

◆報告

第3回神戸女子大学看護セミナー報告

Report of 3rd Kobe Women's University Nursing Seminar

魚里 明子 東 ますみ 川喜田 恵美 小林 愛 鷺田 幸一 内田 みさと

Akiko Uozato, Masumi Azuma, Emi Kawakita, Ai Kobayashi,
Koichi Washida, Misato Uchida

I. はじめに

神戸女子大学看護学部看護学科は、平成27年4月に開学して3年目を迎えた。看護学部看護学科における人材育成・教育研究上の目的は、女性の可能性を拓く豊かな教養と深遠な知の獲得により、様々なコミュニティにおいて自らの役割を果たす判断力と実践力を身につけ、地域や社会の保健医療福祉の場において自立して活動できる看護の専門職を育成することである。本学科の理念・目的を推進していくための教育課程として、全学共通教養科目及び専門科目を開設し、さらにそこで学ぶ理論と実践を有機的に結びつけるために、コミュニティ・オブ・プラクティス（Community of Practice：実践共同体・実践コミュニティ、以下、COP）の考え方を参考に、1年次生から4年次生で構成する「学びのグループゼミ」を採り入れている。COPとは、「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」（E.Wenger, 1999/野村, 2002）のことである。「学びのグループゼミ」は、本学科の学士教育課程を体系づける中核となるものであり、学年を超えて学び合いのコミュニティを形成し、学生が思考すること、共同すること、自立することを方向づけ、看護専門職となるための社会化を助けるものである。本学科では、教員の教育研究能力や実践能力の向上においても、COPの考え方を取り入れている。

このように、本学科の特色であるCOPの学びを深めるために、毎年看護セミナーではCOPに関するテーマを取り上げている。第3回神戸女子大学看護セミナーでは、生活者を支える実践コミュニティについて、堀田聰子氏の基調講演や、3人の講師と堀田氏をコーディネー

ターとしたパネルディスカッションから多くの学びを得ることができたので、ここに報告する。

II. 看護セミナーについて

1. テーマ

「コミュニティ・オブ・プラクティス ー生活者を支える実践コミュニティー」

2. 開催日時・場所

2017年8月26日（土）13：30～16：00

神戸女子大学ポートアイランドキャンパス

F館3階 F304講義室

3. 講師

基調講演：「地域包括ケアから地域共生社会へ“Co-producer”としての住民・地域を考える」
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
教授 堀田 聡子先生

パネルディスカッション：「生活者を支える実践コミュニティ」

パネリスト1 株式会社ジャック

（ジャック訪問看護リハステーション）

代表取締役（作業療法士） 坂本 敏行先生

パネリスト2 日本財団在宅看護センター

【なになわ訪問看護ステーション】

管理者 田中 千津子先生

パネリスト3 神戸女子大学看護学部

助教（慢性心不全看護認定看護師）

鷺田 幸一先生

コーディネーター 慶應義塾大学大学院

健康マネジメント研究科

教授 堀田 聡子先生

4. 講演内容

基調講演

「地域包括ケアから地域共生社会へ “Co-producer”としての住民・地域を考える」

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

堀田聰子先生

1) 地域包括ケアをめぐる世界的な潮流

(1) 地域包括ケアシステムの背景にあるもの

現在、日本で地域包括ケアシステムの構築が進められているが、その背景と政策化の経緯、それが地域共生という考え方を推進しているのだということを述べたい。

地域包括ケアは、1990年台に欧米各国で、ヘルスケアとしての医療・保健の政策、またソーシャルケアとしての介護・福祉に関する政策、これら改革の中心となる概念として発展してきた。地域包括ケアは、“地域を基盤とするケア”と“統合ケア”という概念を組み合わせたものと言われており、先進国において共通する概念となっている。

地域包括ケア化が促進されてきた背景には、高齢化と医療の進歩による、人口構成の変化と疾病構造の変化の2つがある。寿命が85歳近くとなり、複数の病気や障害を持ちながら生活する人々の数が増え、またその期間が延長している現代において、暮らしの中で、限られた資源を活用し、どのように生活者の満足度を高めるか、それが地域包括ケア化を促進する背景の一つとなった。

