# 平成29年度 一般社団法人 全国訪問看護事業協会 研究助成 (一般)

報告書

平成30(2018)年3月
一般社団法人 全国訪問看護事業協会

# 目 次

はじめに

Ι.	平成29年度一般社団法人 全国訪問看護事業協会研究助成(一般)概要・・・ 2	
П.	平成29年度 研究助成(一般)報告書・・・・・・・・・・・・・ 3	1
1.	大学法人が設置する訪問看護ステーションのモデル構築 東北大学大学院医学系研究科 老年・在宅看護学分野 尾﨑 章子・・・・・ 5	
2.	訪問看護ステーションによる災害訓練実施における啓発効果の調査研究事業 訪問看護ステーションけせら 阿部 智子・・・・ 43	3
3.	精神障害者の家族が抱える「親亡きあと問題」訪問看護ステーションができること くらしケア岐阜訪問看護ステーション・・・・ 10	7

# はじめに

これからの日本の地域医療や地域包括ケアシステムを支えていく柱として、医療と介護の両面からアプローチできる訪問看護への期待は大きい。少子高齢化、それに伴う住まいの多様化や多死時代の到来が予測される中、訪問看護ステーションの大規模化、多機能化に向けた制度の改正が進んでいる。そのような中、訪問看護ステーションは、訪問看護サービスの提供にとどまらず、地域の中核となり、地域住民への情報提供や地域づくり、人材育成、多様なニーズに対応するための多機能化と、サービスを安定して提供するための大規模化が求められている。

一方、生産年齢世代の人口が減少し、高齢者が増加する中では、限られた国家予算やリソースで医療・介護の制度を持続していく必要があり、経済的な効果や効率化が求められている。訪問看護ステーションにおいても今後、ますます効率的に効果を発揮できるサービスの提供を求められていくことになる。

このような時代背景において、訪問看護の存在意義と必要性を訴えるためには、訪問看護の量的拡大や質的向上を図ると同時に、訪問看護による効果をエビデンスとして可視化していく必要がある。これまで、多くの看護有識者による研究で看護のエビデンスが示されてきた。また、当協会においても現場実践者とともに訪問看護に関する研究を実施し、それらの結果を訪問看護の質の向上に役立ててきた。しかし、訪問看護の現場ではもっと多くの優れた知見や管理者の経験知があるにもかかわらず、それが可視化されることなく埋もれているのは実にもったいないことである。訪問看護の実践や管理者の思考過程と経験知などを可視化し、データとして蓄積し、分析することで、訪問看護の貴重なエビデンスとすることができる。そのためには、有識者や訪問看護の団体のみならず、現場実践者である訪問看護師や訪問看護事業所の管理者が研究方法を学び、研究を行い、その成果を示していくことが重要である。

今回、全国訪問看護事業協会では、2016年に訪問看護事業共済会株主からの寄付の一部を独自の研究事業に充てることが決まり、その方法として、「研究助成事業(一般)」を企画した。この事業は、訪問看護師や訪問看護事業所の管理者が研究に取り組む機会を作るとともに、研究の計画やプロセスを支援するものである。具体的には、年1回、訪問看護・在宅看護・地域看護に携わっている方々から訪問看護の活性化・推進に貢献する研究を公募し、研究のための費用を助成するとともに、研究内容や研究方法について助言や支援をすることによって、訪問看護の発展につなげる事業である。

当協会は、この事業により、現場と研究をつなげ、多くの訪問看護師たちが研究を通して、現場での実践内容や結果を可視化し、その成果を明らかにするための支援を継続的に行っていく予定である。また、研究結果を通して、訪問看護の効果を広く周知し、訪問看護が安心・安全な在宅生活に貢献していることを現場の訪問看護関係者と一緒に示していきたいと考えている。訪問看護事業所の皆様がこの事業を積極的に活用していただければ幸いである。

一般社団法人 全国訪問看護事業協会 会長 伊藤 雅治

# I. 平成 29 年度一般社団法人 全国訪問看護事業協会研究助成(一般)概要

#### 研究助成の目的

訪問看護事業の経営、サービスの質の確保・向上等に関する調査研究等の助成を行うことにより、 訪問看護事業の健全な発展を図り、国民の保健福祉の向上に寄与することを目的とする。

#### 研究テーマ:

訪問看護事業の経営、サービスの質の確保向上等に関するもの。

(例:地域包括ケアに関する研究。訪問看護の人材育成や良質なケア提供に関する研究)

#### 応募者の条件

- ① 訪問看護・在宅看護・地域看護に携わっている個人又はグループの代表。ただし、申請者が 大学の教員・大学院生等の場合には、訪問看護・地域看護に従事している者を共同研究者とし て含むことが望ましい。
- ② 申込みは、1個人または1グループにつき1テーマ。
- ③人を対象とするすべての研究に関して、自施設または共同研究者の施設等において倫理審査委員会等の承認を得ていること。自施設または共同研究者の施設等において倫理審査委員会等の承認を得ることが難しい場合は、当協会の研究倫理審査委員会の承認を得ること。
- ④ 研究期間は1年間とする。

#### 採択について

採択された件数に関わらず総額 100 万円を上限とし、採択件数で分配する。今年度は、7件の申し込みがあり、その中から、全国訪問看護事業協会研究委員会において審査を行い、3件採択し、会長が決定した。

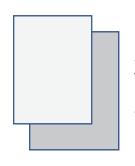
#### 採択の詳細は以下の通り

氏名		所属	テーマ	助成額
永井 知子		くらしケア岐阜訪問	精神障害者の家族が抱える「親亡きあと問	
		看護ステーション	題」訪問看護ステーションができること	330,000 円
尾﨑 章子		東北大学大学院医学	大学法人が設置する訪問看護ステーション	
		系研究科 老年・在	のモデル構築	330,000 円
		宅看護学分野		
阿部 智子		訪問看護ステーショ	訪問看護ステーションによる災害訓練実施	330,000 円
h <sub>1</sub> 1 ¤1)	19丁	ンけせら	における啓発効果の調査研究事業	550,000 □

# Ⅱ. 平成 29 年度 研究助成 (一般) 報告書

次頁より、実際に提出された「精神障害者の家族が抱える「親亡きあと問題」訪問看護ステーションができること」、「大学法人が設置する訪問看護ステーションのモデル構築」、「訪問看護ステーションによる災害訓練実施における啓発効果の調査研究事業」の報告書を掲載する。

-	4	-
---	---	---



大学法人が設置する訪問看護ステーションの モデル構築

> 東北大学大学院医学系研究科老年·在宅看護学分野 尾﨑 章子

大学法人が設置する訪問看護ステーションのモデル構築

報告書

平成 29 年度全国訪問看護事業協会研究助成(一般)研究代表者: 尾崎 章子

# 目次

1. はじめに	1
2. 方法	1
1)方法の概要	1
2) 研究対象	1
3)データ収集期間	2
4) データ収集方法および分析方法	2
5)倫理的配慮	2
3. 結果	3
1) インタビュー調査(フェーズ 1)	3
(1)調査対象事業所の概要	3
(2) 事業所タイプ別の機能と役割の特徴	7
① 設立地域の概要	7
② 設立の経緯	8
③ 訪問看護ステーションの理念	12
④ 訪問看護ステーションの役割機能	12
⑤ 訪問看護ステーションの活動効果・波及効果	13
⑥ 訪問看護ステーションの課題	15
⑦ 今後の運営についての展望	17
2) コミュニティアセスメント (フェーズ 2)	18
(1)宮城県の二次医療圏域ごとの地域アセスメント《人口統計》	18
(2)宮城県の二次医療県域ごとの地域アセスメント《物理的環境》	19
(3)宮城県の二次医療圏域ごとの地域アセスメント《保険医療と社会福祉》	19
4. 考察	22
1) インタビュー調査(フェーズ 1)	22
(1) 地域背景・設立経緯について	22
(2) 役割・機能について	22
(3) 経営・開設資金	23
2) コミュニティーアセスメント(フェーズ 2)について	23
(1)人口統計	23
(2)物理的環境	23
(3)保健医療と社会福祉	23
3) 大学法人が運営する訪問看護ステーションの機能モデル(フェーズ 3)について	24
(1)人材育成・活用機能	24
① 看護学基礎教育(学部)	24
② 大学院教育	24
③ 継続教育・現任教育	24

・医療機関の管理職	24
・専門看護師・認定看護師	25
・医療機関の看護スタッフ	25
・看護学教員	25
④ 新卒教育	25
⑤ 多職種連携教育	26
(2)教育・研修機能	26
① 特定行為研修	26
② 地域の専門職を対象とした研修	26
(3)専門的実践	26
(4)研究力強化機能	27
(5)プラットフォーム機能	27
(6)コンサルティング機能	27
(7)アライアンス機能	27
(8)社会資源の創出	28
4) 本研究の限界と今後の課題	28
5. 文献	29

# 1. はじめに

超高齢化が進展するわが国において、在宅ケアの基盤整備は重要政策課題のひとつとなっている。特に、訪問看護事業所の多機能化、大規模化を行い、訪問看護サービスの供給基盤の安定化を図る必要性が指摘されている(厚生労働省 2012、2015)。

地域包括ケアシステムでは、地域特性に応じた医療・介護供給体制を構築する必要性がいわれている。東北地方は、訪問看護の資源不足が深刻な地域のひとつである(訪問看護推進連携会議,2015)。人口10万人あたりの訪問看護ステーション数は全国平均を下回り、一訪事業所あたりの看護師数が基準をわずかに上回る小規模事業所が圧倒的に多い。震災後、超高齢化がより加速する地域において、在宅看護に携わる人材を確保し、地域特性に応じた訪問看護サービスの供給基盤を整備することは喫緊の課題である。

一方、文部科学省は大学改革プランのひとつとして、地域課題の解決の中核となる大学の形成を掲げている(文部科学省,2015)。東北地方は、医療系大学等の教育機関は大都市部に比べ少ない。基礎教育だけでなく、卒後教育や地域での研修において大学が基幹的役割を果たすことがより一層求められている。

このような課題に対し、新たな社会資源として、国立大学法人や公立大学法人、学校法人等の大学法人(以下、大学法人)が設置する訪問看護ステーションの可能性とそのあり方について検討することとした。大学や大学がある地域の特性を踏まえ、大学病院等の資源を活用して、重度化、複雑化する利用者のニーズに対応できる訪問看護の人材の育成が可能になると考える。さらには、人材育成だけでなく、大学法人立ステーションが中核となり、近隣地域の訪問看護事業所間で活用可能な訪問看護資源の相互利用関係を構築するなどが考えられる。既に、全国十数か所の大学において訪問看護ステーションが開設されている(山本ら 2004、北村 2015、棚橋 2015、黒澤ら 2017)。

本研究では、大学法人が設置する訪問看護ステーションのあり方を検討するための基礎研究として、①先行事例(全国の大学法人が設置している訪問看護ステーション)における開設の経緯、重視している活動、成果および課題について調査し、②既存のコミュニティアセスメント手法に基づいて、地域特性の分析を試み、これを把握するポイントを明らかにし、③大学法人が設置する訪問看護ステーションが備えるべき機能モデルを生成することを目的とした。

# 2. 方法

#### 1) 方法の概要

本研究は、まず、大学法人が設置する訪問看護ステーションの開設に関わった人物にインタビュー調査を行った(フェーズ 1)。その後、Community as partner model(Anderson ET et.al, 2007)を基にコミュニティアセスメントの試行を行うことで、地域特性を把握する際のポイントを明確にした(フェーズ 2)。これらの結果から、大学法人が運営する訪問看護ステーションが持つ機能モデルの生成を行った(フェーズ 3)。

#### 2) 研究対象

(1) フェーズ1 (インタビュー調査)

大学が設置している訪問看護ステーション 11 か所(平成 28 年 12 月 31 日現在)のうち、地域や大学の特性(4 年制・短期大学、在宅看護学の教員の関与状況、大学法人の併設施設など)を考慮し、5 か所を選択し、その設立に深くかかわった人物(各 1 ~ 2 名)を対象とした。

# (2) フェーズ2 (コミュニティアセスメント)

宮城県二次医療圏ごとの既存統計資料

#### 3) データ収集期間

2017年7月~2018年3月

#### 4) データ収集方法および分析方法

#### (1) フェーズ1(インタビュー調査)

大学法人が運営する5つの訪問看護ステーションの設立に深くかかわった人物、計7名に半構造化インタビューを行った。インタビュー時間は1回60分までとした。インタビューは研究対象者の同意を得て、ICレコーダーに録音した。

インタビュー内容は下記 8 項目である。①設立地域の概要、②開設の経緯、③訪問看護ステーションの理念、④訪問看護ステーションの活動(教育・研究・実践)、⑥訪問看護ステーションの活動の効果・波及効果、⑦訪問看護ステーションの課題、⑧今後の運営についての展望である。その他、訪問看護ステーションに関する基本情報(開設年や対応時間帯)、訪問看護提供実績、職員数、職員のリクルート法や経営状態について把握した。

分析は、録音内容を逐語録に起こし、インタビューガイドの項目に沿って内容の相違性と同意性に留意しながら特徴を抽出した。

#### (2) フェーズ2(コミュニティアセスメント)

公開されている公的機関の統計や情報を元に地域特性を把握する際のポイントを明確にするため、当大学が立地する宮城県の二次医療圏域をモデルとして、Community as partner model (Anderson ET et.al, 2007)を参考にコミュニティアセスメントを試行した。

# (3) フェーズ3(モデル生成)

フェーズ 1 及び 2 の結果を踏まえ、大学法人が運営する訪問看護ステーションについて機能モデルを生成した。

#### 5) 倫理的配慮

倫理的配慮については、本研究は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した(No.2017-1-033)。

# 3. 結果

- 1) インタビュー調査(フェーズ1)
- (1)調査対象事業所の概要

# ① 基本情報

	A 大学	B 大学	C 大学	D 大学	E大学
開設主体	学校法人	学校法人	学校法人	学校法人	学校法人
併設事業所		病院 居宅介護支援事業所 地域包括ケアセンタ ー	病院 居宅介護支援事業所	診療所	病院 居宅介護支援事業所 デイケア
対応時間帯	平日 9:00~17:00 土日祝⊚	平日 9:00~17:00	平日土曜 8:45~17:00	平日 9:00~17:00	平日 8:30~16:50 土曜 8:30~12:40

# ② 平成29年7月の訪問看護の提供実績

利用者数	A 大学	B 大学	C 大学	D 大学	E大学
介護保険のみで 訪問看護を提供	27/37名	35/38 名	92/181名	37/56名	90/114名
	73%	92%	51%	66%	78.9%
医療保険のみで 訪問看護を提供	10/37名	3/38 名	87/181 名	19/56	22/114名
	27%	8%	48%	34%	19.3%
介護保険と 医療保険の併給 <sup>※</sup> で 訪問看護を提供	0/37 名 0%	0/38 名 0%	2/181 名 1%	0/56 0 %	0/114名 0%
医療保険による 精神科訪問看護を提供	3/37名	0/38 名	5/181 名	0/56	2/114名
	8%	0%	3%	0 %	1.8%

	A 大学	B大学	C 大学
訪問件数(平成29年7月)	251 🗆	182 🛭	1397 回
内介護保険による訪問	174 回 69%	162 回 89%	674 回 48%
内医療保険による訪問	77 💷 31%	20 💷 11%	723 回 52%
看取り件数(平成 29 年度)	2名	0名	23 名
介護保険で 1 件以上 算定した加算 (複数回答可)	緊急時訪問看護加算特別管理加算	緊急時訪問看護加算特別管理加算	緊急時訪問看護加算 特別管理加算 サービス提供体制強化加算
医療保険で 1 件以上 算定した加算 (複数回答可)	24 時間対応体制加算 特別管理加算	24 時間対応体制加算 特別管理加算	24 時間対応体制加算 特別管理加算 ターミナルケア療養費
機能強化型 訪問看護療養費の届け出 (医療保険)	なし	なし	機能強化型訪問看護管理療養費2
貴事業所に指示書を 出している医師	法人外の医療機関も受ける	法人外の医療機関も受ける	法人外の医療機関も受ける
訪問エリア	決めていない	決めている(半径 10 km圏内)	決めている(半径 10 km圏内)

	D大学	E 大学
訪問件数(平成 29 年 7 月)	373 回	630 □
内介護保険による訪問	185 回 46.9%	470 回 74.6%
内医療保険による訪問	188回 50.4%	160回 25.4%
看取り件数(平成 29 年度)	10名	7名
介護保険で1件以上 算定した加算 (複数回答可)	緊急時訪問看護加算 特別管理加算 ターミナルケア加算	緊急時訪問看護加算 特別管理加算 ターミナルケア加算
医療保険で 1 件以上 算定した加算 (複数回答可)	24 時間対応体制加算 24 時間連絡体制加算 特別管理加算 ターミナルケア療養費	24 時間対応体制加算 特別管理加算 ターミナルケア療養費
機能強化型 訪問看護療養費の届け出 (医療保険)	なし	なし
貴事業所に指示書を 出している医師	法人外の医療機関も受ける	法人外の医療機関も受ける
訪問エリア	決めている	決めている

職員数(平成 29 年 7 月)		A 大学	B 大学	C 大学	D 大学	E大学
常勤換算		3.8	3.7	8.8	7.4	7.9
看護師	常勤	4	3	8	5	7
	非常勤	4	1	7	30	1
PT	常勤	0	0	5	0	1
	非常勤	0	0	0	0	4
ОТ	常勤	0	0	0	0	0
	非常勤	0	0	1	0	0
ST	常勤	0	0	0	0	0
	非常勤	0	0	0	1	0
その他	常勤	0	0	0	0	0
	非常勤	0	0	0	0	0

看護職員(平成29年7月)	A 大学	B 大学	C 大学	D 大学	E大学
専門看護師	老人看護:	なし	なし	なし	なし
認定看護師	なし	皮膚・排泄ケア:	緩和ケア: I名 摂食・嚥下: I名	皮膚・排泄ケア:	看護管理: 1名

同一法人内の 看護学教員	A 大学	B 大学	C 大学	D大学	E 大学
兼務	3名	0名	7名	2名	0名
訪問業務	訪問している		訪問している	訪問している	
専門分野	在宅看護学 老年看護学 精神看護学		在宅、成人、小児 看護学、総合生命 科学	在宅看護学	
同一法人内の看護職員との協働	学部実習指導	学部実習指導 研究	学部実習指導 研究	学部実習指導 研究	学部実習指導 研究

#### (2) 事業所タイプ別の機能と役割の特徴

本項においては、訪問看護事業所を同一法人内に病院が設置されているか否かに着目して、タイプ I (特定機能病院が併設されている型)、タイプ II (小規模な病院が併設されている型)、タイプ III (病院が併設されいない型) に区分して記載することとする。

# ① 設立地域の概要

# タイプ I (特定機能病院が併設されている型)

- ・ 全国的に見ても高齢化が進んでいる地域である。
- 都市部に隣接するベッドタウンとなっており、持ち家率が高い。
- 地域は都道府県内で比較しても医療用ベッドの数が非常に少ない。
- ・ 2040 年予測の医療介護資源の需給バランス調査では、医療・介護ともに余力のない状況が予測されている地域である。
- ・ 2025 年には後期高齢者が前期高齢者を上回り、約2倍の人口になるため財政困窮は明らかである。
- ・ 施設サービスへの依存傾向が強く、在宅サービスは進んでいなかった。

# タイプⅡ(小規模な病院が併設されている型)

- · 大学校舎の統廃合に合わせて空自になった土地があった。
- 地域に腰をすえた訪問看護ステーションが無かった。
- · 学術的な地域であり知性の高い住民が多く暮らしている。
- 地域の往診医が足りないという地域住民からの声が上がっていた。
- 近隣に高齢者向けマンション(サービス付き高齢者向け住宅ではない)が建設されてきた。

· 自宅での看取りを希望する人が少ない地域である。

#### タイプⅢ(病院が併設されていない型)

- ・ 持ち家率がトップの地域であるにも関わらず、地域別に見た訪問看護ステーションの数が全 国レベルを下回っており、介護面においても施設依存が強く自宅での看取りは少なかった。
- ・ なぜ自分の家で自分は死ぬことが出来ないのかという声が地域住民から上がっていた。
- ・ 訪問看護師確保、就業継続のために、ゆとりある就業環境への配慮や訪問看護師に対する相 談窓口の整備が求められる状況であった。
- · 訪問看護師のキャリア育成システムが希薄であった。

#### ② 設立の経緯

# a.着想

#### タイプ I (特定機能病院が併設されている型)

- ・ 医師や看護師等の専門職の人材不足に対する対策として、他職種に委譲可能な仕事を整理、 移行し、職能を高めていきたいと考えていた。
- ・ 大学病院の在院日数が他病院と比べ長いことが課題となっていた。そこで円滑な在宅移行と 在院日数の短縮、コスト削減を叶え、病院全体の課題解決のソリューションとして訪問看護 ステーションの開設が発案された。

#### タイプⅡ(小規模な病院が併設されている型)

- · 校舎の空いた土地を利用し、各学部の特色を活かした複合的な施設を作りたいと着想した。
- ・ 大学では多職種連携に向けた教育を推進していたものの、大学病院は地域に対して閉ざされている状況にあった。
- ・ 当初はリハビリテーションセンターや高齢者入居施設を大学法人で設立したいと考えたが、 地域の決まりと大学の意向が合致せず、現実性を欠いていた。
- ・ 地域に根差した施設であれば、病院を地域に開かれた病院にすることも出来、学生の学びの 場にも出来ると考えた。そして施設機能の一つに訪問看護ステーションが採用された。

#### |タイプⅢ(病院が併設されていない型)|

- ・ 在宅医療が重要視され、学生の教育にも盛り込まれるようになったが、教員自身の在宅の経験がないのに加え、理解が浅い状況にあった。身近に訪問看護ステーションがあることによって、学生に限らず教員の学びの場になり、看護師として自分たちが運営できる施設があることを知ってほしいと考えた。看護教員の実践力向上と教育のユニフィケーションを念頭に置いた。
- ・ 大学の方針として在宅へのシフトに対応していくという理事長の考え方があり、上層部で検 討していた。在宅も視野に入れるために、訪問看護ステーションが必要ということになった。

# b.初期の構想

# タイプ I (特定機能病院が併設されている型)

- ・ あくまで教育機関ということで、病院とは別の大学法人としての開設を企画した。
- ・ 大学法人として推進する先進的地域包括ケアモデルの一環として企画した。
- ・ 高度医療機関、がん拠点病院として医療依存度の高い神経難病やがん患者等のケアを提供することを検討した。

# タイプⅡ (小規模な病院が併設されている型)

- ・ 教育・研究ができるような施設、社会貢献できるような施設(地域住民、専門職に貢献)を 志向した。これらの構想をもとに、看護学の職員が中心となり訪問看護ステーション開設に 向けて動き出した。
- ・ 学内には社会福祉士を養成する学科もあるため、訪問看護ステーション内への社会福祉士の 配置を考えていたが、居宅介護支援事業所を併設して、社会福祉士を配置する運びになった。

# タイプⅢ(病院が併設されていない型)

- ・ 初期の構想としては在宅医療におけるソーシャルキャピタルを築く基になる教育力強化型 施設であった。
- ・ 上層部ではステーションの方向性については煮詰まってはいなかった。学校法人が作るステーションの特徴として、本来の診療報酬で得る訪問看護業務、診療報酬に結びつく研究やデータ収集などの活動(他学科の教員との協力で)、訪問看護師の質を継続的に高めていく活動の3本柱とした。

#### c.開設時の障壁になった事とその対策

#### タイプ I (特定機能病院が併設されている型)

・ 地域の訪問看護ステーションの不安

地域の訪問看護ステーションは利用者を失うのではないかという不安を抱えていた。そこで、 在宅看護を高めていく仲間として受け入れてもらえるよう、大学の持つ知的資源は共有できるこ と、地域の訪問看護ステーションでは引き受けにくい利用者も積極的に引き受けること、大学法 法人のステーションのみで多くの利用者を抱え込むことは困難であることなどを丁寧かつ地道 に説明し理解を得た。

#### ・・地域の診療所の不安

地域の診療所からも不安が出された。そこで、地域医療専門の医師を新たに設けず、地域の医師から指示書を受けることにした。ここで大学病院に付属した組織ではなく、法人の下に独立していることが役に立った。利用者に急変などが起こった際に訪問看護師がファーストタッチでき、バックベッドもあるということで解決された。

#### 内部組織の理解の必要性

全病棟に出向き、病棟の看護師に理念、在宅看護の必要性を説明し、理解を得た。また在宅看護の対象である生活者の視点を養ってもらうために研修を開催した。退院支援が必要な患者がいれば病棟へ出向き、病棟看護師とのコミュニケーションの確保、情報収集を行うことを徹底している。また、看護部だけでなく、医局へのプレゼンテーションが重要であった。

# タイプⅡ(小規模な病院が併設されている型)

#### ・ 経営者陣の運営シミュレーションとの齟齬

経営陣が考案した開設後の訪問件数や配置職種は現実的でなかった。経営陣と開設後の職員の 配属場所や運営シミュレーションについて説明を行い、理解してもらった。

#### · 近隣の訪問看護ステーションとの対立を懸念する内部の声

設立に携わる職員は、近隣のステーションが利用者を失うのではないかと懸念を抱いていた。 そこで、近隣の訪問看護ステーションに開設の経緯や協働への協力を説明し理解を得た。

# タイプⅢ(特定機能病院が併設されていない型)

#### · 学内教員の理解の必要性

設立に向けて取り組み始めた当初は学内から「難しいだろう」と言われた。そこで、上層部の 賛同により大学側の組織決定は得ることが出来た。

#### · 文部科学省から認可がなかなか下りない

教育と研究に資する訪問看護ステーションの先例がなかったため、文部科学省から承認を得難かった。そこで、何度も文部科学省を訪問し、地域における在宅看護の必要性を説明した。同時期に他大学から同様の申請があり、申請を通すことが出来た。

#### ・ 近隣の訪問看護ステーションの不安

近隣の訪問看護ステーションは利用者を失うのではないと不安を抱いていた。そこで、初めは 利用者層のすみ分けを図り、要支援や要介護 1,2 を対象に予防を中心にした保健指導的介入を 行う予定であることを説明した。

# ・ 当初は診療所の「みなし訪問看護指定事業所」の構想

上層部から、大学併設の診療所が設ける訪問看護サービス部門の案が出された。併設の診療所の患者は自大学の学生が多いため、訪問の指示書はなかなか出ないですよと説明して訪問看護ステーションにしてもらった。

#### ・ 医師会との関係

医師会から患者をとられるのではないかという反応があった。大学法人の訪問看護ステーションであり、地域の人々のために訪問看護の質を向上を目指し、人材育成する、研究するなど、公的な特徴を明確に打ち出した。

# d.開設資金をどう工面したか

# タイプI(特定機能病院が併設されている型)

・ 資金は大学法人が拠出した。ステーションに必要な備品(テーブル、椅子、冷蔵庫など)は 大学内で不要になった物を回収し再利用した。新規購入した備品はパソコン2台であったが、 部屋の修繕費等にお金がかかり、開設費用は膨大になった。

# タイプⅡ (小規模な病院が併設されている型)

· 資金提供は大学法人より提供され、特に問題となることはなかった。

# タイプⅢ(病院が併設されていない型)

- ・ 資金は大学法人で出資し運営することになり、初期費用や赤字の時期は埋め合わせてもらう ことが出来た。
- ・ 大学の方針として訪問看護ステーションを作るということで必要なものを挙げて購入して もらった。県からの基金や助成は県の予算が立たなかったので、そこまで待てないというこ とで利用しなかった。

# e.人材はどの様に確保したか

# タイプ I (特定機能病院が併設されている型)

・ 法人内の教員と新規採用により確保した。

#### タイプⅡ (小規模な病院が併設されている型)

· 人材は大学の卒業生や大学院の中から選抜を行い確保した。

# タイプⅢ(病院が併設されていない型)

- · スタッフは各自のネットワークや公募で最低限の人員を確保した。
- ・ ホームページに募集を出すと、「学校法人のステーション」に興味を持ってくれ、遠くの県 外から連絡があるなど反響があった。
- ・ 多くの人から希望があり、全ての患者像に対応できる人材を揃えた。職員は、看護を思いっきりやりたい、これまでの看護の集大成をどこでやるかを考え、理念に共鳴したメンバーであった。

# ③ 訪問看護ステーションの理念

# タイプ I (特定機能病院が併設されている型)

- ・ 教育・研究を可視化させる
- ・地域が大学病院との連携で困っていたことを仲介・解消し、地域医療全体の質を向上させる。
- ・ 生活、医療、地域をトータルにみてコーディネートしていく。

# タイプⅡ(小規模な病院が併設されている型)

- · 在宅における療養生活を支援しその心身の機能の維持回復を図る。
- · 在宅医療と看護の質の向上および関係職種の連携を推進する。
- · 看護系学部だけでなく多岐にわたる学部の実習ができる臨床の場にする。

# タイプⅢ(病院が併設されていない型)

- · 予防的訪問によって、病状悪化や再発を防ぐ。
- · 質の高いサービスの提供に努める。
- ・ 在宅療養を支援する人材の育成に努める。
- 地域に貢献できるステーションをめざす。

# ④ 訪問看護ステーションの役割機能

#### タイプ I (特定機能病院が併設されている型)

- ・ 教員が訪問看護師として現場で学生に指導を行うことで、座学で学んだ内容が実践と結びつ く、大学の教育方針に沿った指導がなされる。
- ・ ケアマネージャーが実際に関わっている事例についてインテークから一連の講義を実施することで、多職種連携や地域の理解が促進される。
- ・ 地域の専門職の人材育成を行政と合同で担う。
- ・ 行政と事前に在宅医療・介護の方向性を協議し、補助金等を得て人材育成にあたる。
- · 大学病院との連携でつなぐ看護、患者との架け橋の役割を学ぶことが出来る。
- ・ 病棟看護師と訪問看護師が退院予定の患者に共同で退院指導を行う場面や、在宅療養中に起こった急変時の救急搬送の連携場面など、実際の場面からの学びが得られる。
- ・ 病院で働く看護師に在宅医療・介護の楽しさ・学びを提供し、病院に還元出来る。
- 病院から看護主任が期限付きで出向し、その期間は訪問看護師としてステーションで働く。
- ・ 企業との産学共同研究や開発を実施できる。
- ・ 在宅医療・介護の視点を活かした研究で住まいの研究を推進できる。
- ・ 地域の訪問看護の実情を行政の協力により調査を受託できる。
- ・レセプトを役場から開示してもらい、地域の訪問看護の実情から課題・対策を考案する。
- 教員は訪問看護師と健康教育の提供等の地域貢献事業の運営を兼任している。
- ・ 訪問看護ステーションの常勤スタッフとの情報共有・連携で取り組み(教育・研究など)の 方向性を随時確認できる。

- ・ 24 時間 365 日体制、緊急訪問、がん終末期、看取り、障害、小児、難病、精神を担う。
- 他のステーションでは引き受けられないと言われた仕事は全て引き受ける。
- ・ 大学病院と合同の勉強会、研修を開催する。
- ・ 前方支援・後方支援の体制を事前に協議しておくことによりスムーズな連携を実現できる。

# タイプⅡ(小規模な病院が併設されている型)

- ・ 教員が訪問看護師として学生に指導を行う。
- ・ 大学の指導方針に沿った指導がなされる
- ・ 在宅で働く上で必要な協働について指導できるスタッフ、教員を配置できる。
- ・ 看護に関することだけでなく、他職種とどう連携していけば良いか学生に伝えることができる教員とスタッフが揃っている。
- ・ 地域の訪問看護ステーション、地域の専門職への教育が可能になる。
- ・ 地域の訪問看護ステーションに、大学ならではの知的リソースを共有するなどの活動や協働 を積極的に実施する。
- ・ 地域の訪問看護師等の専門職向けに大学教員がスキルアップ講座を実施できる。専門看護師 (CNS) の資格を保有する教員が在宅において必要なスキルを指導できる。
- · 訪問看護ステーション職員内で事例研究を実施する。
- 利用者に最適な訪問看護を提供できているかどうかの検討を行い、質を維持・向上できる。
- ・ 大学病院との密接な連携が可能になる。
- ・ 訪問看護ステーションが所属するセンター長と病院長、学長による連携協議会や、現場で連携を図る職員同士での話し合いが行われる。

# タイプⅢ(病院が併設されていない型)

- ・ 教員が訪問看護師として現場で学生に指導を行う。
- 大学の指導方針に沿った指導がなされる。
- ・ 教員自身も在宅医療・介護への理解を深めることが出来る、学生は在宅医療・介護を身近に 捉えることができる。
- ・ 医療・介護依存度の高い利用者と地域の訪問看護ステーションの双方が安心して暮らせて働ける様なシステムづくりを実施できる。
- ・ 小規模のステーションが多かったため、医療・介護依存度の高い利用者を複数のステーションで共同介入することにより、職員への負担と急な収益減少のリスクを小さくできる。

#### ⑤ 訪問看護ステーションの活動効果・波及効果

#### タイプ I (特定機能病院が併設されている型)

在宅移行支援の強化

在宅看護の学びを病院に戻ってから病棟の看護師に共有できた。在宅の可能性と限界を知ることで、病棟から在宅に移行出来るタイミングが分かるようになり、在宅移行支援ができる人材が増えた。

#### 新卒訪問看護師の育成

大学を卒業する者を採用し、来年度から育成が始まることが決定した。

#### ・ 学生の実習指導

看護学部定員のところ約1割を同法人内の訪問看護ステーションで実習を行った。大学法人立の訪問看護ステーションとしての特色を活かし、教員と訪問看護師とが協働して指導した。

