

平成23年度 共同研究事業

# 共同研究報告書





## 12 冊目の報告書の刊行にあたって

学長 小西美智子

本学は岐阜地域の看護職者の生涯学習支援の拠点として、その役割と機能を担っていきたいと考えています。看護研究センターは大学のそのような考えを実現するために、岐阜地域の看護職者と本学教員とをつなぐ事業を企画し運営しています。看護研究センターが行う事業は全学的合意に基づいて運営することを明確にするために、教授会の下部組織として、看護研究センター運営委員会を設置し、その運営委員会の下部組織として研究交流促進部会を位置づけています。そしてこの共同研究事業に関する企画・運営は看護研究センター、看護研究センター運営委員会及び研究交流促進部会が協力して実施しています。

共同研究報告書は、毎年 2 月に開催されます「共同研究報告と討論の会」での討議を経て作成され、今回で 12 冊目になります。

この共同研究事業は、県内の看護職者が実施している看護実践の改善・充実を促進するために、現地看護職の方と大学教員が協働して、看護実践の場に存在する課題を一緒に検討することが特徴です。ですからこの報告書の特徴として、共同研究した方法および内容と共に、看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと、現地側看護職者の受け止めや認識、本学教員が関わったことの意義、さらに「共同研究報告と討論の会」で討議された内容がそれぞれ研究課題ごとに記載されています。また共同研究事業に参画した意義を自己評価することも必要です。1年遅れになりますが、平成 22 年度の共同研究事業に参加した現地側看護職者および本学教員による自己評価として、今後の課題と看護実践の改善・充実を図る方策が最終章にまとめてあります。

看護サービスは継続看護に象徴されるように、有限のものではなく継続することが基本です。この共同研究報告書は、共同研究で得られた看護実践の改善・充実について単年度毎に成果をまとめ、次年度における取り組み課題や方法について提示するという枠組みで作成されています。このように看護実践研究は成果を積み重ねることが大切です。

数年間にわたる継続した共同研究の成果として、看護実践の工夫・改善・改革できた内容を学術論文として本学の紀要や学会誌等に報告することは、多くの看護職者の看護サービスの向上・発展に貢献します。この報告書の中の共同研究が学術論文へと繋がることを期待しています。

看護学は実践学であることから、看護学を教授し、看護職の人材育成を担う大学教員は、看護実践現場での状況と課題を現場看護職者と共有し、対応を検討する姿勢をもって、看護大学としての教育および実習の基盤をつくる活動が必要です。本学教員は共同研究に取り組む過程でその基盤を構築してきました。

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

# 目 次

## I. 共同研究報告

### 1. 地域の保健福祉活動

地域で生活する高齢者のニーズの明確化と 地域包括支援センターにおいて取り組むべき課題の検討	1
地区担当保健師として地域を捉える視点・個別援助の視点の検討	6
過疎地域診療所看護師が家庭訪問活動を通して把握する潜在的ニーズの明確化	12
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	18
市として取り組む自殺対策の推進および 自殺予防計画策定における保健師活動のあり方	24
保健・医療・福祉が連携した精神障がい者の地域生活支援体制のあり方	29

### 2. 医療機関における看護の充実

糖尿病患者の看護支援方法に関する実践知の探究	35
がん患者の在宅療養支援に携わる診療所看護師の看護充実に向けた取り組み	40
医療機関における認定看護師の活動の充実に向けた検討	45
入院患者の個別性を尊重した排泄ケアの実践に向けた取り組み	51

### 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	55
県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の検討	61
退院調整における日常生活指導を中心とした地域連携室と病棟看護師の協働	67

### 4. 育成期にある人々を対象とした看護

主体的な出産・育児に向けて地域助産師が行う妊娠期の支援の検討	73
乳幼児の保育に携わるスタッフの感染に対する意識向上に向けての検討	79

### 5. 人材育成

保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方	82
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	88
師長のマネジメント能力向上のための取り組み	93

### 6. その他

働く人びとを対象とした保健指導の質的評価の試み	99
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	105

## 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	109
参加者の状況	112
参加者への意見調査の結果	113
参加学生（看護学科）への意見調査の結果	116
教員への意見調査の結果	117

## III. 共同研究一覧

## IV. 平成 22 年度共同研究事業自己点検評価結果



## I . 共同研究報告

### 1 . 地域の保健福祉活動

# 地域で生活する高齢者のニーズの明確化と 地域包括支援センターにおいて取り組むべき課題の検討

小林ゆかり 飯田博年 松井葉子 服部知美 鈴木万起子（八百津町地域包括支援センター）  
山田洋子 松下光子 田中昭子 種村真衣 大井靖子  
森仁実 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子（大学）

## ．目的

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい生活を継続することができるように、さまざまな面から総合的に支援する地域の中核機関として 2006（平成 18）年に設置された。その役割を果たすためには、地域住民のニーズを把握し、ニーズを充たすための活動を展開していくことが求められる。そこで、平成 22 年度より本研究に着手し、X 町に居住する高齢者のニーズを明らかにすることをめざして取り組んできた。1 年目である昨年度は、既存資料や業務上把握している高齢者の生活状況、社会資源・関係者の状況等の情報を地区ごとに整理・分析し、地区の実態把握を実施した。さらに、高齢者福祉計画・介護保険事業計画ニーズ調査のアンケート項目を検討した。

2 年目の今年度は、昨年度の取り組みにより得られた地区の実態把握結果、並びに高齢者福祉計画・介護保険事業計画ニーズ調査結果を素材に、X 町の高齢者の健康状態や生活状況、環境などの情報を分析し、地域住民のニーズを明確にすることを目的とした。そして、今後、町として取り組むべき課題を明らかにし、地域住民のニーズに即した地域包括支援センターの活動の充実・活性化に向けた方策を検討した。

## ．方法

### 1．取り組みの方法・内容

2 種類の既存の調査結果を用いた分析を行った。1 つは、平成 22 年度共同研究において実施した地区の実態把握結果である。もう 1 つは、平成 22 年度に X 町が実施した「高齢者福祉計画・介護保険事業計画ニーズ調査」の結果である。これは、前述の地区の実態把握の結果から調査内容・項目を検討して実施したものである。ニーズ調査は、X 町に居住する一般高齢者（無作為抽出）900 名及び要介護・要支援全数 360 名、計 1,260 名のうち、有効回答 1,180 名の結果を分析したものであり、質問項目ごとに単純集計がなされその解釈が記載された資料が既に作成されている。現地側メンバーが、この結果と地区の実態把握結果を照合し、地区ごとの比較・検討や自由記載で得た回答の内容の分析を行った。そして、これらの分析結果について、現地側メンバーと大学側メンバーが参加する共同研究会議にて意見交換を 2 回実施した。このほか、メールでの意見交換を行った。これらの話し合いの結果から、今後町として取り組むべき課題・ニーズを抽出・整理し、今後の活動の方向性を検討した。

### 2．倫理的配慮

本取り組みは、平成 22 年度共同研究により得られた既公表の結果、および町が実施した「高齢者福祉計画・介護保険事業計画ニーズ調査」の集計結果を活用することから、これらの結果の分析・検討過程においてデータの匿名化等を再度点検しながら進めた。なお、本研究の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た（承認番号 0017）。

## ．結果

平成 22 年度に実施した地区の実態把握結果を、「高齢者福祉計画・介護保険事業計画ニーズ調査」結果とあわせて分析し整理した。以下に、各地区の特徴および地区間に共通している特徴について述べる。そして、明らかになった地域住民のニーズを説明する。

なお、町の人口は 12,045 人、65 歳以上人口 3,916 人、65 歳以上人口割合 32.5%（平成 22 年 10 月 1 日国勢調査）である。

### 1．各地区の特徴

地区ごとに分析した結果を表 1 に整理した。

### 2．地区間に共通している特徴

高齢者の主な外出目的は、買い物・散歩・通院であり、趣味活動のための外出は少なかった。そして、足腰の痛みが原因で外出しなくなる人が多かった。5 分程度であれば歩行可能な人が多く、自宅近くでの集まりなら徒歩で参加している割合が高いこと、「近くに気軽に遊べる場が欲しい」「憩いの場が欲しい」との声が多かったことから、高齢者は歩いて 5 分程度の場所に、いつでも気軽に遊びに行ける憩いの場があればいいと思っていた。また、高齢になるにしたがって「弘法様」の参加割合が増えていた。「弘法様」とは、元来は宗教的行事であり、地域の人々、特に高齢者が、決まった日に集まって飲食や会話を楽しむ交流の場である。「弘法様」は歩いて行ける場所で開かれ、気軽に集まれるこ

とから、高齢になるほど参加が増えているのではないかと推測された。外出に限られる80歳以上の高齢者にとって、重要なものと考えられた。

介護予防教室に関しては、教室自体の認識が低く、参加の必要性を感じていない割合も高かった。町全体として「介護予防」ということに関心が薄いようであった。交通手段を確保するなど環境的な整備も必要であるが、高齢者自身が自分の体や心の健康について関心を持つことも必要ではないかと考えられた。

日中の過ごし方は、テレビを見る・農作業・家事と答えた人が多かったが、C、D、E地区では農作業と答えた人が一番多かった。全体に、農作業をしている高齢者が多かった。

D、E、F地区に共通のこととしては、一人暮らし、夫婦のみ世帯が多いことと、移動手段において、自分で車を運転して移動する人の割合が多かった。車がないと移動が困難な環境的な要因もあるためではないかと推測された。また、山間部地域には歯科医がないこともあり、定期的な歯科受診の率が低かった。

高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センターを「知らない」と答えた割合が6割にのぼっており、「介護予防」と同様に「地域包括支援センター」もまだまだ浸透していないことがわかった。

表1 各地区の特徴

地区	特徴
A	人口約4,400人、65歳以上人口割合約36% 町の中心部。足腰の痛みのない人は、買い物や散歩にほぼ毎日外出しており、外出手段は徒歩が多い。グランドゴルフに参加している人は地区の中で一番多い。
B	人口約2,100人、65歳以上人口割合約25% バス路線地区であり、外出の移動手段にバス・電車を挙げた人の割合が他地区より多い。外出目的は、買い物・通院・散歩以外で、趣味・習い事と喫茶店と答えた割合が、他地区より高かった。 介護予防教室に参加したくない理由で「参加必要なし」が30%と他地区より高く、「知らない」と合わせて50%にのぼった。
C	人口約3,700人、65歳以上人口割合約25% 老人クラブや、グランドゴルフ・ゲートボールなどのサークル活動に参加している高齢者が多い。
D	人口約1,400人、65歳以上人口割合約39% 山間部地区。近所づきあいを大切にしており、相談相手として、友人・知人、民生委員など地域の人を挙げている人の割合が多い。趣味・習い事や喫茶店など、必要最低限なこと以外では外出が少なく、地域活動に参加している割合も少ない。交通手段がないために外出を控えている割合が高かった。
E	人口約400人、65歳以上人口割合約40% 山間部地区。交通の便が悪く、移動支援の希望が多い。交通手段がないため外出を控えている人が多く、外での楽しみがないと答えた割合が高かった。独居者が多く、自身に家事負担がかかるためか、支援として「家事支援」を望む人が多かった。介護者では、健康面・体力面両方で「不安」と答えた人が一番多かった。家と家が離れている、交通の便も悪い、店も1軒しかないという様々な環境的な要因が外出の妨げとなり、住民の不安材料となっている。何らかの介入により、住民の活力につながれるとよい。
F	人口約500人、65歳以上人口割合約40% 山間部地区。日常生活の項目が「できる」と答えた割合が最も多かったことから、自立した高齢者が多い事がいえる。友人の家を訪ねている割合も多い。移動手段においても、自分で車を運転して移動する人の割合が高かった。チェックリストの口腔の項目において、何らかの口腔機能低下の見られる割合が高かった。今後、口腔機能向上の取り組みが必要な地区と思われる。

### 3. 明らかになったニーズ

今回の検討の結果、これまでの活動において現地側研究メンバーが、「そうではないか」と感じていたことが、ニーズとして明確になった。特に重要であると捉えたニーズは、以下の3点であった。

買い物、通院の際は何とかして外出しているが、それ以外の外出の際の交通手段に困っており、外出が制限されている。そのため、交通手段の確保が必要である。

高齢者が気軽に集まれる場所がないことから、歩いて行ける範囲に憩いの場を設定することが必要である。

介護予防の認識が薄く、介護予防教室への参加が少ないことから、必要性の周知やX町の特性に合った事業展開が必要である。

これら3つの項目には関連があり、このニーズを充たすことをめざして取り組むことにつながると推測した。

については、特に山間部のD・E・F地区において、地域活動に参加している割合が低く、交通

手段がないために外出を控えている割合が高いことから、特に支援が必要であることがわかった。これには福祉バスなど政策的な検討も必要であり、長期的な取り組みとなってくると思われるが、誰もが気軽に利用できる交通手段が必要といえる。このことは、の介護予防の事業展開に大きく関係してくる。これまで町の取り組みとして各地区で開催してきた「介護予防教室」は、参加者集めに苦戦してきた。開催場所が公共施設や公民分館であり、交通手段も限られていたのが、大きな理由のひとつであった。「足がない」との声はいつもあったが、高齢者が歩いて行ける場所で開催する、もしくは送迎を実施することで、参加者を増やすことができると思われた。

## ・考察

今回明らかになった地域住民のニーズを充足するための、地域包括支援センターの活動の充実・活性化に向けた方策を考察した。

### 1．地域の特徴の把握とそれをふまえた事業化・施策化

これまでは、普段の活動の中から感じる感覚で計画を立案することが多く、事業を立ち上げてしまいう傾向があった。地区把握から情報の分析をし、必要な事業に結びつけるということができていなかった。本取り組みにより平成 22～23 年度の 2 年間かけて、地区把握、収集した情報の整理・分析を行い、普段の活動の中で感じていた課題を明確にしたことにより、今後取り組む必要のある課題とその方法が見出された。このことから、地域で活動する中で、地域の特徴を捉え、その地域に合った事業（施策）を計画し実施することが必要であると考えられた。

### 2．新たな介護予防教室の企画・実施

これまで町の取り組みとして各地区で開催してきた「介護予防教室」は、参加者集めに苦戦してきた。開催場所が公共施設や公民分館であり、交通手段も限られていたことが、大きな理由の一つであった。身近な場所で開催されるサロンや「弘法様」の集まりには、高齢になっても歩いて参加している人が多かったことから、歩いて行ける身近な場所で教室を開催するか、送迎を実施する必要があると考えられた。

また、趣味や習い事、喫茶店などの外出は控えていても、買い物や通院といった、日常生活に必要なことに関しては、何とか交通手段を確保して出かけている高齢者が多かったことから、移動手段のことだけでなく、「楽しく、有意義な集まり」と感じてもらえるとういと考えられる。そのためには、教室内容の工夫や、介護予防の必要性を理解してもらうことが必要である。今回の調査結果から、介護予防教室への参加の必要性を感じていない、介護予防教室自体を知らないという人が多かったため、「介護予防は必要なこと」ということを理解してもらうために、「介護予防には良い効果がある」という教室に参加した高齢者による口コミや、目に見える形での効果を表したパンフレットやチラシを配布し周知を図る必要があると考える。

教室を実施するにあたって考慮することの地域性として、昔から農業一筋に働き詰めで過ごしてきた高齢者が多いX町では、そうした教室に出かけるというのは抵抗がある人も多いとも考えられるため、前述ののニーズにあるように、もっと気軽に出かけられ、安気に過ごしてこられるようなものが適しているのではないかと考える。出かけていくこと自体が、閉じこもり予防にもなり、うつ予防にもなるため、高齢者が出かけやすい、集いやすい設定とすることが大切といえる。

誰でも気軽に参加しやすい高齢者の集いの場としては、民生委員主催の「いきいきサロン」や、老人クラブの会合などがある。これは身近な場所での実施であること、地域のなじみ同士で参加でき、心安いこと、きめ細やかな参加の呼びかけが行われていることから、参加者も多く高齢者のよい集いの場となっていると言える。このような既存の場を、介護予防の視点からも活用ができると効果的ではないかと考えられる。これまで実施してきた介護予防教室の参加者には、「友達を誘ってきてよいか」など、連れと一緒に来たいという声が聞かれていた。誰でも参加したい人が参加できるものとするので、まずは家から外へ出ることができ、活気のある楽しい取り組みとなると思われる。

ただし、このような方法で実施した場合、参加者中の二次予防の対象者への介入方法については検討を要すると思われる。

### 3．地域の人材の育成と憩いの場づくり

いきいきサロンや老人クラブなどの開催は、地域住民のきめ細やかな配慮によって、高齢者のよい憩いの場となっている。しかし、全地区での開催に至っていないことや、開催回数も少ないことから、満足のいく実施とはいえない。このような活動が活発になるためには、地域の人材の育成が必要である。住民が自分達のための取り組みを率先して考えられる仕組みを作ることで、より地域の実情に合った憩いの場が増えていくと考えられる。

### 4．若い世代からの介護予防への意識づくり

今回の調査結果から、60、70 歳代の住民は介護に対する関心が低いのが、高齢になるにしたがって介護への関心が高まるのがわかった。80、90 歳代になってからだけでなく、60、70 歳代の若く元気な時からの意識付けや取り組みが必要と思われる。若いうちから心や身体の「老い」について考え、介

護予防の意識が持てるとよいと考える。年代によって関心事に違いがあるため、アプローチの仕方も工夫が必要であるが、「自分の身体は自分で守る」という意識をもてるように働きかけることが必要であると考えられた。

## 5. 町ぐるみでの介護予防へのとりくみの強化

現在、来年度の取り組みとして、今回明確になったことを取り込んだ形での地区での介護予防教室と、地域の人材育成につなげる「地域支え合い事業」の実施を計画することができたところである。これは、X町の高齢者が、好きなときに出かけられ、いきいきと過ごせ、自然と介護予防できることを目標に取り組む第一歩である。

X町の65歳以上人口割合は、昭和60年の統計調査で全国、岐阜県を大きく上回り、現在まで上回った状態で経過してきている。今後も上回った状態で推移していき、平成32年には高齢化率39.5%に達することが予想される。こうした状況もふまえ、住み慣れた自宅で安心して暮らせる高齢者が、一人でも多くなるように、そして気軽に外出ができ、会話のある暮らしができるように、力を尽くしていきたい。また、地域住民の人たちも、自分のこと、隣近所のこと、地域のことにもっと関心を持ち、自分達の暮らす町の将来について考える機会が増えていくことを望む。皆で支え合う、支え合える仕組みが当たり前のように芽生え、行えることが浸透していくと良いと考える。

町の高齢者のニーズから得た多くの課題に向け、更に切磋琢磨しながら今後も取り組んでいきたい。

### ・共同研究事業の成果

#### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

本研究に取り組む過程を通じて、地域に住む高齢者の生活実態や生活の成り立ち、健康・生活上の問題を把握し、取り組むべき課題を明確にするという地区診断の考え方、およびその技術を実地に行い身に付けることができた。平成23年度は、平成22年度の研究成果に積み重ねる形で取り組みを進め、住民のニーズにあった事業化につなげることができ、地区診断を一連の流れとして取り組めたことが有効であった。地区診断が机上の理論・技術ではなく、自施設の実践活動において活用できる具体的な方法として体得することができ、その必要性・有効性を実感することにつながった。今後の地域包括支援センターの様々な活動においても活用できるものが得られたと考える。

#### 2. 現地側看護職者を含むメンバーの受け止めや認識の変化

共同研究の取り組みは3年目であったが、本取り組みを活用して自分たちの業務を見直し、さらによいものにしていこうという考え・姿勢は継続され、取り組みが継続されている。自己点検評価の記載内容から、本取り組みの成果を資料化して根拠とし、組織内の研究メンバー以外の職員や関係者に示すことにより、地域包括支援センターの活動を周知したりさらに活動を発展させることにつながっており、研究メンバーの意欲につながっていた。

これまで事業を計画立案する際には、日頃の活動の中で感覚的に感じている課題をもとに検討する傾向があったが、戦略的・計画的に地域の特徴を捉え、その地域に合った事業を計画立案し実施することが必要かつ重要であるという認識を高めることができた。

地域包括支援センターは、看護職だけでなく多職種から構成される組織であり、また今年度から本取り組みに参画するメンバーもいたが、自己点検評価の記載内容から、「地域包括支援センターメンバー全員がニーズや課題を認識し思いが深まったと感じた」「課題が明確になり今後の取り組みへの意欲が高まった」等、本取り組みはメンバー間の合意形成に有効であったと言える。

#### 3. 本学(本学教員)がかかわったことの意義

実践の取り組みは現地側メンバーが主体的に行い、教員は、現地側メンバーが検討した結果を共に確認し、異なる視点から意見を述べたり結果の解釈を一緒に行ったりした。また、今後の実践の取り組みの進行計画を共に考えるなどしてかかわった。

研究成果の報告に関しては、取り組みの成果を、組織内外の他者に示し、さらに意見を得られるように、まとめ方について助言した。

これらのかかわりにより、現地側メンバーとは異なる視点を提示し、さらに検討を深めることや、地域保健福祉活動、あるいは看護の基本的な考え方・方法を確認することができ、取り組みの推進に貢献できたと考えられる。

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

### ・共同研究報告と討論の会での討議内容

本演題は、「地区担当保健師として地域を捉える視点・個別援助の視点の検討」と二題合同討議で実施した。まず、参加者から報告内容に関する質疑応答を行った。本演題に対する質問は、実態把握の具体的方法について、「弘法様」について、であった。

次いで、二題に共通する討議内容として、「地区を捉える上で工夫していること」を提示し、参加者

から意見を出し合った。A市地域包括支援センター保健師からは、地域に出向く必要性や民生委員等地域の協力者との協働による活動の重要性が述べられた。これに関連して、X町においても、老人クラブや民生委員主催のサロンに地域包括支援センター職員が出向いていることや、今後実施予定の介護予防教室について、今回の取り組みからわかった地域の特徴にあわせた教室にしていきたいと考えていることが説明された。B市地域包括支援センター保健師からは、「日頃から保健師の原点は家庭訪問であると感じているが、二題の報告を聞いて、家庭訪問について整理してみると地域についてみえてくるものがあると思った」といった意見が出された。

地区分担・業務分担といった保健師の活動体制の現状と課題についても意見交換がなされた。地区分担制では、地域住民との距離の近さやハイリスク世帯への援助のしやすさなどのメリットがあることや、他職種との連携がしやすくなったといった成果が発言された。一方、保健衛生部門以外への保健師の分散配置や育児休暇取得等により、マンパワー不足が生じ日常業務に余裕がなくなり地域に出向くことが減少しているといった現状・課題も発言された。今後、地区分担制に変更予定の自治体保健師からは、体制を整える上での懸念される事項が発言された。

二題の研究メンバー以外の行政保健衛生部門の保健師、地域包括支援センター保健師の参加が複数あり、有意義な情報交換、意見交換が実施できた。

これらの意見交換から、本取り組みの意義が確認でき、また他市町の情報を得ることで、さらに展開していくための示唆を得ることができた。

## 地区担当保健師として地域を捉える視点・個別援助の視点の検討

寺西愛 西脇雅子 小粥麻理子 高木美代子 愛知真美 川崎裕子 茂崎沙英子 花村まり恵  
(安八町保健センター) 宇野比登美(安八町民生部福祉課) 大井靖子 種村真衣 山田洋子  
田中昭子 大川眞智子 岩村龍子 松下光子 森仁実 北山三津子(大学)

### はじめに

本研究は4年目である。平成20年度から町の保健活動方針として掲げている「地域に密着した保健活動の展開」をより推進できるように共同研究に取り組んでいる。平成20年度には、「家庭訪問を通じて個人・家族・地域を捉える視点」を研究テーマに、平成21年度は、「地区分担制による家庭訪問でより深く個人・家族・地域を捉える視点」を研究テーマにして保健師が実践にて持つべき視点について検討を重ねた。平成22年度は、要援助世帯への援助の質を高めることを目的に、必要な関係機関と事例検討を通して連携しながら要援助世帯へ援助する方法を検討した。その結果取り組むべき課題として、保健師が継続して地区住民を把握し、要援助者へ早期に適切な援助を提供できる活動体制が必要であり、地区担当としての保健師活動をより強化する必要があることが明確となった。そこで今年度は、地域に潜在する要援助者に必要な援助が継続して届くために、地区担当保健師としての実践活動の強化に取り組むこととする。

### 目的

担当地区への全数訪問と個別援助の実践活動から、地区担当保健師がもつべき個別援助の視点・地域を捉える視点を検討し、地区担当保健師活動の強化・能力向上について検討する。この取り組みを通じて、要援助者へ確かな援助が継続的に届くようにするとともに、地区担当保健師活動の強化・能力向上をねらう。

### 方法

#### 1. 担当地区内の家庭訪問の実施

担当地区内において、特定地区の全数訪問を行う。特定地区は全戸訪問が可能な範囲で訪問が必要と判断した地区を各保健師が設定する。訪問による個別援助を通して地区の特徴を把握していく。

#### 2. 地域検討会での検討

家庭訪問実施結果から、定期に開催している保健師の業務検討の場である「地域検討会」にて以下のことを検討する。

##### 1) 家庭訪問による個別援助の実施状況の報告と継続援助の検討

訪問では直接面接できなかった家族員も含めて援助対象者とする。訪問で把握できた援助対象者について、個々の援助ニーズ、援助意図、実施した援助内容をまとめた一覧表を各保健師が作成する。この一覧表をもとに訪問で行った個別援助について共同研究者間で報告・共有し、継続援助が必要な世帯には今後の援助方針を検討する。

##### 2) 家庭訪問から得られた地区の特徴や課題の検討

各保健師が訪問から分かった地区の特徴や課題、地区担当保健師として地区の理解が深まった内容や所感について共通の記録様式に記載し、共同研究者間で報告・共有し意見交換を行う。

#### 3. 地区担当保健師がもつべき個別援助の視点・地域を捉える視点のまとめ

個別援助の視点：作成した一覧表に挙げた援助内容について、訪問を実施した保健師全員で検討しながら内容を分類し、分類項目ごとに援助実施件数をカウントする。この援助内容の分類を検討した過程で得られた各保健師の所感(気づき・大切と感じたこと等)をまとめる。

地域を捉える視点：訪問から分かった地区の特徴や課題、地区担当保健師として地区の理解が深まった内容や所感についての記録に地域検討会で意見交換した内容を加え、地域を捉える視点としてまとめる。

#### 4. 地区担当保健師活動の強化・能力向上についての検討

地域検討会での検討内容および集約された個別援助の視点および地域を捉える視点から、地区担当保健師の活動だからこそできた活動は何か、今後の地区担当保健師活動の強化・能力向上につながる内容について検討する。

#### 5. この研究の取り組み体制・倫理的配慮

本研究は現地側主体で取り組み、大学は現場での活動報告に参加し共に検討した。また研究実施にあたり、家庭訪問対象者には個人情報保護されることを文書にて周知し、研究結果に個人が特定される情報が記載されないようにデータを取り扱った。なお、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得て実施した(承認番号0010)。

## ・結果

### 1. 担当地区内の家庭訪問の実施

地区担当保健師保健師 7 名が、担当地区内の特定地区を選定し、全数訪問を実施した。各保健師がその地区を選定した理由、訪問期間、訪問対象世帯数、訪問対象者数、訪問実施世帯数、状況把握者数を表 1 に示す。

表 1 地区担当保健師が選定した地区・対象とした理由・訪問実施状況

保健師	訪問対象	訪問対象とした理由・意図	訪問世帯数 / 訪問対象世帯数 状況把握者数 / 対象者数
A	a 地区 51 世帯	特定健診受診率が低いため未受診理由の確認、受診勧奨を行う。	11 / 51 世帯 50 / 162 名
B	b 地区 44 世帯	保健センターから遠いため利用が少ないと推測。健診状況の確認、地区担当保健師がいることの認識を促す。	7 / 44 世帯 22 / 110 名
C	c 地区 57 世帯	独居が増え生活保護世帯もあり、潜在する要援助者や健康課題を把握する。	21 / 61 世帯 95 / 238 名
D	d 地区 25 世帯	10 年前に高齢者介護の処遇困難ケースが多かったが、現在は本人死亡・入所のため各世帯と関わる機会が減少。	24 / 25 世帯 81 / 83 名
E	e 地区を中心とした 45 世帯	特定健診の有所見率が高い。高齢者との同居が多く昔からの暮らしや考えが残っている。地区の特徴と生活実態を把握し保健指導につなげる。	8 / 45 世帯 12 / 179 名
F	f 地区 33 世帯	訪問ケースが少なく健診受診率が低い各世帯の健康状況を把握する。	5 / 33 世帯 24 / 108 名
G	g 地区 29 世帯	サロン参加者が少ない、同居世帯が多い、農業従事者が多いことから、各世帯の生活状況を把握する。	7 / 29 世帯 12 / 98 名

### 2. 地域検討会の検討経過

家庭訪問実施後、訪問世帯毎に援助内容を規定の項目（氏名・生年月日・続柄・手帳所持の有無・既往症・現病歴・服薬状況・経済状況）一覧表にまとめ、定期に開催している保健師の業務検討の場である「地域検討会」で報告し、意見交換を行った。また、訪問を実施した保健師の所感・地区の特徴についても共通の記録用紙にまとめ、意見交換を行った。地域検討会は 3 回実施した。

#### 1) 第 1 回地域検討会（平成 23 年 8 月 18 日実施）

地区担当保健師が訪問し援助を実施した人一人一人について、具体的に報告が行われた。訪問世帯毎に援助内容を規定の項目にまとめた表を提示し、援助内容について報告した。ほとんどの保健師が、全数訪問の足がかりとして、また地区の特徴を捉えるために、区長や地区の有力者に地区の歴史や地区組織、地区行事や生活習慣などをまず聞き取り地区把握に努めた。

保健師 C は、まず区長宅への訪問を行うことにより、地区内の方々の健康状況や独居・生活保護世帯などで地区の方々から見守られている世帯が把握できた。区長と定期的な連絡をとることで地区の方々の定期的な援助にもつながると考えた。保健師 F も、同様にまず区長宅へ訪問を行った。保健師 C と同様に、地区の方々の健康状態や地区内で見守りをを行っている世帯の情報提供をしていただくことができた。見守りをを行っている世帯の中には、地域とのつながりをあまり持たない世帯もあり、介入しにくいということだった。

このような報告から、地区の区長とのつながりによって潜在者を把握することができることや、区長とのつながりが次への援助につながるという意見交換がなされた。しかし、区長が問題と捉える視点は必ずしも保健師の問題と捉える視点とは異なるのではないかという意見も出た。

保健師 A からは、特定健診未受診者のいる世帯への訪問を通して、世帯主夫婦が糖尿病で治療中であるために特定健診を受診しないということを把握することができた。糖尿病の治療状況・日常生活状況について把握し指導するという援助を行った。同時に、同一世帯内の他の家族の健康状態や健診の受診状況についても、把握し受診勧奨を行った。別の世帯においては、社会保険の世帯であり、保険者からの積極的な受診勧奨がないため健康診断を受けていないことが把握できた。

#### 2) 第 2 回地域検討会（平成 23 年 10 月 27 日実施）

担当地区の対象訪問世帯 25 のうち、24（96.0%）に訪問を行った保健師 D は、訪問 24 件中 4 件を継続援助世帯と考えた。保健師からの報告により、昨年夫を亡くし精神的に弱っている独居高齢者の女性を今後継続して見守ることや、要介護の高齢者を定期的に訪問することなどが決定し継続援助世帯として情報共有を行った。

援助経過を意見交換しながら、それぞれの保健師の実施した援助が保健師や対象により様々であることあることに気づいた。このため、それぞれの個別援助を再度見直し、実施した援助から抽出したカテゴリを決定し、そのカテゴリに分類することにより、保健師各々の援助の見直しと個別援助の視点的確認に繋がると考え、カテゴリを決定し、分類する作業を行うこととした。

#### 3) 第 3 回地域検討会（平成 23 年 12 月 5 日実施）

保健師 7 名から同様の訪問援助の状況の報告が行われ、継続援助の検討を行ったと同時にこれまでの訪問での援助内容をカテゴリに分類し報告しあった。

これまでの訪問によって実施してきた個別援助内容を再度見直し、実施してきた援助内容から援助内容のカテゴリ（項目）を抽出し分類する作業を実施した。具体的な援助内容から 58 項目の小項目を抽出し、これを大きく 8 つの大項目に分類した（表 2）。

表 2 援助内容カテゴリ

健診受診勧奨（11 項目）
町の健診勧奨/町・保健事業紹介/健康相談事業紹介/特定健診受診勧奨/75g 糖負荷検査受診勧奨/心電図再検査勧奨/肝機能再検査勧奨/血液検査再検査勧奨/がん検診受診勧奨/がん精検受診勧奨/専門医への受診勧奨
健診結果説明（8 項目）
すこやか健診結果説明/特定健診結果説明/75g 糖負荷検査結果説明/心電図結果説明/肝機能検査結果説明/がん検診結果説明/がん精検結果説明/会社健診結果説明
健康管理について（14 項目）
健康管理について/健診受診状況確認/食生活改善支援（手ばかり）/動機付け支援/糖尿病治療状況の確認/血圧の管理について/かかりつけ医の受診状況確認/熱中症予防（水分摂取）指導/大腸切除後の食生活支援/運動習慣改善支援/治療状況確認/手術後の健康状況確認/服薬状況の確認/心の健康について
傾聴と受けとめ（11 項目）
病歴の傾聴/療養生活の傾聴/療養生活認める/不安の軽減/ねぎらいの言葉掛け/健康管理・頑張り認める/習慣を褒める/受診行動の肯定/なくさめの言葉掛け/介護状況聞き取り/生活状況聞き取り
見守り・支援状況確認（4 項目）
民生委員等見守り状況/家族援助状況確認/家族構成の把握/別居家族との関りについて
暮らしぶりの確認（5 項目）
生活環境確認/学校生活の把握/介護状況聞き取り/生活状況聞き取り/家族構成の把握
家族支援（2 項目）
キーパーソン支援/家族の訴えを傾聴
その他の支援（3 項目）
育児支援/母子の健康状況確認/介護保険・支援

カテゴリ別に分類したことで援助の内容が明確になり、訪問目的を意識した援助ができていたか振り返ることができた、自分の援助の特性に気づくことができた（得意な分野、見落としがち分野、援助と捉えていなかったことが実は援助だったとか）、自分以外の保健師が行う援助の特性に気づくことができた、自分以外の保健師に対する理解が深まった。（対象理解の特徴、情報分析・統合の特徴、優先順位付けの特徴、援助プロセスの特徴）などの意見が出た。

### 3. 地区担当保健師がもつべき個別援助の視点・地域を捉える視点のまとめ

分類した援助内容をグラフ化し、各保健師が捉えた地域の特徴や課題、潜在化しやすいニーズ、訪問しての気づきを一覧表にまとめ（表 3）これを資料として保健師間で情報共有し、個別援助の視点・地域を捉える視点について意見交換し、以下の通り集約できた。

#### 1) 個別援助の視点

- (1) 実際に行った援助をまとめると、ほかの保健師の分類と自分の分類の違いから、各保健師の援助には特徴と傾向がある。
- (2) 分類することにより、援助内容が明確になり訪問目的を意識した援助ができていたか振り返ることができる。
- (3) 健診受診状況を確認することを目的に訪問を実施したが、同時に仕事や生活の様子、家族関係に話の広がりを持てた。訪問により広く情報収集ができ援助が広がる。

#### 2) 地域を捉える視点

- (1) 一家に一人は健康問題を抱えた者、障害者、高齢者が存在する。
- (2) 農業に従事している方の生活習慣が糖尿病を引き起こしがちである。
- (3) 潜在化しやすいと思われる、高齢者世帯、独居高齢者は、近所同士で助け合ったり見守られている。
- (4) 多くの住民から昔の災害の様子や現在の住民同士の繋がりについて共通のことが語られ、共通の思いがある。





(5) 地区の歴史や行事、親戚関係を知ることで、地区の問題、課題の背後関係をつかむことができる。

(6) 保健センターを出発して対象の住む家へ到着するまでの道のりにも、得るべき情報がある。

#### 4. 地区担当保健師活動の強化・能力向上についての検討

地域検討会での意見交換から、「保健師の訪問によって自分の健康行動を励まされ自信がついたと住民から言われた」との意見があり、保健師が家庭訪問し個々の住民の生活状況を把握し健康行動を認め励ますことは、住民が今後も主体的に健康行動を継続できることにつながると確認できた。また、訪問によって見えてきた地区の健康問題を、地区住民に伝え自分の問題として捉えてもらえるよう働きかけることが地区担当保健師の活動として重要ではないかと検討した。

今年度取り組んだ地区担当保健師による家庭訪問が、今後の定期的なかかわり（地区ごとに開催しているサロン、温泉で開催している各老人クラブの定期お楽しみ会）につながるきっかけとなることで、地区活動をより強化できると考えた。区長や老人クラブ会長に担当保健師と認識してもらったことにより出前講座を頼まれる等地区の人からも声をかけてもらい易くなり、地区を歩いても地区の人が保健師として認識してくれるので保健師は地域に足を運びやすくなったことから、地区担当保健師が積極的に地域に出向き住民との関係を作ることが今後の活動の基盤となって行くと考えられた。

#### ・本研究における共同研究事業としての成果評価

##### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

業務担当としてではなく地区担当として保健師が家庭訪問を実施したことで、面接できた者だけでなく世帯全体を把握し、潜在しがちなニーズに気づくことができることを再確認できた。今年度は、特定の地域全体への援助を意図して訪問したことで、地域の特徴や住民同士の繋がり等の状況を把握し、それら把握できた地域の状況が個々の住民の健康課題とつながっていることを確認することができた。また保健師間で地区での訪問活動を報告し共有検討したことで、全員の保健師にとって地区担当保健師としての実践能力向上につながったといえる。

##### 2. 現地看護職者の受け止めや認識の変化

家庭訪問実施計画から訪問結果の共有・検討まで、現地看護職者が主体的に方法を工夫しながら取り組んだ。地区担当保健師の活動で強化すべきことについて家庭訪問による実践活動から検討することができた。

##### 3. 本学教員が関わったことの意義

研究結果のまとめ方や結果について保健師とともに検討したことで、実践活動を研究的取組としてまとめ改善につなげていくことに貢献した。保健師が訪問した世帯のうち継続して状況を確認したい世帯については、本学学生による単独家庭訪問実習にて状況を確認した。現場での実践活動と学生実習を連動させて実施したことで、実践活動と大学教育の両者の充実につながった。

#### ・共同研究報告と討論の会での討議内容

「地域で生活する高齢者ニーズの明確化と地域包括支援センターにおいて取り組むべき課題の検討」との合同討議であった。地区担当保健師の活動体制について、参加した各市町の保健師から現状と課題が報告された。

A市では、現在は業務分担制で保健師活動を行っているが、地域や住民の実状にそった活動をするために家庭訪問を行うことを検討しており、地区担当制にした契機や訪問対象の選定方法等について質問された。地区担当制で活動する場合、援助困難事例に対応するための相談体制や他部署との連携体制を整えていくことが課題として挙げられた。

B町では、以前より小・中学校単位で地区担当制をとっている。地区担当制が定着しており、他部署から「あの保健師に訊けばわかる」と思ってもらえることができ、地区担当だからこそ援助が必要な家庭を見守ることができている。最近は保健師の分散配置や育休等によって、地区担当ができる保健師数が減少し日々の業務にも余裕がなくなってきたり、地域に出向くことが少なくなってきたり。

地域包括支援センターに所属する保健師からは、地域に出向いて行かないと地域全体の底上げはできないと考えるため、民生委員と協力して高齢者サロンを活発にしていこうとしていること、地域の特徴に合わせた健康教室を行っていくこと等が報告された。

本研究報告から、保健師の家庭訪問の結果を整理すると成果や課題が見えてくるとわかり、今後の評価方法の参考にしたいとの意見もあった。その他、保健師活動の原点は家庭訪問であること、地区を担当し庁内の他部署・他職種と連携したことで、お互いの役割が明確になり協働の意識が高まったこと、援助内容を充実させるための方法として、事例検討会を保健所の精神衛生担当保健師に協力してもらい実施したこと、家庭訪問では保健師が住民に周知されておらず怪しまれることがあるが、地区の役員と連携し健康教室などを通して住民に顔を覚えてもらうと相互の安心感が生まれるとの意見などが報告された。

# 過疎地域診療所看護師が家庭訪問活動を通して把握する潜在的ニーズの明確化

榊間るみ 安江友美 苅田和子 安江こず枝 田口恭子（東白川村国保診療所）  
普照早苗 臼井みどり 森仁実 藤澤まこと（大学）

## はじめに

当該診療所の外来看護部門においては、通常の外来診察時には時間の制約があり利用者の生活状況など、必要なニーズが十分に把握しきれないこと、また受診を中断した場合のその後のフォローが難しいこと等の継続支援や潜在ニーズの把握が難しいといった課題がこれまでの共同研究の中で挙げられてきた。平成 22 年度に当村の事業計画の中で認知症地域支援体制構築事業を受け、認知症まもりの輪事業が始まった。診療所看護師も事業に参加する事になり認知症に対する講演を地域で行うとともに、独居、老々世帯を中心に家庭訪問を始めた。しかし、それ以外にも訪問が必要となる対象が潜在していると実感し、平成 22 年度からは、認知症まもりの輪事業とは独立して、診療所看護師による独自の取り組み、すなわち家庭訪問活動を開始した。その時点では、看護師が感覚的にこの方には訪問し状況把握をする必要があるだろう、という対象を選定し家庭訪問を実施していたが、それでは必要な対象者に対して適確に訪問することが難しいのではと考え、具体的にハイリスクな対象とはどのような対象であるかを検討することが重要であると考えた。

そこで平成 23 年度は、これまで必要性を感じて個別にその時々で実施してきたいわゆるハイリスクであると思われた患者への家庭訪問事例のデータを整理し、どのような援助ニーズや課題があるかを明確にし、その内容を共同研究者間で共有・検討することによって、今後の継続的支援を行なう上で、診療所看護師が家庭訪問をする意義と役割、今後の課題について考察することとした。

### 【当該地域の概要】

この地域は、山村過疎地域であり、人口約 2,700 人、高齢化率 38.5%（H21 年 10 月現在。岐阜県統計課の人口動態調査より）である。中心となる医療機関は、当該診療所のみである。診療所の訪問看護以外に、保健福祉サービスとして利用できるのは、診療所附属の介護老人保健施設、社会福祉協議会のデイサービスとホームヘルプサービス、グループホームがある。

## 方法

### 1. これまでの家庭訪問状況を振り返り対象者の援助ニーズを整理する

- 1) 平成 22 年度の家庭訪問状況のデータ整理を行なう。データは、今年度（平成 23 年度）も継続して訪問している対象者のうち、協力の得られた方の平成 22 年度の家庭訪問記録とする。事例の選定にあたっては現地共同研究者が実施した。
- 2) 記録内容から、訪問時の活動内容、対象者の援助ニーズ、課題について内容分析を行ない、共同研究者間で共有、検討する。
- 3) 対象は、継続して訪問している事例の訪問記録とする。訪問記録内容を記録用紙の設問に添ってデータ化し、対象ごとに援助ニーズを抽出する。抽出した援助ニーズについてどのような内容であるかを教員側で整理し、傾向を探り、これまで看護師が家庭訪問時に実施しているアセスメント内容に追加する視点がないかどうかを明らかにするために援助ニーズからアセスメントの視点を項目化する。整理できた項目については、齟齬がないかどうか共同研究者である現地看護職とともに検討、確認した。

### 2. 共同研究者間での検討

- 1) 援助ニーズの整理及び家庭訪問時のアセスメント項目の共有を行ない、診療所看護師が家庭訪問を行なう意義や、通常業務に取り入れていくにあたっての役割や課題を検討する。
- 2) 今後の家庭訪問のあり方や工夫点を検討するために、今年度の取り組みを振り返り、共同研究者である現地看護職・大学教員間で話し合いを持つ。その内容を整理し今後の業務改善に活かす。

### 3. 倫理的配慮

対象者に対して研究概要を説明し、家庭訪問実施の前にはその可否を口頭（外来診察時、もしくは電話にて）で得た。その際、家庭訪問を断っても一切不利益は被らないことを合わせて説明し、問い合わせ先についても伝えた。なお、結果は本研究の目的以外に使用することはなく、個人情報の匿名性に配慮しデータは厳重に保管・処理した。なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た（承認番号 0007）。

## 結果

平成 22 年度家庭訪問を継続して実施した対象は、27 事例であった。今回、同意と協力が得られた対象者は 8 事例であり、その訪問記録を整理し、各事例の援助ニーズを共同研究者間で話し合い抽出した。なお、援助ニーズを抽出するにあたっては、継続して家庭訪問が必要かどうかということを主な

視点として考えた。なお検討会は計 6 回実施し、毎回共同研究者のうち現地看護職は勤務調整が可能であった者が 4～5 人、教員側は 2 名が常時参加した。

今回継続的に訪問が必要と思われた事例は 8 事例中 7 事例であった。以下、訪問した 8 事例の援助ニーズを表 1 に示す。

表 1 訪問した 8 事例の援助ニーズ

事例	訪問事例の援助ニーズ
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妻の体調も把握する必要がある。</li> <li>・本人が受診時に医師からの説明が分からなかったり、聞きづらい状況があるということで、受診後、本人の理解度や、納得できたかを確認する必要がある。</li> <li>・90 歳代と高齢であるので、一人でバイクに乗っていないかどうか、確認する必要がある。</li> <li>・夜間に出るといった排便状況の確認が必要である。</li> </ul>
B	<p>【人の出入りもあり、比較的自立できていると判断し、継続訪問の必要性が高くないと判断】・身体的には落ち着いているが、ヘルパーによる生活援助が必要な状態である。今後一人での生活は厳しいと考えられ、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外に出て話すことが大好きで、向かいの家に住む友達と行き来している。</li> <li>・ヘルパーが週 3 回入っており、必要時、看護師とも情報共有可。</li> <li>・グループホームへの入居検討の話もある。</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・80 歳代後半。オートバイに乗っている様子だが、危険性大。面会時は確認状況必要。</li> <li>・尿の量が少ないということで、日頃の尿量のチェックが必要。</li> <li>・受診の仕方（医師に嫌われたくないという理由から受診を減らしている）について助言が必要。</li> <li>・長く歩けなくなったとの訴えがあり、高齢でもあることから下肢の筋力低下が考えられる。また、食欲低下の訴えがあり、今後ますます、体力低下が考えられるため、定期的な訪問をしていく必要がある。</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>・膝の痛みについて：今後の生活状況についての相談に乗る必要あり。（段差、痛み止めなど）</li> <li>・近隣との付き合いはある様子。自身で手先の運動や野菜・魚中心の食生活など健康管理に気を付けている姿が見られるが、身体的な訴えが聞かれるため今後の生活状況について相談できる場の提供が必要。</li> </ul>
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣との交流があるため、協力は得られており、現状の身体レベルも特に問題なさそうである。今後も適時情報収集に努める。</li> <li>・夫が施設に入居していたが死亡。家族の支援が今後どのように得られるか情報収集が必要である。</li> </ul>
F	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療受診歴が複雑で、本人からの訴えが多い。病状と現在の受診状況について面会時のたびに確認必要。</li> <li>・訪問看護の利用希望。医療保険での利用が可能かどうか今後検討を要する（介護保険は使いたくないさうである）。</li> <li>・薬の管理状況の確認が必要である。</li> <li>・80 歳代の高齢夫婦世帯であり、様々な病気を抱えているため服薬管理状況、日常生活状況を把握し適時相談にのるなどの援助をしていく必要がある。妻の健康状態も継続的に把握する必要がある。</li> </ul>
G	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他者との交流、血圧のコントロール状況確認、受診状況（他院に通院）、内服確認の必要性あり。</li> <li>・独居で、買い物・食事作りも自分でしている。自立しているようだが、実際にどのように生活できているか、潜在しているニーズがないかどうか確認が必要。</li> </ul>
H	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家の段差で転倒のリスクが高い。高齢夫婦そろっての健康状態の把握と、具体的な指導が必要。</li> <li>・時々息子が農作業や診察の付添に来ている様子だが家族の協力状況の把握をしていく必要あり。</li> </ul>

事例 B は、人の出入りもあり、比較的自立できていると判断し継続訪問の必要性は高くないと判断したが、その他の 7 事例については継続的に訪問が必要であると判断した。どの事例についても、高齢であり、独居または高齢夫婦世帯であった。また、下肢の筋力低下など身体状況や日常生活の状況、服薬管理状況を把握する必要がある。

### 1. 家庭訪問事例個別の援助ニーズから検討した家庭訪問時のアセスメント項目

これまでの家庭訪問で情報収集、及びアセスメントしていた項目を了解の得られた対象者の家庭訪問記録から以下のように整理した。

独居（安否確認）	本人の身体状況、ADL・IADL の状況
高齢夫婦の家族の健康状態	服薬管理状況のフォローが必要かどうか
近所の人との交流状況（協力者の有無）	他の診療所にかかっている住民の受診状況の把握
移動（外出）方法に不安がある《地域性》	医師に思うことが言えない・きけない場合の相談

上記の項目は、事後の訪問記録から抽出した内容であるが、今後の家庭訪問をする上においても情報収集をするにあたっての視点となり得ることを共同研究者間で確認した。

### 2. 記録用紙の改変

平成 22 年度より開始された家庭訪問開始時に使用していた記録用紙を図 1-1 に示す。家庭訪問を継続する中で、看護職者間で情報共有が図れるように修正を行ってきた。図 1-2 は、今年度の共同研究期間中に家庭訪問を 2 事例実施したのちに共同研究者間で話し合った結果修正を行い、さらに図 1-3 に示す記録用紙へと改変を重ねた。図 1-3 は、家庭訪問記録その 1 の最近の体調欄に ADL と IADL の 3 段階レベル評価票、近隣住民とのかわりが記載できる欄、看護師によるアセスメント・今後の予定欄を新たに追加し、継続的支援を行なう上で役立つよう工夫した。

<b>質問内容</b>	年	月	日
氏名	年齢	歳	集落
<一日の生活パターン>			
起床時間（寝る時間）			
食事時間（内容）			
入浴時間			
仕事について			
体調が悪いときどうしているか？（移動、子供さんと同居の予定はあるか？）			
その他			
<かかりつけ医はありますか>			
病院・診療所		医師	
<現在の体・生活などで心配な事>			
<診療所に望むこと>			

図 1-1 修正前の家庭訪問記録

<b>家庭訪問の記録</b>	訪問日：	年	月	日（	回目）
対象者氏名	年齢	集落			
<最近の生活パターン>					
起床時間	就寝時間				
食事時間と内容					
入浴					
仕事・家事・移動など					
最近の体調					
家族とのかかわり					
利用サービスについて	その他				
<受診状況>					
病院・診療所	医師				
<現在の心配事；体調や生活面など>					
<診療所に望むこと>					
-----					
<看護師によるアセスメント・今後の予定>					

図 1-2 修正した家庭訪問記録その 1

*ADL の状況		移動(歩行)	1	2	3	*IADL の状況		掃除	1	2	3
1	支障なし	食事	1	2	3	1	できる	洗濯	1	2	3
2	支障はあるが困難を感じない	排泄	1	2	3	2	部分的に介助が必要	買い物	1	2	3
3	支障あり	入浴	1	2	3	3	できない	調理	1	2	3
		着替	1	2	3			金銭管理	1	2	3
		整容	1	2	3				1	2	3

備考：

家族とのかかわり

近隣住民とのかかわり

利用サービスについて

その他

<受診状況>  
 病院・診療所( ) 医師( )

次回受診

-----

<本日の対応状況、指導内容など>

<看護師によるアセスメント・今後の予定>

図 1-3 修正した家庭訪問記録その 2

## 考察

### 1. 診療所看護師が家庭訪問を行なう意義

#### 1) 専門職である看護師が訪問することによる安心感

基本的に対象者は、訪問に来る看護師に対して話し相手になって欲しいと考えていることが全事例で確認できた。診療所看護師は、病気や薬のことを把握しており、身近な存在として質問しやすく医療面のみならず、日常の困りごとについても相談できる存在であると考えられた。また、「一人で暮らす寂しさがつらい」と言われる方もおり、女性に比べ男性は近所づきあいが少ない、自宅に訪問するのはヘルパーのみという方も、誰かが自宅を訪問してくれることを楽しみにしている、などが共同研究者間で検討され、過疎山村という当該地域の特性からも診療所看護師が重要な役割を担っていると思われた。すなわち、身近な医療機関である診療所看護師が家庭訪問することは、支えられていることの安心感を与えると共に、日常の思いや不安を聞いてくれる存在であると考えられた。

#### 2) 現実の生活に添った指導・助言が行なえるなど外来看護師のアセスメント能力向上

一度訪問することで、自宅での様子が容易に想像できるようになった。対象者の生活行動を身体状況と合わせ深く捉える事が出来るようになることで、状態の変化に応じ診療所受診時に指導や助言を行うことができ、外来看護師のアセスメント能力の向上につながる。そして、ヘルパーなどのサービス利用をしている家庭でも、看護師が訪問することで介護職とは違った看護の視点で対象者を捉え、現実の生活に即した指導・助言が行えることが重要であると思われた。

家庭訪問を行う以前は、外来看護師として患者の家庭の生活が見えていない部分もあったが、家庭訪問することで自宅での実際の様子が分かり家族背景を知ったうえで指導ができる。看護専門職が生

活全般を継続してみることは、外来看護師のアセスメント能力の向上につながり、患者が安心して自宅での生活を送ることができことが考えられた。

### 3) 必要な情報を早期に把握し、即時の情報伝達や対応が可能

家庭訪問し、異常時や気になったことがある時など診療所医師にすぐに情報伝達することができる。また、保健師やケアマネジャーとの情報共有を主体的に行なえ、他職種と情報共有することでより緊密な連携が深まることが考えられた。村内の高齢者にはケアマネジャーがついていることがほとんどであるが、限られた社会資源の中で、他職種と連携・協働することで即時の対応が可能となると考えられた。

当該地域は交通手段が乏しい。外出する機会は外来受診のみの対象者にとって看護師が家庭訪問することは、状態把握の機会となり必要な情報を早期に把握することができる。さらに、診療所受診時と実際に家庭訪問した時の様子が違うことを知ることができ、外来受診時に自宅での生活に即した指導・対応ができるように意識的にかかわることができると考えられた。

## 2. 家庭訪問を通常業務に取り入れていくにあたっての課題

結果をもとに共同研究者間で検討し、今後、継続的に家庭訪問を実施していくにあたって、次の課題が挙げられた。まず、業務時間内で家庭訪問することの難しさである。現状においては日程を決め、看護師が分担をして家庭訪問を実施しているが、診療業務など通常業務内で調整しながらの訪問であるため、勤務時間内で臨機応変に対応することの難しさがある。

また、別途助成金などによる活動ではないため、時間内で訪問できない場合は、時間外のボランティア的な活動となっている。現状においては、スケジュールを組んでも、当日の勤務状況によっては訪問が実施できないこともあるため、計画に添って訪問を実施し、評価し、実績を重ねていくことが今後必要となってくると思われた。

### . 本事業の成果評価

#### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

昨年度は、外来診察時における患者やその家族への支援を中心に検討してきたが、今年度は患者の家庭での状況を訪問という形で把握し、過疎地域診療所の看護として重要な、よりよい継続支援ができることを目標として家庭訪問状況を共有・検討した。

その結果、家庭訪問における情報収集内容を整理し、継続訪問する必要がある対象者に関して、看護師がどのようにアセスメントを行なったかを記録に残し、今後の支援を考える上で客観的な振り返りが行なえるようになった。また、記録用紙の項目の精選ができた。

#### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識の変化

現地看護職の自己評価では、「目的意識を持った訪問の必要性を感じた」ということから、今年度改めて訪問事例を振り返ることによって、各看護職同士においても共通認識を持つことができた。また、「これまではアセスメントしたことをどのように対応し、他職種へつなげたか記入不明だった」という意見もあり、その点において共同研究者間で一緒に確認することもできた。その際、よりよく他職種や他機関との連携をとるためにはどうすればよいかということが今後の課題となった。

さらに、今回の共同研究に参加したことから看護職としての成長・学びにつながり、訪問することの意義について見直す機会となったという認識も語られた。

#### 3. 本学(本学教員)がかかわったことの意義

毎年度、テーマを更新しながら共同して課題へ取り組んでいるが、これまでの成果も関連させて改善に向けて実施してきた。教員側は外部からの視点として客観的な意見を出すことができ、現地看護職とともに考えを深めることができた。

### . 共同研究報告と討論の会での討議内容

討論では、質問に対しての補足説明を交えながら、診療所看護師が継続支援の一貫として家庭訪問することについて、今後の活動に向けた意見交換を行った。

#### 1. 家庭訪問が始まった経緯と活動内容の再確認

県の認知症地域支援体制構築事業において、認知症や予備軍の方を対象に保健福祉課、社協、ケアマネジャー、診療所などが協働し、村全体で事業を進めてきた。県のモデル事業は終了し、認知症の方を対象にしたみまもりの輪事業が現在実施されている。見守りの輪事業について、保健師が家庭訪問している。認知症の方が対象であり、独居高齢世帯や高齢夫婦世帯は対象から外れている。そのため、ハイリスクと考えられる世帯を対象に診療所看護師が外来業務の一環として家庭訪問を実施している。家庭訪問することで、外来に通院している姿しか知らなかったが、家庭での様子も見えてくるようになった。

保健師の活動と重なる部分もあるが、訪問して得た情報は FAX や連絡票を利用し、情報共有を図っている。また、保健師からも情報提供がある。健康レベルに合わせて、保健師が訪問する、診療所看

看護師が訪問すると役割分担をしているわけではなく、対象の選定は、月 2 回行われる地域ケア会議の中で名前のあがる人、独居高齢者・夫婦高齡世帯を対象とし、ハイリスクであると判断した時には毎月家庭訪問を実施したり、2~3 か月に 1 回定期的に訪問したりしている。診療所外来を利用していない方も対象となってくる。

地域特性として、人口 2,700 人のうち高齡者は 38.5%と非常に高齡化率が高い地域である。また、交通機関が限られているため高齡者自らが診療所に対してアピールすることが難しいということがある。村内唯一の医療機関である診療所が、地域へ出向いてニーズの掘り起こしをする必要がある。

## **2．今後活動を継続するにあたってのフロア参加者からの意見**

訪問の目安について、看護師の主観的な感覚で 1 か月ごと、3 か月ごととなっている現状がある。訪問した時の記録を詳細に分析することで、どのくらいの頻度で訪問することが望ましいかが見えてくるのではないだろうか。

家庭訪問をし、何らかのサービスに繋げることができた方はそのサービスに移行していただき、要支援、要介護など認定されていない虚弱高齡者に対しては訪問を継続していくことが望ましい。制度上サービスを利用できない見落とされがちな高齡者が対象となっているケースが多いことが考えられるため、新たな事業（虚弱高齡者みまもり事業）として立ち上げ予算をつけ活動できるように働きかけるとよいと思われる。

## 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 森仁実 北山三津子 田中昭子 山田洋子 大井靖子 種村真衣 会田敬志 大川眞智子  
(大学) 石原八十司 田中喜代美 高木千春 橋本香織 山本佳子 渡邊智香 長谷川明美  
諏訪浩宜(海津市健康課) 太田富博 山田ますみ 室井恵子 大場容子 田中祥子 田宮華奈子  
田中恵子 山下真実 丹羽幸子 野口伸子(神戸町保健センター) 木全豊 高田めぐみ 木下拓哉  
伊藤なぎさ 成瀬正啓 吉田留美(垂井町保健センター) 丹羽由香里(西濃保健所)

### ・目的

健康日本 21 地方計画の策定・実施・評価について、各市町村が日常業務と連動させながら確実に推進する方法を検討する。平成 23 年度は、各市町村の計画の進捗状況にあった取り組みを行うと同時に、合同会議を開催し、相互の意見交換と情報共有を行いながら計画推進の知恵を共有する。

### ・これまでの経緯

本研究は、4 年目の取り組みになる。参加する市町の入替わりはあるが、各市町の健康づくり計画の実施段階に応じた内容で取り組みを推進するための検討を行ってきた。23 年度は、22 年度からの継続が 1 市町、新規参加が 1 市町、1 年ぶりの参加が 1 市町であった。

### ・方法

#### 1. 各市町における健康日本 21 計画の推進

各市町の段階に合わせた進め方を市町ごとに市町のメンバー、保健所担当保健師、教員で話し合う機会を持ちながら推進する。各市町では、担当課長あるいはセンター長、関係する職員が共同研究メンバーとなっており、実践を進める体制をとっている。

#### 2. 合同会議における意見交換の実施と活動方法の追究

年 2 回の合同会議を開催し、現在の取り組み状況と困っていることについて意見交換を行うことにより、互いの取り組みを共有し、具体的な取り組み方法について検討した。合同会議では日常業務における取り組み課題を含めて検討を行った。合同会議開催の日程調整及び当日の進行と記録作成を教員が担当した。

#### 3. 倫理的配慮

今年度の取り組みは、各市町における検討と合同会議であるため、参加者およびデータは共同研究メンバーである。そのため、共同研究の取り組みとして合意して進めること、データは匿名化して扱っていくこと等について合意して取り組んだ。なお、本研究の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た(承認番号:0002)。

### ・結果

#### 1. 各市町および保健所における取組

##### 1) A 市の取り組み

##### (1) 今年度の取り組みの目的

次年度(24 年度)の中間評価で健康づくりプランを改めて見直し、市の健康づくりに効果的に活かしていくために、どのように中間評価を実施するかについて検討する。

##### (2) 今年度実施したこと

中間評価について、評価方法、また評価実施にあたっての必要な視点について検討した。年度当初に課内の共同研究にかかわるメンバー、保健所保健師、大学教員が参加する会議を開催し、今年度の取り組みの目的と計画を確認した。その後は、課内の関係するメンバーで随時話し合った。

その結果、プランにある指標の達成度を、市民へのアンケートなどで確認するとともに、他課が立案している計画との整合性はとれているか、限られた予算、人員で効果的に取り組むことができる内容となっているかなども含め再度見直すことが必要であると確認した。

また、アンケート内容については、指標の達成度を確認する項目を入れること、今後プランに盛り込んでいく食育計画に関する項目を入れることとし、質問数は最小限に、市民の方が回答しやすい内容とすることにした。そして、そのアンケート結果や統計状況を参考に評価し、達成できていない指標については、プランにある具体的な取り組みを再度見直し、計画を修正していくことを中間評価の計画としてまとめた。

##### (3) 残された課題と次年度に取り組みたいこと

プランであげている取り組みが、現時点で日常業務に取り入れることができている部分が多々あることを改めて認識した。計画を立てただけに終わるのではなく、いかに日常業務の中に取り入れ、効果的に健康づくりをすすめていくのが意識する必要があると感じた。次年度は、計画を見直すいい

機会となる。プランを活かして、より効果的な健康づくりを進めていけるように、中間評価を実施していきたい。

#### (4) 今年度の取り組みを振り返って感じたことや考えたこと

中間評価を実施する前に、評価をどのように実施していくか意見交換することで、健康づくりに関して大切にしたい視点についても深めることができたように感じる。また合同会議は、各市がどのように取り組んでいるのか情報を得ることができたことにあわせ、日々の保健事業を実施していくうえでの、悩みや疑問に思う事などについても意見交換をする貴重な場となった。

そのことにより、自分たちの市はどんな特徴があり、どんな健康課題が存在するのかを把握したうえで、自分たちがどのような保健活動を行っていききたいのか、自分たちの中にある“保健師としての思い”を再確認し、本当に必要な健康づくりとを進めることの重要性を改めて考えさせられる良い機会となったと感じる。

### 2) B町の取り組み

#### (1) これまでの経過と今年度に実施したこと

平成 13 年度に町の健康計画 21 を作成したが、策定以降の町の保健事業は、健康計画を意識して実施しているというよりは、ルーチンの保健事業と、その時その時で国や県から指示のあった事業を実施している状況であった。平成 18 年度に中間評価が位置づけられていたが、当時の担当者がおらず、未実施のまま経過している。毎年の実績報告は行っているが、それに伴う事業の評価ができないまま、今年度健康計画の最終評価、及び次期計画作成の時期を迎えた。これまでの活動実績から現状把握と住民を対象とした意識調査、保健事業等実施実績から事業評価し、それらを基礎データとして今後 5 年間の健康計画・食育推進計画・すこやか親子の 3 計画の内容を併せ持った、新たな「すこやかプラン」を策定した。

#### (2) 残された課題と次年度以降に取り組みたいこと

現在のところ、町の健康課題の分析にまで至っていないので、目標値を達成することで見えてくる町の健康な姿が何なのかばやけた感じである。今後、ルーチン業務を行う中でいかに目標値達成を目指し、そのために必要なことを皆で考え、目標値達成により得られる「生涯を通じてすこやかに過ごせる町」の具体的な姿を明確にしたい。

本来であれば、今年度策定したすこやかプランがそうあるべきだったと思うが、現実はそうならない。目標値は数値であるので具体的であるが、目標値の根拠とそれに伴う施策は抽象的で具体性に欠けている。まずは洗いだした保健活動の実績から事業評価し、そこから町の健康課題を整理することをスタッフ全員で行うことが必要だと考える。

また、住民が参加できる健康づくりとして、策定されたすこやかプランの情報ははじめ、具体的な健診結果などを住民に発信し、関心を高めていきたいと感じた。

#### (3) 今年度の取り組みから感じたことや考えたこと

今年度、町の健康計画 21 の評価及び次期計画を策定しなければならないという状況になったことで、改めて自分たちの活動の洗い出しをすることができた。その中で、実績の拾い方の決まりがあいまいで、経年の比較がうまくできない実態があることや、分母をどうすればいざ自分たちの知りたい数値が見えてくるのかなど、毎年の活動を評価するための基準作りが必要なことがわかった。

また、これまで担当が個々で事業計画をしていたが、事業評価をスタッフ全員が共有することで、課題も明確になり、次年度の新たな方向性や計画が共通認識でき、保健事業がよくなっていくという共通の認識を持つことの重要性を感じた。

### 3) C町の取り組み

#### (1) 今年度の取り組みの目的

昨年度計画を策定し、実施・評価を行っていくうえで、どうすれば計画に沿った事業を行えるかを検討し、今後の計画と事業を結び付け、計画を有効に活用できる体制作りを行い、また、計画の周知の方法を検討することを今年度の取り組みの目的とした。

#### (2) 今年度実施したこと

まず、今年度は計画策定時に毎年評価を行うとされているため、平成 22 年度の特定健診と 30 代健診の問診項目、町の児童・生徒の健康診断と体力・運動能力から数値を収集し評価を行った。評価は問診項目や既存の毎年更新されるデータの収集であったため、業務への負担も多くなか実施出来た。また、計画の周知が進んでいないため、まずは町の健康増進に関わっている方々へ計画の周知を行った。周知の方法としては、保健センター運営協議会で説明・計画書を配布し、町議会議員へは計画書の配布を行った。

#### (3) 残された課題と次年度以降に取り組みたいこと

次年度以降は、計画の基本理念として「自らで創る健康 みんなでつくる健康なまち」と掲げており、行政だけが町の健康づくりを行うのではなく、すべての住民が一次予防を積極的に行い、住民一人ひとりが生涯を通して健康づくりを進められるように、住民への周知が大切であると考えられる。

そのため、町が毎年行う住民参加のフェスティバルにて保健センターのブースを使用して周知を行う予定であり、積極的に住民への周知を行っていきたい。また、計画の評価は毎年行っていくが、計画にある目標の数値と現在の事業を結び付け、事業を効果的に行うためにも、目標の数値がどの事業と関連しているのか明文化する必要がある。それを行うことによって、事業に対する目標が明確にされ、事業をどのように行っていけば目標を達成出来るかなど焦点のはっきりとした事業が展開されていくのではと考えた。

#### (4) 今年度の取り組みを振り返って感じたことや考えたこと

今年度は業務に追われ、計画の評価・周知を積極的には行えなかった。忙しい業務の中で、計画を考えながら事業を行うのは非常に難しいのではと感じた。それを実現するためには、町の現状を理解し、目標を持って意識的に事業を行っていかねばならないと感じた。また、計画を策定することによって、健康増進に関わっている方々だけでなく、すべての住民の健康指標になればよいと考えている。

#### 4) D 保健所の担った役割

平成 23 年度は、専門職としての立場の他、保健所として市町村支援をする目的でも共同研究に参加した。合同会議では、保健所の立場から、他市町の事例提供をするほか、疑問などに情報収集と提供、保健所との共同事業として支援できることの提案を実施した。全市町への情報提供として、市町村健康増進計画の策定状況について会議等で情報提供するとともに、生活習慣病予防事業ヒヤリング事業にて、各市町村の健康課題を担当者と検討し、次年度支援事業について提案をした。

## 2. 合同会議の開催

2 回開催した合同会議は、D 保健所の会議室にて開催した。

### 1) 第 1 回合同会議

(1) 日時：平成 23 年 8 月 12 日(金) 9:30-11:30

(2) 参加者：A 市 3 名、B 町 2 名、C 町 2 名、D 保健所 1 名、大学 5 名、計 13 名

### (3) 内容

今年度の共同研究計画の確認と自己紹介の後、各市町の進捗状況の説明と意見交換を行った。

#### 各市町の進捗状況

A 市の状況：今年度は、次年度の中間評価に向け、これまでの取り組みを整理することと次年度のアナケート調査の計画作成を行う。現在は、日常業務とのつながりを確認する作業シートを考えている。

B 町の状況：今年度は、平成 14 年～23 年までの計画の最終評価と平成 24 年度から 5 年間の新規計画を作成する。食育も入れた計画とする。町の総合計画は、費用対効果を中心とした見方であるが毎年評価がある。しかし、その時に、健康づくり計画に触れることはない。健康づくり計画について、計画だけを作るのではなく、日常業務とつなげたい。まず、保健事業を整理することに取り組む予定である。

C 町の状況：昨年度計画が作成し、今年度から実施する。毎年の評価を数字にして保健センター運営協議会で報告することになっている。保健センターはスタッフも少ないので、関係する取り組みを行っている他課などに協力してもらい、取り組んでいく。保健センターの事業として 11 か月児のブラッシング指導を新設するなどの取り組みもある。

#### 意見交換の内容

作成した計画を実践していくために工夫していること

- ・計画作成時に住民アンケートを実施せずに作成したため、他課の保有データや健診データ、県が保有するデータなどを活用し、評価項目もそれらをもとに作成した。評価項目は重点的な項目に絞った。そのため、日常業務でまとめている数字がデータとなっており、毎年データを出して、その変化を追っていくことができる。毎年、保健センター運営協議会で報告することになった。健診に来ていない人の状況は、国保の受診状況などを見ていく。

個人や地域で計画を実践していけるように、行政から働きかけていることや取り組みを進めていくうえで、関係団体へのアプローチ方法

- ・食育は給食センターや学校でよく取り組んでいるので、教育委員会を介して学校とのつながりを作る。養護教諭の集まりがあるなどの情報が得られれば、保健師が出向いて行って話をする。
- ・地域包括支援センターともつながりを作り、高齢者の集まりに保健師が出向いて健診の PR をする。
- ・保健師が出向いて行って直接話をしてくることが必要。
- ・大きな会議は、顔つなぎと保健部門が取り組んでいることの全体を紹介する機会という意義がある。具体的な内容は別の場で直接話をする。
- ・行政は縦割りで、横につなげていく部署がない。話をするると他部署でも同じようなことをやっていると気づく。他部署でしっかり取り組んでいるならばそれでやってもらえればよい。他部署の取り組みが続かなくなった時にどうするかということになる。

