

# 医療依存度の高い独居高齢療養者への震災による危機的状況回避 と終末期に至る在宅看護の考察

作山美智子<sup>1)</sup> 佐々木喜代子<sup>2)</sup>

1) 東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

2) はづき訪問看護ステーション

## 要旨

医療依存度の高いひとり暮らしの高齢者が、自宅で在宅看護によって80年余の人生に幕を閉じた。東日本大震災前1ヶ月から、訪問看護が開始され、訪問看護、訪問入浴介護、主治医、ホーム看護、家政婦、遠方の身内などによる他職種の連携によって、中心静脈栄養、酸素療法、喀痰吸引等の医療的処置の多い療養生活であったが、震災後のライフラインが寸断している混乱状態及び終末期において、危機的状況を回避し看護の質の確保と療養者主体の看護が実践できた。一般的に、医療的処置の多い療養者は最寄りの医療機関（バックベッド）に入院するケースが多い中、療養者は自然災害の中での在宅医療の継続であった。この事例を報告し要因について考察した。

【キーワード】訪問看護、終末期、高齢者、大震災

## I. はじめに

80歳後半の独居高齢者が本人の生前の希望通り、在宅看護にて東日本大震災の1ヶ月後に人生の最期を自宅で迎えることができた。中心静脈栄養、酸素療法、喀痰吸引等の医療処置の多い療養生活であったが、住宅に所属しているホーム看護師、主治医、訪問看護、訪問入浴、家政婦の人々と遠方にいる身内による多職種多機能の連携によって、療養者は尊厳ある人生を完結することができた。

今回、著者は大震災直後から看取りに至るまで療養者の訪問看護に参加した。療養者の自然災害発生後の危機管理と医療的依存度の高い

終末期訪問看護の実際から安全安楽に関する示唆をえたので報告する。

## II. 目的

在宅看護における医療依存度の高いひとり暮らし療養者の自然災害後の危機管理と看取りの達成要因について考察する。

## III. 方法

訪問看護活動、訪問看護記録に基づき、東日本大震災(東日本大震災発生年を「X」年と表記)前1ヶ月間をI期、東日本大震災後1ヶ月をII期、終末期をIII期とし、それぞれ看護目標、課題、結果の順でまとめ、考察する。

【倫理的配慮】①A氏の看護に参加させていた

だきたいこと、②看護教育を担うものとしてA氏の看護について看護を学ぶものに伝えたい旨を説明し、第三者立会いのもと本人の承諾を得た。

#### IV. 結果

【事例紹介】表1～3参照

対象者 A氏 80歳後半 男性 住宅型有料老人ホームにて独居生活[平成(X-3)年～平成X年4月] 妻と二女は他界し二女家族が県内に、長男・長女家族が他県在住。

職業 元国立大学教授、元私立大学教授

期間 平成X年2月～平成X年4月

(訪問看護開始から看取りまで)

#### 【経過】

A氏の身体状況、ADL状況、看護等サービス利用状況については表1、表2、表3を参照。

A氏紹介：80歳代後半、男性。元国立大学教授、私立大学教授。

主な疾患名：陳旧性脳梗塞、水頭症、反復性誤嚥性肺炎、摂食障害、老年症候群

生活歴：国立大学の教育職として定年まで40年間勤務する。平成(X-3)年住宅型有料老人ホームに入居し、ここから会社・会議へ出勤するなど多忙な生活を送っていた。通所介護施設なども利用し生活を構築していた。平成(X-1)年頃より外出が難しくなり機能低下が進んできた。家族は最期までホームで生活させてあげたい。一つでも二つでも日々の生活に楽しみをもって(入浴でも他人との交流でも楽しみを持って)過ごせればいい。脳梗塞と水頭症のため診療所にて治療を行っていたが、平成(X-1)年11月頃から寝たきりとなり誤嚥性肺炎を繰り返すようになった。平成X年1月からは訪問医療に切り替え、ホーム看護師が点滴を行っていたが、中心静脈栄養、酸素療法や喀痰吸引の必要性、仙骨部の発赤があり、時折の発熱など、体調管理をしながら自宅で療養できることを目標に訪問看護を開始する。

