

会 長 講 演

第5回看護実践学会学術集会

チーム医療における看護職の役割

吉野 幸枝

石川県立中央病院 看護部長

日時 2011年9月11日(日) 場所 石川県立中央病院健康教育館

西学校長、過分なご紹介ありがとうございます。本日は沢山の方々にご参加頂きありがとうございます。2年前、前泉理事長より学術集会長のお声をかけて頂き、当然お断りするはずでした。しかし、この実践学会の前身である二十数年続いた「石川看護研究会」の時代から、つまり私が若かった頃からこの学会に参加させてもらい育てて頂いたのでお返しをしなければ…という使命感のみでお引き受けしてしまいました。こんな大事な学会を、築36年の病院で開催させて頂くことに御不自由をおかけしますがよろしくお願い致します。そして、会長講演をさせて頂くことに前泉理事長、現稲垣理事長をはじめ多くの皆様に感謝申し上げます。

それでは「チーム医療における看護職の役割」について話させていただきます。

「チーム医療」はいつ頃から生まれてきたのでしょうか。1970年頃、リハビリテーション分野で強調され出したとのことです。このころは医師集団の枠内でのチーム医療でした。私は1975年（S50）助産師として、臨床現場に出ました。先輩助産師一人ひとりの判断力やスキルに圧倒されつつも、助産師としての法的裁量権や責任についても学びました。この裁量の中で正常分娩に関わり、正常からの逸脱（異常）と判断した時、産科医がフォローし大変な緊張感と充実感の中でチームとして新しい命の誕生に関われたことに生きがいを感じていました。

時が経ち、近年の臨床現場では医療・看護に関する制度が目まぐるしく変化し、先読みどころか、ついていくのが必死な状況です。平成19年頃より、

とにかく「チーム医療」という言葉がクローズアップされ、厚生労働省は沢山の検討会を作り報告書・通知へと動いてきました。そのベースには、医師不足の考えがありました。

平成19年12月28日「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（厚生労働省医政局長 通知）が出されました。臨床の我々に届いたのは、正月明けだったと思います。目指すところは、「良質な医療を継続的に提供するという基本的考え方」の下、医師、看護師等の医療関係職の医療の専門職種が専門性を必要とする業務に専念することにより、効果的な業務運営がなされるよう、適切な人員配置の在り方や、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での適切な役割分担がなされるべきである」とのことでした。

役割分担の具体例として、一定の条件の下、つまり医師が最終的に確認し署名するならば書類作成等は代行可能であるとの見解が出たのです。診断書・診療録及び処方箋の作成、介護保険法でいう主治医意見書の作成、診察や検査の予約についても（オーダーリング・電子カルテが普及してきましたが）医師の正確な判断指示に基づいていれば、医師との協力・連携の下、入力代行可能となったのです。ベッドメイキングにおいては平成12年に退院後の患者のベッドメイキングの業務委託が可能の通知が出ています。今回は入院患者であっても、看護師が患者の状態を判断し委託するベッドを選定することができるようになり、看護師の裁量権が広まった分、責任があります。

又、医師と助産師との役割分担においても、現在の保助看法に表記されていること、つまり正常分娩は助産師が責任もって実施し、正常分娩に医師が立ち会わなくてもよいように、医師の負担軽減を強調しています。しかし、多くの助産師は医師と共に正常産に関わる職場風土が根付いている現場の中で働いています。今後に向けて助産師のスキルアップと共に、医師と助産師の連携、情報の共有と相互理解が重要であると述べられており、まさに同感です。

「医師と看護師等の医療関係職との役割分担」についても詳細に記載されています。「薬剤の投与量の調節」に関し、例えば在宅等で事前の指示（包括指示）に基づき、その範囲内で投与量を調整することは、医師の指示の下で行う看護に含まれることとなりました。「静脈注射」は平成14年に厚労省が約50年ぶりに、診療の補助業務であると見解を提示しましたが、今回はさらに、静脈注射及び留置針によるルート確保も診療の補助の範疇に属すると解釈されました。看護管理者として、教育を徹底し個々の看護職員の能力を踏まえた業務分担をおこなうことが重要となりました。その他救急医療等における診療の優先順位の決定など詳細に書かれており実践されてきました。

さて、平成20年、以前より18歳人口の減少や高齢者の増加、看護を必要とする国民が増加し続ける事実があり、看護師の不足が推測されていました。一方、看護学校を卒業した新人看護師が臨床現場で戦力にならず離職することや看護の質にも課題が出てきました。

そこで、厚労省は平成20年度「看護の質の向上と確保に関する検討会」を立ち上げ、平成21年3月に中間取りまとめを公表しました。そこには大きく4つの検討内容①看護教育の在り方②新人看護職員の質向上③人材確保④チーム医療の推進が提言されました。①②③については具体的な政策として実行されており皆さんもご存じの通りです。④「チーム医療の推進」の提言の内容を受け、厚労省は即「チーム医療の推進に関する検討会」を平成21年8月から開催し、22年3月19日検討会報告書を提示しました。この報告書の中に、チーム医療の基本的な考え方は勿論ですが、看護師の役割拡大が提言されたのです。看護職はあらゆる医療現場で活躍しており「チーム医療のキーパーソン」として期待されること、看護教育の水準が高まっていることや、実際専門看護師・認定看護師が臨床現場で活躍していること等を鑑みて、看護

職がチーム医療の推進に資するためには看護師の能力を最大限に発揮できる環境を準備することが重要である。よって特定の医行為ができる特定看護師（仮称）の考え方がこの報告書に初めて出てきたのです。

厚労省は22年3月報告書を受け、即4月30日、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」の医政局長通知を47都道府県知事等に発信したのです。ここでは、チーム医療の基本的な考え方として、「各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を進めることが重要」となっております。また、この通知の中には、各職種の関係法規と照らし、医師以外の医療スタッフが実施できる業務内容を整理し記載されています。しかし、医政局長通知を出したから即医療現場が変革できるか否かは、その職場風土が影響しますので現場は厳しいものがあります。そこで、通知内容には当該医療機関における実情の把握、各業務における責任の所在の明確化、具体的な連携・協力方法の決定、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療を検討し、質の高い医療の実現を目指すよう提示しています。まさに、各々の現場で一歩ずつ進むしかないのです。

各医療スタッフが実施することができる具体例として薬剤師の場合、医師に対して積極的に処方を提案すること、リハビリテーション関係職種は喀痰等の吸引を実施することができる行為であること、臨床工学技士も喀痰等の吸引ができること等、多くのコメディカルの各々の法の解釈からそれぞれの専門職として実施可能な範囲が詳細に提示されていますので厚労省のホームページに入り見て頂きたいと思います。

少し話がそれるのですが、先月の病院新聞に厚労省検討会の中で「介護職のたん吸引等の実施へ」が掲載されていました。社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、来年4月から介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下に痰の吸引と経管栄養（医行為）の実施が可能となるということです。看護の歴史において静脈注射が診療の補助業務であると解釈されたのは平成14年で、医療事故が発生して50年かかっています。今、社会の要請により関係法律を一部改正し医行為を介護職員が実施可能となる…ことについて私達看護職は自分のスキルを確認する必要が

あると感じました。

話を戻しまして、厚労省は22年4月の医政局長通知を出した翌月に「チーム医療推進会議」を立ち上げその下に2つのワーキンググループを作りました。5月から「チーム医療推進のための看護業務検討WG」が開始され看護師の業務範囲、「特定医行為」の範囲、特定看護師（仮称）の要件、特定看護師（仮称）の養成課程の認定基準等が検討されました。今年度（23年度）は特定看護師（仮称）等の看護師の業務範囲の拡大を検討するため、医療現場等における業務の効果や安全性、他職種からの評価等を実証しているところです。この実証結果が報告書という形で今後我々が知るようになります。2つ目のワーキングは「チーム医療推進方策検討WG」で22年10月から進められ、チーム医療の取り組みの指針となるガイドラインの策定やこのガイドラインを活用したチーム医療の普及・推進のための方策、各医療スタッフの業務範囲・役割を見直すための仕組みのあり方等が検討されました。今年度（23年度）はこのワーキンググループで策定された実践的事例集に基づく取り組みを、医療現場において安全性・効果等を実証しています。病院関係新聞やインターネット等に「チーム医療推進の実践的事例集」として掲載されており、いずれ報告書が出ると思います。

さて、このような厚労省のチーム医療の考え方や政策が進む中で、県内の中核病院である県立中央病院はどのなっているのか？と皆さんは考えておられると思いますが、自信を持って報告できるものは何もありません。唯一、認定看護師の活動からチーム医療について見えてきたものがありますのでお伝えします。まず簡単に病院紹介をします。662床、診療科22科で病院職員は約千人で、その6割が看護職員です。病院の機能は救急告示病院をはじめ多くの役割があります。

当院の認定看護師は平成18年に1名誕生し孤軍奮闘していましたが、平成21年から複数誕生し23年7月現在、8分野（救急看護、集中ケア、皮膚・排せつケア、がん化学療法看護、新生児集中ケア、手術看護、乳がん看護、感染管理）8名います。その他認定看護師や専門看護師の教育課程の修了者（がん化学療法看護、がん性疼痛看護、がん看護専門看護師、急性・重症患者看護専門看護師）が4名います。これらの専門・認定看護師の組織的活動を紹介します。

「専門・認定看護師情報交換会」を毎月1回開催し、各自が1か月間の実践報告を行い質疑応答

しながら共通理解をします。また課題を提示し、互いの専門性を発揮しながら解決に努力しています。

次は「認定看護師からの情報提供会（集合教育の開催）」です。これは昨年から開始し2年目です。年間10回程度を企画し17時30分から1時間程度の集合教育です。受講対象者を経験の浅いスタッフにしたところ中堅看護師も参加を希望し、お互いが主体的に学び合っています。この情報提供会は組織が強制したのではなく認定看護師たちが相談し活動を開始しました。自分の専門性をアピールし、少しでも組織に貢献しようとする彼女たちの主体的行動を嬉しく思っています。

3つ目は週1回の「活動日」です。認定看護師は基本的には専従以外の方は各部門のスタッフです。3交代で夜勤も行っています。所属の多忙な状況を師長と相談し、勤務シフトから外れてその日は看護部付けとなり、組織横断的な活動や自分の課題を調べる等の時間となります。しかし、どんな時でも、スタッフ業務が優先されますので、現場が多忙な時は活動日がもらえない時もあります。

その他、院内・院外からの相談・実践・講師依頼を受けるなど徐々に評価されてきています。例えば、院内新人教育の講師や集中部門（特定集中・HCU）における院外研修生の講師を務めたり、行政・県看護協会・専門分野の学会や研修会等でも講師を務めるなど、相当にハードな業務を頑張っています。これらの地道な活動の積み重ねから、医師やコメディカルより「抗がん剤の副作用の対応や皮膚障害の対応、救急看護の実際を…」等と要請が増えており、看護実践が理解され認められた結果と受けとめています。

チーム医療の中心的調整役は、あらゆる医療従事者と関わりを持つ看護職が最適と考えます。認定看護師は6か月以上の専門分野を学び、日々の実践活動を積み重ね、実践家としてのモデルを示しており、看護職仲間へ影響を与えていることは勿論ですが、コメディカルからも認められ、いろいろな要請を受けています。

チーム医療のキーパーソンをするためには、自分の職種・実践をアピールしながら多職種からの信頼を得ることが重要ですが、それと同様に多職種の専門性・実践活動・業務範囲等を理解することが必須ではないでしょうか。看護職は数で勝負することも無論大事ですが、一人ひとりがその専門性・実践活動・業務範囲を自覚しつつアピール

し、コメディカルの方々に「なるほど、さすが看護職」と評価してもらえるように日々の自己研鑽を惜しまず努力することが重要と考えます。

ご静聴ありがとうございました。

特 別 講 演

第5回看護実践学会学術集会

チーム医療と倫理

石垣 靖子

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科 教授

日時 2011年9月11日(日) 場所 石川県立中央病院健康教育館

はじめに

組織において職員一人ひとりの倫理観が大事なことはいうまでもない。しかし、組織全体が高い倫理観をもち、職員とともにそれを育てていく姿勢があつてはじめてスタッフ個々の倫理観も育つ。

さて、医療組織で大事にすべき倫理とは何か。倫理は「人間が自発的に自らの振る舞いをコントロールする姿勢であつて、自分だけではなく、皆がとるべきだと考えるようなものに関わること」である(清水 2009)。患者に関わる専門職が多くなればなるほど、情報や目標の共有が重要になる。すなわちチーム医療が機能することによって、倫理的な医療の実践が可能になり、その基盤となるのは、組織の理念、価値観をチームメンバー間で共有することである。

1. 医療の質と臨床倫理

医療の質は科学性と倫理性という二つの柱によって支えられている。科学性とは根拠に基づいた、あるいは標準化された医療を行うことであり、医学、医療の進歩とともに科学性は定着してきた。もう一方の柱である倫理性とは、医療の対象は人間であるということを大事にすることであり、しかも一人ひとりが固有の人生を生き、かけがえない、この世界における唯一の存在であることを尊重するということである。しかも私たちは普通の生活を営んでいる“普通の人”なのだ。

日常の医療の実践では、科学性つまりその人の生物医学的側面に関しての最善が優先されることが多い。しかし、固有の人生を生きてきた人の価

値観やその時々思いなどを尊重することは十分ではない。医療の質とは科学性と倫理性の両方の最善を図ることなのだ。

一般的に医療における倫理原則は、患者の利益になるようにせよ(beneficence: 予益の原則)、患者に害を与えるな(non-maleficence: 無害の原則)、患者の自律を尊重せよ(respect for autonomy: 自律の原則)、そして正義・公平を保て(justice and/or equality: 正義・公平の原則)の4項目である。日常的に私たちはこの倫理原則を意識せずして倫理的にふるまっている。たとえば、患者にとって最も善い治療やケアについてカンファレンスで話し合い、患者の安全を守るためにさまざまな工夫をし、あるいはケアの技を磨く。倫理原則は事例検討の際などに俎上にのることはある。しかしそれは決して原則を事例に当てはめようとするためではなく、相手を人間として尊重するという姿勢の確認であることを心したい。

倫理4原則を提案したビーチャムは、「他者の感情や関心、態度が道徳的に重要な問題となるときには常に、規則や原則は、人間的な温かさや感受性ほどには、何をなすべきかということ私たちに気づかせてはくれないようである。」と述べ、さらに「“かけがえないその人”としていかに理解してその人に関わっていくかということ、患者の価値、信条、好みに配慮し、ふさわしいケアをどのようにつくっていくかということにある」(Beauchamp 1994)と規則や原則が優先することに警鐘をならしている。

規則や原則は確かに遵守すべきものである。し

かし、臨床で出会う人たちは、様々な事情やそのときどきのニーズがある。“いま、このとき、この人にとって何をなすことがよいのか”を考え、判断し、行ったことに責任を持つことを善しとする組織文化がなければ、ケアを受ける人も、ケアに携わる人も不自由の中に身を置くことになる。中心におくのは、規則や原則ではなく、“生活を営んでいるひと”そのものでありたい。

今年（2011年）5月に北海道新聞にこんな記事があった。

「上川管内（北海道）占冠村のJR石勝線トンネルで5月27日に起きたJR北海道の特急列車脱線事故は、乗務員が“対応マニュアル”に沿って指令センターの指示通り行動しようとしたことが逆に避難誘導の遅れにつながった。想定外の事態になれば、“絵に描いた餅”と化すマニュアル。緊急時は瞬時の判断が何よりも重要となるはずだ。マニュアルに依存する企業のあり方が問われている。」とマニュアル依存の影を述べている。大事なのはマニュアルではなく、人間への姿勢であり、そのとき、その場にいた人に裁量権が与えられていることの大切さにあらためて気づかせてくれる。医療の現場も全く同じだ。

2. 共同行為としての医療

医療というまでもなく患者（および家族）と医療者（チーム）との共同行為である。それは、医療・ケアの方針決定にあたって、両者が合意に至るプロセスであり、インフォームド・コンセントに代表されるコミュニケーションのやり取りを持ってすすめられる。インフォームド・コンセントの基本は患者主体のものであり、患者が自分のおかれた状況について十分把握した上で、ある医療方針に同意することである。医療者は病気の状態と治療法についての専門的な知識・技術そして体験がある。一方患者側は自分の人生の実情についての情報、自分はどう生きたいかについての判断ないし人生設計がある。これら両者からの情報をお互いに提供し合い、現時点でいかにするかを考え、合意による決定に至るプロセスがインフォームド・コンセントの意味である。このプロセスはまず、医療者側の提案する治療（ケア）が、根拠に基づいたものであること、すなわち標準治療（ケア）であることが前提になる。そしてそれは医師だけではなく患者に関わる医療者間で合意していることである。そのうえで患者・家族の様々な状況、今おかれている事情にしっかりと耳を傾ける

ことである。

例えば、胃がんが発見された90代の男性に医師（医療者）は手術を勧めた。その方は家族とも相談し、「もう年だし、十分に生きた。友達も亡くなりこれ以上長生きする意思はない。がんになったのも寿命だと思う」と手術をしないことを申し出た。話し合いを重ね、患者の生き方の選択に納得した医療者は、生物医学的には最善と思われる手術ではなく、その方の希望に添って苦痛がでたときに緩和をする方針に変えた。そのとき、その患者にとっての最善の治療・ケアについて合意に至るプロセスは、コミュニケーションのやり取りがあってはじめて成り立つものである。そしてその決定は参加したすべての人たちの共同責任でもある。このプロセスこそが医療の質を決める重要な要になる。患者にとってはそれが医療に対する信頼と安心を得、時には病気とともに生きる勇氣につながることになる。

患者の自律や自己決定を尊重することを基盤においてその時々揺れ動く感情や思いを受けとめながら、相手に向き合い寄り添うことが相手を“人間として遇する（尊重する）”ことであり、アドボケートとしてのナースはそのキーパーソンでもある。その人の人生はその人しか生きることのできない固有のものであることを医療者はわきまえ、人の価値観の領域にまで踏み込む越権行為を避けたいものだ。

医療に関わる専門職が増える中、医療者間でのコミュニケーション、医療者・患者、家族間のコミュニケーション（対話）が日常的になされる組織文化が定着することが共同行為が成り立つための基盤である。そのためには組織の構成員が組織の理念・価値観を共有していること、各医療専門職の専門性の尊重と職種を超えた協働ができること、メンバー間で共通言語、共通理解を持つための仕組みがあることなどが求められる。人が集まるどのような場でも対話や活発な声かけが行き交い、チームメンバー同士の笑顔の交流がある組織は自然なカタチで共同行為が定着している。

3. 生物医学モデルからケアリングモデルへ

超高齢社会を迎えて、加齢に伴う心身の障害を持つ人、生活習慣病や精神障害をはじめ様々な障害を持つ人が増えてきた。その人たちは生活（くらし）の営みを整えること自体が治療と重なることが多い。人間は極めてアナログ的な存在なので、必ずしも症状が検査データに異常として表われ

ないこともある。

ある50代の女性が腰痛を主訴として総合診療医を紹介された。その人はそれまでに整形外科やペインクリニックなど5科を受診し、いずれも画像診断やその他の検査に異常が見つからず適切な治療がなされていなかった。医師はまず痛みの状況を聞き、それが日常生活にどのような影響があるかを尋ねた。そして、いつごろから痛みが始まったかを聞いたとき、その人はしばらく考えて「そうですね。2か月くらい前からです」と答えたという。医師はその頃生活に何か変わったことがあったかと聞いた。その人はしばらく間をおいて突然泣き出した。そして「その頃主人が急死したのです」と語った。医師は突然起きたその出来事を受け止め、それがどんなに大変なことだったかと慰めた。「とにかく夜よく眠れるように」と睡眠薬を3日分処方し、3日後にまた受診するようにと対応した。3日後受診して、またご主人の突然の死を思い出し、つらかったことを医師に話す。そんなことが続くうちにその人自身がご主人の急死というショックが腰痛と関係していることを認識するようになり、症状が軽快していったという。

医療とは診断をし、それに基づいた治療を行うことはもちろんであるが、患者が体験している苦痛症状を緩和することが主たる目的である。その苦痛は時としてデータに表れないこともある。そのときに医療がなすべきことはないのだろうか。医療は本来“人間”をトータルに診る（看る）ものであるはずだ。身体と心とは切っても切れない関係を持ちながら私たちは生きている。生物医学モデルの限界はいたるところで現れている。

このような状況の中でいま医療におけるケアリングモデルへの転換は急務となっている。ケアリングとは患者のところに訪れ、患者を尊重し、傍らにいて患者とともに感じようとするものである。そのプロセスはケアを受ける者と、ケアをする者との相互交流であり、お互いが学び合うものである。“傍らにある”とか“寄り添う”というのは素朴でもっとも人間的なケアなのである。ケアリングの語源“caritas”は愛とか思いやりを持った実践の意味がある。アドボケートとしてのナースの役割は、生物体としての生命の営みを整えることはもちろんであるが、同時にそれは、その人の語られるいのち（日々の暮らし・人生）を尊重することで成り立つ。

ナイチンゲールは「看護は生きた身体（living bodies）と生きた心（living minds）と身体と心

が一体となって表現された感情（feeling of body and mind）とに働きかけるのである。」と述べている。愛（関心）は相手とのつながりをもつことから始まるのだ。アドボケートとは、無形のもの、例えば愛とか尊厳とか希望などを尊重することであり、普通に生きてきた人が、病のどの時期であっても普通の人として尊重され、その人らしい生き方ができるように支援することでもある。ケアリング・エシックスという言葉があるがケアリングの本質はまさに倫理そのものなのである。

4. あらためて「チーム医療」とは

厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」では、チーム医療について「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・保管し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と定義している。それは、限られた資源で、医療のアウトカムを最大にするために、チームの構成員が目標や情報を共有し、協働していくプロセスであり、ネットワークを形成するプロセスと重なる。そして“チーム”は共同目的のない、利害を共にしない、ただの“群れ”とは異なるのだ。キーワードとなるネットワークとは、「それぞれに確立した〈個〉が互いの違いを認識し合いながらも、相互依存関係で自発的に結びついたもので、ある種の緊張を伴う関係の中で意味と価値を作り出していくプロセス」（金子 1993）である。チームを構成する専門職は個々の専門性が問われることであり、お互いに影響し合いながらそれぞれの専門性をより高め合う関係を築いていくことなのだ。

チーム医療の定着は、倫理が尊重される医療の実践で必須であることは前述した。日常的にそれが機能するためには組織における弛まぬ努力が必要である。そのポイントは、治療やケアの方針決定に患者や家族の意思が尊重されているか、組織の中で基盤となる価値観があり、それが共有されているか、各職種間で共通言語があり、お互いにケアし合っているか、各職種の専門性が尊重されているか（いつも特定の職種がリーダーシップをとる体制ではないこと）、組織のトップが率先してこれらのことの具現化に努力しているか、その定着に向けた仕組みがあるかなどについて常に意識することである。すなわち組織のリーダーのありかたが問われることなのだ。

組織として理念や価値観が日常の医療に具現で

きるように、仕組みを作りスタッフを支援することがリーダーに求められている。たとえば、多職種によるカンファレンス、合同回診や研修など、常に組織横断的な取り組みを続けることである。その時に必要なのはチームメンバー間の適切なパワーバランスであることは言うまでもない。また、医療の実践の評価（例えば患者満足度やQOL評価など）をチームメンバーで共有し続けながら、医療の質向上のために協働することにほかならない。

チームで対応した事例検討について述べてみたい。40代の胃がんと診断された男性は、手術をうけ一時は職場復帰を果たしたが、数年後に再発しがん性腹膜炎を併発、化学療法に次第に抵抗性が現れるようになった。左側腹部の皮膚・S状結腸腹腔腫瘍ができ、腹膜播種、腸閉そく、悪液質の状態ですぐ入院した。しかし、本人は化学療法の継続を強く希望した。主治医は病態から見て化学療法は患者の生命力を損なうだけと患者に説明した。しかし、患者の要望が強く主治医の提案でカンファレンスが行われた。患者の意思を尊重するか、今の病状では害を及ぼすことになる化学療法を継続するか、すなわち、自律尊重の倫理原則と無害の原則との対立であった。

カンファレンスは臨床倫理委員会のメンバー（外部委員として東大の清水教授も含まれる）とともに、医師（他科の医師を含む）、ナース、MSW、薬剤師そして事務職員などが参加して行われた。医師からの病状説明、受け持ちナース、担当のMSWからそれぞれの立場で患者の現状が紹介された。話し合いの焦点はなぜこのような状況になっても、つらい化学療法に固執するのかということで、苦痛症状を緩和する方が残された時間を家族と共に過ごすことが出来るのではないかという意見も多かった。話し合いの結果、もう一度患者の真意を確かめようということになった。医師、ナース、MSWが患者・家族と共に面談した。患者は「自分には幼い一人息子がいる。父親として息子の成長を見届ける事ができないのが何よりの心残り。せめて、父親が最後まで病氣と闘う姿を息子にみせたい。それがいま父親として自分に来る精いっぱいのこと。」と話された。スタッフは全員納得し、レジメンを変えて化学療法が続行された。化学療法の継続には限界があったが、患者は「わがままを聞いてくれてありがたかった」と主治医に伝えたという。

そのときその人にとっての最善は必ずしも医学

的側面だけで決定できることではない。いま置かれている状況、その人が大切に想っていること、家族の意思などを含めてチームで話し合い決定し、その決定に関わったすべての人が責任を受け入れることである。このプロセスを重ねていくことが倫理的感受性を育てていく大事な方法の一つなのである。

事例検討はツールを使って話し合うことが望ましく、たとえばJonsenらの提案している4分割法を用いる方法や、清水らが開発した臨床倫理検討シートなどがある。いずれも経過を正しく記録する（状況の理解を共有する）ことから始める。事実の報告と記録者の評価や意見とを区別する。治療や看護活動については〈活動の意図〉、〈選択の過程〉を明確にする。患者・家族の発言や振る舞いについては、事実と看護者としての理解を区別し記録するなどに注意を払うことである。

清水が開発した倫理検討シートの目的は、その患者の医療（ケア）のゴールをどこにおくか、その決定に患者・家族が参加しているか（意見が尊重されているか）、行われる治療は最善のものか、その治療をすること、あるいはしないことによるメリット・デメリットは何か、それを患者・家族と共有しているか等を含めて話し合われるように作成されている。中心に置くことは、あくまでも医療の受け手に目線に合わせることであり、医療者の論理で進められることではない。

おわりに

医療・ケアの対象は、その人しか生きる事が出来ない固有の人生を生きているひとである。そして一人ひとり人生も、その過程で育まれた価値観も異なる存在である。治療やケアの方針決定にあたって、その人が納得できる決定が出来るように支える専門職でありたいものだ。その出発は医療者もまた、かけがえのない人生を生きている主体であり、かけがえのない〈時〉を患者・家族と分かち合いながら医療に携わっていることを意識することである。そのプロセスの中で私たちは患者・家族から人生のあり方を学び、自分の人生観が確立していくことを経験しているのである。

病める人の傍らに在ることを許された特権を持つ者として、その人の価値観や思いを尊重する場、すなわち倫理的な文化をもつ組織を創っていきたいものである。

引用・参考文献

- 1) 清水哲郎：臨床倫理の考え方と検討の実際.
臨床倫理検討システム開発プロジェクト, 2009
- 2) 金子郁容：ボランティア もう一つの情報社会. 岩波新書, 1993
- 3) サラ・T・フライ他：片田範子他訳：看護実践の倫理. 日本看護協会出版会, 2010
- 4) 北海道新聞：2011年5月の記事
- 5) 厚生労働省ホームページ

原 著

喉頭全摘出術を受けたがん患者の 術前の経験の意味付け方

Significance of preoperative experience of cancer patients
who underwent total laryngectomy

北村 佳子¹⁾, 稲垣 美智子²⁾, 多崎 恵子²⁾

Yoshiko Kitamura¹⁾, Michiko Inagaki²⁾, Keiko Tasaki²⁾

¹⁾金沢医科大学看護学部, ²⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾Department of Nursing, Kanazawa Medical University

²⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and
Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

喉頭全摘出術, 失声, 喉頭がん患者, 術前, 経験

Key words

total laryngectomy, aphonia, laryngeal cancer patients, preoperative, experience

要 旨

本研究の目的は、喉頭全摘出術を受けたがん患者が術前の経験をどのように意味付けているのかを詳細に記述することである。研究デザインは質的記述的研究手法を用いた。研究参加者は、喉頭全摘出術を受けたがん患者16名であった。分析の結果、6 カテゴリー、27のサブカテゴリーを抽出した。カテゴリーは、【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した】、【これからの人生に望みを持ち続けたいと感じた】、【自分には整理された歴史がある】、【他の人と比べて自分はすごいと感じる】、【「声」と「命」を天秤にかけて「命＝がんを治す」をとったと確信できる】、【自分なりのおさめ方で自分の声とさよならした】であった。

喉頭全摘出術を受けたがん患者は、手術はあくまで一通過点であると意味付けていた。そして、すでに代用音声獲得を見据え、術後の生活に重点を置いているため喉頭全摘出術を決断した後は混乱したり動揺したりすることなく危機状態を回避できていることが推察できた。

Abstract

The purpose of this study was to use qualitative analysis for evaluating the significance of preoperative experience of 16 cancer patients who underwent total laryngectomy. The results were categorized as follows: 1) I thought that total laryngectomy was just a point in time to be passed; I focused on life

beyond that point, 2) I want to continue to have hope for the rest of my life, 3) I have a meaningful life, 4) I feel superior to others, 5) I believe that I chose not to save my voice, but to save my life (i.e., cure the cancer), and 6) I will deal with the loss of voice in my own way.