- ・関係者から先の広がりをつめるために、関係者が誰に伝えたかを調査する取り組みを実施した。計画を実践するために、そのための推進員を作るなどして市民の方とともに動いているか、どんな目的でどんな方をお願いしているか
- ・計画作成時に住民の方に集ってもらったならば、その時のメンバーに声をかけて中間評価を一緒にできないか。計画を作った人たちは責任感を感じていると思う。一緒に評価をする。毎年集まって一緒に評価ができるとよいと思った。  
実践する計画とするためにどうしたらよいか
- ・健康課題が明確になっていないため、市町をこうしていきたい、こうしたいが明確に意識化されない。目的が一つにならない。忙しい毎日のなかで、目の前の事業をこなすだけになってしまう。目的がわからなくなる。計画は計画、計画づくり自体が一つの業務になってしまう。保健師も業務分担が続くと縦割りにになってしまう。
- ・他課などとの協力状況について、どこが何を担っているか、保健センターの各事業と健康づくり計画に書かれた行政の取り組みの関係などを文書しておくとのよいのではないか。それをもって毎年の会議で何をしたか、数値の変化はどうかを見ていくとのよいのではなか。関係他課なども取り組みを意識したり達成感を感じたりできるのではないか。  
その他教員メンバーの意見
- ・毎年の活動評価をしっかりと実施していくことが大事だと感じた。
- ・健診の受診率は、母集団をどうとるか、受診実態をどう把握できるかによっても異なる。数字を比較していくときには、注意が必要。
- ・健診を全く受けていない未受診者が住民の中には存在する。その方たちのことをどう考えるかも課題ではないか。
- ・長期の計画なので、中間評価で方向性をずらさないことが大事。

## 2) 第2回合同会議

(1) 日時：平成23年11月8日(火)14:00-16:05

(2) 参加者：A市2名、B町1名、C町1名、D保健所1名、大学2名、計7名

(3) 内容

第1回合同会議後の各市町の進捗状況の説明と意見交換を行った。

各市町の進捗状況

A市の状況：次年度の中間評価に向けてアンケートの内容を検討する。当初は、課内で計画を見直す予定であったが、次年度のアンケート結果を見てから見直しを行うこととした。今年度中にアンケートの元になる考えを整理しておく。アンケート内容は、目標値の達成度を見ることと食育の内容を加えることを考えている。

B町の状況：平成23年度までの計画の評価を行い、平成23年度中に新しい健康日本21計画を作成する。現在は、報告書案を確認しているところ。計画作成を進めながら、自分たちの事業のまとめを作ることも目指している。話し合いをしたが、事業のまとめを作る以前に、各事業の進捗管理ができるようにすることがまず目標になるかもしれない。

C町の状況：今年度は計画の実施が始まる時期である。評価に向けて、通常業務の中でとっている数字で目標を立てているので、毎年業務の中で数字を確認していくことができる。

計画はできたが、住民に知ってもらうことができていない。ダイジェスト版も冊子も少ないので、全戸配布はしていない。住民にまず知ってもらいたいと考えている。また、評価を考えた場合に、健診を受けに来た人のデータをまとめているので、健康への関心が高い人のデータという偏りがある。評価のときにデータをどう見ていったらよいかという課題があると考えている。

意見交換の内容

計画作成や中間評価の際の市民との協働

- ・最初の作成時は、アンケートが終わってから市民の委員に検討してもらった。委員から、アンケートの作成時から入りたかったという声があった。
- ・最初の計画作成時に入ってもらった市民の委員は、計画作成のための依頼のみであった。  
喫煙率0%など、現実には達成できないだろうと思う目標をあげていることは適切か
- ・国や県と比較する数字は必要。
- ・達成できないと思う数字であっても、市の姿勢、方針として理想像を示すと言う意味があるのではないか。市民への教育的な意味がある。

住民に計画を知ってもらう方法

- ・町のHPにのせる。母親たちは、保健事業についてHPを見ている。
- ・ダイジェスト版は全戸配布した。
- ・広報にシリーズで計画の内容を載せた。
- ・市の事業を載せたカレンダーにも掲載した。

- ・食生活改善推進員の研修会で特に関係する部分を伝えた。
- ・健康展でPRし、計画を知っているかアンケートを行った。
- ・健康展で、計画と同じ区分のブースを作って、そこでクイズをやった。
- ・自治会で説明できるとよいと考えている。産業の集まりなどでも時間をもらって話がしたい。
- ・他課の取り組みと一緒にPRに回るのもよい。防災の関係で弱者リストを作る取り組みなどで地区を回る際に一緒に回って話をするなど。住民に嫌がられるテーマではなく、受け入れられそうな活動のほうがよい。

計画作成にコンサルタント業者が入る場合、業者と市町の役割分担はどうか

- ・市町として出したい内容をコンサルタント業者に伝える必要がある。保健師自身に基となる思いがなければならない。
- ・市町のスタッフが自分たちで作った計画は手にとって見る計画になる傾向がある。
- ・コンサルタント業者には、作業の部分をやってもらうとよい。

事業の進捗管理をどのように行うか

- ・マニュアルは更新する必要がある。マニュアルがあると事業実施の流れを把握したり、イメージしたりできる。細かな内容はその都度考えて決めていけばよい。担当者だけでなく、周囲の人が事業について共有していれば、聞きながら進めていくことができる。
- ・共有する必要があることは、文書にして回覧することが必要。
- ・今日から受付開始の事業がある場合は、メールで全員に連絡する。対応方法もそのメールに書く。朝礼で説明して共有する場合もある。
- ・事業の年間スケジュールは職員は共有しているので、今何が行われているかはわかる。
- ・3、4人で母子、成人、予防接種、精神など担当している。担当が変わる場合は、1名は必ず前年度の担当者が残るようにしている。

- ・年度初めの計画と年度末の事業のまとめが文書で回る。事業まとめには、課題と次年度こうしたいということも書かれているので、内容の変化や課題はそれを読むとわかる。

- ・毎回の事業は、実施結果が回覧されるので、どんな人が来ていたかや課題がわかる。
- ・担当事業だけでなく、母子の課題を精神担当でもどう取り組むか考える、成人担当ではどう取り組むか考えるといった取り組みはできているか。それが大事ではないか。

保健師の活動体制として、業務担当と地区担当でどう事例に責任を持つか

- ・地区担当は個別援助に責任を持つ、業務担当は事業に責任を持つという形がよいと思う。
- ・地区担当と業務担当にしたことで、2名で事例にかかわれるようにしたいが、事例について、どこまで地区担当が担当し、どこから業務担当が担当するのかの判断が難しい。
- ・潜在事例を把握し早期にかかわることを目指して地区担当制を入れたところもある。
- ・地区特性を把握するという取り組みを行っているところもある。
- ・業務担当が主の場合、担当業務の事例をすべて把握したい、地区担当が主であれば、地区担当として自分の地区の事例をすべて把握したいと考えるのでは。

## ・本共同研究の取り組みの成果

### 1．本共同研究の取り組みを通して看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

各市町の段階に応じた内容で、健康日本21地方計画にかかわる作業は進められた。今年度は、管轄保健所の保健師が共同研究メンバーとして参加し、各市町に必要な情報の提供や現地会議に参加しての助言といった役割を積極的に果たされた。各市町にとって保健所保健師からのきめ細かな支援を受けることができた。

### 2．現地側看護職者の受け止めや認識の変化

合同会議の場で意見交換を行うことにより、各市町の取り組みの特徴や大事にしていること、目指していることが明確になったと思われる。今後の取り組みの方向性を意識化する機会となった。また、これまで工夫して取り組んできた方法を共有することもでき、これから取り組もうと考えている課題について、具体的な取り組み方法のアイデアが得られた。

また、各市町の活動体制は異なっており、今年度は、保健師の活動体制についても意見交換が行われた。すぐに解決できない課題も多いと思われるが、他の市町の活動状況を知る機会となった。他の市町の状況を知ることにより、これまで意識したり検討したりしなかった自身の市町の活動体制を考える機会となった。

今回の合同会議は、市町の保健師が同じ事業への取り組みについて、自由に意見交換を行うことができた。自由に意見交換できたことが、自分たちの考え方を確認したり、具体的な取り組みの知恵を出し合ったりすることを可能にした。

### 3．本学教員がかかわったことの意義

本共同研究へのD保健所の保健師のかかわりは、昨年度参加した1町がその前年度の終わりに保健

所保健師とともに大学に相談にきたところから始まっていた。しかし、昨年度初めの共同研究開始時には保健所の担当保健師は変わっていた。大学と共同研究の相談がされていたことは、前担当保健師から新しい担当保健師に伝えられてはいたが、担当者が変わったために再度相談する必要があると考え、年度初めに大学教員がD保健所に出向いて話し合いを行った。その結果、昨年度は、保健所保健師は共同研究メンバーにはならなかったが、取り組みについては協力が得られ、市町における話し合いや合同会議に参加してともに検討を行った。昨年度共同研究に参加した3市町は、2町がD保健所の管内、1市は他の保健所の管内であった。

今年度はD保健所の担当保健師はまた変わったが、共同研究に参加した3市町はすべてD保健所の管内でもあり、D保健所保健師に正式に共同研究メンバーとして参加していただくこととなり、各市町の支援により積極的に役割を果たしていただけた。昨年度の協働が今年度のスムーズな参加につながったと考える。

健康日本21地方計画への取り組みは、多くの市町村の課題である。市町村支援は、保健所の役割である。今回のことをきっかけに、保健所がよりその機能を発揮して、健康日本21地方計画にかかわる市町村支援がより充実されることを期待したい。

### ・共同研究報告と討論の会における討議内容

共同研究報告と討論の会において討議したいこととして、「健康日本21地方計画の策定・実施・評価について、各市町村が日常業務と連動させながら確実に推進する方法」を提示した。討議は、共同研究「市として取り組む自殺対策の推進および自殺予防計画策定における保健師活動のあり方」との合同討議として実施した。

#### 1. 保健師同士が課題を共有し、次年度事業を改善していくことができる活動体制や工夫

保健師間での話し合いが十分にできず、次年度予算に改善策を反映させることもできていないという悩みがあり、活動体制や工夫について知りたいという意見が出された。参加者から、次のような取り組みの紹介があった。ある市では、保健師の分散配置や業務分担制により、保健師間で話し合う機会が少ないという現状の中で、健康日本21地方計画の評価と次の計画を作成することを機会として職員によるワーキンググループを組んで話し合いを行うようにした。健康日本21地方計画が年代別の計画になっているため、ワーキンググループも各年代を担当するグループを作り、評価と今後何が必要かを考えている。今年度は、まず、職員が検討し、来年度は市民参加で計画作成に取り組む予定である。市民にとっての計画をつくるためには、推進していくための会議も設けて住民とも協働して取り組む予定である。また、他の市では、市町村合併後、分散配置となっていた保健師を今年度は一つの部署に集めた。活動や情報を共有するために、朝礼で必要なことを伝えたり、資料を渡しておくようにしている。個別事例への援助にかかわって他機関から頻回に連絡が入るような時は、どの職員も同じ対応ができるように、朝礼で情報を共有するようにしている。健康日本21地方計画作成時は、みんなで計画を立てようと考え、担当者以外も意見を書いてもらって作成していった。毎日の工夫の積み重ねと健康日本21地方計画などの計画を見直すときにみんなで取り組むようにしている。

#### 2. 健康日本21地方計画の評価方法

現在ある計画は、数値目標を出していないため、評価の際にどのように評価したらよいかと考えている、という意見があり、評価方法についての意見交換を行った。

中間評価を控えた市から、次の意見があった。計画時に評価計画を含んでおり、数値目標として出していく際は、データの根拠を明確にしている。住民へのアンケートを行って計画を立てていることから、アンケートを同じようにしなければならないのかどうかという悩みがある。アンケート時とまったく同じ対象者ではないが同じアンケートでよいのか、同じ表現で問うてよいのか。県や国の数値も変わっていく。また、他の市から、数値目標を入れておくのは大事だと思うが、目標を絞ることが難しい、という意見があった。教員からは、次のような意見があった。数値目標になっていなくても目標はあるのであるから、その目標に対して評価することができるのではないかと、数値目標でない計画を評価している市町村も実際にある。評価方法には工夫の幅が広い。数値目標だけにこだわらないほうがよい。数値目標は悪化する場合もある。住民がどんなことに取り組んできたかということも評価として重要である。

# 市として取り組む自殺対策の推進および自殺予防計画策定における 保健師活動のあり方

上村喜美江 伊藤雅史 佐藤貴代（郡上市社会福祉課）  
羽土小枝子（郡上市高齢福祉課） 和田美江子（郡上市健康課） 井上玲子（関保健所）  
大井靖子 両羽美穂子 松下光子 北山三津子（大学）

## はじめに

### 1. A市における自殺の現状と課題

A市の人口は45,262人、高齢化率は32.1%（平成21年10月1日現在）、年間自殺者数は年によってばらつきはあるが、毎年数名から十数名が自殺で亡くなっている。最近10年の自殺者の特徴として、40-50歳代男性の自殺・70歳代女性の自殺が多くなっている。自殺の要因は健康問題が約4割である。住民意識調査では8割以上の住民が抑うつ状態を心の病気と認識し、対処方法として医療機関や心の相談を挙げていたことから、心の健康に関する意識は高いと推測される。しかし自殺の要因とされた健康問題の詳細は不明であり、自殺対策には健康面の対策だけでなく生活・経済・就労の対策も必要であることから、自殺の現状をより明らかにするとともに、実態に即した対策が求められている。

### 2. これまでの自殺対策の取り組み経過

A市では、平成21年度、国の自殺緊急対策事業に基づき市として自殺対策の取り組みを開始、平成22年度は住民アンケート調査からうつ病に関する意識調査を行い、健診受診者のうつに関する項目にチェックがあった者の結果を集計し現状把握を行い、同時に自殺対策に関する各事業も開始し、職員・住民を対象にした研修・講演会等の実施、自死遺族会の開催、ハローワークでの相談会（ワンストップサービスデー）実施、自殺対策先進自治体の視察等に取り組んだ。また、関係機関・部署との連携体制も整備した。自殺対策に係る機関・組織の長または代表で構成する「自殺予防対策協議会」、各関係機関の実務担当者で構成する「自殺予防対策実務者会」、庁内担当者と保健所担当で構成する「自殺対策担当者会」を組織し、定期的に会議を開催し、情報共有と検討を進めた。平成23年度は新規事業も加え自殺予防に関する事業を推進しながら、自殺予防計画を策定（平成24年度より5か年計画）することとなった。関連する事業・取り組みを図1に示す。

市の自殺の実態に即しかつ着実に事業推進するための計画策定を行うには、自殺の現状と課題をより明らかにし、関係機関との連携を強化し、そして必要かつ有効な自殺予防関連事業を検討するための事業評価をする必要があると考え、今年度より共同研究の一環として取り組むこととした。

## 目的

自殺予防に係る機関の連携強化、自殺予防を目的とした事業実施と評価により自殺予防に取り組み、市の実態に即した自殺対策を確実に推進するための自殺予防計画を策定する。この取り組みにおける保健師活動のあり方を検討する。

## 方法

### 1. 事業参加者へのアンケート調査と自殺予防計画策定の検討

今年度は一般市民向けの講演および看護職研修会へ参加した者を対象に無記名式アンケート調査を行い、参加者が理解した内容、自殺予防に関する認識を調査する。調査結果から、市の自殺対策における重点課題、活動方針を検討する。

### 2. 共同研究の仕組み体制

検討にあたっては、「自殺対策担当者会」に本学教員を加え、これらを共同研究メンバーとし、検討した。アンケート作成と結果検討は共同研究者間で行い、入力集計にかかる作業は大学が行った。

### 3. 倫理的配慮

アンケート調査は大学との共同研究の一環であることを質問紙に明記し、無記名にて実施した。本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た（承認番号0009）。

## 結果

### 1. アンケートを実施した事業

#### 1) 一般市民を対象にした事業

##### (1) こころの健康を考える市民講座

合併前の旧町村各地域7か所で開催、計529人が参加した。講演内容は、精神科認定看護師によるうつ病についての講演が3か所、ストレス解消を目的とした臨床動作法（ストレッチ運動）について講演が2か所、福井県東尋坊で自殺予防の活動をNPO代表者による講演が2か所であった。平成23年

	妊産期	乳幼児期 (0～6歳) 子育て中の親	学童・思春期 (7～18歳)	青年期 (19～39歳)	壮年期 (40～64歳)	実年期 (65～74歳)	高齢期 (75歳以上)	人材育成
事前予防：prevention (一次予防) 心身の健康の保持増進についての取り組み、自殺や精神疾患についての正しい知識の普及啓発等自殺の危険性が低い段階で予防を図ること	妊婦相談 マニコウカート	乳幼児健康相談 0歳児教室 乳幼児学級 ホットサロン	命の大切さポスター作成 いのちの授業 他 赤ちゃんふれあい体験	小中学生に「命の大切さ」意識づけ、一般への啓発 （応募総数：273人） こころの健康を考える市民講座 各地区で開催 （7か所・529人参加） 精神科認定看護師（うつ領域）の講演・ストレス解消の臨床動作法・東尋坊でのNPO活動の講演				
			いのちを支えるフォーラム：自殺予防の講演、市民一般対象 （約400人参加） こころの健康づくりに関する図書を図書館に配置 「お父さんちゃんと眠れている？」リーフレット作成・全戸配布					
危機対応：intervention (二次予防) 現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐこと うつなど自殺のハイリスク者を把握する ハイリスク者への相談	妊婦相談 ・乳幼児相談	乳幼児健診 育児不安の把握	(学校での健診)	30歳代 基本健診	特定健診(国保加入者) 問診にうつの項目を加える 生活機能評価(介護保険事業) うつ・閉じこもり・認知症のチェック項目	特定健診(国保加入者) 問診にうつの項目を加える 生活機能評価(介護保険事業) うつ・閉じこもり・認知症のチェック項目	30歳代 基本健診 特定健診(国保加入者) 問診にうつの項目を加える 生活機能評価(介護保険事業) うつ・閉じこもり・認知症のチェック項目	看護職(看護協会)対象の研修会(延70人参加) うつ病の早期発見、適切な対応 医師(医師会) 連携について関係保健所と協議中 職員・地域リーダー研修会 関係部署職員・民生委員・母子推進員等
	事後対応：postvention (三次予防) 不幸にして自殺や自殺未遂が生じた場合に家族や職場の同僚等他の人に与える影響を最小限とし、新たな自殺を防ぐこと	妊婦訪問・乳幼児訪問		(学校での取り組み)		健康相談・病態別健康相談・心の健康相談・臨床心理士による相談 生活総合支援相談(ワンストップサブサービス) (実施回数2回 相談件数4件) 職業相談・多重債務相談・総合支援資金貸付・住宅相談・心の相談を同時開催		傾聴ボランティアの育成 (17人参加) 傾聴講座(社会福祉協議会) 延べ37人参加
ネットワーク 関係機関・部署との連携 支援体制づくり	学校地域保健連絡会： 保育所・小中学校・校医・PTA・健康課・他	学校地域保健連絡会： 保育所・小中学校・校医・PTA・健康課・他	自殺予防・対策協議会(3回実施)：県弁護士会・保健所・法務局・労働基準監督署・公共職業安定所・警察署・商工会・社会福祉協議会・自治会連合会・八幡女性の会・シニアクラブ連合会 民生委員児童委員協議会・小中学校長会・県立学校代表会・PTA連合会・教育委員会・福祉事務所 実務者会議(3回実施)：保健所健康増進課・労働基準監督署第1課・警察署生活安全課・商工会・社会福祉協議会・教育委員会学校教育課および社会教育課 社会福祉課および高齢福祉課および健康課 会議の内容：自殺の現状と現状の課題共有、各機関・部署での取り組みの実施状況報告、自殺予防計画策定、講演・研修会					

図1 自殺対策事業および自殺予防に関連する事業の一覧 ( ) 内の数値は平成23年12月までの実績を示す。

9月から12月の期間に開催された。このうちうつ病の講演1か所を除く6か所でアンケート調査を実施した。アンケート回収数は257件であった。

(2) 市民フォーラム(いのち支えるフォーラム)

自殺予防に関する講演およびミニコンサートを市中心部1か所で開催し、約400人が参加した。アンケート回収数は123件であった。

(3) 傾聴ボランティア研修

社会福祉協議会が実施した研修会で、17人が参加した。アンケート回収数は11件であった。

2) 看護職を対象にした研修会

「こころのケアナース研修会」を市内看護職対象に2回コースで実施し、延70人が参加した。アンケート回収数51件であった。

2. 一般市民を対象にした事業のアンケート調査結果

一般市民を対象にした事業のアンケート回収数は計391件(回収率:約41.3%)であった。

1) 性別・年齢および講演内容の理解状況

性別は女性が263人(67.3%)と多く、年代は50~70歳代が237人(60.6%)で60歳代を中心とした中高年層の参加が多かった(表1)。講演内容の理解状況は、三段階評価で263人(67.3%)が「理解できた」と回答した(表2)。

表1 年代別性別の一般市民対象事業参加者数 人(%)

	男性	女性	不明	計
10歳代		3		3(0.8)
20歳代	1	5	1	7(1.8)
30歳代	2	6		8(2.0)
40歳代	9	25		34(8.7)
50歳代	19	52		71(18.2)
60歳代	34	65	1	100(25.6)
70歳代	20	46		66(16.9)
80歳代	6	14		20(5.1)
不明	23	47	12	82(21.0)
計	114 (29.2)	263 (67.3)	14 (3.6)	391 (100.0)

表2 講演内容は理解できましたか(講演内容別) 人(%)

講演内容	理解できた	やや理解できた	理解できなかった	不明	総計
うつ病	45(64.3)	16(22.9)	1(1.4)	8(11.4)	70(100.0)
ストレッチ	38(52.8)	27(37.5)		7(9.7)	72(100.0)
東尋坊NPO活動	77(67.0)	26(22.6)		12(10.4)	115(100.0)
傾聴ボランティア研修	3(27.3)	7(63.6)		1(9.1)	11(100.0)
市民フォーラム	100(81.3)	6(4.9)	1(0.8)	16(13.0)	123(100.0)

2) 身近に心の健康が気になる人はいるか

身近な人に心の健康が気になる人が「いる」と回答したのは189人(48.3%)であった。このうち、「心の健康が気になる人の問題は何か」とについて複数回答で、健康問題105人(55.6%)、家族問題94人(49.7%)、経済生活問題55人(29.1%)、勤務問題43人(22.8%)であった(表3)。「気になる人への対応で困ったことはあるか」として複数回答で、声のかけ方がわからない109人(57.7%)、相談窓口がわからない23人(12.2%)、困ることはない61人(32.3%)であった(表4)。

表3 心の健康が気になる人の問題は何か(複数回答) 人・%

家族問題	健康問題	経済生活	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	わからない
94	105	55	43	10	32	12	17
49.7%	55.6%	29.1%	22.8%	5.3%	16.9%	6.3%	9.0%

(%は「いる」と回答した189人を100%とした時の割合を示す)

表4 心の健康が気になる人への対応で困ったことはありますか(複数回答) 人・%

声のかけ方がわからない	相談窓口がわからない	その他	困ることなし
109	23	18	61
57.7%	12.2%	9.5%	32.3%

(%は「いる」と回答した189人を100%とした時の割合を示す)

### 3) 心の病気や自殺予防に必要な取り組みは何か

「講演を聞いて心の病気や自殺予防に必要な取り組みは何だと思うか」については複数回答で、家族関係改善185人(47.3%)、交流趣味の充実130人(33.2%)、相談窓口の増加120人(30.7%)、経済的補償69人(17.6%)、保健福祉サービスの充実69人(17.6%)であった(表5)。

表5 講演を聞いて心の病気や自殺予防に必要な取り組みは何だと思えますか(複数回答)

人・%

家族関係の改善	経済的補償	交流趣味の充実	相談窓口の増加	保健福祉サービスの充実	その他	特になし
185	69	130	120	69	19	8
47.3%	17.6%	33.2%	30.7%	17.6%	4.9%	2.0%

(%は全回答数319人を100%とした時の割合を示す)

### 4) 自殺や心の病気を予防するために、自分ができそうなことは何か

「講演を聞いて自殺や心の病気を予防するために、あなた自身ができそうなことは何だと思えますか」については、自由記載で130件の記載があり、これらを内容別に分類した。その結果、主な内容として「人の話を聴くこと」が30件、「人とのつながり・絆を大切にすること」が16件、「声をかける、話しかける、挨拶をする」が13件、「講演で聞いたことを他の人に伝える」が9件、「悩みや相談にのる」が7件、「地域との交流を深める」が6件、「自殺しようとする人、うつ、自死遺族を理解する」が4件であった。

### 3. 看護職を対象にした事業のアンケート調査結果

「こころのケアナース研修会」の第1回目に参加した28人についての結果を述べる。「あなたが関わったことのある患者・利用者で、自殺で亡くなった人はいますか」については、9人(32.1%)が「いる」と回答した。「あなたが関わったことのある患者・利用者で、心の健康が気になる人はいますか」については21人(75.0%)が「いる」と回答した。「心の健康が気になる人への対応で困ったことはありますか」については「声のかけ方がわからない」が13人(46.4%)であった。「精神科との連携方法がわからない」との回答はなかった。

### 4. アンケート結果から検討した今後の自殺対策の課題・方針

一般市民にとっては、自殺予防に関する講演を聞いた経験はこれまでほとんどなく、自殺の現状や課題について衝撃を受けたようであった。多くの市民が、自分ができそうな取り組みを具体的に記載しており、講演により人々の認識に強く影響を与えたことが確認された。記載内容から、人の話を聴くこと、身近な存在になりたいとの反応が多く得られたことから、本人の話を傾聴し身近な心の支え手となってもらえるよう、人と人とのつながりを重点においた講座や研修を今後も継続・推進していくこととする。

一般市民の48%、看護職の75%が心の健康問題を抱えている人の存在に気づいており、多くの人々がゲートキーパーとなれる可能性があるが、その人へどう声をかけていいのかわからないとの回答が多かった。周囲の人々が自殺ハイリスク者を把握した時に、どう声をかけていいのかわからないのが、どこへ連絡・相談すればいいのかわからないことが課題である。これまで相談窓口の整備・充実を図ってきたところではあるが、自殺ハイリスク者本人を対象にした相談窓口だけでなく、そうした“気になる人”を把握した周囲の人々が相談できる窓口が必要である。

自殺予防計画の理念には、人々が支えあえること、人と人とのつながりの大切さを訴える内容を盛り込んでいくよう検討を進める。

保健師は、母子・成人・高齢者保健・介護予防の各活動において、心の健康問題を抱える人を早期に把握し対応することが可能である。今後の自殺予防の推進にあたっては、市全体に普及啓発活動等の一次予防や関係機関とのネットワーク化を推進する部署、自殺ハイリスク者を把握し対応する二次予防を推進する部署とで役割分担を明確にするなど、自殺予防の取り組みを確実に推進するための体制を検討する必要がある。

## ・本研究における共同研究事業としての成果評価

### 1．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

本研究を通して、自殺予防関連事業の評価を一部の事業であるが実施することができた。今後の自殺予防・対策の方針を検討したことで、自殺予防計画に盛り込むべき内容を確認できた。

### 2．現地看護職者の受け止めや認識の変化

自殺予防対策に関する取り組みの推進、自殺予防計画策定については本学教員も含めてともに検討したことで、実践上の課題や看護職としての考えを整理することができたと思われる。

### 3．本学教員が関わったことの意義

今年度は新規事業も多く、現地側はそれら事業を実施することに時間を要したが、事業評価結果を共有・検討することで看護職の考えをまとめていくことの一助を担い、看護実践の改善に貢献した。また、大学での講義にて保健師の自殺予防の取り組み例として学生に紹介し大学教育の充実につながった。

## ・共同研究報告と討論の会での討議内容

「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」との合同討議であった。自殺対策に取り組んでいる市町村からの参加がなく、主に健康日本 21 計画の評価や推進についての意見交換であった。

計画に基づいた事業を実施、受診率などの結果を出しても保健師間での話し合いが十分にできず次年度予算へ反映できない、といった意見が出され、保健師間で現状や課題をどのように共有し話し合っているかについて参加者から報告があった。保健師の分散配置により課題共有が難しいこと、保健師をライフステージごとのグループに分け勉強会を実施している等の工夫などが報告された。計画を推進するための体制を整備することが重要であることが共通認識できた。

計画をどのように評価すればよいか、評価方法についての意見交換をし、評価項目や評価方法を計画の中に盛り込んでおくことが必要であることを確認した。評価方法のひとつであるアンケート調査方法について、前回調査と比較することで成果を確認できることから、アンケート項目は前回と同じ内容でいいのか、調査対象をどのように設定すればいいのか、といった疑問が出された。教員から、数値だけではなく住民がどうなったか見ることが評価視点として大切であること、10年後でも数値的なデータは大きくは変わることは少ないため、人々がどう取り組んできたか、実施してきたことの成果を出して行くことが必要ではないかとの意見があった。

本研究の成果として、自殺予防に対して住民がどう取り組みたいか認識を捉えることができたことから、今後も心の健康に対する住民の理解を促す健康教育を継続し、理解できた人が増えたかどうか数値目標を定めて取り組んでいく。自殺者数は確実に減少できるようにしていくことを確認した。

最後に、精神科看護師より、自殺者の多くは精神疾患を抱えているといわれており憂慮している、精神科認定看護師を養成し心の健康について出前講座を実施できるのでぜひ地域で活用して欲しいとの提言をいただいた。

## 保健・医療・福祉が連携した精神障がい者の地域生活支援体制のあり方

山田訓代 木谷昌子（美濃加茂市） 北島浩子 道添尚子（中濃保健所） 田中美恵（可児市）  
兼松瑞枝（坂祝町） 石原恵美子（富加町） 石井裕絵（川辺町） 中島有子（七宗町）  
小林ゆかり（八百津町） 三尾三和子 井戸裕子（白川町） 桂川のぞみ（東白川村）  
古木薫 植松勝子 土本千景（御嵩町） 安藤正枝（のぞみの丘ホスピタル） 林隆彦 吉村隆子  
（県保健医療課） 松下光子 杉野緑 石川かおり 大井靖子 葛谷玲子 丸茂さつき（大学）

### ・目的

本研究は、精神障がい者の地域生活を支えるために、看護職が連携し、入院中から地域生活までつなげる支援体制の構築をめざして一地域においてモデル的取り組みを実施するとともに、県下の他地域の現状を把握し、モデル的取り組みを県下の他地域にも拡大する可能性を探ることを目的とする。

平成 23 年度は、モデル的取り組みの推進を目指した。

### ・これまでの経緯

本共同研究は、3 年目の取り組みである。21・22 年度は、病院看護師と地域保健師が意見交換を通して互いの役割や実践内容を理解する機会を設けることができた。一方、連携したくても仕組みがない、という課題が明らかになり、これは全県下の共通課題であることが 22 年度の共同研究の報告と討論の会において確認された。今後も連携の仕組みづくりに向けた検討を進めていく必要性を確認した。

### ・方法

#### 1．病院看護師と地域保健師の意見交換の実施

モデル的取り組み地域の保健所と市町村の精神保健福祉担当保健師がメンバーとなっている保健業務連絡協議会精神保健福祉分科会の研究会において、病院看護師と地域保健師の意見交換を計画した。

現地側看護職である保健業務連絡協議会精神保健福祉分科会会長の保健師と保健所保健師が中心となり、研究会の企画と運営を行った。病院看護師と大学教員は、可能な日程において研究会に参加した。

#### 2．病院看護師の精神障がい者の生活を支えるということに対する意識の調査

病院から地域につなぐ可能性を高めるために、病院看護師が精神障がい者の地域生活支援や地域保健師との連携についてどのように取り組んできたか、認識しているかを明らかにすることを目的として、A 病院の看護師および准看護師を対象に質問紙調査を実施した。

質問紙の作成とデータ分析は、現地側看護職である病院看護師と大学教員で検討しながら実施した。調査票の配布と回収、データ入力現地側看護職が実施した。

#### 3．倫理的配慮

本研究の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た（承認番号：0026）。

### ・結果

#### 1．病院看護師と地域保健師の意見交換

今年度は、保健業務連絡協議会精神保健福祉分科会の研究会において、病院看護師が東日本大震災の被災地支援を実施した報告を共有する機会は設けられたが、当該地域における精神障がい者の支援についての意見交換は、日程調整がつかず、実施できなかった。

#### 2．病院看護師の精神障がい者の生活を支えるということに対する意識の調査

##### 1) 目的

病院から地域につなぐ可能性を高めるために、病院看護師が精神障がい者の地域生活支援や地域保健師との連携についてどのように取り組んできたか、認識しているかを明らかにする。

##### 2) 方法

##### (1) 対象

A 病院の病棟に所属する看護師および准看護師 78 名。

##### (2) データ収集方法

無記名の自記式質問紙調査を実施した。

現地共同研究者から A 病院の各病棟看護師長に調査票の配布を依頼し、封筒に入れた調査票を配布した。各病棟に同じ形状の回収袋をおき、記載した調査票は配布時に入れた封筒に入れて封をして回収袋にいれてもらった。期日が来たら回収袋に封をして、現地共同研究者が回収した。

調査内容は、地域保健師との連携の必要性についての考え、連携が必要と感じた経験の有無と内容、連携した経験の有無と内容、地域でのサービスを把握する必要性についての考え、地域保健師との連絡方法、回答者の資格(看護師、准看護師)と精神科以外の勤務経験の有無、である。

### (3) 分析方法

選択肢のある回答については、単純集計を行った。記述の回答については、質問項目ごとに記述内容を分類整理した。

### (4) 調査時期

平成 23 年 11 月。

### (5) 倫理的配慮

調査票の表紙に研究および調査の目的、方法、自由意思による協力、公表の方法、研究代表者と現地共同研究者の問い合わせ先を記載した。調査票は無記名とし、回答者の特性については、資格と精神科以外での勤務経験の有無のみであり、回答者が特定できないようにした。調査票の配布、回収は、現地共同研究者から各病棟の看護師長に調査の目的と方法を説明し、病棟ごとに実施を依頼した。調査票は封筒に入れ配布し、回収時はその封筒に入れて封をして提出を依頼した。各病棟に置く回収袋はすべて同じ形状のものとした。

調査票の表紙に、調査目的、方法、自由意思による協力、公表の方法、問い合わせ先等について記載した。調査票への回答を持って調査協力の同意とみなした。

## 3) 結果

### (1) 回収状況

配布数 78 枚、回収数 54 枚、回収率 69.2%であった。

### (2) 地域保健師との連携の必要性についての考え

患者ケアを行うにあたって、地域の保健師との連携が必要だと思うかについては、「必要だと思う」49 名、「必要と思わない」5 名であった。

「必要だと思う」49 名のうち 35 名からは、必要だと思う理由とそう思った事例についての自由記載回答があった。自由記載の内容は、表 1 に示すように、「退院後の支援のため」12 件、「退院に向けた支援のため」8 件、「入院時、入院中の支援のため」6 件、「退院する際、退院後は地域との連携が必要」6 件、「看護師や病院だけでは支えられないから」3 件、「長期の療養を要する対象者であり継続的な支援が必要」3 件、「保健師との連携が必要と思う患者について」3 件、「支援時期不明であるが、協力が必要、情報を得ることができる」2 件、「入院を長引かせないため」1 件、その他 2 件であった。

**表 1 患者ケアにあたって、地域の保健師との連携が必要だと思う理由**

分類	件数
1. 退院後の支援のため	12
2. 退院に向けた支援のため	8
3. 入院時、入院中の支援のため	6
4. 退院する、退院後は地域との連携が必要	6
5. 看護師や病院だけでは支えられないから	3
6. 長期の治療を要する対象者であり継続的な支援が必要	3
7. 保健師との連携が必要と思う患者について	3
8. 支援時期不明だが協力が必要	2
9. 入院を長引かせないため	1
10. その他	2

さらに、「1. 退院後の支援のため」「2. 退院に向けた支援のため」「3. 入院時、入院中の支援のため」に分類された記載内容において、具体的な支援内容として挙げられていた内容、また、「7. 保健師との連携が必要と思う患者」に分類された記載内容において、具体的な患者の状態として挙げられていたものは、以下の表 2～表 5 の内容であった。

**表 2 退院後の支援のための具体的な支援内容**

入院中の様子を保健師に伝えると役にたつのではないか
情報共有による状態悪化時の対処のため
服薬継続のための見守りが必要
訪問看護でサポートできない部分を支援してほしい
地域で生活していくうえで必要なフォローをしてほしい
地域と患者をつなげてほしい
退院後の地域での調整をしてほしい
訪問による援助をしてほしい
地域では保健師中心にフォローしてほしい
退院後に保健師の支援が必要な場合がある
退院後の支援のため
患者が安心して生活できるため
地域で生活するため

### 表3 退院に向けた支援のための具体的な支援内容

---

地域でサポートできる人がいるか知りたい
地域での患者の受け入れ状態を知りたい
患者がどのような状態であれば地域へ戻れるのかの意見をもらいたい
地域でサポートしてもらいたい
地域へ帰るための支援をしてほしい
退院に向けて働きかけほしい
退院を進めるため
自宅に帰るため
患者が安心して帰るため(2件)

---

### 表4 入院時、入院中の支援のための具体的な支援内容

---

地域での生活の様子を知るため(2件)
生活の場(自宅や周辺環境)を知り、入院中のケアや指導に活かす
情報共有による状態悪化時の対処のため
長期入院患者と家族をつなぐため
詳細不明

---

### 表5 保健師との連携が必要と思う患者の状況

---

家族が高齢など家族を含めたサポートが必要な場合
身寄りのない患者の場合
保健師が入院前からかかわっている場合
社会資源の利用が困難な場合
服薬により安定している患者

---

「必要と思わない」と回答した5名中2名からその理由について記載があり、内容は「連携したことがないのでどういったらよいかわからない」「よくわからない。これまでPSWの連絡で足りていた」といったものであった。

#### (3) 連携が必要と感じた経験の有無と内容

今まで患者ケアを行う中で、地域の保健師との連携を考えたことがある、保健師につないだ方が良いのではと思う事例を経験したことがあるかについては、「ある」22名、「ない」29名、未記入3名であった。

「ある」と回答した22名のうち、実際に保健師と連絡を取った者が9名あり、保健師と連絡を取った方法は、「PSWを通じて」5名、「主治医が連絡した」1名、「ケア会議」1名、「地域移行支援事業」1名であった。実際には連絡を取らなかった者は8名あり、理由は7名の記載があった。内容は、「PSWが連絡している」3件、「連絡手段がない」2件、「保健師の仕事内容がわからない、支援が継続されない」1件、医師と家族の判断による1件であった。

#### (4) 連携した経験の有無と内容

今までに入院患者の支援(入院時・入院中・退院時等)で地域の保健師と連携した経験があるかについては、「ある」14名、「ない」37名、未記入3名であった。

「ある」と回答した14名の実際に経験した事例数は、表6に示した。また、具体的な事例として紹介されていた事例の概要を表7に示した。

表6 地域の保健師と連携した事例数

---

事例数	1	1~2	2~3	3~4	10	未記入
回答者数	4	1	1	3	1	4

---

## 表 7 地域の保健師と連携した事例

### <入院中の支援、退院に向けた支援>

入院前より地域支援センターと関わりがある患者。病棟Nsと保健師間で直接情報交換があったのではないが、月に1度の会議にて情報交換がなされた

家族のみでは生活に問題があった患者。入院生活についての支援のために連携した

支援の方向性を検討するために、合同カンファレンスや家族面談時に連携した

親と同居していた患者。退院に向けて行政とケア会議を開催した

精神科通院中の子と同居していた患者。退院時に退院後の生活のフォローのために連携した

地域移行支援事業

退院支援事業

### <入院時のかかわり>

入院時の患者情報を受ける。アルコール依存症の患者、入院できる病院を紹介し対処してもらった

入院にあたり保健師が介入し、本人を病院に連れてきた

保健所紹介

### <その他>

医療観察法の関係の対応

## (5) 地域でのサービスを把握する必要性についての考え

入院時に患者の地域の生活や、受けていた支援がある場合はその内容（担当者やサービス内容）を知ることが入院中の看護に役に立つと思うかについては、「役立つと思う」49名、「役立つと思わない」1名、未記入1名であった。

「役立つと思う」と回答した49名中31名から、役に立つと思う理由と担当した患者が受けていた支援を確認しているかについての自由記載回答があった。自由記載された入院中の看護に役立つ理由は、表2のように分類された。「退院後をイメージするのに役立つ」8件、「患者のセルフケアアセスメントに役立つ」7件、「患者の全体像を理解するために役立つ」6件、「退院後につなげることができる」5件、「必要である」2件、「入院中のケアに活かせる」2件、「家族の状況を知りたい」1件、「病院と地域で継続的なケアができる」1件、その他2件であった。

表 8 入院時に患者の地域の生活や、受けていた支援が或場合はその内容を知ることが入院中の看護に役立つと思う理由

分類	件数
1. 退院後をイメージすることに役立つ	8
2. 患者のセルフケアアセスメントに役立つ	7
3. 患者の全体像を理解するために役立つ	6
4. 退院後につなげることができる	5
5. 入院中のケアに活かせる	2
6. 必要である	2
7. 家族の状況を知りたい	1
8. 病院と地域で継続的なケアができる	1
9. その他	2

また、31名中7名は、自分が担当する場合に患者の地域の生活や受けていた支援の内容を確認する、と記載しており、5名は確認していない、担当したことがないと記載していた。確認する方法として、本人に聞く以外に、カルテ上の情報を見る、PSWから確認するという方法もとっていた。確認する場合、否定的な内容が多く、先入観を持ちやすくなるという意見もあった。確認していない理由としては、そのような考えがこれまでなかった、患者自身がどこまで知っているかわからないため、といった意見があった。

## (6) 地域保健師との連絡方法

保健師に連絡が必要な場合、どのような方法で連絡を取りますかについては、記載のあった16名のうち、「PSWを通じて」11名、「電話で連絡」2名、「上司や医師を通して」「家族を通して」「経験がな

い」「わからない」各1名であった。

(7) 回答者の資格(看護師、准看護師)と精神科以外の勤務経験の有無

回答者自身については、看護師38名、うち、精神科以外の勤務経験あり19名、なし13名、未記入6名、准看護師11名、うち、精神科以外の勤務経験あり3名、なし2名、未記入6名、資格の未記入5名、うち、精神科以外の勤務経験あり1名、未記入4名であった。

## ・本共同研究の取り組みの成果

### 1. 本共同研究の取り組みを通して看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

モデル的取り組みの実践は、今年度はほとんど実施できなかった。病院看護師への意識調査を実施したことにより、多くの病院看護師が地域保健師と連携する必要があると考えていることが確認できた。しかし、具体的な方法はわからない状況にあることが、意識調査からもうかがえた。

共同研究報告と討論の会において、今年度は県や市町村の保健師から様々な意見があり、また、自立支援法が変わることについても話があり、制度の変化とともに実践が影響を受けることを参加者の間で共有できたと思われる。

昨年度から課題として明確に認識されている病院看護師と地域保健師が連携する具体的な方法がわからない、手段がないという課題の解決策は、明確になっていないままである。制度の変化の内容を確認し、今後の方策を探る必要がある。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識の変化

病院看護師への意識調査の結果については、連携の必要性を多くの病院看護師が考えているという事実を確認できた。病院看護師およびモデル的取り組みを行っている地域の保健師へのこの調査結果の報告は、今後実施予定である。現地側看護職との検討の素材となることを期待している。

### 3. 本学教員がかかわったことの意義

共同研究として実施していたことにより、病院看護師への意識調査が実施でき、現状を確認することができたと思われる。この意識調査結果を、当該病院の看護師、地域保健師と共有し、検討していくことが今後さらに必要である。また、共同研究報告と討論の会において、県下の他の精神科病院、地域の保健師と共有し、検討する機会を設けることができたことは、本学教員がかかわったことの意義と考える。

## ・共同研究報告と討論の会における討議内容

共同研究報告と討論の会において討議したいこととして、「病院看護師と地域保健師が連携して精神障がい者の地域生活支援を実現する方法」を提示した。また、報告の際に、昨年度の本報告会において、病院看護師と地域保健師が連携したくても仕組みがないという問題が確認されたが、その解決の方法は見出せていない。今回は病棟看護師の意識調査を報告したが、地域保健師が病院看護師に連絡を取りたいと考える場面の認識とはズレがあるのではないかと、参加者から意見を申し出ただけでよいということも投げかけた。討議は、共同研究「精神科病院における長期在院患者の退院支援および入院長期化防止に向けた看護」との合同討議として実施した。

まず、市内にある精神科病院と月1回ケア会議を開いて毎回5~10事例の情報共有を行っているという取り組みが保健師から紹介された。事例を通して話し合うことが大事であること、このケア会議のきっかけは、保健師が継続してケア会議を開いたことをきっかけに市と病院の会議として定着したことが説明された。また、来年度から自立支援法の相談業務が充実していくことやケアプランを立ててサービスを利用するようになっていくと、行政の担当部署は福祉部門になっていく。そうすると保健師が所属する保健部署とのかかわりはますます少なくなるのではないかと。しかし、地域包括支援センターなどが担当する高齢者の困難事例は精神疾患をもつ方も多い実態があるといった課題も出された。

県保健師から次のような意見があった。地域移行支援事業に取り組んでおり、関係者の集まる会議は開催している。保健所でのケース検討会は減っており、今後は、自立支援協議会を市町が行い、そこでの検討が中心となってくる。現状としてはケースワーカーや医師との連絡が多く、看護師とのかかわりは少ない。看護師と保健師の考えのズレと言われると、入院した人が退院する際に、会議をしようとする声がかかることは少ない。退院したことを地域では把握できない。どうやってつなげていくとよいか、知恵がほしい。服薬中断や家族とうまくいかずに再入院となることは多く、何とかしたいという思いはあるがケース検討会はできていない。今後、自立支援法での動きが出てくるとまた状況が変わってくるかもしれない。

司会者が実際に連携した事例の紹介を求めたところ、病院での現状として次の意見があった。医療相談室が地域とのつながりの窓口となっている。看護師は3交代で勤務することもあり、連絡がとりにくいかもしれない。行政がかかわって入院したケースは、PSWや医師もかかわっての退院になるので、そういう事例が地域と連携する事例の中心である。また、町保健師から、保健師と病院のか

かわりについて、次のような意見があった。福祉部門の所属だったときは、障がいにかかわる認定調査のために入院中の患者に会いに病院に行った。保健センターの保健師が病院に行くことはない。病院に出向く機会があると看護師がどう患者のことをとらえているかがよくわかる。病棟ではこの患者は家に帰ることができると思っていても、地域では近隣とのトラブルなどを起こしたために、入院が最もよい方法として選択されている場合がある。地域は生活の場である。支援が必要な状態の患者が退院してくると24時間体制で対応しなければならない場合がある。公務員の勤務体制で24時間体制の対応は難しい。その現実の中でどう支えていくかを具体的に考えられる連携ができるとよい。この患者はこの部分で対応が必要など具体的に共有できるとよい。患者は病棟では我慢していても、地域は生活の場であり我慢しなくてもよいということも病棟とは状況が違う。福祉部門に保健師が配置されている市町村は少ない。医療と福祉サービスの分野のつながりが問題である。今後は、自立支援法が変わり、ケアプランがないとサービスが使えなくなる。そうなるケアプラン作成は委託業務になっていくため、保健師がかかわれなくなる。緊急対応の場合だけ保健師が呼ばれるようになるかもしれない。医療につなぐことと、生活を支えることの両方がつながっていくとよいのだが。

県の立場から、自立支援法にかかわって次のような意見があった。今年の4月から自立支援法が変わる。地域移行支援事業の一部が自立支援法に基づく個別給付化される。限られた福祉サービスを効果的に活用する必要がある。精神障がい者がアパートで暮らす場合に、連絡があれば24時間対応ができるような体制も取れるようになるので、行政（保健師）のマンパワー不足を支援する方法の1つとして事業者や医療機関との緊密な連携が求められるところである。

病院看護師の立場から保健師に期待することの発言を求めたところ、次のような意見があった。地域で暮らすという方向に行政の方針があるというが、隣の部屋の音が聞こえるような安いアパートしか見つけられず、精神障がい者にとってはその環境はよい環境ではない。入院するときには保健師が連れてきて、その後のフォローには来なかったため、退院時の支援に困った。地域で精神障がい者の支援を担当する保健師数が少ないのか。精神障がい者はすぐに警察へと言われる。保健師は、精神障がい者への支援を地域住民にどう説明しているのか疑問である。

討議の時間はここまでで終了となった。看護職同士の連携を推進するには、事例への支援の実践をきっかけとして、病院看護師、地域保健師それぞれの考えを共有する機会を増やしていく取り組みが必要である。

## 2. 医療機関における看護の充実

# 糖尿病患者の看護支援方法に関する実践知の探究

南谷絹代(羽島市民病院・健康管理センター)

大内晶美 中村真希 長谷川直美(同・糖尿病・神経内科センター)

大橋靖子(同・外科系総合センター) 平野友恵(同・循環器・呼吸器センター)

政井ゆかり(同・内科外来) 竹内ともみ(同・透析センター)

田村正枝 松本葉子 宇佐美利佳(大学)

## はじめに

糖尿病患者は毎日の生活の中に療養法を組み込んで自己マネジメントを継続していくことが必要であり、生活上の困難や合併症の不安を抱える患者が生き生きとして充実した生活が送れるように看護師は自己マネジメントのパートナーとして患者を支援していくことが重要である。

本取り組みでは、平成13年度より「生活習慣病 糖尿病を有する患者の看護支援」に関する検討会を継続している。これ以降、平成14年度に作成した『糖尿病患者の自己管理行動を引き出す支援モデル』を活用しつつ、事例の看護支援について検討を重ね、支援方法を見出すとともに、これを通じて上記支援モデルを精選してきた。検討会では、看護支援について参加するメンバーのもつ様々な経験から学ぶことも多く、それらの経験を出し合い、事例の支援を検討するとともに病棟・外来と支援を継続することで支援の結果を評価している。そこで23年度は、支援モデルから離れ、臨床現場の事例検討をもとに新たな支援方法を見出すとともに支援方法を他者に伝える形にまとめることを目指す。これらの看護支援に関する状況や経過を事例としてまとめることは、共同研究に参加する看護師の経験を蓄積するとともに、糖尿病患者を支援する他の看護師にも支援方法を伝えることが可能となり、看護支援に関する実践知を創造する一歩として意義があると考えられる。

## 研究の目的

個々の事例について継続して事例検討を行うことにより糖尿病患者の看護支援方法を見出すこと、及び糖尿病患者の看護支援の経過を事例としてまとめ、他者に伝える形にしていくことを目的とする。

## 方法

### 1. 事例検討会について

1) 開催の回数・場所・事例数：平成23年8月～平成24年1月までに本大学で、5回、3事例について検討した。

2) 参加者：現地の看護師と大学教員で組織している共同研究者であり、中途の参加希望者も共同研究者として随時受け入れることとしていたが、今年度は、新たな参加者はなかった。

### 3) 検討会の進め方

現地の看護師がそれぞれの部署で、主に支援の難しい事例について情報をまとめて検討会に提示し、参加者全員で支援方法について検討する。

事例の提示した現地の看護師が検討会で検討された支援方法を実践に活用し、事例のその後の経過を検討会に報告する。さらに支援方法を検討して患者の反応や経過をフィードバックすることを繰り返し、参加者全員で支援の意味を検討した。

事例を提示した現地の看護師が、事例の看護支援の経過をまとめる。

### 4) 対象者

検討事例は継続支援が必要な糖尿病の入院患者あるいは外来通院患者とした。

### 2. 倫理的配慮

本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認(0005)を受けた。現地の管理者には大学の教員が研究の依頼を行い、研究実施の許可を得た。対象患者には、現地の看護師が参加への自由意思、プライバシーの保護、データの管理・使用について明記した説明書をもとに説明し、文書で同意を得た。また、病院の個人情報保護規程を遵守した。

## 結果

### 1. 検討事例の紹介

#### 1) 事例A:(外来～入院～外来)

患者の背景

70歳代 女性 2型糖尿病(糖尿病歴30年以上)

合併症：糖尿病性網膜症・腎症(b期)

既往歴：脳梗塞、大腿骨頸部骨折(2回)

治療方針：インスリン自己注射と内服、食事療法 1360kcal

生活状況：70歳代の夫と2人暮らし。自営と障害年金で生活。

脳梗塞の後遺症で半身麻痺、自宅では電動車椅子自走(移乗は要介助)。

要介護 4 の認定をうけ、週 3 回のデイサービス、訪問介護のサービスを利用し、夫の介護を受けながら、自宅で自由に生活したいと思っている。

#### 患者の看護支援と経過の概要

##### < 事例検討のきっかけ >

何度も入退院を繰り返し、入院の度に糖尿病の教育も行われていたが、なかなか HbA1c 値が下降しないため事例検討を行った。図 1 のグラフからは、一旦は HbA1c が 7 % 台に下降したように見えるが、これは左大腿骨頸部骨折手術後、他院で、リハビリ目的で長期入院していたため、下降したと考えられる。しかし自宅に戻ると、短期間に HbA1c は上昇し、もう一度血糖コントロールのための入院が必要になっていた。



図 1 A 氏の HbA1c の経過

##### < 入院中の支援 >

A 氏の生活はほとんど家庭内別居の状態、自分の食事は自分で作り、時々夫が作った副食が差し入れられる状況であった。このため何度栄養指導を受けても、濃い味付けを好み、量や内容も指導通りには行っていないことが分かった。そこで、まず、栄養指導を A 氏とケアマネジャーやいつも買い物頼むヘルパーと一緒に受けてもらった。その後、合同カンファレンスを A 氏とケアマネジャー、ヘルパー、外来看護師、病棟看護師、社会福祉士、医師とともに開いた。このときは、夫からの介護を A 氏は拒んでいたため、夫はカンファレンスに参加していない。合同カンファレンスでは、食事療法を患者が実施するための工夫などについて話し合いをした。具体的には、味付けはできるだけ薄味にすることを A 氏と約束した。また、ヘルパーに、炊き上がったご飯を指示分量に分け、ラップで包んでおいてもらい、食事の都度温めて食べることで、主食の指示量を守る、ジュースはゼロカロリーのものを選んで購入するなどである。そして、退院時には、夫、次女にもカンファレンスで決めた内容を説明し協力が得られるよう説明した。

##### < 退院後の支援 >

入院中の空腹時血糖は 100 台であったが、退院後の SMBG(血糖自己測定)は上昇しており、HbA1c も下降していない。そこで、外来での継続支援は、おもに、患者と生活の振り返りを行っている。その中で患者自身、「入院中は、口の渇きが少なく、水を飲む量が少なかった」と患者オリジナルのボトルに水を注ぐ回数が少なかったと振り返っている。そこで、看護師は、「飲水が多いときは、血糖が高い可能性がある」と話すと、笑いながら「心当たりがある」「入院中は間食しないから・・・」と自ら摂取カロリーが多かったことを反省していた。また、夫の介護はもう受けないと拒んでいたが、風邪をひいたときに、夫の存在が必要であることを改めて実感していた。食事は自分で調理しており、あまり栄養指導は守れていない。しかし、A 氏は「自分でできることは自分でしたい。みんなに色々やってもらうことは心苦しい」と語り、A 氏なりに、残存機能を維持させたいという気持ちが伺えた。

##### 検討会での検討内容の概要

- \* 規則的な生活を維持できるようにして、食事療法やインスリン注射が行えるようにする。
- \* 患者の血糖コントロールがうまくいかないことで、夫を責めないように配慮する。また、夫の介護負担やストレスに注意する。
- \* 患者が自宅で生活を続けられるように、外来看護師はケアマネジャーやヘルパーと連携していくことが必要である。

## 2) 事例 B : (入院 ~ 外来)

### 患者の背景

50 歳代 女性 2 型糖尿病 (糖尿病歴 11 年)

合併症：糖尿病性腎症（ b 期 ） 糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害  
 既往歴：十二指腸潰瘍、高血圧、高脂血症  
 治療方針：インスリン自己注射と内服、食事療法 1440kcal および運動療法  
 生活状況：夫と長男および姑と 4 人暮らし、夫と自営業を営んでいる。  
 患者の看護支援と経過の概要

< 事例検討のきっかけ >

今回は 5 回目の入院で、前回の入院より約 2 年経過している。糖尿病に関する知識はあるが、なかなか行動変容ができず、HbA1c 値は 12%前後が長期にわたり持続しているため事例検討を行った。（B 氏の HbA1c 値 図 2 参照）



図 2 B 氏の HbA1c の経過

< 入院中の支援 >

入院中に生活（食事）の振り返りを行い、患者はコントロールの良・不良は摂取量が問題だと気がついた。そこで自宅から秤を持ってきてもらい、入院中の食事の量を毎回測定してもらい、自宅での食事と比較してもらった。また、外泊時の食事について振り返りをおこなった。さらに、リハビリで運動することで血糖値が低下することを数値で確認することもできた。B 氏は、主婦として母として家事をこなしつつ、稼業を手伝い、また一人暮らしの実父の支援も行い、毎日多忙に過ごしていることも分かった。そこで、退院後も支援を継続するために、午前中に採血、栄養指導を受け、午後には診察と外来看護師との面談を受け、時間が有効に使えるよう計画した。

< 退院後の支援 >

外来受診を前記のように効率的に行うことにより、外来看護師との面談をゆくり行うことができた。そこで、B 氏は退院後、娘がつわりで食事を作れず、外食を好んだためそれに付き合い、メニューも気にはしていたが指示カロリーが守れない日があることを反省していた。また家族が好きなボリュームのある肉料理が多くなってしまったり、稼業の事務一般は一人で行うなど家族のことを考えて良かれと思ってやっていることが自分の糖尿病の自己管理を不良にしていることにも気がついた。また、風邪をひいて食事がとれず、HbA1c 値は下降していると予測してきたにもかかわらず、HbA1c 値が悪くなったと驚いたことがあった。しかし、看護師が詳しく話を聞くと、食欲がなかったのでおかゆを食べていたが、ご飯量と同じだけおかゆを食べていたり、口当たりの良い高カロリーのもの食べていたことがわかり、この振り返りによって、B 氏の自己管理につながることができた。

検討会での検討内容の概要

- \* B 氏は外来受診時に、担当看護師とともに血糖コントロール状態をもとに生活状況を振り返り、率直に話ができるようになってきている。そこで、患者が努力したことについて話し合い、具体的に次に取り組む目標をみつければいいとよい。
- \* コントロールに関する知識は持っているが、それを実際の生活の中で活用できないでいると考えられる。それを 1 つ 1 つ実際の生活の中で、確認していくことが必要ではないか。

3 ) 事例 C ( 外来 )

患者の背景

40 歳代 女性 2 型糖尿病（糖尿病歴 21 年）  
 合併症：糖尿病性腎症（ネフローゼ症候群：透析導入）、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害  
 既往歴：肺結核

治療方針：インスリン自己注射および食事療法 1440kcal

週3回、1回4時間の透析療法

生活状況：夫と長男夫婦と孫2人と6人暮らし

患者の看護支援と経過の概要

<事例検討のきっかけ>

C氏は20代に糖尿病と診断されたが、家庭の諸事情により治療を中断した時期があり、透析導入・視力障害など糖尿病合併症が悪化してしまった。C氏にもっと関わり、今後どうありたいと思っているのかを聞き、支援につなげたいと思い患者の語りを検討会に提出した。

<通院中の状態>

透析日と非透析日にかかわらず食事内容がほぼ同じでも低血糖を頻発することがある。

透析室入室直前、更衣中に血糖50mg/dlで冷汗も強くなり危険なこともあった。

視力低下が強く、大きな文字しか読めないが血糖自己測定・記録・インスリン自己注射を行うことはできている。

透析室の看護師としてC氏の今後の生活支援を行いたいと思うが、透析患者は一斉に入室し、透析室は仕切りがないのでプライバシーが保てない。また透析終了もほかの患者と重なるため、この患者だけに介入することが難しい状況である。

検討会での検討内容の概要

\*低血糖発作については、食事が影響している可能性はないか確認する。また、視力が悪く正確なインスリン量の注射が行えていないのではないかと、それをインスリンの残量で確認するとよいのではないかと。低血糖を自覚した時点で、C氏なりに対応できないか、現在は水がなくても飲めるブドウ糖があり、これを摂取してはどうか、また、病院では看護師に聞いてから対処しなければいけないと思っているのではないかなどの意見が出された。

\*今後C氏の生活を支えるためには、C氏から少しずつ話を聞いていくとよい。これまでの生活の中でC氏が優先し、大事にしてきたものは何か、透析を続けていくことへの意味を見出すことなどが必要かも知れない。

## ・考察

今回の検討会では、糖尿病と診断されてからの経過が長く、またなかなか糖尿病の自己管理がうまくいかない患者の事例検討を行った。A氏は、糖尿病教育入院以外にも何度も入退院を繰り返し、そのたびに血糖コントロールを行うが自宅では自己管理がうまくいかない事例であった。外来看護師がかかりを持ち始めたころは、年齢や脳梗塞による半身麻痺のためADLは低下しており、自己管理をあきらめているようにも感じる患者であった。しかし、A氏なりに自立して生活していきたいという意欲をもっており、今後は社会資源を活用しながら患者の状態に合わせてサポートしていく必要があると考える。B氏も同様に、ADLは低下していないが、いつ合併症が進行しADLが低下してもおかしくないような状況であり、早急に血糖コントロールを改善してほしいと思う事例である。しかし主婦として母として娘としての役割をはたす多忙さと糖尿病を自己管理することとをうまく調和させていくことがB氏には必要であり、コントロールに必要な知識をB氏の生活の中で1つ1つ実感を持ってわかるように支援していくことが必要ではないだろうか。またC氏においては、糖尿病のコントロールがうまくできず透析に至った患者を、今後はどのように支援していくか検討が必要である。

糖尿病は慢性疾患であり、一生において自己管理を行わなければならない。事例提供看護師は、それぞれの患者の糖尿病看護を語ることで、看護実践を振り返ることができた。またその患者の支援について、看護経験年数・臨床経験などが違う看護師が事例検討に参加することにより、さまざまな視点から糖尿病患者の看護支援を見出すことができた。そして、検討会での看護支援を実践し、その後の経過をもう一度、共同研究の場で検討することで、看護支援の意味を探究するきっかけを導くことができたと考える。

## ・実践知の探究について

実践知とは、技能を習慣的に使い実践に従事しながら得られた知識であり、看護師は、固有の場と時間を共にしながら対象に関わることを通して、多様な実践上の問題を体験し、それらに対処するための能力を習得していく。特に、内省的吟味はその経験からの学びを深め、実践知の蓄積を可能にする<sup>1)</sup>。今回の研究では、実践知というほどの確たるものはみつけられていないが、患者の行動や認識の変化に気づいて、そこに何が影響していたのか、実践を振り返り実践知の探究を行う方法について検討できたと考える。

## ・本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

前年度の目的は支援モデルの精選であったが、今年度は教育支援に関する実践知を追求することに焦点を置き、検討会では他者にそれぞれの実践を伝えることを勧めた。前年度までは、糖尿病患者の努力を知り、その変化の可能性を信じるという教育支援者としての姿勢や役割に関する変化が大きか

ったが、今年度は「実践を語る」ということを促進したことで、共同研究者それぞれが看護実践を振り返り、自分のかかわりの何がどのように患者に影響したのかということを感じたり、「語る」うえでそれを考えたりするようになった。そのことで、患者理解が深まり、信頼関係を築いて血糖コントロールにも良い影響があったという共同研究者の意見もあった。

## 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

現地側共同研究メンバーはそれぞれ異なる部署で共通する看護支援を必要とする患者と関わっている。異なる部署の者同士が検討会に参加することで、例えば入院前の外来支援の実際が検討会を通じて入院支援の実践者に伝わることで、対象理解が深まり、対象者との課題共有が促進され、早期の具体的な支援につながるといったように、効果的な継続支援にむけて協力体制が築けている。また、看護師が介入に困難さを感じた対象を事例として検討していく中で、個人のかかわり際には気づくことができなかつたことに気づかされた、看護支援の結果として患者の状態の改善や行動変容を期待しがちになるが本人のやる気を待つことの大切さを実感したなどの意見が聞かれた。このように看護師自身が変化を認識することは、継続的に支援することへの看護師個々のモチベーションを上げることにもつながるとい共同研究者の発言があった。

## 3. 本学(大学教員)がかかわったことの意義

現場の看護職は実践を語るということに不慣れであり、対象者の状態や変化については語っても、そのような状態や変化への看護職としてのかかわり、そのかかわりの根拠となったことなどを語ることは少なかった。教員がかかわったことで、現地側共同研究者が「実践を語る」ということを促進できたと考える。「語る」ということが感覚として理解できると、次は記述したり、整理したりしながら「語り」から「知」を見出すことにつながれると考える。そこに向かうには、まだ少し「語り」を促進する必要がある。

報告会での発表と討論のあり方に関する事前の打ち合わせや発表と討論を通じて、研究のあり方を修得する機会になったと考える。

また、本研究の取り組みの結果を教員が担当する授業や実習に反映させることで、学部や大学院教育の充実を図ることができる。具体的には検討会で話し合われた事例の概要や経過を慢性疾患患者の看護の実践例として活用させてもらっている。

### ・共同研究報告と討論の会での討議内容

- ・共同研究者の所属部署である健康管理センターはどのような位置づけで、施設の糖尿病患者への看護体制はどうなっているのか？

報告者は健康管理センターに所属しているが、外来という位置づけの中で糖尿病患者と関わっている。

- ・他科の診療科職員とはどのように連携がされているのか？

他科は看護師が診察介助に入っていないこともあり、他科の診療科職員との連携が十分に図れていなかった。外来同士定期的に連絡を取ることは難しい。

複数科を受診する患者を支援する組織体制については一人の看護師が中心となり、問題があると思われる患者については連絡用紙や電話で伝えている。外来看護師が集まって話し合うという機会は少ない(他病院より)。

糖尿病患者の支援体制を立て直すという取り組みを行っている。フローチャートがあり、看護師が問題と感じたら、一人の看護師が中心となってコーディネートしている(他病院より)。

- ・外来 病棟間の連携はどのように行われているか？

緩和ケアチームの支援体制は整え、外来看護師も病棟カンファレンスに参加し連携するよう取り組んでいる(他病院より)。

外来 病棟間でフィードバックすることでモチベーションが上がると考えられる。

- ・事例検討の事例はどのような理由で取り上げられていたのか？

看護師が介入に困難さを感じ、手におえない状態となっている患者を事例として提示した。実際に検討していく中で様々な視点から看護師自身が気づくことができなかつたことに気がつくことができた。

評価基準が明確にできるよう、指標があるとよいかもしいない。

- ・今回の取り組みのように看護師の実践知によって、看護師自身が変化を認識することでモチベーションをあげることができると実感した(共同研究者より)。

## 文献

- 1) 正木治恵監修：糖尿病看護の実践知，P.3 医学書院，2007

# がん患者の在宅療養支援に携わる診療所看護師の看護充実に向けた取り組み

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

## はじめに

2007年の「がん対策基本法」施行により、終末期がん患者の在宅療養支援体制整備が進められている。一方、終末期がん患者は症状の進行が早く多様な身体症状を呈することや、人生の終焉を迎える患者や家族の複雑な心理過程など、在宅で療養生活を送る上で多くの困難がある。そのため、地域の医療機関や在宅療養支援に携わる看護職者が連携を図り支援していくことが求められている。

本研究は、A地域を中心にがん患者の在宅療養支援体制の充実を目指し取り組んでいる。昨年度の結果より、がん患者の在宅療養支援において診療所看護師が果たす役割は大きいと、勤務状況等から自己研鑽の機会が得難いことが確認された。そこで本年度は、がん患者支援に関する診療所看護師の現状および学習ニーズを明らかにし、学習会の開催を通じて看護の充実を図ることを目的とする。

## 取り組みの方法

### 1. 診療所看護師のがん患者支援の現状と学習会に関するニーズ調査

調査対象：A地域において終末期がん患者の在宅療養支援を行っている診療所に勤務している看護職  
調査方法：郵送法による質問紙調査。質問用紙はA4版1枚で、主な質問内容は、過去1年間のがん患者の在宅療養支援の有無と数、がん患者の支援経験がある場合は看取り支援の数、がん患者の在宅療養支援に携わり感じたこと、がん患者の在宅療養支援に関連した学習のニーズである。

### 2. 学習会の開催

A地域の診療所に勤務する看護職を対象に学習会を開催する。学習会終了後、参加者を対象に質問紙調査を実施し学習会の評価を得る。質問用紙はA4版1枚で、主な質問内容は、学習会への評価、今後の希望するテーマである。

### 3. 取り組みの体制

共同研究者による検討会を開催し、学習会の企画、学習会開催後の評価を行う。また、ニーズ調査対象者のリスト作成および学習会当日の講師は現地側看護職が担当する。

## 倫理的配慮

質問紙は無記名とし、郵送法質問紙調査では質問紙とともに研究の趣旨と目的、方法を記した文書を添付し返送をもって研究協力の同意を得た。また、学習会の質問紙調査においては口頭で説明し同意を得た。本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会において承認を得ている（承認番号0006）。

## 結果

質問紙調査の分析方法は選択肢については其々その数を集計し、自由記述については内容の類似性に従って集約しカテゴリーとしで示した。

### 1. がん患者支援の現状と学習会に関するニーズ

9ヶ所の診療所に勤務する37名の看護師へ質問紙を郵送し24名より返送され回収率は64.8%であった。

#### 1) がん患者の在宅支援および看取り支援の状況

がん患者の在宅支援については、有りが13名、無しが10名、未記入が1名であった。がん患者の支援を経験している13名看護職の内、支援したがん患者数4名と回答した看護職が7名と最も多く、次いで11名であった。また、看取り支援をした患者数は5名と回答した看護職が4名と最も多く、支援経験なしは3名であった。結果を表1、2に示す。

表1 がん患者の支援状況 n=13

支援した患者数	看護職数
11	4
5	1
4	7
3	1
合計	13

(単位:名)

表2 看取りをした患者数 n=13

看取りをした患者数	看護職数
11	1
5	4
4	1
2	1
1	3
0	3
合計	13

(単位:名)

## 2) がん患者の療養支援に携わり感じたこと

がん患者の在宅療養支援で感じたこと、支援の経験が無い場合は難しい・困難と感じていることについて尋ねた。その結果、21名より35の記述が得られ、在宅療養に対する患者と家族との思いが異なるときの対応の難しさ 状態の悪化や急変に伴う家族の動揺・負担の増加を感じる がん患者とのコミュニケーションの難しさ がん患者へのケア経験が少ないこと等による実践への不安 がん性疼痛に対するケアの難しさ を含む15のカテゴリーに分類された。結果を表3に示す。

表3 がん患者の在宅療養や看取りに関わって感じたこと。難しい・困難と感じる事(回答人数21名、記述数35)