もう一つ地域包括ケア化を促進する背景となっているのは、健康の概念の変化である。19世紀後半までの健康の概念は、“病気でないこと”であり、ケア提供側の支援観は、“病気を取り除く”ということであった。現代においても、急性期医療の場面では“病気を取り除く”という価値は変わらない。しかし、“人々が様々な病気や障害と付き合いながら暮らしていく”という時代になり、“病気や障害と付き合いながらも、QOLの維持・向上を図る”という新しい健康の概念が立ち現れてきている。

この健康観の変化に伴い、我々の支援観も変える必要がある。健康の価値の中心が“病気の有無”であれば、支援の目標や正解が見出しやすかったが、個々によって異なる、また時間と共に変化する“QOL”の維持・向上が健康の価値の中心となってくれば、正解のないものを支援の目標としなければならなくなる。

医療モデルから生活モデルで考えていかなければ、ケアが成立しなくなってくるのである。

医療モデルというのは、単線的モデルであり、“病気を取り除けば解決する”と考えるモデルである。生活モデルというのは、価値の中心・目標をQOLにおいて、QOLは環境要因の中で、またエコシステム・因果関係の中で決まっていくという考え方である。個々によって異なる、また変化していくQOLを、対話を通して追求していこうというケアの在り方は、1970年台あたりから福祉の領域で始まってきたと言われている。地域福祉の領域における“その人の生活の中での価値・QOLを、様々な環境の中で整えていこう”という生活モデルでのケアの在り方は、人々の間で良いものと認識され、現在医療の領域にまで拡張しつつある。



写真1 (基調講演)

(2) コミュニティを基盤とするケア

テーマ型のコミュニティにしる、物理的なコミュニティにしる、コミュニティを構成するのは一人ひとりの人である。一人ひとりの追求すべき価値・QOLが異なれば、その集合体であるコミュニティの追及すべき価値も異なり、それを実現できるコミュニティの姿も異なってくる。

危機感を共有し、そこに住んでいる人々が、何をどのように望むのか、意見を擦り合わせ、目標を達成するためには何が必要かを確認していくことが、地域包括ケアの始まりと言われている。そして、継続・進化していくコミュニティの特徴は、美しい、楽しい、美味しい、お洒落といった人の心を動かすものがあるかどうかである。コスト削減のためのコミュニティや政策であれば、人は心を動かさず、賛同を得にくいものとなり、結果そのようなコミュニティは長続きしな

い、みんなで楽しんで取り組む、スポーツでも音楽でも農作業でも、一緒に体験をみんなで積み重ね、その結果として課題解決があるという組み立て方が求められている。みんなが乗りたいと思える乗り物（プラットフォーム）をどう作るかが重要である。

2) 我が国における地域包括ケアシステムの政策化

(1) 我が国における地域包括ケアの誤解

我が国の地域包括ケアで誤解されていることが3つある。一つ目は、“高齢者のためのものである”ということ、二つ目は“2025年を目標にしていること”、三つ目は“コスト削減のためである”ということである。地域包括ケアは、今まで述べてきたように、“その人の生活の中での価値・QOLを如何に追求できるようにしていくか”ということを目標にしており、高齢者のためのものではない。また、目標が“QOLの追求”ということであれば、地域包括ケアには終わりはないということになる。繰り返すが、地域包括ケアはQOLの追求が目標であり、コスト削減が目標ではない。実際、コスト削減に繋がったという一致した結果の報告はない。

(2) 地域包括ケアの政策化

地域包括ケアとして、対象者を専門職者から見た“より良い姿”に引き上げるのではなく、対象者自身が自分の心身の専門家として（素人専門家：lay expert）、自分の今後の旅路、旅路の見通しを考え、専門職者から助言を得ながら、選択できる在り方が望ましい。本人の選択が土台にあり、その上に5つの構成要素（すまいとすまい方、介護予防・生活支援、医療・介護、介護・リハビリテーション、保健・福祉）を持つのが、現在の地域包括ケアの在り方である。また、地域包括ケアを、場所を超えた本人中心の目標共同体としての“医療と介護の一体化”（縦軸）と、街づくりの視点で暮らしを捉える“生活支援とまちづくり”（横軸）を組み合わせたものとして考え、政策化が進んでいる。

