

特集：難病患者と家族の尊厳を保持した共生社会の探求

<報告>

難病患者支援従事者研修（保健師等）における演習評価の報告

丸谷美紀¹⁾，水島洋²⁾，奥田博子³⁾，麻生保子⁴⁾，阪東美智子⁵⁾，崎村詩織⁶⁾

- ¹⁾ 国立保健医療科学院統括研究官
²⁾ 国立保健医療科学院研究情報支援研究センター
³⁾ 国立保健医療科学院健康危機管理研究部
⁴⁾ 国立保健医療科学院生涯健康研究部
⁵⁾ 国立保健医療科学院生活環境研究部
⁶⁾ 公益社団法人 国民健康保険中央会

Development of a training program for intractable disease supporter (PHNs): Focusing on the evaluation in 2019

MARUTANI Miki¹⁾, MIZUSHIMA Hiroshi²⁾, OKUDA Hiroko³⁾,
ASO Yasuko⁴⁾, BANDO Michiko⁵⁾, SAKIMURA Shiori⁶⁾

- ¹⁾ Research managing director, National Institute of Public Health
²⁾ Center for Public Health Informatics, National Institute of Public Health
³⁾ Department of Health Crisis management, National Institute of Public Health
⁴⁾ Department of Health Promotion, National Institute of Public Health
⁵⁾ Department of Environmental Health, National Institute of Public Health
⁶⁾ All Japan Federation of national Health Insurance Organization

抄録

目的：国立保健医療科学院の難病患者支援従事者研修（保健師等）において、受講者の所属自治体における地域ケアシステム構築に向けて考案・実施した講義・演習方法の評価を行い、今後の演習方法への示唆を得る。

方法：2019年度難病研修受講者に対し、受講者の所属自治体における地域ケアシステム構築に向けて考案・実施した講義・演習の評価を、研修直前・直後・3か月後に、質問紙とインタビューにより実施した。

結果：全受講者64名中62名（内訳:都道府県25名，政令指定都市・中核市37名）に参加の同意を得た。3か月後の質問紙回答者は43名（内訳:都道府県17名，政令指定都市・中核市26名），であった。そのうち聞き取り調査の参加者は15名（内訳:都道府県5名，政令指定都市・中核市10名），であった。都道府県と政令指定都市・中核市両者を合わせた（以下，全体とする）のストラクチャー評価では，演習Ⅰは53.3%，演習Ⅱは36.7%が「時間不足」と回答した。プロセス評価では，グループ構成や演習時間や事例の適否等に関する自由記述が得られた。アウトプット評価では，到達目標の自己評点「概ねできる」が研修直後は75.0%と最多となったが，3か月後は65.1%となった。アウトカム評価では，

連絡先：丸谷美紀
〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
2-3-6 Minami, Wako, Saitama 351-0197, Japan.
Tel: 048-458-6225
E-mail: marutani.m.aa@nipph.go.jp
[令和3年11月16日受理]

難病患者支援従事者研修（保健師等）における演習評価の報告

演習で立案した活動計画は、3か月後に「ほとんど進んでいない」が20.7%で、理由は「保健師の体制やニーズが考慮されていない」等であった。以上の全体の結果は、都道府県と政令指定都市・中核市の2群に分けてた場合も同様であった。

考察：演習の時間不足を補い、実効性の高い活動計画立案に向けて、研修に先立つ事前学習と、個別の情報を集約するアセスメントツール等の充実が求められる。

キーワード：難病患者、家族、研修評価、ツール開発、保健師

Abstract

Purpose: The purpose of this report is to describe the evaluation regarding the practice for the community care system for intractable diseases (hereafter, the practice), held by the National Institute of Public Health for public health nurses (PHNs).

Methods: Evaluation of both the lecture and the practice was conducted by trainees before, immediately after, and three months after the practice in 2019.

Results: Out of 64 trainees, a total of 62 (96.8%) participated in the study (prefectural PHNs, 25; municipal PHNs, 37). The number of participants after 3 months was 43 (69.4%; prefectural PHNs, 17; municipal PHNs, 26), while the number of participants in the interview was 15 (24.2%; prefectural PHNs, 5; municipal PHNs, 10).

Structure Evaluations showed that 53.3% of the participants considered the time of practice I to be short, while 36.7 % answered that the time of practice II was short. In the Process Evaluation, the participants indicated that the members of groups, time, and cases for practice required improvement. Regarding the Outcome Evaluation, although the Specific Behavioral Objectives were improved immediately after the practice, some had declined three months afterwards. The Outcome Evaluation indicated that 20.7% of the plans that the participants had formed during the practice had scarcely progressed three months later, primarily because they had not given sufficient consideration to each local government's system for public health nurses. Both an enhancement of prior learning, and the development of an assessment tool for patients and their families will be required in the future. These results were obtained in common, for both prefectural PHNs and municipal PHNs.

