

ワークショップ

ワークショップ1・2

日本在宅医学会 専門医制度委員会企画

日本在宅ケア学会 委員会企画

日本在宅ケア学会生涯教育セミナー

ワークショップ 1

共同企画：一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会

「専門医制度委員会企画」

座長略歴

□ 草場 鉄周

1999年、京都大学医学部卒業後、北海道室蘭の日鋼記念病院にて初期研修、北海道家庭医療学センターにて家庭医療学専門医研修を修了。2006年、北海道家庭医療学センター所長。2008年、医療法人北海道家庭医療学センターを設立し理事長並びに本輪西ファミリークリニック院長として現在に至る。資格は家庭医療専門医・指導医。公職として、日本プライマリ・ケア連合学会副理事長、北海道医療対策協議会委員、室蘭市医師会監事。著書・翻訳に「家庭医療のエッセンス」「内なる診療」など。

□ 木下 朋雄

1986年 筑波大学医学専門学群卒業、筑波大学附属病院で外科の研修
1988年～1992年 筑波大学大学院。
1992年 筑波大学附属病院・他で外科・呼吸器外科の研修
1996年 福島県立医大整形外科教室で整形外科の研修。
1998年 高山整形外科病院に勤務。
2004年 曙光会コンフォガーデンクリニック勤務、訪問診療を開始。翌年同院院長に就任、現在に至る。

【資格・学会役員】

日本在宅医学会 理事（専門医制度委員会）（認定専門医・指導医）

日本プライマリ連合学会（認定医・認定指導医）

日本緩和医療学会（暫定指導医）

日本整形外科学会（専門医）

日本外科学会（認定登録医）

演者略歴

□ 高林克己

1975年千葉大学医学部卒、同第二内科で膠原病の診療とともに内科学会専門医制度に関与、また電子カルテの開発に着手した。その後高齢者医療、在宅医療を実践し、2004年から同大企画情報部教授、副病院長として病院経営とともに、超高齢社会についての研究を進めた。2015年4月から在宅医療の立ち上げや、地域包括ケアを実践すべく松戸市三和病院に常勤医として勤務。日本内科学会認定制度審議会委員。著書に「高齢者終末医療最良の選択」がある。

□ 神崎 恒一

昭和61年 東京大学医学部卒業
昭和63年 東京大学医学部老年病学教室入局
平成7年 東京大学医学部附属病院老年病科助手
平成9年 ワシントン大学医学部病理学教室にて
post-doctoral fellow
平成14年 東京大学医学部附属病院老年病科講師・病棟医長
平成17年 杏林大学医学部高齢医学助教授
(平成19年より准教授)
平成22年 杏林大学医学部高齢医学教授
所属学会：日本老年医学会、日本内科学会、日本認知症学会、
日本動脈硬化学会ほか
専門領域：老年医学、認知症、動脈硬化（研究）

WS-1-1

日本内科学会の専門医制度

高林克日己

鼎会三和病院

内科専門医制度は日本内科学会の中で米国のFACPに相当するものとして当時の東大の沖中教授の提唱により1968年から施行され、ほぼ半世紀の歴史をもつ。即ち学位全盛の時代に、優秀な臨床医を育てる制度が必要と考えられてスタートしたものである。麻酔科、脳外科などはさらに歴史があるが、絶対数の多い内科専門医制度は影響力が大きく、その後さまざまな専門医制度のモデルになってきた。当初は内科医の上級医としての位置づけであったが、その後内科認定医が誕生するとその上級医として、そして今回の専門医制度では全ての内科医が総合内科専門医となることになった。

