北海道勤労者医療協会看護雑誌

看護と介護

THE JOURNAL OF NURSING CARE

Vol.51
通巻54号
2025 JUNE

特集1

地域と共にいのちと暮らしを支える看護と介護

特集2

新たな働き方への創意工夫



公益社団法人 北海道勤労者医療協会

看護と介護

THE JOURNAL OF NURSING CARE

Vol.51



Contents

巻頭言
歴史に学び、あらためて理念に立ち返り 勤医協の看護を未来へつなぐ
北海道勤労者医療協会 統括看護部長 須田 倫子 4

特集1
地域と共にいのちと暮らしを支える看護と介護 7
01 「家に帰りたい」救急センターから在宅へとつなげ 自宅で最期を迎えたA氏への実践を振り返って
勤医協中央病院 救急センター 看護師長 松岡 香菜 8
02 介護予防センターの高齢者の孤立や孤独を防ぐ取り組み
勤医協札幌病院 介護予防センターきくすい 介護福祉士 小山 紗耶加 10
03 A氏の在宅療養を支える家族への看護実践
勤医協札幌西区病院 外来看護主任 熊岡 理恵 12
04 一緒に過ごす時間を大切にしたい ～在宅看取りの支援を通して～
勤医協苫小牧病院 外来看護主任 佐藤 幸 14
05 老健における 生活の質を高めるための連携について考える
勤医協老人保健施設柏ヶ丘 療養生活部 看護師長 相馬 直美 16
06 顔の見える連携で地域と共にいのちと暮らしを支える看護
黒松内町国保くろまつないブナの森診療所 看護師長 富樫 真紀 18

特集2
新たな働き方への創意工夫 21
01 病棟看護補助業務の経験を通した気づきと学び
勤医協中央病院 放射線部 副部長 上田 晃久 22
02 検査科におけるタスク・シフト／シェアの取り組み ～病棟採血への参入～
勤医協札幌病院 検査科 技師長 宮島 英理子 24
03 高齢化する入院患者の療養生活を支えるための 新たな看護提供方式の取り組み
勤医協札幌西区病院 副看護部長 蒲原 ゆかり 26
04 COVID-19患者の受け入れに向けた リハビリセラピストとのタスク・シフト／シェアの取り組み
勤医協苫小牧病院 3病棟 看護師長 蝦名 百恵 28
05 入浴の取り組みを通し 2部署一体運営の新たなチームづくりを目指して
勤医協老人保健施設柏ヶ丘 療養生活部 介護長 吉呑 麻衣子 30

看護現場からの発信 勤医協新聞から 49
医療ケアが必要な息子を支え続ける80代の母親
勤医協伏古10条クリニック 看護師 遠山 祐紀子 50
「くらしの保健室」への相談から独居高齢者をデイ利用へつなぐ
勤医協札幌病院 地域健康課 看護師 久保田 良子 51
「自分らしく家で暮らしたい」生活史から感じたA氏の生き方
勤医協小樽診療所 看護師長 信田 千恵 52
救命現場で揺れ動く家族の思い 最善の選択をともに考え支える
勤医協中央病院 救急センター 看護師長 松岡 香菜 53
生活の崩れ進む高齢夫婦 連携で状態把握と支援継続
勤医協室蘭診療所 看護師長 菅原 奈津子 54
「最期まで自宅で」を叶えたい 高齢化と過疎のまちでの実践
勤医協芦別平和診療所 看護主任 大友 恵子 55
転倒防ぐ目的で始めた夜レク 入所者の楽しみ増え生活充実
勤医協老人保健施設柏ヶ丘 看護師長 相馬 直美 56
注射を嫌がる子どもたち 不安を和らげ寄り添うケア
勤医協余市診療所 看護師長 古賀 朋恵 57
どのような終末期の治療を望むか 対話をくり返し意思決定を支える
勤医協苫小牧病院 看護部長 松井 ひろみ 58
揺れる家族の思いに寄り添った看護支援
勤医協札幌西区病院 看護師長 傳甫 理加 59
「ここにいたい」を叶える 連携による看取りの実践
勤医協札幌みなみ診療所 看護師長 服部 史子 60
患者・家族の思いを大切にした在宅への支援
勤医協中央病院 HCU 看護師長 牧口 直子 61

投稿規定 62
北海道勤労者医療協会事業所一覧 63
編集後記 64

コラム 令和6年能登半島地震支援 33
01 病院救急救命士のJMAT派遣報告 ～救急救命士は二刀流～
勤医協中央病院 救急センター 救急救命士 川端 崇太 34
02 能登半島地震における統括JMATとしての活動報告
勤医協中央病院 4西病棟 看護師長 谷間 百恵 35
03 能登半島災害支援へ参加して
勤医協伏古10条クリニック 看護師 今野 沙緒理 36
04 震災2カ月 輪島で感じた災害時の覚悟と備え
勤医協上砂川診療所 看護師長 越前 寿美恵 37

2024年度 北海道勤医協看護部門 研究発表 38

卒後研修の取り組み 39
【看護師：1年目】
患者の状態によってケアを変更していくことの重要性
勤医協中央病院 HCU 今井 愛心 40
【看護師：2年目】
患者の心理的状況に合わせた援助の重要性
勤医協中央病院 4西病棟 渡邉 菜月 42
【看護師：3年目】
A氏が下肢痛と向き合いながら在宅生活を続けるための退院支援
黒松内町国保くろまつないブナの森診療所 秋山 莉奈 44
【介護福祉士：3年目】
患者の置かれている生活実態を捉え その人を支える
社会福祉を考えた介護実践から学んだ地域における自部署の役割
勤医協札幌病院 3病棟 今野 香奈恵 46

歴史に学び、あらためて理念に立ち返り勤医協の看護を未来へつなぐ



北海道勤労者医療協会
統括看護部長
須田 倫子



1987年　北海道大学医療技術短期大学部卒業
同年　　北海道勤医協入職
2018年から現職（認定看護管理者）

理念を心に刻む

2009年、北海道勤医協は創立60周年を迎えた。当時、この看護雑誌『看護と介護』の編集委員長だった私は、編集後記に次のように綴った。

『還暦』の『還』は「かえる」「もどる」という意味で『暦』は干支を意味する。干支は本来、甲・乙・丙・丁・戊・己・庚・辛・壬・癸の十干と、子・丑・寅・卯・辰・巳・午・未・申・酉・戌・亥の十二支を組み合わせたものを言い、60通りの組み合わせがある。60年で干支が一回りし、生まれた年の干支に戻ることから『還暦』と言われるようになったそうだ。～中略～古くから『還暦』は『赤いもの』が贈られる。生まれた年の干支に還る…赤ちゃんに還る…赤は魔よけの色、と言う由来からである。北海道勤医協の看護集団も「生まれた年の理念」を改めて心に刻み、これからの時代を歩んでいきたいと思う。

それから16年、私たち看護部門は創立以来、大事にしてきた「誰のための何のための看護か」を看護実践を通して追及してきた。患者の困難に真摯に寄り添い、患者と共に目標や希望を見出し、その人らしく生きることを支援する看護は私たちの真髄でもあり、一つ一つの事例がチームの財産にもなった。

特に2012年に社会の変化に伴って顕在化してきたSDH（健康の社会的決定要因 Social Determinants of Health）との出合いは、「生活と労働」の場から患者を捉える私たちの患者観の確信につながった。健康は遺伝などの生物学的な要因や生活習慣をイメージする人も多いかもしれないが、実は『社会的な要因』も大きく関わっている。SDHの視点で患者や地域を見ることで、病気の「原因の原因」に気づき、目の前の患者の困難はその人のせいだという、自分たちの中にある自己責任論を直視することにもなる。患者の抱える困難は医療者側が意識しないと見落とされてしまう。だから、私たち医療従事者がSDHの重要性を理解し、一人一人の生活環境や社会背景にも目を向けた看護を実践していくことは、戦後間もない時期から一貫して患者の立場に立ってきた勤医協が掲げた理念「いつでも、どこでも、だれもが安心できる看護」を未来につなぐ取り組みでもある。

看護の10年先を見据えて

病院の経営環境は年々厳しさを増している。医療経営実態調査によると全国の約65％の医療機関が赤字経営に直面し、一般病院や民間病院における経営難が特に深刻化している。病院経営に直接的な影響を及ぼし、基準を満たすことは最低条件となるが、人口減少が社会課題となる中、人員確保は非常に困難な状況に窮している。その上、急性期では平均在院日数が12日程度で回り10日を切る病棟もある。病床が高回転する中、業務量は増加し、人出不足、十分なケアができないジレンマで現場の看護職員の疲弊は大きく、看護そのものから離れていく人も増えている。また、看護職の働く場が地域へ広がる一方、生産年齢人口はさらに減少し、就業者の量の確保が精一杯の状況となるだろう。人口減少という大きな社会課題に対し、私たち自身も看護の在り方を見つめ直す時期を迎えていると思う。

「在り方を見つめ直す」とはどういうことか。今まで積み上げてきた看護を止めるのか、そうではない。理念を実現する看護を進めるためにも「看護職の業務の整理と効率化」、つまり看護職の働き方の抜本的な見直しに具体的に取り組まなければならない。業務の優先度・緊急度、緊急性はなくとも重要な業務、短時間であってもSDHの視点で患者を深く理解し行動する取り組みが大切だという意識付けなど、多職種チームも含めたより本質的な「看護の質の向上」につながる改革が必須である。

AIの活用などでケアの時間を増やすことも今後は必要だろう。そのためには、看護職員の英知を結集して内なる改善を進め、同時に国や自治体などにも処遇改善や勤務環境改善、診療報酬に関する要望を行うなど、オール地域のムーブメントが重要である。

ウイングが拡大する地域の中での看護、医療・介護の連携体制を構築することも大きな課題だ。2040年ころを見据え、地域で療養生活と看取りを支える看護機能の連携と強化（外来、訪問看護、看多機等）や、就業人口の制約の中でフレキシブルな働き方が求められる。地域全体で看護職員の確保や人材育成も必要になってくるだろう。

医療や看護を取り巻く情勢が大変厳しい時代だが、勤医協の看護集団が積み重ねてきた歴史を前に進めるため、仲間と共に一人権に裏打ちされた看護の実践」を未来に向かってさらに発展させていこう。

看護と介護

THE JOURNAL OF NURSING CARE

Vol.51

特 集 1

地域と共にいのちと暮らしを支える看護と介護

▶「家に帰りたい」救急センターから在宅へとつなげ 自宅で最期を迎えたA氏への実践を振り返って

▶ 介護予防センターの高齢者の孤立や孤独を防ぐ取り組み

▶ A氏の在宅療養を支える家族への看護実践

▶ 一緒に過ごす時間を大切にしたい～在宅看取りの支援を通して～

▶ 老健における、生活の質を高めるための連携について考える

▶ 顔の見える連携で地域と共にいのちと暮らしを支える看護

実践報告 1

「家に帰りたい」救急センターから在宅へとつなげ自宅で最期を迎えたA氏への実践を振り返って

勤医協中央病院
救急センター
看護師長

松岡 香菜



Kana Matsuoka

2003年　勤医協札幌看護専門学校卒業
同年　　北海道勤医協入職
2023年から現職

はじめに

勤医協中央病院救急センターは、二次救急医療機関として札幌市内だけでなく近隣の市町村からも救急車の受け入れを行っている。搬入されてくる患者は、基礎疾患の悪化や感染症、交通外傷や骨折、薬物過量内服後の方など多岐にわたり、緊急性や重症度、生活背景もさまざまである。2024年12月現在、患者の半数は臨時入院、1割は転院、3割が直接帰宅となっている。

当院通院中のA氏は救急センターに搬入されたが、胸部大動脈瘤破裂のため積極的な治療を断念せざるを得ない状況であった。自宅に帰りたいと訴えるA氏の思いを家族と摺り合わせ、退院支援チームの協力も得て帰宅と同時に訪問診療と訪問看護が入り、自宅で最期の夜を過ごすことができたA氏への実践について報告する。

事例紹介

A氏・80歳代・男性

●病名

#1　胸部大動脈瘤
#2　腹部大動脈瘤
#3　骨髄異形成症候群
#4　腹部大動脈瘤に伴う播種性血管内凝固
#5　腰部脊柱管狭窄症

実践経過

A氏は他院から紹介され胸部大動脈瘤と腹部大動脈瘤によって心臓血管外科を半年ごとに定期通院していた。4年後に骨髄異形成症候群、腹部大動脈瘤に伴う播種性血管内凝固と診断され、血液内科外来を1カ月ごとに定期通院していた。翌年以降も少しずつ動脈瘤は拡大しつつ、8年間通院しながら経過をみていたが、自宅のトイレで倒れ、当院救急センターに搬入された。搬入時には、息苦しさや両下肢のしびれを訴えていたが意識は清明だった。CT検査によって胸部大動脈留破裂の可能性があると診断。そのことをA氏、妻と娘に伝えると、A氏は「あーそうかい、もうね、この歳になったら仕方ないね」と笑いながら話された。搬入から4時間後、改めて家族に胸部大動脈留破裂の治療は困難、半日もしくは数日以内に亡くなる可能性があることを説明した。

救急センターでは、血管外科医師と相談していたとおり破裂に対する積極的な治療や蘇生は行わず、入院での経過観察を考えていた。降圧剤投与が開始され、看護師が観察に行くたびにA氏は「帰れる？　帰りたいな」「（もし入院したら）2～3日で帰れる？」と何度も独り言のように話していた。看護師はA氏の思いを聞き、「自宅で過ごすことが本人の安心感・充実感につながる」と考え家族に相談すると、自宅で看取る気持ちがあることが分かった。すぐに担当医に報告し、帰宅する方針で退院支援チームへ調整を依頼した。

退院支援チームもA氏と家族に再度意向を確認し、A氏は「入院なんてするつもりはさらさらない、帰るよ、寿命だもん」と話し、重篤感はなく頭上で手を組んでいた。家族とは別室で面談し、移動中の車内で亡くなる可能性もあることを含め帰宅でよいか確認すると「覚悟できている」と話され強い意志を感じたので、すぐに帰宅調整を開始した。数カ所同時に訪問診療や訪問看護へ依頼をし、搬入から6時間半後の17時過ぎ、B病院より訪問診療と訪問看護の両方の対応が可能と連絡があり調整が整った。安全に自宅に帰るため当院の搬送車と人手が必要と判断し、事務職員・救急救命士が同乗した。搬送中は状態の変化なく、無事に帰宅後いつも休んでいたベッドに横になると「もう寝るね、ありがとう」とお礼の言葉があった。

同着していた訪問診療医師、訪問看護師に引き継ぎを行った。両者ともA氏の「帰りたい」という思いをつないでくれた。今後、痛みの増強や吐血の可能性があること、最期が近づくと起こる体の変化やその対応について、家族に丁寧な説明が行われ、不安を感じたらいつでも連絡するようにと伝えられた。

翌早朝、家族が朝食の声かけをしたところ呼吸がない状態で発見され、訪問看護師が呼吸停止・心拍停止・瞳孔散大を確認し、その後、訪問診療医師によって死亡確認が行われた。A氏は自宅で永眠された。

考察

搬入後、病状が徐々に進行する中でA氏が独り言のように話していた「帰りたい」という思いを看護師がくみ取り、在宅へとつなげる調整を行ったことで、最期のときをA氏が望む形で迎えることができた。

救急センターでは救命や処置が優先となり、患者・家族のこれまでの生き方や価値観などをゆっくり聞き取れる時間は少ないと感じる。また夜間・休日であれば帰宅や在宅調整が難しく、そのことで入院となってしまうことも多い。しかし、私たち医療者は、どんな状況であっても患者・家族が今どんな思いで過ごしているのか、今後どうしていきたいと考えているのかといった視点で関わり、患者・家族の思いに目を向け、その中で患者にとっての最善を考えること、そして思いを叶えるために多職種や地域と協働しながら、その思いを支えていく重要性を再認識した。

医療が病院から在宅へとシフトしている中、救急センターは患者の帰宅時に医療や介護サービスなどの調整を行うことは少なかったが、今後は患者・家族の背景から調整の必要性を見極め、少しでもスムーズに在宅や地域へ直接連携していくことが必要であると考える。そして連携するなかで、必要なケアだけでなく「患者・家族の思い」をしっかりつなぐということをいつも中心に考えられる看護実践をこれからも行っていきたい。

実践報告 2

介護予防センターの高齢者の孤立や孤独を防ぐ取り組み

勤医協札幌病院
介護予防センターきくすい
介護福祉士

小山 紗耶加



Sayaka Koyama

2004年　札幌国際大学卒業
2018年　北海道勤医協入職
2023年から現職

介護予防センターは介護予防の拠点として、高齢者の方々が住み慣れた地域でいつまでも暮らせるように、介護予防教室の開催や介護予防活動の支援、高齢者のフレイル予防の普及啓発を行っています。また、地域の高齢者の身近な相談窓口の機能を担い、地域包括支援センターの業務の一部を補完する機関として札幌市に53カ所設置されています。

介護予防センターきくすい（以下、当センター）は、菊水上町の地域活性化を目的とした高齢者と子供たちの交流イベントを小学校に設置されているミニ児童会館を会場にして企画したり、東札幌地区では東札幌会館で地域高齢者を対象とした健康フェアを実施したりしています。夏場はフレイル予防の普及啓発として公園で体操やモルックなどを行い、高齢者の健康が維持できるように日々活動しています。

2024年度の東札幌図書館での取り組みについてご紹介します。きっかけは年度初めに図書館館長から「図書館の集会室を使ってほしい」という申し入れがあったことからでした。図書館ではウェルネス事業（よりよく生きようとする生活態度や心身共に健康で生き生きとした状態を目指すこと）を展開しており、地域の人たちに図書館をもっと活用してほしいと考えていました。

東札幌の地区分析として①介護予防教室（すこやか倶楽部）や集いの場となる場所が少なく、続くコロナ禍で参加者が減少傾向にある。②単身高齢者の割合が高く、世帯の9割が築年数の古い共同住宅に住み、生活習慣病や認知症などが重症化してからの相談が多い。③転入・転出者も多く住民が地域に根付きにくい傾向にある。――このことを踏まえ、年1回実施されている地区会議でどんな取り組みができるか話し合いを進めました。参加者は、当センターの職員、白石区の保健師、第二地域包括支援センターの主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師の専門職、社会福祉協議会の生活支援推進員、地域からは町内会役員、民生委員、図書館職員です。テーマは『新たな集いの場に向けて～東札幌図書館での取り組み～』とし、まずは地域の方々にどんな集いの場があったら参加してみたいかグループワーク形式で話し合い、価値観やニーズの理解に努めました。次に、地域の方々からの意見をもとに関係機関で話し合い、当センターの「すこやか倶楽部」で「読み語り」のボランティアとして活躍している団体の承諾を得て、11月末に東札幌図書館で図書館の本を活用した朗読イベント「語りのひととき」を実施することになりました。

