

第12回看護実践学会学術集会

シンポジウム

「在宅療養生活をデザインする」

コーディネーター 丸岡 直子（石川県立看護大学）

このシンポジウムは、「人生100年時代」を見据えて、どこに住んでも適切な医療・介護を安心して受けることができる社会の実現に向け、これからの地域医療の在り方や在宅療養をどのように描いていくべきか、そこに看護職者はどのような役割を果たすべきかを考えるために企画されました。

シンポジウムでは、さまざまな立場から5名のシンポジストをお迎えしました。

木村慎吾氏（石川県健康福祉部地域医療推進室）には、「在宅療養を充実させるために」と題して、平成28年度に策定した「石川県地域医療構想」に基づく推進に向けた医療行政の方向性や施策についてご発表いただきました。

手塚波子氏（小川医院栄養ケアセンター）には、管理栄養士の立場から「充実した食（栄養）支援を受けられるまちづくり」と題して、病院等で実施されている栄養ケアの実際と地域住民の生活の場で実施する将来展望についてご発表いただきました。

金田裕子氏（国立病院機構金沢医療センター）には退院支援看護師としてのご経験から「在宅から病院、病院から在宅へのバトンタッチ」と題し

て、在宅療養移行支援事例を通して継続看護の重要性と看護師の役割をご説明いただきました。

高道香織氏（国立病院機構医王病院）には、老人看護専門看護師として、神経難病病棟の看護師長の立場から、「セーフティネット病院における退院支援とエンドオブライフケア」について、QOL維持向上を目指した在宅療養移行支援についてご説明いただきました。

なお、学会プログラム変更のためにご発表していただけなかった中恵美氏（金沢市包括支援センターとびうめ）からは、講演集の抄録「在宅療養生活をデザインする主体へのまなざし」において、在宅療養をデザインする主体である当事者の言葉にならないニーズを引き出す看護職者の専門性と役割の重要性を伝えていただきました。

時間の都合上、会場と十分な意見交換には至りませんでした。 “在宅療養生活をデザインするのは誰なのか”、あるいは “在宅療養生活のデザインとその具現化に果たす看護職の役割は何か” について、参加者一人ひとりが考える時間となったのではないかと思います。

医療行政の立場から ～在宅療養を充実させるために～

木村 慎吾（石川県健康福祉部地域医療推進室）

高齢者の身体機能や知的能力は10年前に比べ5～10歳若返っているとされており、今後、ますます元気な高齢者が増えることが望まれるところである。しかし、2025年には団塊の世代の方々が後期高齢者になり、要介護者や認知症高齢者など様々な支えを必要とする方が増加することは避けられないと考えられる。

県では、平成28年度に策定した『石川県地域医療構想』において、2025年のあるべき医療提供体制を検討していくための参考値として、必要病床

数を約12,000床（現在の病床数約15,000床より約3,000床少ない）、在宅医療等の患者数を約18,600人（現在の患者数約10,800人より約7,800人多い）と試算している。この推計は、療養病床の一部が介護医療院等へ転換する（注：介護医療院は在宅医療等の扱いになる）と仮定するなど一定の仮定のもとに試算されたものであるが、医療政策は、医療機関に対して、少子高齢化の進展を見据えた「病床機能の分化・連携」を促し、「在宅医療等の受け皿」を充実させていくという、地域医療構

想に即した方向で進められている。

具体的には、病床機能の分化・連携を進めるために、県では、回復期病床への転換を希望する病院などに対する支援策を講じており、県内の病院においては、地域包括ケア病棟・病床への転換、認知症ケアチームなど多職種チームの設置、入退院支援部門の強化など様々な取組が進められている。また、在宅医療等の受け皿を充実させるために、県医師会とともに、在宅療養に携わる多職種が参加する在宅医療連携グループの組織化に努めており、市町においては、在宅医療連携グループや郡市医師会等と連携しながら、在宅医療・介護連携推進事業が進められている。