現在内科学会と関連する13のサブスペシャリティの学会があり、これらが2階立ての2階部分になって、内科専門医修得後に継続研修が行われる。カリキュラムや扱うべき疾患、知識・手技レベルなどの項目も、それぞれ内科のサブスペシャリティの領域ごとで継続できるように共有されている。初期研修2年の後、3年間の専攻医の期間の中で、200症例以上全70領域の疾患群を万遍なく経験理解するために、基幹施設に最低1年以上かつ連携施設にも最低1年以上研修を受けることが義務付けられている。そして2年間研修が終了した時点で経験症例を含めた研修記録を提出する。これはインターネット回線網を通じて電子的に行うことになっている。内科全70の領域から200症例を登録し、うち29症例を症例報告しなければならない。この中には剖検例、外科転科例も含まれる。審査は日本内科学会の指導医が形式的に評価することになっている。そして3年終了時にペーパーテストを受けて総合内科専門医となることができる。内科すべての領域を万遍なく研修するためには、大病院といえどもすべての領域の指導医を用意できる場所は大学病院など一部に限られる。一方でcommon diseaseを経験することは大病院では逆に難しい。このため一病院ではなく複数の病院で研修し、あらゆる領域を経験することが義務付けられている。また内科もサブスペシャリティに分化するだけでなく、高齢者、がん化学療法、緩和などが総合内科として項目に入ってきている。

今後在宅医学会の専門医制度がより広く認知されるために、総合診療医のみならず内科、その他の学会を1階とした2階立て制度に置かれるようにそれぞれの学会と連携する必要があると考える。

WS-1-2

老年病専門医の方向性

神崎恒一

杏林大学医学部 高齢医学

ここのところ新専門医制度に関する話題を頻繁に目にする。2014年5月に第三者機関として日本専門医機構が発足し、現在19の基本領域に関する認定準備が進められているところである。老年病専門医はサブスペシャルティ領域として内科の2階部分に位置することになっているが、サブスペシャルティ領域についてはまだ先行き不透明なところがある。日本老年医学会は現在老年病専門医のカリキュラム、プログラム作成の準備を行っており、3月末時点でまだ草案を作成しているところである。そのような段階での抄録であることをご了解ください。

老年病専門医の基本理念は「老年者の診療に必要な総合的な知識と技量を有する優れた医師を養成し、老年者の医療の向上を図り、国民の福祉に貢献すること」（老年病専門医制度規則第1条）である。そのような専門医が備えるべき資質には、1. 生活機能重視型医療の実践、2. 治し・支える医療の実践、3. 認知症の包括的管理、4. 介護予防の実践、5. 薬剤の見直しと調整、6. 高齢者のエンドオブライフケアの実践、7. 急性期医療機関での効率のかつ質の高い医療の提供、8. 急性期～慢性期における多様な診療環境での医療の実践、9. 在宅医療の実践、10. 地域包括ケアシステムへの積極的な関与、11. 多職種協働の牽引、12. 老年病学研究と医学・医療・公衆衛生への応用の実践などが挙げられている。

このなかで、在宅医療の実践経験は老年病専門医プログラムのなかで重要視されている。8. 急性期～慢性期における多様な診療環境での医療の実践、10. 地域包括ケアシステムの提供のためには急性期病院と在宅医療の連携は極めて重要である。総合診療専門医に在宅医療経験が求められるのと同じく、老年病専門医も在宅医療の実践経験が求められる。急性期病院から在宅医療への円滑な移行、そのための退院支援の推進（老年病専門医には院内外の多職種協働の牽引役が求められる）、在宅医療を行う中で急性疾患を発症した際の急性期病院の円滑な受け入れ体制の構築は地域包括ケアシステム推進のために必須である。これが実現できる研修システムを在宅医療学会と老年医学会が協働で作成することを願っています。

ワークショップ2

日本在宅医学会研究委員会企画「在宅医療における研究の振興に向けて
ー現場でのふとした疑問や課題、研究の進め方ー」

座長略歴

□ 山中 崇

1989年3月高知医科大学医学部医学科卒業、東京女子医科大学附属第二病院内科研修医、内科I助手を経て1994年4月～1996年5月東京都老人医療センターリハビリテーション科、その後、東京女子医科大学附属第二病院内科I助手、在宅医療部助手、在宅医療部講師を経て2007年5月～東京女子医科大学東医療センター在宅医療部准教授、2011年4月～和洋女子大学大学院客員教授を兼務、2014年6月～東京大学医学部在宅医療学拠点特任准教授

