

## 第8回看護実践学会学術集会

### シンポジウム

#### 「チームで支える患者の暮らし」

コーディネーター 彦 聖美（石川県立看護大学在宅看護学）

2012年晩夏、ドイツへ緩和ケアとホスピスの視察に行った折に、「インタープロフェッショナル」という言葉を初めて知った。視察先の緩和ケア医師は、「たとえどんなに優れた緩和ケアの知識や医療的な技術があっても、人間としての魅力が感じられなければチームに迎え入れることはない」と断言した。「インタープロフェッショナル」とは、多職種が連携する際に、プロとして互いに自覚と尊敬の態度で向き合い、相互に依存・高めあう関係を表現した言葉である。情報の共有を基本に、階層がないこと、境界を越えた相互依存の関係であること、「私が出来なくても、チームの誰かができる」という互いの信頼があることが重要であると知った。「インタープロフェッショナル」とは、日本でも目指したい専門職のパートナーシップの形であると強く感じた。

今回、井田春子大会長のご発案で、パートナーシップに基づくチーム医療を目指し、お互いの職種を知ること、理解を深めることを目的にシンポジウムを企画した。

橋本宏樹医師（公立つるぎ病院・吉野谷診療所）は、在宅医療のパイオニアとして、長年白山麓の在宅医療に携われ、そのご経験からの発表であった。過疎化・地域力の衰退が進む中でも、地域住民の「在宅医療」、「在宅看取り」のニーズに応えるべく、今後もニーズのライフラインの確保に努めるという強い意志を感じ、心強かった。

澤久美子看護師（白山鶴来訪問看護ステーション）の訪問看護事例からは、在宅では患者が人と

して、「その人らしい人生を営む・まっとうする」ということ、そのご家族も含めて支援する看護師の重要な役割について再確認できた。

手塚波子栄養士（小川医院）からは、病院看護師にはほとんど馴染みのない訪問栄養指導をご紹介頂いた。栄養管理は重要であり、病院から在宅へと移行する際、訪問栄養士との連携は大いに必要となるだろう。

長田千晶作業療法士（公立つるぎ病院）からは、家という人それぞれの環境の中で、いかに「できる」ことを増やしていくのか、その実際の訪問活動をご紹介頂いた。その人の「強み」に働きかけるといふ点で、看護と同じ方向を見ている事を再認識できた。

奥村美津代薬剤師（てまり野々市薬局）からは、在宅で起こる様々な服薬に関する課題に対し、「薬が飲めない」から「飲める」工夫について多くの示唆を得た。

廣瀬好美氏（白山市高齢者支援センター）からは、行政の立場から「地域包括ケアシステム」構築に向けた今後の取り組みについてご発表を頂いた。時代はますます、多職種・多機関との連携を求めている。

専門的知識が素晴らしくとも、人と人を繋ぐためには「人間性」が重要となる。それぞれの働く場において、協働的なパートナーシップを積極的に築ける魅力ある看護職として、「インタープロフェッショナル」を目指していきたいものである。

#### 住めば都、我が家は世界最高の特別室

橋本 宏樹（公立つるぎ病院副院長・吉野谷診療所 所長）

「少子高齢化、過疎化が著しい白山麓、終末期調査結果「最後は家より病院」」

7年前、3校が統合した白嶺小中学校（私が校

医を務める）は、開校5年を経ずして複式学級が余儀なくされている。白山麓の多くの地区は、若者が居なくなる限界集落まっしぐらに加え、昨年

は、金沢やその周辺の息子、娘のもとに、あるいは様々な老人施設へと高齢者までもが消えてしまうことが日常的となっている。まさに地域社会が崩壊しつつある現実に直面している。

2011年に石川県立看護大学の浅見洋教授らが白山麓で実施した「終末期療養を望む場所」意識調査にて、病院が48.5%、自宅が34.1%となり、5年前の調査から割合が逆転したとの結果が示されている。医療・介護の不安を反映して「いのちの受け継ぎ」の死生観が消滅したと浅見教授は述べている。

### 《多職種連携による地域包括ケアシステムの取り組み》

私は20数年前から白山麓の地域医療に関わることになったが、特別な専門性を持っているわけではなく「やぶ医者」を自認し、加えて人づき合いが苦手な性格である。地域の人々の生活と絡んだ様々な医療ニーズに応えていくためには「やぶ医者」一人では極めて微力であり、社会的なスタッフや他の職種、他の業種の力をお借りしなくては地域医療が成り立たないことを痛感していた。

平成4年の赴任時より、保健、福祉との連携を重視し、在宅医療を積極的に行ってきた。平成18年、制度創設と同時に「在宅療養支援診療所」の届け出を行い、平成24年には公立つるぎ病院、近隣開業医と連携し「強化型」へと発展させている。毎月、在宅連携医療機関カンファレンスを開催し、24時間、365日対応の医療連携体制を更に充実、強化させている。

介護保険制度が始まる4年前の平成8年から吉野谷診療所を中心に、多職種が定期的に集う「高齢者サービス調整会議」を開催していた。平成24年には、つるぎ病院が受託した在宅医療連携拠点事業の一環として「白山麓サービス連携会議」へと衣替えをし、白山麓全体の在宅医療、介護を支える体制とした。他の診療所や地域の介護事業所、調剤薬局等にも呼びかけ、事例検討、情報交換、課題抽出などを行っている。

