事例検討では、施設内におけるケア上の困難を中心にケアの検討がなされたが、今後、ショートステイ利用者の施設内におけるケアのさらなる充実に向けてとともに、在宅療養支援の観点から、ケアの継続性も視野に入れた課題とその取り組みのための検討事例も必要であると考える。

Ⅴ．本事業の成果

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

ショートステイ利用者の看護上の課題が明確化されたことにより、各々の施設において、その課題に意識的に取り組むことが促され、ケアの方法を見い出すことに繋がっていった。さらに、それぞれの看護職が自施設において取り組んでいる内容や取り組みによって生じた疑問を検討会で共有し、議論することによって、ケアの方法が充実され、利用者に良い変化がもたらされた。また、複数の施設の看護職が課題を共有することによって、検討会だけでなく、日常においても連絡を取り合い、協力関係が築かれている。共同研究者の所属施設において、検討会を開催するようになって 2 年目であるが、施設見学を通じてそれぞ

れの施設の取り組みへの理解が深まり、看護実践の検討がより具体的になると考える。また、施設長など他職種が看護職の取り組みを知る機会にもなっており、他職種と連携・協働しながら看護上の課題に取り組む際に理解を得る一助となる。

２．現地看護職者の受け止め方や認識

利用者の変化を検討会により共有できたこと、看護職からは、「自分の施設だけでなく、他施設でも同じ問題を抱えている人達がいることを認識し、前向きに取り組もうという姿勢ができた」「対応困難な認知症を持つ利用者も対象を十分知る努力をすることで理解が深まり、その方に合った対応ができることがわかり、実践に繋ぐことができた」「ショートステイ利用者のケアの実践上の困難事例や成功事例について他施設の事例を基づいて意見交換ができ、他施設の取り組みがよくわかった」などと受け止めていた。このように、共同研究者である看護職が検討会に参加し、課題への取り組み方法として、事例を通じて討議し、そこから得られたケアを実践に繋ぐことによる成果を得たこと、また、体験事例を検討する意義についても認識できたといえる。

３．本学教員がかかわったことの意義

特養のショートステイのケアの充実に関する研究が十分になされていない中で、看護職が日々の看護実践に苦慮しながらもケアの充実に向けた課題への取り組みに教員が共同研究者として関わることは以下に示す意義があると考える。

1）取り組みを検討会で共有する際に教員からの助言が、生じている課題の取り組みに繋がるだけでなく、次に生じた別の課題を解決する際の看護職としての看護活動の原動力となる。また、このことは、看護職の配置数が少ない特養における看護活動において実践の改革への意欲を高めることに繋がっている。

2）高齢者看護に関する全国的な最新の動向や知見、研修会、文献などの情報提供することによって、情報を得にくい環境にある特養の看護職の看護活動において、ヒントを得て日々の看護実践に活かす一助となっている。

3）個々の看護職の課題への取り組みに対して、看護としての意味づけを促し、実践の根拠を説明することによって、本研究における取り組みの意義や価値が保障される。また、ケア方法が十分に開発されていない中で確信を持って看護を実践することを促進している。

Ⅵ．共同研究報告と討論の会での討議内容

参加者は、現地側共同研究者 5 名、本学教員 8 名、共同研究者以外の看護職 5 名の計 18 名であった。参加者より、ショートステイ利用者のケアとして困難事例が挙げられ、看護職としての役割や取り組みついて討論された。

事例 1：「家族からの情報では、家ではおとなしく過ごしていたとのことであったが、ショートステイ利用時には、暴言・暴力などの BPSD がある。1 泊 2 日よりも 2 泊 3 日など、ショート利用の日数が長くなると、ケアへの抵抗が現れる。」

この事例に対し、参加者から様々な意見があった。

→家族からできるだけ、利用者が好きなこと、大切にしていることなどの情報を得ることが大切だと思っている。

→環境が変わると、利用者の戸惑いや不安が大きくなるのではないか。不安を取り除くような生活環境を作っていく努力が必要だと思う。

→1 回目の利用体験時に、利用者にとって意にそぐわない体験をしたことも考えられる。高齢者にとって嫌な体験は覚えていることもある。

→利用者の不安を理解し、環境を家庭での環境に近づける努力をする。

→情報収集を細かく行うことが必要である。

→家族が自宅での状況について、真意を話さないこともあるため、ケア提供のためにも家族の理解を得ることが大切である。以前、家族が、BPSD があることで施設利用を受け入れてもらえなかった経験があることも考えられる。

→高齢者は、職員の行動をよく観察している。自分だけでなく、他者への関わりも良くみている。

→普段から高齢者に寄り添って関わることを大切にする。

事例 2：「入院前の状況として、包丁を振りかざす行動があるという情報を得た。現在、入院して 1 週間経つが、そのような行動はみられない。今後、そのような行動があったときにどのような対応が必要か。予測ができず、ケアの方向性が立たない。」

→ケアの方針はどのようになっているのか。

→認知症に関わるケア方針の徹底が必要ではないか。安心できる場所として、高齢者が感じることができれば良いのではないか。

育成期にある人々を対象とした看護

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　松下光子　石井康子　長谷川桂子　普照早苗　杉野緑
谷口惠美子　窪田佐知子（大学）　安藤祐子（県立多治見看護専門学校）
長尾芳弘（岐阜県庁・特別支援教育課）　佐藤昭三（岐阜県庁・障害福祉課）
山田しのぶ　丹羽員代（岐阜県庁・保健医療課）　高木久美子（岐阜県庁・医療整備課）
市川百香里　武田福美（岐阜県総合医療センター）　安江則子（岐阜県立希望が丘学園）
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と家族のQOLを支える保健・医療・福祉・教育の連携・協働体制について、昨年度より取り組んでいる。昨年度の取り組みで明確になった課題は、①高校卒業後に進路先がない、②NICUから退院できない困難例がある、③重度障がい児に必要な社会保健サービスが少ないことであった。これらの課題を解決するために必要な保健福祉サービスや支援体制について提案を行う。なお、ここでの保健福祉サービス・支援体制とは、保健福祉医療サービス、教育、療育、各種手当て等経済的支援、障がい児をもつ親御さんへの子育て支援等を含むものとして考えている。

Ⅱ．研究方法

１．調査方法

課題①
・特別支援教育課から現状説明を受ける。
課題②
・NICUから在宅移行しにくい原因を討論する。
・NICUにかかわる医療従事者の在宅移行に関する意識調査を行う。
課題③
・県内のサービスやシステムを検討する。

以上を踏まえ、昨年視察した滋賀県の支援内容を参考に岐阜県で必要な支援体制について提案する。

２．倫理的配慮

事例や話題提供者と所属長には本研究の趣旨を文書で説明し同意を得て行った。また、本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を得ている。

Ⅲ．結　果

課題ごとに取り組みとその結果を述べる。

１．課題①高校卒業後に進路先がない

１）特別支援教育の現状

兒玉哲也氏（岐阜県庁特別支援教育課）から以下の報告を受けた。

・昭和54年の養護学校義務化から10年くらいは訪問教育を受けている子どもの数が多かったが、平成4年以降、高等部に重複障がい学級が設置されてからはその数は減ってきている。その反面、障がいの状態はより重度になってきている。

・通学生とは異なり、訪問教育では、保護者同士の連帯感がないため、特に卒業後、孤立する傾向がある。

・障がいが重度の子どもの場合、福祉施設等に通所していれば、学校と施設との連携の中で、その子の情報を把握することができるが、在宅等の場合は、学校側から家庭に積極的に働きかけていかなければ、学校や社会との接点が無くなってしまう。

２）平成19年度岐阜県障害福祉課調査の「医療的ケアが必要な重症心身障がい児（以下、重心）等に関する調査」結果の検討

重心及び重度障がいのある1～5歳児の圏域別人数は、表1のとおり岐阜地域（以下、地域は略）45人、西濃9人、中濃22人、東濃18人、飛騨4人、計98人であった。

２．課題②NICUから退院できない困難例がある

１）NICUにかかわる医療従事者（医師・看護師）への調査

医療的ケアなどが必要な子どもの在宅移行についての考え方を質問紙調査した。回答者は医師23人、看護職114人であった。

結果は表2から表5に示した。在宅を勧める意見が多かった。在宅での生活を勧めるために必要なものとして、急変時に対応するための医療機関、訪問看護や子どもや家族を支援するマンパワー、補助金や医療的ケアに必要な物品の補助など経済的支援

が必要であるという意見が多かった。

２)入院中から在宅まで自己負担する費用についてのデータ収集

NICU から自宅に帰るためにどれくらいの費用がかかっているのか 2 家族に聞き取り調査を行った。

・児が入院中の医療費は、公費負担で賄われるため、雑費などで月 3 万円位の負担ですむ(表 6)。

・身体障がい者（児）手帳がとれるまでは自費だが、手帳がもらえれば負担が少なくなる。

３.課題③重度障がい児に必要な保健福祉サービスが少ない

１)「岐阜県母と子の健康サポート事業」

旧未熟児健康サポート事業の対象者を拡大し、名称を変更し本年度 4 月からスタートした。

低出生体重児以外の育児不安の強い保護者や障がい児等も対象となった。

２）周産期体制づくり

保健医療課より H19 の取り組みの報告。

・基本的に、岐阜大学医学部附属病院は NICU がないため母体救命を行い、NICU に入院する必要がある子どもは長良医療センターに搬送されるようになっている。(これまでの実績でみると、数はそれほど多くはない。)

・NICU が満床で受け入れが無理な場合は、医師から岐阜県総合医療センターに連絡･依頼してもらうこととした。(今年は 3 回断られる例が 1 件あったが､大半は 2 回までで受け入れられるようになった。)

・未受診妊婦については、とにかく連絡があれば受け入れてくれるようにということを周知し､それでも無理であれば 3 次周産期医療機関で受け入れるという約束になっている。

・妊婦救急情報紹介では、毎日更新がされ、2 次周産期医療機関と 3 次周産期医療機関の空床状況が分かるようになっている。

・周産期死亡は、全国的に見ると岐阜県は、昨年 8 位とかなり高かった。今年は 20 位台と少し成果が出てきてはいる。

・NICU の年間稼働率は 8 割である。空いているようにみえるが、月毎で差がある。今後、死亡事例は確実にデータを取っていくようにし､満床状況は、月報で挙げていくようにする。

･県内のNICUの平均在院日数は16.5日であった。（GCU は含まれない。）一番少ない実績で、2.5 日であった。

３）希望が丘学園の機能

・肢体不自由児施設であり、超重度障がい児で医療処置が多い場合にはショートステイの受け入れが不可能なことがある。

・発達支援センターのぞみは自閉症等の発達障がい児（者）の相談・発達・就労支援を実施

・就学を機に入所する子どもが多い。家庭的な背景とともに､近隣に就学できる学校がないという理由や､訓練が受けられるために入所する子どももいる。

・医療的ケアが必要な子どもは親の送迎が必要なので､通いやすい距離に特別支援学校がなければ､希望が丘学園に入所するか、訪問教育になる。

・平成 24 年度以降、特別支援学校を含めて再編整備の予定がある。

４)県内の障がい児が利用可能な社会資源の存在場所を地図に示した（図 1)。

小児科のある医療施設、後方支援可能な病院・医院、特別支援学校（病弱・肢体不自由)、障がい児の訪問看護が可能な訪問看護ステーション、療育施設（児童デイサービス)、重症心身障がい児施設

５）岐阜県の保健福祉サービスの現状

・岐阜県内の施設の概要を見ただけでは、どのレベルの障がいであればその子を施設が看てくれるのか､どのようなことをしてくれるのかが分かりにくい。

･特別支援学校も通園事業委託施設ともに東濃地区に障がい児（者）のための施設が少ない。

・地域で受け入れが可能なレスパイトの施設、小児の訪問看護が少ない。

Ⅳ. 考察

1. 望ましい支援システムの提案

１）在宅移行期の支援システム（図 2)

障がいのある子どもの退院が可能になると NICU から小児病棟に転棟し、養育者は自宅での生活時間をイメージして在宅に向けて準備を行う。病棟では看護師が在宅で必要となる医療的ケアや日常生活ケアが自宅でできるように母親だけでなく、家族全体を視野に入れて支援を行う。また退院支援看護師を中心に在宅での支援体制づくりを保健所及び市町村保健師と調整し行う。保健所及び市町村保健師への連絡は､県が実施している母と子の健康サポート事業が活用できる。連絡は退院が決まってから行うのではなく､退院を決めていけるように､早期にかかわりを開始できるとよい。

２）在宅療育を継続するための支援システム

長期の在宅療養が継続できるための支援を図

3 に示した。日常的なサポートは訪問看護ステーションを中心に行うので、障がい児の訪問ができるステーションが県下全域をカバーできる程度の数（市町村ごとに）必要になる。また障がいのある子どもに療育が行き届くように、通いやすい距離であることを考慮して、市町村ごとに療育施設が必要と考えた。そして、市町村がコーディネーターとなって子どもと家族を長期的に支える支援計画を立案・実施し、ケア会議を統括する。

子どもと家族を長期的に支える支援計画の立案や見直し、子どもの障がいの医療的サポートも含めて、現在の希望が丘学園を希望が丘センター（仮称）として、センター機能をもたせることが望ましいと考えた。そこには、保健部を設置し県の保健師が常駐し、ケアの見直しや市町村保健センターや療育施設への相談支援を担う。

さらに、ショートステイの受け入れ施設を県内 5 圏域に各 1 か所ずつ、緊急時の受け入れ医療機関を旧保健所管内ごとに県内 10 か所程度整備し、児と家族の在宅生活をバックアップする体制を整える。

Ⅴ．討論の質疑応答

・他県では、定期的に保健師が入院している児を訪問し、入院した時点で先を見通して地域につなげていくようにしていた。小児の専門病院では、保健部があるため早期に介入しやすいが、岐阜県では、早い時期から地域の専門職が介入し、退院サポートをしていけるようにしていくこと、障がい児に合った退院調整ができるようにしていくことが必要である。

・障がい者も家族も地域で当たり前に暮らせるような考えを培うにはどうしたらよいか。

→医療的ケアの高度化に伴い、訪問看護やショートステイなどのサポートがないと在宅に帰ることが難しくなってきている。しかし、訪問看護師が少ない現状である。県では研修を行っているが、研修を受けてまで訪問看護師になろうという人が少ないため、訪問看護師が何に困っているのか、どのようなサポートが必要なのかなどを明らかにし、また、研修にも参加できるようなバックアップシステムを作るなど、訪問看護師を続けていける環境を整え、訪問看護師を増やしていくことも必要になるのではないか。

・医療的ケアの高度化に伴い、訪問看護師も多くの専門知識が必要になってくる。病院の看護師が自宅に訪問し、在宅での医療処置などを自宅で訪問看護師に引き継ぐことなど可能になるのではないだろうか。

Ⅵ．共同研究の意義

県庁の障害福祉課・医療整備課・保健医療課の方や医療・福祉施設で直接看護を担っている看護職と大学教員とで取り組んだ。一堂に会し、課題の整理や先進県の視察、資料の検討、子どもの症状への対応や現実的な親の困難を出し合うことにより、重度障がい児と家族への支援の体制づくりについて、提案を出すことができた。

実際の県の施策を考える上で参考にしていただけることを期待している。

表１ 地域別の重症心身または重度障がいのある児(0～5歳)の実態 （人）

	岐阜	西濃	中濃	東濃	飛騨	小計
重症心身または重度障がいのある児の総数	45	9	22	18	4	98
医療的ケアが必要な子どもの数						
経管栄養	16	2	6	7	1	32
吸引	19	4	7	6	2	38
酸素吸入	6	2	1	0	1	10
その他	17	4	8	9	1	39
現在受けているサービス						
訪問看護	4	3	7	3	0	17
短期入所～一般施設	5	0	2	0	1	8
短期入所～医療機関	12	0	1	2	0	15
今後の希望						
医療機関短期入所	26	2	3	5	0	36
重心施設入所	1	1	1	2	1	6

表2 職種と在宅支援経験の有無

職種	人数	在宅支援経験あり	在宅支援経験なし
医師	23	20（87.0%）	3（13.0%）
看護師	114	60（52.6%）	54（47.4%）

表3 医療的ケアを要する児の生活の場

在宅がよい	63	（46.0%）
どちらかというと在宅がよい	70	（51.1%）
どちらかというと施設がよい	3	（2.2%）
施設がよい	0	（0%）
無回答	1	（0.7%）

表4　医療的ケアを要する児に必要な支援（複数回答）

	退院のために必要		在宅療養継続のために必要	
在宅支援の訪問看護	87	（63.5%）	93	（67.9%）
生活支援のヘルパー	16	（11.7%）	28	（20.4%）
金銭的補助	67	（48.9%）	85	（62.0%）
医療処置に必要な用具・物品の支給	108	（78.8%）	57	（41.6%）
生活に必要な用具・物品の支給	50	（36.5%）	23	（16.8%）
往診してくれる医師	37	（27.0%）	51	（37.2%）
急変時に受け入れてくれる医療機関	105	（76.6%）	101	（73.7%）
訪問リハビリテーション	7	（5.1%）	29	（21.2%）
通所リハビリテーション	4	（2.9%）	8	（5.8%）
レスパイトのための短期入所	18	（13.1%）	56	（40.9%）
障害児を受け入れる保育施設（通所）	10	（7.3%）	27	（19.7%）
通所の療育施設	9	（6.6%）	22	16.1%）
児と家族を継続的に支援するケアマネジャー的な支援者	72	（52.6%）	70	（51.1%）
家族の会など当事者の相互支援の場	22	（16.1%）	39	（28.5%）
その他	5	（3.6%）	1	（0.7%）

表5　医療的ケアを要する児への支援や本調査についての意見・感想

カテゴリ	サブカテゴリ
在宅を支える社会資源・システムの整備が必要	どの地域でも受け入れられる在宅支援の体制が必要（7）
	レスパイトできる施設が必要（4）
	小児の訪問看護が必要（3）
	関係部署、関係機関の連携が足りない（2）
	緊急時に受け入れる病院が必要（1）
	退院後も医療機関で継続支援できるシステムが必要（1）
家族の現状と課題	児・家族によって適切な支援が異なる（4）
	家族の負担は大きい（2）
	協力者がいても全て任せられるわけではない（7）
	在宅療養が長期化すると訪問看護の時間が生活時間に組み込みにくくなるらしい（1）
	医療的ケアは生活の一部でもあり医療者だけが行うことと限定できない（1）
	在宅ケアに適さない親がいた場合の対応は課題である（1）
	まず親の希望を把握することが必要（1）
医療者のありようと退院支援	社会資源についての知識不足を感じた（3）
	医療スタッフは入院時から退院に向けて配慮することが大切（1）
	看護師の意識が在宅移行に影響するのか？（1）
	家で暮らすこをと大前提に医療者のありようを考えるべき（1）
調査への意見	「医療的ケア」が漠然としていて答えにくい（4）
	回答しにくかった（3）
	研究への励まし・情報提供（2）
	異動直後でわからない（1）

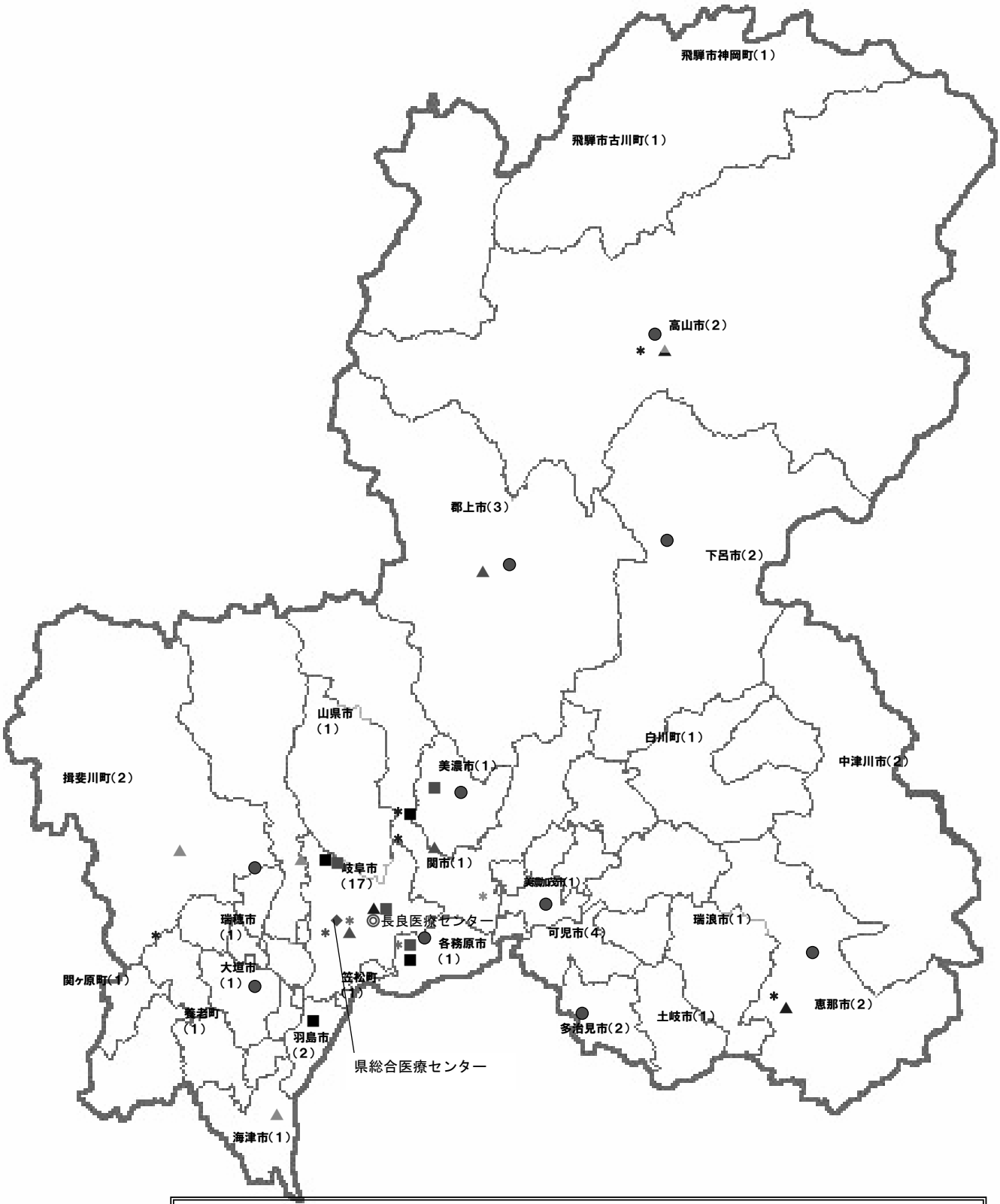
表6　在宅準備及び現在在宅療養にかかる費用の概算

2歳児：ウエルドニッヒ・ホフマン病、気管切開、鼻腔栄養、オムツ排泄、心臓他機能障害1級

	手当　（内容）	自己負担金	総額	（内容）
入院中		29,700/月		オムツ・病衣
在宅準備		551,000	1,025,000	バッテリー・吸引器・車いす・アンビューバック・ソフトナース・車改造（リフト等）
現在	特別児童手当・障がい児福祉手当・児童手当 7,9000/月	1,0000/月		オムツやテープ類　手袋等）など 開業医の往診費　300円／回

9歳児：染色体異常、心臓疾患、精神発達遅滞、てんかん、両上下肢機能全廃1級

	手当　（内容）	自己負担金	総額	（内容）
入院中		5,000/月		オムツ
在宅準備		160,608	829,147 ＊他に自宅改造	吸入器・吸引器・車椅子改造・ベッド・ベッドマット・アンビューバック・聴診器・点滴ポール・防水シーツ
現在	特別児童手当・障がい児福祉手当・児童手当 78,300/月	＊往診や訪問看護の交通費 550/月		



「市町村名（数字）」･･･小児科を有する病院の数

●保健所（10ヶ所）	▲特別支援学校（肢体不自由3ヶ所）
＊通園事業（5ヶ所）	▲特別支援学校（病弱3ヶ所）
＊小規模訓練施設（1ヶ所）	▲特別支援学校（肢体不自由，病弱，重複，知的3ヶ所）
＊肢体不自由児施設（1ヶ所）	■訪問看護ステーション（県総合医療センターとの連携あり）
＊肢体不自由児通園施設（2ヶ所）	■小児科診療所（県総合医療センターとの連携あり）

図1　岐阜県にある障がいに必要な保健医療福祉教育に関する社会資源マップ

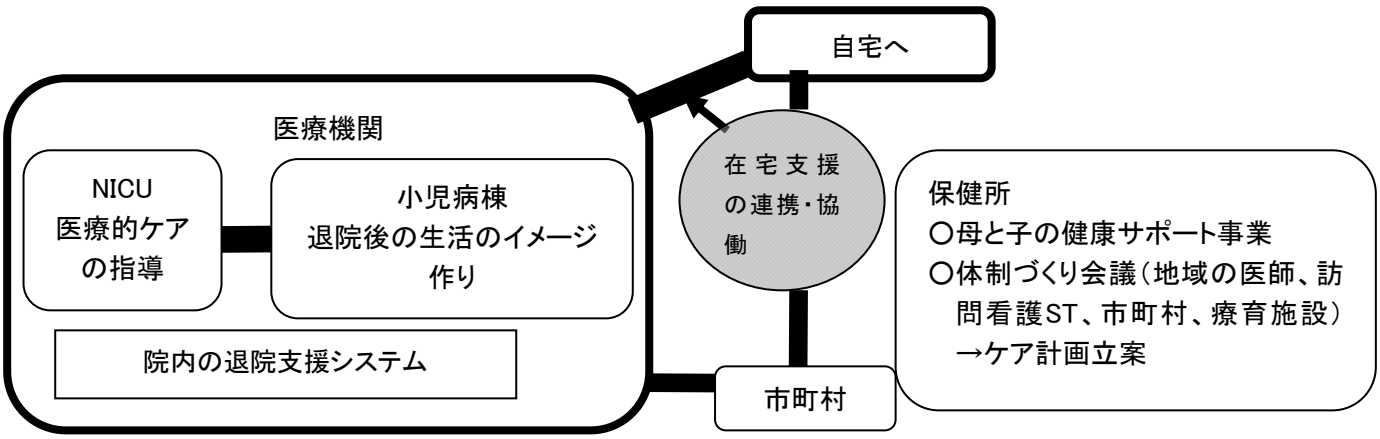


図２　在宅への移行を支える連携システム

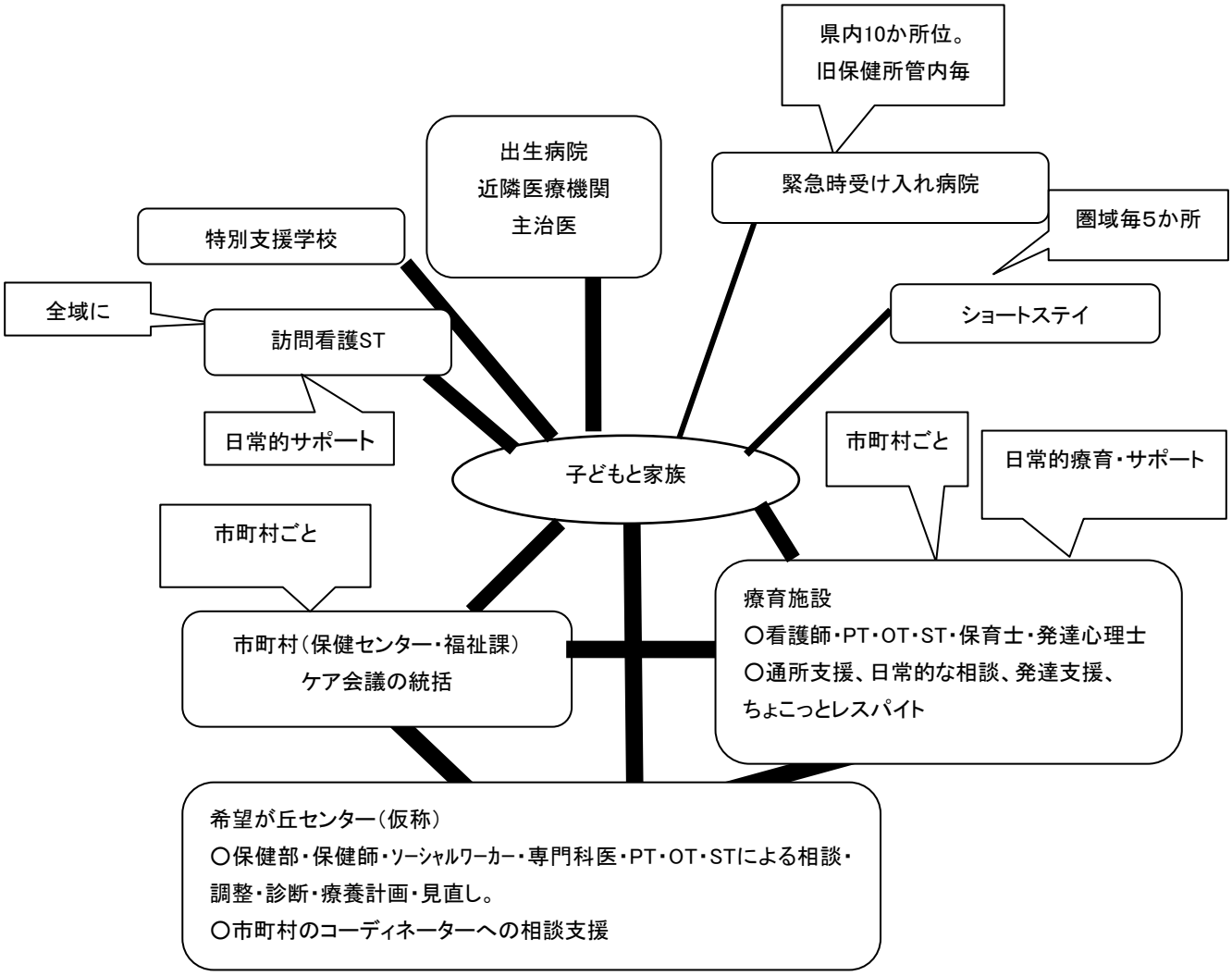


図３　在宅療養を支える保健・医療・福祉・教育システム

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

名和文香　服部律子　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　小木曽美喜江(県立多治見病院･東１階)　谷口知子(多治見市保健センター)
田中圭子（東濃保健所）杉原愛（大野町役場）國井真美子 小山美香 河合美奈（羽島市保健センター）

Ⅰ.はじめに

近年、体外受精や顕微授精の発展に伴い、多胎妊娠率は増加しており、1996 年には、出産千に対し 9.3 であったが、2005 年には 11.8、2006 年には 11.6 と増加している[1)]。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 2005 年には 13.3、2006 年には 14.8 と全国平均を大きく上回っている[2)]。妊娠期には、異常の発生率も単胎妊娠に比べ高く、ハイリスク妊娠として注意が必要であり、周産期死亡率も高い[3)]。さらに、多胎妊婦は、単胎の場合と比較すると、妊娠期から不安が高く、育児期には、多胎児の育児の大変さから[4, 5)]、心身ともにストレスが高くなり[6)]、育児に対する不安も高まる[7)]と言われている。そのため、妊娠期からの母親とその家族のサポートが重要である。

岐阜県の多胎児支援の動向として、2006 年に「ぎふ多胎ネット」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、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[8)]、2005 年より、「双子のプレママパパ教室」を開催し、地域と病院、サークルが連携した取り組みを進めてきた。多胎児教室は、岐阜県では前例がなかったが、今年度で 4 年目となり、事業化されている。また、多胎妊婦を対象に、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。また、他市においても、多胎児支援の重要性が話し合われ、昨年度より、継続事業として集いが行われている。

Ⅱ.目的

本研究の目的は、多胎児家族への妊娠期からの継続した介入方法、および多胎児支援における行政、病院とサークル等の協働体制について検討することである。

Ⅲ．方法および結果

１．現地側の取組み体制、協働体制

Ａ市においては、教室を開催するにあたって、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をし計画した。昨年度は、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、今後の教室の開催方法について検討し、今年度より、Ａ市を含む 5 市が協働し、持ち回り制で実施した。

Ｂ市においては、昨年度からの継続事業であり、多胎児家族に対する支援のあり方と、その方向性が話し合われた。また、集いの実施方法について、毎回参加者から意見を募り、参加者の要望に即した、より良い方法を模索した。

２．双子のプレママパパ教室の実施（Ａ市）

１）開催について

この教室は、2005 年から開催されており、今年度は、第 6、7 回の 2 回（6 月、12 月）実施した。

２）教室の趣旨

教室の趣旨は、次の 3 点である。

(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げることができる。

(3)行政、病院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し方、分娩と入院生活（病棟助産師、本学教員）

(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）参加者およびスタッフの概要

2005 年度から 4 年間の調査をまとめた。

(1)参加者

教室参加人数は、2005 年度（1 回開催）：妊婦とその夫 9 組、妊婦とその祖母 1 組の計 20 名、

2006 年度（2 回開催）：妊婦とその夫 6 組、妊婦とその祖母 1 組、妊婦のみ 4 名の計 18 名、2007 年度（2 回開催）：妊婦とその夫 4 組、妊婦のみ 1 名の計 9 名、2008 年度（2 回開催）：妊婦とその夫 5 組、妊婦のみ 1 名の計 11 名であり、2005 年から 4 年間で、計 58 名（妊婦 32 名、夫 24 名、祖母 2 名）であった。妊娠週数は、12～32 週（n=32）であった。

(2)スタッフ

スタッフは、A市保健センター保健師、病院（A市）助産師・看護師、C・D保健所保健師、A市以外 4 市の保健師、多胎児サークル、本学教員である。

５）調査方法および内容

「双子のプレママパパ教室」に参加した妊婦およびその家族に対し、質問紙調査を行った。この質問紙は、A市保健センターが、参加者の教室に対する意見を参考にするために作成したものである。参加者には、教室終了後に配布し、その場で記入してもらい回収した。

調査項目は、「育児において、夫以外の協力が得られるか」、「育児における夫以外の協力者」、「教室の開催を知ったきっかけ」、「教室に参加した満足度」、「知りたい内容は含まれていたか」、「将来サークル活動に参加したいか」、「教室後の交流会についての意見・感想」、「行政やサークルへの意見・要望」等である。

分析方法は、選択法の回答は単純集計を行い、自由記述法は記述内容にしたがって分類した。

６）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、本取組みは、本学の研究倫理審査部会での承認を得ている。

７）教室についてのアンケート調査の結果

2005 年～2007 年に行った調査の回収率および有効回答率は、妊婦が 26 名（100%）、夫が 15 名（78.9%）、祖母が 1 名（50.0%）であった。

回答者の年齢は、妊婦は、20 代が 9 名（34.6%）、30 代が 17 名（65.4%）、夫は、20 代が 2 名（13.3%）、30 代が 8 名（53.3%）、不明が 5 名（33.3%）、祖母は 50 代が 1 名（100%）であった。

①出産後の夫以外の協力

「出産後の夫以外の協力」は、26 名中、25 名が【得られる】と回答しており、「協力できる人」は、【実父母】【義父母】両方が多かった。（図 1）

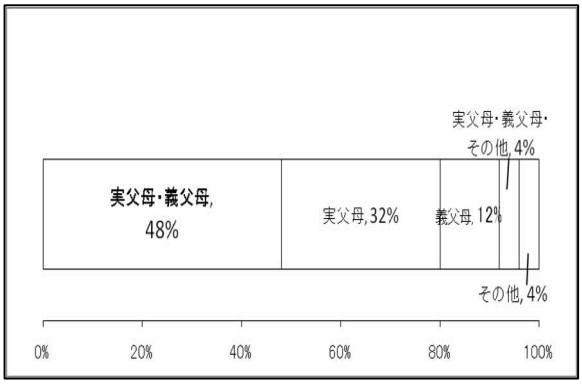


図 1. 育児における夫以外の協力者（n=25）

②教室の開催を知ったきっかけ

「教室の開催を知ったきっかけ」は、【保健センターからのチラシ】【病院で勧められた】が多かった。また、夫は、【妻に誘われた】が多かった。（表 1）

表 1. 教室の開催を知ったきっかけ　（n＝42）

内容	妊婦	夫	祖母（人数）
保健センターからのチラシ	13	3	
病院で勧められた	7	2	
保健センターからのチラシおよび病院で勧められた	4		
市役所で紹介された	1	1	
多胎児サークルからの紹介	1		
妻に誘われた		8	
娘に誘われた			1
未回答		1	

③教室に参加した満足度

「教室に参加した満足度」は、【期待通り】～【まあまあ期待通り】が多かった。（図 2）

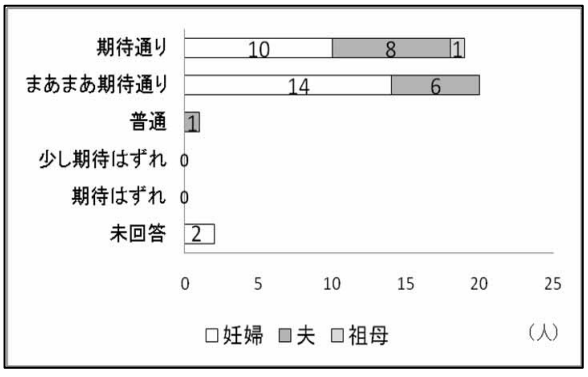


図 2. 教室に参加した満足度（n=42）

④知りたい内容は含まれていたか

「知りたい内容は含まれていたか」は、【ほぼ含まれていた】～【大体含まれていた】が多かった。（図 3）

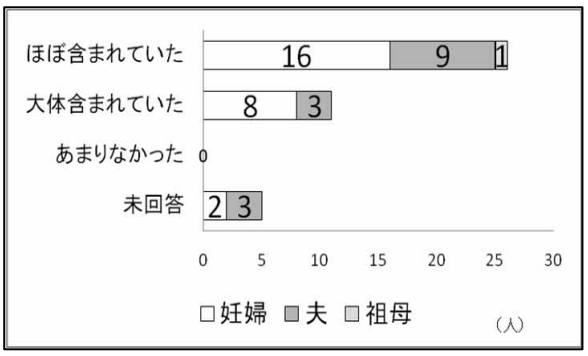


図 3. 知りたい内容は含まれていたか（ｎ=42）

⑤疑問や不安は解消されたか

「疑問や不安は解消されたか」という問いは、妊婦では、【解消された】が 22 名、【解消されていない】が 1 名、未回答が 3 名であった。夫と祖母は、全員が【解消された】と回答していた。

⑥教室後の交流会についての意見・感想

「教室後の交流会についての意見・感想」は、回答者の多くが、交流会での話は参考になったと回答していた。（表 2）

表 2. 教室後の交流会についての意見・感想（ｎ=42）

（妊婦）	人数
いろいろな話が聞けて良かった	8
実際に育てられた方のアドバイスが心強かった	3
先輩ママやパパの話が参考になった	3
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ぁー」という気持ちになった	1
産む前にいろいろな心がまえができて、良かった	1
とても楽しかった	1
普通の母親学級では、単胎のことしかわからなかったので、大変さもわかったが、現実的に考えられるようになった	1
双子のお母さんお父さん、専門機関の方のお話がとても役に立った	1
もっと多くの情報、（時間もないので、レポートにまとめたものをいただけたりすると嬉しい）が得られたら良い	1
覚悟はしていたが、生の声を聞いて思っていた以上だった	1
妊娠中のママだけの限定の方が話しやすいのではないか？	1
未回答	4
（夫・祖母）	人数
体験された方の生の声が聞けてとても参考になった	7
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	2
なんとかなりそうな気がした	1
男性の場合の話が聞くことができて良かった	1
双子ならではの話も聞くことができて良かった	1
未回答	4

⑦将来、サークル活動に参加したいか

「将来、サークル活動に参加したいか」は、【参加したい】と回答した対象者が多かったが、【特に考えていない】と回答した夫も多く見られた。（図 4）

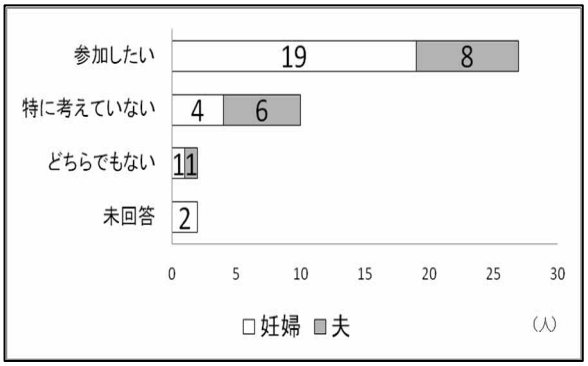


図 4. 将来サークル活動に参加したいか（ｎ=41）

⑧今後の育児支援として、行政やサークルへの意見・要望

「今後の育児支援として、行政やサークルへの意見・要望」は、経済的支援についての要望が多く見られた。（表 3）

表 3. 行政やサークルへの意見・要望（ｎ=42）

（妊婦）	人数
末永い交流	1
行政で出産について改善してほしい	1
妊娠、出産にも保険が適用されるようになってほしい	1
どうしても人手がいない時に、面倒を見てくれる（ボランティア）サークルが近くにあるといい	1
必要となる分の費用等を少し安くしてほしい	1
情報交換の場があると楽しい	1
いろいろな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	1
子どもの医療費無料の年齢を引き上げてほしい。保育園の数をふやしてほしい	1
子どもにかかるお金を市でもっと負担して欲しい、妊娠中にも、家事の手伝いをしてくれる人がいて欲しい	1
こんなこと聞いても大丈夫かな？と思うようなことも、気軽に聞けるような雰囲気がある機会が、たくさんあると嬉しい	1
初めての出産なので、まだよく分からない	1
今のところ特にない	1
未回答	14
（夫・祖母）	人数
特にまだ考えていない	3
双子の経済的支援制度	1
少子化対策に多胎出産へのメリットを加えて欲しい	1
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いたい	1
このようなイベントが他にもあるとよい	1
色々な費用、サービス等の情報が欲しい	1
少子化が進行しているので、行政が少しでも子育てしやすい環境（金銭的）を整えて欲しい	1
未回答	7

以上より、双子のプレママパパ教室は、妊婦とその家族にとって、情報を得るだけではなく、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き、多胎家族が交流することによって、悩みなどの共有を図ることができた。さらに、今後の教室の運営方法や、支援の方向性も明らかになった。

３．プレママパパ教室後のフォローアップ調査

１）調査対象および方法

平成 20 年度の教室に参加した妊婦 4 名に対して、教室参加の約 1～8 週間後に、妊娠期の質問紙調査（2 名）および面接調査（2 名）を行った。

２）調査内容

調査内容は、妊娠期における、親族の発言や支援、望むこと、妊娠中の不安、医療・行政サービスで役に立ったことや今後望むこと等である。

３）倫理的配慮

教室に対する意見の調査と同様、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、本取組みは、本学の研究倫理審査部会での承認を得ている。

４）結果

(1)対象者の概要

対象者の概要は、表 4 の通りである。

表 4. 対象者の概要　（ｎ＝4）

年齢	20 代後半～30 代後半
妊娠週数	23～32 週
妊娠の種類	自然 3 名、不妊治療 1 名
分娩回数	初めて 3 名、4 回目 1 名
家族構成	夫 3 名、夫・子 1 名
里帰り分娩	あり 3 名（産前 16 週～、産後 2～6 ヶ月）なし 1 名
産後の手伝い	あり 3 名（夫、実父母）、なし 1 名
キーパーソン	夫・実父母・子

(2)妊娠期の各質問項目に対する回答

①「双子であるとわかった時の親族からの嬉しかった発言」は、【あった】と全員が回答しており、夫、義母、義父からの発言であった。

②「双子であるとわかった時の親族からの不愉快な発言」は、【あった】と 1 名が回答しており、義母からの発言であった。

③「妊娠中、不安に思ったことはあったか」は、【あった】と全員が回答しており、【妊娠が継続するか】【おなかの張り】であった。

④「親族の発言や援助で良かったこと」は、【あった】と全員が回答しており、【サポート】や【気遣い】であった。

⑤「親族の発言や援助で良くなかったこと」は、【なかった】と全員が回答していた。

⑥「今後の妊娠生活また育児において、親族の援助として望むこと」は、【育児】【家事】【外出時の手伝い】であった。

⑦「医療施設や行政サービス、親族以外の発言や支援で役に立ったこと」は、【あった】と全員が回答しており、【双子のプレママパパ教室】【近所の人からの言葉】【市および病院主催の母親教室】を挙げていた。

⑧「医療施設や行政サービス、親族以外の発言や支援で嫌だと感じたこと」は、1 名が【あった】と回答しており、【双子を育てた人からの発言】を挙げていた。

⑨「あればいいと思う医療サービスや行政サービス」は、【妊婦健診費の無料化】【知識・情報の提供】【チャイルドシートの貸し出し】【サークル活動への参加】であった。

これらの教室後の調査によって、教室だけでの支援に留まらず、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。

４．多胎児を育てる家族のつどいの実施（Ｂ市）

１）開催について

集いは、8 月と 11 月の 2 回実施した。また、年 3 回の開催が予定されており、3 月に 3 回目を開催する。

２）実施内容

集いの始めに全員が自己紹介を行い、その後、フリートークを行った。開催 1 回目は、参加者に「他の方に聞いてみたいこと」「日常利用する、子連れで出かける場所」などの事前調査を行い、これらの情報をもとに、情報交換の場を設けた。

３）スタッフ

スタッフは、Ｂ市保健センター保健師、子育て支援センター（開催場所）の保育士、母子保健推進員および本学教員であった。

４）結果

1 回目は 8 組、2 回目は 3 組の現在育児中の多胎児家族が参加した。

開催 1 回目の事前調査結果について、「他の方に聞いてみたいこと」、「日常利用する、子連れで出かける場所」、「その他」の意見に沿って、情報交換を行ったところ、それぞれの経験談や疑問などの意見が活発に出され、多胎児を育てる家族にとって、大変有意義な機会となっていた。

また、フリートークでは、「日頃困っていることや質問」、「育児中の体験」、「集いや多胎児サークルに対する意見」などが話し合われた。

参加者からは、今回の集いのように、多胎児家族が集まる機会があることは、大変望ましいという意見が聞かれた。多胎児サークルに対する意見として、今後、サークルを作っていきたいという意見もみられた。

Ⅳ．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

A市においては、双子のプレママパパ教室開催にあたり、今年度より、5市が持ち回り制で開催することを決定した。その結果、1回目は、A市以外からの参加者のみであり、その都度、広域で支援する協働体制について話し合い、実施することができた。

B市においては、多胎児家族のニーズが徐々に明らかとなり、改めて多胎児家族および多胎妊婦の支援の必要性を考えることができた。

Ⅴ. 現地側看護職者の受け止めや認識

A市では、様々な視点から意見交換を行い、それぞれの担う役割と連携の大切さについて、再度考えることができた。また、今後も、広域を対象として開催し、定期的に話し合いを設け、検討していく予定である。

B市では、多胎児家族が抱える多くの問題から、今後も定期的な集いの開催が望まれると考え、集いの実施方法や多胎児サークルへの取組みについて検討する予定である。

Ⅵ. 本学教員がかかわったことの意義

看護実践の改善として、A市においては、行政、病院、サークル、本学教員が共に、教室の運営方法や支援の方向性について、話し合いを設けたことによって、対象者のニーズを確認し合い、スタッフ間の連携を有効に図ることができた。

B市においては、本学教員も集いに参加することによって、参加者のニーズを把握し、支援の方向性を考えることができた。また、サークルに向けての準備について、今後も情報提供をし、協働体制を作っていく予定である。

また、大学教育の充実として、共同研究者が所属する施設は、実習施設でもあり、共同研究の試みを学生に紹介するなど、妊娠期から育児期にかけての支援の重要性や、行政と病院の協働について学ぶことができた。

看護職者の生涯学習支援は、保健師にとっては、助産師が行っている具体的な援助方法を知ることができ、助産師にとっては、退院後の支援体制や制度について知ることができた。このように、お互いの専門性を共有することができ、多胎児支援に対する意識が高まった。

Ⅶ. 考察

多胎妊婦とその家族は、様々な支援を必要としており、できる限り不安や疑問を解決、もしくは最小限にし、また、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。

今回、A市における4年間の取組みについて、振り返ったが、行政、病院、サークルの連携も徐々に取れるようになってきており、定着してきた。この教室は、A市のみから始まったが、広域の市で協働し合いながら開催していくという試みは、地域の特色を活かした取組みであると言えよう。今後も、広域で協働し合い、行政、病院とサークルの話し合いによって、より参加者のニーズに沿った教室が継続されることが望まれる。また、教室の開催に留まらず、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をする必要がある。

B市においては、集いの開催は、今年度で 2 年目であり、事業化されてきている。今後、さらに対象者の意見に耳を傾け、ニーズを捉えながら、行政として可能な多胎児支援をしていくことが望まれる。

このように、それぞれの地域の特色を捉え、それに合った支援の方法について、様々な方面から意見を出し合い、話し合っていくことが重要である。

Ⅷ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

１．双子のプレママパパ教室のプログラムは、何に基づいて作成されたのか。

→この教室は、行政・病院・サークル・大学がそれぞれの専門性を発揮して行っている。開催後に参加者から募った意見を次のプログラムにフィードバックしながら行っている。また、妊娠期に必要な支援を考えていく上で、多胎児サークルの母親の声なども参考にしている。

また、妊娠中からの支援が必要であり、サークルがあれば教えて欲しいという結果も出ている。「具体的に何がどう大変か？」ということは、医師の説明だけでは分かりにくく、病院に入院している人は、助産師の支援

を受けられるが、正常な経過の妊婦は地域で支援していく必要がある。

また、多胎妊婦の治療は特定の病院へという集約化が進みつつあること、多胎児サークルにはインターネットによる相談が寄せられること等、社会や生活スタイルの変化によって、今後の支援方法も検討していかなくてはならないと考えている。

専門職や当事者が皆で協働して関わることで、多胎の妊娠、出産、育児をイメージできるように支援している。

２．教室開催後のフォローアップについて、サークルに参加したくないという人や１回参加のみの人への対応はどうしているのか。教室で明らかになったニーズや問題点への改善策についてどのように考えているのか。

→教室後のフォローアップ調査の結果は行政や病院に返している。また、双子のプレママパパ教室という試みは、県内でも初めてであり、ようやく根付いてきたところである。フォローアップ調査でニーズを把握し、継続支援が行われよう、今後検討していく予定である。

保健センターは、妊娠の全数を把握しているので、教室後の現状とどのような支援を必要としているのか、また、サークル活動への参加を希望している対象が、参加しているのか、していないのかを把握することが必要である。

３．育児を行う上で、地域・行政・病院・当事者とのつながりが大切である。どのように最初のつながりを設けることができたのか？

→Ａ市では、現在も活躍している多胎児サークルが、すでに行政と連携していたこと、病院とも良い関係が築けていたということが基盤となっている。当事者をどう育てていくか、自主サークルや母親同士のネットワークをどう位置づけるかが大切である。それぞれが、お互いの立場を尊重しながらどう関わっていくのかについて、考えていかなければならない。

Ｂ市では、当事者がサークルを育てていって欲しいというニーズの基に支援を行っている。

次年度はＡ市以外の地域でも取り組んでいけると良い。また、それぞれの地域で、支援の方法を模索していく必要がある。

文献

1) 財団法人母子衛生研究会：単産-複産（複産の種類）にみた年次別分娩件数及び割合（平成７年～平成 18 年），母子保健の主なる統計，母子保健事業団；58，2007.
2) 前掲 1）57.
3) 佐藤郁夫：双胎妊娠・分娩管理マニュアル，産婦人科の実際別冊；31-33，金原出版株式会社，2005.
4) 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.
5) 藤原由美子，藤原由美，須山由梨子：多胎児をもつ母親の育児に関する産前・産後の悩み事，日本看護学会論文集母性看護，35；137-139，2004.
6) 尾前沙織，谷尚子，安代晋吾，他：双生児を育てる母親の生活実態の検討，藍野学院紀要，19；59-66，2006.
7) 服部律子：双子の母親の育児不安に影響する要因－不妊治療と育児の実態－，母性衛生，48（1）；38-46，2007.
8) 服部律子，布原佳奈，名和文香：地域における行政と育児サークルが協働で行う多胎児支援，岐阜県立看護大学紀要，7(1)；29-35，2006.