#### 大学内の教員の理解の促進

大学内の教員にも在宅医療への理解を深めてもらう場として機能した。

#### ・ 地域の訪問看護ステーションとの役割分担

地域の訪問看護ステーションの利用者は介護保険利用者、自ステーションは医療保険利用者の 割合が多く、利用者層が分かれ、競合を回避できた。

#### ・ 近隣の医療機関からの協働の依頼

訪問診療の医師からも当ステーションとであれば協働したいというオファーがあった。難病や 重症の方々、24時間緊急訪問に対応し、利用者の回転も早くなった。

#### ・ 行政との連携

地域課題や訪問看護の質などを明らかなものにするために行政との連携を行ったり、資金提供 を受けたりできた。

# ・ 地域住民への働きかけ

地域住民への公開講座など、社会貢献事業を実施することができた。

# タイプⅡ(小規模な病院が併設されている型)

# 効果的な学生の実習

看護学部の学年定員 100 名の所、約1割の学生が同法人内の訪問看護ステーションで実習を行った。また、同一法人であるため学校の理念に沿う形で実習が行われた。

#### ・ 地域のステーションからの相談の増加

困難事例に対して相談が寄せられるようになった。

#### ・ 大学病院との連携を強化

病院のソーシャルワーカーとステーションのセンター内の連携スタッフの関係が密になって きたことにより、在宅移行の流れの基盤を形成できた。

#### ・ 地域の関連機関からの期待

ケアマネジャーからは、学校法人のステーションということで、何か特徴があるのではないか、 普通に訪問看護してくれるのかという反応があった。すごいね、何作るのかね、大学が作るって すごいねという反応があった。

#### 地域の専門職の教育

地域の専門職がスキルアップ講座に積極的に参加するようになった。

# ・ 当初の予定より早い段階での黒字化を達成

先行投資での雇用、医療・介護依存度の高い利用者を受け入れられる体制づくり等ができた。

# タイプⅢ(病院が併設されていない型)

#### 効果的な学生の実習指導

看護学部の学年定員の約1割が同法人内の訪問看護ステーションで実習を行い、同学であるため学校の理念に沿う形で実習を行うことができた。

# ・ 学生の実習指導を行った教員の反応

自分の実体験は伝えやすく、記録指導の面においても指導しやすくなった。学生の学習到達度 を考えて接することができた。

#### · 訪問看護師の大学院進学

訪問看護ステーションの看護師が、設置主体である法人の大学院で大学院生に進学した。実践 に即した研究課題に取り組むことができている。

#### ・ 地域の訪問看護ステーションからの依頼

協働により同志のような関係が形成された。地域の訪問看護ステーション連絡協議会から研修 会の依頼が寄せられるようになった。

#### ・ 医療機関の退院支援部門との連携強化

情報交換や研究発表しようという機運があり、在宅看護学領域内に「退院支援を考える会」を 立ち上げて6年目になる。病院の退院調整看護師や管理者とのつながりができ、利用者の紹介が ある。

#### · 当初の予定より早い段階での黒字化を達成

依頼は断らない 24 時間対応、有料老人ホームから外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費を算定することなどにより達成された。

#### ⑥ 訪問看護ステーションの課題

#### タイプ I (特定機能病院が併設されている型)

#### · 新卒訪問看護師の育成

新卒の訪問看護師の育成は今回が初の取り組みとなるので、他大学の先例を参考にしつつ進めていかねばならない。

#### ・ 人材の確保・定着と育成

自ステーション含む地域全体の訪問看護師が少なく、職員1人1人の負担が大きい。 離職率も高いため、人材の定着を図っていく。

ひとりひとりの在宅看護への信念があり、管理者がチームをとりまとめ、リードしていけるリーダーシップの育成を心がけていく。

#### ・ 地域の専門職への教育

地域の多くの訪問看護師が受講できるような講習会、研修をたくさんは用意できない。

#### ・ 地域の訪問看護が抱える課題

訪問看護の量を提供できても、質に大きな格差がある。声掛けと症状観察だけなど、他職種でも対応可能な内容の訪問がなされている現状がある。一方で、報酬上の評価はどれ程重度な利用者を看ているかであり、健康維持・増進、再発・増悪予防の観点については評価されていない。訪問看護の供給量に視点が集まりがちだが、量に限らず、質を高めていける次の時代の在宅看護、訪問看護を検討していく必要がある。

#### · 研究活動の推進

訪問看護の研究を推進していきたい。また、迫りくる自然災害に備えるため、災害看護について一つのテーマとして取り組んでいきたい。

# タイプⅡ (小規模な病院が併設されている型)

#### ・ 学生の実習

看護学部のまだ1割しか同学のステーションで実施できていない。また、リハビリテーション 科など他の医療系学生に対して同行訪問することができていない。

#### 人材の確保

公募を出しても自ら教育・研究を行いたいという人材が集まらない。

・ 研究のサポート体制

在宅に関する研究について、重要視してはいるもののサポート体制が取れていない。

・ 大学という組織内で運営する

職員を募集する際に、多くの協議を重ねる必要があり、長期戦になってしまう。また、学内で 訪問看護ステーションを担当する教員が1名しかおらず、他の教員からすると不透明である部分 も大きいため、今後は学内に向かっての積極的な発信が必要である。

#### ・大学病院との連携

大学病院もようやく地域に開かれてきたので、今後も働きかけていく必要がある。特に看護部 との連携はこれからなのでそこが課題となっている。

# タイプⅢ(病院が併設されていない型)

#### 学生の実習

看護の実習生も増やし、介護の実習生も引き受けていきたい。

人材の確保・定着

ステーションで働く人材が集められず、組織的に強い訪問看護ステーションへと育ちにくい。

#### ・ 大学という組織内での運営

大学法人であるため、訪問看護ステーション自体には決定権が少なく、新たな取り組みを行い たいというときにも自由度が低い。

地域のケアマネージャーにとって、大学の訪問看護ステーションは敷居が高く、ケアプランを 添削され、指導を受けそうな印象を抱かせている。

# · 新卒訪問看護師の育成

2 年間のプログラムを考案した。まず同年代の人と交流させたいと考え、近隣の大学病院の新 人看護師のプログラムから必要な項目を選択して無料で参加させてもらっている。ゆくゆくはタ ーミナルに強いステーションや看護小規模多機能居宅介護の事業所での研修を考えている。

# ⑦ 今後の運営についての展望

#### タイプI(特定機能病院が併設されている型)

- ・ 地域の専門職・地域住民の意識改革として、訪問看護をもっと見えるようにしていく。訪問 看護を利用することで得られるメリットや、訪問看護利用のハードルが低いことを知っても らう。
- ・ 地域において看護の職能がどこで発揮されるか明らかにする。生活と疾患のマネジメントな ど、本当に看護師にしかできない業務に絞って実施し、その他の業務を看護師以外の職員に 分業することで人員不足を補填する。
- ・ 訪問看護の質の向上のため、レセプトデータから地域の訪問看護の抱える質的課題を明らか にし、対策を実施していく。

# タイプⅡ (小規模な病院が併設されている型)

- ・ 学生の実習において、学部連携により、他科の実習生も受け入れる。
- ・ 人材確保・育成において、人員拡充により職員の負担を軽減する。また、新卒の訪問看護師 を育成する。
- ・ 研究のサポート体制を構築していくため、また研究機関としての役割を担うべく、訪問看護 ステーションにおいてもサポート体制を整える。
- ・ 大学病院との連携を促進するため、病棟の看護部との連携を図ることで病棟から在宅移行の 流れをつくる。

# タイプⅢ(病院が併設されていない型)|

- · 学生の実習において、実習生の受け入れを増やす。
- ・ 人員拡充により組織的に強い訪問看護ステーションを目指し、新卒の訪問看護師を育成する。
- ケアマネージャーの教育として、予防的健康管理を行う訪問看護ステーションを活用する意識の醸成を行う。
- ・ 看護小規模多機能を開設したい。定年者の雇用の場所になる。また、その中で新卒看護師の 育成、実習の場にもなる。介護の人の受け入れにもなり、リハビリテーション学科、保育学 科などとの多学科・多職種連携を図りたい。
- ・ 地域住民が訪問看護に抱く意識を改革する。訪問看護の敷居の低さと、在宅における訪問看 護の必要性を理解してもらえるような取り組みを行う。
- ゆくゆくは人事交流を行いたい。
- ・・ステーションで働きながら大学院に進学する、ゆくゆくは教員になるなどのサイクルができ

ればと思っている。訪問看護師も増えていく、在宅の教員も増えていくという両方が同時に 増えていくことがここなら出来るのではないかと思う。

- ・ 徐々に次の世代にバトンタッチしていきたい。卒業生がステーションに勤務、教員になるな どの道が開ける。
- ・ 3年で基盤を整え、経営を安定化させる方向である。

#### 2) コミュニティアセスメント (フェーズ2)

公開されている公的機関の統計や情報を元に、研究機関が立地する宮城県の二次医療圏域をモデルとして、CAPモデル(Community as Partner model)を参考にコミュニティアセスメントを試行した。その結果、人口統計、物理的環境、保険医療と社会福祉の項目が、コミュニティアセスメント上の重要な要素として抽出された。項目内のコミュニティアセスメント内容を以下に示す。

#### (1) 宮城県の二次医療圏域ごとの地域アセスメント《人口統計》

#### ① 仙南医療圏

仙南地域の人口は、平成7年の国勢調査をピークに減少傾向にあり、平成27年10月1日現在では177,192人とピーク時の89.8%まで減少している。地域の人口が減少傾向にある中、大河原町は増加傾向、柴田町は現状維持傾向にある。また、高齢化はさらに進んでおり、平成28年3月末現在の仙南地域の高齢化率は30.5%まで上昇し、県の高齢化率25.6%よりも4.9%高くなっている。また、全9市町で前年度を上回っている。特に七ヶ宿町の高齢化率は46.3%と県内で最も高い。

#### ② 仙台医療圏

仙台の総人口は 2015 年に 150 万人へと増加し(2010 年比+1%)、25 年に 149 万人へと減少し(2015 年比-1%)、40 年に 139 万人へと減少する(2025 年比-7%)と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 13.5 万人から 15 年に 16.5 万人へと増加(2010 年比+22%)、25 年にかけて 23.8 万人へと増加(2015 年比+44%)、40 年には 28.3 万人へと増加する(2025 年比+19%)ことが見込まれる。

#### ③ 大崎·栗原医療圏

大崎・栗原の総人口は 2015 年に 27 万人へと減少し(2010 年比-7%)、25 年に 24 万人へと減少し(2015 年比-11%)、40 年に 20 万人へと減少する(2025 年比-17%)と予想されている。 一方、75 歳以上人口は、2010 年 4.5 万人から 15 年に 4.8 万人へと増加(2010 年比+7%)、25 年にかけて 4.8 万人と増減なし(2015 年比±0%)、40 年には 4.9 万人へと増加する(2025 年比+2%)ことが見込まれる。

#### ④ 石巻·登米·気仙沼医療圏

石巻・登米・気仙沼の総人口は 2015 年に 36 万人へと減少し(2010 年比-8%)、25 年に 32 万

人へと減少し(2015 年比-11%)、40 年に 26 万人へと減少する(2025 年比-19%)と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 5.8 万人から 15 年に 5.8 万人と増減なし(2010 年比 $\pm 0$ %)、25 年にかけて 6.6 万人へと増加(2015 年比+14%)、40 年には 6.4 万人へと減少する (2025 年比-3%)ことが見込まれる。

#### (2) 宮城県の二次医療県域ごとの地域アセスメント《物理的環境》

#### ① 仙南医療圏

宮城県南部に位置し、面積は県全体の21.3%を占める。地域の西部は蔵王連峰の裾野にあたり、丘陵地帯となっている。東部は阿武隈川、白石川が流れる平野地帯になっている。北東部は仙台都市圏に隣接し、開発が進んでいる。気候は県内においても比較的温暖であるが地形により降水量、気温などに大きな差が見られる。古くから街道や水運の要衝となっていいたため鉄道網や高速交通網が発達している。

#### ② 仙台医療圏

宮城県の中央に位置し、面積は県全体の23%を占める。圏域西部は蔵王連峰の裾野、東部は阿武隈川、名取川、七北田川の流れる平野が広がっている。気候は暖温帯と冷温帯にまたがり、冬期は東北地方としては比較的温暖である。夏期も太平洋の海風によりしのぎやすい気候。東部は都市として発達している。交通の便も良いため人口が集中している。産業・経済・金融機能・大学・報道機関など東北における中枢都市である。

# ③ 大崎·栗原医療圏

宮城県の北西部に位置し、面積は県全体の32%を占める。圏域北部と西部は山間地域、高原地域が広がり南部と東部には平野が広がっている。気候は山間地域と平野地域で差があるが県内では比較的寒冷である。圏域内にはラムサール条約に指定されるような沼がある等自然が豊かな圏域である。交通の便は中心部である古川周辺は新幹線を初めとした鉄道網や高速交通網も発達している。

#### ④ 石巻・登米・気仙沼医療圏

宮城県の北東部に位置し、23.7%を占める。圏域東部の石巻、気仙沼はリアス式海岸に沿った山間・丘陵地帯が広がっている。登米は平野が広がっている。圏域内には北上川などの河川が走る。東部は海岸性気候、西部は内陸性気候となっている。東日本大震災で大きな被害を受けた気仙沼や石巻は交通の便が未だ回復していない地域も多い。

# (3) 宮城県の二次医療圏域ごとの地域アセスメント《保険医療と社会福祉》

#### ① 仙南医療圏

#### 医療圏の概要:

地域の基幹病院があるが、急性期医療の提供能力は低く、仙台への依存が極めて強い医療圏で

ある。急性期以後は、療養病床も回復期病床も全国平均レベルである。

在宅医療の現状: 在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は少なく、在宅療養支援病院 は多い。また、訪問看護ステーションは非常に少ない。

# 介護資源の状況:

介護保険ベッド数は全国平均レベルであるが、高齢者住宅系は全国平均を下回る。

#### ② 仙台医療圏

#### 医療圏の概要:

大学病院、高機能病院や地域の基幹病院が複数あり、急性期医療の提供能力が高く、宮城県を中心に東北各地より多くの患者が集まってくる医療圏である。急性期以後は、療養病床は不足気味だが、回復期病床は全国平均レベルである。

#### 在宅医療の現状:

在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は少なく、在宅療養支援病院はやや少ない。訪問看護ステーションは全国平均程度。

#### 介護資源の状況:

介護保険ベッド数、高齢者住宅系ともに全国平均程度。

#### ③ 大崎·栗原医療圏

#### 医療圏の概要:

高機能病院があるが、人口に比して急性期医療の提供能力は低いものの、患者の流入流出が少ない比較的独立した医療圏である。急性期以後は、療養病床は全国平均レベルであるが、回復期病床は不足気味である。

#### 在宅医療の現状:

在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は少なく、在宅療養支援病院も少ない。また、 訪問看護ステーションも少ない。

#### 介護資源の状況:

大崎・栗原の総高齢者施設ベッド数は、介護保険ベッド、高齢者住宅系ともに全国平均を下回る。

# ④ 石巻・登米・気仙沼医療圏

#### 医療圏の概要:

高機能病院があるが、人口に比して急性期医療の提供能力は低く、仙台への依存が比較的強い 医療圏である。急性期以後は、療養病床は不足気味だが、回復期病床は全国平均レベルである。

# 在宅医療の現状:

在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は少なく、在宅療養支援病院は存在しない。また、訪問看護ステーションも少ない。

# 介護資源の状況:

石巻・登米・気仙沼の介護保険ベッド数は全国平均をやや下回り、高齢者住宅系は全国平均を 下回る。

# 4. 考察

# 1) インタビュー調査(フェーズ1)

# (1)地域背景・設立経緯について

タイプ I (特定機能病院が併設されている型)、タイプ II (小規模な病院が併設されている型)、タイプ III (病院が併設されていない型) の 3 タイプに共通して、同法人内ないし地域の課題解決が開設の経緯としてあげられた。 3 タイプが、大学が所在している地域の特性に着目していた。大学法人が訪問看護ステーションを開設する際、近隣の訪問看護ステーションや医師会等の理解を得ることに困難があり、理解を得るために必要な対策を講じていた。特にタイプ III は、利用者ニーズのすみ分けが難しい点から、関連団体、地域住民にとって最善となる解決策を提案することで、理解を得ていた。

# (2)役割・機能について

タイプ I、タイプ II、タイプ III の 3 タイプに共通して教育・人材育成という機能があげられた。 学部実習については、大学法人の特徴を活かした教育効果があらわれていた。訪問看護ステーションの看護師と大学教員が連携をとりやすく、教育理念や方針を共有した指導を行えるというメリットがある。教員が兼務で訪問業務に従事し、実習指導を行っているステーションや、中には専門看護師の資格を持つ教員が指導しているステーションもあった。

3タイプとも学生の実習を増やしていきたいと考えているが、十分に教育を実施出来る段階まで到達出来ていなかった。その理由には、第1に今後の課題にも挙げられている訪問看護の人材不足である。小規模ステーションでは黒字化が難しい上に職員1人1人の業務負担も大きい(福井ら2013)。第2はタイプIなど医療保険による訪問看護の利用者が多いステーションでは、複雑で重症な医療ニーズを持つ利用者を多く抱え、利用者の入れ替わりも激しい。業務の負担が大きい状態で実習の受け入れを増やすのは現実的ではないと考えられる。以上から、まずはステーションの運営基盤を強化した上で、教育基盤を整えていく事が求められると考える。

大学は教育力や必要な教育材料の開発力を有している。この特性は新卒訪問看護師の育成にも 貢献できうると考えられる。新卒訪問看護師の育成を行う組織において、大学は人材育成の一端 を担っているという報告もある(多川ら 2015、黒澤ら 2017)。新卒訪問看護師育成には教育機関 と訪問看護ステーションの密な連携・協働が求められている(全国訪問看護事業協会 2016、全国 訪問看護事業協会 2018)。大学法人が運営するステーションであれば大学の資源を活かした貢献 が出来ると考えられる。

訪問看護ステーションの看護師が、設置主体である法人の大学院に進学したステーションがあった。実践に即した研究課題に取り組むことができているとのことであった。同一法人内であれば、社会人大学院生に対し、実践と研究の両立のための教育的サポートがより柔軟に実施できると考えられる。

ここで、近隣の訪問看護ステーションとの役割分担について考えてみたい。タイプ I 、タイプ II では、医療保険による訪問看護の利用者が多く、複雑で重症な医療ニーズを持つ利用者を多く 抱え、看護職員に専門看護師、認定看護師を擁している。これらは専門性の高い代替の難しいサービスであり、地域の訪問看護ステーションとは異なる一定のニーズが存在していることを示し

ている。一方で、タイプIIIで実施しているような他のステーションで引き受けることが困難な利用者を引き受け得る役割は大学法人ならではの特色と考えられる。開設した当初は、介護度の低い利用者を対象とした予防的支援に特化していたステーションもあった。これは、訪問看護キャリアに富んだ人材の確保が難しく、教員との兼務をはじめとしてマンパワーも少ないために、あえて予防的支援を提供することを戦略とした為と考えられる。特にタイプIIIでは、大学という公共性の高い事業と事業所の収益・存続を両立させていくことが課題と考えられる。したがって、利用者への看護の質を保つ意味においても、一定の事業所規模を確保する必要があると考えられる。以上述べたように、大学の持つ資源や地域特性は異なるが、それぞれの特徴を活かした活動が行われていた。大学法人が設置する訪問看護ステーションは、地域の訪問看護ステーションと競合するものではなく、地域の訪問看護サービスの量・質を安定・向上させるための社会資源の一つとしての独自の役割があると考えられる。

#### (3)経営・開設資金

法人が開設資金を拠出していた。創設年度は事業損益が赤字になることが多いが、負債による 初期費用の調達率が高い企業の方が、努力水準が高いという報告もある。ステーションを運営し ていく上での事業プランや経営戦略が非常に明確なものになり、ひいては利用者層・訪問件数の 獲得に繋がった可能性が考えられる。

# 2) コミュニティーアセスメント(フェーズ 2)について

#### (1)人口統計

仙台医療圏は宮城県のどの医療圏よりも高齢率が低いものの、母体となる人口が他医療圏と比較して桁違いに大きい。そのため仙台医療圏の高齢者人口は他医療圏の高齢者人口を合計してもその数字を大きく上回る。

#### (2)物理的環境

仙台医療圏(東部)は交通の便が良い上に人口密度も高い為訪問看護は行いやすい。しかし残りの医療圏は人口密度も低く、地域によっては地形的に訪問が行いにくい所もある。訪問看護ステーションの所在地とサービス提供圏に関する全国的な研究からは、主に訪問看護を必要とする高齢者にとってのコミュニティーサイズと訪問看護ステーションのサービス提供圏サイズに乖離が見られたという報告がある。宮城県においても先述の様な物理的環境によって訪問看護サービス提供に至っていない地域が生じている可能性も推測される。

# (3)保健医療と社会福祉

県内全ての医療圏も在宅医療・介護を行う環境が十分整えられていない。特に仙台医療圏以外の医療圏では訪問看護ステーション数が少ない。今後増加が確実である在宅医療・介護の需要に対して、現状では供給が間に合わなくなる可能性が推測される。

# 3) 大学法人が運営する訪問看護ステーションの機能モデル(フェーズ 3)について

四年制大学か短期大学か、大学院が設置されているか、設立主体の法人に病院が設置されているかなど、各大学が有するリソースや、訪問看護ステーションが存在する地域が抱える課題やニーズに応じて、訪問看護ステーションのあり方が模索されていた。ここでは、これらの事業所の特性を踏まえ、大学法人が設置する訪問看護ステーションに汎用性のあるモデル機能について検討する。

### (1) 人材育成・活用機能

#### ① 看護学基礎教育(学部)

看護系大学のほとんどは、在宅看護論の臨地実習を外部の訪問看護事業所に依頼している。そこでは訪問看護師との同行訪問といった実習形態が主流である。大学法人に訪問看護ステーションを設置することで、在宅看護論実習の柔軟な展開が可能となる。従来の訪問看護師との同行訪問に加え、訪問看護師による定期の訪問以外に実習生が利用者宅を訪問させていただく。学部生は看護師免許は無いため、在宅での生活について学ぶことを主眼とする。例えば、在宅高齢者が必要としている生活ニーズを見極め、掃除、草むしり、電球交換などのサポートをさせていただくことを通して、在宅とはどのような場であるか、在宅療養生活を継続していく上でどのようなニーズがあるのかなど、看護の対象を患者ではなく「生活者」としてとらえ、在宅での療養生活について考える実習などである。

また、同一法人内に病院が併設されている訪問看護ステーションでは、病棟看護師と訪問看護師が退院予定の療養者に共同で退院指導を行う場面に参加する経験や、学生が病棟実習で出会った療養者に訪問看護で再会する機会も多く、このような体験を通して連携の重要性や退院支援のあり方を考えることのメリットは大きいという。

#### ② 大学院教育

地域包括ケアシステムの構築を推進していく上で、地域医療連携を担う専門看護師の活躍が期待されている。大学法人が設置する訪問看護ステーションで実習を行うことも可能と考えられる。また今回、インタビュー調査に協力いただいた訪問看護ステーションでは、訪問看護ステーションで看護師として勤務して、現場で実践を積み重ねながら、設置主体である法人の大学院で大学院生として在籍している例があった。実践に即した研究課題に取り組むことが出来ているとのことであった。

# ③ 継続教育・現任教育

#### 医療機関の管理職

調査に協力いただいた訪問看護ステーションのなかには、大学法人が設置している病院の管理者(主任)が半年交代で出向し、訪問看護ステーションの看護職員として勤務している事業所があった。管理職が訪問看護業務に従事し、在宅看護の現状や可能性を理解することは、病棟勤務に戻った際の患者ケアや病棟マネジメントに大きな影響を与えると考えられる。

# · 専門看護師 · 認定看護師

専門的な知識・技術をもつ看護師が、訪問看護ステーションを通じて、自院退院後の在宅療養者を訪問することは、在宅療養者・家族の QOL や訪問看護の質の向上に貢献すると同時に、専門看護師や認定看護師のキャリア支援につながると考えられる。

#### ・医療機関の看護スタッフ

地域包括ケアシステムでは、医療機関における在宅復帰支援の強化が求められている。退院支援部門の看護師だけでなく、病棟や外来の看護師も在宅療養支援の視点とスキルを持つことが期待されている。これについて日本看護協会では、医療機関から地域の訪問看護ステーションへの出向等による人材活用策を提案している。医療機関の看護師が一定期間、訪問看護に従事して在宅療養支援の視点や知識・技術を獲得する機会を創出することで、院内での看護ケアや退院調整の質を向上させ、円滑な在宅復帰支援につながることが期待されている(日本看護協会,2016・2018)。

また、特定機能病院に勤務する看護師にとっては、救命、生命維持等の患者管理は重要であるものの、その中で本来の看護の姿である療養上の世話や患者との信頼関係の構築が十分にできないことで看護のモチベーションが低下し、ホスピスや訪問看護に転職を希望する者も出てきている(日本看護協会,2016・2018)。しかし、いままでの病院看護が通用しないといったリアリティショックを受け、再び病院に戻ってくる例もあるという。退職せずに急性期と在宅を行き来できる仕組みを作ることが出来れば、看護師のキャリア支援となるともに、離職率の低下にもつながると考えられる。

一方、育児等で夜勤免除や短時間勤務の看護師が一定期間、訪問看護ステーションで勤務する といった看護師のライフスタイルに応じた柔軟な働き方の仕組みづくりや人材配置を行うこと も可能であろう。

#### ・看護学教員

看護系教員は、医学系教員等に比べて、実践(臨床)に従事する時間はほとんどない。このため、実践現場と教育・研究との間に隔たりがあることが指摘されてきた。教員が訪問看護ステーションに非常勤として訪問看護に従事している事業所では、教員が訪問看護師として学生と同行訪問して、現場で指導することを通し、講義・演習での学習と実践を結びつけることができていたという。さらに、教員が実践を行うなかで研究課題を見出すことによって、より現場に根差した研究を行うことができると考えられる。

#### ④ 新卒教育

新卒者を訪問看護ステーションで育成する体制の構築が各地で始まっている。しかし、小規模の訪問看護事業所では、新卒者を単独で育成することは容易ではない。「教育機関(大学)と県看護協会と地域の訪問看護ステーション」の3機関が連携・協力して新卒者訪問看護師育成プログラムを開発し、実施している例や、「教育機関(大学)と大学病院と地域の訪問看護ステーシ

ョン」が連携して開発し実践している例もある。大学法人が設置する訪問看護ステーションで新卒看護師を育成できれば、同じ法人内の機関で教育と実践を行うため、理念や教育方針を共有しやすい。また、教員がメンターとなり、新卒者の定期的なフォーローを行うことが可能である。 自大学の卒業生であれば、より密接に継続したサポートが可能であろう。

#### ⑤ 多職種連携教育

医学部を設置している大学では地域医療などの実習の一貫として、訪問実習を行うなどが考えられる。さらに、多職種連携教育の一環として訪問実習を行うことも可能であると考えられる。

#### (2)教育・研修機能

#### ① 特定行為研修

高度かつ専門的な知識と技術を持ち、一定の手順により診療の補助を行うことできる看護師の研修制度が始まっている。大学法人が設置する訪問看護ステーションが指定研修機関として、大学法人が設置している病院と連携して、在宅で求められる特定行為に関する研修を実施することが可能であろう。

#### ② 地域の専門職を対象とした研修

特定機能病院を併設している法人では、例えば、埋め込み型補助人工心臓(Implantable Ventricular Assist Device: iVAD)など、先端医療を受けて在宅に戻る療養者も増えている。しかし、実際の臨床現場では、訪問看護師へ具体的な情報提供や教育等がなされないまま、在宅へ移行する例が生じている。先端治療を受けて在宅療養生活を送る療養者の看護について、地域の訪問看護事業所の職員を対象とした研修が必要であると考えられる。

また、介護老人施設、障害者・障害児施設の職員や保健医療福祉関連の行政職を対象とした研修なども考えられる。

#### (3) 専門的実践

医療依存度の高い在宅療養者は今後さらに増加すると考えられる。そのような療養者や家族が安心して在宅で過ごすために、専門的知識や技術を持った看護サービスの提供が求められている。専門看護師の所属施設は「病院」(84.2%)が最も多く、「訪問看護ステーション」は2.2%と少ない(日本看護協会,2017)。病院に勤務する専門看護師も、病棟(42.2%)、看護管理室(16.9%)が主で、外来(14.1%)や地域連携部門は少ない(3.0%)。訪問看護ステーションで活躍する専門看護師や認定看護師に対する期待は大きい。前述したように、病院に勤務する専門看護師や認定看護師が、訪問看護ステーションを通じて自院退院後の在宅療養者に同行訪問することもできる。さらに、法人内の訪問看護ステーションに異動して、訪問看護に一定期間従事するという勤務形態も同一法人内であれば柔軟に対応できると考えられる。

一方、精神疾患を持つ利用者や家族に関するコンサルテーション・ニーズも高い。しかし、精神科訪問看護に関するリソースを得るのは容易でないという声も多い。今回、インタビュー調査に協力いただいた大学の訪問看護ステーションでは、同一法人内の大学の精神看護学の教員が、

ステーションから依頼を受けて、精神疾患の利用者に同行訪問している例もあった。このように 大学が持つ資源を有効に活用することで課題解決や訪問看護の質の向上に貢献できると考えら れる。

#### (4) 研究力強化機能

医療や看護は多くの課題に直面している。在宅看護学だけでなく、基礎看護学、成人看護学や老年看護学、精神看護学、母性看護学、小児看護学においても医療機関内のみならず、在宅や地域を志向した研究がますます必要とされている。大学法人が設置する大学と訪問看護ステーションとが共同し、医療や看護の課題を克服する研究成果を生み出すことが期待される。さらに、得られた研究成果(在宅における新たな看護技術や提供方法など)を研究の段階のみで終わらせることなく、実証・普及のプロセスを大学と訪問看護ステーションとが協働して担うことも重要な機能のひとつと考える。

#### (5) プラットフォーム機能

全国の訪問看護事業所、大学と共同し、在宅看護の支援と研究の促進を目的とした在宅看護プラットフォームを構築することも可能と考えられる。在宅看護のサービス開始から終了までをサポートする集約型プラットフォームを作成し、診療報酬・介護報酬の改定の基盤となるデータ収集を行うことも可能と考えられる。

#### (6) コンサルティング機能

大学法人が設置する訪問看護ステーションが持つコンサルティングの対象は、組織(大学法人)内では病棟看護師や退院支援看護師、組織外では近隣の訪問看護ステーションが考えられる。具体的には、訪問看護ステーションに所属する専門看護師や認定看護師がコンサルタントとして、病棟看護師や退院支援看護師、近隣の訪問看護ステーションの看護師にコンサルティングを行うことが可能と考えられる。前者では、同一法人であることから、依頼の「垣根」は低く、後者では、コンサルタント、コンサルティ双方が訪問看護に従事している点から、利用者・家族の在宅療養をより理解・把握しやすいと考えられる。

#### (7) アライアンス機能

大学法人立ステーションと近隣地域の訪問看護ステーションとの間でアライアンス (alliance) を構築することが可能と考える。アライアンスとは、経営上の概念で、企業間の技術開発、生産、販売等に関する事業連携や経営資源の相互利用関係をいう。訪問看護事業においても、事業所間で活用可能な訪問看護資源の相互利用関係を形成し、例えば、急な人員不足が発生した際の当該事業所への人材派遣など柔軟かつ機敏に対応できるシステムを構築するなどが考えられる(日本看護協会、2018)。平時にアライアンス活動を実践していることは、災害発生時の利用者に対する迅速な対応につながるものと考えられる。

#### (8) 社会資源の創出

訪問看護ステーションが存在する地域によって、抱える課題やニーズは様々である。今回、調査した訪問看護ステーションでは、行政から調査を受託し、地域が抱える課題を明らかにし、解決策を提案して社会資源を作り出していた。また地域の企業と協働で、実装を目的とした研究開発を行うなどの活動をしている例もあった。このように大学が抱える人材や設備といったリソースを活用し、社会資源を創出することも期待される。

#### 4) 本研究の限界と今後の課題

現在、大学法人が運営する訪問看護ステーション数は少ない。そのため、限られた訪問看護ステーションからデータ収集を実施したため、データの偏りが大きくなってしまった可能性が考えられる。今後はデータの補足に加え、大学法人が運営する訪問看護ステーションの訪問看護師が実施している看護実践内容を明確にすることで、これからの時代に合った新たな在宅看護の提供拠点を創造・開発していく必要がある。

#### 謝辞

大変ご多忙のなか、本調査にご快諾いただき、ご教示いただきました関係者の皆さまに御礼申 し上げます。

# 5. 文献

- 1) 厚生労働省: 平成 27 年地域包括ケアシステムの構築. 2015. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000086353.pdf (2018/1/1 access)
- 2) 厚生労働省: 平成 24 年在宅医療の最近の動向. 2012. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\_iryou/iryou/zaitaku/dl/h24\_0711\_01.pdf (2018/1/1 access)
- 3) 福井小紀子: 訪問看護事業所の黒字化のための経営指標の提案 全国訪問看護事業所調査に て示された収支比率との関連要因の結果を基に. 社会保険旬報 2013; 2545: 22-29.
- 4) 文部科学省: 地(知)の拠点大学による地方創生について ~COC から COC+~~. 2015. http://www.jst.go.jp/shincho/sympo/chiiki/pdf/51.pdf (2018/1/1 access)
- 5) Anderson ET, McFarlane J: 金川克子, 早川和生訳. コミュニティ アズ パートナー 地域看 護学の理論と実際. 医学書院, 東京, 2007.
- 6) 日本医師会: 地域医療情報システム JMAP. http://jmap.jp/cities/detail/pref/4 (2018/1/1 access)
- 7) 日本医師会:総合政策研究機構. 宮城県 http://www.jmari.med.or.jp/download/WP352 data/04.pdf (2018/1/1 access)
- 8) 宮城県: 広域圏情報 http://www.pref.miyagi.jp/life/8/36/ (2018/1/1 access)
- 9) 宮城県: 宮城県地域医療構想 http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/602717.pdf (2018/1/1 access)
- 10) 東北厚生局: 平成 29 年訪問看護事業所の管内指定状況一覧. https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken\_kikan/documents/houmon-04miyagi-h2 911.pdf (2018/1/1 access)
- 11) 独立行政法人福祉医療機構総合情報サイト(WAMNET). http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/ (2018/1/1 access)
- 12) 桑原弘美、永澤昌美、山川智世美、他: 急性期病院併設の訪問看護ステーションにおける実績と今後の課題. 北海道農村医学会雑誌 2014; 46: 106-110.
- 13) 生田京子、山下哲郎: 訪問介護,訪問看護の拠点配置とサービス提供圏に関する研究. 病院管理 2005; 42(2): 191-202.
- 14) 公益社団法人日本看護協会広報部:専門看護師 11 分野 1,883 人に.日本看護協会 2017. http://www.nurse.or.jp/up\_pdf/20170201152449\_f.pdf (2018/1/1 access)
- 15) 公益社団法人日本看護協会:平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域における訪問看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業報告書, 2016. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2016/roken 2015.pdf (2018/4/1 access)
- 16) 公益社団法人日本看護協会:平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進 等事業 地域包括ケアシステムにおける訪問看護のあらたな人材確保・活用に関する調査研 究事業報告書, 2018.
  - http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2018/homonkango jinzai.pdf(2018/4/1 access)
- 17) 公益社団法人日本看護協会:訪問看護出向事業ガイドライン,2018.

