

共創福祉

2014年 第9巻 第1号

【原著】

- 河相てる美, 中田 智子, 今川 孝枝, 原 元子
成人看護学実習における手術室実習での学生の学び
—手術室実習記録の分析からの考察— 1

【実践報告】

- 村田美代子, 若瀬 淳子, 山元 恵子
看護学生の大規模テロ災害訓練模擬負傷者体験からの学び 17

【研究ノート】

- 今川 孝枝, 荒木 晴美, 新鞍真理子, 炭谷 靖子
富山県における介護老人福祉施設での看取りの現状の調査と分析 25
- 毛利 亘
介護過程実習における効果的な指導のあり方に関する一考察
—介護過程に関する実習後アンケートからの分析— 35

第2回共創福祉研究会 (2013.11.2)

- 川嶋みどり (健和会臨床看護学研究所長)
『生きていく』を支えるケア 43

成人看護学実習における手術室実習での学生の学び —手術室実習記録の分析からの考察—

河相てる美, 中田 智子, 今川 孝枝, 原 元子
富山福祉短期大学看護学科

(2014.02.10受稿, 2014.03.04受理)

要旨

本研究は、手術室実習における学生の学びを明らかにし、今後の手術室実習の指導の示唆を得ることを目的とした。同意の得られた学生69名の実習記録をKJ法により構造化した。その結果、【連携】、【予測した行動】、【知識の宝庫】、【安全な医療の提供】、【安心できる信頼関係】を形成した。

手術室実習の指導のあり方として、実習目標と実習の進め方について臨床現場と連携することにより、学生が手術室看護師の役割を知り、周手術期看護における術前・術後看護に結びつけた術中の看護について理解が深まるような実習支援が大切となることが示唆された。

キーワード：手術室実習、看護学生、KJ法

1. はじめに

成人看護学実習（急性期）は、「成人期にある手術を受ける患者の術前・術中・術後の特徴を理解し、患者及び家族のニーズに応じた看護過程を展開し、手術を受ける患者の回復支援のための看護師の役割を理解する」ことを目的としている。周手術期の看護を体験する実習である。周手術期という用語は、術前・術中・術後という3つの異なった時期を内包している（秋元2013）。そこで、成人看護学実習（急性期）は、手術前の患者を受け持ち、術前・術中・術後の3つの異なった時期の患者に関わり、手術を受ける患者の回復過程を体験できるようにしていた。しかし、在院日数の短縮化に伴い、実習期間内に手術前の患者を受け持ち、受け持ち患者の手術の見学や術直後の看護の体験をし、一連の回復過程を実習することが困難となった。

平成23年2月に厚生労働省は看護教育の内容と方法に関する検討会報告書を公表した。その中で、看護基礎教育における効果的な教育方法、講義・演習・実習の組み立て方として、卒業時の到達目標を達成するための臨地実習のあり方について、「看護の領域毎に看護過程を中心に行う臨地実習が効果的であるかどうか検討が必要であり、柔軟に実習の場を開発し、実践的な教育を行うことが望まれる」と述べられている（厚生労働省2011）。このような要請に対応すべく、A短期大学看護学科では平成24年度より成人看護学実習（急性期）4週間のうち手術室実習を

1週間実施した。その理由として、周手術期の看護において、手術侵襲による生体反応を実習体験により学ぶことは、周手術期の患者の特徴を理解するために重要である。また、受け持ち患者の術式だけでなく、他のさまざまな術式の手術を見学することで疾患の理解が深まり、そして、手術室での患者との関わりや手術室看護の技術を体験できる実習環境が提供できると考えたからである。

このように成人看護学実習（急性期）において手術室実習における学びの報告について、手術室見学実習における学びについては散見される（堀越ら2010、赤石ら2010、金子ら2008）が1週間手術室実習を実施した実習の学びについての報告は見当たらない。

2. 研究目的

A短期大学看護学科では成人看護学実習（急性期）4週間のうち手術室実習を1週間実施している。そこで、本研究は手術室実習における学生の学びを明らかにし、今後の手術室実習の指導の示唆を得ることを目的とする。

なお、手術室実習の記録の中に「手術室実習を終えての学び」の欄を設けてある。ここには初めての手術室実習を体験し、患者と看護師に接する中で得られた学びが表現されていると考えられた。よって本研究では実習記録の「手術室実習を終えての学び」の欄を分析対象として用いた。

3. 研究方法

3.1 対象

本研究の趣旨に同意・協力を得たA短期大学看護学科（3年課程）3年次生69名

3.2 研究期間

2012年10月(実習記録提出日)～2013年1月(分析終了日)

3.3 分析方法

実習記録の手術室実習を終えての学びの記載内容よりラベルを作成し、KJ法（川喜多2004）を用いて構造化した。研究者4名で討議し、合意形成を行いながら集約を繰り返した。その際に、KJ法基礎講座を受けた者のスーパーバイズを受けた。

3.4 倫理的配慮

実習記録提出後、対象者に口頭にて研究の趣旨、目的や対象者の権利、匿名性の保持、研究の参加の有無にかかわらず成績には影響しないことを説明し、研究への参加と結果の公表について書面で同意を得た。また本研究は、所属機関の倫理委員会の承諾を得た。(H24-004号)

4. 手術室実習の概要

[実習の進め方]

成人看護学実習（急性期）4週間のうち手術室実習を1週間実施している。実習は手術室オリエンテーション、手術の見学（入室から退出まで必ず一事例は見学する）、手術室看護体験、手術室カンファレンス、学内実習で構成した。事前学習課題として、手術室実習目標の内容を調べた上で実習に臨んだ。

[手術室実習の目標]

- ①手術室の構造・設備・システムを説明することができる。
- ②手術室の看護師（器械出し・外回り）の役割を説明することができる。
- ③予定されている術式と解剖生理、病態について調べ学習をすることができる。
- ④患者入室から麻酔導入までの患者の心理的・生理的・行動的反応に気づくことができる。
- ⑤全身麻酔の準備、介助、援助について説明することができる。
- ⑥手術体位による影響とその援助について説明することができる。

- ⑦手術・麻酔による影響とその援助について説明することができる。
- ⑧手術室における安全管理について説明することができる。
- ⑨手術室における感染管理について説明することができる。
- ⑩手術室における倫理的配慮について説明することができる。
- ⑪手術に使用した機器や道具、材料の目的を調べ学習することができる。
- ⑫手術中に行われた検査・処置の目的を調べ学習することができる。
- ⑬手術に伴って身体に挿入されたドレーン類、チューブ類の挿入部位と挿入目的を説明することができる。
- ⑭麻酔覚醒から患者退室までの患者の心理的・生理的・行動的反応に気づくことができる。
- ⑮全身麻酔覚醒の準備、介助、援助について呼吸・循環状態を中心に説明することができる。
- ⑯手術室への申し送り、病棟への申し送りから、連携の工夫に気づくことができる。

5. 結果

実習記録の手術室実習を終えての学びの記載内容から151のラベルを作成し、意味内容の類似性により集約を繰り返した。その結果、1段階は59、2段階で23、3段階では15の島に集約し、最終的には5つの島（①連携、②予測した行動、③知識の宝庫、④安全な医療の提供、⑤安心できる信頼関係）を形成した。図解化したものが図1である。

以下に形成された5つの島について述べる。なお、〔 〕は1段目の表札、〈 〉は2段目の表札、[]は3段目の表札、【 】は4段目の表札を表す。また各島のシンボルマークを“ ”で表した。詳細な内容については表1に示す。

5つの島の内容は、①“連携”をシンボルマークとする【手術室看護師が術前訪問から術後訪問まで他職種との連携をすることで術後合併症を防ぐ工夫をし、和やかな雰囲気をつくり、安全・安楽な医療を提供できることに学生は魅力を感じた】、②“予測した行動”をシンボルマークとする【手術室看護師は個性性を考慮し、モニターに頼らず患者に直接触れて身体状況を観察した上で手術進行を把握して先を見据えて判断し行動することが必要であると学んだ】、③“知識の宝庫”をシンボルマークとする【手術室看護師は術

式・器材・麻酔の知識などを理解し術中の経過を継続的に観察することが重要であることを学んだ)、④“安全な医療の提供”をシンボルマークとする【手術室の安全や感染管理はスタッフ1人1人の薬品や器材の点検・確認・報告・マニュアルを遵守することが重要であり、学生自ら術中体位を体験したことで術中・術後合併症予防のために体位の工夫の必要性を具体的に学ぶことができた】、⑤“安心できる信頼関係”をシンボルマークとする【手術室看護師は目線の高さに注意し、プライバシーや羞恥心に配慮した雰囲気

気作りをし、患者や家族の声に耳を傾ける態度が、患者の不安の軽減につながることで、コミュニケーション技術は重要であり信頼関係を築いていることを学んだ】であった。

以下、各島の内容について述べる。

5.1 “連携”【手術室看護師が術前訪問から術後訪問まで他職種との連携をすることで術後合併症を防ぐ工夫をし、和やかな雰囲気をつくり、安全・安楽な医療を提供できることに学生は魅力を感じた】(図2)

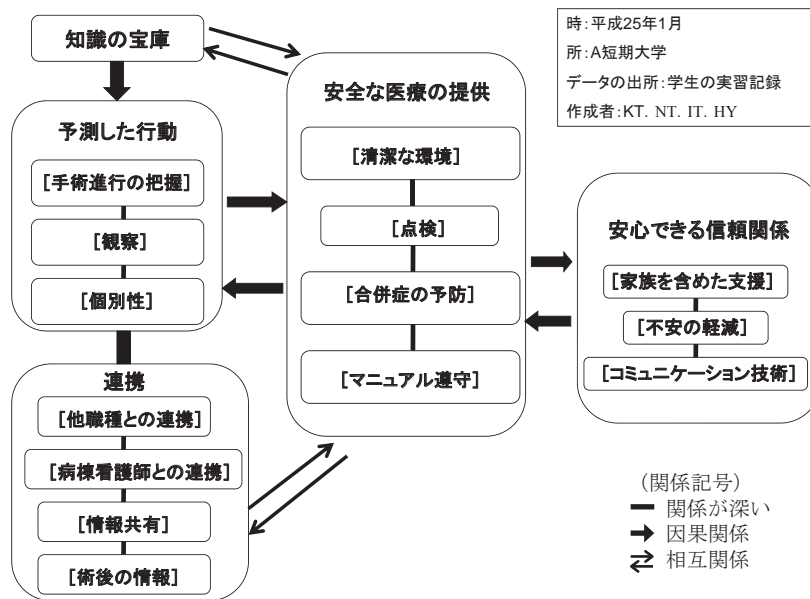


図1 手術室実習での学びの構造

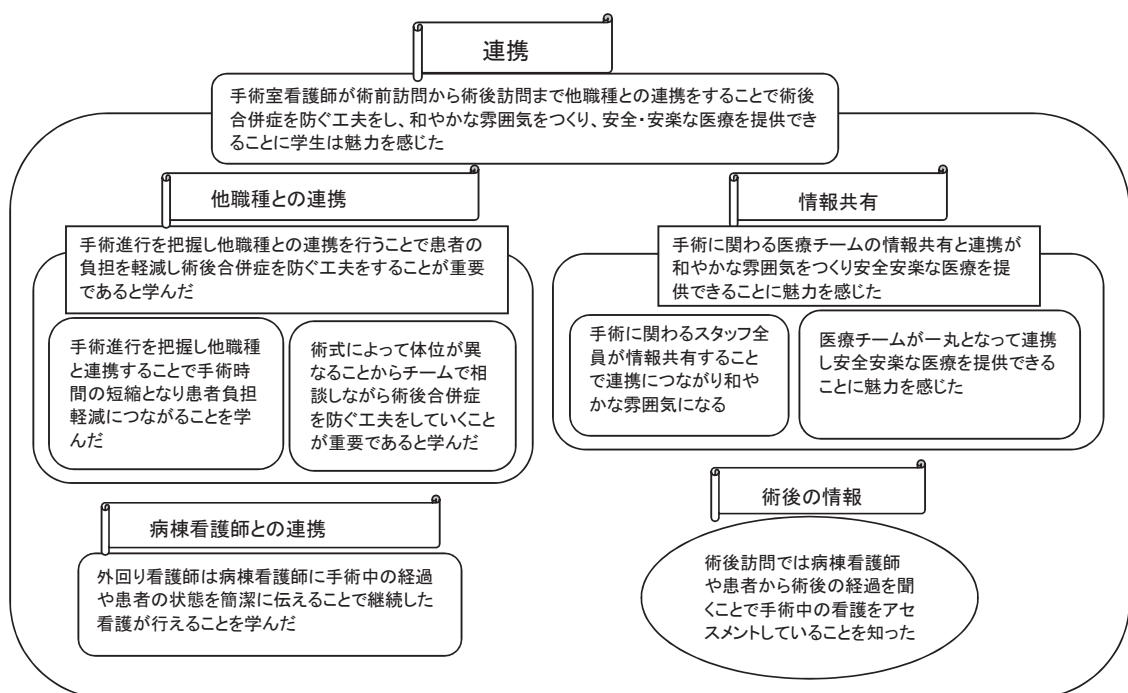


図2 連携

表1 実習記録を通しての手術室実習における学生の学び

1段階目表札(59)	2段階目表札(23)	3段階目表札(15)	4段階目表札(5)
外回り看護師は術前から術中において継続して麻酔科医や執刀医と連携していた			
1人の患者の手術を成功させるためには医師・麻酔科医・看護師など医療チームの連携が重要であると理解できた	手術進行を把握し他職種と連携することで手術時間の短縮となり患者の負担軽減につながることを学んだ	手術進行を把握し他職種と連携することで手術時間の短縮となり患者の負担軽減につながることを学んだ	
手術室内で他職種とコミュニケーションを図り連携することは手術時間短縮となり患者の負担軽減につながることを学んだ			
器械出し看護師が手術の進行を円滑に行うことで時間短縮になり患者の負担軽減につながることを学んだ			
術式に応じた体位が必要であることを学んだ			
安全な体位をとるためにはチーム内で相談しながら手術体位それぞれに起こりやすい皮膚障害や神経障害を理解し、そのうえでクッションや枕を用いて体位を固定することが重要であることを学んだ	術式によって体位が異なることかチームで相談しながら術後合併症を防ぐ工夫をしていくことが重要であると学んだ	手術進行を把握し他職種と連携することで手術時間の短縮となり患者の負担軽減につながることを学んだ	手術室看護師が術前術後合併症を防ぐ工夫をするなかで、安全な体位を確保し、患者の負担軽減を図ることに学んだ
看護師は、体位に合わせた身体の影響・管理を行っていくことが重要だと理解することができた			
外回り看護師は病棟看護師に手術中の状態を簡潔に伝えることで情報共有することで継続して看護を行うことを学んだ	外回り看護師は病棟看護師に手術中の経過や患者の状態を簡潔に伝えることで継続した看護が行えることを学んだ		
手術後、固定部位の発赤・褥瘡などの症状の情報を病棟看護師に伝え、経過観察を依頼することも手術室看護師の役割であると学んだ			
術前訪問で得た情報や手術の情報をホワイトボードに記入し、手術に関わるスタッフ全員に分かるよう情報共有していた	手術に関わるスタッフ全員が情報共有することで連携につながり和やかな雰囲気になる	手術に関わる医者と連携することで和やかな雰囲気になる	
1人1人が声かけ合い、チーム内での意見交換や情報共有が連携につながり和やかな雰囲気になる			
スタッフの個別の役割を果たすことによりチーム全体が一丸となって円滑で安全安楽な医療を展開できる	医療チームが一丸となって連携し安全安楽な医療を提供できることに魅力を感じた	手術に関わる医者と連携することで和やかな雰囲気になる	
医師・看護師・麻酔科医が連携して手術を成功させるために必死になって手術に臨んでいる光景をみて、手術室看護師に魅力を感じた			
術後訪問では病棟看護師や患者から術後の経過を聞くことで手術中の看護をアセスメントしていることを知った			
器械出し看護師は医師の言葉に耳を傾け次に必要な機会を予測し準備している	器械出し看護師は手術進行を把握して予測した器械出しを行うことが術中の円滑な進行につながることを学んだ	手術室看護師は手術進行を把握して予測した器械出しを行うことが術中の円滑な進行につながることを学んだ	
器械出し看護師は医師が術野から目を離すことができない為、器械の渡し方を工夫する気配りが大切である			
器械出し看護師は器械をスムーズに受け渡すことで術中の進行が円滑になる			
器械出し看護師は常に手術進行に合わせて次に使う器械を予測し準備を行う			
手術室看護師は必要な物品を先回りして準備し医師の指示があった際に迅速な対応ができていた	手術室看護師は手術進行状態を把握しながら先を見据えてすばやい判断と行動をとることが必要であると学んだ	手術室看護師は手術進行状態を把握しながら先を見据えてすばやい判断と行動をとることが必要であると学んだ	
外回り看護師は輸液やガーゼの準備などを素早くし周囲を広く見渡しサポートしている			
手術室看護師は手術の進行状態を確認しながら先を見据えて行動することが必要			
手術室看護においては素早い判断と行動が大切である			
外回り看護師は心電図モニターの観察だけでなく患者に直接触れて身体状態を観察する必要があることがわかった			
手術室看護においても個別性を考慮した援助が大切であると感じた	手術室看護においても個別性を考慮した看護計画を立案することが術中の看護につながることを学んだ	手術室看護においても個別性を考慮した看護計画を立案することが術中の看護につながることを学んだ	
術前病棟看護師から申し送りを聞くことや術前訪問することによって患者の情報を収集し看護計画を立案することが術中の看護につながることを学んだ			
手術室看護師は解剖生理、器械・器材の名称など様々な知識を正確に理解することが重要である	手術室看護師は術式・器材・麻酔の知識などを理解し術中の経過を継続的に観察することが重要である(知識の宝庫)		
手術室看護師は麻酔の知識と術式を理解して手術中の経過を継続的に観察することが重要である			
手術環境を維持するには手術室の清掃や人の出入りを最小限にすることが大切であると学んだ	手術室の清潔な環境を維持するためには、清掃や人の出入りを少なくすること、機器のコード類の整理をすることが大切であることを学んだ	手術室の清潔な環境を維持するためには、スタッフ1人1人の確かな知識と技術が必要である	
手術室内の器械の洗浄・滅菌や機器のコード類の整理に気を配ることが、手術室内の安全につながっていることが分かった			
手術室における安全管理は徹底した感染予防から成り立っている	手術室内の感染管理を行うにはスタッフ1人1人の確かな知識と技術が必要である		
無菌操作を保つには手洗い・ガウンテクニック・滅菌手袋の着用の確かな知識と技術が必要である			
毎日薬品を点検することで必要時にすぐに対応でき、誤薬を予防することができることを学んだ	毎日の薬品の点検は誤薬を予防し、器材の点検は患者が安全に手術を受けるために重要である		
器材の点検を毎日行うことは患者が安全に手術を受けるために重要である			
術中体位は褥瘡や神経障害が生じない安全な体位を工夫することが必要である	術後の看護で注意する神経障害、褥瘡、合併症の予防のために術中の安全な体位の工夫の必要性を具体的に学ぶことができた	術後の看護で注意する神経障害、褥瘡、合併症の予防のために術中の安全な体位の工夫の必要性を具体的に学ぶことができた	
術中体位は同一体位となるため患者の体型に合わせた圧迫などの危険発生リスクを見極めて工夫することが大切であることを学んだ			
術後の看護で注意する神経障害、褥瘡、合併症について術中からの予防を具体的に学べた			
術中体位を体験したことで身体の苦痛や圧迫部位など身をもって実感し理解できた			
手術室看護師に互いに声をかけあうことでミスを防いでいる	手術室看護師は互いに報告しあいマニュアルを遵守することで手術室のミスを防ぎ患者に安全な手術を提供できることを学んだ	手術室看護師はマニュアルを遵守することで手術室のミスを防ぎ患者に安全な手術を提供できることを学んだ	
手術中に起きたヒヤリハットを報告することでインシデントを防止でき、患者に安全な手術を提供できることを学んだ			
滅菌物には青い布を覆うことで、誰が見ても清潔区域だとわかり、無菌的に取り扱うことができるのだと学んだ	患者確認や手術部位の確認・ガーゼ・機械カウントはダブルチェックをすることにより誤認を防ぎ、確認が重要であり安全管理につながることを学んだ	手術室看護師は確認と安心を念頭に、手術室で患者に安全な手術を提供できることを学んだ	
体内遺物残存を防ぐためにガーゼカウントや器械カウントは2人以上で発声しながら行うことにより安全管理を怠らないことが大切であることを学んだ			
外回り看護師が患者に説明を行い、協力を得ることは患者の安全を守ることになると学んだ	患者確認や手術部位の確認・ガーゼ・機械カウントはダブルチェックをすることにより誤認を防ぎ、確認が重要であり安全管理につながることを学んだ	手術室看護師は確認と安心を念頭に、手術室で患者に安全な手術を提供できることを学んだ	
患者確認は患者本人に名乗ってもらい、リストバンドによる再確認を行うことで患者誤認を防ぐ安全管理を行っていた			
手術部位の確認は術前訪問の際と入室後の麻酔導入前に本人による確認とマーキングによるダブルチェックを行っており、確認の重要性を学んだ			
術前訪問では手術室看護師が家族に手術内容を説明することで家族の不安の軽減を行っていることが分かった	看護師が患者のそばに寄り添って笑顔で声かけやスキンシップをすることで患者の不安を緩和し心の支えになることを学んだ	術前訪問や術中における声かけやスキンシップをすることで患者の不安を緩和し心の支えになることを学んだ	
麻酔導入時はスキンシップや声かけを行うことで緊張や不安の緩和につながることを学んだ			
術前訪問により患者の心理の状態を把握し手術期の援助につなげていかなければならないことを学んだ			
患者に声をかけながら一つ一つの処置を行うことで患者の不安を軽減し安心感を与えるので看護師の声かけは大切であることを学んだ			
手術室看護師は患者の代表者となり、傍に寄り添って声をかけたり笑顔で接することが患者の不安を緩和し心の支えになると学んだ	術前訪問で患者に手術に関する説明を行うことで患者の不安や恐怖を軽減し、信頼関係を築いている	術前訪問で患者に手術に関する説明を行うことで患者の不安や恐怖を軽減し、信頼関係を築いている	
外回り看護師は術前訪問で患者と関わることで患者の不安や恐怖を打ち明けられる重要な存在である			
術前訪問では手術の説明を行うことで不安の緩和になり患者との信頼関係を築いている			
外回り看護師の役割は手術に関わるだけでなく患者に声かけを行うことで不安や恐怖を軽減できるようにし精神面の支えになっている			
手術室看護師は患者の表情や発言から身体面や精神面を観察する必要がある			
看護師の表情や声・目線の高さに注意した態度が患者の不安の軽減につながる	患者の表情や声・発言に耳を傾け、目線の高さに注意した態度が患者の不安の軽減につながるため、声かけやコミュニケーション技術が重要であると学んだ	手術室看護師は目線の高さに注意し、声かけやコミュニケーション技術が重要であると学んだ	
術前訪問では患者が安心して手術を受けることができるように雰囲気作りやコミュニケーション技術が重要			
患者の話に耳を傾けるだけでなく表情や視線など患者の不安を察知し説明することが大切であると学んだ			
術前訪問では手術室の顔として看護師が病室に訪問することから第一印象が重要であることを学んだ			
術前訪問では患者の立場で考えプライバシーや患者の要望に配慮することが大切だと感じた	術前訪問では他の患者に聞こえないようにプライバシーや羞恥心に配慮して確認を行っていることがわかった	手術室看護師は目線の高さに注意し、声かけやコミュニケーション技術が重要であると学んだ	
術前訪問では、他の患者に聞こえないようにプライバシーや羞恥心に配慮して確認を行っていることがわかった			

この島は「手術進行を把握し他職種との連携を行うことで患者の負担を軽減し術後合併症を防ぐ工夫をすることが重要であると学んだ」、[外回り看護師は病棟看護師に手術中の経過や患者の状態を簡潔に伝えることで継続した看護が行えることを学んだ]、[手術に関わる医療チームの情報共有と連携が和やかな雰囲気をつくり安全安楽な医療を提供できることに魅力を感じた]、[術後訪問では病棟看護師や患者から術後の経過を聞くことで手術中の看護をアセスメントしていることを知った] から成り立っている。

[手術進行を把握し他職種との連携を行うことで患者の負担を軽減し術後合併症を防ぐ工夫をすることが重要であると学んだ]の中には、〈手術進行を把握し他職種と連携することで手術時間の短縮となり患者負担軽減につながることを学んだ〉、〈術式によって体位が異なることからチームで相談しながら術後合併症を防ぐ工夫をしていくことが重要であると学んだ〉が含まれている。〈手術進行を把握し他職種と連携することで手術時間の短縮となり患者負担軽減につながることを学んだ〉は、[外回り看護師は術前と術中も継続して麻酔科医や執刀医と連携していた]、[1人の患者の手術を成功させるためには医師・麻酔医・看護師など医療チームの連携が重要であると理解できた]、[手術室内で他職種とコミュニケーションを図り連携することは手術時間短縮となり患者の負担軽減につながることを学んだ]、[器械出し看護師が手術の進行を円滑に行うことで時間短縮になり患者の負担軽減につながることを学んだ] から成り立っている。〈術式によって体位が異なることからチームで相談しながら術後合併症を防ぐ工夫をしていくことが重要であると学んだ〉は、[術式に応じた体位が必要であることを学んだ]、[安全な体位をとるためにはチーム内で相談しながら手術体位それぞれに起こりやすい皮膚障害や神経障害を理解し、そのうえでクッションや枕を用いて体位を固定することが重要であることを学んだ]、[看護師は、体位に合わせた身体の影響・管理を行っていくことが重要だと理解することができた] から成り立っている。

[外回り看護師は病棟看護師に手術中の経過や患者の状態を簡潔に伝えることで継続した看護が行えることを学んだ]の中には、[外回り看護師は病棟看護師に手術中の状態を簡潔に伝えることで情報共有することで継続した看護を行うことを学んだ]、[手術後、固定部位の発赤・褥

瘡などの症状の情報を病棟看護師に伝え、経過観察を依頼することも手術室看護師の役割であると学んだ]が含まれている。

[手術に関わる医療チームの情報共有と連携が和やかな雰囲気をつくり安全安楽な医療を提供できることに魅力を感じた]の中には、〈手術に関わるスタッフ全員が情報共有することで連携につながり和やかな雰囲気になる〉、〈医療チームが一丸となって連携し安全安楽な医療を提供できることに魅力を感じた〉が含まれている。〈手術に関わるスタッフ全員が情報共有することで連携につながり和やかな雰囲気になる〉は、[術前訪問で得た情報や手術の情報をホワイトボードに記入し、手術に関わるスタッフ全員に分かるよう情報共有していた]、[1人1人が声かけ合い、チーム内での意見交換や情報共有が連携につながり和やかな雰囲気になる] から成り立っている。〈医療チームが一丸となって連携し安全安楽な医療を提供できることに魅力を感じた〉は、[医師・看護師・麻酔医が連携して手術を成功させるために必死になって手術に臨んでいる光景をみて、手術室看護師に魅力を感じた]、[スタッフの個別の役割を果たすことによりチーム全体が一丸となって円滑で安全安楽な医療を展開できる] から成り立っている。

5.2 “予測した行動”【手術室看護師は個別性を考慮し、モニターに頼らず患者に直接触れて身体状況を観察した上で手術進行を把握して先を見据えて判断し行動することが必要であると学んだ】(図3)

この島は「手術室看護師は手術進行を把握して先を見据えて素早い判断と行動をとることが術中の円滑な進行につながることを学んだ」、[外回り看護師は心電図モニターの観察だけでなく患者に直接触れて身体状態を観察する必要があることがわかった]、[手術室看護においても個別性を考慮した看護計画を立案することが術中の看護につながることを学んだ] から成り立っている。

[手術室看護師は手術進行を把握して先を見据えて素早い判断と行動をとることが術中の円滑な進行につながることを学んだ]の中には、〈器械出し看護師は手術進行を把握して予測した器械出しを行うことが術中の円滑な進行につながることを学んだ〉、〈手術室看護師は手術進行状態を把握しながら先を見据えてすばやい判断と行動をとることが必要であると学んだ〉が含まれて

いる。〈器械出し看護師は手術進行を把握して予測した器械出しを行うことが術中の円滑な進行につながることを学んだ〉は、〔器械出し看護師は医師の言葉に耳を傾け次に必要な機会を予測し準備している〕、〔器械出し看護師は医師が術野から目を離すことができない為、器械の渡し方を工夫する気配りが大切である〕、〔器械出し看護師は器械をスムーズに受け渡しすることで術中の進行が円滑になる〕、〔器械出し看護師は常に手術進行に合わせて次に使う器械を予測し準備を行う〕から成り立っている。〈手術室看護師は手術進行状態を把握しながら先を見据えてすばやい判断と行動をとることが必要であると学んだ〉は、〔手術室看護師は必要な物品を先回りして準備し医師の指示があった際に迅速な対応

ができていいる〕、〔外回り看護師は輸液やガーゼの準備などを素早くし周囲を広く見渡しサポートしている〕、〔手術室看護師は手術の進行状態を確認しながら先を見据えて行動することが必要〕、〔手術室看護においては素早い判断と行動が大切である〕から成り立っている。

〔手術室看護においても個別性を考慮した看護計画を立案することが術中の看護につながることを学んだ〕の中には、〔手術室看護においても個別性を考慮した援助が大切であると感じた〕、〔術前病棟看護師から申し送りを聞くことや術前訪問することによって患者の情報を収集し看護計画を立案することが術中の看護につながることを学んだ〕が含まれている。

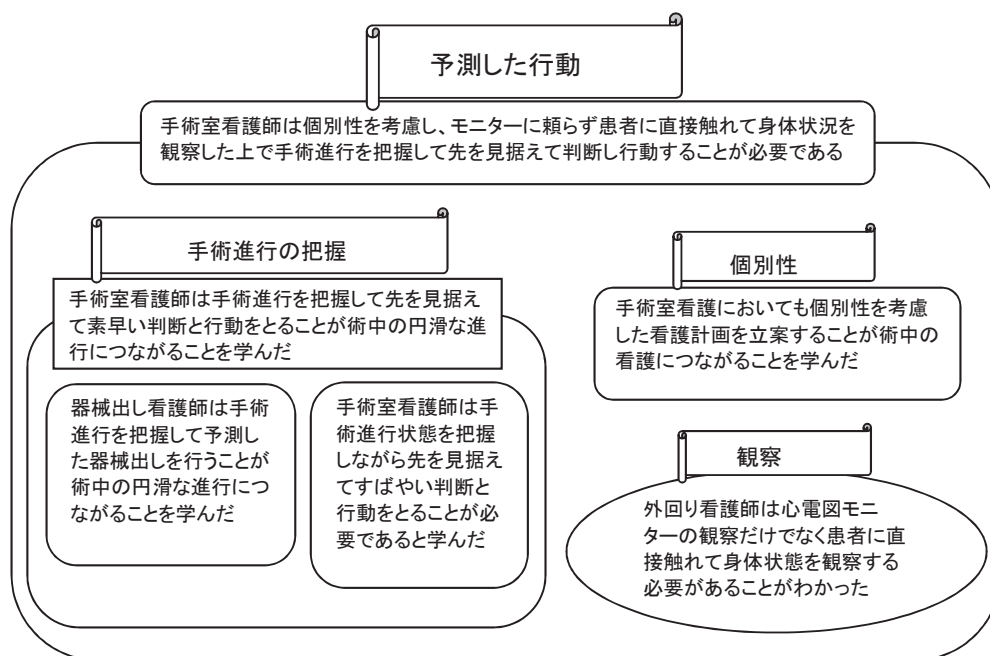


図3 予測した行動

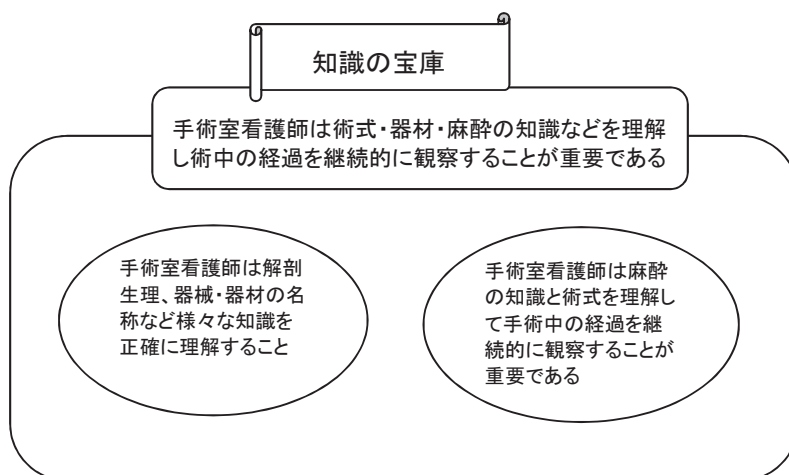


図4 知識の宝庫

5.3 “知識の宝庫”【手術室看護師は術式・器材・麻酔の知識などを理解し術中の経過を継続的に観察することが重要であることを学んだ】(図4)

この島は〔手術室看護師は術式・器材・麻酔の知識などを理解し術中の経過を継続的に観察することが重要であることを学んだ〕、〔ドレーンが挿入される患者を見学して、ドレーンが体内でどのような状態になっているのかを理解できた〕が含まれている。

