

# 共創福祉

2016年 第11巻 第2号

## 【研究報告】

- 小川 耕平, 和田 貴広, 竹本 彩夏  
活動量増加可能な転がしドッジボールの方法に関する検討 ..... 1
- 今川 孝枝, 北山由起子, 荒木 晴美  
在宅看護学実習施設における指導の方向性の検討  
—実習指導者・多職種者の困っている内容から— ..... 5
- 小出えり子, 境 美代子, 河相てる美  
倫理的行動ができる介護福祉士の姿勢に関する一考察  
～学生リポートからの倫理的問題事例の分析～ ..... 15
- 今川 孝枝, 北山由起子, 荒木 晴美  
在宅看護学実習の受け入れによる実習指導者・多職種の意識の変化に関する検討 ..... 23

## 【実践報告】

- 北濱まさみ, 村田美代子, 炭谷 靖子  
産後ケアセンターの現状  
～韓国産後ケアとの比較から～ ..... 35

## 第7回共創福祉研究会 (2016.8.20)

- 小笠原文雄 (医療法人聖徳会小笠原内科 理事長兼院長)  
小笠原先生、『ひとり家で死ぬますか?』 ..... 43

# 活動量増加可能な転がしドッジボールの方法に関する検討

小川 耕平<sup>1)</sup>, 和田 貴広<sup>2)</sup>, 竹本 彩夏<sup>3)</sup>

1)富山福祉短期大学 2)国士舘大学体育学部 3)NPO法人笑顔スポーツ学園

(2016.9.30受稿, 2016.10.21受理)

## 要約

本研究は、幼児の活動量を増加させるための転がしドッジボールの方法について明らかにすることを目的に実施した。異なる方法で転がしドッジボールを実施し、活動量の違いについて活動量計を用いて計測した。対象者は短大に通う学生14人(男性2人・女性12人)で行った。スペースはバスケットボールコートサイズで行い、ボールの数に変化をつけて実施した。調査の結果、ボール1個で実施するよりもボールの数を増やして実施する方が高い活動量が得られた。

キーワード：運動遊び、活動量、転がしドッジボール

## 1. 背景

文部科学省の報告では、昭和60年頃をピークに子どもの体力を総合的に比較すると年々低下する傾向にあり、このことが大きな問題とある。近年の結果についても種目によっては回復傾向ではあるが、ピーク時から比べるとまだまだ低いレベルである。このような現状の背景には様々な要因が考えられるが、一般的には「活動量の不足」が一番大きいと考えられる。また、世間が健康・体力づくりに関する実践に対して重要性を軽視する風潮や、子ども達の遊びの中に、時間、空間、仲間の3つの間の確保が困難になったことも事実である<sup>1)</sup>。これらのことから、保育時間内に運動を取り入れる事の重要性は必然的に高まりつつあるが、保育形態や運動指導の内容について面白い報告がされた。

杉原<sup>2)</sup>は、運動を多く取り入れている園よりも、まったく行っていない園の運動能力が高いことや、一斉保育中心の園が自由保育中心の園に比べて保育に運動を多く取り入れているものの、自由保育中心の園の方が運動能力が高いことを報告した。また、吉田<sup>2)</sup>も同じく一斉保育と自由遊び保育で活動量を比較した結果、自由遊び保育の方が有意に高かったと報告した。この報告の背景には保育時間内に取り入れられている運動指導の実態が影響していると思われる。吉田<sup>3)</sup>の報告では、保育時間内に取り入れられている運動内容(種目)の多くは体操教室(40.6%)であり、その内容は器械体操の類とされるマット、跳び箱、鉄棒が主である、決してこの運動内容(種目)が悪いわけではないが、これらの種目の多くは、説

明に時間がかかることや子どもの数に対してマット、跳び箱、鉄棒などの道具の数に限界があり、実際は教室という時間は確保されていても子ども達の体力・運動能力向上に必要とされる絶対的な活動量が不足していることが考えられる。

## 2. 目的

文部科学省は、平成19年から21年度にかけて「体力向上の基礎を培うための幼児期における実践活動の在り方に関する調査研究」<sup>4)</sup>等の研究を基に、平成22年度には小学生を対象とした「アクティブ・チャイルド60min」<sup>5)</sup>、平成23年度には幼児を対象とした「幼児期運動指針」<sup>6)</sup>が制定され、幼少期からの健康・体力づくりについて大きな第1歩を踏み出すことになった<sup>7)~9)</sup>。

しかしながら、上述したとおり実際の保育現場では、ただ運動すれば、運動教室を実施すれば子どもの体力・運動能力は高まると考えている傾向が強く感じられる。そこで今回は保育現場における運動遊び種目の一つである「転がしドッジボール」で、通常のルールと数種類の特別ルールで実践し、より高い活動量が確保できる方法を検討することであるが、安全性の確認という点から、まずは短大学生を対象者として予備実験を実施し、効果の分析・評価から幼児を対象とした実験方法、測定方法などを明らかにする。

## 3. 方法

### 3.1 被験者

被験者は、短大学生14人(男性2人、女性12人)

### 3. 2 活動種目

転がしドッジボールを用いる。

#### 3. 2. 1 活動環境

転がしドッジボールを行うスペースはバスケットボールコート1面分であり、ゲーム時間は全て3分間で行った。転がしドッジボールのルールは異なる4種類の方法で実施し活動量を計測した。グループ分けには、ランダムに7人ずつ2チームに分けて実施した。ただし、男性については別グループになるように考慮した。

#### 3. 2. 2 転がしドッジボールの方法

方法は、以下の4種類としスペース、試合時間は4種類とも同じとし、ボールの数のみ以下のようにし、方法①（ボールが1個）を基準に、方法②（ボールが3個）、方法③（ボールが5個）、方法④（ボールが7個）と比較することとした。

なお、ボールの数は全ての方法において奇数個で実施した。偶数個で実施すると、各チームに1個ずつボールがある場合に、牽制し合いボールを転がすことを抑制する可能性があるかと予想したため。

### 3. 3 活動量測定

身体活動量の測定は、活動量計(MYCALORY : MC-500 : 山佐時計計器株式会社製)を用いて、それぞれの活動の際に活動量計を装着し歩数をカウントすることで計測した。活動

量計はガムテープで腰部に装着した。

### 3. 4 統計処理

方法①を基準とし、方法②、方法③、方法④を基準の方法①に対して統計解析ソフト SPSS Ver12.0 を用いて対応のある T 検定を行い、それぞれの統計学的危険率は5%とした。

### 3. 5 倫理的配慮

被験者には、事前に活動内容及び測定内容についての説明を口頭と事前実技で行い、活動への不参加や途中で中止についても可能であることを伝えた後、協力が得られた者に対してのみ実施した。また、測定当日に測定を拒否し途中で中止しても構わないことを本人に説明した。本研究は富山福祉短期大学倫理審査委員会の承認(承認番号 H-25-002 号 平成 25 年 6 月 5 日)を得て実施した。

## 4. 結果

それぞれの結果を表1、図1に示す。方法①は202.8 (± 61.0) 歩、方法②は253.3 (± 59.5) 歩、方法③は261.1 (± 87.0) 歩、方法④は259.4 (± 83.2 歩) であった。

方法①と方法②の比較では、方法①が202.8(± 61.0) 歩で、方法②が253.3 (± 59.5) 歩と方法②のほうが50.5歩高かった (P<0.05)。方法①と方法③の比較では、方法①が202.8 (± 61.0) 歩で、方法③が261.1 (± 87.0) 歩と方法③のほうが

Table.1 各種方法による個人の活動量 (歩数)

Subject	Rule①	Rule②	Rule③	Rule④
A	263	292	332	276
B	233	185	290	142
C	93	283	162	136
D	204	335	338	383
E	243	203	159	196
F	154	299	161	263
G	144	200	264	271
H	175	270	183	311
I	168	193	182	133
J	258	306	318	329
K	255	348	353	369
L	303	217	292	237
M	124	165	196	253
N	222	250	426	332
MEAN	202.8	253.3	261.1	259.4
SD	61.0	59.5	87.0	83.2
Ttest vs①		*	**	*

\* P<0.05 \*\*P<0.01

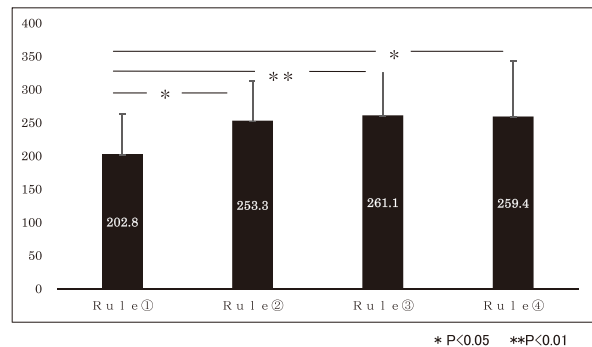


Fig.1 各種方法による活動量 (歩数) の平均と標準偏差

58.3歩高かった ( $P<0.01$ )。方法①と方法④の比較では、方法①が202.8 ( $\pm 61.0$ ) 歩で、方法④が259.4 ( $\pm 83.2$ ) 歩と方法④のほうが56.6歩高かった ( $P<0.05$ )。

## 5. 考察

多くの保育所、幼稚園では年中から年長にかけてボールを投げる動作、よける動作などの獲得を目的にドッジボールを実践することが多く、その前段階の活動として転がしドッジボールを取り入れることがある。元々ドッジボールは英語の「Dodge:素早く身をかかわす」からきており、幼児期に必要とされる多様な動きを獲得する手段としては大変有意義な活動だと考えられる。ほとんどの場合、転がしドッジボールは今回の検証で用いた方法①が用いられることが多いが、ただ、動きだけの獲得を目指すだけでなく、高い活動量を確保することや、より多くの子どもがボールに触れることができるようにボールの数を増やして行うことは子ども達にとってもよい刺激になると考え、今回は4通りの方法で実施したところ、予想したとおりボールの数が増えるにつれ活動量も増加する傾向が見られた。

また、懸念していた安全面への配慮については、いつくか注意して行うことがあると感じた。1つは、限られたスペースで運動遊びの活動量が増える分、動きが増し、接触事故の可能性が高くなること、1つは沢山のボールが同時に転がることでボールに乗って転倒する可能性があること。今回は学生(20歳前後)で行ったので急な動きにも対応でき、ぶつかったり、乗っかったりすることはなかったが、子どもが実践する時は、ボールだけに集中し周囲が見えなくなることが考えられるので安全面への配慮も考えておく必要がある。

最後に運動遊びで活動量を確保するためには、過去に我々が行ったオニゴッコの方法と活動量の違いについての検証<sup>10)</sup>でも明らかになったが、既存のルールに縛られないように、その時の環境や状況をしっかり確認して最も効果的に活動量を確保できるように実践することが望ましいと考えられる。

## 6. 結論

今回、活動量を確保するための転がしドッジボールの方法について、4種類の方法で歩数にて活動量を計測し調査した。その結果、使用するボールの数は1つよりも3つ以上使用したほうが活動量を確保することが判明した。

## 謝辞

本研究を進めるにあたり、ご協力いただいた被験者の皆様、スタッフの皆様にご心より感謝いたします。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省運動所要量・運動指針の制定検討会, “健康づくりのための運動基準 2006～身体活動・運動・体力～” 報告書, 2006
- 2) 幼児の運動能力発達の年次推移と運動能力に関する環境要因の構造分析 平成 14～15 年度文部科学省科学研究費補助金(基盤研究 B) 研究成果報告書, 2004
- 3) 吉田伊津美, 杉原隆, 森司朗, 幼稚園における健康・体力づくりの意識と運動指導の実態 (Fulltext) 東京学芸大学紀要. 総合教育科学系, 58, PP75-80, 2007
- 4) 文部科学省, “体力向上の基礎を培うための幼児期における実践活動の在り方に関する調査研究”(報告書), 2011
- 5) 竹中晃二, “アクティブ・チャイルド 60min. 子どもの身体活動ガイドライン”, 株式会社サンライフ企画, 財団法人日本体育協会, 2010
- 6) 文部科学省, “幼児期運動指針ガイドブック～毎日、楽しく体を動かすために～”, 2012
- 7) 都竹茂樹, “子どものメディカルフィットネス—レジスタンストレーニングによる体ほぐしの運動—”, 日本健康スポーツ連盟, 1999
- 8) 澤田幸男, “子どもの未来づくり 幼児の体育” 大学教育出版, 2010
- 9) 森司朗, “幼児の運動能力における時代推移と発達促進のための実践的介入 平成 20～22 年度文部科学省科学研究費補助金(基盤研究 B) 研究成果報告書”, 2011
- 10) 小川耕平, 和田貴広 “身体活動量を確保するためのオニゴッコ - 第 1 報 - 共創福祉第 10 巻 2 号, PP47～51, 2015

## A study on the method of new roll dodgeball to increase the amount of activity

Kouhei OGAWA<sup>1)</sup>, Takahiro WADA<sup>2)</sup>, Ayaka TAKEMOTO<sup>3)</sup>

*1) Department of Early childhood education, Toyama College of Welfare Science*

*2) Physical Education Department Kokushikan University*

*3) Specified Nonprofit Corporation Smile Sports School*

### Abstract

This study aims to suggest the method of new roll dodgeball enabling to increase the amount of activity for children. The amount of activity for four different rules with the activity meter was measured for 14 junior college (2 men and 12 women). The experimentation was carried out at the basketball court using a few kind of boll size. From result of the experimentation, the higher amount of activity using the plural balls than one ball was shown.

Keywords : exercise play, activity level, Roll Dodgeball,

## 在宅看護学実習施設における指導の方向性の検討 —実習指導者・多職種者の困っている内容から—

今川 孝枝<sup>1)</sup>、北山由起子<sup>1)</sup>、荒木 晴美<sup>2)</sup>

1)富山福祉短期大学看護学科 2)中京学院大学看護学部看護学科

(2016.9.30受稿, 2016.10.21受理)

### 要旨

本研究は、在宅看護学実習における実習指導者・多職種の困っていることを明らかにし、施設での指導の方向性を検討することが目的である。実習施設が集まる打ち合わせ会で、困っている内容について共通理解を図り、指導の方向性を検討し内容分析をした。その結果、困っていることは《学生のレベルに差がある》、《どこまで指導したらよいか迷う》、《業務との調整が負担》、《学ぶ姿勢が感じられない》、《指導方法や内容に不安がある》、《学生を乗せての運転》の6つ、指導の方向性として【職員全員で関わる】、【利用者の選定や訪問調整の工夫】、【学生とのコミュニケーションを図る】、【日々の振り返りを行う】、【学生が体験・参加できるように配慮する】、【実習施設と教員間で学生の情報を共有する】の6つが得られた。今後は、在宅看護の学びを促進する指導者・多職種それぞれの関わりについて検討することが課題である。

キーワード：在宅看護学実習、実習指導者、多職種

### 1. はじめに

在宅医療が推進され、看護職の役割は病院から地域へと拡大してきている。近年の医療制度改革においても、病院から在宅への円滑な移行と、医療及び介護への継続を重視し、人々への生活の場に応じた看護の提供が求められている。看護教育において、2009年のカリキュラムの改正により在宅看護学実習は統合分野に位置づけられ、基礎から専門分野までの各看護学の学習が統合された。

本学では、地域や在宅で療養者を支えていくことを広く学ぶために、3週間、4形態の施設で実習している。実習施設は、訪問看護ステーション（以下、訪問看護）、富山型デイサービス<sup>注1)</sup>、地域包括支援センター（以下、地域包括）、訪問入浴である。これらの施設は、小規模で看護師の配置人数が限られ、学生の受け入れが1～3人である。また、施設では、看護師だけが単独でケアを行うのではなく、多職種者と連携しながら協働でケアが提供されている。このような実習施設において学生は、多職種者と接する機会が多くあり、人々の生活の場において看護が求められていることを学び育っていく。効果的な学習支援のためには、実習指導者（以下、指導者）、多職種者（以下、多職種）、教員との協働・連携は不可欠である<sup>1)</sup>。ここでいう実習指導者とは、実習施設において学生の指導を行う看護師を指し、多職種

者とは、実習施設の介護職員、社会福祉士、ケアマネジャー、保育士のことである。

看護教育において実習指導者が感じる困難は、指導に対しての自信が持てないことや、意欲の低い学生への関わり、業務の多忙から十分な指導ができないことなどが指摘されている<sup>2) 3)</sup>。一方、指導経験を重ねる中で、学生の心情を理解して学生とともに学び成長できる<sup>4)~6)</sup>ことが報告されている。また、在宅看護の対象は、人々のあらゆる生活の場で本人とその家族を対象としていることから、実習施設を訪問看護のみならず通所系サービスや外来看護など多様な場での実習に取り組みが行われている<sup>7) 8)</sup>。しかし、これらの研究は、看護師を対象としているものであり、教員と指導者との連携・協働については課題<sup>9)</sup>とされているが、実習に関わる多職種を含めた報告は見当たらない。本学の在宅看護学実習では、看護職だけでなく多職種の理解と協力を得て実施可能となっている。このため、実習施設側の困りごとを知り、より良い実習環境を目指すことは意義があると考ええる。

本学の在宅看護学実習は、2010年度から開講し5年が経過した。実習を受け入れている施設は、約7割が初めて学生を受け入れる施設であり、指導者・多職種の不安や緊張が伺える。このため、教員は、実習施設へ毎日巡回をして学生の指導と、指導者・多職種と学生の状況や、実習

方法についてコミュニケーションを図っている。また、実習開始年度から毎年、実習施設が集まり「実習打ち合わせ会」を開催してきた。指導者・多職種とどのように協働していけばよいか模索してきたものの、学生の学びの姿勢や態度についての指摘があり実習指導への不安や困難が感じられる。実習の打ち合わせ会は、スムーズな実習指導に向けて他の大学でも実施されている<sup>9) 10)</sup>が、多職種を含み複数の施設が集まり開催されている報告は見当たらない。そこで、今回、指導者・多職種が困っていることを明らかにして、実習施設が集まる「打ち合わせ会」で、施設における指導の方向性を検討する。

注1) 富山型デイサービス：高齢者、障害者（児）および児童のすべてを対象としたデイサービス、ショートステイ等の日中及び夜間の介護、訓練及びレクリエーション並びに保護又は預かりを行う。小規模で多様なサービス形態（多機能）を持つデイサービスのこと。

## 2. 研究目的

在宅看護学実習における実習指導者・多職種の困っていることを明らかにし、施設での指導の方向性を検討することである。

## 3. 研究方法

指導者・多職種が困っていること明らかにするために、実習施設アンケート調査を行う。その後、実習打ち合わせ会において、困っていることを共通理解し、施設での指導の方向性を検討する。

実習アンケート調査は無記名による自記式調査。実習終了時に在宅看護学実習の実習先の管理者に調査への協力を書面・口頭で依頼し、調査用紙を指導者・多職種の人数分手渡した。調査用紙は施設で配布・回収し、返信用封筒に入れて郵送してもらった。調査用紙は28施設で161枚配布し、21施設131人（有効回答130人、回収率81.4%）から回答を得た。調査対象として、本学在宅看護学実習施設28施設（訪問看護10か所、富山型デイサービス5か所、地域包括9か所、訪問入浴4か所）の実習に関わっている指導者・多職種とし、調査内容は、基本調査6項目（年齢、性別、基礎資格、勤務施設種別、実務経験年数、施設での経験年数）、「実習指導を行い困っていること」について自由記述とした。調査時期は、2014年9月配布 回収期限2014年10

月15日である。

本学において2015年3月、実習打ち合わせ会を開催。実習アンケート調査から指導者・多職種の「困っていること」を参加者で共有し、施設における指導の方向性を検討する。実習打ち合わせ会の参加者は、訪問看護10施設13名、富山型デイサービス5施設6名、地域包括8施設9名、訪問入浴2施設3名、計25施設31名であり研究対象とする。参加者の職種は、管理者16名、看護師11名、保健師2名、主任ケアマネジャー2名である。

本研究は、富山福祉短期大学研究倫理審査会の承認を得た。

## 4. 分析方法

実習施設アンケート基本調査は単純集計し、自由記述された内容は何度も読み返し、意味内容を変えないように要約しコードを作成した。類似するコードをまとめサブカテゴリー、カテゴリー、大カテゴリーに整理した。分析は、共同研究者間で同意が得られるまで検討を重ねた。

実習打ち合わせ会は、実習施設アンケート調査の指導者・多職種が「困っていること」を資料にまとめ、参加者へ配布し教員が報告した。参加者31名は、3つのグループ（訪問看護、地域包括、富山型デイサービス・訪問入浴）に分かれ、付箋に意見を記載し、実習に関わっている教員がファシリテーターの役割を担い、模造紙に付箋を提示しながら検討した。その後、参加者全体で各グループから出された内容を発表し共通認識した。

打ち合わせ会終了後、意見が記載された付箋の内容から、意味のある27枚のコードを作成し内容分析を行った。分析にあたっては、共同研究者間で協議し合意形成を図った。

## 5. 結果

### 5.1 実習施設アンケート調査の分析結果（表1）

回答者95名は、平均年齢43.7歳（20歳～64歳）、男性12名、女性82名、未記入1名であった。基礎資格は、看護師66名、准看護師1名、保健師1名、介護福祉士15名、社会福祉士6名、ケアマネジャー1名、保育士1名、理学療法士1名、記載なし3名である。実務経験年数は、平均17.7年（4.0年～44.2年）であり、施設での経験年数は、平均6.1年（3.0年～21.4年）である。

困っていることから抽出された大カテゴリーは

表1 指導者・多職種の困っている内容

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
学生のレベルに差がある	学生のレベルに差がある	情報収集のためにステーションに戻りたいと言われた	次の訪問先に向かう車内で戻りたいと言われた時困った	
		挨拶、私語が多い、居眠りする学生がいた	実習中に何度も居眠り（注意を繰り返しても）するような人は遠慮したい あいさつが出来ない、私語が多いと教える意欲は低下する 学卒者の方は基本的に挨拶が十分にできない、積極性に欠ける	
		学生の学力・技術の差がある	時々血圧を測定できないことがある 学力、知識レベルに差がありすぎる 疾患ばかり注目し、利用者自身がみれていない 情報収集のとり方、得た情報から何が問題あり観察すべきところが理解されていないため、目標も具体的に乏しい 実習日誌の書き方がわからない様子なので例や見本があるとよい 重いすの扱ひ方を知らない方が多すぎる	
		利用者とうまくコミュニケーションがとれない	利用者さんとうまくコミュニケーションがとれない、声が小さい 利用者さんとの会話の時、ゆっくり大きい声で話し掛けてほしい	
		見学時のマナーへの指導	訪問入浴では利用者様は裸になるため羞恥心対応してほしい	
	記録物の指導	記録の書き方の指導を実習先で行う	実習記録の書き方指導を実習先で行うことが困難	
		提出物が一定でない	提出物が学生によって違う 1回見学してもらい、次回一緒に行く時どの段階までしてもらってよいか	
	どこまでの指導したらよいか迷う	指導内容に迷う	どこまでの指導をしたらよいか（手技の介入など）迷う	どこまで言葉で伝えるか、見せるだけでいいのか 担当利用者以外のお宅に一緒に訪問した際にどこまで説明し、実施してもらえばよいか迷う 手技としてどこまで介入してもらうか迷う 技術はどこまで指導すればよいか
			指導内容がうまく伝わらない	指導した内容が違う風に捉えられることがある 学んでほしいことを伝えているが、伝わっていないことがある
			学習意欲の差がある	学生の知識、学びたい意欲に差がありどのあたりに合わせていいか迷う 実習に対する意欲が学生により差がある
実習日数や実習目標の違いがあり指導に迷う		数か所の看護学校で目的、方法が違い対応に苦慮 実習期間が短く学びに限界がある	看護学校それぞれで実習内容、目的が異なっていることもあり対応に苦慮 数か所から実習生が来られるので、各学校の実習目的や実習方法を把握しきれず 2日間で地域包括の役割を学ぶには限界がある オリエンテーションに時間がとられる	
業務との調整が負担		業務のスケジュールの調整が困難	学生の計画に合わせると時間がオーバーする	学生の援助計画に従ってケアすると時間がオーバーする 稼働台数や利用者人数の調整が困難（利用者の受け入れ拒否がある） 実習生のため、スタッフのスケジュールの調整が困難になる 訪問先の選定と時間調整が難しい
	訪問先の調整が困難	訪問先の選定が困難	同行できる患者さまの選択に困る（同行できない方が多い） 学生さんが実習したいことが実習日に目的に沿えないことがある 体験してもらいたい事業と日程が合わない 包括の看護師業務を体験させてあげられない時がある	
	実習指導への負担	個人情報への配慮	個人情報への配慮	
	訪問の仕事を抱えての指導になるため負担を感じている	受け持ち療養者についての指導は、訪問の仕事を抱えての指導になるための負担を感じている		
学ぶ姿勢が感じられない	学生の反応がなく何を考えているのか学ばない（反応がない）	何を考え困っているかわからない（反応がない）	質問もなくあまり意欲を感じられない 伝えたいことがうまく伝わらず在宅看護に興味をなさそうな時 学生が何に困っているか、何を考えているかわからない 反応が乏しいことがあり、意志を汲みにくいことがある 自分は何をしたいのか具体的に伝えてほしい 日々の目標達成のための質問、疑問を表出してほしい 何を学びたいのかはっきりとした目標を提示してほしい	
		何を学びたいのか具体的に伝えてほしい	積極性を感じられない 利用者さんから学ばせて頂いているという姿勢が個々において差がみられる 学生が積極的でなく、離れた所で立っていることがある 受け身ではなく、自ら目的意識をもって積極的の学ぼうという姿勢で来てほしい	
	学習に積極的でない	事前学習がされていない	事前学習がされていない 自分で調べて、質問してほしい	
		何を学ぼうとしているのか分からない	何をすればいいのかわからないときは立っているのではなく、考えてほしい 学ぼうとする意識が薄い学生に、何を伝えるべきなのかと思うことがある 何を目的に実習に来ているのかはっきりとしない時がある	
	学習意欲が感じられない	挨拶をしない、学生同士の会話、スタッフに確認しないで実	時々だが、利用者同士で挨拶もしていないことがある 学生同士の会話が目立ち、スタッフに確認しないで実施することがある	
		興味、意欲のない学生がいる	意欲が感じられない学生がいる 明らかに興味がない学生がいるのが残念だ	
十分な指導ができない	十分な指導ができない	記録物の指導時間の不足	記録物について指導する時間がない 学生が全体図をつかめていない 関連図など自分の学生の時代と違いがあり戸惑う 忙しい時はなかなか詳しく説明ができない	
		忙しい時や訪問件数が少ない時に十分な指導や実習がさせられない	利用者が少なく、実習には不向きなケースもあり十分な実習ができなかった	
		ゆっくり関わる時間がない	学生と関わる時間がない 短い期間の中十分な指導もできていないかもしれない 看護師が一人でゆっくり関わる時間が持てない	
	指導できない（期間）ことが多い	指導できない（期間）ことが多い	実習期間が短いため指導できないことが多い	
		指導内容や方法に不安	受けもち以外の利用者宅に行く時、情報収集をどこまで求めてよいか 利用者、家族への説明に学生を同行させてよいか 利用者のケアの視点がずれていると思うがどのように気づきをもってもらえばよいかわからない 利用者の羞恥心を考えるとどこまで関わってもらえばいいか考える 力の入れ方や体動時のカバー部位など細かい指導がなかなか行き届かない 教えてあげることに意識しすぎて順序立てて説明できなかった 私自身指導についての教育を受けたことがなく、どの程度指導できているか不安 自分の指導で学生が実習で、目標に沿った実習や経験ができたか心配 利用者を選んで訪問しているのではなく、当日担当となったスタッフに、訪問同行してもらっていることに申し訳ない気がする 訪問中に指導することが難しくあまり丁寧に教えてあげられなかったのではないかと心配 自分も訪問看護の経験が浅いので詳しく教えてあげられない 実務歴が少ないため、実習生からの質問に対してまともな答えができない 実務歴や知識が浅いことで、実習指導ができているか不安	
		実務歴が浅く実習指導に不安がある	実務歴や知識が浅いことで、実習指導ができているか不安	
運転に気を使う	学生を乗せての運転に気を使う	学生を車に乗せての運転に気を使う	学生を車に乗せての運転になるので、気をつかう（事故を起こさないように）	



6つ、カテゴリーは13個、カテゴリーは33個、コードは81個である。6つの大カテゴリーは、《学生のレベルに差がある》、《どこまで指導したらよいか迷う》、《業務との調整が負担》、《学ぶ姿勢が感じられない》、《指導方法や内容に不安がある》、《学生を乗せての運転》である。