その会の企画・主催は当センターと関係機関ですが、「読み語り」のボランティア団体の方々がイベントを主導し、読み語りの魅力を最大限に引き出せるように、物語の選定や時間配分、順番などを考えプログラムを構成してくれました。当センターでも「うさぎとかめ」の紙芝居と参加型の読み語り「おおきなかぶ」を担当しました。

私が読み語りを行った「おおきなかぶ」は、遊びの要素を取り入れながら、質問形式で行うように工夫しました。そうすることで集中力が高まり、過去を懐かしく思い返すことができ、頭のトレーニングになると考えたからです。全員で声を出しながら体も一緒に動かす楽しい時間となりました。大きな声を出すことが、脳を活性化させ、口腔機能も向上させます。「体を動かす・笑う・声を出す・記憶を思い起こすレクリエーション」は、身体機能の低下を防ぎ、認知症予防や介護予防につながります。参加者間の交流を深め会話を通して笑顔になるアプローチが精神・心理面にも良い効果をもたらすと考えています。

その結果、終了後のアンケートには「このような集まりの場を作ってほしい」「読み語りをやってみたい」「今日は楽しかった」「また参加したい」といった意思表示や期待が数多く寄せられました。参加者の「意欲がわく」「参加する」「体を動かす」という一連の動作がフレイル予防につながり、介護職のレクレーション企画・実施能力が発揮されていると感じました。

介護予防センターの介護職が地域住民の交流機会を作り出すことで、介護の知識やノウハウを関係者と共有でき、要介護者や家族の負担を軽減できます。それは、地域コミュニティーの絆を強化し持続可能な地域社会の発展を支える重要な役割を担うことでもあります。独居の高齢者が多い東札幌で高齢者の孤立や孤独を防ぐためには、人と人が関わり合う機会の創出が必要不可欠です。社会参加を通じて心の豊かさや生きがいが得られることが地域住民の健康にもつながると考えています。

今後の展望は、当センターが「誰もが集まれる、地域に根ざした憩いの場づくり」に取り組み、多世代間の交流を目的とした多種多様なメニューを関係機関と連携しながら企画・実施することです。認知症があっても参加・活躍でき、シニア世帯だけでなく子どもや親世帯なども参加できる場を作りたいと思っています。そうすることで、お互いに認め合い配慮し合える信頼関係が構築され、誰もが孤立せずにその人らしい生活を送れる共生社会の実現へと近づいていけるのではないかと考えます。

終わりに

勤医協札幌病院の介護予防センターきくすいが札幌市の委託を受け主催している「すこやか倶楽部」は、菊水地区、東札幌地区で毎月開催しています。自宅退院されても見守りが必要な方やフレイル予防が必要な方たちが無料で参加できる社会資源となっています。今後は勤医協札幌病院の回復期リハビリテーション病棟との連携をさらに強化し、地域の人たちの不安や悩みに積極的に耳を傾け、「病院と地域の橋渡し」としての役割も担っていきたいと考えています。

実践報告 3

A氏の在宅療養を支える家族への看護実践

勤医協札幌西区病院
外来
看護主任
熊岡 理恵



Rie Kumaoka

1998年　勤医協札幌看護専門学校卒業
同年　　北海道勤医協入職
2021年から現職

はじめに

札幌西区病院（以下、当院）は慢性期医療を展開し、診療科には内科、耳鼻科、物忘れ外来があり、内視鏡検査、在宅医療も行っている。血液透析治療（以下、透析）中にがんの診断を受けたA氏は自宅看取りを希望し、家族も同じ意向であった。A氏と家族の支援を、地域の医療や介護サービス機関と共に行った看護実践を報告する。

事例紹介

A氏・80歳代・男性

●病名
#1　左耳下腺腫
#2　腎癌全身転移
　　左胸膜転移
　　腹水
#3　認知症

70代前半に血液透析治療（以下、透析）を導入し療養。妻と長女との3人暮らし、キーパーソンは妻だが、病状説明や治療の選択には別居の次女も深く関わっている。

経過と実践

A氏は週に3回B病院で血液透析を受けていたが、病状変化に伴い在宅医療との併診を担当医から提案された。A氏は自宅での落ち着いた生活を望み、家族も在宅看取りを希望しており、何かあった場合に頼りにできるところがほしいと、当院に訪問診療の依頼があったことから、隔週の訪問診療に加え、訪問看護による症状観察や日常の療養支援を行っていた。

B病院への通院は一人では難しく、A氏は送迎車を利用していた。訪問診療開始から約2カ月は日々の体調に不安定さはありながらも、B病院への透析通院は可能であった。徐々に全身状態が低下し透析時間が短縮され、貧血の進行から透析中に輸血を要するようになった。炎症反応も高く腫瘍熱とも考えられる発熱時には病院の送迎車は利用できず、長女が送迎を支援することもあった。透析から戻った際には車から降りる時に力が入らず座り込んでしまうこともあり、ベッドに横になって過ごすことが増え、妻や娘たちはいつか透析に通えなくなるのではないかと不安に感じていた。

訪問診療の場面では妻と長女もベッドを囲み、A氏の生活状況や体調変化を細かく伝えてくれた。「今日は食事がとれた、少し元気になったのでよかった」など、介護する家族の素直な思いを表出された。当初から口数少なく寡黙なA氏であったが、家族の会話を聞きながら頷き、時には一生懸命な家族の様子に「もう構わなくてもいいよ」といった表情を見せながらも、A氏のペースで療養されていた。

徐々に病状の進行が見られるA氏の治療方針について、自宅で介護サービス担当者会議が設けられた。訪問診療の看護師として、病状におけるサービス提供時の留意点を確認し、シャワー支援を担当する訪問ヘルパーや体調管理を行う訪問看護師と連携しながら、家族の介護負担に対する日常生活支援指導、福祉用具の適切な導入の助言と調整に関わった。

訪問診療導入から半年後には、認知機能の低下や体のつらさから透析に行きたくないと訴えるA氏を、家族は時間をずらし体調を見ながら何とか支援を続けていた。B病院の透析医は可能な限りは通院し、透析ができなくなったら内科の主治医に連絡する方針を家族と双方の医療機関で確認していた。妻はつらそうなA氏を見て入院した方が良いのではないかと一時期考えたこともあったが、長女や次女は最期まで家で過ごすことを望んでいた。どちらかに決めることはせず、今後の療養を見ながら確認していく方針とし、次女も介護休暇を取り家族みんなで支援を行っていた。A氏の病状の進行と揺れる家族の思いに対し、訪問看護師との情報共有をより細かく行い、隔週の訪問診療を週1回に増回し、診療日以外も電話を入れ、家族からA氏の体調を聞いた。水分や食事摂取量を聞き取り、身体介護の方法を提案した。休日や夜間も「父がつらそうで不安」との相談に応じ、痛み止めの頓服薬の適切な内服方法を伝えた。

そうした中、B病院から家族へ「A氏の透析を中止する」という連絡が入った。下血による病状悪化に伴った判断ではあったが、家族はもちろん、透析を中止する場合は時間や回数を徐々に減少させていくと考えていた。家族や私たちは困惑した。そして、下血していることを病院に伝えた長女から自分を責める言葉が聞かれた。訪問看護師と情報共有を行い、つらい気持ちを傾聴し、透析中止は家族の言動によるものではなく、病状悪化がもたらした結果であると伝えた。

訪問診療時、A氏はベッドにいることが増えていったが、声をかけると開眼して「うんうん」とうなずきながら話を聞き、妻の話す内容に笑う様子も見られ、苦痛緩和を行いながら自宅療養を継続していた。妻から「最期まで自分たちで看取らないと絶対に後悔するので、覚悟しました。最期はどのようになるのかを知りたい、つらくなく楽に過ごせるようにしてあげたい」との電話連絡を受け、看取りのパンフレットを用い予測される体調変化について説明を行った。A氏に死期が近づくとせん妄症状が現れ、昼夜落ち着かない様子が見られるようになり、家族に適切な薬の使用を促す場面が増えていった。その都度、訪問看護師と連絡を取って対応し、支援内容の共有を図った。最期までA氏と家族の気持ちは変わらず、A氏は希望していた自宅で家族に見守られ永眠された。

まとめ

在宅医療・介護の推進における方針には、「できる限り住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ、安心して自分らしい生活を実践できる社会を目指す」と掲げられている。

A氏のように家族と生活を共にしながら終末期の在宅療養を継続するためには、症状コントロールはもちろんのこと、患者を支える家族の支援が重要である。A氏のお悔み訪問の際に妻から「夫は苦しむことなく最期まで自宅で過ごせました。ベッドの周りに布団を敷いて家族で寄り添い過ごすことができ満足しました。ありがとうございました」との言葉があり、家族の希望に沿った看護実践ができたと考える。

今後も患者・家族のニーズに添えるよう、在宅医療を担う看護チームの一員として地域の医療・介護サービスと連携し支援を行っていきたい。

実践報告 4

一緒に過ごす時間を大切にしたい ～在宅看取りの支援を通して～

勤医協苫小牧病院
外来
看護主任

佐藤 幸



Yuki Sato

1992年　苫小牧市医師会附属看護専門学校卒業
2009年　北海道勤医協入職
2019年から現職

はじめに

勤医協苫小牧病院は2009年に在宅療養支援病院として、在宅診療部を設立した。その後、市内の在宅療養支援診療所と連携し、苫小牧市内で唯一の機能強化型在宅療養支援病院として、現在約200人の訪問診療を行っている。COVID-19の感染拡大後は在宅看取りを希望する患者が増加している。新規訪問診療患者のうち在宅看取りを視野に入れた件数は、2022年度は49件中3件、2024年度は100件中26件の依頼があり、年々増加傾向にある。

今回、A氏の訪問診療を通して、折々の対話を続けて本人が望む在宅療養を送れるように支援することの大切さを学んだので報告する。

事例紹介

A氏・90歳代・女性

●病名

#1　心原性脳梗塞
#2　右優位四肢麻痺
#3　運動性失語
#4　非弁膜症性心房細動
#5　発作性心房細動
#6　症候性てんかん

要介護5、身障1級、日常生活動作全介助　次女と二人暮らし。次女の夫は障害があり、施設に入所していた。

訪問診療導入までの経過

A氏は脳塞栓で倒れ地元近くの医療機関に入院。当初経口摂取が困難で経鼻栄養を実施していたが、リハビリテーションの継続により経口摂取が可能となり特別養護老人ホームに入所した。その後、経口摂取が困難となったことから、CVポートを挿入し高カロリー輸液の点滴が開始された。病院と施設での療養生活を合わせると3年半が経過していたため、次女は母親の在宅看取りを覚悟し、自宅でA氏と同居を始めた。次女には当初から、「少しでも口から食べさせてあげたい」という希望があり、訪問看護ステーションの言語聴覚士による訪問を月1回継続していた。ゼリー摂取から開始し、市販のミキサー食や嚥下補助食品等を3食摂取できるようになり1年が経過していた。薬物治療は点滴で対応していたが内服治療の希望があった。同居後はB医院の訪問診療を受けていたが、医療介護連携センターを通して当院に移管の相談があり、訪問診療を開始した。

当院訪問診療開始後の経過と実践

当院外来での嚥下評価の結果、ミキサー食の経口摂取や抗けいれん薬などの内服移行が可能となった。A氏が次女宅で療養生活を始めて1年が経過したころ、肺炎の治療目的で当院に入院し、経口摂取は少量の水分のみ、栄養は24時間持続点滴で在宅酸素療法と痰の吸引が必要となった。退院前のカンファレスには、次女・ケアマネジャー・訪問看護師・在宅診療部看護師・病棟看護師が参加し、在宅においても持続点滴や酸素療法など医療処置を継続することが確認された。その際、次女からは点滴継続や経口摂取に関する質問や意見は聞かれなかった。退院後、訪問看護師からの報告によって、次女が「車椅子での離床や点滴のない時間を作りたい。そのことで痙攣が起きても仕方がない。それよりも車椅子に母を乗せ、一緒に過ごす時間を大切にしたい」と希望していることを知った。在宅診療部内にて医師、看護師で次女の思いを共有するカンファレンスを行い、医師が次女に「てんかん発作の予防を考慮し、抗けいれん薬の入った点滴を止める時間は、1日3時間程度が限界である」との説明を行い理解が得られた。しかし次女の夫が急変し、点滴を外す時間を作る間もなくA氏は当院にレスパイト入院することになった。

入院中にA氏は症候性てんかんを起こし、抗てんかん薬の量が増量となり点滴を外すことができない状態となった。退院後、点滴を継続したまま自宅での療養生活を送っていたが、次女は訪問看護師に「口から食べさせたい、点滴がつながったままの最期にはしたくない。母も脳梗塞で倒れる前に胃瘻や管などにつながれた人を見て、こうはなりたくないと言っていた。倒れて話せなくなった時も、私の手を掴んで点滴と私を交互に見て、ここから出してくれ、外してくれと訴えかけているようだった。会話はできなくても母の気持ちが分かった。連れて帰ってきたのは食べるという人間らしい生活をさせてあげたかったから。肺炎になっても仕方ないです」と涙ながらに訴えた。その報告を聞き、次女の強い希望と覚悟を感じた。リスク覚悟で経口摂取の希望があることを医師に伝え、ゼリー摂取が許可された。点滴について相談しようとしていた矢先、夫が急逝し次女の精神状態が不安定となり、毎日訪問していた訪問看護師に対して怒りの感情をぶつけるようになった。「楽しく介護ができない、毎日の点滴を止めて欲しい、母の首を絞めてぶっ殺してやる、自分も死んでやる」と冷静さを欠いた発言もあり、このままでは、A氏の在宅療養の継続が困難になると思われた。訪問看護師間で共有し、訪問診療を当院に移管することになった経緯を振り返り、A氏と次女が口から食べることを大切にしていたことを改めて確認した。

希望を尊重した方針にするために、医師とカンファレンスを行い改めてA氏と次女の希望や思いを共有した。今後の治療と療養生活の継続について次女と一緒に考えるため、臨時往診で医師が「経口摂取や抗けいれん薬の中止によるリスク」について説明した。次女は「食べられなくなったらそこが寿命だ」と看取りの覚悟を示したことから、経口摂取の再開と点滴中止を決めた。その後、水分やゼリー、小豆粥などA氏が食べられる物を摂取し、点滴を止めてからは吸痰も必要がなくなった。次女の表情も明るくなり「介護が楽しい」という言葉も聞かれるようになった。その後、徐々に経口摂取も困難となり一時的に点滴を再開すると浮腫や痰の量が増加したため、次女から「自然な形で見守りたい」との希望あり点滴を終了した。数日後、A氏は次女に見守られ穏やかに亡くなった。死亡確認で訪問した医師と看護師に次女は「苦しそうではなかったです。眠っているようでした。わがままも言いましたが満足しています。私も倒れている暇はありません。やりたいことがあるんです。そんな私を母は自由にしてくれたのかもしれません」と話してくれた。

まとめ

A氏と次女の「口から食べたい」という希望は最初から最後まで一貫していた。代替栄養と治療目的で行っていた点滴が、A氏や次女にとっては苦痛だったこと、また入退院を繰り返すなかで、医療処置が次々に増え、希望していた介護ができない時期があった。医療従事者は、誤嚥性肺炎のリスクを回避したい、抗けいれん薬を止めることで発作を誘発させたくないと、治療を優先することで安全に在宅療養が送れると考えた。次女はリスクを負ってでも手料理を食べさせ、身近でA氏を感じながら介護することを大切にしたかった。訪問看護師からの情報、医師とカンファレンスを繰り返し行うことで、家族の思いを受け止め、次女が望む介護の形を支援し、最期は在宅看取りを行うことができた。

今回の事例を通して、対話を繰り返し行い、患者・家族が何を大切にし、どんな希望をもっているのかを知って尊重することが、その人らしい在宅療養につながると学ぶことができた。患者さんがその人らしく住み慣れた場所で暮らし続けることができるよう、これからも訪問診療に携わる看護師として患者と家族の思いに寄り添い、市内唯一の在宅療養支援病院として地域に貢献していきたい。

実践報告 5

老健における、生活の質を高めるための連携について考える

勤医協
老人保健施設柏ケ丘
療養生活部
看護師長

相馬 直美



Souma Naomi

1991年　苫小牧市立看護専門学校卒
同年　　北海道勤医協入職
2019年から現職

はじめに

老人保健施設柏ケ丘（以下、柏ケ丘）は、リハビリテーション（以下、リハビリ）を中心に介護と医療を提供する施設です。入所利用者（以下、入所者）の在宅生活への復帰支援と在宅継続支援をする役割を担っています。そのため施設内外の多職種と連携しながら、入所者の願いに寄り添い、生活を見据え、その人の持ちうる生きる力を最大発揮する支援を重視しています。

今回、子供がいないB夫婦の在宅復帰および在宅療養支援に関わりました。夫の急な入院を契機に、離ればなれの生活を余儀なくされた夫婦の支援過程を振り返り、改めて介護老人保健施設（以下、老健）の役割の大切さを確認しました。

事例紹介

B夫婦・80歳代

妻（要介護2）はアルツハイマー型認知症で、夫の入院を機に自宅生活が継続できなくなり柏ケ丘に入所しました。夫（要介護3）はがんの進行によって病院の緩和ケア病棟に入院していましたが緩和治療方針となり、2カ月後に退院し柏ケ丘に入所しました。緩和ケア医は本人に「予後は半年程度か、もう少し長い可能性も有る」と伝えていました。2人は中学の同級生で、妻は看護師、夫は自営業の傍ら家事を担いながら仲睦まじく暮らしてきました。妻は定年後、地域の活動に参加し交流関係も活発だったようです。しかし、この数年は夫婦ともに認知症が進行し、介護サービスや地域の友人の買い物援助などを受けて生活していました。

柏ケ丘での支援経過

妻は夫の入院直後に柏ケ丘に急遽入所したことから、夜間になると夫を心配し「自分がおかしくなる」と涙され、精神的に不安定な状況が続きました。このような中、施設内の歌会に誘ったところ、とても楽しそうな様子で参加し、歌会参加をきっかけに入所者と仲良くなり、精神的にも安定していきました。

入院中の夫は妻を心配し混乱することもあり、「退院後は妻のそばで過ごしたい」と希望したことから柏ケ丘に入所しました。夫の入所によって、2人は数カ月ぶりに一緒に過ごすことができました。2人はいつも傍にいて、消灯になると妻が車いすの夫を部屋まで送り「おやすみ」の挨拶を交わすのが日課となっていました。

