

会長講演

第8回看護実践学会学術集会

その人らしさに寄り添う看護実践とは

井田 春子

公立つるぎ病院 看護部長

日時 平成26年9月13日(土) 場所 白山市鶴来総合文化会館クレイン

第8回看護実践学会学術集会に、このように多くの皆さまにご参加いただきありがとうございます。大会長という大役を仰せつかり、大変恐縮しております。このような機会を与えていただきました稲垣美智子理事長をはじめ、理事の皆さまに大変感謝申し上げます。

今回の学術集会の開催に当たり、急性期病院であっても在院日数の短縮により早期に転院や退院をされます。患者さんが生活者として地域で暮らしていくことを意識して、医療、介護を実践しなければなりません。そこで在宅へ送り出す医療者として、在宅医療の実際を知っていただきたいと思い、午後にはシンポジウム、看護職以外の在宅訪問ケアの現状、また、特別講演では20年以上前から先がけて地域の訪問診療をおこなっておられる中村伸一先生の講演を予定しております。どうぞお楽しみになさってください。

1. 看護師とは

さて、私の長い臨床経験では数え切れないほど多くの患者さんやご家族、新人看護師、後輩看護師、先輩との出会いや関わりを繰り返しながら看護実践を通して、看護師として人として成長させていただいたと実感しております。今回、30数年間の看護師としての経験から、その人らしさに寄り添う看護実践を振り返ることができました。もちろん反省することもあります。それがあつたからこそ次はこうしようとするきっかけとなり、少しでも良い看護をおこないたいと思ひ実践を積んできたことで、長く看護師を続けてこられたと思ひています。このような経験の中から、看護師

としてその人らしさに寄り添うことができたのではないかと思う事例を紹介します。

2. その人らしさに寄り添う看護

1人目の事例は70歳代の男性で、入院して間もない肝臓がんの方でした。手術の適応はなく、余命は短いと妻は医師から説明を受けました。妻はもう駄目なら少しでも家に連れて帰ってあげたいと強く希望され、患者さんも帰りたいとおっしゃいました。まだ自宅で看とりをするような時代ではなく、無理でしょうとみんなが思いました。しかし、何とかかなえてあげたいと考え、急変した場合は病院へすぐに搬送できるように、医師にも協力してもらい退院されました。5日間ほどご自宅で過ごされましたが、最後は病院に搬送されて亡くなりました。妻は少しの間でも家で過ごさせてあげられてよかったと、感謝の言葉を述べられました。残された家族が、悔いを残さず満足できたことは、今後の生活に影響するのではないのでしょうか。

2人目の事例は60歳代の男性で、吐き気などの症状で受診し、食道がんの診断を受けました。いわゆる手遅れという状態で、本人と妻に告知されました。仕事は退職されて、経済的に問題があり、妻とは折り合いがあまり良くなく、面会はたまにある程度でした。寂しさをあまり顔には出さず、淡々と質問に答える程度の会話しかありませんでした。

看護師がいろいろ話しかける中で、「最後にかあちゃんと北海道に旅行がしたい」とおっしゃいました。しかし、自分では妻に言えないようだっ

たので、看護師が代わって妻に思いをお伝えしました。妻にも告知されていたためか同意されました。旅行中に急変することも予測されましたが、医師の同意を得て、紹介状を持ち、外泊の形を取って、2泊3日の旅行に送り出しました。なぜか沖縄になったのですが、無事に帰ってこられ、うれしそうに旅行の話をしてくださいました。

その直後、私は仕事で北海道に出かける機会がありました。患者さんが北海道に行きたいと言っていたのを思い出し、マリモの入った瓶をお土産に買ってきて差し上げると、とてもうれしそうに眺めておられました。しかし、数日後、突然の吐血でお亡くなりになりました。家族であっても遠慮して言えないことがある。そのことを患者の表情や会話からくみ取って、思いに沿って代弁することも看護実践ではないでしょうか。

その他の事例では、脳梗塞で言語障害の残った70歳代の女性の患者さんが、歌がお好きだったので、毎回、デイルームでお好きだった「青い山脈」を一緒に合唱しました。よだれをこぼしながら、とてもうれしそうに一緒に歌ってリハビリを行いました。

また、ADLがベッド上のため、起き上がれない60歳代の女性の患者さんは、家に置いてきた犬にずっと会いたいとおっしゃって、とても元気がありませんでした。何とかできないかとみんなで話し合い、時間を決めて、家族に病院の玄関まで犬を連れてきてもらい、患者さんを玄関までベッドで搬送して、数分でしたがかわいがっている犬に会うことができました。患者さんは満面の笑みで犬に触れて、安心して気持ちが落ち着きました。患者さんの望むことに目を向け、一緒に考えて実践すれば、患者さんはうれしく元気になります。そして、その元気が病気の回復力を高めることにつながるのではないかと思います。

3. 寄り添えなかった看護

しかし、反省することもあります。50歳代の男性で、胃がんのターミナル期で痛みが強く、状態がかなり悪くなっていました。夜間も妻が付き添っており、何度も訪室し、観察やお話をしていました。夜間、準夜から深夜への申し送りになったときにナースコールがあり、別の看護師が「申し送りなので待ってください」と返事をしてしまいました。その後から、状態が悪くなって亡くなりました。

それまでは妻とは極めて良好な関係にありまし

たが、自宅に帰るとき、妻は言葉を発することがありませんでした。一番来てほしかったときに来てくれなかったと思われたのだろうと察することができ、とても残念でなりませんでした。

忙しい業務の中で、看護師の都合でケアをおこなっていることはないでしょうか。いくら良好なコミュニケーションが取れていても、たった1人の心ない1言で、今まで築き上げた関係は簡単に崩れることがあります。

4. 看護とは

ナイチンゲールは、「自分自身が決して感じたことのない他人の感情のただ中に自己を投入する能力をこれほど必要とする仕事は他に存在しないのである。患者の顔に現れるあらゆる変化、態度のあらゆる変化、声の変化、全てについてその意味を理解すべきなのである。また、看護師はこれらのことについて、自分ほどよく理解しているものは他にいないと確信が持てるようになるまで、これらについて探るべきである」と言っています。

また、科学的看護論の薄井坦子氏は、「看護とは、生命力の消耗を最小にするよう生活過程を整えることである。そのための看護実践方法として専門知識を駆使した関心、心のこもった人間的な関心、実践的・技術的な関心を注ぐこと」と言っています。疾患だけを見るのではなく、社会的、心理的の3側面から患者を全体的に捉えることで、病気を持った人の看護を対象とすることだと思います。

患者の表面的な態度や言葉に振り回されることなく、患者の深層の思いを見抜かなければなりません。患者、家族を含めた深層の思いを知り、思いをかなえるために何をすべきかを考え、看護実践をすることが、その人らしさに寄り添うことになるのではないのでしょうか。

気になる患者さんに声を掛けてあげてください。声を掛け、表情の観察をしてください。変化を見逃さないでください。忙しい現場ですが、そのような思いや気持ちを持ちながら仕事に臨んでほしいものです。

5. チーム医療

医療は患者を中心とした多職種によるチーム医療をおこなっています。その中で看護師は病院の場合は、24時間365日患者のそばにいる唯一の職種です。どの職種よりも患者のことを理解し、患者の代弁者とならなければならないと思います。どの場面で、どのタイミングで、どの職種に、ど

のように依頼したらよいか、患者にとってどうすることがよいかを考えていきたいです。

チーム医療では、それぞれの専門職が互いの力を発揮し過ぎてぎくしゃくすることはないでしょうか。職員間での接遇もとても大切です。人間は感情の動物ですので、相互理解し、話し方に注意が必要だと思います。感情がぶつかり話し合いがうまくいかなかったとしたら、迷惑するのは患者さんではないでしょうか。

6. キャラクター、センス、スキルを磨く

看護師ができるお金の掛からない簡単なサービスは笑顔です。しかし、看護師は国家資格を持つ専門職ですので、笑っていればいいわけではありません。看護師は専門知識、技術を持って、笑顔で看護実践をおこなうプロでなければなりません。

宮子あずさ氏は、「忘れられない事例には看護師自身が表れている。それは臨床と研究を通じ、看護師はその人が生きてきたように看護する。また、看護は看護師自身のキャラクター、センス、スキルが絡み合っている。忘れられない事例には結果のよしあしにかかわらず、看護師自身そこに表れていることだ」と述べています。

私はこの言葉を聞いたときにとってもドキッとしました。キャラクターは人と人とのつながりを意識した接遇技術、コミュニケーション能力などを身に付けるといいと思います。センスは、看護師として何かおかしい、何か変と疑問を持ち、そのことを放置せず、解決していく習慣を持ち続けることです。スキルは新人として、10年目として、また、勤務部署が替わった、初めて聞いた疾患など、看護師として必要な知識、技術をその時時で習得していけばいいのではないのでしょうか。自分がしてもらったらうれしいと思うことをして差し上げること、おもてなしの気持ちを持ち続けるこ

とで、キャラクター、センス、スキルを高めていけるのではないかと私は感じています。

私のことで恐縮ですが、そうは見えないと思われるかも知れませんが、人前で話すのは苦手です。患者さんとうまく話すにはどうすればいいのか、人前で話すにはどうすればいいのかと思い、話し方教室や、コミュニケーション技術、接遇インストラクター、メディエーションなどの研修に通いました。それは、私自身が必要と感じたときに通いましたので、今とても良かったと思っています。それぞれご自分が考えて必要と思われるいろんなことに挑戦されることが大事だと思っています。

そして、仕事とプライベートの切り替えがうまくできるといいです。仕事の時間はしっかり集中する。そして、プライベートは思いっきりはじける。また、私がいいなと思っていることは、医療職同志で話をすると、つい職場の話になりますが、医療職以外の方と話すとき日常的な情報が入ってくるので、とても新鮮な気持ちになります。

数年後に、「看護師さん、あんたに世話になった。今元気や」と訪ねて来てくれる方がいるとうれしいものです。今、松任を離れて5年目ですか、偶然、松任にいたときの患者さんが、井田さんによるしく言ってくださったと聞いて、本当にありがたいことだと思い、とてもうれしいです。

7. おわりに

本日、ご参加の皆さまの笑顔を待っている人たちがいることを忘れず、お一人おひとりに寄り添う看護実践を続けていかれるよう、ますますのご活躍を祈念いたします。看護師の笑顔で周りを幸せにしていきましょう。これで私の拙い話を終わらせていただきます。皆さまにほんの少しでもお役にたったのなら、幸いです。本日はありがとうございました。

特別講演

第8回看護実践学会学術集会

自宅で大往生 ～『ええ人生やった』と言われるために～

中村 伸一

福井県おおい町国民健康保険名田庄診療所所長、自治医科大学地域医療学 臨床教授

日時 平成26年9月13日(土) 場所 白山市鶴来総合文化会館クレイン

1. はじめに

皆さん、こんにちは。福井県で最南端の町から参りました。今日は「自宅で大往生」というテーマでお話します。何かの間違いで、NHKの看板番組「プロフェッショナル 仕事の流儀」に出てしまいました。その翌年には朝日新聞でも紹介されました。また、「町医者ジャンボ!」という漫画が「週刊現代」に連載されて、ドラマ化もされたのですが主人公のモデルは私です。それから、一昨年はNHKのBSプレミアムで、小池鉄平さん主演の地域医療をテーマにしたドキュメンタリードラマ「ドロクター」が放映されましたが、そのモデルも私です。「ドロクター」の原案は私が書いた『寄りそ医』という本で、本の帯は「プロフェッショナル仕事の流儀」の司会者、茂木健一郎さんに書いてもらいました。

福井県自体も田舎なのですが、名田庄はそのまた一番端の田舎の方にあります。ここ数年マスコミに取り上げられるので、自分自身でも不思議な感覚に襲われているのですが、恐らく地域に根ざした医療や地域の絆などが世間から求められているからだという気がします。

私は平成元年に、栃木県にある自治医科大学を卒業しました。この大学では、卒業後9年間は各出身の都道府県に戻って地域医療に従事することが義務付けられています。私は卒業後すぐに、福井県で一番大きな病院である福井県立病院で2年間スーパーローテーション研修をして、3年目にへき地の診療所に派遣されて、たかだか3年目の浅い

キャリアで、その村には医者が自分1人しかいない状況に置かれました。普通は1～2年で交代するのですが、そこが気に入ったので、5年間続けていさせてもらいました。

9年間の義務のうち最後の2年間は福井県立病院に再び戻って、外科だけを後期研修しました。そして、義務が明けた10年目から、再び名田庄診療所に戻りました。私は福井県立病院での初期研修と後期研修以外は全て名田庄診療所勤務なので、社会人になってこの方ずっと公務員です。私がぼけた発言をしたら、遠慮なく“ちほう”公務員と呼んでください。

2. 名田庄での診療

名田庄村は福井県の一番南の端にあって、京都府や滋賀県に接しています。平成18年3月に原発立地自治体である大飯町と合併して、現在はおおい町名田庄地区となっています。日本で唯一原発が動いているところです。私が赴任したころは人口が3000人余りでしたが、現在は2600人ほどです。昔は5人に1人が高齢者でしたが、今は3人に1人が高齢者となり、過疎・高齢化が進んでいます。医療機関は相変わらず当診療所だけで、一番近い総合病院は、小浜市と周りの3つの町が一部事務組合で運営する公立小浜病院で、車で25分のところにあります。

平成3年に私が赴任したころの名田庄診療所の写真をご覧ください。1日の平均患者数は65人と、ある程度いました。レントゲン、エコー、

胃カメラ、大腸ファイバーなど機械はそれなりにそろっていました。しかし、3年目のキャリアで医者は自分しかいないところに派遣されるのは厳しいものがありました。「自分1人でやっていけるのか」と数カ月は毎日不安でした。ただ、そんな不安な医者に診られる患者さんはもっと不安だったのではないかと思います。皆さん本当によく付き合ってくれたと今では感謝しています。見てのとおり、当時の診療所は地区の集会場以下のぼろい鉄骨平屋建ての建物です。ちなみに100mほど離れた所にはおしゃれな建物がありますが、それは下水処理施設なのです。「えらい所に来てしまった」と思いました。

ところで、名田庄にはいまだに屋号で呼び合う風習があります。こちらではどうでしょうか。東京で講演すると屋号の説明からしなければなりません。それから、家族のつながりがとても強くて、3世代、4世代の同居は当たり前です。もちろん独居老人世帯や高齢者世帯もあります。

日本で3世代同居の割合が最も高いのが富山県で、2位が福井県です。その中でも、名田庄は3世代同居世帯の割合が高いといえます。最期は「家で死にたい」という高齢者がほとんどで、もちろん皆がそうなるわけではありませんが、家族も「それを支えたい」と感じています。

そうして地域の人たちとコミュニケーションを取っているうちに、自然と「病気や障害を持っていても家で暮らす人たちを支えたい」という強い思いを抱くようになりました。しかし、その熱い思い、強い思いは見事に空振りに終わりました。

あるおじいさんが脳梗塞で倒れて、救急車で小浜病院に運ばれました。脳外科の先生が診て、1カ月後には症状が固定して、寝たきりで退院しました。その後は1カ月に1回、家族総出でおじいさんを車に乗せて、小浜病院の脳外科に通っていました。

その方が風邪をひいて高熱を出すと、つらくて車に乗って小浜に行きたくないので、往診に来てほしいと診療所に電話がかかってきます。私が往診に行くと、高熱でつらそうですが風邪なので薬を飲めば2~3日で治ると伝えます。その際に、いつも小浜病院でもらっている薬を見せてもらうと、血圧下げる薬、血液をさらさらにする薬、脳の代謝を活性化する薬とどこにでもあるような薬です。「そのような薬なら、うちの診療所が定期的に来て出せます。脳外科に行くからといって毎回CTを撮るわけではないので、脳外科は年に1

~2回行って、普段は私らが診ますよ」と言っても、家族には「困ったらまた呼びますから」と断られました。つまり、便利屋としては扱ってくれますが、普段は専門医にかかりたいのです。20年以上前の田舎の名田庄村でも、専門医信仰や病院志向の方がいたのです。

また、長年寝たきりで3年間もお風呂に入っていなかった92歳のおばあさんが、訪問する度に「死ぬまでに一度でいいからお風呂に入りたい」と言うのです。しかし、当時の名田庄村には、寝たきりのお年寄りをお風呂に入れるシステムはありませんでした。

あるいは、耳はいいけれどほけたおじいさんと、耳は悪いけれどしっかり者のおばあさんの二人暮らし世帯がありました。ギリギリ老老世帯です。微妙なバランスで成り立っていました。そのおじいさんが、1週間前から動くとう胸が痛くて顔と足が腫れてきました。お分かりのとおり、狭心症で心不全です。これはいけないと、私は往診先でできるだけの処置をして、小浜病院に救急車で運びました。小浜病院の循環器内科医に申し送りをして帰りました。

おばあさんは耳が遠いので電話の受け答えもできません。自分が言いたいことは言えるのですが、相手の言うことが聞こえないのでコミュニケーションにならず、不安がりました。そこで、名田庄から車で2時間ほどかかる京都市内に住んでいる息子さんが、おばあさんを一時的に引き取ることになりました。おじいさんは3週間の入院の後、退院しました。ところが、京都の息子さんのアパートで、お嫁さんのお世話を受けて、至れり尽くせりの便利な生活を味わったおばあさんは、名田庄に戻ることが怖くなってしまいました。

息子さんは一生懸命考えます。おばあさんは耳が遠いけれど少し目をかければ家事を手伝うこともできるし、身の回りのことも自分でできます。しかし、おじいさんを引き取るほどアパートは広くありません。それに、いつまた病気を起こすか分かりません。結局、おばあさんは息子さん宅へ、おじいさんは施設へ、2人はバラバラになりました。

その循環器の先生からの診療情報提供書には、「冠動脈の狭くなっているところを広げて、心不全はコントロールできました」と書いてありました。当時はステントがなく、風船、バルーンで膨らませていた時代です。何月何日に退院したとも書いてありました。

それからは私の所に通って来ないので、小浜病院に通っていると思っていたのですが、随分後になってあの2人はもう名田庄にいないことを風の便りで聞き、つらかったです。当時、医療と介護が連携していればそんなことにならずに済みました。しかも、誰も悪いことをしていません。私も、小浜病院の循環器の先生も悪いことをしていません。皆がよかれと思って病気を治しているのに、生活は元に戻りませんでした。これが平成3年当時の名田庄村でした。

3. 変化の兆し

それから11年がたった平成14年、介護保険3年目の年に、排尿障害、血便、血尿で来られた方がいました。お分かりのとおり、前立腺がんが高度に進展してしまって膀胱と直腸に浸潤していました。泌尿器科に入院して、泌尿器科医が膀胱ろうを作って外科医が人工肛門を作ったのですが、前立腺がん自体を摘出することは到底不可能な状態でした。84歳、認知症が進行して介護保険ではB1のⅢa、要介護3でした。

すぐケアマネと連携しました。こういう段階になると、医者あまりやることなく、2週間に1回訪問して薬を調整するだけです。診療所から看護師が週2回訪問して、ストーマや膀胱ろうの周囲、および褥瘡をチェックします。しかし、末期がんで認知症で一人暮らしなので、これでは暮らしていけません。

ただ、1日3回入っているホームヘルパーがキーパーソンとなって、在宅生活を続けられています。ちなみに、この方はMSコンチンが吐き気止めを使っても全く駄目で、デュロテップパッチは肌が荒れるので、緩和ケアでは推奨されていませんがソセゴンの経口がこの方には合いました。とても安くて良い薬です。

11年で随分変化しましたが、一足飛びではありませんでした。田舎なので少ない社会資源やマンパワーをどう生かすかです。

平成3年の名田庄村には、どこの市町村にもあるはずの保健センターがありませんでした。役場の住民福祉課に保健師、当時の保健婦が1名いて、その方の机の上が保健センターでした。乳幼児健診や健康教室は地区の集会場を回ってやっていました。福祉の中心は社会福祉協議会が運営する老人福祉センターで、廃校になった小学校の校舎を利用していました。医療はうちの診療所です。保健・医療・福祉の施設はそれぞれ点在していて、

連携をあまりしていませんでした。ハードもソフトも貧弱でした。

それでも92歳のおばあさんをお風呂に入れてあげたいという思いだけで、役場の住民福祉課と名田庄診療所と社会福祉協議会の全職員は「健康と福祉を考える会」をつくって、みんなが一体化しました。これは多職種連携です。しかし、92歳の寝たきりのおばあさんをいきなりお風呂に入れるのは勇気が要ります。練習のために、最も年長者である社会福祉協議会の事務局長を海水パンツ1枚にして、片方の手足を縄でくくって、人工的に片麻痺老人にしました。保健師と看護師がヘルスチェックをして、ヘルパーがお風呂に入れて、私がビデオを撮って、後で見返して、皆で反省会を開きました。そうして手づくりのデイサービスを開始しました。

訪問看護は平成5年、医療保険に収載されてすぐに始めました。医師の介助が中心だった看護師が自分で地域に出たので、視点が大きく変わりました。当時は介護保険が始まるずっと前なので、看護師が保健師やヘルパー、医師の訪問を調整していました。今で言うケアマネ役です。彼女たちも最初は、自分たちだけで行っても意味がないのではと疑問をもっていたのですが、ふたを開けてみると、年間950件の訪問看護が実施できました。

それから、事例検討会、今のケアカンファレンスですが、医師、看護師、保健師、ヘルパーの他に役場の福祉担当者が入ることで、制度のことが理解でき、質がぐっと上がりました。

また、皆で共同で健康祭を開いたり、在宅ケア講座を開催しました。受講者の中には、「中村先生の話は飽きた。何か実践させてほしい」と言う人も出てきました。婦人会は卒業したけれど老人会にはまだ早いという一番元気のある世代の女性が中心になって、「やすらぎ会」というデイサービスのボランティアグループがつくられ、入浴時の衣服の着脱や昼食の調理を手伝ってくれるようになりました。初代会長は山本幸子さんで、現会長は3代目です。山本さんは今は気楽な立場で関わっています。世代交代は進んでいます。

山本幸子さんが最初のボランティアの集まりのときに、皆を前にして「元気なうちは人の世話はするけれど、へたってきたら素直に人のお世話になるんやで」と言いました。プライドの高い人は、人の世話をするのはいいけれども、人の世話にはなりたくないと言うのですが、いずれは人の世話になるので、今のうちに人のお世話をしておこう

よということです。そのことを私は鮮明に覚えています。当時はそんなものかと思わなかったのですが、十数年たってようやく理解できました。

最初のころにこのボランティアグループに参加されていたご婦人が、その後、脳梗塞になって、要介護4でデイサービスの利用者になりました。それから、当時、保健や福祉、医療に一番熱心だった村会議員がいました。とても素敵な方で、私たち役場の人間にとって議会側の一人応援団長のような方でした。後に大脳皮質基底膜核変性症という神経難病になりました。治療法もない、徐々に悪くなっていく病気です。要介護5で、亡くなる1週間前までデイサービスを利用してくださいました。

十数年たって、私は“情けは人のためならず”ということが初めて分かりました。人のためにやっているようで、それは巡り巡って自分に回ってくるということです。今の学生さんに、“情けは人のためならず”の意味を聞くと、情けをかけたらその人のためにならないので厳しくしなければならぬ意味だと言う人もいます。説明も大変です。

こんなふうに保健・医療・福祉の多職種連携を進めた上で、住民のボランティアも巻き込んでいくと、ボランティアと職員が一緒にいられる、自然とみんなが集う場が欲しいということになりました。ディスカッションをしながら8年間かかりましたが、保健医療福祉の総合施設、現在の私らの建物である“あっとほ～むいきいき館”ができました。診療所の他には保健センター機能もあって、役場の保健福祉課もこちらに移ってきました。開業医の歯医者さんには場所を提供して、高齢者用の居住スペースもあって、社協はデイサービス、ホームヘルプを行います。これは平成11年のことです。平成12年から居宅介護支援事業も行っています。

当時は村長があちこちに掛け合ってくれて、私以外にもう1人の医者を招へいすることができました。ときには大学から、ときには県庁から派遣してもらって、6年間は医師2名体制を存続することができました。しかし、平成17年度からは残念なから、地方の医師不足のあおりを受けて定期的に医師を派遣してくれるところがなくなりました。今でも研修医はたくさん来ますが、常勤の医師は私だけになりました。

吉野谷村ほどではありませんが、雪が降るとあっとほ～むいきいき館は、“あつという間に生き

埋め館”になってしまいます。除雪は命懸けでやっています。28名ほどのスタッフでやっていて、当時、あっとほ～むいきいき館は診療所と保健福祉課と社協が同居しているのですが、役場の中で、私は診療所長だけでなく保健福祉課長も兼務していました。したがって、健康づくり、健診、各種検診、国保、老人保健、介護保険、障害者福祉、生活保護も私自身が担当課長でした。実は、名田庄村の介護保険を導入したときの担当課長は私で、住民に対する説明会や、議会での答弁、第1号介護保険料や国保税を幾らにするかという計算も、陣頭指揮を執っていました。この当時、名田庄村はハードもソフトも保健・医療・福祉が統合されていたということです。

話は変わりますが、想像してください。ずっと砂漠を歩いてきて、もういい加減歩きたくないと思つてふと顔を上げたら、目の前に巨大な壁がありました。体当たりしても壊れない、上からよじ登ろうと思つても高過ぎて無理です。横からすり抜けようと思つても、その壁は横にも広い。困りました。引き返そうと思つたら、後ろから砂嵐が吹いてきて引き返すことすらできません。にっちもさっちもいかない状況です。そういうとき、じっとして待ちますか、何とかしようと思つますか。

これは心理テストで、砂漠は人生を、巨大な壁は人の死を表します。じっと待つタイプの方は人生を達観した方で、死を前にして落ち着いて受け入れる方です。何とかしようとする方は往生際の悪い方で、延命治療は要らないと言いつつ、最後まで粘る方です。

4. 看とりについて

ここから看とりの話をします。私はご紹介にあったほど在宅医療の専門ではありません。私の仕事の9割は外来診療で、午前と午後の外来診療の合間をぬって訪問治療に行っているだけです。緩和ケアの専門家ということでもありません。専門性はないのですが、比較的元気なうちからいろいろな方とご家族を含めたお付き合いがあって、その方が介護が必要になって診療所の外来に来られなくなって、訪問に行くようになる。徐々に衰弱して、最後は家で看取るという形で診ています。専門性からいうと在宅医療を専門にやっている先生たちの方が質も量もよほど上です。ただ、家族ごと継続してみているというところは、私たちの方が少しアドバンテージがあるという気もします。

これは名田庄だけではなくて日本全体の話なの

ですが、今後、年間死亡者数がどんどん増えてきます。これは団塊世代に人口のピークがあるためです。“多死時代”と呼ばれます。2030年に予想されている日本人の看とり場所、つまり死に場所は、医療機関が89万人、介護施設が9万人、自宅が20万人、その他が47万人です。

町村合併してからのデータを取るのには難しいので、私が赴任してから町村合併する直前までの15年間のデータによると、名田庄で亡くなった人の約4割が自宅で亡くなっています。死因別では老衰が約半分、それからがんと悪性疾患が多いです。がんは日本人の2人に1人がなると言われています。亡くなる方の3人に1人ががんなので、実は非常にメジャーな病気と言えます。

5. 在宅看とりについて

在宅で診るのが難しい病気には三つあって、がん、神経難病、認知症です。ただ、誰が教えたわけでもないのに、医療者も医療者でない人もなぜか老衰なら自宅で診られるが、がんは病院で診るものだと思っています。本当ががんの在宅での看とりは難しいのでしょうか。

一つは家庭介護の問題があります。大変といえば大変ですが、私が赴任した二十数年前と比べると、介護保険の導入で、いまや社会資源が大変増えています。また、疼痛緩和も大変かもしれませんが、二十数年前と比べると、多くの種類の麻薬がさまざまな経路から投与できるようになって、処方随分楽になりました。また、名田庄診療所のような弱小診療所で多種類の麻薬を抱え込むと不良在庫になって経営上良くありませんが、今は医薬分業の時代なのでそこは助かっています。今は追い風のはずです。

それから、末期がんと寝たきりでは、介護する家族の不安の質が違います。末期がんの方を介護する家族は、「いつ死んでしまうのか」とおどおどしています。寝たきりの方を介護する家族は、「いつになったら死ぬのだろうか」と思っています。日本語は似ていますが、ニュアンスは随分違います。末期がんの場合、ゴールが見えるから頑張れるのではないかという気がしています。

これからがんで亡くなっていった方の物語をお話しします。写真は許可を得たレベルで出していきます。また、治療法は当時のものであって、最新の治療法とは異なることをご了承ください。

平成14年、73歳の女性がおなかの調子が悪いということで、最終的には大腸ファイバーをやった

ところ、かなり進行したがんがありました。この当時、私は外科医だったので他の病院に連れて行って、私自身が手術を執刀しました。おなかを開いた瞬間に広がっていることが分かるすごい大腸がんでした。抗がん剤治療も行いましたが、1年後に肝臓に転移して腹腔内にがんが散らばって、腎臓が腫れる水腎症になりました。再入院して治療して、入退院を繰り返して家にいました。