この10年、訪問診療を受ける患者数は増加し、介護施設や高齢者向け住宅等の整備も進んでおり、「居宅や介護施設などに暮らしながら、訪問診療や訪問看護などを利用して生活」という選択肢が広がっている。今後、「病床機能の分化・連携」の進む中、看護職はこれまで以上に多職種を結ぶキーパーソンとしての役割を期待されることとなり、「在宅医療等の受け皿の充実」は、看護職の活躍の場を広げていくことになると思われる。

石川県の実情に即した形で、在宅療養を支える態勢の充実が進んでいくよう、関係者の皆様のご理解とご協力をお願いしたい。

充実した食（栄養）支援を受けられるまちづくりへ

手塚 波子（小川医院 栄養ケアセンター・センター長）

2025年には、我が国の65歳以上の高齢者人口は30.3%（日本の将来推計人口（国立社会保障人口問題研究所））になると予想されていることは周知の通りである。したがって在宅療養者の増加は必至となる。私たち管理栄養士はそのような事態を踏まえ、病院や施設で行っている栄養ケアを今後は地域住民の生活の場でも実施することが求められている。まさしく地域住民に対する「アウトリーチ」と「アクセス」を抜本的に拡充していく取組を行わなければならない。

当院では、2004年6月より1名の管理栄養士を雇用し通院困難な在宅療養者を対象に在宅訪問栄養指導を開始した。2018年5月現在、管理栄養士2名体制で30名ほどの在宅療養者を訪問している。対象は、通院が困難で医師の指示を受けた糖尿病や慢性腎臓病、脳卒中や神経難病にて摂食嚥下障害のために食事形態の工夫指導や低栄養状態の予防・改善等が必要な在宅療養者である。

また終末期のがん患者も対象となる。管理栄養士の訪問は、居宅療養管理指導（介護保険）と医療保険の両方で可能であり、ケアプランの枠外となっている。

実際には、医師の指示書、契約書、栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画書、

報告書などの書類が必要となり、月2回までの訪問が可能である。

療養者と家族の要望・ニーズを把握しプランに沿って訪問をおこない、状況に応じて3ヶ月または6ヶ月後に評価を行い、継続や終了の運びとなる。依頼元は、担当ケアマネージャー、所属医療機関の主治医、他医療機関のかかりつけ医、基幹病院の地域連携室（医療ソーシャルワーカー）、訪問看護師、療養者家族などで様々である。退院時ケアカンファレンスなどにも積極的に参加し、関連する多職種との連携・情報共有を図っている。

これまでの14年間の活動を振り返ると、訪問を開始した当初は認知度も低く要介護状態4～5の療養者の依頼が中心であった。しかし近年では、要支援1や2の介護予防居宅療養管理指導の依頼が増えている状況であり、少しずつではあるが早期の栄養改善と介入の重要性が認識されるようになってきたと感じている。

今後の課題は、1）在宅訪問栄養士の育成、2）地域・行政・多職種への周知と連携、3）栄養ケア・ステーションの設置（相談窓口）、4）同職種間（病院や施設）との連携、5）介護予防居宅管理指導の充実、があげられる。

在宅から病院、病院から在宅へのバトンタッチ

金田 裕子（金沢医療センター地域医療連携室
副看護師長 入退院支援看護師）

急性期病院の第一の使命は、救命医療です。入院後は安静指示や、転倒・窒息防止など安全重視のあまり、食事は看護師介助、内服も看護師管理で1回配薬、排泄介助は車いす移動となって、患者さんの日常生活レベルは低下してしまう現状があります。

当院の入退院支援は、まずは外来から始まります。入院決定時に各外来看護師から入退院支援センターへ連絡が入り、看護師や医事課職員、薬剤師なども関わり患者さん・ご家族の入院や治療に対する不安に耳を傾け、少しでも安心して入院準備ができるように関わっています。

入院後は、在宅からの情報提供もいただきながら、入退院支援看護師と医療ソーシャルワーカーとがペアとなり、院内多職種と情報や目標を共有しながら支援をさせていただいています。

病院における退院支援のプロセスとして、入院3日以内に退院支援の必要性を評価し、7日以内に患者さんやご家族と面談、患者さんやご家族の思いと入院によって起こる変化を予測し、多職種でカンファレンスをします。そのうえで退院支援計画を作成し、患者さん・ご家族の同意を得て、その目標を多職種と共有しながら退院支援を行い、退院前には、在宅スタッフも含めて退院前カンファレンスを行っています。