中学生における「対人関係プログラム」の作成

阪野きよみ（揖斐川町立谷汲中学校）　日比　薫（垂井町立北中学校）
西田倫子　谷口恵美子　松本訓枝（大学）

Ⅰ．目的

中学校の保健室には、心の健康に関する問題をもつ生徒の来室が絶えない。日本学校保健会(H18）が実施した保健室利用状況に関する調査報告書によると、保健室での相談内容は「友人関係」が増加傾向にあることが明らかになっている。

こうした現状の中にあって、自我確立の時期にある中学生が友だち同士で人と人との関係性を学ぶ機会は、健全な心身の成長に欠かせないと考える。そこで、生徒の友だちとの関わり方の実態について調査し、人と人との関係性を学んだり、友だち同士のつながりを感じる機会や体験を取り入れたりする授業プログラムを作成することを目的とし、子ども達に人と人との関係性を深めるための力を身につけてもらいたいと考えた。

Ⅱ．研究方法

対人関係プログラムを作成するにあたって以下の 2 点について検討した。

１．生徒の対人関係に関する調査

授業プログラムを作成するにあたり、生徒一人一人の対人関係の上の課題を客観的にかつ詳細に把握するために、落合・佐藤[1)]により作成された調査紙を活用した。

１）　尺度の検討

落合・佐藤は、青年期における友だちとのつきあい方と、その発達的変化を明らかにするために尺度を作成した。その尺度は、青年期にある中学生、高校生、大学生が同性の友だちとどのような気持ちで、どのようなつき合い方をしているのかを質問する 35 項目で構成されており、中学生 180 名、高校生 201 名、大学生 198 名にその尺度を用いた調査を実施した。調査データを因子分析したところ、6 つの因子が抽出され、それらの因子は次のように命名されていた。

① 「防衛的」：本音を出さない自己防衛的なつき合い方
② 「全方位的」：誰とでも仲良くしたいというつき合い方
③ 「自己自信」：自分に自信をもって交友する自立したつき合い方
④ 「積極的相互理解」：自己開示し積極的に相互理解しようとするつき合い方
⑤ 「同調」：みんな同じようにしようとするつき合い方
⑥ 「被愛願望」：みんなから好かれることを願っているつき合い方

本研究においては、中学生のみを対象とするため、落合・佐藤の行った学校種別の発達的変化については明らかにすることはできないが、生徒一人一人の友だちのつき合い方の実態を明らかにし、かつ、本研究で開発するプログラムを行うことによる生徒一人一人の友だちとのつき合い方の変化を検討するために、落合・佐藤の尺度を活用することとした。

２）『友だちとのつきあい方に関する実態調査』の実施

①　目的

生徒一人一人が友だちとどのようなつき合い方をしているのかを客観的かつ詳細に把握し、本研究で開発した対人関係のプログラムが生徒にどのような影響を与えるかを検討する。

②　方法

被験者：A中学校 1 年生 67 名（男子 37 名、女子 30 名）、2 年生 63 名（男子 29 名、女子 34 名）、3 年生 69 名（男子 35 名、女子 34 名）、及びB中学校 1 年生 36 名（男子 16 名、女子 20 名）、2 年生 37 名（男子 20 名、女子 7 名）、3 年生 25 名（男子 10 名、女子 15 名）である。

質問紙の内容：落合・佐藤が作成した尺度をもとに質問紙を作成し、被験者に配布した。質問紙は 35 項目からなり、回答法は 5 件法（とてもそう思う　1 点、少しそう思う　2 点、　どちらとも言えない　3 点、あまり思わない　4 点、まったく思わない　5 点）である。

調査手続き：A中学校、B中学校とも 15 分程度の短時間の学級活動の時間に実施し、生徒に本調査は友だちとのつき合い方の実態を調べるために行うこと、その結果は、今後の教育活動に役立てることを説明し、調査協力の同意を得て実施した。

分析手続き：被験者の回答をデータ行列として、

因子分析を行い、共通性を反復推定し主因子法による初期解を求め、固有値の推移を基準にして因子数を決定し、Promax 回転した。

２．授業プログラムの作成

藤田[2)]は、対人関係を形成する上で、自己をよりよく理解し、他者との相互理解を促進し、集団の中で適切な行動をとるために対人コミュニケーションを学ぶ必要があるとしている[1)]。

藤田は、Benjamin.J.C[3)]のコミュニケーションモデル（図 1）を使ってコミュケーションにおける話すこと、聞くことが、送り手と受け手の間でどのような方法で伝達され合うのかを説明している[3)]。それによると、『思考プロセス（認知領域）』『感情（情緒領域）』『行為の能力（身体的行動を含む精神運動領域）』により送り手の考えがメッセージに翻訳（記号化）され、会話の場合だと音声に出した言葉として、文字の場合だと文章になったもの（メッセージ）として相手に届くとされている。

中学生が友だちとうまく関係性が築けないという課題をこのモデルで説明すると、相手に返事をする時にどのように伝えたらたらよいのかわからないといった『思考プロセス』に課題がある場合や相手に対する警戒心や自分を守りたいとする『感情』によって考えがうまくまとまらずに意図したことが伝わらない場合、相手に言葉や文章で考えを伝えるという『行為の能力』が未熟な場合があげられると考えられる。そこで、本研究で作成するプログラムにおいては、『思考プロセス』を整理するために主に認知行動療法を、『感情』をコントロールするために主にエンカウンターやピア・サポートを、『行為の能力』の発達を促すために主にソーシャルスキル教育を参考にしたいと考えた。

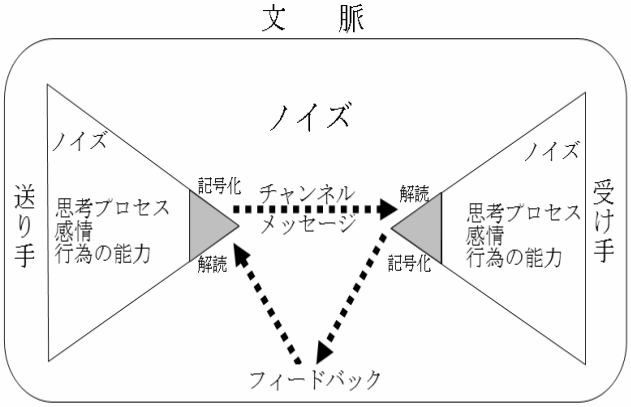


図1　コミュニケーション・モデル（Benjamin.1986,西川訳書,p.5）

Ⅲ．　倫理的配慮

調査票については、生徒に授業の研究のための資料として用いること、生徒の個人名は明らかにせず、個人が特定されないようにすること、結果は、成績には一切関係ないこと、生徒が「同意する」「同意しない」の選択は授業には一切影響しないことを伝え、同意が得られた生徒の結果のみを分析データとした。本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を受けている（平成 20 年 5 月）。

Ⅳ．　結果

１．生徒の対人関係に関する調査

落合・佐藤の分析方法に依拠し、6 因子を最適解として因子分析を行った。得られた因子は、表１に示した。本調査で抽出された 6 因子は、落合・佐藤が行った先行研究に倣って命名した。ただし、落合・佐藤の尺度の項目にあった「友達とわかりあおうとして、傷つきたくない」「誰からも好かれるのは、無理だと思っている」「友達とは、本音で話し合うようにしている」の 3 項目については負荷量が 0.4 以下であったため、どの因子にも属せず質問項目から除外した。また、「みんなと意見が違っても、できるだけ自分の意見を言うようにしている」「少しぐらい傷つくことがあっても、自分のありのままの姿で接したい」「友達に自分を理解してもらえないと自信が持てない」の 3 項目については、負荷量と質問項目の内容から落合と佐藤の先行研究とは異なった因子に属することとなった。「みんなと意見が違っても、できるだけ自分の意見を言うようにしている」は落合・佐藤の研究では第 5 因子（「積極的相互理解」）に属していたが、本研究では第 3 因子（「自己自信」）へ、「少しぐらい傷つくことがあっても、自分のありのままの姿で接したい」は、第 1 因子（「防衛的」）から第 4 因子（「積極的相互理解」）に、「友達に自分を理解してもらえないと自信が持てない」は、第 3 因子（「自己自信」）から第 6 因子（「被愛願望」）に移行した。これらの結果は、落合・佐藤の調査は、中学生に限らず高校生、大学生を対象として行われたのに対し、本調査では中学生のみを対象としていることに起因していると考えられる。そこで、本研究においては、図 2 のようなレーダーにより命名した 6 因子をもとに各生徒のつき合い方の特徴を明ら

表1　友達とのつきあい方因子パターン行列（Promax回転後）

項　　目	F1防衛的	F2全方位的	F3自己自信	F4積極的相互理解	F5同調	F6被愛願望
友達に自分のすべてをさらけ出すのは危険である	0.80	0.02	0.06	0.00	−0.05	−0.08
友達と本音で話すのは避けている	0.79	−0.01	0.09	−0.03	0.06	−0.12
傷つきたくないので、友達には本当の姿を見せられない	0.74	0.02	−0.01	−0.04	0.13	−0.05
友達にはありのままの自分は出せない	0.74	0.02	−0.01	−0.03	0.17	−0.12
みんなとぶつかり合うのは避けている	0.60	0.00	−0.06	0.04	−0.10	0.24
友達とは本音で話さない方が無難だ	0.58	0.01	0.07	−0.05	0.04	−0.08
自信をなくされるくらいなら、友達とかかわらないほうがいい	0.56	−0.11	0.05	0.03	−0.04	0.08
友達には自分の考えていることを全部言う必要はない	0.52	−0.10	−0.01	0.05	−0.18	0.10
友達とは、互いに傷つくような本音での話はしないようにしている	0.51	0.17	0.02	−0.10	0.03	−0.09
どんな友達とも楽しくつきあいたい	0.07	0.88	−0.14	0.10	−0.15	0.06
どんな友達とも仲良しでいたい	0.06	0.88	−0.08	0.07	−0.11	0.06
どんな人ともずっと友達でいたい	0.05	0.85	0.06	−0.05	0.03	0.05
どんな人とも仲良くしようと思う	−0.01	0.81	0.12	−0.07	0.08	0.08
どんな友達とも協調し合いたい	−0.08	0.74	0.07	0.11	0.14	−0.06
いやだなと思っている人とはつきあわないようにしている	0.20	−0.42	−0.01	0.06	0.00	0.17
友達と本音でぶつかり合っても、自信をなくしてしなうことはない	0.00	0.03	0.91	−0.07	0.08	−0.03
友達と意見や考えがくいちがっても自信をなくしたりしない	0.10	0.01	0.86	−0.01	−0.03	0.07
友達と意見が対立しても、自信を無くさないで話し合える	0.00	−0.07	0.69	0.05	−0.16	0.12
友達と意見を交わしあっても、それほどまどわされない	0.12	0.00	0.63	0.16	−0.08	−0.03
友達と本音でぶつかりあっても平気である	−0.19	−0.07	0.47	0.34	−0.01	−0.09
みんなと意見が違っても、できるだけ自分の意見を言うようにしている	0.02	0.10	0.44	−0.04	−0.23	0.14
友達と分かり合おうとして傷ついても仕方がない	0.07	0.00	0.05	0.81	0.06	0.00
友達と本音を言い合うことで、傷ついても仕方がない	0.00	−0.04	0.05	0.81	0.15	−0.06
友達と本当の姿を見せ合うことで、少しくらい傷ついてもかまわない	−0.13	−0.03	−0.03	0.76	−0.02	−0.01
友達とは少しくらい傷ついても本当のことを言い合いたい	−0.12	0.12	0.09	0.57	0.02	0.07
少しぐらい傷つくことがあっても、自分のありのままの姿で接したい	−0.27	0.11	−0.03	0.40	−0.12	−0.05
みんなと違うことはしたくない	0.05	0.00	−0.08	0.00	0.73	0.15
みんなと何でも同じでいたい	−0.06	0.09	−0.11	0.06	0.67	0.11
みんなと意見を合わせようと思う	0.04	−0.06	−0.12	0.08	0.65	0.08
みんなから好かれていたい	−0.07	0.09	0.11	−0.05	0.10	0.81
みんなから愛されていたい	−0.19	0.03	0.13	−0.06	0.23	0.70
友達に自分を理解してもらえないと自信がもてない	0.30	−0.03	−0.14	0.18	0.23	0.41

かにすることとし、質問紙によって得られた結果と、日頃生徒の行動を観察している担任教師の記録とを照合し、生徒のつき合い方の特徴をより具体的な姿で捉えることができるようにした。

本校では、図２のようなレーダーの特徴を持った生徒（Ａさんなど）は３名であり、担任教師の記録では例えばＡさんについては、相手の思いを汲むことが苦手で自分の思いが強く、周りから理解されない言動をとることがある。それにより、仲間から非難されることが度々あると記されていた。

図２をみるとＡさんは「防衛的」が低く、「積極的相互理解」が高い。友だちとは本音を出した付き合いを積極的にしたいと思っているが、本音を出すことによって仲間との間で起こる摩擦にまで気を向けることが苦手ではないかと思われる。自己防衛的となり、友人との間に心理的な距離をおこうとするつきあい方をする中学生の時期においては、Ａさんのようなつきあい方は、仲間から不信感を持たれることもあると思われる。さらに、この時期はちょっとした批判や刺激にも過敏に反応してしまう時期であるため、Ａさんも同様に仲間からの反応を敏感に察知している。さらに、Ａさんは「全方位」「同調」「被愛願望」が平均より高い傾向があり、友だちとの関係で「どんな友だちとも仲良しでいたい」「仲間と同じようにしていきたい」「みんなから好かれていたい」という思いが強く、そのため友だちに不平不満をもつことが多いと考えられる。実際、友だちとの関係が原因で保健室に度々来室したこと

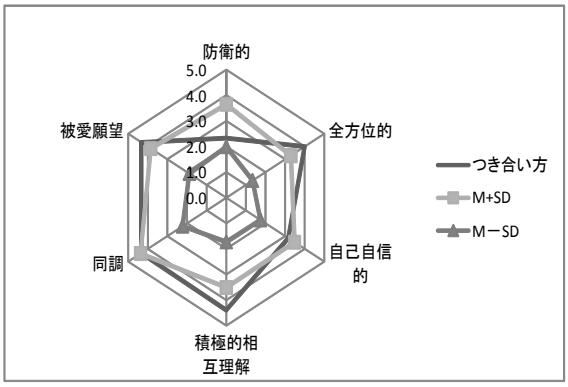


図2　友だちとのつきあい方レーダー（Aさん）

があった。

２．授業プログラムの実際について

学年ごとに、表２のような学年別のプログラムを作成した。具体的には、自分とは何か、他者から見た自分ではなく、自分で自分を作っていくという「自己理解と他者理解」をねらいとした授業や活動と、人と関わるのは悪くない、人とのつながりを体験し、人との関わりのすばらしさを体験するために「人と人との関係づくり」を意図した授業や活動を行った。これら２つの授業や活動は、Benjamin.J.C のコミュニケーションモデルでいう「思考プロセス」と「感情」を意識した実践になる。また、自分の思いを相手に伝えること、会話でのやりとり、聞き方や規範など、社会的スキルの開発を意図した授業や活動は、Benjamin.J.C のコミュニケーションモデルでは、「行為の能力」に該当する。

１）学級活動「トラブルを解決する」

Benjamin.J.C のコミュニケーションモデルの「行為の能力」を高めるための授業を学級活動の中で「トラブルを解決する」と題して実践した。ある学級で、友だちとのトラブルで悩んでいる生徒がいた。その生徒（Ｂさん）は、以下のような感想を書いていた。

Ｂさんなりに自分の今までの友だち関係のあり方と現在の置かれている状況を見つめ、これからの自分はどうしていきたいのかを明確に捉えていた。クラスの中で、このような状況に置かれている生徒については十分配慮し、その生徒の思いをクラスで理解することが授業の意義を高めていくと思われた。そこで、授業後の振り返りとして、Ｂさんやその他の生徒数名の感想などを載せた「たより」を配布した。その後、トラブルの原因となった生徒が、Ｂさんに話しかけている姿がみられ、本実践が何らかの関係性を築くきっかけになったと考える。また、考え方に性差があることや問題の起こる場合は同性の場合が多いということから、男女別のグループでロールプレイを実施した。女子は、どのグループも意欲的に取り組めていたが、男子の一部は、なかなか授業に前向きに取り組めない状況にあった。友だちに関してもあまり考えたことがなく、どうでもよいという考えがアンケートや授業後の感想より読み取られた。そこで、授業では教師がこれらの生徒に対して、意図的に個別支援をしたが、生徒の意欲的な姿勢は見られなかった。

＜Ｂさんの授業後の感想＞
今日の授業で、自分と同じ境遇だったのでとても共感できました。まだ、仲直りはできていないけれど、相手が許してくれるなら、すぐにでも謝って仲直りがしたいです。最初に無視された時に「何で？わけが分らんのやけど」と思ったので、きっと今まで自分が無視してきた人たちはこんな気持ちだったんだなあと思いました。もし、中学校で仲直りができなくても、高校生になってから会うことあるかもしれないので、その時には謝れるようにしたいです。

表２　対人関係プログラム

	自己理解 他者理解	継続的に行う短学活を利用したプログラム	人と人との関係づくり 対人関係	継続的に行う短学活を利用したプログラム	行為の能力
	・自分とは何か、他者から見た自分から自分で自分を作る時期へ。		・人と関わるのは悪くない、人とのつながり、人との関わりの良さ体験		・自分の思いを相手に伝える、会話や、会話でのやり取り、聞き方、規範など。
１年	・お互いをよく知る 「私ってこんな人」「似た者同士」 ◎自己認識（保健） 「自分って何」　自己イメージ 他者イメージ 「自分について知る」コラージュ作り ◇新しい希望　「中学生へ」 ◇個性を磨く　「トマトとメロン」 ◇自己の向上「ベストスマイル」	・私は誰でしょう？ ・あなたとビンゴ ・健康観察の個人化 ・グループによる健康観察の実施	・友だちの良さみつけ 「ひみつのサンタクロース」 ・お互いを認め合う 「二者択一」　異なる特徴・共通した特徴、両方をもっている ◇友情の尊さ　「Ｓさんの笑顔」 ◇友だちの在り方「吾一と京造」 ◇心を開いて　「わたしたちを育てるものは」 ◇心を伝える　「伝えたいを行動に移すこと」	・今日の表情 ・聞いてきいて ・背中合わせと向かいあわせ ・どんな気持ち	・上手に話を聞こう よい聴き方・言葉をかけない聴き方 言葉をかける聴き方 ◎自分の気持ちを伝えよう（保健） コミュニケーションの３つのパターン 自己主張の練習 ◇役割の自覚　「仲のよいグループ」
２年	◇自分を変える　「自分チェック」 ◇切り開く人生　「ウイニングパス」 ◇生きがいを求めて「悲願のりんご」 ◇自己を見つめる　「自分って何だろう」		・お互いを認め合う 「体育大会四面鏡」 行事を通じ仲間に受け入れられる、認められる感覚 ○引っ込み思案の解消 「憧れの人と話そう」 会話の楽しさ・会話の続く聴き方 ○友達の影響　「どうして気になるの」 ◇真の友情　「ライバル」 ◇友への思い　「Dear My Friend」 ◇自他への配慮　「自分・相手・第三者」		・誤解を解する 「受け取り方の違い・コミュニケーションの失敗」 ・誘われた時の断り方 「自己主張のある断り方」 ◇集団生活の意義　「集団行為」
３年	・なりたい自分をはっきりさせる 「自伝を作る・紹介する」 ◇自分らしく　「わたしの生き方」 ◇自分で決めたこと　「私も高校生」		◎人とのつながり 「卒業するあなたへ」 友達のよさを認める、良い友達の特性 友情を育むために自分にできること ◇広い心　「関係ないという言葉」 ◇励ます友情　「あいつとの別れ」		・誘われた時の断り方（保健） 「飲酒・喫煙を勧められたら」 ◎トラブルを解決する 「こんな時 どうする」 ・怒りへの対処 「こんな時 どうする ②」 ◇広い心　「関係ないという言葉」

◇ 道徳　◎ 重点　（保健）保健学習

２）継続的に行う指導「朝の健康観察」

Benjamin.J.C のコミュニケーションモデルの「思考プロセス」「感情」を意図した活動として実践した。健康観察は、毎朝、体調がすぐれない生徒が挙手をしてそれをチェックする活動である。このプログラムでは、それを人と人とのつながりや仲間の温かさを感じるための活動として位置づけ、お互いが顔を見合わせ個別に健康観察をしたり、お互いに脈を図ったりしてお互いの健康について意識した言葉がけなどをすることで、さらに仲間とのつながりが深まることになるのではないかと考え実践した。実際に、お互いの顔を見合って「大丈夫やね」「ちょっと顔が赤いね」と声を掛け合っている姿が見られた。その一言ひとことが仲間同士のつながりになっていくと思われる。しかし、学年が上がると真剣に取り組めない姿があり、今後は記入の仕方や設問の仕方を工夫していくことが課題である。

Ⅴ．今後の課題

今回作成したプログラムは一部実践されたが、すべて実践はされていない。本プログラムを実践することで、生徒が確実に力をつけることができるように、指導方法を工夫したり、改善を加えたりしながら、指導案を作成し実践し学習効果を検証していきたい。

Ⅵ．協働の実際

現地側共同研究者と教員が授業プログラムの内容について何度も検討し、生徒の実態に即した対人関係プログラムに改編していった。また、教員は必要に応じて、調査の統計処理、プログラム作成において助言を行った。

１．実践の方法として改善できたこと

生徒を理解するにあたって、主観的な考えに頼ることが多かったが、先行研究の質問調査票を活用することによって客観的に生徒を理解することができた。さらに、本調査の生徒の個人のデータを担任とともに検討し、その客観的なデータと日頃の様子から生徒の対応の仕方について話し合いを持った。担任と共通理解をして生徒に対応することができ、仲間とのトラブルを解決していこうとする生徒の姿も見られた。

２．現地側の受け止めや認識

学校の中では養護教諭は１人であるため、授業実践も１人で考え実践している現状がある。共同研究で検討することにより、視野が広がり独りよがりの授業から、多角的な視点で授業を構成していくことができるようになった。また、生徒個々のデータも、様々な視点から分析することができた。

３．本学教員がかかわったことの意義

＜養護実践の改善＞

教員からプログラムの根幹を支えるものとしてコミュニケーション理論を根拠とした授業構成をしてはどうかとの示唆をいただいた。それにより、理論に裏付けられた生徒につけたい力を明確にすることができた。

＜大学教育の実践＞

「育成期看護学方法２」の授業では、学校保健領域において養護教諭が子どもの心身の健康課題をどのように把握し、課題解決に向けてどのような取り組みをしているのかを指導している。その指導の教材として、本研究で開発した対人関係プログラムは活用していきたい。

＜養護教諭の生涯学習支援＞

現地共同研究者は中堅の養護教諭であり、これから養護教諭のリーダーとして日々の実践をもとに理論構築を行っていかなければならない。そのためには、子どもの実態を客観的にみること、子ども達の周囲の諸事象を理論的に思考すること等が必要であり、その点で本研究の試みは今後の養護教諭のリーダーを養成する上で意義のあるものであった。

Ⅶ．「共同研究報告と討論の会」での討議内容

１．質疑応答

Q. 調査データから生徒一人ひとりの特徴を分析しているが、各学年やクラスによる特徴についても分析し、指導プログラムに生かすことができるのではないか。また、対象とした学年の特徴として、何かわかったことがあれば教えてほしい。

A. あるクラスではお互いへの思いやりを持っていることが特徴であり、そのクラスの生徒の調査データをみると、「防衛的」と「同調」が高い生徒が多い傾向にあった。この結果から、担任の先生とは自分を出さずに周りをみている

生徒がクラス内で多く、これは中学生の時期に特有のものであり、思春期の特徴ではないかと話している。

A. 私の主観的な判断であるが、コミュニケーションモデルの「思考プロセス」「感情」「行為の能力」において、勤務校の各学年で不足していることを感じる。不足している点を補っていくために、「対人関係プログラム」を開発した。このプログラムは、学校全体での取組としていくために学級活動や道徳の時間にも実践していく内容としている。

A. クラスによる特徴も加味して分析しようと考えたが、今回は時間の都合上、生徒一人ひとりの特徴のみの分析となった。今後、各学年やクラスによる特徴についても分析を行っていきたい。

Q. この質問紙で「自己肯定感」に該当する調査項目はどの部分か？

A. 今回は生徒の友だちとのつきあい方から質問紙を作成し、自己肯定感からは捉えていない。自己肯定感は、6つの因子すべてに関連していると思われる。

Q. 子どもたち一人ひとりの課題から、子どもにどんな力を身につけてほしいのかを、養護教諭が見極めてなければならない。このプログラムでは、子どもに一般的につけてほしい力と保健室で身につけてほしい力との違いがある。保健室で、子どものどんなところを伸ばしていきたいのか？

A. それについては考えている段階にあり、現在実践していることから言えば、例えば、生徒が友だち関係で悩んで保健室に来たときに、それぞれの生徒の調査結果に照らして、養護教諭として何ができるのかを、コミュニケーションモデルの「思考プロセス」「感情」「行為の能力」から多角的に捉えて、子どもに関わっている。保健室において、個々の生徒の課題を一つひとつひも解いている試行の段階である。

Q. 友だちとのつきあい方の実態調査と本プログラムとの関連性は？

A. 子どもたちのことを、これまでは担任の先生の話や家庭環境から主観的に捉えてしまう傾向にあったが、友だちとのつきあい方の実態調査を実施し、その結果からそれぞれの子どもの特徴や課題が客観的に明らかになった。この明らかになった個々の子どもの課題を克服することを目的として、本プログラムを実践していくことができると考えている。

２．意見と感想

養護教諭 A

今回のようなデータがあると、子どもと関わる際に家庭背景などについての主観が入らずに、データにもとづいて子どもたちに対応できるので良いと思います。

養護教諭 B

中学校において、人間関係力を育成していくことをねらいに性教育を実践している。全学年を対象にして、月１回、計４回実践したが、目に見えて良かったと思えるものはなかった。私が子ども達にこういう力をつけてほしいと思って実践しても、子どもに身につけてほしい力が担任教師や保護者との間で食い違うことがある。担任教師や保護者と、子どもに身につけてほしい力について話し合っていきたい。また、健康教育を全教職員とともに、どのようにして実践していくのかについても考えていきたい。

文献

1) 落合良行・佐藤有耕：青年期における友達とのつきあい方の発達的変化,教育心理学研究,第 44 巻；55-65,1996

2) 藤田依久子：コミュニケーションモデル，対人コミュニケーション入門（上）,初版;17-20,ナカニシヤ出版,2007

3)J･B･Benjamin 著　西川一廉　訳：コミュニケーション,第1版　第2刷;3-15,二瓶社,1992

養護教諭の専門性の確立に向けて

西田倫子　松本訓枝　石井康子　泊　祐子（大学）　原　永子（岐阜市立藍川北中学校）

Ⅰ．はじめに

社会の急激な変貌と共に不登校、ひきこもり、心身症の増加など児童生徒の健康課題は多様化し、その対応に養護教諭への期待が高まっている一方で、学校カウンセラーや栄養教諭の誕生などにより養護教諭の学校での健康の専門家というアイデンティティが揺らぐ状況もある。しかし、養護教諭はそのような状況にあっても、養護教諭としての「やりがい」や「生きがい」を頼りにして職務に献身している[1)]。また、大谷[2)]は養護教諭のアイデンティティの揺らぎを危惧しながらも、養護教諭として、どのような時代や、情況にあっても、揺るがない「養護教諭の本質」があることに言及している。「養護教諭の本質」が明らかになった時、養護教諭は、養護教諭としての専門職のアイデンティティを確立し、これから益々複雑になるであろう社会の変貌にも揺るぎない専門性を高めることができると考える。

Ⅱ．研究の目的

岐阜県は明治 38 年全国に先駆けて学校に看護婦を配置した。その目的は、当時流行していたトラホームの校内での治療のためであった。しかし、明治 41 年に岐阜市立京町小学校（現在、岐阜市立岐阜小学校）に公費で配属された学校看護婦広瀬ます氏はトラホームの治療だけでなく児童の保健養護にも力を注いだ。それは、今日の養護教諭の職務に通じるものであり、本県には、そのことを裏付ける史料が山積している。そこで、本県が生んだ養護教諭の先駆者である学校看護婦広瀬ます氏の実践から、今日の養護教諭に引き継がれた“養護教諭の本質”について検討する。

Ⅲ．研究方法

本研究では、“養護教諭の本質”を時代を超えても変わらない養護教諭の信念としてとらえた。養護教諭の前身である学校看護婦広瀬ます氏の実践に関する学習会を開催した後、学習会に参加した現職養護教諭に、(1)広瀬ます氏から引き継がれた信念が何であったか、(2) 自らの職務を支えている信念は何であるのかを中心に質問紙調査を行った。

１．学習会『広瀬ます氏の功績から学ぶ』の開催

日時：平成 20 年 12 月 6 日（土）
場所：岐阜県立看護大学
目的:学校看護婦広瀬ます氏の足跡をたどることにより、養護教諭の専門性を明らかにする。
参加者:岐阜県内の公立学校に勤務する養護教諭 38 名（小学校 16 名、中学校 11 名、高等学校 8 名、盲学校・特別支援学校 3 名）の参加があった。
学習会の内容：学校保健、養護教諭の歴史に関する著書、『学校保健百年史』、『養護教諭職制 50 年史』、『岐阜県教育史』、『京町小学校の歴史』などにより収集した資料をもとに次の事項について事実のみを本研究の研究者 2 名（大学教員 1 名、現場共同研究者 1 名）が講義形式で伝えた。
・学校看護婦広瀬ます氏が誕生した時代の社会背景と学校教育の実際、当時の児童の健康課題について、スライドを用いて説明した。
・広瀬ます氏の執務の実際について、広瀬ます氏が衛生室で執務する姿の写真、当時の教員の集合写真を利用しながら説明した。
・広瀬ます氏の没後に京町小学校 PTA により建立された頌徳碑に刻まれた碑文と、昭和 33 年岐阜市教育委員会が作成した道徳資料『ぎふにすだつ心』を朗読し広瀬ます氏の功績を説明した。
・学校看護婦の時代から養護訓導へ、養護訓導から養護教諭への変遷について、それぞれの時代における養護教諭への期待とそれに応じてきた岐阜県養護教諭の研究組織（小中学校教育研究会養護教諭部会、高等学校学校保健部会養護教諭部会）について説明した。

２．事前調査の実施

学習会に参加申し込みのあった養護教諭に学習会への参加意欲を高める目的で、学習会前に質問紙を郵送し、自らの職務について振り返ってもらった。質問内容は、養護教諭として「喜び」、「つらい」と感じたことをそれぞれ 3 つ以内の自由記述回答を求めた。

Ⅳ．倫理的配慮

質問紙を配布する際には、参加者に本調査の目的を明らかにしたうえで無記名にし、個人が特定されないように配慮することを十分説明した。回答済質問紙の回収をもって本研究への同意とした。本研究は、本学研究倫理審査部会の承諾を受

けた。

Ⅴ．結　果

１．対象者の特性

調査紙を学習会参加者 38 名に配布、その内 30 名から回答があった（回答率　78.9%）。回答者の属性については表 1-表 4 に示すところである。

表1　年齢

年代	人数
20歳代	5
30歳代	10
40歳代	9
50歳代	3
未記入	3

表2　教職経験年数

年数	人数
10年未満	9
20年未満	6
30年未満	9
40年未満	3
未記入	3

表3　所属学校

学校種	人数
小学校	13
中学校	6
高等学校	5
特別支援学校	1
未記入	5

表4　勤務区域

区域	人数
岐阜	7
西濃	7
東濃	2
美濃	6
飛騨	5
未記入	3

２．養護教諭の職務の喜びとつらさ（事前調査）

表5　喜びを感じた時（複数回答）

項　　目	人数（人）
①子どもが成長し、（自立する）姿を見た時	18
②子ども、保護者から感謝された時	13
③子どもの問題行動に改善がみられた時	8
④保健教育の時、生徒の反応が良かったと感じた時	4
⑤養護教諭・保健室の存在価値を感じた時	2
⑥子どもと心が通じた時	2
⑦仕事の成果が出た時（達成感を感じた時）	7
⑧子どもと一緒にいる時	2
⑨教職員が協力してくれた時	4

表6　つらさを感じた時（複数回答）

項　　目	人数（人）
①適切な対応ができなかったなど自分の力のなさを実感した時	11
②教職員・学校医らとの関わりが上手くできなかった時	5
③他の教職員と健康や教育に対する価値観が異なると感じた時	5
④一人勤務で近くに相談相手がいないなど孤独感を感じた時	3
⑤生徒の死に直面した時	3
⑥学校保健に関する取り組みが継続されていかない時	3
⑦最後まで子どもの成長を見届けることができなかった時	2
⑧子どもの問題行動が顕著に現れた時	2
⑨研修する機会が少ないと感じた時	2
⑩前任者と比較された時	2

３．広瀬ます氏から引き継がれた信念（表 7）

広瀬ます氏から引き継がれた養護教諭としての信念や考え方について回答された記述を意味ある文節で区切ると、86 の文節が抽出された。その文節の意味を考えて分類した結果 5 つの項目に分類された。以下では、項目を『　』、記述内容を「　」で示す。

文節の多い順に示すと次の通りである。

第一項目：『人間性・感性・資質』は、「根底にある人に対する深い愛情」「人の痛みを痛みとして感じ取ることができる感性」などであった。

第 2 項目：『保健学習・管理の目的と実践』は、「まず健康とあるように健康を第一に考えて伝染病予防や環境衛生に関することに努める」「健康課題や解決のために子どもの様子をしっかりみること、職務の内容を通してその解決にあたる」などであった。

第 3 項目：『子どもを見る視点』は、「目の前にいる子どもの可能性を信じる」「自分にとっての損得ではなく、その子どもが何を望み、その子どもの限りない将来のために今自分がしてやれる最大限のことをする」などであった。

第 4 項目：『専門職のアイデンティティ』は「はじめての学校看護婦、失敗できないという思い」「学校の中の職務として、しっかり位置づける」などであった。

第 5 項目：『学校・家庭・地域との連携』は「子どもの手当だけで終わるのではなく、担任や保護者も巻き込み皆で健康を守っていく」「情報を発信し地域にそれを広げていく」であった。

表7　広瀬ますから引き継がれた信念　（n=86）

項　目	主な記述内容
①人間性・感性・資質（21）	・最終的にはその人の人間性が大切ではないのかまず先生はそれがある人 ・人の痛みを痛みとして受け取れることができる感性 ・根底に人に対する深い愛情 ・自分がなんとかするんだという強い思いがある方だと感じる ・知識だとかの言葉だけでなく、自ら行動して伝えていくことが大切 ・子ども達に向かう姿勢も骨身もおしまず、献身的にあたられた姿が目に浮かぶ
②保健教育・管理の目的と実践（20）	・「まず健康」とあるように子ども達の健康を第一に考えて伝染病予防や環境衛生に関することに努める ・常に勉強され、こどもたちが健康を保っていくための手だてを考え実行にうつす ・今ある痛みや苦しみを取り除くためには何をすべきか、考え、工夫を凝らし取り組み続け ・全ての子ども達が少しでも、整った環境のもとで健康で安全に学習できるように働きかけ 子どもの健康を守るために（人の苦痛を和らげるために）無心になれる ・今、子どもの健康増進のために、目の前にいる子どもに必要なことを自分で判断し企画、実践していく ・健康課題や解決のために子どもの様子をしっかり見ること、職務の内容を通してその解決にあたる ・症状の手当だけでなく、予防や悪化させないための指導、見届ける
③子どもをみる視点(17)	・目の前にいる子どもの可能性を信じる ・自分にとっての損得ではなく、相手（子ども）が何を望み、その子の限りない将来のために今自分がしてやれる最大限のことをしてやる ・どんなものであるとよりよく子どもたちのために生かすことができるのかアイディアを出し、それもすべて子どもたちの健康のためにだった ・子どもを大切にする
④専門職のアイデンティティ（16）	・はじめての学校看護婦、失敗できないという思い ・学校（教育の場）に養護教諭の必要性を導いた ・学校の中のとして職務として、しっかり位置づけること ・養護教諭という仕事に誇りをもち養護教諭としてありつづけようとした ・草分け時代で、職務内容が際限なく行動され、こうした方の姿から、養護教諭という職種が認められてきたのだろうと思った
⑤学校・家庭・地域との連携（12）	・子どもの心身の健康を支えていくには、子どもの達だけではなく、職員や家族、地域の人々にも訴えていかなくてはいけない ・子どもへの手当で終わるのではなく、担任や保護者も巻き込み皆で健康を守っていく ・問題を持っている子どもだけに関わらず、周囲を巻き込んで解決していくことが大切であるといえる ・健康情報を発信し、地域に広げるという信念 父兄の健康相談までやるような家庭を見据えた援助

４．自らの職務を支えている信念（表 8）

自らの職務を支える信念は、55 の文節が抽出され、表7と同じく5つの項目に分類された。

第 1 項目：『保健教育・管理の目的と実践』は、「子ども達一人一人が自分で自分の健康問題に気づき、予防していくことができるように

する」「健康教育こそが人が生きていく上で最も大切なことであり、学力も含めた人間の力の基礎である」などであった。

第2項目:『子どもをみる視点』は「子は宝、育てたように子どもは育つ」「目の前の子どもの課題はいろいろあるが、学校が楽しいとか自分が好きと思える毎日が過ごせるように支援したい」などであった。

第3項目:『学校・家庭・地域との連携』は、「保健室からの情報を発信し、家庭にも広げる」「周囲に自らの意見を語り、賛同者を増やして実行に結びつけていく」などであった。

第4項目:『専門職のアイデンティティ』は、は「保健室はホッとできる場所であり人との出会いの場所でもあるので人の成長のためには欠かせない」「養護教諭という職名が担っている魅力」などであった。

第5項目:『人間性・感性・資質』は、「私のモットーは元気」「自分の思うようにはなかなかいかなくても、常に前向きに考える」などであった。

表8 自らの職務を支える信念 (n=55)

項目	主な記述内容
①保健教育・管理の目的と実践 (20)	・学校で身につけたことが習慣となり、その子が大人になっても継続するように指導する ・子どもたち一人一人が自分で自分の健康問題に気づき、予防していくことができるよう ・けがや病気をすることも一つの経験として学ぶことができるような子どもとの関わりをしていきたい ・子どもたちに健康に生きる力をつける ・目の前にいる子どもに生涯の健康にかかわる力をどのようにつけることができるかについて考える ・健康(教育)こそ人が生きていく上で最も大切なことであり、学力も含めた人間の力の基礎である
②子どもをみる視点 (16)	・充分に甘えた子が大人になったら自立できる=悪い子は一人もいない ・子は宝、育てたように子どもは育つ ・目の前の子どもの課題はいろいろあるけれど「学校が楽しいとか自分が好き」と思える毎日が過ごせるように支援をする ・来室児童が、どんな小さなことでも話をして訴えたいという気持ちを大切にし、まずは受容する態度が大切 ・その子どもにとって、どんな方法でどんな対応をすることが「一番幸せなのか」を大切にしている。 ・目先のことであれ、遠い先のことであれ、常にその子の幸せを願って関わる ・子どもとの関わりで、時にはつらいと感じることもあるが、それを含めて子どもとの関わりを大切にして、日々仕事を進めていきたいという思いが強い
③学校・家庭・地域との連携 (9)	・子どもの健康実態では、他教師、保護者、地域関係者等どんな立場の方とも手を結ぶことが可能 ・保健室から情報を発信し、家庭にも広げる ・周囲の人に自らの意見を語り、賛同者を増やして実行に結びつけていきたい
④専門職のアイデンティティ (6)	・保健室はホッとできる場所でもあり、自分を整理できる場所でもある。また、人との出会いの場所でもあり、人の成長には欠かせないものである ・「養護教諭」という職名が担っている魅力がある
⑤人間性・感性・資質 (4)	・私のモットーは元気である ・自分の思うようにはなかなかいかなくても、常に前向きにとらえる

Ⅵ. 考 察

信念とは、人間の活動における行動や思考を規定するものと考えられる。今回、現職養護教諭への調査から抽出された『人間性・感性・資質』、『保健教育・管理の目的と実践』、『子どもをみる視点』、『学校・家庭・地域との連携』、『専門職のアイデンティティ』の5つの項目は、まさに、養護教諭の養護活動における行動や思考を規定するものであり、広瀬ます氏の時代を超えても変わらない、養護教諭の本質を構成する信念であると考えられる。

この5項目について記述内容をみると、将来のある子どもために健康な心身の成長を願い(『子どもをみる視点』)、安全を保持しつつ、健康に生きるための教育を行い(『保健教育・管理の目的と実践』)、地域や家庭にも働きかける(『学校・家庭・地域との連携』)養護教諭の姿がある。また、そこには、母親のような深い愛情を抱き、献身的(『人間性・感性・資質』)に学校という組織の中に養護教諭の役割(『専門職のアイデンティティ』)を位置づけようとする養護教諭の姿もある。それは、鈴木らが明らかにした「学校組織において疎外された状況下における養護教諭が、自らのアイデンティティや喜びを児童生徒との関係性に見出し、保健指導などの本来的な職務に加え、新たなカウンセリング的機能や母性的な機能を自らの役割として受け止めている」養護教諭像と一致する[3]。また、事前調査の養護教諭のつらさ(表6)にみられるように、養護教諭は、一人職種である孤立感を抱いているが、子どものために行った働きかけや取り組みが、子どもの健やかな成長や子どもからの感謝の言葉によって自らの職務の役割が評価されることで「やりがい」「生きがい」を感じていると思われる。

高橋[4]は教育という行為は、子どもに対する大人側のあるまなざしに支えられて成立するとし、その「まなざし」は、子どもとは何かという認識と、子どもとはどうあるべきかという期待であり、それらが密接に絡み合っていると言っている。養護教諭は、「子どもには可能性がある」「悪い子どもは一人もいない」といった、子どもを価値ある存在として十分認識し、「心身共に健康でなければならない」「生涯健康に生きていく力を身につけなければならない」といった期待を持って保健教育・管理といった執務にあたっている。それらの養護教諭の思考や行動を規定する根底には、『子どもをみる視点』と『保健教育・管理の目的と実践』という信念が密接に絡み合っていると考えられる。

また、平成20年1月に出された中央審議会答申では、養護教諭が学校保健活動の推進にあたって中核的な役割を果たしていることを明記したうえで、養護教諭は校内の関係者や地域の関係者などと連携をする上でコーディネーターの役割を担う必要があるとしている。このことを踏まえれば、表7・表8にみられる『学校・家庭・地域との連携』に関する項目は、まさに、今日求めら

れている養護教諭を支える信念である。そして、その信念を貫くためには「人が好きである」「自らが健康である」といった『人間性・感性・資質』に関する信念が土台となるであろう。

本研究で明らかになった養護教諭の信念に関する5項目は、広瀬ます氏の頃からの時代を超えてもなお、変わらないものであると思われる。

田澤は、臨床教育学の立場から、養護教諭はスペシャリストではなくジェネラリストであるとしている[5]。確かに、今日の養護教諭はコーディネーター的な役割を担うなど、様々な職務内容を担っている点で田澤の言うようにジェネラリストなのかもしれない。しかし、本研究で明らかになったように、『人間性・感性・資質』、『保健教育・管理の目的と実践』、『子どもをみる視点』、『学校・家庭・地域との連携』、『専門職としてのアイデンティティ』という養護教諭としてのこれらの信念は複合的に絡み合っていると考える。こうした複合的信念が、時代を超えても、状況が変わっても変わらない大谷のいう養護教諭の本質であり、養護教諭の専門職としてのコアを形成しているのではないか。この点については、今後の課題としたい。

Ⅶ. 本共同研究により養護教諭の実践の方法として改善できたこと・変化したこと

大谷は、養護教諭が養護教諭としてのアイデンティティの揺らぎを感じる要因として二つ挙げている。その一つは、保健主事への任用や保健の教科の授業が担当できるとする兼職発令等にみられる養護教諭への社会からの期待の内容に関することであり、また一つは、スクールカウンセラーをはじめ看護師、栄養教諭といった養護教諭に類似する新しい職種が学校に配置されるようになったことである[2]。

平成20年1月に出された中央審議会答申では、養護教諭が学校保健活動の推進にあたって中核的な役割を果たしていることを明記したうえで、養護教諭は校内の関係者や地域の関係者等との連携をする上でコーディネーターの役割を担う必要があるとしている。その状況を、杉村は、このような多様な役割を受け入れるのならば日々の職務は拡大していかざるをえず、それにともなって現場の養護教諭が不安感を増幅し、アイデンティティは拡散し、養護教諭が専門性を見失うのは当然の帰結であるとしている[6]。

こうした現状において、岐阜県教育委員会指導主事、岐阜県小中学校養護教諭部会会長を務めた経験がある現地共同研究者は、現職の養護教諭が年齢や経験年数を問わず養護教諭の専門性を明確化できないでいることに養護教諭の課題があると考えていた。現地共同研究者は、本研究を行うことにより、今までの曖昧に認識していた養護教諭としての存在価値や自らの職務を支えてきた情熱が養護教諭としての複合的な信念に裏付けられたものであることの確信が得られたことに満足している。なぜなら、広瀬ます氏から受け継がれた信念と現在の養護教諭の執務を支えている信念は本研究により普遍性をもち、それらの信念は養護教諭の専門性の確立の根幹を支えるものであることが明らかになったからである。

本研究の成果は、養護教諭の専門性追究の一助となり、これからの養護教諭を対象とする研修のあり方を考える上で大いに役立てていけるものである。

また、昭和11年岐阜市で全国学校看護婦協議会が開催され、「学校衛生婦職制促進連盟」が満場一致で結成され、養護教諭の職制化運動が全国的に展開されたという記録が残されている。それから88年を経て、平成21年8月岐阜市で全国養護教諭研究大会が開催される。先述した養護教諭の専門性についての追究は養護教諭の全体の課題でもある。そこで、養護教諭発祥の地、岐阜県において開催される本大会において、参加者に広瀬ます氏に関する資料をポスターやパネル等で提示し、かつ本研究の結果を報告する予定である。そして、全国の養護教諭に対して本研究で明らかになった養護教諭の本質について公表したいと考えている。

Ⅷ. 現場の養護教諭の受け止めや認識

『広瀬ます氏の功績から学ぶ』学習会には、岐阜県内各地から多くの養護教諭が参加した。参加した養護教諭の学習会後の感想では、本学習会により、今後の職務に対する意欲が喚起されたとするものや養護教諭としての研鑽を積むことの大切さを再認識したとするものなど、多くの意見や感想が寄せられた。また、岐阜県が養護教諭の前身である学校看護婦誕生の地あることを誇りに思う養護教諭も多くみられた。

＜参加者の主な感想＞

・広瀬ます先生のことを詳しく知りたいと思って参加した。とても勉強になり、なかなか広瀬先生のように朝から晩まで人のために働く力が私にはありませんが、そんな思い、気持ちを学ぶよい機会となりました。改めて養護教諭として働く

（働ける）ことに感謝してこの仕事を頑張っていきたいと思います。
・日本最初の学校職員としての「学校看護婦」がどんな思いだったのかなということに想いをはせ、感動しました。ますさんの思いが引き継がれ、今の日本の法律や制度として残っています。私もますさんの信念「子どものためにできることを惜しみなくやる」を受け継ぎ、子どもと関わっていきたい。
・広瀬ますさんの功績が今の私たちの職務につながっていることを改めて感じました。
・広瀬ます先生の『ぎふにすだつ心』に掲載されている内容やその功績に深い感銘を受けました。是非、広瀬ます先生のことを小中高等学校の部会で岐阜県の養護教諭全員に知ってもらいたいです。
・時代の変化により子ども達も変化し、私達養護教諭に求められるものも変化している中で、自己研鑽に努めなければいけないと感じました。
・広瀬ますという人の人生を通じ、岐阜県の養護教諭の歩みを知ることができた。私は先輩方が築き上げてくださった一番よい状態の中で働かせていただいているのだなと思います。後退させないように日々仕事に励みたいと思います。
・学習会に参加させていただいて自分たちの根っこの部分を学ばせていただいた気がします。
・広瀬ます先生が思っていた以上にすばらしい方ということがわかりました。
・養護教諭の原点、子ども達を思う心を振り返りたいと思う。
・こんな会を待っていました。定期的に開催されることを期待します。

Ⅸ．本学（本学教員）がかかわったことの意義

［養護教諭の実践の改善］

養護教諭の専門性については、多くの研究者が独自のやり方で研究をしているが、なかなか結論を導くことはできないでいる。

本研究は、大学教員のアドバイスにより養護教諭の専門性を追究するために養護教諭としての「信念」から明らかにしようとした。そのことは、養護教諭の専門性追究の一助となったと思われる。また、明治 41 年に学校に配属された看護職者、広瀬ます氏の実践を解釈するにあたり、看護職者の立場や職務内容を理解している大学教員の助言は、非常に参考になった。

なお、交通の便からして立地条件のよい本大学において『広瀬ますの功績から学ぶ』学習会を開催したことにより、岐阜県内の各地域の養護教諭が集まることができ、養護教諭同士の交流が深められた。

［大学教育の充実］

本研究で明らかにされた養護教諭の信念について、「養護概説」の授業において養護教諭を志望している学生に提示していきたい。

［養護教諭の生涯学習支援の視点］

本研究において開催された学習会『広瀬ます氏の功績から学ぶ』によって、養護教諭が自らの職務を振り返り、養護教諭としてのアイデンティティ確立に向けて今後も研鑽を積んでいくために必要な活力や勢力の活性化を図ることができたと思われる。また、本研究で明らかにされた知見は、今年岐阜市で開催される全国養護教諭研究大会で公表する予定である。

Ⅹ．共同研究報告と討論の会での討議内容

［テーマ］

養護教諭を支えている信念とは何か、その信念がどのようにして形成されてきたのか

養護教諭 A

広瀬ますさんの実践を学ぶ学習会によって、子どもに関わり続けることの大切さを思い出した。高校生のときに初めて養護教諭の仕事を知り、先生から子どもに関わり続けることの大切さを教わった。その先生から「あなたは自分の力で変わったのだから、私への感謝は、あなたが養護教諭になったときに少しでも生徒達に返していってくれたらそれでいいのよ」と言われた。

養護教諭 B

新規採用のときに差別的な待遇を受け、日直を他の先生の 2 倍担当し、多くの印刷仕事を受け持っていた。あるときに、校内で救急車を呼ぶほど大きなけががあり、私なりの手当てを行った。その後、出張で学校にいないことを知った子ども達から「先生、いなくなるの。不安になるやん。」と言われた。その言葉が養護教諭としての大きな遣り甲斐になった。

結婚して子どもを持ったことによって、すべての子どもが本当にかわいく思えるようになった。子どもが支えとなり、学校に行きたくないことがあっても、学校の子ども達に会いたい一心で学校に行きたくなる。

養護教諭 C

大学生の頃に、ADHD などの発達障害の子ども達と関わるボランティアを経験した。そのときに、子ども達のよさを受け止められるのは養護教諭

であると思った。担任の先生が子どものよさを理解していても、そこには養護教諭とのズレがある。私は養護教諭として、大人への信頼感などを子ども達に持ってもらいたいと思っている。

養護教諭 D

養護教諭の養成課程では養護教諭の信念に関わることを学習したが、学校現場に入ると、その信念が揺らいだ。給与を得ているので、校内で役に立ちたいという思いがまず出てきて、養護教諭としてのアイデンティティが揺らいだ。研修で保健だよりを書いた際に、子どもの実態を書くことができない自分がいて、そのときに、養護教諭としての職務を遂行していなかったことを痛感した。ある先生が「養護教諭は八百屋ではない」と言われたが、この言葉は今で言えば「養護教諭は何でもある、何でも売っているドラッグストアやコンビニエンスストアのような存在ではない」ということだと考えている。

養護教諭 E

養護教諭として、若い頃と今ではこうあるべき、こうあったらというものが変わってきた。小学校に勤務していたときは、「子どもと一緒」に活動することを重視し、目の前の子どもをすぐに変えたいと思っていた。その後、中学校に異動し、中学生は小学生のようにはいかないことを感じた。生徒に関わる場合に一歩引いて、彼/彼女に何をすることができるのかを考え、子どもの成長を見据えた関わりへと変化した。子どもの成長から、養護教諭としての職務について教えてもらっている。

今、養護教諭として、こういう先生になりたいというものを持てるようになった。

養護教諭 F

新規採用されたときの小学校の児童数は 660 名で、命を亡くした子どもにも何もすることができなかった。私はその当時に子どものお見舞いに行ったぐらいで養護教諭としての仕事を何もできなかった。私が出産休暇に入ったときに、後任の養護教諭が亡くなり、幼稚園で講師をしていた先生が後任となった。そのときに、養護教諭の職務が軽く見られていることを感じ、養護教諭の仕事の重要性を訴えたいと思った。長い間、小学校に勤務していたが、現在は中学校に勤務している。子どもの将来に向けて、私がどんなことを言い、子どもにどんな力をつけられるのかを考えている。私は、他の先生から「養護教諭は何をやっとるんだ」と言われたくないし、他の先生には負けたくないので、私が養護教諭として知っている情報を他の先生達にアピールするようにしている。