3) 地域共生社会へ

地域包括ケアシステムは、高齢者のためだけではなく、また2025年を目標にしているのでもなく、コスト削減のためでもないのだが、やはり高齢者や人口構成のことだけが注目されている傾向がある。しかし、実際の地域社会では、精神疾患を有する総患者数も、発達障害者数も、通級指導を受けている児童生徒数も、年齢階級

別がん罹患率も、難病患者数も増加している。年齢階級別がん罹患率は増える一方、死亡者数は減ってきており、がんと共に暮らす期間が長くなってきている。

また、1960年代以降の日本の社会保障制度は、生まれてから死ぬまで、成長と共に存在する典型的なリスクに対応するために作られてきた。その制度作成の基盤としてあったのは、定年まで雇用される父がいて、専業主婦の母がいて、職場との繋がりもあるという家族の姿である。しかし、以前考えられていた家族の姿は変化してきている。現在では、核家族、特に高齢者のいる核家族の数が増加してきている。また社会も変化し、生涯未婚率は上昇し、フルタイムで定年まで働ける人も減り、若者の失業率・非正規雇用率が増え、正社員でないため年齢が上がっても賃金が増えない人達が増えている。また、他者との交流が減り社会的に孤立している人達も増えてきている。高齢化や障害による身体的生きづらさだけでなく、例え若い人であっても社会経済的な生きづらさがあり、それが普遍化してきているのが現在の特徴である。

このような背景を踏まえ、2016年以降、高齢者のみならず地域で支援を必要とする人々の暮らしを支えられるように、地域包括ケアを深化させていこうという動きが加速してきている。すべての人々が、一人一人の暮らしと生きがいを共に創り、高めあう社会、つまり地域共生社会の実現に向け政策が進んでいる。

地域共生社会とは、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『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『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、地域をともに創っていく社会のことである。全ての人々に居場所と出番があり、そして何らかの難しさを負ったとしても、自分が住み慣れた、住んでいきたい地域で暮らし続けていけるように、今までの社会保障・ケアの領域を超えて、地域の様々な資源と繋がることで、地域の人たちの居場所と出番を作っていく、さらに経済的なものも含めて新しい循環を生み出していく、そのような環境を作ることが目指されている。この基盤を支えるため、2018年には診療報酬・介護報酬・障害報酬（障害福祉サービス等報酬）を同時改定し、縦割りの支援・サービスを一体化させていこうという動きがある。

地域の人々一人ひとりがよりよく生きていくために、医療・ケアの専門職が提供できるのはせいぜい安全・安心までである。地域全体で、よりよく生きていくという

価値を追求しようと考え、建物・交通機関・住居・雇用など地域の様々なことを繋げて、全体で取り組んでいかなければならない。現在、各地域で、担い手がいない事業と、生活上の難しさを抱えている人々を結びつけていく様々な取り組みが行われている。年齢・疾病・障害の有無、またはその違いに関わらず、その時その時の状況に応じた形で、社会に参加することができる、中間的な就労も含めた仕事を作っていくことができる、そのようなことが今後さらに重要になってくる。専門職が少ない地域において、生きづらさを抱えていた人々がそこの住まい方を見せ、専門職が介入しなくても人々の力が引き出されるコミュニティを作り出し、周辺に広がっていく事例もある。



写真2 (基調講演)

4) おわりに

多くの医療者は、制度もしくはそれに基づく支払いの中で働いている。制度に基づくサービス・支援というのは、どのような人達に、どのようなケアを、どのくらいの時間、どのくらいの回数行ったのか、というアウトプットレベルに基づき支払いが行われるのが大多数である。しかし重要なのは、アウトプットを通じて、どのような人達がどのようなアウトカムを得ることができたかである。アウトプットで思考を終わらせるのではなく、どのような価値を追求したいのかから考え、そこから逆算してアウトカムに見える化を行い、得られる報酬を変えていくことも重要なことである。

5. パネルディスカッション

「生活者を支える実践コミュニティ」

基調講演による話題提供後、3人のパネリストから「生活者を支える実践コミュニティ」というテーマで、

パネルディスカッションが行われた。

まず、地域志向で活動をしている実践家3人からそれぞれの活動について報告があり、その後、堀田聡子先生のコーディネートにより、ディスカッションが行われた。

1) パネリストからの活動報告

(1) パネリスト 1

株式会社ジャック (ジャック訪問看護リハステーション)