Discussion: Prior learning should be enhanced for further improvement of the practice.

keywords: patients with intractable diseases, families of patients, practice evaluation, tool development, public health nurses

(accepted for publication, November 16, 2021)

I. 緒言

難病は原因不明・治療法未確立かつ慢性的な経過のため、患者と家族に身体・精神・社会経済的に多大な負担がかかる。難病患者と家族の尊厳を保持し、共に生きる社会の一要素として、援助を必要とする人が住み慣れた地域で生活を送れるように、公的資源とインフォーマル資源が一体的に提供される仕組み、即ち、地域ケアシステムを構築することが肝要である[1,2]。

保健師は、難病患者の支援従事者の一員として、患者・家族への個別援助を積み重ね、地域ケアシステムを構築していく責務がある[3]。国立保健医療科学院では、自治体で難病保健活動を担う保健師に対し「難病患者支援従事者研修（保健師等）」（以下、難病研修）を実施し、地域のアセスメントに基づいた地域ケアシステム構築に向けた講義・演習を実施している。2018年度までの演習では、各受講者の所属自治体における「地域ケアシステム構築に向けた課題抽出」に取り組んできた。しかし、効果的な難病患者支援を行うためには、各受講者の所属

自治体で「地域ケアシステム構築に向けた難病保健活動計画」を立案/修正する必要がある。そこで、2019年度からは、ADDIEモデル[4]に沿い、各受講者の所属自治体における「地域ケアシステム構築に向けた難病保健活動計画」を立案/修正する演習に取り組んだ。ADDIEモデルは[分析:ニーズ把握][設計:目的と内容検討][開発:内容作成][実施][評価]の5段階で構成され、研修開発に推奨されている。難病研修の演習の際は、[分析]に基づき、個別援助から地域ケアシステムを構築していく視点を強化するため「個別援助事例における支援体制の記述」も演習課題に取り入れ[開発][実施]した。

本演習をさらに改善していくためには演習及び関連する講義の[評価]を行い、次年度の演習に反映することが求められる。評価方法としては、「標準的な健診・保健指導に関するプログラム（確定版）」の「評価の観点」に示されている「ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム[5]」の4点を用いることが妥当と思われる。この4つの観点は、ドナベディアン[6]の医療の質評価[6]にアウトプットを組み入れ、保健分野の評価に適

したものとなっている。本研修も、この4点から評価し、効果と課題が明らかになることで、演習の質が高まり、難病保健活動の改善に反映され、ひいては難病患者と家族のwell-beingを高め得ると考える。

本研究の目的は、国立保健医療科学院の難病研修において、受講者の所属自治体における地域ケアシステム構築に向けて考案・実施した講義・演習方法の評価を行い、今後の演習方法への示唆を得ることである。

II. 方法

1. 調査対象

2019年度難病研修受講者。難病研修の概要(表1)に示す。

2. 調査期間

2019年9月30日～2020年3月31日。

3. 調査方法、及び、調査内容

a. ストラクチャー評価

研修直後に研修評価票から、講義「難病保健活動における地域診断とPDCA」、及び、演習Ⅰ・Ⅱの時間の評点(適切だった・時間が足りなかった・時間が長かった)を調査した。研修評価票は国立保健医療科学院で実施している全研修で受講生全員が研修前後に記入する所定の書式である。

b. プロセス評価

研修直後に研修評価票から、①演習Ⅰ、及び②演習Ⅱへの意見(自由記載)を調査した。

c. アウトプット評価

研修前・研修直後に研修評価票から、3か月後に自己記入式質問紙を用いて、到達目標2・3・4(表1)について自己評点した結果(1.十分にできる、2.概ねできる、3.少しはできる、4.できない)を調査した。

表1 難病研修の概要

<p>【研修期間】3日間</p> <p>【対象者】 都道府県・指定都市・中核市・保健所政令市・特別区の保健所や本庁において、難病業務に従事している保健師等</p> <p>【一般目標】 難病に関連する制度の動向を踏まえ、保健師等に求められる役割を理解し、所属する地域の難病対策推進のための能力を獲得する。</p> <p>【到達目標】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 難病に関する最新の医療・保健・福祉制度の動向について説明できる。 2. 難病に関する個人・集団・地域全体を視野に入れた地域のアセスメントができる。 3. 地域の関係機関や他職種との調整・連携のための役割を説明することができる。 4. 難病に関する地域のアセスメント結果にもとづく、地域ケアシステムの構築のための目的について説明できる。 <p>【研修全体の内容】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 難病対策に関する体系的知識(講義) ・難病対策、障害者対策、障害者雇用制度等 2. 難病支援のための地域アセスメントに関する知識(講義) ・難病の遺伝看護、在宅療養難病患者における医療・地域連携 3. 地域の関係機関や他職種との調整・連携(講義) ・難病相談支援センターの機能と連携、難病対策地域協議会の活用事例、難病相談支援センターとの連携事例 4. 難病保健活動の展開 ・難病保健活動における地域診断とPDCA(講義) ・災害に備えた在宅難病患者への保健活動(講義) ・在宅療養のための環境への支援(講義) ・地域ケアシステム構築の理解(演習) <p>【難病地域ケアシステム構築に向けた研修内容の詳細】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事前課題: 下記①から⑥を記載し研修時に精練する ①所属自治体の難病支援体制の現状 ②難病に関する事業の取り組み状況 ③個別援助事例における支援体制の記述 ④関連図の記載(地域の難病患者と家族員を含む家族全体を中心においた関係機関、難病対策事業等に関する関連図) ⑤対象集団のアセスメントと課題の抽出 ⑥資源のアセスメントと地域ケアシステム構築上の課題 2. 講義: 難病保健活動における地域診断とPDCA(60分) 3. 演習: 地域ケアシステム構築の理解(総時間245分:都道府県と政令指定都市・中核市に2分し、5人程度のグループに別れて実施した。 演習Ⅰ: 個別事例からの地域ケアシステムの可視化: 上記1事前課題の共有と精練(40分/1人) 演習Ⅱ: 演習Ⅰで抽出された「地域ケアシステム構築上の課題」に対し、所属自治体での地域ケアシステム構築に向けた難病保健活動修正の方針・具体策の立案・共有(30分/1人)