肝臓が悪くなるので黄疸が進行して、食べることも飲むこともままならなくなって、3度目の入院となりました。誰が見ても「今度入院したら家に帰ってこられないだろう」という状態でした。私は、「名田庄診療所はいつでも待っている」と一言伝えておきました。

平成14年の1月は雪が多かったのですが、1日だけぴたりとやんだ日がありました。そうしたら、入院していたご本人と看病していたご主人は、「帰るなら今しかない」とピンときたのでしょうか、主治医とスタッフに「今から帰る」と言いました。

病院スタッフは「この状態で帰れるのか」と驚きました。介護タクシーがある時代ではないので、どうやって帰るか相談しました。病院の先生は緊急手術があつて送っていけない、私が迎えに行くとロスタイムが大きい、結局、家族だけで家に連れて帰ることになりました。病院の担当医師から私に電話があり、「飲まず食わずで点滴だけで生きているので相当衰弱している。もしかすると帰宅途中で息絶えるかもしれない。そうなったらあとはよろしく」と言われました。私は患者さんの自宅で待っていました。

家に着いた瞬間、ご本人もご主人も「帰ってきてよかった」と言いました。小学生のお孫さんも「おばあちゃん、お帰り」と涙を流して迎えました。1日500ccぐらいのわずかな点滴だけで、3週間、ご家族としっかりお別れの時間をつくって、ご自宅で永眠されました。これは科学的ではありませんが“家の力”としか言いようがありません。私らはそういうものを少なからず経験しました。皆さんもそういったご経験があると思います。

それから、点滴についてですが、在宅緩和ケアにおける点滴についてはこれといった決まりごとはないので、多面的な視点で適用を判断すればいいと思います。小児用の点滴セットを使うと割とゆっくり落ちて、そんなにブクブクにむくまずに済む印象があります。十数年前から、持続皮下点滴をしています。血管に入れると詰まったり漏れたりしますが、持続皮下点滴の良いところは、最

初から漏れているので漏れることがないことです。ですので、家族がボトル交換に神経質にならなくて済みますし、脱水状態のときは割と早く吸収して、ウェットになってきたらゆっくり吸収します。自然と皮下で調整されて便利なので、私たちはよく使っています。

がんで、在宅で亡くなった方の話ばかりすると、名田庄診療所で見つかったがんの方は全員死んでいるのかと思われるかもしれませんが、そんなことはありません。早く見つけて、適切な治療をして治った方もたくさんいます。ほとんどの場合、私が見つけたら、病院を紹介して、そこの先生に治療していただきます。

患者さんの中には、「この診療所で治すことはできないのか」とか「病院に行くのは嫌だ」とかいろいろなことを言う方もいます。かなり無茶なリクエストをする方もいます。ただ、早く見つけた胃がんや大腸がんは、手術しなくても内視鏡で治せます。こんな胃がんや、こんなS状結腸がん、こんな直腸がんは病院に紹介していません。うちの診療所の外来で内視鏡治療して、4人とも完全に治しています。早期発見と早期治療です。

次の物語です。平成21年、奥さんを看とった7年後にご主人の命が危なくなりました。80代半ばで、この方はがんでなかったのですが、心臓も肺もあちこち悪くて、最終的には腎臓が致命的になりました。しかし、この方は透析を拒否しました。腹膜透析も含めて全て説明したのですが、「そのようなことをやってまで生きていたくない」と言われました。そうすると、腎不全が進行して尿毒症が悪化して、身の置き所のないような全身倦怠感にさいなまれます。

3月下旬まで生きることができて、「今年は桜が見られるかな」と漏らされました。私は、相当衰弱している。「外出するだけでも命が縮まるかもしれませんが、それでも桜を見に行きますか。それとも体力を戻しますか」と質問すると、「老い先短い命なのでできれば桜を見に行きたい」と言われました。

社会福祉協議会は車いすを乗せられる福祉車両を4台持っているのですが、そのうち1台を、いつでもこの方に桜を見せるために連れ出せるようにキープするようお願いしました。社協とは長い付き合いなので了解してくれました。そして、タイミングを待ちました。

平成21年の4月9日木曜日、木曜日の午後の診療所は、検査や訪問診療、時間のかかるカウンセ

リングをする予約診療をしています。ちょうど15時から16時は予約が入っておらず、さらに快晴で、桜が満開になったばかりという良いタイミングでした。私は名田庄診療所の看護師と社協のケアマネと一緒に、患者さんのお宅に向かいました。

家族が交代で看病していたのですが、その日はお孫さんが看病していたので一緒に行きました。そのときに撮った写真です。この方は肺も悪いので看護師が酸素ボンベを持っています。社協のケアマネもお孫さんも、とてもうれしそうな顔をしています。

今はデジタルカメラの時代なので、夕方にはプリントアウトしたものをご自宅に持って行きました。ご主人は「ええ桜やった。生き返った気がする」と喜んでいました。もちろん桜を見たからといって腎不全は改善しません。全身倦怠感にさいなまれて眠って、目を覚ましたらまたその写真を見ていたそうです。そんなことをくり返し、お花見の9日後にご自宅で永眠されました。これが最後の外出になりました。

6. 桜にはせる悔やまれる思い

「桜を見るためにこの方を連れ出したい」と私たちが強く思った理由は二つあります。一つは7年前にこの方は奥様を本当に献身的に看病して、ご自宅で看とっているからです。もう一つは、以前それができなかった苦い思い出を持っているからでした。

それはこの方の奥さんを看とった平成14年と同じ年のことです。74歳の男性です。元学校の先生なので人一倍桜に思い入れがあったのかもしれませんが。私が最初に見つけた胃がんの方でした。治療したにもかかわらず再発して、胃がんの末期になって入院しました。がん性腹膜炎の状態、鎖骨下静脈から高カロリー輸液で持続点滴をしました。大きなボトルの中に麻薬が入っている、末期の胃がんの入院患者によく見られる光景です。彼は「いきいき館の前の桜が村で一番きれいだ」と常々言っていました。

3月下旬、私はいくつかの用事があってその方の入院している病院に行った際、見舞いに行きました。かなり衰弱した状況で、「今年は桜が見られるかな」とぼつりと言いました。「そりゃあ、無理でしょう」とは思っていますが言えません。私は「見に行けたらいいですね」と、やんわりと無理だということを婉曲的に言いました。英文法的に言えば仮定法過去ですね。しかし、この方は英

語の先生でも国語の先生でもなくて、「ほな、わし帰るわ」と家に帰ってしまいました。

この方にはお子さんが3人いますが、みんな都会に出ていて奥さんと二人暮らしでした。ご主人は大らかで豪快な人で、奥さんは心配性でデリケートな人という、夫婦で異なったキャラクターでした。奥さんは鎖骨下静脈に入った点滴を見て、「そんなものをぶら下げて家に帰ってきて、もしものことがあったらどうするんですか」と心配しました。しかし、ご主人は「もしものことがあったらって、わしは末期がんだから、死ぬだけや」と言うのです。そのとおりなのですが、それを言っただけは身もふたもありません。

末期がんの方は、一見大丈夫そうに見えても、突然逝くことがあるので、私はできるだけ早い段階で連れ出したいと、五分咲きのころに誘いました。しかし、「まだあまりきれいではないし、寒いからまた今度にしますよ」と答え、のらりくらりと逃げました。私も無理強いはできませんし、希望的観測でまだ大丈夫だと思っていたところもありました。

ところが3月30日、ご自宅で、奥さんの目の前で突然息を引き取られました。奥さんから電話があって、「主人が息をしていないんです」という悲痛な叫びでした。私たちはもうそろそろ危ないとは伝えていなかったもので、慌てて往診車を走らせました。ただ、慌てたところでがんの末期なので心肺蘇生はしません。それでも奥さんの気持ちを思うと、一刻も早く行ってあげたくて往診車を走らせました。

走り出した直後、七分咲きの桜の枝が目に入ったので、一旦車から降りてそれを折ってお宅に向かいました。玄関に入って部屋のドアを開けると、奥さんが「お父さん、起きて。目を覚まして」と泣きながらご主人の体をゆすっています。私は何も言えず、持ってきた桜の枝を手渡しました。奥さんはご主人の目の前に桜の枝を持って行って、「ほら、お父さん。あんなに見たがっていたいきいき館の前の桜を中村先生が持ってきてくれたわよ。お父さん、見て、ほら」と泣き叫んでいました。何も言えず私とナースはただただ寄り添っていました。

10分ほどたつと、奥さんも落ち着きを取り戻しました。桜の枝を両手に持って、こちらを振り返って、「中村先生、長いことありがとうございます。おかげさまで主人は最後に桜の花を見ることができました」と言われました。「こんなこと

なら、もっと早く桜を見に連れ出せばよかった」と言われると、少し責められているようですが、奥さんも学校の先生で非常に賢い聡明な方です。呼吸が止まったご主人に桜を見せても見ていないことは分かっていた、「桜を見ることができました」と言ってくれたのです。私たちも今さら桜を見ても遅いと思いながらも、本当は桜を見せたかったという“思い”を持って行ったら、奥さんは“思い”で応えてくれたのです。見ていないのが事実ですが、“思い”はつながっているのです。こういった深いところでつながっているのが、本当の意味の絆なのではないかと思っています。

この方の命日は3月30日で、3月31日がお葬式でした。お葬式でお経を読んだお坊さんは、ご主人のかつての教え子でした。出棺の際、そのお坊さんが「蛍の光」を歌い始めると、その場に居た人たちはすぐに察し、みんなで大合唱しました。自分たちを卒業を見送ってくれた恩師の人生の卒業式を皆で見送ったのです。これも地域の絆だと思います。

7. 思いはつながる

もう1人、桜に関して忘れられない方がいます。58歳の男性で、悪性神経膠腫というたちの悪い脳腫瘍でした。胃がん、肺がん、大腸がんは山ほど見つけていますが、悪性神経膠腫という脳腫瘍はそんなになく、26年間医者をやっていて、この病気の方の主治医になったことは2回しかありません。

この方は、過去1年間に小浜病院の脳外科で3回の手術と放射線治療を受けていましたが、腫瘍はどんどん大きくなって行って、脳外科医からは、「数カ月以内に脳ヘルニアで亡くなるだろう」と予測されていました。だからこそ、今の時期に「短期間でもいいので、できるだけ家に帰りなさい」と言われ、在宅医療を私にバトンタッチされました。

最初に往診に行ったときにはもう右片麻痺で運動性失語症でした。相手の言っていることは理解できるが自分からは話せない。少し神経の集中を切らせると、うとうとと寝てしまう傾眠傾向もあり、ときどき足が痙攣する。しかし、この時点では口からものを食べることは十分可能でした。

介護するのは奥さんと実の妹さん、さらには奥さんのお姉さんもいました。この方は関東在住です。遠方でしたが、経済的にも時間的にも介護に来る余裕があったのでしょうか。マンパワーはあ

りました。要介護5だったので、さまざまなサービスを最初から入れていました。手厚い介護と家の力があつたのか、1年間はほとんど悪化がありませんでした。

そうこうするうちに、抗がん剤のテモダールが日本で承認されました。もちろん完全に治すような薬ではなくて、延命効果が期待できる薬です。本人が意思表示できていたところに「この薬が日本で承認されたら使いたい」と言っていて、家族も希望していました。ただ、私はこの薬を使ったことがなかったので、製薬会社の方に日本で治験を多く手がけた医療機関を尋ねると、大阪のある病院を教えてくださいました。見ず知らずの病院の脳外科に電話をかけたところ、その先生がとても良い方で、「分かりました。いつでもメールで相談に乗るようにしましょう」と言ってくれました。彼とメール相談できる体制をつくって、細かなアドバイスを受けながらテモダールを開始しました。5日投与して23日休むという4週間を1クールとして5クール行いました。5クール終了後、下肢の皮下出血がひどくなって、中止せざるを得なくなりました。

その間に意識レベルがだんだん上がってきて、調子の良いときには石原裕次郎の歌を口ずさむほどでした。平成18年と19年には、あっとほ〜むいきいき館の桜の木の前で記念写真を撮っています。平成18年は奥さんがご主人の頭をカメラの方に向けようとしていますし、表情はボケーツとしています。平成19年は飛んでいる鳥を目で追っていますし、表情はキリツとしています。意識レベルはアップしていて、このころが一番良かったと思います。

数カ月で亡くなるだろうという脳外科医の予想をはるかに超えて2年間生きたのですが、そのころには意識レベルが低下して、食べることも飲むこともできなくなっていました。胃ろうを作る話もあったのですが、鼻から胃袋につながるNGチューブを入れてみると、少しも嫌がりませんでした。苦痛がなかったというのは、痛くないからいいという解釈もできますが、そこまで意識レベルが落ちている、病気が進んでいるということです。

結局、平成20年には鼻孔からの経管栄養をすることになりました。そのくらい意識レベルが落ちていると、桜の木の下に連れていっても本人は認識できません。そんな状態でしたので、奥さんは、みんなの協力を得てまでお花見や記念撮影をしようとは思わなかったようです。その気持ちもよく

分かります。

ある日の訪問診療で私はあることをやりました。そのことを奥さんは私には一言も言わなかったのですが、ケアマネジャーにそのエピソードをお手紙で送っています。これは公表することを許可されているので、奥さんがケアマネジャーに宛てた手紙を朗読してもらいます。

「先生と看護師さんがいつものように診察に来られました。ベッドに横たわる主人の胸元の30cmくらいの高さに先生は握り拳を差し出し、『奥さん、手を貸してください』と私の手のひらを主人の胸の上に据えました。『ええっ、先生。いつから祈禱師に』と思いきや、『松山さん、桜ですよ』とおっしゃって、握った指の隙間からひらひらと桜の花びらが主人の胸と私の手に舞い落ちました。なんとも粹な計らいに、私は目頭が熱くなり、無心で落ちた花びらを主人の枕の上に散りばめていました。

主人が伏してから3年目の身体は、3度目の桜を見せてあげられる状況には程遠く、諦めてはいたものの、桜の花が咲きはじめてから私の心中は穏やかではなく、満開の桜から散りはじめた桜の花びらに、『散らないで、お父さんはまだ見ていないんだから』と呼びかけたいような複雑な思いで、日々、窓から見える桜を眺めておりました。

そんな私の思いを先生はいつも簡単にさりげなく、成し遂げてしまわれたのです。機器の管につながれた高度な医療よりも、はるかに心のこもった巧妙な医療に、感激やら感動で胸がいっぱいになりました。今はもう窓から見える葉桜を良い思い出に変えてくださった先生と看護師さんに感謝しながら、眺めています」。

私はそのときの光景を今でも覚えています。桜の花がベッド上に散らばることのないように、奥さんに両手で構えてもらって、その上から桜をパラパラと落としました。その後、奥さんはとてもうれしそうな顔をして、私はわざわざ奥さんの両手に乗せるように落とすのに、奥さんは両手にたまった花びらをご主人の胸の上と頭の上にひっくり返して、「ほら、お父さん、よかったわね。桜よ、桜」と言って、枕元に散りばめました。

これも桜を見に行けないという事実は事実です。去年、一昨年と同じように、「一緒に行けたらよかったのにね」という“思い”を届けると、奥さんの“思い”につながりました。つらい現実の中でも、“思い”は共有できました。

それからさらに4カ月ほどは、痙攣止めの薬を

極量使っても起こる癌變と、度重なる肺炎を繰り返して、初診から2年6カ月、最初の脳外科医の予想をはるかに超えて、ご自宅で暮らして永眠されました。

8. 一人ひとりの人生に寄り添う

がんの末期に麻薬を使うのは標準的な治療ですが、それをあえて使わない決断をした方もいます。また、在宅でもがんと闘う人もいれば、がんに抗わない、闘わない人もいます。皆さん年齢や人生に対する価値観はそれぞれです。医学や医療のガイドラインはありますが、人生にガイドラインはありません。だからこそ、一人ひとりの人生に寄り添うことが必要なのです。

麻薬を十分使った方のお話です。77歳の男性で、京都市内にある某国立大学で診断・治療を受けていて、肺がん末期でしたが本人には告知していませんでした。平成10年という時代背景では、そういったことがありました。本人には重症のサルコイドーシスという病名を教えていました。入院中の病院では、呼吸困難のため酸素を吸っていました。

しかし、ご本人は退院されました。この方は名田庄村で一番の資産家で、小さいころに母親を亡くしてからは仏門に傾倒していました。本当はお坊さんになりたかったのですが、生活のことがあって建設業界に身を投じました。そこで頭角を現して、独立、建設会社を設立して社長になりました。景気が良かった時代背景もあって、一代で会社を大きくして、財産を築きました。

「自分はお坊さんにはなれないが、近所のお寺を立派にしたい」という長年の夢があって、お寺の改修工事に1億円を寄付していました。その工事が中盤に差し掛かっていたので、それを見たくていてもたってもいられず、病院から抜け出して自宅に戻ったのです。

大学病院の先生からは電話ももらい、丁寧な診療情報提供書も頂きました。麻薬はきちんと処方されていたし、在宅酸素療法も私ではなくて大学病院の先生が業者にオーダーして既にセッティングされていたので、良い形でバトンタッチされました。ただ、告知されていない患者さんにどう接するかが難しく、私が告知したらいきなり関係が崩れそうですし、本当に困りました。

最初の往診ではあいさつをして、型どおり診察をして、世間話をした後に、苦し紛れに「もし痛みがひどくなったり、もっと息が苦しくなったり

したら、また大学病院に戻りますか」と質問しました。すると、彼は私をにらんで、「何があっても大学には絶対に戻らん」と言いました。私が手を差し伸べると、本当のがんの末期の方かと思うほど強い力で握り返してきました。アイコンタクトもばっちり、家で死ぬつもりだということが分かりました。この方には告知もしていませんし、同意書も取っていませんが、あの握手でこの方と私との間では、非言論的なインフォームドコンセントができていたと信じています。

この方は工事の進行を見続けました。車いすに酸素ボンベごと乗せて工事現場に行きました。家族が「おじいちゃん、工事はうまく進んでいるからね」と励ましました。やがて衰弱して車いすに乗ることもできなくなると、家族が工事現場の写真やビデオを撮って、枕元で「ほら、もうちょっとでできるからね」と励ましました。そして、彼は工事の完成を見ました。落成式の日朝、ご自宅で息を引き取りました。

息子さんも立派な方で、これも何かのご縁だということで落成式は中止しませんでした。その後、通夜、葬儀となりました。ふた昔ぐらい前には、患者の死は医療の敗北だと見なす向きもありましたが、この方の死は敗北ではありません。この方は人生の勝利者ですし、亡くなったとか死んだとかいうより、生き切ったという方が似合う人生でした。そんな方と最後にお付き合いさせていただいて感謝しています。

9. 麻薬を使わない選択

この方が亡くなる2年前、ご近所の方で麻薬を全く使わずに在宅で看取った72歳の男性がいました。小高い丘の上にある、今どき珍しいかやぶきの家に住んでいる方で、畑仕事のやり過ぎで年に2～3回、腰痛で来る緩い関係の方でした。

その方がいつもの腰よりもっと上の背中が痛くて食欲がないということで、横になってもらって触ったら、心窩部にこりとしたものが触れたのです。おかしいと思ってエコーで見たら、すい臓の頭部に大きながんがありました。包み隠さず、全て本当のことを言って病院を紹介しました。

病院では内科と外科の医師が相談した結果、とても手術で取り切れるような代物ではないということで、消化器内科医が胆道ステントを留置し、そのステント周囲に放射線を照射して、治療は終了しました。今ならすい臓がんの有効な抗がん剤がありますが、この時代にはなかったのです。退

院したばかりのときは少し元気そうでしたが、やはりこの病気の性質上痛みが激しくなるので麻薬を使うよう説得しました。しかし、本人は麻薬を拒否しました。

患者の中には、麻薬を使うと寿命が縮まる、頭がおかしくなると思い込んでいる方がいるので、そうではなくて世界標準的な治療であることを説明しました。それでも「そんなものは要らん」の一点張りでした。このようなとき、皆さんだったらどうしますか。丁寧に説明したのですが、それに応じてくれなかったのが、本当に困りました。

そこで、「なぜそれほど麻薬が嫌なのか」と尋ねると、彼は「若いころにシベリアに抑留されていて、朝起きると右に寝ている人が死んでいて、次の朝起きると左に寝ている人が死んでいたこともあった。厳しかったけれど、自分は幸い五体満足で日本に戻ってくることができて、戦後の復興を見てきた。自分も少しは参加している気がする。がんというのは何なんや。がんは自分の体の中で勝手にできてくるもので、それで死ぬなら幸せや。この程度の痛みには耐えんと、シベリアで死んでいった仲間には申し訳ない。そやから、麻薬は要らんのや」と言うのです。

これは戦後に生まれた私たちには到底想像がつかない心境ですが、私は何人かからこういうことを聞いたことがあります。インパール作戦の生き残りだとか、部隊でほとんどが死んだのに自分だけが生き残って申し訳ないと思っている。

例えば、皆さんが治らないがんで、余命数カ月だと言われたら、人生で最悪のニュースのように思うでしょう。しかし、戦争体験者にとって、がんになるなんてことは、戦争より大変なことではないという感覚なのではないでしょうか。若いころ、魂を奥底にくさびのように刺さった痛みを、がんの体の痛みで耐えることで解放していったのでしょうか。そんな解釈をしています。

3月、小高い丘の上から雪解けの風景を見ながらご自宅で永眠されました。シベリアのつらい抑留体験も雪解けと同じく溶けているといいですね。あの世に行ったら、彼に聞いてみたいと思います。

10. 地域医療の仲間をつくる

61歳の比較的若い男性で、2～3年に一度風邪をひいて来るか来ないかくらいの緩い緩い関係の方で、診療所の近くに住んでいるので、犬の散歩中にたまに会うような方でした。「半年で体重が6kg減少して、自分としてはどこもつらくないが、

周りから医者に行けと言われたから来た」と言って来られました。検査を予想して、朝食抜きでの受診です。

まずエコーを撮ると、肝臓の中が腫瘍だらけでした。胃カメラは異常ありませんでした。胃がんが肝臓に移転したのかと思ったのですが、そうではありませんでした。翌日の午後、大腸ファイバーで見たところ、S状結腸に管腔の半分を占めるくらいの大きながんがありました。腫瘍マーカーでは、CEAが5,600 CA19-9が37,700でした。それぞれの正常値は5ng/mL以下、37U/mL以下なので、ものすごく進行したがんだといえます。

すべて本人に話すと、「あとどのくらい生きることが出来ますか」と問われたので、「それは治療効果によって変わりますので、あと何カ月とは言えません」と。すると、「何カ月というレベルですか」と聞かれ、あたふたする私でしたが、私のような駄目な医者には患者さんが助け舟を出してくれました。「先生の予想が外れたからといって先生を恨まないで、率直な意見を言ってほしい」「3カ月くらい。私はあなたの味方ですからね」とも答えておきました。しばらく彼は考えて「先生、治らなら1年でも2年でも入院する。でも、治らないなら、たった2カ月延命する目的で、そのうちの1カ月も病院に入院するのは嫌だ。そんなくらないなら家にいたい」と言われました。

気持ちはよく分かりますが、これは結構難しいリクエストです。そこで、できるだけ在宅で治療することを念頭に置いて、うちの診療所と協力してくれる病院を探しました。その病院の先生と私と患者さんの3人で約束したことは、「最初の1カ月は入院してほしい。残りは極力在宅で治療しよう」ということでした。

入院時のCTはすさまじいものでした。肝臓の中で、黒く抜けているのががんで、白く染まっているのが正常な肝臓の細胞です。がんの面積・体積の方が大きいし、腹水もたまっています。

皮下にポートを埋め込んで、ポートからはカテーテルが上大静脈に達しています。このポートに直角型の針を刺して、5-FUを6日間かけてじわじわとゆっくり持続静注をします。そして、シスプラチンを月曜日と木曜日に腕の血管から1時間かけて点滴するという作戦です。これは入院中、初診から18日目に始めました。

退院後2カ月目に入ると、診療所とご自宅での在宅化学療法をやりました。これは結構効いて、6カ月目に入りました。高熱が頻繁に出るのです

が、埋め込んだカテーテルとポートが悪さをしているのではないかと考え、それを抜去したら熱が下がりました。

今度は末梢の血管から、別のメニューでの化学療法です。CPT-11、5-FU、ロイコポリンの併用療法ですが、病院で入院してやるような原法の2分の1から3分の1の量に減らして行いました。計6回です。1年を目標にしたのですが持たず、11カ月目にご自宅で亡くなりました。ただ、「たった2カ月延命する目的で、そのうちの1カ月も病院に入院するのは嫌だ」と言っていた方でしたが、1カ月の入院で、残りの10カ月をご自宅で奥さん、息子さんとしっかりお別れの時間をつくることのできたので、こちらとしては責任を果たせたのかなという思いです。

さらに、実はこの方とうちに來る医学生との間で温かな交流がありました。うちの診療所は自治医科大学の地域医療学実習を受け入れ、さらには初期研修医を福井県内の四病院と横浜の病院から受けています。後期研修医は福井県家庭医養成キャリアアップコースから年間のうち6カ月受けています。看護学生の実習も受け入れています。

平成14年に、先ほどの大腸がんの肝転移の患者さんが在宅で療養しているときに、自治医科大学の5年生2名が実習に来ていました。実習最後の日に学生が、「最後にあの患者さんの家に寄りたい」と言うので、その理由を尋ねると、彼らは患者さんとのコミュニケーションの中で、患者さんが中日ドラゴンズのファンだと知り、球団事務所に電話をして、当時現役だった立浪選手の直筆サインを入手していたのです。最後にそれをプレゼントしたいということでした。私もうれしくなって、彼らを患者宅に連れていきました。彼らから直接患者さんに手渡すと、患者さんも奥さんも涙を流して喜んでくれました。「二人とも良いお医者さんになってね」とお別れをして、彼らは大学に戻りました。

その2カ月後、患者さんは亡くなりました。そのことを彼らに電話で伝えると、二人とも電話の向こうで泣いていました。こういったことに涙できるのはとても良いセンスだと思います。また、「大腸がん末期の何とかさん」というラベリングではなく、「陽気で話好きで中日のファンだったあのおっちゃんが大腸がんの末期になって最後に亡くなっていく」という、患者さんの人生を描けるような医者になってほしいと思っていましたし、彼らは順調に育っています。

こうやって研修医や学生を長年受け入れていると、私の主な紹介先である小浜病院には、名田庄診療所に勤務したか研修した経験のある医者が内科6名、外科1名います。このことは、名田庄地域にとって大きな仲間です。とくに外科のドクターは、11年前に5年生だった人です。彼が卒業後10年目で小浜病院の外科に勤務しているのです。10年経って貫禄も出ました。私が大腸がんの在宅化学療法を教えていた学生さんでしたが、去年は二人、大腸がんで手術が必要な患者さんを私が見つけて、彼に紹介すると、きっちり手術して治してくれました。

学生教育、研修医教育は確かに面倒な面もありますが、彼らのためだと思ってやっています。しかし、それは彼らのためではなくて、巡り巡って自分たちのためになるというように“情けは人のためならず”なんですよ。非常に気の長い話ですが、若い人たちを育てて地域医療あるいは在宅医療の仲間をつくっていくことは大切だと思います。

11. 標準的な現代医療を受けない選択

最後の物語です。認知症で、大の医者嫌いなおばあさんがいました。認知症の方はこれからどんどん増えるので、認知症でがんという方も増えるでしょう。介護している娘さんが心配して、介護保険の申請にきました。介護保険の申請には主治医意見書が必要なのですが、この方は医者嫌いなので主治医がいません。それで、「主治医意見書を書いてほしい」ということで一番身近な私のところに来られました。

「家に閉じこもってますますばけるといけないので、デイサービスを利用したい」「家族が外かけて1人で家に置いておくのは心配なので、ショートステイを利用したい」というような理由での申請でした。「ショートステイを利用するときは、施設から結核の有無を聞かれるので、今のうちにレントゲンを撮っておきましょう」と説明し、胸のレントゲンを撮ると、結核ではなくて肺がんがありました。

認知症の特徴として“事実は忘れて感情が残る”ということがあります。ですので、おばあさんががんを告知しても、がんだという事実は5分すると忘れませんが、ショックや嫌な感情はずっと残ります。それはあまり得策ではありません。もちろん認知症といってもいろんなレベルがありますが、5分前のことをすっかり忘れて覚えていないよう