5.4 “安全な医療の提供”【手術室の安全や感染管理はスタッフ1人1人の薬品や器材の点検・確認・報告・マニュアルを遵守することが重要であり、学生自ら術中体位を体験したことで術中・術後合併症予防のために体位の工夫の必要性を具体的に学ぶことができた】(図5)

この島は、〔手術室の清潔な環境を維持するためには、スタッフ1人1人の確かな知識と技術が必要である〕、〔毎日の薬品の点検は誤薬を予防し器材の点検に患者が安全に手術を受けるために重要である〕、〔術後の看護で注意する神経

障害、褥瘡、合併症の予防のために、術中の安全な体位の工夫の必要性を自ら体験したことで具体的に学べた〕、〔手術室看護師は確認と報告をしてマニュアルを遵守することで、手術室のミスを防ぎ、患者に安全な手術を提供できることを学べた〕から成り立っている。

〔手術室の清潔な環境を維持するためには、スタッフ1人1人の確かな知識と技術が必要である〕の中には、〈手術室の清潔な環境を維持するためには、清掃や人の出入りを少なくすること、機器のコード類の整理をすることが大切であることを学んだ〉、〈手術室内の感染管理を行うにはスタッフ1人1人の確かな知識と技術が必要である〉が含まれている。〈手術室の清潔な環境を維持するためには、清掃や人の出入りを少なくすること、機器のコード類の整理をすることが大切であることを学んだ〉は、〔手術環境を維持するには手術室の清掃や人の出入りを最小限にすることが大切であると学んだ〕、〔手術室内の器械の洗浄・滅菌や機器のコード類の整理に気を配ることが、手術室内の安全につながって

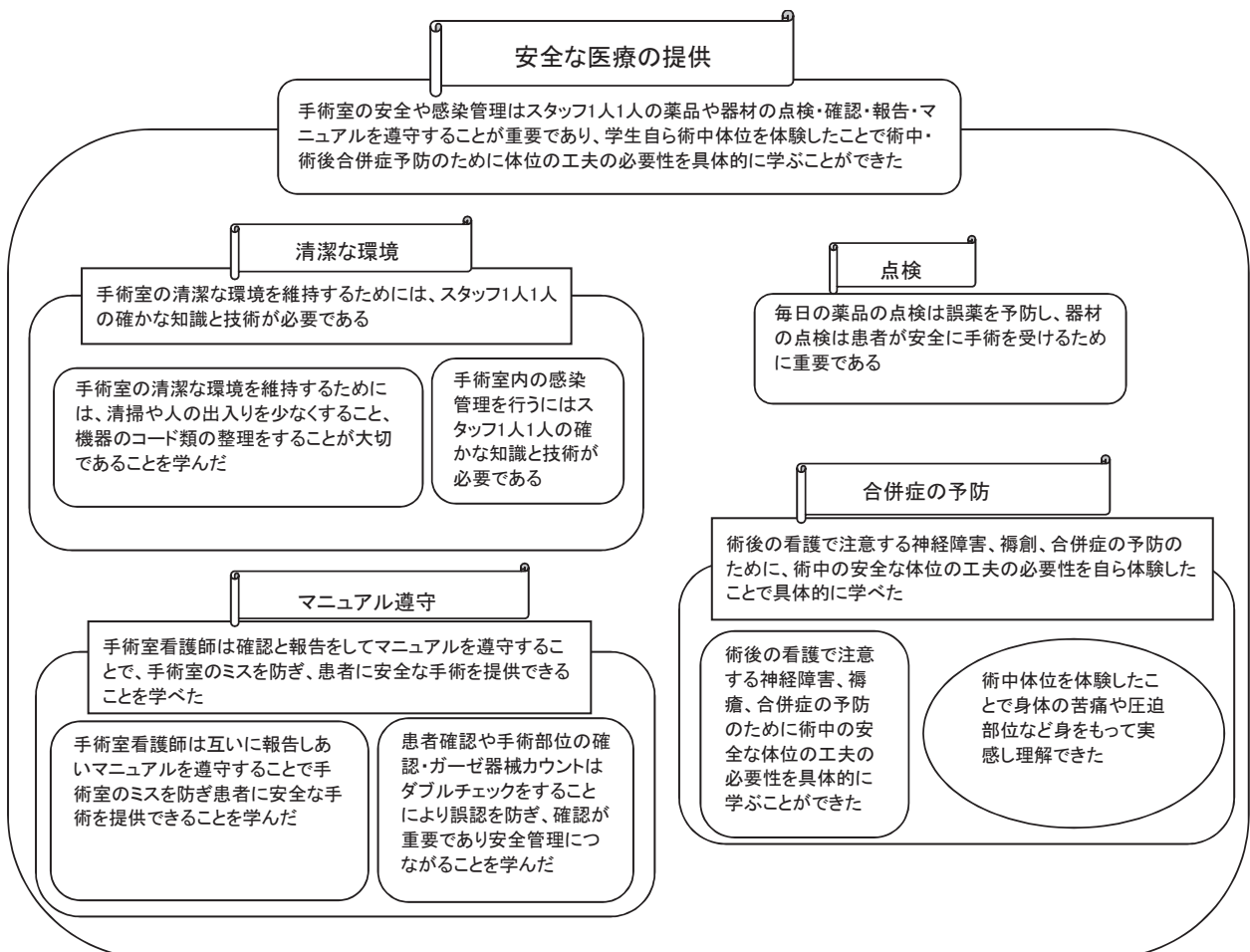


図5 安全な医療の提供

いることが分かった] から成り立っている。〈手術室内の感染管理を行うにはスタッフ1人1人の確かな知識と技術が必要である〉は、〔手術室における安全管理は徹底した感染予防から成り立っている〕、〔無菌操作を保つには手洗い・ガウンテクニック・滅菌手袋の着用の確かな知識と技術が必要である〕から成り立っている。

〔毎日の薬品の点検は誤薬を予防し、器材の点検は患者が安全に手術を受けるために重要である〕の中には、〔毎日薬品を点検することで必要時にすぐに対応でき、誤薬を予防することができることを学んだ〕、〔器材の点検を毎日行うことは患者が安全に手術を受けるために重要である〕が含まれている。

〔術後の看護で注意する神経障害、褥瘡、合併症の予防のために、術中の安全な体位の工夫の必要性を自ら体験したことで具体的に学べた〕の中には、〈術後の看護で注意する神経障害、褥瘡、合併症の予防のために術中の安全な体位の工夫の必要性を具体的に学ぶことができた〉、〈術中体位を体験したことで身体の苦痛や圧迫部位など身をもって実感し理解できた〉が含まれている。〈術後の看護で注意する神経障害、褥瘡、合併症の予防のために術中の安全な体位の工夫の必要性を具体的に学ぶことができた〉は、〔術中体位は褥瘡や神経障害が生じない安全な体位を工夫することが必要である〕、〔術中体位は同一体位となるため患者の体型に合わせて圧迫などの危険発生リスクを見極めて工夫することが大切であることを学んだ〕、〔術後の看護で注意する神経障害、褥瘡、合併症について術中からの予防を具体的に学べた〕から成り立っている。

〔手術室看護師は確認と報告をしてマニュアルを遵守することで、手術室のミスを防ぎ、患者に安全な手術を提供できることを学べた〕の中には〈手術室看護師は互いに報告しあいマニュアルを遵守することで手術室のミスを防ぎ患者に安全な手術を提供できることを学んだ〉、〈患者確認や手術部位の確認・ガーゼ器械カウントはダブルチェックをすることにより誤認を防ぎ、確認が重要であり安全管理につながることを学んだ〉が含まれている。〈手術室看護師は互いに報告しあいマニュアルを遵守することで手術室のミスを防ぎ患者に安全な手術を提供できることを学んだ〉、は〔手術室看護師に互いに声をかけあうことでミスを防いでいる〕、〔手術中に起きたヒヤリハットを報告することでインシデントを防止でき、患者に安全な手術を提供できる

ことを学んだ〕、〔滅菌物には青い布を覆うことで、誰が見ても清潔区域だとわかり、無菌的に取り扱うことができるのだと学んだ〕から成り立っている。〈患者確認や手術部位の確認・ガーゼ器械カウントはダブルチェックをすることにより誤認を防ぎ、確認が重要であり安全管理につながることを学んだ〉は、〔体内遺物残存を防ぐためにガーゼカウントや器械カウントは2人以上で発声しながら行うことにより安全管理を怠らないことが大切であることを学んだ〕、〔外回り看護師が患者に説明を行い、協力を得ることは患者の安全を守ることにすると学んだ〕、〔患者確認は患者本人に名乗ってもらい、リストバンドによる再確認を行うことで患者誤認を防ぐ安全管理を行っていた〕、〔手術部位の確認は術前訪問の際と入室後の麻酔導入前に本人による確認とマーキングによるダブルチェックを行っており、確認の重要性を学んだ〕から成り立っている。

5.5 “安心できる信頼関係”【手術室看護師は目線の高さに注意し、プライバシーや羞恥心に配慮した雰囲気作りをし、患者や家族の声に耳を傾ける態度が、患者の不安の軽減につながる。コミュニケーション技術は重要であり信頼関係を築いていることを学んだ】(図6)

この島は〔術前訪問では手術室看護師が家族に手術内容を説明することで家族の不安の軽減を行っていることが分かった〕、〔術前訪問や術中において、手術に関する説明を行うだけでなく声かけやスキンシップを行うことで不安を表出できる存在となり信頼関係を築いていることを学んだ〕、〔手術室看護師は目線の高さに注意し患者の声に耳を傾けることによってプライバシーや羞恥心に配慮した態度が不安の軽減につながる。コミュニケーション技術は重要であると学んだ〕から成り立っている。

〔術前訪問や術中において、手術に関する説明を行うだけでなく声かけやスキンシップを行うことで不安を表出できる存在となり信頼関係を築いていることを学んだ〕の中には、〈看護師が患者のそばに寄り添って笑顔で声かけやスキンシップをすることが患者の不安を緩和し心の支えになることを学んだ〉、〈術前訪問で患者に手術に関する説明を行うだけではなく声かけを行うことで、患者の不安や恐怖を表出できる存在となり、信頼関係を築いている〉が含まれてい

る。〈看護師が患者のそばに寄り添って笑顔で声かけやスキンシップをすることが患者の不安を緩和し心の支えになることを学んだ〉は、〔麻酔導入時はスキンシップや声かけを行うことで緊張や不安の緩和につながることを学んだ〕、〔術前訪問により患者の心理的状态を把握し手術期の援助につなげていかなければならないことを学んだ〕、〔患者に声をかけながら一つ一つの処置を行うことで患者の不安を軽減し安心感を与えるので看護師の声かけは大切であることを学んだ〕、〔手術室看護師は患者の代弁者となり、傍に寄り添って声をかけたり笑顔で接することが患者の不安を緩和し心の支えになると学んだ〕から成り立っている。〈術前訪問で患者に手術に関する説明を行うだけではなく声かけを行うことで、患者の不安や恐怖を表出できる存在となり、信頼関係を築いている〉は、〔外回り看護師は術前訪問で患者と関わることで患者の不安や恐怖を打ち明けられる重要な存在である〕、〔術前訪問では手術の説明を行うことで不安の緩和になり患者との信頼関係を築いている〕、〔外回り看護師の役割は手術に関わるだけでなく患者に声かけを行うことで不安や恐怖感を表出できるようになり精神面の支えになっている〕から成り立っている。

〔手術室看護師は目線の高さに注意し患者の声に耳を傾けることによってプライバシーや羞恥心に配慮した態度が不安の軽減につながるので雰囲気づくりやコミュニケーション技術は重要であると学んだ〕の中には、〈患者の表情や声・発言に耳を傾け、目線の高さに注意した態度が患者の不安の軽減につながるので雰囲気作りやコミュニケーション技術が重要であると学んだ〉、〈術前訪問では他の患者に聞こえないようにプライバシーや羞恥心に配慮して確認を行っているとわかった〉が含まれている。〈患者の表情や声・発言に耳を傾け、目線の高さに注意した態度が患者の不安の軽減につながるので雰囲気作りやコミュニケーション技術が重要であると学んだ〉は、〔手術室看護師は患者の表情や発言から身体面や精神面を観察する必要がある〕、〔看護師の表情や声・目線の高さに注意した態度が患者の不安の軽減につながる〕、〔術前訪問では患者が安心して手術を受けることができるように雰囲気作りやコミュニケーション技術が重要〕、〔患者の話に耳を傾げるだけでなく表情や視線など患者の不安を察知し説明することが大切であると学んだ〕、〔術前訪問では手術室の顔として看護師が病室に訪問することから第一印象が重要であることを学んだ〕から成り立って

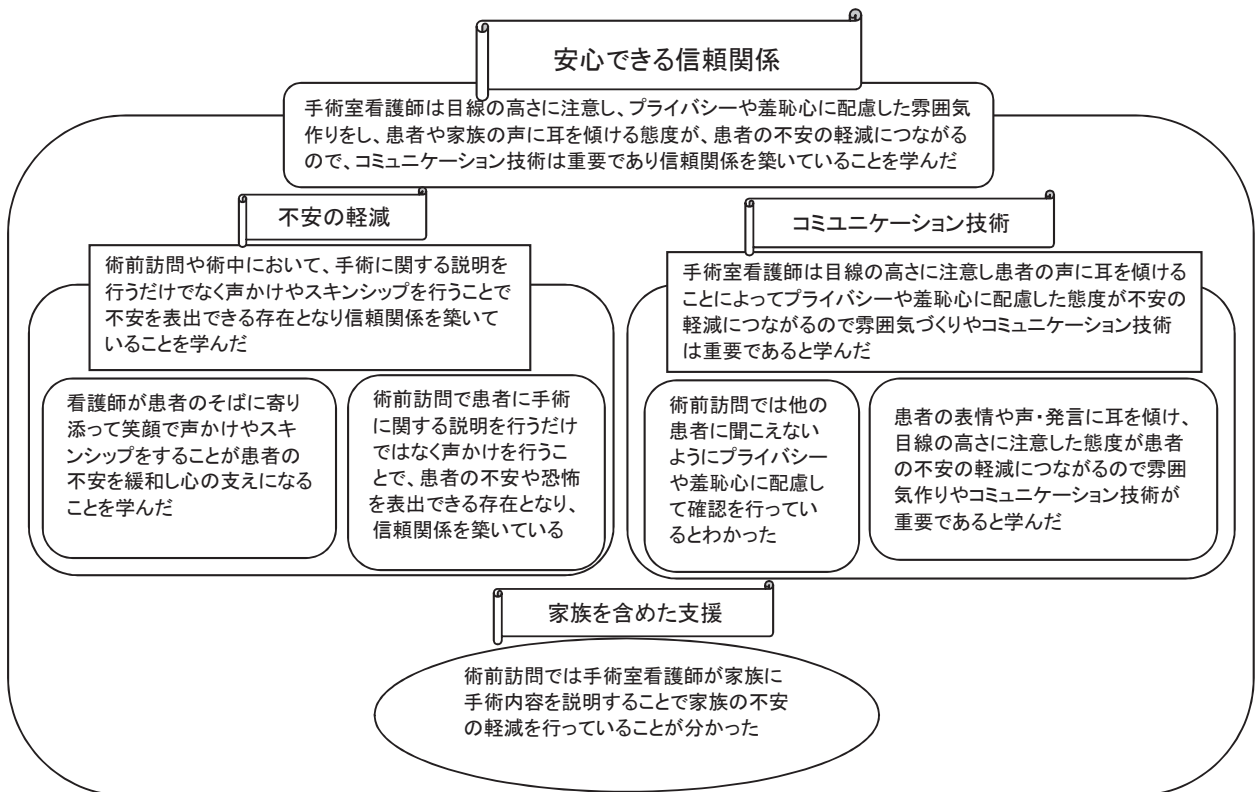


図6 安心できる信頼関係

いる。〈術前訪問では他の患者に聞こえないようにプライバシーや羞恥心に配慮して確認を行っていると感じた〉は、〔術前訪問では患者の立場で考えプライバシーや患者の要望に配慮することが大切だと感じた〕、〔術前訪問では、他の患者に聞こえないようにプライバシーや羞恥心に配慮して確認を行っていると感じた〕から成り立っている。

6. 考察

6.1 概念についての考察

A短期大学看護学科成人看護学実習I（急性期）実習記録の手術室実習を終えての学びの記載内容から5つの概念（島）を抽出した。これは①【連携】、②【予測した行動】、③【知識の宝庫】、④【安全な医療の提供】、⑤【安心できる信頼関係】であった。

5つの概念（島）について考察する。

6.1.1 “連携”【手術室看護師が術前訪問から術後訪問まで他職種との連携をすることで術後合併症を防ぐ工夫をし、和やかな雰囲気をつくり、安全・安楽な医療を提供できることに学生は魅力を感じた】

実習の進め方として、「手術の見学（入室から退室まで必ず一事例は見学する）」としている。実習にて手術室入室から退室まで見学することにより学生は、〔外回り看護師は術前と術中も継続して麻酔科医や執刀医と連携していた〕、〔器械出し看護師が手術の進行を円滑に行うことで時間短縮になり患者の負担軽減につながることを学んだ〕と述べている。手術室では一人の患者に多くの職種が関わり、それぞれの専門性を生かし、能力を最大限に発揮できるようチームの連携を図るために、手術室看護師には調整役としての能力が求められている（松嵜2010）。学生は手術中の看護師の動きを見学することにより、他職種と連携が手術時間の短縮につながり、手術時間の短縮は患者の負担軽減につながることを学んでいた。また、〈術式によって体位が異なることからチームで相談しながら術後合併症を防ぐ工夫をしていくことが重要であると学んだ〉と、チームで相談しながら、体位を工夫している場面を見学し、術後合併症につなげて考えることができていた。また、手術室実習の目標の中に「手術室への申し送り、病棟への申し送りから、連携の工夫に気づくことができる」がある。学生は、外回り看護師と病棟看護師の

引き継ぎを見学し、学生は、〔外回り看護師は病棟看護師に手術中の経過や患者の状態を簡潔に伝えることで継続した看護が行えることを学んだ〕と述べている。周術期看護において、外来・病棟・手術室の連携と情報を共有していくことは、看護の質の向上と、手術の安全管理を行っていく上で必要である（木村2013）。そして学生は、〔術後訪問では病棟看護師や患者から術後の経過を聞くことで手術中の看護をアセスメントしていることを知った〕と、術後訪問を体験することにより、患者に安全・安楽な医療を提供するために、継続看護のための連携の大切さに気づくことができた。そして、学生は、チーム内での意見交換の場面において〔1人1人が声かけ合い、チーム内での意見交換や情報共有が連携につながり和やかな雰囲気になる〕と感じ、また、〔医師・看護師・麻酔医が連携して手術を成功させるために必死になって手術に臨んでいる光景をみて、手術室看護師に魅力を感じた〕と述べており、他職種と連携している姿を見て、手術室看護師の魅力へとつなげていた。

6.1.2 “予測した行動”【手術室看護師は個別性を考慮し、モニターに頼らず患者に直接触れて身体状況を観察した上で手術進行を把握して先を見据えて判断し行動することが必要であると学んだ】

手術室実習の目標の中に「手術室の看護師（器械出し・外回り）の役割を説明することができる」がある。学生は、実習開始前に手術室の看護師（器械出し・外回り）の役割について、事前学習してから実習に臨んでいる。器械出し看護師は、術野から目を離さず手術進行を把握しておくこと、外回り看護師は異常の早期発見のためにモニターだけでなく直接患者に触れて観察することが述べられており（西田2013）、学生は手術室看護師の役割として、先を予測した行動が必要であることを知識の上では知っていた。

学生は器械出し看護師の役割を学ぶために、手術中に器械出し看護師の動きを観察することにより、〔器械出し看護師は医師の言葉に耳を傾け次に必要な機会を予測し準備している〕、〔器械出し看護師は医師が術野から目を離すことができない為、器械の渡し方を工夫する気配りが大切である〕ということに気づくことができた。このことは、手術室実習を1週間実施しているため、1週間のうち1日は器械出し看護師の役割を理解することを目標とすることができ、器

械出し看護師の動きを集中して観察することができたためと考えられる。

また、学生は、外回り看護師の役割を理解するために、外回り看護師に付いて実習することにより、「外回り看護師は心電図モニターの観察だけでなく患者に直接触れて身体状態を観察する必要があることがわかった」と、外回り看護師の動きを目の当たりにして、手術中の患者の状態観察においても、モニターに頼ることなく、実際に触れて確かめることの大切さを学ぶことができた。このことは、手術室見学実習ではなく、外回り看護師と共に看護を体験し、患者へ直接的な関わりを行ったことにより、気づくことができ、学びを深めることができたと考えられる。

さらに学生は、手術室の看護として、「手術室看護においても個別性を考慮した援助が大切であると感じた」、「術前病棟看護師から申し送りを聞くことや術前訪問することによって患者の情報を収集し看護計画を立案することが術中の看護につながることを学んだ」と、個別性を重視した看護が展開されていることを学んでいた。看護の思考過程において、リスクを予測する力は重要であり、リスクの高い手術室では、さらに予測する力は求められる。手術室看護師がどのようなケアを重視しているかを調査した報告において、「円滑な手術進行のための働きかけ」や「患者の既往・リスクを把握した介助」が挙げられていた（山田ら2013）。手術進行を予測したり、個々の患者に合わせてアセスメントできる専門知識の習得が予測した行動につながると考える。学生は器械出し看護師や外回り看護師をしっかりと観察することで、短時間しか患者に関わらない手術室看護師が、術前訪問により病棟看護師や患者から情報収集を行い、個別性を考慮して、予測した行動をしていることに気づくことができたと考えられる。

6.1.3 “知識の宝庫”【手術室看護師は術式・器材・麻酔の知識などを理解し術中の経過を継続的に観察することが重要であることを学んだ】

臨地実習の目的は、学生が学内で習得した看護に必要な専門的知識・技術・態度を実際の場面に応用し、看護の対象を全人的にとらえ、理論と実践を結びつけた看護活動を展開する能力を養うことにある（宮地2013）と述べられている。学生は実習において、学内の講義や演習で学んだ解剖生理学や疾患、看護技術の原理原則を事前学習し、また、実習中は予習しながら、自分

自身が主体的に行動できるように学習している。

しかし、手術室は、電気メスや手術で使用する医療機器、麻酔薬、筋弛緩剤、麻薬などの薬品、脳外科、消化器外科、胸部外科、整形外科、泌尿器科、婦人科、耳鼻科、眼科、皮膚科などの外科系の疾患や術式、術式に合わせた器械など多くの専門知識が必要である。

堀越ら（2009）は、手術室実習は高度な専門性を備えており、学生がその業務の一翼を担うには少し荷が思い分野であり、手術室見学実習では、臨地実習の意義を十分に生かしきれていないと考えることもできると述べている。

そこでA短期大学では手術室実習の前の週に、手術の予定（疾患や術式など）について学生に情報提供し、自分が見学したい手術について、事前学習をした上で実習に臨むようにしている。

学生は「手術室看護師は解剖生理、器械・器材の名称など様々な知識を正確に理解することが重要」、「手術室看護師は麻酔の知識と術式を理解して手術中の経過を継続的に観察することが重要である」と述べており、手術室看護師は専門的知識に優れ、知識の宝庫であると捉えることができたと考えられる。

6.1.4 “安全な医療の提供”【手術室の安全や感染管理はスタッフ1人1人の薬品や器材の点検・確認・報告・マニュアルを遵守することが重要であり、学生自ら術中体位を体験したことで術中・術後合併症予防のために体位の工夫の必要性を具体的に学ぶことができた】

2006年の医療法の改正により、医療機関に医療安全管理、感染管理、医薬品安全管理、医療機器安全管理の責任者をそれぞれ配置することが定められた。このように医療安全の推進は法的に義務付けられている。医療安全の取り組みは、患者が最善の医療を受ける権利の保護であり、最善の医療を提供するという医療関係職の基本的な姿である（日本看護協会2013）。

手術室においては手術部位感染（surgical site infection：以下SSI）の発生を防止するために、感染対策は重要である。SSIサーベイランスを行い、施設レベルでSSI減少に向けた取り組みについての報告がされている（金沢2013）。また、手術室の感染対策として、手術室の環境整備、手術時の手洗い、器材の消毒について述べられている（大久保2010）。

学生は「手術環境を維持するには手術室の清掃や人の出入りを最小限にすることが大切であ

ると学んだ)、〔無菌操作を保つには手洗い・ガウンテクニック・滅菌手袋の着用の確かな知識と技術が必要である〕と清潔な環境が必要とされる手術室での感染対策を体験した。学生の記録にはSSIについての記述はなく、手術室において感染対策がなぜ重要であるのかまで考えて実習できていたかは疑問である。

しかし、〔毎日薬品点検することで必要時にすぐに対応でき、誤薬を予防することができることを学んだ〕、〔器材の点検を毎日行うことは患者が安全に手術を受けるために重要である〕と薬品や器材の点検は患者が安全に手術を受けるために重要であることには着眼できており、安全管理について学びを深めたと考えられる。

また、全身麻酔下では、患者は意識の消失や無痛、筋弛緩状態におかれるため、手術室看護師は手術や麻酔の身体的な影響を考え、術後合併症予防のための援助ができなければならない。手術体位は、手術・麻酔・看護の各面の安全を基に決定され、皮膚障害・神経障害等の合併症予防策はチーム医療として不可欠である(田畑ら2013)。学生は、〈術中体位を体験したことで身体の苦痛や圧迫部位など身をもって実感し理解できた〉と述べ、実習において、自らの体験が患者の苦痛および圧迫部位の確認となり、また、〈術後の看護で注意する神経障害、褥瘡、合併症の予防のために術中の安全な体位の工夫の必要性を具体的に学ぶことができた〉と術後合併症予防のために術中体位の工夫は重要であることへとつなげていた。

手術室において患者誤認防止や体内遺物残存を防止するためには、マニュアルを遵守することが大切である。類似のインシデント発生の原因は、マニュアルの内容や周知の方法だけでなく、個人の危機管理の問題が大きいとマニュアル遵守のための実地監査の報告もされている(田畑ら2012)。学生は、〔手術中に起きたヒヤリハットを報告することでインシデントを防止でき、患者に安全な手術を提供できることを学んだ〕と体験を通し学びを深めていった。また、〔体内遺物残存を防ぐためにガーゼカウントや器械カウントは2人以上で発声しながら行うことにより安全管理を怠らないことが大切であることを学んだ〕、〔手術部位の確認は術前訪問の際と入室後の麻酔導入前に本人による確認とマーキングによるダブルチェックを行っており、確認の重要性を学んだ〕と述べており、〔手術室看護師は確認と報告をしてマニュアルを遵守すること

で、手術室のミスを防ぎ、患者に安全な手術を提供できることを学べた〕と確認し報告をしてマニュアルを遵守することが医療事故防止のために重要であることに気付くことができたと考えられる。

6.1.5 “安心できる信頼関係”【手術室看護師は目線の高さに注意し、プライバシーや羞恥心に配慮した雰囲気作りをし、患者や家族の声に耳を傾ける態度が、患者の不安の軽減につながるので、コミュニケーション技術は重要であり信頼関係を築いていることを学んだ】

患者との信頼関係を構築するために、コミュニケーション技術を身につける必要がある。厚生労働省(2009)は、看護基礎教育のカリキュラム改正の中で、近年の同世代の若者同様、看護学生のコミュニケーション能力が不足している傾向があり、コミュニケーション能力を高める内容が盛り込まれた。学生は基礎看護学の講義や演習において、コミュニケーション技術(茂野2013)を学習する。授業では、コミュニケーションを円滑にするため、身だしなみ、表情、視線、相手との距離、ジェスチャー、スキンシップ、声のトーンなどの基本的態度について学んでいる。

学生は〔術前訪問では手術室看護師が家族に手術内容を説明することで家族の不安の軽減を行っていることが分かった〕と術前に手術室看護師が家族へ関わったことに気づくことができている。手術は患者にとって人生の一大事であるが、家族にとっても同様に一大事であり家族の不安も大きい。松沼(2013)は、手術室看護師の役割として、患者や家族が麻酔や手術看護について理解し、安心して手術に臨めるように支援することであると述べている。学生は術前において手術室看護師が、家族を含めた支援を行う必要性を学ぶことができた。

また、学生は術前訪問や麻酔導入まで外回り看護師に付いて実習することにより、〔外回り看護師は術前訪問で患者と関わることで患者の不安や恐怖を打ち明けられる重要な存在である〕、〔麻酔導入時はスキンシップや声かけを行うことで緊張や不安の緩和につながることを学んだ〕と感じた。手術室看護師が行っている看護の技の中で、患者コミュニケーションの技として、患者に不安や危険な行動がないように、行動直前に話し、伝わったかどうか確認するなど、必要に応じ判断して声かけをしているとある(土

蔵2001)。学生は、外回り看護師が術前の患者の不安を緩和するために、声かけやスキンシップを行っていることを学ぶことができた。

さらに学生は〔術前訪問では、他の患者に聞こえないようにプライバシーや羞恥心に配慮して確認を行っているとわかった〕、〔看護師の表情や声・目線の高さに注意した態度が患者の不安の軽減につながる〕、〔患者の話に耳を傾けるだけでなく表情や視線など患者の不安を察知し説明することが大切であると学んだ〕とコミュニケーション技術を身に付けることは重要であることを学ぶことができたと考えられる。

6.2 今後の手術室実習の指導のあり方について

A短期大学では手術室実習を1週間実施したことにより、今日1日の目標を明確にして実習に臨むことにより、器械出し看護師の役割、外回り看護師の役割、手術室の準備から片付け、術前訪問や術後訪問へ同行し体験することができた。また、手術見学においても、入室から退出まで必ず一事例は見学し、全身麻酔・腰椎麻酔・局所麻酔や仰臥位・腹臥位・側臥位など様々な体位の手術も見学することができ、多くの体験をした。池田ら(2012)は、1日間の見学を主とした手術室実習を行った課題として、学生は対象の病態生理学的な側面や治療が及ぼす影響についての学びが浅いことを述べている。A短期大学では、学生には実習前の週に、手術予定を伝え、予定されている術式と解剖生理、病態について事前学習してから、実習に臨むようにしているため、これらの専門知識を学ぶことができたと考えられる。

さらに池田ら(2012)は、手術室において、対象を中心に手術前・中・後を結びつけた指導を行うことで、対象を全体的・全人的な存在として捉え、病棟における術前・術後のケアの意味の理解が深まると述べている。周手術期における術中看護を実習により体験し学ぶことは、病棟や外来での術前看護・術後看護の理解を深めるために重要であると考えられる。原(2009)は教育と臨床現場の連携により、学生が学ぶべき目標を共有したことは、学生の興味関心を更に高揚させ、手術室看護を総体的に捉えることに繋がったと述べている。

今後の手術室実習においては、実習目標と実習の進め方について臨床現場と話し合いを持ち、連携することにより、学生が手術室看護師の役

割を知り、周手術期看護における術前・術後看護に結びつけた術中の看護について理解が深まるような実習支援が大切となることが示唆された。

7. 結論

手術室実習における学生の学びを明らかにし、今後の手術室実習の指導の示唆を得ることを目的に、実習記録の手術室実習を終えての学びをKJ法(川喜多1996)により構造化し、以下の結果を得た。

実習記録の記載内容から151のラベルを作成し、意味内容の類似性により集約を繰り返した。その結果、1段階は59、2段階で23、3段階では15の島に集約し、最終的には5つの島【連携】、【予測した行動】、【知識の宝庫】、【安全な医療の提供】、【安心できる信頼関係】を形成した。

手術室実習指導のあり方として、実習目標と実習の進め方について臨床現場と連携することにより、学生が手術室看護師の役割を知り、周手術期看護における術前・術後看護に結びつけた術中の看護について理解が深まるような実習支援が大切となることが示唆された。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきましたA短期大学の学生の皆様に心より厚く御礼申し上げます。

本研究は、第39回日本看護研究学会で発表したものに加筆、修正を加えました。

なお、本研究は、富山福祉短期大学平成24年度共同研究費の助成により行いました。

引用文献

- 1) 赤石三佐代、宮武陽子、川久保和子(2010)、手術室における看護とその根拠の学び—学生のレポートより—、足利短期大学研究紀要、30(1)、23-27
- 2) 秋元典子(2013)、周手術期看護の考え方、周手術期看護論(2)、ヌーヴェルヒロカワ、p13
- 3) 原元子(2009)、学生の参画型実習における周手術期実習での学び—手術室看護に関する学び、共創福祉、4(2)、39-47
- 4) 堀越政孝、辻村弘美、恩幣宏美他(2010)、手術室見学実習における学びの内容—術中レポートの分析—、群馬保健学紀要、30、67-75

- 5) 池田奈未、百田竹治、植田喜久子 (2012)、手術室実習における看護学生の学び、日本赤十字広島看護大学紀要、12、71-78
 - 6) 金沢宏 (2013)、SSIサーベイランスの効果—施設レベルでの手術部位感染 (SSI) 減少に向けた取り組み、日本外科感染症学会雑誌、99-104
 - 7) 金子真由美、吉田美栄、鳩野みどり (2008)、手術室実習における学生の学びの課程—学生の実習記録の分析—、中国四国地区国立病院附属看護学校紀要、4、49-57
 - 8) 川喜多二郎 (1996)、川喜多二郎著作集第5巻、KJ法—渾沌をして語らしめる、中央公論社、121-169
 - 9) 木村敦子 (2013)、周術期看護連絡会の取り組みと課題、名古屋市立病院紀要、35、63-66
 - 10) 厚生労働省 (2007)、看護基礎教育の充実に関する検討会報告書
 - 11) 厚生労働省 (2011)、看護教育の内容と方法に関する検討会報告書、p12
 - 12) 松沼早苗 (2013)、手術室におけるチーム医療—その専門性と役割分担—、手術医学9-10
 - 13) 松岡愛、認定看護師の立場で考える、手術看護の独立性と専門性、手術医学、31(4)、22-25
 - 14) 宮地緑、星和美、藍原キミヨ (2003)、臨地実習の基本的な考え方、看護学臨地実習ハンドブック (第3版)、金芳堂、p8
 - 15) 日本看護協会 (2013)、医療安全推進のための基本的な考え方、医療安全推進のための標準テキスト、6-9
 - 16) 西田文子 (2013)、周手術過程に応じた看護—術中の看護、周手術期看護論(2)、ヌーヴェルヒロカワ、109-112
 - 17) 大久保憲 (2010)、手術室感染対策、麻酔、59、17-22
 - 18) 茂野香おる (2013)、関係構築のためのコミュニケーションの基本、基礎看護技術 I、医学書院、28-35
 - 19) 田畑幸子、福島悦子、吉中平次 (2012)、マニュアル遵守のための実地監査、手術医学、33(4)、81-84
 - 20) 田畑幸子、下拂歩 (2013)、チームで作る手術体位、手術医学、33(3)、2-5
 - 21) 土蔵愛子 (2011)、手術室看護師が行っている看護の技、OPE nursing、26(5)、89-92
 - 22) 山田舞、山口摩紀子 (2013)、ケア評価シー
- トの分析による A 病院手術室看護の傾向の把握、手術医学、34(1)、69-72

Learning of students from operation room practice in adult nursing training —Discussion based on analysis of the records of operation room practice—

Terumi Kawai , Tomoko Nakata, Takae Imagawa , Yukiko Hara
The Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

Abstract

This study was performed to clarify what nursing students learn from operation room practice, and obtain some useful suggestions to provide better practice. A total of 69 nursing students consented to study participation, and their practice records were structured using the KJ method. As a result, we extracted the following factors: “cooperation”, “expected behaviors”, “excellent sources of knowledge”, “provision of safe healthcare”, and “relationships that are trustworthy and safe”. Our findings suggest that it is important to discuss the process of operation room practice and its objectives in cooperation with professionals working in actual clinical settings, in order to allow such practice to promote students’ understanding of the roles of operation room nurses and intraoperative nursing care, which should be regarded as an important part of perioperative nursing care.

