

2019年度

新潟県看護協会看護学会集録

テーマ

『最後まで生きることを諦めない
～今、看護職ができること～』

とき 2019年11月29日（金）

ところ 朱鷺メッセ

公益社団法人 新潟県看護協会

新潟県看護協会看護学会ごあいさつ

人々の人間としての尊厳を維持し、健康で幸福でありたいという普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することが、看護職の使命です。

2025年は目前に迫り、今や2040年を見据えた看護のあり方の検討までもが求められてきています。人々の生活が早いスピードで変化する社会にあっても、地域で暮らし、生活していくという根源は変わりないと思います。人々が住み慣れた地域で、尊厳を守られながら、心豊かに暮らし続けられるよう、医療と生活の両方の視点を持つ看護職が支えていく役割を發揮しなければなりません。

このような状況の中で、今回のテーマは「最後まで生きることを諦めない ～今、看護職ができる事～」といたしました。

看護フォーラムは、NPO法人 口から食べる 幸せを守る会理事長 小山珠美様をお招きし、「口から食べる幸せを守る ～生きることは食べる喜び～」と題して、お話しをいただきます。座長は、新潟県立看護大学 原等子准教授にお願いしました。

「口から食べて幸せに暮らせる優しい社会」になるようご尽力されている小山様から、食べるという生きる基本をいかに支えるかを学び、実践に結び付けていく機会としたいと考えます。

また、特別講演は、福井大学医学部地域プライマリケア講座の井階友貴教授による「地域包括ケアシステム推進の鍵はプライマリケア」と題して講演をいただきます。座長は、新潟大学大学院保健学研究科 小林恵子教授にお願いしました。

高齢化や人口減少が進む中、地域での支え合いの大切さが求められている現状において、住民、行政、医療の協働で地域医療をつくる取り組みへの示唆がいただけるものと期待しております。

ご多忙の中、講師及び座長をお引き受けいただきました先生方には、心から御礼申し上げます。

さらに、今回は交流集会の機会を設けました。高度化・多様化する看護ニーズに対応するため、専門性の高い看護職員の育成が求められている中で、新潟県の看護職員養成推進事業の一環として「専門性の高い看護職育成検討会」が設置されました。

検討の中で、専門看護師、認定看護師、特定行為研修を修了した認定看護師の活動状況や専門看護師教育の実態調査等を実施しました。その結果と「“専門性の高い看護職員育成”新潟モデル(案)」について報告します。新たな時代への原動力となる動きについて、理解を深めていただきたいと思います。

今年の発表演題は、口演16題、示説16題となりました。本学会が看護の本質を考えると共に、活発な意見交換や知識の修得の場となりますよう願っています。

最後に、本学会の開催にあたり、企画、運営に携わっていただきました学会委員の皆様、指導いただきました皆様、研究にご協力いただきました各施設の皆様に深く感謝申し上げます。

令和元年度11月29日 公益社団法人 新潟県看護協会会長 斎藤 有子

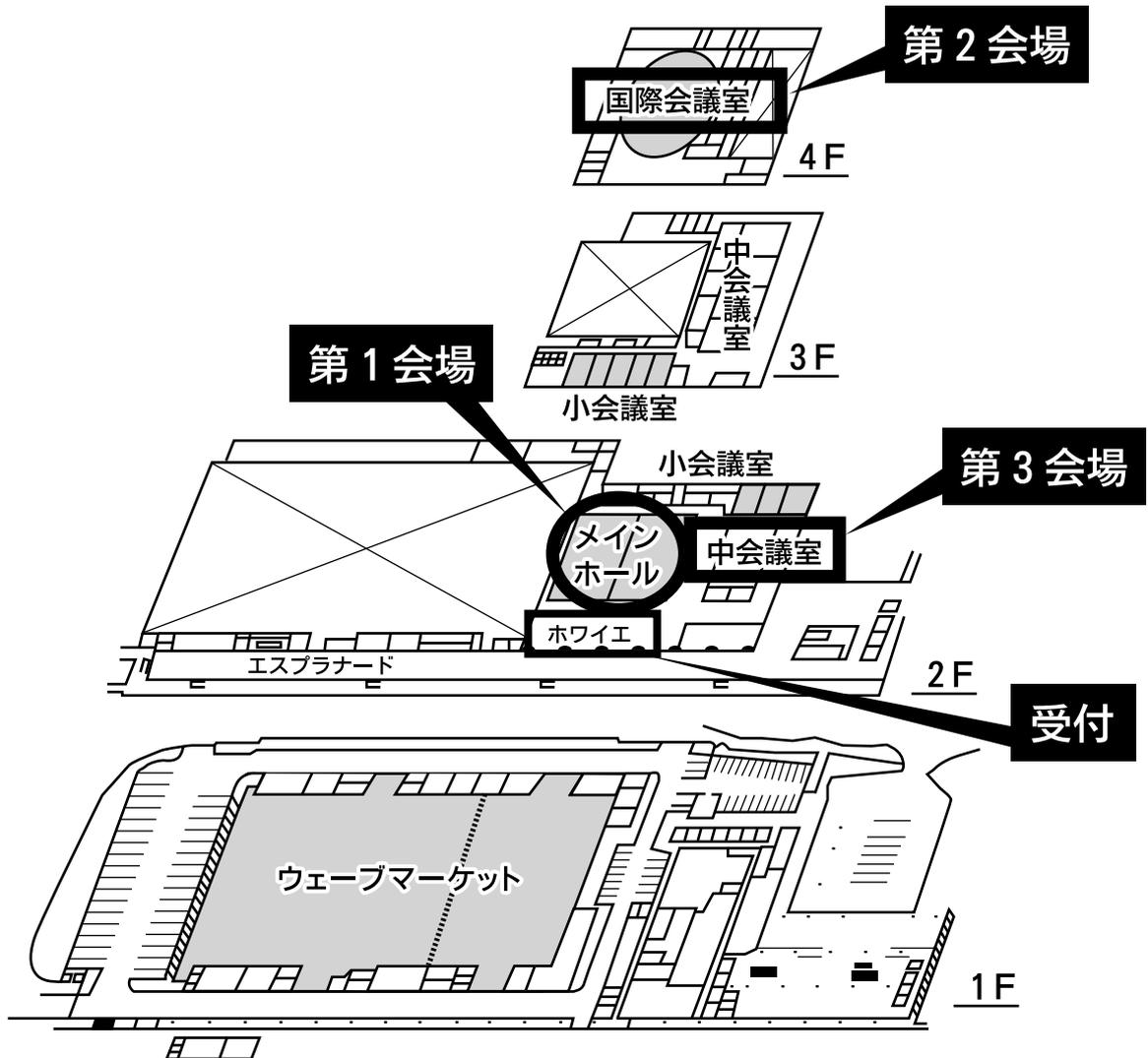
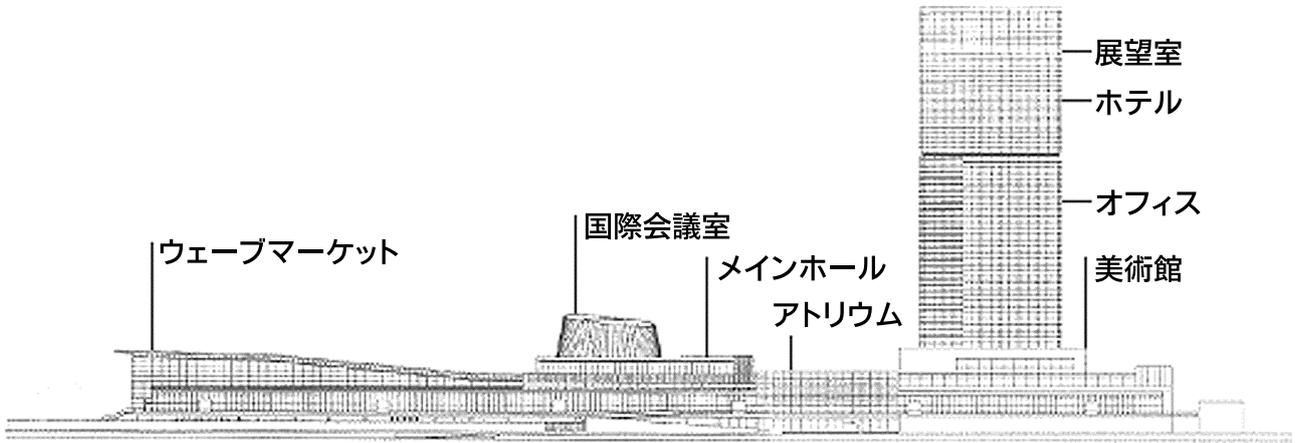
2019年度 新潟県看護協会 看護学会 日程表

2019年11月29日(金)

