

Journal of Japan Academy of Home Care

日本在宅ケア学会誌 Vol.27, No.2, March, 2024

目次

巻頭言

いざ鎌倉！「望む場所で暮らす」をかなえるために 永田 智子 3

特集 第28回日本在宅ケア学会学術集会

学術集会長講演

ともいき社会を目指して 小西かおる 4

基調講演

ケアからつくる社会のためのいくつかの困難と条件 村上 靖彦 9

公開シンポジウム

医療的ケア児支援法が施行され2年、子どもたちの生活は？

～すべての子どもたちの未来のために～

保育所と学校における医療的ケア児支援の現状と課題 下川 和洋 16

家族がとらえた生活の変化と未来への期待 宮副 和歩 20

医療的ケア児等支援センターが担う「インタラクティブ・アプローチ」の

課題と未来への期待 英 早苗 27

まちの元気をプロデュースするお寺の可能性

大規模災害に備えた寺社の避難所としての活用 稲場 圭信 35

お寺をハブとした“もうひとつ”の地域包括ケアシステムの可能性 大河内大博 42

生老病死を乗り越える看仏連携

ーどのような人生を送ってこられましたかー 吉田 厚子 49

総説

訪問看護師の実習指導における「取り組み方」に関する文献検討

國丸 周平, 新井香奈子 56

原著

与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデルの検証と精錬

小枝美由紀, 大野かおり 64

慢性呼吸器疾患患者に対する看護師・理学療法士・作業療法士による

在宅呼吸リハビリテーションの実践に関する質的研究

北村 智美, 五十嵐 歩, 野口麻衣子, 吉江 悟, 山本 則子 75

研究報告

自己管理が困難なインスリン療法を行う要介護高齢者が在宅生活を

継続するために必要な支援と今後の課題：訪問看護師の視点から

渡辺 忍, 田中 理恵, 鶴見三代子 85

書評

増川 信行 97

第29回日本在宅ケア学会学術集会 ご案内

98

学会だより：2023年度第1回書面理事会議事録（101）、2023年度社員総会議事録（105）、在宅ケア実践の質の向上と推進に関するステートメント（108）、定款（111）、研究倫理ガイドライン（115）、実践および研究助成に関する規定（117）、第11回実践および研究助成選考結果（117）、オンライン投稿方法（118）、投稿規程（119）、論文の種類について（120）、執筆要項（120）、投稿論文作成チェックリスト（122）、査読者一覧（123）、投稿論文の締切について（123）、役員一覧（124）、歴代学術集會会長（125）、編集後記（126）

Journal of Japan Academy of Home Care

Vol.27, No.2, March, 2024

Contents

Foreword

- Time to Go to Kamakura! to Make “Living where You Want” Come True
Satoko Nagata 3

The 28th Annual Academic Meeting of Japan Academy of Home Care

Chairman Lecture

- Aiming for Symbiotic Relationship with People in the Society Kaoru Konishi 4

Keynote Address

- Some Difficulties and Conditions for a Society Created through Care
Yasuhiko Murakami 9

Public Symposium

Two Years After the Act of Children with Medical Complexity Support Came into Affect, How the Children’s Lives Changed? – for the Future of All Children –

- Overview of Support for Children in Need of Medical Care in
Nursery Schools and Schools Kazuhiro Shimokawa 16

- Changes in Lives and Expectations for the Future as Seen
by Families of Children with Medical Complexity Kazuho Miyazoe 20

- Future Challenge and Hope as a Support Center of Children
with Medical Complexity: Interactive Approach Sanae Hanafusa 27

The Potential of Temples to Revitalize the Society

- Utilization of Temples and Shrines as Shelters for Large-Scale Disasters
Keishin Inaba 35

- The Potential of “Another” Comprehensive Community Care System
Using Temples as Its Hub Daihaku Okouchi 42

- Collaboration between Nursing and Buddhism to Overcome the Challenges
of Old Age, Illness, and Mortality
– What Kind of Life Have You Led? – Atsuko Yoshida 49

Review Articles

- Literature Review of “Approaches” of Visiting Nurses in Clinical Practice Teaching
Shuhei Kunimaru, Kanako Arai 56

Original Articles

- Determination of the Usefulness of a Model of Interprofessional Collaboration
by Home-Visit Nurses and Home Helpers with Regard to Administering
Medication and Refinement of that Model
Miyuki Koeda, Kaori Ohno 64

- Practices of Home-Based Pulmonary Rehabilitation for Patients
with Chronic Pulmonary Diseases by Nurses, Physiotherapists,
or Occupational Therapists: a Qualitative Study
Satomi Kitamura, Ayumi Igarashi, Maiko Noguchi-Watanabe
Satoru Yoshie, Noriko Yamamoto-Mitani 75

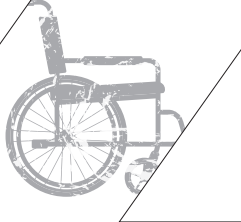
Research Report

- Providing Older Adults who Have Difficulty Self-Managing Insulin
Therapy with Necessary Support to Continue Living at Home:
Home-Visit Nurses’ Perspectives
Shinobu Watanabe, Rie Tanaka, Miyoko Tsurumi 85

Book Review

97

巻頭言



いざ鎌倉！「望む場所で暮らす」をかなえるために

Time to Go to Kamakura! to Make “Living where You Want” Come True

永田 智子

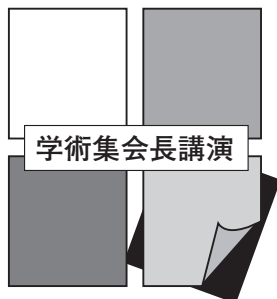
日本在宅ケア学会誌, 27(2): 3(2024)

2024年はショッキングなニュースでの年明けとなりました。能登半島地震で被災された方々にお見舞い申し上げますとともに、被災地において保健医療福祉関連業務やその他の復興支援に従事しておられる皆様に敬意と感謝を申し上げます。皆様の安全と健康を心より祈念しております。

2024年は診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス報酬のトリプル改定の年であり、更に、厚生労働省が地域包括ケアシステムの実現の目途として掲げた2025年の前年でもあります。介護保険制度が始まってから干支が2周する間に、当初の想定以上に少子高齢化が進行し、高齢者人口が最大に達する2040年には高齢者1人を現役世代1.5人で支えることとなり、医療介護のみならずあらゆる分野における人手不足の深刻化が予測されています。更に、人口動態、自然災害、経済状況など様々な要因により、各地域の医療・介護ニーズも、それに対する社会資源の整備状況も多様化しています。このような中、地域包括ケアシステムの理念として掲げられている「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる」ことを実現するためには、地域特性に応じた、自助・互助を含む社会資源の多層化・多様化、資源の効果的・効率的活用に向けた連携の強化が、より一層求められると考えられます。

2024年8月24・25日に鎌倉芸術館にて、第29回日本在宅ケア学会学術集会を開催します。ここでは、「望む場所で暮らす」をかなえるために：つくる・つなげる在宅ケア」をテーマとしました。地域包括ケアシステムの実現に向け、新たな社会資源の開発と連携を更に促進する契機になればという思いを込めた結果、やや欲張りなテーマ設定となりました。企画の中には、地域包括ケアシステムの要素の一つである「住まい・住まい方」に焦点を当て、居住環境や地域内の移動をいかに最適化するかについて、工学系の研究者や技術者を交えて探求するといった、専門領域の垣根を超えた企画を盛り込みました。また、様々な社会資源の創出や活用を促進することを目指し、社会的処方に関する講演や、地域の居場所作り・コミュニティナースの活躍に焦点を当てた企画も立てています。更に、地域を巻き込んだ医療福祉連携の強化や、エビデンスに基づく在宅ケア推進に向けたデータ利活用・ケアの効果評価等、より効果的・効率的な在宅ケアの探究を目指す企画も用意しました。その他にも、冒頭に触れた能登半島地震に関連して、「望む場所で暮らす」ことが叶わなくなった被災地の方々に在宅ケアが出来ることは何かということについて共に考える機会を設けられればと検討しております。以上を含め、ご参加の皆様が、在宅ケアの実践や研究における何らかの新たな視点を得られるような企画を準備して参ります。

会場となる鎌倉市は歴史好きならずとも一度は訪れたい、そして一度訪れたら何度も続けて訪れたい、新旧の魅力あふれる街です。初日の特別講演では、古刹の僧侶の方にご登壇いただき、鎌倉時代に行われた傷病者へのケアの様相を紐解きますので、講演内で登場した地名を探しながら街歩きをしていただくのも一興かと存じます。一般演題は久々のポスター発表で、登録サイト内で印刷をオーダーし、手ぶらで参加することも出来ます。奮って演題登録をしていたら、ポスター前でディスカッションに花を咲かせていただけたらと思います。現地での日程に参加しきれない場合でも、ポスター発表および一部の企画はオンデマンドで配信を行いますので、合わせてご覧いただけます。いざ鎌倉！多くの皆様のご参加を、心よりお待ちしております。



第28回日本在宅ケア学会学術集会 ともいき社会を目指して

Aiming for Symbiotic Relationship with People in the Society

小西かおる

日本在宅ケア学会誌, 27(2):4-8(2024)

第28回日本在宅ケア学会学術集会を2023年11月11日(土)・12日(日)に大阪大学コンベンションセンターにおいて4年ぶりに対面で開催することができ、1,000人近い参加登録者のうち約半数が会場に足を運んでくださいました。会場において参加者の皆様を前に会長講演を行うことができたことに心より感謝申し上げます。

I. 「ともいき社会」を考えるきっかけとなった “難病”との出会い

1. 難病とは？

難病対策は、1964年のスモンの集団発生に端を発し、1972年に「難病対策要綱」が策定され、根拠法をもたずに展開されてきた¹⁾。そこから40年余りが経過した2014年によろやく「難病の患者に対する医療等に関する法律〈難病法〉」が制定された。この法律において、難病は、①発病の機構が明らかでなく、②治療方法が確立していない、③希少な疾病であって、④長期の療養を必要とするものと定義され、難病患者の良質かつ適切な医療の確保、療養生活の質の維持向上を図ることを目的に、対象疾患が大幅に拡大され調査研究・患者支援が推進されている²⁾。

2. 難病の代表といわれる筋萎縮性側索硬化症〈ALS〉 から学ぶこと

1) 筋萎縮性側索硬化症〈ALS〉の特徴

ALSとは、主に中年以降に発症し、一次運動ニュー

ロン(上位運動ニューロン)と二次運動ニューロン(下位運動ニューロン)が選択的にかつ進行性に变性・消失していく原因不明の疾患である。症状は、筋萎縮と筋力低下が主体であり、進行すると上肢の機能障害、歩行障害、構音障害、嚥下障害、呼吸障害などが生ずる。病勢の進展は比較的速く、人工呼吸器を用いなければ通常は2~5年で死亡することが多い。その一方で、体の感覚、視力や聴力、内臓機能などはすべて保たれるとされている³⁾。

生命維持に関わる呼吸・嚥下の機能が障害されても、呼吸器や消化器の機能は保たれるため、人工的に換気や栄養補給をすることで生命維持が可能となる。また、運動機能が障害されても人的・物的支援を受けることで五感を使った活動や楽しみは維持できる。呼吸管理等の医療的管理、疾病や障害をもちながら健康を保持する支援、経済的な問題への福祉的支援など、保健医療福祉の総合的な支援により療養生活の質の維持向上を図ることが可能となる。ALS支援を推進することで地域の難病支援体制、特に在宅療養を支える医療ネットワークの構築が推進されることから難病の代表といわれている。

2) 専門的アセスメントと支援の追求

ALSは、どこから障害が始まり、どのように進行するのかは個人差が大きい。そのため、どの神経や筋肉群が障害され、どのくらいの期間で進行する可能性があるのかを、患者や家族の表現や日常生活における反応から専門的にアセスメントし、タイムリーに支援することが求められる。

ALS患者の「食事がうまく食べれなくなった」という表現や食べる時の様子から、顔面下部筋群の咀嚼機

能の低下によるものか、延髄の障害による舌委縮による食塊の送り込みの障害か、咽頭反射亢進による嚥下機能の問題か、専門的なアセスメントにより食べたいものを食べやすいように工夫することでQOL維持につながり、誤嚥や窒息などの事故防止をすることが可能となる。

ALS患者が話をする際の声の大きさ、息継ぎのタイミング、胸鎖乳突筋や僧帽筋の動きなどから呼吸障害の進行状況を予測し、主治医と連携をして適切な呼吸機能評価につなげることにより、余裕を持った意思決定の支援につなげることができる。

専門職が疾病の特徴に興味を持ち、科学的な根拠をもってアセスメントする力を身につけることで、療養生活の質の維持向上に貢献できることを教えてくれる疾病である。

3) 難病療養者の出会う苦悩

躓いて転びやすくなった、つかむときに力が入り難いなど四肢体幹筋群の障害の症状がみられる場合は整形外科、のどに何か貼りついた感じがするなど延髄の障害の症状がみられる場合は耳鼻咽喉科などを受診することが多く、原因がわからず複数の病院を渡り歩くことは少なくない。ようやく神経内科にたどり着いたとしても、類似する疾病との鑑別診断のために様々な検査を必要とし、確定診断までに時間を要する。その間にも症状が進行していき、書籍やインターネット等で調べても原因不明という情報しか得られず、希少疾病ゆえに同じような疾病を抱えた人や難病のことをよく知っている人に出会う機会は少なく、なぜ私がこのような病気になったのかとの悩み、相談する相手も身近にいないという状況に出会う。そのため、不安、怒り、葛藤、拒絶、焦り、諦め、絶望、困惑など様々な負の感情が襲ってくる。

このような負の感情を専門職が受け止め、寄り添うことは重要であるが、どのように対応していいのかわからず、専門職自身が無力感に苛まれることもある。専門職として大切なことは、負の感情の原因はどこにあるのかを、会話や反応の中から探り出し、違った見方や価値観に変換していく役割をもつことだと考える。動かない、できないことにより日常生活や仕事、家族との関係性等のどこに困りごとがあるのかを見極め、少しでも安心・安楽につながる方策を熟考し、一緒に考えてくれる人を見つけて相談し、工夫を凝らすことが重要である。あきらめずに困難に立ち向かう姿勢をもつことが、難病療養

者の出会う苦悩を生きる力に換えることにつながる。

3. 難病ケアとは

1) 希望に沿った支援

ALSと告知を受けた療養者に「家族に迷惑をかけてまで生きていきたくない。人工呼吸療法は選択しない」と言われたら、人工呼吸療法の選択肢はないと考えて支援を続けるだろうか。家族に迷惑をかけない支援方法があれば、人工呼吸療法の選択肢はあると考え対応するだろうか。人工呼吸療法を受けているALS療養者に「若いころから海が好きだった。沖縄の海に潜ってみたい」と言われたら、それは難しいので支援できないと断るだろうか。海に潜ることは難しくても、沖縄の海を見に行く支援方法があれば、旅行のプランを検討するだろうか。

療養者や家族の表現そのままを「希望」ととらえるのではなく、その表現の本質を探り、見方や考え方を換えることや部分的に叶えることで、「希望」を「現実」に変換することができないか試してみる価値はあると考える。療養者や家族の「やってみたい」という思いを、どうやったら「やれる」かを考え行動することで様々な可能性を上げることができる。

2) 1人の療養者の希望への試みが多くの療養者の希望の実現につながる

人工呼吸療法を受けているALS療養者の「若いころから海が好きだった。沖縄の海に潜ってみたい」という希望を叶えるために、関係機関で検討した飛行機による旅行プランの留意点を表1に示す。

自宅から空港までの行程、保安検査場から搭乗口までの行程、機内への移動、離陸・着陸の体制、機内での過ごし方、着陸後の車いすへの移動、到着口から手荷物受取までの行程、空港から訪問先および宿泊施設への行程、宿泊施設での過ごし方など、詳細な旅行プランを作成する。

リクライニング式の車いすが乗れるエレベーター、スロープなどのバリアフリーは確保できるか、移動時間中の人工呼吸器等のバッテリーは十分に確保できるか、旅行先で調達することが難しいケア物品は携帯可能か、旅行中の移動手段は確保できるかなど、移動中の安全を確保する検討が必要とされる。

呼吸管理、栄養管理、清潔ケア等の環境が変わっても継続するケア、機内での気圧の変動や移動に伴う振動等

表 1 飛行機による旅行プランの留意点

移動中の安全の確保	旅行プランの作成	移動中に必要なケアプランの作成	
		ケアに必要な物品の携帯	
		人工呼吸器等のバッテリーの確保	
	移動手段の確保	飛行機の座席の確保	
機内への移動の調整			
気圧の変動に合わせた呼吸器設定			
旅行地での福祉車両の確保			
いつものケアの継続	環境が変わっても続けるケア	排痰ケア等の呼吸管理	
		栄養・水分の補給と服薬	
		入浴等の清潔ケア など	
	環境に応じて変化するケア	移動や環境の変化が及ぼす影響の検討	
		慣れないスタッフによる影響の検討	
		携帯用物品で行えるケアの工夫	
	マンパワーの確保	日常的に関わっているスタッフへの依頼	
		現地でのスタッフの確保	
		24時間ケア体制の調整	
		スタッフの休息時間の確保	
	緊急時の体制整備	旅行先の医療機関との連携	情報共有の方法の検討
			主治医のネットワークの活用
全国の患者・家族会からの情報の活用			
旅行先の機器メーカーとの連携		難病対策事業の活用	
		トラブルに対するメンテナンスの調整	
個別マニュアルの活用		代替機器の調整	
		安全な医療の継続	
		日常のケアの継続	
			不足物品等の補充

による体調への影響の予測、携帯用の物品で行えるケアの工夫など環境に応じて変化するケアを考慮し、いつもの生活のリズムをできるだけ崩さない方法を検討する。

万一、旅行先で体調に変調をきたした際や医療機器のトラブル等が起こった際に安心して対応できるよう、主治医や患者・家族会等のネットワークにより旅行先の医療機関や機器メーカーと連携しておく。また、日常のケアや医療が継続できるように個別マニュアルを作成し携帯しておく、スムーズな連携につながる。

これらの準備や調整は特別なことではなく、だれもが旅行のために交通機関や宿泊施設、観光案内の情報を収集し、計画を立てることと同じであり、個別の特性に合わせて工夫することと捉えて欲しい。旅行のプランを立てることは“楽しい”ことであり、医療的ケアを受けているから、車いすで移動する必要があるから“大変なこ

と”と支援者が捉えてしまえば、療養者は旅行するという「希望」すら持つことができなくなってしまう。

1人の療養者が人工呼吸療法を受けながら飛行機に乗りたいと思うことで、バリアフリーが拡大し、航空会社が特定の配慮が必要な人の搭乗について検討し、医療機器が軽量化され、長時間バッテリーが開発され、多くの療養者の希望の実現に貢献することにつながる。他者に迷惑がかかるからあきらめるのではなく、他者を巻き込むことで新たな可能性が広がると発想を転換し、多くの療養者の希望を実現することに挑戦し続けてほしい。行動を起こすことは、個人の利益のためではなく、その他多くの療養者が希望を実現するための第一歩であると捉えて欲しい。

3) 難病ケアの特徴

難病ケアは、「その人らしさ」を追求し、多職種が頭

表2 都道府県別の寺院, 神社, コンビニエンスストア数

	寺院		神社		コンビニエンスストア	
1位	愛知県	4,668	新潟県	4,695	東京都	7,649
2位	大阪府	3,372	兵庫県	3,837	大阪府	4,052
3位	兵庫県	3,259	福岡県	3,391	神奈川県	3,964
4位	滋賀県	3,095	京都府	1,741	兵庫県	2,013
5位	京都府	3,031	大阪府	719	京都府	1,075

をひねって安全性を保障しながら、療養者と家族の人生に関わるという特徴をもつ。治療法は未確立でも、「難病」に伴う身体や心の不快感や経済的な問題、家族関係などの課題はケアできる。このケアの方法を具現化し、多くの人が活用できるように制度化するための教育研究活動を進めていく必要がある。

療養者が難病である自分を受け入れ、決して生きることをあきらめず、自分らしい人生についてもう一度考え、今ある時間を大切に生きぬくことができるよう、療養者や家族とともに考え、工夫をこらし、精一杯やりぬくことができたと感じられるような人生の支援をすることが難病ケアであると考えている。あたりまえにできていたことができなくなることに直面し、生きることを深く考える疾病であるからこそ、諦めずに挑戦し続けることの大切さを難病ケアから学ぶ。

Ⅱ. ともいき社会を目指して

1) 地域共生社会の創生

厚生労働省は、地域共生社会について、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会と説明している⁴⁾。地域交流の希薄化が進む社会において、人のつながりの再構築が求められている。

では、人のつながりをどのように再構築していくべきか。地域包括ケアシステムは、概ね中学校区を単位として構築することが推奨されている⁵⁾。令和5年度の学校基礎調査によると、全国の中学校の数は9,944である⁶⁾。一方で、寺院の数は76,660、神社の数は80,507であり⁷⁾、コンビニエンスストアの数は87,984とされ、中学校よりも多いことがわかる⁸⁾。都道府県別にみるとその数に

は違いがある(表2)。中学校は児童生徒や保護者のつながりが強いが、子どものいない世帯にとっては仲間に入りにくさもあり、異なる形態での地域のつながりを模索する必要がある。地域特性を考慮し、お寺、神社、コンビニエンスストアなど様々な施設をハブとした地域のつながりを模索し、より小さなコミュニティで共に生きる空間の創造が期待される。

浄土宗では共生を「ともいき」と訓読みし、「いまあるすべてのいのちの連綿とした繋がりを大切に」とする考え方で、人間ばかりでなく、すべてのものは他と関係し合って生起・存在しており、それらは過去から現在・未来へと繋がっているとするものとしている⁹⁾。地域住民が日常生活において出会うご縁を大切に、お世話になったことや協力してもらったことに感謝して、その方や他の方にお返しする心をもってつながることで「ともいき(共に生きる)社会」が自然に創生されると考える。お寺や神社がもともと持っている地域における教育や福祉、文化の拠点としての役割を活かすことで、地域のつながりを多様化する可能性が拓がる。

神社やお寺の境内や本堂などの構造と、悩みを癒し、願いを叶える存在を活かし、遊び、学び、語り、食らい、探り、挑み、慰め、後押しするなかで培われるものがあると思う。それぞれの地域の中で、つながることができる場所や仲間を発掘してもらいたい。

2) 在宅ケアにおいて出会う様々な意思決定の支援

在宅ケアが必要となった生活においては、検査、治療、人工呼吸療法等の医療的ケア、在宅支援サービス、療養の場、介護の担い手など様々な選択に出会う。人工呼吸療法のように生命維持に関わる選択の場合は、簡単に決めることはできない。自分自身の人生の変化、家族への影響、経済的な負担などを考え、本音が言えないまま時間が過ぎることも少なくない。難病のように進行性の疾病の場合は、意思決定を後回しにしていると、呼吸障害

や嚥下障害が進行し、冷静に考えることができないほど身体が状況が悪化し、本心を確認することができないまま最悪の結果に陥ることもある。1度決めたことでも、やっぱりやめようかと悩み、こっちのほうが良いかもしれないと気持ちが変わることは当然ある。だが、その気持ちの変化すら表現することができない状況は少なくない。

専門職は療養者や家族の意思決定を支援することに関わるが、専門職の経験や判断、思い込みに支配され、対応を決めてしまっていることはないだろうか。同居家族が介護にあまり関わっていないことを知ると、もっと手伝ってくれたら楽になるのに、あの家族はあまり協力的ではないという判断をしていないだろうか。介護にあまり関わらない理由や、その家族にしか担えない役割などを探ることで、家族の関係性が理解でき、その関係を活かした共に生きるあり方を模索することができるかもしれない。専門職が壁を作ってしまったら、療養者や家族は自由に本音を言い、気持ちの変化を表現することができなくなってしまう。

ある筋ジストロフィーの療養者が高校までは特別支援学校に通ったが、同じ年代の人と同じように大学に進学し、就職活動をしたと考え、福祉系の大学に進学し、介護福祉士の資格を取り、訪問介護事業所に就職をした。その体験談を聞いた人から「なぜ大学進学や就職活動をしたのか」という質問を受け、「協力してもらってばかりだったから、自分にも協力できることがあるのではないかと思った」と答えた。福祉系の大学に通うことは、資格を取るだけでなく、同年代の友人と学び、遊び、かけがえのない時間を共有をすることであり、障害があっても学ぶことができる環境や配慮を作り上げていくことにつながる。訪問介護事業所での仕事は、介護職員としてケアを提供することだけではなく、療養者や家族の希望にもなる。こうあるべき、こうだからという固定観念が可能性を狭めてしまうことにならないようにしたい。

3) ともいき社会を目指して

誰もがあたりまえに「ああしたい」「こうしたい」と自由に思うことができる社会。「ああしたい」「こうした

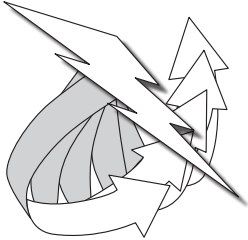
い」と自由に口に出して言える社会。「ああしたい」「こうしたい」と言ったことに、どうしたら実現できるのかを本気で考える仲間がいる社会。「ああしたい」「こうしたい」という思いを実現するために、何度もあきらめずに実行する元気がある社会。「したい」が「できた」に変わり、「できた」喜びを自信につなげ、「できた」ことを他に活かして循環する社会。ご縁を大切に、持ちつ持たれつのある関係があるともいき社会を目指し、専門職として在宅ケアの発展にどのような貢献ができるのかを追求していきたい。

ご縁は、同じような志を持つ人に吸い寄せられるように近づいてくるように思う。そして、そのご縁は連続とつながっているように感じる。ご縁によって勇気づけられ、実現でき、ともに泣き、ともに喜ぶことができるのだと思う。ともいき社会を皆さんが拡げていただけることを期待したい。

■引用文献

- 1) 厚生省：難病対策要綱 1972 (https://www.nanbyou.or.jp/wp-content/uploads/pdf/nan_youkou.pdf, 2023. 12. 5)
- 2) 厚生労働省：難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法) (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80ab4067&dataType=0&pageNo=1, 2023. 12. 5)
- 3) 難病情報センター：筋萎縮性側索硬化症(ALS) (<https://www.nanbyou.or.jp/entry/214>, 2023. 12. 5)
- 4) 厚生労働省：地域共生社会 (<https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/>, 2023. 12. 5)
- 5) 厚生労働省：地域包括ケアシステム (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei/reisha/chiiki-houkatsu/, 2023. 12. 5)
- 6) 文部科学省：学校基礎調査 (https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/1267995.htm, 2023. 12. 5)
- 7) お寺メイト：日本全国の寺院と神社の都道府県・市区町村別一覧 (https://www.bukkyou.com/TSInfo/SameTemple/RankName_City001.html, 2023. 12. 5)
- 8) 都道府県データランキング：コンビニエンスストア (<https://uub.jp/pdr/m/c.html>, 2023. 12. 5)
- 9) 浄土宗全書テキストデータベース：ともいき ([http://jodo-shuzensho.jp/daijiten/index.php/%E5%85%B1%E7%94%9F_\(%E3%81%A8%E3%82%82%E3%81%84%E3%81%8D](http://jodo-shuzensho.jp/daijiten/index.php/%E5%85%B1%E7%94%9F_(%E3%81%A8%E3%82%82%E3%81%84%E3%81%8D), 2023. 12. 5)

第28回日本在宅ケア学会学術集会 基調講演



ケアからつくる社会のためのいくつかの困難と条件

Some Difficulties and Conditions for a Society Created through Care

村上 靖彦

日本在宅ケア学会誌, 27(2):9-15(2024)

I. 家族ケアから地域でのケアへ

1. 不払いの家事労働の産出とケア

ケアを起点にして社会を構想してみる。そのときに踏まえることになると思われるいくつかの背景について本稿では箇条書きしていく。

息がしにくい世界に私たちは生きている。法律と制度によって社会が縛られ、自分が属する組織にはさまざまな仕方で管理される。さらには国家より大きなレベルでは、自由主義的な資本主義の論理によって生活が細部にわたって理不尽な仕方で経済に翻弄されている。

資本主義を超克しようとする議論が最近また聞かれるようになってきた¹⁾。しかし経済の構造は人為的に決まるものではない。利潤の最大化は個人の意志に関わらずシステムによって自動的に追求される。自動運動している資本主義そのものが、今すぐなくなることはなさそうだ(選挙で政権を選ぶことのほうがまだ実現可能性がある)。資本主義から離脱した自給自足と贈与による生活をごく一部の人が実現できたとしても、資本主義の大きな流れにひびが入ることはない。資本主義と密接にリンクした国家が当面続くのであれば、資本主義社会に寄生しつつ、ゲリラ戦のように、もう少し行きやすい場を作る活動、資本主義とは異なる論理で動く場を作る活動が当面の戦術としては有効そうだ。

商品の交換から金融市場へ、そして国家を超える規模の市場へと拡大してきた現代の資本主義社会に対して、

オルタナティブな社会を構想できるかどうか問われている。資本主義社会は私たちに「役に立つ」人間になることを強要する。このときの「役に立つ」とはおおむねお金を生むということと同義である。経済的な価値を生み出さない人は、劣った者あるいは社会のお荷物として切り捨てられていく。賃労働をして納税者になることが絶対的な価値であるかのような意識が浸透している。ところが、現状からは信じられないことだが、イヴァン・イリイチによると賃労働が社会の価値とみなされるようになったのはたかだか19世紀のこのようだ。

一八世紀の貧窮者は、今日まで一般に「貧しく哀れな」者といわれているが、実は彼らに労働者としての適格性をあたえようとする努力にたいして暴力的に抵抗したのである²⁾。

かつては賃労働をよしとしない価値観があったのであり、逆に言うと賃労働を至上のものとする現在の価値観を転換することができるということだ。裏返して考えると、資本主義の息苦しさから離脱するコミュニティは、資本主義を拒絶しないとしても経済とは異なるところに価値を見出すことになる。何も生産しないこと、何もしないことをも尊重するような場になるであろう。

生産と商品の交換に依存した資本主義社会は、実は商品を生産することはない再生産労働、すなわち家庭を中心としたケア労働によって支えられてきた³⁾。しかし19世紀以後急速に女性は生産労働から切り離され、家庭でのケア労働へと押し込められるとともに経済的な価値か

ら切り離されていった。たとえばアメリカでは1810年代には毛織物の90%以上が家庭で生産されていたものが、1830年代にはケア労働に押し込められていくことになったという。

女性は、かつては家族のために生活の資を供する家の女主人であったが、いまでは就労前の子供たちが住み、夫が憩い、夫の所得が消費される場所の守り役となった。〔…〕女性は、経済的平等とともに数多くの法的権利を失ったが、それには投票権も含まれていた。女性は伝統的な公益の場から姿を消し、産院では男性の産科医にとってかわられ、新しい職業へと通じる道が閉ざされていることを知った⁴⁾。

こうして女性は欧米では19世紀以降、日本でも20世紀以降は家庭での不払い労働へと押し込められていった。この家長的な性格を色濃く残した後期資本主義社会においては、家庭における不払いのケア労働がなければ、男性が行う会社における賃労働も成り立ちえなかったのである。

家庭における不払いのケア労働だけではない。介護福祉職などケア労働もまた、交換価値を持たないがゆえに不当に低い賃金に抑えられてきた。「社会の底辺にいる多数の「歩兵」たちに過度の〈シャドウ・ワーク〉の負担を割り当てる」とイリイチは書いている⁵⁾。ケア労働の重要性は、高齢化とコロナ禍という2つのきっかけのもとに広く認識されたが、賃金の是正は大きな課題となりつつある。賃金が支払われないシャドウ・ワークによって、資本主義的な経済活動が支えられてきたのだ。それゆえ商品の生産および金融という経済的価値に対して、ケア労働がもつ価値を、社会のなかで位置づけ直す必要がある。

2. ケアから作る社会

金融にしてもリスク管理にしても、顔の見えない大きな力によってそのなかにいる私たちは動かされることになる。顔が見えない力に翻弄されるがゆえに私たちは息苦しい。それならば自分自身の声を取り戻し、お互いの顔と名前が分かる範囲で相互依存するコミュニティを立ち上げていく努力は、有力な処方箋なのではないだろうか。資本主義経済が今すぐには無くなりそうもない現在

において、資本主義に代わる経済的なオルタナティブを構想することだけでは、社会の息苦しさに対抗することはできない。そもそも経済とは異なる視点から作るコミュニティにヒントをもとめて、少し息のしやすい社会について考えるほうが短期的には効果がありそうだ。

このとき「家事労働が不払いでありケア労働が低賃金である」という社会課題、そして役に立つことを重視する資本主義の価値観は、逆説的に出口の在り処を示唆している。ケアが経済的価値から排除され、見えないものとされてきたことそのものが、ヒントを与えてくれる。役に立つことがない無為から組み立てるコミュニティ⁶⁾、経済において価値を評価されていないケアの側から組み立てるコミュニティを考えたときに、生きやすさが生まれる可能性がある。

無為をゆるすコミュニティと相互ケア的なコミュニティを自発的に作ることは、資本主義社会のさなかにありながらオルタナティブな生活圏をつくることと同義である。少なくともこのような方針は多くの分野にまたがって何人かの人たちには共有されつつある認識だろう⁷⁾。

集団を支配する匿名の規則や法則と競争を基準として考えるのではなく、一人ひとりの顔が見えるなかで、ケアしケアされるという相互関係から社会を考えることができるのではないか⁸⁾。人からケアを受けずに生きていくことは絶対にできない。逆に（それが人ではなくペットであったとしても）誰かのケアをしないままに暮らすことも難しい。人は誰でもケアされることでのみ存在しうるのであり、同時に誰かをケアをする存在でもある⁹⁾。このような社会は顔が見える範囲におさまるのだからある程度小さいものであり、レヴィ＝ストロースが真正な社会と呼んだもの、イリイチがヴァナキュラーな〔土着の〕社会と呼んだものの規模に収まるかもしれない。もちろん先住民の世界ではないし、土着の文化が残存しているわけでもない世界のなかから私たちは再出発しないとイケないのだが。

ケアからなる社会は小さな欲望を軸とした社会でもある。ケアは相手の身体と存在を肯定し尊重する。とりわけそれぞれの人の小さな願いごとを見つけ出し実現しようとする¹⁰⁾。小さな願いごとは、日常生活のなかに潜んでいる欲望であり、自分の体の快適さを求め、周囲の人とつながろうとするベクトルをもっている。一人ひと

りの小さな願いを尊重する社会は、法律や道徳といった規範を押し付ける社会とは異なる作りをしているのだが、他者の生を尊重するという原理ももつ。その具体的な鍵になるのは相互の欲望を発見し尊重することである。

小さな願いは自分と他者を生かそうとする欲望であるから、本質的に人を貶め傷つけようとする暗い欲望とは異質なものであり、平和なものだ。つまり小さな欲望と暗い欲望の切り分けが必要になってくる。そして暗い欲望を見極めることも必要になる。

II. ケアのネガティブな側面

1. 家族ケアの両義性

小さな欲望と暗い欲望はしばしば入り混じるがゆえに、ケアは必ずしもポジティブな経験とはならない。むしろ現実のケアの状況においてはさまざまな困難がある。そしてケア実践において生まれるネガティブな経験は、不可避のものであると同時に、まさに家父性と資本主義がハイブリッドになった社会構造と関係があり、この点については改善の可能性もある。そのいくつかを列挙してみたい。

介護殺人によって極端な仕方でも明らかになるような、家族ケアにともなう苦痛がある。嫁姑の葛藤という家父長的な典型は今でもなくなったわけではない。ケアのなかに閉じ込められ、逃げ場がなくなり、ケアの先も自分自身の生活や将来も見通せなくなる。ときには強い憎悪も生じる。あるいは家族の中に閉じ思っって悲観するあまりゆがんだ気づきから寝たきりの親族と無理心中を謀ろうとする。氣遣うあまりに（と本人が思い込むがゆえに）殺すというねじれがある。この困難は、介護の負担を家族に押し付けようとしてきた戦後社会の圧力を内面化した帰結であり、さらにしばしばケアラー自身が持つ家族に対する心配や愛情とないまぜになっているがゆえに解決することが極めて難しい。

このような両義性は、高齢者の自宅介護において従来から知られていたが、近年ヤングケアラーという家族ケアラーが注目されることになってさらに表に出るようになった。中村佑子がヤングケアラーを主題にした書物である『わたしが誰かわからない』を引用する。精神疾患をもつ姉とともに暮らしていたマナさんが話題になって

いる。

母を支配しわたしたちを殺してしまうかもしれない憎い姉。そんなに憎んでいるんだ、嫌いなんだ、姉は端的に悪なんだね、病原菌なんだね、と人は理解してしまう。だったら切り離そう。役所の相談窓口について、その人から距離を置く手伝いをしてもらおう。

しかし、そう簡単に距離がおけるわけではない。小さな小箱にしまっている、その人が大事にしている部分がある。やはり大切に、大好きで、美しく華奢な姉に憧れている。でも揺り戻しがある。いや、やはりたえられない……。

マナさんの話は姉への誇りと嫌悪がぐるぐるしていた¹¹⁾。

「愛憎相半ばする」という言葉はもしかすると家族ケアにおいて生まれた言葉なのかもしれない。家族に対する愛情と憎しみを切り離すことはできない。家族ケアが必要な場面ではこのことが強調される。

ヤングケアラーが近年注目を集めるのは、事情がある。資本主義が(扶養家族制度という国家的な誘導によって)家父長的な専業主婦制度を利用して高度経済成長を遂げたあと、高齢化による介護の増加と経済の悪化による共働きの増加によって主婦をあてにできなくなったという社会構造の変化による¹²⁾。つまり高齢者介護における主婦の葛藤が子どもへと引き継がれたのだ。

このようにケアにおいて働くアンビバレントな感情の背景には家父長制が横たわっている。前述のように家庭におけるケア労働は近代資本主義においてしばしば専業主婦に押しつけられてきた。家族介護の65%は女性が担い手であると高齢社会白書は記している¹³⁾。この状況は、単に女性の方が寿命が長く健康であるということではなく、「女は家にとどまり、男に奉仕しろ」という家父長的なイデオロギーが生んだ帰結の一つだ。

女性へのケア労働の押し付けとその価値下げは、男性による介護において、さらにねじれを帯びて表面化する。介護殺人の多くが男性によるものであることにはなにかの意味があるだろう¹⁴⁾。そしてそもそも介護疲れから暴力が生じるのは、ケアを家族へと押し込める社会構造の帰結でもある。

つまり、ヤングケアラーにしる高齢者介護にしる、家

族ケアにおいて愛情とともに憎しみや暴力が問題になるときには、ケアが家族の責任に閉じ込められてきたことと、ケア労働を女性が担うという家父長的なイデオロギーと税制による誘導が背景にある。つまり家族へとケアを閉じ込めることと家父長制は、ケアの本質とは関係がない異物である。

2. プロのケアにおけるパターンナリズム

プロのケアにおけるパターンナリズムも、平等な関係を作る鍵となるケアから作る社会において、不自然な権力勾配を持ち込む要素である。医療として望ましいことと、患者が望むことが相容れない場合に医療者が自らの知識に頼んで「節制」を押し付けるような場面がある。とくに在宅での慢性期の看護実践を調査するなかで、私自身このようなパターンナリズムを戒める場面に何度か出会ってきた。あるいは精神科病院の慢性期病棟で参与観察するなかで、よかれとおもって看護師が患者に秩序をおしつけることで自由を奪い、入浴のスケジュールやお小遣いの管理など小さな規則に縛り付けている場面を目撃してきた。

これらのパターンナリズムは一つには施設主義と関係があり、広い意味では大規模な病院や障害者施設を必要とした戦後の資本主義の展開とも関係がある。患者本人が望んでいることが省みられることなく管理が優先されることで、「お酒が飲みたい」「タバコが吸いたい」というような小さな願いごとが抑圧される。

3. 支援者が被る暴力

プロの支援者が被る暴力もある。例えば訪問看護師や介護士が被る患者・利用者からの暴力や暴言がある¹⁵⁾。しばしばこのような暴力は患者・利用者をもつ男女差別的な思い込みが背景にあり、高齢男性において訂正が難しいものとなっている。

これらの困難や感情のもつれの背景には、不払いのケア労働を家庭に押し込めてきた社会構造と家父長制、そして「金を払ったんだから」という消費社会の価値観がある。ケアから社会を組み立てる構想をすとしても、経済が優先される管理社会が内包してきた価値観を批判していく必要がある。

Ⅲ. 平等な共同体のはかなさ

1. コムニタスとリミナリティ

顔の見える小さなコミュニティを起点にして社会を考えると、[貨幣経済以前の太古の共同体が理想であり、そこに戻れ]と考えているわけではない。現在は貨幣経済による競争主義と管理が人々の桎梏になっているが、資本主義以前にも身分制度や厳しい社会規範による制約があった。少なくともある程度大きな規模の都市が成立して以降の人間社会においては権力構造や官僚制が必要悪であり、いつの時代にも姿を変えて人を縛り付ける社会制度は存在していた可能性がある¹⁶⁾。もしかすると私たちが構想しているゲリラ的なコミュニティによるオルタナティブな社会は、まさにゲリラ的であることをその本質としており、本質的に儂いものであり恒常的な構造とはならないのかもしれない。つまり資本主義社会に対して恒常的に入れ替わるオルタナティブではなく、あくまで寄生的に一時的に成立するのかもしれない。この点については私自身まだ結論を持っていないのだが、抑圧的な社会全体の空気から逃げる場所を私たちはつねに作り付けられるかどうか、硬直化を防ぐ手立てがあるかどうか、といった問いかけは鍵となる。

規範と階級から逃れる一時的な場については、文化人類学者ヴィクター・ターナーが論じたりミナリティとコムニタスが、今考えているケアにもとづく平等なコミュニティを考える上でも参考になる。ターナーによれば、祭のように、日常的な社会規範から外れていくリミナル(境界的)な儀礼において、一時的に身分や貧富などの差異が無効になる平等な集団であるコムニタスが成立するのだった。ターナーは規範と経済に支配された日常世界に対比する形で次のようにコムニタスを定義した。

後者〔コムニタス〕は、境界的な時期に認識されるもので、儀礼の長老たちの一般的な権威とともに服従する平等な個人で構成される未組織の、ないしは組織が完全ではない、そして相対的に身分かな、コミタトゥス、すなわち、共同体communityあるいは仲間集団communionとしての社会のそれである¹⁷⁾。

ターナーは先住民の儀礼だけでなく、キリスト教の初期修道院や、戦後アメリカのヒッピー文化にまでそのよ

うなりミナルに成立するコムニタスを見出した。

本稿で考察しているケアの共同体は、祭のように刹那的にのみ出現する祝祭的共同性ではなく、ある程度継続的に成立するものである。しかしターナーの議論は、階級を解除する平等なケアの共同体は本来刹那的なものであり、そのつどの運動によって生まれるものではないかという知見をもたらしてくれる。大規模な人間集団において規範やヒエラルキーは絶えず回帰するものであり、ヒエラルキーを解除して平等な相互関係を立ち上げるためにはたえざる努力が必要である。規範と階級は、固定化するものであり惰性的に働くものだ。人間は気を緩めるとすぐさま権威に自発的に隷従してしまう¹⁸⁾。つねに管理から逸脱して、刹那的に産出すべき不断の運動として、ケアのようなコミュニティの生成を考えたことが要請される。

2. 暗い欲望を乗り越える

あるいは非人称的で管理的な社会へと対抗するための小さなコミュニティを感情の側面から考えることができる。

経済や管理といった非人称的に作動する社会規範を内面化したときに、人は恨みや妬みから誰かを貶める暗い欲望をもつ。暗い欲望は女性差別やヘイトスピーチといった自分よりも弱い立場に置かれた人への（しばしば「特権を持っている」というような理不尽な言いがかりによる）顕著な差別意識だけでなく、日常生活のさまざまな叱責のなかに隠れている。例えば業務がうまくできない新人を叱る先輩、といった場面でも顕著だろう。新人時代にはできなかったまさにそのことについて先輩となった人はいらだつのだが、権力関係のなかで下位の者を叱責することにはかすかな悪意がある。

現代の社会は個人にとっては競争を強いられ不合理なさまざまな規範に縛られている。競争と管理の動向を内面化した個人は、正義の名のもとに他者を貶め・排除し、あるいは規範から外れる人を処罰しようとする。あるいは自分自身を競争と管理にしばりつけるがゆえに自分自身に対して不安や劣等感に苛まされる。あるいは競争のもとでの自己肯定感、他者との比較においてすぐれていることに満足をしたいという暗い欲望になるうえに、つねに競争に負ける不安とないまぜである。

管理と競争を軸として生まれる集団は、自分が信じる

規範を振りかざして他者を処罰しようとするようになるが、それを緩和するために、組織のなかに管理・競争とは異なるケアの論理を導入させる必要がつけねにでてくる。現代社会におけるチームビルディングとは、管理と競争のなかで、組織のなかが暗い欲望によってぎすぎすしないよう、安全と健康を確保するという競争主義とケアのせめぎあいの技術だともいえる。

ケアから作る社会のなかに、さげすみやねたみといった暗い欲望が入り込んだときにも社会自体が腐敗する¹⁹⁾。そして暗い欲望はしばしば恣意的な上下関係を持ち込む。組織というものが必要悪としてヒエラルキーを持つとすると、平等性の追求は困難な営みであることになる。そのような困難な条件を意識した上で、他者と共存し結びつこうとする明るい欲望を出発点として、ボトムアップで社会を作る試みはいかなるものになるだろうか。

IV. プロのケアと家族のケア

1. プロのケアと家族ケアの接点

相互のケアを軸に社会を考えることは、もう一つ大きな論点を含む。

それはプロの対人援助職によるケアと、家庭におけるケア労働のあいだの関係だ。不払い労働としての家族ケアが近代に産出される19世紀中頃、つまりナイチンゲール以降にプロのケア職が誕生するわけだが、これはおおむね不当に低い賃金に抑えられてきた。

従来ケアについての議論は、一方でナイチンゲールの『看護覚え書き』以来、看護学にしても社会福祉学にしてもプロのケアの専門性を追求する方向で議論を深められてきた。対人援助職において「ケアとは何か」という問いがその核にある。

同時に近年になって、フェミニズムの文脈では家庭で行われる無償のケア労働という視点からケアが論じられてきた。家父長的な価値観において、専業主婦制度が自明のものとしてされ、家庭で主婦によって行われるケア労働は当たり前のものとして不可視化され、かつ経済的な価値をもつものではなく賃労働に比べて劣るものとみなされてきたことに対する批判である。

あたかも2つのケア論は関係がないかのように、お互いがお互いのことを存在しないかのように議論が展開し

てきた。もちろん家族看護学のようなジャンルでは家族によるケアが話題になろうが、不払い労働が主題となるわけではない。しかしプロの支援者と家族ケアラー、2者のケアは対立するものでもないし、無関係でもない。

例えば、私が調査した貧困地区の子育て支援においては、家族ケアを地域に開いてサポートしていく実践が普及している。困難を抱える家庭で母親がうつ病などで生活を整えることが難しいときに（このような家庭は多くの場合子どもがヤングケアラーでもある）、保育園への送迎支援を行いながら関係を構築し、生活支援・同行支援といったサポートがはいる実践などがある。家族によるケアを孤立させず、家族ケアが成り立つために地域でのプロのケアが補完するのだ。つまりケアの2つの領域がどのように協働するのか（支援者が家族を指導するというパターンリズムに陥ることなしに）再構想する必要がある。

2. 線引きする制度と申請主義

もう一つの論点は、線引きによって誰かを境界線から排除しうる社会であるという、日本の制度設計を変えていく必要だ。単に競争主義によって劣るとされた人を排除する力が働くだけではない。サポートを必要とする人への福祉においても、年齢制限や障害の等級、年収といったさまざまな線引きによってサービスを受けられる人と受けられない人の線引きが生まれる。例えば、児童福祉法の適用範囲は18歳までの子どもであるため、17歳の子どもにあらたに困難が見つかったとしても支援機関は関わることをためらうというのはよく知られている。

そして申請主義をとるがゆえに、たとえば日本語が不自由で情報にアクセスできず、あるいは書類を書くことができないときに申請することができないとサービスから排除される。範囲や制限、条件を設けて適用範囲を決める制度ではなくユニバーサルな福祉の発想が、地域のレベルから国家のレベルにいたるさまざまな層で要請されるだろう。

このような線引きは、家族ケアとプロのケアの協働も妨げてきた。例えばヤングケアラーのサポートは現在大きな話題だが、高齢者の家族のために訪問している訪問看護師やヘルパーが、直接ケアラーである子どもを支援することはできない。あるいはヤングケアラーがいることが分かってもそれを理由に家族支援に入ることはでき

ない（この点を受けて大阪市など、自治体によってはヤングケアラー支援のためのヘルパーの訪問を導入している）。これらは、高齢者福祉と児童福祉という縦割りの制度設計という線引きゆえに生じるすき間である。家族によるケアをプロのケアと連動させ、ケアを地域全体へと開いていくためには、かかわりのある当事者をまるごと横つなりのサポートで考慮する仕組みが必要になる。

一人ひとりの視点と声にこだわることと同時に、プラットフォームとしては誰にとっても利用可能なユニバーサルな環境を整えることが大事になる。

V. 結 論

競争と管理から逃れるコミュニティをたえざる産出の努力のなかで、ケアしケアされる関係、家族のケアを社会のケアと補完するしくみから小さなコミュニティを作ることは一つの方向性であろう。ケアからなる社会を、一時的にでも作る設計図と注意点を探ることが本稿の目的だった。経済的な価値から排除されてきたケアと無為のなかにそのヒントを探す、というのが最初の提案である。

とはいえ、ケアのなかには資本主義の管理主義や家父長制に由来する権力や暴力が容易に入り込む。そしてねたみやさげすみといったネガティブな感情もまた簡単に支配してしまう。怒りや憎しみを含みつつ、あるいは最小限に抑えつつ共同体をつくっていくためにも、不払いだったケア労働を社会全体のケア労働のなかに位置づけていく必要がある。

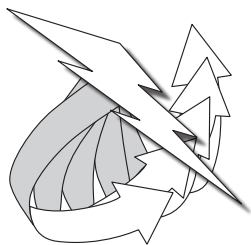
家族ケアとプロのケアを連続的に考えながら、息がしやすいコミュニティを考えること、その具体的な道筋についてはまた議論したい。

■引用文献

- 1) 斎藤幸平：人新世の「資本論」, 集英社新書, 2020.
- 2) イヴァン・イリイチ：シャドウ・ワーク(玉野井芳郎, 栗原彬訳, 岩波文庫, 2023, 241頁).
- 3) ナンシー・フレイザー .
- 4) イヴァン・イリイチ, 前掲書(254頁).
- 5) 同書(258頁).
- 6) ジャン＝リュック・ナンシー：為の共同体—哲学を問い直す分有の思考(西谷修, 安原伸一朗訳, 以文社, 2001).

- 7) ケア・コレクティブ：ケア宣言 相互依存の政治へ(岡野八代, ほか訳, 2021).
- 8) キテイ：ケアの倫理からはじめる正義論—支えあう平等(岡野八代, 牟田和恵訳, 白鐸社, 2011).
- 9) 竹端寛：ケアし, ケアされ生きていく. ちくまプリマー新書, 2023.
- 10) 村上靖彦：ケアとは何か. 中公新書, 2021.
- 11) 中村佑子：わたしが誰かわからない ヤングケアラーを探す旅. 医学書院, 49頁, 2023.
- 12) 渋谷智子：ヤングケアラーってなんだろう. ちくまプリマー新書, 第1章, 2022.
- 13) 内閣府：高齢社会白書令和5年度版(https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s2s_02-2.pdf, 2023. 11. 26)
- 14) 厚労省, 警察, 報道によって少し数字に違いがあるようだ
が70%強の介護殺人が男性によるものようだ. 湯原悦子「介護殺人の現状から見出せる介護者支援の課題」, 日本福祉大学社会福祉論集』第125号2011年9月.
- 15) 藤田愛：訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力とその発生要因. 神戸看護学会誌, 2(1), 9-22, 2018.
- 16) グレーバーは『万物の黎明』のなか権力構造を持たない大都市の可能性を示唆しているが.
- 17) ヴィクター・ターナー：儀礼の過程. ちくま学芸文庫, 154頁, 2020.
- 18) ド・ラ・ボエシー：自発的隷従(山上浩嗣訳, ちくま学芸文庫, 2013).
- 19) もちろん福祉団体における性暴力を未然に防ぐための規範は必要である. ケアにもとづく論理だけで共同体が維持できるわけではなく, そこにも潜在する暴力を防ぐために, 規範的な力が必要になる.