Keywords : operation room practice, nursing student, KJ method

看護学生の大規模テロ災害訓練模擬負傷者体験からの学び

村田美代子, 若瀬 淳子, 山元 恵子

富山福祉短期大学看護学科

(2014.03.05受稿, 2014.03.28受理)

要旨

本研究は、災害訓練に模擬負傷者として参加した看護学生の体験における学びを明らかにし、今後の災害看護教育方法の在り方に示唆を得ることを目的とする。同意が得られた看護学生2年次生65名を対象に、訓練参加後の課題レポートから学びの内容を分析した。その結果11のサブカテゴリー、4つのカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、【災害時の医療者の具体的活動のイメージ化】、【被災者の感情の揺れ動き】、【体験からわかる自己行動の予測】、【医療従事者を目指す者としての自覚】であった。災害を想定し実践に即した訓練活動に参加できたことで、それぞれの役割や活動の内容を理解し、被災者、生活者、医療従事者の視点に立ち災害時の心情や対応について学んでいる事が明らかとなった。地域で行われる災害訓練を看護学生の学びの機会ととらえ、参加に際しての教育機関の役割として準備や安全確保ならびに不測の事態の対応ができる体制を整えていくことが本研究で示唆された。

キーワード：看護学生、災害訓練、負傷者体験、災害看護

1. はじめに

2009年度より、看護基礎教育課程に災害看護教育が導入され、その中に「災害直後から支援できる看護の基礎的知識について理解する」ことが示されている(厚生労働省, 2007)。これは災害看護教育が看護の基礎能力向上にもつながるものとしてその充実化の必要性が打ち出された。昨今の未曾有の大災害においては看護師も第一線で多くの救護活動が行われている。過酷な状況下で多くの命を救い被災者に対して質の高い適切な看護の提供が今後も求められ、看護職を含めた医療従事者に寄せる社会の期待は大きい。今後さらに自然災害や人為的災害を想定しその備えの重要性が求められる。しかしながらわが国の「災害看護学」は、1995年の阪神・淡路大震災後に発展してきた経緯があり看護学領域の中でも新しい分野である。そのため災害看護の教育における教育方法の開発が課題である。今回看護学生が大規模災害訓練に模擬負傷者として参加する機会を得ることができた。その際の医療救護・搬送を受けた体験から看護学生の学習成果を明らかにするとともに、災害看護教育の示唆を得たので報告する。

2. 研究目的

看護学生の災害訓練に模擬負傷者として参加した体験からの学びを明らかにし、今後の災害

看護教育方法の在り方について示唆を得ることを目的とする。

用語の操作的定義

本研究における「体験」とは災害訓練に参加し負傷者役を通して感じたこと、考えたこと、思ったことを表す記述とする。

また「模擬負傷者」とは災害時に想定される外的要因による身体組織または臓器の損傷を負った負傷者を実際の場合に準じて想定し災害訓練の中で役として演じることを示す。

3. 研究方法

3.1 対象

A短期大学看護学科(3年課程)2年次生73名の中で、研究参加の同意が得られた65名

3.2 期間

平成24年10月～平成25年1月

3.3 データ収集

災害訓練参加後に「災害訓練模擬負傷者体験からの学び」について自由記載のレポートを課し、その内容から収集した。

3.4 分析方法

Krippendorff,K.が定義する内容分析を用い、

自由記載のレポートから抽出した文脈のデータをコード化し、コードを内容の共通性と相違性によってカテゴリー形成をおこなった。研究者3名で討議し、合意形成を行いながら分析を行った。

3.5 倫理的配慮

看護学生（以下、学生とする）には体験レポートの提出後、口頭で研究の主旨と目的および参加の自由性、匿名性の保持について説明を行った。また、調査協力しない場合においても不利益となる扱いはしない事、課題の内容が学業成績に影響を及ぼさないことを口頭・書面で説明し、同意を得た学生の課題をデータとして使用した。

あわせて本研究結果の公表方法について説明を行い、同意を得た。また本研究は研究者が所属する短期大学の研究倫理審査委員会にて承認を受けた。

4. 訓練の概要

4.1 訓練の実施主体

内閣官房、消防庁、B県およびC市

4.2 訓練の実際

国民保護法、B県国民保護計画、C市国民保護計画に基づき大規模テロの発生を想定しイベント広場を封鎖後、装備資機材を活用し初動対応や被災者の救出ならびに救護の訓練を実施した。

4.3 参加機関

内閣官房、消防庁、陸上自衛隊、自衛隊B地方協力本部、海上保安部、B県、B県警察本部、C市、C警察署、B県内消防本部、B市並びにB県内のDMAT、日本赤十字B支部、C市住民、A短期大学生など約300人が参加した。

4.4 訓練の想定

「D港に国籍不明のテログループによる爆破事案が発生し、多数の死傷者が発生する。更に近隣の火力発電所内においても、同一テログループによる爆破計画の情報がもたらされ、周辺住民の避難が必要となる。」という状況を訓練に想定された。

4.5 訓練の主な内容

①爆破テロ初動対応訓練

- ②現地調整所運営訓練
- ③医療救護・負傷者搬送訓練
- ④避難誘導・避難所運営訓練
- ⑤関係機関への情報伝達訓練

4.6 訓練開始までの学生の準備学習状況

訓練開始1ヶ月前に訓練の実施主体であるB県の企画責任者より、学生は訓練の目的と概要の説明を受けた。それに伴い引率教員からA短期大学における教育的参加の目的について学生に説明が行われた。その後医療救護・負傷者搬送訓練の総括者より活動内容と学生の役割について説明が行われた。学生は表1に示すように模擬負傷者の想定トリアージ区分に沿って、設定の詳細な情報（呼吸、循環、意識、傷、外見、行動、一次トリアージ、初期状況、二次トリアージ等）を得て、約1ヵ月間演技のガイドを参考に行動を想定していた。模擬負傷者役の決定は学生主体で行った。当日は想定された負傷状況に沿って専任者より特殊メイクを受けた。

表1 模擬負傷者の想定トリアージ区分

n=65 (人)

	重症	中等症	軽症
一次トリアージ	8	33	24
二次トリアージ	8	5	52

4.7 学生の参加内容

模擬負傷者として参加し、医療救護・負傷者搬送訓練においてDMATによるトリアージ並びに医療救護を受けた。また避難誘導・避難所運営訓練においては避難者となり指示に従い避難した。重傷者役の学生2名はヘリコプターによる搬送、救急車搬送訓練に参加した。災害訓練はテログループによる爆破事案が発生のため聴覚障害がある状況を模擬するため避難できる学生は耳栓を使用した。また多数の死傷者が発生した状況設定であったが、実際は乳児モデルを用い乳児が死亡した夫婦役を2名の学生が行った。学生の訓練には3名の教員ならびに2名の職員が同行し、安全面や健康面への管理・支援を行った。

4.8 訓練時間

訓練の所要時間は2時間30分、準備・打ち合わせ・移動時間を含め3時間30分、計6時間

5. 結果

5.1 回答者の属性

研究の同意が得られた学生は65名中、女子学生53名男子学生12名で、平均年齢は21.4±0.5歳である。

5.2 学生の災害訓練模擬負傷者体験からの学び

課題レポートの内容分析の結果、表2に示すように、11のサブカテゴリーと4のカテゴリー【災害時の医療者の具体的活動のイメージ化】、【被災者の感情の揺れ動き】、【体験からわかる自己行動の予測】、【医療従事者を目指す者としての自覚】が抽出された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》、コードを〔 〕で表記しその結果を述べる。

5.3 【災害時の医療者の具体的活動のイメージ化】

このカテゴリーでは《災害時のトリアージの意義》、《災害医療の役割》、《災害医療チームの連携》の3つのサブカテゴリーで構成されている。

《災害時のトリアージの意義》では〔トリアージを受けて、優先順位に応じた対応の重要性がわかった〕、〔人命救助における迅速な対応の必要性がわかった〕、〔トリアージを行う際の判断力の大切さが理解できた〕、〔負傷者体験からトリアージの実際が理解できた〕の4つのコードから構成されている。

《災害医療の役割》では〔災害時の救助活動の実際がイメージできた〕、〔災害救助に携わる職

表2 看護学生の災害訓練模擬負傷者体験からの学び

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
災害時の医療者の具体的活動のイメージ化	災害時のトリアージの意義	トリアージを受けて、優先順位に応じた対応の重要性がわかった	
		人命救助における迅速な対応の必要性がわかった	
		トリアージを行う際の判断力の大切さが理解できた	
		負傷者体験からトリアージの実際が理解できた	
	災害医療の役割	災害時の救助活動の実際がイメージできた	
		災害救助に携わる職種の役割が理解できた	
		災害医療への被災者からの期待は大きいと感じた	
		災害医療の重要性が再認識できた	
	災害医療チームの連携	災害救助に携わる職種間の連携の重要性を感じた	
	災害救助に携わる職種の協力の必要性がわかった		
	被災者の感情の揺れ動き	負傷者の救助までの負の感情体験	救助を後回しにされたことによる怒りの感情が起こった
			救助までの時間が不安や恐怖、ストレスを増幅する
早く救助を受けたいと強い感情を抱いた			
実際の災害を想定した時に不安を感じた			
負傷者が安堵できる体験		寄り添いや言葉かけがもたらす安堵感を体験できた	
		体験を通して、安心感を与えることの必要性を感じた	
災害時の遺族の思い		体験を通して視聴覚障害をうけた負傷者への関わり方がわかった	
		死亡した乳児の親役の体験から災害時の遺族の思いがわかった	
体験からわかる自己行動の予測	二次災害の理解	体験を通して、パニックに陥る要因がわかった	
		被災により視聴覚障害が発症することがわかった	
		災害時に冷静に考えて行動することの重要性がわかった	
	災害を想定した活動の必要性	被災した時の心構えが想起できた	
		日頃の災害に対する備えの重要性を認識した	
		平時の災害訓練の実施の重要性がわかった	
	災害時の自己の役割	災害時には、医療従事者に限らず互いに助け合うことの重要性がわかった	
		災害時に自分ができる役割について考えることができた	
医療従事者を目指す者としての自覚	医療従事者を目指す者としての貴重な体験ができたことの喜び	実際のような被災者役としてのリアルで貴重な体験ができた	
		救急車や担架、災害ヘリによる貴重な搬送体験ができた	
		一生に一度もできないような貴重な体験に参加できた	
	命を守ることができる存在としての自覚	訓練での体験を医療施設での実践に繋げたいと感じた	
		人の命を守ることの大切さを感じた	
		人を助ける仕事は本当に素敵な仕事と感じた	

種の役割が理解できた]、[災害医療への被災者からの期待は大きいと感じた]、[災害医療の重要性が再認識できた]の4つのコードから構成されている。

《災害医療チームの連携》では[災害救助に携わる職種間の連携の重要性を感じた]、[災害救助に携わる職種の協力の必要性がわかった]の2つのコードから構成されている。

5.4 【被災者の感情の揺れ動き】

このカテゴリでは《負傷者の救助までの負の感情体験》、《負傷者が安堵できる体験》《災害時の遺族の思い》の3つのサブカテゴリで構成されている。

《負傷者の救助までの負の感情体験》では[救助を後回しにされたことによる怒りの感情が起こった]、[救助までの時間が不安や恐怖、ストレスを増幅する]、[早く救助を受けたいと強い感情を抱いた]、[実際の災害を想定した時に不安を感じた]の4つのコードから構成されている。

《負傷者が安堵できる体験》では[寄り添いや言葉かけがもたらす安堵感を体験できた]、[体験を通して、安心感を与えることの必要性を感じた]、[体験を通して視聴覚障害をうけた負傷者への関わり方がわかった]の3つのコードから構成されている。

《災害時の遺族の思い》では、[死亡した乳児の親役の体験から災害時の遺族の思いがわかった]から構成されている。

5.5 【体験からわかる自己行動の予測】

このカテゴリでは《二次災害の理解》、《災害を想定した活動の必要性》、《災害時の自己の役割》の3つのサブカテゴリで構成されている。

《二次災害の理解》では[体験を通して、パニックに陥る要因がわかった]、[被災により視聴覚障害が発症することがわかった]、[災害時に冷静に考えて行動することの重要性がわかった]の3つのコードから構成されている。

《災害を想定した活動の必要性》では[被災した時の心構えが想起できた]、[日頃災害に対する備えの重要性を認識した]、[平時の災害訓練の実施の重要性がわかった]の3つのコードから構成されている。

《災害時の自己の役割》では[災害時には、医療従事者に限らず互いに助け合うことの重要性

がわかった]、[災害時に自分ができる役割について考えることができた]の2つのコードから構成されている。

5.6 【医療従事者を目指す者としての自覚】

このカテゴリでは《医療従事者を目指す者として貴重な体験ができたことの喜び》、《命を守ることができる存在としての自覚》の2つのサブカテゴリで構成されていた。

《医療従事者を目指す者として貴重な体験ができたことの喜び》では[実際のような被災者役としてのリアルで貴重な体験ができた]、[救急車や担架、災害ヘリによる貴重な搬送体験ができた]、[一生に一度もできないような貴重な体験に参加できた]の3つのコードから構成されている。

《命を守ることができる存在としての自覚》では[訓練での体験を医療施設での実践に繋がりたいと感じた]、[人の命を守ることの大切さを感じた]、[人を助ける仕事は本当に素敵な仕事と感じた]の3つのコードから構成されている。

5.7 学生の記述内容からは災害訓練の参加、特殊メイクを受けたことならびにトリアージや救護を受けたことに対する拒否や否定的な表現や不満、不快に関する記述はなかった。

6. 考察

本研究の目的は看護学生の災害訓練に模擬負傷者として参加した体験から学びを明らかにし、今後の災害看護教育方法の在り方について示唆を得ることである。その結果、看護学生は【災害時の医療者の具体的活動のイメージ化】、【被災者の感情の揺れ動き】、【体験からわかる自己行動の予測】、【医療従事者を目指す者としての自覚】の4つのカテゴリが示す学びを得ることができていると考える。以下に4つのカテゴリと災害看護教育について考察する。

6.1 【災害時の医療者の具体的活動のイメージ化】

学生は災害訓練に模擬負傷者として参加することで、普段実習先では見ることができない様々な職種の医療救護や救助活動を実際に見ることや[災害時の救助活動の実際がイメージできた]ことや[災害救助に携わる職種の役割が理解できた]と考えられる。さらに学生は[災害医療への被災者からの期待は大きいと感じた]こと

や災害訓練の場に身を置き体験することで、改めて〔災害医療の重要性が再認識〕することにつながり《災害医療の役割》の理解を深めることができたと考える。また〔災害救助に携わる職種間の連携の重要性を感じた〕、や〔災害救助に携わる職種の協力の必要性がわかった〕ことから災害救助に携わる職種が協力することでそれぞれの役割が発揮できるためにも《災害医療チームの連携》の重要性を学んでいることが明らかとなった。また〔負傷体験からトリアージの実践が理解できた〕、〔トリアージを受けて、優先順位に応じた対応の重要性がわかった〕の記述や、〔トリアージを行う際の判断力の大切さが理解できた〕こと、〔人命救助における迅速な対応の必要性がわかった〕ことから《災害時のトリアージの意義》について学びを得ることができていると考える。災害時により多くのいのちを救う技術として具体的な救護技術の方法やその知識の理解や実践時の判断力の必要性を学ぶことができ、さらに学生はトリアージの意義を考える上で災害看護に対する関心を高めていく機会となったと考えられる。

小原（2012）は、「看護職であるならば、誰もが災害看護活動に参加する可能性がある。…（中略）看護基礎教育では『人々のいのちと健康、そして暮らしを守ること』が看護の役割であることを基盤に、災害サイクルのどの段階でも看護の対象となりえることを認識すること、災害看護を学ぶ動機づけを強くもつこと、活動する上で必要な判断力や意思決定能力、基本的救護技術の習得を図ることが必要と考える」と災害看護教育の課題を述べている。今回の訓練参加をとおして、【災害時の医療者の具体的活動のイメージ化】することができ、小原が述べる災害看護を学ぶ動機づけを訓練参加によって高めることができたと考える。

6.2 【被災者の感情の揺れ動き】

学生はテログループによる爆破事案発生が想定された現場に模擬負傷者として身を置き、爆音や救護車のサイレンなどを聞き、今までに体験した事のない臨場感や緊迫感を感じていた。このことがより模擬負傷者の気持ちに入り込み〔救助までの時間が不安や恐怖、ストレスを増幅する〕ことを感じることに繋がったと推察される。そして〔救助を後回しにされたことによる怒りの感情が起こった〕や〔早く救助を受けたいと強い感情を抱いた〕や〔実際の災害を想

定した時に不安を感じた〕ことから《負傷者の救助までの負の感情体験》につながったと考える。また〔体験を通して視聴覚障害をうけた負傷者への関わり方がわかった〕ことから災害の分類によっては感覚器の障害を受けることが理解できたと考えられる。このような状況で救助が進み救護される中、初動対応で〔寄り添いや言葉かけがもたらす安堵感を体験できた〕と考えられる。またこの〔体験を通して、安心感を与えることの必要性を感じた〕ことで、受けた救助や救護活動から《負傷者が安堵できる体験》を学ぶことができていると考えられる。〔死亡した乳児の親役の体験から災害時の遺族の思いが分かった〕ことから《災害時の遺族の思い》を感じている。木津ら（2006）は、学生が自分の全てを使って分かり感じ取る体験学習としての訓練参加は、学生に様々なことを気づかせ考えさせることができ、教育方法として用いることは有効であるとしている。学生は体験を通して被災者の立場に身を置くことで負傷者や遺族の心情に触れることができ負の感情を抱いているが、救助が始まり医療従事者や救助者の言葉かけや寄り添いがもたらす安心を感じることができた。初動対応によって【被災者の感情の揺れ動き】を体験し、その結果被災者が安堵できる心のケアの必要性を感じ、学びにつながったと考えられる。

6.3 【体験からわかる自己行動の予測】

原田ら（2012）は、大学の授業の中での学習経験・ボランティアや訓練参加などの活動の少なさや、自分の生活に影響が無いことで災害に対する看護学生の危機感の希薄さを述べている。さらに災害に備えて何ができるかまでは考えていない現状や、地域住民間の災害時の助け合いの必要性について実感が持てないであることを、身近で災害が発生した後でも見られることを指摘している。しかし今回の訓練参加では、学生は自分が被災したらどうなるのかを考え、〔被災した時の心構えが想起できた〕や、〔日頃災害に対する備えの重要性を認識した〕、〔平時の災害訓練の実施の重要性がわかった〕ことから《災害を想定した活動の必要性》の理解に繋がったと考えられる。さらに〔体験を通して、パニックに陥る要因がわかった〕ことや〔被災により突然視聴覚障害が発症することがわかった〕、そして〔災害時に冷静に考えて行動することの重要性がわかった〕ことから自己の体験を通して

《二次災害の理解》へと学びを深めていると考えられる。

さらに生活者として〔災害時には、医療従事者に限らず互いに助け合うことの重要性がわかった〕ことや、また生活者として〔災害時に自分ができる役割について考えることができた〕ことから学生は《災害時の自己の役割》について考えることができたかと推察できる。

北村ら(2010)は、防災訓練の参加は、学生の防災・減災意識を高め、多くの気づきと学びを得ることができるとしている。今回の模擬負傷者として災害訓練に参加した体験は、被災者や医療従事者以外にも自己を地域での生活者に置き換え、被災した時を想定し、互いに助け合うことの重要性や災害時に自分ができることについて考え及んでいる。これらのことから災害訓練に模擬負傷者として参加する体験は、看護学生が自らを生活者として見つめ被災時の危機感を感じ、防災や減災につながる学びを得る機会でもありと考えられる。

6.4 【医療従事者を目指す者としての自覚】

〔実際のような被災者役としてのリアルで貴重な体験ができた〕や〔救急車や担架、災害ヘリによる貴重な搬送体験ができた〕、〔一生に一度もできないような貴重な体験に参加できた〕ことから学生は《医療を目指す者として貴重な体験ができたことの喜び》を感じていることがわかる。さらに〔訓練での体験を医療施設での実践に繋げたいと感じた〕ことから自己課題を見出し、改めて〔人の命を守ることの大切さを感じた〕、〔人を助ける仕事は本当に素敵な仕事と感じた〕ことから医療従事者を目指し《命を守ることができる存在としての自覚》を高める機会となったと考えられる。

6.5 災害看護教育

看護学生の災害訓練への参加は、災害時に求められる看護師の役割を学ぶ機会として参加する意義は大きい反面、学生にとっては爆音や救護車のサイレンなどが鳴り響く中で臨場感や緊迫感から非日常的な場に身を置くことになる。さらに負傷者体験は学生にとって身体の損傷を模擬的に体験し、救護活動の中で身体に触れられる機会が多い状況にある。その結果激しい感情体験となり外傷後ストレス障害に陥る危険性が指摘され、また重症役の学生は参加意欲に関して他の役割の学生とは違ってネガティブな発

言をしていることが報告されている(畑, 2008)。新美ら(2004)は、学生の負傷者体験を企画する際には、訓練目的だけでなく体験する内容についても事前に十分に説明した上で、参加についての学生自身の選択と、訓練途中の参加中止を保証しなければならないと述べている。今回のデータからは訓練の参加や体験において、「拒否」、「否定」、「不満」、「不快」に関する記述はなかった。むしろ《医療を目指す者として貴重な体験ができたことの喜び》を感じられている。このことは事前の説明を重ね、訓練参加目的の理解を図ることに努めたこと、訓練当日は、教職員が健康面や安全への確認を行いながら、身近な所に付き添っており、不測の事態に対応がとれるよう配慮していたことが有効であったと考えられる。

訓練参加における教育機関の役割として教員及び教育機関は、訓練参加までの準備や当日の安全確保の環境確認や不測の事態の対応ができる体制を整えること、またこれを学生に周知することであり、その結果学生が、安心して体験できる学びの場として有効に働くと考えられる。また訓練参加において、教員が学生と時と場を共有することで、学生の心理的配慮についても早期に対応ができると考えられる。

7. まとめ

看護学生は地域で行われる災害訓練の実践に即した災害救護活動に参加できたことで、それぞれの医療従事者の役割や活動の内容を理解し、被災者、生活者、医療従事者の視点に立ち災害時の心情や対応について学んでいる事が明らかとなった。また訓練参加によって、災害看護を学ぶ動機づけを高めることができた。

地域で行われる災害訓練を看護学生の学びの機会ととらえ、訓練参加に際して教育機関の役割として、準備や安全な体制を整えることが重要であり、このことが学生の体験できる学びの場として有効に働くことが明らかになった。

引用文献

- 1) 原田秀子, 田中周平, 張替直美(2012): 災害訓練への参加を通しての看護学生の災害看護についての学び. 山形県立大学学術情報, 第5号
- 2) 畑 吉節未(2008): 経験学習理論に基づく災害看護教育プログラムの開発. 日本災害看護学会誌 Vol.9, No.3.

- 3) 小原真理子 (2012) : 災害看護教育の現状と方法—授業プログラムの具体例—, 著: 勝美 敦, 小原真理子編集災害看護 災害サイクルから考える看護実践, p117-122. スーベルヒロカワ.
- 4) 北村美穂子, 城内貴代美 (2010) : 看護学生の防災総合訓練参加を取り入れた災害看護教育の実践—医療救護訓練参加後の学び—, 第41回看護総合.
- 5) 厚生労働省 (2007) : 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書.
- 6) 木津由美子, 岩澤慶子, 小池啓司 (2006年) : 災害発生時の患者受け入れ訓練に参加した学生の模擬患者体験からの学びの分析 (第1報), 自衛隊札幌病院研究年報 Vol.47, p47-52.
- 7) 新美綾子, 堀井直子 (2004) : 大規模災害訓練の看護基礎教育における活用の検討～負傷者役として参加した看護学生の体験から～, 日本看護医療学会, Vol.6, No.2.

Learning of nursing students through their experience as simulated injured victims in large-scale terrorism response training

Miyoko MURATA, Junko WAKASE, Keiko YAMAMOTO
Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

Abstract

The aim of the present study was to elucidate the learning of nursing students through their experience as simulated injured victims in large-scale terrorism response training, and to obtain suggestions for future disaster nursing education methods. The present study analyzed the contents of learning, based on theme reports of 65 second-year nursing students who provided consent and participated in the training. Consequently, four categories and 11 subcategories were extracted. The four categories were “visualization of actual activities performed by medical professionals during a disaster,” “changes in the feelings of an injured victim,” “prediction of a student’s own actions based on his/her experience,” and “self-consciousness as a person who aspires to be a medical professional.” By participating in training activities that simulated a disaster and corresponded with actual practice, the nursing students understood their roles and activities; learned the feelings of injured victims, the general public, and medical professionals during a disaster; and experienced measures in response to a disaster. The results suggest that it is important to recognize disaster-prevention training in a local community as an opportunity for nursing students to learn, and to establish a system in which an educational institution made preliminary arrangements for nursing students, ensured their safety, and could deal with unforeseen situations.

Keywords : nursing students, disaster training, injured experience, disaster nursing

富山県における介護老人福祉施設での看取りの現状の調査と分析

今川 孝枝¹⁾, 荒木 晴美¹⁾, 新鞍真理子²⁾, 炭谷 靖子¹⁾

¹⁾ 富山福祉短期大学 看護学科

²⁾ 富山大学大学院 医学薬学研究部 老年看護学

(2014.03.05受稿, 2014.03.28受理)

要旨

富山県下の介護老人福祉施設における看取りの現状を明らかにし、今後の看取りを検討する基礎資料を得ることを目的に、62施設を対象とし質問紙調査を行った。結果は、1) 約7割の施設で、看取り加算の算定をしている。2) 「看取り計画書」は7割の施設で作成している。3) 施設看取りケアの方針が、「原則施設内で看取る」が7割である。4) 入所者の意向を確認しているのは、看護師が最も多い。5) 施設での看取り希望の確認は、「入所時に確認」しているが約7割であり、その後、繰り返し意思確認をしている。6) 夜間の緊急時には、嘱託医に連絡をして電話での指示や医師の訪問が可能となっている。7) 夜勤体制に看護職が含まれている施設は、1施設で、約9割の施設がオンコールによる対応をとっている。8) 2006年の「看取り加算」・「重度化加算」創設後、死亡退所者数が年々増加している。また、看取りによる死亡の割合が増加し、病院・施設での死亡の割合が減少している。9) 死亡時間は、夜間(17時～8時)が、日中(8時～17時)を上回っている。今後、施設での一人ひとりを尊重した看取りケアの質を高めていくために、看取りケアの方法を具体的に検討していく必要があると考える。

キーワード：看取り、介護老人福祉施設

1. はじめに

介護老人福祉施設(以下「施設」)は、常時介護が必要で家庭での生活が困難な場合に入所する施設である。2000年に介護保険制度の導入により、住み慣れた地域で高齢者を支えることができるよう施設の整備を図ることが推進され、施設入所者定員は介護保険制度の開始時の30万人から8年間で42万人と増加している。¹⁾しかし、施設の入所待機者は42万人とされており、家庭での生活が困難な高齢者が増加している。厚生労働省(2003年)²⁾は介護福祉施設など介護施設の入所について、申し込み順という現状を改め要介護度が重度など緊急性の高い人から入所できるように省令を改正し、それぞれの都道府県において入所判定基準を策定することとしている。これにより、長寿化、75歳以上の高齢者の増加を背景に、施設入所者の介護度が高くなり重度化してきている。同時に、医療機関における平均在院日数の短縮に伴い、医療ニーズの高い入所者も増加していることが指摘されている。このような状況から、施設入所者の「死」は避けられなくなってくると考える。2006年の介護保険改正において、「看取り加算」・「重度化加算」が創設されたことは、このような状況に

対応したものである。この「看取り加算」・「重度化加算」が介護報酬に創設されたことによって、介護報酬に直接結びつくようになり、施設では看取りの体制を整え、取り組みが広がってきている。^{3)～6)}

施設入所者の退所の状況は、3割が施設内で死亡、3割が病院・診療所で死亡、3割が病院・診療所へ入院、1割は他の施設・家庭・その他である(厚生労働省、2010)⁷⁾。施設では、多くの高齢者が人生の最期を過ごしているといえる。つまり、高齢者が人生の最期を迎える「終の住みか」として、「施設」が果たす役割はますます大きく、従って住み慣れた施設で、入所者が最期までその人らしい生き方ができるよう支援していくことが援助者の課題である。

富山県は、2012年現在の総人口は約108万人、そのうち65歳以上の高齢者は約29万人で、高齢化率は26.4%(全国23.3%)⁸⁾と全国平均を上回る速さで高齢化が進んでいる。2010年国勢調査での人口の年齢別構成比を見ると、富山県は65歳前後の団塊の世代の割合が都道府県の中で最も大きい。団塊の世代が全て高齢者(65歳以上)となる2015年には、10人に3人が高齢者となり高齢化率30.6%、2025年には、33.8%にまで上昇

すると推測されている⁹⁾。富山県はかつて1970年代には、入所型高齢者福祉施設の定員数が全国で最も少なかった。1980年代以降、施設の整備充実が図られ2000年頃には全国平均を超え、2010年には65歳以上人口10万対定員1,840人、全国7位、利用率99.2%¹⁰⁾に増加している。これより、富山県では施設で生活する高齢者も増加していると推測されるとともに、今後の看取りのあり方について検討していくことが急務である。

2. 研究の目的

本研究では、「看取り加算」・「重度化加算」創設後の富山県の施設における看取りの現状を明らかにし、施設における看取りを検討する基礎資料を得ることを目的とする。

用語の定義

「介護老人福祉施設」：老人福祉法に規定する特別養護老人ホーム（入所者が30人以上であるものに限る）で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設であって、入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設。

「看取り」：臨終時（終命時）におけるケア、施設内で死期まで見守ること。

「ユニットケア」：施設の入所者を少人数のグループに分け、それぞれを一つのユニット（生活単位）とし、このユニットごとに食事や入浴、施設内の行事などの日常生活をケア（介護）すること。

「オンコール体制」：常時、連絡が取ることができ緊急時に対応ができること。

3. 研究方法

3.1 調査方法

無記名質問紙調査による記述的研究

3.2 対象

富山県内全域の介護老人福祉施設（67施設）

3.3 調査期間

2012年2月～3月

3.4 調査内容

1) 対象施設の概要と入所者の状況

入所定員数、短期入所定員数、施設開設時期、ユニットケアの有無、入所者数、入所者の平均要介護度

2) 対象施設の医療・看護体制

常勤医の有無、嘱託医の有無、嘱託医の夜間体制、緊急時の対応、看護職員体制、オンコール手当ての有無、看護職員数（常勤・非常勤）

3) 看取りケア体制

看取り加算の算定の有無、看取り計画書の有無、看取りマニュアルの有無、看取りケアの方針、看取り希望の確認時期、入所者の意向を確認している職種、入所者・家族の意向を確認した中での看取り希望者の割合