【所属学会】日本在宅医学会、日本在宅医療学会、日本老年医学会、他

□ 茅根 義和

平成4年 横浜市立大学医学部卒業

平成4年 淀川キリスト教病院研修医

平成10年 淀川キリスト教病院ホスピス科

平成12年 日本赤十字医療センター緩和ケア科

平成20年 株式会社東芝 東芝病院緩和ケア科

所属学会など：日本在宅医学会理事、日本緩和医療学会暫定指導医、日本内科学会、日本死の臨床研究会幹事

演者略歴

□ 山中 崇

1989年3月 高知医科大学医学部医学科卒業、東京女子医科大学附属第二病院内科研修医、内科I助手を経て1994年4月～1996年5月 東京都老人医療センターリハビリテーション科、その後、東京女子医科大学附属第二病院内科I助手、在宅医療部助手、在宅医療部講師を経て2007年5月～東京女子医科大学東医療センター在宅医療部准教授、2011年4月～和洋女子大学大学院客員教授を兼務、2014年6月～東京大学医学部在宅医療学拠点特任准教授

【所属学会】日本在宅医学会（理事、研究委員会委員長）、
日本在宅医療学会、日本老年医学会、他

□ 新城 拓也

広島市生まれ。名古屋市育ち。1996年、名古屋市大医学部卒。社会保険神戸中央病院（現・JCHO神戸中央病院）緩和ケア病棟（ホスピス）で10年間勤務した後、2012年8月、緩和ケア専門のクリニック「しんじょう医院」を開業。主にがん患者の外来と、在宅療養の支援のため訪問診療を中心に活動中。日本在宅医学会研究委員会委員。日本緩和医療学会理事、日本緩和医療学会評議員、同学会誌編集長。

WS-2-1

現場でのふとした疑問や課題 —ワークショップのまとめ—

山中 崇

東京大学医学部 在宅医療学拠点

これまで多くの在宅医療が実践されてきているものの、在宅医療に関する質の高い研究は乏しい。在宅医療に取り組んでいるかかりつけ医のリサーチマインドを高め、在宅医療に関する研究を推進することを目指し、これまで2回「在宅医療における研究の振興に向けてのワークショップ—現場でのふとした疑問や課題：そこが研究の出発点—」を開催した。1回目は2015年4月25日第17回日本在宅医学会盛岡大会において、2回目は2015年11月1日に開催した。いずれの回も在宅医療に関する研究への取り組み、課題について2名の講師が講演した後、グループワークを開催し、発表する内容とした。グループワークでは以下の3点について議論した。①これまで実際に研究を行った経験があるか？あれば研究をうまく行うことができたか？②今までの臨床経験のなかで感じたりサーチ・クエスチョン、③当日の講義を聞いて、これから実際に研究をしたらこういう工夫をしたらよいと思ったこと、今後研究を行うにあたってのアイデアがあるか？このうち、今までの臨床経験のなかで感じたりサーチ・クエスチョンとして、症状緩和・末期医療・看取り、在宅と病院・施設の違い、予後予測、薬剤、ケアの評価、認知症、診療所、訪問看護ステーション、検査、治療、医療機器の管理、コストに関する項目があげられた。また、今後研究を行う際の課題として、仲間を募ることが重要、問題を研究に発展させることが難しい、研究を推進する拠点が必要などの意見が出された。以上より、今後も研究に関するワークショップを継続的に開催することにより、研究課題の整理、共有化が図られ、研究手法の学習が深まることが考えられる。そして将来、共通の関心を持つ者同士でグループを形成し、共同研究が行われることが期待される。

当日はワークショップのまとめとともに、日本在宅医学会雑誌に掲載された論文、第17回日本在宅医学会大会の演題テーマについて分析した結果についても紹介し、参加者とともに在宅医療の研究を推進するための方法について考えたい。