第28回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム1



医療的ケア児支援法が施行され2年、子どもたちの生活は？
～すべての子どもたちの未来のために～

保育所と学校における医療的ケア児支援の現状と課題

Overview of Support for Children in Need of Medical Care in Nursery Schools and Schools

下川 和洋

日本在宅ケア学会誌, 27(2):16-19(2024)

I. はじめに

日本の乳児死亡率はOECD諸国の中で最低レベルにある(Health at a Glance 2021: OECD Indicators)。医療技術の進歩によって従来生存が難しかった子どもたちの命が救われ、病院から自宅に戻るために小型・軽量・簡便な操作の在宅医療機器が発展した。人工呼吸器の装着、痰の吸引や経管栄養など医療的ケアが必要な0～19歳の子どもは、2021年現在約2万人と推計されている(厚生労働省)。

2016年改正児童福祉法で追加された第56条の6第2項では、「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、(中略)必要な措置を講ずるように努めなければならない。」と努力義務を課したが、地方自治体間でその取り組みに格差が広がった。そこで、2021年に成立した「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」(以下、医療的ケア児支援法)では、医療的ケア児及びその家族に対する支援を国・地方公共団体の責務とした。

医療的ケア児支援法が始まる以前から厚生労働省・文部科学省は、医療的ケア児が在籍する保育所、学校等に対する様々な施策を打ち出していたが、地方公共団体の取り組みに十分反映

されてはなかった(図1)。医療的ケア児支援法が施行されて2年経過して、その取り組みに広がりが見られるようになった。

本稿では、医療的ケア児支援法が対象機関としてあげている保育所と学校について、その影響等を概観する。

II. 保育所への影響

2005年刊行の「み～んなそろって 学校へ行きたい!」(井上夕香 著, 下川和洋 監修)では、保育所入所を求めた二人の幼児を紹介した。二人とも気管切開をしているが、肢体不自由も知的障害も無い子どもである。その後、2005年11月2日、気管切開をした幼児と保護

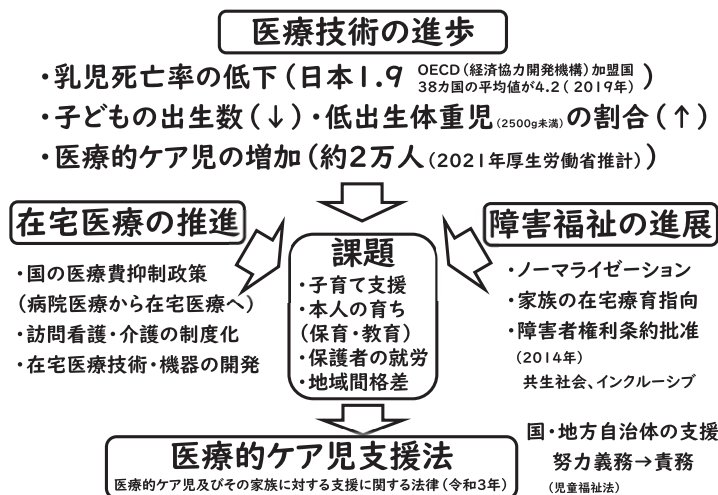


図1 医療的ケア児支援法の背景

者が保育所への入所を求めて、入所を認めなかった市を相手に東京地方裁判所へ提訴した。判決（2006年10月25日）では、市の処分は裁量権を逸脱し違法だとして取り消し、保育所入所を認めるようにとされた。このように医療的ケア児の保育所入所は、極めて困難な状況であった。その後、2019年4月1日施行の「指定保育士養成施設の指定及び運営の基準について」の一部改正により、保育士養成課程の「障害児保育（演習・2単位）」の内容の中に「(6)重症心身障害児、医療的ケア児の理解と援助」が入った。時代の変化を感じる出来事であった。

厚生労働省は、2017年から「保育所等において医療的ケア児の受入を可能とするための体制を整備し、医療的ケア児の地域生活支援の向上を図る」を目的に、保育所への看護師配置や医療的ケア児の保育を行う保育士等の配置を補助する「医療的ケア児保育支援モデル事業」を開始した。このモデル事業は2021年から「医療的ケア児保育支援事業」として一般事業化された。

2020年度厚生労働省の「保育所等における医療的ケア児の受入れ状況」を見ると大都市圏での受け入れがほとんどである。また、医療的ケア児の受け入れに当たってのガイドラインやマニュアルを作成しているのは医療的ケア児のいる市町村区では32.5%であった。

2022年の厚生労働省「保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドラインについて」（医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議資料）によると、医療的ケア児の受け入れ施設数は2020年度526カ所、

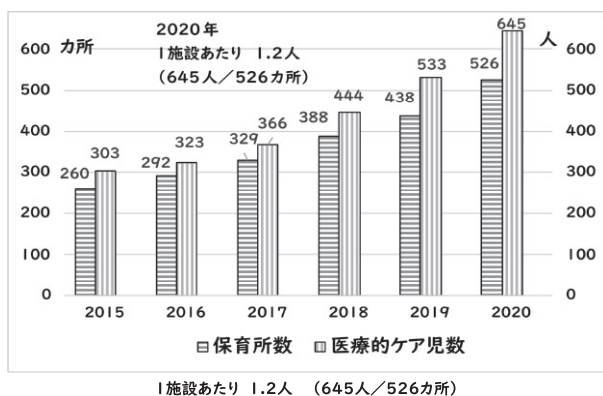


図2 医療的ケア児の受け入れ状況の推移

(令和4年9月30日：令和4年度医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議 厚生労働省子ども家庭局保育課「保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドラインについて」より作成)

児童数は645人であり、受け入れ1施設あたり1.2人が在籍していることがわかる(図2)。現状では取り組みに地域間格差が見られるが、医療的ケア児支援法により医療的ケア児支援が自治体の責務になったことで、「医療的ケア児保育支援事業」を活用して、医療的ケア児を受け入れる保育所に補助を出し、受け入れ可能な保育所を自治体のホームページ等で明示するようになってきた。

Ⅲ. 学校教育への影響

1. 医療的ケア児の学校受け入れ

学校教育における医療的ケアの課題は、1988年に東京都教育委員会が、痰の吸引や経管栄養を医行為(=医療行為)とした上で、これらの行為を必要とする児童生徒の就学は「原則として訪問教育」または「保護者付き添いによる通学」と就学基準にしたことから顕在化した。

一方、日本における障害児の教育をさかのぼると、養護学校義務制(1979年)が始まる前年の就学猶予・免除者数は約1万人で、養護学校義務制が始まると2,500人程に急減した。また、同年に開始した訪問教育の在籍児童生徒は、7,500人ほどで、徐々にその人数は減っていき、高等部訪問教育の試行が始まる1997年に微増した。この後、医療的ケア児の人数が急増していくが、訪問教育の児童生徒は一貫して緩やかに減少している。これは学校への看護師配置等が進み、医療的ケア児を訪問教育ではなく、通学籍として受け入れるようになったからだと考えられる(図3)。

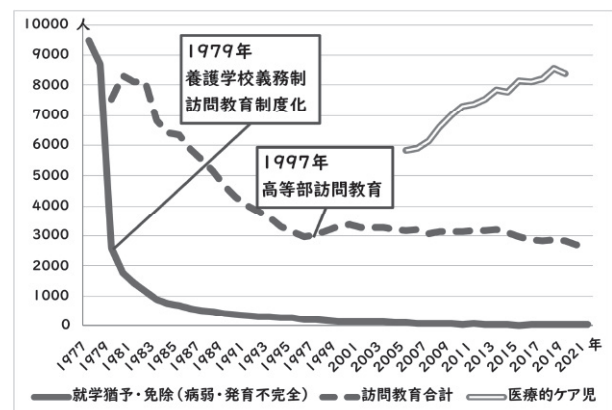


図3 就学猶予・免除者と訪問教育在籍者及び医療的ケア児の推移

(文部科学省「学校基本調査」「学校における医療的ケアに関する実態調査」より作成)

2. 通常学校等に在籍する医療的ケア児の割合の増加

日本政府は、2014年に国連「障害者の権利に関する条約」を批准した。文部科学省は、条約批准のための国内法の整備の一環として学校教育法施行令の一部改正を行い、2013年9月から障害のある児童生徒の就学先決定の手続きを変更した(図4)。従来は、就学基準(学校教育法施行令第22条の3)に該当する障害児は原則として全て特別支援学校に入学としていたものを、「本人・保護者の意見を最大限尊重する」とした。文部科学省は、就学基準に該当する児童の就学先を調査している。2019年の就学先は特別支援学校8,003人、地域の小学校2,835人というように全体の4分の1が地域の小学校に入学している(文部科学省「令和元年度 特別支援教育に関する調査結果について」)。

こうした流れから、医療的ケア児の就学も地域の幼稚園、小・中・高等学校(以下、通常学校等)に在籍する児童生徒が増えてきている。また全体の人数が増える中、通常学校等に在籍する児童生徒の比率が高まっていることがわかる(図5)。ただし、児童生徒の必要な医療的ケアの内容が異なる点に注意が必要である。すなわち特別支援学校に在籍する医療的ケア児には、吸引や経管栄養が必要な児童生徒が多く、重症心身障害児が中心と思われる。一方、通常学校等に在籍する医療的ケア児は、導尿やインスリンの注射が必要な児童生徒が多く、二分脊椎症や1型糖尿病の子どもが中心と思われる。

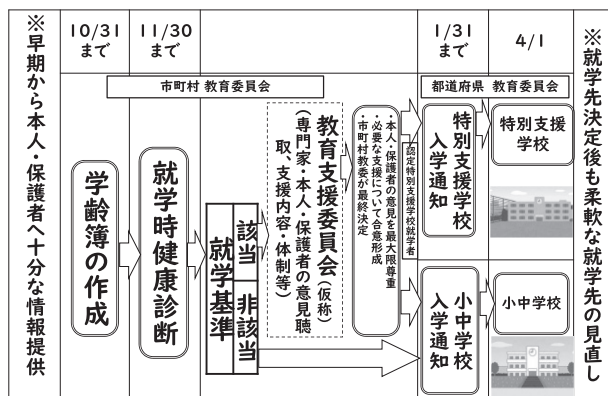


図4 障害のある児童生徒の就学先決定について(手続きの流れ)【学校教育法施行令改正後(2013年9月1日からの就学手続)(文部科学省作成を改変)

年	特別支援学校	幼、小・中・高
2015年	8143	839
2016年	8116	766
2017年	8218	858
2018年	8567	1126
2019年	8392	1453
2020年	2020年は新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、学校の負担軽減の観点から調査を実施していない。	
2021年	8485	1783
2022年	8361	2130

(文部科学省「令和4年度 学校における医療的ケアに関する実態調査」より作成)

図5 特別支援学校、幼稚園、小・中・高等学校における医療的ケアに関する推移

園、小・中・高等学校(以下、通常学校等)に在籍する児童生徒が増えてきている。また全体の人数が増える中、通常学校等に在籍する児童生徒の比率が高まっていることがわかる(図5)。ただし、児童生徒の必要な医療的ケアの内容が異なる点に注意が必要である。すなわち特別支援学校に在籍する医療的ケア児には、吸引や経管栄養が必要な児童生徒が多く、重症心身障害児が中心と思われる。一方、通常学校等に在籍する医療的ケア児は、導尿やインスリンの注射が必要な児童生徒が多く、二分脊椎症や1型糖尿病の子どもが中心と思われる。

3. 学校への保護者付き添い課題

1988年に東京都教育委員会が見解を発表したのは、「原則として訪問教育」または「保護者付き添いによる通学」である。前述のように学校への看護師配置が進み、訪問教育ではなく学校への通学が認められるようになったが、保護者付き添いの課題は残っている。

文部科学省は、特別支援学校に加えて、通常学校等に在籍する医療的ケア児の人数や保護者付き添い状況などを調査している(図6)。文部科学省「学校における医療的ケアの実施に関する検討会議の中間まとめについて(通知)」(2018年6月20日)では、「保護者の付き添いの協力は真に必要な場合に限る」とされた、それにとともに保護者付添人数は、2016年の826人から2018年には460人になり、以後、漸減している。それに対して、通常学校等の付添は漸増している。

なお、保護者等の付き添いの主な理由は、特別支援

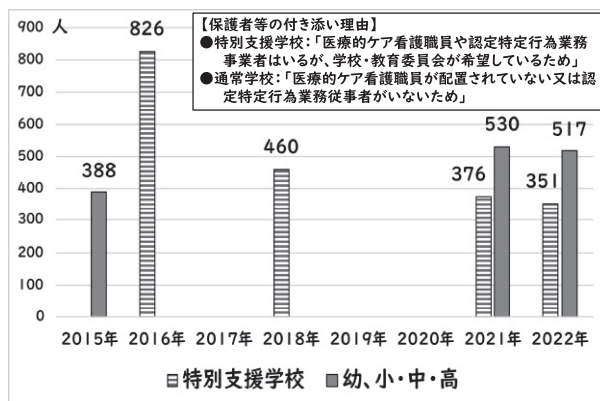


図6 学校生活で保護者等が医療的ケアを行うために付添いを行っている医療的ケア児の数(文部科学省「学校における医療的ケアに関する実態調査」より作成)

学校の場合「医療的ケア看護職員や認定特定行為業務事業者はいるが、学校・教育委員会が希望しているため」、通常学校等では「医療的ケア看護職員が配置されていない又は認定特定行為業務従事者がいないため」である。

医療的ケア児支援法第10条第2項は、「学校の設置者は、その設置する学校に在籍する医療的ケア児が保護者の付添いがなくても適切な医療的ケアその他の支援を受けられるようにするため、看護師等の配置その他の必要な措置を講ずるものとする」としている。特別支援学校では、保護者に付添いを求める理由を明確にするとともに、それを解消する努力が必要であり、通常学校等では、医療的ケアに対応できる職員の配置を行い、保護者付添いを解消していくことが求められる。

4. 特別支援学校の課題

医療的ケアは元々、呼吸を整え、快適な状態で授業に参加できるように学校で対応が始まったものである。しかし最近、特別支援学校では、一般状態が安定していなかったり、頻繁なケアが必要だったりする児童生徒の在籍が見られ、「学校生活が医療的ケアに追われている」と教員の訴えが聞かれるようになった。

これは、自宅で行われているケアの内容や方法を学校生活にあわせるプロセスが機能していないためだと考える。学校では、授業の時間にしっかり参加できるように、ケアの方法や時間帯の調整などを丁寧に行う必要がある。調整しないまま、各家庭のケア・スケジュールをそのまま学校に導入すると、授業から児童生徒がバラバラと抜けてケアを受ける「ケアを主体とした学校生活」となる。学校は、子どもたちの成長発達を促す教育機関であることを改めて確認しておきたい。

IV. 医療的ケア児の支援において大切にしたい視点

2005年刊行の「み～んなそろって 学校へ行きたい!」で紹介した当事者2名が成人となり、2021年にトークイベントを開催し、当時の保育所や学校の生活を振り返ってもらった。「気管切開部の吸引は、学校のど

こでおこなっていたか?」という筆者の質問に対して、一人は「自分は吸引を隠す必要も無いと思っていても、先生たちからパーティションの裏に隠れて吸引するように言われた」、もう一人は「私は、吸引はプライベートなことなのでパーティションで隠れて行いたい」と発言した。喀痰吸引する場所について二人の考えに違いはあるが、このやりとりの中で明らかになったのは、「大人だけで決めるのでは無く、自分たちの意見も聞いて欲しかった」という点である。

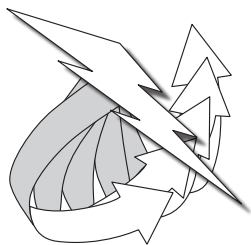
在宅医療や医療的ケアは、病院という特殊な場で行われていた医療を、家庭で行えるように医療機器を小型化したり、ケアの手技を簡便化したりと日常生活の中で行うケアに移行する中で発展してきた。学校で医療的ケア行う場所も、安全や衛生的でプライバシーが守られる環境が望ましいが、専用室での対応など隔離的な対応は通常の場合は不要である。また、ケアの必要な児童生徒だけを集めたり、特別の場所でのみケアを提供したりするのは、ケアを提供する大人側の管理・効率を優先した対応の場合がほとんどである。経管栄養の児童生徒を集めた「注入部屋」は、その代表的な対応と言える。

子どもの権利条約第12条には、こどもの意見表明権が示されている。障害者権利条約は、「私たちのことを私たち抜きで決めないで (Nothing about us without us)」を合言葉に世界中の障害当事者が参加して作成された。2023年4月1日には、こども基本法が施行された。子どもが意見や考えを表明できるようにサポートする子どもアドボカシーが、医療的ケアに関する支援場面でも重視される必要がある。

■参考文献

- 1) 井上夕香：み～んなそろって学校へ行きたい。晶文社、東京、2005。
- 2) 下川和洋：気管切開をした幼児の保育園入園に関する訴訟とその意義。障害者問題研究, 35 (2) : 68-74, 2007。
- 3) 松本嘉一：医療的ケア断章—私史的観点から。大阪養護教育と医療研究会編著。医療的ケア あゆみといま、そして未来へ。pp74-85、クリエイツかもがわ、京都、2006。

第28回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム1



医療的ケア児支援法が施行され2年、子どもたちの生活は？ ～すべての子どもたちの未来のために～ 家族がとらえた生活の変化と未来への期待

Changes in Lives and Expectations for the Future as Seen by Families of Children with Medical Complexity

宮副 和歩

日本在宅ケア学会誌, 27(2):20-26(2024)

I. はじめに

私には2人の子どもがいる。重症心身障害児として生まれた次男は、2歳半で重症の気管・気管支軟化症と診断されたことから、気管切開をして24時間人工呼吸器を装着することになり、長期入院を経て、3歳からいわゆる「医療的ケア児」としての在宅生活が始まった。

それから7年、次男は特別支援学校の小学部5年生になった。この間、2016年には児童福祉法改正により「医療的ケア児」という文言が初めて法律に記載された他、2021年には「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」（以下、医療的ケア児支援法）が成立・施行される等、医療的ケア児と家族を取り巻く制度上の環境は大きく変化してきた。

しかし、医療的ケア児支援法施行から2年が経過した今も、医療的ケア児を育てている個々の家族は、いまだ重い介護負担に疲れ、悩み、不安と闘っている。

本稿では、まず医療的ケア児の母としての私自身の経験を記すことで、医療的ケア児と家族が置かれてきた生活の一例を示すとともに、地域で広げてきた活動を紹介したい。その上で、現在私が代表を務めている全国医療的ケアライン（以下、アイライン）について、設立経緯や活動の概要を説明していく。更に、活動の中で見えてきた医療的ケア児支援法施行後の課題の変化と、それらに基づいて考えた今後の支援に対する要望や地域への期

待について述べることで、当事者の思いを広く知っていただき、今後行われる法改正に向けての幅広い議論に繋がることを願う。

II. 医療的ケア児の母として

1. 医療的ケア児となった次男との生活

重症心身障害児として生まれ、3歳で人工呼吸器を装着して医療的ケア児となった次男は、それまで半年に1度は風邪を拗らせて入院していた生活から一変し、2度目の在宅生活が始まって以降7年間、一度も体調不良での入院はなく元気に過ごしている。学校が大好きで、先生方やお友達とのコミュニケーションと、何より毎日の給食の時間が楽しみなようだ。

しかし、健康に過ごせるようになったことに比し、その生活を支える家族の負担は重いと云わざるを得ない。在宅生活開始当初から、重症心身障害児の母として、日々のオムツ換えや体位交換、定期的な病院受診やリハビリを行う療育センターへの通院といったことに加え、医療的ケア児の母として、当初1日7回の胃ろうからの栄養や水分の注入、数十回に及ぶ気管カニューレや口鼻腔からの吸引、人工呼吸器のアラームが鳴れば夜中であろうと原因を探り、人工呼吸器の回路内に溜まった水を叩き落としたり、気管切開部からの空気の漏れが大きくなっていないか確認し、気管カニューレを固定するためのバンドの位置を直したりと、常に次男の体調と向き合う必要があった。

家族の心身の負担軽減のためにも訪問看護や訪問介護を積極的に利用したかったが、24時間人工呼吸器を使用している医療保険制度での訪問看護は1日2時間までしか利用できず、障害福祉の居宅サービスも月に44時間までという支給量であった。地域には、医療的ケア児を単独で受け入れてくれる児童発達支援事業所はなく、結果、1日20時間以上のケア労働が私の仕事となった。それに加えて長男の育児と家事全般を引き受けなくてはならない。父親との分担ももちろん試行錯誤していったが、家計のことを考えれば、収入を得るために仕事を中心に担ってもらえない状況である。次男の通院等で複数介助が必要な場面や、長男の通う保育園の行事参加等、最低限の分担だけで父親の有給休暇もあつという間に無くなってしまふ。夫婦2人では、健常児と24時間人工呼吸器を使用する寝たきりの医療的ケア児という2人の子ども達の“命と健康”を守っていくことだけで精一杯であった。次男の就学後、3年生になって親の付き添いが生活を送れるようになるまで、長男については習い事に通わせてあげることも出来ず、親子の時間をゆっくり取れるのは、数か月に一度、次男をショートステイに預かってもらう数日間のみという時期を過ごした。医療的ケアや障害児としての介助が必要な次男だけでなく、家族皆それぞれに自由がきかず、社会との接点を広げたくても広げられなくなっていた状況であったと言えるだろう。

2. 家族の声を届けるための地域活動

不思議なもので、大変な日々の生活も、いつの間にか少し慣れてきてしまふ。通院先の病院や療育先での出会いを通じて同じ境遇の友人が出来るようになると、更に気持ちに少し余裕も生まれてくる。それでも、もし私達が経験してきた生活や課題について行政に知ってもらわなければ、これから生まれてくる子ども達や家族も、私達と同じような生活を送らなくてはいけなくなる。あんな育児を若いママ達に経験させたくない。子ども達にも健全な社会生活を送らせてあげたい。

居住する地域では、当時は地域の行政や議員が全く“医療的ケア児”という言葉も知らない状況であり、まずは何より、その存在と課題について知ってもらう必要性を感じていた。また、周囲をみまわすと、地域で同じ病気や障害の仲間と出会えても、医療的ケアのない子

も達も多くいる中では、悩みを共有できないと感じる家族が少なくないようであった。

2017年、地域の仲間に声をかけ、医療的ケア児の会を設立した。十数名と人数は多くはなかったが、狭間にいる家族の受け皿になり、地域との接点になることを目指した。議員の方々に向けた勉強会を開催する等、丁寧に医療的ケア児の存在や課題等を伝えていくことで、レスパイト事業の実施や、公立の保育園での受入れの実現等に繋げることができた。

更に、2019年には、当時同じようにそれぞれの居住地域で活動していた親が集まり、東京都医療的ケア児者親の会を設立した。都立の特別支援学校では、医療的ケアの中でも、特に人工呼吸器を使用している子ども達の就学環境が整っておらず、通学バスに乗ることができない等課題が多く残っていた。また、災害等に向けた電源対策については、区市町村だけではなく都の単位でしっかり取り組んでほしい、といった要望があり、定期的なミーティングを行いながら、当事者と家族の声を東京都に伝えていく活動を行ってきた。

こうした経験は、2022年3月に設立したアイラインの活動でもいかされている。

Ⅲ. 全国医療的ケアライン（アイライン）について

1. 設立に至る経緯

2021年9月に医療的ケア児支援法が施行されると、医療的ケア児者の家族には「これで世の中が変わるかもしれない」と前向きな意見が一気に広がった。子ども達や家族の日々の困難さが改善されていくことへの希望を持つことができたと言ってよいだろう。

一方で、これまで通り世の中の流れを見ているだけでは、取り組みに熱心な地域の環境が良くなるのみで、全国での地域間格差は広がってしまうのではとの懸念が多く挙がっていた。世の中の流れに身を任せているだけでは、変わらない地域もあるのかもしれない。変わるとしても本当に私達が望む変化になるとは限らない。こうして、自らの地域で会を築き理解を広げる活動をする事、更に、他県の仲間たちと繋がりを持ち助け合いながら、国にも直接声を伝えていく必要があるとの考えが広がったことが、2022年3月のアイラインの設立に繋がった。

2. 会の概要

アイラインでは、活動の主体は各都道府県につくられた医療的ケア児者と家族、支援者を繋ぐ家族会だと位置づけている。地方分権が進み、福祉や教育の施策についても、国ではなく各都道府県や市区町村が主体となって行われる。そのため、例えば国がどんなに手厚い補助金事業を始めたとしても、各自治体がそれらを活用し事業を実施しなければ、私達の日々の生活が変わることはない。だからこそ、私達はそれぞれが暮らす地域の課題を把握するとともに、地域の関係者に対して伝え、ともに考える関係性を築いていくことが大切になる。

アイラインは、家族会同士の情報交換や関係作りを補助し、各都道府県での経験やノウハウを共有できる環境を提供していく役割を担うことで、各家族会が自ら学び地域に伝える力を高め、それぞれにとってのよりよい地域づくりに繋がることを目指している。

2022年3月の設立時に1,475名であった活動メンバーは、半年後の2022年9月に全国フォーラムを開催した時点で2,595名、更に第2回を行った2023年11月時点では、3,607名と、多くの方々の参加をいただけるようになった。内訳は、医療的ケアや病気や障害のある当事者992名、その家族1,768名、支援者847名となっている。

IV. 当事者からみた課題の変化

1. アイライン設立当時の課題感

～支援法施行から約半年～

アイラインでは、設立から間もない5月に、内部アンケートを実施した。各家族会の窓口者に対し、家族会内でよく話題になることは何か、27項目の中から最大3項目まで選んでもらう内容である（未就学期5項目、学齢期4項目、卒業後4項目、在宅14項目、回答39都府県）。その結果、一番多かった回答は「親の就労や所用、休息のための医療的ケア児者のレスパイト施設不足」（19件）であった（表1）。

当時の医療的ケア児と家族に係る主な課題は、退院時／未就学期／学齢期／卒業後のどの年齢期においても、日中の居場所や宿泊を伴う短期入所施設等で「受入れ先がないこと」や「受入れ先で親の付き添いが求められる」ということであった。

設立から約半年後、医療的ケア児支援法施行からはちょうど1年となる2022年9月18日に、初めての全国フォーラムを開催した。第1部では、このアンケートの結果も踏まえ、未就学期／学齢期／卒業後のそれぞれの時期を過ごしている医療的ケア児者の親が登壇し、経験と課題について伝えた。

更に、開催後は、個々の当事者や家族が、より率直に

表1 各都道府県家族会での関心事（最大3項目まで回答可） (n=114)

	回答数
1 【在宅】 親の就労や所用、休息のための医療的ケア児者のレスパイト施設不足	19
2 【学齢期】 通学先での自主送迎	15
3 【卒業後】 通所・就労先での受入れ	12
4 【学齢期】 通学先での保護者付添い	11
5 【在宅】 災害時の電源確保	9
6 【在宅】 医療的ケアを担ってくれる看護師や介護者の不足	6
7 【未就学】 児の日中の居場所	6
8 【未就学】 入園先での受入れ	6
9 【在宅】 親無き後の医療的ケア児者の生活	5
10 【学齢期】 就学先での受入れ	3
11 【在宅】 親の入院等、緊急時の短期入所施設不足	3
12 【在宅】 きょうだい児についての課題	2
13 【在宅】 災害時の避難生活	2
14 【在宅】 在宅でのケアや介助の方法	2
15 【卒業後】 通所・就労先での自主送迎	2

意見交換ができる場をつくろうと、オンラインサークルと称しSNSやZoom等を利用した活動を開始した。当初は、「学校」「防災」「短期入所」「フリートーク」の4サークルから始まり、現在では6つのサークルが、各サークルリーダーの下、日々活発なやり取りを行っている。

2. アイライン設立1年半後の課題感

～支援法施行から約2年～

それから更に1年が経ち、医療的ケア児支援法施行から2年が経過した現在では、保育園や学校、障害福祉サービスの事業所での受入れが進んできた実感する声が届いている。一方で、変化を実感できないという声や、新たに別の課題も挙げられるようになってきた。以下、本年度実施したアンケートや日々の活動の中から見えてきた課題について示していく。

1) アンケートより

アイラインでは2023年7月に改めて全国アンケートを実施した。質問項目は、オンラインサークルでの活動を踏まえ、「学校」「短期入所」「防災」に関連したもので構成されている。結果については2023年度末までに公表できるよう準備を進めている段階であるが、その結果からは、施行から2年を経て、医療的ケア児と家族の課題が変化してきていることが伺えた。

アンケートの自由回答では、以下の分類に当てはまる意見が多くみられた。

- 地域間格差の拡大
- 受入れ先への移動の問題
- 年代により受入れ先が変わることでの移行の問題
- 学校や施設で、十分なケアをしてもらえない

例えば、受入れ先への移動の問題については、選択式回答の結果からもみることができる。学齢期の医療的ケア児をもつ親に、「入学に際し、入学時点で希望する学

級（特別支援学校通学籍・訪問籍，特別支援級，普通級）であったか」と尋ねたところ、「いいえ」と答えたのは11.5%であり、9割近くが希望通りの選択をすることが出来ていた。

一方で、通学手段として最もよく使用しているのは「自家用車（70.8%）」であり、親の役割とされている場合がまだまだ多い現状がみとれる。「通学支援に関してあなたが必要だと感じることをお選びください」という質問でも、「親の付添いを必要としないスクールバス、医療的ケア児専用通学車両の整備」を求める声が一番多い結果であった（表2）。

自家用車での送迎は、親が運転出来ればよいというものではない。送迎中に子どもの顔色等を観察しながら、アラーム等への対応もしなくてはならず、吸引等のケアが必要と判断した場合には車を安全な場所に停車し実施しなくてはならない。自宅での日々のケアで心身ともに疲れが溜まっている親が少なくない中、1人で子どもの体調を見極めながら運転をすることは、事故を起こす危険性も高まってしまう。アンケートでの「自家用車で学校への送迎中に、交通事故に遭いそうになった経験はありますか」という問いに対し、「交通事故になりそうでヒヤリとしたことがある」という回答は4割を超え、数としては少ないが、「対物の交通事故を経験した」「対人の交通事故を経験した」という回答もあった（表3）。

希望する学校に受入れてもらえても、安全な通学環境が整わず、教育の機会が十分に保障されていない子ども達がいること、親は、何とか子どもを学校に行かせてあげたいという思いで、危険性を感じながら送迎しているという現実を、広く皆さんに知っていただきたい。

2) 在宅生活における課題

また、自宅外での受入れ先が増える一方で、生活の基盤である自宅でのケアは、親の役割であり続けている。

表2 通学支援に関するニーズ（複数回答可） (n=208)

	回答数
1 親の付添いを必要としないスクールバス，医療的ケア児専用通学車両の整備	177
2 親以外の同乗者の確保	87
3 福祉タクシー利用料金補助	85
4 その他	19
5 必要だと感じることはない	13

表3 送迎中での交通事故経験（複数回答可） (n=126)

	回答数
1 交通事故になりそうでヒヤリとしたことがある	53
2 対物の交通事故を経験した	8
3 対人の交通事故を経験した	1
4 その他	8
5 交通事故に遭いそうになった経験はない	59

障害と医療的ケアとの兼合いから常に目が離せない子どもを育てている親は、自宅にいる時間のすべてを子どもの見守りやケアに費やし、自らの健康管理が難しいだけでなく、他のきょうだい児とかかわる時間を確保することが難しい。

医療的ケアのある障害児を育てている親は、医療的ケアのない障害児を育てている親よりも、自宅での長時間ヘルパーの利用ニーズが高いことが分かっている¹⁾。

医療的ケアのある障害児を育てている親が、医療的ケアのない障害児を育てている親に比べニーズに有意に差があった項目は、「自身の負担軽減、休息時間の確保」や「きょうだいの対応の時間の確保」であった。また、自宅でヘルパーを長時間利用するという点について、「イメージがわからない、分からない」との回答は、医療的ケアのある障害児を持つ親の場合は3%。つまり、97%の医療的ケア児の親は、長時間の利用ができるならば、こういったことに利用したいという具体的な要望が浮かぶ状態にあるという結果が出ている（表4）。

医療的ケア児には、気管切開に伴う気管カニューレの装着や、経管栄養のための胃ろう用チューブ等、身体の外側にデバイスが突出した状態で過ごす必要がある子ども達がいる。それらを当事者自らが管理できるだけの心身の発達が進むまでは、安全に保護した状態を保ち続けるための目が常に必要な状況となり、家庭内では親がその役目を担うことになる。医療的ケア児の親は、子どもに必要なケアの実施者としてだけでなく、子どもに装着されたデバイスが安全な状態にあるか常に見守り続ける必要があることが、長時間のヘルパー利用のニーズの高さに繋がっていると考えられる。

子どもの安定した成長発達は、ともに暮らす家族全体の生活基盤が整ってこそ成り立つものである。支援を検討するにあたっては、24時間気を抜けない生活をしている親の休憩や、きょうだい児が親と関われる時間を持つことも踏まえた体制をつくることが求められている。

尚、令和3年4月より、乳幼児期（特に0歳から2歳）の医療的ケア児が障害福祉サービス等を利用する場合には、医療的ケアスコアを活用した支給決定ができるようになっており、その旨を明確化する通知改正等が行われている²⁾。日常的に医療的ケアを必要としていることを示すことで、障害者手帳を取得していなくても居宅介護や児童発達支援事業等の利用が相談できるようになっているので、家族皆にとって長期的に継続し得る在宅生活にしていくためにも、選択肢の1つとして、利用を積極的に検討してみていただきたい。

また、全ての子ども達は、各々の自立に向かい成長発達をしていく存在であり、在宅生活は家の中で過ごせればいいというわけではない。児童発達支援の利用や、保育園／幼稚園等～学校に通う時間は、同じ世代の友達との集団生活を通して学び、刺激を与えあい成長していく機会として不可欠であり、そうした場で過ごす時間もきちんと“在宅生活に含まれる一場面”として保障されるべきと考える。

以上のことから、医療的ケア児と家族の生活において最優先の課題は、以下の2つに整理される。

- 保育や教育（幼児教育～義務教育～生涯教育）が保障されていない状況が続いている
- 日常生活の最も基本となる“居宅での生活”について、支援環境が改善されていない

表4 医療的ケアの有無別 自宅での長時間ヘルパー利用ニーズ

令和2年度 障害者総合福祉推進事業

「ヘルパーによる長時間の介助が必要とされている障害児等に対する支援の在り方に関する調査研究報告書」より、一部抜粋・加工

	ご自身の負担軽減、休息時間の確保 (①日常的な身体ケアへの対応)	ご自身の負担軽減、休息時間の確保 (②日常的な医療的ケアへの対応)	きょうだいの対応の時間の確保	就労する時間の確保	現時点で、自宅でヘルパーを長時間利用するイメージがわからない/分からない
合計 (n=688)	34.3%	15.1%	37.1%	42.7%	11.2%
医療的ケア 必要 (n=92)	55.4%	56.5%	55.4%	55.4%	3.3%
医療的ケア 必要ではない (n=596)	31.0%	8.7%	34.2%	40.8%	12.4%

いずれも、積極的に行政が柔軟に支援を行っている地域とそうでない地域との差が大きいことが課題である。

V. これからの家族支援

今夏、来年度の障害福祉サービス等報酬改定に向けた団体ヒアリングが行われ、私達アラインも当事者団体の1つとして意見を伝える機会をいただいた。そこで提案した内容の一部を紹介することで、これからの支援のあり方について更なる議論に繋がることを願う。

1. 「見守り」を基礎とした3層支援

ヒアリングでは、居宅での生活基盤づくりの必要性を『安全な日常生活を送る上での「見守り」を基礎とした3層支援整備』として伝えた。3層とは、第1層：自宅での見守り／第2層：必要な療育や教育を受ける上での見守り／第3層：入院中の見守りである(図1)。

医療的ケア児者の生活を支えるためには、第1層：何よりもまずは自宅での生活がしっかりとサポートを受けながら成り立つことが重要と考える。先述の通り、在宅生活において、医療的ケア児を育てている親からのヘルパーの長時間利用に対するニーズは高い。しかし、居宅介護の支援項目としては、高齢者の訪問介護で認められているような見守り支援が認められていない。医療的ケア児は、ケア実施の場面以外でも安全確保のための見守りが必要な存在と認め、居宅介護と同様に、身体介護項目として安全見守りを項目化することが必要と考える。尚、現在でも18歳以上(児童相談所が認める場合には15歳以上)からは、重度訪問介護を利用することでヘルパーによる見守りを受けることができる。重度訪問介護の対象年齢を引き下げる案も検討されるべき一案と考

える。

その上で、第2層に示した療育や教育等、当事者の成長発達を支えるための施策として、通園／通学／通所の支援検討が必要である。

切れ目のない支援を考える場合に、基本的には年齢によって変化する制度や利用サービスにおいて支援が途切れてしまうことや、引継ぎの問題と捉えることが多い。しかし、切れ目は日常の中でも容易に起きる。移動の困難さから受けたいサービスが受けられない状況は、子ども達の成長発達の機会を逃すことである。適した時期を逃さないためにも、早急に策を取るべきと考える。

更に、第3層、医療に常に支えていただきながら暮らすという医療的ケア児者の特徴を踏まえた入院中の支援が挙げられる。医療的ケア児者は体調を崩しやすいだけでなく、定期検査が必要な場合もあり、入院の機会が多くなりがちである。入院中は、体調面や精神的な負担から本人がストレスを感じやすい状況になり、胃ろうのチューブを引っ張って抜いてしまう等、危険な行動を取ってしまうこともある。入院中は普段以上に本人のコミュニケーション支援が必要、かつ安全確保のための見守りが必要な場面と考え、重度訪問介護で認められているコミュニケーション支援としての付添いを、自己管理が難しい医療的ケア児者にも広げていただきたい。

こうした一連の支援が0歳のときから寿命を迎えるまで、3層の支援となって切れ目なく支える仕組みが整ってこそ、初めて医療的ケア児者が自らの自立に向かって安全に成長発達していけると考える。

2. 地域への期待

家族会の代表として、様々な地域の行政の担当者や議員の方々とお会いする機会も増えてきたが、その際「医

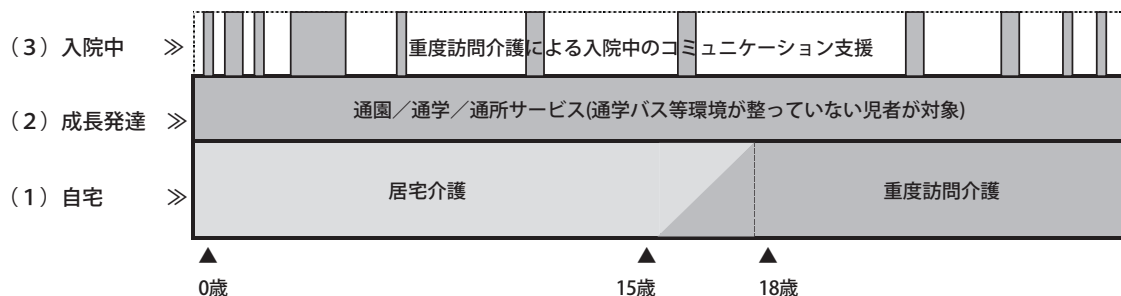


図1 安全な日常生活を送る上での「見守り」を基礎とした3層支援イメージ

療的ケア児の問題に取り組みたいのだけれど、何から手をつけたらよいのか分からない」という声を伺うことも多い。医療的ケア児について熱心に学び、知ろうとしてくださったが故に、幅広い様態の医療的ケア児が持つ多種多様な問題にどう取り組んだらよいのかと、悩ましい思いで質問して下さる方々がほとんどである。

そういった際には「仕組みを考えるよりも先に、是非、地域のご家族に直接会って、お話を聞いてみてください」とお願いするようにしている。

医療的ケア児という存在が10年で2倍に増え、2万人を越えたのは事実であり、とてもセンセーショナルなことに聞こえるが、実際には19歳未満の子ども全体の人口約1,900万人³⁾の0.1%に過ぎない。

様々な様態の医療的ケア児全員を支援するにはどうしたらいいかと考えると、多種多様な問題に取り組みなくてはならないように感じるが、人口の多い都市部は別にして、実際にその地域に暮らす医療的ケア児は「自分の町に数人いるかどうか」といった状況の地域が少なくないはずである。それであれば、対象者が少ないからこそ、まずは目の前にいる当事者や家族がどんな暮らしを望み、それが実現できているのか否か、課題があるならそれは何か、どう解決していけるのかを、当事者や家族も一緒に考えていくところから取り組みを始めてほしいと願っている。

更に、当事者にとっての最善を考えていく際には、出来るだけ本人が選択できる環境を整えていくことにも意識を向けていただきたい。それが、今年4月に公布された子ども基本法や、設置された子ども家庭庁のスローガン「こどもまんなか」にも通じるものであり、本人の自立に向けてもとても大切な経験になる。

VI. おわりに

～医療的ケア児支援法の改正に向けて～

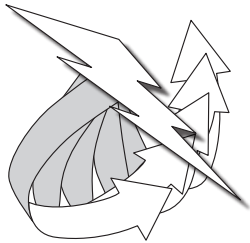
医療的ケア児支援法は、当事者本人だけでなく、家族支援について記された画期的な法律である。だからこそ、施行後3年で行われる法改正に向けては、家族の立場からは敢えて、まずは当事者である医療的ケア児者がきちんと中心に据えられているかどうかを確認するプロセスを大切にしたいと考えている。医療的ケア児者の中には、しっかりと自分自身の意思を言語で伝えられる人から、表現にサポートが必要な人、伝える手段が見出せておらず周りから分かりづらい人等、様々な人がいる。どんな障害や医療的ケアが必要であっても、そのきょうだいも含め、子ども達が皆、住み慣れた地域で必要な支援を受けながら、それぞれの人生を自ら考え歩いていける社会をめざしたい。親も日々の生活を支えていただきながら、子ども達の成長を家族という立場で守り育む存在として、未来への新たな希望をつくる議論に加わっていききたい。

私達は、福祉、教育、医療と、多くの方々に関わっていただきながら暮らしている。当事者や家族の声を大切にさせていただきながら、多職種での幅広い視点からの議論が行われることを願っている。

■引用文献

- 1) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(令和2年度 障害者総合福祉推進事業)：ヘルパーによる長時間の介助が必要とされている障害児等に対する支援の在り方に関する調査研究報告書, p57 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000798624.pdf>, 2023. 12. 15).
- 2) 厚生労働省：医療的ケア児等とその家族に対する支援施策 8医療的ケア児の障害福祉サービスの利用について(2) 医療的ケア児の支給決定の円滑化について (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/service/index_00004.html, 2023. 12. 15).
- 3) 統計局：人口推計(令和5年6月確定値, 令和5年11月概算値) (<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202311.pdf>, 2023. 12. 15).

第28回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム1



医療的ケア児支援法が施行され2年、子どもたちの生活は？
～すべての子どもたちの未来のために～

医療的ケア児等支援センターが担う「インタラクティブ・アプローチ」の課題と未来への期待

Future Challenge and Hope as a Support Center of Children with Medical Complexity: Interactive Approach

英 早苗

日本在宅ケア学会誌, 27(2):27-34(2024)

I. はじめに

医療的ケア児とは、日常生活を営むために、医療を要する状態にある児の事を指す。新生児医療技術の向上により、多くの命を救うことができるようになった。その

結果、生きるために医療を必要とする児が増えており、医療的ケア児の数は全国で約2万人（推計）といわれている（図1）。児の状態は、高度な技術を要するもの、医療的ケアの頻度が少ないもの、医療的ケアの手技の自立が促せるもの、医療的なケアはないが、進行していく

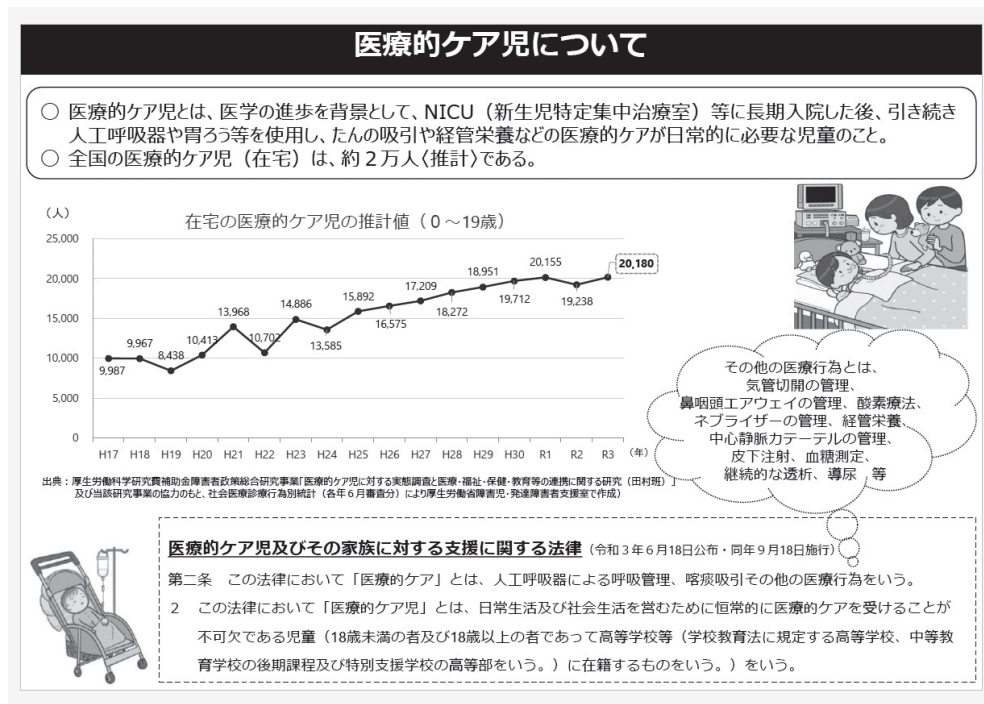


図1 厚生労働省 医療的ケア児について¹⁾

ために常に観察が必要なもの、先天的なもの、成長途中で医療が必要になったもの等、多様である。医療機器などの開発が促進され、高度な医療技術を必要とする児に、地域で暮らすという選択肢が広がった。

医療的ケアは、治療の場である医療機関では、24時間専門職が支えている。しかし、生活の場である在宅では、主に保護者が医療的ケアの担い手となり、児の命を守り抜くという使命感から、緊張の日々が続くことになる。

医療的ケア児等支援センターが設置されたことで、医療的ケア児や家族、支援者が発する声が、センターに寄せられるようになった。その声に応えて、医療的ケア児等コーディネーターが、医療的ケア児に関わる各分野の専門職や地域の様々な立場の人をつなぎ、双方が働きかけ合う関係性となるようコーディネートしている。このような活動は、医療的ケア児に関わる社会資源の開発に繋がっている。また、上記の活動に加えて、当事者・支援者の声を地域の障害者自立支援協議会などの協議の場に届けて地域の課題を共有し、地域基盤整備の施策に繋ぐ、といった役割も明確になってきた。

今回は「子どもの成長待ったなし！どんな小さな声も置き去りにしない」というスローガンのもとに、地域という身近な単位で、連携を重視した総合的な支援の環境

を整える香川県医療的ケア児等支援センター「ソダテル」を紹介する。

II. 全国的な動き

平成28年に成立した児童福祉法の改正案で、国や地方自治体が医療的ケア児への支援の「努力義務」を負うことになった。その後、令和3年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」(以下、医療的ケア児支援法)で、医療的ケア児という用語が法律で定義され、医療的ケア児とその家族に対する支援が国・地方公共団体の「責務」となった。地方自治体は、保育所や学校などでの医療的ケア児受け入れに向けて支援体制を拡充していくことや、都道府県ごとに「医療的ケア児支援センター」を設置することが義務付けられた。医療的ケア児支援法の施行以前は、医療的ケア児が活用できる制度や社会資源の地域格差がみられたが、医療的ケア児支援法によって、医療的ケア児支援体制整備が地方自治体の責務になったことで、どこの地域に住んでも適切な支援が受けられるようになることが期待される(図2)。

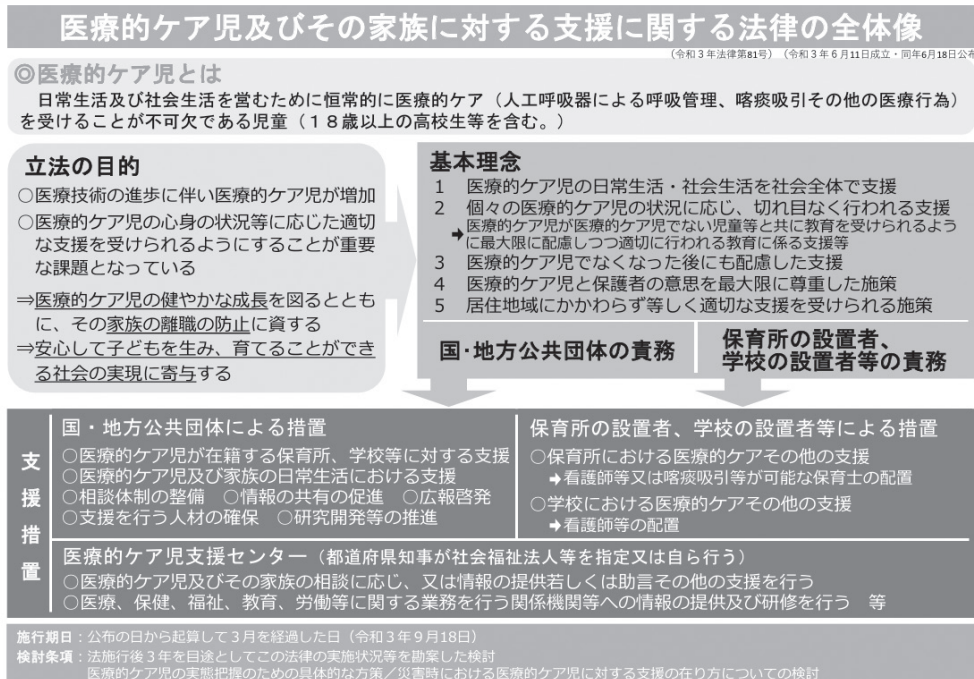


図2 厚生労働省 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の全体像²⁾

Ⅲ. 香川県における医療的ケア児等支援体制整備のための下地づくり

1. 地域の核となる人材育成

はじめは、2016年6月3日に交付された「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」のなかで、医療的ケア児が必要な支援を円滑に受けることができるよう、保健、医療、福祉等の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行う体制整備に関する努力義務が規定された。この改正で医療的ケア児支援についても、障害福祉計画の策定や協議の場の設置が盛り込まれている。

香川県では、2018年度に障害福祉計画の策定を行い、協議の場の設置や実態調査を実施した。同時に、地域の核となる人材育成のために、各市町から推薦された医療的ケア児支援体制強化のための人材（行政担当者や相談支援専門員など）が地域支援のステップアップを学び、各圏域の地域診断を行い、地域支援のシステムの構築を目指して動き出した。

対話を繰り返して、アイデアを出し合った仲間が、各地域で実践していることは、互いに励みになり、孤立することなくモチベーションを維持しながら、地域の社会資源開発、支援者の養成等、中心的に関わっていきける環境が整った。

2. 香川県医療的ケア児等支援センター「ソダテル」設置

令和3年9月に医療的ケア児支援法が施行されたが、それに先駆けて香川県も、令和3年度の重点的な施策として「医療的ケア児等に対する支援対策事業」を打ち出した。これまで、地域診断、協議の場の設置等の下地づくりが進んでいたこともあり、医療的ケア児支援法の法律施行前の、令和3年4月に香川県医療的ケア児等支援センター「ソダテル」（以下「ソダテル」）が、全国に先駆けて設置された。

「ソダテル」は、3つの活動の柱を持っている。

- 1) 医療的ケア児、家族、支援者が、どの窓口にも相談しても、安心して相談を受け入れられる連携システムの構築
- 2) 多職種、他機関の人材を育成、繋がるための研修会の実施

- 3) 地域という身近な単位で社会資源の開発、総合的な環境整備で地域力強化を図る

「ソダテル」はこれまで、県内各市町に出向いて、医療・福祉・教育・保健・子育て支援等に協力を呼び掛け、ネットワークを構築してきた。その結果、各分野で尊重し合える関係性が広がりはじめている。医療的ケア児の理解者、支援者を医ケア Friends と考え、医ケア Friends を県内に増やしていくための講演会や交流会、研修会の企画・運営を行っている。また、合同会議の場を設定して、教育、子育て、医療、保健等の行政の各分野間の横の繋がりを築ききっかけ作りを実施している。

Ⅳ. 当事者の声

1. 「ソダテル」設置前の地域診断の場に寄せられた家族の声「あきらめる」

すべての児にとって家庭は、大切な安全基地である必要がある。生まれただの命は、家庭の内ですらないと自分の力だけでは生きていけない。しかし通常であれば、児が成長するにつれて、3歳・6歳など入園・入学の節目で、家族は外の社会を体験させるために、そっと児の背中を押して見守る。

対して、高度な医療的ケアが必要な児の子育ての場合、命を守ることが最優先であり、自宅と病院以外の居場所を選択することをためらい、家族だけで抱えていることが多かった。家族自身の成長過程で体験したことがない事態に、戸惑い悩み孤立していくという課題があった。家族が選択肢のない行き詰まり感を、壁と感じながら子育てしている。この壁は、個人の努力や一つの分野だけの解決は難しい。「周囲の理解が得られず、この子を育てられるのは私だけ、子どもと離れられない」「だから、（入園などを）あきらめる」という選択をしていた。結果として子どもは、様々な機能を高めるための体験が不足した状態で歳を重ねるといことが起きていた。

この課題を解決するためには、早期に実態を把握して、適切な時期に支援者が専門的に介入して地域社会への選択肢を広げていく必要がある。安全基地である家庭からライフステージに合わせて、徐々に外の社会を知る機会、様々な出会いの繰り返しを体験しながら成長していく環境や支援体制の強化をすることが求められていた。

2. センター設置後「ソダテル」へ届いた声

「私は、今、土砂降りの雨の中にいます」

センター設置後、相談支援業務などを通して、更に多くの当事者の声が明らかになってきた。

「気管切開術という痛い思いをして、苦しい吸引を一日に100回以上もする時がある。そんな我が子を見てみると、のどに開いた穴をこの手で塞いだら…もう楽にしてあげたいといけなことを考えてしまう」

家族の看護を24時間継続する緊張、苦しうに呼吸する我が子の見守り、先の見えない不安の訴えであった。

「弟は、てんかん発作を頻回に起こして、大量の痰に溺れそうになる。母は付きっきり、3歳の兄は、キックボードを買ってもらった、乗って出かけたくて仕方がない。弟の発作対応している時に、ふと気づくと部屋に兄が見当たらない。一人で家を出たことのない兄、もしかしてと思い慌てて家を飛び出し探した。国道の脇に一人でうずくまっている兄を確保し、ほっとした瞬間、家で弟が痰で溺れて黒くなっているかも知れないと怖くなった。兄と弟の命を天秤にかけてしまった。辛い」

医療的ケアのある弟の命を守ることに必死の毎日、兄の成長に気が付く余裕がなかった。家事、育児、看護、日常をこなすことに精いっぱい、成長に目を向けてそれを楽しむことができない、苦しい訴えであった。

「一人で登下校が難しいこの子は、親の送迎が必須です。車中でも痰の吸引や医療デバイスの管理が必要、主治医からは、母一人の送迎は危険なので許可できないと言われていました。親の私が、送迎を頑張れないから学校に行けない。私は親の義務が果たせてない。義務教育だからという言葉が重い」

仕事を持つ母親にとって、仕事と子育ての両立は、どこの家庭も大変な時期がある。常に誰かの見守りが必要で医療的ケアを要する児を持つ親は、学校での学びを継続させること一つ取っても、その重圧は計り知れないものがある。そしてこれは、単一機関だけのサポートで取り除けるようなものではない。

「(色々とうまくいかなくて) 支援者の皆さんや家族を責めてしまう時、いつも最後は、きちんと生んであげられなかった私が一番悪い、というところに返ってくるのが怖いから、もう誰にも何も言いません」

当事者の声は、このようにして閉ざされる事もある。

特別な配慮が必要な子育ての悩みは、どの言葉もマン

パワー不足からきている。「ソダテル」は、「ソダテル」へ届けられるこのような声を、個人の課題から地域の課題としてとらえて、関係者と対話して得た気づきを出しあって、アイデアを実践へと繋ぎ、実践の結果を共有できる仲間を少しずつ増やしている。更に、このような事例からの発展を、各協議の場へ届け、可視化された地域課題を各分野で共通認識することに繋げている。

「ソダテル」が設置されて3年となる。医療的ケア児等コーディネーターとして様々な児や家族と関わる中で、「私は、今、土砂降りの雨の中にいます」と言う家族がいた。「止まない雨なんてないよ」と他支援者に声かけされた彼らに、その言葉は不十分であった。「止まない雨がいないことなんか知っています。でも、今、私は土砂降りの雨に打たれているのです」止まない雨がいないことはみんな知っている。だが、彼らがこんな時に欲しかった言葉は、「一緒に子育てしましょう」という傘だったのだと気づかせてくれた。

3. きょうだい児の声

「両親が自分のことを想ってくれていないとは思わない、けど寂しかった。今もやっぱり寂しくないとは言えない」(26歳兄)

「一緒に出掛けたら、弟をジロジロ見られるのが嫌だ。弟がかわいそうだ。そうだ！もっとみんなに弟のことを知ってもらったらいいんだ」(11歳兄)

「どうして僕だけ、にいにいに会えないの？僕も会いたいのに、心配」(入院中の兄の面会 7歳弟)

医療的ケアに疲弊し、病状に一喜一憂する両親の姿を、とても近いところで見ながら育った医療的ケア児のきょうだい児にとって、医療機器が自宅にあって、母親が頑張っているこの環境は普通のことであった。しかし、周囲の目や言動から、両親にとって、医療的ケア児であるきょうだいの看護・介護は大変なのだを知る。子育てに大変なことが多いのは、どこの家庭も同じだが、日常的に医療的ケアが必要な子どもの子育ては、専門的な関わりなしでは成り立たない。医療的ケア児だけでなく、きょうだい児に対しても専門的な関わりが必要だと実感している。きょうだい児が通う保育所や学校の職員も、背景を知ってサポートしていくことが重要である。年少期から様々な感情をコントロールしながら育つきょうだい児に対しては、カウンセリングなど専門職の関わりや居場

所づくり（児童クラブなど）等の環境が必要な時がある。

V. 医療的ケア児の保育園入園の事例を通して（図3）

1. 高松市医療的ケア児支援事業の開始

2020年4月に、高松市医療的ケア児支援事業が開始された。

保育施設等の利用を希望する、集団保育が可能な医療的ケア児に対して、高松市が委託した訪問看護ステーションの訪問看護師を保育施設等に派遣し、必要な医療的ケアを行い、児童福祉の向上を図ることを目的とした事業である。委託先の医療的ケア児支援者（医療的ケア児等コーディネーター）が中心となり、保育施設等の教育・保育内容を考慮しながら、主治医の指示書に基づいた「医療的ケア実施計画書」を作成し、訪問看護師が、計画書に基づいた医療的ケアを行う³⁾。

