

“ Nice! ”

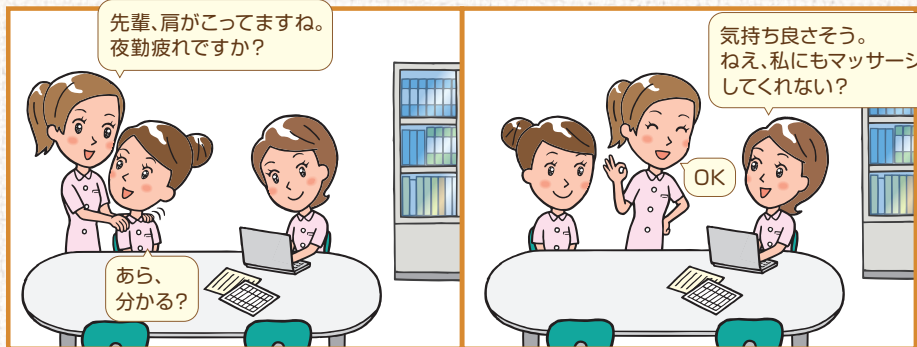
Nursing Information of Care & Evidence

特集 【 高齢者のフィジカルアセスメント 】

フィジカルアセスメントとは、問診・視診・触診・聴診・打診によって収集した情報に基づき、患者さんの身体状況を評価することを指します。医師によるフィジカルアセスメントが主に疾患の診断・治療を目的としているのに対し、看護師が行うフィジカルアセスメントには、患者さんの状態観察を通じて適切なケアを検討し、現状のケア内容について評価する意味合いがあります。

フィジカルアセスメントは看護師にとって最も基本的かつ重要なスキルの一つですが、患者さんが高齢者の場合、教科書的な知識だけでは臨床上のトラブルにうまく対処できないことも少なくありません。今回は高齢者のフィジカルアセスメントのポイントについてご紹介します。

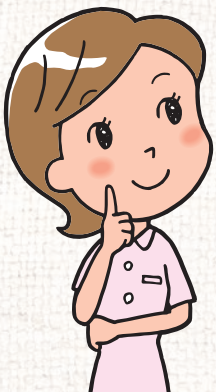
お話を聞いて...



この人に聞いてみました！



田中久美先生
筑波メディカルセンター病院
看護部副部長/
老人看護専門看護師



高齢者のフィジカルアセスメント

【高齢者の身体的特徴と疾患】

高齢者では、加齢に伴って様々な身体機能の低下が見られます。このため、フィジカルアセスメントの際には、下記のような点を踏まえた観察が重要になります。

高齢者の身体的特徴と疾患の関係

- 生理機能の低下により、疾患に対する典型的な徴候が現れにくい
疾患の発見が遅れがちになる。
- 複数の基礎疾患を抱えていることが多い
一つの障害が別の障害と繋がりが合っていることが多い。また、多剤服用による相互作用が起こりやすい。
- 二次的な合併症を起こしやすい
安静・臥床期間が長期にわたると、廃用による筋力の低下や、褥瘡の発症など、原疾患とは直接関係のない合併症を起こしやすい。
- 予備能が低下している
病気にかかりやすく、重症化しやすい。
- 環境変化に順応する能力が低下している
体温や水・電解質バランスなどの調節に不具合を来しやすい。
- 薬剤の副作用が出やすい
肝機能や腎機能の低下により、薬剤の代謝・排泄が遅延しやすい。このため、薬剤の作用が強くなりすぎたり、副作用が出やすくなる。

【病歴聴取のポイント】

患者さんへの聴き取りから得られる情報は、身体状況を把握する上で大きな手がかりとなります。しかし、高齢者の場合には、病歴聴取を阻害する因子が少なからず存在する点に注意が必要です。例えば、聴力や視力の低下、言葉がすぐに出て来ないといった理由による様々な反応