WS-2-2

在宅医療に関する研究の進め方・実践例

新城拓也

しんじょう医院

在宅医療に関する研究を、私のように開業医でも進めるにはどうしたらよいのでしょうか。まず、「高望み」しないことです。いくら、方法論としてランダム化比較試験(RCT)が優れているとしても、多くの予算と人手そして、時間がかかります。エビデンスレベルが低くても自分ができる研究方法を選択することが重要です。

まず、観察研究、調査研究、カルテレビュー、そして質的研究が実行可能な研究方法で身につけやすいやり方です。実際に私が関わった実例をあげながら、どのように研究を進めるかを紹介します。(在宅療養中の終末期がん患者に対する鎮静についての後方視的カルテ調査、Why people accept opioids: role of general attitudes toward drugs, experience as a bereaved family, information from medical professionals, and personal beliefs regarding a good death.)

そして、実行した研究を論文にまとめる方法について説明したいと思います。まず、論文には書き方の順番があります。それでも最初の一文がなかなか書くことができないのではないのでしょうか。うまいコツがあるわけではないのですが、なぜ論文を書くのかについてお伝えしてはなりません。論文は、レポートと違い読み手を限定していません。多くの読者に向けて、開かれたものとして書くのです。現在の読者だけでなく、未来の読者に向けて書かれているいわば、自分からの「贈り物」なのです。

個人の業績や共有できない関心のために書く論文は、まずジャーナルに採択されないか、採択されても読まれませんが、自分の研究したいこと、普段困っていることに、普遍性があるかは関連した論文を読んだり、同僚と話し合ったりしないと分からないものです。

自分のオリジナルな「贈り物」を作り出す方法を考えてみたいと思います。

日本在宅医学会 専門医制度委員会企画

座長略歴

□ 齋藤 康洋

- 1993 昭和大医学部在学中、NHKで観て感銘を受けた、北海道の家庭医・樺戸医師の元へ夏休み学生実習に行き、家庭医を志すようになる
- 1994-1999 昭和大学藤が丘病院内科初期研修、国立東京第二病院 総合診療科後期研修の後、総合診療医として勤務
- 2000-2007 東京医療センター呼吸器科勤務
- 2001-2003 ロンドン大学プライマリケア学科修士課程で英国の家庭医療を学ぶ
- 2007-2014 上田クリニック院長として、在宅医療を実践
- 2015年 GPクリニック自由が丘開院

□ 外山 哲也

東京大学大学院建築学専攻修士課程修了、建築設計事務所勤務を経て長崎大学医学部医学科卒業。国立病院機構東京医療センター総合内科、青い鳥会上田クリニックを経て2011年より国立病院機構東埼玉病院総合診療科にて、病院をベースとした在宅医療の実践および教育に従事している。日本在宅医学会在宅医療認定専門医・指導医、日本内科学会認定内科医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、日本医師会認定産業医、福祉住環境コーディネーター、一級建築士。

演者略歴

□ 大西 弘高

1992年奈良県立医科大学卒業。1992-97年天理よろづ相談所病院で初期および後期研修（総合内科）。1997年より佐賀医科大学附属病院総合診療部。2000-02年イリノイ大学医学教育部で医療者教育学修士課程修了。2003-05年国際医科大学（マレーシア）医学教育研究室。2005年より東京大学医学教育国際協力研究センター（2013年改組により東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター）。日本プライマリ・ケア連合学会理事、専門医認定委員会副委員長兼ポートフォリオ班主任。

ポートフォリオ作成・指導の悩み相談室 ～これから在宅医療認定専門医をめざす医師・指導医大集合～

大西弘高

東京大学医学系研究科 医学教育国際研究センター

医学教育・医療者教育は、21世紀に入って修了者のコンピテンシーをいかに保証するかを謳うアウトカム基盤型教育の時代となった。これは、例えば在宅医療に関して研修する専攻医を、在宅医として一人前であるとその専門職集団が認めるために、実際に何らかの優れた評価手法によって一定以上の評価を付けるという意味になる。そのとき、例えば「生物心理社会 (biopsychosocial: BPS) モデル」といった十分な言語化が難しい領域において、どのような評価手法がよいのかについてはなかなかよい答が得にくかった。