代表取締役 (作業療法士) 坂本 敏行先生

作業療法士として病院に勤務し、兵庫県作業療法士会淡路ブロック長として、さまざまな地域活動に参加してきた。作業療法士以外に自動車販売や仲介業、農業もしている。淡路島では、高齢化が進んでおり、医療資源はあるものの、高齢者が自宅で生活するための社会的受け皿が少ないのではないかと危機感を感じ、何とかしたいという思いから2017年4月にジャック訪問看護リハステーションを開設した。さまざまな人からの支援を得て開設でき、人とのつながりを大事にしていかなければならないと感じている。リハビリテーションは、利用者のQOL向上を目的としており、利用者のこれまでの生活を踏まえ考えたりリハビリテーションを複数提示し、その中から利用者が選択できることを大切にしている。利用者の選択を支え、利用者を支える家族をも支えられるようなかわり为目标に活動を行っている。

(2) パネリスト 2

日本財団在宅看護センター【なにわ訪問看護ステーション】

管理者 田中 千津子先生

笹川記念保健協力財団が実施している「日本財団在宅看護センター」起業家育成事業3期生として研修後、2017年3月に大阪市阿倍野区に日本財団在宅看護センター【なにわ訪問看護ステーション】を開設した。利用者の生き方も大切にしたいという思いから「暮し」と「安心」「希望」を理念として活動を行っている。訪問看護ステーションを開設したきっかけは、訪問看護が地域に浸透していない、また、訪問看護サービスの体制が充実していないと課題を感じ、さらに仲間や地域住民の応援があったことである。終末期の利用者が多く、毎月の訪問看護利用者数の変動が大きいことや訪問看護の診療報酬・介護報酬に関して医師の理解を得ることが難しいといった課題もあるが、現在は、関係職種と連携できるよう情報共有を行い、地域

住民の訪問看護ステーションについての理解が深まるよう活動を広げている段階である。

(3) パネリスト3

神戸女子大学看護学部 助教

(慢性心不全看護認定看護師)

鷺田 幸一先生

慢性心不全看護認定看護師として、兵庫県立尼崎総合医療センター循環器外来に勤務し、心不全看護に携わってきた。心不全の患者を取り囲む環境因子が心不全に影響を与えると考え、心不全患者のセルフケア支援を行っている。病棟だけでなく、外来、院内外関係職種と連携を図り、さらに、院内多職種のつながりを強化するため、急性心不全リハビリテーションや多職種心不全カンファレンスのシステム化をおこなった。医学の視点での疾病マネジメントと生活の視点での患者の生活を支えるマネジメントを統合し、患者ののぞむ生活ができるよう支援していくことが大切だと考えている。チーム全員で患者に関する情報を集め、繋ぎ、纏め、患者理解を深め、患者支援を行っている。退院までの関わりではなく、CCU, CHCU, 病棟, 在宅, 外来を一つのサークルと捉え、サポート体制システムの構築に取り組んでいる。このサークルこそが、心不全患者に関わるコミュニティ・オブ・プラクティスであると考えられる。



写真3 (パネルディスカッション)

2) ディスカッション

(1) 心不全事例にどうかかわっているのか

会場から、心不全患者に対して、それぞれのパネリストがどのような実践をして、どのような課題があるのかという質問があった。鷺田氏からは、病院スタッ

フの強みと在宅での医療者・支援者の強みを相互に活かすことが重要であると話された。病院スタッフは、疾患や治療に関する情報は多く持っているが、患者の生活に関する情報は少ない。在院日数が短くなり、その傾向はますます強くなっている。それと共に、病院看護師が生活面の情報を得ることが不得手にもなっている。患者の“普通の生活”が、実は心負荷を増大させ、心不全を増悪させるリスクを潜めていることもある。在宅で患者をみている医療者・支援者は、患者の生活環境や、生活背景がよくわかっているのだから、相互に情報を交換することが重要である。電話や報告書などの文字情報だけでなく、SNSを活用し画像で普段の患者の様子や生活環境を訪問看護師に送ってもらい、また病院スタッフが得ている医学的な情報を在宅で支援するスタッフに伝えることで、患者の身体や生活状況をお互いが深く知ることができ、病院側と在宅側で協働して適切な支援を行えた事例も経験したと話をされた。また、坂本氏からは、病院と在宅との情報共有の事例で、病院からの退院指導において禁止されていたことが、本人の希望や日常の様子などを病院に詳細に伝えることにより、できるだけ本人のニーズに添った支援ができた経験が話された。田中氏からは、ケアマネージャーが医学的な知識が乏しいために、サービスの提供が適切にされていないケースがあり、ケアマネージャーとの調整を主治医から依頼されたことがあったと話された。

