

第9回看護実践学会学術集会

シンポジウム

「病床機能分化と看護 ～しなやか看護でバトンタッチ～」

コーディネーター 野村 仁美（地域医療機能推進機構 金沢病院）

近年、高齢者の尊厳と自立生活を支える地域包括ケアシステムの構築が急がれている。しかし、その背景や必要性は理解していても、看護職に何が求められ、何を大切にすべきか、その実践については未だ手探り状態といえる。

この度のシンポジウムでは、高度急性期から在宅まで、それぞれの分野で専門性を発揮している看護の実践者、看護職と共に患者の命を支える医師、看護職を育てる基礎教育者の立場から、患者の暮らしを「つなぐ」看護について意見交換がなされた。今回のテーマにおいて、看護を形容している「しなやか」は柔軟で弾力性のあるさまを意味し、どんな力が加わろうと折れることのない強さをイメージさせる。シンポジストの方々のご発表を通して、日頃大切にされているマインド的な部分に触れることができた。

加藤美奈子氏（名古屋医療センター）からは、NPとして高度急性期医療に携わりつつ、単に「一部の医行為をする看護師」ではなく、「医行為の必要性を検討し、患者・家族の心理社会面に配慮した看護実践」を目指す自己の姿勢を踏まえてご発表をいただいた。

山本和恵氏（石川県済生会金沢病院）からは、急性期と生活期を結ぶ回復期リハビリテーション病棟の機能を通し、一人の人として患者に向き合

い、患者が自己決定できるようマネジメントする看護師の役割についてご発表をいただいた。

坂本幸恵氏（金沢市地域包括支援センターとびうめ）からは、地域で活動する看護職として、住民が何らかの支援が必要な状態になったとしても、その人の実践パターンに近い方法で支援する、それが看護の専門性であるのご発表をいただいた。

斉藤元泰氏（さいとう内科医院）からは、医師の立場と近親者の死を経験された家族の立場から、終末期医療の課題についてご発表をいただいた。治療選択が、医療者側の「独りよがり」なものになっていないか、日々の臨床実践について振り返る機会をいただいた。

西村民子氏（金沢医療センター附属金沢看護学校）からは、人と人との関係性の中で生きている人間の在り様について考える機会を看護学生に与え、「暮らし（生活）の場の理解」と「繋ぐ力」を育てるための独自のカリキュラムについてご発表をいただいた。

シンポジストの方々は、それぞれの分野で看護の醍醐味を経験されている実践者故に、ぶれない芯の下に暮らし目線で患者を捉えていた。看護のバトンをつなぐ上でキーワードとなるのは、「患者を生活者として描くための情報を共有したい」看護職の思いであると感じた。

急性期病院における入院時から考える 退院（転院）後生活へのバトンタッチ

加藤美奈子（国立病院機構名古屋医療センター 診療看護師）

私は2012年度からクリティカル領域の診療看護師として活動している。当院では2年間のローテーションの後、特定の診療科に所属となる。私は現在、脳神経外科のスタッフとして勤務している。超急性期である当院から、次の医療現場や地域に

看護をバトンタッチするために現場の看護師として大切にしていることを述べる。

「ERに脳梗塞（出血）の人が来院されている」と連絡があればERに向かい、バイタルサイン、採血、画像の評価及び本人やご家族、あるいは施

設の方から病歴を聴取する。その際、全体像のイメージ化を意識し、主訴、現病歴、既往歴等以外に、所属施設名、具体的なADL、認知レベル、介護申請状況、愛称（施設での呼び名）、担当ケアマネジャーの連絡先、解釈モデル（受診の本音）のカルテ記載を心がけている。来院時から退院時のイメージをするためでもある。緊急で血管内治療が必要な場合、患者さんと一緒に移動し、カテ室で治療中の全身管理を行う。発症からの治療経過が把握できるように記録を工夫している。手術が必要な場合、OP介助（OP助手）を行う。集中治療が必要であれば救命救急センターに行き、必要なルート確保や血液ガス評価、超音波検査や創処置等を行う。急な発症で戸惑う本人・ご家族は、医師からの一度の説明で病状を把握することは難しく、細かい質問に答えることで納得されることもある。