医療的ケア児支援事業のねらい

- 1) 安心・安全の教育・保育環境の確保
- 2) 付添い頻度の減少による保護者の負担軽減
- 3) 医療的ケア児の自立促進

医療的ケア児の保育園入園の流れとしては、まず保護

者が市役所に医療的ケアの申請とともに入園の申し込みを行い、主治医の意見書を基に医療的ケア運営協議会で安全な受け入れに向けて協議を行う。この協議の結果、児の受け入れが決まったら、医療的ケア児等コーディネーターが主治医、保育施設、看護師、保護者らと複数回カンファレンスを開催し、互いに合意形成を図る。入園後も、状態の変化や行事に合わせてカンファレンスを適宜開催する。また、医療的ケア運営協議会は、ガイドラインの見直しや、保育・教育現場にアンケート調査などを行い、医療的ケア児がより良い環境で保育教育が受けられるように、体制整備を継続していく。

2. 事例を通して

ここで、実際の保育園入園事例を紹介する。

2歳で入園し、入園当時の状態は気管切開（吸入・吸引）、経鼻経管栄養であり歩行困難であった。現在5歳であり年長組となっている。状態としては気管切開（吸入・吸引）、歩行可能となり、小学校入学に向けて準備中の児である。

1) 医療的ケア児を受け入れたことがなかった地域の保育園

医療的ケアを受け入れたことがなかった保育園は、医

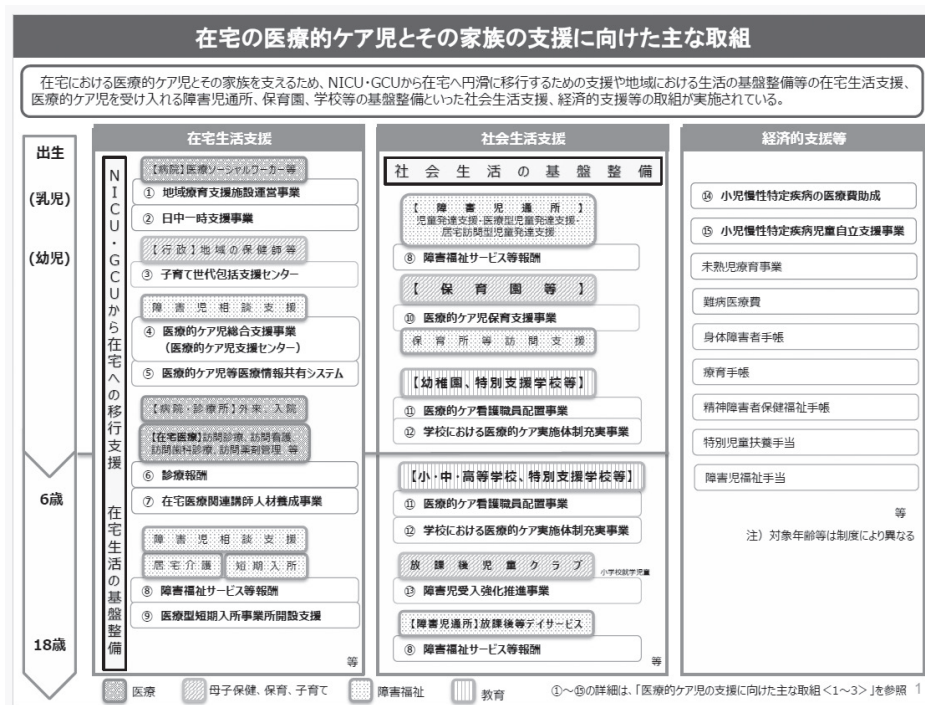


図3 子ども家庭庁：在宅の医療的ケア児とその家族の支援に向けた主な取組⁴⁾

療的ケア児に関する知識や、必要な設備、医療従事者、安心して保育できるだけの人員、環境整備等が不足している状況であった。そこで、医療的ケア児等コーディネーターが中心となり、様々な取り組みを行った。医療的ケア児が自己肯定感を高められる関わりや、環境整備に関する勉強会の実施を通して、「保育園で行う医療的ケアは、(気管切開児の場合)100回上手に吸引したら、のどに開いた穴が閉じられます、といったような治療ではない。保育園生活を豊かにするために、児の状態に合わせて適切な医療的ケアを良いタイミングで実施することで体を整えるという意味がある」ことを伝えた。それに加えて、特別な備品等の環境整備や看護師のコーディネートを行い、保育士が本来の保育に専念できる環境づくりを行った。医療的ケア児の受け入れは、こういった取り組みを通して、関係者間できちんと合意形成を図り、個人個人の負担を軽減することで可能となる。

2) 実際に関わった保育士の声

上記の取り組みを行う中で、実際には保育士も様々な戸惑いがあった。

「どのような形で保育を進めていくのか疑問」「十分な知識があるわけではないので不安」「命に関わるようなこと、特別な保育が必要なのではと考えてしまう」「通常以上のことを求められるのであれば難しい」等と戸惑いの声があった。

しかし、実際に本児が保育園に通い始めると、「声は出ないが、体を揺すったり、手を叩いたりして音楽を楽しむ姿は、他の子どもと同じだと思った」「笑顔が印象的で元気いっぱい遊ぶ医療的ケア児に、同じ年齢の子どもと一緒に過ごす体験をさせてあげたいと思った」「自然にクラスに溶け込み、周りの子ども特別視している感じはなかった」「ただ一緒に過ごせるだけでありがたい、という母の声を聴いて、何とか受け入れ態勢を整えて、伴走していきたいと思った」と、他の児と同じように受け入れ、自然と保育について考える発言が見られだした。

他にも、実際に保育に関わって、「十分な知識が無いので、正直怖いけれど、他の職員と協力して、保育を楽しみたいという気持ちも湧いてきた。保育に関わりながら考えていきたいと思います」「周りの子どもたちも彼女が大好きで、保育士が何も言わなくても、優しく接してくれたことに驚いた」「医療的ケアは看護師さんがしてくれるので、保育士として特別な役割は無く、他の子

どもと同様に保育しているので負担が大きいということはない、これまで医療的な安全面で何も問題が起こってないので、そのように感じているのかも知れない。初心を忘れず、常に緊張感をもち、配慮していかなければ」と、実際に関わってはじめて分かる気づきを得ていた。

3) 連携における難しさへの対応

ー医療的ケア児等コーディネーターとしてー

実際に医療的ケア児を受け入れる中で、以下のような連携の難しさも明らかとなった。

保護者との連携においては、児のちょっとした体調変化など、母親にとっては普通のことでも、受け入れ側からすると不安なことが挙げられた。また、看護師との連携においては、保育士と看護師で気心が知れるまで時間を要したり、それぞれで欲しい情報が違い、うまく情報共有ができないことがあるなどがあった。今後の課題としては、保育園の職員全員が医療的ケア児のことを理解することや、緊急時の対応、何かあったときに問い合わせができる情報共有ツールの工夫などが挙げられた。

それを受けて、医療的ケア児等コーディネーターは、学期末に行われる通常懇談のあとで、医療的ケアに関する懇談を開催した。これは保育士、看護師、保護者、医療的ケア児等コーディネーターが参加するもので、情報の共有などを改めて行うものである。また、看護師と保育士が児の状態変化や行事に合わせて行うカンファレンスの場に、主治医や理学療法士や行政担当者が必要に応じて参加してもらうようコーディネートを行っている。更に医療連携に関しては、かがわ医療情報ネットワーク「K-MIX R」の活用により、タイムリーな情報共有ができるように環境を整えた。このように医療的ケア児等コーディネーターが関わることで、多職種間での医療的ケア児の保育に関して合意形成がスムーズに図られるようになった。

児は卒園が近づいてきているが、関わっている保育士は「出会った時は歩けなかったが、目に見えるスピードで成長し、ひとりで歩いたり、階段を上がれるようになったりと、周りの子どもの刺激を受けてどんどん成長していく彼女を頼もしく思う。同年代の子どもたちの中で当たり前で過ごすことの大切さをあらためて感じるとともに、育ちあう子どもたちを誇らしく思う」と語っていた。



図4 事例より、元気いっぱい成長する様子

4) インクルーシブな環境で医療的ケア児が育つということ

地域の保育園は、医療的ケア児もそうでない児も通っている。それまでは、児を理解している家族等の中で過ごしていた児にとって、多様な存在がいるということを知る場となる。多様な他者とコミュニケーションをとる必要のある環境は、医療的ケア児がやがて社会で生活していくために自立する第一歩となる。

本児は、気管切開により声が出せないため、ジュースチャージャーや友達に触れて意思を伝えていた。しかし、距離が近いことを友達に指摘されて、地団駄を踏んで怒ったことがあった。このような体験を繰り返して、児は人との距離感を学んでいく。医療的ケア児にとって、自分の疾患や医療的ケアに起因する「友達との違い」は今後も継続していく。小学校入学が控えているが、年齢と共に変化する周りのメンバーに対して、自分のことを語る言葉やコミュニケーション能力を高めるために十分な時間を持つ場所が保育園である。医療的ケアがあるために壁を感じることはこれからも起こるかもしれないが、インクルーシブな環境でそのコミュニケーション能力を培い、多様な人々と関係を築くことは、児にとって重要な意味を持つ。

児童福祉法の改正や医療的ケア児支援法の施行などを受けて、医療的ケア児の受け入れ先については拡充しつつある。しかし、各関係者が合意形成できていないままの受け入れや、医療的ケア児への理解が不十分なままの

保育は、子どもにとって安全な保育の場所にはならず、適切な学びや成長に繋がらないおそれがある。今後、小学校に就学前後の担当者間の情報共有は不可欠であり、法律や制度の垣根によって情報が遮断され、人の動きが止まってしまうないように、個人の努力や一つ分野だけに頼ることなく、関係者が有機的に繋がるための「インタラクティブ・アプローチ」が重要となってくるだろう(図4)。

VI. まとめ

子ども家庭庁が発足して、こどもまんなかの施策が展開されている。子どもの施策に関わる内閣府、厚生労働省、文部科学省など多省庁の協働が期待されている。都道府県の医療的ケア児支援センターへ期待されていることも、地域という小さな単位で、こどもまんなかに考えて、保護者やきょうだい児、祖父母を含めた家族支援を行うことである。医療的ケア児自身が、多様な選択肢の中から、自分に合った生活を自身で選択できるように地域の環境を整備し、いずれ自ら生活をコーディネートしていけるように、ガイドとしての役割を担っていくことが、医療的ケア児等コーディネーターに期待されていることであると考えられる。

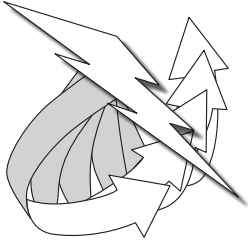
医療的ケアを必要とする子どもたちは、医療的ケアに関わってくれる人が必要である。発症年齢に関係なく、すべての子どもは、ライフステージに合わせて、様々な

出会いと別れを繰り返して成長していく。そのためには、まず周囲に医療的ケア児の理解者やファンを増やすことである。医療的ケア児が家族以外の人と関わるきっかけは、専門職の職業的な関わりかも知れないが、やがて地域の多種多様な人々との出会いを経験していく。子どもたちは与えられた環境の中で育つが、その環境を整えるのは大人である。子供たちが成長して振り返った時に、そこには道しるべとなった信頼できる大人がいた、たった一人で生きてきたわけでない気が付く。私たちも、そのように信頼される大人でありたいと願う。

■引用文献

- 1) 厚生労働省：医療的ケア児について (<https://www.mhlw.go.jp/content/000981371.pdf>, 2023. 12. 20).
- 2) 厚生労働省：「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」について (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000794739.pdf>, 2023. 12. 20).
- 3) 高松市公式ホームページ：もっと高松 こども保育教育課：医療的ケアを必要とする児童の受け入れ (https://www.city.takamatsu.kagawa.jp/smph/kurashi/kosodate/youchien_hoiku/kodomoen/ikea-jigyou.html, 2023. 12. 20).
- 4) こども家庭庁：在宅の医療的ケア児とその家族の支援に向けた主な取組 (https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/7612b45c-aad3-4503-9026-12d01277b181/b5352b10/20230401_policies_shougaijishien_03.pdf, 2023. 12. 20).

第28回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム2

まちの元気をプロデュースするお寺の可能性
大規模災害に備えた寺社の避難所としての活用

Utilization of Temples and Shrines as Shelters for Large-Scale Disasters

稲場 圭信

日本在宅ケア学会誌, 27(2):35-41 (2024)

I. はじめに

近年、自然災害が頻発する状況に宗教者が対応している。東日本大震災の際に、宗教団体は迅速に現地へ先遣隊を送り、支援活動を行った。被災地では100以上の寺社等宗教施設が避難所となった¹⁾。平成28年熊本地震や平成30年7月豪雨（西日本豪雨災害）では、社会福祉協議会（以下、社協）が設置する災害ボランティアセンターの運営を宗教団体がサポートしたり、寺社等宗教施設の敷地内に社会福祉協議会の災害ボランティアセンターが設置されたり、宗教者と行政および社会福祉協議会が仮設住宅の運営や炊き出しなどで協働することもあった。

宗教には社会の苦難に寄り添い、善き方向に変えていくという働きがある。内容は、災害時救援活動、発展途上国支援活動、平和運動、環境への取り組み、地域での奉仕活動、医療・福祉活動、教育・文化振興など非常に多岐にわたる。とりわけ宗教施設における防災の取り組みは広がりを見せている。宗教と防災になぜ関係性があるのか。この盲点となっているつながりに、共に生きていく共生社会を構築していくひとつの土台があると筆者は考えている。

社会の分断化、人間関係の希薄化、事実を偽って自己の利益のみを考える社会の風潮、拝金主義、このような社会に不安を抱いている人も多い。果たして、支え合う利他的な社会、共生社会を構築することは可能なのか。本稿では、特に2020年から3年間のコロナ禍において、

災害時対応における寺社の地域連携がどのように進捗したのか、各地の事例をもとに報告する。

II. 防災と宗教

無縁社会を未曾有の大災害が襲った。2011年3月11日、東日本で発生した巨大地震、そして続く津波により多くの命が犠牲となった。続く福島第一原子力発電所事故で、当たり前としていたものが消え去った。安全神話が崩れた。そして、目に見えない放射線を恐れる私たちは目に見えない祈りや心のつながりの重要性にも気がついた。7割以上が無宗教を自認する日本人の多くが犠牲者の冥福と被災者の安穩、そして被災地の復興を祈った。自分ではない他の人のために祈ったのである。

日本には自覚的に「自分は宗教者だ、宗教を信じている」という人は少ない。しかし、その一方で、無自覚ではあるけれども、漠然とした、自分を越えたものとの「つながりの感覚」や、先祖、神仏に対する「感謝の念」、世間に対する「おかげ様の念」を多くの日本人が抱いている。この「無自覚に漠然と抱く自己を越えたものとのつながりの感覚と、先祖、神仏、世間に対して持つおかげ様の念」を筆者は「無自覚の宗教性」と名付けた²⁾。無自覚の宗教性にある「つながりの感覚」や「おかげ様の念」が、大災害をはじめ、いざというときに、困っている人、苦しんでいる人のために自分も何かできないかという思いを生じさせると考えられる。

東日本大震災では、寺社教会などの宗教施設にも住民が多数避難した。祈りの場として人々の心に安寧を与えた。地方では寺社が地域の集いの場として機能している

ところもあり、災害時の避難所として関心がもたれている。また、都市部でも帰宅困難者対策として、宗教施設が一時避難所として行政から指定されるケースが増えている。

2015年3月16日、第3回国連防災世界会議においてパブリック・フォーラム「防災と宗教」シンポジウムが仙台市で開催された。「防災と宗教」シンポジウムは、災害時における宗教者・宗教団体の取り組みを検証し、今後の災害対応における課題について話し合うことを目的として開催され、宗教者による防災の取り組み、災害時の緊急対応、復旧・復興期の役割、行政との連携、社会との開かれた関係の構築などをうたった「防災と宗教」提言文が採択された。

その「防災と宗教」シンポジウムを主催した世界宗教者平和会議（WCRP）日本委員会、宗教者災害支援連絡会、宮城県宗教法人連絡協議会の3団体の連携で「防災と宗教」行動指針・策定委員会を組織した。筆者も委員の一人として参画した。「防災と宗教」提言文をもとに、宗教者が自らの使命の一つとして「防災」を位置づけるとともに、生命を守る取り組みにおいて連携する一般の市民団体、行政、さまざまな社会的セクターにむけて発信していく「防災と宗教」クレド（行動指針）を策定した。その「防災と宗教」クレド（行動指針）は、以下の5つからなる。

「防災と宗教」クレド（行動指針）

1. 災害について学ぶ

宗教者・宗教施設は、防災減災について共に学べる場を提供します。

2. 災害に備える

宗教者・宗教施設は、災害時に向けて共に生きるための備えをします。

3. 災害時に支える

宗教者・宗教施設は、災害時に分け隔てなく共に命を支え合います。

4. 災害復興に歩む

宗教者・宗教施設は、共に身も心も災害復興に歩みます。

5. 連携の輪を広げる

宗教者・宗教施設は、民間機関・行政と共に連携の輪を広げます。

（2016年3月11日「防災と宗教」行動指針・策定委員会）

以下の補足説明は、具体的な行動や事例を示し、行動指針の意図を理解して頂くものだ。

1. 災害について学ぶ

宗教者・宗教施設は、防災減災について共に学べる場を提供します。

たとえば、地元の自然災害についての伝承の場を設けたり、防災意識を高める研修会を開催したりします。

2. 災害に備える

宗教者・宗教施設は、災害時に向けて共に生きるための備えをします。

たとえば、宗教施設に非常用備蓄品を保管し、地域の特徴と施設の条件に基づいた防災訓練などの取り組みを行います。

3. 災害時に支える

宗教者・宗教施設は、災害時に分け隔てなく共に命を支え合います。

たとえば、被災者のために、宗教施設を避難所や救援活動の拠点として可能な限り開放するとともに、炊き出し、物資の仕分け、瓦礫撤去、寄り添いなどの救援・支援活動を地域の人たちと共に行います。

4. 災害復興に歩む

宗教者・宗教施設は、共に身も心も災害復興に歩みます。

たとえば、宗教者は、被災者の信教の自由を尊重しつつ、寄り添い、傾聴、見守りなど、精神面のサポートを継続します。支援者あるいは被災者の一人として、自らの身心の健康にも留意しながら、自分たちができる範囲で取り組みます。

5. 連携の輪を広げる

宗教者・宗教施設は、民間機関・行政と共に連携の輪を広げます。

たとえば、宗教界、地域の学校、町内会、社会福祉協議会、NPOなどの民間機関、そして行政とも連携し、対応をします。

東日本大震災後、多くの宗教者、宗教組織が、防災意識を高める研修会を開催したり、避難所運営のワークショップを開催したりしてきた。宗教者自らが、防災士の資格取得に取り組んだり、防災ワークショップを自主企画したりしている。また、宗教施設の敷地内には災害記念碑が建立されていたり、古文書などに災害の記録が残されていたりしている。地域の災害を伝承していくことにも留意したい。

Ⅲ. 自治体と宗教施設の災害時協力

東日本大震災では100カ所ほどの宗教施設が緊急避難所となった。その後の熊本地震や西日本豪雨災害でも宗教施設が避難所となった。そこで、自治体と宗教施設の災害時協力に関して実態を把握するために、全国の自治体1,741に対して2019年11月時点の状況について回答を依頼したところ、1,123自治体から回答があった³⁾。宗教施設と災害協定を締結している自治体は121で、指定避難(場)所は661宗教施設であった。協定は締結していないが協力関係がある自治体は208で、指定避難(場)所は1,404宗教施設であった。協定締結と協力関係を合わせると、災害時における自治体と宗教施設の連携は自治体数で329、宗教施設数で2065にのぼることがわかった。

近年の災害時に宗教施設・団体と連携した経験があると回答した自治体は109であった。連携の内容としては、3日以内の一時的な避難所を回答した自治体が83(76.1%)、中長期の収容避難所を回答した自治体が27(24.8%)、救援・支援活動の受け入れを回答した自治体が11(10.1%)であった(複数回答有)。宗教施設・団体との今後の連携については、約3割の自治体が「より積極的に連携したい」と回答した。

本調査で、自治体と宗教施設・団体の災害時協力の動きが広がっていることがわかった。寺社は建物が古いところも多く、耐震を心配される声も聴く。実際に、熊本地震やさまざまな災害によって宗教施設が倒壊しているというのも事実だ。一方で、行政が指定した体育館や小

学校も地震や水害で被災し、避難所として活用できないということも頻発している。

大災害が発生し、自分の家が大変な状況になった、あるいは帰宅困難者になったという時に、残っている建物があれば、寺であろうと、神社であろうと、人はそこに避難する。宗教施設側は避難所になる可能性があるということ想定して備えをしていく必要がある。

寺院が災害時に危険なところ、ハザードマップにある浸水被害や土砂災害が想定されるような地域にある場合には、まず住職や宮司など寺社等宗教施設の管理者が率先避難をするということも大切な災害時協力だ。住職や宮司が檀家や氏子、地域の人たちに「この豪雨で警報がでている。ここも危ないから、これから避難する。皆さんも避難してください」と声をかけながら安全な場所にある小学校等の指定避難所に避難をする。その率先避難行動が地域の人たちの命を守ることになる。

全国の指定避難所約7万9千カ所の約3割が風水害による浸水想定区域に立地している。この危険な実態が、2022年1月、内閣府の発表により明らかになった。国は、やむを得ず浸水区域内に避難所を指定している自治体に対して安全確認等の対策の徹底を求めたが、浸水区域外に新たな避難所を確保することが急務だ。そして、そのような災害対応における施設の活用では宗教施設も含まれる。

地域住民の声をもとに、自治体が寺社等に協力要請、緊急避難場所や避難所に指定しているところもある。たとえば以下のような声だ^{注2)}。

「足腰が弱っているので、災害時に遠くの避難所、小学校まで逃げるのは無理。近くにある神社の境内に避難する。」

「低い土地、川の近くを通過して小学校まで逃げるのは怖い。高台にあるお寺に逃げる。」「昔から地震の時には広い境内のある神社に避難している。」

2020年は新型コロナウイルス感染症拡大防止の取り組みのさなか、9月上旬に台風10号が近づいた九州・山口の8県では、開設された避難所計5132カ所のうち383カ所で収容人数を超える避難者が集まった(朝日新聞:2020年9月23日)。全国で避難所が不足しているという実態がある。その対応として、自治体が寺社教会などの宗教施設と災害時協定を結ぶという動きが加速化してい

る（下記の一覧）。

近年の自治体と宗教施設の災害時協力協定

- 2020年7月17日 長野市と市内7寺院
- 2020年8月19日 高知市と市内北部地域にある寺社
- 2020年8月20日 愛知県瀬戸市と市内14寺院
- 2020年9月9日 長崎県佐世保市と佐世保仏教連合会
- 2021年3月17日 愛知県岡崎市と岡崎市仏教会
- 2021年11月25日 島根県と島根県仏教会
- 2021年12月9日 島根県安来市と安来市仏教会
- 2022年1月25～28日 京都市上京区と4寺院2神社
- 2022年6月20日 横浜市と横浜市仏教会
- 2023年6月22日 愛知県小牧市と小牧市仏教会
- 2023年10月11日 京都府亀岡市と亀岡市仏教会

2022年5月18日には、増上寺慈雲閣にて公益財団法人日本宗教連盟「第六回宗教法人の公益性に関するセミナー」「防災・減災、災害時の地域協力 社寺教会施設の活用を考える」が開催され、ビデオメッセージで二之湯智防災担当大臣（当時）と小池百合子東京都知事が、宗教施設を災害時活用することと行政が連携することの重要性を述べた。2023年7月現在、自治体と何らかの災害時協力関係がある宗教施設は4,400を超える^{註1}。

IV. 社会福祉協議会と宗教者の災害時協力

平成28年熊本地震の支援において宗教者と社協のさまざまな連携が見られた。熊本市東区にある宗教法人真如苑の熊本支部は緊急避難所となり、駐車場には災害ボランティアセンターが開設され、社協職員とともに真如苑救援ボランティア（SeRV：サーブ）がセンターを運営した。天理教災害救援ひのきしん隊は、益城町の災害ボランティアセンターに関わり、ニーズ調査をもとにした家の片づけなど支援活動を展開した。九州キリスト災害支援センターは、行政や社協と連携し、仮設住宅の運営にもあたった。仮設住宅で宗教者が行う炊き出しやカフェに、社協職員が一緒になって取り組む事例も西日本豪雨から頻繁にある。

このような宗教者と社協の災害時連携の実態を知るために、全国の社協1,826に対して、2020年1月に回答を依頼したところ、794社協から回答があった⁴⁾。回答が

あった社協のうち、これまでに災害が発生し、災害ボランティアセンターを開設したり、災害対応をしたりしたことがあるのは321社協で全体の約4割を占めている。その321社協のうち、災害ボランティアセンターや災害対応で、宗教団体のボランティアや支援を受け入れたのは134社協、4割にのぼる。

社協が受け入れた宗教団体の上位をあげると、天理教、真如苑、曹洞宗、末日聖徒イエス・キリスト教会、浄土真宗、創価学会、立正佼成会、カトリックとなっている。その内容は人的支援が最も多く、次いで義援金・支援金の寄付であった。宗教団体の活動や支援の8割を「満足」と社協は評価している。

前述の調査で、ボランティアや支援を受け入れた理由については、特に断る理由がないが全体の3分の2を占めており、次いで平常時からの協力関係であった。宗教者の支援活動と平常時からの連携に対する高い評価は次のような社協の回答からわかる。

- 平常時から毎年寄付金のご協力をいただいている。災害が発生した時に一番早くご協力を申し出ていただいた。団体でのボランティア活動はとても協力的で大いに活躍していただいた。
- 平時から寄付をいただいている。継続的なボランティアバスにより活動に協力いただいた。
- 随時電話や来所により関係づくりができています。現場での活動も他のボランティアとの関わりもスムーズに行ってくれた。
- 連絡系統が確立されており、全員にオリエンテーションをしなくても、リーダーに伝えることで団体の中で情報を正確にシェアし、活動にあたっており、センターの迅速なマッチングにつながった。
- 地域に寄り添った支援をいただき、大変感謝している。宗教者が、平常時から社協や自治体の社会福祉課、防災課と連携している地域は災害時に連携の力を発揮している。さまざまな社会的アクターが連携した地域ぐるみの日ごろからの取り組みが、いざという時に地域住民の助かりにつながる。地域包括ケアといった言葉を出さずとも、これこそが地域福祉である。

V. 宗教団体の社会的役割

宗教には社会の苦難に寄り添い、善き方向に変えてい

くという働きもある。内容は、災害時救援活動、発展途上国支援活動、平和運動、環境への取り組み、地域での奉仕活動、医療・福祉活動、教育・文化振興など非常に多岐にわたる。そのような宗教の社会貢献に関する研究が21世紀に入ってから盛んになった。筆者は、宗教の社会貢献を「宗教者、宗教団体、あるいは宗教と関連する文化や思想などが、社会のさまざまな領域における問題の解決に寄与したり、人々の生活の質の維持・向上に寄与したりすること」と定義した⁵⁾。

地域で人々を支える地道な活動や人材育成も社会貢献である。大学や企業も人材育成をひとつの社会貢献ととらえているのに宗教の場合には別というのはおかしな話である。人材育成、地道な宗教活動による救済や地域社会づくりが社会貢献と言えないような日本の状況こそが問題ではなからうか。宗教者は、陰徳として善行を行い、それを社会に伝えることをよしとしてこなかった。しかし今は、個人にも組織にも説明責任が求められる。教団といえども、信者に加えて社会に対して、何を指すのかを社会のニーズも把握しながら伝えていく責任がある。

『世論調査：日本人の宗教団体への関与・認知・評価の20年』（庭野平和財団、2019）によると、宗教団体の社会的役割の評価についての複数回答の第一位が「地域社会の交流や安定に貢献している」33.6%であり、「災害時の救援やボランティア活動など社会的に貢献している」も約2割と高い。また、公益財団法人全日本仏教会と大和証券が2021年に行った調査では、「お寺が取り組むべきと考えられる社会貢献活動」として、「災害時の避難場所」との回答が約6割もあった（『仏教に関する実態把握調査』全日本仏教会、2021）。

内閣府は、2020年4月、「避難所における新型コロナウイルス感染症への更なる対応について」の通知によって、避難所の収容人数を考慮し、可能な限り多くの避難所の開設を図るとともに、ホテルや旅館等の活用等も検討するよう自治体に要請している。従来の避難所だけでは感染症対策の「密集、密閉、密接」の回避が困難なため、行政が地域でなじみのある寺社に協力を求める事例が増加している。たとえば、長野市、高知市、瀬戸市、富山市などで宗教施設の災害時活用などの連携の輪がさらに広がった。

また、内閣府は避難所の混雑状況をインターネットで

知らせたりする仕組みを構築するように自治体に通達している。すでにそのような仕組みが動き出している。筆者らは、全国の避難所や宗教施設を含めた防災マップ、「未来共生災害救援マップ（災救マップ）」^{註1}を運営している。

今後の課題としては、受け入れ可能な宗教施設と市区町村が災害時協定を進めて行くことに加えて、個々の宗教施設の耐震化や備蓄品の配備と災害を想定した計画・マニュアルの作成があげられる。災害時に、行政担当者が避難所に行けないと想定しての備え、すなわち避難者、自主防災組織等地域住民、ボランティアと連携しながら宗教施設の避難所運営をする、そのための日ごろからの関係づくりも必要である。

VI. おわりに

ソーシャル・キャピタルとしての宗教

社会のさまざまな組織や集団の基盤にある「信頼」「規範」「人と人の互酬性」が強く、しっかりしているところは、組織、集団として強い。人々の支え合い行為が活発化し、社会のさまざまな問題も改善される。そのような考え方に異論は少ないだろう。組織や集団にあるこの「信頼」「規範」「人と人の互酬性」がソーシャル・キャピタル（Social Capital, 社会関係資本）と言われるものである。地方では寺社がソーシャル・キャピタルの源泉として機能しているところもあり、災害時の避難所として関心がもたれている。

令和の時代、残念ながら南海トラフ巨大地震や首都直下巨大地震が発生する可能性は極めて高い。このような大災害が発生すれば行政の力だけでは足りない。広域にわたり電力が失われる。連絡もとれない。道路が寸断され、流通備蓄も機能しない。宗教施設・団体と、行政、社協、地域住民が災害時連携することは社会的要請でもある。

人々のつながりが弱体化した社会において、あらたなつながりを作り出すために、近年、宗教施設が宗教関係外にも活動を広げながら、地域の中心で学びや福祉の場として、また地域をつなぐ拠点としてあらたな機能をもった存在へと変化した事例がある。たとえば、宗教施設の境内でのカフェ、高齢者向けの朗読会、子育て支援の集い、また婚活イベントの開催といった地域社会に溶

け込んだ形での活動の事例だ。

被災地で緊急避難所、活動拠点として機能した宗教施設の多くが、日頃から地域社会に開かれた存在だった。宗教者が、平常時から自治体の町作り協議会や社会福祉課、防災課と連携しているところは災害時に連携の力を発揮した。祭、現代版寺子屋などに加え、NPOやボーイスカウトなど、さまざまな社会的アクターと連携した地域ぐるみの日ごろからの取り組みが、いざという時に地域住民の助かり、互助につながる。まさに、宗教施設を地域資源とした地域福祉だ。人々の集まる場として地域住民のつながりの維持や新しいつながりの創出に取り組んでいる宗教施設が、平常時のみならず非常時においても力を発揮するであろう。

市町村は災害時対応のために複数の拠点を設け、指定避難所における備蓄品管理および防災倉庫の体制を備える必要がある。同じ地域の避難所および宗教施設で、水・食料の備蓄品の消費期限を1年ごとにずらして設定し、消費期限が近づいたらフードバンクなどに寄付する、あるいは、地域で防災イベントを開催し、皆で食べる。そして、また新しい備蓄品を購入するといったサイクルの仕組みを地域で構築することを筆者は提唱してきた。

時代ごとに、さまざまな連携をして日本社会は災害への備えをしてきた。そこには個人だけでなく、地域での支えあいの考え方がある。個人ではなく、地域で防災を考え、備蓄をすることは、地域コミュニティのつながりを作り出すことにもなる。完璧な仕組みはどこにもない。まず、一人ひとりができることに取り組みたい。

本稿は、JSPS 科研費JP19H00520の助成を受けて実施した研究の成果の一部である。

■注

- 1) 未来共生災害救援マップ(略称: 災救マップ) のデータより。災救マップ(<https://map.respect-relief.net/>)



内閣府は避難所の混雑状況をインターネットで知らせたりする仕組みを構築するように自治体に通達している。地域資源を活用した減災・見守りシステムの構築も進めてきた筆者らは、全国の避難所や宗教施設を含めた防災マッ

プ「未来共生災害救援マップ(略称: 災救マップ)」を開発し、内閣府の上記の通達の機能を搭載している。

災救マップは、指定避難所、指定緊急避難場所、および寺社などの宗教施設を合わせ約30万件の施設情報を持つ日本最大級の災害救援・防災マップで、(一社)地域情報共創センター(<https://riccc.or.jp/contact/>)と連携して運営している。



多数の防災アプリがある中で、災救マップの特徴は、全国にある宗教施設のデータがあること、そして、使い勝手の良さである。事前にアプリをダウンロードする必要がなく、パソコン、タブレット端末、iPhoneおよびandroidのスマートフォンのブラウザで利用できる。もちろん、スマホのホーム画面に「災救マップ」を追加することもできる。災救マップを開いている状態で、Chromeブラウザのメニューから「ホーム画面に追加」を選択する。Safariの場合は、「共有ボタン」から追加が可能だ。旅先で被災しても使えるように全国版となっている。災害時の施設混雑状況(空き、半分、混雑、満員の4段階)、インフラ稼働状況(電気、水道、ガス、通信)を通知する機能も搭載している。ハザードマップや避難情報も表示される。

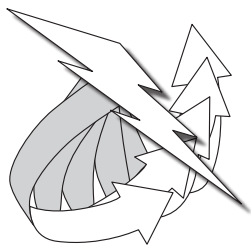
- 2) 2022年に筆者らが行った各地に自治体および自治会調査。

■引用文献

- 1) 稲場圭信: 防災の取り組みと災害時における行政と宗教界

- の連携. 文化庁 宗教法人と行政機関の連携に関する調査研究, 57-70 (2019).
- 2) 稲場圭信: 利他主義と宗教, 弘文堂(2011).
 - 3) 稲場圭信, 川端亮: 自治体と宗教施設・団体との災害時協力に関する調査報告. 宗教と社会貢献, **10**(1), 17-29 (2020).
 - 4) 稲場圭信, 川端亮: 社会福祉協議会と宗教団体との災害時連携に関する調査報告. 宗教と社会貢献, **10**(2), 55-69 (2020).
 - 5) 稲場圭信, 櫻井義秀編著: 社会貢献する宗教, 世界思想社 (2009).

第28回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム2



まちの元気をプロデュースするお寺の可能性 お寺をハブとした“もうひとつ”の地域包括ケア システムの可能性

The Potential of “Another” Comprehensive Community Care System Using Temples as Its Hub

大河内大博

日本在宅ケア学会誌, 27(2):42-48(2024)

I. はじめに

「生老病死」は、仏教の説く人間の根本苦である。生まれること・老いること・病にかかること・死ぬことは、どう抗っても思い通りにならず、すべての人間の定めである。「ケア」は、そのような人間の定めへ眼差しを向け続ける営みである。「ダメと分かっている」、[元に戻らないとしても]、人間は完全でない（仏教のいうところの悟りに至っていない）が故に抗おうとし、ケアを提供する他者もまた、苦しみのなかにある目の前の人に対して諦めないで関わり続けようとする。その抗いと見捨てない関係性こそが、ケアの尊さなのかもしれない。

現在、わが国で進められている地域共生社会は、そのようなケアの尊さを具現化することが試されている社会づくりではないだろうか。超高齢超少子社会という言葉のなかに解決困難な課題が山積している日本社会のなかで、多機能な地域包括ケアシステムづくりが急がれているが、課題の複雑さを思うとき、地域共生社会づくりのなかでキーワードとなる「地域力」が鍵を握るように思われる¹⁾。

そこで、筆者は、どの地域にも比較的点在する寺院がハブとなったつながりづくりが、“もうひとつ”の地域包括ケアシステムのような働きをしないだろうか、社会実験的に自坊でつながりづくりをスタートしている。本稿では、自坊の取り組みの一部を紹介しつつ、地域共

生社会のいくつかのキーワードと照らしながら、その可能性について話題提供をしてみたい。

II. お寺地域ともいき社会プロジェクト： さととさんが

筆者は、スピリチュアルケア/グリーフケアの実践・研究・教育を専門としてきたが、2017年9月に副住職を務めている寺院に戻り、寺を引き継いだ。これまでの病院や在宅の臨床現場のチャプレンという役職と寺院住職との役割を見つめ直したとき、ふと共通するものを感じずにはいられなかった。どちらの役割も、目の前の方の悲しみや苦しみと向き合うことであり、特に在宅ケアでの臨床経験と地域寺院の住職として地域社会に関わる点には、多くの共通点が見出された。

「駆け込み寺」という言葉があるように、お寺に対して、困りごとの解決への糸口が見つけられたり、悩みを聞いてもらえたりするような「よろず相談」的な役割のイメージを持つ人も少なくないと感じられる。ただ、実際的に「駆け込み寺」となり得ているかということ、そのような実例が筆者の寺院にあるわけではなく、筆者自身もそのような能力を持ち得ている自覚もない。ただ、地域共生社会の「地域力」が試されている今、寺院を地域共生社会におけるケア拠点に仕立て直していくチャレンジをしていくことが、地域にとっても、また寺院にとっても生き残りを掛けたチャンスという視点を持った時、現代の生老病死の「駆け込み寺」の復興にもなるのではないか

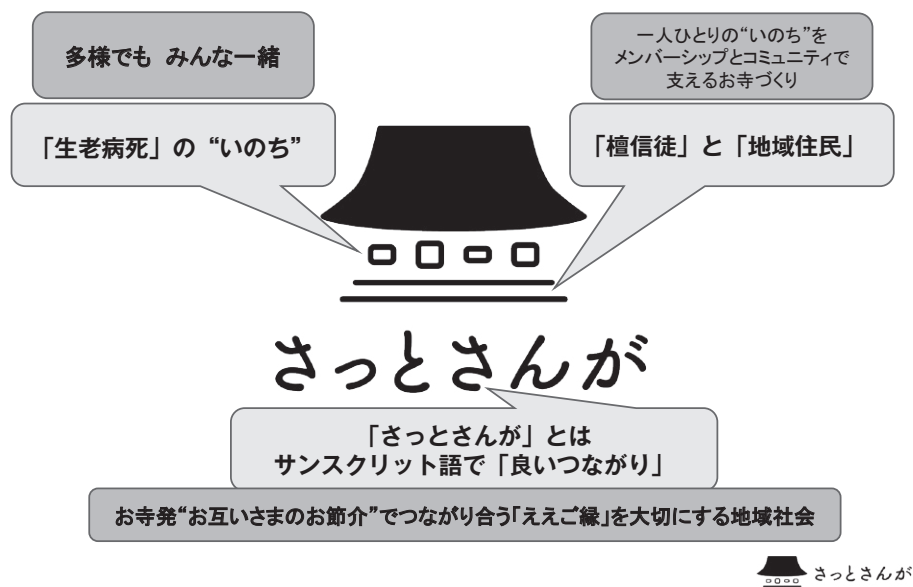


図1 「さっとさんが」のロゴとタグライン

と考えた。

地域共生社会の「共生」は、仏教の根本思想といってもよい。殊に筆者の所属する浄土宗は、「共生」を「ともいき」と読み、21世紀を迎えた劈頭の宣言（浄土宗21世紀劈頭宣言）では、「世界に共生（ともいき）を」というスローガンを掲げて、ともいき社会の実現を宗教者として志向することを宗是（社是の宗派版）としている²⁾。

以上のような問題意識と自覚から、2019年3月に、お寺発の地域共生社会づくりに参加表明する「お寺地域ともいき社会プロジェクト」を発表し、愛称を「さっとさんが」とした。「さっとさんが」とは、サンスクリット語で「良いつながり」という意味をもつ。ロゴには、一人ひとりの生老病死の「いのち」を、檀家のメンバーシップと地域コミュニティが協力して支え合う想いを込め、タグラインを「お寺発“お互いさまのお節介”でつながり合う『ええご縁』を大切にす地域社会」とした(図1)。

Ⅲ. 訪問看護ステーションの開設

まず、さっとさんがプロジェクトの旗印として開設したのが、訪問看護ステーションである。以下、その特徴について概説する。

2020年5月に自坊から徒歩数分の駅前にある空店舗

に開所した。運営は株式会社ナースケアが担い、宗教法人願生寺とは業務パートナーシップを締結して、筆者が共同代表・チャプレンに就任する形式をとった。つまり、筆者並びに宗教法人は経営には関与せず、従って、宗教法人の収益事業としてや筆者の兼業事業としての位置付けとはなっていない。

2023年12月現在、管理者1名、看護師（フルタイム）2名、看護師（パートタイム）2名、作業療法士1名、チャプレン1名、事務員1名の職員配置となっている。

寺院名が冠されたステーションではあるものの、サービス内容は制度内の訪問看護アプローチを超えることはない。そのなかにあって、看護師一人ひとりには、ユニークな看護観を大切にしてもらうことを理念としており、なかには「仏教看護」を看護の中心に据える看護師もいる。筆者は、利用者へのチャプレン訪問の他、ミーティングにおけるスーパービジョンなどの関わりを行っている。

一方、訪看を持つ寺院として、地域共生社会づくりへ参画するアクションとして、訪看の「広報」も含めた地域課題に取り組む多職種との関わりや地域コミュニティの役職（例えば、民生委員や児童民生委員、保護司、町会役員など）のある住民との連携などの制度外での活動に力を入れつつ、訪看へ還元する動きを意識している。

IV. ごちゃまぜカフェ（まちの保健室・介護者カフェ・親あるうちカフェ）

制度外の活動を寺院のなかに取り込むため、「居場所」に着目した。2020年5月よりスタートしたのが、「まちの保健室&介護者カフェ」である。大阪府看護協会による「まちの保健室³⁾」を導入し、その際、同時に地域包括支援センターと共催で「介護者カフェ⁴⁾」を開催して、地域住民の健康見守りとともに、家族の介護をしている人の居場所づくりを通して、看護と福祉が両輪となるデザインを実装化した。

まちの保健室では、大阪府看護協会から毎回2~3名の看護師が派遣され、地域住民、檀信徒等の血圧・体重測定などの健康観察と健康相談を行う（現在は支援型に移行して、看護師は自前でスタッフを設けている）。一方、介護者カフェは、浄土宗が寺院の社会貢献活動として開設をサポートしており、助成金も受けられる。筆者の場合は、地域包括支援センターと共催することで、毎回、センターから職員が派遣され、「出張相談所」ブースを設けており、「分かち合い」だけでなく、介護課題の早期発見と解決に向けたシームレス化を目指している。

それぞれの場には、スピリチュアルケアのトレーニングを受けたボランティアスタッフが参加者のサポートをし、傾聴活動を行っている。寺院に集うことで、健康観察・相談と共に、「居場所」として数時間リラックスして過ごすことが日常の一つとなり、いざと言う時にお寺に相談する素地作りとなってきた。その際、スタッフは、参加者が「来客者」ではなく、この場の「主体」であることを意識して、参加者の生育歴にも耳を傾ける意識を持ってもらっている。それによって、一人ひとりの地域住民には、それぞれの個性豊かな特性があり、得意なものがあり、好きなものが浮かび上がってくる。それらを聞き取って、披露してもらったり、参加者と一緒に楽しんでもらったりするアクティビティを取り入れるようになった。そこには、「一人ひとりが主体となる場」を紡ぐ意識が醸成し始めている。

そのようなスタッフによる関わりにより、実際に参加者のなかから役割を担う地域住民も出てきた。元喫茶店マスターの参加者がコーヒーをふるまう試みがスタートした。ボランティアスタッフが傾聴を重ねるなかで、参加者のやりがいを発見し、実現した。ただ過ごすだけ

でなく、そこに集う人々が役割を持ち、地域のなかで居場所を見出していく事例として、今後もこうした一人ひとりの物語から紡がれる新たな役割創出を寺院が担うことも大切になってくると考えられる。

2022年7月より、「まちの保健室&介護者カフェ」に障がい児（者）家族の弔い支援をメインコンテンツとした「お寺と教会の親なきあと相談室願生寺支部」を併設した。本相談室は、文化時報社が立ち上げた一般社団法人お寺と教会の親なきあと相談室⁵⁾の支部として、自坊に2022年4月に開所したものである。後述する医療的ケア児（者）・障がい児（者）家族のための防災プロジェクトを通じて交流がはじまった家族の居場所として「親あるうちカフェ」として分かち合いを開始した。毎回、お寺と教会の親なきあと相談室の相談員が常駐し、当事者同志の語らいの場となっている。

看護師がまちの保健室に常駐しているので、医療的ケア児（者）当事者も場合によっては参加可能な環境を整えることで、看護と福祉が両輪の場であることを強みとし、「当事者カフェ」として、様々な地域に住む当事者として立ち寄れる場づくりとして機能し始めている。

V. まちの助産師、こども食堂 & 寺子屋

毎月第1月曜日に「まちの助産師」を開設している。助産師が常駐し、参加者の妊婦や出産まもない子育て世代の当事者の居場所として、分かち合いと相談活動を実施している。地域にある子育てサロンと同じような機能をもつとともに、専門職との繋がりを意識した居場所づくりを試みている。現時点では、まだ事例はないが、ダブルケアの課題を抱える当事者がいれば、「ごちゃまぜカフェ」と連動する仕組みとなっている。

毎月第3月曜日は「こども食堂&寺子屋」を開設している。子育て世代、こども達の居場所と交流を目的とし、地域住民と大学生、加えて地域の中学生が学校協力のもと、ボランティアとして運営を担っている。こども食堂は、地域の人に事前に購入してもらった「みらいチケット」を導入し、こども達は実質無料でごはんが食べられる仕組みとなっている。「みらいチケット」は、現在、こども食堂を開催しているカフェと近隣の居酒屋で購入可能で、こども達は、「みらいチケット」を購入してくれた地域の人へのお礼の手紙を書いてもらって、お店に



図2 「未来チケット」のチラシ

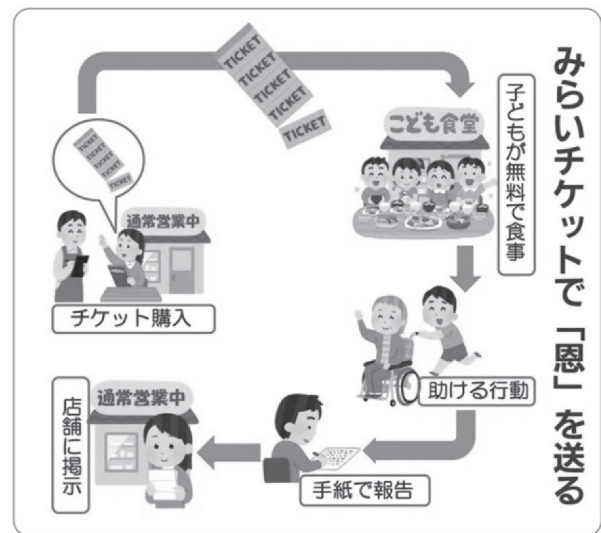


図3 「未来チケット」の流れ (©文化時報社)

張り出してもらっている。その時に、子ども達には、「誰かを助ける行動」をして、そのエピソードも書き添えてもらっている。いわゆる「恩送り」のお願いをしたうえで、無料のチケット利用をお願いしているのである。

この仕組みに込めた願いは2つある。一つは、子ども達もまた、必ず誰かの役に立っている存在であり、誰かを助けられる心と行動力を持っていることを実感してもらいたいこと。二つ目は、子ども達が将来、家庭を持ち、子育てする世代になった時、生まれ育った今の地域に戻ってきてもらえたらということ。地域の人に見守られていたことを「未来チケット」の仕組みを大人になって理解した時、「自分の子どももそのような地域で育って欲しい」と思ってもらえる種まきが出来たらとの願いで、「未来チケット」を導入した(図2, 図3参照)。

VI. 医療的ケア児(者)のための防災プロジェクト

地域防災と寺院の関わりについては、東日本大震災以降大きく注目され、その後の新たな取り組みも進んできた⁶⁾。筆者の自坊でも防災を切り口とした地域共生社会への関与を検討し、事前協議を経て2021年9月に医療的ケア児(者)など医療的ニーズが高い地域住民の避難場所として寺院を活用する防災プロジェクトを立ち上げた。

プロジェクトメンバーに、防災コンサルタント、宗教

と災害に詳しい宗教社会学者、災害看護学者、小児在宅看護学者などを招聘し、検討を開始した。その背景には、防災は地域行政の喫緊の課題でありながら、災害時要援助者のうち、医療的ケア児(者)家族、知的・発達障がい児(者)家族は、指定避難所での避難生活が極めて困難であるにもかかわらず、福祉避難所の整備がほぼ手付かずの状態である現実がある。つまり、選択肢なき状態で、「自宅でどう避難生活をするか」を考えざるを得ない当事者が多くいる現状課題がある。そのような課題解決に向けて、プロジェクトメンバー間の検討のうえに、行政との懇談や当事者への聞き取りを重ねてきた結果、寺院を震災時に孤立する可能性の高い当事者に役立てることが、当事者家族が安心して暮らす重要なリソースとなることがわかってきた。

当初、筆者は地域における医療度が高く、指定避難所等での避難行動がほぼ不可能で且つ福祉避難所整備がなされていない災害時要援助者として、筋萎縮性側索硬化症(ALS)などの難病患者を想定した。検討を開始するためにプロジェクト協力を依頼した専門家からの助言として、「まずは子どもからの方が社会実装しやすい」と医療的ケア児のことを教授してもらい、医療的ケア児(者)のための防災拠点となりうる可能性の検討に入った。子どもの方が実装しやすいというのは、このようなプロジェクトは当然ながら当事者の協力が不可欠となる。社会実装していくにあたり、実際に寺院に来てもらっ

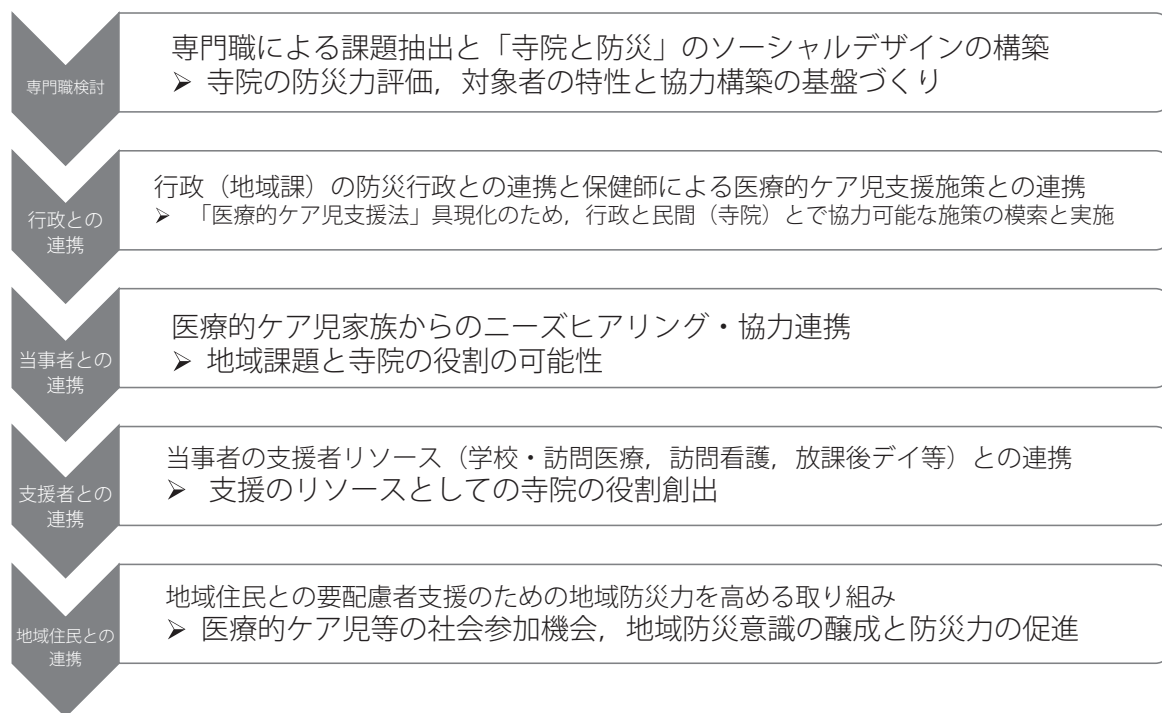


図4 検討領域と課題

たりすることなど、「移動になれている当事者」との協働を進めていくうえで、大人よりも子ども（実際にはその親の考え）の方が協力を得やすく、また医療的ケア児（者）家族にとっても災害時の避難先は喫緊の課題であることから、「まずは医療的ケア児から」ということでスタートした。

プロジェクトメンバー間の検討の他、主には①行政・保健師との懇談、②当事者家族（家族会）との懇談、③医療看護福祉専門職との懇談、④地域住民（特に防災担当者）との懇談、⑤他寺院との懇談の5領域を同時進行で行っていき（図4参照）、2022年3月と8月の2回、行政を除くキーパーソンで懇談を行う「懇話会」を開催した。実際に医療的ケア児にも自坊へ参集してもらい、「実際に過ごす」ことを経験してもらうこともできた。

〈現段階のアウトカム〉

医療的ケア児（者）をめぐる防災に関する先行研究でも明らかのように、医ケア当事者にとって防災の社会的取り組みは不十分な状況であることが指摘されている⁷⁾。それ故か、本プロジェクトがスタートして間もない段階から、当事者や医療看護支援者の間で情報が共有

され、短期間で当事者や医療看護福祉専門職との懇談を重ねることができた。懇談から確認できたこととして、

- ①行政：医療的ケア児支援法の施行により防災へも重点的に取り組む必要性を感じているが、福祉避難所整備などは高齢者や障がい者領域でも十分ではなく、医療的ケア児（者）への拡張はすぐには実施し難い。
- ②当事者：災害への備えの重要性は認識しているが「何をどうすればよいか」というところに戸惑い、手つかずの状況にある当事者も多い。行動できている当事者家族とそうでない家族との格差がある。
- ③医療看護福祉支援者：独自に防災への取り組みを検討し、実施しているところもあるが、十分ではないという認識を有している。「地域社会全体で」取り組む必要があるものの、その糸口が難しいと感じている。
- ④住民：行政主導の防災では高齢者への対応だけで手一杯で、医療的ケア児や知的障がい者へと支援を拡大することがなかなかできないし、そのような住民がいるのかどうかもわからない。
- ⑤寺院：地域の「困っている人」へのアプローチを検討している寺院は多くあるが、どのように繋がり、何ができるかがわからない寺院も多数ある。

といったものがあった。

そこで当事者を中心として、それぞれの「声」をまずは繋ぎ、医療的ケア児によって異なるユニークな支援体制が必要であるという特性から、マッチングを目的に、2022年5月にSNS上での交流を主とした「医療的ケア児のための防災拠点寺院ネットワーク（医ケア防災寺院ネット）」を立ち上げた。現在、当事者家族の他、大阪府下の宗派を超えた寺院が自坊も含め8ヶ寺参加し、医療看護福祉支援者にも参加してもらって、交流をはじめている。

また、医療的ケア児（者）だけでなく、知的障がい児（者）・発達障がい児（者）の家族もまた、指定避難所のような大人数で、一定の規律が求められる集団行動の場では避難生活は難しいと判断し、自主避難（自宅避難）以外の方策を見つけ出せていないことという声が聞こえてきた。このような課題は以前より指摘されてきたことだが（吉田，2014）、改めて、それらが「当事者の声」として直接に届く関係性が、その解決に向けたより良い方策を模索することに繋がると実感した。つまり、寺院が取り組む防災プロジェクトとは、地域で「出会う」ことで、実際の声から「学ぶ」ことを通して、災害を想定した取り組みを「試す」ことの繰り返しであり、そのための「平時」の交流が生まれることが最も大切なアウトカムであるとなる（図5参照）。

そうした気づきから、先述したように、2022年7月から「まちの保健室&介護者カフェ」の場に、「お寺と教会の親なきあと相談室」を併設することで、当事者家族

と交流する場を常設するに至った。その他、「こども食堂&寺子屋」の夏休みバージョンでは、2022年・2023年と、医療的ケア児とこども達との交流プログラムを実施したり、障がい児（者）家族のためのランチ会を、就労継続支援B型事業所を運営している地元飲食店と連携して実施したりするなど、平時の交流の場が生まれてきた。こうした交流から、「親なきあと」の弔いに関する依頼も届くようになった。

また、第1回目の住民との防災ワークショップを2023年5月に開催し、住民側の課題となっている医療的ケア児との交流と学び場も動き始めたところである。

VII. おわりに

厚生労働省は地域共生社会を次のように説明している⁸⁾。

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものです。

地域包括ケアシステムは地域共生社会を実現するための手法の一つであるが⁹⁾、そのネットワークが“もうひとつ”地域にあり、且つそのハブを寺院に設けている実践例を紹介してきた。その実証効果については、科学的

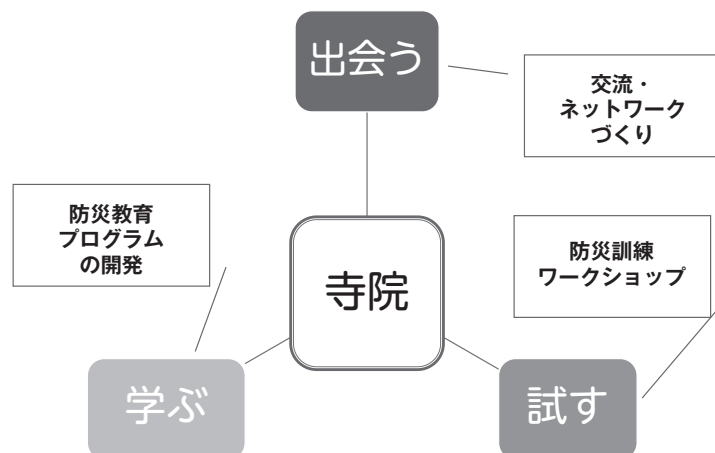


図5 防災プロジェクトの根幹

研究手法に委ねなければならないが、「手応え」や可能性についていくつか整理しておきたい。

毎週、「居場所」を設け、それらに専門性をもった多職種連携を取り入れることで、「縦割り」の壁を取り除く可能性を見いだせつつある。例えば、親なきあと相談室を訪れてきた人のなかには、親の介護についての悩みを抱える人もいる。先述したように、まだ事例はないが、まちの助産師にきた当事者でダブルケアの課題を有する人も出てくるかもしれない。防災プロジェクトでは、こども食堂のチームが、炊き出しの役割を担うし、ボランティア中学生は、重要なマンパワーとして機能する。こども達にも防災意識を高めてもらうため、夏休み寺子屋では防災ワークショップも実施した。

ごちゃまぜカフェで大事にしている「来た人みんなが主体となる」関わりで、「支え手」と「受け手」を超えて、地域住民の主体を実現する実践に繋がっている。「みらいチケット」によって、こども達もまた、「受け手」と「担い手」の両方を経験する学びを積み重ねてくれているかもしれない。

そうして、世代を超え、多職種で連携しながら、一人ひとりの住民が当事者性をもって、ある時は、自分の居場所として通い、ある時は誰かのサポートに回るために役割を担い、「お互いさま」で、少しばかりの「お節介」を通して交流し合う「さっとさんが」が出来つつある。

先日、見学に来た社会福祉協議会の職員の言葉が励みになった。「お寺のなかに小さな街が出来ている」と。行政主体のように広範囲の地域を盛り込むことはできないが、約7万7千ヶ寺あるコンビニより多い寺院が、地域包括ケアのハブとなること¹⁰⁾で、「地域力」の底上げとなる可能性は大いにあると実感する。

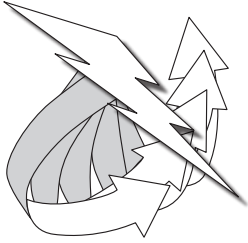
■注・文献

- 1) 厚生労働省：地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制 (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou->

12600000-Seisakutoukatsukan/0000184506.pdf, 2023. 12. 19).