施設の生活も安定してきた頃、「2人が望む今後の生活の意向」をチームで再確認しました。夫は「自分が先に逝くと思う。妻は怒りっぽい時があるので、みんなとうまくやっていけるか心配。少しでも長く妻と一緒にいてやりたい」と話し、妻は「夫の体調が心配、自分がそばでみてあげたい」と、夫婦一緒にできる限り過ごしたいという気持ちは一致していました。一方、夫は妻のそばで最期を迎えたいが、妻の介護負担を心配していました。リハビリテーションは拒否的でしたが、「自分でトイレに行けるように練習しませんか」と相談すると快く受けいれてくれました。夫は車椅子を使っていましたが、トイレでの排泄を繰り返し行うことで、自立排泄を獲得できました。

柏ケ丘退所後、B夫婦は柏ケ丘や併設クリニックと連携の強い「高齢者住宅」に入居し、柏ケ丘の通所リハビリテーション（以下、通リハ）、地域の訪問看護や訪問ヘルパーサービスを利用しながら2人で一緒に過ごす生活を始めました。

退所後の経過

夫は柏ケ丘入所中も退所後の通リハでも、歩行訓練を拒否していましたが、高齢者住宅では妻の勧めで歩いて居室トイレに行くようになり、ヘルパーが見守り支援をしていました。また、「2人でおやつを買いに行きたい」と、妻が夫の車椅子を押して外出することを希望し、介護職員が外出を支援しました。その後、夫は高齢者住宅内の自動販売機まで歩いて行けるようになりました。高齢者住宅のケアマネジャー（以後、ケアマネ）の個別性の高いケアプランと通リハの動作訓練によって、夫は通リハまで歩いて通うようになりました。通リハ職員はリハビリテーションを終えると居室までの送迎を行い、生活の様子を捉えながら支援を行いました。

施設事業所間で職員同士の情報共有と交流の場を設け、B夫婦の支援について話し合いました。高齢者住宅職員が2人の思いに寄り添い、トイレや自動販売機までの歩行の見守り、買い物での外出の支援をしてきたことが、夫の意欲的な行動につながり、さらに通リハとの連携が自立歩行につながったのではないかと振り返りました。

今後は、夫の病状の進行とともに2人の生活にどのような介入が必要か、妻が一人で生活できるのか予測を持ちながら施設間で連携を図り、状況に合わせて支援を継続することが課題と確認しました。

おわりに

がんが進行し予後が長くない夫と認知症の妻が、住み慣れた地域から離れ生活するためには、施設内外の多職種が連携し支援することが重要だと考えます。柏ケ丘に入所中は、2人の生活環境を整えながら、身体機能向上、精神的支援を中心に多職種で支援していました。夫婦で生活できる期間は限られていること、また認知症の進行で意思決定が困難になることは予測されたため、最期をどう迎えたいのかを確認し次の生活場所に引き継ぎました。

次の高齢者住宅では、ケアマネはもちろん施設内外の多職種が連携し、B夫婦の日常生活や人間関係などの環境をつくりあげていきました。その生活の変化から感じるうれしさや喜びが生活意欲を引きだし、歩く能力を取り戻すことができたと考えます。「2人で少しでも長く一緒にいたい」という願いを、病院から老健、高齢者住宅へとつないで、施設間で途切れることなく支援ができました。

柏ケ丘の役割は、医療と在宅の中間施設として、入所者や家族が、地域でどのような生活を送っていきたいのか捉えながら、入所者が持っている力を発揮できるよう支援することです。また、生活場面における支援ではリハビリテーションを提供するだけではなく、入所者や家族の思いを聞き取りながら安心できる環境をつくり、生活意欲を引き出すようにコミュニケーションを重ね、望む生活につげるために施設内外の多職種と連携しながら支援することが重要だと考えます。

今後も、柏ケ丘の機能を最大限発揮し、施設内外の多職種と連携を強化し、入所者や家族の願いを大切にした支援を実践していきたいと思います。

顔の見える連携で 地域と共に いのちと暮らしを支える看護

実践報告 6

黒松内町国保くろまつないブナの森診療所
看護師長
富樫 真紀



Maki Togashi

1996年　勤医協札幌看護専門学校卒業
同年　　北海道勤医協入職
2020年から現職

はじめに

2016年4月に北海道勤医協が指定管理者となり「黒松内町国保くろまつないブナの森診療所」が誕生してから、2024年で8年が経過した。くろまつないブナの森診療所（以下、ブナの森診療所）は家庭医療を実践する診療所として、年齢や性別を問わず体や心の問題に寄り添い診療を行っている。また、救急指定診療所として地域の二次救急を一手に担っており、24時間365日の救急受け入れも行っている有床診療所である。町内唯一の医療機関として行政や他事業所と協力し合いながら地域一体となって、「いのちと暮らしを支える活動」を行っている。

患者が住み慣れた地域で安心して暮らせるように、関係者と連携、協力しながら支援できた事例を紹介する。

事例紹介

❶近隣住民からの相談をきっかけにサービス導入ができたケース

A氏80歳代女性独居。

近隣住民から「物盗られ妄想があり最近エスカレートしてきている。具体的な個人名を出してお金を盗られたなど周囲に吹聴して困っている。周囲の人が止めても転落の危険がある場所の雪かきをする。いつか事故が起きるのではと心配。たまに来る息子は深刻に受け止めていない。専門的な介入をしてほしい」という相談が寄せられ、地域ケア個別会議※が開催された。会議には、保健福祉課職員、地区担当の区長や民生委員、駐在所警察官なども参加し、情報共有と今後の対応策について話し合った。

ブナの森診療所では、受診毎にA氏の自尊心を傷つけないような関わりを続け、信頼関係を構築していった。A氏は、もの忘れを自覚していた。さらに服薬管理が出来ていない様子があったことから認知機能検査を行い、認知症の診断がついた。離れて暮らす家族に医師が病状説明を行い、介護サービスの利用を勧めた。看護師からも定期的に家族へ近況報告を行った。地区担当の区長や警察官も定期的にA氏を見守り、家族が滞在時にはA氏の様子を伝えた。関係者がそれぞれの立場でアプローチを続けることで家族も必要性を理解しサービス担当者会議を経て、介護保険サービスを導入することができた。現在、訪問介護と訪問看護などを利用しながら、地域に見守られ元気に生活をしている。

❷中断フォローから地域ケア個別会議が開催されたケース

B氏60歳代男性独居。

内科疾患は当院に、精神科疾患は他院に定期通院をしている。ある時から診療所への受診が途絶え、看護師が電話や自宅訪問するが応答がなく、保健福祉課に相談し安否確認を依頼した。B氏は、精神科受診も途絶えており精神的に不安定な状態で自宅に引き籠っていた。食生活が乱れ食事摂取をしていない様子もあり健康面で心配な状況であった。

保健師の呼びかけで地域ケア個別会議が開催され、B氏を支援する関係者が集まり情報共有を行った。精神科主治医も参加しB氏への関わり方に対するアドバイスや今後の生活支援、関係機関での見守り体制など役割分担を行った。B氏のように精神疾患を持つ患者の療養支援では困難事例も多く関係機関との日常的な連携が欠かせない。患者の特性を理解し程よい距離感を保ちながら関係機関と連携を積み重ね、その時にできる最善の方法で支援している事例が多い。

❸役場職員からの紹介で無料・低額診療につながったケース

C氏60歳台男性独居。

役場職員から「体調が悪いが医療費が払えないからと病院に行っていない人がいる」と相談があった。すぐに受診してもらい無料・低額診療制度を利用。専門科での精査治療が望ましいと判断し勤医協中央病院へ転院。消化器がんで肺や肝臓に転移があり根治的な治療はできない状態だった。

C氏は残された期間を住み慣れた家で過ごすことを希望した。生活保護を申請し元妻の協力を得ながらギリギリまで自宅で過ごした。最期は診療所に入院し、元妻に見守られ亡くなった。役場職員の紹介から3カ月という短い期間であった。

考察

ブナの森診療所は、町内唯一の医療機関として地域から求められる役割は大きい。診療所で働く看護師として院内多職種連携はもちろんのこと、行政や他事業所との連携は欠かすことができない。地域ケア個別会議への参加や行政と協力しながらアウトリーチ活動も積極的に行っている。気になる患者には、保健師やケアマネジャーと一緒に自宅訪問へ同行し、必要時は医療へつなぐ役割を担っている。

サービス担当者会議では、ブナの森診療所では分からない患者の自宅での様子や生活状況、家族関係など知る機会となりケアプラン作成に参画する機会となる。

また、黒松内町では地域支援包括支援センターが主催する介護支援専門員意見交換会が毎月開催されている。ここでは、ケアマネジャー、医療、保健、福祉分野の仕事に従事しているものが参加し、主に高齢者の情報共有や情報交換を行っている。その情報量は豊富であり参加者全員が一人一人の高齢者のことを熟知しており、同じ町民として見守り支え合っていることがよく分かる。医療と介護がお互いの情報を統合することで患者、利用者を多角的に捉え、より良い医療や介護を提供するための相談の場にもなっている。

また、困難事例や在宅看取り事例では関係者との連携をより密に行っている。一人一人の事例を関係者と協議し振り返り経験を積み重ねていくことで、次の事例に生かすことができている。診療所で働く看護師は、患者が住み慣れた地域で安心して暮らせるように、関係者と連携を取りながらコーディネーターの役割を果たす必要がある。

おわりに

今後も町内唯一の医療機関として行政や他事業所と連携しながら、「困ったとき」「何かあったとき」にすぐに相談できる、「いつでも」「どこでも」「誰でも」受診できる診療所を目指していきたい。

※地域ケア個別会議……地域包括支援センターが開催する会議で、保健・福祉・医療などの関係機関で構成され、高齢者の支援に向けた検討や情報共有を行う場として機能するほか、研修会や困難事例の検討なども行う（第8期黒松内町高齢者保健福祉計画より抜粋）。

●参集範囲は事例によって異なる。

【A氏】保健福祉課、保健師、地域包括支援センター、担当ケアマネ、地区担当区長、民生委員、駐在所、ブナ診医師、看護師

【B氏】精神科主治医、ブナ診医師、看護師、保健福祉課、保健師、社会福祉協議会生活サポートセンター、社会福祉事務出張所ケースワーカー

看護と介護

THE JOURNAL OF NURSING CARE

Vol.51

特 集 2

新たな働き方への創意工夫

- ▶ 病棟看護補助業務の経験を通した気づきと学び
- ▶ 検査科におけるタスク・シフト／シェアの取り組み ～病棟採血への参入～
- ▶ 高齢化する入院患者の療養生活を支えるための新たな看護提供方式の取り組み
- ▶ COVID-19患者の受け入れに向けたリハビリセラピストとのタスク・シフト／シェアの取り組み
- ▶ 入浴の取り組みを通し2部署一体運営の新たなチームづくりを目指して

病棟看護補助業務の経験を通した気づきと学び

1

勤医協中央病院
放射線部
副部長

上田 晃久



Teruhisa Ueda

1990年　北海道大学医療技術短期大学部　診療放射線技術学科卒業
1990年　北海道勤医協入職
2022年から現職（放射線管理士 放射線機器管理士）

はじめに

2024年8月の北海道勤労者医療協会の技術系会議において、本部看護部長から「夜間の看護補助体制の厳しさ」について説明が行われ、看護補助業務への協力依頼がありました。以前から看護師とケアワーカーが不足している情報を得ていましたが、現在の体制がかなり厳しい状況であることを知りました。

当院は看護補助関連の加算を多数取得しており、下半期の目標に掲げている病床フル稼働の目標を達成するには、看護師と看護補助者の病棟配置人数の増強が必要ですが、看護師や看護補助者の採用は困難な状況です。人的体制を維持できずに看護加算の算定ができない場合は、北海道勤医協の経営に影響することも予測されます。これは絶対に避けなければならないと思い、「看護補助業務」への参画を決めました。

取り組みまでの経過

看護補助業務の話を聞いた時から、私自身が担当してみたいと思いました。放射線技師が病棟を行き来するのはポータブル撮影や患者搬送が多く、実際の看護現場を目にすることはほとんどありませんが、看護補助業務に携わり看護業務を間近で見ることで、さらなるタスク・シフト／シェアを発見できると考えたからです。また個人的にも、高齢の家族を抱えている身として将来役に立つのではないかと思いました。

しかし放射線部門も余裕のある体制ではなく、私も現場で撮影業務を担っています。一定期間不在となれば人手不足は避けられません。そこで、今回の提案については放射線部門として承認された上で進めるのが最善と考えました。

9月に臨時の放射線技師長会議を開催し、勤医協中央病院の看護部長から「当院の病床フル稼働に向けての看護補助体制の確保」について説明を受けました。その後、正式に看護補助者の人的体制維持への協力を10月から放射線部門で担うことを部門全体で確認しました。

実践

勤務形態は病棟での遅出勤務です。初日は各部門から看護補助者として人選された職員4人を対象に、看護補助者用の業務マニュアルなどを使ったオリエンテーションが行われ、病棟では具体的な業務のレクチャーを受けました。併せて看護補助者研修動画を視聴し、看護補助業務のイメージをつけた後、翌日から実際の病棟勤務を開始しました。

最初に配属されたのは6西病棟です。ここでは、主にベッドメイキングや吸痰瓶交換作業、夕食の配膳・下膳や残食チェック、患者周辺の環境清掃、物品の定数管理を担当しました。特に難しかったのは吸痰瓶交換作業です。交換・洗浄・乾燥までの工程を習熟するため、夜間帯の空き時間に一人洗浄室にこもり、未使用の吸痰瓶を繰り返し組み立てました。また担当病棟以外の業務として、各フロアに置かれている搬入物品整理を行いましたが、普段あまり見ることのない物品が毎日多数搬入され、配置場所を覚えるのにかなりの時間を要しました。

10月後半からは4西病棟へ異動となりました。新たな業務として各検査室への患者送迎、検査予定表配布、術後ベッドの準備などを担当。日中は面会家族の案内・予約、夜間帯は主に各種書類のスキャナ取り込み、患者プロフィールの入力、DPC入力などを行っています。

まとめ

今回「看護補助業務」は、私自身にとっても良い経験になっています。中でも検査室への患者搬送に関して新たな発見をすることができました。

私たち放射線技師は一日の検査業務をスケジュールに沿って行っており、特にX線TV検査は医師・看護師と共に検査を実施することから空き時間を作らずに効率よく進めたいと日々考えています。そのため、患者さんの入室時間が少しでも遅れると焦りが生じ、病棟への不満を感じていました。しかし、病棟で自分が「検査室への患者送迎」を担当してみると、1人の患者を検査室に搬送するだけでもかなりの労力を必要とすることが分かりました。ベッドからストレッチャーへ移動の際には複数の人員を集め、さまざまな器具やチューブ類を確認しながら行わなければならないこと、搬送間際に患者さんからトイレの訴えもあることなど、入室時間の遅れにはいろいろな要因があることを認識できました。このことは、タスクシェアを進めていく上で、自分自身の大きな学びとなりました。今後は、入室時間の連絡の際に患者情報を確認し、場合によっては病棟へ迎えに行くなど臨機応変な対応を心がけるよう放射線部門へ周知していきたいと思います。

2024年11月現在、病棟での勤務も約1カ月半が経過し一日の業務の流れも徐々につかめるようになり、効率よく短時間で行えていると感じています。今後もさまざまな業務を経験し、放射線部門の実践に結び付けて、スタッフへ共有していきたいと考えています。併せて、今回の経験を生かして協働を推進し、放射線技師の専門性を発揮できる業務についても模索していきたいと思います。

検査科における タスク・シフト／シェアの 取り組み ～病棟採血への参入～

2

勤医協札幌病院
検査科
技師長

宮島 英理子



Eriko Miyajima

1993年　弘前大学医療技術短期大学部卒業
1993年　北海道勤医協入職
2023年から現職

近年、医療の質や効率化を求める動きが強まり、北海道勤労者医療協会でもチーム医療や多職種協働を重視する医療政策が進んでいます。

私たち勤医協札幌病院の臨床検査技師は日常業務で外来採血を行っていますが、病棟採血参入が、「今までの経験や技術を生かした支援ができる」「今後の臨床検査技師の業務拡大につがるチャンスになる」と考えました。

しかし、検査科の人員体制も余裕がなかったことから、病棟採血参入にあたっては日常検査業務の掛け持ちなどの工夫で効率化を図りました。また、慣れない環境での業務に不安なく従事できるよう、事前に検査科スタッフへの丁寧なヒアリングを実施し、技師長・主任が実際に病棟採血を行うなど、約1カ月もの時間をかけて課題の明確化に取り組みました。

スタッフへのヒアリングでは、「慣れない環境での採血は不安」「困った時は、病棟看護師が相談に応じてくれるのか」「アルコールアレルギーや禁忌腕など、患者の安全を守るための情報共有はどうするのか」「採血が難しくてどうしても採れない時は、看護師に協力をお願いできるのか」など、さまざまな不安の声が上がりました。

ヒアリング結果を基に検査科と病棟役職者とが打ち合わせを行い、お互いに妥協点を探りながら調整を行い、「採血の時間帯は、外来採血が落ち着く11時～11時30分に行う」「採血が困難だった場合は、病棟看護師に協力をお願いする」「患者情報は、看護師が採血患者リストに書き込み、採血担当技師がリストを見て確認する」などを取り決めました。

検査科から「病棟採血は臨床検査技師が1人で行うことから、困ったときは協力してほしい」と依頼し、病棟の役職者やスタッフの全面的な協力を約束してもらえました。また、限られた時間内に採血を確実に行うため、リハビリテーション部に依頼し患者のリハビリテーション実施時間の調整をお願いしました。

病棟採血を始めて3カ月後、検査科スタッフと病棟看護師にアンケートを実施しました。

検査科スタッフからは、「病棟で分からないことがあっても聞きやすい雰囲気があり、検査科の病棟採血参入を快く受け入れてくれていると感じる」「慣れるまでは採血時に困ることも多かったが、難度の高い患者さんの採血経験がとても勉強になった」「外来採血に比べて難しい患者が多いと感じたが、さまざまな条件下で採血を行う経験はとても新鮮で、挑戦できたことが手技の成長につながっていると感じた」など病棟業務に対して好意的な意見や病棟スタッフへの感謝の言葉が多く聞かれました。

臨床検査技師は普段、患者の血液や尿といった検体の情報しか得られませんが、実際に患者に接することで全体像を知ることができました。また看護師業務を身近で見て、適切な患者ケアや看護業務の大変さを学べたことは大きな収穫でした。多職種との交流が増えたことで、以前よりも仕事がしやすくなったと感じているスタッフがほとんどで、病棟採血業務で得られた知識や経験がスタッフの成長にもつながっていると感じます。

臨床検査技師が採血管準備から採血業務、結果報告までを一貫して行うことが、看護師の業務負担軽減という一面だけではなく、試験管の取り間違えや、溶血・凝固、採血量不足などの防止にもつながります。

病棟看護師からは「とても助かっている」「採血にかかる時間を患者のケアに充てられ、受け持ちの業務軽減になっている」など、採血の一部を検査科が担うことで患者のケアや受け持ち業務に余裕が生まれ、業務改善につながっていることが分かりました。