平成30年度の診療報酬の改定で、入院前から退院支援の必要性を考え、退院直後まで切れ目のない支援を行うことが評価されました。当院では改定前より体制を整えていましたが、今年度からは、さらに院内での情報共有や、関係機関との連携強化などを推進しています。患者さんが在宅から病院、病院から在宅へとスムーズに移行できるように、外来看護師、入退院支援看護師、病棟看護師それぞれが役割を果たす事が期待されます。看護師が、その期待に応えるために身につけ高めていかなければならない力として、私は以下のように考えています。

- ①患者さんを地域で生活する人として捉える視点と情報収集力
- ②生活を考えた医療・介護のアセスメント力
- ③患者さん・ご家族が受容・意思決定できるように支え・寄り添える力
- ④院内・院外の多職種との連携・調整するコミュニケーション能力と調整力

生活をデザインするのは患者さんご本人とご家族です。私達は、看護専門職として急性期医療を提供しつつ、身につけた力を駆使して患者さん・ご家族と共に暮らし方のデザイン・再構築をお手伝いすることが大切な役割だと考えます。

セーフティネット病院における退院支援とエンドオブライフケア

高道 香織（国立病院機構医王病院 看護師長、老人看護専門看護師）

高齢化が進んだわが国では介護保険制度が社会に定着しました。入退院を繰り返す高齢者を支えていくには、地域完結型医療や地域包括ケアシステムの考え方を取り入れ退院支援に関わる必要があります。高齢者がなじんで暮らしてきた地域や療養の場で、最期まで望み通りに過ごすために、在宅・施設で医療とケアを担う人たちと顔の見える連携をとって、本人とその家族の意向と、さらにその地域の実情に応じた医療とケアを病院で調

整し、看取りまでの大きな方向性・方針を見据えて退院支援することが必要になっていると言えます。現在私が所属する組織は、国のセーフティネット病院の役割を有する神経難病の拠点病院です。したがって、高齢者に限らず神経難病を有する人々の中長期的な療養のあり方について考えることが必要です。そうした特徴と理念を持つ組織で、高齢者の退院支援の経験を少しでも活かしたいと思い実践しています。

シンポジウムでは60代のALS患者で、TPPVを選択したA氏の退院支援に関して報告いたしました。A氏は人工呼吸器装着と経管栄養を選択され、医療依存度の高い全身状態でした。ALS患者の場合、在宅医療と病院へのレスパイト入院を続けていくことによって、本人と家族の苦痛や苦悩が軽減されるということがあります。そうした療養スタイルを獲得するよう支援するにはALSの進行に伴い自ずと生じる、難しい課題や変化に対応する知識と経験が必要だと考えます。A氏の場合、気管切開後も1時間毎に吸痰が必要でしたが、当院の呼吸ケアチームの介入により、唾液や痰を持続的に回収するデバイスの適用で、1日の吸痰実施回数が0回に一変し、身体的課題が劇的に解決されました。試験外泊も不安なくクリアし、A氏は在宅復帰を叶え、レスパイト入院も利用し療養することにつながりました。振り返ってみれば、丸岡先生が示された退院調整活動指標の6ステップのうち、ステップ4におけるシンプルケアの検討と調整が在宅療養につなぐ鍵だったと考えます。また、在宅復帰を叶えたA氏とその家族が、難病を有し新たに生活していくことを決心できた状況を、外泊後のA氏の表情の違いや家族の言葉から感じ取ることもできました。これは佐藤が示した、一般的にはネガティブな心持ちである、慣れる、諦める、妥協するということが、ALS患者においては自らの存在に関する、深く積極性に満ちた新

たな心境を拓いていくという意味のあるプロセスの一部ではないかと思いました。

神経難病における在宅療養のデザインを描くには、進行性で不可逆的であるという病の軌跡の特徴から、最期まで常に苦痛緩和を図りQOLの維持向上を重視するエンドオブライフケアの観点に立ち、デザインすることが必要だと考えています。そして、地域包括ケアシステムが伸展する現在、不動で良しとしない時代にも移行しました。そのシステムがよく適用されるよう院内多職種連携に基づくチーム医療を展開し、動的に療養する支援に努めていく必要があります。そのことは不動の痛み－身体的苦痛に限らない苦悩－を緩和する可能性も秘めていると思います。神経難病の人が負う特有の痛みの緩和に通じるということを見出し、その人らしい療養生活のデザインに参画・貢献していきたいと思っています。