d. アウトカム評価

下記の①②について、3か月後に自己記入式質問紙を用いて調査し、さらに②は聞き取り調査への協力が得られた者に詳細を聞き取った。

- ①演習で立案した活動計画の3か月後実施状況の自己評点基準（1.計画通り進んでいる 2.少し進んでいる 3.ほとんど進んでいない 4.全く進んでいない）

②実施状況の自己評点の理由（自由記載）

4. 分析方法

1) 定量的評価

a,c,dの①は単純集計を行った。本研究は、研修前・研修直後・3か月後の3回の調査全てに回答していない者も含め、各調査時期で単純集計を行った。

2) 定性的評価

a,b,dの②は、自由記述の内容を質的に分析しカテゴリー化した。

3) 所属別の比較

演習は5名程度のグループで行った。グループ編成は、保健活動の特性から[7]、都道府県所属の保健師（以下、都道府県）と政令指定都市・中核市所属の保健師（以下、政令指定都市・中核市）に2分した。2種のグループ間の結果を確認するため、単純集計を実施する際、全体集計に加え、都道府県と政令指定都市・中核市の2群に分類して集計した。質的分析結果も、全体、及び、政令指

定都市・中核市の内訳を示した。

5. 倫理的配慮

国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：NIPH-IBRA #12253）。

III. 結果

1. 研究参加者数

全受講者64名中62名（96.8%）に参加の同意を得た。内訳は都道府県25名、政令指定都市・中核市37名であった。受講直後の研修評価表回答者数は全研究参加者62名中60名（96.7%）、内訳は都道府県23名、政令指定都市・中核市37名であった。

3か月後質問紙回答者数は全研究参加者62名中43名（69.4%）、内訳は都道府県17名、政令指定都市・中核市26名であった。聞き取り調査参加者数は全研究参加者62名中15名（24.2%）、内訳は都道府県5名、政令指定都市・中核市10名であった。