養護教諭 G

高校生のときに、今で思ったら授業をさぼって保健室へ通う中で、養護の先生が私の話に親身に耳を傾けてくれた。その保健室の先生を目指したいと思い、養護教諭になった。

藤木は、教師の信念が次のような過程で形成されるとしている[7]。

・子どもの頃からの教師に対する理想的なイメージや教師になってからの教師像の構成、再構成の経験

・子ども理解、保護者理解、教師同士の理解といった役割取得の経験

・人間あるいは社会人としての経験から得た人間そのものに対する見方を左右する自己特性との結合の経験

・教育を行っていく上で生じる試案や葛藤（教育的内省）の経験

・教師の内面的作用や思考を活性化しやすくする研究会や研修会といった環境

藤木の論に依拠すると、討論会に参加した養護教諭は、教師像の構成・再構成の経験によって、役割取得の経験、教育的内省の経験や養護教諭としての信念を形成し、それらをもとに、日々子どもと関わっていると考えられる。

文　献

1) 岡東壽隆他：教師の勤務構造とメンタル・ヘルス；106-132, 多賀出版, 1997

2) 大谷尚子：養護教諭の今日的問題に関する、養護教諭の歴史からの一考察, 茨城大学教育学部紀要, 55 号；345-364, 2006

3) 鈴木邦治他：学校経営と養護教諭の職務（Ⅱ）, 広島大学紀要（第一部）, 第 43 号；153-163, 1994

4) 高橋勝：人は教育に何を期待してきたか,「教育と教育観」；79-104, 文教書院, 2002

5) 田澤安弘：養護教諭のアイデンティティと臨床教育学, 北海道教育大学紀要, 第 55 巻；33-247, 2004

6) 杉村直美：養護教諭という職, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要, 第 51 巻, 第 1 号；75-86, 2004

7) 藤木和也：熟達する教師を支える信念の成長, 教育実践の知 1, 授業改善・進歩の教育実践, 2004

赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けての検討

布原佳奈　服部律子　名和文香　武田順子　谷口通英　宮本麻記子　両羽美穂子　坪内美奈（大学）
高田恵美　高田恭宏（高田医院）　河合幸子　永田美紀子（郡上市民病院・産婦人科病棟）

Ⅰ. はじめに

母乳育児をすることの利点として、児にとっては感染防御、アレルギーの予防、SIDS の発症率の低下等があり、母親にとっては産後の子宮復古の促進、乳がん、卵巣がんの罹患率の低下、産後うつ病の減少等があり、また社会的には医療機関への受診、薬、検査、入院の費用が減ることが明らかにされている[1)]。平成 17 年乳幼児栄養調査によると、96%の妊婦が母乳で子どもを育てることを望んでいる[2)]が、実現できているのは 42.4%である。健やか親子 21 においても、“出産後 1 ヶ月時の母乳育児の割合”は、増加傾向になることが目標とされている[3)]が、ベースライン 44.8%に対し中間評価においても 42.4%[4)]であり、さらなる取り組みが求められている。

母子に関わる専門職は、保健師、助産師、看護師、栄養士、保育士、歯科衛生士、産科医、小児科医など多岐にわたり、母親の望む育児を実現させるために互いの専門性を生かした支援がますます求められている。

本研究の目的は、赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けて所属、職種を越えた母乳育児支援のあり方、課題を明らかにすることである。

Ⅱ. 方法

今年度は以下の 2 つの取組をした。

1．A 市における赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けてのワークショップ（以下 WS）
2．本学における母乳育児支援に関わる専門職者のための WS

A 市および本学で開催した WS のグループディスカッションについて同意を得た上で記録し、その内容を分類した。また、本学での WS 後のアンケートについては、口頭および文書で趣旨説明を行い、同意を得た上で、単純集計をした。

倫理的配慮：本研究は本学倫理審査部会での倫理審査の承認を受けている。ディスカッション、アンケートへの協力は自由意思によること、地域、個人が特定されないことを保障し、説明し同意を得た。

協働体制：大学側が調整をしながら WS の企画を担当し、現地看護職は A 市での WS の場所の設定、現状報告、グループディスカッションへの参加、記録の確認を行った。本学における WS では、グループディスカッションへの参加、記録の確認を行った。

Ⅲ. 結果

1. A 市における赤ちゃんにやさしい地域づくりに向けての WS について

1）WS のねらい：A 市の母子に関わる専門職が集い、情報交換を通して育児支援（母乳、離乳、卒乳に関することを中心に）の課題を共有し、赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けて今後のあり方について検討する。

2）開催日時：平成 20 年 10 月 1 日 13 時から 15 時 30 分

3）プログラム：(表 1 参照)

4)参加者について:計 13 名であった(表 2 参照)。

表 1　A 市における WS のプログラム

内容
挨拶・オリエンテーション
参加者の自己紹介
各施設の現状および日頃、感じておられること、特に話し合いたいこと等（各施設 10 分程度）
グループディスカッション
グループ発表
参加者から一言、感想・意見

表 2　A 市における WS の参加者

職種	人数
A 病院の助産師	4 名
A 市の保健師	1 名
A 市の栄養士	1 名
小児科クリニックの医師	1 名
本学教員	
保健師	1 名
助産師	5 名

5）グループディスカッションの内容：課題と支援のあり方は主に以下のようであった。

・母乳育児支援について

⇒母親の気持ち、乳房および授乳の状態、赤ちゃ

んの様子と発育、日常生活、同居家族からの影響など多方面から見ていく。人工乳の補足が医学的に必要な場合は行い、母親が母乳に関して極端にならないように注意する。

・病院では退院後の母子の状態がわからない面がある。

⇒困った時、母親は必ず病院に相談に来るとは限らない。地域や他の病院の声を聞き、ケアにフィードバックしていけるとよい。

・離乳食開始が遅くなることについて

⇒咀嚼、生活リズムへの影響が懸念されるので、6ヶ月間は母乳だけでよいが、それ以降は子どもが興味を示したら開始していく。

・卒乳について

⇒断乳ではなく、卒乳が基本である。栄養面だけでなく、精神面、生活背景など総合的にみていき、個別に対応する。

・妊娠期からの関わりの重要性

⇒ハイリスクの早期発見に努め、外来、病棟、地域へとつなげてフォローしていく。母乳育児に関しては動機づけを行う。

・どの専門職者であっても家庭訪問や乳児健診で要支援者をスクリーニングできる仕組み

⇒マニュアルの作成、エジンバラ産後うつ病のスケール等の活用が考えられる。

・母乳と虫歯について

⇒母乳の前に歯磨きをして歯垢を落としておけば母乳を与えても大丈夫である。

6）A市の強み

・ 公立であるのでA病院と行政のパイプが作りやすい。専門職者が顔見知りになっており、関係性がよい。

・退院後、2週間健診、1ヶ月健診がある。その後に、赤ちゃん訪問がある。切れ間のないフォローができている。母親の経過がよくわかる病院の助産師も家庭訪問に行き、その後は保健師につないでいる。母子管理表がうまく活用できている。

7）参加した看護職者の意見・感想

・母乳育児についてなかなか他職種と話す機会がないのでよい機会だった。

・大学が間に入ってもらえると話しやすい

・WS を続けて互いの価値観や困っていることを共有できるとよい。

・ 保育士や歯科衛生士とも話し合ってみたい。

2. 本学における母乳育児支援に関わる専門職者のための WS について

1）WS のねらい：“赤ちゃんにもお母さんにもやさしい”を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）開催日時：平成 20 年 11 月 27 日（木）13 時から 16 時 30 分

3）プログラム：昨年度の WS 後のアンケートより、開業助産師の熟練したケアについて知りたい、地域における母子保健活動について知りたいとの意見があったため、今年は開業助産師 2 名、ベビーマッサージなどを取り入れたユニークな地域母子保健活動をしておられる海津市の保健師に報告を依頼した（表 3 参照）。

4）参加者：県内の産科施設、保健センター保健所に WS の案内を郵送した。参加者は、計 64 名であった（表 4 参照）。

表 3　本学における WS のプログラム

内容	担当
はじめの挨拶	岐阜県立看護大学 服部律子
本日のオリエンテーション	布原佳奈
“赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域をめざして”地元で活躍する専門職の活動報告	
開業助産師の立場から①	はっとり助産院 院長　服部美幸
開業助産師の立場から②	母子ケアルームしばちゃん 院長　柴田美智子
保健師の立場から	海津市 保健師　堀田美奈
コーヒータイム(情報交換)	
多職種によるグループディスカッション	各グループ
ディスカッションの共有・まとめ おわりのことば	

表 4　本学における WS の参加者

職種	人数
助産師	30 名
看護師	8 名
保健師	7 名
保育士	1名
保健師学生	4 名
助産師学生	6 名
本学教員	
保健師	2 名
助産師	5 名
看護師	1 名

５）ディスカッションの内容

5 グループに分かれて、自由にディスカッションを行った。ディスカッション内容は以下のようにカテゴリー化され、主な内容を示した。

①地域と病院との連携のあり方

・NICU から保健センターにサマリーを送り、退院までにセンターと情報交換を行っている。その後の様子も、センターから送られてきて上手く機能している。

・個人情報保護法の問題もあり、同意がないと保健センターに詳細を伝えられないため、もっと早い時期に家庭訪問ができるようにするべきである。

②赤ちゃんにもお母さんにもやさしい母乳育児に向けて

・母乳育児のアセスメントで乳汁の分泌が不足しているのか、分泌はあるが飲めていないのか、飲めていても体重増加が少ないのかを見ていく必要がある。

・母体搬送が多い施設である。小児科が母乳にこだわらず、生後 6 時間からミルクを与えている。スタッフ自身が母乳にこだわっていないというのが現状であり課題である。

③不要な人工乳補足をする母親への対応

・乳児健診時、母乳のみでいいが、母親から祖父母にミルクを飲まさなくていいことを伝えきれない場合、“体重増加良好、母乳のみで”と母子手帳に書いて、祖父母に見せたりするよう指導する。母親自ら、言えない場合は、保健師から口添えもできることも伝える。

④母乳だけでは難しい母親への対応

・母乳量を重視するスタッフもいるため、スタッフへの教育を行う。量ではなく、直接母乳による母子のふれあいの必要性を説明して精神面でのケアをしている。

⑤NICU での母乳育児支援

・たとえ 10cc でもいいので 5 から 6 回/日の搾乳を続けられるように看護者が母親を支える力となることが大切である。母乳は 10cc でも 10cc の効果があるので長く飲ませれば長く飲ませただけの効果がある。

⑥祖父母への教育・支援

・育児情報のジェネレーションギャップを埋めることも大切である。

・祖父母に子どもを触らせない家庭が増えているが、育児に前向きな祖父母を育て、広げていけばいいのではないか。

・地域の中で母子保健推進委員のような頼りになる近所の人の力を活用できるとよい。

上記以外に、よりよい母乳育児支援のために出された提案は、主に以下のようであった。

・多職種が一緒になって各論的にもっと詳しく母乳育児支援を学べる機会があるとよい。

・医療者同士の連携を密にすることが大切である。

・母親と医療者がつながり、気持ちが一つになることが大切である。

・地域で母乳育児支援のネットワークができたらいいと思っている。

・全例は難しいが、行政を通じて助産師が地域へ出るシステムができるとよい。

６）本学における WS の評価について

WS の終了後に、評価のためにアンケート調査を行った。

①対象：WS 参加者のうち、35 名より回答が得られたが、アンケートの分析・公表について同意が得られた 31 名を分析対象とした。職種は、助産師 19 名、看護師 7 名、保健師 4 名、保育士 1 名であった。

②WS への参加動機：他施設、多職種との交流が多く、表 5 のようであった。

表 5　参加動機について

内容	件数
①母乳育児について知りたかった	15
②保健師による母乳育児支援に興味があった	4
③開業助産師による母乳育児支援に興味があった	12
④ワークショップ形式で学習できる	4
⑤他施設との交流・情報交換	18
⑥他職種との交流・情報交換	16

③活動報告について

開業助産師の報告および、保健師の報告について、95%以上の者が大変参考になった、参考になったと回答していた。活動報告に対する意見・感想については、表 6･7 のとおりであった。

④WS に参加して良かったこと

「地域・保健師の活動について知ることができた」、「助産師・看護師の活動について知ることができた」、「多職種・他施設の考えを聞くことができた」、「連携の大切さを実感できた」、「それぞれにジレンマ・悩みがあることを知った」等、であった（表 8 参照）。

⑤自施設の課題解決に向けての手がかりが得られたか：かなり得られた 2 名、得られた 24 名、あまり得られなかった 1 名、無回答 4 名であった。

⑥WS に対する要望

「グループディスカッションの時間がもっと欲しかった。」「グループディスカッションのテーマがもっと絞り込んであるとよかった」等の意見があった。

表 6　保健師の活動報告についての意見・感想

意見・感想
・同じ市町村保健師で、取り組まれている内容事業について知り、参考になった
・地域とのつながりがあると、母乳育児が大変継続しやすいことが分かった
・保健師の方の活躍の有無によって随分フォロー体制が違うことがわかった
・いかに地域の人を巻き込むのが大切だと理解できた
・行政の取組みの一端がわかった

表 7　助産師の活動報告についての意見・感想

意見・感想
・積極的に母乳に取組んでみえて刺激になった
・地域における助産師の役割を学ぶことができた
・母親への支えを十分に行うという点で大変必要なことだと思った
・どのような思いで、支援しているのかよくわかった
・助産師の立場からの熱意を感じた
・母親の思いを聴き、まずは労をねぎらうことからはじまるということが印象に残った
・自分自身が病院でケアした後、どう地域とつながっていたか分かり、今後の参考になった
・開業助産師さんという心強い味方がいて下さることが分かったことが何よりの収穫だった
・自分が何か役に立てればと思っていた事が、実は自分の方が勉強させられていたとの言葉に共感した
・母児と関わらせてもらうことで、自分自身の成長につながると日頃感じている
・地域でのフォローの実際を知ることができた
・具体的で地域での活動をする大切さが分かった

表 8　WS に参加して良かったこと

内容
地域・保健師の活動について知ることができた：
・保健師の活動の実際を知ることができた
・地域とのつながりを改めて考える機会となりよかった
・地域の情報を知ることができた
・保健師さんのお話から、保健センターでの母親教室も参加型で実践的になってきていることがわかった
助産師・看護師の活動について知ることができた：
・助産師、看護師などが母乳育児に対してどのような取組をしているのか参考になった
・地域で開業している助産師の意見が聞けてよかった
多職種・他施設の考えを聞くことができた：
・助産師さんや保健師さんの立場、考えの違いなどが聞けてよかった
・キャリアを積んだ助産師さん、保健師さんのお話が聞けて勉強になった
・他職種の意見が貴重だった
・他の施設の方の意見や考えを聞く機会があり、もう少し時間があればと思った
・助産院で助産師さんとお母さん方の関わり方、保健師とのつながりについて知り、勉強になった
連携の大切さを実感できた：
・他職種、他施設での現状が分かり、連携していくことの重要性・難しさを実感できた
・ヒューマンネットワークや連携をとっていく事が大切だと思う
・母乳育児支援というテーマで、色々な職種が連携することの大切さの第一歩と感じた
それぞれにジレンマ・悩みがあることを知った：
・産科・小児科・地域など様々な機関での問題があり、みんな悩んでいる中で支援していることを知った
・病院・地域・それぞれの悩みがあることがわかった
・施設・病院でみられる母子の姿、支援の状況やジレンマを知った
その他：
・今後、指導支援に根気良く、医療面の思いを押しつけることなく、すすめていく必要を感じました
・今後の指導に役立てていきたいと思った
・施設の枠をこえた内容になっていると知り、うれしかった
・こういった交流会はとても意義のあるものだと思った

Ⅳ．まとめ

“地域を限定した A 市における WS”と“本学における全県的な WS”において、所属、職種を越えた母乳育児支援のあり方、課題について概ね検討することができたと考えられる。

今後は、看護職以外の専門職にも参加してもらえるよう看護職を通して働きかけたり、各種職能団体にも WS の趣旨を伝えて参加者を募ること、また WS におけるグループディスカッションのテーマを設ける等、話し合いの焦点が明確になるように工夫していく必要がある。

Ⅴ．今年度の評価

１．看護実践の方法として改善できたこと、変化したこと：A 市における WS では、同じ地域で同じ対象に関わる専門職者どうしが日頃、感じていた疑問や課題を出し合って、対応の方針について確認しあうことができた。本学における WS では、評価のためのアンケートによると87%の者が自施設の課題解決に向けての手がかりを得られたと回答しているが、参加者が所属する施設のその後の改善状況までは確認できていない。

２．現地側看護職者の受け止めや認識：A 市における WS については、保育士、歯科衛生士まで対象を広げて継続する方向で考えている。

本学における WS については、母乳と虫歯の関係について歯科衛生士を含めて問題を共有したいという希望がある。また、WS に参加することにより、他施設のスタッフの意識、やる気のある他施設の助産師を知る機会となり、自施設に対する見方が変わり、改善していこうと思えるようになったとの意見があった。

３．本学教員が関わったことの意義

WS には、助産師および保健師である本学の教員が必ず関わるようにして、それぞれの職種の立場、視点、価値観に配慮して、多職種が交流し、意見交換しやすい雰囲気を作り、WS の効果が高まるようにした。前年度の WS のアンケート結果をもとに、母乳育児支援に関わる専門職者の学習ニーズにそった内容、開催時期、方法になるように WS を企画でき、看護職者の生涯学習支援にもつながったと考えられる。教育面での効果としては、本学での WS には保健師学生および助産師学生の参加を促した。正課外ではあるが県内の育児支援の状況、地域と施設の連携の実際について学ぶことができた。

Ⅵ．共同研究報告と討論の会での討議内容

○“授乳前の歯磨きにより、歯垢を落としておけば母乳を与えても大丈夫”ということのエビデンスは何歳でも言えることなのか？

⇒生活習慣として、歯磨きを行うことが大事である。母乳を欲しがって泣いたら飲ませるというのが基本であるが、生活習慣をつけた上で母乳育児を続けるということが大切である。日本母乳の会による『母乳とむし歯を考える』を参考にするとよい。

○NICU に面会に来る母親に尋ねると、“母乳で育てたい”と言う。でも実際は搾乳が維持できていない現状がある。どう支援していくべきか？

⇒地域の開業助産師など、児の入院中から早めに紹介して地域につなげていくことで、母乳分泌量だけではなく、母乳育児への意思も継続していけるのではないか。母乳育児への思いを維持していけるよう支援することが大切である。

○地域での母乳相談の場について

⇒B 市では月に 2 回の乳幼児相談を行っている。訪問の希望があれば（3 ヶ月児まで）個別に助産師による訪問を依頼している。相談内容は、母乳の事というよりは、子どもの体重増加など発育の過程からみた心配事が多い。

○NICU での母乳育児支援について

⇒C 病院で出産された方は、産科のスタッフが早期から搾乳できるように関わっている。診療所から新生児だけ搬送されて NICU 入院となる場合は全てが早期から搾乳できているわけではない。搾乳を続けられるかどうかは、退院してしまうと母親の生活にかかってくる部分が大きい。母親と新生児のつながりのためにも母乳が大切であるということをお伝えするようにしている。

○地域での助産師と保健師の交流する機会について

⇒保健師が妊婦健診に同行した際には関わりがある。B 市でも A 市のような活動ができると良い。

○母乳育児支援の研修について

⇒保健師を対象とした母乳育児に特化した研修は行われていない。保健師個々の意欲によっても知識や情報のレベルが異なる場合もある。地域の保健師には最新のエビデンスなどの情報が入りづらい面がある。保健師、看護師、助産師それぞれの立場からの専門的な支援が必要である。

＜引用文献＞

1)UNICEF/WHO: Breastfeeding Management and Promotion in a Baby-Friendly Hospital an 18-hour course for maternity staff, 1993, 橋本武夫監訳, 日本ラクテーション・コンサルタント協会翻訳, UNICEF/WHO 母乳育児支援ガイド,第 1 版；6-8, 医学

書院, 2003.
2)厚生労働省:平成17年乳幼児栄養調査,2008-10-30,
http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/06/h0629-1.
html
3)厚生労働省:健やか親子21　別表　各課題の取組の
目標（2010年まで), 2008-10-30,
http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/mok
uhyou4.html
4)前掲 2).

精神科における看護

精神科病院における社会復帰に向けた看護実践の取り組み

片岡三佳　井手敬昭　松下光子　米増直美　坪内美奈　北山三津子　大川眞智子（大学）　橋戸智子
清水雅美　蒲佳浩（須田病院）　家田重博　臼田成之　山下かほり　一柳千百合（慈恵中央病院）
纐纈富久　佐合淳　三代沢邦恵（大湫病院）　村岡大志　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　兼松裕子　藤田宗仁　安田佳緒里（のぞみの丘ホスピタル）

Ⅰ．はじめに

本共同研究は、日本の精神保健医療・看護の課題である精神科病床在院患者の社会復帰に向けて、長期在院患者に対する看護実践の検討および長期化防止へ取り組むことを目的に平成 16 年から始まった[1)]。

平成 16 年度は、精神科病院に勤務する看護者が認識している長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践の実際と課題を、大学教員による看護者の聞き取り調査から明らかにした。その結果、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取り組みを定着する必要性が明らかになった。そこで、平成 17 年度は 5 施設が各施設の状況に応じた到達可能な社会復帰に関する課題に取り組み、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。

平成 18 年度からは、2 年間の共同研究で重要性が明らかになった“連携”をキーワードに、各病院の状況に応じて取り組んだ。

5 年目を迎えた平成 20 年度は、これを機会に、大学が中心に運営していた検討会を、病院主体の実行委員会形式にて運営していくことになった。そして、平成 18・19 年度の取り組みから『連携』の重要性を再認識したため、本年度も継続して『連携』をテーマに取り組んだ。

Ⅱ．方法

１．方法

毎年、年度の初めに、5 つの精神科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ている。本年度も 4 月に行い、年間計画と本研究参加の 5 病院から社会復帰に向けた看護実践の取り組み 5 課題の概要が提示された。その後、約 2 ヶ月に 1 回（5 月、7 月、9 月、11 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。

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。また、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送信され、情報の共有を図った。

本年度は、より多くの看護職との意見交換・情報交換の場が必要と考え、県内の全精神科病院に検討会参加への案内状を郵送し、新たに 4 病院（延べ 43 名）の参加があった。

また昨年度同様に、地域や関係機関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や関係機関に検討会への参加を要請した。各職種の参加は、保健師が 3 回（8 名）、精神保健福祉士（以下、PSW とする）が 5 回（延べ 7 名）、訪問看護師が 2 回（延べ 2 名）であった。

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）岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を

得た。

Ⅲ．各施設の取り組み結果

１．A 病院

１）テーマ：援護寮入寮を目指して－他職種との関わり－

２）主な取り組み：双極性感情障害・アルコール依存症の 50 歳代男性の援護寮入寮に向けて取り組んだ。対象者の援護寮入寮に向け、体験外出・外泊を開始した。そのなかで援護寮スタッフと情報交換をするなどの連携を図ることができた。病棟においては、作業療法士との連携、薬の自主管理に伴い薬局との連携が図れた。しかし、体験外出・外泊で問題行動があり、対象者の援護寮入寮への意欲も薄れ、思うように社会復帰ができない事による苛立ちからか精神状態が悪化した。それにより、援護寮入寮への取り組みが中断となった。考察：対象者は何回か体験外出・外泊を繰り返し、そのなかでの問題行動に対しての対処を行ってきたが、対象者にとっては「援護寮入寮」という目標が大きすぎて負担になったのではないかと考えた。

３）今後の課題：病棟生活のなかで、社会復帰に向けて必要と思われる達成可能な目標を、本人と立案して自信をつける必要がある。

２．B 病院

１）テーマ：キーパーソンのいない患者の社会復帰に向けた関わり

２）主な取り組み：キーパーソンのいない患者の退院支援を行うなかで、他職種とのカンファレンス、退院前訪問看護を行った。主な取り組みとして、他職種とのカンファレンスでは、患者の問題点が見え、的確な援助へ繋げることができた。また、退院前訪問看護の後に課題を明確にしたことで、次の訪問看護に活かすこともできた。退院前訪問看護では、独居生活をする上で必要な事を考え、退院後の生活をイメージして、でき得る限りの環境を整えてからの退院が、キーパーソンのいない患者にとっては必要と考えた。

３）今後の課題：今回の取り組みでは、病棟スタッフへの情報提供がうまく行えず、意識の統一を図ることができなかった。今後は病棟内のカンファレンスを定期的に行い、病棟スタッフへの情報提供を行なっていく。

３．C 病院

１）テーマ：カンファレンスの定着と充実

２）主な取り組み：退院促進を図るために、他職種の連携に着眼し、カンファレンスの充実に向けて取り組んだ。取り組む前は看護者間で定期的なカンファレンスが行えていなかったため、患者の情報共有ができていなかったり、統一した看護や対応ができていなかった。そのため、まず、看護者間でのカンファレンスを定期的に行なうことを目標にし、情報を共有したり、問題に対して全員で話し合えるようにした。さらに他職種を含めたカンファレンスを目標とし、患者に対する効果的なアプローチを話し合った。その結果、新たにいろいろな視点から患者の情報を得る事ができ、改めて他職種を含めたカンファレンスの重要性を感じた。また、他職種とカンファレンスを行うには、密な連絡や確実な申し送りが必要であるとわかった。

３）今後の課題：他職種とのカンファレンスは定期的に行うまでに至らなかったため、定期的に開催ができるように取り組む。また看護職間のカンファレンスは、定期的になりつつあるため、引き続き定期的に開催できるように取り組む。

４．D 病院

１）テーマ：精神科療養病棟における地域移行支援の取り組み(第 2 報)－通常業務としての支援を目指して－

２）主な取り組み：地域移行支援を業務として定着させるため「地域移行支援プログラム」を導入したケース検討を行った。主な取り組みとして、各受け持ちグループに 1 名の患者を設定し、担当スタッフが継続してプログラムに沿って支援を行った。また月に 1、2 回の地域移行支援カンファレンスを開催して支援の状況報告やケース検討を行った。

取り組みの区切りとしてスタッフに「ケース検討を行って」の聞き取りを行った。その結果、スタッフは患者の退院支援を意識して関わることができたが、プログラムをうまく使えない一面もあることがわかった。聞き取り調査から「業務中にプログラムを読み、理解することが難しい」「既存の看護計画を使ったほうがわかりやすい」という理由が明らかになった。

３）今後の課題：スタッフの聞き取り結果を参考に使いやすいプログラムに改善していく。

５．E 病院

１）テーマ：特定非営利活動法人(NPO)身元保証支援「きずなの会」を利用して退院した 1 事例

２）主な取り組み：対象は 60 歳代前半の男性で、約 7 年前に入院し、家族とは疎遠になっていたため生活保護を受給している。今まで本人より退院希望があり、保証人の受け入れ確認（子供に手紙

を出したり）を行うが、家人は強く拒否をするため、退院の話がなかなか進まなかった。そのため、市の福祉課職員と 10 数回のミーティングをもった。今回、担当 PSW より身元保証を引き受けるという NPO 法人「きずなの会」の情報を得て利用することとなり、平成 20 年 9 月中旬に契約し、10 月上旬に援護寮へ入寮となった。援護寮入寮後、しばらくは落ち着いて生活をしていたが、2 週間が経過した頃から怠薬などの原因で調子を崩し応急入院となる。入院後徐々に状態が落ち着いてきたため、カンファレンスを行ない、デイケアや授産所の見学後、12 月上旬に援護寮へ入寮となった。

Ⅳ．本年度の共同研究における新たな試み

本共同研究も 5 年目を迎え、これを機会に看護職が中心となった実行委員会を結成することとなった。実行委員会では、検討会の充実および看護職の知識・技術の習得を目的に以下のことを試みた。

１）岐阜県の全精神科病院に対して検討会参加の案内状を郵送し、他施設の参加を募った。

２）岐阜県の精神科地域移行支援事業についての説明会を計画し、岐阜県の精神科病床を有する病院および大学に説明会の案内状を郵送し、参加を募った。

１．実行委員会形式の運営に関して

各病院より実行委員を選出し、実行委員会は 6 回開催された。実行委員会形式により研究会開催の準備や司会・書記、検討会の充実を目指した話し合いなどを行い、看護職が従来以上に主体的に取り組むことができた。

実行委員会形式の運営に関して、共同研究の参加者からは「実行委員会形式で行うことにより現地側看護職がより主体的になりつつある」「“やらされている･･･”といった感じからモチベーションもあがった。」「外部との連絡をとったりすることは大変だったが勉強になった。」「伝達方法でタイムリーにできなかったこともあった。今までは検討会後はすぐに別れていたが、実行委員会形式で行うことにより話し合うことも増え、親密になれたと思う。」「検討会主催時はえらかったけど勉強になった。」など、実行委員会形式での運営を今後も継続する意見であった。

２．参加病院の拡大に関して

他施設の参加は第 1 回の検討会の開催時から呼びかけを行った。第 1 回は 1 施設 3 名、2 回～5 回は 3 施設（10 名）が継続して参加し、延べ 43 名の参加があった。

検討会での参加者が多くなったことから、①参加者全員に検討会開始時の自己紹介と終了時の感想を述べること。②運営上では机やいすの配置、ネームプレート使用などの工夫を行なった。

他施設の参加者からは、「他の病院の事例が学べる」「具体的な取り組みを聞けて自分たちも今後実践してみたい」といった意見が聞かれた。

共同研究のメンバーからは「5 施設以外の施設の方も積極的で、検討会が活発になってきている。」「情報も増え、盛り上がる。」「それぞれの病院の風土や見方があり、その意見を聞くことができて良かった。」「参加施設が増えることは良いことだと思う。参加方法を検討する必要があると思う。」「自施設にとっては近い病院の参加があり、近くの病院の貴重な意見を聞くことができて良かった。」など、参加病院の拡大を望む意見であった。

３．岐阜県の精神科地域移行支援事業についての説明会に関して

最後の検討会(第 5 回)開催時に、岐阜県健康福祉部保健医療課の精神保健担当保健師に岐阜県の地域移行支援の事業についての説明を依頼した。説明会だけの参加者は 6 施設 2 大学 15 名で、共同研究者および他施設の参加者を含めると 12 施設 2 大学 45 名の参加があった。

説明会に参加した感想に関するアンケートを配布した結果、32 名の回答があった。主な感想として、「岐阜県の現状、目標、取り組みが理解できた。」「勉強になった。」「地域移行支援事業に関して理解できた。」「患者様・当事者が生活しやすい事業を期待したい。」などが多かった。なかには、「事業内容を初めて知った。」「長期入院患者様の退院の可能性がでた気がする。」「看護師がもっと積極的に関わっていけるようにしなければいけない。」「保健師さんとの関わりを密にする必要がある。」などの感想があった。

説明会への参加の状況からも精神科看護に携わる看護職の地域生活移行支援への関心は高く、行政に期待する一面が伺われた。また、説明会を行ったことで、地域生活移行支援に対する看護職のモチベーションもあがり、今後の看護実践に活用できる説明会になった。

Ⅴ．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･19 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 5 課題が取り組まれた。その内容は、主治医はもとより、PSW、作業療法士、薬剤師らと連携を図り、キーパーソンや保証人が不在の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 3 題、今年度より取り組む病棟が変わったものの平成 17～19 年度の継続課題として同様にチーム医療、看護者間の連携強化を図るためのカンファレンス充実に向けた検討が 1 題、「地域移行支援プログラム」を導入したケース検討が 1 題であった

今年度の共同研究においては、一見、社会復帰が困難なようにみえる状況にある精神科入院患者に対し、同僚である看護職、医師、PSW の他に、作業療法士、薬剤師、NPO 法人など様々な方面との連携が行われ、取り組まれていた。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、多職種との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体験、知識、センス、スキルが望まれる。

２．今後の課題

１）長期在院患者および長期化防止に向けた看護実践の定着化

岐阜県下においても平成 20 年度から精神障がい者の地域生活移行支援事業が展開されている。精神科看護に携わる者にとっては重要な看護実践であることが認識され、位置づけられつつあると思われる。今後とも実践の定着化に向けて、検討事例での知識の積み重ねとともに、取り組みが上手くいかなかった場合にこそ、学ぶべきことが多く含まれており、貴重な機会として振り返りを丁寧に行なう必要がある。

２）看護職主体の実行委員会形式による運営に向けてのバックアップ

共同研究の参加者からは実行委員会形式での運営は検討会の運営や外部との調整など大変なことも多いが勉強になり主体的に取り組むことができるため継続を希望するものであった。今後も現地側主体の実行委員会形式での運営に向けて、看護管理者および大学など周囲のバックアップをはかっていく必要がある。

３）参加病院の拡大

大学と 5 つの精神科病院で始まった共同研究が、より多くの県下の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へと発展していくことが望まれる。参加病院の拡大に向け、検討会の方法などを検討する必要がある。

Ⅵ．本事業の成果

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

各施設の状況に応じた看護実践が取り組まれ、変化がみられている。新たなプログラムを業務として導入できるようになっていたり、多職種との連携が必要なキーパーソンや保証人が不在の方を取り組む対象にしたりして看護職が連携を展開する範囲が拡大されてきている。また、カンファレンスが行なわれていなかった病棟ではカンファレンスができるようになってきたり、病棟内での改善が見られている。

２．現地側看護職者の受け止めや認識

本事業へ長期的に参加したことで、長期在院患者への社会復帰支援に関する体験、知識が蓄積された。それにより、長期在院患者への社会復帰支援の可能性、多職種との連携の重要性を認識し、看護職が主体的に実践している。

３．本学（本学教員）がかかわったことの意義

看護職は日常の看護のなかでは、自身の看護実践に関して具現化することが少ない。本学がかかわることにより、看護者自身の看護実践を振り返り、具現化する機会となる。それにより、看護の実践知の積み重ねになっている。また、その看護職の取り組みを講義内容に活用することができ、大学教育の充実につながっている。

Ⅶ．共同研究報告と討論の会での討議内容

討議では、自宅退院への現状と課題（工夫点、難しかった点、成功事例等について）を討議したい内容として、他施設の看護師、保健師の参加により行なわれた。

・退院支援プログラムを活用した取り組みを行って、スタッフの意識の向上につながった。今まで看護師は家族と連絡をとってきていなかったため、連絡をとる手段がなく、誰が連絡をとるの？という話になっていた。退院支援プログラムを使った取り組みを行うようになってから看護師が家族へ連絡が取れるようになってきた。しかしこれまで連絡をとってきていなかったために、家族と良好な関係が取れていないのが現状である。家族はできれば患者が自宅に帰ってきてほしくないと考えている場合もあり、連絡をとって連携をしていくことが必要であると感じている。

・入院が長期化してしまうと家族と疎遠になってしまう。家族からの経済的な支援はあっても、退院するとなると協力が得られないことがある。家族がどこまで関わってくれるかが今後の課題になると思う。
・家族とどのような関わりが良いと思うか？
→（地域包括支援センターの看護師）
精神障がい者で単身の方が地域に戻ってくると地域からの苦情が出てくることがある。また、生活保護の方なら市の生活福祉課が担当するが、65 歳以上の方なら介護保険を申請するように言われ、包括支援センターが対応している。その後、市と包括支援センターの間での押し付け合いが始まり、市営住宅も絡んでくるとそことも押し付け合いが出てくる。行政の壁は厚く難しい。民生委員や連合会の間でも温度差があり、支援としては難しい。さらに様々な支援を計画し本人に提示しても、本人が同意しない場合に困ってしまう。
・看護師は法律や施策に弱い部分がある。PSW に法律などについては頼って調整を頼んでしまっている。看護師も法律の学習をしていかなくてはいけない。そのような学習をすることで違った目線で見ていくこともできる。
・PSW が退院の調整を行って、使えるサービスも探してきてくれる現状である。患者にあったサービスであるかどうかを見極めていかなくてはいけない。利用できるサービスを看護師は全て知っているわけではないので、PSW と関わり連携しあいながらサービスについても学習をしていかなくてはいけない。
・ひとつの職種だけではなく、多職種とのカンファレンスを開いて意見を交わすことが重要である。
・（地域の保健師）
患者の退院は病院任せであったが、地域でも家族や地域住民が受け入れる条件を整える活動をしていくことが必要である。地域とのつながりがあるのは精神保健福祉士(PSW)であるが、精神保健福祉士（PSW）では病棟の中での生活のことまではわからない。ケース会議などを開いた時には是非、看護師に参加してきてほしい。
・急性期治療病棟勤務であり、入院患者とその家族とのつながりもあり、面会にも来ている。家庭で生活していながら病気により入院となって、家族も不安な思いを持っている場合もあり、そのような家族と関わるのは難しいところがある。面会時に声をかけて、不安を傾聴したり、安心感を与えられるような関わりをしている。
・どの患者も長期入院になろうとしてなったわけではないため、入院時の初めの家族との関わりが重要になってくる。
・患者のニードにより、援護寮や自宅への退院を希望していたと思うが、患者のニードと現実とのズレがしばしばあると思う。そのずれをどのように調整して来たのか質問したかった。

文献

1）片岡三佳，高橋香織，グレッグ美鈴，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.

精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の成果と課題

片岡三佳　井手敬昭　松下光子　米増直美　坪内美奈　北山三津子　大川眞智子（大学）
橋戸智子（須田病院）　家田重博（慈恵中央病院）　纐纈富久（大湫病院）　村岡大志（岐阜病院）
安藤正枝（のぞみの丘ホスピタル）

Ⅰ．はじめに

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、精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究が平成 16 年から始まった。

平成 16 年度の共同研究では、精神科病院に勤務する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全体での検討会を実施することで、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。そして、平成 20 年度の共同研究では、実行委員会方式で行うこととし、5 つの精神科病院の看護職が自主的に取り組んだ。

この共同研究に参加した精神科病院の 5 年間の取り組みと成果の報告から、精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の成果と課題を検討する。

Ⅱ．精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の概要

毎年、年度の初めに、5 つの精神科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。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 病院からが提示される。その後、約 2 ケ月に 1 回、計 5 回の検討会を実施し、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。

検討会は 1 回につき約 4 時間行い、必要に応じて、共同研究の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の参加者による課題に対する実践の要約を提出してもらった。

また、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。

なお、平成 19 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、平成 20 年度は各病院から実行委員を選出し、実行委員会を中心に検討会を実施した。

Ⅲ．研究方法

１．方法

１）共同研究に参加した 5 つの精神科病院の看護管理者の立場から、5 年間を振り返り、長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践に取り組んで、スタッフの意識がどのように変化たかを 500～600 字程度に記述し、提出してもらった。

２）大学教員が看護管理者に対して、5 年間の共同研究の成果として、各精神科病院の共同研究への参加状況（参加者数、取り組んだ内容）および共同研究に参加した看護師の感想を個別に報告する。そして、看護管理者の立場から感じたこと、看護管理者が考える成果を聞き取った。

２．分析方法

方法１）２）で得た内容から、精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の成果と課題の視点で検討する。

３．倫理的配慮

１）看護管理者が報告する際には、個人や出来事が特定されないように匿名性と守秘の保証に配慮した。

２）大学教員が看護管理者に対して、各精神科病院の共同研究に参加した看護師の感想を報告する際は、個室で個別に行い、個人や出来事が特定

されないように匿名性と守秘の保証に配慮した。

Ⅳ．結果

１．共同研究に参加した病院の各年度の取り組みおよびスタッフの意識の変化

１）Ａ病院

前看護部長より引き継ぎ、平成 18 年度より共同研究に参加している。精神科における長期在院者の社会復帰に向けての看護実践とのテーマで当院でも5年間で7名のスタッフがこの研究に携わってきた。社会的入院は精神科病院では致し方のないことという認識のなかで、この研究に参加したことで「そんなこと可能なんだろうか」という興味を持ち「どういう条件が整えば出来るのだろう」と考え、そして実際に関わってみて「ああ、出来るんだ」という事例を体験することが出来た。精神科病床 7 万床削減という国の方向性に伴い当院でも、援護寮・福祉ホーム・デイケアセンター・地域活動支援センターなどの社会復帰施設も充実し、長期在院者の退院支援はまさにタイムリーなテーマであったと思う。当院では以前からケースワーカーらと退院を勧めていた経緯はあるが、現在では訪問看護部門・居宅介護支援事業所・地域活動支援センター・そして保健所・市町村の担当者など多くの職種が患者を交えて会議を開催し社会復帰を進めていけるようになってきた。今後も一人でも多くの患者に、地域社会で生活することの喜びを感じて頂けるような支援に力を入れていきたいと思う。そのためにもこの共同研究は大変有意義な事であると思う。

２）Ｂ病院

精神科病院における社会復帰に関する共同研究を平成 16 年より取り組んできた。当初実践していくうえでの一番の課題は何かと考えた時、当院では患者の入退院に関しては全て医師中心に展開していた。そこで、患者の入院から退院まで他職種を交え、情報を共有しそれぞれの立場からの援助が行えるような体制が確立できるようになればと考え、最初は、患者の病状が著しく変化する男子閉鎖病棟で試みることにした。担当スタッフ２名を置き、彼らを中心に事前説明して、主治医、作業療法士、精神保健福祉士と連絡を取り、合同カンファレンスができるよう進めていった。

その結果、情報交換することで他職種の患者への関わりも知ることができ、それぞれにより深い患者への理解につながったと思う。病棟スタッフとしてはカンファレンスに対して少し戸惑う傾向にあったが、根気よく行うことで情報の共有と個別性のある看護が展開されることに対し意識付けができてきたように思われる。

平成 20 年度は急性期リハビリ病棟に場所を移し実践中である。ここでの担当スタッフは卒後 4 年と 1 年を選び新しい発想と現場での疑問など自由に表現できる場として活動してもらい 2 年目に向かおうとしているが、この研究で他施設の見学や先生を交えたスタッフ間の意見交換などキャリアアップにつなげていきたい。

３）Ｃ病院

共同研究が始まった平成 16 年度より参加している。長期在院患者をスタッフがどのように捉えているか、慢性期患者の占める割合が多い病棟から選出した。入院期間などの患者情報を調べ、患者への関心が関わる機会が増えることを目的に、病院行事への参加を促し、その結果をもとにスタッフにアンケート調査による意識調査を実施した。その結果から家族アプローチの必要性が明確になり、家族と患者の関わる機会を増やすために、今まで漫然と行っていた代理行為を見直し、縮小することができた。このことが各病棟に広まり、長期在院患者への意識付けができてきた。

また『連携』をキーワードにして取り組んだことにより、医師を含めた他職種を交えたカンファレンスが一部ではあるが定着してきている。今後の展開に期待して行きたい。

検討会を各病院輪番で行ったことは、受身だったスタッフが前向きに取り組むことができ、今年度から実行委員会での運営方式になったことにより、より積極的になったと感じている。また、精神保健福祉士や地域の保健師が加わり、社会資源などの情報を得たことは、病棟看護しか知らなかったスタッフには、退院支援を行う上で看護の幅が広がったと思う。そして、施設見学は地域の特性や規模など、お互いの職場を知ることは良い刺激になった。

長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践は、患者の変化が顕著に見えず時間を要するが、「継続は力なり」ではないが、各病院と連携して取り組み方を検討して行く必要がある。

４）Ｄ病院

平成 16 年度より、岐阜県立看護大学と精神科病院の間で共同研究が始まり、5 年が経過した。その中で、当施設としては長期在院患者の社会復帰に焦点をあて、病棟看護師を共同研究に参加させて行った。また、共同研究の意義を参加者に理解してもらい施設内で牽引していく人材になってもらうために、参加者を複数年にわたり参加さ

せながら、次の参加者へと引き継ぐ形をとってきた。

共同研究開始当初は、参加者から「どうして選ばれたのかわからない」などの意見も聞かれ、施設内での認知も低く単年度での事例提供しかできなかったが、年数を重ねることで、病院全体での取り組みを呼びかけられるようになってきた。また、今年度より、共同研究も実行委員会形式となり、参加者主体での共同研究が運営されるようになった。この運営方式により、参加者の主体性が施設内でも発揮されるようになってきた。

この5年間で、社会復帰支援が大きく変わったとは言えないが、これからも続けていくことで岐阜県内の長期在院患者の社会復帰のあり方が出せると思うので、今後も継続していきたいと思う。

5）E病院

当院は他の施設より1年遅れて、この共同研究に参加した。当院も他の施設同様、長期在院患者の退院（社会復帰）支援が大きな課題となっていた。

共同研究に参加を呼びかけられた時の当院は、退院支援に行き詰りを感じはじめている時であった。それは、平成14年・15年と地域支援関連施設を設置し、ある程度調整のできる患者の退院支援が終わり、調整に多くの課題を抱えた患者が残っていたからである。また、なかなか他の施設との交流がもてないため、共同で活動することは良い刺激になると考え参加することにした。

私は、この取り組みで自施設の現状がどの程度なのかを確認すると共に、参加するスタッフには自分たちで実践していることが全てではないことに気付いてほしいと思った。それは、自分たちの実践の良いところを確認すると同時に、他施設の実践を参考として、さらに活動を強化することであった。

共同研究に参加して、当事者であるスタッフとその周辺はそれなりに目的としたことができてきた。しかし、まだ、病棟全体で、病院全体でその取り組みを共有していくことはできていない。それは、看護部としてそのような環境を十分整備できずにいるといえる。

今後は、この共同研究での気づきや活動の拡大を、一部にとどめるのではなく、看護部全体、さらには、病院全体の活力へと結びつけていく環境を整えることである。

2．看護管理者への大学教員による聞き取り

平成20年1～2月、各精神科病院の看護管理者に対し、各病院の共同研究への参加状況（参加者数、取り組んだ内容）および共同研究に参加した看護師の感想を個別に報告し、看護管理者の立場から感じたことを聞き取った。所要時間は概ね60分前後であった。

1）看護管理者の感想

看護管理者の感想として、思った以上に病棟スタッフの協力が得られていること、病棟スタッフ任せになって共同研究の進捗状況の把握が不十分だったこと、さらなるサポートの必要性を感じたこと、共同研究への参加当初の戸惑いなど、さまざまな感想があった。

2）看護管理者が考える共同研究の成果と課題

〔共同研究に参加することの意義〕として、他施設の看護者との交流や検討会を通した看護者の視野や枠が広がること、看護実践の具現化の場になること、主体的に取り組める場になること、改めて看護者の役割を考えることができること、他の看護者に影響を与えることができること、などがあった。

〔取り組んでいる課題〕として、他職種と連携がとれつつあること、カンファレンスの開催ができつつあること、など課題達成に向けての変化があった。また、課題に取り組み、明らかになったことが、病棟での実践に反映できていないことなどがあった。

〔共同研究の病院内での浸透に向けて〕には、病棟師長へ参加している看護者のサポートをするように声をかけたり、参加者への直接的な声かけをしたり、共同研究の報告を提供することなど、他病棟、病院全体での取り組みに向けた配慮があった。今後は参加していない他の病棟を巻き込んだり、病院全体に浸透していくためのサポートの必要性があった。

〔今後の共同研究の展開〕として、①自施設の展開として、②岐阜県下の精神科病院としての課題があった。

Ⅴ．考察

1．精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の成果

岐阜県内の地域性が異なる各精神科病院がこの5年間、それぞれ長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践に取り組んだ。その結果、共同研究に参加したスタッフは、社会復帰支援には多くの問題があり、困難な状況にあることを改めて認識することができた。しかし、これまでの現状維持の看護では、看護力や患者能力の低下を招き、長期入院を助長させる結果になることに気づくこ

とができ、さまざまな取り組みがなされた。

この５年間の取り組みは、立ち遅れた精神保健医療福祉体系をスタッフ自身が感じ、悩み、はじめて県内各精神科病院が課題を共有して、解決を図った画期的な取り組みだったように思える。

２.精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の課題

長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践は患者の変化が顕著に見えず時間を要するため、定着しづらい要素が多い。この５年間、各病院の状況に合わせて課題を設定し、情報交換することで、患者・家族および看護職や他職種と連携したりして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ことが大切である。そのためにも、共同研究に参加している看護者を支えるために病棟師長のさらなる配慮、参加病棟だけでなく病院全体にも浸透するような配慮が必要である。

精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の課題として、今後の共同研究の展開として、①自施設での展開、②岐阜県下の精神科病院での展開についての課題があった。

Ⅵ. 本事業の成果

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

本テーマは、精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の成果と課題を検討するものである。本事業を通して、すぐに改善はできないが、共同研究の成果を知ることができ、看護管理職の立場から必要な支援を明確にする際の参考資料となり、今後の看護実践の変化に活用できると考える。

２．現地側看護職者の受け止めや認識

本事業により、共同研究に参加した看護職の体験、感想を知る機会になった。共同研究での成果を知り、今後の自施設での看護実践の活用について検討することができる。

３．本学（本学教員）がかかわったことの意義

本学がかかわったことにより、共同研究に参加したスタッフの率直な感想を看護管理者に伝えることができ、多忙な看護管理者にとってスタッフの声を聴く機会になった。それにより、人材育成面に活用できた。

Ⅶ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討議では、この５年間、長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践に取り組んで、スタッフの意識がどのように変化していったかを討議したい内容として、他施設の看護師、保健師の参加により行なわれた。

○共同研究に参加した感想

・今年２年目の参加。共同研究に取り組むようになって、ヘルパーなどの地域での支援があるということを知り、施設ではなく自宅への退院を考えるようになった。また、共同研究で知ったサービスや資源について病棟で伝えるようになった。

・参加して退院支援の方法を教えてもらえた。病棟スタッフにも取り組んでいることを伝えられている。退院できそうな患者に目を向けられるようになった。ただ患者本人の退院したいという動機が進んでいかないのが課題だと思う。

・共同研究に取り掛かる前までは、「この患者はこのままここにいる人なのだ」と思っていて、先のことなど考えていなかった。共同研究に関わって現在は、「この人は退院できるんじゃないか」と思うようになり、関わりをもっていこうと思っている。また関わってみるといい方向に向いていき、成果が見えた。

○スタッフの意識の変化は？

・施設全体としてどのように変化させるかを考えて、この共同研究に取り組んでいた。当院は規模が大きい病院で、多くの部署の看護師に広めたいという思いもあり、２つの病棟から２課題を出したこともあった。しかし検討会の時間の問題もあり、1病棟１課題にするようにした。1 病棟での取り組みでは施設全体には響かないことがあり課題である。スタッフの育成という観点から主体的に動けるようになることも共同研究の成果として捉えられるのでそのように取り組むようにした。今年度から実行委員会形式で行うようになり、個々の学び、スタッフの育成という成果も現れたのではないかと思う。

・今年度は 5 病院のほかに他施設も参加してもらって、地域の保健師の参加もあり、充実した検討会になった。成果が出せてよかったと思う。

・患者の全体を捉えることができるようになった。医師を巻き込んでチーム医療を行っていくことや多職種と連携していくことができるようになってきたと思う。若手のスタッフを共同研究に抜擢し、人間的成長と患者へのケアへ反映させている。多職種との連携についても今後

も進めていきたい。

○本共同研究施設以外の施設からの感想

・当院は比較的長期入院患者が少ない病院であった。急性期治療病棟の立ち上げもあったのでそちらに力を入れていた。2年ほど前から長期在院患者の課題についても取り組み始めて、PSWが中心となってケア会議も開いている。他の共同研究の討議の時間に保健師が「地域のケア会議に看護師も参加してほしい」と言われていたが、本取り組みの中での実情として参加はあったのか、質問したい。

→病院が主となり地域のスタッフを呼んで会議をするという形が多く、その会議には看護師は参加していた。地域からの会議の要請はPSWにはあるようだが、看護にまではあがってきておらず、参加はまだできていない。看護師も参加したケア会議は必要性を感じている。今はPSWとの連携が取れ始めた段階であるので、今後地域と病院の看護師が連携をもてるようにしていきたい。

・（大学教員）長期在院患者の社会復帰に向けた取り組みの共同研究を5年間行ってきた。はじめは共同のあり方の理解ができていなかった。初めは大学から教えてもらうというスタンスであったが、徐々に主体的に取り組み、自身が学んでいこうという姿勢もみられ、5年間で共同のあり方が理解されてきたのではないかと思う。個々のスタッフの意識の向上につながってきたと思うので、今後はこれをどのように広げていくかを考えていかなくてはいけない。

共同研究の“共同”には様々な意味があると思う。共同研究の取り組みが病院から病院全体、共同研究に参加している病院間との共同、さらには地域との共同があり、大学と病院、そして地域への連携をどうとっていくのかを考えていかなければいけない。そのためには各施設の看護部長、課長のご協力が必要だと思うので、ぜひお願いしたい。

参考文献

1）岐阜県立看護大学発行：共同研究事業「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」2004～2008年度活動のまとめ，2007.