参考文献

丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代, 他: 病棟看護師による退院調整活動の実態と課題－退院調整活動指標を用いた調査から－, 石川看護雑誌 8, 29-39, 2011

佐藤弘美: 呼吸器を装着して在宅療養するALS患者と家族が療養の過程で築きあげたもの, 善き看護, クオリティケア, 2-26, 2008

示説第1群の座長をつとめて

松田 敏恵 (石川県立中央病院)

示説第1群の座長を務めさせていただきました。以下研究発表内容をまとめさせていただきます。

第1群はがん看護研修を受講した後の看護実践の変化を調査した研究でした。研修での学びを臨床にリンクさせることで、自分の成長を感じ、成功体験から看護の達成感を得る事ができ、自己にフィードバックすることで看護師として成長できる効果的な研修であったことが評価できたと思います。

第2群は経験の若い看護師が「死について語る」ことの教育面の充実に向けての研究でした。死について語ることを阻害している要因が明確になり、新人教育にどのように取り入れていくかを課題と

しているとのことで、自施設でも検討していかねばならないことだと感じました。

第3群は介護老人福祉施設で医療用麻薬を使用する患者の受け入れの現状を調査し、急性期病院が担う役割を検討した研究でした。厚生労働省が推奨している地域包括ケアシステムの壁とも思える課題が明確になり、急性期病院が患者や地域に向けて行わねばならない対策が明らかになり、お互い情報交換が密に必要であると感じた研究でした。

第4群は認知症患者への看護について看護師の意識と対応を明らかにする研究でした。認知症患者の対応困難場面での対処方法をカテゴリーに分

けて分析してありましたが、具体的にどんな時にどのようなケアが必要で、それを浸透させていくにはどうしたらいいか、それを認知症ケアチームの活動につなげていく手段はどのようにしたらよいか等、もう少し文献を活用して考察を深めたらより今後につなげていけたと思います。

第5群はプリセプター2人制の効果について検討した研究でした。開始当初は新人教育不慣れのための指導スキルの補完とモチベーションの向上が目的で、新人教育には有効であった結果が強調されていました。しかし2人制の役割分担での困

難さや相性が合わない場合などの問題については触れられていないため、少数意見も丁寧に考察していけば、さらに今後の新人教育に継続していきけるのではないかと思います。

この群は日々の看護実践の中での困難感を様々な視点から検討し、看護師のスキル向上をめざした研究であり大変意義のある発表であったと思います。私も発表者の立場になって考える事ができ、大変良い機会をいただいたことに感謝しております。

示説第2群の座長をつとめて

鈴木 千尋（城北病院）

私が座長を担当させていただいた、示説では、排泄ケア・内服管理・外来での感染予防策における手指衛生の取り組み・離床センサー開発・ライン抜去予防の工夫など日頃の看護実践における苦労や課題から、課題解決・よりよい看護提供に向けた前向きな実践取り組み報告だった。

フロアからの質問も、活用に向けた提案や、それぞれの現場で取り入れるにあたり具体的な方法

や導入についての意見交換に発展する場面もみられた。学会での発表から交流につながり、全体の看護実践力量の向上に結びつく瞬間を目の当たりに感じることができた。

実践学会での刺激や学びは、今後の活動の励みになり、私自身にとってもとても有意義な機会となりました。

示説第3群の座長をつとめて

高野さとみ（金沢赤十字病院）

示説第3群6題を担当させていただきました。以下に、研究発表の内容をまとめさせていただきます。演題は講演集をご参照ください。

第11席は、ピアサポートの効果を一般・総合病院入院患者間の交流に発展させて効果が得られることが示唆された卒業研究の報告でした。看護師として患者間交流への働きかけを考える機会となりました。