その後再度、病棟と検査科の役職者で振り返りの場をもち、アンケート結果の共有と具体的な困りごとや問題点について話し合いました。共有した課題や問題点は、すぐに改善されたため、検査科スタッフはさらに病棟採血業務がしやすくなり、信頼関係も深まりました。

今回の病棟採血参入というタスク・シフト／シェアで、病棟と検査科でお互いに協力しながら信頼関係を築けたことは、検査科スタッフの働きやすい環境につながり、モチベーション向上にもつながりました。

慣れない環境下で、病棟スタッフの協力が得られなければ、病棟採血の継続は難しかったかもしれません。またタスク・シフト／シェア全般に対してもネガティブな印象になってしまう可能性もありました。

タスク・シフト／シェアを成功させるためには、相互尊重のコミュニケーションが大切であり、お互いを思いやり寄り添う気持ちを持ちながら良好な関係を築くことが何よりも重要です。専門性を生かした良好なタスク・シフト／シェアは、ケアの質を向上させ患者の満足度を上げることにつながると考えています。





3

高齢化する入院患者の療養生活を支えるための新たな看護提供方式の取り組み

勤医協
札幌西区病院
副看護部長

蒲原 ゆかり



Yukari Kanbara

1995年　勤医協札幌看護専門学校卒業
同年　　北海道勤医協入職
2021年から現職

はじめに

当院は障害者一般病棟、地域包括ケア病棟に介護医療院を併設した慢性期病院である。ポストアキュート、サブアキュートとしての役割を担い、患者・家族の願いに寄り添った療養支援とともに次の療養先へつなぐ退院支援や終末期ケアを行っている。

日本は少子高齢化社会を迎えて高まった医療介護の需要に対し、人手不足が深刻な問題となっている。当院の入院患者も生活全般に介護の必要な高齢者が大半を占めている。ナースステーションでは離床センサーやナースコールがいくつも鳴り、タイムリーにケアニーズに応えることができず、看護師の負担が大きくなっている。そのため空床ができても食事介助や見守りなどが必要な要介護者の入院をスムーズに受け入れることが難しく、ポストアキュートとしての役割を担う上で人材不足が課題になっていた。

これまでタスクプロジェクトを立ち上げタスク・シフト／シェアやリハビリテーション部門との協働などに取り組んできたが、今後も増え続けていく要介護高齢患者のケアニーズに限られた人員で応えていくためには業務の効率化が必要であると考えた。

そこで、外来や地域連携室の看護師とリハビリテーション部門のセラピストに、半年の時差勤務支援を依頼し、その間に病棟での看護提供方式を見直すこととした。今回、その取り組みの経過と課題について述べる。

管理実践

看護提供方式を変える場合、成果につながるまでの負担が大きいため、現場で推進していく看護師長との意思統一が重要であると考えた。看護師長会議では現状の課題として「重介護ケアに追われてスタッフが疲弊していること」が語られた。目指すべき目標については、「患者へのタイムリーなケアの提供」「業務のムダをなくし看護師の負担を軽減する」「看護師にやりがいを感じてもらう」であると確認した。これらの課題解決と目指すべき目標を実現するために考えたのが、看護提供方式の見直しである。看護師の動線を最小限にし、患者のそばで必要なケアを速やかに提供することを目的とした「セル*看護提供方式®」を参考に検討を行った。看護師一人当たりの受け持ち患者数を減らすため機能別看護方式を廃止し、時差勤務者も含め受け持ち看護師を増やすこと、病棟を3～4つのエリアに分けて同エリアの看護師が互いにサポートしながら患者のそばでケアを提供することを提案した。

看護提供の具体的な見直しについては、現場の動きをもっとも理解している主任を中心に進めることとし、定期的に病棟主任間でイメージのすり合わせや進捗状況を報告し、全体調整が必要なことを確認し合った。その中で病棟によって処置内容、構造、時差勤務に入る職種の違いがあり、院内で看護の提供の仕方を統一するのは難しい状況なども見えてきた。取り組むスタイルや開始時期はそれぞれの病棟で着手できるところから実践していくこととし、看護師が充足している期間に合わせて日程を組み、事前シミュレーションを経て実践を開始した。

取り組み開始後は、想定していた受け持ち看護師の人数で体制を組むことができず、一部の業務は機能別看護方式で提供している。エリア内でサポートし合う体制を組むのは難しい状況である。一方で、電子カルテの更新でノートパソコンが充足したことから、患者のそばで患者を見守りながら、記録するスタッフも多く見かけるようになった。現場からは、「患者のペースに合わせてケアができるようになった」「新人看護師は受け持ち業務を中心に看護スキルを習得でき、成長のスピードが早まった」などの声が上がった。

また、これまでより多くの入院患者を受け入れできるようになり、ポストアキュートとしての役割を果たすことにつながっている。

まとめ

今回の取り組みは始まったばかりであるが、高齢化する入院患者の療養を限られた人員で支える体制づくりに向けて一歩踏み出すことができた。

しかし、目指すべき目標には到達しておらず、取り組みの経過途中で看護職員数の減少もあり、看護師の負担軽減に対する課題が残されている。それでも少しずつ変化してきているのは、現場の看護師が限られた人員の中で「患者の思いに寄り添い最良のケアを提供したい」と、日々の工夫と努力を続けているからである。認知症などによって自分の意思をスムーズに伝えることができない要介護高齢者が増える中、一人一人の尊厳を大切に患者に寄り添ったケアの実践は看護師のやりがいにもつながっていくと考える。目標として掲げた「患者へのタイムリーなケアの提供」「業務のムダをなくし看護師の負担を軽減する」「看護師にやりがいを感じてもらう」を実現するためにも、看護師の働き方改革は急務である。

労働人口の急減に伴い医療現場での人手不足が深刻化する中で、増え続ける要介護高齢者の療養生活を支えていくために、現場の看護師とともに働き方の創意工夫に取り組んでいきたい。

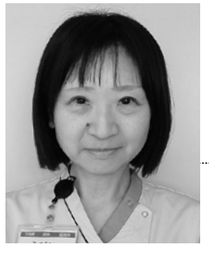
＊セル看護提供方式®
看護師の生産性向上を目標に，製造業におけるセル生産方式を応用した看護提供方式。日勤看護師全員が患者を均等に受け持ち、看護業務のムダを徹底的に排除した病室内で看護を完結させるのが特徴で、看護師の労務環境の改善、患者の転倒・転落や褥瘡の発生件数減少にも貢献すると注目を集めている。

COVID-19患者の受け入れに向けたリハビリセラピストとのタスク・シフト／シェアの取り組み

4

勤医協
苫小牧病院
3病棟
看護師長

蝦名 百恵



Momoe Ebina

1995年　勤医協札幌看護専門学校卒業
同年　　北海道勤医協入職
2013年から現職

はじめに

勤医協苫小牧病院は急性期一般病床、地域包括ケア病床、回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）を持つ80床の病院で、在宅療養支援病院として地域の訪問診療の約8割を担っている。2023年5月にCOVID-19が5類感染症に移行した。翌年5月から回リハ病棟で、COVID-19患者の入院受け入れを開始した。在宅管理患者や外来かかりつけの患者がCOVID-19に感染し入院加療が必要となった場合に受け入れを行っている。

COVID-19患者の入院受け入れについては、さまざまな不安があったが、病院の方針である「地域のいのちと健康を守る。当院が地域から求められている役割を最大限発揮する」ことの実践であると一致できた。感染対策を励行しながら患者を受け入れるためには夜勤帯のマンパワー不足を解決する必要があり、リハビリテーションセラピストによる時差勤務（早出、遅出）の導入を行った。リハビリテーション部門と共に取り組んだタスク・シフト／シェアの実践ついて報告する。

実践経過

回リハ病棟でCOVID-19患者の入院受け入れをすることが病院の方針として決まり、2023年10月病院管理部から病棟部会で説明を受けた。スタッフからは、夜勤帯の受け入れの際の他患者への安全面確保に対する不安やCOVID-19患者の急変や臨時入院時の受け入れ対応に関してなど、さまざまな不安の声が上がった。

受け入れ準備として、自部署とリハビリテーション部門の役職者で、具体的な業務のタスク・シフト／シェアについて検討を行い、業務内容や入院受けのチェックリストを作成し、職場会議で共有した。また、説明会で出された不安や心配事などの意見に対するフィードバックを行った。オムツ交換や体位変換については、リハビリテーションセラピストの希望を受け、介護福祉士を講師に演習による実践的な学習会を行った。

受け入れ開始後は、業務負担が大きい入院受けをした看護師から1事例ごとに聞き取りを実施した。以後は毎月の部署会議で困り事や改善案などを討議した。業務内容やチェックリストの活用実態、リハビリテーションセラピストとのタスク・シフト／シェアで気になることなど、さまざまな意見が出たことから、自部署とリハビリ部門の役職者で課題を整理し、その都度業務改善を行った。

受け入れ開始直後は入院当日夜間の急変が続き、二次救急病院への搬送やキーパーソンの施設管理者に連絡が取れないなど、想定していなかったことが続いたことで、スタッフの不安や負担感が大きかった。

また病棟には食事介助を必要とする患者が常に10人前後いることから、看護師はその日の患者の状況に応じて優先度を判断し介助に入っていた。しかし、リハビリテーションセラピストは食事介助支援もADL訓練の一環として患者選定を行っており、看護師が食事介助を優先してもらいたいと考えている患者とリハビリテーションセラピストが選定する患者が一致せず、食事介助患者の支援介入で混乱が生じた。

混乱を解消するため、病棟とリハビリテーション部門の合同臨時ミーティングを開き、お互いの働き方について共有した。その後は、看護師があらかじめ食事介助に介入する患者選定を行い、リハビリテーション部の役職者が食事介助支援のスケジュールを調整し、さらに時差勤務者が入る食事介助患者を体制版に表記することで混乱は解消された。こうした調整は職種の違いによる働き方や考え方に相違があることへの理解にもつながった。

受け入れをしていく中で、さまざまな不安や困り事などが出てきたが、一つ一つ解決して進めてきた。回リハ病棟でCOVID-19の治療が完遂できた患者や家族が退院の際「入院できて安心した。こうして元気に退院できることができて本当によかったです」と話していたことを若手スタッフが部署会議で発言し、改めて地域の患者からCOVID-19患者の入院受け入れが求められていたのだと皆で再確認することができた。

その後も時差勤務の業務内容については、患者の安全を最優先に考え、お互いが働きやすいように意見を毎月集約し、リハビリテーション部門と確認しながら業務改善をその都度行っている。回リハ病棟で働く看護師、介護福祉士、リハビリテーションセラピストがそれぞれに専門職としての役割を発揮しながら、協働するタスク・シフト／シェアに取り組んできた。病棟スタッフが安心して業務や患者対応にあたることができていることをリハビリテーション部門に伝えたところ、リハビリテーションセラピストのモチベーションの向上と「自分たちが本当に役に立っているのか」という不安の解消につながったことが分かった。

今後も引き続き双方のスタッフから、困り事や業務改善案などの意見を定期的に確認し情報共有しながら、リハビリテーション部門と協働のタスク・シフト／シェアを進めていきたい。

おわりに

COVID-19患者の入院を受け入れるにあたり、リハビリテーションセラピストによる時差勤務の導入を行ったが、それぞれの職種が専門性を発揮し、患者に提供できるケアを追求していけるように整えていくことが管理者として大事な役割であると実感した。また異なる職種だからこそ、お互いをより理解し認め合い、一緒に働く大切な仲間としてタスク・シフト／シェアを推進していくことが、医療と介護の質の向上につながると確信した。

入浴の取り組みを通し 2部署一体運営の 新たなチームづくりを目指して

5

勤医協
老人保健施設柏ケ丘
療養生活部
介護長

吉呑 麻衣子



Maiko Yoshinomi

2003年　学校法人吉田学園 札幌総合福祉専門学校 介護福祉学科（夜間課程）卒業
2003年　北海道勤医協入職
2022年から現職

はじめに

老人保健施設柏ケ丘（以下、柏ケ丘）は一般棟40床、認知症専門棟40床を有する入所施設（以下、入所）、通所リハビリ（以下、通リハ）と訪問リハビリの事業展開をしています。経営や介護職確保の困難を背景に「働き方改革」が強く求められる中、2024年度はさまざまな業務改善やシェアを進めました。中でも入浴業務は、入所職員と通リハ職員の垣根を超えて取り組み、業務の効率化を進めただけでなく、「入浴」をケアとして振り返る機会になりました。その取り組みを紹介します。

経緯・成果・課題

柏ケ丘の入浴設備は1階の浴室内に、大浴槽、個浴槽、機械浴（ストレッチャー浴、ミスト浴）があります。午前は通リハ利用者、午後は入所者が入浴し、各部署の職員が担当していました。午前中の通リハの入浴は、9時30分以降順次開始します。交通事情などの影響で送迎車の到着が遅くなると開始時間が10時を過ぎ、昼食の時間までに終わらないこともあります。午後の入所者の入浴は、限られた時間内に介助を要する入所者を特定の職員で入浴業務を完結させる必要があることから、職員には「入所者を移送する動線の長さや介助量の多さによる体力的な負担」「機械浴移動介助時の転倒リスクなど安全面の不安」「人員不足で時間に追われるストレス」などがありました。

これらの職員の現状から、介護福祉士主任（以下、介護主任）は業務の見直しが急がれると認識し、中堅スタッフ4人と「入浴プロジェクト」を立ち上げました。まずは通リハ利用者到着までの朝の時間帯に浴室を有効活用する方法を検討しました。通リハの職員は9時から浴室準備などの業務を行いながら、利用者の到着を待っています。その待機時間の約1時間を活用し、通リハの職員と入所の職員が協力し、入所者の入浴を実施しました。次に9時30分以降の通リハの入浴では、通リハ職員と入所の職員がそのまま介助を継続し、午後の入浴では入所職員だけでなく通リハ職員が参入し介助する「一体運営の取り組み」を進めていきました。

この取り組みによって、職員の働き方も大きく変化しました。通リハは、重介助者や難しい個別ケアが求められる利用者も多く送迎業務に人手が必要になることから、入浴介助に関われる職員が限られてしまう状況もありました。しかし、一体運営によって2つ部署の職員同士が協力し合って入浴介助を行うことで、各職員の負担を分散することができました。また、入浴業務に限らず、限られた職員で行っていた業務に他の職員が参入し、皆が個々の役割を発揮できるようになりました。午後の入浴数が減ったことから入浴介助業務が早く終わり、業務全体にゆとりが生まれました。また入所職員が、通リハに通う利用者の入浴介助に関わることで自宅での生活状況を把握でき、入所者の退所後の生活をイメージしやすくなり、自立支援視点の情報を得る有用な機会にもなっています。

一体運営を進めるに当たっては、それぞれの部署で介護主任を中心に「職員の不安や困難」を聞き取り、入浴順や優先度の明確化、誘導手順や入浴表の改訂など、一つ一つの課題について「どうやったらできるのか」を考え抜き改善していきました。

これまで通リハでは機械浴の運用に苦慮していました。レビー小体型認知症のあるA氏には両下肢の屈曲拘縮があり、理解力の低下も著しく協力動作が得られないことから浴槽を跨ぐ動作が困難です。本来は機械浴の適応ですが、午前中の時間内に入浴装置を使うマンパワーが不足していたことから、シャワー浴で入浴介助を行っていました。一体運営となったことで、午後の入所者入浴の時間に余裕が生まれ機械浴での入浴が可能となりました。元々温泉が好きだったA氏にとって、湯船に浸かって温まることが緊張を緩和し、リラックスできる心地よい時間へと変化しました。入浴には身体の清潔を保つだけでなく、皮膚や全身状態の観察、心身機能を高め、リラックス効果を得られるなどの目的があり、心身の健康を維持する上で重要な役割を果たします。業務効率化優先の議論になりがちな中で、改めて利用者にとっての「入浴」を考える機会ともなりました。また入所者に入浴時間の目途を知らせることができるようになり、脱衣所での待ち時間も減少したことから、午後の余暇時間をゆったりと過ごせるようになりました。

一体運営が軌道に乗った頃に行った職員会議では、安全で快適な入浴を提供する前提で活発な意見交換がされ、「入浴表にADLや介助のポイントが記載されていると良い」「当日の入浴担当職員の見える化をしたい」など、情報共有やコミュニケーションに関わる課題が明らかとなりました。解決すべき課題は残っていますが、厳しい体制の中でも、一人一人が持ちうる力を主体的に発揮し、チームとしてケアを提供する強みを再確認できました。利用者の人権を尊重し、その方の生活を丸ごと支えるケアの実践を追求し続けたいと思います。

考察

少ない人員の中でも「一体運営の取り組み」を進め、さまざまな業務整理と改善を行ったことで、「個別性に応じたケアの提供」や「細やかな観察による皮膚異常の早期発見」なども実践できるようになりました。一方、入浴介助は利用者のプライバシーに深く触れるため、顔なじみの職員が関わる優位性が有り、利用者から「顔なじみではない職員からケアを受けることへの不安」も聞かれました。個々人の性格や心身の状態を把握・理解し、安心いただける入浴介助を提供できるよう努めたいと思います。そのためには入所と通リハの職員間の情報共有や連携強化が必要です。また職員は、相手のペースに合わせた丁寧なコミュニケーションを意識し、常日頃ごろから挨拶や声かけなどを積極的に行い顔なじみになることで、利用者と信頼関係を築き深めながら、満足度を高めるケアに努めたいと考えています。

看護と介護
THE JOURNAL OF NURSING CARE
Vol.51

コラム

令和６年能登半島地震支援

▶ 病院救急救命士のJMAT派遣報告 ～救急救命士は二刀流～
▶ 能登半島地震における統括JMATとしての活動報告
▶ 能登半島災害支援へ参加して
▶ 震災2カ月 輪島で感じた災害時の覚悟と備え

1

病院救急救命士のJMAT派遣報告
～救急救命士は二刀流～



Sota Kawabata

2018年　北海道ハイテクノロジー専門学校 救急救命士学科卒業
2022年　北海道勤医協入職
2022年から現職

勤医協中央病院 救急センター
救急救命士
川端 崇太

２０２４年１月１日発災の能登半島地震支援の日本医師会災害医療チーム（以下、ＪＭＡＴ）北海道第１陣（１月18日～１月25日）として当院ＪＭＡＴ派遣が決定した。今回は中央病院から初めて救急救命士が派遣となり、医師１人、看護師１人、救急救命士１人、ロジスティックス担当事務職員１人のチーム構成となった。

今回のＪＭＡＴ派遣では現地での活動に考慮し、当院搬送車で被災地へ入った。「被災地での機動性が高いこと」「支援物資や医療物資、チームで使用する物品を運搬できること」「移動時に緊急走行ができること」などからフェリーでの現地入りが最善であると判断した。苫小牧東港から敦賀港までは約20時間の船旅となった。