(2) 専門職のコミュニティに焦点を当てて

会場からの専門職間の連携についての質問があり、専門職同士の実践コミュニティに焦点を当てて、ディスカッションがなされた。鷺田氏からは、院内外での職種を超えた取り組みについて話された。病院では地域連携室と訪問看護ステーションとの連携は密であるが、病棟看護師と在宅で患者を支援しているスタッフとの関係が薄いことが伝えられた。病院と在宅支援者との距離を近づけるため、訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパー、CCU・CHCU看護師、病棟看護師、医師、薬剤師、栄養士、理学療法士で、年2回事例検討会や疾患についての学習会を行っていると話された。また、病院専門職の事例検討会では、疾患の管理に重きを置き、医療者だけで疾患管理のゴールを決め、患者を置き去りにしてしまいがちである。そこで、認定看護師が入り、「病いと共に生きる人の支援」と

いう視点で事例検討が行えるように介入をし、患者の捉え方や、支援のあり方について偏りがなくなるようにしていると伝えられた。回を重ねるごとに看護職以外の職種も、患者の捉え方や、支援についての考え方が変化してきているとのことであった。

(3) 療養の場所を超えた情報共有・顔が見える関係づくり

様々な職種が療養の場所を超えてどのような連携をとり、情報共有しているのかということについてディスカッションがされた。鷺田氏からは、専門職間のコミュニティでは、患者本人が不在になってしまわないように気をつけていると伝えられた。医療者間では主に身体状況、治療の状況に関する情報のみが情報共有されがちだが、患者が何を大切にしているのか、何を望んでいるのかについても情報共有できるように意識している。多職種の情報共有において記録は重要であるが、電子カルテ上には様々な記録が毎日入力され、求めている情報を探せないことも多い。多職種で共通のタイトルをつけて記録を行い、タイトル検索で同じ系統の過去の記録を経時的に確認できるように工夫していると話をされた。田中氏からは、近年、ICT (Information and Communications Technology : 情報通信技術) が発達しているが、現場ではなかなか活用できていないという現状が話された。しかし、堀田氏から、SNS (social networking service) で多職種との情報を共有化したり、本人が自分の日々のつぶやきを、本人が承認している人に見てもいいと情報開示するといった医療情報ネットワークができており、今後の発展が期待できると話された。坂本氏からは、多職種の会合などに参加して直接話をするのが情報共有の円滑なネットワークづくりにつながり、様々な職種で構成された研究会が立ち上がった事例を話され、堀田氏から、顔と腹が見える関係が大切であるという言葉があった。さらに、顔が見える関係の大切さとして、田中氏から、知っている人が多い住み慣れた地域で活動する中で、それぞれの人がもっている危機感を共有し、それを発端として、実績を積み重ね、さらにネットワークが広がっていったという話があった。

(4) 生活者を支える地域のコミュニティ

専門職のコミュニティのみならず、いろいろなネットワークの作り方についてディスカッションを行った。堀田氏から、医療者は病人になってから出会うこ

とが多いが、一人の人として出会いの場を早める仕掛け、本人の力を発揮する取り組みについてどのような活動をしているのか、今後どのようなことをしていきたいと考えているのかという問いかけがあった。

田中氏は、がん患者に訪問看護を早くから知って欲しいこと、健康相談を気軽にできる場所・窓口をつくりたいことを話された。今は、スタッフ不足でイベント的にしか実施できていないが、地域の人たちへのお返しの気持ちとして、地域の人々が無料で健康相談できる場所・機会作りを今後行っていきたいと話された。堀田氏からは、大阪の「よどまちステーション」の活動の実践事例を話され、まちの保健室として医療機関が開設したり、すでに地域にあるコミュニティ活動の中に機能として入れこんだり、いろいろな方法がある。相談にあまり行きたくないと思っている人も気軽に行ける、集まれる場所で、世間話のように相談できること、自主的に活動している患者のグループに時々専門職よぶこと、普段からのつきあいをしていくこと、相談、居場所づくりの事業をうまく活用していくことなどができると話された。坂本氏は、地域で行政事業として開催している介護予防教室を専門職として手伝っていること、地域で活動することで、様々な疾患や要介護予備軍の人と関わることができ、今後どのような事業が求められているのかを考える機会となることが伝えられた。様々な顔をもっているからこそ医療福祉専門職からの訪問依頼だけでなく、住民から依頼・紹介があることや、専門職の顔でなく、一住民として様々なつながりをつくることで、介護を要する前に早期に関われるメリットがあることも話された。