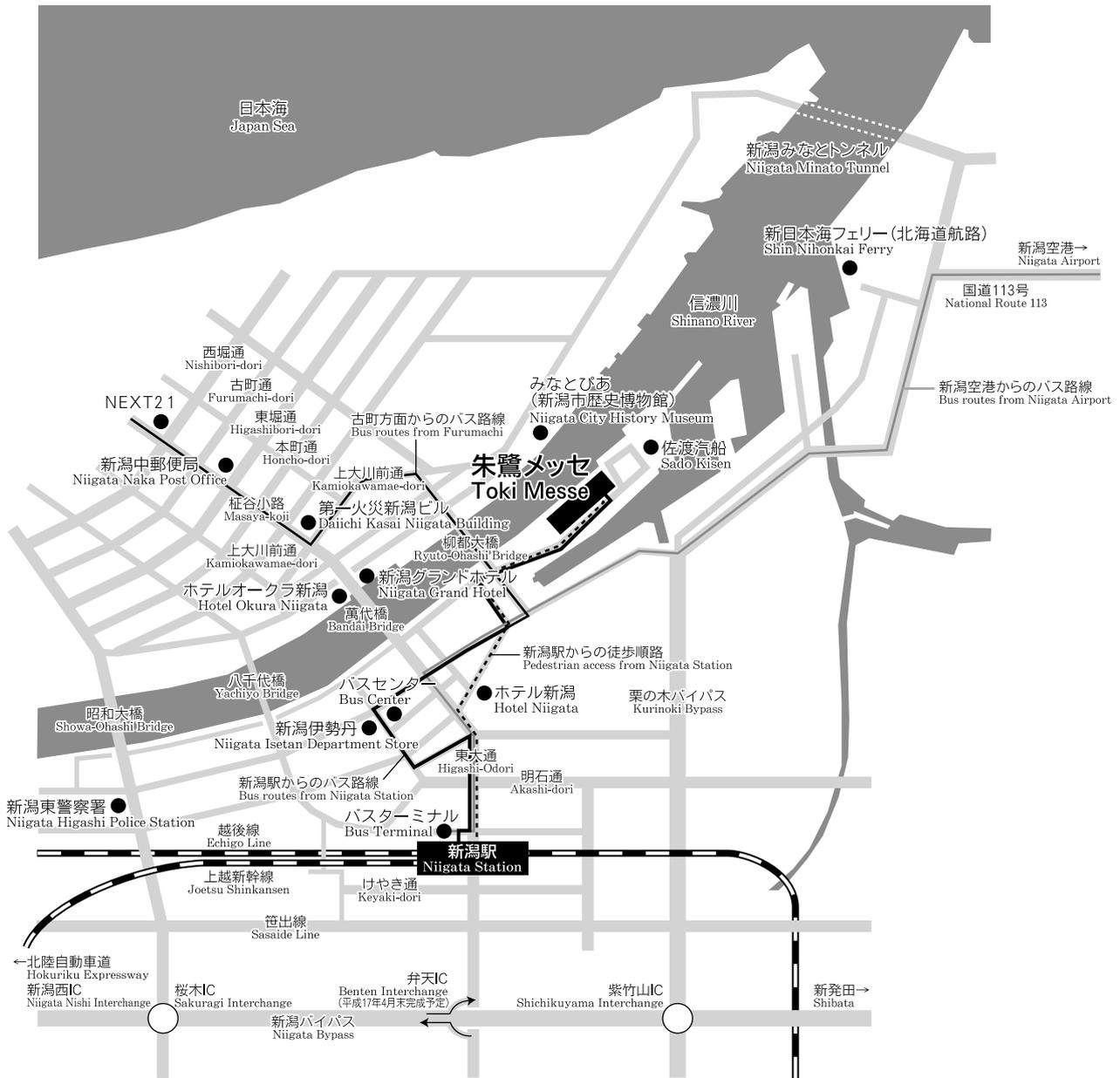
	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00			
第1会場 (講演・口演) メインホール	9:00～ 開場 9:30～ オリエン テーション 9:35～ 会長挨拶	9:50～ 11:20 <看護フォーラム> 口から食べる幸せを 守る ～生きることは食べる 喜び～ 小山 珠美 氏	11:25～ 12:25 <交流集会> 「“専門性の高い 看護職員育成”新潟モデル」 開発への 取り組み 専門性の高い 看護職員の育 成検討会	12:35～ 13:20 東洋羽毛 ランチョン セミナー 睡眠習慣を 整え、キラ キラ輝く私 に 伊藤和博氏	13:30～ 15:00 <特別講演> 地域包括ケアシステム 推進の鍵は プライマリケア 井階 友貴 氏	15:10～ 16:00 D群 4題 慢性期 看護	閉会式				
第2会場 (口演) 4階 国際会議室			11:25～ 12:15 A群 4題 精神看護 看護教育	12:35～ 13:20 アイホン 株式会社 ランチョン セミナー 楽しく すすめる 看護研究 中村悦子氏		14:10～ 15:00 B群 4題 看護管理	15:10～ 16:00 C群 4題 急性期 看護				
第3会場 (示説) 2階 中会議室 201	ポスター 貼付 9:00～ 9:50	ポスター掲示 (10:00～16:00)					13:30～ 14:05 E群 4題 急性期 看護	14:10～ 14:50 F群 5題 慢性期 看護	14:55～ 15:35 G群 5題 ヘルスプロ モーション 精神看護 看護管理	15:40 ～ 16:00 H群 2題 看護 教育	ポスター 撤去

* 1演題 口演 発表時間7分 質疑応答3分
 示説 発表時間5分 質疑応答2分

会場の案内



交通アクセス



- 朱鷺メッセへのアクセス**
- 新潟駅から
 - バス(佐渡汽船行)……………約10分
 - タクシー……………約5分
 - 徒歩……………約20分
 - 新潟空港から
 - バス(新潟駅まで)……………約25分
 - タクシー……………約20分

学会に参加される方へのご案内

1. 事前の参加申し込みをされた方へ

- 1) 当日は、〈一般受付〉または〈学生受付〉で受付をしてください。その際、半券を提出して下さい。
- 2) 事前に送付された参加証(ネームカードになります)に必要事項を記入し、会場内では首からさげてください。
※ なお、学会当日に参加証または集録集を忘れた方は、受付にお申し出ください。
集録集は実費(1,500円)をいただきます。

2. 座長(口演・示説)の方へ

- 1) 当日は、9時までに発表者打ち合わせ室(朱鷺メッセ2階 小会議室202)にお集まりください。発表者と打ち合わせを行います。受付は打ち合わせ場所で行います。
- 2) 担当される発表群開始10分前までに、口演の座長は会場前方右手の〈座長席〉、示説の座長はポスターパネル付近においでください。
- 3) 発表時間は、口演10分(発表7分、質疑応答3分)、示説7分(発表5分、質疑応答2分)です。

3. 口演形式で発表される方へ

- 1) 当日は、9時に座長・発表者打ち合わせ室(朱鷺メッセ2階 小会議室202)にお集まりください。座長と打ち合わせを行います。受付は打ち合わせ場所で行います。
- 2) 発表データはUSBフラッシュメモリまたはCD-Rに保存して、発表群開始1時間前までに〈メディア受付〉に、データをお持ちください。発表データを確認後、メモリ等は返却いたします。なお、その後の内容の変更はできません。
- 3) 発表者は、発表群開始10分前までには会場に入り、会場前方左手の〈発表者席〉で待機してください。
- 4) PC操作は、発表者ご自身で行ってください。
- 5) 会場での資料配布はできません。
- 6) お預かりした発表データは、発表後に学会委員会が責任をもって消去します。

4. 示説形式で発表される方へ

- 1) 当日は、9時に座長・発表者打ち合わせ室(朱鷺メッセ2階 小会議室202)にお集まりください。座長と打ち合わせを行います。受付は打ち合わせ場所で行います。
- 2) ポスターの掲示は、9時50分までに行ってください。
- 3) 発表者は、発表群開始10分前までに、ご自身のポスターの前で待機してください。
- 4) ポスターの撤去は、16時00分から16時15分までに行ってください。なお、撤去時間以降に未撤去のポスターは学会委員会で処分いたしますので、ご了承ください。

5. 会場利用にあたっての留意事項

- 1) 発表会場内では携帯電話の電源はお切りください。
- 2) 口演・示説とも、発表内容に関する写真および動画撮影を禁止します。
資料等の撮影を希望される場合には、発表者の許可を得てください。
- 3) 休憩時間を除き、発表会場は全て飲食禁止です。
- 4) 会場に関してご不明な点は、スタッフ用ネームプレートをつけた係員にお尋ねください。

6. 研究発表について

- 1) 口演発表：発表は1演題 10分（発表7分、質疑応答3分）です。
交見室はありませんので、発表会場で意見交換をお願いします。
- 2) 示説発表：10時00分から16時00分まで掲示しています。入場は自由です。
発表は1演題 7分（発表5分、質疑応答2分）です。

7. 昼食について

- 1) 昼食は休憩時間におとりください。第1会場（2階メインホール）ホワイエ・エスプラナードが利用できます。
- 2) 朱鷺メッセ内及び隣接する施設にレストラン等があります。

8. ランチョンセミナーについて

昼食時にランチョンセミナーを企画しました。（東洋羽毛様、アイホン株式会社様 各200食）
混雑を避けるため、当日9時より総合受付近くでチケットを配布します。
新潟県看護協会会員を優先とします。お一人1枚のみですので、会場をお間違えないようにお願いいたします。
なお、数に限りがございます。恐れ入りますが看護学生はご遠慮ください。

【チケット配布場所・時間】 朱鷺メッセ 2階 ホワイエ（総合受付付近）
9：00～ 無くなり次第終了

【セミナー会場】 東洋羽毛様：第1会場メインホール
アイホン株式会社様：第2会場国際会議室

9. その他

- ◆ クロークはありません。貴重品・コート・お荷物の管理は各自でお願いいたします。
落とし物や忘れ物は、受付でお預かりしています。
- ◆ 会場付近に有料駐車場があります。本協会ではスタンプ等の発券はいたしません。
- ◆ 会場内の呼び出しは、いたしません。
緊急の呼び出しにつきましては、連絡掲示板をスノーホール入口に設置しております。
- ◆ 発表会場はすべて禁煙です。ご協力をお願いします。
- ◆ 不測の事態が生じた場合の緊急連絡先は、080-9374-9967（当日のみ有効）です。

2019年度 新潟県看護協会看護学会プログラム

日 時 2019年11月29日(金) 9:00～16:00

会 場 朱鷺メッセ

テーマ 『最後まで生きることを諦めない』

～今、看護職ができること～

看護フォーラム 【9:50～11:20】 第1会場 2階 メインホール

テーマ 『口から食べる幸せを守る』

～生きることは食べる喜び～

講 師 NPO 法人口から食べる幸せを守る会理事長 小山 珠美

座 長 新潟県立看護大学准教授 原 等子

交流集会 【11:25～12:25】 第1会場 2階 メインホール

テーマ 『「専門性の高い看護職員育成」新潟モデル」開発への取り組み』

発表者 専門性の高い看護職員の育成検討会

特別講演 【13:30～15:00】 第1会場 2階 メインホール

テーマ 『地域包括ケアシステム推進の鍵はプライマリケア』

講 師 福井大学医学部地域プライマリケア講座教授 井階 友貴

座 長 新潟大学大学院保健学研究科教授 小林 恵子

演題発表プログラム

【口演】

A 群 (11:25~12:15) 第2会場(4階 国際会議室)

座長 関井 愛紀子 (医療法人恵松会 河度病院)

- A-1 精神科患者に対するフットケアの効果
足爪の症状改善とQOLに及ぼす影響
新潟県立精神医療センター 近藤 美和 … 1
- A-2 自閉症スペクトラム症患者に対する「構造化」を用いた術前オリエンテーションの検討
独立行政法人 労働者健康安全機構 新潟労災病院 大瀧 二三恵 … 4
- A-3 手指衛生に対する看護師の意識向上を目指した取り組みの効果
手指衛生の5つのタイミングに焦点を当てた勉強会を実施して
医療法人立川メディカルセンター 立川総合病院 五十嵐 浩子 … 7
- A-4 目標設定を可視化した新人教育の検証
器械出し業務指導に術式別器械出し評価表を用いて
新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院 岩澤 敦子 … 10

B 群 (14:10~15:00) 第2会場(4階 国際会議室)