一般病床での治療が可能となれば、病棟において、採血、画像評価、ドレーン管理、呼吸器管理等を行う。看護師やPT/OTと一緒に日々の病態に応じたりハビリを行い、ご家族と一緒に本人を励ます。今日はちょっと具合が悪そうだが離床はどうするか？リハビリ前の血圧が普段より少し高いが？と、病態を考慮しながら、離床を進める。日々観察することで、昨日できなかったこの行動ができるようになった、等細かい評価をすることができる。逆に昨日までできていた、この行動が本日できないので、何かおかしいのではないかと評価することもある。生活環境を踏まえて、家庭復帰が可能かどうかを入院早期から検討し、早

めにMSW依頼する。例えば「1人暮らし」でも身内以上の支援が得られていたり、「家族と一緒に」でも支援が得られにくいこともある。治療方針や見通しを本人、ご家族やMSWに伝え、なるべくご家族の意向に沿った次施設に移れるよう支援している。自宅退院に不安を抱いている場合、担当ケアマネジャーやデイサービス担当者等を交えて退院前カンファレンスを実施し、不安を具体化したうえで解決策を検討する。

人工呼吸器装着中のため、筋力低下と人工呼吸器関連肺炎のリスク、心理的ストレスを抱えた患者さんに、1) 日内リズムをつくり、「できる」体験を増やす、2) 退院にむけて体力、気力を維持する、という目標で取り組んだ症例を経験した。PTと協働し、人工呼吸器装着中のまま立位、足踏みリハビリに取り組んだ。最終的には病棟看護師を巻き込み、連日の訓練を継続することができ、自力歩行が可能となったことで転院に向けて、筋力・気力をつなぐことができた。

急性期だからこそ入院時から退院像をイメージすること、タイムリーに本人、家族へ治療経過を具体的に説明することが、看護をつなぐこととなる。実践者として看護学生を含めた後輩達に、急性期ならではの看護の醍醐味ややりがいを伝承することが、我々の役割だと考える。

自分の存在価値に不安を抱くこともあるが、「一部の医行為をする看護師」ではなく、「医行為の必要性を検討し、心理社会面に配慮した看護実践をする人」を目指し、日々精進している。

回復期リハビリテーション看護に求められるもの

山本 和恵（石川県済生会金沢病院）

病床機能分化により、急性期はより重症で救急性の高い患者さんの治療・看護に特化し、在院日数も更に短縮されてきます。その社会の動向の中で、急性期と生活期を結ぶ回復期リハビリテーション（以下リハ）病棟の役割はますます重要になっています。当院の回復期リハ病棟の概要は、病床数45床、患者の診療科内訳は整形外科が60%、脳神経外科が40%で、整形外科は院内からの転入、脳神経外科は急性期病院からの入院となっています。また、回復期リハビリ病棟入院料1を算定し

ており、重症患者のADLの改善と早期からの退院支援が求められています。今回、当病棟の現状と取り組み、急性期・生活期との連携について報告します。

1. 回復期リハ病棟の現状と取り組み

①急性期の在院日数短縮により、病状が安定しない患者さんが入院してきます。また、入院中に再梗塞・再出血・心疾患・消化器疾患などで病状が悪化し、急性期病院への転院や院内他科への転棟する患者さんも増加しています。看護師にはフ

イジカルアセスメント力と急変時の対応力、リハビリを安全にうけられるよう体調管理することが求められます。入院外来一元体制のもと救急外来を定期的に担当し急変時に対応できる看護師を育成しています。また、朝のカンファレンスに介護福祉士・セラピストも参加して情報を共有し、患者さんの体調に合わせたケアとリハを実施しています。

②入院時から生活期での暮らしを見据えて一人ひとりの患者さんを多職種協働で支援しています。その中で、介護福祉士はケア介入時の患者さんの「しているADL」や入浴時など何気ない時に話す「患者さんの本音」や認知症患者さんの「行動パターン」など貴重な情報を持っていますが、他職種に情報として伝えきれていない状況でした。そこで、看護師と介護福祉士が協働し情報の共有と退院後のケアを考え提供することを目的に受け持ち制の導入に取り組んでいます。そして、退院支援チーム会を立ち上げ、入院前患者訪問や家屋訪問への同行も実施しています。家屋訪問では、退院後の患者さんの生活のイメージができ、退院指導につながると好評価でした。また、患者さんの社会的背景が複雑でスムーズに退院支援ができないケースも増えています。ソーシャルワーカーと情報を共有し患者さん・家族の価値観や気持ちを思いやり、一緒に考えています。