2. 分析結果（図1-1, 1-2, 1-3）

1) ストラクチャー評価

(1)講義「難病保健活動における地域診断とPDCA」

講義時間が適切と回答した者は、全体では全回答者60名中53名（88.3%）、都道府県も20名（86.9%）、政令指

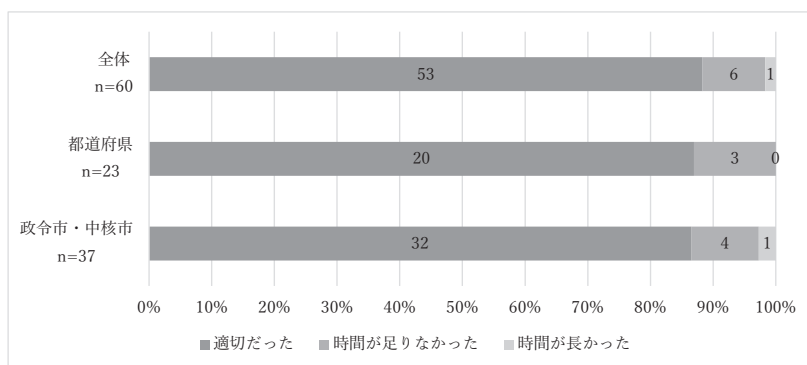


図1-1 講義「難病保健活動における地域診断とPDCA」時間の評点

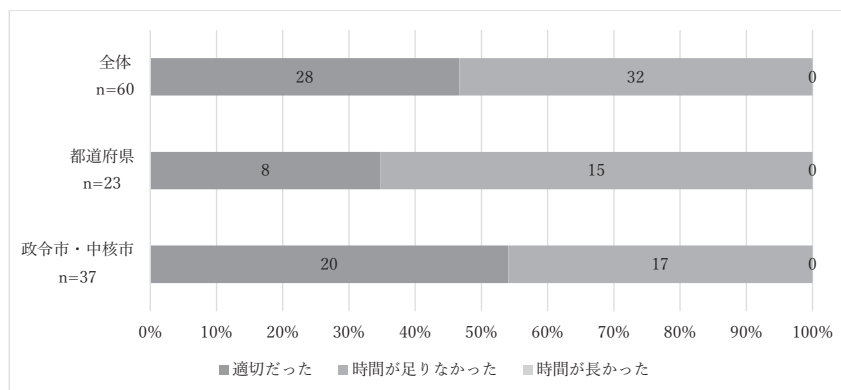


図1-2 演習Ⅱ時間の評点

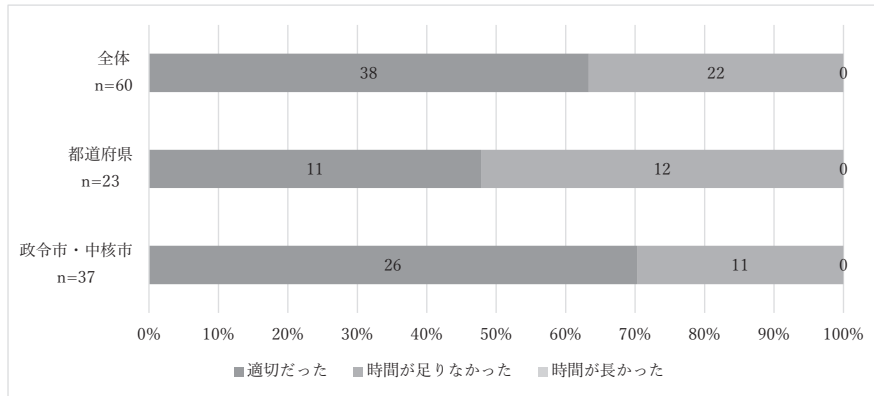


図1-3 演習Ⅱ時間の評点

定都市・中核市も32名(88.9%)が適切と回答した。

(2)演習Ⅰ

時間が足りないと回答した者は、全体では32名(53.3%)、都道府県15(65.2%)、政令指定都市・中核市17(45.9%)であった。

(3)演習Ⅱ

時間が足りないと回答した者は、全体では22名(36.7%)、都道府県12(52.2%)、政令指定都市・中核市11(22.7%)であった。

2) プロセス評価

(1)演習Ⅰへの意見

全体では、他自治体との意見交換の効用・演習時間や

グループ構成や事例の適否、演習指導体制の適否が得られた。サブカテゴリを概観すると「他自治体の活動・業務を共有でき今後の活動の示唆を得た」「事例と関連図の共有で時間を費やし意見交換するには時間が足りない」「似ている/近隣県・市で構成されていたので意見交換しやすかった」が上位であった。具体的な記述例を挙げると「先進的な自治体の体制を聞き、すぐに実践出来るそうです」「関連図で所属する自治体の活動を見える化する機会になった」等であった。

内訳をみると、都道府県と政令指定都市・中核市共に全体の回答と同様であった(表2)。

(2)演習Ⅱへの意見

表2 演習Ⅰへの意見

カテゴリ	サブカテゴリ	記載総数	内訳	
			都道府県	政令市・中核市
他自治体との意見交換の効用	他自治体の活動・業務を共有でき今後の活動の示唆を得た	26	7	19
	所属自治体の活動を可視化することができた	2	2	0
	自由な意見交換のスタイルが良い	1	0	1
	所属自治体の強みや問題を再認識した	9	2	7
演習時間の適否	演習時間は適切であった	2	1	1
	事例と関連図の共有で時間を費やし意見交換するには時間が足りない	21	9	12
グループ構成の適否	似ている/近隣県・市で構成されていたので意見交換しやすかった	10	6	4
	グループは政令市同市などの規模別や業務内容が類似する自治体同士がよい	3	0	3
	他グループの状況を知りたかった	2	1	1
演習事例選定の適否	事例は終了した事例よりも進行中の事例のほうが参考になる	2	2	0
	事例を通じた自治体の資源の考察は有用だった	4	3	1
	事例検討をしたい	1	1	0
	事例を直接受け持っていないためアセスメントや計画が難しかった	2	1	1
演習指導体制の適否	演習の回答例がほしい	1	1	0
	一人の助言者が複数のグループを指導する体制だったので各グループに助言者が必要	3	2	1
	事例と関連図を関連させることが難しく説明がほしい	5	1	4
	演習の目的や進め方は妥当であった	2	1	1
	地域ケアシステム構築が難しい	1	1	0

表3 演習Ⅱへの意見

カテゴリ	サブカテゴリ	記載総数	内訳	
			都道府県	政令市・中核市
活動計画立案に向けた講義・演習の適正	課題も含め活動を振り返る機会となった	13	7	6
	研修後に実施可能な具体的な計画を立てられた	17	5	12
	課題1から6を通じて今後の方針を書くことができた	2	1	1
	講義内容が演習に連動していた	2	0	2
	できることから考えることの大切さ	1	1	0
他自治体との意見交換の効用	他自治体の取り組みが参考となった	26	11	15
	問題を共有できて励みになった	4	3	1
演習時間の不足	全員が計画を立て共有するには時間が足りない	10	4	6
演習助言強化の必要性	具体的、先駆的取組の希望	1	1	0
	一人の助言者が複数のグループを指導する体制だったので各グループに助言者が必要	9	7	2
グループワーク運営の適否	グループごとにテーマを絞った討論がよいのでは	1	1	0
	他グループとの情報共有をしたかった	1	1	0
	グループの構成・人数は妥当だった	4	2	2
自治体全体への適用の限界	理想と現実のギャップに悩む	1	1	0
	年度内実施可能なレベルは部署によっては難しい	1	0	1
事前学習強化の必要性	基本的な知識の事前学習が必要	1	0	1

全体では、講義・演習の適正、他自治体との意見交換の効用・演習時間の不足、演習助言強化の必要性などに整理された。サブカテゴリを概観すると「他自治体の取り組みが参考となった」「研修後に実施可能な具体的な計画を立てられた」「全員が計画を立て共有するには時間が足りない」が上位であった。具体的な記述例を挙げると「他自治体の状況を聞き、自組織の保健所や地区担当の強みを生かしていけたらと思う」「意見交換で得たことを演習Ⅱのワークシートに落として、これから頑張る部分のはっきりと見えた」等であった。

内訳をみると、都道府県と政令指定都市・中核市共に全体の回答と同様であった（表3）。

3)アウトプット評価：到達目標2・3・4の自己評点(図

2-1, 2-2, 2-3)