介護度：要介護5

障害高齢者の日常生活自立度：C2

認知症高齢者の日常生活自立度：IV

症状経過：平成(X-1)年12月在宅酸素療法開始、食事量の低下や喀痰の吸引が必要となり24時間付き添い家政婦さんを依頼。平成X年1月末、中心静脈栄養施行。家族には終末期であることを説明されている。

まず、訪問看護開始から東日本大震災前まで(平成X年2月15日～平成X年3月11日)をI期、東日本大震災後から通所介護での緊急仮設生活(平成X年3月12日～3月19日)をII期、大震災後のライフラインの回復から看取りまで(平成X年3月20日～4月12日)をIII期とし、それぞれの中心的な看護課題への実践を述べる。

【I期：訪問看護開始から大震災まで】図1参照

看護目標：1. 呼吸循環状態が安定し、安楽な

自宅療養を送ることができる。

2. 褥瘡が治癒する

3. 解熱する。(1週間以内)

課題：呼吸不全による在宅酸素療法、栄養確保のための中心静脈栄養、喀痰吸引等医療的ケアが多くなり、常時見守りと状態観察が重要となってきた。心肺機能の低下が進み、終末期に入っているが、家族との話し合いで延命治療は行わず、自然のままの経過でみていく。必要な水分・栄養補給は継続する。

看護の実際と結果：週6日、延べ回数10回/週前後で訪問看護が開始する。訪問毎の主な看護内容は①全身状態の観察、バイタルサイン、酸素飽和度、意識状態の観察 ②酸素管理と喀痰喀出援助タッピング、吸引と口腔ケア ③中心静脈栄養の管理 観察と消毒 指示どおりの実施 ④排泄の把握と排便コントロール 腹部マッサージと必要時下剤と座薬の使用 ⑤清潔援助 清拭、手浴、足浴 ⑥関節可動域訓練 ⑦付き添い家政婦への教育指導 ⑧他機関との連携である。

バイタルサイン測定と全身状態の観察を行

表1 A氏の身体状況とADL状況 (平成X年1月)				
身体状況				備考
聴力	大きな声は聞こえる	麻痺	なし	
利き腕	右	拘縮	あり(左膝・右肘)	
特記	補聴器あり	褥瘡	あり(赤み程度)	
在宅酸素		疼痛	あり(腰部)	
中心静脈栄養		欠損	なし	
吸引		口腔	総義歯	
ADL状況				
		摂取	なし	HX. 1. 26~IVH
食事	全介助	嚥下	困難	栄養開始。
		形態	中心静脈栄養	
		排尿	全介助	
		尿意	ややあり	
排泄	全介助	排便	全介助	
		便意	なし	
		失禁	あり	
		方法	日中)オムツ、パット 夜間)オムツ、パット	
入浴	全介助	洗身	全介助	当面、全身清拭で対応
		方法	訪問入浴	入浴が大好き
着脱	全介助	上着	全介助	協力動作有
		下着	全介助	
整容	全介助	口腔	全介助	口腔清拭
		洗顔	全介助	濡れタオルでふく
移動・移乗	全介助	起き上がり	できない	
		座位	背もたれがあれば可	
		立ち上がり	できない	
		歩行	できない	
		移乗	全介助	
		方法	屋内)車いす 屋外)車いす	
行動等		意思の伝達	まれに可	意思はあるが、口角筋
		日常の	困難	の低下・義歯を使用し
		意思決定		ていないので、話は
		電話の利用	全壊所	聞き取りにくい。
		薬の内服	全介助(点滴から)	
		金銭管理	全介助	
		被害妄想	ない	
		幻覚・幻聴	ない	一時期幻覚があった
		感情の不安定	ない	が、現在は安定。
		昼夜逆転	ときどき	熟睡できないため、
		暴言・暴行	ない	昼夜逆転。
		大声を出す	ない	
		介護に抵抗	ない	
徘徊	ない			
帰宅願望	ない			
1日の過ごし方	常時臥床。2~3時間おきの体位交換。水分補給時にギャッジアップ。			
その他	週1回の往診。ホーム看護師の定期巡回 2月15日より訪問看護開始。2月17日より訪問入浴開始。			