在宅医療連携拠点事業で設立された「白山麓・鶴来在宅医療連携協議会」が、平成25年、白山市

医師会、つるぎ病院、白山市担当課を事務局として「白山市在宅医療連携協議会」へと発展し、その下で、白山市全域をカバーする4か所の「サービス連携会議」が立ち上がった。白山麓で早期から実践してきた医療・介護の連携体制が白山市全体で構築されるに至ったのである。

### 《地域包括ケアシステムの充実、「新地域支援事業」の取り組みに期待！？》

来年度介護保険制度改訂を機に、「新地域支援事業」（地域包括ケアシステム）が市町村の独自性により全国で取り組まれる予定になっている。改めて地域包括ケアシステムとは、「植木鉢」に模式されるように「生活支援・住まい」を前提とし、専門的サービス「医療・介護・予防」が連携しながら、切れ目なく一体的に提供することを意味する。その構築はボランティア精神をも呼び覚まし、真の「新しい地域づくり」であるとの触れ込みもあり大いに期待したい。しかしながら急激な過疎化、限界集落まっしぐら、地域崩壊が進行しつつある白山麓の場合、それは“絵に描いた餅”に過ぎないのではと危惧されるのも否めない。

### 《「在宅医療」、「在宅看取り」と言う名のライフラインの確保》

“「平穏死」10の条件”などの著者、長尾和宏医師（尼崎市）は「自宅は世界最高の特別室」、「自宅というモルヒネ効果」などと記している。私も同感で、「馴染みの古時計」、「使い慣れたアナログラジカセ」、「昔懐かしい囲炉裏」、「今でも使われている薪ストーブ」、「ペットがそばにいて癒される空間」、「どんなにおんぼろ、ぐちゃぐちゃでも“住めば都”の我が家」など何とも言えない“在宅の味わい”が、ほのぼのと思ひ浮かばれる。

豪雪地白山麓での除雪作業はライフラインの確保として、けっして欠かすことが出来ません。同様に、たとえ限界集落まっしぐらであろうとも、一軒でも一人でもニーズがある限り「在宅医療」、「在宅看取り」と言う名のライフラインの確保は、我々医療人の使命であると言っても過言ではない。

## 「自宅でその人らしく過ごす」ための工夫

澤 久美子（白山鶴来訪問看護ステーション）

寝たきり状態で医療依存度が高く、介護力の乏しい環境にある高齢者の退院が決まると、ほとんどの場合帰る場所を検討する会議が開かれます。現代は人生の終焉場所が多様化し、自宅に帰るのか、施設なのか、転院かの選択をすることになります。そして、病院スタッフからは自宅に帰るのは無理ではないかという意見が多く聞かれるように感じます。それが本当に本人の望む生活なのかどうかについては私は疑問に感じていました。病院や施設で長く過ごすことは、確かに体調も管理しやすく寿命を保つことになるのかもしれませんが、しかし、「本当に自宅に帰りたくて願っているのなら何とか帰ることができないだろうか。」「何とかみんなまで連携し、工夫すれば生活していけないだろうか。」と考えます。今回、介護サービスや家族との連携、細かいアセスメントや工夫を繰り返しながら在宅で支えたケースについて報告します。

M氏は85歳の男性。病名は小脳出血手術後状態、慢性心不全、神経因性膀胱。膀胱留置カテーテルを挿入中で褥瘡もあり、誤嚥性肺炎を繰り返す寝たきりの方です。家族は認知症の妻との二人暮らし。性格は頑固で、お酒をやめることができず、指導されてきたトロミ付けは拒否し、機嫌が悪いと「帰れ。」と怒鳴ることもありました。誤嚥のリスクが高く、私たちが関わった2年半の間に4回肺炎で入院をしました。退院が決まる度に、自宅に帰ることができるのかどうかについて別居している嫁や孫と検討をしました。本人と妻は「もちろん自宅に帰る。それが当たり前。」という強い意志を持っており、毎回その気持ちを尊重し自宅への退院を決めました。

看護上の課題として

- ① 妻はミキサー食を作ることが困難となりました。そこでミキサー食の配食弁当を開始し、レトルトの補助食品を併用することにし、窒息や誤嚥の予防に努めました。たまには妻の作ったものも食卓に並ぶので本人と妻には満足感があつたように思います。
- ② 妻は水分へのトロミ付けを忘れてしまい、また本人もトロミを嫌がるので肺炎になるおそれがありました。また十分な水分が確

保できないと脱水から心不全の悪化につながる危険性がありました。そこで、朝訪問するヘルパーに前日からの尿を捨ててもらい、尿量が多ければ水分摂取は無理をせず、700ml以下と少なければその場で強くすすめて飲んでもらうようにしました。700mlと具体的に取り決めをしておくことで判断がしやすかったと思います。これにより脱水は防ぐことができました。トロミ付けについては、訪問したヘルパーや看護師が行うことにしました。しかし本人が飲まない日もあり4回ほど肺炎を起こして入院しました。