(1)到達目標2

全体では、受講前は「少しできる」と回答した者が最多で、回答者62名中47名（75.8%）であったが、受講直後は「概ねできる」が回答者60名中45名（75.0%）と最多となり、「十分できる」と回答した者も5名（8.3%）現れた。しかし、3ヶ月後は「概ねできる」が最多ではあるが、回答者43名中28名（65.1%）と減少した。

都道府県、政令指定都市・中核市も同様の傾向を示し、両群とも受講前は「少しできる」と回答した者が最多で、都道府県は回答者24名中18名（75.5%）、政令指定都市・中核市は回答者38名中29名（76.3%）、を占めたが、受講直後は「概ねできる」が最多で、都道府県は回答者

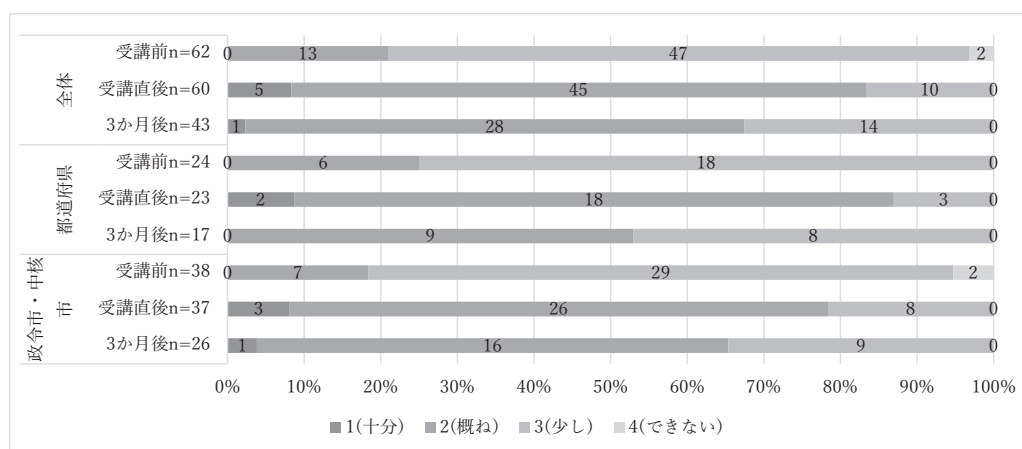


図2-1 アウトプット評価：到達目標2の自己評点

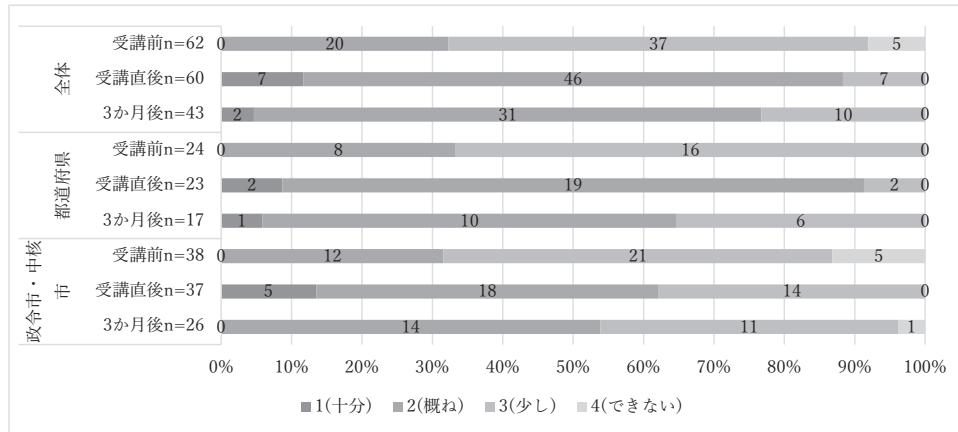


図2-2 アウトプット評価：到達目標3の自己評点

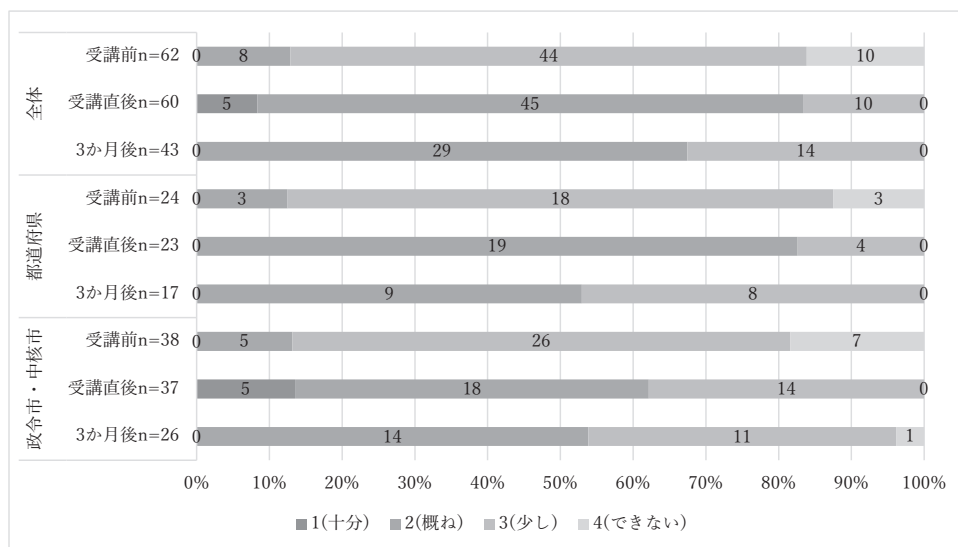


図2-3 アウトプット評価：到達目標3の自己評点

23名中18名(78.3%), 政令指定都市・中核市は回答者37名中26名(70.3%)となった。3ヶ月後は「概ねできる」が最多ではあるが、都道府県は回答者17名中9名(52.9%), 政令指定都市・中核市は回答者26名中16名(61.5%)に低下した。