以下にそれぞれの大カテゴリーについて説明する。なお、大カテゴリーは《 》、カテゴリーは【 】、サブカテゴリー〈 〉、コードは“ ”で示す。

### 5. 1. 1 《学生のレベルに差がある》

【学生のレベルに差がある】、【記録物の指導】の2つのカテゴリーから形成されている。

【学生のレベルに差がある】は、“次の訪問先に向かう車内で戻りたいと言われた時困った”という〈情報収集のためにステーションに戻りたいと言われた〉ことや、“あいさつが出来ない、私語が多いと教える意欲は低下する”ことや“実習中に何度も居眠り（注意を繰り返しても）するような人は遠慮したい”といった、〈挨拶、私語が多い、居眠りする学生がいた〉。また、“時々血圧を測定できないことがある”ことや“疾患ばかり注目し、利用者自身がみれていない”という、〈学生の学力・技術の差がある〉、そして、“利用者さんとの会話の時、ゆっくり大きい声で話し掛けてほしい”といった、〈利用者とうまくコミュニケーションがとれない〉こと、“訪問入浴では利用者様は裸になるため羞恥心対応してほしい”という、〈見学時のマナーへの指導〉が含まれている。【記録物の指導】は、〈記録の書き方の指導を実習先で行う〉こと、“提出物が学生によって違う”という、〈提出物が一定でない〉が含まれた。

### 5. 1. 2 《どこまで指導したらよいか迷う》

【指導内容に迷う】、【実習日数や実習目標の違いがあり指導に迷う】の2つのカテゴリーから形成されている。【指導内容に迷う】は、“1回見学してもらい、次回一緒に行く時どの段階までしてもらってよいか”や“どこまで言葉で伝えるか、見せるだけでいいのか”といった、〈どこまでの指導したらよいか（手技の介入など）迷う〉ことや、“指導した内容が違う風に捉えられることがある”といった、〈指導内容がうまく伝わらない〉こと、〈学習意欲の差がある〉ことが含まれている。【実習日数や実習目標の違いがあり指導に迷う】は、“数か所から実習生が来られるの

で、各学校の実習目的や実習方法が把握しきれず適切な指導ができていないと感じる”といった、〈数か所の看護学校で目的、方法が違に対応に苦慮〉していること、“オリエンテーションに時間がとられる”、“2日間で地域包括の役割を学ぶには限界がある”といった、〈実習期間が短く学びに限界がある〉が含まれる。

### 5. 1. 3 《業務との調整が負担》

【業務のスケジュールの調整が困難】、【訪問先の調整が困難】、【実習指導への負担】の3つのカテゴリーから形成されている。【業務のスケジュールの調整が困難】は、“学生の援助計画に従ってケアすると時間がオーバーする”という〈学生の計画に合わせると時間がオーバーする〉こと、“稼働台数や利用者人数の調整が困難（利用者の受け入れ拒否がある）”や、“実習生のため、スタッフのスケジュールの調整が困難になる”といった、〈訪問スケジュールの調整が困難〉が含まれる。

【訪問先の調整が困難】は、“同行できる患者さまの選択に困る（同行できない方が多い）”という〈訪問先の選定が困難〉なこと、“体験してもらいたい事業と日程が合わない”や“学生さんが実習したいことが実習日に目的に沿えないことがある”といった、〈体験してほしい行事と実習日が合わず目的に沿えない〉こと、〈個人情報配慮〉が含まれる。

【実習指導への負担】は、“受け持ち療養者についての指導は、訪問の仕事を抱えての指導になるための負担を感じている”という、〈訪問の仕事を抱えての指導になるため負担を感じている〉である。

### 5. 1. 4 《学ぶ姿勢が感じられない》

【学生の反応がなく何を考えているのか学びたいのかわからない】、【学習に積極的でない】、【学習意欲が感じられない】の3つのカテゴリーから形成されている。【学生の反応がなく何を考えているのか学びたいのかわからない】は、“学生が何に困っているか、何を考えているかわからない”や“反応が乏しいことがあり、意志を汲みにくいことがある”といった、〈何を考え困っているかわからない（反応がない）〉ことや、“日々の目標達成のための質問、疑問を表出してほしい”、“何を学びたいのかはっきりとした目標を提示してほしい”といった、〈何を学びたいのか具体的に伝えてほしい〉が含まれる。

【学習に積極的でない】は、“学生が積極的でなく、離れた所で立っていることがある”ことや、“受け身ではなく、自ら目的意識をもって積極的の学ぼうという姿勢で来てほしい”という願いが入ったコードが含まれた、＜積極性を感じられない（学ぶ姿勢）＞であること、“自分で調べて、質問してほしい”が含まれる、＜事前学習がされていない＞こと、“何をすればよいのか分からないときは立っているのではなく、考えてほしい”や、“何を目的に実習に来ているのかはっきりとしない時がある”といった、＜何を学ぼうとしているのか分からない＞が含まれる。

【学習意欲が感じられない】は、“時々だが、利用者とすれ違って挨拶もしないことがある”や、“学生同士の会話が目立ち、スタッフに確認しないで実施することがある”といった、＜挨拶をしない、学生同士の会話、スタッフに確認しないで実施する＞ことや、“明らかに興味がない学生がいるのが残念だ”といった、＜興味、意欲のない学生がいる＞が含まれ、実習生としてのマナーに関するものである。

#### 5. 1. 5 《指導方法や内容に不安がある》

【時間がなく十分な指導ができない】、【指導に不安がある】の2つのカテゴリから形成されている。【時間がなく十分な指導ができない】は、“記録物について指導する時間がない”という＜記録物の指導時間の不足＞、“忙しい時はなかなか詳しく説明ができない”ことや“利用者が少なく、実習には不向きなケースもあり十分な実習ができなかった”といった、＜忙しい時や訪問件数が少ない時に十分な指導や実習がさせられない＞、“看護師が一人でゆっくり関わる時間が持てない”という人的な面から、＜ゆっくり関わる時間がない＞、＜指導できない（期間）ことが多い＞ことが含まれる。

【指導に不安がある】は、“力の入れ方や体動時のカバー部位など細かい指導がなかなか行き届かない”ことや“利用者のケアの視点がずれていると思うがどのように気づきをもってもらえばよいかわからない”という具体的な、＜指導内容や方法に不安＞である。また、“私自身指導についての教育を受けたことがなく、どの程度指導できているか不安”や“訪問中に指導することが難しくあまり丁寧に教えてあげられなかったのではないかと心配”という指導を振り返り、＜訪問中に説明することができなく指導ができていないか心配である＞ことや、“自分も訪問看護の経験が浅

いので詳しく教えてあげられない”、“実務歴が少ないため、実習生からの質問に対してまとまった答えができない”という、＜実務歴が浅く実習指導に不安がある＞ことが含まれる。

#### 5. 1. 6 《学生を乗せての運転》

【運転に気を使う】の1つのカテゴリである。“学生を車に乗せての運転になるので、事故を起こさないように気を使う”という、＜学生を車に乗せての運転に気を使う＞である。

#### 5. 2 施設における指導の方向性の検討（表2）

抽出されたカテゴリは6つ、サブカテゴリは8つ、コードは27個であった。6つのカテゴリは、【職員全員で関わる】、【利用者の選定や訪問調整の工夫】、【学生とのコミュニケーションを図る】、【日々の振り返りを行う】、【学生が参加・体験できるよう配慮する】、【実習施設と教員間で学生の情報を共有する】である。

以下にそれぞれのカテゴリについて説明する。

##### 5. 2. 1 【職員全員で関わる】

＜実習の目標をスタッフ間で共有する＞、＜職員全員で関わる＞の2つのサブカテゴリから形成されている。＜実習の目標をスタッフ間で共有する＞は、“同行訪問するスタッフに学生への指導方針や学びの内容を伝えて協力を得る”や“学生の目標をスタッフ間で共有する”という実習目標を意識したコードが含まれる。＜職員全員で関わる＞は、“スタッフに職種の説明をしてもらう”ことや“看護実習を受け入れる思いをスタッフに伝える”といった多職種の参加を促し、“欲張りすぎない”で関わる内容が含まれる。

##### 5. 2. 2 【利用者の選定や訪問調整の工夫】

＜利用者の選定、訪問調整の工夫＞の1つのカテゴリである。“生活自立支援や疾患など、いろいろな利用者をもてもらうよう選定する”といった学習効果を配慮し、“学生の受け入れがよい利用者をお願いし、訪問件数を減らす”ことや“学生訪問を喜んでくれる方を選んでおく”実習日にあわせてサロン日程をあわせてもらう”という事前に調整する内容が含まれる。

##### 5. 2. 3 【学生とのコミュニケーションを図る】

＜スタッフ自ら学生に声をかける＞、＜学生とコミュニケーションをとる＞の2つのサブカテ

ゴリーから形成されている。“学生とのコミュニケーションをこちらから積極的に図る”こと“学生に歩みよって声を掛け合い、意見、質問できる雰囲気づくりを心がける”という場づくりを含めて<スタッフ自ら学生に声をかける>、また、<学生とコミュニケーションをとる>は、“初めて訪問するときは、事前に（出発前や車中）挨拶の大切さを教える”、“学生の良い点を評価し、次への自信につなげる”という学生のモチベーションの向上が含まれる。

5. 2. 4 【日々の振り返りを行う】

<日簿の振り返りと確認を行う>の1つのカテゴリである。“見学や体験したことの理解を確認するため、学生に聞く”こと“今日の目標を達成できたか、その日のうちにおさえてあげる”という日々の関わりが含まれる。

5. 2. 5 【学生が参加・体験できるよう配慮する】

<学生が参加・体験できるよう配慮する>の1つのカテゴリである。“なるべく利用者さんに近づけるよう、触れさせる”ことや“家族の様子がわかるため、送迎に積極的に参加してもらう”、“学生ができることをやってもらう（血圧測定や準備、片付け）”、“法人や他の事業所など他の関

係機関を見学する”という実習場での学びへの配慮が含まれる。

5. 2. 6 【実習施設と教員で学生の情報を共有する】

<実習施設と教員で学生の情報を共有する>の1つのカテゴリである。<実習施設と教員で学生の情報を共有する>は、“これでよかったかいつも感じているため、学生の情報は、その日のうちにメールで先生とやり取り”という連絡を密にとることである。

6. 考察

本研究は、在宅看護学実習における実習指導者・多職種の困っていることを明らかにし、施設における指導の方向性を検討することが目的である。実習打ち合わせ会において、困っている内容について共通理解を図り今後の取り組みを検討し内容分析した。その結果、困っていることは、《学生のレベルに差がある》、《どこまで指導したらよいか迷う》、《業務との調整が負担》、《学ぶ姿勢が感じられない》、《指導方法や内容に不安がある》、《学生を乗せての運転》の6つが明らかとなった。指導の方向性として、【職員全員で関わる】、【利用者の選定や訪問調整の工夫】、【学生

表2 施設における指導の方向性

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
職員全員で関わる	学生の目標をスタッフ間で共有する	同行訪問するスタッフに学生への指導方針や学びの内容を伝えて協力を得る
		学生の目標をスタッフ間で共有する
		いい事例、そうでないものも見てもらってもいいことをスタッフに伝える
	職員全員で関わる	3職種がそれぞれ関わる
		スタッフに職種の説明をしてもらう
		看護実習を受け入れる思いをスタッフに伝える
利用者の選定、訪問調整の工夫	利用者の選定、訪問調整の工夫	欲張りすぎない
		生活自立支援や疾患など、いろいろな利用者をみてもらうよう選定する
		学生の受け入れがよい利用者をお願いし、訪問件数を減らす
		学生訪問を喜んでくれる方を選んでおく
学生とのコミュニケーションを図る	スタッフ自ら学生に声をかける	実習日にあわせてサロン日程をあわせてもらう
		学生とのコミュニケーションをこちらから積極的に図る
		学生に歩みよって声を掛け合い、意見、質問できる雰囲気づくりを心がける
		スタッフ自ら学生に声をかけていく
	学生とコミュニケーションをとる	学生の名前で呼ぶ
		時には雑談もまじえながら楽しくする
		初めて訪問するときは、事前に（出発前や車中）挨拶の大切さを教える
		いい事例、そうでないものも見てもらい、それを伝える
日々の振り返りを行う	日々の振り返りと確認を行う	看護師の存在の大きさを伝えていく
		学生の良い点を評価し、次への自信につなげる
学生が参加・体験できるよう配慮する	学生が参加・体験できるよう配慮する	見学や体験したことの理解を確認するため、学生に聞く
		今日の目標を達成できたか、その日のうちにおさえてあげる
		なるべく利用者さんに近づけるよう、触れさせる
実習施設と教員間で学生の情報を共有する	実習施設と教員間で学生の情報を共有する	家族の様子ที่わかるため、送迎に積極的に参加してもらう
		学生ができることをやってもらう（血圧測定や準備、片付け）
		法人や他の事業所など他の関係機関を見学する
		これでよかったかいつも感じているため、学生の情報は、その日のうちにメールで先生とやり取り

とのコミュニケーションを図る】、【日々の振り返りを行う】、【学生が体験・参加できるよう配慮する】、【実習施設と教員間で学生の情報を共有する】の6つが得られた。

以下、今後の取り組み6つについて考察する。

### 6. 1 【職員全員で関わる】

在宅看護学実習を行っている施設は、小規模で看護職の人数が少なく、多職種と協働でケアが行われる。また、ケアが行われる場合は、施設内だけでなく自宅や地域の施設など多岐にわたる。学生は、指導者と同行することになるが、状況により同行する学生の人数に限られ、多職種と同行することがある。このような中、指導者・多職種は、《業務との調整が負担》、《学生を乗せての運転》に困り、日々の業務への負担が増していたことが考えられる。

臺ら<sup>12)</sup>の、訪問看護ステーションを対象とした調査において、実習を受けることで忙しくなり、訪問活動に制約を受けると回答したのは約半数だと報告している。小規模な実習施設では、施設全体で受け入れの体制を整えていくことが必要だと考えられる。また、大高ら<sup>13)</sup>の療養型施設における実習指導の現状によると、指導者同士の連携不足、看護職スタッフの指導への無関心、指導者と介護職スタッフとの情報伝達不足があると報告している。このことから、今回、“同行訪問するスタッフに学生への指導方針や学びの内容を伝えて協力を得る”や“スタッフに職種の説明をしてもらう”という指導者・多職種を含めた学生の関わりが検討され、施設全体での受け入れ体制を意識できたと思われる。また、“看護実習を受け入れる思いをスタッフに伝える”という、看護師の人数に限られる施設において、在宅看護を学ばせたいという思いがあることが伺える。

### 6. 2 【利用者の選定や訪問調整の工夫】

在宅看護学実習は、施設内だけでなく自宅や地域の施設など多岐にわたり、学生が指導者・多職種と同行することが多い。また、病院とは違い、利用者・家族の生活の場に入ってケアが行われる。このため、訪問前には、学生が同行することへの同意を利用者・家族から得ることや、訪問時間の調整が必要である。

指導者・多職種が困った《業務との調整が負担》となっていたことから、今後の具体的な取り組みとして、“学生の受け入れが良い利用者”にお願いし、訪問件数を減らす”や“実習日にあわ

せてサロン日程をあわせてもらう”など、その時の状況に合わせて無理のないよう工夫していくことが検討されていた。実習施設は、小規模で運営され常に同じ職員であることが多い。藤岡ら<sup>14)</sup>は、実習指導者の育成方法として、グループディスカッションが効果を発揮すると述べている。日頃、施設間で交流することは、現状の業務の中では困難と予測される。今回、実習打ち合わせ会において施設間で交流したことは、共通問題を具体的に検討できる場となったことが考えられる。また、実習を受け入れている訪問看護・富山型デイサービス・地域包括・訪問入浴といった施設の相互理解と、地域の中にある施設が協働で学生支援をしていく体制を構築することは、教育機関である本学の役割だと考える。

### 6. 3 【学生とのコミュニケーションを図る】

在宅看護の実習は、1997年より看護師過程のカリキュラムに導入され、2009年のカリキュラム改正で基礎から総合分野までの各看護学が統合され、多様な場で実習を行うことが望ましいとされた。本学は2008年に開講し、2010年から在宅看護学実習として、訪問看護・富山型デイサービス・地域包括・訪問入浴で実習を行っている。実習施設の約7割は、初めて学生を受け入れ、《学ぶ姿勢が感じられない》、《学生のレベルに差がある》といったことに困っていた。

米田ら<sup>15)</sup>習指導者講習会を受講した看護師を対象とした調査によると、指導者の困難感として、意欲や反応のない学生・学生への言葉がけが難しい・指導内容がうまく伝わらないことが報告されている。本研究の結果においても、学生の学習姿勢やレベルに差があることに困っており、同様の結果であるが、看護職である指導者だけでなく多職種の回答を含んでいる。これは、職種に関係なく学生としての学ぶ姿勢が問われていることが考えられる。

藤岡ら<sup>16)</sup>は、受け身でパワーの見えない、学習意欲が見えないという評価が圧倒的だが、学生のパワーを潰すような関わりをしていないかという反省も必要と述べている。また、学生にとって初めていく実習の場は、緊張がより高く不安である。このようなことから、指導者・多職種は、自ら“学生に歩みよって声を掛け合い、意見、質問できる雰囲気づくりを心がける”、“スタッフ自ら学生に声をかけていく”という、学生が実習しやすい雰囲気や安心感を与えるための意図的な関わりが現れだと考えられる。

#### 6. 4 【日々の振り返りを行う】

在宅看護学実習は、自宅などの生活の場に出向きケアが行われるため、学生は見学を中心として実習している。また、学生は、少子化・核家族化などの影響で、状況にあわせた態度やコミュニケーション能力の低下が指摘される。日々の見たこと、体験したことに関してリアルタイムに、指導者と一緒に振り返ることは、学生にとって学びの促進と勇気づけ<sup>17)</sup>となる。これらのことは、看護学生に限らず人と人とが関わる職業を目指す学生たちには言えるとともに、学生に関わる指導者・多職種にとっても新たな気付きや学生の思いを知る機会となり得る。また、前述した通り在宅ケアは多職種との協働で行われることが多い。つまり、それぞれの職種が完全に分業されるのではなく、多職種との重なり合う業務が存在する<sup>18)</sup>。このようなチームでケアを行う場で日々の振り返りを行うことは、学生が多職種を身近に感じ、協働するイメージをもつことにつながると考えられる。しかしながら、看護の専門性の部分については、指導者や教員が担う必要がある。このことについては、今後の課題である。

#### 6. 5 【学生が体験・参加できるよう配慮する】

一方的な知識や技術を解説するだけでなく、学生が能動的な活動を通して考えることは、学生の学びを促進するために重要である<sup>19)</sup>。看護教育に限らず人を対象とする専門職では、マニュアルではないその場や対象の状況に応じてケアを行っており、学生が体験・参加することの意義が大きい。本学の在宅看護学実習を行っている施設は、訪問看護・富山型デイサービス・地域包括・訪問入浴と保健・看護・福祉に関連した幅広い視野が必要である。指導者・多職種は、学生が《学ぶ姿勢が感じられない》ことに困っていたが、それぞれの実習の場で、“なるべく利用者さんに近づけるよう、触れさせる”や“家族の様子が変わるため、送迎に積極的に参加してもらおう”という意図的な、学生の学びを促進する関わりが検討されている。今後は、このような関わりが、学生にどのような学びへとつながったか検討していくことが課題となった。

#### 6. 6 【実習施設と教員で学生の情報を共有する】

本学の在宅看護学実習では、教員が毎日施設を巡回しているが、施設外への訪問などにより学生の日々の体験をリアルタイムに把握することは困難なことが多い。また、巡回時、実習スケ

ジュールの変更などで、指導者・多職種・学生と会えない日もある。このような中、指導者・多職種は、《どこまでの指導をしたらよいか迷う》、《指導方法や内容に不安がある》といったことに困っている。これらは、実習指導者の悩みとして共通してあげられる<sup>20)</sup>。今回、“これでよかったかいつも感じているため、学生の情報は、その日のうちにメールで先生とやり取り”という方法が検討された。これは、ただ単に学生の情報を共有するだけでなく、双方が学生とともに成長していけるよう、指導者・多職種・教員の迷いや不安も同時に共有していくことが大切だと考える。また、メールだけのコミュニケーションは、双方の思いがうまく伝わらないことや誤解を招くこともあるため、対話をする機会をできるだけ増やしていくことが必要だと考えられる。

#### 7. 結論

本研究は、在宅看護学実習における実習指導者・多職種の困っていることを明らかにし、施設での指導の方向性を検討することが目的であった。実習打ち合わせ会において、困っている内容について共通理解を図り、施設における指導の方向性を検討し内容を分析した。

その結果、困っていることは、《学生のレベルに差がある》、《どこまで指導したらよいか迷う》、《業務との調整が負担》、《学ぶ姿勢が感じられない》、《指導方法や内容に不安がある》、《学生を乗せての運転》の6つが明らかとなった。施設における指導の方向性として、【職員全員で関わる】、【利用者の選定や訪問調整の工夫】、【学生とのコミュニケーションを図る】、【日々の振り返りを行う】、【学生が体験・参加できるよう配慮する】、【実習施設と教員間で学生の情報を共有する】の6つが得られた。困っている内容は、実習指導者が抱える悩みと同様の結果であるが、《学生を乗せての運転》という施設業務の違いからの困難さがあった。施設における指導の方向性は、指導者だけでなく多職種を含め対象としたが、実習指導者の役割とされる内容と同様な結果であった。しかし、指導者は、職種が異なる職員と一緒に学生を育てる方法として、“スタッフに職種の説明をしてもらおう”や、“看護実習を受け入れる思いをスタッフに伝える”という具体的な内容が検討され、実習施設全体で共通認識する機会となった。

今後は、このような関わりが、学生にどのような学びへとつながったか検討していくこと、在宅看護の学びを促進する指導者・多職種それぞれの

との関わりが課題である。また、今回の指導の方向性は、実習施設全てを網羅するものではなく、4形態の特徴を捉えきれていない。また、他の実習形態においてはこの限りでなく、施設の特徴を踏まえ検討していくことが必要である。

本研究の実施にあたり、お忙しい中、ご協力くださいました実習施設の皆さんに深く感謝いたします。

なお、本研究は、第46回日本看護学会（在宅看護）<sup>21)</sup>で発表したものに加筆、修正を加えました。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省、看護教育の内容と方法に関する検討会報告書、2011
- 2) 米田照美、前川直美、沖野良枝、他：実習指導者講習会が指導者の役割追行に及ぼした影響、人間看護学研究、6、p77-90、2008
- 3) 石崎邦代、池田正子：臨地実習指導者がかかえている指導上の困難とその支援実習指導者へのアンケート調査より、日本看護学会論文集（看護教育）、38、p228-230、2008
- 4) 泊裕子、栗田孝子、田中克子：臨地実習指導者経験による「指導者のとらえ方」の変化と必要な支援の検討、岐阜県立看護大学紀要、10(2)、p51-57、2010
- 5) 千葉朝子、中垣明美：臨地実習指導者の指導時期ごとの指導観・指導方法—3年課程看護師養成所の実習を担当している指導者に焦点を当てて—、の本看護学教育学会誌、12、1、p29-38、2011
- 6) 深谷由美、内藤恭子、御田村相撲、在宅看護実習における臨地実習指導者と教員の指導役割についての検討—学生が指導者から指導を受けたことの影響より—、愛知きわみ看護短期大学紀要、9、p61-66、2013
- 7) 中田芳子、磯みどり、新村直子、在宅看護論実習における外来看護実習指導の現状—実習指導者の実習の受け止め方と課題—、日本看護学会論文集地域看護、41、p111-114、2011
- 8) 山本美弥、御田村相撲、通所系サービス実習における学生の学び—学生の実習体験感から—、愛知きわみ看護短期大学紀要、6、p1-6、2010
- 9) 鈴木育子、石津仁奈子、佐藤正子、統合分野における在宅看護論教授法と実習指導の課題と方向性—過去6年間の在宅看護論に関する文献検討—、看護学研究紀要、3、1、p27-35、2015
- 10) 工藤節美、宇都宮仁美、時松紀子他、看護の視点の広がり育成のための地域看護実習—実習効果を上げるための特徴的な取り組み—、大分看護科学研究、5(2)、p21-26、2004
- 11) 池田佳子、宇都宮明美、櫻井文乃他、大学と病院との実習における協働体制を育む取り組み—急性期実習意見交流会の試み—、聖路加国際大学紀要、12、p63-67、2016
- 12) 臺有桂、樋口キエ子、若佐柳子：「在宅実習Ⅱ」の受け入れに関する訪問看護ステーションの現状と課題、順天堂医療短期大学紀要、15、p28-35、2004
- 13) 大高恵美、佐藤サツ子、佐藤美恵子、療養型医療施設における臨地実習指導の現状と課題—初めて実習指導を行った実習指導者を行った臨地実習指導者と病棟管理者の面接調査より—、日本赤十字秋田短期大学紀要、10、p39-47、2005
- 14) 藤岡完治、屋宜譜美子、看護教育と臨地実習指導者、医学書院、p158、2004
- 15) 米田照美、前川直美、沖野良枝他、実習指導者講習会が指導者の役割遂行に及ぼした影響、人間看護学研究、6、p77-90、2008
- 16) 再掲書14)、p93
- 17) 再掲書14)、p86
- 18) 篠田道子、多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル、医学書院、p23、2011
- 19) 梶田叡一、考える看護学性を育む授業づくり—意欲と主体性を引き出す指導方法—、メヂカルフレンド社、p80、2013
- 20) 再掲書14)、p91
- 21) 第46回日本看護学会—在宅看護—学術集会抄録集、p13

# A study on the direction of guidance at facilities for home care nursing practice

## —Difficulties faced by practice instructors and multiple professionals—

Takae IMAGAWA<sup>1)</sup>, Yukiko KITAYAMA<sup>1)</sup>, Harumi ARAKI<sup>2)</sup>

1) *Department of Nursing, Toyama college of Welfare Science*

2) *Faculty of Nursing, Chukyo Gakuin University*

### Abstract

The aim of this study is to elucidate the difficulties faced by practice instructors and multiple professionals, and to examine the direction of guidance at facilities for home care nursing practice. A consultation meeting consisting of the representatives of these facilities was held to understand the common difficulties experienced by practice instructors and multiple professionals. At the meeting, the difficulties were analyzed, and the direction of guidance was examined. As a result, the following six difficulties were identified: “there are differences among students’ levels”, “the goal of guidance is unsure”, “adjustment between the guidance and business affairs is a burden to me”, “I cannot recognize the students’ learning attitude”, “I am anxious about the teaching method and its content” and “it is difficult for me to drive a car with students”. The following directions for guidance were obtained: “all staff should be involved in the guidance”, “users should be selected and effective home care nursing should be designed”, “communications with students should be attempted”, “everyday performances should be reviewed”, “opportunities should be created for students to experience and participate in home care nursing” and “information of students should be shared between the staff of a facility and teachers”. To facilitate students’ learning of home care nursing, our future task is to examine the roles of practice instructors and multiple professionals in the home care nursing.