The participants were of the belief that total laryngectomy was just a point in time to be passed. A crisis could be avoided if they focused on their lives beyond that point.

はじめに

喉頭がんに対する治療法には、放射線療法・化学療法・手術療法があり、これらを幾つか併用して行われる。そして、手術療法にはレーザー手術や喉頭部分切除術といった喉頭を温存し発声機能を損なわない治療法と、喉頭全体を摘出する喉頭全摘出術がある¹⁾。しかし、喉頭全摘出術を受けた患者は発声機能を失うため失声生活を余儀なくされる。近年の治療法の傾向は、クオリティー・オブ・ライフ（quality of life：以下QOL）の観点から失声を避け、喉頭を温存する治療手段が選択されつつある²⁾。つまり、喉頭全摘出術を受ける人とは、失声を回避するために他の治療を受けてきたが最終的に喉頭全摘出術を余儀なくされた人、もしくは初回から他の選択肢がなく喉頭全摘出術となった人である。

喉頭全摘出術を受けるがん患者に関わる先行研究は、頭頸部領域の特殊性から外観変容に伴うQOL低下に関する実態調査³⁻⁷⁾、喪失体験に関する報告⁸⁻¹¹⁾、失声によって生じる日常生活上の支障への取り組みに関する報告¹²⁻¹⁸⁾が数多くある。以上のことから、喉頭がん患者は、喉頭全摘出術を受けると決断した後でも失声に対する受け入れが困難で不安が強く危機状態に陥りやすい状況であることが明らかである。また、術後生活においても食道発声や人工喉頭などの代用音声会得のためリハビリに取り組むことを余儀なくされ、たとえ代用音声を会得してもその声質は自然なものとは異なり感情をストレートに表現しづらいため、ストレスや不安を抱えていると報告されている。そのため、患者の失声に対する受け入れの良否が術後の闘病意欲に大きく影響し、心の準備や前向きなイメージ化が大切である¹⁹⁾とされている。しかしその一方で、臨床場面では明るく見える人、自分の声を録音する人や術後間もないうちから患者会に参加し代用音声会得に取り組む人もいる。

このように前向きにも見られる彼らの喉頭全摘出術に至るまでの経験を踏まえた研究は見当たらず、がん完治に向けた積極的な現象を詳細に記述することは悲観的に捉えがちな失声という手術の

代償を乗り越えるための支援の示唆を得ることになると考える。本研究の目的は、喉頭全摘出術を受けたがん患者が術前の経験をどのように意味付けているのかを詳細に記述することである。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究手法を用いる。

2. 研究参加者

総合病院に入院中の喉頭全摘出術を受けたがん患者で主治医の許可があり、研究への参加について同意できる人とした。あるいは、喉頭全摘出術を受けた人で結成される患者会会員とした。

3. データ収集期間

2005年4月から2006年1月

4. データ収集

1) 質問項目

作成した4つの質問項目を中心としたインタビューガイドに基づき、半構造化面接を行った。4つの項目とは、「医師から喉頭全摘出術に関する説明を聞いた時どのように思ったか」「手術を受けると決めた後、術後の生活をどのように捉えていたか」「実際、手術を受けてみてどうであったか」「看護師の介入がどのように影響していたか」であり、この4つの項目を中心に研究参加者に自由に語ってもらった。分析が進むにつれて導き出された概念の他に新たな概念がないかを確認するための質問に変更を加えて面接を行った。加えられた質問項目は「失声に関して心の準備は術前からしておくことが重要だと言われているが、それは本当だと思うか。また、準備しているのとしていないのでは違うと思うか」「手術についてその思いを語る時、自分の歩んできた人生や仕事のことを語るが、それはなぜだと思うか」「人は、声の違和感を自覚した時から現在までの治療過程を詳細に記憶しており、全部を説明するがそれはなぜだと思うか」であった。

2) 面接方法

面接は参加者のプライバシーが保障された一室で行った。面接回数は1人につき原則1回とし、

時間は参加者の体調を考慮し相談しながら行った。

5. データ分析方法

録音やメモに記載された面接内容を一言一句すべて逐語録に起こし、読み込んだ。まず、手術を受けたことによる経験の意味付け方に焦点を当てコード化を行った。次いで抽出された複数のコードの関係性や、差異と類似という視点で比較分析を継続的におこなった。さらに、抽象度を高めるためにカテゴリー化し、カテゴリー名を精選していった。継続的比較分析をデータ収集と同時進行で行った。分析の結果、新たな概念が出なくなった時点で理論的飽和に達したと判断し、データ収集を終了した。

6. 信頼性と妥当性の確保

信用可能性を確保するために、得られた結果を耳鼻咽喉科の病棟または外来に勤務する看護師3名、参加者2名に提示し、現実との適合性、理解しやすさ、一般性について確認した。また、本研究の全過程においてスーパーバイズを受けた。

7. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属する施設の医の倫理委員会の承認を得て実施した。

倫理委員会の承認を得た後、研究者は研究参加を依頼する総合病院の看護部長と耳鼻咽喉科教授に研究計画を説明し、研究フィールドとする許可を得た。次に、主治医と病棟師長・外来担当者に研究計画を説明し承諾を得た。その後、主治医から候補者の紹介の協力を得て、研究者が参加者の吟味選定を行った。なお、研究者の紹介に関して

は病棟師長を通じて行った。参加者本人に対して明確に文書と口頭で説明した。なお、研究同意書へのサインをもって同意とした。研究の参加は自由であること、研究の参加に同意しない場合であっても今後の治療に不利益を被らないこと、一度研究の参加に同意してもいつでも参加をとりやめることができること、研究結果が知られること、インタビュー中の安全と安楽を最優先に保障すること、個人情報への取り扱いが研究以外の目的で使用するのではなく情報は秘密厳守すること、カルテなどの閲覧は一切しないこと、研究発表会などで発表する場合は個人が特定できないようにすることについて説明を行った。

面接は参加者の安全面を最優先に考えて実施した。面接による心理面への影響を考慮し、必要時十分話ができる時間を設けた。入院中の参加者には、事前に主治医・病棟師長やスタッフに対して研究の主旨を説明し、起こりうる危険性について話し合い、面接後に変化が起きた時には速やかな対応の協力を得た。会話の困難さを考慮し、研究参加の同意を得た後の面接中においても適宜疲労の有無や面接継続の可否を確認しながら実施した。

結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は16名であった(表1)。面接中・面接後において研究参加者の状態に変化はなかった。面接中の録音の許可、筆談や聞き取りにくい声の時の内容や語りの中で研究テーマの特徴を表

表1 研究参加者の概要(16名)

参加者	性別	年齢 (平均73.2歳)	術後 経過年数	面接時間(回数)	術前治療	コミュニケーション方法
A	男	70代前半	3年	65分(1回)	放射線療法	人工喉頭・筆談
B	男	80代前半	6か月	60分(1回)	放射線療法・化学療法	筆談
C	男	70代前半	8年	30分(1回)	放射線療法・化学療法	食道発声
D	男	80代前半	4年6か月	30分(1回)	放射線療法	人工喉頭
E	男	70代前半	7年	30分(1回)	化学療法	人工喉頭
F	男	70代後半	12年	30分(1回)	放射線療法	人工喉頭
G	男	70代後半	32年	40分(1回)	なし	食道発声
H	男	70代後半	14年	50分(1回)	なし	食道発声
I	男	70代前半	20年	30分(1回)	なし	食道発声
J	男	70代後半	20年	60分(1回)	放射線療法・化学療法	食道発声
K	男	50代前半	1年5か月	30分(1回)	放射線療法・化学療法	ボイスボタン
L	男	80代後半	1か月	60分(1回)	なし	筆談
M	男	70代前半	1か月	50分(1回)	なし	筆談
N	女	60代前半	1か月	120分+60分(2回)	放射線療法・化学療法・胃ろう造設	筆談
O	男	60代後半	16年	60分(1回)	化学療法	食道発声
P	女	60代前半	7年	70分(1回)	放射線療法・化学療法	食道発声

していると考えられた言葉をメモにとり、分析に用いることの許可もすべての参加者から得ることができた。面接時間は1人あたり30分から120分であった。面接回数は1名のみ2回面接を行った。その理由は、1回目の面接の翌日に参加者から連絡があり、さらに語りたいとの希望を示されたためであり、60分の面接を追加した。

2. 喉頭全摘出術を受けたがん患者の術前の経験の意味付け方

分析の結果、喉頭全摘出術を受けたがん患者の術前の経験の意味付け方は、【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した】、【これからの人生に望みを持ち続けたいと感じた】、【自分には整理された歴史がある】、【他の人と比べて自分はすごいと感じる】、【「声」と「命」を天秤にかけて「命＝がんを治す」をとったと確信できる】、【自分なりのおさめ方で自分の声とさよならした】の6カテゴリーを抽出することができた。これらは27のサブカテゴリーから構成されていた（表2）。

以下に結果の概要、カテゴリーおよびサブカテゴリーの説明を示す。カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉、参加者の語りを「 」で表す。なお、() は文脈を明確にするため補った言葉を示す。

結果の概要

喉頭全摘出術を受けたことはがん完治のためであり、【これからの人生に望みを持ち続けたい】という思いであるからこそ【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視し】、手術を決断することができた。これは、がんと診断されたことをきっかけに手術に至る過程をその都度整理して来ているため、【自分には整理された歴史がある】という自覚が【これからの人生に望みを持ち続けたいと感じた】につながっていた。【自分には整理された歴史がある】ことは、【他の人と比べて自分はすごいと感じる】と自分自身を捉えることができ、喉頭全摘出術について医師から説明を受

表2 カテゴリーとサブカテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー
1. 手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した	1) どんなことも生き様の一つ、手術もその一部だと捉える 2) 手術を決意したらあとの事はすべて医師に任せ、自分は代用発声獲得に照準を当てる 3) 本当につらい時期は、これからだと思う
2. これからの人生に望みを持ち続けたいと感じた	1) 先輩を目標としていく 2) 励まされることで前向きに捉えたい 3) 明るくしたいからいっぱい笑顔でしゃべる 4) 努力次第で新たな声で話すことができる 5) 周囲に支えてもらっていると思う
3. 自分には整理された歴史がある	1) 手術までの経緯を特別な事柄として鮮明に覚えている 2) がんになった原因をこれまでの人生の中から冷静に納得する
4. 他の人と比べて自分はすごいと感じる	1) 自分で決めてタバコはすっぱりとやめることができた 2) 症状を自覚して早期発見につなげた 3) 誰にも負けないと思うものがある 4) がんやその治療を乗り越えてきた 5) 常に知恵と知識を備えてきた 6) 手術を受けるということを自分の意思として決断した
5. 「声」と「命」を天秤にかけて「命＝がんを治す」をとったと確信できる	1) がん（悪いもの）はとってしまえば治るんだったら手術する 2) 死ぬか生きるかを考えて、手術は仕方がないと思う 3) 生き抜いて、果たす役目がまだある 4) ショックで頭の中が真っ白になったが、気持ちを切りかえて命を重く考える 5) なんにせよ手術を終わらせることが先決だった
6. 自分なりのおさめ方で自分の声とさよならした	1) さんざんやってきたから、だからもういい 2) テープに意味を持たせ、録音して大事にとっておく 3) 声を失っても代用音声がある 4) もう二度と、しゃべれないんだとあきらめる 5) 呼吸が楽になるなら仕方がないと思う 6) 自分の声でなくても別にかまわない

けた時も【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視し】、手術を決断できていた。そして、【「声」と「命」を天秤にかけて「命＝がんを治す」をとったと確信し】ているため、手術前に【自分なりのおさめ方で自分の声とさよならし】、手術に臨んでいた。

カテゴリーおよびサブカテゴリーの説明

1. 【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した】

喉頭全摘出術をあくまで人生の一通過点であると意味付けている。自分にとって重要なことは、手術そのものより術後を見据え失声した生活をどうするかである。よって、手術に関するすべてのことは医師に任せており、自分は術後の代用音声獲得に照準を当てている。

1) 〈どんなことも生き様の一つ、手術もその一部だと捉える〉

これまでの人生においてがん経験以外に様々な困難をも乗り越えてきている。がんで喉頭全摘出術を受けることも、自分にとって人生の道のりの一部であると位置付けている。

具体例：「手術ぎりぎりまで仕事が忙しくて飛んでまわっていた。・・・(略)・・・楽しみは退職後にとっておいた。でもこれ（喉頭全摘出術）も人生の1つの通過点と考える」「これも自分の生き様だと思う」「戦争に参加した。・・・(略)・・・命を持って帰ってきたという喜び、その喜びの中に、喉頭摘出という、またこういうことがあって、声は出なくても、命が助かったという喜びがある。・・・(略)・・・戦争の時と喉摘は生涯忘れることのできない」

2) 〈手術を決意したらあとの事はすべて医師に任せ、自分は代用音声獲得に照準を当てる〉

手術に関するすべてのことを医師に任せ、自分は術後のリハビリテーションに気持ちを切りかえて、術後の生活を見据え、どのように代用音声獲得していくかに照準を当てている。

具体例：「(自分で)手術を決断したら、もう揺らぎはなかった。手術自体、自分が出来ることは何もない。先生にすべて任せるしかない」「手術自体に不安はなかった。自分は、その後の生活について考えていた」「術前に揺らぎはないが、患者会を見学し発声練習は自分にとって難しいかなと思いました」「手術を決めてしまったら、もう迷いはなかった。次のことに気持ちを切りかえた。うじうじしていても駄目や」

3) 〈本当につらい時期は、これからだと思う〉
自分にとって本当につらい時期は過去や現在ではなく、術後の失声した生活であると見据え、今から心の準備をしている。

具体例：「手術前から、喉頭全摘出する事で、今後社会復帰できるかどうかの不安がある」「病気が、発症して1年弱の経緯というより将来がつらい」「過去よりも、声を失った将来のことを考えるとそれが一番つらい」「(失声する年齢が)30代や、70代の人はまだいいと思う。若いと社会復帰できるし、70代だったら年金がもらえる。・・・(中略)・・・明日から食べていくのに困る。将来の不安が大きい」

2. 【これからの人生に望みをもち続けたいと感じた】

がんを治すために手術を受けることで失声を余儀なくされるが、これからの人生において望みをもち続けたいと感じている。

1) 〈先輩を目標としていく〉

望みをもち続けたいと感じたために目標とする先輩を持つ。

具体例：「患者会を見学して、そこで同じような人がいて闘っているんだと励みになります」「あー、こういう風になるのかな。(自分も)しゃべれるようになるのかなと思った」「喉摘した知り合いは、食道発声を習得できていて、上手に話していた。だから自分も手術しても、練習すればしゃべれるようになると周りに言われてきた。・・・(中略)・・・だから、わしも励みにした」

2) 〈励まされることで前向きに捉えたい〉

望みをもち続けたいため、励まされ支持されることで前向きに捉えたいと思っている。

具体例：「前向きの励ましの言葉をするようにしてほしい」「治り遅くても腹をたてない、必ず治ると信じ、恐怖心をもたない、悲観的な志をもたないと、自分では思うようにしております」「個室よりも大部屋の方がにぎやかでいい」「声を失うこと自体、私には大変重く受け止めました。声が出なくても、耳は大丈夫だからと考え、または、手紙やメール、はがきなど通信が発達しているので、全然できないことはない。たとえ私の言葉が十分相手に伝わらなくても、・・・(中略)・・・何回でも伝えたいと思います。」「毎年、いつも昨年よりは一歩でも半歩でも前進しようと思い生活してきました。これからもです。前向きに捉えようとする考え方は以前(術前)から変わっていません」

3) 〈明るくしたいからいっぱい笑顔でしゃべる〉

これからの人生に望みをもち続けたいため、晴れやかな笑顔で周囲を労う。

具体例：「入院中は、毎日みんなと話していると楽しかった。」「看護師さんがよく病室来て、『なんと明るい病室やね』って言われた」「冗談ばかり言っていた方が気が紛れる」「よく他の患者さんに、『あんたみたいな明るい人は初めて見た。手術室に行く時まで明るく手を振っていく人はいない、みんな落ち込んでいくのに』と言われた。覚悟を決めたらもう家族を安心させるためにも笑顔で明るくしたかった」

4) 〈努力次第で新たな声で話すことができる〉

自分の努力次第で新たな声で話すことができる。とわかるため、望みをもち続けることができると思っている。

具体例：「術前に患者会を見学してみて、なるほどと思った。自分の努力次第なんだと思った」「自分は、前向きに代用発声を獲得していこうと思った」

5) 〈周囲に支えてもらっていると思う〉

自分は周囲に支えてもらっていると感じ、これからの人生に望みをもち続けたいと思っている。

具体例：「主治医は、いつも自分の気持ちを待ってくれている」「私を執刀してくれた主治医と耳鼻科の他の先生3人、その他に心臓も悪いから内科も含めて全部でプロジェクトチーム組んでくれた。それだけでもよろこんでる」「自分の身体のことやけれども、やっぱり親もおるし、兄弟、息子もおる。自分としては決めていたけど、みんなと相談したら応援してくれた」「原動力になっていたのは、知り合いの（喉頭全摘出術を実施した）先輩がいてくれたから、先輩のおかげ。先輩が、がんばれ、がんばれって言ってくれた」

3. 【自分には整理された歴史がある】

歴史とはがんになってから現在までたどってきた道のりをいう。これまでたどってきた道のりをその都度詳細に順序立てながら整理してきている。そして、喉頭全摘出術までの経緯を特別な事柄として鮮明に覚えているため、がんになった原因をこれまでの人生の中から冷静に納得することができる。

1) 〈手術までの経緯を特別な事柄として鮮明に覚えている〉

がんの症状を自覚した時から、喉頭全摘出術に至るまでの経緯をすべて詳細に記憶している。これまでのがん治療法をその都度自分で決断してき

ており、それを歴史に刻んでいる。

具体例：「1段階目は放射線33回やって、3年後再発して、2段階目としてレーザー1回目やって、2年後再発して、そして3段階目でレーザー2回目やった。それから1年後の今回、4段階目として喉頭摘出予定で入院や」「2年前、病気が分かって、・・・(中略)・・・放射線なら70から80パーセント治癒率で手術なら80パーセントと言われ、その時の自分は放射線（治療）を決断した」

2) 〈がんになった原因をこれまでの人生の中から冷静に納得する〉

医師からがんという診断を受けた時、その原因を理解し、これまでの人生の中でがんにつながる生活や嗜好から冷静に納得している。そのため、決してこれまでの人生を悲観したり後悔したりはしていない。

具体例：「仕事柄、タバコ・酒は徹底的にやってきたし、人との会話が多かったから」「がんになったのはいろんな罰が当たったんだ」「今回再発した原因は、前回治療時の治癒率の70から80パーセントの残りの20から30パーセントのこれ（がん）が出てきたんだと（自分では）思う」「カラオケの級をもらうために頑張ってきたけれど、どうしても歌っていると、余計に悪くなったんじゃないかと、今は思う」

4. 【他の人と比べて自分はすごいと感じる】

これまでの人生で経験してきたことすべてを自信につなげており、他の人と比べて自分に確固たる自信があると自覚している。

1) 〈自分で決めてタバコはすっぱりとやめることができた〉

これまでの喫煙習慣をきっぱり絶つと自分で決め、それを堅持していることを誇らしげに思う。

具体例：「仕事柄、タバコ、酒は徹底的にやってきたが、医者から言われたのをきっかけに、次の日からすっぱりとやめた。・・・(中略)・・・人は普通止められない。だけれども自分はあくる日からピシッと止めた」「性格は、自分で一度決めたら、実行するタイプ。タバコもかなり吸っていたがきっぱり止めることができた。酒もきっぱり止めた」

2) 〈症状を自覚して早期発見につなげた〉

症状を自覚した時、すぐ受診したことで早期発見・早期治療につなげることができ、それを医師にほめられることを自慢げに思う。

具体例：「声のかすれを自覚した時、風邪だと勝手に思わず、すぐ受診した方がいいと思い、受診した。その時怖がらず受診した行動が早期発見

につながった」「早期発見が大事。怖くて行かなかったら初期が中期、中期が後期になってしまう。そしたら、医者にも初期も初期でよう見つけたなって言われた」

3)〈誰にも負けないと思うものがある〉

誰にも負けないと思えるものを持ち備えていることに自負している。

具体例：「昭和〇年(具体的な年数)にもらった、カラオケ指導者の認定証がある。これは常に持ち歩いている。これは、作曲家の〇〇(有名な作曲家)に直接指導してもらったもの」「40代で喉摘することはあまりないと思うが、わしはそれをやってきた。若かったし、絶対によくなくてみせるという思いは誰よりも強かった」「自分は笑顔なら誰にも負けないと思う」

4)〈がんやその治療を乗り越えてきた〉

手術に至るまでの経緯において放射線療法や化学療法を行いながら、その都度その都度、直面した問題を乗り越えてきた自分に対して感心する。

具体例：「病気と一緒に歩いてきた、走ってきたんだ」「今が一番最低な声でやっと声だしとるんやけど、・・・(中略)・・・悪い声なりにしゃべれとる」「放射線の副作用とも戦っていた。食べれない、やけどのひどい感じがつらかったけど、がんばってきた」「(医師から)がんと言われてからの3年間は長かったけど、いろいろな弊害もあったけど一応乗り越えてきた」

5)〈常に知恵と知識を備えてきた〉

これまでの経験から得てきたすべての知恵や知識で、常に備えを知っている。

具体例：「医者からこれ以上レーザーはかけられないと言われた。自分もそのつもりでいた。次は手術になるな、いずれ(喉頭を)取らないといけんと思っていた」「治療で体重は減ったが、体力は落ちたわけではない。治療に備えてゴルフをやっていた」「医者から、自分はいつ気管切開してもいい状態だといわれている。その方が呼吸も楽だと、だけど、あの先生の言葉やったら、どうやら、まだ、自分はひどい状態じゃないなと思った。手術まで大丈夫だと思った」

6)〈手術を受けるということを自分の意思として決断した〉

これまででもすべて治療の必要性を理解した上で治療を決断してきている。医師から喉頭全摘出術の必要性の説明を受けた時もそれを理解し、手術を受けるということを自分の意思として決断している。

具体例：「先生から説明を受けたときその場で、自分で手術を決めて先生に伝えた」「手術しないと、もちろんがんも取れんし、食べることもできんし、だから、わしは、やっぱ切ってもらうことを決意した」「手術は、自分で受けると決め、子供らも同意してくれた」

5. 【「声」と「命」を天秤にかけて「命＝がんを治す」ととったと確信できる】

「声」と「命」を天秤にかけて命の方が声よりも重要であると考えている。そのため、命すなわちがんを治すことをとっている。

1)〈がん(悪いもの)はとってしまえば治るんだったら手術する〉

「声」と「命」を天秤にかけて考えた時、命の重さを改めて実感し手術を決断する。

具体例：「手術する事でがんが治るんだったら、失声しても手術する方を決断する」「がんということは自分では認めたくないよね。それこそ、命をとるか、声をとるかだからね」「他の患者さんの様子を参考にした上で『一番いいのはどれですか』と医師に聞いた。そしたら、全摘やと言われた。それで治るんだたらと決断した」「手術を受けると決めたのは、がんを治すことを優先したから」「手術をすると決めてからはしばらく眠れました。自分は完全ながんやし」

2)〈死ぬか生きるかを考えて、手術は仕方がないと思う〉

「声」と「命」を天秤にかけた時、死ぬか生きるかを考え手術は仕方がないと命を大切にする。

具体例：「医者から、あなたはがんを治すか、命をしまいかどっちにするのかと言われた。死んでしまったら終りやと切りかえて考えた」「声をとるか命をとるか、どっちをとるか(考え)、声を失っても仕方がないと思った」「放射線治療では、完治は無理だと自分でも思った。完治するにはやはり手術する必要があるのかなあ」

3)〈生き抜いて、果たす役目がまだある〉

手術によって得るものと失うものを天秤にかけて、自分には生き抜いて果たす役目がまだあると奮起する。

具体例：「手術したことで後悔はひとつもしていない。自分には、まだやらなくてはいけない仕事が残っているから」「子供はまだ大学に入っただけだったし、その子のためにも頑張らなくてはと思った」「自分の立場として、会社の役員もしていたし、・・・(中略)・・・」「先輩が自分を励ましてくれたから。今度はわしが他の人を励ます

番だと。」

4)〈ショックで頭の中が真っ白になったが、気持ちを切りかえて命を重く考える〉

医師から手術の必要性の説明を受けた時、失うものの大きさに頭の中が真っ白になったが、見方を変え命が続く方を重く考えている。

具体例：「手術後の悪い結果ばかり気にしていたのでは、自分自身前進が全くみられない人間になってしまい、悪い事例が起きて、それは、先生が何らかの処置をしてくださるだろうと思い、自分の身体と命にかけをするような気持ちで、手術を受ける決意をしました」「言葉を失うことがショックだった。しかし、手術しないと駄目ということもわかっていたので決意した」

5)〈なんにせよ手術を終わらせることが先決だった〉

自分は手術でがんを切除し完治することを目的としている。そのため、術後の生活がどうであるよりも、まずは無事に手術を終らせることが先立つ。

具体例：「(喉頭を)切るんだっとならないうになれ、という気持ちで割と気楽に行った。まずはがんを治すんだ。それから次のことを考える。だって、まずとらなきゃ何もならんから」「(まずは)手術するまでは何も考えられない。手術が終わってから、切って声が出ない、それがきっかけで、さあこれからどうするということが考えられる」

6.【自分なりのおさめ方で自分の声とさよならした】

自分なりのおさめ方で自分の声と別れをしている。自分なりのおさめ方とは、失声する前に自分なりの方法で声との別れをすることで、別れ方は人それぞれである。

1)〈さんざんやってきたから、だからもういい〉

自分は声と共にあったこれまでの人生を充分生きてきたと思うからこそ、今声を失っても、もういいと思う別れ方をしている。

具体例：「ずっと話す商売やったけど、普段は話す時も声について意識していることはない。空気みたいなもんや。出て当たり前だった。でも、今までさんざんやってきたから、だからいいんや。何にも気にしてない。そんな気にしてどうするの」