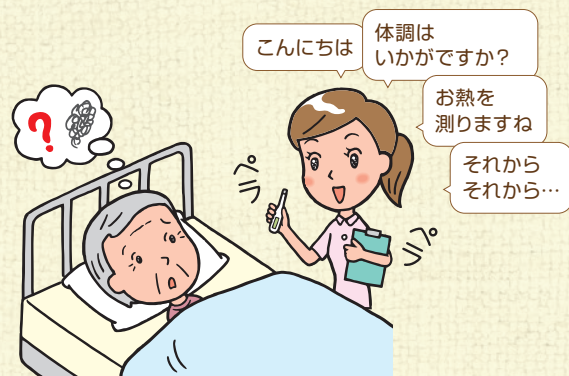
の遅延などはその代表例です。聴き手側にも忍耐が求められますが、病歴聴取で得られる情報量はアセスメントの精度を左右するため、患者さんのペースに合わせた情報収集を心掛けてください。

【POINT】

声の大きさ・話すスピードの調節

病歴聴取の際、最初に「こんにちは、〇〇です」と挨拶した時の反応に応じて、声の大きさや話すスピードを調節します。高齢者は神経伝達速度が低下しているため、**一声かけてすぐに反応がなくても、5~10秒ほどは待つ**ようにします。間髪を入れずに話しかけると、次々と新しい情報が頭の中に入って来るため、混乱を来してしまうことがあります(図1)。

また、聴力が低下している高齢者の場合、本当は聞こえていなくても、こちらに気を遣って相槌を打っている可能性があります。「私の声の大きさ、話す速さは大丈夫ですか」とさりげなく尋ねながら、患者さんが安心して会話できるような雰囲気を作るように心掛けましょう。



↑ 図1 患者さんのペースに合わせた声かけを

【身体各系統の観察ポイント】

病歴聴取で得た情報をもとに、身体各部を観察していきます。身体各系統別の観察ポイントを右に記します。

[POINT]

身体各系統の基本的な観察事項(例)

① 外観:

- 意識障害の有無
- 呼吸数、喘鳴や努力呼吸の有無
- 浮腫の有無、皮膚の色調や張り

② 呼吸器系:

- 軽度労作による呼吸数増加の有無

③ 循環器系:

- 目眩・嘔気・胸痛の有無

④ 神経系・感覚器系:

- 短期記憶の低下、刺激に対する反応の鈍化の有無
- 感覚器系(視覚・聴覚・嗅覚)の機能低下の有無

⑤ 消化器系:

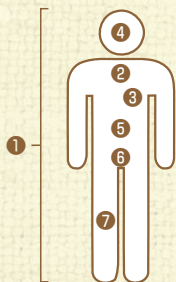
- 味覚障害の有無、咀嚼嚥下機能の低下の有無
- 胃食道逆流の有無
- 排便状況

⑥ 泌尿器系・生殖器系:

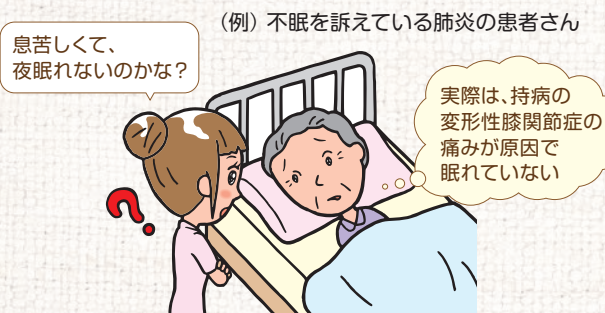
- 脱水の有無、頻尿や尿失禁の有無

⑦ 筋骨格器系:

- 筋力低下・関節の変形の有無



服薬してから翌朝まで12時間ほど間が空くことになりま
す。夜中に薬の効き目が切れて痛むようであれば、投薬時
間について担当医と相談することで問題解決に繋がる可
能性もあります。



↑ 図2 原因疾患以外の部分に問題点が隠れていることも

まとめ

今回は高齢者のフィジカルアセスメントのポイントについて紹介しましたが、何よりも重要なのは常日頃から高齢者の全身状態を観察しておくことです。なぜなら、**高齢者の平常時の状態を熟知していなければ、異変に気づくこともできない**からです。

また、**普段から丁寧にフィジカルアセスメントを行うことは、高齢者との信頼関係を築く意味でも重要**です。例えば、夜間のナースコールが頻回に及ぶ高齢者の場合、「呼ばなければ、なかなか来てもらえない」という不信任感が背景にあるのかもしれませんが、一見遠回りに感じても、日中の30分間程度、時間をかけてケアを行うことで、高齢者が安心して毎晩眠れるようになるとしたら、どうでしょう?それはご本人だけでなく、24時間体制でケアに当たっている看護師にとっても有益なことではないでしょうか。