- http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/homonkango shukko.pdf(2018/4/1 access)
- 18) 山本満、陶山哲夫、草野修輔、他: 当院における訪問看護ステーションの現況と今後の課題. 埼玉圏央リハビリテーション研究会雑誌 2004; 4(1): 36-38.
- 19) 北村眞弓: 大学による地域包括ケアの展開と地域に根ざした学生実習「藤田保健衛生大学訪問看護ステーション」「ふじたまちかど保健室」を実習場として. コミュニティケア 2015: 17(13); 116-121
- 20) 棚橋さつき:大学が訪問看護ステーションを開設して"在宅看護"実習の学びを深める. コミュニティケア 2015: 17(13); 112-115
- 21) 多川晴美、興水めぐみ: 新卒の訪問看護師を育成する教育プログラムの開発. 滋賀医大 NEWS 2015; 26: 20-23.
- 22) 黒澤栞、小瀬文彰: 学校法人立のステーションで働く. 訪問看護と介護 2017; 22(12): 942-943.

# 研究代表者

尾﨑 章子(東北大学大学院医学系研究科 老年·在宅看護学分野)

〒980-8575 仙台市青葉区星陵町 2-1

Tel: 022(717)7919 Fax: 022(717)7919

E-mail: aozaki@med.tohoku.ac.jp

# 共同研究者 (五十音順)

安藤 千晶(東北大学大学院医学系研究科 老年・在宅看護学分野)

苛原 志保(株式会社ケアサービス)

浦山 美輪 (東北大学病院看護部)

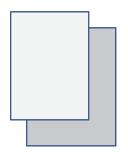
及川真喜子(訪問看護認定看護師)

大橋 由基 (東北大学大学院医学系研究科 老年·在宅看護学分野)

松浦 千春(社会福祉法人宮城ろうふく会 あきう訪問看護ステーション)

松浦紗季 (東北大学医学部保健学科)

※ 本書の内容の無断掲載、複製・複写等を禁じます。



# 訪問看護ステーションによる災害訓練実施に おける啓発効果の調査研究事業

訪問看護ステーションけせら 阿部 智子

# 平成 29 年度

# 「全国訪問看護事業協会研究助成事業」

訪問看護ステーションによる災害訓練実施に おける啓発効果の調査研究事業報告書

平成 30 年 4 月

研究代表者 阿部 智子

# ■■ 目 次 ■■

Ι.	研究事業の概要
	1.事業の背景
	2.事業の目的
	3.研究事業の進め方
	4.研究体制
	5.訓練の評価について
$\Pi$	災害セミナー参加者調査
	1.調査対象者
	2.自由記述カテゴリー
	3.カテゴリーの考察
Ⅲ.	災害イベント実施について
	1.災害イベント参加状況について
	2.災害イベント自由記述カテゴリー
	3.災害イベントの考察
IV	災害訓練
	1.平成 28 年度災害訓練参加者アンケート調査について
	1) 自由記述カテゴリー
	2.平成 29 年度災害訓練について
	1) 実施対象者
	2) 災害訓練参加状況
	3.聞き取りカテゴリー
V	事業全体のまとめ
	1.セミナーの結果
	2.災害イベントのまとめ
	3.災害訓練のまとめ
	1) 平成 28 年度のまとめ
	2) 平成 29 年度のまとめ
	3) 聞き取りのまとめ
	4.考察
VI	資料編

### はじめに

阪神大震災に続き東日本大震災による災害は、東京都にも大きな影響を及ぼした。その結果、東京都の訪問看護ステーションにおいても、利用者へのサービス提供に様々な支障も余儀なくされた。その翌年からも全国では地震のみならず水害や大雪による災害も多く、災害は常に「身近にある」と意識しておくことが必要で、それぞれのステーションでは、通常時から災害に備えた体制にしておくことが重要であると認識すべきである。

東京都訪問看護ステーション協会では東日本大震災後に、災害によって生じている問題等の情報収集を行った。その結果様々な困りごととともに、災害対応対策の立案もできていない、災害マニュアルの備えもないというステーションも多く存在していることも情報として挙がってきた。

災害後しばらくはマニュアルの存在や見直しなど、災害に対する意識も高くなるが、日々の経過とともに対策が取られないまま意識が薄くなる傾向にある。特に訪問看護ステーションは組織としては小規模ステーションが多く、管理者が運営のすべてを一人で対応している現実もあり、必要性を理解してはいるが組織としての体制を整備するには困難な場合があると考える。しかし、日本は世界的にみても災害が多い地理要件があること、昨今の気象変動などの影響により災害は常にあることを想定しておく必要がある。組織の大小に関わらず、災害に対する事前準備を十分に行うことは、災害に強い訪問看護ステーションとなり、被災時にはステーション機能を早期に回復できることにつながる。

調査には災害訓練やセミナーなど、休日ながら積極的に参加してくださった皆様の多大なご協力をいただいた成果となっている。被災した場合であっても日頃の備えから迅速に対応できるステーションが増えるために、それぞれのステーションが更なる取り組みにつながることを願っている。

# I 事業概要と目的

#### 1、事業の背景

東京都訪問看護ステーション協会では、東日本大震災後のアンケートの結果では、利用者への安否確認における課題が多くあった。そのことにより、安否確認マニュアルを作成し機会があるたびそのマニュアルを紹介してきた。また、東京都が被災したと想定した場合、地域災害支援ネットワークを構築できるように、被災状況の小さい地域のステーションが被災の大きな地域を支援するという、地域災害を想定した災害訓練を実施している。これは、

- ①マニュアルの見直しも含め、より実態に即したマニュアルとして今後再作成する参考とするため。
- ②被災し支援を受けるステーション側として訓練に参加することで、災害時のイメージを高め、日頃からの備えにつなげることができる。
  - ③被災地域への支援者として訓練に参加することは、他の支援者と災害についての課題

等を共有できること。ステーションに持ち帰ってそれぞれのステーションでの災害対策に 活用できることにつながる。

- ④どちらにとっても訓練を通し、忘れがちになる災害に対する備えを啓蒙・啓発しておく こと。
- ⑤東京都訪問看護ステーション協会として、災害時に組織として対応できる地域ネットワーク本部機能を構築するための前段階として位置付けていくこと。
- ⑥地域を重視した災害訓練とは形態を変え、広く多くの参加が見込まれる災害イベントの 開催によって、参加者すべての人が自分たちの災害対策を考えてもらうこと、それをそれ ぞれの場所で報告し活かしてもらうための啓蒙・啓発となる。

#### 2、事業の目的

東京都訪問看護ステーション協会で行う災害対策が、参加者への啓蒙・啓発となり、参加者が自ステーションでの災害担当となり、それぞれのステーションで災害に備えることができることを期待する。また、自然災害は想定通りに発災するわけではないことから、様々なイメージの災害と対策を想定しておくことも訓練につながる。災害訓練を重ねることにより訪問看護師として、災害への取り組み方の意識の変化を明らかにすることで東京都訪問看護ステーション協会が行う災害訓練・災害イベントが、啓蒙啓発につながりステーションの災害対策につながっていくための参考としたい。

また、今期の訓練は「訓練の評価に向けて」(P7) を基準にして有効性の判断の一つとした。

# Ⅱ 事業の進めかた

- 1、調査方法
  - 1) 災害セミナーの開催(平成29年6月24日)及びアンケート
  - 2) 災害イベント (平成 29 年 12 月 9 日) 参加者へのアンケート
  - 3) 災害訓練(平成 29 年 10 月 14 日) 参加者へのアンケート (前年度参加者アンケート含む)
  - 4) 災害訓練参加者への聞き取り調査
- 2、用語の説明
  - 1) 災害セミナーもしくはセミナーとは、災害の基礎知識を学ぶことを目的にして開催したセミナーをいう。
  - 2) 災害イベントとは災害について考えてもらうためにテーマを決めシンポジウム等をいう。
  - 3) 災害訓練とは模擬的に被災した訪問看護ステーションを設置し、安否確認を主とした 被災ステーションに支援することで災害についての学びにつなげることをいう。

# 2、研究委員

東京都訪	阿部	智子	訪問看護ステーションけせら 所長
問看護ステーショ	大貫	真理	訪問看護ステーションは一と
ン協会	清水	さかえ	いずみ訪問看護ステーション本木 管理者
	田中	千賀子	田園調布医師会立訪問看護ステーション 管理者
	畑	吉節未	神戸常磐大学教授

# 3、委員会の開催時期・議題

回数	開催日		議題
第1回	平成 29 年 4	月 24 日	1、事業内容の説明・進捗
			2、東京モデルとして目標の設定を行う
			3、セミナー開催に向けて
第2回	平成 29 年 6	月 24 日	1、セミナー実施後の反省会
			2、災害訓練の概要
第3回	平成 29 年 7	月 28 日	1、アンケート結果について
			2、災害訓練被災ステーション選定方法(案)
			3、災害訓練参加者募集方法について
第4回	平成 29 年 8	月 23 日	1、災害訓練被災ステーションの確定
			2、災害訓練参加者への案内方法及び参加医師の
			確認方法について
			3、役割分担
第5回	平成 29 年 9	月 6 日	1、被災状況想定の確認
			2、災害訓練参加者リストの確認
			3、訓練当日スケジュール案について
			4、災害イベントの進捗状況
第6回	平成 29 年 1	0月30日	1、災害訓練反省会
			2、災害イベント進捗状況
第7回	平成 29 年 1	1月7日	1、災害イベント役割分担
			2、イベント内容の確認と調整
			3、当日協力者のスケジュール確認
第8回	平成 29 年	12月9日	1、参加者状況の確認
			2、反省会

#### 訓練の評価に向けて

#### (訓練の目的)

• 災害時においても在宅療養者の支援を持続可能にすることができ、生じうる健康・生活 上のリスクを最小化することができるように備えを充実させるために実施する

#### (学習ポイント)

• 訓練で設定された情報から災害の様子を読み取り、適切な推論をもとに、支援の必要性の高い在宅療養者を抽出し、個人の状況に合わせたケアの提供を行う。

# (今年の訓練の評価の視点例)

- 訓練で生じるとされる災害の設定を具体的にイメージし、それによる被災状況を理解することができる(学びの程度、訓練設定の適切性)
- 設定された災害が療養者一般の生活環境や医療環境が影響(リスク)を及ぼすことを理解し、どのようなリスクかを列挙することができる(災害時の療養者のリスクの明確化、 日常リスクとの関係性)
- 与えられた療養者の情報から、今後の健康の揺らぎが顕著になると考えられる対象の療養者、即ち要支援の療養者を理由を述べて抽出(トリアージ)することができる(療養者の課題の推論、優先度合いの確認)
- その療養者の健康の揺らぎと生じうる生活の困難に配慮した適切な対応策を亜急性期頃までの期間(概ね1ヶ月)を対象に計画することができる(経時的に複層化する影響、在宅領域"ならではの"中期的視点の必要性の確認)
- 対応計画の実行(セルフケアを含む)に当たって、訪問看護師を含めた社会資源を効果 的で有効に活用するための方略を理由をあげて説明できる(療養者の状況に応じたバラ ンスのとれた自助、共助、公助のデザイン)
- 考えた対応方略を災害時の全体像とともに療養者(訓練の参加者による模擬療養者)に 分かりやすく伝え、伝わったことを確かめることができる(療養者の理解を行動に高め る技術)
- 訓練をとおして、備えの充実が必要だと考えたこと具体的に述べることができ、具体的なマニュアルの変更点を指摘できる(リフレクションと実際にできる行動の確認)。
- 管理者として計画したことを実施する場合の訪問看護師に生じる負担を想定することができ、その軽減のための対処法を準備することができる(ステーションの仲間に説明し備えの充実につなぐ、勤務可能な訪問看護師の選択、心のケア等の必要性)
- 個々の訓練参加者の学びを集約して、備えの連携システムの構築に生かすことができる

# 災害セミナー

# 図表 1

参加者数	会員	59名	
	非会員	ステーション	4名
		病院	3名

#### 図表 2 災害セミナー自由記述カテゴリー

図表 2 災害	セミナー自由記述カテゴリー
	・時が経つと大きな災害を忘れてしまっていたことに気づいた。こういう機会に思い出し、あらゆることを想定し、考える機会は大事だと思った。
	・自分のステーションの利用者にあてはめ、日頃から創造していくことの大
	切さを学んだ。
	・マニュアル作成だけでなく、実践、訓練の方法を具体的に考える必要がある。
災害に関し	・東京でも大地震が起こる可能性が高いので過去の教訓を学び、想定できる
ての意識	ことを訓練しておく必要があると思った。
	・災害を経験している利用者もいるのでそういう方の話を聞いておくことも
	必要だと思った。
	・災害時の経験談を数多く、聞きたい、知りたいと思った。
	・東日本大震災直後は安否確認の利用者リストを作成したり、備蓄を整えた
	りするが、徐々に薄れてきているので再度、確認していくことが必要だと思
	った。
	・実践に生かしていきたい。今日の学びをスタッフに話して事業所でできる
	ことを考えたい。
	・年に1回利用者に災害の為に備えている事を確認しているが、出来ていな
	い所を一緒に備えていく時間も必要だと思った。
ステーショ	・災害訓練を個々に想像して考えながら、スタッフ間で話合う事が大事だと
ンでの災害	改めて思った。
対策の実践	・171の活用、スタッフや利用者の安否確認および初動の必要性の確認、
州州の天成	いのちをつなぐことの重要性を再確認した。
	・災害マニュアルハンドブックをスタッフ全員が携帯し、1、15日は連絡
	訓練を行っている。
	・マニュアルの見直し、利用個別の対策を考え、スタッフ間でのシュミレー
	ションの機会を増やす事をしていきたい。

	・災害の備えはしているが、いずれ来る大規模な災害を現実的には想像でき
	ない。今日の映像でも自分に置き換えると怖いと思うが、何を準備しておけ
	ばいいのか途方にくれる。
	・利用者の安否確認はどこまで必要か、疑問に残った。スタッフの安全を守
	る為にも自分の安全が第一と判断した上で安否確認をすることをみんなが
	理解しているのか不安になった。
	・利用者の安全確保、ライフラインの状況が心配。
	・訪問地域が広いので災害時にどこまで利用者に対応できるのか。
	・災害の起こる時間帯にもよって仕事、家庭のどちらが優先されるのかどう
ステーショ	したらよいのかが変わってくる。
ンのおける	・スタッフがステーションの近くに住んでいるわけではないので夜間や休日
災害対策の	に災害が起きた場合の動きが課題。
課題	・たくさんいる利用者の中で何を優先すればよいのか実際に訪問看護ステー
	ションの話を聞きたい。目の前に利用者を置いて家を離れられるか。(リハ
	ビリスタッフより)
	・利用者に災害について伝えると「そんなこと知りたくない。知る必要がな
	い」といわれる。
	・災害に備える具体的な取り組みがすすまないのが現状。
	・半年に1回くらいは防災訓練を行えればいいと思ったが、それには介護保
	険でも自費でもいいので何かお金をつけてもらいたい。
	・訓練までは行えていないが、制度化されることを期待している。
	・災害訓練までは勤務時間内で行うのは難しい状況で悩んでいる。
	・地域ぐるみでの取り組み、関わりの重要性を感じた。
	・自助をいかに確立・獲得させることができるか、訓練をする時間の捻出な
	ど課題が多い。
	・自分の住んでいる地域では ALS の方の災害対応としては病院には来ないで
地域での	欲しいといわれているので自宅でどうするか話し合っている。
課題	

- ・看護の心が伝わる講義でこれから看護師を目指す人にも先生の講義を聞い てもらいたい
- ・今年訪問看護師になったばかりだが、今回の講義を受けてステーションの マニュアルの確認、トリアージの基本について学習をし直す事、先輩スタッ フのアドバイスを受けながら取り組んでいきたい。
- ・自分でイメージでき、動ける看護師でいたい。

# 看護師とし ての姿勢

・在宅での訪問看護師の役割が予想以上に深く大きいと感じた。

表面的なマニュアルでなく、自分たちの知識や考え方を高めていく必要を感じた。

- ・予期しないことが起こるのは日頃の訪問看護のケアにも共通するところが 多いので看護師としての役割を全うできるようにしたい。
- ・マニュアルが思考の過程を省くという事がしっくりときた。
- ・病気だけでなく災害についてのセルフケア能力を高めていきたい。
- ・小規模ステーションなので他のステーションの取り組みを知りたいと思った。

### 災害セミナーの考察

参加者の95%は訪問看護師だが、病院看護師も4.5%の参加があった。

災害対応に対する取り組みも、年月の経過とともに薄れていく意識だが、セミナー等を通し改めて、災害を考えていくということが必要であることや、具体的に備えや取り組み方に対する課題もそれぞれに考え、向き合おうという意見も多い。また、セルフケア能力の向上に向けては、通常から訪問看護を提供している利用者への支援だけではなく、訪問看護師としても災害対応に向けるセルフケア能力の向上ととらえる。

# 災害イベント実施について

**日 時** 平成 29 年 12 月 9 日 (土) 13:00~16:30

会場 東京都看護協会会館 2階 大教室、実習室

**参加者** 60 名(会員:45 名 非会員:15 名)

協力員 15名

- ①シンポジウム
- ②災害時のトリアージ
- ③エコノミー症候群予防体操
- ④展示コーナー

企業:ミドリ安全株式会社、白十字株式会社、大塚製薬工場

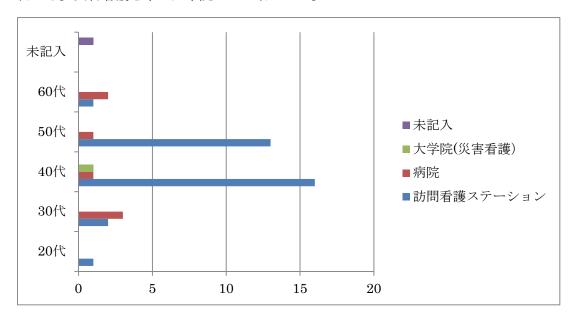
災害対策委員会(ジオラマ) 東京都看護協会災害支援ナース (パネル等)

アンケート結果 回収率 70% ( 42 人/60 人 )

# 1. 属性

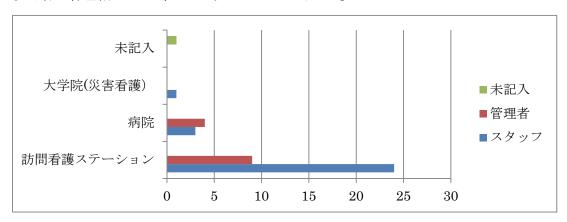
# (1) 所属施設と年代 図表3

参加者の年代は、40 代の参加者 44%、50 代は 34%であり、両方では全体の約80%を占める。災害看護を学ぶ大学院生が 1 名だった。



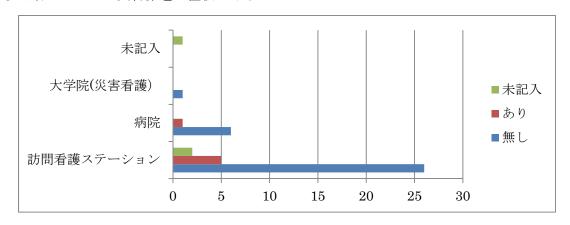
### (2)所属施設と役職 図表4

参加者は管理職 31%に対しスタッフは 67%であった。



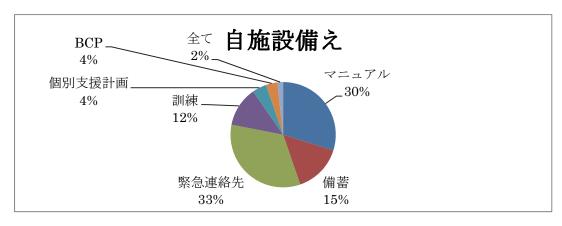
### (3)所属施設と災害派遣経験 図表5

参加者の14.2%は災害派遣の経験がある



# (4) 自施設の災害対策の有無 図表 6

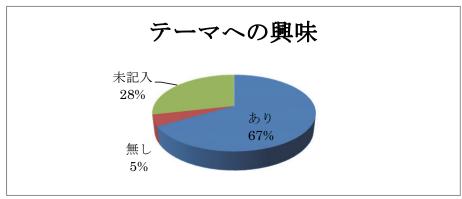
自施設での備えとしては緊急連絡先の整備が 33%と多く、マニュアルは 30%であった。全てを備えているという施設も 2%あった。



# 2. イベントの満足度

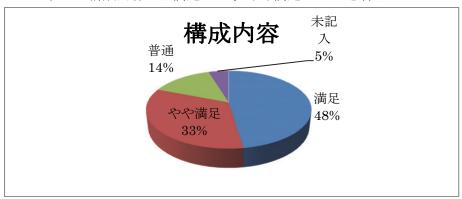
# (1) テーマへの興味 図表 7

参加動機としてテーマへの興味ありは67%、興味無し5%であった。



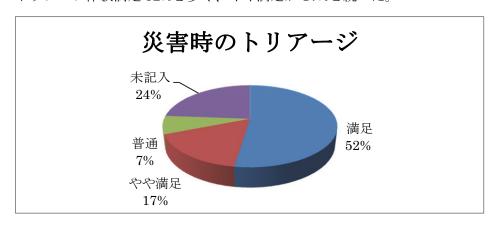
# (2) シンポジウムの構成内容 図表8

シンポジウムの構成内容では満足 48%、やや満足の 33%を合わせて 81%であった。



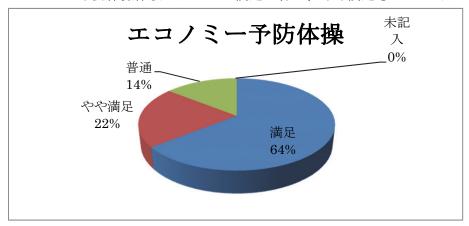
# (3) 災害時のトリアージ 図表 9

トリアージ体験満足52%と多く、やや満足が17%と続いた。



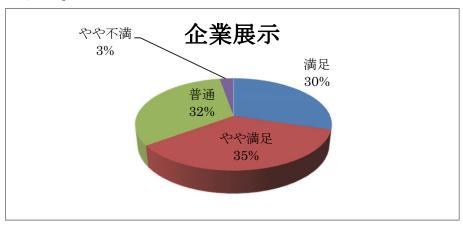
# (4) エコノミー症候群予防体操 図表 10

エコノミー予防体操体験では64%が満足と答え、やや満足も22%であった。



### (5) 企業展示 図表 11

企業展示についてはやや満足が 35%と最も高く、次いで普通が 32%であり、やや不満も 3% であった。



### (6) イベントの総合的な満足度 図表 12

イベント全体に対する満足度は48%が満足と答え、次いでやや満足が31%であった。



# 自由記述 カテゴリー 図表 13

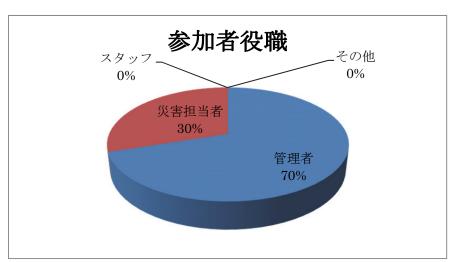
日田記述 カアコリ	<b>四</b> 次 10		
災害に関しての意	・シンポジウム、災害時のトリアージ、大変参考になりました。エコ		
識	ノミー症候群予防体操は、ナース対象のみのお話でしたので、われわ		
	れ PT にはお手伝いできないようです。訪看として、地域包括として		
	取り組めるよう今後考えていきたいです。		
	・今後は在宅と病院との連携など具体的な話を聞きたいと思った。		
	・東京湾および河川沿岸地域としての影響など、区からの訓練でも具		
	体的対策が見えず、かえって心配となり、出席した。区のステーショ		
	ン連絡会でも改めて議題に上げていただき、ネットワークについて検		
	討していきたいと思った。		
	・病院に勤務しているため、訪問看護からの災害の取り組みや視点を		
	知ることができた。お互いの役割を知り理解しあうこと、相互理解に		
	ついて考える機会となった。		
登録システム	・大田区のボランティア看護職のシステムに期待します。		
	・早速、大田区看護職ボランティアに登録したいと思う(大田区民な		
	ので、とても参考になった)		
ステーションでの	・高齢の方の場合、避難所で過ごすより可能な限り自宅で過ごす方法		
災害対策の実践	について考えていきたいと思った。		
	・東日本大震災の時、ボランティアで石巻にがれき撤去に行きました。		
	常に災害の危機はあり、防災の取り組みは非常に大切です。		
看護師としての姿	・今年から訪問ナースになり、災害時の行動について悩みます。今後		
勢	の参考にします。		
	・災害について考える機会がなかったので、いい学びになった。		
	・災害時研修にいろいろと参加したい		
時間の構成	・とっても良い企画ですのにシンポジウムでは一方的な発表のみで、		
	会場からの質問時間を設けられないことは疑問に思う。		
	・シンポジウムのシンポジスト討論は非常に興味深かったが、その先		
	生方に質問できなかったのが残念		

### 災害イベントの考察

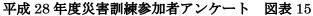
参加施設の79%は訪問看護ステーションだが、ステーション以外からの参加も21%あった。 参加者は管理者が31%に対し、スタッフの参加は65%であった。

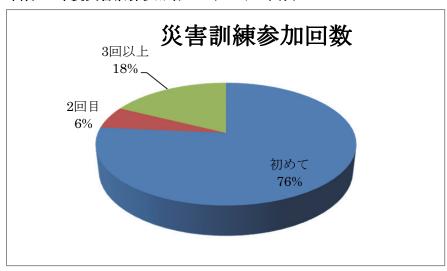
複数回答ではあるがほとんどのステーションは何等かの備えを行っている。マニュアル30%、緊急連絡網33%、災害訓練12%、BCP2%である。

自由記載からはシンポジウムによって、医師会や行政の取り組みについての理解にもなり、 今後は他の地域での取り組み方の参考になるのではないかと考える。シンポジウムの構成 内容によっては、地域全体を視点とした取り組みに発展することもできると考える。



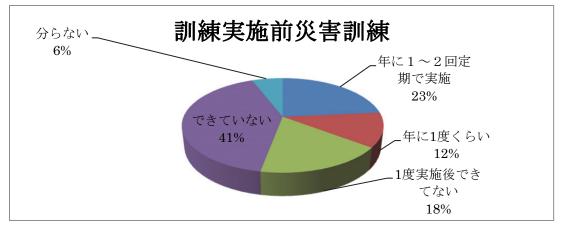
平成 28 年度災害訓練参加者アンケート 図表 14





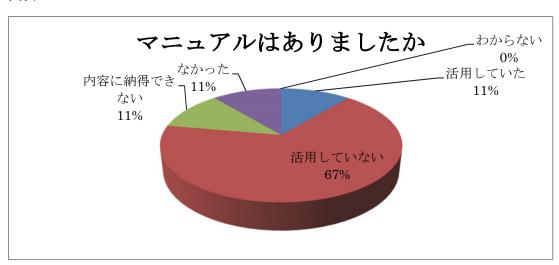
災害訓練参加回数のうち初めての参加は76%であった。

平成 28 年度災害訓練参加者アンケート (参加前の状況) 図表 16



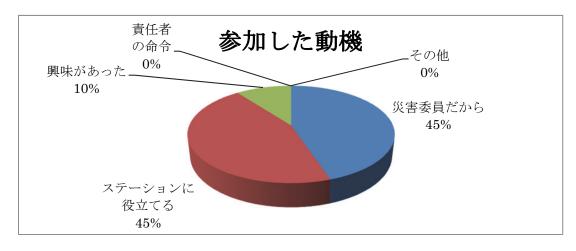
災害訓練参加前の児施設での災害に対する取り組みでは年に 1~2 回で実施が 23%、年に 1 度くらいは 12%に対し、一度実施したがその後はできていないが 18%であり、できていないも 41%ある。

図表 17

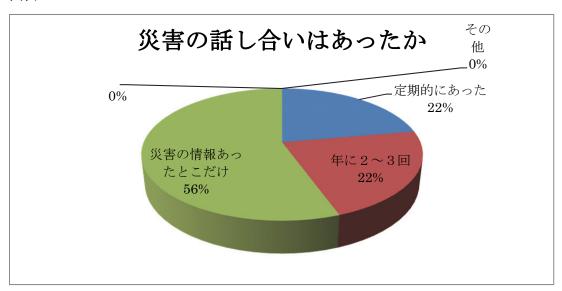


マニュアルはあったが活用していないが 67%であり、活用していたが 11%と同数でマニュアルはなかったとの回答が 11%であった。

図表 18

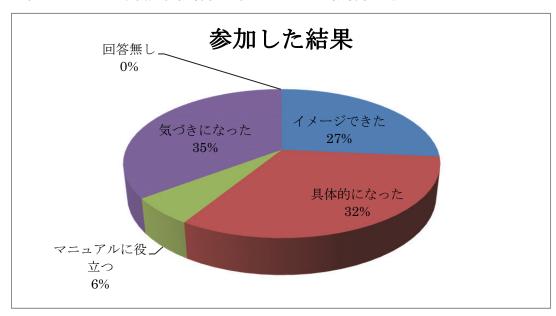


図表 19



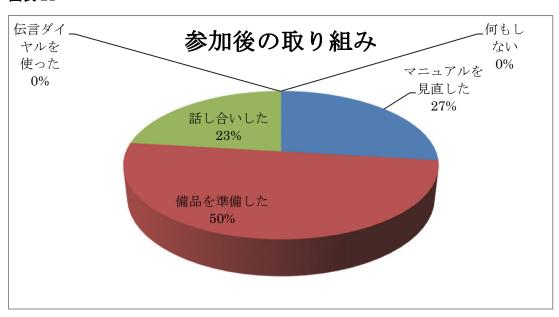
災害についての話し合いの機会は、定期的にあったが22%、年に2~3回が22%であり、災害の情報があった時だけ話し合いがあったと答えたのは56%と定期的にあったと、2~3回と答えた合計44%よりも高い結果となった。

図表 20 平成 28 年度災害訓練参加者アンケート (訓練参加後)



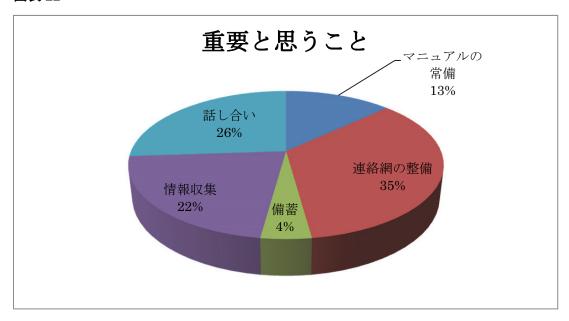
災害訓練参加後では、イメージができた 27%、具体的になった 32%、気づきになった 35% と回答されている。

図表 21



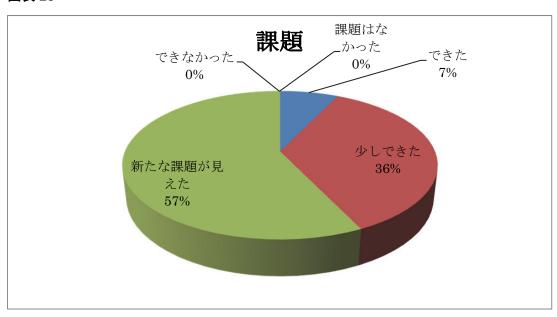
ステーションでの取り組みとしては備品の準備 50%と半数であり、マニュアルの見直しが 27%、話し合いをしたが 23%と続く。

図表 22



災害対応の備えとして重要と思うことのでは35%が連絡網の整備であり、話し合いが26%、情報収集が22%、備蓄が4%であった。

図表 23



災害訓練を体験することで課題の解決に関しては解決できた7%、少しできた36%である一方、新たな課題が見えたが57%であった。

# 図表 24 平成 28 年度災害訓練参加者アンケート(自由記述カテゴリー)

		備えてあるマニュアルの見直し
		もう少し使い勝手の良い物にしていきたい
1	マニュアル	訓練とマニュアルの整合性、検証という目的が明確であったこと、考
		えるという体験が必要と考えた
		基本的な考え方を知る

		周辺地図の作成(誰が見ても大凡が解るように)
		スタッフ全員、何が重要で何をすべきか考え続ける事
		72時間の行動を全職員に徹底したい
		他の地域の利用者に対し安否訓練を実際に安全に行えるか試したい
2	明日からで	ネットワーク作り・・重要と感じた
2	きること	準備(地図・情報・「利用者、災害状況、避難場所」などの確認と作成)
		災害の種類やスケールに対するスタッフの安全管理について
		地域になかで教育ステーションとしての役割・責務があると思うのでそ
		の役割を継続する
		災害時を想定しての行動体験によりイメージする力が備わってきた

3	情報	災害時に対応できるように利用者リストをチェックしておく必要があった
		パソコン活用が出来ない場合の利用者管理についての整備も必要で
		ある
		情報管理の仕方に課題がある
		支援を受ける、する方の連絡方法を考えることも必要

