

## その他

# ブレインストーミングを使っての事例検討の報告 —訪問看護ステーション研修会の実践から—

Report of Case Study of Using the Brainstorming  
“Practice by the Visiting Nursing Station Workshop”

西垣里志<sup>1)</sup>, 西村めぐみ<sup>2)</sup>, 谷畑千栄子<sup>3)</sup>

1) 関西看護医療大学 看護学部 精神看護学

2) 関西看護医療大学 看護学部 老年看護学

3) 共生訪問看護ステーション

Satoshi Nishigaki, Megumi Nishimura, Chieko Tanihata

1) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing, Psychiatric Nursing

2) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing, Gerontological Nursing

3) Kyousei Home visit Nursing Station

**要旨：**訪問看護におけるケア内容の規定と、その中でおこなわれている家族支援の在り方を模索しているB地区にある訪問看護ステーション協議会より、家族看護についての研修講演の依頼を受けた。本内容は、困難事例に対してブレインストーミングを使って問題解決を図ることを体験し理解することができた経験をもとに、研修会でのブレインストーミングの実践内容を報告する。またブレインストーミングによって得られた困難事例への問題解決事項の一つに次のような示唆を得た。訪問看護師が抱えているジレンマの多くが、少し考え方や見方を変えることで軽減されるという認識を、導き出すことができた。この認識は、今後の地域医療の継続拡大にとって、重要な要因となることを伝えることができたのではないかと考える。

**キーワード：**訪問看護, ブレインストーミング, 訪問看護ステーション

**Keywords :** visiting nurse, brainstorming, home visiting nurse station

## I. はじめに

わが国における訪問看護は、1983年の老人保健法によって訪問看護が法的に位置づけられ、1991年に老人訪問看護制度が設立、1992年に看護師が管理者である老人訪問看護ステーションの制度がスタートした。当初訪問看護は、高齢者の自立支援が目的であり、「介護を中心とする看護」「生活支援型訪問看護」であった。そこで訪問看護制度が開始されるにあたり、日本看護協会は療養生活上のケアを重視し、医師の指示の必要ない看護に療養費を支払うことを主張したが、主治医の指示

がなければ訪問看護は行えないことが明記され、すべてのケースに訪問看護指示書が義務付けられた。しかし、この指示書の指示範囲の不明瞭さや具体性のなさが当初から指摘され、特に診療の補助における「絶対的医行為」「相対的医行為」についてはばらつきがあったと報告されている（津村、1993）。

1994年には健康保険法等改正により、老人等以外の在宅療養患者に対する訪問看護療養費が医療保険から支払われるようになった。2000年には介護保険法の施行で、介護保険、医療保険の双方に

対応する訪問看護制度が始まり、その後入院期間の短縮化、医療機器の進歩、ターミナル期を自宅で過ごす希望の増加など、在宅での医療のニーズと高度化がますます進んでいるのが現状である。

2011年現在では、全国におよそ5815か所の訪問看護ステーションがある（厚生労働省保険局医療課調査、2011）。最近では、駅や街角などでも、訪問看護ステーションの看板を多く見かけるようになり、利用しやすくなってきている。具体的には、日本訪問看護財団では、現在訪問看護は、かかりつけの医師と連絡を取り、心身の状態に応じた表1のようなケアを行っているとしている。

表1 訪問看護ケア内容

健康状態の観察と助言
検査・治療促進のための看護
日常生活の看護
療養環境改善のアドバイス
在宅リハビリテーション看護
介護者の相談
精神・心理的な看護
様々なサービス（社会資源）の使い方相談
認知症の看護
終末期の看護

このように、訪問看護師は要介護者への看護の提供にとどまらず、介護者への医療処置の指導、病状の説明、相談・助言はもとより、家族の健康管理まで行うことも多く、家族介護者支援の役割の一部を担っていると考えられる。

訪問看護の実情として、利用者宅での滞在時間は、平均63.9分で、そのうち専ら家族支援にあてた時間は平均15.6分で、滞在時間中、24.4%をあてているという調査結果がある（日本訪問看護振興財団、2012）。家族支援の具体的な内容として、「介護方法」「病状・経過・予測」「家族の健康観察・相談・助言」「介護ストレス解消の話し相手」の実施が6割を超えている。

こうした訪問看護におけるケア内容の規定と、その中で家族支援の実情を抱えて日々活動している、B地域の訪問看護ステーション協議会より、家族看護についての研修講演の依頼を受けた。本内容は、困難事例に対してブレインストーミング