- ③ 便失禁があっても妻はおむつ交換が難しくなりました。サービスが入ったときに排便があるように、下剤をこまめに調整し硬めにコントロールして排便がないときに浣腸をすることにしました。妻と二人の時には排便がないので負担の軽減につながったと思います。
- ④ 退院するとすぐにお酒を呑み始めてしまうので、ますます誤嚥しやすくなることが予測されました。お酒は良くないと説明しても「死んでもいいから呑みたい。そんなこと指図するな。」と毎回言われます。さりげなく片づけても呑んでしまうので、一人の人間としてはお酒を唯一の楽しみに行っている本人の言うとおりに呑ませてあげたい。でも看護師としては誤嚥するから呑んで欲しくないという思いで日々葛藤していました。

今この事例を振り返ると、M氏には、お酒も含めて様々な問題が生じていました。そこでお嫁さんやヘルパーと毎日のように連絡を取り合い、認知症の妻がなるべく混乱せずに介護が続けられるように、また本人の機嫌を伺いながら体調が維持できるように細かい対応をしました。M氏にとっては、好きなお酒を呑みながら、孫やひ孫が来るのを心待ちにするまさに「その人らしく過ごす」ことができた日々だったのでないかと思えます。

## 在宅医療における訪問栄養指導の意義

手塚 波子（小川医院 管理栄養士）

わたしたちは、『食』と『こころ』が切り離せないことを、経験的によく知っています。たとえば、幼少のころに母親が作ってくれた何気ない夕餉の料理をふと懐かしく思い出し、「ホッ」とあたたかい気持ちになったりします。また、家族みんなで囲む『晴れの日』の食卓は、いつまで経っても心のどこかにおいしい記憶として住み続けるものです。

昨今の高齢化社会において、さまざまな疾病の障害により摂食・嚥下が困難になる療養者は想像を超えて多く存在すると想われます。また、慢性腎臓病のように食事療法が必要な療養者も大勢います。病院や施設には、個々人に合った介護食や治療食が提供されますが、一旦自宅に帰るとどうでしょうか？療養者の退院後、真っ先に介護者が面食らうことは、介護者の状態に合った『食事づくり』ではないでしょうか？たとえば、若いころからよく好きで食べていた「おはぎ」をたべさせてあげたいけど、のどに詰まりそうだから怖くて食べさせられない…という話をよく耳にします。そんなとき、食材や調理の工夫で安心して食べてもらえたらどんなに良いでしょう。また、栄養補助食品や治療用食品の情報や内容の選択方法を知らないばかりに、低栄養状態に陥ったり病状の悪化を招き再入院になることも珍しくありません。宅配弁当にもいろいろ良し悪しがあり、療養者に合った食形態や栄養量を介護者と相談しながら無理のない形で確保する必要があります。一方では、老々介護の家庭で介護者が認知症を発症し、冷蔵庫の中が賞味期限の切れた食品や配食弁当の食べ残しでギューギュー詰めになっている現状や、また介護者の、食事づくりや栄養に関する悩みや疲弊など大きな問題が内在していることを、筆者は実際に目の当たりにしています。

このように、療養者と介護者を取り巻く様々な食環境を他職種と連携しながら、それぞれの日々の暮らしに合わせて整備をしていくことが、食と

栄養の専門職である栄養士に求められています。

日本栄養士会と全国在宅訪問栄養食事指導研究会（現：日本在宅栄養管理学会）は、このような在宅療養者の食と栄養面で少しでもお役に立ちたいとの願い、またその必要性から、2012度より特定分野認定制度として「在宅訪問管理栄養士」の育成を始めました。

私たち栄養士は、以上のような現実の流れを敏感にキャッチして、建物の中から飛び出し、在宅の療養者のもとへ駆けつける愛情と勇気が求められるところです。

同時に私たち栄養士は、次のような大きな問題を抱えています。

- ①訪問栄養士を実践する管理栄養士が見当たらない（少ない）。
- ②訪問栄養指導に関する相談窓口がわからない。
- ③介護支援専門員などの他職種が、訪問栄養指導を理解していない。
- ④主治医の理解が得られず、指示が出ない。

以上のように、在宅療養者への食と栄養支援を普及させるために解決しなければならない課題が山積していることも忘れてはいけないと思っています。

近い将来、訪問看護ステーションのように、当たり前前に栄養ケアステーションがあちらこちらに点在し、たくさんの管理栄養士が在宅療養者に対し栄養ケアを実践して効果が認められることを願っています。そのパイロットケースとして、2014年6月より当院内に於いて、管理栄養士2名体制による栄養ケアセンターをスタートさせたところ

です。最後に、今回、当学会のシンポジウムに於いて実践率・周知率のまだまだ低い在宅患者訪問栄養食事指導の制度や実践の紹介の好機をいただきましたことに、この場をお借りして深く感謝申し上げます。

# 療養者の「暮らし」を支える訪問リハビリテーションの関わり

長田 千晶（公立つぎ病院 リハビリテーション室 作業療法士）

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、日常生活に不自由がある方のご自宅へ訪問し、心身機能の維持回復を図るとともに、日常生活の自立と社会参加の向上を図ることを目的としたサービスです。

当院では、平成18年度から訪問リハを開始しました。当初、スタッフは作業療法士1名でしたが、認知度の向上とともに利用者数も増加し、9月現在、理学療法士3名、作業療法士3名、言語聴覚士1名（兼務）で行っています。ひとりの方に対して、各職種がそれぞれの専門性を活かした関わりを持つことで、より質の高いサービスを提供できるように努めています。