座長 永高 朋子 (新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院)

- B-1 入院患者の家族へのかかわりにおける看護師の行動と認識
家族看護についてのアンケート調査から
社会医療法人桑名恵風会 桑名病院 佐藤 理恵 … 13
- B-2 看護師が怒りの感情をマネジメントした効果
働きやすい職場を目指して
新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院 清水 貴子 … 16
- B-3 A県内で働く交代勤務看護職の労働環境改善に向けた検討
医療法人恵松会 河度病院 関井 愛紀子 … 19
- B-4 行動分析に基づいた安全な配薬動作の検証
未投薬、重複与薬の減少を目指して
新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院 櫻井 かおり … 22

C 群 (15:10~16:00) 第2会場(4階 国際会議室)

座長 大岡 花巳 (長岡赤十字病院)

- C-1 ドレーン・チューブ抜去予防のための固定法の検討
医療法人恒仁会 新潟南病院 澁木 優花 … 25
- C-2 人工股関節全置換術後の早期飲水導入に伴うスタッフの意識変化
教育的介入と早期飲水実施を通して意識変化を調査する
医療法人愛仁会 亀田第一病院 石川 真実子 … 28
- C-3 禁食期間中のせん妄予防対策
咀嚼訓練を実施しての効果を検証
新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院 近 梢 … 31
- C-4 事故により上肢を切断した患者への看護介入についての考察
フィンクの危機モデルを用いて
一般財団法人 新潟手の外科研究所 新潟手の外科研究所病院 伊藤 佳菜子 … 34

D 群 (15:10~16:00) 第1会場(2階 メインホール)

座長 中川 友美 (新潟県厚生農業協同組合連合会 村上総合病院)

- D-1 「認知症自立度」使用における看護師の判定に関する現状とその背景
新潟県厚生農業協同組合連合会 豊栄病院 廣瀬 博美 … 37
- D-2 介護が必要になった患者の家族が希望する生活を送るための退院支援
ICFを用いて退院後の生活を分析した事例研究
新潟医療生活協同組合 木戸病院 阿部 美幸 … 40
- D-3 後期高齢者の内服自己管理継続に必要な支援のあり方
退院後の内服管理状況に焦点を当てて
新潟医療生活協同組合 木戸病院 仙田 由香里 … 43
- D-4 A 病院透析患者の転倒と握力の関係性を調査して
新潟県厚生農業協同組合連合会 柏崎総合医療センター 阿部 亜樹 … 46

【示説】

E 群 (13:30~14:05) 2 階中会議室

座長 石山 綾 (新潟県済生会新潟病院)

- E-1 病棟看護師が行う退院調整の内容の明確化
急性期整形外科病棟看護師へのインタビュー調査
医療法人愛仁会 亀田第一病院 貝瀬 洋平 … 49
- E-2 手術室における震災発生時に対するアクションカード導入の取り組み
中小規模病院におけるアクションカードの有用性
医療法人愛仁会 亀田第一病院 田中 慎次郎 … 52
- E-3 胃内視鏡的粘膜下層剥離術(胃 ESD)を受ける患者の不安と苦痛の実態
新潟医療生活協同組合 木戸病院 小関 沙織 … 55
- E-4 術中訪問に関する評価と検討
待機家族への術中訪問アンケートを実施して
新潟県厚生農業協同組合連合会 小千谷総合病院 百武 智子 … 58

F 群 (14:10~14:50) 2 階中会議室

座長 片桐 美奈子 (新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院)

- F-1 スキン-ケアに対する意識調査と学習会
スキン-ケアを知ろう
新潟県厚生農業協同組合連合会 瀬波病院 旭 和歌子 … 61
- F-2 がん患者の終末期における苦痛に対する看護介入について
膵臓癌多発肝転移による終末期の患者の事例を振り返って
新潟県厚生農業協同組合連合会 新潟医療センター 梶井 綾子 … 64
- F-3 心不全患者への退院支援に関する看護師の認識
社会医療法人桑名恵風会 桑名病院 佐藤 倫太郎 … 67
- F-4 慢性腎臓病保存期療養生活での患者の学び
血液透析導入後の患者の語りを通して
独立行政法人 労働者健康安全機構 新潟労災病院 松矢 春奈 … 70

- F-5 デスカンファレンス導入による看護師の意識変化
一般病棟で導入したデスカンファレンスが看護者に与える影響からの一考察

新潟県厚生農業協同組合連合会 あがの市民病院 川崎 亮人 … 73

G 群(14:55～15:35) 2階中会議室

座長 本間 富美子 (独立行政法人国立病院機構 西新潟中央病院)

- G-1 入院支援における術前口腔ケア指導の効果
リーフレットを作成して

新潟市民病院 有田 千晶 … 76

- G-2 A病院における産後1か月までの育児に関連する不安の調査

新潟県厚生農業協同組合連合会 村上総合病院 佐藤 佐智子 … 79

- G-3 慢性期精神疾患患者の足部実態調査

新潟県立精神医療センター 佐藤 紀子 … 82

- G-4 身体拘束に対する看護師の意識調査

佐渡市立両津病院 檜田 弘美 … 85

- G-5 血液疾患患者の転倒転落に関する予防指導前後の認識および行動変化の調査

医療法人恒仁会 新潟南病院 長谷川 千寿子 … 88

H 群 (15:40～16:00) 2階中会議室

座長 堀 百合子 (新潟県立新発田病院)

- H-1 糖尿病患者に対するフットケア実施に関する研究

患者用・看護用チェックシート導入による看護師の行動変化

新潟医療生活協同組合 木戸病院 相馬 小那未 … 91

- H-2 周手術期における適切な抗血小板薬・抗凝固薬の投与に関する看護師の知識や意識の変化
研修前後ペーパーシミュレーションを用いたテストの比較から

新潟県厚生農業協同組合連合会 あがの市民病院 岩崎 恵 … 94

ランチョンセミナー 【12:35～13:20】

第1会場 2階 メインホール

テーマ 『睡眠習慣を整えキラキラ輝く私に』

共催:東洋羽毛

定員:140名

ランチョンセミナー 【12:35～13:20】

第2会場 4階 国際会議室

テーマ 『楽しくすすめる看護研究』

共催:アイホン株式会社

定員:260名

看護フォーラム

『口から食べる幸せを守る』

～生きることは食べる喜び～

2019年11月29日（金）9:50～11:20

【第1会場 メインホール】

講師 小山 珠美

(NPO 法人口から食べる幸せを守る会理事長)

座長 原 等子 (新潟県立看護大学准教授)

口から食べる幸せを守るー生きることは食べる喜びー

NPO法人口から食べる幸せを守る会理事長 小山珠美

はじめに

「口から食べる」ということは、栄養を摂るだけでなく、人として幸せに生きていくための命の根幹をなす生活行動です。何よりも、病気からの回復を促進し、生きる意欲を高めます。何故なら、食べ物を目でとらえ、匂いをかぎ、手を使って口に運び、歯で噛み、味わって飲み込むという運動や感覚、満足や喜びは、多くの脳神経系が活性化し、人としての主体的行為を引き出す行為だからです。

しかしながら、超高齢化の加速により、複合した病気や障害を併発し、口から食べることへの困難が生じてきた人が多く存在するようになりました。その結果、人工栄養への医療依存者が多くなり、長寿を生きる最大の楽しみである食へのニーズが満たされないばかりか、辛い時間を過ごすことになっています。

口から食べないことの弊害ー廃用症候群は食べる力を失わせるー

加齢とともにADLを含めた認知、咀嚼、嚥下機能は低下します。足腰が弱くなったり、目が見えにくかったりするのと同じように、食べる・飲み込む力は衰え、誤嚥性肺炎や低栄養を来しやすくなります。静脈栄養や経管栄養だけに頼ってしまうと、認知や口や飲み込みの機能は衰えていきます。いくら人工栄養で栄養管理していても、人としての心身の機能は衰え、生命力が消耗されてしまいます。そのため、一旦食べることが困難になったとしても、早期に、適切な食べるケアやリハビリテーションを行い、継続していくことが重要です。

口から食べる幸せを支援する包括的スキル（KTバランスチャートの開発）

口から食べることを支援する援助は、栄養や嚥下機能などの一定の部分だけではなく、生活者としての包括的視点での評価とアプローチが必要です。そのためには、対象者の不良な面や困難点のみを抽出するのではなく、好きな能力や強みを引きだしながら、不足な部分を補うケアの充実を図ることが求められます。つまりは、食支援スキルを多職種で提供することで、食べる希望が繋がり、より幸福な高齢社会を生き抜くことができるという考えです。多職種協同で評価でき、心身の調和のバランスが勘案されている包括的食支援ツールとして、KTバランスチャート（Kuchikara Taberu Balance Chart：以下KTBCと称する）を開発しました。

口から食べ続けたいという願いを実現できる看護への期待

要介護者が経口摂取を継続していくためには、専門職の資質、食事介助を含めた支援スキル・チームワーク、地域連携などが不可欠です。特に、摂食嚥下障害の重症者に関しては、“一口でもいいから食べたい”“口から食べさせてあげたい”という切実なる思いを患者、家族は持っています。人間は生きている限り主体性を持ち備えています。看護師は、対象となる人々に対して、主体性のある生活をおくるための支援をする立場にあります。医療の専門家として、生活の安寧と豊かさを目指した「食べること」への実践的支援に力を注ぎたいものです。

小山 珠美 (こやま・ともみ)

<略歴>

- 1978年 神奈川県総合リハビリテーション事業団
2005年 認定教育課程「摂食・嚥下障害看護」主任教員.
2006年 東名厚木病院
2015年 JA 神奈川県厚生連伊勢原協同病院
※2013年 NPO法人口から食べる幸せを守る会設立理事長

<主な著書>

- ・『口から食べる幸せをサポートするための包括的スキル—KT バランスチャートの活用と支援—』第2版 医学書院 2017.
- ・『口から食べる幸せを守る』主婦の友社 2017.
- ・KTバランスチャートエッセンスノート』医学書院 2018.