4) 2006年度から2011年度の施設退所者の行き先と看取りの状況

2006年度から2011年度の年度別の退所者の行き先とその人数、死亡退所の状況、看取り時間の状況

3.5 倫理的配慮

調査の実施にあたり、調査対象施設の施設宛にあらかじめ調査の目的と内容、方法や倫理的配慮等を明記した文章をファックス送信した。次に施設長の同意が得られた施設の対象者に対し、調査への参加の有無は自由意思を尊重すること、調査への協力の有無により不利益を被ることはないこと、プライバシーの保護に努めること、分析結果は学会等で公表することについて明記した文章と調査票を送付した。調査票の返送は同封の返信封筒を用いて返送してもらうこととし、返送を持って同意が得られたとした。なお、本研究は富山福祉短期大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。（H23-011号）

4. 結果

4.1 有効回答率

富山県内全域の介護老人福祉施設（67施設）のうち、研究協力の承諾が得られた62施設に質問用紙を郵送した。回答が得られた47施設のうち、調査内容1)～4)に回答が得られた46施設（有効回答率68.7%）を分析対象とした。

4.2 対象施設の概要と入所者の状況

施設の入所定員の平均は、77.4人であり、定員規模別施設数の構成割合は、「51人～130人以下」が34施設（73.9%）、「50人以下」が11施設（23.9%）、「131人以上」が1施設（2.2%）の順に多い。短期入所定員の平均は、17.7人であり、「11人～20

人以下」が24施設（52.2%）、「10人以下」が14施設（30.4%）、「21人以上」が6施設（13.0%）の順に多く、「未回答」は2施設（4.3%）である。

施設の開設時期は、「開設21年以上」が18施設（39.1%）、「開設10年以内」が16施設（34.8%）、「開設11年以上20年以内」が10施設（21.7%）の順に多い。

施設のユニットケアの実施は、「実施している」が20施設（43.5%）、「実施していない」が26施設（56.5%）である。また、開設年数別のユニットケアの実施は、「開設21年以上」が18施設（39.1%）、「開設10年以内」が16施設（34.8%）、「開設11年～20年以内」が10施設（21.7%）の順に多く、「未回答」は2施設（4.3%）である。

施設の入所者平均数は、79.5人であり、「51人～130人以下」が37施設（80.4%）、「50人以下」が3施設（6.6%）、「131人以上」が2施設（4.3%）の順に多く「未回答」が4施設（8.7%）である。施設の入所者の平均要介護度は4.0（範囲3.61～4.5）であり、施設の入所者の平均年齢は、86.8歳（範囲84.0～89.3歳）である。

4.3 対象施設の医療・看護体制

対象施設の医療体制と看護職員の夜間体制の回答について集計結果を表1に示す。

医師の常勤の有無は、「いる」が2施設（4.3%）、「いない」が43施設（93.5%）、未回答が1施設（2.2%）である。施設の嘱託医は、「嘱託医がいる」が45施設（97.8%）、「嘱託医がいない」が1施設（2.2%）

である。施設の嘱託医の夜間体制（複数回答）は、「電話による指示」が30施設（65.2%）、「必要時訪問」が26施設（56.5%）、「その他」が3施設（6.5%）の順に多い。緊急時の対応（複数回答）は、「嘱託医に連絡する」が46施設（80.0%）、「協力病院に連絡する」が13施設（31.0%）、「その他」が2施設（4.8%）の順位多く、「未回答」は4施設（9.0%）である。

施設の看護職員の夜間体制（複数回答）は、「オンコール体制」が40施設（87.0%）、「ローテーションにより含まれる」が3施設（6.5%）、「夜勤体制に看護職が含まれる」のは1施設（2.2%）の順に多く、「その他」は2施設（4.3%）である。また、「オンコール手当がある」は23施設（50.0%）である。

対象施設の入所定員別の看護職員数を表2に示す。

施設の平均看護職員数は、施設定員50人以下（11施設）が4.1人、施設定員51人～130人以下（33施設）が5.9人、施設定員131人以上（1施設）が9人、不明が1施設である。看護職員の常勤・非常勤数は、施設定員50人以下（11施設）が常勤看護師平均3.7人で看護職員全体の91%、非常勤看護師平均が0.4人で看護職員全体の8.9%、施設定員51人～130人以下（33施設）が常勤看護師平均4.6人で看護職員全体の77.5%、非常勤看護師平均が1.3人で看護職員全体の22.4%、施設定員131人以上（1施設）が常勤看護師6人で看護職員全体の66.7%、非常勤看護師3人で看護職員全

表1 医療体制と看護職員の夜間体制（46施設を対象に）

項目	回答内容	施設数	割合(%)
医師の常勤	いる	2	4.3
	いない	43	93.5
	未回答	1	2.2
嘱託医	いる	45	97.8
	いない	1	2.2
嘱託医の夜間体制 (複数回答)	必要時訪問	26	56.5
	電話指示	30	65.2
	その他	3	6.5
緊急時の対応 (複数回答)	嘱託医に連絡	46	80.0
	協力病院に連絡	13	31.0
	その他	2	4.8
	未回答	4	9.0
看護職員夜間体制 (複数回答)	夜勤体制に看護職員を含む	1	2.2
	ローテーションにより含む	3	6.5
	オンコール体制	40	87.0
	オンコール手当あり	23	50.0
	その他	2	4.3

体の33.3%、不明が1施設である。

4.4 対象施設の看取りケア体制

対象施設の、看取りケア体制と入所者の意向確認をしている職種の割合を表3に示す。複数回答については、全回答数に対しての割合を算出した。

施設の看取り加算の算定は、「看取り加算の算

定をしている」が32施設（69.6%）、「看取りの算定をしていない」が14施設（30.4%）である。施設の看取り計画書の有無は、「ある」が33施設（71.7%）、「ない」は13施設（28.3%）である。施設の看取りマニュアルの有無は、「ある」が37施設（80.4%）、「ない」が3施設（6.5%）、「検討中」が6施設（13.0%）である。

施設看取りケアの方針は、「原則施設内で看取

表2 施設入所定員別の看護職員数

	入所定員数	施設数	平均値
看護職員数（全体）			
入所定員50人以下		11	4.1
入所定員51～130人以下		33	5.9
入所定員131人以上		1	9.0
不明		1	
看護職員数（常勤）			
入所定員50人以下		11	3.7
入所定員51～130人以下		33	4.6
入所定員131人以上		1	6.0
不明		1	
看護職員数（非常勤）			
入所定員50人以下		11	0.4
入所定員51～130人以下		33	1.3
入所定員131人以上		1	3.0
不明		1	

表3 看取りケア体制と入所者の意向を確認している職種

項目	回答内容	施設数	割合(%)
看取り加算の算定	あり	32	69.6
	なし	14	30.4
看取り計画書	あり	33	71.7
	なし	13	28.3
看取りのマニュアル	あり	37	80.4
	なし	3	6.5
	検討中	6	13.0
施設看取りケア方針	原則病院看取り	5	10.9
	原則施設看取り	32	69.6
	検討中	2	4.3
	看取りは行わない	1	2.2
	未回答	6	13.0
看取り希望の確認時期 (複数回答)	入所時に確認	30	66.7
	日常のケアの中	15	33.3
	状態の変化時	37	82.2
	家族とのカンファレンス	24	53.3
	特に確認はしていない	3	6.7
入所者の意向を確認している職種 (複数回答)	看護職	24	55.8
	相談員	20	46.5
	ケアマネジャー	8	18.6
	介護職	2	4.7
	医師	2	4.7
	その他	1	2.3
	未回答	3	4.4

る」が32施設 (69.6%)、「原則病院で看取り」が5施設 (10.9%)、「検討中」が2施設 (4.3%)、「看取りは行わない」は1施設 (2.2%)の順に多く、「未回答」は6施設 (13.0%)である。

施設での看取り希望の確認時期 (複数回答) は、「状態の変化時に、繰り返し確認」しているが37施設 (82.2%)、「入所時に確認」しているが施設が30施設 (66.7%)、「家族とのケアカンファレンスで確認」しているが24施設 (53.3%)、「看護職や介護職員が日常のケアの中で確認」しているが15施設 (33.3%)、「特に確認していない」が3施設 (6.7%)の順に多い。

入所者の意向を確認している職種 (複数回答) は、「看護師」が24施設 (55.8%)、「相談員」が20施設 (46.5%)、「ケアマネジャー」が8施設 (18.6%)、「介護職」2施設 (4.7%)、「医師」が2施設 (4.7%)、「その他」1施設 (2.3%)の順

に多く、「未回答」は3施設 (4.4%)である。

また、入所者・家族の意向を確認した中での看取り希望者の割合は、「50%以上」が28施設 (70.8%)、「50%未満」が9施設 (19.5%)、「未回答」が9施設 (19.6%)である。

4.5 2006年度から2011年度の施設退所者の行き先と看取りの状況

対象施設の退所者状況を図1に示す。

毎年度「死亡退所」が最も多く (342人～502人)、次いで「病院・診療所への入院」 (146人～285人)、次いで「自宅・その他」 (7人～30人)である。

対象施設の死亡退所者状況を図2に示す。

2008年度以降、「看取り」が最も多くなり183人～248人 (47.5%～53.3%)で年々増加し、「病院・診療所での死亡」は151人～169人 (32.3%～39.2%)で減少傾向である。「不明」は49人～

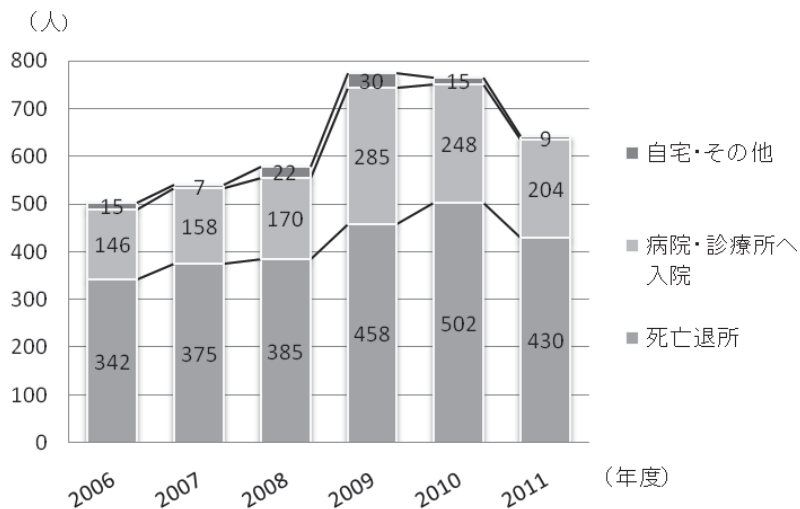


図1 施設退所者状況

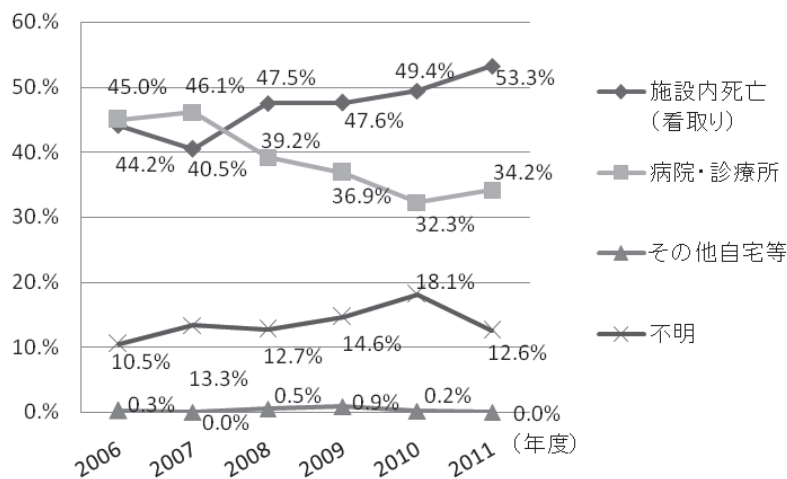


図2 死亡退所者状況

91人（12.6%～18.1%）、「その他自宅等」は0人～4人（0.0%～0.9%）である。

対象施設の看取り時間の状況を図3に示す。

2007年度以降、「夜間（17時～8時）の死亡」が最も多くなり65人～126人（42.8%～51.5%）、次いで「日中（8時～17時）の死亡」が45人～92人（29.0%～42.2%）、「不明」が31人～42人（12.5%～27.6%）である。

5. 考察

5.1 施設の概要

対象となった施設は、入所定員の平均が77.4人、定員規模別施設数の構成割合は、「51人～130人以下」が34施設（73.9%）、「50人以下」が11施設（23.9%）、「131人以上」が1施設（2.2%）であり、大型施設が多い。これは、「開設21年以上」の施設が39.1%（18施設）、「開設11年以上」の施設が21.7%（10施設）であり、介護保険法施行前に開設された施設が多いためと考えられる。

また、ユニットケアを実施していたのは、20施設（43.5%）であり、全国（厚生労働省、2011）¹¹⁾の33.0%を上回っていた。厚生労働省は入所者の個別ケアを目的として、2001年の「施設整備の考え方について」¹²⁾において、生活の場である施設では、今後、全室個室・ユニットケアを原則と公表し、2003年にはユニットケアが導入された。「普及期における介護保険施設の個別化とユニットケアに関する報告書」¹³⁾によれば、個室、ユニット化は、看取り介護を行う上でも効果的であることが示されている。今回の調査で、看取り加算の算定をしている施設は32施設（69.6%）であり、従来型の施設において、看取りを行えるような環境を整えられてきてい

ると考えられる。ユニットケアの導入には、施設的环境条件や資金、職員の充足が必要となり、ユニット型は従来型と比べて居住費が高くなる。また、施設的环境条件だけではなく、入所者の孤立化や入所者どうしの交流の不完全さ、チームケアの難しさがある¹⁴⁾と指摘されている。入所者の生活意識を調査した研究では、ユニット型施設が、のんびりと生活ができ、日常生活支援の入浴・食事支援に満足している。従来型施設では、楽しみな活動、生きがい感などの「生活意欲」の意識が高い¹⁵⁾と報告がされている。施設の高齢者は、入所するまで様々な生活をしてきており、一人ひとりの望む生活は多種多様である。この一人ひとりの望む生活を支援していくことが重要であり課題である。そして富山県は、団塊の世代の割合が都道府県の中で最も多く、介護を要する高齢者の増加、認知症の人の増加など生活が困難となる高齢者の急激な増加が見込まれている。団塊の世代は、社会の変化に伴い、家庭や家族形成や現在の生活状況は様々である。施設では、一人ひとりの生活を尊重し、安心して最期を迎えることができるよう、施設整備について検討していくことが急務である。

5.2 看取りケア実施の体制

2006年度の介護保険制度改正の中で、「看取り加算」・「重度化加算」が創設され、介護報酬に繋がるようになった。この算定にあたっての要件には、「①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること、②入所者（利用者）又はその家族等の同意を得て、入所者（利用者）の介護に係

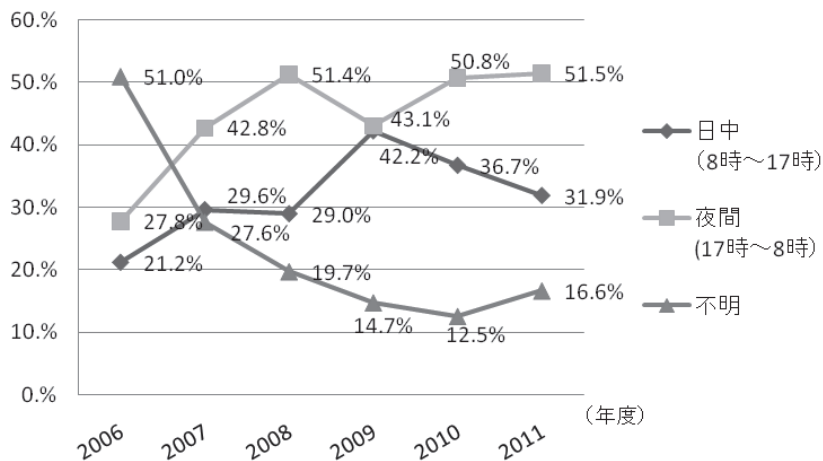


図3 看取り時間の状況

る計画が作成されていること、③医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者（利用者）の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、介護が行われていること、④常勤の看護師を1名以上配置し、当該介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること、⑤看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること、⑥看取りに関する職員研修を行っていること、⑦看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと」が挙げられている。¹⁶⁾

医療体制については、嘱託医から夜間において「電話での指示」が30施設（65.2%）や、「必要時訪問」が26施設（56.5%）であり、緊急時は、「嘱託医に連絡」が36施設（80.0%）、「協力病院に連絡」が13施設（28.3%）である。また、看護職員の「夜間オンコール体制」は、40施設（87.0%）である。医療経済研究機構（2003）¹⁷⁾の調査では、嘱託医の「電話での指示」39.5%「必要時訪問」44.9%、緊急時の対応「嘱託医に連絡」69.9%、「協力病院に連絡」64.6%、「看護職員の夜間オンコール体制」が54.8%である。「看取り加算」・「重度化加算」の創設前の結果と比較すると、夜間において、看護職は夜間オンコール体制をとり、嘱託医に連絡をし、必要時訪問や電話での指示を受けることができる環境になっている。夜間において、医師との連絡体制が整えられてきたと考える。

また、「看取りケアの計画書」については、33施設（71.7%）の施設が計画書を作成し、「看取り加算の算定をしている」が69.6%、「原則施設での看取り方針」が69.6%であった。厚生労働省の地域における終末期ケアの意向と実態に関する調査研究（2009）¹⁸⁾の、「看取り加算を算定したことがある」が47.6%、「原則施設での看取り方針」が29.8%の結果を大きく上回っている。施設では、原則施設看取りの方針を持ち、看取りに関する具体的な対応等が考えられ、積極的に取り組もうとしている姿勢が見られる。

施設での看取り希望の確認時期（複数回答）は、「状態の変化時に、繰り返し確認」しているが約8割、「入所時に確認」しているが施設が約7割、「家族とのケアカンファレンスで確認」しているが5割、「看護職や介護職員が日常のケアの中で

確認」しているが3割であり、入所時から日常のケア時、カンファレンス時、状態の変化時に意向を確認している。繰り返し意向を確認することは、入所者・家族の介護の希望や経過は様々で、生活の場である特養では入所者の生き方から死に場も含めて、尊いことが大切であると考えられる。

看護師の配置については、対象となった全施設において常勤看護師が配置されている。介護保険法による看護職の人員基準は、入所者31～50人の場合が常勤換算で2人以上、入所者51～130人の場合が常勤換算で3人以上配置とされている。今回の調査では、常勤換算では聞いていないが、対象となった施設の常勤看護師数は、施設定員50人以下・51人～130人ともに人員基準を1人以上、多く配置されている。生活の場での看取りは、医学的判断を必要とする場面が多く、看護職の存在は重要であり、畑瀬ら¹⁹⁾は、看取りを行う上での困難として、夜間の看護師、介護員不足、医師との連携や看護師の夜勤体制の確保と健康状態をアセスメントし、対応ができる看護師の配置増員が必要であると述べている。しかし一方では、石川²⁰⁾は、看護職員数の増加が、臨終期のケアの充実に直結して繋がるわけではないと、施設職員からとらえられているという報告がある。

老人福祉法における特別養護老人ホームであった1960年代から看護職の配置基準は変わっていない。入所者の高齢化、介護の重度化が進み、看取りは増加すると予測され、看護職は医師との連携が不可欠であると考えるが、その実態については、看取りが開始されて年月が浅く、今後、構築していく必要がある。

今回の調査では、看取りに関する職員研修と、看取りを行う際の個室については聞いておらず、その実態は不明である。

5.3 2006年度～2011年度の看取りケアの状況

2006年度から2011年度の死亡退所者総数は年々増加し、そのうち看取りによる死亡が4～5割へと増加、病院・診療所での死亡が4～3割へと減少、自宅・その他は1割にみっていない。死亡率の高い時間帯は、夜間（17時～8時）が4割～5割、日中（8時～17時）が3～4割であり、夜間に医師や看護師と連絡が取れる体制が必要である。しかし、夜勤体制に看護職が含まれている施設は、わずか1施設のみで、約

9割の施設がオンコールによる対応をとっている。また、常勤医を配置しているのは、2施設のみで、それ以外の施設は、嘱託医を配置している。夜間の緊急時には、嘱託医に連絡をして電話での指示や医師の訪問が可能となっており、医師や介護職員との連携が図られる体制になっている。2006年の「看取り加算」・「重度化加算」が創設後、看取りによる死亡の割合が増加し、病院・施設での死亡の割合が減少したことや、2008年度から看取りによる死亡が病院・施設での死亡を上回ったことは、積極的に看取りケアに取り組んだ結果であり、国による看取り介護の推進が効果を発揮していたと考えられる。

今後、人生の最期を施設で過ごす高齢者が益々増えるであろう状況を考えると、一人ひとりを尊重した看取りケアの質を高めていくために、看取りケアへの具体的な取り組みや看取りを経験した職員や家族の思いを明らかにし、検討していく必要があると考えられる。

6. 結論

富山県の介護老人福祉施設を対象とした調査では、対象となった施設において積極的に看取りケアに取り組む、施設での看取りの人数が増加していることが明らかとなった。今回の調査では2006年度～2011年度の看取り者数を算出したが、看取りケアの体制や施設・入所者の状況については、調査時の結果であり、各年度における状況は不明である。しかし、富山県下の施設を対象とした看取りの現状調査は、初めての試みであり、今後の看取りを検討するための貴重な資料となり得る。今後、人生の最期を施設で過ごす高齢者が増加すると考えられ、一人ひとりを尊重した看取りケアの質を高めていくために、施設整備や看取り体制の検討、看取りケアへの具体的な取り組みや看取りを経験した職員や家族の思いを明らかにし、検討していくことが課題である。

謝辞

本研究にご協力いただきました富山県介護老人福祉施設の方々に深くお礼を申し上げます。本論文の一部は第71回日本公衆衛生学会（2012）において報告いたしました。

引用文献

1) 厚生労働省；平成20年介護サービス施設・事業所調査結果の概要、

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service08/index.html>.

- 2) 厚生労働省；介護保険法，指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準，2003，<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000039.html>.
- 3) 小楠範子・萩原久美子；特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえかた，老年社会科学，29巻3号，p345-354，2007.
- 4) 岩本テルヨ・山田美由紀・加瀬田暢子；特別養護老人ホーム在所者の最後の場の決定に関わる現状と課題，山口県立大学看護栄養学部紀要，2号，p8-14，2009.
- 5) 曾根千賀子・千葉真弓・細田江美・松澤有夏・渡辺みどり；長野県の介護老人福祉施設の終末期ケアに体制の特徴，長野県看護大学紀要，12巻，p21-31，2010.
- 6) 千葉真弓・渡辺みどり・細田江美・松澤有夏・曾根千賀子；介護老人福祉施設での終末期における対応方針と施設の体制，日本看護福祉学会誌，15巻2号，p163-175，2010.
- 7) 厚生労働省；平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概要，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/index.html>.
- 8) 平成24年版高齢社会白書，内閣府，http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/pdf/1s1s_2.pdf.
- 9) 富山県高齢者保健福祉計画；第5期富山県介護保険事業支援計画，2012，http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1211/kj00003938.html.
- 10) 富山県高齢福祉関係資料；介護保険制度，都道府県別にみた介護保険施設の施設数・定員（病床数）・要介護度在所者数，都道府県別にみた介護保険施設65歳以上人口10万対定員，2010，http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1211/kj00009199-003-01.html.
- 11) 厚生労働省；平成23年介護サービス施設・事業所調査結果の概要，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service11/index.html>.
- 12) 厚生労働省；全国介護保険担当課長会議資料，2001，<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/010928/>.
- 13) 医療経済研究機構；普及期における介護保険施設の個別化とユニットケアに関する報告書，2002.

- 14) 城仁人・藤原義章・義井理；ユニットケアの現状と課題，神戸大学発達科学部研究紀要，13巻2号，p95-103，2006.
- 15) 壬生尚美；特別養護老人ホームのユニット型施設と従来型施設における入居者の生活意識，中部学院大学短期大学部専攻科，人間福祉学研究4巻1号，p77-90，2011.
- 16) 厚生労働省；介護報酬改定の概要，2006，
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1121-10c_0002.pdf.
- 17) 医療経済研究機構；特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究，2003，<http://www.ihep.jp/publish/report/past/h14-5.html>.
- 18) 厚生労働省；地域における終末期ケアの意向と実態に関する調査研究（Ⅱ）報告書，2009，http://www.hpm.med.keio.ac.jp/pdf/roken_21.pdf.
- 19) 畑瀬智恵美・寺山和幸・久保田宏；特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの実態調査，日本看護学会論文集，第36回看護総合，p238-240，2005.
- 20) 石川美智，特別養護老人ホーム施設職員の臨終期におけるケアの実態，2010年度日本死の臨床研究会研究助成.

Survey and analysis for current situation regarding deathbed care in aged care nursing homes in Toyama prefecture

Takae IMAGAWA ¹⁾, Harumi ARAKI ¹⁾, Mariko NIIKURA ²⁾,
Yasuko SUMITANI ¹⁾

¹⁾ Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

²⁾ Gerontological Nursing, University of Toyama

Abstract

In order to clarify the current situation regarding deathbed care in aged care nursing homes in Toyama Prefecture and to obtain fundamental data for future considerations regarding deathbed care, we conducted a questionnaire survey in 62 aged care nursing homes are obtained by analysis. Nine key points of interest:(1) in approximately 70% of facilities, additional remuneration for deathbed care is charged within a health insurance claim;(2)an “action plan for deathbed care” is created in 70% of the facilities;(3) 70% of the facilities’ institutional guidelines for deathbed care states that their institute would in principle accomplish deathbed care;(4) nurses were the most common individuals to confirm patients’ intentions;(5) in approximately 70% of the facilities, patients’ desires for receiving deathbed care are confirmed at patient admittance and afterwards they are repeatedly asked to confirm this;(6) in the event of nighttime emergencies, caretakers can telephone a commissioned doctor to ask for medical directions and the doctor could visit the facility;(7) at one facility, nurses are engaged in a nightshift system, while approximately 90% of the facilities had nurses who are ready to respond on-call at night;(8) since the long-term care insurance-point additions for deathbed care and severe manifestation care were introduced in 2006, the number of discharged patients due to death is increasing annually, the percentage of deaths post-deathbed care increased, and the percentage of deaths in hospitals or institutions, excluding special aged care nursing homes, decreased; and(9) more patients die during the nighttime(17:00-8:00) than during the daytime(8:00-17:00).

We need to specifically consider the deathbed care method to improve the quality of deathbed care and respect individuals in special aged care nursing homes.

Keywords : deathbed care , aged care nursing homes

介護過程実習における効果的な指導のあり方に関する一考察 —介護過程に関する実習後アンケートからの分析—

毛利 亘

富山福祉短期大学社会福祉学科

(2014.03.05受稿, 2014.03.28受理)

要旨

学生の介護実習をより効果的に実施するためには、事前の指導が重要であると考えられる。このためA短期大学における介護過程に関するアンケートを実施し、その内容を分析した。

その結果から、指導内容として盛り込むべき内容を以下に示す。利用者の生活課題を明確にするという点から、①利用者に関する情報は最低8情報を用いて解釈する。②解釈に使用する情報は生活を構成する要素全てから探す。③阻害因子と促進因子に当たる情報を解釈に使用する。④個人因子に関する未収集の情報がないか確認する。介護計画の立案という点から、①援助内容には予測される状況の変化、利用者の反応、自己選択の結果に合わせた複数の援助案の記述をする。②介護実践の前には主に使用物品など環境因子に関する事前確認を行う。③評価の前に援助内容の修正や追加がないか確認する。④評価を見据え、結果が明確になるような基準を設定する。

キーワード：介護過程の展開実習、生活課題、介護計画の立案

1. はじめに

学生が高齢者施設において、図1に示すような介護過程の展開を行う実習に対し、効果的な指導のあり方を求めるためには、実際に介護過程を行った学生の成果を分析することが有効である。そこで本研究では、A短期大学介護福祉士養成課程の学生が、同短期大学介護福祉専攻作成の実習記録用紙を用いて2012年度1年次後期に履修した、介護計画立案までを行う実習（以降、1年次実習）と、2013年度の介護実践の評価まで行う2年次後期に履修する実習（以降、2年次実習）の事後アンケートの分析を行った。1年次実習の前には、2011年度と同じ実習を履修した学生のアンケート結果から分析した指標

を用いて指導を行った。受け持ち利用者の事実（以降、情報）を複数関連付けて生活課題を明確にすること（以降、解釈）には、記録用紙上の健康状態・心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子など生活を構成する要素（以降、構成要素）に含まれる情報を8つ以上使用することを目指すという指導をした。また2年次実習の前には、当該学生が記入した1年次実習後のアンケート結果から①解釈に使用する情報が含まれる構成要素は阻害因子と促進因子が同等の割合であった②見落としがちになる情報（収集済みで解釈に使用するべき、または解釈に使用するべきであった未収集の情報）が含まれる構成要素は、個人因子に多くある可能性がある、と

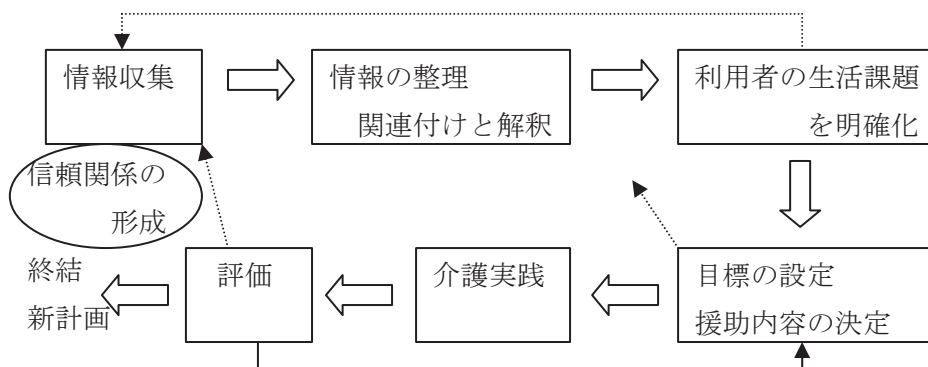


図1 介護過程の展開

いうことを指導した。その事後アンケートの結果と、1年次実習の結果を比較し分析を行った。さらに今回の研究では、計画化した援助の実践に関しての指導のあり方も判断するため、2年次実習事後アンケートには質問を追加した。この分析条件としては、利用者の生活課題を達成するための援助内容には、予測される利用者の反応に合わせた複数の援助案を想定し記述しておくことが効果的である、という仮説をもとに分析を行った。

2. 研究目的

本研究は、高齢者施設入所の要介護者に介護過程の展開を行う1年次実習と2年次実習を、より効果的に実施するために行う事前指導において、指導すべき内容を明らかにすることが目的である。

3. 研究方法

3.1 対象

A短期大学2012年度1年次実習と、2013年度2年次実習を履修した30名(男性8名、女性22名)のうち、それぞれの履修後に記述したアンケートの分析結果を、本研究誌に掲載することに同意を得た29名である。

3.2 研究方法と内容

1年次実習と2年次実習を履修した学生の介護過程の展開における事後アンケート結果をもとに、次のような分析を行った。

- ①解釈に使用した情報に関する分析
- ②介護計画の立案における援助内容の記載と実践に関する分析
- ③実践において確認不足や準備不足があったとする内容の分析
- ④明確にした課題を達成するために設定した目標の分析
- ⑤目標を達成するための援助内容についての適切さ、などに関する分析

3.3 倫理的配慮

アンケートに回答した30名に対し、記載内容の分析結果を指導に用いること及び論文として発表すること、記載内容に関して成績に不利益が生じないことを説明し、同意を得た29名分のデータのみを活用している。尚、アンケートには、介護過程の展開を行った実習先および受け持ち利用者を特定できるような記述は一切無い。

4. 結果

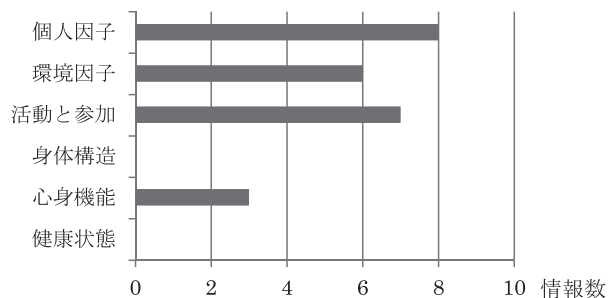
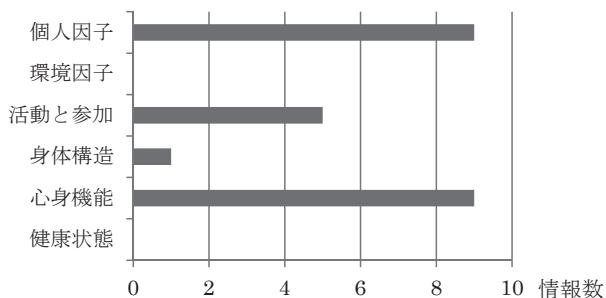
1年次実習と2年次実習後のアンケートに共通して記述を求めた事項の結果と、2年次実習後のアンケートにのみ記述した事項の結果を分けて述べる。