ポートフォリオ評価は、「BPSモデル」のように概念が複雑なコンピテンシ領域において、近年注目が高まっている評価手法の一つである。「BPSモデル」に関しては、その概念を理解することも簡単ではない。概念は非常に抽象的なものだが、これを具体的な患者の事例でどのように展開するかを自ら計画し、経験し、振り返ること、これらを繰り返すことによって、初めて真の理解へと到達することができる。そのようなプロセスの中で、色々と大変だったが学びになったという結果を、ポートフォリオは言語化し、評価可能な形にするためのツールと言える。

ポートフォリオ評価がよい評価手法である大きな理由は、これが学習と密接に関連していることである。ポートフォリオを記載することは、それ自体何が分かっているかが分かっているかを明確化してくれるツールでもある。医療現場で働き始めたときに診療録記載を行おうとして、何を書くべきか分からない、上手くまとまらないといった経験をした人は少なくないだろう。ポートフォリオを記載することを通じ、事例に関する理解も、BPSモデルのような概念に関する理解も深まっていくことが求められる。

ポートフォリオを通じた学習をさらに深めるためには、指導医や同僚・仲間とのやり取りが不可欠である。これは、自分が重要だと思ってポートフォリオを書いてみても、他の医師から見るとそれが通じていない、事例を見つける観点が若干他の医師とズレているといった点について理解できる可能性があるからである。ただ、特に研修を始めたばかりの医師にとって、書いたものを人に見てもらうのは心理的ハードルが高く、十分な配慮が必要となる。



日本在宅ケア学会 委員会企画

学会活動推進委員会企画「統合失調症者を地域で支える」

座長略歴

□ 山田 雅子

聖路加国際大学大学院看護学研究科 教授

1986年聖路加看護大学卒業後、聖路加国際病院公衆衛生看護部、セコム在宅医療システム株式会社に勤務。セコメディック病院看護部部長、厚生労働省医政局看護課在宅看護専門官を経て、2007年から聖路加看護大学（現聖路加国際大学）にて、主に看護師の生涯教育に携わる。近頃は、訪問看護ステーションでの新卒看護師の人材育成について広く情報発信している。地域看護専門看護師。

演者略歴

□ 寺田 悦子

1972年 国立埼玉病院附属高等看護学院卒業
公立病院・民間精神科病院で10数年間看護師として働く。
1986年 国立市に「共同作業所棕櫚亭」を開設
1997年 (社福) 多摩棕櫚亭協会開設
2005年 NPO法人多摩在宅支援センター円を設立
訪問看護ステーションと福祉・介護事業開設
東京都・八王子市委託事業受託
2012年 (株) 円グループを設立 (代表取締役)
2015年 所沢市アウトリーチ推進事業を受託
資格：看護師・精神保健福祉士・介護支援専門員
著書：精神科訪問看護 萱間真実・寺田悦子編集 中央法規
訪問看護師は今日も行く 樹心社

□ 遠藤 真史

福島県いわき市好間町出身
作業療法士・相談支援専門員
2001年3月 国際医療福祉大学保健学部作業療法学科卒。
2001年4月～2003年3月 国際医療福祉リハビリテーションセンター
2003年4月～現在 NPO法人那須フロンティア地域生活支援センターゆずり葉にて勤務。
1999年に大学3年時にNPO法人那須フロンティアの設立に参加。『障害や病気の有無にかかわらずメンタルヘルスを中心とした豊かなまちづくりへの寄与』を目的に活動を展開。就労支援事業所喫茶店ホリデー、地域生活支援センターゆずり葉、シンポジウム事業、ボランティア事業、後援会事業を地域住民・企業・ボランティアスタッフの協力により運営をしている。また黒磯駅前活性化委員会等の地域の各団体との交流、参加を通じて、医療・保健・障害・福祉の枠にとらわれず、産業や分野を超えて『まちづくり』を主眼に取り組んでいるところである。
(那須フロンティアホームページ <http://www.nasu-f.com>)
地域移行支援については
平成20年から平成24年栃木県の委託を受け退院促進事業の事務局運営
平成21年から地域移行を推進する研究会である支援の三角点設置研究会に所属。
平成25年から栃木県相談支援部会地域移行ワーキング座長