う。血圧は収縮期血圧 90~100mmHg、拡張期血圧 60~50mmHg 台で推移している。脈拍は 70 回/分台から 80 回/分台である。酸素は鼻腔カニューレで 3L/分にて酸素飽和度 92~97%を維持している。A 氏は訪問初日には腰痛を訴え「水飲みたい」と訴え、スポンジで口腔内を湿らす。医療処置としてホクナリンとフランドールテープの貼付交換を実施する。吸引しようとする「痰はまだとらなくてよいです」と嫌がり訴えてくる。一般状態が低下していることによる易感染状態に配慮し中心静脈挿入部の消毒と感染防止、カテーテルのループの固定による皮膚の発赤予防に配慮し、ドレッシング剤を皮膚貼付しその上でループ固定をする。

主治医の指示により、フィニボックス 0. 25 g を 2 月 15 日から 5 日間点滴を開始し解熱した。

体温が 2 月 24 日に再び 40. 1℃と発熱したためロセフィン 1 g の点滴が開始され、5 日間実施後解熱した。中心静脈栄養はフルカリック 1 号 903ml (560kcal) +エレメンミック 1A(所要時間約 6 時間)を点滴している。

2. 仙骨部の表皮剥離にユーパスタ軟膏を塗布し、0. 5mm 大の発赤が徐々に縮小している。①仙骨部の発赤にはユーパスタ塗布と穴あきポリ袋を使用する。②2 時間ごとの体位交換③エアベッドの活用。また、体調の良い日は訪問介護のサービスも受け、可能な限り A 氏の入浴希望をかなえる。

【Ⅱ期 大震災後から通所介護施設での緊急仮設生活(平成 X 年 3 月 12 日~3 月 19 日)】

- 看護目標：1. 大震災による危機からの安全が確保される。
2. 停電、断水によることと体への影響がなく、呼吸循環動態が安定している。
3. 褥瘡が治癒する。

課題：大震災はマグニチュード 9.0、1000 年に一度の未曾有の大震災であった。A 氏の居室は 4 階

であったが、構造上の問題はなかった。電気・水道が止まり、ホームの判断で A 氏は 1 階の通所介護施設のそばにある物品庫のスペースに移動。停電のため吸引器が使用不可、同様にエアベッドも使用できないため、普通ベッドを使用。居室内の暖房も停止。酸素はボンベに切り替え、これ以降の供給の見通しが危ぶまれたため、主治医の指示により 0.5L/分で使用開始する。

看護の実際と結果：

A 氏にとって余震発生時も安全・安心な療養環境を確保するために、ベッドを避難しやすく職員の眼が行き届く 1 階に移動する。②ホーム看護師・医師他職員による巡回の強化。③酸素ボンベ等の余震発生時に転倒を招きやすいものや転落によって危険因子になるものを点検。④A 氏の健康状態の観察はバイタルサイン、酸素飽和度、意識状態に留意することを原則とした。

また、停電に対応するため、看護用品の代替による保温として①掛物を多くして保温する。②喀痰吸引はタッピングと体位ドレナージを活用。デキュビパット等の看護用品による体圧圧迫を最大限緩和することとした。

大震災直後、A 氏は 4 階の居室から 1 階の通所介護施設に隣接している部屋に移動する。ベッドの移動で落ち着かない状況はあったが、看護師の訪問に手を出して握手を求め、話しかけた内容にうなずき、本人の混乱はみられなかった。また瞬きによって反応していた。喀痰はタッピングと自力喀出を促す。看護者の手を温め胸部にあてることで喀痰が促された。この時期の最低気温は氷点下 5 度まで下がり、室内においても寒さは厳しく低体温症に配慮し布団などの掛物を増やした。幸いに電気が数日で回復したため湯たんぽで保温に努めた。仙骨部の発赤は軽度であるが、1.5 cm×2.0 cm の発赤が 4 ケ所に増加。全身清拭による感染予防と抹消循環改善の実施。看護支援中にエアマットの電源が OFF になっていることに気付いたことが