石川県到着後は、石川県庁のＪＭＡＴ本部でチェックインの手続きを行い、拠点病院である穴水総合病院に向かった。道中は穴水町に近づけば近づくほど危険な道路状況となり、反対車線の陥没、家屋の倒壊、土砂崩れなどの光景が広がった。通常１時間半程度の移動時間が、道路状況の悪化と支援に向かう車両数の多さから３時間を要した。

穴水総合病院到着後、われわれが行う業務は避難所の巡回と決定した。活動期間中は４カ所の避難所を計７回訪問し、バイタル測定、血糖測定、薬剤の処方準備、処方薬の検索と照合、医師の診察補助などの業務を実施した。合わせてＪＭＡＴとして重要な業務の１つである避難所の生活状況、支援物資状況の情報収集も行い、その内容を本部へ報告した。正解も不正解もない、常に臨機応変な対応が求められる環境下で、迅速な判断と被災者に丁寧に寄り添う対応の日々が続いた。腰痛の高齢者に痛み止めと貼付剤を処方したところ「ありがとう」と涙を流していた姿が強く印象に残っており、当たり前の日常が当たり前ではないということを強く感じた。

帰りに乗船予定のフェリー（新潟⇓小樽）が天候不良で欠航となった。石川県から茨城県まで約９時間かけて当院搬送車で横断し、大洗港からのフェリーに変更して帰院することとした。このような予測できない事態もチーム全員で対応しながら前に進めたことは、今後の活動をしていく上で貴重な経験となった。

救急救命士は、調整や連絡業務のエキスパートである。日々の搬送業務を通して、院外での救命救急処置や連携活動の能力と自信を高めている。このスキルは災害派遣においても生かすことができる。また、被災者へのケアと口ジスティックス業務の両輪での活躍が可能であり、チーム内で役割を発揮できた。

医療行為とチームサポートの二刀流である救急救命士は、今後の災害派遣チームに必要不可欠な存在になると強く感じている。

※ＪＭＡＴ（Japan Medical Association Team）とは

被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援することを目的とする災害医療チームである

2

能登半島地震における
統括JMATとしての活動報告



Momoe Tanima

1995年　勤医協札幌看護専門学校卒業
同年　　北海道勤医協入職
2022年から現職

勤医協中央病院 ４西病棟
看護師長
谷間 百恵

２０２４年１月１日に発災した能登半島地震に対して日本医師会災害医療チーム（以下ＪＭＡＴ）が派遣され、石川県において支援活動が行われていた。当院からはすでに第一陣が派遣され、私は第二陣として派遣された。第二陣は直接的な被災地への支援ではなく、「統括ＪＭＡＴ」という勤医協中央病院としては経験のない任務だった。統括ＪＭＡＴは、被災地の医師会を支援しながら情報の把握・評価を行って日本医師会に発信するとともに、現地におけるＪＭＡＴ活動を統括する任務である。今回はその活動について報告する。

第二陣のメンバーとなった私は、被災地の避難先や地域に対する医療支援を想像していたので、統括ＪＭＡＴのイメージが持てないまま２月８日に札幌を出発した。石川県庁へ到着と同時に医師、看護師、ロジスティクスに分かれ、統括ＪＭＡＴの活動内容や方法の説明を受けた。初日は数時間の引き継ぎのみだったため、無事に任務を果たせるか、不安でいっぱいであった。

統括ＪＭＡＴとしての活動が始まると、医師は毎日入れ替わるＪＭＡＴに「支援活動のオリエンテーション」を行い送り出す。ロジスティクス（当院は救急救命士と事務が担当）は各ＪＭＡＴから報告される活動内容や宿泊施設を含むデータを集約する。看護師は主に各都道府県から派遣されるＪＭＡＴの活動期間や派遣先などを最終確認し、活動予定を適宜修正、活動拠点ごとに隊数を把握できるように情報を整理した。

震災発生から約１カ月が経過しており、現場からは多様なニーズが寄せられた。例えば被災した地域の医師が医療を再開するための支援が欲しいという要望に対して、予定していたＪＭＡＴの派遣先を避難所から医療機関へ変更するなどの調整を行った。求められるニーズに対して派遣できるＪＭＡＴの不足もあり調整が難しい場面もあった。夕方には寄せられた情報をもとに、医師が日本医師会と石川県医師会、３カ所ある派遣地域統括と情報共有を行い、翌日以降の活動調整を行った。２月12日までの５日間の活動を予定通り終えたが、最終日になっても後任が決まっていない状態であった。被災地支援活動の要請を受け能登半島へ移動中のチームに「統括ＪＭＡＴ」への変更を依頼し、ようやく後任が決まった。

私にとって人生初めての災害支援となった今回の活動は、初めは自分たちが果たすべき役割が曖昧で不安だった。日ごとに少しずつ周囲が見えるようになり、引き継ぎが繰り返される中で、各ＪＭＡＴがより業務を円滑に行えるよう、それぞれが考え行動し、課題解決のための業務改善を経験し、難航した次の隊への業務引き継ぎを無事行うことができた。

統括ＪＭＡＴで活動するためには専門的知識や災害支援経験が求められるが、当院のチームはそのような経験値は持ち合わせてはいなかった。しかし今回、不十分な場面はあったが、統括ＪＭＡＴの一員として役割を担うことができた。胆振東部地震の際、当院が災害時基幹病院として活動したこと、さらには日頃から多職種と協働して日常業務を実践していることが、今回の役割を果たす力になったのではないかと振り返る。災害に関する研修で得られる知識は重要であるが、被災地の支援活動の実践では日常の医療活動の実践が力になることを実感する機会となった。今後も当院の強みである「多職種と協働する力」を災害支援で生かしていきたい。

参考文献：公益社団法人日本医師会
「ＪＭＡＴ要綱」
https://www.med.or.jp

3

能登半島
災害支援へ参加して



Saori Konno
1991年　苫小牧市医師会看護専門学校卒業
1993年　北海道勤医協入職
2002年から現職

勤医協伏古10条クリニック
看護師
今野 沙緒理

勤医協に入職してから、病院外での活動や災害時支援の報告を聞いて、自分もいつか参加したいと思っていました。今回の能登半島地震の被災地支援への参加は、年齢的に「今しかない」と考えたこと、家族も賛成してくれたことから実現しました。

2月19日、能登北部へ。前泊した金沢駅前には地震の影はみじんもなく、名所の鼓門は人で賑わっていました。翌日、バスで輪島診療所を目指しました。輪島が近づくにつれ、家は崩れ、穴ぼこで迂回路だらけの道はうねり、バスは大きく揺れました。地震の凄さを目の当たりにし、バスの中には言葉にならない声がもれるばかりでした。

2日目は友の会会員宅のがれき撤去作業を行いました。外から見るだけでは分かりませんでしたが、家の中は足の踏み場もない状態でした。一つずつ家主に確認しながらゴミ袋に入れていく作業中に、がれきの中からドラえもんのぬいぐるみが出てきました。家主の妻が大切にしていたものでした。「私のお守りドラちゃん、大好き、探していたの、うれしい」と大喜びする姿を見て、あたたかい気持ちになりました。片付いた家を見て「一歩進んだね」と、私がなんとなくつぶやいた言葉が、支援中一緒に作業した仲間との合言葉になりました。

午後は他県の職員とペアを組み地域訪問にまわりました。家が傾き、マンホールが飛び出し、段差だらけの道を歩く中、地鳴りとともに震度3程度の余震が発生しました。恐怖しかありませんでした。

そんな環境に耐えながら生活している輪島の人たちに、「診療所です」とあいさつしただけで会話が始まり、「さっきの地震もすごかったね、大丈夫だった?」と私たちを気づかってくれました。輪島診療所が地域に溶け込んで活動していることを感じ、日ごろからの地域交流の大切さを学びました。

訪問中、半崩壊した一軒の家に目が止まりました。割れた大きな窓の近くに置かれたギャッジベッドには布団も敷かれ、カーテンが風に揺れていました。ついさっきまで誰かが寝ていたような光景に、「このベッドを使っていた人はどうなったのか」と涙がこぼれてきました。

支援が決まってから、職場の師長から「自分にできること、自分らしい支援をしてきてください」と言われ、どんな支援ができるのかをずっと考えていました。

札幌を出発する前に「輪島のデイサービス再開」を知って、自宅から色画用紙を持参しました。2日目の支援を終えた夜、シャワーの順番待ちの間に、他県連の支援者のみんなにひな祭りのポスター作りをお願いしました。「作ったことないけどお花なら作れそう」「葉っぱだけでもいいかな」とスマホ片手に図柄を選び、はさみとのりで工作しました。完成したポスターをデイサービスの白板に貼り、「明るくなったね、利用者さんびっくりするかな、喜んでくれたらいいね」と記念の写真撮影をしました。

2月21日、札幌に戻ってからも、遠い場所からできることは何かを考えていました。輪島診療所の職員は笑顔で仕事をしていましたが、自身も被災し避難所から通勤していました。毎日、同じジャージにジャンパーを着込んで化粧もできません。下水道が通じていないので洗濯するのも大変です。その現状を白衣の通販会社にメールで伝えると、診療所職員にポロシャツを贈ってくれました。

現在、全国から支援活動をした職員300人超えのLINEグループがあります。毎月初めには輪島診療所の職員が近況報告を送ってくれます。サークル活動が再開したことや仮設住宅の住み心地、輪島や近隣の街のようすなどです。

2024年9月の奥能登豪雨による河川氾濫や土砂崩れなどの被害が発生した時は、何もできないことを悔やむばかりでした。私の支援報告を見た職員が「大事なのは忘れないこと」という言葉をくれました。「忘れないこと」は、今の私がいつでもできることです。毎月1日には能登のことを思い、いつか復興した能登半島に行きたいと思っています。

4

震災2カ月
輪島で感じた災害時の覚悟と備え



Sumie Echizen
2002年　勤医会東葛看護専門学校卒業
2005年　北海道勤医協入職
2019年から現職

勤医協上砂川診療所
看護師長
越前 寿美恵

私は阪神淡路大震災時、支援要請に応える準備はしていたものの予定よりも早く支援が終了し、現地へ出向くことができなかった経験があります。2024年1月に発生した能登半島地震では少しでも被災者の役に立ちたいと考え、2024年2月26日から2泊3日で支援に行くことを決意しました。

震災から2カ月が過ぎようとしていましたが、輪島診療所周辺は未だ断水が続き、崩壊家屋は手つかずの状況でした。1階が車ごと押し潰された建物、道路の歪みで突出したマンホールなど地震の爪痕が残ったままでした。行き交う人の姿はなく、夜に明かりが灯る建物もわずかで、人々の生活の音も街から消えていました。

震災支援の準備資料には「できることは限られている」と記載があり、受け入れ先の負担にならないように心掛けました。

1日目、診療所の外来支援と合わせて、友の会員宅への訪問行動が始まりました。全国から集まった支援者と地元の友の会会員が組んで会員宅を1軒1軒訪問し、被災後の手続きパンフレットを渡しながら困り事など聞いていきました。市街地のほとんどの家屋には「全壊」を意味する「危険」と書かれた赤い紙が貼られていました。震災によって生活の場が奪われ、その家には二度と住むことはできません。避難先は金沢市や遠くは名古屋市の方もおり、ようやく会えた会員さんは、たまたま家の片付けに帰ってきていた方で名古屋市の避難先に戻るところでした。現在の困り事の多くは家の片付けでした。訪問後に友の会事務局と話し合い、翌日からは訪問行動と合わせて高齢夫婦宅の家の片付け作業を手伝い始めました。

2日目、診療所の2階から簡易階段で3階へカルテを運んでいる時に大きな余震がありました。一緒に作業をしていた診療所職員に「無理をするな。こんなところで命を落とすのはばからしい。危ないと思ったらすぐに逃げろ!」と言われました。これまでも幾度の余震に見舞われている建物はいつ何があってもおかしくはありません。私は、「自分の命は自身で守るしかない、自身への危機感を持たなければ自ずと死を招いてしまう」と気付かされました。

診療所職員は、被災しながら地域医療を支えていました。所長を先頭に職場に寝泊まりし、週末だけ家族の待つ避難先で過ごし、また毎日片道2時間かけて通勤している職員もいました。地域医療を担う医療従事者としての使命感やその地域で暮らす住人としての覚悟を感じました。

また、診療所職員が震災当時の避難所での集団生活のようすを話してくれました。「断水で排泄物が流れない」「ルールがない中で気になる人が掃除をしていた」など、避難所における共有空間での他者の視線・音・睡眠・温度・食事・衛生面・感染症問題など、一つ一つが想像を超える多大な精神的・肉体的苦痛になっていたことが理解できました。私の支援期間はわずか3日間でしたが、排泄物問題を意識し、食事量、水分摂取を控えていたので痛感せずにはいられませんでした。

これまでも日本は震災をはじめ多くの災害を経験しています。緊急時、市町村の域を越えた自治体支援、全国要請など各コミュニティと連携し住民が互いに支え合うことが重要です。当たり前に過ごしている日常が災害によって非日常になり、自分自身が被災者となるかもしれません。各々が日頃から防災用品の準備や避難場所の確認を行うだけでなく、地域のコミュニティを大切にしていくことも重要であると考えます。今一度、職場を含めた災害時の行動や備蓄品を再確認しておく必要があると思います。

最終日前夜、共に行動した支援者たちと色画用紙で雛飾りを作り、寝泊まりの場所として使用していたデイサービス施設のホワイトボードに飾りました。利用者さんや職員の方が「少しでも明るい気持ちになれますように」との願いを込めました。翌日、雛飾りの前でデイサービスに入った支援者と笑顔の利用者さんが一緒に写った写真がLINEで届きました。

被災後の殺伐とした風景と心に色を足すことの大切さも学ぶことができた貴重な3日間でした。

看護と介護

THE JOURNAL OF NURSING CARE

Vol.51

卒後研修の取り組み

▶【看護師：1年目】患者の状態によってケアを変更していくことの重要性

▶【看護師：2年目】患者の心理的状況に合わせた援助の重要性

▶【看護師：3年目】A氏が下肢痛と向き合いながら在宅生活を続けるための退院支援

▶【介護福祉士：3年目】患者の置かれている生活実態を捉えその人を支える社会福祉を考えた介護実践から学んだ地域における自部署の役割

2024年度 北海道勤医協看護部門 研究発表

看護系学会						
地域	日本腎不全看護学会 CKDLN北海道地区セミナー	Web	2024.10	治療選択に関連した意思決定支援	中央病院 5西病棟	袖城 久美
	札幌医科大学クリティカルケア看護研究会 看護学生向けセミナー	札幌	2024.12	卒後看護師に聞こう！ 救急・ICU・手術部のシゴト	中央病院 救急センター	奥野 未来

看護系以外の学会						
全国	日本プライマリ・ケア連合学術大会	静岡	2024. 6	がん終末期の在宅看取りにおけるデスカンファレンスの 取り組み	くろまつない ブナの森診療所	館 たまき
	第18回日本透析クリアランスギャップ 研究会・学術集会	札幌	2024. 8	パネルディスカッション 院所における腎代替療法選択外来の現状と課題	中央病院 5西病棟	袖城 久美
地域	第5回日本フットケア・足病医学会 北海道地方会学術集会	札幌	2024. 7	糖尿病性足潰瘍の再発予防に自宅訪問が効果的であった 1症例の報告	中央病院 血液浄化センター	岩佐 恵奈
	日本集中治療医学会 第8回北海道支部学術集会	帯広	2024.10	ICUダイアリーが遺族へもたらす効果	中央病院 ICU	大森 あすみ
				機械学習を活用したICU患者の8時間毎の せん妄予測モデルの構築ー中間分析ー	中央病院 ICU	今井 けい
	第48回北海道救急医学会学術集会	旭川	2024.10	院内救急救命士による迎え搬送の現状と課題＜優秀演題賞＞	中央病院 救急センター	岩尾 祐弥 （救急救命士）
				院内救急救命士としてのJMAT派遣報告	中央病院 救急センター	川端 崇太 （救急救命士）
				コロナ禍後の救急車同乗研修再開から見えた意識変化と課題	中央病院 救急センター	高橋 大介
	第29回札幌感染管理研究会	Web	2024.12	感染対策の質向上をめざして～病院機能評価の視点から	中央病院 感染制御室	守谷 千恵子

民医連					
全日本民医連					
第16回全日本民医連 看護介護活動研究交流集会	熊本	2024.10	標準予防策の遵守向上に向けた動画を用いた研修会の 取り組み	中央病院 感染制御室	守谷 千恵子
			電話トリアージの質の向上に向けた課題	中央病院 救急センター	松岡 香菜
			HCU病棟に入院したせん妄ハイリスク患者の せん妄発症要因の特徴	中央病院 HCU	佐藤 有美
			THA（人工股関節全置換術）を受けた患者の 退院後の生活実態を明らかにすること	中央病院 3東病棟	永田 春風
			A氏の在宅看取りを可能にした看護師の調整	伏古10条クリニック	遠山 祐紀子
			「最期はどこで迎えたい？」在宅お看取り希望調査	札幌みなみ診療所	上田 葉子
			看護を学びあう仲間づくりを支援する看護教員の意識調査	札幌看護専門学校	干場 勇宜
			中期中絶を経験した女性が A病院での処置や助産師の支援に対して抱えていた思い	札幌病院 4階病棟	渡邉 真央
			訪問診療同行看護師の多職種連携における思考過程	札幌西区病院 外来	熊岡 理恵
			介護度の高い患者の自宅退院後の家族の思い ～COVID-19による面会制限が与えた影響～	苫小牧病院 3病棟	石川 淳
			「在宅医療実践者研修ベーシックコース」受講が 日常診療に及ぼす影響に関する一考察	老人保健施設柏ケ丘	伊藤 リカ
			ショートステイ利用者に係る職員の家族支援に対する意識	老人保健施設柏ケ丘 療養生活部	近江 佳奈子
第38回全日本民医連循環器懇話会	青森	2024.11	終末期心不全患者・家族の意思を尊重し 在宅療養に繋げた看護	中央病院 2東病棟	吉田 優香
第47回全国腎疾患管理懇話会学術大会	愛知	2024.11	糖尿病性足潰瘍の再発予防に自宅訪問が効果的であった 1症例の報告	中央病院 血液浄化センター	藪内 亜衣
第48回全日本民医連呼吸器疾患研究会	福岡	2024.11	禁煙外来看護師の実態調査	伏古10条クリニック	伊藤 美沙
北海道民医連					
北海道民医連 第12回学術運動交流集会	Web	2024.11	外来におけるACP聴取対象者の終末期に対する意識調査	苫小牧病院 外来	村上 ひかり
			意志決定支援における今後の課題 ～言葉の真意を追求するために～	苫小牧病院 2病棟	鈴木 和代