堀田氏から、疾患をベースに生きづらさを抱えている人たちのネットワークづくりについて、疾患を認めたくない気持ち、活動の限界があること、その人の持つ趣味や、本人たちが決めていこうとする気配をどのように受け止めるかが大切であることが話された。鷺田氏からは、心不全には患者会がないため、心不全を抱え生活する人たちに対して、外来心臓リハビリテーションは有効であると考えていると話された。外来心臓リハビリテーションは、身体を動かすことの楽しさ、人と関わることの楽しさを体験できる場である。また、同じ疾患を抱えた患者や、医療者に継続的に関わる機会となり、医学的知識や生活上の工夫に関する情報、そして安心感が得られ、患者のできなかつたこ

とができるようになることの体験も積み重ねることができ、一緒に活動している健康運動指導士は病気を前面に出すのではなく、患者の楽しみや喜びを引き出してくれる、とても期待している職種であるということをお話された。

最後に、堀田氏から、生活を支える「楽しさ」、専門職に偏っている「医療情報」がうまく掛け算されて、患者や住民にとってよりよい活動になることが期待されているという言葉で、ディスカッションは終了した。

6. 第3回神戸女子大学看護セミナーについてのアンケート調査結果

1) アンケート調査の目的と実施方法

第3回看護セミナーの評価と今後の実施に対する要望等を把握することを目的に、参加者を対象としたアンケート調査を行った。アンケート用紙は、講演資料とともに参加者全員に配布した。質問項目は、回答者の年代、職種、就業場所、講演・パネルディスカッションの満足度とその理由、看護セミナーの開催時期と告知方法について、今回の看護セミナーについての意見や感想、今後の看護セミナーへの要望や希望するテーマについてである。満足度に関しては、5が「とても満足」、1が「不満足」の5段階評価とした。

2) アンケートの回収率と回答者の属性 (表1)

アンケートは看護セミナー参加者86名全員へ配布し、回収は67部、回収率は77.9%であった。回答者の職種は、教員20名(29.9%)、看護師・保健師40名(59.7%)、理学療法士1名(1.5%)、介護福祉士1名(1.5%)、社会福祉士1名(1.5%)、学生1名(1.5%)、その他2名(3.0%)、無回答1名(1.5%)であった。就業場所は、教育機関22名(32.8%)、病院22名(32.8%)、訪問看護ステーション6名(9.0%)、行政機関3名(4.5%)、介護施設1名(1.5%)、その他8名(11.9%)、無回答5名(7.5%)であった。

3) 看護セミナーに対する満足度

(1) 基調講演の満足度

堀田聡子先生による基調講演の満足度は、満足度4が36名(53.7%)、満足度5が18名(26.9%)、満足度3が7名(10.4%)、満足度2が1名(1.5%)、満足度1が1名(1.5%)、無回答が4名(6.0%)であった(図3)。満足度5～3を合わせた満足群の割合は、

表1. 回答者の属性

		n = 67	
項目	内訳	人数(n)	(%)
職種	教員	20	(29.9)
	看護師・保健師	40	(59.7)
	理学療法士	1	(1.5)
	介護福祉士	1	(1.5)
	社会福祉士	1	(1.5)
	学生	1	(1.5)
	その他	2	(3.0)
	無回答	1	(1.5)
	就業場所	教育機関	22
病院		22	(32.8)
訪問看護ステーション		6	(9.0)
行政機関		3	(4.5)
介護施設		1	(1.5)
その他		8	(11.9)
無回答		5	(7.5)