第12席は、実習を受け入れる患者さんの思い・コミュニケーションがとりにくい中で、学生と関わろうとする姿勢・学生を受け入れる要因を明らかにし、患者・学生双方に有益な実習となるよう取り組まれている状況が伺えました。

第13席では、父親が入院しパニックになっているキーパーソンである娘さんとの関係を、渡辺式家族アセスメントモデルを用いて振り返った事例研究で、自分たちの関わりの分析・妥当性を検証し今後の援助に活かす取り組みをされていました。

第14席は、経口摂取が出来なくなったときに、経管栄養の選択をされず、老衰の形で逝かれた患者さんとの関わりを意思決定支援の観点で倫理的視点から振り返っていました。患者の思いと医療者や家族の思いが一致せず、実際、ジレンマを抱える事も少なくない事象で、医師とのコンタクトや患者の思いを家族が後悔なく受け入れられるよう支援され、患者の尊厳を守る事の大切さを再認

識した研究でした。

第15・16席は、A病院におけるせん妄初期プログラム導入の取り組みについて導入プロセスと導入後の変化に分けて、結果を報告されていました。せん妄の徴候を事前に察知することで事故を予防する取り組みを多職種が協力して進めていく姿勢と方法が示され、各施設での導入の参考にしてもらう為の取り組みが提示されました。また、導入する事での部署でのスタッフの意識や知識の変化、サポートチームの活動にも変化がもたらされ、組織が一体として取り組まれている姿に、組織とし

て目標を達成する在り方を振り返る機会となりました。

今回の演題から、患者・家族の思いに寄り添い、より望ましい関わりを提示・模索されている姿勢や、患者のQOLの向上・リスク軽減を図るために、多職種で取り組んでおられる状況を伺うことができ、自身の看護に向き合う姿勢について振り返り、いろいろな視点を学習させていただきました。このような貴重な経験をする機会を頂き、誠にありがとうございました。

口演第1群の座長をつとめて

中田 智美（石川県立総合看護専門学校）

口演第1群 看護総合①看護介入の工夫に関するもの4題の座長をつとめさせていただきました。

第1席「病棟看護師と排尿ケアチームが連携した排尿自立支援－脊椎・脊髄疾患患者の排尿自立に至る過程とその効果－」は排尿ケアチームによる協働で排尿自立に繋がった2事例の検証でした。年齢・性別・疾患の異なるこの2事例において、看護師がどのような情報を元にアセスメントし介入を行ったか、患者の心理面の変化はどうか、多職種との連携の具体的な内容などが文中にあれば、他施設においても実践に繋がる研究になると思います。

第2席「無菌顎高齢者の口腔ケアにける洗口液の有効な活用の検証」は、2種類の洗口液を異なるタイミングで実施し、口腔内細菌の増殖抑制について検証、効果的な口腔ケアの方法の確立に繋げるという発表でした。結果の表のコロニー数・細菌数の変化は、発表スライドのようにグラフで可視化した方が明確であったと思われます。また、質問にもあったように方法の具体的な明記として「洗浄」「塗布」より「スポンジブラシによる清拭法」とあった方がわかりやすかったと思います。高齢者の口腔ケアは、様々な疾病の予防の観点からも重要で意義のある発表であると考えます。

第3席「TVM手術を受ける患者の碎石位に伴う疼痛（腰痛、臀部痛、股関節痛、大腿部痛）に対するストレッチの効果の検討」は、術前のスト

レッチで術中体位による術後疼痛を緩和する効果の検証でした。本研究では症例も少なく、有意差は認められなかったと報告していますが、術後の生活の質を支えるために意義のある研究だと思います。今後も検証継続されることを願います。

第4席「急性期病棟でのせん妄患者の看護～ニーチャム混乱・錯乱状態スケール使用し振り返る～」は、せん妄発生の要因と看護介入について振り返り分析しています。5事例による検証は、70歳代2名、80歳代1名、90歳代2名と高齢であり、急性期病棟でというよりも高齢者における特徴もあったのではないのでしょうか。せん妄は発症の予防が第一で、発症した場合には、早期介入が望まれます。高齢化社会において、せん妄の予防改善については関心が高く、意義のある分析だと思われます。この分析結果をもとにアセスメントし、せん妄の予防と早期改善に結びつくことを期待します。