な認知症の方には、告知してもあまり意味がない
というか、悪い影響の方が残るような気がします。

娘さんにどうしようか聞くと、「今日のがんは
なかったことにしてください」と言われました。
私は、呼吸器内科医に紹介しようと考えていま
した。彼らは二、三の治療の選択肢を提示してく
れるでしょうから、どれかを選べばいいと思ってい
ました。ところが、なかったことにしてくれと言
うので困りました。しかし、娘さんは最後にこう
言いました。「私だったらまだやりたいことがあ
るので長生きするためにがんの治療を受けます。
痛いことやつらいことも我慢できます。しかし、
母はもともと大の医者嫌い、病院嫌いで、しかも
母は理解できないんです。理解できない母にとっ
て、入院や治療は拷問でしかありません。今は症
状がないのでそっとしておいてください」

なるほど、一理ありますね。結局は、定期的な
レントゲン撮影と、呼吸困難や痛みがあったらす
ぐに来てもらう約束をしました。それでも私も娘
さんも心配です。ところが、当のおばあさんはデ
イサービスの風船バレーをととても楽しみにしてい
る様子でした。

肺がんの治療をしなくても生きつづけましたが、
2年後、肺がんが脊髄に転移したために両下肢が
麻痺しました。それからは寝たきりで車いす移動
の生活なのですが、おばあさんは「年だから歩け
なくても仕方がない」と考えていたようで、まっ
たく深刻さはありませんでした。のんきなもので
すね。

この家では、寝たきりのおばあさんのベッドの
周りをひ孫さんが走っているのが普通の風景で
した。おばあさんは「死んだふりごっこ」をよくし
ていました。「秀子よ、わしゃ、もうあかん。カ
クン」と死んだふりをする、娘さんはびっくり
して「お母さん、しっかりして」と叫びます。す
ると「嘘やで」と目を開いていたずらっぽく笑う
のです。ほけているので同じことを何度も繰り返
し、いつの間にか母と娘のお決まりの“ごっこ”
となったのです。これはとても良い方法です。予
行演習をしておく、本当に亡くなったときの家
族のショックが少ないわけですから。おばあさん
は、本当はばけていなくて、賢いのではないかと
も思いました。

3年半がたち、肺がんはレントゲンで見ると大
きくなっているのですが、この時点でも呼吸困難
はありませんでした。たまたまショートステイで
小浜病院併設の老健施設に入ったときに熱が出た

ので、レントゲンを撮ったら肺炎になっていま
した。抗生物質を点滴したら熱が下がって、翌日
には退院して、続きの点滴は当診療所からの往診
で打ちました。また、たまたまショートステイを
利用していたら痙攣を起こして、介護職員が病
院へ連れていくと、脳外科の先生が対応してく
れました。痙攣の理由は肺がんが脳に移転した
からでした。しかし、痙攣止めのアレビアチン
を注射して同じ成分の飲み薬に変えたら痙攣が
止まって、1泊2日で退院しました。

この方は最後まで口からご飯を食べていま
した。痛み止め2種類、胃薬、降圧剤、去痰剤
2種類、痙攣止めで、量は少し多いですが、そ
んなに特別な薬ではありません。これで痛み
や痙攣が止まりました。やや息苦しうだった
ので、サチュレーション（SpO₂）が落ちて
きた最後の段階で在宅酸素療法を行い、その
4日後に眠るように息を引き取りました。初診
から4年後の83歳で、ご自宅で永眠されま
した。

この方は平均寿命より若干短い人生で、
現代医学の標準的な肺がん治療を受けていま
せん。だからといって、不幸な人生だったと言
えるでしょうか。亡くなる4カ月前、最後の
お正月にご家族で撮った集合写真です。ひ孫
さんがベッドに乗っかり、添い寝していま
す。ひ孫さんをあやすときのおばあちゃん
は本当に幸せそうな顔をしています。そして、
毎年なのですが、年金の中からお孫さん、
ひ孫さんにお年玉をあげています。

真ん中が介護していた娘さんの秀子さん
ですが、「家族みんなに囲まれて家で逝った
母は大往生でした。中村先生、全国どこ
でも講演する際は、この写真を全国の皆
さんに見せてください。わが家の自慢の
写真を、皆さんの前で先生も自慢して
みせてあげてください」と、この写真
を提供してくれました。

12. 大往生とは

そもそも大往生とは何かを考えます。最近、
経験したことがあります。81歳の男性で、
過去に左の脳出血と右の脳出血をしていま
す。そうすると右半身も左半身も全て麻痺
しているというイメージがありますが、こ
の方の懸命なりハビリによって、麻痺は
なく、むしろ腕力や握力は私よりも強
いぐらいです。トレーニングをしていて、
脚力もとても強いのです。しかし、体の
バランスを取るところがやられたので、
麻痺はないのに、立つことも歩くこと
もできず、さらに嚥下障害がありま

した。

シンポジウムでも嚥下障害が話題になっていました。ただ、嚥下障害の患者さんで、自分の好きなものだけは飲み込めることがありますね。この方は普段はよくむせるのですが、なぜかぼた餅だけ、あんなに詰まりそうなものなのに、なぜか飲み込めるのです。

この方のお宅は名田庄村の集落でも谷あいの一番奥にあって、ご高齢の腰の曲がっているおばあさんと二人暮らしです。喉に詰まらせたなら、何かとできるような方ではありません。詰まったらおしまい、詰まってから救急隊や私が出て間合合わない、本当に気を付けてほしいと常々言っていました。

ある日、いつものようにぼた餅を食べていたら、とてもおいしそうにしていたようで、やめておけばいいのにもう1個食べたら詰まってしまいました。私は休日で不在でした。119番に電話して、救急車が行きました。現場に到着したときはもう勝負はあったのですが、成り行き上、小浜病院に救急搬送となり、そこで死亡確認がされました。

私はおばあさんの訪問にも行っているのですが、お宅に行ったときに、「いざというときに私は役に立たなくて、本当は私が看とろうと思っていたのに、ごめんなさいね」と謝りました。おばあさんも、「こちららも慌てて救急車を呼んだけれど、どうせ駄目なら救急車を呼ぶ必要はなかった。先生に連絡して先生が来るのを待てばよかった。こちらこそごめんなさい」と、お互いに謝りました。しかし、「おじいさんは最後まで好きなもの食べていたので幸せだったかな」と話していました。

私は何もできなかったもので、せめて仏壇を拝ませてもらいたいとお仏壇の前に行き、遺影の前で手を合わせました。ふと顔を上げると、そこに備えてあったのはぼた餅でした。私は好きです、こういう家族のセンス。いいですね。これは大往生と言っていいのではないかと思います。

13. 愛情には麻薬と同等の幸福感がある

平成16年に、こんな方を見ました。九州出身の47歳の女性で、胃がんの末期でした。名田庄出身のご主人と結婚して、京都で息子さん二人と家族4人で住んでいたのですが、胃がんになって治療しましたが再発して、末期状態になりました。九州にいる彼女の両親は要介護状態なので、彼女の面倒をみることはできません。

そこで、どういう選択をしたかという、再発

して末期状態になって、単身、名田庄に移住して、夫の実家で夫の両親の看病を受ける決断をしました。いわゆる逆縁です。彼女が夫の両親を看病するならよくある話ですが、そうではありません。

私は最初の往診の際、若くして胃がんが再発して助からない状態で、しかも自分がお世話する予定の人たちにお世話される屈辱的な、つらそうな、しんどそうな表情をした女性のイメージを持って向かいました。

ところが、驚いたことに、長い黒髪に色白で小柄な女性がベッドの上に正座して、「中村先生です。これからよろしくお願ひします」と、アイドルのように小首をかしげてあいさつするのです。この人は本当に末期なのかというくらい意外で、こちらは拍子抜けしました。

しかし、横になってもらい、おなかを診察すると、確かににおなかに水がたまっていて、がん性腹膜炎を起こしていると分かりました。

この方は泣き言や小言の一言も言わずに、いつも幸せそうに感謝の気持ちを話していました。「もう、お父さんやお母さんには若いころから甘えてばかりで本当にいつも感謝しています。何にもできなくてごめんなさい」「そんなことないで、みっちゃん」と、お母さんは髪をなでます。お父さんは「何を言っているの、みっちゃん。あんたがおるからこの家が持っているようなものだ」と言っていました。

そして、この方に処方したのは、なんとアセトアミノフェンです。カロナールとかコカールとかありますが、ピリナジンを1日1.5g、つまり普通の風邪薬程度の量でこの方の痛み十分止まっていました。「我慢しなくていいですよ」と言っても、「これでいいです」と言うのです。2カ月ほどたって、「少ししんどい」と言うので、ピリナジンを1日2gにしたら、「楽になった」と言うのです。もっと痛がると思ったのですが、この方は一言も愚痴や小言を言わずに、名田庄に移住して4カ月後にご主人のご自宅で永眠されました。

この方から感じたことは、愛情に包まれた幸福感は麻薬と同等の効果があるのかもしれないということです。何の根拠もないのですが、そんなイメージを持ちました。やはり家の中は“最高の個室”なのでしょうか。

14. 希望の場所で

こんなこともありました。小規模多機能施設が平成18年から介護保険で認められました。一つの

事業所で通いと訪問と泊まりとができます。急な泊まりがあっても融通が利くのでとても楽です。おおい町には社会福祉協議会が運営する小規模多機能施設が五つあって、名田庄にはそのうち二つがあります。

“ひだまり”という小規模多機能施設に通っている76歳の女性です。知的障害の次男と二人暮らしで、長男は隣町にいます。重度の心臓弁膜症でしたが手術を拒否していたので、最後は心臓が持ちません。心不全が増悪すると循環器科に入院して、治ると在宅で私が診るという関係でした。非常に重い心不全で、夜中になると息が止まるので、夜間のみ在宅人工呼吸まで使っていました。循環器科医によれば突然死は十分あり得るということで、それは本人にもご家族にも説明していました。そうすると、本人は「金輪際何があっても病院には入院させてくれるな。もう病院には行きたくない。死ぬのなら家で死ぬ」と、はっきりとみんなに言っていました。

ある日、小規模多機能施設の通いに行っていて、昼食を食べて、トイレに行こうとしたのか立ち上がったところで、倒れて意識不明になりました。普通、管理者は救急車を呼びますが、管理者はこの方が病院には二度と行きたくないことを知っていたので、私に電話してきました。

私は15分後くらいに着きました。下顎呼吸でした。今さら救急車を呼んでも変わらないと思ったので、長男の携帯電話に連絡しました。「突然死があり得ることを聞いていますね。今、そのときが来たようです。本当かどうか分かりませんが、最後まで聴覚は残ると言われています。今、お母さんはまだ何とか呼吸をしているので、何かおっしゃりたいことがあれば話してください。今から受話器をお母さんの耳に近づけます」と言って、電話を近づける途中に、「かあちゃん」という言葉だけが私には聞こえました。あとは聞こえませんでした。お礼の言葉のようでした。息が止まったので、「今、息が止まりました。こちらには事故に気を付けてお越しくください。私たちが見ていますから」と伝えました。

長男が到着されたとき、なぜ救急車で送らなかったのかということはいわれませんでした。「家で1人で倒れているのと比べたら、こうやって皆さんに見守られて母は幸せだったと思います。ありがとうございます」と言われました。小規模多機能施設の利用は、在宅の続きなので家と同じと考えていいと思います。

下顎呼吸している人に意識があるか、携帯電話で通じるかは分かりません。通じていない可能性の方が高いでしょう。しかし、大切なのは気持ちなのです。

私はこの方も大往生だったと考えます。高齢で亡くなるのも大往生ですし、先ほどの47歳という若さで亡くなった方も大往生です。

大往生といえば、私は『自宅で大往生』という本を書き、1万部刷って9000部売れています。中村仁一先生の『大往生したけりゃ医療にかかわるな』という過激なタイトルの本は50万部売れているようです。ご縁があって、中村仁一先生と合同で講演する機会がありました。さらに『サヨナラの準備』という本を共著で出すことができました。

15. 在宅看とりの意味

昔は家で生まれて家で死にました。今は病院で生まれて、老いも施設で迎える人もいて、死にそんな病気になったら病院にいて、病院で亡くなってセレモニーホールへ直行というパターンです。悪いと言っているのではなくて、必要に迫られてそうなったのでしょう。しかし、在宅死にこだわりたいのは、家という日常生活の場で息を引き取るというのは、それを望む本人のためであることが一番ですが、それだけではないことがだんだん分かってきました。家で一緒に暮らすお孫さんたちは、自分がかわいがってくれたおじいさん、おばあさんがだんだんと弱って亡くなっていく様子を間近に見ることになります。これは本や映画から得られる勉強とは違います。命の大切さや、命のリアリティを伝える大切な儀式です。それが在宅の看とりだと思っています。

16. 誰に介護されるか

大往生をする前には介護があります。2010年における男女別の平均寿命、男性80歳、女性86歳から健康寿命を引くと、それぞれの“健康ではない期間”が出ます。男性は9年、女性は12年健康ではない期間があります。つまり、「ピンピンコロリ」は幻想にすぎないということです。なかなかそうはなりません。

神様に、「長生きさせてあげるから寝たきりかぼけかどちらかを選びなさい」と言われたら、どちらを選びますか。どちらも嫌ですが、どちらも選ばずに若死にするのも困ります。これは心理テストなのですが、寝たきりを選ぶ人は、ぼけた自

分をさらしたくないというプライドの高い人です。ほけを選ぶ人は、ほけて困るのは周りの人なので、自分勝手な人です。

介護には、誰が誰を世話するかという問題があります。例えば、女性が介護される場合、夫が介護するのに比べて実の娘が介護すると約2倍死にやすくなります。夫の介護の方が娘の介護より長生きできるということです。恐ろしいことに、息子の嫁が介護すると4.3倍死にやすくなります。

女性が介護される場合を51カ月、追跡調査した生存曲線を見ると、夫が介護すると結構生き残っていますが、息子の嫁が介護するとどんどん死んでいきます。夫を大切にしましょう。でも息子の嫁も大切にしましょう。

男性が介護される場合、息子の嫁に介護されると生き残り、妻が介護するとその逆です。すごいデータです。覚えておいてください。

最後に、夫婦仲について質問します。婚姻関係にある方で、自分たち夫婦はどちらかという仲が良いか、仲が悪いか、どちらでしょうか。“仲の良い夫婦症候群”という言葉覚えてください。仲むつまじいご夫婦で、妻は高度の認知症、夫は献身的な介護をする。が、介護をよそ様に任せるとをよしとしない。これは危ないパターンで、介護心中、介護自殺、介護殺人につながりやすいので、気を付けなければなりません。

「あのおじいさんは本当に一生懸命介護していた」という美談にせず、これは時に強制的に介入してでも、うまく介護サービスを利用しないと悲劇につながるのです。注意しましょう。仲の良いご夫婦の方はこの症候群に陥らないように気を付けてください。仲の悪いご夫婦の方はその心配はありません。別の心配をした方がよさそうです。

17. 地域文化

最後に地域文化について話します。地域社会は良くないのに、地域医療だけ、地域包括ケアだけが良くなることはあり得ません。地域社会が良くなると、地域医療は良くなりません。きっとこの地域にも、お互いさまの文化と絆のつながりがあると思います。

私には2度、危機的なことがありました。11年

前の平成15年、脳の周囲に血がたまる病気、特発性頭蓋内圧低下症による慢性硬膜下血腫になって、脳外科で手術を受けました。手術をして病気は治りましたが、体調不良が長々と続いていて、やっと体調が戻ったら、平成17年度から2名いた常勤者が私1名になって精神的にも肉体的にもつらい思いをしました。平成15、16、17年と私の人生つらかった。そんな歌みたいにつらさだったのですが、そこを救ってくれたのは地域住民の方でした。

平成14年度、私は年間1098件の時間外の救急患者を診ていました。ところが、私が脳外科手術を受けてから、その数が130件前後と大きく減りました。「中村は病み上がりなので救急対応はしない」というアナウンスは一切していないのに、いわゆるコンビニ受診を地域の人たちが控えてくれて、私を守ってくれたのです。これはありがたかったです。

今や、地域や国の健康の鍵は絆だと言われています。ハーバード大学公衆衛生大学院の教授で、社会疫学の世界の権威であるイチロー・カワチの講演を聞きました。彼の持論は、日本人が長寿である理由は生活習慣や国民皆保険だとは思えない。ソーシャルキャピタル、つまり地域における絆の力があるから日本人は長寿なのだということです。

東日本大震災のときに、私はすぐに行きたかったのですが、常勤が1名の診療所なのですぐには行けませんでした。半年後に南三陸町の公立志津川町の仮設診療所、それから女川町立病院の院長は私の大学の同級生なので支援に行きました。それから、気仙沼市本吉病院にも支援に行きました。

大震災の後、日本では暴動や略奪はなく、みんな秩序正しく行動しました。流された金庫は持ち主のところはかなり戻ったようで、これは諸外国では考えられないことのように思われていましたが、なくなったのではなく、隠れていただけなのです。地域医療のため、地域社会のため、今、日本人の新たな絆の力が必要となる時代です。

最後に、慶應大学の学生が作ったビデオを見て、講演を終わりたいと思います。

<https://www.youtube.com/watch?v=ycRxtWHXOFA&spfreload=10>

Original Article

Clarification of the organizational-routine learning process: comparison of novice and experienced nurses newly assigned to a ward

Yukie Takemura

Research Hospital the Institute of Medical Science, The University of Tokyo

Key words

nurse, career development, organizational-routine, learning processes, grounded theory approach

Abstract

Organizational routines transmit the knowledge and skills that the organization has accumulated. The aim of this study is to clarify the process through which a nurse newly assigned to a ward learns the organizational routine. The study was based on the Grounded Theory Approach. We interviewed and observed 44 nurses from three hospitals from 1999 to 2005. The analysis clarified the process of «learning the lived organizational rules». Novice nurses are placed in a chaotic situation in which they are surrounded by numerous, contradictory fragments of organizational rules. Although experienced nurses were able to capitalize on previously acquired rules, they tended to have questions and experienced conflict over the new organizational rules. Through «learning the lived organizational rules», the nurses escaped highly stressful situations, became competent in the ward, and shifted from an organizational-routine learner to an organizational-routine transmitter for the next generation. Factors that promoted this learning were 'wanting to join the team as a competent member' and 'dealing with questions and conflict over the organizational routine.' Changes in the sense of achievement associated with progress in learning were also found. While it is necessary to avoid excessive adaptation, learning the organizational routine can be an effective adaptive process shortly after a nurse is assigned to a new ward.

Introduction

According to data from the Japanese Nursing Association, approximately 757,000 nurses were working in hospitals in Japan in 2012¹⁾. The full-time hospital nurse turnover rate during that same year was 10.9%²⁾, indicating that approximately 82,000 nurses left their employment during the year. Approximately 45,000–53,000 people pass the national nursing examination ev-

ery year³⁾, and the number of nurses who work in hospitals increases by 20,000–30,000 every year¹⁾. Together, these data indicate that approximately 50,000 experienced nurses also start work at another hospital. Thus, how to support newly assigned nurses (i.e., both new graduates and experienced nurses) as they adapt to their jobs has become an important issue.

Itomine reviewed 20 years of literature on the

"reality shock" that new-graduate nurses experience. Half of the studies reviewed investigated reality shock, provided information on the timing and causes of reality shock, and similarly categorized the relevant factors⁴. Only a few studies, however, have focused on nurses' socialization process. Katsuhara et al. attempted a typology on the versions of reality shock and indicated that new nurses would benefit from simultaneous socialization into the organization and profession⁵. Moreover, the extant literature has illustrated that experienced nurses entering a new work environment also encounter the reality of the situation and has recognized "the gaps between expectations and realities"; this situation is analogous to the reality shock experienced by graduate nurses⁶. Although the socialization process has not been sufficiently clarified, the literature does indicate that both novice and experienced nurses newly assigned to a ward feel difficulty, and the most effective methods for supporting them is unknown.

Lave and Wenger have described the situated-learning process as "legitimate peripheral participation" to draw attention to "the point that learners who inevitably participate in communities of practitioners and that the mastery of knowledge and skill requires newcomers to move toward full participation in the sociocultural practices of a community"⁷. According to this view, the novice acquires behavior that is repeated daily in the organization (i.e., the organizational routine, as well as certain normative values that underpin the routine), and it is from this perspective that we should consider nurses' professional development. However, because research has focused on cases in which novices develop expertise within an organization, it is not clear whether this theory can be applied to situations in which nurses have previously acquired rules and values through education and other work experience.

The term "routine" can have negative implications, such as "commonplace," "relatively easy work,"⁸ and "standardized nursing intervention that is unresponsive to patient needs"⁹. However, in the fields of management studies

and organizational psychology, it has a wider and more dynamic meaning. In the latter fields, routine refers to "established patterns of organizational behavior" and is different from "standardized operational procedures"¹⁰. Nelson and Winter have defined routine as "all regular and predictable behavior patterns of people working together" and suggested that routines can be found in technical procedures and a variety of other areas; thus, routines underlie the organization's functioning¹¹. For example, Fukushima conducted fieldwork at the nurses' station of a psychiatric hospital and suggested that the behavioral series of a nurse checking medication, taking records, making occasional inquiries to the doctor, and responding to patients who come to the station with complaints is an everyday routine, not an emergency¹².

The organizational routine is maintained even if the organization's members are replaced¹³⁻¹⁴. In other words, the routine transmits the knowledge and skills that the organization has accumulated and, therefore, provides the benefit of significantly reducing the cost and time required in a search for alternative choices¹⁵. It also has the function of controlling the organization's members and facilitating smooth running of the organization by avoiding internal conflict¹⁶.

The restrictions imposed by the routine prevent the organization from examining different possibilities and finding optimal solutions^{10,15}. However, learning the organizational routine, which is the manifestation of the ward's values and accumulated body of knowledge, during the initial phase of the novice's learning, appears to be effective. Thus, it follows that new, useful suggestions regarding ways to support nurses' initial learning can be obtained by investigating the ways in which nurses learn the workplace organizational routine and attempt to accommodate previously acquired values, knowledge, and skills.

Aim

In this study, routine is defined as "predictable behavior patterns within a certain scope that the majority of the ward nurses follow." The

study investigated the processes through which a nurse newly assigned to the ward learns the organizational routine and the factors that influence those processes.

Methods

This study was based on the grounded theory approach, as advocated by Strauss and Corbin¹⁷⁾. This is an approach for developing a theory that is "discovered, developed, and provisionally verified through systematic data collection and analysis of data pertaining to that phenomenon"¹⁷⁾. The theoretical basis for grounded theory is derived from the social-psychological theory of symbolic interactionism. This study aims to clarify nurses' subjective experiences in the clinical context and to develop a theory grounded on data. Additionally, the basic premises of this study are in agreement with the three basic premises of symbolic interactionism: "humans act toward things on the basis of the meanings they ascribe to those things," "the meaning of such things is derived from, or arises out of, the social interaction that one has with others and the society," and "these meanings are handled in, and modified through, an interpretative process used by the person in dealing with the things he/she encounters"¹⁸⁾. Thus, the grounded theory approach was used

for this study.

1. Definitions

Rule: a concrete and practical behavioral program that can be ultimately expressed as "when X happens, do this (or do not do this)." By defining "when X happens" in more detail, the program can respond to a complex situation.

Organizational rule: the set of rules shared by the organization's members that is experienced as the organizational routine.

2. The subjects and data collection

Data were collected through interviews and observations from 1999 to 2005, and the data were concurrently analyzed. The subjects were 44 nurses working at three hospitals in Tokyo and Kanagawa prefectures who consented to take part. As shown in Table 1, all the subjects were female, their average age at the beginning of participation was 29.7 years, and the average length of experience as a nurse was 8.4 years. All the subjects were interviewed at least once, six were interviewed twice with an interval of 1.5 years, and four were interviewed twice with an interval of 5–6 years. Workplace observation was completed for 27 subjects.

Interviews were recorded with the interviewee's consent, and the recordings were transcribed. Nurses were observed at the scene of nursing with the patient's consent, and notes

Table 1 : Major attributes of the subjects

		N = 44
Age		Average: 29.7 years old (Range: 22–47, SD 6.9)
Years of experience		Average 8.4 years (Range: 1–26, SD 6.7)
Sex	Female	44 (100%)
Position	Supervisor	5 (11.4%)
	Staff member	39 (88.6%)
The highest educational level	Vocational training school	29 (65.9%)
	Junior college	5 (11.4%)
	University (including transfer)	10 (22.7%)
Facility	Hospital A	26 (59.1%)
	Hospital B	11 (25.0%)
	Hospital C	7 (15.9%)

※For the subjects from whom data were collected more than twice, the age and experience reported at the first contact.

were taken during the observation and subsequently written as field notes on that day. The study's data consisted of the interview transcripts and field notes.

3. Analysis

The open-coding data (the first phase of analysis) were collected from Hospital A (Federation of National Public Service Personnel Mutual Aid Associations' Hospital in Kanagawa prefecture, with 300 beds in six wards) during a study on "good nursing processes" in 1999¹⁹). For the latter, the subjects gave consent for their data to be used for the current analysis. The interview data from 17 nurses (average duration 50.6 (SD 19.1) minutes) and the observation data from nine nurses (total 125 hours over 15 days) were used for this analysis. Instances in which the nurses made a behavioral choice were systematically extracted, and categories were generated by comparing novices, nurses who had changed workplaces, nurses who were assigned to a different ward, and nurses with several years of experience in the ward.

Next, axial coding was conducted by intentionally collecting data that showed the characteristics of each category and data that showed the relationships among different categories. In order to enrich the categories and better understand the relationships among the categories, additional data were collected at Hospital A in December 2000. The researcher interviewed first-year nurses and those who had recently been assigned to the ward from elsewhere. Nine nurses who were newly contacted were interviewed (average duration 20.7 (SD 8.1) minutes) and observed (total 2 hours over 5 days). In addition, in order to follow up on changes occurring as a result of the passage of time, the researcher interviewed six nurses who had participated in 1999 (average interview duration 16.1 (SD 14.7) minutes). The researcher examined the instances in which they experienced conflict when making behavioral choices by asking, "How does this choice differ across nurses?"

When a provisional theory was constructed, additional data were collected from Hospital B (Japan Labour Health and Welfare Organiza-

tion's Hospital in Tokyo, with 400 beds in eight wards) in August and September 2002 in order to test it. In order to ensure the diversity of the data, the researcher recruited a range of nurses. Interviews were conducted with 11 nurses who consented to participate in the study (average interview duration 48.2 (SD 10.1) minutes), and nine were observed (total 35 hours over nine days). Because the new data contained phenomena that could not be explained by the provisional theory, the theory was revised. In order to conduct the final verification, the final data collection occurred at Hospitals A and Hospital C (Federation of National Public Service Personnel Mutual Aid Associations' Hospital in Tokyo, with 909 beds in 25 wards) from December 2004 to November 2005. The researcher interviewed four nurses from Hospital A who took part in the 1999 study (average interview duration 29.6 (SD 4.6) minutes) and seven nurses from Hospital C (average interview duration 30.9 (SD 7.9) minutes). We ensured that no new categories were needed with this dataset and concluded that the study had reached theoretical saturation.

4. Ethical considerations

The 37 subjects who participated in this study since 2000 were told the study's aim, method, and data management and publication plans in writing, and it was made clear that participation was entirely voluntary, there would be no disadvantage in refusing to participate, and they could refuse or leave the study at any point. Of the nurses who only participated in 1999, the researcher was able to obtain consent from seven to use their data for this analysis.

When the researcher entered the ward to observe the nurses, the aim of the study was verbally explained to the patients, and ethical issues were discussed (including that there was no disadvantage in refusing to take part). The patient's consent for the researcher to be present and take notes was obtained. All data were anonymized, and when certain data were discussed as a case, information that could lead to the identification of the nurse or the patient was carefully removed. The study was approved by the Ethics Committee of the Graduate School of

Medicine and Faculty of Medicine, The University of Tokyo.

Results

In the following description, the theme (core category) is shown with 《 》, and single quotation marks are used for categories. Example quotes are written in double quotation marks, but in the case of long sentences, italics are used instead of double quotation marks. The analysis clarified the process of 《learning the lived organizational rules》. Through 《learning the lived organizational rules》, the nurses escaped highly stressful situations, became competent in the ward, and shifted from an organizational-routine learner to an organizational-routine transmitter for the next generation. Factors that promote the learning and changes in sense of achievement with learning progress were also found.

1. The organizational-routine-learning process

Nurses newly recruited to the ward, nurses assigned to the ward from elsewhere, and nurses recruited from different hospitals all learned the lived organizational rules that were presented as the organizational routine and made efforts to approximate their practice based on that routine. Four phases were found in the process of 《learning the lived organizational rules》. In the initial phase of the learning process, the difference was found between novice and experienced nurses. The novices were 'surrounded by numerous contradictory organizational rule fragments,' and made every effort 'to learn the wide-ranging and complex conditions of each rule.' In contrast, experienced nurses continued 'learning new conditions by using previously acquired rules' while 'withholding questions about differences in routines.' In the following phases, the common learning processes were 'becoming a constituent member of the organizational routine,' 'transmitting the organizational routine with some margin,' and 'conflict resolution and practice-style stabilization.'