あった。二女の夫とその家族は頻回に面談に来ている。

【Ⅲ期 大震災後のライフラインの回復から看取りまで(平成X年3月20日～4月12日)】

看護目標：1. 解熱する。  
2. 浮腫が回復する。  
3. 不整脈が改善し、循環動態が安定する。  
4. 尊厳ある日々を過ごすことができる。

課題：余震の回数が減ったため4階の自身の居室に戻る。発熱のため、脈拍、呼吸状態、血圧の呼吸循環動態が不安定になってきている。発熱は39.0℃を最高にして解熱している。東京に在住している長女に伝えるかは、二女の夫の判断に委ねる。血圧は収縮期が74mmHgまで低下する。

看護の実際と結果：

手浴、足浴と陰部洗浄を実施する。清拭後喀痰がよく出てくる。喀痰吸引を行う。「苦しいところはないですか？」の問いに「ない」のサインをする。背部から足背にかけて浮腫を観察する。循環器系の負担を軽減するために中心静脈栄養の量を減らす。処置の為に毛布をはがすと、引き寄せる動作をする。「寒いですか？」にうなずく。浅表性の呼吸で、胸をなでると苦しいのが楽になるのか、落ち着いた表情になる。3月28日に主治医の往診あり。心電図上から心房性期外収縮の多発を認める。フィニバックスの点滴を行う。病状が変化しやすい状態が続いている。家族による看護が続けられるように、また、穏やかな看取りができるように本人・家族を支援していく。家政婦への説明と介護支援教育。

酸素飽和度が65%まで落ち、鼻腔カニューラからフェイスマスクに変更し酸素10L/分にする。フェイスマスクを装着するといらないと首を左右に振って払いのける動作が続く。その後、喀痰吸引等により徐々に酸素飽和度が安定

してきたため、酸素5L/分で経過を見る。全身清拭、手浴、足浴、爪もみの実施後、喘鳴音は聴取できるが吸引しきれなかった喀痰がスムーズに吸引される。

東京から長女が来居し、A氏の看護にあたる。夜間、酸素マスクをひっきりなしに外す動作がみられる。また、長女にはささやくような発語をしている。喀痰が多く、頻回に吸引が必要となっており、つなぎパジャマから普通のパジャマに交換し、蒸れ防止とリラックスを図る。

2回目の大きな余震(4月7日)後の翌日は酸素飽和度89%、収縮期血圧96mmHg、脈拍108回だった。主治医にはA氏の居宅からクリニックへ状況をFAXで報告し、当日の往診を依頼する。家政婦に現在の状況について説明する。吸引時に鼻腔カニューラの2本のうち1本が屈曲しているのを発見する。医療機器の細分の点検の必要性。訪問看護中に来客があった。療養者のプライバシーと尊厳を考慮し看護処置中は外部者を入れないよう指導する。

この頃、A氏が趣味で行っていた折り紙の有志の方のお見舞いがあった。菓子箱に動物や花に見たてた折り紙が立体絵本のように作成されていた。A氏が休んでいるベッドの視野から見える壁掛け室内時計のすぐそばに飾られた。また、知人からの絵葉書が届き、二女家族がさしだすとしばらく注視していた。

4月10日(死亡2日前)、訪室すると開眼している。両肺野に喘鳴音聴取。白色粘稠痰が引け再度吸引しようとする「いやだ!」とはっきり言う。4月11日(死亡前日)訪問入浴サービスを受ける。体温36.5度。呼びかけ、吸引チューブを口に持っていくと口を開ける協力動作はあるが、返答はない。主治医の往診。収縮期血圧103mmHg。4月12日(死亡当日)朝3時に喀痰吸引する。5時過ぎにいつもとは様子がおかしいと気づき緊急コールし、医師にて7時過ぎ死亡確認。訪問看護師と著者で死後の処置を実施。踵部の皮膚発赤は改善しており、