Keywords : home care nursing practice, practice instructors, multiple professionals

## 倫理的行動ができる介護福祉士の姿勢に関する一考察 ～学生レポートからの倫理的問題事例の分析～

小出えり子<sup>1)</sup>、境 美代子<sup>2)</sup>、河相てる美<sup>2)</sup>

1)富山福祉短期大学 社会福祉学科 2)富山福祉短期大学 看護学科

(2016.9.30受稿, 2016.10.21受理)

### 要旨

A福祉短期大学の介護福祉士養成教育では、看護学科教員が中心となり、「介護の基本」の講義において、高齢者の倫理的問題について事例検討を通して理解を深めることを目標としている。これにより学生は倫理的問題を認識し行動することができ、倫理観の育成につながると考える。今回、学生が体験した倫理的問題事例検討から「倫理的行動ができる介護福祉士の姿勢」のレポートより学生が捉えた内容を分析した。その結果、《その人らしく生活できるように支援する》《倫理的問題の改善に向けて行動する》《働きやすい職場環境をつくる》《倫理原則から分析できる習慣を持つ》の4つカテゴリーが抽出された。分析内容より、実習中に直接関わる場面や介護福祉士や利用者間の対応場面で間接的に観察し感じとっている内容の記述がみられた。学生は介護福祉士として相手の立場に立って考え、日常の問題に気づき、相談する姿勢を持ち、問題改善に向けて行動することが必要であると捉えていることが推察される。

キーワード： 介護学生、倫理的問題、介護基礎教育

### 1. はじめに

高齢社会における医療、介護の現場において看護師や介護職員は、対象者の尊厳を考慮して看護や介護を進めていくことが重要となる。特に高齢者を対象とした介護現場では、認知症などの特有な症状を呈する対象者に対して人権を保護し、尊厳を考慮して倫理的視点で行動することが要求される。介護福祉士は、日本介護福祉士会倫理綱領(1995年11月7日宣言)の中で、「私たち介護福祉士は、介護福祉ニーズを有する全ての人々が、住みなれた地域において安心して老いることができ、そして暮らし続けていくことのできる社会の実現を願っています。そのため、私たち日本介護福祉士会は、一人ひとりの心豊かな暮らしを支える介護福祉の専門職として、倫理綱領を定め、自らの専門知識、技術及び倫理的自覚を持って、最善の介護福祉サービスを提供してまいります。」と前文に掲げて以降、7つの項目である『1. 利用者本位、自立支援、2. 専門的サービスの提供、3. プライバシーの保護、4. 総合的サービスの提供と積極的な連携、協力、5. 利用者ニーズの代弁、6. 地域福祉の推進、7. 後継者の育成』<sup>1)</sup>をあげている。「倫理」とは、人間らしさを追求する援助者の主体的なあり方への問いを意味する。介護現場では、認知症などの特有な症状を呈する対象者に対して人権を保護し、尊

厳を考慮して倫理的視点で行動することが重要となる。介護福祉士は、利用者にとって医療福祉の専門職の中で一番近い距離にあって日々の利用者の基本的な日常生活の支援に当たっている。ゆえに介護福祉士をめざす学生が基礎教育において倫理を学ぶことが、倫理的問題を認識し、倫理的思考、倫理的判断のプロセスを踏まえて正しく倫理行動ができ、それが倫理感性を育成することにつながるものと考えられる。

しかしながら、倫理綱領の宣言が「看護者の倫理綱領」に比較して関係職種への周知が遅く、介護養成校等における倫理教育は実施されているが、その教育効果などの実践報告がされていない現状がある。

A福祉短期大学の介護専攻においては、看護基礎教育における倫理教育内容と同様に「介護の基本」の授業の中で、特に高齢者の尊厳を守る基本姿勢を中心とする倫理教育を実施した。看護学科教員が中心となり、「介護の基本」の講義の中で高齢者の倫理的問題について事例検討を通して理解を深めた。その後介護学生が高齢者の尊厳を理解して倫理的問題を認識し実習に臨んだ。その授業を受講後に、実習を通して学生が体験した「倫理的行動ができる介護福祉士の姿勢」のレポートより学生が捉えた内容の結果から、教育効果を考察する。今後の介護領域における倫理教育の方向



性を検討し、報告することによって、今後の介護教育に活かすことができ、よりよい介護福祉士の育成に繋がると考える。

### 用語の定義

倫理的問題：倫理的思考や倫理的意思決定を必要とする状況で、何が正しくて何をなすべきなのかという行動の善悪を考慮すべき問題のこと。

## 2. 研究目的

A福祉短期大学の介護専攻学生2年生が、「介護の基本Ⅳ」の授業科目の中で「高齢者の倫理的問題」に関する講義を受けた後に、学生自身が実習等を通して認識した高齢者に対する倫理的な問題についての課題レポート「倫理的行動ができる介護福祉士の姿勢」の内容を分析することで、介護学生に対する倫理的行動ができる教育の示唆を得る。

## 3. 研究方法

### 3. 1 研究期間

平成27年10月

### 3. 2 研究対象者

A福祉短期大学介護学生2年生の30名のうち回答の得られた28名（93.7%の回答率）

### 3. 3 研究方法

授業科目「介護の基本」で「高齢者の倫理的問題」について事例検討をする。看護師の教員が担当する「倫理教育」の授業の中で、学生が授業を通して学んだ倫理的問題事例について「倫理原則」や「日本介護福祉士会倫理綱領」などから分析し、解決策を見出し発表する。

### 3. 4 倫理的配慮

対象学生には、口頭で研究の目的と趣旨の説明を行った。また、課題レポートは研究以外に使用しないことや研究への不参加によって不利益が生じないことを書面で同意を得た。また、A福祉短大倫理審査委員会の承認を得て実施した。（福短H27-022号）

### 3. 5 授業の概要

倫理教育の授業は、2年次の後期に専門必修科目として90分×4回の授業である。学習目標は、「介護福祉士が対象とする人を理解し、一社会人として倫理的視点における判断や意思決定能力

を身に付ける」として、講義では1) 介護における倫理の必要性、2) 介護倫理に関する基礎知識（倫理原則、介護福祉士の倫理綱領など）、3) 看護実践上の倫理概念、4) 介護場面で直面している倫理的ジレンマの倫理の内容としている。その後、介護実習で学生自身が体験した事例に基づき、グループワーク（6～7人／G）で事例検討をする。

## 3. 6 分析方法

分析は質的帰納的分析手法を用い、次の手順で行った。

- 1) 「倫理的行動ができる介護福祉士の姿勢」の課題レポートを分析テーマとする。
- 2) 学生の記述した文脈を抽出し、共通性、相違性を比較検討しながら類似した内容を集約して、サブカテゴリー、カテゴリーを形成していった。
- 3) 研究者3名で記載内容について検討し、合意形成を行いながら分析した。

## 4. 結果

「倫理的行動ができる介護福祉士の姿勢」をテーマに学生からの課題レポートを対象とし、分析した。その結果、4つのカテゴリーと10のサブカテゴリーに抽出した（表1）。

次にそのカテゴリーとサブカテゴリーを説明する。（以下《 》は「カテゴリー」〈 〉を「サブカテゴリー」で表す。〔 〕内の文章は、学生のレポート内の文章を抜粋したものである）

### 4. 1 《その人らしく生活できるように支援する》

学生は〔自分だったらと利用者の立場に立ち、常に問題意識を持ち続ける〕、〔自分がされて嫌だということは利用者にはしてはいけない〕、〔利用者のことを一番に考え、自分の価値観だけで行動しないことが、倫理的行動につながると考える〕と述べており、〈利用者本人の立場で行動ができる〉ことの大切さについて気がついている。

また、〔利用者に合った介助方法を考えることが大切である〕、〔利用者の立場になり、味方になって生活を支えていく〕、〔その人らしく生活してもらえるようにする〕、〔利用者がどんな思いなのか、どんな生活をしたいのかを考える〕と記述している。このことから、その人らしい生活を考えることが重要であることを理解している。

#### 4. 2 《倫理的問題の改善に向けて行動する》

学生は、〔日常に転がっていたり埋もれていた問題や事態に気付く視点を持つことが大切〕、〔このままにしてよいのかを立ち止まって考える〕、〔1日を振り返り疑問に思ったことについて考える〕と記述している。このことから、介護福祉士として<日常の身近な問題に気づく>必要性に気付いている。

また〔おかしいと思ったことを皆で共有し、相談することが大切である〕、〔同じ思いを持った人を集めて、態度表明をし、実現することを介護福祉士がとる姿勢として必要である〕と記述している。このことから、困ったときには、<相談する姿勢を持つ>必要性があると理解し気付いている。

さらに、〔このままにしてはいけなと思えたら、次は行動を起こす勇気が必要である〕、〔何か問題を見つけた場合、注意することができるようにしたい〕、〔倫理的行動に対して、職場の雰囲気にならされることなく問題提起し議論できること〕と記述している。このことは、以前は、おかしい

と気づきながらも行動できなかったことを、この授業の学びを通して、今後は、職場でも流されることなく、声を発していける介護福祉士《倫理的問題の改善に向けて行動する介護福祉士》になることへの動機づけとなっている。

#### 4. 3 《働きやすい職場環境をつくる》

〔他の職種と一緒に考えることで解決策が導き出せると思う〕、〔チーム全体で行動にうつすことが大切だと考える〕、〔自分ひとりでやろうとしないで他職種と連携することが必要だ〕、〔職場の風通しを良くする〕と述べていることから、働きやすい職場環境をつくる他の職種と連携することが、大切であると理解している。

〔一人ひとりの心豊かな生活を支える専門職という自覚を強く持つ〕、〔教養と道徳心を持っている〕、〔自分の行動に責任を持ち〕、〔過度の疲労や精神的なプレッシャーがないこと〕、〔初心の気持ちを忘れないことが大切である〕と記述していた。このことから、《働きやすい職場環境をつくる》上で、介護職として、自分の行動に責任を持

表1 学生が捉えた倫理行動ができる介護福祉士の姿勢

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
その人らしく生活できるように支援する	利用者本人の立場で行動ができる	自分だったらと利用者の立場に立ち、常に問題意識を持ち続ける
		自分がされて嫌だということは利用者にはしてはいけない
	その人らしい生活を考える	利用者のことを一番に考え、自分の価値観だけで行動しないことが、倫理行動につながる
		利用者に合った介助方法を考えることが大切である
倫理的問題の改善に向けて行動する	日常の問題に気づく	利用者の立場になり、味方になって生活を支えていく
		その人らしく生活してもらえようとする
		利用者がどんな思いなのかやどんな生活をしたいのかを考える
	相談する姿勢を持つ	日常に転がっていたり埋もれていた問題や事態に気付く視点を持つことが大切
		このままにしてよいのかを立ち止まって考える
		1日を振り返り疑問に思ったことについて考える
問題改善に向けて行動する	おかしいと思ったことを皆で共有し、相談することが大切である	
	同じ思いを持った人を集めて、態度表明をし、実現することが介護福祉士がとる姿勢として必要である	
	このままにしてはいけなと思えたら、次は行動を起こす勇気が必要である	
働きやすい職場環境をつくる	他の職種と連携する	何か問題を見つけた場合、注意することができるようにしたい
		倫理的行動に対して、職場の雰囲気に流されることなく問題提起し議論できること
		他の職種と一緒に考えることで解決策が導き出せると思う
		チーム全体で行動にうつすことが大切だと考える
	自分の行動に責任を持つ	自分ひとりでやろうとしないで他職種と連携することが必要だ
		職場の風通しを良くする
		一人ひとりの心豊かな生活を支える専門職という自覚を強く持つ
		教養と道徳心を持っている
倫理原則から分析できる習慣を持つ	利用者の思いを尊重する	自分の行動に責任を持ち
		過度の疲労や精神的なプレッシャーがないこと
		初心の気持ちを忘れないことが大切である
	最善の方法を倫理の視点で考える	利用者の思いや理由を聞き利用者の尊厳を尊重する
		利用者本人の同意を得てから支援する
		利用者の配慮を忘れないことが倫理原則を守ることにつながる
危険のないように行動する	最善の介護福祉サービスを提供するにはどうしたらよいか考えながら行動する	
	倫理原則の視点から分析する習慣をつけることも必要である	
	倫理とは、人が人として生きていくうえで基盤となる	
		利用者や家族にとって良いことを考え、利用者を危険にする行動をしないようにする
		利用者に危険のないようにしたい

ち、看護チームや利用者を支える多職種間で情報共有することにより、倫理的問題を解決することができると考えている。

#### 4. 4 《倫理原則の視点から倫理的問題を分析する習慣を持つ》

〔利用者の思いや理由を聞き利用者の尊厳を尊重する〕、〔利用者本人の同意を得てから支援する〕、〔利用者の配慮を忘れないことが倫理原則を守ることに繋がる〕と記述している。このことから、〈利用者の思いを尊重する〉ことの重要性を理解している。

また、〔最善の介護福祉サービスを提供するにはどうしたらよいか考えながら行動する〕〔倫理とは、人が人として生きていくうえで基盤となる〕と記述していることから、〈最善の方法を倫理の視点で考える〉ことの重要性を感じ取っている。

さらに、〔利用者や家族にとって良いことを考え、利用者を危険にする行動をしないようにする〕、〔利用者に危険のないようにしたい〕と記述していることから、介護福祉士は利用者にく危険のないように行動する〉責任の重要性を担っていることを理解している。

### 5. 考察

実習を通して介護学生が認識した倫理的問題としては、授業を通して対象者の人権や尊厳ある対応をすることの大切さを理解したことにより、高齢者への基本的な生活支援および高齢者の人権に関する問題を倫理的問題として認識したと考えられる。横山<sup>4)</sup>らの研究においても「自己覚知を促し倫理的感性を磨く教育方法を工夫する必要がある」と述べている。介護学生は、介護福祉士として利用者に関わる際に、これまでの実習を通して、介護場面で利用者支援の際に、認知症の利用者との関わり方や、利用者への接し方などを介護の基本や、認知症の理解の科目で学んでいながらも、現場での介護スタッフの利用者への関わり方をみて、「スッキリしない」とか、「こんな関わり方でいいのか」という疑問の訴えが多かった。今回、倫理教育を学んだことによって、施設における利用者との関わり方では、利用者のことを考えて権利を擁護できないままケアが実施されている場面に遭遇し、介護福祉士としての倫理行動に問題があると学んでいたと言える。

1) 《その人らしく生活できるように支援する》とは、〔自分だったら〕と利用者の立場に立ち、常に問題意識を持ち続ける。また〈そ

の人らしい生活を考える〉においては、〔自分がされて嫌だということは利用者にはしてはいけない〕ことから、利用者の立場になってその人らしい生活を考えることが大切である。そのためには、利用者本人の気持ちを受け止め、利用者一人一人にあった介助方法や支援方法を考えながら、また認知症患者の対応場面など、コミュニケーションが取りにくい場合には、特に声かけをして、患者の反応を確認しながら援助をすることが大切であると考えている。

2) 《倫理的問題の改善に向けて行動する》の〈日常の問題に気づく〉においては、〔日常に転がっていたり埋もれていたたりする問題や事態に気づく視点を持つことや一日を振り返り考えることが大切であると考えている。

また〈相談する姿勢を持つ〉においては、おかしいと思ったことは、皆で共有し、相談することが大切である。そしておかしいとみなで態度表明することが、介護福祉士がとる姿勢として必要であると認識している。重要性を感じ取っている

〈問題改善に向けて行動する〉においては、何か問題を見つけた場合には、そのままにしないで、積極的に問題提起し行動していくなら、倫理的問題を解決することができると考えている。一番多かったカテゴリーは、《倫理的問題の改善に向けて行動する介護福祉士》であったことから、以前は、おかしいと気づきながらも行動できなかったことを、この授業の学びを通して、筆者らは、今後は職場の雰囲気でも流されることなく、声を発していける介護福祉士になることを期待している。

3) 《働きやすい職場環境をつくる》の〈他の職種と連携する〉においては、自分ひとりでもやろうとしないで他職種と連携することが必要であり、職場の風通しを良くし、働きやすい職場環境をつくる上で、大切であると認識している。また、介護職として看護チームや利用者を支える多職種間で情報共有することにより、倫理的問題を解決することができると考えている。〈自分の行動に責任を持つ〉においては、利用者の心豊かな生活を支える専門職として自分の行動に責任を持つ〉初心を忘れないで、道徳心を持ちと精神面の管理も自覚している。そのように、専門職としてプライドを持って利用者に関われば倫理的問題

題を解決することができると考えている。坪井<sup>5)</sup>らが、「倫理的感受性には、看護職よりも介護職の配意人数が多く、介護職の意向が反映されがちなケア提供体制により作用すること」と述べているように、介護福祉士を目指す学生が「他職種と連携する」、<自分の行動に責任を持つ>ことに気づいたことは、「働きやすい職場環境をつくること」の原動力となると考える。

- 4) 《倫理原則の視点から倫理的問題を分析する習慣を持つ》では、日頃から、「なんだかすっきりしない」思いや「あれで良かったのかな」と疑問が残ることに関しては、それらが倫理的問題と捉えて考えることが必要だと気づき、日頃から利用者の思いや理由を聞き、利用者の尊厳を尊重することだと、また利用者の同意を得て支援すること、利用者の配慮を忘れないことが倫理原則を守ることだと理解している。

<最善の方法を倫理の視点で考える>においては、利用者に最善の介護福祉サービスを提供するためにどうしたらいいのかといつも考えながら行動するというのは倫理原則を守る介護福祉士として模範的な考えをしている。

<危険のないように行動する>においては、介護福祉士として、利用者の健康面や生活面を安全に安楽に支援するならばなおのこと、本人からも家族からも信頼されお互いに尊重し会える立場になれるに違いないと考える。また、ここでは認知症患者や対応場面など、コミュニケーションが取りにくい場合では、特に声かけをして、利用者の反応を確認しながら援助をすることが安全や安楽、安心できる支援に繋がる支援であると考えている。

特に、認知症高齢者への関わり方については、利用者の尊厳をしっかりと受け止めて、説明や同意を得てケアを実施することが倫理行動につながる、気づいていたと思われる。

また、利用者の立場に立った支援が最も大切であり、例え認知症であってもプライバシーを尊重した支援をするべきであり、排泄の支援、入浴介助時、食事介助中の支援方法においても自分たちの取るべき支援方法について、利用者に対してどのように関わったらいいのか気づいている。よって、倫理的問題の事例について学んだ後の実習においては、利用者や介護職員とのケア場面から、直接には関わっていないが利用者のことを考えな

がら倫理的問題として認識して、倫理行動として良い支援方法であるかどうかを判断できていると考えられるので、教育効果があったと考える。

境<sup>6)</sup>の看護学生を対象とした研究で述べられているように、「学生が体験した倫理的問題事例を通して、倫理的問題を通して、倫理的問題を認識して倫理的判断ができる看護師の育成につながる」と述べており、介護学生においても同様に学生が体験した倫理的問題を事例検討することが教育上意義あるものとする。

## 6. 結論

- 1) 本研究では、学生の体験した倫理的問題事例分析後の課題レポート、「倫理的行動ができる介護福祉士の姿勢」の記述データを分析することにより、以下のことが明らかとなった。《その人らしく生活できるように支援する》、《倫理的問題の改善に向けて行動する》、《働きやすい職場環境をつくる》、《倫理原則の視点から倫理的問題を分析する習慣を持つ》の4つのカテゴリと10のサブカテゴリを抽出した。
- 2) 介護の基本の教育において、学生が体験した倫理的問題事例を分析し検討することにより、倫理的行動について学びが深まることが示唆された。

## 7. おわりに

今回、介護学生が、「介護の基本」の講義の中で倫理教育を受けたことによって、その後の介護実習を行った介護現場では、認知症などの特有な症状を呈する対象者に対して人権を保護し、尊厳を考慮して倫理的視点で行動することが重要であるということを理解できた。その上で、学生自身が実習を通じてスッキリしない事例や、認知症のある高齢者へのかかわり方について、何が正しくて何をなすべきなのかという行動の善悪を考慮すべき問題を倫理的問題であると認識出来たことは、学生にとって学びの機会となったと考える。今後就職した施設においても倫理的問題を認識すること、敏感に感じ取る感性が向上すること、そして、自分がこの問題に対してどのような行動を取るべきであるのかといった視点で考え、判断して、倫理的行動が出来るように、今後も自らの学びの機会を捉え、自己研鑽することを期待する。今後、介護現場の中では、自身が、日常業務に流されることなく、倫理的問題を認識すること、敏感に感じ取る感性を持ち続けることは、大切で

ある。そして、自分がこの問題に対してどのような行動を取るべきであるのかといった視点で考えること、また介護職場で声を上げていくことが、よりよい介護を実践していく姿勢に繋がることを忘れないことである。

以上より介護福祉士養成校における倫理教育は継続して行われる必要があり、さらに倫理的問題を認識した場合どのように行動していったらよいのかといった、積極的な考え方ができる教育を目指したい。尚、本研究の概要は、平成28年度第9回日本看護倫理学会で、示説発表したものである。

### 引用・参考文献

- 1) 日本介護福祉士会倫理綱領（1995年11月17日宣言）日本介護福祉士会倫理基準（行動規範）
- 2) 日本看護協会看護者の倫理綱領. 看護. 55(11). 69-72. 2003.
- 3) 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン日本看護倫理学臨床倫理ガイドライン検討委員会報告. 2015.
- 4) 横山さつき著：介護施設における要介護高齢者への倫理的配慮の現状と課題 介護職員と介護実習生に対する調査から. 老年社会科学出版（0388-2446）36巻4号. 409-422. 2015.
- 5) 坪井 桂子著：高齢者看護学実習における看護倫理上の課題に取り組むための教育方法の検討. 岐阜県立看護大学紀要. 1346 - 2520. 10巻2号. 19-27. 2010.
- 6) 境 美代子著：学生が捉えた倫理的行動ができる看護師の姿勢 —倫理的問題事例分析からの学び—. 共創福祉紀要. 第11巻第1号. 37-46. 2016.

# A study on attitudes of care worker enabling ethical behavior ～Analysis for the ethical issue cases using student reports～

Eriko KOIDE<sup>1)</sup>, Miyoko SAKAI<sup>2)</sup>, Terumi KAWAI<sup>2)</sup>

1) *Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science*

2) *Department of Nursing, Toyama college of Welfare Science*

## Abstract

In the care worker training education of A college of welfare science, there is the lecture of “basic care” that the teachers in department of nursing mainly take charge of. This lecture aims that students deeply understand and are aware of the ethical problems through the case study about ethical problems for the aged.

In this paper, we analyzed student recognition contents using the reports written by students with experimental ethical problems. As a result, four categories were found out as the following, “supports for person-like life”, “acting for improvement of ethical issues”, creating the better working environment”, and “having a habit being aware of ethical principal.

The conclusion shows that students concern with being aware of the ethical problems, having attitudes of consultation with other care workers, and acting to improve these problems in viewpoint of care worker.

keyword : nursing care worker student , ethical issues , the care worker training education



## 在宅看護学実習の受け入れによる実習指導者・多職種の意識の変化に関する検討

今川 孝枝<sup>1)</sup>, 北山由起子<sup>1)</sup>, 荒木 晴美<sup>2)</sup>

1)富山福祉短期大学看護学科 2)中京学院大学看護学部看護学科

(2016.9.30受稿, 2016.10.21受理)

### 要旨

本研究は、在宅看護学実習施設における指導者・多職種の意識の変化を明らかにし、今後のより効果的な実習を検討することを目的とし、回答者70名の記述について内容分析した。その結果、指導者・多職種の意識の変化として6カテゴリーが抽出された。6のカテゴリーは、【自身が初心に戻った】、【基本を振り返り知識やケアの根拠を見直した】、【仕事への良い刺激となり頑張る意欲が出た】、【利用者の新たな一面に気づきケアを再考した】、【職員間で情報共有やケアの確認を行うようになった】、【実習目標を確認し指導者として意識した】であった。効果的な実習を展開するためには、指導者・多職種間、教員との情報共有の促進、地域の中における多職種連携について、学生も含め一緒に考えていくことが重要だと考えられる。

キーワード：在宅看護学実習、実習指導者、多職種

### 1. はじめに

看護学教育において臨地実習は、学内での講義及び演習で学んだ知識・技術を統合させる場として重要な位置づけである<sup>1)</sup>。在宅看護の役割の拡大に伴い多様な場で看護実践者を育成するため、本学の在宅看護学実習では保健・医療・福祉に関わる4施設形態、訪問看護ステーション（以下、訪問看護）、富山型デイサービス<sup>注1)</sup>、地域包括支援センター（以下、地域包括）、訪問入浴介護事業所（以下、訪問入浴）で実習を行っている。これらの施設は、小規模で看護職員の配置人数が少なく、学生の受け入れが1~3人である。また、実習指導者<sup>注2)</sup>（以下、指導者）だけでなく多職種<sup>注3)</sup>の協力を得ながら実習を行っている。看護職員の配置人数に限られる小規模な施設の指導者は、日常業務を行いながら指導者としての役割が求められる、多職種との調整などの業務が増大していることが考えられる。さらに、在宅看護が展開される場は、自宅だけでなく医療機関や各種サービス提供機関と幅広い。実習では、このような場に指導者と一緒に学生が同行するが、同行する学生数が状況によって限られるため、多職種と相談業務や送迎などに同行するといった施設全体での調整・協力を得ることが不可欠となっている。また、教員は、毎日施設へ巡回し学生の指導と実習調整を行っているが、在宅ケアを実施している場へ同行することは困難である。このため、臨地での直接的ケアに関する指導と説明をお願いしている。

本学は、2010年度から在宅看護学実習を開講し5年が経過した。実習を受け入れている施設は、初めて学生を受け入れた施設が約7割であり、指導者や多職種の戸惑いや緊張が伺えた。指導者は、十分に学生と関わる時間が確保できていないことや、指導への負担が大きいことが考えられる。

在宅看護学実習の実習指導に関する研究は、学生の経験と学びの記録から実習指導法の検討<sup>2)~4)</sup>、実習の受け入れによる訪問看護ステーションの変化<sup>5)</sup>、実習指導者と教員の連携・協働の課題<sup>6)</sup>、通所系サービス実習での学生の学び<sup>7)</sup>などが報告されており、効果的な実習を展開するための取り組みが行われてきている。2009年のカリキュラムの改正により、在宅看護学実習は統合分野に位置づけられ、人々の生活の様々な場での実習が求められるようになった。しかし、多くは訪問看護の実習で看護職を対象とした研究報告であり、実習に関わる多職種に関しては見当たらない。

そこで、今回は指導者・多職種が在宅看護学実習の学生を受け入れどのように意識が変化したかを明らかにして、今後のより効果的な実習を検討していきたいと考えた。

注1) 富山型デイサービス：高齢者、障害者（児）および児童のすべてを対象としたデイサービス、ショートステイ等の日中及び夜間の介護、訓練及びレクリエーション並びに保護又は預かりを



行う。また、小規模で多様なサービス形態（多機能）を持つデイサービス。

注2) 本研究において実習指導者とは、実習施設において学生の指導を行う看護職とする。

注3) 本研究において多職種とは、実習施設の介護職員、社会福祉士、ケアマネジャー、保育士である。

## 2. 研究目的

本研究では、指導者・多職種が在宅看護学実習の学生を受け入れどのように意識が変化したかを明らかにし、今後のより効果的な実習を検討することを目的とする。

## 3. 方法

### 3.1 対象

本大学在宅看護学実習施設 28 施設（訪問看護 10 か所、富山型デイサービス 5 か所、地域包括 9 か所、訪問入浴 4 か所）の実習に関わっている指導者・多職種。

### 3.2 調査方法

無記名による自記式調査。実習終了時に在宅看護学実習の実習先の管理者に調査への協力を書面・口頭で依頼し、調査用紙を指導者・多職種の人数分手渡した。調査用紙は施設で配布・回収し、返信用封筒に入れて郵送してもらった。調査用紙は 28 施設で 161 枚配布し、21 施設 131 人（有効回答 130 人、回収率 81.4%）から回答を得た。そのうち、実習の受け入れによる「意識の変化」について記載のあった 70 人の記述内容から意味のある 77 枚のコードを作成し 4 施設形態別に内容分析した。その後、施設形態別から抽出されたカテゴリーを統合し整理した。

### 3.3 調査内容

基本調査 6 項目（年齢、性別、基礎資格、勤務施設種別、実務経験年数、施設での経験年数）、実習の受け入れによる「意識の変化」について自由記述。

### 3.4 調査時期

2014 年 9 月配布 回収期限 2014 年 10 月 15 日

### 3.5 分析方法

基本調査は単純集計し、自由記述された内容は、意味内容を変えないように要約しコードを作成した。類似するコードをまとめサブカテゴ

リー、カテゴリーに整理した。分析は、共同研究者間で同意が得られるまで検討を重ねた。

## 3.6 倫理的配慮

管理者に研究の協力依頼書と調査用紙、封筒を手渡して、研究の趣旨と内容、匿名性の保持、調査用紙の返送をもって調査協力の同意が得られたと解釈すること、研究への参加の自由と結果の公表について口頭と文章で説明し、実習に関わった指導者・多職種へ配布を依頼した。無記名で回答後封筒に入れ、施設で回収し、施設ごとに研究者宛へ郵送してもらった。

なお本研究は、富山福祉短期大学研究倫理審査会の承認（福短 H26-012 号）を得て実施した。

## 4. 結果

全施設から抽出されたカテゴリーは 22、サブカテゴリーは 30、コードは 77 である。22 のカテゴリーは、訪問看護ステーション 9、富山型デイサービス 5、地域包括・訪問入浴それぞれが 4 である。そして、4 施設形態で抽出された 22 カテゴリーを統合し、6 カテゴリーが抽出された。

回答者 70 名は、平均年齢 44.9 歳（21～64 歳）、男性 8 名、女性 60 名、記載なし 2 名である。基礎資格は、看護師 46 名、准看護師 1 名、介護福祉士 14 名、社会福祉士 2 名、ケアマネジャー 3 名、保育士 1 名、記載なし 3 名であった。実務経験年数は、平均 16.0 年（9 ヶ月～44.2 年）であり、施設での経験年数は、平均 6.8 年（3 ヶ月～21.4 年）である。

施設形態別に分析した結果、各施設形態で抽出されたカテゴリーを統合した結果の順に述べる。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは < >、コードは“ ”で示す。

### 4.1 4 施設形態別（表 1、2）

#### 4.1.1 訪問看護ステーション

回答者は 37 名、平均年齢 46.7 歳（30～64 歳）、女性 37 名であった。基礎資格は、37 名すべて看護師であった。実務経験年数は、平均 21.7 年（3.3 年～44.2 年）であり、施設での経験年数は、平均 5.9 年（5 ヶ月～15.5 年）である。

訪問看護から抽出されたカテゴリーは 9、サブカテゴリーは 15、コードは 41 であった。9 のカテゴリーは、【自身が初心に戻った】、【知識の習得やケアの根拠を再確認した】、【仕事内容を振り返った】、【利用者の新たな一面に気づいた】、【学

生が実施したケアを継続した】、【職員間の情報共有の機会が増えた】、【実習目標を確認するようになった】、【実習指導者として意識し、学生への関心が高まった】、【安全運転を意識した】である。

【自身が初心に戻った】は、“学生さんに接するたびに、初心を忘れず身が引き締まる思いなる”といった、＜自身が初心に戻り気持ちを改めることができた＞と、“鋭い視点や学びの感想を読むと嬉しく、学びが得られる”や“初心に戻り、大切なことが改めて確認できる”という、＜学生から学びが得られ改めて気づくことがあった＞の2サブカテゴリーで形成される。