カテゴリー	記述内容
在宅療養に対する患者と家族との思いが異なる時の対応の難しさ	患者と家族の気持ちが必要時も一緒とは限らないので、自分がその立場になった時どう対処していいのか困った。私が終末期を在宅療養したいと思う気持ちと家族に迷惑をかけてしまうのではないかと考える気持ちが複雑に入り乱れている。 患者さんが認知症で、本人とご家族様との思いに相違がある場合、どちらの意見も尊重したいが、やはり介護者であるご家族の意見が中心になりがちですので、少しでも患者さんの思いを優先させることが課題となります。
家族との関わりの難しさ	患者さんはもちろん、家族の方との関わりが難しいと思います。
状態の悪化や急変に伴う家族の動揺・負担の増加を感じる	家族が患者の症状の悪化に対応しきれずパニックになること。 患者さんを見る家族の受け入れが、退院してきてからと状態が悪くなった時との理解ができていないことがあり、すぐに電話されてきたりして困った 看取ると覚悟を決めた家族も、患者の様子が変わると不安が大きくなったり、負担が増したりと家族のケアも難しい。 がんと言ってしまうと、疼痛を伴う方や呼吸困難を生じる方など苦痛を伴う方の在宅はご家族の方の精神的負担が大きいのと思われまます。しかし、ご本人が在宅を希望される場合は、医療、介護などサポートをしながら終末期を迎えればと思います。 在宅で看取る場合、家族の協力が大切だと思います。日々変化する病状の変化を、ご家族が理解されれば看取りはできますが、ご家族の不安に十分対応できない場合は、病院にお願いしています。
個別の状況を踏まえながら、家族との信頼関係を構築していくことの難しさ	家族背景、経済的環境等によるいろいろな諸問題にそれぞれ違いがあり、少しずつ解決しながら家族との信頼関係を深めていくのが1番最初の難問に思える。 終末期に向けて症状の変化に家族の心を大切に接する。接したいのですが、どう対応すればよいのか限られた時間内で難しさを感じます。
在宅での看取りに理解を得られるような説明	看取りに対してご理解をいただく際の説明の仕方等。
介護する家族が認知症の場合の支援の難しさ	家族に認知があると、説明の理解できず、同じことを何度も聞いてきたり、夜中になると不穏になり、何度も起こされて困った。
在宅に伴う経済的不安	経済的不安 精神のケアに不安を感じます。
がん患者への精神的なケアへの不安	ターミナルケアについて、尊厳死、メンタル面の支えになる知識不足。 精神的ケアにどのように対応していけば(良いのか)。 がん患者様の家族に対するケア。(心のケアや在宅療養するにあたっての処置の仕方など)
がん患者とのコミュニケーションの難しさ	がん患者さんとの会話が難しいと思いました。世間話をする分にはいいですが、疾患の話になるとどこまで話していいか難しいです。 告知がされている場合、最期の時間が近づいてきて患者本人が最後はどうなるのか、いつなのかと切羽詰った状態で問われてきた時に、看護師としてどのような言葉をかけていけばいいのか考えてしまいます。
がん患者へのケア経験が少ないこと等による実践への不安	関わったことがありません。訪問看護師との連携、家族や患者とのコミュニケーション、急変による対応など、経験が無いので分からない事ばかりです。 看取り終末期にあたり、状態がかなり不安定な時に、私たち自身の経験が少ないため、不安を生じることがある 看護をすることの不安
がん患者の在宅療養をどこまで支援できるかに対する不安	どこまで患者さん自身のことを把握できるか? その中から問題点を見つけ出し、どこまで対処していけるか。 変化に応じた適切な看護の選択をしていけるか がん患者の在宅療法では、日常生活での対応や患者に対しての援助が、どこまで続けられるかが不安になります。
関わることができる時間が限られており対応が十分できない	診療の間の往診時での関わりが多く、1回に十分な時間がとれず、身体状況の把握や、家族への配慮が不十分。
在宅療養に対する患者と医療者との思いの違い	癌患者は自分の状態を告知されるケースがほとんどであるが、医療側の考え、患者に対する思いと患者本人の思いは必ずしも一致しない。例として「本人は、家でやり残したことをやりたいと思っているはずだ」と家族に話すケースもある。本当にそうだろうかと疑問に思うこともあった。病院でターミナルを迎えることがよいとは言えないが、不安の強い中で在宅では、医療者の患者・家族へ話す言葉そのものが、患者の気力・家族の癒しにつながると感じたケースがあった。
がん性疼痛に対するケアの難しさ	がん性疼痛が出現した場合、対応が困難。当院では麻薬を扱っていないため。 ペインコントロール。 モルヒネなどの薬剤管理、疼痛やむくみに対しての処置、知識のある医師からの指示。個人医院では末期がん患者の治療は多くないため難しい。 ペインコントロールをみていく上で、麻薬に対しての知識が十分でないため、医師への報告がしかりできていないのではないかという不安。 痛みのケア。 がんの痛みに対する処方難しさ。勤務している医院では麻薬は処方しないため。 疼痛に対する不安。 疼痛の緩和ケアも難しいと思いました。
急変時の対応への不安	急変時の対応 夜間の急変時の対応。

### 3) がん患者の在宅療養支援に関連した学習のニーズ

がん患者の在宅療養や看取りに関わる上で習得したい技術・知識・得たい情報について尋ねた結果、15名より21の記述が得られ、がん患者や家族への精神的ケアについて がん性疼痛に対するケアについて を含む9のカテゴリーに分類された。結果を表4に示す。

表4 がん患者の在宅医療や看取りに関わる上で、習得したい知識・技術、得たい情報について(回答人数15名、記述数:21)

カテゴリー	記述内容
がん患者や家族への精神的ケアについて	私は実際に関わったことがなく、知識・技術もありません。患者が何を望んでいるのか、気持ち(心)を分かってあげられる事が大事かと思えます。
	心のケアで協力してもらえる専門機関。
	精神的ケアの看護等を学んでいきたい。
	精神的援助、言葉の在り方。
	患者様や家族への対応の仕方。 精神的なサポート。
がん性疼痛に対するケアについて	ペインコントロールの方法。いかに状態を改善していけるかの工夫。
	医療用麻薬(ベース、レスキュー)に対しての本人の観察点。
	ペインコントロールについて。
	疼痛緩和において、痛みを観察し、オピオイド変換等について学ぶことができましたが、さらに情報を得たいと思います。
	痛みに対しての麻薬の投与量。 疼痛の緩和ケアについて、いろいろ知りたいです。 疼痛緩和。
呼吸介助法	呼吸介助の方法。
褥瘡処置の最新情報	褥瘡に対する最新の処置の仕方。
病状に合ったケアや観察	病状にあったケアや観察などで注意すべき点。
がん患者の身体的変化	終末期へ向けての身体状況の変化
24時間点滴などの操作法と物品	24時間点滴などの必要物品、操作方法が知りたいです。
多様な事例からの学び	いろいろな症例を聞き参考にしていきたい。
がん患者への支援全般	私はまだがん患者の在宅療養に関わっていないため、麻薬の使い方や終末期を介護する家にとのように対応していったらよいのか各方面から勉強していきたいです。
	がん患者に対しての知識や技術をどのように情報を得て看取りをすれば効果的にいいのか習得したいです。

### 4) 学習会の開催日時

開催する曜日と時間帯については15名より回答があり、土曜日が6名と最も多く、次いで木曜日3名、日曜日2名、その他4名であった。また開催時間については、時間帯の幅はあったが、殆どが午後を希望していた。

## 2. 学習会の開催と参加者による評価

### 1) 開催までの準備

事前のニーズ調査結果において土曜日と午後の開催希望が多かったことを踏まえ、開催日時は平成24年1月28日(土曜日)15時30分~17時に決定した。また、看護職が気軽に参加できることを目指し、テーマを「看護の集い がん患者を知ろう」とし、プログラムは 終末期がん患者の特徴についての講義、看護師のリラクゼーション体験、参加者の交流会の3つを企画した。開催場所は現地側共同研究者の所属施設であり、地域の中核病院としての役割を担うA病院とした。開催の案内は診療所30ヶ所と1病院に郵送し、参加希望者にA病院にFAXで連絡を求めた。

### 2) 学習会の開催と参加者の評価

4ヶ所の診療所と2病院から17名の看護師の参加を得た。当初は 終末期がん患者の特徴についての講義、看護師のリラクゼーション体験、参加者の交流会の3つを企画したが、時間の都合上実施したのは 終末期がん患者の特徴についての講義、看護師のリラクゼーション体験の2企画であった。

会終了後に全員にアンケート調査を配布した結果、16名より提出があり、その内15名から研究協力の同意が得られた。学習会の評価として、良かった14名、どちらでもないが1名であった。また、評価についての自由記述では13名から18の記述が得られた、 終末期がん患者やケアについて学べた 今後のケアや取り組みに活かしたい 内容・説明が分かりやすかった を含む11の意見が得ら

れた。結果を表5に示す。

開催日時については、適切であった11名、変更が必要1名、どちらでもないが3名であった。また、開催場所については、適切であったが12名、どちらでもないが3名であった。

今後希望するテーマとしては5名から6つの回答を得た。がん患者に関連する内容では、「同様のテーマを継続し事例等を用いての解説」「人生の終末について」の2つ、がん患者に特化しないものとして「胃瘻・褥瘡について」「生活習慣病の外来指導」「療養病床のありかた」「老々介護について」の4つであった。

表5 「看護の集い」の評価

(回答人数:13名 記述数18)

終末期がん患者状態やケアについて学べた	職場には訪問看護はないのですが、終末期の患者様のケアについて勉強させて頂いて、とてもよかったですと思います。
	終末期について考えることができた。
	終末期にある患者の状態について確認できた。
	がん患者さんの終末期の流れがよくわかった
今後のケアや取り組みに活かしたい	がん患者の支援について。ケアのポイントや家族に対するケアなど、たくさん学ぶことができたため。
	外来勤務をしながらの関わりとなるので、ポイントを注意しながらサインを見逃さず接していけるよう心掛けたいと思います。
	今日で理解したことを頭において在宅に努めようと思います。
内容・説明が分かりやすかった	今後、Pt・家族・医療スタッフの終末期ケアを地域全体で取り組んでいきたいです。
	内容はわかりやすかった。これからの仕事に活かしていけそうです。
座談会で看護師の意見が聞きたかった	終末期のがん患者・家族に対するケア方法、わかりやすい説明でよい。
	在宅でのがん患者さんへの対応は、常にケースバイケースで悩み多い。このような会での学習は良いと思います。できれば座談会まで行って多くの医院の看護師さんの意見が聞けるとよかったです。
がん性疼痛ケアについて学べた	がん患者さんの疼痛の援助ケアについては、なかなかがん患者様をケアする機会が少ないので勉強になりました。
はじめて知った内容もあり良かった	内容についてはわかっている内容もあれば、はじめて知った内容もあり良かったと思います。
スピリチュアルペインについて知りたい	スピリチュアルペインに対してのケアをもう少し詳しく知りたい
家族へのケアについて学べた	ターミナルケアに携わることが自分ではまだ症例がほとんどないため、今回の家族に対するケアなどの話を聞かせて頂き勉強になりました。
家族との接し方が難しい	がん患者の支援は難しいです。家族との接し方が思うようにいきません。
ケアポイントやこれまで自然にできていたことが明確になった	説明も分かりやすく、経過を追っていく上でケアに気を付けなければならないこと、今までやってきた中で自然とできていたことが明確になってきたと思います。
学習を継続したい	時々、がん患者様の看取りのケアをすることがあるので、その時まで勉強したいと思います。

### 3. 共同研究者による学習会の評価

学習会後に検討会を開催し、共同研究者間で評価を行った。

#### 1) 学習会に参加した感想

質問紙調査の結果や当日の会参加者の様子から、会全体としては概ね良かったと評価した。反省点として、当初予定していた交流会が開催できなかったことや、参加者に日々の看護で困っていることを尋ねながら講義を進められると良かったのではないかとといった意見が挙げられた。

#### 2) 今後への提案

今回初めての試みであったが、診療所で活動する看護職の学習ニーズに応えるためにも、今後も学習会を継続していく必要があることが確認された。実施方法として、年4回程度の開催で年度当初に年間計画を各診療所に知らせることや、実施後にはニーズレターを作成し各診療所に活動状況を伝える工夫も必要であるとの提案がなされた。また、講義形式だけでなく看護の実践場面を通じ学ぶ機会を提供する方法もあるといった意見も出された。一方、本取り組みは、がん患者が安心して在宅で療養生活を送れることを目標としていることから、診療所・病院・訪問看護ステーション・福祉施設等でがん患者を支援する看護職が交流できる会の開催を検討していく必要性についても意見が出された。

## ・本事業の成果評価

### 1．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

前年度までの取り組みから、がん患者の在宅療養支援において診療所看護師の果たす役割は大きい  
が、一方で勤務状況等から自己研鑽のための学習の機会が得難い現状を確認し、診療所看護師の学習  
ニーズの把握とその結果に基づく学習会の開催に取り組んだ。その結果、事前のニーズ調査において  
は64.8%の回答が得られ、がん患者への支援において診療所看護師が困難と感じていることや学習の  
ニーズを明らかにすることができた。また、学習会については1回のみで開催であったが、17名の参  
加が得られ、実施後の質問紙調査結果からも良好な評価を得ることができた。本年度の取り組みのみ  
で診療所看護師の看護実践に変化をもたらすには至っていないが、今回の参加者の評価等から、看護  
実践の改善に向けた取り組みの方法として妥当であることが確認できたと考える。

一方、現地側共同研究者については、事前準備や当日の講師の担当等、会の開催において中心的に  
役割を担い、更に事後の検討会において学習会継続の必要性や充実に向けた具体策を提案するなど、  
がん患者の在宅療養支援の充実に向け積極的な姿勢が示されている。これらのことから、今後継続し  
て取り組むことで明確な変化をもたらすことが期待できると考える。

### 2．現地側看護職者の受け止めや認識について

前項でも述べたように、学習会開催において積極的に取り組み、今後も継続していくことを希望し  
ている。また、本年度の活動を通じて、在宅療養支援に携わる看護職と顔の見える連携が取れるよう  
になったことや、在宅療養支援の現状を把握することで、病院で何をすべきが分かったといった意見  
が確認されている。

### 3．本学教員がかかわったことの意義

看護実践の改善には至っていないが、A地域の特徴を踏まえた、がん患者の在宅療養支援の充実に向  
けた方略を現地側共同研究者とともに検討する機会となっている。大学教育の充実ににおいては、本取  
組みの結果はがん患者支援に関連する授業の題材として活かされている。看護職者の生涯学習支援  
の点では、勤務状況等から学習の機会が得難い診療所看護師に対して学習の機会を提供でき、また本  
取り組みを通じて共同研究者が自らの看護や地域の課題を考える機会となっている点で意義があると  
考える。

## ・共同研究報告発表と討論の会での討議内容

がん患者の在宅療養の現状について、訪問看護は充実しているがん患者を支援する診療所医師が少  
なく患者の希望が叶わない現状に対して、訪問看護師の熱意が医師を動かすこともあるため、看護師  
が診療所医師に対して継続的に支援の必要性を訴えていくことが重要であるとの意見があった。

診療所看護師の学習会については、勤務状況等から今回のような学習機会を継続して企画すること  
は必要であり、方法としては困難事例の検討会や地域の看護を担う訪問看護ステーション看護師と診  
療所看護師が共に参加する学習会等も効果的ではないかとの提案があった。一方、学習会の継続につ  
いては、誰が企画運営するかといった人材の問題や、運営時の経費等の問題などがあり、継続してい  
くためにも企画運営側に診療所看護師の参加を募っていくことの必要性が意見として挙げられた。ま  
た、学習会だけでなく普段の看護活動の中で、診療所看護師が困っていることがあれば一緒に考え行  
く姿勢であることを病院や訪問看護ステーションの看護師が発信していくことも必要であるとの提案  
があった。

これ以外に、所属病院において未だ在宅療養支援を目的とした部門が整備されておらず、退院時共  
同指導もなされていないため、在宅移行後に直ぐに再入院する事例が多いといった現状があるが、今  
回の発表を聞き、退院後の患者を支援する医療専門職と少しずつ交流しながら情報共有をしていき  
たいとの意見があった。

## 医療機関における認定看護師の活動の充実に向けた検討

垣根美幸（久美愛厚生病院 感染管理認定看護師） 島中小百合（久美愛厚生病院 師長）  
冨田和代（久美愛厚生病院 師長） 沖本貴秀（久美愛厚生病院 がん化学療法看護認定看護師）  
畑尻拓朗（久美愛厚生病院 皮膚・排泄ケア認定看護師）  
藤澤まこと 北村直子 武田順子（大学）

### ．目的

認定看護師がその役割・機能を十分に発揮するためには、医療機関内で認定看護師の専門性が理解され、患者・家族の療養生活支援において病棟看護師と協働できる体制を構築することが必要である。A病院では4年前に認定看護師が1名活動を開始し、現在3名が活動しているが、認定看護師の活動の場は限定的で、病棟看護師がその活動をどのように理解・評価しているのかは十分に把握できていない現状がある。そこで、本研究は、認定看護師の活動の充実を目指し、その方向性を検討するために、ラダー別に分かれたグループインタビューを企画・開催した。今年度は、基礎コース、プリセプターコースの看護師のグループインタビューの意見内容から、認定看護師の活動に対する院内の看護師の認識を把握し、認定看護師の活動の充実に向けた課題を明確にする。

### ．A病院の認定看護師の活動

A病院では、平成19年より感染管理認定看護師が活動を開始し、平成22年度から専従となり院内において組織横断的な活動を行っている。平成22年からは、がん化学療法看護認定看護師が活動を開始し、外来化学療法室スタッフの業務と兼任で活動を開始している。そして、平成23年には皮膚・排泄ケア認定看護師が、病棟スタッフとしての業務と兼任で活動を開始している。このように当該病院では現在3名の認定看護師が在籍しているが、各々が認定看護師としての役割を遂行できていないと感じている。そこで、活動を充実させるためには、まず当該病院の看護師が認定看護師活動をどのように認識し、何を求めているのかを明らかにする必要がある。

### ．方法

#### 1．看護師の認定看護師の活動に対する認識を把握するためのグループインタビューの実施

1) 研究対象者：院内9部署において、調査日当日に勤務している看護師を対象とした。

(1) 基礎コース（卒後1～3年目）看護師5名、プリセプターコース（卒後4～8年目）看護師6名。

(2) 師長・主任・チームリーダー・サブリーダー看護師26名。

2) 調査方法：ラダーコース別に分かれた看護師と現地側共同研究者である認定看護師、教員が同席し、調査内容に沿ってグループインタビューを実施した。グループインタビューの司会進行は大学教員が担い、1時間程度の意見交換を行った。

(1) 基礎コース看護師グループ5名、プリセプターコースグループ6名の2つのグループに分かれ、認定看護師も2つのグループに分かれて同席し、1時間程度のグループインタビューを実施し、その意見内容を録音した。

(2) 師長・主任・チームリーダー・サブリーダー26名を3グループに分け、各グループに認定看護師が1名ずつ同席し、1時間程度のグループインタビューを実施し、その意見内容を録音した。

3) 調査内容：認定看護師の役割に対する認識、認定看護師の活用経験、認定看護師との関わりでよかったこと悪かったこと、認定看護師への期待、認定看護師活用における望ましい体制等。

なお、本年度は(1)基礎コース、プリセプターコースの看護師のグループインタビューから得られた結果を分析し、報告する。

4) 分析方法

グループインタビューの録音を逐語録とし、分析対象とした。グループインタビュー参加者の発言を意味内容で区切り、意味を損なわないように要約したものを意味内容の類似性に沿って分類した。分析作業は現地共同研究者と大学側研究者が一堂に集まり討議する、もしくは現地と大学とでメール等でやりとりをしながら行った。

#### 2．共同研究者間での認定看護師の活動充実に向けた課題の明確化

グループインタビューで把握された看護師の認定看護師の活動に対する認識をもとに、共同研究者間で検討し、課題を明確にする。

#### 3．倫理的配慮

本研究の計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の審査を受け、承認を得た（承認番号0021）。また、対象となる病院の看護部長に文書を用いて研究内容を説明し承諾を得た。なお、グループインタビューの内容は、事前に参加者全員の了承を得て録音し、逐語録では個人が特定されないよう記号化し、匿名性を保障して分析を行った。

## ・結果

### 1. 看護師へのグループインタビューから得られた認定看護師活動に対する認識

A病院の卒後1~3年目の基礎コース看護師グループ5名、卒後4~8年目のプリセプターコース看護師6名の2つのグループに分かれ、1時間程度のグループインタビューを実施し、認定看護師の役割に対する認識、認定看護師の活用経験、認定看護師との関わりでよかったこと悪かったこと、認定看護師への期待、認定看護師活用における望ましい体制等について、自由に意見交換を行い、その発言内容を録音し、逐語録とした。そのグループインタビュー参加者の発言を意味内容で区切り、意味を損なわないように要約したものを意味内容の類似性に沿って分類した。以下にその結果を示す。その際【 】が大分類を、< >が中分類を、「 」が小分類を示す。

#### 1) 基礎コース看護師の認定看護師活動に対する認識

基礎コース看護師のグループインタビューでの発言内容の要約は36件あり、それらを意味内容で分類した(表1)。基礎コース看護師のグループインタビューから得られた認定看護師活動に対する認識は、【認定看護師活動における要望】22件、【認定看護師の活動に対する認識】9件、【認定看護師活用時の問題】5件の3つに分類された。

もっとも意見の多かった【認定看護師活動における要望】は、<認定看護師の患者ケアの実際から学びたい>7件、<認定看護師の患者への直接ケアを知りたい>5件、<認定看護師の患者ケアをわかりやすく正確に伝えてほしい>4件、<認定看護師の専門的知識・技術を伝えてほしい>4件、<認定看護師の患者ケアを病棟で共有したい>2件の5つに分類された。

さらに<認定看護師の患者ケアの実際から学びたい>には、「認定看護師の患者ケアの場に同席し、一緒に関わることがケアの質を高めるためには効果的である」4件、「認定看護師の患者ケアを学び同様のケアが提供できるようにしたい」2件、「認定看護師のアセスメントを聞くことで勉強になる」1件があった。また、<認定看護師の患者への直接ケアを知りたい>には「認定看護師の患者への直接ケアを知りたい」3件、「認定看護師が患者へ説明を行った場合は、患者が病棟看護師にもその内容を尋ねることがあるので説明内容を確認している」1件、「認定看護師が患者に介入する際にはその場に一緒に入り、カルテをみたりしている」1件があった。<認定看護師の専門的知識・技術を伝えてほしい>には、「認定看護師の知識を伝える学習会をしてほしい」2件、「認定看護師に相談すると、適切な新しい技術を教えてもらえる」1件、「病棟看護師が困ったときに助言が得られ、看護師の勉強にもなる」1件があった。そして<認定看護師の患者ケアを病棟で共有したい>には、「認定看護師の援助が患者の看護計画に反映されずに援助が共有されていない」1件、「記録や同席した看護師が伝達することで、認定看護師の直接ケアを共有している」1件があった。

次に意見の多かった【認定看護師の活動に対する認識】は、<認定看護師の関わりにより患者の状態が改善する>4件、<認定看護師は能力があり、適切な助言が得られ、頼りになる存在である>3件、<病棟看護師が対応困難な場合に認定看護師を活用する>2件の3つに分類された。

さらに<認定看護師の関わりにより患者の状態が改善する>には「認定看護師が患者と関わることで、病棟看護師の関わりとは違った患者の反応がある」2件、「認定看護師の看護ケアにより患者の状態が改善する」2件があった。そして<病棟看護師が対応困難な場合に認定看護師を活用する>には、「定期的な回診で認定看護師に関わってもらい、トラブル時に来てもらうという関わりが多い」1件、「自分たちで判断が難しい場合に認定看護師に連絡をとる」1件があった。

そして【認定看護師活用時の問題】は、<認定看護師活用の判断はむずかしい>3件、<認定看護師の介入後に自分が十分に対応できない場合がある>2件の2つに分類された。さらに、<認定看護師活用の判断はむずかしい>には「上司を通して必要性を判断して認定看護師に連絡する」2件、「認定看護師に連絡する判断がつかない」1件があった。

#### 2) プリセプターコース看護師の認定看護師活動に対する認識

プリセプターコース看護師のグループインタビューでの発言内容の要約は37件あり、それらを意味内容で分類した(表2)。プリセプターコース看護師のグループインタビューから得られた認定看護師活動に対する認識は、【認定看護師の活動に対する認識】17件、【認定看護師活動における要望】11件、【認定看護師活用時の問題】6件、【認定看護師を活用する上での望ましい体制・工夫】3件の4つに分類された。

もっとも意見の多かった【認定看護師の活動に対する認識】は、<認定看護師の活動により看護の質が向上した>7件、<認定看護師は最先端の知識を持ち、スタッフを教育する役割をもつ>5件、<認定看護師の関わりで患者の状態が改善した>3件、<認定看護師の活用は相談して依頼する>2件の4つに分類された。

表1 基礎コース看護師のグループインタビューから得られた認定看護師活動に対する認識

大分類	中分類	小分類
認定看護師活動における要望(22件)	認定看護師の患者ケアの実際から学びたい(7件)	認定看護師の患者ケアの場に同席し、一緒に関わることがケアの質を高めるためには効果的である(4件)
		認定看護師の患者ケアを学び同様のケアが提供できるようにしたい(2件)
		認定看護師のアセスメントを聞くことで勉強になる(1件)
		認定看護師の患者への直接ケアを知りたい(3件)
認定看護師の患者への直接ケアを知りたい(5件)	認定看護師の患者への直接ケアを知りたい(5件)	認定看護師が患者へ説明を行った場合は、患者が病棟看護師にもその内容を尋ねることがあるので説明内容を確認している(1件)
		認定看護師が患者に介入する際にはその場に一緒に入り、カルテをみたりしている(1件)
		認定看護師の患者ケアをわかりやすく正確に伝えてほしい(4件)
認定看護師の患者ケアを病棟で共有したい(2件)	認定看護師の患者ケアをわかりやすく正確に伝えてほしい(4件)	認定看護師の知識を伝える学習会をしてほしい(2件)
		認定看護師に相談すると、適切な新しい技術を教えてもらえる(1件)
		病棟看護師が困ったときに助言が得られ、看護師の勉強にもなる(1件)
認定看護師の患者ケアを病棟で共有したい(2件)	認定看護師の患者ケアを病棟で共有したい(2件)	認定看護師の援助が患者の看護計画に反映されずに援助が共有されていない(1件)
		記録や同席した看護師が伝達することで、認定看護師の直接ケアを共有している(1件)
		認定看護師の活動に対する認識(9件)
認定看護師の活動に対する認識(9件)	認定看護師の関わりにより患者の状態が改善する(4件)	認定看護師の看護ケアにより患者の状態が改善する(2件)
		認定看護師は能力があり、適切な助言が得られ、頼りになる存在である(3件)
		病棟看護師が対応困難な場合に認定看護師を活用する(2件)
認定看護師活用時の問題(5件)	認定看護師活用時の判断はむずかしい(3件)	定期的な回診で認定看護師に関わってもらい、トラブル時に来てもらうという関わりが多い(1件)
		自分たちで判断が難しい場合に認定看護師に連絡をとる(1件)
		上司を通して必要性を判断して認定看護師に連絡する(2件)
認定看護師活用時の問題(5件)	認定看護師活用時の判断はむずかしい(3件)	認定看護師に連絡する判断が見つからない(1件)
		認定看護師の介入後に自分が十分に対応できない場合がある(2件)

さらに<認定看護師の活動により看護の質が向上した>には「認定看護師と一緒にケアすることで意識が高められ看護の質が向上した」4件、「認定看護師に相談したことで、知識技術が習得できた」3件があった。そして<認定看護師は最先端の知識を持ち、スタッフを教育する役割をもつ>には「認定看護師は特定分野の最先端の知識をもち、スタッフを教育する存在である」3件、「専門的分野の高い知識を持ちながらも医師より身近で聞きやすい存在である」2件があった。

プリセプターコース看護師の認識で次に意見の多かった【認定看護師活動における要望】は、<認定看護師の活動を伝えてほしい>5件、<認定看護師のケア方法を確実に共有したい>3件、<認定看護師との関わりを通して自身の能力を高めたい>2件、<認定看護師資格取得についてのアドバイスがほしい>1件の4つに分類された。さらに<認定看護師の活動を伝えてほしい>には「認定看護師の活動実践、活動スケジュールを具体的に知らせてほしい」3件、「定期的勉強会で認定看護師の活動や知識を伝えてほしい」1件、「認定看護師の知識・活動を広く伝える機会があるとよい」1件があった。そして<認定看護師との関わりを通して自身の能力を高めたい>には「認定看護師の知識技術を得て能力を高めたい」1件、「自身の知識を深め判断能力を高めたい」1件があった。

【認定看護師活用時の問題】については、<認定看護師に依頼しにくい状況がある>6件があり、「訪問看護では活用ルートが確立されておらず、依頼しにくい」3件、「依頼する際に迷いがある」2件、「健診部門では認定看護師活用の機会がない」1件があった。また、【認定看護師を活用する上での望ましい体制・工夫】は、<認定看護師を効率的に活用する病棟の工夫が必要である><知識を広めるための中核となる人・チームが必要である>の2つに分類された。<認定看護師を効率的に活用する病棟の工夫が必要である>には「認定看護師を効率的に活用するために相談事を病棟で取りまとめるとよい」2件があった。

表2 プリセプターコース看護師のグループインタビューから得られた認定看護師活動に対する認識

大分類	中分類	小分類
認定看護師の活動に対する認識(17件)	認定看護師の活動により看護の質が向上した(7件)	認定看護師と一緒にケアすることで意識が高められ看護の質が向上した(4件)
		認定看護師に相談したことで、知識技術が習得できた(3件)
		認定看護師は最先端の知識を持ち、スタッフを教育する役割をもつ(5件)
		認定看護師は特定分野の最先端の知識をもち、スタッフを教育する存在である(3件)
		専門的分野の高い知識を持ちながらも医師より身近で聞きやすい存在である(2件)
	認定看護師の関わりで患者の状態が改善した(3件)	
	認定看護師の活用は相談して依頼する(2件)	
認定看護師の活動における要望(11件)	認定看護師の活動を伝えてほしい(5件)	認定看護師の活動実践、活動スケジュールを具体的に知らせてほしい(3件)
		定期的勉強会で認定看護師の活動や知識を伝えてほしい(1件)
		認定看護師の知識・活動を広く伝える機会があるとよい(1件)
		認定看護師のケア方法を確実に共有したい(3件)
		認定看護師との関わりを通して自身の能力を高めたい(2件)
		認定看護師の知識技術を得て能力を高めたい(1件)
		自身の知識を深め判断能力を高めたい(1件)
	認定看護師資格取得についてのアドバイスがほしい(1件)	
認定看護師活用時の問題(6件)	認定看護師に依頼しにくい状況がある(6件)	訪問看護では活用ルートが確立されておらず、依頼しにくい(3件)
		依頼する際に迷いがある(2件)
		健診部門では認定看護師活用の機会がない(1件)
認定看護師を活用する上での望ましい体制・工夫(3件)	認定看護師を効率的に活用する病棟の工夫が必要である(2件)	認定看護師を効率的に活用するために相談事を病棟で取りまとめるとよい(2件)
		知識を広めるための中核となる人・チームが必要である(1件)

## 2. 共同研究者間での認定看護師の活動充実に向けた課題の明確化

グループインタビューで把握された「看護師の認定看護師の活動に対する認識」をもとに、共同研究者間で課題の明確化に向けて検討し、認定看護師の活動充実に向けた課題として、認定看護師側の課題と組織側の課題が考えられた。認定看護師側の課題として、認定看護師の活用方法を明確にすること、病棟に積極的に出向くこと、病棟での看護が継続できるように工夫すること等が捉えられた。そして、組織側の課題として、認定看護師とスタッフ間の懸け橋となる人材を育成すること、認定看護師にいつでも相談できるシステム作り等が捉えられた。

### ・考察

#### 1. 認定看護師の活動の充実に向けた看護師の認識の把握

##### 1) 認定看護師の活動に対する認識

基礎コース、プリセプター両コースの看護師とも、認定看護師がその分野の専門的知識や技術を持ち合わせている存在であり、その活動は患者への看護の質向上に寄与していることは理解していた。基礎コース看護師は、患者へのケアが困難な場合に対応してもらえ、助言が得られる存在と受け取っていた。プリセプターコースの看護師は、認定看護師と共にケアを行うことにより、自身の意識・知識の向上につながると認識している。そして、特定分野の最先端の知識を提供しながら、スタッフを教育する役割をもつと捉えていた。

##### 2) 認定看護師活動における要望

基礎コースの看護師からは、認定看護師の活動への要望が22件と最も多く述べられていた。その内容は認定看護師とともに関わることによって知識・技術を学びたいこと、病棟スタッフ間でケア方法を共有し継続していききたいこと等の要望であった。プリセプターコースの看護師は、認定看護師の活用を意識しており、具体的な実践内容やスケジュールを把握したいと希望していた。そして、患者へのケア方法の共有やケアの継続以外にも、自身の知識・技術、判断力の向上に向けた関わりを求めていることが示された。

##### 3) 認定看護師活用時の問題

基礎コースの看護師は、認定看護師への連絡は上司の判断に委ねており、プリセプターコースの看

護師も認定看護師への依頼への迷いを感じていた。具体的には「上司に聞いて解決できる」や「自身の知識不足で分からないのにわざわざ連絡して、相談してよいのか悩む」などが述べられており、適宜相談できるような体制へと改善する必要があることが示唆された。

#### 4) 認定看護師を活用する上での望ましい体制・工夫

認定看護師活用への体制・工夫は、プリセプターコースの看護師より提案されていた。具体的には「認定看護師を効率的に活用するために相談事を病棟で取りまとめるとよい」との具体的な連携方法や、各分野の認定看護師と病棟スタッフとの懸け橋となるスタッフの育成など、病棟内・院内での認定看護師との協働体制づくりに向けた提案があった。

### 2. 認定看護師の活動充実にに向けた課題の明確化・活動の方向性の検討

本研究により、認定看護師の活動充実にに向けた課題として、認定看護師の活用方法の明確化、病棟に積極的に出向くこと、病棟での看護の継続に向けた工夫等があり、組織的な課題として、認定看護師とスタッフ間の懸け橋となる人材の育成、認定看護師への相談体制の整備等があることが明確となった。その解決策を共同研究者間で検討し、認定看護師の活動の可視化や、病棟看護師と共に実践活動を行う機会としてのコンサルテーションの充実、知識提供の場としての学習会の開催などが必要であると考えられた。そこで次年度は本年度行った師長・主任・チームリーダー・サブリーダーへのグループインタビューの結果を分析し、その意見より認定看護師との協働体制構築に向けた示唆を得ると同時に、具体的な活動としてはモデル病棟を設定し、認定看護師、病棟の看護師が協働で活動目標を策定し、目標達成に向けた取り組みを実施する。その取り組みのプロセスと成果を明確にし、さらに円滑な協働体制構築、教育支援の方策について検討する。

#### . 本事業の成果評価

##### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

A病院では、3人の認定看護師が各分野の専門的な知識・技術を提供しながら、看護実践の質の向上を目指して活動している。感染管理認定看護師は専従で組織横断的に活動できる体制にあるが、がん化学療法看護認定看護師と、皮膚・排泄ケア認定看護師は兼任で活動しており、定期的な病棟ラウンドも難しい状況にある。そのような状況下で、認定看護師が能力を発揮し、有効に活用されるために、看護師へのグループインタビューを実施し、活動の充実にに向けた課題を明確にした。それをもとに、認定看護師の活動の可視化や、病棟看護師と共に実践活動を行う機会としてのコンサルテーションの充実、知識提供の場としての学習会の開催等、次年度の実践の改善に向けた方向性を検討することができた。

##### 2. 現地側看護職の受け止めや認識の変化

現地共同研究者は、病棟スタッフからの依頼がなく、ケアの必要性があっても認定看護師に依存する現状より、認定看護師の実践活動が理解されていないのではないかと考えていた。しかし、グループインタビューの結果より、認定看護師の専門的な知識・技術の提供や、教育的支援が求められていることが分かり、認定看護師に依頼しにくい状況があることも示された。その結果を受けて、まずは認定看護師自身が認識を変え、依頼されるのを待つのではなく積極的に病棟に出向くことの重要性を再認識していた。また共同研究報告と討論の会の討議の中で、他施設の認定看護師の活動の実際を知ることによって、「今後、認定看護師会を組織してアピールしていく方法を検討していきたい」との認識の変化が見られた。

##### 3. 本学教員が関わったことの意義

本学教員が関わることによって、認定看護師の活動を振り返る機会を提供することができた。また認定看護師の活動に対する看護師の認識を把握するために、ラダーコース別のグループインタビューを企画・開催することができた。その際に、病棟看護師、認定看護師が同席してインタビューを実施したことにより、お互いに意見交換する機会となった。本年度は認定看護師の活動充実にに向けた課題を明確にし、活動の方向性を検討した。次年度以降は課題の解決に向け、スタッフへの教育支援や、認定看護師の介入が円滑になるような協働体制の構築に向けた取り組みを推進する予定である。

#### . 共同研究報告と討論の会での討議内容

「認定看護師と病棟看護師が連携・協働するための方法や工夫について」というテーマで、現地共同研究者が進行役となり、意見交換を行った。

認定看護師の組織内での活用について

< A病院看護部長 >

・当院最初の認定看護師はクラブ活動として時間外に勉強会を開催していた。現在は、分野ごとに1年間のカリキュラムを作成し、各コース10名の看護師とともに勉強する体制を整えた。最初は病棟をラウンドするなどしてスタッフへのアピールが必要である。また、自身の活動をまとめてエビデンスとして示すことで、看護師だけではなく、医師など他職種にも認めもらえる。

・2 ヶ月に一回看護部が入って認定看護師、専門看護師との会議を行っている。組織として個々の希望を聴くことができるような場を設けている。

・認定看護師以外にも資格や技術をもつ看護師を活用するために、院内でリソースナースを募集し、個々の活動をアピールできるものを各部署に配布している。活用したい場合は看護部を通じて連絡し、それぞれの力を発揮できるような取り組みを行っている。

・病棟所属の認定看護師も週1回はフリーで活動できるように勤務を調整している。

・現場との連携はリンクナースを通じて行っている。

(A 病院：認定看護師 11 名、専門看護師 2 名 所属は外来 3 名、病棟 6 名、専従 2 名)

< B 病院認定看護師 >

・認定看護師が定期的に集まって話し合う活動を4年間、クラブ活動として行った後に、今年度から委員会として認められた。今年度は初年度であったため、委員会として活動する上での目標を話し合った。どのようなことが相談できるのか、まずは認定看護師同士がお互いの専門性を知るところから始めている。一人の対象者に、複数の分野の認定看護師が関わる必要がある場合も多いが、連携がとれていないこともある。連携して一人の患者を支援することができるようにしたい。ほとんどが病棟所属で働いているため、お互いを知ることによって各部署の認定看護師が他の認定看護師につなげられるように自分たちで連携し合っているような体制づくりに取り組んでいる。

・コンサルテーション事例をまとめて看護部にアピールしていくことも必要である。現場が何を求めているか知りたいという思いから2~3名でチームを組み「御用聞き相談」のような形での病棟ラウンドを始めた。コンサルテーションという形式的なものではなく、「何かないですか。」というように病棟に出向いてスタッフの話を聴くことから始めている。

(B 病院：認定看護師 13 名 病棟所属が多い)

< C 病院看護部長 >

・現在、認定看護師が院内で1名のみであるため組織的な活動は今後検討中であるが、認定看護師が師長という立場であることから、現場に入り込んで活動している。

(C 病院：認定看護師 1 名)

認定看護師の活動の可視化について

< D 病院認定看護師 >

・活動報告は看護部に行い、看護部から各病棟に伝達する方法をとっている。診療報酬の関係もあり、活動報告をしっかりと行っていく必要がある。

・自分自身の業務日誌はつけている、また、患者と直接関わる場合は診療記録に残るが、スタッフとの関わりの活動の可視化が課題である。集中ケア認定看護師でICU専門と思われるが、もっと活動範囲を広げて、重症者ケアであるというアピールが必要であると感じている。現在はスタッフのボトムアップを図っているところである。スタッフの疑問や自分自身がスタッフと関わる中で疑問に感じた内容をまとめ、「ICU 通信」を月に一回発行している。認定看護師は指導するという威圧的な立場の印象になりがちであるため、マスコットキャラクターを作成し、毎回そのキャラクターが解説するという工夫をしている。最後に疑問を提供してくれた看護師の氏名をスペシャルサンクスとして掲載している。自分の疑問が形になることで看護師の喜びにもつながる。(D 病院：認定看護師 13 名)

コンサルテーションの方法について

< 共同研究者 >

・現場のスタッフからはどんな活動を行っているか理解されにくい現状がある。基礎コース看護師は、上司に相談して必要だと判断された場合に認定看護師にコンサルテーションを依頼している現状があるが、他院ではどうか。

< D 病院認定看護師 >

・電子カルテのコンサルテーション用紙を活用している。スタッフが入力し、認定看護師に依頼が来る。コンサルテーション用紙を用いるので誰でも相談できるシステムである。依頼があった場合はその部署の師長に報告し、どのようにコンサルテーションを行うかを相談する。

< B 病院認定看護師 >

・過去に行ったアンケート調査では、ほとんどが病棟の中で検討された後の相談であった。リーダーくらいの立場になると自分で判断している部分もある。認定看護師は依頼を受けた際には必ず、師長に報告して対応するようにしている。

今後の活動について

< 共同研究者 >

・何故、活動が浸透しないのか悩んでいたが、自分たちの足元からみていかなければならないと思った。もっと積極的に現場に出向かなければいけないと感じている。

コンサルテーションや連携についてヒントを得た。認定看護師会を看護部の中に位置づけて頂いているので、今後、認定看護師会を組織してアピールしていく方法を検討していきたい。

# 入院患者の個別性を尊重した排泄ケアの実践に向けた取り組み

角田相模 小森美香 久堀節子（山田病院・一般病棟）  
永井三英子 吉川敦子 中村規子（同・療養病棟） 森前光子（同・看護部）  
松本葉子 宇佐美利佳 古川直美（大学）

## はじめに

入院患者の8割が高齢者であり、寝たきり患者が多い急性期から療養支援までの医療を担う施設において、排泄ケアは個人の尊厳にかかわる重要なケアの一つである。しかし、一部のケア提供者にとって寝たきり患者の排泄ケアは業務になっており、日中のオムツ交換はフリー業務のスタッフが定時に実施し、夜勤者の負担軽減と漏れ防止のために15時ごろにテープ式オムツと3枚のパッドの重ね当てをしていた。また、看護師と准看護師、看護補助者がそれぞれケアを分業しており、排泄の有無やオムツの使用状況に関する記録はベッドサイドで見ることができるようになっているが、循環管理や排便管理の目的以外ではあまり活用されていない。それは、寝たきり患者の多くが高次脳機能障害や廃用症候群などにより自らの意思を言語で表現することが困難であることも要因の一つであると思われる。このような患者は身体機能が深刻な状態にあるがゆえに身体機能を維持する援助に関心が向けられがちであり、対象の真のニーズをとらえることで患者の尊厳を守ったり患者や家族の満足を追求しようとするのはおろそかにされる傾向がある。複数の職種が協働して対象の尊厳を守る排泄ケアを実践できるようになるためには、オムツ交換という業務から対象者の生活を支えるケアへと実践者の意識を転換していくための研究的な取り組みが必要である。現状の排泄ケアに疑問を感じた看護職と協働し、寝たきりで意思の疎通が困難な患者を対象に個別性を尊重した排泄ケアの実践に向けた取り組みを開始した。本報告書においては、取り組みの内容とその成果を紹介する。

## 方法

### 1. 取り組み

オムツ交換を中心とした排泄ケアの現状について大学側共同研究者の実践への参加や現地側共同研究者の情報をもとに課題を整理し、明確化した。その後、排泄パターンの調査をもとにした個別の排泄ケアの在り方の検討、職員間での排泄ケアに関する意見交換の促進などについて、現地側共同研究者の取り組んだ結果を題材に検討会を開催しながら実践の改善につなげた。検討会は6回実施し、一般病棟（60床）と療養病棟（30床）それぞれに実践と検討を繰り返した。

### 2. 倫理的配慮

意思疎通が困難な患者と職員が対象となるため、本研究は施設長の了解を得て実施した。対象患者の家族に患者の代理意思決定を依頼し、参加への自由意思の尊重、匿名性の確保、厳重なデータ管理を保証することについて書面を用いて説明し、同意を得た。職員に対しては、実践への協力を依頼するとともに、カンファレンスを含む排泄ケアに関する発言や記録物をデータとして利用すること、研究目的以外には使用しないこと、データは記号化し、匿名性を確保すること、参加への自由意志の尊重、厳重なデータ管理を保証することについて、書面を用いて説明し、同意を得た。なお、本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認（0025）を得て行った。

### 3. 用語の定義

本取り組みにおける排泄ケアは、スキンケアや排泄機能の維持向上、オムツ交換などを含む排泄に関するケアの総称とし、オムツやパッド類の交換はオムツ交換とする。

## 取り組み内容とその成果

### 1. 一般病棟

看護体制は7対1、看護補助体制は50対1をとっており、勤務体制は2交替制である。夜勤者3名のうち1名は看護補助者となることもあるなかで、ケアを提供している。入院患者の概要は、疾患では呼吸器疾患、消化器疾患・循環器疾患の順に多く、平均年齢は82±19歳、ADL区分2以上が90%であり、約85%の患者がオムツを使用している。

#### 1) 排泄パターンの把握

寝たきりで失禁のある患者6名を対象に24時間シートに排尿量、輸液などの投与量、利尿作用のある薬剤の投与時間などを2週間記録した。開始当初、病気や治療の特性などに共通点が多い場合、そのグループで一定した排泄パターンが見出されることを期待していた。しかし、約2週間実施した結果、個人の身体状況や治療内容に応じてパターンが異なるためグループ化できるようなパターンは見出せず、患者をグループに分けてオムツ交換時間を設定することはできないことが共同研究者間で共通認識された。また、利尿剤の投与に応じて排尿量の増減が個別にあること、寝たきり患者の多くは常時失禁を認めることが把握できた。患者個別に入院時や状態・治療が変化した時に数日集中して排

泄パターンを把握し、オムツ交換時間の計画を立てる必要性が見出された。

## 2) 排泄ケアを含む看護計画の立案

寝たきりの対象患者のオムツ交換時間や使用するオムツ、注意点などを「皮膚統合性障害のリスク」の看護計画に含め、看護記録に排泄ケアに関する内容を残すようにスタッフに協力を依頼した。それに伴い、オムツの重ね当ては褥瘡のリスクを高めるため最低でもパッドを1枚減らすように取り決め、漏れがあったとしても夜勤者の負担を増やすことがないことを保証した。その結果、スタッフ全員がオムツを丁寧にあてるようになり、フリー業務スタッフに任せず受け持ち看護師が計画をもとに時間を決め、積極的に排泄ケアを実施するようになった。また、受け持ち看護師がオムツ交換を実施する頻度が増えたため、観察した皮膚の状態にあわせてパッドの当て方が工夫され、皮膚トラブルが消失した事例もあった。このように看護問題を挙げて個別性のあるパッド交換に繋がったことで、患者の排泄ケアに着目できるようになったとともに、パッド交換が業務になってしまっていたことにスタッフ自身が気づいていった。

## 3) 報告会と意見交換

取り組みを進めてきたことで、従来行ってきたパッド交換に疑問を投げかける職員が現れ始めたため、病棟で個別性を尊重した排泄ケアの実践に向けた取り組みに関する報告会を開催し、取り組み内容をスタッフに報告した。その後、「現状で困っていることや疑問について」と「改善したいこと、理想とするケアやそれに向けて取り組みたいこと」の2項目について全体での意見交換を行った。意見交換では、スタッフ全員がパッド交換業務に問題を感じていたことが確認できた。前者の項目に対しては、夜勤者の負担軽減のためのオムツの重ね当て、対象の状態にあったオムツが選択できていないことがあること、フリー業務スタッフに任せてしまい受け持ち看護師が皮膚の状態を継続的に観察していないことがあること、入浴日に入浴時間までオムツ交換が実施されていない場合があること、利尿剤使用患者の尿量増加に合わせたオムツ交換は担当者によってできていないことがあることなど9つの意見があった。後者の項目については、ケアする側の都合に合わせたケアから頻回に訪室して対象に合わせたケアに変えていく必要性、患者の排尿パターンを把握した上での対象に合わせたオムツ交換、受け持ち看護師とフリー業務スタッフがペアになって担当患者の陰部洗浄とオムツ交換を行うこと、検温時に受け持ち看護師がオムツ交換をすることで排尿パターンも把握できることなど9つの意見があった。この取り組み内容の報告と意見交換の結果、チームナーシング方式を導入し受け持ち看護師がオムツ交換を含めその日の担当患者のケアに責任を持つようにすること、パッドの重ね当て減少に向けた取り組みを継続していくこと、日勤帯でのパッド交換の回数を2回から3回にふやすことをスタッフ全員で決定できた。このような取り組みを経て、記録の充実や意見交換を図る中で、排泄ケアについてスタッフ間で情報を共有したり工夫について話し合ったりなど、意見を言いやすい雰囲気になった。

## 2. 療養病棟

看護体制と看護補助体制はともに20対1をとっており、勤務体制は2交替制である。夜勤者は看護職1名と看護補助者1名の2名である。入院患者の概要は、疾患では悪性疾患、消化器疾患・循環器疾患の順に多く、平均年齢は82±14歳、約88%の患者がオムツを利用している。

### 1) 排泄パターンの把握

寝たきりで失禁のある患者3名を対象に、一般病棟と同様の方法で排尿パターンを把握した。その結果、常時失禁を認めていない患者を把握できたことで、尿意を確認する必要性、排尿機能に応じたケアを工夫する必要性が明らかになった。また、漏れの原因は、利尿剤の使用を加味していなかったこと、尿器や骨盤周囲の形状にあったパッドの選択や当て方が工夫されていなかったことがわかった。スタッフ間で利尿剤使用患者やその時間について情報共有できるようになった。オムツ選択については、「拘縮がある」、「体動でずれる」、「陰茎が短い」などの患者に瓢箪型のパッドが適していることがわかった。

### 2) 情報共有と工夫の模索

排泄パターン調査の取り組み過程で、介護職は個々の意見があってもなかなか言う機会もなく、また看護も排泄ケアに関するアセスメントが十分出来ていなかった現状が見いだされ、個々の意見を表出する場と情報を共有する場の必要性が感じられた。これまで、排泄に関する問題の共有や話し合いの場がなかったため、排泄ケアノートの記述内容をもとにカンファレンスで問題を提起し、話し合い、そこに参加している全員で改善策を立てるようにした。これまで統一したケアが継続されることはなかったが、カンファレンスでの意見交換を通してケア方法を決定するという話し合いのプロセスを踏んで理解した決定内容を実践するようになったことで、スタッフ間での周知徹底が図れ、各自の意見が尊重され互いに自由に意見が言えるようになった。また、排泄ケアノートに記載されている排尿状況について話し合ったことで、排尿量が少なかったり排尿間隔があいたりした時に原因アセスメントや水分負荷のケアにつながるようになり、単なる業務ではなくなった。さらに、リハビリパンツへの移行実施基準や、瓢箪型パッドの選択基準ができ、以後、同様の患者について速やかに検討、実施が

できるようになった。

## ・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

排尿パターンを把握することで患者個別の状態をより詳細に知ることができ、個人に適した排泄ケアの提供につながられるようになった。フリー業務の職員による流れ作業のパッド・オムツ交換業務ではなく、業務内容を見直し、個別ケアにつながられる看護体制に移行できた。体型に応じたパッドの選択基準やリハビリパンツへの移行実施基準を明確にできた。取り組みの過程で看護計画や具体的なオムツ・パッド交換方法の工夫に関する話し合いや情報共有ができたことで、介護職も含めて根拠をもってケアに臨むことができるようになった。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

ケアを協働するスタッフ全員にその取り組みへの協力を求めたことで、取り組みに関心がもたれ、スタッフ個々が現状に疑問を持つきっかけになった。疑問から現在のケアが単なる作業になっていることに現地共同研究者のみならず取り組みに参加したスタッフ一人一人が気づき、「本当はこうしたかったんだ」、「こうあるべきなんだ」というケアの展望を持って自立的に排泄ケアに取り組めるような意識変革につながった。

### 3. 本学(大学教員)がかかわったことの意義

現地側共同研究者は現状に疑問を持ち改善方法を模索していたが、変化にはつながっていなかった。実践を変えていくためには知識も重要であるが、目的や期待する結果を明確に持って臨むことも重要である。大学教員が共同研究者としてかわり検討会で課題を明確にできたり方向性を共有したりしたことで、現地側共同研究者がスタッフの協力を得る際に根拠をもって具体的に説明できたり、またスタッフの体験や意見を真剣に聴くことができるようになったと考える。そのようにしたことで、お互い同じように感じていた課題を共有でき、解決に向けて歩調を合わせることに繋がったと考える。

取り組み内容については、学部学生への排泄ケアに関する講義で、高齢者の特性の理解を促進する目的で活用した。大学院の授業においても実践看護研究の例として紹介し、高齢者が入院患者の大半を占める療養病床を抱える病院における排泄ケアの実情と研究の取り組みについて、ディスカッションした。

## ・共同研究報告と討論の会での討議内容

検討会の研究者以外の参加者は大学教員3名、重度心身障がい者施設看護師1名、保健師1名、学部3年生1名であった。

共同研究報告と討論の会において、行われた討議は以下のような内容である。

Q:寝たきりの人や関節が変形している対象が多く、横漏れ(テープ止めまで漏れる)が多いため、どのようなオムツのあて方をすると漏れが少なくなるのか。

A1: これまでは患者の家族にオムツやパッドの種類や購入を任せていたが、施設としてオムツやパッドの様々な種類を探した。瓢箪型パッドは真ん中にくびれがあり、拘縮が強い方や陰茎の短い方等、通常のパッドがあてにくい対象でもフィットさせることができるということが分かった。陰茎が短い方にひょうたん型パッドをあてる際には、通常は広い面が臀部にあたるようにするが、その場合は逆に広い方を陰茎側にあてる。

A2: 介護士と共に情報交換をしていく中で患者にあったパッドを見出すことができた。スタッフ間で意見を共有する場がないと統一したケアを行うことが難しいと思われる。

意見: 特養でアルバイトしていた時、オムツ交換についてスタッフの人から様々な方法があるということを知っていた。様々な対象がいる中で漏れてしまう現状が多く見られており、どのように対処すると良いか、ということ現場のスタッフの方も悩んでいる様子であった。

意見: 精神科病棟でもオムツ交換が必要な患者があり、現場に勤務していた時には排泄パターンが把握できるよう時間をチェックしていた。しかし、オムツのあて方までは考えて実施していなかった。

Q: 以前は日勤帯で2回オムツ交換を行っていたが、今回の取り組みの中で3回へと変更した。他施設ではどのくらいの頻度でオムツ交換を行っているのか。

A: 最近のオムツは性能が良くなってきていることから日勤帯では2回のオムツ交換を行っている。そして漏れてしまった場合は時間帯をチェックして、オムツ交換のタイミングを変更したりあて方を検討している。自施設が対象とする人は食事の時間以外にも学校へ行く時間もあり、対象の予定を考慮すると日勤帯では2回の交換が妥当である。ごくわずかではあるがトレーニングパンツを使用している対象もあり、何ヶ月も排泄パターンをチェックしてトレーニングを続けている。

意見: 患者の個別性を尊重するために始めた取り組みであるため、対象の生活や治療を十分考慮したうえでケアの方法を検討していくことが大切だと思い、今後も着目する視点を絞りながらひと

つずつ取り組んでいけるとよいと考える。

意見：一般病院では各看護師が担当患者のオムツ交換のタイミングを判断していた。

Q：排泄パターンを把握したり排泄ケアを行う中で、他のケアで手薄になってしまった等、感じることはあったか。

A：排泄パターンチェックを行う中で、患者のベッドサイドに行く回数や関わる回数が多くなり、患者の状況や環境の細かな変化に気づくことができるようになった（例：コップの中のお茶が少なくなっている等）。

意見：人は自分の排泄処理を自分でしたいと思うものである。業者から漏れ防止のオムツを勧められることが多いが、理想としてオムツを使用しないで対象を尊重した排泄ケアを考えていきたい。

意見：急性期の時から先のことを見越して、自立について考えながらケアを提供していくよう努める必要がある。

意見：自施設でも排泄動作が自立できるよう、リハビリパンツを使用している。対象は少なく40名中2名で、その対象は以前からトイレに行けていたため、その機能を維持できるよう介入を継続している。

意見：対象の背景を見て介入していくことの大切さを実感した。

意見：業務改善のみではなく、その人の生活（先も含めた）をみた介入であると良い。取り組みを行うと、対象を意識することができるため継続していけると良い。

### 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に向けた方策の検討

岡崎奈美（岐阜県立下呂温泉病院・B3病棟） 川井恵理子（岐阜県立下呂温泉病院・B4病棟）  
今井妃都美（岐阜県立下呂温泉病院・B5病棟） 梅田弥生（岐阜県立下呂温泉病院・地域連携室）  
熊崎さつき（岐阜県立下呂温泉病院） 田口めぐみ（下呂訪問看護ステーション）  
藤澤まこと 普照早苗 白井みどり 原田めぐみ 杉野緑 黒江ゆり子（大学）

### ．目的

A病院の整形外科病棟においては、2007年度から病棟看護師による退院後の療養生活を視野に入れた支援の充実にに向けた取り組みが始められ、スクリーニングシートを利用した入院時アセスメントや、多職種参加の入院時カンファレンス（リハビリカンファレンス）、退院後の生活状況把握のための家庭訪問の取り組みが継続されている。2010年度からは、退院支援の必要な患者が入院時から支援を受けられるように定期的な退院支援カンファレンスを行い、療養指導の充実に目指しその成果を明らかにした。また、2年目看護師を対象として当該病棟のスタッフ教育に退院支援を取り入れ、多職種参加の退院前カンファレンス（ケア会議）家庭訪問への参加の機会を作りその成果を把握した。

そこで、本年度は院内の退院支援に関する委員会組織である継続看護委員会と協働で退院支援に関するスタッフ教育の方策を検討し、院内全体の看護師の退院支援の質向上を目指す。

### ．方法

#### 1 継続看護委員会と大学教員が協働し、院内全体の看護師を対象とした「退院支援研修会」の企画・運営

##### 1) 退院支援研修会の企画

継続看護委員会主催の「退院支援研修会」（以下、研修会とする）を企画した。継続看護委員会の委員と複数回検討会をもち、退院支援に関する研修の企画・運営に向けて検討した。また、研修を企画するにあたり、全看護師を対象に研修の方法・内容に関する希望調査を実施し、意図に沿った研修の運営に向け検討した。

##### 2) 退院支援に関する研修会の内容

(1) 講義：A病院のMSWに講師を依頼し「介護・福祉サービスについて」というテーマで実施した。

(2) 事例検討：2事例を提供し、5～6人の小グループ（5グループ）に分かれ、退院支援に必要な情報は何か、必要な退院支援は何かについてグループワークを行った。

#### 2 参加者への質問紙調査による成果・課題の把握

1) 調査方法：研修参加者に無記名の質問紙を配布し、回収箱にて回収した。

2) 調査内容：講義内容に関する意見、グループワークに関する意見、研修会開催日時に関する意見、であった。

3) 分析方法：質問紙調査の自由記載の内容を、意味の類似性に沿って分類した。

#### 3 退院支援に関するスタッフ教育について検討

研修会の成果・課題を踏まえ、院内全体の退院支援に関するスタッフ教育の方策について、共同研究者間で検討した。

#### 4 倫理的配慮

研修会前後の質問紙調査は、説明書により趣旨を説明し、質問紙の提出をもって同意とした。また本研究の結果は目的以外に使用することはなく、個人情報の匿名性に配慮しデータは厳重に保管・処理した。なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た（承認番号0012）。

### ．結果

#### 1 退院支援研修会に対する希望調査結果

当該病院全看護師を対象に、退院支援研修会の開催方法・内容の希望調査を実施した。研修会の開催方法の希望では、全職員を対象とした研修会の希望が53人、各病棟など小グループ研修会の希望は69人、両方の研修を希望した人が3人であった。

また、研修会の内容への希望で最も多かったのが、事例を通して退院支援の実際を学びたいこと、次いでサービス、システム、制度について学びたいことであった。

表1 退院支援研修会に対する希望調査結果（回答数 128人）

1. 研修会の開催方法
・全職員を対象とした研修会を希望：53人
・各病棟など小グループ研修会を希望：69人
・両方の研修を希望：3人、その他3人
2. 研修会の内容への希望（記述内容）
1) 事例を通して退院支援の実際を学びたい
2) サービス、システム、制度について学びたい

## 2. 退院支援研修会の企画のプロセス

看護師の研修会に対する希望調査結果をもとに、院内看護師全員を対象とした講義と事例検討(グループワーク)双方を取り入れた研修会を企画した。継続看護委員会で退院支援が困難であった2事例を選定し、事例検討に活用できる介護保険制度、障害福祉制度に関する講義を当該病院MSWに依頼した。そして、事前に研修会の内容及び2事例を全看護師に提示して、参加の有無、および検討したい事例の希望を把握し、希望の事例が検討できるように配慮した。事例検討時には、多部署の看護師による5~6人のグループを編成した(表2)。

表2 退院支援研修会の企画のプロセス

・院内看護師全員を対象とした講義と事例検討(グループワーク)双方を取り入れた研修会を企画
・継続看護委員が2事例を選定
・事例検討に活用できる介護保険制度、障害福祉制度に関する講義を当該病院MSWに依頼
・研修会の内容及び2事例を全看護師に提示して、参加希望、および検討したい事例の希望を把握
・事例検討時には、多部署の看護師による5~6人のグループを編成

## 3. 退院支援研修会の概要

### 1) 講義内容

研修会の講義への参加者は看護師30名であった。講義のテーマは看護職の希望の多かった「介護・福祉サービスについて」とし、当該病院のMSWに講師を依頼した。そして、講師に事前に事例を提示し、事例検討に活用できる知識内容を含めた40分間の講義を依頼した。

具体的な講義内容は、介護保険サービス、障害福祉サービス、介護保険サービスと障害福祉サービスの違い、身体障害者手帳の利用による各種サービス、A市独自のサービス、社会復帰に向けた支援等であった。

### 2) 事例検討(グループワーク)

事例検討のグループワークへの参加者は看護師30名であった。事前に提示した2事例について、入院中という設定で退院支援を検討した。事例1は2グループ、事例2は3グループに分かれ、退院支援に必要な情報は何か、必要な退院支援は何かについて30分間事例検討を行った。その後、各グループの検討内容を報告し、全体で共有した(表3)。

表3 グループワークで提示した2事例と話し合われた内容

事例1	
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・70代前半、男性</li> <li>・病名：直腸がん、人工肛門造設</li> <li>・独居。長男長女は県外(遠方)に在住。居室は2階で1階が店舗</li> <li>・既往歴：狭心症・左内頸動脈狭窄(ステント留置)、高血圧、糖尿病等</li> <li>・介護保険要介護度：要支援2、身障害者手帳2級</li> <li>・直腸がんの診断を受け直腸切除術・人工肛門造設術施行</li> <li>・ストマについては本人に指導し手技は確立。歩行時はシルバーカー使用</li> <li>・本人は、不安は強いが在宅療養を希望した</li> </ul>
必要な情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現疾患、高血圧や糖尿病などの入院前のコントロール状況の把握</li> <li>・片麻痺の状態、歩行状態、入院前のADLも踏まえ、ADL向上に向けた予測が必要</li> <li>・患者の疾患についての受け止め、退院に向けての不安等</li> <li>・キーパーソンは誰か、家族が患者の疾患をどのように受け止めて対処しているか</li> <li>・住宅改修の必要性</li> </ul>
退院支援内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居で家族は遠方にいるので、パウチ交換へのサポートが必要</li> <li>・糖尿病や高血圧等の疾患の管理、ストマの管理が必要なので訪問看護の利用が必要</li> <li>・介護保険の再申請をして、限度額内で利用できるサービスを明らかにする必要がある</li> <li>・独居なので緊急時の対応への支援が必要</li> <li>・1階を生活スペースにする住宅改修が必要であり、介護保険の20万円とA市が支給する15万円が利用できることを説明する</li> </ul>

表3 つづき

事例2	
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・20代後半、男性</li> <li>・病名：脳挫傷、外傷性くも膜下出血、脳梗塞</li> <li>・家族：父、母、弟妹の5人家族</li> <li>・経過：10月下旬交通事故による脳挫傷（他院にて治療）。11月CTにて脳梗塞指摘される。1月脳梗塞リハビリ目的で、当該病院回復期リハビリテーション病棟に入院</li> <li>・失語症、高次脳機能障害あり、網膜出血・動眼神経麻痺による複視あり。右片麻痺あり</li> <li>・ADL：食事は左利きのため自力で摂取可能。入浴一部介助が必要であるが、排泄・更衣は自立</li> <li>・理学療法、作業療法により、T字杖歩行が安定した</li> <li>・本人の希望：事故前は運転手をしており復職できるようになりたい</li> </ul>
必要な情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高次脳機能障害の程度</li> <li>・右麻痺の程度、日常生活の中での歩行状況、退院の時期・見込み等</li> <li>・障害の受け入れ状況</li> <li>・労災の適応の有無</li> <li>・転職に関して今までの職歴、学歴</li> <li>・家族関係、家族の年齢、家族の仕事・収入、家族による支援が得られるかどうか</li> <li>・住居環境等</li> </ul>
退院支援内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者への支援：日常生活動作への支援と障害受容への支援が必要</li> <li>・失語がある中で看護師がコミュニケーションをとり、患者の本心をくみ取る</li> <li>・家族への支援：ケア会議で自宅について、家族への服薬依頼、入浴指導、復職の検討を行い、本人の代弁ができるとうい</li> <li>・住宅改修への支援：身障の手当と市のサービスを受けながら、住宅改修について具体的に話し合い、外出、外泊、退院に向けて支援する</li> <li>・身障手帳の取得への支援：身障手帳を取得してから、自宅の改修をしたほうがよい、脳梗塞を発症してから、180日は、回復期病棟に入院できる</li> <li>・復職への支援：復職への思いを確認したうえで身障手帳の取得を促す</li> <li>・傷病手当とか障害年金の指導と紹介が必要</li> <li>・失語・高次脳機能障害の状況を踏まえ、障害者総合支援センターの紹介も必要</li> </ul>

### 3) 退院支援研修会終了後の参加者のアンケート結果

研修会終了後、講義内容とグループワークについての質問紙調査を行い、30人から回答（回収率100%）を得た。そして、自由記載の内容を意味ごとに分類した。以下、分類は【】小分類は<>記述内容は「」で示す。

#### (1) 研修会の講義内容に関する意見

講義内容について29件の回答が得られた。【講義内容が分かりやすかった】16件、【退院支援に関する知識が習得できた】8件、【知識を今後に生かすことができる】5件の3つに分類された。【講義内容が分かりやすかった】はさらに、<わかりやすい内容であった>14件、<事例に沿った内容で分かりやすかった>2件の2つに分類された。【退院支援に関する知識が習得できた】はさらに、<曖昧な知識が具体的に分かった>4件、<サービス等を知ることができた>2件、<制度について知ることができた>2件の3つに分類された。【知識を今後に生かすことができる】はさらに、<独自のサービスの知識を得て今後に生かすことができる>2件、<病棟での支援に生かせる>1件、<退院後の生活をイメージする大切さを学んだ>1件、<自身の知識を深め今後に生かしたい>1件の4つに分類された（表4）。

#### (2) グループワーク内容に関する意見

グループワーク内容に関しては28件の回答があった。それらは、【多部署の看護師の意見が聞けて参考になった】11件、【事例を通して退院支援方法が具体的に理解できた】5件、【多様な視点で討議ができた】3件、【事例を通しての検討が分かりやすかった】2件、【退院後の生活がイメージできた】1件、【退院支援の視点を参考にしてもらえるとよい】1件、【グループワークの企画・運営に関する意見】5件の7つに分類された（表5）。

#### (3) 研修会開催日時に関する意見

研修会開催時期については、適切であったとの意見が26件、不適切が1件であった。適切と回答した参加者の記載内容は「雪の降る前だったので研修があって参加できた」「内容的に研修の時期はいつでもよいと思う。ただどの病棟でも退院支援が必要なのもっと参加者がいるとよかったと感じた」

であった。不適当とした理由として「あまりにも研修が多すぎる時期。少ないのは4月なので、4～5月はどうか」という意見があった。

また、研修会開催時間については、適切との意見が28件、不適切が1件であった。適切と回答した参加者の記載内容は「グループワークが少し短かった」「出来れば(時間)内がいいが、時間外なのはしょうがない」であった。不適当とした理由として「時間は長かった。1時間程度がよい」と示されていた。

表4 退院支援研修会の講義内容に関する意見

分類	小分類	記載例
講義内容が分かりやすかった(16件)	わかりやすい内容であった(14件)	難しいかなと思いましたが、わかりやすい内容だった。とてもわかりやすくて、入りにくい内容だったのにポイントが頭に入った気がする。
	事例に沿った内容で分かりやすかった(2件)	事例にそぐった内容でわかりやすかった。わかりやすかった。グループワーク中に聞きたいことが出てきた。
退院支援に関する知識が習得できた(8件)	曖昧な知識が具体的に分かった(4件)	知っていそうで曖昧だった知識もあったので具体的になりよかった。分かっているようでわかりづらい保険のことなので、わかりやすい講義で見直すことができた。
	サービス等を知ることができた(2件)	基本的な所でしたが再確認でき新たなサービス等を知ることができた。身障で利用できるサービスが分かりよかった。
	制度について知ることができた(2件)	知りたい制度について知ることができた。分かりやすかった。福祉制度についての基本的なところを再度聞くことができ、今後の支援に参考になります。
知識を今後にかかすことができる(5件)	独自のサービスの知識を得て今後にかかすことができる(2件)	一般的なサービスだけでなく、A市独自のサービスまで教えていただいたので、今後いかせようと思った。支援サービスなど、A市独特のものもあるとのことで、新しい情報として得ることができた。
	病棟での支援にかかせる(1件)	福祉制度についてよくわかった。病棟でも生かしていける内容だった。
	退院後の生活をイメージする大切さを学んだ(1件)	退院後の生活をイメージすることの大切さを学んだ。
	自身の知識を深め今後にかかしたい(1件)	介護保険や身体障害者(手帳)について分かりやすく説明してくださり、今後にかかしたい。退院調整時にかかわってくるため、自分の知識を深めたいと思った。

## ・考察

### 1. 退院支援研修会の成果

希望に沿った退院支援に関する研修会を企画するために、院内の全看護師を対象に開催方法、内容に対する希望調査を実施した。その結果、看護師全員を対象とした講義と事例検討(グループワーク)双方を取り入れた研修会の開催となった。看護師の希望に即した研修会を企画、開催したことにより退院支援に対する関心がより高められたと考えられる。また質問紙の結果から、「曖昧な知識が具体的に分かった」「独自のサービスの知識を得て今後にかかせる」などの意見があり講義内容が、既存の知識の再確認、事例検討に活用できる内容であったため参加者の理解につながったと考えられる。

さらに、参加対象者を全看護師としたことにより、多部署のスタッフによるグループ編成が可能となった。多様な経験を基盤とした看護師同士が、事例を通して退院支援方法を具体的に検討し、意見交換ができたことは、個々の看護師の視野の広がりにつながったと考える。また、部署を越えて看護師が話し合いの機会を得たことは、今後の連携への契機となると考える。

### 2. 今後の課題

今回、研修会に参加した看護師は30名であった。研修内容を各病棟において共有できない現状があるため、まずはできるだけ多くの看護師が研修会に参加できるように、開催時期・時間の調整など企画段階から工夫する必要がある。また、各病棟の継続看護委員が中核となって、病棟の学習会を開催し、研修会での講義内容、提示された事例をもとに病棟内での事例検討の実施等、研修会での学びを病棟看護師個々の学びとして共有をする機会を確実に設定する必要がある。

そして、退院後の生活を視野に入れた退院支援の実施のためには、新人看護師も含めた全看護師への教育的支援が必要であることが明らかになった。今後も退院支援研修会を教育的支援の方策として継続的に取り入れていく必要があると考える。