《メ モ》

交流集会

「“専門性の高い看護職員育成”

新潟モデル」開発への取り組み

— 専門性の高い看護職員の育成検討会からの報告 —

2019年11月29日（金）11:25～12:25

【第1会場 メインホール】

専門性の高い看護職員の育成検討会

「専門性の高い看護職員育成」新潟モデル」開発への取り組み — 専門性の高い看護職員の育成検討会からの報告 —

令和元年 8 月 2 日（金）、新潟県の看護職員養成推進事業の一環として「専門性の高い看護職員の育成検討会」が新潟県立看護大学にて開催された。

新潟県は、人口構成に占める高齢化率が全国の高齢化率を上回っている。また、医師とともに看護職員も慢性的に不足しており、医療を支える人材の確保・育成は喫緊の課題となっている。このような状況への対応にむけては、医師、看護職員の確保のみならず、高い専門性を具備した専門看護師、認定看護師、特定行為研修を修了した看護師の育成が必要不可欠である。また、これら専門性の高い看護職の育成は、質の高い看護に直結する。

以上を背景として設置された「専門性の高い看護職員の育成検討会」は、「新潟県における高い専門性を具備した看護職員（専門看護師、認定看護師、特定行為研修を修了した看護師）の育成に向け関係機関と検討し、支援体制の整備及び関係機関の役割の明確化、連携促進を図ること」を目的とする。

本検討会は、令和 2 年 2 月まで全 3 回の検討会を開催し、専門性の高い看護職の確保・定着、資質向上に向けた基本的方針と具体的な戦略を打ち出し、「専門性の高い看護職育成」新潟モデル」の開発と提言を目指している。

この目的達成に向け、本検討会は次の 3 側面からの調査を実施した。その第 1 は、認定看護師に関するニーズ調査、及び長期講習会等に関する現状調査、第 2 は、専門看護師、認定看護師、特定行為研修を修了した看護師を対象とした活動内容、活動の評価、支援への要望等に関する調査、及び看護管理者を対象とした専門看護師、認定看護師に関するインタビュー調査である。第 3 は、県内 5 大学を対象とした専門看護師、認定看護師教育に関する調査である。これらの分析結果を反映し、「専門性の高い看護職員育成」新潟モデル」の開発を目指す。

本検討会は、職能団体である看護協会、訪問看護ステーション協議会、また看護管理者、そして看護職養成機関である大学や専門学校、さらに新潟県福祉保健部医師・看護師職員確保対策課に所属するメンバーにより構成されている。このメンバー構成は、関係機関が一丸となり、新潟県が直面する課題の克服を目指し、専門性の高い看護職の確保・定着、資質向上に向けた検討を進めていることを示し、新潟県初の取り組みである。

本交流集会においては、上記 3 側面の調査結果とともに、その結果を反映した「専門性の高い看護職員育成」新潟モデル（案）」について報告する。新潟県における専門性の高い看護職の確保・定着、資質向上に向け、本県看護職の皆様と活発な意見交換を行いたい。

専門性の高い看護職員の育成検討会名簿

【委員】

構成		所属	役職・氏名
県内看護系大学		新潟大学医学部保健学科	専攻主任 中村 勝
		新潟青陵大学	研究科長 池田 かよ子
		新潟医療福祉大学	看護学部長 塚本 康子
		長岡崇徳大学	教 授 袖山 悦子
		新潟県立看護大学	学 長 小泉 美佐子 研究科長 舟島 なをみ
県内病院看護管理者	下越	豊浦病院	看護部長 野田 和子
	新潟	新潟大学医歯学総合病院	看護部長 杉田 洋子
	県央	新潟県済生会三条病院	看護部長 金安 弘子
	中越	厚生連長岡中央総合病院	看護部長 土田 八重子
	魚沼	魚沼基幹病院	看護部長 今井 みゆき
	上越	上越地域医療センター病院	看護部長 藤本 智恵
	佐渡	佐渡市立両津病院	看護部長 三好 君江
訪問看護ステーション協議会			理 事 清水 民枝
新潟県看護教員の会		上越看護専門学校	代 表 鳥越 千穂
新潟県看護協会			会 長 斎藤 有子
オブザーバー		県福祉保健部医師・看護職員確保対策課	参 与 井部 俊子

【アシスティングメンバー】

構成	担当者 役職・氏名
新潟県立看護大学	准 教授 岡村 典子
新潟県看護協会	常務理事 星野 洋子
新潟県福祉保健部医師・看護職員確保対策課	課 長 澁谷 有子

【事務局】

新潟県立看護大学、新潟県看護協会、新潟県福祉保健部医師・看護職員確保対策課

《メ モ》

特別講演

『地域包括ケアシステム

推進の鍵はプライマリケア』

2019年11月29日（金）13:30～15:00

【第1会場 メインホール】

講師 井階 友貴

(福井大学医学部地域プライマリケア講座教授)

座長 小林 恵子

(新潟大学大学院保健学研究科教授)

「地域包括ケアシステム推進の鍵はプライマリケア」

福井大学医学部地域プライマリケア講座教授 井階友貴

高浜町は、福井県最西端に位置する人口1万人の小さな町である。ビーチの国際認証「BLUE FLAG」をアジアで初めて取得した、白砂青松の海浜がシンボルである。

高浜町では平成16年の新医師臨床研修制度等をきっかけに、医師不足にはじまり、病院機能の衰退や住民の医療への無関心など、様々な地域包括ケアシステムに関わる不備不足が叫ばれるようになった。高浜町は平成21年度より全国初の市町村単独医学部寄附講座「地域プライマリケア講座」を福井大学に設置し、講座では地域包括ケアシステム推進に重要な要素となる「プライマリケア」に着目する。

プライマリ（ヘルス）ケアとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床家によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスであり、ACCCA（近接性、包括性、継続性、協調性、責任性）に特徴付けられる。これらの視点を生かして、高浜町では患者、家族のみならず住民、行政、地域と向き合っている。

平成21年9月には、「住民の医療は住民が守る」に賛同する一部の町民15名が集まり、「たかはま地域医療サポーターの会」が結成された。会では「地域医療を守り育てる五か条」を提言され、住民の立場でできることを模索し実行された。その結果、かかりつけを持つなどの健康的な暮らしをする町民が増えるなど、“住民主体の医療づくり”の効果が明らかになっていた。

平成27年頃からは、“医療”という切り口から“地域主体の健康のまちづくり”の切り口へ視点を広げ、ソーシャル・キャピタル（地域の絆）の醸成と地域社会参加型研究（地域の主体性）、行動経済学を意識したまちなか市井会議「けっこう健康！高浜☆わいわいカフェ」（通称「健高カフェ」）、高浜町のデータをクイズ形式で出題し地域課題を探索・共有する「地域診断クイズ大会『100人に聞きたいな』」、広域多職種連携教育で学ぶ“健康のまちづくり”実践セミナー「健康のまちづくりアカデミー」、健康に詳しく健康をもとに地域をつなぐ町民を養成する「健康マイスター養成塾」、健康増進・介護予防だけじゃない、社会参加や交流、地元愛を育む高浜町公認町民体操「赤ふん坊や体操」プロジェクト、寿司ゆかりの地・高浜で、地域の協働を記録に残す「世界最大のちらし寿司プロジェクト」、全国の工芸品絵付けで育む、地元意識と全国地域協働の醸成「赤ふん坊やと巡る全国の工芸品展」、などの様々な取り組みを展開している。

地域包括ケアシステム推進にはマニュアルやガイドラインがありそうでない。保健師などの行政職に任せるのではなく、地域包括ケアの現場で働く看護師として、患者、家族、地域のためにできることはきっとある。（井階友貴 ikai@u-fukui.ac.jp）

井階 友貴 (いかい・ともき)

<略歴>

1980年兵庫県丹波篠山市生まれ。

2005年滋賀医科大学医学部卒、済生会滋賀県病院臨床研修医。

2007年、「県立柏原病院の小児科を守る会」の活動で有名な兵庫県立柏原（かいばら）病院に勤務、地域医療崩壊の現状を知る。

2008年より高浜町国民健康保険和田診療所医師、2009年からは高浜町の寄附講座である福井大学医学部地域プライマリケア講座助教 兼 同診療所長、2012年より同講師、2018年より同教授。2014年～15年ハーバード公衆衛生大学院社会行動科学学部客員研究員、2015年より高浜町健康のまちづくりプロデューサーを兼務。

住民、行政、医療者が三位一体となった理想の地域医療や、地域主体の健康のまちづくりを目指して、高浜町マスコットキャラクター「赤ふん坊や」と一緒に地域と楽しく向き合い続ける、自他共に認める「まちづくり系医師」。

「たかはま地域☆医療サポーターの会」オブザーバー、「けっこう健康！高浜☆わいわいカフェ」主宰者、「健康のまちづくり友好都市連盟」事務局を務める。

<著書>

- ・『一歩先行く地域医療～はじめよう 住民・行政・医療者の三位一体による地域医療革命～』（福井県大学連携リーグ双書）
- ・『もっと踏み込む 認知症ケア～患者だけじゃない！家族や地域の問題まで診る、現場で活かせるレシピ集』（羊土社）

《メ モ》

口 演

精神科患者に対するフットケアの効果

—足爪の症状改善と QOL に及ぼす影響—

keyword 精神科慢性期閉鎖病棟 フットケア QOL (生活の質)

○近藤 美和 倉澤 靖子 丸山 正美 庄司 純子 (新潟県立精神医療センター)
加藤 栄子 (立川総合病院)

I. はじめに

精神科慢性期閉鎖病棟の患者は社会的刺激の少ない環境で生活していることが多い。また、病状の進行や抗精神病薬の副作用もあり自発性の欠如や日常生活能力の低下をきたしやすい。特に高齢者は日常生活行動において自力での保清が困難な場合があり皮膚病変が生じやすい。中でも足病変は生じやすいが自ら訴えることが少なく、重症化すると歩行などその後の生活に大きな影響を与える。精神科慢性期閉鎖病棟である A 病棟では平均在院日数が 2300 日を越えている。患者は自分で足爪のケアを極力行ってもらっており、看護師も日常のケアとして観察を行っている。しかし、爪白癬などの爪病変があると自力でのケアは困難となることがあり、患者への指導も看護師の課題となっている。高杉¹⁾は「足病変やトラブルに適切に対応すれば、足病変の悪化や ADL 低下を防ぎさらには QOL の向上に結びつくのである」と述べている。先行研究でフットケアによる足のトラブル改善が報告²⁾³⁾されており、A 病棟でも導入したいと考えた。看護師がフットケアを実施することで、足の皮膚・爪 (以下、足爪) の症状に改善がみられるか、患者の QOL にどのような影響があるか本研究で検証したい。

II. 研究目的

精神科患者にフットケアを実施することで、足爪の症状改善と QOL に及ぼす影響を考察する。

III. 用語の定義

フットケアカルテ：看護師が、統一した足の状

態評価をするための指標 (メディカルフットケア JF 協会のフットケアカルテを基に独自に作成)