【知識の習得やケアの根拠を再確認した】は、＜新しい知識を習得したり確認するようになった＞、＜ケアの根拠を再確認するようになった＞の2サブカテゴリーで形成される。“自分自身もわからないことがあったら一緒に振り返って調べ返答を返す”や“自分で行っている看護について、きちんと説明できるよう勉強している”というコードが含まれる。

【仕事内容を振り返った】は、＜仕事の振り返りとなった＞、＜記録の見直し整理を意識するようになった＞の2サブカテゴリーで形成される。

【利用者の新たな一面に気づいた】は、＜利用者の情報を再確認した＞、＜利用者の新たな見方があった＞の2サブカテゴリーで形成される。“学生の記録を見ることで、再確認したり学生の視点での気づきを新たな知る機会となった”や“細かいところまで見て学んでおられるので、気付かされている”というコードが含まれる。

【学生が実施したケアを継続した】は、“学生が実践したケア（口腔ケア、排痰）を断続できるようにしている”とい1つのコードと、＜学生が実施したケアを継続した＞の1サブカテゴリーで形成される。

【職員間の情報共有の機会が増えた】は、＜職員間の情報共有の機会が増えた＞の1サブカテゴリーで形成された。“職員間でも細かい部分まで改めて確認し合えることがある”、“利用者の情報交換することが多くなり全員が共有する情報が増えた”というコードが含まれている。

【実習目標を確認するようになった】は、＜実習目標を確認するようになった＞の1サブカテゴリーで形成される。

【実習指導者として意識し、学生への関心が高まった】は、＜学生の立場を意識した関わり方や態度に変化した＞、＜自分の関わり方への関心、振り返りとなった＞、＜大切なことを正しく言葉

として学生に伝えるようになった＞の3サブカテゴリーで形成される。“ケアの必要性や方法を経験からではなく正しく言葉にして伝えることが必要”や“わかりやすく伝える力（説明力）が徐々に身につけてきた”という伝える力が述べられている。

【安全運転を意識した】は、“安全運転を意識”の1つのコード、＜安全運転を意識した＞の1サブカテゴリーである。

#### 4. 1. 2 富山型デイサービス

回答者は14名、平均年齢39.3歳（21～62歳）、男性3名、女性11名であった。基礎資格は、看護師2名、准看護師1名、介護福祉士8名、社会福祉士1名、ケアマネジャー1名、保育士1名であった。実務経験年数は、平均13.3年（1.4年～40.4年）であり、施設での経験年数は、平均8.4年（3ヵ月～21.4年）である。

富山型デイサービスから抽出されたカテゴリーは5、サブカテゴリーは7、コードは14であった。5のカテゴリーは、【自らが初心に戻った】、【スキルアップに繋がった】、【自らのケアの仕方や姿勢を見直した】、【仕事への良い緊張感、刺激となった】、【職員間でケアを再確認し合うようになった】である。

【自らが初心に戻った】は、“学生を見ていると初心を思い出し勤めただけの頃のように純粋な気持ちを持たなくてはと思う”、“学生の意見、思いを聞かせてもらうことで初心の大切を感じさせてもらっている”というコードから、＜自らが初心に戻った＞の1サブカテゴリーで形成される。

【スキルアップに繋がった】は、＜学生指導することで、スタッフのスキルアップに繋がった＞、＜学習する意欲が出た＞の2サブカテゴリーで形成された。“学生さんに負けないよう自分なりに介護の勉強をしようと思う”や、“学生指導にかかわるスタッフのスキルアップがみられた”というコードが含まれている。

【自らのケアの仕方や姿勢を見直した】は、＜自らのケアを見直すきっかけになった＞、＜自らの態度、姿勢の見直しになった＞の2サブカテゴリーで形成される。“いつも行っていることを見直すきっかけになった”や“一生懸命に実習をしている学生さんの姿から、日常の中で忘れがちな大切なこと（挨拶、言葉使い、話を聞く姿勢）”といコードが含まれる。

【仕事への良い緊張感、刺激となった】は、＜仕事への良い緊張感、刺激となった＞の1サ

表1 施設形態別意識の変化

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
自身が初心に戻った	初心に戻り、気持ちを改めることができた	学生さんに接するたびに、初心を忘れず身が引き締まる思いになる 自分も初心に戻り学ぶ
	学生から学びが得られ改めて気づくことがあった	自分の学生時代も思い出し、看護の仕事を行えていることに幸せを感じたり、問題意識をもちよりよいケアを行えるよう学ぶ姿勢をもたなければと改めて思う 鋭い視点や学びの感想を読むと嬉しく、学びが得られる 初心に戻り、大切なことが改めて確認できる
知識の習得やケアの根拠を再確認した	新しい知識を習得したり確認するようになった	医療情報は常に変わるので、新しい知識を身につける 自分でやっている看護について、きちんと説明できるよう勉強している 自分自身もわからないことがあったら一緒に振り返って調べ返答を返す 何気ない質問に気がつかされることも度々あり勉強になる 普段意識していないところを質問されるとこちらも学習意欲が高まる
	ケアの根拠を再確認するようになった	指導者としてカンファレンスに参加することで、自分自身が訪問看護について思考が明確になった エビデンスを確認するようになった
仕事内容を振り返った	仕事の振り返りができる	普段行っている看護がこのまま断続していか振り返る機会になる 基本的な手技などを再確認できる 学生は受けもち1名なので個性のある援助が可能であり自分たちももっと深く利用者と関わるべきと思う あまり変化がなく状態安定している患者さまに対しても今一度振り返ってみる機会となっている 利用者を見直すきっかけになる 自分たちの仕事内容の振り返りになる
	記録の見直し、整理を意識するようになった	記録整理、看護計画の見直しなど意識して行うようになった 記録の整理を意識
利用者の新たな一面に気づいた	利用者の情報を再確認した	学生の記録を見ることで、再確認したり学生の視点での気づきを新たに知る機会となった
	利用者の新たな見方があった	違った視点で観察してもらおうと参考になる 学生の新しい視点から利用者や家族を観察され、感動したと聞くことがある 細かいところまで見て学んでおられるので、気付かされている
学生が実施したケアを断続した	学生が実施したケアを継続した	学生が実践したケア（口腔ケア、排痰）を断続できるようにしている
職員間の情報共有の機会が増えた	職員間の情報共有の機会が増えた	利用者の情報交換することが多くなり全員が共有する情報が増えた 利用者の情報を再確認できる 質問されることにより、職員間でも細かい部分まで改めて確認し合えることがある 学生指導を行う際はスタッフ間でもミーティングが多く評価するきっかけとなっている
実習目標を確認するようになった	実習目標を確認するようになった	指導要綱に目を通すようになった 指導者として、学生の行動目標と実践が合致できたか、確認している
実習指導者として意識し、学生への関心が高まった	学生の立場を意識した関わり方や、態度が変化した	実習生の立場を考えて自然に関われるようになったと思う 学生の実習の目標を聞く態度が変化した
	自分の関わり方への関心、振り返りとなった	指導者中心に実習後のレポートを回覧し、自身の振り返りを行っている 自分の関わりで学生が何を学びどう感じているか関心が高くなってきた 学生の記録を読ませてもらった時に、自分自身の姿をどのように見られていたのか確認できた じっくり利用者さんと関わることの大切さ
	大切なことを正しく言葉として学生に伝えるようになった	わかりやすく伝える力（説明力）が徐々に身についてきた カンファレンスの時に言っていることを聞くと、訪問看護師として大切な事をしっかりと言葉に言える ケアの必要性や方法を“経験から”ではなく正しく言葉にして伝えることが必要
安全運転を意識した	安全運転を意識した	安全運転を意識

表2 施設形態別意識の変化

	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
富山型 デイサービス	自らが初心に戻った	自らが初心に戻った	学生を見ていると初心を思い出し勤めたばかりの頃のように純粋な気持ちを持たなくてはと思う
			学生の意見、思いを聞かせてもらうことで初心の大切を感じさせてもらっている
	スキルアップに繋がった	学生指導することで、スタッフのスキルアップにつながった	学生指導にかかわるスタッフのスキルアップがみられた
			毎日行っている介助なども説明することで再確認できる
			学生さんに負けないよう自分なりに介護の勉強をしようと思う
	自らのケアの仕方や姿勢を見直した	自らのケアを見直すきっかけとなった	自分のケアの仕方をも直すきっかけになり、助かっている
			いつも行っていることを見直すきっかけになった
			もう一度、自分の関わり方や介護負担を考えられる
	自らの態度、姿勢の見直しになった	自らの態度、姿勢の見直しになった	学生に声をかけ一緒にケアを行うようになった
			一生懸命に実習をしている学生さんの姿から、日常の中で忘れがち大切なこと(挨拶、言葉使い、話を聞く姿勢)
受け入れているときは、職員も多少なりとも緊張感が出ている			
仕事への良い緊張感、刺激となった	仕事への良い緊張感、刺激となった	職場の風通しができる	
職員間でケアを再確認し合うようになった	職員間でケアを再確認し合うようになった	学生さんがとても勉強熱心の実習に来ておられていて、仕事に対する良い刺激となった	
職員間でケアを再確認し合うようになった	職員間でケアを再確認し合うようになった	職員間で細かい部分まで改めて確認し合える	
地域包括	自らが初心に戻った	自らが初心に戻った	業務内容や考え方などを伝える際、自らが初心に立ち返ることができた
			新しい気持ちで利用者さんに関わることができた
			初心に戻ることができる
			自分自身初心に帰ることをいつも感じている
	わかりやすい説明を心がけるようになった	わかりやすい説明を心がけるようになった	学生にもわかりやすい説明や見て頂いても問題なく業務を遂行していけるよう心掛けるようになった
学生さんの学びから頑張る意欲が出る	学生さんの学びから頑張る意欲が出る	わかりやすい伝え方についていつも考えさせられている	
利用者の新たな一面に気づいた	利用者の新たな一面に気づいた	実習後に学生さんから届く感想文を職員で回覧し読ませていただくことで意欲的に頑張ろうと意識づけられている	
利用者の新たな一面に気づいた	利用者の新たな一面に気づいた	利用者が意外な話をしたり対応をされたりするので学生さんが来ることで違う面を見ることが出来る	
訪問入浴	初心に戻った	初心に戻った	学生から意見が聞けて初心に帰られる
			初心に戻る必要性を時々感じる
			基本、初心に帰って自分の仕事を見直すようになった
			少なくとも自分自身が初心に帰れる
			入社当時の初心に帰った時の気持ちになれる
	仕事への良い緊張感、刺激となった	仕事への良い緊張感、刺激となった	学生と一緒に仕事し、新鮮な気持ちや努力を見て自分たちも頑張っていこうと思った
	仕事の基本を振り返った	仕事の基本を振り返った	学生さんのフレッシュな取り組みや真摯な態度に身が引き締まる
学生さんの質問や意見を聞き新たな発見があった			
個別性ケアを再考した	個別性ケアを再考した	見学していただくことで、基本を再度振り返ることができる	
		仕事の流れの再確認につながる	
		学生さんに刺激を受け日々の繰り返しとなっている援助を再考したり何気なくやっていることの意味を考える機会となっている	
個別性ケアを再考した	個別性ケアを再考した	より一層引き締め利用者が満足しているか考えた	
		以前より個別性を意識するようになった	

ブカテゴリーで形成される。“受け入れているときは、職員も多少なりとも緊張感が出ている”や“職場の風通しができる”というコードが含まれる。

【職員間でケアを再確認し合うようになった】は、“職員間で細かい部分まで確認し合える”という1つのコード、＜職員間でケアを再確認し合うようになった＞の1サブカテゴリーである。

#### 4. 1. 3 地域包括支援センター

回答者は7名、平均年齢45.3歳(35～55歳)、男性2名、女性5名であった。基礎資格は、看護師1名、介護福祉士3名、社会福祉士1名、ケアマネジャー2名であった。実務経験年数は、

平均15.0年(4.4年～31.5年)であり、施設での経験年数は、平均5.3年(5ヵ月～20.5年)である。

地域包括から抽出されたカテゴリーは4、サブカテゴリーは4、コードは8であった。4のカテゴリーは、【自らが初心に戻った】、【分かりやすい説明を心掛けるようになった】、【学生の学びから頑張る意欲が出た】、【利用者の新たな一面に気づいた】である。

【自らが初心に戻った】は、＜自らが初心に戻った＞の1サブカテゴリーで形成された。“新しい気持ちで利用者さんに関わることが出来る”や“業務内容や考え方などを伝える際、自らが初心に立ち返ることができた”というコードが含ま

れている。

【分かりやすい説明を心掛けるようになった】は、“わかりやすい伝え方についていつも考えさせられている”、“学生にもわかりやすい説明や見て頂いても問題なく業務を遂行していけるよう心掛けるようになった”というコードから、＜分かりやすい説明を心がけるようになった＞の1サブカテゴリーで形成される。

【学生の学びから頑張る意欲が出た】は、＜学生の学びから頑張る意欲が出た＞の1サブカテゴリーで形成された。“実習後に学生さんから届く感想文を読ませていただくことで意欲的に頑張ろうと意識づけてもらっている”という1のコードである。

【利用者の新たな一面に気づいた】は、＜利用者の新たな一面に気づいた＞の1サブカテゴリーで形成された。“利用者が意外な話をしたり対応をされたりするので学生が来ることで違う面を見ることができる”という1のコードである。

#### 4. 1. 4 訪問入浴

回答者は12名、平均年齢48.1歳（36～60歳）、男性3名、女性7名であった。基礎資格は、看護師6名、介護福祉士3名、記載なし3名であった。実務経験年数は、平均14.0年（9ヵ月～30.5年）であり、施設での経験年数は、平均7.6年（3ヵ月～15.1年）である。

訪問入浴から抽出されたカテゴリーは4、サブカテゴリーは4、コードは13であった。4のカテ

ゴリーは、【自らが初心に戻った】、【仕事の基本を振り返った】、【仕事への良い緊張感、刺激となった】、【個別性ケアを再考した】である。

【自らが初心に戻った】は、“基本、初心に帰って自分の仕事を見直すようになった”や“入社当時の初心に帰った時の気持ちになれる”といコードが含まれ、＜自らが初心に戻った＞の1サブカテゴリーで形成される。

【仕事の基本を振り返った】は、＜仕事の基本を振り返った＞の1サブカテゴリーで形成された。“見学していただくことで、基本を再度振り返ることができる”、“仕事の流れの再確認につながる”という2のコードである。

【仕事への良い緊張感、刺激となった】は、＜仕事への良い緊張感、刺激となった＞の1サブカテゴリーで形成される。“学生さんのフレッシュな取り組みや真摯な態度に身が引き締まる”や“学生さんの質問や意見を聞き新たな発見があった”というコードが含まれる。

【個別性ケアを再考した】は、＜個別性ケアを再考した＞の1サブカテゴリーで形成された。“学生さんに刺激を受け、日々の繰り返しとなっている援助を再考し、何気なくやっていることの意味を考える機会となる”や、“より一層気を引き締め利用者が満足しているか考えた”という、ケアの質向上を意識していたコードが含まれている。

表3 施設形態別カテゴリーを統合

カテゴリー	サブカテゴリー
自身が初心に戻った	自身が初心に戻った／訪問看護
	自らが初心に戻った／富山型デイ
	自らが初心に戻った／地域包括
	自らが初心に戻った／訪問入浴
基本を振り返り知識やケアの根拠を見直した	知識の習得やケアの根拠を再確認した／訪問看護
	仕事内容を振り返った／訪問看護
	スキルアップに繋がった／富山型デイ
	自らのケアの仕方や姿勢を見直した／富山型デイ
	分かりやすい説明を心がけるようになった／地域包括
仕事への良い刺激となり頑張る意欲が出た	仕事の基本を振り返った／訪問入浴
	安全運転を意識した／訪問看護
	仕事への良い緊張感、刺激となった／富山型デイ
	学生の学びから頑張る意欲が出た／地域包括
利用者の新たな一面に気づきケアを再考した	仕事への良い緊張感、刺激となった／訪問看護
	利用者の新たな一面に気づいた／訪問看護
	学生が実施したケアを現場のケアで継続した／訪問看護
職員間で情報共有やケアの確認を行うようになった	利用者の新たな一面に気づいた／地域包括
	個別性ケアを再考した／訪問入浴
	職員間の情報共有の機会が増えた／訪問看護
実習目標を確認し指導者として意識した	職員間でケアを再確認し合うようになった／富山型デイ
	実習目標を確認するようになった／訪問看護
	実習指導者として意識し、学生への関心が高まった／訪問看護

#### 4. 2 各施設形態で抽出されたカテゴリーを統合 (表3)

各施設形態で抽出された22カテゴリーを統合し、6のカテゴリーが抽出された。6のカテゴリーは、【自らが初心に戻った】、【基本を振り返り知識やケアの根拠を見直した】、【仕事への良い刺激となり頑張る意欲が出た】、【利用者の新たな一面に気づきケアを再考した】、【職員間で情報共有やケアの確認を行うようになった】、【実習目標を確認し指導者として意識した】である。

以下、それぞれのカテゴリーについて説明する。

##### 4. 2. 1 【自らが初心に戻った】

＜自身が初心に戻った＞という、4施設形態で共通したサブカテゴリーで形成される。

##### 4. 2. 2 【基本を振り返り知識やケアの根拠を見直した】

訪問看護は、＜知識の習得やケアの根拠を再確認した＞、＜仕事内容を振り返った＞の2サブカテゴリー、富山型デイは、＜スキルアップに繋がった＞、＜自らのケアの仕方や姿勢を見直した＞の2サブカテゴリー、地域包括は、＜分かりやすい説明を心がけるようになった＞の1サブカテゴリー、訪問入浴は、＜仕事の基本を振り返った＞の1サブカテゴリーで形成される。

##### 4. 2. 3 【仕事への良い刺激となり頑張る意欲が出た】

訪問看護は、＜安全運転を意識した＞の1サブカテゴリー、富山型デイは、＜仕事への良い緊張感、刺激となった＞の1サブカテゴリー、地域包括は、＜学生の学びから頑張る意欲が出た＞の1サブカテゴリー、訪問入浴は、＜仕事への良い緊張感、刺激となった＞の1サブカテゴリーで形成される。

##### 4. 2. 4 【利用者の新たな一面に気づきケアを再考した】

訪問看護は、＜利用者の新たな一面に気づいた＞、＜学生が実施したケアを現場のケアで継続した＞の2サブカテゴリー、地域包括は、＜利用者の新たな一面に気づいた＞の1サブカテゴリー、訪問入浴は、＜個別性ケアを再考した＞の3サブカテゴリーで形成される。

##### 4. 2. 5 【職員間で情報共有やケアの確認を行うようになった】

訪問看護は、＜職員間の情報共有の機会が増えた＞の1サブカテゴリー、富山型デイは、＜職員間でケアを再確認し合うようになった＞の1サブカテゴリーで形成される。

##### 4. 2. 6 【実習目標を確認し指導者として意識した】

訪問看護の＜実習目標を確認するようになった＞、＜実習指導者として意識し、学生への関心が高まった＞の2カテゴリーで形成される。

#### 5. 考察

本研究は、指導者・多職種が在宅看護学実習の学生を受け入れどのように意識が変化したかを明らかにし、今後のより効果的な実習を検討することを目的として内容分析を試みた。今回は、指導者だけでなく多職種を含めて調査を行い、6カテゴリーが抽出された。指導者・多職種のそれぞれの関わり、学生の学びの視点から、以下、6カテゴリーについて考察する。

##### 5. 1 【自身が初心に戻った】

4施設形態（訪問看護、地域包括、富山型デイサービス、訪問入浴）で共通していたカテゴリーである。指導者・多職種は、学生と関わることで初心に戻っていた。回答者の基礎資格は、訪問看護以外の施設において、介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャー、保育士の多職種である。多職種は、学生との関わりの中で専門職を目指した原点や仕事をした当初の気持ちなどを思い出していると考えられる。学生との関わりは、内容について聞いておらず分からないが、日頃行われるミーティングやケア提供が、多職種の連携・協働で行われるため、学生と多職種が関わる機会が多いと考えられる。

在宅看護は、保健・医療・福祉といったさまざまな場で展開され、在宅で生活する人々に対してQOLを目指すものでなければならない。しかし、課題を解決していくためには、看護師だけでなく、他の専門職の視点からのアプローチが一緒に機能してこそ発揮される<sup>8)</sup>。それぞれの専門職は、人々のQOLの向上といった同じ目標なのである。このために、情報の共有やケア提供の方法など施設では常に多職種で検討される。このような施設で学生が実習することは、多職種間の関わりをより意識するとともに、自身の専門職を振

り返ることにつながると考えられる。

そして、実習する学生にとっては、それぞれの職種を身近に感じられ、協働でケアを提供する仕組みを知り、専門職として役割を認識できる機会となり、多職種を含めた関わりは貴重な体験だと考えている。

## 5. 2 【基本を振り返り知識やケアの根拠を見直した】

4施設形態で共通していたカテゴリーである。指導者・多職種は、学生と関わることでケアを振り返り、知識と技術を確認していた。回答者の基礎資格は、訪問看護以外の施設において、介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャー、保育士の多職種である。これらの多職種は、先に述べたように、情報の共有やケア提供の方法など施設では常に多職種で検討され、学生が実習することは、多職種間の関わりをより意識するとともに、自身の専門性を振り返ることにつながると考えられる。

専門職にとって基本を振り返り知識やケアの根拠を見直すことは、より良いケアの提供と、自ら成長できる機会となると考えられる。専門職の多くは、それぞれの専門教育を受け資格をもち業務に従事している。また、自らが育った環境や学んだ時代や歴史的変遷などから、それぞれの専門職が無意識に日々の業務に行っていることがある。この、無意識的な行動の中にある自らを振り返ることによって、意識化して育んでいくことにつながる<sup>9)</sup>と考えられる。

## 5. 3 【仕事への良い刺激となり頑張る意欲が出た】

多職種からの回答が多い富山型デイサービスでは【仕事へのよい緊張感、刺激となった】、地域包括では【学生の学びから頑張る意欲が出た】という仕事への意欲向上が見られている。さらに、訪問入浴においても【仕事への良い刺激となり頑張る意欲が出た】ことから、日々、多職種が協働してケアを実施している施設において、実習施設全体への刺激となり良い効果をもたらしていると考えられる。

篠田<sup>10)</sup>は、特定の職種が特定の役割や仕事を限定するのではなく、関係する複数の職種が重なり合う業務も存在することをお互いに認識し合い、患者の状態や課題の性質によって柔軟に対応することが重要であると述べている。このように、役割が重複しそれぞれの専門性が関連している。つまり、学生が実習することによって、指導者だけでなく関連する多職種に刺激と意欲をもたらしたと考える。

## 5. 4 【利用者の新たな一面に気づきケアを再考した】

訪問看護、地域包括、訪問入浴では、学生が関わることで利用者への理解の深まりに繋がっていた。これらの実習施設は、小規模で職員の人数が限られるため、利用者へのケア提供者も限られる。また、ケアを提供する場合は、自宅などが多く、日頃、他者と関わる利用者を見るのが少ないと思われる。このため、指導者・多職種は、学生と同行することで、利用者の新たな一面に気づきケアを再考していることが考えられる。

職種の違いは、職業の専門性から、同じ場面を見ても視点の違い、ケア提供の内容の違いがある。それぞれの専門職がみている状況を共有し、視点や価値観、言葉を知ることは多職種間の理解につながる<sup>11)</sup>。そして、ケアの目標を共有し、それぞれの専門性が発揮されることでチームのケア力が強化される。今回、このような過程が実習施設で展開されていたかは分からないが、学生が関わることで指導者・多職種の気づきを促進していた。この気づきを基に、実習施設のチームケア力の向上と、学生がチームケアを学ぶ機会となり得ると考えられる。今後は、指導者・多職種の気づきからどのようにケアに活かしたか、どのようなチームケアが行われたかといった視点からの関わりをもつことが重要だと考えられる。

## 5. 5 【職員間で情報共有やケアの確認を行うようになった】

訪問看護・富山型デイサービスでは、【職員間で情報共有やケアの確認を行うようになった】というように、チームの情報共有を活発にしていた。篠田<sup>12)</sup>は、新しいチームは育ち盛りであり、知識の新陳代謝も活発だが、成熟期に入ると成長が鈍化してしまい、チームがマンネリ化する。外的な刺激を与えないと、停滞または衰退すると述べている。このように、学生は、外的な刺激となり、チームの活性化につながったと考えられる。

情報共有は、先に述べたように多職種間の理解とチームケアを行うために重要である。情報共有を促進することは、実習施設の共通認識が増加することになる。そして、多職種が集めた情報が共有され統合されることで、チームが同じ目標に向かってケアが提供できる。

ケアの確認は、専門職の行ったケアを評価することであり、それぞれの専門職教育の中で行われてきた。しかし、多職種が協働して行うケアは、身体的・心理的・社会的サービスの提供方法や対象の特性などすべてが含まれ、多職種が協

働して評価に参加することが求められている。平成26年、高齢化が進行する中で、社会保障制度を将来も維持していくために、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下「医療介護総合確保推進法」）が施行された。これにともない、医療福祉系の大学などにおいて、多職種連携教育（IPE）の取り組みが進んでいる。本学においても平成26年から、社会福祉学科（社会福祉専攻・介護福祉専攻）、看護学科合同授業を行い、多職種連携教育に取り組んでいる。

今後は、施設でどのように情報を共有しケアの確認を行っているか、地域の中でどのように連携することが必要かといった視点から、指導者・多職種、学生、教員と一緒に考えていくことが重要だと考える。

### 5. 6 【実習目標を確認し指導者として意識した】

訪問看護のみから、【実習目標を確認し指導者として意識した】が抽出された。本学では、訪問看護の実習において看護過程を展開している。指導者は、学生が看護過程を展開していく中で、日々、実習の目標を確認し、達成できるよう関わっていると考えられる。また、“実習指導者として意識し、学生への関心が高まった”ことは、学生との関わりにも変化があったことも考えられる。藤岡ら<sup>13)</sup>は、「指導者自身の職業に対する考えや態度、学習への動機づけは、学生の実習の目標達成に向けての意欲や自主性・自立性に影響し、学習効果についての学生としての満足の側面にも大きな影響を与える」と述べている。このように、指導者は、実習目標を達成できるよう確認しながら関わることで、専門職として自らを振り返り、学生が学べるよう意識していたと考えられる。

以上から、在宅看護学実習の受け入れによる指導者・多職種は、それぞれの専門職として基本に戻りケアを確認し、多職種間の情報共有を促すとともに、スキルアップに繋がったことが考えられる。また、利用者の新たな一面に気づきケアを再考し、実習施設におけるケアの向上へとつながると考える。

今後は、この意識の変化を継続できる工夫を行い、実習施設と学生が相互に高め合うことができるようになっていきたい。しかし、この意識の変化は、今回対象となった実習施設の指導者・多職種であり、他の実習施設全てが当てはまるものではない。現在、実習施設には、毎日巡回し学生

の様子や学びの状況を確認しているが、時間的制約もあり、指導者・多職種と十分にコミュニケーションがとれているとは言えない。そのため、短い時間の中で、学生の学びだけでなく指導者・多職種の思いにも耳を傾けていくことが必要だと考える。

## 6. 結論

本研究は、在宅看護学実習施設における指導者・多職種意識の変化を明らかにし、今後のより効果的な実習を検討することを目的とし、内容分析した。その結果、指導者・多職種意識の変化として6カテゴリーが抽出された。6のカテゴリーは、【自身が初心に戻った】、【基本を振り返り知識やケアの根拠を見直した】、【仕事への良い刺激となり頑張る意欲が出た】、【利用者の新たな一面に気づきケアを再考した】、【職員間で情報共有やケアの確認を行うようになった】、【実習目標を確認し指導者として意識した】であった。これらのカテゴリーから、今後のより効果的な実習を検討した結果、以下の3点が考えられた。

- 1) 協働でケアを提供する仕組みを学ぶために、指導者だけでなく多職種を含めた関わりを意識し、意図的に学生と関わることを重要だと考えられる。
- 2) 指導者・多職種の気づきをどのようにケアに活かしたか、どのようなチームケアが行われたかという視点から関わっていくことで、施設・学生が相互に学びあえる機会となり得ると考えられる。
- 3) 多職種連携が地域の中でどのように連携することが必要かといった視点を持ち、指導者・多職種、学生、教員と一緒に考えていくことが重要だと考えられる。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、お忙しい中、ご協力くださいました実習施設の皆さまに深く感謝いたします。

なお、本研究は、第46回日本看護学会（在宅看護）<sup>14)</sup>で発表したものに加筆、修正を加えた。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省、看護教育の内容と方法に関する検討会報告書、2011
- 2) 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、p87-92、2014
- 3) 末田千恵、井上真弓、戸塚智美、地域看護学実習Ⅱにおける学生の経験と実習指導方法の検討、横浜創英短期大学紀要、8、p65-72、2012
  - 4) 小塩泰代、白石知子、大橋裕子、鈴木寛之他、在宅看護論実習の振り返り—実習内容と学生の学びの状況乃考察—、中部大学生命健康科学研究紀要、8、p49-55、2012
  - 5) 梅原敏行、田上博喜、白石裕子、藤木翔他、看護学性を受け入れたことによる精神科訪問看護ステーションへの影響、南九州看護研究誌、13、1、p21-26、2015
  - 6) 鈴木育子、石津仁奈子、佐藤正子、統合分野における在宅看護論教授法と実習指導の課題と方向性—過去6年間の在宅看護論に関する文献検討—、看護学研究紀要3、1、p27-35、2015
  - 7) 山本美弥、御田村相撲、通所系サービス実習における学生の学び—学生の実習体験感想から—、愛知きわみ看護短期大学紀要、6、p1-6、2010
  - 8) 河原加代子、山田雅子他、在宅看護論、東京、医学書院、p10、2014
  - 9) 藤岡完治、屋宜譜美子：看護教育と臨地実習指導者、医学書院、p129、2004
  - 10) 篠田道子、多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル、医学書院、p28、2011
  - 11) 前掲 8)、p94
  - 12) 前掲 10)、p68
  - 13) 前掲書 9)、p86
  - 14) 第46回日本看護学会—在宅看護—学術集会抄録集、p13

# A study on the changes of consciousness of practice instructors and multiple professionals at facilities for home care nursing

Takae IMAGAWA<sup>1)</sup>, Yukiko KITAYAMA<sup>1)</sup>, Harumi ARAKI<sup>2)</sup>

1) *Department of Nursing, Toyama college of Welfare Science*

2) *Faculty of Nursing, Chukyo Gakuin University*

## Abstract

The aim of this study was to elucidate the changes of consciousness of practice instructors and multiple professionals at facilities for home care nursing, and to examine effective practices in the future. A questionnaire survey was conducted and the descriptions of 70 respondents was analyzed. As a result, the following six categories were extracted as the changes of consciousness of practice instructors and multiple professionals: “I returned back to the original intention”, “I looked back revisited the basics, and reviewed the knowledge and grounds for care”, “the practice was a good stimulus for my job and I was motivated to do my best”, “I noticed new aspects of users and I now reconsider how to provide care”, “the staff began to share information and to confirm care”, and “I confirmed the practice goals and am aware of being an instructor”. To develop effective practices, it is important to facilitate information sharing among practice instructors, multiple professionals, and teachers, and to examine community-based multi-professional cooperation, together with students.