- 2) 浄土宗21世紀劈頭宣言とは、21世紀の教化の精神的支柱として、浄土宗が2001年に発表した宣言をいい、「愚者の自覚を 家庭にみ仏の光を 社会に慈しみを 世界に共生(ともいき)を」の4つからなる(web版新纂浄土宗大辞典を参照)。
- 3) まちの保健室とは、全国の都道府県看護協会が手掛けているもので、気軽に健康相談ができるブースをショッピングモールや公民館などで定期的に開催している場づくりである。(公社)大阪府看護協会は、特に地域に密着していて高齢者が訪れやすい寺院との連携に力を入れており、浄土宗應典院(大阪市天王寺区)で初めて開所された。筆者の自坊が大阪府下2例目の開設場所となり、2023年12月現在8ヶ寺でまちの保健室が開所されている。
- 4) 介護者カフェとは、「家族などの介護に携わる人が、日頃の悩みを分かち合い、情報交換を行う場」(浄土宗発行「はじめよう!お寺での介護者カフェ」より)をいう。
- 5) 一般財団法人お寺と協会の親なきあと相談室についてはホームページを参照されたい(<https://otera-oyanaki.com/>, 2023. 12. 19)。
- 6) 稲場圭信：東日本大震災における宗教者と宗教研究者。宗教研究, **86**(2)(2012), 稲場圭信・黒崎浩行：震災復興と宗教, 明石書店(2013)。
- 7) 中村加奈子：医療的ケアを要する在宅療養児の親の災害対策における文献的考察。紀要 看護と口腔医療, **3**(5)(2020)。
- 8) 厚生労働省ホームページ：地域共生社会の実現に向けて (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>, 2023. 12. 19)。
- 9) 小坂健：地域包括ケアとソーシャル・キャピタルー地域共生社会の実現に向けて、近藤克則編、ソーシャル・キャピタルと健康・福祉 実証研究の手法から政策・実践への応用まで、ミネルヴァ書房(2021)。
- 10) 河野は「地域包括ケア寺院」を提唱している。河野秀一：地域包括ケアシステムにおける寺院・僧侶との連携とは。Nursing BUSINESS, メディカ出版, **16**(1)(2021)。

第28回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム2



まちの元気をプロデュースするお寺の可能性 生老病死を乗り越える看仏連携

—どのような人生を送ってこられましたか—

Collaboration between Nursing and Buddhism to Overcome the Challenges
of Old Age, Illness, and Mortality
- What Kind of Life Have You Led? -

吉田 厚子

日本在宅ケア学会誌, 27(2):49-55(2024)

I. はじめに

「訪問看護ステーションさっとさんが願生寺」は、2020年3月「お寺地域ともいき社会プロジェクト：さっとさんが」が、願生寺住職大河内共同代表（運営は株式会社ナースケア）により設立され、地域共生社会づくりに参画している。大河内住職が務められるソーシャルキャピタル願生寺は、そこで暮らす人々が望む心穏やかな生活を支援する「ともいき—共に生きる—（以下、ともいきとする）社会の構築」を目指し、訪問看護師もチームの一員として社会福祉や地域医療と連携している。

今回、ともいきのシンポジウム「まちの元気をプロデュースするお寺の可能性」にご縁をいただいた。その中で看護師の役割は、「生老病死を乗り越える看仏（看護と仏教）連携」である。地球規模で危機感を感じるまさしく今、「ともいき」が何よりも必要であり、誰もが間違いなくその使命を果たす一責任者であることを考えなくてはならない。その現状の中、「生老病死を乗り越える看仏連携」で、看護師は何をすればいいのか、どんな役割を果たしていけるのか。また、看護する上で多種多様な価値観を持つ一人ひとりの利用者さんにどう向き合っていけるのかを、私なりに考えた内容ではあるがお伝えしていきたい。そして見えて来たキーワードは、利用者さんに「どのような人生を送ってこられましたか」

とお聴きすることである。

そこに至る5つの経過を以下のII～VIの順に報告していく。

- II. 仏教から考える「ともいき」の必要性
- III. 「ともいき」での看護師の役割
- IV. 看仏の連携が「生老病死」をも乗り越えることができるのか
- V. 仏教看護がいかなるものでなぜ必要であるか
- VI. 「どのような人生を送ってこられましたか」看護の実際を仏教看護の定義から考える

看護するにあたりもっておきたいお釈迦様の教え：文中の言葉の統一

1. 「いのち」は、生き物全てに宿っている。生命を生かしていく根源的な力を言う。看護師の根本的な役割は、それぞれの健康段階の患者さんの「いのち」を大切に守ること。そして諸行無常である「限りある生命」をわかること。
2. 「生老病死」は、お釈迦様の根本的教えであり、仏教の根本的命題である。人間の根本的な苦しきは生老病死の四苦にあることを教えている。四苦からの解放が仏教の目的である。臨床の場は「生老病死」の四苦に瀕死の状態であり心して看護することが必要である。

II. 仏教から考える「ともいき」の必要性

現代の社会は人間の生命や生きる意味の根源に関わる価値観は混迷していて、人間の心に信頼を育むことが難しい時代である。世界に目を向けると戦争が相次ぎ、多くの市民や幼い子供のいのちが意図も簡単に奪われている。気候変動や環境破壊で多くの生き物も大きな影響を受け困惑している。毎日目の覆いたくなるほどの非常な事件が相次ぎ、生きづらい不安な世の中で心が痛い。毎日の訪問看護でも利用者さんの多種多様な価値観に支援の難しさを実感する場面も多い。

お釈迦様は2500年前に、人間として正しく生きる道の人々の対話の中で語られた。もっとも古い聖典ブッタのことば『スッタニパータ』では慈しみのことばが語られている。「目に見えるものでも、見えないものでも、遠くに住むものでも、近くに住むものでも、すでに生まれたものでも、これから生まれようと欲するものでも、一切の生きとし生けるものは幸せであれ¹⁾」と。その時代の人々が共に生きるという視点を超え、「生きとし生けるもの」との共生が概念として含まれ、過去から未来へと続く「いのち」の共生が説かれている。

また、「何びとも他人を欺いてはならない。たとどこにあって他人を軽んじてはならない。悩まそうとして怒りの思いをいだいて他人に苦痛を与えることを望んではない。あたかも、母が己が独り子を命をかけて護るように、そのように一切の生きとし生けるものどもに対しても無量（慈しみ）のこころを起こすべし。また全世界に対して無量の慈しみの意を起こすべし。上に、下に、また横に、障害なく怨みなく敵意なき（慈しみを行ふべし）」¹⁾ お釈迦様のことばでは、全世界に対し無量の慈しみの心を持ち続けることが説かれている。「生きとし生けるもの」一人ひとりの「いのち」に慈しみの意を持ち、それを実践することがいかに大切であるか『スッタニパータ』で示されている。まさしく今、「生きとし生けるもの」すべてがつながり互いに支えあい慈しみの意を持って共に生きていくべきである。一つの「いのち」であるようだが、一つの「いのち」ではない過去から未来へと続いていく「いのち」。今あるすべての「いのち」が一つの「いのち」となって繋がる社会、地球、宇宙が何よりも必要で大切ある。2500年前のお釈迦様の時代から受け継がれるこれこそが、現在社会においても「と

ともいき」の原点になろう、なるべきであると考え。

III. 「ともいき」での看護師の役割

次に、共生の定義を見ると「共生とは、民族、言語、宗教、国籍、地域、ジェンダー、セクシャリティ、世代、病気、障害等をふくむ、さまざまな違いを有する人々が、それぞれの文化やアイデンティティの多元性を互いに認め合い、対等な関係を気づきながら、ともに生きることを指す概念²⁾」である。続いて地域共生社会の定義とは「制度・分野ごとの『縦割り』『支えて』『受けて』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が、『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域と共に創っていく社会³⁾」とある。

まさしく今こそ「ともいき」が絶対的に必要であり、違いを有するもの同士が、「我が事」として社会みんな「丸ごと」で助け合える地域づくりに参画し暮らしていくことが、繋がりのない不安で悲しく孤独な「生きとし生けるもの」を作らないと確信する。「ともいき社会構築」の実現は、さまざまな違いを有する人たちが安心して暮らすことのできる社会、一人ひとりが自分たちのできることをできる範囲で社会的役割や責任を担ってうまく繋がっていけることである。その中で看護師ができる役割を考えてみると、果たして私たちに何ができるのか。当然の看護師の職務ではあるが、地域社会で「生老病死」に苦しんでいるさまざまな違いを有する利用者さん、ご家族さん一人ひとりに真摯に向き合い「いのち」を大切に看護すること。それが、住み慣れた地域社会でそれぞれが自分らしく生活することの維持、継続に繋がるのではないかと考える。

IV. 看仏の連携が「生老病死」をも乗り越えることができるのか

ここで「訪問看護ステーションさっとさんが願生寺」を紹介する。お寺と看護が手を取り合ったポスターのコンセプトは、「さっとさんが＝ええご縁、一人ひとりの「いのち」を大切に、住み慣れた家とまちで最期まで私らしさを支えます」である（図1）。私は常にこの言葉を胸

「さっとさんが」 = “ええご縁”
一人ひとりのいのちを大切に
住み慣れた家とまちで
最期まで 私らしくを 支えます

株式会社ナースケア
訪問看護ステーション
さっとさんが願生寺

T 558-0043 大阪市住吉区豊江4-4-1 (「沢ノ町駅」西側駅前)
TEL: 06-4701-8007 FAX: 06-4701-8008
<https://nurse-care.jp/>

開 催 中 !

●毎月第2月曜日 (13時半より) まちの保健室&介護者カフェ ⑧願生寺
●毎月第3月曜日 (17時より) こども食堂&中子屋 ⑨アリアカフエ192-願生寺
●毎月第4水曜日 (16時半より) 産婦科のひら ⑩願生寺

詳細は願生寺までお問い合わせください TEL: 06-4971-1989

図 1

に看護実践し、利用者さんの「生老病死」の苦しみが緩和できなかつたとき、看護が辛くなつたとき、看護に迷つたときに立ち戻れる糧としている。

訪問ステーションがある願生寺の立地は、住吉大社の南に位置し熊野街道が堺に続き、古きよき街並みが広がっている。訪問看護のエリアは大阪市南部を拠点とする。スタッフは、願生寺住職（スピリチュアルケア・グリーン専門職）、管理者、看護師、作業療法士、事務職で構成される。在宅でお住まいの利用者さんは、慢性や急性疾患の診療の補助、日常生活の援助、精神疾患、リハビリテーション、終末期のケアなどの援助を必要とする方々である。病院で長年勤務していた私にとって在宅で過ごされる利用者さんの生き生きと過ごされる姿はまぶしいものがある。病院での入院患者さんは「家に帰りたい、家がいいわ、家で死にたい。」と自宅に帰ることを常に希望していた印象がある。多死社会になって、地域での生活や療養生活は増えては来ている。厚生労働省の報告「2021年死亡場所の推移」では死亡場所の「在宅死」は17.2%で、「病院死」は67.4%である⁴⁾。人生最期の場所として「在宅死」は徐々に増加してきたが、

まだまだ少ないと言える。私は在宅で過ごされる利用者さんを訪問させていただくたびに「生老病死」に向き合っているが、生き生きと自分らしく過ごされている様子を見て、一日でも長く在宅での生活を続けることができるよう応援団のような願いを持って訪問看護をしている。

僧侶の在宅訪問は、利用者さんの要請があれば自宅にお伺いするシステムになっているので、僧侶がお伺いする機会は多くはない。僧侶は利用者さんに対して「生老病死」の思いを傾聴し、今この時の対話を重ね、より深く関わっていく。そして、求められた時に応える。長い付き合いをしていつでも支えることができる。孤独にさせない」思いを軸に訪問されている。今この時の必要時に「いのち」を支える仏教と看護の連携は欠かせないものとなっている。

現在行っている仏教と看護の連携は、

1. 僧侶と看護師、作業療法士との情報共有、困難事例の検討、チームの調整など、月1回カンファレンスを開催し連携を継続し充実させていく必要がある。利用者さんの情報や行った内容を僧侶とチームメンバーでカンファレンスを定期的、できればタイミリーに振り返りだけでも行う。
2. 看護師は、僧侶と利用者さんとの日程の調整、僧侶の訪問が必要と考えられる利用者さんに対して僧侶の訪問を依頼連携していく。
3. 訪問している家の半分は、自宅に仏壇が安置されている。これは筆者のみであるが、利用者さんの許可をいただき、訪問時間外にご仏壇の掃除、花の水替え、仏具のメンテナンス、お仏壇に手を合わせている。

現在、地域共生社会づくり「ともいき」を目指し大河内住職がソーシャルキャピタルを務められ、願生寺、地域住民、檀信徒、学生、医療福祉、行政との連携が展開されていて、地域の人々が支えあう活気ある街づくりがここに実現している。自転車での訪問道中では、こどもは元気でのびのびと明るく、そのこどもの姿を見守る人々の温かさ溢れる町の光景である。「まちの保健室&介護カフェ」「こども食堂&寺小屋さっとさんが」「お寺と教会の親なきあと相談室」「医療ケア児のための防災プロジェクト」「交通事故プロジェクト」「まちの助産師」など2年間の間に実装化され、街は連日大きな賑わいを見せている。胎児からこども、成人、高齢者、死後の魂

までの「いのち」の繋がりが集う地域社会にお寺がハブとなり、街の元気をプロデュースされている。私たち訪問看護師も「ともいき」の一員として看護師の役割を果たして行きたい。

しかし、長年看護の実践を重ねても一人ひとりの利用者さん違いを有する人々は多種多様であり、想定外できごととも少なくなく、共に笑い喜び、泣いたり、落ち込んだり、「これでよかったのか」と果たして利用者さんが満足していただけるケアは提供できているのか常に振り返る。それでも「明日も利用者さんのいるお宅へ訪問して、その人らしい姿で好きな居場所で安心して過ごしていただけるように支援したい」と思う。看護師は、瀕死の状態またそのリスクを伴う「生老病死」に向き合う利用者さんをケアすることから、自分の死生観や次にご紹介する仏教看護の知識を少しでも持ち合わせていた方が、多種多様の個性やその人らしさに向き合えるのではないかと考える。

V. 仏教看護がいかなるものでなぜ必要であるか

仏教は約1500年前に日本に伝来され、日本社会に根付いた。また、その一方で日本古来より自然を神として信仰していた神道と、新しく伝わって来た仏教との「神仏融合」は日本人の生活の中に深く根付いている⁵⁾。そしてお釈迦様が悟りを開いた仏教は、「生きる」ための教えというよりは、「死」を受け入れてあの世に送り出す葬儀仏教の手段として現在社会に使われ続けている。そのため、仏教は看護の分野でも「死」のイメージが強いものとなっている。

おおよその看護師が看護教育で学ぶ看護理論においては、ナイチンゲールの近代看護から始まり、海外の理論家で看護教育の基礎を身につける。日本社会に深く根付いている仏教を基礎とした看護理論は看護教育の過程や看護実践の場では示されず馴染みがないためどうしても難しく捉えがちとなる。しかし、仏教は日本の文化に根付き、仏教看護は、まさしく「生老病死」の傍らに寄り添うものであり、「ともいき」の在り方を示したものである。私は、新生児、小児、成人の外科・内科、緩和ケア、終末期の分野を経験し、訪問看護に携わって3年になる。今まで経験して来たどの分野においても「看護師は、患者さん・ご家族の「生老病死」の苦痛に真正面か

ら向き合っている」重要な職業であると言っても過言ではない。私達は、看護学生の臨床実習の場から、そして看護師になったその時点から、与えられた臨床の場で多くの患者さんの「生老病死」の苦痛に真正面から向き合い支える看護を行って来た。その難しさに喘ぎながらも実践を積み重ねている。看護師は仏教看護の意識のないままに毎日の看護で自然と仏教看護を実践しているのではないかと考えている。「生老病死の乗り越える看仏の連携」においては、「生老病死」の苦しみがなくならない限りは仏教看護の実践がおのずと必要であることは間違いない。

2000年に、藤腹明子先生が提唱された仏教看護理論『仏教と看護—傍らにたつ—』で、は仏教看護の定義が示されている。広義は、「仏教看護とは一切の生きとし生けるものすべてに関わる看護の理論と実践の体系」として、仏教看護の定義は、「人間の生老病死に伴う肉体的・精神的苦痛や苦悩に対して、その人自らがその苦痛を引き起こしている原因や条件に気づき、その苦を減するための正しい方法を行じて、めざすべき理想の姿に気づき、いたることができるように、個人・家族・集団に対して援助すると共に、看護される者、する者がその関係の中で共に成熟すること」⁶⁾を目的とすると、示されている。

そこで、訪問看護の実践で学んだ3事例を述べ、仏教看護理論を指針にさせていただき次のVIで考察していきたい。

VI. 「どのような人生を送ってこられましたか」 看護の実際を仏教看護の定義から考える

私が訪問看護に惹かれる理由には、限られた時間範囲内で利用者さんだけに集中し、その人一人と対面でその人らしさに向き合い、その人らしさを生かせる日常生活を支援できることである。今回、私が文書で示すまでもなく、多くの看護師さんはすでにケアで実践されていると考えるのでお許しを願いたい。

看護は、「生老病死」の苦痛に寄り添うものであるが、利用者さんのさまざまな違いを有する多様な価値観を理解しなければ関係性は成り立たず、看護やケアが利用者さん抜きの看護師の独断で勧められ、「私の思っているのはこんなはずではなかった」と不安や孤独に追いやることも実際にある。しかし、長年看護に携わっていても、

医療や看護のスキルだけでは利用者さんの人生や苦痛に寄り添うことの限界を感じている。そのためには、どうしてこの限界を乗り越えるべきか考えた。私は訪問した時にほぼ全員の方に「どんな人生を送ってこられましたか」と聴かせていただいている。ダイレクトにお聴きすることが難しい時は、「どこで、お生まれになりましたか」「小さい時はどんなお子さんでしたか」「どんなお仕事をされたんですか」「大切になさっていることは何ですか」とお聴きする。「どのような人生を送ってこられましたか」をお聴きすることは以下4つの思いがある。

1. 利用者さんの生老病死の思いを知る
2. 利用者さんの培われた思いや歩んでこられた人生を知る
3. 利用者さんの生きてこられた人生に敬意を払う
4. 看護師、医療者側で利用者さんの思いを知り、その思いに寄り添う

このような思いを持ってやりとりした利用者さん3事例をご紹介します。

事例 1

がん終末期日単位のAさん。がんの進行で足元がおぼつかない中でも、自分で何でもすることが「生きている証で実感がほしい」との信念を持ち、自転車に乗り、一人で買い物に行っては転倒を繰り返していた。Aさんの歩んでこられた人生をお聞きすると、積極的で何にでも挑戦し自分の思う会社を築いてこられた。幼い頃、学生時代、新しい仕事にチャレンジして来たことをケアの合間に聞かせていただいた。Aさんの培ってこられた人生を知ること危険を伴う行動もAさんを理解し見守ることができた。ADLが低下し室内を歩くこともできにくくなった日に訪問した。ご自分から「今まで若いころから思いつくことを死ぬこの日までやって来てほんといい人生やった。悔いはないな。家族に色々世話になった」と笑顔で話された。訪問が終わり帰る時には、「あの世に行ったら会おうな」とベッドから手を振って下さった。それから、病状が悪くなり病院で最期を迎えられた。ご家族にその後お会いして、Aさんのお言葉をお伝えした時、「そんなことを言っていましたか。へえ珍しい。はじめてやわ」とご家族が口を揃えて泣き笑いで応えて下さった。

事例 2

ご主人を数年前に亡くされ一人暮らしをされていたBさん。日常生活はベッド周囲と外にも出ずご自宅内での生活であった。過ごされている部屋には、お仏壇やご主人との思い出の品が多くあった。「どのような人生を送ってこられたか」とお聴きすると、いつも決まってお自分の幼い時の母親のこと、そして不慮の事故と戦争で亡くなったご兄弟のこと、話の最後には、「私が亡くなったあと逝く場所がちゃんと用意してあるねん。それは自分の生まれ育った家のそばのお寺で小さい時よく遊んだ場所や。主人も兄弟も待っていている。こんな安心なことはないわ」と。私は訪問の最後に必ずご主人のお仏壇にお参りさせていただいた。Bさんは丁寧にお礼を言って下さる。Bさんは、いつも凜と自分らしい毎日を送られていた。自分の大切なふるさとに帰りたい信念がある。過去～現在、未来に向けて繋がる「いのち」を信じておられたと感じた。

事例 3 (図2)

がんの精査目的で病院に入院され、がんの告知を受けられたCさん。そして面談で3つの選択肢を提示された。「化学療法をしての手術」、「化学療法」、「そして何もしない」こと。Cさんは1日考えた後、きっぱりと医師にお返事された「一切何もせず明日妻が待っている家に帰りたい」と。私は退院前にお尋ねすると話をして下さった。「今は人生の危機や苦しみに直面して、こころの水が揺れ動きあふれそうになっている。そんな時あなたはどうか、わかるか」と。考える私にCさんは「簡単な話や。平らなところに置いたらいい。それだけのこと。その平らな台が自分の歩いて来た人生で生き様や。あん



人生、生き様

苦しみでこころがいっぱいになり、こころの水がこぼれそうになった時にはどうする？
簡単な話や。平らなところに置いたらいい。それだけのこと。
その平らな台が自分の歩いて来た人生で生き様や

図 2

た、僕が苦しさを乗り越えられへん、可哀そうやと思ってないか。これもまた人生や。楽しんで苦しみと生きていこか」と声をあげて笑われた。短期間であったが、Cさんはお寺の住職であり多くの仏教活動をされて来たことをお聴きしていた。私はCさんのお言葉に、Cさんの築き上げられた人生の重みに声が出ず胸が熱くなった。

事例から「どんな人生を送ってこられましたか」とお聴きすることでできる看護とは

1. 利用者さんの生きてこられた過去、現在、将来の人生を考えた看護を行う。それは、人生は「点」ではなく「線」であり、利用者さんと出会った現在のみを「点」で看護し評価しない。歩んでこられた人生を「線」として捉え、その先を考える看護を行う
2. 利用者さんの人生をお聴きすることで、思いや価値観、その人らしさを知り支えることができる
3. その人が望む、その人らしい穏やかな生活を過ごすことのお手伝いができる
4. 生老病死の苦しみの「揺れ」が起こるが、人生をお聴きし、その人らしさをすることで苦しみの揺れを少なくする支援をさせていただける。

「どんな人生を送ってこられましたか」とお聴きさせていただいても、現在までは拒否されたことはない。多くの利用者さんは、ご自分の人生を物語のように語って下さる。

仏教看護の定義1節で、「その苦を減するために正しい方法を行じて」は、利用者さんと看護するものは一体となってあらゆる知識や技術や態度、エビデンスに基づいた情報を持って苦を減するための行動を起こす。そして、「目指すべき理想の姿に気づき至ることできるよう」この理想の姿は自分の生き様や培われて来た人生であり、それを知ることですらなくとも自分の理想の姿に看護される者、する者が寄り添うことはできるのではと考える。

そして後に続く「利用者も看護者とともに人間成熟を目指す目的としており平等であること」には、お釈迦様は、人間そのものへの深い反省や生活の指針が簡潔なことば『ウダーナヴァルガ』で語られている。「どの方向に心でさがし求めてみても、自分よりさらに愛しいものをどこにも見出さなかった。そのように、他人にとってもそれぞれの自己が愛しいのである。それゆえ、自分の

ために他人を害してはならない⁷⁾とある。そもそも生きるものすべては自分の「いのち」を守り抜く本性があるので仕方がないと考える。しかし、自分が愛しい者同士が支えあう。また、今あるすべての「いのち」の連携とした繋がりを大切にできる慈しみの意や『我が事』を育める看護師や一人の人間として社会の一員でありたい。仏教看護の特徴から得られた利用者も看護者とともに人間成熟できる看護は、

1. 利用者さんも看護師も、お互いが「生老病死の苦しみを持つ諸行無常の存在」であることを根底において苦しみから逃げずに向き合う
2. 利用者さんも看護師も、お互いが生老病死を生きている存在である
3. 「限りあるいのちを大切にしたい」と願うことは看護を行う限り不可欠で根本的な思考である。看護師を選択した以上覚悟をもっておくべき、真摯に向き合うべきである

VII. おわりに

今回、「ともいき社会 まちの元気をプロデュースするお寺の可能性」で「生老病死を乗り越える看仏連携」を利用者さんから学んだ実践から考えることをお伝えして来た。

「生老病死」がある限り、取り除くことはできないが、その苦しみに利用者さんが折り合いをつけて選んだその先には、安楽があることを看護師とともに信じ支えさせていただきたい。地域社会で住み慣れた家で、ご自分らしく暮らし続けるために、まだまだ未熟であるが、地域で暮らす人、出会った人を孤独にさせない。ともに支えあい一つの「いのち」を大切にできる看護師としての役割を果たして行きたい。そのためには、「ともいき」を真に持ち、仏教や仏教看護から得ることができた「どのような人生を送ってこられましたか」と利用者さんにお聴きすることで、その人らしさを大切に考えるケアの必要性には辿りついた。

■引用文献

- 1) 中村元訳：ブッタのことば『スッタニパータ』、37頁～38頁、岩波文庫(1984第1版)。
- 2) 大阪大学人間科学研究科共生学系共生学講座：共生社会論、

大阪大学人間科学研究科/人間科学部 (osaka-u.ac.jp).

- 3) 文部科学省:「地域共生社会」の実現に向けて, 厚生労働省 (mhlw.go.jp).
- 4) 厚生労働省:「死因究明等の推進に関する基礎資料」, 厚生労働省死因究明等推進本部事務局 (mhlw.go.jp).
- 5) 仏教伝道協会: はじめての仏教, 40頁~41頁.
- 6) 藤腹明子: 仏教と看護『傍らに立つ』, 10頁~11頁, 三輪書店 (2000年第1版).
- 7) 中村元訳: 感興のことは『ウダーナヴァルガ』, 35頁, 岩波文庫 (1987年第1版).

訪問看護師の実習指導における「取り組み方」に関する文献検討

Literature Review of “Approaches” of Visiting Nurses in Clinical Practice Teaching

國丸 周平, 新井香奈子

Shuhei Kunimaru, Kanako Arai

要旨：訪問看護師による実習指導の全体像を捉えるべく、訪問看護師の実習指導における取り組み方を明らかにすることを目的に文献検討を行った。医中誌Web、メディカルオンライン、CiNii Researchを用いて「訪問看護師 and 実習」or「訪問看護ステーション and 実習」の検索語と検索式で検索した。選定基準に基づいた選定の後、対象文献に記述されている訪問看護師の実習指導における取り組み方を分析した。結果、取り組み方として【学生が学びを得るための環境を整える】【指導する立場の者として学生に働きかける】【指導する立場の者としての心構えをもつ】の3カテゴリを抽出した。訪問看護師は、実習指導に求められる役割を担い、学生や利用者と家族、事業所、関連部署に対する取り組みを行っていた。実習指導において事業所内外に渡って調整を試み、実習環境を整える行動は訪問看護師の取り組み方の特徴的な部分であるといえる。

キーワード：訪問看護師、実習指導、文献検討

日本在宅ケア学会誌, 27(2) : 56-63(2024)

I. 緒 言

看護基礎教育における第5次カリキュラム改正により、在宅看護論は地域・在宅看護論に名称が変更となっている。厚生労働省による看護基礎教育検討会報告書¹⁾および2023年に示された看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインでは、地域・在宅看護論とその実習において求められる学習内容の方針が記されており、当該科目の授業単位数も増加している。これを受けて、各教育機関では地域・在宅看護論の授業構成および内容の検討を通して、授業の充実化が図られている。

これまで、各教育機関で行われてきた在宅看護論の実習の多くは訪問看護事業所で展開されている。通常、病

棟で行われる実習では実習指導担当の役割を担う一部のスタッフが中心となって指導にあたるが、訪問看護事業所で行われる実習については、実習を受け入れている事業所に属する訪問看護師の9割が実習指導にあっている²⁾という報告がある。また、実習において教員は訪問先である利用者宅に同席しないことが一般的であるため、学生とともに利用者宅へ訪問する訪問看護師が利用者宅やその道中といった事業所の外で学生とマンツーマンで実習指導に当たっている現状がある。これらのことから、訪問看護事業所で行われる実習は実習指導担当者のみならず、学生とともに利用者宅へ訪問する訪問看護師も多くの実習指導を行っており、それに係る知識と技術が求められているといえる。看護職が実習指導に必要な知識・技術を習得する機会として、保健師助産師看護師実習指導者講習会実施要綱³⁾に基づいた研修が各都道府県主催で開催されている。しかし、訪問看護事業所

の平均常勤換算従事者数は6.8人⁴⁾と比較的小規模な事業所が多く、人材に限りがあることから、訪問看護師が長期にわたって研修を受講することは困難であると考えられる。これらのことより、訪問看護師が行う実習指導は個人の技量や裁量に依るところが大きく、訪問先の利用者宅やその道中といった事業所外でどのような指導方法がとられているか、確認することが困難で不明瞭な状況にあるといえる。

実習における学生の学びには、学生と教員、指導者、病棟スタッフとのかかわりが影響を及ぼすと述べられている先行研究⁵⁾の結果と同様に、訪問看護師による実習指導も学生の学びに影響する大きな要因の一つであり、実習の質を左右する鍵であるといえる。以上のことから、これまでの在宅看護論の実習における主な実習施設である訪問看護事業所で行われてきた実習指導について明らかにすることは、今後、地域・在宅看護論とその実習における授業の充実化を図るうえでの検討資料となると考える。よって、本研究では、訪問看護師による実習指導の全体像を捉えるべく、訪問看護師の実習指導における姿勢や行動を含めた取り組み方を明らかにすることを目的に文献検討を行った。

II. 用語の定義

実習指導における取り組み方：広辞苑⁶⁾に記載されている取組の意味を参考に、「訪問看護事業所として実習を受け入れ、実習指導を行ううえでの姿勢、行動」とした。

III. 方法

1. 対象論文の選定

本研究では、国内で行われている訪問看護師の実習指導における取り組み方を明らかにするため、対象となる文献を国内のものに限定した。文献を選定するにあたり、医中誌Web、メディカルオンライン、CiNii Researchの3つのデータベースを用いて検索を行った。検索は2023年6月に行い、期間の設定は行わなかった。検索語と検索式は「訪問看護師 and 実習」or「訪問看護ステーション and 実習」とし、医中誌Webおよびメディカルオンラインでは原著論文であることを絞り込み条件とし

た。検索により該当した文献に対して、重複論文、特集記事、文献検討、会議録、解説を除外基準として設け、該当するものを除外した。そこから、実習指導を行う訪問看護師に関することを研究の焦点にしていることを基準に表題・抄録を読み、選定を進めた。選定された文献に対して、訪問看護師の実習指導における取り組み方について述べられていることを採用基準として本文を精読し、採用基準を満たすものを分析対象とした。

2. 分析方法

対象となった文献は、著者、発行年、研究デザイン、表題、研究目的、研究対象、データ収集方法の7項目について整理した。

対象となった文献の結果を読み込み、実習指導における訪問看護師の取り組み方を示す記述をデータとして抽出した。抽出したデータは、意味内容を損なわないようコード化を行った。コードは類似性に従って分類し、抽象度を上げてサブカテゴリ、カテゴリを抽出した。サブカテゴリ、カテゴリを抽出する際は、研究者間で繰り返し検討を行い、妥当性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

本研究で対象とする論文は公表されたものに限り、著作権の範囲内で利用した。

IV. 結果

検索の結果、3つのデータベースから計421件の文献が該当した。そこから除外基準、選定基準、採用基準に沿って選定を進め、最終的に11件の文献を分析対象とした(図1)。

1. 対象文献の概要(表1)

対象となった文献の研究デザインは、内容分析を含む質的研究が10件⁷⁻¹⁶⁾、内容分析を行うための自由記載欄も設けられた質問紙調査を用いた量的研究が1件¹⁷⁾であった。

研究対象については、実習指導者を対象にしたものが4件^{7), 10-11), 15)}、訪問看護師が3件^{9), 12), 17)}、訪問看護事業所の管理者と訪問看護師を対象にしたものが1件⁸⁾、訪問看護事業所の管理者と実習指導者が1件¹⁴⁾、訪問看

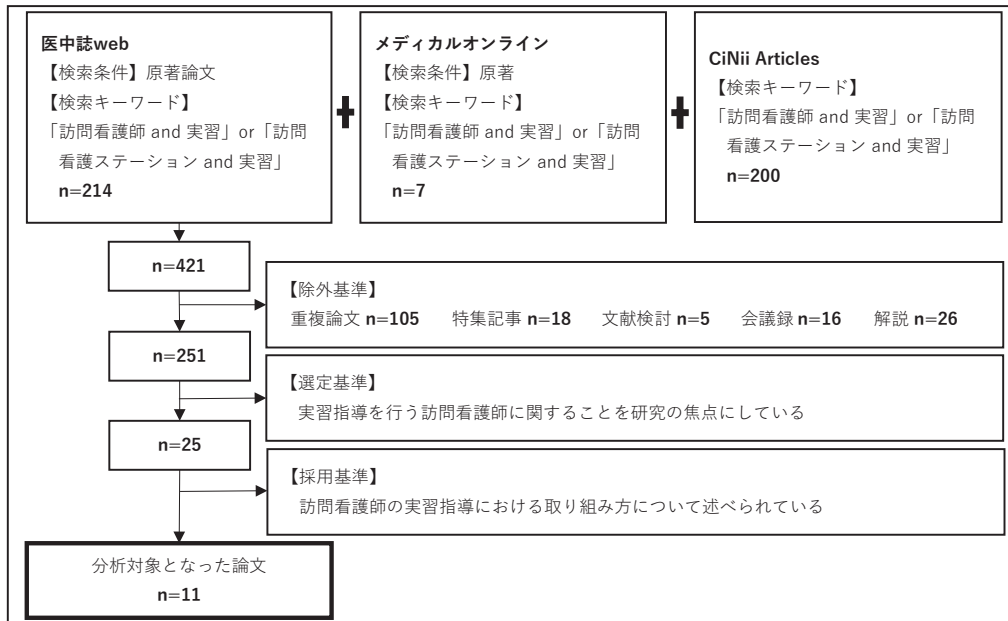


図 1 文献選定プロセス

表 1 対象文献の概要

文献番号	著者 (発行年)	研究デザイン	表 題	研究目的	研究対象	データ 収集方法
1	北井・春名・多次 (2022)	自記式質問紙調査による内容分析	新型コロナウイルス感染症流行下での在宅看護学実習において臨地指導者が行った工夫と難しさの認識	新型コロナウイルス感染症流行下の2020年度の在宅看護学実習を受け入れた実習指導者が行った工夫と感じた難しさについて明らかにすること	・実習指導者	研究対象者に質問紙への記入を求める方法で収集
2	青柳・照井・リトン (2021)	質的記述的研究	在宅看護論実習において訪問看護師が感じる困難と行っている工夫	訪問看護師が在宅看護論実習において感じている困難と行っている工夫を明らかにする	・訪問看護事業所の管理者 ・訪問看護師	半構成的インタビューを行い収集
3	東海林・古瀬・小林 (2021)	質的記述的研究	訪問看護師が在宅看護実習指導で心がけていること	訪問看護師が在宅看護実習指導において心がけていることを明らかにする	・訪問看護師	半構成的インタビューを行い収集
4	後藤・新村・内野ほか (2021)	グラウンデッド・セオリーにおける継続的比較分析法	訪問看護師が、訪問看護実習教育で大切にしている看護学生への学ばせ方	訪問看護師が、訪問看護実習教育で大切にしている看護学生への学ばせ方について明らかにする	・実習指導者	半構成的インタビューを行い収集
5	柴田・鈴木・町田 (2020)	自記式質問紙調査による内容分析	訪問看護ステーションでの実習における実習指導者と教員との連携の実態と課題	訪問看護ステーションの実習指導者と教育機関の教員とがどのような連携を行いながら実習を進めているのかという実態を実習施設側の視点から明らかにする	・実習指導者	研究対象者に質問紙への記入を求める方法で収集
6	田村・牛久保 (2018)	質的記述的研究	熟練訪問看護師による訪問看護実習での学生への関わり	看護教育機関の違いにかかわらず、訪問看護実習で熟練訪問看護師が学生と同行する際に、心がけて行う学生への関わりを明らかにする	・訪問看護師	半構成的インタビューを行い収集
7	柏木・川村・原口 (2015)	質的記述的研究	看護基礎教育における在宅看護学実習の現状と課題 訪問看護ステーションへのインタビュー調査から	実習を受け入れている訪問看護ステーションが在宅看護学実習についてどのように捉えているかを明らかにする	・訪問看護事業所の管理者	半構成的インタビューを行い収集
8	牛久保・飯田・小笠原ほか (2015)	質的記述的研究	訪問看護ステーションにおける訪問看護実習受け入れに関する状況	実習受け入れに関係した状況を、訪問看護ステーション側から明らかにする	・訪問看護事業所の管理者 ・実習指導者	半構成的インタビューを行い収集
9	迫田・岡本 (2014)	質的記述的研究	実習指導者として訪問看護師が捉えた在宅看護論実習の現状と取り組み	実習指導者として訪問看護師が捉えた実習の現状と取り組みを明らかにする	・実習指導者	半構成的インタビューを行い収集
10	深谷 (2014)	質的記述的研究	訪問看護ステーションにおける臨地実習指導者からの指導内容―指導内容の分析と同行訪問回数からの検討―	訪問看護ステーションの実習指導者が行う指導内容と同行訪問の回数の関連を明らかにする	・学生の実習記録	実習記録の記述内容をデータとして収集
11	松下・多田・岡久ほか (2013)	量的研究	看護学生に対する訪問看護師の実習指導の現状と指導についての意識	訪問看護ステーションで行われる実習指導の現状と訪問看護師の実習指導についての意識を明らかにする	・訪問看護師	研究対象者に質問紙への記入を求める方法で収集

表2 訪問看護師の実習指導における「取り組み方」

カテゴリ	サブカテゴリ	コード (文献番号)
	学生の安全と安心が保たれる環境を作る	実習を受け入れるにあたり、感染予防のための環境整備を行う (1) 学生が安心できる環境を作る (2) 学生が実習で学びを得るために、学生が安心できる環境を整える (4)
	学生の同行訪問先を確保する	学生の希望に合う利用者の選択・調整をするよう心がける (3) 利用者と家族の生活状況を確認し、訪問が可能か調整する (4) 実習を受け入れるうえで、学生と利用者宅の両方の観点で、実習協力的に適切と考える家庭を訪問先として選定する (8) 学生が利用者と関わりやすいような訪問先を選択する (9)
	学生が看護実践する場を作る	学生が希望したケア・訪問に参加させる (2) 学生が看護ケアを実践できるよう、状況に合わせてサポートに入る (6)
	事業所内での指導体制を整える	指導を担当する訪問看護師へのフォローを行う (2) 学生が同行する訪問看護師は指導力のある人を選定する (2) 指導において、訪問看護師間で話し合うことを心がける (3) 訪問看護師間で学生の学びを共有することを心がける (3) 指導する訪問看護師によって生じる指導の差が少なくなるように心がける (3) 学生が実習で学びを得るために、訪問看護師間で協力できる体制を調整する (4) 現在行われている実習では、実習マニュアルの作成を行い受け入れ体制を整えている (7) 事業所内で実習指導に関して情報の交換をする (11)
学生が学びを得るための環境を整える	利用者や家族、他部署に働きかける	実習を受け入れるにあたり、利用者・家族に実習の説明を行う (1) 実習を受け入れた利用者・家族に受け入れに対するお礼を伝える (1) 実習を受け入れるにあたり、施設内の他部署や多職種に説明し承諾を得る (1) 学生の同行訪問を受け入れてもらえるよう利用者に依頼する (2) 学生の訪問が利用者の不利益とならないよう利用者へ配慮する (2) 利用者が実習協力への同意を撤回することをの自由を保障するために説明を行い、再度確認する (8)
	教員と連携をとる	教員と連携を取って指導に当たる (2) 教員との連携を図る (4) 教員との連携について、直接会えない時はFAXやメールで工夫する (5) 実習の目的・目標の確認を教員と行う (5) 教員と学生の課題や苦手な点といった情報を共有する (5) 教員と実習中の学生の態度について共有する (5) 自施設の特徴を教員に伝える (5)
	学生と利用者との間を取り持つ	学生が利用者とのコミュニケーションをとれるように訪問中に学生に声をかける (2) 学生と利用者との間に入るよう心がける (3) 学生が利用者・家族・訪問看護師の会話に入れるような状況を作る (6) 学生が利用者や家族と関わりやすいよう会話に配慮する (9)
指導する立場の者として学生に働きかける	療養者と家族に対する理解が深まるよう促す	在宅療養生活について十分に説明することを心がける (3) 学生に在宅療養生活の雰囲気を見て、感じてもらう (6) 学生が療養者・家族を理解するための指導を行う (10) 療養者や家族への理解が深まるように情報を提供する (11) 学生が連携について理解が深まるように助言している (11) 療養者に対する尊重と支援の方法を伝える (11) 倫理的側面に関する問いかけをする (11) 学生の記録に助言する (11)
	訪問看護における基本を伝える	訪問前にあいさつやマナーを指導するよう心がける (3) 学生が療養者宅に馴染めるように、訪問マナーや訪問先での決まり事を伝える (6) 実習中のマナーについて指導を行う (10) 訪問看護師の援助の基本について指導を行う (10) 学生に訪問看護師としての心構えを伝えることを心がける (11) 在宅看護の制度に関する問いかけをする (11)
	訪問看護師がもつ思いを伝える	学生に学んでほしいことを伝える (2) 指導者が持つ訪問看護への思いを伝えることを心がける (11) 学生とコミュニケーションを取り、学んだことを確認する (2) 訪問看護の魅力を感じてもらえるようなかわりを心がける (3) 学生が学んだことの言語化を促す (6) 学生に対して支持的姿勢で関わる (6)
	指導する立場の者としての心構えをもつ	緊張緩和をはかるために、学生が会話しやすい内容で話をする (6) 指導者から学生にコミュニケーションをとるようにしている (9) 指導する際は言葉や伝え方に配慮している (11) 学生が療養者の全体像を捉えやすい指導を心がける (11) 実習前に実習要項に目を通す (11)
	学生を捉えるための心構えをもつ	学生の行動や育った背景を理解することを心がける (3) 学生の学びや変化をとらえ、引き出すことを心がける (3)

護事業所の管理者が1件¹³⁾、学生の実習記録を対象にしたものが1件¹⁶⁾であった。データ収集方法は、研究対象者による質問紙への記入もしくはインタビューでの語りによってデータを収集する方法が10件^{7-15), 17)}、学生が作成した実習記録に記述されている内容をデータとして収集したものが1件¹⁶⁾であった。

2. 訪問看護師の実習指導における「取り組み方」(表2)

訪問看護師の実習指導における取り組み方として、61コードから12サブカテゴリ、3カテゴリを抽出した。以下、カテゴリごとに取り組み方について述べる。また、カテゴリは【 】、サブカテゴリは《 》、コードは「 」で示し、コード末尾の()内の数字は文献番号を指す。

1) 【学生が学びを得るための環境を整える】

【学生が学びを得るための環境を整える】では、訪問看護師が実習環境を整えている様子が示されており、6サブカテゴリで構成されていた。

《学生の安全と安心が保たれる環境を作る》は、「実習を受け入れるにあたり、感染予防のための環境整備を行う(1)」など、学生の安全を確保するための行動を表していた。また、《学生の同行訪問先を確保する》や《学生が看護実践する場を作る》では、「学生が利用者に関わりやすいような訪問先を選択する(9)」、「学生が看護ケアを実践できるよう、状況に合わせてサポートに入る(6)」のように、学生が学ぶための場を確保している行動が示されていた。

《事業所内での指導体制を整える》は、「指導において、訪問看護師間で話し合うことを心がける(3)」、「学生が実習で学びを得るために、訪問看護師間で協力できる体制を調整する(4)」に表されるように、事業所全体で指導にあたることができるように事業所内に所属する訪問看護師同士で働きかけている様子が明らかとなった。加えて、《利用者と家族、他部署に働きかける》、《教員と連携をとる》といった、実習に関わる事業所外の関係者ともやりとりを行うことで、学生が学ぶための場を整えていることが明らかとなった。

2) 【指導する立場の者として学生に働きかける】

このカテゴリは、訪問看護師が指導する立場の者として学生に関わっている様子を示し、4サブカテゴリで構成されていた。

《学生と利用者の間を取り持つ》では、「学生が利用者

とコミュニケーションをとれるように訪問中に学生に声をかける(2)」のように、学生と利用者をつなぐために立ち振る舞っていることを示している。また、《療養者と家族に対する理解が深まるよう促す》の「学生に在宅療養生活の雰囲気を見て、感じてもらう(6)」といった、学生が現場を感じることができるときに連れ出す他、《訪問看護における基本を伝える》や《訪問看護師がもつ思いを伝える》のように、情報提供や助言するといった学生に直接関わる方法で実習指導に取り組んでいた。

3) 【指導する立場の者としての心構えをもつ】

このカテゴリは、訪問看護師が実習指導を行う立場の者としての心構えが示されており、2サブカテゴリで構成されていた。

《指導をするうえでの心構えをもつ》では、「指導する際は言葉や伝え方に配慮している(11)」のように、実習指導において学生に関わる際に、指導の際の自身の姿勢や言動に留意している様子が明らかとなっている。併せて、《学生を捉えるための心構えをもつ》のサブカテゴリにある「学生の行動や育った背景を理解することを心がける(3)」に表されるように、訪問看護師から学生への伝え方に注意しているだけでなく、学生という存在を理解しようとする姿勢も携えていることが明らかとなった。

V. 考 察

1. 訪問看護師の実習指導における「取り組み方」とその特徴

本研究の結果から、訪問看護師の実習指導における取り組み方として3カテゴリが明らかとなった。実習を行ううえで、実習施設および実習指導者に求められることは文部科学省が示す看護学実習指導ガイドライン¹⁸⁾の中で示されている。ガイドライン内では実習施設および実習指導者は、学生が看護ケアに参画できる機会を提供し、対象者と学生との関係形成を支える、対象者に関する臨床判断を説明することで看護実践者としての役割モデルとなることが求められている。本研究では学生が看護実践する場を整え、学生と利用者の間を取り持つ取り組みや、療養者と家族に対する理解が深まるよう学生に説明を行っている様子が明らかとなっていることから、実習指導を行う訪問看護師は実習を受け入れる施設の実

習指導者として求められている役割を全うしているといえる。それに加え、本研究において訪問看護師は、学生を理解しようとする心構えをもっていることや、指導体制を整えることで事業所全体で学生を指導する環境を整えようとしていることも明らかとなっている。これは、原¹⁹⁾が述べる臨床実習指導者からみた実習における看護学生のエンパワーメントの促進要因である“看護学生の置かれている状況や気持ちの理解”、“臨床学習環境における一体感の醸成”に一致している。これらのことから、実習指導において訪問看護師は、実習指導者に求められる役割を担い、自身が指導する立場であるという心構えをもって、学生が主体的に学ぶことができるよう、学生や利用者とその家族、事業所全体に対する取り組みを行っているといえる。

本研究の結果では、実習を受け入れ、学生が学びを得るための環境を整える取り組みが最も多く明らかとなった。訪問看護事業所で行われる実習は、利用者宅へ訪問する訪問看護師に学生が同行することが基本となっており、学生が利用者のプライベート空間に入ることや事業所外の他機関ともかかわる機会があるといった実習形態の特殊性が影響していると考えられる。これらのような、実習を受け入れる前の段階から事業所内外に渡って調整を試み、環境を整えるといった行動は訪問看護師の実習指導における取り組み方の特徴的な部分であると考ええる。

2. 訪問看護師の実習指導における「取り組み方」に関する今後の課題

本研究では、訪問看護師は実習指導における取り組み方として、実習環境を整えるために事業所内外に関わらず、多くの関係者に働きかけていることが明らかとなった。加えて、訪問看護におけるマナーや援助の基本、療養者と家族について学びを深めるために学生に直接働きかけている様子も明らかとなっている。しかし、本研究では、多職種や多機関との連携に関する学びを得るための指導や関わりに取り組んでいる様子を十分に明らかにすることができなかった。本研究において分析対象となった文献の多くが、看護職自らによる質問紙への記述やインタビューでの語りを研究データとして取り扱っていたことから、本研究で明らかとなった結果は訪問看護師が強く認識している自身の取り組みを表しているとい

える。そのため、実習指導における多職種連携を学ぶための取り組みに関しては、訪問看護師のなかで強く認識されていない可能性があると考えられる。多職種や多機関と連携することは、訪問看護師の業務のなかでも日常的に行われているものの一つであることから、多職種・多機関と連携することが多い訪問看護事業所での実習では、学生は多職種連携の実際に多く触れていると考えられる。また、訪問看護事業所での実習において、学生は多職種連携について学んでいたことを明らかにしている先行研究²⁰⁻²²⁾も多数あることから、実習の中で、学生が多職種連携の実際に触れた経験を学びに昇華するための指導が行われていると推察されるものの、どのような指導が取り組まれているかは明らかになっていない。そのため、学生が実習の中で多職種連携について学びを深めるために、訪問看護師がどのような指導に取り組んでいるのかを明らかにすることが今後の課題であると考ええる。

VI. 結 論

訪問看護師の実習指導における取り組み方を明らかにすることを目的に文献検討を行った結果、以下のことが明らかとなった。

1. 訪問看護師の実習指導における取り組み方として【学生が学びを得るための環境を整える】、【指導する立場の者として学生に働きかける】、【指導する立場の者としての心構えをもつ】の3カテゴリを抽出した。
2. 実習指導における訪問看護師の取り組み方の特徴として、学生が訪問看護師に同行する利用者やその家族、事業所内の職員、他部署といった事業所内外に渡る機関に調整を図ることで実習環境を整えている様子が明らかとなった。

本研究の一部は第28回日本在宅ケア学会学術集会で発表した。

また、本研究において開示すべき利益相反はない。

■引用文献

- 1) 厚生労働省:看護基礎教育検討会報告書(<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>, 2023. 8. 18).