訪問リハの役割として、①在宅復帰への支援、②生活機能の維持・向上への支援、③社会参加への支援、④生活環境の調整が挙げられます。

在宅復帰への支援として、入院中から関わり始めることがスムーズな在宅生活への移行につながると考えています。病院から在宅へ戻った時、入院中に出来ていたことでも、環境が変わることによって出来なくなることがあります。入院中に得られた能力を、退院後の生活に活かせるように、病院から在宅への切れ目のない支援が必要です。そこで、当院では、退院前カンファレンスへの参加やリハビリ場面の見学等、入院中からの関わりを持つようにしています。入院中に行われた住宅改修や福祉用具の指導、ケアの方法などを把握しておくことで、退院後の生活像がイメージしやすくなります。また、入院中の課題を把握することで、退院後の課題を明確化でき、切れ目のない支援につながります。

訪問リハは、一般的に思い浮かべるような筋力トレーニングなどの機能訓練のみを行うものではありません。自宅で生活するという視点に立ち、在宅という現実の生活の場で、一人ひとりに合ったリハビリテーションの提供を行っています。食事、排泄、入浴等の基本的な活動や、炊事・掃除・洗濯・外出等、生活全般に渡る活動の実施に向けて、ご本人が出来ることを評価し、必要な動作練習や住宅改修・福祉用具等の環境調整を行っています。

訪問リハでは、自宅内だけではなく、屋外での

活動練習も行っています。外へ出かける練習は、閉じこもり予防や社会参加を図るうえで重要な要素です。

また、ご家族や介護者には介助方法の助言・指導を行っています。指導のポイントは、分かりやすい言葉で説明し、何回か一緒に練習することです。そして、介助を繰り返すうちに介護者の負担が生じてこないかを予測し、介護負担の軽減を絶えず意識するようにしています。

訪問リハの時間だけでは、生活機能を向上させることは容易ではありません。そこで、ご本人に合った自主トレーニングメニューの作成や指導を行ったり、ご家族やヘルパーさん等に、日常生活における活動量を増加させる関わりを提案・指導しています。

当院では、訪問するうえで大切にしていることがあります。まず、ご本人とご家族が、笑顔で生活できるように、その想いに耳を傾け、寄り添い、ときにはともに考えながら活動しています。また、ご本人とご家族に関わる他のスタッフとのコミュニケーションを大切にし、信頼し合える関係づくりを心がけています。

訪問リハは、訪問看護や訪問介護に比べると事業所数は少なく、普及率の低いサービスのひとつです。サービスを必要としている人のところに、十分なサービスが行き届いていなかったり、サービスの存在自体を知らない人もいるかもしれません。そのような人々のところにも必要なサービスが届くようになることを願っています。

今回、私たちの在宅での関わりを紹介させていただいたことで、訪問リハへの理解を深めていただけたのではないかと感じています。在宅では、いろいろな職種がチームとして、ご本人とご家族の生活を支援しています。各職種がどのようなことができるのか、お互いの専門性について知ることや、職種によって見方や考え方が違うことをお互いに認め合うことが、多職種連携の第一歩だと思います。その上で、各職種がきちんと役割分担をして協働することがチームとして重要なことだと思います。これからも、多くの方々とのつながりを大切に、ご本人やご家族にとってよりよいサービスを提供していきたいと思っています。

## 薬剤師による在宅支援

奥村美津代（てまり野々市薬局）

「チーム医療」における薬剤師の特性を活かした薬剤師の役割は、「医薬品の適正使用」と「医療安全の確保」を達成することだと考えられる。在宅であっても、薬剤師の役割は自ら調剤し、患者に投薬した薬剤の効果がきちんと発現しているか、そして副作用が出ていないかどうか薬剤師自身がチェックするという「薬学的管理を実践する」ということにつきる。

在宅患者の薬物療法を有効に行うためには、患者一人ひとりの生活環境の中で、日常生活の機能低下が薬物に起因するものではないかを評価し、患者の能力や生活リズムに合った指導が必要となる。そのために薬剤師が患者宅を訪問し、薬の使用・保管状況、病状や心身の状況などを薬剤師の目を通して把握したうえで、患者に適切に薬を服用してもらえるように次のようなことを行っている。

- ①処方せんに基づく患者さんの状況に応じた調剤（一包化、粉碎、日付印字など）
- ②患者宅への薬、衛生材料などの持参（臨時処方や薬変更などにも対応）
- ③薬に関する情報提供（服薬方法、効果などの説明、服薬指導、支援）
- ④薬の使用状況（残薬、飲み忘れの有無等）・保管状況の確認、アドヒアランスの改善
- ⑤薬歴管理による薬の重複投与、相互作用、副作用の回避
- ⑥薬の有効性や副作用の有無などのモニタリング（病状、ADL、QOLに薬が与える影響をアセス

メント）

⑦訪問後、医師、看護師、ケアマネージャーに情報をフィードバック

この過程で、医師、看護師、ケアマネージャー、ヘルパー等とうまく連携することによってはじめて、患者の服薬の実態を把握しつつ、患者中心の薬剤管理を実践することができると思う。サービス担当者会議にも積極的に参加し、使用する薬剤の使用上の注意や保管上の注意など、医薬品に関する情報を、福祉系サービススタッフと共有することも重要である。