平常時のフィジカルアセスメントを通じて、問題発生を未然に防ぐ方法を検討するとともに、高齢の患者さんとの信頼関係を深められれば何よりです。



**患者さんの
普段の状態を把握しておく
ことがポイント!**



【フィジカルアセスメント実施時のピットホール】

フィジカルアセスメントを実施する際、入院の原因疾患に関わる事項には注意が向くものの、それ以外に関しては観察が疎かになりがちなので気を付けましょう(図2)。

その他、特に認知症のある患者さんなどでは痛みをうまく伝えられない場合があるので、意識的に問題点を探すようにします。例えば、ケアの途中で顔をしかめている場合には、「どこか辛いですか、少し触ってみてもいいですか?」、「ここを触ると痛いですか、さするとどうですか?」と確認しながら、痛みの原因を探ると良いでしょう。

また、術後の患者さんで、日中のアセスメント時は問題がなかったのに、夜中になると「痛くて眠れない」と訴えることがあります。こうしたケースで意外と見落としがちなのが投薬スケジュールです。投薬が朝昼夕の場合、夕方に

【老人看護専門看護師】



“
**誰もが当たり前の高齢者看護を
 実践できるような体制づくりを
 実現していきたいと考えています**”

田中久美先生

筑波メディカルセンター病院看護部副部長 / 老人看護専門看護師

高齢者看護に関心を持った理由

私が高齢の患者さんのケアに興味を持った背景には、いくつかの成功体験が関係しています。中でも大きかったのは、脳血管疾患で寝たきりになっていた、ある高齢の患者さんとの出会いです。当初、その方は経口摂取が困難とされていたのですが、私は毎日のケアを通じて「もしかすると、この方は食べられるようになるのでは？」との印象を持っていました。そこで、主治医と相談しながら経口移行に向けたケアを進めたところ、その患者さんはみるみる回復し、最終的には杖一本でご自宅へ帰られたのです。その時のことは、今でも忘れられない大切な思い出の一つになっています。

認定資格を取得した背景

一方で、そうした成功体験は、私の直感的な意見に耳を傾け、協力してくれた主治医や病棟スタッフの力による部分が大きかったともいえます。本来であれば、経口移行が可能だと考える根拠を提示すべきだったのですが、それができだけの知識を当時の私は持ち合わせていませんでした。経験年数を積み、病棟で責任のある仕事を任されれば任されるほど、私は自分の勉強不足を痛感するようになっていきました。そうした矢先、上司から勧められたのが専門看護師の資格取得だったのです。当時の私は育児の真っ最中だったのですが、幸運なことに当院ではその頃から教育支援体制が充実しており、研修扱いで大学院に通わせていただくことができました。ただし、私はもともと看護専門学校卒で、社会人卒で大学院へ進学した関係もあり、文献の検索方法や論文の書き方といった基本的な部分での苦労は絶えませんでした。ある意味、2年間かけて学び方を学びに行ったといえるかもしれませんが、あの頃の経験は今でも大いに役立っています。

資格取得後の業務内容

資格取得後は、病棟からの相談対応を中心とした組織横断的な業務に10年近く従事しました。介入時に心掛けていたのは、病棟スタッフ自身による問題解決を促すことで、せん妄に伴う危

険行動への対処法など、チームとしてできることを一緒に考えていきました。現在は看護部副部長の立場となり、主にスタッフ教育や医療チームの取りまとめを行っているため、病棟から直接依頼を受ける機会は減りました。しかし、この10年ほどの間にスタッフたちも随分成長したように感じています。それは相談内容にも表れており、当初は「困っています、何か良い方法はありませんか」といった漠然とした質問が中心だったのですが、次第に「検査値や食事状況、排泄状況も問題ないのですが、何か他に原因は考えられますか」といった具体的なものに変わってきました。また、“認知症高齢者の元気がない”ことを問題点として気付けるスタッフが増えたことも大きな進歩です。認知症高齢者が静かに寝ているのを見て、「手がかからなくて助かる」と捉えるか、「普段より活気がなくて心配だ」と捉えるかは、高齢者看護に取り組む上での重要なポイントではないかと考えています。