- 2) 東海林美幸, 森鍵祐子, 大竹まり子, ほか: 訪問看護師の在宅看護実習指導における自己効力感と関連要因. 北日本看護学会誌, **18**(2): 17-29 (2016).
- 3) 厚生労働省: 保健師助産師看護師実習指導者講習会実施要綱(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000749432.pdf>, 2023. 8. 18).
- 4) 厚生労働省: 訪問看護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業(速報値) (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000182797.pdf>, 2023. 8. 18).
- 5) 滝島紀子, 大園菜穂子: 臨地実習における学生の学びに影響を及ぼす要因—人的・物的環境に焦点をあてて—. 川崎市立看護短期大学紀要, **24**(1): 27-37 (2019).
- 6) 新村出: 広辞苑. 第六版, 2045: 岩波書店, 東京(2008).
- 7) 北井真紀子, 春名誠美, 多次淳一郎: 新型コロナウイルス感染症流行下での在宅看護学実習において臨地指導者が行った工夫と難しさの認識. 四日市看護医療大学紀要, **15**(1): 53-60 (2022).
- 8) 青柳道子, 照井レナ, リトン佳織: 在宅看護論実習において訪問看護師が感じる困難と行っている工夫. 北海道公衆衛生学雑誌, **35**(2): 85-93 (2022).
- 9) 東海林美幸, 古瀬みどり, 小林淳子: 訪問看護師が在宅看護学実習指導で心がけていること. 北日本看護学会誌, **24**(1): 11-18 (2021).
- 10) 後藤雪絵, 新村直子, 内野聖子, ほか: 訪問看護師が, 訪問看護実習教育で大切にしている看護学生への学ばせ方. 岐阜医療科学大学紀要, **15**: 47-53 (2021).
- 11) 柴田滋子, 鈴木美和, 町田貴絵: 訪問看護ステーションでの実習における実習指導者と教員との連携の実態と課題. 日本地域看護学会誌, **23**(1): 52-58 (2020).
- 12) 田村直子, 牛久保美津子: 熟練訪問看護師による訪問看護実習での学生への関わり. 日本農村医学会雑誌, **66**(6): 703-712 (2018).
- 13) 柏木聖代, 川村佐和子, 原口道子: 看護基礎教育における在宅看護学実習の現状と課題—訪問看護ステーションへのインタビュー調査から. 日本在宅看護学会誌, **3**(2): 44-54 (2015).
- 14) 牛久保美津子, 飯田苗恵, 小笠原映子, ほか: 訪問看護ステーションにおける訪問看護実習受け入れに関する状況. The Kitakanto Medical Journal, **65**(1): 45-52 (2015).
- 15) 迫田智子, 岡本実千代: 実習指導者として訪問看護師が捉えた在宅看護論実習の現状と取り組み. 日本看護学会論文集: 地域看護, (44): 188-191 (2014).
- 16) 深谷由美: 訪問看護ステーションにおける臨地実習指導者からの指導内容—指導内容の分析と同行訪問回数からの検討. 愛知きわみ看護短期大学紀要, **10**: 87-92 (2014).
- 17) 松下恭子, 多田敏子, 岡久玲子, ほか: 看護学生に対する訪問看護師の実習指導の現状と指導についての意識. JNI: The Journal of Nursing Investigation, **12**(1): 36-43 (2013).
- 18) 文部科学省: 看護学実習指導ガイドライン(https://www.mext.go.jp/content/20200225-mxt_igaku-000005179_1.pdf, 2023. 8. 18).
- 19) 原あずみ: 臨床実習指導者からみた看護学生のエンパワーメントの促進要因と阻害要因—質的内容分析—. 日本看護科学学会誌, **42**: 670-678 (2022).
- 20) 菊池有紀, 塚原ゆかり: みなし指定訪問看護事業所を利用する在宅看護学実習における学び. 日本看護学教育学会誌, **32**(1): 103-111 (2022).
- 21) 加藤和子, 高田恵子, 石原多佳子: 臨地で訪問看護ステーション実習を経験した学生の学び. 岐阜聖徳学園大学看護学研究誌, **7**: 19-29 (2022).
- 22) 鶴見三代子, 綾部明江, 山口忍, ほか: 在宅看護学実習を履修した学生の学び—実習終了後のレポートの分析より—. 茨城県立医療大学紀要, **24**: 71-80 (2019).

Literature Review of “Approaches” of Visiting Nurses in Clinical Practice Teaching

Shuhei Kunimaru, Kanako Arai

Faculty of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Abstract

A literature review was conducted to identify the approaches used by visiting nurses in clinical practice teaching to obtain an overall picture. Ichushi Web, Medical Online, and CiNii Research were used to search the following search terms: “visiting nurse AND clinical practice” OR “visiting nursing station AND clinical practice.” The selection criteria of the literature were as follows: 1) the focus of the research must be on visiting nurses who provide clinical practice teaching and 2) the literature must describe the approach of visiting nurses in clinical practice teaching. An analysis of the approaches of visiting nurses in clinical practice teaching described in the literature selected based on the selection criteria was conducted. As a result, three categories of approaches were extracted: “Creating an environment for students to learn,” “Initiating students as a person in charge of teaching,” and “Having a mindset as a person in charge of teaching.” Visiting nurses took on the role required for clinical practice teaching and approached students, clients and their families, home-visit nursing agencies, and related departments. The behavior of visiting nurses in attempting to coordinate and create a clinical practice environment inside and outside the establishment in clinical practice teaching is a characteristic part of the visiting nurses’ approach.

Key words : visiting nurse, clinical practice teaching, literature review

与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの 連携モデルの検証と精錬

Determination of the Usefulness of a Model of Interprofessional Collaboration by Home-Visit Nurses and Home Helpers with Regard to Administering Medication and Refinement of that Model

小枝美由紀*¹, 大野かおり*²

Miyuki Koeda, Kaori Ohno

要旨：目的：研究者らが考案した、与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデルの有用性の検討とモデルの精錬を行い、本モデルの実践共同体としての機能について検討した。

方法：訪問看護師、ヘルパー、在宅療養者の3者を1組とし、4組の研究協力者にモデル介入を2ヵ月間実施した。

結果：介入開始時は、【訪問看護師とヘルパーの各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】、【連携の基盤作り】が行われることに、訪問看護師とヘルパーの関係性構築の特徴があった。1ヵ月後では、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の中で《大切なチームの一員としての意識》が芽生えた状態で【情報の共有と統合】が豊富にされるようになった。

考察：6事例中4事例で適切に与薬ができ、本モデルの有用性が認められた。また、【相互の学びあい】をはじめとする効果があり、実践共同体としても機能することが認められた。

キーワード：与薬、訪問看護、訪問介護、実践共同体

日本在宅ケア学会誌, 27(2) : 64-74(2024)

I. 序 論

近年、独居、認知介護などの家族介護者の介護力が望めない在宅療養者の場合は、家族ではなく、ホームヘルパー（以下、ヘルパー）が与薬の主力になる場合が多い¹⁻²⁾。医療職である訪問看護師と、与薬の役割を一部任されている現状にあるヘルパーは、処方薬のセッティング、投薬、投薬後の観察と報告の一連の全ての過程において連携が求められている¹⁻⁴⁾。基礎教育の中で薬に関する知識を学ばずにヘルパーが与薬の一部を担っている現状⁵⁻⁶⁾もあり、現場での連携の中で知識や技能を高

めあっていくこと、及びその視点で研究を行うことには意義がある。「あるテーマに関する関心や問題、熱意などを共有し、その分野の知識や技能を、持続的な相互交流を通じて深めていく人々の集団」を実践共同体という⁷⁾。研究者は、誤薬等の問題がなく確かな知識と技術のもと、個々の生活にあった与薬がなされるために、与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデル（以下、モデル）を考案した⁵⁾。その際、モデルにおける実践が、自立的に学びあう実践共同体として機能していく可能性についても示唆が得られた。

今回、考案されたモデルを用いた介入を実施することで、その有用性を検証し、モデルの精錬を行った。加えて、開発したモデルに基づく実践の、実践共同体としての機能について考察した。

受付日：2023年2月26日

受理日：2023年7月18日

*1 神戸女子大学看護学部

*2 兵庫県立大学看護学部

II. 研究方法

1. 研究デザイン

事例介入研究

2. 用語の定義：「与薬」

本研究では、清崎⁸⁾の文献を参考に、本人、家族、ヘルパー、看護師、薬剤師のいずれかによる薬剤のセッティング、投薬、投薬後の観察と評価、効果や副作用の報告の部分を「与薬」として定義した。

3. 研究協力者

研究者の実践基盤であるX県Y市で、訪問看護とヘルパーによる与薬を受けている在宅療養者と、その担当訪問看護師、ヘルパーの3者を1組とし、機縁法にて研究協力を依頼した。在宅療養者に関しては、疾患や要介護度は問わなかったが、研究協力について意思表示ができる方とした。研究協力候補者となる在宅療養者、訪問看護師と、訪問介護事業所は、5箇所の訪問看護ステーション管理者に紹介を依頼し、研究者が個別に研究説明を行った上で3者共に同意が得られた場合に研究協力者とした。

4. 介入モデル

我々が作成した、与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデルを使用し、介入を行った。モデルは、在宅ケアにおける医療と介護の連携についての概念分析結果と、訪問看護ステーション管理者及び訪問介護サービス提供責任者へのインタビュー結果を統合し作成されたものであった。連携の前提となる4つの要素として【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状態】、【与薬の方向性の統一】、【訪問看護師とヘルパーの各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性】、連携の実践内容となる4つの要素として【情報の共有と統合】、【役割を分担、補完しながら与薬する】、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】、【連携の基盤作り】で構成された⁵⁾。連携の前提となる4要素のもと、【連携の基盤作り】を行いながらそのほかの連携の実践内容3要素が順番に繰り返される構造となっていた。

5. 介入方法

モデルの介入期間は2ヵ月間とした。研究協力同意後まず、訪問看護師、ヘルパーに研究者から本モデルについての説明を個別に実施した。その後、介入開始時(以下、開始時ミーティング)と介入1ヵ月(以下、1ヵ月後ミーティング)にそれぞれ、研究者、訪問看護師とヘルパーの3者で20分程度のミーティングを実施し、モデルを用いて連携内容のすり合わせを行った。各ミーティングで、研究者は、連携モデルが確実に実施されるように介入を行った。介入期間中の2ヵ月間、研究者が作成した記録用紙の冊子を連絡ノートとして使用してもらった。

6. データ収集方法

開始時ミーティングと1ヵ月後ミーティングは、研究協力者に同意を得た上で録音し、逐語録に起こしたものをデータとして収集した。逐語録のうち、各ミーティングにおいて研究者が行った介入部分もデータとした。介入終了後、個別に20分程度のインタビューを行い、与薬への効果、在宅療養者への効果について話を聞くことで、評価を行った。終了後のインタビューに関しても、研究協力者に同意を得た上で録音し、逐語録に起こしたものをデータとして収集した。与薬が適切に行えたかどうかの評価については、連絡ノートとして使用するために作成した記録用紙にチェック欄を設け、研究協力者に記載をしてもらうことでデータを収集した。

7. 分析方法

介入内容の分析については、開始時ミーティング、1ヵ月後ミーティングで得られた逐語録と、連絡ノートに記載された内容を合わせて各事例で行われた連携内容について、モデルの構成要素に沿って質的に分析した後、全事例で得られた結果を統合してモデル介入における実践を時系列にまとめた。終了後のインタビューは、逐語録をもとに質的分析を行った。質的分析の過程においては、質的研究に精通した複数の研究者とともに検討を重ね、信頼性の確保に努めた。適切に与薬が行われた回数については、連絡ノートの記述に基づき単純集計した。

8. 倫理的配慮

研究協力者には、研究参加の自由意思、研究参加による利益と不利益、不利益を最小にするための方策につい

て研究者が口頭と文書で説明し、文書にて同意を得た。新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、訪問看護師とヘルパーには電話と郵送を用いて遠隔での説明を実施したが、在宅療養者については、感染予防を徹底の上自宅へ訪問し、対面にてなるべく平易な言葉で説明をし、同意を得た。本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を受けて実施した(申請番号：2020D04)。

Ⅲ. 結 果

1. 研究協力者の概要

3訪問看護ステーション、3訪問介護事業所から協力が得られ、連携のグループとしては4組、6名の在宅療養者、10名の訪問看護師、10名のヘルパーが研究協力者

となった。

研究協力者となった在宅療養者は、男性が5名、女性が1名であり、年齢は平均 72.2 ± 9.3 歳であった。主な疾患は、脳梗塞後遺症が2名、糖尿病が2名、腰椎圧迫骨折が1名、胸髄硬膜外血腫術後による両下肢麻痺が1名であった。6名全員が独居であり、認知機能低下を有していた。主な使用薬剤としては、抗血小板薬を内服している者が3名、降圧剤を内服している者が5名、血糖降下剤を内服している者が2名、インスリン自己注射をしている者が1名、抗精神病薬を内服している者が1名であった。全員が薬カレンダーを使用していた(表1)。

研究協力者となった訪問看護師は全員女性で年齢は平均 42.0 ± 7.3 歳、訪問看護経験年数は平均 3.2 ± 2.4 年であった(表2)。

研究協力者となったヘルパーは、女性9名、男性1名

表1 在宅療養者の属性

		n=6	
		mean \pm SD または n	%
年齢		72.2 \pm 9.3	
性別	男性	5	83.3
	女性	1	16.7
要介護度	要支援1	1	16.7
	要支援2	1	16.7
	要介護1	3	50.0
	要介護4	1	16.7
主疾患	認知症	6	100.0
	脳梗塞後遺症	2	33.3
	糖尿病	2	33.3
	腰椎圧迫骨折	1	16.7
	胸髄硬膜外血腫術後による両下肢麻痺	1	16.7
家族形態	独居	6	100.0
主な使用薬剤	降圧剤	5	83.3
	抗血小板薬	3	50.0
	血糖降下剤	2	33.3
	インスリン自己注射	1	16.7
	抗精神病薬	1	16.7

表2 訪問看護師の属性

		n=10	
		mean \pm SD または n	%
年齢		42.0 \pm 7.3	
訪問看護経験年数		3.2 \pm 2.4	
性別	女性	10	100.0
資格	看護師	10	100.0
	保健師	2	20.0

表3 ホームヘルパーの属性

		n=10	
		mean ± SD または n	%
年齢		52.6 ± 9.6	
ヘルパー経験年数		9.4 ± 5.5	
性別	女性	9	90.0
	男性	1	10.0
資格	介護福祉士	5	50.0
	初任者研修修了	4	40.0
	実務者研修修了	1	10.0

であった。年齢は平均52.6±9.6歳、ヘルパー経験年数は平均9.3±5.5年であった(表3)。

2. モデル介入結果

モデル介入により、開始時と1ヵ月後の各ミーティングにおいてはモデルの中で抽出されたサブカテゴリー数の多い要素、もう一方のミーティングでは抽出されなかったサブカテゴリーが含まれた要素がそれぞれ特徴的にみられ、それを重点項目とした。重点項目にあわせて研究者の介入の形も変化した。また、前半(1~4週目)

と後半(5~8週目)の連絡ノートの記載内容についても変化がみられた。各ミーティングで重点項目となった要素を太字で表示しつつ、時系列に沿い、連携の効果までまとめたものを図1に示した。

以下、モデルの要素を【 】、サブカテゴリーを《 》、発言及び語りの内容を「 」に示す。

1) 開始時ミーティング

介入開始時では、【訪問看護師とヘルパーの各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】、【連携の基盤作り】が行われることで訪問看護師と

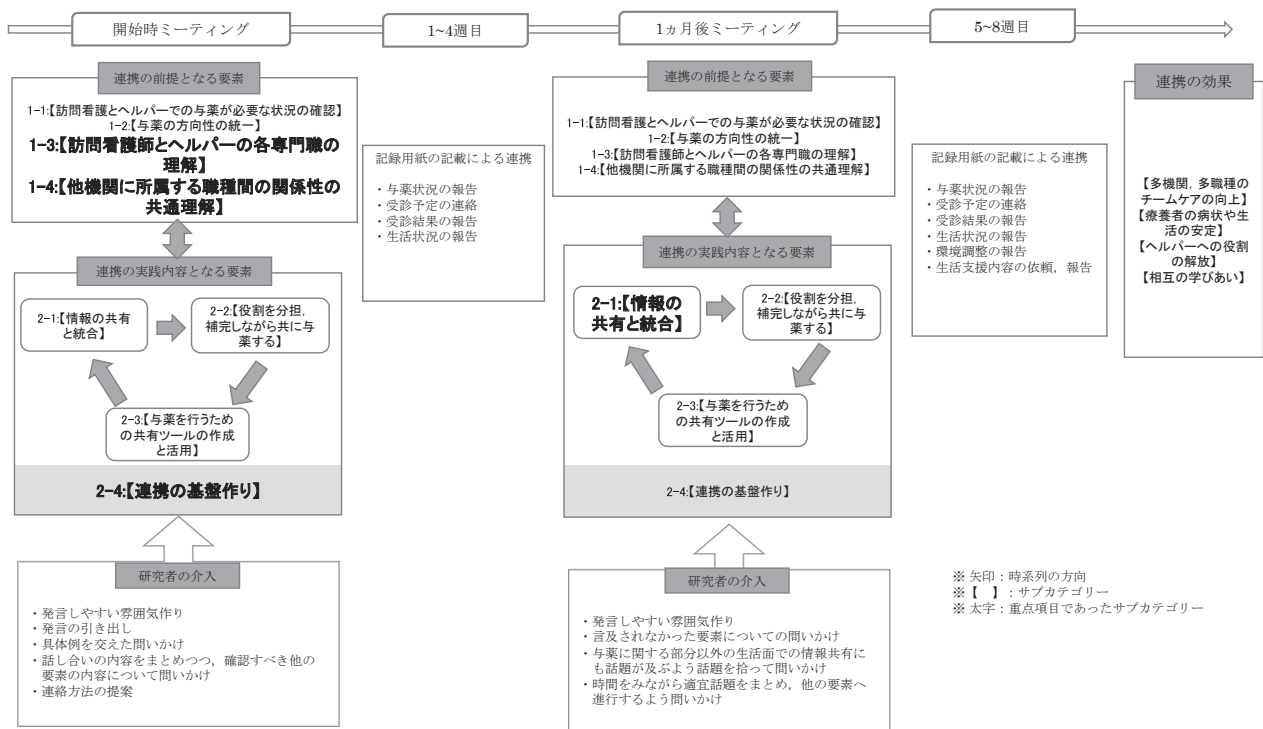


図1 モデル介入結果の概要

ヘルパーの関係性構築が成されることが重点項目であった。具体的には、【訪問看護師とヘルパーの各専門職の理解】の中で、「今、飲んでる薬が何の薬かって言う。ほかのヘルパーもあんまり把握してないみたいで。」(ヘルパー)という発言から《ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解》をする場面、「看護師の方は、アセスメントもしますし、経過もみますし、評価して修正もしていきます。」(訪問看護師)という発言から《専門職の責任範囲の理解》をする場面、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の中で、「お会いするのは初めてですね。」(訪問看護師)、「そうですね。会ったことなかったんやけど。これであれかな。」(ヘルパー)、「直接訪問時の様子とかも聞けたので。」(訪問看護師)、「はい。」(ヘルパー)というように、《はじめての顔合わせ》でありながら、今後の連携のおいての関係性を確認しあうような場面があった。【連携の基盤作り】としては、「とりあえず血压測ったら下がってたから、飲んだのかなと思って。」(訪問看護師)「なるほどね。そういう確認の仕方やな。」(ヘルパー)というように、内服したかどうかの確認方法について、訪問看護師からヘルパーへの《学びの提供》があったほか、「名刺に番号書いてあるので、急ぎやったら、私に電話かかってくるので。」(訪問看護師)と、【連絡手段の確保】がされていた。

重点項目以外のところでは、【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】の中で「認知症. と、独居であり。」(訪問看護師)など、《在宅療養者が自立して薬の管理ができない状態》の共有や、「飲み忘れがなく内服ができる。が目標。」(訪問看護師)というように、【与薬の方向性の統一】があった。

開始時ミーティングでは、訪問看護師、ヘルパーともに、どちらか一方の職種の発言に圧倒され、発言が出にくい職種もあり、研究者は、発言の少ない参加者の発言を引き出し、関係性が作られるように介入をした。

2) 1ヵ月後ミーティング

介入1ヵ月後では、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の中で、「真剣に考えて、一緒に協力しながら支えてくださっているっていうのが、すごい感じて。」(訪問看護師)というように、《大切なチームの一員としての意識》が芽生えた状態で【情報の共有と統合】が豊富にされるようになった。【情報の共有と統合】においては、「利用者さんの最近の生活いうところでは、

配食弁当が入って、ご利用されてて。」(ヘルパー)といった《ヘルパーのもつ生活情報の共有》や、「サービス担当者会議がありまして、食事のことをどうするかっていうことを話し合いました。」(訪問看護師)といった《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》など、与薬に直接関係する内容のみならず、それに関わる周辺の情報も含めた豊富な情報共有があった。

重点項目以外のところでは、「(血糖降下剤を飲み忘れたことを時間が経ってから把握した場合、その分は)スキップ。」(訪問看護師)、「重複するとだめなので。」(ヘルパー)というように、【与薬の方向性の統一】内容の再確認、「いつもありがとうございます。」(訪問看護師、ヘルパー)、というように、日ごろの《感謝の言葉》を伝えあうことでの継続的な【連携の基盤作り】があった。

1ヵ月後ミーティングでは、参加者からの自発的な発言が増えたため、発言を引き出す問いかけは減り、モデル内容が網羅されるようにミーティングを進行する役割をとった。

3) 連絡ノートの記載内容の変化

連絡ノートの記載内容としては、前半は、内服確認状況の報告、受診予定や受診結果の報告といった与薬の状況に関する記述が中心であったが、後半では、クーラーのON/OFFなどの室温環境整備について、誤嚥の状況を含めた食事に関する報告、食品の買出しに必要な金銭管理に関する記述など、間接的に与薬に関係するが直接の与薬内容ではない内容の記述が豊富になっていた。

4) 連携の効果

終了後インタビューの結果から、連携の効果として、【多機関、多職種のチームケアの向上】、【療養者の病状や生活の安定】、【ヘルパーへの役割の解放】、【相互の学びあい】に関する語りが得られた。

【多機関、多職種のチームケアの向上】としては、「(ヘルパーは)すごい心強い味方になりました。」(訪問看護師)、「所持金のこととか、そういった看護だけっていうか医療だけではないところまで一步、踏み込んでくださってたっていうのは、今の取り組みによってではないのかなとは思います。」(ヘルパー)など、モデル介入を通して双方に《専門職としての信頼の高まり》に関する語りがあった。【療養者の病状や生活の安定】としては、「起きてないときとか、声掛けをして、薬、服薬し

表4 モデル介入期間中の適切に与薬できた、できなかった回数と理由

事例：	適切に 与薬できた 回数 (回)	適切に 与薬できなかった 回数 (回)	適切に 与薬できた 割合 (%)	適切に与薬できなかった理由
前半				
後半				
A	11	0	100	
	14	1	93	・A氏の外出の都合でヘルパーの訪問が無かった
B	12	2	86	・薬カレンダーを訪問看護師が変更する前
	15	1	94	・定期外の受診で処方された薬の訪問日以外の重複飲み
C	39	5	89	・受診日に受診ができておらず薬が無かった
	22	0	100	・本人がセッティングしてある薬カレンダーの中身を触り、1日分が行方不明となった
D	14	6	70	・週末のサービスが入らない日に外出した際、本人が薬を持っていかなかった
	11	8	56	・週末のサービスが入らない日に外出した際、本人が薬を持っていかなかった
E	14	0	100	
	16	0	100	
F	17	0	100	
	15	0	100	

てもらふことって大事ですよ、みたいにできた。」(ヘルパー) というように、モデル介入によって意識が変わり、きちんと声かけができるようになったと、《適切な与薬》ができた旨、語りがあった。【ヘルパーへの役割の解放】としては、「買い物とかが結構、難しくはなってきた人なんですけど、そこら辺はヘルパーさんなりにどうカバーしていこうかなっていう、やるからには多分、意図を持ってやってはる。」(訪問看護師) というように、ヘルパーが意図をもって本人と相談しながら買い物をしてきてくれていることに信頼を置いている旨の語りがあり、ヘルパーからは、「(買い物内容に関して) 気に掛けてくださってるところでの今後、ヘルパーもそれにもお答えしたり、逆にお伝え、お答えするだけじゃなくてこちらからも看護師さんへのそういうアプローチというか、働き掛けっていうのは必要なんだなって。」(ヘルパー) というように、買い物はヘルパーの基本的な役割であるとした上で、生活状況や病状を考慮した買い物内容の選択や提案について、ヘルパーから積極的に行ってもよいのではないかという意識に変わったという語りがあった。【相互の学びあい】としては、「医療的な部分での視点っていうのでは視点の置き方っていうのはまたヘルパーとは違ってたんではないのかなと思っておりま

す。だから、訪看さんが書いてくださってるノートっていうのはとても参考になりました。」(ヘルパー) というように、訪問看護師からの情報提供、ケア方法の報告や、助言から様々な知識やケア技術を学んだという語りがあった。訪問看護師からも、「ヘルパーさんにお薬の情報もしっかり伝えていかなあかんって。」(訪問看護師) というように、ヘルパーの一生懸命な姿勢から自身も頑張らなければと学んだという語りがあった。

3. 適切に与薬できた、できなかった割合

B氏、C氏の2事例で、適切に与薬できた割合の増加がみられた。E氏、F氏の2事例は、全期間を通して適切に与薬できた割合が100%であり、継続して大きな問題が無く与薬が行われていた。A氏、D氏の2事例で、前半に比べ後半で適切に与薬できた割合の減少があった(表4)。

IV. 考 察

1. 与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデル介入効果とその要因

6事例中2事例で適切に与薬できた割合の増加があり、

2事例で全期間を通して大きな問題が無く与薬が行われた状況があり、与薬に関しての本モデルの有用性が認められた。終了後のインタビューでヘルパーは、モデル介入によって対象とする在宅療養者の与薬の必要性を改めて認識し、自信をもって「必要であるから今飲んでください。」という声かけに変わったと語っていた。ヘルパーなどの在宅ケアサービス担当者が訪問時に薬についての声かけをすることで服薬率が上昇するとの研究報告があり⁹⁾、モデル介入で薬の声かけが以前よりも確実にられるようになったことは、在宅療養者の与薬の改善の一因であったと考えられた。

介入開始時では、【医療と介護の各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】と、【連携の基盤作り】が豊富に行われることでまずお互いのことを理解し関係性を作るところから始まり、連携が進むと【情報の共有と統合】が豊富になり、与薬を中心にしながら周囲の生活状況を含めた連携に発展する様相が明らかとなった。多職種連携によるチームケアに関して、Shawら¹⁰⁾は、「共通ゴール (a common goal)」、【他メンバーからの学び (Learning from and about team members)】、「情緒的サポート (Emotional support)」を挙げている。今回、モデル介入によって【与薬の方向性の統一】がされ、【訪問看護師とヘルパーの各専門職の理解】の上での【連携の基盤作り】により、情緒的サポートを含めた連携がされたことで、【多職種、多機関のチームケアの向上】、「適切なときに特定の役割を手放すことを可能にする信頼の過程」¹¹⁾である【ヘルパーへの役割の解放】、【相互の学びあい】といった効果が現れ、多職種連携の深まりがみられたと考えられた。

モデル運用効果をもたらした要因には定期的なミーティング、ミーティングでの研究者によるコーディネーターとしての介入や、連絡ノートを用いたタイムリーな情報共有があったと考えられた。多職種での与薬に関しては、多職種間のディスカッションの必要性¹²⁾や、最低月1回の定期的なミーティングの必要性¹³⁾が文献で述べられている。開始時及びその後の定期的なミーティングが、多職種のディスカッションを生み、最新の情報をもとに活動を再調整していく部分で有用であったといえる。コーディネーターは、多職種チームによるケアの要素⁷⁾とされているところであり、その内容としては、「フラットな関係性」を作ること、「全員の意見を聞く」

こと¹⁴⁾が言われている。研究者の開始時ミーティングでの発言を引き出す介入は、職種間の理解を深め、関係性の構築に寄与し、1ヵ月後ミーティングでの自発的なディスカッションに貢献したと考える。互いを理解し、ディスカッションが出来たことで、大切なチームの一員としての意識が生まれ、更なるチームケアへと好循環を生み出したと考えられた。連絡ノートに関しては、ノートのやり取りによって医療的視点を学んだとヘルパーが語っていた。坂根¹⁵⁾は、多職種連携により高齢者の服薬自己管理支援を推進していくために、「タイムリーに情報共有するためのシステム」の必要性について述べており、多職種で使用する記録活用の効果といった点では、Verhoefら¹⁶⁾が、スタッフ間のコミュニケーション増加があると述べている。今回の連絡ノートの活用は、訪問看護師とヘルパーのタイムリーなコミュニケーション手段となり、その中で学びあいを生み出すことにつながったと考えられた。

2. 実践共同体として機能する与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデル

今回のモデル介入で得られた相互の学びあいをはじめとする効果について、実践共同体の視点から考察する。「実践共同体は組織内外に形成されるコミュニティであり、そこでメンバーは相互作用を通じて自立的に学ぶ。」¹⁷⁾とされている。組織を超えて集まった訪問看護師とヘルパーの相互の学びは、実践共同体における学びに通じるものであったといえる。

モデル介入によって、訪問看護師とヘルパーは、対象となる在宅療養者の与薬の理解を深め、支援方法を改めて確認し、お互いの姿勢から各職種のあり方を学びつつ関係性を構築した上で実践ができていた。これは、実践共同体の学びにより、「対象理解に関する内容、看護実践に関する内容、看護師のあり方を学び、予測外の状態の変化に合わせた行動」が生じる¹⁸⁾とされる報告と合致していた。

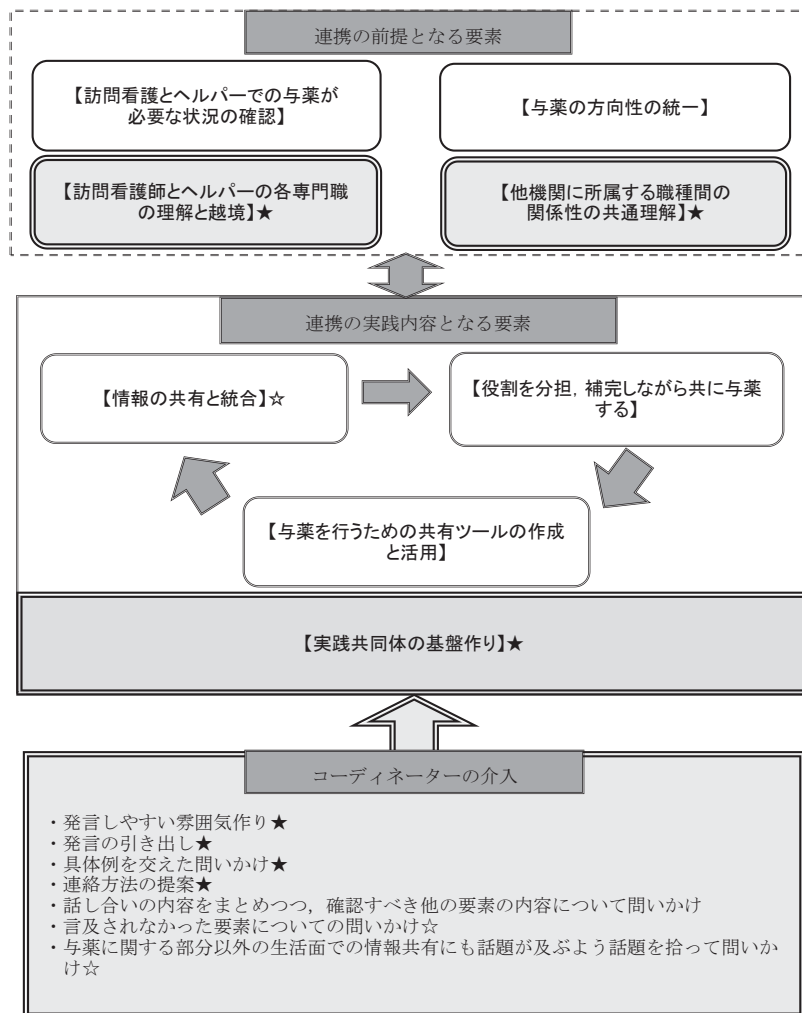
実践共同体の要素として、相互の学びあいのほか、一時的意義、二次的意義、越境、コーディネーターによるマネジメントがあると言われている¹⁹⁾。松本¹⁹⁾は、「実践共同体への参加と実践は、最初は一次的意義のために始められるが、それにとどまらず、メンバーの実践によって参加を深めていく中で、二次的意義を発見することが

求められる。」と述べている。今回のモデルにおける一時的意義は適切な与薬であり、二次的意義はチームケアの促進であったのではないかと考える。越境は、「外部の実践共同体やその成員にアプローチし、そこで構築されるネットワークでの相互作用を通じて技能や知識を獲得・共有・創造する」こととされている¹⁹⁾。今回のモデルでも、訪問看護師とヘルパーが相互作用を通じて知識を共有、獲得し、時には職種の領域を超えて、与薬に関する周囲の生活も含めた支援方法を共に創造していった状況が得られており、これは、越境であったと考えた。コーディネーターによるマネジメントについては、

Schenkel and Teigland²⁰⁾ が「コミュニケーション環境の整備」が必要であると言及している。今回のモデルでは、実施した研究者の介入がディスカッション環境を担保することにつながったと考えられた。以上より、今回の連携モデル運用が実践共同体として機能していたと考えられた。

3. 与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデルの精練

モデル介入結果と考察を通し、連携モデルの精練を行った(図2)。本モデルの新規性として、連携が実践



- ※★連携開始時、重点をおいて行われる項目
- ※☆連携開始1ヵ月後以降、重点をおいて行われる項目
- ※矢印：時系列の方向
- ※運用にあたっては、連携開始時と、開始後1ヵ月毎を目安に定期的なミーティングを開催する。また、日々の情報共有のために専用の連絡ノートを活用する。
- ※背景塗りつぶし2重枠：精練にて修正、追加された部分

図2 精練後の与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデル

共同体として機能していくという点を明確にするため、【医療と介護の各専門職の理解】を、【医療と介護の各専門性の理解と越境】に、【連携の基盤作り】を【実践共同体の基盤作り】に修正した。【医療と介護の各専門職の理解】は、出来ない範囲を補い合うこと、各専門職の資質を向上するために何が出来るかを知ることという点が、実践共同体で重要とされている越境であると考えられ、【医療と介護の各専門職の理解と越境】とした。【連携の基盤作り】の内容は、連携のためだけではなく、それ自体が実践共同体の基盤作りとなると考えられたため、【実践共同体の基盤作り】とした。加えて、コーディネーターの介入が本モデル介入をすすめるにあたり重要な役割を果たしていたため、コーディネーターの介入も、モデル内容として追加した。

与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデルは、連携の前提となる要素として【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】、【与薬の方向性の統一】、【医療と介護の各専門職の理解と越境】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の4要素、連携の実践内容となる要素として【情報の共有と統合】、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】、【実践共同体の基盤作り】の4要素で構成された。モデル介入開始時は訪問看護師とヘルパーの関係性構築が重点項目であり、モデル介入1ヵ月後では大切なチームの一員としての意識が芽生えた状態で【情報の共有と統合】が豊富にされることが重点項目であった。与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルは、開始時とそれ以降で重点となる要素が変化していくとともに、連携が実践共同体として機能していくことが明らかとなった。

4. 本研究の限界と今後の課題

今回のモデルは、訪問看護師とヘルパーの2者間の多職種連携に的を絞ったため、他の専門職を含めた多職種連携の検討はできていない。今後は、薬剤師やケアマネジャーなど、複数の多職種連携の検討が必要であると考えられた。今後、在宅ケア現場でのモデル活用を検討するにあたり、連携モデルを推進していくコーディネーターの役割を明らかにすることと、コーディネーターの役割を担える専門職の育成が課題と考えられた。

本研究にご協力いただきました皆様に、心より感謝申し上げます。

本研究は、2021年度兵庫県立大学大学院看護学研究科博士論文の一部である。

■引用文献

- 1) 雑賀匡史：在宅における薬局薬剤師の役割. 薬学雑誌, **138** : 791-795 (2018).
- 2) 齊藤百枝美, 安藤崇仁, 伊神敬人, ほか：精神疾患患者への訪問看護・訪問サービス時に必要とされる向精神薬の情報提供に関する調査・研究. 医薬品情報学, **19**(4) : 172-179 (2018).
- 3) 定村美紀子, 糸井和佳, 松岡恵子, ほか：地域包括ケアシステムにおける多職種連携による服薬支援の課題. 帝京科学大学紀要, **14** : 209-213 (2018).
- 4) 馬来秀行, 白石朗, 三木晶子, ほか：施設介護スタッフと薬剤師の連携はどうあるべきか：服薬に関する入居者の安心安全への取り組み. 薬学雑誌, **137**(8) : 1041-1049 (2017).
- 5) 小枝美由紀, 大野かおり：与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデルの考案. 日本在宅ケア学会誌, **27**(1) : 22-32 (2023).
- 6) 厚生労働省：介護福祉士資格の取得方法について (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengo/kyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000052555.pdf>, 2022. 12. 10).
- 7) Wenger, E., McDermott, R., Snyder, W.M. : Cultivating communities of practice. Harvard Business School Press, Boston, (2002). (野村恭彦監修, 櫻井祐子訳: コミュニティ・オブ・プラクティス—ナレッジ社会の新たな知識形態の実践, 翔泳社, 東京, 2002)
- 8) 清崎由美子：系統看護学講座統合分野 在宅看護学. 第5版, 146, 医学書院, 東京(2017).
- 9) 畑中典子, 伊藤貴文, 石幡真澄, ほか：在宅患者のアドヒアランスに及ぼす背景因子の解析—真の服薬率とヘルパーの推定する服薬率の比較—. 薬学雑誌, **129**(6) : 727-734 (2009).
- 10) James Shaw, Colleen Kearney, Brenda Glenns et al. : Interprofessional team building in the pakkiative home care setting: Use of a conceptual fframework to inform apilot evaluation. *Journal of Interprfrrssional Care*, **30**(2) : 262-264 (2016).
- 11) King G, Strachan D, Tucker M, et al. : The application of a trans disciplinary model for early intervention services, *Infant & Young Children*, **22**(3) : 211-223 (2009).

- 12) Chong-Han Kua, Cindy Ying Ying Yeo, Cheryl Wai Teng Cha et. al: Nursing home team-care deprescribing study : a stepped-wedge randomised controlled trial protocol. CoeMark, BMJ Open, Doi:10.1136 (2017).
- 13) Michel A. West: Effective Teamwork : Practical Lessons from Organizational Research, Third Edition, British Psychological Society and John Wiley & Sons Limited, 1994 (下山晴彦監修, 高橋美穂訳, チームワークの心理学, エビデンスに基づいた実践へのヒント, 東京大学出版会, 東京, 2014).
- 14) 鈴木央 : 地域連携の技術ファシリテーション これまでの“話し合い”と何が違う? . 訪問看護と介護, **25**(2) : 148-151 (2020).
- 15) 坂根加奈子 : 訪問看護師が在宅高齢療養者に服薬自己管理に向けた支援を行う看護プロセス. 日本看護研究学会誌, **44**(1) : 61-71 (2021).
- 16) J Verhoef, PJ Toussaint, H Putter, JHM Zwesloot-Schonk et al: The impact of introducing an ICF-based rehabilitation tool on staff satisfaction with multidisciplinary team care in rheumatology : an exploratory study. *Clinical Rehabilitation*, **22** : 23-37 (2008).
- 17) 上林憲雄 : ケーススタディ 優良・成長企業の人事戦略. (三輪卓己編) 236, 税務経理協会, 東京 (2015).
- 18) 川守田千秋, 村中陽子 : 看護学臨地実習における学習経験に関する文献研究—実践共同体としての学び—. 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, **21** : 60-68 (2018).
- 19) 松本雄一 : 実践共同体の学習. 白桃書房, 東京 (2019).
- 20) Schenkel, A. and Teigland, R. : Improved organizational performance through communities of practice. *Journal of Knowledge Management*, **12**(1):106-118 (2008).

Determination of the Usefulness of a Model of Interprofessional Collaboration by Home-Visit Nurses and Home Helpers with Regard to Administering Medication and Refinement of that Model

Miyuki Koeda*¹, Kaori Ohno*²

*1 Kobe Women's University, Faculty of Nursing

*2 University of Hyogo, College of Nursing Art and Science

Abstract

Objectives: We previously devised a model of interprofessional collaboration between home-visit nurses and home helpers with regard to administering medication. This study determined the usefulness of that model, refined it, and examined its functioning as a community of practice.

Methods: The model was implemented for two months with four groups of participants, each group consisting of a home-visit nurse, a home helper, and an individual receiving at-home care.

Results: When the intervention started, a relationship was established between visiting nurses and home helpers through an *Understanding from Visiting Nurses and Home Helpers*, a *Common Understanding of the Relationship between Personnel Working at Different Facilities*, and by *Laying the Groundwork for Interprofessional Collaboration*. After a month, there was *Information Shared and Consolidated* as visiting nurses and home helpers began *Seeing each other as Vital Team Members*, as part of the *Common Understanding of the Relationship between Personnel Working at Different Facilities*.

Discussion: In four of the six cases, medication was appropriately administered as a result of the model, and the model helped with the administration of medication. Moreover, the effects of the model included mutual learning, which worked as a community of practice.

Key words : administering medication, home-visit-nurses, home helpers, communities of practice

● 原 著 ●

慢性呼吸器疾患患者に対する看護師・理学療法士・作業療法士による
在宅呼吸リハビリテーションの実践に関する質的研究Practices of Home-Based Pulmonary Rehabilitation for Patients with Chronic Pulmonary Diseases by
Nurses, Physiotherapists, or Occupational Therapists: a Qualitative Study北村 智美*^{1,2}, 五十嵐 歩*¹, 野口麻衣子*^{1,3}, 吉江 悟*^{4,5,6,7,8}, 山本 則子*¹

Satomi Kitamura, Ayumi Igarashi, Maiko Noguchi-Watanabe, Satoru Yoshie, Noriko Yamamoto-Mitani

要旨：目的：慢性呼吸器疾患患者に対する看護師・理学療法士・作業療法士による在宅呼吸リハビリテーション（在宅呼吸リハ）の実践を記述する。

方法：訪問看護師6名、理学療法士6名、作業療法士3名に半構造化面接を行った。利用者の特徴と在宅呼吸リハ実践の構成要素をまとめ、質的記述的研究方法を用いて実践方法を示した。

結果：語られた事例は19名であり、70歳以上が18名、要介護3以上の者が9名だった。全事例にADLトレーニングやセルフマネジメント教育を行っていた。実践方法は、【中長期的な視点で利用者のありたい姿をかなえるためのケアを考える】、【心身の土台作りをする】、【利用者の実生活に即した呼吸法や生活動作の練習をする】、【訪問時以外も呼吸リハビリテーションが行われるよう環境を整える】の4つのカテゴリが抽出された。

結論：在宅呼吸リハに関する利用者の特徴や具体的な実践が示された。

キーワード：在宅呼吸リハビリテーション、質的研究、訪問看護、訪問リハビリテーション、慢性呼吸器疾患

日本在宅ケア学会誌, 27(2) : 75-84 (2024)

I. 緒 言

呼吸リハビリテーション（以下、呼吸リハとする）は、運動療法、セルフマネジメント教育、栄養療法、心理社会的サポート等の包括的な介入を個別に行うサービスである¹⁾。慢性閉塞性肺疾患等の慢性呼吸器疾患患者に

対する呼吸リハは、呼吸困難や疲労感の軽減、健康関連QOLの向上に効果がある標準治療であるにも関わらず²⁾、その普及率が世界的に低いという課題がある³⁾。呼吸リハプログラム参加への障壁は、病状の悪化や、プログラムに参加するために病院へ往復することが困難であること等が挙げられており、近年、近隣の呼吸リハ実施病院の有無に関わらず利用可能であり、かつ頻繁に通院することが困難な要介護高齢者や重症患者でもアクセス可能である在宅呼吸リハの推進が望まれている^{1,4,5)}。

呼吸リハの中核となる運動療法やセルフマネジメント教育は、看護師や理学療法士、作業療法士により行われることが多く、日本において在宅呼吸リハは、主に介護保険（一部医療保険）のサービスである訪問看護や訪問リハビリテーションの中で実施可能である。先行研究で

受付日：2023年2月26日

受理日：2023年8月17日

- *1 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野
*2 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
*3 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 在宅・緩和ケア看護学分野
*4 東京大学高齢社会総合研究機構
*5 東京大学未来ビジョン研究センター
*6 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
*7 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室
*8 広島大学医学部

は、在宅呼吸リハ利用者は入院・外来呼吸リハに比べて高齢で要介護度が高い者が多く、介入期間は長期間であるという特徴が明らかになっている⁶⁾。しかしながら、高齢者や要介護者が多い利用者に対し、どのように在宅呼吸リハを実施しているのかは十分に明らかになっていない。在宅医療介護サービスに関するケアプランを作成する介護支援専門員を対象とした調査において、半数以上の介護支援専門員が呼吸リハの知識に自信がなく、呼吸リハをケアプランに組み入れることに不安があることが明らかになっている⁷⁾。在宅呼吸リハに関わる多職種連携の質を上げ、在宅呼吸リハの普及・発展を目指すためにも、まずは在宅呼吸リハプログラムを訪問サービスで提供する看護師・理学療法士・作業療法士（以下、在宅呼吸リハ提供者とする）が、どのような対象者に何をどのように実践しているかを質的に詳細に記述する必要がある。

そこで、本研究では、在宅呼吸リハ提供者に対して半構造化面接を行い、慢性呼吸器疾患患者に対する在宅呼吸リハの実践を記述することを目的とする。

本研究では、在宅呼吸リハの定義を“呼吸器に関連した病気を持つ在宅療養中の患者に対し、可能な限り疾患の進行を予防あるいは健康状態を回復・維持するため、医療者と協働的なパートナーシップのもとに疾患を自身で管理して、自立できるよう生涯にわたり継続して支援していくための個別化された包括的介入を自宅に訪問して行うこと”（先行研究⁵⁾を参考に、下線部を追加）とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

グレッグらの質的記述的研究方法を用いた⁸⁾。

2. 研究参加者

千葉県A市の訪問看護事業所の管理者である筆者の知人に調査の概要を説明し、管理者同士の機縁法により、在宅呼吸リハの実践経験があり、調査への参加可能性のある訪問看護事業所・訪問リハビリテーション事業所の管理者を紹介してもらった。その他、A市の訪問看護ステーション連絡会の電子掲示板にも研究説明書を掲載してもらい研究参加者を募集した。そのうち、機縁法

を通じて調査協力を内諾を得たA市の訪問看護事業所5施設・訪問リハビリテーション事業所1施設に勤務する看護師、理学療法士、作業療法士のうち、自身が主担当として関わっている（過去に関わっていた）利用者の中に、慢性呼吸器疾患患者がいる者を対象とした。さらに、訪問看護のキャリアラダーレベルⅢ独り立ちの目安が訪問看護に従事してから1年以降であること⁹⁾に準じて、在宅医療の経験が1年以上である者を対象とした。

3. データ収集方法

インタビューガイドを用いた約1時間の半構造化面接を、筆者が2019年8月～9月に行った。インタビュー内容は研究参加者の承諾を得てICレコーダーを用いて録音し、メモを取った。インタビューの内容は、まず、研究参加者の属性（年齢、職種、臨床経験年数、在宅医療経験年数等）を尋ねた。続いて、在宅呼吸リハを提供している（いた）利用者1～3名に関する基本属性（年齢、性別、現病歴、要介護度等）や在宅呼吸リハの実践（訪問頻度・時間、訪問時の介入内容、他職種との連携、家族へのアプローチ、実践における工夫等）について詳細を尋ねた。

4. 分析方法

グレッグらの質的記述的研究方法を用いた⁸⁾。インタビュー内容を逐語録にし、匿名化された逐語録とインタビュー後のメモを繰り返し読みながら分析を進めた。分析では、まず、利用者の基本属性をまとめた。続いて、在宅呼吸リハにおいて“何を行ったか”に着目してコーディングを行い、ガイドライン⁵⁾の文言を参考にしながら在宅呼吸リハ実践の構成要素を利用者毎にまとめた。最後に、在宅呼吸リハの実践方法に関して、“どのように行ったか”や“どう工夫したか”に着目しながらコーディングを行った。コードのまとまりをカテゴリ化し、カテゴリの類似性・相違性を検討しながら類似しているカテゴリごとに集め、サブカテゴリ、カテゴリへと体系化した。形成されたサブカテゴリ、カテゴリは、データと照らし合わせながら何度も修正を繰り返した。なお、看護師・理学療法士・作業療法士の三職種間の違いについても分析を試みたが、カテゴリ化において職種間の明確な違いが見出されなかったため、全職種による分析とした。分析結果の信頼性を高めるために、信用性、

依存可能性、確証性、移行性の観点から共同研究者間及び複数の教員・大学院生間で議論した。コーディングは、MAXQDA standard 2020 ソフトを使用した。

5. 倫理的配慮

本研究は、著者の所属する東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会承認のもと実施した（審査番号：2018189NI）。研究参加者に対し、筆者が研究の概要、研究参加への自由、個人情報保護等を明記した文書を使用し説明し、書面で同意が得られた場合にのみインタビューを実施し、研究参加者が希望するプライバシーが確保された空間で行った。

対象者の身体的・心理的負担に対する対策として、まず、研究参加事業所を募る際、研究への参加の任意性や、筆者が対象者に直接研究説明をした後に対象者の同意を得ることを伝えた。続いて、対象者が臨床業務等で多忙であることに配慮し、当日に調査を中止・延期することも可能であることを説明した。インタビュー参加は任意であること、研究不参加による不利益はないこと、インタビュー内容に関しては、個人が特定されないよう参加者の情報は匿名化し、施設名やインタビュー時に語られる個人の名前等個人情報も全て匿名化することを事業所の管理者及び対象者に文書で説明し、実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者属性（表1）

看護師6名、理学療法士6名、作業療法士3名にインタビューを行った。研究参加者の年齢は30～40代、臨床経験年数は5～24年、在宅医療経験年数は1～20年だった（表1）。

2. 語られた利用者の基本属性及び在宅呼吸リハ実践の構成要素（表2）

在宅呼吸リハの事例として語られた利用者は19名であり、70歳以上が18名、要介護3以上の者が9名と約半数を占めた（表2）。主な呼吸器疾患は、慢性閉塞性肺疾患（chronic obstructive pulmonary disease：以下COPD）、間質性肺炎、肺がん、気管支喘息等だった。在宅酸素療法使用者は14名おり、死亡や状態悪化による入院でサービスが終了した者は8名と約半数を占めた。

語りの中で見出された在宅呼吸リハ実践の構成要素として、目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、全身持久力トレーニング、筋力トレーニング、ADL（Activities of Daily Living）トレーニング、セルフマネジメント教育、栄養療法、心理的サポート、他

表1 インタビュー参加者属性

参加者 ID	事業所 ID	職種	年齢	経験年数	在宅医療 経験年数	その他資格有無
1	A	看護師	40代	5	1	なし
2	B	看護師	30代	12	5	なし
3	C	看護師	40代	14	4	なし
4	C	看護師	40代	15	3	なし
5	C	看護師	40代	20	5	なし
6	D	看護師	40代	22	6	呼吸療法認定士
7	E	理学療法士	30代	10	5	なし
8	C	理学療法士	40代	14	13	なし
9	F	理学療法士	30代	16	11	呼吸療法認定士
10	E	理学療法士	40代	18	6	なし
11	E	理学療法士	40代	19	10	なし
12	C	理学療法士	40代	24	20	なし
13	E	作業療法士	30代	8	8	なし
14	E	作業療法士	30代	9	4	呼吸療法認定士
15	E	作業療法士	30代	13	2	呼吸療法認定士

事業所 ID：A～D, F は訪問看護事業所, E は訪問リハビリテーション事業所

表2 語られた利用者の基本属性及び在宅呼吸リハビリテーション実践の構成要素

利用者ID	参加者ID	年齢	性別	主な呼吸器疾患名	在宅酸素療法	要介護度	保険種別	介入頻度	介入期間	在宅呼吸リハビリテーションの構成要素*
1-1	1	70～80代†	男性	肺がん末期	あり	不明†	医療	週1-2回、60分ずつ	不明†	目標設定、状態の評価、呼吸練習、ADLトレーニング（入浴介助含む）、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法等）、心理的サポート
2-1	2	70代	男性	COPD	あり	要支援1	介護	週1回30分	約2-3年介入中	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法・自主トレーニング等）、栄養療法、心理的サポート、他職種との連携
3-1	3	60代	男性	COPD、肺高血圧症、転移性肺がん末期	あり	要介護1	医療	週1回30分→60分→週7回	約6ヶ月介入し、自宅で死亡	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、ADLトレーニング（入浴介助含む）、セルフマネジメント教育（息切れの対処等）、栄養療法、心理的サポート、他職種との連携、家族指導
4-1	4	80代	女性	間質性肺炎	あり	要介護2	介護	週2回60分ずつ	2年介入し、病院で死亡	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、ADLトレーニング（入浴介助含む）、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法等）、家族指導
5-1	5	70代	男性	COPD	あり	要支援2→要介護4	介護	週1回60分	約3-4年介入中	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、全身持久力トレーニング、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法・自主トレーニング、増悪時の対応等）、他職種との連携
6-1	6	70代	男性	左上葉肺がん切除術後、間質性肺炎、COPD	あり	要介護4	介護	週2回→週1回	約2ヶ月介入中	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（自主トレーニング・増悪時の対応等）、他職種との連携、家族指導
6-2	6	70代	男性	COPD	なし	不明†	介護	週2回→週1回→隔週	不明†	目標設定、状態の評価、呼吸練習、全身持久力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（息切れの対処・感染予防等）
6-3	6	90代	女性	COPD	なし	不明†	介護	週2回→週1回	4年以上介入中	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、全身持久力トレーニング、筋力トレーニング、ADLトレーニング（入浴介助含む）、セルフマネジメント教育（自主トレーニング等）、他職種との連携、家族指導
7-1	7	80代	女性	COPD	なし	要介護2	介護	週1回40分	約6ヶ月介入し、大腿骨頸部骨折で入院し終了	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法・自主トレーニング等）、福祉用具の調整、家族指導
8-1	8	80代	男性	気管支喘息	あり	要介護1→要介護2	介護	週1回40分	不明†	目標設定、状態の評価、呼吸練習、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法等）、他職種との連携
9-1	9	80代	男性	COPD	あり	要介護1か要介護2	介護	週1回40分	6ヶ月介入し、体調悪化により介入終了	目標設定、状態の評価、呼吸練習、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法・自主トレーニング等）、他職種との連携
9-2	9	70代	男性	間質性肺炎	あり	要介護3→要介護5	介護	週1回40分	7ヶ月介入し、自宅で死亡	目標設定、状態の評価、呼吸練習、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法等）、他職種との連携、家族指導
10-1	10	70代	男性	COPD	なし	要介護3	介護	週2回40分ずつ	約1年介入中	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、全身持久力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（息切れの対処等）、心理的サポート、他職種との連携、福祉用具の調整、家族指導
11-1	11	80代	男性	肺気腫	あり	要介護2→要介護1	介護	週1回40分	7ヶ月介入し、自宅で死亡	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、全身持久力トレーニング、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法・自主トレーニング等）、他職種との連携、家族指導
11-2	11	90代	男性	COPD	あり	要介護3	介護	週3回→週2回→週1回→週5回	介入期間は不明† 自宅で死亡	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法等）、他職種との連携
12-1 (5-1)	12	70代	男性	慢性呼吸不全、COPD	あり	要支援2→要介護4	介護	週1回60分→週2回	約3-4年介入中	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、全身持久力トレーニング、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（在宅酸素療法・自主トレーニング等）、福祉用具の調整
13-1	13	70代	男性	石綿肺	あり	要介護3か要介護4†	介護	週2回60分ずつ	3ヶ月介入中	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（息切れの対処等）、心理的サポート、他職種との連携
14-1	14	70代	男性	肺がん、肺炎	なし	要介護4	介護	週1回60分	2-3年介入中	目標設定、状態の評価、呼吸練習、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（息切れの対処等）、家族指導
15-1	15	80～90代†	女性	肺がん、COPD	あり	要介護1→要介護4	介護	週1回60分	約6ヶ月介入し、自宅で死亡	目標設定、状態の評価、呼吸練習、リラクゼーション、全身持久力トレーニング、筋力トレーニング、ADLトレーニング、セルフマネジメント教育（自主トレーニング等）、他職種との連携、家族指導

COPD：慢性閉塞性肺疾患、ADL：Activities of Daily Living

*：語りの中で見出された構成要素を記載しており、実際に行なっている内容の全ては表に示せていない可能性がある。1回の訪問で表に記載の全てのケアを行うわけではなく、利用者の状態により構成要素は変わり得る。

†：インタビューの中で研究参加者から正確な情報を得ることができなかった。

職種との連携、福祉用具の調整、家族指導が挙げられた。在宅呼吸リハ提供者は、歩行が困難な者（利用者ID 6-1, 7-1, 9-2, 11-2, 13-1, 14-1）や終末期の者等全身状態が悪化している利用者（利用者ID 1-1, 3-1, 4-1, 9-1）に対しては、全身持久力トレーニングは実施せず、呼吸練習やリラクゼーション等のコンディショニングを中心とした介入を行っていた。ADL トレーニングやセルフマネジメント教育は全利用者に行っており、セルフマネジメント教育の内容は在宅酸素療法、息切れへの対処、自主トレーニング、増悪時の対応等が挙げられた。在宅呼吸リハを提供する職種の特徴として、看護師はADL トレーニングを、実際に入浴介助をする過程で行うケースもあった（利用者ID 1-1, 3-1, 4-1, 6-3）。理