		支援の際の準備(持ち物)などの見直し 不要なものが多かった
		災害対応に関して具体的な話が出来なかったが、今回参加したことで具
		体的なイメージをもって話すことが出来た
		リーダーシップが発揮できていなかった
		何かしなければという認識はあったが、行動は何もできていなかった。危
4	取り組みの	機感があったとは言えない状況だった
4	具体化	受け入れるステーションの災害対策について具体的に考えられると思っ
		<i>t</i> -
		意識そのものが植え付けられた
		継続的な取り組みが必要と感じた
		利用者の災害レベル、災害の程度によっては安否確認も出来ない可能
		性があり、災害前看護の重要性を痛感した

5	安否確認	連絡方法についての課題がみえた
		療養者のトリアージ方法を知りたい
		実際の動きの中でのイメージがつかめない
		初の訓練で興味があった
		安否確認時に支援者への依頼内容の整備が必要
		参加してみて、まずはスタッフの安否確認が必要なことに気づいた

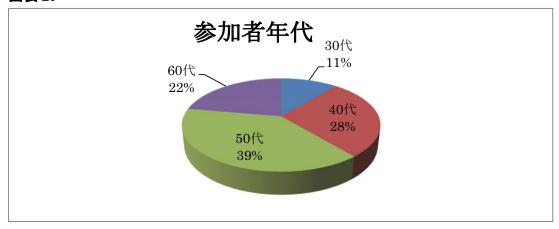
6	ステーショ ンの取り組 み	災害対応へのモチベーションを維持するため、具体的に備えることを実施する 一度だけでなく繰り返し意識を高める機会を作る必要性がある 連絡網でも伝言ダイヤルを使用し年に数回訓練している スタッフへの意識付けが難しい 横のつながりの重要性・自分たちのみの解決は無理と感じている 万全の対策はなくても不安を軽減したり何ができるか、何を体制としてつくれば良いのかの根拠になると思った 今はステーション全体でマニュアルの更新と毎年1回の災害訓練を実施している
---	---------------------	---

# 災害訓練(平成29年10月14日)参加後のアンケート調査

参加者(19名) アンケート回収 17名(回収率 89%)

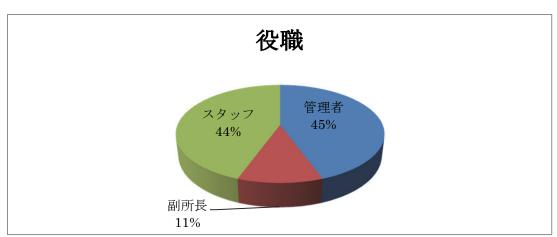
# 平成 29 年 10 月災害訓練参加者属性

### 図表 25



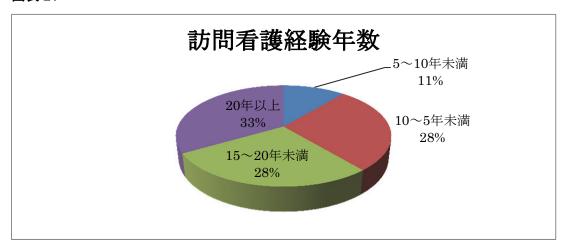
参加者の年代別では50代が39%、40代28%と両者を合わせると67%を占める。

図表 26



参加者の役職は管理者が 45%に対し、スタッフが 44%とほぼ半々であり、副所長は 11%であった。

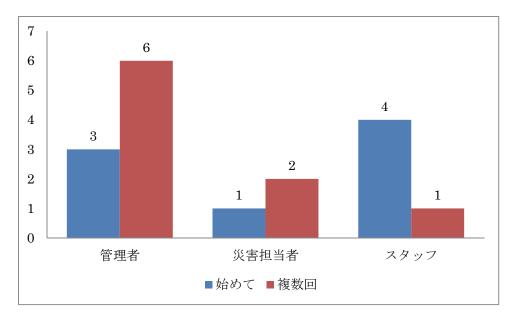
図表 27



訪問看護経験年数は20年以上が33%であり、15年~20年未満が28%であり、5年から10年未満も28%と比較的の訪問看護経験の長い者の参加が多かった。

# 1、貴方のステーションの立場を教えてください。

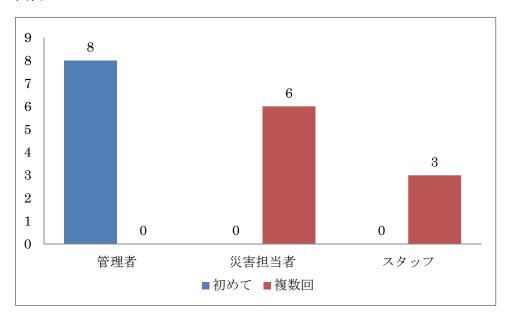
1. 管理者 (9名) 2. 災害担当者 (3名) 3・スタッフ (5名) 4. その他 (0名) **図表 28** 



# 2、協議会主催した災害訓練に参加した回数を教えてください

1・初めて(8名) 2.2回目(6名) 3・3回目以上(3名)

#### 図表 29



# 以下は災害訓練参加前の状況でお答えください

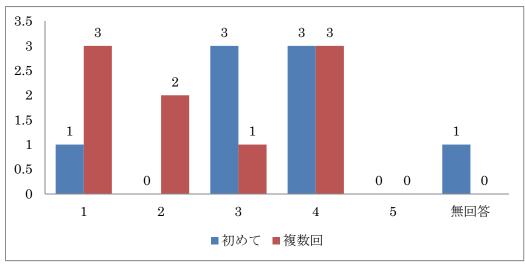
# 2、訓練参加前に所属するステーションでの災害対応の取り組みについて

- 1. 毎年1~2回定期で訓練実施していた(4名) 2. 2年に1度くらい実施していた(2名)
- 3. 一度くらいは実施したが途絶えている(4名)
- 4. できていない (6名)

5. わからない (0名)

無回答(1名)

### 図表 30



ステーションにおいて何らかの災害対応をしているは10名であったが、できていないは 6名であった。

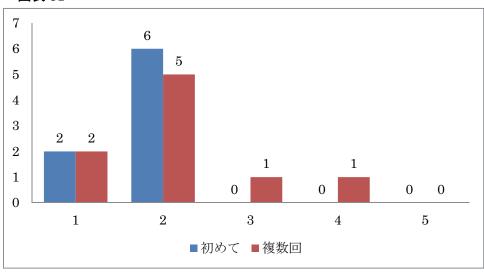
#### 3、訓練参加前、ステーションに災害対応マニュアルはありましたか

- 1. 活用していた(4名)
- 2. あったが活用できていなかった (11名)
- 3. あったが内容に納得できてなかった(1名) 4. マニュアルはなかった(1名)

5. わからない (0名)

無回答なし

#### 図表 31



マニュアルは活用していた4名に対し、あったが活用できていないは11名であった。

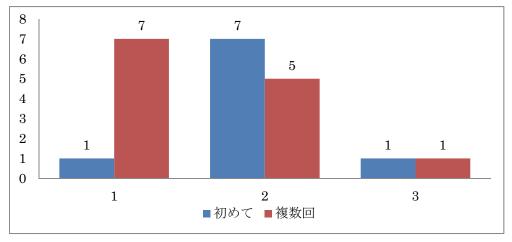
#### 4、災害訓練参加の目的を教えてください(複数回答可)

- 1. 災害委員だったから (8名)
- 2. ステーションの災害取り組みに役立てるため(12名)
- 3. 興味があったから (2名)
- 4. 責任者の命令だった (0名)

5. その他 (0名)

無回答なし

#### 図表 32

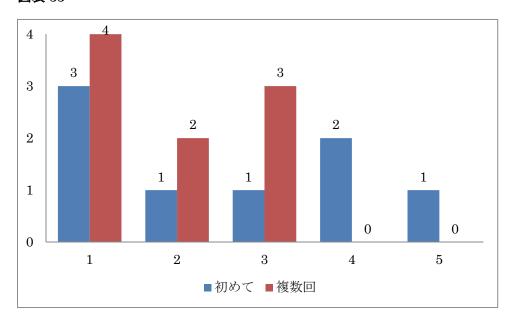


参加目的はステーションの災害取り組みに役立てるためが12名と多く、次いで災害委員だ からは8名と続く。

#### 5、ステーションで災害について話し合う機会はありましたか

- 1. 定期的に話し合っている(74) 2. 年に $2\sim3$ 度くらい話し合いがある (34)
- 3. 災害の情報があったとき (4名) 4. 必要だがほとんどない (2名)
- 5. その他(1名…自ら提案しないといけない) 無回答なし

#### 図表 33



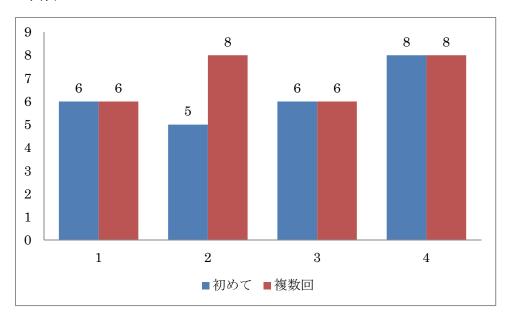
災害について何らかの話し合いがあるは14名であるがほとんどないと答えたのは2名であ る

#### 災害訓練参加後の状況でお答え下さい。

## 1、災害訓練に参加して良かったと思いますか?またそれはどのような点ですか? (複数 回答可)

- 1. 災害時をイメージできた(12名)
- 2. 災害時の対応を具体的にとらえることができた(13名)
- 3. ステーションの災害マニュアルに役立てることができた(12名)
- 4、訓練を行うことで気づきや課題が明らかになった (16名)
- 5、良かったとは思わない(0名) 無回答なし

#### 図表 34

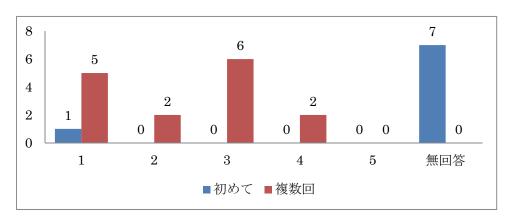


災害訓練に参加してよかった点は、災害時の対応を具体的にとらえることができたが 13 名であり、次いでイメージできたとマニュアルに役立てることができたが 12 名と同数であり、初めての参加者と複数回の参加者も同数であるに対し、具体的にとらえることができたは、初めての参加者は 5 名に対し複数回の参加者 8 名であった。

#### 2、訓練後にステーションで何かとりくみができましたか(複数回答可)

- 1. マニュアルの作成もしくは見直しをした (6名)
- 2. ステーションの備品を準備した(2名)
- 3. 災害に対する話し合いができた(6名)
- 4. 伝言ダイヤルを使用してみた (2名)
- 5. 何もしなかった ( 0名 ) →問3へ 無回答 (7名)

#### 図表 35



訓練後の取り組みでは、マニュアルの作成・見直しをしたと、話し合いができたがそれぞ れ6名であり、備品の準備と伝言ダイヤルの使用はそれぞれ2名だったが、取り組みが 実行されたはほとんどが複数回の参加者である。

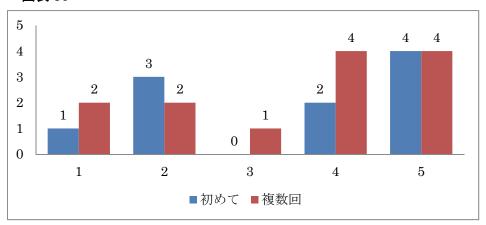
#### 3、できなかった理由を教えてください

・回答なし

#### 4、災害対応の取り組みについて一番重要とおもうことは何ですか

- 1. マニュアルの常備(3名) 2. 連絡網の整備 (5名)
- 3. 備蓄 (1名) 4、情報収集(6名) 5. 話し合い(8名)
  - 無回答なし

#### 図表 36

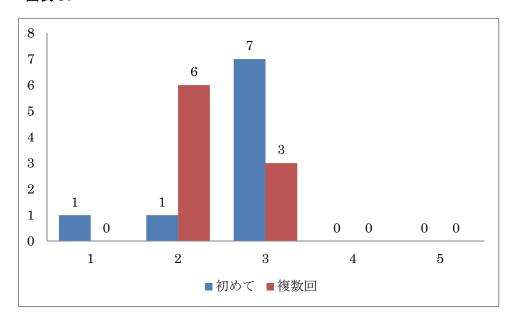


災害時の取り組みで重要なことは話し合いと答えるのが8名であり、次いで情報収集6名 連絡網の整備が5名と続く。

#### 5、参加前に課題と感じていたことが参加後は解決されましたか

- 1. 解決できた(1名)
- 2. 少しは解決できた(7名)
- 3. 新たな課題ができた (10名)
- 4. 解決できなかった(0名) 5. 課題は無かった(0名) 無回答なし

#### 図表 37



課題の解決では少しは解決できたが7名であり、初めての参加者では1名に対し複数回 の参加者は6名と開きがあった。また、新たな課題ができたは10名であり、初めての参 加者は7名に対し、複数回の参加者は3名と開きがある。

#### 6、どういう課題があったか記入してください

### 初回

- ・漠然とした考えしかなかったが、細かいところまで考えなければならないと 思った。
- ・災害訓練の必要性を感じた。
- •情報収集、整理
- ・他ステーションから支援をしてもらうための整備が出来ていなかった。情報 をまとめる必要がある。
- ・電源の確保
- ・再確認事項の気づき

#### 複数回

- ・安否確認する時の優先順位について見直しが必要。
- ・支援要請までの支援が必要か、組織的にできるか。
- ・支援する、受けるための準備について誰でも出来るような仕組みづくり
- ・具体的な行動、話し合いの繰り返し作業

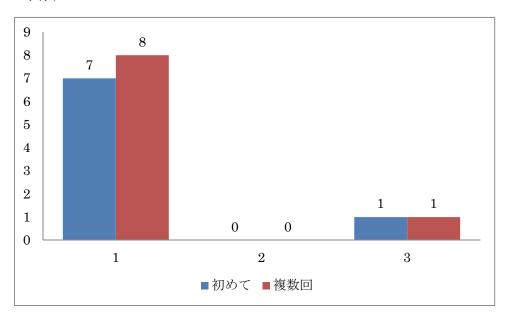
#### 7、災害訓練は今後も必要と思いますか?

- 1. 大いに必要 (15名)
- 3. 定期開催が良い(2名)
- 5. わからない (0名)

- 2. 必要と考えるが違う内容が良い(0名)
- 4. 必要がない(0名)

無回答なし

#### 図表 38



災害訓練は今後も必要かについては 15 名が必要と答え、定期開催が良いと 2 名が答えている。開催の必要なしと、違う内容で開催するについては回答がなかった。

#### 8、災害訓練を実施した場合、再度参加の意思はありますか

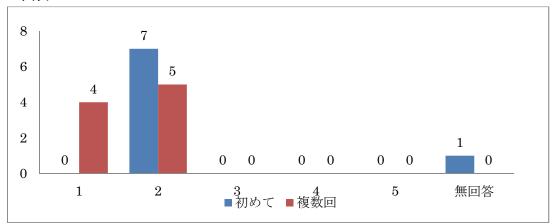
1. ある (4名)

- 2. できれば参加したい (12名)
- 3. 上長の指示があれば参加する(0名)
- 4. 参加しない (0名)

5. わからない (0名)

無回答(1名)

#### 図表 39



次回、災害訓練参加の意向の問いには、参加したいが 4名だができれば参加したい 12名を加えると 16名が参加の意向を示した。

#### まとめ

災害訓練に初めて参加した群と複数回参加した群とでクロス集計を行った。

全体の参加人数が17名と少ないため、あまり差がない項目もあるが、ステーションでの 災害対策の取り組みや、災害について、話し合う機会の頻度や課題の解決については、初 回参加者よりも複数回の参加者の方が上回っていた。

#### 災害訓練実施参加者聞き取りカテゴリー

#### 移動手段

#### 初回参加者

歩いてが大変だった

たどり着けるか不安だった。地理的にわかりやすい場所の安否確認が良い

利用者非難の場合。避難所までの道順・通行状況・移動手段も知る必要がある

#### 複数回参加者

余震がある、途中にけが人がいる、通行できない状況になっているなどの場合は目的 地までの到着時間が遅れる

電車での移動はよいが歩くと時間がかかる。自転車を利用できる範囲は楽である

移動時間 30 分、一方の被害が少ないという状態であれば支援しやすい

今回は被災地域の看護師と一緒に移動できた。土地感のある者と一緒に動くことは安心感がある

#### 想定被災ステーション経験者

体力的に、安全に移動することは可能なのか地域性を実感できると良い

#### 安否確認の意義と必要性

#### 初回参加者

なぜ必要か

法律的に決まりはない

安否が気になる

心配だから

命に係わるから

遠い、歩いていけない。

まずは電話で確認して

電話で確認するときの判断基準とかがない

みんなが心配だと思う家に確認に行ってしまう

平常時から訪問しているので状態や状況が分かってる。まず命を救うことができる

平常時から担当者会議で取り決めがある

安否確認は状況の変化やライフラインの復旧状況によっても確認に出向く回数 に違いがある

病院ではトリアージは何回も行う。在宅は一度の確認で終わりだろうか?

安否確認に行かなくてもよい場合の確認方法があるか

みんな同じ利用者に重なるのはまだよいが、誰からも漏れる人の存在がある

#### 複数回参加者

純粋にその人の安否・病状の把握

ステーションの人員で回りきることができない

安否確認、の何を重視して他のステーション支援に入るのか

支援に来てもらうことの意義は何か再考した

一気に安否確認したほうが良いのではないか

動けないという不安の中で大丈夫ですか?という声かけは嬉しい。たとえなじみのない 支援者であったとしても。

一回目は、なじみのない自分たちが安否確認に行ってもどうなんだろうと思っていたが、 2回目の参加では、声掛けでも不安が解放されるという気持ちになった。1回目と2回目ではちょっと見方が変わってきた

情報は少ないがそれでもあなたのことを看ることができますよ、は安心につながる 少ない情報でも看護師という力量で支援はできると感じた

実際に安否確認の場合は 100 名くらいの利用者さんへは自ステーションだけでは対応できない。医療的ケアのある方は数日以内には何らかの支援が必要になる。

他のステーションが応援する意義はある

他のステーションが支援するときに持ってくる情報事態に、情報源としての大きな意義がある。

情報源として自分たちの地域以外の地域の情報として共有できる

安否確認はいつまでに終わればよいか?

終われば良いのか?時間がかかり過ぎるといろんな支障が出てくる

精神疾患の確認は抜けやすい。避難所に行けない

状態が判断できにくい、見慣れない人以外の受け入れが悪いなどの精神疾患などは 支援ステーションからの訪問は無理ではないか

精神疾患の方は難しいと考えるのは確かにそう思う。しかし、それは平常時のことではないか。自分も昨年の災害訓練の時はそう思っていた。災害という異常事態の中でどうしようと思っているところに、看護師ですと言われたときはほっとする。支援ステーションの看護師でも対応が可能と思う。その人の支えになるという気がする。2回目でそう思いました。

#### 想定被災ステーション経験者

マンションや団地等同じ様な建物では入口がわからないなど住所・地図だけでは到達しないことが分かった

個別性のある利用者情報と依頼内容は具体的な方が良い

土地勘がある者との同行は利用者の状態だけ確認すればよいので安心感がある

#### 生活環境のリスク

#### 初回参加者

気になるからその状況を見たいから

再構築しないと生活が継続しないから

#### 被災状況の理解

#### 初回参加者

倒壊・道路の問題

#### 複数回参加者

余震が続いている・火事になっている・救急車・崩れている等異常事態に不安になって いる

#### 備えの連携システム

#### 初回参加者

外から来た人にわかるように

まとめた用紙・それを見れば大体わかる・カードのようなもの

利用者の過ごす場所の把握

情報の集約場所をどこにするか

避難所など地域を知る情報不足をどう解決するか

その地域の共助や近隣の情報がわからない

#### 複数回参加者

利用者宅で今すぐ生命の危機はないが状態を悪化させないという判断は悩む。

どの情報もちゃんと教えられることで支援看護師が到達できるのではないと考える

通常の状態を知っている看護師もしくは本部に細かに確認できることが必要ではないか

支援を受ける側の担当者としてはどうしても自分でなければという考えになってしまう。

担当者としてではなく役割としてならば支援してくださる方に、生活や環境などの情報をちゃんと教えられることで支援看護師が目的に到達できるのではないと考える

#### 看護師としての姿勢

#### 初回参加者

被害の状況に合わせて・次にどうなるのかという予測

状況にあったアドバイスとか対処できる

支援者が看護師なので基本的に看護師としてわかっている細かな処置を依頼できる

#### 複数回参加者

医療的な状況も生活面も両方をアセスメントできる

アセスメントの結果医療を優先するか介護で良いのかに振り分けることができる

生活面・医療面のアプローチの維持・継続は病院看護師とはまた違った役割を 持っている

今までの生活に戻れるような環境に支援する視点がある

多職種とのつなぎ役。多職種から情報を得、それを多職種に発信する

移動のばあいでも医療機関か避難所かの判断ができる

短期間ではなく1カ月3カ月と長期のスパンで予測できる

医療的視点以外に周りの関係機関に連絡することは長けている

何があってもこの家にいたい、死にたいという思い。避難所が良いのか?

安否と倫理

酸素を8Kらい使用し、動作でサチエーション70くらいまで下がる利用者は看護師が確認に行っても搬送の判断ができにくい

#### 再生する力

#### 初回参加者

看護師は生活のデザイナーである

状況に合わせて生活を作り直す

#### 想定被災ステーション経験者

一気にはシステム化できない。最初は目だったのが 2 回目はちょっと咲き最期は満開になるといようなかたちになれば。

段階を踏む順番かも知れない。初めはイメージだけ、次はどうした、ステーション本部の役割を果たそうとしたがそこは・・・個人の判断を強化したしたような段階をもう一度振り返って整理しておこうということ

#### マニュアル

#### 初回参加者

安否確認の優先度が決まっている

安否確認の優先度は決まっていても利用者にとっての安全の指針は決めていない

#### 想定被災ステーション経験者

備えとしての取り組みは始まっていた。情報を常に集約しておくべきなのか

#### 優先度合いの確認

#### 初回参加者

医療機器・バッテリー・独居・連絡が取れない・他のサービスが入っていない

生命機器のある人は普段から指導している・業者もいる・他にも支援できる人がいる 可能性がある

電話連絡で良い

認知症・コミュニケーションとりにくい場合は平常の訪問者の方が状態判断できる

支援者ができる安否確認優先者はどう決めていくか

医療機器対応・独居・ADL と点数をつけて独自の優先度を決めている

#### 複数回参加者

医療機器が多い利用者は緊急性が高い。電話でもよいが最初に確認する

優先度は事前にステーションで決めておくとよい

優先度は医療機器対応者・介護量重度・独居という順番かな。

医療依存が高くても人的にも充電器もそろっていれば最優先でなくても良いのではないか

発災時間帯によっては、家族構成が変わり優先度も変化する

#### 想定被災ステーション経験者

支援ステーションにお願いする優先度の設定は、医療依存のある人は既に一次で終了しているので、高齢者世帯や緊急性まではないが緊急性のリスクが高まりやすいと、予測される 人を対象に安否確認対象者とした

大規模災害を想定している。18時に起きたとしてその日は行動できない。翌日は災害の状況の把握と判断と被害レベルからまだ動くことが危険な時期でもある。災害が起きた後の2日ないし3日後に支援者が支援に入れる一番最短として設定する。

既に一次が終了しておりその後の経過を見たいケースと、行きたかったけど優先順位が後ろの 方で後回しのケースをお願いした

#### 災害サイクル

#### 初回参加者

スタッフの動きの把握・動けるスタッフの把握・

支援者にはいきやすいところ(移動なのか?利用者宅なのか?)

#### 複数回の参加者

#### 応援要請・共助のデザイン

#### 初回参加者

支援者にお願いする部分がまだ構築されていない

#### 複数回の参加者

#### 想定被災ステーション経験者

実際の災害時では自分のところの被災状況からスタッフや利用者の安全を確認してからでないとサポートに入れない。自分たちが被災した場合に備えマニュアルや何らかのシステムを作り上げておく

#### フローチャート使用感

#### 初回参加者

経験がない場合は確認のための見る項目があってよい

抜けがない

生活・環境・病状の記載があった

項目が細かいと記録をどう記入してよいか悩む

動きやすい。気持ちを落ち着けてから順番に確認できる

項目としては網羅されているが自分の中の判断基準がない

初めての場合の判断基準をどう持てばよいか?

想像を膨らませてやっていくことが必要

判断不足は実際を報告することで補えるのではないか

処置内容が分らない中での訪問なので状態の記入があり報告できるとよい

翌日以降の状況の判断が分る

処置という記入方法ではなく対応と記入

平常の状態が分る記載があれば判断しやすい

判断後の継続すべき内容の記載ができる

次回の訪問までの不安要素の記入・揺れ動きの予測

チャートー枚で使えるマニュアルとしての機能

初期対応をどういう風にしたか

判断基準がいっぱいあるとやりやすいが自分で考える方も良い

見て選ぶのも時間がかかる。この程度が良い

判断を記入する場所があった方が良い

コンパクトで漏れがなく専門家として項目がなくても判断できることは実施できる

利用者にばかり目が行く。ライフラインにまで視点が行くことは大事

次回の訪問日・連絡方法などの記入欄

ステーションの定期訪問までの対応方法・訪問頻度の記入

#### 複数回の参加者

行動・目的があって今回、イメージが割と湧く形で良かった

イメージが付きやすい。判断もこれが安定だったらどう考えるかという道筋が立ち、何が必要かを考えやすかった。ただ、何が加えられれば良かったかまでは至らなかった

若干の影響等少し書き足すスペースが個々にあると良い。伝える側としてもうちょっと

伝えたいという内容が記入できるスペースがあると書き手も満足する

番号付けできるとわかりやすい

薬の不足とだけでなく今すぐに生命に関わりなければ不足でもよく、その中で何が大切かというポイントが書けると良いか。

病状だけでの判断だけでなく生活ができているか、水、食べ物まで落とし込むことができている

#### 想定被災ステーション経験者

ぶつ切れの訪問ではない。一回限りの処置ではない。自分たちの判断がある

安否確認でこの人は1日おいておけるが、その次にはもう一回確認しないといけないなど、 今後どうなるかという予測での対応をする、ということができている。

とりあえずの対応をする。何日後にはこういう確認と対応をするという予測とか、思いの判断とかをこの余白にしっかり残したいと考えるなど、さすがに訪問看護師であると感じる。

違いの判断をするためにちょっと記入しておきたい、などを考えられる。来年は訪問看護の 思考過程をちゃんと残せるような、より記録に焦点を当てたらいいんじゃないかと思う。

判断の根拠となっていく。あと一日であれば大丈夫。何日後なら大丈夫という、こういう 状態なので明日までは大丈夫ですが 2 日後には訪問してくださいなど何故そう言えるのか をフローで説明できるものとして活用したい

次につながっていくものとして活用する

基準だけを置いておき、判断とか今後のことも全部書きたい

知らない人たちは使用する場合、普段の状況とどう違うのかということを知りたい、使えるようにしたい

#### ステーションの災害対策の実践

#### 初回チーム

ボンベの備蓄と発電機の購入を進めたい

生命維持のための自助の強化

自ステーション内の整理・支援要請分をふくめて

通常から地域の道路の把握

定期的に災害対応で決めたことのシミュレーションの実施

決めたことが継続できるための役割分担

情報の整理・多職種との連携・シミュレーション

#### 複数回の参加者

日頃から訪問の合間をぬって利用者と話しておく

繰り返し必要。災害時の為のマニュアルを作る。リストを作るまで入ったがそれを活用して ルーチン化するまでは至っていない。折に触れ実行したい

インフォーマルの関係者の存在と誰が駆けつけるかの把握

名簿の他、地域情報など災害時の備えを毎年見直ししていく

#### 想定被災ステーション経験者

基本情報シートを作ることができてない。看護サマリーを作成しようとしているのでそれを災害時に併用できないかを考えていく

平常からどういう情報が集約できるかを検討したい

災害に備えていないステーションはまだ多いと思うので情報の整理などいくつかの提案が できるようにしたい

#### 災害に関しての新たな知識

#### 初回チーム

確認途中で、臨機応変に対応することも必要なんだという考え方

本部に戻る時間を守る、もしくは連絡する…二次災害の心配につながる

歩いて訪問できるエリアではない。優先順位を決めスタッフ全員に伝達すること

スタッフ全員がトリアージできるようになると良い

通常から定期的に災害対応についてのイメージを持つ

地域のコミュニティーと関わっていかなければならない

前回の災害時は自分で勝手に安否確認に行くなどが自分と家族の安否を確認してから本部に集結することまでを理解した。今後は決まりを継続して災害に備えることが大事

#### 複数回の参加者

周りのサービスの状況を勘案して指示や確認をするという中心的な考えを持つ人間をそろ えなきゃいけないとか考えなきゃいけないというイメージが付いた。

#### 想定被災ステーション経験者

ライフラインの復旧情報が入院の有無の判断のひとつになるとも感じた

情報の整理は必要。必要な情報と事前に準備しておくものとカルテからでも出せるものなど の項目も一応。

訓練を通して、ステーションの準備状況を確認しいておくことや、整備しておくことの意味もいっぱいあるし、この訓練を続けることで支援を受ける側も支援する側も災害について常に考えていくことができる。自分たちが普段できることから準備しておくことにつながることを目的にしている

情報を常に準備したり整えたりしていくことの一つに「情報はない」とおもった方が良い。本部となるべきステーションが倒壊するなど、ステーションが無い場合もある。その際は近くの公園などでテントを張って本部にする事なども十分に考えられる。紙ベースも何もないという状況のなかではどうするか?情報はあった方がベターだけどないことも考えていく。

災害は色んな事が起こるという想定に立って、常に考え続けなければならない。みんなー 人ひとり、管理者だろうとスタッフであろうと訪問看護師として考えていけることがこの委員 会の役割だと思う。それを継続していくことで地域がネットワークを作れるようになった。本 部機能が持てるようになった。支援できる形になってきたとか災害時の支援体制がよりよく なっていくことにつながる。

できる範囲で、これなら確実にできるかもを常に考え、毎回話し合いを持つ、備えることが 必要と思います

利用者情報はクラウドシステムになってきているけど、災害時はどの程度機能するのかなど平常時から情報として把握しておくことが必要です

リスクに強いステーションになる。日常の業務も。訓練を通して自助力を高めるということに変わっていく。

平常時から利用者と災害について話すことができるようになった。共助としてお隣さんと協力体制はあるかなど聞いておく。下町なので風土は利用したい

問題がないことの完了連絡は不要だが、移動中の地域情報は報告してもらうことで他の支援者等にも共通情報として伝えられる

参加するごとに微量だが進化できている。昨年からの反省を踏まえ今回は明確に伝えられるように、連絡網は混乱しないようになどができていると自覚できる

#### セルフケアの実行

#### 初回参加者

生活を再構築するための第1歩

まずは安否確認、そこからその人たちの生活を構築していくかを考えるきっかけ きっかけは1回では終わらない

先の展望とまではいかないが今の状態からとりあえず3日先までは生きていられると判断する初期確認

#### ステーションにおける災害対策の課題

#### 初回参加者

精神・認知の方の支援方法、適切な対応の判断基準、

障害児など訪問看護しか入ってない場合、自助が小さい、具体的な共助がどのくらいある のかわからない

精神・脊損・障害一番助けが入りにくいと考えられる

#### 複数回参加者

ステーションの備えとして利用者情報を十分に埋めきれない。サービス内容なども記入 する必要がある

それぞれの倫理観などの特記も必要ではないか。

#### 想定被災ステーション経験者

今回の訓練は4回目ですが、それぞれの回で課題が出たと考える。その課題を受けての設定にしてこなかった。1回目、2回目とその時々で完結してしまったことが残念なので次回につながっていくように一つの形になると良い

拠点ステーションとして一緒に手伝ってきちんと運営できるサポートステーション、連絡網がうまくいかなければ、こうすれば等の助言や、お手伝いができるところがあればもっとよいのではないか

被災したステーションに拠点ステーションとするのは現実的ではないと考える

災害訓練での拠点ステーション、サポートステーションであれば良いがやはり本部機能を 持つところは作る必要がある

訓練は被災ステーションとして準備していただき、ちょっと支えてくれるという人がいると、 災害訓練をスムーズに運営できる。

この訓練は多くの人に参加してもらえるという内容の訓練ではない。システム化してそれ をマニュアルとして伝えていけばどこでもこの訓練ができることにつながる。

災害訓練として有効な訓練であると考えられればもう少し広がると良い。その都度私達が

毎回サポートに行くわけにはいかないのでシステム化されたものを使って効果的な訓練 になってもらいたい

この災害訓練4回分を何かの形にできると良い

支援する側でも受け入れる側でも、一度でも訓練に参加すると実際の災害時のための準備のイメージが付く。しかし実際は何も取り組んでいないステーションが多い。それに対して危機感を持っている

サポートステーションとして一からタイムスケジュールや手順書などの準備は大変なので システムとしてのパッケージはあると良い

過去の4回分を振り返ってみる。その年の判断基準や思考過程を残すような工夫をする。 利用者に何を指導してどういう準備をしてもらわないといけないのかも変わっていく。地域 ネットワークではほかの職種をどう巻き込むかを考える必要性もある

要援護者リストを持っている町内会や民生委員等と地域で関係を作っていく。地域を担っている方々と平常から関係を築くことでお互いの役割を理解して分担していく。

共助は難しい。強制力がないので。

災害についてサービス担当者会議などケアマネ、ヘルパーなどとは対応について話すことも多くなっているが医師や薬剤師等の医療職と話しあうことが少ない

大田区では区民と医師会と病院が災害訓練を頑張っている。医師会や包括、民生委員さ んたちも一緒に一度どう連携していくかの話し合いを持った方が良いと思ってます

他職種との連携はどういうことが大事か、どの様な目的をもって他職種と連携して災害に ついて話しあいやまとめたりするのかを整理したい、

ステーションは小規模が多いので被災ステーションの連絡責任者は一人くらいしかいない。利用者やスタッフの動きの把握がやっとかも。なので支援に行ける看護師は災害支援ナースや、ある程度経験があり判断ができるという力のある者でなければ、ステーションの連絡責任者は大変かと思う。