91.0%であった。満足度の選択理由について、自由記載された内容をカテゴリー化したものを表2に示した。満足度が高かった理由として、「地域包括ケアの背景・考え方が多くのデータや事例から理解できた」といった、【地域包括ケアについて理解が深まった】ことや「地域包括ケアを医療の立場からしか学んでこなかったが、社会的な『包括』が何かと考え、新たな視点を持つことができた」「いきづまっている原因の手がかり・キーワードが得られた」といった【新たな視点を得た】ことが挙げられた。一方で、「もう少し時間をとって詳しい話が聞きたかった」「満足しましたが、たくさんの資料を元に早くお話されており、ついていくのが大変でした」という【もっと時間をかけて聴きたかった】【ペース・話が早かった】といった、進行に関連する意見もみられた。

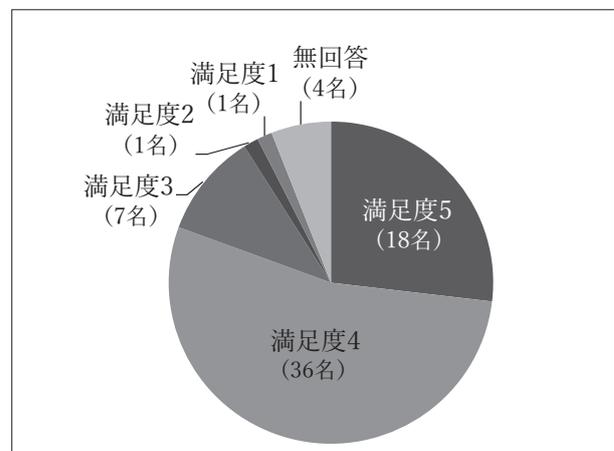


図1. 基調講演に対する満足度

表2. 基調講演の満足度の選択理由カテゴリ

○もっと時間をかけて聴きたかった	(13)
○地域包括ケアについて理解が深まった	(9)
○新たな視点を得た	(8)
○資料が見にくかった	(6)
○ペース・話が早かった	(5)
○わかりにくい・難しかった	(5)
○わかりやすかった	(3)
○興味深い内容だった	(2)
○もっと違う話も聴きたかった	(2)

※ () 内は記入者の延べ人数

(2) パネルディスカッションの満足度

パネルディスカッションの満足度は、満足度4が39名(58.2%)、満足度5が17名(25.4%)、満足度3が6名(9.0%)、満足度2が2名(3.0%)、満足度1が1名(1.5%)、無回答が2名(3.0%)であった(図4)。満足度5～3をあわせた満足群の割合は、92.6%であった。満足度の選択理由について、自由記載された内容をカテゴリー化したものを表3に示した。満足度が高かった理由としては、「堀田先生のコーディネートが素晴らしかった」という【進行が素晴らしかった】ことや「さまざまな職種・場からの患者様への関わり、地域への関わりに対する取り組みが聞けて大変面白かった」といった【色々な立場から話が聞けて良かった】という感想が多かった。また、「実際の実践の様子を聞くことができ、とても興味深く聴くことができました」や「医療者だけだとどうしても枠の中に入りがちな視点を一步外に出て捉えることができた」といった【実践を聞き、わかりやすかった】【新たな学びを得た】という記述も多くみられた。一方で、「どのような基準でパネラーが選択されたのか、(基調)講演とのつながりがわからなかった」「やや医療者中心の話となり、前出の地域住民主体・個人主体である話から差を感じてしまいました」といった【パネリストの選択意図が不明確だった】という指摘もあった。

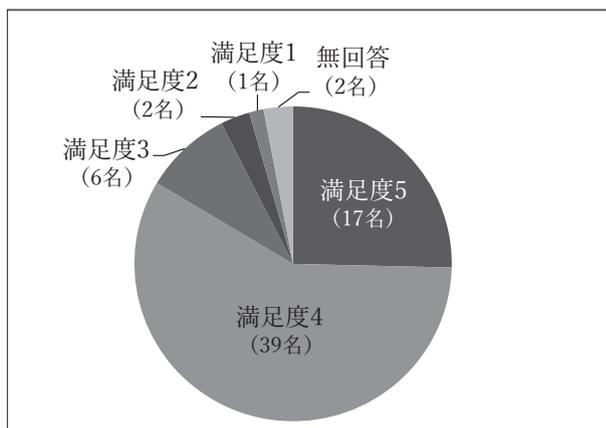


図2. パネルディスカッションに対する満足度

表3. パネルディスカッションの満足度の選択理由カテゴリ

○進行が素晴らしかった	(9)
○色々な立場から話が聞けて良かった	(7)
○実践を聞き、わかりやすかった	(6)
○パネリストの選択意図が不明確だった	(6)
○新たな学びを得た	(5)
○住民を巻き込んだ事例について聞きたかった	(3)
○刺激になった・共感した	(2)