学療法士・作業療法士は福祉用具の調整を行っていた（利用者ID 7-1, 10-1, 12-1）。

3. 在宅呼吸リハの実践方法（表3）

在宅呼吸リハ提供者による在宅呼吸リハの実践方法は、表3記載の通り示され、4つのカテゴリと11個のサブカテゴリが抽出された。以降、カテゴリは【 】, サブカテゴリは〈 〉, 語りを引用する場合は斜字を用いて、各カテゴリを説明する。研究参加者の語りの引用に際し、会話を想起したものについては「 」で記載した。意味が通じにくい部分は（ ）内に言葉を補い、語りを省略した箇所には点（…）を挿入した。

表3 在宅呼吸リハビリテーションの実践方法

カテゴリ	サブカテゴリ	コードリスト（例）
中長期的な視点で利用者のありたい姿をかなえるためのケアを考える	利用者の現在の困りごと、これから実現したいこと、維持していきたいこと等から利用者のありたい姿を捉える	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者の、最後までトイレは歩いて自力で行きたいという希望を尊重する • 利用者の、呼吸状態が悪くなっても豆腐の配達は続けたいという気持ちを汲む
	利用者の気持ちに寄り添ったケアを考える	<ul style="list-style-type: none"> • どうしてもお風呂に入りたいという気持ちを尊重し、呼吸状態に細心の注意を払いながら入浴を続けられるよう支援する
心身の土台作りをする	安心して呼吸リハビリテーションに取り組めるよう心理的サポートをする	<ul style="list-style-type: none"> • 慢性閉塞性肺疾患の診断や在宅酸素療法の開始により抑うつ状態であり、まずは話をじっくりと傾聴する
	全身状態を考慮した上でケアの優先度を検討する	<ul style="list-style-type: none"> • 大腿骨頸部骨折後の疼痛に対するリハビリテーションを行った上で呼吸リハビリテーションを行う
利用者の実生活に即した呼吸法や生活動作の練習をする	暮らしていくうえで必要なことを見極め、生活上の課題を一つ一つ具体化する	<ul style="list-style-type: none"> • こたつから立ち上がるまでに必要な動作の練習をする・安全に受診できるように玄関周りの階段や段差の移動を練習する
	呼吸と心臓に負担の少ない生活の仕方について利用者が感覚をつかめるよう、粘り強く伝える	<ul style="list-style-type: none"> • 立ち上がりの練習をしながら酸素飽和度の下がりを確認する • 酸素飽和度を測定しながら酸素飽和度の数字の意味を繰り返し伝える
訪問時以外にも呼吸リハビリテーションが行われるよう環境を整える	疲労度や症状に応じて呼吸リハビリテーションの負荷を柔軟に調整する	<ul style="list-style-type: none"> • 訪問後の呼吸状態の変化・疲労感を確認しながら負荷を調整する • 全身状態悪化時はリラクゼーションの割合を増やす
	呼吸リハビリテーションとして必要なことを利用者に合わせて伝えつつ、無理強いはいしない	<ul style="list-style-type: none"> • 自主トレーニングを継続できるようにチェックリストやリハビリテーションの写真の印刷等の工夫はするが、無理強いはいしない
	呼吸リハビリテーションを暮らしの中に溶け込ませる	<ul style="list-style-type: none"> • 生活の中で自然と歩行の機会が増えるよう、趣味の盆栽を続けられるように支援する
	利用者が嫌がらずに呼吸リハビリテーションに取り組めるよう、家族にきっかけづくりを頼む	<ul style="list-style-type: none"> • 食卓で一緒にご飯を食べる等、リビングに移動するきっかけとなる声かけを奥さんからしてもらう
	利用者に関わる多職種で介助方法や呼吸リハビリテーションのポイントを情報共有する	<ul style="list-style-type: none"> • デイサービス職員に対して、呼吸状態に合わせた介助方法や酸素量の調整方法について、電話連絡や担当者会議を通じて伝える

(1) 【中長期的な視点で利用者のありたい姿をかなえるためのケアを考える】

在宅呼吸リハ提供者は、呼吸リハの目標やケア内容を考える際、利用者の希望を様々な視点から捉えた上で、在宅呼吸リハを実践していた。ここでは2つのサブカテゴリが見出された。

(1-1) 〈利用者の現在の困りごと、これから実現したいこと、維持していきたいこと等からありたい姿を捉える〉

在宅呼吸リハ提供者は、日々の生活における呼吸苦を減らしたい、庭の手入れ等の大切にしてきた楽しみを再開・継続したい、今後も自宅で暮らしていくためにこれ(排泄や入浴等)だけはなんとか自分で行いたい、といった利用者のありたい姿を中長期的に捉え、それをかなえることを目指したケアを提供していた。

(1-2) 〈利用者の気持ちに寄り添ったケアを考える〉

利用者は、時に病状の進行や死を身近に感じることもあるが、在宅呼吸リハ提供者は、本人が大事にしていることをなんとかかなえようと、利用者の気持ちに可能な限り寄り添ったケアを提供していた。例えば、息苦しさにより入浴が困難になっており、シャワー浴にした方が呼吸器に負担がなく望ましいと考えられる利用者に対しても、看護師は、本人が入浴を楽しみにしていることを理解し、呼吸状態の変化に細心の注意を払いながら、利用者の希望をかなえるにはどのようなケアをしたら良いかを考えていた。

(2) 【心身の土台作りをする】

在宅呼吸リハ提供者は、在宅呼吸リハを効果的に行うために、利用者の心身の状態を整えていた。ここでは2つのサブカテゴリが見出された。

(2-1) 〈安心して呼吸リハビリテーションに取り組めるよう心理的サポートをする〉

在宅呼吸リハ提供者は、利用者の心理状態に応じ、疾患や症状、療養環境に関する気持ち等、呼吸リハを開始する前に傾聴の時間を重点的に設け、まずは安心して療養生活を過ごせるよう関わっていた。

(2-2) 〈全身状態を考慮した上でケアの優先度を検討する〉

在宅呼吸リハ提供者は、一回の介入の中では呼吸リハだけを行うのではなく、合併疾患に対するケアを行う等、全身状態を考慮した上でケアの優先度を考えていた。

(3) 【利用者の実生活に即した呼吸法や生活動作の練習をする】

在宅呼吸リハ提供者は、呼吸器疾患を抱えながらも出来る限り望む生活を実現できるよう、実生活に即した呼吸法や生活動作の練習をしていた。ここでは、3つのサブカテゴリが見出された。

(3-1) 〈暮らしていくうえで必要なことを見極め、生活上の課題を一つ一つ具体化する〉

在宅呼吸リハ提供者は、利用者の生活上の困りごとや必要な動作を細かく把握し、どのような練習をすれば良いかを検討していた。例えば、こたつのある部屋で生活をする利用者に対しては、四つ這いから立ち上がる練習をしていた。さらに、在宅酸素療法を利用者の暮らしに取り入れるための動線の工夫等についても利用者と相談していた。

この方は庭で盆栽を今までやっていたので、それができなくなっちゃったので、できれば庭を、少し出て、やりたいことができるときにやりたいというご希望もあったので。じゃあそのチューブの長さをどうしようとか (ID5)。

(3-2) 〈呼吸と心臓に負担の少ない生活の仕方について利用者が感覚をつかめるよう、粘り強く伝える〉

在宅呼吸リハ提供者は、利用者が身体に負担の少ない生活をするには、在宅酸素療法を正しく使う、呼吸法を実践する、適切なタイミングで休憩を挟む等の行動変容が必要であると判断した。その際、パルスオキシメーターを用いて酸素飽和度を測定しながら、酸素飽和度の数字の意味を繰り返し伝える等、利用者自身が感覚をつかみ、納得できるように工夫していた。

「じゃ、(酸素飽和度は) どのような状態がいいんですか」と言われるから、「一般的には95%以上酸素がある状態で、脈拍も80以下ぐらいにあったほうがいいんじゃないですか」ということを言うと、実際に自分は今(酸素飽和度は) 88とかしかなくて、脈も90とか100あるわけです。何とか「酸素を付けてみましょうか」と言って、付けて数値が上がっていくと、「ああ、これだけでも効果があるんだね」みたいなことを、毎週言い続けてきたんです (ID8)。

(3-3) 〈疲労度や症状に応じて呼吸リハビリテーションの負荷を柔軟に調整する〉

在宅呼吸リハ利用者は重症な方が多く、疾患が進行し

ていくケースもあった。本人の呼吸苦や疲労感に合わせてリラクゼーションの割合を増やす等、無理なく呼吸リハを継続できるように、負荷を柔軟に調整していた。

(4) 【訪問時以外も呼吸リハビリテーションが行われるよう環境を整える】

訪問中だけでなく、生活する中で呼吸リハビリテーションが自然と継続できるように工夫していた。ここでは、4つのサブカテゴリが見出された。

(4-1) 〈呼吸リハビリテーションとして必要なことを利用者に合わせて伝えつつ、無理強いはいしない〉

在宅呼吸リハ提供者は、在宅酸素療法の適切な使い方や自主トレーニング等についてパンフレットを使用して説明する、目につくところに紙を貼る、チェックリストを作る等、口頭で伝える以外にも利用者に分かりやすい方法で伝えていた。しかし、実際の生活にどのように取り入れるかの決定権は利用者であり、必要なことは伝えつつも、厳密に管理することはせず、利用者がある程度自由に過ごせるよう関わっていた。

一応分かる所には置いておいたので、「気付いたら、これを見てね」ぐらいの感覚でやってもらっていました (ID7)。

(4-2) 〈呼吸リハビリテーションを暮らしの中に溶け込ませる〉

在宅呼吸リハ提供者は、利用者が在宅生活を続けながらも無理なく呼吸リハを続けられるように、呼吸リハが暮らしの中に溶け込むように工夫していた。例えば、目に見えるところに呼吸リハに関する紙を貼る等自宅内で呼吸リハが実践しやすい環境を整えていた。その他、庭先まで出る機会を保つために趣味の盆栽を続けられるよう支援する等、生活の中で自然と歩行の機会が増えるような活動の目標や動機を模索していた。

(4-3) 〈利用者が嫌がらずに呼吸リハビリテーションに取り組めるよう、家族にきっかけづくりを頼む〉

在宅呼吸リハ提供者は、利用者に症状の悪化や認知機能の低下、活動意欲の低下等があっても出来る限り嫌がらずに呼吸リハに取り組めるよう、家族の力も借りながらきっかけづくりをしていた。

いかに嫌がらずにやってもらうかみたいな。…娘にも奥さんにも、自主トレはもう諦めたから、なるべくトイレに行きたいときに一緒に行ってほしいとか、本人が食事をリビングでしたいと言うんだったらちょっと

連れて行ってあげてほしいとか。…自らは全くやらないで、やっぱりマンパワーを使うしかない (ID10)。
(4-4) 〈利用者に関わる多職種で介助方法や呼吸リハビリテーションのポイントを情報共有する〉

在宅医療に関わる多職種での情報共有も訪問時以外の時間への介入として重要であった。特に、ヘルパーやデイサービス職員に対し、呼吸状態に合わせた動作時の介助方法や酸素量の調整方法を電話連絡や担当者会議で伝えることで、訪問時以外にも呼吸リハとして大事なことが継続されるようにしていた。

IV. 考 察

1. 在宅呼吸リハ利用者の特徴

在宅呼吸リハの事例として語られた利用者は、高齢者や要介護度が高い利用者が多く含まれていた。呼吸リハ利用者の特徴を示した先行研究において、在宅呼吸リハ利用者の平均年齢は81歳であり、要介護度3以上の者が約半数であることが明らかになっており⁶⁾、本研究で語られた利用者の特徴と一致していた。本研究では、死亡や状態悪化による入院でサービスが終了した事例が半数程度語られており、在宅呼吸リハの対象者には重症度が高い者や終末期の者も含まれていることが明らかになった。

2. 在宅呼吸リハ実践の構成要素

ガイドラインでは、運動療法、呼吸練習、コンディショニング、ADL トレーニング、セルフマネジメント教育、心理社会的サポート等が呼吸リハの構成要素として挙げられている^{1),5)}。本研究結果においてもそれらの構成要素に当てはまる在宅呼吸リハの実践が示され、ガイドラインに示されていない構成要素は見出されなかった。日々の生活における一つ一つの動作に着目したADL トレーニングに関しては全事例で行われていた。入院・外来呼吸リハは病院内で行われる一方で、在宅呼吸リハは実際に生活している環境で実施できる。実際の生活環境で呼吸リハを実施することにより、〈暮らししていくうえで必要なことを見極め、生活上の課題を一つ一つ具体化する〉ことができ、在宅呼吸リハにおいて実生活に活かせるADL トレーニングが行われていると考えられた。また、セルフマネジメント教育についても全事例で行わ

れていた。先行研究において、訪問看護・リハを利用する COPD 患者は、外来診療のみ利用している者に比べて、セルフマネジメント行動ができていたことが示されており¹⁰⁾、在宅呼吸リハにおけるセルフマネジメント教育を通じて利用者のセルフマネジメント能力の向上につながる可能性が示唆された。

3. 在宅呼吸リハの実践方法

在宅呼吸リハの実践方法として、【利用者の実生活に即した呼吸法や生活動作の練習】等の ADL トレーニングが挙げられること。さらに、重症な利用者が多いことから、〈疲労度や症状に応じて呼吸リハビリテーションの負荷を柔軟に調整〉し、個別化された介入を行っていることが示された。呼吸リハに関するガイドラインにおいて^{1),5)}、重症になるにつれ、運動療法に比べて ADL トレーニングの比重が大きくなると示されており、本研究結果からも、重症な利用者に対する呼吸リハとして、ADL トレーニングを中心とした介入が行われていたと考えられる。本研究ではさらに、在宅呼吸リハの具体的な実践方法を示した。

まず、非監視下での運動療法をいかに無理なく取り入れるかについてである。在宅呼吸リハは、訪問時以外に利用者自身で行う非監視下での運動療法が重要である¹¹⁻¹²⁾。本研究結果からも、在宅呼吸リハ提供者は、セルフストレッチやセルフエクササイズを指導していた。しかしながら、全利用者が自主トレーニングを実施しているわけではなかった。在宅呼吸リハ提供者は、利用者が自主トレーニングを実施できなかったとしても、【訪問時以外も呼吸リハビリテーションが行われるよう】、あの手この手で〈呼吸リハビリテーションを暮らしの中に溶け込ませ〉ていた。在宅呼吸リハにおいては、非監視下での運動療法に加え、日常の生活を送ながらも呼吸リハを継続できる方法を検討していくことが重要であると考えられた。

続いて、在宅呼吸リハ提供者は、在宅呼吸リハの実践において、医療者からの利用者への一方的な指導ではなく、医療者と利用者間で協働的なパートナーシップを形成しながら関わっていた。本研究から、まず、【中長期的な視点で利用者のありたい姿】を捉え、本人の希望や価値観を尊重すること、さらに、ケアを提供する際は、利用者の希望や継続可能性を重視し、〈無理強いはい〉せ

ず、利用者が自分自身の療養生活に納得できるよう支援することにより、医療者からの利用者への一方的な指導にならないよう工夫していたことが示された。医療者と利用者間の協働的なパートナーシップを形成することの重要性は呼吸リハの概念にも述べられており、重要であると考えられる⁵⁾。これらの実践は、治療に関する意思決定を患者と医療者が共同で行う共有意思決定の概念にも一致すると考えられる¹³⁾。共有意思決定の手法は、慢性疾患患者のセルフマネジメント行動の向上に繋がる¹⁴⁾ことが明らかになっており、呼吸リハにおいても重要な要素であると考えられた。

4. 限界

本研究は、一市における調査のため、地域が保有する医療介護資源の違い等によって結果が変わる可能性がある。また、インタビュー内で語られた在宅呼吸リハ実践は、過去に関わっていた利用者の情報も含まれており、想起バイアスがある可能性がある。本研究では、在宅呼吸リハの実践に焦点を当てたものの、入院・外来呼吸リハにおける実践との比較は行っていないため、入院・外来呼吸リハの実践との違いは明らかになっていない。

V. 結 論

在宅呼吸リハ提供者は、自宅での生活が中心となり、重症度の高い方や終末期の方も含まれる在宅呼吸リハ利用者に対し、ADL トレーニングやセルフマネジメント教育等を中心とした在宅呼吸リハを行っていることが示された。さらに、具体的な在宅呼吸リハの実践方法として、利用者の希望に添い、暮らしに根差した継続的な関わりが行われていることが示された。これらの知見は、在宅呼吸リハの実践の発展のために現場で活用可能な知を提供したと考えられる。

本研究にご協力くださいました研究参加者の皆様に心から感謝申し上げます。本研究は、医療経済研究機構 大和証券ヘルス財団 平成30年度(第45回) 調査研究助成、JSPS 科研費 21K21209の助成を受けて実施いたしました。

■文献

1) Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al. : An Official

- American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation, *Am J Respir Crit Care Med*, **188**(8) : e13-64 (2013).
- 2) McCarthy B, Casey D, Devane D, et al. : Pulmonary Rehabilitation for Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Cochrane Database Syst Rev.*, (2) : CD003793 (2015).
 - 3) Nishi SPE, Zhang W, Kuo YF, et al. : Pulmonary Rehabilitation Utilization in Older Adults With Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2003 to 2012, *J Cardiopulm Rehabil Prev*, **36**(5) : 375-382 (2016).
 - 4) Wadell K, Ferreira TJ, Arne M, et al. : Hospital-Based Pulmonary Rehabilitation in Patients with COPD in Sweden-A National Survey, *Respir Med*, **107**(8) : 1195-1200 (2013).
 - 5) 植木純, 神津玲, 大平徹郎, ほか : 呼吸リハビリテーションに関するステートメント, 日呼ケアリハ会誌, **27**(2) : 95-114 (2018).
 - 6) 北村智美, 五十嵐歩, 吉江悟, ほか : 高齢慢性閉塞性肺疾患患者の呼吸リハビリテーションの利用実態 : 医療介護レセプトデータ分析. 日老医, **58**(1) : 111-118 (2021).
 - 7) 加藤聡之, 酒井元生, 河野純子, ほか : 呼吸リハビリテーションに対するケアマネジャーの関与の現状と意識の調査検討. 日呼ケアリハ会誌, **23**(2) : 223-227 (2013).
 - 8) グレック美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 : 質的記述的研究. よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして(第2版). 医歯薬出版, 東京(2007).
 - 9) 日本訪問看護財団 : 訪問看護師 OJTガイドブック第3版(2015).
 - 10) Kitamura S, Igarashi A, Yamauchi Y, et al. : Self-Management Activities of Older People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Types of Healthcare Services Utilised: A Cross-Sectional Questionnaire Study, *Int J Older People Nurs*, **15**(3) : e12316 (2020).
 - 11) do Nascimento ESP, Smpaio LMM, Peixoto-Souza FS, et al. : Home-Based Pulmonary Rehabilitation Improves Clinical Features and Systemic Inflammation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, **10** : 645-653 (2015).
 - 12) Holland AE, Mahal A, Hill CJ, et al. : Home-Based Rehabilitation for COPD Using Minimal Resources: A Randomised, Controlled Equivalence Trial, *Thorax*, **72**(1) : 57-65 (2016).
 - 13) Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. : Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice, *J Gen Intern Med*, **27**(10) : 1361-1367 (2012).
 - 14) Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, et al. : Do Increases in Patient Activation Result in Improved Self-Management Behaviors?, *Health Serv Res*, **42**(4) : 1443-1463 (2007).

Practices of Home-Based Pulmonary Rehabilitation for Patients with Chronic Pulmonary Diseases by Nurses, Physiotherapists, or Occupational Therapists: a Qualitative Study

Satomi Kitamura^{*1,2}, Ayumi Igarashi^{*1}, Maiko Noguchi-Watanabe^{*1,3}
Satoru Yoshie^{*4,5,6,7,8}, Noriko Yamamoto-Mitani^{*1}

*1 Department of Gerontological Home Care and Long-term Care Nursing/ Palliative Care Nursing, School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Japan.

*2 Institute for Health Economics and Policy, Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare, Tokyo, Japan.

*3 Department of Home and Palliative Care Nursing, Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan.

*4 Institute of Gerontology, The University of Tokyo, Japan.

*5 Institute for Future Initiatives, The University of Tokyo, Japan.

*6 Health Service Research & Development Center, University of Tsukuba, Japan.

*7 Department of Health Policy & Management, School of Medicine, Keio University, Japan.

*8 School of Medicine, Hiroshima University

Abstract

Aims: This study aimed to elucidate the practice of home-based pulmonary rehabilitation (HBPR) by nurses, physiotherapists, and occupational therapists in patients with chronic pulmonary disease.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with six nurses, six physiotherapists, and three occupational therapists who provided home-visit nursing or rehabilitation services. We describe the characteristics of HBPR users and the components of HBPR. Next, the practice methods of HBPR were described using both qualitative and descriptive methods.

Results: Of the 19 cases discussed as HBPR practices, 18 were in their 70s to 90s, and approximately half (9 cases) required care-need level 3 or above. All cases included activities of daily living training and self-management interventions. The practice methods for HBPR were as follows: [Considering care to realize the user's desired life from a medium- to long-term perspective]; [Building a mental and physical foundation]; [Practicing breathing techniques and daily activities that match the user's actual life]; and [Preparing an environment so that pulmonary rehabilitation can be performed outside of visits].

Conclusions: The findings demonstrated the characteristics of users and practices of HBPR.

Key words : Chronic Pulmonary Diseases, Home-based Pulmonary Rehabilitation, Home-visit Nursing, Home-visit Rehabilitation, Qualitative Study

● 研究報告 ●

自己管理が困難なインスリン療法を行う要介護高齢者が在宅生活を
継続するために必要な支援と今後の課題：訪問看護師の視点からProviding Older Adults who Have Difficulty Self-Managing Insulin Therapy with Necessary Support
to Continue Living at Home: Home-Visit Nurses' Perspectives渡辺 忍*¹, 田中 理恵*², 鶴見三代子*¹

Shinobu Watanabe, Rie Tanaka, Miyoko Tsurumi

要旨：インスリン療法を行う要介護高齢者の自己管理が困難となる状況および必要な支援について訪問看護師の視点から明らかにし、在宅ケアでの多職種連携上の示唆を得ることを目的に、自由記載のアンケート調査を実施した。

その結果、訪問看護師がとらえた自己管理が困難と判断する状況として、インスリン注射の手技、低血糖やシックデイの対処ができないといった直接的な管理上の問題に加え、加齢等による感覚・認知機能・巧緻性の低下、健康状態や生活行動の変化、さらには支援体制の構築が困難な状況をあげていた。また在宅生活を継続するために必要な支援では、可能な限り自己管理ができるよう支援する他、主治医や他の医療機関、介護サービス担当者と対応を検討し支援体制を構築する必要性を指摘していた。さらに、現状の介護保険制度や医療保険制度によるインスリン療法支援の限界と支援拡大の可能性、支援ツール・社会資源の開発への期待が述べられた。

キーワード：訪問看護師、インスリン療法、要介護高齢者、自己管理困難

日本在宅ケア学会誌, 27(2) : 85-96(2024)

I. はじめに

糖尿病治療の一つであるインスリン療法は自己管理が基本だが、高齢になると身体機能や認知機能の低下により自己管理が困難となる¹⁾。その場合、インスリン療法の管理においても他者の支援を受ける必要がある。インスリン療法は劇薬指定され、インスリン注射は医療行為である。また、インスリン療法を自己管理するためには注射手技を行う巧緻性だけでなく、食事の準備、体調に合わせた注射実施時の判断力等が必要である。

このような医療行為を必要とする要介護者が独居の場

合は自己管理が困難になると在宅での療養が難しくなり、施設入所あるいは何らかの介護保険サービスの利用が必要になると指摘されている²⁾。

現在、我が国では地域包括ケアシステムとして、あらゆる高齢者が住み慣れた地域で生活が継続できるような支援体制の構築が推進されている。つまり、インスリン療法のような医療ケアを必要とする要介護高齢者が介護保険サービス等の社会資源を利用しながら在宅生活を継続できるようにするための体制作りが求められる。

インスリン療法を行う要介護高齢者の支援上の課題は多い。内海ら³⁾は糖尿病看護にたずさわる看護師がとらえた問題状況として、インスリン療法中に問題が生じても高齢者自身が気づきにくいことや身体機能の低下に伴い徐々にできなくなる手技の変化といったインスリン

受付日：2023年2月27日

受理日：2023年8月9日

*1 茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

*2 筑波大学医学医療系

療法中に問題が発見されにくい状況や医療者や周囲の者がインスリン療法を行う高齢者の特徴を理解して対応できないといったサポート上の問題があることを指摘している。他に介護施設での後期高齢者のセルフケアの問題⁴⁾、外来看護の視点からとらえられたもの⁵⁻⁶⁾があるが、入院中や外来では、インスリン療法による在宅生活への影響をアセスメントする機会は限られている。そのため、実際の在宅でのインスリン自己注射の状況については医療職のうち訪問看護師がとらえている状況を明らかにすることで在宅における支援上の課題解決のための示唆を得ることができると考えた。実際、内海ら⁷⁾の訪問看護師への先行研究では、高齢者本人や医療者側の問題状況に加え、家族に介護負担が生じやすいことや本人のケアへの理解や協力が不十分となりやすいといった家族側の問題状況について指摘しており、在宅ケアにおいては本人の管理能力の問題だけでなく、家族を含めたサポート環境によって問題が生じたり解決できない課題が示されている。また、療養生活を支援する訪問看護師は、要介護状態や認知症が進行した後期高齢者においてインスリン注射等の薬物療法による危険性を回避し安全性を守るケアがより必要であるとしている⁸⁾。実際、糖尿病高齢者では低血糖の重症化で緊急搬送される事例が報告されており⁹⁻¹⁰⁾、安全性を守るケアの視点として、在宅での自己管理が困難な状況を見落とさないことが非常に重要であると考えた。介護保険サービスのうち、医療系サービスである訪問看護では、薬物療法による安全性を守るケアや緊急時や今後の療養生活を見据えた安心感の提供、関係機関の他職種との協働によって、医療面からの生活支援がされる⁸⁾ため、インスリン療法を支援するサービスとして利用が期待される。インスリン療法の自己管理困難な状況は突然起こることではないため、困難な状況の見落としを防ぐためには、訪問看護師のように日頃から予測的な視点を持ち、支援者がどう対応する必要があるかを継続的に検討しておくことが必要である。しかし、これまで高齢者の在宅でのインスリン療法の自己管理が困難な状況に焦点をあてた研究は見当たらない。

また実際のところ、インスリン療法者の訪問看護利用は3割程度との報告があり^{1), 11-12)}、訪問看護が利用されていない場合には他の介護サービスを提供する介護職が自己管理困難な状況に直面する可能性がある。山本ら¹³⁾

も、高齢糖尿病患者のインスリン注射継続のために、在宅療養支援におけるチーム医療や医療・福祉の連携の重要性について指摘している。また訪問看護を利用している要介護高齢者についても、現行の制度では訪問看護は医療保険よりも介護保険が優先されて算定が行われ、サービス利用限度額のために、インスリン管理のための頻回な訪問看護の利用ができないといった課題がある¹⁴⁾。このために訪問看護の利用に制限が生じ、インスリン注射のサポートが行えなくなる。さらにそのしわ寄せとして、サービス利用費が安い訪問介護でのサポートを余儀なくされていると示唆される。実際、インスリン療法を行う要介護者のうち、独居で訪問介護を利用している方の6割弱が訪問看護は利用していないという結果が報告されている¹⁾。このように、訪問看護が利用されず介護サービスだけでインスリン療法のサポートが行われているケースがあり、国はインスリン療法を行う要介護高齢者へのサポートとして、要介護者が行うインスリンの自己注射時に介護職が見守ることは違法ではないとの見解を示している¹⁵⁾。これらを背景に、訪問看護師以外の介護サービスを提供する介護職を含めた在宅生活を支援する他職種も、訪問看護師がどのような視点で自己管理困難な状況を判断し、その対応としてどのような支援を行っているかを知ることができれば、すべての支援者が自己管理困難な状況を医療職と情報共有がしやすくなり、要介護高齢者の安全な在宅生活の継続につながるのではないかと考えた。

以上のことから、本研究では、在宅でインスリン療法を行う要介護高齢者の自己管理が困難となる状況および必要な支援に関する訪問看護師の認識を明らかにすることで、今後、インスリン注射の自己管理が困難な要介護高齢者の在宅生活をどのように支援していくか非常に重要な示唆を得られると考えた。

II. 研究目的

本研究の目的は、インスリン療法を行う要介護高齢者の自己管理が困難となる状況および必要な支援に関する訪問看護師の視点を明らかにし、在宅ケアに関わる医療職と介護職間で情報共有し問題解決策を検討していくための示唆を得ることである。

Ⅲ. 用語の定義

インスリン療法の自己管理：インスリン療法を行う要介護高齢者本人が行う注射を実施するための管理（注射の準備・実施・片付け）だけでなく、日常的な健康観察や注射を実施する必要性についての判断、主治医への確認や相談を含む、治療を安全に適切な方法で継続して行うための一連の対処とする。

Ⅳ. 研究方法

1. 調査方法

A県内の148か所の訪問看護事業所に所属し、在宅でインスリン療法を行う要介護高齢者を担当したことがある訪問看護師に対し、郵送法による自由記載のアンケート調査を実施した。

2. 研究参加者の選定方法

A県内に所在する訪問看護事業所に在籍する訪問看護師を対象とした。選定要件は、インスリン療法を行う要支援・要介護者（65歳以上で要支援・要介護の介護認定を受けた方）への訪問看護経験を有する方とし、現在担当している方だけでなく、過去に担当したことがある方も該当とした。なお選定要件を満たす訪問看護師の募集のために、A県看護協会ホームページから「血糖測定・インスリン注射対応」をしている訪問看護ステーションを絞り込み検索し、抽出された148事業所に対し1部ずつ調査票を送付した。希望者が複数いる場合には連絡のあった事業所に対し追加で調査票を送付した。

3. 調査期間

2020年11月～12月

4. 調査項目

- 1) 属性について：性別、年齢、看護師歴、訪問看護歴、インスリン療法者の訪問看護経験数、所属法人種別、看護師以外の所有資格、インスリン療法の自己管理が困難となった事例の訪問看護経験の有無
- 2) 自由記載の調査項目：①要介護高齢者がインスリン療法の自己管理が困難と判断する状況、②将来的に自己管理が困難になるかもしれない要介護高

齢者へ必要と考える支援、③その他の意見については対象者全員へたずねた。④自己管理が困難と判断した場合に対応した内容、⑤将来的に自己管理が困難になることを想定しておこなった看護の経験内容については自己管理が困難となった事例を担当した経験のある看護師にたずねた。

5. 分析方法

- 1) 属性について：単純集計
- 2) 自由記載の調査項目：記載内容について研究者3名によって分析を行った。まず研究者1名により質問に対するすべての記載内容について精読し、記述内容の要点にコードを付した。なお、コーディング中は、類似する記述内容を列挙した。その際、記述内容と付したコードを反復確認し進めた。すべての記載内容にコーディングした後、付したコードの類似性、関連性について他研究者2名と議論しながらサブカテゴリー、カテゴリーを形成し、それぞれのまとまりに命名した。なお、「③その他の意見」内容についても記載が多く、訪問看護師が捉えているインスリン療法を行う要介護者支援上の課題として整理した。

6. 倫理的配慮

倫理的配慮については、研究参加対象となる訪問看護事業所の管理者ならびに調査該当者へ文書を用い、本研究の目的、方法、本研究に同意しない場合であっても不利益を被らないこと、個人情報厳重に管理し研究終了時にはデータを適切な方法で処理し破棄すること、調査結果について学会発表や論文として公表し社会に還元すること、調査票の返送をもって同意を確認すること等について文書を用いて説明を行った。本研究は茨城県立医療大学研究倫理委員会の承認を得て行った（承認番号958）。

Ⅴ. 結果

1. 研究参加者の概要

追加送付の希望があった1事業所を含め全体で150部送付し35名の訪問看護師から回答を得た（回収率23.3%）。対象者の性別は女性が31名（93.9%）、平均

表1 対象者の属性

		n=35	
項目			(%)
性別 (n=32)	女性	31	(96.9)
	男性	1	(3.1)
年齢 (n=33)	平均値 (歳)	48.1	SD 10.1
看護師歴 (n=33)	平均値 (年)	21.0	SD 9.6
訪問看護師歴 (n=33)	平均値 (年)	7.2	SD 6.1
インスリン経験 (n=30)	10例未満	25	(83.3)
	10例以上	5	(16.7)
保有資格 (複数回答)	介護支援専門員	11	(31.4)
	保健師	3	(8.6)
	糖尿病療養指導士	1	(2.9)
	認定看護師(訪問看護)	1	(2.9)
自己管理困難な事例	経験有 (件)	22	(62.9)
	経験無 (件)	13	(37.1)

年齢は48.1歳、看護師歴の平均は21.0年、訪問看護師歴の平均は7.2年であった。インスリン療法を行う要介護高齢者への訪問看護経験は10例未満が25名(83.3%)であった。看護師以外の保有資格は介護支援専門員が11名、保健師資格3名の他、C県糖尿病療養指導士1名、認定看護師(訪問看護)1名であった。訪問看護利用期間中に自己管理が困難になったケースを担当した経験ありと認識している訪問看護師は22名(62.9%)であった(表1)。

2. 訪問看護師がインスリン療法の自己管理が困難と判断する状況

自由記載内容を質問毎に分析した。以下、カテゴリを【 】,サブカテゴリを《 》,コードを〔 〕で示す。自己管理が困難と判断する状況は回答内容から7カテゴリあげられた。

インスリン療法の自己管理が困難と判断する状況として、【インスリン療法や血糖自己測定の手技に問題がある】こと、【病識や治療に対する理解が十分でない】こと、【低血糖・シックデイの対処や血糖コントロールが十分に行えない】こと、【加齢等による感覚・認知機能、巧緻性の低下がみられる】こと、【健康状態やADLに悪化がみられる】こと、【生活行動に変化がみられる】こと、【支援体制の構築が困難な状況がある】ことが挙げられた。

【インスリン療法や血糖自己測定の手技に問題がある】では《手順や判断に問題がある》、《インスリンの単位数

を間違える》、《インスリン注射の薬剤を間違える》、《注射の回数を間違える》、《インスリン注射や血糖測定に使用する針を安全に取り扱えない》、《血糖自己測定を正確に行えない》の6つの状況が示されていた。【病識や治療に対する理解が十分でない】では《本人の病識がない》、【病院で指導を受け、その場ではできたように見えても実際にはできないことがある】といった《治療の理解が十分でない》ことが挙げられた。また【低血糖・シックデイの対処や血糖コントロールが十分に行えない】では、インスリン療法の管理状況を示す《血糖値が安定しない》状況や《低血糖を起こしている》こと、その《低血糖やシックデイ時の対処ができない》状況が述べられていた。

【加齢等による感覚・認知機能・巧緻性の低下がみられる】では《感覚機能(視力・聴力)が低下している》こと、【物忘れがある】といった状況から《認知機能が低下している》ことに気づいたり、《巧緻性が低下している》ことによりインスリン療法の実施に影響があると判断していることが示された。【健康状態やADLに悪化がみられる】では【他の疾患の進行がある】【病状の悪化によるADL低下】といった《体調の悪化やADLの低下がみられる》ことが挙げられている。ほかに【生活行動に変化がみられる】では【起床が遅く、朝の投与時間が遅れる】といった《生活が不規則》であることや、【食事の管理ができなくなった】こと、【残薬にばらつきがある】など《今までできていたことができなくなった》状況、インスリン療法に付随する糖尿病療養に関わる【食思不振で食べないことがある】などの《食事摂取量が安定しない》状況が示されている。

さらに、インスリン療法の自己管理が困難と判断する【支援体制の構築が困難な状況がある】については、独居等で《家族のサポートが得られない》状況や、【インスリンの管理方法について家族やデイサービスとトラブル】になる等、《本人が他者の介入を拒む》状況があると述べられた(表2)。

3. 訪問看護師が考えるインスリン療法を行う要介護高齢者が安全に在宅生活を継続するために必要な支援

自己管理が困難な場合に必要となる支援については、【起り得るリスクを見据えて可能な限り自己管理を支援する】、【家族ができる支援を明確にする】、【主治医や他の医療機関と連携して支援方法を検討する】、【介護

表2 訪問看護師がインスリン療法の自己管理が困難と判断する状況

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
インスリン療法や血糖自己測定の手技に問題がある	手順や判断に問題がある	インスリン注射の準備・実施（手技）が正確に行えない 目の前でインスリンを行うときにインスリンをスポンにさそうとした注射方法自体がおぼつかなくなってきた 固くなった皮膚に打って効果がない
	インスリンの単位数を間違える	インスリンの単位数を忘れる インスリンの注射単位数が分からなくなる インスリン液の使用量が減っていない
	インスリン注射の薬剤を間違える	種類が違うインスリンの区別ができなくなる 2種類の薬剤の使用を間違える
	注射の回数を間違える	投与のタイミングを間違える いつ打つのか忘れてしまう 打ったかどうか覚えていない・忘れる 注射の打ち忘れが多くなる 重複注射してしまう
	インスリン注射や血糖測定に使用する針を安全に取扱えない	使用済みの針を容器に入れずベッド上に転がっている 手の細かい動きが難しく、針刺しを起こしそうになる 注射針の使用量が減っていない インスリン注射の片づけが安全にできない
	血糖自己測定を正確に行えない	血糖測定の実施（手技）が正確に行えない 止血確認ができず血だらけになっていた 血糖測定実施を忘れる
	病識や治療に対する理解が十分でない	本人の病識がない
治療の理解が十分でない		長年管理している高齢者でもきちんと手技を行えない人が多い インスリン療法の管理（内容・方法）が理解できない 病院で指導を受け、その場ではできたように見えても実際にはできないことがある
低血糖・シックデイの対処や血糖コントロールが十分に行えない	血糖値が安定しない	血糖値の異常変動がある HbA1cが急激に上昇している 高血糖症状が出現している 血液データが悪化している インスリン療法から内服へ変更後、コントロールが十分でない方がいる
	低血糖を起こしている	低血糖を起こしている・繰り返している
	低血糖やシックデイ時の対処ができない	手技には問題なくても低血糖時の対処ができないことが問題 シックデイの対応ができない
加齢等による感覚・認知機能・巧緻性の低下がみられる	感覚機能（視力、聴力）が低下している	目盛（単位数）が見えない、見間違う 目の見えづらさが進行している 単位数を音で確認していたが、耳が遠くなり困難となった 合併症や他の疾患による視力の著しい低下で手技が困難になる 物忘れがある
	認知機能が低下している	インスリン注射の方法がわからなくなってしまう 繰り返し指導してもインスリン注射の実施（手技）が覚えられない
	巧緻性が低下している	巧緻性の低下がある 利き手に麻痺や筋力低下がある 手指の震えが強くなっている 振戦の出現 病気による片麻痺がある
健康状態やADLに悪化がみられる	体調の悪化やADL低下がみられる	体調が不安定 他の疾患の進行がある PS（Performance Status）が低下している 病状の悪化によるADLの低下
	生活が不規則	起床が遅く、朝の投与時間が遅れる 食事が不規則でインスリン注射のタイミングが難しくなる
生活行動に変化がみられる	今までできていたことができなくなった	食事の管理ができなくなった （インスリン注射以外の）他の治療の管理ができなくなった 内服薬を飲み忘れる 残薬にばらつきがある
	食事摂取量が安定しない	食事摂取量が不安定になる 食事したこと（内容）をおぼえていない、忘れる 食思不振で食べないことがある
支援体制の構築が困難な状況がある	家族のサポートが得られない	独居等で家族からサポートが受けられない 家族の協力が得られなくなった サポートする人がいない
	本人が他者の介入を拒む	インスリンの管理方法について家族やデイサービスとトラブル 家族の介入を拒む

表3 訪問看護師が考えるインスリン療法を行う要介護高齢者が安全に在宅生活を継続するために必要な支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
起こり得るリスクを見据えて可能な限り自己管理を支援する	時間を調整し訪問看護で注射の代行や見守りができるようにする	注射の時間に訪問看護師の声かけ、見守りの元で本人が実施 訪問直前に電話連絡し、訪問看護時間内にインスリン注射の確認ができるようにする 訪問看護で注射を代行 食事時間を変更してもらい、訪問時にインスリン療法の指導を行う
	インスリン療法を自己管理できるようにするための工夫をする	ポスターを作成し注射の単位数を示し、目につく所に貼る 拡大鏡の使用をすすめた インスリン注射時間に本人の携帯電話のアラームを設定 インスリン注射器にいつ・何単位打つのか分かるようにシールを貼る 実施の有無を確認できるようなものを作成する インスリン注射の必要性等について随時説明する
	訪問時間外に電話で確認する	電話で確認 電話で声かけ
	訪問時間外のインスリン実施状況について定期的に確認する	訪問看護でインスリン注射液の残量を確認 針の数を1週間ごとに数える 定期的な確認と指導 昼前に訪問し、時々手技のチェックを行う
	日頃から体調を管理し状態変化の有無を確認する	日頃から検査値、食事摂取量を確認しておき、変化を早期発見できるようにする 日頃から血糖測定を行い、悪化時は受診につなげる 本人への食事・運動の指導を継続し血糖コントロールを良好に管理しておく 認知・行動の変化の有無を訪問時に確認する 個別の適切な評価とタイムリーな支援が必要
	誰でも低血糖時の対応ができるように指導する	家族・介護職を含め、誰でも低血糖の対応ができるようにすること 訪問看護師として、周囲の方が皆、低血糖の状態に気づけるようにすることが大切 高血糖、低血糖時の対応について説明・指導 在宅でのインスリン療法管理で「低血糖を起こさないこと」を目標とすること 高齢者の状態によって、本人・家族とインスリン療法の目標について相談することが必要
	本人や家族の思いを理解し将来のことについて継続的に確認する	治療に対する思いや考え方を継続的に確認していくことが大切 インスリン療法の実施に100%を求めない 本人に自己管理できなくなった場合の意向を確認しておく
	家族へインスリン療法について指導し手技を習得してもらう	家族にインスリン療法を指導する 家族にも実際に行って練習してもらう 注射の手順書を作成し、誰でもできるようにした 家族へインスリン注射の代行を依頼するための指導
	家族ができる支援を明確にする	家族に注射の見守りや声かけを依頼 家族によるインスリン注射の確認 家族と密に連絡を取り、食事摂取状況の確認を継続して行う 家族へ状態変化がある場合に教えてもらえるように依頼する インスリン注射実施の記録を本人につけてもらい、家族が確認する 家族や近所の方などにインスリン注射実施状況を確認する
	家族にインスリン注射の代行を依頼する	家族によるインスリン注射の実施 家族に注射の準備を依頼 日頃から家族にも一緒に実施してもらうようにする 家族から主治医へ報告してもらう 病院看護師に報告 医療機関との連携 教育入院
主治医や他の医療機関と連携して支援方法を検討する	医療機関と情報共有する	病院外来でも在宅療養管理の方法を検討する 入院の際に、家族へインスリン注射方法を指導してもらった 退院時に家族への指導が済んでいるか確認しておく 状況の変化について早めに主治医と情報共有する
	医師に早めに治療内容の変更を検討してもらう	医師に相談し、治療やインスリン注射の実施方法を再検討 インスリン療法の継続の可否について相談する 医師にシンプルな治療方法を検討しておいてもらう CSIIの利用 医師に内服薬への変更が可能か相談する 注射回数や時間、注射薬の変更を相談する 訪問看護が入りやすくなるように注射回数を見直してもらう
	医師に血糖コントロールの目標を見直してもらう	血糖コントロールの目標設定の変更を医師へ相談
	血糖測定の実施方法を見直してもらう	医師に相談し、血糖測定の実施方法を再検討 血糖チェックを増やすよう医師に相談

表3 訪問看護師が考えるインスリン療法を行う要介護高齢者が安全に在宅生活を継続するために必要な支援（つづき）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
介護サービス間で連携して支援体制を構築する	インスリン療法支援について 介護支援専門員へ相談する	インスリン療法を継続する場合は介護支援専門員へ相談 介護支援専門員へ相談し、サービス追加依頼 介護支援専門員と密に連絡を取り、食事摂取状況の確認を継続して行う 訪問看護回数等の調整を介護支援専門員に相談 状況の変化について早めに介護支援専門員と情報共有する
	訪問看護の積極的な活用について 検討してもらう	訪問看護の訪問回数を増やす 平日は家族が支援し、土日は訪問看護が介入 毎日訪問看護が介入できるように検討 事前にサービスを導入し、本人に慣れてもらう 休日の訪問看護での対処
	予め施設入所の可能性を検討しておく	独居の場合、入所できる施設を検討しておく 家族の協力が得られない場合には施設入所を検討する (自己管理できない場合)施設入所をすすめる 生活環境の変更を検討する 施設検討を視野にいれて介護支援専門員と連携する
	訪問介護のスタッフへ注射の見守りや 声かけ・確認を依頼し情報共有する	ヘルパーさんに見守りや確認を依頼 ヘルパーさんに声かけてもらう 訪問介護と密に連絡を取り、食事摂取状況の確認を継続して行う ヘルパーさんとの連絡ノートによる情報共有と状況確認 インスリン注射実施の記録を本人につけてもらい、介護スタッフが確認する
	デイサービスのスタッフへ注射の見守りや 声かけ・確認を依頼し情報共有する	デイサービスの看護師による注射の見守り 施設スタッフの方はスタッフに声かけ・確認してもらう デイサービス等、時間調整可能な他のサービスでの支援 支援に関わっている他職種と関係性を作っておく 介護サービスでできる支援を明確にして、支援方法を組み立てる 訪問介護サービスへの説明・指導 介護支援専門員と相談して他のサービスと訪問看護で連携していく 介護支援専門員や他のサービス関係者へもインスリン療法について周知し情報共有を求める
他の介護サービスとの連携支援体制をつくる	デイサービス等の調整を介護支援専門員に相談 介護を含めた24時間のサポート体制をつくる 他職種による声掛けと見守り 訪問看護利用日以外は他の介護サービスの利用をすすめる 他のサービスなど他職種と連携する	

サービス間で連携して支援体制を構築する】の4カテゴリーが抽出された。

【起こり得るリスクを見据えて可能な限り自己管理を支援する】では《時間を調整し、訪問看護で注射の代行や見守りができるようにする》こと、《訪問時間外のインスリン実施状況について定期的に確認する》こと、《日頃から体調を管理し状態変化の有無を確認する》こと、《誰でも低血糖時の対応ができるように指導する》こと、《本人や家族の思いを理解し将来のことについて継続的に確認する》こと等を挙げていた。【家族ができる支援を明確にする】では《家族へインスリン療法について指導し手技を習得してもらう》、《家族へインスリン療法の見守りや声かけ・確認し情報共有を依頼する》、《家族にインスリン注射の代行を依頼する》ことが示されていた。【主治医や他の医療機関と連携して支援方法を検討する】では《医療機関と情報共有する》、《医師に早めに治療内

容の変更を検討してもらう》等が挙げられた。

【介護サービス間で連携して支援体制を構築する】では《インスリン療法支援について介護支援専門員へ相談する》のを起点とし《予め施設入所の可能性を検討しておく》、《訪問介護のスタッフへ注射の見守りや声かけ・確認を依頼し情報共有する》、《デイサービスのスタッフへ注射の見守りや声かけ・確認を依頼し情報共有する》、《他の介護サービスとの連携支援体制をつくる》ということが示されていた（表3）。

4. 訪問看護師が考える医療保険や介護保険制度による支援の課題と将来の展望

その他、医療保険や介護保険制度による支援の課題と将来の展望として、【現状の介護保険制度や医療保険制度によるインスリン療法支援の限界と支援拡大の可能性】と【他の医療職の理解と協力の必要性】、【支援ツール・

表4 訪問看護師が考える医療保険や介護保険制度による支援の課題と将来の展望

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
他の医療職の理解と協力の必要性	主治医が在宅生活の状況を理解していない	外来の医師は実際の在宅でのインスリン管理の様子を理解していない 主治医が高齢者の生活環境等を把握していないことが多い 主治医に在宅での生活状況について理解してほしい
	薬剤師にもインスリン療法管理に協力してほしい	薬剤師にもインスリン療法管理状況についてきちんと確認してほしい
現状の介護保険制度や医療保険制度によるインスリン療法支援の限界と支援拡大の可能性	在宅生活を支える介護サービスの限界	認知症があっても介護度が低い場合は訪問看護が毎日入ることが難しい 現状では訪問看護で対応するしかない 要介護高齢者が在宅療養困難時の選択肢として施設入所となることは避けられない 介護度が低いと多くのサービスを利用できず十分にサポートできない
	訪問看護の利用を促進する制度への期待	頻回な訪問看護を可能にする制度 朝・夕の支援ができるようにする 要介護の方は必ず認定看護師や訪問看護が介入する 医療関係者以外でもインスリン投与ができる体制 医療職以外も注射できる職種が増えると良い(無理だと思うが) 訪問介護で血糖測定できるようになると良い
	医療職以外の介護サービスでのインスリン療法支援の拡大を要望	インスリン注射の管理を医療者以外でも取り扱えるようなシステム ヘルパーさんも研修を受け、医師の指示のもと、インスリン注射ができるようになればよい
支援ツール・社会資源の開発への期待	インスリン療法支援のためのツールの開発・作成	インスリン療法の実施を見守るロボット等の開発 簡便な手技で行えるインスリン注射器材の開発 インスリン導入や継続可能かを評価するツールが必要 持続自己血糖測定器などを活用しインスリン療法の管理にいかせたら良い インスリン療法の手順・方法についてのパンフレットの作成
	インスリン療法支援のための社会的サポートシステムの構築	インスリン療法者の施設への受け入れ可能な体制が必要 認知症の方のインスリン療法のサポート体制の検討 家族の支援が期待できない場合は24時間を通したサービスが必要 声かけできるシステムが必要 独居の場合、緊急システムの設置 インフォーマルサービス(近所の方)での声かけ 地域ぐるみでの支援 支援者を増やす

社会資源の開発への期待】の3カテゴリーが抽出された。

【現状の介護保険制度や医療保険制度によるインスリン療法支援の限界と支援拡大の可能性】では「介護度が低いと多くのサービスを利用できず十分にサポートできない」現状など、《在宅生活を支える介護サービスの限界》があることから《訪問看護の利用を促進する制度への期待》や《医療職以外の介護サービスでのインスリン療法支援の拡大を要望》するといったことが述べられていた。また【他の医療職の理解と協力の必要性】では《主治医が在宅生活の状況を理解していない》ことを感じ、《薬剤師にもインスリン療法管理に協力してほしい》ということを描いている。さらに現行の制度にとどまらず、《インスリン療法支援のためのツールの開発・作成》や《インスリン療法支援のための社会的サポートシステムの構築》といった【支援ツール・社会資源の開発への期待】をもっていた(表4)。

VI. 考 察

1. インスリン療法を行う要介護高齢者の自己管理が困難となっている状況

これまで、高齢糖尿病患者は不安定な体調やセルフケア状況で生活する中、体調悪化や低血糖症状を起こしやすい上、その対応が困難な状況や、認知症等によりインスリン療法の自己管理が困難な状況に気づけないという高齢者本人の問題や、医療者や家族等の支援体制の問題があると指摘されてきた^{5), 7), 15)}。

本研究も同様の問題状況を指摘していたが、これまで指摘されてきた高齢糖尿病患者の問題のうち、インスリン療法の自己管理が困難な状況について、訪問看護師はインスリン注射の手技を直接確認する以外にも、セルフケアに影響を与えるADLや認知機能の低下の他、自己管理状況を反映する健康状態の悪化から予測的な視点で捉え、家族の状況から支援体制による安全性確保の有無を

判断していることが明らかとなった。セルフケア上の問題として示された【インスリン療法や血糖自己測定の手技に問題がある】、【低血糖やシックデイの対処ができない】、【病識や治療に対する理解が十分でない】ことについては高齢者本人のインスリン注射を安全に管理できない状況を捉えているが、それに加えて、【加齢等による身体・感覚・認知機能の低下がみられる】ことや【健康状態やADLに悪化がみられる】こと、【生活行動に変化がみられる】といった加齢に起因した生活・健康状態の維持困難な状況が自己管理困難につながる可能性があることを指摘していた。これは、直接的にインスリン療法の自己管理状況を観察するだけでなく、自己管理が困難に至る状況を予測するリスク管理の視点である。訪問の度に手技の確認が行えない中で、訪問看護では訪問していない時間に看護師が利用者の状況を直接把握できないため、何か問題が生じてでも早期発見することが難しく、訪問看護以外の介護保険サービス提供時間を含めて高齢者と家族の安全な療養生活の保障が必要となる⁸⁾。

また、本人の管理状況だけでなく、生活行動に変化が生じたことや、本人が〔家族の介入を拒む〕こと、〔インスリンの管理方法で家族やデイサービスとトラブル〕が起きる状況といった、インスリン療法の支援体制上の問題があることについても自己管理が困難な状況と判断していた。これは要介護状態の高齢者のインスリン管理を支える上で医療的な判断だけでなく生活の変化を察知できる介護職の視点でもインスリン管理上の問題が生じる可能性を把握できるということを示している。さらに、家族や介護サービスの介入が必須であるにも関わらず、本人が受け入れることが出来ない場合¹⁵⁾や認知機能の低下から自己管理上の問題が生じている可能性を察知できることになる。インスリン管理はある日突然自己管理が難しくなる訳ではないため、自己管理できているうちから、家族や介護サービス関係者が関わっていくことが必要である。そのことにより、家族同居の有無や自己管理可能かどうかに関わらず、インスリン療法管理上の安全が守られるよう、医療・介護サービス提供者のすべてが自己管理が困難になる前の状況から継続的にリスク管理を行うことができるような支援体制が可能となる。

訪問看護師が捉えた結果から、インスリン療法の自己管理困難な状況を見落とさず把握するためには、インスリン療法の手技上の問題だけでなく、生活や健康状態、

家族を含む支援体制の変化から予測できる可能性が示された。これらの変化が生じたことを早期に発見できるように、在宅生活を支援する医療・介護サービス提供者間で情報共有できる体制作りが重要である。

2. 訪問看護師が考えるインスリン療法を行う要介護高齢者が安全に在宅生活を継続するために必要な支援と医療保険や介護保険制度による支援の課題

本研究の結果、要介護高齢者が行う自己管理が困難になることを想定し、【起こり得るリスクを見据えて可能な限り自己管理を支援する】といった本人の自己管理をサポートする以外にも【家族ができる支援を明確にする】ことや【主治医や他の医療機関と連携して支援方法を検討する】こと、【介護サービス間で連携して支援体制を構築する】といった訪問看護を含めた在宅ケアチームの体制作りが必要と示唆された。さらに現状の課題と将来の要望として、【他の医療職の理解と協力】を求め、【現状の介護保険制度や医療保険制度によるインスリン療法支援の限界と支援拡大の可能性】や【支援ツール・社会資源の開発への期待】をもっていたことから、訪問看護として尽力しながらも、現行の制度や支援体制を構築する上での限界があることが推察された。

これまでにも、インスリン注射に関するセルフケアの問題は本人だけでなく、家族や支援する体制側の問題によっても引き起こされるとことや、訪問看護サービス提供時間内だけでなく、訪問看護以外の日常における予防的な視点で本人を中心とした支援体制を構築することを中心とした在宅ケアの必要性が述べられてきた^{7), 16)}。また本研究は対象となった訪問看護師35名中16名(45.7%)が介護支援専門員、保健師、糖尿病療養指導士、訪問看護認定看護師等の保有資格をもっており、インスリン療法に特化した器材の管理や、多職種連携に関するネットワークづくりといった専門性の高い高度な支援策が述べられた。今回の新たな知見として、今後、インスリン療法の自己管理が困難な要介護高齢者が増えると推察される中¹⁷⁾、地域で在宅生活を継続できるように、訪問看護師の視点を元に、外来診療を行う医療機関を含めた在宅生活を支えるケアチーム全体が、インスリン療法の自己管理が必要な要介護高齢者の自己管理困難な状況をどう判断し、対応するかを共有する必要性が明らかになった。医療機関では在宅での様子が分かりにく

いが、訪問看護は要介護高齢者の生活空間で日常的な治療管理状況を確認できる数少ない医療系サービスである。

要介護状態にある高齢者のインスリン療法の継続を支援するために、医療職と介護職が共に問題を共有することで、医療と介護のそれぞれが単独では困難であった問題解決の方向性をより明確化できる可能性がある¹⁴⁾。本研究で明らかになった訪問看護師の視点からの自己管理が困難になっている状況とインスリン療法を行う要介護高齢者が安全に在宅生活を継続するために必要な支援をふまえ、ケアマネジメントを行う介護支援専門員へ情報を集約し、糖尿病医療に携わる医師や看護師、訪問介護員等の在宅ケアチーム全体で自己管理が困難な状況を捉えられるようにすることが重要である。その際、在宅ケアチームで問題状況をスクリーニングし共有できるよう、渡辺ら¹⁸⁾がまとめた「在宅でインスリン療法を行う要介護者支援のために共有すべき最重要情報項目」を活用し、多職種間で情報共有システムを構築することが期待される。

Ⅶ. 研究の限界

本研究は1都道府県に所在する訪問看護事業所を対象とした調査であり一般化は困難である。またCOVID-19禍に直面し、当初予定していた対面によるインタビューが不可能となったため、自記式質問紙による調査を行った。そのため記述内容を質的に分析したにとどまり、回答内容とその意図を直接確認できない等、調査・分析方法に限界があった。さらに、インスリン療法の方法（薬剤の種類、ポンプ等の投与方法の違い等）や糖尿病のタイプ（Ⅰ型・Ⅱ型）の差については検討できていない。今後はインタビュー調査によりインスリン療法の自己管理が困難な要介護高齢者の訪問看護を経験した看護師の深い語りからより具体的にインスリン療法の自己管理が困難な状況とその対応方法について明らかにする必要がある。また、訪問介護員やインスリン療法を行う本人や家族がとらえる自己管理困難な状況についてインタビュー調査を行うことで多方面から支援上の課題を明らかにできる可能性がある。

本研究にご協力いただいた対象者の皆様に深謝いたします。

なお、本研究は、日本学術振興会科学研究費(基盤研究C/課

題番号19K10528)の助成を受けて実施した。また、本研究は第26回日本在宅ケア学会学術集会にて発表した。

■引用文献

- 1) Watanabe S, Ito T, Sugiyama T et al. : Current conditions of use of long-term care insurance services for home-based long-term care recipients who need insulin therapy. *Geriatrics and Gerontology International*. **23**(3) : 253-255 (2023).
- 2) 山根晴香, 岡千恵美, 武田ゆかり, ほか: 高齢者における介護保険制度利用に関する調査—糖尿病患者と非糖尿病患者の比較検討—. *糖尿病*, **58**(1) : 9-19 (2015).
- 3) 内海香子, 清水安子, 黒田久美子: インスリンを使用する高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護援助. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, **10**(1) : 25-35 (2006).
- 4) 麻生佳愛, 内海香子, 磯見智恵, ほか: 看護師が認識する介護施設で生活する糖尿病をもつ後期高齢者のセルフケアの問題. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, **16**(2) : 133-141 (2012).
- 5) 中村美幸: 高齢糖尿病患者のインスリン自己注射実施上の問題と看護援助—外来看護師への面接調査による分析—. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, **18**(1) : 25-32 (2014).
- 6) 藤井夕香, 磯和勅子, 平松万由子: 外来通院をしている高齢糖尿病患者のインスリン自己注射手技に影響を及ぼす要因. *日本看護科学会誌*, **36** : 179-188 (2016).
- 7) 内海香子, 麻生佳愛, 磯見智恵, ほか: 訪問看護師が認識する訪問看護を利用する後期高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, **14**(1) : 30-39 (2010).
- 8) 小沢久美子: 後期高齢糖尿病患者の療養生活を支援する訪問看護師のケアの構造化の試み. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, **14**(2) : 147-154 (2010).
- 9) 岩倉敏夫, 佐々木翔, 藤原雄太, ほか: 糖尿病治療薬による重症低血糖を発症した2型糖尿病患者135人の解析. *糖尿病*, **55**(11) : 857-865 (2012).
- 10) 岡田千穂, 青木絵麻, 大村和規, ほか: 低血糖で緊急入院を要した糖尿病症例の背景予後の解析. *東京女子医科大学雑誌*, **86**(3) : 81-86 (2016).
- 11) 渡辺忍, 柴山大賀, 日高紀久江: 在宅でインスリン療法を行う要介護者の訪問看護利用の要因. *実践人間学*, **10** : 45-54 (2019).
- 12) 渡辺忍: 介護支援専門員の情報把握の実態と関連要因: 在宅でインスリン療法を行う要介護者のケアマネジメントに焦点をあてて. *日本在宅ケア学会誌*, **25**(2) : 143-154 (2022).