表5 グループワーク内容に関する意見

分類	記載内容
多部署の看護師の多様な意見が聞いて参考になった(11件)	同じ症例でいろんな人に意見が聞いてよかった。
	いろいろな意見が聞けた
	いろいろな意見が聞いてよかった。ケースカンファレンスみたいな感じで参考になった。
	貴重な意見を沢山聞くことが出来てとても嬉しかった。
	みなさんの意見を聞いて自分も考えることができ、勉強になった。
	意見がたくさんでて、勉強になった。
	他の方の意見もきけて、全員で検討できてよかった。
	自分では思い浮かばないところがたくさんあった。勉強になった。
	他のグループの意見がとても参考になった。
	1つのテーマに対していろんな部署の方の意見があり参考になった。
事例を通して退院支援方法が具体的に理解できた(5件)	細かいところまで意見が出たのでいいと思った。
	情報不足が多いと思いました。すぐに指導と考えがちだけど、患者さんの状態や背景・思いを知ることが大切だと再確認しました。今後に生かせると思うので、ポイントをおさらいしたいと思った。
	色々な意見、知識が理解でき、退院後の生活をよりリアルに考える必要があると学べた。
	事例にもとづいて具体的にどう介入していけばいいのか(病)棟のわくをこえ意見を聞くことができてよかった。
多様な視点で討議ができた(3件)	他の部署の話を書いて「そうやって流れていくのか」ということが具体的に理解できた。
	脳外領域における退院支援とサービスの使用方法など、グループワークの中でも聞くことができたので大変参考になった。
	いろいろな視点で討議ができた。
事例を通しての検討が分かりやすかった(2件)	各病棟からいろいろな意見・視点が出てよかったと思う。
	他の方との情報共有、いろいろな視点から考えられ大変良かった。
退院後の生活がイメージできた(1件)	事例をとおしてであったのでわかりやすかった。
退院支援の視点を参考にしてもらえるとよい(1件)	症例ごとに分かれており、1つの症例にしっかりと取り組めたと思う。
	退院支援について、今後の生活についてイメージすることができた。
グループワークの企画・運営への意見(5件)	若い看護師の方にも入ってもらい他のスタッフの意見が聞いてもらえて、どういった視点で見ればよいか参考にしてもらえるといいなと思う。
	話しやすかった。
	人数6人ぐらいでよかった。
	楽しく学べた。
	色々な意見が出てよかった。時間が足りなかった。
	どうしても時間が長くなってしまいが、グループワークはよかったと思う。

## ・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(前年度と比較してどう変化したか)

前年度までは、整形外科病棟において継続看護委員の看護師と協働で、病棟における退院支援の取り組みの推進を図り、スタッフに対する教育支援に取り組んできた。その成果もあり、個々のスタッフが退院後の療養生活を視野に入れた退院支援に取り組む体制が整えられてきた。そこで、本年度は院内全体の退院支援の質向上に向けた教育支援の方策として、継続看護委員会と協働で、退院支援研修会の企画・運営に取り組んだ。その企画の際に、継続委員会が主体となって、質問紙調査により研修会の方法・内容の希望を把握し、その意向に沿って講義と事例検討を組み合わせた研修会を開催した。参加した看護師への質問紙調査より、講義は退院支援に関する知識の習得につながったことが分かった。また事例検討のグループワークによって、多部署の看護師の多様な意見を聞くことができ、具体的な退院支援内容の理解につながったことが分かった。今後も継続看護委員会が主体となって、研修会が継続して企画・運営されることにより、院内の全看護師による退院支援の質向上につながると考える。

### 2．現地側看護職者の受け止めや認識の変化

研修会に参加した看護師は、講義や事例検討が退院支援に関する知識や具体的な支援方法の習得に効果的であったと捉えている。研修会の企画・運営に携わった継続看護委員会の委員も、研修会の成果を確認できたことで、退院支援に関する知識の提供や事例検討の必要性を再認識していた。

### 3．本学(本学教員)がかかわったことの意義

研修会の企画・開催に向けて、共同研究者である継続看護委員と教員が協働で研修会の内容や進行について検討を行った。また、事例検討の実施にあたって、共同研究者間で事前に支援内容を検討したが、その際に教員が客観的立場から助言を行ったことで、多角的に支援内容を考えることができた。また研修会の運営についても助言することができた。

今後も研修会が継続的に開催されることが、病棟看護師の退院支援の充実に向けた教育支援につながる。そして、病棟看護師による退院支援の質向上を図ることによって、卒業研究で退院支援を学ぶ学部学生への教育支援の充実に繋がると考える。

### ・共同研究報告と討論の会での討議内容

#### 1．院内全体の退院支援の質向上に向けてどのようなスタッフ教育・工夫が必要か

- ・病棟内で介護保険の勉強会を実施した。退院支援に対する意識が薄いと感じていたが、勉強会後意識が向上してきたと感じる。1回ではなく定期的に開催することで、動機づけになると思う。ただ、「介護保険の勉強会」となるとテーマが大きく一般的になってしまうので、今後どのような内容を取り上げていったらよいかスタッフの意向に添って企画したいと思っている（B病院看護師）。
- ・自施設では、病院全体および各病棟における研修もしくは勉強会を実施している。対象者は1年目看護師とプリセプター看護師である。事例への支援をしながら実際的に学ぶという形でレベルアップを図っている。退院支援についても日頃の看護としてのかかわりを大切にしている。そのかかわりの成果については病棟カンファレンスで他スタッフにもフィードバックしている（C病院師長）。
- ・H16年頃から訪問看護ステーションへの研修も行っている。在宅看護を看護学校のカリキュラムとして学んでいないH9年以前の看護師100名以上全員に半日ずつステーションの研修に参加してもらった。病院での顔と家での顔が違うことや、人工呼吸器を装着していても在宅での生活が可能であるとわかることで、今まで無理だと思っていたことが、そうでないと分かる。このように在宅を見ることで、どのような退院指導が必要かを考えられるようになり、入院中のケアに活かすことができる。知識だけではなく体験として学ぶということが大切であると考えている（C病院看護部長）。
- ・訪問看護師から学ぶことも必要である。病棟から訪問看護ステーションに移った看護師に、病棟で話をしてもらおう機会を持つことで、病院では見えない患者の姿や、病棟ではこれでよいと思っていたサマリーの不十分さなどを知ることができた。他施設の専門職から意見をもらう勉強会を今後も続けていきたい。（報告者A病院看護師）
- ・勉強会は病院全体だけでなく、各病棟でも行っているが、時間が経過すると意識が薄れるように感じる。しかし、ある新人看護師は、夜間排尿への援助も家族と関わっており、うまくいった喜びを実感していた。そのような、一つ一つのケアや体験を通じた学びを大切に、病棟カンファレンスでフィードバックできるようにするとよいと思う。退院後の患者の様子を知ること、病棟における自分たちのケアを振り返ることができ、評価が可能となると思われる。そのことで、病棟看護師は退院に向けての自分たちの看護の質を上げていけるのではないだろうか。  
急性期病棟ではその後どうなっていくのか分かりにくいいため、見通しが立てられないことが多い。一人の事例にどの専門職がどのように関わったかという、連携を含めて検討することで、関わり不足や、関わったことの意味を知ることができる。それによって、今現在どの関わりができないと後々困るのが分かる。そのため、事例検討に退院後の経過を加えてフィードバックするとよいのではないか。（大学教員）
- ・介護保険の勉強会などを行っているが、地域連携室ばかりを頼られると感じている。そのため面談時にケアマネ、家族と病棟看護師も一緒にカンファレンスに入ってもらおうようにしている。地域連携室にほとんど任せられてしまうと感じる時があり、力量の高い看護師を病棟に配置したい。（D病院看護師）
- ・継続看護委員会内で年に数回勉強会を開催しており、その内容を委員が各病棟に持ち帰り勉強会を開いているが、病棟による差もある。統一した知識の普及のため、病院全体での勉強会が必要であると考えている。他施設の方の意見もきき、訪問看護ステーションや他部署、他職種からの看護師への意見や希望もきくと新たな視点に気づくことができ参考になるなと思った。これまでは病棟内での共有にとどまっていたが、今後は今回の研修も継続できるようにしながら、メンバーは他部署や他職種の方にも入って頂けるように工夫していけたらよいと思う（報告者A病院看護師）。
- ・在宅に帰れず、施設を希望する方が多くなっていると感じる。家族の受け入れのためにも、入院時からの関わりが必要だが、その視点をどう育てるかが課題である。

#### 2．今後県内全体でどのような退院支援にかかわる教育が必要か

県庁医療整備課の看護企画監から、前述1の議論を踏まえ、以下のような考えが提案された。

- ・認定看護師の育成や、現在資格を持っている看護師に対するサポートもこれまでに必要となってくる。前向きに検討していきたい。
- ・退院調整に対する意識が高まっている。各施設において成功事例の報告会などを続けることが必要。

## 県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の検討

野口真喜子 加藤直子（岐阜県健康福祉部医療整備課）  
藤澤まこと 黒江ゆり子 田村正枝 臼井みどり 原田めぐみ（大学）

### はじめに

本研究では、県健康福祉部医療整備課と大学が協働して、県内の退院支援の質向上に向け取り組むべき課題を明確にし、検討しながら看護職者への支援を推進していく。2009年度には、2004年度から5年間実施された岐阜県看護者研修事業「退院調整と地域連携推進事業」の評価として、主に人材教育プログラムである「退院調整看護師育成のための研修」を修了した看護職者を対象に質問紙調査を行い、研修の成果や県内の退院支援の課題を明確にし、報告書を作成することによって県内の医療機関において共有できるようにした。2010年度は県内の全看護職者を対象として、退院支援に関するワークショップを開催し、退院支援の先駆的取り組みを紹介するなどの教育的支援に取り組んだ。

そこで本年度は、県内の全医療機関を対象に退院支援の実態調査を実施し、県内の医療機関の退院支援の現状・課題、退院支援の質向上に向けた看護職者の支援ニーズを明確にする。それをもとに、県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の具体的な方策を検討する。また、県内の全看護職者への教育支援としてのワークショップを開催し、看護職者による退院支援の質向上を目指す。

### 方法

#### 1. 県内の全医療機関を対象に退院支援の実態調査を実施する。

1) 調査方法：県内の医療機関の退院支援の現状と課題、教育支援への希望を明確にするために、県内104の医療機関の看護部長宛てに質問紙を郵送した。退院支援部署（部門）が設置されている場合は、その部署担当の看護職に回答を依頼し、退院支援部署（部門）が設置されていない場合は、病棟師長、または病棟看護師に回答を依頼した。

2) 調査期間：2011年8月～9月

3) 調査内容：医療機関の概要、退院支援部署（部門）の現状、各部署における退院支援の現状、院内全体・所属部署での退院支援の課題、退院支援のやりがい・充実感、教育支援への希望等である。

4) 分析方法：医療機関の概要、退院支援部署（部門）に関する事等は単純集計を行う。自由記載内容は、意味ごとの文節に分けて質的に分類する。分析内容は、共同研究者間で討議し合意を得た。

5) 調査結果より県内の医療機関の退院支援の現状・課題を明確にし、退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の具体的な方策を検討する。

#### 2. 県内の看護職者の退院支援の質向上に向けて退院支援に関するワークショップを企画・運営する。

本ワークショップの企画・運営は、県健康福祉部医療整備課と大学側が協働で行った。特にワークショップにおける講義の講師の選択や依頼等は医療整備課が主導となって行った。

1) 対象者：県内の看護職者（県内104の医療機関の看護部長宛てに依頼状を送付した）

2) ワークショップの内容：講義「退院支援と介護保険」、「精神科病院における退院支援の取り組み・課題について」、退院支援の取り組み報告、グループワーク、グループでの意見交換・内容の共有、ワークショップの意見・感想の把握

#### 3. 倫理的配慮

質問紙調査では、質問紙とともに説明文書を同封し質問紙の返送をもって同意とした。ワークショップの参加においては、看護部長に依頼状を送付し、看護師の自由意思による参加の保証を依頼した。結果は本研究の目的以外に使用することはなく、公表にあたっては匿名性を配慮する。なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た（承認番号0011）。

### 結果

#### 1. 県内の医療機関の退院支援の実態調査結果

本年度は、県内の104の医療機関を対象に、医療機関の概要（病床数、看護配置、平均在院日数）、退院支援部署（部門）の現状（部署設置の有無、担当職種、位置づけ・開設時期、部署設置による効果・利点）、所属部署において看護師が行っている退院支援内容、院内全体・所属部署での退院支援を行う上での課題、退院支援の課題に対する取り組み予定、県内の退院支援の充実に向けた教育支援への希望等を明確にするために質問紙調査を行い、回答数は41施設、回答率は39.4%であった。

1) 回答が得られた医療機関（41施設）の概要

(1) 病床数：一般病床では1～100床、301～400床、401～500床がそれぞれ3施設、一般病床・療養病床では、101～200床が9施設、一般病床・精神科では、601～700床が3施設、療養病床のみでは、100床までが4施設、精神科のみでは、201～300床が2施設、501～600床が1施設等であった。

(2) 看護配置：一般病床では、7対1が13施設、10対1が11施設であった。療養病床では、20対1が10施設、25対1が8施設であった。そして精神科では、15対1が5施設と最も多かった。回復期

(以下回復期と示す)では15対1が2施設等であった。

(3)平均在院日数:一般病床では15~20日が14施設、14日以内が11施設であった。療養病床では、101~200日が6施設と最も多く、301~400日が5施設であった。精神科では201~300日が2施設、51~100日・101~200日・301~400日・401~500日・601~700日が各1施設ずつであった。回復期リハビリテーション病棟では、51~100日が2施設等であった。

## 2) 退院支援部署(部門)の現状

(1)退院支援部署(部門)の設置の有無:退院支援部署(部門)の設置なしとの回答は、41施設のうち8施設であり、部署の設置場所としては、地域連携室、地域医療部が19施設、医療(介護・福祉)相談室が11施設、各病棟との回答が9施設等であった(表1)。

(2)退院支援部署(部門)の担当職種:退院支援部署(部門)を設置している33施設において、部門(部署)を担当する職種としては、医療ソーシャルワーカー(以下MSWと示す)の配属が26施設、次いで看護師の配属は25施設、事務職の配属が10施設、医師の配属が6施設等であった(表2)。

表2 退院支援の部署(部門)の担当職種(複数回答)

職種	施設数
看護師	25
保健師	2
医師	6
医療ソーシャルワーカー(MSW)	26
精神保健福祉士(PEW)	2
作業療法士	1
事務職	10
その他	4

表1 退院支援部署(部門)の有無(複数回答)

部署の設置場所	施設数
①地域連携室、地域医療部	19
②医療(介護・福祉)相談室	11
③各病棟	9
④看護部門の看護相談室	1
⑤退院支援部署(部門)の設置なし	8

## (3) 退院支援部署(部門)の位置づけ・開設時期

退院支援部署(部門)の位置づけとしては看護部門が10施設、事務部門が10施設、診療部門が3施設等であった(表3)。また、退院支援部署(部門)の開設は1997年から回答があり、1997~2001年の開設が4施設、2002年~2006年の開設が12施設、2007~2011年の開設が16施設となっていた(表4)。

表3 退院支援部署(部門)の病院機構全体での位置づけ

部門	施設数
看護部門	10
事務部門	10
診療部門	3
その他	7

表4 退院支援部署(部門)の開設時期

開設時期	施設数
1997~2001年	4
2002~2006年	12
2007~2011年	16

## (4) 退院支援部署(部門)設置による効果・利点

退院支援部署(部門)設置による効果・利点については、27の回答による53件の記述があった。それらは、【院内外との連携・調整が充実する】25件、【院内の連携により退院支援がスムーズになる】18件、【相談が受けやすくなる】4件、【書類の依頼やデータ管理をする】2件、【その他】4件の5つに分類された(表5)。以下分類を【】、小分類を<>、項目「」で示す。

表5 退院支援部署(部門)設置による効果・利点など

分類	記載例
院内外との連携・調整が充実する(25件)	家族や院外関係職種(施設、ケアマネ、保健所など)との連絡調整がスムーズになった 院外関係機関との連絡窓口が一本化されているので、連携がスムーズである
院内の連携により退院支援がスムーズになる(18件)	院内の他職種(病棟看護師、訪問看護師、地域連携室、リハビリなど)と連携が図れることで退院調整が円滑になった 退院支援会議がタイムリーに行われるようになった
相談が受けやすくなる(4件)	がん相談を含む看護相談、医療福祉相談が受けやすくなった 介護のみではなく(経済的な相談など)福祉制度を提供できている
書類の依頼やデータ管理ができる(2件)	院外、院内関係職種との連携窓口となり、情報提供書などの書類関係の依頼やデータの管理ができるようになった 窓口の一本化により情報の集約が可能

## 3) 所属部署において看護師が行っている退院支援内容

看護師が行っている支援で、最も多かったものは「患者・家族の退院に向けた意向の確認」が36人(87.8%)で、次いで「看護師・医師・リハビリスタッフ・MSW等多職種参加のカンファレンスの開催」が29人(70.7%)、「患者・家族への介護に関する相談・支援」が28人(68.3%)、「患者・家族の介護保険制度・福祉制度利用の確認」が26人(64.3%)、そして「介護支援専門員(ケアマネジャー)との連絡調整」と「訪問看護師との連絡調整」の23人(56.1%)であった。また、看護師が行っていつ支援として少なかったのは、退院後の生活状況の確認である「家庭訪問での退院後の生活状況の

確認」5人(12.2%)、「電話での退院後の生活状況の確認」7人(17.1%)、「外来受診時の退院後の生活状況の確認」8人(19.5%)等であった(表6)。

退院支援内容	複数回答 人数( )%
スクリーニングシートの記載	18(43.9)
入院時の退院に向けたアセスメントの実施	19(46.3)
退院支援計画の作成	20(48.8)
患者・家族の退院に向けた意向の確認	36(87.8)
患者・家族への介護に関する相談・支援	28(68.3)
患者・家族の介護保険制度・福祉制度の利用の確認	26(63.4)
患者・家族の介護保険制度・福祉制度の説明	18(43.9)
患者・家族への在宅サービスの紹介	19(46.3)
患者・家族への医療機器・衛生材料の調達の調整	21(51.2)
看護師・医師・リハビリスタッフ・MSW等多職種参加のカンファレンスの開催	29(70.7)
介護支援専門員(ケアマネジャー)が召集する担当者会議への参加	22(53.7)
介護支援専門員(ケアマネジャー)との連絡・調整	23(56.1)
訪問看護師との連絡調整	23(56.1)
かかりつけ医との連絡調整	15(36.6)
施設入所・転院の場合の施設・転院先の紹介・調整	19(46.3)
電話での退院後の生活状況の確認	7(17.1)
外来受診時の退院後の生活状況の確認	8(19.5)
家庭訪問での退院後の生活状況の確認	5(12.2)
介護支援専門員(ケアマネジャー)や訪問看護師を通しての退院後の生活状況の確認	13(31.7)
その他(患者の情報提供書の作成、カンファレンス後の指導料の入力等)	6(14.6)

#### 4) 院内全体・所属部署での退院支援を行う上での課題

(1) 院内全体の退院支援を行う上での課題(回答施設 38 施設、回答率 92.6%)

院内全体での退院支援を行う上での課題は、【退院先との調整】22件、【連携と充実】10件、【退院支援体制の整備】9件、【退院支援に対する知識や関心】7件、【退院調整役割の明確化】6件、【情報交換の充実】6件、【その他】3件の7つに分類された。さらに【退院先との調整】は、<受け入れ施設が少ない>7件、<家族の受け入れ困難>6件、<高齢者の疾患や合併症等>4件、<患者の意識や背景>3件、<退院後の課題>2件の5つに分類され、【連携と充実】は<医師との連携>7件、<部門間の連携>3件の2つに分類された。そして【退院支援体制の整備】は<体制作り>5件、<システム作り>4件の2つに、【退院支援に対する知識や関心】は<退院支援に関する知識>5件、<退院支援に関する関心>2件の2つに分類された。また【退院調整役割の明確化】は<医師や師長が調整役を担っている>3件、<退院調整役割の意識付け>3件の2つに分類され、【情報交換の充実】は<情報の入手方法>3件、<情報に対する認識不足>3件の2つに分類された(表7)。

(2) 所属部署での退院支援を行う上での課題(回答施設 25 施設、回答率 60.9%)

所属部署での退院支援を行う上での課題は、【院内・院外との連携】6件、【支援システム構築】5件、【退院支援に関する知識の習得】6件、【退院支援に向けたカンファレンスの充実】5件、【退院先との調整】4件、【院調整担当者としての課題】4件の6つに分類された(表8)。

5) 退院支援の課題に対する取り組み予定(回答施設 35 施設、回答率 85.3%)

上記4)において回答のあった課題に対する取り組み予定としては、【スタッフ教育】13件、【退院支援体制の整備】11件、【連携の充実】9件、【カンファレンスの充実】8件、【患者・家族への退院支援】3件の5つに分類された。さらに【スタッフ教育】は<退院支援に必要な知識の習得>10件、<事例の活用>2件、<教育支援者の活用>1件の3つに分類され、【退院支援体制の整備】も、<退院調整委員会の整備>4件、<退院支援システムの整備>5件、<情報収集の充実と共有>2件の3つに分類された。【連携の充実】は、<院内の連携>6件、<院外との連携>3件の2つに分類され、【カンファレンスの充実】は<カンファレンスの定例化>5件、<多職種が参加するカンファレンスの充実>3件の2つに分類された(表9)。

6) 県内の退院支援の充実に向けた教育支援への希望(回答施設 28 施設、回答率 68.2%)

県内の退院支援の充実に向けた教育支援について、どのような教育支援を希望するかについては、【退院調整看護師養成研修会】19件、【病院機能別研修等】5件、【退院支援体制研修会】3件、【地域連携研修会】3件、【その他】3件の5つに分類された(表10)。

表7 院内全体の退院支援を行う上での課題

分類	小分類	記載例
退院先との調整 (22件)	受け入れ施設が少ない(7件)	地域のリハビリ病院や療養型病院などの医療機関が不足している。施設入所希望されても満床で何百人待ち状況。独宅、高齢者世帯で介護力が不足して在宅の受け入れ困難が多い。
	家族の受け入れ困難(6件)	高齢の方の退院は、たとえ回復したとしても家族は自宅へ連れて帰らない事が多くむなしさがある。入院時は自宅に連れて帰りますと言っていたのに、退院の話をするとな怒り出す家族もいる
	高齢者の疾患や合併症等(4件)	高齢者では誤嚥性肺炎等で経口摂取できず胃ろうもしないケースに対する地域の受皿の不足がある
	患者の意識や背景(3件)	家族・本人の不安を取り除かなければ退院支援できないと思う
	退院後の課題(2件)	退院後の生活がスムーズに行えるようサービスの充実を図る
連携の充実(10件)	医師との連携(7件)	医師との連携が難しく退院出来そうな患者でも退院調整が進まないケースがある
	部門間の連携(3件)	他部署との連携が難しく特に病棟、外来との連携ができていない。現在、在院日数の削減の中で、在宅療養支援の充実が必要だと考えている。その中で、医療面では外来部門への引継ぎ、継続支援及び見守りが重要である
退院支援体制の整備(9件)	体制作り(5件)	支援体制を作らないといけなと感じているがどのようにやってよいかわからない
	システム作り(4件)	病棟内でばらつきがでないよう退院支援が全ての病棟で同じようにできること
退院支援に対する知識や関心(7件)	退院支援に関する知識(5件)	退院支援についての知識が全員に認識されていない
	退院支援に関する関心(2件)	5回実施されても全員が参加できるわけではない
退院調整役割の明確化(6件)	医師や師長が調整役を担っている(3件)	退院支援について受け持ち看護師が介入することは少なく師長が主に行っている
	退院調整役割の意識付け(3件)	スクリーニングでハイリスクに該当する場合、退院調整係りに丸投げの事がある。チーム医療としての退院調整であること、院内外の医療・介護福祉関係者と連携をとる意識が薄い。今後は、病棟看護師がメインとなることができる退院支援の症例を増やしていくことが課題と考えている
情報交換の充実(6件)	情報の入手方法(3件)	特養や老人保健施設(協力病院となっている施設)と情報交換する機会を作り、当院では対応できない介護保険の説明や制度サービスについて相談しやすいようにすすめているが、まだ十分に活動されていない。今後さらに情報交換して患者や利用者が安心して入院・退院できるようにしていきたい
	情報に対する認識不足(3件)	退院支援を受けないで在宅に帰りケアマネージャーがあわせて調整に入るケースがある。スタッフの認識の甘さの結果と考える

表8 所属部署での退院支援を行う上での課題

分類	記載例
院内・院外との連携(6件)	MSWIによるスクリーニングがされているか、看護師の協力を得ることができないことがある
支援システム構築(5件)	各部署に退院調整の研修を受けた看護師が委員として各1名ずついる。現在はまだ活躍の内容がはっきりしていない為、役割を明確にして今後スクリーニングからアセスメントの活用とケース依頼書につなげるタイミングを管理してもらう
退院支援に関する知識の習得(6件)	アセスメントの実施がされず家族、本人の状況を把握せず退院ばかりをすすめてしまう
退院支援に向けたカンファレンスの充実(5件)	多職種カンファレンスが計画的に実施されていない
退院先との調整(4件)	退院を目指して生活指導を行ったり家族を説得したりしてモチベーションを上げていってもその後の受け入れ先がない(グループホーム、施設などが満床で入居できない)
退院調整担当者としての課題(4件)	現状の退院調整の業務を見直し、病棟看護師に依頼できる内容の検討

表9 退院支援の課題に対する取り組み予定

分類	小分類	記載例
スタッフの教育(13件)	退院支援に必要な知識の習得(10件)	入院時に在宅や施設での様子を情報収集して退院に備えて早期からケアマネと連携して支援できるよう病棟スタッフに対して介護保険や退院支援の学習会開催
	事例の活用(2件)	事例を通して助言
	教育支援者の活用(1件)	チームリーダー、師長、主任による支援
退院支援体制の整備(11件)	退院調整委員会の整備(4件)	退院調整委員会を立ち上げ現場で介入の有無をチェックできるスタッフを育成している
	退院支援システムの整備(5件)	現在も入院した時点で情報収集や病状把握を含めて退院を想定した取り組みを行っている
	情報収集の充実と共有(2件)	リエゾン看護師が患者ラウンドを行い情報収集するようにしているが遅れがちである
連携の充実(9件)	院内の連携(6件)	他部署との連携を早めにとりカンファレンス等で検討していきたい
	院外との連携(3件)	病院と地域の連携会議で高齢者のケアや看取りなどについて学習や検討の場を設けている
カンファレンスの充実(8件)	カンファレンスの定例化(5件)	週に1回各病棟にてケース検討を行う
	多職種が参加するカンファレンスの充実(3件)	実際の事例を通して様々な職種との調整を行ったり病棟看護師との意見交換を行う
患者・家族への退院支援(3件)		患者・家族と面談し、意向を確認しながら退院支援に努めている。とにかく家族の受け入れ協力がないと退院に時間がかかる

表10 県内の退院支援の充実に向けた教育支援への希望

分類	記載例
退院調整看護師養成研修会(19件)	看護師が退院支援、退院調整を行う上で知っておきたい社会資源、社会保障、制度、障害など詳しく勉強したい 診療報酬に沿った退院調整の方法を学びたい。在院日数、退院処方、退院時物品(吸引カテーテルなど)がDPCにて持ち出しになるため病院が損する事になるがその考え方、吸引器購入方法やストマケアの必要物品の補助など具体的に学びたい
病院機能別研修等(5件)	退院調整の課題は病院の機能により違うため同じ機能を持つ病院間での課題達成に向けた取り組みが必要 県看護協会の退院支援に関する研修に各部の責任者から参加させていただいているが、ブロックごと(岐阜、西濃など)の研修会があると、より地域の退院に関するメンバーと交流できると思う
退院支援体制研修会(3件)	退院支援体制についての研修会 ソーシャルワーカーが退院調整を行なう機関が多いためソーシャルワーカーも研修対象者にしていただけるとよいと思う
地域連携研修会(3件)	病院、施設、クリニック、県全体で退院支援を考えなければならないし地域の方に理解していただくためにも地域の方のための研修会を開催するのはどうか 地域での療養サービスの現実を施設(特に病院)で働く人々が知る(その逆もしかりであるが)内容の研修会や相互交流の機会があるとよい

## 2. 退院支援に関するワークショップ

本年度は平成23年11月16日に、看護大学において、県内の全看護職者を対象とした退院支援に関するワークショップを開催した。県内104の医療機関の看護部長宛てに依頼状を送付し、当日の参加者は54人であった。

### 1) ワークショップの内容

(1) 講義：ワークショップにおいて、退院支援と介護保険(講師：地域包括支援センター所長)、精神科病院における退院支援の取り組み・課題について(講師：精神療養病棟師長)の2つの講義と、退院支援の取り組み報告(講師：先駆的取り組みをしている病棟の看護師)を行った。

### 2) グループワークでの討議内容

グループワークは、参加申し込み時の希望に基づき慢性期4つ、急性期3つ、精神2つのグループに分かれて70分間の意見交換を実施し、その後各グループより討議内容の発表があり、討議内容を共有した。慢性期のグループでは、入院前の生活・退院後の生活を踏まえた支援の必要性、家族への介入の困難さ、スタッフ教育における事例検討の重要性等が報告された。急性期グループからは、効果的な取り組みの紹介として、定期的な退院支援カンファレンスの開催、各部署より看護師参加する委員会組織の設立が報告され、課題として、スタッフ教育としての退院後の生活状況のフィードバックの必要性や家族のレスパイと対策の必要性が報告された。精神グループでは、入院時から退院を意識した定期的なカンファレンスの開催の必要性や多職種との連携が課題として報告された。

## . 考察

### 1. 県内の医療機関の退院支援の実態調査より明確になった現状・課題

本年度行った県内の医療機関の退院支援の実態調査から明確になった、医療機関の退院支援の現状では、41施設の中で退院支援部署(部門)が設置されている施設は33施設(80.5%)であり、担当職種もMSWが担当している26施設(63.4%)について、看護師の担当が25施設(61.0%)と多く、退院に向けた支援に看護職者が関われる体制が整備されてきている。退院支援部署設置により、院内・院外の連携の充実への効果があることが示されていた。

所属部署で看護師が行っている支援としては、「患者・家族の退院に向けた意向の確認」87.8%の部署で行われ、「看護師・医師・リハビリスタッフ・MSW等他職種参加のカンファレンス」も70.7%の部署で行われており、患者・家族の意向に沿った退院支援に向けて取り組まれていることが分かった。介護支援専門員(ケアマネジャー)との連絡調整や訪問看護師との連絡調整も56.1%の部署が行っており、多職種による連携や生活状況の確認に向けて取り組んでいることが示された。

しかし、院内全体の退院支援を行う上での課題(表7)としては、「退院先との調整」が最も多く、次いで「連携の充実」「退院支援体制の整備」など、院内・院外の円滑な連携は多くの施設が課題として捉えられている。そして、「退院支援に対する知識や関心」も課題と示され、教育支援の必要性がうかがえた。所属部署での課題(表8)においても、院内全体の課題とほぼ同様であったが、「退院支援に向けたカンファレンスの充実」が具体的な部署の課題として示されていた。

### 2. 退院支援充実に向けた取り組み・教育支援

各医療機関において、退院支援の課題に対する取り組み予定(表9)として「スタッフ教育」や「退院支援体制の整備」「連携の充実」「カンファレンスの充実」が示されており、自施設の課題を明確にして、その解決に向けて取り組み始めていることが示されていた。また、退院支援充に向けて希望する教育支援(表10)としては「退院調整看護師育成研修会」が最も多く、退院支援に関する確実な知識や認識の習得のための教育支援が必要であると考えられた。

#### ・本事業の成果・評価

##### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

本年度は県内の退院支援の実態調査を行い、県内医療機関の退院支援の取り組みの現状が具体的に把握できた。そして院内全体の課題や、部署としての課題も明確となった。また、ワークショップも3年目となったが、看護職者の意見交換の場としての単発的なワークショップよりも、県内看護職への退院支援に関する教育支援として、知識・認識を系統的に学修できる研修の企画・運営が求められていることが明確になった。

##### 2. 現地看護職者の受け止めや認識

講義は、介護保険の知識の習得や精神科の退院支援の現状・課題を理解する機会となっていた。また、モデルケースとして取り組み事例の報告やグループワークにより自施設での退院支援の取り組みへの示唆が得られたとの意見も多かった。本年度は、グループ編成を慢性期、急性期、精神と分けたので、より自施設の課題に関わる討議ができたとの意見があった。退院支援に関して看護職者が意見交換できる機会としてワークショップは有意義であると捉えている。また、多施設の取り組み内容や現状を聞くことで、共感することができ、退院支援に取り組むモチベーションの向上にもつながると考える。

##### 3. 本学がかかわったことの意義

岐阜県での「退院調整と地域連携推進事業」の研修は2008年で終了した後、本研究により2009年度から3年間退院支援に関するワークショップを大学において開催し、退院支援に関する知識習得に関する講義や、退院支援の先駆的取り組みの報告、およびグループワークによる意見交換の機会を提供することができた。また、本年度の退院支援の実態調査の内容を報告書にまとめ県内の医療機関にフィードバックすることで、各医療機関の退院支援の充実に向けた方策検討の契機となると考える。今後は、岐阜県健康福祉部医療整備課と協働で、県内の看護職者の退院支援の質の保障に向けた、具体的な教育支援の方策を検討していく必要があると考える。

#### ・共同研究報告と討論の会での討議内容

本討議のテーマは「自施設での退院支援の充実に向けた工夫、および人材育成における工夫について」であり、他の退院支援に関する共同研究との合同討議を行った。

##### 1. 院内全体の退院支援の質向上に向けてどのようなスタッフ教育・工夫が必要か

<A 医療機関>・平成16年頃から訪問看護ステーションへの研修を行った。具体的には、在宅看護論を含むカリキュラムを学修していない、平成9年以前の教育を受けた看護師100名以上を対象に、半日の訪問看護ステーション研修を実施した。患者の病院と在宅での表情が違ふことや、人工呼吸器を装着中でも在宅での生活が可能であることが分かり、価値観の変化がみられた。このように在宅での生活を知ること、入院中に必要な退院支援を考えるようになり、入院中のケアにも活かすことができていた。知識だけではなく体験として学ぶということが大切であると考えている。

<本学教員>：・急性期病棟では退院後の経過が把握できていないため、見通しが立てられないことが多い。そこで共同研究として、一事例に関わった専門職が一同に会して、支援内容や、連携の実態を検討することにより、それぞれの支援内容や役割が明確になった。それによって、今どのような支援が必要かの予測ができるようになった。このように退院後の経過を加えた事例検討を多職種が参加して行い、その内容を病棟スタッフにフィードバックすることがスタッフ教育に効果的である。

##### 2. 県内全体の退院支援の質向上に向けて必要な教育的支援

<A 医療機関看護部長>：退院調整の理念を理解し、確実に退院調整のできるプログラムを修了したという認定があると、病院としても研修に出しやすい。

<看護企画監>・退院支援に関する教育を受けた看護師が病棟にいてほしいという要望は多いが、県内には研修の企画はない。他県の退院調整看護師育成に関わる研修に積極的に参加してほしい。医療整備課としては、それらの研修参加の費用の支援等も検討していきたい。

・病棟管理者が、研修会を受けられるような支援や助成もしていけるとよいと考えている。

・認定看護師の育成や、現在資格を持っている看護師に対するサポートもこれまで以上に必要となってくる。前向きに検討していきたい。

・退院支援に対する意識の高まりを感じる。それぞれの施設で、定期的に退院支援の成功事例等の報告の機会をもち、継続的な事例検討を行うことが必要である。

## 退院調整における日常生活指導を中心とした地域連携室と病棟看護師の協働

山中ひろみ 亀山博子 長屋由美 渡辺佳美 松原直子 平田泰子 長尾美千代 笠野友香  
鈴木晃代（関中央病院・看護部） 川地信也（関中央病院・地域連携室）  
橋本麻由里 小西美智子 両羽美穂子 百武真理子（大学）

### はじめに

A病院では、平成 21 年度より新たに退院支援システムを立ち上げ、退院調整・支援を行っている。当初、退院調整・支援は、主に地域連携室の退院調整看護師と病棟師長によって行なわれ、病棟看護師による退院への関わりが少ない現状があった。同時に退院した患者・家族から退院後の生活がうまくいかず支援不足を指摘する声があった。そこで、平成 21 年度より病棟看護師が地域連携室と協働し、退院調整にかかわれるようにするための教育支援や退院支援システムの検討を行ってきた。平成 22 年度は、事例検討による現状の分析から、これまでの退院支援システムを見直し、1.退院支援に関わるプロセスフローチャート（以下 PFC とする）の改善、2.介護力アセスメントシート・介護サービス（マトリックス）表の作成に取り組んだ。そこで、今年度は、これらの新たなツールを活用し退院調整・支援を行った事例の検討から、病棟看護師がその人らしさを尊重し、その人に合った退院調整・支援が行えるよう、システムを活用した実践と評価、さらに改善を行うことを目的とした。

《施設の概要》A病院は 150 床（一般病床 90 床、亜急性期病床 10 床、医療療養病床 50 床）で、老人保健施設 50 床、訪問看護ステーション、居宅支援事業所、グループホーム 18 床を併設し、地域医療・介護を担っている。看護部理念は、その人らしさを尊重した看護の提供である。また、看護体制は固定チームナーシング方式と受け持ち制を併用している。

### 方法

#### 1. 退院支援システムとそのツール活用に関する現状と課題の検討

各部署のシステムやツールの活用状況をもとに、共同研究者間で現状と課題について検討する。

#### 2. 退院調整事例の検討によるシステム改善への取り組み

病棟所属の共同研究者が、自病棟の看護師による退院支援の事例を提示し検討する。尚、事例検討会は、共同研究者を中心として実施し、研究者以外の参加も可能とした。事例検討に先立ち、共同研究者は病棟の現状に応じて、退院支援の取り組み促進を働きかけ、検討会において退院支援システムの活用状況と照合することにより、その人らしさを尊重しその人にあった退院支援ができたかを評価する。ツールの修正が必要な場合は、修正し再評価する。検討後に意見感想を記入し評価に活用する。

#### 3. 質問紙調査による退院支援活動の評価

1) 調査項目：退院に関する相談を受けた経験の有無、相談者と患者の続柄、相談内容、相談への対応、退院調整の理解度、介護力アセスメントシートの活用状況、標準看護計画の活用状況、介護サービス表の活用状況、カンファレンスへの参加状況、カンファレンス内容の看護実践への活用状況、退院調整にかかわることができるか、退院調整を困難に感じる理由

2) 対象者：全病棟看護師のうち質問紙への同意を得られた看護師

3) 調査実施期間：平成 23 年 12 月

4) 結果は、単純集計し、自由記載項目については共同研究者間で協議し結果の分析・評価を行った。平成 21 年度の質問紙調査結果との比較についてはカイ 2 乗検定を実施した。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、施設長の了解を得て実施した。事例検討では患者・家族及び看護師の個人が特定されないよう匿名性を確保し、データ管理も厳重に取り扱った。事例検討参加および意見感想シートの記入、質問紙調査は研究参加者の自由意思によるものとし、研究目的や研究参加による不利益の有無を書面と口頭で説明し、同意を得て実施した。質問紙調査については、無記名で実施し回答をもって同意を得たものとした。なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認（2228-1）を受けている。

#### 5. 取り組みにおける現地側との協働体制

具体的な活動計画の立案、事例検討会の実施、退院支援システムの検討、活動評価において、双方で協働して活動を進めた。検討会は 5 回現地で実施し、進行・記録は現地側共同研究者が務めた。質問紙調査のまとめは大学側で行い、検討会において結果を共有し、全員で今後の方策を講じた。

### 結果

#### 1. 退院支援システムとそのツール活用に関する現状と課題の検討

まず、昨年作成した PFC に基づいて、どの程度退院調整が行われているかについて、各病棟の状況を検討した。結果、病棟へのシステムの浸透が十分行われておらず、システム及びツールの説明や

活用状況にも差があることが分かった。そのため、共同研究者が中心となって、PFCに沿った退院支援に関する勉強会を各部署で実施し、病棟看護師の退院支援へのかかわりを促進するように努めた。

## 2. 退院調整事例の検討によるシステム改善への取り組み

### 1) 事例検討の概要とシステムの改善点

病棟看護師が退院支援に関わった事例をもとに、事例検討を行った。

#### (1) 事例1 家族と医療者の思いの相違から目標が一致せず退院の方向性にズレが生じ事例

90歳代の女性、(右大腿骨頸部内側骨折):入院後1か月の介護力アセスメントを実施したところスコアが低下していたことから、評価の下がった原因でもある排泄について『トイレまで行ける』を目標に取り組んだ。家族は、当初在宅療養を受け入れる意向を示していたが、その後「トイレに行くために介助が必要であれば最初から施設入所を考えた」と話した。このことから本人や家族の退院後の生活に対する具体的な思いをいつ、どのように確認するかを明確にし取り組む必要があることがわかった。改善策として介護力アセスメントシートでの再評価時には、家族への確認内容を経験の浅い看護師でも確認ができるよう質問形式で示し、PFCの中にも確認の時期を組み込んだ。

#### (2) 事例2 ADLが低下し、入院期間が長期化する高齢患者の退院調整事例

80歳代男性(誤嚥性肺炎):入院が長期化しADLも入院時より低下することで、退院に向けたゴール設定があいまいになりがちであることが問題となった。看護師側は退院に対する思いを家族に確認できていなかったが、入院が長期化し家族の面会も少なくなることで、さらに家族の思いの把握が難しくなることから、入院時より家族に退院後の生活に関する意向の確認は必須であることが検討会で一致した。また、より適切な退院調整に臨むためには他職種と退院に関する情報を共有する場を設けることが大切であることがわかった。そこで、改善案としてPFCの「必要時再評価」と「マトリックス確認」の間に「家族の意向の確認」と「医師・他職種を交えたカンファレンス」を組み込んだ。

#### (3) 事例3 退院間近な患者が服薬自己管理困難であることが判明した事例

退院数日前の患者が服薬の自己管理が困難である事実が分かった療養型病床からの事例から、介護力アセスメントシートの項目に「服薬管理」を追加した。

### 2) 事例検討会後の意見・感想

事例検討会後に意見・感想として、「他職種との連携が重要である事を再確認できた。」「退院支援のPFCの問題点と対策が出来て良かった。」「現場からの意見が多く出るようになった。」「実用できるものが必要であり、頑張って作成していきたい。」「退院支援についてどこに受け持ち看護師が介入するかが具体的に分かった。」「本人・家族の思いと医療者側の思いが同じになって初めて活きた退院調整が出来るのだと思った。」などの意見があり、気づいたことを実践に活かしていくための検討ができてっていると評価されていた。また、「勉強不足で退院調整ができない。」という意見に対しては、「カンファレンスへの参加を促し、OJTをすることで補えることも確認できた。」という意見がみられた。

## 3. 質問紙調査による退院支援活動の評価

質問紙調査では、主に退院支援の実際や認識や、また昨年度作成したPFCや介護力アセスメントシートなどの活用状況について、病棟看護師を対象に調査し、48名の回答を得た(回収率100%)。

### 1) 退院支援に関する現状

退院支援に関する相談や相談への対応について、今年度の調査結果と平成21年度調査結果(回答数60名)を図1に示した。

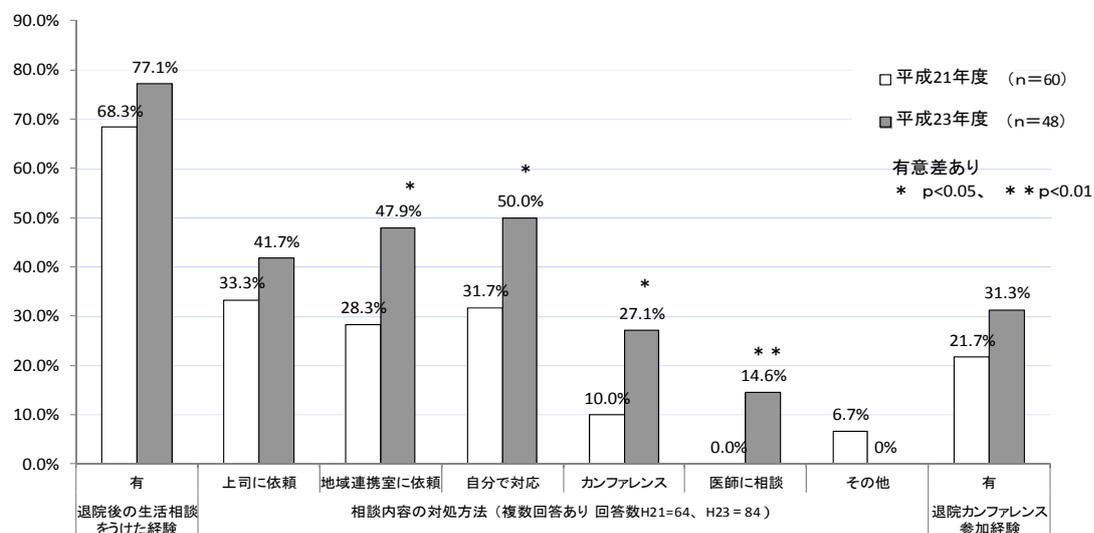


図1 退院後の生活に関する相談への対応

結果、「退院後の生活に関する相談を受けたことがある」のは77.1%で（平成21年度は68.3%）、多くの看護師が相談を受けていた。相談内容に対する対応方法については、複数回答で回答を求めたが、回答数84で、平成21年度の64と比べて多かった。内容としては、「地域連携室に依頼した」47.9%、「自分で対応した」50.0%、「カンファレンスの議題とした」27.1%、「医師に相談した」14.8%であり、これらの対応方法については、平成21年度との比較で有意な差がみられた。

## 2) PFC、介護力アセスメントシート、介護サービス表、標準看護計画の活用状況

昨年度作成したPFC、介護力アセスメントシート等の活用状況について、図2に病棟別に示した。全病棟の平均では、PFCから退院調整の流れがわかる（わかる/だいたいわかる、の回答を合算）と回答した人は全体で43.7%であったが、介護力アセスメントシートを活用している人は35.4%、介護サービス（マトリックス）表を活用している人は20.8%と低かった。標準看護計画の活用度は43.8%で、病棟別では、療養型病棟での活用度は87.5%と最も高かった。また、退院カンファレンスの活用については全病棟の平均では31.3%であったが、療養型病棟では62.5%であった。

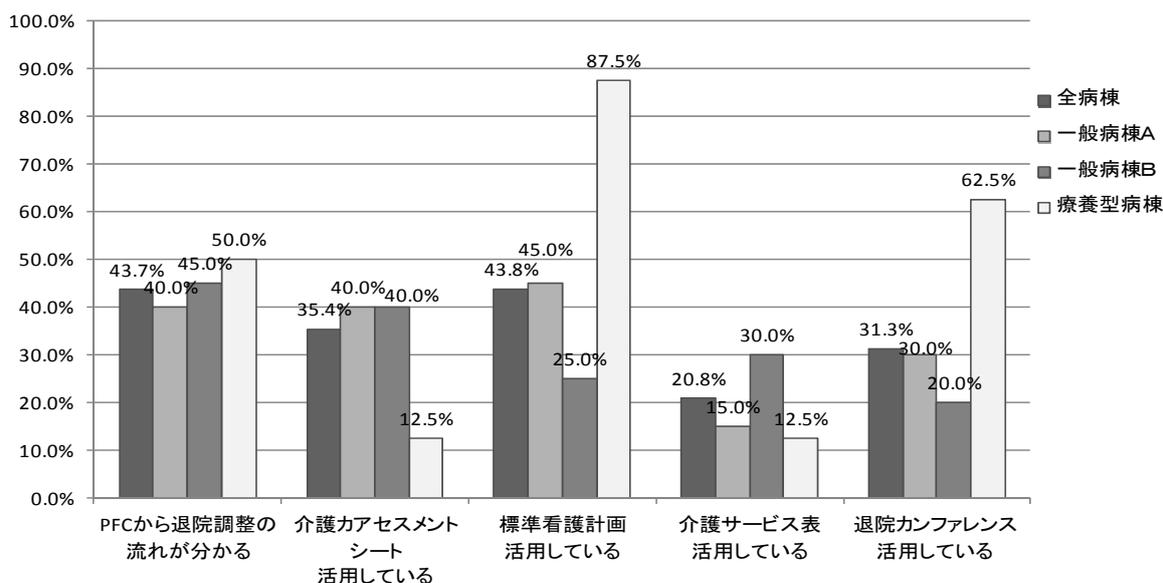


図2 昨年検討した退院システムやツールの病棟別活用状況

## 3) 「退院調整・支援に、今後かかわることができるか」について

「退院調整・支援に、今後関わる事ができるか」について図3に示した。「出来る/だいたい出来る」が35.5%で、平成21年度との差がなく、全体的に病棟看護師の役割として浸透するにはまだまだ課題であるとわかった。病棟別には、一般病棟Aでは、かかわることができるとした人が35.5%であり、平成21年度との比較において有意な差がみられた（ $p < 0.1$ ）。一方、退院調整を困難に感じる主な理由としては（表1）、平成21年度には、知識が乏しい、方法やかかわり方がわからないなど漠然とした「知識不足」、忙しい、時間がないなどの「時間不足」、「不安」、「経験不足」などが挙げられたが、今年度は、介護サービスや在宅支援について知識がない、病院の退院調整システムを理解していないなど具体的な「知識不足」、「経験不足」が理由で、時間不足や不安を理由とした回答は見られなかった。

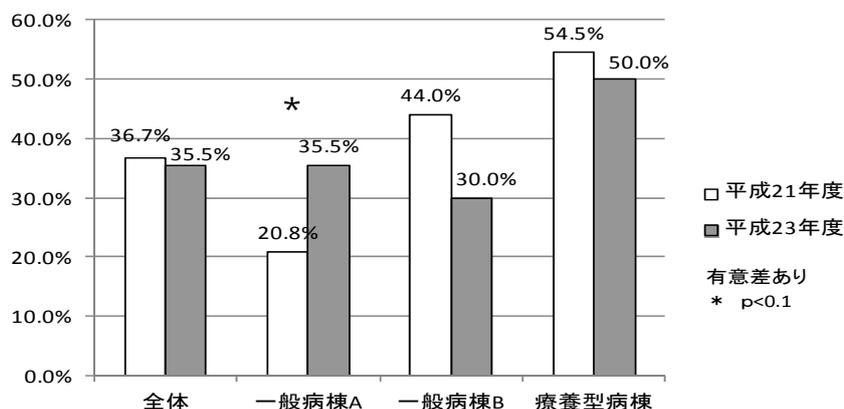


図3 退院調整・支援に、今後かかわることができるか

表1 退院調整を困難に感じる主な理由

平成21年度（回答総数35件 回答者数 30名）	平成23年度（回答総数14件 回答者数 14名）
<b>知識不足(18件)</b> ・知識が乏しい ・方法や関わり方がわからない	<b>知識不足(13件)</b> ・介護サービスや在宅支援について知識がない ・病院の退院調整システムを理解していない ・手続きの流れや方法が分からない
<b>時間不足(9件)</b> ・時間がない、忙しい	<b>経験不足(1件)</b> ・まだ関わったことがない
<b>不安(4件)</b> ・自信がない ・うまく調整できるか不安	
<b>経験不足(1件)</b> 退院のことに関わったことがないため	
<b>その他(3件)</b> ・入職して間もないため ・患者様について把握できていないため	

\* 両年度とも複数回答可

## ・考察

### 1. 退院支援システムと作成したツールの活用状況の評価と改善

今回事例検討によりツールを修正した点は、退院に向けて、主に家族と医療者側が相互の思いや見通しを確認し、方向性を一致させていくための機会と方法を組み込んだ点である。家族に対しては、在宅療養に向けて受け入れ可能かどうかを十分に話し合っていく必要がある。そして、退院に向けて積極的に調整を行うには、お互いの思いを共有することが不可欠であり、どの看護師も、時期を逃さず、家族の本当の思いを確認し、その後の計画に反映していけるようにする必要がある。

事例1では、介護力アセスメントシートの再評価の際に家族に確認すべき点を質問形式として例示したことで、経験の浅い看護師でも家族の思いを確認できるように工夫がなされた。事例2では、PFCに「家族の意向の再確認」、「他職種を交えたカンファレンス」を追加したことで退院に向けての情報を共有し、早期から退院調整に取り組めるようにした。看護職だけでなく他職種とともに患者の生活全体を捉えることで、早期退院に向けたチームの一員としての取り組みが可能となると考える。老老介護を余儀なくされている世帯や生活の多様化などから、ますます個別性のある看護の提供が求められているが、具体的な看護目標を設定し看護計画を立案することで、患者・家族の意向を捉えた看護の実践が可能となると考えられる。長期入院により、入院していることが常態となってしまう前に看護師が家族の意向を確認し、詳細な計画を立案することで患者・家族主体の退院調整を実践できるようにしていく必要がある。また、事例3では、退院後も継続した服薬管理を行う必要性があり、介護力アセスメントシートに「服薬管理」の項目を追加することで入院早期から自己管理できるかを把握し、自己管理の練習を実施したり退院後の服薬方法の検討が実施できるように検討した。

以上3つの修正から、退院支援システムをより標準化し、システムの利便性を追求するとともに、患者・家族の意向を尊重した、個別的な看護実践を保証することにつなげていきたいと考える。

### 2. 退院支援活動に関する意識調査結果

退院支援活動に関する意識調査結果から、病棟看護師の退院調整に対する認識は高まったと考える。特に取り組み前は退院調整が出来ない理由に「時間が無く忙しいから出来ない」みられたが、取り組み後はそう感じる看護師がいなかった事は、個々の看護師が退院支援について、ケアの一貫であり自己の役割として認識し、看護実践に関わってきたからであると考えられる。しかし今年度の調査結果から具体的なシステムや介護力アセスメントシート・介護サービス（マトリックス）表等のツールに関する不明点が多く記載されていることから、システムの浸透は不十分であると考えられる。今後は、看護師個々が関わった事例について、実践の振り返りを行い、カンファレンスの場で、退院支援の成功例や失敗例を組織的に学習し看護展開できるように、意図的にOJTに繋いでいくことが必要である。

さらに、退院支援の目的は単に退院へと導いていく事ではなく、QOLの追求であり当院の看護部の理念でもある「その人らしさを尊重した看護」を個々の看護師が自覚し実践できるよう働きかける事が私たち研究メンバーの役割であると考え、今後も実践し続けていく必要があると考える。

## ・本取り組みの評価

### 1．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度は、主に昨年作成したPFCや介護力アセスメントシートなどの活用状況について、実践事例をもとに評価し、システムの改善を行った。3事例の検討を通して、対象者とその家族の退院に向けた意向と退院に関して他職種が持つ見通しを、タイムリーにキャッチし共有するためのステップをPFCに組み込むことで、利用者本位の退院調整となるようシステムを改善することができた。また、共同研究者に、病棟看護師が加わった事もあり、少しずつではあるが受け持ち看護師の退院調整カンファレンスへの参加が促進し、病棟看護師の退院調整に対する役割認識の高まりを変化として確認できた。しかし、看護部全体に大きな変化を生み出すには至っておらず、今後もPFCの活用を浸透させていくことは課題として残る点である。共同研究者間では、看護の現状改善のための取り組み方法として、実践例の検討により、システム改善の方向性を見出し、それを現場で試行し、評価することを繰り返したことで、組織的に看護を改善していく意義と具体的な方法について学ぶ機会となったと考えられる。

### 2．現地看護職の受け止めや認識

自己点検評価では、本研究への取り組みを通して、「実際にシステムが改善できた」、「PFCにより次に何をしたらいいかわかるようになった」、「病棟看護師が退院調整に参加するようになった」、「実践の改善・充実につながるシステムを作成することができた」と評価されていた。今回は、病棟看護師が行った退院支援事例を検討するとして、共同研究者を中心とした検討会に終わらず、病棟での退院支援活動を促進することとなり、スタッフの活動事例を通して現状の改善や意識の変化を実感できたことが、このような評価につながったと考えられる。また、研究として取り組むことの楽しさを感じたとの意見がある一方で、病棟看護師の立場からの意見を十分出せなかったという意見もあり、それぞれの立場の違いを活かした検討会となるような工夫の必要性が示唆された。

### 3．本学（本学教員）がかかわったことの意義

今年度で3年目の取り組みとなり、現地の共同研究者の課題意識と、主体的な現場での改善活動を中心として研究が進められた。その中で、教員が果たした役割は、実践例から退院支援システムの改善の方向性を明確化し、現場での試行・評価によって、組織的に実践を通して看護を改善していく方法を強化することや、データにより客観的に退院支援システム改善活動の評価を行うことに貢献したことである。また、現地共同研究者とともに活動の経緯を報告としてまとめる過程を通して、現地看護職にとっての活動の意義を整理する一助となったこともその一つであると考えられる。

また、退院支援に関しては、他施設において早くから共同研究の取り組みがなされており、報告と討論の会において、それらの施設の共同研究者と意見交換することにより、県下の退院支援の現状と課題を共有する場となったことも意義があったと考えられる。

## ・共同研究報告と討論の会での討議内容

討議のテーマとしては、主に退院支援への病棟看護師の取り組みについての現状や、また入院前の外来看護師による退院調整スクリーニングの実施について、以下のような点で意見交換が行われた。

- ・高齢者の入院で、在院日数も増えてきているが、診療報酬も視野に入れながら取り組まなくてはならない。ほとんどの対象者が何らかの退院調整や支援を必要としており、地域連携室だけでは、担いきれなくなってきているにもかかわらず、病棟看護師が関わる事が難しい現状がある。

介護老人保健施設とも連携しながら取り組むことは必要になってくる。介護報酬の改定方針からも、さらに介護老人保健施設への長期間の入所は困難となることから、今後の医療の状況では連携を強化していく必要がある。当初、退院支援への取り組みが始まった当初は、連携室が中心となり、モデル的に活動し仕組みを立ち上げていくことが求められていたが、病棟看護師の退院支援における役割を強化し、困難事例のみ連携室が介入するなど、仕事の分担をシフトしていく必要がある。

- ・スタッフが委員である「継続委員」を立ち上げ退院支援に取り組んでいる。そこでは例えば退院支援スクリーニング表の記載率を数値で出して、病棟の看護のケアの一貫としてフィードバックしているスタッフの認識や動機を高めるような取り組みをしてきた。
- ・外来での関わりはどうであるのか。外来看護師に退院支援のスクリーニングを実施してもらっても良いのではないかと。

（今後の課題である。外来で医師からゴール（ADL）を話された時の患者・家族の反応は必要な情報であり今期の共同研究でも話に挙がっていた。）

- ・退院支援に関連する勉強会の実施についてはどのような状況か？

全体で介護保険等について実施したり、また各病棟でも実施している。

ポリシー：看護師が退院支援に関わるための業務手順

## 退院支援に関わる手順

2011年1月24日作成  
2012年2月改定

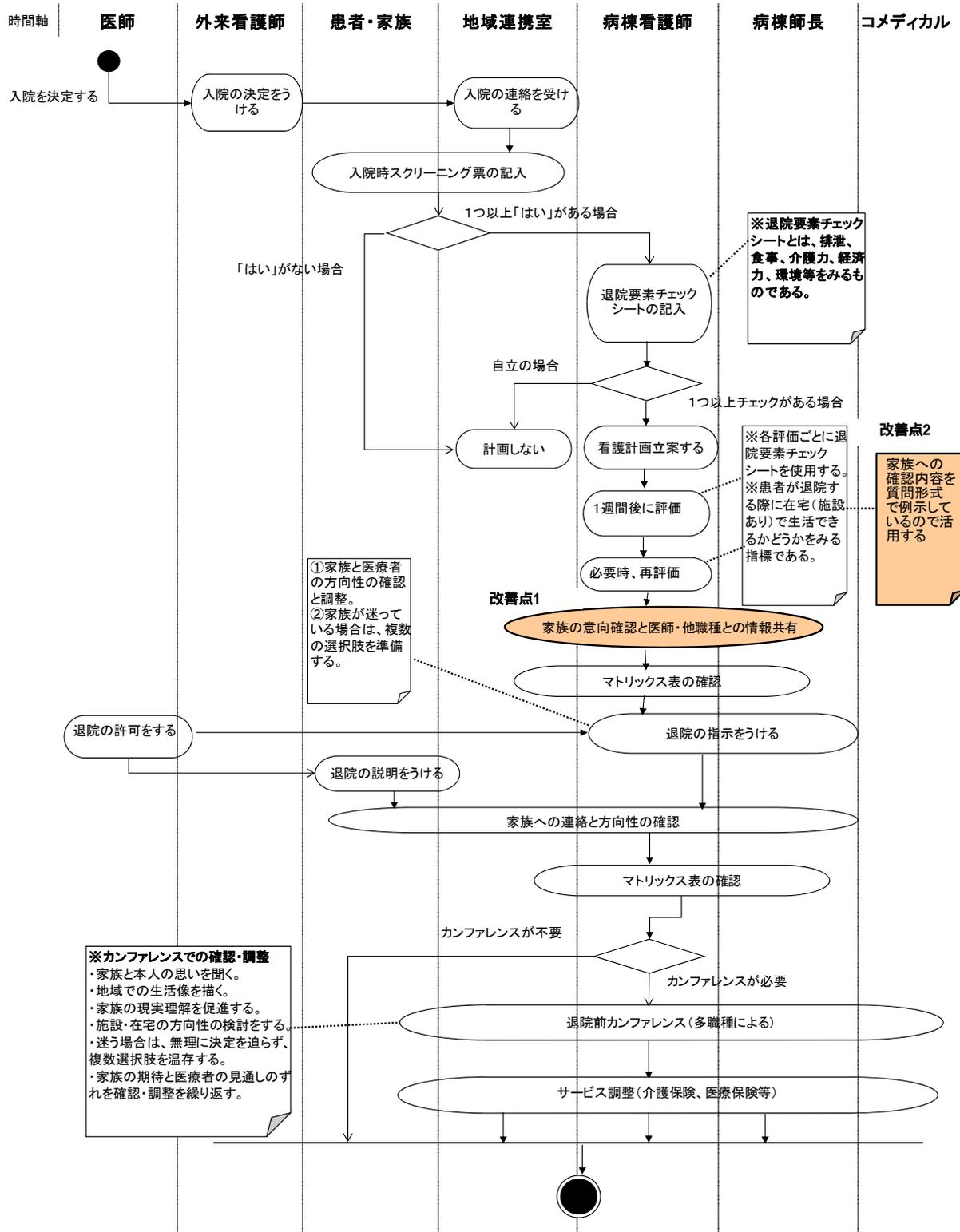


図4 退院にかかわるプロセスフローチャート

## 退院調整における日常生活指導を中心とした地域連携室と病棟看護師の協働

山中ひろみ 亀山博子 長屋由美 渡辺佳美 松原直子 平田泰子 長尾美千代 笠野友香  
鈴木晃代（関中央病院・看護部） 川地信也（関中央病院・地域連携室）  
橋本麻由里 小西美智子 両羽美穂子 百武真理子（大学）

### はじめに

A病院では、平成 21 年度より新たに退院支援システムを立ち上げ、退院調整・支援を行っている。当初、退院調整・支援は、主に地域連携室の退院調整看護師と病棟師長によって行なわれ、病棟看護師による退院への関わりが少ない現状があった。同時に退院した患者・家族から退院後の生活がうまくいかず支援不足を指摘する声があった。そこで、平成 21 年度より病棟看護師が地域連携室と協働し、退院調整にかかわれるようにするための教育支援や退院支援システムの検討を行ってきた。平成 22 年度は、事例検討による現状の分析から、これまでの退院支援システムを見直し、1.退院支援に関わるプロセスフローチャート（以下 PFC とする）の改善、2.介護力アセスメントシート・介護サービス（マトリックス）表の作成に取り組んだ。そこで、今年度は、これらの新たなツールを活用し退院調整・支援を行った事例の検討から、病棟看護師がその人らしさを尊重し、その人に合った退院調整・支援が行えるよう、システムを活用した実践と評価、さらに改善を行うことを目的とした。

《施設の概要》A病院は 150 床（一般病床 90 床、亜急性期病床 10 床、医療療養病床 50 床）で、老人保健施設 50 床、訪問看護ステーション、居宅支援事業所、グループホーム 18 床を併設し、地域医療・介護を担っている。看護部理念は、その人らしさを尊重した看護の提供である。また、看護体制は固定チームナーシング方式と受け持ち制を併用している。

### 方法

#### 1. 退院支援システムとそのツール活用に関する現状と課題の検討

各部署のシステムやツールの活用状況をもとに、共同研究者間で現状と課題について検討する。

#### 2. 退院調整事例の検討によるシステム改善への取り組み

病棟所属の共同研究者が、自病棟の看護師による退院支援の事例を提示し検討する。尚、事例検討会は、共同研究者を中心として実施し、研究者以外の参加も可能とした。事例検討に先立ち、共同研究者は病棟の現状に応じて、退院支援の取り組み促進を働きかけ、検討会において退院支援システムの活用状況と照合することにより、その人らしさを尊重しその人にあった退院支援ができたかを評価する。ツールの修正が必要な場合は、修正し再評価する。検討後に意見感想を記入し評価に活用する。

#### 3. 質問紙調査による退院支援活動の評価

1) 調査項目：退院に関する相談を受けた経験の有無、相談者と患者の続柄、相談内容、相談への対応、退院調整の理解度、介護力アセスメントシートの活用状況、標準看護計画の活用状況、介護サービス表の活用状況、カンファレンスへの参加状況、カンファレンス内容の看護実践への活用状況、退院調整にかかわることができるか、退院調整を困難に感じる理由

2) 対象者：全病棟看護師のうち質問紙への同意を得られた看護師

3) 調査実施期間：平成 23 年 12 月

4) 結果は、単純集計し、自由記載項目については共同研究者間で協議し結果の分析・評価を行った。平成 21 年度の質問紙調査結果との比較についてはカイ 2 乗検定を実施した。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、施設長の了解を得て実施した。事例検討では患者・家族及び看護師の個人が特定されないよう匿名性を確保し、データ管理も厳重に取り扱った。事例検討参加および意見感想シートの記入、質問紙調査は研究参加者の自由意思によるものとし、研究目的や研究参加による不利益の有無を書面と口頭で説明し、同意を得て実施した。質問紙調査については、無記名で実施し回答をもって同意を得たものとした。なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認（2228-1）を受けている。

#### 5. 取り組みにおける現地側との協働体制

具体的な活動計画の立案、事例検討会の実施、退院支援システムの検討、活動評価において、双方で協働して活動を進めた。検討会は 5 回現地で実施し、進行・記録は現地側共同研究者が務めた。質問紙調査のまとめは大学側で行い、検討会において結果を共有し、全員で今後の方策を講じた。

### 結果

#### 1. 退院支援システムとそのツール活用に関する現状と課題の検討

まず、昨年作成した PFC に基づいて、どの程度退院調整が行われているかについて、各病棟の状況を検討した。結果、病棟へのシステムの浸透が十分行われておらず、システム及びツールの説明や

活用状況にも差があることが分かった。そのため、共同研究者が中心となって、PFCに沿った退院支援に関する勉強会を各部署で実施し、病棟看護師の退院支援へのかかわりを促進するように努めた。

## 2. 退院調整事例の検討によるシステム改善への取り組み

### 1) 事例検討の概要とシステムの改善点

病棟看護師が退院支援に関わった事例をもとに、事例検討を行った。

#### (1) 事例1 家族と医療者の思いの相違から目標が一致せず退院の方向性にズレが生じ事例

90歳代の女性、(右大腿骨頸部内側骨折):入院後1か月の介護力アセスメントを実施したところスコアが低下していたことから、評価の下がった原因でもある排泄について『トイレまで行ける』を目標に取り組んだ。家族は、当初在宅療養を受け入れる意向を示していたが、その後「トイレに行くために介助が必要であれば最初から施設入所を考えた」と話した。このことから本人や家族の退院後の生活に対する具体的な思いをいつ、どのように確認するかを明確にし取り組む必要があることがわかった。改善策として介護力アセスメントシートでの再評価時には、家族への確認内容を経験の浅い看護師でも確認ができるよう質問形式で示し、PFCの中にも確認の時期を組み込んだ。

#### (2) 事例2 ADLが低下し、入院期間が長期化する高齢患者の退院調整事例

80歳代男性(誤嚥性肺炎):入院が長期化しADLも入院時より低下することで、退院に向けたゴール設定があいまいになりがちであることが問題となった。看護師側は退院に対する思いを家族に確認できていなかったが、入院が長期化し家族の面会も少なくなることで、さらに家族の思いの把握が難しくなることから、入院時より家族に退院後の生活に関する意向の確認は必須であることが検討会で一致した。また、より適切な退院調整に臨むためには他職種と退院に関する情報を共有する場を設けることが大切であることがわかった。そこで、改善案としてPFCの「必要時再評価」と「マトリックス確認」の間に「家族の意向の確認」と「医師・他職種を交えたカンファレンス」を組んだ。

#### (3) 事例3 退院間近な患者が服薬自己管理困難であることが判明した事例

退院数日前の患者が服薬の自己管理が困難である事実が分かった療養型病床からの事例から、介護力アセスメントシートの項目に「服薬管理」を追加した。

### 2) 事例検討会後の意見・感想

事例検討会後に意見・感想として、「他職種との連携が重要である事を再確認できた。」「退院支援のPFCの問題点と対策が出来て良かった。」「現場からの意見が多く出るようになった。」「実用できるものが必要であり、頑張って作成していきたい。」「退院支援についてどこに受け持ち看護師が介入するかが具体的に分かった。」「本人・家族の思いと医療者側の思いが同じになって初めて活きた退院調整が出来るのだと思った。」などの意見があり、気づいたことを実践に活かしていくための検討ができていたと評価されていた。また、「勉強不足で退院調整ができない。」という意見に対しては、「カンファレンスへの参加を促し、OJTをすることで補えることも確認できた。」という意見がみられた。

## 3. 質問紙調査による退院支援活動の評価

質問紙調査では、主に退院支援の実際や認識や、また昨年度作成したPFCや介護力アセスメントシートなどの活用状況について、病棟看護師を対象に調査し、48名の回答を得た(回収率100%)。

### 1) 退院支援に関する現状

退院支援に関する相談や相談への対応について、今年度の調査結果と平成21年度調査結果(回答数60名)を図1に示した。

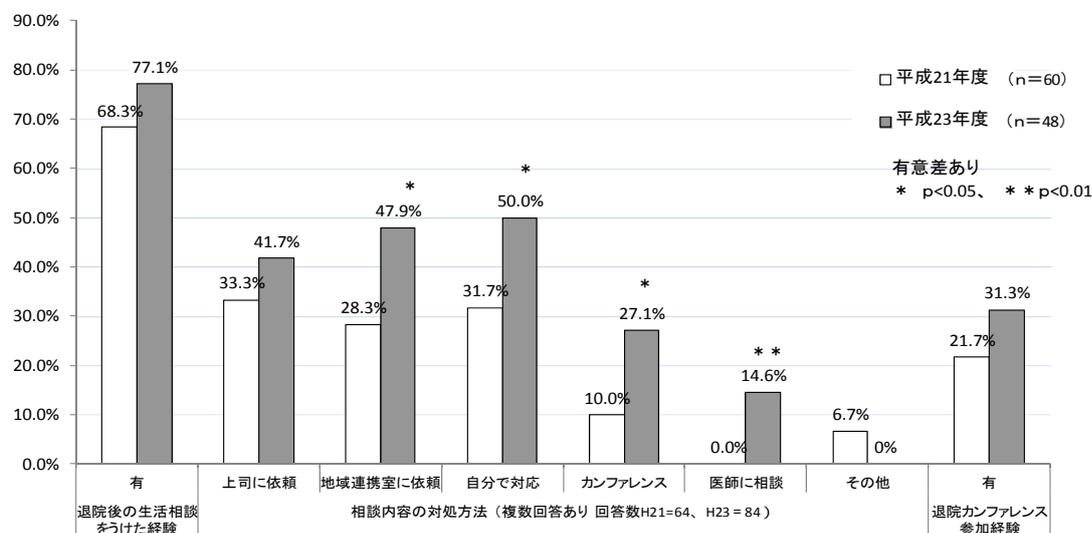


図1 退院後の生活に関する相談への対応

結果、「退院後の生活に関する相談を受けたことがある」のは77.1%で（平成21年度は68.3%）、多くの看護師が相談を受けていた。相談内容に対する対応方法については、複数回答で回答を求めたが、回答数84で、平成21年度の64と比べて多かった。内容としては、「地域連携室に依頼した」47.9%、「自分で対応した」50.0%、「カンファレンスの議題とした」27.1%、「医師に相談した」14.8%であり、これらの対応方法については、平成21年度との比較で有意な差がみられた。