※ () 内は記入者の延べ人数

(3) 看護セミナーの開催時期

看護セミナーの開催時期については、「とても適当」が22名(32.8%)、「どちらかといえば適当」が38名(56.7%)、「どちらかといえば適当でない」が3名(4.5%)、無回答が4名(5.8%)であった。

4) 第3回看護セミナーに対する意見や感想

20名(29.9%)の回答者が看護セミナーに対する意見や感想を記述していた。「地域共生社会のイメージが拡がり、今後に生かせる予感を得ることができました」や「患者は患者としてではなく地域の住民として個人として、というところのつながりがまず大切なのだと改めて感じた。地域で生活することを支える援助について深く考えさせられる機会になった」といった学びを得られたという意見が多く記されていた。また、「テーマが興味深く学びが多かった」といったテーマや内容に対して興味を持てたという感想も寄せられた。

5) 今後の看護セミナーへの要望や希望するテーマ

この項目に対する記述内容は、「情報共有のあり方について」や「次も多職種のパネルディスカッションがあると良い」、「看護学部・健康福祉学部が共同で学べるテーマを生活実態・地域実情を踏まえて検討していけるとよい」といった多職種で学びを深めたいという要望と「地域に向けての医療職が実践していることについて」や「社会的孤立を防ぐためにすること」といった地域での生活を支える援助について学びたいという要望に大別された。

6) アンケート結果からみる第3回神戸女子大学看護セミナーの評価と今後の課題

生活者を支える実践コミュニティに焦点をあて、基調講演では「地域包括ケアから地域共生社会へ」をテーマに講演していただいた。地域包括ケアをめぐる世界的な潮流と日本における地域包括ケアシステムの政策化につ

いて、統計データや地域共生に取り組む事例を交えながら説明の上、生活者を支える実践コミュニティを育成していく上でのキーワードを伝えていただき、改めて、地域包括ケアについて理解を深め、新たな視点を得るきっかけになったと考えられる。パネルディスカッションでは、病院看護師、訪問看護師、作業療法士という立場が違う実践者の取り組みが紹介されたため、視点が拡がり、かつ、具体的で身近に考えることができたと思われる。神戸女子大学看護セミナーがCOPとして学びの場になることを目的としている点を鑑みると、参加者が何らかの学びを得られたと実感していることは、看護セミナーの目的をある程度果たすことができたと評価できる。

一方で、「もっと時間をかけて聴きたかった」「パネリストの選択意図が不明確だった」という意見もあったことから、基調講演とパネルディスカッションのつながりを明確に提示し、事前に内容の構成を綿密に行うことや、構成内容と参加者のニーズに見合った時間配分を検討することが、今後の運営上の課題として挙げられた。

看護セミナーの参加者は、昨年度の34名から86名と大幅に増加しており、開催時期やテーマが参加者のニーズに合った会になったと評価できる。しかし、夏季休暇中の開催であり、本学科学生の参加がなかったことは残念であり、今後学生の参加をどのように促していくか検討していかなければならない。

Ⅲ. おわりに

第3回看護セミナーでは、基調講演やパネリストの具体的な活動を通して、COPを活用した生活者を支える方法論を学ぶことができた。今後も、COPについての学びを深め、教育研究に取り入れ発展させていきたい。

基調講演で、地域包括ケアをめぐる世界的な潮流から具体的な地域の活動までをパワフルに講演いただいた堀田聰子先生をはじめ、パネリストの3人の講師の先生方、参加者の皆様、準備・運営に参画していただいた看護学部教員各位に感謝申し上げます。

参考文献

E.Wenger, R. McDermott, W.M. Snyder (1999) /野村恭彦監修, 野中郁次郎解説, 櫻井祐子訳 (2002).
コミュニティ・オブ・プラクティス, 東京: 翔泳社.