現在は、まず入院して薬物治療を受けてから、退院して在宅医療に移行するケースが多い。患者の栄養管理や終末期の緩和ケアなどを目的に、在宅患者への無菌製剤の調剤を行う機会も少しずつではあるが増えてきている。その中で薬局薬剤師と医師、看護師、病院薬剤師、ソーシャルワーカーなどの病院スタッフとの連携が重要になってくるが、必ずしもその連携が十分とれていないのが現状である。

しかし、このような薬剤師による在宅支援はまだまだ周知されていない。今回のシンポジウムで、薬剤師による在宅支援について少しでも理解が深まって、今後の連携が深まることを期待したい。

また今回、他職種の在宅支援について、初めて聞くことも多かった。在宅に関わる多職種同士が、日常的に情報を共有し合うことが大切であることを感じた。

## 住み慣れた地域での生活を支える

廣瀬 好美（白山市高齢者支援センター）

白山市は、平成17年に1市2町5村の合併により誕生した県内で最も面積が広い人口約11万2千人の市で、広域ならではの課題も抱えています。シンポジウムのテーマは「チームで支える患者の暮らし」でした。医療従事者の皆様にとっての患者さんは、私達にとっては、何らかの疾患を持ちつつも、お元気にまたは療養しながら生活を営んでいる地域の方々であり、とくに高齢者を取り巻

く状況についてお話をいたしました。

本市の地域包括支援センターは市直営で松任地区と鶴来地区に職員が常駐しています。地域包括支援センターは保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置し、3職種のチームアプローチにより、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう支援をしています。具体的には、包括

的支援事業としての介護予防ケアマネジメント業務、総合相談業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の4つの業務と、指定介護予防支援事業や任意事業などを行っています。

地域包括ケアシステムにおいて、医療と介護の連携が重要な要素のひとつとなっており、本市の医療・看護・介護・福祉の連携として、これまでの地域ごとの活動を足掛かりに、昨年、白山市在宅医療連携協議会が発足しました。この協議会は、複数の医療機関による連携体制、多職種連携、地域住民への普及活動、人材育成などを通じて、本市において在宅医療を必要とする方が、安心して医療や介護サービスを受けることができる提供体制の構築を目的としています。さらに4つの地域に分かれて、2～3か月ごとに医療・福祉関係者が集い、ミニレクチャーや事例検討、情報交換などを行い、顔の見える関係づくりを進めています。

発表では、鶴来地区サービス連携会議の成果の一例として、鶴来地域敬老会の記念品に採用された貴重品保管ファイルケースをご紹介します。このケースはB5サイズのポーチ型で、お薬手帳や医療・介護被保険者証、診察券等を一緒にしまふことができます。ケースの色が黒一色だったので、しまい込みや紛失を防ぐため、職員が2400個の両面にオレンジ色の蛍光テープを貼りました。チラシを同封し、日常生活や災害時、救急搬送時のための活用方法の紹介と、昨年から取り組んできたお薬手帳の所持や活用についての啓発も行いました。

介護保険制度が始まって以来、2度目の大改革と言われている介護予防・日常生活支援総合事業については、本市でもワーキンググループで検討を重ねています。介護保険の給付から切り離され

ても、単なるサービスの制限や縮小とならないよう、デイサービスやホームヘルプサービスで行っていた支援のうち、自助・互助でまかなえることは何か、その実現に必要なものは何か、専門職でなければ支援できないことは何か等について話し合っています。

9月30日から、自助・互助の部分を担当サポーター養成講座が始まりました。37名の受講者が、ごみ出しや電球交換など生活上のちょっとした困りごとをお手伝いする役割の生活支援サポーターと、地域で高齢者向けの体操の指導等を行い、介護予防の普及啓発をしていく役割の介護予防サポーターとなるため、6回コースで講義や実技を学んでいます。修了者に地域での活動を行ってもらうため、ニーズの把握やマッチングも同時に行って継続した活動の支援をする予定ですが、市内全域に広めるまでにはまだほど遠い道のりであり、過疎の進んだ地域では人材も限られていて有料のサービスでさえ不足しているという厳しい現状です。地域ごとの課題を踏まえて考えていかなければならない問題が山積みです。

今回は、個別の事例のご紹介をできませんでしたが、多職種の関係者の助言・協力や地域の方々のご理解により生活を続けられている方が大勢いらっしゃいます。会場の看護師の皆様にも、「それぞれの職場におかれましては患者さん利用者さんの生活を支える医療にご尽力いただき、また、お忙しい皆様ですが、地域におかれましてはご自身やご家族が安心して歳をとることができるような地域づくりに、ぜひご意見・お力添えをいただきたい。」とお願いを申し上げました。

最後に、このシンポジウムに参加し、在宅生活を支える立場の皆様とさらに交流できましたことを深く感謝いたします。

## 示説第1群の座長をつとめて

大田 和美（公立つるぎ病院）

示説第1群5題の座長をつとめさせていただきました。

第1席「慢性心不全患者における外来指導一事例を通し行動変容の要因を振り返る」は、心不全で入退院を繰り返す2型糖尿病患者の食習慣を改善し、データ改善が継続している要因を「松