表1．共同研究に参加した看護職の人数

	17年度	18年度	19年度	20年度	延べ人数（重複数）
A病院	4	1	2	2	9（2）
B病院	2	2	2	2	8（3）
C病院	2	2	3	3	10（1）
D病院	4	5	4	2	15(4)
E病院	3	9	3	4	19（2）
合計人数	15	19	14	13	57(10)

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　田内香織　森仁実　坪内美奈　米増直美　北山三津子（大学）
村岡大志　森康成　坂本由美　小林芳（社団法人岐阜病院）　奥田啓子（山県市役所）

Ⅰ．はじめに

厚生労働省の「新障害者プラン」等で精神障がい者の退院促進がうたわれ、平成 20 年度診療報酬改訂からも精神障がい者の状態に応じた地域生活への支援策が求められ、ますます精神科訪問看護の必要性が高まっている。

平成 18 年度では過疎地域で生活する非定型精神病を抱える精神障がい者の事例検討を行い、平成 19 年度は適応障害を抱える育児不安および育児放棄をしている母親の事例検討を実施した。

平成 20 年度は入退院を繰り返す男性の精神障がい者の事例検討に加え、地域生活移行支援で重要になるケア会議について学習し実際に行なった。さらに、岐阜県下での精神科訪問看護の現状がわからずネットワークがないことに着目し、岐阜県下の精神科病院での訪問看護の実態を聞き取り、精神科訪問看護の課題を検討した。ここでは実態調査を中心に報告する。

Ⅱ．方法

１．対象

岐阜県下の全精神科病院 14 施設。

２．調査期間

平成 19 年 12 月～20 年 8 月。

３．調査方法

精神科訪問看護の実態に関して、看護部長もしくは主に訪問看護を担当している看護職に構成的面接調査を実施した。調査内容は先行研究を参考に独自に作成し、分析は数値の単純集計を行い、文章は意味内容で類型化した。

４．倫理的配慮

口頭と文書で調査目的・方法、匿名性と守秘の保証、参加や中途拒否の権利などを説明し同意を得た。また、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た。

５．現地側の共同研究への取り組み

面接調査内容の検討、聞き取り、岐阜県における精神科訪問看護の課題の検討を行った。

Ⅲ．結果

１．岐阜県下の精神科病院における訪問看護の実施状況

１）訪問看護の実施の有無

訪問看護を実施していた精神科病院は、14 施設中 9 病院（64%）であった。実施していない 5 病院中、「将来は実施したい」が 1 病院、「実施予定ない」と回答した病院が 4 病院だった。

２）訪問看護の開始時期

訪問看護の開始時期は、平成 8･9 年が 2 病院、平成 11 年が 1 病院、平成 14・15 年が 3 病院、平成 17 年が 2 病院、平成 20 年が 1 病院であった。

３）訪問看護の職種

訪問看護を行っている職種は、看護師と精神保健福祉士（以下、PSW とする）の 2 職種が 6 病院、看護師と PSW と作業療法士の 3 職種が 2 病院、看護師のみの 1 職種の病院が 1 病院であった。

４）訪問看護部署の組織上の位置づけ

訪問看護が組織上に位置づけをされていたのは 4 病院で、そこでは看護職を中心に複数職員の配置があった。

５）看護者の配置状況

訪問看護を行なう専任の看護職員を配置していたのは 4 病院で、外来所属が 3 病院、病棟所属が 1 病院だった。

６）交通費

訪問看護を行なううえでの交通費の負担は、病院負担が 2 病院、利用者負担が 7 病院であった。いずれも全病院が公用車を使用し、訪問者自身が運転を行なっていた。

利用者負担の金額設定は各病院により様々で、各病院の最長距離は概ね 40Km 程度であった。費用は以下の通りである。

表　交通費の詳細

- 「１km＝30 円（上限 1000 円）」
- 「３km＝50 円、5Km＝150 円、10Km＝300 円の組合せ、基本は市内」
- 「～１0km500 円、以降 10Km 毎に 250 円加算」
- 「隣接３市内は無料、30Km 超えると 200 円」
- 「半径 15Km 以内は 200 円、以外は要相談」
- 「片道のみ５Km210 円、10ｋｍ420 円以降 10Km毎に 420 円加算」

7）訪問方法

看護者による単独訪問は3病院、複数名での訪問は5病院であった。複数名での訪問理由は安全、対応の幅が広がることであった。

また、以前は単独訪問であったが、安全面の配慮、診療報酬の点数加算などの理由により複数訪問に変更した病院が2病院あった。

8）訪問件数

訪問看護の件数は月間5～130件で、施設により非常にバラつきがあった。

2．現在の精神科訪問看護に対する思い

1）良かったこと

精神科訪問看護を行なって良かったことには、「あの人は退院できないという先入観が変わった」「そこに行かないと見えない利用者の生活の実際を見ることができ、利用者の抱えている問題を理解することができ、それを利用した関わりを行なうことで、利用者にも病感がでてくる場合があった」「家族が不信と思っていることに対応できる」「訪問に行くことで周囲の人が安心できる」「診察時で述べている家庭での生活状況の実際に知ることができ、違いがあることもあり、それを医師に伝えることができる」などがあり、〈訪問看護師自身の変化〉〈個に合せた対応ができる〉〈利用者の変化〉〈家族の変化〉〈喜んでくれる家族・利用者の存在〉〈訪問に行くことで安心する周囲〉〈外来受診時の活用〉〈社会資源の活用の促進〉に分類できた。

2）困ったこと

精神科訪問看護を行なっていて困ったことには、「異性間で、調子が悪い場合は対応に困る」「単身の利用者で、家族が病状を見ていないため、状態がわるいと思っていても状態の変化を理解してもらえないことがある。家族との連携の困難さがある」「生活支援のために入っているが訪問看護の終わり方がどうなのかと思う」「他の病院の訪問看護を知らない。チームでしないといけないのに、個人同士(患者と自分)になり、自分の看護がこれで良いのかと思う」「複数による訪問看護を行なうと看護観の対立があってまとまらない」などがあり、〈経済面、異性間、単身者、調子が悪い場合の対応〉〈家族の対応〉〈訪問看護の終結の仕方〉〈地域住民との関係〉〈社会資源の不足〉〈看護師自身の不安〉〈連携不足〉〈病院内での教育システムの不足〉〈訪問先の遠さ〉に分類できた。

3．今後の精神科訪問看護への要望

今後の精神科訪問看護への要望には、「利用者のニーズに応じた柔軟な対応が必要」「精神科訪問看護の養成をきちんとして欲しい」「他の精神科訪問看護はどこまで行っているのか、どのようなことを行っているのかを知りたい」「地域活動支援センターなどの働きにより、保健師の目が精神障がい者に関心をもってもらい、今後、関わりが増えることを期待したい」などがあり、〈訪問看護の充実〉〈訪問看護師の養成・学習機会の増加〉〈他施設との情報交換〉〈看護師間との意見交換による援助内容の検討〉〈病院内における訪問看護師の裁量権〉〈地域で生活する人へのサポートの充実〉に分類できた。

Ⅳ．考察

1．岐阜県下の精神科病院での訪問看護の実態

岐阜県下の精神科病院における訪問看護は福祉施策が強化され始めた頃に開始され、複数名による訪問が多かった。実施病院も6割を超えていた。しかし、訪問看護を実施する部署の組織上の位置づけ、専任の看護職の配置状況が実施施設の半数であったことはマンパワーの不足が影響しているものと思われ、訪問者の負担、対象者の生活に密着した支援ができていない可能性があると思われた。また、交通費負担、訪問件数のバラツキがあった。それは、岐阜県の面積は全国 7位、森林面積5位で山と川に囲まれた住居環境によって、訪問看護の受けやすさなどの影響を受けている可能性が示唆された

精神科訪問看護師は自身や利用者、取り巻く周囲の変化を肯定的に受けとめつつ、様々な場面での対応に戸惑い、さらなる訪問看護の充実を求めていた。

2．精神科病院における訪問看護の課題

精神科訪問看護の充実に向けて検討した結果、①訪問看護師のスキルアップ、②精神科病院のシステム不足、③行政による精神障がい者の地域生活に向けたサポートの充実、④大学による看護職のバックアップ、⑤多職種の連携、⑥情報交換の場など課題が明らかになった。

民間病院がほとんどを占める精神科病院での訪問看護では、地域特性、病院の理念などが影響を受ける。交通費、所要時間の負担は利用者、病院ともに重要な課題であり、地方に特化した公的な支援の検討は急務である。

Ⅴ．本事業の成果

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

本事業を通して、事例検討などを継続的に実施したことで精神科訪問看護師の看護実践を振り返ることができ、看護実践に活用できる。

２．現地側看護職者の受け止めや認識

本事業を通して、事例検討などを継続的に実施したことで精神科訪問看護師の役割の重要性を再認識し、地域生活移行支援に向けて看護職に必要な知識や能力を実感することができた。

岐阜県下における精神科病院の訪問看護の実態を知ることができ、訪問看護師自身の抱えている課題の相違を知ることができ、看護者の視野が広がった。

３．本学（本学教員）がかかわったことの意義

本学（本学教員）がかかわったことで、事例検討の場を提供することになり、ケア会議の試みなどを通して、教育的な支援を十分に受けていない訪問看護師のスキルアップの一つの機会になる。それにより、看護の実践知の積み重ねになっている。また、その看護職の取り組みを講義内容に活用することができ、大学教育の充実につながっている。

Ⅵ．共同研究報告と討論の会での討議内容

「共同研究報告と討論の会」での討議では、「精神科訪問看護の充実に向けて、看護者の調整能力の向上と、他職種多職種でフォローしていけるような社会的な基盤が必要である。どう思うか。」を検討内容として、他施設の看護師、保健師の参加により行なわれた。

○質問

・当施設で現在、訪問看護の設立準備中。訪問看護師の配置状況について、専任ではなく兼任という形では、仕事に支障が出るのではないかと思うが、現状はどうか？

→・所属部署は様々あるが、時間と曜日を決めてその中で動いている。たとえば、ある曜日の午前は病棟勤務で、午後からは訪問や、ある曜日は１日訪問など。専任でない場合は、所属部署に対して申し訳ないという思いがあると言われていた。

・病棟所属で現在１人の利用者の訪問をしている。その利用者に対して、病棟看護師２人、PSW1 人の 3 人で週 1 回訪問しているので、支障はそれほどなく行えている。

・ある訪問看護師は１人で何十人の利用者を担当しているので、勤務外でも訪問していることがある。好ましくないこととは思うが、仕方がない理由もある。

・人的問題で専任が置けないという施設があった。病棟所属で何とかやっているということであった。

・当院は訪問看護発足時、専任１人でスタート。利用者数の増加で、スタッフが増員された。午前は病棟勤務で、午後から訪問となり、その後１日訪問に行くことなり、専任となったという経緯がある。

○看護者の調整能力の向上

看護だけでなく福祉の援助も必要な場合がある。患者中心で他職種多職種が関わっていくことがベストであると考えるが、それらの他職種多職種と調整する役割を誰が担うのか、看護師が担ったほうがいいのか？また、看護師のメンタルヘルスという面で、負担を分け合っていくためにも調整していくことが必要と考える。看護師が担うべきなのか。

・病棟所属で１人専任の看護師がいる。50 件/月の訪問をしている。調整能力は必要だとは思うが、PSW と看護師では視点が違い、ずれが生じることがある。同じ利用者へのケアで全く逆のことをしていたケースがあった。そのためにも調整は必要だと思う。訪問担当者で月１回の報告会が行われているが、PSW の人数が多いのでそちらの考えのほうに流れていってしまう。看護師の視点でケアを行っていかなければいけない。

・PSW と看護師では視点の違いがあるが、どちらが主導権を握るかではなく、それぞれの得意の分野で関わっていけばよいと思う。PSW はケアマネジメントの視点からサービスの調整をすることが得意である。看護師は病状に合わせた生活の調整ができる。地域で生活するのは、病院の中の生活とは違うため、その場で見て生活の支援が必要であると思う。それができるのが看護師である。

・看護師は薬の副作用の知識があり、怠薬の理由が副作用のためと理解できるが、PSW は知識が十分ではないため、理解度が違っている。足並みをそろえていかなければいけない。

○他職種多職種でフォローしていけるような社会的な基盤が必要

昨年度の取り組みで、保健師・PSW・子ども相談所・訪問看護師の間で、問題を分担してケアをしていった。どこにつなげていけばよいかがわからなくなった。看護師だけでは支えていけないので社会的な基盤が必要だと思った。行政のスタッフにも病院に近づいてきてもらい、病院も行政に近づいていくので、地域で連携しながら利用者を支えていく体制にしたい。

・PSW が利用者にサービスや支援のことなどについて説明するときには、利用者の理解度などを看護師は知っているので、看護師が間に入って利用者に分かりやすいように説明を加えている。PSW だけの説明では利用者は理解できないことがある。PSW の仕事をとってしまうぐらい看護師が勉強をしていくことが必要だと思う。
・医師が地域の精神保健相談に行った時の話で、相談者は精神障がい者の隣家の人で、そこに精神障がい者が退院して帰ってきてもらっては困るという相談だった。家族にもさらに隣近所の住民にも精神障がい者のことを知ってもらわなければだめである。
・地域の啓蒙活動が必要だと思うが、一病院の看護師がしてもいいものかどうかが分からないことがある。行政に関わってもらってそのような活動をすることがいいのではないかと思う。
・行政と病院は現実として連携が取れていない。電話でもいいので同じ看護職である保健師に言ってもらえるといいと思う。

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）
有馬新路　古川八重子　窪田知弘　吉野久美子　山内美代子（養南病院）

Ⅰ.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”を大切にす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、苦労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かと考え、平成 19 年度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。今年度は前年度に明らかになった看護実践上の課題の解決に向けて取り組み、評価することを目的とし、医療者間の連携の充実を目指して、入院時カンファレンスの充実を図る取り組みを行ったので報告する。

Ⅱ.方法

１．課題の共有と取り組み課題の検討

１）前年度聞き取りを行った結果である「看護実践上の課題」および「望むこと」を個室病棟に勤務する看護師（以下、病棟看護師とする）と共有する。

２）病棟看護師（共同研究者を除く看護師 20 名）にアンケートを行い、何を目的としてカンファレンスを活用したいのかを具体的にし、今年度取り組む課題や方法について話し合う。

２．課題解決に向けた取り組み

上記１．で検討した内容をもとに、現地共同研究者が主体となって課題解決に向けた取り組みを行い、結果を振り返る。

３．倫理的配慮

アンケートに関して、調査の趣旨、方法、協力は自由であり、回答結果は全体として集計・分析するため個人が特定されないこと、プライバシーに関する説明などを明記した文書および無記名の質問紙調査票を配布し、協力を依頼した。調査票の回収をもって協力の受諾とした。

課題の共有のための資料およびアンケートの結果については、個人が特定されないように匿名性を確保し取り扱った。

４．現地側の共同研究への取り組み

課題の共有のための資料について意味の通じる内容となっているかなどの検討を行った。アンケートについては、プレテストの実施および内容の検討を行った。また課題解決に向けた取り組みの実践を主体的に行った。

Ⅲ．結果

１．課題の共有と取り組む課題の検討

１）課題の共有

病棟カンファレンスの時間を利用し、病棟看護師に平成 19 年度に聞き取った「看護実践上の課題」と「望むこと」を大学教員が報告した。表 1 は昨年度の結果である「課題」と「望むこと」を統合させた表で、報告の際に使用した資料の一部である。報告は計 2 回、各 1 時間実施し、のべ 8 名が参加した。報告会の概要と参加した看護師のコメントを表 2 に示す。

報告会終了後、現地共同研究者を中心とした検討により、今年度は昨年度の結果の《医療者間の連携》の充実を目指して、〈看護ケアのためのカンファレンスの充実〉と〈病棟業務に関する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。

表1　個室病棟における看護実践上の課題

カテゴリー	サブカテゴリー
患者への対応	患者にあわせた対応
	看護師の患者に対する偏った対応
	患者と話す時間の増加
	持ち込み品の枠組みの不明確さ
	対応に関する枠組みの統一
	生活の場所の尊重
	不確実なプライバシーの確保
医療者間の連携	医師との連携
	アセスメントの充実
	看護ケアのためのカンファレンスの充実
	病棟業務に関するカンファレンスの充実
	看護師間の協力体制
	医師の役割の充実
看護の向上	教育システムの構築
	看護職員の増員
個室の構造	構造上の観察のしにくさ
	ベッド移動しやすい設備の整備
	効率よく機能的な構造の整備
理想的な個室への要望	観察のしにくさをカバーする設備の充実
	構造上の改善点
	患者にあわせた個室の整備
	患者にあわせた病棟構成
他の個室病棟の情報の共有	他の個室病棟の情報の共有
自己の課題	自己の課題

2）アンケート

病棟看護師 20 名を対象にアンケート用紙を配布し、13 名から回答を得た。その結果、「治療方針がよく分からない」、「入院の目標が明確でない」などの意見があり、それをもとに共同研究者間で検討し、医師を交えた入院時カンファレンスの充実を図る取り組みを実践することとした。

2．課題解決に向けた取り組み

1）カンファレンスを行ううえでの課題と対応

共同研究者との話し合いの中で、カンファレンスを行ううえでの課題が 2 点挙げられた。

①特に入職して間もない看護師は医師にカンファレンスを依頼することが難しい場合があった。医師の多忙さや入院時カンファレンスを開き話し合うことへの認識の低さという医師との協力体制の不十分さや、入職して間もない看護師へのフォロー体制の不十分さによって看護師は依頼できずにいた。

②急性期治療病棟であるがために、カンファレンスの予定を立てていても急な入退院による予定変更があり、計画的な開催ができないことがあった。

そこで①に対しては、医師に協力を依頼する目的で、常勤の全医師、看護部長、病棟看護師長・副師長クラスの看護師、精神保健福祉士などのコメディカルスタッフ、事務職員、栄養課職員などの病院の全職種が集まる経営改善会議の際に、現地共同研究者より必要な場合には患者が入院して早期に入院時カンファレンスを行いたいことを説明し、協力を依頼した。

また、②については、集まることが可能な時間とメンバーで行い、状況にあわせてフレキシブルにカンファレンスが行えるように大学教員よりアドバイスした。

2）カンファレンスの実施

①入院当日、医師と看護師の 2 人で実施し、入院の目的について話し合い共有しあった。退院に至るには家族調整が必要と判断されたため、精神保健福祉士(以下、PSW とする)も交えたカンファレンスを実施する計画を立てた。しかし緊急入院への対応で 2 回計画したが実施できず、本人と家族の意向もあり、急な退院となった。

②担当看護師と医師間で実施し、入院の目的について話し合い共有しあった。退院との調整のために PSW も交えたカンファレンスの実施予定を立てている。

③入院時カンファレンスができないケースにおいては医師の都合を確認し、カンファレンスのできる日時を決定している。必要に応じて、PSW や臨床心理士にも参加を依頼している。

④入院時カンファレンスのみではなく、中間や退院時カンファレンスが必要であると判断された場合は、カンファレンスを医師に依頼している。

表2　課題共有の報告会の概要と参加者のコメント

	参加者		コメント
1回目 （11時～12時）	看護師 共同研究者 大学教員	6名 2名 2名	・個室病棟特有の問題だけではない部分が挙げられている。 ・生活の場所の尊重やプライバシーの確保と持ち込み品の枠組みのバランスが難しい。今後検討をしていかなければいけない。 ・建てられているものは容易に替えられないため、現状のものを生かしてどのように使っていくかを検討していかなくてはいけない。
2回目 （14時～15時）	看護師 共同研究者 大学教員	2名 1名 1名	・入院が立て続けにあるとゆっくり話を聴くことができない。 ・医師と入院受け入れの時間帯について約束をしていたが、守られておらず、医師との連携・調整が必要だ。

３）取り組んでからの変化
①病状に関しては、カンファレンスのような形式ではないインフォーマルな形で、担当看護師やリーダーを介して医師と話し合えた。各看護師も自分の聞きたい入院目的や治療方針を医師に聞けるようになってきた。
②医師が主体的に入院時に患者が入院に至った経緯や入院目的の説明を看護師にしたり、カンファレンスの申し出に対してすぐに手帳を確認し日程を調整するようになった。また、入院患者の病状悪化時に、至急でのカンファレンスの依頼に対して、その日にすぐカンファレンスが出来るように調整してくれた。積極的に話し合いの場をもとうという医師の認識が高まりつつある。
③現在のカンファレンス記録用紙は、使いづらいという意見もあり、退院や退院後の状況予測ができるようにするなど課題が認識された。また、看護上の問題･課題の記入は、入院直後で状況把握ができていない場合に、問題を焦点化することが難しいため記載しにくいとの意見があった。これについては、記載しにくい場合は、問題･課題を明確にするために、カンファレンスの場を活用するということでよいのではないかとの意見もあった。

Ⅳ．考察

１．入院時カンファレンスの充実を図る取り組み

医療者間の連携の充実を目指し、入院時カンファレンスの充実を図る取り組みを行った。

まず、医師にカンファレンスを依頼しにくいことについて、全職種が集まる会議という公の場において医師にカンファレンス開催の協力を依頼したことによって、医師の協力が得られ看護師も依頼しやすくなったと思われる。また医師の話し合いの場をもとうという認識の変化もみられてきており、連携の基盤が整いつつある。

実際にカンファレンスを行ったケースでは、カンファレンスの時間帯やメンバーを状況に合わせて、フレキシブルに対応して開催ができていた。その後継続してカンファレンスを開催することができなかったが、急性期治療病棟であるため緊急の入退院への対応はやむを得ない場合もある。だからこそカンファレンスの形や参加メンバーにこだわり過ぎないあり方が重要になってくると考える。実際に行われていたように、方針確認や情報交換などインフォーマルな形で十分目的を達する場合と、退院困難事例の退院に向けた調整のように多職種で時間をとって検討したい場合など、その目的により形や方法を使い分けていく必要がある。

カンファレンスの記録についても、検討目的により、記載内容や運用方法の見直しをしていく必要がある。

２．今後の課題

医療者間の連携の充実を目指し、入院時カンファレンスの充実を図る取り組みを行い、カンファレンス開催の基盤が整いつつある段階である。そのため医師の協力を得つつ、入院時カンファレンスを継続して行っていくことが必要である。

また、１日の入院者が５人と多数になることもあるため、入院翌日の開催などの固定させた入院時カンファレンスのあり方は継続困難になることが考えられる。よってカンファレンス記録の運用方法も含めて、型にはめない柔軟なカンファレンスの開催方法を考えていかなければならない。

Ⅴ．本事業の成果

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

カンファレンスの依頼をしにくい現状を、経営改善会議の場を使って、医師にカンファレンスの協力依頼を行えたことによって、看護師が医師にカンファレンスの依頼をしやすくなった。また医師の連携に関する認識に変化がみられ、医師と看護師間の情報の共有と話し合いがもてるように変化してきた。

２．現地側看護職者の受け止めや認識

入院時カンファレンスを開催する時間がとれていなかったが、本事業を進めていくなかで、開催ができつつある。必要な看護を行うためにきちんとした形で医師に申し入れをするよう行動できたことが、医師の認識の変化につながっていると実感されていた。

３．本学（本学教員）がかかわったことの意義

大学教員がかかわることによって、共同研究者側の課題を明確にすることができ、大学教員という外からの視点により医師への協力依頼を会議の場を活用するという提案をすることから医師との連携が取れ始めた。そこから、課題解決への基盤を調整し、カンファレンスを開催することができた。

このカンファレンスの課題自体は、必ずしも個室病棟での看護に固有のものではないと思われるが、共同研究としたことをきっかけに県下初の全個室の精神科急性期治療病棟での看護実践上の課題とその取り組みを、県内他施設の看護職に

発信することができた。

Ⅵ.「共同研究報告と討論の会」での討議内容

「共同研究報告と討論の会」での討議では、入院時カンファレンス実施の現状とカンファレンスの記録の有無と活用方法の詳細について、他施設の看護師等の参加により行なわれた。

○入院時カンファレンスの実施について
・A病院：急性期病棟での入院時カンファレンスは、入院後 1～2 日目で必ず行っている（医師の都合により実施時期はずれることもある）。実施時間帯は朝の申し送り前の 15 分程度、参加者は医師、看護師、精神保健福祉士で病棟主導。内容は治療方針と看護師による看護の方向性。調整は病棟師長が行っている。
・B病院：急性期病棟での入院時カンファレンスは、入院後1日目もしくは2･3日目で行っている。参加者は医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士で精神保健福祉士が中心となって調整し、病棟で行っている。
・C病院：入院時カンファレンスは行っていない。新規入院患者様で困るときは医師と話し、スタッフに申し送っている。
・D病院：他職種とのカンファレンスはできつつあるが、入院時カンファレンスは行っていない。
・E病院：入院時カンファレンスは必要な時に実施している。
・F病院：担当看護師と主治医とは話すが、カンファレンスは行っていない。
・G病院：入院期間が予定よりも長くなりそうな場合、医師が独自に家族に説明していることもある。頻回に医師に尋ねたり、受け持ち看護師が主治医に確認をする。家族の受け入れが悪い場合、精神保健福祉士をよんで話し合う。

Q．カンファレンスを行ったり、カンファレンスで看護計画などを発表する際に、看護師の経験年数などにより、カンファレンスの声をかけにくかったり、看護計画の立案が困難であったりしたことはないのか？
→・とくに困ったということを聞いたことはない。
・経験の浅い看護師の場合、困った場合にサポートができるようにサブの看護師がいるので、それを活用している。

○カンファレンス記録用紙について
・A病院：情報の重複は内容によって簡略化している。医師は治療方針、精神保健福祉士は口頭で話す。規定の記録用紙はないが、まとめて残している。
・B病院：所定の記録用紙がある。あとでコメディカルの情報が記入される。
・C病院：話し合いたいことがあると所定のノートに書き、それをみて時間をとって話すことがある。カンファレンスの話し合いは概ね 15 時過ぎに実施している。話したことはまとめて記録にとり、朝の申し送り時に見ておくように申し送りがされる。所定の記録はない。

参考文献

1）井手敬昭，有馬新路，片岡三佳，他：看護師が捉えた精神科個室病棟における看護実践の課題，第 39 回日本看護学会論文集　精神看護；27-29，2009.

精神科病院における認知症高齢者のケアの充実に向けて

渡邉博文　安藤正枝　野村智登美　中村真弓　奥山雅規　加藤里美　河村千里　安藤里美
鈴木幸恵　舟木紳　岩井智代子　塚原稔世　小川貴子　青木朱美（のぞみの丘ホスピタル）
小野幸子　古川直美　坪井桂子　松本葉子　古田さゆり　宇佐美利佳（大学）

Ⅰ．目的

認知症高齢者にみられるBPSD(認知症に伴う心理・行動症状）は、中核症状である記憶・見当識・判断力(認知力)・実行機能などの障害を基盤に、様々な要因によって生ずるとされている。また、これらは認知症高齢者が自分の不快や意思・要望を適切に訴えることできないための回避行動や対処行動であるとも言われている。さらに、その多くは脅威のない環境の確保と適切な対応によって、消腿すると言われている。そのため、BPSDのその人にとっての意味を探求し、その理解に基づいてケアを推測・試行錯誤しつつ安心・安定が得られるケアを見出し、適用できることが求められる。しかし、日々のルーチンのケアをしながらこれらを探究し、適切な援助を見出すことは必ずしも容易なことではない。

当病棟において、異食・徘徊などの BPSD を呈する認知症高齢者A氏に対して、これまで様々な対応を考案・試行してきたが、改善が見られず、対応に苦慮する現状があった。しかし、このA氏の行動の意味とケアの方向性や方法を探究しつつ実践に繋げ、評価を繰り返すケア検討会を通じて、その意味の理解とともに、効果的なケア方法を得ることができた。このことによって異食行動の減少だけでなく、日々生き生きと生活をするA氏を引き出すことができた。

そこで、この取り組みの経過を紹介するとともに、ケア提供者に必要な基本的あり方について考察する。

Ⅱ．事例紹介

A氏、80歳代後半、女性、アルツハイマー型認知症、生活史（概要）は、20歳前半で結婚し、4人の子どもを出産・養育。仕事は、結婚後20年は子育てと家事をしながら農業を営んでいたが、その後、40～60歳頃まで会社に勤務。性格は勝気で好き嫌いが激しかったものの勤勉、かつ神経質な面もあった（家族より)。

入院後、日々の状況は、意思疎通に大きな問題はないものの、異食に加え、徘徊、放尿、暴言、介護拒否などがみられた。ADL は、ほぼ自立していたが、認知症による判断力の低下が顕著で、精神的に不安定な状況であった。

Ⅲ．方法

１．データとその収集方法および分析方法

１）重点観察記録によるA氏の行動の理解と効果的なケア方法の探究：A氏の言動の理解と効果的なケア方法を見出すために重点観察用紙を作成し、異食・徘徊行動などの実態（異食の時間・頻度・種類・前後の出来事および徘徊との関連など)、心身の状態、職員の対応とそれに対するA氏の反応など、詳細な観察に基づく記録の必要性と方法を職員間で周知した。これは、A氏のその日のケア担当者に限らず、何らかの関わりをしたり、観察できたりしたことは、どんなに些細なことでも記録することとして徹底した。そして、その記録のそのままをデータにケア検討会で共有しつつ討議した。

２）ケア検討会における討議内容の中から、探求できた異食行動の意味、看護・介護職員の関わりを含むケアの実施状況とそれ対するA氏の肯定的・否定的反応に着目し、効果的・非効果的と捉えられた職員のケアや対応を抽出する。

３）１)・２）を繰り返し、異食行為の変移と必要かつ効果的ケアを導く。

２．研究期間：2008年6月～11月

３．倫理的配慮

A氏および家族に取り組みの趣旨と診療･看護･介護記録の活用、公表に際して匿名性を維持することを説明し、了解を得た。

Ⅳ．結果

ケアとその結果であるA氏の反応の変移から、本取り組みの経過は3期に分けることができた。

○第１期：重点観察記録による観察・記録の徹底と対応方法統一の時期

A氏の生育・生活歴、現在の病状･状況、実践しているケアの看護･介護記録をデータにケア検討会で報告・共有し、異食に繋がる要因と意味、効果的･非効果的なケア方法を検討した。しかし、これらを探究するには、記録から得られる情報が

不十分で、検討することが困難であることが判明した。そこで、重点観察記録用紙を新たに作成し、24 時間を通して A 氏の表情・行動、職員の対応とこれに対する A 氏の反応を記録できるようにするとともに再度、職員間で徹底し、ケア検討会の資料とした（図 1)。

その結果、以下のことが明らかになった。

＜A 氏のアセスメントとして＞

① A 氏は、日中の大半の時間を徘徊し、その中で、何かを探すような行動がある。

② 徘徊を含む活動量（消費エネルギー）に対して摂取エネルギーが不足しているのではないか、また、食直後に盗食があることから、食事量が不足し、食の満足感が得られていないのではないか。

＜検討された A 氏へのケアとして＞

① 咀嚼・嚥下に問題がないことから、食事形態を粥食から普通食の主食大盛りに変更してみる。

② 何か探すような行動が見られた時に、複数のおやつを示して本人が選択でき、求めるだけの量を提供する。

③ 本取り組み前に実施された認知症高齢者のケアの基本に関する学習会における「認知症患者との関わりをする上での禁止項目」を、職員の目に入り、意識化できるように掲示して徹底する（写真 1）とともに A 氏に脅威･不快感を与えないよう共感的・受容的態度･姿勢で対応する。

④ ①～③よる A 氏の異食行動とともに反応の変化の観察を加えた重点観察･記録を継続する。

⑤ 以上を全職員に周知徹底し、対応方法を統一する。

〇第 2 期：対応の徹底により A 氏に変化が見られ始めた時期

＜A 氏の状態として＞

① 食事形態の変更とおやつの提供により、食直後の盗食はほとんどなくなり、ほぼ毎日あった徘徊・異食行動が減少傾向を示し始めた。

② 重点観察記録から、異食が起床時にも多発していることが判明したため、起床直後にもおやつを提供した。

→異食の減少は見られたものの劇的な変化はみられなかった。

③ 職員全員の対応を徹底したことにより、職員の A 氏との関わりが多くなり、A 氏は職員との対話において、自分の気持ちを自発的に表出するようになった。このことによって、これまで知り得なかった A 氏の様々な情報が得られるようになった。

＜検討された A 氏へのケアとして＞

① 職員の徹底した対応が A 氏に変化をもたらしていることは事実であるため、今後も現在の対応を徹底して継続する。一人でも異なる対応をすると（例えば、掲示物で挙げた禁止項目が守れず、A 氏が脅威を感ずるような体験をすると）ケアの効果は得られにくくなる。そのことを看護・介護職員も理解して徹底しよう。

② A 氏が自分の気持ちを表出した時には、特に真摯に向き合い、十分に気持ちを表出してよいこと、表出してもらえることが私たちにとっては大変助かること、そして表出してくれたことに感謝の言葉を伝えよう。

③ 対応した中で、A 氏の反応に安心・安定が見られた場合、それは適切な対応と捉えられるので、職員が互いに記録を振り返って、それを見出し、自分の対応に適用してみよう。

〇第 3 期：A 氏が求めていたことを発見でき、A 氏の有能性が発揮された時期

＜A 氏の状態として＞

重点観察を継続しつつ、これまでの記録を再度振り返った。その結果、A 氏の徘徊・異食行為が減少したことから、食のニードが満たされていなかったことは事実で、これまでの食のニードへの対応は適切と評価できる。しかし、A 氏の発言として、日々の生活が退屈である」「何か手伝いをしたい」があること、また、A 氏は几帳面な性格で、日中の行動の中に掃除や草むしりをしているような仕草が見られている。

→A 氏に可能な活動として、掃除を取り入れるとともに日中の過ごし方に工夫が必要

＜検討されたケア＞

A 氏の言動から何か A 氏が施設でできること、やってみたいこととして、おそらく入院する前の日常生活の中で行っていたであろう掃除に着目し、午前に掃除を依頼することにした。また、午後は生活の中に楽しみを感じられるよう運動や音楽を中心とした集団 OT への参加を促してみた。具体的には、掃除は職員の大きな助けになることを伝えながら依頼し、終了時には感謝の気持ちを伝えることを徹底した。また、仕事であることを意識できるように、本人用のエプロンを着用してもらった。その結果、異食行動は激減し（図 2)、笑顔で楽しそうな生き生きした表情が多く見られるようになった。

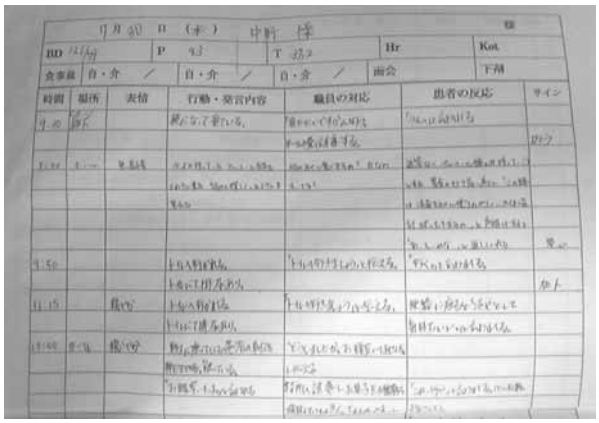


図 1. 重点観察記録の実際

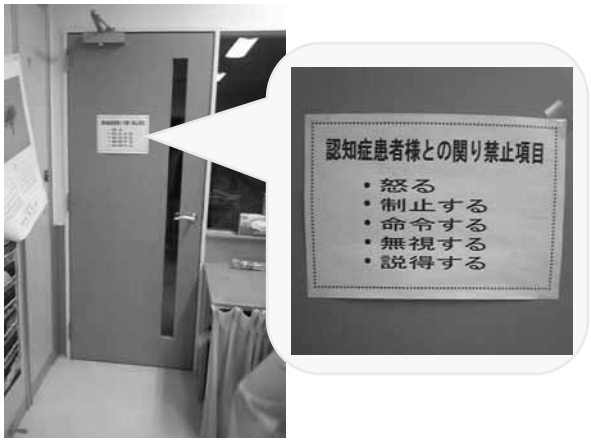


写真 1：掲示した「認知症患者への対応」

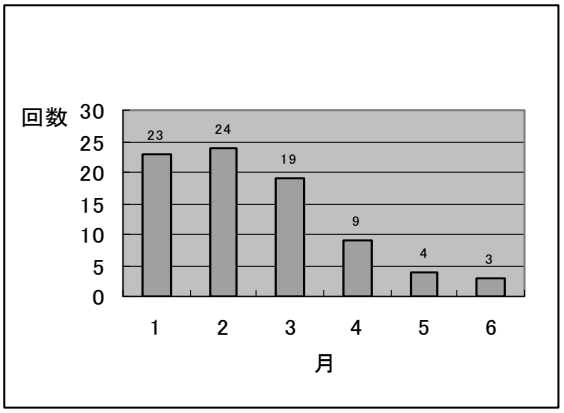


図 2. 異食行動の推移

Ⅴ. 考察

認知症高齢者は、様々な BPSD が生じることがあり、私たちが一見しただけではとても理解できない行動をとることがある。A 氏の場合も徘徊、異食、放尿などの BPSD が出現していた。これらに対して、我々は、いかに減らすか、いかに防ぐかということにとらわれ、何故そのような行動をとるのかという観点、すなわちその言動の意味を探究して、A 氏を理解しようとしていなかった。

今回のケア検討の取り組みを通じて、行動の意味を捉える必要性と重要性を再確認でき、そのためには、その人をよく知ることが重要であること、即ち、入院前の日常的な生活で何を行ってきた人なのか、何を大切に生きてきたのか、どの様な性格であったのか、また、入院後の生活をどのように感じ・思っているのか等々など、様々な情報を収集し、分析･統合することにより理解に迫っていくことが、行動の中にある意味を見出すことができることを学ぶことができた。当初、日々の日常生活への援助や様々なリスクを持つ患者が多く、それらへの対応を実践しながら、A 氏の重点観察記録をしていくことが可能だろうかと捉えられた。しかし、これまで対応に苦慮していた A 氏であり、A 氏自身も苦痛な状態であると受け止め、重点観察記録を徹底して情報を積み重ねることにより、異食行動の意味を理解し、ケアの方向性･方法を見い出すことを職員間で掲げ、互いに支持しあいつつ進めた。その結果、A 氏の異食・徘徊行動の意味は、食のニードが満たされていなかったこと、日々の生活が退屈であったことと捉えることができた。そして、これらは普段の何気ない A 氏の言動の中にこそ重要な情報があり、それを見逃さない看護・介護職の力が重要であると捉えることができた。

また、認知症高齢者との関わりの中で、その人が安心感や心地よさを得られるような対応を、関わる人すべてが徹底する必要があることも実感できた。即ち、脅威や恐怖感を与える対応は、患者にとって不快な感情として残り、不安やストレスを増大させ、BPSD を増悪・増大させるだけでなく、信頼関係の構築の妨げとなり、悪循環に繋がるということである。職員全員が共感的・受容態度・姿勢で A 氏に関わっていくことで、A 氏は次第に自ら職員に関わるようになり、またこれまでにはなかった自分の気持ち表出するようになった。そして、このようにして得られた A 氏の気持ちから A 氏が求めていたことを見出すことができ、それをケアに反映することができたからこそ、今回の異食・徘徊行動の減少とともに生き生きとした A 氏を引き出すことができるといった好結果に繋がったと考える。

Ⅵ. まとめ

BPSD のある認知症高齢者には、①その人個人をよく知ること、②行動一つ一つの意味を探求すること、③その人に関わる全ての人が安心感･心地よさを与えられる一貫性のある対応をすること

が非常に重要であることが再確認できた。今回の学びで得られたことは、認知症高齢者のケアの基本とも言えるものであり、BPSD を有する人もそうでない人にも適用しうるものであり、入院患者一人一人のケアとして継続していきたい。

Ⅶ．本事業の成果

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

認知症高齢者の看護の基本に関する学習会を基盤に、BPSD のある認知症高齢者に対するケアの検討会を通じて得た援助方法（重点観察・記録による患者理解と適切なケア方法の発見）の実践を病棟内で徹底させ、これを通じて、効果的援助方法を生み出したこと、また、ケア提供者として、どのような患者のあり方も受け止め、尊重するといったケア提供者としての基本的姿勢・態度の重要性を再確認して病棟の看護職・介護職に周知徹底し実現できたこと、そしてこのことによって、これまでとは異なり、業務中心ではなく患者中心への援助を実現できたこと、さらに、このことによって患者と関わる機会が増え、それがより深く患者理解を可能にし、患者が持つ有能性への発揮をもたらしたことなどである。これは、認知症高齢者の看護としての一般化に繋がるものであり、今後の病棟におけるケアの質の向上に貢献できるととらえられる。

２．現地側看護職者の受け止めや認識

認知症患者や出現している BPSD について、「理解力のないわけのわからない人」として捉えるのではなく、ケアを提供する看護・介護職側がその人を理解できていない、適切なケアができていない結果と捉えること、BPSD を消失させることにのみ視点をおかず、その背景・理由を探索することの重要性、そのために重点的な観察・記録をし、振り返ることの重要性と有効性を認識できたことにより、ケアの改善に繋がったと捉える。

３．大学（大学教員）がかかわったことの意義

認知症高齢者の看護・介護の質の向上を図りたいとする現地側のトップマネージャーからの要請に応える形で始まった共同研究である。したがって、当該病棟の看護・介護職のみでなく、基本的には認知症患者が入院している病棟の看護・介護職員の中で、事例検討会に参加できる人の参加を自由にした事例検討会という取り組みであった。

まず、当該病棟における患者の状態と看護・介護の現状の把握の必要性があると考え、教員は現場での研修を実施し、これを通じて看護・介護の現状の問題・課題を把握・整理し、それを共有化することから開始した。そして、現場に即した取り組みとして、現場の看護・介護職とともに考え、討議し、成果（看護・介護職の認識と実践の変化、患者の変化）に繋げたこと。具体的には、①共同研究者が所属する病棟のみでなく、病院全体の看護・介護職に対して（検討会に参加した看護・介護職）、認知症高齢者や BPSD のある認知症高齢者の看護の基本に関する学習の機会を提供できたこと、②患者の観察・記録の重要性とともに、それを素材にする事例検討の方法を提示し、その重要性の理解に繋げたこと、③現場に出向く定期的な事例検討会により、看護・介護職のケアの変化、それに伴う事例の変化を客観的に評価できることを示したことなどである。

また、現場の看護・介護職員が事例検討会を通じて、それを実践につなげる努力をしても、成果が出ないと、ややもすると意欲の低下、士気の低下を生じさせる危険性がある。そこで教員が現場の看護職の持つ力を信頼し、取り組みの意義を再確認しつつ継続する力を維持できるように働きかけ続けることも重要であり、このことによって、取り組みが継続され、成果に繋がったと捉えられる。

Ⅷ．共同研究報告と討論の会での討議内容

Q1．重点観察・記録とはどのようにしたか（センター方式を活用したのか）？

→24 時間継続して観察できるような用紙を作った。センター方式ではない。誰もがその記録用紙に記録できるわけではないので、重点観察・記録の必要性・重要性をスタッフに周知徹底して、関わった人、観察できた人、誰もがポストイットでもメモ用紙でもよいので記録して看護記録に経時的に貼り付けた。

Q2．すばらしい取り組みで成果を出しているが、スタッフに対して、看護・介護に際しての姿勢などを周知徹底して統一することの困難性はなかったか？

→全員が統一してということは難しいこともあるが、目のつくところに「してはいけないこと」を張り紙にして示し、皆がその姿勢でするようになると、当初、取り組みに抵抗していた人も自然にそのようになっていくことを体験した。決して

強制してはいけない。そのスタッフがそのことの意味を理解して、自からその重要性に気づけるようにすることが大切であると考えている。

Q3. 何が最も成果に繋がったか？

→当初、異食という BPSD を消失させることに焦点を当てていたが、そうではなく、その理由・背景を理解することが重要であり、そのために重点的に観察・記録し、意味を探索することが、結果的には効果をもたらしたと捉えている。

Q4. このような取り組みは、認知症患者が多い中でどうしたらできるか、現に身体を拘束するような拘束帯や隔離などは、精神科では通常だが・・・・

→今回の取り組みによって、患者の人権擁護の観点から、看護職として、自分のところも平然と行ってきた拘束帯や隔離室への収容について考え直しているところである。実は本患者も隔離室にいれ、拘束帯もしていたが、この取り組みから隔離室から出し、拘束もしなくなったし、しなくても十分対応できる。そして何よりも、看護職として、その方がその人らしい生活ができることを保障していくことが大切であり、今後、今回の取り組みを通じて、現在、拘束帯をしている人が本当に必要か、可能な限り除去していく方向で検討する予定である。

労働生活を支援する看護

働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究

水野由美（(社）岐阜県労働基準協会連合会）　武藤ひとみ（エーザイ（株）川島工園）
伊藤清美　荒川芽　道中環　森千絵（鷲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）　桑原恵子（西日本電信電話（株）東海健康管理センタ）　佐藤澄子（旭化成建材（株）穂積工場）　酒井信子（(株）ブリヂストン関工場）　宮川敬子（東レ（株）岐阜工場）
古澤洋子（山内ホスピタル）　梅津美香　奥井幸子　坪内美奈（大学）

Ⅰ．はじめに

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、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・特定保健指導を取り上げた。平成 20 年度も同テーマで 4 回の研究会を開催し検討した。

Ⅱ．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。大学の研究倫理審査部会に研究倫理審査を申請し、平成 18 年 7 月に承認されている。

Ⅲ．活動の概要

１．第１回研究会

第 1 回目の研究会において、平成 20 年度に取り組むテーマについて話し合い、保健指導と評価、受診者の保健指導への意識は低くそのような人にどのように関わっていくか、メンバー各自が参加した学会などで意欲的に情報収集するなどの意見が出た。

自職場での取り組みとしては、下記内容の意見が出された。

- 会社からはやりたいようにやっていいと言われており、プログラム作りを進めていきたい。
- 健康保険組合により、特定健診・特定保健指導に関する要望はかなり異なっているため、マニュアル作りを行った。
- 特定健診･特定保健指導については健康保険組合の方針がはっきりせず苦労した。
- 特定健診・特定保健指導については、全社一斉にというのではなく、徐々に展開していく方針であり、本部に保健指導チームがつくられている。
- 昨年は 50 名に動機付け支援を実施し、３ヶ月後に電話フォローを行った。特定健診・特定保健指導について依頼元と契約を結ぶ準備中である。
- 平成 19 年度は受け入れ準備期間として健康作り活動を行った。組織に理解してもらう 1 年であったと思う。メタボリックシンドローム以外にもフォローすべき対象者がいると思う。
- 昨年教室開催し、6 ヶ月で目標達成した。今年は少人数のグループを対象に複数のパターンの指導を試みる予定である。

以上から、平成 20 年度も引き続き特定健康診査･特定保健指導について導入後の課題も含めて検討することとなった。第 2 回、第 3 回、第 4 回研究会においては、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（4 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）。以下、第 2 回～第 4 回の研究会の報告として、各活動事例について、取り組みと今後の課題を中心に記載する。

表　取り組み事例

検討時期	事例 No	報告内容
平成 20 年 8 月	1（A 健診機関）	特定保健指導の取り組み
	2（B 事業所）	予防事業モデル実施支援事業を受けて
平成 20 年 10 月	3（C 事業所）	禁煙支援プログラム運用と産業保健センターの関わり
	4（D 健診機関）	特定保健指導の実施について
平成 21 年 1 月	5（E 事業所）	有効的な特定保健指導の実施に向けて
	6（F 事業所）	脱メタボキャンペーンを実施して

２．特定保健指導の取り組み：A 健診機関

平成 20 年度より医療保険者に特定検診・特定保健指導が義務づけられた。しかし初年度ということもあり実施している所はまだ多くないと思われる。健診機関なのでアウトソーシングされる立場にある。今年度の特定保健指導の実施に関わるこれまでの取り組みと特定保健指導実施の手応え、今後の課題について報告する。

1）特定保健指導の実施に関わるこれまでの取り組み

①　特定保健指導プログラムの作成

動機付け支援は個別・集団の 2 つのプログラムを、積極的支援は標準的な指導に基づくプランをメインに 6 つのプログラムを作成した。積極的支援では平成 19 年度に生活習慣病のハイリスク者に対して 4 ヶ月間のフォローを行った結果、腹囲や体重の減少、血液データの改善がみられたプログラムを追加した。

そのプログラムは運動を勧める為の生活習慣記録器や血液検査も盛り込み医療保険者の要望を調整しながらプランを作成した。

②　特定保健指導指針・マニュアル作り

保健指導を担当する保健師・栄養士が意識を共有し同じ手順で出来るように特定保健指導指針とマニュアルを作成した。

③　特定保健指導組織・体制作り

当センターが組織として取り組みそれぞれの職員が役割を分担するために、所長を特定保健指導業務総括責任者とする体制を整えた。

④　特定保健指導担当者の育成

担当者には特定保健指導の研修を受けてもらうとともに当センターで行う指導について教育を実施した。

⑤　特定保健指導教材の準備

対象者の背景をアセスメントとし対象者に合わせた指導をするために特定保健指導記録表や何種類か運動や栄養のリーフレットや教材を作成した。

⑥　当センター職員に対する模擬指導

前年度の健康診断で特定保健指導の対象になった職員 12 名にモデルになってもらい指導を一通り体験した。

2）特定保健指導の実施

①　特定保健指導の実施

今年は十何カ所の医療保険者から申し込みがあり積極的支援では 3 パターンのプログラムで実施している。

②　特定保健指導の実施に対する自己評価・他者評価

保健指導業務評価チェックシートを作成し、自己評価および指導者評価を行った。チェックシートは、事前準備、環境作り・雰囲気、訪問、面談プロセスという大項目から構成している。面談プロセスについては、導入、対象者の把握、結果説明に分けている。

③　特定保健指導の評価

積極的支援を受け 4 ヵ月後に中間評価したＡ事業所の 93 名の腹囲は健診時より平均して 1.91㎝、体重は 1.82kg 減少していた。減量ペースとしてはよいと思われる。

④　生活習慣の改善の実行状況や意識の変化

分析はこれから行う予定である。

3）今後の課題

今後に向けて、医療保険者毎の評価をし、プログラムを改善していく必要がある。いろいろなプランを作成したが特定保健指導対象者の管理は煩雑になるのでプランは出来るだけ少なくした方がよいことが分かった。特定保健指導の事務的な作業は支援システムを使用しているが、それに費やす時間がかなりかかった。次年度は事務的な業務と保健指導業務を整理し保健指導内容をレベルアップさせる為の時間を作るようにすべきと考える。

今年度は特定保健指導を実行する事に終始したが、やっと形ができあがった所である。ただ、今までは自分たちの業務を評価するということが難しかった保健指導だが今回の特定保健指導は身体測定値の変化など分かりやすい部分があるので保健指導担当者もやりがいを感じることができる。改善された生活習慣を維持させることは大変である。今後指導を受けた人の心に残る保健指導を心がけたいと思う。

３．予防事業モデル実施支援事業を受けて：Ｂ事業所

1）予防事業モデル実施支援事業

平成 19 年に財団法人岐阜県健康長寿財団の予防事業モデル実施支援事業を受けて、健康づくりを実施した。予防事業モデル実施支援事業とは、財団法人岐阜県健康長寿財団がモデル的に集団的支援および個別的支援を組み合わせながら行動変容を重視した保健指導を、希望する市町村あるいは事業所を対象に実施しているものである。

プログラムは、集団アプローチとして、講演会、2 回の運動実技、個別アプローチとしては、身体計測、血液検査、運動量の測定、体力測定、6 回の個別相談、サポートメールの送付であり、講座開催期間は 4 ヶ月間であった。

2）対象者と結果（財団法人岐阜県健康長寿財団　平成 19 年度　予防事業モデル実施支援事業実施報告書より抜粋）

平成 19 年度春の健康診断受診者のうち要観察以上、または希望する従業員を対象とし、24 名が参加した。参加者の年代構成は、30 歳代 3 名（12.5%）、40 歳代（45.8%）、50 歳代 5 名（41.7%）

であった。24 名中、男性は 14 名、女性は 10 名であった。講座への参加動機は「体重が増えた（体重が減らない）から」「健診で気になることがあったから」が多かった。

講座開始前と終了時のデータの比較では、身体測定およびライフコーダで平均値に改善が見られ、特に体重、BMI および腹囲が有意に減少した。ライフコーダに関しては、歩数・運動量・活動時間及び強めの運動である速歩運動の割合が増加し、軽い運動である歩行運動の割合が減少していることから運動の質・量ともに改善していた。講座に参加するようになってから気をつけていることとしては、20 名（87.0%）が何らかについて気をつけるようになっており、特に「食生活を改善した」が 18 名（90%）であった。運動に関しては、「運動を始めた」6 名（30%）、「運動はしていたが増やした」3 名（15%）と食事に比べて低い傾向にあったが、参加者中 19 名が、既に企業内で取り組んでいる健康づくりプロジェクトに参加していて運動に関しての意識はすでに高かったと考えられる。