体位交換と圧迫緩和の支援の効果がみられ穏やかな表情であった。

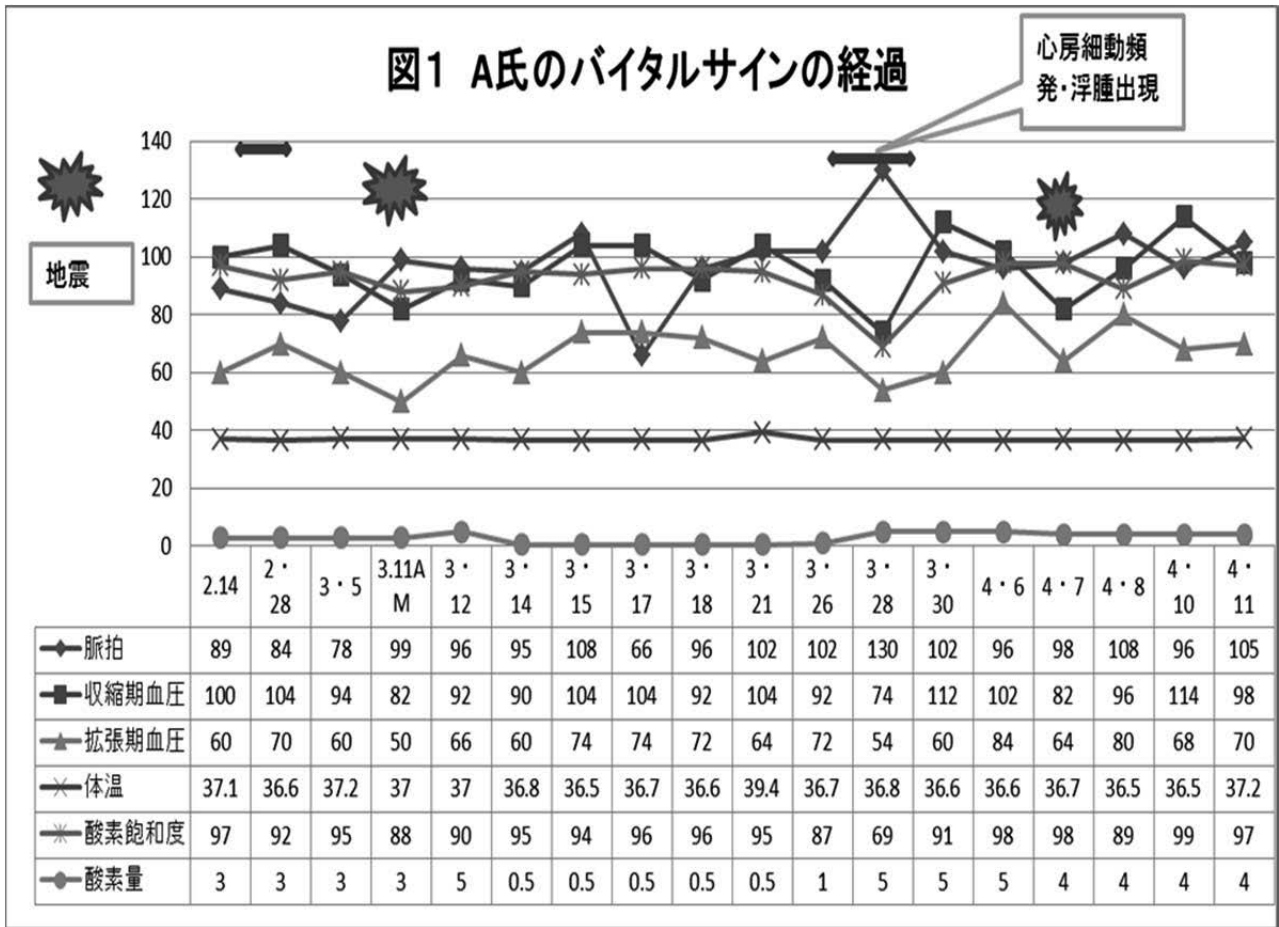


図2 在宅看護連携

#### 表2 A氏の訪問看護の訪問日

平成23年 2月 訪問日は○、一日2回訪問時は◎

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	◎	◎	◎	◎	◎	◎
22	◎	◎	◎	◎	◎	◎

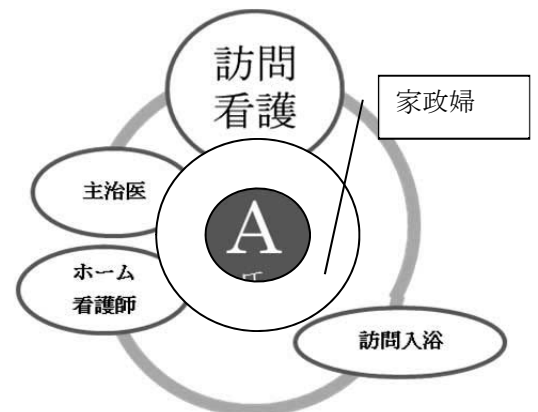
平成23年 3月

1	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
8	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
15	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
22	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
29	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