Keywords : home care nursing practice, practice instructors, multiple professionals



## 産後ケアセンターの現状 ～韓国産後ケアとの比較から～

北濱まさみ, 村田美代子, 炭谷 靖子  
富山福祉短期大学看護学科

(2016.9.30受稿, 2016.10.21受理)

### 要旨

本調査は、産後ケア施設が、社会背景の変化により育児支援が受けられない母親にとって、必要かどうかを日韓のケア施設比較により調査した。比較は、運営主体、利用者、サービスケアなどについて実施した。サービス内容は大きな差はなかったが、運営主体は、韓国においては医療機関ではない民間が多く、母親の養生と育児支援が主であった。日本においては、病院や助産所といった医療機関が主であり、育児支援がなく、かつ育児不安を持つ母親の利用が主であった。日本での普及には、文化的背景の違いをふまえ、法的支援を明確にすることと補助金制度の確立が必要であることを提案したい。

キーワード：産後ケア、子育て支援、育児不安、産後うつ、韓国

### 1. はじめに

近年の子育て意識調査<sup>1)</sup>では、核家族化や高齢出産が進む現代では、祖父母などとともに育児を行う、伝統的な「共同養育」が叶わなくなっており、育児中の強い不安や孤独感を解消できないケースが増えてきているとされている。また、母親の親自身が高齢または、就労や家族介護をしているなどに理由により、里帰りをしても満足なサポートが受けられない状況も増えている。

育児サポートの不足は、産後の母子の心身や愛着形成に影響を及ぼし、子育てに対して不安や困難感などのネガティブな感情が増えることがわかっており、母親の子育てへのネガティブ感、産後うつや虐待へと繋がるとされている<sup>2)</sup>。

育児不安や虐待の増加の背景には、「子育ての孤立化」が関与していると考えられ、少子高齢化による核家族の増加、ステップファミリーや一人親など家族形態の多様化、地域社会との交流の減少、子育てモデルの欠如、世代間のサポート機能の消失などが原因としてあげられる。

日本での産後の入院期間は普通分娩で4～6日間、帝王切開で5～8日間である。出産後の母親は、体力の回復とともに、育児や母乳哺育の技術習得、さらに母親になるための愛着形成など様々な対応が求められる。退院後は実家に戻る(いわゆる里帰り)か、自宅で家族の支援を受けたり、夫婦二人だけであったり育児・家事を行い、産後6～8週間の産褥期を過ごす。この期間は、産前の状態への身体の回復と、出産で激変したホル

モン動態が正常化する期間であり、一般的な産後うつ発症の最も多い時期と重なる。<sup>2)</sup>この期間では、母親が主体となる育児が始まり、同時に育児サポートの不足は育児不安等の出現へとつながっている。

産婦人科病院や助産院は妊娠中から産後の育児等について見通しを立てて手立てを講じているが、実際には産後1～2か月を過ぎた母親への支援の場は多くない。仕事は父親、子育ては母親という伝統的な性役割意識や、父親の育児参加が極端に少ないという社会風潮もこれに加わる。「母親になったら子育てはできるはず」という無意識のプレッシャーや、「三歳児神話」という、「三歳までは母親が子育てをするべき」といった社会意識も関与している。このような社会環境で、子どもや子育てに慣れていない母親がストレスを抱えながら一人で子育てをしているのが現状である。

このような問題を解決すべく、産後ケア事業が退院後の母親への支援として注目されてきた。産後ケアとは、出産後の女性の心身をサポートすることで①少子化対策、②安心安全に出産育児ができる環境づくり、③産後うつからくる虐待防止、を主たる目的としている。産後ケア事業は、日本より先に韓国においてすでに展開されている。これらをふまえ、先に述べた育児不安を持つ母親への子育て支援活動の参考とするため、韓国での産後ケア施設視察を実施した。

## 2. 研究目的

日韓の産後ケア施設を比較することで、我が国の子育て支援の活動の参考とし、新しいサポートシステムとして提案する。

## 3. 研究方法

日韓の産後ケア施設の現状と課題を明らかにするため、韓国内の施設3か所と日本国内3か所の視察を行い、運営、サービス内容、利用実態などを調査した。

## 4. 産後ケアに関する日韓の比較結果

### 4.1 出生率、産後入院の現状

一般的な韓国と日本の比較を表1に示す。

### 4.2 産後ケア施設の比較

施設の視察においては以下の項目での比較を行った。

- ①運営方法（主体）
- ②利用期間・利用料
- ③サービスケアの内容

### 4.2.1 韓国における状況（表2）

韓国の産後ケア施設は、妊娠5カ月頃から施設見学を経て予約し利用している。

母子同室か異室かは選択できるが、半数の母親は母子異室を希望し、母子同室でも夜間は赤ちゃんを預けることが多い。母乳栄養を希望する母親は乳房ケアを特別にうけることができるが、母乳栄養率は50%程度と高くない。

一般的に食事は食堂で入院中の母親全員でとっており、刺激物（キムチなど）や強い香辛料（ニンニクなど）を避ける傾向はあるが、伝統的食生活から希望する者には特に制限せず提供されていた。また、独特の食事として、毎食ボウルいっばいのワカメスープが供される。韓国において、ワカメスープは産後にミネラルを補給し、母乳分泌と体調回復に効果があるとされており、およそ1カ月の間続けとされている。

入院中の母親は、母親同士で話をしたり、情報交換をするなどして産後の友人を作っていた。経産婦の利用が半数を超えており、母親が入院中、上の子供は主として父親の実家が面倒をみてい

表1 日韓の比較

	日 本	韓 国
出生率 <sup>3)、4)</sup>	1.42	1.13
分娩入院期間	普通分娩 4 - 6日 帝王切開 7 - 9日	普通分娩 2 - 3日 帝王切開 5 - 6日
分娩入院費用	普通分娩 40 - 50万円 帝王切開 約70万円	普通分娩 約14万円 帝王切開 約19万円
産後入院の割合	0.1%	43 - 80% 都市部で多い

表2 韓国の産後ケア施設

韓 国	運 営	利用期間・価格	サービスケア
A 産後調理院	病院	13泊14日：40 - 50万円	分娩施設あり。 個室・4人部屋あり 家族宿泊可 食事、アロママッサージ、乳房ケア、沐浴、アルバム撮影、よもぎ蒸し（注1）
B 産後調理院	エステ会社 チェーン	7泊8日：基本40万円 13泊14日：80万円	他の産院で出産後入院。 個室・2人部屋あり 食事、アロママッサージ、よもぎ蒸し、整形手術、乳房ケア、産後専門漢方薬、写真撮影&アルバム、手形足型セット、小児科医師の診察
C 産後処理院	民間	2週間：約8万 - 7万円	2 - 4人部屋が多い 食事、乳房マッサージ、よもぎ蒸し、沐浴
D サンフトウミ	個人 自宅へ出張	通い2週間：約8万円 住み込み2週間：約12万円 低所得者層は2週間5千円程度の補助が出る。	自宅で、朝9時頃から夕方5時頃まで約2週間の通いと住み込みが選べる。 家事一般と赤ちゃんの世話や掃除、食事管理やマッサージを行う。国が費用を負担する制度もある。

る。夫や上の子どもが面会に来る時には、個室で宿泊し家族水入らずの環境が作られている。

韓国では、産後 21 日間には特別に慣習的なケアがある。「サンフジョリ」と呼ばれ、①家から出ず、②保温に努め、③特別な食事（例：わかめスープ）、④有害物を避け（塩辛い香辛料）、周囲のサポートを受ける、というものである。これらの慣習は、産後の身体的疼痛を予防するとされ、分娩後長期間の女性の健康を左右すると言われている。<sup>5)</sup> これらの慣習は、1970 年代以前の家庭内分娩が多かったところから続いてはいるが、病院分娩が主流となった現代でも一部引き継がれている。

韓国の産後ケア施設は1996年頃にソウルなど大都市から始まり、一時は400施設まで増加したが、医療施設ではなかったため事故等が起り、現在は200～300施設となっている。誕生要因は、経済的発展を背景とした1970年頃からの核家族化の進行と都市部への集中により住居環境が変化し、産後のサポート役である親族と離れて暮らすことになったこと、女性の就労増加により、45歳から60歳の女性の就労率が増加<sup>6)</sup>し、実家や義母の産後ケア提供が困難となったことがあげられる。

従業員の職種は、助産師、看護師、看護助手、調理師、ハウスキーパー等であり、小児科医が、母親や新生児の診察を行う施設もある。

平均利用日数は、分娩施設退院後14～21日間であり、初産婦と経産婦の割合は4：6で経産婦の利用が多い。利用理由としては、核家族のため実母や義母による慣習的な産後の世話を受けることができないことがあげられるが、産後は人の世話になることが裕福のしるしとされていること、それとともに、親族が産後の費用を出産祝いとして負担することが多く、特に夫側の親族（主に祖母）による経済的支援により産後ケア施設を利用

することがステイタスとなっている現状も認められる。

韓国においても出産に伴う入院は、日本よりも短い数日間（2～4日間）であり、産後療養院は産後の養生と子育て支援の役割を担うために設立されたが、個人経営で不動産やホテルが運営しているところが多く、費用は施設内設備やサービス内容によっては高額となることもある。また、産後ケアがサービス業に分類されているため、専門機関（特に医療関係）からの開設許可が必要ないため、統一した基準がなく、施設運営やサービスの質を規定する法律がないことも今後の課題とされている。

また、入院形式の産後ケアだけでなく、個人でのアパート形式もしくはサンフトウミと呼ばれる、住み込みの産後ヘルパー派遣サービスの派遣もあり、こちらの利用では利用料が抑えられている。

利用者は地域差もあるが、産後療養院、サンフトウミの利用を合わせると8割を超えると報告<sup>7)</sup>もある。利用日数は、およそ2週間の利用が8割で、個室か大部屋かの選択ができたり、夫や兄弟が宿泊できる施設もある。母親が不安にならないように様々なサービスが提供されている。中には、日本では見られない「よもぎ蒸し」や「整形手術」というものもあり、お国柄を見ることができる。

#### 4. 2. 2 日本における状況（表3）

E産後ケアセンターでは、基本的には母子同室で、出産したばかりで身体を休める必要のある人や疲れている人は赤ちゃんをベビールームに預けて助産師や保育師が世話をしている。都市部にあることから、核家族で産後の支援が得られない母親が多く利用していた。また、特徴として、育児不安や産後うつ傾向がある母親が、医療機関か

表3 日本の産後ケア施設

日 本	運 営	利用期間・価格	サービスケア
E 産後ケアセンター	都内の病院	1泊2日で65,800円 (補助ありの場合は 2泊3日：9,000円)	年間約700～800人利用 個室・4人部屋あり 家族宿泊可 食事・沐浴・乳房ケア・アロマ・フットケア・マッサージなど
F ケアハウス	民間ホテル経営会社	基本コース 6泊7日：245,000円 1泊43,000円	家族宿泊相談応 個室・4人部屋あり 食事・沐浴・乳房ケア・マッサージ・アルバムなど
G 助産院	個人	1泊25,000円	家族宿泊可 食事・沐浴・乳房ケア・フットケア・マッサージなど

らの紹介や自身の希望で入院しており、短期入院にも対応している。

各部屋には洗面台、シャワー、トイレがあり、テレビ、ポット、加湿器、空気清浄機などもあり、ホテルのような設備となっている。食事は基本的に栄養バランスを考慮したものとなり、数種類のメニューから選択ができる。

面会は2時間の制限があるが、家族水いらずで部屋で過ごす事や、上の子との時間作りのために赤ちゃんを預けることができる。

助産師による母乳ケア、沐浴の仕方、スリングなどの育児用品の使い方、ベビーマッサージなどが指導されている。その他、臨床心理士によるカウンセリングや、産後の体調に合わせた全身のアロマオイルマッサージなどもある。他の利用者と一緒に過ごす授乳や食事の時間は、産後の身体や育児の悩みを話すだけで気持ちをリフレッシュする時間となっている。

助産所利用による産後ケアでは、主に分娩後に継続して入院する者が半数を占めている。次いで、医療機関からの紹介や母親自身での申し込みが続く。入院を決めた時期は、ほとんどが分娩後であり、妊娠中から予約をするものは少数である。

日本における産後ケアへの理解や必要性は徐々に認識されつつある。民間でも、『産後ドゥーラ協会』や『日本産後ケア協会』などの団体が設立されている。

日本産後ケア協会：大久保氏は、「韓国を視察し、あちらでは産婦人科を退院したら、ケアハウスへ入所するというのが、すでに一つの流れになっています。実家の親がケアハウスの費用を負担することも多く、セレブリティ向けのリゾートタイプから、コミュニティ型の庶民派タイプまで、さまざまな産後ケア施設が数多く充実していました。日本にもこうした流れを作っていきたいと思います<sup>7)</sup>と述べている。

産後ケア施設は、2016年3月現在、全国で105施設が登録されている。そのほとんどは、個人経営の助産所が兼務しており、病院やホテルなどの運営は少なく、収容数も韓国よりも少ない。出産後、家族から十分な援助が受けられない母親を対象に、心身の疲れを取り、育児の不安や悩みを解消し、安心して子育てできるよう支援するために、助産所等で受けられるデイケアと、自宅で受けられる訪問ケアが提供されている。このため、利用者は育児支援がない母親や、育児不安を抱えた母親、産後うつの可能性がある母親の利用

が多くみられた。平均利用日数は、分娩施設退院後7～14日間であり、いったん自宅に戻ってから利用するものも含め、初産婦の利用が8割を占めている。

北陸地方には石川県の1か所の助産院のみであったが、富山県高岡市で2015年6月より、民間の寄附による「子ども・子育て基金」を財源としたケア事業が助産院で始まった。

## 5. 考察

厚生労働省は、平成13年度から健やか親子21を展開し、その中で「切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策」をうたっている。その取り組みのポイントとしては、産後1カ月までは、サポートしてくれる人は比較的確保しやすいが、以降は、夫は仕事で頼りにならないことが多く、サポートが減り母親の負担感が増してくる。妊婦は「休息」「授乳のケア」を求め、「話を聞いてほしい」「優しくしてほしい」と願っている。そのような時に産後ケア施設があれば、育児技術が学べ、乳房ケアが受けられ、話を聞いてもらえる。子どもの心の健康は母親との愛着形成が大きな影響因子として存在する。子どもの健全な発育のためには、一時期までは母や、あるいは祖母など大人の擁護者が必要である。しかし、ただ傍にいただけではなく、子どもに共感し興味を注げる相手でないといけない、スマホをいじりながら授乳する母親や、話しかけることもせず義務的な養育では決して親とはいえない。

日本では、特定妊婦として支援が必要なハイリスク妊婦のスクリーニングを行っている。

育児不安の原因として、産後うつがあげられる。うつ状態では、子どもへの興味は薄れ、子どもへの虐待や育児放棄あるいは母親自身の自殺衝動につながる。現状として、産後うつになり母親自身が自殺するリスクは、精神疾患既往者が高いとされる調査結果<sup>9)</sup>もある。しかし、ハイリスクな母親だけでなく、全ての妊産婦が気軽に利用できる施設として、子育て支援を行うことが急務であると考えられた。

レスパイトケアとは、「乳幼児や障害者、高齢者などを在宅で介護している家族をいやすためのケア」で、一時的にケアを代替しリフレッシュを図ってもらう家族支援サービスである。日本では、母親が子どもを預けるということは、仕事であるとか冠婚葬祭であるとかなどの理由がない限り、育児休業中や専業主婦が行うことに寛容ではない社会通念がある。しかし、安心して子どもを

預けることができ、預けた先で子育ての知恵の伝承や相談ができれば、24時間待たないの育児期間にある母親にとってはこの上ないサポートとなる。このようなレスパイトケアの機能を備えた施設の必要性が近年見直されてきており、妊娠中のみならず、周産期の早い時期から支援を行うことが重要となる。

日本の助産院には、もともと“産褥入院”というのもあり、分娩だけでなく産後ケアも重要な業務のひとつであった。病院での出産が増えて、助産院が減少しているが、今一度、そうした視点から助産院を見直してみる機会となればよいと考えた。

産後の母親は分娩後1カ月までは不安が強いとされており、この間に十分な支援や適切なケアが受けられないと産後うつが発症（診断）することから、実家や産後ケア施設での助言やサポートの提供が必要とされ、産褥早期の母親には何がしらの支援が必要と考えられている。これは、レスパイトケアの考え方と一致する。

韓国では、子どもの世話にかかる援助は夫とその親族が中心に支援するという慣習がある。さらに、子育てに伴う苦難や不安・悩みを「自然な経過」として捉える傾向がある。

しかし、多くの先進国で見られるように、韓国も低い出生率や高齢化社会の問題に直面しており、働く母親達の子育てと仕事の調和に取り組んでいる。子育てはもはや個別の家族の責任だけではなく、韓国の政策において優先順位の高いものとなっている。従来から行われている宿泊型の産後治療院から、地域へ戻った場合の育児相談や家庭訪問への連携は今後の課題となっている。

以上の状況をふまえて、日本において、韓国のような産後ケア施設導入の可能性を考察する。

産後は里帰りを実家の世話になるという慣習がある日本で、代金を支払ってまでどこかで「世話をしてもらおう」という行為が受け入れられるかは未知数である。

開設場所については、利便性が高い立地であればビルのフロアを利用するなどが考えられる。補助金獲得のためにNPO法人を取得する選択もある。しかし、日本では医師や助産師といった専門的有資格者でないと、母子の安全は確保できないと考えられており、このための法制度も必要となってくる。このため、医療機関が経営主体となっている、病院の分院か一部開放、助産院の活用などが妥当であると考えられる。

現状としては、産後の手伝いがおらず、夫の協

力も得られず、母乳育児や育児技術の習得のために指導が必要だったり、不安が強い母親が利用する傾向が強いことを理解したうえで、適切な利用方法を共に考えていくことが大切であると考えられる。

## 5. 1 本調査の今後の展望

韓国で先行して始まった産後のケア施設を日本で取り入れるためには、公的支援が各自治体で異なることや、補助金制度も確立されていないことをふまえて、空白地区での代替ケアの有無を知る必要がある。それぞれの地域の特徴を理解したうえで、「子育てへの支援＝母親を孤立させないために必要な支援」は何かを具体的内容を探り、民間サポートも含めた地域連携システム作りに向けた調査と即時対応できるサービス情報の提示が必要であると韓国の視察を通じて検討する必要性を感じた。

## 6. おわりに

今回の調査で、韓国においても日本においても、産後ケアセンター施設がある場所は都市部が多く、地域差があることがわかった。日本では分娩者数に対する施設数が絶対的に少なく、ケアの内容や費用においても基準がないため利用者は限られている。

さらに、公的補助の整備や、主体施設の整備など、解決すべき課題も見えてきた。これらを踏まえて、今回の日韓の産後ケア施設を比較することで、我が国の子育て支援の活動の参考とし、新しい産後のサポートシステムのありかたを提案していきたい。

## 謝辞

本調査にご協力いただいた、韓国及び日本の産後ケア施設の皆様方に深く感謝いたします。なお、今回の調査研究は、2014年富山福祉短期大学共同研究の助成を受けて実施し、一部は第56回日本母性衛生学会<sup>11)</sup>にて発表した。

## 引用・参考文献

- 1) 原田正文：子育ての変貌と次世代育成支援、兵庫レポートに見る子育て現場と子どもの虐待予防、名古屋大学出版会、2006
- 2) 安藤智子、無藤隆：妊娠期から産後1年までの抑うつとその変化：縦断研究による関連要因の検討、発達心理学研究19(3)、2008
- 3) 厚生労働省：厚生労働白書（平成26年度



版)

- 4) 韓国人口保健福祉協会の「国連人口基金 (UNFPA) における世界人口現況報告書 2010-2015
- 5) 勝川由美他：韓国の出産と産後ケアの現状—産後ケア施設誕生の背景と課題に関する文献検討—、Yokohama Journal of Nursing Vol.1、No.1、pp. 1-9、2008
- 6) 瓢風須美子：現代韓国出産事情 里帰り出産の面接調査から、助産婦雑誌、1990
- 7) 伊淑鉉：2007「韓国における保育施設の現状と課題「仕事と家庭の両立」の視点から、福井県立大学論集第29号 pp、103-130
- 8) 日本産後ケア協会 <http://sango-care.jp/mission.html>
- 9) 岡野禎治：17 産褥期精神障害への治療の実際、玉田太郎・本庄英雄（編）、女性心身医学、永井書店、大阪、273-280、2006
- 10) 健やか親子 21 (第2次) ホームページ：健やか親子 21 (第2次) について (2016年6月閲覧) <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka>
- 11) 北濱まさみ：「日韓産後ケア施設の比較」、第56回日本母性衛生学会学術集会、2014

## Current status of postnatal care center ～ From the comparison between – Korean postpartum care ～

Masami Kitahama, Miyoko Murata, Yasuko Sumitani  
*Department Nursing, Toyama College of Welfare Science*

Aim: For the mothers who do not receive child-care support because of change in social conditions, It was investigated by whether you need Japan and South Korea of care facility comparison.

Methods: Operating bodies, the user and service content of the facilities are compared between in Japan and in South Korea. Results: Service content is not a big difference. In South Korea, many operating bodies are non-medical private organization, and main service contents are child-care support and curing of the mother. In Japan, many of the operating body is a medical institution such as a hospital or maternity hospital, there is no child care assistance, and the main user is the mothers with child-rearing anxiety. Conclusion: It is necessary to clarify legal assistance and, I would like to propose that it is necessary to establish a subsidy system for the dissemination of this facility in Japan.

A keyword : postnatal care, child care support, child-rearing, postpartum depression, South Korea



教育講演会(第7回共創福祉研究会)  
8月20日(土) 富山福祉短期大学5号館102教室

## 小笠原先生、『ひとりで家で死ぬますか？』

医療法人聖徳会小笠原内科 理事長兼院長

小笠原文雄 氏

皆さん、こんにちは。先ほど学長の北澤先生のご挨拶で、安心して自宅で最期の時期を過ごせるような社会にしていくなために、お互いにどういう覚悟が必要かということをお話しされていましたが、実は、患者さんはひとりで死ぬ覚悟を持っている人はなかなかいないです。

僕たちは、今まで48人のひとり暮らしの人を最期まで見ましたが、ひとりで死にたいと言った人は数人ですね。1割ぐらい。あとは誰もひとりで死ぬなんてばかげたことを希望する人はいませんでした。

ところが、在宅ホスピス緩和ケアというもの、つまり在宅というのは家とか、施設もちょっと入るのですが、僕たちは家でひとりで死ぬことを支える、というか、結局生ききることを支えるなんですね。人間存在の最期の瞬間というのは、最期まで人間が活着している処ですね。だから、どこで生きていたいのか、最期の最期までどこで生き抜きたいのか、その場所が家だったら家で死ぬわけだし、病院だったら病院で死ぬわけだし、施設だったら施設で死ぬことになるわけです。

だから、ひとり暮らしの90%以上の方が、家で死ぬなんていうことは想定外の人ばかりです。ところがひとり暮らしの人は誰も入院しないですね。不思議でしょう。実は僕も、自分で家で死ぬか、ひとりで死ぬかといったら、それは無理だろうと思っています。僕は自分でひとりで家で死ぬと思っていないにもかかわらず、なぜ僕の患者さんはひとりでみんな死んでいく。ここが不思議なんです。

いのちというのはとても不思議なもので、頭で考えても実は分からない。頭で考えても分からないというか、知識で考えてもそんなことはあり得ないんですね。でも現実とは違ふんですよ。

なぜ、違ふのかということをお皆さんと一緒に今日は考えていきたいと思ひますし講演が終わるまでに、なるほど合点していただければ、それはそれでいいし、そんなのは無理だと思ひたのであれば、全然無理だと思ひていただいても構いません。

1時間半か2時間ぐらいたったときに、だったら私も在宅医療でもいいなと思われる方は在宅医療を受けていただければいいし、入院してドクターとか看護師さんの顔を見ながら死にたいと、最期を生きていたいと思えば、それはそれで全然構わないと思っています。

最初から学長さんという一番偉い方の「覚悟が大事です」というのに、いや、そんなことを思っている人はひとりもないよと言ってしまつてごめんなさいね。どうもひねくれている性格なものですから、偉い人の反対のことを言うのが好きなのですよ。

僕は名古屋大学を卒業して、いわゆる旧帝国大学というのですが、そこで医学博士になって、名古屋大学附属病院でやるべきことをやって死ぬればもう本望だろう、そんなものはしょうがないと思ひていました。ところが、僕が病氣をして、まともに病院でのハードな仕事をやれなくなつて、嫌々渋々開業しました。開業なんかしたくもなかったのですが、まあ、しょうがないですね。それで、刀折れ矢尽きた感じで開業したら、往診してほしいという人がいるのです。往診なんかやりたくないに決まっていますよね。誰が往診なんか行きたいですか、本当の話。断りたかったのですが。うちの奥さんに、「お父さん、開業したばかりで借金もあるのに、往診を断つて評判が悪くなつたらどうするの」と言われて。財務省というか、山の神というか、まあ、しょうがないと思ひて。家内は、それだけではなくて、「往診を希望している人があるんだから、患者さんの希望に添つてあげるのもいいんじゃないの」という優しいところもあつて、両方で、嫌々渋々往診に行きました。

往診に行つても何をやっていいか分からないので、ひとりで行つてはいかんと思ひて看護師さんを連れて行つたんです。看護師さんと2人で往診に行つても、家族とか患者さんは、僕にいろいろ相談するよりも、看護師さんに相談することが

多いんです。何だ、医者が行っても意味がないなと思って、もう1人で看護師さんに行ってもらって、訪問看護というのですね。訪問看護で患者さんの容体を見て、ご希望を聞いて、じゃあ、この薬とあの薬を出しておこうかねと。そうすると、結構うまくいくんです。何だ、これは役に立つと思って、訪問看護というのを平成元年に始めました。医師が行くよりも、看護師のほうが大事だなと思ったのはそこですね。

薬を出すときに何か説明を詳しく聞く人もいて、看護師さんも答えが出しにくいとかで。だったら、薬剤師さんに薬を持って行ってもらおうかと思って、薬剤師さんに相談したら、平成3年には薬剤師さんが「ああ、持っていくよ」と言って持って行ってくれたんです。

循環器内科を選びましたが、循環器を選ぶと、心臓が止まって呼吸の止まった人、死んじゃった人、その人に外来に来ていただいて臨死体験を聞く。それが、僕は一番好きだったのですね。分かるかな。いわゆる心肺停止した人も、病院だとまた治るんです。一応循環器の専門医ですので、心臓が止まって呼吸が止まったら、AEDをかけて薬を使って、人工呼吸器をかけて、また人工呼吸器を外せば歩いて退院できるではないですか。