もう少し広くして本部としての存在は必要。地域がどのようになっている、病院の受け入れ体制や防災課と連絡が取れるなど、地域情報を集約してそれをそれぞれのステーション に発信できることが必要です

今はエリアで分けており、そのエリアの担当者が本部機能を担っていけると思うが、いずれはステーション協会が本部機能を持つルートができると良い

支援を派遣しようとか受け入れを調整できるところが一か所あると良い

#### 訓練参加経験がある

#### 複数回参加者

お互いの経験から意見が言える

違う視点で見てくれ、視野をひろげることができる

サービス担当者会議などで災害時の対応について提案できるようになった。その結果 支援者として他のインフォーマルな人の存在も知ることができた。

安否確認をとおして訪問そのものや、本部での役割、全体のイメージがついた

#### 想定被災ステーション経験者

被災ステーションとしての準備をしながら、支援する側の動きも考えている

被災ステーションとして支援者に伝えていると思っていたが、反対の立場になってみると十分に伝えることができていなかったことに気づきました

モバイルが使用できると想定して前回訓練に参加した。バッテリーの消費が思ったより早かったのにびっくりした。モバイルが使用できたとしても充電器も一緒に持ち歩くか、容量を常に多くして備えておくことが必要と思った

#### 情報伝達手段

#### 複数回参加者

電話・メール・SNS

伝言ダイヤル難しい・つかいにくい

24 時間は電話の活用ができないのではないか

10 年後くらいにはドローンで行くかも

利用者宅との連絡は無理でも、近辺のステーションと LINE とかつながれば地域の現状が分るのではないか。

避難場所に行って確認すると複数の安否を確認できるかも

#### 想定被災ステーション経験者

情報は紙ベースなのかモバイルなのか、モバイルが使用できなかった場合など課題になる

#### 災害設定具体的なイメージ

#### 想定被災ステーション経験者

地図を表示する、利用者宅がわかる様にするなどの準備を行うが更新できない。

現実は準備できていないありのままで支援を要請することになるのではないか

地図には救護所や小学校などがわかるようにした

司令塔としてステーションで待機していたが、報告や確認の電話やメールが多く一人で対応するのが大変だった。

予定では戻った情報をボードに記入するなどの準備をしていたが対応できなくなった

個別の情報を渡してその情報から皆さんで考えてください、というような感じだったが判断に ついてや報告のメールが多かった

初めての被災ステーションとして、情報はどこまで伝えればよいのかがわからなかった

本部としても対応できるものが一人では無理があると反省した

情報不足という問題があるが、情報が少ない中でどう対応していくかが大事になる。十分な情報があれば専門職としての判断は十分にできると考える。実際に災害はどのようになるかがわからないため、与えられた情報でどういう風に動いて、どういう風に判断していくかを考えることと思う

取りにくい情報と、地域の特性などの情報は、伝えた方が良いのではないか

初めて被災ステーションとなった時は、準備ができなくて本当に被災ステーションになったような気がした。そのような時、誰かがサポートかコーディネートしてくれるとよい

実際に被災ステーションとなった場合、被災したことによる混乱から、あれもこれも準備したり人を受け入れたりと大変だと思う。ストレスになる。そのあたりのサポートは必要

被災ステーションと支援する側との両方を行うことで情報の整理の仕方などが明確になった

#### 事業全体のまとめ

本事業は東京都訪問看護ステーション協会の、災害委員会及びブロック委員会が中心となって取り組んでいる、災害時においても在宅療養者の支援を持続可能にすること、生じるリスクを最小化することができるようにすること、ステーション運営機能を早期に回復させることができるようにすることなど、災害時に対する備えとして実施する、災害訓練や災害イベントの有効性の評価・検討するためを目的とした。

本事業は平成 29 年度に行った災害に対するセミナー、イベント、災害訓練参加者へのアンケートの結果を単純集計、クロス集計及びアンケートの自由記載やインタビューからの結果について示した。本事業ではこれを標記し、自由に語られた内容に関しては、意味の類似性から内容を分類して示し、訓練の目的が達成しているかの検討を、評価の視点例から明らかにした。

#### 1、セミナーのまとめ

- ○参加の多くは訪問看護師であったが、病院看護師も3名の参加があった。
- ○看護師として、利用者の療養環境・生活の確保は大事だが、スタッフや自分の身を 守ることも大事である。災害が起きた時間帯によっても、自分の行動の優先度を変 えざるを得ない事、どのように行動すべきか悩んでしまうなど、訪問看護師ではあ るが、一市民としての**生活環境に影響されることに不安がある。**
- ○スタッフと一緒に学び、話し合う時間が必要であると感じたり、マニュアル作成だけでなく実践や訓練の具体的な行動につなげるなど、**災害に対する意識の変化**がみられる。
- ○自分でイメージして動ける訪問看護師でありたい。表面的なマニュアルではなく、自 分たちの知識や考え方を高めていく必要を感じたなど、訪問看護師としての姿勢から学 びの程度や訓練設定の適切性など、**被災状況を理解していくことができる。**

#### 2、災害イベントのまとめ

- ○参加者 60 名であり、アンケートは 42 名から回答があり、回収率は 70%であった。
- ○災害派遣の経験者は6名(14。2%)であり、そのうちの6名は訪問看護師であった。 (図表5)(図表6)
- ○参加動機としてテーマを選択したのは 67% (図表 7) であるが、シンポジウムの構成内容に満足した、やや満足を合わせて 81% (図表 8) であった。訪問看護師として、地域包括として取り組めるよう今後考えていきたいです。区民なので参考になったなどの意見から、社会資源を効果的で有効に活用するための方略につながることができる。
- ○トリアージ経験に対し満足 52%、やや満足が 17% (図表 9) であった。良い体験になったとの意見もあり、**療養者の医療環境からのトリアージ**することができる。

○常に災害の危機はあり、防災の取り組みは非常に大切と、**備えの充実の必要性**と考える。

#### 災害訓練(平成28年災害訓練参加者のまとめ)

- ○災害訓練参加前と参加後の災害に対す意識や対応について調査した。
- ○災害訓練参加者の90%(図表14.)が所長や災害担当者であり、単純に役割としての参加であった。しかし、訓練参加後はイメージができた27%、具体的になった32%、マニュアルに役立つ6%、気づきになった35%(図表20)、と答え、ステーションでの取り組みもマニュアルを見直したが27%、備品を準備したが50%、話し合いをしたが23%(図表21)となった。
- ○災害に向けて重要と思うことの 35%は連絡網の整備であり、次に話し合いが 26%、情報 収集が 22%、備蓄が 4%と続いた(図表 22)。日頃の災害に対する課題の解決ができたか について、解決できたとこたえたのが 7%であり、少し解決できたは 36%であった一方で 57%(図表 23)は新たな課題が見つかったと答えている。
- ○自由な意見からも災害対応の取り組みの**役割が具体的及び明確になったり具体化してきた。**
- ○マニュアルの検証という目的を明確に持って行動することにより、活用していなかった マニュアルの見直しや使いやすいものを考えてみるという、**具体的な提案につながる。**
- ○明日からできることとして、行動体験によりイメージする力が備わってきた。周辺の地図の見直し、スタッフとともに発災後 72 時間の行動についての話し合いなど、具体的な行動として考えられる。
- ○意識そのものが植え付けられた。継続的な取り組みが必要と感じた。災害前看護の重要性を痛感したと学びから**被災状況を理解することができる。**
- 〇一度だけでなく繰り返し意識を高める機会を作る必要性があると対応計画の実行(**自助**の デザイン)がある。

#### 災害訓練(平成 29 年災害訓練参加者のまとめ)

- ○参加者の 45%は管理者であり 44%はスタッフ(図表 26)とほぼ同数である、訪問看護経験年数は 20 年以上が 33%だが、5 年未満がO(図表 27)であった。比較的に訪問看護経験の長い者の参加が多い。
- ○初回災害訓練参加者と複数回災害訓練参加者と比較したが、参加人数が 17 名と少ないことから大きな違いとはならないが、災害対応をステーションで何らかの取り組みをしていたと答えたのは、複数回参加者の方が初回参加者より 2 名多い。
- 〇災害に対する話し合いが 28 年度の訓練後のアンケート結果では重要と回答している(図表(22)。29 年度の結果から話し合いが定期的に行っている。年に2~3回話し合いがある。

一度行ったなど、複数回参加者はできているが、ほとんど行っていないは初回参加者が 2 名であった図表(33)。

災害訓練の実施での学びが具体的な対応になっている。

- 〇災害訓練に参加してよかった点についての結果は(図表 34)、初回参加者も複数回参加者 もあまり差はないが、具体的にとらえることができたは初回参加者より、複数回参加者の 方が3名多くなった。
- 〇28年度の災害訓練参加者による課題の解決(図表 23)では、新たな課題が見えたが57%であったが、29年度の参加者による課題の解決(図表 37)では、少し課題が解決できたと複数回参加者は6名が回答しているが、初回参加者は1名である。新たな課題ができたについての回答は複数回参加者3名に対し、初回参加者は7名であった。
  - 災害訓練は継続して参加することで、新たな課題もあるが災害に対応するための解決にもなっていくことがわかる。
- ○災害訓練は必要かについては定期的に必要で有り、今後も参加したいがほとんどであった。 (図表 38)(図表 39)訓練で生じるとされる災害の設定を具体的なイメージ、それによる被 災状況の理解へとすることができる。

#### 聞き取りカテゴリーのまとめ

#### 1、移動手段

初回参加者は移動の大変さや不慣れな地理に対する不安があったが、複数回参加者は移動途中の道路状況の確認や、他の移動手段の方法の検討など、被災ステーションは安全に移動できる可能性を地域性から見出そうとするなど、療養者に対するリスクだけではなく、支援者の**リスクの排除**について考えることができる。

#### 2、安否確認の意義と必要性

初回参加者は、法律でも制度でも決まりがないのに看護師だからといって、安否確認に行くべきなのか?心配だから、通常から看ている自分たちだから助けることができる。訪問以外の安否確認方法はないだろうか?電話で安否を確認する判断基準がない。複数回参加者にとっての安否確認は、純粋にその人の安否と病状を把握したいからと、自宅での療養者に対し普段はその人の命を預かっているからこそ、災害時にも状態の確認をしたいという行動につながる。療養者の生活環境や医療環境の影響を理解すること、困難の排除につなげる。

支援者の必要性は、情報の獲得も大きな要素になっている。被災ステーションとして、 混乱している、**情報が少ないという中で、支援者がもたらす情報**は、かなり大事な情報 になるととらえることができる。

#### 3、生活環境のリスク

災害によって生活環境の破壊は再生を困難にする。療養者の生活環境だけでなく、自 宅周囲全体の影響も受けることになる。**再生への対応方略**を療養者に伝え、療養者の理 解を行動に高める。

#### 4、備えの連携システム

初回参加者も複数回参加者も、支援者に対しどの様に情報が伝達できると良いか、情報 不足の解決方法について検討していた。複数回参加者は加えて、療養者の状態を悪化させ ない判断について、**支援者と被災ステーションの連携方法**についても検討している。

#### 5、看護師としての姿勢

初回参加者は、次にどうなるのかという予測ができる。支援者が看護師なので専門性への信頼から、細かな処置を依頼できるというかなり短期間での見方に対し、複数回参加者は医療面も生活面も両方をアセスメントできる。元の生活に戻れるような視点でとらえることができるとやや長期的な見方ができる。しかし、通常から在宅で生活していることが厳しいと考えられる療養者に対し、支援者としてのかかわりは難しいと感じている。また、ここで死ぬという療養者に対する倫理の問題のとらえ方など、初回参加者と複数回参加者では、看護師としての姿勢は、療養者の健康に対する揺らぎと、生活が変化する不安にも影響を受ける。

#### 6、再生する力

状況に合わせて生活を作り直すという考え、段階を追って固めていくとし、経時的な 変化にあわせて計画することができるのは、訓練に参加するからではないが**本来看護師** に備わっている力と言える。

#### 7、マニュアル

安否確認優先度と安全の指針とは別との意見。今回の訓練での影響は受けない。

#### 8、優先度の度合い

優先度は医療機器の対応者からという意見が初回参加者も複数回参加者も同様である。 優先度は発災時間によっては家族背景の影響から、優先度の変更もあり得るという考え がある。また、医療対応者は緊急性が高いため、早い段階で電話でもよいので安否確認 につなげる。

想定被災ステーションでは医療対応者には早段階で安否確認しているため、支援者に は次の段階の療養者に確認してもらいたい。と支援者が具体的に動ける段階の予測から 支援者の**具体的な支援依頼内容に繋ぐ**ことができる。

#### 9、災害サイクル

災害サイクルによる看護内容は、支援者であっても考えていく必要がある。看護師として 初期だけに限らず亜急性期ごろまで迄の計画を立てることに気付けると良い。

#### 10、応援要請・共助のデザイン

初回参加者は支援者への依頼内容が明確にはならず、自分の計画立案にとどまるが、複数回参加者では安否確認は長期とは考えていないため、支援者への依頼を効率的に考えることができる。被災ステーションでは実際に災害が起きた場合、自施設の安全が確認後でなければ支援にも行けない。まずは自施設での備えから始める。ステーションセルフケアの確立を学ぶ。

#### 11、フローチャート

確認の見逃しが無くて良い。安全の判断根拠になる。判断根拠を記入できると良いなどの意見が多くあった。療養者の生活環境や医療環境のリスクを列挙できる判断になる。訪問看護の思考過程を記録に残し、次につなげる根拠になる。

#### 12、ステーションの災害対策の実践

初回参加者は発電機の購入、ステーションで決めたことの実行などが多い。複数回参加者は決まっていたことを定期的に継続できる、他のステーションに働きかける、被災ステーションは他機関につないでいくという意見になっている。災害対策の実践では訓練の参加が複数回になることは、災害の意識の変化が実践にも変化する。具体的なマニュアルの変更点を指摘できる。

#### 13、災害に関しての新たな知識

初回参加者は優先度についての考え方、二次災害を想定する、災害に対するイメージを広げる、複数回参加者は漠然と回っていた安否確認だが、今回は具体的になった。指示や確認をするという、中心的な考えを持つ人間をそろえなきゃいけないなど、安否確認やチームで話し合うことで**自ステーションにおける対応計画の実行(セルフケア)**につなげられる。

複数回参加者は、リスクに強いステーションになる。日常の業務も。訓練を通して自助力を高めるということに変わっていく。近隣の共助への働きかけも検討してく。

#### 14、セルフケアの実行

安否確認は災害サイクルの第一歩として考える。健康のゆらぎと生活の困難に対する初期確認。安否と次に予測される問題に対しの対応策を療養者・家族と一緒に検討する。

#### 15、ステーションにおける災害対策の課題

初回参加者、複数回参加者とも障がいのある療養者、多様な価値観を持つ療養者に対する支援を課題としている。一方、想定被災ステーションチームは、災害訓練という取り組みをどう拡散できるか、そのためのシステム化ができるか、また、実際に災害が起きた場合は情報の集約ができる部門が必要になるなど、訪問看護ステーションを含めた地域の**備えの連携システ構築**について検討できる。

#### 16、訓練参加経験がある

参加者同士の意見交換から様々な意見を聞くことにつながり、災害対応についての新たな 知識になる。自分たちもそれぞれの地域に持ち帰り、災害対応についての意見をのべること ができた。支援者と想定被災ステーションの両方を経験することで見えなかったことがみえる ようになる。ステーションの仲間に説明し備えの充実につなぐ。

#### 17、情報伝達手段

手段としては効果的な案に至らないが、手段をひとつにせずいくつかの手段方法を常に検 討する機会を定期的に確保することが良い。**具体的にマニュアルの変更点の指摘。** 

#### 18、災害設定具体的なイメージ

情報はどこまで必要かは悩むが、与えられた情報でどういう風に動いて、どういう風に判断していくかを考えることも訓練の意義と考える。想定被災ステーションと支援する側との両方を行うことで情報の整理の仕方などが明確になった。

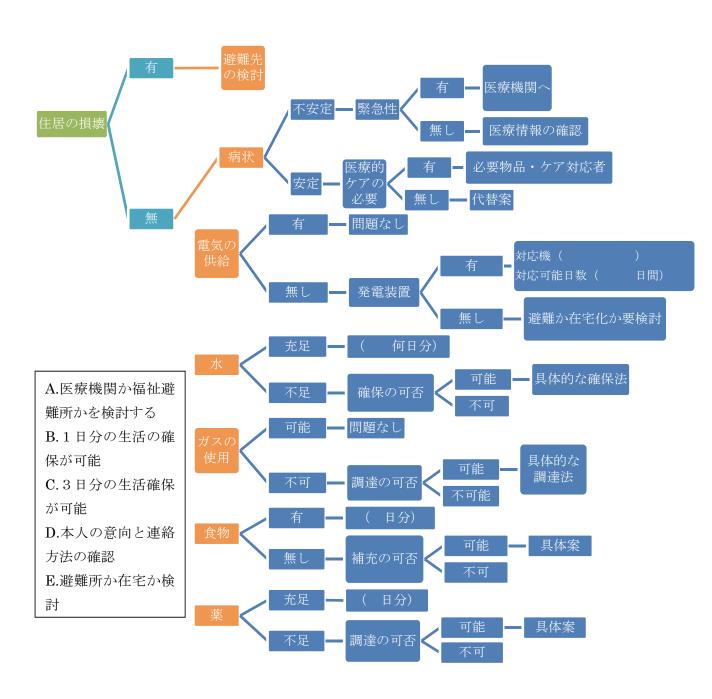
想定被災ステーションの準備や実行は、ストレスにもなる。サポートが必要と**計画したことを** 実施する場合の負担を想定することができる。

#### 考察

東京都訪問看護ステーション協会は、協会組織として災害委員会を設置し、災害イベントや 定期的な災害訓練を実施してきた。参加者の意見は、参加することで新たな気づきになる、 ステーションでの取り組みにつながる、さらには地域へと発展させることができる意見にと進化している。災害訓練は参加者のほとんどが一人ひとりの学びになり、災害をイメージする力は、自分たちが考える課題とその課題を解決する力となっている。災害訓練を継続すべきと いう意見がほとんどであり、参加することは学びの集約や備えの連携システムが構築することにつながっている。

安否確認とは何をもって安全かという判断根拠も必要と考え、今回の災害訓練から安否確認フローチャートを作成して初めて試用した。安否確認の視点が生活環境からも見ることができるという意見があるが、まだ試用段階でありチャートについては今後更に検討していく予定である。

災害訓練は模擬的に想定被災ステーションを設置する必要があるが、積極的に想定被災ステーションのなり手がいないこと、また、カテゴリーからの意見からもあったが、支援者としても参加できる人数に限りがある為、多くの参加者を募ることができないという課題もある。今回、参加者の方々には多くの意見を得ることができた。この多くの意見をカテゴリーに分類し、訓練の評価の視点に焦点をあわせて検討した。しかし、今後さらなる分析をすることによって、訓練の有効性を明確にでき、それぞれの地域性に応じた災害対応の備えの参考になると考える。



### 東京訪問看護ステーション協議会主催 2017年 **災害セミナー**

### 災害に対する基礎知識

~災害サイクルと心の経過の理解~

支援は災害から急性期だけでなく、災害サイクル全てが対象となります。

医療・看護・ケアの内容は、災害サイクルと被害の大きさ、種類、対象となる方、地域によって変化していくものであり多様化していきます。今回の災害セミナーでは、被災者の変化する心を理解し、どのような支援が必要なのかを考えられるよう、災害に対する基礎を学べる研修です

神戸常盤大学保健科学部 看護学科 教授

## 講師 畑 吉節未 先生

在宅看護学と災害看護が御専門です

日時 2017年6月24日(土)

13:30~16:00 (13:00 受付)

セミナー会場東京都看護協会(東京都新宿区筑土八幡町 4-17)

対象 災害対策に関心のある方

#### 一般社団法人東京都訪問看護ステーション協会・災害対策委員会主催第3回災害対策イベント

### 災害時だからこそ「つながる!」

## ~繋がる!連携する!継続する!途切れない! 地域のネットワークを一緒に考えましょう~

日時: 2017年 12月9日(土) 13:00~16:30(受付 12:30~)

会場: 東京都看護協会 (東京都新宿区筑土八幡町 4-17)

対象者:災害対策に関心のある方 参加費 1000 円 会員無料

シンポジウム ~地域のネットワークを考える~災害時の活動を知ろう~

座 長 : 一般社団法人東京都訪問看護ステーション強化委災害対策委員長

田中千賀子

シンポジスト : 東京都医師会の取り組み

公益社団法人東京都医師会 副会長 猪口正孝

行政の立場から 大田区の取り組み

大田区 災害時医療担当課 大田区担当者

東京都看護協会および地域での取り組み

足立東部病院看護部長(東京都看護協会東部地区支部理事)

藤野恭子

東京都訪問看護ステーション協会の取り組み

東京都訪問看護ステーション協会 理事 阿部智子

#### 体験コーナー

○災害時に役立つ トリアージ、エコノミー症候群予防体操の説明と実践

#### 展示コーナー

生活の工夫、医療の対応、災害対応などの展示・体験ができます

○感染予防グッズなど ○非常食や防災グッズ、エネポなど

当日参加も可能ですが、資料の準備上、裏面の用紙でお申し込みください

【お問い合わせ】 一般社団法人東京都訪問看護ステーション協会事務局 担当廣岡

E-mail: tokyohoukanst@gmail.com TEL:03-5206-3680 FAX:03-5206-3681

### 大規模災害時模擬訓練

- 1. 災害対策委員は、現地連絡担当者を決め、災害対策本部の設置、被災ステーションの要請と他ステーションの応援を検証
- 2. 被災ステーションは、支援員(派遣)の受け入れ、安否確認の検証
- 3. 支援員(派遣)は、応援の準備や安否確認時の看護や処置、連絡方法を検証

災害対策委員	被災ステーション	他ステーション
(現地連絡担当者)		(支援員)
事前準備		
①災害支援派遣の要請	災害対策委員に連絡して	災害訓練の日程と時間を
②支援者の受け入れ体制	被災状況の設定	伝える。
①②を被災ステーションと	支援者に安否確認の方法を	支援者は要請があるまで
連絡して準備する	聞きながら準備する	服装や持参するものなどを
	*利用者の選定	それぞれが準備する
	*状況を書いた封筒の準備	
	利用者の看護、処置は直接行	
	うことができないため	
	利用者宅を確認できたら、状	
	況を記載したメモが入ってい	
	る封筒を開けてメモを読み対	
	応を話し合う	
訓練日の1週間前		
災害支援派遣の要請を		災害支援派遣の要請FAX
FAXで支援員に送る		が届き、参加の有無を返信
災害支援員からの当日参加		
の人数把握		
被災ステーションに支援員	安否確認や受け入れるための	
の人数と現地の受け入れ体	準備を報告	
制を確認		
10/22災害訓練10時	被災状況、安否確認をお願い	5 グループに分ける
出発時間、戻る時間	する人数、利用者に関する連	グループ毎に安否確認場所
安否確認中の連絡を再確認	絡方法を伝える	や利用者の申し送りを聞く

11時~13時	安否確認中の支援員からの	各グループに分かれて
災害支援	連絡に対応する	安否確認は利用者宅まで歩
		いて行う
		利用者宅を確認できたら、状
		況を記載したメモが入って
		いる封筒を開けてメモを読
		み対応を話し合い。
		看護や処置、対応をどのよう
		に行ったかを記録する。
1 3 時~	支援員から安否確認の報告を	グループ毎に訪問先の状況
安否確認の報告	受ける	と看護や処置、対応を報告す
		3
反省会	被災ステーションを体験して	支援員と体験して課題を
	課題を報告	報告
15時 終了		

# 災害支援派遣要請 (訓練)

下記の様に災害支援派遣を要請します

- 1. 支援期間 平成 29 年 10 月 14 日 (土) 10:00~
- 2. 支援場所 訪問看護ステーション けせら 〒113-0033 東京都文京区本郷 電話
- 3. 人数 25名

8.滞在

- 4. 現地連絡担当者 ①大貫眞理 訪問看護ステーション はーと
- 5.主な業務 利用者の安否確認 初期対応
- 6.交通ルート 千代田線 湯島駅徒歩14分 JR 御茶ノ水駅 徒歩7分 丸ノ内線 本郷三丁目 徒歩4分 電車再開予定だが要確認
- 7.被災状況 10/11 18:05分 東京湾北部地震発生 M7.3 文京区震度 6 弱 区内急斜面崩壊箇所あり 木造全半壊建物あり 本郷 5・6 丁目火災発生あったが鎮火

寝具提供 無 食事提供 無 水道使用 可能

- 9.準備するもの 動きやすい服装 筆記用具 マップ ヘルメット等非常バッグ 物品を各自用意のこと
- ★参加者の方へ ①水分と食べ物持参
  - ②参加できない方は10/12までに大貫まで連絡を下さい

電気 一部再開 水道 使用不可 ガス使用不可 電話使用可

会員訪問看護ステーション各位

東京都訪問看護ステーション協会

平成29年度 一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成(一般) 訪問看護ステーションが取り組む災害対策に関する研究事業 報告書

平成30年4月発行

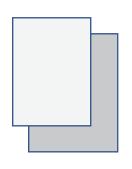
実施主体 東京都訪問看護ステーション協会 災害委員会

〒162-0815 東京都新宿区八幡町4-17 東京都看護協会会館地下1階

TEL 03 ( 5206) 3680 FAX 03 (5206 ) 3681

本書の一部または全部を許可なく複写・複製する

ことは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意下さい



精神障害者の家族が抱える「親亡きあと問題」 訪問看護ステーションができること

平成29年度 一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成(一般)

精神障害者の家族が抱える「親なきあと問題」について 訪問看護ステーションができることに関する研究事業

報告書

平成30(2018)年7月

くらしケア岐阜訪問看護ステーション

# 目次

Ι. Α	研究の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1.	研究の必要性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2.	研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
3.	研究の構成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
4.	倫理的配慮・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
5.	研究体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
6.	成果の報告・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
П. а́	家族を対象とした質問紙調査(研究1)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
1.	目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
2.	方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
	結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
4.	考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	13
ш.	セミナーの企画・実施(研究 2)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	14
1.	目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	15
2.	方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	15
	結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	16
4.	考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	19
IV.	家族を対象としたインタビュー調査(研究 3)・・・・・・・・・・・・・・・	20
1.	目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	21
	方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	21
3.	結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	22
4.	考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	32
V.	まとめ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	34
咨料		37

I. 研究の概要

#### 1. 研究の必要性

国は、精神科病院に長期入院している精神障害者を2020年度末までに最大3万9千人減らす目標を決めた。今後、在宅で生活する精神障害者は増加すると考えられる。当訪問看護ステーションの訪問看護の現場において、同居する家族から、「私たちが死んだらこの子はどうなるのだろうか」との声を聞くことが多くある。家族は「自分がいなくなった後、誰がどこでどのように自分のこどもを介護していくのか」という苦悩を常に抱きながら生活を送っており<sup>1)</sup>、当事者も、「親が死んだ後のことを考えると不安で仕方がない」と訴え、親なきあとの自分の居場所や生活の方法を模索している<sup>2)</sup>。このような状況に関連して、精神障害に対する社会のスティグマが、親の恥辱感や自責の念を一層強め、誰にも相談できずに一人で抱えこんでいること<sup>3)</sup>、家族は精神医療従事者から適切なサポートを受けることは少なく、自分たちの知識や力量に力不足を感じながら単独でケアを続けていること<sup>4)</sup>、家族会に所属している家族は、セルフヘルプ・グループであるがゆえに専門職が離れていく傾向にあり、支援の必要性が認識しづらいこと<sup>5)</sup>が指摘されている。このように、精神障害者の家族が「親なきあと問題」の苦悩を抱えている現状についての報告はあるが、具体的な苦悩の内容や対策そのものに焦点をあてた研究は見当たらない。

そのため、今後の在宅精神科医療における家族支援の在り方およびアウトリーチの訪問 看護の役割について再考するために、家族が将来に対する不安や心配を抱えながら生活し ている実態を家族の視点から明らかにし、そこから訪問看護に出来る支援について検討す る必要があると考えた。

## 2. 研究目的

地域で生活する精神障害者の家族が抱える「親なきあと問題」の具体的な苦悩の内容を明らかにし、それに対応した支援(セミナー)を実施することを通して、訪問看護ステーションが行うことができる具体的な支援を検討するための示唆を得ることを目的とした。

なお、本研究では、親だけでなくきょうだいなどの家族が主たる介護者/支援者も対象者になる場合、その方たちが抱えている「介護者/支援者なきあとの問題」も「親なきあとの問題」に含めることとした。

\_\_\_\_\_

#### 文献

- 1) 藤野成美 他:統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩,日本看護研究学会雑誌,32(2),35-43,2009
- 2) 石飛マリコ 他: 高齢な親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセス,日本看護研究学会雑誌,36(5),13-24,2013
- 3) 南山浩二:精神保健福祉システムの変容と精神障害者家族研究(1),静岡大学人文学部人 文論集,50,1-19,1999
- 4)川添郁夫:統合失調症をもつ母親の対処過程,日本看護科学学会誌,27(4),63-71,2007
- 5) 家族会全国調查, 全国精神保健福祉会連合会, 2013

#### 3. 研究の構成

まず、家族を対象とした質問紙調査を実施し(研究1)、親なきあとの問題に関する不安や予測される問題についての家族の認識を明らかにした。次に、研究1の結果をもとに、親なきあとの問題に関するセミナーを企画・実施した(研究2)。さらに、研究1の結果および研究2のセミナー参加者の反応を踏まえて、親なきあとの問題に関する家族の苦悩(不安や心配)について家族の視点からさらに深く捉える目的として、家族を対象としたインタビュー調査を実施した(研究3)。

## 4. 倫理的配慮

本研究においては、対象者の人権、安全、および個人情報の保護を徹底するため、岐阜県立看護大学の研究倫理委員会に対して、研究の主旨、方法、倫理的配慮について記載した研究計画書を提出し、承認を得て実施した(承認番号:0192 承認日:平成29年7月3日)。

特に、研究対象者には、研究目的、研究方法、研究参加によるメリット・デメリット、 対象者の権利(プライバシーの権利、自己決定の権利、研究参加を断わる権利、研究のい かなる時点においても辞退する権利、不利益を被らない権利、害されない権利、基本的人 権など)および研究者の義務について書面と口頭にてわかりやすく説明し、対象者の自由 意思による参加同意のもとに研究を行った。なお、調査や説明は、対象者の都合に合わせ て日時を設定し、プライバシーに配慮した場所で実施した。

また、個人情報の流出や漏洩が生じないように、共同研究者間で、データ(記録物、電子データ)の収集方法、管理方法、処理方法に関して厳密に申し合わせ、遵守した。個人を特定し得るデータは記号化するが、万が一、散逸した場合にも個人が特定されないよう、氏名や機関名など固有名詞は削除した。データの保管は鍵のかかるキャビネットを用いて研究代表者が責任を持って厳重に管理し、研究の全てが終了した時点で、紙媒体のデータは裁断処理し、電子データに関してはデータ抹消ソフトを用いて処理することとした。

## 5. 研究体制

研究代表者:永井 知子 くらしケア岐阜訪問看護ステーション

共同研究者: 眞榮 和紘 くらしケア岐阜訪問看護ステーション 所長

石川 かおり 岐阜県立看護大学 教授

## 6. 成果の報告

#### 「学会発表]

真榮和紘,石川かおり:精神障害者の家族の「親なきあとのこと」に関する不安や予測される問題に対する認識.日本精神保健看護学会第28回学術集会・総会プログラム・抄録集,146,2018.(資料参照)

Ⅱ. 家族を対象とした質問紙調査 (研究1)

#### 1. 目的

「親なきあとのこと」に関する不安や予測される問題についての家族の認識を明らかにし、研究2で取り組むセミナーの内容を検討するための示唆を得ることを目的とする。

## 2. 方法

## 1) 質問紙の作成

親なきあとの問題に関する家族の認識を把握するために、親なきあとに関する不安、親なきあとの生活に向けた準備、必要と考える支援等に関する 20 項目からなる無記名・自記式の質問紙を作成した。選択方式の質問(問 1~18)と自由記載方式の質問(問 19·20)から構成した(資料参照)。

## 2)対象者とデータ収集方法

精神障害者家族会(2 ヶ所)から調査協力の承諾を得て、会員家族への質問紙の配布を依頼し(配布数 443)、郵送法にて回収した。質問紙の返送を以て研究参加の同意と見なした。調査期間は2017年6月~8月であった。

## 3)データ分析方法

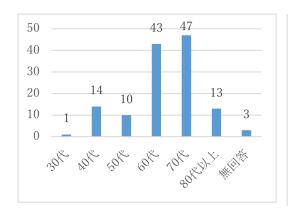
選択回答は記述統計量を求め、自由記載回答は内容の類似性によって整理した。

## 3. 結果

1)回答者および障害者をもつ本人の概要(図1~7)

131 名から回答を得た(回収率 29.5%)。回答者は 60 代 43 名、70 代 47 名、80 代以上 13 名であり 60 代以上が 78.6%を占め、母親 86 名 (65.6%)、父親 18 名 (13.7%)、きょうだい 18 名 (13.7%) であった。

精神障害を持つ本人については、男性80名(61.1%)、女性43名(32.8%)と男性の割合が高く、年齢は20代14名(10.7%)、30代32名(24.4%)、40代43名(32.8%)、50代21名(16.0%)、60代10名(7.6%)であった。具体的な診断名は統合失調症が77名(58.8%)と最も多く、117名(89.3%)が精神障害者手帳を有していた。



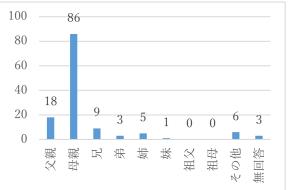
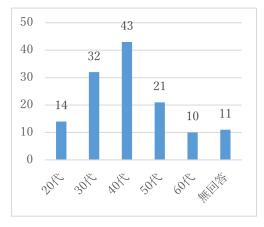