患者の状態によってケアを変更していくことの重要性



1年目　看護師
勤医協中央病院 HCU
今井 愛心
Ako Imai

はじめに

てんかん発作や熱を繰り返し、表情がいつもこわばっているA氏に対して清拭・陰部洗浄を長らく実施していた。状態が改善してきたので、保清方法をシャワー浴へと変更したところ、表情や発語に変化が見られた。その看護実践を通して、「ケアの方法を患者の状態によって、その都度変更していくことの大切さ」を学んだ。その一事例を振り返る。

事例紹介

A氏：70歳代・男性

●病名

#1　パーキンソン病

#2　てんかん

#3　中枢性高体温

施設入居中に全身性間代性の痙攣と意識障害を認め救急搬送に至った。入院中、処置時にパニック発作や筋硬直が著名で経口摂取不可能となり胃管挿入となった。また、注意欠如がありデバイス類の抜去予防のためミトンを装着していた。症状の寛解と増悪を繰り返し、1カ月に及ぶ治療を経て状態が改善し転院となった。

看護実践

てんかん発作や発熱を繰り返していたため、清潔保持は清拭を実施していた。A氏を受け持った日は週2回の清拭の日であったが、指導者から「てんかん発作や意識状態にも徐々に改善がみられるので、シャワー浴に変更できるのではないか」との助言を受けて再度アセスメントを行い、清拭よりもシャワー浴で得られる効果が高いことに気がつき変更を決めた。A氏は発語が少なく日常から自身の要望などをあまり発信せず、刺激が加わるとパニック発作が起きて筋硬直を促進してしまう可能性もあるため、安全にシャワー浴できる方法を指導者と検討した。

パニック発作や筋硬直の予防や軽減を図るため、シャワー浴をいきなり始めるのではなく、事前にA氏にシャワー浴の手順を簡潔に説明した。シャワー浴中は、洗う順序やシャワーの水圧の強さが適切であるかを、その都度確認した。全身を洗うのは久しぶりだったことからミトン装着部位の汚染が強く、入念に洗うと多量の垢が落ちてきた。A氏は、初めは不安そうな表情を浮かべていたが、髭剃りやシャワー浴を進めていくうちに表情が柔らかくなった。A氏に「シャワーは久しぶりですね」と声をかけると「久しぶり」と笑顔を浮かべながら答えた。そして、髭剃り後に顎を触るよう促すと「うん、きれい」と満足そうに話す様子が見られた。

考察

今回のA氏との関わりから、患者の状態によって清潔方法などを変更していくことが重要だと学んだ。シャワー浴実施前のA氏は表情が硬く臭気もあったが、実施後は笑顔が見られ、垢が落ち臭気も改善するなど身体状態の変化をはっきり見ることができた。清潔援助を行う目的は、「皮膚や粘膜、毛髪などの汚れを取り除き、患者に気持ちが良いと感じてもらうこと」「清潔を保つことによって皮膚や粘膜の機能と関連のある器官を正常に保ち、感染を予防すること」「筋肉を温めたり、マッサージすることによって運動効果を得ること」である。入院中のA氏は高熱が続き発汗が著明に起きていた。ミトンを装着していた経過もある中、シャワー浴を実施することによって「温熱刺激によるリラックス効果」や「疲労回復効果」などが作用し、今回の看護実践で得られたような結果につながったと考える。

A氏への看護実践を通し、保清の実施方法を患者の状態に合わせて変更するだけで発語が増えたり、表情が柔らかくなったりするのだと学ぶことができた。できないことだけに着目するのではなく、看護師がどのように工夫を施したら可能になるのかを、保清だけでなく、さまざまな場面で考えていくことが重要なのだと感じた。今回学んだことを日常の看護実践で生かすことができるよう患者の状態を再度アセスメントして、行われているケアがその人にとって最適であるかを検討するよう心がけていきたい。

【参考文献】

基礎看護技術Ⅰ　第17版

有田清子他　2019年1月



患者の心理的状況に合わせた援助の重要性



2年目　看護師

勤医協中央病院 4西病棟

渡邉 菜月

Natsuki Watanabe

はじめに

消化管ストーマ造設となったA氏は、術直後の時期に拒否的・悲観的な発言があった。A氏の自宅退院を目指し、受け止め状況に合わせながら関わり方を考え、セルフケア獲得をチームで支援した事例から、患者の心身の状態をアセスメントし、その人に合わせた指導をしていくことが重要だと学んだ。

事例紹介

A氏：80歳代・女性

●病名
#1　S状結腸穿孔

●術式
ハルトマン手術

●現病歴
発熱、ふらつきを主訴に受診しS状結腸穿孔と診断。臨時手術となる。

●家族構成
夫は他界し長男と同居。B市から当院の近くに転居している。長男もストーマ保有者。長女は車で20分ほどの距離に住んでいる。

看護実践

自宅退院を目指すため、ストーマのセルフケアを獲得できることを目標に指導を開始した。しかしA氏からは、「息子のストーマを笑っとったのに自分もなってしまって泣きたくなる」「これが腸なんでしょ？　ほんと気持ち悪い」など悲観的な発言があった。また、高齢であることからセルフケアの獲得は簡単ではないと考え、本人のできることから少しずつ指導する計画とした。拒否反応がある時期はストーマ造設への戸惑いから心理的に不安定であると考え、ストーマ装具を無理に見てもらうことはせずに、話を傾聴し共感的態度で接することに努めた。

A氏は日常生活動作の拡大が進むと、装具交換時にストーマを見るようになった。関心が向いてきたタイミングに合わせ、パウチから便を排出する看護師の手順を見てもらったところA氏から「自分のことだから覚えなきゃいけないよね。覚えられるだろうか、頑張るね」と不安を感じながらもストーマのセルフケアを獲得しようとする意欲を示した。その後、便の排出処理指導を開始し、A氏主体でパウチの排出口を開けてもらうことから始めた。また、硬便で便の押し出しにくさがあったことから、主治医に下剤処方を相談し便性状のコントロールを行った。袋を絞るイメージで出すように説明すると自分で便の押し出しができるようになった。拭き取り方法については、より簡易な押し拭きを指導し上手に行えていた。そして便がたまったことにも自分で気づくことができるようになり、パウチから便を排出する手技を獲得し、「便を出すのは自分でできるよ」とA氏本人の自信につながった。

装具交換の手技獲得は視力低下があるため困難と予測し、家族に装具交換援助が可能かを確認したところ、了承を得られたので指導を行った。今後のサービス利用の可能性も考え、介護認定の区分変更をMSWに依頼し退院となった。

考察

ストーマ造設はボディイメージの変化を伴い患者は不安や恐怖をもつことが多く、ストーマを受け入れる過程で葛藤を繰り返し、不安定な心理状態になる可能性が高い。A氏も息子のストーマセルフケアの大変さを知っていたためにショックを受けており、ストーマに対し拒否的な発言があったが、便の排出処理などセルフケアを獲得する中でストーマを身体の一部と認識することができ、自分のこととして捉える前向きな姿勢に変化していった。

このことを通し、患者がストーマを受け入れられるように支援するためには、受け止め状況など心理的な部分を大切にアセスメントし関わり方を考えていくことが必要だと学んだ。拒否反応がある時期には、無理に積極的な働きかけはせず、患者の言葉を傾聴し思いを知り、安心して療養できるように関わっていくことが重要だと分かった。また、拒否反応が軽減してからは状態に合わせながら本人が行えるケアの方法を考え段階的な指導や環境整備を提案しながらセルフケア獲得を支援していくことが重要であることを学んだ。

今後は、患者が表出した思いや不安にその都度応えて信頼関係を築き、患者の心理的状況に合わせた計画立案と指導方法を考えて関わる看護を提供し、患者が退院後もストーマを保持しながら前向きに生活していけるように支援していきたい。



A氏が下肢痛と向き合いながら在宅生活を続けるための退院支援



3年目　看護師
黒松内町国保くろまつないブナの森診療所
Rina Akiyama
秋山 莉奈

はじめに

下肢痛によって通院困難となったA氏を自宅訪問し入院につなげ、自宅退院するまでの支援を行った。A氏が症状と向き合いながら独居生活を継続するためには、多職種連携によるさまざまなサービス提供や環境調整が必要だった。退院後訪問では、自宅で生き生きと暮らすA氏の姿が強く印象に残った。患者さんの生活環境を適切に整えることや日ごろからの信頼関係構築、関係機関との連携の重要性を実感できた事例だった。今回の実践を振り返り、その学びを報告する。

自部署の役割・機能

黒松内町国保くろまつないブナの森診療所（以下、ブナの森診療所）は町内唯一の医療機関であり、24時間365日の救急受け入れだけでなく、乳幼児から高齢者までを対象に外来、入院、訪問診療を担い、地域で暮らす人々の医療を支えている。リハビリテーションセラピストが常在していないことから、連携している訪問看護ステーションに理学療法士（以下、PT）の助勤を週2回依頼し、リハビリテーションを提供している。また、ソーシャルワーカーがいないため、退院調整は看護師が中心になって関係機関と連携しながら進めている。

事例紹介

A氏：50歳代・男性

●病名

#1　下肢末梢神経障害
#2　多発陳旧性脳梗塞・脳出血
#3　不眠症
#4　高血圧

うつ病によるセルフネグレクトによって自宅で倒れ、栄養失調と廃用症候群で入院歴がある。その後、就労困難となり生活保護を受給している。数年前から下肢の痺れがあり、神経内科へ紹介し精査したところ#2による段階的な悪化と栄養・代謝障害の影響と診断され、当診外来でフォローしていた。下肢の疼痛増悪によって、診察予約をキャンセルする状況が数週間続いた。

看護実践

診察予約をキャンセルした日から3、4日ごとにA氏に電話を入れ、体調確認を行っていた。「歩くのがやっとで、入浴や掃除がしばらくできていない」との情報を得たため、自宅訪問したいことを説明し了承を得た。

訪問時には体調と生活状況の確認を行った。室内は整頓されていたがゴミが溜まっており、しばらく入浴もできていない様子で、髭が伸び臭気もあった。お金を引き出しに銀行へ行くことができず、生活費が尽き、10日間程は白米のみを食べる生活になっていたと教えてくれた。受診の提案をするとすぐに承諾してくれた。玄関前の階段を下りる時に介助し、車椅子を使用してブナの森診療所へ向かった。受診後は「迷惑をかけて、すみません」と何度も謝り申し訳なさそうにしていた。外来看護師から「治療と生活を立て直すためには一時的な入院が必要」との説明を受け、A氏は当日入院を承諾した。

入院後、下肢の疼痛と痺れは薬剤調整で徐々に軽減したが、完治は難しく日常生活動作は杖歩行レベルであり、自宅へ帰るにあたり玄関前の階段昇降と食事や保清、掃除やゴミ捨てなどが課題となった。

A氏が主体的に身の回りのことが行えるように、病棟看護師が入浴や内服管理、失禁時のパッド交換などの、セルフケア獲得を支援した。

また、リハビリテーションの内容についてPTに相談し、実際に自宅前の階段を使用した訓練や大腿部の筋力向上に特化したメニューを提案してもらった。リハビリテーションの負荷増大や退院の話が具体的になると、A氏に気分の落ち込みや下肢症状の悪化が見られたことから、病棟看護師はA氏の精神面に配慮しながらリハビリテーションの声掛けを毎日行い、階段昇降や歩行訓練などを一緒に行う計画を立て取り組んだ。

自宅退院後の生活維持のためにはサービス導入が望ましく介護申請が必要であったが、65歳未満で生活保護を受給していることから介護保険の対象にはならなかった。カンファレンスで相談したところ、#2で介護保険の2号保険者の対象になるのではないかと意見があり、事務が生活保護制度の介護扶助を確認後にケースワーカーに相談し、みなし2号として介護サービスを利用できることが決まった。

退院調整会議には、PT、ケアマネジャー、ケースワーカー、福祉課職員も参加し、食事や買い物、ゴミ捨てなどの家事全般、玄関への手すり設置、通院方法について確認を行った。配食サービス、ヘルパー、訪問看護を導入することが決まり、玄関前に手すり設置後、自宅に退院した。

現在は移送サービスを利用して月1回定期通院できている。退院から3カ月後の自宅訪問では、室内は清潔に保たれ、身だしなみも整っており、最近行き始めたデイサービスで「囲碁や将棋をしている。年配の人の話を聞くのがためになる」と楽しそうに話してくれた。人に迷惑をかけたくないという気持ちの強いA氏であるが、サービスについては「来てくれてありがたい」と受け入れ良好であり、必要な援助を受けながら自宅で元気に生活する姿を見ることができた。

考察

今回、下肢痛により通院困難となったA氏の自宅を訪問し、入院につなげることができた。これは入院中だけでなく外来通院時からA氏の様子を診療所全体で気にかけ、A氏との信頼関係の構築ができていたこと、福祉課やケースワーカーなど多職種と情報共有ができていたためだと考える。多くの患者は疾患や障害による症状と向き合いながらそれぞれの場で生活を送っており、看護師は日頃から関係機関と連携を図り、入院中や外来受診時だけでなく地域で暮らす患者の様子を把握することも重要である。

生活を立て直し自宅で生き生きと暮らすA氏の姿から、適切なサービス調整を行うことはその人らしい生活を維持することにつながると実感した。石田[1]は「看護師は医療と生活の双方を総合的に理解できる職種であり、多機関連携においても調整の役割を担うことを期待されている」と述べている。

ブナの森診療所にはソーシャルワーカーがいないことから、多職種や関係機関との連携、退院調整において、看護師が担う中心的役割は大きい。黒松内町唯一の医療機関の看護師として、患者が困った時には迅速に相談に応じ、患者と必要な関係機関をそれぞれにつなぐことが求められていると学んだ。この学びを生かして、今後も患者を生活者として捉え、入院中から退院後の生活を見据えた看護を大切にし、主体的に多職種や多機関とも連携しながら、その人らしい生活を維持できるように関わっていきたい。

【参考文献】
1）石田千絵：ナーシング・グラフィカ　在宅看護論①地域医療を支えるケア　第6版　2020年　p88

患者の置かれている生活実態を捉え その人を支える社会福祉を考えた 介護実践から学んだ 地域における自部署の役割



3年目　介護福祉士

勤医協札幌病院 3病棟

今野 香奈恵

Kanae Konno

はじめに

A氏は聴覚障害、視力障害、知的障害がある中、自立した生活を送っていた。路上で倒れていたところ、通行人の要請によって当院へ救急搬送されたが、左肺炎疑いでB病院に加療目的で転院。約1カ月後にリハビリテーションと在宅調整を行うため当院へ入院となる。

患者の生活実態を捉えた介護実践から得られた退院支援についての学びを報告する。

事例紹介

A氏：70歳代・女性

●病名

#1　細菌性肺炎

#2　廃用症候群

#3　聴覚障害、視覚障害、知的障害

#4　低酸素血症

●独居、要介護2、障害年金＋生活保護、当院かかりつけ、訪問介護週1回・デイサービス週2回利用、兄はいるが元々疎遠で連絡付かず、手話通訳を介して意思疎通は可能

●キーパーソンである在住区のろうあ者相談員を頼りにしている（この方も聴覚障害）

倫理的配慮

患者に研修の目的と内容、個人情報とプライバシーに配慮することを説明し了承を得た。

実践経過

入院当初A氏は車椅子を使用し失禁対応であった。またキーパーソンのろうあ者相談員が入院後10日あまり来院できずコミュニケーションを図ることが困難であった。

当院には手話通訳者が在籍していることから、まずは手話通訳者を通じて関りを持つようにした。平日は毎日時間を見つけA氏のもとを訪ねて入院の説明や困っている事などを聞いていただき、手話通訳者不在でも、ホワイトボードでの筆談（視力障害があるため文字を大きく書く、知的障害があるため平仮名と小学生低学年程度の漢字を使用する）とジェスチャーでコミュニケーションを取ることが徐々にできるようになっていった。

A氏には尿意はあったがトイレに行かず、排尿があればナースコールを押して尿パットを変えてもらうという考えが定着していた。リハビリテーションセラピストと情報共有を行い、排尿時はトイレへ行くことを何度も促し、どのスタッフが関わってもA氏に伝わるように「手話の絵文字付きの張り紙」を作成しケアを統一することで、トイレでの排泄ができるようになった。車椅子ではなく、歩行器での移動も可能になった。

しかし以前のような独居生活に戻ることは、歩行状況や障害の問題から困難であった。施設入所が望ましいが、A氏自身は「新しいアパートに引っ越せば以前のような暮らしができる」という思いがあった。一人での暮らしは厳しいことを説明すると、その日は理解していても翌日には「新しいアパート行く」と話していた。A氏への説明を何度も繰り返し、施設入所を納得してもらったが、唯一キーパーソンのろうあ者相談員と会えなくなる事だけは譲れないという強い思いがあると分かった。A氏が安心して今後の生活を送るためには何を優先して退院支援を行うべきかを検討するため、リハビリテーションセラピストとソーシャルワーカー、キーパーソンのろうあ者相談員を含めた多職種でカンファレンスを行った。

現在のろうあ者相談員との関わりを継続するには、現住所と同じ区にある施設に入居しなければならないが、A氏の将来を考えると、区外・市外でも手話ができる職員が常に在籍している生涯住める施設が望ましいのではという案も出た。しかし、現住所がある区には聴覚障害者の施設はなく、生活保護受給の場合は施設選択枠もかなり限られていた。

その後、A氏を含め、手話と分かりやすい言葉を使用し1時間以上かけて話し合った。本人の意思は強く、コミュニケーションが取りづらい環境であっても信頼しているろうあ者相談員と時折会える楽しみを優先することになった。施設見学時には札幌市の手話通訳者を派遣し仲介役となっていただき、A氏の希望であった「現在のろうあ者相談員が週に1、2回は会いに行ける、現住所と同じ区にある住宅型の施設」に退院できる運びとなった。

考察

入院当初はベッド上で過ごす時間が多かったA氏には元々人見知りがあり、新しい環境に慣れるのに時間がかかる性格で、入院生活に不安やストレスを抱えていたと思われる。キーパーソンのろうあ者相談員や通っていたデイサービス職員、当院の手話通訳者との面会を増やすことが不安軽減につながった。

聴覚障害、視覚障害、知的障害を持っているA氏との関わりを深めるには、表現を明確化すること・根気強く何度も繰り返し伝えることが大事であることを学んだ。伝わりやすい表現・コミュニケーションを心がけ、患者の意思を尊重する関わり方を行うことで、信頼関係を築くことができ、入院前どのような活動を行っていたのか、今後の生活をどのようにしたいと思っているのかをくみ取ることができた。

入院生活は病気を治療するところではあるが、患者がどのように地域と関わりを持っていたのか、今後の生活をどのようにしたいのかといった病態以外の情報収集も大切である。自部署の役割としてチーム内での情報共有、院外との連携を行い患者の思いに寄り添った介護展開を行っていくことで、患者の身体的・心理的負担を軽減する療養生活・退院支援ができたと考えられる。