(2)到達目標3

全体では、受講前は「少しできる」と回答した者が最多で、回答者62名中37名(59.7%)で、「できない」と回答した者も5名(8.1%)いたが、受講直後は「概ねできる」が回答者60名中41名(76.7%)と最多となり、「十分できる」と回答した者も7名(11.7%)現れた。しかし、3ヶ月後は「概ねできる」は回答者43名中31名(72.1%)と減少し「少しできる」が10名(23.3%)に増加した。

都道府県、政令指定都市・中核市も同様の傾向を示し、両群とも受講前は「少しできる」と回答した者が最多で、都道府県は回答者24名中16名(66.1%), 政令指定都市・中核市は回答者38名中21名(55.3%), 受講直後は「概ねできる」が最多で、都道府県は回答者23名中19

名(82.6%), 政令指定都市・中核市は回答者37名中18名(48.6%)となり、「十分できる」と回答した者も現れた。3ヶ月後は「概ねできる」が最多ではあるが、都道府県は回答者17名中10名(58.8%)に低下し、政令指定都市・中核市は回答者26名中14名(53.8%)と割合は上昇したが「十分できる」と回答した者は皆無となった。

(3)到達目標4

全体では、受講前は「少しできる」と回答した者が最多で、回答者62名中44名(71.0%)で、「できない」と回答した者も10名(16.1%)いたが、受講直後は「概ねできる」が回答者60名中45名(75.0%)と最多となり、「十分できる」と回答した者も5名(8.3%)現れた。しかし、3ヶ月後は「概ねできる」は回答者43名中29名(67.4%)と減少し「少しできる」が14名(32.6%)に増加した。

都道府県、政令指定都市・中核市も同様の傾向を示し、両群とも受講前は「少しできる」と回答した者が最多で、都道府県は回答者24名中18名(75.0%), 政令指定都市・中核市は回答者38名中26名(68.9%)であったが、受講

難病患者支援従事者研修（保健師等）における演習評価の報告

直後は「概ねできる」が最多で、都道府県は回答者23名中19名（82.6%）、政令指定都市・中核市は回答者37名中18名（48.6%）となり、政令指定都市・中核市は「十分できる」と回答した者も現れた。3ヶ月後は「概ねできる」が最多ではあるが、都道府県は回答者17名中9名（52.9%）、政令指定都市・中核市は回答者26名中14名（53.8%）になり、政令指定都市・中核市は「十分できる」と回答した者は皆無となった。

4) アウトカム評価（図3）

(1)演習で立案した活動計画の3か月後実施状況の自己評価点

全体では、計画通り進んでいると回答した者が43名中4名（9.3%）、少し進んでいる30名（70.0%）、ほとんど進んでいない9名（20.7%）であった。都道府県、政令指定都市・中核市も同様の傾向で、都道府県は、ほとんど進んでいないと回答した者が17名中6名（35.2%）

であった。

(2)自己評価の理由

全体では、計画通り進んでいる、または、少し進んでいる理由は「日常業務を充実させる計画（全数面接訪問・集計・記録・関係づくり）や既存の事業を活用した計画は実施しやすくケアシステムの一步となった」が上位であった。具体的な記述例としては「患者には各担当保健師が定期的に家庭訪問しているため災害対応の計画も進められた」であった。都道府県、政令指定都市・中核市も同様の傾向であった。

ほとんど進んでいない理由は「自治体の保健師の体制・認識・業務量が考慮されていないと計画が進みにくい」が上位を占め、次いで「他機関との連携体制構築に要する時間の推測ができず計画が進行しにくい」「患者家族の近隣との関係や療養生活の状況が計画と合致せず進みにくい」であった。具体的な記述例を示すと「日常