2)〈テープに意味を持たせ、録音して大事にとっておく〉

手術する前に自分の声をテープに録音するという別れ方をしている。失声した後もやはり自分の声を形見として大切にそばに置いて持っている。

具体例：「自分で歌った声をテープで録音した」「自分の声を録音した。お経さんとカラオケが好きだったから歌も入れた。御経は、(毎)朝仏壇に参る時(録音しておいたテープを)流そうと思ったから」「自分で、もう声が出んということは、今のうちに録音してとっておこうと思った」

3)〈声を失っても代用音声がある〉

これまでの声は失うが、新たな声を得る方法があると思える。

具体例：「喉摘しても、術後しばらくしたら、ある期間おいたら、また声が出ると聞いているし、それだけでも安心している」「もう二度と声が出ないと言われたりすれば心配になるけど指を押さえれば、元の自分の声とは違って話せることが出来るから」「声を失うと聞いた時は、声を取られても、こういう機械があるから。ま、どうかなるという思いだった」

4)〈もう二度と、しゃべれないんだとあきらめる〉

もう二度と自分の声を発揮することができない事実にもうしゃべれないというあきらめによりおさめる。

具体例：「自分の声はもう手術が終わったら、出ないものだというあきらめの感覚でいた」「先生から、術前に指で押さえれば話せるようになると言われていた。しかし、自分としてはもう声は出せるとは思っていなかった」

5)〈呼吸が楽になるなら仕方がないと思う〉

今ある切迫した呼吸の苦しみから脱するためには、失声は仕方がないと思うという別れ方をしている。

具体例：「実際呼吸が苦しくてそんなものは、どうこう言っても、ここ(気管)に穴を開けて苦しさがとれたら良いと思った」「とにかく今ある苦しみを解決してくれば良いと思った」「(このままでは)呼吸が苦しいから手術しようと思った」

6)〈自分の声でなくても別にかまわない〉

会話するとき、声質は変わっても機能が保たれるのであれば構わないと思う。

具体例：「(実際に)手術で(自分の)声を失っても、思うところはない」「自分のもともと的人格で、もともと話す方ではなかったから特に困らなかった」「(振り返って術前を考えると)手術前というのは、実際まだ声は出るわけだから、さほど声については何も思わない」「自分ではもうこういう声(嗄声)なんだと思っているから」

考 察

喉頭全摘出術を受けたがん患者の術前の経験の意味付け方として【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した】を含む6つのカテゴリーが抽出された。以下では、まず、喉頭全摘出術を受けたがん患者の手術の意味付け方について従来の研究結果と比較検討する。次に、【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した】を支える要因について考察する。

1. 喉頭全摘出術を受けたがん患者の手術の意味付け方

喉頭全摘出術を受けたがん患者は、手術はあくまで一通過点であると意味付けていた。西村²⁰⁾は、喉頭全摘出術を受ける患者は発声機能の喪失を伴う手術を受けることに不本意さを感じながら前向きになろうと試みるが代用音声に対する心配や不安が入り混じるアンビバレントな状況であると報告している。このように、医療者は患者は心理的に激しく揺らいでいる状態であると捉える傾向がある。それは医療者が手術を喪失体験と位置付け、術前のみに焦点を当てた捉え方であるため、患者は危機状態に陥りやすいのだと解釈していると考えられる。しかし、今回の結果から、参加者はがん完治するには手術や身体的変化は当然なものであると捉えており、術前は危機状態ではないということが明らかとなった。その理由として、参加者は喉頭全摘出術に重点を置いているのではなく、手術はあくまで一通過点であると意味付けているためであると考えられる。そして、すでに代用音声獲得を見据えており、どのように獲得していくかなど術後の生活に重点を置いていた。よって、喉頭全摘出術を決断した後は混乱したり動揺したりすることなく危機状態を回避できているのだといえよう。

2. 【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した】を支える要因

喉頭全摘出術を受けた患者が、失声によって会話に困難を感じ他者との人間関係に支障を感じている²¹⁾ことも確かである。しかし、参加者には【自分の病気は整理された歴史であると感じる】、【他の人と比べて自分はすごいと感じる】、【これからの人生に望みを持ち続けたいと感じた】という意味付けも持っていることを理解する必要がある。

【自分の病気は整理された歴史であると感じる】は、がん罹患の因果関係が明確であり、今の状態をありのまま受け入れることができ、手術を決断する事ができたことを示していた。【他の人と比

べて自分はすごいと感じる】は喉頭全摘出術に至る過程において、その都度乗り越えてきた経験が自尊心を高めることができたことを示していた。

【これからの人生に望みを持ち続けたいと感じた】は、目標を立て支えられていることを実感し、自分もまた周囲を労い命の重みと人の温かさを感じることができたことを示していた。これら3つの意味付け方は、彼らが喉頭全摘出術に至る過程において備えてきた強みとして説明が付き、【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した】を支える要因であると考えられた。3つの強みについて検討する。

【自分の病気は整理された歴史であると感じる】は、参加者は喉頭全摘出術までの経緯を特別な事柄として鮮明に覚えており、これまでの人生の中でがんになった原因を冷静に納得していることを意味する。納得しているからこそ彼らは後悔や悲嘆もせず、医師から説明を受けたときすぐに喉頭全摘出術を決断できたのではないかと考える。【他の人と比べて自分はすごいと感じる】は、参加者はこれまでの人生における経験すべてを自信につなげていた。さらに、自分の意思として手術決断していたことも自分で自分をすごいと感じる自尊心につなげていたのではないかと考える。【これからの人生に望みを持ちたいと感じた】は、参加者はがんと診断され命の脅かしと同時に、これからの人生に望みを持ち生き続けたいと感じていた。看護学者Joyce Travelbee²²⁾は、希望とは人間行動を動機付け、人は困難な状況に立ち向かえ、回復過程によくある困難にも立ち向かえる強みを与えると述べている。このことから、参加者は失声してでもがんを完治させ生き続けるためにも望みを持ち続けたいと感じているのだといえる。参加者は、今後の人生の目標を立て周囲に支えられていることを実感し、自分もまた周囲を労う、命の重みと人の温かさを感じ、改めて自分の人生に望みを持ちたいという思いにつながっていたのではないかと考える。

3つの意味付けによって支えられた【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した】という意味付け方によって術前に言われているような危機状態を回避し、【「声」と「命」を天秤にかけて「命＝がんを治す」をとったと確信できる】ため、手術決断の意思はその後揺らいではなかった。その結果、術前において【自分なりのおさめ方で自分の声とさよならする】で表現できるように、失声する前に自分の声を録音するという行為など

その取り組みが明るく前向きに見えるのではないかと考えられた。

3. 看護への活用の示唆

一般的に喪失体験をする人に対し、術前から正確で適切な術後の状態をイメージできるような情報提供が必要であるといわれている。これは、医療者が不安やストレスに主眼を置きそれを緩和させるケアに重点を置いているためである。同じことが喉頭全摘出術を受ける患者に対してもいわれてきた。しかし、彼らは自らの経験を前向きな捉えにつなげており、危機状態を回避できる強みも備わっていると考えられる。医療者が患者の不安やストレスばかりに注目するのでは彼らが経験してきたからこそ備え持つ強みを見落とす可能性がある。喉頭全摘出術をあくまで人生の一通過点であると意味付け、手術や術後の代用音声獲得を目指し、積極的に取り組むことができることを医療者は十分に理解し、その強みを支援することも大切であると考ええる。

4. 今後の課題

本研究では、喉頭全摘出術を受けた患者の積極的に取り組む意味付け方に焦点を当てた。これは、医療者が術前の不安やストレスばかりに注目した現状とは異なった視点であると考ええる。確かに失声への受け入れが困難で喉頭全摘出術を拒否する患者や失声生活において様々な困難を抱える現状はある。しかし、明らかになった結果から、彼らには喉頭全摘出術に至る過程において備え持ってきた強みがあることも推察できた。今後はさらに研究を積み重ね、3つの強みがどのように互いに関連やバランスをとっているかを明確にし、喉頭全摘出術を受ける患者への具体的支援方法につなげていくことが課題である。また、これらの強みが術後にどのように関連しているかを明確にしていく必要がある。

結 論

1. 喉頭全摘出術を受けたがん患者の術前の経験の意味付け方には、【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視した】、【これからの人生に望みを持ち続けたいと感じた】、【自分には整理された歴史がある】、【他の人と比べて自分はすごいと感じる】、【「声」と「命」を天秤にかけて「命＝がんを治す」をとったと確信できる】、【自分なりのおさめ方で自分の声とさよならした】の6カテゴリーがあった。

2. 喉頭全摘出術を受けたことはがん完治のた

めであり、【これからの人生に望みを持ち続けたい】という思いであるからこそ【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視し】、手術を決断することができた。これは、がんと診断されたことをきっかけに手術に至る過程をその都度整理して来ているため、【自分には整理された歴史がある】という自覚が【これからの人生に望みを持ち続けたいと感じた】思いにつながっていた。

3. 【自分には整理された歴史がある】ことは、【他の人と比べて自分はすごいと感じる】と自分自身を捉えることができ、喉頭全摘出術について医師から説明を受けた時も【手術はあくまで一通過点、その後の生活を重視し】、手術を決断できていた。そして、【「声」と「命」を天秤にかけて「命＝がんを治す」をとったと確信し】ているため、手術前に【自分なりのおさめ方で自分の声とさよならし】、手術に臨んでいた。

謝 辞

本研究にご協力下さいました方々に心よりお礼申し上げます。

本研究は、金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻修士学位論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 切替一郎：耳鼻咽喉科学，野村恭也編，第9版，南山堂，1998
- 2) 上条朋之，林 隆一，朝蔭孝宏，他：頸部食道がんの治療成績とその検討，頭頸部腫瘍，30(1)，61-66，2004
- 3) 岡本直幸，矢野間俊介，久保田彰，他：がん患者のQOLに影響する要因―頭頸部がん患者を例として―，がん看護，1，65-69，1995
- 4) Schenck, D.P. : Ethical Considerations in the Treatment of Head and Neck Cancer. Cancer Control, 9(5), 410-419, 2002
- 5) 関谷正美：手術療法を受けた頭頸部がん患者の主観的な生活評価に関する研究―周手術から術後2年間の変化のパターン―，日本赤十字看護大学紀要，12，34-50，1998
- 6) 花出正美：診断後1年間にわたる頭頸部がんを経験する人々のクオリティ・オブ・ライフ，日本看護科学会誌，23(3)，11-21，2003
- 7) 花出正美，佐藤禮子：頭頸部がん治療後5年未満の人々のクオリティ・オブ・ライフ，日本看護科学会誌，21(1)，40-50，2001

- 8) 西村歌織：咽頭全摘出術を目的として入院した患者の術前の状況認識に関する研究，日本看護科学学会学術集会講演集，22，176，2002
- 9) 坂本貴久美，村里タミ子，小比類巻淳子，他：喉頭全摘出術患者のボディイメージに対する受容の変化—経験者が共に参加する有効性—，日本看護学会論文集29回成人看護Ⅱ，150－152，1998
- 10) 河津佳代子，有元敦子，廣藤佳代子，他：喉頭摘出術をスムーズに受け入れられた患者の一事例—術前術後のインタビューを通して—，臨床看護研究，9(1)，49－56，2002
- 11) 森口奈央子：喪失を受容するときに影響する要因について—喉頭全摘出術を受ける患者の援助を通して考える—，神奈川県立看護教育大学校事例研究収録，20，72－75，1997
- 12) 小林範子：無喉頭音声—習得方法と発声機構 食道音声の訓練，音声言語医学，39，456－461，1998
- 13) 楠威志，村田清高：喉頭全摘出術後の代用音声—近声会員のアンケート調査—，耳鼻と臨床，45(3)，229－233，1999
- 14) 廣瀬規代美，布施裕子，藤野文代：喉頭全摘出術の失声の受け入れに関する検討—Profile of Mood States, Self-Esteemの分析から—，群馬保健学紀要，23，55－62，2002
- 15) Wells, M. : The hidden experience of radiotherapy to the head and neck a qualitative study of patients after completion of treatment, Journal of advanced nursing, 28(49), 840－848, 1998
- 16) 鈴木浩美，岩田浩子：容貌変容・機能障害を生じた頭頸部癌術後患者の社会参加に関連する要因とその構造，日本がん看護学会誌，16(2)，56－67，2002，
- 17) 森恵子：食道癌のために喉頭切除術を受けた患者が体験している困難とそれへの対処方法，岡山大学医学部保健学科紀要，14，75－83，2003
- 18) Moore, R.J., Chamberlain, R, M0, Khuri : F, R, A qualitative study of head and neck cancer, Support Care Cancer, 12, 338－346, 2004
- 19) 西田裕子，那須和子：がん看護学 ベットサイドから在宅ケアまで，季羽俊文子他監，第1版，165－172，三輪書店，1998
- 20) 西村歌織：喉頭全摘出術を受ける患者の状況認識，日本がん看護学会誌，23(1)，44－52，2009
- 21) 長崎ひとみ，中村美知子：喉頭全摘出術患者のコミュニケーション状態認識の特徴 術前後の変動・看護師の認識との相違，山梨大学看護学会誌，6(2)，11－16，2008
- 22) Travelbee, J. : Interpersonal aspects of nursing, 長谷川浩訳：人間対人間の看護，医学書院，東京，1974

原 著

Nutritional status in long-term survivors after partial gastrectomy

Nao Tamai¹⁾, Takukazu Nagakawa²⁾, Hiromi Sanada¹⁾

¹⁾Division of Health Science and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

²⁾Koike Hospital

Key words

internal organ deficit, nursing care, partial gastrectomy, weight loss

Abstract

Aim: The purpose of this study was to clarify nutritional status of long-term survivors after partial gastrectomy and aspects associated with nutrition status. Based on our findings, we hoped to establish nursing care for managing nutritional status after partial gastrectomy.

Methods: A total of 86 subjects underwent partial gastrectomy more than 10 years previously. Physical measurements, blood examinations, and a questionnaire survey were performed. Subjects were divided into a poor nutrition group (rate of weight loss $\geq 10\%$) and a good nutrition group (rate of weight loss $< 10\%$) to compare physical, lifestyle-related, and psychological factors.

Results: About 40.5% of the patients had diabetes mellitus. Sixty-one percent of the long term survivors after partial gastrectomy were categorized into the poor nutrition group. Type of reconstruction, age, percent body fat, triceps skinfold thickness, lipid intake, hemoglobin levels, and the staple food intake were significantly different between the poor nutrition group and the good nutrition group. However there was no difference in satisfaction with life between groups.

Conclusions: Nursing intervention after partial gastrectomy should include nutritional management, especially regarding the form and method of lipid intake, to improve nutritional status among long-term survivors after partial gastrectomy.

INTRODUCTION

Currently, the incidence of gastric cancer in Japan is high¹⁾. However, early detection and improvement in surgery have improved the survival rate²⁾. Changes in digestive tract motor function after undergoing a gastrectomy include malnutrition related to reduction of gastric retention, absorption failure due to decreased gastric secretion and reduction of food volume^{3, 4)}. The extent of resection needed and the type of

reconstruction procedure have developed over time^{5, 6)}. However, most studies have focused on patients who underwent a total gastrectomy and were followed up for 10 years⁷⁾. Despite having no relapse, long-term survivors after partial gastrectomy often have a diet complaint. Some may suffer permanently from a poor nutritional status. But the nutritional status of survivors more than 10 years after partial gastrectomy is unclear. Recently, the number of patients

undergoing partial gastrectomy and surviving for more than 10 years has increased⁸⁾. Thus postoperative nutritional status and quality of life (QOL) related to a partial gastrectomy should be investigated over the long term. The purpose of this study was to investigate nutritional status, dietary intake, and satisfaction related to lifestyle and health status in patients who had undergone a partial gastrectomy 10 or more years previously.

PATIENTS AND METHODS

1. Study Design

This cross-sectional observational study was carried out between November 2001 and October 2002.

2. Subjects

Subjects were recruited from patients diagnosed with gastric cancer who underwent a partial gastrectomy at Kanazawa University Hospital or Toyama Rosai Hospital from 1980 to 1991, where surgery is performed based on a similar operation strategy. The inclusion criteria were that participants survived in November 2001, and that participants could understand the questionnaire. The exclusion criteria were as follows: the participants who had a relapse of gastric cancer or who were later diagnosed as other cancers. The author's first contact with patients was by letter. If they agreed to participate, a time and setting for the investigation were arranged. A total of 114 subjects who underwent a partial gastrectomy from 1980 to 1991 received a letter.

3. Data collection

Age, gender, postoperative length, therapy, and medical history were verified from medical records. Data related to surgery were as follows: age at operation, year after surgery, type of reconstruction, lymph node dissection, No.16 lymph node dissection, combined resection of other organs, and current medical conditions. The rate of occurrence of post-operative diarrhea is known to be high in the patients receiving No.16 lymph node dissection. The reason is that No.16 lymph node dissection are related to the dissection of the superior mesenteric artery plexus⁹⁾. We

considered that the relation of diarrhea and nutritional status are important.

Physical measurements and blood examinations were performed on all patients, and they completed a questionnaire regarding nutritional intake, lifestyle, and psychological factors.

For physical measurements, parameters included body mass index (BMI), percent of body fat¹⁰⁾, triceps skinfold thickness (TSF), mid-arm circumference (AC), arm muscle circumference (AMC), number of teeth, and bone density. Bone density was measured by an ultrasound bone-densitometer¹¹⁾. Blood examinations including total protein, albumin, blood sugar, hemoglobin A1c, hemoglobin, and total lymphocyte count were performed at the time of this survey. All measurements, excluding blood examinations, were made at least three times by the same investigator, and mean values were reported.

Nutritional intake was measured using a questionnaire regarding daily food consumption patterns and dietary styles. Based on this simple food intake survey, nutritional intake of protein, fat, and carbohydrate can be calculated^{12, 13)}.

Lifestyle-related and psychological factors were selected based on a literature review^{6, 14-16)} and an interview was held with 10 patients selected randomly from outpatients. The following 8 items were used as variables: performance status, size of staple food, form of staple food, size of side dishes, presence or absence of diarrhea, a visual analog scale (VAS) for evaluating health status, a VAS for evaluating nutritional status, and grade of satisfaction with life for evaluating psychological satisfaction. Scores on a VAS were estimated ranging from 0 (worst) to 10 (best). The grade of satisfaction with life for evaluating psychological satisfaction used the Ferrans and Power's quality of life index cancer version (Japanese version) (QLI-CV)¹⁷⁻¹⁹⁾. This scale consists of four subscales: health and functioning, socioeconomic, psychological/spiritual, and family. Scores of this scale were estimated ranging from 0 (dissatisfaction) to 30 (satisfaction).

4. Analysis

Descriptive data are expressed as mean (stan-

dard deviation) for continuous variables or n (%) for categorical variables.

Subjects were divided into a poor nutrition group and a good nutrition group. The poor nutrition group consisted of patients in whom the rate of weight loss was $\geq 10\%$; the good nutrition group consisted of patients in whom the rate of weight loss was $< 10\%$ ²⁰⁾. Weight loss was calculated as follows: weight loss (%) = (preoperative weight – weight at the time of the investigation) $\div$ preoperative weight $\times 100$.

Differences in the impact on nutritional status were analyzed between the poor nutrition group and the good nutrition group. Statistical analysis of the differences between the two groups was performed with the t test and chi square test. A difference of $p < 0.05$ was accepted as statistically significant. SPSS 10.1J for Windows (SPSS Japan Inc.) was used for statistical analysis.

5. Ethical considerations

This research conformed to the ethical guide-

lines for clinical research specified by the Japan Ministry of Health, Labor and Welfare (2002). A researcher provided oral and written descriptions of the study to patients, and informed consent was obtained. All patients had the opportunity to withdraw their participation at any time. In this study, no costs for the examinations were charged to the participants.

RESULTS

1. Characteristics of participants

We sent a request form to 114 patients who had undergone partial gastrectomy, and 86 patients agreed to participate in the study (response rate: 75.4%). The questionnaire response rate was 90.7%.

Patient demographics are shown in Table 1. The patients consisted of 63 males and 23 females. Mean ($\pm$ SD) age was 72.2 (8.7) years (range, 40-92 years). The timeframe was a mean of 15.0 (3.0) years after surgery (range, 10-21

Table 1. Characteristics of patients

Characteristic		n = 86
Gender	Male	63 (73.3)
	Female	23 (26.7)
Age (y)	(Mean $\pm$ SD)	72.2 $\pm$ 8.7
Age at operation (y)	(Mean $\pm$ SD)	57.2 $\pm$ 9.0
Year after surgery (y)	(Mean $\pm$ SD)	15.0 $\pm$ 3.0
Type of reconstruction ^{a)}	Billroth I	49 (60.5)
	BillrothII	21 (25.9)
	Substitute stomach (pouch)	10 (12.3)
	Jejunal interposition	1 (1.3)
Lymph node dissection ^{b)}	$\leq R2 + a$	68 (86.1)
	$> R3$	11 (13.9)
No. 16 lymph node dissection ^{c)}	Yes	10 (12.8)
	No	68 (87.2)
Combined resection of other organs	Yes	16 (18.6)
	No	70 (81.4)
Current medical conditions	Endocrine or metabolic disease	33 (38.4)
	Cardiac disease	14 (16.3)
	Hepatic disease	10 (11.6)
	Respiratory disease	7 (8.1)
Diabetes mellitus ^{d)}	Yes	30 (40.5)
	No	44 (59.5)

n (%), Mean $\pm$ SD

a) n = 81 b) n = 79 c) n = 78 d) n = 74

years). At the survey, endocrine and metabolic diseases were the most common, and 40.5% of patients had diabetes mellitus.

In terms of physical measurements, patients lost 14.2 (9.0) % of their baseline weight after surgery. Among patients for whom data were available, percent of body fat and TSF were lower than the reference values. BMI, AC, and AMC were mostly the same as the reference values. (Table 2). Each item regarding nutritional intake was lower than the respective standard

value in the National Institute of Health and Nutrition in Japan, 2002 (Table 3).

In the blood examination, blood sugar was higher and total lymphocyte number was lower than the reference ranges in all patients for whom data were available (Table 4).

2. Characteristics of groups divided by nutritional status

In the following analyses, 13 patients (including 1 patient with diabetes) were excluded because of lack of the preoperative body weight

Table 2. Nutritional status of patients

	N	Mean (SD)	Reference value (SD) ¹⁾
Weight loss (%)	73	14.2 (9.0)	
BMI	62	20.2 (2.8)	21.56 (3.5)
Percent of body fat (%)	53	23.6 (5.6)	30.5 (4.1)
TSF (mm)	65	8.1 (5.3)	13.1 (5.8)
AC (cm)	65	24.9 (2.8)	25.7 (3.1)
AMC (cm)	65	22.4 (2.4)	21.6 (2.7)
Number of teeth (number)	65	13.4 (12.3)	10.7
Bone density (%)	35	24.2 (2.5)	20.7 (1.9)

1) Japanese Society of Nutritional Assessment : Japanese Anthropometric Reference Data (JARD 2001), Japanese Journal of Nutritional Assessment, 19 (suppl), 45-81, 2002
 BMI : body mass index : TSF : triceps skinfold thickness : AC : mid-arm circumference : AMC : arm muscle circumference

Table 3. Nutritional intake of patients (n=73)

Dietary Intake	Mean (SD)	Reference value (SD) ¹⁾
Energy (kcal)	1447.0 (353.5)	1760.0 (544.0)
Protein (g)	55.0 (12.0)	72.9 (27.1)
Fat (g)	33.0 (11.0)	44.6 (20.9)
Carbohydrate (g)	193.9 (57.7)	271.0 (84.8)

1) National Institute of Health and Nutrition in Japan : National nutrition survey, National Institute of Health and Nutrition, (11.1.2002)

Table 4. Blood examination in patients

	N	Mean (SD)	Reference range ¹⁾
Total protein (g/dl)	59	7.1 (0.5)	6.3 — 7.8
Albumin (g/dl)	44	4.3 (0.2)	3.7 — 4.9
Blood sugar (mg/dl)	53	127.0 (59.9)	2 hours value < 120
HbA1c (%)	23	5.7 (1.2)	4.3 — 5.8
Hemoglobin (g/dl)	60	12.1 (1.8)	Man 14 — 18 Woman 12 — 16
Total lymphocyte number (/μl)	54	1545.4 (619.4)	≥ 2000

1) Takaku F, Kurokawa K, Kasuga M, et al : LAB DATA test selection and interpretation, Igaku-shoin, Tokyo, 1999

Table 5. Characteristics of the 2 groups

Characteristic		Poor (n =45)	Good (n =28)	P value
Gender	Male	34 (75.6)	18 (64.3)	1.000 ‡
	Female	11 (24.4)	10 (35.7)	
Age (y)	(Mean ± SD)	74.1 (7.0)	68.5 (10.9)	0.020 †
Age at operation (y)	(Mean ± SD)	58.8 (7.4)	54.6 (11.1)	0.082 †
Year after surgery (y)	(Mean ± SD)	15.3 (3.0)	13.9 (2.7)	0.055 †
Type of reconstruction ^{a)}	Billroth I	22 (51.2)	19 (67.9)	0.035 ‡
	BillrothII	16 (37.2)	3 (10.7)	
	Substitute stomach (pouch)	4 (9.3)	6 (21.4)	
	Jejunal interposition	1 (2.3)	0 (0.0)	
Lymph node dissection ^{b)}	≤ R2+ ^a	34 (82.9)	23 (88.5)	0.729 ‡
	R3<	7 (17.1)	3 (11.5)	
No. 16 lymph node dissection ^{c)}	Yes	7 (17.5)	2 (7.7)	0.465 ‡
	No	33 (82.5)	24 (92.3)	
Combined resection of other organs	Yes	8 (17.8)	6 (21.4)	1.000 ‡
	No	37 (82.2)	22 (78.6)	
Diabetes mellitus	Yes	18 (40.0)	11 (39.3)	1.000 ‡
	No	27 (60.0)	17 (60.7)	

† Two sample t test ‡ chi square test

n (%), Mean ± SD

a) n =71 b) n =67 c) n =66

data.

1) Demographic and surgical aspects

Patient demographics in the poor and good nutritional groups are shown in Table 5. Sixty-one point six percent patients were included in the poor nutritional group. When the poor nutrition group was compared with the good nutrition group, there was no difference in age at surgery or years after surgery. There was no significant difference in the male-to-female ratio between the two groups. Mean age was significantly higher in the poor nutrition group: 74.1 (7.0) years compared with 68.5 (10.9) years in the good nutrition group ($t=2.418$, $p=0.020$). With respect to reconstruction procedures, in the poor nutrition group, Billroth I was performed in 22 patients (51.2%), Billroth II in 16 patients (37.2%), substitute stomach (pouch) in 4 patients (9.3%), and jejunal interposition in 1 patient (2.3%). In the good nutrition group, Billroth I was performed in 19 patients (67.9%), Billroth II in 3 patients (10.7%), and substitute stomach (pouch) in 6 patients (21.4%). There were significant differences in the percentages of patients who had

undergone reconstruction procedures between the two groups, and in the poor nutrition group, the proportion of patients who had undergone Billroth II was higher than that in the good nutrition group ($\chi^2=8.581$, $p=0.035$). There were no significant differences in extent of lymph node dissection, the presence or absence of concurrent of No. 16 lymph node dissection, and the presence or absence of concurrent (combined) resection of other organs between the two groups. There was no difference in history of diabetes mellitus between the two groups.

2) Physical aspects (Table 6)

There were significant differences in percent body fat and TSF between the two groups: percent body fat was 22.1 (4.7) % in the poor nutrition group and 26.3 (6.2) % in the good nutrition group ($t=2.621$, $p=0.012$), whereas TSF was 6.8 (3.5) mm in the poor nutrition group and 10.5 (6.9) mm in the good nutrition group ($t=2.382$, $p=0.024$).