2. 急性期との連携

脳血管障害患者さんが急性期病院から転院する時、加賀脳卒中地域連携パスを情報提供のツールとして活用しています。しかし、患者さんが転院待機の間体調やADLに変化がみられるケースがあり、急性期病院へ入院前患者訪問を試行しま

した。入院当日からの継続したケアの提供と患者さんと顔見知りとなり新しい入院環境への不安の軽減を目的としました。実際に訪問し、プライマリー看護師から直接情報をもらい生活歴、家族関係、ADL状況、ケアの把握ができたこと、プライマリー看護師の深い思いも受け取ることができました。回復期での回復された患者さんの状況をフィードバックすることで、急性期の看護師たちのモチベーション向上につながると思います。

3. 生活期との連携

退院時調整会議を実施しており、生活期のスタッフの方とは顔のみえる連携を図っています。退院後当院に通院する患者さんの状況は把握でき継続看護につなげることはできますが、当院に通院せずサマリーの情報だけで退院する患者さんの場合、退院後の生活が心配なケースもあり生活期のスタッフと連携を図って情報を共有し継続看護につなげていくことが課題と考えます。

今回のテーマの～しなやか看護でバトンタッチ～の解釈をずっと考えていました。

急性期・回復期・生活期の垣根を外し、切れ目のない継続看護で一人ひとりの患者さん・家族を支援する事、バトンは継続看護であり、バトンの中には、急性期～生活期まで関わったすべての看護師の強く優しい思いが詰まっていると思います。シンポジウムを終えて、バトンをもらいバトンをわたす役割の回復期は要であり『地道にコツコツ』顔のみえる連携を図っていきたいと思います。障がいをもっていても一人の生活者と捉え、尊厳を大切におもいやりを持って対応できる看護師でありたいと思います。

その人らしさのバトンタッチ

～病気や障害を持った方々がその人らしく地域で暮らすために～

坂本 幸恵（金沢市地域包括支援センターとびうめ保健師）

国は介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現を目指しています。私たち看護職は、地域包括システムの中で、特に住まいと医療がしなやかにつな

がるように支援する存在であると考えています。

地域包括支援センター（以下包括）は、介護保険法にもとづき2006年に、地域包括ケア実現にむけた中核的な機関として創設されました。石川県内には48（平成27年10月1日現在）、金沢市内には19ヶ所の包括があり、地域の身近な総合相談窓

口として、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、日々の活動を行っています。金沢市地域包括支援センターとびうめは、金沢市から委託を受け、市内中心部の2つの小学校区を担当しています。

2006年度からの当包括での相談件数の推移をみると、2006年度には年間2000件程度、2014年度には4311件に増加しています。相談内容別に相談件数の推移を比較すると、医療連携に関する相談がめざましく増加しています。2006年度に全相談件数のうち医療連携に関する相談件数の占める割合は、6.5%でしたが、2014年度には、21.3%となっています。このことから、地域と医療をつなぐ支援のニーズが高まっていることがわかります。

多くの患者さんは、自分の力で住まいの拠点である地域での生活に戻っていくことができます。しかし、何らかの要因で、自分で対処が難しい方々もいます。その方々を対象に、私たちのつなげるための支援が必要になります。

包括で行っている、つなげるための支援について紹介します。まずは、退院時カンファレンスに参加し、支援のバトンタッチを行っています。しかし、それだけでは支援が困難な事例が近年増えています。このような場合、どのような支援を行うかという点、地域の支援者を含めた多職種参加による地域ケア会議を開催しています。地域ケア会議とは包括が主催で、本人の生活を支えるということを中心に、オーダーメイドの支援ネットワークを構築していくことを目的に、協働で検討をおこなうものです。この会議の過程の中で、もっとも重視していることは、情報共有です。現在の医療情報だけではなく、生活過程、家族関係など立体的にその人を把握するための情報を大切に共有するようにつとめています。その中から、その人らしさの共通理解ができ、課題解決パターンや強みも知ることができ、正確なアセスメントにつながる