じくじく：表皮が基底層まで剥離欠損したもの。小水疱、水疱、膿疱などに続発するが、後に瘢痕を残さない。

IV. 研究方法

1. 対象者

A 病棟入院中の自力でフットケア出来ず足爪に症状がある患者 4 名

2. 調査期間

20XX 年 Y 月から 3 ヶ月間

3. 調査方法

1) フットケアカルテ (メディカルフットケア JF 協会のフットケアカルテを参考に独自に作成) を基に対象者のフットケアとフットチェックを行った。

(1) フットケアは週 3 回の入浴時に足浴 5 分行った後、弱酸性石鹼とブラシを使用し足指を中心に足関節から先を洗った。足洗いは、脱衣場に洗い方の用紙を掲示し、入浴を担当した看護師が実施した。

(表 1)

表 1 フットケア方法

- | |
|--|
| <p>1、月・水・金の入浴日に足浴を行う
{足浴内容}</p> <ul style="list-style-type: none"> ①バケツにビニール袋をかけ 38~40℃のお湯に 5 分つける ②石鹼を使用し踵から趾間にかけて良く洗う ③フットブラシを用いて爪周囲を洗う ④良く洗い流す ⑤乾いたタオルでふき取り良く乾かす <p>2、靴下をはく</p> <ul style="list-style-type: none"> ①吸湿性の良い綿の靴下をはく ②はき方指導を行う (靴下をはき、全趾間の圧を抜く)
*夜間は脱いで寝ても良い <p>3、靴を履く</p> <ul style="list-style-type: none"> ①足に合った靴を履く ②はき方指導を行う 靴の踵を入れる <p>4、爪切り</p> <ul style="list-style-type: none"> ①おおよそ月一回のカット ②スクエアカットとする |
|--|

(2) 足浴後にフットケアカルテを基に足爪の観察を行いフットケアカルテに記録した。爪切りは月1回行った。

(3) 足爪の観察を行うフットチェック時に適正な靴の選び方や履き方、靴下の素材の選び方や履き方、爪の切り方について対象者に指導を行った。フットチェック、爪切りは研究者が行った。

2) フットケア時の対象者の言動、行動をフットケアカルテに記録した。

4. 分析方法

1) フットケアカルテを使用して、週3回の入浴後に足爪の状態を観察し、症状の変化を3ヵ月間比較した。

2) フットケア開始後の対象者の発言、ならびに行動の変化をQOLの視点から検討した。

5. 倫理的配慮

対象者へ、研究目的、方法、任意性の保障、個人情報保護の保護、匿名性の確保、参加による利益と不利益、負担を生じないように配慮すること、研究成果を関連学会にて公表予定であることなどについて文書と口頭で説明を行い、書面による同意を得て実施した。本研究は、新潟県立精神医療センターの倫理委員会にて承認を得た。

V. 結果

1. 対象者の属性

統合失調症患者4名(男性1名、女性3名)の日常生活自立度はA1~B1。対象者の日常生活自立度は、厚生労働省の障害高齢者の日常生活自立度判定基準を用いた。平均年齢は66.4歳であり、入院期間は平均14年5ヵ月であった。(表2)

表2 対象者の属性

	A氏	B氏	C氏	D氏
性別	女性	男性	女性	女性
日常生活自立度	B1	A1	A1	A1
年齢	67.0歳	63.5歳	68.1歳	66.1歳
在院日数	6年4ヵ月	26年2ヶ月	24年8ヵ月	1年1ヶ月

2. フットケア開始後の足爪の症状の変化

対象者の3ヵ月間の足爪の症状の変化を表3に示

した。

表3 フットケアにおける足爪の症状の変化

		A氏				B氏				C氏				D氏							
		2ヵ月目		3ヵ月目		2ヵ月目		3ヵ月目		2ヵ月目		3ヵ月目		2ヵ月目		3ヵ月目					
		開始時	2週	4週	2週	4週	開始時	2週	4週	2週	4週	開始時	2週	4週	2週	4週	開始時	2週	4週	2週	4週
足爪の症状	皮膚肥厚					●	●	●	○	○	●	●	○	○	-	●	○	○	○	○	○
	鶏眼					●	●	●	●	●											
	角化					●	-				●	-								●	-
	発赤	●	●	●	○							●	-								
	じくじく	●	●	●	●																
	表皮剥離	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	-						●	-	
	爪の肥厚	●	●	●	●																
足趾変形	●	●	●	●																	

注) ●:症状あり ○:改善 -:消失

A氏は開始時、発赤・じくじく・表皮剥離・爪の肥厚・足趾変形が見られたが、発赤のみ3ヵ月目に改善した。じくじく・表皮剥離・爪の肥厚・足趾変形は洗浄のみでは改善できず、治療・処置がなされた。靴・靴下は指導後には適切に履けていた。B氏は開始時、皮膚肥厚・鶏眼・角化・表皮剥離が見られたが、角化は2ヵ月目に消失、皮膚肥厚・表皮剥離は3ヵ月目に改善した。靴の踵を潰して履いていることが多いため正しい履き方を繰り返し指導した。C氏は、開始時、皮膚肥厚・角化・表皮剥離が見られた。角化は2ヵ月目に消失したが、発赤が出現した。皮膚肥厚、発赤、表皮剥離は3ヵ月目に消失した。靴下を履いていなかったため履くよう指導したが、履くことはなかった。D氏は開始時、皮膚肥厚があり、2ヵ月目に角化・表皮剥離が見られたが、肥厚は2ヵ月目に改善、角化・表皮剥離は3ヵ月目に消失した。靴の踵を潰して履いている事が多く繰り返し指導した。また、靴下を履くことに拒否していたが、説明し日中は履いてもらった。

3. フットケア開始後のQOL等に関連した対象者の言動の変化

開始時から1ヵ月間は、対象者が清潔保持に関心を示さないため、看護師が促したが否定的な言葉が聞かれた。A氏は「もう洗った」、C氏・D氏は「また足を見るの?」、B氏「もう、いいよ」等であった。2ヵ月目は、フットケア時に肯定的な言葉が聞かれた。4名共に「気持ち良かった」A氏、C氏、D氏「ありがとう」「きれいになってうれしい」等であった。3ヶ月目は、A氏、D氏は「こういう靴下(綿)の方が良い

んだね」「(靴の) 踵、踏まない方が良いのか」等、靴や靴下に関心を持つ言葉が聞かれた。また、A 氏、C 氏、D 氏は自分でも入浴時に自発的に足を洗ったり、A 氏は爪を切る時にどういう切り方が良いのか聞いてきたり、自分でもフットケアを行おうという行動がみられた。

VI. 考察

精神科慢性期閉鎖病棟である A 病棟の生活環境は、病棟内を中心としている。入浴は週 3 回だが、患者自ら足爪の症状に気付いていても訴えることは少ない。そして、看護師は日常のケアとして足爪の観察を行っていても、対応やケアは経験により異なることがあった。そのため、経験差のない共通のチェックシートの必要性が求められた。今回、研究を進めるにあたってフットケアカルテを用いることで、症状変化の指標が共有できたといえる。

研究開始時のフットチェック時は、4 名とも、爪の肥厚・表皮剥離・鶏目・角化などなんらかの足爪の症状が生じていた。フットケアを実施したところ、角化・表皮剥離など一部足爪の症状が改善した。また、月 1 回の爪切りで伸びすぎた爪や肥厚した爪を整えることで、靴や靴下に爪が引っ掛かることによる剥離などの危険を防止できた。一方でじくじく、足趾変形などはフットケアをするだけでは改善しない項目があった。今回フットケアカルテを用い項目に沿って観察することで、足爪の症状を早期に発見でき、改善の有無の評価も容易になった。

精神科慢性期閉鎖病棟の患者は様々な要因により自発性の欠如や日常生活能力の低下をきたしやすい。A 病棟でも患者は看護師に長年ケアを受け、してもらうことに慣れている面があり、足爪の手入れが不十分もしくは自発的に行なわない現状がある。看護師も患者の自立性を尊重しているが、患者の足爪に対する関心は低かった。フットケア開始時には「もういいよ」など否定的な言葉が聞かれた。しかし、徐々に「気持ちよかった」「ありがとう」「きれいになってうれしい」など肯定的な言葉に変わった。そして、自主的に足先まで洗う姿や爪切り方法や、靴の選び方などを聞いてくるなど自分の足に関心をもつように変

化した。山下ら⁴⁾はフットケアが患者に爽快感を与え、QOL を向上させることに繋がったことを示唆していた。また、森下ら⁵⁾はフットケアにより、セルフケア行動の意識が変わり清潔を保てるようになったとの結果を得ており、本研究でも同様の結果となった。フットケアを通し足が実際にきれいになっていく爽快感や、達成感から足の清潔を保持したいというセルフケア欲求となり、QOL に及ぼす影響として自分でもフットケアを行おうという行動変容へ繋がったと考える。

VII. 結論

1. フットケアカルテを使用することで、評価の視点が統一でき、継続した観察が容易になった。
2. 看護師が継続的なフットケアを行うことで、精神科患者の足爪の症状の一部症状の改善に繋がった。
3. フットケアにより患者は清潔行動や、自分の足爪に関心を示し、清潔の QOL に影響がみられた。

引用文献

- 1) 高杉紘子：高齢者に必要なフットケア、順正短期大学研究紀要、(35)、95-123、2006.
- 2) 山下詩子、兼重宏子、中村美津子：フットケア介入が及ぼした効果について、本精神科看護学術集会誌、7(1)、92-293、014.
- 3) 泰野清香、本洋子：精神科慢性期患者へのフットケアの関わりの効果、43 回日本看護学会論文集 精神科看護、100-103、2013.
- 4) 前掲書 2)
- 5) 森下ゆみ、山口八重子、清水康男、他：長期入院患者のセルフケアに対する意識変容、日本精神科看護学術集会誌、496-497、2013.