ワークショップ

医療と福祉をつなげる精神科訪問看護 ～その人らしい生活を支援す～

寺田悦子

NPO法人多摩在宅支援センター円
株式会社円グループ

多摩在宅支援センター円は、「障害者自立支援法」が翌年から始まろうとしている2005年6月に、NPO法人を設立した。「精神科医療と福祉をつなげる」ことが精神科訪問看護ステーションの役割と考え、八王子市に独立型精神科訪問看護ステーションを開設した。これまでの精神障害者施策として、「病院から地域へ」「施設から地域へ」と徐々に住み慣れた地域での医療や福祉への転換が試みられてきたが、現場で感じることは、当事者をとりまく必要なサービスが繋がっておらず、医療と福祉は当事者にとって重層的に存在するものであるのにかき離れており、家から出られず苦しんでいる方や家族に支援が届いていない現状があった。

そこで当法人は「私たちは、その人らしい豊かで多様な生活を応援する」という理念を掲げ、社会的無支援者にもサービスが届くような起業視点、多様なニーズに応えるための包括的なアウトリーチ支援を活動方針に挙げ、事業を展開してきた。

医療と福祉の連携を重視した包括的な地域生活支援を提供するため福祉事業を実施し、多職種（看護師、保健師、OT、PSW、CP、精神科医、ピアスタッフ）で各立場からのアセスメントと支援方法の考察ができるのが特徴である。

10年目を経た現在、精神科訪問看護のニーズは限りなく増え、多摩地域に5ヶ所の訪問看護ステーションを開設している。

この間、私たちの基本理念を基に、①その人の在り方を中心に据えた支援 ②その人の長所、能力を伸ばそうとする支援 ③その人の希望、夢、社会参加への支援 ④アウトリーチによる支援（多職種）⑤ケアマネジメントによる包括的支援を大切にしながら訪問看護を行ってきた。その基本にあるものは、リカバリー志向である。今までの「問題解決志向型の看護」からの転換を試みることで、精神科訪問看護が利用者中心の生活支援にシフトできることが可能となることを実感している。

しかし、地域で精神科訪問看護を行う上での課題は、山積みである。

在宅から入院し退院につながり生活していくという当たり前の生活の流れが継続されていないこと、病院、地域資源が未だに繋がらないことが地域生活支援を妨げている。社会資源を十分に活用している方たちは、まだまだ一握りである。

ここでは、頻回の入退院を繰り返す統合失調症の方の事例を基に、「病理」の影響を減らしながら、希望や願望の実現のために支援する方法をストレングス視点で行った訪問看護を挙げている。

まちに根付く地域生活支援を目指して ～栃木県北地域での那須フロンティアの 取り組み～

遠藤真史

特定非営利活動法人那須フロンティア 地域生活支援センター
ゆずり葉（委託相談支援・指定一般相談支援・指定特定相談支援・
地域活動支援センターI型）

特定非営利活動法人那須フロンティア（以下、那須フロンティア）が活動する栃木県北地域は、人口約22万人で那須塩原市、大田原市、那須町の2市1町からなる。1999年10月に設立され、『メンタルヘルスを中心とした豊かなまちづくりへの寄与』を目的に、精神障害者の地域生活支援に関する事業（相談支援、就労移行支援、ボランティア育成、まちづくり事業等）を行い、地域で生き生きと暮らせるような活動を提案していくとともに、地域におけるメンタルヘルスの問題にも取り組んでいる。

事業の1つとして、私が所属する地域生活支援センターゆずり葉では、障害や病気の有無に関係なく、地域のメンタルヘルスに関する幅広い相談を受け、地域の様々な社会資源と連携をはかり、相談支援、訪問支援を行っている。また、近隣の精神科病院と共に入院患者の地域移行支援・定着支援も行い、医療と福祉の連携を意識した体制整備をしているところである。