事業所の看護師として関わり、参加した従業員の様子を見ていると、それぞれとても楽しそうに参加していることがうかがえ、よい健康づくりの機会となったと感じた。

４．禁煙支援プログラム運用と産業保健センターの関わり：C 事業所

１）はじめに

平成 20 年度から特定健診・特定保健指導が導入された。特定保健指導対象のリスクに大きく関与する喫煙に着目し、社員のリスク低減の一助となることを目指して健康保健組合の禁煙支援プログラムを活用した。

２）禁煙支援プログラムの流れ

（平成 20 年 5 月～10 月）

①　参加募集　（産保センター）

定員 20 名。

②　禁煙教室Ⅰ（健保）

煙草の害・禁煙の有効性などで動機付け。

③　個別支援　（健保）

禁煙開始日を決定・禁煙宣言書、希望者にニコチンガム。

④　個別支援　（健保）

禁煙開始１ヶ月目のフォロー。

⑤　メール支援（健保）

１ヶ月間 1 回/週、以降 1 回/2 週。

⑥　禁煙教室Ⅱ（健保）

禁煙継続者表彰・体験談。

３）産業保健センターの関わり

①　参加募集は、喫煙室

定健問診票から喫煙者約200名に案内し2名の申込みだった。身近な方や喫煙室での声かけにより、グループ参加もあり定員に達した。

②　プログラム開始～終了までは積極的な情報交換

教室参加や個別相談できなかった者のフォローと参加者の禁煙状態を健保と情報交換した。産保からの情報はメール支援に活用してもらった。

③　プログラム終了後、体験集発行で継続支援

プログラム参加者の体験談を文章化することにより、禁煙への挑戦・喜びなどの気持ちを確認。禁煙中の方には継続の力を、途中休憩の方には再度挑戦する気持ちを持てるようにと実施した。

４）まとめ

①　健保との情報交換を密に、些細な事も共有

②　参加者には意識して声かけ

③　グループ参加者は相互に影響

④　禁煙補助剤の使用

５）課題

①　禁煙のきっかけを頻回に持てる環境作り

社内広報・呼気中一酸化炭素測定、定健後の保健導等・禁煙補助剤のアピール・ポスター掲示等。

②　職場単位で禁煙活動強化

③　事業所全体での取り組み

５．特定保健指導の実施について―取り組みの現状報告ー：D 健診機関

１）目的

昨年、動機づけ支援の保健指導を試みた事を活かし、生活習慣や検査結果の改善をめざす。

２）方法

①　対象者

平成 20 年 6 月及び 7 月に初回面接をした各保健指導対象者。平均年齢は、動機づけ支援 29 人のうち、男性 62.8 歳（18 人）、女性 65.5 歳（11 人）であった。積極的支援 13 人のうち、男性 56 歳（11 人）、女性 56 歳（2 人）であった。

②　保健指導スケジュール

初回面接は健診当日に実施。動機づけ支援は、前年度の経験から初回面接後 3 ヶ月、6 ヶ月後に電話支援。積極的支援は初回面接後　1、2、4、5 ヵ月後は電話支援、3 及び 6 ヶ月後は面接支援で再検査（計測・血圧・血液）を行い、その結果をふまえ改善行動がより一層継続できるよう支援した。

③　保健指導で特に大切にした内容

受容と傾聴の姿勢、肯定的な言動、信頼関係の構築、対象者自ら改善目標決定。

④　保健指導技術の向上に向けての取り組み

指導用資料60枚作成、資料に基づく学習会、初回面接手順・電話支援手順・3及び6ヵ月後の面接手順等にそってデモンストレーション、ロールプレイ、学習会、困難事例検討会等を実施した。

3）結果

①　生活改善行動の実施状況

動機づけ支援29人中、目標実施者は3ヶ月で26人（89.7%）、6ヶ月で27人（93.1%）、目標項目実施数は83項目中、3ヶ月で59項目（71.1%）、6ヶ月で65項目（78.3%）であった。積極的支援では13人中、3ヵ月では12人（92.3%）、6ヶ月で11人(84.6%)が目標を実施し、目標項目は3ヶ月で36項目中30項目(83.3%)、6ヶ月で35項目中28項目(80%)を実施していた。

行動目標の運動と食事の実施を比較すると、運動は食事より実施率が低かった。

②　BMI、腹囲、体重の変化（動機づけ及び積極的対象者の6ヵ月後

動機づけ支援のBMI該当者18人中改善は7人（38.9%）、腹囲該当者25人中16人（64%）であった。積極的支援のBMI該当者8人中6人(75%)、腹囲該当者では13人中11人（84.6%）が改善した。体重は動機づけ支援の29人中14人（48.3%）が減少した。女性72.7%の改善に対し、男性は33.3%と低かった。また積極的支援では13人中8人（61.5%）が減少した。動機づけ支援では目標の実施がBMIの減少に反映していていない人が16人中6人（38%）あった。

③　血液データの変化（積極的支援対象者の6ヵ月後）

血糖は該当者11人中9人（81.8%）、中性脂肪該当者10人中9人（90.0%）。HDLコレステロール該当者2人中全員（100%）が減少した。3ヶ月の時点から減少していた。

4）課題及び考察

・　目標実施率や項目実施率は高率であるが、動機づけ支援ではBMIの減少に反映しない人が3割あった。初回面接時の目標設定が如何に重要か再認識した。
・　改善目標の実施率は食事より運動が低かった。運動の実施に対する支援技術を高める必要を感じた。
・　動機づけ支援の3ヶ月後の電話支援の有効性について検討したい。
・　支援終了後も改善行動が継続出来る体制作り（終了者の自主グループ化など）は重要であり、今後の課題である。

6.有効的な特定保健指導の実施に向けて～日本看護協会のパイロットスタディの実施～：E事業所

1）はじめに

平成20年度より、メタボリック症候群予防のための特定健診・特定保健指導が保険者に義務付けられ、その担い手として保健師への期待が高まっている。今年度当センタでは「特定保健指導・コンサルテーション受託事業」のパイロットスタディに参加し、評価方法やグループワークスキルの向上を図り有効的な保健指導のあり方を検討したので経過を報告する。

2）日本看護協会のパイロットスタディ

特定保健指導の積極的支援対象者に対して2か月に1回グループトークと検査（HbA_1c）で生活を振り返る。自分で自分の検査値や食事をチェックし、メタボリックシンドロームについて体験的に理解する。1グループ6～7人程度のグループで、同じような健康課題をもつ人達と語り合いながら進めていく。

内容は、第1回目「プロミスを見る」：自分の経過を振りかえる、第2回目「食の実態を見る」：自分の食事量をチェックする、第3回目「コントロールを見る」：検査値と生活の関連を考える、第4回目「習慣化を見る」:継続について考える、である。

毎回HbA_1c・腹囲・体重を測定しアウトカム評価をするとともにグループダイナッミックスを活用し、個々の生活実態を自ら確認し気づきを促すプログラムで、具体的な目標設定はあえてせずに進めていくのが特徴である。

3）対象および具体的な教室内容

①　対象

平成20年4月～9月健康診断を受けた積極的支援レベルの高血糖者の男性54名。

②　期間

平成20年10月～21年6月まで。

③　教室開催

『広小路サミット』と称して勤務扱いで90分開催。

4）調査結果

2回目のサミット（2ヶ月後変化）終了時の結果を下記に示す。

・　体重減少37名（68.5%）、変化なし2名（3.7%）、増加13名（24.1%）、不明2名

・　腹囲減少 35 名（64.8%）、変化なし 7 名（12.9%）、増加　7 名（12.9%）、不明 5 名
・　HbA1c 減少 15 名（27.8%）、変化なし 11 名（20.4%）、増加 23 名（42.6%）、不明 5 名

5）考察

2 回目サミット時の体重および腹囲結果より約 70%の人が減少していた。最高で 11.6ｋｇ減少がみられた。増加した人は 20%強いたがその量は 1.6ｋｇと少なく効果が見られた。特定保健指導の途中経過であるが、今までの保健指導と異なる点は、具体的な指導は何もしていないのに、グループトークの中で事例を通して感じたことや、他の人の話を聴いたりスタッフと他の人のやり取りから対比して気づくことを言語化することで無意識を意識化し健康状態を振り返り気づきを促した結果と考える。今回のパイロットスタディを受託し、指導するのではなく本人の出来る力を引き出す支援が大切と考える。

7．脱メタボキャンペーンを実施して：F 事業所

1）はじめに

所属事業所では、特定保健指導について、健保が契約した機関に依頼し、実施することになった。そこで、平成 20 年度は、そのプレ「特定保健指導」ということで、BMI25 以上の希望者に対して、「脱メタボキャンペーン」を実施した。事業所に看護職がいる場合において、外部にアウトソーシングした場合の看護職の役割について、一考した結果を報告する。

2）脱メタボキャンペーン

①期間

平成 20 年 2 月～平成 20 年 9 月。

②対象者

ＢＭＩ 25 以上で、治療していない希望者 22 名（内女性 2 名）。

④　スケジュール

特定保健指導のスケジュールに沿って行う。勤務時間内に実施の場合、職場を離れる事と、時間外に実施する場合、時間外勤務手当てを支払う事を、人事と事前に打ち合わせた。

④　費用

今回に限り無料。

3）関わり方

・　契約機関の案内に先行して、工場長以下職責者への周知、対象者の募集の用紙を各職場に配付する。
・　対象者の把握、契約機関への保健指導必要事項の送付
・　工場の窓口は、健診機関に対しても社員に対しても、看護職とする。
・　以後半年間の、説明会・個別面談用の会議室の確保
・　説明会に出席し、受付を行い、一緒に説明を受ける。
・　後日、説明会に出席できなかった方への説明・体重測定・腹囲測定実施。
・　食事を 3 日間撮影したカメラの健診機関への郵送・・・2 回（ポストに入らないため）。
・　10 日間程の社員食堂の昼・夕食のメニュー及びカロリー等、健診機関に送付・・2 回（食堂（業者）栄養士に、作成依頼）。
・　カメラ提出の遅い方への督促、送付・・2 回。
・　面談の日時は、説明会の時に、第 3 希望まで、聞いてあるが、その確認調整・・2 回。
・　面談時、県の管理栄養士 2 名、来場。事前に対象社員のおよその家庭環境、性格、嗜好等について、説明。社員の性格を考えて、どちらかの面談に同席・・2 回。
・　ＴＥＬ相談、メール相談の日時の調整（各 2 回）。勤務変更、突発的な出来事への対応。
・　毎月、提出する報告用紙の提出されていない社員への督促、送付 。
・　説明会～初回面談までは、ライフコーダー装
・　着であるが、初回面談以降は普通の万歩計を配付。
・　その万歩計を落としたり、電池切れの対応。予備は貰っていないので、会社経費で購入。次年度からは自己責任。
・　9 月、最後の報告用紙・アンケートを送付時、全員健康管理室にて、血圧・体重・腹囲を測定し、提出。
・　結果により、目標達成者に、記念品（会社経費）を贈呈。大々的には、実施せず。
・　社員の進捗状況など、ＰＣでリアルタイムに
・　把握できるよう、パスワードを設定し、いつでも健診機関のシステムを見ることができるようにした。
・　結果が個人宛に送付されてくるので、一人一人に手渡しし、慰労と励ましの 言葉をかけた。

4）主な結果

・　180 ポイント達成者 21 名（95.5%）。TEL のポイントが少なかった。
・　プログラム最終達成者 22 名（継続率 100%）。
・　体重減少 19 名（改善率 86.4%）。増加 3 名 、変化なし 0 名。最大減少変化は－8.2kg、最大増加変化は＋2.0kg、平均変化は－3.4kg。

5）来年度に向けて

- 勤務している企業の他の地区では、特定保健指導に対して、各々対応が異なり、アウトソーシングのところもあれば､自力で実施している所もある。アウトソーシングの場合、地区の看護職は、全く関与しない所もあるとのことで、地区の規模や、スタッフの数、専属産業医の有無なども関係していると思われる。
- 所属事業所は社員数が 200 名と少なく、看護職がいるので、出来るだけ関与することが今後の健康管理に有意義と考え、社員と一緒に進めていきたいと考えた。アウトソーシングの場合、事業所に看護職がいる場合は、許される範囲で、関わり方を考えるべきではないかと思う。
- 参加が希望か強制かによって結果が違ってくる。今回は希望者であったが、来年からは違う。健保の方針は、強制はしない、人事も少なくとも時間外勤務手当ては支給しない予定。
- 2 月～9 月ということで､年末年始は避ける事ができたことも結果に繋がっていると思われる。対象者に、終了半年後の今声かけをすると､気持ちが緩んできているとのことであり、気持ちを維持するには、どうしたら良いか考える必要がある。
- 昨年に引き続き､今年も対象者になった場合、同じ指導の内容で良いのか検討が必要である。
- 説明会のみ合同で実施したが、他地区で個人情報保護について指摘されたということがあり、来年度からは、案内文にて、合同説明で良いか、個人別の説明が良いか、希望をとることにした。
- 結果や請求書は、工場は通らないが、結果や費用についても、把握することが、必要である。組織の一員である。
- 特定保健指導関係以外の健診項目にも、目を向ける事が必要である。
- 事業所内の協力会社 350 名も、健康診断等は一緒に実施しているが、加入している健保組合は異なっている。協力会社の特定保健指導の実施にむけて、アドバイスできるようにしたい。

Ⅳ．平成 20 年度研究会の主な討議内容

今年度の討議においては､特定保健指導や禁煙支援､健康教育等について健康保険組合や外部団体のプログラムの提供を受けて活動した事例の報告が多く､プログラムを提供する側と提供される側の看護職の役割について話し合った。また、特定保健指導の対象外となる治療中の対象者に生活習慣改善の必要性の高い人が多く､制度の問題点についても話し合った。

Ⅴ．共同研究の成果評価

１．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

各共同研究メンバーが次職場での取り組みを事例として提示し､研究会で討議することで実践の改善に活かしている。

２．現地側看護職の受け止め・認識

共同研究報告と討論の会での報告や報告書原稿の作成作業を通じて､実践の振り返りの機会となっていることを多くの共同研究者が自己点検しており、看護職の意識改革につながっている。

３．本学が関わったことの意義

職場に看護職が 1 人ないし数名しかいないという看護職が多く､共同研究を通じて他施設の看護職の活動を知り､実践を振り返る機会となっている。また、メンバー各自の取り組みのまとめや評価の方法について､大学教員が個々に相談に乗っていることも､看護活動の主体性と質の向上に向けた取り組みを促進することにつながっていると思われる。

Ⅵ．共同研究報告と討論の会の討議内容

Q１：A 健診機関の報告にあったデモ指導とは？

実際に保健指導を始める前にどのようにして効果的な保健指導を行っていくか､デモンストレーションとして自職場の社員を対象に実施した。

Q２：D 健診機関の報告にあった困難事例検討会の事例について

積極的支援に該当されたが､当日は全くお話できず､何度か電話をしたり家族を通じて連絡をとってみるが本人のやる気なく、中断者となる。保健指導への意識が低く､関心を持っていただくための最初の導入は大切であると感じた。どう関わっていったらよいのか課題である。本人のみでなく､家族の協力を得ながらの支援も必要であると感じた。

Q３：喫煙者に禁煙を勧める困難とポイント

喫煙室にまで踏み込み、対象者を集めた。とてもいやな顔をする人､出て行けと言われることもあった。が、プログラム終了後、禁煙をやってよかったと回答をした人は 100%であり､禁煙の効果を実感できた人が多かった。喫煙者は大体が、身体に悪いと思いながら吸っているので身体への悪影響よりも、禁煙後の変化を強調する。「ニコチン依存症」であることを理解し、依存の心理を汲み取りながら禁煙の良さをアピールする。

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　山本君子　舩﨑ひさみ　石川春美　茶木朱美（中部労災病院・看護部）
梅津美香　橋本麻由里（大学）

Ⅰ．はじめに

労災病院と岐阜県立看護大学が共同研究として始めた勤労者医療・看護推進への取り組みも8年が経過した。当初、「勤労者看護」という言葉もなく、具体的な内容や方法、将来のあるべき姿を描くこともできずスタートしたが、月日を重ね勤労者看護の「明確化」、「実践」、「普及」を繰り返し、今や組織全体での取り組みとして広く認知されるまでに至った。

この研究の特徴とも言える実際の事例をもとに考えるスタイルは、テーマである労働と健康のバランスを考えるのみに留まらず、参加者一人ひとりが、自分たちの看護を見つめなおす機会になった。

試行錯誤を繰り返し、大学とともに共同研究を続ける中で培ってきた「知」という種は、当院のみでなく、他の労災病院でも蒔かれ芽を出し成長を始めた。当院での今年度の成果、および他の労災病院も含めた展開について報告する。

※「勤労者看護」とは、勤労者が健康と労働とをより良く調和させ、その健康レベルに応じて健康的に働くために、看護の立場から主として臨床の場で健康支援活動を行うこと。

Ⅱ．研究目的

本研究では、労災病院という勤労者医療を標榜している医療機関において様々な健康レベルの勤労者への医療機関の看護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。

Ⅲ．研究方法

１．勤労者看護研修の開催

看護部継続教育のひとつとして、勤労者看護委員会が中心となり企画運営し「勤労者看護研修会」を開催する。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し、研修の成果を評価し、今後の活動に活かす。共同研究者である教員もともに研修会に参加し、講義や事例検討に関するフィードバックを担当した。

平成20年度の具体的活動内容は下記のとおりであった。下記の①～④のうち、②は前年度までの活動評価の結果、新たに加えた内容である。

①公開シンポジウム「2008 年度中部労災病院の勤労者看護を考える」というテーマで行った。

②今年度からワンポイント講義としてゲストスピーカーを呼び、勤労者看護を考える上で必要な知識の講義を取り入れた。

③事例検討
過去の事例や今年度の研修生が実施した職業を持つ患者あるいは身近な勤労者を対象に行ったインタビューをもとに事例検討を行った。

④研修の最終回には、「事例を通して実践した（実践を考えた）勤労者看護」をテーマとし発表会を開催した。

２．勤労者看護普及活動（労災病院間連携含む）

１）労災病院間連携

他の労災病院からの求めに応じて、共同研究者の1名が中心となり、先方の病院の看護師を対象とした研修会（単独あるいは複数病院合同）にて、当院での取り組みおよび本研究のこれまでの分析結果を紹介し、教育および普及を行った。その過程において、参加した看護師を対象にしたアンケート（無記名）の実施および先方の病院の研修企画担当者にその後の進捗状況の聞き取りを行った。アンケートの質問項目は、①話を聞いて勤労者看護として実施していると思った内容（選択肢）、②今後充実させたい項目（選択肢）と具体的内容（自由記述）、③欲しい教材・資料などであった。

２）中部労災看護専門学校学生への教育

中部労災看護専門学校の40名の学生を対象に、当院での取り組みを含めて教育を行った。

３）岐阜県立看護大学の授業への協力

岐阜県立看護大学の授業に協力し、「働く人びとを支援する実践活動」として当院での取り組みを紹介し約80名の学生と討議した。

３．倫理的配慮

倫理的配慮については、研修初回に個人情報保護法を踏まえ説明し実行した。インタビューを行なう場合は、対象者に書面にて説明し同意を得た。

他の労災病院の研修参加者を対象としたアンケートについては、参加者に対して、「勤労者看護」について研修受講生の現状と課題を明確にすることが目的であることを口頭で説明し、同意の得られた人のみを対象とした。

本研究課題については、大学の研究倫理審査部会に研究倫理申請し、平成20年3月承認を得た。

Ⅳ．結果

１．勤労者看護研修

１）参加者

研修会の参加要件は、全看護師対象としたが、キャリア開発の段階に応じて、「1 回のみの参加でも可」「年間通し参加が望ましい」等の条件はつけている。勤労者看護は、労災病院の中では必要不可欠であるとの位置づけから、バランススコアカードの項目にも挙げられ、全看護師に対して意識付けを行なった。大学教員も参加し、討議に加わった。

平成 20 年度は計 8 回の研修会に延べ 301 名が参加した。

２）研修会

研修会としては年間計 8 回開催した。

(1) 公開シンポジウム

「2008 年度中部労災病院の勤労者看護を考える」というテーマで行った。

(2) ワンポイント講義

今年度からワンポイント講義としてゲストスピーカーを呼び、勤労者看護を考える上で必要な知識の講義を取り入れた。

① MSW より「労災保険の基本のき」
② 予防医療センター看護師より「予防医療センターの取り組み」「当院における禁煙指導の実際」
③ 大学側共同研究者より「産業保健のしくみについて」
④ 臨床心理士より「勤労者のメンタルヘルス」

(3)事例検討

過去の事例や今年度の研修生が実施した職業を持つ患者あるいは身近な勤労者を対象に行ったインタビューをもとに事例検討を行った。

今年度、研修会内で検討できた事例は 9 事例、その他病棟内でのカンファレンスやチーム内で検討した事例もある。下記は今年度研究会内で検討したものである。

50 代男性　拡張型心筋症　溶接業
50 代男性　多発のう胞腎透析導入　事務職
20 代男性　うつ病　設計
60 代男性　心不全　食品販売
30 代女性　脳動脈瘤　看護師
40 代女性　頚椎後縦靭帯骨化症　看護師
40 代男性　十二指腸穿孔性腹膜炎　車販売
40 代男性　感染性心内膜炎　営業職
20 代女性　C 型肝炎　介護職

(4)発表会

研修の最終回には、「事例を通して実践した（実践を考えた）勤労者看護」をテーマとし、15 名の研修生が各自の事例をもとにまとめ、発表会を開催した。

２．勤労者看護普及活動（労災病院間連携含む）

１）労災病院間連携

(1)鹿島労災病院・青森労災病院（一部秋田労災病院からも参加）・旭労災病院

先方へ出向き、病院の全体研修会での講師を務めた。延べ約 210 名参加した。

表　参加者アンケート結果

	A 病院	B 病院
アンケート回収人数	66 名	94 名
平均経験年数	12.9 ± 9.0 年	17.6 ± 9.9 年
＜勤労者看護について実施していると思った内容＞		
①労働生活を含めた対象理解	56%	46%
②労働生活の情報収集	50%	41%
③労働生活を考慮した指導	33%	28%
④労働生活に関する記録	15%	4 %
⑤労働生活の維持に向けた調整	15%	7%
⑥勤労者看護を提供するための他部門・他職種との連携	17%	6%

アンケートの集計結果は各病院にフィードバックし、その後の取り組み状況を確認した。結果、インタビューの実施を奨励したところ多数の実

施があったこと、次年度には継続教育に関する組織化を予定している等の状況が確認できた。

(2) 関東・中部ブロック中堅看護師研修会
　講師・・・約 80 名対象

(3)香川労災病院・岡山労災病院・愛媛労災病院・中部労災病院　合同研修会開催（予定）

２）中部労災看護専門学校学生への教育

中部労災看護専門学校の 40 名の学生を対象に、「勤労者看護」をテーマとして 15 時間 1 単位の教育を行った。

３）岐阜県立看護大学の授業への協力

岐阜県立看護大学の 1 年次生を対象とした「成熟期看護方法 2」の授業において、当院での取り組みを約20分間紹介し約80名の学生と討議した。

Ⅴ．考察

１．勤労者看護研修について

１）参加者

今年度「勤労者看護研修」に当院では延べ 301 名が参加した。研修会開始当時から見ると病院移転のため秋に研修のできなかった 2005 年度を除き右肩上がりに延べ参加者数も増加し、当初の約 3 倍に至っている。（図 1）

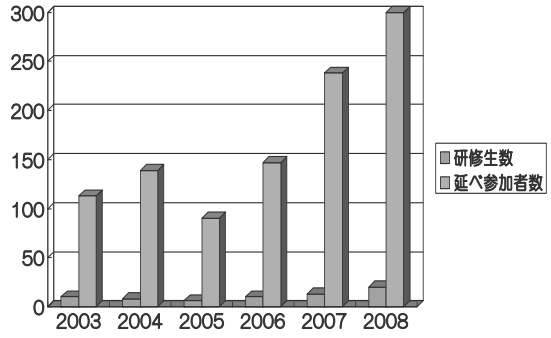


図１　勤労者看護研修参加者数の推移

２）研修会

(1)公開シンポジウム

5 月に開催した公開シンポジウムでは、看護部を代表し労災病院全体の取り組み内容を踏まえて「労災病院がめざす勤労者看護」、共同研究者より「労働生活を理解する意義」、前年度研修生として参加した経験を「勤労者看護研修に参加した体験」、勤労者看護委員会として研修を企画・運営する中での思いを込め「勤労者看護研修を発展・充実させるために」「勤労者看護研修における倫理的配慮（個人情報保護等）」の内容を 4 名のシンポジストが話をした。初めての参加者にも幅広く勤労者看護を捉えられるよい機会になった。

(2)ワンポイント講義

今年度から行ったワンポイント講義もこれまでの事例検討の中で、知っておいた方がよい知識として捉えられた内容を中心に 20 分程度で取り入れた。それぞれ短い時間の中に多くの得るものがあり、参加者から好評を得られた。これらの内容は、特殊なものというより、基本的な部分でもある。一人ひとりが理解し、活用できればよいが、ケースによっては、専門分野の人たちとの連携をすることで、より有効性のある対応に繋がる内容であり、参加者が学びを得たことで、今後の活用の期待にもつながった。

(3) 事例検討

事例検討に関しては、研修会の中で 9 例、それ以外でも各病棟内でカンファレンス等を利用し検討ケースが増えている。今年度は、20 代、30 代、40 代と今まで以上に若い方たちの事例が出され、さまざまな問題を目の当たりにし考える機会になった。振り返り考えるのみでなく、中には、その後も継続的に関わりを持つ予定のケースも出ている。

事例検討も過去事例の活用や参加人数が増えてきたこともあり、配布資料は事例を A4 版 1 枚にまとめたものを使用した。ポイントを押さえ検討できた半面、逆に事例検討の深まりに影響し、次年度の研修の方法に課題を残した。最終的には、16 名の研修生がレポートを提出した。研修生一人ひとりが、勤労者看護の視点を持ち看護を考えることができた。

(4) 発表会

今年度も様々な事例を通して、各自の勤労者看護についての思いを発表することができた。それらは、特別なことではなく、日頃の看護の中に少し意識し関わることで、広がりを持つ看護を実感している。更に一人ひとりが学ぶのみでなく、他の研修生の勤労者看護についての思いや学びを聞くことで、自分がこれまでに学ぶことがなかったことの理解や新たな気づきの機会となっていた。

２．勤労者看護普及活動（労災病院間連携含む）

勤労者看護普及活動として、1）労災病院間連携、2）中部労災看護専門学校学生への教育、3）岐阜県立看護大学の授業への協力などを行った。

特に労災病院間連携は、最近 1〜2 年間で急速に拡大したという状況にあるため、そのことを中心に考察する。

これまでは、勤労者看護の取り組みは西高東低であり、西日本側が取り組みを始めるところが多かったが、今年は東日本側も青森・秋田まで広がり、全国展開になってきた。また、この 3 月に香川で予定されている合同研修会も 3 回目を迎える予定で、交流も活発化している。看護学生に対しても、特徴ある教育の一環として勤労者看護を教育プログラムに取り入れている。学生時代から視点を持った人たちが特殊なことと捉えず、自然に看護に組み込むことができる基礎固めを行っている。

他の労災病院でも延べ約 300 名が研修会に参加し、その後の取り組みもそれぞれの労災病院の状況に応じて検討が加えられ、次年度に向け、活動が活発になりつつある。

上記の中で年度初めに研修会を行った 2 箇所の病院でのアンケート結果では、「勤労者看護について実施していると思った内容」との問いに、①労働生活を含めた対象の理解、②労働生活の情報収集、③労働生活を考慮した指導の 3 点はともに高かった。これまでに勤労者看護を意識していなかった病院看護師の中でも、すでに 3 割から 5 割の看護師たち実践していることがわかった。ただ「勤労者看護」につながるものであるという認識が薄かったのみである。「勤労者看護とは何か」を明確化していくことで、次の段階でもある意識的な実践につながっていくものと考えている。

Ⅵ. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

「勤労者看護」は、漠然としたものから新たなものとして整理、統合を繰り返している段階である。時間はかかっているが、共同研究を継続する中で培われてきたものは、着実に組織の中に浸透し、看護師たちの認識も変化が見られるようになってきた。研修を始めた 3 年くらいまでの研修生たちは、研修会での学びをしながらも、実践の現場での理解者や協力者が少なく実践や普及を躊躇していた。しかし、段階を置いて、教育する範囲をリーダー格から全看護師へ広げ、かつ、組織のバックアップも追い風となり、多くの看護師たちの理解を得ることにつながった。まだ、数的には少ないが、病棟カンファレンス等での検討機会が出てきており、より身近なものとしての捉え方、活用に期待ができる段階まで浸透してきている。

Ⅶ. 現地側看護師の受け止めや認識

当初より、一方的な教え、教えられるという関係ではなく、協働というスタンスを取りつつ、時にそれぞれの強みを活用し成長に結び付けてきた。初期の方向性を見失いかけた際も、客観的な立場での介入を試み、活路を開くきっかけ作りをしていただいた。その後も、研究的な視点でのまとめの段階では、アドバイスをいただき、学会発表等の機会も開けた。

Ⅷ. 大学教員が関わったことの意義

研究開始当初は、現地側看護職と同様、本学教員も勤労者看護について手探り状態にあった。しかし、共同研究として事業化したことで、年ごとに共同研究報告書を作成するとともに、資料集として取り組みをまとめ評価することにつながり、現実的な課題をひとつひとつ達成していくことになったものと考えられる。また資料集は新たに取り組みに参加する看護師への教材ともなった。新たなものを作り上げていく過程において、共同研究者として共に考え、理論的裏付けとなる資料等を提供し、成果としての客観的な評価の方法について検討してきた。また、取り組みの成果について、学会等で現地側看護職や研修生がまとめ発表する機会を促進したと思われる。

共同研究の成果は、本学の学生教育においては、授業協力という形で活用されている。

Ⅸ. 今後の課題

勤労者看護に関わり、活動を紹介するとき、最後のまとめとして繰り返し伝えてきたことがある。私たちは、勤労者である患者と向き合うとき、1 日の 3 分の 1 から半分、時に 1 日の大半を占める労働生活を理解せずにその人を全人的に捉えることは難しいという自覚が薄い。その人にとっての仕事は、ただ単にお金を稼ぐなど生計のためだけでなく、その人にとっての人生観にもつながる大切なものであるということ。まずは、視点を持つこと、次に勤労者の現実を知ること。これは、本人に聞かなければわからない。次に私たちは、看護をしてあげるのではなく、ともに考えること

がとても重要だということ。今の厳しい世の中で、すべて患者である勤労者を中心に解決できない場合も多くある。しかし、その中から１つでもできることはないか考え、やれることから始めてみることである。それらの看護の積み重ねが、労災病院の看護の質を高めることにつながる。

研修生たちにとって、勤労者看護研修は、自己の看護を考える機会でもある。事例検討や発表会で自らの看護を語り、他の研修生の看護を聞くことにより看護の視野を広げ、より深く患者と向き合う体験につながっている。在院日数も短くなり、一人の患者とじっくり関わることが少なくなっている現実はあるが、患者とより深く向き合うことができたとき、看護の喜びにつながっていくのだと感じている。今後も自らの看護を語れる研修会を継続していきたいと考えている。

X. 共同研究報告と討論の会での討議内容

Q1：勤労者看護に関わる臨床現場の看護師は、どのようなことに困っているのか、勉強したいと思っているのか？

- 困っているというより、臨床現場の看護師の見方として、労働者という認識が薄い。どうしても病気の側面から患者を見てしまう。研修を通して学んだ視点で患者を見て初めて気づくことも多い。体験したこと、あるいは、体験しながらでないと意識づけは難しい。
- ワンポイント講義に研修生がほしい知識が上がってきており、講義が活用できるレベルになってきているといえるのではないか。

Q2:第一次オイルショック時に自殺者が増加したように（働く人の）自殺が増えると思われるがどう考えるか？

- これからうつ病や自殺が増えるだろうといわれている。企業としても、メンタル面へのサポートが重要だと思うが、個人情報の問題だけでなく、会社側の問題もあり困難も多い。実際は、会社側の利益とか人事規定、取り決め事項等総合的に見ないといけないので、今の会社は昔ほど働く人を保護できない現状にある。病院は患者を一人（中心）としてみるが、働く人としてみると復職のタイミングは、本人のベストと会社にとってのベストは違う。臨床側の復職可能期の判断は大概早すぎる。試し出勤（制度）のあるところもあるが、すべてではない。

Q3. 勤労者看護と産業看護の連携できるところはあるか？

- 臨床で実感することとして、心筋梗塞、脳梗塞や脳出血など低年齢化してきている。それらの現実を産業看護の人たちは、指導の中で伝え、より現実味を浴びた指導ができるとよい。
- 臨床側としては、勤労者看護の対象となった方たちに、職場に産業看護職がいる場合などサマリー等を活用し、互いがケアを進める上で困難に思っていることを率直に相談してみることや、情報を共有することもひとつ。

人材育成

市が目指す保健師活動を可能とする人材育成に関する研究

羽土小枝子　上村喜美江　佐藤鈴子　和田美江子（郡上市健康福祉部健康課）
両羽美穂子　坪内美奈　大井靖子　松下光子　米増直美　北山三津子（大学）

Ⅰ．目的

Ａ市では平成 16 年 3 月に 7 ヶ町村が合併し、19 年度までは、これまでの各地域での保健師活動方法を引き継ぎながら、一つの市としての保健師活動のあり方について模索してきた。その中で見えてきたことは、旧 7 ヶ町村の地域の特徴が著しく異なり、それぞれの地域に合った従来の活動方法を全地域で擦り合わせていくことが難しいということであった。また、経験豊富な保健師は、それぞれの地域での保健活動の経験者であり、従来の活動方法を知らない新任期にあたる保健師に、従来の活動方法を合併後の状況に当てはめて、伝承していくことも困難な状況である。そのため、保健師活動の具体的なノウハウの伝承ではなく、これまでの保健師活動の良さを残しつつ、一つの市として保健師活動の方向性を明確にした上で、保健師を育成していく必要がある。

そこで、各地域の特徴に合った旧体制下の保健師活動から保健師として大事にしていた視点と合併後の一つの市として大事にしていく視点を明らかにし、市として目指す保健師活動を可能とする人材育成に取り組む。

Ⅱ．方法

１．共同研究の経過

１）目指す保健師像の確認

共同研究メンバーやメンバー以外にも参加を呼びかけ、旧町村で中心的に活動していた経験豊富な保健師と共に、これまでの保健師活動の良さを確認しつつ、市として目指す保健師像および保健師として必要な能力について話し合いの機会をもった。話し合いへの呼びかけや調整は現地看護職が行い、本学教員はファシリテーターを勤めた。

２）研修会企画

話し合いを通して見えてきた保健師像や、保健師として必要な能力を向上するための研修会実施に向けて企画を立案した。企画案については、大学側で作成し、現地看護職に確認をとった。実施のための調整は現地看護職が担当している。

２．倫理的配慮

研究への参加は、個人の自由意思を保障し、個人が特定される情報については、記録の段階で匿名化した。本研究の計画については、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会で承認を得た。

Ⅲ．結果

１．新体制における保健師活動等の現状

１）新体制における保健師活動の現状と課題

・合併後 5 年目にあたる 20 年度より課の体制を大きく変え、地域は、南部北部東部と大きく 3 つのエリア制とした。旧町村単位の地区は存続させ、人口規模の多い 2 地区は 3～4 名の複数名が担当し、その他は保健師 1 人が地区を担当することとなった。各種事業は、南北の拠点となる保健センターを中心に行っている。

・特定健診・特定保健指導が導入され、健診の体制の大幅な見直しを行った。病院に委託する個別健診と保健センターを中心に実施する集団健診を併用した。集団健診は健診日にすべての受診者に対して保健師が健康相談を行っている。集団のウエイトが高いＢエリアは特に週 2～3 日健診業務（個別相談）に従事することとなった。

・健診は、地域住民に出会える機会であるから大事だと考えている。積極的支援は個別の支援が中心となっている。健康教室は開催せず、既存の住民グループの活動を紹介している。

・これまでは、保健師中心で活動を進めて来たが、企画部門と実施部門に分かれて多くの関係スタッフとチームで実施していくことになったため、保健師自身の満足度が低くなった。

・合併でこれまでの活動の再構築を求められている。

２）人材育成に関する現状と課題

・今年度は、新人保健師 4 名が入職した。市職員の研修と県が実施する研修を利用しているが、県が示すガイドラインの入手が遅かったため、そこそこで試行錯誤しながら育てている。

・Ｂエリアでは、保健部門を初めて経験する保健師と新人保健師に対し、先輩保健師 2 人が事業等の前後に関わりながら独り立ちできるようにしてきた。

・Ｃエリアでは、これまでミニカンファレンスあるいは勉強会のような話し合いの機会をできるだけもち、新人のわからないことを確認しながら

保健師活動を説明してきた。
・本庁に配属された新人保健師は、企画調整部門を担うため全地域の事業に参加し上司に報告する中で事業の根拠、位置づけ、目指す方向性についてなど共有した。
・新人保健師同士は、一緒に勉強したり、看護大学の図書館に行ったり、自主的に勉強している。
・健診や事業に追われているため、新人保健師など特に、健診等の本来の目的を考える余裕がなく、いい健診をすることが目的となってしまうのではないかと心配している。
・若手保健師に対しては、これまでの活動を伝承する機会がない。ハウツーではなく、大事にしているものや保健師の視点を伝えていく必要があるのではないか。
・後輩には、これまでの経験を見せていくことができない。若い人は経験もできない。
・若い人が企画に入っても地域が見えていないと企画ができないのではないか。
・保健師って何だろうと、考えるところから若手と一緒にやっていきたい。
・健診がゴールではない、目指しているものは何か、そのために大切にしていきたいことは何か。どうやって実現させていくのか。自分たちで考え、決めてやっていきたい。
・残していきたいもの、新しい体制で新たに見えてきたものは何かを考えたい。
・年代別に付けて欲しい能力もはっきりさせる必要がある。

２．旧体制下で保健師として大事にしていた視点
・地域の課題に向き合い、自分たちで考えながら施策化してきた。
・これまで小さい地域で、住民の顔の見えるところで、丁寧に活動してきた。
・今までは、人と人をつないできた。手をつなぐ人が見えていた。地区を長く担当し培ってきた。
・住民と関係を深め合っていた。お互いに信頼し合っていた。顔を合わせると住民とすぐに話ができた。
・地域の組織と関わりながら、創意工夫しながら活動を創造してきた。
・住民と話し合いを重ね、住民側を向いて上司を説得してきた。
・住民が自立していく過程でのやりとりを大事にしてきた。
・保健師は、一から始まる仕事を作り上げていく人である。
・保健師としての信念があった。
・住民も力をもっていることを若い人に知ってほしい。住民の意見を聞くことの大切さや住民の力を借りるということも知って欲しい。健診に関する配布物は、これまでは地区組織を活用していた。しかし、配布回収が組織化されていない地域は一部回収を保健師が担った。
・以前、がん検診の受信率を上げた活動があった。そこでやっていたことは、住民の気持ちに働きかけるアプローチであり、意識を高めていった。体制だけが先行していたのではない。
・教室などは、企画する面白さもあった。教室は他機関が実施するものにつなぐ方法に変わってきた。

３．新体制における保健師活動の課題
・各地域で大事にしていたことがなくなってしまうのではないか。
・別の地域にきたら一から始めることになる。地域を把握できない。しかし、住民は時間が待てない。これまでと同じように地域との関わりがもてるようになるには、時間がかかる。
・健診の新体制による健診業務と組織統合による保健師の異動により、地域把握が不十分である。
・これまで育ててきたものが、衰退していく、なくなっていくという危惧がある。
・健診は、住民の生活をみる機会でもある。しかし、健診だけで終わってしまう。健診をたくさんこなしても、保健師ということがわかってもらえない。
・家庭訪問がタイムリーにできない。
・健診は大きな事業だがすべてを保健師がやる必要があるのか？健診は一つの手段であり、そこから見えてきた問題を解決していくことが大事である。
・保健師に求められていることを明らかにする。
・評価指標を明確にし、何を評価するのか確認する必要がある。

４．一つの市として大事にしていきたい視点
・健診がゴールではない。健診は住民に出会え、生活を見る大事な機会として捉える。健診で見えてきた問題を解決していく。
・地域の課題を解決していく。個人から地域への広がりが必要である。
・住民の持つ力を高めていくために、住民活動の評価を地域に返していく機会が必要である。
・その人が困っていることをその地域として考え

ていく。
・住民は力を持っている。そのため、住民の意見を聞くことや力を借りることが大事である。
・住民の気持ちに働きかけるアプローチによって、健康への意識を高めていく。
・大きな市となったからこそできることもあるのではないか。

５．保健師につけて欲しい能力
・地域の課題を解決していく。
・個人から地域への広がりをもたせる。
・地域を知った上での企画力。
・市民協働の観点に立った専門性。
・住民活動の評価とフィードバック。
・活動目標の明確化と評価する力。

６．人材育成の体制および方法
・身近なところで相談でき、フィードバックしていくなど OJT として支えていく体制をつくることが大事である。
・保健師個々が感じている地域の課題を共有し、それぞれが担当している事業におとして考えていく。
・来年度から目標管理を行う予定である。
・経験年数別に付けて欲しい能力を明確にする。
・地域の課題から自己の目標を考えていく。
・事業の目標を出し合い、確認し合う。
・保健師って何だろう？と考えるところから若手と一緒にやっていきたい。
・これまでの保健師活動で得た実践知（ベストプラクティス）を共有する。
・これまでの保健師活動から残していきたいこと、合併後新たに見えてきたことを共有し、大切にしていきたいことを考える。
・旧町村単位で中心に動いていた先輩保健師が集まり、保健師活動として大事にしてきたことを語り合う。大事にしてきたものや、目指しているものに照らして残したいものを考えていく。
・各地区（小さい単位）で、中堅・新任期保健師も含めて保健師活動について話ができる機会をつくっていく。目指しているものを共有していく。
・まずは、若手保健師が担うことが多い母子保健活動・次世代育成支援など焦点をしぼって考えていく。

７．研修会企画
これまでの話し合いから、人材育成の一つの機会として研修会を位置づけ、今年度は研修会を企画したところである。研修会は、保健師の活動事例から郡上市が目指す保健師活動を確認し、今後の保健師活動について考える機会とすることを目的としている。

Ⅳ. 考察
１．目指す保健師活動
経験豊富な保健師たちと話し合いを重ね、保健師活動の方法は違っても、保健師として大事にしてきたことは共通しているということが確認できた。大事にしてきたことは、住民の声に耳を傾け、住民との対話の中で地域の課題を見つけ、自ら活動を創造する、住民の力を引き出し育てていく、また、住民の力を活用し一緒に考えて行く、といった保健師活動の原則であった。こういった活動を当市の理念である “住民との協働”により地域づくりを進めていくという観点で、再構築していく必要がある。

２．人材育成の方向性
若手保健師の育成では、目指す保健師活動を可能とする実践能力の到達目標を明確にしていくことが急務の課題である。それに照らして各自の到達目標を確認しながら能力向上のための恒常的なサポートを行っていく必要がある。そのためにも、研修会などで保健師活動の目標を共有していきたい。また、人材育成の手法は、それぞれの保健師の経験に委ねられており、サポートしていく側の先輩保健師も若手保健師の育成にとまどっているという意見があった。こういった問題を解決していくためには、人材育成が先輩保健師の負担となるのではなく、お互いに学びの機会となっていく関わりについて考えていく必要がある。

３．共同研究の成果
１）看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと
旧体制下で保健師として大事にしてきたことなどから今後の保健師活動のあり方について考え、現状の課題を確認してくことができた。事業に追われる中で、保健師活動の原則や保健師としてのアイデンティティを確認し、日頃感じている思いや今後の方向性を共有できたことが今年度の成果であった。また、各部署に配属され、保健師活動について話し合いの機会をもつことが難しいということであったが、共同研究メンバー以外も話し合いの場に参加することができた。今後は、今年度の共同研究の成果を踏まえた上で、人

材育成に取り組み、実践への変化を確認していきたい。

２）現地看護職者の受け止めや認識

当市が目指す保健師活動に照らして、経験年数に応じた到達目標を明確にしていく必要があることや、サポート体制をつくって、日常的に人材育成に取り組む必要性があることが確認できた。

３）本学（本学教員）がかかわったことの意義

これまでの保健師活動の良さを確認していく場に本学教員がかかわり、それぞれの思いを中立的な立場で引き出すことができた。研修会は案の段階であるが、組織としてプログラムを確立していく前段階であるため、研究的に取り組み成果を確認していくことに意義があると思われる。話し合いの場では、人材育成に関するトピックスなど現地看護職から要望を受け、情報を提供した。

人材育成に関する課題は、現地看護職から出てきた課題であり、新体制化での保健師活動の構築に関しては、大学院での実践研究として実践の改善・充実に向けた取り組みがなされている。本共同研究は、本学の大学院生も含めたメンバーで構成しており、大学院教育との連動も視野に入れ進めてきた。そこで本共同研究が果たした役割は、現地看護職と広く課題を共有し、保健師活動や人材育成の方向性を確認していくことであり、その段階で貢献できたと考えている。

Ⅴ．共同研究報告と討論の会での討議内容

１.保健師として必要な能力向上のための取り組みについて

Ｏ施設：久しぶりに新人を迎え、育成委員を中心に育成プログラムを立てて行っている。1年目は、まず業務を知る、2年目は保健師として個への指導能力、3年目は業務全体を見て課題を出して取り組み会社を変化させる意識を身につけてもらいたい。習得目標はチェックリストにして評価に使用している。習得目標を明確にすることで、これまでの仕事の見直しもできた。新人を育てるためのバックアップ体制もとっている。保健師活動の課題を見出せる人材を育成したい。

Ｐ施設：新設された地域包括支援センターにて、保健師として何ができるのか考えた。福祉部門であるが、保健師として予防活動をしたい。これまでの活動経験を活かせるような活動をしていきたいと思った。新しい部署への異動は、保健師としての活動の本質を見直す機会であった。

経験年数ごとの課題を見ていく必要があると思っている。新人がどんな活動をしたいかを大事にしていきたい。

Ｑ施設：活動の変革期であり、予算も厳しい状況にある。これまでの保健師の活動を継続し発展させていくためには、実践知を文字化することが必要である。また、行政には様々な部署があり、それぞれ得意とするところがあるため、行政の組織を有効に活用していくことも必要である。例えば、保健所と協働することで、実践活動が広がるのではないか。県としては、研修体制に責任ある立場として考えたい。

Ｒ施設：看護職ではないが、限られた業務時間の中で課題を見つけていくことは同じである。人材育成の方法が人によって異なっている状況であり、育成する側の教育も必要だと感じている。

２．保健師として必要な能力について

それぞれの保健師活動や人材育成の取り組み状況から、保健師として必要な能力について以下のことが確認できた。

１）組織理念を理解し、組織的な課題を確認する能力

保健師は、組織に所属しているため、組織理念に基づいた実践が求められる。組織的な課題とは、職域の看護職者から出た意見であり、職域では組織としての健康課題を理解した上で、保健師として個への対応が必要であり、2年目に個への指導能力育成のための関わりを強化していくということであった。行政機関に所属する保健師も組織理念の理解と地域の健康課題に合った活動が必要である。

２）限られた時間の中で問題を見つけて解決していく能力

問題をアセスメントし、解決策を考え行動していくわけだが、“限られた時間の中で”という部分が実践に求められている。

３）予算化や予算との関係で活動を考える能力

厳しい予算の中で活動を制限するのではなく、いかに効率よく効果的に活動をしていくとよいのかを考え、創造していく能力が必要である。また、活動の成果を示し、予算化につなげていくためにも、評価が必要である。

４）活動を言語化していく能力

保健師の専門性は何か、何ができるのか、保健師の活動により何が変わったのかなど、活動やその成果を言語化していくことが必要である。

５）行政の組織を有効に活用する能力

限られたマンパワーの中で活動していくためには、資源を有効に活用していくことが求められ

る。そのためにも、行政の組織を有効に活用する能力が必要がある。資源の活用については、地域活動においてもあてはまる。また、健診のアウトソーシングなども関係する。まずは、目的は何か、そのために必要な資源は何かを考えていくことが必要であり、効果的な活用をしていくためには、その資源の機能についても熟知しておかなければならない。

３．その他

共同研究「保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方」では、新任期の保健師の到達目標（案）を示している。こういった研究も参考に、当市としての到達目標を明確にしていくとよいのではないかという意見が出た。

Ⅵ．まとめ

共同研究の成果から、今後必要な取り組みについて確認することができた。今後については、まず、企画している研修会を実施し、保健師活動における個々の課題や研修会での学びを確認していく必要がある。また、活動の実際についても確認し到達目標を明確にしていきた。

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　宮島ひとみ　北山三津子
岩村龍子　大川眞智子（大学）　居波由紀子　堀幸子（岐阜県保健医療課）

Ⅰ．はじめに

本研究では、岐阜県における保健師現任教育の方法を開発することを目指している。県では、保健師の研修を企画・実施し、そこに本学の公衆衛生看護領域担当教員も協力している。研修の方法は単年度ごとに修正を加えながら工夫をしてきているが、長期的な展望に立って現任教育のあり方を検討していくことができていない。また大学には学士課程修了時に身につける保健師としての実践能力はどのような内容であるかを明らかにすることが求められている。そのためには、卒業後にどのような能力がどのように高まっていくのかを明らかにし、そのための基盤となる能力が何かをあわせて検討する必要があるので、現任教育の担当課と大学との共同で取りくんだ。

昨年度の新任保健師研修では、新任保健師に対し、就職して 4 ヶ月時点と 11 ヶ月の時点での実践経験の現状についてアンケート調査を行った。今年度は、この調査結果から、保健師新任期における到達目標を検討し、それを元に現任教育の在り方を検討する。

Ⅱ．方法

１．新任保健師の業務経験の実態調査

１）方法

平成 19 年度新任保健師研修会時にアンケート調査を実施した。研修会は前期研修と後期研修があり、新任保健師は、前期と後期の両方に参加することになっている。前期は 19 年 7 月、後期は 20 年 2 月に開催された。それぞれ、保健師として実践をしてから 4 ヶ月時点、11 ヶ月時点である。

２）調査項目

保健師の実践能力を捉える側面を検討し、表１に示す実践能力の項目を調査項目とした。

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、中項目ごとに体験したことが有る場合は○をつけてもらい、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。

３）分析方法

実践経験の有無については、単純集計した。実践能力の項目ごとの具体的な記述内容を元に、4 カ月時点、11 ヶ月時点での保健師としての実践能力の到達目標を検討した。

２．共同の実際

本研究は保健師研修会を共同で実施しながら進めている。保健師研修は現地看護職（保健医療課）が責任を持ち実施しているので、教員は研修の方法について一緒に検討した。アンケート調査の集計・分析と到達目標の検討は教員が行い、その結果をもとに看護職と話し合いを行った。

３．倫理的配慮

アンケート調査の実施にあたり、口頭と文書で調査目的・方法、匿名性と守秘の保証、参加や中途拒否の権利などを説明し同意を得た。また、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た。

Ⅲ．結果

19 年度新任保健師研修会に参加した保健師全員から本研究への協力を得ることができた。前期研修会参加者は 32 名、後期研修会参加者は 30 名であった。

１．新任保健師の実践経験の状況

前期(4 ヵ月時点)に、半数以上の新任保健師が実践経験有りと回答した項目は、【看護過程の展開】の中の「個人・家族への援助」の中項目「信頼関係形成」「個人・家族のアセスメント」「記録を作成する」であった。後期(11 か月時点)では、「個人・家族への援助」の中項目すべてと、「他機関・他職種との連携・協働」の中項目「対象者の個別ニーズを充足するための住民との連携・協働」「チームの一員としての行動」であった。実践能力の項目「所属機関の保健師との連携・協働」の中の中項目「同じ部署にいる保健師チームの一員として行動する」は前期・後期とも半数以上の

新任保健師が実践経験有りと回答していた。

２．到達目標の検討

実践経験の具体的記述内容を元に、実践能力の項目ごとに、到達目標を検討した。その結果、表2から4のように整理できた。表2に【行政における看護実践】、表3に【看護過程の展開】、表4に【自らの専門性を高める】についての到達目標を示す。