平成23年 4月

1	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
8	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
15	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
22	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
29	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

訪問の述べ日数 57日間  
述べ回数 88回



### V. 考察

A氏は市内にかつて家族と暮らした自宅で生活していたが、亡くなる3年前から住宅型有料老人ホームでの生活に移行し、社会活動である会社出勤や会議などにもこのホームである居

宅から出勤していた。

ひとり暮らしの生活で、併設されている診療所への通院および通所リハビリテーションに参加するなど、可能な限り自立した生活を送っていた。少しずつ自分のことができなくなり家政婦を依頼し、また、東日本大震災の1ヶ月前からはホーム看護師だけでは対応困難となり訪問看護と訪問入浴介護が依頼された。

東日本大震災によってホーム建屋の被害はほとんどなかったが、ライフラインが寸断された。ホームの速やかな判断と対応によりA氏は居室から通所介護施設に隣接された部屋に移動することができ本人の動揺はなかった。そして、主治医とホーム看護師による頻回の巡回と訪問看護師による訪問看護をすでに開始していたため、医療処置が多いA氏の治療と看護が中断せず継続することができた。東日本大震災直後、ホームの入居者の対応に看護支援の需要が一挙に高くなってが、他職種との連携による在宅医療が開始していたことが危機管理において功を奏したと考える。

さらにホームが診療所と併設されていたため、中心静脈栄養、抗生剤、解熱剤などの医薬品の処方と主治医の往診、訪問看護で対応できない部分はホーム看護師が対応する等の好条件の療養環境であった。一方、さまざまな職種が介入することで、隣接する分野での申し送り事項が抜けないようにする等のための確認は訪問看護側がその役を担った。ひとり暮らしであるため家政婦が家族を代行する立場にあったため、家政婦との連携も最重要であった。訪問時は家政婦の遂行能力等も観察対象であり相談・教育指導も状況に応じて時機を失さないで行った。

東日本大震災後、日常生活物資の供給が途絶え一般人の生活もままならない日々が続く中、A氏にとって一番大事なこと、さらに生きている実存的な意味を見つけるために何が必要なのか。医療依存度が高いからすぐに病院へ

入院という選択ではなく、空き部屋を整理して居室を作り療養環境を整え、自宅で過ごしたいという本人の意向を最大限配慮したこと、お風呂が大好きだというA氏の希望を亡くなる前日まで実現できたことはささやかな日常なことではあったが、実は氏の尊厳と生きがいをくみ取った看護につながるといえよう。NHK調査によるとちょうど大震災15日目の被災者の生活課題は「衛生面、風呂に入れないこと(33.3%)」の回答が報告されている。通常ならば特に取り立てることではないが、この時期の入浴は震災後の混乱を考慮すると看護としては重い。さらにガソリンの供給にも長蛇の列ができる状況下で、2回/日の訪問看護が実践できたことは、専門職ならではの責任感を越えた迫力を感じさせられた。

一方、居宅であるホームは私立女子大学の裏庭にあたり沼と雑木林が眼下に見え「孤独の深まりゆく中で、静かに人生の意味をかみしめつつ、さいごの旅の道のり<sup>1)</sup>」にA氏が思いをめぐらした日々があったであろうと推察できる環境である。ここで最期まで暮らしたい、と希望されたA氏の思いは、震災後の混乱が続く中でもぶれることなく尊重された。

主治医の往診、ホーム看護師の巡回、週6日間(一日2回)の訪問看護、週2回の訪問入浴そして家政婦による多職種多機能による支援は、情報の共有化、看護の方向性を確認しながらそれぞれの専門職が、独自の機能と責任を発揮し、震災後の危機を回避し、終末期も当初の家族と本人の意向どおり在宅療養が実現できた(図2)。

一方、鼻腔カニューラの屈曲やエアマットの電源がOFFになっているのを訪問看護師が訪問するまで気づかないことがあり、関わる職種が多くなることによる危険性も体験したが、ベッドサイドにて直接的な看護を担う訪問看護師が、専任制で経験豊富な看護師だったため、確認調整を担い危機回避につながった。A氏の