本の変化のステージモデル」を用い分析した事例研究でした。対象特性をとらえた各ステージ毎的確な指導が行動変容につながることを導き出し、今後の患者指導に活用が期待できる発表であると感じました。

第2席「患者・家族のニーズに寄り添った退院

支援」は、退院に対する妻の不安が強く退院困難と思われた事例を、宇都宮の退院支援プロセスに沿って分析した発表でした。退院支援の段階を踏まえた多職種でのアプローチの必要性を再確認するとともに、大切なことは、患者・家族の思いに寄り添う事であると考えさせられた報告でした。

第3席「心不全患者に対する看護実践—自覚症状に乏しく自立心の強い高齢者への関わり—」は、退院後13週目までを「退院後の在宅生活を支える時期」として、2週間毎の電話での支援、外来通院時の面談をおこない在宅生活を支えた事例の発表でした。患者の特性、人物像などを把握し個別性に沿った支援に、会場からは具体的方法などについて質問があり、興味深い内容でした。

第4席「糖尿病患者への外来指導の有効性の検討」は、外来受診後の血液データ値を参考にした個別面談で、食生活改善と良好なHbA1c値が

得られた事例を通し、外来受診時の看護師の関わりが自己管理の意欲向上や維持に有効であると報告されました。患者の個別性に沿った指導や、セルフマネジメント能力を向上させるような指導の重要性を改めて感じた事例でした。

第5席「チームで行う退院支援—A氏と長男の希望を叶える退院に向けて—」は、退院後の生活での問題点や必要なサポートについて多職種で情報共有し、家族を含めたカンファレンスの実施により住み慣れた自宅、地域での生活に戻ることができた事例の発表でした。

以上5演題、いずれもメインテーマに通じるものであり、今後の看護実践の方向性を示す素晴らしい発表でした。ひとりひとりに向き合い看護することの大切さや素晴らしさを再認識し有意義な時間を持つことができました。今回、このような機会をいただいたことに感謝申し上げます。

## 示説第2群の座長をつとめて

高瀬美保子（新村病院）

示説第2群の座長を務めさせていただきました。示説は、1題取り下げがあり4題の調査・研究に関する発表がありました。

第7席は、「慢性疾患患者の内服薬の一部を中断・調整にいたった体験」についての発表で、慢性疾患患者にとって内服薬の継続はとても重要な事柄であるが、入院時しばしば薬の数が合わないことがあるが、単に飲み忘れ？と調整せず患者の思いを長期にわたり聞き取り調査を行い、それぞれの中心的なテーマを見出すことができていることから、今後、研究対象者数の増加によるテーマの抽出・分析を期待します。

第8席は、「精神科病棟における退院前訪問看護のシステム化とその効果」についての発表があり、退院前訪問看護のシステム化と教育による導入前後の実践を評価し、今後の課題が挙げられている。このシステムの更なる進化により再入院の予防あるいは、在宅生活の延長へとつながっていくのではと考える内容でした。

第9席は、「看取りに対する看護師の思い」グループインタビューを実施するという事で、死の瞬間に立ち会う機会が多い看護師にとってとても

興味深い内容だったと思います。看取りは、看護師個々の看護観・死生観に基づき行われる事が多く、言葉にして語られることが少なく経験を積んでいく中で、看取りの学びを個々に行っていたが、自分だけの成長の学びとせず、看護師間で語り合う機会が大切であり、このことから、個々の心の負担軽減・成長へとつながるという発表でした。

第10席は、「繰り返す誤嚥性肺炎患者のケア」在宅介護を実践している主介護者の口腔ケアに対する実態調査についての発表で、口腔ケアの必要性は認識しているが、介護者の負担、家庭的社会的環境などにより、実際には行えていないとの報告があり、今後、多職種のメンバーと連携をとりより効果的な方法を見出し、入院中より在宅への退院調整を行っていく必要性をより実感する発表でした。

この4席の発表は、日々直面している課題であり、とても興味深い発表でした。大変有意義な時間を持つ事が出来ました事を発表者及び会場の皆様、会の運営に携わっていただいた皆様、また、つるぎ病院 井田看護部長に感謝申し上げます。



## 口演第1群の座長をつとめて

東 康子（医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院）

口演第1群 調査・ケアに関する5題の座長をつとめさせていただきました。

第1席「微酸性電解水を用いた清拭の衛生効果」（発表者 金沢大学附属病院 横川智子さん）殺菌効果のある微酸性電解水を用いることでの衛生効果を、清拭条件で評価した研究でした。汚染度に差は認めませんでしたが、微酸性電解水には潤い感があるということが評価できました。丁寧なデータ分析ができており、今後のさらなる検証に期待します。

第2席「アロマオイルを使用した足浴におけるリラックス効果についての検証」（発表者 公立羽咋病院 高梢さん）ラベンダーのアロマオイルを用いた足浴の、リラックス効果の有効性を検証した研究でした。足浴という看護行為をさらにリラックス効果のあるものとし、終末期にあるがん患者の不安軽減につとめたいとの思いから、実施効果を数字として表すことで、評価できました。

第3席「看護師の患者の特性を踏まえた転倒予防センサーの使用状況」（発表者 心臓血管センター金沢循環器病院 山下智子さん）転倒予防センサーの使用状況を7施設、45病棟とさまざまな状況から分析することで、今後の課題を明らかにする研究でした。患者個人の状況に対応できるセン