るのです。

このような地域ケア会議をかさねる中でみえてきた、地域で活動する看護職としての役割について、考えを述べていきます。

まず、自分の看護の基礎となっているものは何か、それは、ナイチンゲールです。その人の生命力を最小にするにはどうしたらいいだろう、その人の持てる力を最大限に発揮できるようにサポートしていくためには、どこにヒントがあるのかを考えながらその人と向き合っています。そのためには、その人らしさをどれだけ知ることができるかがカギだと認識しています。

次に、地域で活動する看護職の強みとして、感じている点は何か。それは、地域住民や地域の関係機関との関わり合いの中で日々の活動を行っているという特徴上、その人らしさを多方面から把握しやすいという点です。その人らしさを把握できれば、その人が持てる力を発揮しての本人主体の支援が可能となり、本人にとって、意欲的で持続性の高い支援に繋がり、結果としてその人らしい生活の継続につながりやすいのです。

地域ケア会議を通してこの過程を繰り返す中で、これは看護の専門性そのものでないかと感じています。何らかの支援が必要な状態になったとしても、その人の実践パターンに近い方法で支援する、これが、生命力の消耗を最小にするように整える看護の専門性そのものであるからです。

今後、高齢社会で入退院を繰り返す人が多くなる中で、看護のプロとしてとらえた、その人らしさのバトンタッチが重要だと考えます。急性期・回復期それぞれにしか把握できないその人らしさも多く存在すると思います。その反面、在院日数の短縮で入院中のみ把握することが困難な現状もあると思います。だからこそ、地域・病院間でのその人らしさのバトンタッチが大切だと考えます。

なにを、どこまで？ ～暮らしをつながれた先に待っているものは？～

齊藤 元泰（さいとう内科医院院長）

この度は第8回看護実践学会学術集會にシンポジストとして参加する貴重な機会を与えていただきました。青木きみ代会長、また直接お声をかけ

ていただいた金沢医療センター看護副部長・酒井陽子様をはじめ関係の皆様には心より感謝申し上げます。

今回の“暮らしをつなぐ”というテーマは大変時宜を得たもので、また多くの看護師さんがあつまり熱心なディスカッションの様子に日頃知る機会のない看護師さんの一面を伺うことができ大変感銘を受けました。

さて、私が在宅医療の受け手として病院からご紹介いただくのは不本意ながら病気のためにいろいろな障害を抱えながら家に帰ることとなった方々です。そして看護師の皆さんに家での暮らしをつないでもらうのですが、つないでもらった果てに待っているものはただ一つです。そしてそれはしばしばそう遠い先の話しではありません。私のお話しした内容は、シンポジウムを企画した方の意図からはずれるかもしれませんが、その先に必ず待っているものをどうやって迎えてもらおうか言うものでした。

私は最近外来通院している患者さんに“何歳までシャバにいたら満足ですか？”ということをししばしば尋ねます。“100歳まで頑張りたい”という方もいれば60代でも“もういつでもいいわ”という方もいます。90歳を過ぎてだんだん歩けなくなってきて受診の度に“歩けなくなるのと、お迎えが来るのと、どっちが先かね”という人もいます。認知機能には全く問題ないのに体のあちこちがいうことを聞かなくなってきた、“あゝ、つくづく生きているのが嫌になった。早く死んでしまいたい”という人もいます。そんな方は見ていて大変お気の毒ですが、老化を止めることはできません。長生きはつくづく大変だなあと感じます。

大病院から癌のターミナルの在宅医の依頼を受けることがしばしばあります。手術をしたり、抗がん剤の化学療法をしながら残念ながら病気が進行し、緩和ケア以外“打つ手がなくなった”方達です。今時は癌の病名告知はかなり一般的になっているようで、“私は何々癌”とはっきりおっしゃる方もいらっしゃいます。しかしそれが死に至る病であること、まさに今そのために“その時”を迎えようとしていることを理解しておられない

方がいらっしゃいます。残された貴重な時間をただただ効果のない治療にすぎりつき過ぎてしまうこともあります。病院ではどのように説明を受けたのでしょうか。病院のスタッフは患者さんがどのように自分の病気を受け止めているかどこまで理解しているのでしょうか。