### 2) PFC、介護力アセスメントシート、介護サービス表、標準看護計画の活用状況

昨年度作成したPFC、介護力アセスメントシート等の活用状況について、図2に病棟別に示した。全病棟の平均では、PFCから退院調整の流れがわかる（わかる/だいたいわかる、の回答を合算）と回答した人は全体で43.7%であったが、介護力アセスメントシートを活用している人は35.4%、介護サービス（マトリックス）表を活用している人は20.8%と低かった。標準看護計画の活用度は43.8%で、病棟別では、療養型病棟での活用度は87.5%と最も高かった。また、退院カンファレンスの活用については全病棟の平均では31.3%であったが、療養型病棟では62.5%であった。

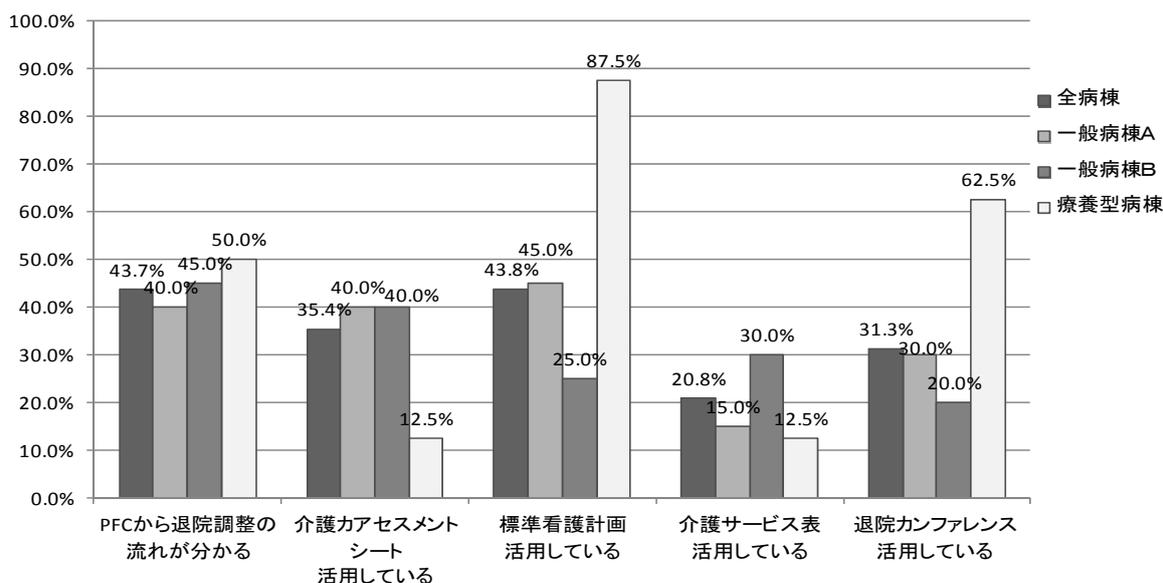


図2 昨年検討した退院システムやツールの病棟別活用状況

### 3) 「退院調整・支援に、今後かかわることができるか」について

「退院調整・支援に、今後関わる事ができるか」について図3に示した。「出来る/だいたい出来る」が35.5%で、平成21年度との差がなく、全体的に病棟看護師の役割として浸透するにはまだまだ課題であるとわかった。病棟別には、一般病棟Aでは、かかわることができるとした人が35.5%であり、平成21年度との比較において有意な差がみられた（ $p < 0.1$ ）。一方、退院調整を困難に感じる主な理由としては（表1）、平成21年度には、知識が乏しい、方法やかかわり方がわからないなど漠然とした「知識不足」、忙しい、時間がないなどの「時間不足」、「不安」、「経験不足」などが挙げられたが、今年度は、介護サービスや在宅支援について知識がない、病院の退院調整システムを理解していないなど具体的な「知識不足」、「経験不足」が理由で、時間不足や不安を理由とした回答は見られなかった。

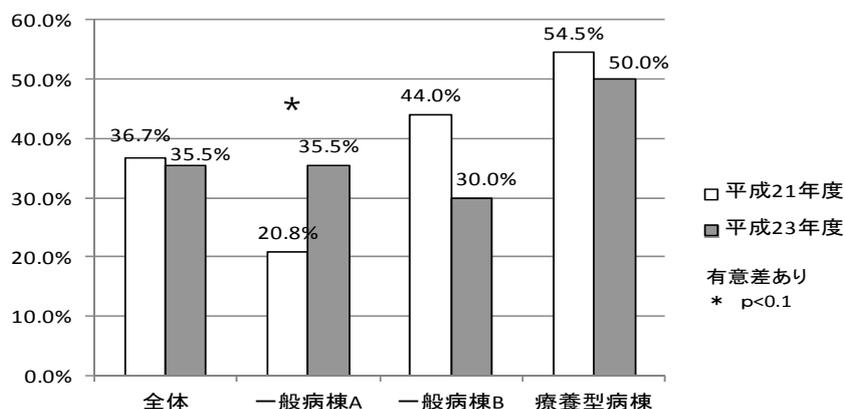


図3 退院調整・支援に、今後かかわることができるか

表1 退院調整を困難に感じる主な理由

平成21年度（回答総数35件 回答者数 30名）	平成23年度（回答総数14件 回答者数 14名）
<b>知識不足(18件)</b> ・知識が乏しい ・方法や関わり方がわからない	<b>知識不足(13件)</b> ・介護サービスや在宅支援について知識がない ・病院の退院調整システムを理解していない ・手続きの流れや方法が分からない
<b>時間不足(9件)</b> ・時間がない、忙しい	<b>経験不足(1件)</b> ・まだ関わったことがない
<b>不安(4件)</b> ・自信がない ・うまく調整できるか不安	
<b>経験不足(1件)</b> 退院のことに関わったことがないため	
<b>その他(3件)</b> ・入職して間もないため ・患者様について把握できていないため	

\* 両年度とも複数回答可

## ・考察

### 1. 退院支援システムと作成したツールの活用状況の評価と改善

今回事例検討によりツールを修正した点は、退院に向けて、主に家族と医療者側が相互の思いや見通しを確認し、方向性を一致させていくための機会と方法を組み込んだ点である。家族に対しては、在宅療養に向けて受け入れ可能かどうかを十分に話し合っていく必要がある。そして、退院に向けて積極的に調整を行うには、お互いの思いを共有することが不可欠であり、どの看護師も、時期を逃さず、家族の本当の思いを確認し、その後の計画に反映していけるようにする必要がある。

事例1では、介護力アセスメントシートの再評価の際に家族に確認すべき点を質問形式として例示したことで、経験の浅い看護師でも家族の思いを確認できるように工夫がなされた。事例2では、PFCに「家族の意向の再確認」、「他職種を交えたカンファレンス」を追加したことで退院に向けての情報を共有し、早期から退院調整に取り組めるようにした。看護職だけでなく他職種とともに患者の生活全体を捉えることで、早期退院に向けたチームの一員としての取り組みが可能となると考える。老老介護を余儀なくされている世帯や生活の多様化などから、ますます個別性のある看護の提供が求められているが、具体的な看護目標を設定し看護計画を立案することで、患者・家族の意向を捉えた看護の実践が可能となると考えられる。長期入院により、入院していることが常態となってしまう前に看護師が家族の意向を確認し、詳細な計画を立案することで患者・家族主体の退院調整を実践できるようにしていく必要がある。また、事例3では、退院後も継続した服薬管理を行う必要性があり、介護力アセスメントシートに「服薬管理」の項目を追加することで入院早期から自己管理できるかを把握し、自己管理の練習を実施したり退院後の服薬方法の検討が実施できるように検討した。

以上3つの修正から、退院支援システムをより標準化し、システムの利便性を追求するとともに、患者・家族の意向を尊重した、個別的な看護実践を保証することにつなげていきたいと考える。

### 2. 退院支援活動に関する意識調査結果

退院支援活動に関する意識調査結果から、病棟看護師の退院調整に対する認識は高まったと考える。特に取り組み前は退院調整が出来ない理由に「時間が無く忙しいから出来ない」みられたが、取り組み後はそう感じる看護師がいなかった事は、個々の看護師が退院支援について、ケアの一貫であり自己の役割として認識し、看護実践に関わってきたからであると考えられる。しかし今年度の調査結果から具体的なシステムや介護力アセスメントシート・介護サービス（マトリックス）表等のツールに関する不明点が多く記載されていることから、システムの浸透は不十分であると考えられる。今後は、看護師個々が関わった事例について、実践の振り返りを行い、カンファレンスの場で、退院支援の成功例や失敗例を組織的に学習し看護展開できるように、意図的にOJTに繋いでいくことが必要である。

さらに、退院支援の目的は単に退院へと導いていく事ではなく、QOLの追求であり当院の看護部の理念でもある「その人らしさを尊重した看護」を個々の看護師が自覚し実践できるよう働きかける事が私たち研究メンバーの役割であると考え、今後も実践し続けていく必要があると考える。

## ・本取り組みの評価

### 1．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度は、主に昨年作成したPFCや介護力アセスメントシートなどの活用状況について、実践事例をもとに評価し、システムの改善を行った。3事例の検討を通して、対象者とその家族の退院に向けた意向と退院に関して他職種が持つ見通しを、タイムリーにキャッチし共有するためのステップをPFCに組み込むことで、利用者本位の退院調整となるようシステムを改善することができた。また、共同研究者に、病棟看護師が加わった事もあり、少しずつではあるが受け持ち看護師の退院調整カンファレンスへの参加が促進し、病棟看護師の退院調整に対する役割認識の高まりを変化として確認できた。しかし、看護部全体に大きな変化を生み出すには至っておらず、今後もPFCの活用を浸透させていくことは課題として残る点である。共同研究者間では、看護の現状改善のための取り組み方法として、実践例の検討により、システム改善の方向性を見出し、それを現場で試行し、評価することを繰り返したことで、組織的に看護を改善していく意義と具体的な方法について学ぶ機会となったと考えられる。

### 2．現地看護職の受け止めや認識

自己点検評価では、本研究への取り組みを通して、「実際にシステムが改善できた」、「PFCにより次に何をしたらいいかわかるようになった」、「病棟看護師が退院調整に参加するようになった」、「実践の改善・充実につながるシステムを作成することができた」と評価されていた。今回は、病棟看護師が行った退院支援事例を検討するとして、共同研究者を中心とした検討会に終わらず、病棟での退院支援活動を促進することとなり、スタッフの活動事例を通して現状の改善や意識の変化を実感できたことが、このような評価につながったと考えられる。また、研究として取り組むことの楽しさを感じたとの意見がある一方で、病棟看護師の立場からの意見を十分出せなかったという意見もあり、それぞれの立場の違いを活かした検討会となるような工夫の必要性が示唆された。

### 3．本学（本学教員）がかかわったことの意義

今年度で3年目の取り組みとなり、現地の共同研究者の課題意識と、主体的な現場での改善活動を中心として研究が進められた。その中で、教員が果たした役割は、実践例から退院支援システムの改善の方向性を明確化し、現場での試行・評価によって、組織的に実践を通して看護を改善していく方法を強化することや、データにより客観的に退院支援システム改善活動の評価を行うことに貢献したことである。また、現地共同研究者とともに活動の経緯を報告としてまとめる過程を通して、現地看護職にとっての活動の意義を整理する一助となったこともその一つであると考ええる。

また、退院支援に関しては、他施設において早くから共同研究の取り組みがなされており、報告と討論の会において、それらの施設の共同研究者と意見交換することにより、県下の退院支援の現状と課題を共有する場となったことも意義があったと考ええる。

## ・共同研究報告と討論の会での討議内容

討議のテーマとしては、主に退院支援への病棟看護師の取り組みについての現状や、また入院前の外来看護師による退院調整スクリーニングの実施について、以下のような点で意見交換が行われた。

- ・高齢者の入院で、在院日数も増えてきているが、診療報酬も視野に入れながら取り組まなくてはならない。ほとんどの対象者が何らかの退院調整や支援を必要としており、地域連携室だけでは、担いきれなくなってきているにもかかわらず、病棟看護師が関わる事が難しい現状がある。

介護老人保健施設とも連携しながら取り組むことは必要になってくる。介護報酬の改定方針からも、さらに介護老人保健施設への長期間の入所は困難となることから、今後の医療の状況では連携を強化していく必要がある。当初、退院支援への取り組みが始まった当初は、連携室が中心となり、モデル的に活動し仕組みを立ち上げていくことが求められていたが、病棟看護師の退院支援における役割を強化し、困難事例のみ連携室が介入するなど、仕事の分担をシフトしていく必要がある。

- ・スタッフが委員である「継続委員」を立ち上げ退院支援に取り組んでいる。そこでは例えば退院支援スクリーニング表の記載率を数値で出して、病棟の看護のケアの一貫としてフィードバックしているスタッフの認識や動機を高めるような取り組みをしてきた。
- ・外来での関わりはどうであるのか。外来看護師に退院支援のスクリーニングを実施してもらっても良いのではないかと。

（今後の課題である。外来で医師からゴール（ADL）を話された時の患者・家族の反応は必要な情報であり今期の共同研究でも話に挙がっていた。）

- ・退院支援に関連する勉強会の実施についてはどのような状況か？

全体で介護保険等について実施したり、また各病棟でも実施している。

ポリシー：看護師が退院支援に関わるための業務手順

## 退院支援に関わる手順

2011年1月24日作成  
2012年2月改定

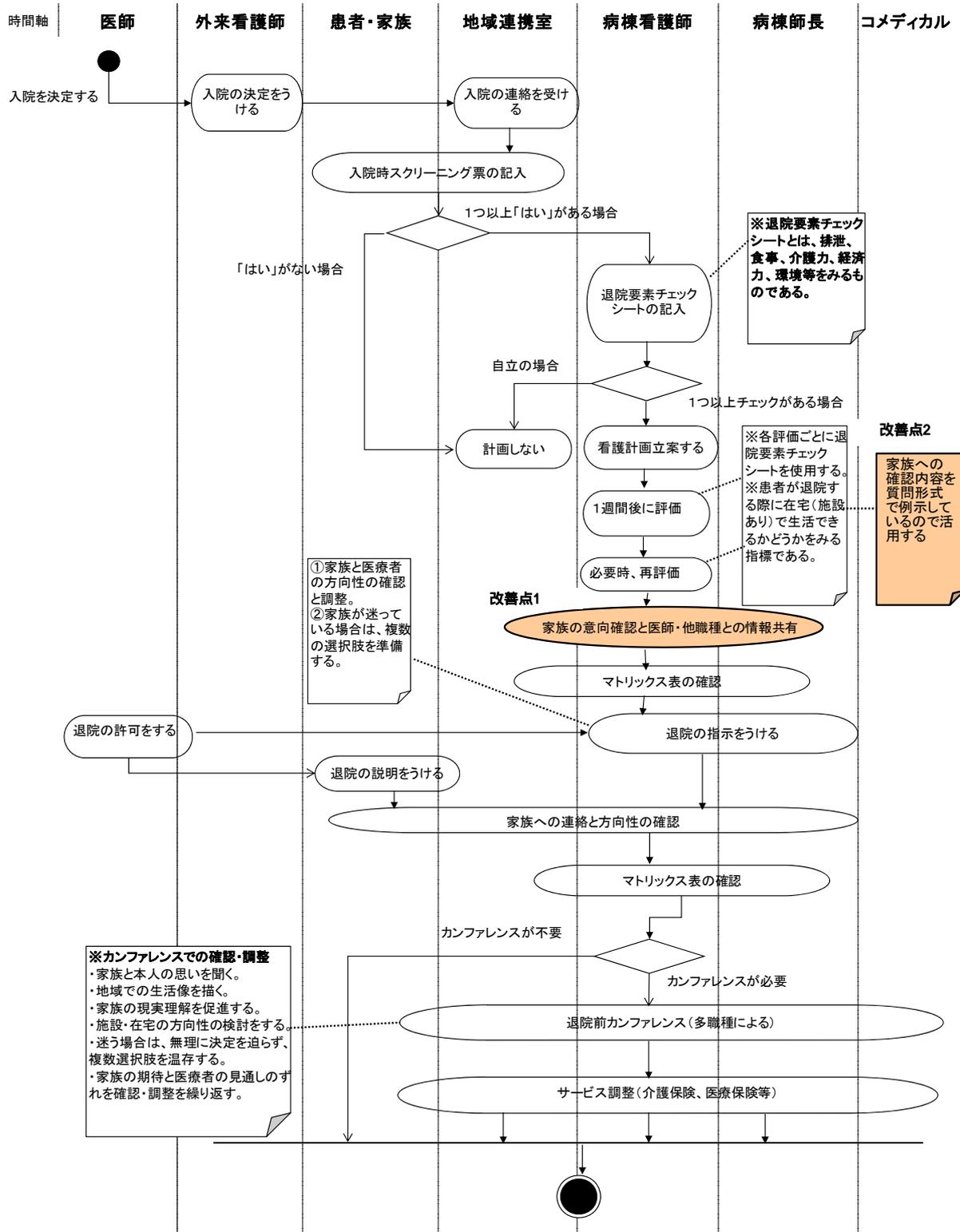


図4 退院にかかわるプロセスフローチャート

#### 4. 育成期にある人々を対象とした看護

## 主体的な出産・育児に向けて地域助産師が行う妊娠期の支援の検討

加藤直子（空助産院） 白木理恵子（愛助産院） 佐藤真琴（ママズハウス）  
市古裕子 田村香子（地域助産師） 戸谷かよ子（中島保育園・子育て支援センター）  
柴田恵津子 西原美奈（羽島市保健センター）  
武田順子 服部律子 谷口通英 名和文香 瀬織なつ子 布原佳奈（大学）

### ．目的

女性が妊娠期から出産や育児に向けての心と身体の準備を行い、満足な出産を経験することが、近年増加している産後うつや虐待といった社会的問題を予防するためにも有効であるといわれている。そこで、妊娠期から女性の一生に関わる専門職である助産師の力を活かせると思い考えた。昨年度、対象としたA市とその近郊で活動する地域助産師に行った面接調査の結果から、地域助産師は妊娠期からの継続した支援の必要性を感じていることが明らかになっている。また、地域助産師は、専門性の高い活動を行っているにも関わらず、少数であり、個々に活動を展開していることから共同で事業を行うことは少ない。複数の地域助産師が共に支援を行っていく体制をつくることで地域助産師の力を活かした新しい取り組みが可能であると考えた。2010年にA市で活動を行っている地域助産師を中心に「女性の主体性を引き出す妊娠期の支援プログラム」を展開したところ、妊娠期からの地域助産師による支援により、女性が出産に向かう気持ちに変化をもたらし、女性の力を引き出すことが明らかとなった。

本研究の目的は、これまでの取り組みから明らかになった課題をふまえて地域助産師の力を活かした「女性の主体性を引き出す妊娠期の支援プログラム」を実践し、評価することによって今後の妊娠期の支援のあり方を検討することである。

### ．方法

#### 1．地域助産師との検討会

2010年に開催した「女性の主体性を引き出す妊娠期の支援プログラム」(以下、支援プログラムとする)の取り組みをふまえて、共同研究者である地域助産師間で地域における妊娠期の支援の意義と課題を明確にし、今年度の取り組み内容について検討した。

#### 2．妊娠期の支援の実施・評価

妊娠期の支援として、妊娠期3回、産後1回の計4回を1クールとした支援プログラムを地域助産師、保健師、保育士とともにA市子育て支援センターにて実施した。また、支援プログラムの参加者への質問紙調査と地域助産師、保育士からの意見聴取により、支援プログラムの評価を行った。

##### 1) 妊娠期の支援の実施

- (1) 実施期間：2011年9月～2012年3月
- (2) 対象者：A市およびその近郊に住む妊婦とその家族
- (3) 現地側の取り組み体制、協働の実態

支援プログラムの企画・運営は地域助産師を中心に実施した。支援プログラムでは大学教員が司会進行を務め、支援プログラムの内容は地域助産師と役割分担を行いともに実施した。保育士には、託児など支援プログラムの運営に協力を得た。また、保健師には保健センターにおける広報活動に協力を得るとともに、開催方法について保健師の視点からの意見を得た。

##### (4) 実施方法

A市子育て支援センターにて、妊娠期3回、産後1回の4回シリーズの支援プログラムを実施した。広報活動は、チラシを作成し、赤ちゃん用品店、保育園、子育て支援センター、児童館などに設置を依頼するとともに、A市保健センターにて保健師より妊婦に直接手渡しを行い、参加者を募った。支援プログラムの企画・運営は地域助産師を中心に子育て支援センター保育士とともに行った。

##### 2) 妊娠期の支援の評価

###### (1) 支援プログラム参加者による評価

調査期間：2011年9月～2012年3月

調査対象者：支援プログラムに参加し、研究協力に同意の得られた妊婦およびその家族

調査方法：

支援プログラムの各回終了時に質問紙調査を実施した。質問紙は支援プログラムの時間内に記述する時間を設け、質問紙の回収をもって研究への同意を得たものとした。

分析方法：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従って分類した。

###### (2) 地域助産師・保育士による評価

各回終了後に、企画・運営に携わった地域助産師および保育士から支援プログラムの効果、課題について意見を聴取し、データとした。データはその場で記録し、良かった点と改善が必要な点に分けてまとめた。

### 3. 倫理的配慮

本研究は本学倫理審査部会での倫理審査の承認を受けている(承認番号 0018)。質問紙調査への参加は自由意思であり個人は特定されないことなど、文書を用いて説明し、質問紙調査の回収により参加の有無を確認した。

#### ・結果

#### 1. 地域助産師が行う妊娠期の支援内容の検討

2011年8月、地域助産師との検討会を開催した。支援プログラムの目標を共通認識するとともに、前年度の取り組みをふまえて支援内容や開催方法を検討した。参加者は地域助産師4名、大学教員2名であった。検討内容は下記の通りである。

##### 1) 支援プログラムの目標

- ・女性が妊娠・出産を前向きに捉え、自分のこととして主体的に取り組むことができる。
- ・妊娠している自分の身体やおなかの赤ちゃんを感じることができる。
- ・助産師の専門性を活かして地域で活動している地域助産師を知る機会となる。
- ・妊娠・出産・育児の力となる母親同士のつながりができる。

##### 2) 支援プログラムの内容

2010年に行った「女性の主体性を引き出す妊娠期の支援プログラム」を基盤に、妊娠期3回、産後1回の4回を1クールとした妊婦の集いをA市子育て支援センターにて開催することとなった。支援プログラムのキャッチフレーズは「めざせ！HAPPY お産・HAPPY 子育て」とし、参加者が楽しむことができ、思いや疑問を表出できるような参加型の集いとした。支援プログラムの各回のテーマと目的を図1に示した。

##### 3) 開催方法

2010年の開催時は定員を15名とし、各回13~14名の参加があったが、個々の関わりを大切にしたいという思いから、定員を10名までとした。また、地域で継続していくことを考え、参加費を設定して参加者を募ることとなった。

#### 2. 妊娠期の支援の実施・評価

##### 1) 妊娠期の支援の実施

9月に開催を予定していた第1回は参加者が集まらず、開催を取りやめた。参加費を設定していたこと、広報活動の不足が課題と考えられた。共同研究者間で開催方法について再度検討を行い、参加費の負担をなくし、再度参加者を募集した。各回の参加者の属性は表1に示す通りであった。

第2回は6名、第3回は6名の妊婦と夫1名の参加があった。2回継続して参加した妊婦は4名であった。なお、産後の集いとした第4回は参加者の妊娠週数から開催時期を変更し、2010年3月に開催予定である。

<b>第1回『おなかの赤ちゃんを感じてみよう』</b> ・おなかの赤ちゃんをイメージすることで、今後の妊娠生活、出産が楽しみになる ・赤ちゃんの存在を感じ、赤ちゃんの力を知ること ・セルフケア行動を促す	<b>第2回『お産のときのからだところ』</b> ・お産についてイメージすることができる ・どんなお産がしたいか、そのために自分に何ができるか、考えることができる ・夫婦や家族でお産について考えるきっかけとなる
<b>第3回『スバラシキ母乳！』</b> ・母乳育児についてイメージでき、母乳育児をしてみたいと思える ・母乳育児のメリットについて知ることができる ・母乳育児について考えるきっかけとなる	<b>第4回『お産・子育てを語ろう！』</b> ・お産について振り返ることができる ・他の母親と話すことにより、悩みを共有し、不安を軽減することができる

図1 支援プログラム各回のテーマと目的

表1 支援プログラム参加者の属性

	参加者	継続参加	初経別		妊娠週数			年齢				居住地	
			初産	経産	~15週	16~27週	28週~	21~25	25~30	30~35	35~40	A市	A市外
第2回『お産のときのからだところ』	6		4	2	0	5	1	0	4	1	1	4	2
第3回『スバラシキ母乳！！』	7 (夫1)	4	4	2	1	2	3	1	3	2	0	2	4

(1) 第2回『お産のときのからだところ』プログラム内容

開催取りやめとなった第1回『おなかの赤ちゃんを感じてみよう』の内容の一部を含めて開催した。

- ・オープニング  
アイスブレイクを兼ねた自己紹介
- ・マタニティヨガ  
赤ちゃんのイメージを含めたヨガ体験
- ・「赤ちゃんの力」について  
骨盤モデルと赤ちゃん人形を使って、赤ちゃんの生まれてくる力と陣痛のしくみについて説明
- ・「お産のときのからだところ」  
出産の写真などを用いながら、どのようなお産がしたいか、またそのために自分に今、何ができるかを、地域助産師と一緒にイメージしながら話し合う
- ・フリートーク

(2) 第3回『スバラシキ母乳』プログラム内容

- ・オープニング  
アイスブレイクを兼ねた自己紹介
- ・「おっぱいの魅力」  
手作り媒体を用いて、おっぱいの魅力について説明
- ・先輩ママからの体験談  
先輩ママの1日のスケジュールを紹介、インタビュー形式での母乳育児体験談
- ・「赤ちゃんがリードする母乳育児」DVD視聴
- ・フリートーク

2) 妊娠期の支援の評価

(1) 支援プログラム参加者からの評価

各回のアンケートの結果は、抽出された内容を分類したものは【 】、項目は で、実際の表現は「 」で示した。

第2回『お産のときのからだところ』

参加者6名のうち、6名から有効回答を得た。

第2回『お産のときのからだところ』に期待することとしては【お産について知りたい】【お産について再確認したい】【妊婦や助産師と話したい】などの回答があった(表2)。

プログラムに関する満足度の項目においては、全ての参加者が「満足」と回答した。具体的には「はげまされて、改めて頑張ろうと思った」「骨盤のはたらきと赤ちゃんが回って出てくる本当の意味が分かって良かった」「他の妊婦との交流ができた」「マタニティヨガができた」「写真・図等で分かり易かった」などの記述があった。

目的としていた「おなかの赤ちゃんを感じ、赤ちゃんの力を知ることができたか」という問いには6名すべてが「はい」と回答した。具体的に、赤ちゃんを感じ、赤ちゃんの力を知ることによって感じたこと・考えたこととしては【赤ちゃんと一緒に自分も頑張るという気持ち】【赤ちゃんの生まれる力への気づき】などの回答があった(表3)。

参加前後の出産・育児に関する印象の変化としては【出産への前向きな気持ちの変化】【出産に向けての準備に取り組む姿勢】などが挙げられた(表4)。

第3回『スバラシキ母乳』

参加者7名のうち、7名から有効回答を得た。

第3回『スバラシキ母乳』に期待することとしては【母乳育児について知りたい】【妊婦との交流】が挙げられた(表5)。

プログラムに関する満足度の項目においては、全ての参加者が「満足」と回答した。具体的には「出産・子育ては全く未知の世界の話なので、たくさん人の話を聞いて、不安に思うことなく、気楽にすればいいとわかった」「母乳育児のメリットをたくさん習得できた」「経験者の話を聞いて、具体的なイメージがわいた」などの記述があった。

赤ちゃんの栄養について考えていることとしては、是非母乳で「が7名であった(表6)。具体的な理由としては「母乳はやっぱりすばらしいし、良いことがいっぱい」「愛情も一緒にあげられるから」「赤ちゃんにとっても、母親にとっても栄養だけではなく、気持ちも満たされると思った」などの記述があった。

目的としていた「母乳育児についてイメージできたか」という問いには7名すべてが「はい」と回答した。具体的に母乳育児をイメージすることで感じたこと・考えたこととしては「幸せホルモンがたくさん出て、幸せなことなんだと思った」「大変だろうけど、そこを乗り越えたら一層愛着形成できたり、自分の自信になったりすることが分かった」「赤ちゃんにも飲む力があるとわかったので、それをサポートできると良い」などの記述があった。

参加前後の母乳育児に関する印象の変化としては【赤ちゃんのペースに合わせた母乳育児をしたい】【母乳育児への前向きな気持ち】が挙げられた(表7)。

また、これから妊娠する人にとってこのような集いがあると良いと思うか という問いには7名すべてが はい と回答した。具体的な理由としては「小さい不安を解消できるし、新しい発見がある」「産む前に知っておくと楽しく育児ができると思う」「母親学級などではわからなかったことや聞けないことも、少人数なのでできる」「色々な人の意見が聞けることや、同じ悩みを共有できることは有り難い」などの記述があった。

継続参加者4名に対して行った 参加後からこれまでの間に、生活の中に取り入れてみたことはあるか という問いには4名全員が ある と回答した。具体的な内容としては「赤ちゃんへの話しかけを上の子も一緒にしたり、夫とも産後の話をしている」「ヨガや家族との会話」「赤ちゃんへの話しかけ、てんさい糖を使っている」などの記述があった。

表2 第2回『お産のときのからだところ』にどんなことを期待して来たか (n=6)

分類	回答内容の例
お産について知りたい (3)	お産について知る 出産についての知識を増やせたらいいと思い参加した
お産についての再確認したい (2)	分娩についてもう一度確認したい 一人目の時のことを忘れてしまったので、思い出すために
妊婦や助産師と話したい (1)	分娩のこと、赤ちゃんのことを詳しく知りたい

表3 おなかの赤ちゃんを感じ、赤ちゃんの力を知ることで感じたこと、考えたことは (n=6)

分類	回答内容の例
赤ちゃんと一緒に自分も頑張るという気持ち (2)	陣痛の時に LOVE ホルモンが出ていると思うと乗り切れそうだった 痛いときもベビーちゃんが頑張ってる回旋しながらいると思うと自分も負 けられないと思った
赤ちゃんの生まれる力への気づき (2)	赤ちゃんは生まれてくるためにおなかに居る間にいろんな力を身に付 けている 小さくてふにゃふにゃしたイメージだけど、生まれる力があるんだなと 思った
赤ちゃんと母体の出産時のメカニズム (1)	無回答 (1)

表4 参加する前と参加した後で、お産や育児に関する印象はどのように変化したが (n=6)

分類	回答内容の例
出産への前向きな気持ちの変化 (2)	他の方の話を聴いて、自分だけじゃないんだという不安が解消できて心強 くなった 楽しみになった
出産に向けての準備に取り組む姿勢 (2)	体験談や様子がわかってよりしっかり向き合いたいと思うようになった リラックスできる方法を見つけようと思う
改めてお産について再確認することができた (1)	無回答 (1)

表5 第3回『スバラシキ母乳』にどんなことを期待して来たか (n=7)

分類	回答内容の例
母乳育児について知りたい (4)	母乳について知りたくて 母乳の魅力について知りたかったから
妊婦との交流(3)	他の妊婦との交流 交流ができると思って閉じこもりがちな家から出られると思った

表6 赤ちゃんの栄養についての希望 (n=7)

是非母乳で	7
できれば母乳で	0
母乳とミルク	0
ミルク	0

表7 参加する前と参加した後で、母乳育児に対する印象はどのように変化したが (n=7)

分類	回答内容の例
赤ちゃんのペースに合わせた母乳育児をしたい (3)	何が何でも母乳で！と肩ひじ張らずに、赤ちゃんのペースに合わせながらゆったりした気持ちでやっているとよいと思った 赤ちゃんに合せてあげていきたいと思った。
母乳育児への前向きな気持ち (3)	イメージが深まり楽しみになった また母乳で頑張るぞ！と前向きな気持ち
無回答 (1)	

## (2) 地域助産師・保育士による評価

支援プログラム実施後に意見聴取した内容を良かった点と改善が必要な点に分けて示した。

### 良かった点

- ・気軽に交流でき、情報を得られることは母親にとって良いことである。母親達が出産や育児について知る機会があることは大切
- ・自施設でも今回のような感じで支援ができるのではないかと何となくイメージが沸いた
- ・参加者が交流できる場となって良かった

### 改善が必要な点

- ・グループワークの時間を設けるなど、更なる工夫をすることで、参加者同士で話す時間が増え、より自分の考えが見えてきたり、他の参加者の価値観を分かち合える機会となるという効果が期待されるのではないかと
- ・地域助産師の勤務の形態や地域で続けていくことを考えると、現在の開催方法での継続は困難であり、開催方法に関してさらなる検討が必要である

## ・本事業の成果評価

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

取り組みを行ったことで、地域における支援プログラムの開催を求めていること、参加にあたっての自己負担がなく誰でも気軽に参加できる支援を求めていることなどA市における妊婦のニーズが明らかになったことは意義があったと考える。地域助産師の看護実践の方法として変化したこととしては、子育て支援センターの活用や保育士とのつながりができたことにより、今後の連携に繋がることが挙げられた。また、共同研究報告と討論の会では参加した保健師などが、地域助産師の新たな取り組みとして認識する機会となり、今後の継続方法を模索する上で、課題を共有する機会となった。

### 2. 現地側看護職の受け止めや認識の変化

支援プログラムに取り組んだ地域助産師は支援プログラムが妊婦やその家族が出産・育児に前向きに取り組むために効果的な取り組みであることは認識している。しかし、自己負担がなく誰でも気軽に参加できる支援を求めているという、A市における妊婦の参加におけるニーズが明らかとなったことから、地域助産師が地域で継続して支援プログラムを行っていくためには、現在の開催方法では困難であり、行政や職能団体などとの更なる協働が必要であると考えている。

### 3. 本学教員が関わったことの意義

地域助産師が地域の子育ての課題として感じていた、妊娠期からの継続した支援が必要であるという思いから大学と協働して始めた取り組みである。参加者の満足度は高く、地域助産師の力を活かした支援を行うことで参加した妊婦やその家族が出産・育児に前向きに取り組んでいることには意義があったと考える。また、個々に活動を展開している地域助産師にとって、大学と一緒に取り組みを行うことにより、子育て支援センターを活動の場として活用することや、参加者から評価を得た教材の利用、保健師・保育士との連絡調整を円滑に行えた点は効果的であったと考える。さらに、取り組みを通して、研究成果に基づいた新たな支援の方策を考えることができたこと、地域での妊娠期の支援の開催方法に関する課題が明らかとなったこと、またそれらを地域助産師と共有できたことに意義があったと考える。

また、共同研究者が所属する施設は実習施設となっており、共同研究での取り組みを学生に紹介するなど、大学教育の充実にもつながっている。

## ・共同研究報告と討論の会での討議内容

討議には、共同研究者を含めて地域助産師、病院勤務助産師、保健師、専門学校教員、学生など26名の参加があった。支援プログラムの課題として挙げた、開催方法についての意見交換が行われた。討議の内容は以下のようであった。

- ・参加費を設定したことで課題が明確になった。参加費の負担がないと参加率が上がる。妊婦健診も補助券が使用できて妊婦の負担がない時代であるため、お金の問題が大きい。地域助産師としての仕事の成り立ちを考えるとその辺りが一番の課題である。行政で負担できると継続しやすい。
- ・マタニティビクスのクラスで参加費を安く設定する程、参加者が集まった事例がある。地域性や経済不況の影響もあると考える。支援プログラムは良いプログラムであり、続けたい思いもあるが、ボランティアでは継続できない。継続するためには助成金を得ることや助産師会などの組織での取り組みとするなど努力も必要であることを学んだ。
- ・このような取り組みをされていることを始めて知った。市町村の両親学級は年々減少傾向にある。保健師としても妊娠期からの支援ができると良いと考えている。地域助産師の活動として続けていただけると保健師としても心強い。行政としてこういった取り組みに協力できる方法を検討したい。
- ・行政として予算を獲得する方法としては、実践におけるデータを示して働きかけることが必要になってくる。職能団体などと協力するなどの方法も一つである。

## 乳幼児の保育に携わるスタッフの感染に対する意識向上に向けての検討

谷口恵美子 石井康子 長谷川桂子 長谷部貴子 小嶋茉莉（大学）  
汲田ちよみ 船戸美智子 天野久美（乳幼児ホームまりあ）

### はじめに

抵抗力の弱い乳幼児が集団で生活する施設では、感染対策の必要性が高い。研究対象となる施設は概ね 2 歳未満の乳幼児が入所する児童福祉施設であり、昨年度は子どもに直接かかわる職員の手洗いや子どもに対する保清への意識を高める方法を検討した。その結果、スタッフの子どもの手洗いについての認識の変化や、自身の手洗い方法の変化が確認できた。また検討会終了後、施設では泡状の石鹸やペーパータオルの購入など、感染予防につながる取り組みが行われた。そして検討会を通じて、スタッフの感染予防に対する関心が高いことが明らかになり、なかでも感染対策として用いられている布製エプロン使用方法について高い関心が寄せられた。そのため今年度はスタッフの感染対策についての意識が向上し、さらに施設内の感染対策をスタッフが一致して取り組めることを目的として、布製エプロンの使用と感染対策の検討を行うことにした。

### 方法

#### 1. 感染対策についての勉強会（その1）

感染管理認定看護師への相談を行い、施設の現状に合った効果的な感染対策について、基本的な考え方の示唆を得る。得られた内容に従って研究者間で討議し、施設内での感染対策、特に布製エプロンの使用方法について見解を出す。

#### 2. 感染対策についての勉強会（その2）

施設のスタッフに対して、上記1の勉強会の伝達講習を行い、布製エプロンの使用方法や効果的な感染対策について提案する。この場で決定された内容をスタッフに2か月間実施してもらい、感染対策に対する意識について質問紙調査をする。

#### 3. 共同研究の取り組み体制

研究の具体的な進め方の試案を大学側研究者が作成し、これをたたき台として共同研究者間で具体的な方法を検討する。取り組みの実施、および評価も現地側共同研究者と大学側研究者が対等に行う。ただし、現地施設スタッフへの研究の説明と同意を得ること等、直接的な働きかけは現地側共同研究者が行う。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は本学倫理審査部会での倫理審査の承認を受けた（承認番号 0015）。研究への参加は自由意思によること、個人が特定されないことを保障し、これを口頭及び文書で説明を行った。

### 結果

#### 1. 感染対策についての勉強会（その1）

県内の感染管理認定看護師に連絡し相談を行った。その結果、現在の感染対策の方法について、「感染性疾患疑いの子どもを隔離し、症状のない子どもの近くに置かないという考え方はよい。また感染性疾患の疑いのある子ども同士も離して置くという考えもよい」《現在の布製エプロンは、作業場の汚染を防止する意味しかない。また現在の使用方法では、汚染されたものを使用し続けることになり、逆効果である》《次亜塩素酸ナトリウム液への漬け置きは、衣類の消毒という意味では無効である》という評価を得た。

そして今後の感染対策として、「感染対策にはプラスチックエプロンを使用することが望まれるが、着脱方法を守ることが大切である」《発熱をプラスチックエプロンの使用基準にする必要はない。疾患の感染力と重篤化のしやすさで判断する必要がある》《消毒薬の次亜塩素酸ナトリウムは適切に使わなければ効果はない》《手洗いの励行が必須であるが、啓発活動を持続しなければ意欲は下がる傾向にある》《スタッフ間で、どこまで感染を予防するのか意思統一する必要がある》という示唆が得られた。それらを踏まえて共同研究者間で協議し、次のように施設内の勉強会で提案することに決定した。

- ・発熱症状のある子どもの隔離は続ける。風邪の罹患は、健康な子どもが生活する場なので「風邪の罹患者がいたら、次の感染者を出さない」とは考えず「全爆発的な感染は防ぎたいが、数人の感染者が出ても当たり前」とし施設の中で意思を統一する。
- ・布製エプロンは廃止する。
- ・ノロウイルスやロタウイルスの流行期や近隣でウイルス感染発生があった場合は、消化器症状のある子どもの養育時に、プラスチックエプロンと手袋を使用する。使用は一処置一枚とする。
- ・ノロウイルスやロタウイルスに汚染された衣類は有機物を十分に除去してから、次亜塩素酸ナトリウムを用いて、適切な濃度と時間で消毒する。
- ・情報収集の手段として岐阜県感染症サーベイランスの情報サイトを利用する。

## 2. 感染対策についての勉強会（その2）

### 1) 勉強会の実施

勉強会は施設スタッフ20名と現地側研究者3名、大学側研究者5名が参加し、10月3日に開催した。現地側研究者から感染管理認定看護師への相談で示唆を得た内容を伝達講習し、研究者間で討議した内容を提案した。またプラスチックエプロンの価格についても資料を提示した。感染対策方法変更についての質問等はなかった。その内容を施設内で協議してもらうことにした。また自身の手洗い状況を確認したいスタッフのために、手洗い検査機を1週間設置することにした。

その後、施設内の会議で布製エプロンの廃止とプラスチックエプロンの購入が決定された。

### 2) 質問紙調査

勉強会の評価のための質問紙調査を12月7～14日に行った。19名（回収率95%）から回答が得られ、有効回答数は、14（有効回答率73.7%）であった。

感染対策の意識については表1に示した。「感染対策についての関心が以前に比べて高くなった」と答えたスタッフは10名であった。手洗いを毎回汚れが残りやすい部分を意識して行っているのは、2名であった。手洗い検査機で自分の手洗い状況を確認したスタッフは4名であった。10月から12月までの間に感染対策のため隔離児に接したスタッフは表2のとおり9名で、そのうち述べ3名から新しい感染対策をとることで「疑問を抱いた」と回答があった。隔離児に接していないスタッフからは、疑問はなかった。疑問をどのように解決したかは表3のとおりで、1名は看護師に相談し解決したが、ほかは疑問がそのままであった。また感染対策が変更したことについての感想は、表4に示すように7名が記載しており、「不安であったが、手洗いを心がけるようになった」「変更後も子どもの感染状況の変化はない」「慣れてしまった」などの回答が得られた。

表1. 感染対策と手洗いへの意識

項目	回答数(名)
1. 自分の感染対策についての意識は高くなった	
① 勉強会以前に比べ高くなった	10
② それほど変わらない	3
③ 不明	1
2. 手洗いについての意識	
① 毎回汚れが残りやすい部分を意識して行っている	2
② おむつ交換や食事介助前は汚れが残りやすい部分を意識して行っている	12
③ 意識して洗っていない	0
3. 手洗い検査機で手洗いチェックをしてみたか	
① はい	4
② いいえ	10

表2. 隔離児養育経験別感染対策についての疑問とその解決

項目	回答数(名)
感染対策変更後に隔離児の養育を経験した	9
布製エプロンを使用しないことについて疑問を抱いた	
はい	1
いいえ	8
布製エプロン以外のことで感染対策について疑問を抱いた	
はい	2
いいえ	6
不明	1
感染対策変更後に隔離児の養育を経験していない	5
感染対策について疑問を抱いた	
はい	0
いいえ	5

表3. 疑問に対する解決方法<疑問の内容>(回答数)

布製エプロンを使用しないことへの疑問(1)	
疑問はそのままである<不明>	
布製エプロン以外のことで感染対策への疑問(2)	
看護師に相談した<消毒薬の効果>	
疑問はそのままである<子どもの鼻汁が付着する>	

表4. 新しい感染対策を実施した感想(要約)

手洗いに心がけることはできた。
最初は不安だったが、エプロンが無くなった分、手洗いを以前より丁寧に心がけるようになった。
最初はエプロンを付けなくていいのかなど不安があったが、慣れてしまうと何も感じなくなっていた。
エプロンをしないことに、大丈夫かなど最初は少し抵抗があったが、変更しても以前より感染が増えるというような状況はなかった。
やはりエプロンがない分、手洗いに気を使うことができたかもしれない。
隔離室にいる二人の子どもをエプロンをしないまま、連続して抱っこして大丈夫なんだなあ実感した。
すぐ子どもへの対応ができる。
布エプロンを着たり脱いだりの手間がなくなった。

### ・評価

勉強会を通じてスタッフの感染についての意識は「高まった」という回答が多かった。感染対策の変更については概ね良好に受け入れられていて、当初不安があっても爆発的な感染拡大につながらないことを認識したという記述や、手洗いを丁寧にするようになったという記述があった。一方操作が簡易になったという記述もあった。この場合、簡易になったことによって以前よりも十分な手洗いで

きているかが問題となる。しかし手洗いについての結果を見てみると、毎回汚れが残りやすい部分を意識しては行われていないことがわかった。また手洗い行動の啓発を目的として手洗い検査機を設置したが、自由意思では自ら手洗い検査機で確認するという行動が取りづらいことがわかった。このことから感染対策の変更に伴い、手洗いを強化しなければならないことが十分にスタッフに浸透したかの確認をする必要があると思われる。

また実際に隔離児に接することで疑問を感じたスタッフがいるが、疑問をそのままにしている実態もわかった。今回の研究では、感染対策を全員が一致して取り組めることも目的としているが、疑問が正しく解決されないままでは自己判断で行動することも考えられ、一致した感染対策のためには、スタッフの疑問を集約し、全体で共有していく必要があると思われる。

#### ・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

乳幼児に関わるスタッフに対して、改めて感染に対する意識の向上ができた。また慣習であった感染対策が修正され、新たな感染対策物品の購入にもつながった。

##### 2. 現地側看護職の受け止めや認識の変化

施設にいると感染について学ぶ機会が少なく、現状に問題を感じてもなかなか改善できないが、専門家から施設に合ったアドバイスを得ることにより、感染対策についての疑問が解決され、現状に合った施設の感染対策を考えることができたことと受け止めていた。またそれに基づき、必要な物品を施設に提案したところ、新規に物品を購入することもでき、業務内容の改善にもつながったという感想が得られた。そしてスタッフに対して、感染対策を周知徹底出来るよう情報伝達や注意喚起をしていくことが施設看護師の役目であるという認識につながった。同時に手洗いすることの重要性をさらに再確認する機会となり、その徹底が問題であると感じていた。

##### 3. 本学が関わったことの意義

重症化しやすい疾患の患者や易感染性患者の存在を前提とした病院での感染対策は、健常な子どもたちが生活する場はそぐわない内容が多い。スタッフが疑問に思っていた事柄について、大学教員とともに取り組むことにより、現地側研究者が施設にふさわしい感染対策を考え、施設側に提案できたことに意義があったと考える。また日頃から感染対策について疑問を持つ看護師に、それを専門とする認定看護師を紹介できた。地域で活動する看護職者間のニーズに合わせ、知識や人材を結びつけることができたことに意義があったと考える。

#### ・共同研究報告と討論の会での討議内容

スタッフの感染に対する意識の継続について検討した。

医療施設でも感染対策の原則を「ちょっとなら」という気持ちで実行しない医療者がおり、手洗いも手洗い検査機で年2回行わなければ、意識を継続することは難しいという意見があった。それを改善するための方法として、以前病院で感染対策の講習を講義形式で行ったが浸透しなかったため、実技形式の講習に変更したところ受講生の反応がよかったという結果も報告された。そのときに講習側も「実技をやって実感できること、わかることがあることが認識できた」ということである。このことからスタッフの感染対策についての意識を保つためには、実技の講習を定期的に取り入れるのが効果的であると思われる。

また感染対策マニュアルは、あっても実行できないものでは意味がない。しかし感染対策の方法は実際にやってみなければ、疑問も出ないことが多い。参加者から「感染性物質に触れた手袋でどこに触れてよいのかといった疑問は、実際にやってみなければ出てこない。実際にやってみて疑問に感じたことを全員で共有していくことが、よい感染対策のマニュアル作りに役立つと思われる」という意見が出された。このときに『疑問がそのままになっている』という研究結果に対して、「こんなことを聞いてよいのか」とためらわないように、匿名でも質問できる環境づくりも必要であるという見解が得られた。

感染対策については自己判断にならないように対策委員会等を設置して、組織的に取り組む必要があるが、これに対しては「医療者の考え方は、紋切り型な思考であることが多く、他職種からの質問ではとさせられる視点を得ることがある。施設の感染対策を考えるときには、医療者だけではなく他職種を交えて考えることが必要だ」という意見が出された。

もともと感染についての疑問を多く持っていたスタッフであり、乳幼児の安全に対して意識が高いことを考えると、その意識に沿うように実技を取り入れるなどして、感染対策の勉強を続けていくことで、施設内のよりよい感染対策実施に結び付けることができると考える。



## 5. 人材育成

## 保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方

居波由紀子 高橋亜由美 和田明美（岐阜県保健医療課） 大川眞智子 松下光子  
山田洋子 大井靖子 種村真衣 田中昭子 森仁実 北山三津子 岩村龍子（大学）

### はじめに

本研究は、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。行政機関に所属する保健師の現任教育の充実や体制づくりは、県全体の課題であるが、県では、保健師の研修を企画・実施し、そこに本学の地域基礎看護学（主として公衆衛生看護学）を担当する教員も協力している。平成 20、21 年度には、平成 19、20 年度の新任保健師の実践経験を分析し、4 ヶ月時点と 11 ヶ月時点の新任保健師の実践能力到達目標を検討した。また、指導保健師より新任保健師に対する指導の現状や工夫、課題について意見聴取した。

これらの成果物として、新任保健師の実践能力到達目標チェックシート（以下、チェックシートとする）を作成した。チェックシートは、3 つの側面（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）から実践能力を評価できるように構成されており、各側面の大分類ごとに 4 ヶ月時点及び 11 ヶ月時点の実践能力到達目標を設定している。平成 22 年度以降、保健医療課より県内保健所と市町村に配布され、新任保健師の配属部署に対しては、チェックシートを用いて新任保健師と指導保健師が到達度を相互確認し、新任保健師の指導に役立ててもらおうよう依頼している。

そこで、平成 23 年度については、チェックシートの活用が、新任保健師の実践能力向上や指導保健師の指導に有効か検討する。そして、各所属の現任教育体制・方法の現状をふまえて、新任期における保健師の実践能力を高めるための現任教育のあり方・方法を検討する。

### 方法

#### 1. 指導保健師との意見交換による情報収集

岐阜県では、新任保健師研修を前期は 7 月に後期は 2 月に、集合研修として、岐阜県立看護大学で実施している。保健所および中核市の指導保健師にも、助言者として参加してもらっている。また、この前期研修と後期研修の間（11～12 月頃）に、各圏域の保健所がフォロー研修を実施し（2～3 年目の保健師を含む）、市町村の指導保健師の参加も得ている。フォロー研修は、集合研修をフォローする研修であり、本学教員も助言者として参加している。

各々の研修終了時に、主に新任保健師の現状や現任教育について指導保健師との意見交換を実施し、指導保健師の意見を教員が情報収集した。調査項目は、基本的属性：現在の所属機関、指導保健師の保健師経験年数等、各職場における新任保健師への指導体制や現任教育の実際、新任保健師を指導する上での課題と工夫したこと、新任保健師の指導におけるチェックシート活用の有無、活用の方法、チェックシートに関する意見、新任期における保健師の実践能力向上を目指した現任教育や指導保健師をサポートする現任教育の方法・あり方についての希望・意見である。これら情報収集したデータをそれぞれの質問項目毎に集約し、意味内容で分類した。

#### 2. 共同研究者間での検討

1 の調査結果等を素材にして、新任期における保健師の実践能力を高めるための現任教育のあり方・方法について、共同研究者 6 名で 1 回検討した。

#### 3. チェックシートによる情報収集

新任保健師研修会（前期 7 月と後期 2 月）後に、実践能力の到達度について、チェックシートを用いて指導保健師と新任保健師が話し合いのうえ確認して提出してもらおうよう依頼した。このチェックシートについて、新任保健師および指導保健師から、本研究のデータとしての活用に同意を得て、データとして用いる。なお、同意書の提出期限が今年度末のため、データ分析及び検討は次年度に行う。

#### 4. 倫理的配慮

共同研究者である県保健医療課から、保健所および中核市の指導保健師の部署に宛てられる前期・後期研修の依頼文書に、また、圏域保健所の指導保健師から管内市町村へ送られるフォロー研修の文書に、研修終了時の反省会・意見交換会で、新任保健師の指導体制やチェックシート活用状況等について意見交換を実施する旨を記載し、指導保健師およびその上司に理解を求めた。

指導保健師に対しては、研究の趣旨、研究協力は自由意思であること、個人が特定されないこと、調査協力の有無による不利益はないこと、中断の申し出の時期等について説明し、文書で同意を得た。意見交換時に発言した意見は教員が記録し、後日、郵送により、本人に自身の意見内容について追加、修正、削除してもらった上でデータとした。なお、本研究計画は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部の承認を得た（承認番号 0008）。

## ・結果

### 1. 指導保健師との意見交換による情報収集

前期研修では4名の指導保健師から、フォロー研修(5圏域)では21名から協力を得た。所属機関は、保健所14名、市町村11名であり(延べ数)保健師としての経験年数は11~37年であった。フォロー研修は、就業1~3年目保健師を対象として5圏域すべてで実施された。なお、指導保健師の参加のない市町村も一部あった。以下、文中では、カテゴリーを【 】で示す。

#### 1) 各職場における新任保健師への指導体制や現任教育の実態

【指導保健師が1年間指導する】【指導保健師に加えて、直属係長や中堅保健師、業務担当者が指導・フォローする】【指導保健師は決めずに業務担当が指導する】等の意見があった(表1)。

表1 各職場における新任保健師への指導体制

カテゴリー	意見(抜粋)
指導保健師が1年間指導する	指導保健師として1年間任命されている。 新任保健師3名それぞれに指導者が1名つき、1~2か月は同行訪問や事業に付き添い、記録の確認やケース対応についての指導を行っている。新任の1年間は指導者をつけ密な指導を行う。
指導保健師に加えて、直属係長や中堅保健師、業務担当者が指導・フォローする	専任の担当指導者をつけている。主として、母子保健を担当しているが、成人、介護予防についても実施するため、その都度、業務担当者が指導している。また、栄養士も指導にあたっている。
	新任1名につき指導者1名という体制だが、他保健師の協力もある。レポートなど上司も目を通し、一緒に考えてくれるため良い。
	2人で新任保健師をフォローしている。1年間は自分が指導者となるが、もう一人の中堅保健師(新任保健師と同じく母子担当)もフォローしている。
指導保健師は決めずに業務担当が指導する	1対1体制ではあるが、母子担当、成人担当がそれぞれあるので、その担当内で新任保健師、指導者を見てくれ、双方のフォローをしてもらえる。
	指導者は決めていない。係や担当で指導している。 指導者は決めていない。保健師業務については係や担当で、事務的なことは自分が指導している。
全職員で指導・評価する	指導者は決めていない。保健師業務については係や担当で、事務的なことは自分が指導している。
チームで指導・評価する	今年度は新人がおらず、昨年、一昨年と新人は各1名だったため、全職員で指導し評価している。
チームで組織的に新人を育成する	組織的に新人を育成している。チーフ含めて5人の保健師がチームで新人を育てている。
保健所の市町村支援として、指導保健師のいない町に向いて新任保健師への指導や勉強会を開催している	新任保健師のみの配置となった町について、保健所が月2回以上、乳幼児健診のときに町へ出向している。事業を運営することを指導するほか、子どもの見方、判断などその場で教えている。また、事業の前40分時間をとり、勉強会をしている。勉強会の内容は、1年目の保健師として基本的に知っておいてもらいたい事項を母子、精神、感染症、結核、行財政などまんべんなく取り入れている。勉強会の計画は年度当初に決定していたが、臨機応変に対応している。この町への支援の保健所の事業体系上の位置づけとしては「現任教育」でなく「市町村支援」である。市町村の現任教育も保健所の役割であり、現任教育の側面も当然あるが、このような町への入り方は、市町村支援であると判断し、保健所の事業として実施している。

#### 2) 新任保健師を指導する上での課題と工夫

課題では、【地区組織や他機関との接点が減ったため、意図的に機会を作る必要がある】等の意見があり(表2)、工夫では【地域を担当し、地域を見る力をつけられるように新人の配属を変えた】等の意見があった(表3)。

表2 新任保健師を指導する上での課題

カテゴリー	意見(抜粋)
地区組織や他機関との接点が減ったため、意図的に機会を作る必要がある	「住民との協働」や「他機関との連携」は重要な実践能力だが、特定保健指導など個別支援に時間をとられて地区組織とのかかわりが希薄になってきたこと、定期連絡会など他機関の関係者との接点が減ったことにより、現任保健師においても獲得しにくい能力だと思う。そのため、能力向上のためには、かなり意図的に機会をつくる必要があると思う。
日常の保健師業務の中で先輩保健師と一緒に活動する機会が少ないので、相談しながら学ぶことの確保が課題	日常の保健師業務のなかで、先輩保健師と一緒に活動する機会が少なく、相談しながら学んでいくことを伝え、そういう場合をどうやって確保していくかは課題である。
大学の教育カリキュラムや地域(公衆衛生)の学習到達状況がわからないため、どのように伝えたらよいかわからない	大学卒業の保健師が増加している中、大学のカリキュラムの理解不足、地域(公衆衛生)の学習到達状況がわかっていないため、どのように伝えたらよいか。
新任保健師の生活の捉え方や普通という概念に違和感を覚えた	今日の事例検討を聞いていて、新任保健師の生活の捉え方や普通という概念に違和感を覚えた。新任保健師の考え方や認識が自分たちとズレてきている。

表3 新任保健師を指導する上での工夫

カテゴリー	意見(抜粋)
地域を担当し、地域を見る力をつけられるように新人の配属を変えた	昨年まで、新任保健師は、健康推進課に配属されていたが、健康推進課では「地域を見る力」が育ちにくい状況があったので、今年度からは地域を担当し「地域を見る力」をつけられるような配属に変えた。今年から新任保健師の配置を変えたことにより、改善されたと思う。業務の意味や目的を押さえて、事業に出るようになった。そして振り返るようにしている。地域を持ったことにより、健康推進課から「地域をみていきたい」という意見が出た。
保健師の勉強会を開催して、事例検討をしている	月1回保健師の勉強会を開催し、そこで事例検討などしている。
研修会にできるだけ参加できるよう体制を整える	研修会にできるだけ参加できるよう体制を整える
市として作成した振り返り表に新人が毎日記載し、その内容を指導保健師2名が確認して本人に返している	市として振り返り表を作り、毎日それで振り返りを行っており、書いてきた内容を2人で確認し本人に返している。赤ちゃん訪問についてうまくできたところ、改善が必要などところについて、振り返り表を書いてもらっている。
訪問記録を確認し、状況に応じて対応する	訪問の記録は、すべての職員が目を通し、状況に応じて対応する。
個別のケースを大切にし、その援助過程や対象の思いを捉えることが大切と伝える	担当内の保健師全員でフォローしている。保健師業務で達成感を持たせてあげられるよう努め、まず、個別のケースを大切にし、その援助過程が大事であることやケースの思いを捉えることが大切ということを伝えている。
対象者にかかわる体験を多くし、個別・地域を見る視点がわかるようにDOTSカンファレンスに参加させている	「事務仕事に流されて・・・」と言いがちなので、対象者へ実際にかかわる体験ができるだけ多くなるように工夫している。個別・地域をみる視点がわかるよう DOTs カンファレンスなどにも一緒に参加している。
チーム内で役割分担をして、新任保健師への伝え方を工夫している	新卒には一般常識から教えることになる。若い保健師から本人にやりわり伝え、チーフからは厳しく伝えるなど、役割分担で育成している。一人の保健師だけが指導を請け負うのではなく、皆で育てている。

3) チェックシートを使った指導の実際と指導をした感想

良かった点は、【项目的に網羅されている】【指導者の学び・気づきになった】等があり、課題点として、【どの程度をもって達成とするのか判断が難しい】等の意見があった(表4-1、4-2)。

表4-1 チェックシートを使った新人指導の実際と指導をした感想(その1)

カテゴリー	意見(抜粋)	
良かった点	项目的に網羅されている	项目的に網羅されていて良かった。 保健師として押さえないといけない点は網羅されており、本人も指導者も確認できるので良かった。
	指導者の学び・気づきになった	助言を書くことで指導者の気づきにはなる。 指導者が気付かなかった点を本人が意味づけて表現しており、指導する方の学びにもなった。
	新任保健師と話し合う材料になった	新任保健師と話し合う材料としてチェックシートは良かった。
	新任保健師のできていないところがわかった	使用しての感想は、指導者も大変であったが、出来ていないところが分かった。
	各項目を話し合うことで確認ができ、経験がないことも説明できた	項目ひとつずつを新任保健師と話し合うことで確認ができる。7月の時点では経験がないので話しができなかった予算のことについても、その後話をしてチェック終了した。
課題点	どの程度をもって達成とするのか判断が難しい	話し合いの材料にはなるが、「達成度」という表記はいかがなものか。達成度にも1~10までなど段階があるので、どの程度をもって達成とするのか判断が難しい。 意見交換ができる についても新人レベルでどの程度をイメージしてよいのか。話ができる程度でよいのか。
	4ヶ月時点で到達が無理な項目や必要がないと考えられる項目がある	4ヶ月時点到達目標 実践能力項目「住民との協働」の「地域の助言者となれる人々と知り合いになる」は、この時期には難しいこともあるのではないかと。実践能力項目「他機関・他職種との連携・協働」について、「他機関とケースによっては可能だが、新任のこの時期には、そこまで他機関と連携するケースは持たせることができない。実践能力項目「健康 機管理」について、到達目標として 当なかどうか。ここをチェックすることは難しい。 4ヶ月時点到達目標 「健康 機管理」について、「マニュアル等で健康 機発生時の活動体制や役割を確認する」は 切だと思いが、「健康 機発生時には、先輩保健師の指導を受けて援助を実施する」は健康 機の発生自体が であり、目標として 切でないと思う。4か月時点では優先して学ぶべきことは、基本的な内容だと思いが、この項目は必要ないのではないかと。



## 2. 新任期における保健師の実践能力を高めるための現任教育の方法について検討したこと

平成24年1月24日(火) 岐阜県立看護大学において、共同研究者6名(県保健医療課3名、大学3名)で、新任保健師の実践能力到達目標チェックシートの活用、指導保健師の指導力の向上、保健所・市町村の現任教育体制整備に向けて必要なことの観点から検討した。

### 1) 新任保健師の実践能力到達目標チェックシートの活用

チェックシートを活用することで、指導保健師と新人とが共通して、新人の実践内容を確認することができていたため、今後も、新任保健師の指導の充実のために継続する。

一方、記入方法が様々であり、指導保健師と新任保健師が相互確認していないと思われるチェックシートも見受けられたことから、チェックリストの意図・活用についての説明は継続していく必要がある。

また、県・中核市・市町村別に見た場合、11ヶ月時点の到達目標達成度に非常に差があった。所属の活動特性のため経験できにくく、当該時点での達成が難しいことも考えられるため、2年目になってからも達成度を確認することが必要と考える。

到達目標に関しては、指導保健師の意見や新任保健師の経験及び到達状況を踏まえて、活動や経験の実態に近い具体的な表現とすること、経験例を追記することなどの見直しは必要である。そこで、到達目標の一部について追記・修正し、経験例についても具体例を追記して、23年度の11ヶ月時点の到達目標チェックシートから修正版を使用するよう依頼した。

### 2) 新任期における保健師研修の方法について

今年度も、新任7~8ヶ月目の11~12月に、フォロー研修を圏域単位で実施したが、保健所と市町村が協働して新任保健師を指導・助言し、新任保健師の能力向上を目指した指導方法や関わり方、活動のあり方等について意見交換をすることができていた。

フォロー研修は、新任だけでなく2~3年目保健師が参加している圏域もあった。また、新任期の保健師同士が意見交換する時間もあったことから、新任期の保健師にとって、自身の成長確認や活動の振り返り、新たな気づきを得る機会としても有意義であったと考えられる。フォロー研修は、次年度も継続するが、指導保健師がフォロー研修に参加していない市町村も一部あったため、今後は、指導保健師のフォロー研修への参加を確実にして、指導保健師を巻き込んだ新任期の保健師指導をより強化させていく必要があると考える。

### 3) 指導保健師の指導力の向上

フォロー研修における指導保健師との意見交換において、【指導者の位置づけを明確にすることが必要】【今後、指導者になる年代への研修が必要】という意見が確認されたことから、フォロー研修が、新任期の保健師の実践能力向上だけでなく、指導保健師の指導力向上を目的とした場でもあることを明確に位置づける。また、現任教育に関する現状と課題を共有し、指導保健師の指導力向上を組織的に検討していくために、市町村・保健所の指導者層を対象にした管理者研修の開催などを検討していく必要がある。

岐阜県では、学生や新任期の保健師の指導者としての指導力向上を目的とした岐阜県保健師実習等指導者研修会を実施しており、現任教育の一環としても位置づけられているが、研修対象となっても参加が得られない市町村もあるのが現状である。本研修会の目的・意図を添えて参加を呼びかけるなど、今後も市町村保健師の参加勧奨に努めていく。

### 4) 保健所、市町村の現任教育体制整備に向けて必要なこと

【地域を担当し、地域を見る力をつけられるように新任保健師の配属を変えた】という意見もあるように、新任保健師を育成していくために従来の新任保健師の配属部署を変える市町村もあれば、指導体制自体が十分でない市町村もある。保健所の保健師は、管内市町村の現任教育の現状を捉えて支援していくことが大事である。以前は、保健師の管内研修会が定期的に行われていたが、今では保健所と管内市町村が一堂に会する機会が非常に少なくなった。保健所は、市町村支援として、市町村同士が現状と課題を互いに共有・確認する場を設定していくことも大事である。その中で、新任期における保健師の指導や現任教育についても情報交換し、検討していけるとよい。保健所が、管内市町村における現任教育の体制づくりを支援していくことは重要と考える。

国は、各都道府県で人材育成計画の作成やガイドライン等の総点検に取り組むよう伝えており、岐阜県では現在、「岐阜県保健師現任教育マニュアル」を作成している。新任保健師の配置環境、統括保健師や指導保健師の配置等を明記し、現任教育体制を明確にして、現任教育を効果的に進めていきたいと考えている。

## ・共同研究事業の成果評価

### 1. 看護実践(現任教育)の方法として改善できたこと・変化したこと

チェックシートの活用により、指導保健師と新任保健師が共通して実践内容を確認することができ、計画的な新人育成や指導の充実につながった施設もあった。また、チェックシートの到達目標の一部

については、新任保健師の活動や経験の実態に近い具体的な表現に修正し、経験例を追記し、23年度の11ヶ月時点の到達目標チェックシートから修正版を使用するよう依頼したところである。チェックシートが、より実践的で活用しやすいものに改善されたので、新人指導の更なる充実につながり、新任保健師の今後の実践能力の向上が期待できる。

## 2. 現地側看護職の受け止めや認識

チェックシートの活用や圏域フォロー研修の実施により、新任保健師の指導の現状や現任教育の課題が明らかになり、県の保健活動指針や研修マニュアルの見直しに役立てることができる。また、保健所が市町村現任教育体制づくりを支援し、市町村指導者と検討を進めるための共通資料としても活用できる。

## 3. 本学教員がかかわったことの意義

### 1) 看護実践の改善

看護実践の改善にはまだ至っていないが、チェックシートの活用により新任保健師が到達すべき実践能力を指導保健師と確認することができ、新任保健師にとって自己の実践の改善につながると考える。

### 2) 大学教育の充実

新任期の実践能力の到達状況を確認している途中であるが、それにより、基盤となる学士課程卒業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。

### 3) 現任教育の方法について、教員と地域の保健師が共に検討する関係づくり

指導保健師との意見交換によって、新任保健師への指導において課題に思っていることや工夫していることを知り、教員と地域の保健師が共に新任保健師の指導の充実・改善に向けて検討する関係づくりとなった。

### 4) 看護職者の生涯学習支援

新任保健師への指導における課題や工夫している点等を把握する中で、指導保健師の指導力に関する現状や課題が明らかになり、指導保健師の指導力向上に向けての方策や、保健所や市町村の現任教育体制整備に向けて必要なことを検討することができた。

## . 共同研究報告と討論の会での討議内容

2題合同の討議であったが、参加者の職場における現任教育の現状と課題が語られた。チェックシートに関しては、指導保健師の立場から、「チェックシートは、今どこまでできているのか確認のために使っている。新任期の保健師ができる範囲は決まっているので、新人の保健師だったらここまでできるという指標があると良いと思った。事業などは見てOKとするか、実際に実践してOKとするか、悩みながらチェックしていた」、「チェックシートは、新任保健師が自己の反省につなげることができて良いと思った」等の意見が出された。

一方、チェックシートを活用した新任保健師の立場からは、「先輩保健師とのコミュニケーションをとるのに役立った。できているかどうかチェックをつけるときに悩んだこともあった」、「チェックシートを先輩保健師とつけていた時に、この部分を経験させてあげたい、このことについて見せていなかった等と先輩に思ってもらえ、できていなかった部分を見聞きすることにつながって良かった」という意見が出された。

また、「中堅期～管理職の教育が課題である」、「中堅期のスキルアップも課題である」の意見が出され、中堅期以降の現任教育に関する課題が確認された。さらに、保健師のスキルアップだけでなく、職員全体のスキルアップも検討課題である旨の意見も出された。

他には、「係の中で、同じ業務のことについては、ベテランも新人も関係なく意見を述べ合うようにしている。保健師の中の世代の格差、ものの見方等の見直しが必要だと感じている。コミュニケーションをとることの大切さを感じた」、「自分で考えてやるが多く大変だが、先輩保健師とコミュニケーションを取りながら一緒にやれて良かったと思う」など、職場内での円滑なコミュニケーションの重要性が再認識された。

以上、今回の討議で確認された保健師の現任教育の現状と課題を踏まえて、今後も、本県における保健師の現任教育のあり方・方法を追究し、現任教育体制づくりを支援していくことが重要であると考える。

# 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

和田美江子 丸茂紀子 佐藤鈴子 日置富久恵 蒲とよみ 中嶋敦子（郡上市健康福祉部健康課）  
上村喜美江（郡上市健康福祉部社会福祉課） 羽土小枝子（郡上市健康福祉部高齢福祉課）  
両羽美穂子 北山三津子 松下光子 大井靖子（大学）

## ．目的

A市では、住民との協働によるまちづくりを大事にしており、目指す保健師活動は、「地域を“みる”能力を基盤に持ち、住民の声を聞いて、住民同士をつないで、資源等をつくって、みせる活動ができる」である。本研究は20年度から継続して取り組んでおり、20年度は、旧体制下で保健師が大事にしていた視点と町村合併後の一つの市として大事にしていきたい視点について明らかにした。21年度は、市が目指す保健師活動を可能とする実践能力を表現していくことを試み、人材育成案を提示した。22年度から目指す保健師活動を可能とする人材育成方法を検討し、新任保健師を対象に試行的に進めてきた。今年度は、その試行的取り組みから新任保健師に必要な実践能力を確認し、人材育成としての成果と課題および地域をみるために必要な能力を明らかにする。本研究において実践能力とは、保健師活動を行う際に必要な知識・技術・態度とする。

## ．方法

### 1．取り組みの過程

1) 新任保健師を対象とした職場内研修（以下OJTとする）の成果の確認：22年度の取り組みにおける新任保健師1名の日々の振り返り記録から保健師活動において必要な実践能力を確認した。23年度の取り組みに関しては、指導的立場にある先輩保健師1名より人材育成状況と捉えている課題について確認した。これらの結果を共同研究者間で共有し、人材育成としての成果及び課題について検討した。なお、現地側共同研究者は保健師経験20年以上であり管理的立場にある。