おわりに

今回の事例を通して患者の療養生活のケアだけではなく退院後の生活を見据えた介護展開・社会保障や社会福祉につなげる役割も担っていくことを学んだ。

民医連の介護理念でもある地域住民が安心して暮らせる社会づくり、患者・利用者の尊厳を尊重しその人らしい生活を支援することを常に意識し、今後も院内はもちろん院外の連携も図りながら患者・家族の意向に合わせた支援内容をチームで検討し、介護実践していきたい。

看護と介護

THE JOURNAL OF NURSING CARE

Vol.51

看護現場からの発信

勤医協新聞から

- 医療ケアが必要な息子を支え続ける80代の母親
- 「くらしの保健室」への相談から独居高齢者をデイ利用へつなぐ
- 「自分らしく家で暮らしたい」生活史から感じたA氏の生き方
- 救命現場で揺れ動く家族の思い 最善の選択をともに考え支える
- 生活の崩れ進む高齢夫婦 連携で状態把握と支援継続
- 「最期まで自宅で」を叶えたい 高齢化と過疎のまちでの実践
- 転倒防ぐ目的で始めた夜レク 入所者の楽しみ増え生活充実
- 注射を嫌がる子どもたち 不安を和らげ寄り添うケア
- どのような終末期の治療を望むか 対話をくり返し意思決定を支える
- 揺れる家族の思いに寄り添った看護支援
- 「ここにいたい」を叶える 連携による看取りの実践
- 患者・家族の思いを大切にした在宅への支援

勤医協
札幌病院
地域健康課

看護師
久保田 良子



地域訪問に出かける久保田さん

「くらしの保健室」への相談から独居高齢者をデイ利用へつなぐ

地域包括ケアが進展する中で、医療が「病院完結型」から「地域完結型」へと変化しています。いま全国各地で、健康や病気について気軽に相談できる「くらしの保健室」の取り組みが広がっています。

札幌病院でも、「地域住民の健康増進活動を推進する」「医療や介護に関する悩みをすくいあげて受診につなげ病気や健康の悪化を防ぐ」などの目的で、2022年4月から地域健康課に看護師が配置されました。

相談件数は徐々に増え2023年度は職員、社員、友の会、行政などから23件ありました。内容は「受診を拒否している友の会員を説得してほしい」「紙おむつの代行申請をお願いしたい」「手持ちが1000円しかないのでお金を借りたい」「1日中部屋の電気が付いたままの家があり心配」など多岐にわたります。

これらの事例からは、高齢者が困ったときにどこに相談して良いか解らず、取り残されている状況が垣間見えます。私たちは、地域の事情に詳しい友の会や社員、町内会や民生委員、病院の関係部署と情報を共有しながら解決に当たってきました。

特徴的な事例を紹介します。A氏は100歳で一人暮らし、内科と眼科外来から相談がありました。転倒を繰り返し、これまでも施設入所やサービス導入を勧められますが拒否され、自宅での生活を希望していました。何とかデイサービスだけでも勧めたということで解決策を探りました。

早速、友の会事務局長と一緒に自宅を訪問し生活の様子を伺いました。その後、友の会の世話人さんや会員さん、民生委員さんからも情報を得ることができました。室内は物であふれていること、外出するのが好きでほぼ毎日近くの店に出かけていること、本人が在宅しているときは何かあったらすぐ駆け付けられるように玄関の鍵を開けていることなど、同じマンションや町内の人が心配して見守りをしている様子が分かりました。このことを外来看護師に伝え、その後担当ケアマネジャーの協力を得て粘り強くデイサービスを勧めたところ、今は週3回元気に通所し楽しく過ごしています。無差別平等の地域包括ケア・健康で安心して暮らせるまちづくりの活動がこれからいっそう求められます。地域住民・患者・家族などが置かれている状況を積極的に職員に発信し、地域に打って出る「くらしの保健室」のようなアウトリーチ活動に取り組んでいきます。

勤医協
伏古10条
クリニック

看護師
遠山 祐紀子



母と息子にとって最善のケアを共に考えるスタッフ

医療ケアが必要な息子を支え続ける80代の母親

「あと10年は、この子と一緒に暮らしたい」

今から十数年前、A氏の母親が語っていた言葉です。

A氏は幼少期より手が掛かる子で、思春期には家庭内暴力などもあり自閉的になりました。壮年期の頃、蘇生後脳症による両上肢と体幹の機能障害で姿勢維持も困難となり、気管切開後の食事は胃瘻からの経管栄養で母が介護をしていました。

介護生活が始まって10年目、「体調を崩しやすいので大きな基幹病院と連携できるクリニックで体調管理をお願いしたい」と当クリニックに訪問診療の依頼がありました。それが、A氏との出会いです。A氏は会話や意思疎通は困難ですが、好きな歌謡曲を流すと嬉しそうに体を動かして笑顔を見せます。当時はイライラして興奮すると、身体を激しく動かしベッド柵を乗り越え転落することもありました。身長約180㎝の体を小さな母はベッドに戻すことも出来ず、ヘルパーが来るまで2人で床に寝て過ごしたこともあったそうです。母は「介護で私が疲れてはダメなの」とショートステイを利用しながら町内会の旅行に出かけ、リフレッシュしていました。

母はあらゆるサービスや制度を探し、市と直接交渉し特注の福祉用具を勝ち取ったり、パワフルに行動していました。現在も、2人での生活を送っています。それが時として妥協を許さぬ要望として繰り返されることもありましたが、その度にクリニックとしてできることを一緒に考えながらA氏の在宅生活を支援しています。

2年前、「半固形の栄養形態に変えたい」と母から相談がありました。理由を聞くと「半固形により満腹感が得られ、満腹感は幸福感として意識に残ると知った。あと5年は一緒に過ごしたい。でも自分もずっと介護できるわけではない。母親として息子に幸福感を残してあげたい」と話しました。すでに母は80代で「10年は一緒にいたい」がこの時には「あと5年」と変化していました。年齢も重ね体力も落ちた母ですが、息子のために最善のケアを追求し続ける変わらぬ姿勢に私達は感銘を受けました。

この十数年間は私たちにとっても大切な時間であり、親子を通して在宅医療における家族ケアの視点が広がりました。A氏と高齢の母が在宅で一緒に過ごせる時間は限られてきたかもしれません。母が安心してA氏を任せることのできる療養先を一緒に探し、丁寧に繋いでいくことが今後のクリニックの役割だと感じています。その時までA氏親子にとって幸せで後悔のない在宅生活への支援を続けていきます。

勤医協
小樽診療所


信田さん前列（左）と小樽診療所職員のみなさん

看護師長

信田 千恵

「自分らしく家で暮らしたい」生活史から感じたA氏の生き方

小樽市は独居世帯が増加傾向にあり、2023年度に行った当院の65歳以上患者の態調査でも、対象者135名のうち67名が居でした。その約4割は施設入所ですが、宅で暮らす方のほとんどが持ち家でした。頃から、私たちは体調変化や生活背景の聞取りを続けていますが、自立度・認知機能低下、病状悪化に伴う生活機能の変化など、常生活に影響のある方が年々増えていま。「自分でできることは続けたい」「人に頼ず今の生活を続けたい」という思いは非常強く、日常の会話からも一人ひとりの「生史」を感じています。

独居のA氏（80代女性）は10年以上当院に院し、脂質異常症などの内服治療を続けてました。緑内障による視力低下と難聴によ補聴器使用がありますが、認知症はなく自生活を送っています。1～2年ほど前、冬転倒され肋骨骨折を患って以後、体力低下気にされ、介護申請を行いヘルパーを利用買い物など家事支援を受け生活していま。

杖歩行のため雪で通院が大変になっているとが分かり、医師から訪問診療を提案しました。手続きのため看護師と事務で自宅訪問行うと、A氏の生活史と今後の思いについ伺うことができました。A氏の自宅は2階ての一軒家で山間の坂の途中に位置してお、玄関には十数段の階段があります。家をむように花壇が手入れされ沢山の花が咲き、時々キツネやタヌキも現れるそうです。家の中も花が飾られ隅々まで整頓され、「可能な限り自身で行いたい」と話されました。幼少期に麻疹のため難聴となり学校生活で苦労したこと、早くに両親が亡くなり姉達も家を離れ、A氏が弟の面倒を見るのに働かなければならなかったこと。10代後半から製粉工場で働き、定年まで頼りにされ頑張ってきたこと。さらに大病で子供が望めず20年ほど前には夫が肝臓疾患のため他界し、独居生活となったことなど、苦労が多かったと話すA氏。この苦労が、独居生活を長く続けている頑張りに繋がっていることが伺えました。また、年金生活でも毎月使う金額を決め、やりくりしながら自身の生活状況を考える努力をしている姿に、不安や不便さはあっても今の暮らしを続けたい思いが強く感じられました。

現在、A氏には介護支援と近所の方の支援はありますが、姉弟の多くはすでに他界し姉は入院中。その他の親族との付き合いも少なく何かあった時は姉の子供しか頼れないことから、いずれは施設入所を考えていると話されました。

その人らしく暮らし続けるために、私たちは患者の生活史を理解しながらその人の生き方に寄り添った支援を続けていきます。

勤医協
中央病院
救急センター


患者さんと家族の思いをチームでサポートするスタッフ

看護師長

松岡 香菜

救命現場で揺れ動く家族の思い最善の選択をともに考え支える

も族は期　葉師らがか適よ　様し繰しと命れのた　きにすす突約勤医協中央病院の救急センターでは、年間5000台の救急車を受け入れています。然生じた傷害や疾病によって医療を必要とる人々に、迅速かつ適切な救急看護を提供ることが私たちの役割です。同時に緊急時おける患者・家族の戸惑いや不安を軽減るように努めています。

80代男性のA氏は肺原発神経内分泌がんの め化学療法目的で入院予定でしたが、突然呼吸状態悪化と意識障害のため緊急搬入さました。自発呼吸はすでになく、医師は救困難であると妻と娘夫婦へ説明。突然のこに、妻は茫然としながら「夕方まで元気でた。抗がん剤やって元気になるぞって」と り返すばかり。娘も「前向きに頑張ろうとていたのに急すぎて」と受けとめられない子でした。

看護師は状況を理解しやすいよう、検査にってくも膜下出血が判明したが緊急手術の応ではなく回復が難しいことを説明。何と助かってほしいと思う妻からは色々と質問され、医師もこれまでの闘病の経過をねぎいながら、ひとつひとつ丁寧に答え、看護も状況を理解しやすいようにかみ砕いた言で伝えました。

これまでのA氏と家族の関係を思うと、予せぬ事態を理解しすぐに決断できるものでありません。A氏のことを一番よく知る家が、A氏ならどんなことを望むかを考えてらえるよう、元気だったころのA氏の様子をこちらからも引き出しながら家族が話し合えるようサポートしました。家族は考え混む様子もありましたが、最終的には積極的治療は希望されずこのまま看取る方向で一致。A氏が苦悶な表情もなく過ごせていること、たくさんの家族がこうしてそばにいること、家族の声はしっかりA氏にも届いていることを伝えると、「お父さん、頑張ったね」と声をかけながら残された時間を一緒に過ごしていました。搬入から3時間後、A氏は家族に見守られる中亡くなりました。

私たちは患者の救命を最優先に行いますが、時に積極的な治療は患者の苦痛を長引かせることにもなります。患者の意向を元に治療方針を決定することが望ましいですが、直接確認できない時には家族を含めたチームで最善の方法を考えていく必要があります。

家族にとっては苦渋の選択を迫られることになりますが、不安や葛藤を理解し家族が少しでも後悔なく過ごせるようその選択を支えることが重要な役割であると感じます。時間的猶予がない場合もありますが、これからもそれぞれの人生や価値観をもつ患者・家族の思いや願いを捉え、寄り添った看護実践ができるチームでありたいです。

勤医協
室蘭診療所


患者さんを支える診療所スタッフ

看護師長

菅原 奈津子

生活の崩れ進む高齢夫婦
連携で状態把握と支援継続

診療所のある室蘭市は高齢化が進み、独居や高齢者夫婦も多く家族も遠方にいるなど日常的な支援が難しい方が少なくありません。90代のAさん夫婦もケアマネジャーからの紹介で、2年前から当診療所で療養管理しています。二人とも循環器疾患で内服が欠かせず、妻は認知症と診断されています。情報共有と課題整理の目的で在宅介護事業所と合同カンファレンスを行い、どうにか日常生活を送ることはできていますが、薬の管理が難しくなっていることが判明しました。必要なケアとして夫婦ともに訪問看護を導入、デイサービスを継続し診療所で予約日に来院しているか確認するようにしました。

認知症の妻を夫が支える形で日常生活を送ってきましたが、半年ほど前から夫にも急激に認知機能の低下が見られるようになりました。生活が崩れ思うようにならない苛立ちを妻に向けられることもありました。月2回程度、市外に住む家族からの支援はあったものの、風呂、洗濯機は故障したままで冷蔵庫には期限切れの食料がたまるなど生活は困難な状態でした。更に訪問看護で薬のセットをしても内服が難しく、デイサービスも休みがちで入浴できない事が増えていきました。

在宅合同カンファレンスで二人の生活状況を改めて確認し、どのように生活を支えていくか検討を重ねました。ヘルパーなど生活支援の導入は必要不可欠と考えていましたが、夫は「まだ大丈夫」と受け入れません。本人、家族を含むサービス担当者会議や医師からの説明を検討している最中、妻が体調不良で緊急受診し、心房細動と診断されました。訪問看護師がいつもと様子が違う妻に気付き受診につながりましたが、夫は妻の異変に気づくことができませんでした。医師とケアマネジャーから内服支援が必要であると説明し、ヘルパーの導入を開始しました。

現在は毎日サービスが入り内服ができていますが、認知症の2人が自分の体調を適切に訴えることが難しいため、日々の状態確認も行っています。今後は家事支援も必要になると思われます。通院送迎を提案しましたが、受診の帰りに総菜など買物をするためにタクシーを利用しています。来院しない時は電話連絡で対応することで中断することなく、笑顔が見られています。今後も多職種と連携を取りながら、Aさん夫婦の生活と健康を支えていきたいと考えています。

勤医協
芦別平和診療所



在宅での医療を支える看護スタッフ

看護主任

大友 恵子

「最期まで自宅で」を叶えたい
高齢化と過疎のまちでの実践

芦別平和診療所は、今年3月まで在宅療養支援診療所（以下、在支診）として奮闘してきました。しかし、医師体制等の事情により在支診を返上することとなりました。

そのような中でも他医療機関からの在宅看取りの紹介は後を絶ちません。在支診ではないからみることができないのではなく、どのようにすれば最期まで安心して自宅で過ごすことができるのか。最期まで自宅で過ごしたいという患者や家族の願いと悩みながら、この数か月取り組んできました。

A氏（70代・男性）は2019年にB病院で悪性中皮腫と診断、治療で一度は進行抑制となったものの、今年に入り再発。症状緩和の治療を希望され外来通院をしていましたが、急激な状態増悪により通院が困難となり、在宅療養・看取りの強い希望から当診療所に紹介されました。夜間・休日は診療所での対応ができないため、休日前後の体調確認をより丁寧に行い、薬剤調整や予想指示の更新などに取り組みました。また、毎日利用していた訪問看護へ迅速に情報や指示を伝えました。

A氏の容態は次第に悪化し初回訪問から約1カ月後、家族に見守られて永眠されました。「本人の希望通り、自宅で穏やかに最期を迎えることができました」と家族から言葉が寄せられました。

A氏は在支診返上後に初めて受け入れた在宅看取り希望者で、後日訪問看護師と振り返りを行いました。訪問看護師からは「診療所と連絡が取れない時間帯に対応の難しい連絡がきたらどうしようかとヒヤヒヤした」「在宅での看取りが出来ない時間が発生することの説明が心苦しく、土日の待機はメンタル的に苦しかった」などの意見がきかれました。訪問看護師の負担軽減やサポートが課題であると感じています。今後はケースカンファレンスを開催し訪問看護師と共に包括的なアセスメントを行い、指示や対応も含めた情報共有に取り組んでいくことが、患者・家族の療養の質の向上につながると考えています。また、バックベットである医療機関との連携が今まで以上に重要となることを実感し、連携強化のためこれからも懇談を積極的に行い、事例の振り返りなども行っていきたいです。芦別市近郊には在宅療養支援病院・在支診がありません。地域の医療資源は今後も減少することが予想されますが、「在宅」が療養の場や看取りの場の選択肢の一つとして、この地域で継続できるよう尽力していきたいと思います。

勤医協
老人保健施設
柏ヶ丘



会話がはずみ、笑いが増えた夕方の時間帯の様子

看護師長

相馬 直美

転倒防ぐ目的で始めた夜レク
入所者の楽しみ増え生活充実

こまなる方出う語笑た　み所る動所レ　たな職な要替入ま下老所
ら、いやなことも忘れてすっきりして眠れる」と話してくれる方もいます。そして、転倒件数も減少しました。

レクリエーションの場は、職員が入所者さんの新たな能力を発見する機会ともなり、ケアの意識に変化がみられ、夕方の時間の「待ってて」という言葉が減りました。ある職員は「食堂ホールは生活の場、食事はもちろん、テレビを見たり、話をしたり、楽しんだりできる居間だよね」と話し、レクリエーションは生活の一部となっています。

転倒対策から始めたリクリエーションでしたが、よりよいケアに勝る転倒対策は無いと改めて学ぶことができました。

勤医協
余市診療所


子どもの想いを大切に心がけるスタッフ

看護師長

古賀 朋恵

注射を嫌がる子どもたち
不安を和らげ寄り添うケア

る抵　長で成するにあもらが　すかがまとにけ適切予　まわでま
始まり、夕方や夜間診療の待合室は学校から帰ってきた子どもたちで賑わいます。子どもにとっては不安や恐怖を引き起こすことがあり、そのため子どもが安心して臨めるよう準備が欠かせません。時には、注射を嫌がる子どもたちの反応に苦労することもありますが、子どもが「頑張って乗り越えた」と達成感を得られるような関わりを実践することで、子どもの自己肯定感の向上と健やかな成長発達につながると考えています。

私たち看護師には、子どもたちの恐怖心や抗に寄り添いながら丁寧かつ迅速に行動することが求められています。「病気にならないように守ってくれる注射だよ」などワクチンの必要性をわかりやすく説明し、子どもたちの意見や感情に耳を傾けコミュニケーションを大切にしています。「注射はチクッとするけど、すぐ終わるよ」と前向きな言葉がけを心がけ、ワクチン接種の後は「頑張ったね」と声をかけます。泣いてしまっても、「痛かったけど、頑張ったね」と、頑張ったことを誉めて子どもの満足感や達成感を高める関わりを心がけています。