サーの選択が必要であり、その判断は看護師の観察や、アセスメント能力が必要であることが、事態調査から理解できました。

第4席「術前化学療法中の大腸がん患者の実態調査」（発表者 金沢医科大学病院 日向千恵子さん）大腸がん患者の術前化学療法の副作用に着目しての研究でした。副作用の対処は、患者の訴えだけでなく、客観的観察や患者背景を理解することが重要であることを再認識できる内容でした。

第5席「離床センサーマット使用中に転倒を起こした要因」（発表者 金沢大学附属病院 大林静香さん）離床センサーマットを使用していたにも関わらず、転倒した患者について31項目に細分化し情報収集した項目を分析することで、実際の転倒の要因を分析することが出来ました。患者・看護師それぞれの要因を評価することの重要性が理解できる内容でした。

以上5題の研究は、日頃私達看護師が行っている看護行為について、詳しく調査、分析し振り返ってみるといふ実際に即したとても興味深いものでした。

それぞれの発表者の方々の真摯な発表態度にもとても共感がもてました。このような機会を与えてくださったことに感謝いたします。

## 口演第2群の座長をつとめて

村瀬 由美（白山石川医療企業団 公立松任石川中央病院）

口演第2群実態調査に関する5演題の座長を務めさせて頂きました。

第6席「各科外来が連携し自主的に応援できる体制を目指して」では、7：1看護体制の導入により、外来での人員確保がこれまで以上に困難な状況が多くの施設でみられています。外来での固定チームナーシングの導入から2年を経過した現状での問題を抽出し取り組まれたことは、看護師一人ひとりが責任や役割を再認識し、その先の質の高い看護を提供することに繋がるものと思われる。

第7席「パートナーシップを活用した看護方式

を実践する中での患者の抱えている思いの実態」では、看護師として安全かつ専門性の高い看護を提供することは言うまでもありませんが、多側面からも新看護方式であるPNSが注目されています。それを基に施設独自の看護方式を取り入れ、患者側からの視点で評価し考察されたことは非常に意義のある研究であると思います。今回の結果が更なる看護の充実に繋がっていくことを期待します。

第8席「小児外来日帰り手術担当看護師の思い」では、診療報酬改定に伴う在院日数の短縮等が課題となる今日、従来の方法を継続しているだけでは十分な看護を提供することは困難になってきて

います。研究スタートは日帰り手術導入に伴う看護師の思いからであったかもしれませんが、この研究の過程で結果として、自分達が実践する看護の質に対する認識の変化に結びついたのではないかと思います。

第9席「日本における乳がん体験者のがんサバイバーシップの実態」では、がんと共に生き抜く患者を支える看護者として、サバイバーシップについて改めて見つめ直し、丁寧に分析された研究でした。日本人としての特性も拭い去れませんが、今後サバイバーが不足している基本技能を習得し、地域社会の中で充実した生活を送れるようなサポ

ートの必要性を実感しました。

第10席「高齢者に対する嚥下体操の有効性」では、口腔ケアの重要性は広く周知されてきていますが、嚥下訓練においては知識や技術の面でも課題が多いように感じます。今回の研究結果を活かし、年齢や疾患を踏まえた個別的介入への発展を期待します。

この群では時間の制約もある中で2演題に対する質問を頂き、参加者の方々の関心の高さを実感しました。この度座長という貴重な機会を与えて頂いたことに、関係者の皆様に深く感謝いたします。

## 口演第3群の座長をつとめて

鶴賀加代子（公立つるぎ病院）

口演第3群の座長を務めさせて頂きました。第3群は「退院支援」に関する内容で3演題ありました。

第1席は、「大腿骨骨折術後患者と家族の望む生活に向けた看護支援」でした。在院日数延長の要因を先行研究で明らかにし、入院時から退院を見据え、期待する回復イメージと実際の回復状態のずれの擦り合わせを行い、患者と家族の退院にむけての意志決定支援を行った3事例でした。意図的に看護ICを開催し、医療者と患者家族が共に目標を設定し、患者と家族の思いによりそった看護実践だったと思います。今回の研究では3症例でしたが、今後症例数を増やし、現場での退院支援の看護実践に期待します。

第2席は、「衝動行為で入退院を繰り返す広汎性発達障害患者の退院支援・～多職種との連携からその人らしい生き方と支援を考える」でした。多職種と連携し、多くのコメディカルスタッフと一人の患者さんを支え、再入院せずに地域生活を送っている患者を支える看護実践でした。支援ス

タッフが対象を理解し、連続した統一性のある支援を行ったことで、患者の自己効力感が高まりや自己認識へと変化がありました。学術集会のメインテーマでもある「住み慣れた地域での暮らしを支援する看護実践」だと感じました。

第3席は、「退院支援に関するアンケート分析・～昨年度の地域・院内ケアマネージャーのアンケート結果から～」でした。看護師は、退院した後、自分達の看護実践や看護情報がどのようにいかされ、退院後の生活に継続されているかを知る機会がなかなかないですが、この研究では具体的な内容が表れていたと思います。今後、病院スタッフと地域ケアマネージャーとが連携を意識し、電話1本で気軽に相談ができる顔のみえる関係づくりに発展されることと思います。