1) The initial phase of the novices' learning process

(1) Being surrounded by numerous contradictory organizational-rule fragments

Immediately after being assigned to the ward, the novices were 'surrounded by numerous contradictory organizational-rule fragments.' The novices learned numerous organizational rules, such as "connect the intravenous drip at 10 o'clock," "if the off-the-bed sensor beeps, run there immediately," and "on the day when Doctor X goes to work at a clinic, instructions should be confirmed in the morning." Novices who wanted to quickly become competent members made efforts to learn and adhere to as many organizational rules as possible. However, frequently adhering to one rule resulted in contravening another. Novices were therefore placed in a situation that included numerous contradictory organizational-rule fragments.

At the beginning, I was at my capacity and close to tears because when I had to connect intravenous drips at 10 o'clock, the visitors asked questions, and the restless patient started to get up saying he was going home (N1, in the fourth year of nursing).

(2) Learning wide-ranging and complex conditions of each rule

With time, the novices gradually 'learned the wide-ranging and complex conditions of each rule.' Novices learned detailed organizational rules about what to prioritize under certain conditions and when to delegate tasks to others based on experienced nurses' advice and behavior. While the organizational rules might have been contradictory, when conditions were clarified, which rules to apply in a specific situation became clearer. Thus, the level of conflict over behavioral choice was reduced.

What is specified by the specific timing has to be carried out properly at the specified time, but it became clear to me there were many items specified by specific timings that could be done at a slightly different time (N1).

The number of patients in the novices' care and the severity of their conditions were controlled carefully such that many tasks were conducted by experienced nurses. As the novices learned the organizational routine, they were assigned more tasks and learned a wider range of organizational rules, such as supporting other

nurses and completing tasks that had been conducted by experienced nurses.

2) The experienced nurses' initial-learning phase

(1) Learning new conditions by using previously acquired rules

Nurses who had moved from other hospitals or wards 'learned the new workplace's organizational rules and conditions by using previously acquired rules.' However, it took time for them learn the new organizational rules and the conditions in which those rules applied in order to choose a behavior and make judgments.

At the beginning, I was useless because everything took ages. Although I had a feeling as to what to prioritize, my attention was not focused because I was distracted by many things. After three and a half months or half a year, I got to grips with the general flow of work and specific points about this ward, and I was more efficient and working more smoothly (N2; in the tenth year of nursing; second year in the ward).

(2) Continuing to learn while withholding questions about differences in routines

The experienced nurses were particularly aware of the difference in organizational routines between their previous and new workplaces. They frequently had questions about the new workplace's organizational rules, but because they aimed to become a competent member of the new workplace, they 'continued learning the organizational routine while withholding their questions.' However, in contrast to the novices who could accept the organizational rule as being valid relatively easily, the experienced nurses frequently had questions and experienced conflict.

I thought what was important was to get used to the ward, and I wanted to do the same as everyone else. But I always had conflict in myself. What was true nursing for me, what did I need to do? (N3; in the seventh year of nursing; 4 years in a different hospital's ward).

3) Becoming a constituent member of the organizational routine

Once they grasped the wide ranging and complex conditions of the organizational rule, both

the novice and experienced nurses were able to manage a variety of situations that occurred in the ward. The organizational rule that had once appeared to be contradictory had become a body of harmonious rules. In addition, because learning the organizational routine meant acquiring predecessors' behavior patterns that were devised to reduce the time required for work, moving from one place to another, and waiting, they now had more time. The nurses who mastered problem solving and task pursuit ceased to be novices, and their behavior was the organizational routine itself. They 'became a constituent member of the organizational routine.'

4) Transmitting the organizational routine with some margin

While mastering the organizational routines, neither the novices nor experienced nurses had completely forgotten the rules they had learned in school and from their experiences. Their rules, such as "always with a smile," that did not cost time and did not conflict with task performance were practiced, and the nurses tried to do what they deemed important when they had time. The rules that were prioritized differed across nurses. For example, some nurses spent more time listening to patients, whereas others focused on observing patients' self-care behavior or taking the patients for walks in a wheelchair. They 'transmitted the organizational routine with some margin.' However, the organizational routine often dictated that when there was time, nurses were expected to help colleagues so that everyone could finish work early. Nurses' individual practice was pursued within the scope of this routine.

5) Conflict resolution and practice-style stabilization

Once the nurses had learned the organizational routine, the amount of conflict experienced as a result of contradictory rules related to behavioral decisions was reduced, and the nurses were able to implement their individual rules within the time they had at work. Because they were adept at handling the usual occurrences in the ward, many nurses felt no need to acquire new knowledge and skills. Because there was

less conflict and fewer learning opportunities, some nurses felt that their way of nursing and their attitudes toward nursing had "not really changed" for several years. Toward the end of the organizational-routine-learning process, 'conflict resolution and practice-style stabilization' were utilized.

6) The relationship between rules and nurses

Figure 1 shows the relationship between both novice and experienced nurses and both nurses' individual and the organizational rules. Compared with novices, experienced nurses hold many individual rules based on past experience. Both types of nurses strived to learn the organizational rules of their newly assigned wards, and the rules that could be followed (i.e., both the organizational rules that have been acknowledged and learned and the nurses' individual rules that have not yet been invalidated; see the shaded area of Figure 1) increased gradually. Although both the organizational rules and the nurses' individual rules gradually change, the figure does not depict that change in order to simplify the pictorial representation.

2. Promoting factors for organizational-routine learning

Nurses who were engaged with learning the lived organizational rules were motivated by 'wanting to join the team as a competent member,' and 'dealt with questions and conflict over the organizational routine.' These two factors promoted organizational-routine learning.

1) Wanting to join the team as a competent member

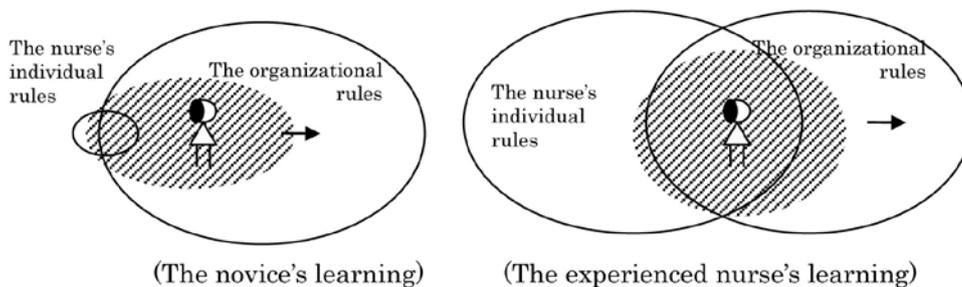
Nurses newly assigned to the ward invariably said, "I want to be able to do my job properly as soon as possible," "I want to stop being a burden," and "I want to be seen as somehow useful." Their desire to be a member of the team and be acknowledged as competent was a strong motivational factor in learning the organizational routine. In contrast, when nurses did not find becoming a full member of the team attractive, learning the organizational routine was slow, and some nurses resigned from their posts.

2) Dealing with questions and conflict over the organizational routine

The novices tended to accept the organizational rules as "valid rules" of the workplace even when they differed from the rules learned in school.

When I was studying nursing, a lot of emphasis was placed on sympathetically listening to the patient, but because what is most important when a human being lives is his/her life, what I prioritize now is intravenous drips, tests, and rehabilitation. (N4; in the second year of nursing).

This does not represent an abandonment of the rules learned during basic education; rather, it represents a situation in which the nurse is concentrating on new values and behavioral norms, and, as a result, the influence of the previously learned rules becomes significantly weakened. In particular, the questions about



The shaded area represents the rules the nurses could follow (i.e., both the organizational rules that have been acknowledged and learned and the nurses' individual rules that are not yet invalidated). The figure is facing the direction of its orientation, and the arrow represents the direction of expansion. Although both the organizational rules and the nurses' individual rules gradually change, the figure does not represent that change in order to simplify the pictorial representation.

Figure 1. Organizational-routine learning

organizational rules were resolved by experiencing situations in which adherence to the organizational rule led to success and in which lack of adherence led to failure.

Experienced nurses tended to experience questions and uncertainty about the organizational routine more keenly than did novices due to differences from the routine of their previous workplace. As seen in statements such as, "they say, 'when in Rome, do as Romans do,'" and "I cannot fully function here yet, so I just concentrate on learning without questioning," the nurses temporarily suspended their questions and made efforts to learn the new organizational routine. They also tried to resolve conflicts arising from adhering to rules they questioned by justifying them to themselves. However, many were unable to resolve these questions and had to continue coping with them.

3. Changes in the sense of achievement with the learning progress

As learning the organizational routine progressed, there were changes in the occasions from which the nurses felt a sense of achievement at work, including 'from becoming a more competent member,' 'from occasionally applying one's individual rules,' and 'becoming attenuated by routinization.'

1) Sense of achievement from becoming a more competent member

When newly assigned to the ward, the nurses felt a sense of achievement from carrying out assigned tasks without difficulties, thereby enjoying a feeling of 'becoming a more competent member.'

First thing in the morning, I roughly plan the day according to the day's schedule, and if I manage to follow my plan smoothly and without any problems, I feel "Well done. I did well today" (N5; in the first year of nursing).

2) Sense of achievement from occasionally applying one's individual rules

When one's learning of the organizational routine progressed, the nurses enjoyed a sense of achievement when they managed to 'apply their individual rules' they deemed important, in addition to smoothly completing tasks.

When I managed to provide care as planned, and when I managed to listen to the patient sitting at the bedside in between treatments and when I finished all tasks by the end of my shift. That kind of day is the day when things went well (N6; in the fourth year of nursing).

3) Sense of achievement becoming attenuated by routinization

Nurses who had nearly completed learning the organizational routine no longer experienced joy when they performed their tasks as planned or when they were able to apply rules they deemed important. As shown in the following quote, they were not irritated or troubled by conflict, but they did not have a sense of achievement or fulfillment.

I do not particularly feel job satisfaction or a sense of achievement. I do not feel I did not complete my task but I just feel "the job is finished." (N7; in the seventh year of nursing).

At the final stage of organizational-routine learning, there were fewer learning opportunities, and while the nurses could express their individuality in choosing what to do with their time, their nursing practice was more or less fixed. Organizational-routine learning does not bring new nursing practices to the ward, and it appears that nurses' 'sense of achievement becomes attenuated by routinization.'

Discussion

1. Organizational-routine learning as an adaptive process

This study has revealed the process of organizational-routine learning among nurses. Nurses who had previously acquired rules through education or a previous workplace learned the new organizational routine by temporarily suspending their own rules and dealing with questions related to the new routine.

Because interruption and cognitive shift occur frequently in nursing²⁰⁻²¹, nurses are faced with the need to quickly decide what to do. Completing assigned tasks in the specified time period is an important challenge for nurses, and they need to develop the ability to prioritize while considering the significance, urgency, and need for

each task to be completed²²). This study shows that novices experience a chaotic situation in which numerous contradictory rule fragments regarding expected behavior surround them. They focused on completing the assigned tasks as planned and experienced a sense of achievement when that was accomplished. Gerrish has also reported a similar finding: novices make great efforts to complete assigned tasks within the given time period while engaging in "competition with time," and they evaluate their work according to whether they can complete the organizational routine within the set time²³⁻²⁴). This study found that while experienced nurses could use previously learned organizational rules (i.e., from previous workplaces), they could not smoothly transition their behavior because they did not know the conditions attached to each rule in the new workplace. Thus, even the experienced nurses' first aim was to complete the tasks assigned to them as a competent member of the ward according to the rules.

Bowers et al. have reported that nurses working at long-term care facilities develop strategies to minimize the time required to complete tasks, to create extra time, and to redefine the job in order to complete the tasks within a limited amount of time; however, they also reported that because tasks that need to be completed are prioritized, tasks that should be done (e.g., provision of high-quality care) are not accomplished²¹). This study found that nurses learn how to prioritize according to the situation and how to use time effectively by organizational-routine learning; when they become able to create a few moments of spare time, they manage to apply what they deem important. In addition, the organizational rules that appeared to be highly contradictory became more integrated and harmonious once they learned the complex and wide-ranging conditions in which they are to be applied. Once organizational-routine learning has occurred, the number of rules that dictate which action is appropriate and conflict over behavioral choice are reduced. Organizational-routine learning is, therefore, an adaptive process that enables nurses to escape highly stressful situations and ap-

propriately manage the complex problems that occur on a daily basis.

This study found that "wanting to join the team as a competent member" and "dealing with questions and conflict over the organizational routine" are factors that promote organizational-routine learning. "Wanting to join the team as a competent member" was also identified by Lave and Wenger in their theory of legitimate peripheral participation. "Dealing with questions and conflict over the organizational routine" appears to be a characteristic feature when nurses enter a ward with previously acquired rules via education or experience at another workplace. This study found that while novices tended to accept the organizational routine as valid, experienced nurses were troubled by questions and conflict (although they suspended these questions).

With regard to novices' tendency to adjust to the workplace, Yamamoto reported that nurses with fewer than three years of experience more readily accepted physically restraining elderly patients for the benefit of treatment and safety than did more experienced nurses²⁵). Hatano and Miyake argued that the tendency for an individual to accept a group's judgment and authority can be superficially seen as the manifestation of the individual's weakness against the conforming pressure of the group. However, this can also be interpreted as a manifestation of the cognitive mechanism through which an individual efficiently acquires the group's knowledge and skills²⁶).

The organizational routine is not necessarily the best choice in a particular situation¹⁰), but it enables the transmission of knowledge and skills that have been accumulated by the organization¹⁵). Because effective routines have survived under a variety of influences²⁷), they represent excellent practical knowledge. It is important to acknowledge that, at least in the period immediately after being assigned to an organization, dealing with questions regarding the organizational routine is the nurses' adaptive response and a pragmatic and effective means of improving their practical skills.

Because humans tend to look for information that is consistent with their beliefs, the hypoth-

esis that "the group is right" is reinforced by its members, which makes it difficult to question its practices²⁶⁾. With organizational-routine learning, changes to the routine are limited, and it becomes more difficult for nurses to have a sense of achievement in their work. This study has shown that organizational-routine learning facilitates transformation of the novice into a "routine expert" capable of quickly and accurately executing their skills²⁸⁾, but that it does not necessarily facilitate transformation to an "adaptive expert" who can flexibly find solutions that are appropriate to changing situations²⁸⁾. This suggests that it is necessary to provide programs that give nurses the opportunity for new learning so as to avoid excessive adaptation.

2. Study limitations and future challenges

As this study aimed to achieve an overall picture of the organizational-routine-learning process, it dealt with a wide range of issues. As a result, it could not provide sufficient insight into how task content or characteristics influence the learning process or the organizational routine (organizational culture). Furthermore, although the sampling method was theoretically sound, the sample was limited to 44 female nurses from three hospitals in Tokyo and Kanagawa prefectures, which does not allow for generalization. Since male nurses were not included, whether these results are also relevant for male nurses needs to be verified. With 10 research subjects, the researcher conducted two interviews separated by 1.5 or 5–6 years, and the researcher observed 27 subjects. However, changes in practice style are long-term phenomena, and the subjects' reported changes were based on recall. Recall is a reconstruction of real experience, and not the experience itself, so these results should be interpreted with caution. Since the data were collected from 1995 to 2005, whether the results of this study could be adapted for the current situation needs to be verified because there have been changes to both basic and continuing education. It seems clear that the nurses' initial experiences and conflicts associated with being assigned to a new ward do not change because each school/university and ward are different

organizations, and nurses must cope with a new organizational culture. However, nurses who received practical exercises on dealing with multiple, complex issues, or who were assigned to wards where the educational system was ready to support them may be better able to manage conflict than is suggested by the results of this study. Despite the study's limitations, it suggests that nurses should be given learning support during the initial phase of integration into a new workplace by focusing on the relationship between the organizational routine and nursing practice.

References

- 1) Japanese Nursing Association: number of employed nurses and assistant nurses (yearly changes in the number by working places), [online, <http://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/pdf/toukei04.pdf>], Nursing statistical-materials, 10. 24. 2014
- 2) Japanese Nursing Association : News release (7. 3. 2013), employment status of nursing personnel survey 2012, [online, http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf], news release, 10. 24. 2014
- 3) National Nursing Examination.com : National nursing examination pass rate, [online, <http://www.nkokushi.com/goukakuritu.html>], National Nursing Examination.com, 10. 24. 2014
- 4) Itomine I : Trends and issues related to reality shock in new graduate nurses : a review of 20 years of research, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences, 18, 1–12, 2013 (In Japanese)
- 5) Katsuhara Y, Williamson A, Ogata M : An attempted typology of the sorts of reality shock experienced by new nurses : before and after study on the transition from students to nurses, The Journal of the Japan Academy of Nursing Administration and Policies, 9(1), 30–37, 2005 (In Japanese)
- 6) Ito M : Differences between expectations and experiences of experienced nurses entering a New Work Environment, The Journal of the Japan Academy of Nursing Administration

- and Policies, 15(2), 135–146, 2011 (In Japanese)
- 7) Lave J, Wenger E : Situated learning : legitimate peripheral participation, Cambridge University Press, 29, Cambridge, 1991
 - 8) Kelly R : Goings-on in a CCU : an ethnomethodological account of things that go on in a routine hand-over, *Nursing in Critical Care*, 4 (2), 85–91, 1999
 - 9) Nyström M : Inadequate nursing care in an emergency care unit in Sweden : lack of a holistic perspective, *Journal of Holistic Nursing*, 20(4), 403–417, 2002
 - 10) Cohen MD, Bacdayan P : Organizational routines are stored as procedural memory : evidence from a laboratory study, *Organization Science*, 5(4), 554–568, 1994
 - 11) Nelson RR, Winter SG : An evolutionary theory of economic change, *The Economic Journal*, 93(371), 14, 97, 1982
 - 12) Fukushima M : Dissection of tacit knowledge: the interface between cognition and society, Kaneko Shobo, 34–35, Tokyo, 2001 (In Japanese)
 - 13) Cook SD, Yanow D : Culture and organizational learning, *Journal of Management Inquiry*, 2(4), 373–390, 1993
 - 14) Takahashi N : Organizational routine and organizational ecology, *Organizational Science*, 32(2), 54–77, 1998 (In Japanese)
 - 15) Kuwata K, Tao M : *Organization Theory*, Yuhikaku, 298, Tokyo, 1998 (In Japanese)
 - 16) Nelson RR, Winter SG : An evolutionary theory of economic change, *The Economic Journal*, 93(371), 110–112, 1982
 - 17) Strauss A, Corbin J : *Basics of qualitative research : grounded theory procedures and techniques*, Sage Publications, 23, Thousand Oaks, 1990
 - 18) Blumer H : *Symbolic Interactionism : Perspective and Method*, Prentice-Hall, 2–6, New Jersey, 1969
 - 19) Takemura Y, Kanda K : How Japanese nurses provide care : a practice based on continuously knowing the patient, *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 252–259, 2003
 - 20) Bowers BJ, Laurant C, Jacobson N : How nurses manage time and work in long-term care, *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 484–491, 2001
 - 21) Potter P, Wolf L, Boxerman S, et al. : Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment, *Journal of Nursing Administration*, 35(7/8), 327–335, 2005
 - 22) Hendry C, Walker A : Priority setting in clinical nursing practice : literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 427–436, 2004
 - 23) Gerrish K : Fumbling along, *Nursing Times*, 86(30), 35–37, 1990
 - 24) Gerrish K : Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse, *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2), 473–480, 2000
 - 25) Yamamoto M : The difference in dilemma felt by the nurses regarding physical restraint of the elderly patient according to the length of nursing experience, *The Journal of the Japan Academy of Nursing Administration and Policies*, 9(1), 5–12, 2005 (In Japanese)
 - 26) Hatano N, Miyake N : Social cognition, Ichikawa S ed., *Cognitive psychology 4 : thought*, The University of Tokyo Press, 226–228, Tokyo, 1996 (In Japanese)
 - 27) Levitt B, March JG : Organizational learning, *Annual Review of Sociology*, 14(1), 319–338, 1988
 - 28) Hatano N, Inagaki K : Culture and cognition, Sakamoto A ed., *Principles of psychology volume 7 : thinking, intellect, language*, The University of Tokyo Press, 192–197, Tokyo, 1983 (In Japanese)

組織ルーティンの学習過程の明確化 — 新たに病棟に配属された新人看護師と経験者との比較 —

武村 雪絵

東京大学医科学研究所附属病院

キーワード

看護師, キャリア発達, 組織ルーティン, 学習過程, グラウンデッド・セオリー・アプローチ

要 旨

組織ルーティンは組織に蓄積された知識や技術を伝承する。本研究は、新しく病棟に配属された看護師の組織ルーティン学習過程を明らかにすることを目的とした。グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、1999年から2005年にかけて3病院の看護師計44名に面接と観察を実施した。分析の結果、《生きた組織ルールの学習》過程が明らかになった。新人は最初、対立・矛盾する無数の断片的な組織ルールに取り囲まれた混乱状態に置かれ、経験者は習得済みのルールが手がかりとなるものの新しい組織ルールへの疑問や葛藤を強く感じる状態になった。しかし、《学習》により強いストレス状態から脱し、病棟で必要な力を身につけ、組織ルーティンの学習者から次世代への継承者へと変化していった。〈一人前としてチームに加わりたいと願うこと〉、〈組織ルーティンへの疑問と葛藤を処理すること〉が学習の促進要因となること、学習の進行に伴い達成感が変化することも明らかになった。過剰適応は回避する必要があるが、組織ルーティンの学習は配属早期の有効な適応過程だと考えられる。

研究報告

シミュレーションによる抗がん剤の 曝露・飛散予防に向けての取り組み

Simulation of exposure to anticancer drug scattering

片岡 ヤス子¹⁾, 村山 陵子²⁾, 柳原 良次³⁾, 大江 真琴²⁾
内田 美保¹⁾, 小見山 智恵子¹⁾, 真田 弘美⁴⁾

Yasuko Kataoka¹⁾, Ryoko Murayama²⁾, Yoshitsugu Yanagihara³⁾, Makoto Oe²⁾
Miho Uchida¹⁾, Chieko Komiyama¹⁾, Hiromi Sanada⁴⁾

¹⁾東京大学医学部附属病院看護部

²⁾東京大学大学院医学系研究科社会連携講座アドバンストナーシングテクノロジー

³⁾東京大学医学部附属病院薬剤部

⁴⁾東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学/創傷看護学分野

¹⁾Department of Nursing, University of Tokyo Hospital

²⁾Department of Advanced Nursing Technology, Graduate School of Medicine,
University of Tokyo

³⁾Department of Pharmacy, University of Tokyo Hospital

⁴⁾Departments of Gerontological Nursing/Wound Care Management, Graduate School
of Medicine, University of Tokyo

キーワード

抗がん剤, 曝露, 飛散, 防止ルート, 予防対策

Key words

anticancer drug, exposure, splashes, prevention route, preventive measures

要 旨

抗がん剤投与過程の中でも、看護師がかかわる輸液ルートの抜去や接続場面に焦点を当てて抗がん剤の曝露や周囲への飛散を検討した報告はない。そこで、我々は、抗がん剤の曝露や飛散の予防を目的に、これらの場面に着目して曝露防止ルートの効果を検討したので報告する。蛍光剤を用いた定性評価では看護師1人の飛散数を調査し、定量評価では看護師4人のシクロフォスファミドの飛散量を測定した。いずれもベッドサイドでの輸液交換を想定し、ボトルの抜き差しを行い、従来法と曝露防止ルートを用いた方法で比較した。従来法では定性、定量評価とも数か所に抗がん剤が飛散したが、曝露防止ルート法では定量法で手袋への飛散が1人のみに認められた。看護師経験年数による違いはなかった。看護師自身が抗がん

剤の暴露や飛散の実際を自覚することは予防策を実施する上で重要で、今回用いた評価法は動機づけと看護技術の向上に有用である可能性がある。

緒言

抗がん剤を投与する際には、医療従事者の職業性暴露の危険を伴う。抗がん剤を取り扱う医療従事者の職業性暴露について、欧米では1970年代後半から警告と個人用防御器材の適性使用や作業環境・抗がん剤暴露の健康影響に関する調査・研究が行われ¹⁾ 1986年健康被害を防止するためのガイドラインが制定された²⁾。ガイドラインには、妊婦や授乳中の職員は、安全性が立証されるまで抗がん剤の取扱いや接触を避けること³⁾を示されており、Hemminkiらは1985年のフィンランドの病院で看護師が妊娠した際の自然流産や先天性奇形に関する調査結果を報告している⁴⁾。また、1986年にはHoffmanが抗がん剤を受けた患者のデータやガイドラインに基づき、職業性抗がん剤暴露を最小限にしてリスクを軽減すること、妊娠第1期の間は抗がん剤の取扱いは避けるべきであるとしている⁵⁾。妊娠期間中の抗がん剤の暴露の危険性については様々な研究が行われ、自然流産のリスクは1.5倍、自然流産と死産の複合リスクは1.4倍と有意に多いが死産のリスクには有意差の報告がない。妊娠中でも暴露対策を十分に行えば問題はない⁶⁾などの報告もある。現在のところエビデンスの高いデータはないが、暴露の危険性については複数の報告がある。

日本の看護師の就業者数は、平成23年度1,027,337人であり⁷⁾、うち女性が約94%を占める。また、出産年齢層の30歳台が約30%を占めることから⁸⁾、妊孕性の保護は職場環境として欠かせない。

我が国では1991年に日本病院薬剤師会により抗悪性腫瘍剤の院内取扱いガイドラインが制定され⁹⁾、2009年に第2版が発行されている¹⁰⁾。ただし、指針にはベッドサイドでの患者への投与の際の留意点には触れられていない。抗がん剤看護師の暴露の機会が大きく抗がん剤を混合する調製時、ボトル交換における輸液ルートの抜去・接続時、3点目は終了した輸液セットの廃棄時の3点に分けられる。抗がん剤の注射混合業務については入院、外来ともに7割以上は薬剤師であると報告されている¹¹⁾。従って、看護師の暴露の機会として多いのは、ボトル交換における輸液ルートの抜去・接続時と考えられる。

ボトル交換における輸液ルートの抜去・接続時

の暴露防止対策として、国内では閉鎖式薬物混合システムが開発され、有用性が確認されている¹²⁻¹⁵⁾。筆者らは、抗がん剤の調製から投与・廃棄までの暴露防止ルート使用による効果を確認するために調査を実施し、特に調製の際のルート接続部、バイアルアダプターのフィルターからの飛散などの汚染に焦点を当てた結果や¹⁶⁾、環境への飛散状況を評価する方法について報告した¹⁷⁾。これらの結果もふまえ、看護師が行うベッドサイドでの業務のなかで起こり得る暴露、飛散の状況を、輸液ルートの抜去・接続時に焦点をあてて検討したため、これを報告する。看護師の視点から結果を報告することで、治療をより安全に提供するための暴露防止対策の動機づけと看護技術の確立につながると考えた。

研究目的

看護師が行うベッドサイドでの業務のなかで起こり得る暴露、飛散の状況を、輸液ルートの抜去・接続時に焦点をあてて、抗がん剤による暴露防止対策を検討する。

方法

調査実施場所は都内大学病院の外来化学療法室、実施期間は2010年4月から11月であった。ボトル交換における輸液ルートの抜去あるいは接続を行うシミュレーションを実施した。なお、研究で使用するフルオレセインナトリウム、シクロフォスファミドは薬剤部の研究費で入手をした。

研究デザイン

本研究は、輸液ルートの従来法と暴露防止ルート法の抜去や接続場面に焦点を当て抗がん剤の暴露や周囲への飛散状況を明らかにするために、定性・定量評価での比較試験を行った。研究デザインは事象の構造や実態を明らかにする実験研究である。

1. 看護師による抗がん剤の投与方法

1) 従来法

点滴ボトルを点滴スタンドから外し、ボトルの接続部位を上側に向けてピン針を抜き差しする方法とした。具体的には生理食塩液ボトルを点滴スタンドから外し、フルオレセインナトリウム

(Fluoresceind isodium：蛍光剤の一種) 混注ボトル、シクロフォスファミド (cyclophosphamide：抗がん剤の一種) 混注ボトルの輸液ルートを抜去、あるいは接続する際と、全量投与後 (ルート内に抗がん剤が残りにくい)、半量投与後 (ルート内に抗がん剤が残りやすい) に生理食塩液で洗浄する際にフルオレセインナトリウム混注ボトル、シクロフォスファミド混注ボトルを点滴スタンドから外し、輸液ルートを抜去、生理食塩液ボトルに接続する際に飛散した評価を行った (図1)。

2) 曝露防止ルート法

本調査では調製時に、ボトル交換における輸液ルートの抜去あるいは接続の操作までを含んだシステムであることを考慮し、ケモセーフ® (テルモ社製) を用いた (図2：以降「曝露防止ルート」と記述)。従来の輸液セットと異なる点は、プライミングが不要であること、またプライミングされた輸液バッグのルートを、患者投与側の輸液ルートに接続するだけのシンプルな操作であり、ベッドサイドでピン針を抜き差しする動作がないことである。曝露防止ルートにバッグアクセス付き