注射前に大騒ぎする子の中には、ワクチン接種へ行くことを知らされずに診療所に来ている子がいます。騙されたことに怒り興奮して大暴れすることもあります。心の準備ができるように時間が必要だったことを伝え「今度は、ちゃんと教えてねって言おう」と応援する姿勢で関わっています。

ワクチンは子どもたちにとって大切なことであり、看護師には安心して接種を受けられる環境づくりが求められます。子どもたちの気持ちを和ませながら丁寧なケアを提供することが必要です。日々勉強し技術向上を図りながら最良のケアを提供していきたいと思います。

勤医協
札幌西区病院


患者・家族の思いを尊重し支援する看護スタッフ

看護師長
傳甫 理加

揺れる家族の思いに寄り添った看護支援

勤医協
苫小牧病院


対話を通じ、患者にとっての最善を考えるスタッフ

看護部長
松井 ひろみ

どのような終末期の治療を望むか対話をくり返し意思決定を支える

2021年度から中堅看護師を中心に「対話を重視したACP」（以下、ACP対話）を実践しています。取り組みのきっかけは、延命治療や終末期の治療について「看護師の思いが強くなり誘導するような話し方となってはいないか」という振り返りからでした。

70歳代A氏は、麻痺性イレウス、小児麻痺、認知症で入院。麻痺性イレウスは予後不良で、積極的な治療は行わない方針です。症状緩和のため胃管留置されており、病室では大きな声で叫ぶことが多いA氏。キーパーソンの妹さんは、「医療処置」があると、元の共同住宅に退院することはできない」と話します。

ACP対話では医療者側の思いが先行しないよう、質問内容を統一しました。①病状をどのように考えているか、②なぜ病院は嫌なのか、③なぜ妹さんと自宅で過ごしたいのか、④胃管が抜けない場合、どのような治療を望むか、⑤命の危険があっても食べたいかなど。A氏の回答は、「延命治療は望まないが、リスクはあっても食べたい」「命のリスクがあっても食べたいわけではない」「病院は自由がなくて嫌だ」「最期は妹に看取ってほしい」治療については日によって回答が変化しましたが、一貫していたのは「妹と過ごしたい」「病院で最期を迎えたくない」の2点でした。

病棟では対話をもとに臨床倫理4分割カンファレンスを実施。余生は限られており、QOLを考慮する。誤嚥のリスクがあっても食べたい思いを優先し、胃管からの減圧を行ったまま本人が好むゼリーや牛乳を摂取する。また、長期療養病院を探しながら最期は妹宅で過ごすことを目標にしました。妹さんは「私と過ごしたいというより、私はわがままを言える存在。誰かが側にいてほしいのだと思う」と話しました。

ACP対話は多角的な視点が求められます。患者の病態、意向、周囲の状況は日々変化しますが、くり返し話し合い意思決定支援を行うことが必要です。近年、認知症等により判断能力が不十分で、医療に関わる意思決定が困難な事例が増えています。これからも対話を重ね、臨床倫理4分割法を用いたカンファレンスを通じ意思決定を支援していきます。

※ACP（アドバンスケアプランニング）は、人生の最終段階で受ける医療やケアなどについて、患者本人と家族などの身近な人、医療従事者などが事前に繰り返し話し合う取り組みのこと。

西区病院外来は、内科、もの忘れ外来、耳鼻科、訪問診療を担当。在宅療養を支援する看護の力量向上を目指し部署内で業務のローテーションを行なっています。この知識と経験は、高齢者のADLや認知機能の低下に伴い起こる困りごとの相談に活かされています。

糖尿病で通院していた70代のA氏は薬の管理ができなくなり、受診日を忘れるようになりました。夫から「もの忘れについて心配がある」と相談があり、医師からA氏へ物忘れ外来の受診を提案しました。しかしA氏は「食事の支度もでき、もの忘れも少しなので大丈夫」と希望されませんでした。受診のたびにA氏の困りごとに寄り添う中で徐々に気持ちも変化し、専門医を受診するとアルツハイマー型認知症と診断を受けました。

翌年、A氏は膵臓がんと診断され、根治は難しいことから緩和的な方針となりました。お酒が大好きで「夫との晩酌が楽しみ」「病気があっても楽しく家で過ごしたい」と話すA氏。好きな演歌歌手を「押し活」する姿に、夫はまだ先のイメージは持てずにいました。半年が過ぎ、腰痛の出現により訪問診療に切り替え、麻薬が開始されました。訪問看護師から「A氏が認知症により怒りっぽくなった。痛みの訴えも曖昧で夫が追加の薬の判断ができず口論が増えている」と連絡がありました。外来スタッフの間では、夫や離れて住む息子さんと最期の場所をどのように考えているか意向の確認が必要という話になりました。倦怠感が強くなったA氏は「疲れた、ゆっくりしたい」と話すようになり、まだ家で過ごして欲しいと考えていた夫も「入院の方が良いのだろうか」と悩みました。そのつど必要な薬剤やケアを提案し、訪問看護師の支援も受ける中でA氏も落ちついてきました。夫は「ストレスだけど入院したら帰れなくなる。まだ、家で過ごして欲しい」と仕事をやめ、自宅で看取る決意をされました。

A氏は「生まれ故郷に行きたい」と話され、夫と準備を整えましたが、容態の悪化が進み願いは叶いませんでした。「私ダメかも」というA氏の言葉に夫の気持ちは揺れましたが、せん妄や疼痛が落ち着くことで安堵され、最期はご家族に見守られながら息を引き取られました。

家族もケアの対象者であり、どのようにしていきたいかを共に考え支援する事が必要です。今後も地域包括ケアシステム時代に求められる外来看護師の役割をチームで担っていきたいと思います。

勤医協
札幌みなみ診療所



患者の望む最期を支援する診療所スタッフ

看護師長
服部 史子

「ここにいたい」を叶える連携による看取りの実践

札幌みなみ診療所は週3日の外来診療ですケ問　まい家がに頻療　診高焦た高　き一在叶希ケ1い　訪けが、住み慣れた地域でその人らしい生活が続ンスを行いました。住宅の職員はA氏が「みられるよう慢性疾患管理、健診、保健予防、なみ風」を離れたくないことを知っており、問診療に取り組んでいます。　場合によっては看取りも可能と判断。診療所南区は高齢化率35・3％で高齢者世帯が多は休日や夜間の対応ができないため、緊急時い地域です。診療所では80歳以上の通院患者や看取りは他の医療機関に委ねるしかない状75名に「最期をどこで迎えたいか」アン　況でした。看取りを想定した連携を勤医協在ート調査を行いました。55％が「自宅」を　宅医療推進部に相談したところ、診療所の医希望するも、病状や介護力などから「実際に　師体制をサポートする形で援助をもらえることえられそうだ」と答えたのは20％でした。　になりました。宅で死を迎える方は9・8％と札幌市内で　　その後A氏は小康状態が続きながらもなん番少なく、またまだ在宅医療のニーズは大　とか保ち、特別養護老人ホームの入所も勧めいと感じます。　　ましたが本人・家族とも決めきれないまま時A氏（90代女性）は胃がん手術後、貧血、　が過ぎました。昨年の春からは徐々に食事が血圧などで当診療所に長く通院していまし　摂れなくなりデイサービスで一時的な意識レた。自宅で倒れていたり、ストーブで衣服を　ベル低下もみられ、あらためて「延命は希望がしていたり、一人暮らしが難しく勤医協　しない。最期までみなみ風で過ごしたい」と在宅看護、定期巡回ヘルパー、デイサービス、　の意思を確認。訪問看護などの介護サービス齢者住宅「みなみ風」に入居し当診で訪問　と連携し変化を共有しつつ、最期は診療所療を開始しました。　　長立ち会いのもと職員に見守られ旅立ちました。入居して5年後に腰椎圧迫骨折で入院治　　後日、デスカンファレンスでいくつかの課。退院後は身体機能・認知機能が低下し、　題も出されましたが、家族からは感謝の言葉繁な対応が必要となりました。その後も夏　がありました。小さな診療所でも、様々な連体調を崩し下痢と下血に見舞われました　携で本人・家族が望む最期を援助することがA氏は「病院は行かない。ここにいる」と。　できたと振り返りました。族も「積極的な検査や治療は体力的に厳し。できればここで診てほしい」と希望されました。超高齢で急変もあることから、診療所、訪アマネージャー、住宅管理者でカンファレ

勤医協
中央病院
HCU


患者・家族の思いを大切に

看護師長
牧口 直子

患者・家族の思いを大切にした在宅への支援

いムと幸かをががさパNで夕いス助え識り　まのす毎規は患床をHCU病棟は、一般病床16床、重症の患者対象とするハイケアユニット4床を含む20の病棟で、ERに搬送される多数の急性期者さんを受け入れています。臨時入院件数1か月250件を超え、毎日8～10件の新入院があり平均在院日数は6日前後です。日半数が入れ替わる『高速回転』の病棟でが、患者・家族の思いを大切にした在宅へ支援が出来た取り組みを紹介したいと思いす。A氏（60歳代男性）は、脳の被殻出血があ治療目的で他院より転院してきました。意レベルの低下により自覚症状をしっかり訴ることが難しく、食事も完全側臥位での介が必要でした。退院に向けたカンファレンでは「今回は自宅退院が難しいのではなか」という話になりました。その際、スッフから「A氏はもともと全介助状態の方、在宅で暮らしたいという思いから自身でPO法人を立ち上げた。自身の法人のヘルーさんに24時間365日泊まり込みで支援れながら独居で生活されていた」との情報ありました。本人から思いを聴取すること難しかったため、母親とお姉さんから思い確認させてもらうことになりました。家族らは「本人にとって自宅に帰ることが一番せなことであると思う。自分たち家族にってもそれが一番幸せな事です」と。チーでは、なんとか自宅に退院出来る方法はなかを追求することになりました。最初ヘルパーさんはA氏が自分で訴えることが難しい状態であることや、完全側臥位の食事介助に対して不安を話されていました。そのためヘルパーさんにA氏の状態を実際に見てもらい、家族の思いも聞いてもらう機会を設けることにしました。A氏は、ヘルパーさんやご家族が面会に来た際は、今まで見たことが無いような嬉しそうな笑顔を見せていました。ヘルパーさんもA氏の帰りたい思いを強く感じたと話されていました。退院後も安全に生活できるように、リハビリ職員が食事時の姿勢や介助方法についてビデオを作成し、看護師は内服や吸痰時の注意事項についてパンフレットを用いて指導し、療養支援を行いました。その結果、入院後10日目でA氏は住み慣れた自宅に無事に退院することができました。退院後は、何度かヘルパーさんから病棟に電話があり不安な様子も伺えましたが、次第に電話は無くなり、ヘルパーさんに支えられながら生活できている様子が分かりました。HCU病棟は、入院されてもすぐに退院や院内転科となるため、退院調整に関われる事例がほとんどありません。今回、スタッフからの発信で短期間でもA氏や家族の願いを大切にし、退院後の生活背景を捉えて在宅への支援をできたことは、病棟として貴重な経験となりました。

北海道勤労者医療協会
看護雑誌
投稿規定

（1974.12. 第1次改訂）
（1977. 6. 第2次改訂）
（2002. 6. 第3次改訂）
（2003. 6. 第4次改訂）
（2012. 6. 第5次改訂）

1 本紙は、北海道勤医協の看護活動全般を収録する雑誌で、発行は年1回です。

2 原稿執筆の要領

①原稿はA4サイズ横書きとし、1頁44字×40行で、依頼字数範囲内とする。
②原稿は、新かなづかいとし、句読点は明瞭につけること。
③外国語名（人名など）、雑誌名などは原語を使用し、活字体で書くこと。
　日本語化しているものについてはカタカナで書いて良い。
④数字は算用数字、度量衡の単位はkm、㎝、㎖、㎗、㎎、時、分、秒などを用いる。
⑤図、表及び写真は図1、表1などの番号を付け、本原稿内にも明記すること。
⑥倫理的配慮：対象となる人々の権利を守るため、十分な理解と同意を得てとりくみ、
　個人が特定できるような表現をさけプライバシーや秘密保持を厳守すること。

3 参考文献について

①本文中に引用した箇所に1）2）3）…と番号を付し、本文末尾に一括してその順に挙げること。
　次の書式に従い、句読点の使用法（:,.）には特に注意する。
②雑誌の場合
　著者名：論文名、雑誌名、巻（号）：頁、西暦年号。
　著者名は筆頭者氏名のみを書き、2名以上の場合は、筆頭者氏名ほかとする。
　例1）中島京子ほか:乳癌患者の不安について、看護雑誌38（5）:542-546、1974
　例2）Bonica J J:Acupuncture Anesthe People's Repubicof Cina.JAMA229:1317-1325、1974
③単行本の場合
　著者氏名：書名、版数、発行者、引用頁、西暦年号（雑誌の場合と少し異なるので注意のこと）
　例3）田中恒男：ケース研究の理論とすすめ方、第2版、医学書院、東京、P110～125、1969

4 原稿の取り扱い

①原則として原稿料はお支払いしません。また、原稿や写真はお返ししません。
②規定にはずれる場合は改変を求める場合があります。原稿の採否は編集委員会で決定します。

5 原稿送付先は次の通りです。

〒063-0061 札幌市西区西町北19丁目1-5 勤医協札幌西区病院5階
　　北海道勤労者医療協会本部看護部「看護雑誌編集委員会」宛

北海道勤労者医療協会事業所一覧

本部事務局	〒063-0061	札幌市西区西町北19丁目1-5 勤医協札幌西区病院5階	☎011-688-7510（代）
中央病院	〒007-8505	札幌市東区東苗穂5条1丁目9-1	☎011-782-9111
伏古10条クリニック	〒007-0870	札幌市東区伏古10条3丁目2-8	☎011-786-5888
札幌病院	〒003-8510	札幌市白石区菊水4条1丁目9-22	☎011-811-2246
札幌市白石区 介護予防センター菊水	〒003-0804	札幌市白石区菊水4条1丁目9-22	☎011-820-1365
札幌西区病院	〒063-0061	札幌市西区西町北19丁目1-5	☎011-663-5711
苫小牧病院	〒053-0855	苫小牧市見山町1丁目8-23	☎0144-72-3151
札幌北区ぽぷらクリニック	〒001-0910	札幌市北区新琴似10条2丁目1	☎011-762-8811
月寒ファミリークリニック	〒062-0020	札幌市豊平区月寒中央通4丁目1-15	☎011-851-0229
老人保健施設柏ヶ丘	〒003-0028	札幌市白石区平和通り7丁目南5-1	☎011-865-0010
平和通りクリニック	〒003-0028	札幌市白石区平和通り7丁目南5-1	☎011-864-0912
もみじ台内科診療所	〒004-0013	札幌市厚別区もみじ台西6丁目1-4	☎011-897-5051
札幌みなみ診療所 （2025年5月末閉院）	〒005-0812	札幌市南区川沿12条2丁目2-35	☎011-572-6661
当別診療所	〒061-0224	石狩郡当別町末広118-52	☎0133-23-3010
小樽診療所	〒047-0036	小樽市長橋4丁目5-23	☎0134-25-5722
余市診療所	〒046-0003	余市郡余市町黒川町12丁目46	☎0135-22-2861
黒松内町国保 くろまつないブナの森診療所	〒048-0101	寿都郡黒松内町字黒松内306－1	☎0136-72-3301
室蘭診療所	〒050-0085	室蘭市輪西町2丁目3-17	☎0143-43-1737
厚賀診療所	〒059-2243	沙流郡日高町字厚賀町109	☎0145-65-2711
浦河診療所	〒057-0024	浦河郡浦河町築地2丁目1-2	☎0146-22-2501
上砂川診療所	〒073-0200	空知郡上砂川町字上砂川町198-3	☎0125-62-2204
芦別平和診療所	〒075-0002	芦別市北2条西1丁目2	☎0124-22-2685
札幌看護専門学校	〒007-0871	札幌市東区伏古11条1丁目1-15	☎011-783-8557

編集後記

医療・介護の現場では、超高齢化が進む中で地域の医療供給体制が様変わりしつつあります。2023年に行われた医療経済実態調査では全国の約65%の医療機関が赤字経営に直面しており、2024年度診療報酬改定後にはさらに多くの医療機関が経営悪化していることが明らかになっています。北海道勤医協も職員一丸となりさまざまな経営改善に取り組んだ一年でした。そのような中でも常に理念に基づき患者さんの生活や願いを大切にし地域との連携を強めながら、その人らしく暮らすことへの支援を実践してきました。また、病棟再編や構造転換の中で、看護・介護の現場でのタスクシフト・シェアや業務改善などを効率化と看護・介護の質向上の両面から考え、多職種チームで取り組んできました。

2024年1月に発生した能登半島地震はいまだ復興支援が続いています。被災された多くの皆さまに心よりお見舞い申し上げます。北海道勤医協では全日本民医連の加盟事業所として、看護師をはじめとする職員派遣やJMATの派遣などさまざまな形で支援に取り組んできました。

今号にはそのたくさんの実践報告が掲載されています。今回初めて編集長として発行に関わりました。北海道勤医協看護雑誌「看護と介護」は昨年節目となる創刊50周年を迎え、今年は新たな一歩を踏み出しました。「看護と介護」が民医連看護を未来につなぐ一冊となることを願っています。

改めて投稿にご協力頂いた皆さまに心から感謝申し上げます。

看護雑誌編集委員会 委員長　木村 理恵

「看護と介護」2024年度 看護雑誌編集委員会

担当常理	折出 洋子	（中央病院 看護部長）
委員長	木村 理恵	（本部 看護部 統括看護部長補佐）
副委員長	相馬 直美	（老人保健施設柏ヶ丘 療養生活部師長）
委員	牧口 直子	（中央病院 HCU看護師長）
	橋野 結花	（札幌病院 3階病棟看護師長）
	傳甫 理加	（札幌西区病院 外来看護師長）
	斉藤 小百合	（苫小牧病院 入院支援室看護師長）
	菅原 奈津子	（室蘭診療所 看護師長）
	越前 寿美恵	（上砂川診療所 看護師長）
事務局長	浜谷 綾子	（本部 看護部 看護師長）
事務局	久末 美波	（本部 看護部 事務係長）

北海道勤労者医療協会看護雑誌

看護と介護 vol.51

発行日：2025年6月1日

編　集：看護雑誌編集委員会

発　行：公益社団法人 北海道勤労者医療協会

〒063-0061 札幌市西区西町北19丁目1-5 勤医協札幌西区病院5階

TEL 011-688-7510（代）

制　作：有限会社 慶文社



THE JOURNAL OF NURSING CARE

Hokkaido Association of Medical Service for Workers

公益社団法人

北海道勤労者医療協会

〒063－0061 札幌市西区西町北19丁目1－5 勤医協札幌西区病院5階

011－688－7510（代）

http://www.kin-ikyo.or.jp/