2つの実習後のアンケートに共通する事項は以下のとおりである。

- ①計画化する優先順位の高い生活課題を、明確にするために解釈に使用した情報
- ②情報が該当する構成要素
- ③使用した情報は利用者の生活課題達成のため

表1 1年次実習における生活課題の明確化に関する分析比較

利用者のニーズを反映していると思える	回答した学生数(%)	情報数	情報が含まれる構成要素	阻害因子：促進因子
はい	23名(80%)	7.45	3.30	4.11 : 3.34
いいえ	6名(20%)	5.66	2.66	2.36 : 3.30



(収集済みで解釈に使うべきであった情報が含まれる構成要素)

(解釈に使うべきであった未収集の情報が含まれる構成要素)

図2 1年次実習における生活課題の明確化に使用すべきであった情報が含まれる構成要素

阻害因子と促進因子のどちらに該当するかの判断

- ④解釈に使うべきであったと思う収集済みであった情報が当てはまる構成要素
- ⑤解釈に使うべきであったと思う未収集の情報が当てはまる構成要素

明確化した生活課題は、「利用者のニーズを反映していると思うか」についても回答を求めた。

4.1 アンケートに共通して記述を求めた事項の結果

- ①a, ②b, ③cに関する結果の集計を表1に示す。
- ④に関する結果と⑤に関する結果を図2に示す。これらの結果から、下記のように2年次実習の前に指導すべき内容が明らかになった。
- ①解釈に使用する情報の構成は阻害因子と促進因子が同等の割合である。
- ②見落としがちになる情報（収集済みで解釈に使用するべき、または解釈に使用するべきであった未収集の情報が含まれる構成要素は、個人因子に多くある可能性がある。

2年次実習における①a, ②b, ③cに関する結果を表2に示す。表1と表2の比較から、2年次実習では、「利用者のニーズを反映していると思うか」に「はい」と回答した学生の割合が7%減少したこと、解釈に使用した情報が、「はい」と回答した学生に関しては情報数で1程度増加しているということ、使用した情報が含まれる構成要素ではそれぞれの実習で「はい」と回答した学生の方が「いいえ」と回答した学生より1程度増加しているということである。

4.2 2年次実習後のアンケートにのみ記述した事項の結果

2年次実習では、1年次実習における生活課題の明確化と介護計画を立案するまでの介護過程に加え、介護の実践と評価を行うため次の質問事項を追加した。

- ①解釈の文章に課題を達成するための条件等（下肢筋力が向上すれば…）や、手段や援助の案（～の時に麻痺側を支えれば）とそれらの効果の予測（～が安全にできるようになる可能性がある、安全のためには～援助すれば…等でも可）に関する記述の有無
- ②介護計画用紙の援助内容のスペースには、利用者の反応に合わせた援助の記載（拒否がある場合は…）や、状況や自己選択の結果に合わせた複数の援助方法の記述の有無
- ③介護実践を行うにあたって（実践直前・中・後に気付いた）、確認や準備不足の有無とその内容
- ④介護実践を行った後（最終評価の前に中間評価として）の、援助内容に関する修正や追加の有無
- ⑤利用者の目標達成に向けて計画した援助内容の適切さに関する回答

さらに基本情報として実践回数と受け持ち利用者の要介護度の記述を求めた。⑤の回答が得られたのは25名であり、それらの回答の集計は⑤の回答ごとに表3に示す。①に関しては、「ある」と回答した学生にその内容の記述を求めたことから、確認不足だった情報内容を構成要素ごとに分類し集計をした。その結果を表4に示す。

表2 2年次実習における生活課題を明確にした際の解釈に使用した情報数に関する結果

利用者のニーズを反映していると思える	回答した学生数(%)	情報数	情報が含まれる構成要素	阻害因子:促進因子
はい	21名 (73%)	8.66	4.04	3.96 : 4.70
いいえ	8名 (27%)	5.66	3.00	3.06 : 2.60

表3 2年次実習 介護計画の立案における援助内容の記載と実践に関する集計結果

目標達成に向けて適切な内容であると思う	回答した学生数(%)	解釈に課題を達成するための条件や援助の案と効果の予測の記述の有無		援助内容に利用者の反応に合わせた複数の援助案の有無		介護実践にあたって確認・準備不足の有無		援助内容を修正・追加した		平均実践回数	平均要介護度
		ある	ない	ある	ない	ある	ない	した	していない		
はい	17名(68%)	14名(82%)	3名(18%)	14名(82%)	3名(18%)	14名(82%)	3名(18%)	15名(88%)	2名(12%)	3.45回	3.09
いいえ	8名(32%)	3名(37%)	5名(63%)	6名(75%)	2名(25%)	7名(88%)	1名(12%)	5名(63%)	3名(37%)	2.85回	3.42

す。その結果から、環境因子に含まれる事柄が最も多く、その内容は援助の際に使用する物品などについての記述が多かったということがいえる。①, ②, ③, ④, ⑤に関する集計の結果は、⑥「計画した援助内容は利用者の目標達成に向けて適切な内容であったと思う」に「はい」と回答した学生は、①, ②, ③, ④, ⑤の質問に対し80%以上の学生が「ある」「した」と回答しているということである。

4.3 2年次実習における援助内容の記述に関する結果

⑥に対しての回答に関しては、学生自身が実践した上で回答の根拠を求めていることから、その記述を表5に示す。この根拠については、「はい」と回答した学生に複数記述で求め、それらの回答の文脈から、学生の主観のみによる判断、利用者の反応による判断、第三者による判断に分類した。結果は利用者の反応による判断が多く、次いで学生の主観のみによる判断が多い。

4.4 2年次実習における明確化した課題を達成するため設定する短期目標に関する結果

「～したい」という明確化した利用者の生活課題を達成するために、再度利用者の言葉で、「～することができる」というように利用者の目標として表現する短期目標の記述も求めたため、これも③の問いに対する回答別に、目標の文脈から効果や目的に焦点を合わせ、タイトルをつけ、それに含まれる語彙を目標の構成要素と考え、分類と集計を行った結果を表6に示す。

5. 考察

効果が高いと考える指導内容ならびに今後の課題について述べる。

5.1 アンケートに共通して記述を求めた事項の結果に対する考察

使用した情報が含まれる構成要素の数に関しては、表1と表2からわかるように両実習ともに少ない。利用者の生活課題を明確にするため

表4 確認や準備不足の主な内容と該当する構成要素

内 容	健康状態	心身機能	身体構造	活動と参加	個人因子	環境因子
利用者の体感温度に関する感覚		1				
受け持ち利用者の体力がどれくらいあるか		1				
日頃から親しい利用者が誰であったか						1
季節や個人の好みに合わせた歌の選択					1	
利用者との関係作り						1
道具の不足						1
咀嚼や嚥下能力		1				
アームサポートの高さの調節						1
拒否された場合の援助					1	
使用する道具の数の確認						1
異性からの援助に対する思い					1	
自分から話しかけることがあるか				1		
代替となる道具						1
道具の用意と手指の可動域			1			1
テーブルとイスの位置						1
いつもの塗り方				1		
活動の場所、席の位置						1
麻痺側の可動域・使いやすい道具			1			1
適正な運動量の把握		1				
肘掛の有無						1
裁縫用具と糸の色						1
表情の観察					1	
帰宅願望の際の対応					1	
合計	0	4	2	2	5	12

表5 援助内容は適切な内容であったと思うに対する回答の理由

理 由	学生の主観 による判断	利用者の反応 による判断	第三者の反応 による判断
脳の活性化につながると思ったから	1		
自分から立つなど意欲が見られたから		1	
職員にケアプランに取り入れたいと言われたから			1
集中されていたことから充実できたのではと思う	1		
役割が増えたことで自信がついたようだ	1		
本人が一人の時にも実施していた、家族も職員も喜んでくれた			1
満足そうな表情、またお願しますと言われた		1	
本人の口から「腰痛がなくなった楽になったわ」という発言があった		1	
続けることでADLの維持につながると思う	1		
利用者がバランスよく選んで食べていた		1	
以前とは違い何色も使用して満足そうな表情であった、他の利用者を 気にかけなくなった		1	
積極性が見られ笑顔で満足された様子であった		1	
不穏状態が実施後見られない、実習後も継続できるから		1	
関わりながらという部分を達成できるから	1		
傾眠が減り夜間の安眠につながった		1	
肯定的な発言があったから		1	
少しの時間でも、職員でも実施できるため	1		
生活レベルでも下肢を使用する必要があるから	1		
日ごろの姿とは一変して円滑に喋っていた		1	
楽しみながら行っている様子が見られた		1	
合計	7	11	2

表6 短期目標に含まれる構成要素の分類と集計

はいの回答者の短期目標	効果や目的のタイトル	活動	参加	心身 機能	健康 状態	自立	増加	向上	維持	充実	改善
無理をせず安全に歩行することができる	活動の自立	1				1					
他の利用者職員との3人で会話を行い交流を作る	参加の増加		1				1				
在宅復帰を考えて自分の足で歩行するために下肢筋力のトレーニングをする	心身機能の向上			1				1			
自分が洗ったコップを洗うことで役割を持ち生活することができる	活動の自立と参加の増加	1	1			1	1				
実習生、職員との会話を増やし、心穏やかでいることができる	心身機能の向上			1				1			
足浴しリラックスができる	心身機能の向上			1				1			
他の利用者に関わりながら景色を見ることができる	参加と活動の増加	1	1				1				
ティッシュ等を用いて口の周りを自分で拭くことができる	活動の自立	1				1					
余暇時間に楽しみを持つ	活動の増加	1					1				
握力の現状を維持することができる	心身機能の維持			1					1		
同じテーブルの利用者と一緒に楽しみながら作品を作ることができる	活動と参加の増加	1	1				1				
副食を選択しながら楽しむことができる	活動の増加と充実	1	1							1	
ADLを維持し肥満を解消することができる	活動の維持と健康状態の向上	1			1			1	1		
椅子で食事できる	活動の増加	1					1				
得意な針仕事でやりがいを感じる事ができる	活動の増加と充実	1					1			1	
楽しく歌い、明るい気持ちで生活する	活動の増加と充実	1					1			1	
楽しく歌を歌うことができる	活動の増加と充実	1					1			1	
余暇活動で一日が楽しく過ごすことができる	活動の増加と充実	1					1			1	
小計		13	5	4	1	3	10	4	2	4	0
いいえの回答者の短期目標											
無理なく下肢筋力を鍛える	心身機能の向上			1							
余暇時間に一緒に歌を歌う	参加と活動の増加	1	1				1				
安楽に睡眠できる	活動の充実	1								1	
秋を五感で感じることができる	心身機能の向上			1				1			
右上肢の筋力保持と向上	心身機能の向上			1				1			
余暇時間に作品作りをすることができる	活動の増加	1					1				
日々の生活に刺激ある活動を行うことができる	活動の増加と充実	1					1			1	
小計		4	1	3	0	0	3	2	0	2	0
未回答者の短期目標											
日々の生活から姿勢を直すことで安全に過ごすことができる	活動の改善と充実	1							1		1
下肢に筋力をつけることができ安全に歩くことができる	心身機能の向上と活動の充実	1		1				1		1	
人との交流を増やすことができる	参加の増加		1				1				
役割を増やし居室で過ごす時間を軽減する	参加の増加		1				1				
小計		3	2	1	0	0	2	1	1	1	1
合計		20	8	8	1	3	15	7	3	7	1

には、生活の各構成要素から関連付ける情報がないか再確認することの指導の継続と、収集する情報の見直しが課題である。

表2の「利用者のニーズを反映しているか」に関して「はい」と回答した学生が解釈に使用した情報数が、1年次実習に比べ2年次実習で増加していたことは、指導した指標を意識できていることを示す。だが、「はい」の回答が1年次実習より減少したことは、学生による介護実践の結果を把握していることからだと推考できる。

5.2 2年次実習後のアンケートに記述した事項の結果に対する考察

表3の「組み立てた援助は目標達成に向けて適切な内容であると思うか」に対し回答している学生は25名であり、回答していない4名の学生は適切さに関して判断できなかったと推察される。「組み立てた援助は目標達成に向けて適切な内容であると思うか」に対し「はい」と回答した学生が記述した理由を示す表5は、学生の主観のみによる判断と思われる理由が35%を占めている。判断できず理由が記述できなかったことと、学生の主観のみによる判断となったことの原因は、実践後の評価を見据え、実践前にその為の判断基準や比較要素を明確にしていなかったこと、またそれを意識するための記述スペースが実習記録用紙（介護計画用紙）に設けられていないことが原因と考えられる。改善策としては、援助の実践前後を比較するための具体的な利用者の反応（言動・活動や参加・健康状態・心身機能に関する）の数値化を介護計画のプロセスに盛り込む指導が必要であり、それを介護計画用紙の援助内容欄に記入できるスペースを設ける必要があるということである。

表3の「計画した援助内容は目標達成に向けて適切な内容であると思う」で「はい」とした学生の回答を見てみる。「解釈の文章に課題を達成するための条件や援助の案と効果の予測の記述の有無」と「利用者の反応に合わせた複数の援助案の有無」の両方の質問に対し80%以上が「ある」と回答していることから、仮説として介護計画の立案における指導の一つとして考えていた、「利用者の反応に合わせた複数の援助内案を想定し記述すること」は、目標達成に対して有効な指導であると推考できる。生活課題を明確にする際の解釈には、実践と目標達成を見据え、援助の案や方向性と、利用者及び介護者が

実践できるという可能性、そしてその効果の予測を情報の関連付けから思考し、記述しておくことを指導する必要がある。

「介護実践にあたって確認や準備不足があった」と回答した学生は80%以上である。確認不足や準備不足であった具体的な内容を、構成要素に分類したのが表4である。この分類から、介護実践前にどの構成要素に目を向ければ、確認や準備不足を補うことができるかという指導ポイントを明確にできると考えた。具体的に確認不足や準備不足が確認できた構成要素は、環境因子が最も多かった。特に利用者の周囲（人）に関することや、利用者が使用する介護用具や生活用具（物）、利用者が活動する空間（場所）に関するもので構成されているといえる。そのため援助の実践前には、利用者の環境因子に含まれる「人」「物」「場所」に関する情報の再確認や、それらを新たに情報収集する必要もあるという指導が有効である。また表3にあるように「目標達成に向けて適切な内容と思えるか」に対し「はい」と回答した学生で88%、「いいえ」の回答をした学生では63%が援助内容を修正、または追加したと回答していることから、確認や準備不足に気づけたことによる修正や追加も考えられるので、介護実践にあたっての確認および準備不足の有無と合わせて、援助内容の修正や追加の必要性を指導することが必要である。

5.3 2年次実習の援助内容の記述に関する考察

計画した援助内容は、「利用者の目標達成に向けて適切な内容であったと思う」に関しては、「はい」と回答した17名に対し根拠の記述も表5のように複数回答で求め、のべ20回答があった。文脈から学生の主観のみによる判断、利用者の反応による判断、第三者による判断に分類した。その結果は利用者の反応からの判断が11名と多く、次いで学生の主観のみによる判断が7名、実習指導者や家族などで構成される第三者による判断は最も少なく2名であった。学生の主観のみによる判断よりも、利用者の反応による判断と第三者による客観的な判断の方が多い。介護実践後の評価を見据え、実践前にその為の判断基準や比較要素を明確にすることを指導することにより、客観的な評価につながるといえる。

5.4 2年次実習の利用者の短期目標に関する考察

表5にある解釈により明確にした課題を目標化した短期目標の記述に関する結果は、その文章構成に「活動」「増加」「参加」の要素が多いことがわかる。介護福祉士は生活支援の専門家であるため、生活機能に関する「活動」や「参加」などの用語が用いられるのは当然である。この視点は入学時より多くの科目で学修していることであるため、この専門性に関しては十分理解できているといえる。だが適切であったと「思える」「思えない」両方の回答に、「心身機能」「向上」「維持」といった要素のみで構成されている短期目標があるため、解釈文章の解析により、他職種との連携のもと専門性を発揮することを指導する必要性に結びつく可能性もあることから、今後の研究課題としたい。

6. おわりに

今回の研究では以下の指導内容を得た。

- ①援助内容には予測される状況の変化、利用者の反応、自己選択の結果に合わせた複数の援助案を記述する。
- ②介護実践の前には主に使用物品など環境因子に関する事前確認を行う。
- ③評価の前に援助内容の修正や追加がないか確認する。
- ④評価を見据え、結果が明確になるような基準を設定する。

今後の指導や記録用紙に関する課題も明確になった。

- ①学生が記述した解釈文章の解析をして情報を正しく認識しているか確認をすること。
- ②収集する情報の見直しが必要である。
- ③実践後の評価を見据え、実践前にその為の判断基準や比較要素を明確にするという指導である。
- ④介護計画立案の用紙に評価のための基準を記述するスペースを設ける検討をする。
- ⑤途中評価による修正や追加した援助内容の分析から、援助内容の組み立てのポイントと評価する際の視点に関する指導内容を明確にする。
- ⑥解釈文の解析により、他職種との連携のもとに介護福祉士の専門性を生かした短期目標の設定がなされているかの確認が必要である。

また今回の結果を効果の高い指導と言い切るため、より多くの調査を行うことも、今後の研

究課題としたい。

参考文献

- 1) 黒澤貞夫編著 (2007) : ICFをとり入れた介護過程の展開、建帛社
- 2) 黒澤貞夫・峯尾武巳編著 (2008) : 介護過程の展開、建帛社
- 3) 毛利 亘 (2012) : 介護実習におけるアセスメントに関する指導のあり方—介護実習Ⅱ—①履修学生の振り返りからの分析—、共創福祉第8巻, 第1号, 23-30, 富山福祉短期大学
- 4) 澤田信子・石井享子・鈴木知佐子編 (2009) : 介護過程、ミネルヴァ書房
- 5) 障害者福祉研究会編 (2002) : ICF国際機能分類—国際障害分類—改訂版、中央法規出版
- 6) 上田 敏 (2005) : ICFの理解と活用、きょうされん

A Study on the way of effective teaching in care training —Analysis of after training about care process—

Wataru MOURI

Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science

Abstract

In order to determine the teaching methods of care process training, I made a questionnaire to students. I have a questionnaire it is for first grade and second grade after the training. I analyzed the point of practical education of care process from the results of the questionnaire.①It is to use the 8 information in order to clarify the life issues.②Information is to find from among the elements that make up a life.③It is to make sure about uncollected an individual information.④In order to find the issue of life, it is to use a promoting factor inhibitors. And I found the point of necessary education of some of the care plan from the analysis of the results.①Be considered the care method for health and body function and mood.②To before practice care is to check on the environment.③It must be checked if there are corrections or additions for care method you thought.④In care before sets the reference for evaluating. I will continue to research the care process, but I think to be able to educate the expertise of care workers throughout the care process.

Keywords : deployment training of care process, life issue, planning of care

第2回共創福祉研究会(2013.11.2)
富山県高岡市文化ホール小ホール

『生きていく』を支えるケア

川嶋みどり

健和会臨床看護学研究所所長
日本赤十字看護大学名誉教授
日本で・あーて推進協会代表

○司会 それでは、定刻となりましたので、富山福祉短期大学第2回共創福祉研究会を開催します。皆さま、本日は大変忙しい中、共創福祉研究会にご来場いただき、誠にありがとうございます。私、本日、司会進行を務めます看護学科の境美代子と申します。どうぞよろしくお願ひ致します。

開会に先立ち、富山福祉短期大学学長、北澤晃よりごあいさつ申し上げます。

あいさつ

富山福祉短期大学学長
北澤 晃 先生

皆さま、こんにちは。今日は第2回富山福祉短期大学共創福祉研究会にお集まりいただきましてありがとうございます。富山福祉短期大学学長の北澤です。

いま、第2回共創福祉研究会にお集まりいただきましてと申しましたが、実際のところは、研究会に来たというよりは、川嶋先生の講演を聴きたくて来たというのが、正直なところではないかと思ひます。

共創福祉研究会を初めて聞いたという方も、いま手を挙げていただければ、びっくりするほど手が挙がるのではないかと思ひますけれども。せっかくの機会ですので、共創福祉研究会という、それも第2回、まだ2回目ですかというぐらいですよ。そのことについて、ちょっとだけお話しさせていただきたいと思ひます。

第1回は8月に行われました。富山福祉短期大学の学内で行われました。それ以前は、教育研究会という言い方で、短大の中で、教職員の検収として内部で行っていました。8月に第1回を行ったのですが、そのときには、地域の方

たちにもぜひ来ていただくということで、短大に来ていただいて、第1回目の研究会を開催しました。

今回は初めて、この研究会は地域に出て、短大から出て、こうして集まっていただいて開催できることになりました。ですので、第1回目のときには、短大の教職員の方が多かったのです。今回は、地域の皆さま、地域にもいろいろな専門職の皆さま、地域の方々のほうが短大関係者より多い、そういう研究会となりました。

これから、演題に『生きていく』を支えるケアとありますけれども、短大が地域の中で少しでも役に立つような機会を設ける、そういうかたちで生きていくための大きな一歩をとることを、私たちは望んでおります。地域に出る第一歩ですので、ぜひ、そういう研究会にふさわしい先生をお招きしたいということで、川嶋みどり先生に来ていただきました。

演題にあります「生きていく」、生きることを支えるケアと、生きていくを支えるケアというのは、ちょっと言葉のニュアンスも違うし、おそらく今日お話を聞いている中で、あえて「生きていくを支えるケア」という演題にしていることの意味も、だんだん分かるのではないかと思ひます。ぜひ、最後までご清聴お願ひしたいと思ひます。

(学長あいさつ終了)

演者紹介

○司会 それでは、ただいまより、川嶋みどり先生にご講演いただきたいと思ひます。恒例によりまして、川嶋先生のご略歴を、富山福祉短期大学看護学科学科長、炭谷靖子より紹介させていただきます。

富山福祉短期大学看護学科学科長
炭谷 靖子 先生

炭谷でございます。どうぞよろしくお願い致します。では、私から、私が最も敬愛する川嶋みどり先生を紹介させていただきます。先生、どうぞお掛けになってください。

先生は昭和26年に日本赤十字女子専門学校をご卒業になっています。その後、20年間、日本赤十字社中央病院に勤務されております。この間に、女子専門学校、短期大学の教員としてもご活動されております。

その後、基礎看護教育、卒後研修活動、大学非常勤講師等を経て、昭和57年に特定医療法人健和会臨床看護学研究所所長にご就任になっています。そして、現在もその活動をご継続されています。

平成15年から23年まで、日本赤十字看護大学教授として、平成17年から21年まで、日本赤十字看護大学看護学部長、同看護実践教育研究フロンティアセンター長を歴任されています。平成23年から、同学名誉教授、客員教授、フロンティアセンター顧問として、現在も精力的に活動していらっしゃいます。

学会活動では、日本看護歴史学会理事長、日本赤十字看護学会副理事長、日本統合医療学会副理事長を務めていらっしゃいます。現在、最も力を注いでいらっしゃる活動として、一般社団法人日本て・あーて推進協会代表理事、日本看護実践事例集積センター代表があります。

私は、先生のこれまでの活動は全て現場での看護のアウトを追求するものであると感じています。また、私が在宅看護にこだわり続けている一番基本のところ、先生のご活動があると思っております。

そして、これまでの先生の活動が認められ、昭和46年、第1回毎日新聞社日本賞、平成7年、第4回若月賞、平成19年には、第41回フローレンス・ナイチンゲール賞を受賞されました。

ご著書も、『看護の力』『看護の時代』『キラリ看護』など多数ございます。一部をロビーで紹介させていただいておりますので、ぜひ、手に取ってご覧いただければと思っております。もう既に読まれた方もたくさんいらっしゃるのではないかと思っておりますが、どうぞよろしくお願い致します。

先生は、これまで何度も富山県内でご講演をいただいております。しかし、何度聞いても、

そのたびに新たな感動をいただいております。本日も、また新たな感動と明日への力をいただけるものと思っています。では、先生よろしくお願い致します。

講演

『『生きていく』を支えるケア』

健和会臨床看護学研究所所長

日本赤十字看護大学名誉教授

日本て・あーて推進協会代表

川嶋 みどり 先生

皆さま、こんにちは。ただいまご紹介いただきました川嶋みどりでございます。本来ならば、私は立って講演するのが倅いでございますし、そのほうがずっと迫力があると自分でも思っていたのですが。今日は不覚を取りまして、飛行機を降りて、富山空港であまりに空が晴れていて美しく、駐車場に行く途中にどしんと前のめりに転んでしまいましたので、足、膝、おでこ、ここは今たんこぶができていますけれども、打ってしまいました。主催者の方たちが用心して、座って講演をするようにと言われましたので、ご厚意に甘んじて座らせていただきますが、途中でひょっとしたら、たぶん立つかなと自分では思っているのですけれども。よろしくようお願い致します。

本日は、第2回共創福祉研究会という意義ある研究会にお招きいただきましてありがとうございます。先ほど学長がテーマについての解題をしてくださいましたけれども、生きているではなくて、『『生きていく』を支える（ケア）』というところに意味があることを、後でお話し致しますけれども、とてもありがたく思いました。

また、いま大変丁寧な私の紹介をしてくださった炭谷先生は、もう30年来の付き合いで、さっきもお子さんの年を聞いてびっくりしたのですが、まだ赤ちゃんのころに、たぶん私は最初にお会いしたのだなとお話をしていたのです。

非常に意欲的に、今度、短大の中に訪問看護ステーションをつくって、これは全国でも非常にまれな例です。あちこちに看護大学がたくさんできておりますけれども、そうした看護特有、あるいは、介護に必要なそういった施設を持っているところはまだまだ数が少ないので、そういった意味では、非常に先進的な活動であると思っ、発展するように、そして、成功するよ

うに、陰ながら祈っている次第でございます。

それでは、私の日ごろ思っていることをお話ししたいと思います。実は、つい先だって、高岡には伺っています。それで、あちこちでお話をしていますから、もしかしたら、同じような話になるかもしれませんが、そここのところはご容赦ください。

生きていくということを考えたときに、先ほど、生きていくという言葉と、生きていくという言葉があったのですが、いずれも生きていく、要するに生命を持って生きているわけですね。

その前に、いのちというのは非常に難しく、わざわざいのちとはということをお話する必要はないと思うのですが、これは、シェーンハイマーというドイツ人の発見から、福岡伸一先生という、テレビによく出ていらっしゃる、眼鏡を掛けた先生ですが、あの福岡伸一先生が、いのちをこのように定義したわけです。ちょっと難しいです、分からなくてもいいと思うのですが。

「生命とは動的平衡にある流れである。海辺に建つ砂の城は、実体としてそこに存在するのではなく、流れが作り出す効果としてそこにある動的な何かである。その何かとは平衡である」ということです。

これは、波打ち際ではあっと水が押し寄せてきて、すうっと引くのですけれども、その中の砂は、常に入れ替わっているのだけれども、お城というか、砂の形はそのまま残っているという意味で、生命現象というものは、そういったかたちで、年中、細胞が入れ替わっているのだけれども、形づくっている体というものがあって、その中にいのちがあるという、そういった意味だと私は受け止めている次第です。

脳生理学者の時実利彦先生という方が、もう亡くなりましたけれども、いらっしゃるのですが、この先生は、生命の尊厳ということについて「いのちはあらゆる人間の価値を超越した存在。これに価値付けはできない」とおっしゃっていて、「生に対して限りなく「思いをかけ」「思いを残す」心根は、脳幹・脊髄系のいのちをお互いに認め合う発想で、日本人特有のものである」と言っているらしいです。

そして、「いのちをいとおしむだけではなく、お互いに尊び合うことが可能なのは、全てのいのちが同じ価値であるからである。人間普遍的価値—そこにいのちの尊さ、いのちの厳粛さがあり、生命の尊厳という言葉で表現できるゆえ

んである」。

だから、いのちの尊厳というか、お互いに平等であるという意味で、そして、優劣付けがたいといったことをしっかり踏まえておきたいと思います。

いのちを考えるときに、私はいつも思うのですけれども、山田青年という筋ジストロフィーの青年の話の思い出します。彼は17歳、私が出会ったわけではありません。彼のことを書いた、ある児童文学者の新聞の記事から山田青年を知ったのです。

彼は何と言ったかということ、筋ジストロフィーという病気は難病です。青年は、児童文学者のニシヤマさんという方ですが、「ねえ、僕は17歳になって、先生からは20歳まで生きられるかどうか分からない。20歳になったら必ず死ぬと言われてる。そして、もの心ついたときから、もう車椅子の生活で、全面介助というか、何もかも人の手伝いを受けないと暮らしていけない体の状態だけど、どうしてこんな体に生んでくれたのだと文句を言ったら、両親が悲しむだろう。だから、僕は、そういうことは決して言わない。とにかく、あと3年間しかないけれども、一生懸命勉強し続けようと思うんです」と話した上で、

「だけどね、僕は戦争を知らないけれども、いまは戦争がない平和な時代だから、筋ジストロフィーという病気で死ぬるんですよね。もし、これが戦争の最中だったら、弾に当たって死んだり、空襲の爆撃、爆弾で死んだりするかもしれないのに、筋ジストロフィーで死ぬることは、社会が平和だからなんですよ」ということを言ったという話が新聞に載っていたのです。

それを読んだときに、私は、ああ本当にそうだと、今日もわざわざ「生きていく」といったテーマをどういうふうに考えるかということをお話しするのも、戦争じゃない、平和な時代だからこそ、そういうことが問われ続けられるのであって、もし、戦時下だったら、こんなことをテーマにお話はしていただけないと思うのです。

ですから、そういった意味では、看護の実践も、介護の実践も、とにかく何かをしようと思うときに、そういった平和のことをいつも頭の中に描いていないといけないのだなということ、もう亡くなりましたけれども、この山田青年の短い一生で私は知りました。

とは申しても、現代社会の様相を見ますと、連日、本当にもう怖い殺人事件、これが人間の

仕業かと思うような殺人事件が起きていますし、安心して子どもが遊べない状況があります。また、車社会では、交通事故があとを絶ちませんし、そして、自殺者は、日本では、ほかの先進国よりずっと一番多い、毎年3万人前後の方たちが自殺をしているような状況がある。これだけいのちと言っているながら、人々のいのちが、いまほど脅かされているときはないと思います。

私は看護師ですから、ここに看護実践と書きましたけれども、「看護実践を支える看護哲学」、これは介護の場合でも同じことが言えると思います。とにかく、いのちをどう考えるか、人間をどう考えるか、看護をどう考えるかを常に頭の中に描きながら、お仕事をしていかなければいけない。

そして、分かりやすく言うと、誰もが、それは貧富、年齢、男女性別に差なく、生まれて生きてよかった生、本当に生まれて生きてよかったねという一生を、死の瞬間まで、いま死ぬというそのときまで、本当にこの世に生まれて生きてよかったと言えるような生を目指す、それが、私は看護や介護の仕事の基本にあると思うのです。

難しく言うと「生命の積極的肯定」で、いのちというものは、何をさておいても大切に、絶対に守るといった考え方、駄目かもしれない、すぐに手を放したりしないで、駄目かもしれないいのちでも頑張るといった考え方が必要ではないかと思うのです。

生命は無限の可能性を持っている。私たちが、このいのちはもう駄目とか、まだ生きられるとかということ判定するだけの資格は持ち合わせていません。とにかく人間のいのちの無限の可能性を信じて、先ほど時実先生がおっしゃっていたように、人間の尊厳への畏敬の念、畏れの念を常に抱き続けることが重要ではないかと思えます。

人間の体というのはいろいろな言い方がありますが、構造的、機能的と書いてありますが、形態や性質の異なる細胞、組織、器官によって、一つのまとまった体系に組み立てられていて、自然環境の中で細胞膜に包まれた閉じた系、これが、つまり一つの個体といわれるものです。

機能的、働きとしては、細胞膜を介して、自然環境の間で物質やエネルギー、これは酸素だとか、食物などを受け渡しをしながら、出したり入れたりしながら、内部環境のホメオスタシス（恒常性）、平衡を保つためにそれを維持して

いる開かれた系である。つまり、人間の体は外部に開かれているのです。

成長と加齢、年を重ねたり、成長することによって変化が起こりますけれども、個体を維持するためには、こういったことが常に繰り返して行われています。

それから、私たちはやはり子孫を残さなければいけない。その子孫を残すためには、遺伝情報を介するいろいろな増殖によって、種族を保存している。こういう一つの仕組みがあるわけです。

われわれの祖先たちが、最初、おサルさんと同じように、四つ足で駆け回っていたのですけれども、ある日えさを求めて、集団ですずっと北上しているうちに、樹上で生活をしていた人類の祖先たちが地上に降り立ったとき、チンパンジーもその中間ですけれども、こうして垂直に足底だけで立ったわけです。これを直立二足歩行といいます。

直立二足歩行を獲得した人間は何が起こったかということ、それまではヒトだったのでけれども、前足は体重を支えていた貴重な支えだったのですが、この体重を支えていた前足を、手に解放しました。手に解放したから、いろいろなことができるようになったわけです。