With respect to hematologic data, the hemoglobin level was 11.8 (1.7) g/dl in the poor nutrition group. This value was significantly lower

Table 6. Physical characteristics and nutritional intake of the 2 groups Mean (SD)

Characteristic	Poor (n =45)	Good (n =28)	<i>t</i> value	<i>P</i> value
BMI	19.9 (3.0)	20.9 (2.6)	1.270	0.210
Percent of body fat (%)	22.1 (4.7)	26.3 (6.2)	2.621	0.012
TSF (mm)	6.8 (3.5)	10.5 (6.9)	2.382	0.024
AC (cm)	24.5 (2.7)	25.8 (2.9)	1.724	0.090
AMC (cm)	22.4 (2.6)	22.5 (2.2)	0.163	0.871
Number of teeth (number)	13.9 (11.7)	15.0 (12.5)	0.308	0.760
Bone density (%)	24.4 (3.0)	24.3 (2.2)	0.091	0.928
Energy (kcal)	1431.3 (391.3)	1503.0 (292.0)	0.874	0.385
Protein (g)	54.0 (12.2)	57.5 (10.4)	1.228	0.224
Fat (g)	31.3 (11.3)	36.6 (10.0)	2.001	0.049
Carbohydrate (g)	191.3 (62.7)	205.4 (45.1)	1.014	0.314
Total protein (g/dl)	7.0 (0.47)	7.3 (0.36)	1.812	0.076
Albumin (g/dl)	4.2 (0.25)	4.3 (0.21)	1.239	0.223
Blood sugar (mg/dl)	130.0 (67.1)	125.9 (49.8)	0.224	0.824
HbA1c (%)	5.7 (1.4)	5.7 (1.2)	0.132	0.896
Hemoglobin (g/dl)	11.8 (1.7)	12.8 (1.7)	2.091	0.043
Total lymphocyte number (/μl)	1472.2 (637.8)	1623.2 (585.6)	0.813	0.420

BMI : body mass index ; TSF : triceps skinfold thickness ; AC : mid-arm circumference ; AMC : arm muscle circumference

than 12.8 (1.7) g/dl in the good nutrition group ($t=2.091$, $p=0.043$) and was below the reference range. Blood sugar levels increased in both groups, although there were no significant differences between groups.

3) Aspects of nutritional intake (Table 6)

According to the dietary questionnaire, energy intake, protein intake, and carbohydrate intake were slightly lower in the poor nutrition group compared with the good nutrition group, although there were no significant differences between groups. Lipid intake was 31.3 (11.3) g in the poor nutrition group and 36.6 (10.0) g in the good nutrition group ($t=2.001$, $p=0.049$).

4) Lifestyle-related and psychological aspects (Table 7)

There was no significant difference in performance status between two groups. In the poor nutrition group, 68.2% of patients reported that staple food intake was low, and the percentage of patients reported that staple food intake was low was significantly higher ($\chi^2=5.856$, $p=0.027$). There were no significant differences between

groups in appetite, staple food form, side dish intake, diarrhea frequency, VAS, and life satisfaction index.

DISCUSSION

In this study, we found that : 40.5% of patients had diabetes mellitus, and 61.6% of the long-term survivors after partial gastrectomy belonged to the poor nutritional group in whom the rate of weight loss was $\geq 10\%$. Moreover, type of reconstruction, age, percent body fat, TSF, lipid intake, hemoglobin levels, and the staple food intake were significantly different between the poor nutrition group and the good nutrition group.

In remarkably, diabetes mellitus was observed in 40.5% of patients of the long-term survivors after partial gastrectomy in this study. Despite the small number of subjects, 30 of 74 patients (40.5%) developed diabetes after surgery (Table 1). However, in this study, resection of the pancreas was not performed. Another report showed impaired glucose tolerance after a distal and to-

Table 7. Lifestyle-related and psychological characteristics of the 2 groups Mean (SD)

Characteristic		Poor (n = 45)	Good (n = 28)	P value
Performance status	Self-support	39 (88.6)	25 (96.2)	0.401 ‡
	Need of care	5 (11.4)	1 (3.8)	
Appetite	Yes	39 (88.6)	27 (96.4)	0.394 ‡
	No	5 (11.4)	1 (3.6)	
Staple food intake	> Normal	14 (31.8)	17 (60.7)	0.027 ‡
	Low	30 (68.2)	11 (39.3)	
Staple food form	> Normal	29 (65.9)	19 (67.9)	1.000 ‡
	Soft	15 (34.1)	9 (32.1)	
Side dish intake	> Normal	25 (56.8)	20 (74.1)	0.205 ‡
	Low	19 (43.2)	7 (25.9)	
Diarrhea frequency	Yes	9 (20.5)	3 (11.1)	0.352 ‡
	No	35 (79.5)	24 (88.9)	
VAS	Health status	6.4 (2.4)	6.5 (2.4)	0.853 †
	Nutritional status	6.1 (2.5)	6.2 (2.3)	0.863 †
Life satisfaction index	Total Score	20.0 (3.5)	20.0 (3.8)	0.989 †
	Health functioning	19.1 (3.8)	19.7 (4.6)	0.596 †
	Socioeconomic	20.2 (3.6)	19.5 (3.2)	0.454 †
	Psychological/spiritual	20.5 (4.1)	20.3 (4.3)	0.881 †
	Family	21.9 (4.8)	21.8 (4.3)	0.943 †

† Two sample t test ‡ chi square test
n (%), Mean ± SD, VAS : visual analog score

tal gastrectomy²¹). Compared with a survey of the Ministry of Health, Labour and Welfare (2002) regarding diabetes mellitus²², the incidence of diabetes mellitus in patients who had undergone partial gastrectomy in this study was higher than Japanese elderly over 70 years old (men: 37.4%, women: 28.3%). However, the mechanism and incidence of diabetes after partial gastrectomy have not been elucidated. Regardless, diabetes mellitus is an important issue in nutritional management, and patients who have undergone a partial gastrectomy should be tested for diabetes for the long term.

We found that ratio of the poor nutritional group was high with weight loss of no less than 10%. It was also reported that weight reduction persists for 5 years after partial gastrectomy²³. Weight loss of 61.6% of our patients after partial gastrectomy had not been recovered for longer than 10 years. These results differ from another study in which a cumulative increase in body weight was seen 10 years after surgery²⁴. The reason for this discrepancy is not clear, although

several hypotheses exist. For example, it has been suggested that although patients who undergo a partial gastrectomy have good appetite and sufficient food intake, this is not always reflected in their weight. We consider that the reason for this may be that late weight loss more than 4-5 years after surgery is frequently caused not by reduced energy intake but by digestive and absorptive disturbances. Particularly, Billroth's procedure II was performed significantly more often in the poor nutrition group than the good nutrition group. Billroth II is considered as a non-physiological procedure. Therefore, the following mechanism is speculated in patients who have undergone a partial gastrectomy in regard to digestion/absorption of fat: food is rapidly excreted to the small intestine, and thus does not have the chance to mix with digestive juices, making food digestion incomplete. In particular, fat micelle formation is impaired, causing a fat absorption disorder²⁵. In these reason, we believe that actual fat intake, percent body fat, and TSF in the poor nutrition

group was significantly lower.

Hemoglobin levels in the poor nutrition group were lower than the reference range, and many patients experienced anemia. In a report by Onda et al¹⁴⁾, 79% of 3-year survivors who underwent a partial gastrectomy experienced anemia. Our findings of anemia among patients more than 10 years after surgery are similar to that study. Patients who undergo partial gastrectomy should be monitored for anemia over the long term. In this study, total lymphocyte count was below 1500/ μ l in the poor nutrition group. It is possible that this group lead to reduced immunity. In addition, participants in this study were older.

In this study, 85% of patients overall had a good appetite. Furthermore, carbohydrate intake related to the staple food did not differ between groups. However 68.2% of patients in the poor nutrition group had reported that they ingested a low amount of staple foods. The reason why they ate a small amount of food despite reporting a good appetite is unclear. It is said that meal satisfaction is produced from eating a sufficient amount of favorite things²⁶⁾. After a gastrectomy, expectations may be high and meal satisfaction may be difficult to achieve. Thus, based on the reduction in digestion and absorption, patients need to be advised about potential limitations in their ability to be completely satisfied after a meal. Support from family and friends, alternative cooking styles, and new recipes may improve meal satisfaction.

Throughout this study, age was different between two groups. Age may influence the other variables. In the future, we need to estimate relationship between age and other variables.

For nurses, lipid intake is the only factor contributing to weight loss after partial gastrectomy that can be controlled. Because massive ingestion of lipids is not recommended, it can be difficult to increase lipid intake. When patients experience marked weight loss, they should receive supplements with other nutrients to replace the lipids. In addition, new type/methods of lipid ingestion must be developed.

This study has several limitations. The sample size of this study was relatively small. The pos-

sibility of recall bias was not fully ruled out. There were multiple omissions in the answers of the questionnaire. The participants were recruited from only the two hospitals where the surgical strategy was determined by the similar particular protocol. These factors may make it difficult to generalize the results of this study for all of long-term survivors after partial gastrectomy. In the future, the background and life status of patients with abnormal values for each item assessed should be serially investigated in detail. In particular, postoperative development of diabetes mellitus should be prospectively investigated.

CONCLUSION

We investigated long-term survivors who underwent a partial gastrectomy ≥ 10 years previously and examined factors related to nutritional status.

1. Long-term survivors after partial gastrectomy had lower in percent body fat and TSF than the reference ranges. Furthermore, 61.6% of long-term survivors lost $\geq 10\%$ of their body weight after partial gastrectomy, placing them in the poor nutrition group.

2. The incidence of diabetes mellitus after gastrectomy was high.

3. Type of reconstruction, age, percent body fat, TSF, lipid intake, hemoglobin levels, and the staple food intake were significantly difference between the poor nutrition group and the good nutrition group.

4. Nursing points related to the form and method of lipid intake are important among long-term survivors after partial gastrectomy.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors thank the patients for their involvement and cooperation in this study. This paper was prepared by supplementing and revising a master's thesis submitted to Kanazawa University Graduate School of Medical Science in 2003.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they have no conflict

of interest.

REFERENCES

- 1) Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. : Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC CancerBase No. 5. version 2.0. Lyon : IARC Press 2010, [http://globocan.iarc.fr/], GLOBOCAN 2008, April. 15. 2011
- 2) Tanaka N, Katai H, Taniguchi H, et al. : Trends in characteristics of surgically treated early gastric cancer patients after the introduction of gastric cancer treatment guidelines in Japan, *Gastric Cancer*, 13(2), 74–77, 2010
- 3) Pedrazzani C, Marrelli D, Rampone B, et al. : Postoperative complications and functional results after subtotal gastrectomy with Billroth II reconstruction for primary gastric cancer, *Dig Dis Sci*, 52(8), 1757–1763, 2007
- 4) Jung HJ, Lee JH, Ryu KW, et al. : The influence of reconstruction methods on food retention phenomenon in the remnant stomach after a subtotal gastrectomy, 98(1), 11–14, 2008
- 5) Davies J, Johnston D, Sue-Ling H, et al. : Total or subtotal gastrectomy for gastric carcinoma? A study of quality of life, *World J Surg*, 22(10), 1048–1055, 1998
- 6) Buhl K, Lehnert T, Schlag P, et al. : Reconstruction after gastrectomy and quality of life, *World J Surg*, 19(4), 558–564, 1995
- 7) Iivonen MK, Mattila JJ, Nordback IH, et al. : Long-term follow-up of patients with jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy. A randomized prospective study, *Scand J Gastroenterol*, 35(7), 679–685, 2000
- 8) Ogoshi K, Okamoto Y, Nabeshima K, et al. : Focus on the conditions of resection and reconstruction in gastric cancer. What extent of resection and what kind of reconstruction provide the best outcomes for gastric cancer patients?, *Digestion*, 71(4), 213–224, 2005
- 9) Ueno K, Nagakawa T, Ohta T, et al. : Appraisal of extended radical operations for carcinomas of the pancreatic head region - curability and postoperative quality of life -, *The Japanese Society of Gastroenterological surgery*, 25(10), 2666–2670, 1992 [in Japanese]
- 10) Mastumoto Y, Hirakawa F, Matsueda S, et al. : From nutrition support service room. Study on reliability of simple somatic fat rate measuring instruments, *Practice*, 16(4), 454–455, 1999 [in Japanese]
- 11) Kagechika K, Sueyoshi Y, Kitaoka K, et al. : Effectiveness of bone densitometer measuring bone area ratio, *Research of New Medical Devices*, 3 (2), 9–18, 1996 [in Japanese]
- 12) Morimoto A, Takase S, Hada K, et al. : Evaluation of a "Convenient Method" for the Estimation of Dietary Food Consumption, *The Japanese journal of nutrition and dietetics*, 35(5), 235–245, 1977 [in Japanese]
- 13) Takano M, Mitsuhashi F, Sugiyama M, et al. : Reliability and Validity of "Convenient Method" for the Estimation of Dietary Food Consumption for elderly in nursing home, *Journal of Japanese Society of Clinical Nutrition*, 21(3,4), 59–70, 2000 [in Japanese]
- 14) Onda R, Misaka Y, Watanabe S. : Nutritional Status in Postoperative Patients with Stomach Cancer, *The Japanese Journal of Nutrition and Dietetics*, 57(3), 169–175, 1999 [in Japanese]
- 15) Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, et al. : Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument, *Br J Surg*, 82(2), 216–222, 1995
- 16) Spector NM, Hicks FD, Pickleman J. : Quality of life and symptoms after surgery for gastroesophageal cancer: a pilot study, *Gastroenterol Nurs*, 25(3), 120–125, 2002
- 17) Sanada H, Nagakawa T, Tawara T, et al. : Evaluation of quality of life in aged patients after pancreatoduodenectomy, *Journal of geriatric gastroenterology*, 5 (2), 151–155, 1993 [in Japanese]
- 18) Ferrans CE. : Development of a quality of life index for patients with cancer, *Oncol Nurs Forum*, 17(3 Suppl), 15–21, 1990
- 19) Ferrans CE, Powers MJ. : Quality of life index: development and psychometric proper-

- ties, *ANS Adv Nurs Sci*, 8 (1), 15–24, 1985
- 20) Blackburn GL, Bistrian BR, Maini BS, et al. : Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient, *J parenter Enteral Nutr*, 1 (1), 11–22, 1977
- 21) Yamamoto H, Tsuchihashi H, Akabori H, et al. : Postprandial hyperglycemia after a gastrectomy and the prediabetic state: a comparison between a distal and total gastrectomy, *Surg Today*, 38(8), 685–690, 2008
- 22) Ministry of Health Labour and Welfare : Diabetes Survey, [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/08/s0806-4.html>], Statistics and Information Department, Health Statistics Office, Vital and Health Statistics Division, Ministry of Health Labour and Welfare, August 5, 2010
- 23) Tomita R, Fujisaki S, Tanjoh K. : Pathophysiological studies on the relationship between postgastrectomy syndrome and gastric emptying function at 5 years after pylorus-preserving distal gastrectomy for early gastric cancer, *World J Surg*, 27(6), 725–733, 2003
- 24) Liedman B, Bosaeus I, Hugosson I, et al. : Long-term beneficial effects of a gastric reservoir on weight control after total gastrectomy: a study of potential mechanisms, *British Journal of Surgery*, 85, 542–547, 1998
- 25) Ohtsu S, Mori K, Misumi A, et al. : Mechanisms of Malassimilation Following Total Gastrectomy in Rats, *The Japanese Society of Gastroenterology*, 18(1), 1–10, 1983
- 26) Suzukamo Y, Ono C, Fukuhara S. : Diet and QOL, *Geriatric Medicine*, 39(3), 461–464, 2001 [in Japanese]

胃部分切除後長期生存者の栄養状態に関する実態調査

玉井 奈緒¹⁾, 永川 宅和²⁾, 真田 弘美¹⁾

¹⁾東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

²⁾小池病院

キーワード

臓器欠損, 看護ケア, 胃部分切除術, 体重減少

要 旨

目的：本邦では胃癌において、術後症状の重症度から全摘に焦点を絞った研究が多い。そのため、胃部分切除後長期経過した患者の栄養状態とそれを取り巻く包括的な要因は不明である。本研究では、胃部分切除後長期生存者の栄養状態の実態を明らかにし、必要な看護ケアの示唆を得ることを目的とした。

方法：対象は、胃部分切除術を受け10年以上経過した86名であった（回収率90.7%）。身体計測と血液検査、アンケート調査を実施し、栄養状態別に比較をおこない、栄養状態に影響を及ぼす要因を抽出した。

結果：40.5%の患者が糖尿病を罹患するとともに、61%の患者が術後10年以上を経過しても10%以上の体重減少が継続していた。これら栄養状態不良群では再建方法・年齢・体脂肪率・皮脂肪厚・脂肪の摂取量・ヘモグロビン値・主食の量において栄養状態良好群と比較して有意差を認めた。以上の結果より、胃部分切除者の術後の看護介入として、特に脂質の摂取方法の工夫が必要であることが示唆された。

原 著

「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」を用いた 看護師への得点フィードバックの評価 —1ヶ月後および4ヶ月後の看護師の変化—

Evaluation of score feedback to nurses utilizing
"self-evaluation tool for their diabetes teaching styles"
—Changes at one month and four months—

多崎 恵子, 稲垣 美智子, 松井 希代子, 村角 直子

Keiko Tasaki, Michiko Inagaki, Kiyoko Matsui, Naoko Murakado

金沢大学医薬保健研究域保健学系

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University

キーワード

糖尿病, 看護師, 教育スタイル, 自己評価ツール, フィードバック

Key words

diabetes, nurses, teaching styles, a self-evaluation tool, feedback

要 旨

本研究は、独自に開発した「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」を用いて、10名の看護師への得点フィードバックを行い、1ヶ月後に看護師の振り返り内容を、4ヶ月後に教育スタイル得点の変化を明らかにすることを目的とした。その結果、4ヶ月後には8名の看護師の教育スタイル得点が上昇した。その中でも、2名の看護師はのぞましい振り返りを行っており、教育スタイル得点上昇幅が他と比較すると大きく、アンケート結果からも意識と行動が変化していることが確認できた。したがって、「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」を用いた得点フィードバックは、患者へよりよい教育効果をもたらす看護師の〈生活心情がみえているスタイル〉の特徴をある程度向上させる有効性が確認された。今後は、看護師への意識づけを強化するために、20項目と得点を丁寧にフィードバックすること、および得点フィードバックと振り返り面接を同時に行う方向性が示唆された。

Abstract

This study was carried out to clarify the content of their review at one month and changes in diabetes teaching style scores at four months for 10 nurses based on score feedback utilizing "self-evaluation tool"

that we developed. Results revealed improvement in the diabetes teaching style scores of eight nurses at four months. Two nurses in particular showed greater improvement in their teaching style scores than others, and the changes in their awareness and behaviors were observed through questionnaire results. Therefore, score feedback to nurses utilizing a self-evaluation tool for diabetes teaching styles proved efficacious in improving the characteristics of “a teaching style which shows an understanding of the realities of patient living conditions and attitudes” that produced more effective educational effects on patients. This study shows the importance for careful feedback on the 20 survey items and scores as well as reflection on their teaching style to enhance nurse awareness.

はじめに

糖尿病患者が年々増加しているわが国において、糖尿病医療は国民的課題とされ、療養行動を日常的に継続することを看護師が支援する糖尿病ケアに期待が寄せられている。日本糖尿病療養指導士（以下CDEJ）、糖尿病看護認定看護師など資格取得を目指す看護師も増加しており、糖尿病ケアに携わっている看護師は専門性を高めるために研鑽を積んでいることがうかがえる。しかし、看護師は日々の多忙な業務をこなしながら糖尿病患者教育を行っている現状も報告されており¹⁾、そのような状況においては看護師による糖尿病ケアの質を維持・向上させる困難さも懸念される。看護師は単に経験を積むのみでは、熟練に達することはできない²⁾。看護師のような専門的实践家は反省的实践家²⁾といわれており、「行為についての省察（リフレクション）」^{3, 4)}が専門性を向上させるためには重要と考えられている。Schön³⁾は、行為後の意識的な反省により、実践の構造や問題を捉える自らの枠組みを発見するとともに、それを捉えなおし「枠組みを組み変えていく」機会となると述べている。

糖尿病ケアにおける看護師の専門的能力に関しては、多崎ら⁵⁻⁷⁾、河口⁸⁾、瀬戸⁹⁾により明らかにされてきた。しかし、具体的に看護師の糖尿病ケア能力向上を意図した取り組みや、その結果看護師がどのように変化したかについては未だ報告がない。

そこで、我々は看護師のリフレクション（以降、振り返りとする）を企図して「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」^{10, 11)}を開発し、看護師への教育介入に用いることを計画した。「看護師の糖尿病教育スタイル」とは、糖尿病教育を実践する看護師の意識と行為の特徴をあらわすものであり、これが看護師の糖尿病患者ケア実践能力、つまり糖尿病教育の質にかかわることはすでに報告している⁵⁻⁷⁾。〈生活心情がみえているスタイル〉とは、

糖尿病を抱えて生活する患者が表現したり、あるいは表現はしていないが考えたり感じたりしているであろうと看護師が感じ取る患者の心のありさまに添ってはたらきかける教育スタイルのことである。一方、〈一般的知識を提供するスタイル〉とは、患者の生活状況に近づくことのない、一般的な知識のみに重きを置いた看護師主導の教育スタイルのことである。教育効果である患者の意識や行動の変化は、〈生活心情がみえているスタイル〉では得られやすく、〈一般的知識を提供するスタイル〉では得られにくい。看護師は前者の教育スタイルをもつことが有用であるといわれている。これに基づき開発した20項目からなるオリジナルの質問票が「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」¹¹⁾（表1）である。20項目は信頼性・妥当性が検証されており、〈生活心情がみえているスタイル〉と〈一般的知識を提供するスタイル〉を教育スタイル得点によって識別できる。

そこで今回、我々の開発した「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」を用いて看護師の糖尿病教育スタイルの特徴を得点化し、その結果を看護師にフィードバックすることによって、看護師はどのような振り返りを行うのか、また看護師の教育スタイル得点はどのように変化するかを明らかにすることを目的とした。これによって、この「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」を看護師への教育介入として用いる有用性を評価し、今後の課題および方向性を明らかにする。

研究方法

1. 研究デザイン

介入研究である。介入の概要を図1に示した。

2. 対象

1) 対象看護師について

北陸地方の一総合病院に勤務する看護師を対象とした。看護部長に研究協力の承諾を得た後、糖尿病患者が教育入院する内科病棟の看護師長の許

表1 看護師の糖尿病教育スタイル自己評価ツール

質	問	項	目
1	患者教育がうまくいかないのは患者の要因が大きいから仕方ないと思う		
2	患者教育がうまくいかないのは入院生活と家庭での生活が違うから仕方ないと思う		
3	糖尿病をもちながらも患者が生活しやすくなるためにはどうしたらいいか患者と一緒に考え見出したいと思う		
4	患者の強みを見出し患者がもつ糖尿病をコントロールする力を引き出したいと思う		
5	患者にあなたのもつ心理的問題を私にあずけてくださいと伝えている		
6	患者に私の役割はあなたの心理的問題を聴くことが中心だと伝えている		
7	患者がうまく療養行動をとれない原因を一緒に見出していこうと伝えている		
8	患者が糖尿病をもちながら生きやすくなるためにはどうしたらよいか一緒に考えていこうと伝えている		
9	マニュアルに沿って糖尿病に関する一般的な知識を患者におしえることが中心である		
10	患者の生活に役立つと思われる糖尿病の一般的な知識を看護師主導で提供している		
11	患者と家族が同席する場で患者の思いを伝え家族の患者への思いも聴いている		
12	患者と家族が同席の場で家族内の力動関係をアセスメントし家族の状況にあわせて患者が糖尿病をもちながら生活する思いを共有できるようなはたらきかけている		
13	糖尿病をもちながら生活する患者のわかっているけどやめられない思いに共感してしまい、そこでとどまってしまうことが多い		
14	糖尿病をもちながら生活する患者の思いに入り込み患者を抱え込んでしまった感覚を得ることがある		
15	教育により患者の意識や行動が変化したと感じることが多い		
16	教育により患者が新たに踏み出す力を得たと感じる人が多い		
17	患者と私との信頼関係の程度によって患者へ行った教育を総合的に評価している		
18	患者が自分自身の感情について話してくれた程度によって患者へ行った教育を総合的に評価している		
19	患者が示す生活行動の変化の程度によって患者へ行った教育を総合的に評価している		
20	患者の言動の変化から患者が糖尿病の療養行動をどのように意味づけし生活に定着させようとしているかをみることによって患者へ行った教育を総合的に評価している		

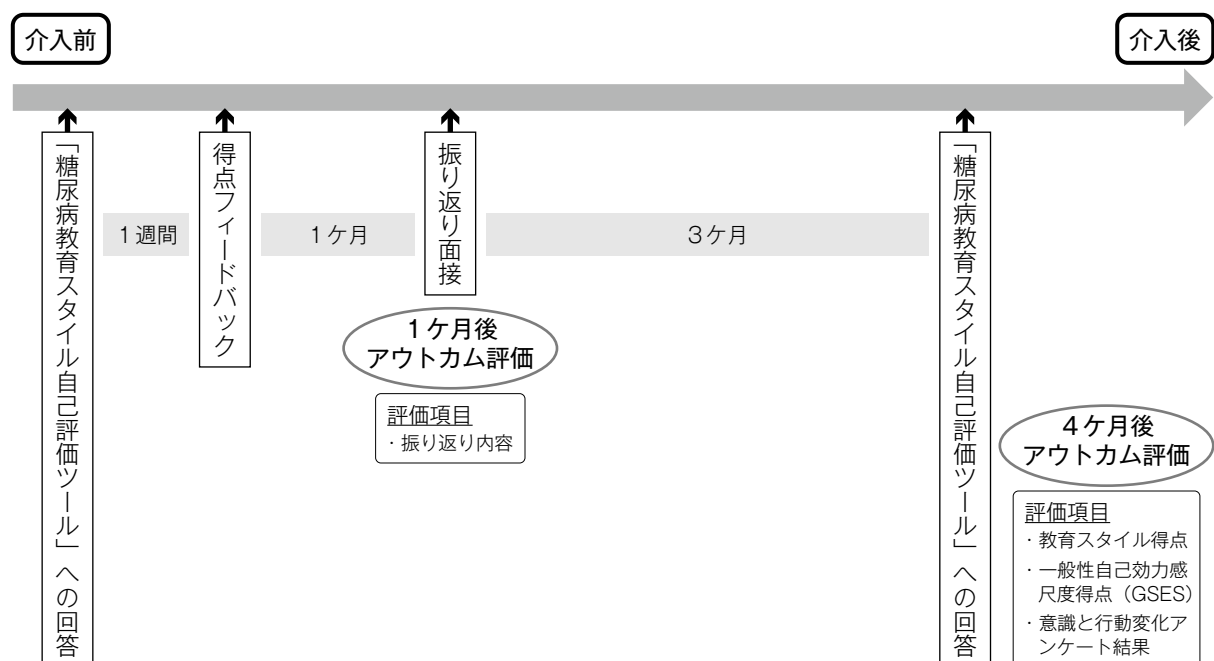


図1 介入の概要

可を得、看護師に本研究の説明を行い、参加への同意を得た1部署19名の看護師を対象とした。しかし3名が介入手順すべてを実施できず、また6名が3ヶ月後に調査できなかったため、最終的に本研究の対象となった看護師は10名であった。