資格取得を通じて得たもの

高齢者を看護する上で、専門看護師をはじめとする特別な資格の有無は必ずしも重要ではないように感じます。もちろん、教育課程で身につけた専門知識が問題の解決に役立つ場合もあるでしょうし、資格を持っていることで周囲に対する発言の説得力も増すでしょう。しかし、最も重要なのは患者さんのためにどのようなチーム体制で、どのようなケアを実践すべきかを考えていくことではないでしょうか。また、私たちが臨床で直面する問題は絶えず変化しており、専門看護師の教育課程で修得した知識だけでは対応できない場合もあります。目の前の問題解決に向けて様々な資料を調べ、例え時間がかかったとしても、何とかそれを乗り越える。そうした継続的な学びの姿勢や学びの方法論こそ、私が老人看護専門看護師の資格取得を通じて得た最大の財産ではないかと感じています。

今後は、看護部副部長として後進の育成に力を入れつつ、最終的には誰もが当たり前が高齢者看護を実践できるような体制づくりを実現していきたいと考えています。

① くすりの話

林 宏行先生
日本大学薬学部
薬物治療学研究室 教授



高齢者薬物治療の注意点

加齢とともに身体機能は変化します。加齢による薬物治療への影響は、特に腎機能の低下がみられることに注意が必要です。

② 薬の体内動態

薬を服用すると、その薬は消化管で吸収されて血液中に入り、体内を巡って薬理作用を発揮します。その後、尿や便、汗などから排泄されますが、この過程を薬の体内動態(薬の運命)といいます。

例えば、グルメピリドは膵臓にインスリンを出せという指令を与える抗糖尿病薬の一つです。この薬を例にとると、服用したうちの約80%は消化管で吸収され、一部は肝臓の薬物代謝酵素で無毒化されますが、一部は薬理作用を保ったまま腎臓から排泄されます。**吸収される薬の量は高齢者でも健康成人でもあまり変わりません。**しかし、**高齢者では肝臓の代謝酵素や肝臓に流入する(薬物を含んだ)血液量が減っているため、グルメピリドは無毒化されず、薬の効果は健康成人よりも強く現れます。**さらに、**高齢者では腎臓の排泄能の低下を認めることが多く、グルメピリドの排泄も遅れます。**このため、**血糖降下作用はより強力になり、効果が持続する反面、低血糖を生じやすく、また低血糖に注意する時間も長くなる、**ということです。

薬がどのように代謝されて、どこから、どの程度排泄されるのかといった体内動態は薬毎に異なります。患者さんの代謝機能に応じて、一回の服用量や一日の服用回数を減らすといった対応が迫られます。

③ 水溶性の薬と脂溶性の薬

高齢者では身体構成成分のうち脂肪分の占める割合が増え、水分の占める割合は少なくなります。薬は水溶性のものと脂溶性のものに分けられますが、水溶性の薬を健康成人と同じ量投与すると、体内の水分が少ない分、高齢者では薬の濃度が高くなります。このため、薬は良く効く反面、副作用も生じやすくなります。一方、脂溶性の薬は体内の脂肪分に溶け込んで薬の効果が長持ちします。睡眠薬のジアゼパムは脂溶性の薬で、高齢者に使用すると、効果が長持ちして翌日まで睡眠効果が持ち越される、つまり、転倒などに注意を要することになります。

④ 多剤併用の回避を

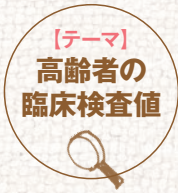
最近、高齢者に対しては糖尿病のコントロールを甘めに設定したり、血圧も下げ過ぎるのはどうか、といったことが議論されています。つまり、薬の服用で得られる効果より副作用の方が心配なケースも多いということです。高齢者は様々な疾患を抱えており、服用する薬も多くなりがちで、何故、この薬を飲んでいるのか分からないといったケースも少なくありません。若い頃からずっと同じ薬を服用している、多くの種類の薬を服用しているといった場合には、現在処方されている薬をきちんと飲めているか、本当にそれが必要なかを確認すべきだと考えます。