地域に根付く支援体制整備のためには、地域行政や地域住民との協働で行う事が不可欠である。障害福祉の仕組み作りを行うための地域自立支援協議会の運営、各種まちづくりに関する協議会（例：黒磯駅前活性化委員会、定住促進等）や商工会、商店街の会合への参加、イベントの共催などを通じて、障害福祉の領域に関わらず、様々な分野との交流を図り、地域住民ともに包括的な仕組み作りを目指している。

今回のワークショップ『統合失調症者を地域で支える』では、

- ・統合失調症をもつ治療中断者の支援事例
- ・精神科病院における長期入院からの地域移行支援・定着支援の事例
- ・統合失調症者の就労支援の事例

事例紹介を通じて、那須フロンティアが取り組むまちに根付く地域生活支援の現状と課題をお伝えできればと思う。

特定非営利活動法人 那須フロンティア

〒325-0055 栃木県那須塩原市宮町2-14

TEL：0287-63-7777 FAX：0287-73-7022

ホームページ：http://www.nasu-f.com

Facebook：

https://www.facebook.com/NASUFRONTIER



日本在宅ケア学会生涯教育セミナー

「現場から発信する研究のABC（その2） －アクションリサーチの方法と研究例」

座長略歴

□ 福島 道子

徳島文理大学大学院看護学研究科 教授

岩手県立衛生学院保健婦養護教諭科卒業後、14年間日本赤十字社医療センターで保健師を勤めた。1996年東洋大学大学院にて博士号（社会福祉学）取得。2015年4月より現職。専門は地域看護学であり、介護の社会化や退院支援等、地域の高齢者問題を中心に探求してきた。また、地域看護の立場からの家族看護も考え続けている。研究方法としては、質的研究方法に関心をもっている。主な著書は、「家族生活力量モデル－アセスメントスケールの活用法（医学書院、2002）」「入院時から始める退院支援・調整（日総研、2009）」等である。

演者略歴

□ 岡本 玲子

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授
（公衆衛生看護学、地域看護学）

聖路加看護大学卒業後、大阪府保健師を9年間。大阪府立看護大学助手、神戸大学医学部保健学科助教授、岡山大学大学院保健学研究科教授を経て現在に至る。関西大学大学院社会学研究科修了（社会学修士）。東京医科歯科大学大学院医学系研究科修了（看護学博士）。

主な研究分野：公衆衛生看護技術の明確化・教育プログラム/教材/評価表開発

学会活動：日本公衆衛生看護学会（理事）、日本地域看護学会（評議員）、日本在宅ケア学会（評議員）など

□ 小林 恵子

新潟大学医療技術短期大学部卒業、新潟県公衆衛生看護学校卒業、上越教育大学大学院修士課程修了（修士 教育学）、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程修了（博士 看護学）

新潟県保健師（保健所、保健師専門学校、県庁）、

新潟県立看護大学教授を経て2011年から現職

免許：保健師、看護師、養護教諭一種免許

アクションリサーチに関する学術論文：

小林恵子：子ども虐待事例検討会の実践による保健師の意識と支援の変化－アクションリサーチを用いて－、日本看護研究学会雑誌、第34巻2号、131-142、2011。

アクションリサーチ概説

岡本玲子

大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻

1. アクションリサーチとは

アクションリサーチとは、現場で実際に生じている問題に対して、よりよい変化の実現を目指して、研究参加者（当事者）と研究者が協同して知を生成する実践的な研究活動である（岡本2016）。ここでいう「知」とは、知識、知恵、理解、意味付けなどを含み、多くの場合、普遍性のある「正解」ではなく、当面成立・受容可能な「成解（矢守2010）」を指す。アクションリサーチの理論基盤は、経験主義哲学や現象学的認識論、社会構造主義など多様であり融合的と言われている。