2) 施設の特徴

糖尿病専門医が常勤する地域の中規模な中核病院である。糖尿病患者が入院する内科病棟ではあるが、糖尿病以外の内科疾患をもつ患者や、介護度の高い寝たきりの高齢患者もいるため、すべて

の看護師が十分に関心をもって糖尿病教育に関わるには至っていない現状であった。しかし日本糖尿病療養指導士（以下CDEJとする）を取得した看護師は3名おり、院内では糖尿病患者が入院する病棟と認知されていた。

3. 介入およびデータ収集期間

平成20年5月～平成20年10月

4. 介入方法（看護師への「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」の得点フィードバック方法）

1) 「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」について

この20項目からなる看護師の糖尿病教育スタイルの特徴を識別できる質問票（表1）は、看護師の意識と行為の要素7カテゴリー“看護師としての姿勢”、“看護師としての姿勢の表明”、“具体的な教育の仕方”、“家族に対するはたらきかけ”、“糖尿病をもちながら生活する患者の思いの感知”“自分が行った教育場面の手ごたえ”、“総合的に患者教育を評価する視点”より構成されている。得点の算出には、先行研究¹¹⁾で行った判別分析による関数式を用いた。0点を基軸に、〈生活心情がみえているスタイル〉ではプラス得点、〈一般的な知識を提供するスタイル〉ではマイナス得点を示すことによって、スタイルを識別できる。また、点数の絶対値が高くなるほど、そのスタイルの傾向が強いことをあらわす。

2) 介入手順

(1) 看護師の「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」への回答

20項目へ自記にて回答を得た。質問票の回答形式は、「非常にあてはまる」（4点）から「全くあてはまらない」（1点）の4評定法とした。

(2) 教育スタイル得点のフィードバック

看護師の回答より点数を算出した。1週間後、研究者が採点した得点を用紙に記入し持参した。まずはじめに看護師の糖尿病教育スタイルへの理解を得るために、〈生活心情がみえているスタイル〉の方がのぞましく、点数が高くなるほどよいことについて用紙を用いて説明した。その後、看護師に得点フィードバック用紙を渡し、その得点が表示する看護師の教育スタイルの傾向について説明を行った。これらについては、プライバシーが保てる病棟内の個室にて、一人10分程度、研究者と参加者が1対1で行った。

(3) 振り返り面接

得点フィードバックの1ヶ月後に、看護師の気づきおよび意識と行動の変化を確認するために半

構成的な面接を行った。質問項目は、「今回の結果に対してどのように受け止めたか」、「この結果から新たに気づいたことはあるか」、「気づいたことは具体的にどのような内容か」、「今後どのようにこの結果を用いていこうと思うか」であった。面接場所はプライバシーが保てる病棟内の個室とし、研究者と参加者が1対1で行った。面接中は、看護師が自由に語れる雰囲気作りに努めた。面接時間は一人15～20分であった。

3) 教育介入した研究者の特性

一人の研究者が継続して実施した。看護師としての臨床経験および看護教師としての経験が豊富である。CDEJ資格を有し、糖尿病ケアを専門とする看護師および研究者として、大学病院にて、糖尿病クリティカルパスおよび外来糖尿病療養相談で糖尿病看護実践を行っている。

5. 調査項目

対象看護師の属性については、介入前（初回）に、年齢、看護師としての臨床経験年数、糖尿病看護経験年数、CDEJ資格の有無、職位を自記にて回答を得た。

6. 評価指標および評価基準

1) 本介入における“看護師の変化”の評価時期およびアウトカム

アウトカム評価を2段階にて行うこととした。第1段階の評価を得点フィードバック1ヶ月後に行い、看護師の振り返り内容をアウトカムとした。また第2段階の評価を得点フィードバック4ヶ月後に行い、教育スタイル得点およびアンケートにおける看護師の意識や行動変化をアウトカムとした。

アウトカムを2段階とした理由は以下のとおりである。まず1ヶ月の期間で看護師はケアを実施しながら振り返りを進行させ語ることができると考え、振り返り面接を1ヶ月後に設定した。しかし変化した意識が看護師に浸透し教育スタイル得点に変化するにはさらに時間を要すると考えたため、糖尿病教育スタイル自己評価ツールへの回答は得点フィードバック4ヶ月後とした。具体的な評価指標および基準を下記に示す。

2) 振り返り内容

得点フィードバック1ヶ月後に評価した。面接内容は許可を得て録音し逐語録に起こした。録音許可が得られなかった場合は、メモをとる許可を得、面接終了後直ちに面接内容を想起し記述した。これらの記録を丁寧に読み込み、研究メンバー間でディスカッションを行い1例ずつ振り返りの有

表2 振り返り内容の評価基準

評 価 視 点		
生活心情の 振り返り	自己評価ツール へ肯定的な反応	総合評価
あり	あり	
あり	少しあり	のぞましい 振り返りあり
あり	なし	
少しあり	あり	
なし	あり	
少しあり	少しあり	若干の振り返り あり
少しあり	なし	
なし	少しあり	
なし	なし	振り返りなし

無とその特徴を抽出した。看護師の語った内容について、“生活心情への振り返り”、“自己評価ツールへの肯定的な反応”の2点を振り返りの評価視点とし、2つの視点の両方あるいはどちらか一方が“あり”の場合を「のぞましい振り返りあり」、2つの視点の両方あるいはどちらか一方が“少しあり”の場合を「若干の振り返りあり」、2つの視点がいずれも“なし”の場合を「振り返りなし」とし、総合評価とした。詳細を表2に示した。

3) 糖尿病教育スタイル得点

介入前および4ヶ月後に評価した。0点を基軸とし、プラス得点が高くなることが〈生活心情がみえているスタイル〉の傾向が強いことを、マイナス得点が高くなることが〈一般的知識を提供するスタイル〉の傾向が強いことを示す。プラス得点であることをよいとし、プラス得点がより向上することを、のぞましい変化と評価した。

4) 一般性自己効力感尺度得点¹²⁾ (以下GSESとする)

介入前および4ヶ月後に評価した。16項目からなる質問票へ自記にて回答を得た。得点範囲は0～16点である。3点以下：非常に低い、4～7点：低い傾向、8～10点：普通、11～14点：高い傾向、15点以上：非常に高いと評価される。本研究では、この基準に基づき評価し、点数が上昇することをのぞましい変化とした。

5) 看護師の意識と行動の変化アンケート

4ヶ月後に評価した。3項目について自記にて回答を得た。「変化する」こととは、のぞましいスタイルへの変化およびその点数が向上することとし、質問項目は、①自身の糖尿病看護に対する意識変化があったか、②自身の糖尿病患者への関

わり方の変化があったか、③糖尿病教育スタイル自己評価ツールを用いた得点フィードバックは糖尿病看護に役立つと思うかとした。5評定尺度(“非常にそうである”、“ある程度そうである”、“どちらともいえない”、“あまりそうではない”、“ほとんどそうではない”)を用いた。“非常にそうである”、“ある程度そうである”を「あり」とし、それ以外は「なし」とした。3項目すべてに「あり」をのぞましい変化とした。

7. 分析方法

1) 1ヶ月後に看護師の語った振り返り内容について逐語録より、その特徴を評価基準に基づいて評価した。(1ヶ月後アウトカム評価)

2) 介入前および4ヶ月後の教育スタイル得点とGSES得点、また4ヶ月後の意識と行動変化アンケート結果について、それぞれ記述統計を行った。前後の得点平均の差についてはt検定を行った。また個々の看護師における介入前後の教育スタイル得点の変化、GSES得点の変化、介入後の意識と行動変化アンケート結果を1例ずつ確認し記述した。(4ヶ月後アウトカム評価)

3) 1ヶ月後の看護師の振り返り内容を4ヶ月後の教育スタイル得点の変化、GSESの変化、介入後の意識と行動変化アンケート結果と照合した。

4) 上述した個々の看護師の変化と看護師の属性(年齢、看護師としての臨床経験年数、糖尿病看護経験年数、CDEJ資格、職位)との関連について検討した。

以上について、統計解析はいずれも統計ソフトSPSS 18.0 Jを使用した。

8. 倫理的配慮

金沢大学医学倫理委員会の承認を得て行った。参加者には自由意思での参加、一旦引き受けても途中で断ることができること、データは施設や名前を匿名化し個人情報漏洩させないこと、万が一心理的な負担が生じた場合、看護師である研究者が責任をもってサポートする等説明し、書面での署名をもって同意とした。

結 果

1. 対象の属性

10名の看護師はすべて女性で、平均年齢31.4±10.2歳、看護師としての臨床経験年数平均9.0±8.3年、糖尿病看護経験年数平均4.6±4.5年であった。CDEJ有資格者は2名(20.0%)であった。詳細は表3に示した。

表3 対象看護師の属性

	n = 10	人数 (%)
年齢 (平均31.4±10.2歳)	20歳代	5 (50.0)
	30歳代	4 (40.0)
	50歳代	1 (10.0)
看護師としての臨床経験年数 (平均 9.0± 8.3年)	5年未満	3 (30.0)
	5～9年	3 (30.0)
	10～19年	3 (30.0)
	20年以上	1 (10.0)
糖尿病看護経験年数 (平均 4.6± 4.5年)	5年未満	6 (60.0)
	5～9年	3 (30.0)
	10年以上	1 (10.0)
日本糖尿病療養指導士資格	あり	2 (20.0)
	なし	8 (80.0)

2. 得点フィードバック1ヶ月後の看護師の振り返り内容

10名の振り返り内容および実例を表4に示した。総合評価では、「のぞましい振り返りあり」3名、「若干の振り返りあり」4名、「振り返りなし」3名であった。

3. 得点フィードバック4ヶ月後の教育スタイル得点の変化

10名の教育スタイル得点の変化を表5に示した。得点が上昇しているのは10名中8名であった。そのうち、介入前がプラス得点だった者で上昇しているのは6名、さらにその中で5点以上の上昇がみられた者は2名であった。2点以上5点未満の上昇は3名、1点未満の上昇は1名であった。また、介入前マイナス得点から上昇しプラス得点となった者は2名であり、上昇幅は2点代であった。一方、得点が下降している2名については、介入前がプラス得点およびマイナス得点各1名であり、いずれも2点代の下降であった。

10名の集団として前後の平均をみると、介入前平均0.71±3.19点から介入後平均3.20±4.49点と点数は上昇し統計学的な有意差がみられた ($p < 0.05$)。

4. GSESの変化

GSESの変化については、教育スタイル得点の変化と一致しているとは限らず規則性はみられなかった。10名の集団として前後の平均をみると、介入前平均8.00±3.49点から介入後平均8.20±4.15点と点数はわずかに上昇したがほとんど差はみられなかった。

5. 意識と行動変化アンケート結果

10名の意識と行動変化アンケート結果を表6に

示した。

①自身の糖尿病看護に対する意識変化があったか、②自身の糖尿病患者への関わり方の変化があったか、③糖尿病教育スタイル自己評価ツールを用いた得点フィードバックは糖尿病看護に役立と思うかについて、3項目すべてに「あり」は3名(30%)、3項目すべて「なし」は4名(40%)であった。また、項目ごとでは、自身の糖尿病看護に対する意識変化「あり」は3名(30%)、自身の糖尿病患者への関わり方の変化「あり」は5名(50%)、糖尿病教育スタイル自己評価ツールを用いたフィードバック面接は糖尿病看護に役立つと思う「あり」は5名(50%)であった。

6. 看護師の振り返り内容と、教育スタイル得点の変化、意識と行動変化アンケート結果の照合
教育スタイルの向上へつながられる、「生活心情への振り返り」および「自己評価ツールへ肯定的な反応」のいずれも、あるいはいずれかののぞましい振り返りを行っていたのは看護師2、看護師3、看護師6の3名であった。教育スタイル得点については、看護師2は2.56から2.99へと0.43点上昇、看護師3は2.33から8.06へと5.73点上昇、看護師6は0.71から9.1へと8.39点上昇していた。看護師3と看護師6は5点以上得点が上昇しており10名中最ものぞましい変化であった。また、これら2名は意識と行動変化アンケート結果においては、いずれも自身の糖尿病看護に対する意識変化「あり」、自身の糖尿病患者への関わり方の変化「あり」、糖尿病教育スタイル自己評価ツールを用いたフィードバック面接は糖尿病看護に役立つと思う「あり」でありのぞましい変化であった。看護師2は糖尿病教育スタイル自己評価ツールを用いたフィードバック面接は糖尿病看護に役立つと思う1項目のみ「あり」であった。

7. のぞましい変化がみられた看護師と属性との関連

振り返り内容、教育スタイル得点、意識と行動変化アンケート結果いずれものぞましい変化がみられた2名は糖尿病看護経験年数1年であった。他の属性との間には関連はみられなかった。

考 察

1. 本介入の有用性

本研究における最終的なアウトカムである4ヶ月後の教育スタイル得点については、2名(20%)の看護師は他8名の看護師と比較すると、介入前よりも5点以上の得点上昇がみられ、また意識と

表4 1ヶ月後に看護師が振り返った内容と事例およびその評価

看護師	振り返り内容	実 例	評価視点		総合評価
			生活心情の振り返りができる	自己評価ツールに肯定的に反応する	
1	自分の特徴を受けとめる	自己評価とだいたい一致、自分はこれまでの経験を踏まえて患者さんが悪くならないようにしていきたい。		少しあり	○
2	自分の特徴を受けとめる	そういう傾向で私は指導しているのかなっていう。		少しあり	◎
	質問項目から学ぶものがある	こうした方がいいのかなって思う項目はいくつかあったんですけど。「あ、これしてないな」と思ったりとか。家族とかの同席はせんなんとは思うけど。		あり	
3	患者の生活心情をより意識する	患者さんの生活背景からみるように（聞いて）、最初、指導とかじゃなく。こういうのが今までの生活であったからっていう過程を追ったほうが患者さん分かってくれたり、「ああそうか」って理解につながるし、なるべくそういうふうには。	あり		◎
	質問項目から学ぶものがある	確信をついている質問内容だと思った。聞かれて、答えの4つに○をつけることによって、ほとんどないとか、当てはまらないってなったときにあかんあと。自分が今まで淡々と仕事してきて、自分自身これをこの質問の項目みたいに細かくないじゃないですか。振り返ったことによって、これはもっとしていかならんことなんやと思ったりもしました。		あり	
4	知識を患者に伝えたい	ちょっと気になりながら話はした。もうちょっと知識を患者さんにあげたほうがいいかなとか思いながらしていた。自分自身があまり知識がないから、勉強してさらに知識をあげれたらいいかなっていう。	なし		×
5	結果を用いて実施したことは特はない	特にありません。		なし	×
6	自分の特徴を受けとめる	そうなのかなってみたい感覚で受けとめた。		少しあり	◎
	患者の生活心情をより意識する	生活心情にあわせたそっちの方を重点的に指導するように心がけました、さらに。もともとあったんです。ただマニュアル通りにしていくと患者さんの受け入れがあんまりよくないもんで、どっちかといったら患者さんの生活に合わせた指導の仕方の方がすなりと受け入れてくれているんですよ。どっちかといったらそっちの方をメインに考えていたもんで、もともと、だからさらに強化していった方がいいかなって思ってやってみたんですけど。	あり		
7	自分の特徴を受けとめる	自分ってそうなんだって思って。客観的には見れたのでよかったなあとは思っています。私ぎりぎりのとこだったんで……関わるときはこちら（知識）も大事だと思うので知識プラス生活心情を考えて指導してるなとは思っているんで、若干プラスはそうなんかと。		少しあり	○
	結果を用いて実施したことは特はない	答えた後に行ってみたことは特にないです。		なし	
8	結果の活用方法が分からない	今後どんなふうに使っていいかちょっと分からない。		なし	○
	一般的知識の提供ではなく患者をみなくてはどう思う	もう少し患者さんの声聞こうかなとはちょっとはこころがけようかなとは思ったんですけど。私は一方的な話が多いかなと思う。終わって帰ってきたら一方的に終わってしまったかなみたいな。自分自身としてはちょっと知識を与えようかなって思いはあったんですけども結局標準的なことを言っているという部分があれにあったので、まだ標準だったのかなーみたいな、もう少し患者さんの生活、今までどうしてましたっていうことからちょっとすすめたらよかったのかなとは思ったんで。	少しあり		
9	結果の活用方法が分からない	振り返って見たことはあるけれど、自己評価アンケートの前に関わった患者さんと後に関わった患者さんとは、ほとんど理解力も違うし年齢も違うし、今までどういう生活してきたとか背景も違うし、それをそのまま活用するとかはちょっとできなかったです。		なし	×
10	一般的知識の提供ではなく患者をみなくてはどう思う	自分は知識的に十分ではなく、知っているものを教えるという感じなので、余計に一般的になってしまうかもしれない。なるべく患者のことを考えなくてはどう思った。	少しあり		○

◎：のぞましい振り返りあり ○：若干の振り返りあり ×：振り返りなし

表5 4か月後の看護師の教育スタイル得点の変化

看護師	教育スタイル得点			
	前	4ヶ月後	変化の方向	点数差
1	7.05	4.66	下降	-2.39
2	2.56	2.99	上昇	0.43
3	2.33	8.06	上昇	5.73
4	1.45	4.36	上昇	2.91
5	0.78	3.45	上昇	2.67
6	0.71	9.1	上昇	8.39
7	0.38	4.25	上昇	3.87
8	-0.87	1.92	上昇	2.79
9	-2.23	0.5	上昇	2.73
10	-5.08	-7.25	下降	-2.17

行動変化アンケートでは3項目すべてでのごまかしい変化であった。この2名は先に行った1ヶ月後の振り返り面接においてものごまかしい振り返りを行っていた。本介入は、まず1ヶ月後に看護師の振り返り内容を確認したことが第1段階の評価、さらに得点変化としてとらえられると考えた4ヶ月後に第2段階として教育スタイル得点の変化およびアンケートによる意識と行動の変化を評価し、1ヶ月後の振り返り内容と矛盾していないことを確認できた。先行研究^{13, 14)}では介入研究において有意な得点改善の割合として報告がなされているのは3～4割である。これと比較すると、本介入での2割はそれほど多いとはいえないが、4ヶ月後の教育スタイル得点の上昇がみられたのは8名(80%)、およびアンケートにて意識と行動の変化が1項目でも「あり」と回答したのは6名(60%)であったことから、得点フィードバックおよび振り返り面接によって看護師に何らかの変化をもたらしたといえ、ある程度は有効と考えられた。

一方、のごまかしい変化が明確であった2名は糖尿病看護経験1年の看護師であったことから、経験が浅いうちに自己評価を行うことによって、1回の自己評価であっても4ヶ月という比較的短い期間で、よりのごまかしい教育スタイルへ変化する可能性が推察された。

2. 介入の有用性をより向上させる方法の検討

自身の糖尿病患者への関わり方の変化「あり」、糖尿病教育スタイル自己評価ツールを用いた得点フィードバックは糖尿病看護に役立つ「あり」は、いずれも50%であったが、これらと比べると自身

表6 4ヶ月後の看護師の意識と行動変化

看護師	糖尿病看護に対する意識変化	糖尿病患者への関わり方の変化	得点フィードバックは糖尿病看護に役立つと思うか
1	あり	あり	あり
2	なし	なし	あり
3	あり	あり	あり
4	なし	なし	なし
5	なし	なし	なし
6	あり	あり	あり
7	なし	なし	なし
8	なし	あり	あり
9	なし	なし	なし
10	なし	あり	なし

の糖尿病看護に対する意識変化「あり」は30%と低い割合であった。このことより、今回の方法では看護師に自身の教育スタイルの傾向としての意識づけが十分になされなかったと考えられ課題として挙げられる。したがって今後は、得点フィードバックおよび振り返り面接の方法を検討することによって、有用性を向上できる可能性がある。具体的には、得点フィードバック時には、単に点数を示すのみでなく、自己評価ツールの20項目を1項目ずつ声に出して読み上げながら看護師と共にその内容を確認し、看護師の回答が糖尿病教育スタイルとしてどのような意味を示すかを丁寧にフィードバックする必要がある。また、今回は得点フィードバックの1週間後に振り返り面接を行ったが、これらを同時に行ったほうが看護師へより強く意識づけができるのではないかと考えられた。

3. 一般性自己効力感尺度得点(GSES)の評価指標としての評価

介入前後で、GSESは集団平均値としてはほとんど変化がなかった。個々の看護師においても、GSESは看護師の変化とは必ずしも一致しているとはいえなかった。つまり、本介入として行った自己評価ツールの得点フィードバックでは、4ヶ月後に看護師のGSESには有効な変化としての結果は得られなかった。GSESとは、自己の行動遂行可能性への見通しをもって行動を生起している程度を測るものである。教育スタイル得点が増しているにもかかわらずGSESが下がっている看護師については、生活心情の振り返りや自己評価

ツールへ肯定的な反応を示す一方で、反省により自己評価が低下し、自己の行動遂行可能性への見通しがもちににくくなった可能性も推察される。したがって、GSESを看護師の変化の評価指標とする時期については、今後の検討課題である。

4. 本研究の限界と課題

本介入は介入4ヶ月後の評価が最終アウトカムである。一般的には効果を測定するひとつの基準が6ヶ月であるといわれている¹⁵⁻¹⁷⁾ことから、6ヶ月以降にも評価する必要がある。また1施設の結果であるため、今後は対象施設数および看護師数を増やして実施する必要がある。

結 論

独自に開発した「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」を用いて、10名の看護師への得点フィードバックを行い、1ヶ月後に看護師の振り返り内容を、4ヶ月後に教育スタイル得点の変化を明らかにした。その結果、4ヶ月後には8名の看護師の教育スタイル得点が上昇した。その中でも、2名の看護師はのぞましい振り返りを行っており、教育スタイル得点上昇幅が他と比較すると大きく、アンケート結果からも意識と行動が変化していることが確認できた。したがって、「糖尿病教育スタイル自己評価ツール」を用いた得点フィードバックは、患者へよりよい教育効果をもたらす看護師の〈生活心情がみえているスタイル〉の特徴をある程度向上させる有効性が確認された。今後は、看護師への意識づけを強化するために、20項目と得点を丁寧にフィードバックすること、および得点フィードバックと振り返り面接を同時に行う方向性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆様へ深謝申し上げます。本研究の一部は、第81回日本糖尿病学会中部地方会にて発表した。

引用文献

- 1) 多崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 他: 糖尿病患者教育に携わっている看護師の実践に対する思い, 金沢大学つるま保健学会誌, 30(2), 203-210, 2007
- 2) Benner, P.: From novice to expert, Excellence and power in clinical nursing practice, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1984 (井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳:

ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院, 1999)

- 3) Schön, D.A.: The reflective practitioner, How professional think in action, Basic Books, 1983
- 4) Rolfe, G.: Beyond expertise-Reflective and reflexive nursing practice, Johns, C. et al., Transforming nursing through reflective practice, 21-31, Blackwell Science, 1998
- 5) 多崎恵子: 糖尿病教育における看護者の態度の構造—教育スタイルとその形成プロセス—, 平成13年度金沢大学大学院医学系研究科修士論文, 2002
- 6) 多崎恵子, 稲垣美智子, 早川千絵: 糖尿病教育スタイルの違いにみるアセスメント視点の傾向—2名の看護師のアセスメント視点の分析, 金沢大学つるま保健学会誌, 27(1), 151-154, 2003
- 7) Tasaki K, Inagaki M.: Nurses' frame of mind in diabetes education -Teaching styles and their formative processes-, Journal of the Tsuruma Health Science Society, 28(1), 101-111, 2004
- 8) 河口てる子, 患者教育研究会: 患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み, 看護研究, 36(3), 177-185, 2003
- 9) 瀬戸奈津子: 糖尿病看護における実践能力育成のための評価指標の開発(1)・(2), 日本糖尿病教育・看護学会誌, 11(2), 122-149, 2007
- 10) Tasaki K, Inagaki M, Matsui K, et al.: Development of a self-evaluation tool for the teaching style of nurses in diabetes patient education -For educational intervention with the goal of cultivating abilities of nurses who are involved in professional diabetes nursing care-, Journal of the Tsuruma Health Science Society, 30(1), 41-53, 2006
- 11) Tasaki K, Inagaki M, Inoue K.: Development of a self-evaluation tool for evaluation of nurse teaching styles in diabetes patient education: Identifying characteristics of teaching in actual practice by self-evaluation, Journal of the Tsuruma Health Science Society, 31(2), 1-14, 2008
- 12) 上里一郎監修: 心理アセスメントハンドブック第2版, 西村書店, 2003
- 13) 本間聡起, 鈴木博道, 兵藤郷, 他: 遠隔医療

- による生活習慣改善への介入試験—生活習慣の連続的モニタリングと反復指導プログラム，人間ドック，24(1)，140－145，2009
- 14) 宮内清子，望月好子，石田貞代，他：中高年女性労働者へのリーフレットによる指導介入が抑うつに及ぼす効果，母性衛生，50(4)，646－655，2010
- 15) 相原孝夫，南雲道朋：チームを活性化し人材を育てる360度フィードバック，日本経済新聞社，2009
- 16) 石川拓次，桜庭景植，丸山麻子，他：中高年におけるVTRを視聴しながら自宅で行う運動がQOLに及ぼす影響，日本臨床スポーツ医学会誌，17(2)，291－296，2009
- 17) 中川和昌，金城拓人，半田学，他：群馬県みなかみ町の特定高齢者施策における運動介入報告—運動介入の期間の違いによる比較—，理学療法群馬，20，17－23，2009

研究報告

事例検討会における事例提供者の体験 —より効果的な事例検討会のあり方について—

Experience of the case providers at the study case conferences
—for more effective study case conference—

田中 浩二¹⁾, 長山 豊¹⁾, 大江 真人¹⁾, 吉野 暁和²⁾
谷本 千恵³⁾, 長田 恭子⁴⁾, 河村 一海⁴⁾, 長谷川 雅美⁴⁾

Koji Tanaka¹⁾, Yutaka Nagayama¹⁾, Masato Oe¹⁾, Toshikazu Yoshino²⁾
Chie Tanimoto³⁾, Kyoko Nagata⁴⁾, Kazumi Kawamura⁴⁾, Masami Hasegawa⁴⁾

¹⁾金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻, ²⁾松原病院

³⁾石川県立看護大学, ⁴⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾Graduate School of Medical Health Science, Kanazawa University

²⁾Matsubara Hospital

³⁾Ishikawa Prefectural Nursing University

⁴⁾Faculty of Health Science, Institute of Medical Pharmaceutical and
Health Science, Kanazawa University

キーワード

事例検討会, 事例提供者, 体験, グループ

Key words

study case conference, case provider, experience, group

要 旨

本研究は、精神看護事例検討会（以下、事例検討会）で事例提供をした参加者の体験を明らかにすることを目的とし、より効果的な事例検討会のあり方を検討するために行われた。対象者は、事例検討会に事例提供者として参加した8名の看護師で、各4名の2グループに分けてフォーカスグループインタビューによりデータを収集した。データは、質的帰納的アプローチによって分析された。

その結果、【メンバーからの支持・共感性に関する体験】【事例を提供したことの評価】【グループ全体をとらえようとする体験】という事例提供したときの体験と、そこから事例提供をすることで感じた【より効果的な事例検討会の探究】という体験が明らかになった。事例検討会をより効果的なものにするためには、事例提供者が自分自身の感情を率直に表現できたり、メンバー間でセルフヘルプできるような場を創造していくことの重要性が示唆された。

Abstract

This study was performed to determine the experiences of participants who provided cases at a study case conference related to Psychiatric Mental Health Nursing, and to examine more effective ways of holding future study case conferences. The subjects included 8 nurses that participated in the study case conference as case providers. Data were collected by dividing the subjects into two groups of 4 nurses each, and conducting focus group interviews. The data were analyzed using a qualitative inductive approach.