自閉スペクトラム症患者に対する「構造化」を用いた 術前オリエンテーションの検討

keyword 自閉スペクトラム症 術前オリエンテーション 精神看護

○大瀧 二三恵 (独立行政法人労働者健康安全機構 新潟労災病院)

I. はじめに

A病院には、開業歯科医院での歯科治療が困難な自閉スペクトラム症患者が、薬理的行動調整を必要として紹介来院する。その方法として、全身麻酔や静脈麻酔があるが、身体的・精神的障害を残さず円滑に行うには、症例に応じて様々な対応が求められる。強制的な身体抑制は、患者や医療者が身体的外傷を負うだけでなく、患者が覚えた強い恐怖心は、精神的な外傷として遺存し、その後の通院さえ困難になる可能性があるため、抑制を行わない配慮が必要である¹⁾。過去には麻酔導入の一連の行動をリハーサルする術前オリエンテーションや自閉スペクトラム症の療育プログラム「TEACCH」の一構成要素の「構造化」を応用した方法で身体抑制をせずに導入できた報告がある^{1) 2)}。A病院でも、「構造化」を用いた術前オリエンテーションを行い、抑制を回避した麻酔導入を行う方法を計画した。本研究は、自閉スペクトラム症患者 1 名に対して、「構造化」を用いて術前オリエンテーションを行った結果を考察し、今後のA病院に適した術前オリエンテーションの有効性について検討する。

II. 方法

1. 研究デザイン

事例研究

2. 対象

A病院手術室で全身麻酔下歯科治療を行う自閉スペクトラム症患者 1 名とその保護者

3. 方法

1)対象者の発達状態や生活状況の評価

術前診察時、遠城寺式乳幼児・分析発達検査法(九州大学小児科改定版)で患者の発達年齢や発達指数を医師が評価する。看護師は初回受診時に、普段の生活支援状況を保護者に聴取する。

2)手術室オリエンテーション

(1)手術室リハーサル: 歯科口腔外科外来にて入院受付から治療椅子までの写真カードを提示しながら、病棟観察室から手術室へ誘導する。手術室へ誘導できた場合、可能であれば治療椅子へ着座を促し、更に麻酔導入用マスクを顔に当て深呼吸の練習を行う。マスクには好みのフルーツフレーバーやバニラエッセンスで、香り付けを行う。

(2)写真カード: 手術室での視覚的支援として写真カードを作成した。①A病院外観、②入院受付、③病棟観察室、

④手術室入口、⑤1 番手術室入口、⑥治療用椅子、⑦マスクを当てた顔、この順番で写真カードを作成し、オリエンテーションで活用する。そして、治療当日はリハーサル時と同手順で写真カードを提示しながら誘導および麻酔導入を行う。

(3)家庭での練習: 対象者へ写真カードと麻酔導入用のマスクを貸与し、家庭で入院から手術室入室および麻酔導入のトレーニングを行うことを指導する。

3)患者の観察: 術前オリエンテーション実施時と手術当日の行動観察を以下の点について行う。①術前オリエンテーションの患者の様子、②手術当日の患者の反応について、患者が抵抗なく行動できていたか、協力的だったか、などの経過を記述し、手術当日の患者の反応から術前オリエンテーションの有効性を考察する。

4. 研究期間

平成 30 年 2 月～4 月

III. 倫理的配慮

患者と保護者に本研究の目的・倫理的配慮などを口頭と文書で説明し、研究協力について承認を得、承諾が得られた場合には同意書に署名を得た。研究への参加は自由であり、拒否や途中辞退も可能であり、拒否や途中辞退をしても今後の治療や看護に不利益を被らないこと、データは匿名で取り扱い、研究発表会で報告の際は個人が特定されないことを説明した。資料・データは鍵のかかるロッカーに保管し、研究終了後データを消去、紙媒体はシュレッダーにかけることを厳守した。データ収集に先立って、研究者の所属施設の倫理委員会に研究計画書を提示し承認を受けた。

IV. 結果

1. 対象者の評価

A 氏、8 歳、自閉スペクトラム症・知的能力障害で多動傾向。幼児期より開業歯科医院で、レストレーナー抑制下で治療していたが、多動のため困難となり、紹介となる。発達年齢は 1 歳～3 歳程度であり、不適応反応として「泣く」「相手の手をつねる」「自分の手を相手の顎に押し付ける」の行動が見られた。学校では写真カード・絵カードを使用したコミュニケーションを行っており、母親より写真より絵が好きとの情報があった。

2. 手術室オリエンテーションの状況

母親と相談し、日程を決定した。看護師 1～2 名が担

当し、写真カードを使用し手術室オリエンテーションを実施した。

1)手術室リハーサル：オリエンテーション1日目は入院受付から母親に手を引かれ、リハーサルを1回行う。入室を拒む様子はなかった。手術室まで歩行し治療椅子へ誘導すると、自ら座った。マスクの着用は看護師が口に当ててから渡すと、自ら口に当てることができた。その状態で看護師が7カウントしたところで離すが、医師がマスクを当て看護師が指折りでカウントすると、10カウント×2回行うことができた。オリエンテーション2日目はリハーサルを2回行った。1回目は笑顔で入室できたが、2回目は他の手術が終了したことにより、人が多く廊下に出ていたことで、入室に躊躇があり笑顔もなかった。しかし誘導すると歩行して部屋まで行けた。生体モニターの装着練習については、母親より「装着したことがないからA氏がどのような反応をするか不安」との話があり、行わなかった。マスク装着は10カウント×2回できた。看護師がマスクを当てていたが、看護師の手をつねることもあった。オリエンテーション3日目では看護師と手をつないでリハーサルを行えるようになった。看護師2名で行ったが、その日担当した看護師が、A氏に血圧計のマンシエットを巻けたので、モニタリング電極も装着できると判断し装着したが、泣き出した。マスク装着は10カウント×2回から開始し、自分でマスクを持つこともできた。オリエンテーション4日目には30カウント×2回までできるようになった。

2)写真カード：オリエンテーション1日目、カードを渡すと自らカードをめくる。4枚看護師の顔を見ながらめくったが、その後カードをソファに置き、寝転がった。「もう1回？」とカードを見せたが、首を振り行わなかった。オリエンテーション1~2日目はカードに視線を向ける程度だったが、3日目からは看護師が行く場所を言うと、復唱する様子が見られた。自分でカードは持たず、母親か看護師が持ち「次は観察室だよ」と誘導しながら行った。

3)家庭での練習：初診時に母親より、フレーバーの中でバニラが好みと情報を得たので、バニラエッセンスを持ち帰って、香りが薄くなった時にも付け直せるようにした。マスクは毎日できなかつたが、10カウントから30カウント装着する練習を行うことができた。写真カードには興味はなく、あまり見なかつた、と母親より聴取する。

3. 手術当日の状況

オリエンテーションの様子を医師と話し合い、病棟で鎮静剤内服無しで歩行入室することになった。カードを見せると、看護師に続いて復唱することができた。病棟では「ジュ、ジュ」と飲み物を欲しがったが、散歩をすることで落ち着いて過ごすことができた。手術室へは父親と手をつなぎ問題なく入室し、治療椅子にも練習通り座ることができた。医師が、家庭で使用していたバニラ

の香り付きのマスクを顔に当て、30カウント×2回したところで顔を離し、椅子から離れ、両親のもとへ行く様子が見られた。両親も一緒に椅子の近くに寄り、一緒にカウントを行い入眠することができた。麻酔導入を終えて両親を出口へ案内していたところ、父親から「うまくいったよ良かった」と安堵の声が聞かれた。齲歯が進行していたため、一か月後に再度全身麻酔での治療が決定した。両親からは次回の治療までに、手術室オリエンテーションを2回行いたいと希望があった。

V. 考察

1. 手術室リハーサルの効果

森崎³⁾は自閉スペクトラム症患者や知的障害者について「患者が『自分の意志で』診察を受けることにつながるため、患者自身がカードを操作することがポイントである」と述べている。看護師や母親がカードを提示しながら手術室リハーサルを行っていたが、患者は視線を向ける程度で関心がない様子だった。終了したカードを患者が終わったとわかるように箱に入れるなど、自分のスケジュールだと認識できるようにすると、より効果的だったと考える。

佐々木⁴⁾は自閉スペクトラム症患者について「慣れた場所、知っている人に囲まれているときは感情が落ち着いている。はじめての環境や見知らぬ人に出くわすと、不安から感情を爆発させることがある」と述べている。2日目のオリエンテーションは、他の手術が終了してくる午後という時間帯だったため、手術室内には人が多く、入室を躊躇することがあった。見知らぬ人に出くわした不安の感情だったのではないかと考え、リハーサル時間は手術室内の人が少ない時間帯を選ぶ配慮が必要と考える。オリエンテーション3日目で見守りが2人関わったが、1人は患者にこの日初めて会った。オリエンテーション2日目までに、看護師と母親で血圧測定などの生体モニター類は麻酔導入後にするとしていた。しかし、もう一人の看護師と情報を共有できていなかったため、モニタリング電極を装着してしまった。結果、これまでと違う行為により、患者が泣き出してしまったと思われる。勤務の都合上、必ず同じ看護師がオリエンテーションに関わるとは限らないので、情報共有ができる方法を考える必要がある。

2. 写真カードの効果

緒方⁵⁾は「視覚情報を理解しきれない知的障害者の中には、何枚もの絵カードを示すことが不快な刺激となる場合がある。提示された絵カードが何を意味するかが理解できなければ、絵カードの数や情報が多いとかえって混乱してしまう。そのような場合は、カードの数を減らす、あるいは順番というよりも今から行うことだけの情報を提示する」「写真では伝えたい情報以外のものが背景などとして写っているとカードの中の何を見てよいかわからなくなる」と述べている。写真カードには伝えたい

情報以外に、背景として多くのものが写っていた。また、使用した写真カードは、絵カードのほうが好みという個別性に対応できていなかった。これらのことから作成した写真カードは、情報が多かったのではないかと考える。写真カードの見直しが必要と考える。

3. 家庭での練習の効果

初診時、マスクを渡し、自分で口に当てることから始め、10カウントの練習をした。後日30カウントができるようになったので、30カウントの練習を自宅で行ってもらった。A氏の反応を観察しながら、家庭でも練習を繰り返したことで脱感作できたと考える。

4. 手術当日の評価

家族の協力でオリエンテーションが4回行えたこと、そして1回のオリエンテーションで2回リハーサルを行える日があったことは、行動のパターン化ができてよかったと考える。

A病院では、医師の指示で障害を持つ患者に、入室時の安全のために、鎮静剤の内服し、ベッド入室となる場合がある。今回は鎮静剤の内服をせずに入室することになった。そのため、リール通り、歩行入室になった。内服した場合、ふらつきなどの安全面からベッド入室となる。ベッド入室での移動は看護師主体となり、患者は戸惑いながらも身を任せるしかない。手術リハーサルと同様に歩行入室できたことで、A氏は混乱なく入室できたと評価する。佐々木⁶⁾は「自閉症の子供は一般に、家庭や療養者に情緒的なフィードバックを与えてくれない。そのため、両親も専門家もしばしば、感情的な孤立状態に陥りがちとなる。そんな時、両親と専門家がパートナーとして働いていれば、子供から受けるものが乏しくても、互いに感情的に支援しあうことができる」と述べている。麻酔導入の興奮期の患者の様子を、保護者が見てどう感じるか不安があった。しかし麻酔導入を終え、手術室出口へ案内しているとき、保護者から「うまく行ってよかった」と安堵の言葉が聞かれた。手術終了後「次の手術までの間に練習に来たほうがいいですね」と両親から患者の歯科治療に対する前向きな言葉があった。保護者の数回にわたる手術室オリエンテーションや、家庭での練習を労い、麻酔導入を抑制なくできたという成功体験を得て、患者の療育に対する気持ちを向上できたのではないかと考える。