３．共同研究者間で到達目標について討議

検討した到達目標について、さらに共同研究者間で討議した。その結果、以下のような意見があった。

・より具体的な到達目標を示していく必要がある。
・これらの目標に到達するために、新任保健師がどのような業務経験をするとよいのか、具体的に検討する必要がある。
・保健所と市町村では業務内容が異なるので、到達目標および到達するための方法の検討において違いを考慮していく必要がある。
・新任保健師の指導保健師にこの到達目標を認識してもらい、到達する方法について一緒に検討していくことが必要である。

４．岐阜県の看護への貢献とその成果

１）看護実践の方法として改善できたこと

新任期の到達目標を検討し、今後さらに洗練していく必要性はあるが、おおよその指標として示すことができた。新任期保健師は、これらの到達目標を指標に、自分自身を振り返ることができ、実践能力向上につながると考える。また、これらの到達目標に向けて、新任保健師研修の目的・目標もより具体的に設定できると考える。

２）現地側看護職の受け止めや認識

①　研修会に活かすことができる

到達目標が検討でき、次年度の研修を企画する際に活用できる。保健師の資質向上のために何ができる必要があるのか、何を目標に研修していけば良いのかを明らかに言語化してもらうことで、保健師研修を実践していける。また、評価指標としても活用できる。

②　現任教育方法を検討する上での資料となる

今後、業務の中で新任保健師への現任教育のあり方を考える際、これらの到達目標に向かって、指導保健師としてどのような働きかけが必要であるか、新任保健師にどのような業務を担当してもらうと良いのかを、指導保健師とともに検討する上での資料となる。

③　保健師活動を具体的に検討する機会

日常の保健活動の議論が具体的にできるようになった。

３）本学教員がかかわったことの意義

①看護実践の改善：看護実践の改善にはまだ至っていないが、改善につながる意義として次のように考える。本研究は、新任保健師研修会の実施も含めたものである。教員が新任保健師研修会の指導者として入ることで、看護の基本的考え方を押さえた指導ができた。新任保健師は本学教員からの助言を元に、看護の基本に立ち返り、より良い看護を実践していくことにつながる。

②大学教育の充実：大学教育の中ではまだ生かされていないが、新任期の実践能力を明らかにすることで、基盤となる基礎教育修了時の実践能力としては何が必要なのかを検討することができる。そして、大学教育の内容を見直すことができる。

③看護職者の生涯学習支援：基礎教育の状況を把握している教員が、基礎教育での到達度を元にし、さらに新任保健師の実態も研修会で把握しながら検討できたので、現状に即した新任期の到達目標を考えることができた。今後、これらの到達目標を参考に、新任期保健師が各自の看護実践を振り返り、自己の実践を改善していくことにつながる。新任期保健師を指導する立場の保健師にとっても、到達目標が示されることにより、何を指導したら良いのかが分かり、指導者としての役割が発揮できる。

Ⅳ．報告と討論の会

検討した到達目標を「到達目標（案)」として示し、参加者より意見や感想を出してもらった。

・新任保健師が良く実践できていると思った。到達目標の設定として、全体的に高い目標のような気がする。
・「健康危機管理」のところは、到達目標として難しいのではないかと思う。新任期であれば、「担当事業の中で健康危機について考える」や「誰に何を報告すれば良いのかが分かる」「健康危機発生時の対策は、チームの中でどのように考えているのかを知る」等が適切ではないか。
・担当業務によって体験できることとできないことがあるので、考慮すること必要。
・「施策化」「地区活動の展開」のところを振り返ると、自分たちも地区把握、地域の健康課題の分析が抜けたまま事業展開していることに気付かされた。
・「信頼関係の形成」について、新任期は対象者に合わせてコミュニケーションをとることも難しい場合がある。「対象者に合ったコミュニケーション方法を検討することができる」ことも到達

目標として必要である。

・自己研鑽の項目はあるが、「働くということ」等、社会人としての倫理、看護職としての倫理等にかかわる項目も必要であると思う。

Ⅴ. 今後の課題

今回検討した到達目標は、現状ではまだ（案）の段階であるので、報告と討論の会においていただいたご意見やご感想もふまえ、さらに検討していく必要がある。特に、「倫理に関すること」は、保健師の実践能力の項目にも含めていなかったが、共同研究者間でも実践能力としても必要なことであると検討していた内容でもある。

今後、到達目標としてより具体的な内容にすること、到達目標に達成するための現場での現任教育のあり方を検討していきたい。

表1. 保健師の実践能力調査項目

分類	実践能力	中項目
行政における看護実践	所属組織と活動の成り立ちの理解	組織の成り立ちと意思決定過程の理解
		施策と事業の位置づけ・成り立ちの理解
		行政の役割の理解
	施策化	地区診断に基づくニーズ把握と施策化・事業化
		基本計画に位置づく施策化
		サービス基盤の整備を視野に入れた保健医療福祉計画策定への参画
		ニーズを説明し、予算化する
	地域のヘルスケア体制整備	現状のヘルスケア体制のアセスメント
		今ある資源が有効に機能するようにする
		不足している資源をつくりだす
		資源の有機的なつながりをつくる
	健康危機管理	発生時の活動組織を理解する
		発生時の住民ニーズに基づき活動する
		健康危機に備えた平時の活動
看護過程の展開	地区活動の展開	地域のアセスメント（地区診断）
		地区活動の計画作成
		地区活動の評価・改善
	保健福祉事業の展開	住民のニーズと事業の目的の明確化
		住民ニーズと地域特性に合わせた方法を計画する
		目的を理解しながら実施する
		保健事業を評価し、改善する
	個人･家族への援助	信頼関係形成
		個人･家族のアセスメント
		支援計画作成
		実施した援助を評価し、支援計画を修正する
		記録を作成する
		対象の意思を尊重して主体的な問題解決を促す援助を実施する
		サービス利用支援
	他機関･他職種との連携･協働	対象者の個別ニーズの充足のための連携･協働
		集団・地域のニーズ充足のための連携･協働
		組織同士の連携・協働を意図した行動
		チームの一員としての行動
	住民との協働	対象者の個別ニーズを充足するための住民との連携・協働
		集団や地域のニーズを充足するための住民との連携・協働
		健康生活を守る住民の主体的な活動を支援する
		共通の援助ニーズをもつ人たちの組織づくり
		推進員など保健師の協力者・理解者の育成・支援
	所属機関の保健師との連携･協働	同じ部署にいる保健師チームの一員として行動する
		異なる部署にいる保健師と連携・協働する
自らの専門性を高める	実践の中で研鑽する能力	看護実践を重ねる過程で専門職としての自らの能力を高める
		看護実践上の課題の解決に取り組む

表2. 新任保健師の実践経験内容と到達目標（案）の検討【行政における看護実践】

実践能力の項目	4ヶ月時点到達目標(案)	11ヶ月時点到達目標(案)
所属組織と活動の成り立ちの理解	1)所属する組織の成り立ちを理解する。 2)当該行政組織（県、市町村）で実施する様々な事業を知る。特に保健事業に関しては、根拠となる法律、予算について理解する。 3)起案作成の手順を理解し、一般業務（予防接種や各種健診など）について、起案作成を試みる。 4)行政の役割について検討する。	1)行政の役割、行政における看護職の役割について検討を深める。 2)行政施策の中での保健事業の意味や意義を考え、評価を試みる。
施策化	1)所属する市町村や担当地区に関する情報、資料、データ等を集め、地域の現状を知る。 2)保健計画等を読み、現状の保健福祉事業との関連を考える。 3)地域の特徴を説明できる。 4)地域の健康問題が、どのようなところにありそうか感じる。	1)集めた資料などから、地域のニーズを読み取り、さらに必要な情報やデータを集め、地域のニーズを明らかにする。 2)個別事例への関わりから得られたニーズから、地域全体へのニーズにつなげて考える。 3)地域のニーズを他者に説明できる資料を作成する。 4)ニーズに即した予算作成を試みる。
地域のヘルスケア体制整備	1)自治体、管轄地域、担当地域等のヘルスケアに関わる資源の現状を知る。 2)健康危機発生時にどのように行動すべきか考えてみる。	1)現状のヘルスケア体制において、資源が有効に機能しているかを調べ、現状を把握する。 2)現状のヘルスケア体制において、不足している資源はどのようなものか、地域のニーズと合わせて検討する。 3)現状の保健事業等を住民のニーズに即したものになるよう、改善に取り組む。 4)地域のニーズに即して、新たな保健事業の立ち上げや、自主グループ立ち上げの支援に取り組む。 5)地域の資源である機関や関係職種と連絡を取り合い、意見交換をし、つながりを作る。
健康危機管理	1)マニュアル等を読み、健康危機発生時の活動体制について理解する。 2)健康危機発生時にどのように行動すべきか考えてみる。	1)健康危機発生時の活動体制について理解する。 2)健康危機発生時にどのように行動すべきか考えておく。 3)健康危機発生時に起こりうる問題を予測し、対策を立て、備える。

表3. 新任保健師の実践経験内容と到達目標（案）の検討【看護過程の展開】

実践能力の項目	4ヶ月時点到達目標(案)	11ヶ月時点到達目標(案)
地区活動の展開	1)地域を見て回る(住民の保健・医療・福祉・介護サービスへのアクセスの観点、住民が主体的に健康を守る活動をする環境があるかの観点で) 2)地区診断のために必要な情報とその情報の収集方法を考える。 3)所属する市町村や担当地区に関する情報を既存資料や実践を通して集め、地区把握を行う。	1)所属する市町村や担当地区に関する情報を既存資料や実践を通して集め、総合的に地区把握を行い、資料を作成する。 2)地区把握を行う際には、保健福祉事業の利用のない人々も含めて、対象地区全体の状況を把握する。 3)地域の健康問題および、解決の方向性を自分なりに考える。 4)地域の健康問題を考える際には、保健福祉事業の利用のない人々等の潜在しがちな問題も含めて考える。 5)地域の健康問題や活動の方向性について、保健事業の計画、実施、評価を通して、同僚の保健師等と、検討する。

表3. 新任保健師の実践経験内容と到達目標（案）の検討【看護過程の展開】続き

実践能力の項目	4ヶ月時点到達目標(案)	11ヶ月時点到達目標(案)
保健福祉事業の展開	1)既存資料・前年度実績から事業にかかわる住民ニーズを確認し、事業目的を理解することができる。 2)計画された事業の目的を確認し、理解した上で事業に参加することができる。 3)参加した事業の方法とその方法を取っている理由を理解することができる。 4)参加した事業について改善点を検討する（見出す）ことができる。	1)事業を通して住民のニーズを捉える方法を自ら考えることができる。 2)事業を通して住民のニーズを捉え、事業目的を検討することができる。 3)担当事業の方法を住民のニーズに応じて随時改善することができる。 4)担当事業の方法を住民ニーズと地域特性をふまえて検討し、計画に反映させることができる。 5)各事業について、常に目的を意識して実施することができる。 6)担当事業について、1年間を振り返って評価し、次年度計画をたてることができる。
個人･家族への援助	1)対象者との信頼関係を形成するためのコミュニケーション方法について自ら考え実行することができる。 2)健診等の個別面接の場面において、限られた時間または1回のみの面接においても、援助に必要な情報を捉えることができる。 3)継続的に関わっている事例について、援助に必要な情報を捉えることができる。 4)必要な援助に関する判断を、指導者の助言を受けて判断できる。 5)個別の援助記録を作成できる。 6)情報収集ができたか、適切な判断ができたか、適切な援助ができたか、指導者の助言を受けて自己評価できる。 7)対象の意思(希望・意欲・認識等)を捉える。 8)対象者に応じたサービスや資源の紹介ができる。	1)対象者との継続的な関わりの中で信頼関係を築いていくことができる。 2)個別支援事例を受け持ち、アセスメント・計画・評価を実施することができる。 3)援助に対する相手の反応を捉えながら、主体的な問題解決を促す援助を試み、検討することができる。 4)対象者をサービス利用につなげるための支援ができる。 5)対象者をサービス利用につなげ、サービス利用後の対象者の状況を確認できる。
他機関・他職種との連携・協働	1)他機関・他職種との会議・カンファレンスなどに参加する。 2)仕事を通じて、他機関・他職種の活動と役割を知り、視点・考えを学ぶ。 3)関係機関に連絡をとり、支援について一緒に考える。 4)組織・チームの一員として自分の立場・役割を自覚する。	1)他機関・他職種との会議・カンファレンス等に参加して、保健師としての判断をもって意見が言える。 2)関係機関と連携して、一緒に支援の検討・実施ができる。 3)対象のニーズを充たすために適切な他機関・他職種について助言を受けて判断し、協働に向けた行動が考えられる。 4)組織・チームの一員として、自分が果たすべき役割は何かを考えて、自ら行動できるようになる。
住民との協働	1)地域の援助者となれる人々（民生委員や自治会等の役員、ボランティアなど）と知り合いになる。 2)住民と連携・協働している活動について、保健師がどのような意図を持って連携・協働しているかを知る。 3)管轄地域での、住民の主体的な活動の状況を把握する。 4)住民の主体的な活動に参加して活動している住民と知り合いになる。 5)住民同士で支え合うことで解決すると思われるニーズがないか検討する。 6)食生活改善推進員や母子保健推進員等、既存の推進員の研修会に参加することなどにより、推進員の活動を知る。 7)出会った推進員と知り合いになる。	1)個別援助の際、民生委員や近隣住民との連携・協働の必要性を検討し、必要な場合はこれらの人に連絡をとって相談してみる。 2)捉えたニーズに応じた、住民との連携・協働の可能性を検討する。 3)自主グループなどの住民の主体的な活動を支援する方法を検討し試してみる。 4)住民同士で支え合うことで解決すると思われるニーズを捉え、そのニーズに対する住民の意見を聞きながら、組織づくりの必要性を判断する。 5)日常業務の中で、推進員など保健師の協力者・理解者となってくれそうな人とかかわる機会に、関係をつくりながらそれらの人の活動の現状や思いを把握する。 6)推進員など保健師の協力者・理解者となってくれそうな人々を育成・支援するための方法を検討する。

表3. 新任保健師の実践経験内容と到達目標（案）の検討【看護過程の展開】続き

実践能力の項目	4ヶ月時点到達目標(案)	11ヶ月時点到達目標(案)
所属機関の保健師との連携・協働	1)参加する事業で役割を果たすために、不足している知識・技術がわかり、自己学習できる。 2)把握した対象の情報をもとに自らの判断・対応を報告することができる。 3)自分から質問したり、相談を持ちかけることができる。 4)担当外の業務にも関心を向け、所属機関の利用者に対する一次的対応ができる。 5)担当業務で連携が必要な他部署の保健師がわかり、お互いの役割が理解できる。	1)所属部署に対する組織的理解が深まり、組織の中で自分がとるべき役割や行動が考えられる。 2)優先度を考えて相談・報告できる。 3)個別援助の内容を検討するため、他者に必要な情報を示して、相談・意見交換できる。 4)担当業務について、他部署の保健師と意見交換できる。

表4. 新任保健師の実践経験内容と到達目標（案）の検討【自らの専門性を高める】

実践能力の項目	4ヶ月時点到達目標(案)	11ヶ月時点到達目標(案)
実践の中で研鑽する能力	1)自分の看護実践を振り返り、自分自身の課題を明確にする。 2)自分自身の課題解決に向けて努力する。 3)看護実践上の課題を見つける。	1)自己の課題解決に向け自主的に取り組むことができる。 2)看護実践上の課題に対し、対策を検討することができる。

就職３年目の看護師の看護実践をとおして「自分育て」を考える

小島三紀（羽島市民病院・看護部）　古澤幸江（羽島市民病院・２病棟５F）
栗田孝子　橋本麻由里　鈴木里美　野村 浩　奥井幸子　奥村美奈子（大学）

Ⅰ．はじめに

一般に現任教育は、看護師の入職と同時に医療技術の進歩や社会の動きに対応するため、様々な指導や研修を準備し組織として支援している。しかし、キャリア発達は組織の教育支援と共に、看護師個人が自ら成長することの意味を認識し看護を行うことの両者の相互作用により促進すると考える。また看護職が専門職として生涯にわたり成長するためには、「自分育て」として自身で自分をどう育てていくかが重要な意味をもつ。

そこで、就職後３年目の看護職がどのように自分を育ててきたかに焦点を当て、将来にわたり看護専門職として自分で自分を育てる能力とは何か、何をどのように育てるのかについて、明らかにしたいと考えた。その際、現地看護職と教員が共に考えることで、現場での現任教育を考えると同時に、卒業後の看護職を支えたいと考え取り組みを開始したので報告する。

Ⅱ．目的

今年度の目的は、就職３年目の看護師にそれまでの看護実践を振り返ってもらい、どのように自分育てを行ってきたかを明確にする。さらに、看護実践を通して自分育てができる能力とは何か、また所属部署を管理する師長は看護師をどのようにサポートするとよいか考えることとした。

言葉の定義：本研究における「自分育て」とは自ら求める看護の目標や課題に対して、社会資源を活用し自己成長をはかることであり、自己の看護を確信したり、創造し自己の看護観を発展させることをいう。

Ⅲ．研究方法

１．対象

平成17年度にA病院に新規就職した看護師23名。本報告は20年6月に現地で報告したものを対象とする。

２．データ収集及び分析

平成19年7月～20年3月までの期間に質問紙調査及び半構造化面接を行った。質問紙は看護部に依頼して対象者に配布し、回収は無記名で返信用封書を用いて回収した。質問項目は属性（看護師経験の有無、配属先）、日ごろ看護専門職として看護実践で一番意識して行っていることや自分自身について意識していることは何か、自らのキャリアをどのように考え築いてきたか、また今後どのように自分のキャリアを形成していきたいかなどについてで、回答は自由記述とし、記述の意味内容を分析した。

また、2次調査として同意の得られた7名に「これまでの実践で何を考えどのように行動してきたか」、「その中で印象に残った実践例」、「自分を成長させていく上での課題」などについて面接を行った。その内容を逐語録とし、対象者ごとに、自らの看護とその変化、変化のきっかけを軸に自己の課題・目標、自己の向上のために活用した資源に関する内容を抽出して要約し、自分育ての過程として整理した。

３．現地側との協働体制

本研究は、現地側看護部の了解のもと実施した。現地側研究者は、主に対象者へのアンケート調査の説明、配布、回収の実施、またインタビューおよび調査結果の分析の一部を担い、研究の進め方および分析結果の検討は、現地側共同研究者と協議して実施した。

Ⅳ．倫理的配慮

研究目的、方法、匿名性の保障、参加による不利益はないこと、データ分析迄は参加の撤回が可能であることを説明し、自由意思による参加を依頼した。質問紙調査およびインタビューへの参加はデータ収集方法に記述したとおり同意を得た。本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査1840-1で承認を受けた。

Ⅴ．結果

１．質問紙調査（回収20名、回収率87%）

１）背景

①配属先：病棟15名、手術室1名、未記入4名。

②これまでの職場経験：なし12名、あり（以下経験者とする）7名、未記入1名

２）内容：①日ごろ看護専門職として一番意識して行っていることは、これまでの職場経験の有無に関係なく「看護の対象者」及び「看護職で

ある自分自身」であり、看護専門職として自分自身について意識していることは、「礼儀」や「振り返り」であった。②看護専門職としてのキャリアについては、「積み上げるもの」と考えており、経験のない者は「良い看護提供のためのもの」「人としての成長に繋がるもの」で、経験者は「自分を高める道筋」と考えていた。③キャリアをこの 2 年間どのように築いてきたかについては、「研修の受講」「経験した」「自己学修」などで、経験のない者は「患者に合わせた看護」「他者の評価を得て改善した」であった。

2．インタビューの結果

分析対象者は退職者を除き卒後 3 年目看護師 3 名（事例 1～3)、3 年以上の経験がある看護師 2 名（事例 4～5）の 5 名であった。今回の面接により見出された自分育ての過程の特徴を【　】、目標及び看護については「　」で、資源として抽出したものを〈　〉で示す。

5 事例の自分育ての過程は、【自分の考える看護をとことん実践し、その成果から自身の看護とは何かを確信した】【看護が思うようにできなかった体験の振り返り、日々の業務での疑問から自身の看護を発展させていった】【先輩の優れた実践や温かい見守りで看護の力に気づき、自己の課題を見出した】の 3 つの異なる特徴があった。それぞれ、対象者および家族、他の看護職とのかかわりをきっかけに自分の考える看護を発展させていた。自身を向上するために活用した資源は、〈患者・家族との出会い〉〈先輩のよいケアの実践や助言〉〈医療チームでのケースカンファレンス〉〈自身の実践の振り返り〉〈新人や後輩の実践〉〈夜勤〉〈勉強会〉〈事例をまとめる機会〉〈失敗をしたときの先輩の見守り〉〈学生時代の学び〉などであった。

以下に、自分育ての過程の特徴を事例 1～3 の経過をもとに説明する。

1）【自分の考える看護をとことん実践し、その成果から自身の看護とは何かを確信した】

事例 1（図 1）は、終末期にあった A さんにプライマリナースとして「A さんが今後どうしていきたいかを、治療方針に沿いつつ、A さんにとっての最良の姿に向かっていけるよう支援する。」ことを目指した。そして「本人・家族が納得し死を迎えられるよう考え、自分なりにわかったと実感できた。」「プライマリナースとして A さんの全てにかかわった。」等自分の考える看護を実践し、その成果から「患者･家族が一番いいところまでいけるようにサポートする。」ことが重要で、「ターミナルケアとは何かが自分なりにわかった。」と実感した。この過程で〈患者･家族との出会い〉〈よい先輩のケアや助言〉〈自身の実践の振り返り〉〈後輩・新人の実践〉〈夜勤での経験〉を自身の向上に活用していた。

2）【看護が思うようにできなかった体験の振り返り、日々の業務での疑問から自身の看護を発展させていった】

事例 3（図 3）は、「家族に先を説明して、患者さんに言うかどうか決めて・・・ということにひっかかった。」など家族の決定が重視された場面での疑問、終末期に向かいつつあるＢさんに「患者さんに対して何もできなかった。死ぬことがわかっている人に“がんばろう”と言うことは、すごくきついことだと気づいた。」など看護ができなかった体験をきっかけに「検査の同意書も、紙があれば検査に出せるでいいみたいなところが正直あった。」のが「患者さんは理解できているのか、どう捉えているのか自分の中だけでも確認しよう。」と同意のあり方を再考した。そして卒業時の看護を想起し、〈自身の実践の振り返り〉から、〈倫理の勉強〉の機会をもつことを自己の向上に活用していた。

3）【先輩の優れた実践や温かい見守りで看護の力に気づき、自己の課題を見出した】

事例 2（図 2）は、入院時のアナムネを聴取する場面で「先輩の一言で病室の雰囲気が変わった。言葉一つでこれだけ変わるんだと本当に感じた。」とコミュニケーション技術で場の雰囲気が変わった体験から自己のコミュニケーションに関する課題を見出した。初めてのエンゼルケアでは「血色が良くなったと家族に喜ばれた。こんなことでも喜んでもらえるんだとわかった。」とエンゼルケアが家族へのケアにつながった体験をきっかけに、看護でできることを実感した。また、〈同期の看護師〉の離職に「自分を振り返り、卒業時にやりたかったことを思い出した。」など卒業時に目指していた看護を想起し課題を見出した。仕事の〈失敗に対する先輩の助言や見守り〉は、勤務継続の動機となった。

Ⅵ．考察

1．自分育てとは何か

対象者は、日ごろの看護実践で一番意識していたことは「看護の対象」であり、自らの看護実践の振り返りを積み上げ、事例 1・2 のように目標や課題をもち看護を変化させていた。そして、現

場で当たり前に行っていた同意書の取り方や、本人ではなく家族の意向を重視した看護への疑問や問いをもとに、自分の求める看護を実践し確信していった。これらは自身の中の看護を問い、明確にしていくことで看護を発展させていった。すなわち自分育てとは、自らの看護観を実践の中で創造し育てていくことであると考えられた。

２．自分を育てる能力

事例１のように成果を実感できた実践、或いは事例２・３のように上手くいかなかった実践例をきっかけとして、自らの看護を問い、ここから生じた課題に取り組む過程で、自らの看護を変化させていた。課題への取り組みに活用した資源は、〈患者･家族との出会い〉であり〈よい先輩のケアや助言〉〈後輩・新人の実践〉や〈自身の実践の振り返り〉そのものであった。

また、ケアの中で看護師の成長を支えたものは〈先輩の看護実践や見守り〉〈カンファレンスや事例検討会での助言〉であった。資源は身近な存在である先輩及び後輩であり、病棟師長であると考えられる。このような先輩や周囲の看護に触発され、失敗を見守り許容された体験は、次世代への人育てに繋がり、まさに OJT として有効である。自分育ての能力とは、看護実践を振り返り、自己の課題や問いをもち、自身の成長や向上に必要なものを周囲から資源として、意図的に活用する能力であると考える。

３．病棟での師長の行う現任教育

師長は自分育ての能力育成として、看護師ひとり一人の力量に対して意図的にかかわり、初任期及び中堅者の相互の学びを助長するように仕組むことが現任教育の第一歩である。また、様々な体験を経験知に変換することも重要で、看護の振り返りをタイミングよく行い体験の意味を問い、既習学修、文献などと重ねて看護を意味づけていくことが指導者としての役割と考える。

Ⅶ．本取り組みの評価

１．看護実践の方法として改善できたこと･変化したこと

実践の改善としては、明確にはわからないが、看護実践の振り返りを大切にし、看護を考える方向に動いており、実践を人材育成の場としてどう活用していくとよいかという視点で、現任教育に関する考え方を再考するきっかけとなっていた。

２．本研究への現地看護職の受け止めや認識

本研究をおこなうことで病棟師長は、受け持ち患者の決定時や事例検討会、看護計画立案時に意図的に関り、人材育成のカギが師長であると認識した。また、組織的には看護部として看護を振り返る機会を積極的につくり、その結果を本人へフィードバックをすることとしている。若い看護師からは本研究を報告する中で、無意識にしていることが第三者の関与により自分育てを意識し、看護師としての役割が明確になるなどの発言をしている。

３．本学が関わったことの意義

日ごろの看護実践が「自分育て」に深く関っていることを明らかにしたことで、意識していなかった日ごろの看護実践を振り返り、その意味を見出すことことに繋がったと考えている。今後は病院の研修計画へどのように反映して効率的な自分育てに繋がるかが課題である。また、学部基礎教育での学修が、卒後の看護実践において自身の看護を考える際に想起されていることがわかり、今後の学部授業の内容の検討を行う上での示唆を得ることができた。

Ⅷ．共同研究報告と討論の会での議論内容

他施設の教育担当看護師長や看護部長からの発言としては、看護を振り返ることの重要性は認識しているので、看護師の看護観を考えるような振り返りができる記述をさせたい、しかし言語化することは難しいなどの意見もあり、その表現をする支援をしたい、という発言があった。また、看護師の発言を分析し本人にフィードバックすることは自施設では困難、との発言があり共同研究の意味が参加者の中で発言された。

卒業後１年目の看護師からはまだ、技術的な指導を受けることが中心で看護を話し合う機会があるとよいと思う、学生からは本取り組みをしている病院へ見学に行ったが、学生の意見を参考に改善をしたいと言われ、尊重させていることを実感したといった発言が聞かれた。参加者の年代・立場など様々な立場での発言であったが、どの参加者も自己の看護を問うことの重要性は共通認識できたと思う。

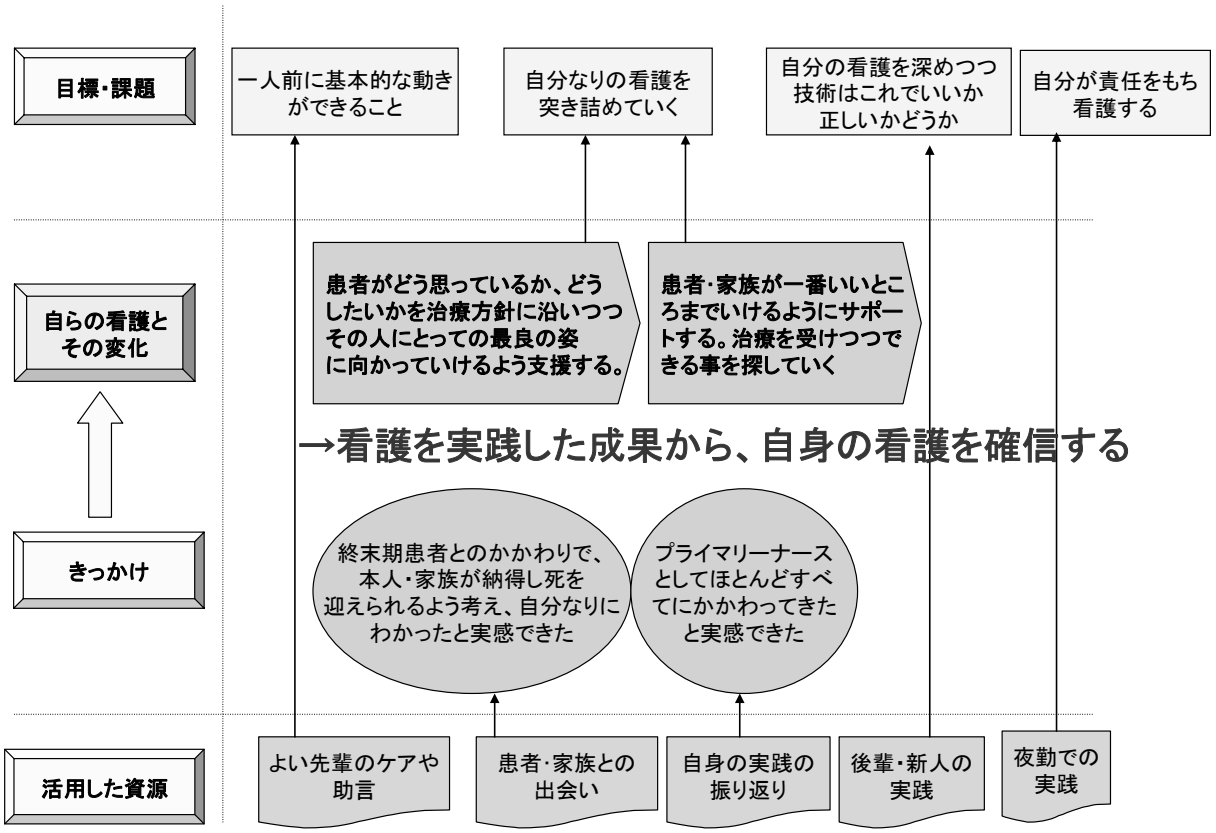


図 1　事例（卒後 3 年目）

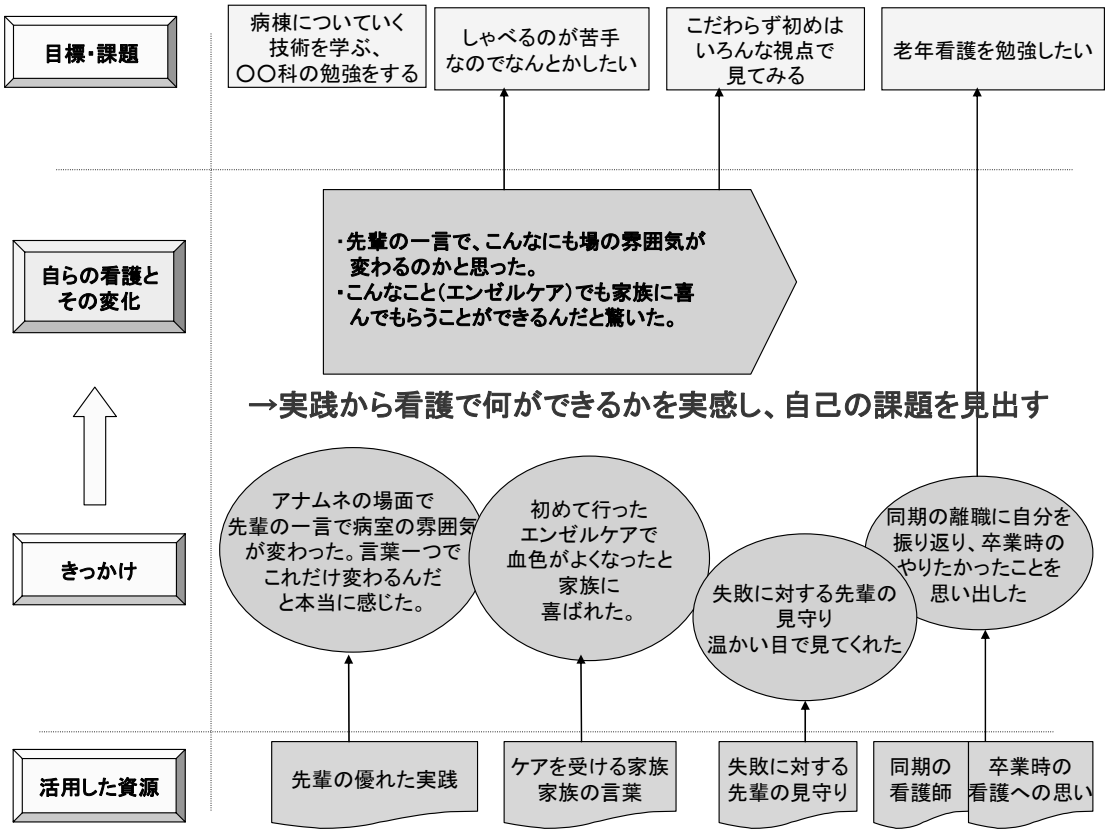


図 2　事例 2（卒後 3 年目）

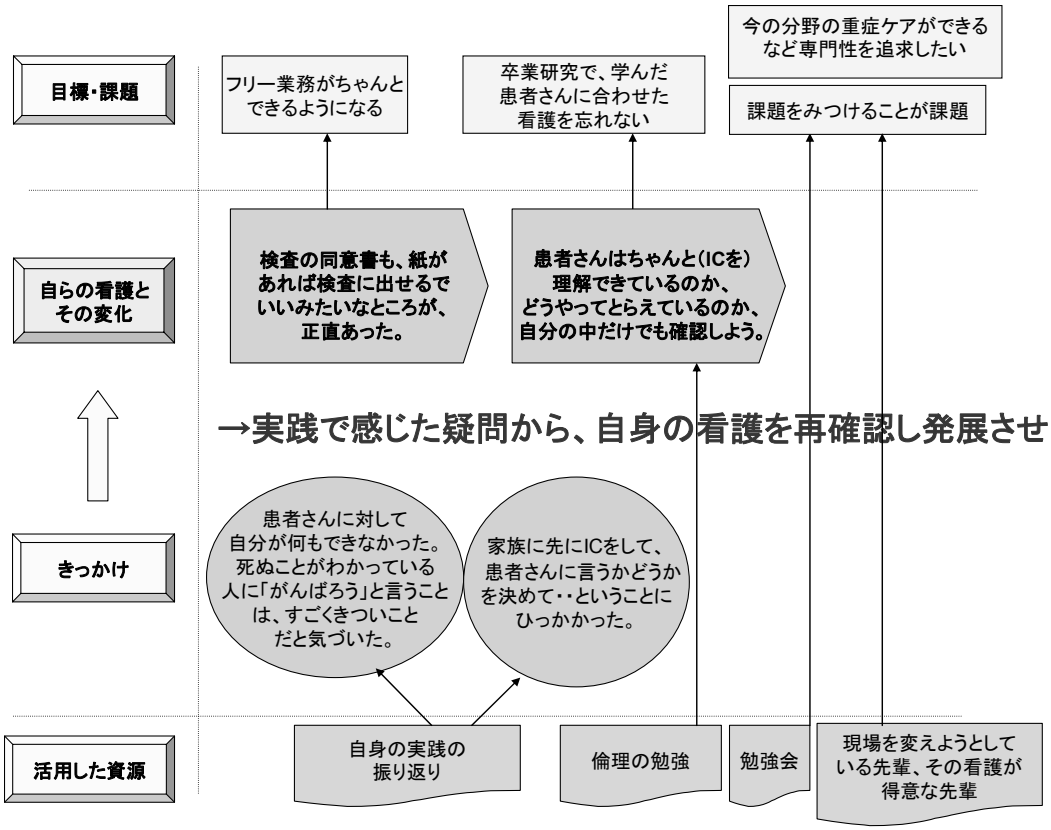


図 3　事例 3（卒後 3 年目）

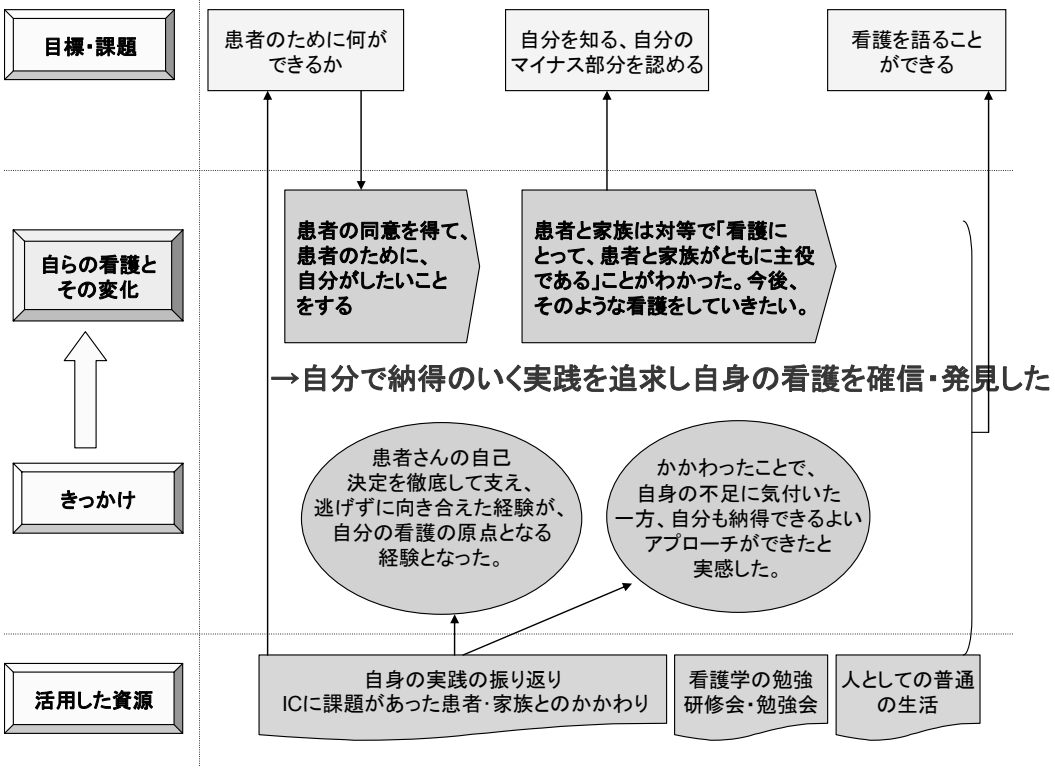


図 4　事例 4（職歴あり　就職後 3 年目）

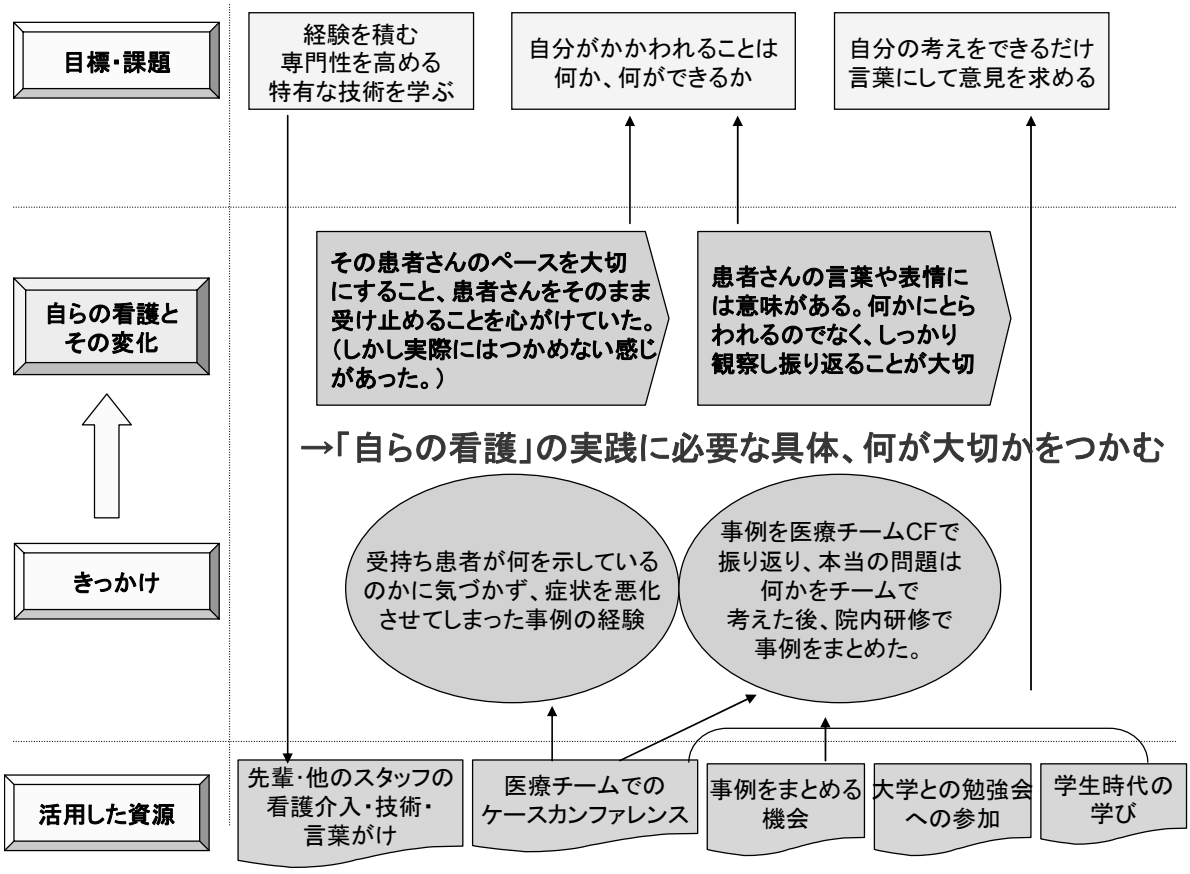


図 5　事例 5（職歴あり　就職後 3 年目）

「共同研究報告と討論の会」開催結果

1. 日時および場所　平成 21年 2 月 21 日(土) 於:岐阜県立看護大学

2. プログラム

午前の部

第 1 会場　　会場;講義室 203　掲示時間;10:00～15:10

10:00～10:05 オリエンテーション	
10:05 ～10:15	家庭訪問を通して個人・家族・地域を捉える視点　(6 頁) 寺西愛　西脇雅子 小粥麻理子(安八町保健センター)，宇野比登美(安八町民生部福祉課)，坪内美奈 松下光子 米増直美 森仁実 大井靖子 宮島ひとみ 岩村龍子 大川眞智子 北山三津子(大学)
10:15 ～10:25	糖尿病患者の看護支援方法に関する取り組み　(8 頁) 南谷絹代　粥川京子　大内晶美(羽島市民病院)，加藤美鈴(自衛隊岐阜病院)，小野幸子　田村正枝 松本葉子　宇佐美利佳(大学)
10:25～10:50 討議時間(25 分)	
10:50～10:55 休憩・移動時間(5分)	
10:55 ～11:05	就職 3 年目の看護師の看護実践をとおして「自分育て」を考える　(10 頁) 小島三紀 古澤幸江(羽島市民病院)，栗田孝子 橋本麻由里 鈴木里美 野村浩 奥井幸子 奥村美奈子 (大学)
11:05 ～11:15	一般病院におけるがん患者の看護　(12 頁) 田中克子 奥村美奈子 梅津美香 山内栄子 大川眞智子(大学)，大橋晶子 吉田知佳子 小嵜まゆみ 中川千草(羽島市民病院)
11:15～11:40 討議時間(25 分)	
11:40～11:45 休憩・移動時間(5分)	
11:45 ～11:55	地域における高齢者の介護予防をめざした支援活動の展開方法　(14 頁) 松下光子　坪内美奈　米増直美　森仁実　普照早苗　大井靖子　北山三津子　岩村龍子　大川眞智子(大学)，田口千枝子　長尾ひろみ　則武弘美　安江洋子(白川町地域包括支援センター)，三尾三和子　高木裕子 加藤千波　千野奈穂子　鈴木佐布子(白川町保健福祉課)
11:55 ～12:05	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 2　(16 頁) 田内香織 黒江ゆり子 藤澤まこと 普照早苗 金子徳子(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)
12:05～12:30 討議時間(25 分)	

第 2 会場　　会場;講義室 202　掲示時間;10:00～15:10

10:00～10:05 オリエンテーション	
10:05 ～10:15	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　(20 頁) 片岡三佳 井手敬昭 松下光子 米増直美 坪内美奈 北山三津子 大川眞智子(大学)，橋戸智子 清水雅美 蒲佳浩(生仁会須田病院)，家田重博 臼田成之 山下かほり 一柳千百合(春陽会慈恵中央病院)，纐纈富久 佐合淳 三代沢邦恵(仁誠会大湫病院)，村岡大志 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 兼松裕子　藤田宗仁　安田佳緒里(のぞみの丘ホスピタル)
10:15 ～10:25	退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた方策の検討　(22 頁) 藤澤まこと 普照早苗 黒江ゆり子(大学)，野村玉枝 田口めぐみ 古川康子 中子美枝子 梅田弥生 山下弘子(下呂温泉病院)
10:25～10:50 討議時間(25 分)	
10:50～10:55 休憩・移動時間(5分)	
10:55 ～11:05	精神科病院における社会復帰支援に関する共同研究の成果と課題　(24 頁) 片岡三佳　井手敬昭　松下光子 米増直美 坪内美奈　北山三津子 大川眞智子(大学)，橋戸智子(生仁会須田病院)，家田重博(春陽会慈恵中央病院)，纐纈富久(仁誠会大湫病院)，村岡大志(社団法人岐阜病院)，安藤正枝(のぞみの丘ホスピタル)
11:05 ～11:15	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　(26 頁) 丹羽好子 武山博子 宮木久美 増井法子 長屋幸子(岐阜県総合医療センター)，藤澤まこと 田内香織 金子徳子 黒江ゆり子(大学)
11:15～11:40 討議時間(25 分)	
11:40～11:45 休憩・移動時間(5分)	
11:45 ～11:55	精神科訪問看護の現状と課題に関する研究　(28 頁) 片岡三佳 井手敬昭 田内香織 森仁実 坪内美奈 米増直美 北山三津子(大学)，村岡大志 森康成 坂本由美 小林芳(社団法人岐阜病院)，奥田啓子 (山県市役所保健福祉部社会福祉課)
11:55 ～12:05	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　(30 頁) 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)，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)，安江豊子 日下部奈保(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)，真銅八千代　金武純子(飛鳥美谷苑)，宮川靖子 馬渕好美(かりやど)，牛丸京子 大久保真理(飛騨寿楽苑)，小野幸子 古川直美 坪井桂子 松本葉子 古田さゆり 宇佐美利佳(大学)
12:05～12:30 討議時間(25 分)	

第 3 会場　　会場;講義室 105　掲示時間;10:00～15:10

10:00～10:05 オリエンテーション	
10:05 ～10:15	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（34 頁） 泊祐子 松下光子 石井康子 長谷川桂子 谷口惠美子 杉野緑 窪田佐知子 普照早苗(大学), 安藤祐子(岐阜県立多治見看護専門学校), 長尾芳弘 佐藤昭三 山田しのぶ 丹羽員代 高木久美子(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)
10:15 ～10:25	市が目指す保健師活動を可能とする人材育成に関する研究（36 頁） 羽土小枝子 上村喜美江 佐藤鈴子 和田美江子(郡上市健康福祉部健康課), 両羽美穂子 坪内美奈 大井靖子 松下光子 米増直美 北山三津子(大学)
10:25～10:50 討議時間(25 分)	
10:50～10:55 休憩・移動時間(5分)	
10:55 ～11:05	地域の特色を活かした地域・病院・多胎児サークルが協働して行う多胎児支援の検討（38 頁） 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 小木曽美喜江(県立多治見病院), 谷口知子(多治見市保健センター), 田中圭子 (東濃保健所), 杉原愛(大野町役場), 國井真美子 小山美香 河合美奈(羽島市保健センター)
11:05 ～11:15	保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方（40 頁） 米増直美 松下光子 坪内美奈 森仁実 大井靖子 宮島ひとみ 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子(大学), 居波由紀子 堀幸子(岐阜県保健医療課)
11:15～11:40 討議時間(25 分)	
11:40～11:45 休憩・移動時間(5分)	
11:45 ～11:55	中学生における「対人関係プログラム」の作成（42 頁） 阪野きよみ (揖斐川町立谷汲中学校), 日比薫 (垂井町立北中学校), 西田倫子 谷口惠美子 松本訓枝(大学)
11:55 ～12:05	行動変容を重視した保健指導のモデル的実施と評価（44 頁） 長尾友子 杉山郁子 窪田千年 桐谷勝(岐阜県健康長寿財団), 梅津美香 坪内美奈(大学)
12:05～12:30 討議時間(25 分)	

第 4 会場　　会場;講義室 104　掲示時間;10:00～15:10

10:05 ～10:15	
10:15 ～10:25	難病ケアコーディネーター研修の充実に向けて（48 頁） 古川直美 米増直美 小澤和弘 松下光子 北山三津子(大学), 堀田みゆき(岐阜大学医学部附属病院医療連携センター)
10:25～10:50 討議時間(25 分)	
10:50～10:55 休憩・移動時間(5分)	
10:55 ～11:05	
11:05 ～11:15	障害者施設における入所者の健康生活の維持･向上をめざした健診･検診のあり方（50 頁） 杉野緑　古川直美 平岡葉子 北山三津子　宮島ひとみ(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 垂水敬子(飛翔の里生活の家)
11:15～11:40 討議時間(25 分)	
11:40～11:45 休憩・移動時間(5分)	
11:45 ～11:55	
11:55 ～12:05	過疎地域の地域ケア体制充実に向けた病棟における退院時支援のあり方に関する研究（52 頁） 杉野緑 米増直美 坪内美奈 普照早苗(大学), 小木曽慶子 荻山紀子 三輪喜和子 鈴木富美子 松原徳子 加藤澄子 川上悟(国保上矢作病院)
12:05～12:30 討議時間(25 分)	

午後の部

第 1 会場　　会場;講義室 203　掲示時間;10:00～15:10

13:30 ～13:40	アウトソーシングで実施した特定健康診査・特定保健指導 1 年目の課題と保健師の役割 （56 頁） 横幕みち代 馬渕智子(大野町健康推進課)，坪内美奈 松下光子 米増直美 森仁実 梅津美香 大井靖子 宮島ひとみ 岩村龍子 大川眞智子 北山三津子(大学)
13:40 ～13:50	看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具(尺度)の開発 （58 頁） 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)，グレッグ美鈴(神戸市看護大学)
13:50～14:15	討議時間(25 分)
14:15～14:20	休憩・移動時間(5分)
14:20 ～14:30	ターミナル期を在宅で過ごす利用者とその家族を支える訪問看護活動の検討 （60 頁） 田内香織 普照早苗 森仁実 金子徳子(大学)，折戸三智代 渡辺朝子 浜辺京子(いび訪問看護ステーション)
14:30 ～14:40	在宅で療養生活をおくるがん患者の看護援助の検討 （62 頁） 奥村美奈子 田村正枝 普照早苗(大学)，中川千草　古澤好美　小嵜まゆみ(羽島市民病院)
14:40～15:05	討議時間(25 分)

第 2 会場　　会場;講義室 202　掲示時間;10:00～15:10

13:30 ～13:40	精神科急性期治療病棟における個室看護に関する研究 （66 頁） 井手敬昭　片岡三佳　橋本麻由里(大学)，有馬新路 古川八重子 窪田知弘 吉野久美子 山内美代子(養南病院)
13:40 ～13:50	働く人々の労働生活を支援する看護実践能力の追究 （68 頁） 水野由美(岐阜県労働基準協会連合会)，武藤ひとみ(エーザイ㈱川島工園)，伊藤清美 荒川芽 道中環 森千絵(鷲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)，桑原惠子(NTT 東海健康管理センター)，佐藤澄子(旭化成㈱穂積工場)，酒井信子(㈱ブリヂストン関工場)，宮川敬子(東レ㈱岐阜工場)，古澤洋子(山内ホスピタル)，梅津美香　奥井幸子　坪内美奈(大学)
13:50～14:15	討議時間(25 分)
14:15～14:20	休憩・移動時間(5分)
14:20 ～14:30	精神科病院における認知症高齢者のケアの充実にむけて （70 頁） 渡邉博文 安藤正枝 野村智登美 中村真弓 奥山雅規 加藤里美 河村千里 安藤里美 鈴木幸恵 舟木紳 岩井智代子 塚原稔世 小川貴子 青木朱美(のぞみの丘ホスピタル)，小野幸子 古川直美 坪井桂子 松本葉子 古田さゆり 宇佐美利佳(大学)
14:30 ～14:40	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 （72 頁） 小林美代子 井村春美 山本君子 舩崎ひさみ 石川春美 茶木朱美(中部労災病院)，梅津美香 橋本麻由里(大学)
14:40～15:05	討議時間(25 分)