図1 回答者の年代

図2 回答者の立場





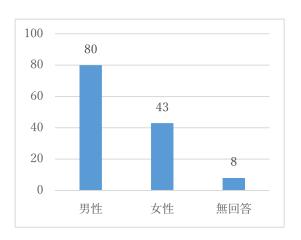


図4 障害者本人の性別

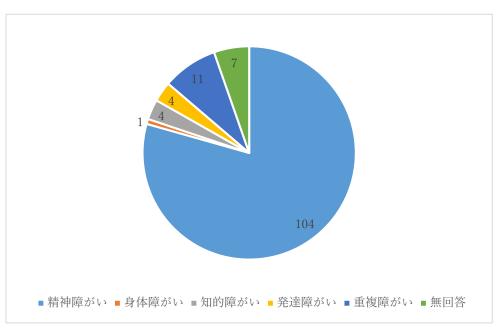


図5 本人の障害

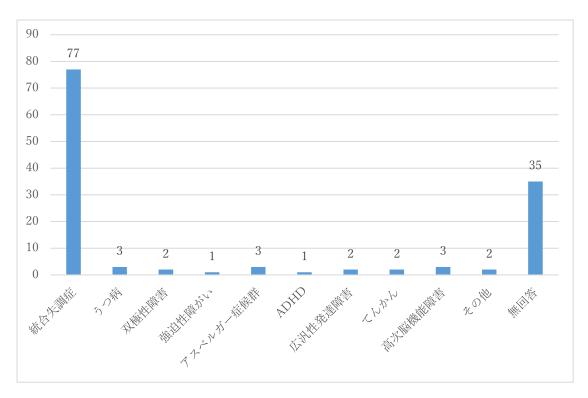


図6 具体的な障害名

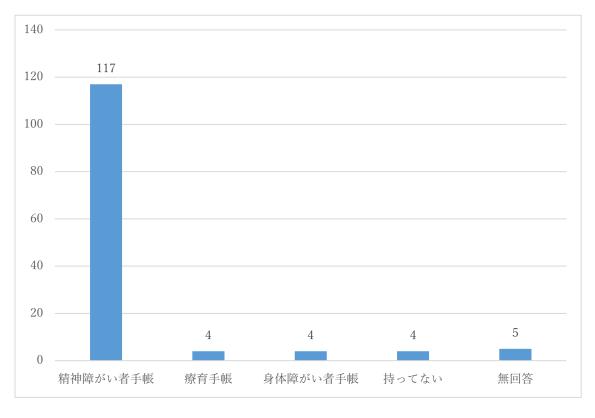


図7 障害者手帳の有無

## 2) 親なきあとのことに関して不安に思っていること (図8)

親なきあとの不安(複数回答可)は、「正しい判断や契約ができるか(だまされないか)」 81名(65%)、「安定した収入が得られるか」73名(59%)、「金銭管理ができるか」68名(54%)、 「日常生活の世話をしてくれる人がいない」64名(52%)、「困ったときに相談する人がいない」58名(47%)の順に多かった。

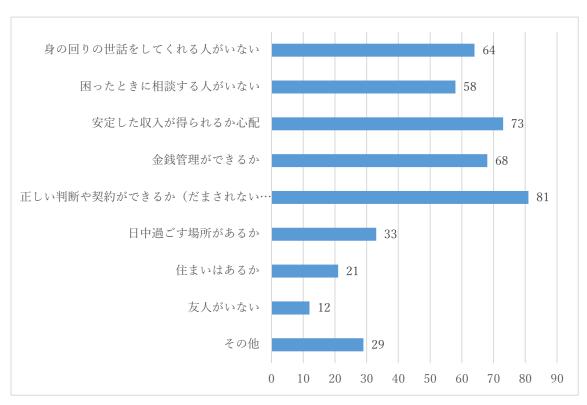


図7 親なきあとのことに関する不安(複数回答可)

# 3) 親なきあとのことに関する準備・計画の状況(図8~11)

親なきあとのことについて本人を含め家族で話し合っているかどうか問うたところ、「十分に話し合いをしている」3名 (2.3%)、「いくつかは話し合いをしている」64名 (48.9%) であったが、「話し合いをしていない」家族も57 (43.5%) であった。また、本人がどのような生活を望んでいるか「把握している」家族は12名 (9.1%)、「一部だけ把握している」は62名 (47.3%)、本人の望みを「聞いたことがない」家族は45名 (34.4%) であった。そして、「親なきあとの計画を立てていない」家族は59名 (45%) という状況であり、その理由 (複数回答可) は、「計画を立ててもどうなるかわからない」39名 (29.8%)、「想像できない/したくない」38名 (29.0%)、「相談できる専門家がいない」26名 (19.8%)、「計画を立てるための情報がない」25名 (19.1%)、計画を立てる時間的/精神的余裕がない」などであった。

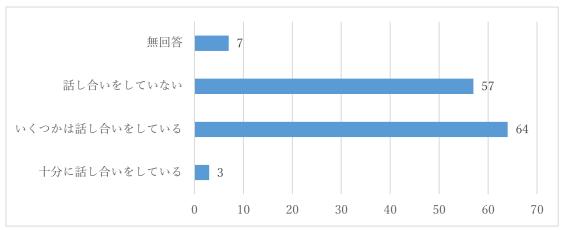


図8 親なきあとの準備

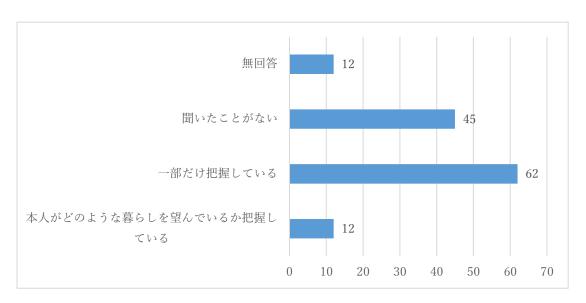


図9 本人の望みの把握状況

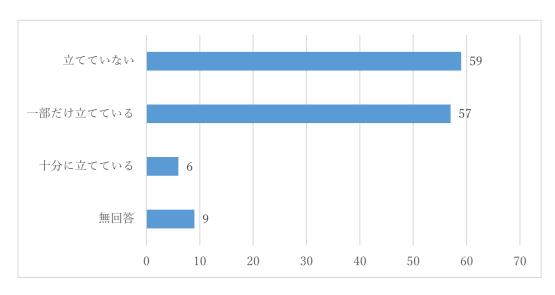


図10 親なきあとの計画

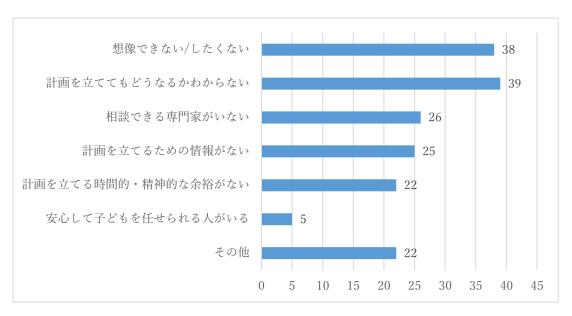


図11 計画立てていない理由

# 4) 親なきあとに障害者本人の支える人として想定している人(図12)

親なきあとに本人を支える人と想定している人(複数回答)としては、「誰もいない」 46名(35.1%)、「子どもの兄弟姉妹」46名(35.1%)が最も多く、続いて「ホームヘルパー」36名(27.5%)、「訪問看護師」35名(26.7%)であった。

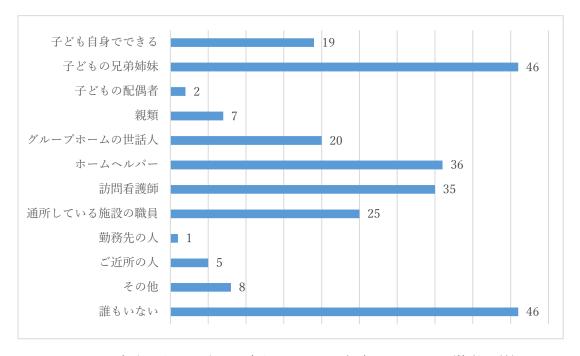


図 12 親なきあとに本人を支える人として想定している人(複数回答)

# 5) 親なきあとに想定している本人が暮らす場所(図13)

親なきあとに本人が暮らす場として想定されている場所(複数回答)は、「親の住む家でひとり暮らし」が41名(31.3%)と最も多く、続いて「グループホーム」23名(17.6%)で、「まだわからない」が32名(24.4%)であった。

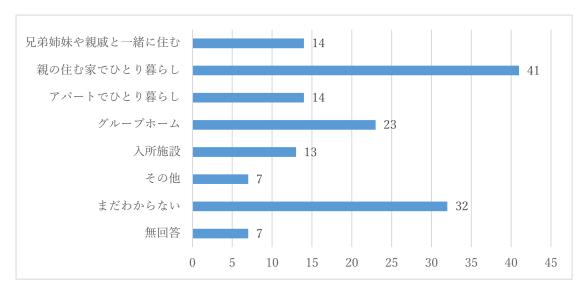


図13 親なきあとに想定している本人が暮らす場所(複数回答)

## 6) 親なきあとに金銭管理をお願いしたいと考えている人(図14)

親なきあとに金銭管理をお願いしたいと考えている人は(複数回答)、「本人の兄弟姉妹」が 54 名 (41.2%)、「子ども自身」が 51 名 (38.9%) であったが、「決まっていない」と回答した者も 41 名 (31.3%) であった。

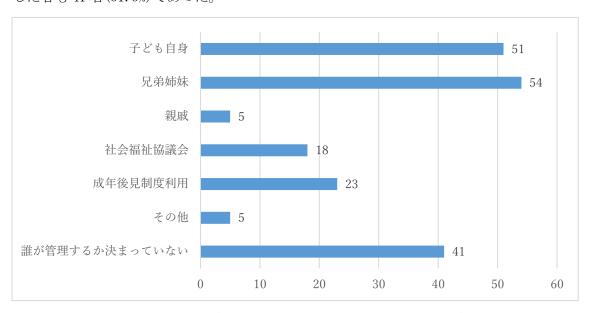


図 14 親なきあとに金銭管理をお願いしたいと考えている人(複数回答)

# 7)親なきあとの計画を立てるために必要と考える支援(図15)

親なきあとの計画を立てるために必要と考える支援(複数回答)については、「ひとり暮らしをするための支援」77名(58.8%)が最も多く、「相談できる場」63名(48.1%)、「自立生活訓練の場」49名(37.4%)が続いた。

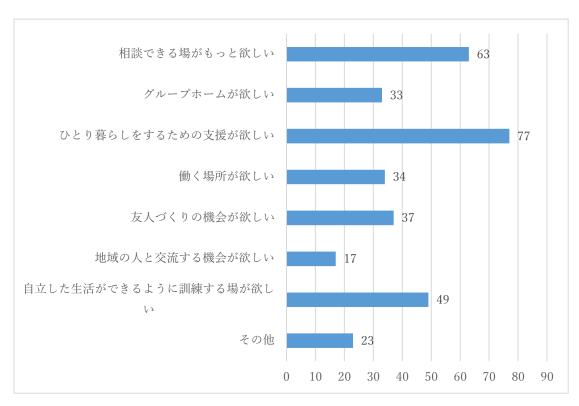


図15 親なきあとの計画を立てるために必要と考える支援(複数回答)

## 4. 考察

家族が親なきあとのことに関して不安に思っていることは様々であったが、子どもが正しい判断や契約ができるか(だまされたりしないか)、生活するための収入が得られるのか、金銭管理ができるのか、親に代わって身の回りの世話を誰がしてくれるのかに関して多くの人が心配していることが明らかになった。

また、家族は様々な不安や心配を抱いているけれども、一方でその不安や心配ごとに対して、具体的に対処するには至っていない実態も明らかとなった。これには社会的サポートの現状が家族の安心を担保するには不十分なこと、今回の対象者のように家族が高齢である場合は自分の状況にも不安を抱えていること、日本においてはいまだに家族内で死について語ることへのためらいなどが影響していると考えられた。

以上のことを踏まえて、研究2のセミナーでは、子どもがだまされたりしないか、生活するための収入が得られるのか、金銭管理ができるのか、親に代わって身の回りの世話を誰がしてくれるのか等の心配事に関連する内容をテーマとして取り上げて、具体的な支援や対策の方法について情報提供をできると良いのではないかと考える。

また、親なきあとの問題について、「十分話し合いをしている」と回答した家族は 2.3%であったこと、本人の望んでいる暮らしについて「聞いたことがない」と回答した家族 34.4%であったこと、また、計画を立てていない理由として「想像できない/したくない」と回答した家族が 29.0%、「相談できる専門家がいない」とした家族が 19.8%、必要とする 支援として「相談できる場」と回答した家族は 48.1%であったことなどから、今後は安心して語れる/相談できる場、家族で話し合える機会なども提供できるよう支援していく必要 があると考える。

Ⅲ. セミナーの企画・実施(研究2)

# 1. 目的

家族を対象とした質問紙調査(研究 1)の結果を基に、家族が抱えている親なきあとのことに関する不安や心配事に焦点を当て、それらに対応するための具体的な情報を得られる機会を提供し、相談できる身近な支援者を知ってもらう機会とするためのセミナーを開催する。

# 2. 方法

2017 年 9 月に「親なきあと問題を親あるうちに考えるセミナー」を企画し、開催した。セミナーの概要は表 1 に示すとおりである。

4名の講師によるオムニバス形式の講義とした(講義内容は資料参照)。最後に質疑応答の時間を設定し、4名の講師に加えて、くらしケア岐阜訪問看護ステーションの眞榮和紘(研究代表者)も登壇し、参加者からの質問に対応した。

チラシ(資料)を 500 部製作し、関連機関および訪問看護の利用者様宅、家族会の会員 に配布した。あわせて、フェイスブック、ツイッター、ブログで紹介するなどの広報活動 を行った。

なお、セミナー終了後には参加者にアンケートに協力してもらった。

表1 「親なきあと問題を親あるうちに考えるセミナー」の概要

テーマ	「親なきあと問題を親あるうちに考えるセミナー」
日時	2017年9月18日 (月・祝) 14:00~16:30
	受付開始:13:30
場所	じゅうろくプラザ 中会議室 1
	岐阜市橋本町1丁目 10 番地 11(JR 岐阜駅隣接)
内容	1. 日常生活自立支援事業について
	講師:小川貴也氏 岐阜市社会福祉協議会 専門員
	2. 後見人制度について
	講師:鎌田正慶氏 らんぷ社会福祉事務所 社会福祉士
	3. 食事の宅配サービスの紹介
	講師:林紀行氏 コープ岐阜
	4. ハウジングサポートについて
	講師:直野武志氏 くらしケア住まい相談センター 宅地建物
	取引士 賃貸不動産経営管理士
	5. 質疑応答
参加対象	90名(申し込み先着順)

# 3. 結果

# 1)セミナー参加者

参加者は男性 25 名、女性 43 名、合計 68 名であった。参加者の立場は家族が 44 名、障害をもつ当事者が 21 名、福祉関係者 3 名、その他 2 名であった。居住地は岐阜市が 43 名と最も多く、愛知県からの参加者も 2 名あった(表 2)。

表 2 セミナー参加者の概要 (n=68)

性別	男性 25 名 女性 43 名
立場	家族 44 名 当事者 21 名 福祉関係者 3 名 その他 2 名 (重複あり)
親子参加	12 組 47 組中 12 組 (25.5%) が親子参加
居住地	岐阜市 43 名 各務原市 6 名 大垣市 5 名 瑞穂市 4 名 美濃加茂市 2 名
	笠松町1名 神戸町2名 川辺町1名 大野町1名
	愛知県2名
	不明1名

# 2)セミナー風景







## 2) 実施後のアンケート結果

アンケートの回答数は42部(回収率61.8%)であった。

セミナーの満足度については、「満足」「やや満足」「ふつう」「やや不満」「不満」の 5 段階評価で尋ねた。「満足」が 17 名 (40.5%)、「やや満足」が 16 名 (38.1%)、「ふつう」が 6 名 (14.3%)、「やや不満」が 1 名 (2.4%)、「不満」が 0 名 (0%)、無回答が 2 名 (4.8%) であった (図 16)。

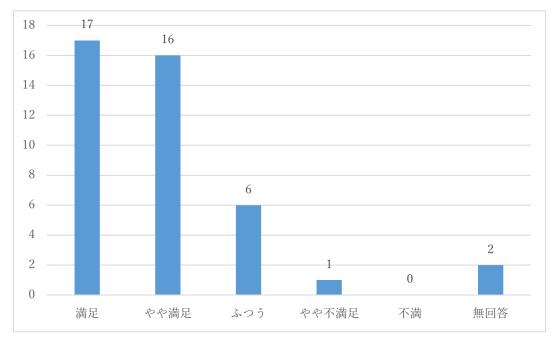


図16 セミナーの満足度

また、感想、今後取り上げて欲しい題材・テーマ、質問等に関する自由記載は表3のと おりであった。

# 表3 セミナーの感想、今後取り上げてほしい題材・テーマ、質問等

- ・後見人制度が理解できた。本人に合った制度を選択したい。
- ・自分の方向性が見えた気がした。
- ・もっと具体的に知りたい。
- ・サービスを利用している当事者の具体的な話が聞きたい。
- ・気軽に相談できる窓口を作って欲しい。
- ・当事者の地域での生活の様子、体験を聞きたい。
- ・親なきあとに何をしないといけないかはなんとなくわかった気がするが、具体的(いつ、 どこ)に図にして(全体像を)表してもらえるとわかりやすい。それぞれの事業所の内 容も(全体の中で)この部分を説明しているというように説明されると良い。

## 4. 考察

家族が親なきあとに関して不安に思っていることについて、4名の講師からそれぞれの立場で親なきあとに備えて利用できるサービスや支援について具体的に紹介してもらった。セミナー参加者の満足度は、「満足」「やや満足」を合わせると78.6%であり満足度は高かったことから、参加者のニーズに対応した内容について情報提供できたのではないかと考える。

参加者の内訳をみると、親子(当事者とその家族)での参加が全体の4割を占めており、 当事者自身も親なきあとのことについて関心を持っていることが伺えた。研究1の質問紙 調査の結果では、家族が本人と親なきあとのことについて十分話し合うことができていな いことが明らかとなったが、今回のセミナーに親子で参加することで、当事者本人が「親 なきあと問題」を親が生きているうちに考えたり、親子で話し合うきっかけを提供できた のではないかと考える。さらにセミナー後も、家庭においてもこの話題で話し合うことが できると良いと考えた。

また、アンケート結果から、実際に「地域で生活している当事者の生活の様子や体験を聞きたい」「具体的に知りたい」などの意見があった。今回のセミナーでは、研究1で特に不安や心配の声が高かった家族が抱える不安に対しての情報提供であったが、今後は当事者自身の成功事例をもとに、当事者が参考にできたり、考えることができるような内容を盛り込めると良いと考えた。

セミナーでは質疑応答も活発であり、セミナー後に参加者同士で談話する場面も見られた。研究1の質問紙調査では、親なきあとのことについて「相談できる場」や「話せる場」の必要性が示唆されたことから、今後はセミナー会場で気軽に相談や情報交換もできる場としての機能を果たすことも大切と考えた。

「親なきあと問題」の解決に正解があるわけではなく、これから地域で一緒に考え知恵 を出し合うために今後も同テーマで定期的なセミナーを開催していけると良いと考える。 Ⅳ. 家族を対象としたインタビュー調査 (研究3)

## 1. 目的

「親なきあとの問題」に関する家族の苦悩の体験(不安や心配)について、家族の視点 からさらに深く捉えることを目的とした。

## 2. 方法

## 1)対象者

当訪問看護ステーションの利用者の家族ではないことを条件とし、A 県および隣県 B 県の家族会に対象となりうる候補者の紹介を依頼し、研究協力への同意が得られた精神障害者の家族 10 事例を対象とした。

## 2) データ収集

データは半構成的インタビューによって収集した。

インタビューガイドの内容は、①これまでお世話や支援をしてきて大変だったこと、困ったこと、②親(自分)なきあとについて不安なこと、③親(自分)なきあとに向けた準備や計画について考えていること、④訪問看護に期待すること等とし、ガイドにそって質問を投げかけながら自由に語ってもらうよう心掛けた。インタビューは主に1名の研究者が行った。

インタビュー内容は対象者の承諾を得て IC レコーダーに録音し、逐語録としたものをデータとした。

データ収集期間は、平成 29 年 10 月~平成 29 年 12 月、インタビュー時間は合計 370 分、 平均 37 分(18-66 分)であった。

## 3) データ分析

データ分析は質的帰納的に分析した。具体的には、各事例の逐語録から、「親なきあとの問題」に関する家族の苦悩に関連する内容を抽出して意味を損なわないように要約し、意味内容の類似性をもとにグループ化して、コード化した。全10事例のコードをすべて集めて、さらに意味内容の類似性をもとにグループ化してカテゴリ化した。

なお、データ分析は質的研究の経験者を含む2名の研究者で行った。

## 3. 結果

### 1)対象 10 事例の概要(表 4)

10 事例の内訳は母親8事例、父親1事例、母親と父親1事例であった。障害者と同居が6事例、別居が4事例であった。

表 4 対象 10 事例の概要

事例	続柄	同居/別居	インタビュー時間
A	母	同居	20 分
В	父	同居	35 分
С	母	別居	26 分
D	母	同居	30分
Е	母	別居	20分
F	母	同居	18分
G	母	同居	56分
Н	母と父	別居	46 分
Ι	母	別居	66分
Ј	母	同居	53分

## 2)分析結果

「親なきあとの問題」に関する家族の苦悩の体験として、全 10 事例の 302 の要約から  $144[\neg-F]$ 、44 の〈サブカテゴリ〉、11【カテゴリ】を抽出した。なお、カテゴリ、サブカテゴリ、コードの一覧を表 5 に示す。

【親なきあと本人が病気を抱えながら一人で生活していけるかどうか不安がある】には、 〈今は落ち着いて暮らしているが、親なきあとのことを考える精神状態が心配である〉〈親なきあとに日常生活や療養生活を一人でやっていけるのか不安である〉〈親なきあとに、孤立する可能性があり、支援を受けることができるのか不安である〉〈親なきあと、生活費をどうやって得られるのか不安である〉が含まれた。

【家族も本人も親なきあとのことについて考えたりする準備ができていない】には〈親なきあとのことについて話し合うような準備が本人にはまだできていないので、なかなかできない〉〈親なきあとのことに向けて、親も何をどうしたらよいか具体的には考えることはできていない〉〈親なきあとに本人がどのような場所で生活できれば適切なのか、可能なのかがわからない〉が含まれた。

【親なきあとのことに向けてできる準備をしている/しようと考えている】には、〈本人が相談できる場所などについて情報収集をしてノートにしている〉〈本人の存在や特徴を周囲に知らせている〉〈親なきあとに備えてお金を準備したり、自宅に住めるように準備をしている/しようと考えている〉〈親なきあとのことについて本人と一緒に話している/話してみようと考えている〉が含まれた。

【親なきあとに備えるために具体的な情報が知りたいし、家族が自信や安心を得られるような支援がほしい】には、〈訪問看護には、本人だけでなく家族の緊張も和らげたり、自信が持てるような助言を期待している〉〈親なきあとのことを考えて準備するために具体的な情報が知りたい〉が含まれた。

【支援を受けながら親なきあとも本人が孤立することなく楽しみながら健康的に生活していけることを願っている】には、〈親なきあと、支援を受けながら本人が楽しく自分の人生を送れたら良いと思っている〉〈親なきあとにも生活が成り立つように、支援を受けて本人ができる仕事につけると良いと思っている〉〈親なきあと、話し相手や相談相手、一緒に活動してくれるような支援があると良い〉〈親なきあとに、本人が周囲の人や専門家とかかわりが持てるように、訪問看護師から働きかけてもらえると良い〉〈親なきあとも、訪問看護など誰かが毎日本人と関わりを持ってくれると、身の回りのことができ生活リズムが整うと思う〉〈本当は退院できた方が良いと思うが、60歳までは入院して退院後は老人ホームに入れると良いと思っている〉が含まれた。

【現在は状態が安定して少しずつできることも増えサポートも受け入れることができているため安心している】には、〈最近は状態も落ち着いてきて、以前より進歩していると思うし安心している〉〈現在は、就労活動や社会的活動に参加したり、対人関係を持つことができている〉〈現在は、自分の診断名に安心したり、障害を受け入れている〉〈日常生活のなかでできないこともあるけれど、自分でできることも増えてきているので大丈夫ではないかと思っている〉〈現在は生活保護を受給したり、障害年金を受給することができている〉が含まれた。

【現在も本人の精神状態は不安定で家族もしんどい思いをしている】には、〈現在も精神症状による生活上の影響や認知機能の低下の懸念がある〉〈本人の生活の世話や話を聞くのが大変で、親自身の生活に制約があったり、しんどい思いをしている〉が含まれた。

【病気になったことで生活経験が少なく、本人は諦めたことやできないことがあり、楽しみや生きがいを持てない状況にある】には、〈入退院を繰り返したのち、現在の入院は20年以上になり、自宅で過ごしたことはない〉〈病気になったことで、修学や就職の意欲

があっても、難しかった〉〈病気の影響で勉強をしてこなかったのでできないことも多く本人はコンプレックスがあり、楽しいことや生きがいが何もない〉〈日常生活のなかで現在も親の世話にならないとできないことがある〉が含まれた。

【精神障害者が受けられる福祉サービスが限られていたり、本人が支援を拒否することから必要とする支援を受けるのが難しい】には、〈障害年金を受給することが難しかった〉〈精神障害者が生活をしたり仕事をしたりする上で、福祉行政全般が不十分である〉〈支援を受けることを拒否している〉が含まれた。

【本人が病気になってからこれまで、家族も病気と付き合いながら様々な苦労や苦悩の経験をしてきた】には、〈発症して最初のころは病気だとは思わなかったし、病気のことをなかなか理解できなかった〉〈家族が精神障害を理解するのが難しく、本人を叱責したり無理やりやらせようとしてしまった〉〈発症時は入院先や受診先を探すのに苦労した〉〈発症後、適切な医療やケアが受けられなかった〉〈自傷他害があったので悩んだ〉〈病状が悪化した際にどう対応したらよいか困った〉〈まさか自分の子供が精神病になるとは思わず、ショックを受けたり、育て方が悪かったと自分を責めたりした〉が含まれた。

【これまで家族として本人のためにできることをやり、本人のことや病気のことを理解し対応できるようになった】には、〈本人の様子や調べた内容から本人が病気であることを理解した〉〈本人の状態に合わせて、自分が一緒にできることをやった〉〈家族会に入って、他の家族から助言を受けながら病気を理解し、対処方法を学び、安心できるようになった〉〈本人の気持ちや状況が理解できるようになった〉が含まれた。

表 5 「親なきあとの問題」に関する家族の苦悩の体験

カテゴリ	サブカテゴリ	各事例のコード(アルファベットは事例に対応)
親なきあと本人が 病気を抱えながら	今は落ち着いて暮らし ているが、親なきあとの ことを考えると精神症	・幻聴があってもそれなりに暮らしているので良いと思う反面、他の人から見るともうちょっとということも あるかもしれずこのままでよいのかという不安もある D-16
一人で生活してい けるかどうか不安	状が心配である	。 D-16 ・親が二人とも亡くなったら、混乱して症状がまた出て くるのではないかと思う I-10
がある	親なきあとに日常生活 や療養生活を一人でや っていけるのか不安で	・普段から夜中にゲームをやっていて夕方まで寝ている ので、一人になったときの生活リズムが心配である D-10
	ある	・金銭管理は自分で行っているが、すぐに使ってしまい 貯金ができないので心配である D-8 ・親なきあとに不安なことは、お金の使い方や管理のこ
		とである H-9  ・本人が人に騙されないか心配である F-3  ・火事だけは心配なので、親なきあとの準備として、ガスを I Hに変えた F-4
		・買い物は本人にやってもらっており出来ると思うが、 ハイテンションになった時に金銭管理が不安だ G-11 ・先生から年をとると落ち着いていくと言われたが、そ
		れは気力が無くなったということだと思うので、その時に、親なきあとをどう生活するかが一番問題だと思う。H-6
		・戸締りや電気ガスなど火の用心が一人で出来るのか心配だ H-10 ・親なきあとに心配なことは、家の管理や庭が荒れるこ
		と I-9 ・葬儀や相続の手続きについてもできるかどうか心配 I-11
	親なきあとに、孤立する	・自宅で一人暮らしすることを考えると、受診や生活が 上手く出来なくなるのではと、不安がある J-10 ・精神障害があると、家での暮らしが難しかったり、施
	可能性があり、支援を受けることができるのか不安である	設から返されたり、往診がしてもらえなかったりと家族、行政、医療からシャットアウトされたり、本人自身がグループホームなどで他者と一緒に生活するの
		が難しい場合もある C-14 ・以前に当事者会に参加していたこともあるが今は外との繋がりや人との付き合いがないので、親なきあとのことを考えると心配である D-6
		・親なきあとは、本人の姉も自分の家族があるし関わり たくないと思っているので、本人が一人で閉じこもっ たときに頼りにすることはできない E-9
		・人づきあいがなく、友達が少なく、グループホームに 入ったとしても、人間関係が不安である G-10 ・今は親以外に本人が頼れる人がいないので、親なきあ とに、本人が一人になったときに助けを求められず孤
		独死になるのではないかと心配している E-7 ・親なきあとに、本人が一人で引きこもってしまったときに、誰がどこまで手助けしてくれるのかがわからず不安である E-8

	親なきあと、生活費をど	・親なきあと、本人が生活費をどのように得られるかが
	うやって得られるのか	不安である B-8
	不安である	・土地や家があるので生保は難しいし処分するとしても
		環境の変化に適応できないし、相続の問題もあるし、
		どのように対策すればよいか悩みである B-10
		・親なきあとに本人が一人になったら、入浴の回数が減
		るのは大した問題ではないが、食事がとれるかは心配
		であり、給食サービスを利用するとなると、結局お金
		の心配になる B-12
		・自分で情報収集をして親なきあとは本人は多分働けないと思い、まずお金の心配をした D-2
		・父親は「働かせないといけない」と言っていたが、本
		人は働けないので、一人暮らしをするにあたっては金
		銭面が一番困った E-4
		・後見人制度があるが、今の障害年金の中で払っていく
		ことは難しい I-12
		・本人は求人雑誌をもらってくるから、働きたいのでは
		ないかと思うが、人とのつながりが無く、仕事もしな
		くてどうやって生活していくか全部が心配だ G-12
家族も本人も親な	親なきあとのことにつ	・親なきあとについては、今はまだ本人も受け入れない
	いて話し合うような準	だろうし、今のことで精一杯で他のことまでやれない
きあとのことにつ	備が本人にはまだでき ていないので、なかなか	│ 状態である A-10 │・親なきあとのことについて本人と話をしようと思って
いて考えたり話し	できない	も、本人も具体的に真剣に話をするような状況にはな
合ったりする準備		い B-15  ・親なきあとのことについて、本人からは今のところ何
ができていない		も言わない D-14
		・生活を考えて計画的に金銭管理をする方法について本
		人と話をしなくてはいけないが、なかなかできないで
		いる D-9
		・親なきあとのことについて、本人なりに問題意識はあ
		ると思うが、現実には親がいるので危機感はなく準備
		は特にしていない E-10
	親なきあとのことに向	・親なきあとのことは不安ではあるが、本人も私も今は
	けて、親も何をどうした	まだ何も決められないし、その時になって覚悟を決め
	らよいか具体的には考	るしかない A-11
	えることはできていな	・親なきあとに向けて何をどう準備したらよいか親の方
	V	もはっきりとわからない B-16
		・息子より自分の方が長生きする自信があるから、親な
	<b>却わ</b> まもした十1ぶり	きあとは考えていない F-7
	親なきあとに本人がどのような場所で生活で	・住む場所はどこが適切なのかわからない H-11 ・持ち家があるので住むところはあって食事は何とかな
	ひょりな場所で生活で   きれば適切なのか、可能	- 特の家があるので住むとこつはあつて良事は何とかな ると思うが、相続や名義変更もしていないし、本当に
	なのかがわからない	ると思りが、相続や名義変更もしていないし、本当に   住んでみないとわからない G-9
	(サインハーハーインハーの)かく,	・障害年金だけで暮らせる場所があれば良いと思う G-16
かけ よく よく トー・・・・	本人が相談できる場所	・今はまだ自分が元気なので、親なきあとのことについ
親なきあとのこと	などについて情報収集	ては、本人が相談できる場所などについて情報収集を
に向けてできる準	をしてノートにしてい	してノートにしているくらい A-9
	3	
備をしている/しよ	本人の存在や特徴を周	・地域には息子の存在や特徴を知らせている F-8
うと考えている	囲に知らせている	
	親なきあとに備えて、お	・自分のためにも不要な物を整理しなくてはいけないと
	金を準備したり、自宅に	思っている D-15
	住めるように準備をし	・息子が 55 歳になったときに受け取れる個人年金を掛
	ている/しようと考えて	けている F-6
	いる	・父親が死去した時に、自宅を息子名義に変えた F-5
		・親なきあとに、子供一人の障害年金だけでは無理だと