A病院で全身麻酔下での歯科治療を行った件数は、H.28年は13件で、抑制あり8件、抑制なし5件。鎮静剤を使用した件数は、13件中9件、鎮静剤を用いても抑制ありは9件中6件だった。H.29年は18件で、抑制ありは13件、抑制なしは5件、鎮静剤使用は18件中11件、鎮静剤を用いても抑制ありは11件中8件だった。A病院の全身麻酔下での歯科治療における抑制件数は多く、鎮静剤を使用していても抑制を行わなければならない現状がある。今まで、A病院の全身麻酔下での歯科治療の説明は、手術室看護師が関与することなく、歯科衛生士

や医療事務者による家族への説明のみだった。今回、手術室看護師が患者やその家族に関わり、手術室オリエンテーションを行うことで、抑制を回避できれば、患者とその家族への身体的・精神的負担が軽減できると考える。

VI. 結論

1. スケジュールの構造化や視覚的なアプローチを用いて手術室オリエンテーションを行うことは、自閉スペクトラム症患者の行動をパターン化でき、抑制のない麻酔導入に有効であった。
2. 医療従事者は情報を共有し、対象者が混乱し、不適応行動を起こすことを最小限にする必要がある。
3. 家族と医療従事者がパートナーシップを持ち、協力することで、個別性に配慮した環境を調整できる。

引用文献

- 1)新田幸絵、渋谷真希子、藤沢俊明他：「構造化」を応用し歯科治療時における全身麻酔導入での身体抑制を避けることができた自閉症患者の管理経験、日歯麻誌、37(5)、548-553、2009.
- 2)大舘里枝、坂口登子、片丸美恵：自閉症障害者への視覚的アプローチを用いた術前オリエンテーションの検討、第39回日本看護学会論文集 成人看護Ⅰ、238-240、2009.
- 3)緒方克也編著：絵カードを使った障害歯科診療、視覚支援の考え方と実践、医歯薬出版株式会社、59、2008.
- 4)佐々木正美：自閉症のすべてがわかる本、講談社、P16、2016.
- 5)前掲書3)、40-43
- 6)佐々木正美：自閉症児のためのTEACCHハンドブック、学研プラス、39-40、2016.

参考文献

- 日本自閉症スペクトラム学会編：自閉症スペクトラム児・者の理解と支援、教育出版、2016.
- 大西他：幼児期に体動抑制下での強制的な歯科治療を行った自閉スペクトラム症児のその後の歯科治療への適応性の評価、障歯誌、38、154-161、2017.

手指衛生に対する看護師の意識向上を目指した取り組みの効果

—手指衛生の5つのタイミングに焦点を当てた勉強会を実施して—

keyword 手指衛生 擦式手指消毒薬 5つのタイミング

○五十嵐 浩子 野瀬 愛璃 佐藤 花美 小池 明美 加藤 栄子 (立川総合病院)

I. はじめに

手指衛生は感染対策における基本的な手技である。世界保健機関 (World Health Organization: 以下、WHO) の「医療における手指衛生のガイドライン」では、①患者に触れる前②清潔・無菌操作の前③体液に曝露された可能性のある場合④患者に触れた後⑤患者周辺の物品に触れた後といった手指衛生の5つのタイミングが提唱されている。

A 病院 B 病棟には、免疫力の低下した高齢者や化学療法の副作用により易感染状態の患者が多く入院している。そのため、感染対策に努めることがより重要である。しかし、平成 29 年度に行った擦式アルコール手指消毒薬 (以下、擦式手指消毒薬) の使用量調査では、患者 1 人あたり 1 日の使用回数が 1.66 回と少なく、擦式手指消毒薬を使用していない看護師もいるという現状がある。そのため、手指衛生を行うタイミングを認識できているのか疑問を持った。

藤田は、「手指衛生の遵守率を高く維持するためには、手指衛生の実施に適した環境を整え、職員に正しい手指衛生手技と実施場面を教育し、実施状況を観察、評価する必要がある¹⁾と述べている。先行研究でも手指衛生の5つのタイミングに焦点を当てた看護師への学習会による介入後、擦式手指消毒薬使用量が増加した結果が得られている²⁾³⁾。そのため B 病棟でも手指衛生の意識を高めるために、手指衛生の5つのタイミングに焦点をあてた勉強会をすることで、手指衛生に対する看護師の意識向上と、擦式手指消毒薬使用回数が増加するのではないかと考えた。

II. 研究目的

手指衛生の5つのタイミングに焦点を当てた勉強会を行うことで、B 病棟の看護師が手指衛生に対する正しい知識を学び、勉強会後に手指衛生に対する意識向上と擦式手指消毒薬使用回数増加への効果を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究対象

B 病棟看護師 (看護師長は除く) 23 名

2. 研究期間

平成 30 年 4 月～9 月

3. 調査方法

1) 手指衛生に関するアンケート調査を行った (5 月)。

調査内容は対象者の経験年数、手指衛生の5つのタイミングに関する5項目、擦式手指消毒薬の使用に関する3項目、1つの看護場面を用いた擦式手指消毒薬使用のタイミングに関する1項目とし、選択式と自由記述で回答を得た。

2) 擦式手指消毒薬の使用量調査を行った (5 月)。

対象者全員の個人携帯している擦式手指消毒薬と B 病棟内に設置してある擦式手指消毒薬の 1 ヶ月あたりの使用量を集計した。使用中のものは残量をマーキングし、使用量を測定した。

3) 1) 2) の調査結果をもとに勉強会を行った (6 月)。

(1) 対象者に資料を用いて勉強会前の調査結果を報告し、手指衛生の5つのタイミングをもとに、正しい手指衛生を実施するための改善点をフィードバックした。

(2) 感染管理認定看護師の指導のもとに手指衛生の5つのタイミングに関する資料を作成し、対象者が 1 人 1 回参加できるように勉強会を実施した。また勉強会では、オムツ交換の場面を用いて擦式手指消毒薬の使用のタイミングを説明した。

4) 勉強会後に 1) 2) と同じ方法で調査を行った (7 月)。

4. データ分析方法

1) アンケートは勉強会前後の結果を単純集計し、記述式は類似した内容をまとめて、比較・検討した。

2) 擦式手指消毒薬使用量を計算式にあてはめ、患者 1 人あたり 1 日の使用回数を算定した。

患者 1 人あたり 1 日の擦式手指消毒薬使用回数 (回)

$$= \frac{1 \text{ ヶ月の擦式手指消毒薬使用量 (ml)}}{1 \text{ ヶ月の延べ患者数 (人)}}$$

$$\div \text{擦式手指消毒薬 1 回使用量 (1.1ml)}$$

IV. 倫理的配慮

A 病院看護部倫理委員会の承認を得て実施した。対象者に研究目的と方法、研究への参加は自由であり、不参加により不利益がないこと、データは個人が特定できないように処理すること、得られた結果は研究以外には使用しないこと、研究結果の公表について文章と口頭で説明し、同意を得た。

V. 結果

1. 手指衛生に関するアンケート結果

アンケートは 23 名から回収した (回収率 100%)。

1) 対象者の経験年数について、1～3年目が12名(52.2%)、4～9年目が7名(30.4%)、10年目以上が4名(17.4%)だった。

2) 手指衛生の5つのタイミングを「知っている」は、勉強会前は10名(43.4%)、勉強会後は22名(95.7%)に増加した。

次に、手指衛生のタイミングを知っていると回答した人に「知っている項目」「タイミングの意識」について問うた。知っている項目については、勉強会後に全項目が増加した。特に「患者周辺の物品に触れた後」は、勉強会前は50.0%、勉強会後は78.3%に増加した(図1)。

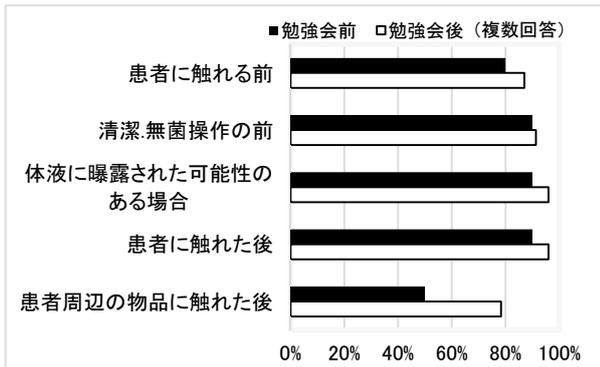


図1 手指衛生の5つのタイミングで知っている項目 (勉強会前n=10、勉強会後n=22)

タイミングの意識については、「いつもしている」「時々している」を合わせると勉強会前は80.0%、勉強会後は90.9%に増加した(図2)。

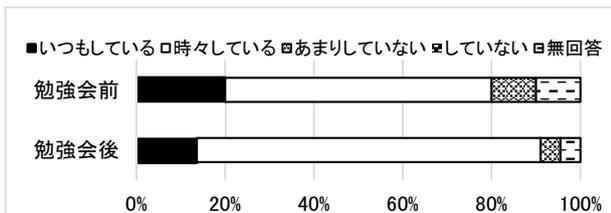


図2 手指衛生の5つのタイミングを意識しているか (勉強会前n=10、勉強会後n=22)

3) 擦式手指消毒薬を積極的に「使用している」は、勉強会前は10名(43.5%)、勉強会後は19名(82.6%)に増加した。「使用していない」の理由は勉強会前は「手が荒れやすくなる」5件、「手が荒れがひどい」5件だった。そのため、勉強会では手荒れの原因や対策についても説明した。しかし勉強会後も「手が荒れがある」が1件、「手が荒れやすい」が2件あった。

4) 擦式手指消毒薬の使用が感染対策で勧められている理由の記述回答では、勉強会前は、「他患者への感染を防ぐ」が12件と最も多く、次いで「その場ですぐ手指衛生ができる」が9件と多かった。

勉強会後は「感染拡大を防ぐ」が13件、「短時間で強い殺菌効果を得られる」「流水での手洗いよりも

殺菌効果がある」がそれぞれ7件と多かった。

5) 実際に、手指衛生を行っているタイミングと方法についてみる。

(1) 患者に触れる前：擦式手指消毒薬の使用は、勉強会前は9名(39.1%)、勉強会後は11名(47.8%)に増加した。「手指衛生を実施しない」は、勉強会前は10名(43.5%)、勉強会後は6名(26.1%)に減少した。