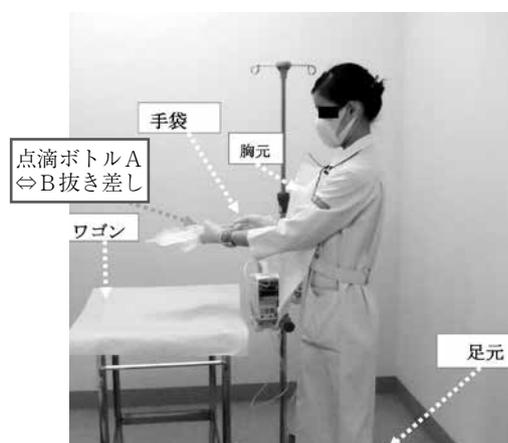


図1 従来法の定性・定量評価場面

点滴ボトルA (生理食塩液) を点滴スタンドから外し、ボトルB (薬剤混合液) に抜き差しする際、またボトルBが終了後、ルートをボトルAで洗浄する際に抜き差しをする場面を想定して飛散した評価を行った。ボトルの抜き差しはボトルの接続部位を上側に向けて実施した。

定性評価：フルオレセインナトリウムを使用
 定量評価：シクロフォスファミドを使用
 ワゴン、胸元、手袋、足元を評価した。

注：図はボトルの抜き差しの場面であるが、実際にはガウン、マスク、ゴーグル・フェイスシールド、キャップ、手袋の装着を行った。

フルオレセインナトリウム混注ボトル、シクロフォスファミド混注ボトルを滴下筒上部のシュアプラグ®に接続する際と、全量投与、半量投与後に輸液ルートを生理食塩液で洗浄する際に、バッグアクセス付きフルオレセインナトリウム混注ボトル、シクロフォスファミド混注ボトルを、シュアプラグ®から外す際の飛散の評価を行った。操作手順は図に示した通りである (図3)。

2. 曝露評価の対象者、検出物および検出方法、分析方法

定性評価の対象者は化学療法室専従18年目の看護師1人とし、定量評価は勤務年数の異なる看護師4人 (経験年数2年目、10年目、18年目、30年目) とした。

1) 定性評価

視覚化するために硫酸紙 (100cm×100cm) とフルオレセインナトリウムの蛍光剤のみを生理食塩液に混合したものを模擬薬液ボトルとして実施した。硫酸紙を胸元はクリップで固定し、ワゴンの上、足元は床に置き、その上で操作を行った。また、ルート内に抗がん剤が残りやすい条件として

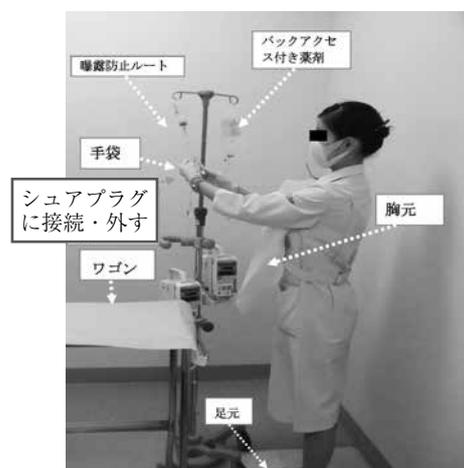
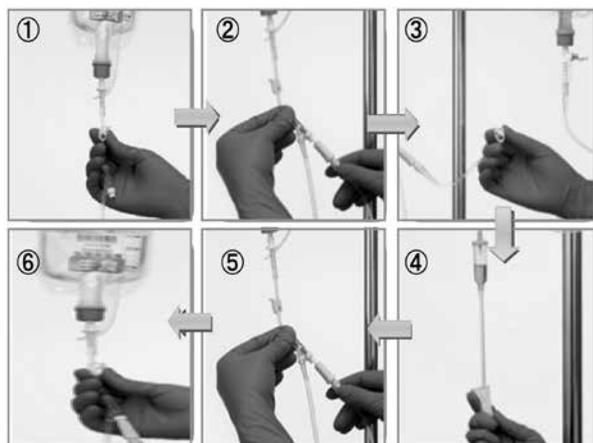


図2 曝露防止ルート法の定性・定量評価場面

曝露防止ルートにバッグアクセス付きボトルB (薬剤混合液) を滴下筒上部のシュアプラグ®に接続する際、ボトルBが終了後、薬液が残存したルートをボトルA (生理食塩液) で洗浄する際にバッグアクセス付きボトルBをシュアプラグ®から外す際の飛散した評価を行った。

定性評価：フルオレセインナトリウムを使用
 定量評価：シクロフォスファミドを使用
 ワゴン、胸元、手袋、足元を評価した。

注：図はボトルの接続・外す場面であるが、実際にはガウン、マスク、ゴーグル・フェイスシールド、キャップ、手袋の装着を行った。



テルモ「ケモセーフ[®]操作手順」から引用

図3 曝露防止ルートの操作手順

- ①制吐剤終了後曝露防止ルートのクレンメを閉じる
- ②バッグアクセス付き抗がん剤を接続する
- ③クレンメを開ける
- ④投与速度を調節（輸液ポンプ使用時クレンメは全開にする）
- ⑤抗がん剤終了後②を外す
- ⑥ルートに残存した抗がん剤を生理食塩液で洗浄する
「ケモセーフ[®]インフュージョンセットの操作手順」より引用

半量投与での試験も実施した。硫酸紙は全量投与・半量投与後の操作を終了したのち、直ちに畳んで袋に密閉し、シオノギ分析センター（大阪）に送付した。

調査施設では患者一人の抗がん剤ボトルの抜き差しが、最も多い回数が5回であるため、定性評価では従来法、曝露防止ルート法それぞれ、この行為を5回実施した（図1、2）。5回終了後、蛍光剤の飛散数を測定した。

2) 定量評価

評価には、人に対する発がん性及び薬剤の気化により、取り扱う際の危険性が高く多分野で使用されるシクロフォスファミドを生理食塩液に混合して実施し、ボトルの抜き差しでの飛散量を測定した。曝露状況を測定した場所は、ベッドと仮定したワゴン、胸元、手袋、足元であった（図1、2）。これらのサンプルは、輸液ルート法、曝露防止ルート法を行い、各方法実施後、それぞれを回収した。サンプル中のシクロフォスファミドは、シオノギ分析センターに依頼して液体クロマトグラフ・タンデム質量分析法（Liquid Chromatography-tandem Mass Spectrometry：LC/MS/MS）で測定した。検出限界は、ワゴン、胸元、足元が0.1ng/シート、手袋は0.3ng/組である。

定量評価試験では従来法、曝露防止ルート法それぞれ、経験年数別の4人の看護師がこの行為を

1回ずつ実施した（表1）。各々1回ずつ終了後、シクロフォスファミドの飛散量を測定した。定量評価試験を1回ずつとした理由は、シクロフォスファミドは発がん性及び薬剤の気化により、取り扱う際の危険性が高い抗がん剤であり、回数を増やすことで研究参加者への抗がん剤による曝露の機会が増えると考えたこと、今回研究で使用したフルオレセインナトリウム、シクロフォスファミドは薬剤部の研究費で入手をしたが、抗がん剤であるシクロフォスファミドは高価薬品であり資材数が限られていたこと、また1回の抜き差しの行為でも従来法、曝露防止ルート法がそれぞれの程度、どこに飛散するか見解が得られると考えたからである。

倫理的配慮

厚生労働省臨床研究に関する倫理指針に準拠した。研究者は所属施設倫理委員会が定期的に開催する研究倫理講習を受講していた。研究に参加した看護師には研究の主旨について説明を行い承諾を得た。定量評価では揮発性の高い抗がん剤の抜き差しを実施することにより抗がん剤に曝露する機会が増えるため研究参加は自由意思であること、研究参加者に不利益が生じないように、実験実施前には研究参加看護師に体調を確認し実施した。また実施中、体調不良が生じた場合には、直ちに実験を中止し、実施日を検討する事を取り決めとした。健康被害の防止対策として、ガウン、マスク、ゴーグル・フェイスシールド、キャップ、手袋の装着を行った。また、個人情報特定できないよう、対象者の氏名は記号化した。

結 果

1. 定性評価（図4）

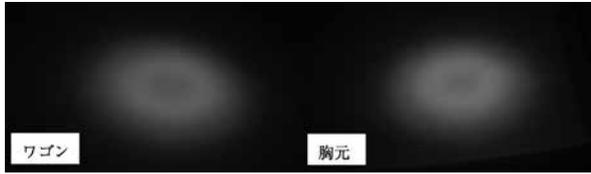
従来法では全量投与・半量投与後の抜き差しとともにワゴン、胸元にフルオレセインナトリウムの飛散を認めた。全量投与・半量投与後の胸元での飛散数は4個で視覚的には同じであるが、半量投与後でのワゴンでは全量投与後と比較し、多数の飛散を認めた。曝露防止ルート法では全量投与・半量投与後の接続、抜去の操作では、ともに全て飛散はなかった。手袋、足元の飛散は従来法、曝露防止ルート法ともになかった。定性評価結果はフルオレセインナトリウム（蛍光剤）粒子の飛散データである。

2. 定量評価（表1）

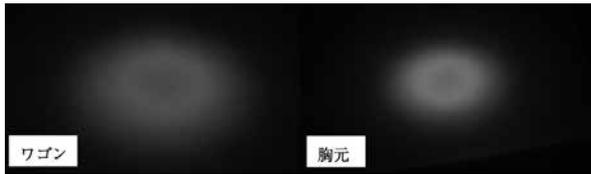
定量評価試験での従来法では経験年数10年目の



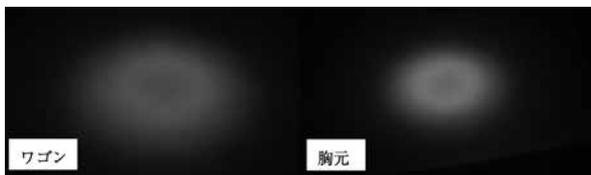
従来法の全量投与前後の抜き差しによる飛散状況 ワゴン：4個、胸元：4個



曝露防止ルート法の全量投与前後の接続外す際の飛散状況 ワゴン、胸元：飛散なし



従来法の半量投与前後の抜き差しによる飛散状況 ワゴン：多数、胸元：4個



曝露防止ルート法の半量投与前後の接続外す際の飛散状況 ワゴン、胸元：飛散なし

図4 定性評価：従来法・曝露防止ルート法の全量・半量投与後の飛散状況

看護師Bが足元で34.3ng、胸元で0.2ngに、16年目の看護師Cが胸元で0.2ng、手袋に0.4ngの飛散を認めたが、2年目、30年目の看護師は飛散はなかった。曝露防止ルート法では経験年数30年目の看護師Dが手袋に3.6ngの飛散を認めたが、足元、胸元にはなかった。2年目、10年目、16年目の看護師は足元、胸元、手袋全てに飛散はなかった。定量評価はシクロフォスファミドの飛散を示した

状況である。

調査中および調査後に本研究参加者が体調不良を生じることはなかった。

考察

看護師は抗がん剤を取り扱う際、曝露対策を心がけて看護をしていることは言うまでもない。ガイドライン制定以降、抗癌剤の曝露の実態、安全な取扱いに関する認識、対策の現状については複数の報告がある^{18) 19)}。しかし、現場では十分な対策が取られておらず、課題を抱えている状況が未だに報告される²⁰⁾。看護師が安全に現場で働くことができ、患者・家族が安心して抗がん剤治療を受けるためにも特にボトル交換における輸液ルートの抜き差し時の曝露防止が重要と考えた。そこで本研究では、ベッドサイドでの輸液ルートの抜き差しをシミュレーションし、曝露、飛散の実態を観察した。

なお、フルオレセインナトリウム（蛍光剤）は大きい飛散であればその場で確認することもできるが、肉眼では確認できない飛散もあることを考慮し、シクロフォスファミドとともに正確な飛散の数と量を検出するために分析を行った。

従来法では抗がん剤入り混注ボトルの抜き差しで抗がん剤の飛散を認め、特に薬液がルート内に残りやすい条件では、多数の飛散を認めた。このことは、担当看護師だけではなく、同じ環境で働く医療従事者や患者・家族にも抗がん剤の曝露が及ぶ可能性を示唆している。ベッドサイドでの抜き差しの回数を減らす、薬液が完全に終了してから次の点滴に更新する必要があると考える。

曝露防止ルート法では手袋に極少量の抗がん剤の飛散を認めたが、足元と胸元では検出されな

表1 定量評価による検出値

(ng)	実施者	足元テフロンシート		胸元テフロンシート		手袋 (左右)	
		a	b	b	b	b	b
輸液ルート法	A		—		—		—
	B		34.3		0.2		—
	C		—		0.2		0.4
	D		—		—		—
曝露防止ルート法	A		—		—		—
	B		—		—		—
	C		—		—		—
	D		—		—		3.6

— : not detected

a 実施者：経験年数 A；2年目、B；10年目、C；18年目、D；30年目

b 検出限界：テフロンシート；0.1ng、手袋；0.3ng/組

った。手袋への付着は、接続部に触れないなどの手技を徹底することで防止はできるが、バックの抜き差しによる飛散は意識しても防止は難しい。従って曝露防止ルートの使用は曝露防止対策に有効であったと考える。しかし、抗悪性腫瘍薬の飛散状況をサンプリングシート法で評価した先行研究では、抜針から廃棄までの操作における飛散は、閉鎖式薬物混合・投与システムを用いても防止することはできない¹⁷⁾。また、投与操作時における抗悪性腫瘍薬の飛散を防止するためには適切な取扱いが必要であると報告している¹⁶⁾。このことから、患者のベッドサイドで抗がん剤を直接投与し、抜針から破棄する看護師は、安全器材に頼るのではなく、飛散することを常に意識し作業することや教育実践をしていく必要があると考える。

対象とした看護師は4人と少ないが、定量評価における輸液ルート法では2年目と30年目の看護師では検出されなかったが、10年目と18年目の看護師では飛散が認められ、経験年数と抗がん剤の飛散との間に明らかな違いは認められなかった。看護経験年数とともに実践は増えるが、ベテランの看護職者になればなるほど経験に甘んじる傾向があり、看護者自身の仕事に向かう意識の程度が、看護援助の質を決定する重要な要素になる¹⁸⁾。今回の定量評価では、曝露防止ルート法は輸液ルート法に比べて抗がん剤の飛散を低減しており、年代や意識の程度に影響を受けずに曝露の防止に有用であると考えられた。また、経験年数の浅い看護師だけではなく多くの看護師に抗がん剤の曝露対策について周知することが必要であり、そのためにはまず飛散、曝露の実態を可視化し、意識化することが有用である。今回用いた定性評価法は、簡便で、視覚化することができる。

National Institute for Occupational Safety and Healthによると、高濃度の汚染を完全に除去することは困難であり、調製の段階で汚染を防ぐことが重要である。閉鎖式混合調製剤器具は曝露防止に有用であるが、安全キャビネットの代用にはならず、個人用保護器材の装着及び適正な調製方法が必要である²¹⁾。これらのことから、調製の段階から閉鎖式混合調製剤器具の使用と適正な調製方法でなければ、その後の抗がん剤混注ボトルや抗がん剤混注注射器を取り扱う看護師、患者及び傍にいる家族にも抗がん剤の曝露が及ぶ可能性を示唆しており、調製に携わる薬剤師及び医師の協力が必要である。

まとめ

看護業務であるベッドサイドでの抗がん剤投与、抗がん剤の曝露、飛散の状況を明らかにするために調査を実施し、看護師の視点より検討した。その結果、看護師の経験年数に関わらず、従来法では定性、定量評価ともに抗がん剤の抜き差しで複数か所に飛散を認めた。一方、曝露防止ルート法では定量法で手袋への飛散が1人に認められただけであった。このことから看護師は経験年数に関わらず、抗がん剤投与の一連の看護業務において、どのような作業時に曝露する可能性があるかを自覚し、他の医療職者を巻き込みながら曝露防止ルートの使用を含めた対策を常に意識し、曝露防止対策を徹底する必要がある。

謝 辞

本研究の実施にあたり、御協力下さった大学病院の外来化学療法室の看護師の方々に心よりお礼を申し上げます。

なお、本稿には特記すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Falck K, Grohn P, Sorsa M, et al.: Mutagenicity in urine of nurses handling cytostatic drugs, *Lancet*, 9, 1250-1251, 1979
- 2) Yodaiken RE, Bennett D: OSHA work-practice guidelines for personnel dealing with cytotoxic (antineoplastic) drugs. *Occupational Safety and Health Administration, American Journal of Hospital Pharmacy*, 43(5), 1193-1204, 1986
- 3) Power LA: ASHP technical assistance bulletin on handling cytotoxic drugs in hospitals, *American Journal of Hospital Pharmacy*, 42(1), 131-137, 1985
- 4) Hemminki K, Kyyronen P, Lindibohm ML: Spontaneous abortions and alformations in the offspring of nurses exposed to anaesthetic gases, cytostatic drug, and other potential hazard in hospital, based on registered information of outcome, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 39, 141-147, 1985
- 5) Hoffman DM: Reproductive risk associated with exposure to antineoplastic agents, a review of the literature, *Hospital Pharmacy*, 21, 930-932, 936, 940, 1986
- 6) 白戸四朗: 抗悪性腫瘍剤を主とする細胞毒性

- 薬剤の問題点. 医療廃棄物研究, 5, 1-32, 1992
- 7) 厚生労働省: 看護職員就業状況等実態調査結果, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh.html>], 医政局看護課, 3. 31. 2011
- 8) 厚生労働省: 平成24年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/>], 大臣官房統計情報部, 7. 24. 2013
- 9) 日本病院薬剤師会: 抗悪性腫瘍剤の院内取扱い指針, 抗がん剤調剤調製マニュアル第1版, じほう, 東京, 1991
- 10) 日本病院薬剤師会: 抗悪性腫瘍剤の院内取扱い指針抗がん剤調製 マニュアル第2版, じほう, 東京, 2009
- 11) 藤田優美子, 吉見隆宏, 堀里子, 他: 病院における抗がん剤の注射混合業務環境の実態調査, 医療薬学, 38(7), 339-460, 2012
- 12) 西垣玲奈, 紺野英里, 杉安美紀, 他: 抗がん剤薬による被曝防止を目的とした閉鎖式混合調製器具の有用性の検討, 日本病院薬剤師会雑誌, 46(1), 113-117, 2010
- 13) 川中明宏, 山田克弘, 安村和子, 他: 閉鎖式混合調製器具(ChemoCLAVE™)使用による抗がん剤曝露低減化を目的とした院内クローズドシステムの構築とその効果, 日病薬誌, 47(4), 439-443, 2011
- 14) 佐藤淳也, 森恵, 熊谷真澄, 他: 抗がん剤調製に使用する閉鎖式調製器具「ケモセーフ®」の有用性評価, 日病薬誌, 48(4), 441-444, 2012
- 15) 広瀬和明, 後藤俊哉, 松下知美, 他: 閉鎖性薬物混合システムの比較・検討, 磐田市立総合病院誌. 13(1), 15-19, 2012
- 16) 柳原良次, 苫米地敬, 阿部敏秀, 他: 抗悪性腫瘍薬の混合調剤から投与, 廃棄までを考慮した曝露防止器材(ケモセーフ®)の評価, 医療薬学, 39(2), 117-124, 2013
- 17) 柳原良次, 苫米地敬, 折山豊仁, 他: 新しい飛散調査法(サンプリングシート法)を用いた抗悪性腫瘍薬の飛散状況の評価, 日病薬誌, 50(1), 61-65, 2014
- 18) 照井健太郎, 永山勝子, 岡嶋弘子, 他: 看護師が行う抗がん剤投与における問題点, 癌と化学療法, 37(10), 1931-1935, 2010
- 19) 吉田仁, 熊谷信二, 吉田俊明, 他: 医療従事者への抗がん剤ばく露とリスクアセスメント手法の確立 第二報 チェックリストと安全作業マニュアルの提案とその検証, 労働安全衛生総合研究所特別研究報告, 40, 135-148, 2010
- 20) 樽井亜紀子, 田原正恵, 岡本綾子, 他: 抗がん剤の曝露予防の定着に向けた現状と課題, 癌と化学療法, 1521-1524, 2013
- 21) National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): NIOSH ALERT Preventing Occupational Exposure to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings, NIOSH, Cincinnati, USA, 1-61, 2004

研究報告

インスリン療法への心理的抵抗と関連要因

Psychological resistance to insulin therapy and related factors

小澤 直樹¹⁾, 稲垣 美智子²⁾, 多崎 恵子²⁾, 藤野 陽²⁾
浅田 優也³⁾, 宮崎 彩乃³⁾

Naoki Ozawa¹⁾, Michiko Inagaki²⁾, Keiko Tasaki²⁾, Noboru Fujino²⁾
Yuya Asada³⁾, Ayano Miyazaki³⁾

¹⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻, ²⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系
³⁾金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻

¹⁾Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

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

³⁾Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Science, Kanazawa University

キーワード

インスリン療法, 心理的抵抗, 2型糖尿病

Key words

insulin therapy, psychological resistance, type 2 diabetes mellitus

要 旨

2型糖尿病患者へのインスリン療法の導入は、適切な時期が望ましいといわれる。しかし、罹患以前から抱えている心理的抵抗が強いことが導入の妨げになっていることが考えられる。そこで本研究はインスリン療法への心理的抵抗に対するケアを見出すために、糖尿病の有無にかかわらず2型糖尿病発症リスクの高い世代におけるインスリン療法への心理的抵抗の実態を明らかにし、その関連要因を探索した。その結果、糖尿病非罹患の方がインスリン療法への心理的抵抗が強かった。また、糖尿病罹患・非罹患者ともに、同じ項目で心理的抵抗を持つ傾向にあり、関連要因は性別、インスリン療法の知識であった。以上より、糖尿病罹患前からインスリン療法の心理的抵抗を弱める教育の必要性があること、相関関係がみられた項目の知識普及がインスリン療法への心理的抵抗を強くする可能性を持つこと、およびインスリン療法の必要な人には注射体験者からの体験談あるいは、実演体験の有効性が示唆された。

はじめに

日本の総人口のうち、「糖尿病が強く疑われる人」は約950万人、「糖尿病の可能性が否定できない人」は約1100万人、合わせて約2050万人と推定されて

いる¹⁾。これは、日本国民の約6人に1人が糖尿病の疑いがあることを示しており、この割合は増加傾向にある。このなかで、インスリン療法をしている日本の糖尿病患者は約70万人と推定されて

おり²⁾、臨床的にはインスリン療法が必要な人はさらに多いとされている。1型糖尿病のように絶対量不足の場合は、インスリン療法は絶対的適応であるゆえ、導入は速やかに行われる³⁾。2型糖尿病においても、食事・運動療法、経口血糖降下薬で血糖コントロールが不十分な場合等は、インスリン療法の適応となる。一般的にインスリン療法は、主治医が導入を判断し、患者が受け入れることで導入することとなる。しかし、インスリン療法をすることへの心理的抵抗を持つ患者が多いとの報告⁴⁾ および、患者がインスリン療法に対して拒否の姿勢を見せれば、医師がインスリン療法の導入を勧めても、導入は困難になることが示されている⁵⁾。これらより、インスリン療法を必要とする2型糖尿病患者の適切な時期のインスリン療法の導入のためには、インスリン療法への心理的抵抗を軽減することが重要であると考えた。さらに向井⁶⁾ は、入院中の糖尿病患者のインスリン療法に対する抵抗感は、自己注射に関する情報が知られていないことが大きな原因ではないかと考察していることから、インスリン療法に対する心理的抵抗は、インスリン療法に対して持っている知識の内容が原因ではないかと考えた。また、心理的抵抗には糖尿病を発症する前から持っている知識も関係してくると予測されるが、それらを調査した先行研究はない。2型糖尿病患者の発症リスクが高い年代は中年期以降である⁷⁾。しかしインスリン療法は、糖尿病診断と同時に導入となるか、長期間療養した後導入となるか、患者の状態により様々であるため、中年期にある人だけでなく、青年期にある人も対象とし、インスリン療法への心理的抵抗を調査する必要があると考えた。

以上より本研究は、青年期・中年期にある人のインスリン療法への心理的抵抗の実態を明らかにし、その関連要因を探索することを目的とした。

研究目的

本研究は、青年期・中年期にある人のインスリン療法への心理的抵抗の実態を明らかにし、その関連要因を探索することを目的とした。

用語の定義

インスリン療法への心理的抵抗は、「インスリン療法に対する良くない印象」と定義した。文中では、「インスリン療法への心理的抵抗」と略表記とした。

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 調査対象

対象者は青年期・中年期の25～64歳の男女であった。配布先は、A大学学生の家族、企業合計1001名であった。

3. 調査内容

【概念枠組み】本研究は、青年期・中年期の人におけるインスリン療法への心理的抵抗を軽減するためのケアを検討することに焦点を当てた。そのため、インスリン療法に関する心理的抵抗の実態を明らかにし、その関連要因として、『インスリン療法の知識』、『性別』、『環境（人的環境：周囲にインスリン注射を打っている人の有無など）』を仮定し、心理的抵抗との関係を探る概念枠組みとし、下記の調査項目を設定した。

1) 基本属性

年齢、性別、糖尿病罹患の有無の3項目であった。

2) インスリン療法への心理的抵抗

心理的抵抗は、渥美⁴⁾の「インスリン使用に対する糖尿病患者の実態 意識及び満足度に対する調査」、岩本⁸⁾の「DAWN JAPAN研究会」を参考に作成した16項目とした。採点は、リカートタイプの評価方法で、16項目のそれぞれを「全くそう思う（5点）」から「全くそう思わない（1点）」の5段階で表現し、点数が高いほど心理的抵抗が強いと評価した。

3) インスリン療法への心理的抵抗と関連要因

(1) インスリン療法の知識

質問項目は、杉田⁹⁾の「インスリン投与方法と注射指導の実際」、向井⁶⁾の「情報提供によるインスリン自己注射に対する抵抗感の変化」、DAWN JAPAN研究会⁸⁾の「患者さん向けリーフレット」を参考に作成した17項目とした。17項目は、目的について4項目、頻度について3項目、方法について4項目、生活する上での注意点について6項目であった。採点は、リカートタイプの評価方法で、17項目のそれぞれに「知っている」、「聞いたことがある」、「知らない」の3段階で表現し、2点、1点、0点とし、点数が高いほど知識があると評価した。

(2) 環境

家族にインスリン注射を打っている人がいるか、友人や職場の人にインスリン注射を打っている人がいるか、についての2項目とし、「あり」、「なし」

で回答を求めた。

4. データ収集方法

質問紙は、研究の趣旨、方法、倫理的配慮事項を紙面にて説明し研究協力の依頼を行った。回収は、回収箱あるいは郵送にて行った。

5. 調査期間

調査紙の配布と回収は、2012年8月中旬～9月上旬に実施した。

6. 分析方法

1) インスリン療法への心理的抵抗と知識の実態

単純集計を行った。

(1) 心理的抵抗については、糖尿病罹患者と非罹患者に分けた。

(2) 知識については、糖尿病罹患者と非罹患者に分け、さらにインスリン注射を打っている人と打っていない人で分けた。

2) インスリン療法への心理的抵抗と関連要因との関係探索

非糖尿病罹患者のみで分析を行った。

(1) インスリン療法の知識との関連は相関分析を用いた。

(2) 環境、性別との関係は χ^2 検定を用いた。この時、インスリン療法の心理的抵抗の点数を項目ごとに、4、5点が「心理的抵抗が高い群」、1、2、3点が「心理的抵抗が低い群」の2群に分けて検定した。

7. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て行った。対象者には、①研究の趣旨、方法、②自由意思での参加、③匿名性、④個人情報厳守、⑤本研究以外にデータを使用しない、⑥研究終了後にデータを破棄することを文書に明記し、口頭あるいは文書にて説明した。研究参加の同意は、質問紙の返送をもって得られたものとした。

結 果

1. 回答率

1001名配布中674名回収（回収率：67.3%）し、有効回答数は649名（有効回答率：96.3%）であった。

2. 研究参加者の属性

年齢は、25～29歳が56名（8.6%）、30～39歳が126名（19.4%）、40～49歳が179名（27.6%）、50～59歳が200名（30.8%）、60～64歳が88名（13.6%）であった。性別については、男性が337名（51.9%）、女性が312名（48.1%）であった。糖尿病罹患の有