- 13) 山本裕子, 鈴木佑果, 関岡未菜: 高齢糖尿病患者のインスリン注射継続のための支援と課題—文献レビューを通して—. 摂南大学看護学研究, **1** (1): 35-41 (2013).
- 14) 渡辺忍, 鶴岡浩樹: インスリン療法を行う要介護者の在宅生活の実態と支援課題—介護支援専門員への調査から—. 日本糖尿病教育・看護学会, **23** (2): 145-153 (2019).
- 15) 厚生労働省: グレーゾーン解消制度・新事業特例制度 介護職員によるインスリン自己注射サポート確認の求めに対する回答の内容の公表 (https://www.mhlw.go.jp/shinsei_boshu/gray_zone/dl/jisseki_04.pdf, 2023. 2. 27)
- 16) 森京子, 古川智恵: 薬物療法を行う高齢2型糖尿病患者に対する自己管理支援に関する文献検討. 日本糖尿病教育・看護学会誌, **26** (1): 41-48 (2022).
- 17) 森垣こずえ: インスリン注射を行う高齢者の在宅療養を支える介護援助. 訪問看護と介護, **13** (7): 584-589 (2008).
- 18) 渡辺忍, 柴山大賀: 在宅でインスリン療法を行う要介護者支援のために看護師が介護支援専門員と共有すべき最重要情報項目. 日本糖尿病教育・看護学会誌, **25** (1): 23-31 (2021).

Providing Older Adults who Have Difficulty Self-Managing Insulin Therapy with Necessary Support to Continue Living at Home: Home-Visit Nurses' Perspectives

Shinobu Watanabe^{*1}, Rie Tanaka^{*2}, Miyoko Tsurumi^{*1}

^{*1} Department of Nursing, School of Health Sciences, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

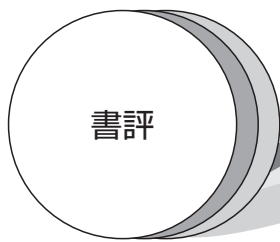
^{*2} Institute of Medicine, University of Tsukuba

Abstract

This study investigated home-visit nurses' perceptions of the circumstances under which older adults undergoing insulin therapy have difficulty with self-management and the support they require. The respondents were also asked to suggest ideas for multidisciplinary cooperation in home care. A free-form questionnaire survey was conducted.

Home-visit nurses identified the following signs of difficulties with self-management: direct management problems, such as the inability to handle insulin injection; hypoglycemia; sick days; changes in sensory and cognitive functions due to aging; declines in fine motor skills; changes in health status and daily activities; and difficulties in establishing a support system. In addition, respondents reported difficulties in establishing support systems. In terms of necessary support, nurses advised the provision of extensive self-management support through home-visit nursing and the creation of further support through cooperation with physicians, family members, other medical institutions, and home care service personnel. The limitations of the current long-term care and medical insurance systems in supporting insulin therapy, the need to expand support, and expectations for the development of support tools and social resources are also discussed.

Key words : home-visit nursing, insulin therapy, older persons requiring nursing care, Difficulty in self-management



江頭文江 編著 梶井文字 編集
訪問看護のための栄養アセスメント・食支援ガイド
中央法規（東京）（2022年）／B5判／180頁／本体価格2,600円
書評者：増川 信行（NPO法人麦畑 デイサービス琴平）

本書の特徴は、食べると言う営みを通して、「在宅」での療養支援の意味をも考えさせられるところにある。表題に「訪問看護のための」とあるが在宅ケアを実践する者だけでなく、多くの医療や介護に携わる方やそれに関係する方々の手に渡ることを願いたくなる本である。

対人支援の現場では、医療行為の急速な進歩と「人が老いて生きて行くことの意味」との間に、そのことを模索する間も無く平衡状態のまま高齢化は進んでいる。

医療技術の進化に支えられて私達の平均寿命が延び「100歳時代」と言われている。いわゆる「食べられなくなるまで生きる」と言うことが常識であったほんの少し前の時代とは大きく変化してしまった。

また一方で、医療行為の進化が摂食・嚥下に対する理解が深まる要因となっていることも間違いない。時代と医療技術の進歩に見合った「食支援」を考えることは、在宅ケアの重要な課題である。

Chapter 1において、「訪問看護と食支援の関係」とあり病院や施設のように、疾患や障害の状態を把握した多くの専門職が多職種のチームとして療養に関する支援を行うのと違い、在宅現場で多くのリスクと向き合いながら療養生活の支援は困難が多いとされる。

在宅支援の現場において、本人が一番に希望を訴えやすい「食」という営みを、正しい理解とアセスメントに基づくその人に合わせた食支援と摂食嚥下食の提案や提供は大切である。

Chapter 2の「栄養・食事のアセスメントと支援」では、多職種の共有が柱となる。在宅においては家族はもちろんケアマネージャーの情報収集をもとに訪問介護、デイサービスやショートステイと、栄養アセスメントに重要な採血結果を訪問医から得て、訪問看護がどのように多職種と食や栄養に関して連携のコーディネートを進めるのがポイントである。

Chapter 3「摂食嚥下機能のアセスメントと支援」では、医療職が評価をすることにより多職種への情報提供が本人をはじめ家族からの信頼へとつながり、終末期を向か

えるに際して家族の向き合い方が最期まで誤嚥等なく、安定した全身状態を保てるよう栄養管理が可能となるプロセスが示されている。

Chapter 4「嚥下調整食の活用」では、嚥下調整食の活用でも実践と技術とがしっかりとした根拠の元に分かりやすく述べられている。在宅における「食支援」のアプローチには 病院や施設のような概念や取り組みは通用しない。在宅ケアの環境における、①咀嚼や嚥下の低下にも対応して飲み込みやすい食事。②少量の食量でも栄養が取れる食材の理解。③美味しいものだからこそ食べ続けることが出来ることなど、食の楽しさや栄養摂取の継続性へのアプローチが多くの工夫とテクニックが盛り込まれている。

Chapter 5では、在宅で療養することになった高齢者が罹患しやすい症状別の「食支援」について記載がある。事例も多く取り上げてあり、「食支援」のアプローチが分かりやすく参考になる。

そして本書のもう一つの特徴に、訪問対人支援者の短時間で「食支援」を可能にする献立作りの柔軟さがある。

市販食品の活用とアレンジは、訪問看護が栄養摂取や「食支援」をするうえで最初の一步として、介護食や栄養補助食品の使い方と合わせて大変に参考となる事例が豊富に記載されている。

在宅ケアにおいては、標準とされる「食支援」の内容が確立されていない。地域で情報を知る事も少なく、どこまで「食支援」を重要視して在宅療養の高齢者を支えて行けばよいのか迷うところである。

多くの疾患に影響するが医師の理解はそこまで進んでいない。

本書を順を追って読み進める事で、実践への歩みに確かな土台となるとともに、その維持がいかに大切であるかあらためて感じさせられる。

訪問看護を中心に在宅療養の「食支援」を一步でも進めるうえで、多くの在宅対人援助に関係する方々に手に取っていただきたい一冊である。

第29回日本在宅ケア学会学術集会 ご案内

テーマ：「望む場所で暮らす」をかなえるために：つくる・つなげる在宅ケア
<https://jahc29.yupia.net/>

- 学術集会長：永田智子（慶應義塾大学看護医療学部）
- 会 期：2024年8月24日(土)・25日(日)
- 会 場：鎌倉芸術館（神奈川県鎌倉市大船6-1-2）
<https://kamakura-kpac.jp/map/>

学術集会の趣旨

人口減少、少子高齢化が進行し、2040年に向けケアの担い手不足の深刻化が予想される一方、「住みたい場所」「暮らしたい場所」で暮らしたいという人々の希望はより顕著なものになっています。

その希望を叶えるためには、「暮らし続けられる場」「暮らしを支えるサポート」「持続可能なケアシステム」が必要であり、新たなモノや場やサービスの創造、サービスや職種間の連携、効果的なケア実践を行うためのエビデンス構築が求められています。併せて、災害により「望む場所で暮らす」ことが困難となった方々をどのように支援していくか、ということも喫緊の課題となっております。

このような背景を踏まえ、“「望む場所で暮らす」をかなえるために：つくる・つなげる在宅ケア”というテーマを設定しました。

多角的な企画・多様な参加形態

本学術集会においては本テーマに関する多角的な企画を用意するとともに、対面での一般演題発表や交流集会等により参加者間の活発な議論を促し、在宅ケアに関する学術的なトピックスや現場での新たな実践などを含め、「望む場所で暮らす」ことへの支援に関する新たな気づきが得られる機会とすることを目指しています。併せて、一部の企画のオンデマンド配信、および一般演題のポスターのオンライン公開も行いますので、現地に赴くことが難しい方もぜひ参加をご検討いただければと思います。

会場となる鎌倉市は歴史好きならずとも一度は訪れたい、そして一度訪れたら何度も続けて訪れたくなる、新旧の魅力あふれる街です。初日の特別講演では、古刹の僧侶の方にご登壇いただき、鎌倉時代に行われた傷病者へのケアの様相を紐解きますので、講演内で登場した地名を探しながら街歩きをしていただくのも一興かと存じます。いざ鎌倉！

多くの皆様のご参加を、心よりお待ちしております。

参加登録

前期登録 1月29日(月)～7月19日(金)

後期登録 8月1日(木)～オンデマンド配信終了日まで

参加費

会 員 前期申込8,000円 後期申込10,000円

非 会 員 前期申込10,000円 後期申込12,000円

大学院生 4,000円（社会人院生を除く）

学 部 生 2,000円

一般演題登録 1月29日(月)～4月25日(木)

発表形式：ポスター発表

①現地会場にて、ポスターを掲示して発表してください。座長の進行により発表および質疑対応をお願いします。

②加えてWeb上では、事前に提出されたPDF ファイルをオンデマンド配信します。

指定する期日（8月中旬予定）までに、発表ファイル（ポスターと同内容のPDF）を提出してください。提出方法は採択後にご案内します。

上記①、②の両方に対応をお願いいたします。

交流集会登録 1月29日(月)～4月25日(木)

在宅ケアに関連したテーマについて、実践・教育・研究の視点からの問題提起や意見交換を行うことを目的とした交流集会の企画を下記の通り募集いたします。

また、在宅ケア領域の実践家や研究者の交流を目的とした企画も応募可能です。

詳細はホームページをご参照ください。

プログラム

第1日：8月24日(土)

会長講演 「望む場所で暮らす」を叶えるために

座長 村嶋 幸代 (大分県立看護科学大学)

講師 永田 智子 (慶應義塾大学)

特別講演① 鎌倉時代のケアとは～極楽寺での実践から

講師 田中 密敬氏 (極楽寺)

聞き手 みほとけ氏

教育講演① 社会的処方と緩和ケア

座長 石川 志麻氏 (慶應義塾大学)

講師 西 智弘氏 (一般社団法人プラスケア)

シンポジウム① 地域における居場所づくりの課題と展望

座長 秋山 美紀氏 (慶應義塾大学)

シンポジスト

坂倉 杏介氏 (東京都市大学)

内藤 克子氏 (鎌倉市)

片山 睦彦氏 (社会福祉法人光友会)

シンポジウム② 在宅ケアの効果を評価する

座長 木全 真理氏 (厚生労働省)・

平原 優美氏 (公益財団法人日本訪問看護財団)

シンポジスト

山本 則子氏 (東京大学大学院)

山本 渉氏 (慶應義塾大学大学院)

岩本 大希氏 (WyL株式会社)

服部 昭博氏 (特別養護老人ホーム 鈴鹿グ

リーンホーム)

シンポジウム③ 在宅ケアにおけるビッグデータ・リアルワールドデータの活用：エビデンスに基づく政策形成に向けて

座長 深堀 浩樹氏 (慶應義塾大学)

シンポジスト

渡邊 亮氏 (神奈川県立保健福祉大学)

河野あゆみ氏 (大阪公立大学)

江頭 勇紀氏 (神奈川県)

シンポジウム④ 地域で構築する医療・福祉連携支援システム

座長 坂井 志麻氏 (上智大学)・

石橋みゆき氏 (千葉大学大学院看護学研究院)

シンポジスト

横山 宏美氏 (横浜市)

村瀬 磨美氏 (地域包括支援センター 鎌倉きしろ)

安部 淳子氏 (米沢市立病院)

ワークショップ① これからの在宅ケア人材育成～新カリキュラム「地域・在宅看護論」を踏まえて～

座長 臺 有桂氏 (神奈川県立保健福祉大学)・

高砂 裕子氏 (一般社団法人南区医師会 南区医師会訪問看護ステーション)

講師 石田 千絵氏 (日本赤十字看護大学)

久万美帆子氏 (横浜市踊場地域ケアプラザ 地域包括支援センター)

関吉 麻子氏 (公益社団法人神奈川県看護協会 洋光台訪問看護ステーション)

ワークショップ② 望みをかなえる外出支援～障害があっても楽しもう～

座長 渡邊 宏樹氏 (湘南藤沢徳洲会病院)

講師 菅原 健介氏 (ぐるんとびー)

榊原 正博氏 (NPO法人湘南バリアフリーセンター)

Meet the expert！そこが知りたい在宅ケア①

登壇者調整中

会員報告会、論文賞受賞者講演、一般演題 (ポスター)、企業展示

第2日：8月25日(日)

特別講演② 2024年改定を踏まえた在宅ケアのこれから

座長 堀田 聡子氏 (慶應義塾大学)

講師 迫井 正深氏 (厚生労働省)

教育講演② 訪問看護のパイオニアから見た現在の在宅ケア

講師 宮崎和加子氏 (一般社団法人だんだん会)

教育講演③ こどもホスピスの取り組み

座長 叶谷 由香氏 (横浜市立大学)

講師 田川 尚登氏 (認定NPO法人横浜こどもホスピスプロジェクト)

シンポジウム⑤ 在宅ケアにおける地域資源としての高度実践看護

座長 鈴木 美穂氏 (慶應義塾大学)・

山岸 暁美氏 (一般社団法人コミュニティヘルス研究機構)

シンポジスト

後藤 智美氏 (東京ほくと医療生活協同組合生協浮間診療所)

行田菜穂美氏 (聖マリアンナ医科大学病院メディカルサポートセンター)

渡部 寛史氏 (ノビシロクリニック藤沢)

抱井 洋介氏 (埼玉県済生会鴻巣病院)

シンポジウム⑥ 安心・安全に住み続けられる住まいづくり

座長 本田千可子氏 (東京大学大学院)・

山本なつ紀氏 (慶應義塾大学)

シンポジスト

太田 智之氏 (兵庫県立福祉のまちづくり研究所 ロボットリハビリテーションセンター)

伊香賀俊治氏 (慶應義塾大学)

西田 佳史氏 (東京工業大学 工学院)

パネルディスカッション① テレヘルスで実現する新しい在宅ケア

座長 宮川 祥子氏 (慶應義塾大学)

パネリスト

亀井 智子氏 (聖路加国際大学)

黒木 春郎氏 (医療法人社団嗣業の会 こどもとおとなのクリニック「パウルーム」)

他, 調整中

パネルディスカッション② コミュニティで展開する在宅ケア

座長 吉江 悟氏 (訪問看護ステーションビュートゾルフ柏)

田口 敦子氏 (慶應義塾大学)

パネリスト

柳澤 優子氏 (Life & Com)

河村 詩穂氏 (小杉湯健康ラボ)

佐藤 真治氏 (帝京大学)

清水 智子氏 (横浜市)

ワークショップ③ 望む場所で暮らし続けるための移動・外出支援

座長 丸山 祥氏 (湘南慶育病院)

真志田祐理子氏 (慶應義塾大学)

講師 竹井 隆晟氏 (湘南慶育病院)

永島 匡氏 (リハラボ訪問看護リハビリステーション町田店)

山田 雅司氏 (トヨタ自動車株式会社 CV Company)

他, 調整中

市民公開講座「住み慣れた自宅以最期まで…」をかなえるために ～在宅ケアのすゝめ～

講師 大蔵 暢氏 (やまと在宅診療所大崎)

ゲスト 大竹しのぶ氏

Meet the expert！そこが知りたい在宅ケア②

登壇者調整中

日本在宅ケア学会委員会企画 (調整中)

一般演題 (ポスター), 交流集会, 企業展示

オンデマンド講演: 調整中

一般社団法人日本在宅ケア学会
学会だより

Japan Academy of
Home Care

一般社団法人日本在宅ケア学会
2023年度第1回書面理事会議事録

I. 日 時：2023年6月24日(土) 18:00～21:00

II. 場 所：オンライン会議

III. 出席者：理事長 亀井 智子
副理事長 中谷 久恵
総 務 長江 弘子 片山 陽子
会 計 永田 智子
理 事 上野 まり 牛久保美津子
内田恵美子 榎本 雪絵
尾崎 章子 加瀬 裕子
金盛 琢也* 萱間 真美*
菊地ひろみ 河野あゆみ
河野 光伸 小西かおる
下田 信明 高砂 裕子
辻 彼南雄 服部ゆかり
監 事 石垣 恭子* 村嶋 幸代
事務局 北川 瑞季

(*印は欠席者)

IV. 議 事：

議事録署名人の選出

定款に基づき、亀井理事長と村嶋監事を署名人とすることとした。

【審議事項】

1. 前回理事会議事録(案)の承認について

資料1を基に、2022年度第2回理事会(案)を確認のうえ、これを承認した。

2. 新入会退会承認について

資料2を基に、新入会者82名、退会者67名を確認の

うえ、これを承認した。

また、代議員より退会の申し出があったことが報告された。今期代議員の任期は、2022年度から2026年度までとなっており、任期途中の退会申し出となる。総務担当理事にて、定款・選挙要件等を確認したが、今期役員は推薦理事を3名選出しているため、退会を承認した場合にも定数を満たしているため、欠員にはならず、補欠選挙は行わないことを提案し、これを承認した。

3. 2022年度決算について

資料3を基に、2022年度収支計算書、2022年度貸借対照表、2022年度財産目録について確認し、これを承認した。

収入の部については、会費収入11,867,500円(正会員1,126人、学生会員46人)、入会金397,500円(正会員68人、学生会員23人)、投稿料100,000円(20論文)、厚労省委託事業(コロナ対応看護職員研修)8,580,000円等を含め、合計23,187,522円の収入があった。

支出の部については、学会誌印刷費2,524,500円、学会事務委託費3,564,000円、在宅ケアイノベーション研究研修委員会費9,491,270円等、合計20,004,383円を支出し、次年度への繰越金を24,690,159円とした。

4. 2022年度監査報告について

資料4を基に、2022年度の会計監査が実施され、会計書類等についても適正かつ正確であった旨の報告があり、これを承認した。

5. 社員総会の開催方法、会員報告会について

資料5を基に、2023年度定時社員総会の開催について、昨年同様に開催方法はオンライン会議、欠席社員は議決権行使書もしくは委任状を提出することが提案され、これを承認した。

また、直近3年間はコロナ禍のため学術集会在オンライン開催となり会員報告会を開催できていなかったが、第28回学術集会では対面にて会員報告会を実施することが提案され、これを承認した。会場は大阪大学MOホール、大会1日目12時～13時にて予定している。会場内での飲食不可、次のプログラム開始時間の都合上、参加した会員へのお弁当の配布は行わないことが提案され、これを承認した。

6. 投稿規程の改訂、迅速査読について

資料6を基に、投稿規程の改訂内容が提案され、これを承認した。概要は以下の通り。

- J-STAGE掲載に伴い、オープンアクセスのポリシーを規程に追加した。
- 迅速査読の導入に伴い、申請要件を追加し、申請書書式を新たに作成した。

投稿規程の改訂版、迅速査読の申請書書式は、学会誌27巻1号（23年9月末刊行）から公開する。

7. 照林社書籍企画について

資料7を基に、片山理事より提案され、これを承認した。概要は以下の通り。

- 照林社より、学会監修で「臨床スタンダードケア・シリーズ」の企画案が提案され、総務会議にて検討し、出版する方向性で合意されたため、企画案の内容検討を進めてきた。
- 発行時期は、2024年4月から12月の予定。
- 本学会からは、在宅ケア実践ガイドライン2022に基づく実践内容と経験知を在宅ケアスタンダードとして紹介し、現代の在宅ケアにおける重要課題に係る実践内容を中心に、現場で活用できるケア内容とする。また、多職種が活用できる内容とする。
- 各章のテーマごとに執筆者案を片山理事にて選定し、内諾を得た。執筆者は、在宅ケア実践ガイドライン2022の各項目を取りまとめた理事・委員等を中心に選定している。

8. 2023年度事業計画について

資料8を基に、2023年度事業計画案を確認し、これを承認した。

9. 2023年度収支予算書について

資料9を基に、2023年度収支予算書を確認し、これを承認した。

収入の部については、会費収入12,270,000円（正会員1,200人、学生会員50人、賛助会員1社）、入会金325,000円（正会員60人、学生会員10人）、投稿料150,000円（30論文）等を含めて、合計13,975,200円の収入とした。

支出の部については、機関誌印刷費2,500,000円、学会事務委託費3,220,000円、ホームページ維持費780,000円、ガイドライン作成委員会費1,870,000円等を含め、合計14,197,606円の支出とし、次年度繰越金を24,467,753円とした。

なお、実践ガイドライン改訂版の刊行を行う予定のため、単年度予算は赤字だが、会員サービスの向上につな

がる活動であるため、繰越金から繰り出す形として、これを承認した。

10. 各委員会2023年度活動計画について

資料10に基づき、各委員会の活動計画が提案された。概要は以下の通り。

1) 編集委員会

- ①第27巻第1, 2号を刊行する。
- ②編集委員会を4回開催する。
- ③学会誌をJ-STAGEへ掲載する。
- ④迅速査読を導入し、円滑な運営を図る。
- ⑤スカラワンのメリットを活かした編集体制の整備を行い、投稿数と採択率向上について検討する。

2) 学会活動推進委員会

- ①第28回学術集会において、薬剤師によるオンデマンド講演を行う。

- テーマ：(仮) 在宅訪問薬剤師の役割および多職種連携の実際と課題

- 講師：東京都薬剤師会理事 ノムラ薬局豊田南店 伊藤 威氏

- ②2024年度活動について検討を開始する。

3) 広報委員会

- ①ホームページの更新および追加を行う。
- ②ニュースレターを年1回発行する。
- ③ニュースメールを配信する。
- ④刊行予定の在宅ケア実践ガイドライン改訂版の広報を行う。
- ⑤学会独自のSNS(フェイスブック等)を導入し広報活動を行う。委員会内で使用媒体、公開する内容、申し合せ等を検討し、委員会で更新作業等を行う。

4) 倫理委員会

- 理事会からの諮問事項に対応する。

5) 政策提言検討委員会

- 2024年の医療・介護報酬改定をはじめ、医療DXの現状等に関連する情報提供を行う。また、会員の実践者と研究者が連携し、研究を推進する場を提供する。

6) 論文賞選考委員会

- ①2023年度受賞者の表彰式および記念講演を、第28回学術集会にて実施する。
- ②学会誌第27巻第1, 2号に掲載された論文から2024年度の「優秀論文賞」「奨励論文賞」を選考する。

7) 実践・研究助成委員会

- 2023年10月1日～11月30日の期間で第11回実践・研究助成の募集を行い、助成対象研究の審査を行う。

8) 生涯教育委員会

①まちかどフォーラムを毎月1回(第三木曜日)オンラインにて開催する。②まちかどフォーラムで寄せられたテーマをもとにオンライン研修会を開催し、第29回学術集会の委員会企画とする。

- ・テーマ:「超高齢社会と安全工学的アプローチ—在宅ケアにおける危機管理—」
- ・講師:早稲田大学人間科学学術院 加藤麻樹氏

9) ガイドライン作成委員会・改訂委員会

- ・新たな3つのクリニカルクエスションに取り組み、スクリーニングを順次進める。審査を進め、最終的には、理事会承認を経て、在宅ケア実践ガイドラインの改訂版を公開する。
- ・既存のCQに対して文献検索を行い、検討を進める。また、新たな文献を追加し、エビデンスの更新を行う。

10) 在宅ケアイノベーション研究研修委員会

2022年度実施したエコー・テレナーシングのオンデマンド研修会を、配信期間・参加費等の要件を再度検討し開催する。また、第28回学術集会にて、研修会の広報活動を行う。

11) 選挙管理委員会

2023年度役員選挙の実施に伴い、上野まり理事(委員長)、牛久保美津子理事、河野光伸理事、三輪恭子会員を選挙管理委員として選出し、選挙運営を行う。

11. 第30回・第31回学術集会長について

亀井理事長より、第30回・第31回学術集会長について提案され、これを承認した。概要は以下の通り。

- ・第30回(2025年度)学術集会:
大会長:河野あゆみ理事(大阪公立大学)
開催日:2025年7月もしくは9月
開催地:大阪(2025年は大阪万博のため、開催日は会場の確保状況により決定する。)
- ・第31回(2026年度)学術集会:
大会長:片山陽子理事(香川県立保健医療大学)
開催地:香川

【報告事項】

1. 2022年度会務および会員数等報告について

資料11を基に、2022年5月1日～2023年4月30日までの会務および2023年4月30日現在の会員数(1,351

人+賛助会員1社)の報告があった。

2. 2022年度各委員会および関連団体活動報告について

資料12を基に、各委員長および担当理事より報告された。概要は以下の通り。

1) 編集委員会

学会誌第26巻第1号を2022年9月末に、第26巻第2号を2023年3月末に刊行した旨の報告があった。また、J-STAGE掲載と迅速査読導入に向け、運用等の検討を行った旨の報告があった。

2) 学会活動推進委員会

第28回学術集会にて、薬剤師にオンデマンド講演を依頼することを検討した旨の報告があった。

3) 広報委員会

2023年3月にニュースレターVol.16を刊行し、その他会員向けのメール配信、ホームページ改修、情報追加・更新を行った旨の報告があった。

4) 倫理委員会

学会へ後援・調査依頼があった場合の申請様式を、学会規定に基づき検討、作成した旨の報告があった。

5) 政策提言検討委員会

第27回学術集会の委員会企画として、オンデマンドセミナーを開催した旨の報告があった。

6) 論文賞選考委員会

・2022年度論文賞受賞の表彰は、第27回学術集会がオンライン開催だったことから、論文賞記念講演および表彰式は行わず、賞状と副賞を送付した旨の報告があった。

・学会誌26巻1号、2号掲載の論文を対象に、2023年度優秀論文賞・奨励論文賞を下記のとおり選考した旨の報告があった。

■2023年度優秀論文賞

「地域に暮らす高齢者の転倒予防の取り組み—簡易に取り組める床マーキングトレーニングの効果—」

小橋拓真

【原著】日本在宅ケア学会誌, 26(1):66-73 (2022)

■2023年度奨励論文賞

「熟練訪問看護師の眼球運動に基づく観察の特徴—訪問看護熟練者、初心者、看護学生の眼球運動の比較—」

島村敦子, 諏訪さゆり, 兪文偉, 松島英介

【原著】日本在宅ケア学会誌, 26(2):97-110 (2022)

7) 実践・研究助成委員会

- 第10回（2023年度）実践および研究助成に7件の応募があり、委員会内で選考を進め、最終的に3件の助成を決定した旨の報告があった。

○YAN QIJUN（アンキクン）（群馬大学大学院保健学研究科）

「中国語の対応が可能なデイサービスを利用しながら在宅生活を送る中国帰国者の現状と支援課題」

○河野真（国際医療福祉大学）

「在日外国人への訪問リハビリテーション提供に向けた文化感受性のあるインテイクシートの開発」

○中村真弓（防衛医科大学校）

「訪問看護ステーションの看護管理者のワーク・エンゲイジメント向上プログラム開発およびその効果の検証」

- 第10回申請の中で、2件申請をした申請者が1名いたため、応募要領を改訂した旨の報告があった。
- 2021年度助成者で、助成期間を半年延長した助成者より、さらに半年の延長希望の申し出があった。委員会にて検討したが再延長は却下、助成金の残金の返還を求めた。これにより、審査基準を検討、追加し、委員会の審査票を改訂した旨の報告があった。

8) 生涯教育委員会

まちかどフォーラムを毎月1回（第三木曜日）、オンラインにて実施している旨の報告があった。

9) ガイドライン作成委員会・改訂委員会

ガイドライン改訂委員会との合同委員会を実施し、在宅ケア実践ガイドラインの改訂にむけ、作業を行った旨の報告があった。

10) 在宅ケアイノベーション研究研修委員会

①昨年、厚労省委託事業として実施した「新型コロナウイルス感染症対応看護職員研修」を、今年はライブ配信+希望の県へオンデマンド配信を行った。②昨年の「エコーとテレナーシング研修会」をオンデマンド配信にて行った。想定していた参加者人数に達しなかったため、赤字事業となった。

11) 看護系学会等保険連合（看保連）

①看護技術検討委員会に計3回参加した。②2024年度診療報酬・介護報酬改定に向けた要望書の検討・提出を行った。③2023年度研究助成として、ガイド

ライン作成委員会尾崎章子理事にて採択された。

12) 日本看護系学会協議会（JANA）

①会員向けのニュースメールを配信し、情報提供を行った。②6月10日開催の2023年度意見交換会・総会に出席した。

13) 日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）

①日本在宅看護学会・日本老年医学会が、新たに加盟した。②これまでアカデミックグループとして活動していた研究が、予算化され一つの事業として研究活動をする方針となった。③日本在宅ケア・サミット2023が7月23日に開催される予定で、亀井理事長、長江理事、尾崎理事が出席する予定。④中谷副理事長より、在宅ケアアライアンスよりアンケート調査依頼があった旨の報告があった。会員へ広く配信し回答を得ることが提案され、これを承認した。

14) 日本社会福祉系学会連合

①補助金制度がありHPから申請できるため、積極的に活用してほしい。②運営委員会が3回オンラインにて開催された。③実施予定であった若手研究者へのアンケート調査は検討不十分により実施見送りとなった。

15) 日本医療安全調査機構

①日本医療安全調査機構からの案内をメール配信し、周知した。②3/15開催の説明会に参加した。各病院等から機構へ寄せられた医療事故・死亡事故の調査を行っている。関連する事故があった場合に学会へ照会が入り、過去2回程度協力した経緯がある。事故が発生した地域ごとに分類わけをしているため、今後調査協力は各地域の学会員にて協力してほしい。今後依頼があった際は、代議員の地域ごとに担当者リストを作成し、提供する。

3. 学術集会について

1) 第28回学術集会進捗状況について

資料13に基づき、小西大会長より進捗状況の報告があった。概要は以下の通り。

- 一般演題登録は、期間を延長し6月30日まで受け付けている。6/24時点で目標の100演題に到達した。参加者数は、6/24時点で201名となった（目標は600名）。
- 申請していた科研費は採択となり、130万円の助成金額となった。

- 6/24時点で、企業展示12社、広告7社、ランチョン2社となった。
- 事前に実施したプレセミナー1の参加者は計14名で、その後全員が一般演題登録している。プレセミナー2は、非会員含め計47名の参加があった。

2) 第29回学術集会準備状況について

資料14に基づき、永田大会長より進捗状況の報告があった。概要は以下の通り。

- メインテーマ：「望む場所で暮らす」をかなえるために：つくる・つなげる在宅ケア
- 会期：2024年8月24日(土)・25日(日)
- 会場：鎌倉芸術館
- 共催：鎌倉市（予定）
- 開催方法：現地+オンデマンド配信（オンラインは行わない予定）
- 教育講演，市民公開講座等の講師は，現在人選を検討中。
- ポスター発表を，会場ギャラリーで行う予定。
- 今回も科研費の申請を検討している。会場費が想定以上に高額となるため，企業展示・広告料を今後増やしていきたい。

4. 杉浦記念財団 第12回杉浦地域医療振興賞について
 亀井理事長より，杉浦記念財団の第12回杉浦地域医療振興賞へ服部万里子代議員を推薦したが，残念ながら不採択となった旨の報告があった。

5. その他

- 日本在宅ケアアライアンスの加盟団体より，インタビュー調査の協力依頼があった。若手研究者もしくは代議員より1名を学会から推薦したい。候補者がいる役員は，亀井理事長へ情報提供する旨が提案された。

一般社団法人日本在宅ケア学会 2023年度社員総会議事録

I. 日時：2023年7月22日(土) 13:00～14:30

II. 会場：株式会社毎日学術フォーラム内会議室

(〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1)

III. 議事

1. 開会の辞

総会に先立ち亀井理事長より，本社員総会は定款第20条に則り，総社員82名のうち，出席者29名，委任状25名，議決権行使書18名（合計72名）であることから，成立している旨が宣言された。さらに本総会の議長は，定款第19条に則り理事長が務めることとした。

2. 議事録署名人の選出

定款第25条に基づき，亀井理事長および中谷理事を署名人とした。

【審議事項】

1. 第1号議案：2022年度事業報告について

資料1を基に，2022年5月1日～2023年4月30日までの会務および2023年4月30日現在の会員数（1,351名+賛助会員1社）の報告があった。また，資料2を基に，各委員会活動について以下のとおり報告があった。審議を行った結果，第1号議案は71名により承認された。

1) 編集委員会

学会誌第26巻第1号，第26巻第2号を発行した旨，学会誌掲載論文等のJ-STAGE掲載と学会誌冊子体配布の廃止を検討した旨，迅速査読の導入を検討した旨の報告があった。

2) 学会活動推進委員会

第28回学術集会時に薬剤師にオンデマンド講演を依頼することを決定した旨の報告があった。

3) 広報委員会

ニュースレターの発行（2023年3月），ニュースメールの配信（計42回），ホームページ改修研修会の情報を公開した旨の報告があった。

4) 倫理委員会

学会への後援依頼申請書，および，調査協力に関する申請様式を検討し学会ホームページへ掲載した旨の報告があった。

- 5) 政策提言委員会
第27回学術集會にて委員会企画セミナーを行った旨の報告があった。
- 6) 論文賞選考委員会
第25巻第1, 2号掲載論文より2022年度優秀論文賞, 奨励論文賞の選考をおこない, 第27回学術集會はWEB開催となったことから, 奨励論文賞の受賞者については賞状と副賞を送付した旨の報告があった。
また, 第26巻1, 2号より以下の論文を2023年度奨励論文賞として選出した。
■2023年度優秀論文賞
「地域に暮らす高齢者の転倒予防の取り組みー簡易に取り組める床マーキングトレーニングの効果ー」
小橋拓真
[原著] 日本在宅ケア学会誌, 26(1):66-73 (2022)
■2023年度奨励論文賞
「熟練訪問看護師の眼球運動に基づく観察の特徴ー訪問看護熟練者, 初心者, 看護学生の眼球運動の比較ー」
島村敦子, 諏訪さゆり, 兪文偉, 松島英介
[原著] 日本在宅ケア学会誌, 26(2):97-110 (2022)
- 7) 実践・研究助成委員会
第10回(2023年度)実践および研究助成に7件(6名)の応募があり3件を採択した旨の報告があった。また, 申請要領の改訂を行った旨, 研究助成期間の再々延長の申し出があったが却下し, 審査票の審査項目を見直した旨の報告があった。
- 8) 生涯教育委員会
まちかどフォーラムを毎月1回オンライン開催した旨の報告があった。また, 第28回学術集會にて委員会企画としてオンライン研修の動画配信を行うことを検討し, 認知症基本法の成立に伴うセミナー開催を検討した旨の報告があった。
- 9) ガイドライン作成委員会
「エビデンスに基づく在宅ケア実践ガイドライン2022」の改訂作業および新たな3つのクリニカルクエスションに対するエビデンスを検討することを計画し, 順次作業を進めている旨の報告があった。
- 10) ガイドライン作成委員会内ガイドライン改訂委員会
「エビデンスに基づく在宅ケア実践ガイドライン2022」の文献のスクリーニングを再度行うことを計画し, レビューチームによるスクリーニングを実施している旨の報告があった。
- 11) 在宅ケアイノベーション研究研修委員会
厚労省委託事業の「新型コロナウイルス感染症対応看護職員研修軽〜中等症患者対応研修」について, 講義動画を作成し, 都道府県向けに計10回配信を行った旨の報告があった。また, 「看護のエコー・テレナリングWEBセミナー」としてオンデマンド研修会を実施した旨の報告があった。
- 12) 看護系学会等保険連合(看保連)
令和6年度診療報酬・介護報酬改定に向けた要望書の検討と提出を行った旨の報告があった。また, ガイドライン作成委員会事業にて2023年度研究助成事業に採択された旨の報告があった。
- 13) 日本看護系学会協議会(JANA)
JANAからの案内を会員向けに配信し, 6月10日開催の総会・意見交換会に出席した旨の報告があった。
- 14) 日本在宅ケアアライアンス(JHHCA)
次の4点について報告があった。
①在宅ケアに関連する所属団体は22団体となり, 登録会員数は総勢8万人に達した。②7月23日に在宅ケアサミット2023を対面およびオンラインで開催する。③3つのライブに関する評価尺度づくりに参加し, システムティックレビューやインタビュー調査を行っている。④映画「オレンジランプ」の監修に携わり幅広い活動に参画している。
- 15) 日本社会福祉系学会連合
次の5点について報告があった。
①会員等への活動に関する情報交換としてニュースレターを作成し配信した。②日本学術会議のシンポジウムを後援した。③災害福祉アーカイブ事業にて関連論文等を収集し, アーカイブ構築を継続して行った。④補助金制度事業を継続して行った。⑤運営委員会にて若手研究者に関する調査実施の検討を行った。
2. 第2号議案: 2022年度決算について
資料3を基に, 2022年度収支計算書, 2022年度貸借対照表, 2022年度財産目録について報告があった。審議を行った結果, 第2号議案は71名により承認された。
なお, 収入の部については, 会費収入11,867,500円(正会員1,126人, 学生会員46人), 入会金397,500円(正会員68人, 学生会員23人), 投稿料100,000円(20論文),

新型コロナ研修配信費用8,580,000円等を含め、合計23,187,522円の収入があった。

また、支出の部については、学会誌印刷費2,524,500円、学会事務委託費3,564,000円、在宅ケアイノベーション研究研修委員会費9,491,270円等、合計20,004,383円を支出し、次年度への繰越金を24,690,159円とした。

3. 第3号議案：2022年度監査報告について

資料4を基に、2022年度の業務および会計監査が実施され、事業報告および理事の職務の遂行等について法人として正しく行われていること、また、会計書類等についても適正かつ正確であった旨の報告があった。審議を行った結果、第3号議案は70名により承認された。

4. 第4号議案：学会誌冊子体廃止およびJ-STAGE掲載について

資料5を基に、学会誌掲載論文等のJ-STAGE掲載と学会誌冊子体配布の廃止について報告があった。会員向けにアンケートを実施し、「冊子体廃止とJ-STAGE掲載に賛成」の回答は約7割であったが、冊子体発行継続の意見もあったことから、2023年度は冊子体発行とJ-STAGE掲載の併用期間とし、学会ホームページに学会誌各号のPDF版を公開することで、対応する旨の報告があった。審議を行った結果、第4号議案は70名により承認された。

5. 第5号議案：投稿規程の改訂について

資料6を基に、投稿規程の改訂について報告があった。第4号議案で承認されたJ-STAGE掲載に伴い、オープンアクセスである旨を記載、また、迅速査読審査の導入により審査要件等を追加した。審議を行った結果、第5号議案は69名により承認された。

6. 第6号議案：名誉会員の推薦について

資料7を基に、名誉会員の選出について報告があった。定款に定めた要件に基づき総務担当理事にて選出し、理事会の承認を得た金川克子会員を名誉会員へ推薦する

旨の報告があった。審議を行った結果、第6号議案は69名により承認された。

7. 第7号議案：2023年度事業計画について

資料8・9を基に以下の報告があった。審議を行った結果、第7号議案は72名により承認された。

8. 第8号議案：2023年度予算について

資料10を基に以下の報告があった。審議を行った結果、第8号議案は72名により承認された。

なお、収入の部については、会費収入12,270,000円（正会員1,200人、学生会員50人、賛助会員1社）、入会金325,000円（正会員60人、学生会員10人）、投稿料150,000円（30論文）、看保連研究助成金500,000円等を含めて、合計13,975,200円の収入とした。

また、支出の部については、機関誌印刷費2,500,000円、学会事務委託費3,220,000円、ホームページ維持費780,000円、選挙費300,000円等を含め、合計14,197,606円の支出とし、次年度への繰越金を24,467,753円とした。

【報告事項】

1. 学術集会について

1) 第28回学術集会報告について

資料11を基に、7/22時点で一般演題申込数140演題、参加登録数276名であり、引き続き参加登録を企業や会員等へ呼びかけていく旨の報告があった。

2) 第29回学術集会進捗状況について

資料12を基に、以下の会期・日程で開催する旨の報告があった。

学術集会長：永田智子（慶応義塾大学）

会 期：2024年8月24日(土)～25日(日)

会 場：鎌倉芸術館

テーマ：「望む場所で暮らす」をかなえるために：

つくる・つなげる在宅ケア

一般社団法人日本在宅ケア学会 在宅ケア実践の質の向上と推進に関するステートメント

基本的立場

在宅ケアの実践においては、地域で暮らす人々が自らの能力を最大限に発揮し、自立した生活を送ることができるように支援することをめざします。

地域に暮らす多様な人々の人権と主体性を尊重し、地域で共に暮らすノーマライゼーションの考え方にもとづいて、健康増進・保健・予防・医療・看護・リハビリテーション・福祉・介護・就労・教育・住まい等のあらゆる側面において人としての尊厳と権利を守り、在宅ケアを必要とするすべての人々の生活の質が確保されるようにしていかなければならないと考えます。

本ステートメント作成の目的

日本在宅ケア学会は日本学術会議に登録されている学術団体の中でも、在宅ケアに関する数少ない法人格をもつ団体の1つであり、保健医療福祉等の多職種による会員で構成されています。

そのため、学会活動や研究成果の発信を通して、専門職や研究者コミュニティにとどまらず、広く実践家、市民、サービス提供機関等、わが国の社会に貢献する使命をもつと考えます。

本ステートメントは、在宅ケアに関する日本在宅ケア学会の考え方を示し、在宅ケア実践の質の向上、および在宅ケア実践の推進を図ることをめざして作成するものです。

在宅ケアに関する定義

1. 在宅とは

「在宅」とは、自宅、または入居施設が生活の場となっていることをさします。なお、生活の場を基盤とした通院・通所、および一時的な入院もその範囲に含みます。

2. 在宅ケアとは

「在宅ケア」とは、在宅ケアを必要とする人々に対してその生活の場において行われるケアをさします。

在宅ケアの提供内容は、専門職、ならびに家族や地域の人々が在宅において、主に以下のことを行うものです。

- ・自立をめざした生活(日常生活, 就労, 教育を含む)

支援

- ・心身の健康状態の維持増進のための医療支援
- ・療養・治療・服薬・食事・栄養・口腔・運動・健康増進等に関する保健指導
- ・医療的な処置、および医療機器を用いた療養支援
- ・リハビリテーション
- ・意思決定の支援と権利擁護
- ・こころの支援
- ・緩和ケア
- ・エンドオブライフケアや看取り
- ・保健・医療・福祉・介護・教育・就労等の制度や資源の導入・活用
- ・日常生活用具の導入や住宅改修支援
- ・地域ケアシステムの開発や構築 等

3. 在宅ケアを必要とする人々とは

「在宅ケアを必要とする人々」とは、健康増進・保健・予防・医療・看護・リハビリテーション・福祉・介護・就労・教育・住まい等のニーズがあり、在宅で生活するあらゆる年代、あらゆる健康状態の人々をさしています。

在宅ケアを必要とする人々のニーズは、比較的解決が容易なものから解決が困難で複雑であるものなど多様であり、かつ固定的ではなく、常に変化を伴います。その際に在宅ケアを必要とする人々は、人としての権利や価値観、社会的役割、社会的関係性などの特性を尊重され、これらの特性に応じたケアが提供されるべきです。

4. 在宅ケアの担い手とは

在宅ケアは、主に以下のような専門職、ならびに家族や地域の人々によって担われます。

- ・医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、義肢装具士、管理栄養士、栄養士、社会福祉士、介護福祉士、訪問介護員(ホームヘルパー)、精神保健福祉士、介護支援専門員、公認心理師、臨床心理士、あんま・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師、保育士、教員、相談支援専門

員等

- 民生委員・児童委員，認知症サポーター，町会，自助グループ，患者会，家族会，ボランティア団体，NPO，地域の人々等

これら在宅ケアの担い手は，在宅ケアを必要とする人々のニーズを速やかに捉え，多職種で課題を検討し，包括的・継続的なケアの提供を行います。

ステートメント 1～8

1. すべての人の尊厳と主体性の尊重

保健・医療・看護・福祉・介護活動等を通じ，乳幼児から高齢者のすべてのライフステージの人，および未病からエンドオブライフ期にあるすべての健康状態にある人の尊厳と主体性を尊重します

自宅や地域で暮らすすべての健康状態にある人々の尊厳と主体性を尊重し，その人の能力を最大限に発揮して，自立した生活を送ることができるよう支援することをめざします。

国連は1948年に世界人権宣言¹⁾を採択し，すべての人が人権および自由を尊重し，それを確保するために達成すべき共通の基準を定めました。そのため，在宅ケアでは，未病からエンドオブライフ期にある多様な人々の健康増進・保健・予防・医療・看護・リハビリテーション・福祉・介護・就労・教育・住まい等，あらゆる側面において人としての尊厳と権利を重視し，すべての人の生活の質が確保されるように支援していかなければなりません。そのためには，在宅でも質の高いケアを受けることができるよう，諸制度の整備を推進します。

2. 自立した質の高い生活を送ることへの支援

在宅ケアを必要とする人々の自己決定，自己能力の発揮，そして自らの幸福を追求する権利とその責任にもとづき，在宅ケアを必要とする人々が自立した質の高い生活を送ることを支援します

在宅ケアの主体は，ケアを必要とする人々にあります。そのため，在宅ケアを必要とする人自身の自己決定を尊重する姿勢が重視されます。このことによりケアを必要とする人自身もつ能力を発揮できるよう支援し，自らの幸福を追求する権利を守ると同時に，自身が選んだケア等への責任と役割も担いながら，自立した質の高い生活を送ることを支援します。

3. 在宅ケアの機会均等

在宅ケアを必要とする人々へのケアの機会に格差が生じない在宅ケアのあり方を探求します

乳幼児から高齢者まですべてのライフステージで在宅ケアを必要としているすべての人々が，どのような環境であろうとも，安全で安心できる質の高い在宅ケアが受けられる社会づくりが望まれます。

日本在宅ケア学会は，地域・家族形態・性・生活水準・年齢・国籍・宗教・信条・障害・健康状態の違いによって，必要な在宅ケアの機会に格差がないようにし，資源の偏在のない適切な在宅ケア提供体制のあり方を探求します。さらに，各地域において，質と量の格差のない最善の在宅ケアを提供できる体制構築のために，学術活動を通じて広く推奨できる在宅ケアの内容を確立することに努力していきます。

4. チームケアの推進

在宅ケアを必要とする人々とその家族を中心とし，専門職，地域の人々，多機関をつないだ協働によるチームアプローチを推進します

在宅ケアを必要とする人々の生活を支えるためには，多様なニーズに応えるケアが必要です。そのためには，在宅ケアを必要とする人々と家族を中心としたチームにより，ケアを提供することが求められます。チームには各専門職とともに，地域の人々を含み，生活の多面にわたるニーズに対応するケアを行います。チームはケアを必要とする人々と家族の視点を尊重し，医療機関や地域の各種施設と緊密に連携し，住み慣れた地域で暮らし続けられるよう，協働してケアを推進します。

5. 市民への啓発活動と地域包括ケアの推進

市民とともに創る質の高い在宅ケアに向けた啓発活動に注力し，市民や医療機関，および地域の各種施設とともに地域包括ケアを推進し，共に支え合う地域共生社会づくりをめざします

在宅ケアでは，すべての人々が住み慣れた地域でその人らしい生き方を実現することを推進します。そのためには，その地域の歴史や文化を踏まえつつ在宅ケアシステムを構築していくことが重要です。そのため市民とともに，行政・保健医療福祉機関・民間企業・ボランティア団体・NPO等が協力し合って，自宅や地域で最期ま

で自分らしく生きることの価値を共有して、共に支え合うための活動を推進します。とりわけ市民への在宅ケアに関する啓発活動に注力し、自律的な地域づくりを推し進めます。

日本在宅ケア学会は人々の生活が地域の支え合いの中で成り立っているととらえ、すべてのライフステージを見据え、健康増進・保健・予防・医療・看護・リハビリテーション・福祉・介護・就労・教育・住まい等に関する必要なサービスを受けられるよう、諸サービスを包括的に提供し、地域共生社会による在宅ケアシステムを構築することを推進します。

6. 在宅ケアを担う専門職の生涯教育

質の高い在宅ケアの担い手としての専門職への生涯教育を推進します。また高度な実践力やケアシステムを変革する力をもつ在宅ケアの実践者の育成をめざします

在宅ケアは複合的に多角的に提供されます。そのため、在宅ケアの担い手である専門職は、常に自身のケアの質を高めるための研鑽し、高度な実践力やケアシステムを変革する力をもって実践する必要があります。日本在宅ケア学会は、在宅ケアの担い手としての科学性と精神性をバランスよく備えた人材を育成するため、生涯教育の機会を設けることを推進します。

7. 科学的根拠のある在宅ケアのための研究活動

不断の研究活動を通じた科学的根拠のある在宅ケアを推進し、実装に向けた努力と社会の変化に合わせた在宅ケアのイノベーションを行っていきます

日本在宅ケア学会は、学術集会における研究成果の発表や機関誌「日本在宅ケア学会誌」の発刊を通じて、在宅ケアに関する研究成果を継続的に公表していきます。これらの掲載にあたっては、ピアレビュー制度をとりいれ、科学的根拠のある研究成果としての確認を行います。また、著者には、利益相反の申告を求めるとともに、研究遂行にあたって倫理的配慮について厳密な説明を求め、在宅ケアを必要とする人々の人権や個人情報保護を慎重に行っているかを確認し、著者に研究活動に対して高い科学性を求めています。加えて、学会として

の組織的な研究活動を通じて、在宅ケアに関する重要な実践的課題を取り上げ、それらに関する科学的根拠を収集し、ケアの推奨をまとめたガイドラインづくりを推進します。作成したガイドラインは、定期的に根拠の更新を行い、現場で実装できるよう努力を行うなど、不断の研究活動を行っていきます。

8. 在宅ケアのための政策提言と情報の発信

在宅ケアを必要とする人々とその家族の生活の質の向上に寄与する在宅ケアの開発・構築を推進するため、政策提言とタイムリーな情報発信を積極的に行います

日本在宅ケア学会は、在宅ケアを必要とする人々のニーズや在宅ケアを担う専門職等の実態、在宅ケア体制の改善・構築・開発に関するニーズ等在宅ケアの現状及び課題を学術的に検討し評価します。

それらを踏まえて、人々が住み慣れた地域で主体性が尊重された在宅生活が続けられることをめざし、より良い在宅ケア体制の構築と、在宅ケアの質の向上のために、関連団体とも連携し、積極的に政策提言を行います。また、学会がもつ情報の発信をタイムリーに行います。

引用文献

- 1) United Nations. (1948). The Universal Declaration of Human Rights (国連世界人権宣言). [Retrieved from URL. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, 2023年12月2日].