		思い、個人年金を掛けており、少しずつ貯金をしている G-8
		・親なきあとに、本人の希望に沿って、現在親が住んで
		いる家に住めるように準備している J-11
	親なきあとのことにつ	<ul><li>・本人のきょうだいには家族もあるので世話になるわけ</li></ul>
	いて本人と一緒に話し	にもいかないし、親なきあとは住むところもないので
	ている/話してみようと 考えている	老人ホームか一人暮らしができるといいと話している C-8
	与えている	る C-8  ・父が動けなくなったことで父の体調を心配し、父が年
		老いていくことや、いつか死んでいくことについて口
		にしたので、親が死んでいくことについては本人も考
		えているのだと思う C-10
		・親なきあとのことについて母には「どうしたらいい?」
		と心配を話すので、「家を借りて一人暮らしができた
		らいい」と話している C-11
		・親なきあとのことについて、どうするのか一度本人に
	31.00 - 341 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1	聞いてみようと思う E-11
親なきあとに備え	訪問看護には、本人だけ	・訪問看護が来てくれると、緊張した家の空気が解け、
るために具体的な	でなく家族の緊張も和らげたり、自信が持てる	空気が入れ替わり家族も気持ちが変わって良かった 体験をした J-12
	ような助言を期待して	^ ^
情報が知りたいし、	いる	ろがあるので、訪問看護には本人のケアだけでなく、
家族が自信や安心		家族の心が休まり、自信がもてる助言をしてくれるよ
•		うな家族支援もしてほしい F-10
を得られるような	親なきあとのことを考	・親なきあとの準備ができるよう、具体的で細かな内容
支援がほしい	えて準備するために具	のチェックリストがあるとよい B-17
	体的な情報が知りたい	・これからどう生きるのか一人ひとり違うと思うので、
		障害があっても安心できるような計画や相談できる ところ、支援者がいると良い G-13
		- ところ、又抜有がいると良いで13 - 親が亡くなった方は、どこでどのように暮らしている
		・
		・母一人の考えでは関わりが狭くなるため、家族会など
		の色んな方との中で学び、本人に伝えていきたいと思
		う J-16
支援を受けながら	親なきあと、支援をうけ	・本当は親なきあとのことについてもう少し考えたり話
4m 2 3, 3, 3 3 1, 1	ながら本人が楽しく自	し合った方がいいかもしれないが、本人が楽しく暮ら
親なきあとも本人	分の人生を送れたらよ	せていればそれでいいのかなと思う D-13
が孤立することな	いと思っている	・病院からこの家に帰ってきて住んで、精神専門の勉強なしたした。
く楽しみながら健		をした人に関わってケアしてもらいながら、自分の楽しい人生を送ってもらえたら嬉しいと思う H-7
\米しかなかり関		・本人が好きなことややりたいことをできるように、好
康的に生活してい		きな場所にいけるように、援助して欲しい H-13
けることを願って	親なきあとにも生活が成り立つように、支援を	・親なきあと、本人に向いている仕事もあると思うし、
いる	成り立つように、文援を   受けて本人ができる仕	なんとか自分が食べる分だけの生活費を稼いでもら いたい B-9
	事につけると良いと思	v '/_v ' b=9  ・親なきあとのことを考えると、本人に向いている仕事
	っている	もあると思うので、人との交流を深めて相談相手をつ
		くり、こんな所で働いてみたらと声をかけてもらえる
		ような機会が生まれることを期待している B-14
		・今は安定しているが、無理をすると精神的に乱れてく
		るので、生活保護を受けながら A 型に通える範囲で通
		う、A型が無理ならB型でと無理をしないでやれるよ
		うに、生活保護課の方も理解してくれている E-6 ・簡単ではないと思うが、親なきあとに生活が成り立つ
		ように、就労に向けて諦めずに応援していきたい J-5
	I	み ノに、 ハル刀に回げ C m ツン タ (C/N)1友 U C V ' ♂ /c V ' J=0

	親なきあと、話し相手や	・訪問看護には、本人と同世代の人に生活支援をしても
	相談相手、一緒に活動し	らったり、本音も気楽に話せる話し相手になってもら
	てくれるような支援が	えると良い B-18
	あると良い	・親なきあと、一緒に散歩に行くとか料理を作るとか、
		お話できるような人に来てもらえると良いと期待し
		ている D-7
		・デイケアや病院で話せないことも、家で行われる訪問
		看護では気楽に話せたし、訪問看護では、調子を崩し
		た時に上手く乗り切れるサポートをして欲しい J-14
	親なきあとに、本人が周	・本人は自分では大丈夫という思いもあるし、訪問看護
	囲の人や専門家と関わ	に対して壁を作っているようなところもあるので、訪
	りが持てるように、訪問	問看護のメリットについて本人がわかるようなきっ
	看護師から働きかけて	かけや働きかけがあると良い E-13
	もらえると良い	・精神疾患には初期対応が必要だと思うので、訪問看護
		師には、病気の知識や対応の仕方について地域の人た
		ちに教えてもらいたいと思う J-15
	親なきあとも、訪問看護	・身の回りのことが出来ているか、規則正しい生活が出
	など誰かが毎日本人と	来ているか、訪問看護や別の人が毎日来てくれるのか
	かかわりを持ってくれ	わからないが、助けてほしい H-12
	ると、身の回りのことが	・親なきあとに、毎日接してくれる人や話せる仲間がい
	でき生活リズムが整う	ると、自分も安心して逝くことができる G-14
	と思う	・訪問看護は何か良いことを言わなくちゃと構えてしま
		う一方で、来てくれると生活リズムが整うので、期待
		度が高い F-9
	本当は退院できた方が	・状態が良ければ本当は退院できた方が良いと思うが、
	良いと思うが、60歳まで	今退院してきても困るので、いつ退院になるのか本当
	は入院して退院後は老	に心配だし、可哀そうだけれどこのまま病院にいてほ
	人ホームに入れると良	しいと思っている C-6
	いと思っている	・病院も退院を考える方向性にはあると思うので、60歳
		までは入院していて、できればその後に老人ホームに
		入れると良いと思っている C-7
現在は状態が安定	最近は状態も落ち着い	・自殺企図の既往があるが、生きたいという気持ちを持
71 E 10 1/1 E 10	てきて、以前より進歩し	っていることが救いだったし、最近は落ち着いている
して少しずつでき	ていると思うし安心し	ので安心している B-5
ることも増えサポ	ている	・今の悩みは独語が多いことだが、状態は落ち着いてい
ることも増えりか		て少し進歩したと思っている H-5
ートも受け入れる		・良いと言われるクリニックには必ず連れて行ったが、
こしがスキテいフ		今は一つのクリニックに落ち着き、調子が良い時は自
ことができている		分で薬の管理もしているし、薬の量も減ってきた。G-7
ため安心している	現在は、就労活動や社会	・現在は、グループホームに入所し、就労継続支援のB
	的活動に参加したり、対	型へ通所し、対人関係は保つことが出来ている J-6
	人関係を持つことがで	・本人の強みは、人に気遣いができ、グループホームで
	きている	は、上手くやっている様子だ J-9
		・ある宗教の人とは週に1回1時間くらい、話をするこ
		とができており、良かった A-8
		・最近はデイケアや通院のほか、社会的な活動に参加し
		たり、自分の関心のある場にでかけるようになり、安
		心している B-7
		・一般就労が無理なので金銭面で困ったが、世帯分離を
		して生活保護を受給しながらA型で働いているので、
	TI ナルト ウハ ~ ラハ から ケン・	本人も私も安心している E-5
	現在は、自分の診断名に	・本人は自分の病名に疑念を持っている反面、診断がつ
	安心したり、障害を受け	いて安心している面もある B-2
	入れている	・発症して退職した後に、自分で就職活動を再開して再
		就職した先も退職することになり、その時は自分は障害者では無いしまっていたが、その後にかしずる悪は
		害者では無いと言っていたが、その後に少しずつ受け
1		入れた様子だった I-5

	日常生活のなかでできないこともあるけれど、	・最近は声をかけることで、入浴や就寝時間など少しず つ自力でできることも増えてきた B-6
	自分できることも増え	・太り過ぎが心配ではあるが、自分で食べることができ
	てきているので大丈夫	ているので大丈夫である D-11
	ではないかと思ってい る	・身の回りのことはできていないこともあるがそれほど 困ることもないので、こんなものかなと思っている
		D-12
		<ul><li>・起きられなくて受診できないこともあるが、普段は受診したかどうか気にしないようにして本人に任せる。</li></ul>
		ようにしている D-18
	現在は生活保護を受給	・一般就労が無理なので金銭面で困ったが、世帯分離を
	したり、障害年金を受給 することができている	して生活保護を受給しながら A 型で働いているので、 本人も私も安心している E-5
		・現在は障害を受け入れて障害年金をもらっており、一
		人で海外旅行に行ったこともあるが、親が心配して制
		止してしまうこともある I-6  ・過去に訪問看護を受けた経験があるが、その他の社会
		資源を利用するためには経済的に難しく、生活保護を
		受けることになった J-7
現在も本人の精神	現在も精神症状による生活上の影響や認知機	・心療内科にかかって薬を飲んでいるが、頭の中の不安 はとれず、強迫症状によって何度もやり直すので本人
状態は不安定で家	能の低下の懸念がある	は一日暮らすだけでも疲れてしまう A-1
族もしんどい思い		・内服をしていても段々薬効がなくなって調子が悪くなったり、確認をし過ぎて医者から怒られたりしてすぐ
をしている		に医者を変えるので困る A-6
		・以前と比べると多少認知機能が弱くなっているかもし
		│ れないと思う D-19 │・結婚願望があり、異性との付き合い方にトラブルを起
		こし、調子を崩すと、恋愛妄想を抱いてしまう G-4
	本人の生活の世話や話	・本人が話す相手は母しかおらず、生活の一つ一つにつ
	を聞くのが大変で、親自 身の生活に制約があっ	いて常に話を聞かなければならないのでしんどい A-4 ・自分自身のための外出をするのに、本人の許可を得る
	たり、しんどい思いをし	必要があったり、制約があったりする A-5
	ている	
病気になったこと	入退院を繰り返したの ち、現在の入院は 22 年	・入退院を繰り返したのち、現在の入院は22年になり、 自宅で過ごしたことはないC-5
で生活経験が少な	になり、自宅で過ごした	日七く週こしたことはない。
く、本人は諦めたこ	ことはない	/ - N/
とやできないこと	病気になったことで、就 学や就職の意欲があっ	・復学するには本当の診断名は伏せなければならなかっ たし、高校の先生の存在も本人にはストレスであった
があり、楽しみや生	ても、難しかった	と思う C-4
		・本人は働きたい意欲があるが、病気や疲労、母の焦り から無理をさせたことなどの影響から長続きしなか
きがいをもてない		がり無理をさせたことなどの影響がり改続さしなが った J-4
状況にある		・発症後、1か月間休職したが、本人は復職するつもり
	病気の影響で勉強をし	だった(が再就職先も退職することになった)I-2 ・病気の影響で勉強をしてこなかったのでできないこと
	てこなかったのででき	も多く本人はコンプレックスがあり、楽しいことや生
	ないことも多く本人はコンプレックスがあり、	きがいがなにもない A-2
	楽しいことや生きがい	
	がなにもない	
	日常生活のなかで現在 も親の世話にならない	・自分で簡単に決められるようなことも一人で決められずにすべて母に相談するので手がかかる、一方で自分
	とできないことがある	すにすべて母に相談するので手ががかる、一方で自分  の意見に沿わない意見は受け入れずに突き詰めよう
		とする A-3
		・日常生活全般においては無理にやらせないとできない

	T	- 1 .1 .4 .10 . A .1 .40 .10 III .47
		こともあり、今も親が世話している B-3 ・一人暮らししていた頃は、ちゃんとやっていたが、親
		- 一人春らししていた頃は、らやんとやっていたが、親 と同居になってから、やらなくなったことがある I-7
**************************************	障害年金を受給するこ	・生活保護ではなく、障害年金を受給したかったが、当
精神障害者が受け	とが難しかった	時個人で調べるには限界があった J-3
られる福祉サービ		・障害年金を申請したけれど落ちてしまい、何度も申請
コギ門とわていた		すると目を付けられないか心配だし、申請のたびにお
スが限られていた		金がかかるし書類の準備も大変である B-11
り、本人が支援を拒	精神障害者が生活をし	・同じような状況の人達が集まって生活できるような場
否することから必	たり仕事をしたりする 上で、福祉行政全般が不	や施設を作りたいと思っていたが、できなかった C-13 ・一般就労の障害者枠は、精神障害の場合は、苦しい状
要とする支援を受	十分である	況を言葉で伝えることが難しいので受け入れてもら
		うのは難しく、その点で A 型では安心して働ける一方
けるのが難しい		で A 型でしか働けないという面もある E-12
		・就労支援事業所では、精神障害と他の障害は特性が違
		うのに理解してもらえず、一人喋りするので怖いと思われている H-8
		・福祉行政全般が貧困であることも心配である B-13
	支援を受けることを拒	・訪問看護を利用して母親以外に相談する相手ができた
	否している	り、自分が不安なことをサポートしてもらえると良い
		と期待しているが、今は本人が拒否している A-7
		・家族以外の人の手を借りてリハビリして、生活できる
		と良いと思うが、精神障害を持っている人自身が人と
		接することや人から支援を受けることが難しい状況
		がある C-12 ・本人の状態によっては訪問看護を利用した方が良いか
		もしれないと考えているが、本人にその気がない D-17
		・主人は亡くなる前に訪問看護を利用したが、人を受け
		入れることが出来ずに苦労したので、そういう人もい
		ると思う J-13
本人が病気になっ	発症して最初のころは	・発症時、おかしなことを言っているとは思ったが異常
	病気だとは思わなかっ	があるとはわからなかった C-1
てからこれまで、家	たし、病気のことをなか	・最初は病気のことを理解できなくて、本人が外に出ら
族も病気と付き合	なか理解できなかった	れないことを怠けているとか、何もしたくないのかと か、そういう性格なのかと思っていた E-1
いながら様々な苦		・発症時に、どうみても不自然な行動があったが、親に
		知識が無く対応に悩み、時間が経てば良くなるのでは
労や苦悩の経験を		と考えていた J-1
してきた		・発症後、数年は病名も言われず、何が起きたのか分か
		らなかったし、病名も何回も変わった H-2
	家族が精神障害を理解	・父が本人に「怠けているのではないか」と叱責してし
	するのが難しく、本人を 叱責したり無理やりや	まうこともあり、母が本人の代わりに掃除をしていた   I-8
	らせようとしてしまっ	J ○  ・以前に親や結婚相手が本人に無理やりやらせようとし
	うしょ	て上手くいかないことがあった B-4
		・夫は少しずつ精神障害について理解をするようになっ
		てはいるが、まだわかってくれないところもあり、夫
		の理解を得られないことが一番困った E-3
		・本人の発言が事実か妄想かわからず、望んでいたこと が親が見抜けなかったことを責任と感じている H-4
	発症時は入院先や受診	・発症時、精神科病院の情報がなく電話で調べたが、連
	先を探すのに苦労した	休ですぐに入院はできなかった C-2
		・発症当時は、様々な病院を受診し1つの病院に定まら
		ず、遠方の病院まで行くなど、無我夢中で対応してい
	発症後、適切な医療やケ	た G-1 ・発症して精神科病院に入院したが、適切な医療やケア
	光症後、週別な医療やク   アが受けられなかった	・発症して精神性病院に八院したが、適切な医療やケケーが受けられず、かえって状態が悪化した C-3
	/ Nº文() りg(V)よN**フル	〃又リり401、〃んフへ小思が心口したしょ

	T	
		・入院したばかりの時は、保護室に入って治療をする状
		況であったが、保護室の環境が哀れで、許可を得て、
		母も一緒に泊まったことがある G-3
	自傷他害があったので	・自殺企図の既往があるので自死が一番の悩みだった
	悩んだ	B-1
		・陰性症状が出現し母親を責めた時や、自傷行為があっ
		た時、退職する時が最も悩んだ I-3
		・自傷行為を行い、母も悩み体重が大きく減ったが、そ
		れを親しい人や周囲に話すことも出来ず、1年半経っ
		てから友人に相談できた I-4
		・薬を拒否して症状が悪化すると、暴力的になり、夫婦
		で本人から逃げたこともある H-3
	   病状が悪化した際にど	・テンションが上がって手におえない時や、入院を嫌が
	う対応したらよいか困	る本人を病院へ連れて行く時が大変で、夫がいたから
	ラ対心したらよいが困しった	
	97.	良かったが、自分一人では出来なかったと思うG-2
		・自分が一番という想いや、甥への嫉妬から調子が悪く
	7. C 2 + 0 10 1 20	なる時は、どうしたらいいかと困った F-1
	まさか自分の子どもが	・当初は引きこもりだったが病気とは考えておらず、そ
	精神病になるとは思わ	の後に統合失調症と診断されたときは病気のことが
	ず、ショックを受けた	わからずショックだった D-1
	り、育て方が悪かったと	・まさか自分の子供がこの病気になるとは思わず、先生
	自分を責めたりした	に親が悪い訳では無いと言われても、自分の育て方が
		悪かったのかと自分を責めた H-1
これまで家族とし	本人の様子や調べた内	・発症がわかったのは、子供からの電話が発端で、独語
	容から本人が病気であ	や注察妄想の発言があった I-1
て本人のためにで	ることを理解した	・病気について調べた時は驚きは無く、納得した F-2
きることをやり、本	本人の状態に合わせて、	・退院後は薬の量が多くて便秘になったので、本人と一
	自分が一緒にできるこ	緒に散歩をしたりした D-4
人のことや病気の	とをやった	・本人に外出してほしくなくて見張って引き留めたり、
ことを理解し対応		休日は声を出しても良いようにグランドに連れて行
ここを理解し対心		った G-18
できるようになっ	家族会に入って、他の家	・友達から教えてもらって家族会に入った D-3
,	族から助言を受けなが	・私(母)に対する要求が強くなり暴力もあるので困っ
た	ら病気を理解し、対処方	たが、家族会で助言を得て本人と自分を守れるよう対
	法を学び、安心できるよ	処した D-5
	うになった	・他の家族の助言も受けながら、病気を理解できるまで
		には長い時間がかかった E-2
		・発症後も大変なことはあったが、母は保健所や家族会
		で相談でき、少しずつ心構えができ、様々なことを学
		び心が安定している J-2
		・近所の人に子供のことは言えないし、母も本人も、精
		神の病気だと隠したいと思っており、家族会に行くと
		安心する気持ちがある G-15
	本人の気持ちや状況が	・自殺企図をした際に、本人は「生きてて良かった」と
	理解できるようになっ	思う反面「なんで助かってしまったのか」と話し、今
	た	も病院で辛い思いをしていると思うし、自分も今は似
		たような状況にあるのでその気持ちがわかる C-9
		・自分(父親)も、そこで楽しく過ごすか過ごさないか
		はわからないが、奥さん(母親)が死んでしまったら
		老人ホームのような施設に入らなければならない
		C-15
		- ・物を捨てることが出来ないが、本人なりの意味がある
		ため、触ったらいけないと思う I-8
		ため、瓜グたりいりないと応り170

#### 4. 考察

親なきあとの問題に関する家族の苦悩 (不安や心配) に関連する 11 のカテゴリ間の関連性を検討し、親なきあとの問題に対する家族の構えの構造について考察した (図 17)。

家族は、【親なきあと本人が病気を抱えながら一人で生活していけるかどうか不安がある】にあるように、さまざまな心配や不安があるにもかかわらず、【家族も本人も親なきあとのことについて考えたりする準備ができていない】状況にあり、【親なきあとに備えるために具体的な情報が知りたいし、家族が自信や安心を得られるような支援がほしい】と期待していた。家族の不安や、準備ができない状況には、【現在も本人の精神状態は不安定で家族もしんどい思いをしている】【精神障害者が受けられる福祉サービスが限られていたり、本人が支援を拒否することから必要とする支援を受けるのが難しい】【本人が病気になってからこれまで、家族も病気と付き合いながら様々な苦労や苦悩の経験をしてきた】などが阻害要因として影響していると考えられた。

一方で、【親なきあとのことに向けてできる準備をしている/しようと考えている】家族もいる。これには【現在は状態が安定して少しずつできることも増えサポートも受け入れることができているため安心している】【これまで家族として本人のためにできることをやり、本人のことや病気のことを理解し対応できるようになった】といった好転的な要素が促進要因として影響していることが推察された。

そして、【病気になったことで生活経験が少なく、本人は諦めたことやできないことがあり、楽しみや生きがいを持てない状況にある】ことから、家族は不安があるなかでも【支援を受けながら親なきあとも本人が孤立することなく楽しみながら健康的に生活していけることを願っている】。

以上のことから、支援としては、【親なきあとに備えるために具体的な情報が知りたいし、家族が自信や安心を得られるような支援がほしい】という家族の不安や心配に具体的に応えるものだけでなく、【病気になったことで生活経験が少なく、本人は諦めたことやできないことがあり、楽しみや生きがいを持てない状況にある】ことや【支援を受けながら親なきあとも本人が孤立することなく楽しみながら健康的に生活していけることを願っている】ことに関連して、本人が楽しみや生きがいを持ち、健康的に生活していけることを支援していくことも重要である。また、親なきあとのことに備えて準備することを阻害する要因を緩和し、促進要因を強化していくために、本人の病状に伴う家族の大変さを緩和すること、これまでの家族の苦労や苦悩の経験や頑張りを労うこと、本人がサービスや支援を安心して受け入れられるように働きかけていくことなども、必要な支援であると考える。

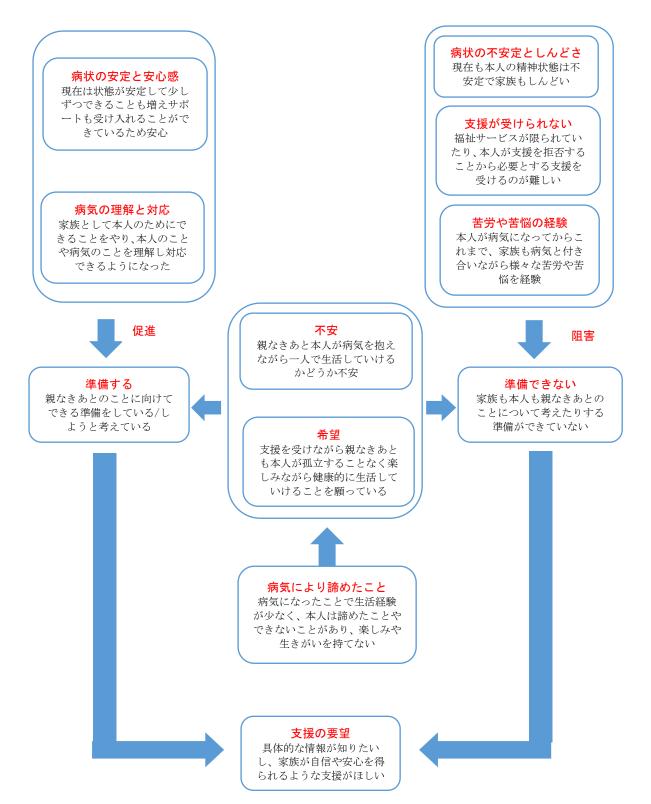


図17 親なきあとの問題に関する家族の体験の構造

V. まとめ

研究 1・2・3 の取り組みの成果を踏まえて、親なきあとの問題に向けて重要な看護上の示唆と今後の課題について述べる。

精神科訪問看護の対象は「入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等」とされており、これには、家族に対して訪問看護を行うことが当事者にとっても有益であるという背景がある。本研究では、当事者だけでなく家族が親なきあとの将来に対して不安や心配を抱えながら生活している実態を具体的に明らかにした。これら家族が抱える不安や心配に対して、すべてを訪問看護が解決することはできないが、家族が想いや不安を表出できるように関わることが訪問看護ステーションに求められる一つの役割であることが示唆された。精神科訪問看護において、家族が抱える将来の不安や心配を理解しようとした上で家族を支援することは、当事者と家族が抱えている親なきあとの問題という共通の課題に対して、一緒に話したり、共に考え備えるきっかけを提供し、当事者と家族が相互に安心して暮らすことにつながるのではないかと考える。

このたび、家族を対象としたインタビュー調査を通じて切に感じたことがある。それは、不安や心配事を支援者に語ること自体が家族にとって意味があるということである。家族はインタビューのなかで具体的な不安や心配ごとを語ってくれたが、その語りのなかにこそ、家族の真のニーズがあるため、そのニーズに沿った個別の支援を検討し、看護として実施する必要性が示唆された。また、家族はインタビューを通して、これまでの生活を振り返り、不安や心配だけでなく、本人に対する希望、現在の安心感、本人のためにできるようになったことなども語っており、家族としての歩みや培ってきた力や強みに気づく機会にもなった可能性がある。1回の訪問看護の時間は限られたものではあるが、1回1回の訪問看護を通して、家族が当事者と共に歩んできたこれまでの語りを聴くこと、それ自体が看護となることの意味を考えながら、家族と当事者にとって必要な看護を模索していく必要がある。

さらに、本研究を通して、親なきあとの問題に対する家族のニーズに応えていくためには、訪問看護ステーションのスタッフは障害福祉サービスをはじめとした社会資源に関する知識を持って支援する必要があることが改めて示された。特に、精神科アウトリーチの医療資源が乏しい地域においては、訪問看護ステーションを中心として、障害福祉サービスや行政等とそれぞれの専門分野の強みを生かした多職種連携の強化と役割の明確化が必要であると考える。訪問看護で関わる対象の人々の生活背景や取り巻く環境は多様であるため、その人々の思考や行動を肯定的な姿勢で受け止め、共同で意思決定を行っていくことができる信頼関係の構築が重要な役割でもあると考える。必要な支援体制のスクラムを組み、当事者と家族が孤立感を感じないように支援していくことが大切である。

また、インタビュー調査で明らかになったように、家族は、当事者本人が支援を受けながら親なきあとも本人が孤立することなく楽しみながら健康的に生活していけることを願っていた。その家族の希望に向けて、我々訪問看護ステーションは、当事者および家族のセルフケア力とマネジメント力を引き出し、主体性のある意思決定が出来るように支援を

していきたいと考える。ただし、親なきあとを生きるのは、当事者本人である。そのため、 親なきあとの問題にについて、「本人のいない所で本人のことを決めないこと」が重要であ ると考える。したがって、本研究では親あるいは家族の視点から親なきあとの問題につい て検討してきたが、当事者が親なきあとのことについてどのように考えているかについて 当事者の視点から探索していく研究も必要である。それを踏まえて、家族が親なきあとに ついて当事者と、家族間で、支援者と、他の誰かと語ることができる機会や場を提供する こと、語りを促進する具体的な方法を検討していきたい。

最後に、我々は親なきあとも当事者が安心して暮らし続けることができるよう、一足飛びにはいかないが一段一段ともにステップを踏みながらそばに寄り添いサポートしていきたいと考える。 これから、親なきあと問題の解消を実現するためのハブになれるように、当事者および家族とともに歩む訪問看護ステーション活動に邁進していきたい。

資料

資料:家族会用研究協力依頼文書

#### ○○家族会

代表者 〇〇様

#### 研究への協力のお願い

研究テーマ『精神障害者の家族が抱える「親なきあと問題」について訪問看護ステーションが できること』

このたび、くらしケアでは一般社団法人全国訪問看護事業協会の研究助成を受けて「親なきあとの支援に関する研究」に取り組むこととなりました。

私たちは、精神障害をお持ちの方が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために必要なことを知るべく、いわゆる「親なきあと問題」に精神科訪問看護が果たす役割について検討したいと思っています。

ご家族様が「親なきあと問題」について、どのような想いをお持ちなのか具体的にお尋ねしたく、アンケート調査およびインタビュー調査を実施する予定です。つきましては、下記のとおり研究にご協力いただきたく、お願い申し上げます。

#### <お願いしたいこと>

#### ①会員家族へのアンケートの配布

家族会のご協力を得て、会員のご家族にアンケートを配布したいと考えております。具体的な日時や配布方法については、ご相談の上、ご都合に合わせて調整いたします。

- ・アンケートは、家族会に所属する会員家族を対象としており無記名方式です。また、個人が 特定されるような内容は含みません。
- ・アンケートを配布後に、ご協力いただける方に郵送にて返送していただきます。
- ・アンケートは無記名ですので、提出後の撤回は致しかねます。
- ・アンケートの結果は本研究以外には使用しません。

#### ②インタビューを受けてくださる候補者の選定

親なきあとの問題に関して、以下を踏まえてお話を聞かせてくださる方のご紹介をお願いしたいと考えております。なお、家族会様の方で対象者の方に調査への協力の同意を得ていただく必要はございません。

- ・対象者は、当訪問看護ステーションの利用者の家族以外の方とします。
- ・お話をうかがう時間は60分程度を予定し、日時や場所はご都合に合わせます。
- ・インタビュー時は十分にお話をお聞きしたいので、録音をさせて頂きます。
- ・伺ったお話の個人が特定できないようにプライバシーの保護に配慮いたします。
- ・協力するかどうかはご本人の自由意思を尊重します。
- ・研究協力の同意後の撤回は可能であり、撤回しても不利益は生じません。ただし、撤回のお申し出についてはご協力後1カ月以内にお願いします。
- ・インタビューの内容は本研究以外に利用いたしません。

なお、一連の研究成果は関連する学会等での発表を予定しております。ご希望者には、研究 の成果物をお渡しすることができます。

#### 【お問い合わせ先】

くらしケア岐阜訪問看護ステーション TEL: 058-214-6591 058-214-6592

FAX: 058-214-6593

メール: info@kurashicare.com

sk009@kurashicare.com

担当看護師:永井知子、眞榮(しんえ)和紘共同研究者:石川かおり(岐阜県立看護大学)

研究への	)協力	の同	音書
TIVI / L ' V -	ノルルノノ	マンコロコ	

私は、研究課題名『精神障害者の家族が抱える「親なきあと問題」について訪問看護ステーションができること』について、当会会員に対してアンケート調査および聞き取り調査を行うことに同意します。

日付:平成 年 月 日

団体所在地

団体名

代表者

資料:インタビュー対象者(ご家族)用依頼文書

#### ○○(ご家族) 様

研究テーマ『精神障害者の家族が抱える「親なきあと問題」について訪問看護 ステーションができること』に関わるインタビュー調査のお願い

このたび、くらしケアでは一般社団法人全国訪問看護事業協会の研究助成を受けて「親なきあとの支援に関する研究」に取り組むこととなりました。

私たちは、精神障害をお持ちの方が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために必要なことを知るべく、いわゆる「親なきあと問題」に、精神科訪問看護が果たす役割や連携について検討したいと思っています。

ご家族様が「親なきあと問題」について、どのような想いをお持ちなのか具体的にお尋ねしたく、インタビューのご協力をお願いします。

お話を伺いたい内容は以下の通りです。

- ①これまでお世話や支援をしてきて大変だったこと、困ったことは何か。
- ②親なきあとについて不安なことは何か。
- ③親なきあとに向けた準備や計画について考えていることは何か。
- ④訪問看護に期待することは何か。
- ⑤ご自身と精神障がいを持つ方の属性(ご自身の年代、続柄、ケア歴、同居の有無/障がいを持つ方の年代、診断名、罹病期間)

#### 研究は次の倫理的な配慮にて行います。

- ・インタビューの内容は研究以外に利用いたしません。
- ・個人が特定できないようにプライバシーの保護に配慮いたします。
- ・研究に協力するかどうかは自由意思であり、お断りになられてもかまいません。また、途中で中止しても不利益は生じません。
- ・研究協力の同意後の撤回は可能です。ただし、参加後の撤回のお申し出についてはインタ ビューご協力後1カ月以内にお願いします。
- ・インタビュー時は十分にお話をお聞きしたいので、録音をさせて頂きます。
- ・インタビュー時間は60分程度を予定し、日時や場所はご都合に合わせます。
- ・研究成果は関連する学会等で発表することがあります。
- ・研究結果、成果物をお渡しすることができます。

#### 平成 29 年〇月〇日

#### 説明者: 真榮 和紘

研究代表者: 眞榮和紘・くらしケア岐阜訪問看護ステーション 共同研究者: 永井知子・くらしケア介護障がい相談センター

石川かおり・岐阜県立看護大学

連絡先: 058-214-6591、058-214-6592

FAX: 058-214-6593

E-Mail: info@kurashicare.com

sk009@kurashicare.com

貸料:インタビュー対象者(こ家族)用協力同意書 	
研究への協力の同意書	
私は、研究課題名『精神障害者の家族が抱える「親なきあと問題」について訪問 ションができること』について、研究の目的、内容、方法、期待される利益及び起	
利益や危険性・負担などについて、説明文書を用いて十分に説明を受け、理解し、 思にもとづいてこの研究に参加・協力することに同意します。	
日付:平成 年	月 日
参加者(署名)	-
研究者・説明者(署名)	-

資料:家族用質問紙調査票

# 親なきあとに関する意識調査アンケート

このたび、くらしケアでは一般社団法人全国訪問看護事業協会の研究助成を受けて「親なきあとの支援に関する研究」に取り組むこととなりました。障がいのある方が未永く安心して暮らすための支援について意識調査を行いたくアンケートのご協力をお願いします。皆さまの現状と課題を整理しつつ、自由にご回答いただけますと幸いです。

このアンケートは、家族会に所属する会員家族を対象としており、無記名方式です。どなたがどのようにご回答されたかは分からないようになっておりますのでご安心ください。(アンケート結果は障がい分野に関連する研究会等で発表させていただく場合がございますが、お答えいただいた内容は厳重かつ適切に取り扱います)

お忙しいところ恐縮ですがご協力のほどお願い申し上げます。アンケートにご協力頂ける方は返信用封筒にてご返送をお願いいたします。

アンケートは〇月〇日までにポストへ投函をお願いします。

【アンケートについてのお問合せ先】 くらしケア岐阜訪問看護ステーション くらしケア介護障がい相談センター

TEL: 058-214-6591 058-214-6592

FAX: 058-214-6593

メール: info@kurashicare.com

sk009@kurashicare.com

担当看護師:永井、眞榮(しんえ)

あなた、ご家族について
<問1>あなたの年齢を教えてください
<問2>あなたは次のどれにあてはまりますか?         1. 父親       2. 母親       3. 兄       4. 弟       5. 姉       6. 妹         7. 祖父       8. 祖母       9. その他(具体的に
※兄弟姉妹の方がご回答いただく場合、次の質問より「お子さん」を「きょうだい」に読み替えてください。
<問3>お子さんの年齢をお書きください
<問4>お子さんの性別をお書きください  1. 男性 2. 女性
<問5>両親または祖父母の方にお伺いします。お子さんに、兄弟姉妹はいますか 1.いる 2.いない
<問6>お子さんはどの障がい手帳を持ってますか  1. 精神障がい者手帳( )級 2. 療育手帳( )級  3. 身体障がい者手帳( )級 4. 持っていない
<問7>お子さんの障がい名をお書きください  1. 精神障がい 2. 身体障がい 3. 知的障がい 4. 発達障がい (具体的障がい名) ※記入例:統合失調症、うつ、など