2. アクションリサーチの特徴

アクションリサーチの特徴は、研究参加者と研究者が主体的かつ民主的に協同し、相互に成長しながら、その場で成り立つ最良の解を探索し見出していく点である。研究者は変化促進者Change Agentとして、現場のゆるやかな変化を期待し、問題が改善し、現場の力量と機能が強化されることに専心する。確かにそこに変化が生じていたかどうかを評価する指標は、量的・質的を問わず最も適切なものを用いるが、筆者は、アクションリサーチの成果において、回復可能性Recoverabilityと移転可能性Transferabilityが高いことが特に重要と考えている。

3. アクションリサーチの方法と展開

展開過程では、「変化」を生むことが必然であることから、問題の体系的な理解に基づいて計画を立てることが求められる。Stringer (2014) は、計画段階で、そこで何が起きているのかを多角的に判断するために、実態の見取り図を作成する手順を重視している。計画に続く展開過程は、行動と観察、リフレクション、評価と再計画というサイクルを巡る。中でもリフレクションは、自分の実践を振り返り、望まれるよりふさわしい実践を見出していく未来志向の行為であり、不確定で答えが出せない場合であっても、発展的な過程を辿ることを可能にする価値ある行為である。評価においては、開かれた議論の機会と場を持ち、変化の信用性を確認する。

4. 身近なことからアクションリサーチを始めよう！

現実社会は連続的で変化するものであり、未来は無限の可能性を秘めながら常に開かれたものと考えよう。私たちは、アクションリサーチを始めることによって、日々生じることを、他に替えがたい出来事として楽しみ、最善の知を見出しながら、より豊かな未来を創造することに貢献できる。

高齢者の暮らしと社会的孤立防止を支援するシステムの検討—実践者と研究者の協働

小林恵子

新潟大学大学院 保健学研究科

1. 背景

フィールドとした地域では以前、他の研究者の協力を得て調査を実施したが、研究と実践活動とをつなぐことができなかった。新たに調査に取り組むことになり、保健師自身が地域の健康問題の明確化や計画、評価指標設定において、エビデンスに基づく活動をしたいと考え、研究者に協力を求めたことから、アクションリサーチとして取り組むことになった。

2. 目的

保健師と大学研究者が協働し、「高齢者の暮らしと社会的孤立防止を支援するシステムの検討」を目的に、地域の実態、事業計画および実施、評価に関するアクションを起こすことで、事業内容・結果、および保健師の取り組みや意識にどのような変化が生ずるのかを記述することである。

3. 方法

研究期間は平成25年6月～28年3月。研究参加者は保健師6名。

実践者と研究者で研究チームを編成し、研究計画を検討し、ひとり暮らし高齢者世帯への訪問による質問紙調査、関係者及び地域住民へのグループ・インタビュー、啓発用リーフレットの作成等を実施した。その一連のプロセスと成果について、質問紙調査結果、訪問記録、会議録、保健師等へのインタビュー等から分析した。

4. 結果

研究チームで話し合いを開始し、質問紙調査の項目について検討した当初は、参加者は調査について、職場の上司からの質問の答えをすべて研究者に求めるなど依存的に見えた。しかし、徐々に職場内の保健師間で情報を共有し、定期的な話し合いを始め、研究計画のフロー図を作成し、先行研究も調べて相談してくるようになった。保健師は職場や関係機関、住民との調和やつながりを重視し、アウトカムを見出すことを重視する研究者と意見が異なることもあったが、この研究をとおして何を得たいかを粘り強く話し合い互いに納得できる方向へと進めた。途中、職場内の政策転換もあったが、公表、合意した研究計画は維持した。

研究をとおして得られた独居高齢者の生活機能、孤立状況等の経年変化とその要因や専門職種や地域住民の「高齢者の孤立防止」に向けた意識が把握でき、関係者や地域住民にフィードバックし、実践につなげた。

5. 考察

実践者と研究者のもつ強み、弱みを相互補完し合いながら、地域の実態に基づいた研究計画の設定ができたこと、調査結果を現場にフィードバックし、次の計画に活かすことができたことや保健師自身がエビデンスに基づいた活動をより意識するようになったことが成果である。