を使って問題解決を図ることを体験し理解することができた経験をもとに、研修会でのブレインストーミングの実践方法および、困難事例に対する問題解決事項から得られた示唆について報告する。

## II. 実践報告

我々は、組織の代表者と講演依頼の経緯の確認作業から始めることになった。B地域には平成25年8月現在10か所の訪問看護ステーションがある。内訳はC市3か所、D市4か所、E市3か所である。そのうち今回の研修に参加することになった訪問看護ステーションは9か所で、一日の利用者数総計は503人という状況であった。

また、参加訪問看護ステーション9か所のスタッフ構成は以下の表2から表4のようであった。

表2 職種と人数 n=53

職種	人数 (%)
看護師	31 (58.5)
准看護師	10 (18.9)
理学療法士 (PT)	10 (18.9)
作業療法士 (OT)	2 (3.7)

表3 年齢構成

年齢(才)	20~30		31~40		41~50		51~60		60以上	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
看護師		1		8		12		9		1
准看護師				1	1	4		3		1
PT	6				2	1	1			
OT			1	1						

表4 訪問看護経験年数

	1年未満	1~3年未満	3~5年未満	5~10年未満	10年以上
看護師	7	5	5	6	8
准看護師	1	1	2	4	2
PT	1	2	2	3	2
OT	1				1

訪問看護ステーションが訪問を開始するに至るまでには様々なルートがある。たとえば、訪問看護ステーションは医療機関から依頼を受け、退院調整の段階から病院内で開かれる会議に参加して、かなりの患者情報を得たのちに、訪問を始める場

合や、突然ケアマネージャーから依頼を受ける場合など訪問が開始されるルートは様々である。連携している医療機関も、訪問看護ステーションと個別の契約的な連携取り決めをしているわけではなく、暗黙の了解で行われている実情がある。また、訪問看護を依頼する病院の特徴、すなわちその病院の、主たる診療科目を踏まえた疾患をもつ患者を担当することになるため、訪問看護ステーションにより訪問対象となる患者の疾患の構成も多少異なりがある。さらに、担当地域もはっきりとした線引きがあるわけではないので、場合によってはB地域の北から南まで移動する訪問もあるという実情であった。ケアの内容については上述と同様で、実にさまざまな業務内容を小人数でこなしている。現在B地域の訪問看護ステーションで働いている看護師の数は確認することができなかったが、例えば兵庫県下では、訪問看護ステーションは404設置されており（兵庫県保健医療計画、2013）、2016人の看護師従事者と管理者がいること（兵庫県内看護師業務従事者届、2012）が確認された。この数字から考えてみると、1事業所における看護師の数は管理者を含めても4人前後となる。これは現在看護職員が5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%を占め、1事業所当たりの看護職員数は4.3人としている資料（日本看護協会、2011）と合致している。B地域においてもほぼ同様の状況であることが推察される。こうした少ないマンパワーをいかに効率よく活用していくかが、各訪問看護ステーションの課題である。こうした課題に対しての対処能力の向上を目指したさまざまな研修をおこなっている中で、多くの対処困難事例には家族との関係が関連しているという事実から、家族看護について研修を行う必要性があるという背景を理解するに至った。

このような状況をふまえて今回の研修は、表5のような3部形式で行った。

表5 研修内容

第1部	講演：高齢者と家族
第2部	講演：家族との連携
第3部	事例検討：ブレインストーミングを使った事例検討 ①グループごとのロールプレイ ②ブレインストーミングを使って話し合い

第1部は介護者および被介護者の多くが高齢者であるという実態から、第2部については、訪問看護師と家族との連携をテーマとした講演をおこなった。そして第3部にブレインストーミングを使った事例検討の研修を試みた。

### 1. 第1部 講演：高齢者と家族について

高齢者と家族について話す前に、家族の定義について共通の認識をもつことから始めた。そして、わが国の人口高齢化の実態を国民衛生の動向から、統計表を示しながら話していった。さらに高齢者と家族については、高齢者夫婦、高齢者と子ども、高齢者と孫との関係について、またこれらの状況下において高齢者を家族で抱えきれない状態にあることを話した。家族による療養者の介護の状況、高齢者の介護が困難になる要因について話し、高齢者ばかりでなく、その家族への支援の重要性を話した。

### 2. 第2部 講演：家族との連携

はじめに家族看護についての背景や、家族は周期をもち発達するものであること、そしてシステムとしての機能があることを話した。さらに看護学の中での家族の概念を話していき、主にセルフケア機能から健康をとらえていくことの大切さを理解してもらった。こうした中で家族エンパワメント看護モデルに触れ、いかに家族の力を引き出していくかが重要であることを話した。