つまり、前足を手に解放した人間は、手を用いて道具をつくり、自分以外の仲間のために何かを行った。これが労働の始まりです。原始時代から労働が始まっているわけです。そして、道具をつくる道具、ここに石を置いて、その上にまた石を置いて、そして石でたたいて、このようなやじりをつくっているわけです。

つまり、道具をつくる道具、こういった、ただ棒きれを拾ってきて道具で使うのは、チンパンジーでも、クマでもやりますけれども、そうではなくて、道具をつくる動物は人間しかいないと言えるわけです。

そして、個体を維持し、種族を保存、子孫を残したりするために、積極的に自然環境を利用するように、外界に働きかけなければならないわけです。そのためには、環境の状況を正確に受け止めて、これに対してうまく適応、対処する能力が備わる必要があります。

よく見てみますと、先ほど作ったやじりで、動物、獲物を仕留めてきて、これはみんな仲間たちが、まだそのころは家族という社会単位はないのですけれども、とにかく仲間たちのために、これを分けて、飢えから身を防ぐわけです。

それから、魚を捕ったり洗ったり、また遠くのほうに行って、草や木や実などを採取してきたと思います。

後でもお話ししますが、非常に興味深いことは、動物は自分が飢えないためにえさを食べるわけですが、人間は自分が飢えから身を守るためではなくて、こうしてみんなのためにこういったことをしている。つまり、労働をしているわけです。

それで、「生きている」と、「生きていく」ということの違いですが、「人間が営む生の姿」、これはやはり時実先生の言葉を借りますと「生きているといういのちの保障」、つまり、生きているという、いま皆さん生きていらっしゃるよ、生きていない人はいますか。生きていますよ。生きているということは生命があることです。

いのちがあるということを詳しく説明できませんけれども、皆さん、心臓がちゃんと打っていますか、働いていますか。その心臓は、全身に血液を送っていますか。あるいは、肺はちゃんと酸素を取り入れて、炭酸ガスと交換していますか。お昼に食べたものは、いま胃で消化をしていますか。朝食食べたものは、腸に行って吸収していますか。そういった全ての営みが生命維持、生きている証拠です。

しかし、それは外から見たのでは、誰も見えない。お隣の方が生きていますかと聞いて、「えっ、生きていると思うけれども」。じゃあ、心臓はちゃんと動いているかしらと言ったら、「分かんない」、肺は、「分かんない」、みんな分からないのです。そうやって外から見ても分からないのだけれども、ちゃんと生きているという、それが生命現象という現象で、「生きている」という状態です。

では、「生きていく」という生命活動はどういう活動かというと、これは少し見えるのです。もうちょっとアクティブに動いているわけです。ここに書いてあるように、基本的生命活動というのは、生まれながらに身に付いている、心により操られる本能・情動行動。個体維持や種族保存、たくましく生きていくことにもなります。とにかく、人間として、一番基本的な動物的な生き方です。

2番目は、経験を積み、変化する外界に適応してうまく生きていく。寒かったら、洋服を着て、暑かったら脱ぐといったようなこと。いまは冷暖房もありますけれども、そういったことをし

ている。

それから、創造行動。これはよく人間に特徴的なことで、未来に目標を持ったり、価値を求めたり、意欲的に前向きに生きていくわけです。これは本当によく生きていくという意味で、人間だけの行動です。

私たちが目指しているのは、当然、人間です。生物体としての人間ですから、この「生きている」というところをきちんと保障しないとイケないのですけれども、生きているだけの存在ではなくて、その人が、本当に前向きに、積極的に生きていく、人間らしく生きていくところをきちんとお手伝いするのが、看護とか、介護の基本になると思います。

その場合は、だから、生きていくというのは人間だけの行動ですが、この三つをきちんと統合しながら、よりよく生きていくわけですね。それもまた、赤ちゃんであろうと、乳幼児であろうと、お年寄りであろうと、病人であろうと、障害を持っていようと、とにかく前向きに、積極的に生きていくことお手伝いするのが、看護の基本ではないだろうかと思えます。

そのことを、実はいみじくも、いまでは保健師、助産師、看護師といいますが、「保健師助産師看護師法」という法律があります。この中にも看護師の方もたくさんいらっしゃると思いますけれども、普段お仕事をしているときに、「保助看護」はあまり見ないし、考えないのです。

だけれども、学生さんがもしいらっしゃったら、学生さんが国家試験を受けて、資格を取るのには「保助看護」にのっとって国家試験を受けるわけですね。それから、お仕事をいらっしゃる看護師さんたち、あるいは、保健師さんたちは、最終的には、この法律にのっとってお仕事をしているわけですね。

その「保助看護」を見ますと、2大看護業務というものがあって、療養上の世話というお仕事と、診療の補助という仕事、これが昭和23年以来、ずっと「保助看護」には書き続けられておられます。

これをよく見ますと、療養上の世話というのは、実は生活行動の援助であり、診療の補助というのは、お医者さんが行う仕事の補助です。先ほどの「生きている」と「生きていく」という点から分解して考えてみます。

時実先生がおっしゃったような人間の生きる姿は、まず生命維持、生きている状態があって、

脈拍がちゃんと、心臓が動いていて、肺が動いていて、消化器が働いて、脳の反射も行われている状態ですが、そういった静的生命現象で「生きている」があって、その上に、「生きていく」状態、生命活動があるわけです。

それで、この二つの仕事から割って考えてみると、いわゆる、お医者さんが行う診療、診断とか、治療とかというのは、病気の原因を究明し、そして、その原因に対処する治療方針を立て、治療していくことになるのですけれども、それはこの全体から見ると、この生きている状態、いのちをきちんと守り、いのちを延命したり、昔からいうように、寿命を延ばしたり、いのちをつくったりというところに、紀元前のヒポクラテスの時代から、医学、医療のモチーフはここにありました。

ですから、この診療の補助という仕事はドクターが行う、お医者さんが行っている診療のお手伝いをする仕事で、ここでいうと線から下のほうの「生きている状態」を維持するための仕事です。

だけど、看護の場合は、「保助看法」に二つうたわられていますから、これもしますけれども、もう一つは、「生きている状態」の上に、その人がよりよく生きていくような生命活動の援助が必要であるわけです。

これは、先ほどの「生きている状態」は、脳幹脊髄系と大脳辺縁系が担当していますので、自分の意思ではコントロールできません。本能的な行動とか、あるいは、脳幹脊髄系というのは、自分でこうしよう、ああしようと思っても無理です。

しかし、人間らしく前向きに生きていくほうは大脳新皮質系ですから、ある程度、自分の意思で、こう生きていこう、このようにしたいといったようなことができるわけです。

どちらかといえば、上、下は、高い、低いではないのです。この線より上の状態が、看護の独自の仕事で、これを生活行動の援助と私たちは呼んでいます。療養上の世話と呼んでもいいのですけれども、学問的には生活行動の援助というほうがいいかなと思っています。

そこで、看護と介護、私は先ほどから両方の言葉を使っていますけれども、看護と介護というのは、根は全く同じです。だけれども、いろいろな理由とか、都合とか、あるいは、社会の仕組みとか、日本の政治とか、いろいろなところから、ちょうど20年前に「介護福祉法」ができ、

「介護保険法」ができ、看護と介護と二つに分かれてしまいました。

介護福祉士、あるいは、介護ヘルパーと看護師、保健師といった資格も違うし、役所も違うし、担当部署も違うし、教育も違うし。そして、いまは賃金や待遇までが違うといったような状況があります。

そして、働く場所も、最初のうちは、介護は福祉、看護は医療と分かれていたのですが、だんだん最近になって、高齢社会がどんどん進んでくるに従って、看護と介護は仕事の上でも、そんなに分けられなくなってしまった。介護老人保健施設でも、特別養護老人ホームでも、それから、病床でも、両方の人が一緒に働かなければいけなくなったので、あえて分ける必要はないと思います。あえて分ける必要はないのですけれども。

そして、一番の問題は、利用者さんがどっちを頼んでいいかわからないわけです。いったい訪問看護師さんを頼んだ方がいいのかな、それとも介護ヘルパーステーションにお願いした方がいいのかな、ケアマネジャーさん、どっちがいいですかと聞くと、お安いのはこちらですよと言われてたりして、本当に選ぶのに困るわけです。

そこで、一つにしたほうがいいのですが、いまのところは分かれていますから、その分かれているなりに、専門性について考えてみたいと思います。そのときの鍵が「生活と生活行動」を分けて考える考え方です。

どちらも、ありふれた営みですが、人間が人間らしく生き、その人らしさを尊重されて生きていく上で欠かせない、もろもろの営みを支障なく継続できるという、このことがすごく重要で、尊厳ある生と人権の保障の前提が、こういったありふれた営みがちゃんとできること。

そして、このありふれた営みのもっと根源をいうと、生活と生活行動ですけれども、この両方がきちんとできて、生活は介護が、生活行動は看護が主体となって、これが両方連携してつながって、生活と生活行動の支援ができて、尊厳ある生と人権の保障の前提となって、こういった人間が人間らしく、その人らしく生きていくことが可能になるといった構造を持っているわけです。

そこで、生活というものを考えてみますと、生活というのは、松原治郎によると「人々が生きて暮らしていくという営みで、一定の社会的

状況の下で各種生活手段を用いながら、その充足を目指して、各種の生活行動を選択し遂行する過程」、これが生活、暮らし。

簡単にいうと、居住空間、皆さんが住んでいらっしゃるんですよ、場所はとにかくどこか居場所を定めて。その居住空間の元で、生活行動の基礎となる食べものの調理を初め、水や、火や、照明の管理、生活空間の清掃や、衣服の洗濯など、人間が人間らしく暮らしていく上での最低限の条件を満たすことが生活をするということです。

それは面白いというか、古くから、誰の仕事だったかという、家事と呼ばれて、日本中、世界中で多くは主婦が行っていました。

だけど、それがだんだん社会化されてきました、主婦がこれに専念しなくても、いまは、食事をつくるのが面倒だなと思ったら、レストランがあるし、コンビニエンスストアがあるし、都会にいる人はデパ地下に行ったり、いろいろあって、自分でつくらなくてもよくなっているわけです。それから、洗濯が面倒だなと思ったら、クリーニング屋に出せばいいわけです。それから、掃除も、このごろは代行業が出てきています。

といったように、これらの営みは、それまでは主婦がやっていた仕事ですけれども、誰かが代わってできるのです。代行可能なのです。その代行の専門職というのが、実は介護職のほうです。

介護の仕事は、身辺介護のことも介護ですけれども、この家事援助サービスも介護です。ただ、いまのところ、家事援助サービスがそんなに介護職によって普及していないのは制約がいろいろあるからです。

例えば、老夫婦のところに行って、ご主人はいまのところ要介護ではない、奥さんだけが要介護の場合、ご主人の靴下が汚れていても、介護職は洗ってはいけません。奥さんのものしか洗ってはいけません。それから、どこかが汚れていても、それが特にその人の暮らしに影響しなければ、掃除をしてはいけなとか、いろいろな制約が、ちょっと妙な制約ですがあります。

これがヨーロッパ、特に進んでいるデンマークなどに行きますと、ヘルパーさんが訪問に来て、たとえばぴんぴんの元気満々の旦那さんがいても、ちゃんと旦那さんと奥さんと両方のことをぱあっと、お料理もつくってくれるのです。だけど、日本の場合には、旦那さんが元気だったら、奥さんのものしか調理してはいけな

です。

デンマークの場合は、では旦那さんは何をすると、その辺をぶらぶらしているのといったら、旦那さんは「アイラブユー」と、奥さんに対して言えばいいのです。つまり、奥さんの心のケアは旦那さんが持っている。でも、身辺のお世話はヘルパーさんがやる。これが、デンマークの姿です。これは余談です。とにかく、そういった生活というのは、こういうものです。

それに対して、生活行動と先ほどから言っていますけれども、生活行動というのは、これもごくありふれた営みですが、暮らしの中で共に生活する家族それぞれが、幼いころから身に付いた習慣を維持しながら、毎日生きています。生きる営みは至極普通なので、不自由になって初めてその尊さが分かります。

みなさんも、毎日生活行動を営んでいらっしゃる、その生活行動の一つ一つは、小さいころに、親から、こんなふうにするんだよとつけられて、自分なりのやり方が身に付いているはずですよ。

それらはどういうものかという、息をする、食べる、身体をきれいにする、トイレに行く、眠るなど、生命維持に関係する営み。生命維持に関係するというのは、それを、もしサボったり、やらなかったら、直接、間接にいのちを脅かすような営みです。

それから、いのちに直接関係ないけれども、身だしなみを整えたり、人々とコミュニケーションを図ったり、行きたいところに行ったり、いろいろ動いたり、それから学習したり、趣味を持ったりといった、このことは、いのちには直接関係ないけれども、人間らしくあることに欠かせない。どちらも全て個体レベルの営みです。

そのどれか一つが欠けてもとても不自由ですが。普通、元気な大人たち、あるいは、子どももそうですが、全く元気なときには、それらのありがたみは何も感じていなくて、至極普通に生活しているわけです。

普通であれば、その個人が自分で行うことのできる日々の営みではありますが、すごくこれは重要なことですが、他人が代わってこれを行うことができません。私、おなかぺこぺこだから、ちょっとあなた代わりに食べてちょうだい。トイレ我慢できないから行ってちょうだい、全部駄目でしょう。今日、汗かいたからお風呂入りたいから、じゃあ代わってお風呂に入ってくれよ、こんなことはできません。

全部、どんな状況であろうと、障害を持って
いようと、高齢であろうと、そのことを自分で
行わない限り、やったことにはならないのです。
だから、看護とか、介護というのは、生活行動
の援助というのは、その方が、いまは自分で
できなくても、自分でできたと同じようなやり方
で、そして、最終的な行為は、その人ができな
ければ駄目ですけれども、それが援助です。

そういったことをいろいろと理屈を述べても
仕方ありませんから、具体的に、食べるとい
う営み、特に食べるということは生きること
です。生命とすごく関係しています、いのちと。
ですから、もちろん排泄も、息をすることも、体
をきれいにすることも全て重要ですが、
食べることに焦点化して少しだけお話ししてみ
ようと思います。

食べることは生きること、このとおりです。
皆さんも、いや、死んでもいいから食べたいと
いうことはなくて、皆さん食べていらっしゃる
と思います。

この辰巳芳子先生という方はテレビでよくご
覧になると思いますし、NHKの『今日の料理』
という雑誌にもよく出ていらっしゃるのですけ
れども、いま89歳ですか、すごくお元気な先生
です。

この先生が、「食はいのちの営み」とおっしゃっ
ていて、「スープの湯気の向こう」からというこ
とで、こんなことをおっしゃっています。

「日々繰り返す営みの中に生命の手応えがあ
る。食べた手応え感自分の生命の信頼につな
がる。信じられるというところから揺るぎない
希望が生まれる。食べものをつくり食すること
は人間のあり方を尊厳すること」。

尊厳という熟語を動詞に使うのは珍しいです
けれども、「食べものをつくり食することは人間
のあり方を尊厳すること」。

そして、「いのちはより深く広く魂そのものを
含み、原始時代のまだ動物のレベルだったヒト
を人にすることを可能にするのにほかならない」
と述べていらっしゃいます。私も辰巳先生と親
しくさせていただいて、本当に哲学者で、
おっしゃっていることがすごく深い意味がいつ
もあってと思います。

こんなことも言っています。「食べ
ものの働きは、時間の関数と共にある」という
ことで、収穫し、貯蔵し、調理し、発酵したり、
口の中に入れてかんだり、消化したり、いろい
ろなことをするのですけれども。

「いのちの養いになるものを選び、つくるべき
ようにつくり、食べるように食べる。これこそ
いのちへの賛美である。いのちの目指すところ
は、生物としてのヒトが、信・望・愛を秘めた
人になること」と言われていて、本当に私たち
はきちんと聞かなければいけないと思うのは、
「味覚は記憶の積み重ね、口でかんで食べるプロ
セスが大切。注射や、胃ろうにはそれがない」。

つまり、人間として食べるというのは、自分
で口でかんで食べ、そして、味覚を体験する、
蓄積していく。これが人間の食べ方であって、
注射や胃ろうは栄養を保持できるかもしれない
けれども、人間が人間としての食事を食べるこ
とはちょっと違うのではないかということをも
提起していらっしゃいます。

また、皆さんよくお聞きになって知っていら
っしゃるかもしれませんが、青森に佐藤初女さん
という、この方も90歳を越えた方ですが、この
方の食の哲学もすばらしいです。この方は、お
むすび、とても上手におつくりになるのです。

それで、ここに「食材はいのちあるもの、生
かすことが第一」「おむすびもご飯のひと粒ひと
粒が呼吸できるように握るのです」。これは、い
まNHKで朝のドラマの『ごちそうさん』でも、
米粒が呼吸できるようにというせりふがありま
したけれども、たぶんここから取ったのではない
かなと思います。

「人の心は食べることで“開く”」と書いてあり
ます。というのは、この初女さんのところに、
よくいろいろな人が訪ねて、いまでも青森に予約
しなければなかなか行けないのですけれども。

ふらっと、ある日、心を病んだ青年が訪ねて
きて、何も言わないで、何で訪ねてきたかも言
わないで黙って座っていた。それで、初女さん
はおむすびをつくって、おみそ汁とお茶を出し
て「さあどうぞ」とあげたら、もくもくもくと
そのおむすびを食べ終わってから、ぽつりぽつ
りと自分がなぜここに来たのか、何をしたいの
かというのを語り始めたというのですね。

だから、そうした食べるということは、しかも、
おいしいものを食べるということは、心を開く
ことだとおっしゃっています。

「いのちをいただく」

今朝もふっくらおいしそうに炊き上がったご飯
が輝いている

一粒一粒が呼吸している

毎日はおろか何十年も

食べているのに飽きもせず

たべるたび新鮮な気持ちで
味わえる幸せをかみしめ
今日も感謝で生きる

富山県のお米もおいしいですよ。皆さん、ご飯を炊いて、その白いごはんをこんなふうに変えながら召し上がって、その食べた喜びを言葉に表してご覧になったら、すごく生きている意味がもっと深まるのではないかなと思いますけれども、こんなことがあります。

私も、人間が食べるということをあらためて考えてみました。赤ちゃんがお母さんのおっぱいを飲んでるところです。この中にいらっしゃる方の誰もが一度は体験しているのですが、記憶になることです。

でも、よく見ると、これは人生最初の食事です。母乳、母乳ではないときはほ乳瓶ですけれども、とにかく母乳で、お母さんの腕に抱かれて、温かい胸にほっぺを付けて、乳首に吸い付いて、必要な栄養を取ったのです。ここに5本の小さな指がありますが、5本の指を乳房に触れながら、これはもう至福のひとつですね、こうしてごっくんごっくん飲んでるわけです。

このことを見たときに想像するのですが、飢えから身を守る本能行動、誰でも、動物にもありますね。おなかがすいて、とにかくえさを求めなければ死んでしまうので、動物たちはえさを求めて走り回る、ウシも、動物もそうですが、この赤ちゃんの場合は、そういった飢えから身を守る本能行動というよりは、楽しく、おいしく食べるという、人間本来の食事のありようを示していないかなということなんです。

つまり、お母さんのおっぱいに吸い付いて、おいしいおいしいと、ごっくんごっくんと飲んでるのは、無自覚的に無意識的に飲んでるのではなくて、やはり人間本来が、食事というのは、楽しく、おいしく食べるものだよという元ではないかなと思うのです。

となると、今度、ほ乳瓶で飲ませる場合、これは私、みどりさんがまだ新人です。いまから六十何年前の、ウエストがつまむほど細くて、体重がいまの2分の1という、栄養失調でしたから、小児病棟に勤務したばかりのころです。赤ちゃんを抱っこして飲ませました。

私も笑っていますけれども、子どものおっぱいをこうして飲ませていると、自分はまだそのころは結婚もしてないし、子どもも産んだ経験はなかったのですけれども、ほ乳瓶をこうして赤ちゃんがごっくんごっくん飲んでくれると、きゅっ

きゅっと飲むたびに、これが減っていくのです、中身が。そうすると、その減っていく減り方が手の平に響いて感じるのです。くすぐったいような、何とも言えない感じなのです。そのとき、私は、自分の乳房を含ませたことはなかったけれども、ああ、ほ乳瓶ですてきだなと思って、そんな話を同僚にしたら、あなたエッチじゃないのと言われたことがあったのですけれども。

でも、本当にそれぐらい、結構その子どもに気持ちを投入しながら、この子はどんな子になるかな、お母さんがおっぱいを飲ませると同じように思いながら、人工栄養であっても、丁寧に飲ませることがとても必要だと思います。

最近のというか、人手が足りなくなって、タオルをぐるぐると丸めて、そこにほ乳瓶をぼんと立てて、子どもにきゅっと吸わせておいて、看護師は場所を離れてしまうような飲ませ方は、決してしてはいけません。

やはり抱っこして、しっかりスキンシップを図りながら飲ませるべきで、人工栄養であっても、母乳と同じような環境と状況を整えたい。そして、その子に集中して、丁寧なほ乳援助をしたいと思います。それが、この母乳で育った赤ちゃんと同じように。

つい忙しいと乳首の穴を大きくして、子どもの飲む力よりも出てくるほうが多くて、かっかっとなって、もうむせながら飲んでしまうようなことがよくありますけれども、そういうことは絶対にしてはいけません。やはり、その子の成長発達に応じた乳首の穴で、ごっくんごっくんと飲めるようにしていかなければいけないのではないかと思います。

口から食べることの意味ですけれども、これは本当に体力、気力が上昇します、口から食べることによって。つまり、全身の機能が働いて活性化するわけです。口や顎を動かすことは、嚥下（えんげ）筋、咀嚼（そしゃく）筋の活性化につながっていくからです。だから、かむこと、飲み込むことということは、全部この辺の筋肉の発達を促しますからすごく大事です。

日本のいまの子どもたちが、日本だけではないかもしれませんが、顎の発達が弱っているというのは、スナック菓子でかまないで、口の中に入れてただけでとろんと溶けてしまうようなものはよくない。やはりスルメのようなものをぎゅっぎゅっとかむことがすごく大事なのですけれども、そういったことがだんだん減ってきているわけです。

唾液が分泌したり、吐き気を抑制したり、あるいは、せん妄予防をしたり、そして、全体の機能を向上させます。それからまた、食べることによって、栄養だけではなくて、喉を通過する満足感、先ほども嚥下と咀嚼ということを行いましたけれども、喉を通過する満足感というものがある、味覚によっておいしさを体感すると、ああ、生きていてよかったなという思いにつながっていくわけです。

それから、人間の側というか、食べる側のことだけではなくて、おいしく、楽しく食べるためには、食べものの条件もあります。食べやすさとか、見た目の美しさとか、懐かしさとか、風味とかですね。

日本食が世界遺産に登録されるようで、いま準備状況にあるそうですけれども、本当に日本食というのは四季折々の美しさがある、何も懐石料理ではなくても、おうちで食べる場合でも、やはり彩りとか、いろいろな意味で日本の食事というのは美しいと思います。そういった美しさ、懐かしさ、見た目のきれいさというものすごく重要だと思います。

その食べるということは、何回も言いますが、人間が人間らしく生きて暮らしていく上での重要な要素で、バランスの取れた栄養は、生命の維持、成長発達、エネルギー源、闘病にとって欠かせません。そして、先ほど言ったように、どのようにおいしく食べるかは、生きる力に通じます。

それだけではなくて、世界中、アフリカも、アメリカも、イギリスも、日本も共通していることは、社交、友誼、親睦の手段、行事やお祭りで必ず食べる。本当に嫌な人と仲よくなる時でも、食べることを通じて仲よくなったり、喜び、お祝いするときも食べたり。また、亡くなった方をしのぶ場合も食べたり、みんなでそうやって食べることを通じて、こういったことがあって、つまり、共通に味わうことによるコミュニケーションというのはすごいと思うのですけれども。

しかも、それをこの国ではこうしているからまねしましょうといったわけではなくて、どこの国でもそれをやっているというのが、やはり人類はすごいなと思いませんか。共通していますよね。

また、食べることは、単に元気な人を元気に、健康な人を健康に、生きている人をそのままいのちを維持するだけではなくて、もっとその人

の治る力、自然の回復過程を促します。

昔、19世紀にフローレンス・ナイチンゲールがいました。ナイチンゲールの『看護覚え書』という本は、もう150年以上たっているのですが、いま読んでも、そこには21世紀の私たちが学ぶことが多く書いてあります。彼女は、まだ科学がこんなに進歩する前に、彼女の経験だけで書いているのですけれども、こんなことを書いています。

「3時間ごとに茶碗1杯の食物を与えるように指示を受けたが、患者の胃がそれを受け付けられないような場合には、1時間おきに大さじ1杯ずつ、それも駄目なら、15分おきに茶さじ1杯ずつ与えてみることである」と書いてあるのです。

ただそれだけを読んだら、何のことか分からないと思います。でも、そうか、お茶碗1杯飲めなかったら、少し間をおいて、1時間おきに大さじ1杯ずつあげればいいのか。それも駄目だったら、15分おきにもっと細切れにあげればいいのかというだけのことのように受け止められますけれども。

実は、この中にすごいヒントがあります。そのヒントに通じることが、このスライドの下にあります。

これは、20世紀の終わりのほうですか、日本大学の林成之教授が脳低温療法といって、脳挫傷、交通事故で脳がめっちゃくちゃにやられてしまったり、あるいは、脳卒中とか、脳梗塞とか、そういった脳にダメージを受けた患者さんたち、もう意識が全然ないわけです。その意識のない患者さんたちが救急車で運ばれてきたときに、いのちを救うだけではなくて、意識も再生させてしまう、回復させてしまう方法の一つとして、全身の体温を34度5分ぐらいに下げてしまって、こんこんと患者さんは眠っているのですけれども、脳の温度も下げるのです。

そういった療法を3週間ぐらい続けているうちに、意識が覚める。それこそ、鼻から脳髄が飛び出してくるようなすごい大事故のある若い学生の場合でも、結局、最後は意識が戻って、医学部を受験するところまでいくのです。

そんなふうな治療をしていらっしやったのですけれども、その治療のありさまがあまりにもすごいので、柳田邦男さんがルポルタージュというか、実際に観察をして『脳治療革命の朝』という本を書いていらっしやるのですが、その中にこんなことが書いてあったのです。

「IVH（中心静脈栄養）では、胃腸の働きを

休ませてしまう」、つまり、血管からチューブで濃厚栄養を体の中を送るわけですが、そうすると、胃や腸は止まったままなのです。血管から栄養が入っていくわけです。そうすると、医療従事者、看護師もそうですが、医療従事者たちは、ああ、栄養はきちんと入っているから安心だと思って、あまり栄養については関心を注がない。

ところが、栄養は入っているかもしれないけれども、胃や腸はぺっちゃんこなのです。3週間全然何も入っていないわけです。何が起こるかという、ちょうど3週間たって、目覚めるころに、体温が34度5分ですから、私も行ったことがありますけれども、触ったら冷たい、死体と同じくらい冷たいのです、全体が。それだけ体温が下がっているわけだから、全身の代謝もすごく低下しているわけです。つまり、感染に対して無防備になっているわけです。せっかく意識が目覚めるころに、尿路感染とか、上気道感染で、その感染で亡くなってしまうことが多かったのです、意識が目覚めても。

そこで林先生が考えたのは、せっかく低温療法したから、3週間たって目覚めたころに感染を起させたくない。そのためは、全身の代謝機能を高めて感染を予防したい。どうしたらいいだろうかと考えたときに、そうだ、免疫機能を低下させないためには、副交感神経を優位にする必要があるのです。

これは、医学が専門ではない方は難しいかもしれませんが、人間の体というのは、緊張する神経と、リラックスする神経が、脳神経で常に調和を図っています。自律神経といっていますが、自分ではコントロールできません。

だから、ストレスが高まると、胃に穴が開くとよくいいますね。引っ越しをしたり、すごく忙しかったり、出張がひどいと胃潰瘍になったりしますね。そういったようにストレスが高まると、胃に穴が開いたりして調子がよくないのですけれども。

逆に、ストレスを抑えて、ストレスと対抗する副交感神経のほうを強めると、全体がリラックスするだけではなくて免疫力が高まる。つまり、ナチュラルキラー細胞という免疫を高める細胞があるのですが、その細胞が活性化して感染予防になるのです。

そのことに注目されて、胃や腸がぺっちゃんこで、全然動いていないということは、副交感神経が全然働いていなくて、むしろ、ストレス

の環境でその人が寝ている、意識はないのだけれどもストレスの環境にあるわけだから、何とか胃や腸を動かさないとしようかと思うわけです。

それで考えたのが、何しろ70種類からのモニター、いろいろなチューブが入っていたり、いろいろ入っているものですから、穴という穴は全部何もないのです。ところが、おしり、肛門だけが空いていた。しかも、肛門は直腸の最後ですから、そこから栄養剤を注入してみたらどうだろうかということで、エンシュアリキッドを腸に注入するのです。

そうしたら、何か入ってきたぞと腸がそれを感じて、そして活発に動き出すと、副交感神経が優位になっていくので、免疫力が高まるといふような理論、原理があるのですが、それを柳田先生が書いているのです。

これは20世紀の終わりの話ですけれども、19世紀に書いたナイチンゲールのこれは何かといたら、やはりそうなのです。ナイチンゲールも、彼女のときはまだ、副交感神経が優位になると消化機能が働くとか、免疫力が高まるといふことは全然、そのころは理論もなかったし、知識もなかったのだけれども、彼女の経験からいって、口からものを食べると、全体的に元気になるというか、自然治癒力を高めて、そして、自然の回復過程、治る過程を整えることになるということが分かっていたから、食事ができない人には、とにかく、コップ1杯飲めなかったら、1時間おきに大きじ1杯をあげなさい、それが駄目なら、15分に1杯あげなさい。口から食べることは大事ですよということをいっているわけです。

ここにその共通性がある、どちらも口から食べるということは、本当に治る力が湧き出すわけです。

だから、皆さん、おうちで病気になったときに、子どものころのことを覚えているかもしれませんが、おなかを壊したとか、おなかを壊したときは無理かな、風邪を引いたり、熱が出たりすると、お母さんが普段は食べさせてくれないようなものを。

私はいまも記憶に残っているのですけれども、モモの缶詰を食べさせてもらうのがうれしくて、そんなのはいまはどこにでもあると思いますけれども。風邪を引いたり、熱を出すと、モモの缶詰が食べられたのがすごくうれしかった思い出があります。

それから、ある人は、おうどんが入っている

茶碗蒸しをおだまき蒸しというのですけれども、病気になるとおだまき蒸しが食べられたからうれしかったとか、あるいは、いまはバナナは安いのですけれども、昔はバナナも半分とか、3分の1しか食べられない時代があって、病気になるとバナナが食べられた。

といったように、病気になると、喉越しのいいものを何とか少しでも食べてもらいたいと、親は子どもにそういうものを食べさせたり、あるいは、配偶者の人が具合が悪くなると、何とか食べさせてあげたいと思って工夫をしたものです。

それは、食べることによって、栄養を付けるだけではなくて、いま言った、喉を通して、とにかく胃腸に入ったら、どうしても、それを消化吸収するためにも、副交感神経が優位になってきますから、そうすると、免疫力が高まっていて治る力につながっていくのです。この原理をきちんと知ると、食べることが治る力を引き出すことにつながっていくのではないかと思います。

ですから、食べる力を引き出す支援というか、お手伝いとしては、やはり汚いところで食べるわけにはいきません。特に、病院とか、介護施設に入っている場合には、必ず食べる場をつくる。

食べられる体の準備をする。おしっこはしたくないかな、お通じはたまっていないかな。はっきり目覚めているかな。喉がごろごろして、痰(たん)や分泌物がたまっていないかな。呼吸は普通にできるでしょうか。呼吸ができないと飲み込めませんから、呼吸や、声は普通の声をしているかな。

お口の中はちゃんと唾液が出てくるかな、ばさばさだと消化も悪いけれども、第一おいしくない。ですから、混ぜる機能がないと、唾液が出ていないとおいしくありませんから、お口のケアをしたり、お番茶でうがいをしたりする。

それから、先ほど直立二足歩行の人間というのは、立っているのが普通の姿勢ですから、寝そべって食べるのは本当の姿勢ではないです。座っていたり、立っていたり、とにかく直立で食べるのは、本来の人間の姿勢です。胃袋もそのようにできているわけです。ですから、できるだけ姿勢を整えて、誤嚥の予防をする。

食べる行為の援助です。これの大事なことは、どんなに自分がうまいかなくても、できるだけ自力で楽しく食べたい。お手伝いしてくださ

てもいいけれども、できたら自分で、こぼしてもいいから自分で食べたいという思いがあるわけです。

それから、急がせないでほしい。ゆっくり食べたい。一口量に適したスプーン。

食べる順序は、本人が決める。もし、食べられなくても、次に何が欲しいかということは、自分で決めたい。今度はみそ汁が飲みたいと思うのに、ぎゅっと口の中にご飯を入れられたり、今度はお魚を食べたいと思うと、カブがぱっと入ってきたりするのではなくて、やはり食べる順序というのを自分で決めたい。