高齢者に注意が必要な主な薬を表1にまとめました。

薬の分類	副作用
抗精神病薬	認知機能の低下など
睡眠薬	認知機能の低下、せん妄、転倒など
抗うつ薬(特に三環系)	認知機能の低下、便秘、口渇など
抗血栓薬	消化管出血など
ジギタリス	食欲不振、不整脈など
利尿薬	脱水、立ちくらみなど
第一世代抗アレルギー剤	認知機能の低下、便秘、口渇など
H ₂ 拮抗剤	せん妄など
抗糖尿病薬	低血糖など
過活動膀胱治療薬	排尿障害、口渇、便秘など

↑表1





検査値を読む



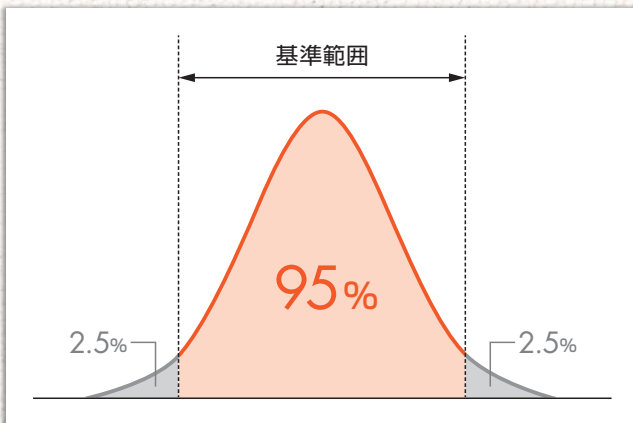
廣瀬由美先生
筑波メディカルセンター病院
総合診療科

臨床検査値(以下、検査値)は患者さんの治療方針などを検討する際の大切な客観情報です。ここでは、高齢者の検査値に見られる特徴や注意を要するポイントについて解説します。

① 検査値を読み取る“物差し”

検査値から患者さんの状態を読み取る際には、目安となる“物差し”が必要になります。この“物差し”として広く用いられているのが**基準範囲**です。

基準範囲とは、多数の健康人の集団から得た検査値を統計的に処理して得られる数値の範囲を指します。通常、健康人の集団では検査値の分布が山型を示しますが、そのうち特に高い値を示した人と低い値を示した人(山の左右両端)を除く、95%の人々が含まれる分布幅を基準範囲として設定しています(図1)。



↑図1 基準範囲の概念

【参考】基準範囲と臨床判断値

臨床判断値は特定の病態(動脈硬化性疾患、内臓脂肪症候群など)の診断や予防医学的な早期介入の目安として設定された値です。特定健診で用いられる予防医学的閾値も臨床判断値の一種で、基準範囲とは設定手順や用途が異なるため、病院の検査部で使用している基準範囲の下限値や上限値が、健診基準値と合致しない場合も少なくありません。両者の違いをよく理解して、混同しないように注意しましょう。

② 高齢者は検査値の個人差が大きい

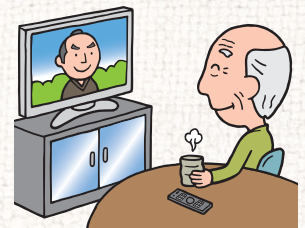
基準範囲は、健康人の集団的傾向と比較して患者さんの検査値が高めなのか、あるいは低めなのかを読み取る際の有用な目安となります。ただし、普段から体温が高めの人や低めの人がいるように、検査値にも個々人の傾向がある点には注意が必要です。もともと、基準範囲を求める過程で健康人の5%は基準から除外されるわけですから、検査値が基準範囲外であっても、それだけで直ちに病的な状態だと判断することはできません。逆に、数値的には基準範囲内であっても本人にとっては病的な意味を持つ可能性もあるため、測定結果が正常か否かや、特定の病態の有無などを識別する際には個別の診断が不可欠です。

以上のような**検査値の個人差**は青年期や壮年期にも見られますが、高齢者では特にそれが顕著になります。その背景にあるのは生活習慣の多様さで、例えば“健康な(病気にかかっていない)高齢者”と一口に言っても、食生活や活動量などは人によって大きく異なり、それが検査値の個人差にも繋がっています(図2)。



どちらも“健康な高齢者”