2) 人材育成プログラム（案）の検討：現任教育の目的を明確にし、県の研修会等の資源の活用も含めた体系的な人材育成プログラム（案）を作成した。

### 2．分析方法

1) 新任保健師の日々の振り返り記録（4月から6月分）の「今日新しく気がついたこと、できたこと、したこと」「今日うまくいかなかったこと、失敗したこと」から保健師として実施したこと、理解したこと、できたこと、できなかったこと、難しかったことなど、表現された内容を保健師活動に必要な実践能力である知識・技術・態度に着目して抽出した。

2) 抽出した実践能力を集約し、行政に所属する保健師活動の側面から分類した。

### 3．倫理的配慮

本研究の取り組みについては、共同研究者である保健師の長より所属長に説明を行い許可を得た。新任保健師等OJTに関わった保健師の記録や意見・感想等については、共同研究者である管理監督者から当該保健師に口頭と文書にて説明し、個人の評価に使用しないことを保障した上で本研究の活用について自由意思により同意を得た。記録等をデータ化する際には個人情報をも匿名化して扱い、会議等の資料に用いた際には、会議参加者に対し資料の扱いについて注意を呼びかけた。

本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査において承認を得た（承認番号2231）。

### 4．取り組み体制

大学側はOJTの取り組み過程等で得たデータを集約し整理したものを現地看護職者に提示し、管理期にあたる現地側共同研究者と大学側共同研究者間で成果を検討した。人材育成プログラム（案）の作成は、現地側共同研究者が行った。

## ．結果

### 1．新任保健師に必要な実践能力

借用できた4月から6月までの振り返り記録から新任初期3か月までに必要な実践能力を以下のように確認できた。文章中、実践能力を<>、振り返り用紙に記述されていた内容を「」で示す。

#### 1) 健診や教室等の事業参加に必要な能力

健診や教室等の事業参加において、<事業の目的および活動の実際の理解>、<準備から事後のまとめ・報告までの一連の流れの理解と実施>、<各事業のつながりの理解>、<住民とのコミュニケーション能力>、<教室運営での時間配分>が必要であり、事業に参加する経験を通して、修得していた。具体的には次のような実践経験から必要な実践能力を確認した。

<事業の目的および活動の実際の理解>では、4月には、「ひまわり教室が言葉の教室、遊びの教室は集団支援、2つの教室の違いがなんとなくわかった。」のように、参加を通して各種教室の目的や内

容を理解しようとしていた。5月には、「ブラッシング教室実施計画書を作成した。目的・目標がつかっていることを意識していくと実施しやすい。」のように、教室の実実施計画書を自ら作成することを通して、事業の目的・目標を意識した実施内容を考えていた。

<準備から事後のまとめ・報告までの一連の流れの理解と実施>では、4月当初から参加した乳児教室において報告書の作成を体験し、必要な能力として獲得していた。一方、同じ4月には、「電話相談の活動報告を忘れていた。一つひとつ確実に報告ができるように心がけていく。」のように、失敗経験を通してさらに報告の必要性を認識し、事業の一連の流れを確認していた。

<各事業のつながりの理解>では、5月には、「健診からまめっこ(教室)もぐもぐ(教室)につながっていて、名前がわかるようになってくると声もかけやすいと思った。」のように、健診と各種教室のつながりを理解し、対象者への関わりを考えていた。

<住民とのコミュニケーション能力>では、4月には、「健診に来ていたお母さんと話すことができた。」と一つの事業の参加者とのコミュニケーションであったが、5月には、「赤ちゃん訪問で話したママさんにまめっこ(教室)のとき声をかけることができた。」のように、各種事業を経験する中で、対象となる住民をつなげコミュニケーションを図っていた。

<教室運営での時間配分>では、6月に教室での集団指導を担当し、「生活リズムとトイレトレーニングについて時間がオーバーしてしまったけど無事終わることができて少し安心した。」のように教室運営能力が必要であった。

## 2) 保健師の専門的知識・技術

保健師としての専門的知識・技術では、事業ごとに次の実践能力が必要であった。乳幼児健診や妊婦相談等の相談事業では、<問診>、<乳幼児の身体計測>、<成長発達の理解と確認>、<観察>、<事業を通じた対象および地域の理解>、<事後カンファレンスに必要な報告内容の吟味>、相談等における<言葉かけ>、<対象に必要な情報の収集・提供>、<思いや不安等を引き出す傾聴や沈黙への対応>であった。家庭訪問ではこれらの能力に加えて、<地域の地理の理解>や事前の電話訪問時の<住民の生活を想像>する実践能力が必要であった。その他に、<住民の活動における保健師の役割の理解>、<他職種・他機関との連携・協働の必要性の理解>、<多重課題への対応>があった。

<事業を通じた対象および地域の理解>では、4月当初から参加した乳児相談において「B地区の乳児相談は相談する人が多い。」と地区の住民の特徴を捉えていた。

相談等での対応では、5月には「妊婦相談に来た妊婦さんに説明、ぎこちない説明で終わりまでする。」や「相談に来てくれた人に、自分の言葉で何かを伝えることができなかった。ずっと聞き役になっている感じだった。」のように、<対象に必要な情報の収集・提供>が必要であったが、十分にできていない状況であった。6月には、「健康相談に来る若い人は結構早く帰りたいという思いが強いのか、「特に何もありません」と言われる。」のように、<思いや不安等を引き出す傾聴や沈黙への対応>に苦慮している状況があった。

家庭訪問では、5月に初めて赤ちゃん訪問を単独で経験し、「今日初めて一人での訪問をした。家を通り過ぎてしまったけど、「おちついて」と思って何とか到着できたので安心した。」や「赤ちゃん訪問で駐車スペースがなくてぐるぐるしてしまった。」のように、家庭訪問ルートの把握や駐車スペースの確保等<地域の地理の理解>が必要であった。また、事前の電話訪問時に、「赤ちゃん訪問のTELをかけすぎてしまった。後で知ったことでお母さんが授乳中であった。いろいろ大変な時に、TELをかけなさいいけないって思いだけで母親のことをあまり考えることができていなかった。」という体験から、<住民の生活を想像>しながらタイミングを見計らって電話をかけたり、相手のタイミングを確認していくことの必要性を振り返っていた。

その他に4月に参加した母子成人推進員の活動では、「劇をしたりみんなが楽しく活動できるように保健師が関わっていくことが大事だったことがわかった。」のように<住民の活動における保健師の役割の理解>、また、精神ケース会議に参加した際には、「保健師だけではなく、様々な人が関わっていることが実感できた。地域で支える、多職種連携ってことを少し感じることもできた。」のように、<他職種・他機関との連携・協働の必要性の理解>が進んでいた。また、5月には「まめっこ(教室)の準備でいっぱいいっぱいになっていた。赤ちゃん訪問のTELをする予定だったけどできなかった。」のように<多重課題への対応>能力が必要であった。

## 3) 社会人・組織人としての態度・技術

社会人・組織人としての態度・技術では、<他部署への挨拶と必要な連絡>、<電話対応>、<依頼された内容の確認>、<電算処理システムの理解と活用>、<PC操作>があった。

<他部署への挨拶>では、5月に「市民課に出生届をとりに行ったときに、挨拶をするのを忘れた。必要事項だけでいっぱいになっていた。」のように、まだ慣れない状況がみられた。<電話対応>では、5月に「電話対応が少しずつできるようになってきたかなと思う。いつ、どんな人からどんな内容でかかってくるかわからないから、落ち着いて電話に出られるようになりたいと思う。」のように、少しずつ経験を積んで慣れてきた様子が見られた。

## 2. 新任期保健師育成の現状

23年度の新任期保健師に対するOJTとして、日頃の実践の準備や振り返り、県主催の新任者専門研修の課題への取り組みを通して行っていた。これらの取り組み上の工夫や指導者の立場から感じたことは以下のとおりであった。

### 1) OJTの取り組み上の工夫

- ・中堅期保健師も新人教育に関わっていくことを意識づけた。
- ・指導しながらお互いに学ぶ姿勢で関わった。
- ・どこからどんな情報を得てくるのかなど、じっくり考えられるように進めてきた。
- ・1年目なので焦らず、目的や説明する内容など自信がないところを一緒に確認してきた。
- ・今年度結核検診を担当してもらった。事業の計画立案、関係者間での打ち合わせ、準備、実施、反省会、業務報告という一連の流れを体験し、次につながるようにした。

- ・先輩の記録も回覧し、学びに活かせるようにした。

### 2) 指導者の立場から感じたこと

- ・新人が行ったことを一つひとつ確認するのは難しいため、振り返り用紙をコミュニケーションツールとして活用するのは有効である。
- ・自分の業務に追われる中で不安はあったが、振り返り用紙を使ってフォローができる。
- ・部署内のみんなで育てていこうという思いで関われる。
- ・振り返り用紙は、困りごとをみんなで共有するコミュニケーションの場であった。
- ・事前に新人が担当する活動のシミュレーションを一緒にしたことで、本番では安心してできたようである。
- ・地区組織に関わるところは1年目には難しいと感じている。

### 3) 県主催の新任者専門研修に関わる新人教育

- ・役割の達成状況について、一緒に評価項目を確認しながら振り返った。
- ・県の研修課題にあるレポート作成では、取り上げた事業の目的等を確認する機会となっている。一緒に事業の確認をしていった。
- ・中堅期保健師も一緒に確認することもあり、お互いわからないことを調べる機会になっている。
- ・レポートを確認するとA市の健康課題や事業の目的・意図の理解が不十分であることがわかった。レポート課題を考えていくことで確認する機会になっていた。

## 3. OJTの成果と課題

共同研究者間で新任期保健師の実践の振り返り記録やそこから抽出した新任期保健師に必要な実践能力、23年度のOJTの取り組みを共同研究者間で共有し、OJTの成果と課題を確認した。その結果以下の意見が出された。

- ・事業を実施したその時の思いが把握できる。
- ・場所が分からない状況にあるとき、家庭訪問のついでに次の家の道を調べたり、新人なりに工夫している様子もわかった。
- ・新人は車のことから不安に思っていることが分かった。すべてのことに不安がついていることがわかった。
- ・どうするとよいか自分から出てくるとよいと思った。出てきていない時には、どうしたらよいと思うか逆に問いかけるとよい。
- ・少しアドバイスして、自分で考えられるように関わることが大事である。
- ・どうやってフィードバックしていくのか知っていないといけない。
- ・(振り返り用紙を)出されたときに自分がフィードバックできるか不安である。
- ・振り返り用紙を事例にみんなで考える機会をつくとよい。困ったときにどうするのか、みんなで考えることでお互いの学びとなる。
- ・不安・思いを捉えることが必要である。
- ・どこまで到達できているのか、『新任保健師の実践能力到達目標チェックシート』を使って確認できるが、チェックする人によってずれが生じる。体験できることは配属された部署によって異なるものもある。
- ・独り立ちさせるときの判断が難しいため、基準が必要である。
- ・指導者や同じ部署の保健師だけでなく、保健師全体で同じように新任保健師に関われるように、1年目の到達目標を共通認識する必要がある。

## 4. 人材育成プログラム(案)

日常業務を通して実施する研修であるOJTを人材育成の重要な柱と位置付け、効果的、効率的に実施する体制の整備を進めている。A市の現行教育では、定期的な事例検討、伝達講習(随時)コミュニケーションスキルアップ研修をプログラムに組み込んでいる。派遣研修では、県主催の新任者専門研修、ステップアップ専門研修、指導者専門研修や市町村研修センターの行政研修があ

る。その他に選択研修として、各種分野別専門研修を位置付けている。これらの人材育成プログラムにより、新任期のみならず中堅期、管理期の保健師の実践能力の向上を目指している。本研究により、日々の OJT を効果的に進めていくためのしくみづくりがなされ、県主催の集合教育などと有機的に進めていく方法とその成果を確認しながら進めていくことができている。

## ・考察

### 1. A市における人材育成のあり方

OJTの取り組みをとおして、振り返り用紙をコミュニケーションツールとして、新任期保健師に関わる全保健師の学びの機会として捉え活用してきたことから、管理者は新人だけでなく中堅もみる、中堅期保健師は新任期保健師をみる、という仕組みを組織的につくる必要性を確認できた。この仕組みにより新任期保健師への取り組みが他の保健師の刺激にもなり、指導者自身も確認の機会となることが大事である。

また、新任期保健師が実践能力を獲得する過程を振り返り、新任期保健師は、まず見る、次に自分で体験する、という現場の仕事から学んでいくことの重要性を共通認識することができた。指導者の関わり方としては、“How to”にならずに、なぜ必要なかが考えられるように問いかけていくことが大事である。人材育成プログラムとしては、日常的なOJTに加え、県主催の新任者専門研修をきっちり行う。その他の研修は、優先順位を考え担当に関係するものを取り入れるとよいことを確認した。

今回確認できた新任期保健師の体験状況からは、地区組織に関わるところは少なく、新任期初期の実践能力として十分に確認できなかった。指導者も地区組織に関わるところは1年目には難しいと感じており、みんなで育ち合うには、実践能力を獲得していく段階および到達目標を明確にし、共通認識することが今後の課題である。さらに、どんな保健師になりたいのか各保健師がイメージして、主体的に育っていけるように、ロールモデルが必要であると考えた。

### 2. 職場内研修(OJT)と職場外研修の融合による実践能力の獲得

新任期や中堅期の保健師育成は、どんな専門研修会を受けるよりも日頃の業務がなにより学びの場となり、保健師業務が考えられる、身につく、学習の機会となっている。例えば、対住民の業務の中で、自分の知識のなさや能力の未熟さを目の当たりし、ズッシリ自覚し、問題を解決していく積み重ねが、保健師の力量アップにつながっていく。中堅期保健師においても新人を指導しながら、気づき、学び、さらに成長できる状況となる。さらに、そこで行政研修や専門研修が加わることで、よりの確な業務が遂行できていくと考える。このように知識を入れながら、見て、聞いて、やってみる、振り返る、の繰り返し実践能力育成の過程となっている。

### 3. “地域をみる”ために必要な実践能力

文章中、これまでの共同研究により明らかにしてきた“地域をみる能力”を示す。これまで“地域をみる能力”として 地域性の把握、住民の背景の把握、住民と地域とのつながりの把握、地域情報の収集、住民とのコミュニケーション、住民と地域がつながる活動づくり、各種事業とのつながりをもった地区活動、地域への責任性の8つの能力を確認してきた。これらの能力と今年度新任期初期が必要とした実践能力を照合すると、A市が目指す保健師活動に必要な“地域をみる”ために必要な実践能力は、次のようにつながっていると考えられた。

地域性の把握には、＜地域の地理の理解＞、＜事業を通じた対象および地域の理解＞、＜住民の生活を想像＞が含まれる。住民の背景の把握には、＜対象に必要な情報の収集・提供＞、＜住民の生活を想像＞が含まれる。住民と地域とのつながりの把握には、＜地域の地理の理解＞、＜住民の生活を想像＞が含まれる。地域情報の収集は、＜対象に必要な情報の収集・提供＞が含まれる。住民とのコミュニケーションには、＜住民とのコミュニケーション能力＞、＜思いや不安等を引き出す傾聴や沈黙への対応＞が含まれる。住民と地域がつながる活動づくりには、＜事業の目的および活動の実際の理解＞、＜各事業のつながりの理解＞、＜住民の活動における保健師の役割の理解＞、＜他職種・他機関との連携・協働の必要性の理解＞が含まれる。各種事業とのつながりをもった地区活動には、＜事業の目的および活動の実際の理解＞、＜各事業のつながりの理解＞、＜他職種・他機関との連携・協働の必要性の理解＞が含まれる。地域への責任性は、＜対象に必要な情報の収集・提供＞、＜住民の活動における保健師の役割の理解＞が含まれる。

新任期初期に応じた“地域をみる”ために必要な実践能力は以上の項目で見られたが、まだ理解の段階でしか表現できていないものもあり、技術・態度として能力を獲得できるまでの到達目標の明確化が今後の課題である。

## ・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

昨年から試行的に取り組んだ振り返り用紙は、今年度の取り組みにより実践の改善・充実につながるツールとして有用であることが確認でき、その意義を共通理解して進めていくことができている。

また、振り返り用紙を活用した OJT の取り組み状況やその成果を保健師の管理期にあたる共同研究者間で共有することで、実践の評価となり、A 市における人材育成のあり方を考えることができた。

日々の実践の振り返りから見てきた新任保健師に必要な実践能力を言語化していくことから、A 市が目指す保健師活動をj確認する機会となっている。このような機会を重ねてきた成果として、個々の保健師が携わっている事業の課題を主体的に見つけ、改善策について考える思考過程へと変化しつつある。

本研究においてツールを使った人材育成の対象は新任保健師であるが、その取り組みには中堅期保健師の育成も意図しており、新任保健師の育成を通して同部署の全保健師を巻き込んだ人材育成へと発展している。

## 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

継続課題であり、日常的に取り組んでいる OJT の意味や課題を確認する機会として現地看護職側も受け止めている。また、本研究の取り組みが、日頃の実践活動を上司・同僚等に伝え、認識してもらえる機会としても捉えている。共同研究者全員が一堂に会し話し合うことは難しいが、既存の会議の一部の時間を利用するなど組織的に本研究に取り組んでいる。本研究の課題は現地看護職者の組織的課題であり、今後も今の共同研究課題の継続を希望している。

## 3. 本学が関わったことの意義

共同研究が日頃の個々の実践の振り返りの機会となり、看護職者としての成長・学びにつながっているという意見や、研究への取り組み意識の変化や意欲の高まりにつながっているという意見があった。実際に、頭の中で考えていたことを言語化することができ、各自が再認識できる機会となったり、実践をまとめるという意識が生まれつつあり、市全体の研修会で健康課における人材育成の取り組みとして報告することができた。

### ・共同研究報告と討論の会で討議したこと

討議は、『保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方』をテーマにした共同研究との合同で実施し、討議参加者の各施設における人材育成の取り組みの現状について概要を尋ねた。その結果、次のような状況であることが報告され、事例検討によるケアマネジメント力の強化や困難事例への対応能力の強化が共通課題としてあがった。

C 施設では、現任教育として定例で行っているのは事例検討会であり、日頃は困っていることを早く把握できるように、毎朝 10 分程度のミーティングを行っていた。

D 施設では、一緒に経験を積む OJT を重視しており、新人は母子事業を担当し、実践していることを日常的に話してもらうことで教育の機会としていた。

E 施設では、保健師の現任教育としては取り立ててやっていないが、行政の現任教育として目標シートを活用していた。また、中堅期保健師でも業務年数が少ない人がいたり、世代間で考え方も異なるので、同じ業務に携わる保健師全員で検討会をしている。保健師の世代間の差が大きく、相談や一緒に考えることがやりにくいのではないかと懸念している。

F 施設では、他課との調整が必要な対象を含めて、多様な対象の支援にかかわる事例検討会を月 1 回実施している。

G 施設では、新人保健師はおらず、5 年目以上の保健師が一番下で動くため経験年数に見合わず、先輩からの指示待ちの姿勢になりがちである。中堅から管理職への教育が必要と考えている。

H 施設では、保健師数そのものが少なく教育担当の保健師はいない。新人でも自分で考えてやらねばならないことが大変である。

## 師長のマネジメント能力向上のための取り組み

小島三紀 井上孝子 高木美津子 加藤ひとみ 堀美佐子 山本ひとみ 木下栄子(羽島市民病院)  
橋本麻由里 鈴木里美(大学)

### はじめに

師長は、看護師の人材育成の要である。新任期の師長が、病棟づくりやスタッフの人材育成に取り組めるようにするために、どのような教育支援があればよいかを検討し実践していくことがA施設の課題であり、昨年より取り組んできた。その結果、新任期の師長が感じている困難は、日常の様々な事柄への判断や意思決定、リーダーシップの発揮、スタッフ育成に関連するものであり、日常業務の中で試行錯誤し、師長として十分力が発揮できないことへの不全感も強く感じながら、一つ一つの経験を積み重ねていることがわかった。これらのことから、師長としてのマネジメント能力向上につながる管理者教育として、意思決定の基準となる自分の考えやビジョンを明確にできる場が必要であることがわかった。

そこで、今年度は、師長が行ったマネジメントの事例検討会により、ディスカッションを通して問題解決の方法や必要なマネジメントについて検討するための教育支援方法について実践・検討することを目的とした。

### < A 病院の概要 >

329 床の急性期病院であり、地域の中核病院である。看護職員数 247 名(嘱託・パート含む)、7:1 看護を取得している。師長は 12 名で、各病棟・外来・医療安全推進室・感染管理室に師長を配置している。

### 方法

#### 1. 事例検討会の実施

新任期の師長を含む共同研究者間で、師長として行ったマネジメント事例について、「事例概要」「何が困ったか・どのような事に悩んだか、うまくいったのはどうしてか」「何を意図して、行動したか」「振り返りをしてみて気づいた点」の視点でまとめ、事例検討会を実施する。事例検討会の直後には、事例検討により学んだことや気づいたことなど意見・感想を記載する。(資料1参照)

#### 2. 事例検討後の振り返り

1) 事例検討会後に各自のマネジメント事例について、さらに振り返りを行い、「組織・個人・スタッフ・患者・その他」の対象毎に分けて「必要とした調整方法・何のために必要であったか」の視点で事例を整理し、「必要なマネジメント能力」について検討する。(資料2参照)

2) 今回実施した事例検討会とその振り返りの効果について検討する。

#### 3. 研究への取り組み体制

事例検討の進め方やその後の振り返りなど、全員で協議しながら進めた。事例検討会では、進行は現地看護職、ディスカッションは全員で行い、検討会の記録は大学側で実施した。また本研究は、A施設看護部としての管理者研修のあり方を検討するという点で、組織的な課題への取り組みとなっていることから、組織の理解を得て実施した。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得て行った(承認 NO.0014)。また、事例検討会での共同研究者間のディスカッション内容は、個人が特定されないよう配慮して実施した。

### 結果

#### 1. 事例検討会の実施

事例検討会は、平成 23 年 9 月～12 月にかけて月 1 回計 4 回開催し、5 事例を検討した。師長としてマネジメントを行った事例を、資料 1 の様式に沿ってまとめたものを素材に検討を行った。事例提供者による事例紹介に引き続き、ディスカッションを行った。各会の開催時間は 12 時 15 分から 13 時 15 分までの約 1 時間であった。参加者は、師長 6 名、副看護部長 1 名、教員 2 名(全て共同研究者)であった。以下に事例検討の概要を記述する。

1) 事例 1 家族からの苦情やトラブルへの対応

患者の付き添い家族から処置を行ってほしいと要望された際の対応がきっかけとなり、家族との間

に生じたトラブルに対応した。師長は、看護チームや対応した看護師の困惑を軽減することに悩みながら、病院にも相談し付き添い家族への対応を考えた。その際、初めての経験に戸惑いながらも師長として前面に立って対応する必要があること、家族・看護スタッフ双方の立場で考えて状況を判断する必要があると感じていた。また、事後の対応として、これが教訓を得る機会となるようにどのようにスタッフに働き掛けていくか、再発防止に努めながら、家族の面会制限の見直しに向けての判断や行動について振り返り検討した。

ディスカッション後の学び・気づきとして、一人で抱え込まず相談できる人間関係を作る、スタッフへの関わりや教育のタイミングやフォローについて意見交換できる場があるとよい、一つ一つの意思決定にはそのための小さな判断の積み重ねがある、などがあつた。

#### 2) 事例2 日々の業務を通したスタッフの能力開発

管理職として、日々の業務において、安全な看護体制を確保すると同時に、スタッフの能力開発にどのように関わっていくか、その方針をリーダーやスタッフとどのように共有していくかについて悩んだ事例である。師長として、スタッフへの指導が円滑に行えていないと感じていたが、リーダーとの話し合いを通し看護の方向性を共有し、協力を得て対応した。事例から師長は、スタッフの頑張りを認め、褒めていくことの重要性を学んでいたが、一方でスタッフ指導に関する自己の課題を実感していた。

ディスカッション後の学び・気づきとして、スタッフを認めていくこととそれを言葉で伝えていくことの重要性・難しさ、お互いの評価の違いを調整していく必要があることなどがあげられた。

#### 3) 事例3 クリニカルパスの整備における他職種間の連携

B病棟のクリニカルパスの利用率の低さは、独自のクリニカルパスが作成されていないことが要因と考えられ、大腸疾患のクリニカルパスの整備に取り組んだ。実施過程において、患者にとって良い医療・ケアを考える目的で他職種での介入チームとの合同検討会が開催されたが、師長として介入チームメンバーとの時間調整や意見統一のための働きかけに困難を感じていた。

しかし、他職種の意見をよく聞き協働体制を作るよう努めることでクリニカルパスの改善につなげることができた。師長は他職種間への関わりの中で、クリニカルパス導入というスタッフ共通の目標に全員で向かいたいと意図し行動していた。事例から、師長は人間関係の調整を図りながらリーダーシップとマネジメントの両方の能力が求められ、そのバランスが重要であることが検討された。

ディスカッション後の学び・気づきとして、組織が理想とするサービスを明らかにして組織全体で協働して取り組むこと、成果をイメージしどのように人を巻き込むかを考えて取り組む、信念を持って取り組むことが人を集めるのに大切、病院の方針を理解し行動することなどがあげられた。

#### 4) 事例4 苦情の多い患者への対応

スタッフの態度(言動、挨拶、巡視など)に関して苦情の多い患者への対応に関する事例である。患者の苦情への対応には長時間を要することが多く、スタッフの業務に支障を及ぼしていた。師長はスタッフに患者への挨拶や行動に気をつけるよう指導したが苦情は減らず、スタッフの不満がかえって高まってしまったことに難しさを感じていた。しかし、師長として患者の苦情の意図を理解するために面談を重ね、人間関係を築く中で、苦情の根底にある寂しさ、関わってもらいたいという患者のサインに気づくことができた。そのことから、師長として、患者一人ひとりを理解する姿勢をもつことの大切さと患者とスタッフ双方の心情を汲み取っていくことの困難さについて検討した。

ディスカッション後の学び・気づきとして、人間関係を作るために歩み寄っていくこと、苦情対応者の心理を理解する努力の大切さ、患者の苦情を受け止め自分で気づけるように働きかけること、本音を引き出すコミュニケーション技術の必要性などがあつた。

#### 5) 事例5 クリニカルパスの作成を通したスタッフの能力開発

C病棟ではクリニカルパスを多く作成し実践で活用できていたが、電子カルテと連動したものとするよう、さらにクリニカルパスの発展を目指していくことになった。しかし、師長として、自身の情報技術の弱さを感じることもあり、役割を果たしていくことに困難を感じていた。そこで、クリニカルパスに興味を持ちリーダーシップが発揮できるメンバーと、情報技術を補ってくれるメンバーを選出し、役割を果たしてもらうように進めることでクリニカルパスの検討活動の基盤を整備することができた。事例から師長は、スタッフ一人ひとりが何に興味を持ち、何を得意とするのか理解することで、その人に応じた能力を開発していくことが必要であることが検討された。

ディスカッション後の学び・気づきとして、師長が自分自身の弱さを自覚し長けているスタッフ、興味あるスタッフを知り組織化すること、そのためのコミュニケーション能力の向上などがあつた。

## 2. 事例検討後の振り返り

### 1) マネジメント能力を導き出すための検討後の振り返り

5事例の検討から、それぞれに学びや気づきが得られたが、師長に必要なマネジメント能力を導き出すには至っていないと考えられた。そこで、マネジメントとして実践したことをさらに深める方法に

ついて検討し、「誰に対して、何のために、どんな調整を行ったか」という視点で（資料2）各事例提供者が事例での自分の実践と事例検討会でのディスカッションを踏まえて、必要なマネジメント能力を明確にするよう試みた。

ここでは一例として、事例3の展開をもとに事例提供者自身が必要なマネジメント能力を導き出した過程（一部抜粋）の一部を表1に示す。

表1. 師長に必要なマネジメント能力の分析過程（事例3 一部抜粋）

対象	A: 必要な関わり・調整方法	B: 何のために必要だったか	C: 必要なマネジメント能力
組織	エレンタール製剤の調製は栄養管理室が最適であり調整した	患者が安心して服用できるように患者サービスの質を考慮した	患者の利益の優先
個人	クリニカルパスの理解、介入チームの課題の明確化および患者にとっての良い医療・ケアを考えるために合同検討会の開催を調整した	具体的な目標が見えていれば行動しやすく、それには強い意識とイメージを持たなければ人を巻き込むことも心を動かすこともできないと考えた	目標を意識した具体的な行動
スタッフ	チームワークの大切さ、ケースカンファレンス、患者からの苦情の対応、実施した看護のアウトカム評価の話し合いを調整した	一人ひとりの看護の向上を目指すことが必要と考えた	スタッフとの日々の看護実践の振り返り
患者	看護師に対する患者からの苦情への対応について調整した	患者への丁寧な謝罪と今後改善していくことを約束し、検討した改善内容の提示が必要と考えた	患者への苦情処理対応と改善内容の提示

組織に対して、患者が安心してエレンタール製剤の服用ができるように患者サービスの質を考慮し、栄養管理室で調製が行えるよう調整した。ここから、師長に必要なマネジメント能力として、「患者の利益の優先」が抽出された。（師長）個人に対しては、具体的な目標が見えていれば行動しやすく、強い意識とイメージを持たなければ人を巻き込むことができないと考え、介入チームの合同検討会の開催を調整した。必要なマネジメント能力として、「目標を意識した具体的な行動」が抽出された。スタッフに対しては、一人ひとりの看護の向上を目指していくことの必要性から、チームワークの大切さや実施した看護のアウトカム評価の話し合いを調整し、必要なマネジメント能力として、「スタッフとの日々の看護実践の振り返り」が抽出された。そして、患者に対しては、患者への謝罪と検討した改善内容の提示が必要と考え、看護師に対する患者からの苦情への対応について調整し、必要なマネジメント能力として、「患者への苦情処理対応と改善内容の提示」が抽出された。

## 2) 事例検討会と事例検討後の振り返りを終えての意見交換

事例検討会、事例検討後の振り返り、師長に必要なマネジメント能力の整理までの一連の過程に対して、参加者間で意見交換を行った。以下に意見交換の内容を記述する。

- ・ マネジメント能力を整理し、必要な能力、不足していた能力、自分が何のためにやってきたのか、どのように行動したことで結果が出たのかがわかり、生きた教育だと思った。
- ・ マネジメントを必要とした根拠をまとめることで自分がこれからとる行動が、具体的になった。
- ・ 患者にとって一番よいことは何かを考え、患者を優先し取り組んだことでうまくいったと分かり、新たな発見があった。
- ・ 患者の思いを考え一人の人として理解する姿勢をもつこと、責任者として患者と接することが必要であることに気づけた。
- ・ スタッフとともに事例を振り返ることで人間関係づくりができた。
- ・ 事例検討を通して、師長としての自分の課題が明らかになった。
- ・ 師長として、2年目だからできた振り返りがあり、経験の長い師長のマネジメント例の検討も、新任者の学びの機会となると思う。

## ・考察

師長のマネジメント能力向上のための教育支援方法として、今回の事例検討と検討後の振り返りは以下の点で効果的であったと考える。

1つは、事例検討後に、何のためにどのような調整を必要としたかを、「組織」「(師長)個人」「スタッフ」「患者」の項目毎に整理したことで、それぞれの利害が絡み合っている現状や、実践において

同時進行で調整していた点を明らかにすることとなり、師長に必要なマネジメントの能力や自己の課題を明確にできたことである。現実には起きている問題には、様々な立場の人が関わっており、場合により思いや利害が拮抗することもあると考えられ、調整の際の難しさの要因が明確になった。

2つ目には、たとえば「患者の利益を優先する」のような、核となる理念や看護観により、一貫性のあるマネジメントの実践につなげられることがわかった。よって、常に、何が大事なのかを考えて実践することにより理念や看護観を明確にしていくことが重要である。

3つ目には、事例検討会は、師長としてのマネジメントの大変さを共有する場となり、参加していた師長同士、相互に助け合う関係性を発展させる機会となったことである。その点は、昨年より、検討を続けてきたことや、お互いに長く本施設でがんばってきた者同士、もともとよい関係性があったことで、率直な検討ができたことが大きな要因であると思われる。今回は、よりよいマネジメントについて考えることを前提に、事例共有や振り返りの仕方をルール化したことが、自己の振り返りを行いやすくすることに繋がった。しかしながら、事例検討により、組織内の人間関係など現実的な問題点を浮き彫りにすることもあり、関係者のプライバシー保護に十分に配慮すると同時に、事例提供者にとってストレスを伴うものであることも考慮して行っていく必要があると考える。

## ・共同研究としての取組みの評価

### 1．看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度は、師長のマネジメント事例の検討を通じた、新任師長育成の具体的方法を考案・試行し、その効果を検討することができた。事例の提示内容や、振り返りの手順を明確にしたことで、今後教育プログラムとしての活用可能性が検討できた。

事例検討会は、新任師長でもある共同研究者間で実施してきたが、率直に意見交換ができる場の雰囲気もあり、効果的な検討ができた。事例を通して、各師長が師長として、事態を引き受けていこうとする姿勢が明確に示されたことも変化の一つであると考えられる。

### 2．現地側看護職者の受け止めや認識

昨年の活動では、新任師長として目の前の仕事に精一杯であったのが、今年度は事例検討により、自分が気づけなかったことに気づくことができた、また個人的な自分の課題が明確になった、昨年から取り組んで段階的に進めてきたのでここまでこれた、といったような意見があり、本研究の活動を通して、師長としての自分の成長を実感できていた。事例検討では、振り返りの視点を「組織・個人・スタッフ・患者・その他」の対象毎に整理することで、視点がすっきりと整理でき、有効だったと受け止められていた。率直な話し合いができたこと自体がよかったとする意見や、自分が師長としてすべきことがよく分かったなど、今回の取組みの効果が肯定的に受け止められていた。

### 3．本学（本学教員）がかかわったことの意義

今回は、試行的に新任師長としてのマネジメント能力向上に向けた事例検討会を実施した。教員としては、マネジメント能力向上につながるための事例検討方法の工夫について問題提起するなど、効果的な事例検討となるよう関わったこと、また活動をどのような視点で評価していけばいいか方向性を考えるきっかけづくりをしたことは、活動の成果をあげるために意義があったと考える。また昨年同様、メンバーに看護部副部長が参加し、上司と部下の関係がある中でのディスカッションであったことから、教員が第3者として参加することで、客観的かつ中立的に議論を進めることができた。

そして、師長のマネジメントが組織理念や仕事を通じたスタッフの人材育成を実践するものであることを、事例検討を通して具体的に考えることができたことが、担当する機能看護学の授業内容を裏付ける素材を得ることにつながった。

## ・共同研究報告と討論の会での討議内容

共同研究報告と討論の会において、行われた討議は以下のような内容である。

### Q．事例検討会の実施について

- ・事例検討会の参加者は、1年目から3年目の新任期の師長5名、経験年数の長い師長1名であった。ディスカッションは、師長間で相互に意見交換し、経験のある師長が答えを出すのではなく意見を伝え、進めていった。
- ・事例検討会の参加者からは、1年目の時には事例をまとめる余裕はなかったが2年目なのでまとめることができた、行ったマネジメント事例を書式（「事例概要」「何が困ったか・どのような事に悩んだか、うまくいったのはどうしてか」「何を意図して、行動したか」「振り返りをしてみて気づいた点」）にそってまとめたので苦労しなかったという意見があり、大きな負担を感じていなかった。また、事例検討会では師長に必要なマネジメント能力を導き出すことができなかった

ため、各自、事例において行ったマネジメントを「組織・個人・スタッフ・患者・その他」の対象毎に分けて「必要な関わり・調整方法」「何のために必要だったか」「必要なマネジメント能力」を整理した。

- ・ 事例検討会のように体験から学ぶことはよいと思う。
- ・ 師長を支援するための組織的なサポート体制はあったほうがよい。
- ・ マネジメントを行う上で問題となった事例を検討する場合、倫理上の問題を考慮し事例を選択していた。
- ・ 事例検討の中で倫理上の問題が発生した事例もあったが、昨年から新任期の師長で話し合っているため、相互に情報共有することができた。
- ・ 事例検討は、経験のある師長にとっても良い機会になる。

- Q. 事例検討後の振り返りの際の、マネジメントの対象である「組織」・「スタッフ」について
- ・ 組織は他部門も含めた病院全体と捉え、スタッフは自分の担当部署の職員と捉えている。

- Q. 各施設の管理研修、師長準備教育の課題について

- ・ 1年目から3年目の師長は、諸問題に個人のネットワークで対処している。師長間のネットワークがなく、組織的なサポート体制が整っていないことが課題である。
- ・ 院内の師長準備教育はなく、ファーストレベル研修の受講が師長の準備教育の位置づけになっている。管理研修では、病棟の目標管理に対する成果報告を行っている。
- ・ 師長準備教育のような明確な位置づけの研修はない。自主参加であるが、ネットワーク作りを主な目的とし、同じ役職の者が集まり研修を行っている。

- Q. 事例検討会の参加者からの感想

- ・ 1年目はストレスが多く、目の前のことへの対応で精一杯であった。事例のまとめは、2年目からできた。事例検討の進め方は、段階を追ってできたのでよかった。事例検討会は、意見交換する中で、自分が気づけなかったことを気づかせてもらうことができた。
- ・ 1年目は、スタッフマネジメントや勤務表作成が大変だった。2年目は、マネジメントを行う上で振り返りが大切だと思い、まとめようとしたができなかった。今回、「組織・個人・スタッフ・患者・その他」の対象毎に整理することでまとめることができた。ノロウイルス対策で感染管理室に相談する等、ネットワークを活用し協力を得ている。

**資料 1**

「師長のマネジメント能力向上のための取り組み」事例記入用紙

部署のマネジメントにおいて困っている事、うまくいった事例、悩んだ事例などを記載して下さい。  
氏名 \_\_\_\_\_

タイトル: \_\_\_\_\_

1. 事例の状況説明
  
2. 状況の背景
  
3. 何が困ったか、どのような事に悩んだか、うまくいったのはどうしてか
  
4. 部署責任者としてどのように考えて行動したか
  
5. 振り返りをしてみて、気づいた点は何か

**資料 2**

「師長のマネジメント能力向上のための取り組み」事例振り返り用紙

対象	A: 必要な関わり・調整方法 (事例から) (ディスカッションで得た 内容)	B: 何のために必要だった か	C: 必要なマネジメント 能力
組織			
個人			
スタッフ			
患者			
その他			



## 6. その他

## 働く人びとを対象とした保健指導の質的評価の試み

森千絵 木村美智子 荒川芽 小林裕子 道中環 日置恵里子（鷺見病院・郡上健診センター）  
水野由美（岐阜県労働基準協会連合会） 古澤洋子（山内ホスピタル）  
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）  
梅津美香 北村直子 山田洋子（大学）

### はじめに

本研究は平成 21 年度より開始し、特定保健指導（積極的支援）を受けた労働者に対し、共通質問項目を用いた調査を行い、対象者にとっての保健指導の意味・価値および保健指導技術に対する意見を把握してきた。平成 23 年度は、前年度から今年度にかけて実施した調査結果を素材に、保健指導の方法・技術について振り返り、保健指導の質の向上に向けて取り組むべき課題を明らかにし、共同研究者間で課題を具体的に達成するための方策を検討することを目的とした。

なお、質問紙調査の中間集計結果（平成 23 年 1 月末までの結果）は、平成 22 年度共同研究報告書にて報告しているが、その後収集されたデータ（平成 23 年 2 月～4 月）も含めた集計結果を本年度の報告書に再度掲載している。

### 方法

#### 1. 質問紙調査

##### 1) 共通質問項目の作成

11 項目の共通質問項目を作成した。質問項目は、年齢 性別 職業 特定保健指導を受けた経験 体重（健康診断時・6 か月後） 腹囲（健康診断時・6 か月後） 特定保健指導を受けたことで、自分にとってよかったと思うこと 特定保健指導を受けたことで、自分にとってよくなかったと思うこと 今後の健康づくりへの取り組み 保健指導担当者について気づいたこと よりよい保健指導にするための改善点であり、～ は選択肢方式（複数回答）、～ は自由記述とした。なお、～ の選択肢は、プレテストの結果を基にメンバー間で検討し作成した。

##### 2) 対象

各研究メンバーの所属する 5 施設において特定保健指導（積極的支援）を受け、平成 22 年 12 月～平成 23 年 4 月末までに 6 か月後のフォローアップの時期を迎えた男性勤労者。

##### 3) 調査方法

各共同研究者が所属する施設で積極的支援を受けた対象者に対し、共通質問項目を入れた質問紙を用いて、6 か月後のフォローアップ時に調査を実施した（無記名）。平成 23 年 4 月末の時点で 5 施設 180 人に質問紙を配布し 130 人から回答が寄せられた（回収率 77.4%）。なお、各施設の質問紙配布回収方法、積極的支援の方法は表 1 の通りである。

##### 4) 分析方法

各施設にて単純集計を行い、その後 5 施設の結果の全体集計を行った。集計は質問項目ごとに行うとともに、～ については特定保健指導を受けた回数（以下、保健指導回数）および体重変化とのクロス集計を実施した。体重変化は、6 か月後の体重が健康診断時より 4%以上減少群、4%未満減少群および不変・増加群の 3 群に分けた。自由記述については記述内容の意味に沿って整理した。なお、一部の項目に無回答の対象者についても、回答している項目については集計に含めた。また、昨年度の段階では調査対象は女性も含めていたが、男女で積極的支援対象の基準が異なっていること、対象はほとんどが男性であることから、今年度の分析では男性のみを対象とした。

#### 2. 検討会の実施

質問紙調査の結果を素材に、保健指導の方法・技術についての振り返りの検討会を平成 23 年 8 月（現地側看護職者 4 名、大学教員 2 名参加）、12 月（現地側看護職者 5 名、大学教員 2 名参加）、平成 24 年 2 月（現地側看護職者 4 名、大学教員 2 名参加）の計 3 回実施した。

#### 3. 協働の実際

質問紙調査の共通質問項目は共同研究メンバー（現地側看護職者および教員）が検討会にて討議して作成した。この際、各看護職者は所属施設の共同研究メンバー以外の同僚等と検討した意見を持ち寄った。また、検討会に出席できない共同研究メンバーは、電子メール等で意見交換を行った。プレテストについては 2 施設の看護職者が所属施設で実施した。本調査質問紙の最終版のとりまとめ等は大学教員が実施し、印刷は現地側看護職者が対象者数に応じて所属施設で行った。調査対象者への協力依頼、同意を得られた対象者への質問紙の配布回収、回答の単純集計は、現地側看護職者が実施した。大学教員は各施設の回答の全体集計およびクロス集計、自由記述部分の整理を担当した。

検討会の日程調整・連絡、開催の準備等は大学教員が行った。

#### 4. 倫理的配慮

調査対象者に研究の主旨、プライバシー保護、研究参加の任意性の保証について書面にて説明し、無記名の質問紙への記入、返送をもって協力の意思が得られたものと判断した。検討会では研究対象の個人が特定できないようにする、配布資料は参加者が責任をもって保管する、研究参加の任意性を保証することを実行した。大学の研究倫理審査部に研究倫理審査を申請し、平成22年12月に承認されている（承認番号2225-2）。

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

施設記号	A	B	C	D	E
対象者	平成22年5月～6月に積極的支援を受けた対象者12人のうち、12月～平成23年1月に6か月後フォローの対象となった12人、3医療保険者。	平成22年6月に積極的支援を受けた対象者37名のうち、12月に6か月後フォローの対象となった25人。	平成22年5月～7月に積極的支援を受けた対象者16人のうち、平成22年12月～平成23年1月に6か月後フォローの対象となった14人。	平成22年4月～12月に積極的支援を受けた対象者184人のうち、平成23年1月までに6か月フォローが終了した者51人。	平成22年9月～10月に積極的支援を受けた15人の対象者のうち3月～4月に6か月後面接をした者12人。
配布回収方法	2医療保険者は配布回収とも郵送。1医療保険者は配布は事業所、回収は郵送。	メールに添付ファイルとして依頼、メール添付あるいはFaxにて返信。	6か月の面接終了時に質問紙に記入してもらい回収。もしくは支援終了後に質問紙を郵送し、返信用封筒にて回収。	下記の2つの方法で行った。 ・郵送による回収 ・最終面接時に回答	最終面接時に回答。
積極的支援方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回面談</li> <li>・2週間後電話</li> <li>・1か月後と3か月後面談(中間評価)</li> <li>・4か月後手紙</li> <li>・5か月後電話</li> <li>・6か月後評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回面談は集団又は個人支援を実施</li> <li>・1か月後メール又は電話にて支援</li> <li>・3か月後個人面談</li> <li>・5か月後電話支援</li> <li>・6か月後メールにて評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診当日に階層化し、対象となった人に初回面接を実施し、生活改善目標を決める。</li> <li>・1、2、4、5か月後は電話支援となり、生活改善の実施状況や体重・腹囲の変化を確認する。</li> <li>・3、6か月後にはセンターに来てもらい、身体計測や血液検査を実施する。</li> <li>・6か月後を終えて、どう変わったかを確認しあい、今後どうすればよいかを話し合う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ドック健診時初回面接</li> <li>・1か月後～2か月後面接</li> <li>・3～4か月後 電話</li> <li>・5か月後 電話</li> <li>・6か月後 面接</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回面談</li> <li>・1か月後メール支援</li> <li>・その後1～1.5か月後毎にメール支援</li> <li>・6か月後面接</li> </ul>

#### 結果

##### 1. 質問紙調査結果

###### 1) 保健指導回数・体重減少

保健指導回数、体重減少については126人が回答した。初回指導76人(68.3%)、複数回指導50人(31.7%)であった。体重減少は、4%以上減少14人(11.1%)、4%未満の減少62人(49.2%)、不変・増加50人(39.7%)であった。表2に示す通り、保健指導の初回群の方が、4%以上体重減少した人の割合が高かった。

表2 体重変化と保健指導回数

	保健指導:初回	保健指導:複数回	計
4%以上体重減少	11 (14.5%)	3 (6.0%)	14
4%未満体重減少	38 (50.0%)	24 (48.0%)	62
不変・増加	27 (35.5%)	23 (46.0%)	50
計	76 (100%)	50 (100%)	126

## 2) 特定保健指導を受けてよかったこと

特定保健指導を受けてよかったこと（複数回答）については114人が回答した。図1に示す通り、保健指導回数別については、すべての選択肢において初回指導群の回答率が高く、「自分の健康について再認識した」「食事への意識が高まった」「努力すればよくなることが実感できた」「健康のために自分がすべきことが具体的にわかった」「自分の身体・健康について深く考えるようになった」などについて初回指導群と複数回指導群の回答率の差が大きかった。

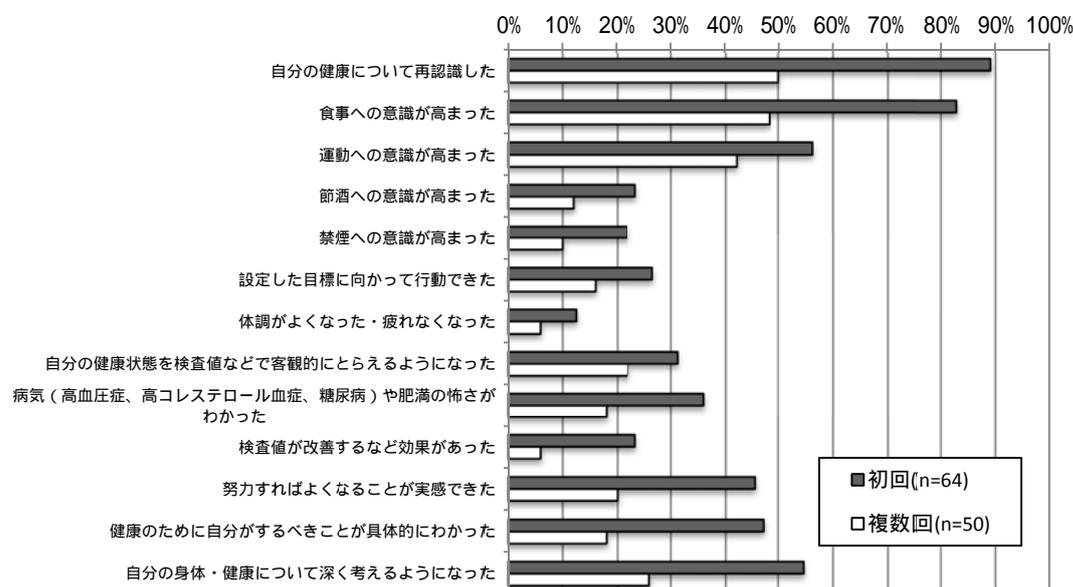


図1 保健指導回数別の「特定保健指導を受けてよかったと思うこと」の回答率

図2に示す通り、体重変化別の3群の比較では、3群の比較では、4%以上減少群の回答率も最も高い選択肢は、「禁煙への意識が高まった」「設定した目標に向かって行動できた」「検査値が改善するなど効果があった」などであった。不変・増加群の回答率も最も高い選択肢は「運動への意識が高まった」「自分の健康状態を検査値などで客観的にとらえるようになった」「健康のために自分がすべきことが具体的にわかった」などであった。選択肢ごとにもみると、3群の回答率がいずれも高く、あまり差がない項目は「自分の健康について再認識した」「食事への意識が高まった」であった。3群の回答率がいずれも低い項目が「体調がよくなった・疲れなくなった」であるが、その中でも体重の減少が大きい群ほど回答率は高くなる傾向にあった。

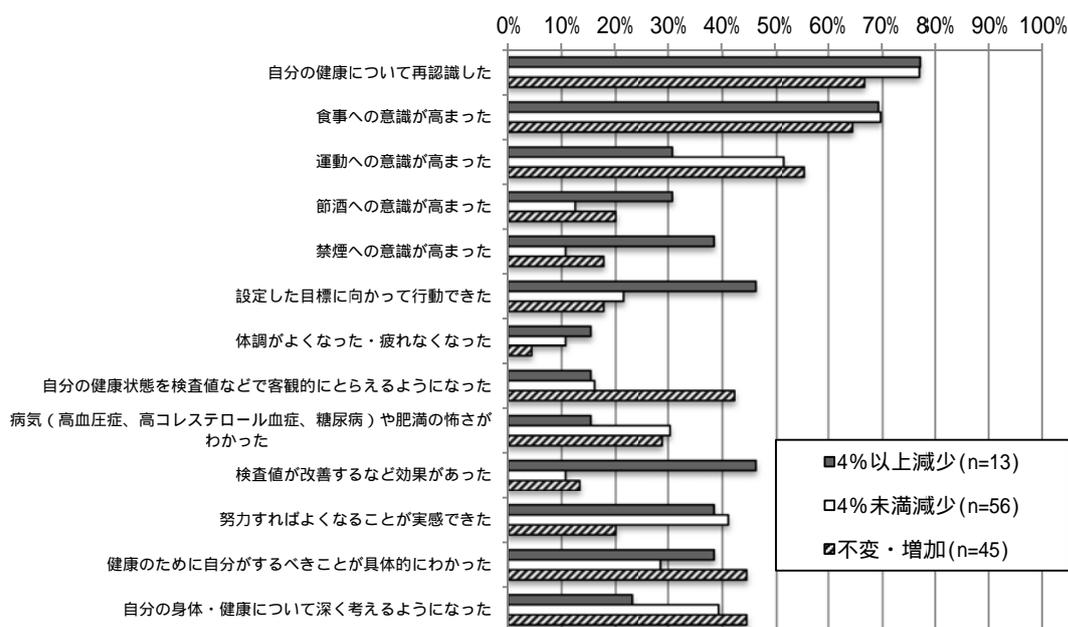


図2 体重変化別の「特定保健指導を受けてよかったと思うこと」の回答率

### 3) 今後の健康づくりへの取り組み

今後の健康づくりへの取り組み（複数回答）については114人が回答した。図3に示す通り、保健指導回数別にみると「今の取り組みを続けたい」「今後新たに取り組みたい」「ストレスにならない程度に現状を維持したい」において、初回指導群の回答率が高かった。「もっと効果を出すために取り組みたい」と回答したのは初回指導群のみであり、「目標達成したので取り組みは継続しない」と回答したのは複数回指導群の1名、「自分は健康だと思うので、今まで通りの生活を続けたい」は初回指導群のみであった。

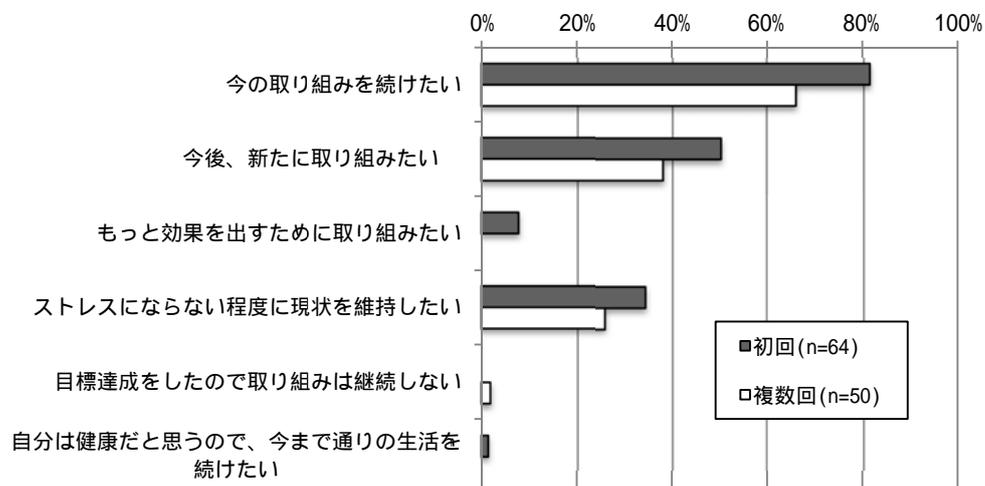


図3 保健指導回数別の今後の健康づくりへの取り組み

図4に示す通り、体重変化別にみると、選択肢としては「今の取り組みを続けたい」の回答率が一番高く、3群の回答傾向も同様だが、4%未満減少群の回答率ももっとも高いという結果であった。「ストレスにならない程度に現状を維持したい」という選択肢への回答率は4%未満減少群がもっとも多かった。「今後新たに取り組みたい」という選択肢の回答率は不変・増加群と4%未満減少群に多い傾向が認められた。

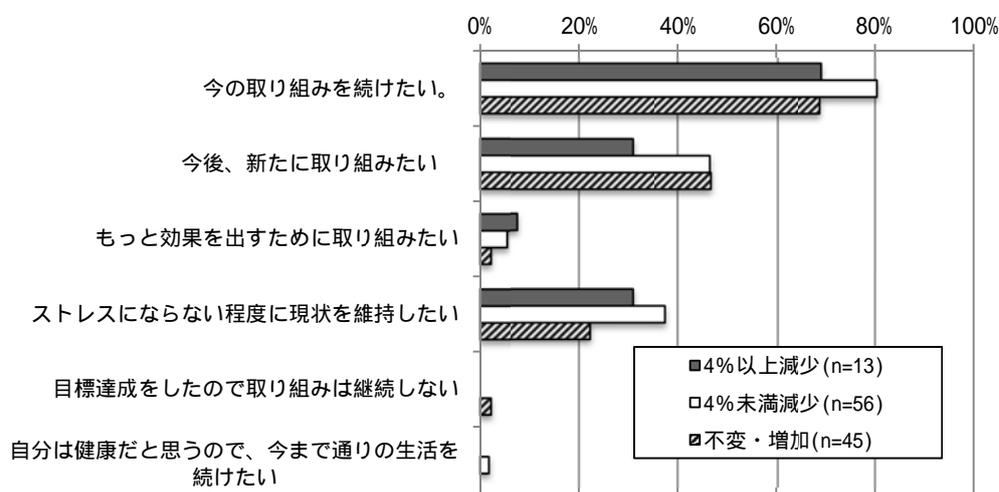


図4 体重変化別の今後の健康づくりへの取り組み

### 4) 保健指導担当者への意見・保健指導の改善点

保健指導担当者についての意見は42人から回答が得られ、【担当者の丁寧で親切な態度・姿勢】(【】は大分類を示す、以下同様)が17記述と最も多かった。その内容は<丁寧な指導がよかった>(＜>は小分類を示す、以下同様) <親切な指導が良かった><親身な指導が良かった><悩みや愚痴を聞いてもらった>などであった。次に【指導内容・方法の肯定的評価】は12記述であり、指導の的確さや、個人に合っていたこと、無理のない目標設定などが評価されていた。【指導を受けたことによる健康意識・取り組みの改善】が11記述あり、<取り組む気持ちになれた>ことなどが記述されていた。【指導

内容への疑問】(2記述)は、<運動は多種類あり固定した考え方は疑問><体重を中心とした指導には疑問を感じる>であった。その他【保健指導改善への意見】(2記述)として<食事メニューへの具体的指導があるとよい><自ら体重測定したくなる方法があればよい>、【指導を受けることの恥かしさ】【担当者との関係性】について意見があった。

よりよい保健指導にするための改善点については、「運動教室など開催してほしい」「運動量と体重の管理を見える化(グラフ化と簡易分析)」「日々のグラフ管理と報告回数を増やす」「代謝をあげるためのポイント指導」「腰痛予防指導」「メタボ改善メールマガジン発行」「気軽に血液検査できる環境があればいい」「該当者が参加したくなるような工夫」「目標を達成できた人の例をまとめる」「気兼ねなく何でも話せる雰囲気があるととても良い。親身になって話してくれる体制を維持してほしい」「6ヶ月とわず引き続き指導してほしい」「土日によって欲しかった。電話に雑音が入り聞きにくい」「指導の時間は仕事中心にしてほしい」といった意見が寄せられた。

## 2. 保健指導の方法・技術についての振り返り

第1回・第2回の検討会において、調査結果(保健指導回数別、体重変化別)を素材に、保健指導の振り返りを行った。振り返りでは、主に5点を話し合った。

### 1) 保健指導の成果と価値

「体重減少という成果が中々でないのもこれでよいのかと思っていたが、今回の結果からその他の施設も同じような結果であるので少し安心した」「( )内は検討会での意見を示す、以下同様)」「メタボリックの予防としては数字の上から成果がでていいるとは言えなかったとしても、意識の変化などがみられる」「結果からも、体重減少だけでなく、健康を再認識できたことや指導の場自体がよくなったと評価していることがわかる」「年1回の健康を振り返る場としての成果はある」など保健指導の成果や価値について調査結果を確認しながら討議した。「自由記述に『体重を中心とした指導には疑問を感じる』という意見があり、体重減少だけでなく目標もあると考える必要がある」という意見が出され、それに対し、「体重を中心とした指導でなく、今後も健康に暮らせる、老後も健康に暮らせる、寝たきりにならない、など目標を広く捉え、その人にあった目標で指導していくことも必要」「成果がなかなかあらわれない人は目標を小さくして取り組むのもよい」といった工夫点を話し合った。

### 2) 複数回の保健指導対象者への指導

複数回の保健指導対象者への指導の難しさが改めて浮き彫りとなった。「改善しても特定保健指導の対象から外れるレベルにはならない、改善しても戻ってしまうなど複数回保健指導の対象者にどのように関わっていけばよいか」「保健指導が複数回となった場合、医療保険者によっては保健指導への参加を自主性にまかせている場合と強制参加の場合がある。参加の意思による結果の違いも見えていく必要がある」「交通安全の研修を1年に1度受けるように、保健指導も1年に1回毎年受けるという取り組みも考えられる。同じような内容でも繰り返し受けることで知識が定着し、健康を考える機会が増える」などについて討議した。現在の保健指導対象者の基準そのものの問題点についても話し合ったが、導入5年をめどに国でも検討中の状況であり、その結果を注意深く待ちつつ、現行の基準で複数回目の保健指導の対象となった人には、体重減や検査値の改善だけではない意味をもつ保健指導を工夫していく必要があることなどを確認した。

### 3) 対象者の主体性を引き出す

対象者の主体性を引き出すことについては様々な意見が出た。主なものは下記の通りであった。「特定保健指導では、以前の保健指導より時間がかけられるようになったので対象者の話をよく聞くことができるようになった」「その人がどうしたいのか、今後どうなりたいのかを聞いて引き出すことが重要である」「保健指導を受けることを自分で決めることは、継続する自己責任も生まれてくるか」「一人ひとりのライフスタイルをみなければ駄目という意識をもって保健指導にあたっている。交代勤務の人は、通常勤務の人とは指導内容が違う。交代勤務の人は、日勤日、夜勤日、休みの日の3パターンの生活を聞く。それをていねいに聞いていくと本人が問題点に気づいてくれることもある」「参加の意志を尊重したいが、尊重できない場合もある。あまり乗り気でなかった人がやる気を持ってもらえる指導の工夫が必要」「本人の生活上どんな問題があるか、何ができそうかを見極める能力が必要。特定保健指導の人だけでなく、そのほかの人にも必要な視点だと思う。特定保健指導がきっかけでその姿勢をもてるようになった」「特定保健指導ではなく、特定健診のPRのみとなっているので、保健指導のPRも今後していく必要がある」。

### 4) 保健指導担当者の態度・姿勢

保健指導担当者の態度・姿勢について話し合った主な内容は下記の通りであった。「初回面接でよい関係をつくれるとその後の取り組みがうまくいくことが多い」「話を聞いてもらえたことそのものについて評価している意見が多いので親身な対応は重要である」。

### 5) 運動指導

運動指導については、「運動についての指導は工夫の余地がある」などこれまで課題と感じてきたことを再認識した。話し合った主な内容は下記の通りであった。「食事に比べ、運動は継続が難しい」「体

重減少への取り組みとして、まず食生活を指導するが、そのようにして体重を減らすとスタミナがなくなるとか、かえって疲れやすくなったという人もいる。もっと筋力をつけながら体重を減らすという方法を取り入れていく必要があると思う。食事を減らして体重を減らすだけでなく元に戻ってしまう率も高いように思う」「今回の結果をみると、体重減少の成果がでている人は運動への意識がそれほど高くない。逆に体重不変増加の人の方が運動への意識が高まっている」「今後の保健指導の課題としては、体重減少だけでなく、取り組んだことで気分がよくなる、体力がついた、疲れにくくなったという健康の実感が成果としてでるといい」「食事については指導する側も知識があって、かなり詳細に指導できるが、運動についてはそこまでできないことが多いので、そのようなことも対象者の結果に影響するかもしれない」。

### 3. 保健指導の質の向上に向けて取り組むべき課題

共同研究者間の上記の振り返りの結果、今回の調査で肯定的な評価を受けた部分は活かしつつ、今後共同研究として取り組むべき課題は、対象者の人生における健康づくりの意味や価値も考慮して関わる方法、長期的な健康づくりへの影響の把握について検討していくことであると整理した。

### 4. 課題達成に向けての具体的方策の検討

第2回・第3回の検討会では、取り組むべき課題の達成に向けた方策として、保健指導の多様な意味・価値を対象者や医療保険者にアピールしていくことが共同研究者である現地側看護職者より提案された。調査結果を活用して、今後下記2点に取り組むこととし、現在作成中である。

特定保健指導PR用のリーフレット（初回対象者用、複数回対象者用、医療保険者用）の作成  
保健指導担当者用のより質の高い保健指導についての提言を含めた冊子の作成

## ・本事業の成果評価

### 1. 看護実践の方法として改善したこと・変化したこと

昨年度から今年度にかけて実施した調査結果を体重変化別のグループ分け等一部再分析し、再び話し合ったことで、昨年度以上に実践の評価ができ、課題や問題点が明らかとなった。特に複数施設が参加して実施した調査のため、各看護職者が客観的に自施設の保健指導のあり方を振り返り、施設内での改善点の検討等につながっていったことが自己点検評価の記載からも読み取れる。また、調査結果を活かして、特定保健指導PR用のリーフレット作成等に取り組むことになった。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識の変化

取り組むべき課題の達成に向けた方策が現地側看護職者から提案されたように、現地側看護職者により積極的に共同研究に取り組むようになってきたと思われる。リーフレット作成等についても、第3回検討会では研究メンバーが自主的に作成案を持参するなどの行動もあり、検討を具体的に進めるのに大きな役割を果たした。リーフレット案作成に当たっては、その役割を負担に思うというよりも、そのことが実践への深い振り返りと評価につながっていることが検討会での発言からうかがえた。

### 3. 本学が関わったことの意義

本学教員は共同研究事業として複数施設の看護職者が検討できる場を作り、その結果、現地側看護職者の抱える共通の課題の整理と具体的取り組み（共通質問項目を用いて保健指導対象者に調査をすること）につながった。その過程では、現地側看護職者の所属施設での実践状況を踏まえ、各施設における調査実施方法のアレンジ等の範囲を提案した。その結果、複数施設で共通に使用できる質問項目作成を実現でき、調査の円滑な実施ができた。調査実施後には、本学教員は、各施設で単純集計した結果を取りまとめ、全体集計結果から読み取れることを整理し、保健指導について振り返る資料を作成した。さらに資料に基づき保健指導について話し合う場を複数回設定することで、保健指導の向上に向けて取り組むべき課題が明らかとなり、課題達成に向けた具体的方策の検討につながっている。以上が現時点における本学教員がかかわった意義と考える。

## ・共同研究報告と討論の会での討議内容

討論の会では、日常的には特定保健指導に関わっていない看護職者の参加もあったため、特定保健指導の目的、対象者選定の基準、しくみ等について確認することから開始した。およそ共通理解ができたところで、複数回の指導対象者への指導の難しさ、現行の積極的支援対象者の基準そのものへの疑問等が話し合われた。今回は、基準の妥当性については見直しが検討されていることもあり深くは話し合わず、むしろ保健指導がどのような機会であれば、本人にとって意味のあるものになるかということなどを討議した。そこでは、保健指導を受ける本人が納得していることが大切である、そうでないと対象者にとってストレスになることもあるといった意見が出された。対象者と保健指導担当者との関係性も大切であり、状況に応じて担当者を変更することも必要ではないかという意見も出された。また、行政保健師の参加者からは、積極的に健康づくりに取り組む意思が見られない場合でも、家庭訪問等で尋ねるといろいろと話ができたりする経験が語られ、住民や勤労者本人に保健指導を受けようと思ってもらえるようなアピールは大事ではないかという話し合いにつながった。

## 特別養護老人ホームにおけるショートステイ利用者のケアの充実にむけて

安江豊子 日下部奈保子（サンシャイン美濃白川） 尾上玲子 荒井明美（飛騨寿楽苑）  
酒井晶子 糟谷久美（ピアンカ） 吉村久美子（恵翔苑） 新美真知子（ジョイフル各務原）  
横井恵子 渡辺由布子（サンリバー松風苑） 水谷由賀子（ナーシングケア寺田）  
古田さゆり（岐阜県総合医療センター）中嶋さつき 南方千恵美（朝日大学歯科衛生士専門学校）  
松本葉子 古川直美 堀田将士 浅井恵理 普照早苗（大学）

### はじめに

特別養護老人ホーム（以下、特養と記す）におけるショートステイ利用者のケアに関して、平成 20 年度より、看護職の役割を明確にした上で、主に認知症を有する利用者のケアのあり方について事例を検討してきた。昨年度は末期がんや麻薬を服用している事例についても検討した。このような利用者の脆弱性や医療依存度が高くなっている状況では、利用前の認知症症状を含む体調管理に関する情報の入手が重要になる。しかし、利用前に看護職が直接利用者や家族から身体および受けている治療に関する情報を正確に得ることは難しく、情報が不足しているまま急変のリスクが高い利用者を受け入れている実態が明らかになった。他職種を介して情報を得ることが多い実態から、情報を出来る限り豊富に得るためには必要な情報を適確に得るためのツールが必要であると考えた。

### 目的

本研究では、利用開始後の適切なケアにつなげられるよう医療依存度の高い利用者限定して看護職として利用前に把握が必要な情報を明確にし、他職種や他機関との情報共有からケアにつなげられる情報収集のための記録様式を作成することを目的とし、今年度は記録様式案の作成を目指した。

### 方法

#### 1. データ収集と分析

現地側共同研究者の所属施設におけるショートステイ利用前の情報収集用の記録様式（以下、記録様式）を照らし合わせ、医療依存度の高い利用者必須の項目を昨年度の結果や体験を踏まえて検討した。そして、医療依存度が高い施設利用者のケアに必要な情報項目を文献と比較し、検討した。また、現地側共同研究者の体験から利用開始時に必要と考えられる情報を検討した。それぞれの検討は 3 回の検討会で行い、1 回につき 3 施設 4 名～6 施設 7 名の参加があった。

#### 2. 倫理的配慮

本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認（0013）を得て行った。各施設の記録様式は施設長の許可を得て使用し、施設が特定されないよう、記号化して取り扱った。現地側共同研究者の体験については、検討内容を記述する際に施設、および、利用者が特定されないよう加工した。

### 結果

#### 1. 各施設の記録様式の集約

各施設の記録様式は 1～6 頁で、基本属性と介護度、利用目的はどの施設においても共通していた。身体機能障害や ADL についてはその部位や有無をチェックする程度のものもあり、看護職の事前調査への同行の有無やその後ケアマネジャーから得られた情報を追記するかどうかによって記録として残る詳細さが異なることがわかった。転倒の頻度や内出血の有無・頻度などの項目はない施設もあり、現病歴や治療に関する項目はあっても、受診の頻度や服薬管理状況については項目がなく、情報を得た場合に空欄に記載するようにしていた。他職種と情報を共有するため、簡便に一覧で概要が分かるように工夫されていた。看護職のみが記録、管理する利用前情報の記録様式を活用していた施設は 1 つであった。

#### 2. 文献をもとにした検討

病院と老人介護施設の継続看護<sup>1)</sup>、高齢者ケア施設の看護職による医療処置を安全・確実に行うための工夫と経験した危険な場面の特徴<sup>2)</sup>、高齢者ショートステイにおける相談援助に関するカテゴリの作成<sup>3)</sup>などの 3 つの文献をもとに記録様式の内容を検討した。文献から見いだされた必要な情報については、疼痛管理、皮膚剥離や内出血などの皮膚の脆弱性、誤嚥や窒息のリスクなどに関する情報項目であった。

#### 3. 体験から必要と考えられる情報とその利用方法

1、2 の結果と各施設での体験を照らし合わせた。疼痛管理については現状での頻度は少ないが、呼吸困難や発熱（感染症）などの苦痛も含めると体験の頻度も上がるため、苦痛緩和に関する情報を関連づけて収集できるよう項目を整備した。その他、皮膚・創傷管理、誤嚥・窒息のリスク、血糖コン

トロール・栄養状態について予測される急変状況とともに必要な情報項目を検討した。

苦痛緩和では、「よく熱が出る寝たきりの利用者」についての体験が検討された。体験の概要を以下に示す。利用開始から3日後に発熱あり、脱水または尿路感染を予測しながらケアをしていた。家族（主介護者は電話には応答せず）は「いつものことだから。」との反応であった。翌日も発熱があったため、再度家族へ連絡し、病院受診を促した。結果、インフルエンザで、主介護者も罹患しているとのことであった。冬休みで実家に戻った孫から広がったようであった。この体験から検討したことは、ショートステイを初回に利用した時の事前情報から状態は利用の度に変化すること、発熱を含む感染の状況については家族から自発的に情報が得られないこともあるため、同居家族や利用者と接触した人の感染状況を含め積極的な情報収集が必要ということであった。