<問8>現在、お子さんは日中、どのように過ごされていますか	。あてはまる番号すべて
に○印をつけてください(事業所名、病院名は任意記入)	
1. 就労A(事業所名:	)
2. 就労B(事業所名:	)
3. 就労移行支援(事業所名:	)
4. 生活介護(事業所名:	)
5. 生活訓練(事業所名:	)
6. 地域活動支援センター(事業所名:	)
7. 放課後等デイサービスなど療育施設(事業所名:	)
8. デイケア(病院名:	)
9. 一般就労	
10. 保育所、幼稚園、学校	
11. サークルや団体	
12.どこにも通っていない(在宅している)	
「親なきあと」の不安について	
<問9>「親なきあと」について心配なこと、不安なことは何で	すか。あてはまる番号す
べてに○印をつけてください	
1. 日常生活で身の回りの世話をしてくれる人がいない	
2. 困ったときに相談する人がいない	
3. 安定した収入が得られるか心配	
4. 金銭管理ができるか	
5. 正しい判断や契約ができるか(だまされないか)	
6. 日中過ごす場所があるか	
7. 住まいはあるか	
8. 友人がいない	
9. その他:(具体的に	)
「親なきあと」に向けた準備や計画ついて	
<問10>「親なきあと」のお子さんの暮らしについて、家族で	話し合いをしていますか
1. 十分に話し合いをしている	
2. いくつかは話し合いをしている	
3. 話し合いをしていない	

<問11>「親なきあと」お子さん(本人)がどのような暮らしを望んでいるかを把握し ていますか。 1. 把握している 2. 一部だけ 3. 聞いたことはない <問12>「親なきあと」のお子さんの住まい、相談相手、収入、金銭管理などの生活全 般について、計画を立てていますか。 1. 立てていない 2. 一部だけ立てている 3. 十分に立てている <問13>問12で「1.立てていない」方にお聞きします。 計画を立てていない理由にあてはまる番号すべて○印をつけてください 1. 安心して子どもを任せられる人がいるから 2. 計画を立てる時間的・精神的な余裕がないから 3. 計画を立てるための情報がないから 4. 相談できる専門家がいなから 5. 計画を立てても、どうなるかわからないから 6. 想像できない・したくないから 7. その他: (具体的に\_\_\_\_\_\_ <問14>「親なきあと」の計画を立てるにあたり必要としてることや要望をお書きくだ さい。 1. 相談できる場がもっと欲しい 2. グループホームが欲しい 3. ひとり暮らしをするための支援が欲しい 4. 働く場所が欲しい 5. 友人づくりの機会が欲しい 6. 地域の人と交流する機会が欲しい 7. 自立した生活ができるように訓練する場が欲しい 8. その他: (具体的に \_\_\_\_\_\_\_ )

<問15>「親なきあと」お子さんの身の回りの世話はどなたがするとお考えですか。あてはまる番号すべてに○印をつけてください

1. 子ども自身でできるからいらない
2. 子どもの兄弟姉妹
3. 子どもの配偶者
4. 上記1~3以外の親類(どなたですか?)
5. グループホームの世話人
6. ホームヘルパー
7. 訪問看護ステーション
8. 通所している施設の職員
9. 勤務先の人
10. ご近所の人
11. その他:(具体的に)
12. いまのところ誰もいない
<問16>「親なきあと」緊急時も含めてお子さんが日常的に相談する人はどなたに相談
すると考えられますか。あてはまる番号すべてに○印をつけてください
1. 子どもの兄弟姉妹
2. 子どもの配偶者
3. 上記1~3以外の親類(どなたですか?)
4. グループホームの世話人
5. ホームヘルパー
6. 保健師、看護師
7. 障がい福祉課、社会福祉協議会
8. 相談支援専門員
9. 通所している施設の職員
10. 勤務先の人
11. ご近所の人
12. その他:(具体的に)
13. いまのところ誰もいない
<問17>「親なきあと」のお子さんの金銭管理について、あてはまる番号すべてに○印
をつけてください
1. 子ども(本人)でできる
2. 子どもの兄弟姉妹に頼む

3.	親戚に頼む
4.	社会福祉協議会に依頼する
5.	成年後見制度を利用して成年後見人、保佐人、補助人に依頼する
6.	その他:(具体的に)
	誰が管理するか見通しは立っていない
<問	引18>「親なきあと」に、お子さんはどこで暮らして欲しいですか?(○は1つ)
1.	兄弟姉妹や親戚と一緒に住む
2.	親の住む家でひとり暮らし
3.	アパートでひとり暮らし
4.	グループホーム
5.	入所施設:(具体的に)
6.	その他:(具体的に)
7.	まだわからない
<問	119>「親なきあと」に、どのような支援が必要ですか。行政のサービス、民間企業、
地域	社会に期待することなど、自由にご記入ください。
1目>	]20>「親なきあと」に関して、ご意見を自由にお書きください。(行が不足する場合
は裏	[面にご記入ください]
	ご協力ありがとうございました。

資料:セミナーのポスター

#### 平成29年度 全国訪問看護事業協会研究助成事業

# 親亡きあと問題を

定員90名

親あるうちに考えるセミナー

【参加対象】障がいのある方、ご家族の方





# 入場無料

日程

2017年 9月18日 (月・祝)

時間

14:00~16:30 (受付は13:30から)

会場

じゅうろくプラザ 中会議室1 岐阜市橋本町1丁目10番地11(JR岐阜駅隣接)

講師

岐阜市社会福祉協議会 小川 貴也様 ほか

# セミナー内容

・金銭管理・親亡きあとの見守り・後見制度・住まいの課題

・自立生活の事例発表・先駆的取り組みについての紹介等

#### 参加予約は、裏面の申し込み用紙または弊社ホームページからお願いします

**電話:058-214-6592** 平日10時から17時まで

くらしケア訪問看護ステーション 岐阜市芸部寺屋敷3丁目251-1

URL http://kurashicare.com/



# 9月18日 第2回親亡き後勉強会 タイムテーブル

12:00	集合 1階ラ・ローゼ・プロバンス らんぷ(原さん、鎌田さん)、社協小川さん、生協(牛丸さん 眞榮、河合、坂井、直野、永井	262-0156 (予約11名) い、林さん)石川先生、
13:00	会場準備開始	
	受付開始	受付:菅野、河合、坂井 キャンナス:坂井
14:00	オープニング上映 代表あいさつ(5分) 訪問看護 所長あいさつ(5分)	直野真榮
14:15	岐阜市社協 小川様登壇(25分)	
14:40	らんぷ様登壇(30分)	
15:10	休憩(10分間)	
15:20	宅食COOPの紹介(10分)	
15:30	質疑応答(小川様、らんぷ様、COOP様)(30分)	マイク係:
16:00	ハウジングサポートの紹介(20分)	直野
16:20	エンディング上映 次回開催日時発表 2月17日(土)ふれあい会館中会議室	
16:45	振り返り	
17:00	撤収	

資料:セミナー資料(日常生活自立支援事業の紹介)

2017/9/11

# 日常生活自立支援事業とは ~制度を正しく理解するために~

岐阜市社会福祉協議会 地域福祉課生活相談係

専門員 小川 貴也(おがわたかや)

#### 日常生活自立支援事業の目的

- 認知高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が 十分でない人を対象に、利用者との契約に基づき、福祉 サービスの利用に関する相談に応じ、助言や情報提供 などにより、その選択・契約を支援すること。
- 福祉サービスの利用料の支払いに伴う日常的な金銭管理や、通帳・権利証など重要書類の預かり、苦情解決制度の利用などの支援を通じて、利用者が住み慣れた地域で安心して生活が送れるようにすること。
- 利用者自らが選択・決定していくことができるよう、利用 者自身の自己決定を支援していくこと。 →■

#### 事業のはじまり

- 平成11年 地域福祉権利擁護事業としてスタート (平成12年 成年後見制度・介護保険制度もスタート)
- 平成12年 社会福祉事業法改正 社会福祉法公布 (福祉サービス利用援助事業/法令2条第3項)



「措置から契約へ」 「利用者と福祉サービス事業者との対等な契約」

#### 権利擁護

※平成19年4月より、日常生活自立支援事業に名称を変更

#### 利用できる人はどんな人?

・岐阜市内で生活されている認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などで<u>判断能力が十分でない</u>ために、日常生活を営む上で必要な福祉サービス等を自己の判断で適切に選択・利用することが困難な方が対象。

判断能力に何ら問題のない方(身体の不自由な方や虚弱な方)は支援の対象にならない。

- 本人の利用意思の有無
- 本人の契約締結能力の有無
- 医師の診断や障害者手帳は要るの?
- A STATE OF THE PARTY OF THE PAR

◆ 入院・入所中の人は利用できるの?

#### このような場合にご相談ください

- 福祉サービスを利用したいけれど、手続きがよくわからない
- 福祉サービスの利用料の請求書や役所の書類が届くが、内容がよく分からない。
- 福祉サービスの苦情解決制度の手続きを手伝ってほしい。
- 公共料金や家賃の支払いをしてほしい。
- ◆ 生活費のやりくりがうまくいかず、年金が入ると使いすぎてしまう。
- 通帳や土地の権利証、年金証書など大切な書類の保管が 心配。
- 通帳や銀行印をどこに置いたか忘れてしまう。

#### お手伝いできる内容や方法は? (1)

- 1. 福祉サービスの利用援助
  - ・福祉サービスを利用する、または利用をやめるために必要な手続き
  - ・福祉サービスの利用料を支払う手続き
  - •福祉サービスについての苦情解決制度を利用する手続
  - ・福祉サービスの適切な利用のために必要な一連の援助
- 2. 日常的金銭管理サービス
  - ・年金及び福祉手当の受領に必要な手続き
  - ・税金や社会保険料、公共料金、医療費を支払う手続き
  - 日常生活に必要な預金の払い戻し、預け入れなどの手続き

#### お手伝いできる内容や方法は? (2)

- 3. 書類等預かりサービス
  - ·お預かりできるもの

年金証書

預貯金の通帳 (1,000万円程度以内)

権利書・契約書類・保険証書

実印・銀行印

※原則として、本人名義のものに限る また、頻繁な出し入れは想定していない。



お手伝いの方法

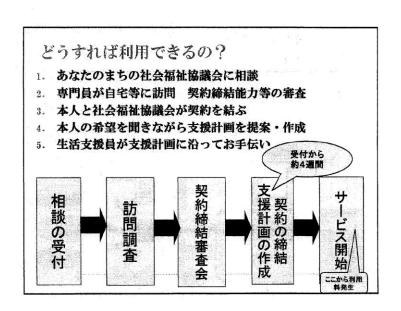
同行

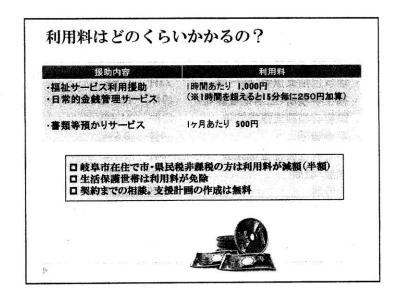
代行

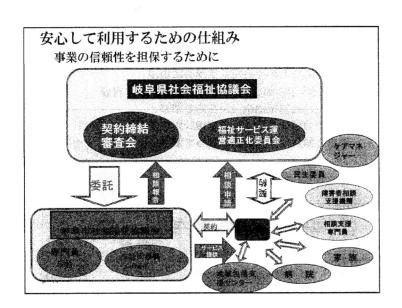
代理権による援助

#### 支援してくれるのはどんな人?

- ●「専門員」の役割
- ・利用希望者の自宅等に訪問し、本人の生活状況の把握 契約締結能力の確認。それらを踏まえ、支援計画の作成 生活支援員の決定、支援計画の評価、解約の手続き
- 「生活支援員」の役割
- ・専門員の指示・監督のもと、利用者宅等を訪問し、支援 計画に決められた内容の支援を行う。毎回の支援が終 わった後、当日の支援内容や利用者の様子、相談等に ついて専門員に報告し、記録として残す。
- ※ 金銭管理の複数体制の重要性







#### 初回の相談者は(平成24年)

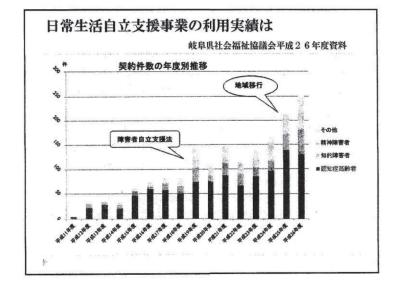
- 居宅介護支援事業者(ケアマネ) 28件 26.7%
- ▶ 地域包括支援センター等 23件 21.9%
- ▶ 福祉事務所(生活福祉課等) 19件 18.1%
- ▶ 障害者相談支援機関等 12件 11.4%
- ▶ 医療機関 9件 8.6%
- ▶ 市町村社会福祉協議会 8件 7.6%
- ▶ 家族·親族 2件 1.9%
- ト その他 4件 3.8%
- ▶ 合 計 105件
- ※県全体では、他に民生委員・児童委員、ホームヘルパー、知人からの 相談もある。

#### 

#### 【参考】

岐阜県全体で平成26年度末現在

のベ契約件数1,666件-のベ終了件数991件=675件(実利用件数)



#### 日常生活自立支援事業と成年後見制度の関係(1)

	日常生活自立支援事業	成年後見制度(法定後見)
担い手	<ul><li>・都道府県・指定都市社協の事業</li><li>・市町社協に委託</li><li>・専門員・生活支援員による支援の実施</li></ul>	・補助人、保佐人、成年後見人として 家裁が選任した親族、専門職、法 人 等
利用開始の手続き	<ul><li>市町村社協等に相談・申し込み</li><li>利用者本人または成年後見人と基幹的社協等の契約</li></ul>	- 家載への申立・審判 - 申立できるのは、本人、配偶者、 四親等以内の親族、市町村長
対象者の判断能力 判定	・「契約締結ガイドライン」により 専門員が判定 ・判定が困難な場合には、専門家からなる契約締結審査会で判断	・医師の診断者・鑑定者に基づき家庭 裁判所が判断
監視·監督	<ul><li>契約締結署査会</li><li>福祉サービス運営適正化委員会</li></ul>	・家庭義判所(家教が必要と認める場合は、別に監督人が退任。)
費用負担	- 契約前の相談は無料。契約後の支援は利用者負担 - 基本料金は1回1時間当たり 1,000円	<ul><li>・申立費用は申立者負担 (本人に求償司)</li><li>・後見報酬は原則、本人財産から支払 われる(家業が額を決定)</li></ul>
制度利用に伴う資格制限	・なし	保佐・後見類型には公務員になれない 等の制約がある。

#### 日常生活自立支援事業と成年後見制度の関係(2)

- 日常生活自立支援事業と成年後見制度の違い
- ▶ 日常生活自立支援事業が社会福祉施策として公的サービスであるのに対して、成年後見制度は民法等に位置づけられた私法上の制度
- ▶ 前者が原則として利用者本人と社協との契約に基づいて実施されるのに対して、後者は家裁の審判に基づき成年後見人等による支援(後見業務)で実施
- 日常生活自立支援事業と成年後見制度の使い分け
- 両制度の併用
- ※本人の判断能力の低下や、重要な財産行為や法律行 為について支援が必要な時には、<u>成年後見制度の利用</u> に向けた支援を行う。

#### 事例 1

- ▶ Nさん(63歳) 精神障害者保健福祉手帳2級、療育手帳B1所持。
- 息子(31歳)療育手帳B1所持と同居。

いるのかレシートを見て確認。

- ヘルパー、往診を利用。
- 世帯収入:2人分の障害者基礎年金2級、息子の就労収入。 息子は、病衣、シーツを専門的に大量に洗濯する会社に勤務。 息子も本事業契約者。この世帯の家賃、公共料金の支払いを援助。 生活費の払い戻しを援助。



- ★Nさんは、知的に低く暴富の電話が多かった。息子が多くの預貯金を持ってい たのでそのお金を狙っていた。
- →何度か訪問するうちに信頼関係が築かれおだやかになった。タイミングを見てあくまでも息子 のお金なのでNさんのお金ではない旨お伝えする。
- ★ じゅうたん、家電製品等(填れた物)を玄関先や外の裏庭に投げ捨てていた。 →リサイクル券を購入して不用品に貼りつけ、本人の目の前で業者に電話をして回収する手続きを取った。本人は正しい捨て方をやる気がないのか?理解ができないのか?
- ★お金が無くなるとヘルパーや社協に怒りの電話がかかってきた。 →決められた生活費でやりくりできない。本人の浪費は目にみえていたが何にお金をつかって

#### 事例



弱気で心配性のため固定電話の設置、裏庭の小屋の処分に立ち会った。 過去に相談支援専門員と相談してB型就労作業所に通うことになったが2~3 日ほどで退職。日型作業所では、そわそわして外に出て行ってしまっていた。 支援者や友人に依存するタイプのため、ある程度の距離をとった関わりが必要。

- ★ 本人日く、「症状が出た」とのことで携帯電話を半分に折り7回壊した。
  - →壊すたびに、修理代がかかり大損していることを説明。誓約書を書いてもら う。改善が見られないため携帯電話を解約。代用として固定電話を契約。
- ★ 固定電話で長電話をするため利用料金が高額になった。
  →携帯電話ではカケホーダイだったので利用料金が高額になることはなかった。 数ヶ月すると支援者が知らぬ間に友人と喧嘩をしたため長電話もなくなった。 友人との喧嘩により長年の課題だった浪費がなくなり、渡された生活費で自分でやりくりで きるようになった。
  - しかし、自宅からデイケア、銭湯の往復だけになり外に出ることがなくなった。 外に出ることが少なくなったのでこのままでいいのか?新たな課題が見つかった!!

#### 最後に

●施設や病院から地域へという流れの中で、地域生活を始める障害者が増えている。地域生活を送る上では、施設や病院ではなかったさまざまな経験をすることになる。そのため、トラブルに巻き込まれやすくなる。本事業で支援できることは、日常生活の一部であるが、本人に関わる関係機関が密に連携をとりながら、長い目で見守り、本人が自分自身で問題に対応していく力をつけられるよう支援をしていきたい。



#### ご相談・お問い合わせは

- ▶ 社会福祉法人 岐阜市社会福祉協議会
- ▶ 岐阜市福祉サービス利用支援センター
- ▶ 〒500-8309岐阜市都通2丁目2番地
- ▶ TEL (058)252-6661(専用)
- FAX (058)255-5011

ご清聴ありがとうございました



資料:セミナー資料(成年後見制度の紹介)

2017/9/18

# 親亡きあと問題を 親あるうちに考えるセミナー

テーマ「後見人を良き相談相手に」



# らんぷ事務所紹介

人生を灯し 🕏 心を灯す

らんぷ社会福祉士事務所

# 後見人の役割

○身上監護

安心して生活できるような環境を整えること

○財産管理

生活していく上でのお金の支払いや生活 の予算を管理

## 後見人とは

- ・判断能力が不十分な人を支援するために、 家庭裁判所が関わる制度
- ・法定後見(ほうていこうけん)と任意後見(にんいこうけん)の2種類
- ・本人が<u>亡くなるまで</u>支援は続く (医療方針、相続、葬送、納骨は対象外)

# 法定後見

- •対象者:既に判断能力が不十分な人
- ・家庭裁判所が後見人等を決める。
- 判断能力の程度により、後見(こうけん)、 保佐(ほさ)、補助(ほじょ)の3種類
- ・後見人等への報酬は、本人の財産から 裁判所が金額を決める。
- •1年に1回、裁判所に後見事務、財産状況を報告する。

## 任意後見

- ・対象者:まだ判断能力のある人
- · 元気なうちに、将来の支援者(任意後見人) を決めることができる。
- ・移行型、将来型、即効型の3種類。
- ・支援者への報酬(月額2~5万円程度)
- ・判断能力が不十分になってから有効

# 後見人の役割

- ・後見人は、本人(被後見人)の生活、療養看護、財産の管理に関する事務を行わなければならない(民法858条)。
- ・ 本人の意思を尊重し、意思決定の支援を行う。

後見人は、裁判所の監督のもと、本人の利益のため、活動する。

## ご清聴ありがとうございました

人生を灯し 🕏 心を灯す

らんぷ社会福祉士事務所

資料:セミナー資料(食事の宅配サービスの紹介)



2017年6月26日改定

食事づくりが難しいご高齢の方や、産前産後・育児でお忙しい 方、お仕事で忙しい方の健康な食生活をサポートしようと、コープぎふでは夕食宅配サービス「コープの夕食宅配」をご案内 しています。

生活の基本となる「食」のサービスをご利用いただき、おひとりでも多くの方のお役に立ちたいと考えています。



受付:月~金 午前10時~午後5時

※ご利用案内の内容が一部変更になる場合があります。

### ☆「コープの夕食宅配」は夕食のサポートとして、 お弁当・おかずをご自宅にお届けします。

- カロリーや塩分を考えたバランスのとれた「食事」(お弁当コース・おかずコース) をお届けします。
- ・お届けすることで、お召し上がりになっていない等の異常を見つけた場合、ご希望者には関係者(ご家族など)に連絡をします。※ご希望をお伺いします。
- ・高齢者、ひとり暮らし、ご家族の入院時や退院後、育児、夜間勤務、お仕事などで 食事の準備が困難な方など、より多くの方々にご利用していただけます。

#### ☆ご利用対象者 (コープぎふの組合員)

「コープぎふ」の組合員登録が必要です。 ※加入をされていない方は、加入出資金1,000円が必要です。 ※生協をやめられる場合、出資金は全額お返しいたします。



#### ☆商品(配送料は不要)

7. 7	お弁当コース	おかずコース	
コース	ご飯+おかず ※ご飯がついています	おかずのみ ※ご飯はありません	
カロリー	1 食約5 O Okcal (週平均)	1 食約 400kcal (週平均)	
塩 分	約3g以下 (週平均)	約4g以下 (週平均)	
	1 食あたり	1食あたり	
	520円 (税込561円)	570円 (税込615円)	
価格	ご利用は5日間(月~金)単位	ご利用は5日間(月~金)単位	
	(税込 2,805 円)	(税込3,075円)	

#### 《 商品特徴 》

- ・管理栄養士が監修した5日間の栄養バランスを考えた献立です。
- ・毎日違った献立なので、飽きがきません。
- ・衛生管理の行き届いた工場で、コープぎ心(東海コープ事業連合)の安全に関する 自主基準に沿って調理します。定期的な品質検査も行ないます。
- ・毎日できたての商品を急速冷却し、お届けします。※冷凍ではありません。
- 自分で作るより経済的で、手間が省けて便利です。

#### □消費期限

・お届け当日の午後10時までが消費期限です。※冷蔵で保管してください。

#### 口献立、お届け明細を毎週お届け

- ・献立表は毎週、お届けの2週間前にお届けします。
- ・お届け明細書は基本、前週の最終お届け日にお届けします。

#### □空容器の扱い(レンジ対応のリターナブル容器を使用)

- ・お食事後の空容器は、水洗い、乾燥をお願いします。
- ・次回お届け時に、回収をさせていただきます。 ※回収した容器は、十分に衛生洗浄を行い、再利用します。
- ・万一、容器を紛失、破損された場合は、実費にてご負担をお願いします。

#### 口お支払い方法 (口座引落)

- ・商品代金は口座からの引き落としです。
- ・引き落とし日は、毎月5日です。※金融機関の非営業日の場合翌営業日です。 ※一部金融機関は、毎月14日になります。

#### 口お届け時に異変に気がついた場合のご連絡

• 商品のお届け時に、ご利用者の利用状況に関して、お召し上がりになっていない等の異変を見つけた場合、事前にご登録いただいた緊急連絡先にご連絡します。

□:登録不要	口:登録心更	緊急連絡先(	`
二・   日   球   ハ   ケ		多术学术工	

#### 口ご注意

- ・お届けした商品は、必ず消費期限・保管方法を守ってお召し上がりください。
- ご利用者の身体に関する不測の事態に起因した事故や、天災地変、その他不可抗力 等、当生協の責によらない事由による事故の場合は、当生協の責任は問われません。



確認させていただきました。よろしく、お願いします。

#### 資料:セミナー資料(ハウジングサポートの紹介)























### 本題 親亡きあとのわが家の活用

固定資産税 火災保険料 町内会費 和市計画税 (市街化区域内) 地震保険料 修繕積立金 を 住むために必要なお金 駐車料 水道光熱費 NHK受信料 (減免の方は除く) 修繕費 (外壁塗装、屋根、水回りの修繕および交換)



そうだっ!

グループホームにしよう!



消防法をクリアして



耐震をクリアして



地域をクリアして





### 親亡きあとのわが家を どうする?

## 売る or 貸す

### 売る場合

### メリット

- ・まとまったお金が手に入る
- ・固定資産税、修繕費等の心配はなくなる

#### デメリット

- ・住みなれた家がなくなる
- ・ 売却費用がかかる (例:譲渡所得税、仲介手数料)
- ・長生きリスク (お金が底をついたら終了)

### 留意すべきこと

- ・価格は立地に左右される
- ・不動産屋の力量で売却価格が変わる
- ・地価は下落傾向
- ・建物を取り壊す費用を考慮されることがある (木造住宅で坪3万円前後の解体費用)

### 貸す場合

#### メリット

- ・家賃収入を得る
- ・家も残せる

#### デメリット

- ・貸したら返ってこない可能性あり (借り主保護)
- ・貸すためのコスト (リフォーム等)
- ・空室リスク(家賃収入が途切れる)

留意すべきこと

- ①貸したら返ってこない可能性あり(借り主保護)
- ②貸すためのコスト (リフォーム等)
- ③空室リスク (家賃収入が途切れる)

①貸したら返ってこない可能性あり

### 定期借家契約で解決



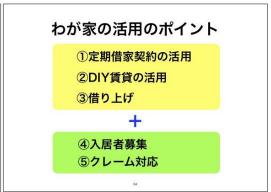
②貸すためのコスト (リフォーム等)

### DIY賃貸で解決

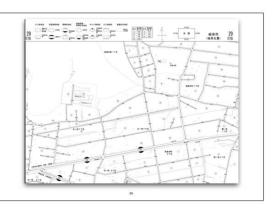
③空室リスク(家賃収入が途切れる)
借り上げで解決







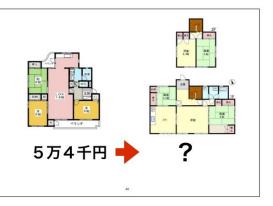




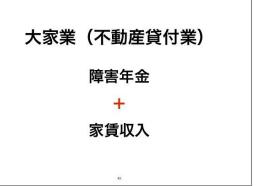




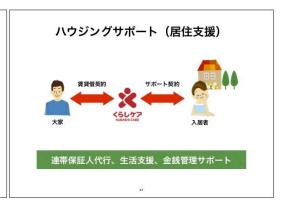


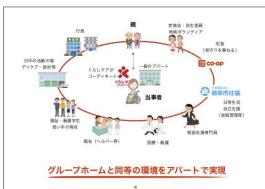


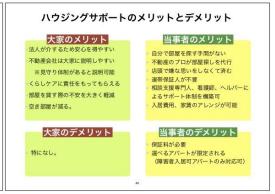
















### くらしケア 勉強会 アンケート

本日は、くらしケア勉強会にご参加いただきありがとうございました。 今後の勉強会をより良いものにするため、アンケートのご協力をお願いします。

問①	勉強会の満	<b>端足度はいかか</b>	でしたか?(該当	≦に○を付けてくだ	さい)			
1.	. 満足	2. やや満足	3. ふつう	4. やや不満	5. 不満			
問②	感想、今後	<b>後取り上げて欲</b>	!しい題材、テーマ	'をお書きください				
問③ ご質問やご相談のある方はこちらにお書きください。								

アンケートは以上です。

◎くらしケアよりご連絡を希望される方は、余白または裏面にご連絡先をご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

資料:学会発表示説

# 精神障害者の家族の「親亡き後のこと」に関する不安や予測される問題に対する認識 眞榮 和紘<sup>1</sup> 石川 かおり<sup>2</sup>

1 くらしケア岐阜訪問看護ステーション 2 岐阜県立看護大学

### 背景

- 精神科病院の長期入院患者を2020年度末までに最大3万9千人減らす目標を設定 →地域で生活する精神障害者は増加
- 家族からは親亡き後の本人の生活についての心配の声
- 先行研究では精神障害者の家族は将来について不安を抱えていることが指摘されているが、具体的な不 安や予測される問題に焦点を当てた研究は見当たらない

「親亡き後のこと」に関する不安や予想される問 題についての精神障害者家族の認識を明らか にし、家族への支援の示唆を得る

#### 方法

#### ■質問紙の内容

- 親亡き後のことに関する不安、親亡き後の生活に向けた準備、親亡き後のことに 向けて必要と考える支援、回答者/障害者の属性など
- -無記名、自記式
- ■データ収集
- -調査協力の承認が得られた精神障害者家族会(2ヶ所)の会員家族に質問紙 を配布し(配布数443)、郵送法にて回収(回収数131、回収率29.5%)

#### ■データ分析

- -選択回答は記述統計処理
- -自由記載回答は内容の類似性によって整理(本示説での結果報告は割愛)
- ■調査期間 2017年6月~8月
- ■倫理的配慮
- 対象者の自由意思、個人情報保護、参加/不参加による不利益回避等の 権利を保証
- -質問紙の返送を以て研究参加の同意とみなす
- -岐阜県立看護大学研究倫理委員会の承認を得て実施

#### 結果(※グラフの数値は回答数) ■親亡き後のことに関して不安に思っていること(複数回答) 身の回りの世話をしてくれる人がいない ■回答者および障害者本人の概要(n=131) 64 困ったときに相談する人がいない 58 30代1%、40代11%、50代8%、60代33%、 70代36%、80代以上8%、無回答3% 安定した収入が得られるか心配 73 会銭管理ができるか 68 正しい判断や契約ができるか(だまされないか) 母65%、父14%、きょうだい14%, その他4%、無回答3% 日中過ごす場所があるか 33 立場 住まいはあるか 友人がいない **1**2 男性61%、女性33%、無回答6% その他 性別 障害者 年齢 20代11%、30代24%、40代33%、50代16%、60代8%、無回答8% ■親亡き後の計画を立てていない理由(複数回答) 安心して子どもを任せられる人がいる 統合失調症59%、感情障害4%、発達障害5%、 その他6%、無回答26% 計画を立てる時間的・精神的な余裕がない 20 計画を立てるための情報がない ■親亡き後のことに関する準備・計画の状況 相談できる専門家がいない 24 計画を立ててもどうなるかわからない 1)親亡きあとの準備 想像できない/したくない 37 十分に話し合いをしている 💻 3 いくつかは話し合いをしている 話し合いをしていない ■親亡き後に障害者本人の支える人として想定している人(複数回答) 無回答 子ども自身でできる -19 2)親亡き後の計画 子どもの兄弟姉妹 立てていない 子どもの配偶者 -部だけ立てている 親類 十分に立てている グループホームの世話人 20 無回答 ホームヘルパー 36 訪問看護師 3)本人の望みの把握 通所している施設の職員 25 本人が望む暮らしを把握 11 勤務先の人 ■ 1 -部だけ把握している ご近所の人 5 その他 誰もいない ■親亡き後に想定している本人が暮らす場所(複数回答) ■親亡き後の計画を立てるために必要と考える支援(複数回答) 兄弟姉妹や親戚と一緒に住む: 14 親の住む家でひとり暮らし グループホーム 31 アパートでひとり暮らし 14 ひとり暮らしのための支援 グループホーム 働く場所 33 友人づくりの機会 入所施設

### 考察

その他

まだわからない

- 「親亡き後のこと」について、家族は様々な不安を抱いていたが、その一方で具体的な対応や対策をするには至っていない実態が明確になった
- 具体的な対応や対策に至らないことには、社会的サポートの現状が家族の安心を担保するには不十分であること、高齢家族は自分自身の状況にも不安を抱えてい ること、家族内で親亡き後のことや「死」について語ることへのためらいがあることが影響

地域の人と交流する機会

自立生活訓練の場

その他

- 「親亡き後のこと」に関して家族が抱えている不安への支援として、家族が安心して語ることができる場/相談できる場、家族と本人が話し合える機会、家族と本人の 希望を踏まえたより具体的な情報提供等の支援が必要
- 「親亡き後のこと」について不安に思うことは、家族としてはごく自然なことであるとも考える。また、どれだけ準備や計画をしても、不安を解消することはできないかもしれ ない。支援を検討する際には、その不安とどのように折り合いをつけて付き合っていくかという視点も必要
- 「親亡き後」の生活の主体は障害者本人であるため、家族だけでなく障害者本人が「親亡き後のこと」に対してどのように認識しているかについても探索することが必要

※共同研究者:永井知子(くらしケア岐阜訪問看護ステーション) ※演題発表に関連し、開示すべき利益相反はありません。なお、本研究は全国訪問看護事業協会平成29年度研究助成を受けて実施した研究の一部です。

17

23

46

平成29年度 一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成(一般) 精神障害者の家族が抱える「親なきあと問題」について 訪問看護ステーションができること に関する研究事業 報告書

平成30年7月発行

実施主体 くらしケア岐阜訪問看護ステーション

〒 500-8288 岐阜県岐阜市中鶉2丁目15番地1

TEL 058 (214) 6591 FAX 058 (214) 6593

本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意下さい。

# 平成 29 年度 一般社団法人 全国訪問看護事業協会 研究助成 (一般)「報告書」

\*

平成30年8月発行

発行・編集 一般社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1丁目3番12号 壱丁目参番館401

TEL 03 (3351) 5898 FAX 03 (3351) 5938

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

本書の一部もしくは全部を無断で転載することを禁じます。