加齢に伴って
屋内で過ごすことが
多くなったものの、
現状、特記すべき
持病のない高齢者



↑図2 疾患のない高齢者でも、食生活や活動量などは人によって大きく異なる

③ 検査値の加齢変動

高齢者の検査値を読み解く際に、個人差と並んで重要なポイントとなるのが**加齢に伴う変動**です。

一般に、高齢者では若年時に比べて生理的予備能の減少、代謝速度や神経伝達速度の低下などを認め、それに伴って一部の検査項目にも低下や上昇が見られるようになります。こうした変動は、白髪が増えていくのと同様の自然な老化現象なので、疾患などを背景としたものとは分けて考える必要があります。

① 加齢とともに低下しやすい項目

検査項目のうち、加齢とともに低下しやすい項目の典型例がヘモグロビン値(Hb)です。世界保健機関(World Health Organization: WHO)による貧血の定義を見ると、ヘモグロビン値が成人男性で13g/dL以下、成人女性(妊婦を除く)で12g/dL以下の場合とされているのに対し、高齢者では男女とも11g/dL以下と低めに設定されています。同じHb11g/dLでも、長期間11g/dLで推移している場合と、13g/dLから低下してきた場合では意味合いが異なります。前者は加齢によるものと判断しやすいですが、後者の場合は精査の検討が必要となります。

② 加齢とともに上昇しやすい項目

加齢とともに上昇しやすい項目としては、血清クレアチニン値(Cre)や尿素窒素(BUN)などが挙げられます。血清クレアチニン値は、腎臓が血液中の老廃物を排泄する能力を示し、腎機能が低下すると値は上昇します。一般に、腎機能は加齢に伴って低下し、それに伴って薬物の用法・用量の調整などが必要になります。血清クレアチニン値が同じでも加齢とともに腎機能は低下するため、近年は血清クレアチニン値と年齢から簡便に算出できる推算糸球体ろ過量(eGFR)が利用されるようになっていきます(腎機能が低下するとeGFRも低下する)。また、蛋白尿や血尿、高血圧など腎機能に影響する他の因子のチェックも必要です。

③ 加齢による変動が少ない項目

年齢にあまり影響を受けない検査値もあります。特に電解質は恒常性維持のために体内で厳密にコントロールされており、通常はほとんど変動しません。ただし、高齢者の中には慢性疾患で複数の合併症を抱えている人も多く、薬剤の服用などによって、通常は年齢による変動が少ないとされている検査値にも影響が出やすくなります。

以上、検査項目の中で加齢とともに低下しやすいものと上昇しやすいもの、年齢による変動が少ないものについて表1にまとめました。

	項目名	(略号)	指標
加齢とともに低下しやすい項目(例)	血清アルブミン	(Alb)	栄養状態、肝機能、腎機能
	ヘモグロビン	(Hb)	貧血の有無
	赤血球数	(RBC)	貧血の有無
	総コレステロール	(TC)	脂質代謝
加齢とともに上昇しやすい項目(例)	血清クレアチニン	(Cre)	腎機能
	尿素窒素	(BUN)	腎機能
年齢による変動が少ない項目(例)	ナトリウム	(Na)	水代謝
	クロール	(Cl)	水代謝
	カルシウム	(Ca)	腎機能
	カリウム	(K)	腎機能
	リン	(P)	腎機能

↑表1 検査項目と加齢変動

④ 適切な検査・治療内容も年齢に応じて変化する

高齢者で検査値の異常を発見した場合でも、侵襲度や費用対効果などを勘案して、検査や治療の適応を検討する必要があります。

また、高齢者では、検査値が若年者と同じであっても、それに伴った**適切な対応が若年者とは異なる**場合があります。例えば、総コレステロール値はメタボリックシンドローム予防などの観点から、一般的に低い方が望ましいと考えられがちです。しかし、高齢者でコレステロール値が低い場合には、その背景に栄養状態の低下や甲状腺機能亢進症が隠れている可能性もあるため、注意が必要となります。

⑤ 最後に

検査値から高齢患者さんの状態を読み取る際には、その検査項目が加齢による影響を受けやすいものかどうかを吟味する必要があります。その上で、測定結果が正常な老化現象のレベルを超えた動きを示していたり、年齢にあまり影響を受けないはずの項目が変動していたりすれば、十分な注意が必要となります。

検査値の評価において最も重要なのは、**測定結果が患者さん個人にとって許容できる範囲内にあるかどうか**です。特に高齢者の検査値は個人差が大きいため、患者さんご自身の検査値同士で比較検討できるよう、体調が良好な時の値も含めた過去のデータを蓄積しておくことが大切だと考えます。