無については、罹患者が48名（7.4%）、非罹患者が601名（92.6%）であった。糖尿病罹患者のうち、インスリンを打っているのは6名（0.9%）であった。

3. インスリン療法への心理的抵抗および知識の実態

1) インスリン療法への心理的抵抗の実態（表1）

糖尿病罹患者と非罹患者の心理的抵抗を比較すると、全体的に非罹患者の方が心理的抵抗が強かった。また、糖尿病罹患者において、心理的抵抗が高い上位4項目は糖尿病非罹患者における心理的抵抗の高い上位4項目と共通していた。糖尿病非罹患者において心理的抵抗が高い上位4項目は、「一生打つことになる」3.70点、「経済的負担が増えるのではないかな」3.62点、「自分がインスリン注射を打つことに抵抗感を持つ」3.55点、「注射を打つことは面倒だ」3.54点であった。一方、糖尿病非罹患者において心理的抵抗が低かった項

表1 インスリン療法への心理的抵抗の実態

心理的抵抗の点数	(単位：点) n=649		
	非罹患者 (601人)	DM：非イン スリン (42人)	DM：イン スリン有 (6人)
①注射を打つことが怖い	3.22	3.19	1.67
②注射は痛いから嫌だ	3.16	2.92	2.17
③注射を打つことは面倒だ	3.54	3.56	2.67
④注射の操作が難しそう	3.42	3.00	1.33
⑤副作用があるので嫌だ	2.92	2.81	2.00
⑥周囲の目が気になる	2.97	2.98	2.50
⑦家族に負担がかかる	3.40	2.81	1.67
⑧仕事・就業スタイルを変える必要がある	2.73	2.69	2.17
⑨経済的負担が増えるのではないかな	3.62	3.17	3.60
⑩一生打つことになる	3.70	3.02	4.00
⑪人付き合いがしにくくなる	2.47	2.63	1.33
⑫他人に知られるのは嫌だ	2.72	2.69	2.50
⑬注射は最終手段だ	3.02	3.27	2.17
⑭自分がインスリン注射を打つことになったら抵抗感を持つ	3.55	3.46	2.67
⑮家族がインスリン注射を打つことになったら抵抗感を持つ	3.01	2.83	2.50
⑯面識のない人がインスリン注射を打つことになったら抵抗感を持つ	2.03	2.06	1.83
平均点	3.09	2.94	2.30

DM：糖尿病

表2 インスリン療法の知識の実態

インスリン療法の知識	(単位：点) n=649		
	非罹患者 (601人)	DM：非イン スリン (42人)	DM：イン スリン有 (6人)
目的 ①安定して血糖値を下げる	1.21	1.44	2.00
②合併症を防ぐ	0.82	1.27	2.00
③膵臓を休める	0.46	1.06	2.00
④飲み薬より安定している	0.55	1.08	2.00
頻度 ①毎日注射する	1.02	1.13	1.67
②基本的に食前に注射する	0.55	0.81	2.00
③1日の注射回数は血糖値によって決められている	0.45	0.88	2.00
方法 ①自分でインスリン注射を打つ	1.47	1.33	2.00
②血糖値の自己測定を行ってから注射する	0.63	0.90	2.00
③注射器はペン型である	0.89	1.15	2.00
④注射部位はお腹、二の腕、太もも、お尻がある	0.71	1.06	2.00
注意点 ①低血糖対策として飴玉(糖類)を所持しておく必要がある	0.90	1.17	2.00
②旅行や外出はできる	1.07	1.21	2.00
③インスリン注射により生活のスタイルはほとんど変わることはない	0.92	1.13	2.00
④血糖コントロールがよくなればインスリンを打たなくてもよくなる	0.45	0.94	1.50
⑤副作用にはめまい、動悸、手足の震えなどがある	0.36	0.77	2.00
⑥インスリン注射の副作用で重症になると意識を失うことがある	0.43	0.75	1.67
平均点	0.76	1.06	1.93

DM：糖尿病

目は、「面識のない人がインスリン注射を打つことに抵抗感を持つ」2.03点、「人付き合いがしにくくなる」2.47点、「仕事を変える・就業スタイルを変える必要がある」2.73点、「他人に知られるのは嫌だ」2.72点であった。

2) インスリン療法の知識の実態 (表2)

糖尿病非罹患者におけるインスリン療法の知識は表2に示す通りであり、糖尿病非罹患者はほとんどの項目において0点台、インスリン注射を打っていない糖尿病罹患者は1点台の項目が多く、インスリン注射を打っている糖尿病罹患者はほとんどの項目で2点台であった。

3) 環境の実態

家族にインスリン注射を打っている人がいるのは22名(3.7%)、友人や職場にインスリン注射を打っている人がいるのは103名(17.1%)であった。

4. インスリン療法への心理的抵抗と関連要因の関係

1) 基本属性との関係 (表3)

有意差がみられたのは、性別であった。「注射を打つことが怖い」「注射は痛いから嫌だ」「注射の操作が難しそうだ」「副作用があるので嫌だ」「経済的負担が増える」「注射は最終手段だ」「自分がインスリン注射を打つことに抵抗感を持つ」「家族がインスリン注射を打つことに抵抗感を持つ」以上8項目において有意差がみられた。

2) インスリン療法の知識との関係

インスリン療法への心理的抵抗のうち、関連のあった心理的抵抗は「人付き合いがしにくくなる」「面識のない人がインスリン注射を打っていたら抵抗感を持つと思う」「一生打つことになる」の3項目であった。前者の2項目はインスリン療法の知識と負の相関、後者の1項目は正の相関を認めた。相関係数については以下に述べる。心理的抵抗「人付き合いがしにくくなる」は、インスリン療法の知識2項目「旅行や外出は普通通りにできる」-0.21、「インスリン注射により生活スタイルはほとんど変わることはない」-0.26と負の相関があった。心理的抵抗「面識のない人がインスリン注射を打っていたら抵抗感を持つと思う」は、インスリン療法の知識2項目「旅行や外出は普通通りにできる」-0.26、「インスリン注射により生活スタイルは変らない」-0.26と負の相関があった。一方、心理的抵抗「一生打つことになる」は、インスリン療法の知識「毎日注射する」0.21と唯一、正の相関があった。

3) 環境

家族内にインスリン注射を打っている人がいる群といない群では心理的抵抗全ての項目において有意差がみられなかった。また、友人や職場内にインスリン注射を打っている人がいる群といない群でも心理的抵抗全ての項目において有意差はみられなかった。

表3 非糖尿病罹患患者（601名）における「インスリン療法への心理的抵抗」と「性別」の χ^2 検定結果

心理的抵抗		n=601		p値
		男性 n=302	女性 n=299	
①注射を打つことが怖い	高い	87	142	0.000
	低い	215	157	
②注射は痛いから嫌だ	高い	94	135	0.000
	低い	208	164	
③注射を打つことは面倒だ	高い	151	173	NS
	低い	151	126	
④注射の操作が難しそうだ	高い	124	162	0.001
	低い	178	137	
⑤副作用があるので嫌だ	高い	82	106	0.028
	低い	220	193	
⑥周囲の目が気になる	高い	96	113	NS
	低い	206	186	
⑦家族に負担がかかる	高い	144	138	NS
	低い	158	161	
⑧仕事・就業スタイルを変える必要がある	高い	90	79	NS
	低い	212	220	
⑨経済的負担が増える	高い	155	180	0.028
	低い	147	119	
⑩一生打つことになる	高い	182	200	NS
	低い	120	99	
⑪人付き合いがしにくくなる	高い	69	62	NS
	低い	233	237	
⑫他人に知られるのは嫌だ	高い	82	81	NS
	低い	220	218	
⑬注射は最終手段だ	高い	92	124	0.005
	低い	210	175	
⑭自分がインスリン注射を打つことに抵抗感を持つ	高い	139	172	0.005
	低い	163	127	
⑮家族がインスリン注射を打つことに抵抗感を持つ	高い	95	126	0.007
	低い	207	173	
⑯面識のない人がインスリン注射を打つことに抵抗感を持つ	高い	36	36	NS
	低い	266	263	

NS：有意差なし

考 察

本研究の対象の属性は、日本人口動態と男女比、糖尿病罹患患者割合、インスリン注射を打っている糖尿病罹患患者の割合がほぼ同じであったためサンプル集団としては適切であったといえる。したがって、本研究結果を下記の点から考察した。

1. インスリン療法への心理的抵抗および知識の実態

糖尿病非罹患患者と罹患患者を比較すると、全体的に非罹患患者の方がインスリン療法に対する心理的抵抗が強かった。これらの理由として、近年マスメディア等により糖尿病に関する情報が入手しやすくなったが、その情報が正しく理解されていないために、インスリン療法に対して、不安や嫌悪

感等といった負の印象を持ちやすいのではないかと考えられる。

また、糖尿病非罹患患者だけでなく、インスリン注射を打っていない糖尿病罹患患者も1点台の項目が多く、インスリン療法の知識に関して聞いたことがある程度にとどまっており、糖尿病罹患患者であっても、インスリン療法が導入となるまでは知識が乏しいことが考えられる。実際にインスリン療法が導入となるまでは関心がないか、あるいは教育の機会がなく、インスリン療法の正しい知識を獲得できない状況であることも考えられる。インスリン療法の正しい知識について意図的に教育していく機会を設ける必要があると考える。

2. インスリン療法への心理的抵抗の関連要因

インスリン療法への心理的抵抗と性別には関係がみられ、女性の方が男性より心理的抵抗が有意に強かった。2型糖尿病患者を対象とした、インスリン療法に対する心理的抵抗を調査した研究でも、女性の方が心理的抵抗が有意に強いことが明らかになっている¹⁰⁾。その理由として、Namら¹⁰⁾は、女性は男性よりも注射への恐怖が大きいことや、注射を打つ自分への世間の目が気になることが考えられると述べている。非罹患患者を対象とした本研究でも、「注射を打つことが怖い」「注射は痛いから嫌だ」という項目において、女性の方が心理的抵抗が有意に強かったことから、女性は注射そのものへの恐怖感を糖尿病罹患前から抱いており、糖尿病発症後も抱き続けることが考えられる。その他の項目について性別で差が出た理由を明らかにすることはできなかった。

3. インスリン療法の心理的抵抗と知識

本研究では、インスリン療法の知識があるとインスリン療法への心理的抵抗が弱くなると仮説を立てた。インスリン療法への心理的抵抗とインスリン療法の知識2項目については負の相関がみられ、インスリン療法の知識が増えれば心理的抵抗が弱くなると考えられた。つまり、「旅行や外出は普通通りにできる」「インスリン注射により生活スタイルは変らない」の2項目について教育を行っていけば、インスリン療法への心理的抵抗が弱くなり、インスリン療法の受け入れが良くなる可能性がある。また、これら2項目は、生活スタイルの変化に関する内容であった。渥美⁴⁾は、「現在、経口薬による治療を実施している患者であっても、インスリン治療薬に関する情報、インスリン注射をしている人の成功事例など具体的な生活がイメージできる情報が得られれば、インスリン

注射に挑戦してみたいと感じる患者の割合は高まると考えられる」と述べている。このことより、糖尿病に罹患していない人々に対しても、実際にインスリン療法をしている人の生活をイメージできるような知識を提供、およびインスリン療法の必要な人には注射体験者からの体験談、あるいは実演体験をすることができれば、インスリン療法への心理的抵抗が弱くなるのではないかと考えられた。

研究の限界

本研究の対象は年齢や糖尿病罹患率など日本の人口動態を反映していたが、糖尿病患者数は糖尿病非罹患患者との比較についての標本数としては十分とはいえない。また、インスリン療法への心理的抵抗の項目は本研究において独自に作成したものであり、これらの項目以外にも存在する可能性がある。従って、今後は参加者の拡大とインスリン療法への心理的抵抗の項目を検討することが課題である。

結 論

本研究では、インスリン療法への心理的抵抗の実態と関連要因を明らかにすることを目的に、青年期・中年期の糖尿病患者と糖尿病非罹患患者あわせて調査を行った。その結果、下記の結果を得た。

1. インスリン療法への心理的抵抗は、糖尿病非罹患患者の方が全体的に強かった。また、糖尿病患者・非罹患患者共に、同じ項目で心理的抵抗を持つ傾向にあった。

2. インスリン療法への心理的抵抗の関連要因の中で有意な関係がみられたのは、“性別”、“インスリン療法の知識”であった。

3. インスリン療法への心理的抵抗とインスリン療法の知識において負の相関があったのは、生活スタイルの変化に関する内容2項目であった。この2項目について教育を行い、インスリン療法の知識が得られれば、インスリン療法への心理的抵抗が低くなり、インスリン療法の受け入れが良くなると考えられた。

4. インスリン注射を打っていない糖尿病患者と糖尿病非罹患患者では、インスリン療法の知識が低かった。このことより、糖尿病患者罹患前、あるいは糖尿病罹患早期にインスリン療法体験者からの体験談、あるいは実演体験をすることで、正しい知識を提供していく必要性が示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く質問紙調査にご協力くださいました学生の家族の皆様、企業の社長・社員の皆様に心より感謝し、厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成24年国民健康・栄養調査報告, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000032813.pdf>], 厚生労働省, 10. 15. 2013
- 2) 三家春菜, 弘世貫久, 河盛隆造：インスリン注射に際して清潔手技はどこまで必要か, プラクティス, 25(2), 189-193, 2008
- 3) 勝野明幸：初期糖尿病のインスリン療法の適応と治療戦略, PharmaMedia, 27(6), 37-40, 2009
- 4) 渥美義仁：インスリン使用に対する糖尿病患者の実態、意識および満足度に対する調査CANDO Study (第2報), 新薬と臨牀, 59(8), 1447-1465, 2010
- 5) 弘世貫久：外来でのインスリン導入, 診断と治療, 98(3), 471-478, 2010
- 6) 向井淳治：情報提供によるインスリン自己注射に対する抵抗感の変化, 医療薬学, 31(7), 553-558, 2011
- 7) 日本糖尿病学会：2型糖尿病の発症予防, 日本糖尿病学会, 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013 (第1版), 南江堂, 307, 東京, 2013
- 8) 岩本安彦：DAWN JAPAN調査, DAWN JAPAN研究会, 「絵で見てわかるインスリン治療講座チェックシート」「患者さん向けリーフレット」, [オンライン, http://www.novonordisk.co.jp/documents/article_page/document/PRO_DM_booklet_for_patients.asp], ノボノルディスクファーマ株式会社, 6. 30. 2012
- 9) 杉田和枝：インスリン投与方法と注射指導の実際, 門脇孝, 真田弘美, すべてがわかる最新・糖尿病 (第1版), 照林社, 169-176, 東京, 2011
- 10) Nam S, Lisa K, Catherine C, et al. : Factors Associateed With Psychological Insulin Resistance in Individuals With Type2 Diabetes, Diabetes Care, 33(8), 1747-1749, 2010

研究報告

経皮的冠動脈インターベンション後の 心臓病であることの意識の推移 —入院時から6ヵ月後まで—

Change of patient's awareness with coronary heart disease after
percutaneous coronary intervention

松本 亜矢子, 土本 千春, 竹中 康子, 鈴見 由紀

Ayako Matsumoto, Chiharu Tsuchimoto
Yasuko Takenaka, Yuki Suzumi

金沢大学附属病院

Kanazawa University Hospital

キーワード

虚血性心疾患, 経皮的冠動脈インターベンション, 心臓病であることの意識, 療養行動, 継続看護

Key words

ischemic heart disease, percutaneous coronary intervention, awareness of heart disease
self-care behaviors, continuing nursing care

要 旨

本研究の目的は、PCIを受けた患者の入院時から6ヵ月後までの心臓病であることの意識の推移を明らかにすることである。

PCI目的入院の参加者14名に、入院時、退院時、初回・2～3ヵ月後・6ヵ月後の外来通院時に、心臓病であることの意識に関する半構成的面接を行い、時期毎の推移を分析した。

その結果、心臓病であることの意識は12個のカテゴリーに分類でき、推移をイメージ図で表すことができた。さらに、6ヵ月後まで心臓病であることの意識が薄れなかったパターンと、外来通院中に心臓病であることの意識が薄れたパターンに分けられた。意識が薄れなかったパターンでは【心臓病であることを気にかける】【再狭窄の可能性の予感】、意識が薄れたパターンでは【心臓は大丈夫だと思う】【心臓は治ったと思う】が導かれた。心臓病であることの意識が薄れた時期は初回外来時、2～3ヵ月後外来時であった。療養行動の継続において、心臓病であることの意識をもち続けられるような継続的な関わりの重要性が示唆された。

はじめに

近年、虚血性心疾患に対する経皮的冠動脈インターベンション（Percutaneous Coronary Intervention以下PCI）の実施件数が増加し、効果的な長期予後をもたらしている。2004年8月から薬剤溶出性ステントが保険承認され、臨床現場で使用可能となり、再狭窄予防に大きな効果を挙げている¹⁾。

一方、虚血性心疾患は、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、喫煙などを危険因子としており、再狭窄や新規病変の予防には、食事、運動、禁煙などの生活習慣を改善し、危険因子をコントロールするための療養行動を継続する必要がある。心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン²⁾においても、外来通院と並行して、禁煙、食事、生活指導を含めた包括的プログラムを行う必要性が述べられている。しかし、プログラムに基づいた指導を受けていても、実際に療養行動の修正や継続が困難な患者がおり、中には再狭窄をきたしたり、新規病変が発見されたりと、繰り返しPCIが施行される患者もいるのが現状である。

我々の先行研究³⁾において、PCIを繰り返す患者は、初回PCI時の心臓を治療することの不安や怖さや心臓病であったことの驚きに始まり、治療をして自分の心臓が治ったという思いにつながるプロセスが明らかとなり、その根底には心臓病であることのわかりにくさが存在していた。この心臓が治ったという思いにつながるプロセスと心臓病であることのわかりにくさが『心臓病であることの意識』を薄れさせ、療養生活の修正や継続が困難になると考えられた。

そこで、PCI入院時から退院後の外来通院中における心臓病であることの意識が実際にどのように推移していくのか、心臓病であることの意識はどの時期から薄れていくのかを明らかにしたいと考えた。これまで、ガイドライン²⁾においても、優れたプログラムによる患者教育が患者の知識を増し行動を変えることが認められていると示されているが、『心臓病であることの意識』に注目した研究はない。

目 的

本研究の目的は、PCIを受けた患者の心臓病であることの意識の推移を、入院時から退院6ヵ月後まで縦断的に明らかにすることである。

研究意義

PCIを受けた患者の心臓病であることの意識がどの時期から薄れていくのかを明らかにすることで、看護支援の必要な時期や内容を検討でき、今後のPCI後患者の療養行動の修正と継続につながるような患者教育や継続的な看護支援方法が示唆できる。

研究方法

1. 研究参加者

対象者は、A病院循環器内科外来に通院中で、PCI目的で入院し、PCI後、外来に継続通院している患者であり、参加者は研究同意の得られた患者であった。

2. データ収集期間

平成21年6月～平成22年9月

3. データ収集方法

心臓病であることの意識に関しては質的記述的研究とした。

データ収集時期は、調査施設ではPCI後6ヵ月でフォローアップCAGを行う患者が多いことから、6ヵ月程度とし、その間の外来通院時期として、初回・2～3ヵ月後・6ヵ月後とした。

面接時期毎に、心臓病であることの意識がどのようであるかについて、独自で作成したインタビューガイドを用いて半構成的面接を行った。

面接は1人の看護師が個室で行い、面接時間は30～45分であった。面接担当者は3名とし、事前に研究者間でロールプレイを行い、面接に差がないよう配慮した。

インタビューガイドの質問内容は、「虚血性心疾患に対する思いや考え、理解」と「現在の症状を含む体調や回復感」などについて、ご自分の病気をどのように思われていますか、病気についてわからないことや心配なことはありますか、現在症状はありますか、それはどのような症状ですかなどの問いかけを行った。また、インタビューガイドの言葉かけをきっかけに、面接時期毎の心臓病であることの意識について把握できるように研究者が適宜質問を加えた。

なお、心臓病であることの意識のほかに、参加者の概要と6ヵ月後のフォローアップCAG実施の有無とその結果について診療記録より収集した。

入院時には基本属性（年齢、性別）と既往歴、PCIの既往の有無、職業、同居家族の有無、また6ヵ月後にフォローアップCAGを行った場合はその結果を調査した。

4. 分析方法

面接内容を逐語録に起こし、まず、心臓病であることの意識を表している部分を参加者別の面接時期毎に抽出し、類似性という視点で時期毎にカテゴリ分類した。さらに、時期毎に時間経過をおって心臓病であることの意識がどの時期から薄れているか、推移を分析した。

分析は共同研究者間で合意が得られるまで検討を重ね、分析の信頼性と妥当性を高めるために質的研究の経験豊富な研究者に定期的にスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

研究参加者に対して、本研究の目的・方法、カルテの閲覧や面接内容をテープに録音すること、自由意思での参加であり協力の有無で治療や看護に不利益が生じないこと、一旦同意しても撤回できること、調査に関する疑問や不明な点に対応すること、個人情報保護の保護、データの厳重な管理と研究終了後のデータの破棄、研究結果を公表すること、研究者の連絡先を口頭及び書面にて説明し、同意書に署名を得た。本研究は所属施設の医学倫理委員会の承認（承認番号：720）を得た。

結 果

1. 参加者の概要

参加者14名の年齢は46～76歳、男性13名、女性

表1 参加者の概要とリスク疾患

参加者	年齢	性別	虚血性心疾患の危険因子となる疾患	PCI 既往	職業	家族
A	60代	男性	脂質異常症、糖尿病境界型	1回	あり	あり
B	50代	男性	脂質異常症	2回	あり	あり
C	60代	男性	脂質異常症、糖尿病境界型	1回	あり	あり
D	50代	男性	脂質異常症、高血圧	1回	あり	あり
E	70代	男性	脂質異常症	なし	なし	あり
F	70代	男性	糖尿病、高血圧	2回	なし	あり
G	40代	女性	脂質異常症、高血圧	3回	あり	あり
H	70代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	なし	あり	あり
I	70代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	1回	なし	あり
J	50代	男性	糖尿病、高血圧	なし	あり	あり
K	70代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	2回	なし	なし
L	60代	男性	脂質異常症、高血圧	1回	なし	あり
M	50代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	なし	あり	あり
N	70代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	2回	なし	あり

1名であった。今回のPCI目的の入院以前に、PCIの治療経験をあつた者は10名であった。いずれも前回の冠動脈造影CAG（Coronary angiography 以下CAG）入院時もしくは外来にて主治医より病態とPCIの必要性・方法・合併症などについての説明を受けた患者である。参加者の概要は

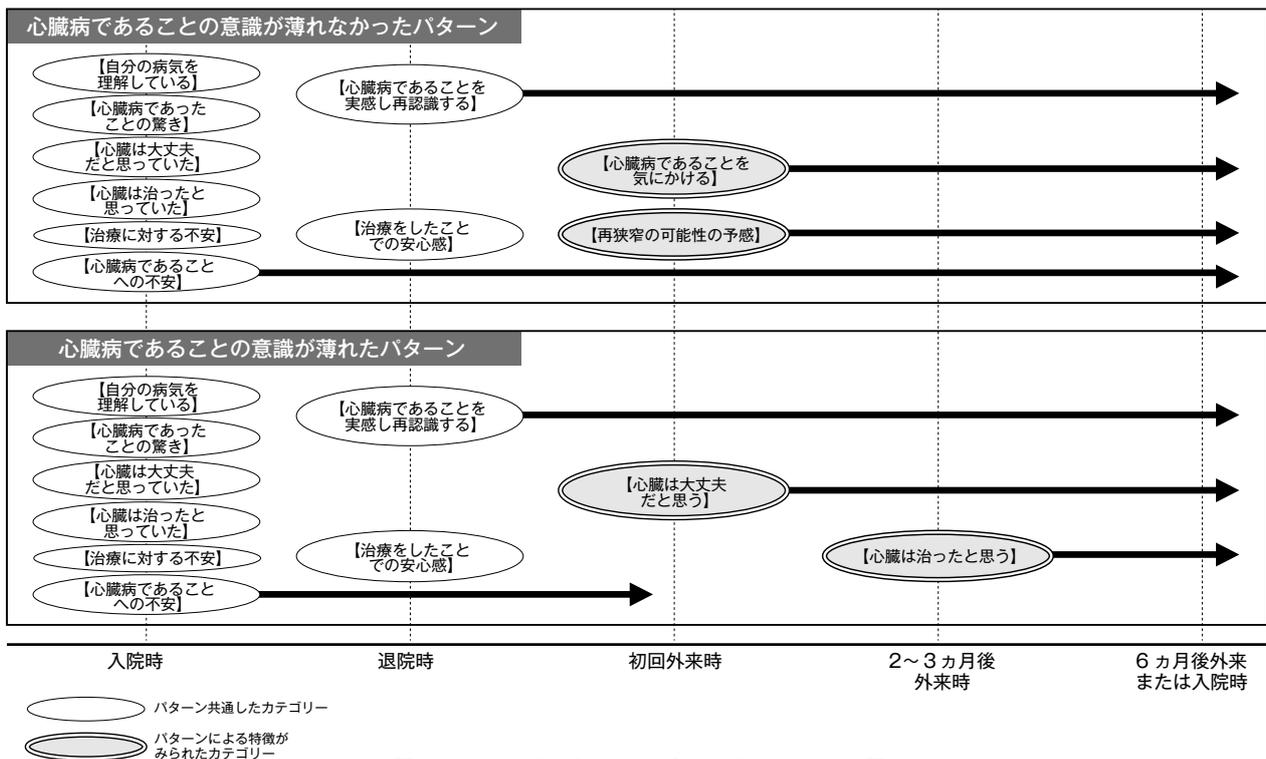


図1 心臓病であることの意識の推移のイメージ図

表1に示す。6ヵ月後のフォローアップCAGが施行された者は14名中7名であり、いずれも再狭窄や新規病変がなかった。他の7名の参加者には外来受診時の診察、血液や心電図などの検査データから医師によりフォローアップCAGが必要ないと判断され施行されなかった。

2. 心臓病であることの意識

入院時から6ヵ月後のインタビュー内容を面接時期毎に分析した結果、すべての時期で12個のカテゴリーに分類できた。また、これらのカテゴリーを、時期毎に推移を検討し、時間経過を踏まえてイメージ図(図1)で表すことができた。以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉、実際の言葉を「**斜体**」で示す。カテゴリー、サブカテゴリーは表2に示す。

1) 心臓病であることの意識

入院時には【自分の病気を理解している】【心臓病であったことの驚き】【心臓は大丈夫だと思っていた】【心臓は治ったと思っていた】【治療に

対する不安】【心臓病であることへの不安】のカテゴリーが得られた。

退院時には【治療をしたことでの安心感】【心臓病であることを実感し再認識する】のカテゴリーが得られた。

初回外来時には【心臓病であることを気にかける】【再狭窄の可能性の予感】【心臓は大丈夫だと思う】【心臓病であることを実感し再認識する】のカテゴリーが得られた。

2～3ヵ月後外来時には【心臓病であることを気にかける】【再狭窄の可能性の予感】【心臓は大丈夫だと思う】【心臓病であることを実感し再認識する】【心臓は治ったと思う】のカテゴリーが得られた。

6ヵ月後外来時またはCAG入院時には【心臓病であることを気にかける】【再狭窄の可能性の予感】【心臓は大丈夫だと思う】【心臓病であることを実感し再認識する】【心臓は治ったと思う】のカテゴリーが得られた。

表2 心臓病であることの意識

	カテゴリー	サブカテゴリー
参加者全員が もつ意識	【自分の病気を理解している】	〈何らかのイメージがある〉 〈病態を理解している〉 〈リスク疾患との関連を理解している〉
	【心臓病であったことの驚き】	〈心臓は完治していたという思いから驚いた〉 〈再度治療が必要となって驚いた〉
	【心臓は大丈夫だと思っていた】	〈前回の治療を終えての安心感から大丈夫と思っていた〉 〈症状がないため大丈夫と思っていた〉
	【心臓は治ったと思っていた】	〈症状がないため心臓は治ったと思っていた〉 〈前回治療をして心臓は治ったと思っていた〉
	【治療に対する不安】	〈治療に対する不安がある〉
	【心臓病であることへの不安】	〈心臓病であること自体の不安〉 〈症状があることへの不安〉
	【治療をしたことでの安心感】	〈無事に治療ができて安心した〉
心臓病であるこ とが薄れなかつ たパターンの意識	【心臓病であることを気にかける】	〈心臓病であることを気にかけている〉 〈心臓に負担をかけないようにする〉
	【再狭窄の可能性の予感】	〈再狭窄の可能性への不安〉 〈なるようにしかならない焦り〉 〈療養行動の現状からの予感〉
心臓病であるこ とが薄れたパタ ーンの意識	【心臓は大丈夫だと思う】	〈医療者の言葉により大丈夫と思う〉 〈治療したことへの安心感から大丈夫と思う〉 〈症状の消失から大丈夫と思う〉
	【心臓は治ったと思う】	〈医療者の言葉により治ったと思う〉 〈症状がないため心臓は治ったと思う〉 〈治療をして心臓は治ったと思う〉