皮膚・創傷管理では、2つの体験を検討した。1つは、「褥瘡のある利用者」についての体験で、概要を以下に示す。腸骨に表皮剥離があり、家族が端切れにゲーベンクリームを塗布し、フィルムを貼付するという処置をしていた。利用時には持参していた物品を使用して処置をしたが、家族より「フィルムを使いすぎだ！」と苦情の電話があった。家庭では1枚のフィルムを5回に分けて使用していた。この体験から検討したことは、在宅では、自宅にあるものを利用したり、安価でできる方法を工夫していたりするので、家庭でのケア方法を詳細に把握しておくということであった。もう1つは、「自宅以外の家族宅で数日過ごした後の利用」についての体験で、概要を以下に示す。家族宅で転倒したとのことで、歩行可能なはずが歩けなかった。看護職が入浴時に確認したところ、内出血がひどかった。家族を呼んで受診した結果、骨盤骨折と診断された。利用まで一緒に過ごした家族は気づいていなかった。この体験から検討したことは、利用開始日は、入浴や更衣の際に介護職の協力を得て必ず皮膚の状態を観察すること、異変が感じられるときは看護職が必ず観察すること、事前情報も必要だが、利用開始時の状態把握も大事であるということであった。情報把握の方法としては、家族への説明材料と次回利用時の比較の目的で、利用開始時に褥瘡、内出血、皮膚剥離などの写真またはイラストを残すようにしていた。また、浮腫・麻痺・拘縮がある利用者は褥瘡、内出血、皮膚剥離などのリスクが高いので利用開始日に注意してみるようにしており、家族からも「転倒しやすいか」、「内出血がしやすいか」などの情報を得て、記録や申し送りや介護職員とも情報を共有して、注意喚起を行っていた。

誤嚥・窒息予防では、2つの体験を検討した。1つは「デイサービスは週に複数回、ショートステイは2回/年程度の利用者」についての体験で、概要を以下に示す。在宅では妻が柔かく調理したものを、時間をかけて介助で摂取し、吸引は行っていなかった。施設では、高カロリー食（プリン食）の食事を食べてもらっていたが、そのような食事でも食事前後に吸引が必要な状態であった。利用2日目の朝食時に気道内分泌物の量が多く、看護師が食事の継続は無理と判断し、吸引後に居室へ戻した。再度看護職が訪室する前に他スタッフより急変の連絡があった。この体験から検討したことは、利用時には環境の変化からか状態が変わる利用者も多いため、在宅での対応の情報を得ていても同じ食事摂取方法では実施できないこともあることであった。また、看護職は急変を予測したが、情報共有が徹底されていなかった。急変を予測した場合、その情報を利用者のケアを協働する他職種や他の看護職に伝え、判断を含めて状況を共有する必要があることが検討された。もう1つの体験は「自宅と同じ食形態での食事を家族が希望している利用者」についてで、概要を以下に示す。ケアマネジャーから聞いた希望の食形態では誤嚥のリスクが高いため、嚥下機能にあった食形態にしたいが孫の了解が得られなかった。何回かの利用後、主介護者である嫁と連絡が取れた際に聴いてみると、主介護者は看護職の判断と同様、嚥下機能にあった食形態で提供していた。この体験から検討したことは、在宅で複数の介護者が関与している場合、それぞれが担っている役割や介護の工夫についても情報を得る必要があること、ケアマネジャーとの関係もあるが、利用前のみならず複数回利用しても十分な情報が得られないこともあり、利用時のその場での観察や判断が重要になるということであった。

どの施設も基本情報から必要に応じて詳細な情報を得て追記するようにしていたが、急変の予測やその対処を共有する方法までは工夫されていなかった。また、窒息については、事前の情報以上に利用場面における判断とその共有がより重要であることが明らかになった。さらに、体験から事前調査で得る情報は在宅での環境をもとにした情報であり、慣れない施設利用による環境の変化で予測を越える対象の変化を認めることが多々あることも明らかになった。いずれの施設においても、利用開始時に看護職が直接利用者の状況を観察し、判断するようにしていたが、複数いる看護職個人の判断に任されており、その情報や判断の共有が不十分な場合に問題が発生していることが明らかになった。

## ・考察

医療依存度の高い利用者の利用前に看護職として把握が必要な情報を明確にし、他職種や他機関との情報共有からケアにつなげられる情報収集のための記録様式案の作成を目指したが、情報は得ているものの適確な判断や対処につなげられていないことが明らかとなった。医療依存度が高い利用者の身体管理に関連する情報は看護職の判断をとって他職種に伝えることで適切なケアにつながる。施

設の事前調査記録は利用者にかかわる多職種が対象の概要を把握することを目的とした記録であり、看護職が急変を予測するために必要とする情報を詳細に記述することは、概要把握の妨げになる。そのため、記録様式案の作成は現状では需要が低いと判断した。また、初回利用の対象だけではなく、全利用者に急変は予測されることや、利用開始日や症状出現時に直接対象者を施設の環境で観察したときの情報が状態の判断や対応の決定につながっている現状から、随時看護職が的確に判断し、他職種に伝えられるように情報確認や判断に利用する目的でツールを整備する必要がある。さらに、特養の看護職は施設の規模にもよるが複数いるものの、様々な健康問題を抱える高齢者の健康状態やリスクを判断することは能力を要し、看護職間でその能力差が大きい状況もある。そのため、看護職同士も随時情報を交換し合い、判断を共有していく必要がある。それぞれの施設の体制に応じて、その方策の検討が求められる。

一方、不足していた情報は記録様式を整えても収集が困難な情報であり、家庭での常識と医療従事者としての価値観のズレから生じているものや、利用過程で家族介護者との関係を形成しながら情報を得ていく必要があるものなどであった。これらは、体験を振り返って蓄積し、次回同様の状況が発生したときに活用できるようにする必要がある。

## ・本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

現地側共同研究者が所属する施設の記録物を整理したことにより、それぞれの施設での工夫や項目立ての違いが明確になり、記録様式の修正や充実につながった施設があった。また、実践の振り返りを通して見直しができることで、記録様式の問題ではなく得ている情報を更なる情報収集や判断、また、それに続く情報や対応の共有につなげることに課題があることが見いだされた。そのことより、実践に向かう姿勢として、情報を如何につないでいくかということを意識することにつながったと考える。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

現場では随時の判断や対応、事後処理としての家族への対応に追われ、問題を感じても十分に振り返ることなく経過していることも多い。検討会でそれぞれの体験を共有し検討することで、課題や対応・解決策を明確にし、蓄積していくことの重要性が再確認できた。

### 3. 本学（大学教員）がかかわったことの意義

文献を活用して整理された情報と現地側共同研究者が普段の実践で重視している情報を比較することができた。また、記録様式から整理した情報や文献を活用して現場での体験を詳細に振り返ることができ、そこで認識されていた情報が適確な判断や対応につながった、あるいは、つながらなかった背景を検討することができた。現場では次期の対応につなげられるように振り返ることができていなかった体験も検討会で引き出すことができ、現場でのタイムリーな検討につなげていくための視点や考え方を形成することに寄与していると考えられる。

医療依存度の高い利用者に対応するには、看護職者がリーダーシップを発揮する必要がある。しかし、特養看護職者は学習機会が少なく、日々利用者への対応や他職種との連携に課題を感じながら実践をしている現状がある。検討会において他施設の看護職と課題を共有し思考することは、参加した看護職にとって課題の解決や実践の向上に向けて取り組む力のさらなる向上につながったと考える。

また、領域別実習の学生に対しては、看護職者の体験をカンファレンスなどで学生の事例と照らし合わせながら例示し、特養やショートステイを利用する高齢者の脆弱性、それに対する看護職としての観察や判断の重要性について理解の促進につなげた。卒業研究の学生とも他職種連携の在り方について、長期入居と短期入居を比較してディスカッションし、施設における看護職の役割を明確にすることを通して、各々の看護実践の充実に活かすことができたと考える。

## ・共同研究報告と討論の会での討議内容

共同研究者以外の参加者は、訪問看護ステーション・特別養護老人ホーム所属の看護師が1名ずつであった。ケアマネジャーはいなかった。

共同研究報告と討論の会において、行われた討議は以下のような内容である。

- ・ 特養ショートステイでは、情報を得ることが難しい現状がある。共同研究メンバーの所属施設では、訪問看護を利用している場合は、訪問看護に特養側から連絡を取り情報を得ている。参加者の所属施設では、情報収集に関してどのような工夫を行っているか。

参加者の1人が所属している、クリニックに併設の訪問看護ステーションでは、介護者からの情報収集が難しい場合は担当者会議を開いている。しかし、知りたい情報を知りたいときに得られないなど、タイムラグが生じるという問題がある。

- ショートステイの利用は介護者の介護負担軽減が目的にある。利用するサービス間で医療処置をつなげることが大切である。そのために、参加者の所属施設で工夫されている情報共有方法が紹介された。  
上記にもある、クリニックに併設の訪問看護ステーションでは、患者の元にカルテ（診療レポート）が置いてあり、サービスに入ったスタッフが自由に見たり記載したりすることができる。事前にショートステイの利用が分かっている、何か症状がある場合は、訪問看護師側から特養へ電話連絡をしている。
- ショートステイを活用するために、うまく連携していくことが大切である。
- 前述した診療レポートの管理責任はどうなっているのか質問があった。  
クリニック自体は電子カルテを採用している。診療レポートに関して管理責任など細かな取り決めはしておらず、患者自身や家族が見ることもでき、また裏面には、スタッフや家族にも気づいたことを何でも記載してもらえようようなメモ欄を設けるといように、自由に活用できるようにしている。職種・サービスごとに様々な記録物があるため、記録を一元化することは難しい。診療レポートに情報を集約するという活用方法ではないため、診療レポートだけでは情報が漏れることもある。
- ケアマネジャーとの情報のやり取りの中で、困ったこと、逆にうまくいった事例などはあるか。  
ケアマネジャーが看護職だと、情報が伝わりやすいように思う。介護職だとなかなか伝わらないような印象を受ける。
- 同じ施設で働く介護職スタッフへの情報伝達方法として、具体的に工夫している点はあるか。  
申し送りを工夫している。
- 情報共有に関して困ったことがあったとき、所属施設ではどのような対策をとっているか。  
自施設と家族は連絡ノートを活用し情報を得られるが、他施設を利用した時の情報が得られず、困っている。自施設での利用状況をケアマネジャーに情報提供しているが、他施設利用時の情報はなかなか提供してもらえない。自施設利用時以外の情報共有が課題である。
- 地域の中での情報共有が大切である。
- インシデント・アクシデントの情報共有はされにくいように思われる。インシデント・アクシデントが発生したら、利用者のためにも速やかに報告し対応すべきである。

#### <文献>

- 1)平野理恵，児玉洋子，佐藤佳世子：病院と老人介護施設間の継続看護について 情報共有手段に焦点をあてて ，日本看護学会論文集地域看護，40；130 - 132，2010．
- 2)深堀浩樹，石垣和子，伊藤隆子，他：高齢者ケア施設の看護職による医療処置を安全・確実に行うための工夫と経験した危険な場面の特徵，老年看護学，15(1)；44 - 53，2011．
- 3)口村淳：高齢者ショートステイにおける相談援助に関するカテゴリの作成 ケース記録の分析を手がかりとして ，社会福祉学，51(4)；163 - 173，2011．

## Ⅱ. 「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 24 年 2 月 18 日(土)10:00～15:30

於:岐阜県立看護大学

## 2. プログラム

### 第1会場 (講義室203)

#### 午前の部

10:30 ～10:40	働く人びとを対象とした保健指導の質的評価の試み 水野由美(岐阜県労働基準協会連合会), 森千絵 木村美智子 荒川芽 小林裕子 道中環 日置恵里子(鷺見病院・郡上健診センター), 古澤洋子(山内ホスピタル), 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), 梅津美香 北村直子 山田洋子(大学)
10:40 ～10:50	糖尿病患者の看護支援方法に関する実践知の探究 南谷絹代 大内晶美 中村真希 長谷川直美 大橋靖子 平野友恵 政井ゆかり 竹内ともみ(羽島市民病院), 田村正枝 松本葉子 宇佐美利佳(大学)
10:50～11:25 討議時間(35分)	
11:25～11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ～11:40	外国籍児童の健康課題解決に向けての取り組み 杉村淑子 川合郁子 不破千鶴(大垣市立西小学校), 松本訓枝 鈴木里美 世一和子(大学)
11:40 ～11:50	乳幼児の保育に携わるスタッフの感染に対する意識向上に向けての検討 谷口恵美子 石井康子 長谷川桂子 長谷部貴子 小嶋茉莉(大学), 汲田ちよみ 船戸美智子 天野久美(乳幼児ホームまりあ)
11:50～12:25 討議時間(35分)	

#### 午後の部

13:30 ～13:40	医療機関における認定看護師の活動の充実に向けた検討 垣根美幸 島中小百合 富田和代 沖本貴秀 畑尻拓朗(久美愛厚生病院), 藤澤まこと 北村直子 武田順子(大学)
13:40 ～13:50	がん患者の在宅療養支援に携わる診療所看護師の看護充実に向けた取り組み 奥村美奈子 田村正枝 布施恵子 普照早苗(大学), 中川千草 吉田知佳子(羽島市民病院), 加藤しのぶ(羽島市医師会訪問看護ステーション), 吉村さおり(岩佐医院)
13:50～14:25 討議時間(35分)	
14:25～14:30 休憩・移動時間(5分)	
14:30 ～14:40	看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具(尺度)の開発 会田敬志 田辺満子 橋本麻由里 古川直美 堀田将士(大学), 岩本春枝(大垣市民病院), 高木久美子 長屋幸子 島田陽子(岐阜県総合医療センター), 山本千賀子 富田和代 堀井範子(久美愛厚生病院)
14:40 ～14:50	過疎地域診療所看護師が家庭訪問活動を通して把握する潜在的ニーズの明確化 榎間るみ 安江友美 苅田和子 安江こず枝 田口恭子(東白川村国保診療所), 普照早苗 白井みどり 森仁実 藤澤まこと(大学)
14:50～15:25 討議時間(35分)	

## 第2会場（講義室202）

### 午前の部

10:30 ～10:40	特別養護老人ホームにおけるショートステイ利用者のケアの充実に向けて 安江豊子 日下部奈保子（サンシャイン美濃白川），尾上玲子 荒井明美（飛騨寿楽苑）， 酒井晶子 糟谷久美（ピアンカ），吉村久美子（恵翔苑），新美眞知子（ジョイフル各務原）， 横井恵子 渡辺由布子（サンリバー松風苑），水谷由賀子（ナーシングケア寺田）， 古田さゆり（岐阜県総合医療センター），中嶋さつき 南方千恵美（朝日大学歯科衛生士専門学校）， 松本葉子 古川直美 堀田将士 浅井恵理 普照早苗（大学）
10:40 ～10:50	退院調整における日常生活指導を中心とした地域連携室と病棟看護師の協働 山中ひろみ 亀山博子 長屋由美 渡辺佳美 松原直子 平田泰子 長尾美千代 笠野友香 鈴木晃代 川地信也（関中央病院），橋本麻由里 小西美智子 両羽美穂子 百武真理子（大学）
10:50～11:25 討議時間(35分)	
11:25～11:30 休憩・移動時間(5分)	
11:30 ～11:40	県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の検討* 野口真喜子 加藤直子（岐阜県健康福祉部医療整備課）， 藤澤まこと 黒江ゆり子 田村正枝 臼井みどり 原田めぐみ（大学）
11:40 ～11:50	退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた方策の検討* 岡崎奈美 川井恵理子 今井妃都美 梅田弥生 熊崎さつき（岐阜県立下呂温泉病院）， 田口めぐみ（下呂訪問看護ステーション）， 藤澤まこと 普照早苗 臼井みどり 原田めぐみ 杉野緑 黒江ゆり子（大学）
11:50～12:25 討議時間(35分) * 2題合同討議	

### 午後の部

13:30 ～13:40	師長のマネジメント能力向上のための取り組み 小島三紀 井上孝子 高木美津子 加藤ひとみ 堀美佐子 山本ひとみ 木下栄子（羽島市民病院）， 橋本麻由里 鈴木里美（大学）
13:40 ～13:50	入院患者の個別性を尊重した排泄ケアの実践に向けた取り組み 角田相模 小森美香 久堀節子 永井三英子 吉川敦子 中村規子 森前光子（山田病院）， 松本葉子 宇佐美利佳 古川直美（大学）
13:50～14:25 討議時間(35分)	
14:25～14:30 休憩・移動時間(5分)	
14:30 ～14:40	妊娠期から育児期における地域・病院・多胎児サークルが協働して行う多胎児支援の検討* 渡會涼子 大嶋秀美 野々村美香（長良医療センター），児玉美智子（岐阜保健所）， 名和文香 服部律子 布原佳奈 武田順子 瀧織なつ子 両羽美穂子（大学）
14:40 ～14:50	主体的な出産・育児に向けて地域助産師が行う妊娠期の支援の検討* 加藤直子（空助産院），白木理恵子（愛助産院），佐藤真琴（ママズハウス），市古裕子 田村香子（地域助産師）， 戸谷かよ子（中島保育園・子育て支援センター），柴田恵津子 西原美奈（羽島市保健センター）， 武田順子 服部律子 谷口通英 名和文香 瀧織なつ子 布原佳奈（大学）
14:50～15:25 討議時間(35分) * 2題合同討議	

### 第3会場(講義室105)

#### 午前の部

10:30 ~10:40	精神科病院における長期在院患者の退院支援および入院長期化防止に向けた看護* 小森正基 林将成 黒田時子(岐阜病院), 前川一代 増田ゆかり 西尾寿美子 五十嵐喜美子(黒野病院), 長谷川洋子 高江洲悟 橋戸智子(須田病院), 水野恵介 波多野貴子 瀧澤富久(大湫病院), 北原俊輔 山口昌則 井戸美穂 安藤正枝(のぞみの丘ホスピタル), 原美由紀 井谷ひろみ 林いづみ 家田重博(慈恵中央病院), 日比野貴子 永田隆宏 松井敏康 安藤和徳(聖十字病院), 石川かおり 葛谷玲子 丸茂さつき 松下光子 北山三津子 大川眞智子(大学)
10:40 ~10:50	保健・医療・福祉が連携した精神障がい者の地域生活支援体制のあり方* 山田訓代 木谷昌子(美濃加茂市健康課), 北島浩子 道添尚子(中濃保健所), 田中美恵(可児市保健センター), 兼松瑞枝(坂祝町保健センター), 石原恵美子(富加町保健センター), 石井裕絵(川辺町保健センター), 中島有子(七宗町生きがい健康センター), 小林ゆかり(八百津町保健センター), 三尾三和子 井戸裕子(白川町保健センター), 桂川のぞみ(東白川村国保診療所), 古木薫 植松勝子 土本千景(御嵩町福祉課), 安藤正枝(のぞみの丘ホスピタル), 林隆彦 吉村隆子(県保健医療課), 松下光子 杉野緑 石川かおり 大井靖子 葛谷玲子 丸茂さつき(大学)
10:50~11:25	討議時間(35分) * 2題合同討議
11:25~11:30	休憩・移動時間(5分)
11:30 ~11:40	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* 松下光子 森仁実 北山三津子 田中昭子 山田洋子 大井靖子 種村真衣 会田敬志 大川眞智子(大学), 石原八十司 田中喜代美 高木千春 橋本香織 山本佳子 渡邊智香 長谷川明美 諏訪浩宜(海津市健康課), 太田富博 山田ますみ 室井恵子 大場容子 田中祥子 田宮華奈子 田中恵子 山下真美 丹羽幸子 野口伸子(神戸町保健センター), 木全豊 高田めぐみ 木下拓哉 伊藤なぎさ 成瀬正啓 吉田留美(垂井町保健センター), 丹羽由香里(西濃保健所)
11:40 ~11:50	市として取り組む自殺対策の推進および自殺予防計画策定における保健師活動のあり方* 上村喜美江 伊藤雅史 佐藤貴代(郡上市社会福祉課), 羽土小枝子(郡上市高齢福祉課), 和田美江子(郡上市健康課), 井上玲子(関保健所), 大井靖子 両羽美穂子 松下光子 北山三津子(大学)
11:50~12:25	討議時間(35分) * 2題合同討議

#### 午後の部

13:30 ~13:40	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* 和田美江子 丸茂紀子 佐藤鈴子 日置富久恵 蒲とよみ 中嶋敦子(郡上市健康福祉部健康課), 上村喜美江(郡上市健康福祉部社会福祉課), 羽土小枝子(郡上市健康福祉部高齢福祉課), 両羽美穂子 北山三津子 松下光子 大井靖子(大学)
13:40 ~13:50	保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方* 居波由紀子 高橋亜由美 和田明美(岐阜県保健医療課), 大川眞智子 松下光子 山田洋子 大井靖子 種村真衣 田中昭子 森仁実 北山三津子 岩村龍子(大学)
13:50~14:25	討議時間(35分) * 2題合同討議
14:25~14:30	休憩・移動時間(5分)
14:30 ~14:40	地区担当保健師として地域を捉える視点・個別援助の視点の検討* 寺西愛 西脇雅子 小粥麻理子 高木美代子 愛知真美 川崎裕子 熊谷沙英子 花村まり恵(安八町保健センター), 宇野比登美(安八町民生部福祉課), 大井靖子 種村真衣 山田洋子 田中昭子 大川眞智子 岩村龍子 松下光子 森仁実 北山三津子(大学)
14:40 ~14:50	地域で生活する高齢者のニーズの明確化と地域包括支援センターにおいて取り組むべき課題の検討* 小林ゆかり 飯田博年 松井葉子 服部知美 鈴木万起子(八百津町地域包括支援センター), 山田洋子 松下光子 田中昭子 種村真衣 大井靖子 森仁実 北山三津子 岩村龍子 大川眞智子(大学)
14:50~15:25	討議時間(35分) * 2題合同討議

### 3. 参加者の状況

表1 参加者の所属施設別人数の推移

	23年度	22年度	21年度	20年度	19年度
研究課題数	24	24	28	33	28
本学との共同研究者	203	210	222	190	192
参加者総数	168	219	190	218	222
病院	84(10)	128(7)	95(9)	127(8)	134(5)
介護療養型医療施設				1	
診療所	7(2)	8(1)	4	2	1
保育園・乳児院	2	2			
学校(小・中学校、高等学校)	5	6	6	11	9
障がい児・者施設	1		2	3	6
高齢者施設	9(1)	11	10	5	11
訪問看護ステーション	1	5	6	5	3(1)
在宅介護・地域包括支援センター	8(1)	9(1)	9	5(1)	7
保健所	4	2	2	2	1
市町村保健センター	21	22	26(1)	19(2)	21(2)
事業所・健診機関	3	4	8	7	7
県庁各部門等	4	5(1)	6	5	5
その他	9(1)	3(1)	6	8	4
不明				2	
本学:看護学科(学生)	10	14	10	16	13

\*高齢者施設とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設である

\*( )内は当該施設に勤務する本学の大学院生の再掲である

表2 参加者の内訳

	23年度	22年度	21年度	20年度	19年度	18年度	17年度	16年度
参加者総数	168	219	190	218	222	170	220	182
本学との共同研究者	96	126	111	103	99	68	83	59
本学の卒業生	16(5)	24(4)	15(2)	21(2)	14(4)	6(1)	16(4)	5
本学の大学院生	15(1)	11(2)	10(3)	11(7)	8(2)	12(4)	10(3)	9(3)
本学の修了者	10(5)	14(10)	12(5)	9(4)	7(4)			

\*( )内は参加者における共同研究者の再掲である

表3 参加者の所属施設・職種別状況

	総計	病院	診療所	乳児院	学校 (小・中・高)	障がい 児・者 施設	高齢者 施設	訪問看 護ステ ーション	地域包 括支援 センター	保健所	市町村 保健 センター	事業 所・健 診機関	県庁各 部門等	その他
		24	4	1	5	1	8	1	4	2	11	3	2	6
所属施設		24	4	1	5	1	8	1	4	2	11	3	2	6
参加者総数	158	84	7	2	5	1	9	1	8	4	21	3	4	9
職種別														
看護師	100(11)	74(8)	6(1)	2		1	9(1)	1					2	5(1)
保健師	39(2)	5(1)							6(1)	4	20	3		1
助産師	9(2)	5(1)	1(1)											3
養護教諭	5				5									
その他	5								2		1		1	1

\*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者158人の所属施設・職業別状況である

\*( )内は当該施設に勤務する本学の大学院生数の再掲である

表4 参加者の所属施設別にみる参加経験

	総計 (%)	病院	診療所	乳児院	学校 (小・中・高)	障がい 児・者 施設	高齢者 施設	訪問看 護ステ ーション	地域包 括支援 センター	保健所	市町村 保健 センター	事業 所・健 診機関	県庁各 部門等	その他
初回参加	25(15.8%)	8(1)	1(1)	0	4	1	1	0	1	1	3	1	1	3
過去参加	133(84.2%)	76(9)	6(1)	2	1	0	8(1)	1	7(1)	3	18	2	3	6(1)
総計	158	84	7	2	5	1	9	1	8	4	21	3	4	9

\*本表は、本学の看護学科の学生を除いた参加者158人の参加経験である

\*( )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62人、回収率39.2%)

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	27	30.3%
	2.看護職と教員の共同研究自体に興味があった	10	11.2%
	3.他施設の状況が知りたかった	16	18.0%
	4.共同研究メンバーであった	35	39.3%
	5.その他	1	1.1%
	総計	89	100.0%
	[その他の内容] 記載なし		
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	45	65.2%
	2.本学のホームページ	0	0.0%
	3.同僚・友人の誘い	3	4.3%
	4.本学教員からの誘い	16	23.2%
	5.その他	5	7.2%
	総計	69	100.0%
	[その他の内容] 院生(2)、大学からの案内、学校で知った、記載なし		
参加しての 満足度	1.満足している	26	41.9%
	2.やや満足している	29	46.8%
	3.どちらともいえない	5	8.1%
	4.あまり満足していない	0	0.0%
	5.満足していない	0	0.0%
	記載なし	2	3.2%
	総計	62	100.0%

表6 今回の企画、運営に関する意見

	回答内容の例
会場	討論の際、もう一つの討論の方の声が大きく、聞き取りにくいことがありました。もう少し大きい声で話すようにしていただくか、マイク等を使用する等工夫が必要ではないかと感じました。
	同じ部屋で討論があると声が聞き取りにくいので、検討していただくとよいと思います。(3)
	何回も出席していますが、片方のグループの声が気になったり、発表者(意見)の声が小さく聞こえづらかったりします。だから何の検討やどういふ意見を出してほしいのかわからないことが時々あります。
	分かれての討論は聞き取りにくいところもあり、また一方の意見しか聞くことができなかつた。双方聞きたい部分もあった。
	座り方等、グループワーク形式の方が良い。
	移動時間が短いと思います。
進行	椅子の間がもう少し広くてもよい。
	とてもスムーズだったと思います。
	討論時間が十分にありよかつた。
その他	討論会の時間ももっとあつてもよいかと思うほどでした。(4)
	毎年参加させていただき、とても貴重な学びを得る機会となっている。また県内の施設の情報を知る機会となっている。様々な施設が参加されるので参加しやすい。
	討議内容は示されているが、意見者の意見が読みにくい。
	抄録集を事前に参加予約がある人に送っていただくと、検討内容を事前に把握でき、意見交換もより深くできると思います。(2)
	ポスター1枚の字数が多く、見にくい。
	気になる研究テーマに参加できるのはよいが、同時に参加したいテーマが重なってしまうのは、残念。
	ポスターセッションのコピーがほしいと思った。意見交換で見聞を広めることができた。
	生の声が聴けるので大変良い企画だと思います。
	参加者の意見交流がもっと活発にできるとよいと思います。
	現状を知ることができて勉強になった。
	実際意見交換ができたので、参加できてよかつたです。
	積雪の恐れがあるため、冬季は避けた方がよいかと思いました。(2)
	図や表が見にくいので、抄録に載せてほしい。
合同討議は話し合いがしやすかつた。	
円卓方式等、皆の顔が見えるとよい。	

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	多機関の特定健診の状況が分かりました。	
		スライドの字が小さく見にくいがありました。討論の司会を大学側で進めてほしい。	
		糖尿病患者の支援における病棟と外来の連携は、お互いの継続支援のモチベーションを保つためにも重要であると改めて感じながら聞かせていただきました。	
		記録用紙式などももう少し具体的な内容を見てみたかった。	
		地域(在宅支援)で働く看護師とそれを支える教員の姿がよくわかりました。	
	第2	地域(在宅支援)で働く看護師とそれを支える教員の姿がよくわかりました。	
		内容が盛り沢山で10分間での発表では、細部にわたって検討することが難しいと感じた。もっとゆっくり発表を聞きたかった。	
		退院支援についてとても勉強になった。ワークショップに参加したため今後の課題がより明確となった。	
		さまざまな科目でも退院支援には悩み、困っていると感じた。	
		退院支援の質向上に向けた実態調査、支援の検討とても興味を持てた。	
		退院調整への県としての支持の考え方が分かった。	
		良かったと思う。	
		施設と在宅との看護ケアの連携 その人をチームで支えるための協働のあり方を検討しないといけないのかと思った。	
	第3	スタッフ教育に、事例を用いて内容に効果があつて出てるものが分かった。	
		高齢社会で今必要となつてきていることの情報が得られた。診療報酬改訂についての情報の一部を知ることができた。	
		連携について病院側と地域側の捉え方の違いが、お互いの目的がどのようにコーディネートしていくかが課題と感じた。	
		それぞれの市町村ごとで悩みは共通であると感じた。いかに計画を実践的のものに近づけるか、お金や労力をかけた分の効果を出せるかを今後も考え行動に移したい。	
		大学と保健所、病院、県庁など関係機関と話すことができ良かった。精神はサービスの部分があるため福祉(高齢者障害等)の関係の参加あるとよい。	
	午 後 の 部	第1	地域保健師の方の思いと病院看護師の思いには深いズレがあると思った。
			他病院や施設での退院支援の取り組みを知り、問題点と課題を知り、更に知識の向上と連携の重要さと今後の必要な情報共有について学べた。
			スライドパワーポイントの色使いが統一され見やすくなりやすかった。
保健師、行政の意見を聞くことができて良かった。			
スムーズな進め方であった。			
第2		いろいろな視点で学ぶことができた。	
		認定看護師が自分の分野で何ができるのか、スタッフへ理解してもらうようにいろいろな方法でアピールしていくことが必要であると思うが、なかなか伝えきれていない面もあるなので今後も地道に続けていきたい。	
		大学の行ったスケールの開発が分かった。このスケールを今後も活用し、改善に役立てる必要性がある。	
		もっと他施設病院の方の意見が聞きたかった。(参加者が少なかつたため)	
		討論が活発で自分の話へのレスポンスもよくとてもモチベーションが上がる会でした。もっと時間があつてもよかつたと思います。(充実していました)	
第3	意見交換の時参加者が多いこともあり、声が小さく聞き取りにくかつた。		
	他施設からの意見をもつと聞きたかった。		
	地域での取り組みに若手の自分は今まで目が向いていなかったと思った。もう少し経験したら、私も地域に貢献していきたい。		
	マネジメント能力向上についてやはり細かく項目に分けながら検討し、それぞれの問題解決に取り組むことの重要性を知った。		
	討論の時間が短く感じた。		
第3	検討会の参加者が思ったより少なく残念だった。		
	暑かつた。進め方はよかつた。		
	自分の病院のことをあらためて見れた。		
第3	自施設との課題とも照らし合わせながら聞けた。本日の話も参考にしながら焦点をあてた活動をし成果を出したい。		

表8 大学との共同研究についての希望や意見

実践の裏づけとなる発言がきけるので良い。
両者忙しい中での研究活動のため、メールパソコン(TV)などの使用をどんどん使用し研究の充実に努めたい。研究の手法など詳しく学べ勉強になります。研究は継続させていただきたいと思います。
もっと他病院の参加があってもいいと思う。精神科病院のあり方、大学ホームページ、日赤、岐阜南など。
大学の先生からのアドバイスは、共同研究を行う上でとてもありがたいです。
気軽に相談したいがその方法が広がっていないように思います。現場には材料がいろいろあっても、調理してくれる人が見つけにくいのですが、今後は自分を一步前進させたいと思いました。
年に3回ほどの関わりだったので、もう少し積極的に連絡をとればよかったかなと感じました。
ぜひお願いしたいと思う。
すごく勉強になり、また患者さんへの援助に対するいろんな方向性が得られるので今後も続けてほしいと思います。
初めて参加させていただきました。市町村だけでは方向性が見えてこないところがありますが大学の協力を得ることで見直すことにもなると思われました。
参加に意義あり、よかったです。知らない点を学びました。
私は栄養士として何度か参加させていただいています。実際計画策定などの共同研究では他の職種、特に事務職上司なども参加しますが看護についてがやはり多く、私たちもう少し参加できればと思う。

## 5. 参加学生(看護学科)への意見調査の結果 (回答者10人、回収率100%)

参加した看護学科の学生10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	4	40.0%
	2. 2年次生	0	0.0%
	3. 3年次生	6	60.0%
	4. 4年次生	0	0.0%
	総計	10	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	4	16.7%
	2. 県内の看護実践活動について学びたかった	5	20.8%
	3. 教員と看護職の共同研究がどのようなものか知りたかった	8	33.3%
	4. 実習施設でどのような共同研究をしているのか知りたかった	3	12.5%
	5. 卒業研究のテーマを考えるヒントにしたかった	3	12.5%
	6. 就職など今後の進路を考えるヒントにしたかった	1	4.2%
	総計	24	100.0%
参加目的に 対する 満足度	1. 満足している	4	40.0%
	2. やや満足している	4	40.0%
	3. どちらともいえない	1	10.0%
	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%
	記載なし	1	10.0%
	総計	10	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	現場での生の声が聞けたので、とても勉強になった。授業内容を応用することができた。
		興味が広がった。実際の看護職の方が何を考えて働いているのか、など生の声が聴けて良かった。
		子供の生活習慣は、親の意識によってかわるため、親子に対して働きかけていくことが大切だと思った。各施設が互いに情報を交換していくように工夫することが必要だと思った。
		増加する外国籍児童へ、親をもくろめた働きかけをすることで改善点をよくしていけると分かった。
第2	実際の現場では何が課題になっているのか、またその課題の解決方法、なぜ解決する必要があるのかを知ることができた。また現場での取り組みの実際を知ることができ良かった。	
	看護師と他の職種が連携して活動するためにどうすればいいかなど聞いた。	
	とても興味深かった。現状が分かって、聞いていて面白かった。	
午後 の部	第1	実際の状況が分かってよかった。また、現場でのことが分かり今後の学習につなげたい。
		在宅と病院が協働できるように、話し合う時間や場が必要だと分かった。
		がん患者に関わる人々に勉強会を聞いて意識を持ってもらうことが大切だと分かった。
	第2	地域の助産師さん(病院)と、大学が連携して行っている研究内容を初めて知った。自分が働き出した時の参考にしたいと思った。
		多胎や地域における課題について、実際の助産師さんや保健所の方などの意見が聞けて良かった。
		このような場に初めて参加し、実際に現場で活躍されている助産師さんの考えや施設の取り組みが聞けて良かった。連携(保健師との)も見れてよかった。
		病院で行われている活動を知ることができて良かった。病院、地域(助産師)保健師さんそれぞれの視点が知れて良かった。
		実際の行政や病院の取り組みを具体的に知ることができ、そして、課題を知ることができた。また臨床の看護職などの活動も知ることができたので良かったです。
		実際の現場で、妊産婦に対してどのような活動が行われているのかを学ぶことができて良かった。
		妊婦さんを支える教室や産後のケアをすることが大切だと分かった。
事例2つを聞いてから討論だが、2つの組み合わせがあまり良くなかった。学生として2つめのみが聞きたかった。		

表11 共同研究についての感想・希望

授業では分からない具体的な活動が分かった。とても勉強になった。
実際に働いていらっしゃる方の考えや活動の様子が学べてよかった。より看護に対する興味が深まったし、「研究」に対する理解度が前よりも高まった気がした。

## 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人)

開催時期	1.現状のままで良い	39人	
	2.変更をした方が良い	0人	
プログラム	1.現状のままで良い	38人	
	2.変更をした方が良い	1人	休憩・移動時間が5分間は短い。
報告形式	1.現状のままで良い	39人	2つの発表が同じ領域のものであったので討議できたが、違う領域であれば2つの課題で討議するのは難しいと思う。
	2.変更をした方が良い	0人	
午前 第1会場	討議の際、参加者と意見交換し交流できてよかったです。残念だった点は、地域における保健師活動の取り組みについて話し合いたかったのですが、第3会場の保健師活動の発表と重なり、参加者からの意見が少なかつたことです。		
	教室の後方で行われた討議に参加した。討議が終わって会場をもとに戻す時、参加者が移動する中で椅子を前に向けてたりホワイトボードを移動したりするのに手間取ってしまった。その場にいた教員が少なかつたように思う。		
	現場の方々も、意見交換で発言を求めても、意見を言うてくださったので議論しやすかつた。報告や討論のスタイルに慣れてもらっている印象だった。現場の方が報告する場合もよく準備されていてわかりやすかつた。		
	少人数で討論し、アットホームな感じで良かつたと思います。		
	スムーズな進行でとてもよかつたです。		
	討議の時間が十分あり、集中して討議できたのでよかつた。		
	討論の参加人数がどの報告も20名前後で、会場設営ともマッチしていた。		
	分かれて討議であったが、参加者は20名前後であり、討議しやすかつたのではないかとと思う。やはり、マイクがないと聞こえにくいこともあるので、討議する際の場の工夫が必要ではないかと感じた。		
	1題ごとの討議で、こじんまりとして話しやすかつたと思う。もう少し時間があれば、さらに深められたと思うので、残念だった。		
	討論においても全ての参加者が発言できるような雰囲気があり、有意義であつたように思う。討論で意見が出始めた頃に終了となつてしまつた印象はある。		
午前 第2会場	参加人数はそんなに多くはなかつたが、積極的に意見交換ができていたと感じた。		
	討議は別々だったので、参加者が少なかつたが全員発言していただけて有意義な会であつた。		
	とても面白い内容の報告を聞けたのでよかつた。討論でもいろいろな意見が聞けてためになるものであつた。		
	入院患者の高齢化が顕著であること、施設間の連携の必要性の理解のためにも、1席目と2席目2題の合同討議でもよかつたのではないかと感じた。		
	活発な意見交換がされました。		
	2題合同の討議に参加した。参加人数が多かつた(約50名)為、討議するのは大変だと思つた。教室の長辺側に参加者を向けたのは良かつたと思う。ポスターを見ながら討議は難しいと感じた。		
	立場の異なる看護職より意見をもらうことにより、考え方が広がつたと感じる。また共同研究者間では、得られなかつた意見や現状を知ることができたと思う。		
	2題合同で討議を行う場合でも、進行担当の先生方が「ホワイトボードは前方に移動させず、椅子の向きをかえて討議をしましょう」と指示してくださったので、移動に時間をとられず、討議の時間がより確保できたと思います。		
	共同研究者以外の参加者が少ないこともあつて、討議が難しかつた。参加者が減少している現状もある為、何かひきつけるような工夫も必要な気がするが、アイデアが浮かばない。		
	前半は1題ごとの個別の討議、後半は合同討議に参加した。1題ごとの討議では、ホワイトボードを置いて隣の声で、意見が聞きとりにくい部分もあつたが、35分間同じテーマ集中して討議することができ、十分意見交換ができた。後半の合同討議では、ホワイトボードを横に置き、なるべく講義形式にならないように工夫した。多施設の現状が何え、意見交換もでき有意義な討議であつた。		
多くの参加者がおり、現場の各施設の方からの意見が多く聞け、ディスカッションされており充実していたと思つた。			
2題合同の討議であつたが、テーマに共通性があり参加者も多く有意義であつた。			
退院調整に関する勉強会で、事例を用いた勉強会が有効であるが、その事例についても、病院内での流れを共有するのか、退院後の生活、サービス利用の状況まで含めるのか、などの意見が交換されていて、各病院で活用できそうな具体的なレベルの討議になっていました。			
他領域の共同研究の様子がわかつた。			
専門領域外の発表だったが、看護者への支援への仕組みなど、自分の領域でも興味深い内容に触れることができた。			

午前 第3会場	2題に共通するテーマで合同討議がうまく進行できていた。
	2題合同討議だったが、参加者数が多く、討議中にホワイトボードに貼った資料を確認することが難しいであろうということで、参加者の了解を得た上でホワイトボードを前方に移動しなかった。後方に座っている人には、前方の空いた席に着席してもらい、討議中にホワイトボードの資料を確認する機会もなかったため、特に支障はなかった。
	現場の看護職が発表、討議の進行をするのはよいと思った。
	2題合同討議であったが、共通する討議課題があり、多様な施設から意見が出されて多角的に討議ができた。
	前半の合同討議では、参加者が多かったのでイスは発表時と同じ配置で皆さん前を向いた形での話し合いとなり、討議のしにくさがあるかと思っただけ、特に保健師から積極的に意見が出ており、行政の立場からの意見も出されていて様々な立場からの意見が聞けて充実したものになった。
	2題合同の討議は、施設側、行政側の意見交換ができて、良かったと思います。しかし、どちらかの討議に偏ってしまい、もう1題の討議が不十分になってしまわないように進め方に注意する必要があると思いました。
	2題合同討議では、共通した論点はあるが、参加者全員が(特に現場の人が)それを希望、理解しているかが不明確であり、討議の方向性が難しいと感じた。
	今年は保健師さんの参加が多く、意見も出していただけたことはよかったです、保健師さん側の意見がむしろ中心となってしまったように思った。なかなか難しい。
2題合同討議は、それぞれの課題の質問等がそれぞれ出て、単にそれを聞いてただけで、討議になっていなかったため、合同でする意味があまりなかったように思う。	
午後 第1会場	3席目のグループ討議で研究結果を現場で活用することの意義が参加者に伝わり良かった。
	3席目は尺度を使用して調査を行い活用している施設からの発言があり、討論に説得力がありました。
	共同研究者からの追加発言も多くあり、よい意見交換ができた。
	2題とも活発な討議がなされていた。会の進行も良かったと思う。照明の関係で、後ろの席だとPPが若干見難かった。
	午後から太陽が出て来た為、教室が明るくなった。途中で暗幕を閉めたが、ブラインドだけでは無く、前側は暗幕も閉めた方がよいと思った。
	現地共同研究者や看護職等から意見が活発的に出て、良い討議になったと思う。
	プログラムを確認すればよいのですが、ホワイトボードに会場ごとの発表の順番が表示してあると、ホワイトボードの移動がスムーズになるように思いました。
	前半後半とも1題ごとの討議に参加した。前半の討議は、現地の方が司会進行を担い、自施設の現状を踏まえて問題提起したので、多施設の多様な現状を伺うことができ有意義な討議ができた。後半の討議では、共同研究者と教員の参加であったので、多施設との意見交換ができなかったが、当該施設の取り組みの確認と今後に向けた検討ができていた。
	当初予定していた現場の施設の方の参加がなく、ほぼメンバー及び関係者が集まっての意見交換となった。事前に依頼はしていたものも少し他施設の方の意見がほしかったと少々残念であった。
	2つのテーマに分かれての、討議であったためか隣の討議の音が気になった。また、講義形式のため声が聞き取りにくいかった。少人数の討議の場合、臨機応変に話しやすい形式に変更することができるとよかったのではないかと感じた。
	診療所看護師の支援について、在宅生活を支える専門職の仲間として、診療所看護師と病院看護師、診療所看護師と訪問看護師の連携の視点を持つことができ、勉強になりました。
活発な意見交換ができ、共同研究者も他院の様子を知ることができて満足している様子であった。	
長年継続していた発表で、毎年の進化を感じた。積極的に意見交換ができていたと感じた。	
合同での討論はなかったですが、少人数なので話しやすい感じがありました。其々の施設で抱えている課題や意見が伺えて興味深かったです。	
午後 第2会場	2題合同討議ではなかったため、活発に共同研究者や参加者と意見交換ができ、討議時間がもっとあれば、それに応じて討議も継続できていたように思う。
	2題合同討議は、共通のテーマで話し合ったほうが深まると思いました。2題合同討議の中で、1題ごとに時間を決めて討議するのであれば、従来通り1題に35分の時間をかけたほうがよいと思います。
	1席目は参加人数が少なく、残念でした。
	午後になりやや聴衆が少なくなったかなという印象があった。関心のあるテーマがなかったのか？
	討議のときに共同研究者以外の参加者が教員ばかりになってしまったことは残念でした。やはり参加者を増やして、討議に参加してもらえようとする必要があると思いました。
	現地看護職の討議への参加者が少ない(現地共同研究者や学内教員の参加がほとんどであった)状況であった。もう少し現地看護職の参加があり、意見を聞くことができると良かったと思う。
	討議の際に共同研究メンバー以外の参加者が少なく、他施設の現状や意見があまり聞けなかったのではないかと感じた。
	母性領域のテーマ2演題だったので、どちらの報告にも参加者は興味を持ってもらったと思う。県の勤務経験者や、地域の保健師もおられて、ディスカッションできてよかった。
	合同討議であったため、会場全体での討議となった。もう少し参加者が発言しやすい環境にできると良いと思う。
	多くの方の参加があり、自分の現場と照らし合わせて考えていられる方も多くよかったと思った。
	合同での討論で貴重な意見が聞けたのは良かった。参加人数が多いとすべての人の発言が伺えないのが残念。
対象が母性領域だったので、どちらの報告にも参加者は興味を持ってもらったと思う。さらに地域の保健師さんも加わることで討議に幅が広がった。	
写真などたくさん入ったスライドの資料でとても分かりやすかった。討論の時に2題一緒に行っており、人数が多かったせいか、なかなか意見が出なかったのかなあと思った。	

午後 第3会場	2題に共通するテーマで合同討議がうまく進行できていた。討議時にポスターの活用は難しいが、終了後にポスター前で参加者同士が話し合う姿が見られた。
	合同討議は、2つの研究の担当者が進行したので、現場の看護職から質問や意見が良く出ていたと思う。
	保健師活動がテーマであり、参加者が多くなかったので、2題合同討議ができていくつかの市町村の現状を知ることができた。
	討議の際に共同研究メンバー以外の看護職の参加がなく、メンバーと教員のみであったので、討議したいと挙げていた他施設の現状についての意見は出なかった。
	それぞれの市町村の取り組みについて、情報交換、意見交換ができて良かったです。
	積極的な意見交換とまではいかなかったが、マイクを渡すと質問や意見・感想が出されたので良かった。情報交換、意見交換ができ、有意義な場になったと思う。
	最後の討議は人が減ってしまっていて残念であったが、関心のある方たちが残っており、熱心な討議ができたと思う。
報告を基に積極的な発言がされていたと思う。具体的な実践内容を聞くことができ、自分の自己学習にもなった。	

## その他、希望や意見、改善点など

案内先について:把握不足ですが、共同研究を行っていない施設にも案内(パンフレット等)はされているのでしょうか?県内全ての保健医療福祉施設が連携したネットワークはなかなか難しいので、この場を活かして他の施設の方にも共有してほしい看護や共同研究の内容が分かるので、もっと県内から多くの参加があると良いと思います。管理者によるかもしれませんが意外に、大学が支援してくれることをスタッフが知らないこともあります。
参加が多すぎるとなかなか意見が出せないのでは、複数類似したテーマを集めてワークショップ形式にしてもよいかもしれないと思った。退院支援に関する研究が前半・後半とわかれ、参加者は意見の中で同じ内容を繰り返していることもあった。
やや午後になって、参加者が少なくなったような印象だったが、全体的にはどうだったのかと思った。プログラムの組み方は参加する教員としてはよかったですと思いました。各教員がホワイトボードを準備する場合、マグネット等の準備をどうするかについても明記してもらえるとよいと思います。
プログラムに関しては自分の確認が不十分でかかわっている共同研究の討議(1つ)に参加できませんでした。発表時間が重なっていないかは確認しましたが、討論の時間まではプログラムを見た段階では考えていませんでした。進行役の役割は理解していますが、参加者が発現しているときにアナウンスが入るとその時の意見が少し聞き取りにくかったです。発表と同様、時間管理方法を事前にアナウンスしてベルなどで対応してもよいのではと思いました。
暖房が15時ぐらいで切れ、エアコンからの冷たい風が当たり寒かった。終了時刻までは暖房を切らないでほしい。
全体の参加者が少なかったためか、私が参加した討議には共同研究メンバーである現地の看護職の方以外の参加者が少なかった。他施設の現状を知ったり、現場の看護職同士で意見交換をすることがあまり充実しないので、看護職の参加をもっと促す必要があると感じた。
1題ごとの討議では、終了5分前に知らせても討議が時間どおり終わらないことがあった。片方が終わらないとホワイトボードを動かさないで、休憩時間が5分間では次の発表までに席を整えるの難しかった。討議の司会者への時間の周知が必要であることと、時間が許すのであれば休憩時間を10分間にしたほうがよいと考える。
掲示のパワーポイントの一枚について、「写真を撮ってもよいですか?」と研究者に確認している方がいました。写真は止めた方がいいと思うのですが、そのように尋ねられるとなかなか断りにくいのではないかと思います。写真ではなくきちんとメモを取っている方もいました。どのように対応すべきだったのかと思いました。
午後の第3会場には、共同研究メンバーではないが、来年度に向けての取り組みを検討している施設の方に声をかけたところ、関心を持って参加された方が何名かいた。共同研究報告書はそれらの方には送付されない(ですよね?)ので、お渡しできるとよいと思った。HPから見ることができると、そのことをPRしておくとか、報告書を希望する方には送るなどの方法がとれるだろうか。これまでは、保健師さんの場合は、所属に1部という形で渡すことが多く、報告書が余るので、それを新しく共同研究を希望したりする方に参考にしてもらうためにお渡ししている。
共同討議の時は、ボードの位置をどうするのか、参加者を前方に集めるのか、どうするのかを事前に相談できていたので、良かった。
討議終了後に、共同研究者との発表後の振り返りや実習病院からの参加者への挨拶、ホワイトボードや椅子の移動など行っていると、休憩・移動時間5分は短いように思った。もう少しゆとりを持ったスケジュールにしても良いのではないかと。討論で意見が出始めた頃に終了してしまう感じもあったので、討議終了後に参加者同士が交流できるように「続きはドリンクコーナーで」などドリンクコーナーの活用をアナウンスしてもよいのではないかと考えた。
本学の学生の参加の奨励を工夫し、もっと積極的に行うべきであると感じた。時期的な問題もあると思うが、講義や実習の自己学習と関連付けたほうが、実践研究の意義が学生間にも浸透しやすくなる。また、実習や就職のことを考えている学生にとっては、自分の目指している現場看護職の雰囲気を感じ取れるいい機会になると思う。
参加者を増やすには、共同研究を行っている教員がもっとアピールをしないとダメなところがあると思った。
前のほうがあいていて、後ろが詰まっていたので、遅く来られた方が、座る場所がなく、退室されているところをみかけました。2題目をさくので、遠慮して前の方に行かれない方もおみえになった様子でした。まんべんなく座れるとよいかと思いました。
受付を北エントランスホールの事務局前に設置する意味があるのか少し疑問に思った。というのは、総会の開催前に講義棟の西側入口付近にいたときに研究棟から実習室1の方まで歩いて行った参加者がいたからである。会場案内図には、赤ロープで封鎖してあるという注意書きはあるが、矢印で示しているのと、それで間違えたのかもしれない。総会会場が受付から遠いことも改善すべきではないか。入試のときの受験生入口と同様に講義棟の西側入口から参加者に入ってもらい、そこに受付を設置すれば、受付後、すぐに階段を上がってもらって総会会場に導くことができる。そして、研究棟の廊下と階段は使用せず、講義室105と講義室203の端で封鎖して、会場全体をコンパクトにすれば、迷うことがないように思う。会場案内図も大学に初めて来る参加者にはわかりにくいので改善が必要ではないか。ただ、北エントランスホールの事務局前に受付を設置する明確な理由や目的があるのであれば、現状のままでやむを得ないであろう。



### Ⅲ. 共同研究一覽

## 平成23年度 共同研究一覧

研究課題	共同研究者	
	実践現場(施設名:氏名)	本学(領域名:氏名)
地域で生活する高齢者のニーズの明確化と地域包括支援センターにおいて取り組むべき課題の検討	八百津町地域包括支援センター: 小林、飯田、松井、服部、鈴木	地域基礎看護学領域:山田、松下、 田中、種村、大井、森、北山 看護研究センター:岩村、大川
地区担当保健師として地域を捉える視点・個別援助の視点の検討	安八町保健センター:寺西、西脇、小粥、 高木、愛知、川崎、茂崎、花村 安八町民生部福祉課:宇野	地域基礎看護学領域:大井、種村、 山田、田中、松下、森、北山 看護研究センター:岩村、大川
過疎地域診療所看護師が家庭訪問活動を通して把握する潜在的ニーズの明確化	東白川村国保診療所:榊間、安江友美、 莉田、安江こず枝、田口	地域基礎看護学領域: 普照、臼井、森、藤澤
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	海津市健康課:石原、田中、高木、橋本、 山本、渡邊、長谷川、諏訪 神戸町保健センター:太田、山田、室井、 大場、田中祥子、田宮、田中恵子、 山下、丹羽、野口 垂井町保健センター:木全、高田、木下、 伊藤、成瀬、吉田 西濃保健所:丹羽	地域基礎看護学領域:松下、森、北山、 田中、山田、大井、種村 看護研究センター:会田、大川
市として取り組む自殺対策の推進および自殺予防計画策定における保健師活動のあり方	郡上市健康福祉部社会福祉課: 上村、伊藤、佐藤 郡上市健康福祉部高齢福祉課:羽土 郡上市健康福祉部健康課:和田 関保健所健康増進課:井上	地域基礎看護学領域:大井、松下、北山 機能看護学領域:両羽
保健・医療・福祉が連携した精神障がい者の地域生活支援体制のあり方	美濃加茂市:山田、木谷 中濃保健所:北島、道添 可児市保健センター:田中 坂祝町保健センター:兼松 富加町保健センター:石原 川辺町保健センター:石井 七宗町生きがい健康センター:中島 八百津町保健センター:小林 白川町保健センター:三尾、井戸 東白川村国保診療所:桂川 御嵩町福祉課:古木、植松、土本 のぞみの丘ホスピタル:安藤 岐阜県保健医療課:林、吉村	地域基礎看護学領域:松下、杉野、 石川、大井、葛谷、丸茂
糖尿病患者の看護支援方法に関する実践知の探究	羽島市民病院:南谷、大内、中村、 長谷川、大橋、平野、政井、竹内	成熟期看護学領域:田村、松本、宇佐美
がん患者の在宅療養支援に携わる診療所看護師の看護充実に向けた取り組み	羽島市民病院:中川、吉田 羽島市医師会訪問看護ステーション: 加藤 岩佐医院:吉村	成熟期看護学領域:奥村、田村、布施 地域基礎看護学領域:普照
医療機関における認定看護師の活動の充実に向けた検討	久美愛厚生病院:垣根、島中、富田、 沖本、畑尻	地域基礎看護学領域:藤澤 成熟期看護学領域:北村 育成期看護学領域:武田
入院患者の個性性を尊重した排泄ケアの実践に向けた取り組み	山田病院:角田、小森、久堀、永井、 吉川、中村、森前	成熟期看護学領域:松本、宇佐美、古川
退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた方策の検討	岐阜県立下呂温泉病院:岡崎、川井、 今井、梅田、熊崎 下呂訪問看護ステーション:田口	地域基礎看護学領域:藤澤、普照、 臼井、原田、杉野、黒江
県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への支援の検討	岐阜県健康福祉部医療整備課: 野口、加藤	地域基礎看護学領域: 藤澤、黒江、臼井、原田 成熟期看護学領域:田村
退院調整における日常生活指導を中心とした地域連携室と病棟看護師の協働	関中央病院:山中、亀山、長屋、渡辺、 松原、平田、長尾、笠野、鈴木、川地	機能看護学領域: 橋本、小西、両羽、百武

研究課題	共同研究者	
	実践現場(施設名:氏名)	本学(領域名:氏名)
主体的な出産・育児に向けて地域助産師が行う妊娠期の支援の検討	空助産院:加藤 愛助産院:白木 ママズハウス:佐藤 地域助産師:市古、田村 中島保育園・子育て支援センター:戸谷 羽島市保健センター:柴田、西原	育成期看護学領域:武田、服部(律)、 谷口(通)、名和、瀬瀬、布原
乳幼児の保育に携わるスタッフの感染に対する意識向上に向けての検討	乳幼児ホームまりあ:汲田、船戸、天野	育成期看護学領域:谷口(恵)、石井、 長谷川、長谷部、小嶋
保健師の実践能力の発展過程と現任教育のあり方	岐阜県保健医療課:居波、高橋、和田	看護研究センター:大川、岩村 地域基礎看護学領域:松下、山田、 大井、種村、田中、森、北山
市が目指す保健師活動を可能とする人材育成に関する研究	郡上市健康福祉部健康課: 和田、丸茂、佐藤、日置、蒲、中嶋 郡上市健康福祉部社会福祉課:上村 郡上市健康福祉部高齢福祉課:羽土	機能看護学領域:両羽 地域基礎看護学領域:大井、北山、松下
師長のマネジメント能力向上のための取り組み	羽島市民病院:小島、井上、高木、加藤、 堀、山本、木下	機能看護学領域:橋本、鈴木
働く人びとを対象とした保健指導の質的評価の試み	鷺見病院郡上健診センター:森、木村、 荒川、小林、道中、日置 岐阜県労働基準協会連合会:水野 山内ホスピタル:古澤 三洋電機(株)岐阜産業保健センター: 大橋 西日本電信電話(株) 東海健康管理センタ:桑原	成熟期看護学領域:梅津、北村 地域基礎看護学領域:山田
特別養護老人ホームにおけるショートステイ利用者のケアの充実に向けて	サンシャイン美濃白川:安江、日下部 飛騨寿楽苑:尾上、荒井 ピアンカ:酒井、糟谷 恵翔苑:吉村 ジョイフル各務原:新美 サンリバー松風苑:横井、渡辺 ナーシングケア寺田:水谷 岐阜県総合医療センター:古田 朝日大学歯科衛生士専門学校: 中嶋、南方	成熟期看護学領域: 松本、古川、堀田、浅井 地域基礎看護学領域:普照

## 平成23・24年度 共同研究一覧

研究課題	共同研究者	
	実践現場(施設名:氏名)	本学(領域名:氏名)
妊娠期から育児期における地域・病院・多胎児サークルが協働して行う多胎児支援の検討	長良医療センター:渡會、大嶋、野々村 岐阜保健所:児玉	育成期看護学領域:名和、服部(律)、 布原、武田、瀬瀬 機能看護学領域:両羽
外国籍児童の健康課題解決に向けての取り組み	大垣市立西小学校:杉村、川合、不破	機能看護学領域:松本、鈴木 育成期看護学領域:世一
精神科病院における長期在院患者の退院支援および入院長期化防止に向けた看護	岐阜病院:小森、林、黒田 黒野病院:前川、増田、西尾、五十嵐 須田病院:長谷川、高江、橋戸 大湫病院:水野、波多野、瀬瀬 のぞみの丘ホスピタル:北原、山口、 井戸、安藤 慈恵中央病院:原、井谷、林、家田 聖十字病院:日比野、永田、松井、安藤	地域基礎看護学領域:石川、葛谷、 丸茂、松下、北山 看護研究センター:大川
看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定する用具(尺度)の開発	大垣市民病院:岩本 岐阜県総合医療センター: 高木、長屋、島田 久美愛厚生病院:山本、富田、堀井	看護研究センター:会田、田辺 機能看護学領域:橋本 成熟期看護学領域:古川、堀田

#### IV. 平成 22 年度共同研究事業自己点検評価結果

## ・目的

平成 22 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。

## ・データとその収集方法

### 1. 対象

平成 22 年度に本学の共同研究事業として取り組んだ 24 件の研究について、関わった教員及び現地共同研究者の自己点検評価票への記載内容をデータとした。この 24 件の共同研究の継続年数は、10 年目が 2 件、9 年目が 3 件、7 年目が 2 件、6 年目が 2 件、5 年目が 2 件、4 年目が 3 件、3 年目が 3 件、2 年目が 5 件、1 年目が 2 件である。

共同研究者の延べ数は、教員 98 人、看護職等の現地側共同研究者 210 人（70 施設）であった。そのうち、自己点検評価の回答があったのは、研究代表者である教員 24 人（回答率 100%）、現地側共同研究者延べ 143 人（回答率 68.1%）であった。現地側の回答者 143 人の共同研究参加年数は、1 年目が 50 人、2 年目が 39 人、3 年目が 22 人、4 年目が 9 人、5 年目が 6 人、7 年目が 2 人、8 年目が 1 人、9 年目が 1 人、10 年目が 1 人、記載なしが 12 人であった。

### 2. 共同研究の自己点検評価方法

教員は、研究代表教員が教員メンバー全員の意見を反映し、課題ごとの自己点検評価シートに入力することとした。自己点検評価項目のうち共同研究の成果については、平成 20 年度より報告書に記載を求めている。

現地側共同研究者については、看護研究センターが共同研究に参加しているすべての現地側施設に個別発送し自己点検評価票への記入を依頼した。1 施設に複数の参加者がいる場合は、代表者を通じて全員に配布し、個別の返信用封筒をもって回収した。なお複数の研究への参加者には、課題ごとに自己点検評価票への記載を依頼した。依頼に際しては、記載された内容は個人が特定できないよう配慮した上で取り扱い、事業の改善のための検討資料とすること、またその結果を公表すること、共同している教員側に伝えてほしくない内容についてはその部分を伏せることが可能であること等を文書にて説明した。

### 3. 自己点検評価項目

教員の自己点検評価項目は、学内の教員共同体の状況及びその成果、現地側の組織的な取り組み状況、組織内での成果の共有状況、現地看護職の主体的な参画状況・果たした役割、共同研究の取組みの教育活動への活用状況、研究計画作成過程・研究実施段階における現地側との話し合い状況、共同研究事業についての改善希望、共同研究の成果である。

現地共同研究者の自己点検評価項目は、共同研究の実施による実践の改善・充実状況、それにつながる状況や認識の変化、の実践の改善・充実したこと以外でよかったこと、共同研究の方法や進め方の改善希望、共同研究の主旨・目的や計画についての了解状況、所属組織の了解状況、支援・協力状況、経過や成果の共有状況、共同研究継続の希望である。の項目は、これまでの自由記述による回答からプレコーディングに変更した。

## ・分析方法

それぞれの自己点検評価項目に対応した記載内容を類似性に従って分類・整理した。分析は看護研究センター運営委員会のもとに設置された研究交流促進部会が担当した。

分析担当者は以下のとおりである。

岩村龍子、田辺満子、大川眞智子（看護研究センター）、藤澤まこと（地域基礎看護学領域）、布原佳奈、長谷部貴子（育成期看護学領域）、布施恵子（成熟期看護学領域）

## ・結果および今後の課題

### 1. 教員の自己点検評価

#### 1) 学内の教員共同体の状況及びその成果

学内教員による複数領域の共同体をとっているものは 15 研究あり、多面的な視点での検討や取組みにつながっていた(表 1-1)。一方日程調整等が難しく、複数領域の共同体が不十分であるものは 3 研究あり(表 1-2)、テーマへの関心上の理由や、実施体制上複数領域の共同体をとっていないものが 6 研究あった(表 1-3) それらの結果より、複数領域の教員が参加することでより効果的な成果が得られると考えられるが、研究課題によっては、一領域内の教員の参加であっても研究への関心が高められ、実施体制が確立しやすい場合があるといえる。

これまで共同研究の要件のひとつとして複数領域体制を推奨してきていたが、本学の教員は 4 領域・

1 センターへの配置であり、各領域とも複数の専門分野で構成されるため、一領域内の教員の共同体制であっても、多様な視点で現場の課題解決に取り組むという趣旨に合う場合もあり、再検討の必要がある。

## 2) 現地側の組織的な取組み状況

現地側の組織的な取組みになっているものが 24 研究中 23 研究であり、ほとんどの研究において組織的な取組みにつながっていた。そのなかで、共同研究に施設長や看護部長が参加している場合は、院内全体の組織的な取組みになっている場合が多く、看護師長が中核となって取り組んでいる場合は部署内での組織的な取組みにつながっていた(表 2-1)。組織的な取組みが不十分であるものが 1 研究あり(表 2-2)。共同研究に参加しているメンバーとそれ以外のスタッフとの連携が不十分と捉えられているものであった。このような場合は、実践の改善につなげるために必要な組織的な取組みとなるよう、部署内で意識的に取組み内容を共有する等、共同研究者間での検討が必要であろう。

## 3) 組織内での成果の共有状況

24 研究中 23 研究が、組織内での成果の共有ができていると捉えていた(表 3-1)。共有する方法では、院内研修として共同研究の成果の報告会を開催している施設が 10 件と多くみられた。それにより、共同研究参加者以外のスタッフにも成果を周知することができ、院内の取組みのさらなる充実に向けても効果的であると考えられる。そのほかにも、管理者の共同研究への参加により、院内や部署内に成果が報告され、取組みが進められている場合もあり、組織内での成果の共有の必要性が示唆された。

まだ組織内で成果の共有できていない研究では、共同研究の情報や成果をいかに組織内で効果的に発信するかを検討し、共有を図ることを積み重ねる中で組織の理解・協力を得ることが必要であり、そのことが組織的な取組みにもつながると考えられる。

## 4) 現地看護職の主体的な参画状況・果たした役割

教員が現地看護職に期待した役割は、共同研究報告と討論の会における発表やポスター作成、抄録や報告書の作成、取組みや調査内容の検討・実施、調査や実践を行うための現地側の調整、検討会や合同会議への積極的な参加や検討事例の準備、研修会等の企画運営などであり、研究活動の実践者として研究活動全体に積極的に取り組むことを期待していた(表 4-1)。

現地看護職が果たした役割として多かったのは研究計画の検討と計画に沿った実践(12 件)であり、調査や実践を現地で行う際の調整や検討会に積極的に参加する役割も担っていた。共同研究報告と討論の会では、発表を役割として担っていたのは 10 件、抄録や報告書の原案作成が 6 件、報告書の作成が 4 件、抄録・報告書の作成が 2 件、パワーポイントの作成が 1 件であり、教員が現地看護職に期待した役割は概ね果たされたといえる(表 4-2)。

## 5) 共同研究の取組みの教育活動への活用状況

学部学生の教育においては、講義に研究で得た知識や研究成果の活用がなされ、共同研究の取組みや看護職の活動内容の紹介がされていた(表 5-1)。領域別実習や卒業研究においては、共同研究の取組みや研究成果が実習指導に活用され、また担当患者の理解や支援を考える際に活用されていた(表 5-2、5-3)。大学院教育においては、大学院生の研究・実践活動に活用されることや、共同研究の取組みや臨地の実態を授業で紹介されていた。また、共同研究者を非常勤講師とすることにより、講義での話し合いを充実させていた(表 5-4)。共同研究の実施施設に卒業生が所属している場合は、卒業生の支援や現任教育となっていた(表 5-5)。このほか、共同研究の取組みが臨地の現任教育にも活かされていた(表 5-6)。以上のように、共同研究の成果や、共同研究における看護実践現場の改革に向けた取組み自体が、学士課程教育や大学院教育、生涯学習支援まで大いに活用できているといえる。

## 6) 研究計画作成過程・研究実施段階における現地側との話し合い状況

研究計画作成過程における現地側との話し合い状況は、「十分に話し合えた」が 24 研究中 20 研究(83.3%)、「十分に話し合えなかった」が 4 研究(16.7%)であった(表 6-1)。計画作成過程において十分に話し合えた研究で工夫されていたことは、前年度の活動評価を基にともを考えることや、話し合いや会議で計画を確認しながら行うこと、現地側の課題に焦点を当てて意向をできるだけ取り入れることなどであった。また、メールの活用や、現地側の勤務形態を考慮し時間調整を行うなども行っていた(表 6-2)。十分に話し合えなかった研究でも、試案を作成して意見を求める、年度変わりの前後に管理職のメンバーと話し合う機会を設けるなどの工夫を行っていたが、十分でなかったことが挙げられた(表 6-3)。

研究実施段階における現地側との話し合い状況は、「十分に話し合えた」が 19 研究(79.2%)、「十分に話し合えなかった」が 5 研究(20.8%)であった(表 6-4)。研究実行段階で現地側と十分に話し合えた研究では、現地側共同研究者が参加できるような日程調整やメールの活用をすること、進捗状況が分かるように情報を共有することなど、情報共有の方法を工夫していた。また、多くの参加者が意見を言えるようにすることや、現地看護職の実践状況や意向を確認しながら、できる範囲で進めることなどを行っていた(表 6-5)。十分に話し合えなかった研究では、電話・メール・FAX、施設に出向くなど、多様な方法での話し合いや、組織としての方向性を確認しながら進めるなどの工夫をしてい

たが、時間の確保や日程調整、現地側の各共同研究者の意見の反映が十分でなかったことが挙げられた(表 6-6)。

### 7) 共同研究事業についての改善希望

共同研究事業について改善を望むこととして、複数年で取り組めるようにできると良いが 2 件、研究の種類を設けると良いのではないかが 1 件あった。自己点検評価に対する改善希望として、今後の見込みを含めて記載できるようにしてほしいが 1 件あった(表 7)。1 年ごとの申請では、報告書作成や研究倫理申請等の負担が大きいにも関わらず、申請時期に取組みが中断され非効率的であることが考えられ、改善策が必要とされる。

### 8) 共同研究の成果

看護実践の方法として改善できたこと・変化したことの項目には、患者・家族の思いを把握し、意思に沿った看護実践が行われるようになった、保健指導やケアの質向上につながった等、看護実践が充実・改善されたことが 8 件、看護実践の改善に向けて組織的・継続的取組みが促進されたことが 6 件、実践の改善・充実につながるツール、資料、教材等ができたことが 5 件等の記載があった(表 8-1)。

現地側看護職者の受け止めや認識の変化の項目には、実践の改善に向けた意識が向上したことが 9 件、他職種・他部署との情報・意見交換や連携することの意義が確認されたことが 7 件、看護職の学びや成長につながったことが 7 件等の記載があった(表 8-2)。

本学教員がかかわった事の意義の項目には、教員の知識・経験や研究データを提供することにより、現地での研究環境づくりに貢献できたことが 11 件、実践研究方法の助言・指導の機会になったことが 7 件、具体的な実践の改善に貢献できたことが 7 件等の記載があった(表 8-3)。

## 2. 現地共同研究者の自己点検評価

### 1) 共同研究の実施による実践の改善・充実状況、それにつながる状況や認識の変化

回答を自由記述からプレコーディングに変更したところ、記載数は 334 件となり、平成 21 年度の 116 件と比較し、3 倍以上の記載件数となった。多かった評価としては、実践の振り返り・見直しの機会となった(73 件)、実践の評価ができ、課題や問題点が明らかになった(57 件)、具体的な実践の改善・充実が見られた(46 件)、実践の改善・充実に向けての意識の変化や認識の深まりがあった(46 件)、他職種や他機関との連携がとれるようになった(46 件)、実践の改善・充実につながるツール、資料、教材等ができた(25 件)、実践の改善・充実につながるシステムができた(23 件)、その他(18 件)の順であった(表 9-1)。

### 2) 上記 1) の実践の改善・充実したこと以外でよかったこと

回答を自由記述からプレコーディングに変更したところ、記載数は 226 件となり、平成 21 年度の 102 件と比較し、2 倍以上の記載件数となった。多かった評価としては、他施設・他部署・他職種との情報交換・意見交換・交流ができた(93 件)、看護職者としての成長・学びにつながった(58 件)、実践していることを上司、同僚、他職種に伝え、認識してもらえる機会となった(32 件)、研究への取組み意識の変化、意欲の高まりがあった(24 件)、教員のサポートを受け、研究としてまとめること、発表することができた(13 件)、その他(6 件)の順であった(表 9-2)。

### 3) 共同研究の方法や進め方の改善希望

共同研究の改善に関するコメントは 32 件であり、前年度(38 件)と比べて減少している。その他の内、5 件はほとんど肯定的なコメントであったことから、実際には 27 件であった。

改善を求められた、共同研究の進め方や事例検討会の方法については、教員と現地看護職者との共通理解が必要である。このほか共同研究メンバーとしての参加方法や、大学側の体制、共同研究の認知度向上、共同研究成果の効果的な活用方法等に改善を求められた(表 10)。