お仕事スケッチ⑦
東邦大学医療センター大森病院

教育専従としての役割を担いながら、 各部署からの依頼にも対応



橋本 裕先生

東邦大学医療センター大森病院
教育専従師長補佐
老人看護専門看護師

活動の概要

私は特定の部署には所属しておらず、教育専従としての役割を担いながら老人看護専門看護師として活動しています。教育専従の業務は三つに大別でき、一つ目が当院に在籍する約1000名の看護師に対する教育計画の立案や実施、評価です。そして二つ目が、看護学部の学生を対象とした実習の調整で、状況に応じて学生のカンファレンスに加わることもあります。三つ目は、院内の看護研究の運営および支援です。当院は大学病院としての性質上、各病棟で様々な研究活動を行っているので、大学院の博士・修士課程修了者を研究実施部署に1名ずつ支援者として配置してサポートに当たっています。

また、私は専門領域である老人看護のほかに、認知症およびせん妄をサブスペシャリティ領域としていることから、それらに関するレクチャーの依頼を受けることも多いです。看護協会主催の研修会や近隣の大学での講義など、看護師や看護学生を対象としたものが中心ですが、時には一般市民向けに講演する機会をいただくこともあります。

高齢患者さんの“ヘルスアセスメント”

上記のような活動のほかに、高齢患者さんのケアに関して病棟からコンサルテーションの依頼を受けることもあります。依頼内容として特に多いのは、認知症患者さんへの対応や意思決定支援、倫理面に関する相談です。例えば認知症を認める終末期の患者さんが「これ以上の治療を望まない」と訴えているケースなどはその一例です。認知機能に障害がある場合、患者さんの訴えが正常な判断に基づくものなのかどうか悩むことも多いかもしれません。一方で、近年の傾向として認知症患者さんに対する積極的な意思決定支援が求められるようになっています。こうした状況の中で重要となるのが、**訴えの背景にある患者さんの人生観に寄り添うこと**であり、“その人らしい生き方とは何か”を念頭に置いて支援するよう、病棟スタッフに助言しています。

また、認知症患者さんでは、身体の痛みを言葉でうまく伝え

られずに苦しんでいるケースをしばしば目にします。ケアの際に顔をしかめたり、手を払いのけるなど、非言語的な方法で痛みを表現していることも多く、フィジカルアセスメントを通じてそれらのシグナルを読み取ることが重要になってきます。その際、看護師には基本的なバイタルサインだけでなく、視覚や聴覚、運動機能、心肺機能などを含めた、**患者さんが生活を営む上で必要となる全身の機能を見る“ヘルスアセスメント”**のスキルが求められます。その実践には観察力が不可欠ですが、経験年数を重ねたからといって自然と身につくものではありません。逆に、臨床経験の浅い若手の方が、必死になって目の前の患者さんのことを理解しようとする分、感性は鋭いともいえます。大切なのは患者さんの気持ちに寄り添うことであり、目の前にいる患者さんのことを理解したいという思いが、ヘルスアセスメントを実践する第一歩になるのではないかと考えます。

院内体制の強化

患者さんがより充実したサポートを受けられるように院内体制を見直したり、強化していくことは専門看護師の役割の一つです。急性期病院では、とすると傷病のケアが中心になりますが、しかし、特に認知症高齢者の看護においては、**入院中の生活だけでなく、退院後の療養環境を含めて支援していく必要**があると考えます。それを実現するためには多職種による協働が不可欠で、私は老人看護専門看護師として「おたっしやケアチーム」の立ち上げに携わりました。同チームは認知機能の低下を認める患者さんのケアを専門的に行うもので、身体疾患の検査や治療が円滑に受けられるように支援することを目的に活動しています。その他にも各病棟への高齢者看護に特化したリンクナースの配置や高齢者看護外来など、ここ5年ほどの間に高齢患者さんに対する当院の看護体制はいっそう強化されてきました。

5年先、10年先を見据えて

診療報酬・介護報酬の改定など医療・看護は変化し続けていきます。そうした中で、将来的に自分が高齢者になった時、「こんなケアを受けたい」、「こんな看護師に看護されたい」と思えるよう人材育成を心掛けながら5年先、10年先を見据えた看護の体制づくりや人材育成を心がけています。