看護実践における看護介入の工夫では、まず、看護師一人一人が患者の生活の質に関心を寄せることが重要だと思います。事実を明確にし、問題が何であるか、如何に改善していくか、常に患者にとってより良いケアを検証していくことは大切です。それぞれの発表のなかの事例に思いを馳せ、大変興味深く聞かせていただきました。このよう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2群の座長をつとめて

坂本 和美（金沢市立病院）

第2群は、退院支援・意思決定支援に関する5題の発表でした。

第5席「急性期心不全治療中に自宅介護を希望した家族への早期介入～病院と地域の多職種連携の重要性～」は入院4日目に自主退院を希望した心不全患者の家族に対し、急性期に関わる病院職員と在宅医療を支える多職種が連携した介入を行ったことで、患者家族の気持ちを変化させ治療の継続により安定した状態で退院させることができた事例研究でした。多職種が関わる中での連携や各職種がどのような役割を担うのかについて考えさせられる事例だったと思います。

第6席「ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術の術後合併症に対する困難と対処～退院指導の質の向上にむけて～」は、術後3か月後の術後合併症とその合併症が日常生活に及ぼす影響について患者へ半構成面接を行い質的に分析した研究でした。前年度の研究結果を踏まえての今回の研究報告でしたが、今後は退院指導の結果を外来へつなぎ効果的に活用されることに期待したいと思います。

第7席「強迫症状と日常生活全般にこだわりのある長期入院患者の自宅外出に向けた関わり～認知行動療法を取り入れてみて～」は、薬物療法だ

けでは症状の改善に至らず1年以上入院している摂食障害患者に対し、認知行動療法を取り入れたことによる言動や行動の変化についての発表でした。認知療法を取り入れることで、自主的に散歩を行い気分的にも良い方向への改善がみられ食に対する興味を示すといった興味深い結果でした。今後も継続した介入による報告が期待されます。

第8席「認知症を伴う終末期患者の意思決定支援～肝硬変末期患者の外出支援を行った事例を通して～」は、住み慣れた家で家族と過ごしたいという患者の希望を叶えるため、院内の多職種と連携すると共に家族の不安にも丁寧に対応し、外出を実現させた関わりへの事例報告でした。また第9席「外出支援が生きる力に繋がったがん終末期患者への関わり」は、ADL低下とともに意欲が低下した患者に多職種や患者を取り巻く人々が協力し外出支援を実現することで生きる力を取り戻した事例研究でした。第8席、9席ともに退院するには困難であるが、少しでも住み慣れた家で過ごすことを実現させるために参考にすべき内容が多く示唆されていました。

最後に、座長の機会をいただきましたことに感謝申し上げます。

口演第3群の座長をつとめて

重野かおる（国立病院機構 金沢医療センター）

口演第3群 医療安全・感染管理に関する4題の座長をつとめさせていただきました。

第10席「肝動注ポート感染に関する生活行動とポート管理における実態調査」は、ポート管理方法における患者の退院指導に繋げることを目的とされていました。結果、ポート管理に関する患者の生活行動全般に関するものでした。ポート感染に着目しての研究のため、感染に焦点を当てまとめられるとよかったと考えます。今後も患者背景を踏まえた退院指導に繋げられるようサポート体制の強化を期待します。

第11席は「危険予知訓練（KYT）実施の前

比較によるKYT有効性の検証」は、リスク感性の醸成に向けた研修であり、リスクの予知・予測の能力の向上を業務に組み込みインシデントの低減に向け検証したことは有意義であると思います。今後も、KYTの必要性を理解するとともに、インシデント・アクシデント予防に繋がるトレーニングの継続を期待します。

第12席は「看護師の業務中断に着目した患者確認行動の分析」は、多重課題シミュレーションの確認行動の質を見るために「情報照合時の眼球運動」と「中断の対処方法」を測定・分析されたこと、データ化により教育的視点も明確化できたこ

とはとても興味深いものでした。中堅看護師における行動に関しても参考となる部分があり、教育的関わりに有効と考えます。継続した研究を期待します。

第13席は「夜間排泄時フットライトを用いた転倒・転落予防への取り組み」は、転倒・転落予防のための実践的研究であったと思います。フットライト導入におけるきっかけや看護師への動機づけが明確化されるとよかったと思います。今後も、看護実践上の課題に対して問題意識を持ち取り組