### 4) 共同研究の主旨・目的や計画についての了解状況

研究の主旨・目的や計画を了解して参加できたかについては、「はい」が 143 人中 136 人(95.1%)であり、ほぼ了解して参加できていた。一方、「いいえ」は 5 人、無記入が 2 人であった。「いいえ」と答えた者のうち 4 人がその理由を記載していた(表 11)が、参加することが難しかったという内容であり、共同研究の主旨・目的や計画についての了解状況は不明である。「いいえ」の回答は特定の共同研究への参加者に多く見られた。この共同研究は開始からの年数がまだ浅く、広域かつ幅広い分野の多数の現地メンバーから構成されていることの影響も大きいであろう。今後、共同研究の主旨・目的や計画の認識を共同研究者間で一致させて進めていくことができると思われる。

### 5) 所属組織の了解状況、支援・協力状況、経過や成果の共有状況

本学では、共同研究による看護実践の改善・充実のため、現地側研究者の所属施設での組織的的了解や協力を得て、組織的な取組みとなることを目指している。しかし平成 22 年度は、少数ながら、その認識が不十分であるものや個人の能力向上のための参加と位置づけられているものがあり、共同研究に対する組織的的了解がされていると回答したのは 134 人(54 施設)、93.7%に留まった。組織的了解を得ているものは、医療機関では、看護部長に了解を得ているものが多く、行政では施設長や直属上司

に了解を得ているものが多いなど、施設の種類別に特徴が見られた。複数の立場の人に了解を得ているものも多くあり、組織内で共同研究の取組みを推進するために各施設の状況に応じて工夫されていることが伺える（表 12-1）。

組織の支援、協力については、124 人(49 施設)がありと回答しており、86.7%は支援が得られていた。その内容で最も多いのは「共同研究者以外の職員の理解・協力」で、次いで「時間・場所の保障」であった。支援・協力がなかった理由からは、特に支援・協力が必要でなかったことが伺えるが、必要な支援・協力を得ることに困難な状況がないか、今後もみていく必要がある（表 12-2）。

組織内での経過や成果の共有状況については、127 人(52 施設)がありと回答しており、88.8%は共有していた。「共有なし」と回答した者は参加年数 1 年が多く、メンバーのみでの共有に留まっていた（表 12-3）。

## 6) 共同研究継続の希望

「現在の共同研究課題を継続したい」と回答したのは 143 人中 78 人(54.5%)であり、現在の共同研究の中で取り組んでみたい課題は 11 件挙げられた。その内容は、連携やネットワークづくりに関するもの等であった（表 13-1）。「新たな共同研究課題に取り組みたい」と回答したのは 10 人(7.0%)であり、取り組んでみたい課題は 6 件挙げられた。その内容は、看取りや、スタッフのストレス調査等であった（表 13-2）。

次年度の共同研究への参加を希望しない者は 30 人(21.0%)で、前年度の 9 人(8.0%)より増加している。その理由としては、人材不足(4 件)や業務の充実・強化(3 件)、異動・退職(3 件)、研究メンバーの交替など、マンパワーに関連するものが多かった（表 13-3）。

## おわりに

共同研究に参加している教員と現地の共同研究者から、多様な視点で共同研究の成果や課題を捉えたいと考え、毎年この自己点検評価を実施している。特に、現地共同研究者の方からは、できるだけ記載の負担をかけずに奇譚のない意見が聴取できるよう、その方法を工夫してきているところである。平成 22 年度は、これまでに傾向が把握できている設問について選択肢を設けて尋ねることにした結果、記載件数の著しい増加が見られたことは評価したい。

分析の結果からは、例年通り、共同研究の取組みの成果として、教員・現地共同研究者双方の立場から、現場の看護実践の改善・充実や改善・充実に通じる看護職等の認識面の変化等を導いていること、現地共同研究者の主体的な参画は年々顕著になってきており共同研究が生涯学習の機会となっていること、さらに教員にとっては、教育に十分活用できていること等が確認できている。

改善を要する課題としては、参加するメンバー間の調整の困難さ、意思疎通不足等が挙げられており、このことは現地共同研究者と教員間、現地共同研究者間に共通するものであった。それぞれのメンバーが多忙を極める中での活動であるため、共同研究への取組み時間の確保も課題となっている。大学としては、平成 23 年度より 2 年計画の申請を認めて研究への取組み期間を確保する、申請時に各教員のエフォートの記載を求めて無理のない体制づくりを推奨する等の改善措置を講じている。今後も、さらなる共同研究の取組みの発展を導き、かつ研究の質の向上に向け、学内でも教員間で議論を重ねているところである。この自己点検評価結果も参考に検討を続けていきたい。

また、平成 22 年度は、現地共同研究者の方からの回収率が前年度の 50.5%より大幅に向上したことも特筆に値する。共同研究を教員とともにより発展・充実していこうとする現地共同研究者の方々の思いを感じることができた。

それぞれにご多忙中のところ、自己点検評価の記載にご協力いただいた皆様に感謝致します。

## 平成22年度 共同研究自己点検評価(教員)

表1-1 学内の教員共同体制の状況及びその成果:複数領域の共同体制をとっている 15研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
複数領域の共同体制をとっている(7)	6年(1)	共同体制を取っている。
	5年(2)	
	3年(2)	
	2年(1)	
	1年(1)	
複数領域の教員の参加により多面的な視点で検討することができた(5)	10年(2)	異なる領域の教員が参加することで取組みの評価の視点を複数もつことができた。 共同体制を取っている。成熟期看護学・地域基礎看護学領域の教員が参加していることで、がん患者の在宅療養支援について多面的な視点で検討が出来る。
	9年(1)	
	7年(1)	
	4年(1)	
複数領域の共同体制が多面的な現状理解・取組みにつながった(3)	4年(1)	共同体制をとっている。看護学、学校保健学、教育学の視座から児童の健康課題を析出し、課題解決への取組みを試みた。 同施設に実習、共同研究等がかかわってきた他領域の教員との共同体制をとっている。その経験をもとに、多面的に現状理解を深めるのに役立っている。
	2年(1)	
	1年(1)	

表1-2 学内の教員共同体制の状況及びその成果:複数領域の共同体制であるが不十分である 3研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
全員が検討会に参加できない場合もあった(2)	7年(1) 2年(1)	共同体制をとっている。他の業務との関連から現地で検討会に参加できない場合もあった。成果は未確認である。
進捗状況・成果を報告しアドバイスを得ている(1)	9年(1)	十分に取れているとは言えないが、進捗状況と成果報告などでアドバイスを得ている。

表1-3 学内の教員共同体制の状況及びその成果:複数領域の共同体制をとっていない 6研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
テーマへの関心・実施体制上一領域内での取組みとなった(4)	6年(1)	複数領域の体制ではない。テーマの関心度と教員のスケジュールにより可能なメンバーが参加した。 共同研究開始への経緯、テーマへの関心、実施体制上の理由により一領域の取組みである。
	4年(1)	
	3年(1)	
	2年(1)	
他領域に呼びかけていない(1)	9年(1)	医療機関内の特定の患者支援ということで、特に呼びかけを行っていない。また、参加の要望もなかった。
すでに他領域で同様のテーマで取り組まれている(1)	2年(1)	共同体制とれていない。研究開始の経緯、すでに退院支援について他領域で取り組まれていることもあり、1領域でのメンバー構成である。

表2-1 現地側の組織的な取組みの状況:組織的な取組みになっている 23研究

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
組織的な取組みである(11)	6年(1)	施設長、看護部長の了解のもと取り組んでいる。
	5年(1)	
	4年(2)	
	3年(3)	
	2年(3)	
	1年(1)	
施設長・管理者の了解のもと取り組む(3)	10年(1)	各共同研究者は研究目的の達成及び研究成果を実践の改善につなげることに ついて組織の責任者の了解を得ている。看護職者が複数いる施設について は、職場内で質問紙案を検討するなど共同研究者以外の看護職者も共同研究 のプロセスに関わっている。
	9年(1)	
	7年(1)	
看護部を中心として組織的に取り組む(3)	10年(1)	各施設の看護部(管理職)と共同しており、組織的な取組みである。 開始当初より看護部長・副看護部長自らが共同研究者の一員として加わってい る。人事異動があっても、新任看護部長には共同研究の主旨および成果を説 明し、メンバーとして加わってもらうようにしている。共同研究者は、看護部の委 員会組織の一つである勤労者看護委員会のメンバーとして活動している。
	9年(1)	
	1年(1)	
病棟全体で組織的に取り組む(2)	6年(1)	病棟師長も共同研究者であり、病棟全体の組織的取組みになっている。 看護部にも了解を得て、病棟全体の取組みとなっている。
	2年(1)	
全病棟的に取り組む(1)	5年(1)	本研究では、共同研究者である退院調整看護師が主体となって、担当病棟での病棟での退院支援システムの展開を促し、全病棟的に教育と実践の充実に 向けて取り組んだ。
関連部署の看護師が参加して取り組む(1)	9年(1)	医療施設の患者が入院する病棟の看護師、外来看護師、健診センター、透析室の看護師などが糖尿病患者と関連のある部署の看護師が参加しており、連携が取りやすい。
各施設の代表が参加し組織的に取り組む(1)	4年(1)	多施設による共同であり、メンバーは各施設の代表が参加しており、組織的取組みとなっている。
協働事業として役割分担して取り組む(1)	2年(1)	岐阜県医療整備課との協働事業として、県内の全看護職の退院支援の質向上に向けてワークショップを開催し、その成果を、各医療機関で共有できるように報告書を作成する。

**表2-2 現地側の組織的な取組みの状況:組織的な取組みであるが不十分である 1研究**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容
研究メンバー以外のスタッフとの連携が不十分である(1)	7年(1)	管理職も必ずメンバーに含み組織的な取組みである。しかし施設によっては各病棟で研究メンバー以外のスタッフとの連携は不十分である。

**表3-1 組織内での成果の共有状況:成果の共有ができていない 23研究**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
現地研修会で成果を報告している(10)	10年(1)	3月に行われる現地の研究会において今年度の取組みと共同研究報告と討論の会の状況を報告し、意見交換を行う予定である。
	9年(3)	
	7年(1)	
	5年(1)	
	3年(1)	
管理者・スタッフに成果を報告している(7)	6年(2)	医療施設内で共同研究の成果の発表会が毎年、行われている。同施設内の複数部署の中核となる看護師が参加しているが、スタッフレベルでどの程度共有されているかは不明。
	5年(1)	
	4年(2)	
	3年(1)	
	2年(1)	
管理者の参加により成果が共有できている(3)	6年(2)	検討会ごとに、施設長や関連部署の職種に検討内容の報告がなされている。
	5年(1)	
	4年(2)	
病棟全体の取組みとなっている(1)	3年(1)	研究メンバー以外の上司、同僚にも口頭での報告、資料の回覧がなされ、成果の共有はできている。
	3年(1)	
	2年(1)	
参加者間で共有できた(1)	4年(1)	病棟管理者が多数参加しているため、看護部、また病棟単位での成果共有ができています。
	3年(1)	
成果を看護実践の改善につなげている(1)	2年(1)	共同研究会議に共同研究者でもある上司も参加し、成果は共有できている。
	2年(1)	
病棟全体の取組みとなっている(1)	4年(1)	共同研究で考案されたケアガイドライン骨子に基づき試案を病棟全体で作成、実施に至っており、病棟全体の取組みとなっている。
	2年(1)	
参加者間で共有できた(1)	4年(1)	ワークショップを開催して、県内の医療機関の退院支援の現状や課題を共有し、意見交換することができた。
	2年(1)	
成果を看護実践の改善につなげている(1)	10年(1)	各メンバーは共同研究の成果を自らの保健指導の改善につなげている。

**表3-2 組織内での成果の共有状況:成果の共有ができるまでに至っていない 1研究**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容
成果報告を行っているのは一部である(1)	7年(1)	施設内で成果報告の機会を設けているところもあるが、一部である。

**表4-1 現地看護職の主体的な参画状況:現地看護職に期待した役割52件(24研究)**

カテゴリ(件数)	サブカテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例	
共同研究報告と討論の会のポスター作成と発表、抄録や報告書の作成(15)	共同研究報告と討論の会での発表(6)	10年(1)	共同研究報告と討論の会での発表	
		6年(1)		
		5年(1)		
		4年(2)		
		3年(1)		
	共同研究報告書の作成(4)	10年(1)	共同研究報告書の作成	
		5年(1)		
		6年(1)		
		2年(1)		
		2年(1)		
共同研究報告と討論の会での発表と抄録やポスターの作成(3)	7年(1)	共同研究報告会の発表、抄録の原案の作成等		
	6年(1)			
	5年(1)			
共同研究報告会の抄録と共同研究報告書の作成(2)	5年(1)	共同研究報告会の抄録作成・報告、報告書作成		
	3年(1)			
課題に対する取組みの計画立案と実践(4)		9年(1)	課題に対する取組み計画の立案、実施	
		7年(1)		
		6年(1)		
		3年(1)		
取組や調査内容の検討・実践(9)	調査対象や内容の検討および調査の実施(3)	9年(1)	アンケート及び面接調査対象者の選定、アンケート調査の実施	
		4年(1)		
		2年(1)		
調査内容の検討および調査の実施と分析(2)		10年(1)	保健指導を受けた対象者への質問紙の検討、調査の実施、調査結果のローデータ入力・単純集計。	
		2年(1)		
調査や実践を行うための現地側の調整(8)	取り組みを進めるための現地側の調整(5)	9年(2)	施設長への調査実施の了解を得ること 院内全体での退院支援の充実に向けた取り組みへの支援およびスタッフ教育 現地側の調整	
		5年(2)		
		1年(1)		
	現地側の協力を促してもらう(2)		6年(1)	各施設での現場の意見の集約 病棟看護師への説明
			4年(1)	
検討会の結果を実践に取り入れる方法の検討と実施(1)		5年(1)	共同研究に保健所保健師の協力を促してもらうこと 検討会の結果を実践に取り入れたり、取り入れる方法を現場で検討すること	

検討会や合同会議への積極的な参加(7)	検討会への参加および討議(3)	10年(1) 4年(2)	検討会への参加および保健指導の質についての討議。 アンケート調査後の検討会への参加 検討会による意見交換
	検討会の主体的な運営(2)	7年(1) 1年(1)	検討会の主体的な運営 現地で行う検討会の推進
	検討会での積極的な発言(1)	9年(1)	検討会での積極的な発言
	合同会議に参加して意見交換を行う(1)	3年(1)	合同会議に参加して意見交換を行う
検討事例の準備と事例検討(4)	検討事例の選択と提示資料としてのまとめ(3)	9年(1) 5年(1) 4年(1)	検討事例の選択、事例としてまとめる 検討事例の選択や提示資料の作成 検討対象となる事例に対する説明と同意の確認および検討会への事例提示
	事例の準備と事例検討(1)	3年(1)	作成した事例検討用紙を用いての情報収集及び事例検討
主体的な取り組み(4)	研究の全過程における主体的取り組み(2)	2年(1) 1年(1)	検討会の進行、報告、報告書作成まで一連の過程で主体的に取り組む 施設側からの課題提案により始めた研究であり、計画、検討会の進行、報告、報告書作成まで、主体的に取り組む
	主体的に取り組みを進める(2)	6年(1) 3年(1)	主体となって取り組みを進める 各自治体での取り組みを主体的に推進する
研修会や研究会の企画運営(4)	研修会や研究会の企画運営(3)	10年(1) 9年(1) 2年(1)	勤労者看護研修の運営 研究会の企画・運営
	ワークショップ開催準備(1)	2年(1)	ワークショップ開催に向けた準備
取り組み内容の検討と専門知識の教授(1)	取り組み内容の検討と専門知識の教授(1)	7年(1)	看護職にはDVDの内容、構成の検討および改善点についてコメントを得た。歯科衛生士にはDVDの撮影時のデモンストレーションおよび専門職としての正しい知識の教授。

**表4-2 現地看護職の主体的な参画状況：現地看護職が果たした役割61件(24研究)**

カテゴリー (件数)	サブカテゴリー (件数)	継続年数 (件数)	記載内容の例
研究計画の検討と研究計画に沿った実践(12)	研究計画に沿った実践(6)	9年(1)	病棟独自の退院支援システムの考案への支援・実施への支援およびスタッフ教育
		6年(1)	主体となって取り組みを進める
		5年(2)	検討会で提案された支援方法を用いた継続支援、経過の報告
		3年(2)	
	課題に対する取り組みの計画立案と実施(4)	9年(1)	質問紙の検討。各施設に入院している患者への調査の実施。
		7年(1)	
		6年(1)	課題に対する取り組み計画の立案、実施
		4年(1)	
	調査内容の検討および調査の実施と分析(2)	10年(1)	保健指導を受けた対象者への質問紙の検討、調査の実施、調査結果のローデータ入力・単純集計
		2年(1)	
		10年(1)	
		7年(1)	
共同研究報告と討論の会での発表(10)	共同研究報告と討論の会での発表(10)	6年(2)	共同研究報告と討論の会での発表
		5年(1)	
		4年(2)	
		3年(1)	
		2年(1)	
		1年(1)	
検討会や合同会議への積極的な参加(9)	検討会や会議への参加と積極的な意見交換(5)	10年(1)	検討会への参加および保健指導の質についての討議
		9年(1)	検討会での積極的な発言
		4年(2)	
		3年(1)	合同会議に参加して意見交換を行う
	検討会の主体的な運営(4)	7年(1)	検討会の主体的な運営
		2年(1)	
		1年(2)	
調査や実践を行うための現地側の調整(6)	実践する為の現地側の調整(4)	9年(2)	施設長への調査実施の了解
		5年(1)	現地側の調整
		1年(1)	
		6年(1)	病棟看護師への説明
	現地側の協力を促してもらう(2)	4年(1)	共同研究に保健所保健師の協力を促してもらった
		7年(1)	報告書の原案作成
		6年(2)	共同研究報告会の抄録・ポスター案作成
		5年(1)	
	抄録と報告書のおおよその作成(1)	2年(1)	
		3年(1)	共同研究報告会の抄録と報告書のおおよその作成
研修会や研究会の企画運営(4)	研修会や研究会の企画運営(3)	10年(1)	研修会の企画運営
		9年(1)	研究会の企画・運営
		2年(1)	
		ワークショップ開催準備(1)	2年(1)
検討事例の準備と事例検討(4)	検討事例の選択と提示資料としてのまとめ(3)	9年(1)	検討事例の選択や提示資料の作成
		5年(1)	検討対象となる事例に対する説明と同意の確認および検討会への事例提示
		4年(1)	
	事例の準備と事例検討(1)	3年(1)	作成した事例検討用紙を用いての情報収集及び事例検討

共同研究報告と討論の会への参加(3)	共同研究報告と討論の会への参加(3)	9年(1) 5年(1) 3年(1)	発表と討論の会への参加 共同研究と討論の会への出席および意見交換
共同研究報告書の作成(2)	共同研究報告書の作成(2)	10年(1) 2年(1)	共同研究報告書の作成
共同研究報告と討論の会の抄録と報告書作成(2)	抄録と報告書作成(2)	5年(1) 1年(1)	抄録・報告書作成
取組み内容の検討と専門知識の教授(2)	取組み内容の検討と専門知識の教授(1)	7年(1)	看護職にはDVDの内容、構成の検討および改善点についてコメントを得た。歯科衛生士にはDVDの撮影時のデモンストレーションおよび専門職としての正しい知識の教授。
	現地側の立場からのアドバイス(1)	2年(1)	児童の健康課題析出の際に児童の学校での実態に即したアドバイス、課題解決に向けた取組み時に資料の提供を受けた。
発表と討論の会のパワーポイントの作成(1)	発表と討論の会のパワーポイントの作成(1)	5年(1)	発表と討論の会のPPの作成

**表5-1 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと: 講義 12研究**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
研究で得た知識や研究成果を活用した(4)	9年(1) 7年(2) 5年(1)	妊婦の看護、母乳育児支援の授業で取組みについて話をし、研究で得た知識を活かすことができた。 概論Cおよび方法10での日本および岐阜の精神保健福祉の概説に成果の一部を活用。 地域で生活する高齢者の実態や彼らを取り巻く資源について、具体例を提示している。
共同研究の取組みを紹介した(3)	10年(1) 3年(1) 2年(1)	学部の授業において、授業協力者として共同研究の取組みを紹介してもらっている。 地域基礎看護方法8の行政に所属する看護職の役割の授業で共同研究の取組みを紹介。
看護職の活動内容や役割を紹介した(3)	4年(2) 3年(1)	過疎地域における看護職の活動内容の紹介。 過疎地域における国保病院及び看護職の役割について
講義内容を考える際の参考や素材とした(2)	6年(2)	地域基礎方法1の素材。 成熟期看護方法1の介護予防の単元の内容を考える際に参考にした。

**表5-2 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと: 領域別実習 8研究**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容
共同研究の取組みや研究成果を実習指導に活用した(3)	9年(1) 7年(1) 3年(1)	病棟-外来間の連携や継続看護について、具体的な事例概要を学生に紹介した。 これまでの共同研究の成果が保健師および教員共に実習指導に活かされている。 カンファレンス時に共同研究の取り組みについて意図的に伝えるようにしている。
担当患者の理解や支援を考える際に活用した(3)	7年(1) 5年(1) 4年(1)	学生が受け持った患者の退院後の支援を考える上で役立った。 学生が担当する患者の置かれている状況の理解に成果の一部を活用。 高齢者をとらえる視点や他職種と連携する際の看護職の視点について学生の考えを深めることに活用している。
訪問看護実習及び外来見学(1)	4年(1)	訪問看護実習及び外来見学。
共同研究の取組みに興味のある学生に対する情報提供(1)	2年(1)	共同研究を行っている施設は領域別実習を行っている施設であり、共同研究の取り組みについて興味のある学生は知る機会を得た。

**表5-3 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと: 卒業研究 4研究**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容
学生の課題と共同研究の課題が同じだったため、取組み内容を活かすことができた(2)	9年(1) 7年(1)	卒業研究施設が行っている専門職教育と同じ課題であり、卒研学生の生涯学習支援に活かされている。 共同研究メンバーの病棟での実習であり、学生のテーマとも重なっていたため、病棟の活動を理解しながら実習を実施。
学生の受け入れや教育(1)	6年(1)	卒研学生の受け入れ・教育。
受け持ち患者のケアの参考にできた(1)	2年(1)	ケアガイドラインをもとにした保健指導パンフレットなどを参考にしながら、卒業研究で受けもった患者へのケアの参考にすることができた。

**表5-4 共同研究の取組みが教育活動に活かされたこと: 大学院 13研究**

カテゴリ(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
大学院生の研究・実践活動に活用できた(4)	9年(1) 6年(1) 5年(1)	大学院生も参加しており、研究活動にも活用できている。 共同研究者の1人が院生であり主体的に退院支援の実践の充実にに向けて取り組んでいる。

	2年(1)	博士課程のデータ収集
授業で取り組みを紹介した(3)	10年(1) 9年(1) 2年(1)	大学院の授業において、実践研究の経過・発展について紹介している。 授業において、研究的取り組みの紹介をしている。
臨地の実態を紹介した(2)	5年(1) 3年(1)	過疎地域における国保病院の役割と地域住民の生活実態の紹介
研究指導の参考となった(2)	7年(1) 6年(1)	研究指導の参考になっている 大学院生の研究テーマや当該施設の現状の理解に活用
実習施設依頼に繋がった(1)	4年(1)	CNSの実習施設依頼につながった
共同研究者を非常勤講師とすることで、講義時の話し合いがスムーズにできた(1)	2年(1)	共同研究メンバーの県保健師が院の非常勤講師でもあり、講義時に県内の状況を話し合うことがスムーズにできた。

**表5-5 共同研究の取り組みが教育活動に活かされたこと: 卒業生 4研究**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
卒業生の支援につながっている(2)	6年(1) 3年(1)	所属に卒業生もいるので卒業生支援につながっている。
卒業生の現任教育となっている(2)	9年(1) 2年(1)	共同研究施設に卒業生が所属しており、現任教育とリンクしている。 共同研究者に卒業生が存在しており、現任教育とも関連している。また、共同研究者ではないが、本学卒業生も病棟におり、今回の共同研究を通した取り組みに参加している。

**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 3研究**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
現任教育に活かされている(2)	4年(1) 3年(1)	現任教育(中堅期保健師対象のステップアップ研修)の指導に活かされている 現任教育(新任期保健師研修に活かされた)
共同研究者をワークショップの講師として依頼した(1)	5年(1)	本研究の共同研究者に他の共同研究の退院支援ワークショップの講師を依頼した

**表6-1 現地側との話し合いの状況: 研究計画作成過程**

十分に話し合えた	20
十分に話し合えなかった	4

**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 20件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
前年度の活動評価を基に今年度の計画を共に考えた(5)	10年(2) 7年(1) 2年(2)	長期に継続しており、勤労者看護を実践できる人材育成という長期的な目標に向かって、活動評価に基づき当該年度の計画について話し合った。 前年度の結果から今年度の方法を共に考えた。 継続研究であるので、年度前から次年度の相談をしていた。
計画は話し合いで確認しながら行う(4)	9年(1) 5年(1) 2年(2)	継続実施であるので計画は話し合いの中で確認しながらおこなっている。 毎回方向性の確認をした。
計画を共に検討し、全体会議で確認して共有している(3)	2年(1) 3年(2)	共同研究者全員参加の全体会議で、本年度の計画を共有した。 各市町と年度初めに個別に相談の機会を持ち、初回の合同会議で再度確認した。
現地側の課題に焦点を当てて意向をできるだけ取り入れるようにした(3)	4年(2) 1年(1)	現地側の課題や意向をできるだけ取り入れることとした。 前年度の成果を踏まえ、現地側共同研究が課題としていることに焦点を当て計画した。
メールを活用した(2)	6年(1) 2年(1)	メールでのやり取りを主に行った。 会議の時間だけでは十分でなかったため、メールを活用した。
現地側の勤務形態を考慮し時間調整を行った(2)	6年(1) 5年(1)	現地側の勤務形態を考慮し時間調整をした。 検討会を勤務時間終了後に設定し、現地の希望に沿って実施した。
長期的な展望の中での単年度計画としているため理解を得やすい(1)	9年(1)	長期に継続している研究であり、長期的な展望の中での単年度計画であるため、理解を得やすい。なお、今年度の途中から参加している施設とは、十分に話し合えていない。

**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 3件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
試案を作成して意見を求めた(2)	3年(1) 1年(1)	前年度の成果をふまえた試案を案を作成し、意見を求めた。 たたき案を提示し、意見を求めた。共同研究者の中心者との話し合いが多くなった。
年度変わりの前後に管理職のメンバーと話し合う機会を設けた(1)	7年(1)	前年度末および年度初めに研究メンバーだけでなく管理職のメンバーとも話し合う機会を設けている。しかし、管理職の交替や欠席などで、直接的に話し合えていない施設もあった。

**表6-4 現地側との話し合いの状況:研究実行段階**

十分に話し合えた	19
十分に話し合えなかった	5

**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:研究実行段階 18件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
現地側共同研究者が参加できるように日程調整を行った(3)	9年(1)	多くの共同研究者が出席できるように検討会の日程調整を行った。
	6年(1)	現地側の日程に合わせて検討会、ワークショップを開催し、十分協力が得られた。
	2年(1)	現地側の勤務形態を考慮し時間調整をした。
メールを活用した(3)	3年(1)	メールでのやり取りを主に行った。
	2年(2)	メールを活用して連絡を取り合った。
		メールを活用して、当日資料なども含めて具体的に相談した。
多くの参加者が意見を言えるようにした(2)	9年(1)	新しい参加者が、増えたので、参加者それぞれの意見が発言できるように進めた。
	5年(1)	事例を提示した人もそうでない人も、自分の体験と照らし合わせて意見が言えるようにした。また、意見を集約して、方向性を見出すことができるようにファンリテートした。
共同研究者間で進捗状況が分かるように情報を共有した(2)	4年(1)	前回の会議録を含めた資料を毎回の会議で準備し、進捗状況が視覚的にも分かるようにした。また欠席者にも記録を渡すことで全員が参加している意識を持てるようにした。
	3年(1)	現地スタッフの全体会議で、共同研究の進捗状況を報告し、共有している。
現地看護職の実践状況や意向を確認しながら、できる範囲で進めた(2)	10年(1) 3年(1)	現地側看護職の所属施設での実践状況を踏まえ、各施設における調査実施方法のアレンジ等の範囲を提案した。その結果、複数施設で共通に使用できる質問項目作成を実現でき、調査の円滑な実施が行えた。
		現地看護職の意向・実践できる範囲を確認しながら進めた。
方向性や内容の理解を確認しながら進めた(2)	2年(2)	毎回方向性の確認をし、理解の状況を把握した 実施の段階で内容を確認しつつ実施した。
今までの活動経緯を確認しながら話し合い、現地側の主体性を重んじた(1)	10年(1)	勤労者看護を実践できる人材育成という長期的な目標に向かって活動していることをこれまでの経緯も確認しながら話し合うこと、現地側の主体性を重んじることを実行した。
現地側が準備した資料を用いて検討会を行った(1)	5年(1)	検討会開催の際には、現地側で検討内容や資料を準備してもらえたので、それに沿って検討することができた。
課題解決に向けた方策が見出されるように努めた(1)	4年(1)	検討会では、現地側の実践が具体的に提示されるよう働きかけ、課題解決に向けた具体的な方策が見出されるように努めた。
資料を作成して打ち合わせを重ねた(1)	1年(1)	資料を作成し、打ち合わせを重ねた。

**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:研究実行段階 5件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容
電話・メール・FAX、施設に向向くなど、多様な方法で話し合いを進めた(2)	9年(1)	共同研究者は看護部のトップであり多忙なため、電話やメール、施設に向向くなど、多様な方法で話し合いをすすめた。教員と各施設との話し合いはできたが、合同での話し合いの時間は確保できなかったことが課題である。
	7年(1)	3施設と共同しているが、遠方の施設でキーパーソンが体調を崩されたことがあり、電話、FAXで連絡を取り合ったが、その施設とは十分とは言えなかったと思う。他の2施設は十分に話し合ったと思う。
組織としての方向性を確認しながら進めた(1)	9年(1)	組織としての方向性を確認しながら進めている。(しかし日程調整が難航)
2施設合同の話し合いが中心となり、各施設ごとに十分にできなかった(1)	6年(1)	2施設合同会議での話し合いが中心となってしまい、各施設ごとに十分にできなかった
検討を進める過程で、毎回方向性を確認した(1)	1年(1)	主たる研究者との話し合いは十分だったが、他のメンバーが同じように理解して取り組んでいたかは、十分でなかった。検討を進める過程で、毎回方向性を確認していたが、メンバーの意見が反映されるような工夫が必要だった。

**表7 共同研究事業についての改善希望 4件**

カテゴリー(件数)	継続年数(件数)	記載内容の例
複数年で取り組めるようにできると良い(2)	7年(1) 2年(1)	単年度単位ではなく、複数年で取り組めるようにできると良い
研究の種類を設けると良い(1)	3年(1)	科研のようないくつかの研究種類(トライアル、萌芽的、2年計画等)があると共同研究しやすくなるのではないかと考えます。
自己点検評価に、今後の見込みを含めて記載できるようにしてほしい(1)	1年(1)	自己点検評価の中で、今年度は直接教育に活用できたとは言いが、今後活用できると思われることについても記載できるようにしてほしい。

表8-1 本事業の成果:看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと 59件

カテゴリー (件数)	サブカテゴリー (件数)	継続年数 (件数)	記載内容(要約)の例
実践状況や課題、今後の支援の方向性を共有・明確化できた(13)	改善に向けた取組みの必要性や実践上の課題・問題点が明確になった(5)	10年(1)	院内全体での事例検討会の開催により、部署の特徴を生かした退院支援システムの必要性や実践する上での課題が明確になった。
		5年(1)	
		4年(1)	退院調整・支援には医療のみの観点でアセスメントを行い、退院調整・支援に結びつけていくのではなく、介護力へのアセスメントの重要性や排他などに日常生活に密着した評価が必要であることが分かった。
		3年(1) 2年(1)	
実践状況や課題、今後の支援の方向性を共有できた(4)		5年(1)	各市町の取組み推進にあたって、他市町との意見交換の機会を持つことにより、具体的な取組み方法に関する困りごとについてお互いの経験を伝えあい、自市町の取組み方法を考えることができた。
		3年(1)	
		2年(2)	事例検討により、他施設における類似事例とその取組みおよび成果を共同研究者間で共有し、看護実践の工夫や改善方法を考える機会になった。
看護実践の質向上に向けた意識の高まりにつながった(4)		9年(1)	同じ地域を担当する保健師間でお互いの実践状況を共有していくようになった。
		3年(1)	
		2年(1)	関係者が事例検討により対象の情報が集約・共有され、対象への援助の方向性が関係者全員で確認できた。
		1年(1)	
実践に対する看護職の認識の変化や意識の高まり・理解促進につながった(9)	対象や実践に関する気づきから援助姿勢や役割認識の変化につながった(3)	9年(1)	現地共同研究者が主体的に発表、抄録・報告書の作成など研究をまとめ報告するプロセスを踏むことで、自信や達成感を得て、課題解決に向けた看護実践への意欲の高まりに繋がった。
		5年(2)	
		2年(1)	退院支援の具体的な取組み内容が紹介され、参加者の取組みへの意欲の向上につながった。
		10年(1)	看護師は、自己管理困難と捉えた糖尿病患者を、努力しない人、出来ない人と捉える傾向にあったが、どんな患者も「努力している人」「努力できる人」と看護師自身が信じることで、評価者のみの姿勢で支援するのではなく、相談者の役割も得ることができることが認識できた。
施設内外の他職種と連携・協働する必要性を認識できた(2)		9年(2)	「やる気がない」と捉えられていた患者が、退院後も入院中の支援を活用して努力している状況が検討会参加者に紹介されたことで、参加者全員が「患者は努力する存在」であると再認識でき、相談者としての姿勢で患者に接する下地が形成された。
		5年(1) 4年(1)	看護職の役割として、施設内外の他職種と連携・協働する必要性を再認識できた。
看護実践が充実・改善された(8)	患者・家族の思いを把握し、意思に沿った看護実践が行われるようになった(3)	5年(1)	病棟看護師が退院支援に対して、意識的、積極的になり、患者・家族の意思に沿った退院支援が行われている。
		7年(1)	
		6年(1)	事例情報記録用紙の活用により、入退院を繰り返すの情報収集不足に気づき、入院早期より、家族に今までの生活や今後の意向を聞くようになった。
		3年(1)	
保健指導やケアの質向上につながった(3)		10年(1)	本報告は中間報告の段階であるが、前述したような看護職の意見から、保健指導の振り返りや質の向上につながっていると評価してよいと思われる。
		5年(1)	
		2年(1)	プライマリーナースが時間外に対応→ルティーンで行われる保健指導に加えて、補足する形で、患者のニーズを満たすことができ、業務改善(時間内での対応)さらに質の高いケアを提供できるようになった。
保健事業(教室)の方法・内容が改善され、質が向上した(2)		7年(1)	妊娠中からの口腔ケアの大切さがわかり、母親教室が改善した。
		6年(1)	共同研究メンバーが、介護予防教室の昨年度までの方法で課題と感じていた点を、教室対象者・参加者への聞き取りから捉えた住民の実態・ニーズに基づいて改善することができた。
他職種・他機関との交流・連携が深まった(7)		10年(1)	地域住民や関係機関・関係者から情報収集をして地域の実態を知る試みを行ったことにより、地域の関係機関・関係者と連携が取れるようになった。
		7年(2)	
		6年(1)	民生委員や主治医などの関係者と直接顔を合わせて検討する機会が持てたことで、その後の情報交換が容易となり、保健師と関係者との連携が深まることとなった。
		4年(1) 3年(1) 2年(1)	終末期がん患者の在宅支援を行っている地域の拠点病院とがん診療連携拠点病院の看護師が、事例検討会で直接会って現状と課題を検討でき、今後の連携強化に結び付けることができた。
看護実践の改善に向けて組織的・継続的取組みが促進された(6)		10年(2)	退院支援システムづくりについては、看護部実践委員会のひとつである継続看護推進委員会を軸にした退院支援システム整備が年間計画に基づき計画的に行われており、10病棟がシステムの作成を行うことができた。
		6年(1)	
		5年(1)	保健指導は、プライマリーの助産師だけに任ざれており、病棟全体で取り組むことで、チームの皆が患者と関わるようになった。
		3年(1) 2年(1)	看護師の異動があっても取組みは引き継がれ、共同研究者の看護師を核として、新たな退院支援の取組みが開始された。
実践の改善・充実につながるツール、資料、教材等ができた(5)		10年(2)	取組みの中で勤労者看護研修用「労働生活インタビューシート」というツールの作成ができた。
		5年(1)	
		3年(1)	事例検討での情報共有を有効にするためにエコマップ・ジェノグラムを用いた事例検討シートを作成し、そのシートを用いた事例検討を継続し有効性が確認できた。
		2年(1)	必要なマニュアルの作成、記録用紙の整備、施設における麻薬管理方法の明確化など具体的な改善の機会となった。

実践の振り返り・見直しの機会となった(5)	10年(2) 9年(2) 4年(1)	看護師の援助に対する入院患者の満足度を測定するために、看護ケアに対する期待度と満足度を把握するための質問紙調査を実施、回収した段階であり、直接的には実践の改善に結び付けるまでには至っていないが、調査を行うことで、測定尺度に用いたケア内容について実践を振り返る機会となり意識づけにはなつたと考える。 日常業務を振り返る意義が共通認識となり、保健師活動を改善していく組織的仕組みとして発展しつつある。
現任教育の充実・改善につながった(5)	10年(2) 9年(1) 4年(1) 1年(1)	それぞれの部署で行なっている新任期保健師の指導方法を確認する機会となり、新任期保健師指導の改善につながった。 チェックシートの活用により、指導保健師と新任保健師が共通して実践内容を確認することができ、計画的な新人育成や指導の充実につながった施設もあった。 新任師長同志でマネジメント上にどのような困難があるか、どのように対処してきたのか、実情を率直に共有する機会となった。検討の過程で、困難の内容が変化し、より具体的かつ全体的な視野で、日々の師長業務を考えるよう視点が広がっていった。
看護職者が課題に取り組みやすい条件を整えることができた(1)	1年(1)	看護職が日頃から課題と思っていた事柄を推進しやすい条件を整えることができた。

**表8-2 本事業の成果:現地側看護職者の受け止めや認識の変化 53件**

カテゴリー (件数)	継続年数 (件数)	記載内容(要約)の例
実践の改善に向けた意識が向上した(9)	9年(1) 7年(1) 6年(2) 5年(1) 3年(1) 2年(2) 1年(1)	共同研究事業を活用して自分たちの業務を見直し、さらによいものに改善していこうという考え・姿勢で取り組まれている。 家での患者・家族の生活、家族の思い、環境等は在宅で患者が過ごす上で大きな要因であることに気づき、退院に向けて情報収集する上での意識が変わった。 事例検討会を通して、「退院支援の方法を可視化することで、自分自身が何をするのか、今後どうするとよいか分かる支援がすすめられそうで楽しみになってきた」といった実践の改善を期待する気持ちが見られた。
他職種・他部署との情報・意見交換や連携することの意義が認識された(7)	9年(1) 7年(1) 4年(1) 3年(1) 2年(2) 1年(1)	異なった部署でも援助が継続されていることを知ったり、検討会での討議内容を実践して成果を得るにより、異なる部署に所属するもの同士の情報や意見交換の必要性が認識された。 母乳育児支援に携わる職種間の相互理解が深まったことで、他職種とともに取り組む意義を理解し、他の課題でも共同した取り組みができることと考えられた。 この検討会の場が病院と地域との交流の機会になっており、看護職間の連携の必要性や可能性を確認することができた。
看護職の学びや成長につながった(7)	10年(1) 7年(1) 6年(2) 3年(2) 1年(1)	共同研究としての取り組みそのものが自分の学びや成長につながったと捉えられていた。 歯のケアについて学び、自分なりに基本を押さえることができた。 具体的な看護実践の改善・充実が見られ、看護職者としての成長・学びにつながった。 保健師間で事例検討の成果を共有することは、事例に直接関わっていない保健師であっても対象理解を深め援助を判断する能力の育成につながると考えられた。
実践を振り返る意義が確認された(5)	9年(3) 4年(1) 1年(1)	共同研究に取り組むことで実践を振り返る機会となることが期待されている。 入院中の支援が外来通院中の患者に活かされていることを知る機会となった事例の振り返りにより、患者との関わりを深く持てるようになったと感じる。 日常的に取り組んでいるOJTの意味や課題を確認する機会として受け止めており、日常業務を振り返る意義が共通認識となっている。
課題が明確化された(3)	6年(1) 2年(1) 1年(1)	事業(介護予防教室)の評価ができ、課題が明らかになったという点で有効であったと考えている。 連携にあたっての互いに窓口が複雑であり、連携するための仕組みが不十分であるという課題が明確になった。
看護職の教育の充実につなげようとした(3)	5年(1) 4年(2)	共同研究者間での定期的な検討が病棟看護師への教育支援の方策を考える契機となった。 チェックシートの活用や圏域フォローアップ研修の実施により、新人保健師の指導の現状や現任教育の課題が明らかになり、県の保健活動指針や研修マニュアルの見直しに役立てることができる。
今後の取り組みにつながると捉えられた(3)	6年(1) 5年(1) 3年(1)	本研究による情報収集・分析した結果が、今後の活動の資料になるといった点で有効であったと考えている。 本研究で明確になった退院支援の課題が、各部署の次の課題へと繋がっている。
主体的に共同研究に取り組まれた(3)	10年(1) 2年(1) 1年(1)	保健指導の質的な面からの評価という現地看護職が日常取り組みたいと思っている課題について、継続して取り組んできたため、主体的な活動になっている。 現地側からの課題意識をもとに立ち上げたため、自分たちの課題であるという姿勢で検討会が始められた。

スタッフ間の意識統一が図られた(2)	6年(1) 2年(1)	スタッフ(研究メンバー)が交代したが、本研究のプロセスを通じて、介護予防教室に対する考え、方法を合意していく機会となり、有効であったと思われる。 現状の退院調整・支援のあり方から、課題に対する捉え方が変化し、退院調整・支援に対する共通認識ができ、改善の方向性を一致させることができた。
研究への取り組み意識が高まった(2)	5年(1) 4年(1)	事例提供者は、実践を振り返り、まとめてわかりやすく伝えることの難しさを経験し、次年度はわかりやすく報告できるようにしたいと意識が高まっている。 外来スタッフ全員がそれぞれの役割をもち、共同研究報告と討論の会においても、発表者、討議への参加も積極的にこなしたことから、これからの自施設における看護研究への取り組みにも十分活かしていけると思われた。
看護職の役割が明確になった(2)	5年(2)	事例提供者も事例検討会参加者も共に看護実践を振り返り検討することで、より看護職としての役割が明確になったと認識していた。 退院調整看護師の役割の明確化に繋がった。
根拠やニーズに基づく実践の改善の意義が確認された(2)	6年(1) 2年(1)	地域に向かい住民や地域資源の現状、生の声を捉えるという方法、その結果に基づいてニーズを整理する方法を実践することができた。そしてこの方法の意義やよい影響を確認することができた。 健康的な生活を送ることの大切さについて根拠に基づいた指導を徹底したことにより、児童や保護者の実践化を促すことができたと思われる。
日常的に課題に取り組む姿勢になった(2)	10年(1) 2年(1)	昨年度までの結果を受けて、各看護師が勤労者看護に触れる機会を増やし、日常の看護実践において構えずに勤労者看護に取り組めることを今年度の目標と設定して活動を進めている。 システムとして確立したが、改善の余地もあることが認識されており、今後は研究として継続するのではなく、業務の一環として取り組まれる予定である。
実践してきた看護の意義が確認された(1)	9年(1)	病棟勤務者が、退院後の患者に対する外来支援の状況を聞くことで、入院中の実践が患者にどのように活かされているかを知ることができ、自分の実践の意義を知ることにつながった。
実践の評価に活用できることを期待された(1)	9年(1)	看護ケアの評価として質問紙を活用できることが期待されている。
対象者の理解につながった(1)	7年(1)	長年に亘り行われてきた看護師による患者の金銭や私物の管理や決まりごとについて見直すことができ、本来あるべき患者自身による管理に戻すことで、患者の持っている力の大きさに看護師が気づくことができた。

**表8-3 本事業の成果:本学教員がかかわった事の意義 61件**

カテゴリー (件数)	継続年数 (件数)	記載内容(要約)の例
現地での研究環境づくりに貢献できた(11)	10年(1)	他施設看護実践事例を紹介すること、研究的に明らかとされているデータを伝達することで、看護実践に活用された。
	9年(1)	教員が多様な経験を活かして、施設職員の疑問に対応した。
	7年(1)	新たなものを作り上げていく過程において、教員は共同研究者として共に考え、理論的裏付けとなる資料等を提供し、成果としての客観的な評価の方法について検討してきた。
	4年(1)	
	3年(1)	
	2年(4)	
実践研究方法の助言・指導の機会になった(7)	1年(2)	教員が現地側共同研究者とともに活動することを大切に、現場を中心とした取り組みを行えた。
	10年(1)	調査の実施や、患者に対する倫理面の保障や、客観的立場に立った検討が可能となる。
	9年(2)	調査実施方法のアレンジ等の範囲を提案した結果、複数施設で共通に使用できる質問紙目作成を実現でき、調査の円滑な実施が行えている。
	6年(1)	
	3年(1)	教員が取り組み計画や結果の解釈、まとめ方等への助言や共に行うことで、成果を他者にみえるようにする。
具体的な実践の改善に貢献できた(7)	2年(2)	現場の看護師が研究のあり方を修得する機会になった。 日ごろの経験から暗黙のうちに得ている重要な知識を明確にし、退院調整・支援システムに活用していくよう検討の方向性を提案することで、改善の対策につながる検討に貢献できた。
	9年(1)	看護ケアについて客観的に評価できる質問紙の作成を進めることができ、それを活用して、実践現場の看護ケアの質の向上につなげることができる。
	6年(1)	
	5年(1)	教員が、がん診療連携病院と在宅支援をしている地域の病院との調整役を担うことで、終末期がん患者の現状に即した支援体制を整えていくための活動へと結びつけることができた。
	4年(2)	
実践を振り返ることで、看護職の考えを深めることができた(6)	2年(2)	チェックシートの活用により新任保健師が到達すべき看護実践能力を指導保健師と確認することができ、新任保健師にとって自己の実践の改善につながると考える。
	9年(2)	現場での雰囲気や患者の捉え方を共有していない教員とともに現場の実践者が実践を振り返ることで、これまで気づけなかった患者の新たな面を知ったり、看護師自身の内省を引き出すことが可能となる。
	7年(1)	教員の専門性を活かし意見や疑問を提示することで、施設内では当たり前のこととして行われてきた看護を振り返るきっかけを作ることができた。
	5年(1)	
	3年(1)	発問・質問を意図的に行うことにより、個々の事例を丁寧に振り返り、現状の課題や今後の看護のあり方、看護職の役割などを考える機会となり、個々の看護職の考えを深めることに繋がった。
	1年(1)	保健師等の集団全体で、要援助世帯への援助方法を検討し、援助の振り返りをする機会になっている。

生涯学習支援として、現任教育体制の充実につながった(6)	7年(1) 5年(1) 4年(2) 3年(2)	<p>新人指導における課題や工夫している点等を把握する中で、指導保健師の指導力に関する現状や課題が明らかになり、指導保健師の指導力向上に向けての方策や、保健所や市町村の現任教育体制整備に向けて必要なことを検討することができた。</p> <p>新任保健師研修に関する県との共同研究の報告を聞き合同討議することで、県の研修会と当市で行うOJTをつなげて考えることができた。</p> <p>母乳育児支援に関わる専門職者の生涯学習のニーズにそった内容、開催時期、方法になるように企画できたと思われる。</p> <p>現地側共同研究者が支援した事例を用いた検討会を実施することは、現地側共同研究者らが地域の課題や看護を考える機会となるため、看護職者の生涯学習支援として貢献できたと考ええる。</p>
現地看護職間の課題の共有と協働的取組みを進めることができた(5)	10年(1) 6年(2) 3年(1) 2年(1)	<p>複数施設の看護職が検討できる場を作り、現地看護職の抱える共通の課題の整理と具体的取組みにつながった。</p> <p>共同研究として取り上げ、合同会議の場を設けて進めるという方法を取ったことにより、健康日本21地方計画の推進という同じ課題に取り組む仲間としてじっくりと話し合いをする機会を作ることができた。</p> <p>共同研究の報告と討論の会では、多くの地域保健師と病院看護師が参加して、活発な意見交換が行われ、課題を共有する機会となった。</p> <p>地域包括支援センターの活動における課題の明確化、課題に対する改善方法の検討に関して役割を果たしたと考えることができた。</p>
研究活動とその成果を教育に活用することができた(5)	10年(1) 7年(1) 6年(1) 4年(1) 3年(1)	<p>本研究に関わった教員が、本年度の活動結果を自身の授業や実習等に活用することができており、本学の教育の充実にも寄与できたと考える。</p> <p>この取組みについては、育児支援の視点で助産概論、助産方法においても取り上げており、大学教育の充実にもつながっている。</p> <p>教員にとっては、地域包括支援センターの現状を理解する機会となっており、大学院・学部の教育の参考としたり、看護学のテキストの介護予防に関する項の執筆に活かすことができた。</p>
客観的かつ中立的な意見交換をすすめることができた(4)	4年(1) 3年(1) 2年(1) 1年(1)	<p>教員が第3者として参加することで、客観的かつ中立的に議論を進めることにつながった。</p> <p>市町相互の意見を取り入れたことにより、実践に即した助言を得ることができた場となった。</p> <p>指導保健師との意見交換によって、新人指導において課題に思っていることや工夫していることを知り、教員と保健師と共に新任保健師の指導の充実に向けて検討する関係づくりとなった。</p>
実習施設の看護の充実につながった(4)	6年(1) 3年(1) 2年(1) 1年(1)	<p>卒業研究の実習病棟での退院支援の質向上に協働で取り組むことが、学生への教育内容の充実にもつながる。</p> <p>単独訪問実習を実施している施設であり、対象者を見る視点や必要な援助の判断について、保健師による学生指導の充実につながる。</p>
教員の実践における課題とその解決方法への理解につながった(4)	4年(1) 2年(1) 1年(2)	<p>教員にとっても、施設としての課題への取組みが、どのようなことをきっかけに活性化し、病棟活動として広げていけるかなど、実践の改善につながる研究として発展していくための示唆を得た。</p> <p>現地の看護実践上の課題を看護職と、より深く共に共有することができた。</p> <p>教員としても現場の中間管理者の看護マネジメントの課題について、ディスカッションを通して学ぶことができた。</p>
大学の研究環境が活用できた(2)	7年(1) 1年(1)	<p>大学の検査機器を活用して客観的な実態を提示できた。</p> <p>DVD作成に関して、撮影や編集業務は物理的にも人的にも恵まれた大学の環境を活かして遂行することができた。</p>

平成22年度 共同研究自己点検評価(現地共同研究者)

表9-1 共同研究の実施による実践の改善・充実状況、それにつながる状況や認識の変化 334件

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
実践の振り返り・見直しの機会となった(73)	10年(1), 9年(1) 8年(1), 7年(2) 5年(2), 4年(6) 3年(12), 2年(18) 1年(22) 1年未満(1) 記載なし(7)	今まで実践し後の評価をしなくてはいけないと思っていたが今回の試みに参加できそのきっかけができた。 退院後の自宅訪問へ行き、入院中の看護を振り返る機会となった。 改めて自己の抱えている問題や悩みを見つめなおすことができた。
	実践の評価ができ、課題や問題点が明らかになった(57)	10年(1), 8年(1) 7年(1), 5年(4) 4年(4), 3年(11) 2年(13), 1年(15) 1年未満(1) 記載なし(6)
実践の改善・充実に向けての意識の変化や認識の深まりがあった(46)		10年(1), 8年(1) 7年(1), 5年(1) 4年(5), 3年(5) 2年(13), 1年(14) 1年未満(1) 記載なし(4)
	具体的な実践の改善・充実が見られた(46)	7年(2), 5年(4) 4年(6), 3年(9) 2年(11), 1年(12) 1年未満(1) 記載なし(1)
他職種や他機関との連携がとれるようになった(46)		10年(1), 7年(1) 5年(1), 4年(4) 3年(12), 2年(13) 1年(11) 1年未満(2) 記載なし(1)
	実践の改善・充実につながるツール、資料、教材等ができた(25)	10年(1), 7年(1) 5年(4), 4年(3) 3年(4), 2年(5) 1年(5) 記載なし(2)
実践の改善・充実につながるシステムができた(23)		10年(1), 7年(1) 5年(3), 4年(1) 3年(4), 2年(7) 1年(4) 1年未満(1) 記載なし(1)
	その他(18)	5年(1), 4年(2) 3年(1), 2年(5) 1年(6) 1年未満(2) 記載なし(1)

表9-2 実践の改善・充実したこと以外でよかったこと 226件

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
他施設・他部署・他職種との情報交換・意見交換・交流ができた(93)	10年(1), 7年(1) 5年(3), 4年(6) 3年(16), 2年(25) 1年(29) 1年未満(4) 記載なし(8)	いろんな事業所の方々の意見・情報を知ること、指導の内容・方法の幅が広がった。 これまでは外来看護師の看護記録を読むだけであったが実際に話を聞くことで、退院後の患者のことがよく理解できた。 関係機関に出向き、聞き取りをしたことで様々な情報が得られ、つながりができてよかった。 各施設がどのように活動しているのかが情報交換するなかで分かり合えた。
	看護職者としての成長・学びにつながった(58)	9年(1), 8年(1) 7年(1), 5年(3) 4年(4), 3年(9) 2年(15), 1年(21) 記載なし(3)
実践していることを上司、同僚、他職種に伝え、認識してもらえらる機会となった(32)		5年(2), 4年(3) 3年(7), 2年(8) 1年(12)

研究への取り組み意識の変化、意欲の高まりがあった(24)	10年(1), 5年(3) 3年(4), 2年(4) 1年(9) 記載なし(3)	他施設で看護職の意識の変化の研究があり、自分の部署でもやってみたくと思った。 大変なこともあるが、何かに真剣に向き合って、じっくり取り組めるので、意欲がわく。
教員のサポートを受け、研究としてまとめること、発表することができた(13)	5年(1), 4年(1) 3年(2), 2年(4) 1年(3) 記載なし(2)	日々の取り組みを1年ごとに目標を揚げ具体的に取り組み、振り返ることにより、1年ごとにしっかりと区切り、課題を捉え、次年の取り組みに繋がられた。 客観的にみてもらうことで研究の意義、方向性を確認しながら進めることができた。
その他(6)	4年(1), 2年(3) 1年(1) 1年未満(1)	県が行う人材育成研修にリンクできる可能性が広がったこと。 今年度は会議にもあまり出られず、改善も充実も変化もなかったのが現状。

**表10 共同研究の方法や進め方の改善希望 32件**

カテゴリ(件数)	参加年数(件数)	記載内容の例
共同研究の進め方(5)	4年(1) 3年(1) 2年(1) 1年(1) 1年未満(1)	共同研究を行う双方の意思疎通を図り互いのニーズが合致するよう連絡を取り合うことが必要だと思う。 自分たちがケースとしてまとめた評価、結果と先生がインタビューされた内容とを照らし合わせて、両方でギャップがなかったか、思い込みがなかったか、明確にして欲しかった。インタビューして頂いたことが生かされなかったように思う。1つのケースをじっくり検討して研究してまとめたかった。
事例検討会の方法(5)	3年(1) 2年(3) 1年(1)	前回の課題と取り組みについて報告があるところないところがあるが経過について検討しても良いのではないかと考えます。 参加施設が少なすぎる。特定の施設に限定されていると思う。事例検討では多くの意見を聞く手段、方法を考える必要があると思う。集まった課題から、検討して有効な方向性とか、やり方、手順が見出せるものをピックアップしていくのではないかと考える。
共同研究メンバーとしての参加方法(4)	5年(2) 1年(1) 1年未満(1)	産業の場で看護職が少ないため共同研究者が少ないのが残念。一人職場などひとりで問題を抱え悩んでいるだろうに、そのような情報共有の場になってもいいのではないだろうかと思う。 管理者として、現在の方法が2年ずつで交代してより多くの職員に参加させていますが固定して研究を続ける方法が良いのか考えている。新しい人を入れることで、振り出しに戻ってしまったケースが変更したりでなかなか深い研究にならないような感じがある。(参加する人も2年間やれば良いといった感じも受ける)
共同研究における大学側の体制(2)	3年(1) 1年(1)	かかわるメンバーが多すぎても勤務や私事都合、意欲の問題もあり、全委員が話し合いに参加できないため、能率も悪いし、私もそのメンバーに対して人数分気を遣い、教員の先生たちにも迷惑がかかるため。 なるべく参加したかったが業務の都合で参加できなかった。 大学側の介入が、もう少しあるとありがたいかもしれない。(事業の評価やまとめの部分で)
共同研究の認知度向上(2)	2年(1) 記載なし(1)	看護大の先生方が児童との心の距離を近くし実態を把握することはとても大切であるのに、なぜ何回も来校することが許されないのかが理解できない。論だけの研究ではなく、本当に生の人間と接する中で生まれてくる研究をしてくださる大変ありがたいと思っている。 共同研究は組織の看護職トップには認識されているが、病棟で働くスタッフ(卒業生)には、知られていないと感じた。今回の討論の会で、一緒に働く卒業生には声をかけ一緒に参加したが、この参加が共同研究への参加にもつながると良いと思った。
共同研究成果の効果的な活用方法(2)	2年(1) 1年(1)	県保健活動連協の保健師部会での説明、積極的働きかけをして岐阜県の保健師の認知度を上げ広く活用できる方向にすると良いと思う。 最初の記入いただいた、性格診断と生活改善行動の実践の結びつきについて、多数のデータ集約から分析され、結果を知りたく思った。タイプ別で今後の指導に効果的方法があるかについても示唆頂けたらと思う。今回は調査をきっかけに、生活改善に取り組まれ意識づけができたケースもあった。
共同研究の応募要件(1)	2年(1)	なかなか日々の業務の忙しさから計画に対して時間を費やすことができないため、共同研究がどこまで実践の改善、充実につながったのか実感できない部分も多い。研究のテーマが漠然としすぎていると難しいため、その点をもう少し考えていくことが今後必要かも。
共同研究報告と討論の会のプログラム(1)	10年(1)	1年間の参加してのまとめとしては250字の抄録では十分ではないと思うが、1論文として、義務付けるとなると負担が大きい。 今年度は多くの方と活発な意見交換ができ、有意義だったが、昨年はプログラムの組み方で身内しかいない状況で、十分な意見交換にならなかった。参加層を考えたプログラム構成をして欲しい。
その他(10)	5年(1) 3年(2) 2年(4) 1年(3)	病院という組織全体に意識させていく必要がある。連携は大切。地域ともつながりは切れないので。 実践の評価を客観的に科学的に行う必要がある。 業務をこなしながら大学との話し合いやスタッフ間の話し合い、パンフレットの作成等、大変だったのは正直あります。しかし患者様に良いケアを提供できるようになりました。

**表11 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 4件**

カテゴリ(件数)	参加年数(件数)	記載内容
会議に参加できず(2)	2年(1) 記載なし(1)	私自身がメンバーになっていますが一度も参加できていません。 自分自身が会議に参加できなかった。
実践から離れた部署に所属、かつリリーフとしての参加(1)	2年(1)	私自身現場業務実践から離れた部署でつなぎ参加であり十分に協力することが困難だった。
日程が合わない(1)	1年(1)	日程の都合がつかなかった。

表12-1 組織の了解状況

施設の種類の	回答者数 (所属施設 数)	了解 なし*1	回答 なし・ 分から ない	了解 あり	「了解あり」のうち誰が了解しているか (複数回答)				
					①	②	③	④	⑤
医療機関	71(21)		5(5)	66(21)	29	49	27	1	3
行政	44(16)	2(2)	1(1)	41(15)	27	8	5	18	
福祉施設	10(7)			10(7)	7	4		1	
事業所	4(4)	1(1)		3(3)		1		1	1
学校	2(1)			2(1)	2				
訪問看護ステーション	3(2)			3(2)	2				1
その他	9(5)			9(5)	6	2	1	3	2
計	143(56)	3(3)	6(6)	134(54)	73	64	33	24	7

- 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:所属長・所属部署全員・  
管理者本人など

\*1 了解なしの理由(参加年数)

- 行政 : 精神分科会と考えている共同研究は分科会の中でのことと考え、報告了解など考慮していなかった(2年)  
分科会の出席については了解が得られているから(2年)
- 事業所 : 非常勤であり、かつ個人の能力向上を主な目的に参加させていただいている(2年)

表12-2 組織内の支援・協力状況

施設の種類の	回答者数 (所属施設 数)	支援・ 協力なし *1	回答 なし	支援・ 協力あり	「支援・協力あり」の支援・協力内容 (複数回答)				
					共同研究者 以外の職員の 理解・協力	時間場所の 保障	上司からの 助言	研究に取組み やすい体制や 環境の整備・ 調整	その他*2
医療機関	71(21)	4(3)	2(2)	65(20)	38	26	22	26	7
行政	44(16)	5(5)	1(1)	38(14)	21	20	8	6	1
福祉施設	10(7)			10(7)	8	3	3	2	
事業所	4(4)	2(2)		2(2)	1	1			1
学校	2(1)			2(1)	2	1	1	2	
訪問看護ステーション	3(2)	1(1)	1(1)	1(1)		1	1		
その他	9(5)	3(1)		6(4)	6	3	2	3	
計	143(56)	15(12)	4(4)	124(49)	76	55	37	39	9

\*1 支援・協力なしの理由(参加年数)

- 医療機関 : 共同研究を行っていることが周知されていない(1年)  
よく分からない(4年)  
記載なし(2年)1人・(不明)1人
- 行政 : 上層部は関わっていないが、支援なくてもこれまで継続できている(5年)  
協力が必要と思われることがなかった(2年)  
記載なし(4年)1人・(2年)1人・(1年)1人
- 事業所 : 非常勤であり、かつ個人の能力向上を主な目的に参加させていただいている(2年)  
看護職ではない(4年)
- 訪問看護ステーション : 必要がないから(1年未満)
- その他 : 記載なし(2年)1人・(1年)2人

\*2 その他の内訳(参加年数)

- 医療機関 : アンケートの協力(7年)  
来年度やるために今回付き添いさせていただいた(3年)  
出張として会議の出席(3年)2人  
PSWとしての取り組み、助言(2年)  
委員会活動との協働(2年)  
記載なし(不明)
- 行政 : データの提供(2年)
- 事業所 : 資料提供(5年)

表12-3 組織内での経過や成果の共有状況

施設の種類の	回答者数 (所属施設 数)	共有 なし*1	回答 なし	共有 あり	「共有あり」の共有状況 (複数回答)					
					上司・ 同僚へ の報告	報告を もとにス タッフ間 で検討	復命・報告書の 提出・回覧	施設内での 発表・報告 機会に報告	共同研究報告 と討論の会に 共同研究者以 外のスタッフにも 参加してもらう	その他*2
医療機関	71(21)	4(3)	5(5)	62(20)	40	16	18	23	14	3
行政	44(16)	1(1)	1(1)	42(16)	25	11	33	1	1	
福祉施設	10(7)			10(7)	6	4	2	4	1	1
事業所	4(4)	2(2)		2(2)	2				1	
学校	2(1)			2(1)	2	1				
訪問看護ステーション	3(2)	2(1)		1(1)	1					
その他	9(5)		1(1)	8(5)	7	1	4		1	
計	143(56)	9(7)	7(7)	127(52)	83	33	57	28	18	4

\*1 共有なしの理由(参加年数)

- 医療機関 : メンバー内のみの共有であり、実践および成果は今まで知らなかった(1年)  
経過を報告していないから(1年)  
記載なし(1年)2人
- 行政 : 研究への取り組みは職場の業務の質の向上にはなるが、それを他部署に報告したり、共有したりすることはこれまで考えたことがない。(5年)
- 事業所 : 非常勤であり、かつ個人の能力向上を主な目的に参加させていただいている(2年)  
記載なし(9年)
- 訪問看護ステーション : 施設内に報告する内容がないため。がん末期の地域連携はすでに全国どのところでも研究発表していて、めあたらしくない。(1年)  
興味がなさそうだから(1年未満)

\*2 その他の内訳(参加年数)

- 医療機関 : 組織の機能向上研究の一つとして、認定を受けまともを行い還元できるように準備を進めている(10年)  
施設外の研修会の機会に発表する(4年)  
現在まだアンケート配布回収の段階であり、成果が出ていない(1年)
- 福祉施設 : 共同研究者2人のためその他の看護師スタッフが業務に入り、検討会に参加してもらうことができない(8年)

**表13-1 現在の共同研究への継続参加の希望がある者の取り組んでみたい課題 11件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容
医療施設全体の取組み(1)	3年(1)	病院全体を巻き込む
医療施設と行政との連携(1)	2年(1)	病院と行政機関との連携
医療施設(外来)と継続連絡会議の充実(1)	1年(1)	外来との継続連絡会議の充実(H22年度の開催は0であったため)
圏域医療のネットワーク(1)	2年(1)	圏域(例えば二次医療圏毎のネットワークづくり)
産業看護職のネットワーク(1)	9年(1)	県内産業看護職のネットワークの必要性について
特定保健指導を継続するための課題の検討(1)	3年(1)	今回の結果はまだ最終ではないので、特定保健指導を継続していくための課題について検討を深めていきたい。
ショートステイの実態調査(1)	記載なし(1)	ショートの実情(重度化、重病化が進んでいる状況)をデータとして示すにはどのような内容等が良いのか検討したい。
母乳育児アセスメントツールの開発(1)	5年(1)	母乳育児支援のための研究2ヶ月ごろの家庭訪問がされているがたった1回の訪問、しかも短時間で何を観察し、母乳育児支援はどこまでできるか活用できるアセスメントツールは何か。
退院時の諸問題(1)	2年(1)	医師が退院許可を出してから、どれくらいの期間で退院しているのかを追及すると、退院時の問題が色々出てくると思われる。
ヘルスプラン策定後の実施の継続(1)	1年(1)	今回策定できたヘルスプランへの継続的実践について
現任教育(管理者)の充実(1)	1年(1)	新任師長心得、自分が分からなかったこと、困ったことをまとめる。

**表13-2 新たな共同研究課題に取り組みたい者の取り組んでみたい課題 6件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容
看取り(1)	3年(1)	看取りについての研究、現在取り組んでいるが助言を頂きたい。
スタッフのストレス調査(年代別)(1)	2年(1)	スタッフのストレスについて、MFICUで働くことのストレス年代別に調べ対応していきたい。
全ての対象者に対する保健指導の評価(1)	3年(1)	現在の保健指導の評価は特定保健指導対象者が中心だが、対象者を限定するのではなく全ての対象者に視点をあて評価し問題や課題を抽出し取組んでいくことが必要だと思う。
個別機能訓練加算に対する施設毎の取組み(1)	1年(1)	個別機能訓練加算について近々変わると聞いた。それについて、各施設の取組みを知りたい。
人材育成に対する施設毎の取組み(1)	2年(1)	人材育成 各施設で取り組みたい課題が様々だと思う。自分たちの所属する施設や組織で解決できないと思っても、検討していくうちに解決の糸口が見えてくるので、そのことを全ての施設に発信してほしい。
アセスメント能力の向上を目指したカンファレンス方法についての検討(1)	2年(1)	カンファレンスを有効にしたい(アセスメントの能力をどうしたら向上させられるか)

**表13-3 次年度の共同研究への参加を希望しない理由 27件**

カテゴリー(件数)	参加年数(件数)	記載内容
人材不足(4)	5年(1), 3年(1) 1年(1) 記載なし(1)	業務多忙と人員不足あるいは人員減の可能性が高いため。
退職・異動(3)	4年(1), 3年(1) 1年(1)	異動のため。 退職するため。
共同研究期間の終了(3)	10年(1), 7年(1) 2年(1)	今年度で共同研究は終了とのことでした。色々とお世話になりました。 10年を区切りとして、現在の共同研究は終了予定。県を越えた中で10年間共に行えた事に感謝している。 システムが確立され、評価もできたのでこの研究の取り組みは終了する予定のため。
研究成果と実践とのずれ・迷い(3)	5年(1), 3年(2)	一段落し今後の課題を見極めたい。実務とのバランスもどうしても負担感を持ってしまう。 現在リーダーとしてユニットをまとめているが、看護の中での立場が抜けつつあるため中々思いが伝わらなかつたり実践ができていないのでこのまま参加するのはどうか迷いもある。
業務の充実・強化(3)	3年(1), 2年(1) 1年未満(1)	業務多忙につき自施設を優先したいため。
家庭の事情(2)	2年(1), 1年(1)	出産、育児休暇のため
共同研究への不参加(2)	3年(1), 2年(1)	共同研究をやっている感が全くなく、自分では共同研究者とは言えないと思っているから。
共同研究メンバーの交代(2)	2年(1) 1年未満(1)	2年ごとで新メンバーに交代するため。 自分だけでなく、多くの職員にも参加を促していき、新たな学びの場となればよいと思った。
所属の方針(2)	3年(2)	自分自身の中では参加したいという思いがあるが毎年自分が参加しては次につなげることができないかと思っている。病院側の方針で、次年度参加できそうな人材はいないと言われた。 退院支援のスタッフ教育をはじめ5年研究として取り組み自分自身にもとても勉強になったが病院の方針も次年度わからないこともあり、しばらく休みたい。
共同研究趣旨の相違(1)	2年(1)	共同研究の主旨や目的から逸脱する立場であると分かり、他の皆さんと協同するのが難しいため。
物理的距離(1)	1年(1)	遠隔地でもあり、情報交換が難しい。
その他(1)	2年(1)	5年間としてまとめができた今後は病棟からの問題の定義があればそれに対応していきたいと考えている。





## 《編集後記》

この報告書は、平成 23 年度に実施した、本学教員と看護実践現場の看護職の方々との共同研究 24 課題中、今年度の成果として 20 題について、その活動をとりとまとめたものです。

平成 24 年 2 月 18 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入っています。今後の共同研究活動の発展のため、参考にしていただけたら幸いです。

また、「共同研究報告と討論の会」には多数の方のご参加をいただき、活発な討論に加わっていただきましたことを、この場をお借りしてお礼申し上げます。なお、ご協力いただいた意見調査の結果は、次年度の会の運営の際、参考にさせていただきたいと思っております。

共同研究事業は看護研究センター、看護研究センター運営委員会、研究交流促進部会が企画・運営・実施をそれぞれ担当し、全学で組織的に取り組みを行なっています。

御一読いただき、ご感想やご意見等を看護研究センター宛（E-mail：nccenter@gifu-cn.ac.jp）にお寄せいただくと幸いです。

## 【看護研究センター運営委員会】

- 委員長：小西美智子学長（看護研究センター長・機能看護学領域）  
委員：黒江ゆり子学部長（地域基礎看護学領域）  
北山三津子教授（地域基礎看護学領域）  
服部律子教授（育成期看護学領域）  
奥村美奈子教授（成熟期看護学領域）  
会田敬志教授（看護研究センター）  
岩村龍子教授（看護研究センター）

## [研究交流促進部会]

- 部会長：岩村龍子教授  
部会員：小西美智子学長  
藤澤まこと教授（地域基礎看護学領域）  
田辺満子教授（看護研究センター）  
大川眞智子准教授（看護研究センター）  
布原佳奈准教授（育成期看護学領域）  
布施恵子講師（成熟期看護学領域）  
長谷部貴子講師（育成期看護学領域）

## [協力者]

- 小澤和弘准教授（看護研究センター）  
事務担当  
渡部由里子（看護研究センター）

発行日：平成 24 年 3 月 31 日  
編集：研究交流促進部会  
発行：公立大学法人岐阜県立看護大学  
〒501-6295 羽島市江吉良町3047-1  
TEL：058（397）2300（代） FAX：058（397）2302  
ホームページアドレス：<http://www.gifu-cn.ac.jp>