フロアからご質問もいただきましたが、超高齢者がだんだん食事が取れなくなってそろそろ終末期かという時にどうするのかということに多くの医療従事者が悩み・迷っていることと思います。欧米の終末期医療を研究しておられる札幌中央労災病院の宮本賢治先生に昨年7月に金沢市医師会主催のシンポジウムでご講演頂いた時には、“諸外国においてはすでに受け入れる能力のない方に経管や点滴などで無理やり栄養を取らせるのは非倫理的で虐待だという考え方もある”とお話になりました。私自身この1、2年は点滴などは一切しないことが多くなりました。大変穏やかに、文字通り枯れるように仏様のような穏やかな顔で亡くなるかたも少なくない反面、“この人には少し水を入れてあげたほうがよかったかな”と思うことも全くないわけではありません。

暮らしをつながれた先に待っているものが目の前に迫ってきた時に患者さんにそれをどのように受け入れてもらうのか、いかに納得してもらうのか、どうすればより満足度の高い終末期を過ごしてもらうことができるのか、亡くなった後の家族は身内の死をどのように受け止めているのか、クリニック医師としても日々勉強をしながら試行錯誤を繰り返しています。しかし何と言っても患者さんの在宅生活が続けられるのは訪問看護師の皆さんのおかげです。特に私たちが看取りをするにあたっては、訪問看護抜きというのは考えることができず、看護師の皆さんはこの上なく頼もしく有り難い存在です。

という訳で最後になりますが、看護師の皆さんに深く感謝申し上げ、香を終えたいと思います。

“暮らし（生活）の場の理解”と“繋ぐ力”を育てたい

西村 民子（国立病院機構 金沢医療センター附属金沢看護学校）

当校は、金沢医療センター附属の看護師養成施設です。学生は、幅広い年代やあらゆる健康レベルの人々の生活を理解するためにさまざまな場所

で実習をさせていただいています。

「在宅看護論実習」での訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、「老

年看護学実習Ⅰ」での介護老人保健施設、高砂大学校同窓会、当校独自のカリキュラムである「政策医療看護論研修」での重症心身障害児（者）病棟、結核病棟、神経難病病棟といった“暮らし（生活）を繋ぐ場”や“暮らし（生活）の場”での実習をさせていただいています。基礎教育で、さまざまな生活の場における看護を、見たり聞いたり感じたりする体験は、これからの看護の土台となる力を育むうえでとても意義あることと感じています。さまざまな対象が生活している場に身を置き、共に過ごす時間の中で多様な価値観に触れて、広い視野とやわらかい心を育ててほしいと考えています。

その中で「暮らしをつなぐ看護の力」を根底で支えているのは関係性だと考え、学生が対象とかわるごとの困難さとうれしさを体験している「政策医療看護論研修」と、地域という生活の場と人生という時間軸から対象の生活を実感している「老年看護学実習Ⅰ」高砂大学校同窓会での学びについてご紹介します。

当校は国立病院機構が国民の健康を守るために展開している医療の特徴を活かし『政策医療看護論』というカリキュラムを展開しています。その一環として、重症心身障害児（者）病棟での2日間の研修を実施しています。学生にとっては、戸惑いや衝撃を感じる中で、自らが関わることを促され、伝わる喜び、心が通いあう嬉しさを感じ、人とかわるごとの意味を考える大切な機会となっています。

また、『老年看護学実習Ⅰ』では、金沢市の生涯学習施設である高砂大学校同窓会で、種々のサークル活動に参加させていただいています。学生にとっては、人と繋がる愉しさ、地道に繰り返される日常の力強さとありがたさ、地域の伝統文化を継いでいく大切さなど、関係性の中で生きている人間のあり様について考える貴重な機会となっています。ほとんどが成人式前の学生にとって、高齢者の語る過去の体験は想像を絶する時代の出

来事もあり、そんな時代を乗り越えた人たちがいたからこそ、今、自分たちが平和な時代を過ごしているのだと感謝の言葉を口にしている学生もいました。

看護は、今を生きている人々を対象としますが、その方の生きてきた過程に思いを寄せることが対象を理解するために、対象を尊重するために必要なことだと学ぶことができました。そして、生活とは、今日の1日だけではなく、過去から現在、現在から未来への時間の流れとともにある、と意識できたことを、これから先の看護に活かしてほしいと思っています。