The results of case providers' experiences—including experience regarding support and sympathy from other members, evaluation of experience of providing cases, and experience in grasping the group as a whole—yielded insight regarding "Exploring a more effective way of holding study case conferences." To improve the effectiveness of study case conferences, it was suggested to be important to create an environment where case providers can freely express their feelings and where members can help themselves.

はじめに

事例検討会は、患者像を多角的な視点で深めることやケアの行き詰まりの奪回等のために効果的であるといわれている¹⁾。また、臨床と教育のコラボレーションのためにも有意義と思われる。この観点から、我々は精神科領域のみならず、他科における精神的諸問題やスタッフへの精神的サポートなどの事例も取り入れ、精神力動的な視点で患者理解し支援のあり方について検討行うことを主旨とした精神看護事例検討会を開催している。

事例検討会は、一人一人の参加者が参加する意義を見出せ、参加したことによってよりよい看護につながるような価値を発見できる場にすることが望まれる。しかし、我々の開催する事例検討会では、発足から6カ月しか経過していないことや、事例検討会を初めて経験するメンバーが多いことなどにより、事例提供者を中心とした参加者の一人一人が事例検討会の場に慣れておらず、事例提供の仕方やディスカッションのポイントなどを模索しながら進めている現状があり、事例提供者となったときのストレスの大きさや負担などが課題として浮かび上がってきた。そこで、今後事例検討会をより充実したものにしていくためには、参加者のなかでも特に事例提供者に焦点を当て、彼らの評価を事例検討会の運営にフィードバックしていくことが必要であると考えた。

また、事例検討会の運営について文献検討も行ったが、事例検討会自体を対象とした研究は少なく、事例提供者の体験として「支えられた発言」「疑問・不信を抱いた発言」「事例提供体験の意味」という結果を報告したもの¹⁾や、より有意義な

事例検討会を開催するための司会者の技術として「会を進行させる技術」「意見交換を促進する技術」「安心して意見交換のできる雰囲気をつくる技術」という結果を報告したもの²⁾があるのみであった。これらの研究からは、事例提供者の体験や運営者側からみたよりよい会にするための技術が明らかにされているが、事例提供者の体験をグループという視点からみたものや事例提供者からみたより効果的な会にするための技術は報告されていないかった。

以上のことから、今回事例検討会という集団の場における事例提供者の体験と、事例提供者の視点からみたより効果的な事例検討会のあり方について明らかにすることを目的に本研究を行った。

研究方法

1. 研究期間：平成20年1月～6月

2. 研究フィールド：看護実践学会の研究プロジェクトとして実施している精神看護事例検討会。当事例検討会で対象としている事例は、精神科領域のみならず、他科における精神的諸問題やスタッフへの精神的サポートなども含めて多岐にわたっており、それらの対象に対して精神力動的な視点での理解を深め、看護支援のあり方について検討行うことを目的としている。メンバーは、看護実践学会の会員で、金沢大学医薬保健研究域保健学系の教員が主催となり、精神科病院や総合病院の精神科を含めた全科の看護師、看護教育機関の教員で構成されている。事例提供は、当事例検討会に参加している全メンバーが順番で行っている。毎月1回（第4火曜日の18：15～20：15）開催し

表1 研究対象者の背景

年齢（歳） （M±SD）	27～55歳 （38.8±9.6）
性別	男性（名） 3 女性（名） 5
所属	大学病院精神科病棟（名） 2 総合病院精神科病棟（名） 2 単科精神科病院（名） 3 看護教育機関（名） 1
精神科看護経験年数（歳） （M±SD）	5～37年 （13±10.6）

ており、運営方法としては、最初の1時間で事例提供者が今回の事例と検討課題を発表し、参加者からの質疑に回答しながら事例像を明確にする。そして残りの1時間で事例に対するケア方法についてディスカッションを行い、最後に主催者の教員が今回のまとめを行い、事例提供者が感想を述べて終わるという形式である。

3. 対象者：看護実践学会の研究プロジェクトで、精神看護に関する事例検討会に事例提供者として参加したことがある8名の看護師とした（表1）。今回の対象者は、全員が精神科看護経験を5年以上有していた。対象者の当事例検討会における事例提供回数は、全員1回ずつであった。

4. データ収集方法：事例検討会に事例提供者として参加した対象者同士が、相互作用によってお互いの体験を引き出すことができるように、フォーカスグループインタビューの手法でデータを収集した。フォーカスグループインタビューでは、様々な視点を提供するために十分で無秩序やバラバラにならない対象者数について、1グループ6人が最適であると言われている³⁾。そこで、事例提供者8人を参加可能な日時で2グループに分け、1グループ4名でフォーカスグループインタビューを各1回ずつ実施した。1回のインタビューの所要時間は、約1時間であった。研究者は、研究対象者である事例提供者に対して「事例検討会に事例提供者として参加しての感想を聞かせてください」という問いかけで、インタビューガイド（①事例検討会に参加してよかったこと、②事例検討会に参加して異和感を感じたこと、③事例検討会でのアドバイスが実践の場で生かされているか、④事例検討会の運営において期待すること）に沿って自由に答えてもらった。インタビューの内容は、対象者の了承を得てICレコーダーに録音した。

5. データ分析方法：質的帰納的に分析した。逐語録に起こしたデータをコード化し、意味内容の類似性を基準に3段階のカテゴリー化を行った。カテゴリー化は、研究者間で検討を重ね、精神看護学を専門とする質的研究の研究者にスーパーバイズを受けながら行った。

6. 倫理的配慮：研究対象者には、文書と口頭で研究の趣旨を伝え、自由意思を尊重すること、参加拒否や途中辞退ができること、その際不利益は生じないこと、プライバシーが特定される恐れがないこと、研究目的以外にはデータは使用しないこと、データは研究者の責任で確実に保管され終了後はすみやかに廃棄することなどを保障し同意を得た。

結 果

データから抽出されたコードは110であった。このコードから、27のサブカテゴリーと9つのカテゴリー、4つの大カテゴリーが抽出された（表2）。以下、サブカテゴリーは〈 〉で、カテゴリーは《 》で、大カテゴリーは【 】で表記し、生データは太字で記述する。

事例提供者の体験には、《支持・共感が得られることによる安心感》《支持・共感が得られないことによる自己否定的な思い》という2つのカテゴリーから成る【メンバーからの支持・共感性に関する体験】と、《事例や自己に対する客観的な気づき》《事例提供にあたっての負担や緊張感》《期待する答えが得られないことによる落胆》という3つのカテゴリーから成る【事例を提供したことの評価】及び、《グループそのものに対する興味・関心》《グループに馴染めていないことによる異和感》という2つのカテゴリーから成る【グループ全体をとらえようとする体験】があった。さらにこれらの体験から事例提供者は、事例検討会をよりよいものにするために《事例提供者自身の心構え》《事例検討会の運営に対する要望》という2つカテゴリーから成る【より効果的な事例検討会の探究】を行っていた。

1. 【メンバーからの支持・共感性に関する体験】

1) 《支持・共感が得られることによる安心感》

事例提供者は、事例を提供した際〈自分たちのしてきたケアを認めてくれる〉と感じたときに安心感を体験していた。

（事例に対して）ほんとうにこれでよかったのかなってという思いがあったので、自分のやったことを提供して、自分のやったことを支持してもら

えて、間違いじゃなくて安心しました。あの場に
参加してて居心地がよかったし、話がしやすい雰
囲気でした（Aさん）

また、自分たちの思いやケアの実際を十分に理
解してもらえず〈満足できないなかでも共感めい
た反応があるとほっとする〉という体験も安心感
につながっていた。

あまりすっきりしなかったですね、やっぱり伝
わらないんやなって、で、どんどん深まっていく
なかで誰かが「ああ、そういう人なの、それはあ
るよね」ってちょっと共感めいた言葉があるとほ
っとしました（Bさん）

2）《支持・共感が得られないことによる自己
否定的な思い》

事例提供者は、事例を提供した際に〈自分たち
の思いが分かってもらえない〉という体験をする
こともあった。

細かいニュアンスとかなかなか伝わらなくて、
ああ一違う風に受け取るとるなとか、あ一違うの
になとか、なんか結構分かってくれなかったなと
いう思いはありました（Cさん）

また、事例提供者の苦労に対して支持・共感が
得られず〈一方的に責められるような感じがある〉
という体験もあった。

一方的にあの、自分が責められているような感
じをすごく受けて、ああ私ダメなんやなとかって
いう感じがすごくありました（Dさん）

自分たちの思いが分かてもらえないという体
験や、一方的に責められるような感じがあるとい
う体験は、〈自分たちがひねくれているのではな
いかと自責的になる〉という自己否定的な思いに
つながっていた。

精神の事例検討会に出しても分かてもらえな
いというのは、自分考えがひねくれているのかな
とか、自分を責める気持ちになりました。だって、
事例検討会出して検討してもらえてすごくよかつ
たっていう話を聞くと、よく思わなかった私達っ
て、自分たちの考えがまずいのかな、とか素直じ
ゃないのかなって（Bさん）

2. 【事例を提供したことの評価】

1）《事例や自己に対する客観的な気づき》

事例提供者は、事例を提供したことによって〈多
様な意見が聞けて事例を客観的に見れるようになる〉
という体験をしていた。職場内のスタッフだけ
で事例を検討すると、偏った見方になることも
あるが、事例検討会では職場や職域を越えて様々
な立場の人々と意見をやりとりすることで、事例

を客観的にみることができるようになっていた。

どうしても現場のナースだけで見ると、偏った
方向でしか見れなくなって、その人に対する全体
像っていうのも偏ってくるんですよね。でも全然
違う立場の人からぼんと疑問を投げかけられたり
すると、それでまた考え直すっていうか（Aさん）

そして、このような意見のやりとりを経て、事
例提供者は〈具体的なケアの方向性に気づく〉と
いう体験をしていた。

たとえ行く方向が同じ（事例検討会で得た意見
と、自分たちの考えが同じ）であっても、いろん
な選択肢を考えたいうでやっぱりこれっていう、
これしかないっていう方向を決めるにしても、流
れていくのとちゃんと客観的にケアの方向を決め
るのとでは違うかなって思う（Aさん）

また、事例検討会で検討したことによって、次
に同じような事例をケアする際に役立つという〈事
例検討会で得たものがケアにつながる〉体験もし
ていた。

いろんなケアの選択肢が出されて、そのなかに
患者さんをお散歩に誘って、お寺巡りとかスケッ
チとかいったかわりはどうですか、って言うよ
うな具体的なものもあってすごく印象に残ってる
（Dさん）

ところで、事例検討会で事例を提供することの
効果としては、検討会の場で事例に対する気づき
が深まるということのみならず、検討に出すため
に事前に〈事例をまとめることで事例の全体像が
再発見できる〉という効果もあった。

病棟でやってるカンファレンスだと今起こって
る現象だけだけど、事例検討会だと提供するにあ
たって、調べるでしょ、過去にさかのぼって。事
例を提供するという形で振り返るっていう、いろ
んな情報をとりなおしたり、相手に伝えるって
いう意味で振り返ったりもう一度見直すっていう
意味ではすごく勉強になったし、彼女（事例）のこ
とも再発見することができた（Cさん）

また、現場では日々の多忙な業務により、立ち
止まって事例の理解やケアのあり方を検討したり、
自分たちの思いを語り合ったりする機会は少ない
ため、事例検討会に参加して〈語りの場を必要と
している自分に気づく〉という自己理解につなが
る体験もあった。

話せる場が、なんかこう（事例検討会の場で）
話してたら、自分って結構話したいほうなんやな
ってというのが。あっ、意外としゃべったなって、
結構言わずにはいられないんやなってというのが自

分では（Eさん）

自己理解としては、現場でケアに行き詰っていることによって〈否定的な思考になっていた自分に気づく〉という体験もしていた。

事例検討会に出るまでは、もう病気だから仕方ないってあきらめの気持ちが強かったのが、ちゃんと病状も評価してなかったし、なんというか病気が治らないっていうイメージから抜け出せなかったなっていうのは気づかされたと思う（Fさん）

2）《事例提供にあたっての負担や緊張感》

事例提供者は、事例を提供するにあたり事前の準備として事例の概要を紙面にまとめる必要があるが、この作業には全体像の再発見につながるという効果がある一方で、〈提供する事例をまとめる作業に労力がかかる〉という負担にもなっていた。

事例を選んで資料をまとめるまでにだいたい日数をかけて、提供するまでに労力がかかりますね。労力やストレスがかからないで事例を提供できればいいんですけど（Eさん）

また、実際の事例検討会の中では〈事例を提供する際に緊張する〉という体験をしていた。

やっぱ、最初の提供するときってどきどきしますよね。何言われるかしらっていう不安はあるよね。なんか（舌を）嚙んでしまっって流暢に読めないというか（Gさん）

3）《期待する答えが得られないことによる落胆》

精神看護の事例検討会では、他領域の事例検討会に比べて取り扱う事例の問題が複雑であり、解決の糸口が用意に見出せないことから〈精神の事例検討は取り掛かり口を見つける作業が難しい〉という体験をしていた。

一般科のほうはとっかかりは分かりやすいし、流れも明示できるし、1－2回くらい参加すればこんな流れが始まって、結果的にこういう部分を確認しあたって、まあ分かるわけやけど、精神の事例検討会やったらとっかかりどこから入るか、それも分からんわけやから。そういう作業するだけで結構時間かかるし、本当に確認しなければならぬところっていうのが、どうしても一般科よりも精神のほうで薄くなってしまう。情報を肉付けしていくような作業から始まって、じゃあ問題に入りましようってときに、もう半分疲れきってる（Hさん）

また、事例検討会で具体的なケアのあり方が話し合われることを期待したが、実際には〈教科書的な意見が多く期待するようなアドバイスが得ら

れない〉という体験もあった。

具体的にどうってところはなかなか出てこなかったかな。教科書に書いてあるようなことはだいたい皆さん言ってくれるんですけど、じゃあ、このケースの場合どうすればよかったのかなっていうのが結局分からなかったな（Cさん）

さらに、様々な意見が出されたが、事例検討会で提供される事例は対応困難な状況に陥っている場合が多いため〈現場ではなかなか一足飛びに解決しない〉という思いを抱いていた。

対応困難な人の事例ばかり結構出てきとるから、やっぱり一足飛びにできんところがあるからねえ（Hさん）

3. 【グループ全体をとらえようとする体験】

1）《グループそのものに対する興味・関心》

事例提供者は、事例検討会というグループに参加しディスカッションをするなかで〈仕事のしがらみがなく意見が言いやすい〉という体験をしていた。職場で行うカンファレンスの雰囲気とは異なって、グループのメンバー同士が対等な関係であり、忌憚なく意見を述べるができるという体験であった。

事例検討会、始めて行った場所やったし、みんな初対面だったし、提供するまではちゃんと話せるかなって思ってたけど、話し出したら結構話せたし、意見は言いやすかったかなって。たぶん、仕事のしがらみがないので、病棟単位とか病院とかいうんじゃないかって、あんまりそういった上下関係とかもないし、そういう意味では意見がいいやすかったかな（Aさん）

また、事例検討会の回数を重ねていくと、それぞれの参加者の特徴がつかめるようになって、〈グループのなかでの各参加者の役割が見出せる〉ようになっていたりしていた。

（事例検討会の）回数を重ねてくると、何を言いたいのが分かるとか、考えの癖とか分かり出すじゃないですか。この人は、この分野が得意やとか、グループを引っ張ってってくれる人やとか、出た意見に意味づけをしてくれる人やとか（Bさん）

事例検討会の回数を重ねることで各参加者の役割が見えてくるようになるとともに、〈回数を重ねていくごとにグループが成熟する〉という感も体験していた。

回数重ねていくごとに意見も出しやすくなるし、こういう意見を出してあげたらいいんやなっていうのもつかめてくる（Hさん）

このように、事例提供者は〈グループダイナミクスに対する興味・関心〉を持って事例検討会に参加していた。

患者さんのことを検討するだけでなく、あの場で、グループで何が起きているかっていうか、グループのダイナミクスっていうか、そういうのにも結構関心をもって参加してます（Eさん）

2)《グループに馴染めていないことによる異和感》

事例検討会は、回数を重ねていくごとに成熟していくが、グループに馴染むことができていなかったり、批判的な意見が多かったりすると、事例提供者は〈グループの雰囲気がかめず戸惑う〉という体験をし、自由な発言ができない状況になっていた。

（事例検討会を）どんなふうに進捗していくとか、どんな風な雰囲気だとか知らなかったのも、その辺で戸惑ったところはあったかな。ここで言

っていいの、ここは受け止めておいたほうがいいのかとか、そういうところで戸惑ったから、あえて自分は意見言わんといろんな人の意見を聞いていました（Cさん）

また、このような状況では、他者の意見に〈異和感を感じても反論できない〉ため、事例提供したことに対して不全感が蓄積されていた。

（事例検討会の）場の雰囲気ってというのが、緊張感が強くて、思っとなことを何でも言えるという感じではなかったかな。そんなことは知ってるし、いつもしてるよとか言いたかったけど言えなかった。こうしたらいんじゃないってという意見に反論できなかったのが不全感がたまったのかな（Bさん）

4. 【より効果的な事例検討会の探究】

1)《事例提供者自身の心構え》

事例検討会をより効果的なものにするためには、事例提供者として参加する際、〈参加者に分かっ

表2 事例提供者の体験とより効果的な事例検討会のあり方

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
メンバーからの支持・共感性に関する体験	支持・共感が得られることによる安心感	自分たちのしてきたケアを認めてくれる 満足できないなかでも共感めいた反応があるとほっとする
	支持・共感が得られないことによる自己否定的な思い	自分たちの思いが分かってももらえない 一方的に責められるような感じがある 自分たちがひねくれているのではないかと自責的になる
事例を提供したことの評価	事例や自己に対する客観的な気づき	多様な意見が聞けて事例を客観的に見れるようになる 具体的なケアの方向性に気づく 事例検討会で得たものがケアにつながる 事例をまとめることで事例の全体像が再発見できる 語りの場を必要としている自分に気づく 否定的な思考になっていた自分に気づく
	事例提供にあたっての負担や緊張感	提供する事例をまとめる作業に労力がかかる 事例を提供する際に緊張する
	期待する答えが得られないことによる落胆	精神の事例検討は取り掛かり口を見つける作業が難しい 教科書的な意見が多く期待するようなアドバイスが得られない 現場ではなかなか一足飛びに解決しない
グループ全体をとらえようとする体験	グループそのものに対する興味・関心	仕事のしがらみがなく意見が言いやすい グループのなかでの各参加者の役割が見出せる 回数を重ねていくごとにグループが成熟する グループダイナミクスに対する興味・関心がある
	グループに馴染めていないことによる異和感	グループの雰囲気がつかめないと戸惑う 異和感を感じても反論できない
より効果的な事例検討会の探究	事例提供者自身の心構え	参加者に分かってもらえるようにプレゼンテーションを工夫する 異和感に感じたことや疑問に思ったことなどを自由に発言する
	事例検討会の運営に対する要望	意見を吸い上げ膨らませてくれる司会者がほしい 事例検討後の事例の経過を報告する機会がほしい 精神力的な視点でのディスカッションや具体的な意見がほしい

てもらえるようにプレゼンテーションを工夫する）ことが必要である。

職場でするカンファレンスだと、情報がもう皆さんほとんど共有してるっていうのもあるけど、ここ（事例検討会）は、患者さんを実際見ないで紙面からの情報なので、それをいかに分かってもらうか、いかに伝えるかが求められるかな（Cさん）

また、事例提供者は実際に事例を日々看護しているが、事例検討会の参加者は紙面の情報だけで発言するため、事例提供者の立場からみるとその発言に異和感を体験する場合もある。そのような時、〈異和感に感じたことや疑問に思ったことなどを自由に発言する〉ことが、事例検討会をより効果的なものにするために重要である。

グループに参加してるひとりひとりが本当に忌憚なく意見出し合うことが大切ですね（Bさん）

2) 《事例検討会の運営に対する要望》

事例提供者は、提供した事例に対して参考になる意見が出された際に、その〈意見を吸い上げ膨らませてくれる司会者がほしい〉と考えていた。

せっかくいい意見出て、意見膨らませてほしいなと思って、それ誰も吸い上げてくれなかったら、またここで全然違う意見が出たりして、あれ？って感じになるので、司会者さんがほしいよね（Bさん）

また、事例提供者は提供した事例についての〈精神力動的な視点でのディスカッションや具体的な意見がほしい〉と考えていた。

（事例の）問題行動の意味をディスカッションしてほしかった、なんで（他人のものを）収集するんだろうねとか、そういう心の現れが収集になっているんだよねってところでディスカッションしてほしかったですね。それと、教科書的な意見じゃなくて、明日からそれやってみようか、ってというような具体的な意見があればいいですね（Bさん）

さらに、事例提供者は検討会で出されたケアの方向性を受けて、実際に事例がどのように変化したかなど〈事例検討後の事例の経過を報告する機会がほしい〉という思いを持っていた。

自分の病院が事例提供させてもらった場合には、次の月の検討会にでもいいわ、患者さんの変化っていうか、スタッフ側のかかわりがどのように変わってきたかっていうのを報告したいなっていうのがあり、他の病院の事例もどんな風が変わったのかなっていうのが興味あります（Gさん）

考 察

本研究結果から、事例提供者は事例検討会というグループのなかで、メンバーとの相互作用によって様々な体験をしていることが明らかになった。ここでは、事例提供者の体験をグループダイナミクスの視点から考察し、より効果的な事例検討会にするための方略について述べる。

1. グループの影響を受ける事例提供者の体験

事例提供者の体験には、相反する様々な思いがあった。【メンバーからの支持・共感性に関する体験】では、メンバーからの支持・共感が得られたことによって安心した一方で、それが得られずに自己否定的になっていた。また、【事例を提供したことの評価】では、事例や自己に対する客観的な気づきが深まった一方で、事例提供の際の負担・緊張感があつたり、期待するような答えが得られなかったときの落胆を体験したりしていた。

事例提供者は、事例のケアに行き詰っていたり、提供に際して緊張していたりするなどといったように、精神的に余裕があまりない状態にあると考えられる。つまり、事例提供者自身がケアの必要な状態にあるといえる。そのため事例提供者は、メンバーからの支持・共感が得られた場合には、事例検討会の場での居心地が良くなり、話がしやすい雰囲気を経験していた。また、事例提供者に受容と共感を示すことによって、気づきを促したり事例提供者が自己の問題を明確にすることを助ける¹⁾といわれているように、メンバーからの支持・共感は、事例に対する困難感や無力感などを緩和することができ、事例や自己に対する客観的な気づきにもつながっていた。

事例に対する客観的な気づきは、事例に対する全体像の把握やケアの新たな可能性の発見のみならず、事例提供者自身の自己洞察も導いていた。現場の看護師は事例に対して日常的に最も近い立場で関与しているため、状況に巻き込まれ偏った捉え方になることもあるが、事例検討会の場で投げかけられた質問や示唆によって事例の全体像を捉え直すきっかけとなったり、偏った見方になっていた自分自身に気づいたりしていた。金田⁴⁾は、グループの効果として、集団の相互作用を活用して、悩みをお互いに出し合い、参加者同士が問題を理解し分かち合い、相互に問題の理解を深め、参加者各自が自分の問題の理解を深めることをあげている。事例提供者は、事例検討会のグループのなかで参加者との相互作用によって、事例を客観的に見るができるようになり、自分自身の

問題にも気づくことができるようになったことが考えられる。また、そのような相互作用に支えられて、事例検討会のなかで自由に語ることができたとき、自分の思いを人に語ることの効果を体験したのだといえよう。

一方、メンバーからの支持・共感が得られなかった場合には、自分が責められているような体験や自分がひねくれているのではないかという自己否定的な思いを抱いていた。このような自責的な思いは、抑うつ的な思考であり、土居⁵⁾は、抑うつを一体感の喪失の結果起きた反応であるとしている。事例提供者は、事例検討会というグループに調和し一体化しようとする姿勢で臨んでいたが、その時に必要としていた支持・共感という形でメンバーからのケアを受けることができなかったことにより、グループとの一体感を喪失し抑うつ的な思考になったのではないだろうか。さらに、グループのなかでの一体感や居場所を見失った事例提供者は、事例検討会で期待する答えが得られないことに対して落胆を体験することになった。小谷野¹⁾の報告においても、「状況を察してくれない」「伝わらない」という感覚は、事例提供者に行き詰まり感をもたらしことや、正論や理想論の提案は、事例提供者を無力感に陥らせやすいことが述べられている。このような落胆や行き詰まり感、事例提供者が提供前に抱いていた事例に対する困難さや無力感を一層強めることになり、対応困難な事例だから現場では一足飛びに解決しないという思考を生じさせ、事例提供にあたっての負担や緊張感を強めることになったのではないかと考えられる。

このように事例提供者は、グループの影響を受けており、【グループ全体を捉えようとする体験】をしていた。またグループへの関心は、各事例提供者の体験がポジティブなものであってもネガティブなものであっても共通して抱く体験であった。本研究に取り組んだ時点では、本学での事例検討会が端緒を開いたばかりであり、グループが未成熟であったため、異和感を感じても反論できなかったり、自由に意見の言いにくい状況であった。しかし、今後回数を重ねていくごとにひとりひとりのメンバーの特徴やグループ内での役割が見えてくることや、メンバー同士の相互信頼が形成されることなどにより、グループが成熟するという考えも語られていた。このような、グループから受ける影響やグループにおける各人の役割意識に対する視点は、日常的な看護実践のなかで患者同

士の関係性や患者と看護師の相互作用を意識したり、グループ療法を実践したりする機会が多い精神科看護師の有力な実践知に裏打ちされたものであり、メンバーが精神看護の専門家集団であるからこそ抽出された視点ではないかと考えられる。事例検討会における司会者の役割として、会で起きていることを集団力動に基づいて理解することの重要性が報告されている²⁾が、本研究結果からは、事例提供者も事例検討会の場にグループの一員として存在しているという意識をもち、一個人としての体験に留まらず、メンバー間の相互作用やそれによって創られているグループの全体としての体験を捉えるという集団力動の視点に基づいて自らの体験を吟味していたことが明らかにされたといえよう。

2. より効果的な事例検討会にするための方略

事例提供者は、事例検討会に参加するなかで【より効果的な事例検討会のあり方の探究】をしていた。具体的には、事例提供者自身の心構えとして、参加者に分かってもらえるようにプレゼンテーションを工夫することや自由に発言することの必要性が提示され、また、事例検討会の運営に対する要望として、意見を吸い上げ膨らませてくれる司会者がほしいという結果が提示された。これは、自分たちの思いが分ってもらえないと感じたことや、グループに馴染めていないことによって、事例検討会で異和感を感じるようなことがあっても反論できなかった体験から導き出されたものであると考えられる。そのため、運営者としてはグループにおいて事例提供者の思いが十分に表出されるような働きかけを行うことや自由な意見交換が促進されるようにグループの安全な場づくりを行うことが重要であるといえる。事例検討会では、個人の感情や無意識、集団力動などが扱われるがゆえに、安心して意見交換ができて、感情が表出できて、それを認め合ったうえで問題をとらえ直すことができる受容的な守られた場が必要²⁾と言われている。このような、事例提供者が自分自身の感情を率直に表現できるような安心感や安全感が保障された雰囲気をメンバー全体で創っていくとともに、事例提供者もまた、アサーティブに自らの体験を表現したり、メンバーに理解してもらえるようにプレゼンテーションをしたりする姿勢が求められているといえる。すなわち、メンバーは正論や理想論で追求するのではなく、まずは事例提供者の困難感や無力感に共感的理解を示し、そして事例提供者が自ら建設的な答えを見出せる

ような投げかけをしたり、現場で活用できるような具体的な助言をしたり、患者理解に精神力動的な視点でディスカッションをしたりすることが重要である。また、事例提供者はそのなかで掘り起こされていく患者像や自らの感情を捉え率直に発言し、ディスカッションを深めていくことが重要である。このように、グループ全体でサポートし合え、事例提供者もメンバーもが忌憚なくディスカッションできるようなグループに成熟したとき、事例提供者は自己否定的な思いや事例提供に際しての負担、事例に対する困難感や無力感を体験することが少なくなると考えられる。