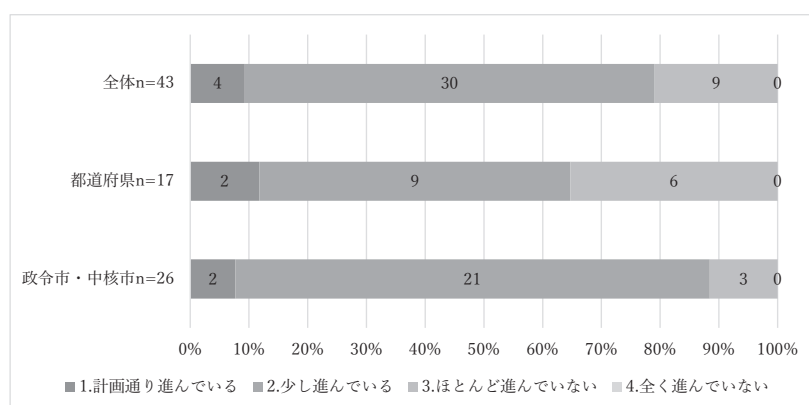


図3 アウトカム評価：演習で立案した活動計画の3か月後実施状況の自己評価点

表4 アウトカム評価：自己評価の理由

	理由	記載数	参考	
			都道府県	政令市・中核市
計画通り進んでいる・少し進んでいる	日常業務を充実させる計画（全数面接訪問・集計・記録・関係づくり）や既存の事業を活用した計画は実施しやすくケアシステムの一步となった	17	5	12
	研修事前準備や報告を通じて自治体内の保健師間のネットワークが作られ計画を推進しやすい	15	4	11
	事前課題を含めて事例から地域の資源や課題をもとにした計画は実施できた	9	3	6
	演習事例を基にしたり個別の声を集約したところ計画が進行した	5	1	4
	研修でできた他自治体とのネットワークを活用して計画を進行した	7	4	3
	被災により災害時要用配慮台帳やマニュアル整備に拍車がかかった	5	2	3
	3か月後アンケートを契機に計画を進めた	1	0	1
ほとんど進んでいない	自治体の保健師の体制・認識・業務量が考慮されていないと計画が進みにくい	34	16	18
	他機関との連携体制構築に要する時間の推測ができず計画が進行しにくい	6	3	3
	患者家族の近隣との関係や療養生活の状況が計画と合致せず進みにくい	6	3	3

業務に追われ、3か月の調査（本研究）が来て、計画に着手した」等であった。都道府県、政令指定都市・中核市も同様であった（表4）。

IV. 考察

ストラクチャー評価の結果では、講義の時間の評点は適切だったと考える。しかし、演習Ⅰ・Ⅱは共に時間が足りなかったという回答が多かった。研修に関する先行研究では、研修時間の評価は、深い学びへの希望から時間延長を望む声と、一方で日常業務を離れる負担から時間短縮を望む声がある[8]。本演習においても、日常業務との兼ね合いを考慮し効果的・効率的な時間配分と内容が求められると考える。

プロセス評価では概ね学びを得ることができたが、ストラクチャー評価にも示されているように、演習Ⅰ・Ⅱとも、時間が足りないという意見があった。特に、演習Ⅰは「事例と関連図の共有で時間を費やした」との意見もあり、演習Ⅰの目的は事例検討ではなく、「個別事例からの地域ケアシステム構築」であることを強化した演習進行を検討する必要がある。

アウトプット評価では、到達目標2・3・4ともに、研修前に比較し研修直後は改善したが、3か月後は若干の低下がみられた。アウトカム評価にも示されたように、3か月後の自己評定の低下は、演習で立案した活動計画の進行停滞が関与していると考えられる。研修後の自己評価の推移に関する先行研究は、個人が行う看護技術に関するものが主であるため、継続的に上昇する報告が多い[9]。しかし、本演習で立案する計画は「地域ケアシステム」という多くの機関や職種との協働を求められるため、個人の努力のみで達成できるものではない。そのことを踏まえ、段階を追って地域ケアシステムを構築する計画を立案するよう、演習に工夫が必要である。

アウトカム評価では、演習で立案した活動計画が進んでいると回答した者は全体では8割おり、「日常業務や既存の事業を活用した計画」が、ケアシステムの一步となっていた。地域ケアシステム構築は、住民の健康課題に即して既存のケアシステムが機能しているかアセスメントすることが基本となる[1,3]。本演習では、対象集団のアセスメントと課題の抽出を行ったのち、資源のアセスメントと地域ケアシステム構築上の課題を抽出し、それらを踏まえて計画立案しているため、実現可能な計画となったと考える。

一方、「ほとんど進んでいない」者は、全体の2割、都道府県は3割であった。進行が遅れた理由の多くは、自組織の保健師の体制・認識・業務量の考慮が不足していたことで、COVID-19パンデミックの初期であったことも影響したと思われる。今後は不測の事態が勃発した際の事業継続計画も含めた計画立案を推奨する必要がある。また、進行が遅れた理由には、連携体制構築に時間を要すること、患者家族の近隣との関係や療養生活状況

の計画との不一致が挙げられ、資源や患者家族のアセスメントを充実する必要がある。

V. 本研究の限界と演習改善への示唆

まず、回答者数が研修前62、研修直後60、3ヶ月後43名と減少し、厳密には研修のアウトカムやアウトプットの推移を検討することは難しい。また、本研究は2018年度の評価を踏まえて変更した演習の評価であるが、2018年度とは研修受講者や演習内容も異なるため、2018年度のアウトプットとの比較は難しい。さらに、真のアウトカムである「患者・家族の自分らしい生活の継続に貢献しているか」に関する評価は難しく、幅広い視点からの評価方法開発が求められる。

これらの限界を踏まえた上で、今後の研修には次の改善が望まれると考える。

1. 効果・効率的な演習に向けた事前学習の充実

演習時間不足との回答が多いが、研修期間の延長は日常業務との調整も要するため、現状の3日間で効果・効率的な演習を行うことが望まれる。一案として、研修に先立ち、演習に直結する科目、及び演習課題に多く見られた災害対策に関する科目を事前に学習し、理解を深める方法が考えられる。