2017年11月24日初版作成

2023年12月2日第2版作成

一般社団法人日本在宅ケア学会

一般社団法人日本在宅ケア学会事務局

〒100-0003

東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル
株式会社毎日学術フォーラム内

TEL : 03-6267-4550 FAX : 03-6267-4555

一般社団法人日本在宅ケア学会定款

第1章 総 則

- (名称)
第1条 この法人は、一般社団法人日本在宅ケア学会（英文では Japan Academy of Home Care と表記する.）と称する。
- (目的)
第2条 本会は、在宅ケアの学術的発展と教育・普及を図り、人々の健康と福祉に貢献することを目的とする。
- (事業)
第3条 本会は第2条の目的を達成するため、次の事業を行う。
 (1) 学術集会の開催
 (2) 機関誌等の発行
 (3) 調査・研究活動の推進
 (4) 会員相互の学術交流の推進
 (5) 研究論文等の表彰
 (6) 国内外の関係学術団体との研究協力・連携事業
 (7) その他、この法人の目的達成に必要な事業
- (事務所)
第4条 この法人は主たる事務所を東京都千代田区に置く。
 2. この法人は、理事会の議決を経て、必要の地に従たる事務所を設置することができる。これを変更または廃止する場合も同様とする。
- (広告)
第5条 この法人の公告方法は、電子公告によるただし、事故その他やむを得ない事由によって電子公告による公告ができない場合は、官報に掲載する方法により行う。

第2章 社 員

- (会員)
第6条 この法人の会員は次のとおりとする。
 (1) 正 会 員 この法人の目的に賛同して入会した個人
 (2) 学生会員 この法人の目的に賛同して入会した大学院の学生
 ただし、学生会員は本会役員等の選挙において、選挙権、被選挙権を有しない
 (3) 賛助会員 この法人の事業を賛助するため入会した個人または団体
 (4) 名誉会員 この法人に原則として15年以上の活動歴を有し、かつ多大な寄与をした者の中から、理事長が理事会の議を経て社員総会に推薦し、その承認が得られた者
- (入会)
第7条 正会員、学生会員及び賛助会員として入会しようとする者は、入会申込書を理事長に提出し、理事会の承認を得なければならない。
- (退会)
第8条 退会しようとする者は、別に定める退会届を理事会に提出しなければならない。
 2. 会員は、次の各号の一つに該当するときは退会したものとみなす。
 (1) 年会費を3年以上滞納したとき。
 (2) 死亡したとき。
 (3) この法人が解散したとき。
- (除名)
第9条 この法人の会員が、この法人の名誉を毀損し、もしくは

はこの法人の目的に反する行為をし、又は会員としての義務に違反するなど除名すべき正当な事由があるときは、「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（以下「法人法」という.）」第49条2項に定める社員総会の決議によりその会員を除名することができる。ただしこの場合、その会晨に対し、議決の前に弁明の機会を与えなくてはならない。

(入会金及び会費)

- 第10条 正会員、学生会員及び賛助会員となった個人又は団体は、総会の決議を経て別に定める入会金及び年会費を納入しなければならない。
 2. 会員がすでに納入した入会金、年会費及びその他の拠出金品は、これを返還しない。

(代議員)

- 第11条 この法人の代議員は、第13条に則り選出された者とする。
 2. 代議員をもって法人法に規定する社員とする。

(定数)

- 第12条 代議員の定数は、正会員15人の中から1人の割合をもって選出される代議員をもって社員とする（端数の取扱いについては理事会で定める）。

(選任)

- 第13条 代議員の選出にあたっては、正会員による代議員選挙をもって行う。代議員選挙を行うために必要な規程は理事会において別に定める。

(任期)

- 第14条 代議員の任期は、選任後4年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結のときまでとする。
 2. 代議員の再任を妨げない。
 3. 代議員が社員総会決議取消しの訴え、解散の訴え、責任追及の訴え及び役員解任の訴え（法人法第266条第1項、第268条、第278条、第284条）を提起している場合（法人法第278条第1項に規定する訴えの提起の請求をしている場合を含む.）には、当該訴訟が終結するまでの間、当該代議員は社員たる地位を失わない（当該代議員は、役員選任及び解任（法人法第63条及び第70条）並びに定款変更（法人法第146条）についての議決権を有しないこととする）。
 4. 代議員に欠員が生じた場合は、第13条により別に定める規程に従い、必要な場合は補欠選挙を行い、速やかに欠員を補充する。欠員により選任された代議員の任期は、任期の満了前に退任した代議員の任期の満了するときまでとする。
 5. 正会員は、法人法に規定された次に掲げる社員の権利を、社員と同様に当法人に対して行使することができる。
 (1) 法人法第14条第2項の権利（定款の閲覧等）
 (2) 法人法第32条第2項の権利（社員名簿の閲覧等）
 (3) 法人法第57条第4項の権利（社員総会の議事録の閲覧等）
 (4) 法人法第50条第6項の権利（社員の代理権証明書面等の閲覧等）
 (5) 法人法第52条第5項の権利（電磁的方法による

議決権行使記録の閲覧等)

- (6) 法人法第 129 条第 3 項の権利 (計算書類等の閲覧等)
- (7) 法人法第 229 条第 2 項の権利 (清算法人の貸借対照表等の閲覧等)
- (8) 法人法第 246 条第 3 項, 第 250 条第 3 項及び第 256 条第 3 項の権利 (合併契約等の閲覧等)

第 3 章 社員総会

(構成)

第 15 条 社員総会は, 社員をもって構成する。

(権限)

第 16 条 社員総会は, 次の事項及び法人法に規定する事項に限り決議する。

- (1) 社員の除名, 会員の除名
 - (2) 理事及び監事 (以下「役員」という) の選任及び解任
 - (3) 役員報酬等の額及びその支給基準
 - (4) 法人法第 113 条に規定する役員責任の一部免除
 - (5) 役員責任の一部免除を受けた者への退職慰労金支給
 - (6) 定款の変更
 - (7) 事業の全部又は一部の譲渡
 - (8) 解散及び継続
 - (9) 合併契約の承認
 - (10) 第 42 条 2 項に規定する残余財産の帰属の決定
 - (11) 役員が社員総会に提出し, 又は提出した資料を調査する者の選任
 - (12) 社員により招集された社員総会における, 法人の業務及び財産の状況を調査する者の選任
 - (13) 入会金及び会費
 - (14) 事業計画書, 収支予算書並びに資金調達及び設備投資の見込みを記載した書類の承認
 - (15) 事業報告並びに計算書類及び財産目録の承認
 - (16) その他社員総会で決議するものとして法令又はこの定款で定められた事項
2. 社員総会は, 前項第 11 号又は第 12 号に掲げる事項を決議する場合を除き, あらかじめ社員総会の目的として通知された事項以外の事項について決議することはできない。

(招集)

第 17 条 定時社員総会は, 毎事業会計年度終了後 3 箇月以内に, 臨時社員総会は, 必要に応じて随時招集する。

2. 社員総会は, 理事会の決議に基づき, 理事長が招集する。
3. 社員総会を招集する場合には, 理事会は次の事項を決議しなければならない。
 - (1) 社員総会の日時及び場所
 - (2) 社員総会の目的である事項 (当該事項が役員等の選任, 役員等の報酬等, 事業の全部の譲渡, 定款の変更, 合併のいずれかであるときは, その議案の概要)
 - (3) 社員総会に出席しない社員が書面で議決権を行使することができることとするときは, その旨, 社員総会参考書類に記載すべき事項及び議決権行使の期限
 - (4) 代理人による議決権行使について, 委任状その他の代理権を証明する方法及び代理人の数その他代理人による議決権の行使に関する事項

(招集通知)

第 18 条 理事長は, 社員総会の日の 1 週間前までに社員に対して, 前条第 3 項各号に掲げる事項 (次項により社員総会参考書類に記載した事項を除く) を記載した書面により, その通知を発しなければならない。

2. 社員総会に出席しない社員が書面で議決権を行使することができることとするときは, 前項の通知には, 法人法第 41 条第 1 項に規定する次の書類を添付しなければならない。
 - (1) 社員総会参考書類
 - (2) 議決権行使書

(議長)

第 19 条 社員総会の議長は, 理事長とする。

(決議)

第 20 条 社員総会の決議は, 総社員の議決権の過半数を有する社員が出席し, 出席社員の過半数をもって行う。

2. 前項の規定にかかわらず, 次に掲げる次項の決議は総社員の半数以上でかつ総社員の議決権の 3 分の 2 以上に当たる多数をもって行う
 - (1) 社員の除名
 - (2) 監事の解任
 - (3) 法人法第 113 条第 1 項に規定する役員責任の一部免除
 - (4) 定款の変更
 - (5) 事業の全部又は一部の譲渡
 - (6) 解散及び継続
 - (7) 合併契約の承認

(議決権)

第 21 条 社員は, 社員総会において各 1 個の議決権を有する。

(議決権の代理行使)

第 22 条 やむを得ない理由のため社員総会に出席できない社員は, 委任状その他の代理権を証明する書類を理事長に提出して, 代理人にその権限を代理行使させることができる。この場合においては第 20 条の適用については社員総会に出席したものとみなす。

(書面による議決権行使)

第 23 条 社員総会に出席しない社員が, 書面で議決権を行使できることとするときは第 18 条第 2 項に規定する議決権行使書をもって議決権を行使することができる。この場合においては当該議決権の数を第 20 条の議決権の数に算入する。

(決議の省略)

第 24 条 理事長が社員総会の目的である事項につき提案した場合において, 社員の全員が提案された議案につき書面により同意の意思表示をしたときは, その議案を可決する社員総会の決議があったものとみなす。この場合においては手続きを第 17 条第 3 項の理事会において定めるものとし, 第 18 条から前条までの規定は適用しない。

(議事録)

第 25 条 社員総会の議事については, 法人法第 57 条の規定に基づき, 議事録を作成し, 議長及び出席理事 1 名が署名又は記名押印しなければならない。

第 4 章 役員

(役員の種類及び定数)

第 26 条 この法人には次の役員を置く。

- (1) 理事 3 名以上
- (2) 監事 2 名以内

2. 理事のうち1名を理事長, 1名を副理事長とする。
3. 前項の理事長をもって法人法第91条第1項第1号の代表理事とし, 副理事長をもって同第2号の業務執行理事とする。

(選任等)

第27条 理事及び監事は社員総会の決議により, 別に定める選出規程に基づき, 社員の中から選出する。

2. 監事の選任に関する議案を社員総会に提出する場合は, 監事(監事が2名いる場合にあっては全員)の同意を受けなければならない。

(役員解任)

第28条 役員は第20条に定める社員総会の決議により解任することができる。

(任期)

第29条 理事の任期は, 選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結のときまでとする。

2. 監事の任期は, 選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結のときまでとする。
3. 前2項の規定にかかわらず, 任期の満了前に退任した理事又は監事の補欠として選任された理事又は監事の任期については, それぞれ退任した理事又は監事の任期の満了するときまでとする。また, 増員した理事の任期は他の理事の残存期間と同一とする。
4. 理事の重任可能年限は連続4期8年まで, 監事の重任可能年限は連続4期8年までとする。

(欠員)

第30条 理事又は監事に欠員が生じた場合には, 任期の満了又は辞任により退任した理事又は監事は, それぞれ新たに選任された理事又は監事が就任するまで, なお理事又は監事としての権利義務を有する。

2. 理事長に欠員が生じた場合には, 任期の満了又は辞任により退任した理事長は, 新たに選任された理事長が就任するまで, なお理事長としての権利義務を有する。ただし, 理事でなくなった場合はこの限りではない。

(役員職務)

第31条 理事及び監事は, 法人法に規定する職務を行うほか, 次の区分に応じ, それぞれに規定する事項の職務を行う。

- (1) 理事長 社員総会及び理事会を招集し, 議長となるほか会務を統括する。
- (2) 副理事長 理事長を補佐し, 理事長に事故があるとき又は欠けたときは, その職務を代行する。
2. 理事長及び副理事長は, 毎事業年度に4箇月を超える間隔で2回以上自己の業務の執行の状況を理事会に報告しなければならない。
3. 監事はこの法人又はその子法人の理事又は使用人を兼ねることができない。
4. 法人法第65条第1項に規定する者は, 理事又は監事となることができない。

(役員報酬等)

第32条 役員は, 原則として無報酬とする。

2. 前項の規定にかかわらず, 役員には費用を弁償することができる。

(損害賠償責任の免除)

第33条 法人法第112条の規定に基づく責任の免除については, 総社員及び総会員の同意がなければ免除すること

ができない。

2. この法人は, 法人法第114条の規定により, 理事会の決議をもって, 同法第111条の行為に関する理事(理事であった者を含む。)の責任を法令の限度において免除することができる。
3. この法人は, 法人法第114条の規定により, 理事会の決議をもって, 同法第111条の行為に関する監事(監事であった者を含む。)の責任を法令の限度において免除することができる。
4. この法人は, 法人法第115条の規定により, 理事(業務執行理事又は当該一般社団法人の使用人でないものに限る。)又は監事との間に, 同法第111条の行為による賠償責任を限定する契約を締結することができる。ただし, 当該契約に基づく賠償責任の限度額は, 100万円以上であらかじめ定めた金額又は法令が規定する額のいずれか高い額とする。

第5章 理事会

(理事会の設置)

第34条 この法人に, 理事会を設置する。

2. 理事会は, すべての理事で構成する。
3. 監事は理事会に出席して意見を述べることができる。

(権限)

第35条 理事会は, 次の事項を決議する。

- (1) 社員総会の招集に関する事項
- (2) 理事長及び副理事長の選任及び解任
- (3) 重要な財産の処分及び譲り受け
- (4) 多額の借財
- (5) 重要な使用人の選任及び解任
- (6) 従たる事務所その他の重要な組織の設置, 変更, 廃止
- (7) 一般社団法人の業務の適正を確保するために必要なものとして法務省令で定める体制の整備
- (8) 法人法第114条第1項に規定する損害賠償責任の一部免除
- (9) その他この法人の業務の執行に関する事項(社員総会の決議を要する事項を除く。)

(招集)

第36条 理事会は理事長が招集する。

2. 理事会を招集しようとするときは, 理事長は理事会の日の1週間前までに, 各理事及び各監事に対し, 理事会の目的である事項並びに日時及び場所, その他重要な事項を記載した文書により通知を発しなければならない。
3. 前項の規定にかかわらず, 理事及び監事の全員の同意があるときは, 理事会は招集の手続きを経ることなく開催することができる。

(議長)

第37条 理事会の議長は, 理事長がこれに当たる。

(決議)

第38条 理事会の決議は, 議決に加わることができる理事の過半数が出席し, その過半数をもって行う。ただし, その決議に特別の利害関係を有する理事は, 決議に加わることができない。

(決議の省略)

第39条 理事長が理事会の目的である事項につき提案した場合において, 理事の全員が提案された議案につき書面により同意の意思表示をしたときは, その議案を可決する理事会の決議があったものとみなす。ただし, 監事

がその提案に異議を述べたときはこの限りでない。

(議事録)

- 第40条 理事会の議事については、法人法第95条の規定に基づき、議事録を作成しなければならない。
2. 前項の議事録に署名し又は記名押印するものは、理事会に出席した理事長及び監事とする。

第6章 財産及び会計

(剰余金の処分制限)

- 第41条 この法人は、社員その他の者に対し、剰余金の分配をすることはできない。
2. 社員に剰余金の分配をする社員総会の決議は無効とする。

(残余財産の帰属)

- 第42条 清算をする場合において、この法人の残余財産は、類似の事業を目的とする他の法人に帰属させるものとする。
2. 前項に規定する他の法人は第20条に規定する社員総会の決議により定めるものとする。

(事業年度)

- 第43条 この法人の事業年度は、毎年5月1日に始まり、翌年4月30日に終わる。

(事業計画及び予算)

- 第44条 理事長は、各事業年度の開始の日の前日までに事業計画書、収支予算書並びに資金調達及び設備投資の見込みを記載した書類を作成し、社員総会の承認を受けなければならない。

(事業報告及び決算)

- 第45条 理事長は、各事業年度終了後2箇月以内に、次の書類を作成し、第1号、第2号及び第4号の書類については監事の作成した監査報告書を添付して、各事業年度経過後3箇月以内に定時社員総会の承認を受けなければならない。
- (1) 各事業年度の貸借対照表及び損益計算書
 - (2) 事業報告
 - (3) (1)、(2)の附属明細書
 - (4) 財産目録
 - (5) 社員名簿
 - (6) 役員名簿
 - (7) 役員の報酬の支給の基準を記載した書類
 - (8) 運営組織及び事業活動の概要及びこれらに関する数値のうち、重要なものを記載した書類
2. 貸借対照表は、定時社員総会の終結後遅滞なく、公告しなければならない。

第7章 定款の変更及び解散

(定款の変更)

- 第46条 この定款を変更するときは、第20条第2項に規定する社員総会の決議をしなければならない。

(合併)

- 第47条 この法人が合併するときは、第20条第2項に規定する社員総会の決議をしなければならない。

(事業の全部又は一部の譲渡)

- 第48条 この法人が事業の全部又は一部の譲渡をするときは、第20条第2項に規定する社員総会の決議をしなければならない。

(解散)

- 第49条 この法人は、次の事由により解散する。
- (1) 第20条第2項に規定する社員総会による解散の

決議があったとき

- (2) 社員が欠けたとき
- (3) 合併（当該合併によりこの法人が消滅する場合に限る）
- (4) 破産手続開始の決定
- (5) 裁判所による解散命令があったとき

第8章 情報開示

(帳簿及び書類等の備付け及び閲覧)

- 第50条 この法人は、次の各号に掲げる帳簿及び書類を主たる事務所に備えておかななければならない。
- (1) 定款
 - (2) 会員名簿
 - (3) 社員総会で議決権代理行使をした場合の委任状
 - (4) 社員総会で書面による議決権行使をした場合の議決権行使書
 - (5) 第24条に規定する社員総会の決議の省略をした場合の同意書
 - (6) 社員総会の議事録
 - (7) 第39条に規定する理事会の決議の省略をした場合の同意書
 - (8) 理事会の議事録
 - (9) 会計帳簿
 - (10) 事業計画書、収支予算書並びに資金調達及び設備投資に係る見込みを記載した書類
 - (11) 各事業年度に係る貸借対照表、損益計算書及び事業報告書並びにこれらの附属明細書
 - (12) 財産目録
 - (13) 役員名簿
 - (14) 役員の報酬の支給基準
 - (15) 運営組織及び事業活動の状況の概要及びこれらに関する数値のうち重要なものを記載した書類
 - (16) 許認可等及び登記に関する書類
2. 前項第1号、第6号及び第10号乃至第15号に掲げる書類については、従たる事務所にも備え置くものとする。
3. 帳簿及び書類等の備え置き期間並びに閲覧については、理事会の承認を受けた情報公開規程に定めるものとする。

第9章 委員会及び事務局等

(事務局)

- 第51条 この法人に各種委員会及び事務局を置く。
2. 各種委員会の設置については理事会の決議を経て理事長が定める。
 3. 事務局の組織、内部管理に必要な規則その他については理事会が定める。
 4. 事務局の職員の任免は理事長が行う。

(委任)

- 第52条 この定款に定めるもののほか、この定款の施行について必要な事項は、理事会の決議を経て、理事長が定める。

第10章 附 則

(定款に定めのない事項)

- 第53条 この定款に定めのない事項については、すべて法人法その他の法令の定めるところによる。

(最初の事業年度)

- 第54条 この法人の最初の事業年度は、法人設立の日から平成29年4月30日までとする。

一般社団法人日本在宅ケア学会研究倫理ガイドライン

1. 基本的な考え方

(目的)

- 1) 本研究倫理ガイドラインは、一般社団法人日本在宅ケア学会員が在宅ケアの理論的・実践的向上を目指して行う研究活動について、一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領及び一般社団法人日本在宅ケア学会科学者の行動規範に基づいて、その研究倫理の具体的なあり方を示すものである。

(適用範囲)

- 2) 本研究倫理ガイドラインの適用範囲は、本学会員が学会活動として実施する在宅ケアに関する理論及び実践の向上に寄与することを目指して行われるすべての研究活動を含むものとする。
- 3) これらの研究活動とは、研究着手、研究計画、研究実施、研究成果公開のすべての過程を含むものとする。(学会員が遵守すべき事項の基本原則)

4) 法令及び倫理綱領等の遵守

本学会員は、研究活動にあたって国内外の法令及び一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領、一般社団法人日本在宅ケア学会科学者の行動規範を遵守しなければならない。

5) 人権の尊重及び科学的合理性と倫理的妥当性の確保

- (1) 研究活動においては、個人の尊厳および人権を尊重しなければならない。
- (2) 研究活動は、科学的合理性および倫理的妥当性があることが認められるものでなければならない。

6) 研究活動におけるインフォームドコンセント

- (1) 研究活動の実施にあたっては、研究者は事前に対象者（当事者・機関等）からインフォームドコンセント（十分な説明を行い、同意を得ること）を受けた上で実施することを原則とする。
- (2) 研究活動の実施にあたって、研究者はインフォームドコンセントの手続きを研究計画に盛り込まなければならない。

7) 研究成果の公表

研究成果の公表にあたっては、研究対象者の個人情報保護のために必要な措置を講じなければならない。

2. 文献研究に関わる研究倫理事項

1) 先行研究の明示

- (1) 研究において、先行して行われた自他の研究を引用・

参照した場合には、引用・参照した文献の存在を明示しなければならない。また、先行研究が示す知見と自らが明らかにした知見を区別して述べる必要がある。

- (2) 先行研究からの知見を自らの研究に引用した場合、その先行研究について、原著者名、文献、出版社、出版年、引用箇所を明示しなければならない。
- (3) 長文の引用は原則として避けるべきである。やむを得ず必要な場合は、出版社もしくは原著者からの承諾を得るべきである。また、図表の転載等についても同様に、出版社もしくは原著者の承諾を得るべきである。
- (4) 引用を行う場合には、必ず原典を確認する。そして、原典が入手できない等やむを得ない場合のみ「重引」が許されるが、これは原則的に望ましくないことであるという認識を持つ必要がある。

2) 盗用・剽窃

他者の行った研究成果を、出典を明記せずに、そのまま、あるいは僅かに変えただけで自分の論文に使用した場合、他者の得た知見を自説として発表したことと広く理解されている。これは盗作もしくは剽窃として糾弾・告発される行為であり、厳に慎まなければならない。

3. 事例研究に関わる研究倫理事項

1) 匿名性の確保

- (1) 事例を用いた研究を行う場合、事例の公表により対象者が特定化されることで対象者に不利益を被ることを防ぐため、匿名性を確保する必要がある。ただし、公表について対象者の了承があり、その社会的必要性が認められる場合にはこの限りではない。
- (2) 匿名性を確保するには、対象者が特定できないように、事例の経過や内容を、研究の目的及び科学的客観性・妥当性を損なわない限りで加筆修正を行う必要がある。また、その場合には、事例を加筆修正している旨を明示する必要がある。

2) 事例使用の承諾

- (1) 事例を含んだ研究論文を執筆する場合、あるいは事例を含んだ口頭発表をする場合、事前に研究対象者から文書で承諾を得ることを原則とする。また、事例使用について研究対象者から承諾を得て

いる旨を論文等に明示する。

- (2) 研究対象者から実名公表の承諾を得ている場合には、その旨を明示する。
- (3) 他の研究者が執筆した事例を使用する場合、引用の典拠を明示する。

4. 調査研究に関わる研究倫理的事項

1) 匿名性の確保

調査を実施する際、研究対象者の匿名性を確保するように配慮する必要がある。

2) 調査方法

調査用紙（質問紙）の文言は、調査対象者の名誉やプライバシー等の人権を侵害することの内容に配慮して、作成されなければならない。

3) 調査手続き

- (1) 調査研究の過程では、その手続き過程を詳細に示さなければならない。
- (2) 調査結果の改竄を行ってはならない。
- (3) 調査用紙（質問紙）および結果データは開示要求に対応すべく、最低10年は保存する必要がある。
- (4) 他者が行った調査で使用された調査用紙（質問紙）の全部または一部を使用する場合には、その旨を明示し、出典を明らかにする必要がある。

4) 捏造

- (1) 調査データを捏造したり、データの一部を改竄したりすること、さらに分析・解釈を容易にするために恣意的に特定のデータを削除することは、厳に慎まなければならない。
- (2) 代表的なデータのみを示す場合には、その選択の客観的な基準を明示する必要がある。

5. 共同研究のあり方

- 1) 共同研究組織の運営は民主的に行わなければならない。構成員の一部に過重な負担をかけたたり、不明朗なものであったりしてはならない。
- 2) 共同研究の成果の発表（学会発表や研究論文の作成等）にあたっては、構成員は研究過程と成果への貢献に応じた取り扱いを受けるように配慮しなければならない。

6. 研究資料の管理

- 1) 研究において収集されたデータの管理は厳重に行わなければならない。個人情報を含んだデータシート・

記入用紙や、コンピュータファイルなどについては、個人を特定できる情報（氏名など）を削除した上で管理する。また、各データファイルはできるだけパスワードプロテクションなどのセキュリティー対策を講じた上で慎重に取り扱う必要がある。

- 2) コンピュータ上のデータに関しては、そのコンピュータが完全にインターネット環境から独立している場合を除き、ファイル交換ソフト、スパイウェア等の影響を排除できるような配慮を行う必要がある。
- 3) 調査データの物理的な管理は、施錠可能な引き出しや棚に収納するなどして、第三者の目に触れることがないようにしなければならない。
- 4) 調査データは、研究発表や研究論文執筆後も検証や追試の必要が生じる可能性があるため、最低10年間保存することとする。

7. 重複投稿・多重投稿の禁止

1) 重複投稿・多重投稿

- (1) 実質的に同じ内容の研究論文を同時に二つ以上の研究誌に投稿してはならない。
- (2) 既に出版物に掲載されている論文と実質的に同じ内容の原稿を投稿することも、同様にしてはならない。ただし、研究の梗概等を記した抄録などはこの限りではない。

2) 既発表の論文を使用した研究の場合

既に他の研究誌あるいは刊行物に投稿あるいは公表した原著論文をもとにして本学会において研究論文等として発表する場合は、内容の変更箇所を明示しなければならない。

8. 研究活動におけるハラスメントの禁止

- 1) 研究組織において、その成員間の上下関係、権力関係行使して、その上位の者が下位の者に対して、研究・教育・資格付与・昇進・配分等において不当な差別を行ったり、不利益を与えてはならない。こうした行為は、研究活動におけるハラスメントと認識される。
- 2) 研究者は、その研究活動において、不当な中傷を行ってはならない。

附則 本ガイドラインは平成23年3月19日より施行する。
令和2年7月10日 一部改定

一般社団法人日本在宅ケア学会 実践および研究助成に関する規定

(目的)

第1条 一般社団法人日本在宅ケア学会定款第3条による事業として、実践および研究者の育成のために、実践および研究費用の一部を助成し、その実践および研究成果により在宅ケアの発展に寄与することを目的とする。

(資金)

第2条 事業の資金は本会の事業予算をもって充てる。会計年度は5月1日より翌年4月30日までとする。

(対象)

第3条 実践および研究代表者としての本事業への応募資格は、申請年度の4月末日の時点で一般社団法人日本在宅ケア学会会員であるもの。
2. 実践および研究が継続され、更に継続して事業による資金を希望する者は改めて申請を行うこととする。

(義務)

第4条 この事業による資金を受けた者は、対象実践および研究課題の業績成果を2年以内に日本在宅ケア学会学術集会において口頭発表する。また日本在宅ケア学会誌に、論文を投稿することを推奨する。
2. 実践および研究成果の公表を行う際には、一般社団法人日本在宅ケア学会実践および研究助成事業による実践および研究であることを明示しなければならない。

(罰金)

第5条 事業による資金を受けた者の負う義務を怠り、また一般社団法人日本在宅ケア学会会員として

その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、委員会が査問を行い、理事会の審議のうえ贈与した資金の全額の返還を求めることがある。

(委員会)

第6条 実践および研究助成事業（以下 事業）の運営は実践・研究助成委員会（以下 委員会）が所掌し、理事会の承認を得て、実践・研究助成委員会委員5名により事業の運営を行う。

1) 委員会の長が運営を総括する。

2) 委員会は次の事業を掌務する。

①事業の公募、選考、決定及び理事長へ報告。

②事業対象者の義務履行の確認、及び不履行の査問、返還の義務等につき理事長に報告を行う。

③その他、事業実施に必要な活動。

(募集要領)

第7条 委員会は募集要領を別に定め、会員に公告する。

(審査結果の公告)

第8条 委員会は応募締切り後ただちに審査会を開催し、規定に基づいて速やかに当該者を選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

(支給)

第9条 総額60万円以内、1件当たり20万円を上限とし、適当と認められた実践および研究課題の費用に充当するものとして選考された会員に送付する。

(改廃手続)

第10条 本規定の改廃は理事会が行う。

附則 この規定は平成28年5月21日より施行する。

第11回実践および研究助成選考結果

2024年度助成者

■ 「災害の少ない北関東地域の訪問看護師の減災意識と医療的ケアを必要とする在宅療養者に対する減災対策状況」

柏瀬 淳（群馬大学大学院保健学研究科）

※助成額：20万円

日本在宅ケア学会誌オンライン投稿方法

学会ホームページ (<https://jahhc.com/>) より、「オンライン投稿システム」にアクセスし、投稿手続きを行ってください。手順は以下のとおりです。

〈投稿手続きの流れ〉

1. アカウントを作成 → 2. 論文情報の登録（手順1～4） → 3. 各設問の確認（手順5） →
4. 登録内容の確認（手順6） → 5. 投稿手続き完了

1. アカウントを作成

筆頭著者の基本情報（連絡先、所属機関名、専門分野・研究方法等）を入力してください。
共著者全員分のアカウントもあわせて作成してください。

2. 論文情報の登録（手順1～4）

アカウント作成完了後、論文投稿ページに移動し、手順に沿って、論文種別、和文タイトル、英文タイトル、和文要旨、原稿ファイルのアップロード、論文キーワード、著者リスト等を入力してください。

3. 各設問の確認（手順5）

投稿する原稿について、倫理的事項チェックリストの確認をしてください。また、利益相反の有無、謝辞、付記等を入力してください。

〈関連規定〉

- 倫理綱領
- 科学者の行動規範
- 研究倫理ガイドライン
- 研究発表に関する倫理的事項チェックリスト
- 在宅ケア研究のCOI（利益相反）に関する指針

4. 登録内容の確認（手順6）

登録内容をご確認ください。ブルーフの表示より、最終的な原稿データをご確認頂けます。

5. 投稿手続き完了

投稿完了画面表示後、投稿手続き完了メール（自動返信）を、ご登録メールアドレスにお送りいたします。

万一届かない場合は、下記編集部までお問い合わせください。なお、投稿内容に不備があった場合は編集部より別途ご連絡致します。

【オンライン投稿に関するお問い合わせ】

日本在宅ケア学会編集部

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル（株）毎日学術フォーラム内

TEL：03-6267-4550 / FAX：03-6267-4555 E-MAIL：maf-jahc@mynavi.jp

「日本在宅ケア学会誌」
Journal of Japan Academy of Home Care
投稿規程

1. 本誌への投稿は、共著者も含めて本会会員に限ります。
2. 投稿する原稿は、未発表のものに限り、他で審査中あるいは掲載予定となっているものは、本誌への投稿・発表を認めません。また、投稿者および共著者が収集したデータ・事例・資料等に基づいた別の論文等がある場合は、現在査読中のものも含め投稿時に添付して下さい。
3. 投稿料は1論文5,000円です。下記郵便振替口座にお振込み下さい。
 - ・加入者名：日本在宅ケア学会
 - ・口座番号：00120-0-674516
4. 原稿の種類は、①総説、②原著、③研究報告、④実践報告から選択して下さい。査読の審査にあたり、投稿者が投稿時に記した論文の種類を尊重し審査することといたします。ただし、投稿者が希望する原稿の種類には適合しないが、論文の内容が本誌に掲載する価値があると判断できる場合は、原稿の種類の変更を提案する場合があります。投稿時の論文の種類につきましては、慎重に選択して下さい。
5. 投稿は、オンライン投稿です。日本在宅ケア学会ホームページ (<http://www.jahhc.com/>) よりオンライン投稿システム「ScholarOne Manuscripts™」にアクセスし、投稿指示に従って投稿して下さい。
6. 投稿原稿の受付日は、オンライン投稿画面での受付日です。ただし、投稿原稿に不備がある場合は、返却修正を求め、再投稿された日をもって受付日とします。
7. 掲載決定後は、最終原稿を Word・Excel 等のファイルとして保存し、編集部まで E-mail にてお送り下さい。
8. 投稿原稿掲載の可否は、査読委員の審査をふまえ、学会誌編集委員会（以下「委員会」）が決定します。
9. 本誌に掲載された論文の著作権は、日本在宅ケア学会に帰属します。ただし、著者自身が使用する場合はこの限りではありません。
10. 掲載論文等については、学会において電子化の上、公開や配布をします。
11. 原稿執筆の様式は、「執筆要項」に従って下さい。
12. 倫理的問題に関しては、以下の1)～3)を含め、倫理綱領に則って記述して下さい。
 - 1) 文献やデータならびに設問など資料の引用・出典の明示
 - 2) 差別用語等倫理的問題となりそうな用語
 - 3) 調査対象者への研究趣旨説明や協力同意の取り付けの有無
13. 著者校正は1回のみとし、校正の際の加筆は原則として認めません。
14. 掲載論文については、掲載誌2部を進呈いたします。別刷りをご希望の場合は、実費作製いたします。校正の際にお申し込み下さい。編集委員会より修正を求められた投稿原稿はできる限り速やかに再投稿して下さい。返送の日より6か月以上経過して再投稿された場合は、原則として、新規投稿として扱うことになります。なお、返送から6か月以上経過しても連絡がない場合は、投稿を取り下げたものとみなし原則的に原稿を処分させていただきます。
15. 以下の要件のいずれかを満たし、かつ、迅速査読を希望する投稿に対して、迅速査読を行います。迅速査読が認められた論文は、その日から原則30日以内に査読結果を通知します。これは修正投稿時と同様です。なお、迅速査読は当該論文の迅速な採用受理を意味するものではありません。迅速査読を希望するものは、オンライン投稿システムにその旨を入力し、迅速査読申請書（書式あり）と必要に応じて要件を満たすことを証明する書類を添付して下さい。
 - 1) 筆頭著者が当該の投稿論文が各教育機関において、博士号の学位審査の申請時に義務付けられている査読誌に掲載、もしくは受理された論文に該当するものであること。主論文、副論文、参考論文、関連論文などと称される各機関において、学位審査の申請時に必要な論文はすべて対象とします。
 - 2) 筆頭著者が博士論文として審査された論文に基づく投稿論文であり、平成25年文部科学省令第5号により博士号取得後1年以内に公表することが求められているものであること。

●お問合せ先

「日本在宅ケア学会誌」編集部

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル (株)毎日学術フォーラム内

TEL: 03-6267-4550 FAX: 03-6267-4555 E-mail: maf-jahc@mynavi.jp

論文の種類について

- 総説 (Review Article) : 在宅ケアに関わる特定のテーマについて多面的に内外の知見を集め、また文献等をレビューして、当該テーマについて総合的に学問的状况を概説し、考察した論文
- 原著 (Original Article) : 在宅ケアに関する内容で、適切な方法論に基づいて実施され、創造性があり新しい知見が認められる論文
- 研究報告 (Research Report) : 在宅ケアに関する研究結果の意義が大きく、在宅ケアの発展に寄与すると認められる論文
- 実践報告 (Practical Report and Case Study) : 在宅ケアに関する実践報告・ケーススタディ

「日本在宅ケア学会誌」執筆要項

1. 原稿 (総説, 原著, 研究報告, 実践報告) は, A4 判, 横書き, 1 頁 40 字×40 行とし, 本文, 注, 文献, 図, 表, 写真すべて含めて 8 枚以内 [次項 2-1), 2) を除く] を厳守してください. 図表 (文字は原則 9 ポイント) は 1 点につき, 大・1 枚, 中・1/2 枚, 小・1/4 枚として換算してください.
2. 投稿に際しては, 以下の投稿用原稿を Word・Excel 等にてオンライン投稿システムにアップロードしてください. (以下に含まない, 著者の氏名, 所属, 連絡先等は, オンライン投稿画面において入力いただきます).
 - 1) 和文抄録: 無記名で, ①和文タイトル, ②和文抄録 (400 字以内), ③キーワード (5 語以内), ④原稿の種類.
 - 2) 英文抄録: 無記名で, ⑤英文タイトル, ⑥英文抄録 (300 語以内), ⑦英文キーワード (5 語以内). 実践報告については, 英文抄録, 英文キーワードを必ずしもつける必要はありませんが, 英文目次を作成する必要性から英文タイトルは必ずオンライン投稿画面に入力してください.
 - 3) 本文: 無記名で, ⑧本文 (本文, 注, 文献).
 - 4) 図表: 無記名で, ⑨図表 (写真は Word へ貼り付け, もしくは PowerPoint, tif データなどで作成). (本文, 注, 文献, 図, 表, 写真は, 枚数換算のうえ, 40 字×40 行×8 枚以内に収めてください. 8 枚を超える場合は, 投稿前に「日本在宅ケア学会」編集部にご連絡ください. 編集委員会で検討し, 対応について回答します).
なお, 本文頁には必ず通し行番号, 頁下中央部には頁番号を付してください
3. 本文中の氏名, 所属, 倫理審査機関名, 謝辞のほか, 著者を特定することのできる事項は伏せて記載してください.
4. 図表は, 本文とは別に 1 葉ごとに A4 判に作成し, 必ず図表の挿入箇所を本文に明記してください. なお, 特別の作図などが必要な場合には, 自己負担を求めることがあります.
5. 文章の形式は, 新かなづかい, 常用漢字にてお書きください.
6. 本文の見出し順位は, 原則として以下のとおりとしてください.
 - I. II. III. ……
 - 1. 2. 3. ……
 - 1) 2) 3) ……
 - (1) (2) (3) ……
 - (a) (b) (c) ……
 - ① ② ③ ……

7. 引用文献は、次のとおり記述してください。

1) 文献は日本語、外国語を問わず引用順に 1), 2), 3) ……、と番号を付けて文末にリストを記載してください。また、本文中の引用箇所に 1), 2), 3) ……、と肩番号を付してください。

2) 文献リストの記載方法は下記の例示によってください。

①雑誌の場合 論文著者名：論文名. 掲載雑誌名, 巻(号)：頁-頁(出版年).

雑誌名が欧文の場合は、イタリック体、もしくは下線を引いてください。

例 1) 日本太郎, 新宿花子, 在宅太郎, ほか: 在宅認知症高齢者のケア. 日本在宅ケア学会誌, 14(2) : 25-32 (2010).

例 2) Nihon T, Shinjuku H, Zaitaku T, et al. : The measurement of life satisfaction. *Journal of Japan Academy of Home Care*, 14(2) : 25-32 (2010).

②単行本の場合

(1) 著者名：書名. 版数, 頁-頁, 出版社名, 発行地(出版年).

例 1) 日本太郎, 日本花子, 在宅太郎, ほか: 高齢者の睡眠と健康. 第 2 版, 15-26, ワールドプランニング, 東京(2010).

例 2) Nihon T, Nihon H, Zaitaku T, et al. : Aging and cognitive processes. 2nd ed., 15-26, World Planning, Tokyo (2010).

(2) 著者名：論文名. (編者名) 書名, 頁-頁, 出版社名, 発行地(出版年).

例 1) 日本太郎, 日本花子, 在宅太郎, ほか: 高齢者の在宅ケアに関する実態調査. (神楽坂二郎, 新宿三郎編) 在宅ケア全集第 7 巻, 255-284, ワールドプランニング, 東京(2010).

例 2) Nihon T, Nihon H, Zaitaku T, et al. : A present situation of home care for elderly. In *The hand-book of home care*, eds. by Kagurazaka J, Shinjuku S, Vol. 7, 255-284, World Planning, Tokyo (2010).

③翻訳書の場合

原著者名：書名(版). 頁-頁, 出版社名, 発行地, 出版年(訳者名, 訳書のタイトル, 出版社名, 発行地, 訳書出版年). 〈原典の書名, 雑誌名はイタリック体, もしくは下線を引く〉

例) Nihon T, Nihon H, Zaitaku T, et al. : *Homes That Help*. 25-30, Jam Press, New York, 2008 (神楽坂太郎, 牛込二郎, 四谷三郎, ほか訳, 認知症高齢者のための住環境; 在宅介護とは, ワールドプランニング, 東京, 2010).

④ホームページの場合

著者名：タイトル(URL アドレス, 検索年月日).

例) 厚生労働省：平成 20 年度介護サービス施設事業所調査結果の概況 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service08/index.html>, 2010.3.15).

[注] i. 引用の場合には、出版社名の前、もしくは雑誌巻(号)の後に引用頁数を記載。

ii. 著者あるいは編者は、4 名以上の場合は 3 名まで連記し、それ以上の著者名については“ほか”あるいは“et al.”とする。

8. 参考文献は、引用文献のあとに、参考文献として著者名のアルファベット順にまとめて掲載してください。記載方法は、文献リストに準じてください。

9. 注は、本文中の該当箇所の右肩に (1) (2) (3) ……、と順番に番号を付し、本文の後にまとめて記載してください。

10. 図表は、図・表ごとに一括して順に番号をうち、図 1、表 1 のように表示してください。図または表の説明、出典等がある場合は、図表の下に必ず明記してください(オリジナルの場合は除く)。

11. 掲載にあたっては本誌編集方針に則って、漢字・平仮名表記の別など多少の原稿整理を行います。

「日本在宅ケア学会誌」 投稿論文作成チェックリスト

1. 投稿規程に関する事項

- 著者は共著者を含め、全員が日本在宅ケア学会の会員である。
- 著者・共著者とも、年会費の納入が滞納なく完了している。
- 投稿料の振り込みが完了している。
- 倫理的問題に関しては、以下の 1) ~ 3) を含め、倫理綱領に則って記述している。
 - 1) 文献やデータならびに設問など資料の引用・出典の明示
 - 2) 差別用語等倫理的問題となりそうな用語
 - 3) 調査対象者への研究趣旨説明や協力同意の取り付けの有無
- 利益相反の有無を本文中に記載している。
- 投稿論文に、著者名、所属、倫理審査機関名、謝辞のほか、著者を特定することのできる事項の記載がない。
- 投稿論文は、未発表の論文である。
- 投稿論文は、他誌で審査中あるいは掲載予定となっているものではない。
- 著者および共著者が収集したデータ・事例・資料等に基づいた別論文がある場合は添付している。

2. 執筆要項に関する事項

- 投稿論文は、A4判、横書き、40字×40行=1,600字/1枚を用いて作成のうえ、図表も含めて1つのPDFファイルとして保存している。
- 投稿論文1編の枚数および文字数は、本文、注、文献、図、表、写真を含めて8枚(12,800字)以内である(枚数については、図、表、写真の数によりこの限りではない)。
- 図、表、写真は、大きさにより以下の文字数で換算している。
 - ・大 A4判用紙1枚:1,600字
 - ・中 A4判用紙2分の1枚:800字
 - ・小 A4判用紙4分の1枚:400字
- 和文抄録は400字以内、英文抄録はnativeチェックを受けた300語以内である。
- 和文抄録には、5語以内のキーワード、英文抄録には、5語以内のKey wordsを付している。
- 和文抄録と英文抄録の内容は合っている。
- 本文頁に通し行番号、頁下中央部に頁番号を付している。
- 本文の見出し順位は、原則として以下のとおりになっている。
 - I. II. III. ……
 - 1. 2. 3. ……
 - 1) 2) 3) ……
 - (1) (2) (3) ……
 - (a) (b) (c) ……
 - ① ② ③ ……
- 文献の表記方法は、執筆要項に沿っている。
- 図、表は原則9ポイントで作成している。
- 図、表、写真は、図1、表1、写真1などの番号を付し、本文とは別に1葉ごとにA4判に作成し、挿入個所を本文に明記している。

査読者一覧 (第27巻1, 2号)

今年度ご尽力くださった査読者に心からお礼申し上げるとともに、会員のみなさま方に今後とも活発な投稿やご意見をお願い申し上げます。(五十音順)

雨宮 有子	安齋ひとみ	岩本 里織	上野 まり
大村佳代子	春日 広美	川上 千春	河原加代子
北山三津子	工藤 朋子	坂井 志麻	島村 敦子
下田 信明	鈴木優喜子	仲井 達哉	原田 祐輔
細谷たき子	本田 彰子	松本 啓子	三上 ゆみ
森下 安子	森田久美子	結城美智子	

「日本在宅ケア学会誌」投稿論文の締切について

第29巻第1号および第2号の投稿論文の締切・刊行時期は以下のとおりです。ご投稿をお待ち申し上げます。

1. 第29巻第1号投稿論文締切日：2025年2月末日
2. 第29巻第1号刊行時期：2025年9月末日予定
3. 第29巻第2号投稿論文締切日：2025年8月末日
4. 第29巻第2号刊行時期：2026年3月末日予定

【投稿論文等送付先】

「日本在宅ケア学会誌」編集部
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル
株式会社 毎日学術フォーラム内
TEL：03-6267-4550 FAX：03-6267-4555
E-mail：maf-jahe@mynavi.jp

一般社団法人日本在宅ケア学会役員一覧

(2022年7月9日～2024年度社員総会まで)

理事長

亀井 智子 (聖路加国際大学大学院)

副理事長

中谷 久恵 (広島大学大学院)

理事

上野 まり (一般社団法人日本在宅ケア教育研究センター)

牛久保美津子 (群馬大学大学院)

内田恵美子 (一般社団法人日本在宅ケア教育研究センター)

榎本 雪絵 (杏林大学)

尾崎 章子 (東北大学大学院)

片山 陽子 (香川県立保健医療大学)

加瀬 裕子 (Western Sydney University)

金盛 琢也 (浜松医科大学)

萱間 真美 (国立看護大学校)

菊地ひろみ (札幌市立大学)

河野あゆみ (大阪公立大学)

河野 光伸 (金城大学)

小西かおる (大阪大学大学院)

下田 信明 (東京家政大学)

高砂 裕子 (南区医師会訪問看護ステーション)

辻 彼南雄 (水道橋東口クリニック)

長江 弘子 (亀田医療大学)

永田 智子 (慶應義塾大学)

服部ゆかり (東京大学医学部附属病院)

監事

石垣 恭子 (兵庫県立大学)

村嶋 幸代 (大分県立看護科学大学)

代議員

麻原きよみ (聖路加国際大学)

新井香奈子 (滋賀県立大学)

池田 直樹 (上本町総合法律事務所)

石橋みゆき (千葉大学大学院)

石原多佳子 (岐阜聖徳学園大学)

内田 陽子 (群馬大学大学院)

王 麗華 (大東文化大学)

大野かおり (兵庫県立大学)

岡田 進一 (大阪公立大学大学院)

岡田 麻里 (香川県立保健医療大学)

岡本双美子 (大阪公立大学大学院)

岡本 玲子 (大阪大学大学院)

落合のり子 (島根県立大学)

柏木 聖代 (東京医科歯科大学大学院)

片岡ひとみ (山形大学)

叶谷 由佳 (横浜市立大学)

川上 理子 (高知県立大学)

代議員

北山三津子 (岐阜県立看護大学)

木全 真理 (川崎市立看護大学)

小林 淳子 (仙台青葉学院短期大学)

小林 裕美 (在宅看護実践研究所)

齋藤 美華 (山形県立保健医療大学)

酒井 昌子 (聖隷クリストファー大学)

佐々木明子 (東北文化学園大学)

正野 逸子 (西九州大学)

白澤 政和 (国際医療福祉大学大学院)

鷺見 尚己 (北海道大学大学院)

住居 広士 (県立広島大学大学院)

炭谷 靖子

臺 有桂 (神奈川県立保健福祉大学)

高橋 奈美 (札幌市立大学)

竹生 礼子 (北海道医療大学)

竹本与志人 (岡山県立大学)

田村須賀子 (富山大学大学院)

中村 順子 (特定非営利活動法人ホームホスピス秋田)

西田 和子 (第一薬科大学)

仁科 聖子 (清泉女学院大学)

野元 由美 (産業医科大学)

乗越 千枝 (四天王寺大学)

服部万里子 (㈱服部メディカル研究所)

林 裕栄 (埼玉県立大学)

彦 聖美 (金城大学)

平澤 則子 (長岡崇徳大学)

平原 優美 (日本訪問看護財団)

古瀬みどり (山形大学)

古田加代子 (愛知県立大学)

蒔田 寛子 (豊橋創造大学)

眞崎 直子 (聖マリア学院大学)

松下 祥子 (東京家政大学)

松本 啓子 (香川大学)

光安 梢 (福岡女学院看護大学)

三輪 恭子 (大阪公立大学大学院)

百瀬由美子 (日本赤十字豊田看護大学)

矢庭さゆり (新見公立大学)

山崎 摩耶

山田 雅子 (聖路加国際大学大学院)

山本 則子 (東京大学大学院)

結城美智子 (北海道大学大学院)

吉田 千文 (常磐大学)

編集委員会

委員長 河野あゆみ (大阪公立大学)

副委員長 永田 智子 (慶應義塾大学)

委員 牛久保美津子 (群馬大学大学院)

加瀬 裕子 (Western Sydney University)

石橋みゆき (千葉大学大学院)

竹本与志人 (岡山県立大学)

古瀬みどり (山形大学)

柏木 聖代 (東京医科歯科大学大学院)

岡本双美子 (大阪公立大学大学院)

増田 和高 (武庫川女子大学)

小野若菜子 (聖路加国際大学)

久篠 奈苗 (東京家政大学)

岡田 直人 (北星学園大学)

梶井 文子 (東京慈恵会医科大学)

成瀬 昂 (東京大学大学院)

一般社団法人日本在宅ケア学会歴代学術集会会長

回	会長	所属	開催日	テーマ
第 1 回	高崎 絹子	東京医科歯科大学	1997/1/18	在宅ケアにおける学際的アプローチの必要性 在宅ケアにおけるケアマネジメント・ケアプラン
第 2 回	川村佐和子	東京都立保健科学大学	1998/1/31	在宅ケアをマネージする技法 在宅ケアの質を保証する戦略
第 3 回	丸茂 文昭	東京医科歯科大学	1999/1/30	社会政策の転換期における在宅ケアの確立
第 4 回	寺山久美子	東京都立保健科学大学	2000/1/29	自立支援とリハビリテーション
第 5 回	津村智恵子	大阪府立看護大学	2001/1/27	介護保険と高齢者虐待の早期発見と予防
第 6 回	大田 仁史	茨城県立医療大学	2002/1/26-27	地域を支える在宅ケアの課題と戦略
第 7 回	白澤 政和	大阪市立大学	2003/1/25	介護保険下での保険・医療・福祉の連携に向けて
第 8 回	福島 道子	日本赤十字看護大学	2004/1/24	在宅ケアの多様な展開
第 9 回	加瀬 裕子	早稲田大学	2005/1/23	ケアマネジメントを支えるチームアプローチの展開
第 10 回	中島紀恵子	新潟県立看護大学	2006/3/3-4	災害時の在宅ケア
第 11 回	野川とも江	埼玉県立大学	2007/3/3-4	地球は一つ、トータルな在宅ケアをめざして
第 12 回	佐々木明子	東京医科歯科大学大学院	2008/3/15-16	みんなが住み慣れた地域で満足できる在宅ケアの確立
第 13 回	黒田 研二	大阪府立大学	2009/3/14-15	誰もが安心できる地域ケア、つながりのある地域づくり
第 14 回	麻原きよみ	聖路加看護大学	2010/1/23-24	その人の生涯と家族を支える在宅ケア
第 15 回	山岡喜美子	県立広島大学	2011/3/19-20	地域の連携から総合化を実現する在宅ケア
第 16 回	原 礼子	慶應義塾大学	2012/3/17-18	日本復興のための在宅医療・在宅ケア
第 17 回	瀧澤 利行	茨城大学	2013/3/9-10	生きる力を高める在宅ケア
第 18 回	長江 弘子	千葉大学大学院	2014/3/15-16	多職種で共に考え、支えるエンド・オブ・ライフケア
第 19 回	小野 ミツ	九州大学大学院	2014/11/29-30	発展する在宅ケアの未来に
第 20 回	亀井 智子	聖路加国際大学	2015/7/18-19	学会設立 20 年「在宅ケア学」の確立をめざして
第 21 回	辻 彼南雄	水道橋東口クリニック	2016/7/16-17	在宅医療とケアの原点
第 22 回	工藤 禎子	北海道医療大学	2017/7/15-16	地域包括ケアにおけるセーフティ・マネジメント
第 23 回	岡田 進一	大阪市立大学大学院	2018/7/14-15	超高齢社会における在宅ケアの課題と展望
第 24 回	尾崎 章子	東北大学大学院	2019/7/27-28	いのちと暮らしを支える在宅ケアのバイオニア・スピリット
第 25 回	森下 安子	高知県立大学	2020/6/27	ライフ・デザインと多職種協働
第 26 回	中谷 久恵	広島大学大学院	2021/8/28-29	地域社会が協働で織りなすコミュニティケア
第 27 回	下田 信明	東京家政大学	2022/7/30-31	ひとの生 (life) を支える在宅ケア・在宅リハビリテーション
第 28 回	小西かおる	大阪大学大学院	2023/11/11-12	ともいき (共に生きる) ～在宅ケアにおける SDGs へのアプローチ～
第 29 回	永田 智子	慶応義塾大学	2024/8/24-25	「望む場所で暮らす」をかなえるために：つくる・つなげる在宅ケア

※第 21 回学術集会は日本在宅医学会との合同開催 (参加者数：3,849 人)

編集後記

日本在宅ケア学会誌第27巻2号の特集は、「第28回学術集会講演」です。学術集会は、小西かおる学術集會長の下、「ともいき 共に生きる」をテーマに、2023年11月に大阪大学コンベンションセンターでの対面開催とオンライン配信のハイブリッドで開催されました。

特集記事では、小西かおる先生の学術集會長講演「ともいき社会を目指して」をはじめ、基調講演より村上靖彦先生の「ケアからつくる社会のためのいくつかの困難と条件」、公開シンポジウムで登壇された下川和洋先生、宮副和歩先生、英早苗先生の「医療的ケア児支援法が施行され2年、子どもたちの生活は？～すべての子どもたちの未来のために～」、さらに同じく公開シンポジウム「まちの元気をプロデュースするお寺の可能性」で登壇された、稲場圭信先生の「大規模災害に備えた寺社の避難所としての活用」、大河内大博先生の「お寺をハブとした“もうひとつ”の地域包括ケアシステムの可能性」、吉田厚子先生の「生老病死を乗り越える看仏連携」等の講演内容を収載しました。

日本在宅ケア学会は、「ともいき 共に生きる」ことを支える医療と福祉の専門職で構成される学術団体です。共に生きることは、地域共生社会という呼称で概念化されてきていますが、今回の学術集会では、その概念を具現化する様々な取り組みが紹介されていました。このような学術集会の成果を、特集として学会誌に収載することで、学術集会に参加が叶わなかった会員の皆様をはじめ、より多くの皆様と共有できることは、編集委員として格別な喜びがございます。原稿をご執筆くださいました先生方に心より感謝申し上げます。

また、今号には、特集の他、総説1編、原著2編、研究報告1編を収載いたしました。いずれの論文も、実践の場から研究疑問を焦点化したものであり、その結果は、在宅ケアの質向上に貢献する内容です。日本在宅ケア学会の会員の皆様が、日々、在宅ケアに関する課題解決に取り組みつつ、成果を会員に還元してくださっていることに感謝します。また、投稿論文に対し、教育的に査読をいただいております査読委員の皆様には、引き続きご協力をお願いいたします。

編集委員会では、引き続き会員の皆様からの投稿をお待ちしております。

石橋みゆき

日本在宅ケア学会誌 (Journal of Japan Academy of Home Care)

Vol.27, No.2, March, 2024
2024年3月31日

発行 一般社団法人日本在宅ケア学会
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1
パレスサイドビル 株式会社 毎日学術フォーラム内
Tel: 03-6267-4550 FAX: 03-6267-4555
印刷 ホクエツ印刷株式会社

定価 (本体2,450円+税)

*広告掲載ご希望の方は、直接毎日学術フォーラムあてにお申し込みください。
本誌の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。