まれることを期待します。

感染予防、医療安全を充実させることは、看護の質の向上に繋がると考えます。望む看護、目指す看護を充実したものとするために、患者の背景や視点を大切に、また実践する看護を安全、安心に実践することはとても重要なことと考えます。それぞれの研究は、改めて看護を考える機会となり、このような機会を与えていただい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

前田 順子（KKR北陸病院）

第4群は、看護実践力の向上、在宅支援につながる看護師の役割、離職防止等々、多岐にわたる6題の発表で、みなさまの関心が高く会場は満員でした。

第14席「コミュニケーションスキルトレーニング後における看護師の自信の変化」は、県内の緩和ケア・がん性疼痛看護認定看護師会による発表で、NURSE-CSTの成果を半年後まで評価し、受講者のコミュニケーション能力の向上を検証できたことは、受講した看護師、また、指導した看護師共に自信につながったと感じました。認定看護師が専門性を発揮し、役割を実践していることが理解できる発表でした。

第15席「フィジカルアセスメント能力の向上を目的としたシミュレーション研修の評価」は、教育ツールを用いて、アセスメントのシミュレーションを実施する効果が理解でき、研修の在り方を再考させられる報告でした。病状の観察から、評価、判断、そして適切な報告までツールを用いた丁寧な指導方法を追加で報告していただき大変参考になりました。

第16席「入院時訪問に看護師が同行することの効果」は、近年重要視されている課題で、会場の質問から関心の高さが伺えました。訪問時の観察視点が明確になり、退院支援につながると感じま

した。

第17席「地域包括ケア病棟における看護師の役割」は、事例を丁寧に振り返り、患者を支える家族指導の課題を明確にした発表で、すぐに日々の看護の向上につながる内容だと思いました。

第18席「早期緩和ケアを目指す外来看護支援の検討」は、3年半の間に早期緩和ケアを目指すために、実際に外来で行われた取り組みを振り返り、「患者のニーズに向き合う“がん療養相談”」と「外来関係部門の看護師がチームとして患者、家族を支える意識が高まる“地域緩和カンファレンス”」が実施されていた報告で、患者、家族を支えるための外来看護支援の在り方を学ぶことができました。

第19席「病院を辞めなくなった看護師・続けたくなった看護師：その理由に関する研究」は、管理者として関心が高い発表でした。決定木分析の結果、続けたくなった人は「根付き」が強く影響しており、その「根付き」について別の資料で説明があり、研究の奥深さと、発表する際の姿勢も学ぶことができました。

それぞれの発表は大変興味深く、真摯に取り組みを行っている看護師の姿勢に感銘を受けました。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。

交流集会Ⅰ

参加型研修で『出前保健室』を体験しよう

上野谷優子（公立能登総合病院）

高齢社会となり、医療と介護を必要な時に利用し、一人ひとりが心身のバランスに気をつけながら健康を維持していくことが求められるなかで「高齢者の方が自分の健康状態だけでなく、気軽にいろいろなことを相談できる場所はないか」「どのようにしたら地域の方々とコミュニケーションをとりながら、いきいきした暮らしを支援できるのか」と、地域住民と市役所、病院が一緒になって模索した。その結果「健康相談があったらいい」「健康相談を地域の公民館でやってもらえたら」などの意見があり、「私達看護師が地域に出向き、健康相談や予防をすることで、今の状態を維持できるような情報提供や相談を実践していこう」と、出前保健室を立ち上げた。この『出前保健室』を体験してもらうため参加型セッションとし、5ブ

ース（ハンドケア、摂食嚥下について、泡ラッピング、フットケア、認知症予防について）を準備した。

参加者には、教員および学校関係が10名おり「学生の学内実習のヒントを得ることができました。ケアを創る楽しさを味わうことができました」との、評価を得ることができた。また、現場の看護師からは「早速、ケアにシャボンラッピングやフットケアを取り入れて実践していきたいと思いました」との意見もあり、今後さらに、ケアをする人も受ける人も心が満たされるケアを共有するため研鑽を重ねたいと感じた。最後に、本交流セッションの関係者およびご参加いただきました皆様に感謝申し上げます。