第 3 会場　　会場;講義室 105　掲示時間;10:00～15:10

13:30 ～13:40	養護教諭の専門性の確立に向けて （76 頁） 西田倫子　松本訓枝　石井康子　泊祐子(大学)，原永子(岐阜市立藍川北中学校)
13:40 ～13:50	過疎地域診療所における訪問看護の充実に向けてのあり方 （78 頁） 普照早苗 田内香織 藤澤まこと 片岡三佳 森仁実 米増直美(大学)，今井さち子 安江こず枝(東白川村国保診療所)
13:50～14:15	討議時間(25 分)
14:15～14:20	休憩・移動時間(5分)
14:20 ～14:30	赤ちゃんにもお母さんにもやさしい地域づくりに向けての検討 （80 頁） 布原佳奈 服部律子 名和文香 武田順子 谷口通英 宮本麻記子 両羽美穂子 坪内美奈(大学)，高田恵美 高田恭宏(高田医院)，河合幸子 永田美紀子(郡上市民病院)
14:30 ～14:40	健康日本 21 地方計画の有効な実施を実現する保健活動のあり方 （82 頁） 松下光子 坪内美奈 米増直美 森仁実 大井靖子 宮島ひとみ 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子(大学)，佐竹芳子 田中喜代美 寺村恵美子 堀田美奈 橋本香織 山本佳子 渡邊智香(海津市健康課)
14:40～15:05	討議時間(25 分)

3. 参加者の状況

表1　参加者の所属施設別人数の推移

	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度
研究課題	19	28	26	26	28	30	24	28	33
本学との共同研究者	39	121	144	159	202	242	143	192	190
参加者総数	114	217	199	150	182	220	170	222	218
病院	40	101	97	78	86(5)	117(5)	83(7)	134(5)	127(8)
介護療養型医療施設					10	3			1
診療所		6	1	3	1	1	8	1	2
保育園・乳児院			1		2				
学校(小・中・高)	2	2	2		3(1)			9	11
障害児・者施設	7	8	9	15	9	18	9	6	3
高齢者施設	12	20	20	12	12	11	7	11	5
訪問看護ステーション		4	8	5	4	2	2(1)	3(1)	5
在宅介護支援センター	6	1				1			
保健所	1	9			2(1)	2(2)	1(1)	1	2
市町村保健センター	24	23	28	13	13	23(1)	17(3)	28(2)	24(3)
事業所・健診機関		14	18	10	8	6	12	7	7
県庁各部門等	7	9	4	4	1	2	3	5	5
その他	15	15	10	7	5	12	7	4	8
不明		5	1	3		1	1		2
本学：看護学科(学生)					24	19	20	13	16

*高齢者施設とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設である
*( )内は当該施設に勤務する本学の大学院生の再掲である

表2　参加者の内訳

	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度
参加者総数	182	220	170	222	218
本学との共同研究者	59	83	68	99	103
本学の卒業生	5	16(4)	6(1)	14(4)	21(2)
本学の大学院生	9(3)	10(3)	12(4)	8(2)	11(7)
本学の修了生				7(4)	9(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
所属施設													
参加者総数		202	128	2	8	3	6	5	3	24	8	4	11
職種別	看護師	141(8)	116(8)	2	1	3	6	5		4	1		3
	保健師	38(3)	7						2(1)	19(2)	7	2	1
	助産師	5	5										
	養護教諭	8			7				1				
	その他	7								1		1	5
	不明	3										1	2

*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加参加者202名の所属施設・職業別状況ある
*( )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	63(31.2)	42	0	2	0	1	1	1	5	3	2	6
過去参加	139(68.8)	85(8)	2	9	3	5	4	1(1)	19(2)	4	3	4
総計	202(100)	126(8)	2	11	3	6	5	2(1)	24(2)	7	5	10

*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者202名の参加経験である
*( )内は当該施設に勤務する本学の大学院生数の再掲である

4. 参加者への意見調査の結果（回答者87名、回収率43.1%）

今後の「共同研究報告と討論の会」のあり方を検討するため、本学の学生（看護学科）を除いた参加者に意見調査の協力を求めた。その結果を、以下に示す。

表5 参加動機、開催を知ったきっかけ、参加満足度

項目		回答件数	%
参加動機（複数回答）	1.興味のある研究テーマがあった	43	38.7%
	2.看護職と教員の共同研究自体に興味があった	9	8.1%
	3.他施設の状況が知りたかった	17	15.3%
	4.共同研究メンバーであった	39	35.1%
	5.その他	3	2.7%
	総計	111	100.0%
	[その他の内容] ・師長に誘って頂いた。 ・病院からの紹介。 ・卒業生として大学の活動に興味があった。		
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	55	61.8%
	2.本学のホームページ	0	0.0%
	3.友人の誘い	8	9.0%
	4.本学教員からの誘い	17	19.1%
	5.その他	9	10.1%
	総計	89	100.0%
	[その他の内容] ・卒業生 ・共同研究者(2) ・共同研究メンバーのため教員から聞いていた。 ・自宅に送られた案内 ・卒業生向け案内 ・共同研究検討会の呼びかけにより参加していた。 ・病院から依頼 ・上司からの誘い		
参加しての満足度	1.満足している	35	41.7%
	2.やや満足している	44	52.4%
	3.どちらともいえない	5	6.0%
	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%
	総計	84	100.0%

表6 今回の企画、運営に関する意見

	回答内容
プログラム	・プログラムの内容をまとめた場所・時間の設定であるとありがたい（20分間で精神科と勤労者看護が交互になっているため）。
	・討論時間が短い。(3)
	・同じ講義室で発表される2例について、両方とも勉強になるが、より興味のある発表をもっと時間をかけて聞きたい。最初から分けてしまう方法だとありがたいと思った。
	・発表後の検討会には1つしか参加できないので1つの発表に対し1会場で時間をかけて検討できたらいい。
	・今回初めて参加したが、討議時間があったことは素晴しいと思う。
	・パワーポイントでの発表後、討論会があったので内容が把握できた（久しぶりに参加した。以前はポスターセッションだったので人数が多いと内容が伝わりにくかった）。
会場	・とても良く準備されていたと思った。
	・討論の場作りになっていると思った。
	・空調が暑い。(3)
	・同じ会場で2つ行うと声が聞こえにくかった。
	・昨年より隣のディスカッションが気にならなかった。ホワイトボードの区切り、グループを離すなどの配慮が良かった。
	・分かれての討論会の際、別の所の声が聞こえてしまい集中できない。
	・1つの会場で2つの討議をするので、声が響きあって良く聞きとれないことがあって残念に思った。
進行	・最後の討議について共同研究者だけで進めているところがあった。
	・テーマによっては共同研究者だけで進行しているように思った。
	・討論で、テーマから離れそうになったときの教員のシキリはさすがだった。
	・時間厳守で良かった。
その他	・研究資料（糖尿病患者の自己管理行動引き出す支援モデル）があると良い。
	・重要ポイントに対して資料を付けて欲しい。
	・抄録が事前にあると、どの会場に参加すればいいのかが決めやすいので事前に配布をお願いしたい。
	・参加人数が少ないことがあって討論にならない。(2)
	・母性看護の領域の研究発表が少ない。
	・他の施設の状況が聞けて良い。(2)
	・実践現場にいる人の積極的な発言があり、ディスカッションが楽しく役立つ内容だった。
	・報告方法わかりやすかった。
	・忙しい中の出席は大変だが色んな意見が聞けて参考になった。

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
午前の部	第1	・討議しやすい人数で、話しやすかった。
		・現場の人の話が聞けたことで色々参考になった。
		・日頃課題としていた分野だったのでヒントを得ることが出来た。
		・時間が欲しかった。もっと実施した方法が詳しく聞けると良かった。
		・資料の一部コピーしてあると良い。
		・糖尿病についての関心の多いことに改めて気づく。
		・保健所の取り組みや地域との連携がわかった。今後も家庭訪問等を積極的にやって欲しい。
	第2	・他施設の話や実践が聞けて参考になった。
		・病院における退院指導が、在宅で他のサービス担当者とも共有されることで生きた指導に繋がったと感じた。
		・2題ずつで発表をし、その後25分の討論という形だったが、出来れば別々であった方が良かった。ホワイトボードで仕切ってあったけど聞こえずらかった。でもいい話が聞けた。
		・とても参考になった。当院でも検討したい。
		・討議の方法で室内で二つに分かれて行ったが、隣の間が近くて自分が聞きたいテーマの内容が聞こえずらかった。
		・参加人数が多すぎて会場が狭かった。
		・各施設様々な取り組みをしていて参加するだけで勉強になった。
		・わかりやすく良かったと思う。
		・病院の取り組みが参考になった。
		・退院支援に対してスタッフ教育についてとても勉強になった。
		・精神疾患・認知症へのケアの取り組みの再確認。
		・退院調整支援訪問看護と興味深い内容ばかりで、退院促進が遅々として進まない当院にとっての今後の指針としての参考例が多く学ぶべき事が多かった。
	第3	・人数が多く討議に入ったとき少し聞き取りにくいこともあった。活発な意見が多く聞けて良かった。
		・知りたいことについて気軽に聞くことができた。
		・意見交流会は自己紹介より始められ話しやすい雰囲気が出来よかった。
		・制度が変わり、保健師が働く環境が変化していく中で、どのように保健活動をしていったら良いのか振り返り考えるきっかけになり良かった。
		・保健師の人材育成について目標設定の方法について参考になった。
		・中学生における対人関係プログラム個人の行動、感情等を客観的に見ることの必要性を感じた。
		・大変勉強になった。
午後の部	第1	・異食行為は軽減できたと思えるが、間食、食事増加により体重増加または過食に移行しないか、また患者が糖尿病の場合どう対応するか疑問に思った。
		・満足度を測定する用具（尺度）の開発を期待する。
		・訪看の取り組みに振れることができた。
		・一つのテーマに対する時間が短く、もう少しじっくり話したかった。
		・大変参考になった。
		・訪問看護でかかわっているので緩和ケアをもっと勉強したい。
		・活発な質問がありよかった。
		・内容がよく分らなかった。
		・時間がもう少し欲しかった。
	第2	・わかりやすく良かったと思う。
		・討論する時間が短かった。
		・認知症ケアについて興味深く聞けた。
		・発表時間が大幅に遅れたので討議の時間が少なくなったしまった。発表時間は守るべきなのでは？
		・職場実践の研究追究を知ることが出来た。
		・産業の現場での関わりがピンと来ずNSの職務は・・・等と考えてしまったが産業の場も「地域」との考えをしなくては・・・と思いを新たにした。
		・よく討論してある。
	第3	・信念というものは変化し続け、積み重ねていくものであることを思った。
		・討論の時間が長く欲しかった。先輩方の話が聞け、充実だった。
		・様々な施設の現状を知ることが出来、情報共有の機会となった。
		・認知患者の対応方法を学べた。
		・ディスカッションが活発であった。

表8　大学との共同研究についての希望や意見

・実施したことがデータ・文章化することで、今まで行ってきたことがわかりやすく表現できることを知った。現場での苦手な部分なので勉強になると思った。
・大学のサポートが得られる。共同で進めることで臨床がとても整理できステップアップがはかれる。
・今後の看護に生かせるよう、当病棟でも取り組んでいきたい。
・今後はもっと積極的に参加していきたい。
・現場に先生方の指導・助言が活かせるので有意義であると感じている。ありがとうございます。
・機会があれば関わりを持っていきたいと思う。
・参加者と討議したいことが抄録には記載してあるが、もう少し具体的に討議内容が書いてあるとよい（抄録が当日配布のため）。
・今後もどんどんと進めてもらいたい。
・看護関連の行政関係の方々にも参加いただきたい。

5. 参加学生（看護学科）への意見調査の結果 （回答者12名、回収率75.0%）

参加した看護学科の学生12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	0	0.0%
	3. 3年次生	12	100.0%
	4. 4年次生	0	0.0%
	5. 未記入	0	0.0%
	総計	12	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	9	27.3%
	2. 教員と看護職の共同研究がどのようなものか知りたかった	2	6.1%
	3. 卒業研究のテーマを考えるヒントにしたかった	7	21.2%
	4. 就職など今後の進路を考えるヒントにしたかった	3	9.1%
	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	9	27.3%
	6. 県内の看護実践活動について学びたかった	3	9.1%
	7. その他	0	0.0%
	総計	33	100.0%
参加目的に対する満足度	1. 満足している	6	50.0%
	2. やや満足している	6	50.0%
	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	12	100.0%

表10 各会場ごとの気づいたこと、感想など

時間	会場	内 容
午前の部	第1	糖尿病自己管理リーフレットから慢性の病とともにある生活へ目を向け、一方的援助ではなく、対象自身が考え自己管理できるような看護援助が大切だと学んだ。
		実際のリーフレットを手にしながら、話を聞けたので理解しやすかった。
		慢性の患者を支える看護では患者が病いだけで生きているわけでなく、その人の生活の中で病いとともに生きるという視点を持った。今後について考えさせられた。
		それぞれの施設で、どのような看護研究がされているのかを理解できて良かった。
		看護研究ではどんなことを行っているかが少しだけ分って勉強になった。
	第2	卒業研究が地域4であり、退院支援や糖尿病に関しての研究について知ることができた為、研究テーマを考えるヒントとなった。
		退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた方策の検討についてでは、目の前の看護だけでなく、これからの看護を考えてケアを行うことの大切さについて学んだ。
		討議内容で「スタッフの意識の変化」や「スタッフの教育」という内容だと、学生の立場から考えたり聞いたりするのが難しかった。でも、そのようなことをしているとわかったし、大切なことなのだと分かった。
	第3	共同研究がどのようなものなのか知らなかった為、とても勉強になった。討論がもう少し長いともっと多くのことが学べるのではと感じた。
		現場で働く方々の意見や事例・研究がわかりこれから実習に行く上でとても参考になった。
		実際に現場の看護師や保健師・助産師さんの声を聞けて、現状や課題が授業や実習だけでは分らないことが分かった。
午後の部	第1	ターミナル期における本人・家族を支える看護について現場の方からの話を通して考えることが出来て良かった。
		実際に経験されてきたことなどを多く示していただいた討論会は、そんな方法もあるのかと思うのと同時に葛藤もよく分り難しさもよく分かった。
	第3	実際に発表していただいた資料もいただけたら学びがもっと深まった。
		現場の方々（先生）の声を聞けてこれからの参考になった。また、研究することの大切さがわかった。
		訪問看護の抱える問題と難しさについて学ぶことができた。

表11 共同研究についての感想・希望

・今後もこのような研究発表の場に学生参加できると良いと思った。実際に働いている看護職の方の声が聞けたのでとても勉強になった。
・共同研究の報告の時間がもう少し長かったら、内容を理解しやすかったように思う。

6. 教員への意見調査の結果

今後の「共同研究報告と討論の会」のあり方を検討するため、教員にアンケートへの協力を求めた。
アンケートに寄せられた意見や感想を以下に示す。

表12 教員アンケート結果 （回収数 39名）

開催時期	1.現状のままで良い （ 26 ）名	・活動の取りまとめ時期から考えるとちょうどよい。
	2.変更をした方が良い （ 3 ）名	・討論の会と報告書提出の期間が短すぎる。 ・報告書作成までの日にちが短いため、報告と討論の会の開催時期を早めるか、報告書提出期限を遅らせてほしい。
		・報告会から報告書締め切りの期間が短いので、少し余裕が欲しい。
	3.記載なし （ 3 ）名	
プログラム	1.現状のままで良い （ 23 ）名	
	2.変更をした方が良い （ 7 ）名	・第4会場の演題について変更した方が良い。 ・討論の会をあと15分程度延ばした方が良い。 ・参加者が分散してしまい、参加者が少ないテーマがあったので、要検討だと思う。 ・会場によって、討論ができない状況があった。 ・入ってもらいたい演題の討論時間が重なり、残念。 ・午前の会場4は、2題ではなく1題発表して討論だったので中途半端な感があった。 ・内容的にみて重ならないようにしてほしい。
	3.記載なし （ 3 ）名	
報告形式	1.現状のままで良い （ 25 ）名	
	2.変更をした方が良い （ 4 ）名	・2題の演題を聞いてから、討議に移るが、討議は一つしか参加できない。時間のロスになる気がする。 ・ポスターは要らないのではないか。 ・発表用のpowerpointとポスターの両方をつくるのはしんどいため、やめてほしい。結局powerpointでは読みにくいため、ポスターを見ながら説明することになる。 ・討議時間が短い。
	3.記載なし （ 2 ）名	
午前 第1会場	現場の看護職の方々の意見や現状、取り組みなどに加えて学生の意見も聞くことができ、とても参考になり有意義な時間であった。パワーポイントの掲示は後ろの方ではやはり見にくいことがあったので、フォントの大きさなどを工夫するか、ポスター形式の方が見やすいのではないかと感じた。	
	発表時間の厳守や討議する内容によっては、（例えば、支援モデルであれば図示したものを回覧するなど）参加者への配慮があったほうが活発な意見交換ができると思った。	
	ディスカッションの際に、互いに反対を向いて、間にホワイトボードを入れたので、自分たちのディスカッションに集中できてよかったと思う。	
	予定時間通りに、進行できたと思う。	
	ほぼ時間通りに進行してよかった。意見交換も活発だった。	
	現場の共同研究者が自信を持って発表しているように感じた。その分、発表時間の管理の徹底が難しい面もあるようだった。	
	討議の際、ホワイトボードで仕切りをしたが、討議が白熱するとやはり他の討議の声が聞こえてきて気になった。学部学生の参加があり、共同研究者から指名を受けて発言をしていた。発表に対する自分自身の考えもしっかりと発言していて、学生にとって良い体験になったのではないかと思う。	
	・討議時間の終了間際に漸く討議が盛り上がり、時間を延長してしまうことがあったので、セッションとセッションの間に少し休憩時間があるといいのではないかと思った。 ・発表内容がスライドやホワイトボードへの貼付資料だけでは十分に伝わりにくいものもあり、その場合は討議も活発化しなかった。別に資料を配布するなど討議が活発になるよう工夫をしている発表者もいたため、発表の工夫例などを事前に提示すると討議が活発になりやすいのではないかと思った。 ・声が聞こえにくかったり、途中での参加が出入り口の都合で難しかったりしたため、ホワイトボードの並べ方を工夫すると会の進行がもっと円滑になるのではないかと思った。	
午前 第2会場	第2会場は、とても人が多く、途中で入る方がいたが、丸椅子もない状況だった。大変盛況だった。前方に移動出来るように、次年度は、椅子の並びの周囲をもう少し人が通れる程度に空けておくとよいかなと思った。	
	難しいこととは思うが、共同研究のメンバー状況などから参加人数が多いことが予測される場合、会場の工夫が必要かと思いました。討議の際、聞こえない･･･と参加者の方から言われた。聞こえやすいように「前方に来て下さい･･･」と声をかけましたが、移動できるスペースも少なく、また人数が多いため移動がスムーズにできず、難しいなと思った。	
	初めの討議の時間に教室前のグループと後ろのグループの声が混じりあい、聞き取りにくかった。2回目の討議からホワイトボードや椅子も前の方に移動させ、後ろグループも移動したようで、少しは聞けるようになった。簡易式のマイクとスピーカー(手で持ち運べるようなもの)を使ってはどうかなと思った。	
	第2会場のイスが不足していたため、実習室から丸イスを運び対応した。精神の発表の会場は、毎年参加者が多数あるため、イスを多くしたほうが良い。	

午前 第2会場	討議は人数も多く活発でよかった。ホワイトボードの移動も協力してもらえた。
	発表に関しては、聞き取りやすくわかりやすかった。現地側の方が発表した場合、発表終了時にパワーポイントを終了してない場合があり、次の発表にスムーズに移れないことがあった。共同研究者である教員がサポートできるように事前に周知しておく必要がある。
	・特養のショートスティについては、特養に限らず老健などでも活かすことができる取り組みだと思うが、討議の参加者にはいらっしゃらなかったので、次年度は是非実習施設などの老健に働きかけようと思った。施設を越えて研究の成果を共有できることも大切だと思った。 ・経年的に課題に取り組むことによって、看護の役割が明確になってきたように思った。現場の看護活動にも反映されているのではと感じた。 ・椅子が足りなかったので、その場にいた教員で相談し、急遽実習室より丸椅子を運び、会場に設置しました。遅れて入室される方も10名ほどいらっしゃったので、開始時に席をつめてもらうことと、遅れた人への対応を入り口付近に教員がいて行うことも必要なように思った。係りとしておくのではなく、教員が留意し、その場に応じて対応できたのでよかったと思った。精神科看護の発表は参加者が例年多いように感じているので、椅子など多目にする対応が必要かと思った。
午前 第3会場	実践的に非常に興味深い報告だった。
	活発な討論がされており、意義深いものであった。すすみ方もスムーズで良かったと思う。
	進行役として参加した。事前に会場を担当する委員と話し合いをした上で進めたので、うまくいったと考えている。ホワイトボードをできる限り動かさないで、できる方法が考えられるとよいと思った。活発な意見交換ができていたように思う。参加人数も討論をするのに良い人数だった。
	ディスカッションの時間に共同研究者からの話が聞くことができ、よかった。
	特に問題はなかったように思う。
	発表時間や討論時間ともに適切だったと思う。意見も活発に出て、意見交換ができてよかったと思う。午前中はもう少し暖房が効いているとよかったかなと思った。
午前 第4会場	会場4は演題数が少ないこともあり、全体的に参加者が少なかった。 討論をするにも、研究関係者のほかは、会場担当者のみのものもあり、せっかくの成果発表なのに、寂しい状況だった。改善策について良い考えが浮かばないが、昨年も同様の傾向があり、演題の組み合わせ等の工夫により、解消できるものなのか、使い方を検討する必要がある。
	第4会場については、発表が1組ずつということもあり、発表開始の時点で参加者がゼロという状況だった。他者との意見交換ができるようにする必要があると思った。プログラム内容をできる限り内容ごとに(障害者施設関係の看護師、保健師、助産師など)分ける必要があるのではないかと共同研究者よりご意見をいただいた。
	一報告だけのプログラムのためか参加者が大変少なく、共同研究者に申し訳なく思った。しかし、意見交換は意義あるものであった。
	少し空調が寒かったように思った。
	参加者が集まらなかった。参加者の興味関心が類似する研究報告が同時に行われた影響もあるように思う。また、小講義室は人が集まりにくいように思う(参加希望が少ない演題が小講義室になったかとは思うが)。演題数が多かったので仕方ないかと思うが、できれば大講義室のみで発表できるとよい。
午前 第1・2会場	参加者が多く、椅子が不足したため、実習室から丸椅子を借りた。
	会場(演題)により参加者が異なって少ないところも見られたが、それぞれ発言したり、参加者同士が話し合う場面が見られ、お互いにつながるきっかけがつかめたように思われる。研究者が話すより、参加者がそれぞれが発言できるような持っていき方ができるとよいと思う。
	スムーズな進行で非常に良かったと感じた。ただ、人数によっては討論の際に隣のグループの声で聞き取りづらい場面もあったことは気になった。
	いずれも多くの方の参加を得て、盛況であり、活発な意見交換ができ、有意義であった。
午前 第2・3会場	第2会場の司会進行を担当した。かなり参加者数が多く、前方と後方にわかれてもあまり距離を離すことができないという状況があった。
午後 第1会場	ほぼ時間通りに進行してよかった。意見交換も活発だった。
	第1会場では、座長の先生が発表者でもあり、大変そうだった。
	いろいろな方の意見を聞くことができ、自分自身の学びの場となった。
	卒業生の参加もあり、討議での発言もみられた点で良かったと思う。
	・討議時間の終了間際に漸く討議が盛り上がり、時間を延長してしまうことがあったので、セッションとセッションの間に少し休憩時間があるといいのではないかと思った。 ・発表内容がスライドやホワイトボードへの貼付資料だけでは十分に伝わりにくいものもあり、その場合は討議も活発化しなかった。別に資料を配布するなど討議が活発になるよう工夫をしている発表者もいたため、発表の工夫例などを事前に提示すると討議が活発になりやすいのではないかと思った。 ・声が聞こえにくかったり、途中での参加が出入り口の都合で難しかったりしたため、ホワイトボードの並べ方を工夫すると会の進行がもっと円滑になるのではないかと思った。
午後 第2会場	多くの施設と共同研究している場合、各施設場が発表し、討論時間に影響した。また、これは発表することの意義を狙っているようにも感じ取れたので、多くの施設との共同研究の発表のあり方を検討するとよいと思う。例えば、討論のときに追加発言のようなことでも良かったのではないか。
	多くの参加者があり、時間いっぱいまで活発な討議がなされていてよかった。現地の方が演者となっているものが多くなったように感じる。討論も含めて積極的に参加されている看護職が多く見られたように思う。
	仕方がないことかもしれないが、報告時間が10分を越えているものもあったように思う。今回は討議時間が短いので、その時間は確保して欲しいと思った。

午後 第2会場	午前中と午後でタイムキーパーのやり方が違っていて戸惑った。午前は10分になるとチンとなるやり方で、午後は多分9分でチンと鳴り、10分でもう1回鳴るやり方だったと思う。午前午後での統一をお願いしたい。発表時間を大幅に延長している演題があり、その後の討議の時間に食い込んでいた。完璧には無理だとは思いますが、司会者の方で終了を促すようなことがあると良かった。
	・精神病院における認知症の高齢者への看護については、精神科の病院に限らず、一般病院においても苦慮されており、討議の際にそれぞれの取り組みの現状を共有し、改善に向けた看護職としてどのような役割をとるとよいか意見が交わされ、充実した時間となったと思った。また、発表者の質問に対する回答も取り組みがわかりやすかったことと課題に取り組んだ充実感のようなものを感じた。取り組みは大変だったと思うが、その取り組みは他の施設にも応用できる内容であり、そのことを共有できたことが素晴らしかったし、影響が大きな発表であったと思った。 ・会場がほぼ埋まるほどの参加を頂いたが、隣のセッションの発表ともうまく離れて討議に集中することができた。会場の設営はよかったと思う。 ・区切りのよいところで発表終了のアナウンスをして頂いたことに感謝。
	とても活発な討議がなされていて、参加させていただいて勉強になった。人数も多かったが、空調は適度だったと思った。
	スムーズな進行で非常に良かったと感じた。ただ、人数によっては討論の際に隣のグループの声で聞き取りづらい場面もあったことは気になった。
	各共同研究者の取り組みを5人のメンバーに少しずつ発表してもらうようにしたが、発表時間がかなりオーバーしてしまい、討議時間が削られることとなりもう一つの共同研究の方々にご迷惑をかけて申し訳なかったと反省している。
午後 第3会場	活発に意見交流が行われ、有意義な時間だった。
	学外の共同研究者の発表も分かりやすく、大変興味深かった。両方の討論に参加していただけるとより多くの意見が聴けるというメリットはあるのではないかと思った。保健師に意見を聴いてみたい！という演題の裏で“保健師活動”についての討論を行っていたので、そちらに多くの保健師が参加していたようにも思う。人数が多くなってしまうので一概には言えないが。
	育成期の領域と地域看護の領域の報告が重なり、一方にしか討論に入れず残念だった。
	司会を担当していたが、話し合いに気をとられてしまい、最後のディスカッションの終了時間をややオーバーしてしまった。
	パワーポイントのインストールが発表直前（正確には1演題前）になった方が見えて、学内教員からは事情を伺ってはいたがハラハラした。
午後 第1・2会場	いずれも多くの参加を得て、盛況であり、活発な意見交換ができ、有意義であった。
午後 第1・3会場	これは自分の確認ミスだと思うが、午後は、第1会場の進行役をやることになっていたが、自分自身の報告する共同研究は、第3会場であった。以前、進行役の問い合わせがあったときに、自分の報告する会場だから大丈夫だなと確認したように記憶しており、そうだとばかり思っていたのですが、当日の朝、プログラムを見て今日の動きを再確認したときに、会場が異なっていることに気づいた。前半のみ進行役を行い、後半は自分が報告する会場に移動した。後半は、一緒に進行役をしてくださった先生におまかせすることになり、ご迷惑をかけてしまった。
	討議は参加者の人数が多くなかったので一人一人の意見が確認できてよかった。
	発表に関しては、聞き取りやすくわかりやすかった。
	参加者が討論にも慣れてきており、意見交換が活発にできていた。
	特にありません。スムーズに進行しました。

その他，希望や意見，改善点など

今年は保健活動関係のテーマが多かったので、プログラム調整をしていただいたことでそれぞれ出ることができてありがたかった。報告会から報告書の原稿提出までの期間が短くなったと思うが、現地で上司まで原稿をまわしているので、そのことを考えるともう少し期間があるとあわてなくて済むかと思う。報告会前に、報告も報告書の原稿もと現地の方に求めるのは負担になるのではないかと躊躇した。早め早めに準備していけばやれないことはないのかもしれないが、こちらもいっぱいいっぱいであった。お昼の食堂の運営ですが、朝の受付でチケットを渡してお弁当を渡す形にするなど、早く対応できる方法を考えていただくとよいのではないかと思った。
今年度の会は、報告時間、報告後の討議時間などちょうどよかったと思った。自分の関わった部分に関しては、トラブルもなかった。ポスターが掲示されているホワイトボードの移動も、各自の研究室から運ぶということで繁雑にならずに、非常にスムーズだったと思った。次年度も、同じような方式で行なえたらよいと思った。
・進行に携わったことで、委員の方達がこれまでしていた進行管理や会場設営の大変さがよくわかり、より積極的に自分も関わったと思う（自分が進行担当ではない会場においても）が、自分が主に担当している共同研究であると、参加してくれた看護職の方ともう少し話していたいとも思った。（これまでそれで討議時刻を過ぎることもあったので、結果的にはよかったのかもしれない。） ・ディスカッション時間は30分はあった方がよいと思った。（時間のない中でどうプログラムを組むかはむずかしいが）
発表から討議に移る時など、ホワイトボードの位置などが決められていて、動きやすかった。
・一つの会場で2つの討論が行われますが、声が聞き取りにくいことがあった。 ・休憩・移動時間がもう少し長いと嬉しい（椅子の並びを直したり、参加者と話をしたりしていると時間がすぐに経ってしまい、トイレなどへ行く時間もとりにくい）。
せっかくポスターを貼っているので、多くの人に読んでいただけるようにできるとよいが、発表と討議で目一杯時間を使っているので、なかなか見る時間がない。

難しいこととは思いますが、 ①討議する時間が少ないので、示説のようなフリーの時間があると良いなぁと思った（他施設の交流の場にもなると思います）。お昼は食事をとるだけで時間がとられてしまうので･･･でも、それをさらに含めると時間が長くなってしまうので、やはり難しいと思うが･･･。 ②発表と報告書提出の時間が短いので、報告書に現地の方の声を入れることが困難。もう少し、時間が欲しいと思った（せめて1週間）。報告書納品の関係もあるとは思いますが･･･
報告と討論の会と報告書の提出までの期間が短すぎる。現地側の意見を反映させるのが難しい。難しいとは思いますが、後1週間時間があるとうれしいと思いますし、正午の提出よりも夕方の提出の方がいいと思うす。今回は提出に関しては特に厳しかった。
毎年思うのですが、隣の討論の声が気になる、聞き取りづらいこともあるので、演習室などを使用して、こじんまり討論したい。
原則として教員個々のホワイトボードを使用したことはよかった。研究室で準備して移動することができたことや、終了後も取り外さずにそのまま運べたことで、準備・後片付けがスムーズであった。
その年度のテーマを決めて共同研究、報告ができると多くの参加者と討論ができるのではないかと思う。食堂が営業しておりよかったが、現金払いのために、食品と現金の授受が同じ担当者であり、衛生面で改善が必要であると思った。
教員の支援は要するが、意図して現場の共同研究者の方々に発表してもらうようにした。これは、取り組みを振り返り、まとめることを通じて、取り組みの意味・意義をより明確にできたり、再確認することにつながり、適切であったと考える。
自分が関与している報告会に出席することが主になり、他の共同研究の報告会や討論に参加できないのは、大変残念である。
2つの演題の両方を聞かずに1つの演題が終わると別の会場に移動している人がかなりいるので、公衆衛生学会総会のプログラムのように、各会場で行われている演題が時系列で比較できる一覧表が掲載されていると便利なのではないかと思った。今の冊子でも午前の部は見開き、午後の部は1頁に収まっているので、わかりにくいというわけではないが、氏名などを除いて、時間・場所・演題だけを表示した比較一覧表があれば、さらにわかりやすいのではないか。
会場の運営をしてくださった先生方の指示がわかりやすく、動きやすかった。
椅子の前後が若干狭いように感じた。隅に座った方は出入りしやすいが、中央に座った方はコートや荷物をもっての移動が大変そうにみえた。
卒業研究を行っている施設の方との共同研究報告が多いので、三年次生が関心をもって聞くことができると良いと思った。実際はわからないのですが、去年のほうが学部生が多く参加していたように感じた。
報告書の提出までせめて1週間はほしい（共同研究者で検討する時がない。入試やFD、施設への挨拶、出張などで多忙な時でもあるので）。印刷業者の関係ならば、条件をのんでくれる業者に依頼したらよいのではないか。
他職種からのコメントが欲しかったのですが、他方の話し合いに参加されていてディスカッションの時には聞けない状況が惜しいと思った。また、実習施設の方からもコメントが欲しいと思うときには興味・関心のあるセッションに移られている場合もあり残念であった。
会場におられる先生方の多大な協力の下、例年より円滑に運営できたように思う。
報告書の締め切りが、討論の会が終わってすぐなので、一緒に研究していただいた方にも見ていただき、加筆していただいて提出するには期間が短いと思った。
プログラムの構成もよく、発表内容も充実していたので、参加して勉強になることが多くあった。年々よい会になっているように思う。ありがとうございました。
障害者施設の共同研究No.53：現地施設だけでなく、他の県内障害者施設関連の方にも報告と討論の会に来ていただけるよう、毎年案内していただいておりますが、なかなか参加者数が増えず、遠方から来られる共同研究者の方があまり他施設と意見交換出来ない現状がある。本学共同研究者の先生方が、障がい児にかかわる施設の共同研究に参加しておられた看護職の方にお声をかけ、お部屋を移動していただき、一緒に意見交換をさせていただいた。とても勉強になるご意見をいただけたので、同時間帯・会場にしていただけると、障がい児が成人になり、障害者施設に入所・ショートステイされる場合もあり、お互いの経過を共有しながら看護上の取組みを考えられるのではと思った。
昼食時間が重なり、食堂で食事を取ることができなかった。外部の参加者もコンビニやスーパーでお昼の買い出しに出ている人もいたので、昼食についての検討が必要だと感じた。
休憩コーナーがあったのはよかった。

平成19年度共同研究事業自己点検評価結果

Ⅰ．目的

平成 19 年度の本学教員と現地看護職双方の自己点検評価の分析により、共同研究事業の今後の課題を明らかにするとともに、改善・充実を図る方策を検討する。

Ⅱ．データとその収集方法

１．対象

平成 19 年度に本学の共同研究事業として取組んだ 28 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 28 題の継続年数は、7 年目が 3 題、6 年目が 3 題、5 年目が 2 題、4 年目が 3 題、3 年目が 2 題、2 年目が 5 題、1 年目が 10 題である。

共同研究に参加している教員は延べ 148 人、現地共同研究者は述べ 66 施設 192 人である。そのうち教員は延べ 127 人から、現地共同研究者は延べ 121 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。

３．自己点検評価項目

自己点検評価項目は、教員については、①実践課題の改善状況、②学内教員共同体制の状況及びその成果、③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、④現地看護職の主体的な参画状況、⑤教育活動への活用状況、⑥現地側との話し合い状況、⑦共同研究事業の改善希望である。現地共同研究者については、①共同研究による実践の改善・充実状況、②実践の改善・充実以外でよかったこと、③共同研究の方法や進め方の改善希望、④共同研究の主旨・目的や計画についての了解状況、⑤所属施設の組織としての了解状況、組織としての取組み状況、成果の共有状況、⑥共同研究継続の希望、⑦共同研究を契機とした今後の学習課題である。加えて今年度からは共同研究への参加年数を聞いた。

Ⅲ．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）、藤澤まこと（地域基礎看護学講座）、橋本麻由里（機能看護学講座）、布原佳奈（育成期看護学講座）、奥村美奈子（成熟期看護学講座）

Ⅳ．結果および今後の課題

１．教員の自己点検評価

１）共同研究の取組みによる看護サービス改善や課題解決状況

研究課題 A：共同研究の取組みの初期段階の成果と思われる「課題の明確化・共有化が図れた」「スタッフ教育・リーダー育成の成果を振り返る機会になっている」といった現状の振り返りや問題の共有、「看護職の役割認識が高まった」「取組みに対する組織の認識が高まった」等の現地側共同研究者の意識や姿勢の変化は、

研究開始から 1～2 年の研究が多かった。一方、昨年までには認められなかった「地域・組織を超えた取組み拡大」は、研究期間 4 年～6 年から得られた。このことから、継続的な共同研究の取組みが着実に実践現場に浸透し、改善に結びついていることが伺える。（表 1-1）

研究課題 B：大学・県全体の課題として 2 つの研究が取組んでいるが、継続年数が 1 年と短いため、明確な成果は認められなかった。（表 1-2）

２）学内教員の共同体制

76 記述中 60 記述は複数講座の教員で取組むことについて肯定的な回答をしている。また、「各専門分野から多角的に意見が得られ、検討内容が深まり、視野の広がりが得られた」「専門分野を生かした意見交換と協働体制の構築・活性化が図れる」「授業担当者としての共通理解や意見交換ができた」等、1 つの研究に複数講座の教員が参加することで、教員の視野の拡大や思考の深まりに繋がるとともに、共同研究を通じて学内教員間の意思疎通が促進され、共同研究だけでなく授業や他の活動にも良好な影響を与えていることが推測される。（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、「所属している部署での取組み」および「所属組織全体の取組み」がそれぞれ約 3 割であった。中には、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。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るといえる。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者の生涯学習支援も含めて、多様な活用ができていた。これも本事業のめざすものに向かっているといえる。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 6-1～6-6）

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、「共同研究報告と討論の会」抄録や報告書のスケジュールのゆとり、報告書のチェックリスト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）共同研究への参加年数

1 年目が 58 人、2 年目が 20 人、3 年目が 9 人、4 年目が 8 人、5 年目が 4 人、6 年目が 2 人、7 年目が 2 人、記載なしが 18 名であった。

２）共同研究の取組みによる実践の改善・充実状況

この項目に記述があったのは 121 人中 109 人（90.1%）であった。あげられたのは、具体的な実践の改善・充実のほか、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多かった。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多くある一方で、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があった。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）

３）実践の改善・充実以外でよかったこと

この項目に具体的な記述があったのは 121 人中 67 人（55.4%）、「特になし・わからない」4 人、記述なし 50 人であった。よかった内容は「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「実践の改善につながる認識の変化・深まりがあった」であり、「実践の改善・充実につながる取組みが始まった」「実践の改善点、課題が明確になった」「実践の改善点、課題が明確になった」など、先の問と重複するカテゴリーが複数あがった。「実践の改善」の捉え方が人によって異なるためであり、問い方に検討が必要である。今年度に新たに出たカテゴリーとしては、「意欲の向上」「振り返り・学びになった」「よい評価を得た」があった。（表 8-2）

４）共同研究の方法や進め方で改善が必要と思うこと

この項目に具体的な記述があったのは 121 人中 54 人（44.6%）、「特になし」10 人、記述なし 57 人であった。記述内容は、研究計画や方法について、実際の活動内容での改善点を具体的に示した内容が多かった。また検討の時間や場の不足、協働のためのコミュニケーションを深めることなど、より密度の高い話し合いを求める内容が多かった。研究の成果を現場で共有することや、それを継続していくことが困難であることも課題として挙げられた。この点は、昨年に比較し、多くの研究課題から挙げられており、成果をどのように現場で活かしていくかに苦労しながら、模索している現状がうかがえる。（表 8-3）

５）共同研究の主旨・目的の了解状況

研究の主旨・目的を了解して参加できたかについては、122 回答中、113 件と全体の 92.6%が「はい」と回答され、ほぼ了解をして参加できており、昨年の 76.5%に比して、大きく改善がみられていた。一方了解して参加できなかったとしたのは、7 件(5.7%)と少数であったが、参加年数の低い参加者からの意見が多かった。理由の内訳を見ると、参加者の都合で、活動自体に参加できなかったとしたものもあったが、中には共同研究者となることや内容について、自分の了解しないところで進められ、十分納得できないまま参加したというものもあり、件数は少ないが気になるところであり、改善が必要である。（表 9）

６）組織の了解・取組状況

本学では、共同研究による看護実践の改善・充実のため、現地側研究者の所属施設での組織的了解や協力を得て、組織的な取組みとなることをめざしている。今年度は組織の了解はほとんどの施設で取られていた。「了解なし」の 5 件中 4 件は複数の学校の養護教諭がメンバーとなっている新規の共同研究であり、学校の了解をとる必要性を感じていないためであった。残りの 1 件は了解を取って行っていたが、「共同研究報告と討論の会」への参加が勤務扱いにならなかったことから、理解されていなかったのかと疑問を感じたため「了解なし」としたものであった。「わからない」と回答したものは、参加年数が少なく主となって実施していなかったため把握していないものと思われた。

組織内の支援・協力は 77%の人に認められた。最も多いのは「共同研究者以外の職員の理解・協力」で、次いで多いのは「時間・場所の保障」であった。施設の種類別で見ると、病院・福祉施設・事業所に「支援・協力あり」が占める割合が高い。「支援・協力なし」と回答したものは、共同研究への参加年数が 1～2 年目のものがほとんどであった。理由として挙げられたものを見ると、組織の了解を取っていながらも共同研究者以外のスタッフや上司に理解されていない様子や、支援・協力の必要性は不明ながら、支援・協力を求めなかったことが伺えた。

組織内での経過や成果の共有は 90%近くの

人に認められた。「支援・協力なし」と「共有なし」の研究は重なっており、他のスタッフに関心が持たれないことなどが理由として挙げられた。

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 10-1～3）

７）共同研究への継続参加の希望

「今の共同研究課題を継続したい」と回答したのは 75 名（61.5%）、「新たな共同研究の課題に取組みたい」と回答したのは 14 名（11.5%）で、取組みたい課題がそれぞれ具体的に挙げられた。（表 11-1、11-2）

次年度の共同研究に参加を希望しない者は、26 名（21.3%）で、その理由は、他職員の参加希望、異動・退職、時間確保が困難などであった。個人の理由で止むを得ないものはあるが、共同研究をしている実感のなさが挙げられるなど取組みのあり方が問われるものも伺えた。（表 11-3）

８）共同研究をきっかけにした学習意欲

共同研究をきっかけに今後学びたいと思ったことがある者は 68 名（55.7%）で、連携、精神看護、研究方法など、学びたい内容が具体的に挙げられた。（表 12）

おわりに

共同研究に参加している教員と現地の共同研究者から、多様な視点で成果や課題を捉えたいと考え、毎年、この自己点検評価を実施している。成果としては、多くの看護実践の改善や改善に通じる認識面の変化などがあったこと、県内看護職の方々の生涯学習に寄与できていること、教員にとっては大学教育にも活用できていることなど、多くのことが確認できた。課題としては、参加メンバー間の、あるいは教員と現地側の意思疎通不足や、実践改善に取組む組織内での認識や協力が得られにくい状況などがみられた。これらの改善が必要な点については、大学側として真摯に受け止め、次年度以降の改善につなげたい。

それぞれに多忙中のところ、自己点検評価の記載にご協力いただいた皆様に感謝します。この資料は、共同研究事業の更なる充実・発展のため、役立てていきたいと思います。

平成19年度　共同研究自己点検評価(教員)

表1-1　看護サービス改善や課題解決の状況:研究主題A

カテゴリー(件数)	サブカテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
課題の明確化・共有化が図れた(21)	課題が明確になった(15)	10年(1),9年(1),7年(1),6年(1),2年(3),1年(8)	各施設の看護職が、検討会で取り組みの現状を報告し討論することで今後の課題を明確にすることができ、更なる取り組みにつながっている。
			今までの看護実践の振り返りができ、また利用者の声を聞いたことで、今後の課題について検討することができた。
	課題の明確化と取り組みへの共通認識ができた(2)	1年(2)	スタッフの意識や今後の母乳育児支援の課題が明らかになり、病棟間での共通認識につながった。
	課題の明確化と部署内での共有化(2)	1年(2)	スタッフの意識や今後の母乳育児支援の課題が明らかになり、病棟間での共通認識につながった。今後、業務改善や更なる病棟間の連携につながると考えられる。
	対象の生活を充実するために必要な取り組みを見いだすことができていた(1)	5年(1)	配置転換による対象数の拡大に伴い、対象の健康障害や生活に関する情報を収集していく日々の多忙さがあった。しかしそのなかで、対象の生活を充実するために必要な取り組みを見いだすことができていた。
	課題の明確化と改善への取り組みがスタートした(1)	1年(1)	課題が明らかになり、その一部については具体的な看護改善に向け取り組みが始まっている。
課題が再確認された(1)	配置転換があったが、課題の再認識ができた(1)	5年(1)	現地施設も職員配置が変わる等互いに多忙な状況にあり、取り組みたいことに取り組めなかったが、取り組みを振り返ることで、課題の再認識に繋がった。
県単位での看護の課題が明らかになった(3)	岐阜県内の糖尿病看護の実態把握ができた(3)	7年(3)	今年度は岐阜県内の糖尿病をもつ人とその家族への援助の実態を把握するために訪問看護ステーションへのアンケー調査と聞き取り調査、その分析を行った。次年度以降は病院などにも調査を行い、地域における保健医療職者の連携について検討することで、現場の看護改善に臨めると思う。
住民の主体的なグループ活動の意味と援助のあり方が確認できた(3)	住民の主体的なグループ活動の意味と援助のあり方が確認できた(3)	6年(3)	住民の主体的なグループ活動の意味を再確認し、それを支える援助のあり方を確認できた。
スタッフ教育・リーダー育成の成果を振り返る機会になっている(2)	スタッフ教育・リーダー育成の成果を振り返る機会になっている(2)	2年(2)	現地側の退院調整看護師が主となって、院内のクラブ活動として退院支援に関するスタッフ教育や病棟における退院調整リーダーの育成に取り組んでいる。共同研究はその経過や成果を振り返る機会になっている。(2)
看護職の役割認識が高まった(4)	看護職の役割への認識の深まり(2)	2年(2)	事例検討により、訪問看護師が果たすべき役割に対する認識が深まってきている。
	相談会における保健師の役割が意識付けられた(2)	1年(2)	難病相談会のマニュアルを作成(試案)することで、難病相談会における保健師の役割が意識づけられたと思う。
取り組みに対する組織の認識が高まった(2)	連携に対する病棟および組織内の認識が高まった(2)	1年(2)	この研究を手がかりに両病棟での話合いが進んできているので、連携を取っていくことの意識付けはなされている。また、今回の結果をもとにさらに共同してケアに当たることの意識は高まっていると思われる。
取り組みに対する組織の理解と協働体制がある(3)	職場内の活動への理解と協力体制がある(2)	3年(2)	各施設ともに職場内の活動への理解と協力体制はある。(2)
	改善のへの取り組みが組織として共有できる素地が有る(1)	5年(1)	施設内の看護職全員が共同研究メンバーであるため、検討会で検討された内容が日々の看護活動に直結しており、職員の移動があっても組織として共有できる素地となっている。
主体的取り組みがなされた(6)	主体的取り組みがなされた(4)	3年(1) 1年(3)	主体的に看護ケアの改善に取り組み、成果も得られていた。(3)
	現地側の取り組みが進んだ(1)	4年(1)	各病院の取り組みが進んだ。
	臨地側から提示された課題に取り組み、実践の改善につながった(1)	1年(1)	様々な経験年数をもつ養護教諭が勤務校の課題を示しながら研究を進めていっていたので、改善につながっていると思う。
	他部門・他職種との連携・協働の促進とケアの充実が図れた(7)	5年(3) 4年(1) 2年(2) 1年(1)	事例検討によって訪問看護師の役割の認識が深まっている。行政、他職種と連携したケアが充実しつつある。(2)
	共同研究者が他メンバーより相談を受けるようになった(1)	4年(1)	これまでかかわりがほとんどなかった当事者と保健師が話をする機会になり、その後、相談を受けることができるようになった。

具体的な看護実践の改善につながった(23)	患者の社会復帰の促進と看護スタッフの意識変化が得られた(2)	4年(2)	各病院の取り組みにより患者の社会復帰も促進され、看護スタッフの意識の変化も見られてきている。(2)
	退院支援の充実が図れた(1)	3年(1)	現地側の病棟看護師による退院支援の充実につながった。
	病棟目標と合致した活動となり、実践の改善につながった(1)	3年(1)	今年度の取組みが病棟目標にも合致していたため、看護実践の改善に非常につながったと評価している。
	現地での実践の改善に向けた看護職主体的取り組みの成果が得られるようになった(4)	2年(4)	共同研究を通じて、現地側看護職が自らの看護を振り返り、改善のための主体的に取り組むようになった。その結果として、カンファレンスの充実、看護師だけでなく医師や他の医療者との情報共有がなされた。
	カンファレンスが定着した(7)	1年(7)	カンファレンスが定着した(7)
共同研究を通じて現地側の活動の改善につながっていると推測する(8)	検討会の内容を施設の看護改善に活動活用していると推測される(5)	2年(5)	事例の検討を通じて、改善に向けた取り組みが行われているところと思われる。共同研究者の所属する2施設に検討会時に見学をしたが、質の高いケアが提供されていることが垣間見えた。これまでの経験が生かされていることを実感した。
	実際の改善状況把握されていないが意識化はされていると推測する(3)	6年(3)	現状では、改善状況はつかめていないが、質問紙の結果から実践が改善してきていることが推測できると感じた。
地域・組織を超えた取り組み拡大(13)	1市単独から広域の市町村へと取り組みが拡大しつつある(4)	6年(4)	市町村が協力し支援を行っていく必要性があるということが明らかとなり、今後、広域の多胎妊婦を対象にし、開催場所は持ち回り制で開催することになった。(2)
	一組織を超えて母子に関わる専門職が話し合い、相互理解の深まり・知識の向上につながった(7)	4年(7)	病院と保健センターや県の保健所の保健師、栄養士など母子に関わる専門職が一同に介し、ディスカッションすることで、相互理解が深まった。(2)
	一労災病院の取り組みから、独立行政法人　労働者健康福祉機構の看護部の取り組みへと広がりつつある(2)	7年(2)	研修会で事例検討するだけではなく、病棟内での事例検討の実施が行われるようになってきた。本共同研究の取り組みの成果が、他府県の労災病院からもますます注目されるようになり、一労災病院の取り組みか独立行政法人　労働者健康福祉機構の看護部の取り組みへと広がりつつある。

表1-2　看護サービス改善や課題解決の状況：研究主題B

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
データ収集中	1年(6)	まだデータ収集中である(6)
現状の課題の明確化(7)	1年(7)	課題解決までは至らないが、課題の共有と焦点化、関係部所間の共有ができていたと思う。

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
各専門分野から多角的に意見が得られ、検討内容が深まり、視野の広まが得れた(35)	7年(1),6年(1) 5年(5),4年(6) 2年(3),1年(19)	検討会への参加、研究メンバーからの疑問に対し、文献等の情報収集等。専門領域が異なることで、広い視野から意見を出すことや情報収集が可能になる。
		検定結果の見方や、各先生方との意見交換の際に、いろいろな見方があり、よい意見交換ができた。
地域の看護職への連絡調整とともに地域の視点からの意見が得られた(6)	6年(4) 4年(2)	保健師の教員が現地との連絡を取ってくださり、地域の視点で考えることができた。(2)
		市町村の専門職の方たちとの連絡をとっていただき、広域での取り組みができた。
専門分野を生かした意見交換と協働体制の構築・活性化が図れる(3)	4年(1) 1年(2)	それぞれの専門分野が活かされた協働体制で望むことができ、また現地側にとっても有益な情報を提供することができた。
授業担当者としての共通理解や意見交換ができた(2)	1年(2)	公衆衛生看護領域の実習・講義を担当している教員同士なので、講義・実習の話し合い時に一緒に検討することができている。
看護実践研究のプロセスがよくわかった(1)	1年(1)	現地の現状と課題から取り組み方法が導かれる、看護実践研究のプロセスがよくわかった
重要な部分でのサポートが得れた(2)	4年(1) 1年(1)	現地側との会議に参加していただき、研究の取り組みについてご助言をいただくことができた。