だから、心肺停止になる人は病院に行っていた方がいいと思うのですが。

病院勤務を始めた頃、がん末期の患者さんが「痛い・つらい・苦しい」と嘆かれるので、とても辛くなり。効かない抗がん剤を使うのもイヤでしたね。なぜならば、在宅医療で心肺停止すると死亡診断書を書くんです。でも、病院で心肺停止してもまだ、治療して元気になって歩いて、仕事もできるようになるのだから、それはそれで価値はあります。僕は、だから、往診なんかはやりたくなかったし、病院で仕事をやりたかったんですが…

がんの末期とか認知症の末期の人には人工呼吸器をかけて心臓マッサージをやっても、結局、人工呼吸器を外せない。とても苦しんで死んでいく。だから、がんの末期等の人には、人工呼吸器をかけたほうがいい人と、かけてはいけない人があることも分かってきました。そうこうして、医師とか看護師さん、薬剤師さんといろんなコラボをすることによって、在宅医療の方が何となく良いような患者さんが出てきたかなと思っています。その第1例目が平成4年2月4日の事件です。

大腸がんで手術して、再発をして、腸閉塞になって、もうあまり食べられない。それで点滴に毎日訪問していました。平成4年2月4日の朝8時。もう24年前か。僕はまだ若かりし40代なのですよね。

朝8時頃に往診に行っ、患者さんと手を握っていても、微笑み穏やかなのだが、声が聞こえるか聞こえないかぐらいに弱っていたんです。やることがないから、いつも手を握っておしゃべりをして帰ってくるだけなのですが。「じゃあ、また看護師さんに点滴に来てもらうからね」と言って玄関を出ようと思いました。

玄関を出たときに奥さまが、「先生、先生」と僕を呼び止めて、どうしたのと聞いたら奥さまが、「先生、夫は昨晚、明日旅行に行くから、いつものかばんと靴を用意してくれと言うんですよ。先生は、かばんと靴をご覧になりましたか」。えっ、かばんと靴というのは普通玄関に置いておくものじゃないの。「何を先生はおっしゃっているの。夫は今日旅立つんです。枕元に置いておかなかったらどうするんですか」と言われて。えっ、本人は死ぬつもり？ だけど穏やかな顔だよ。がんで死ぬなんて普通、苦しがつて死ぬんだよ。「そうですね。でも、夫は今日死ぬみたいですよ」。ああ、そう、まあ僕は、じゃあ、取りあえず外来に行ってくるわと言って、外来を始め10時半頃に電話がかかってきました。

「小笠原先生、今旅立ちました」。えっ、本当に死んだの？ すぐ往診に行く。「いやいや、こんなに穏やかに旅立ったんだから、目の前の患者さんをきちんと診てあげて、それから顔を見に来ていただければいいですよ」と。駄目ですよ、だって、死んだんでしょう。ちゃんと死亡時刻も書かないかんし、すぐに行きますと言ったら、「何をおっしゃっているの。もうこんなに穏やかに旅立ったんだから、先生、後から来てもらえれば十分です」と言われて。ああ、そうか。本当にいいの。後から文句を言うなよ…

だって、分からないじゃないですか。死んだらすぐ飛んでいかないかんと思っているので。でも、電話越しに、確かに死んじゃったものは、いつ行っても一緒かな、なんて僕もぶつぶつ言いながら、まあ、いいかと思ってきましたね。2月ですから、インフルエンザが流行っていて、外来患者さんは午前中だけでも80人くらい来られたので終わってから行きました。

12時半過ぎに行っ、ぱっと見た瞬間、何だ、この穏やかな顔はと。僕は今まで救急救命もやっ

てきたし、がんの患者さんの死に顔もいっぱい見た。数百人の死に顔を見てきた。しかし、こんな穏やかな死に顔は初めて見た。もっとも亡くなる2時間前も僕とおしゃべりをして穏やかな顔で。確かに1週間ぐらい動けなくなって寝たきりになっていました。だけど、寝たきりになって1週間、10日で、こんな穏やかな顔で死ぬなんて、何だ、これはと僕はカルチャーショックを受けました。

その半年後には、胃がんのおばあちゃん。東京から息子呼び寄せて、遺言を言い終えて1時間後に旅立ちました。その半年後、大腸がんの腸閉塞でおなかがぼんぼんといっているおじいちゃんが親族一同を呼び寄せて、遺言をひとりひとりに言いながら、ころっと亡くなった。1年間に3人も、水戸黄門の世界に出てくるような、そんなびっくりするような、あり得ないような穏やかな旅立ちに出くわした。僕自身も、がんの患者さんで苦しむから、がんの患者は診たくないと思って循環器の専門医を選んだ僕が、嫌々渋々がんの患者さんを往診していいんだらうかと思ひながら、「入院したくないので往診してほしい」と頼まれたし、何かあれば入院してもらおうかと思っていた。しかし、入院せずに穏やかに亡くなっていく。何だ、これは。大学病院とは比べようもならないぐらい穏やかな生き方、死に方ができたことにカルチャーショックを受けました。

それから、外来患者さんも結構多いんですけども、往診する患者さんがどんどんどこどこ。要するに、僕自身が往診というのは何だろう、こんないいことがあるのだろうかと思ひが出てくると、患者さんというのはどんどん増える一方なんです。

そして、介護保険が平成12年にできました。介護保険ができたことで生活を支えることができるようになりました。つまり、医療保険で、看護師さんとか、薬剤師さんとか、お医者さんとか、医療ができる。そして介護保険ができて生活を支えるようになれば、ひとり暮らしの方の看取りもできるようになることに気が付きました。というか、患者さんが教えてくれたんですね。

そして、在宅ではいろいろな人が関わるものだから、医療とか介護、そういう多くのスタッフをまとめ上げるための人物がいる。最初は緩和ケア病棟にいたボランティアコーディネーター、社会福祉学科を卒業した人で、社会福祉士の国家試験ができる前に卒業している人ですから社会福

祉士としての免許はないのですが、在宅ホスピスコーディネーターとして小笠原内科のトップとなって、どうしたらいいのかを考えてリーダーをやってくれるようになりました。彼女が5年間ぐらいやってくれ、やはり大学院に行ってもう一度勉強して社会福祉士になりたいと言うものだから、彼女の代わりに看護師でケアマネジャーの資格を持った人に、トータルヘルスプランナーというリーダーとして小笠原内科のチームの多職種協働のキーパーソンになってもらいました。

そうこうしていると、がんの患者さんは、ほぼ100%に近いぐらい家で看取れるようになったんです。そして平成19年に講演を依頼されるようになり、平成22年から内閣府や厚労省に呼ばれたりして、かれこれ10年近くたっています。

先ほど言いましたように、トータルヘルスプランナー（THP）。トータルですから、人間の健康の全て、健康、ヘルスをプランニングして、どう生きていったらいいかを考えてくれる、そういう職種がとても在宅医療には必要かなと思います。THPというのは、医療のこともちょっと知っていて、それから看護のこと、介護のこと、福祉のこと、保険のこと、そういうものをちょっとずつ知っている人がやるのがとてもいいかなと思います。

往診する家には患者さんとご家族がおみえになりますけれども、家族がいない場合とか、例えば1キロ離れたところでも、10キロ離れたところでも、100キロ離れたところでも、家族が遠くにいるけれども、患者さんだけひとり暮らしの人も含めて、とにかく家にはひとりだけいる場合はおひとりさまですし、家族がいる場合もいろんな家族がいる。そういう在宅患者さんを支えるには、看護師さんとか、ケアマネジャーさん、介護福祉士さん、ヘルパーさん、栄養士さんとか、リハビリの方、薬剤師さん、それからドクターも含め必要な人は、いないといけないんですけどね。こういういろんな人が関わることによって生活を支える。そして、医療を提供していく。それを家ですれば、誰も入院する必要がなくなってきました。

2人目にカルチャーショックを受けた人は、平成12年87歳で、大腸がんで腸閉塞になってしまい、手術をして人工肛門だけをつくって、まだがんがおなかの中にある人です。手術をして、それから飲まず食わず。歩くこともできない。もう生きるしかばねになってしまっている。病院の先生から、余命1カ月か2カ月もつかな、そんな悪い

状態でしたね。

ところが、おばあちゃんが「家に帰りたい、家に帰りたい」としか言わない。そこで、3人いるお嬢さんのうち長女と三女が小笠原内科におみえになりました。「小笠原先生、お母さんが家に帰りたい、帰りたいと言うんです。でも、寝たきりで何も食べない、動けない、そんな状態で退院は無理ですよ」と。

僕はお嬢さんから言われたときに、本人はもうすぐ死ぬんだよね。「はい、もうすぐ死ぬと言われています」。亡くなる前のお母さんが、家に帰りたい帰りたいと言うのだったら、お母さんの願いをかなえるなら、即退院。どうせ死ぬ人だから、お母さんがひとりで家に帰ってきて、孤独死をさせたと言われたら肩身が狭くなる。自分の身がかわいかったら退院させないでおけばいいよ。あなたはどっちがいいのと聞きました。

「小笠原先生、そんなひどいことを言わんといて」と怒られましたが、いやいや、ひどいもひどくないも、どうせ死ぬんでしょ。家に誰もいないことを知っているんでしょ。だったら家に帰って、孤独死をしそうだから嫌だと思えば帰ってこないだろうし、誰もいないのを知っていて帰りたいと言うんでしょ。だから、退院させればいいんじゃないのと言いました。でも、すったもんだして、じゃあ、みんなで相談しますと帰っていかれました。

1カ月経ったときに、本当に死にそうになっちゃったので、僕にも病院に来てくださいと言われて病院に行きました。ああ、もう間もなく死にますと言いました。本人も、握力も衰えて、ただひたすら小さな声で家に帰りたいとしか言わない。

そこで、もう一人のお嬢さんがいて、このおばあちゃんが入院している病院の理事の奥さまになっている。看護師さんはいつも行くようにしているのです。だから、こんなにも看護師さんが濃厚に看護しているのだから、家に帰ったら孤独死しちゃうのだから絶対駄目と猛反対していました。

でも、ほかの2人は、お母さんは家に帰りたいと言うんだから、小笠原先生が言うように家に帰そうよということでバトルをやって、最終的に多数決で退院してきました。退院してきたら、3カ月後におばあちゃんは喫茶店に行ってしまったのです。おかしいでしょう。何でだと思っ？元気になったんですよ！元気にならないと喫茶店に行けませんからね。それで、僕はおばあちゃんに聞きました。僕はあなたが死ぬと思いました。病院

の先生も死ぬと言っていました。どうして元気になったのか教えてと聞きました。「だって私、がんになってうれしくて、うれしくてしょうがない」とおっしゃったのです。僕はがんになりたくないよ。どうしてそんなに嬉しいのと。「だってね、先生、見てください、わが家を。三軒長屋の真ん中で北玄関、南には大きな家があって、365日太陽の光が入らない。私には3人のかわいい娘が生まれちゃったけど、3人ともあまりにもかわいすぎて、いいところへ嫁いじゃった。旦那を連れてわが家に来たことは1回もない。ひとり息子がまだいるんだけど、ただ猛烈に仕事だけをやっ、朝7時頃出ていって、夜の10時半か11時にしか帰ってこない。だから、嫁の来手もない。このまま死ぬのかと思ったら、何とがんになった。がんになって病院に入ったら、看護師さんとお医者さんがしょっちゅう来る。でも、あまりにも大勢来るもんだから、私はその看護師さんたちの名前を全然覚えられない。心がまったく通わない。病院で孤独死をしそうだった。でも、どういう訳か家に帰って来られた。家に帰って来たら、看護師さんかヘルパーさんか、嫁いだ娘か誰か1日1回は来てくれるのよ。1時間ぐらいいてくれて、私の心をつかんでくれて、おしゃべりができる。その来た人が帰ると、明日は誰が来てくれるか、朝起きると、今日は誰が来てくれるか、それを思うだけで私の心は一日中温かいんです。はっと気が付いたら喫茶店に行けてしまった」。そうおっしゃっていました。

つまり、在宅緩和ケアの在宅というのは家です。緩和ケアの緩和というのは、痛み、苦しみを和らげること、できれば取ることです。ケアとは、人と人が関わることによって、2人の間に温かいものが生まれ、生きる希望が満ちてくる。生きる力がみなぎってくる。QOLが高まると申しますか、エネルギーが溢れてくるわけです。だから、温かい、そういう気持ちが生まれてくることによって、彼女は3カ月後に喫茶店に行けてしまったというのです。病院で孤独死をするくらいだったら家に帰ってひとりで死んでもいいんだと。死ぬと思っていたかどうかは分かりませんが、とにかく家に帰りたい。帰って来たら元気になってしまったんですが、でも、がんは順調に成長しました。

1年半たったら、膀胱とか骨にも転移して痛みがあります。痛いものですからモルヒネを使います。モルヒネを使うと痛みが取れます。モルヒネは適切に使うと延命効果があります。なぜなら痛

みが取れて、さらにモルヒネというのは、恋する乙女。つまり恋をしたときとかハッピーだと思えるときには、エンドルフィンとか多幸物質が出るのですが、そのエンドルフィンに一番化学構造式が似ている薬がモルヒネなのです。だからモルヒネを上手に使うと恋する乙女になれるのです。

だから、その頃は1日2回朝晩飲むモルヒネがあったので、朝飲むと夕方夜まで痛みが取れる。夜も飲むと朝まで取れるんですが、あまりにも調子がいいものですから、たまたま夜飲むのを忘れて痛いと目が覚める。そのときに、実はおばあちゃんいわく、嫁の来手のない息子、猛烈仕事人間から、「おふくろ、そんなに痛いなら入院しろ」と言われ、仕方がないから自分の足で歩いて病院へ入院しました。入院したら何が起これると思えますか。死ぬんだよね。それも1ヶ月で死にました。分かりますか。このことが分からない人が多いのですが、一言も声を発しなかった人は、まだ納得できないようなので、次の話にいけます。

僕は名古屋大学で、こういう心臓が腫れた心不全患者を血管拡張療法で血管を広げ心不全を改善する。それで医学博士になりました。

75歳の彼は、胸の大きさを100としたときの心臓の大きさが82%あります。通常、心臓と胸の比率は45%以下です。55%以上は心臓肥大。82%というと、長くは生きられない心臓です。つまり、これだけ心臓が大きい彼は1年間に3回ぐらい入院して、年の半分以上ずっと病院に入院している。だから、奥さまが病院に見舞いに行ったりして疲れ果ててしまった。何とかありませんかと言うから、僕は言いました。入院しているから疲れるんだから、退院したら楽でしょうと。「そうですか」。そうですよ。「じゃあ、退院させます」。

あれ、富山県の方は退院させませんか。医者の方のことを聞かない人は罪ですね。この奥様は退院させてしまうのですよ。いいですか。信じる者は救われる。家に帰ってきて、何かやりたいこと、食べたいこと、飲みたいこと、何かありますかと聞きました、初診のときに。「みそ汁を10年間1回も飲んだことがないから、みそ汁を飲みたい」。飲めばいいじゃん。飲め、飲めと言いました。そうしたら奥さんが、「駄目ですよ、先生。病院の先生からみそ汁は絶対駄目。塩分制限3グラムから5グラムと言われています。おみそ汁なんか絶対に駄目です」と怒鳴られました。こんなことなら退院されるのではなかったという感じで

怒鳴られちゃったのですね。

そこで、僕は言いました。僕が大病院の医師だったら、みそ汁は禁止します。でも、ここは家だから、みそ汁を飲んだって構わないでしょう。

あれ、何かおかしい。僕は一応循環器の専門医です。心不全の血管拡張療法で、日本のオフィシャルジャーナルに、一番に論文を書いたのは実は僕なのです。だから、一応心不全、僕はこういう患者さんの治療の一番のプロなのです。その僕が、病院ではみそ汁は駄目だけど、家ではみそ汁はいいのと言ったの。でもその時、みそ汁を飲むなら一つ約束してください。毎日両手を挙げて、あーあとあくびをしてくださいと言いました。

皆さんも1回やりましょうか。立って下さい。はい、両手を挙げて、あーあとあくびをしながら両手を下ろしてください。

あくびをすると怠惰になります。怠惰ということは、だらんとするから血管が拡張します。血管が拡張するという事は、いいですか。心不全の時には血管がぎゅっと縮まっているのです。緊張したり、高速道路で車に乗ったり、怒ったり、強いストレスを感じると、血管が収縮する。心臓が100の力で血液を送っていたのが、ぎゅっと血管が収縮すると150の力が要ります。つまり、無駄な力をいっぱいかけているわけです。

だから、おじいちゃんが、いかにも心臓が悪い、心臓が悪いと思って緊張して病院でストレスを感じているので、だらっとさせなさいよ、そうすれば、お注射をするぐらい効果があるから。それで、みそ汁を飲む前に毎日両手を挙げて、あーあとあくびをしてもらいました。心不全の血管拡張療法です。それと胸を張るので呼吸リハビリ、心臓リハビリにもなりますので、絶対それをやってくださいと言いました。

それで、彼は毎日みそ汁を飲んでいました。3年たったら心臓が54%になりました。小さくなって、もう心臓肥大ではなくなりました。10年間1回も入院しなかったのです。ところが10年後に熱とせきが出ました。遠く離れたお嬢さまが「お父さま、お父さまは心臓が悪いんですから、すぐ入院して治してください」と。娘に言われると父親弱い。そこで仕方なくタクシーを呼んで入院しました。

先ほどのおばあちゃんは三軒長屋に住んでいたから、歩いて入院したのですけれども、ここはお金持ちですからタクシーで入院しました。何



が起こると思いますか。入院した人はどうなりますか。そうなんです、死ぬのですね。彼は1カ月に死にました。いいですか。もう一回言いますよ。入院をしている大病院では、緊張しなくなり症候群となり緊張しているから血管が収縮して心不全が重症化しているのです。毎日住み慣れた家であくびをしていたら血管が広がるではないですか。心不全の血管拡張療法をやっているから、心臓が小さくなったのです。その人を病院に戻せば、急激に逆戻りです。高速で悪くなるんですよ。高速のスピードで亡くなりましたね。

今度は、79歳で脳出血になった半身マヒのおじいちゃんです。病院で一生懸命リハビリをやってもらいました。でも、寝たきりでほけてきてしまった。そうしたら病院の先生がこの奥さまを呼んで、「お宅のおじいちゃんもほけてきたし、もうリハビリ効果がないのだから、老人病院か施設に行ってください」と言われました。それで小笠原内科へ来たので僕は言いました。施設、老人病院、いやいや、退院ですと言ったら奥さまが、「駄目ですよ。私は40キロ、夫は75キロ。おむつ交換一つ私はできません。家に連れて帰っても、何もできないから無理です」。いやいや、ひとり暮らしで帰ってきたっていいんだよ。奥さまのやる仕事は、朝起きた時のおはよう、寝る前のおやすみ。あと、看護師さんと呼んでと言われたときの電話番号。それだけやってもらえれば、もう退院してきてオーケーだから、即退院ですと言ったら、「ああ、はい。分かりました」と言いました。

富山の皆さんは退院させますか。退院させずに老人病院に送っちゃいますか。施設送りをしますか。信じないのですね。

彼女はやはり「はい、分かりました」と退院させたのですよ。信じるものは救われる。それで、退院させたら、1年たったら歩いて、ぼけが治っています。いいですか。入院させておけば、施設に入れておけば、ぼけたままで、ぼけが進行して、ぼけのオリンピックで優勝してしまうのです。でも、家に帰ると、ぼけとさよならができる人がいるんですよ。人間として尊厳が守られるのは家なのです。

でも、85歳になったとき、ひとり娘がいいところに嫁いでいた。そこで、お嬢さまが「お父さま、私が毎月毎月四十数万円お支払いします。ぜひ施設に入ってください」。いいですか、皆さん。毎月四十数万円仕送りできますか。ちょっとや

そっとではできないでしょう。それで施設に入所しました。

入所したら何が起こるか分かりますか。ね、入所したらどうなると思います？

この人の場合は、入所したらやはり亡くなりました。2日で脳出血が再発、1週間後亡くなりました。

次の方、リウマチでも悪性リウマチというのがあります。車いす生活をしている人です。それで、冬になると循環障害があって、あまりにも血流障害がひどいので、ステントという管を血管に入れたのですが、足が壊死してしまったのです。そのぐらいひどい病気の方ですが、足だけは切るのは嫌だと言って、壊死した足で毎日車いすに乗って、ひとりではトイレなんかは絶対行けない状態で、ご主人と2人で過ごしてみえました。

ところが、たまたまご主人が入院されたのでひとり暮らしになりました。そこで、「家がいい。入院は嫌だ。何回も何回もいままで入院してきたので入院は嫌だ。小笠原内科はひとり暮らしでもいいんだから、私は家で小笠原先生たちに面倒を見てもらいたい」と言ったのですが、息子さんが、「無理なことを言っちゃ駄目だ。お風呂にも入れない。介護もできない。おむつ交換もできない。そんなのは駄目だ」と言って入院させました。僕たちはひとり暮らしでも全然問題がないと言ったのですが入院させました。入院したら何が起こるか分かりますね。2日で死にました。つまり、2日で死ぬ場合と、1カ月ぐらいで死ぬ場合と2つですかね。入院すると結局、やはり死ぬ患者者が結構多い。つまり、死ななくても寝たきり老人になってしまうケースが非常に多いですね。

次はひとり暮らしの患者さん、学校の先生です。学校の先生というのは変わった人が多い。ここも学校だった。だって、78歳の先生が卵巣がんの末期になって、腹水を病院で1週間に1回抜いてもらっているのです。緩和ケア病棟という、がんの末期ばかりがいる病棟へ入院予約に行きましたが、その後小笠原内科に車イスで来て、「小笠原先生、緩和ケア病棟に行ったんですが、空気が私に合わない。あの空気重さ、あの辛さは嫌だ。だから、トイレまで這いずってもしねなくなったら私は入院します。それまで先生、往診に来てくれませんか」というので往診に行きました。

1カ月半ぐらいたったら、ついにトイレに行けなくなったので、入院したら、と。そのときこの

先生は、「小笠原先生、ひとりで家で死ぬるかもしれない。こんな幸せなことはない」とおっしゃるのです。僕はひとり暮らしの人なんて最期まで支えたことがないものですから、ひとりで死ぬるって、そんなに幸せなの。誰もいないよ。寂しくないのと言ったら。「何を先生おっしゃってるの。何十年もこのアパートでひとりで暮らしてきたんです。天井を見ても、ふすまを見ても、ドアを見ても、飾ってあるものを一つ一つ見ても、私の歴史が全部詰まっているんです。そこを見るだけで私の心は昔を思い出して温かくなるんです。だから入院なんかはイヤです。最期まで支えていただけませんか」と言うから、いや、支えるといっても、どうやるのかよく分からないんだけど、まあ、いいかと言いながら、とにかく困ったらすぐ往診するから電話をちょうだいと言って。看護師さんは最期の1カ月間に60回行きました。1日に1回、多いときに4回。おしっこが漏れちゃった、うんちが出ちゃったと電話1本かけてくれれば行きますと。でも、そのうちに電話もかけられなくなります。でも、そういうことを繰り返しながら、実は介護保険も使わずに、お友達が協力して来てくれる。それで、結局お友達に囲まれて、ころっと亡くなられたんですね。

それから2週間が過ぎたとき、東京から姪御さんがおみえになりました。「小笠原先生、おばさんがお世話になりました。おばさんの遺言がありました。『小笠原内科は赤字に違いない。なぜならば、ドクターは1カ月に32回も来た。看護師さんは60回も来る。こんなことをやっとなんて保険請求できるはずがない。当然、赤字出費を覚悟でやってくれている。私には学校の先生を長年やったから、たぶん生徒がいっぱい来て香典を持ってくるに違いない。その香典を持って行きなさい』と書いてありました」と持っておみえになりました。

そのときに、僕は初めて、ああ、本当に嬉しかったんだな。ひとりで家で死ぬというの、こんなに嬉しいことなのか。だったらひとり暮らしの看取りをやってもいいのかな。それまでは孤独死をさせたと言われたらどうしようかと思って、それが心配で何回も何回も往診行っただけですが、その後、あまり往診に行かなくても笑顔で旅立られる方が多いです。

次は、79歳で肺がんの患者さんです。緩和ケア病棟に予約してありました。でも、痛くて苦しくて何ともならない、緩和ケア病棟に入院したい

と電話しても、もう1週間待ってくれ。「待てない」。じゃあ、一般病棟に入院したら。「一般病棟にだけは絶対入院したくない」ということで、名古屋の娘さんと岐阜の息子さんが小笠原内科へおみえになり、「小笠原先生、往診してください」と言われました。そこで、僕たちはすぐ飛んできました。そして在宅緩和ケアを提供しました。

2週間たったとき写真を撮りました。酸素ボンベは外してあります。笑顔です。この写真を見せて、はい、いい写真ができたよとお渡ししました。そうしたら、彼は写真を見てじっと見つめているんです。一言も言いません。それで僕たちはただひたすら待ちました。じっと見つめていて、ついに彼は言葉を発しました。最初の言葉、忘れられません。「わが人生最高の笑顔である。恋をしたとき、結婚したとき、子どもが生まれたとき、会社の社長になったときうれしかった。しかし、がんで死ぬと思ってから緩和ケアを受けた。在宅緩和ケアを受けて初めて、わが人生最高の笑顔になった」と彼は言っていました。

彼は会社の社長さんだったのですが、このときには四軒長屋の右から2番目にひとりで住んでいました。そして、しばらくたつとお風呂がやってくるのですよ。歩けないのに、お風呂にどうして入るのか。いい質問ですね。この黄色い本に回答してありますけれども、一応。

上野千鶴子さんといって、『おひとりさまの老後』を書いた東京大学の大学院の教授が小笠原内科へ来ました。僕はいろいろ教えました。東大の大学院の教授に教えるのですよ。片田舎の医者がね。それで、上野さんがいっぱい質問をくれたので、僕は全部彼女に回答しました。その回答は、「お風呂に入れないときはどうしたらいいんですか」。それは電話をかけるのです。ケアマネジャーさんにお風呂に入りたいと言うと、ケアマネジャーさんが訪問入浴を調整してくれます。看護師さんと、それから運転手さんと介護士さんとお風呂を持ってきてくれます。そして、寝たきりであったとしても、みんなに入れてくれる、そういうお風呂があるのですね。だから2畳ぐらいあれば、いくらでもお風呂に入れます。そして、お風呂に入った後にビールを飲むと、「小笠原先生、会社の社長になったときのビールもう良かった。しかし、がんで死ぬと思ってから訪問入浴に入った後のビールは、もっとうまい」。

そして、それから1カ月半ぐらいたち、お風呂に入れなくなったときに、「そろそろ死ぬのかな」と彼が言うものですから、あんたが死ぬと思った

ら死ぬかもねと返事しました。そうしたら、「そうか、やはり死ぬか、先生」。当たり前だよな。いつ死んでもおかしくなかったんだよね。あれから2カ月間、こんなに幸せな気持ちで生かさせてもらって、もういつ死んでも悔いはない」と彼が言ったとき、待て待て、死ぬ前にやることがあるだろう、娘と息子に遺言を言ってから死になさいよと僕は言いました。そうしたら、「分かった。じゃあ、明日息子と娘を呼ぶ」と言って2人を呼んで、6時間かけて遺言を言って、ころっと死にました。

亡くなったときに僕たちは往診に行きまして、息子に、ねえ、遺言を聞いた、と言ったら、「いや、先生、聞きましたよ。親ってのはありがたいものでね。僕を呼んで遺言を言ったかと思ったら、妹を呼んで遺言を言い、次は2人を呼んで、しばらくたってもう終わりかなと思ったら、また呼ばれて6時間もぶつぶつ遺言を聞いて、はっと気が付いたらそのときに死んじゃったんですよ。あれ、おやじって、がんで死ぬ苦しみとか不安とかも何もなくて、ただ息子と娘に遺言と思って、それで死んでいっちゃった。これって小笠原先生がおっしゃっている、希望死、満足死、納得死というのはおやじのためにある言葉ですね」と喜んでいました。

今度は、89歳で高血圧、糖尿病で、僕がもう20年ぐらい主治医をやっていた患者さんが脳梗塞になって、右まひになってしまったのです。右のまひになってひとり暮らしだったので、退院しなさいと言ったのですが、娘さんが「冗談じゃありません。ひとり暮らしで、半身まひ、退院なんか不可能」と言って施設に入れてしまった。ここが違うんですよ。言うことを聞く娘と言うことを聞かない娘があるのです。言うことを聞かないものだから、施設に入り4日たったら、床ずれはできるは、ほけてしまった。そこで、はっと気が付いたが、退所は完全に諦めてしまった。

でも、そこは肺炎になっても、死にかけたら必ず死人は出さないという施設で入院させてしまうと言うものだから、ちょっとあんた救急車で病院に行ったら、また苦しめられるだけだから、困ったね、いっそのこと退所したらと言っても、なかなか退所させてくれなかったのですね、娘さんが。

ところが、吐血をしたら病院に入院したら胃がんと言われた。がんになるといいですよ、皆さん。ほけて半身まひでまったく動けないけれども、がんになったと言うと、「ああ、がんだったら死ぬ