※カテゴリーが分類できた時期については図1参照

2) 心臓病であることの意識の推移

心臓病であることの意識に関して分析した結果、入院時にはほとんどの参加者において【自分の病気を理解している】【心臓病であったことの驚き】【心臓は大丈夫だと思っていた】【心臓は治ったと思っていた】【治療に対する不安】【心臓病であることへの不安】の категорияが得られ、退院時には【治療をしたことでの安心感】【心臓病であることを実感し再認識する】の категорияが得られた。初回外来時、2～3ヵ月後外来時、6ヵ月後外来時またはCAG入院時においては、2つのパターンに分けられた。1つは入院時から【心臓病であることへの不安】が継続し、外来通院中には【心臓病であることを気にかける】【再狭窄の可能性の予感】があるなど心臓病であることの意識が薄れなかったパターンであった。もう1つは入院時や退院時には【心臓病であることへの不安】があったが、外来通院中に【心臓は大丈夫だと思う】【心臓は治ったと思う】などと外来通院中に心臓病であることの意識が薄れたパターンであった。また、これら2つのパターンに関係なく、初回外来時、2～3ヵ月後外来時、6ヵ月後外来時または入院時において、【心臓病であることを実感し再認識する】の categoriaがあった。

3) 各カテゴリーの説明

参加者全員に共通したカテゴリーは【自分の病気を理解している】【心臓病であったことの驚き】【心臓は大丈夫だと思っていた】【心臓は治ったと思っていた】【治療に対する不安】【心臓病であることへの不安】【治療をしたことでの安心感】【心臓病であることを実感し再認識する】の8つであった。心臓病であることの意識が薄れなかったパターンの参加者に特徴的なカテゴリーは【心臓病であることを気にかける】【再狭窄の可能性の予感】の2つであった。心臓病であることの意識が薄れたパターンの参加者に特徴的なカテゴリーは【心臓は大丈夫だと思う】【心臓は治ったと思う】の2つであった。

(1) 【自分の病気を理解している】

このカテゴリーは〈何らかのイメージがある〉〈病態を理解している〉〈リスク疾患との関連を理解している〉の3つのサブカテゴリーから構成された。これは過去のPCI経験や教育、外来での医師からの説明により、理解の程度に個人差はあるものの、自分なりに自分の病気について理解していることを示すものであった。
「先生に聞いて、血管が狭いというイメージやな」

(参加者H)

「心臓の血管にコレステロールがたまって血管を狭くしているんです。つまってしまったら心筋梗塞になると聞いています。」(参加者B)

「心臓は糖尿病からきている。早く言えば合併症やろう」(参加者N)

(2) 【心臓病であったことの驚き】

このカテゴリーは〈心臓は完治していたという思いから驚いた〉〈再度治療が必要となって驚いた〉の2つのサブカテゴリーから構成された。これは前回の治療により完治していたと思っていたが、今も自分が心臓病であったことへの驚きや再び治療が必要となってしまったことへの驚きであった。
「心臓は治ったと思っていたので、苦しいとか胸がキューンとなるとか今もないから信じられない」(参加者L)

「ショックです。2回目はならないと思っていたのに」(参加者A)

(3) 【心臓は大丈夫だと思っていた】

このカテゴリーは〈前回の治療を終えての安心感から大丈夫と思っていた〉〈症状がないため大丈夫と思っていた〉の2つのサブカテゴリーから構成された。これは前回治療をしたことからの安心感、現在は症状がないことにより、心臓は大丈夫であると思っていたものであった。

「前に治療したところはもう大丈夫だと思っていたんです」(参加者L)

「普段、症状がない分、もう大丈夫だと思いました」(参加者G)

(4) 【心臓は治ったと思っていた】

このカテゴリーは〈症状がないため心臓は治ったと思っていた〉〈前回治療をして心臓は治ったと思っていた〉の2つのサブカテゴリーから構成された。これは、現在症状がないことや前回治療をしたこと自体から心臓が治ったと思っていたものであった。

「症状がないから、普段心臓のことを意識することはなくなっていた。何ともないし心臓がまたなるって思っていなかったよ」(参加者I)

「心臓はこの前治したから、もう治ったと思っていた」(参加者C)

(5) 【治療に対する不安】

このカテゴリーは〈治療に対する不安がある〉のサブカテゴリーから構成された。これは治療に対しての不安であった。

「治療が無事に終わるか心配です」(参加者D)

(6) 【心臓病であることへの不安】

このカテゴリーは〈心臓病であること自体への不安〉〈症状があることへの不安〉の2つのサブカテゴリーから構成された。これは心臓は身体の中でも重要な部位であり、その心臓が病気であること自体からの不安や症状があることでの不安であった。

「心臓は生命に関わるところやから不安はある」
(参加者E)

「胸の感じがまだ気になる。最近では心臓のことが気になるよ」(参加者A)

(7) 【治療をしたことでの安心感】

このカテゴリーは〈治療ができて安心した〉のサブカテゴリーから構成された。これは治療ができたことによる安心感を示すものであった。

「症状がなかったから心臓のこと実感してなかったけど、今回治療してもらって安心した」

(参加者N)

(8) 【心臓病であることを実感し再認識する】

このカテゴリーは〈入院や治療を通しての実感〉〈外来通院を通して再認識する〉〈医療者と関わることで再認識する〉の3つのサブカテゴリーから構成された。これは入院や治療を終えたこと、退院時の医療者からの説明、治療後の症状の有無により、心臓病であることを実感したり、また通院すること自体や外来通院時に医療者と関わることで心臓病であることを再認識したりすることであった。

「今回の入院で意識がかわった。自分の病気の勉強ができた。」(参加者C)

「やっぱり病院に来たりだとか、検査に来たりだとか、そういう時はやっぱり、どうしても心臓のことは気になりますね」(参加者B)

「先生からの話を聞いて、やっぱり心臓は身体にとって大事なところだと思った」(参加者G)

(9) 【心臓病であることを気にかける】

このカテゴリーは〈心臓病であることを気にかけている〉〈心臓に負担をかけないようにする〉の2サブカテゴリーから構成された。これは心臓病であることを気にかけたり、心臓病である身体を思い自分で心臓に負担をかけないように生活を調整するものであった。

「心臓のことは気にしています。危機感はありませんね」(参加者B)

「あまり無理しすぎないように重い仕事とかは人に頼んでいる。心臓に負担がかかるんじゃないかと思って」(参加者C)

(10) 【再狭窄の可能性の予感】

このカテゴリーは〈再狭窄の可能性への不安〉〈なるようにしかならない焦り〉〈療養行動の現状からの予感〉の3つのサブカテゴリーから構成された。これは再狭窄の可能性を考えての不安や、再狭窄を繰り返していることから、何をしてもまた再狭窄するのではないかと思うものや、現在の生活を続けていけば再狭窄するであろうという思いであった。

「心臓の血管がって言われたら、養生しないとまたいつふさがるかかわからないという気持ちがある。不安がある」(参加者F)

「またなるっていう感覚はどこかにあるんです。またこのままの生活だとなと思います」

(参加者G)

「心臓のことはもうなるようにしかならないって感じ。何となく症状も続いているしね。だってもうしょうがないもん」(参加者A)

(11) 【心臓は大丈夫だと思う】

このカテゴリーは〈医療者の言葉により大丈夫と思う〉〈治療したことへの安心感から大丈夫と思う〉〈症状の消失から大丈夫と思う〉の3つのサブカテゴリーから構成された。これは外来通院時での主治医からの大丈夫という言葉や治療したことからの安心感、治療したことで症状が消失したことにより、心臓は大丈夫であると思うものであった。

「外来に来て先生に大丈夫って言われたら、先生にお墨付きもらった気がするんや。安心するんや」
(参加者F)

「治療してもらったから安心感が強いというか、安心している」(参加者H)

「前になったけど、今は症状がないから心臓怖いとも思わない」(参加者N)

(12) 【心臓は治ったと思う】

このカテゴリーは〈医療者の言葉により治ったと思う〉〈症状がないため心臓は治ったと思う〉〈治療をして心臓は治ったと思う〉の3つのサブカテゴリーから構成された。これは医療者の言葉や症状が消失したこと、治療したこと自体から心臓が治ったと思うものであった。

「一度治療したところはもうならないと思ってたよ。ベストな金具を入れたと聞いていたから」

(参加者L)

「治ったという感じですね。症状もありませんからね。もうなるとも思わないね」(参加者I)

「治療してもう狭いところないから、もう完全に治ったと思ってる」(参加者K)

考 察

1. 心臓病であることの意識の推移と薄れ

心臓病であることの意識を参加者毎の時期毎に分析した結果、入院から6ヵ月後の時期における特徴がわかった。

入院時には、医師からの説明や過去の入院、PCI経験などから、自分なりに【自分の病気を理解する】ことができていたが、前回の治療や現在症状がないことにより【心臓病であったことの驚き】【心臓は大丈夫だと思っていた】【心臓は治ったと思っていた】という思いがあった。一方で、今回治療となったことで【治療に対する不安】、心臓病であったことや症状があることから【心臓病であることへの不安】があった。

退院時には治療ができたことで【治療をしたことでの安心感】を持ち、また、今回の入院や治療をしたこと自体や医療者からの説明、退院指導などを通して、【心臓病であることを実感し再認識する】ことができていた。

初回・2～3ヵ月後・6ヵ月後外来時またはCAG入院時においては、入院時から6ヵ月後まで変わらず【心臓病であることへの不安】が継続し、症状が持続したり再狭窄の可能性を考えたりすることで【心臓病であることを気にかける】【再狭窄の可能性の予感】があるなど、心臓病であることの意識が薄れなかった参加者もいた。しかし、参加者の中には外来通院中より、治療をしたことによる安心感や症状の消失、医療者の言葉などから【心臓は大丈夫だと思う】ようになったり、【心臓は治ったと思う】と時間経過とともに完治したという思いに変化し、心臓病であることの意識が薄れた参加者もいた。また、心臓病であることの意識の薄れに関係なく、外来通院中には、通院すること自体や外来通院時に医療者と関わることにより【心臓病であることを実感し再認識する】参加者もいた。

このように、時期により心臓病であることの意識が薄れる参加者と6ヵ月後まで心臓病であることの意識が薄れなかった参加者がいた。心臓病であることの意識が薄れた参加者は心臓の病気であることを気かけたり、心臓病であることや症状があることへの不安から、治療したこと自体や症状の消失による安心感や完治したという思いへ変化しており、初回または2～3ヵ月後より心臓病であることの意識が薄れていた。

心臓病であることの意識が薄れる要因としては、自覚症状のない患者は症状のない分、危機を感じ

とることができない⁴⁾や、病気が自覚症状を伴わない場合は、疾患を自我包括的 (self-involved) なものと認知することができず、自己にとって外在的もの、観念的なものになりがちである⁵⁾、心筋梗塞発作体験から時間が経過したため、必要な検査であっても面倒という思いが生じる⁶⁾という報告もあるように、本研究でも、治療をしたことによる安心感や症状が消失したことが影響を受けていた。さらに、前回の治療を受けていたにもかかわらず、入院時においてすでに【心臓病であったことの驚き】【心臓は大丈夫だと思っていた】【心臓は治ったと思っていた】という参加者もいたことから、発作や治療体験からの時間経過と自覚症状の有無、さらには完治したという思いが、その後の心臓病であることの意識を薄れさせることに影響していると考えられる。

心臓病であることの意識をもち続けることは療養行動の継続において重要であると考えられる。ゆえに、入院から退院後、外来通院中において継続して心臓病であることの意識をもち続けられるような関わりが必要である。心臓病であることの意識の薄れは患者により初回外来時、特に2～3ヵ月後外来時にみられたため、初回・2～3ヵ月・6ヵ月後の時期毎において、心臓病であることの意識がどのようなかを確認し、薄れる要因や薄れていく時期をポイントにした関わりを行っていく必要があると考えられる。また、通院することや医療者と関わることで、自分が心臓の病気であることを再認識し、これまでの経過を振り返ることで、自分が心臓病であることを思い、意識した参加者もいたことから、入院中から外来通院時を通して、定期的に患者と十分な対話をする、語る場をもつことで、心臓病であることの意識をもち続けられるような関わりをしていくことが必要であり、さらに虚血性心疾患は完治ではなく、その後の虚血性心疾患の危険因子をコントロールし、療養していくことの必要性と虚血性心疾患の危険因子に関するデータも合わせて継続的に療養行動を支援していく必要があると考える。

2. 研究の限界と今後の展望

本研究の限界は、退院6ヵ月後のフォローアップCAGが必要であった患者は7名(50%)であり、その全員がPCI治療の追加が不要な参加者であったことから、心臓病の意識の薄らぎと、虚血性心疾患の悪化との関連を推測できないことである。

1施設のみの調査であり、本研究の結果を一般化しがたい。また、入院時から6ヵ月後までのデー

タであり、6ヵ月以降の心臓病であることの意識の推移についてはわからない。今後、6ヵ月以降の心臓病であることの意識がどのように推移していくのかや、心臓病であることの意識をもち続けることの効果を明らかにすることができるような介入研究へと発展させていくことが課題である。

結 論

入院時から6ヵ月後における、PCIを受けた患者の心臓病であることの意識の推移は以下のようであった。

1. 入院時から6ヵ月において、心臓病であることの意識が薄れないパターンと、外来通院中に心臓病であることの意識が薄れたパターンに分けられた。心臓病であることの意識が薄れた時期は初回外来通院時、2～3ヵ月後外来通院時であった。

2. 心臓病であることの意識が薄れる要因として、治療したことや症状の消失による安心感や完治したという思い、発作や治療体験からの時間経過があげられた。心臓病であることの意識をもち続けられるような関わりとしては、入院中から外来通院中を通しての、心臓病であることの意識が薄れる要因と薄れていく時期をポイントにした関わりを行うことが重要である。

引用文献

- 1) 山本浩之, 光藤和明: 冠動脈インターベンションの現状—薬剤溶出性ステントが導入されて, 日本放射線技術学会雑誌, 63(6), 672-680, 2007
- 2) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン 2010年度合同研究班報告: 心筋梗塞二次予防に関するガイドライン, 日本循環器学会, 1-81, 2011
- 3) 森摩由美, 北山恭子, 竹中康子, 他: 冠動脈インターベンションを繰り返す患者の思い, 第40回日本看護学会論文集, 成人看護II, 212-214, 2009
- 4) 南出千鶴, 山崎愛子, 宝住由香, 他: 経皮冠動脈形成術後患者のセルフケア行動の実態, 第37回日本看護学会論文集, 成人看護I, 140-142, 2007
- 5) 平野かよ子, 井部俊子, 石原逸子, 他: セルフケア意識の構成要素について, 日本保健医療行動科学会年報, 6, 134-149, 1992
- 6) 迫田智子, 今大地さとみ, 大山果生里, 他: 心筋梗塞患者が心臓カテーテル治療に抱く思い, 第41回日本看護学会論文集, 成人看護II, 171-174, 2010

研究報告

糖尿病看護認定看護師の活動の実態と役割認識

The actual practices of certified diabetes care
nurses and their role recognitions

多崎 恵子¹⁾, 稲垣 美智子¹⁾, 松井 希代子¹⁾, 堀口 智美²⁾,

Keiko Tasaki, Michiko Inagaki, Kiyoko Matsui, Tomomi Horiguchi

¹⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系, ²⁾金沢大学附属病院

¹⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical
and Health Sciences, Kanazawa University

²⁾Kanazawa University Hospital

キーワード

糖尿病看護認定看護師, 実態, チーム活動, 役割認識

Key words

certified diabetes care nurses, actual practices, team activity, role recognitions

要 旨

糖尿病看護認定看護師のチーム活動と個別活動の実態, および看護師としての役割認識を明らかにすることを目的に、糖尿病看護認定看護師303名を対象に自記式質問紙調査を実施した。

その結果、回答のあった157名(回収率51.8%)のうち、認定看護師として活動している者は82.1%であった。活動内容450件が抽出され、院内では、チーム活動は「スタッフ教育」「コンサルテーション」「糖尿病教室の企画運営」などの8活動245件、個別活動は「外来療養相談」「フットケア」の2活動140件であった。院外では、チーム活動25件、個別活動40件であった。糖尿病チーム医療における看護師としての役割認識は、2つの肯定的認識と7つの否定的認識に大別された。「チーム実践における看護師としての心構え」等の肯定的認識に対し、「医師との関係における困難感」や「組織や上司の理解不足」等の否定的認識が7割以上と多かった。今後はチーム活動における看護師の役割認識という視点に着眼する重要性が示された。

はじめに

糖尿病看護認定看護師は、熟練した糖尿病看護ケア実践のモデルとして、そしてチーム医療における看護職の中心的存在として位置づけられており、その実践は糖尿病医療において重要な役割を果たしている。糖尿病看護認定看護師の資格制度

が誕生してから十数年が経過し、2014年7月4日現在552名が登録されている¹⁾。2014年度の開講は5教育機関、受講定員数132名であり、今後さらなる養成が期待されている¹⁾。糖尿病看護認定看護師(以下、認定看護師と記す)とは、糖尿病の看護分野において、熟練した看護技術と知識を

用いて水準の高い看護実践のできる看護師として、臨床経験5年以上で、既定の教育を受け、日本看護協会の認定審査に合格し糖尿病の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者である²⁾。認定看護師は看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかることを目的とし、3つの役割、すなわち個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践（実践）、看護実践を通して看護職に対し指導（指導）、看護職に対しコンサルテーション（相談）をもつ¹⁾とされている。

認定看護師としての活動については、個々の活動やチーム内での働きについて看護師個人の活動報告³⁻⁵⁾はなされてきた。また、認定看護師・専門看護師所属施設における糖尿病教育プログラムの実態⁶⁾や専門看護師・認定看護師によるインスリン療法を行う患者への実践知⁷⁾など認定看護師が携わる活動や実践知について焦点を絞った報告もある。日本看護協会による2012年認定看護師の活動及び成果に関する調査報告⁸⁾では、認定看護師の実践や意識について報告された。

近年、チーム医療が重要視されているため、認定看護師のチーム活動と個別活動という2つの視点からその実態を明らかにすることが、チーム医療の現状把握に繋がるのではないかと考えた。この2つの活動は異なる性質をもつと考えられるため、研究では、これらを以下のように定義した。「チーム活動」は看護チームや医療チームにおけるメンバーとしての活動やチームを活性化するなどの活動、「個別活動」は看護師自身のスキルを用いて個々の患者にはたらきかける個別的な看護ケアである。

一方、チームにおいて認定看護師への期待が高まっている。しかし、その役割遂行における思いや考え、つまり役割認識の実態については明らかではない。糖尿病チームにおいて、看護職は最もスタッフ数が多い職種であり、看護独自の専門性からも、その役割は重要である。看護職において指導的立場である認定看護師についてその役割認識を明らかにすることは、糖尿病看護ならびに糖尿病チーム医療を推進する一助となると考えられる。

本研究の目的は糖尿病看護認定看護師のチーム活動と個別活動の実態、および看護師としての役割認識を明らかにすることである。

方 法

1. 対象および調査期間

対象は、2012年5月の時点で、日本看護協会ホームページに公表されている糖尿病看護認定看護師303名であった。これら看護師の所属施設の看護責任者あてに研究依頼文書を送付し、認定看護師の自由意思による自記式質問紙への回答を依頼した。調査期間は2012年5～6月であった。

2. データ収集方法

無記名の自記式質問紙調査とし、以下について回答を依頼した。

1) 属性

性別、年齢、臨床看護経験年数、糖尿病看護経験年数、糖尿病看護認定看護師としての経験年数、職位、施設所在地、施設病床数について、多肢選択法にて回答を求めた。

2) 認定看護師としての活動の実態

(1) 認定看護師の資格を生かした活動の程度

「とても活発に活動している」、「ある程度は活動している」、「あまり活動していない」、「ほとんど活動していない」の4段階評定尺度にて回答を求めた。

(2) 認定看護師としての活動の頻度

(3) 活動の具体的内容

(4) 認定看護師として活動できていない場合はその具体的状況

(2)(3)(4)については、自由記載による回答を求めた。

3) 糖尿病チーム活動における看護師としての役割認識

看護師としての役割遂行における思いや考えについて、自由記載による回答を求めた。

3. データ分析方法

属性および資格を生かした活動の程度および頻度については単純集計を行った。活動の具体的内容は質的に分析し、類似の性質をまとめカテゴリー化し、チーム活動と個別活動に分類し集計した。また糖尿病チーム医療における看護師としての役割認識は質的に分析し、類似の性質をまとめカテゴリー化し集計した。

4. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会（承認番号359）の承認を受け実施した。本研究は無記名であり個人や施設が特定されないこと、看護部門責任者より対象者へ解答を依頼するプロセスをとるが、回答はあくまでも本人の自由意思であり、本人が直接研究者へ調査用紙を返送することとし、これをもって本研究に同意を得たものとする、データは研究目的のみに使用し、研究終了後速や

かに破棄すること、研究結果については学会および論文等にて公表することについて、送付した依頼文に明記した。

結 果

1. 対象者の属性（表1）

糖尿病看護認定看護師303名のうち157名（回収率51.8%）より回答があった。性別は女性153名（97.5%）、年齢は40歳代が最も多く72名（45.9%）で

表1 対象者の属性

属性区分		n=157	
		人数	(%)
性別	男性	4	(2.5)
	女性	153	(97.5)
年齢	20歳代	2	(1.3)
	30歳代	63	(40.1)
	40歳代	72	(45.9)
	50歳代	20	(12.7)
看護師の臨床経験年数	10年未満	10	(6.4)
	10年以上20年未満	79	(50.3)
	20年以上30年未満	58	(36.9)
	30年以上	10	(6.4)
糖尿病看護の経験年数	5年未満	7	(4.5)
	5年以上10年未満	40	(25.5)
	10年以上20年未満	98	(62.4)
認定看護師としての経験年数	20年以上	12	(7.6)
	3年以上	70	(44.6)
	3年未満	83	(52.9)
取得学位	無回答	4	(2.5)
	なし	121	(77.1)
	学士	25	(15.9)
職 位	修士	11	(7.0)
	看護師長	11	(7.0)
	副看護師長	36	(22.9)
	主任	46	(29.3)
	スタッフ	60	(38.2)
	教員	3	(1.9)
	その他	1	(0.7)
施設所在地	北海道・東北	20	(12.7)
	関東・甲信越	55	(35.0)
	東海・北陸	25	(15.9)
	近畿	22	(14.0)
	中国・四国	11	(7.0)
	九州・沖縄	23	(14.6)
施設の病床数	無回答	1	(0.6)
	300床未満	32	(20.4)
	300床以上	125	(79.6)

あった。臨床看護師経験年数は10年以上20年未満が79名（50.3%）、糖尿病看護経験年数は10年以上20年未満が98名（62.4%）、認定看護師経験年数は3年未満が83名（52.9%）、職位はスタッフが60名（38.2%）とそれぞれ最も多かった。施設所在地は関東・甲信越55名（35.0%）が最も多く、施設病床数は300床以上が125名（79.6%）であった。

2. 認定看護師としての活動の実態

1) 認定看護師の資格を生かした活動の程度

「とても活発に活動している」23名（14.6%）「ある程度は活動している」106名（67.5%）、「あまり活動していない」20名（12.7%）「ほとんど活動していない」7名（4.5%）、無回答1名（0.6%）であった。

2) 認定看護師としての活動の頻度

37名の記載があった。週1回が17名（46.0%）と最も多く、週2回が5名（13.5%）、週3～4回が5名（13.5%）、毎日が2名（5.4%）であり、最低でも週1回以上の活動頻度は計29名（78.4%）であった。また、月3～4回が2名（5.4%）、月1～2回が6名（16.2%）であった。

3) 糖尿病看護認定看護師としての具体的なチーム活動と個別活動の内容

自由記載より450件の活動が抽出された。内訳は、院内活動385件、院外活動65件であった。

院内活動は、多い順に、「外来療養相談」84件、「スタッフ教育」69件、「フットケア」56件、「コンサルテーション」52件、「糖尿病教室の企画運営」28件、「病棟の糖尿病ケア体制や患者ケアにかかわる活動」27件、「施設内のラウンドや総括的な活動」20件、「糖尿病チームとしての活動」9件、「糖尿病透析予防に関わる活動」8件、「糖尿病委員会の企画運営」7件であった。5件未満を「その他」とし、インスリン注射に関連したインシデントに対する取り組み、患者会活動、マニュアル作り、システムづくりなどあわせて25件であった。この院内活動のうち、看護師としてのチーム活動は、「スタッフ教育」「コンサルテーション」「糖尿病教室の企画運営」「病棟の糖尿病ケア体制や患者ケアにかかわる活動」「施設内のラウンドや総括的な活動」「糖尿病透析予防に関わる活動」の8活動245件、個別活動は、「外来療養相談」「フットケア」の2活動140件であった。

院外活動65件の内訳は、「講義の講師」26件、「研究会等の企画と実施」13件、「教育や育成」8件等であり、チーム活動は25件、個別活動は40件であった。

4) 認定看護師として活動できていない看護師の具体的な状況

「あまり活動していない」と「ほとんど活動していない」をあわせると活動していない者は27名であり、その全員に記載があった。「病棟業務が多忙」が11名(40.7%)、「外来業務が多忙」6名(22.2%)、「管理業務が多忙」3名(11.1%)であり、あわせると7割以上が多忙との回答であった。「上司の活動許可がない」5名(18.5%)であった。

3. 糖尿病チーム活動における看護師としての役割認識(役割遂行における思いや考え)

91名が自由記載に回答しており103件の認識が抽出された。これらより9カテゴリーが見出され、肯定的認識2カテゴリーと否定的認識7カテゴリーに大別された。肯定的認識は、「チーム実践における看護師としての心構え」、「チーム活動が上手くできている実感」、否定的認識は、「医師との関係における困難感」、「組織や上司の理解不足」、「チーム調整が難しく負担感」、「認定看護師としての力量不足」、「認定看護師としての活動時間不足」、「医療スタッフ全体の意識の低さ」、「看護師の認識および力量の課題」であった。肯定的認識は29件(28.2%)、否定的認識は74件(71.8%)であり、各カテゴリーの件数については図1に示した。また、これら9カテゴリーからなる糖尿病チーム活動における看護師としての役割認識の詳細は表2に示した。

考 察

1. 認定看護師としてのチーム活動と個別活動の実態

8割以上の認定看護師が資格を生かし活動しており、糖尿病チームメンバーとしての組織内外での活動が明らかになった。週1回の活動が回答者の半数近くであり、週1回以上の活動頻度をあわせると6割以上であった。また、活動内容については、院内活動では看護師個人として行う糖尿病の療養相談やフットケアのような活動と、コンサルテーション、スタッフ教育、糖尿病教室の企画運営などのチーム活動が並行して挙げられていた。その他に挙げられた活動内容も含むと、個別活動よりチームとしての活動が多い実態であった。さらに院外活動が65件あり、件数としては外来療養相談とスタッフ教育に次いで3番目に多く、施設外活動でも多忙な実態が明らかになった。院外では講義の講師が圧倒的に多く個別活動の方が勝っていた。2012年の日本看護協会による認定看護師の調査⁸⁾(以下調査とする)においても、活動範囲は施設外も含むと回答したのは71.7%と報告されている。施設外活動では個別活動である講義が最も多く、先行の調査⁷⁾と同様であった。研修会の企画運営や行政・政策に関わること、学会活動など、施設外でも個別活動とチームとしての活動を並行して行っており幅広く活躍している実態が明らかとなった。

データ収集した2012年5~6月は、糖尿病チームに対する糖尿病透析予防指導管理料の算定が4月に始まった直後の時期であった。それでも透析予防に関わる活動は8件ではあるが示されており、新たな変化に迅速に対応していく姿勢がうかがえた。