2. 活動計画の実効性を高めるための事前課題の充実

実効性の高い活動計画を立案するためには、段階を追って地域ケアシステムの構築計画の立案ができるよう工夫する必要がある。その第一歩として、事前課題における患者・家族・資源のアセスメントを充実する必要がある。保健活動の特徴として、個別援助を積み重ね、地域に共通する課題を抽出すると共に、資源の発見や創出も行うことがある[10]。保健活動の特徴を生かし、健康状態や生活行動等の個別の情報[11,12]を集約するアセスメントツール等を開発することで、効果・効率的に課題を明確にすると共に、地域に存在・潜在する資源の示唆も得ることが可能になると思われる。

VI. 結語

国立保健医療科学院の難病研修における、地域ケアシステム構築のための演習開発に向け、評価に取り組んだ。受講直後に比較し、3か月後の自己評点は低下がみられた。評価を踏まえ事前学習と事前課題の充実により効果的・効率的な演習実施が求められる。

謝辞

研究にご協力いただいた保健師の皆様に感謝と敬意を捧げます。

利益相反

開示すべきCOIはない。

引用文献

- [1] 井伊久美子, 勝又浜子, 森永裕美子, 荒木田美香子, 坂本真理子, 村嶋幸代, 編. 保健師業務要覧. 東京: 日本看護協会出版会; 2020. p.225-241.
Ii K, Katsumata H, Morinaga Y, Arakida M, Sakamoto M, Murashima S, edited. [Hokenshi gyomu yoran.] Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Company; 2020. (in Japanese)
- [2] 中山優季, 編. 難病看護の基礎と実践—すべての看護の原点として. 改訂版ナーシング・アプローチ. 東京: 桐書房; 2016.
Nakayama Y, edited. [Intractable disease nursing no basics and practice-as the origin of all nursing. Re-version nursing Approach.] Tokyo: Kiri bookshop; 2016. (in Japanese)
- [3] 守田孝恵, 壇原三七子, 兼平朋美, 越田美穂子, 迫山博美, 編. 展開図でわかる「個」から「地域」へ広げる保健師活動. 東京: クオリティケア; 2013.
Morita T, Danbara M, Kanehira T, Koshida M, Sakoyama H, edited. [Tenkaizu de wakaru ko kara chiiki e hirogeru hokenshi katsudo.] Tokyo: Quality Care; 2013. (in Japanese)
- [4] ロバート・M. ガニエ, キャサリン・C. グラス, ジョン・M. ケラー, ウォルター・W. ウェイジャー. インストラクショナルデザインの原理. 鈴木克明, 岩崎信, 他訳. 京都: 北大路書房; 2007.
Gagne RM, Goals KC, Keller JM, Wager WW. [Principles of instructional design.] Suzuki K, Iwasaki S, et al. translated. Kyoto: Kitaohji Shobo; 2007. (in Japanese)
- [5] 厚生労働省. 標準的な健診・保健指導に関するプログラム (確定版). 第3編. 保健指導. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02c.pdf> (accessed 2021-11-11)
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Hyojuntekina kenshin / hoken shido ni kansuru program.] <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02c.pdf> (in Japanese)(accessed 2021-11-11)
- [6] A Donabedian. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748. doi: 10.1001/jama.260.12.1743
- [7] 音喜多久恵. 公衆衛生看護の場. 標美奈子. 標準保健師講座1 公衆衛生看護学総論. 東京: 医学書院; 2017. p.36-45.
Otokita H. [Koshu eisei kango no ba.] In: Shimegi M. Hyojun hokenshi koza 1 koshu eisei kangogaku soron. Tokyo: Igaku Shoin; 2017. p.36-45. (in Japanese)
- [8] 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代, 萩原理恵子. 地域中核病院看護師を対象とした「認知症対応力向上研修会」の評価: 研修終了後のアンケートより. 老年看護学. 2016;20(2):92-98.
Koyama N, Sasuga Y, Watanabe Y, Morita S, Hagihara R. [Chiiki chukaku byoin kangoshi o taisho to shita ninchisho taioryoku kojo kenshukai no hyoka: Kenshu shuryogo no enquete yori.] Tokyo: Academy of Gerontological Nursing; 2016. (in Japanese)
- [9] 小原弘子, 大川宣容, 森下幸子, 井上正隆, 森下安子. シミュレーション教育を取り入れた「在宅療養者への急変時の対応」研修の評価. 高知県立大学紀要 看護学部編. 2016;65:41-48.
Kohara H, Okawa N, Morishita S, Inoue M, Morishita Y. [Evaluation of a simulated training program to improve the nursing skills for home care patients with acute exacerbation.] The bulletin of University of Kochi. The series of the Faculty of Nursing. 2016;65:41-48. (in Japanese)
- [10] 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 田村須賀子, 編. 最新公衆衛生看護学第3版各論1. 東京: 日本看護協会出版会; 2019. p.269-306.
Miyazaki M, Kitayama M, Haruyama S, Tamura S, ed. [Saishin koshu eisei kangogaku dai 3han kakuron 1.] Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Company; 2019. p.269-306. (in Japanese)
- [11] Rope N, Logan W, Tierney J. A model for nursing based on a model of living. In: Alligood MR, edited. Nursing theorists and their work, 8th ed. St. Louis, USA: Mosby; 2014. p.52-54.
- [12] 鈴木和子, 渡辺裕子, 佐藤律子. 家族看護学. 理論と実践第5版. 東京: 日本看護協会出版会; 2019. p.76-111.
Suzuki K, Watanabe Y, Sato R. [Kazoku kangogaku: Riron to Jissen dai 5 han.] Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Company; 2019. p.76-111. (in Japanese)