大きな人生の文脈における場に参加し、医療依存度が高く、ひとり暮らしであったとしても多職種の保健医療従事者が関わり終末期看護が実現できた。

- 4) やまだようこ.人生と病の語り.質的心理学講座2.東京大学出版;2008.p239-241
- 5) 家高洋.理解について.看護研究.医学書院; Vol.44,No.1;2011.p27-40
- 6) 上田由一.人間性の最高価値.誠信書房;昭和48年.p330-347
- 7) 内閣府.防災白書.平成20.p197-201

時間	*1月のみ						
	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
	訪問入浴 訪問看護	訪問看護	→	訪問入浴 訪問看護		*訪問入浴	ホームN
12:00							
	訪問看護	→				ホームN	→
	ホームN	→					
22:00							

VI. 参考引用文献

- 1) 神谷美恵子.こころの旅.日本評論社;1974.p166-205
- 2) 柳田邦男他.いのちの言葉.三輪書店;2005.p10-65
- 3) 田村真他訳.ケアの本質.ゆみる出版;1987.p149-160



# Terminal Care for an Elderly Person Living Alone by the Home-care Team after the Greatest Disaster

**Michiko Sakuyama, M.A.<sup>1)</sup> Kiyoko Sasaki<sup>2)</sup>**

1) Department of nursing, Faculty of Medical Science and Welfare,  
Tohoku Bunka Gakuen University

2) Hazuki Nursing Home-care station

## Abstract

After the greatest disaster, our medical team met an elderly person who was seriously sick, living alone in Sendai and took care of him till his death. Our team continued to visit his home to follow him up and it took a month. Our home-care team was composed of several nurses, a doctor, and service staffs for bathing, a home keeper and others. In this experience, we realized that the collaboration of people with various occupations is effective for the terminal care of these elderly persons.

**【Key words】** home-care, terminal care, elderly person, greatest disaster

## 東北文化学園大学看護学科紀要

### 投稿規定

東北文化学園大学医療福祉学部

看護学科紀要委員会

本学科が発行する機関誌の名称は「東北文化学園大学看護学科紀要」とする。

本誌は本学医療福祉学部看護学科の看護学科の研究活動の一環として設けられたものであり、学術研究の発展と教育の向上を図ることを目的とする。

#### 【投稿資格】

1. 本誌の投稿は本学科の教員（非常勤を含む）、大学院生、卒業生、修了生、およびその共同研究者、あるいは紀要委員会が依頼した執筆者とする。

#### 【論文の種類】

1. 本誌に掲載される論文の種類は、原著、総説、症例報告、報告、短報、資料およびその他とする。
2. 投稿原稿の種類と内容は以下のとおりである。

総説：最近の学術的・技術的知見や成果を、歴史的背景、重要性、進捗状況、将来の方向等を踏まえつつ、総合的に論述したもの

原著：独創的な研究論文および科学的な観察など

症例報告：症例に関する新知見または独創的な試みに関する報告

報告：独創的で斬新な調査研究

短報：独創的であり、速やかかつ簡潔な発表を期待する研究報告

資料およびその他：紀要委員会が許可、もしくは依頼した論文・報告など

3. 原稿は、原則として別途認める執筆要項に従って作成する。

#### 【論文の投稿・受理】

1. 投稿者は、原稿と電子ファイルを記録したメディアを10月末までに、紀要委員会まで提出するものとする。
2. 投稿原稿は他紙に未掲載のものでなければならない。

#### 【査読】

1. 原稿が投稿された場合、紀要委員会は適任者2名を選出し、査読を依頼する。
2. 査読の意見書などの様式は、紀要委員会が定める。
3. 紀要委員会は、査読の意見書を添付し、その結果を投稿者に報告する。
4. 投稿された原稿の掲載の決定は査読者の意見を参考にして紀要委員会が行う。