私たちの支援の対象であるその人が、どのような人でありたいのか、どのような生活を送りたいのか、看護者はそのことを常に心の真ん中において、その人の思いを大切に支援していくことが、暮らしを繋ぐことであり、看護を繋いでいくことなのだと思います。さまざまな暮らしの場で実習をさせていただきながら、学生の繋げる力を育てていただいていると思います。

看護も教育も基盤にあるのは関係性です。その人に、寄り添い、かわり、同じ目標に向かって一緒にいることを伝え続けていく、そういう地道なかわりが、学生の心、繋がる心を育てていると願っています。多くの方々とのかけがえのない出会いを大切に、生きる力、看護の力を感じとり、自分の中に豊かさを育て、しなやかな看護を創造していけるように私たちも一緒に学んでいきたいと思っています。

看護師は、自分が受け継いだものを次の世代に伝えていく、そうやって育ち、育てられ、育ちあいながら成長している専門職です。いろいろところで看護の心が繋がっている、重なりあっていることで、しなやかさを増し、人々の生活を支える力が豊かに発揮されるのだと思います。

これからも共に同じ目標に向かっていく同士として、学生へのご支援をよろしくお願いいたします。

示説第1群の座長をつとめて

池田 真弓（国立病院機構 金沢医療センター附属金沢看護学校）

示説第1群は、“ケア実践、連携にあるもの”をテーマに全9題の発表があり、様々な地域にお

ける現場や対象の特性に応じた看護支援の成果についての発表で、多くの聴講者が集まりました。

重症心身障がい児（者）に対して骨折事故防止に向けてのチームを挙げての取り組みや一定時間足浴を行うことが困難な対象に対して少ない負担で効果的に行うための研究の発表では、言語的コミュニケーションが困難な対象に対して、いかに安全・安楽を保証し、画一的に統一された質のケアを提供するか、ヒントとなる発表でした。また、転倒予防センサーに関する調査研究では、設置された側となる患者の思いと行動や利用している側となる看護師の認識を分析し、安全かつ対象に負担の少ない使用に向けて考察しており、患者はセンサー使用そのものではなく看護師の行動に負担感を感じている背景が見えました。我々がツールをいかに使用するかについて更に研究を継続すること、結果が楽しみです。また、自宅退院に向けて患者を中心にチーム一丸で行った退院支援に関する演題では、他職種との連携や退院支援カンファレンスについての質疑応答がなされ、より良い支援に向けての関心の高さを感じました。外来での看護介入対象に向けての取り組みの結果は、

意識と業務を改善し、看護の質を上げられた報告であり、在宅医療連携システムの実態調査では活用率を上げるためのヒントも考察され興味深いものでした。経管栄養患者への排便コントロールに向けての検討、神経難病患者の食べたいという希望を支える食のケア、重症心身障がい児（者）への摂食機能療法の効果検討においては、人間の基本的欲求に対するケアに丁寧に取り組み、対象一人一人の持つ力を捉え、チーム一丸となって、対象の特性に応じ、質を保証した看護支援することで発揮される看護の持つ力を再認識しました。

どの研究発表も、日々の看護実践にある疑問や改善に向けたものであり、おそらく聴講の皆さんも自分たちの看護実践に還元できるヒントを得る場になったのではないのでしょうか。

私自身も、またそれと同時に看護に携わる仲間たちの力強さも感じ、嬉しく思いました。このような機会を与えていただきましたこと、感謝申し上げます。

示説第2群の座長をつとめて

谷崎 高枝（国立病院機構 金沢医療センター）

示説第2群8題の座長をつとめさせて頂きました。

以下に、研究発表の内容をまとめさせて頂きます。

第10席「集中治療室における勤務形態別の眠気感・不快感の実態調査」は、勤務前後の眠気・不快感は、2交代勤務の方が少ないという結果でした。

第11席「看護必要度評価の根拠が明確となる記録を目指した取組み」は、看護必要度の有事象に関しての記録内容の改善を目的に勉強会や演習を行い、看護の根拠が記載された記録の割合に変化が見られました。

第12席「入院基本料10対1地域中小病院で取り組むPNSの効果と今後の課題」は、SWOT分析を行い、電子カルテ導入を機に弱みを解決すべく強みを行かした戦略として、既存の看護方式にPNSを試み業務の効率の向上や教育的効果が明らかになりました。