また、グループでは、人は無意識のうちに自分の使い慣れた人間関係のパターンを用いようとし、社会での対人関係が再現される⁶⁾といわれているように、回数を重ねていくと、ひとりひとりのメンバーの特徴が事例検討会というグループの場においても如実に現れてくると考えられる。そのように現れてきたひとりひとりの持ち味が暗黙のうちにグループで共有され、うまくグループ運営に生かされると、事例検討会のなかで個々のメンバーの役割が見出され、運営者に頼らなくても事例検討会が自立したセルフヘルプグループとして機能するのではないだろうか。事例検討会は、コンサルテーションの場であるにとどまらず、セルフヘルプグループの機能とも共通する¹⁾といわれている。このように、事例検討会がグループとして成熟し、セルフヘルプグループとしての機能を強化していくことによって、運営者への要望も少なくなり、運営者はグループの主体性を支え、迷ったり行き詰ったりしたときにそっと方向付けるという黒子的なサポートのみで、効果的な事例検討会を行うことができるようになるのではないかと考える。

一方、事例提供者の要望に、事例検討会でディスカッションした事例の経過を報告する機会がほしいという意見があった。このことは、事例検討会での検討内容を実践の場でどのように活用したのかを参加者に報告する機会を持つことの必要性や、事例検討会の継続を希望する思いであると考えられる。今後も、事例検討会が看護師のコンサルテーションおよびセルフヘルプの場として継続し、発展していくようメンバー全体で創っていくことが重要であるといえよう。

研究の限界と今後の課題

本研究は、事例検討会が発足してからの事例提

供者8名の体験のみのデータであり、研究対象者数やデータ収集方法などから一般化には限界がある。また、より効果的な事例検討会のあり方を導き出すためには、事例提供者のみならず、事例検討会に参加している全メンバーを対象とした研究も必要である。今後は、異なる視点での検討を行ったり、本研究結果を実際の事例検討会にフィードバックし、縦断的に追跡していくことも必要である。

謝 辞

本研究を実施するに当たり、ご協力くださいました対象者の皆様に深く御礼申し上げます。また、精神看護事例検討会にご参加いただき、精神看護実践の向上のために協働してくださっているメンバーの皆様に深く御礼申し上げます。

文 献

- 1) 小谷野康子, 日下和代, 熊地美枝, 他: 精神科看護領域における事例提供という体験の構造, 日本精神保健看護学会誌, 14(1), 53-62, 2005
- 2) 青木典子, 新田和子, 梶本市子: 精神科看護領域における事例検討会の司会の技術, 高知女子大学看護学部紀要, 53, 1-10, 2004
- 3) I. Holloway, S. Wheeler: 野口美和子監訳, ナースのための質的研究入門, 医学書院, 東京, 2006
- 4) 金田迪代: 精神分裂病者の家族学習会・家族会援助についての考察, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 3, 61-69, 1996
- 5) 土居健郎: 日常語の精神医学, 医学書院, 東京, 1994
- 6) 武井麻子: グループという方法, 医学書院, 東京, 2002

第5回看護実践学会学術集会

シンポジウム

「チーム医療におけるそれぞれの役割」

コーディネーター 河村 一海（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
中野真由美（石川県立中央病院）

医療の質や安全性の向上、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大に対応するため、「チーム医療」が医療現場で実践されている。本シンポジウムにおいては、チーム医療を実践して行くにあたり「臨床看護師としての役割が見えてくる」ことをねらいに、5名のシンポジストにそれぞれの立場からチーム医療の考え方や役割と課題などを実践を交えて発言して頂いた。

長憲二氏は患者の立場から、御自身の体験の中から忘れられない嬉しかった医師や看護師の言動について、また患者はいつも不安であることなどを話された。そして、患者に対して寄り添いたいと思う気持ち、思いやり、笑顔を大切にしてほしいと提案された。

伴登宏行氏（石川県立中央病院）は、医師の立場から発言された。日本の外科医は診断から緩和ケアまでこなすスーパードクターである。多くのスタッフの協力で診療を行っているが、各スタッフがプロとして判断し、自分の責任で自分の役割を自発的に行ってもらえないか、もっと権限の分散を図るシステムはないものかと提案された。

瀧元直樹氏（やわたメディカルセンター）は薬剤師の立場から発言された。薬剤師には薬剤治療のリスクマネージャーとしての役割を果たす事が期待されている。病棟常駐による薬剤師業務は医師や看護師から高く評価されているが、薬剤師の配置に関してはまだ十分とは言えない現状である。職種間でコミュニケーションを図りながら薬の専門家として業務の拡大を図っていくこと、また、チーム医療は薬剤師の活躍の場を広げる場であり職能や力量を問われる場でもあるので、なにもイベントが起らないことが薬剤師として最高の評価と考え、業務に取り組むことが重要と考えるとのことであった。

向井孝子氏（浅ノ川総合病院）は退院調整看護師の立場から発言された。退院支援・調整は医師からの退院許可がないと進めないのが現状であり、在宅医・訪問看護師・ケアマネージャーなど患者

の日常生活の支援者にも十分な準備期間が提供できていないと問題提起された。向井氏は打開策として経験の中から入院診療計画書の活用を提案している。チーム医療の課題としてチームメンバーが在宅療養のイメージを共通理解できるようになること、看護師には医師を含めたチーム全体を巻き込む力が必要であると発言された。

尾角裕美氏（金沢医療センター）は医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の立場から発言された。MSWは医療職種と連携・協働し、患者と家族の生活と気持ちの両面から支援しているが「誰のための何のための連携か」ということが重要である。プライバシーを保持しながら、それぞれの職種の専門性を活かした情報提供を行うこと、所属機関内での連携強化のためにカンファレンスに参加すること、地域との連携強化のために話し合うことを課題としたいと提言された。

各シンポジストの取り組みや課題・提案を受けて会場からは以下の質問や意見があった。

退院調整をしていく上で組織として検討会があるのか、医師とともにカンファレンスといっても実際には医師が多忙で同席できないことが多いのではないかと、退院調整看護師として実績を積み上げていくことで組織内で認められるようになった、看護師の専門性として患者の日常生活に対して看護師の権限を拡大して行ってもよいのではないかと、個人では限界があるので組織の中で仕組みとして定着させていくことが必要ではないかなどであった。

最後に、指定発言をお願いしていた石垣靖子先生からは、退院計画は入院した日から始まる。シートを使用し、どの職種からでも患者が見えるようなシステムを構築しておくなど組織的な動きをすることが必要である。医師の指示を待つのではなく管理者は看護師の仕事として裁量権を発揮できるような環境を整えることが必要との発言をいただいた。

「医師の立場から」

伴登 宏行（石川県立中央病院 消化器外科）

最近の医療の進歩は著しい。それに伴い、専門化、細分化も急速に進んでいる。私は大腸外科を専門にしているが、私の経験をもとにチーム医療の現状、今後の要望を述べたい。

日本の外科医は診断、手術、抗がん剤治療、緩和ケアまでこなすスーパードクターである。外国では外科医がこんな多くの役割を担っていると言っても、信じてもらえない。しかし、個人的にはトータルに患者に向き合うという点では気に入っている。

私も以前は大腸内視鏡を中心にかなり内視鏡検査を行ってきた。日本消化器内視鏡学会の指導医でもある。しかし拡大内視鏡、特殊光観察により微細ながんが見つかるようになった。小腸内視鏡やカプセル内視鏡で小腸の観察が行えるようになった。内視鏡粘膜下層剥離術による広範囲のがんの切除も可能になった。これらは専門家として精進しなくてはならず、診断の分野からは撤退した。

大腸がんの手術においては、腹腔鏡下手術を第一選択に行っている。これは傷が小さく、痛みが少ないため、患者さんに優しい手術である。光学系や器具の進歩により、開腹手術よりも繊細な操作が行え、出血量が減少し、確実な神経温存が行える。しかし精密な機器を用いるため、そのメン

テナンスには臨床工学士の役割は非常に重要である。手術室ナースは繊細な腹腔鏡用手術器具の取り扱いに精通しなければならない。

抗がん剤治療も進歩している。ほんの15年前までは大腸がんは抗がん剤が効かないがんの代表であった。しかし、今は新たな抗がん剤が次々に出現し、もっとも注目されている。生存期間が延長し、抗がん剤治療を受ける患者数が増え、専門の化学療法室が必要となった。副作用も吐き気、嘔吐、骨髄抑制などの典型的なものに加え、皮膚障害などきめ細かい対処が必要なものが増えて来た。

緩和ケアについてもオピオイドによる疼痛緩和だけでなく、全人的なサポートが必要で精神科医の協力も必要である。さらに在宅緩和ケアの導入も積極的に行っており、開業医との連携も綿密にしなければならない。

このように多くのスタッフの協力で診療を行っているが、主治医がすべてに目が行き届く訳がなく、かといって頻回のカンファレンスも不可能である。各スタッフがプロとして判断し、自分の責任で自分の役割を自発的に行ってもらえると非常に助かる。責任は最終的に主治医が取るので、もっと権限の分散を図るシステムはないものであろうか。

「薬剤師が担うチーム医療について」

瀧元 直樹（やわたメディカルセンター 医療安全推進室）

病院薬剤師がチーム医療の中で担う役割を、当院の事例を交えて以下のように紹介させていただきました。

病院薬剤師の業務において、その「種類」「量」「質」は激変しており、今から46年前（1965年）の「調剤業務」を中心とした薬局内での外来患者様に対する業務から、その25年後（1990年）には、「薬剤管理指導業務」といった入院患者様に対する業務に変化し、その10年後（2000年）には医療事故防止への貢献、また、近年では「チーム医療への貢献」に対し期待されるようになりました。医療が高度、多様化するなかで、「複数の職種が」

チームとなって連携して医療を行う「チーム医療」が非常に重要となっています。安全で良質な医療を、効率よく提供するために、さまざまな観点からその専門性を発揮して積極的に関わることが求められています。そのなかで薬剤師は、薬物治療のリスクマネージャーとしての役割を果たすことが期待されています。

昨今、病棟において薬剤師が「常駐」して業務を行っていることについては特に医師、看護師からは評価されていますが、当院も含め全ての施設において十分に配置されているとはいえないのが現状であります。そのため、施設によっては、薬

剤師の人員不足等により本来薬剤師の行うべき業務である注射薬の混合、副作用のチェック、その他薬剤の管理全般についても、医師や看護師に協力をえている場合も多々あります。様々な施設環境の中でも、職種間で十分なコミュニケーションをはかりながら、少しでも薬の専門家として貢献できるよう前向きに「業務の拡大」を図っていくことが重要と考えます。

ここで、「チーム医療」として当院が取り組んできた代表的な業務をいくつか紹介します。

抗がん剤の調整にあたっては、安全キャビネットの中で薬剤師によって実施されることが推奨されています。薬剤師が、抗がん剤を安全キャビネット内で適切な器具を用いて無菌調整することで、医師や看護師の抗がん剤からの被爆による健康被害を防止することができます。

当院でも、平成16年に化学療法に携わる看護師からの要望があったことをきっかけに取り組みを開始しており、現在では、抗がん剤のみではなく生物学的製剤の調整も薬剤師が協力して行なっています。埼玉県某医療機関において、2000年10月、女性に対し医師が抗がん剤のビンクリスチンを1週間量と1日量を誤って投与し、その女性が死亡するという事故が発生しています。抗がん剤治療においては、「投与計画」「投与量」「薬剤の取り揃え」の監査が重要であることから、当院では電子カルテの導入をきっかけに、関係職種が何度も打合せを行い、コンピューターでの管理システムを構築した上で安全管理を徹底しています。

次に、皆様も良くご存知のように、「メトトレキサートの過剰投与」という重大な医療事故が発生し、それ以来、薬剤師による持参薬の管理に大きな注目が当たるようになりました。多くの患者

様が持参薬を有しており、また、新薬や後発品の導入により情報が複雑化していることもあり、入院時に薬剤師が患者様の「持参薬の錠剤鑑別」を行い、その情報を的確に医師、看護師に伝えることは、医薬品の適正使用および安全確保のために非常に重要なことであります。

当院でも、入院患者様が他院処方薬を持参された場合、全例、看護師の依頼によって薬剤師が錠剤鑑別を行なってきました。一旦患者様が病棟に上がった後、看護師が鑑別記録用紙を発生させ、薬剤師に依頼する。という流れであったため、看護師の業務負担が多く発生していました。しかし、昨年10月末からは予定入院の患者様に対して、薬剤師が外来専用窓口である入院サービスセンターで面談を実施し、自発的に錠剤鑑別を行なうことで業務の効率化が図ることができました。また、お薬の自己管理レベルの評価もこの時点で実施することが可能となりました。昨年10月末より入院サービスセンターでの面談を開始し順調に運用が進んでいます。しかし、全入院患者数のうち錠剤鑑別に関わっているのはその半数強で、今後は“緊急入院患者様への関わり”についても検討課題であります。

最後に、チーム医療はその「評価」が重要となります。チーム医療は薬剤師の活躍の場を広げると同時に、職能や力量を問われる場でもあります。その評価は「医師、看護師等の負担軽減の度合い」や、「患者の安全確保」などから得られます。各々の医療機関において、“何も医療事故が起こらないことが薬剤師の目指す最高の評価である”ということを心に秘め、業務に取り組むことが重要と考えています。

「退院調整看護師の立場から」

向井 孝子（浅ノ川総合病院）

チーム医療とは、「病院内の多職種が協働し、患者中心の医療を実現するために治療やケアサポートを進めていくこと」と言われている。

病棟看護師は患者の状態より退院の時期と判断するが、主治医から退院許可が出ない限り、患者・家族に対して退院支援・調整を進める事ができず、医師中心となっている現実である。入院早期から

退院支援が滞り短期間の退院調整で、在宅医・訪問看護師・ケアマネジャーなどに十分な準備期間を提供できていない。

退院調整看護師が考えるチーム医療は、院内だけでなく、患者の生活面や精神面のニーズをサポートする在宅サービス関係者（在宅医・訪問看護師・ケアマネジャー・民生委員・地域包括支援

センター・ボランティアなど)、患者の日常生活を直接・間接的に支援する家族や友人なども含めた構成メンバーである。

入院治療により完治した退院は別であるが、退院後も治療が継続する場合、患者が病気や治療を理解し、生活の場で自立した症状管理や医療処置ができるようにする事が不可欠である。例えば、糖尿病の高齢患者が、インスリン注射の導入目的で入院した場合、自己注射の退院指導直後より、患者は「こんな注射は一人でできない。家族もいないので無理」と不安が出る。また、家族は「家では看れない」、患者は「家族に迷惑をかける」と自宅退院を諦めてしまう。問題解決には、病院での医療に「生活」を加えた視点に切り替え、何を優先し患者がどのような生活を送りたいか、その思いを共有し自己決定ができるように関わる事が重要である。この場合は、内服薬治療に変更し在宅療養継続のため在宅サービス（訪問看護等）を利用し、退院調整を行い自宅退院となる。また、終末期のがん患者やその家族が在宅で看取りを希望する退院調整は、チーム医療メンバー（院内・

院外）が、本人・家族の気持ちを把握し、退院前カンファレンスの開催と介護者の介護負担軽減を考慮したシンプルな医療処置等に変更後退院となる。

4年間の退院調整看護師の経験の中で一つの打開策として、入院時の入院診療計画書の利用を提案している。この用紙には、必ず入院期間が記されている。例えば、入院期間が14日間なら入院後7日目頃に、病棟看護師は主治医に退院時期の確認をする事を勧めている。もちろん、当院には、入院時から退院を見据えた医師もいることを付け加えたい。

今後の課題は、院内チーム医療メンバーが在宅療養のイメージの共通理解と、各々が専門性を発揮する力が不足している。特に、患者の身近にいる病棟看護師は入院早期より退院支援の有無をアセスメント、退院計画に反映し医師を含めたチーム医療全体を巻き込む力が必要である。退院調整看護師は、退院調整した患者に対して、外来診療録の内容や訪問看護師等からの報告により、退院調整が有効であったか評価・検討する必要がある。

「医療ソーシャルワーカーの立場から」

尾角 裕美（金沢医療センター医療ソーシャルワーカー）

平成18年度から、退院支援等に対する診療報酬の点数化に伴い医療が多職種によるチームで活動しないと質の高い医療の提供ができなくなっている。

医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）は、医療のなかで社会福祉学の専門的知識および技術に基づき関係機関と連携・協働し、患者と家族の生活（暮らし）と気持ちの両面で支援している。

平成22年度、金沢医療センターのMSWの業務統計では、事務職員も含め院内職員との連絡調整は38.4%、院外の関係機関との連絡調整は25.2%で合計63.6%となっており、患者・家族の相談36.1%と比較すると非常に多い状況となっている。（連絡調整に情報収集、情報提供、カンファレンス含む）

チーム医療といわれて久しいが、重要なことは関係職種が連携しチームで患者・家族を支援するときに「誰のための何のための連携か」ということである。チームでの情報共有だけが目的となっ

てしまっていることはないだろうか。チームのメンバーが自分たちの職種からみて、それぞれの専門性をいかしたアセスメントを提供しあい、患者・家族の希望に沿うようそれぞれの職種が役割を理解しながら患者・家族支援を行うことと考えている。ソーシャルワーカー含め、各職種が専門家としての見立てを多職種に提供し、患者・家族と協働して療養生活を支えて行くことが求められている。

今後の課題として、一つはMSWとしては患者・家族の相談にあたり、アセスメント力を向上させていくことと変化・多様化していく社会資源を適切に情報収集し、患者・家族が理解し、活用しやすい情報提供を行うことである。二つ目は所属機関内での連携の強化のため、カンファレンスの企画や参加である。多職種合同でのカンファレンスを行うことで多職種のアセスメントを理解したうえで患者・家族支援を行うことができる。三つ目は地域との連携の強化のため、地域のケアマネジ

ヤーや訪問看護師などとカンファレンスの企画や参加することが必要である。これらのカンファレンスは診療報酬上の理由だけではなく、患者・家族にとって今後の療養生活の支援に欠くことのできない話し合いである。

最後にソーシャルワーカーとしての課題は、地域との連携の窓口になることにより、患者・家族

のプライバシーの保持をどのように守っていくかということである。支援を受ける側にとってはチームが最小限の個人情報で支援してくれることを望んでいるからである。今後、プライバシー保護と情報提供のあり方は重要となってくると思われる。

第1群の座長をつとめて

浦 美奈子（石川県済生会金沢病院）

口演発表第1群の座長を勤めさせていただきました。

この群は3題のご発表でした。日常生活行動に焦点を当てたもの、医療安全に関するもの、治療に関する患者の心の問題と日常的に看護師が身近にしていることを研究的に取り組まれたもので、今後の看護に大いに参考となる内容であったと思います。

第1席 公立松任石川中央病院の南久美子さんの「廃用症候群による関節拘縮の緩和へのケア」についての研究は、日常のケアに継続した座位保持・手浴・マッサージを取り入れることで拘縮予防や緩和ケアの効果を明らかにし、特に高齢患者へのケア方法を提案することを目的に行われました。患者さんの状態は個性があり、同じように継続してケアしていくことが難しいと思います。ケアによる生体への影響がない状態でROMの改善をみたことは、座位保持・手浴・マッサージが日常的ケアとして効果的な方法のひとつである可能性があると考えられます。また目的とした内容以外にリラクゼーション効果があったことは、リハビリテーションだけではない、まさに看護の醍醐味であると思いました。

第2席 山中温泉医療センターの津田好美さんの研究は「転倒防止のための取り組み」ということで、危険予知活動の効果を活動の導入前後で比較検討したものでした。KYTは医療安全の観点

から職員のトレーニングとして取り入れている施設もあると思いますが、日常のケア計画に取り入れ、積極的にカンファレンスされたことが実践につながる試みとして参考となりました。転倒防止は完全に達成されることがなく、その対策に苦慮するものであり関心の高い内容であったと思います。

第3席 やわたメディカルセンターの国本鮎子さんの「生物学的製剤使用中の関節リウマチ患者が痛みと引き換えにもつ悩み」は疾患の特性から長期間の苦痛から開放される一方で経済的な負担や将来への不安から診療の継続を悩む現実に焦点を当てていました。病状や背景の違いから患者さんが抱える問題はさまざまですが、看護の対象となる方は病気が治ることへの期待だけではない苦悩が存在することを改めて認識する機会になったと思います。社会制度への提言もあり、会員への情報提供にもなりました。

全体を通して、活発な質疑応答となり有効な時間を持つことができたと思います。看護実践のためのケアの根拠や業務改善の結果を明らかにすることで、他施設でも活用できるケアの提案になるのだと思いました。また、患者さんの思いに沿っていくことを再認識する機会となったご発表でした。時間通り進行できましたことと、有意義な意見交換ができましたことを皆様に感謝いたします。

第2群の座長をつとめて

山下 博子（石川県立中央病院）

第2群口演3題の座長をつとめさせていただきました。

第4席「大学病院における高齢者の終末期ケアの現状と課題」（発表者 金沢医科大学病院 森垣こずえさん）は、急性期病棟での高齢者の終末期ケアの在り方を検討することを目的に実態調査を行った研究でした。高齢化社会に向けて、人生の最後をどのように迎えたいか、本人や家族の意思を尊重し、ケアを行う医療者の関わり方を示唆されたと思います。考察に、高齢者への支援を行うには、地域との連携の必要性が述べられていました。地域との連携を強化し、患者を支えることがまさに本学会のメインテーマである「魅力あるチーム医療と看護実践」だと感じました。今後、急性期病棟と地域との連携をますます深められることを期待しています。

第5席「脳卒中スケール（NIHSS）に対して看護師が感じる苦手意識の要因」（発表者 公立能登総合病院 鏑山静さん）は、NIHSSに対して看護師が苦手意識を持つ要因の調査と、評価訓練用DVDを独自に作成され、その効果を検討された研究でした。NIHSSは脳卒中神経学的重症度の評価スケールとして、広く利用されている評価法の

一つですが、質問紙調査した結果看護師全員が苦手と感じていました。その苦手意識を克服するため、評価訓練用DVDを作成され、効果をあげられたことに敬意を表します。今後、経験を積み重ねながら、苦手意識が軽減され、脳卒中急性期の症状変化を早期にとらえ、日々の看護実践へと生かされることを願っています。

第6席「緊急入院患者の退院先に関連する要因」（発表者 石川県立中央病院 北山玲子さん）は、救急病棟で作成した退院支援スクリーニングシートのチェック項目をもとに、退院先に関連する要因を明らかにされた研究でした。退院支援の取り組みが各々の施設で広まっている今日、救急病棟で取り組まれていることは意義深いと感じました。今後研究結果をふまえ、考察で述べられていたスクリーニングシートの検討や、開始時期などの見直しをされ様々な職種間と連携し、効果的な退院支援を実践されることを願っています。

3名の方のご発表と、会場からのご質問、ご意見を共有し有意義な時間でした。

最後に、今回座長の機会をいただいたことに感謝いたします。

第3群 学会企画：共同研究発表（口演）の座長をつとめて

表 志津子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

第3群は、看護実践学会の共同研究チーム（糖尿病ケア、褥瘡、看護管理、母子看護・助産ケア、精神看護）による研究発表5題でした。

第7席 糖尿病ケアに関する研究チームによる「在宅高齢糖尿病患者の低血糖に関わる実態－訪問看護師を対象としたアンケート調査より－」（発表者 浅野川総合病院 小川みゆきさん）は、北陸3県の訪問看護師82名を対象として、自宅での血糖管理が難しい高齢糖尿病患者の現状と課題について明らかにした研究でした。訪問看護師の約8割が、低血糖を直接見た、あるいは患者家族から聞いたと回答しており、在宅での低血糖の頻度が高いことが報告されました。一方患者・家族の

低血糖への知識や観察技術があるのは約2割前後で、訪問看護師は低血糖に関して、食事や薬、判断について相談をうけていました。高齢糖尿病患者や家族に対して、低血糖を予防する教育が重要であることが示唆されており、今後の看護に活かされるものと期待されます。

第8席 褥瘡に関する研究チーム「がん終末期患者の体圧分散マットレス選択のプロセス」（発表者 金沢大学附属病院 丸谷晃子さん）は、がん終末期の患者にマットレスの快適性、感触、満足度を聞き取り、褥瘡予防対策の視点から検討された研究でした。看護師が必要であると判断し体圧分散マットレス変更を提案した時期に、患者も

同意し変更が出来た場合と、患者の同意が得られず変更出来なかった場合について、マットレスの特徴と患者の意向をもとに報告されました。以前のマットレス使用時の不快感が終末期において有効な褥瘡予防に影響すること、症状を増大することなく安楽性・動きを支援できるマットレスの検討が必要と考察されており、今後研究を重ねることで、終末期がん患者の褥瘡予防対策に活かされると期待されます。

第9席 看護管理に関する研究チーム「他施設受け入れ卒後看護臨床研修評価についての報告」（発表者 金沢大学附属病院 角鹿睦子さん）は、新卒看護職員16人を6日間新人研修として受け入れた効果についての報告でした。開催時期や内容は、概ね良い評価が得られており、「自施設で体験できない知識や技術の指導を受ける機会になった」、「他施設の新卒看護師と交流やネットワークができた」など、中小規模の施設の新卒者が同時に研修を受ける意義のあることがわかります。受講生の所属施設の管理者からは、受講生が主体的に行動するようになった変化などが報告されました。課題としてあげられた研修効果の維持についても検討され、今後もこのような他施設間協働型の新人教育が継続・発展することが期待されます。

第10席 母子看護・助産ケアに関する研究チーム「不育症で治療を受ける妊婦が生児を得るまでに抱く思い」（発表者 金沢大学附属病院 杉本陽子さん）は、産後の語りから「治療が胎児の生命を託す命綱」であること、「生児を得るまで続

く胎児喪失不安」があること、「理解者の存在から生まれる心の支え」があることを明らかにされました。傷つきたくないという喜びや期待を抑制するストレスの中で治療を続ける様子が伝わる発表でした。今後、妊娠期、育時期それぞれの過程によりそう、交流の場や人的サポートが作られていくことを期待いたします。

第11席 精神看護に関する研究チーム「広汎性発達障害への効果的な看護」（発表者 石川県立看護大学 大江真吾さん）は、研修会で事例提供を行った4名の看護師に面接を行い、効果的な看護についてまとめられました。インタビューの結果から、コミュニケーション能力の障害から混乱を生じやすく関わりが難しい広汎性発達障害の方に対して、患者との「場の状況の距離を読む」こと、疾患の特徴を理解して「認知と行動の変容アプローチを行う」こと、「社会生活継続のための関わり」をチームで行うことの3つが重要であると報告されました。さらに調査対象者を増やして研究を深め、在宅生活の安定に繋がる広汎性発達障害患者への看護が確立されることが期待されます。

以上、5題の研究発表に対して、会場との活発な質疑応答が持ち時間を超えて行われ、学びのある有意義な研究発表時間となりました。発表者及び会場の皆様に、改めて感謝申し上げます。最後に、このような組織の枠を超えた共同研究チームによる研究が、今後ますます発展されますことを心より祈念いたします。

第4群 一般演題（示説）の座長を終えて

内村恵里子（石川県立中央病院）

今回の示説は6演題でした。第4群は「卒業前の多重課題演習プログラムの改善 – 急変した患者と同室者への対応が重なった演習について –」、「重症療養病棟看護師のモチベーション向上への取り組み」と「朝食を欠食する看護師への朝食習慣の動機付け」の3演題でした。

「卒業前の多重課題演習プログラムの改善 – 急変した患者と同室者への対応が重なった演習について –」は、国家試験から卒業式までの短期間にこれから臨床現場に送り出す看護学生の演習をとおして、できない不安ではなく自己の課題や行