困難な部分のサポートを得れた(1)	1年(1)	法律の改正等、動きが大きい中で、理解が困難な部分を、サポートしてもらえた気がする。
それぞれの役割を果たし協力して取り組んだ(9)	6年(2),5年(1),4年(2) 3年(2),1年(2)	現地との会議に参加した。データの分析結果について意見を述べた。
		現地看護職とは、実習での関わりもあり、必要時現地との調整役を担った。
適切な共同体制である(1)	1年(1)	自身は実習等で病院や入所施設を対象としているため、施設と地域の連携を考えるのに適切な共同体制であると考えている。
参加・協力ができなかった(3)	6年(1),1年(2)	今年は、日程が合わず参加することが難しかった。
複数講座の学内教員体制ではなかった(13)	7年(4),3年(1) 2年(5),1年(4)	複数講座の学内教員体制ではなかった。(12)

表3-1　現地側の組織的な取り組みの状況(この共同研究による実践改善のために必要と思われる組織的な動きができているか)

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
所属している部署での取り組み(30)	3年(2) 2年(4) 1年(24)	病棟の継続看護委員を中心とした継続看護・リハビリグループを核として取り組みが行われ、チームごとに検討しながら、病棟スタッフ全員で取り組めた。
		病棟師長をはじめ、病棟勉強会グループ、スタッフ1人ひとりに至るまで、研究目的や目標が共有され、非常に協力的に行えた。
所属組織全体の取り組み(29)	7年(3) 6年(8) 5年(4) 4年(7) 3年(2) 2年(2) 1年(3)	看護職が一人という職場が多いが、事務職や他職種と協力しながら進めている。
		看護職が1名である組織も多く、共同研究活動を事業所内で組織的に取り組むことは難しい状況はあるが、活動内容を看護職が所属する部署や組織全体に理解してもらうことは個々のメンバーによって行われている。
所属組織と地域の取り組み(4)	7年(1) 6年(2) 1年(1)	A市では、市の事業として位置づけており、関係者と連携しながら事業を行っている。
		所属する病院だけではなく、同じ独立行政法人の他病院との合同研修会や交流の中でも共有している。
組織的取り組みになりつつある(4)	2年(4)	看護管理部門の看護職が共同研究者に含まれるが、病院として訪問看護を支援する必要性が認識されつつある。
		事例に関係する医師やCPやPSWの協力が得られてきている。
組織的に取り組む課題は認識された(3)	2年(3)	明らかになった課題に対し、まず現地共同研究者の部署で改善に向けて取り組まなければならない部分が多い為、その部分を解決した後に組織的な取り組みへと移行できるのではないかと思われる。
参加施設により異なる(3)	4年(3)	各病院により異なっている。(3)
各施設1名の参加のため組織的取り組みには至っていない(4)	7年(3) 1年(1)	本共同研究に参加することに関しては組織的な理解は得られているようであるが、各施設1名ずつの参加であり、この共同研究そのものが組織的取組みに拡大するには時間を要すると考える。(2)
		本年度は岐阜県内の糖尿病看護の実態把握に向けて取り組んだので、一施設の看護実践の取り組みにすぐには結びついていない。
共同研究メンバー主体で組織的取り組みには至らなかった(4)	5年(3) 3年(1)	共同研究者と外来看護の間では看護職の連携・継続看護の充実に向け活動がなされたが、部署全体の看護職まで波及するには至らなかった。ただ、看護部に理解が得られており、本年度活動が進んだのは看護部長の方針により看護職の配属が検討されたことが大きく影響している。
確認できていない(10)	4年(3),2年(5),1年(2)	確認できていない(10)
その他	1年(1)	事例をもとに児童生徒への対応について、様々な視点からの意見を出し合っていた。

表3-2 組織内での成果の共有状況(この共同研究による実践改善のために必要と思われる成果の共有ができているか)

カテゴリ(件数)	サブカテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
共有ができている(53)	施設内での共有(22)	7年(3),6年(1),5年(6),4年(4),3年(1),2年(2),1年(5)	すべての施設ではないが検討した内容を自職場に持ち帰り共有し検討している。
			検討会では各自の実践について検討されており、検討内容は直接その後の看護活動に反映していると思われる。施設内看護職の数も少ないため、共有されていると思われる。
	施設内・他施設とも共有(2)	7年(2)	年度末に当該年度の取り組みをまとめた資料集を作成し院内に配布。他の労災病院にも配布している(2)
	共同研究者間の共有(3)	5年(1),3年(1),2年(1)	外来看護師の検討会参加により、病棟との連携や今後の改善点を見いだすことができた。
	部署内での共有(8)	3年(2),2年(6)	取り組みを行ってみた病棟看護師への意識調査を実施し、その結果を全体にフィードバックし成果を共有した。
	師長・主任クラスの看護師との共有(4)	1年(4)	病院師長が中心となっておもに主任クラスの看護師と検討する時間がもてた。但し、スタッフ看護師との直接的なやりとりができなかった。
	共有できていると思われる(14)	6年(6),4年(5),3年(1),1年(2)	できていると思われる。(14)
共有には至っていない(12)	共有は今後の課題(1)	6年(1)	成果の共有は今後の課題である。
	結果を共有していく予定(3)	7年(1),6年(1), 1年(1)	今後、調査結果を共有していく予定。どのように共有していくかは検討。
	目に見える成果がすぐには出ない(2)	7年(2)	目に見える成果はすぐにはでないため、成果の共有には至っていない。
	担当者にとどまっている(1)	6年(1)	母子事業担当者に留まっている可能性が高い。
	部署内及び施設内で問題の共有に至っていない(2)	2年(2)	部署内及び施設内で問題を共有するには至っていない。(2)
	病棟スタッフとの共有ができていない(2)	1年(2)	看護管理者が共同研究者として参加しているため、明らかになった課題を病棟看護スタッフへの周知させるのに今後活用できる。
	共有する時間を取る必要があった(1)	1年(1)	成果と課題について、もう少し共有する時間を取る必要があったと思う。
共有できたか確認できていない(18)	施設によって異なる(3)	4年(3)	病院によると思う。(3)
	所属施設での成果の共有については不明(3)	4年(1) 1年(2)	確認できていない、しかし参加者の中には、所属で報告した内容の復命書を持参している方もいらしたので、共有ができている施設もあったと思う。(2)
	まだ結果が出ていない(1)	1年(1)	まだ結果が出ていないので何とも言えない。
	業務が一人の担当にまかされている状況(1)	1年(1)	各保健所の組織内で、本結果は共有されているかは不明であるが、難病の業務が一人の担当にまかされている状況なので、組織内での共有には至っていない。
	確認できていない(10)	2年(5) 1年(5)	未確認(10)

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
検討会での討議参加(26)	7年(2),5年(3),4年(7) 3年(2),2年(2),1年(10)	検討会での実践報告、実践の振り返り(2)
		検討会での主体的な検討(14)
調査の考案・実施・結果分析(23)	7年(2),6年(4) 4年(1),2年(8) 1年(8)	調査への理解と協力
		調査結果の検討・確認
		調査時の住民との調整
報告と討論の会での発表(19)	7年(2),5年(1),4年(1) 2年(5),1年(10)	共同研究報告会での発表(13)
主体的取り組み(18)	7年(2),6年(6),4年(3) 3年(3),2年(2),1年(2)	共同研究の計画作成・推進(2)
		主体的に各施設でテーマに取り組む(9)

抄録・報告書の作成(13)	7年(3),5年(3) 2年(4),1年(3)	抄録と報告書の作成(13)
検討した看護の実践(14)	5年(5),3年(1) 2年(3),1年(5)	検討会で検討された看護活動を実践すること(2)
		実践と振り返り(3)
課題提起・解決に向けた取り組み(11)	7年(2),4年(2) 2年(3),1年(4)	現場で実際に起こっている問題、困っていることなどについて語ってもらう。
		現場の現状、課題を話し合いの際に提起してもらえる。
所属する施設の看護改善(8)	6年(1) 2年(6) 1年(1)	現地側の看護職が所属する部署の看護改善(2)
		実践の改善に向けた取り組みがテーマであることもあり、実践を大学での検討会を通じて振りかえり、看護実践の改善を期待した。
活動の情報提供・事例提供(8)	7年(2),6年(2),5年(1) 4年(1),2年(3)	これまでの保健師活動の情報提供
		検討会で、事例や看護活動について情報を提供
聞き取り調査の事例選定、日程調整(6)	1年(6)	聞き取り調査の事例選定と日程調整。会議開催の日程調整窓口(4)
		病棟師長が面接調査の対象者の選定や説明、対応、外来担当看護師には面接当日の調整。
検討会の運営(5)	4年(2),3年(1) 2年(1),1年(2)	主にWSの共同企画
		事例検討会での司会
連絡・調整(4)	4年(2),1年(2)	所属・関係機関との連絡調整(2)
看護実践時のリーダーシップ発揮(3)	1年(3)	病棟での実践におけるリーダーシップの発揮
マニュアルの作成・修正(2)	1年(2)	難病相談マニュアルの作成・修正(2)
家族会での報告(2)	4年(2)	家族会での報告参加(2)
研修の運営(2)	7年(1),1年(1)	勤労者看護研修の運営

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
討論の会での発表、討議の進行(31)	7年(4),6年(4) 4年(2),3年(2) 2年(10),1年(9)	報告と討論の会では、主となって意見交換を行ってもらった。
		また、共同研究報告と討論の会で各市町村の取り組みを発表し情報交換を行うことで今後にも繋がると思う。
主体的に課題に取り組んだ(20)	7年(2),6年(4) 4年(2),3年(2) 2年(6),1年(4)	共同研究の計画作成・推進(2)
		看護職は多胎育児支援のためのプレパパママ教室の計画実施を主体的に行っていた。
抄録・報告書の作成(17)	7年(3) 6年(1) 2年(8) 1年(4)	報告書の作成(14)
		抄録と報告書の作成については今年度初めて関与してもらう計画であったが、他の事業と重なってしまい、そちらでの役割を優先し、抄録・報告書では現場の視点での確認をしてもらった。
調査の実施(11)	6年(3),4年(1) 2年(3),1年(4)	調査の実施(2)
		アンケート作成・実施(3)
検討会の運営(9)	4年(4),1年(5)	カンファレンスでの事例検討、運営。
		共同研究会議の運営を主体的に行っていた。
検討会での討議参加(8)	7年(2),4年(3) 2年(3)	検討会での討議参加(5)
所属する施設の看護改善(6)	2年(1) 1年(5)	現地側の看護職が所属する部署の看護改善
		職位に応じたリーダーシップを発揮し、カンファレンスの充実に努めた。
事例提供(5)	7年(2) 2年(2) 1年(1)	検討会での検討事例の提供
		現場で実際に起こっている問題、困っていることなどについて語ってもらった。
質問紙の作成・分析(5)	2年(5)	現場の看護職の視点で、質問紙の作成や分析に関わっていた
		調査結果の分析
検討内容を踏まえた看護実践(4)	5年(2) 2年(2)	事例の検討内容から、より対象理解を深める為に面接を行って話を伺う時間を設け、また自分の身体を知るための勉強会の充実を行い、看護記録に残し、今後の方向性を考えていた。
		検討事項を実践に活用すべく、努力していた。
研修の運営(3)	7年(2),1年(2)	勤労者看護研修の運営
連絡・調整(2)	1年(2)	難病相談参加保健師との連絡・調整(2)
期待した役割が果たされた(23)		左記のことについて、話し合いを持ちながら、協力し合うことができたたので十分果たされたと思われる
		期待した役割を果たしていた。共同研究報告会において、発表を行った
確認ができていない(3)	4年(1),1年(2)	組織的な動きになっていたかは確認できていない(3)

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
授業協力者として招聘に繋がった(3)	7年(3)	授業協力者として、共同研究者に来てもらい看護活動を紹介してもらった。
事例、現状や取組などを講義の教材として活用できた(21)	6年(3),5年(4) 4年(6),3年(2) 2年(1),1年(5)	ハイリスク妊娠である多胎児の育児や授乳など、講義に取り入れており、学生はとても興味がある
		講義の中で紹介している(2)
基礎知識を得ることができた(1)	7年(1)	基礎となる知識を得ることができた。
自分自身の担当分野に活かすことができた(1)	1年(1)	がん患者への看護という点で、自分自身が担当している分野に活かすことができた。
次年度の講義内容に活用することができる(2)	4年(1) 1年(1)	次年度の担当する講義の中で、具体的な岐阜県の事象をもとに説明が行えると考える。(2)

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
現状、取組、知見などを実習指導に活用できた(29)	6年(7),5年(1),4年(7) 3年(1),2年(4),1年(9)	NICU実習や母性の学内でのまとめの際に活用できた。
		まとめのカンファレンスの時に活動について、触れることができた。
共同研究者が実習指導者であるため、現地側の看護活動を理解することに繋がった(5)	7年(2) 2年(1) 1年(1)	領域別実習の指導者が共同研究者となっているため、現地側の看護活動を理解することができた。(2)
		メンバーが実習施設の指導者であるため、現地での看護活動を理解することができた。
実習施設として協力を得ている(1)	4年(1)	直接的な効果ではないが、実習への協力が継続的に得られている。
実習施設の開拓(2)	3年(2)	20年度の実習を新しく依頼できた。
共同研究者が実習部署であり、現地側との関係性を深めることで円滑な学生指導や学習環境整備に繋がった(3)	6年(1) 1年(2)	当該部署が領域・卒研の実習場所となっているため、看護の充実は学生の学習環境整備にも良い影響を与えている。
		現地側看護職との関係を深めることで、学生へ指導も円滑に行なえた。
実習の到達目標を考える基礎となっている(4)	1年(4)	領域別実習(公衆衛生看護)の到達目標を考える基礎となる(4)

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
共同研究者が実習指導者であり、現地側の看護活動の理解、課題への取組に繋がった(1)	7年(1)	卒業研究施設の指導者が共同研究者となっているため、現地側の看護活動を理解することができ、課題に取り組むことが出来た
実習施設として協力・指導してもらっている(10)	7年(3) 3年(2) 1年(1)	共同研究者が認定看護師として勤務している施設で学生が実習し指導を受けた。(2)
		共同研究者の施設にて学生が実習し指導を受けた。
現状、事例、取組、知見などを卒研指導に活用できた(9)	6年(2),4年(4) 1年(3)	地域の特徴や保健師活動を理解する事例として活用できた。
		地域での育児支援の状況を把握し、活用できた。(2)
共同研究者が実習部署であり、現地側との関係性を深めることで円滑な学生指導や学習環境整備に繋がった(6)	5年(1) 2年(3) 1年(2)	当該部署が卒研部署であるので、現地側看護職との関係を深めることで、学生へ指導も円滑に行なえた。
		卒研を行なっているため、病棟の看護改善は学生の学習環境の整備にもつながる。
卒研施設の拡大に繋がった(2)	6年(1) 1年(1)	卒研の受け入れ箇所が拡大された。
到達目標を考える基礎となっている(4)	1年(4)	卒研実習(公衆衛生看護)の到達目標を考える基礎となる。(4)
卒研テーマに活かすことができる(1)	7年(1)	次年度の卒研テーマに活かせそう。

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
取組を院生の授業教材・研究指導へ活用できた(7)	6年(1),5年(2) 4年(3),3年2) 2年(1),1年(1)	周産期の支援において、ハイリスク妊産婦へのケアは必須の学習事項なので、適宜紹介をしている。
		福祉施設における看護職の役割などを念頭におきながら具体的に教授することを助けている。
共同研究者の大学院学修へ繋げることができた(2)	2年(2)	共同研究者が次年度から大学院で学修する予定。(2)
その他(2)	3年(2)	ある院生のフィールドとなった。
		共同研究者と院生の両方の立場で研究に取組んだ。

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
卒業者に対して生涯学習支援になった(4)	6年(1) 5年(1) 2年(2)	今年度実施した研修会では、2事例とも多胎の事例であり、卒業生への学習にも役に立つと思われる。
		卒業生が共同研究に参加しており、検討会参加・報告書や抄録等作成に関与することで、学びを得たと思う。
卒業者を対象とした看護実践研究指導事業のワークショップで活用できた(3)	6年(2) 1年(1)	看護実践指導事業のWSで活用できた。(3)
卒業者に取り組みを紹介できた(3)	4年(3)	卒業生に退院後の支援方法の例として話すことができた。
保健師の生涯教育の在り方を考えることに繋がった(3)	1年(3)	保健師の生涯教育の在り方を考える。(3)
検討会のゲストスピーカーとして協力を得た(1)	1年(1)	検討会のゲストスピーカーとして来てもらった。

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
ワークショップの進め方を検討する上で参考となった(1)	6年(1)	学生への教育活動ではないが、看護実践研究指導のワークショップの進め方を検討していくうえで参考になった。
大学院への関心が示された(1)	5年(1)	共同研究を通じて、現場看護職から大学院への質問や関心が示された。
就職体験研修が依頼できた(1)	3年(1)	就職体験研修を依頼できた。
実習指導者研修会のプラグラムを考える上で役立った(1)	1年(1)	県主催(大学は協力)の実習指導者研修会のプログラムを考える上で役立った。
保健師の生涯学習のあり方を考えることができる(4)	1年(4)	保健師が難病相談の意義を考えたり、保健師の役割を考えること自体が、保健師にとっては生涯学習のひとつだと思う。

表6-1 現地側との話し合い状況:研究計画作成過程

十分話し合えた	60
十分に話し合えなかった	32

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、進捗状況、内容等)を確認・共有しながら進めた(13)	7年(1) 3年(3) 2年(2) 1年(5)	年度始めの第1回の検討会にて目標・計画等を具体的に話し合った。検討会欠席のメンバーからも事前にメール等で意見を寄せてもらうようにして、それらの意見も踏まえたうえで、話し合った。
		共同研究者と情報交換により、現場の状況が把握できた。(2)
日程調整、現地に出向くなどにより、多くの参加が得られるようにした(6)	6年(3) 4年(1) 2年(2)	現地側の共同研究メンバーが参加できるように話し合いの日程調整をし、教員が現地に出向くようにした。
		現地に出向き参加しやすいようにした。
メールや電話、FAXを活用した(3)	6年(2) 1年(1)	不明な点や疑問などは電話やメールなどのやり取りにて解決した。(2)

研究代表者を中心として話し合った(4)	6年(2) 4年(2)	自分は参加していないが、研究代表者を中心に直接話し合えている。
		研究代表者を中心に直接話し合えている。
趣旨の説明を専門分野の教員が行った(1)	4年(1)	施設の助産師には助産師の教員が、地域では保健師の教員が趣旨の説明をした。
前年度に次年度の計画を話しあった(1)	4年(1)	継続課題であるため、前年度に次年度の計画を話し合っている。
実習関連で現地側に出向く際にも話し合いの機会を持った(1)	2年(1)	実習関連で病院に行く際には現地側に寄って話をするなど、話し合いの機会を増やすようにこころがけた。
現地側の負担を考慮した(1)	1年(1)	共同研究者の仕事を増やさない範囲で共同研究を実施すること。

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
電話、メール、FAXを活用した(3)	7年(1) 1年(2)	各看護師が多忙であるため日程調整が困難で、調整していても、全員の共同研究者がそろわなかった。そのような場合は電話やFAX、メールでのやりとりとなり、事後報告となることもあった
研究代表者を中心として話し合った(7)	6年(1) 1年(2)	主の担当教員が話し合いをされた(6)
実習で現地側に出向く際にも話し合いの機会を持った(1)	1年(1)	実習病院でもあるため、病院に伺った際は頻繁に声をかけるようにした。
日程調整が困難、多忙により十分な話し合いが困難であった(5)	7年(2) 2年(2) 1年(1)	各看護師が多忙であるため日程調整が困難で、調整していても、全員の共同研究者がそろわなかった。
		現場の業務が多忙で会議の日程調整をしてもなかなか現地看護職の参加が難しかった。
参加不十分による詳細不明(4)	6年(2),4年(1) 1年(1)	自分自身が、話し合いに参加できなかったので分からない。(4)

表6-4 現地側との話し合い状況:研究実施段階

十分話し合えた	69
十分に話し合えなかった	28

表6-5 現地側と十分に話し合えたと回答した者の配慮・工夫したこと:研究実施段階

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
テレビ会議システム・メール・FAXの活用、勤務時間外の利用、実習で現地に出向く機会を活用(9)	6年(1) 4年(2) 2年(3) 1年(3)	実習関連で病院に行く際には現地側に寄って話をしたり、メールを活用するなど、話し合いの機会を増やすようにこころがけた。
		現地の方が主体的に取り組まれていたので、なるべく意向に沿った研究ができるよう、頻繁にメールやテレビ会議システムを利用して連絡を取り合って協力ができたと考える。
研究代表者が中心となって進め、報告することで話し合いの内容を共有した(3)	6年(2) 4年(1)	現地とのアクセスは研究代表者が中心となり、その結果を報告してもらった。
		研究代表者が中心となり、話し合った結果を報告していただき共有した。
現地側の状況に合わせて日程調整した(3)	4年(1),3年(1) 2年(1)	極力、現地側の都合に合わせて話し合い日時を設定した。
		現地の状況に合わせて検討会の日程を調整した。
現地側の現状(意向、進捗状況等)を確認・共有しながら進めた(11)	6年(1) 3年(1) 1年(9)	教室実施や、参加の際には、役割を確認し合ったり、協力できるところは何かなど、密に連絡を取り合った。
		計画、実施において密に連絡をとっていた。(2)
複数施設がお互いに意見交換でき、実践に活かせるよう配慮した(1)	2年(1)	複数の施設が参加しているため、互いに意見交換ができ、実践に活かすことができるよう配慮した。
事前に資料を配布し積極的に参加できるよう配慮した(1)	2年(1)	事前の資料配布を行うことで、積極的に参加できるよう配慮した。
検討会の開催場所を固定せず共同研究者間で持ち回りで行った(1)	2年(1)	現地看護職が参加しやすいよう、検討会の場所を固定するのではなく、持ち回りで行っている。そうすることで、施設間の情報交換にもつながっている。
それぞれが発言できるよう配慮した(1)	1年(1)	共同研究のメンバーがそれぞれ発言ができるよう配慮した。

表6-6 現地側と十分に話し合えなかったと回答した者の配慮・工夫したこと:研究実施段階

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記述内容の例
電話・FAX・メール・テレビ会議システムを活用した(5)	7年(1) 1年(4)	各看護師が多忙であるため日程調整が困難で、調整していても、全員の共同研究者がそろわなかった。そのような場合は電話やFAX、メールでのやりとりとなり、事後報告となることもあった。
		テレビ会議システムを活用した。
現地側が参加可能な時間を設定した(2)	4年(1) 2年(1)	現地看護職が参加可能な時間(17:30～以降)に設定した。その都度、じっくり話し合うことはできたが、トータル回数は少ない。
研究代表者が主となって進めた(3)	6年(1),4年(1) 1年(1)	話し合いには参加していないが、研究代表者が主となり話し合い、報告を受けた。
事前に現地の資料を得て熟読して話し合いを持った(1)	2年(1)	研究資料を検討会の事前に大学側へ出していただき、それを教員間で熟読してから検討会に臨んだ。
実習で現地側に出向く際にも話し合いの機会を持った(1)	1年(1)	実習病院でもあるため、病院に伺った際は頻繁に声をかけるようにした。
現地側が活動を進めていたため工夫の必要がなかった(2)	3年(2)	それぞれに活動を進めていたので、話し合う必要はあまりなかった。ただ、1ヶ所は共同研究の意味が十分伝わっていたかが不明。
日程・時間調整が困難であった(3)	7年(2) 2年(1)	各看護師が多忙であるため日程調整が困難で、調整していても、全員の共同研究者がそろわなかった。
		現場の業務が多忙で会議の日程調整をしてもなかなか現地看護職の参加が難しかった。
参加不十分による詳細不明(4)	6年(2) 4年(2)	自分自身が、話し合いに参加できなかったので分からない(4)

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
報告書のチェックリストの再考(4)	7年(1),3年(1) 2年(1),1年(1)	報告書の作成にあたり、チェックリストの項目が多すぎる感がある。もう少し自由に書けたほうがよい。
申請後に研究テーマを変更できない条件の再考(2)	7年(1) 3年(1)	研究課題が、変更できないのが困る。本年度も退院調整看護師との連携までは研究が進まず、研究課題と研究内容が合わなくなってしまった。現地側からも研究課題が変えられないかとの希望があった。
「共同研究報告と討論の会」への参加者の拡大(1)	2年(1)	昨年度と同様に討論の会の他施設の参加者が少なく、十分に討論ができない感がある。
「共同研究報告と討論の会」抄録や報告書のスケジュールのゆとり(2)	2年(2)	現地側とどのように取り組んだかということを抄録や報告書にも書くように求められており、今年度は現地側の看護職にも積極的に参画してもらえるように努力したが、報告と討論の会から報告書提出までの期間が短く、現地側の方に報告書の一部を担当してもらったり、確認をするという作業がとても大変だった。少しずつではあるが、現地側の看護職も報告と討論の会での報告や書類を作成することにも挑戦してくれているので、スケジュールにもう少しゆとりがあるとよいと思う。

平成19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　110件

カテゴリー　（件数）	参加年数（件数）	記述内容の例
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（26）	1年（9） 2年（6） 3年（2） 4年（3） 5年（1） 6年（0） 記載なし（5）	病院と地域の繋がりが以前よりも深くなり、お互いに考えや活動内容を理解し協力していこうという意識は高まった。ワークショップや勉強会等を継続してできたらよいと思う。
		病棟看護者が慢性患者を含むすべての患者に対して、退院に向け一歩でも近づけようと関心を持つことができ良かった。
		がん看護において、実際の患者の事例検討会・分析を行い、自病棟での問題を共同研究者である中堅看護師が理解し、実践の改善に向けて取り組むことができるようになった。中核をなすリーダーの成長につながり、個々が目指すべき役割や方向を明確にすることができた。
		この研究を通して研究者達（当院スタッフ）が、患者や家族の思いを大切にしてあきらめること前向きに取り組んでいかなくてはならないことを再確認した。また、他のスタッフも長期入院者に対する取組みが大切であることが理解できるようになりつつある。
実践の改善点、課題が明確になった（25）	1年（12） 2年（3） 3年（3） 4年（2） 6年（1） 7年（1） 記載なし（3）	研究の結果・考察から、（スタッフ教育について）こらからの課題が見えてきます。研究でまとめたことで方向性が具体的に見えてきました。
		今回の共同研究で病棟の課題が出てきたため、今後その課題にどのように取り組んでいくか考えるいい機会となった。
		実施した事業効果・成果に対し、どのように評価したらよいか不明確な点について、住民の声をまとめ、分析することにより目に見える事業効果や今後の課題となったと思います。これを機に、他事業の分析評価に役立てたい。
具体的な実践の改善・充実があった（22）	1年（11） 2年（4） 3年（2） 4年（1） 5年（2） 記載なし（2）	継続看護に目を向けられるようになり、退院への働きかけがスムーズになってきている。介護保険など、社会的サービスについても目がむけられるようになった。
		共同研究がきっかけとなり、これまでよりも保健師間で地区の課題を話す機会が持てた。その結果、他部署の保健師（包括支援センター）と地区の課題を共有し、新しい活動を始めることができた。具体的には、地区の人どおしの見守りが希薄になっている中、独居高齢者や高齢世帯が増加しているという課題に対し、地区でのサロンの開催の実施ができ、来年度は巡回健康相談を計画するというように充実してきている。
		社会復帰に向け、意識して業務にあたれるようになった。社会資源について、他職種との関わりが持てるようになった。
		数年間かけ看護実践の改善・充実を目指し共同研究してきて今年度は、外来との連携が少し形になってきた気がします。
実践の改善につながる取り組みが始まった（19）	1年（13） 2年（3） 7年（1） 記載なし（2）	相談室とのカンファレンス（1回/w）が確実に行えるようになった。昨年より内容は充実してきたと思う。看護師と相談室の統一事項が確認できて、以前より連絡が密になった。
		カンファレンスを持つことの重要性をスタッフ全体で認識することができ、実施できるようになった。
		スタッフの教育内容を検討することができ、標準的なものができる道筋ができた。来年度以降の教育内容に反映していけると思う。
何らかの学びを得た（11）	1年（4） 2年（2） 3年（0） 4年（0） 5年（2） 6年（0） 記載なし（3）	特定健診・保健指導関係の研修会を教えていただき参加することができた。特定保健指導のとらえ方、進め方、評価など一連の内容が把握でき安心できた。取り組み方も参考になったので自施設での方法を考える良い材料になった。
		保健指導の実際を知る良い機会になり、刺激になりました。今まで行政にいたので、事業所産業保健師の活動を知ることができました。
		当院しか施設環境・設備面等知らなかったため、今回共同研究に参加することで、他施設の現状を知り、大変勉強になりました。担当の先生には、親切丁寧にアドバイスいただき感謝します。
		訪問看護（精神）分野において、看護介入の方法について参考となるアドバイスを得たこと。
なかった（2）	1年（1） 記載なし（1）	現状では、直接具体的なものはない。
		特にない様に思える。（研究を土台にこれから検討することが山ほどあるのではと思える。マンパワーの向上に向けて・・・）
その他（5）	1年（2） 2年（1） 3年（1） 記載なし（1）	この研究は妊娠中から取り掛かることが必要であるが、支援が良かったかの評価は褥婦が退院し、育成期に結果がわかるため、病院としての看護実践の充実としては、評価しにくいと思われる。
		会議に参加いただくことで討議した内容について自分達だけでは気づくことのなかった視点の意見、発言をもらい参考になった。ただ、看護職ではないので、看護実践に役立ったかどうかは何ともいえない。
		訪問看護について、他Hpの状況を知り、どんな方法でまた記録などについて学べると良い。もっと情報交換ができると良い。

表8－2 共同研究を実施しての感想：実践が改善・充実したこと以外でよかったこと 72件

カテゴリー（件数）	参加年数（件数）	記述内容の例
他施設・他部署との情報交換、意見交換、交流ができた(23)	1年(13) 2年(5) 3年(1) 4年(1) 5年(1) 6年(1) 記載なし(1)	課題や情報の共有ができた。色んな視点で捉えることができる。
		他施設の取り組み状況を知ることができ参考になった。
		病棟以外の方の客観的な意見が聞け、とても参考になり刺激となった。
		活発な意見交換ができた。アドバイスを多くいただけた。
		自施設をこえて、いろいろな方々と会える場を提供していただけることは、とても有意義だと思います。
		報告と討論の会では、参加した他地域の状況を聞くことができたため、今後グループワーク(精神障害者の集い)で悩むことなど、問い合わせをしていこうと思う。
実践の改善につながる認識の変化・深まりがあった(10)	1年(5) 2年(1) 3年(1) 4年(1) 7年目(1) 記載なし(1)	研究会の内容を自分の職場に持ち帰り、課員に水平展開することにより、課員の意識向上につながると思われます。
		アセスメント・マネジメントの有効性が確認できたこと。本人(当事者)のエンパワメントを引き出すことができたこと。チーム支援のよさが再確認できたこと。
		患者さんの思いや考えをゆっくりと聞いていただき、自分達が日頃ケアできていない不足している点を患者の声として理解することができた。
大学教員からのサポート(9)	1年(4) 2年(1) 6年(1) 記載なし(3)	自分達の活動を記録に残すことが大切であることがわかった。記録の方法も学べた。他町の取り組みを参考にすることができた。教員の先生に町の会議や教室に参加していただき、実態をよく把握していただいているので、共同研究以外の事業についても実践的なアドバイスを頂けた。
		大学の先生方の助言をいただけた事(臨床者以外の意見が聞けたこと)県内の各病院の取り組みが知れた。また、同じテーマで話し合うことで仲間ができた。
		計画書を作成することだけでなく、プランの推進、評価についても具体的にどのように取り組むのかなど、今後の方向性にも目を向けて、軌道修正等助言をいただき、また研究発表の機会をいただいたことで、自分自身も資料作成、取り組みからの気づき見直し等、振り返ることができました。
実践の改善・充実につながる取り組みが始まった(6)	1年(2) 3年(3) 5年(1)	現場では問題点となっていても、なかなか具体的な問題として改善には至らないが共同研究では積極的に取り組むことができる。
		自分達だけでなく、仲間・職員も身体や健康について考える場ができるようになった。
		普段は事業の業務や、こなさなくてはいけないことに追われてなかなか地区診断などまで考えられていなかったが、その機会となった。
振り返り・学びになった(5)	1年(1) 2年(1) 3年(1) 4年(2)	今回の研究を論文として残すことにより、より具体的になったと思う。また、研究者はより勉強ができたと思います。
		自分達の行っている看護の振り返りを行うことの大切さを学んだ。また、研究のまとめ方を学んだ。
		研究に対するスタッフ教育の場になっている。
意欲の向上(4)	1年(2) 3年(1) 記載なし(1)	現在私は、ICNの教育課程受講中ですが、共同研究での効果により、更に専門的に学ぼうとモチベーションがあがりました。
		退院支援について、部長からもほめてもらい、それをスタッフに伝えることにより、スタッフの意欲も高まった。
		若い担当保健師が元気になった。方向性を教えてもらったことで、仕事に前向きに取り組めるようになった。
		自分たちの看護に対し、患者様からの評価の声を聞くことができ、意欲の向上にもつながった。
連携、コミュニケーションが向上した(4)	1年(1) 2年(3)	他の職種の方と連携をとれるようになった。サークルの継続するための検討や、退院後の妊婦・褥婦への支援依頼がし易くなった。
		病棟スタッフの方も、連携を取ることを少しでも意識していけるようになったこと。
		ケアマネとの意見交換ができるようになった。
よい評価を得た(3)	1年(1) 4年(1) 7年(1)	共同研究の一部が、海外での学会に出すことができ参加できた。
		がん患者への関わりが良くなり、ご遺族の方の訪問や感謝の言葉が6割あった。他部署の方より、患者・家族の方への関わりが以前と変わり、ニーズにできるだけ答えようとしている姿が見受けられるようになったと評価を受けた。
実践の改善点、課題が明確になった(3)	1年(1) 3年(1) 5年(1)	共同研究をすることで状況を知り、改善すべき点が明らかとなり、考える機会ができた。
		2008年の退院後の継続支援は、母乳栄養児のう歯予防、補完食へ重点を置くことにした。
		メリットやデメリットの共有、他者の考え方についても知りえたので良かったと思います。今後の課題もはっきり明確に見えてきたし、他HPの状況も知りえたと思います。
実践が改善した(1)	2年(1)	これまで関わりがほとんど無かった当事者とも話ができ、相談を受けることができるようになった方もあり良かった。

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 56件

カテゴリー　（件数）	参加年数（件数）	記述内容の例
研究計画・方法の具体的内容について（10）	1年（8） 5年（2）	研究について検討する時期（期間）をもう少し早くからできれば、訪問・アンケートなど調整しやすいかと思います。
		研究の計画から発表までのスケジュール・役割分担・責任の所在。
		訪問する前にミーティングを密にし、ポイントをまとめた上で訪問した方が良かったのではないか。
研究活動の経過・成果を現場で共有・活用していくこと（7）	1年（4） 2年（2） 3年（1）	病棟の一部の者で参加している状況だが、継続できるよう、他のスタッフへの参加を要請していくこと。
		共同研究の取り組みが保健師活動の充実のみならず、それが町にとってもプラスとなっていることを、これまで以上に上司に感じてもらえるといいと考えている。具体的な方法や進め方については明言できませんが・・・
検討の時間や場の不足（6）	1年（1） 2年（1） 3年（2） 4年（2）	もう少し時間を作り、相談を密に出来ると良かったと思っています。
		共同研究の話し合いの場（回数）がもっと多いと良かったかもしれない。アンケートを15名程で行ったが、全員分まとめられなかったのが残念です。
		他施設・共同研究者との合同参加がなかなかもてない。
研究者間の協働・コミュニケーションの強化（6）	1年（3） 2年（1） 5年（1） 記載なし（1）	この会に後から参加したため、メンバーの方々との親睦が深まっていないので、コミュニケーションを図って進めてほしい。
		メールや電話等だけでなく、忙しい中時間調整していただいて、会議・打ち合わせに来ていただき助言いただいたので、とても感謝しています。先生が来ていただいたことで、保健師間も内部打ち合わせに時間を調整して顔を合わせて意見交換することができ、また後輩たちも前向きに意欲的に取り組んでくれました。やはり、顔を合わせて一緒に協議することで相乗効果、質の向上につながり、共感することで主体的になれると思います。
活動のための時間が取れない・ゆとりがないこと（4）	1年（2） 3年（1） 記載なし（1）	なかなか時間的に参加できず、申し訳ありません。
		12時間夜勤の2交代となり、体が慣れていない疲労を感じながらの研究取り組みは、時間的なゆとりが必要と感じています。大学までは離れているため、不便と感じています。テレビ会議は有意義と思います。
検討会の持ち方（4）	1年（1） 2年（2） 6年（1）	メンバーの参集の方法：全員出席（毎回）は、困難であること多いため、テーマ別に分かれたり、進行状況の確認や、報告の機会に集合したりすることはできないか？
		事例研究を1例/回にして、次回へつなげ深く検討していった方が良いのではないかと思う。
役割を明確にし主体的に取り組むこと（4）	1年（2） 4年（1） 7年（1）	自分が共同研究者であるという認識・自覚が持てなかった。時々の紙面での経過報告をうけているだけでは、共同研究者といえるのかと疑問に思った。
		共同研究の先生にまだ中心にやってもらっている段階ですので、これから協議の場を通して学ぶことが出てくると思っています。
教員による指導・助言への要望（4）	1年（2） 2年（1） 記載なし（1）	まとめ方等について、先生から積極的にご指導を受けたかった。（遠慮なく、こうするといい、あーするといいと言って頂けると有難いです。）
		メール中心のやり取りになってしまうが、できるだけ先生方と会う機会を増やして、指導を受けると良かったのかと思います。教育（研修）の実際の場面にも、先生方にも見ていただき、アドバイスを受ける機会があると良かったかと思います。
研究に参加するメンバーの体制（2）	1年（1） 2年（1）	岐阜県下の精神科病院が全て参加できると良い。
		研究とうたってあるのであれば、期間を決め結果を出した方が良いと思います。また、現在の方法では、各施設の担当者が2年程で交代したりしていますが、期間を決め同じ研究者が結果を出せるような方法を取った方がいい勉強になると思います。
研究の意義や目的を明確にすること（2）	1年（1） 2年（1）	研究のための看護にならないといいなと思いました。でも、それもありなのかもしれません。
		討論会に行った感想として、この研究が必要なのかと思えるものがあった。何を研究したいのかが全く見えてきません。
共同研究報告と討論の会での発表に向けてのまとめ方（2）	2年（1） 記載なし（1）	共同研究報告までの見通しがつかみきれず、業務を普段通り行いながらまとめていくことが、時間的余裕がなく大変であった。早い段階でまとめに取り組めると余裕が持てたのではないかと思う。
		1年間すべてお任せしていて、2月の発表でどうまとめて報告するか直前にならないとビジョンが見えない。もう少し早く具体的なまとめ方の案を提示してもらえたら直前に慌てて資料を引っ張り出さなくてよいのにと思う。
その他（5）	1年（2） 6年（1） 7年（1） 記載なし（1）	メールでの連絡以外に、テレビ会議の方法は、とても良かったと思いました。
		業務の1つとして進められることが、より積極的に行うきっかけになる。

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　9件

カテゴリー　（件数）	参加年数（件数）	記述内容
共同研究者となることや内容について十分納得できないまま参加した(2)	1年(2)	無理矢理やるように言われたが、自分にはできないと思ったので、結局強引にきめられてしまった。できないと言ったのですが。
		研修会やワークショップへの参加については了解して参加できたが、共同研究者という立場となることや、共同研究としての研修会やワークショップであるということについては、了解しないところで話が進んでいた。
研究内容を知らずに参加した(2)	1年(2)	何も詳しいこと知らず、参加した。
		充分に研究内容について理解していなかった。(たぶん自分の取り組み方と思いますが)
参加自体ができなかった(2)	1年(1) 記載なし(1)	19年度は、直接会議に加わることがなく、日々の業務をこなしていると、ついつい忘れがちになっていました。
		私事で途中、休業中であまり参加できなかった。
研究経過で計画当初とのずれが気になった	1年(1)	了解はしていますが、計画当初からのずれが、経過中いくつかあることが気になって、どうまとめていってよいのか先が見えない不安がありました。最終的には、良かったです。
参加はしたが、研究内容がわからなかった	2年(1)	会議の日以外に接点がなく、どのように研究がされているかよく知りません。
参加自体ができず、よくわからなかった	5年(1)	日程について、行事と重なりなかなか参加できず、主旨もよく理解できないまま1年過ぎました。

表10-1　組織の了解状況

施設の種類	計	了解なし	わからない	了解あり
病院	70		3	67
行政	29	1	1	27
福祉施設	9			9
事業所	7		1	6
学校	5	4		1
訪問看護ステーション	1			1
計	121	5	5	111

「了解なし」の理由抜粋

行政：・了解をとって行っているが、2月の発表会参加が勤務扱いにならなかった。休日を利用することになったのは、理解されていないことのように感じる。

学校：・参加していることは知っているが、主旨や目的などを話して了解をとることまでしていなかった。

・自主的な研修の一環としてとらえており、了解を得る必要性をあまり感じていない。

「わからない」の理由抜粋

病院：・リーダーと大学の先生が連絡を取っているのみで、リーダーが進行状況等の情報を伝えてくれなかったため状況把握できないことが多かった。

表10-2「了解あり」のうち誰が了解しているか

施設の種類	了解あり	「了解あり」のうち誰が了解しているか								
		①のみ	②のみ	③のみ	④のみ	⑤のみ	①②を含む複数選択（①②、①②③、①②③④、①②④、①②⑤）	①③を含む複数選択（①③、①③④）	②③を含む複数選択（②③、②③④、②③⑤）	その他（①④、①⑤、②④）
病院	67	5	20	6		2	17		15	2
行政	27	9	1	1	9		2	3		2
福祉施設	9	5					3		1	
事業所	6		1		4					1
学校	1	1								
訪問看護ステーション	1	1								
計	111	21	22	7	13	2	22	3	16	5

①組織のトップ（施設長など）
②組織の看護職トップ（看護部長など）
③直属上司（看護職）
④直属上司（看護職以外）
⑤その他：委員会・研究担当・関連組織など

表10-3 組織内の支援・協力状況

施設の種類	計	支援・協力なし	回答なし	支援・協力あり	「支援・協力あり」の支援・協力内容(複数回答)			
					共同研究者以外の職員の理解・協力	時間場所の保障	上司からの助言	研究に取り組みやすい環境整備・
病院	70	7	2	61	48	24	16	29
行政	29	11		18	14	10	8	7
福祉施設	9	0	1	8	7	6	1	3
事業所	7	1		6	1	5		2
学校	5	5		0				
訪問看護ステーション	1	1		0				
計	121	25	3	93	70	45	25	41

表10-4 組織内での経過や成果の共有状況

施設の　種類	計	共有なし	回答なし	共有あり	「共有あり」の共有状況(複数回答)			
					上司・同僚への報告	報告をもとにスタッフ間で検討	復命・報告書の提出・回覧	施設内での発表・報告機会に報告
病院	70	5	1	64	50	24	10	22
行政	29	1	1	27	16	9	18	1
施設	9	0		9	8	5	3	3
事業所	7	2		5	4		1	
学校	5	3		2	1			1
訪問看護ステーション	1	0		1	1			
計	121	11	2	108	80	38	32	27

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)	参加年数(件数)	記述内容の例
家族に対する支援について(3)	1年(2) 4年(1)	家族への支援の限界性も感じている。地域の方々や、諸機関との連携の中での“児童生徒の家族への支援”について取り組んでみたい。
		家族に何を説明していくかを明確にする。また、退院に関して、家族をどう支援していくか心理教育の実践など。
他施設(地域)の取組みについて(3)	3年(1) 4年(1) 7年(1)	高齢化のため老人施設を考えていきたいが、入所困難なところがある。他院の成功例とかの報告を聞きたい。
		住民との協働活動で、地域力を高めるための展開方法について、実践的な他市町の取り組み、工夫等を検討していきたい。
連携について(3)	1年(1) 4年(1) 7年(1)	在宅との連携をどうしていくのか・・・(他部門との連携)
		訪問看護師間の連携。
人材育成について(3)	1年(2) 7年(1)	スタッフ育成。
		保健師の現任教育のあり方。
診療所移行後の住民の反応と看護援助のあり方(2)	1年(2)	診療所へ移行した後の村民・地域の反応や、看護援助のあり方の評価、要望を聞きたい。
		診療所移行後の問題点と援助の検討。
その他(14)	1年(4),2年(2) 3年(1),4年(4) 6年(1),7年(2)	看護計画の充実へも繋げていきたい。
		食事摂取に関わるケアと看護。
		病棟看護師の退院支援への意識向上。(退院アセスメント能力の向上のための教育・取り組み)
はっきりわからない(2)	3年(1) 4年(1)	まだ、はっきりとはわかりませんが、機会があれば行いたいです。
		希望します。具体的には、現時点で表現できない。

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)	参加年数(件数)	記述内容の例
衛生管理・健康管理・感染管理(2)	6年(1) 7年(1)	衛生管理と健康管理についてなど基本的なことを確認できるようなもの。
		感染管理について。
死産後の母親への精神的フォロー	6年(1)	死産後の母親への精神的フォロー。
未熟児医療の急性期の家族ケア・ターミナルケア	1年(1)	未熟児医療の急性期の家族ケア・ターミナルケア。
福祉部門の保健師の役割と意義	2年(1)	福祉現場(福祉事務所・障害福祉)に所属する保健師の役割と意義について。
退院支援	2年(1)	当院の退院支援の現状。
患者満足度調査	1年(1)	顧客(患者)満足度調査。患者へのアプローチの1つとしてグループミーティングなど。
アディクションの人への対応	4年(1)	アディクションの人達への対応などが現場では難しいと感じているので勉強していきたい。職員自身のメンタルヘルスに対しての研究等。
グループミーティング	1年(1)	顧客(患者)満足度調査。患者へのアプローチの1つとしてグループミーティングなど。
他機関の看護職との連携	1年(1)	今回の研究テーマは過去のまとめを含めマニュアル作成につながったため、一段落した。今後は、難病患者に関わる多くの所属の異なる看護職との連携に関する研究課題を取り組みたい。ネットワーク？共同研究報告、討論会の場で意見交換した内容を(整理が必要だが)人とのつながりを、次の研究につなげられると良い。
職員のメンタルヘルス	4年(1)	アディクションの人達への対応などが現場では難しいと感じているので勉強していきたい。職員自身のメンタルヘルスに対しての研究等。
スタッフ教育	1年(1)	スタッフ教育
その他(2)	1年(1)	NSの接遇について。昔からの風潮の改善について。病院内のシステム作りについて。
	4年(1)	検討中です。

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)	参加年数(件数)	記述内容の例
他職員に参加してほしい(5)	1年(1) 4年(3) 5年(1)	数年継続し看護実践の改善・充実を図るための研究方法も分かってきた。今後は、4～5年目の後輩に期待したい。(協力程度の関わりはしてもOK)
		ここ3年間、当病棟が参加しているが、他の病棟にもこの取り組みをしてもらい、関心を持ってほしい。
		他スタッフも体験し、共有したほうが良いと思うから。
異動・退職した(5)	1年(2) 3年(2) 7年(1)	参加したいが、異動のためどうしても参加できない。
		退職をした為(現在は自宅にて、家庭人として過ごしています。)
時間確保が困難(2)	1年(1),4年(1)	病棟、産科外来の体制が変わったため。時間をとるのが難しい。
		多種多様の業務を兼務しているので、時間にゆとりがない。
余裕がない(2)	1年(2)	次年度は、師長、主任が出向の年であり、私も新しい部署に変わり業務が手一杯で共同研究に参加する余裕がないと思われます。
		取り組む余裕がない。(仕事が忙しい、知識不足)
共同研究の実感がない	3年(1)	今のように会議への参加という関わりのみであれば、共同研究している実感が得られない。
興味のあるものなら参加	1年(1)	興味のあるものなら参加します。
現メンバーでの継続が困難	1年(1)	特定の異なったテーマで研究を取り組めるように考えていきたいため、また現メンバーでの継続は困難と思われるため。
異なるテーマで研究に取り組みたい	1年(1)	特定の異なったテーマで研究を取り組めるように考えていきたいため、また現メンバーでの継続は困難と思われるため。
自分の研究の参考にならない	4年(1)	事例がなく紙面上だけでは他のHPの情報が見えず、自身の研究の参考にならないから。
やる気が起きない	4年(1)	この様な取組みを行うのに、自分は適していないと思うので、全くやる気が起きません。
一人で取り組める	1年(1)	一人で取り組みそうなので。
その他(5)	1年(5)	現段階では未定。
		参加したいが、時間にもう少し許容範囲が広いと参加しやすいです。
		検討中です。

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）	参加年数（件数）	記述内容の例
連携(9)	1年(3) 2年(1) 4年(2) 7年(3)	考えはまとまっていないが、病院との連携に興味がある。
		患者様を中心とした、地域との連携のとり方。
		地域の保健師と連携すること。
		精神障害者への訪問を行っている施設の連携について。
		在宅療養連携等についてのシステム等。
精神看護(6)	1年(2) 2年(1) 4年(3)	精神科急性期看護。
		慢性期の統合失調症患者への対応（NSの接遇について）
		精神看護の専門性を突き詰めていきたい。
研究方法(4)	1年(3) 7年(1)	今後、看護研究するにあたり、研究の方法・文章の構成方法等を学習したいです。
		蓄積された看護実践データーの有効利用。研究に反映させ業務の改善をしたい。
母乳育児支援(3)	1年(2) 4年(1)	全て助産師さんではなく、できる範囲ですが・・保健師も母乳支援ができるように、勉強していきたい。（吸わせ方・母乳に良い生活・トラブルがあった時の対処法など）
		母乳育児支援について（すべての産婦に対し）
関係法規・制度・社会資源(3)	3年(1) 4年(1) 7年(1)	勤労者看護を深めるためには、関係法規、活用できる社会資源等。
		NPO法人などの社会資源と自治体の関係や自治体が行うべき支援について学びたい。
施設における高齢者ケア(2)	4年(2)	高齢化のため老人施設を考えていきたいが、入所困難なところがある。他院の成功例とかの報告を聞きたい。皆さんからアドバイスがほしいです。
障害児支援(2)	1年(2)	在宅重度障害児の地域のネットワーク作り。
退院支援(2)	2年(1),3年(1)	現在研究している退院調整について。
保健指導(2)	7年(2)	保健指導技術の向上に関するもの。
他施設の動向・取組み(2)	1年(1),2年(1)	他のHpの動向を知りたいし、交流の場があると良い。
家族への支援(2)	1年(1),3年(1)	家族看護（退院に向けた家族看護における看護師のジレンマ）
現任教育(2)	1年(1),6年(1)	看護管理者のマネジメント能力の育成、現任教育体制のあり方。
		スタッフ育成。LR役割。
カンファレンスの方法と記録(2)	1年(2)	カンファレンスの持ち方、考え方の内容（記録への残し方）ターミナル看取りについて家族への援助・在宅への援助
その他(18)	1年(8) 2年(2) 3年(2) 4年(1) 5年(3) 6年(1) 7年(1)	がん患者について、学会等での発表等。
		地域における感染管理について。
		難病の方への支援について。
		未熟児医療の急性期の家族ケア・ターミナルケア。
		健康づくりと、疾病への対応

《編集後記》

この報告書は、平成 20 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 33 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 21 年 2 月 21 日に本学で開催しました「共同研究報告と討論の会」で報告された内容や当日の討論の結果も盛り込まれています。今後の共同研究活動の発展のため、参考にしていただけたら幸いです。

また、「共同研究報告と討論の会」には多数の方のご参加をいただき、活発な討論に加わっていただきましたことを、この場をお借りしてお礼申し上げます。なお、ご協力いただいた意見調査の結果は、次年度の会の運営の際、参考にさせていただきたいと思います。

共同研究活動は、本学全教員の活動として取り組んでおり、学内では研究交流促進委員会が、看護研究センターのバックアップのもと、共同研究を推進するための諸活動に関する企画、立案、運営等を行っています。

お気づきの点がありましたら、ぜひご意見をお寄せください。

【研究交流促進委員会】

委 員 長： 岩村龍子准教授 （看護研究センター）
委　　員： 平山朝子学長
黒江ゆり子学部長 （地域基礎看護学講座）
藤澤まこと准教授 （地域基礎看護学講座）
橋本麻由里講師 （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
大川眞智子准教授
古田さゆり助教
会田敬志教授
小澤和弘講師

発行日：平成 21 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