第13席「化粧に対する意識と化粧行動について

の調査」は、化粧に関する意識の聞き取り調査において、対象者全員が、何らかの化粧を行い、かつ化粧の必要性を感じていました。

第14席「からだをみる力を育成する科目の構築（第2報）」は、学生が「形態的機能」や「生理的機能」の知識を看護にどのように活用するのかを、教員が明確にすることで学生が何を学ぶのかが明確になりました。

第15席「精神科頓用薬使用に関する看護師の思い」は、精神科病棟看護師に比べ一般病棟看護師は、頓用薬についての知識が十分に備わっていないことから使用に不安が見られました。

第16席「精神科病棟に集団体操を取り入れ、その転倒予防効果を探る」は、精神科病棟の入院患者に集団体操を行った結果、バランス能力が向上し、転倒予防につながりました。

第17席「服薬心理教育プログラムでの看護師間の情報交換を再考して」は、実施後の振り返りを行う情報交換の手段の「やりとり用紙」は、患者の様子と理解度について情報共有ができている事

がわかりました。

8題の発表は、日々の業務や看護の中で感じる小さな疑問や問題を捉え、研究に取り組んだ結果、改善や効果を得る事でより質の高い看護に結びつ

ける事ができており興味深いものでした。

会場からの質問も活発であり有意義な時間を持つ事が出来ました。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。

口演第1群の座長をつとめて

安田 忍（国立病院機構 医王病院）

共同研究及び第1群の座長を担当いたしました。共同研究「一般病院における院内デイケア開催とその効果」：院内デイケアは認知症ケアに効果的と言われ、県内でも広がりつつあります。しかし、実際導入となると様々な課題が予想できます。発表データによって、デイケアの効果は確かなものであることがわかりました。このデータを基盤に他職種との連携を図りながら、院内デイケア活動が定着することを期待しております。

口演第1群は退院及び在宅支援に関するもの4題でした。第1席「退院に対する家族の思いの変化」：高齢者の療養の場の選択に介入した症例発表でした。質問にありましたが、絶えず揺らぐ患者や家族の思いを誰がどう受け取るか。得た情報をチーム全員が共有し適切な支援ができるかが課題でした。第2席「高齢者二人暮らしの外来化学療法治療を支えるための看護実践」：外来という限られた場と時間の中で、患者のコンプライアンスを効果的に支援できた症例発表でした。化学療法担当看護師の業務方法やチームとの関係、面接回数や面接時間など具体的情報があるとより参考

になったと感じました。第3席「高次脳機能障害を持つ完全片麻痺患者の在宅支援」：高次機能障害は様々な障害が絡み合って対応が難しいと伺っております。症例は障害にあった対策を検討し日常生活行動獲得に至った発表でした。根気強く看護の工夫を重ねた成果ですし、何よりも、その支援の過程を見ていた家族にとって、今後の療養生活への安堵と勇気になったのではないのでしょうか。第4席「白内障手術患者の退院指導に携わる看護師の実態調査」：患者教育に関わる看護師のリフレクションに繋がる発表でした。患者の個性と共に看護師の経験知を統合した指導ができるためには、実践した看護の意味づけが効果的と言われています。この繰り返しが看護実践力向上に繋がるのではないのでしょうか。

急性期から在宅へと繋がる患者支援の中で共通した問題であり、それぞれの取り組みは興味深く、このような機会を得たことに感謝申し上げます。また、発表者およびフロアーの皆様の協力をいただき有意義な時間となったことも、この場を借りて御礼申し上げます。

口演第2群の座長をつとめて

井上 淳子（国立病院機構 七尾病院）

口演第2群 症状マネジメントに関する4題の座長をつとめさせていただきました。

第5席「慢性浮腫国際疫学調査（金沢スタディ）第1報：慢性浮腫の有病率および浮腫管理の主観的評価」は、国際リンパ浮腫フレームワーク会員国の成人を対象とした国際共同研究の日本実施分として、金沢市の2施設で行われた調査結果の発表でした。今まで明確な報告のなかった慢性浮腫