最後に、発表者、会場の皆様と有意義な時間を共有できたことをうれしく思います。また座長という貴重な機会を与えてくださったことに深く感謝いたします。

## 口演第4群の座長を務めて

山下 順子（国民健康保険 能美市立病院）

口演発表第4群 退院支援・終末期支援に関する4題の座長を務めさせていただきました。

第14席「急性期病棟における退院困難となる要因の分析」（発表者 芳珠記念病院 由本聡登美さん）は急性期病棟に入院されている患者さんがご家族の事情で自宅以外の退院先を希望することや、入院の長期化、認知障害の悪化により介護の必要性が増すことが退院困難となる要因であることを分析されています。このことは現在の少子・高齢化・核家族化の時代をまさに特徴づけている課題であると思います。そのような中で看護師はチームの中心的役割を發揮しながら入院当初からご家族の思いに沿えるような退院支援への取り組みに大変努力されていることがうかがえる発表でした。

第15席「介護負担軽減に向けた認知機能低下を伴う糖尿病患者への関わり」（公立つぎ病院 太田晴美さん）はご家族の介護疲れから入院された患者さんの生活状況を詳しく聞き、なんとかご家庭での介護負担を減らすため、ご本人にとってもご自宅で過ごしていただけるようにとインシュリン注射から内服への変更で血糖コントロールが出来、在宅での療養環境を整えることが出来た事例でした。ご家族に本人の思いから考えられるようにしたり、日頃関わっている開業医との情報ももらいながら在宅で無理のない取り組みができたことは大変素晴らしい発表であると思いました。また冷蔵庫にカーテンをして見えなくするという考えはまさにグッドアイデアであると思いました。

16席「B病院の医療福祉連携室における退院調

整看護師の役割」（城北病院 中村美津子さん）は患者・家族が望んでいる元の生活に戻ることを目標にし、入院当初から病棟師長・MSW・退院調整看護師として、それぞれの役割を担いながら調整していくことが必要であることを述べられていました。そして患者・家族がその人らしい療養生活が安全に送れるように退院調整・支援することが大切であると報告されていました。他職種を交えながら努力されている思いが伝わりました。退院における患者・家族は様々であると思いますが、事例を重ねながら退院調整をしていかれることを大いに期待します。

17席「ターミナル期にある患者の意思表示を支援する看護援助」（芳珠記念病院 野村明美さん）は自分の病棟でターミナル期にある患者・家族に深く関わる姿勢が弱いことを課題とし、経験がある看護師に対して半構造化面接調査を行い「患者の反応を見極めて関わる」「時間を共有する」「傾聴する」「触れる」という4つのカテゴリーを導き出されました。

そのことは看護師が患者に対して「何とかしたい・少しでも楽になってほしい」という感情と誠実な態度からくるものであり、状況に応じて複数に組み合わせられているものであるという看護に対する熱い思いが伝わってくる発表でした。

4題の発表に対して、会場からの貴重なご質問やご意見を頂き、大変有意義な時間を持つことが出来ました。また座長という貴重な機会を頂いたことに深く感謝いたします。

# 共同研究の座長をつとめて

東 栄美子（医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院）

共同研究発表3席の座長を努めさせて頂きました。

第1席「看護師長が自己の健康を維持するために行っているストレスへの対処行動」は、一般病棟に勤務する看護師長のストレスを分析しカテゴリー化し、関係を構造化した発表でした。医療サービスの高度、複雑化に伴い看護師長のストレスは増えていますが、管理者のストレスを表面化し検討することは少ないと言えます。そんな中、研究で取り上げることで管理者自身のストレスの対処行動を振り返る機会となりました。又、会場からの質問にもあったように看護師長としての達成感からくる楽しさややりがいがあるがストレスの対処要因に結びついたとの記述がなかったとの現状が心に残りました。

第2席「からだをみる力を育成する科目の構築 第1報」は、看護におけるからだをみる力を育成することに重きを置き、過去10年間の国内文献検索を行い、その結果からカリキュラム課題について明らかにした発表でした。研究の過程で10文献を熟読し、異なる施設間で検討していく作業は膨大で大変であったことが予測されます。いかにして看護学生に実りある教育を行い、看護専門職業人として育成に日々努力している姿が伺えます。

文面にあったパフォーマンス評価についての説明がありましたが、誰もがわかりやすい評価方法に提示されることで更に活用しやすいものになるのではないかと感じました。今後の第2報の成果に期待したいと思います。

第3席「一般病院における院内デイケアプログラムの試験的導入とその効果」は、一般病棟で院内デイケアプログラムを試験的に導入し、その結果からの発表でした。超高齢化社会においては一般病棟でも高齢者の生活支援の取り組みが急務で、ベッドから離れ憩える場が各施設で増えることでその効果が期待できます。今回の取り組みでは担当者に認知症看護認定者がおり、外部ボランティアも上手く活用していると思いました。継続的に実施していくためには多職種連携や看護間の情報共有の強化など、修正、検証を行い更なる研究の経過を期待したいと思います。

以上3演題は、管理者の立場、教育者の立場や高齢者医療の現場からの支援など現在看護の中で抱えている問題からの提案あり、学ぶことも多くありました。又、発表者、会場の皆様と有意義な時間を持つことができました。今回このような機会を与えて下さったことに感謝いたします。