これらの内容は参加者には大いに共感を得ることができたと感じることもできた。それは、第3部のブレインストーミングを使ってのグループワークにおいて内容の理解を確認することができたことと、最後に回収されたアンケートから確認できた。

### 3. 第3部 ブレインストーミングを使ったグループワークについて

ブレインストーミングとは、Alex F. Asbornが考案した、創造性開発のための技法で、何人かが集まり、あるテーマを巡って既成概念にとらわれず、自由奔放にアイデアを出しあう会議形式の一種である。ブレインストーミングの利点としては、テーマを主体的に把握することができ、さら

にキーワードを使って考えをまとめたり、ほかのメンバーの考えを尊重したり、みんなで協力して作業したり、思いもかけなかった新しい発想を見出す柔軟さを身につけるなどのスキルを獲得することができるかとされている。したがって、今回のブレインストーミングの目的は、①問題の解決策を見出す、②メンバーの解決能力（創造性）を育てる、③チームワークを強化するとした。

ブレインストーミングを行うための準備として、少人数のグループ分けを行い、模造紙、マジック、付箋を用意した。時間はテーマにもよるが、今回の研修のテーマから1時間程度は必要と考えた。ブレインストーミングを進めるうえで重要とされていることは、何でも自由に発言していくこととされている。そのために一般的には表6のようなルールを設けて意見を出し合っていく。

表6 ブレインストーミングのルール

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 批判をしないこと</li> <li>2. 自由奔放な意見を大事にすること</li> <li>3. 質より量を大事にすること</li> <li>4. アイデアの便乗を歓迎すること</li> </ol> |
|---|

このようなルールの説明を具体的に丁寧にしていき、参加者にアイデアが出しやすいような雰囲気を作っていくことが大切であるため、できるだけグループメンバーに早くなじめるようにアイスブレイキングを行った。具体的には、はじめに自己紹介を行ってもらい、次にグループ内の他者をほめることを付け加えるというものであった。これは参加者それぞれに注意を向けるといった意味でも効果があり、また褒められることにより雰囲気が和やかになった。また、自由な発想で出た様々なアイデアをどのような形で整理していくかについては、KJ法的質的統合法を用いて整理することを促していった。質的統合法とは、付箋に書かれた様々なアイデアを、よく似た意味の言葉でグループ化して論理的に整理していき、問題解決の道筋を明らかにしていく方法である。今回は、この研修を行うにあたり、それぞれの訪問看護ステーションから事前に、対応困難事例として6事例が提出されていたので、その事例の中から2事

例を取り上げた。参加者を6グループにランダムに分けて、それぞれのグループで事例のロールプレイをおこなってから、ブレインストーミングを使って、対応困難な事例に対してどう対処したら良いのかを話し合ってもらった。当日の参加者は、全員ブレインストーミングを経験したことがなかったので、はじめは戸惑った様子が見られた。このようなグループに対して講師2名は、アイデアが出しやすいように声をかけるように心がけた。その際あくまでも自由な雰囲気が作り出されるように、できるだけ現実的ではないができれば良いであろうことを引き合いに出すことを心がけた。

それぞれの対応困難事例については、個人情報関係で紙面上に提示していくことは差し控えた。6事例の共通事項としてあげられることを整理すると、以下のようなことが見受けられた。

- ①介護者の思いと被介護者のQOLに対する思いのずれ
- ②介護者と訪問看護師の被介護者へのQOLに対する思いのずれ
- ③訪問看護師のジレンマ
- ④経済的な問題
- ⑤介護者の疲弊

全ての事例に共通していた対処事実は、介護者は介護に対してかなり疲弊しているものの、精一杯介護していこうとする姿勢が見られたことである。それゆえに介護者は頑張り過ぎたり、ときには間違った知識に縛られて訪問看護師に対して拒否的になったり、被介護者に対して結果的につらくあたるといった状況を作り出していた。それに対して、訪問看護師自身も職務を全うすることに全力をつくしている。しかし訪問看護師は家族という密閉された単位に入り込むために、感情的になってケアをしていたり、自己の熱い思いが伝わらないもどかしさを抱えて悶々としていたりするケースがほとんどであった。このような訪問看護師の余裕のない張りつめた状況に対して、グループワークの中での気づきをとおして、もっと気楽に介護者に向き合えば良いという問題解決の結論を得ることができた。この結論に至る過程でのブレインストーミングは、参加者の介護者や自