の有病率や、患者の身体情報や浮腫情報が明らかにされており、今後の慢性浮腫患者への看護ケアや治療環境の検討が進められることが期待されます。

第6席「慢性浮腫国際疫学調査（金沢スタディ）第2報：慢性浮腫が日常生活とQOLに及ぼす影響」は、第5席と同じ国際共同研究として、金沢市内の3施設で行われた調査結果の発表でした。障害

評価（WHODAS2.0）、QOLアセスメント、創傷アセスメントなどのモジュール式ツールと、質問紙のコアツールを用いた調査で得られた多くのデータを分類し、慢性浮腫の機能的影響についてまとめられていました。浮腫の発症原因や発症歴・部位、日常生活障害の程度など様々であり、慢性浮腫患者には基礎疾患の治療だけでなく浮腫管理が可能なケアシステムの必要性が示されました。

第7席「下肢リンパ浮腫に対する包帯材料の基礎的検討」は、リンパ浮腫の治療法の中で浮腫軽減効果が最も高い多層包帯法を、より簡便にできる方法を健康成人で検討した発表でした。従来の多層包帯法は技術の習熟が難しく患者に普及しづらい背景があり、今回の研究で検討した方法が実際のリンパ浮腫患者に適用できるか、今後の研究

報告に期待したいと思います。

第8席「足趾伸展機能つき弾圧ソックスによる下肢の血流の変化について」は、健康な医療職者を対象に、異なる体位と弾性ストッキング使用の有無等の条件のもとで超音波診断装置による血流変化を調査した発表でした。本研究で使用されたストッキングは現在開発中の物ということであり、今後開発が進み実用化されることで、より効果的な肺血栓塞栓症や深部静脈血栓症の予防につながる事が期待されます。

会場からいくつか質問もいただき、参加者の方々の関心の高さを実感いたしました。このたび座長という貴重な機会を与えてくださいました関係者の皆様、ともに会場を盛り上げていただいた参加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

中西 容子（金沢市立病院）

口演発表第3群、臨床看護に関する6題の座長を務めさせていただきました。

第9席「東海北陸地方における死産のグリーフケア」は、死産におけるグリーフケアの実施状況を把握し、課題を明確にすることを目的とした研究でした。グリーフケアを経験することそのものが少ない中で、今回得られたデータは大変貴重であると考え、引き続きデータを重ね実践に活かしていただきたいと思います。

第10席「頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者の看護の様相」は、頭頸部外科病棟に勤務する糖尿病看護の経験に乏しい看護師たちの、がん治療を受ける糖尿病患者に対する看護の様相が質的に分析され鮮やかに描かれていました。

第11席「術前訪問を受けた呼吸器疾患患者の思いの実態調査」は、患者の思いに沿った術前訪問を目指して、まずは呼吸器疾患で手術を受ける患者を対象に、行った術前訪問に対する質的分析によりその実態を明らかにした研究でした。今後は、呼吸器疾患以外の患者の術前訪問においても、その思いの特徴を明らかにすることでより患者に寄り添った看護実践につながると考えます。

第12席「当院における口腔アセスメントシート導入への取り組み（第2報）」は、第1報でシー

トの有効性を見出すことが出来た一方で、スタッフへの普及が課題であるとの結果を受けてさらに研究を継続して取り組まれました。緻密な考察は必要かと思いますが、ケアの普及に向けて実践の中でさらに進めていただきたいと思います。

第13席「セルフマネジメント力が向上するための関わり」は、血糖コントロールが不良で、インスリン治療の中断や生活習慣の改善がうまくいかなかった、外来での関わりを振り返った1事例の報告でした。困難なケースだからこそ、丁寧な振り返りと事例の積み重ねが外来での継続看護に活かされていくと思います。

第14席「夜勤専従看護師の健康・生活・安全への意識調査」は、報告されている夜勤・交代制勤務の負担による健康被害へのリスクの低減と安全な環境構築を目的に、実際に夜勤専従を経験した看護師の意識を調査した報告でした。多くの施設で多様な勤務形態が検討されており、現場の声を反映した安全な職場環境作りへの重要な提言になると考えます。

6題の発表全てが臨床現場での疑問や悩み、何とかしたい思いから取り組まれた演題でした。多くの皆様からの活発な質疑応答・意見交換の時間となりましたことに深く感謝いたします。