しかし17.2%が認定看護師として活動できてい

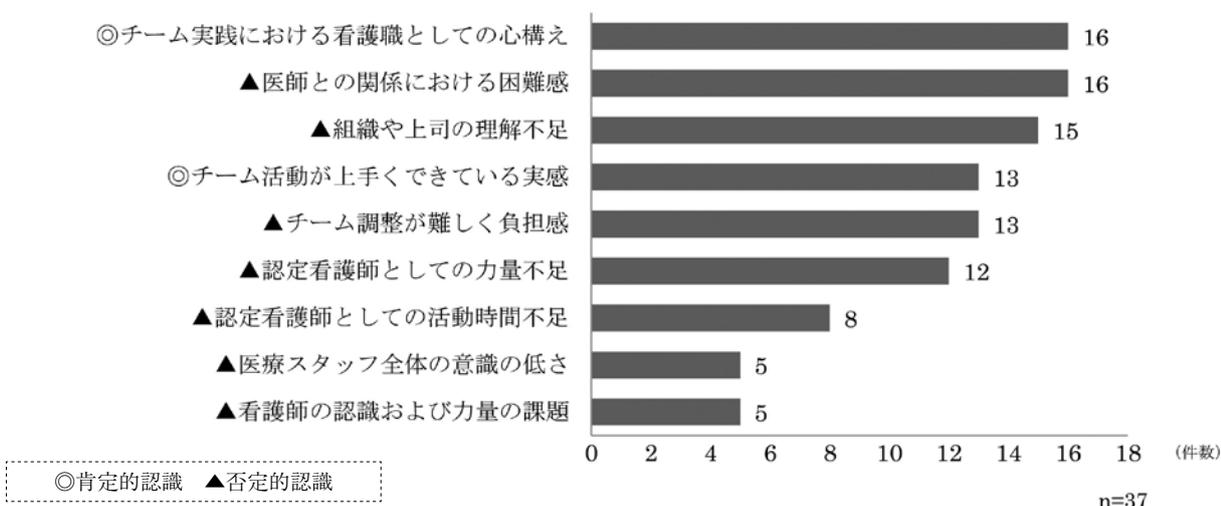


図1 糖尿病チーム活動における看護師としての役割認識

表2 糖尿病チーム活動における看護師としての役割認識

カテゴリー	具体的内容
◎チーム実践における看護師としての心構え	<ul style="list-style-type: none"> ・チームの調整役である実感 ・患者に最も近い存在としてよりよい患者支援をしていく意思
▲医師との関係における困難感	<ul style="list-style-type: none"> ・医師との信頼関係の作り方が難しいが重要 ・糖尿病に主に関わらない医師に理解を得られにくい環境 ・医師のコミュニケーションスキルの問題 ・看護を認めず指示してくる専門医 ・患者にとってより良い方法に医師の理解が得られないジレンマやギャップ ・専門医がいないことの困難感 ・システム構築時に決定権を持つ医師の同意が得られないこと ・他科の医師同士をつなぐ困難感 ・医師と人間関係が築けていないと意見交換ができないこと ・治療中心の医師と患者の生活支援に関し意見が合わないこと
▲組織や上司の理解不足	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病看護は結果が見えにくいいため活動が認められにくいこと ・他職種の責任者が糖尿病チーム医療に理解がないとチームが活性化しないこと ・上司や周囲の協力を得るために組織的に訴えることの難しさ
◎チーム活動が上手くできている実感	<ul style="list-style-type: none"> ・チームメンバーとともに活動できる実感 ・看護師が代弁することによってうまくいったとき得られる満足感 ・ラウンドをこまめに行うことで看護師や他職種の関心が高まっている実感 ・看護部や専門医から理解し認められるようになったこと
▲チーム調整が難しく負担感	<ul style="list-style-type: none"> ・調整的役割が看護師の負担量を増やすこと ・組織が大きくなるほどチームをまとめることの大変さ ・連携がうまくいかないと増える看護業務 ・役割をチームで分担するスキルのなさ、難しさ ・扱いにくいチームメンバーへの対応の悩み ・他職種の考え方・行動が異なるため調整の難しさ
▲認定看護師としての力量不足	<ul style="list-style-type: none"> ・全国レベルと現実との差に焦りと孤独 ・組織が大きいため新たな取り組みに困難感 ・リーダーシップがとれないこと ・患者に向き合えないナースへのはたらきかけの悩み ・患者へ行った看護の結果を組織に伝える力の不足 ・行動変容困難なケースにおける力量不足 ・看護スタッフの糖尿病看護への関心を引き出すにはどうしたらいいかの悩み ・リソースナースの育成方法と有効活用 ・より良くしようとすると自身の負担が増え疲弊と不安と無力
▲認定看護師としての活動時間不足	<ul style="list-style-type: none"> ・部署の業務多忙による活動時間の不足 ・外来看護師の人数不足によりすべての患者に面談できないこと
▲医療スタッフ全体の意識の低さ	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病への関心の低さ ・糖尿病以外の業務多忙を理由に患者に関わっていないこと ・上司ではないため教育できず活性化が難しいこと ・画一的な患者教育 ・コメディカルが歩みよらない職場風土
▲看護師の認識および力量の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の患者とのコミュニケーション不足 ・モチベーションや糖尿病に対する興味の低さ ・糖尿病教育入院患者への理解や糖尿病看護の認識がうすい現状 ・看護師の発言がチームへの影響力に通じるため、院内の委員会等でも発言できる力の必要性

◎肯定的認識 ▲否定的認識

ないことも明らかになった。その理由として多忙が7割と大多数を占めており、約2割は上司の許可がないであった。組織のシステムや人員配置、管理者の考えなどが活動を阻んでいる結果であった。先行の調査⁸⁾でも認定看護師としての満足度評価の低い人たちは、「多忙」と「上司や周囲の理解がない」の回答が多いと報告されている。認定看護師自身がある程度は認定としての活動ができていると自己評価できることが、糖尿病チーム活動にも有効に働くと考えられるため、看護管理者との調整が必要と考えられる。

2. 糖尿病チーム活動における看護師としての役割認識

「チーム実践における看護師としての心構え」が最も多いという結果から、認定看護師はチームにおける看護師としての役割意識を強く持って臨んでいることが明らかになった。しかし、「医師との関係における困難感」も同数で最も多く、全回答中、肯定的な役割認識は3割未満であり、否定的な役割認識の方が多く結果であった。8割が「認定看護師として活動できている」と回答しているにもかかわらず、医療チームにおいては役割の遂行が難しいととらえていることが明らかとなった。「医師との関係における困難感」、「チーム調整が難しく負担感」といった認識は、調整力や交渉力に関わるものである。認定看護師という資格を有していても、看護師という専門的な役割意識をもって糖尿病チーム医療に主体的に携わっていきこうとすると難しい現状であることが推察された。「組織や上司の理解不足」、「認定看護師としての活動時間不足」は、看護師の裁量の及ばない管理的な課題と考えられる。また、「看護師の認識および力量の課題」、「医療スタッフ全体の意識の低さ」は、組織風土の問題ではあるが、役割を果たしにくい条件として捉えていると考えられた。また「認定看護師としての力量不足」との否定的な自己評価をしており、満足感や達成感を得られていないことがうかがえる。本研究の回答者は、看護師としての臨床経験はほとんどが10年以上、糖尿病看護経験は7割が10年以上であったが、認定看護師としての経験年数は3年未満が半数を占めていた。認定看護師としての経験年数が少ないことがチームにおける役割認識の自己評価を低くしている可能性も推察された。

先行の調査⁸⁾によると、糖尿病看護認定看護師では、認定としての活動が関連部署や部門、施設に及ぼした成果として、「他職種者との連携進行」

は「思う」との回答が7割以上、また、「他職種と共働しチームの一員として役割を果たしている」は8割以上が“できている”と報告されている。本結果でもチーム活動が活発になされている実態であったことから同様であった。しかし本結果では、チームにおける看護師としての役割認識は否定的なものが多く、自己評価も高いとはいえなかったことから、チーム医療における連携や協働がなされることと役割認識とは別物であると考えられる。本結果ではチームとしての活動の方が個別活動より多くなされていたことから、チームにおける看護師としての役割認識はその活動の基盤となる重要なものであると考えられ、今後着眼する必要性が示唆された。

3. 本結果の臨床への適用

認定看護師は、現場の看護スタッフが糖尿病患者個々に対するケアおよび糖尿病チーム医療を促進する際の看護モデルとして重要な位置づけにある。糖尿病ケアは多職種によるチーム活動として患者に提供されることが多いため、認定看護師の個別活動とあわせてチーム活動とその役割認識を把握していくことは、糖尿病看護の質の向上ならびに糖尿病チーム医療推進の基礎的資料として重要であると考えられる。

4. 研究の限界

調査紙を配布した303名の地域分布と157名の回答者の地域分布の割合はほぼ一致していたことから、地域の偏りはない結果であったといえる。しかし、回答率は5割程度であったため認定看護師すべての実態とは言えない。

結 論

糖尿病看護認定看護師の多くが資格を生かし活動しており、チーム活動と個別活動を並行し施設内外で幅広く活動していることが明らかになった。また「チーム実践における看護師としての心構え」をもって臨んでいるが、「医師との関係における困難感」等の否定的な役割認識の方が多くことが明らかになった。今後はチーム活動における看護師の役割認識という視点に着眼する重要性が示された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました糖尿病看護認定看護師の皆様へ心より感謝申し上げます。本研究は第18回日本糖尿病教育・看護学会にて発表した。なお本研究は日本学術振興会 平成21-24年度科

学研究費補助金 基盤研究 (C) (課題番号21592746) の助成をうけて実施した研究の一部である。

引用文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会：データで見る認定看護師, [オンライン, <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>], 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 認定看護師 7. 4. 2014
- 2) 公益社団法人日本看護協会：認定看護師 (CertifiedNurse) とは, [オンライン, <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>], 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 認定看護師, 7. 4. 2014
- 3) 青木美智子：糖尿病看護認定看護師の役割, IRYO, 63(2), 110-115, 2009
- 4) 法月章子：コメディカルスタッフの活躍を追う, Life Style Medicine, 3(3), 86-91, 2009
- 5) 小泉麻美：チーム, スタッフとともに患者の療養生活を支援－糖尿病看護認定看護師, 看護, 64(13), 98-101, 2012
- 6) 白水真理子, 杉本知子, 間瀬由記, 他：糖尿病看護認定看護師・慢性疾患看護専門看護師の所属施設における2型糖尿病患者に対する糖尿病教育プログラムの実態—プログラムの内容・方法に焦点を当てて, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 15(2), 179-187, 2011
- 7) 清水安子, 大原裕子, 米田昭子, 他：インスリン療法を行う糖尿病患者への糖尿病看護のベストプラクティス—糖尿病看護スペシャリストの実践知をもとに, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 15(1), 25-35, 2011
- 8) 公益社団法人日本看護協会認定部：2012年認定看護師の活動及び成果に関する調査報告書, [オンライン, <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2014/04/cn-2012chosa.pdf>], 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 認定看護師 活動状況調査等, 7. 5. 2014

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いと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おります。

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も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。

学会記事

1. 第8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

公立つるぎ病院

学術集会長挨拶

学術集会 メインテーマ「住み慣れた地域での暮らしを支援する看護実践」

日 時 平成26年9月13日(土) 9:20-17:00

場 所 白山市鶴来総合文化会館クレイン

会長講演 テーマ 「その人らしさに寄り添う看護実践とは」

井田 春子(公立つるぎ病院)

座長 川島 和代(石川県立看護大学)

特別講演 テーマ 『自宅で大往生～「ええ人生やった」と言われるために～』

講師 中村 伸一(福井県おおい町国民健康保険 名田庄診療所所長)

座長 井田 春子(公立つるぎ病院)

シンポジウム テーマ 「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)

シンポジスト 橋本 宏樹(公立つるぎ病院副院長兼吉野谷診療所所長)

澤 久美子(白山鶴来訪問看護ステーション管理者看護師)

手塚 波子(小川医院栄養ケアセンター長管理栄養士)

長田 千晶(公立つるぎ病院主任作業療法士)

奥村美津代(てまり薬局薬局長薬剤師)

廣瀬 好美(白山市高齢者支援センター主任介護支援専門員)

一般演題発表数 17題(口演17題、示説10題)

座長 東 康子(芳珠記念病院)

村瀬 由美(公立松任石川中央病院)

鶴賀加代子(公立つるぎ病院)

山下 順子(能美市立病院)

大田 和美(公立つるぎ病院)

高瀬美保子(新村病院)

講評 北岡 和代(金沢大学医薬保健研究域保健学系)

石川 倫子(石川県立看護大学)

共同研究発表数 3題

座長 東 栄美子(芳珠記念病院)

ランチョンセミナー テーマ 「継続的栄養管理-急性期から在宅へ」

講師 八木 雅夫(白山石川医療企業団副企業長)

座長 三井 昌栄(公立松任石川中央病院)

出席数 418名(会員249名、非会員125名、学生39名、多職種5名)

総会

日 時 平成26年9月13日(土) 12:00-12:30

場 所 白山市鶴来総合文化会館クレイン

理事長挨拶

議長 井田 春子

報告事項

1) 平成25年度理事会・編集委員会・事務局会議報告

理事会報告

理事会4回開催(平成25年4月26日、7月12日、11月22日、平成26年1月24日)

編集委員会報告

- (1) 委員会の開催 平成25年12月3日：掲載論文の決定
 - (2) 学会誌の発行
看護実践学会誌 第26巻1号
 - (3) 投稿論文の状況
掲載論文14編（原著3編、研究報告4編、実践報告5編、その他2編）
- 事務局会議
事務局会議2回開催（平成25年11月13日、平成26年3月18日）
- 2) 平成25年度事業報告
- 事業
- (1) 第7回学術集会並びに総会（平成25年9月14日）
出席数 522名
 - (2) “「わが病院看護自慢」互いの目と手から生まれる安全と安心”の開催
（平成25年9月1日）
参加人数 59名
 - (3) “「わが病院看護自慢」目指そう！安全・安心・安楽（AAA）な看護”の開催
（平成25年11月13日）
参加人数 20名
 - (4) “査読研修会”の開催（平成25年4月6日）
参加人数 66名
 - (5) “演題応募抄録の書き方講座”の開催（平成25年5月25日）
参加人数 30名
 - (6) “一般病棟における精神疾患をもつ患者の理解”の開催（平成25年11月2日）
参加人数 30名
 - (7) テーマ別共同研究チームの継続
 - (8) 会員募集・登録・名簿管理
平成25年度会員数 625名（平成26年1月22日現在）
（継続者449名、新規入会者176名）
平成24年度退会者 127名
- 3) 平成25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 折山 久栄（金沢医療センター附属金沢看護学校）
角鹿 睦子（金沢大学附属病院）

提案事項

- 1) 平成26年度看護実践学会役員が別紙の通り承認された。
- 2) 平成26年度計画案が承認された。
 - (1) 第8回看護実践学会学術集会の開催（平成26年9月13日）
 - (2) テーマ別共同研究チームの活動の一般公募状況の報告・第9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（病棟と外来の一元化～石川県済生会金沢病院）”の開催
（平成26年8月8日）
 - (4) 実践に役立つ研修会「高齢者のせん妄と認知症について知る」の開催
（平成26年6月21日）
 - (5) “魅力的な学会プレゼンテーション～ポスター&スライド作成のコツと作法～”の開催
 - (6) “査読研修会～査読のできる院内研究指導者を目指して～”の開催
 - (7) 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
 - (8) 看護実践学会誌発行（第27巻1号、第27巻2号）
 - (9) 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）
 - (10) 編集委員会の開催

(11) 事務局会議の開催

3) 平成26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9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27年9月12日(土)

開催予定場所 石川県地場産業振興センター

学術集会長 青木さき代(金沢医療センター)

2. 看護実践学会会計報告

看護実践学会 平成25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	2,800,000	3,139,000	339,000	
1. 年 会 費	2,750,000	3,125,000	375,000	625名@5,000
2. わが病院看護自慢参加費	50,000	14,000	- 36,000	非会員参加者14名@1,000
II. 貸 付 返 却	1,000,000	1,000,000	0	
第7回学術集会貸付金返却	1,000,000	1,000,000	0	
III. 雑 収 入	4,000	7,103	3,103	
1. 銀 行 利 子	500	803	303	
2. 医学中央雑誌刊行収入	2,000	6,300	4,300	
3. 学 会 誌 販 売	1,500	0	- 1,500	
IV. 前 年 度 繰 越 金	5,373,884	5,373,884	0	
収 入 合 計	9,177,884	9,519,987	342,103	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	差 額	備 考
I. 事 業 費	3,300,000	3,323,746	- 23,746	
1. 第7回学術集会開催費	300,000	366,891	- 66,891	第7回学術集会収支決算別紙
2. テーマ別共同研究助成費	150,000	90,000	60,000	3件助成
3. わが病院看護自慢開催費	200,000	160,000	40,000	2件開催
4. 会員向け研修会助成金	150,000	110,000	40,000	3件開催
5. 会 誌 発 行 費	1,200,000	1,296,855	- 96,855	会誌印刷
6. 第8回学術集会貸付金	1,000,000	1,000,000	0	
7. 第8回学術集会への助成金	300,000	300,000	0	
II. 会 議 費	235,000	194,236	40,764	
1. 理 事 会 費	200,000	156,366	43,634	4回開催
2. 事 務 局 会 議 費	20,000	22,870	- 2,870	2回開催
3. 編 集 委 員 会 費	15,000	15,000	0	1回開催
III. 事 務 費	765,000	908,420	- 143,420	
1. 印 刷 費	65,000	189,840	- 124,840	振込用紙印刷、封筒印刷等
2. 郵 送 通 信 費	180,000	200,717	- 20,717	年会費・事業・総会関係書類発送、会誌発送等
3. 人 件 費	300,000	305,877	- 5,877	名簿管理、会誌発送業務補助、英文校正、テープおこし等
4. 消 耗 品 費	70,000	57,006	12,994	文具等
5. ホームページ作成・管理費	150,000	154,980	- 4,980	年間メンテナンス、追加ページ作成等
IV. 予 備 費	4,877,884	0	4,877,884	
支 出 合 計	9,177,884	4,426,402	4,751,482	

平成25年度決算報告

収入合計 9,519,987円 支出合計 4,426,402円 差引残高 5,093,585円

平成25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26年3月31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

折山久栄

角鹿睦子

看護実践学会 平成26年度会計予算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 事 業 活 動	3,063,000	
1. 正 会 員 ・ 年 会 費	3,000,000	会員600名 (5,000円/1人)
2. 学 会 誌 収 入	3,000	
3. 学 術 集 会 収 入	0	
4. 会 員 研 修 等 収 入	60,000	
① わが病院看護自慢	30,000	会員外10名 (3,000円/1人)
② 研 修 会	30,000	会員外10名 (3,000円/1人)
③ 共 同 研 究	0	
II. 貸 付 返 却	1,000,000	第7回学術集会から
III. 寄 付 金	1,000,000	
IV. 雑 収 入	5,800	
1. 医 学 中 央 雑 誌 刊 行	5,000	
2. 銀 行 利 息	800	
収 益 合 計	5,068,800	
V. 繰 越 金 か ら	816,200	収益合計+繰越金から = 5,885,000
VI. 繰 越 金	4,277,385	= 平成25年度繰越金 - 繰越金から
収 入 合 計	10,162,385	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 事 業 活 動	3,790,000	
1. 広 報 (ホ ー ム ペ ー ジ 管 理 料)	180,000	
2. 学 会 誌 発 行	3,000,000	年2回発行
3. 学 術 集 会 助 成	300,000	決算：第7回、予算は第9回学術集会
4. 会 員 研 修 等	310,000	
① わが病院看護自慢	70,000	1件
② 研 修 会	90,000	3件 (謝金30,000円/1人)
③ 共 同 研 究	150,000	5件助成 (30,000円/1件)
I. 貸 付	1,000,000	第8回学術集会へ
III. 事 務 費	860,000	
1. 印 刷 費	200,000	
2. 郵 送 通 信 費	200,000	
3. 人 件 費	400,000	事務局人員減のため編集関係などアルバイト代
4. 消 耗 品 費	60,000	
IV. 会 議 費	215,000	
1. 理 事 会 費	160,000	
2. 事 務 局 会 議 費	25,000	
3. 編 集 委 員 会 費	30,000	2回
V. 予 備 費	20,000	決算：第8回学術集会助成、予算：研修会講師旅費等
支 出 合 計	5,885,000	

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

(役員の仕事)

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。

(役員を選出および任期)

第八条 役員を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. 役員の仕事は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况を概説し、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（USB、CDのいずれか。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 大桑麻由美 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。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
		英文	約4,000語			英文	約4,000語
総 説	1編	邦文	16枚	実践報告	1編	邦文	12枚
		英文	約4,000語			英文	約5,000語
そ の 他	1編	邦文	12枚				
		英文	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（英字とも）、著者名（英字とも）、所属（英字とも）、図、表および写真の枚数、別刷希望部数（有料）、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) 全ての原稿は、表紙、要旨、本文、文献、表・図の順に整える。
- 4) 原著希望の場合は、英文・和文ともに400字程度の日本語要旨と250語程度の英文要旨をつける。
- 5) 原稿はA 4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A 4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. として上下を空けずに行の第2文字目に記す。続いて1), 2) として行の第2字目に記す。以下、(1), ①のレベルで記載する。

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) 2), 1) 3) 6), 1-3) 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

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

⑤ オンライン版, DOIのある場合……著者名：表題名、雑誌名、巻(号)、ページ、西暦年代, doi: DOI番号

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、別刷希望部数を有料とする。

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、同封すること。

(2013年12月改訂 2014年6月修正)

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)		
1.	/	2.
3.	/	4.
5.	/	
原稿枚数		
本文:	枚	図:
		枚
表:		写真:
		点
別刷希望部数(有料)	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/英語)	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26年度看護実践学会役員

(職務・敬称略、50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)
	青木 きみ代	(金沢医療センター)
	池野 二三子	(公立能登総合病院)
	井田 春子	(公立つるぎ病院)
	浦 美奈子	(石川県済生会金沢病院)
	大桑 麻由美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	加藤 真由美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	上 礼子	(石川県立総合看護専門学校)
	川島 和代	(石川県立看護大学)
	北岡 和代	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	北村 和子	(小松市民病院)
	木間 美津子	(金沢循環器病院)
	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)
	才田 悦子	(金沢医科大学病院)
	島田 啓子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	須釜 淳子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	高谷 恵子	(石川県立中央病院)
	田村 幸子	(金沢医科大学看護学部)
	出口 まり子	(芳珠記念病院)
	富澤 ゆかり	(金沢赤十字病院)
	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)
	中西 容子	(金沢市立病院)
	西 敦子	(加賀市民病院)
	西村 真実子	(石川県立看護大学)
	野村 鈴恵	(城北病院)
野村 仁美	(地域医療機能推進機構金沢病院)	
前田 順子	(KKR北陸病院)	
三井 昌栄	(公立松任石川中央病院)	
宮川 須美子	(石川県立高松病院)	
山中 由貴子	(公立羽咋病院)	
吉野 幸枝	(公益社団法人石川県看護協会)	
監事	鈴見 由紀	(金沢大学附属病院)
	山田 千佳子	(金沢医療センター附属金沢看護学校)
事務局代表	河村 一海	(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26年12月現在)

赤坂政樹	木下幸子	中谷壽男
荒井謙一	久司一葉	長田恭子
有田広美	熊谷あゆ美	長田春香
飯野矢住代	小泉由美	中西容子
池田富三香	紺家千津子	中道淳子
石川倫子	坂井恵子	西澤知江
稲垣美智子	坂本和美	橋本智美
内田真紀	笹野京子	平松知子
悦永幸代	真田弘美	平山恵美子
大内隆	新谷恵子	松井希代子
大江真琴	正源寺美穂	松井優子
大江真人	須釜淳子	松田智恵
大桑麻由美	臺美佐子	丸岡直子
表志津子	高田貴子	丸谷晃子
加藤あゆみ	高地弥里	宮本由香里
加藤真由美	多崎恵子	村角直子
川島和代	谷口好美	村山陵子
川島由賀子	田淵紀子	森田聖子
河村一海	玉井奈緒	山口恵子
北秀子	田村幸子	山崎松美
北井京子	田甫久美子	油野規代
北岡和代	塚崎恵子	横井早智江
北村佳子	津田朗子	横山啓子
北山玲子	土本千春	吉村洋子

(50音順)

編集委員会

委員長：大 桑 麻由美 (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)

会誌担当：浦 井 珠 恵 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
河 村 一 海 (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)
臺 美佐子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
長 田 恭 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)
松 本 勝 (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27巻 第2号

発行 平成27年3月25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)



医療関連
サービスマーク取得



ISO 9001 取得

総合ビルメンテナンス
(以下 ISO9001 適用外)
警備／一般建設業 (電気工事)
人材派遣業務
衛生排水設備メンテナンス
白山市市営住宅指定管理業務
クアハウス九谷指定管理業務
グリストラップ清掃
「スウィーパー北国」業務



ビルの快適を創造する

株式会社 ビー・エム北陸

〒921-8163 金沢市横川6丁目70番地

(TEL) 076-247-2020 (FAX) 076-247-2144

地域のみなさまへ 健康のお手伝い。



わたしたちは、医療機器のエキスパートです。

医療と健康の架け橋を、創業100年 www.handa.co.jp



株式会社 半田

本社 〒920-0025 石川県金沢市駅西本町 2-11-29 TEL 076-222-5111・FAX 076-264-2334
七尾営業所 〒926-0816 石川県七尾市藤橋町巴部 49-1 TEL 0767-53-8355・FAX 0767-53-8330
富山営業所 〒930-0173 富山県富山市野口 391 TEL 076-471-6511・FAX 076-471-6522
福井営業所 〒910-0833 福井県福井市新保 3-2202 TEL 0776-57-7181・FAX 0776-57-7182

安心して住み続けられるまちづくりをめざします



公益社団法人 石川勤労者医療協会
城北病院 院長 大野 健次
城北診療所 所長 筋 也寸志

金沢市京町20番3号 TEL251-6111 ホームページ：<http://jouhoku-hosp.com>



金沢医科大学病院

Kanazawa Medical University Hospital

心かよう

ふれあいの看護を

目指して



大学病院としての

使命を果たすため

【看護師募集中】

○詳しくは「金沢医科大学病院看護部のホームページ」をご覧ください
HP : <http://www.kanazawa-med.ac.jp/~kangobu/>

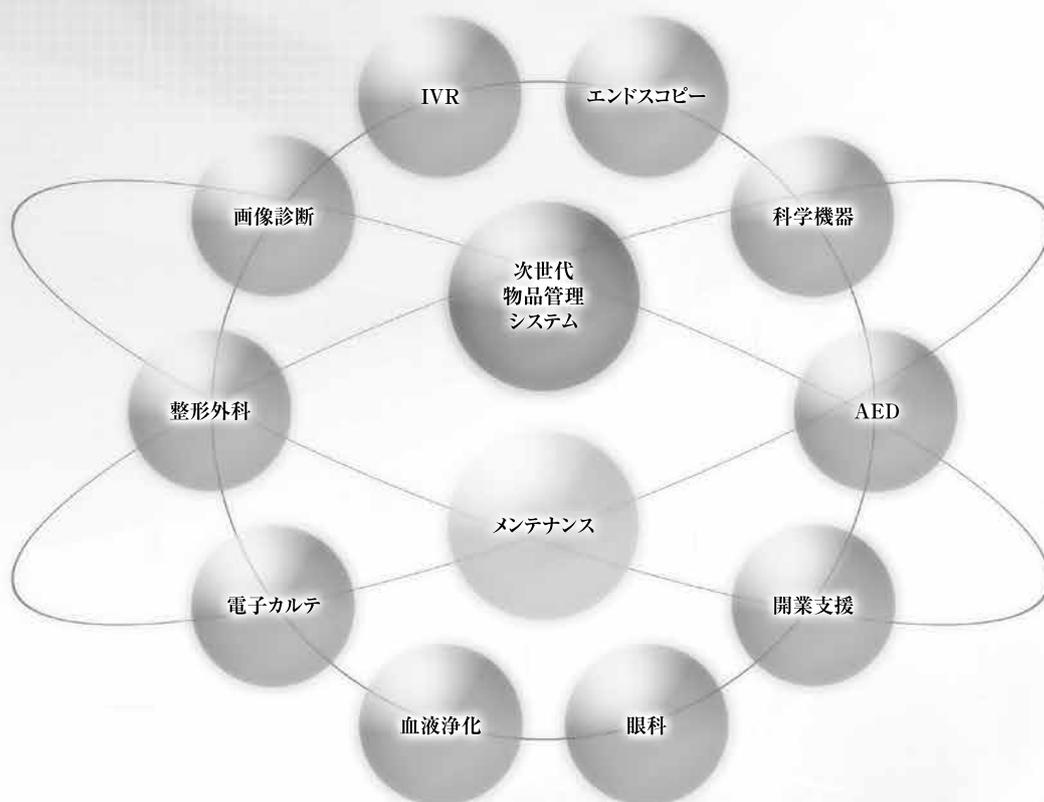
【お問合せ先】

病院職員課

TEL : 076-286-3511 (内線 : 5041~5044)

E-mail : syokuin@kanazawa-med.ac.jp

医療とともに 大きな夢を育みたい。



富木医療器株式会社

<http://www.tomiki.co.jp>

本社	〒920-8539 金沢市問屋町2-46	TEL (076) 237-5555(代)	FAX (076) 237-6584
金沢支店	〒920-8539 金沢市問屋町2-46	TEL (076) 237-5555(代)	FAX (076) 237-6584
富山支店	〒930-0873 富山市金屋767-18	TEL (076) 441-8585(代)	FAX (076) 441-5100
福井支店	〒910-0833 福井市新保3-2302	TEL (0776) 54-0110(代)	FAX (0776) 54-0199
七尾営業所	〒926-0033 七尾市千野町へ10	TEL (0767) 57-3567(代)	FAX (0767) 57-3566
高岡営業所	〒933-0851 高岡市上関769-1	TEL (0766) 26-7111(代)	FAX (0766) 26-7151
敦賀営業所	〒914-0146 敦賀市金山73-6-1	TEL (0770) 21-5555(代)	FAX (0770) 21-5556