介助者が立ったまま援助してほしいというのがあります。これは、もしかしたら、介護施設とか、病院では酷な希望かもしれませんが。

ただ、私の経験を言いますと、前にパーキンソン病で、在宅でずっと奥さまが介護をしていらした方がいらっしゃいました。大学教授の奥さまで、奥さまは編集者だったのです。私が、訪問看護の実習で大学院生を3人連れて行っていたのです。

そうしたら、ヘルパーさんが、朝、お食事の介助をしていたのです。そこに3人の大学院生がおはようございますと入って行って、3人とも看護大学の大学院生ですから、もうさっさと周りを片付けたりもするのですけれども、たまたま朝食中でしたので、「ああ、お食事中ですか」と言って、3人がぱっと立って、その食事をしている状態を見たのです。

ヘルパーさんは自分の手元をじっと見られているのは、専門家に見られているのは嫌だから「代わってください」と言って、一人の大学院生に頼んだのです。その大学院生は、「はい」と言って代わったのです。あとの二人の人は頼まれなかったから、まだ立って見ていたのです。

そうしたら、二口か三口か食べ終わったら、その患者さんである大学の先生が「もう結構です」と。もうそれ以上召し上がらないのですね。ちょっと前に奥さまがいらして、それを横からぱっと見た奥さまが「あなたたち立っていないで、あちらからいすを持ってきて座って見てちょうだい」と言われたのです。

それを学生は、奥さまが配慮してくださったことは分かるけれども、自分たちはいすを持って行って座ったら悪いと思って、そのまま立ち続けていたのです。そうしたら、ご飯が中断してしまいました。その後で、奥さまに私はすごく怒られました。

「在宅看護は、家にいる者が主人公です。家にいる者が座ってほしいと頼んでいるんだから座ってほしかった。周りで立っていると、食べた気がしません。在宅看護は文化です。私のうちには私のうちの文化がありますから、私のうちの文化に沿ったケアをしていただきたいです」と言われまして。

もうだいぶ前の話ですけれども、忘れられないのです。本当にそうだなと。病院は割に平気で立って食べさせてしまったりする。

もっといけないのは、これは、リハビリの本に載っていたのですけれども、患者さんを3人座らせて、こちら側に3人座らせて、真ん中に介助者がいて、こっちのお口に入れて、またこっちも入れてというやり方で、6人ぐらいを一緒に食べさせる風景を見たことがあるでしょう。

そのときに、高齢でもうあまりいろいろなことが判断できない方ではなくて、かなり頭の冴えている方で、交通外傷で50代の若い人だったけれども、リハビリを受けている方が痛烈なことを書いています。

自分は食欲もあるし、食べたいと思っている。だけど、とにかく6人一つ、十把一絡げという感じで、立ってちょっちょこ、ちょっちょここと配っていく、口の中に入れてくれるのをこうやって待って、自分の番になったら口を開けるといふ。しかも、何が飛んでくるか分からないのです。

「そういった状況のみじめさ、感じたことがあるか」、その介助者はそういうことを痛烈に書いていらっしやったのです。

集団で食べさせてほしくない。先ほどのおっぱいと同じですけれども、せめて食べさせてくださるときは、一人が一人に集中してほしいということを。でも、そんなことを言われてもできないわという思いが、もしかしたらあるかもしれませんけれども、書いていらっしやったのを思い出します。

またもう一つ、先ほどの辰巳先生のお話です。あの先生もすてきだなと思うのですけれども。お父さまが脳血栓で倒られたのです。それで、病院の流動食がどうしても口に合わないのです。

そこで、意識が戻って、流動食を差し上げてもお口に合わないの、体を起こして、喉をマッサージしてから、メロンを一口大に切って、ガーゼにくるんで「お父さまかんでちょうだい、メロンよ」と言って、口の中に入れてたら、もちろん入れ歯ですけれども、ガーゼごとメロンをかんだ。そうしたら、そのメロンのジュースがきゅ

うっと喉に入ってきて、結局、流動食と同じです。かむ力に合わせて、果汁を飲んだわけです。

そして、ある日は「今日はステーキを食べましょう」と言って、ミディアムに焼いたステーキをガーゼにくるんで口に中に入れたら、やはりぐにゃぐにゃと入れ歯でかみながら、「おおっ」とすごく喜んで、ゆっくりゆっくり、その肉汁を楽しまれたというのです。

これを、私は、お料理の専門家かもしれませんが、看護師でも、介護士でもない素人の辰巳先生が、すてきなことをしてくださったなと思いました。普通、流動食の人といたら、私たち施設で働いているナースたちは、重湯、くず湯、ジュース、スープがくると、それが流動食ですから、もうちょっと固いものを食べたいと言われても、駄目です、流動食ですと言って、それしかあげられません、たぶんあげません。

だけど、考えてみたら、ガーゼ越しにくにゃぐにゃかんで液体になれば、流動食なのです。そういった発想が欠如していたなということで、これはすごくショックを受けたというか、素晴らしいアイデアだなと思いました。

その先生が、いま全国で普及していらっしやるのが、いのちのスープ。お聞きになった方はありますか。知っていらっしやる方はいませんか。いらっしやるね、何人か。このいのちのスープというのは、玄米スープです。本当に富山県はお米がよく取れますから、すぐにできると思います。ここにレシピを書きました。

無農薬有機いり玄米を2分の1カップ、そして、天然昆布5センチ角を2から3枚。昆布も富山にはありますね。それから、梅干しを1個。お水を5カップ入れて、ことこと煮ます。

おかゆにしては駄目です。おかゆになるまで煮ません。40分ぐらい、ことこと弱火で煮ますと、黄色い、少し茶色い香ばしいスープが上に出てきます。これをこします。こして、その上澄みのスープだけを差し上げるわけです。これをいのちのスープといいます。ここに「丁寧につくることは丁寧に生きること。愛することは生きること」と書いてあるように、丁寧につくって差し上げてみたらどうかと思います。

いり玄米はやはり結構大変なのです。だから、私はたった2分の1カップではなくて、一度に1升ぐらいいります。どうせ同じだけいるから。そして、少しずつ袋に入れて、冷蔵庫に入れておきます。必要なときに、煮たり、それから、まとめて3カップぐらい一緒にスープをつくっ

て、ペットボトルに入れて冷凍したりしながら置いておきます。

どうしてそういうことをするかというと、そのスープというのが、本当に杯1杯を自分で飲んでみても分かりますけれども、飲んでみると、指先までのちがみなぎる感じがするのです。

そして、重症の患者さんの場合、特にターミナル、末期の患者さんの場合、お通じが浣腸をしなくてもつきます。すごくいいです。これは、私の研究所の関係している病院で、緩和ケア病棟で、毎週火曜日に玄米スープをつくって、患者さんに差し上げるのです。この方の許可をいただいて写真を写させていただきました。(参照スライド)

「このスープあまいね」、本当にいい時間を過ごされて、おいしいスープの時間は穏やかだったのですけれども、とにかくこの方はこの2、3日後に亡くなりました。本当に喜んで、おいしいといって飲んでいたので。

梅干しと昆布といり玄米の香ばしさ、その三つがすごくマッチして、日本人の味にぴたっとくるのです。

冷凍できますから、冷凍しておいて、私はご病人が出たら、それを持って行ってあげたり、宅急便で送ったりしています。ですから、ぜひお試しください。夏はつかれたときに、元気なときに飲んでもとにかくおいしいですから。がぶがぶ飲んだらもったいないかというか、いいですけども、つくるのが大変ですから。

それから、こしたあとの玄米は、私はもう1回煮直して、おじやにしたり、雑炊にしたりして食べています。結構おいしいです。ですから、皆さんもいいと思います。

亡くなる方、逝く方への美味は、言葉の無力を補う。おいしさを差し上げる理由は、その方への人生への愛と敬意の表明で、美味という自然の行き着くところの深意かと思われま。

これも辰巳先生から私は伺って、あっと思ったのですけれども、人間が一番エネルギーを使うのは、おぎゃあと産まれるときだということです。つまり、お母さんのおなかの中に10カ月入っていて、そして、お産で出てきて、出産で産まれてきたときに、全身が、つまり体内の水、羊水の中から、空気を吸ってぱっと肺呼吸が始まるわけでしょう。そのときに使うエネルギーはすごいと思うけれども、亡くなる人も、一つ一つの細胞を自分で閉じていくエネルギーが要るのだというのが、辰巳先生の説なのです。

だから、亡くなる人に、…が入っているから放っておいていいとか、どうせ死ぬのだから栄養なんかどうでもいいではなくて、やはり亡くなり方、その人自身が自分の細胞を1個1個閉じていくためにもエネルギーが要るのだから、逝く方へおいしい、美味を差し上げることはすごく大事だということです。それで、先ほどの玄米スープは、まさにいいことです。

それだけではなくて、こういったコンソメ、お茶、果汁などをアイスキューブにして凍らせて取っておいて。そして、氷というのは、すごく末期の方にはいいのです。飲んだという感じが、お口の中で溶かすだけでいいのです。だから、緩和ケア病棟では、かき氷がすごく評判がいいのです。だから、かき氷にしなくても、アイスキューブの小さな氷のかけらでいいからつくっておくと、香りを楽しみながら飲みます。

ですから、つくるということは、いのちを傾けてつくる。ゆえに、つくった人のいのちは、その氷片にお供して、鎮まり逝く方の細胞の隅々まで共に運ばれ、一つになれる。

だから、本当に亡くなる方を一人ぼっちにさせないためにも丁寧につくる。アイスキューブ1個つくるにしても、心を込めてつくる。お茶をちゃんと入れて、出して、冷ましたお湯を煎茶に注いで、飲みごろのおいしいお茶を凍らせて、そして、それを亡くなる方に一つずつ差し上げる。

そういった、亡くなる方と一緒に、自分がその中に溶け込んで、閉じていく細胞にお手伝いをする。そういういのちを大切にする思想というのでしょうか、そういったものがすごく期待されると思います。

口から何かを差し上げると同時に、本当に亡くなる前の方たちの口渴、あと臭い、口が渴いてくると臭いですよね。だから、そういったことを防ぐためにも、口渴のケアをしなければいけないのです。

これは、ある患者さんの場合に、高血糖で400ぐらいに値が上がってしまうのです。ナースは、毎時間ごとに血糖測定にくるわけですが。もういいじゃない、こんなターミナルの人に何で血糖を測るのと思うぐらい、指先に針をぽつと刺しに来るのです。

だけど、全然喉が渴いていることに対する関心を持ってもらっていない。ご本人は口が渴いて、もう何とかしてほしいのだけれどもやってくれない。だから、そういったときに、やはり

血糖値を測ることも大事だけれども、特に400も血糖値が上がってしまったら、どれだけ口の中がからからに渴いているか分からないのです。

だから、そういうときには必ず、私たちはウーロンガーゼという、ウーロン茶を浸したガーゼをコップにぎゅうぎゅうに詰めて、枕元に置いておいて、ずっと吸わせてあげます。そのウーロン茶で、口の中をきれいにし、指でまいてきゅきゅっと拭いたりするのですけれども。それか、先ほどの煎茶のアイスキューブを差し上げたり、薄い梅酢でのがいをしたりする。

口腔ケア用の市販の保湿剤がたくさん出ていますけれども、あれは、自分で使ってみて思うのはおいしくないというか、甘ったるいのです。何か違和感がある。やはりこういった日本人本来の薄い梅酢とか、煎茶とかというのは合っている感じがします。それはその人の好き好きですから、いろいろ工夫してご覧になるといいと思います。

こういった上手に食べる、口から食べることは、病院や施設では、なかなかその人の好みに合わせることはできません。給食、特に最近は、給食も委託になってきていますから、なかなかできません。昔も、重症患者さんが本当にわがまま食とか、気まぐれ食とかを所望しても、「伝票を書きますからあしたですね」と言って。

重症の患者さんに限って、いま食べたいのですよ、欲しいものは。いまだったら、一口食べられそうだなと思って所望するのだけれども、病院ですと、やはり伝票を書いて、明日とか、夜になってしまうのです。

病院や施設ではできないことができるのが在宅です。これからますます在宅シフトといわれて、在宅のケアが重要視されますけれども、いま言った食の醍醐味をやはりケアに生かすのは在宅だと思います。

上手に食べるということはQOLを高めますし、在宅というのは、個別の好み、その人の好き嫌いを、ときには少しのわがままを生かせるメリットがあります。食べ慣れたものを食べるうれしさ、住み慣れた、見慣れた環境で、風景や雰囲気や音を聞きながら、使い慣れた食器で家族と共に食卓を囲む。そういったようなことができるのは在宅です。

ですから、病院や施設ではちょっと難しいかなと思って、在宅ではそれが可能ではないかと、私はいつもいちろの夢を抱えています。

それから、食べるということを考えるときに、

闘病記がたくさん出ています。闘病記は不思議なように、食べることが多いのです。これは東京大学の細川宏先生という40代で胃がんで亡くなった、『病者・花』という遺稿集が出ています。

その中に、この先生は胃（マーゲン）を全摘出して、そして、ダンピング症候群が起こって、吐き気と痛みで苦しくて、体中に冷や汗をかいて、とても草になびくようにつらい。いのちが風になびくいのちのようだと書かれているのだけれども。

その次の言葉が「ありがたいのは飲食物が少量ずつながらそれぞれしみじみうまきこと」。妻が入れてくれた紅茶、うまかった。紅茶なんか、何の栄養もない。だけど、それを二口か三口飲めたことが、またあしたのいのちにつながるという意味で「うまかった」と書いてあるのです。

それから、正岡子規も、この方は寝たきり老人ではなくて、寝たきり仰臥患者です。30代で亡くなっています。

「栗飯や病人ながら大食らい」

「かぶりつく熟柿や髭を汚しけり」。

というように、そういった俳句もたくさんつくっていますけれども、何しろ『病床六尺』『仰臥漫録』をお読みください。食べものの話ばかりで、まあまあよく食べられると思うぐらいたくさん食べものを食べています。しかも、あの『病床六尺』や『仰臥漫録』は、看護論として読んででもすごく面白いのです。ですから、ぜひお読みになっていただきたいと思います。

それらを読んでみても、食べるという欲求は最期まで、亡くなる最期まであって、最期まで口から食べる、かんで食べることの喜びや大切さが想像できます。

これは、安田武さんという評論家ですが、鶴見俊輔先生の親友ですけれども、この方も10年間、国立がんセンターに入退院を繰り返して、療養していらっしやったのですが、喉頭がんで、放射線治療や化学療法をしていらっしやったのですが、最後は亡くなるわけです。

戦時体験があって、グルメです。おいしいものに憧れていらっしやった。だから、病気になっても、がんセンターというのは築地にありますから、築地の周辺はいろいろな料亭とか、レストランとか、ホテルとかがあります。そこで、いつも病院の先生の許可を得て、おいしいものを食べに行ってらっしやったのです。

だけれども、だんだん病気が進んできて、放射線治療のやけどが喉にいっぱいになって、ひ

りひりになって、ものが飲み込めなくなって、腹水がたまって、おなかがばんばんになって、もうどうしようもなくなったときに、亡くなる20日前ぐらいでしたけれども、奥さまに「ペーパーとクレヨンを持ってきてくれ」と頼んで、毎日1枚ずつ、こうやって描いた（参照スライド）。レストランにも行かれなくなってしまったし、どこにも食べに行かれなくなってしまったのです。病院の食事も、もちろん食べられない。

そこで彼は、昔食べたおいしい、懐かしい食べものを何も見ないで、クレヨン、ペーパーで描くのです。もう本当にリアルです。これはおでんです。からしまで添えてあります。ここにいろいろなことが、「茶飯あります」「ビール、一級酒、二級酒、焼酎」と書いてありますけれども、こんなことが描いてあります。

それから、こちらは日本人にしか分からないと思いますが、幕の内弁当の中身です。昔は折り詰めだったから、ご飯粒が裏にくっついてましたよね。それまで描いてある。そして、ここに「旅の楽しみ」と書いてあって、エビとか、レンコンとか、卵焼きですかね、それから、かまぼことか、そういったものがずっと描いてあって、昆布とかが描いてあって。このほかラーメンとか、あんみつとか、いろいろなものを20枚描き残して亡くなっています。これは奥さまの許可をいただいてお見せしているのですけれども。

私はこれを見たときに、人間はすごいと思ったのです。いま食べられなくなった人間が、かつて食べたものを描きながら、追体験、あれはうまかったなど。この間、火事で焼けた東京のおそば屋さんの縁もあるのですけれども、とにかく、あのときのあのそばはうまかったなど思いながら、おそば屋さんのことを描くわけです。そうやって、いま食べられないけれども追体験できる、これが人間なのです。人間の生きるということと、生きていくということと食べるということの関連を示していると思うのです。

武満徹さんという有名な作曲家が、虎ノ門病院で最期は亡くなるのですけれども。この方も亡くなる前まで、入院中の病室でレシピを書き続けるのです。51種類のレシピを書いて、自筆のレシピが本になって、これは『サイレントガーデン キャロティンの祭典』という本の中に書いてあるのですけれども。表から見ていくと縦の文章ですけれども、後ろから見ていくと横書きの文章になります。

これは「キャロティンの祭典 イタリアンサラダ」ですね。「二つのイタリアンサラダ」と書いてあって、キャロットサラダとカボチャのマリネと書いてあって、つくり方だけではなく、食べ方も書いてあります。

これを51種類書いて残されたのですが、お嬢さんが解説をしています。「抗がん剤の副作用で食べものを見るのもイヤなはずなのに、食（生）への欲求が強かったのでしょうか」というのが、お嬢さん、真樹さんの言葉です。これもすごいです。

真樹さんがお嫁に行く前に、お父さんがレシピを書いてあげると約束していたそうですけれども、それができなかつたから、入院中に書かれたのだと思います。もう一口も食べられなくなってから、こんなものを書いていらっしたのです。

こういった食べるだけではありません、体をきれいにしたり、トイレに行ったり、眠ったり、いろいろな生活行動がありますが、そういった生活行動の援助というものは、一見平凡で、誰にでもできるように思いますけれども、理にかなった、道理にかなった方法で気持ちよく行うことによって、人間らしさという普遍性が保てます。

それから、その人の文化や習慣、それぞれのうちのやり方がありますし、その人の身に付いた習慣があります。そういったものを尊重しながら行うことによって、その人らしさというものが実現できます。

ですから、人間が人間らしく生き、その人らしさを尊重されて生きていく上で欠かせない、もろもろの営みを支障なく継続できることがいかに大事か。このことについての価値付けということを、皆さんと一緒に共有しておきたい。

本当に食べたり、トイレに行ったり、体をきれいにしたりというのは、誰も普段尊いことだとか、大切なことだと思っていないのです。でも、ひとたびそれができなくなったときに、何てこれは、と思うと思います。ですから、そういう意味で、それをしっかり植え付けてほしいのです。

私たちは体を拭いたりするときによく言われたものです。「女房のほうがうまいよ」と。そうかもしれません。その方の個別性を尊重して、奥さまはなされるから。ところが、職業を持った者は、自分の旦那だけにやるわけではないのです。やはり、あらゆる、隣の旦那さんにも、その向こうの旦那さんにもうまくできなければ困

るわけです。女房は自分の夫だけにやればいいのです。

だから、そういった意味で普遍性ですが、専門職者が行う生活行動の援助について、いろいろな人がいろいろなことを言っていますからご紹介しますと、療養上の世話と先ほど私は言いましたけれども、そういった「世話行為に潜む優れた機能」の中に、指導として、「自然が治療するように最前の状態に患者をおく」とナイチンゲールは書いています。

それから、この方も亡くなってしまったのですが、アメリカの優れた看護理論家にリディア・ホールという人がいます。リディア・ホールは、「身体への個人的なケアがもたらす安楽という要素と、この行為から生まれる個人的な接近の機会、成長、治癒、および学習を助長する好機である。患者の感情や心配事に関しても、改善を促すことができる。従って、この面でのケアは専門職看護師が直接自分で行う」。

つまり、人にやらせない。なぜかといったら、きちっとお食事の世話したり、きちっと体を拭いたりを専門的にやると、患者さんのほうが自然に心を開くのです。そして、聞かないのに、問わず語りにいろいろなことを話される。また、その逆に、こちらが糖尿病のあなたはこういうことを注意したほうがいいですよと言ったときに、それをちゃんと聞くだけのキャパシティー、ゆとりを持って受け入れてくれる。

だから、専門職ナースは、人にそれを任せないで、自分でお世話をしながら、教育や患者さんの悩みを聞いたりするチャンスにこれを使っていますということなのです。忙しいからあなたやって、あなたできるでしょうと、どんどん切り捨ててしまうのは業務優先の看護師のやり方であって、専門職のナースはそういうことをしませんということを、リディア・ホールは言っているわけです。

私は、療養上の世話、つまり、生活行動の援助を苦痛の軽減や治癒に貢献すると思っています。それをきちんと滞りなくやるのが、人間らしく、その人らしく生きていく上で欠かせないということを先ほど申し上げましたけれども、それだけではありません。

健康時の習慣に近づけた生活行動援助の実施によって得た、安楽の状態の効果。安楽の状態というのは、先ほどから何回も出てきますけれども、副交感神経が優位なのです。

ああ、いい気持ち、リラックスしている、ゆっ

たりした感情、これは交感神経のストレスフルな感情と違って、ゆったりですからその反対です。その反対の気持ちのいい状態というのは、先ほど申し上げました、ナチュラルキラー細胞という免疫力を高める細胞が生き生きと働き出して、全ての臓器、肺も、心臓も、みんなゆっくり動き出すし、筋肉もぐたあとなるし、全てがだらんとするのですけれども、消化器だけがしゃっしゃか、しゃっしゃか動くのです。だから、これによって、食欲のない患者さんの食欲が引き出せたり、治る病気が治ったりするのです、免疫力が高まってきますから。

もう一つは、体を拭くという行為一つ取り上げてみても、皮膚を介して、いろいろな刺激があるわけですから、癒やしにつながる効果があります。単に、その人らしく、人間らしく生きていくだけではなくて、この生活行動援助自体が癒やし、病気を癒やすことにもつながっていきます。

それから、温熱、つまり、お湯とか、タオルとか、石けんを使ってやる行為は、それなりに、いろいろな生理的な効果を生みます。

いま私は日野原重明先生と一緒に腹臥位療法推進研究会というのをやっています、仰向けに寝るのではなくて、うつぶせ寝がすごく健康にいいのです。今日は時間がないので話せませんけれども、うつぶせ寝のほうが本当にいいことづくめなのです。

これは、先ほどの直立二足歩行とちょっと関係しているのですが、脊椎動物は、人間以外はほとんど背中を上にして寝ます。魚から始まって、は虫類も、イヌも、ネコも、ライオンも。じゃれるときは仰向けの場合もあるかもしれませんが、だいたい背中が上です。

ところが、脊椎動物の中で人間だけが仰向けに寝ています。これは生理に反しているということで、うつぶせになるといろいろないいことがあるのですが、今日はそれを省きます。

そういったうつぶせに寝ることや、直立に近い姿勢、つまり、だらんと背中を支えて座るのではなくて、背中を離して、立っている姿勢に近い姿勢で座ることで、認知症が改善したり、意識が覚醒したり、嚥下がちゃんと上手にできたり、いろいろあります。

それから、身心が爽快感、ああ、さわやかだ気持ちがいいということで、もっともっと治りたい、リハビリもやりたいという闘病意欲に近づけられるといった意味で、この専門職が行う

生活行動の援助というのは素晴らしい優れた行為です。

この生活行動の援助というのは、だから、至極当然、当たり前ですよ、食べたり、飲んだり、トイレに行ったり、みんながしていることです。そういった至極当然なことを、至極普通にさりげなく行い整える。専門職でも何でもないような感じがするのだけれども、そのことをきちんとしていくことが、先ほど言った、安楽、気持ちいいというのが図られて、副交感神経が優位になって免疫力が高まりますから、ここに看護の専門性があるわけです。

自然のままに受け取れるサービスは、ケアの受け手の文化と一致して。病院に入院して、病院のやり方だけに慣れてくださいというのでは、文化と一致していないわけです。病院に入院しても、その人が家庭でやっていたことに、できるだけ近づけてできるような方法を考えてあげなければいけないわけです。

こうした生活行動の援助による治療というか、治し方というのは、高度医療の立場から見ますと、非常に遅れている感じがします。だけれども、ドクターが行う診断、治療、検査も、全て何らかの不安、恐怖、心配をもたらします。結果的に病気が治ったとしても、結果的に病気の診断がついたとしてもです。

その検査痛くない、大丈夫？手術、小さい手術というけれども、何か麻酔のショックでも起こさないかしら。その薬、副作用を起こさない？習慣性はない？というように、痛みや、恐怖や、心配や、不安を伴うのが、ほとんどの医療行為です。

看護は、そのプロセスは安心、痛くない、つらくない、気持ちがいいのです。だから、この気持ちよさを体感しながら、免疫力がアップすることはすごいことで、私は学生たちに、熱湯とタオルがあったら、安楽が図れ、症状緩和ができ、闘病意欲の動機付けが図られ、食欲も引き出すことができるし、コミュニケーション能力も向上させることができるわよと言っています。

そして、それは勝手に言っているのではなくて、一番新しいと言ってもいいぐらいの、現代神経生理学的な根拠、すなわち、副交感神経と免疫機構との関連性に基づく、看護ケアの優位性。医療チーム三十数種、四十種ぐらい医療を構成する職種がいますけれども、どの職種にもない、看護ケアの優位性は、つらくない、苦し

くない、怖くない、そして、病気が治ることですから、そういった意味で、最高であると思っています。

さて、生と死のナラティブと書きましたけれども、患者さんにとっての日々は物語の連続です。家族背景、人間関係、病名、病名告知、予後不安、医療スタッフとのやりとり、そういった療養過程は、その人生の一コマ、ほんの一瞬の一コマかもしれませんけれども大きな意味があります。

看護師は、自分は8時間勤務かもしれないけれども、看護師という職種は、24時間のほとんどを一職種として存在する看護師ですから、看護の対象としてだけではなくて、人間として共に生きる存在としての患者さんと受け止めてお世話をしなければいけないのです。

私の親友の富沢みえが、もう三十数年前に胃がんで亡くなりましたけれども、彼女が入院中に言っていた言葉は、必ず私が面会に行くと言っていた言葉は「ねえ、看護って何だろうねえ」「看護師って何をする人だろうね」「あのね、白衣を着て働いているときに考えていた看護と、パジャマを着てベッドにいるときに考える看護と違うのよ」というのが彼女の口癖で、看護って何と問いつけていました。

二言目には「ねえ、人間って口から食べなければ駄目よ。だって、力が出ないもの」「点滴はね、いのちを長引かせるかもしれないけれども、ボールペンが握れなくなるのよ、ご飯を食べていない」と言っている。

痩せて骸骨のようになった彼女は、もう腹水だけたまって、おなかがばんばんに腫れて、足は細いのですけれども、太もものところはぶわあんとむくんでいて、すごい状況で、しわしわの顔で、最期まで生き続けましたけれども。

その彼女が、死ぬ瞬間まで、本当にレスピレーター（人工呼吸器）を付ける直前まで食べていました。食べていましたと言っても、普通の人食べる食べ方ではないです。

ちょうどその日、私は彼女の命令で「にぎりずしを買って、特上の」と言われて、おすしを買ってきたのです。せっかく特上を買ってきたのですが、「わさびを抜いてね」というからわさび抜きの特上を買ってきたのに、「ねたを取ってちょうだい」と言うのでねたを取って、「ご飯だけ」、胸の上に重たいから紙皿を置いて、にぎりずしのご飯だけを一粒ずつ口に入れて、目を閉じるのです。

彼女にとって食べるという行為は、とにかく口の中に入れてかんでいると、自分が飲んだつもりは全然ないのだけれども、口の中が空っぽになってしまう。ということは、細い細い管が通っていて、胃に入っていくのだろうと自分で解釈をしていました。

そして、お念仏を唱えながらと彼女は言うのですけれども、「この一粒は夫のため」と言っただけで飲んで飲み込む。「この一粒はマサヒトのため」と言って長男の名前を呼び、「この一粒はキョウコのため」と言って、これがお念仏で、そう言いながら、一つのにぎりずしのご飯が、2時間そばにいても崩れないぐらい、ゆっくりゆっくりかむのです。これが彼女の最期の食べる行為だったのです。

そこまでして、なぜ、彼女は食べ続けようとしたのかというのは、「結局、人間って口から食べなきゃ駄目よ、力が出ないから」というのが彼女の気持ちだったのですね。

その彼女が、やはり発作的に食べたいものがぱっと変わるわけです。あるときは、「オクラを刻んで、納豆をまぶして」。オクラなんて、急に言われても、普通の病院の中ではないのです。それで、妹さんが冷蔵庫に用意しておいて、彼女が言ったら、さっと出せるようにして食べさせてあげていました。

だから、彼女が亡くなった後に、ご主人の賢さんが、この『看護本来の姿とは 妻の死に考える』という本の中に書いているのですけれども、「妻はレスピレーターでおまけの生を36時間生きた。だが、妹の食事援助によって週単位の延命ができた。これを私は、妹は素人だけれども、この救命のことを看護延命と呼びたい」と言っているのです。

先ほども申し上げたように、病院の看護師さんたちは、それができなかった。伝票を書きましょう、あしたになりますという感じで、気まぐれ食や、わがまま食には対応できなかったのですけれども、その彼女のやはり終末の理想(?)だと思えます。

本当に限りある生を自分らしく生きた。仕事と家族への最後まで持って、生きて帰る私の家に、妻と母と主婦の立場、そして看護師としての四つの立場を、全部いま病気で放棄してしまっているけれども、ぜひ帰るのよ、食べて帰るのよ。

それで、通過困難になった食道で、一粒一粒かみしめながら、牛乳180ミリリットルを2時間かけて飲む、これも飲むという行為としては、

あまりにも飲むのではないのです。口の中に入れてかんでいるとなくなっていくと言うのです。

この努力を、もうどうせがんで死ぬんだから無駄な努力と言う人はたぶんいないと思いますが、そうしてまで、彼女は生きようとしていたのです。

だから、先ほど生命の積極的肯定、この世に生まれて、生きて本当によかった、生を全うすると言いましたけれども、それを私たち看護師や医者は、とかく、もう駄目だから、いまの治療では無駄だから、生きていても仕方がないからと判断を早々と下して、手をこまねいてしまっているのですけれども、やはりご本人がこれだけ生きようとしている。駄目ないのちと分かっている、これだけ生きようとしていることを見捨ててはいけないと思います。敵前逃亡してはいけません。

やはり最期まで寄り添って、付き添って、先ほどのアイスクューブでもいい、玄米スープでもいい、とにかく彼女の食べられるものを一緒に、丁寧につくって差し上げるというそのことがすごく大事ではないかなと思うのです。

吉田恵子さんという方も看護師です。この方も、患者さんの身になって、入院してみて、あまりにもいろいろなことで看護に対する不満があったのです。それで言っています。

「私は羞恥心を捨てて、私の身体を提供するから、真の看護とは何かを問いながら、プロといえるナースに育ててほしいと願う」と書いて、もうそれこそ具体的に、これでは駄目、あれでは駄目ということをとくさん書き残しています。これは、『ベッドサイドからケアの質を問うー看護婦が患者になって』というブックレットが看護の科学社から出ていますから、どうぞお読みください。

私は先ほど申したように、小児病棟に勤務しました。いま私は62年看護師を続けてきて、当年取って82歳です。本当に現役で、62年間も看護師をしてきたことに感謝をしています。まだ、いまだに辞めなくても済むことに、今日みたいに転んだら大変ですけれども、感謝をしています。

その私がいま考えている、看護に対する考え方というものほとんどが、5年間小児病棟にはいましたけれども、卒業したての、小児病棟の半年とか、1年の間に体験したことが役に立っているのです。

私は看護大学では老年看護学が専門で、お年

寄りの看護を教えていたのですけれども、その中でも、特に認知症のお年寄り、どうしたら認知症が緩和できるか、レベルが低下している認知能力が高まるか、あるいは、治ってほしいのですけれども、元に戻れるか、あるいは、記憶力が、記憶が再生できるかといったようなことを常に考えていたのですが、その原点が、実は小児病棟にあったのです。

この「♪キタロウ君の海♪」というのは、キタロウちゃんというのは、この間、大島は大変でしたが、あの大島と同じ伊豆七島の一つの御蔵島（みくらじま）という島があります。あまり有名ではありません。その御蔵島で、いまはイルカウォッチングをしているところですが、これは断崖絶壁で、連絡船が湾岸に着かない、接岸できなくて、この辺（沖）に泊まって、ここから小舟で行って、縄ばしごで伝って歩いて、集落が二つありますけれども、その少年だったのです。

その子が、いまから六十何年前ですけれども、上腕顆上骨折をして入院してきたのです。手術をして、ギブスを巻いて、3カ月ぐらい入院している間に、もうホームシックも治って、すごく明るい元気な声になって、おしゃべりで。私が準夜勤をしていると、いつもナースステーションに来ては、島の話をしてきていました。真っ黒に日に焼けて、目がまん丸で大きくて、いがり頭で、本当に島のぼくとつな少年という感じだったのです。黒潮の太平洋の海で泳ぐというのが、彼の一番の自慢話だったのです、9歳の男の子でしたけれども。