#### 【発行および編集】

1. 本誌は年一回発行とし、発行日は3月末日とする。
2. 本誌の発行者は東北文化学園大学医療福祉学部看護学科とする。

#### 【原稿送り先】

〒981-8551 仙台市青葉区国見6丁目45-1

東北文化学園大学 医療福祉学部 「看護学科紀要委員会」 宛

## 東北文化学園大学看護学科紀要

### 投稿規定

別途に配布するワードファイル（論文雛形）を使用し、以下の要領で作成してください。

#### 【題目】

論文の題目と副題はコロン（:）でわかる。

#### 【事態・フォントなど】

- ・題名は明朝体（アルファベットは century）、フォントサイズ 16 で記載する。その他(原著・本文・注釈など)は明朝体（アルファベットは century）フォントサイズ 10.5 で記載する。
- ・本文中の見出しは常用漢字、新かなづかいを用い、常用漢字は「医学用語辞典」（日本医学会編）などにてできるだけ従うものとする。論文中の人名は原則として原語で、数字はすべて算用数字で、日本語化した外国語はカタカナ(この場合「」は不要)で記載する。

#### 【倫理的配慮】

人動物が対象である研究は、倫理的動物愛護的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。

#### 【要旨】

- ・和文要旨は 400 字以内で途中で改行は加えない。
- ・英文要旨は総説、原著、症例報告につけ、400 語以内で途中で改行は加えない。
- ・5 語以内のキーワード(和文、欧文を問わない)をつける

#### 【図表】

スペースは定められた余白より内側で本文 2 列もしくは 1 列分を用いて挿入する。

#### 【文献】

- ・本文中の引用箇所には文献番号を記載する。  
例：1) 2) 3)、1) 5) など
- ・欧文の引用文献の表題名は、頭文字以外はすべて小文字を用いる。
- ・「,」「.」に注意して記入する。

##### 1. 雑誌の場合

- ・「著者名(性を先とする)：表題. 発行年；巻：頁。」で記す。
- ・雑誌名の省略は、和文雑誌はその正式な略名を用いる。
- ・原著論文でははじめと終わりの頁を記す。
- ・著者名は最初の 3 名まで列挙し、その後に「・・他 (et al.)」を続ける。

例) 東博彦：寛脱臼の発育と病態.日整会誌 1989；63：377-394

Parkin DM, Clayton D, Black Rj, al et. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl:5year follow-up. Br J Cancer 1996;73:1066-12.

##### 2. 単行本の場合

著者名 (姓を先とする). 書名.版.発行地：発行者 (社)；発行年.

## 編集後記

3.11の東日本大震災における福島原発事故は、私にひとりの医師を思い出させた。かつて、自ら原爆症で身体がぼろぼろになりながらも、生命を燃やし尽くして、出会うすべての人々に希望とやる気を起こさせ、最も貧しく病んでいる人々へ僕のごとく仕える医療活動を行う医師がいた。

ネパールで結核治療の医療活動にあたる岩村昇医師の姿は、岩村医師が所属する「みんなで生きる」を標榜するNGO国際医療活動について身を挺して教えてくれたと共に、私の「若き日に覚えた」看護への思いの原点になった。

支援活動の実際は問題発生によって異なるが、第3世界の人々においては、物やお金を贈ることではなく、そこに住んでいる人々が自分たちの足で、手で立って歩けるように、その地域・その国の人々の生活を尊重した教育を徹底して行うこと、その国の医療に携わる人をより具体的な場面で育て上げることである。そして、今回の被災者支援においても生活者が主体となる復興支援が看護医療側に課されていると理解している。

さて、かつて医学教育において、ウィリアム・オスラーはそれまでのカリキュラムに実践課程を導入し、患者の状態観察、ケアの実習を行い、決して本の奴隷になってはならないこと、学ぶべき真実はすべて患者の中にあることを説いた。再び、看護教育に目を転じ、未曾有の大震災後の復興過程は学生の人間教育において、また、領域別のそれぞれの専門領域において、看護の立場が担う責務も大きいと認識している。

最後に、紀要創刊号発行を目指して看護学科の紀要委員会は、学生たちの第九合唱練習が大詰めに入った11月から本格的な稼働に入った。3.11後、走りながら考えることが多かったが、教員たちは様々な分野に挑戦することも多かった年であった。今後の看護学科の教育研究活動を活性化すべく紀要となることを祈念したい。

平成24年 3月

作山 美智子