動修正への働きかけとなるプログラムの報告の研究でした。図示された演習プログラムは、学生個別のフィードバックの状況がわかり、学生が卒業して看護師への成長を期待する教員の熱意を感じる報告でした。

「重症療養病棟看護師のモチベーション向上への取り組み」は、様々な診療科の医師と関わる必要が必要な病棟で、コミュニケーション不足から目標を共有することが困難な問題に対して、カンファレンスを充実させたことの結果を報告した研究でした。

会場の質問から新人看護師はほとんどおらず、経験のある看護師が多い病棟の特徴と確認でき、経験を問わず看護師が他職種と円滑なコミュニケーションをとることは、ストレスを軽減させるとアンケート結果より明らかにされていました。

「朝食を欠食する看護師への朝食習慣の動機付け」は、朝食欠食習慣の看護師に対して市販栄養補助食品の摂取を試みることで結果の報告の研究でした。

会場の質問で、対象看護師は半数以上に既婚者が含まれている現状が確認され、不規則な勤務体制で働く看護師は自分自身の健康管理は重要で、朝食を規則正しく摂る習慣の必要性を考える機会となった結果の報告でした。

午前の早い時間帯でしたが、ご発表いただいた発表者、共同研究者と会場にお越しいただいた皆様になごやかに進行させていただき有意義な時間を共有できたことに感謝申し上げます。

第5群 ポスターセッションの座長を終えて

岡田ふみ子（石川県立総合看護専門学校）

第5群は、午後の交流集会と同じ時間で始まったポスターセッション3演題でした。

4席「早産で母子分離となった母親への母乳育児支援の検討—母乳分泌量とEPDSとの関連から—」は、早産で母子分離となった場合母乳分泌量が減り、また、ストレスが母乳分泌量に影響するといわれていることから、その関連を調査したものでした。5席「癌化学療法時の口内ケアを予防するための看護師の関わり」は、癌化学療法前からの歯科受診と定期的な口腔ケア指導が口内炎発生期

間の短縮に有効かを実証したものでした。6席「造血幹細胞移植患者のリハビリテーションに対する思い—自己末梢血幹細胞移植を受けた2症例について—」は、リハビリテーションを効果的に実施できるよう支援するために患者の思いを調査したものでした。どれも現場ならではのテーマであり、参加者の関心も高く、活発な質疑応答がありました。看護職としての関わり、支援のあり方を示唆しつつ、今後の課題もみえてきたと述べており、さらなる研究に期待したいと思います。

交流集会

「認定看護師によるチーム医療」を担当して

人見由希子（石川県立中央病院 看護部）

「チーム医療の推進について」厚生労働省は、チーム医療推進に関する検討会で、医師と看護師などとの協働・連携のあり方について検討を行うことを目的に定義づけた。それは、チーム医療とは「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補充し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」である。また、そのことがガイドライン・プロトコルなどの活用した治療の標準化の浸透が基盤となること、そして患者・家族に質の高い医療・看護を行うためには、1人1人の医療スタッフの

専門性を高め、その専門性に委ねつつもチーム医療を通して再統合をしていく発想の展開が必要であると考え方を述べている。

今回交流会では、専門的知識を持ちチーム医療の調整役として活動している認定看護師に着眼し、2人の専任認定看護師の役割を通して、チーム医療のあり方について共に考えること、また、より質の高い医療・看護を提供するための「チーム医療」について会場の皆様と意見交換の場として、何か1つでも看護実践にプラスとなる手がかりを持ち帰れることを趣旨とした。

事例提供1では、乳がん皮膚転移で病巣から大

量の出血や浸出液が見られた入院患者に対して、出血・浸出液のコントロールを図り、退院に向けて支援をする中で、医師がリーダーシップを発揮することでよりチームが機能した事例の報告であった。ここでは、認定看護師が医師・薬剤師・病棟看護師・MSW・外来看護師と協働し、互いの専門性を発揮できるように環境を調整していくこと、信頼関係を築くためにコミュニケーションを図ることの大切さを主張した。情報提供2では、重症褥創を保有した認知症高齢者のケアを、主治医・看護師・褥創対策チーム・栄養サポートチームの連携に加えて、認知症認定看護師がさらに加わり、各々の専門性を高め連携したケースであった。同じ皮膚・排泄ケア認定看護師の専従ではあるが、専従であるポジションや認定看護師と言う役割モデルとしての強みを生かし、他分野の認定看護師と協働の重要性を主張した。

今回の交流会では、64名の参加があった。限られた時間の中で、後半では認定看護師が主となりチーム医療の調整を行うことができるのは何故だろうか、ということが求められるのか、患者・

家族を中心に質の高い医療・看護を行うには、認定看護師あるいは看護師1人1人がどのように関われば良いのか、まず何をする必要があるのか、調整において心がけていることは何なのか、調整において困難さを感じたケースがあるのか、それは何が問題となっているのか、意見交換の中で専従・病棟・外来で活躍している、いろいろな施設の認定看護師の調整の現状を共有することができた。

コミュニケーションの必要性和困難さ、個々の専門性を高めることの重要性、モチベーションを保ちながら1人1人自分の役割を明確化し、お互いに尊重する関係性が求められる。交流集会での意見交換を通して、1人1人がどう取り組むべきか、何が求められるのか考えさせられた内容であり、チーム医療の一員として看護の質の向上に繋がることを願っている。最後にたくさんの参加者の皆様に心から感謝し、お礼を申し上げるとともに、ファシリテーターの機会をいただきましたことに感謝している。

学会記事

1. 第5回看護実践学会学術集会並びに総会記事

学術集会事務局

石川県立中央病院

学術集会長挨拶

学術集会

日 時

メインテーマ 「魅力あるチーム医療と看護実践」

平成23年9月11日（日） 8:40-17:00

場 所

石川県立中央病院 健康教育館

会長講演

テーマ 「魅力あるチーム医療と看護実践」

吉野 幸枝（石川県立中央病院）

座 長 西 幸子（石川県立総合看護専門学校）

特別講演

テーマ 「チーム医療と倫理」～倫理をふまえた行動を考える～

講 師 石垣 靖子（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科教授）

座 長 川島 和代（石川県立看護大学）

シンポジウム

テーマ 「チーム医療におけるそれぞれの役割」

コーディネーター 河村 一海（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

中野真由美（石川県立中央病院）

シンポジスト 伴登 宏行（石川県立中央病院）

尾角 裕美（金沢医療センター）

瀧元 直樹（やわたメディカルセンター）

向井 孝子（浅ノ川総合病院）

一般演題発表数

12題（口演6題、示説6題）

座 長 浦 美奈子（石川県済生会金沢病院）

山下 博子（石川県立中央病院）

内村恵理子（石川県立中央病院）

岡田ふみ子（石川県立総合看護専門学校）

講 評 丸岡 直子（石川県立看護大学）

共同研究発表数

5題

座 長 表 志津子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

交流集会1

情報提供1 「チーム医療の中での認定看護師の役割」

情報提供2 「認定看護師間の連携について」

ファシリテーター 人見由希子（石川県立中央病院）

報告者 村田 幾美（石川県立中央病院）

平岡 淳子（石川県済生会金沢病院）

出席数

324名（会員260名、非会員45名、学生19名）

総

会

日 時

平成23年9月11日（日） 11:30-12:00

場 所

石川県立中央病院 健康教育館

理事長挨拶

議 長

吉野 幸枝

報告事項

1) 平成22年度理事会・事務局会議報告

2) 平成22年度事業報告

事業

- (1) 第4回学術集会並びに総会（平成22年9月5日）
出席者数 285名
 - (2) “「わが病院自慢」地域連携あるいは在宅ケアの取り組み”の開催（平成22年10月16日）
参加人数 49名
 - (3) 会員向け研修会（口腔ケア）の開催
第1回 9月18日 参加人数 19名
第2回 10月30日 参加人数 38名
第3回 12月4日 参加人数 24名
 - (4) テーマ別共同研究チームの継続
 - (5) 会員募集・登録・名簿管理
平成22年度会員数 582名（平成23年2月28日現在）
（継続者 409名、新規入会者 173名）
平成22年度退会者 178名
- 3) 平成22年度会計収支決算報告および会計監査報告
別紙のように報告され、承認された。
会計幹事 塩村 京美（金沢医療センター附属金沢看護学校）
山内由美子（金沢大学附属病院）

4) 平成22年度編集委員会報告

- (1) 委員会の開催 平成22年12月7日：掲載論文の決定
- (2) 学会誌の発行
看護実践学会誌 Vol.23 No.1
- (3) 投稿論文の状況
掲載論文11編（原著2編、研究報告5編、実践報告4編）

提案事項

- 1) 平成23年度看護実践学会役員が別紙の通り承認された。
- 2) 平成23年度事業計画案が承認された。
 - (1) 第5回看護実践学会学術集会の開催（平成23年9月11日）
 - (2) テーマ別共同研究チームの活動の継続・第6回看護実践学会学術集会での発表
 - (3) “「わが病院看護自慢」企画（他職種間連携について）”の開催（平成23年10月8日）
 - (4) 会員向け研修会（認知症に関すること）の開催（平成23年11月5日）
 - (5) 看護実践学会会員募集・登録・名簿管理、会員への事業案内と会費納入依頼
 - (6) 看護実践学会誌発行（第24巻1号）
 - (7) 理事会の開催：年4回予定（4月、7月、11月、2月あるいは3月頃に予定）
- 3) 平成23年度看護実践学会予算案が別紙原案通り承認された。
- 4) 第6回看護実践学会学術集会の開催予定日と学術集会長
日 時 平成24年9月22日（日）
開催予定場所 石川県立看護大学
学術集会長 川島 和代（石川県立看護大学）

看護実践学会 平成22年度会計決算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	差 額	備 考
I. 会 費	3,165,000	3,562,100	397,100	
1. 年 会 費	2,500,000	2,960,000	460,000	
2. 学 術 集 会 参 加 費	520,000	601,000	81,000	参加者285名（会員223名、非会員31名、学生31名）
3. わが病院自慢参加費	70,000	0	- 70,000	参加費の集金なし
4. 会員向け研修会資料代	75,000	1,100	- 73,900	資料代
II. 雑 収 入	500	2,849	2,349	
1. 銀 行 利 子	500	589	89	
2. 寄 付	0	1,000	1,000	
3. 医学中央雑誌刊行収入	0	1,260	1,260	学術雑誌の文献引用として収入
III. 前 年 度 繰 越 金	3,693,796	3,693,796	0	
収 入 合 計	6,859,296	7,258,745	399,449	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	差 額	備 考
I. 事 業 費	2,395,000	2,558,623	- 163,623	
1. 学 術 集 会 費	850,000	850,000	0	第4回学術集会収支決算別紙
2. テーマ別共同研究	180,000	180,000	0	6件
3. わが病院自慢	65,000	73,300	- 8,300	
4. 会員向け研修会一口腔ケア	150,000	150,000	0	
5. 会 誌 発 行 費	1,000,000	1,155,323	- 155,323	会誌印刷
6. 次年度学術集会費	150,000	150,000	0	第5回学術集会
II. 会 議 費	235,000	158,829	76,171	
1. 理 事 会 費	200,000	122,315	77,685	4回開催
2. 事 務 局 会 議 費	20,000	26,328	- 6,328	1回開催
3. 編 集 委 員 会 費	15,000	10,186	4,814	1回開催
III. 事 務 費	1,000,000	452,829	547,171	
1. 印 刷 費	50,000	32,550	17,450	振込用紙印刷、封筒印刷等
2. 郵 送 通 信 費	150,000	104,425	45,575	年会費・事業・総会関係書類発送、会誌発送等
3. 人 件 費	500,000	139,012	360,988	名簿管理、ホームページ管理等
4. 消 耗 品 費	50,000	19,342	30,658	文具等
5. ホームページ作成・管理費	250,000	157,500	92,500	
IV. 予 備 費	3,229,296	0	3,229,296	
支 出 合 計	6,859,296	3,170,281	3,689,015	

平成22年度決算残高

収入合計 7,258,745円 支出合計 3,170,281円 差引残高 4,088,464円

平成22年度決算報告、会計の執行において、証拠書類、帳簿を資料とし、平成23年4月15日に監査を行った。
正確かつ適正に処理されていることを認める。

会計監査

堀本 幸美  山内 由美子 

看護実践学会 平成23年度会計予算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 会 費	3,170,000	
1. 年 会 費	2,500,000	会 員 500名 (@5,000円)
2. 学 術 集 会 参 加 費	600,000	会 員 250名 (@2,000円) 会員外 25名 (@4,000円)
3. わ が 病 院 自 慢 参 加 費	70,000	会員外 35名 (@2,000円)
II. 雑 収 入	1,500	
1. 銀 行 利 子	500	事務局銀行利子
2. 医学中央雑誌刊行収入	1,000	
III. 前 年 度 繰 越 金	4,088,464	
収 入 合 計	7,259,964	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 事 業 費	2,480,000	
1. 学 術 集 会 費	850,000	別に22年度予算より150,000円支払済
2. テ ー マ 別 共 同 研 究	180,000	6 件 (@30,000円)
3. わ が 病 院 自 慢	100,000	
4. 会 員 向 け 研 修 会	150,000	
5. 会 誌 発 行 費	1,200,000	会誌印刷
II. 会 議 費	235,000	
1. 理 事 会 費	200,000	4 回
2. 事 務 局 会 議 費	20,000	2 回
3. 編 集 委 員 会 費	15,000	1 回
III. 事 務 費	700,000	
1. 印 刷 費	50,000	振込用紙印刷、封筒印刷等
2. 郵 送 通 信 費	120,000	年会費・事業・総会関係書類発送、会誌発送等
3. 人 件 費	300,000	名簿管理、ホームページ管理、投稿原稿関係等
4. 消 耗 品 費	50,000	文具等
5. ホ ー ム ペ ー ジ ・ 管 理 費	100,000	ホームページ維持費100,000円
6. 日本看護系学会協議会費	80,000	
IV. 予 備 費	3,844,964	
支 出 合 計	7,259,964	

3. 看護実践学会会則

(名 称)

第一条 本会は看護実践学会 (Society of Nursing Practice) と称する。

(事 務 局)

第二条 本会の事務局は、金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域（金沢市小立野 5 - 11 - 80）におく。

(目 的)

第三条 本会は、看護の実践ならびに教育に関する諸問題について研究し、その発展に寄与することを目的とする。

(会 員)

第四条 1. 本会の目的に賛同し、入会手続きをした者を会員とする。
2. 会長等、本会に貢献した会員で、理事会の承認ある者を名誉会員とする。
3. 本会に入会した者は、所定の年会費を当該年度内に納入しなければならない。

(事 業)

第五条 本会の目的に賛同するために次の事業を行う。
1. 看護に関する学術集会の開催
2. 看護の実践ならびに教育に関する情報交換
3. 学会誌の発行
4. その他、本会の目的達成のために必要な事業

(役 員)

第六条 本会に次の役員をおく。
1. 理事長 1 名
2. 理 事 20 名程度
3. 監 事 2 名
4. 幹 事 若干名

(役員の職務)

第七条 役員は次の職務を行う。
1. 理事長は本会を代表し、会務を統括する。
2. 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
3. 監事は本会の会計および資産を監査し、その結果を総会において報告する。
4. 幹事は幹事会を組織し、理事を補佐し本会の業務を処理する。

(役員の選出および任期)

第八条 役員の選出は次のとおりとする。
1. 理事及び監事は、役員会で選出した施設の長とする。
2. 理事長は理事会の互選により選出する。
3. 幹事は理事長が推薦する。
4. 役員の任期は2年とし、再任を妨げない。
5. 役員は、総会で承認を得る。

(会 議)

- 第九条
1. 本会に理事会、総会、幹事会、事務局会議の会議を置く。
 2. 理事会は理事長が招集し、その議長となる。理事会は毎年4回以上開催する。
 3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。
 4. 総会は委任状を含め会員の10分の1以上の出席がなければ開催することはできない。
 5. 総会に出席できない会員は委任状をもって総会の出席とみなし、総会の議決権を行使したとする。
 6. 総会の議長は学術集会会長があたる。
 7. 理事会、総会の議決は出席者の過半数の賛同によって決定し、可否同数のときは議長の決するところによる。
 8. 役員会は、理事長、理事、監事、幹事で構成され、理事推薦等を行う。
 9. 幹事会、事務局会議は理事長あるいは幹事が随時召集する。

(委 員 会)

- 第十条
1. 本会には編集委員会を置き、学会誌発行のための投稿論文の査読等の業務を行う。
 2. その他必要に応じて特別委員会等を設けることができる。
 3. 各委員会の委員長および委員は理事長が委嘱する。

(学術集会)

- 第十一条 本会は学術集会を年1回学術集会会長が主催して開催する。

(学 会 誌)

- 第十二条 本会は年1回以上学会誌を発行する。

(研 修 会)

- 第十三条 本会は必要に応じて研修会を開催する。

(会 計)

- 第十四条
1. 本会の経費は、会費その他の収入をもってあてる。会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日でおわる。
 2. 本会の会費は年額5,000円とする。

(会則の変更)

- 第十五条 会則の変更は、理事会、総会の承認を経なければならない。

(附 則)

1. この会則は、平成19年4月1日から施行する。
2. 本会は、石川看護研究会を学会に昇格し、看護実践学会と称する。

4. 看護実践学会誌投稿規定

1. 投稿者の資格

投稿者は会員に限る。共著者もすべて会員であること。ただし、看護実践学会から依頼した原稿についてはこの限りではない。

2. 原稿の種類

1) 原稿の種類は、原著、総説、研究報告、実践報告、その他であり、著者は原稿にそのいずれかを明記しなければならない。

原 著：研究そのものが独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。

総 説：看護学に関わる特定のテーマについて多面的に国内外の知見を集め、また当該テーマについて総合的に学問的状況を概説し、考察したもの。

研究報告：内容的に原著までに至らないが、研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

実践報告：事例報告、看護活動に関する報告、調査報告など。

そ の 他：上記以外において編集委員会が適当と認めたもの。

2) 投稿原稿の内容は、他の出版物にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。

4. 投稿手続き

1) 投稿原稿は3部と電子媒体；オリジナル原稿1部とオリジナル原稿のコピー2部（査読用なので著者が特定できる部分、謝辞などを削除したもの）および電子媒体（フラッシュメモリー、FD、CDのいずれか。ラベルには著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）を添えて送付する。

2) 原稿は封筒の表に「看護実践学会誌原稿」と朱書し、下記に書留郵送する。宅配便も可。

〒920-0942 金沢市小立野5丁目11番80号

金沢大学医薬保健研究域保健学系内

看護実践学会編集委員会 委員長 須釜 淳子 宛

5. 原稿の受付及び採否

1) 上記4の手続きを経た原稿の到着日を受付日とする。

2) 原稿の採否は編集委員会が決定する。

3) 原稿の投稿後、査読結果の連絡は、E-mailで行う。連絡可能なE-mailのアドレスを投稿原稿表紙に記載する。

4) 編集委員会の審査によって返送され、再提出を求められた原稿は返送日（看護実践学会から発送した日）から2ヶ月以内に再投稿すること。2ヶ月以上を経過して再投稿された場合は、新規受付として取り扱われる。

5) 編集委員会の判定により、原稿の種類の変更を著者に勧めることがある。

6. 著者校正

著者校正を1回行う。ただし、校正の際の加筆は原則として認めない。

7. 原稿の枚数と記載に関する費用について

投稿原稿の1編は下記の枚数にとどめることを原則とする。その掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は印刷実費を支払わなければならない。なお、原稿の種類を問わず図及び表、要旨は下記制限には含めない。

原 著	1編	邦文	20枚	研究報告	1編	邦文	16枚
		欧文	約4,000語			欧文	約4,000語
総 説	1編	邦文	16枚	実践報告	1編	邦文	12枚
		欧文	約4,000語			欧文	約5,000語
そ の 他	1編	邦文	12枚				
		欧文	約2,000語				

8. 原稿執筆の要領

1) 所定の投稿原稿表紙（ホームページまたは学会誌最終頁に綴じこまれている）に、希望する原稿

の種類、表題、英文表題、5個以内のキーワード、著者名（英字とも）、所属（英字とも）、図、表および写真の枚数、別刷必要部数、編集委員会への連絡事項および連絡先の住所、氏名、電話番号などを付記する。（URL <http://www.kango-ji.com/>）

- 2) 英文投稿のみならず、英文タイトル、英文要旨は投稿前にnative speakerによる英文校正を受けたものを投稿することが望ましい。
- 3) 原稿は、表紙、要旨、本文、文献、表・図の順に整える。
- 4) 要旨は400字程度とする。和文原著希望の場合は、250語程度の英文要旨をつける。また英文要旨をつける場合は英語で5個以内のキーワードをつける。
英文原著希望の場合には250語程度の英文要旨と英語で5個以内のキーワードをつける。
- 5) 原稿はA4判横書き上質紙を用いて和文の場合は、35字×28行に書式設定をする。英文の場合は、上下左右の余白を2cmとし、ダブルスペースで印字する。
- 6) 図、表及び写真は、図1、表1、写1等の番号とタイトルをつけ、本文とは別に一括し、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。また、図、表はA4判用紙に1点ずつ載せる。論文の項目の区分は原則として下記の例に従う。

大項目——無記号で上を一行開け、行の第2文字目に記す。はじめに、対象、方法、結果、考察、まとめ、文献などが相当する。英語で投稿の場合は、Introduction, Subjects, Methods, Results, Discussion, Conclusion, Referencesなどである。

小項目——1., 2. として上下を開けずに行の第2文字目に記す。続いて1), 2) として行の第2字目に記す。

7) 文献記載の方法

文献は引用順に配列し、本文の末尾に一括記載する。本文中の文献引用箇所には著者名や引用文などの右肩に1), 1) 3) 6), 1-5) のように記す。参考文献は記載しない。

著者が3名以上の場合は始めの3名までを書き、あとは「他」または「et al.」を付け加える。

- ① 雑誌の場合……著者名：表題名、雑誌名、巻（号）、ページ、西暦年代
例1) 勝田仁美、片田範子、蝦名美智子、他：検査・処置を受ける幼児・学童の覚悟と覚悟に至る要因の検討、日本看護科学学会誌、21、12-25、2001
例2) Derave W, Mertens A, Muls E, et al.: Effects of post-absorptive and postprandial exercise on glucoregulation in metabolic syndrome, Obesity (Silver Spring), 15(3), 704-711, 2007
- ② 単行本の場合……著者名：分担項目題名、編集者名、書名（版）、発行所、ページ、発行地、西暦年代
例1) 佐美好昭：組織間質における体液と蛋白の交換、天羽敬祐編、集中治療医学体系（第2版）、朝倉書店、37-46、東京、1988
- ③ 訳本の場合……原著者名：分担項目題名、訳者名、書名（版）、発行所、ページ、西暦年代
例1) Mariah Snyder：看護介入の概観、尾崎フサ子、早川和生監訳、看護独自の介入（初版）、メディカ出版、2-49、大阪、1996
- ④ On-line information…筆者名：タイトル、[オンライン／インターネットアドレス]、ホームページタイトル、入手年月日（月、日、年）
例1) 朝日新聞：北朝鮮、「よど号」容疑者を追放の用意 米に言及、[オンライン、www.asahi.com/1009/news/international09001.html]、朝日新聞社、10.9.2000

9. 著者負担費用

- 1) 規定の頁数を越えた原稿には超過頁毎に超過料金を別途請求する。
- 2) 図・表はそのまま印刷できるものに限り無料とするが、製図を要する場合は実費請求する。
- 3) 写真のカラー印刷を希望する場合は実費請求する。
- 4) 掲載原稿については、印刷ファイル（PDF）の形で無料配布する。刷紙媒体に必要な著者は、必要部数を有料とする。

10. 著作権

著作権は、本学会に帰属する。最終原稿提出時、編集委員会より提示される著作権譲渡同意書に署名し、論文とともに送付すること。

（2011年12月改訂）

看護実践学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 2. 総説 3. 研究報告 4. 実践報告 5. その他			
和 文 題 名				
英 文 題 名				
キーワード（５個以内、日本語/英語、原著の場合は英語も必要）				
1.	/	2.	/	
3.	/	4.	/	
5.	/			
原 稿 枚 数				
本文：	枚	図：	枚	表：枚 写真：点
別刷希望部数	和文抄録文字数		英文抄録使用語数	
部	字		語	
著 者				
会員番号	氏名（日本語／ローマ字）		所属（日本語／英語）	
連絡先住所・氏名				
住所：〒 _____				
氏名： _____ Tel _____ Fax _____				
E-mail _____				

*受付年月日： 年 月 日

5. 平成23年度看護実践学会役員

(職務・敬称略、五十音順)

理事長 理事	稲垣	美智子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	嵐	公江	(羽咋病院)
	池野	二三子	(能登総合病院)
	井田	春子	(鶴来病院)
	浦	美奈子	(石川県済生会金沢病院)
	岡田	ふみ子	(石川県総合看護専門学校)
	川島	和代	(石川県立看護大学)
	北村	和子	(小松市民病院)
	木村	留美子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	小藤	幹恵	(金沢大学附属病院)
	斎藤	きぬえ	(石川県健康福祉部医療対策課)
	島田	啓子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	霜	貞子	(金沢医療センター)
	須釜	淳子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	高田	昌美	(金沢医科大学病院)
	田辺	礼子	(北陸病院)
	谷口	美登里	(金沢社会保険病院)
	田村	幸子	(金沢医科大学看護学部)
	津田	真理子	(城北病院)
	出口	まり子	(芳珠記念病院)
	中瀬	美恵子	(浅ノ川総合病院)
	中田	恵子	(やわたメディカルセンター)
	西	敦子	(加賀市民病院)
	西村	真実子	(石川県立看護大学)
	野川	文子	(金沢市立病院)
	長谷川	雅美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	樋木	和子	(金沢循環器病院)
	松本	一美	(松任石川中央病院)
	柳平	洋子	(金沢赤十字病院)
	山中	孝子	(金沢看護専門学校)
	吉野	幸枝	(石川県立中央病院)
	和田出	静子	(財団法人 石川県看護協会)
幹事	塩村	京美	(金沢医療センター附属金沢看護学校)
	山内	由美子	(金沢大学附属病院)
幹事 庶務 会計 会誌	河村	一海	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	平松	知子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	松井	希代子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)

看護実践学会専任査読者一覧

(平成23年12月17日現在)

泉 キヨ子
稲垣美智子
大桑麻由美
表 志津子
加藤真由美
亀田 幸枝
川島 和代
河村 一海
城戸 照彦
木村留美子
小泉 由美
紺家千津子

坂井 恵子
島田 啓子
正源寺美穂
須釜 淳子
関塚 真美
高田 貴子
多崎 恵子
谷口 好美
谷本 千恵
塚崎 恵子
津田 朗子
土本 千春

中谷 壽男
長田 恭子
長谷川雅美
平岡 淳子
平松 知子
松尾 淳子
松井希代子
丸岡 直子
村角 直子
諸江由起子
山岸 映子
横井早智江
(50音順)

編集委員会

委員長：須釜 淳子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

委員：紺家 千津子 (金沢医科大学看護学部)
多崎 恵子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
谷口 好美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
塚崎 恵子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
津田 朗子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
西村 真実子 (石川県立看護大学)

会誌担当：稲垣 美佐子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
正源寺 美穂 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
松井 希代子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
(50音順)

看護実践学会誌

第24巻 第1号

発行 平成24年2月14日

発行所 〒920-0942 金沢市小立野5-11-80

国立大学法人金沢大学

医薬保健研究域保健学系

看護実践学会

TEL (076) 265-2500

印刷所 〒920-0047 金沢市大豆田本町甲251番地

宮下印刷株式会社

TEL (076) 263-2468(代)