その子が「バイバイ」と言って、一応治療して退院していったのです。もう入院してきちゃ駄目よと言って別れたのですけれども、1週間もしないうちに再入院してきたのです。

準夜勤で出てきましたら、「キタロウちゃんが入院しているよ」と先輩が言いました。ええっ、また骨を折ったんですか。「違う。今度は様子が違うから行ってごらん」と言うので行ってみたら、頭が痛くて、ベッドで転げ回っているのです、吐いて。

先生は、脳炎か、脳腫瘍か、島の風土病か、あるいは、神経性難病かということで、当時はレントゲンなど何も複雑なものではなくて、普通の先生しかできませんから、診断がつかないままに過ぎていきました。

だいたい過ぎたところに、少しずつ収まってきたのですけれども、島の連絡船の都合で、家族の

面会はほとんどありませんので、土曜など、みんなには面会にはあつと家族の方がいらっしゃるけれども、キタロウちゃんのベッドはいつも彼一人で寂しそうなのです。

それともう一つ、二度目の入院になってから、キタロウちゃんは一言もしゃべらないのです。失語症になったか、記憶喪失か、それとも発声困難か分からない。とにかく全然しゃべらないのです。ただ転げ回っていただけなのです。

それで、みんなはこの間まで入院していたので、別れたばかりだったのでよく知っているわけですから、「あのキタロウがしゃべらないのはおかしいよ」というわけで、みんなで何とかしゃべらせようとするのですが、しゃべらないのです。

私は、彼をしゃべらせようと思ったかどうか忘れてしまったのですけれども、とにかく寂しそうにしていたので、車椅子の乗せて散歩に連れ出したのです。土曜日でしたから、外来の廊下に散歩です、ぐるぐると車椅子で。

そのときに、片っ端から私の知っている海の歌を歌ったのです。キタロウちゃん、あんなに黒潮の太平洋で泳いでいると自慢話をしてきたから、きっと海の歌を歌ったら喜ぶよと思って。しゃべらせようと思ったわけではないのですよ。海の歌を歌って慰めようと思ったのです。

それで、「♪海は広いな大きいな月が昇るし日は沈む」「♪我は海の子白浪の～」とか、今日はお年を召した方があるので、この歌を知っていらっしゃると思いますが、若い人たちは全然知りません。昔の小学唱歌です。「♪カモメの水兵さん～」とかそういったものを歌いながら回っていたのです。

そうしたら、「うい、うい」と小さな声がするのです。えっと思って、前に回って、キタロウちゃん、いま何て言ったのと下から見上げて、彼の顔を見ましたら、「うい」、海と聞いたらうなずくのです。よかったキタロウ、しゃべったじゃない、海って言えたじゃないと言って抱きしめた。

彼は大きな目から涙をぼろぼろと流すのです。もう私も涙ぐちゃぐちゃで、ハンカチもガーゼもなく、二人でぐちゃぐちゃになって、よかった、しゃべれたと言って、またすぐ、だあつと車椅子で病棟に帰って、キタロウがしゃべりましたと言ったら、先輩が「何て言ったの」。海ですと言ったら、「よかったね、やっぱりね」とみんなも言ってくれたのですね。

そのときの体験というのが、私にとって忘れられない。キタロウちゃんのその海というのは、いま私の心の中に生きていて、9歳の少年の魂は語り続けるのです。私は、本当に62年間も看護の仕事をしてこられたのは、やはり看護大好き、そして、人間はアプローチをすれば変わる、どんなに駄目と書いていても変わる可能性がある。どちらもキタロウちゃんが教えてくれました。

そこでもう一つ。人生の出来事や思い出の中にヒントがある。つまり、看護はその人の持つ力を引き出すのです。ということで、これを使って、実は認知症のお年寄りの過去の思い出、自慢話、そういったものを探るのです。

これは、配偶者の方に聞いても、結婚前の彼女のことは分からないし、彼のことも分からない、お子さんに聞いても分からない。親は子どもの好きなもの、嫌いなもの、体のどこにほころがあるかまで知っています。子どもは親のことをほとんど知らないです。何が好きだったの、何が自慢だったのと、ほとんど子どもは分かりません。

ですから、こちらが探っていく以外ないのですけれども、そういったことを探っていくことによって、実はそれがヒント、そうやって認知症の方の、あなたのことに私は関心を持っているのよ、何が好きだったの、何が自慢なのと探っていく時間の長さ、密度、これが認知症のお年寄りの信頼を勝ち取って、それが一つの糸口になって、昔のことを思い出したり、話したりするようになります。

今日はその資料を持ってこなかったのですけれども、何十例という患者さん、認知症のお年寄りが、その過去の心地よい思い出、自慢話、好きな食べもの、人、出来事、そういったものを刺激にしながら、回復をしたり、認知症の症状が軽くなったりしているケースがあります。そのルーツが、キタロウちゃんという9歳の男の子との関わり。

キタロウちゃんはどうしたかという、あのしゃべった直後、10日後に亡くなっているのです。診断名は心不全。結局、原因は分かりませんでした。いまもたぶん御蔵島のあそこの辺にお墓があって眠っているだろうな、生きていたら、もう69歳か、70歳と思うのですけれども、そんなふうに思っています。

夫のことを少しだけお話しさせていただきますけれども、10年前に50年連れ添った夫と別れ

ました。別れたといっても離婚ではありません。見送ったのです。彼はひたむきに生きようと思いました。舌がんと宣告されて、手術をして1年間闘病しました。

結婚以来、3交代、断続勤務、7時出勤といったシビアな条件の下で、子育てを含む、共働き50年の継続ができたのは、彼がいつでも看護のことを理解していたからこそだったと思います。

ベッドサイドでも、病床でも、看護の本質は「生活行動の援助ではなかったの」と、これは私が講演に行くときに、「今日どんな話をするの」とか、「どんな話をしてきたの」とかというのでいろいろなことを言うものですから、彼はかなり植え込まれていたのです。

そして、緩和ケア病棟に入院したときに、話せませんから筆談の記録がたくさん残っています。筆談でコミュニケーション。そうしたら、「緩和ケアは何もしないケアのこと」と書いているのです。それぐらい、体に触ってくれなかったのです。妻の天職として、心から看護を期待し信じていたのに、自分が考えていた看護と、自分が実際に受けた看護とのずれを感じて旅立ったのではないかなと。

家族は必死でケアしました、私も、息子も。だけれども、見られた文字で「ありがとう」と書いたのが最後になったのと、もう息を引き取る直前に涙をぼろっと流した、これが私は、これからのケアに生かさなければならぬと思っていて。忙しくて、悲しくて、寂しいなんて思う暇もなく、7年か8年かな、あっという間にたってしまったのです。

その彼がICUに入っているときも思ったのですけれども、どんなに重症であっても、ただ生きているだけではなくて、「生きていく」ということを言いたいのです。そのために、いまお話したのです。ICUに入っている、ほとんどナースはいろいろなことを説明してくれないのです。あなたなんか、いま重症なんだし、聞いても仕方がないでしょうという感じです。だけど、それぞれの人は、それぞれに生きてきているわけですから、意志決定に関しての主体性を持っているわけです。

経管栄養の速度にしても、ベッドの角度にしても、自分の感覚を尊重してほしいということ、彼は、後で必ず筆談で私に訴えるのです。「僕は75度じゃなきゃ駄目だ」というのを、看護師さんは45度にしてしまうというのです。

それから、バイタルの結果もばあっと見ていっ

て、ぱっと行くけれども、自分はここにモニターが付いていて見えないから読めないのです。「幾つですか」と筆談で書くけれども、ナースが見てくれて、プルス（脈拍）が幾つかと聞いても教えてくれないのです。そんなこと関係ないでしょうという感じで。

だから、個々の行為に関して、なぜ、何を、そして、これから何を行うかということの説明してほしい。全身レベルの低下が、精神的な判断力までも落としているとは限らないからということ、私は看護師さんたちに訴えたいと思います。本当にその人のこれまで生きてきた、彼なりの生き方を尊重してほしいけれども、そういったことはあまりなかったのを、いまにして思います。

だから、ただ生きているのではなくて、生きていくのです、みんな。

土本亜理子さんという方が『花の谷の人々』という本を書いていて、これは千葉県南のほうにある花の谷診療所というホスピスがあるのですが、そこでの経験をレポートしたものです。

死んでいくことの大変さの共感と書きました。いつお迎えが来てもいい、早くお迎えが来ないかという方も、生きていくことに未練を感じていらっしゃるということです。手術しないよ、抗がん剤も要らない、死ぬ覚悟はできていると言って、身辺整理ができていた人でも、体が動かなくなり、思考不自由になると葛藤が始まる。

死にゆく多くの人が望んでいることは、死ぬまで生きていたい。どんな方の場合でも支えるものがなければいけない。だから、伊藤真美院長は言っています。「自然を支えにしながら、その方がその方らしく死ぬまで生きていらっしゃるように、生きていけるようにしなければいけないのだ」ということを書いていらっしゃる。

生きているのも大変だけれども、死ぬことも大変なのです。生と死を分けるケアのレベルは、私がある関西のおばあちゃんに聞いたのですけれども、高齢者にとっての死は、尊厳を尊重されなくなったときに、このおばあちゃんが言いました。

「あのなあ、わてらはな、3度死ぬんやで。1度目はな、嫌々ながらこういった施設に入れられちゃったこと。息子たちや嫁が言うから、しようがない入ったんや、死ぬ思いで入ったんや。2度目の死はな、お下の始末があかんようになったとき。おむつをあてられて死ぬんや。3度目

の死は、ほんとお迎えで死ぬんや」。

本当に排泄のケアのいかんは、人間らしさを守る最後の砦。生命の与奪に影響する重みを持っています。

マルコム・カウリーというアメリカの人ですが、けれども、「死の恐怖はわれとわが身をどうすることもできなくなる。そして、それがなかなかやってこないこと」、これが恐怖だと書いています。

先ほどもご紹介がありましたけれども、2011年3月11日の東日本大震災の後、4月に石巻に行って、以来、おとといも行ってきましたけれども、ずっと続けて被災地支援活動をしています。被災地で感じたのは、医療の概念を根本的に転換する必要を感じました。

辞書を引きますと「医療とは、医術を用いて病気を治す」と書いてあるのですけれども、病気を治す医療から、自然の回復過程を整えることへの方向転換が必要。高度医療機械が普通になっていますけれども、脱原発が世論を二分していますけれども、脱原発という、やはり電気や機械をなくさないと、脱原発はできません。私は、まず病院の高度医療から、脱機械的医療、効率優先から、人間的なリズムへの回帰。

これは、特に高齢化社会になって、高齢者のテンポはゆっくりです。普通の間、例えば、1時間を2時間に時計を延ばしてあげたいぐらいゆっくりです。それが、たったかたかたのものすごい速い勢いで動いていますから、高齢者はついていけません。だから、人間的なリズムを回帰すること。

キュアからケア。医学モデルから生活モデル。看護と介護の有機的な連携システム。短期ボランティアではなくて、地域完結型への中長期ケアを目指して。そして、こういったことが、もう既にシステムが確立している、被災を受けなかった日本の各地ではできないけれども、被災地は流れてしまったからできるのではないかと思ったのです。でも、2年半活動してきてみて、被災地でやるのも難しいと思うのが実際です。

どんなことをしているかという、これは最初のころからいまもやっています。多賀城市で、隣人の安否を気遣うコミュニティー、専門職の知恵を生かした地域力をつくろうということで、ケアを媒介にして隣人をつなぐ、お隣さんづくりというのを始めました。これはお茶っこの会です。なでしこサロンといいます。

これも食べる話です。一番受けるのが食べる

こと。早春のボルシチ講習会、これは東京のロゴスキーで食べて、おもしろい作り方をちゃんと自分でマスターして、ボルシチだけはお得意ですけれども、本格的なボルシチで、それをつくったら、2歳から90歳まで大満足で、お鍋がぱっと30人分空っぽになりました。

夏は夏ばてを防ごうと、オイキムチをつくらうということで、ニンニク、唐辛子がどんなに夏にいいかということをしちんと話して、キュウリがどれだけ体を冷やすかということをして。20本ぐらいでしようと思っていたのに、300本もキュウリが集まってしまっていて大変だったのです。帰りの新幹線で体中がニンニク臭くなって帰ってきたのですけれどもつくりました。

ついこの間、夏ですけれども、ミドリ風ジャジャア麺、これも私は北京で敗戦を迎えましたので、現場の本当のジャジャア麺をつくって、大喜びで食べていただきました。そうやってコミュニケーションを被災地でもやっています。

誰にでも思い出があるわけです。先ほどのキタロウちゃんもそうだったけれども、お年寄りも、若くてもですけれども、誰でも、人々を取り囲む全てのもの、家、町、道、路地裏、空、雲、風、山、川、海、樹、花、におい、音、光、気配、これらが混じり合っささまざまな風景や心の働きを通して見えてくるもの。これらには個人の歴史や生きざまが刻まれています。これらの風景の記憶をキーワードにして、その方のこれまで生きてきた過程を共有する瞬間を大切にしていくと、認知症がふっと正常に戻ったりするわけです。

被災を契機に、先ほどのケアからケア、治す医療から治る力を引き出す医療ということで、当時、101歳の日野原先生と、81歳の川嶋みどりさんと、76歳の石飛幸三先生の3人が、合計258歳ぐらいですけれども、こういう本（『看護の時代』）を書きました。

「胃ろうの前に経口摂取の可能性を」、石飛先生。「新しい医療をリードする看護の時代がやってきた」、日野原先生。「人間が人間をケアすることの意味と価値を知りましょう」、川嶋が言っています。

最近ですが、今日も本屋さんにはたぶん持ってきてくださっているかな、分かりませんが、自然に治る力を引き出す看護の力ということで、これは看護師のために書いたのではなくて、ケアの心と技は全ての人に共通するということを踏まえて、看護師60年の経験と、看護の未来に

対する信頼で、看護にできるこんなこと、あんなことを書きました（『看護の力』）。

先ほど、一般社団法人日本て・あて推進協会と炭谷先生が紹介してくださって、て・あてが何のことか分からなかったと思いますが、これは、手の有用性を改めてTE-ARTE、つまり、手のアート。なぜかという、私は文部科学省の科研費で、看護師の手の有用性の研究、「手当学の構築」を目指してというテーマで研究費をいただいていたのです。

「手当学の構築」といったら、共同研究の若い先生が、「手当学って、先生、子ども手当とか、残業手当の手当ですか」と言うのです。違うよ、手を当てることと言ったのですけれども、確かに、字引には手当というのは、お金が一番出てきます。日本語は難しいですね。

それで、世界中の人がスキンハンガー、肌に飢えていることを聞きましたので、だったら、手当ではなくて、て・あて（TE-ARTE）のほうが、ワンガリ・マータイさんが「もったいない（MOTTAINAI）」を世界中に広めたように、世界に広まる言葉になるのではないかということで、TEのARTの後にEを付けて、TE-ARTEと優しく呼ぶことにしたのです。

て・あて、この優しい響きを声に出してみましよう。て・あてとは、古くから痛む場所をさすったり、なでたりして、病人や負傷した人をいたわり、慰めた、人間の「手」を用いたケアのことです。手はつくります。手はつなぎます。手は癒やます。そして、ときに励まし、慰めることもできます。

て・あて東松島の家は、ケアし、ケアされる人々が集う場所です。一人でじっとしている方、疲れてどこにも行きたくない方、誰かと話したい方、持病のある方も、元気な方も、どうぞ、ここさ、来らいいん。

というので、東松島市に、て・あての夢の実現を図る。なぜ、夢の実現と書いたかということ、て・あてという言葉を生み出したのはもう10年近く前で、あちこちで講演して歩いているのですが、いくら話しても、て・あては広まらない。それは、あまりにも病院が忙しいから。ナースたちは、手を使わないで、みんなパソコンに集中している状況があるので。

では、そのて・あての夢を実現できる場所は、何もなくなった被災地ということで、東松島市、ここですが、賃貸物件を借りました。300平米あ

ります。そこで、ピンピンコロリではないのです、ピンピンキラリと美しく、介護先延ばし塾。QOLや健康長寿を目指して、ひいては、自治体の介護保険の費用を減らし、医療費を減らすためにやりましょうということ。

これだったら大賛成かなと思って始めようと思いましたが、待ったが掛かったのです。こういったことは、まだいまの日本の政策にはなくて、「社会福祉法」に載っていませんから違う名前にしてくださいと言われて、いますごくそのことで困っていて、11月20日に県の審議委員会が開かれて、そこでオーケーが出たら、公に始めることができることになりました。

でも、心は看護と介護の連携で、地域完結型のケア提供の場が核となって、隣人の安否気遣う、災害に強いまちづくりをしよう。だから、このケアハウスをつくるのが目的ではなくて、ケアハウスが核になって、こういうことをしたい。そして、暮らし続けたいコミュニティモデルを被災地から発信しますよというのが、最終的な目標でございます。

これまでもいろいろとご支援をいただきましたけれども、今後ともどうぞよろしくお願い致します。今日の私の話は、これで終わらせていただきます。ありがとうございました。

(講演終了)

質疑応答

○司会 川嶋先生、長時間にわたりまして、どうもありがとうございます。時間もないので、お一人だけ会場の方からご質問をお受けしたいと思いますが、どなたかいらっしゃいますでしょうか。

皆さま、川嶋先生の62年間のいろいろご活躍されていることを踏まえて、皆さまがいま働いていらっしゃる方もあり、また看護を目指す学生も来ているのですが、それぞれの中で看護はどういうふうに進めていくのかなというのを、それぞれで考えていらっしゃるかなと思います。「生きていく」を支えるケアというのは、私もいろいろなことを、先生のお話を聞きながら、自分のことも思い出し、話を聞いてまいりましたが。

皆さま、何かありませんでしょうか。せっかくの機会ですので。先生は、この後すぐ東京へ戻られますので、今日は富山にはいらっしゃらないということですが、どうぞ誰でも

結構です。

て・あーての活動をされているということで、被災地のほうでは、先生、どのぐらいそちらのほうへ行っていらっしゃるのでしょうか。

○川嶋 仲間が全部これで、現役の看護師さんを引き抜いたら申し訳ないので、リタイアしたナースたち、元看護部長とか、大学の先生とか、校長先生とか、そういった方たちで、約14、15人いるのですけれども、みんなボランティアで年金生活者たちですが。仲間全体で行くと、ほとんど1週間に3、4日行っていますけれども、私は国と交渉したり、県と交渉したりもありますし。そうね、月に2、3回行っています。

○司会 全国から看護職とか。

○川嶋 いや、全国まで、まだ手が伸びなくて。みんな旅費がかかりますでしょう。

○司会 ああ、そうです。

○川嶋 1回、私たちが東京から行って、帰ってきて、ホテルに泊まらなければいけない。そうすると一人2万5,000円かかってしまうのです。だから大変なのですけれども。

それで、いまのところ、神奈川県と東京都と、あと宮城県は仙台、そういう人たちです。だんだん地元の看護師さんたちで働いていない人たちを、いま探している最中です。

○司会 はい、分かりました。

○川嶋 どなたかお知り合いの方があつたら、ぜひ、ご紹介ください。

○司会 はい。どうぞ。

○会場1 先生どうもありがとうございます。済生会富山病院で教育研修を担当している看護師長です。

確かに、いま急性期病院にうちの病院も変わりました、やはり先ほどもあったように、電子機械とにらめっこしながら、患者さんの元へ行くのがなかなか行けない状況になってきています。

ですが、このて・あーてというのを、以前も聞いたかと思うのですけれども、これをやはり大事にしたいという気持ちが私たちにあります。教育の中にハンドマッサージを入れたりして、なるべく患者さんの元へ行く、研修の中に組み入れて、なるべく行ってもらう。

患者さんと普段話ができなかったことを、しゃべり下手であったとしても、手で関わるることによって、患者さんからいろいろな話、バックグラウンドのことを聞けたりということがあって、新人に対して行った研修ですけれども、ハンドマッサージをすることでかなりよかったというふうな反響があったのです。

ですから、これをどんどん新人だけではなくて、中堅クラスとか、あと、上に立つ者もそういうことができたらいいかんと思うのですけれども。

この急性期中でそういうことをする時間がなかなかつくれないという状況がありました。ですが、どうにかして、これを手で関わったり、いろいろなやはり看護的な技術を患者さんのために、あるいは家族のためにやっていけたらいいなと思って、在宅のほうにも目を向けていきたいなという気持ちもあります。

ですが、言われるように、なかなか広まらない。いいのは分かっているのだけれども、時間がなくて、実際することができない状況にあるというのを、どういうふうに少しでも広めていけるのかなというのが、いま今後の課題なのです。

○川嶋 みんなの患者、全ての患者さんに広くて・あーてを普及するのは難しいと思うのです。でも、一つの病棟で、一人の患者さん、急性期でもいいから一人の患者さんに、とにかく手を用いてやってみましょうと、集中的に数人の看護師が、その前に勉強会をちゃんとしてからですけれども、やってみたら、必ず変化があり、効果があるはずですね。

その変化や効果を体感した人は、主体的に、ああ、この患者さんだけではなくて、あの人もやってみたいわ、いや、あの方にもやってみようよということになると、病棟の空気が変わってくるのです。それに尽きると思います。

これは、いまではなくても、その前も看護という仕事はずっと忙しい毎日でしたから、

余計にそうですね。そしていま、おたくの病院は急性期とおっしゃっていますけれども、この急性期がいつまで続くかということ、これから高齢社会になってきて、特に脳血管障害などが増えてくると、リハビリが中心の慢性期に移行しなければいけなくなってくるし、それから、在宅を視野に入れた、在宅の後方病院としての役割も必要になってくるので、日本全体の病院が、今度の2018年をピークにしながら、がっと方向転換していくはずですよ。

だから、そのためにも、とにかく手を使ってケアをすることの醍醐味を看護師自身が体得しないと、いつまでも医療行為を優先し、医療行為のほうに診療報酬は付きがちでしょう。その診療報酬も、医療行為に診療報酬が付いているから、みんなが診療の介助しているけれども、看護報酬をどうやって付けていくかも、て・あーてなどを広めていく中で考えていくと、看護はすごく予防とか、いろいろなことを発症させないということに。

つまり、看護すればするほど、何も起こらないわけですから、何も起こらないところに最高の点数を付けるような診療報酬に変えていくようにしていかなければいけないので。

実践をして成果を積み上げないことには、何も発言できないので、私は、まず質的を言う前に、量的に、一例でも、二例でもいいから、量を積み上げていって、そこからものを言っていたきたいと思います。

○会場1 はい。ありがとうございます。勇気をいただきました。

○司会 ありがとうございます。

まだまだお話が出てくるかなと思います。時間の関係で、先生、また今後ますますご活躍いただけたらと思います。今日はどうもありがとうございました。皆さま、川嶋先生にもう一度盛大な拍手をお願い致します。

それでは、富山福祉短期大学学事長より、閉会のあいさつを申し上げます。

閉会のあいさつ

富山福祉短期大学学事部長

村井 嘉寛 先生

学事部長の村井です。看護学科の教員もしておりまして、今日の川嶋先生のお話を聞いて、看護教育の大切さをあらためまして感じさせていただきました。それに加えて、人間力といいますか、人間の教育が必要だなと思いました。あっという間の2時間で、先生の62年間の思いが詰まったご講演だったと思います。

私ごとですけれども、母親が何年か前に亡くなったのです。寝たきりで、最期は話せない状態になったのですけれども、あるとき、胃ろうになるときに、僕自身がすごく抵抗感があって。

今日のご講演で、生きていく状態ならば、生きている状態になることに対する、何かもやもやした違和感があって、そのときに本当に適切な状況の判断で胃ろうになったのかなというのが分からない状態のもやもやした気持ちが、今日はちょっと晴れたのかなという気がしました。

この中にも、県内の病院の看護師の方が大勢おられると思いますけれども、私どもの学生がいろいろとお世話になったりとか、また就職でお世話になったりしますけれども、この場をお借りして、よろしくお願ひします。

それから、これは2回目の共創福祉研究会ですけれども、今後も継続しますし、このように皆さま方に来ていただけるような講演会を考えていきたいと思ひますので、ご案内を差し上げるときには、ご興味があれば、ぜひご参加していただきたいと思ひます。今日はご参加いただきましてどうもありがとうございました。

(閉会のあいさつ終了)

○司会 長時間にわたりまして、ご清聴いただき大変ありがとうございました。研究会の感想をアンケート用紙にご記入の上、お帰りの際、受付のボックスに入れていただきたいと思ひます。そのときに、川嶋先生の資料をお渡ししたいと思ひますので、お忘れなくお持ちくださいませ。お忘れものがないように確認していただき、気を付けてお帰りいただきたいと思ひます。本日はどうもありがとうございました。

(終了)

『共創福祉』投稿規定

1. 投稿の資格は富山福祉短期大学の教職員に限る。ただし、編集委員会が必要と認めた場合にはこの限りではない。共著の場合は第1著者は原則として投稿資格を持つ者とする。
2. 投稿される論文は未公開のものに限る。ただし、学会発表抄録や科研費等の研究報告書はその限りではない。
3. 査読は原則として編集委員会が指名した2名の査読者によりなされる。
4. 投稿原稿の採否決定及び修正は編集委員会による審査を経て行なわれる。
5. 掲載順序及び掲載様式については編集委員会が決定する。
6. 校正は初校のみ著者校正とする。その際、内容の訂正・加筆は認められない。
7. 論文種別は総説、原著論文、研究報告、実践報告とする。
8. 原稿体裁
 - 1) 原稿はA4用紙を縦に使い、40字×40行で作成する。上下左右の余白は2cm以上をとり、下余白中央に頁番号をつける。
 - 2) 和文要約は500字程度、英文要約は250語程度とする。なお、要約には改行を入れない。
 - 3) 句読点には「、」及び「。」を用いる。
 - 4) 刷り上りは20頁以内とする。ただし編集委員会が必要と認めた場合はこの限りではない。
 - 5) その他、表記の詳細については『共創福祉』執筆要項に従う。
9. 原著論文は原則として、序（あるいは問題）、方法、結果、考察、結論、謝辞、引用文献の順に構成する。
10. 本誌に掲載された論文の著作権は富山福祉短期大学に帰属する。
11. 本規程の改正は編集委員会の議を経て、編集委員長の決定により行なわれる。

附則 この規程は平成24年4月1日から施行される。

『共創福祉』 執筆要項

1. 原稿はワープロによる場合は、A4用紙に1行40字で1頁40行とする。原稿の長さは原則として表・図を含めて12頁相当以内とする。(手書きの場合には、200字詰め、または、400字詰め原稿用紙を用い、横書きに清書する。表・図の挿入箇所は、原稿の本文の右側の欄外に赤字で指定する。)
2. 原稿は以下の順に書くものとする。
 - [第1頁] 標題、所属名、著者名、和文要旨(500字程度、文献の引用および数式は原則として避ける)。和文キーワード(8語以内)。
 - [第2頁] 英語による、標題、著者名、所属名、Keywords(8words and phrases以内)。Abstract(450ワード程度)。ただし、投稿規定第2項のf、gには、Keywords、Abstractは不要。Abstractは問題の所在、得られた結果等がそれだけで理解できるようにする。
 - [第3頁以降]
 - ① 本文：

章、節の番号は、第1章に当るものは、“1”、第1章第1節に当るものは、“1.1”というように着ける。また、式番号は、章ごとに(2.1)、(2.2)のようにして、式の左側に統一する。
 - ② 参考文献：書き方は本要項の第4項を参照。
 - ③ 表：

一枚の用紙に一つの表を書く。表の番号は論文中に現れる順に従って、表1、表2、…または、Table 1、Table 2のようにする。
 - ④ 図：

図はそのまま写真版できる鮮明なものを用意する。大きさは印刷出来上がりの1～2倍とし、トレースが必要な場合は原則として著者が行うものとする。図の番号は論文中に現れる順に従って、図1、図2、…または、Fig. 1、Fig. 2、…のようにする。
3. 本文中での参考文献の引用は、著者名(出版年)とする。例えば、Bush(1998)、小泉(2006)。
4. 参考文献の書き方
 - ① 雑誌の場合：

著者名(出版年)、標題、雑誌名、巻、ページ(始・終)、(雑誌名は省略しないものとする)。
 - ② 叢書の中の一巻の場合：

著者名(出版年)、書名(編集者名)、叢書名、発行所名、発行地名。
 - ③ 単行本等の場合。

著者名(出版年)、書名、発行所名、発行地名。
 - ④ 編集書の中の一部の場合：

著者名(出版年)、標題、編集書名(編集者名)、巻、ページ(始・終)、発行所名、発行地名。

なお、同じ著者によるものが同一年に複数個現れる場合には、(2005a)、(2005b)などとして区別する。文献は、日本人をふくめ、著者名のアルファベット順に並べる。
5. 著者校正は原則として一回とする。その際、原著論文は、印刷上の誤り以外の字句や図版の訂正、挿入、削除等は原則として認めない。

投稿論文チェックリスト

* 投稿する前に原稿を点検確認し、原稿を添付して提出して下さい。
 下記項目に従っていない場合は、投稿を受理しないことがあります。

<input type="checkbox"/>	1. 原稿の内容はほかの出版物にすでに発表、あるいは投稿されていない
<input type="checkbox"/>	2. 筆頭著者は富山福祉短期大学教職員である
<input type="checkbox"/>	3. 希望する原稿の種類と原稿枚数を確認している
<input type="checkbox"/>	4. 原稿枚数は本文、文献、図表を含めて投稿規定の制限範囲内である
<input type="checkbox"/>	5. 倫理的配慮を要する研究はその内容が記載されている
<input type="checkbox"/>	6. 原稿はA4判横書きで1行40字、1ページ40行に記述している
<input type="checkbox"/>	7. 本文原稿右欄外に図、表、写真の挿入位置を示している。また執筆要項に記載されている通り、図・表のタイトル・説明・出典等が明記されている。
<input type="checkbox"/>	8. 本文中の文献の引用では著者名、発行年次を括弧表示している
<input type="checkbox"/>	9. 本文中の文献(著者、年次)と文献リスト内同様文献の著者、年次が一致している
<input type="checkbox"/>	10. 文献の情報は原典と相違ない
<input type="checkbox"/>	11. 文献の種類による記載方法は投稿規定に従っている
<input type="checkbox"/>	12. 主語は明確であり、2通りに解釈できる文章はない
<input type="checkbox"/>	13. 誤字、人名のスペルミス、文献記載の不備などの誤りはない
<input type="checkbox"/>	14. 句読点は「、」「。」で統一されている
<input type="checkbox"/>	15. 文献の共著者は3名まで表記している
<input type="checkbox"/>	16. 文献リストは著者名のアルファベット順、次いで刊行順に列記している
<input type="checkbox"/>	17. 和文要約500字程度、英文要約250語程度をつけている
<input type="checkbox"/>	18. 英文要約と和文要約の内容は合っている
<input type="checkbox"/>	19. 英文要約はnative checkを受けている チェック名・機関名
<input type="checkbox"/>	20. 投稿論文は次の順で並べ、一つのファイル(「論文ファイル」とする)にまとめている
<input type="checkbox"/>	1) 1頁目に和文の論文題目、著者名、所属、要約、和文キーワード、英文の論文題目、著者名、所属、要約、英文キーワードを記載する。
<input type="checkbox"/>	2) 2頁目に和文の論文題目、要約、和文キーワード、英文の論文題目、要約、英文キーワードを記載する。
<input type="checkbox"/>	3) 3頁目以降に本文、謝辞、引用文献、表(Table)、図(Figure)の順に記載する。
<input type="checkbox"/>	4) 表(Table)、図(Figure)は1頁につき1点とする。
<input type="checkbox"/>	5) 下余白中央に頁番号を挿入する。
<input type="checkbox"/>	6) 2頁目以降には、氏名、所属など投稿者を特定できる事項を記載しない。
<input type="checkbox"/>	7) 原著論文に関しては、序(あるいは問題など)、方法、結果、考察の見出しを立て構成されている。考察の後に必要であれば、結論を加えてもよい。
<input type="checkbox"/>	21. 第2頁および和文要約、英文要約は氏名、所属など投稿者が特定できるような事項が取り外してある

編集委員会

編集委員長 原 元子

編集委員 中野 慎夫 山本 二郎 竹ノ山 圭二郎

共創福祉2014年 第9巻 第1号
Synergetic Welfare Science

2014年（平成26年）4月30日発行

編集・発行 富山福祉短期大学
〒939-0341 富山県射水市三ヶ579

印刷 (株)タニグチ印刷

Synergetic Welfare Science

Vol. 9 , No. 1 , 2014

Contents

General Remarks

- Learning of students from operation room practice in adult nursing training
–Discussion based on analysis of the records of operation room practice–
…………… *Terumi KAWAI, Tomoko NAKATA, Takae IMAGAWA, Yukiko HARA* 1

Practice Report

- Learning of nursing students through their experience as simulated injured victims
in large-scale terrorism response training
…………… *Miyoko MURATA, Junko WAKASE, Keiko YAMAMOTO* 17

Research Note

- Survey and analysis for current situation regarding deathbed care in aged care
nursing homes in Toyama Prefecture
… *Takae IMAGAWA, Harumi ARAKI, Mariko NIIKURA, Yasuko SUMITANI* 25

- A study on the way of effective teaching in care training
–Analysis of after training about care process–
…………… *Wataru MOURI* 35

The 2nd Synergetic Welfare Science Workshop, 11/2/2013

Educational Lecture

- Care for supporting “being alive”
…………… *Midori KAWASHIMA* 43