んですよ、先生。だったら、ひとり暮らしでも退院させてあげましょう」になったのです。

あれ。おかしいですか。寝たきりで動けないし、ほけてるし、吐血もする。がんになってしまったのだから、だったらひとり暮らしでもいい、退院させましょうというふうに娘さんが変わったのです。あれ、富山では退院しないですか、そういうとき。しないのだね。まあ、いいや。そのうちに気が変わるでしょう。

それで、最初の入院から2年たってから家に退院してきました。ところが、この家はお金持ちだったので家政婦さんを雇いました。1日1万5千円を出すお金があったのです。でも、がんの末期だし、どうせすぐ死ぬのだからいいやと思って、1日1万5千円だから1ヶ月で45万円かかりますが3カ月も生きっこないから、150万円はかからない。まあ、いいかと退院させたのです。

夜中はぐっすり眠れる森の男爵、ぐっすり夜だけ寝てもらおう。そういうことをしているので、「なんだ、小笠原先生、夜だけお父さんは寝ちゃっているね。だったら家政婦さんがいてもいなくても一緒だね。どうせ夜中に死ぬのだったら。苦しくないもんね」とか言って家政婦さんを3日で断っちゃったんですよ。その後ヘルパーさんだけ1日3回入ってもらって、訪問看護師が2回。5回入るだけで、夜はぐっすり眠れる森の男爵。そうやって夜だけぐっすり寝て、昼間だけは、ほけているけれども、ふつうの生活をしていたのですが、たまたま娘が来たときに亡くなって、お嬢さんも小笠原内科に来て、笑顔でピースです。「よかった、万歳」とか言って。

最初からすぐ退院しておけば、こんな苦勞はしなかったのですけれどもね。それでも最期の最期、死ぬ直前に家に帰るということに気が付いてというか、僕らが何回も説得して、ようやく退院できて、本人は本当に人間らしく、笑顔で生きて、笑顔で亡くなりましたね。だから、娘さんも笑顔になれたのです。

次は生活保護の患者さんです。喉のがんで肺にも転移してしまったひとり暮らしの患者さんですが、痛い、苦しいとか言って何回も救急車を呼ぶのです。何で救急車を呼ぶかと言うと。ケアマネジャーを皆さんご存じですか。ヘルパーさんとか、お風呂とか、いろんなものを用意してくれるケアマネジャーさんが来て、「大丈夫ですか。苦しくないですか。心配じゃないですか」と来るたびに言うのです。そうすると、夜不安になって寝

られないものですから、毎回救急車を呼ぶ。たまたま午前中にケアマネジャーさんが来て「大丈夫ですか」と言った時、昼から不安になって、救急車で病院に行っちゃったのですね。

大病院には、がんの認定ナースという人がいて、「あなたね、ひとり暮らしなんだから、もう病院に来てもしようがないんだから、うちへ帰りなさいよ。小笠原先生たちに往診してもらうから」と言って、トータルヘルスプランナーという看護師さんに電話をかけました。

僕たちが患者さんの家に行きましたら居酒屋だったのです。居酒屋の隣の部屋で彼女マコちゃんが寝ていたのです。

最初にマコちゃん、あんたは何で苦しがるのと言ったら、「分からないんだけど、ケアマネさんが来て、大丈夫ですか、心配ないですか、不安じゃないですかと言うもんだから、何かだんだん苦しくなっちゃって、下を向いていると苦しくなっちゃうんですよ」と言うから、じゃあ、上を向いてごらんと言って、上を向きました。どう、上を向くと楽でしょうと言ったら、「ああ、苦しくない」じゃあ、歌おうよ、『上を向いて歩こう』。「ああ、苦しくない」じゃあね、歌おうよ、『上を向いて歩こう』。「上を向いて歩こう。ああ、全然、苦しくない」あなたは、喉のがんだから、下を向くと気道が詰まる。上を向くと、気道が広がって歌も歌えるんだから、上を向いて、これからは暮らしの中でお金が落ちていても拾っては駄目と言いました。

ところが、マコちゃんに「本当のことを知りたい？」と言ったら、「本当のことを教えてください」と言うのです。分かった、では、今日は、あんたひとりしかいないから、町内会長さんとか、居酒屋の常連客とか、民生委員さん生活保護の担当者、ヘルパーさん、もちろんケアマネさん、それからお風呂を持ってくる訪問入浴の人とか、ボランティアさんとか、そういう人が一度、全員集まったときにお話してあげると言って帰りました。

数日たってから、6畳と4畳半の部屋にそれだけの人が集まって、ベッドの部屋に入れたい人は4畳半の部屋にみんな立ってカンファレンスをやりました。それで、僕は、最初に「マコちゃん、本当のことを教えてほしい？」と言いました、そうしたら「当たり前ですよ、私はひとり暮らしなのです、全て自分ひとりで決めないといけません。だから、本当のことを教えてください」と言いました。そこで僕は「分かった、じゃあ本当のことを教えてあげる」と言いました。

病院の紹介状には「小笠原先生、いつもお世話になります。ひとり暮らしで、のどのがんの方ですが、抗がん剤を使いましたがまったく効果がありませんでした。でも、本人は帰ってくれません。そこで、次のように患者さんに説明してあります。がんは、本来大きくなっていくものです。あなたの場合は、抗がん剤を使ったから大きくなりませんでした。効いたと思って退院してください、と説明してあります。でも、肺にも転移して、どんどん成長していますから、苦しくなるに違いありません。最近、頻回に救急車を夜中に呼んで入院しています。在宅緩和ケアをよろしくお願ひします」と書いてあると彼女に見せました。

「えっ、私、がんなの?」「そうだよ、書いてあるでしょう」「嘘」「いや、嘘じゃない、本当だよ」「じゃあ、私、死ぬんですか」「ああ、じゃあ、マコちゃん、聞いてみるけど、これだけ大勢いる中で、最初に誰が死ぬと思う?」と聞きました。「私?」「うん、そうだよ。みんな、そう思っているよ」と。

僕は、必ずそういうときには手を握ります。僕は、何回も入院していますので、医者からとか、看護師さんとかに脈を測られると、どきどきするのです。そこで、手を握りながら、ここで脈を測っています。だから、握手をしているつもりで、こうしてやりながら脈を測っています。医療者が脈を測ろうとすると、患者さんはどきどきします。だから、こそつと分からないように脈を測っています。そして、目を見ながら「うん、あんたは死ぬんだよ」と言うと、彼女の頭はがくつと下を向きます。がくつとして、そのときに僕がやるのが、ただ一つあります。「待つわ〜」です。何を待っているかという、ほとんどの人は、脈が140ぐらいに上がります。150、160になる人もありますが、だいたい140ぐらいです。がくつと下を向いて。まだ脈が多いうちは、ただひたすら「待つわ」で、脈が88になったとき、はっはっはという感じで88になったときに、いつも僕が言う言葉があります。

「マコちゃん、不安でしょう。だから、救急車ばかり呼んで入院するんだよね。どうせ、不安になるんだったら、看護師さんのファンになったら?」そのときに、ほぼ全員の方が僕目を見てくれます。つまり、目と目が合って、手と手が触れていると、われわれは患者さんを護ることができるのです。

看護師の「看」というのは、「手」と「目」と書きます。それを「看」と読みます。看護師の

「護」というのは守る。「師」は人間です。つまり、「手」と「目」で患者を護るのは、われわれ在宅ホスピス医です。最近の看護師は、「手」と「目」で病院を守っている。そういう看護師にならないで。でも、病院も守らないといけない場合もありますけれども、患者を護らないといけないのですよ。「手」と「目」で患者を守る。

そして、ここが大事です。「あなたはがんの末期だから、このままだったら3カ月もたないよ」「やはり、そうですか」「そうだよ」「でも、よく寝て、体を暖めて、笑うと、3割の方が長生きをするよ。不安になって救急車ばかり呼んでる人は免疫下げまくり症候群で早く死ぬよ。あなたも、笑顔で長生きしたいのか、苦しんで救急車ばかり呼んで入院したいのか、あなたの選択なんだ、どっちがいいの」と聞きます。そうすると、「笑顔で、長生きしたいです」。だったら、よく寝て、体を暖めて、笑いましょう。お金をかける必要はまったくありませんと言います。

つまり、「よく寝て」というのは、夜11時から2時までは寝ている間に免疫細胞がどんどん増えます。暖めてというの、温度を温めるではなくて、暖房の「暖」です。心を暖める、それが大事です。だから、手と手を握っていると、やはり暖かさが伝わって、僕の気を相手に送ることができるので、手と手を握って暖かさを伝えることがとても大事なのです。

それと、笑うことです。わっはっは、わっはっはと笑っていれば、免疫力は上がります。実は、これにアロマセラピーが加わると、日本補完代替医療学会でも免疫力が上がると言われています。そうすることによって、「あなたは死ぬんだよ」と話してから48分後には、満面の笑顔になりました。12月まで満面の笑顔で暮らしましたが、たまたま妹さんとか友人が来たときに、ころっと亡くなりました。彼女は、延命効果はなかったのですが、笑顔の状態で長く生きました。笑顔で長生き。苦しんで、不安になるのだったら、看護師さんのファンになっていいですよ、皆さん。介護職、看護師、ボランティアのファンになることが大事ですね。

ひとり暮らしですから、石油ストーブだとかは危ないですが、ちゃんと火事を起こさないようにすれば全然問題なくいきます。つまり、笑顔で暮らすと3割の人が長生きをします。

また次の患者さんは、がんセンターで肺がんで苦しがっていました。息子さんが、今日のような

僕の講演を聞きにきて、小笠原内科だったら肺がんの末期で苦しんでいるひとり暮らしでも家へ帰れるそうだとということで、緊急退院してきました。

小笠原内科から15キロぐらい離れたところで、モルヒネの持続皮下注を使えるドクターが1人もいないエリアだったので、僕たちが行って、地元のドクター、薬剤師さん、看護師さんに、モルヒネ持続皮下注射の方法を教育しました。教育的在宅緩和ケアと言って生意気なものですが教えに行きます。そうやって、在宅緩和ケアができるエリアを広げていくわけです。

ケアマネジャーさんは、最近はたくさん仕事がたくさんあるので、遅くにしか患者さんを訪問できません。夜に行くと、親族一同が集まって「入院しろ」「新聞沙汰になったらどうする」「孤独死したらどうする」と言っているのを聞いてしまいました。すぐケアマネからTHPに連絡が入り、それはいかんと言うことで、親族一同を集めました。最初に、「なぜ、このおじいちゃんが退院してきたのか分かるかね」と聞くと、「息子夫婦には子どもがいないんだから、おじいちゃんじゃない、名前と呼べ、名前です」と、おばさんに怒鳴られました。僕も、患者を守るためには親族とケンカをしないとイケない。ケンカで負けたら駄目ですから、僕は言いました。「タケシおじさんだよ。タケシおじさんが、がんセンターに入院していたときの顔と、今の顔とどっちがいい顔をしているね？ 言ってごらん」と。

誰も見舞いに行っていないのです。見舞いに行っていない人だけは、孤独死をさせたとかいうと、とぼちちりが来るとイケないから、入院しろ、入院しろと言うわけです。「あんたたち、見舞いにも行かず、何言ってるんだね。本当にタケシおじさんの気持ちを考えたことがあるかね」と、怒鳴りました。どっちみち、ケンカで負けたらいかんから、勝つまでやらないとイケないわけですから。

108分間ぐらいかかりました、除夜の鐘です。さすがに、除夜の鐘、百八つたたくと、皆さんも気持ちが「入院させたらイケない。在宅緩和ケアなんて、こんな素晴らしいものがあるということには知らなかった」というふうになりました。「そうだ、そうだ、入院させたらかわいそうだ、このまま家にいることが一番いいことだ」だったら証拠写真を撮ろうということで写真を撮りました。後から、文句を言うなよということです。

ところで、この写真をスライドにして講演会に使いたいし、本に使ってもいいかと言ったら、ど

うぞ、どうぞと使ってくださいと全員がサインをしてくださいました。今日は、いろいろなスライドに写真が出てきますけれども、みんなサイン、了解してもらっています。どんどん使ってください、こんないいことは広げないといけない、ひとり暮らしでも、こんな幸せな生き方があることをみんなに教えてあげてほしいと言われます。

実は、奥さまがぼけていて介護施設にいて、この奥さまが家に戻られて、ご主人とお酒を一杯飲んで、施設に帰ったときにころっと亡くなりました。

今度の患者さんナッチャンは認知症です。もともと、高血圧で僕は十何年、主治医でした。「グループホームに入所してください」と言ったのですが、「入所させるなら、木曾川へ飛び込む」と言うのです。成年後見人の甥は、「木曾川に飛び込まれたら困るので、小笠原先生、最期まで面倒をお願いします」と言い、僕が「いいよ」と。

その時から4年経ったときに、上野千鶴子さんが、小笠原内科へ来ました。「ひとり暮らしの人って、本当にひとりでも最期まで看取れるの」と。上野さんが、にこにこ満面の笑顔で写真に写るのですが、ナッチャンは「入所させられるかもしれない」と、どんな人か分からない、心の通っていない人が来るともう絶対に笑顔が消えます。

どのぐらいのほげか具体例を話しますと、十数年主治医をやっている僕の顔を見てほげっとしているわけです。しょうがないので、ぱっと胸に聴診器を当てると「エッチ」と言う、そういうことだけは分かる程度のほげです。主治医の顔を忘れるなよと怒りたいですけども、僕の顔を忘れていたのですよ。

でも、そのぐらいのときも、7年間通い詰めたヘルパーさんは、しょっちゅう通っているし、顔見知りになっているので心が通っています。そのヘルパーさんといるときには笑顔になります。なぜならば、ドクターは月に2回の訪問で、看護師さんは1カ月に1回、24時間対応だけなのです。ヘルパーさんは1日に3回行っているわけです。それは、ヘルパーさんに心がいきますよね。

それで、このときにも僕たちは上野さんといろいろとお話ししましたが、どの程度のほげかという、もう一つエピソードがあります。帰るときに、「ナッチャン、また来るからね」と手を振って帰るのですが、いつもナッチャンは言います。「先生、また（股）だけ来てもらっては困ります、

全身で来てちょうだい、だって私は後家だから」。分かりましたか、分かるね。学生さんには分からない人がたまにいるので。

どういうことかという、部屋にお仏壇があります。彼女は画家と結婚をしたのです。40坪の土地に2階建ての家があって、2階が絵を描くところ。だから、新婚早々、抜き足差し足忍び足で2階へ行くと「うるさい」と怒鳴られる、とても怖いご主人だったのです。ところが、1階に下りてくると、とても優しかった。そのご主人が1年3ヶ月の新婚生活で戦争に行き、帰ってこない。つまり、彼女は「60年間守り通した」唯一プライドがある、誇れるものがあります、それは60年間守り通した女の操です。

そのナッチャンが、このときは、まだ「また（股）だけ来てもらっては困ります」と言っていたのですが、それから3年経ったときには、もう歩くことができなくなっていました。這いずっています。つまり、人間は生まれたときには寝たきり人間です。その次に這いずり人間になります。よちよち歩き人間になって、それから普通に歩いて、跳んではねて、オリンピックの選手のように、いろいろなことをします。でも、ついに歩くだけしかできなくなり、這いずるだけになって、寝たきりになる。ですが、病院とか施設では、なかなか這いずらせてくれません。拘束してしまうために、自然の摂理で死ぬないわけです。拘束されてからの時間が非常に長くなって、人生ガタガタになってしまうわけです。這いずってトイレまで行けなくなって、ころっと死ぬのです。彼女の場合も、2月によちよち歩きもできなくなって、這いずるだけだったので、土間で死ぬのはかわいそうだとということで、夜だけ『眠れる森の美女』にしてほしい、ぐっすり眠れる注射を打ってほしいと言われて、夜だけ寝てもらっていました。そして、亡くなる2日前から、まったく意識もなく、抓っても何とも動かなかったのですが、巡回型ヘルパーで深夜12時に行ったときに、まだナッチャンは生きていて、ヘルパーが帰ろうとしたときに心肺停止になりました。

つまり、皆さんも嫌いな人に死に目を見てほしいか、それとも心の通った好きな、その人に見てほしいか。逆に、看護師であっても、介護士であっても、家族であっても、自分がいるときに最期を看取れれば嬉しい。看取れれば、その人は私と心が通っていたのだと、嬉しいではないですか。

彼女の場合は、看護師ではなくて、たまたま通

い慣れたヘルパーが来たときに亡くなりました。それも、お仏壇のほうを向いて亡くなっていたのです。ほけの天才、ほけの極地、ほけの金メダリストですから、仏壇が右にあるのか、左にあるのか何も分からないにもかかわらず、お仏壇のほうを向いて亡くなっている。これは、何ということでしょう。目には見えないいのちがあるとするならば、そのいのちがお仏壇のほうを向いて、そしてあの世に行ったのであろうかと思えないような不思議なことが続いています。

また、ひとり暮らしの悪性リンパ腫という血液のがんの患者さんは、何回もカンファレンスをやって、家で最期まで穏やかに過ごしてもらいましょうと言っていたのですが、たまたま半身麻痺になって、そのときに、息子が救急車でCTの検査に連れて行きました。CTの結果「脳出血です」と言われました。僕は、脳出血だったら、もう手術をしても意味がないと説明していたので、息子が「帰ります」と言ったのですが、病院の先生は「手術をすれば助かりますよ、このまま退院したら死なせるのですか？あなた方は親を死なせるために家に帰るんですか？」と言われて、「ええっ、じゃあ、手術をお願いします」と言ってしまったんです。

実際には、77日間彼は助かりました。でも、がんの末期で呼吸が止まってもおかしくない人に手術をして、人工呼吸器をかけても外せっこありません。人工呼吸器を取って死んだら医療訴訟になりますから、どんなに患者を苦しめても患者の両手を縛ります。患者は涙を流します。それでも仕方がないわけです。そして、苦しんで、苦しんで、苦しんで77日間経って、家族が誰も来なくなって、心電図モニターで、「ピーコーピーコー、生きてるか、死んでるか、生きてるか、死んでるか」と管理しながら、そばには、誰もいない。そして、あるときピーと鳴ったとき、遠く離れたところの看護師さんたちが心電図モニターを見て、あっ、何号室の患者さんの心臓が止まった。それいけ、死亡確認戦隊ナデシコ富山。わっしょい、わっしょいと看護師さんが行って、心臓が止まっている、ということは心肺停止だ。「先生、心肺停止です」「何、心肺停止、それは心配だな」、何を「心配だな」分かりますか。家族も誰もいない、家族が来るまで心臓マッサージをやって、取りあえず、生物として生かしておこうか。それとも、これだけ苦しめたのだから、もう、あの世に行ってもらおうか。悩める心境、ハムレット、ああ、心配だな。

つまり、助からない人間でも、家族にしてみれば、最後の瞬間のお別れをしたいという希望のある家族の場合は、患者を苦しめ抜いたにもかかわらず死なせずに、とにかく心臓マッサージをして血液を回しておけば、人工呼吸器で動いているわけです。いわゆる、死んでいない。そのために心臓マッサージを繰り返して、30分も、1時間も家族が来るまでやるのが人間としていいことなのか、これは虐待なのか、そんなものは結論は出ています。救急車で行くと、こういうことになるのです。

もともと、救急車で行くと、病院のドクターたちが練習できますから、自分の身を使って、どうぞいろいろ実践してください。若い医者や研修医は、人工呼吸器のかけ方、挿管の練習。そういう実験台になりたいという人は救急車を呼んでいただければいいのかなと思います。

でも、ここにおみえになる九十何%の人は救急車に乗っていった方がいいかもしれませんよ。誤解しないでください、助かる人は救急車で行って、心肺停止でも助かる場合もありますので。まあ、多くの場合は、苦しむだけで、死にますけどね。

次は、小笠原内科から30キロ離れた認知症の患者さんです。ヘルパーさんたちが行く、もしくは近所の人が行くと警察に110番して、「いま、泥棒が入りました」と電話します。困ってしまって、グループホームに入れと言うと、「あの人がものを持っていった」と騒ぐ患者さんです。

困ったので、僕たちが行って、もうグループホームに入れなんて言うのはやめようよと言ったのですが、多職種の皆さんが納得してくれないのです。2回目の、市職員、民生委員、多職種でカンファレンスをしたときも、「火事になったらどうするの」とか、「徘徊したらどうするの」と言うわけです。火事になったら燃えるだけで、焼け死ぬのはしょうがないですよ。人間、いつ火事に遭って死ぬか分からない、交通事故に遭って死ぬか分からない、生きているときが大事だから、徘徊は楽しいことだから、徘徊して車に跳ねられたら諦めましょうよ。

3ヶ月後、3回目のカンファレンスをやりました。そうしたら、民生委員が「全員で『入所しろる』という言葉タブーにして、『家で暮らしましょう』ということに変えましょうか」と提案しました。ヘルパーさんも、ケアマネさんも、市職員も「ええっ」という感じになって、「じゃあ、

そうしよう」となりました。そうしたら、かわいい認知症になって警察に電話を全然掛けなくなりました。つまり、「入所しろ」と言う人は敵なのです。敵か味方かだから、敵は警察を呼んで捕まえてもらおう、それが本能的に分かっているのです。

それから、何年も徘徊はしているのですが、道路を這いずるので、さすがにこれは申し訳ないということでショートステイに入ってもらっています。ショートステイを繰り返して、いまは施設に入っています。あまり家から出られない程度の這いずりになったら、家に連れて帰って、家で看取ってあげようということになっています。

次は糖尿病の患者さんです。車のレース場でクラブとか、居酒屋とか、いろいろなことを一手にやっているオーナーで、レースなどがあると、シャンパンとか、お酒をたくさん飲みまくったそうです。F1 レースの最終日は一晩で300万円の利益が出るそうです。「小笠原先生、一晩で300万円の利益が出るわけですから、どれだけでも酒を飲むよ、高い酒ほど儲かるから」と言っていました。ヘモグロビンA1cが14%でした。ヘモグロビンA1cというのは、普通は5%とか、6%までぐらいの人が多いです。8%になるとひどい糖尿病だ、10%はこんな駄目じゃないか、インシュリンを打てということになるのですが、14%、このときには実は釘が刺さっていても痛みを感じないのです。

ひどい糖尿病は、腎臓が悪くなって糖尿病性腎症になって人工透析をやります。糖尿病の網膜症で目が見えなくなります。それと、もう1つ、神経障害というものがあって、この3つが三大合併症です。糖尿病性の神経障害になると、自律神経がうまく作動しないために、普通は立ったときに血管がきゅっと締まるので血圧が維持できるのですが、これができないので、立つと血圧が50mm Hg ぐらい下がります。ぱっと立つと、ばたんと倒れます。ところが家で倒れるものですから、木造の家はクッションがいいので、骨折とかをなかなかしなくて、傷はたくさん付けています。

本人にどれだけインシュリンを処方してもなかなか打ってくれなくて、お母さんも「しょうがないですわ」と言いながら諦めています。お酒ばかり飲んでます。大酒飲みです。どのぐらいかという、毎日2リットルの焼酎を飲んでます。お風呂に入ると溺れそうなのですが、お風呂が大好きです。お母さん、あんたの息子はお風呂が大

好きだから、お風呂に入って溺れるかもしれんけども、好きな風呂に入って溺れたら、まあ、いい湯だなと言いながら死ぬんだから本望だと思ってくれると聞いたら「それもそうだよ」と納得されたのでお風呂に入ってもらうことになりました。

狭い部屋なので、訪問入浴のベッドが入るスペースがないんです。訪問入浴のベッドが入るためには、それだけの畳の部屋か、板の間がないといけないのですけれども、6畳一部屋しかないとこに住んでいました。彼は、金持ちだったので、酒を飲んでいても息子、娘を成人させるという執念で働いて、成人式が終わった頃から血圧が下がりがだして在宅医療になって、それからは収入が、ぱたっとゼロになりますから、四軒長屋に住んでいました。それで、結局は死んだら大好きな風呂にも入れない、酒も飲めないからということで死ぬ前日まで酒を飲んで、風呂にも入っていました。亡くなったのは、お母さんが来て玄関を開けようとしたときに、ぱたっと音がしてびっくりして入っていったら、呼吸が止まっていたそうです。その時に、ぱっとお酒を見たというのですね。

亡くなる前日というのは、皆さんはどのぐらいお酒を飲むと思いますか。毎日2リットル飲んでいた人です。どのぐらい飲んでいたと思いますか。1.8リットル。残っていたのは、1合分ぐらいでした。つまり、亡くなる前日にもかかわらず、飲んでいて、朝起きた時には、ちょこっとだけ残っていたというのです。朝起きたら飲もうと思っていたお酒ぐらいしかなかった、それだけ毎日飲んでいました。お母さんも、われわれも、どれだけ酒をやめろと言っても、アルコールをやめられず何ともならない、でも、人には一切迷惑をかけない。親として、子どもには仕送りをきちんとして、成人したから我が人生を太く短く生きたいと言って、亡くなられて。お母さんは、最初は困ったと言いながら、「うちの息子はこれでよかったんだから、親としては納得しました」と言っておられました。

次は、肝臓がんで骨にも転移していた独居のおばあちゃんの話です。本人の家から3軒離れたところのおばさんが小笠原内科へ来て、「小笠原先生、首を吊ると言っている人がいます。すぐ往診に来てください」と言われるので往診に行きました。そして、おばあちゃん、どうして、あんた首を吊りたいのと聞いたら、「だって、先生、私は病院にかかっているとお金が掛ってしょうがない。



お金がなくなって底をついたから、もう首を吊ります」と言っていました。お金がないって、幾らあるのと聞いたら、「年金が少ししかないのです」。幾らかははっきり言わないものですから、通帳を見せてもらいました。

僕は、通帳を見るのが得意なのです。なぜかという、お金は、あればあるように、なければないようにやらないといけません。通帳を見たら、14万4,932円入っていました。1ヶ月7万2,466円でした。それで、あんた、50万円あるから大丈夫だよと言うと、「駄目です、先生、これは葬式用とか、手がつけれないお金です」と言うわけです。

ということは、僕に7万2,466円で、最期まで面倒を見てほしいということ。「はい、そうです」ところで、3万円ずつ抜けているけれども、これは何と聞くと、家賃だということでした。一軒家を借りているということでした。と言うことは、4万2,466円で最期まで家にいたいんだよね。「はい、どこも入院する気はないです。いざとなれば、いつでも首をつります」と言っていました。僕は、分かった、じゃあ、一つ約束してほしい。よく寝て、体を暖めて笑うと、笑顔で長生き。歩けなくなったら3日で死にます。安心してください、お金は掛りませんと言いました。「えっ、3日で死ぬの、嬉しい」、いや、10日ぐらい生きる人も、たまにありますと言いました。「がんがよかった、ほかの病気だったらいかんかった、がんだったら笑顔で長生き。死ぬ直前まで機嫌よく、ころっと死ぬの」、はい、大丈夫ですよと。

でも、しばらくたったら、やはり夜が不安だと言います。看護師さんのファンになってもまだまだ不安なのと言うので、困ったねというので、眠れる森の美女になって夜はぐっすり寝てもらいました。ヘルパーさんには、月に1回入ってもらって、夜に痛みがあったらボタンを押せばモルヒネが入る持続皮下注という機械があります。「モルヒネで、恋する乙女になりましょう。恋する乙女になりたければ、1回ボタンを押してください。足りなかったら、もう1回押してください。別に何回押しても構いません。自分で何回押しても死ぬことはありません。なぜならば、15分間に1回しかモルヒネが注入できないし、何回も押すと、モルヒネは眠たくなってしまうので、ボタンは押せないで、どっちみち死ねないの。だから、あなたはモルヒネで自殺は絶対できないから安心しなさい」と言いました。

そうしてたら、彼女は「私はひとりで死にたいの」と何回も言いました。NHKが、テレビを撮っていました。放映もされました。26番目の独居の人ですが、初めて「ひとりで死にたい」という人が出てきました。それまでの人は、最期は入院するとか、入所するとか言っていて。ひとりで死ぬということは、まったく想定外の人が現れました。26番目で初めて、「私はひとりで死にたいの」という覚悟を持った人がやってきました。NHKの人は、「小笠原内科の患者さんは誰かいるときに亡くなるから、あなたも誰かいるときに亡くなると思いますよ」と言いましたが、「私は、ひとりで死にたいの」と繰り返していました。

近所のおばさんが、朝8時と、夜8時に顔を出してくれるのですが、死亡前日の夜8時は穏やかな呼吸、朝8時も穏やかな呼吸をしていました。しかし、9時40分に訪問看護師が来たときには、もう手足が冷たくなっていました。

テレビを撮りながら、「小笠原先生、ひょっとして、ひとりで死にたいの、ひとりで死にたいの」と言っていたから、ひとりで亡くなった。おまけに最もお世話になった方が来てくれたときに、その方が帰っていくときにあとを追うようにして家を出てあの世に行っちゃったのかしら」だから、ひとりで結局は死んだのですよね、それしか考えられませんかNHKが言いました。私のNHK人生で、最も命の重さを感じた番組が撮れましたと、感慨深く喜んでいました。