交流集会Ⅱ

排泄で語りましょう

太田 裕子（小松市民病院）

正源寺美穂（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

超高齢社会を迎えた日本の急性期病院では、高齢者が大半を占めています。誰もが最期まで自立して排泄をしたいと望む一方、急性期における安易なおむつや尿道カテーテル留置管理により、排泄の介助を生涯必要とする高齢者が多くいらっしゃいます。そのため、専門的な知識や技術を有するチーム医療が求められています。

平成28年度の診療報酬改定で「排尿自立指導料」が新設され、多職種（医師、看護師、理学療法士、作業療法士など）による「排尿ケアチーム」と、病棟の主治医や看護師らが連携する、包括的な排尿自立支援が全国的に広がっています。

そこで今回は、「急性期の排尿ケアが患者のQOLを変える！」をテーマに、「排尿自立指導料に関する講義・意見交換」と「おむつフィッター演習」を企画いたしました。

1) 排尿自立指導料に関する講義・意見交換

石川県において排尿自立指導料を算定している病院から、柳美知代さん（浅ノ川総合病院）、浦田知美さん（金沢市立病院）、遠藤瑞穂さん（公立松任石川中央病院）、西本由美さん（小松市民病院）、山下美樹さん（地域医療機能推進機構金沢病院）より、排尿自立支援の実際について紹介頂きました。また、親水性コーティングカテーテル、超音波を用いた残尿測定器など、最新の排泄ケア用具の展示と説明もありました。

約40名と会場一杯の参加者とともに、現状や今後の課題などを熱心に情報交換しながら、交流できる貴重な機会となりました。

2) おむつフィッター演習部門

事前にお申込み頂いた参加者約20名が、おむつフィッターの資格を有する中田晴美さん、中川明

子さん、早松千恵子さん、中田一基さん、亀丸育代さん、北村理恵さん、豊谷由美子さん（小松市民病院）らと一緒に、排尿ケアの1つとして、適切におむつを選択・使用できるよう、演習形式で学び合いました。吸水実験からは紙おむつの構造やポリマーの特性を、おむつ装着体験においては股関節の可動域を妨げない装着方法などを楽しく習得していました。また、年々進化する各種紙お

むつ（紙パンツ、尿とりパッド含む）を展示・説明するブースも大好評で、多くの方にお立ち寄り頂きました。

全国的にみて石川県は、排尿自立支援を先駆的に取り組む病院が多く、今回のような機会を通して、より多くの病院で、より良い排泄ケアが普及することを願います。

提案事項

- 1) 平成30年度看護実践学会役員が別紙の通り承認された。
- 2) 平成30年度計画案が承認された。
 - (1) 第12回看護実践学会学術集会の開催（平成30年9月1日）
 - (2) 研究スキルアップ研修会の開催
 - 1) “排尿自立支援とアウトカム評価”（平成30年5月26日）
 - 2) “看護研究に活かせる文献の探し方、集め方”（平成30年6月23日）
 - (3) 実践スキルアップ研修会の開催
 - 1) “「わが病院看護自慢」芳珠記念病院「継続した看護・介護で地域全体をケアする取り組み」”（平成30年8月10日）
 - 2) “せん妄予防のDELTAプログラム”（平成30年12月8日）
 - (4) プロジェクト研究「学会とともに取り組む実態調査：学会主導によるデータベースの作成」の継続
会員からテーマを募集（1テーマ5万円、3テーマ15万円の予算立て）
 - (5) 看護実践学会会員募集・登録・名簿管理、会員への事業案内と会費納入依頼
 - (6) 看護実践学会誌発行（第31巻1号、第31巻2号）
 - (7) ホームページの更新
 - (8) 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）
 - (9) 編集委員会の開催
 - (10) 事務局会議の開催
- 3) 平成30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13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	2019年9月8日（日）
開催予定場所	金沢医科大学病院
学術集会長	野村 仁美（JCHO金沢病院看護部長）
テ ー マ	思いを叶える看護のチ・カ・ラ