らの職務に対する思いを改めて見つめなおす効果的手段となった。

### Ⅲ. 研修を終えて

訪問看護師の職務満足感は、必ずしも介護者にとって満足感を与えるものではないのが実情としてある。藤野ら（2006）は、介護者は介護することを通して自分の人生を豊かにし、人間的成長を感じるというアウトカムが得られることで介護に対して肯定的に向き合うことができるとしている。今回の全ての事例が、介護者は家族のために介護するという無償の厳しい現実と向き合っていた。その現実を目の当たりにしながら関わっている訪問看護師も、少しでも良い方向に向かえるようにという精一杯の思いで関わっている。熱い思いの介護者、訪問看護師が向き合った時に、患者にとって必ずしも肯定的なアウトカムが生み出されるばかりではないことが、困難事例のブレインストーミングを通して参加者は気づくことができた。時には互いに気持ちのずれを感じながら、理解されないもどかしさを抱えることがあり、その思いが介護に影響することすらあることが、事実として認識されたのである。したがって、訪問看護師は介護者に対して、現在おこなっている介護の事実を十分に認め、ねぎらうことが、介護者の思いとしてある周囲に介護の負担や介護者の気持ちが理解されていないのではないかと不安の払拭や、介護そのものに対する慰労の役割を果たすと考えられる。さらに、介護者の存在価値を伝えながら、可能である介護の範囲を決して看護側の視点で広げていくことを求めず、心身ともに無理のない、そして経済的に許される範囲の中で折り合いをつけていくことの必要性を学ぶことができた研修となったと考える。後日の連絡協議会作成アンケートの感想欄で、「ほんわりと家族を受け止めたい」「プラス思考でやっていきたい」などが記載されていた。

この研修を終えて、ブレインストーミングを使ってみて、普段あまり交流がない異なった訪問看護ステーションの訪問看護師同士がそれぞれの知恵や知識を認めあい、それぞれの訪問看護ステーションの苦労を知りながら、楽しく和気あいあいと実施できたことは、今後の訪問看護ステーションの

連携につながるのではないかと期待している。

今回は困難事例に対しての検討を、ブレインストーミングを使って行ってみたが、看護師は養成機関の教育段階から、事例に対して問題解決のためにカンファレンスをおこなって対処することを学んでいる。臨床の場の一つである病棟でおこなわれているカンファレンスは、他職種が入ったり病棟に勤務する看護師の多くが参加したりして行われることが多い。訪問看護ステーションの場合も、現場では事例カンファレンスがおこなわれているのが実情である。しかし、ステーションに所属している看護師はじめスタッフの人数は極めて少数で、カンファレンスをおこなっても問題を解決するには行き詰りやすい環境下にある。このような場合、少人数でも自由な発想で検討できる手段としてのブレインストーミングは、有効な手段となり得る。少しの準備物と、場所があればブレインストーミングは気軽にできるという認識をもってもらうために、このような研修を積極的に行っていく必要がある。さらにKJ法的質的統合法を用いて解釈をおこない、グループ化された言葉の抽出を全体化するために模造紙を用いたが、やや見にくかったのではないかとと思われるので、今後さらなる工夫が必要であると考えられる。

また、訪問看護の中で、ブレインストーミングを活用したことに関する文献自体がほとんど見られないことから、実績の構築と評価方法の検討が課題であることが明確になり、今後取り組んでいきたいと考える。

最後に、訪問看護師が抱えているジレンマの多くが、少し考え方や見方を変えることで軽減されるという事実を、ブレインストーミングを使った今回の研修を通して認識してもらったことで、今後の地域医療の継続拡大にとって、重要な要因となることを伝えることができたのではないかと考える。

### 参考文献

- 藤野成美, 岡村仁 (2007): 精神障害者の家族介護者における介護の肯定感認識とその関連要因, 臨床精神医学, 36(6), pp.781-788.
- 兵庫県健康福祉部健康局医務課 (2012): 兵庫県内看護師等業務従事者届

兵庫県高齢社会課（2013）：兵庫県保健医療計画，  
p.35.

厚生労働省保険局医療課調査（2011）

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/  
bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_01.pdf#search](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf#search)（情報取得2013/8/7）

日本訪問看護振興財団（2012）：訪問看護ステーション調査，家族介護者調査

日本看護協会（2011）：訪問看護事業所の減少要因分析及び対応の在り方に関する調査

津村千恵子（1993）：訪問看護業務における医師の指示と看護職の法的責任の範囲を考える，保健婦雑誌，49(4)，pp.294-299.