また次の患者さんは、何回もテレビに出演したスターです。NHKのワールドニュースで全世界に流れました。『あさイチ』『ほっとイブニング』『おはよう日本』フジテレビの『アゲるテレビ』とかにも出演しました。甲状腺、心臓が悪くて在宅医療を始めていたのですが、しばらくすると、「痛い、痛い」と言って動けなくなりました。本人は、目がほとんど見えなくて、耳も非常に聞こえにくい人で、手探りで生活をしていたのですが動くことができなくなりました。いろいろな痛み止めの薬を使ったのですが、まったく痛みが取れませんでした。

これはがんの転移しかあり得ない。がんだったらモルヒネが使えるから、痛みは取れるので幸せだよ、と言い病院に入院して検査だけしてご覧と言いました。CTを撮ったら、骨に転移していました。病院の医師が、そのとき胃カメラをやるのですが、「嫌です、すぐ帰ります」と言うので、どうしてかと聞くと「だって、私は、がんががんでないかだけを調べるためだけに入院した

んです。胃がんであろうが、大腸がんであろうと、肺がんであろうと、何がんであろうと一緒です。即、退院します」と言って退院しました。

医師は、診断をする興味があります。「そんな原因追及に付き合っただけならいらない、私の人生、間もなく終わるんですから家へ帰ります」と、彼女は帰ってしまいました。だから、モルヒネを使い痛みが取れて、ベッドで生活して2年半も笑顔で長生きしました。2年半生きていたものだから、テレビのスターになってしまったのですけれども。

そのとき、彼女は「おむつが気持ちいい」と言い出しました。最初は、尿道留置カテーテルを入れていたのですが、「抜いてほしい」と言われました。ひとり暮らしの方は、尿道留置カテーテルを入れていると、おしっこの手間がありません。全部看護師がやってくれるので、本人がトイレに行かなくてもいいし、おむつも汚れないので勧めるのですが、彼女は元官僚みたいな賢い人だったので、「おむつだけでいきたい」、と。おむつ交換はと言ったら、「最近のおむつは吸収がいいから、おしっこ1回、2回は大丈夫」とテストすると言って、テストしてくれました。その結果、おしっこは3回しても、おむつ交換はしなくてもいいことが分かりました。そのくらい、今のおむつは吸収がいいのです。ただ、彼女は、朝と昼はたくさん食べます。夜は、なるべく少なくして、夜のおむつ交換に介護師が1回も来なくてもいいように彼女自身が調整しました。結局のところ、彼女はずっとおむつだけを着けて、ヘルパーさんが1日3回入って、それで2年半過ごして、最期は起きれなくなって1週間でころっと亡くなりました。不思議なものです。いろいろなことを僕は教えてもらっていました。

この動画は、NHKの金曜 eye ゲストの渡辺えりさんと、周防正行監督です。

(動画上映)

『痛みを取って苦しみを和らげないかぎり、絶対に家にはいられません。でも、ひとり暮らしの方が、家で最期までいられるということは、痛みとか苦しみが、家だからこそ取れるのです。』

彼女大野さんはひとり暮らしの食道がんの患者さんでした。余命3カ月と言われていましたけれども、7カ月たったときです。僕は、鶴岡八幡宮のそばで講演会するとき小笠原内科から350キロ離れたところにいました。意識も悪いし、血圧も下がってきましたということで、遠隔診療をやりま

した。遠隔診療というのは、看護師さんがipadを持って行って、患者さんにはipadで僕の顔が大きく見えます。最初は僕の顔を見てもボーっとして、目がようやく開いていました。看護師さんが、「目をしっかり開けて。小笠原先生がテレビに出ている、テレビ」と言うと、ぱっと目を開けました。目を開けると、変なおじさんがひょこっと出ているものですから、わははと笑い出しました。お嬢さんの笑顔を自撮りカメラではないけれども、反転すると、鶴岡八幡宮の赤い鳥居が出たということです。だから、350キロ離れていようと、500キロ離れていようと、痛みを取ることは簡単です。薬剤師さんが処方した薬を出してくれて、訪問看護師が使ってくればいわけですから、こうやって遠隔診療をやっています。この翌日、僕たちは11時に行きました。実は、本人は、その日の朝2時に亡くなっています。7カ月生きて、わはは、わははと笑って、東京からお孫さんがやってきて、そしてこのお嬢ちゃんと、ご本人さんと3人で暮らして、同じ家で同じ空気を吸って一時を過ごしてころっと亡くなりました。僕たちは、往診には呼ばれば行くのですが、夜中の2時に亡くなられたので、看護師さんが「小笠原先生に往診に来てもらいましょうか」と聞いても、ご家族が夜中に来てもらったら先生がお疲れになるから駄目ですよと言って、僕たちを呼んでくれることは、ほぼゼロですね。

在宅医療というのは、緊急往診することは普通なのです。往診するのは、やぶ医者の方のことですから。痛み、苦しみを取っていないから、患者さんが苦しむから往診をするのです。痛み、苦しみを取ってれば、われわれは、往診はほとんどないのです。神様でないので、緊急往診がゼロにはなりません。

一緒に撮った写真は、何をやっていると思いますか。記念撮影です。でも笑顔でピースをしています。皆さん、お母さんが亡くなりました、そこでお嬢さんが、「小笠原先生、腕を組みましょうよ」と言って腕を組んで笑顔でピースをしています。僕から腕を組もうと言ったわけではありませんよ、ドクターハラスメントになりますからね。娘さんとお孫さんが、「小笠原先生、腕を組みましょう」と言って腕を組んで、「やったね、お母さん、笑顔で旅立ってたね。やった」でピース。

あれっ、富山でもやりますよね、ピースって。やらない、県民性の違いですか。

なぜかという、亡くなる3日前にご本人がおっしゃったのです。「ひとりでも、最期まで家

で暮らせるなんて、100%満足」。その言葉を聞いて、お嬢さん、「お母さん、私も100%満足ですよ」娘の声を聞いてご本人さんは、「だったら、2人合わせて200%満足だね、わはは」と笑いました。そして、3日後に亡くなったのです。亡くなったあとに、ご本人さんは、たぶんあの世へ行きながら、うちの娘と孫は、小笠原先生と腕を組んじゃって、ピースしてるじゃない。それも両手でダブルピースだよ。よほど、私の生き方、死に方がよかったんだよね。だったら、うちの娘や孫も、私と同じような生き方、死に方をしてくれるに違いない、安心してあの世に行こうかなと思いますながら笑顔で旅だってみえるのかなと思います。

次の患者さんもひとり暮らしです。家では、ヘルパーさんが来ると、「嬉しい」と言って、東京の娘さんと2回遠隔診療をして亡くなられた日に初めて会ったのですけれども。この患者も、15キロぐらい離れた患者さんです。地元の若いドクターは開業したばかりで在宅医療を知らないの、僕が、遠隔診療で支えて、最後に亡くなったときに一緒にピースをしています。お父さん亡くなったんだ、やったね。あれっ、やらないですか。ああ、そう。お嬢さんは、そのくらい嬉しかったのですよ。家に帰りたい、ひとり暮らしなんか無理だ。でも、こんなに幸せな生き方、死に方ができるなんて最高と思って、笑顔でピースをしているのです。

次の患者さんは、肺がんで胸が悪い方です。結核菌によく似た、非定型抗酸菌感染症という肺結核とは感染力が弱いので違いますが、同じような病気で、僕はずっと20年以上主治医をやっています。この患者さんの、ご主人が膵臓がんでこの家で看取りました。部屋にはご主人が亡くなる時に奥さんに渡した「日本一幸せ」と書いた色紙が飾ってあります。この奥さんに介護されて亡くなる前、「日本一幸せだった」と言っていた。そこで、今度は奥さん本人が悪くなって、家で酸素を吸いながら、ちょっとぼけてきて、血を吐いたり、肺炎になったりしているのですが、ここを離れようとしません。実は、本宅があるのですが、美容師さんで、夫とともに歩んだ私の人生がここにあるって動かない。それで、満面の笑顔で、ついにベッドから下りられなくなった、4日後に亡くなられました。

娘さんは、当初は、在宅介護とか、在宅ひとり死に戸惑い、「世界で一番幸せ、ありがとうね、

いつ死んでも悔いはないよ」と、亡くなる2日前にお母さんの言葉を聞いて、お父さんは2年前に、「日本一幸せ」と色紙に書いてお母さんに渡した、「そのお父さんの日本一を超えたの」と大笑い、お母さんを看取れたことを誇りに思う。つまり、ひとり暮らしのお母さんは、お母さんの好きなようにひとりで居てもらって、自分は1に2、3度見に行くだけで、それでも笑顔で生きて、笑顔で死ねた、こんな幸せなことはないとおっしゃっていました。

次の患者さんも、ひとり暮らしの患者さんです。これは、共同通信が取材しているので、富山でも新聞に5回シリーズで出たかもしれません。乳がんで骨にも転移してしまった人が、小笠原内科へやってきました。愛知県から小笠原内科へ「引っ越しますので、お願いしますと」言って、通院を始めました。途中から、スキルス胃がんが出てきたり、がん性腹膜炎になったり。名古屋にはひとり暮らしをしていた自宅があるのですけれども、小笠原内科近くのアパートの部屋を借りて引っ越してきて、ここで生活しますということでした。末期がんですから、普通は半年です。1年半くらい経った頃におなかに水がたまったので、腹水を抜きます。腹水を抜くと元気になるから、腹水を抜くたびにビールで乾杯です。だから、腹水を抜くたびに最後に行かないと、ビールを飲んで真っ赤になって、「いやあ、どうも」と、よその往診には行きにくいので。亡くなる寸前の動けなくなったところに、お花見がしたいということで、お花見プロジェクトとなりました。本人は歩けなくてもストレッチャーで花見に行くわけです。当然、笑顔でピースですね。

それで、4月に亡くなられたわけですが、ひとり暮らしで死んだ場合に、アパートの解約とか、アパートから出るときには衝立をして、黒い車で、私が死んだということが分からないようにしてほしいとか、そういう段取りを2月にご本人がNPO法人に依頼していかれました。そして、葬式などはやらなくてもいいとか言っていたのですが、実際には名古屋のお兄さんが、「そんなことを言ってもあれだから」ということで、お寺さんをお参りしたり、お参りをされたりしました。お骨を納骨することもNPO法人に依頼されましたが、親族一同が揃って納骨されました。また、忌明け法要とか百箇日の法要とか、お盆の法要とか、いろいろなことを全部されるのです。

つまり、ひとり暮らしの人は、私はこれでいい

よと言いながらも、実は、ああしてあげたい、こうしてあげたいということがあれば、それを遺族はやってあげます。これは遺族の気持ちです。お墓に入れなくてもいいと本人がそう言っていたとしても、遺族としてはこうしてあげたいという思いで、皆さんはいろいろなことをされます。

次の患者さんも食道がんで、肺にも、肝臓にも、脳にも転移しているひとり暮らしの方です。僕たちが行ったときは、歩けなくて、痛くて、苦しくてしょうがなかったのですが、在宅緩和ケアで注射を打ったり、癒しを提供すると元気になって、足も上げられるようになりました。

台湾とか、タイとか、沖縄とか、いろいろな国からドクターがみえて、往診同行をされる。本人としては、とにかくひとり暮らしの人生を楽しんでいる。「どうせ死ぬんだから、生きている間は楽しまなきゃ」と楽しむと、笑顔で長生きするのです。

5月になって、散歩ができるようになってきた。でも、夜はひとりで寂しい。そこで、5月18日からがん性の疼痛がひどくなって、モルヒネを使って、夜間セデーション（鎮静）をして、夜だけぐっすり寝る。腸閉塞となり痛くなくても、腸閉塞の特効薬の持続皮下注射を使う痛みはとれるが杖をついてしか歩けなかった。亡くなる前の5月23日にショートステイに行き、ショートステイから帰ってきた当日、家でころっと亡くなりました。

皆さん、本当に亡くなるのは、「えっ、こんなに元気なのに亡くなるの」という感じです。でも、病院の先生から言われたよりも長く生きています。笑顔で長生き、最期まで機嫌よくころっと旅立つわけです。

次の人も、退院したら5日間の命と言われた患者さんです。病院で苦しんでいるし、胸水を両胸から抜いている。苦しくて、苦しくて、しょうがない。15キロ離れている家には、「盲目の息子がひとりで待っている。だから、家に帰りたい」と言うと、病院の先生は駄目と言う。そこで、僕たちが病院に行き、「先生、家で死んだら本望だ、でも、家には盲目の息子しかいないから、再入院したいと言ったら、頼むので入院させてくださいよ」と頭を下げました。取りあえず、緊急退院しました。退院する前は、病院で高カロリー輸液、高カロリーの栄養を2リットル中心静脈に点滴していました。僕たちは、退院してからは低カロ

リーの輸液を400ccに減らしました。つまり、カロリーを10分の1にして、点滴の水分を5分の1に減らすと、何が起これると思いますか。

1カ月たったら、お庭に出られました。2カ月たったら、お仕事をやっています。3年たったご本人です。つまり、高カロリー輸液を大量に点滴するから、苦しんで死ぬのです。

びちびちギョルが、食べなかったときには高カロリー輸液をします。そうすると、30年以上生きます。でも、がんの末期の人に高カロリー輸液をすることは、苦しめて早く死なせるのと同じだということを、病院に勤務しているドクターは知らない。だから、入院するのは駄目なのです。だから、ドクターに殺されるという週刊誌が出ているのです。

目を覚まさないといけないのです。栄養分を入れるから死ぬのです。腹が減るから、本人が食べて自分で元気になるのです。もちろん、全員が全員こうだとは言いませんが、3割の人が長生きをしているのは、こういうことなのだと思います。

また次の患者さんは脳出血で、昏睡で四肢麻痺の男性の方です。鼻から管を入れて鼻腔栄養してもらい、気管切開して、いつ死ぬか分からないと言われていました。どうせ死ぬなら家がいいと言って緊急退院してきました。

皆さん、入院して苦しんで死ぬのです。いつ死ぬか分からないのです。どうせ、死ぬなら家がいいのです。そして退院してくると、鼻の管から入れている高カロリーの栄養を、低カロリーにします。腹が減るのです。腹が減ると、腹減った、何とか死んではいけないから、生きようかと長寿遺伝子が出てきます。そして長生きします。水分も減らしますから、たんの吸引も減ります。病院では1日に12回痰の吸引をしていましたが、家に帰ってからは4～5回に減りました。それで1年間笑顔で生きて、ころっと亡くなりました。亡くなったときに奥さまが、この黄色い本「上野千鶴子が聞く。小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか？」を香典返しに使いました。

なぜ、この本を使ったかという、香典を持ってきた人は夫と関連のある人だろう、だったら、生き方、死に方、元気になってもらいたい、だからこそ、この本を香典返しに送りました。もう一つ、「夫は死んだ、されどこの本を読んだ友達の中では、夫は永遠に生きている、この本を読むたびに夫を思い出してくれる。だから嬉しいんです」と、この本を香典返しに配られたそうです。

この本を1回読めば1年長生き、3回読めば3年長生き、本当かな？それは、分かりません。笑顔で長生きをするためにはどうしたらいいかということ、上野千鶴子さんが聞いて、その回答集です、教科書です。皆さんも、笑顔で長生きしたければ読んでいただくと思います。

いのちというのは、とても不思議なものです。いのちには不思議な力と光があります。つまり、家には不思議な力があると思っています。僕は、目が悪くなったので、教科書と本を読みません。だから、知識はあまりないので講演会などに参加します。でも、目が悪くなって本を読まなくなったために、考えながら実践することが増えました。考えると、知識プラス智慧が付いてくるような気がします。知識がないよりあった方がいい、だけど、智慧があったらもっといいのではないかと思うようになりました。そして、知識と智慧が身に付くと少しずつ見識が高まるような気がします。

ちょうど、2時間経ちました。あと35歳の話がありますがどうしますか。やめますか。良いですか。では、2時間オーバーの特別大サービスです。

岐阜市に小笠原内科があるのですが、50キロ、100キロ、いろいろなところの患者さんのほぼ95%以上の看取りまで支えています。それは、笑顔で生きるから、笑顔で亡くなる。だったら誰も入院しない、それだけのことです。

そこで20キロ離れた、35歳の女性のお話をしたいと思います。胃がんで、卵巣、肺、胸膜、腹膜に転移しています。しかも、「死にたい、死にたい、子どもには何の役にも立たないから死にたい」「夫のために、妻らしいことが何もできないから死にたい」と言っていた。だから、僕たちは往診に行きました。親は、子どものために生きているだけで価値があるんだから、死んじゃ駄目。「死にたい、死にたい」ご主人のそばにいたら相談相手になるんだから、それで価値があるんだから。「死にたい、死にたい」、何があっても、死にたいしか言わない。

そこで、ついに僕も腹をくくって言いました。「あんた、死にたい、死にたいと言っているけど、ここの中で誰が最初に死ぬと思うの」と言いました。そうしたら、「私でしょう」と言うので、「そうだよ、全員がそう思っているよ」と言いました。がくっ。「だから、どうせ死ぬなら笑顔で長生きする方法もあるんだよ。不安で夜眠れないで

しょう？」「はい」だったら、看護師さんのファンになることだし、よく寝て、体を暖めて笑えばお盆に子どもと旅行に行けるかもしれないよ。このままでは、確実にお盆前に死ぬよと言いました。そうしたら、「はい、そう言われています。」と。

ああ、そうか。当たり前だよ。夜に不安で寝ないでしょう。不安の場合は、免疫力下げまくり症候群だから早く死ぬの。不安だとか、悩みがあると早く死ぬの。どうせ死ぬんだから、死ぬまでは生きているんだから、生きているときだけは笑顔で暮らそうよ。体を暖めようよ。恋する乙女に、もう一回なろうよ、そうすれば笑顔で長生きできる。実行したら、本人は笑顔になって、お盆に子どもと一緒に旅行に行けたんです。

僕たちは、遠隔診療をしています。遠隔診療では日本中のどこにいてもできます。外国からも、できます。

旅立ちの5日後、ご主人と記念写真を撮りました。亡くなった妻は35歳の女性です。ご主人ですが何をやってますか。笑顔でピースです。もし35歳のあなたが亡くなったとき、亡くなって5日後、夫が笑顔でピースをしていたらどう思いますか。

富山は、配偶者が亡くなったとき、笑顔でピース。やりませんか。

では、彼の話した言葉を言います。「小笠原先生、妻を褒めてやってください。あれだけ、『死にたい、死にたい』と言っていた妻が、小笠原先生に往診していただいて、テレビ電話で、「まだ、生きてるね、なかなか死なないね」と冗談を言われながらやってまいりました。お盆に、子どもと一緒に旅行に行くこともできました。でも、10月の半ば頃、ついに歩くことができなくなり、寝たきりになりました。小笠原先生から、歩けなくなったら3日、長くても1週間、10日だねと言われていたから、もう死ぬと覚悟を決めていました。ところが、寝たきりになって3日目に息子が、泣いて帰ってきました。二度と学校に行かない、友達なんか絶対会いたくないと泣くんです、喚くんです。騒ぐんです。そのときに、妻が必死の思いで、ぐっと起き上がりました。子どもが1時間泣き叫ぶのを聞いて彼女は、のどの奥から必死の思いで声を出して一言だけつぶやきました。『お母さんはね、今まで生きてきて、自分が不幸だ、と思ったことは、一度もないのよ』と。小笠原先生、妻は35歳で子どもと別れるんです。その妻が、この後に及んで、自分は不幸でないと言い

切ったんです。だから、翌日から息子は毎日、胸を張って学校へ行くじゃないですか。先生、嬉しいんですよ。妻を褒めてやってください」と言うので、じゃあ、写真を撮ろうかと言って、そしたら、笑顔でピースされるので、僕達も笑顔でピースです。写真を撮りました。

分かりますか、皆さん。入院していたら、子どもが泣いて帰ってくるのも知らず、子どもは二度と学校に行きたくないと言い、友達からも別れてしまう。家で死ぬということは、家で最期の最期まで生きていることです。生きているからこそ、親としての最大の務めを果たすことができたと思います。

在宅医療。家で死ぬということは、家で暮らす、家で生きる。命のある限り、燃え尽きるまで家で生き活きと生きる、寝たきりになっても生き活きと生きる、そういうことです。

これで、終わりにしたいと思いますが、皆さんに協力していただきたいことがあります、いいですか。皆さんに、「皆さん、幸せになりたいですか」と言います。そのときに、笑顔のピースで、「イエーイ」と大きな声で言っていただきたいと思います。2回言います。いいですか。立ったほうが言いやすいですね。全員、立ってください。大きい声で言ってくださいね。いいですか。こうしてピースしてください。

皆さん、幸せになりたいですか？

(会場)：「イエーイ」

どこで死にたいですか。

(会場)：「いえ(家)ーい」

ご清聴、ありがとうございました。

(講演終了)



#### 演者プロフィール

小笠原文雄 (おがさわら ぶんゆう)

医療法人聖徳会小笠原内科理事長兼院長

1948年岐阜県羽島市生まれ

1973年名古屋大学医学部卒業後、大垣市民病院、名古屋大学病院第2内科の医員を経て、1989年医療法人聖徳会小笠原内科開業。

多数の著書、教科書等を執筆の傍ら年間70回の講演を行い、在宅緩和ケアや在宅での看取りの最先端で活躍されている。

## 『共創福祉』投稿規定

1. 投稿の資格は富山福祉短期大学の教職員に限る。ただし、編集委員会が必要と認めた場合にはこの限りではない。共著の場合、第1著者は原則として投稿資格を持つ者とする。
2. 投稿される論文は未発表のものに限る。ただし、学会において一部発表（投稿）した内容を含むか、学会で発表された複数の論文をまとめたものなどはその限りではない。
3. 論文種別は総説、原著論文、研究報告、実践報告であり、以下のように定義される。
  - 総説：研究や教育についての動向や解説、また評論などについてまとめたもの。
  - 原著論文：一研究としてまとまって終結しており、結論や新たな知見が示されている論文である。また論文内容の一部が学会等で発表（投稿）されていることが望ましい。
  - 研究報告：一研究の過程での部分的なまとまりで、実施方法、評価方法などの提案、また部分的な結果を示す論文である。
  - 実践報告：教育方法の改善や、研究を進める上での改善などに関する報告、また短期的な研究・教育の調査に関する報告などにあたる。
4. 査読は原則として編集委員会が指名した2名の査読者によりなされる。
5. 投稿原稿の採否決定および修正は査読の結果をもとに、編集委員会による審査を経て判断する。
6. 本誌に掲載された論文の著作権は富山福祉短期大学に帰属する。
7. 本規程の改正は編集委員会の議を経て、編集委員長決定により行なわれる。

附則 この規程は平成27年4月1日から施行される。

## 『共創福祉』執筆要項

1. 原稿はWord、Excel、PowerPointソフトにより作成し、紙媒体と電子媒体を作成する。紙媒体はA4用紙に1行40字・40行とする。論文投稿時は紙媒体のみ、最終原稿提出時は紙媒体と電子媒体を提出する。表・図の挿入位置は、本文の右側の欄外に記入する。
2. 原稿の長さは原則として、本文・表・図を含めて20頁以内、刷り上がり時12頁以内とする。
3. 原著論文は原則として、はじめに（序または研究の背景など）、研究目的、研究方法、結果、考察、結論、謝辞、引用文献の順に構成する。
4. 原稿は以下の順に書くものとする。
  - [第1頁] 標題、所属名、著者名、和文要旨（500字程度）、和文キーワード（8語以内）。
  - [第2頁] 英文で、標題、著者名、所属名、Abstract（450ワード程度）、Keywords（8語以内）。
  - [第3頁以降]
    - 本文：章、節の番号は、第1章に当るものは、“1”、第1章第1節に当るものは、“1.1”というように着ける。また、式番号は、章ごとに（2.1）、（2.2）のようにして、式の左側に統一する。
    - 表：一枚の用紙に一つの表を書く。表の番号は論文中に現れる順に従って、表1、表2、…または、Table 1、Table 2のように書く。
    - 図：図の番号は論文中に現れる順に従って、図1、図2、…または、Fig. 1、Fig. 2、…のように書く。
5. 引用文献の書き方は、本文中で引用する順に、1)、2) というように項番を付ける。
  - 論文、研究報告等の場合  
著書名、表題、雑誌名（学会名）、巻、号、ページ（始—終）、発行年（発表年）
  - 雑誌の場合  
著書名、表題、雑誌名、巻、号、ページ（始—終）、発行年
  - 単行本などの場合  
著書名、書名、出版名、
  - 出版年編集書の中の一部の場合  
著者名、標題、編集書名（編集者名）、巻、ページ（始—終）、発行所名、発行年
6. 本文中での引用文献の引用は、文献1)、文献2) のように記述する。
7. 著者校正は原則として一回とする。その際、原著論文は、印刷上の誤り以外の字句や図版の訂正、挿入、削除等は原則として行わない。



## 投稿論文チェックリスト

\* 投稿する前に原稿を点検確認し、原稿を添付して提出して下さい。  
 下記項目に従っていない場合は、投稿を受理しないことがあります。

<input type="checkbox"/>	1. 原稿の内容はほかの出版物にすでに発表、あるいは投稿されていない。
<input type="checkbox"/>	2. 筆頭著者は富山福祉短期大学教職員である。
<input type="checkbox"/>	3. 倫理的配慮を要する研究はその内容が記載されている。
<input type="checkbox"/>	4. 英文要約は添削を受けている。 <u>チェック・機関名</u>
<input type="checkbox"/>	5. 論文コピーは3件必要であり、2件には筆者名のないものとする。
<input type="checkbox"/>	6. 原稿はWord、Excel、PowerPointソフトにより作成し、紙媒体と電子媒体を作成する。 紙媒体はA4用紙に1行40字・40行である。表・図の挿入位置は、本文の右側の欄外に記入している。
<input type="checkbox"/>	7. 原稿の長さは原則として、本文・表・図を含めて20頁以内、刷り上がり時12頁以内である。
<input type="checkbox"/>	8. 論文は、はじめに(序または研究の背景など)、研究目的、研究方法、結果、考察、結論、謝辞、引用文献の順に構成している。
<input type="checkbox"/>	9. 原稿は以下の順に構成している。 [第1頁] 標題、所属名、著者名、和文要旨(500字以内)、和文キーワード(8語以内)。 [第2頁] 英文で、標題、著者名、所属名、Abstract(450ワード程度)、Keywords(8語以内)。 [第3頁以降] 本文の章、節の番号は、第1章に当るものは、“1.”第1章第1節に当るものは、“1.1” というように付ける。また、式番号は、章ごとに(2.1), (2.2)のようにして、式の左側に統一する。
<input type="checkbox"/>	10. 表は一枚の用紙に一つの表を書く。表の番号は論文中に現れる順に従って、表1、表2、 …または、Table 1、Table 2のように書いている。 また、図は論文中に現れる順に従って、図1、図2、…または、Fig. 1、Fig. 2、…の ように書いている。
<input type="checkbox"/>	11. 引用文献の書き方は、本文中で引用する順に、1)、2)というように項番を付け以下の ように記述している。 ・論文、研究報告等の場合 著書名、表題、雑誌名(学会名)、巻、号、ページ(始—終)、発行年(発表年) ・雑誌の場合 著書名、表題、雑誌名、巻、号、ページ(始—終)、発行年 ・単行本などの場合 著書名、書名、出版名、 ・出版年編集書の中の一部の場合 著者名、標題、編集書名(編集者名)、巻、ページ(始—終)、発行所名、発行年
<input type="checkbox"/>	12. 本文中での引用文献の引用は、文献1)、文献2)のように記述している。

編集委員会

編集委員長 中野 慎夫

編集委員 竹ノ山 圭二郎 山本 二郎 河相 てる美  
得田 恵子 北山 由起子

---

共創福祉2016年 第11巻 第2号  
Synergetic Welfare Science

---

2016年（平成28年）11月10日発行

編集・発行 富山福祉短期大学  
〒939-0341 富山県射水市三ヶ579

印刷 (株)タニグチ印刷

# Synergetic Welfare Science

## Vol.11, No. 2 , 2016

### Contents

#### Research Report

- A study on the method of new roll dodgeball to increase the amount of activity  
..... *Kouhei OGAWA, Takahiro WADA, Ayaka TAKEMOTO* 1
- A study on the direction of guidance at facilities for home care nursing practice  
—Difficulties faced by practice instructors and multiple professionals—  
..... *Takae IMAGAWA, Yukiko KITAYAMA, Harumi ARAKI* 5
- A study on attitudes of care worker enabling ethical behavior  
~Analysis for the ethical issue cases using student reports~  
..... *Eriko KOIDE, Miyoko SAKAI, erumi KAWAI* 15
- A study on the changes of consciousness of practice instructors and  
multiple professionals at facilities for home care nursing  
..... *Takae IMAGAWA, Yukiko KITAYAMA, Harumi ARAKI* 23

#### Practice Report

- Current status of postnatal care center  
~ From the comparison between — Korean postpartum care ~  
..... *Masami KITAHAMA, Miyoko MURATA, Yasuko SUMITANI* 35

#### The 7th Synergetic Welfare Science Workshop, 20/8/2016

- Educational Lecture 「Can you die home alone ? 」  
..... *Bunyu OGASAWARA* 43