(2) 清潔・無菌操作の前：流水と石鹸による手洗いは、勉強会前は11名(47.8%)で、勉強会後は5名(21.7%)に減少し、擦式手指消毒薬の使用が6名(26.1%)に増加した。

(3) 体液に曝露された可能性のある場合：流水と石鹸による手洗いが勉強会前後ともに最も多く、手指衛生を実施しない人はいなかった。

(4) 患者に触れた後：擦式手指消毒薬の使用は勉強会前は8名(34.8%)で、勉強会後は13名(56.5%)に増加した。

(5) 患者周囲の物品に触れた後：擦式手指消毒薬の使用は、勉強会前は7名(30.4%)で、勉強会後は13名(56.5%)に増加した。「手指衛生を実施しない」は勉強会前後と殆ど変わらなかった(図3)。

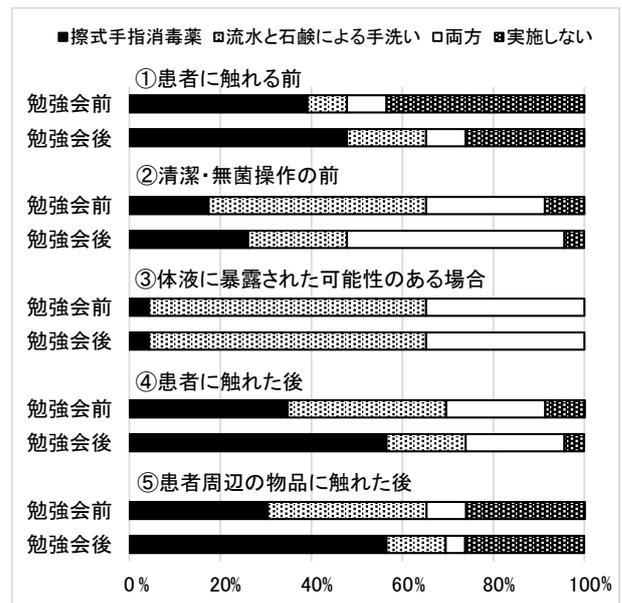


図3 手指衛生を行っているタイミングと方法 (n=23)

6) オムツ交換時に手指衛生を行っているタイミングについて、A病院の新人看護師研修で用いられているオムツ交換の手順に沿って、手指衛生を実施しているタイミングに着目して比較した。「汚染した手袋を外し、新しい手袋を付ける前」が勉強会前は3名(13.0%)で、勉強会後は7名(30.4%)に増加したが、図4で示す4つのタイミングの中では最も少なかった。勉強会前後に関わらず他の3つの場面では、60%以上が手指衛生を行っていた(図4)。

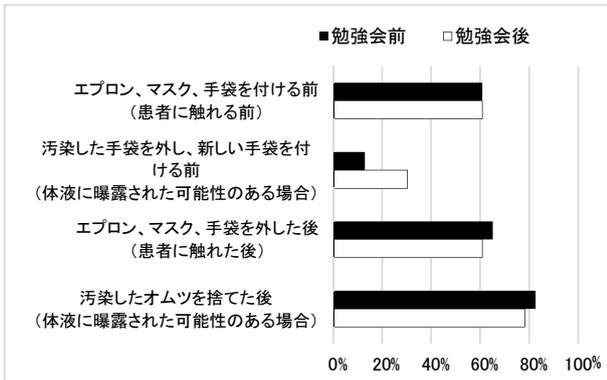


図 4 オムツ交換時に手指衛生を行っているタイミング (n=23)

2. 擦式手指消毒薬の使用量

勉強会前は、患者一人あたりの1日の使用回数が1.19回に対し、勉強会介入後は2.19回と増加した。

VI. 考察

勉強会前は、手指衛生の5つのタイミングを知っている看護師は約4割であったが、擦式手指消毒薬の使用が勧められている理由については適切な回答が多く得られた。そのため、使用回数が少ない要因は知識不足だけではないことが考えられる。また、勉強会後は手指衛生の5つのタイミングを知っている回答は9割以上に増え、擦式手指消毒薬を使用する看護師が8割に増えた。しかし、「患者に触れる前」「患者周辺の物品に触れた後」に手指衛生の実施率は低く、看護師を介して患者へ感染を拡大する危険性があるという、意識が低いことが考えられる。遠川らは、「学習会によって擦式手指消毒法の知識や技術を習得し遵守向上に寄与したが、これを維持していくためには現場の実施状況の確認とフィードバックなど継続したアプローチが重要である」⁴⁾と述べている。勉強会を行い実際に手指衛生の知識は深められたと考えるが、手指衛生遵守向上していくためには感染管理認定看護師や感染対策委員会と協力し、擦式手指消毒薬の使用量や観察法を用いた調査を行い、その結果をフィードバックして手指衛生の勉強会を行うなど、意識の変容を促すための介入を継続していく必要があると考える。

擦式手指消毒薬を積極的に使用できない原因として、手荒れに関する回答が最も多かった。峯は「医療従事者の荒れた手は、自身が保菌する病原微生物を医療行為を通じて患者へ伝播させる危険性があり、さらには手指消毒時に感じる刺激痛のためにますます手指衛生が行えず、手指衛生の遵守率が低下するなどの悪循環に陥る可能性が考えられる」⁵⁾と述べている。勉強会後は手荒れを懸念し使用しなかった看護師は減少した。そのため、手荒れ予防には繋がったと考えるが、実際に手荒れをおこしている看護師が何人いるのか調査していなかった。そのため、既に手荒れをおこしている看護師に対しては、効果

的な介入はできなかった。峯は「医療従事者の手荒れは、もはや職業病であり、個人の問題にとどまらず、施設全体で取り組むべき課題といえる」⁶⁾とも述べている。今後は、より手荒れ対策に焦点を当てた介入をすることが求められると考える。

オムツ交換の場面を用いた調査では、「汚染した手袋を外し、新しい手袋を付ける前」の場面で手指衛生を実施している看護師が少なかった。新人看護師研修で用いられているオムツ交換の手順では、手袋を付け替えることになっているが、日々のケアの中では時間短縮のため手袋を二重にして使用している場面を見かける。多忙な業務の中で患者の負担や業務の効率を考え、工夫してケアを行っているためだと考える。また、手指衛生の5つのタイミングを理解し擦式手指消毒薬を使用する看護師は増加したが、「患者周辺の物品に触れた後」に手指衛生が必要という認識が低いことが分かった。今後も実際のケアの中で、いつ、どのように手指衛生を行っているか実施状況を確認し、具体的な手順や方法を検討する必要がある。

VII. 結論

1. 勉強会を行い手指衛生に対する意識が高まり、擦式手指消毒薬の患者一人当たり1日の使用回数が増加した。
2. 手指衛生遵守率を高めるには、定期的な擦式手指消毒薬の使用量調査や勉強会を行う必要がある。また、手荒れ対策についても検討する必要がある。

引用文献

- 1) 藤田烈：擦式アルコール製剤の使い方・選び方、INFECTION CONTROL 2017年別冊、26、2017。
- 2) 松沢麻里、西川裕美、伊藤俊次、他：手指衛生の遵守向上にむけた取り組み-手指衛生5つのタイミングに焦点を当てた介入効果-、第44回日本看護学会論文集 看護総合、266-269、2014。
- 3) 小柳麻衣、志賀絵美、鶴巻美佳、他：A病棟における観察法を用いた手指衛生遵守率向上への取り組み、新潟県看護協会看護学会集録、117-119、2015。
- 4) 遠川奈保子、高島朋子、石井弘恵：看護師の擦式手指消毒法に関する遵守向上への取り組み-学習会前後の認識及び行動の比較-、第43回日本看護学会論文集 看護総合、83-86、2013。
- 5) 峯麻紀子：ハンドケア製品の使い方・選び方、INFECTION CONTROL 2017年別冊、50、2017。
- 6) 前掲書 5)、50。

目標設定を可視化した新人教育の検証

～器械出し業務指導に術式別器械出し評価表を用いて～

keyword 手術室器械出し 技術チェックリスト 新人 不安 術式別器械出し評価表

○岩澤 敦子 田井 真由美 田中 佑樹 (長岡中央総合病院)

I. はじめに

A手術室では新任看護師教育（以下新人教育）は、手術器械の基本となる外科器械出し業務から始めている。近年、腹腔鏡手術の増加に伴い術式や手術器械の種類も大幅に増え、以前よりも習得しなければならない技術や知識が多くなった。しかし同じ術式を繰り返し経験できるわけではなく、毎日様々な術式を担当しなければならない。現在の新人教育における技術チェックリスト（以下旧評価表）は、術式の経験の有無と一人で器械出し業務ができるかの確認となっており、技術習得レベルの確認にはなっていない。新人看護師（以下新人）からは、「（毎日違う術式を担当して）自分がどれだけできてどこが出来ないのか分からず手術を担当するのが不安です」「手術や医師によって使用する道具や、手順が違うので混乱します」という訴えが聞かれ、自己の中で技術習得レベルの確認ができていない現状があった。そこで、技術の向上及び、技術習得レベルの確認のために術式別器械出し評価表（以下新評価表）を作成・使用した結果を報告する。

II. 目的

「新評価表」で習得すべき技術レベルや知識レベルを新人自身が確認でき不安の軽減や達成感を得る事につながるのか検証する。

III. 用語の定義

新人：手術室配属後2年以内の看護師（手術室クリニカルラダーのラダーレベルの概要より）

IV. 方法

1. 研究期間

平成30年9月～12月

2. 対象者

新卒看護師1名と手術室経験2年目4名の計5名。

3. 研究方法

1) 新評価表の作成。(開腹幽門側胃切除と腹腔鏡下右半結腸切除術) 新評価表は術式別にし、器械の準備から手術終了までの展開を約40項目に分割し1項目ごとに到達目標を設定した。更に項目ごとに評価できる様、評価基準を設け、自己他己評価が可能となるようにした。項目は新人の不安を考慮し、手術展開に沿って使う器械、使用方法、注意するポイント、医師によっての違い等を具体的に組み込んだ。

2) 新人5名に器械出し業務に対する不安や悩みなどについて自由記述式アンケート調査実施。

3) 新人が新評価表を用いて自己の手技について振り返りをする(自己評価)。その時に担当した外回り看護師も器械出し看護師の手技が出来ていたか新評価表で評価する(他己評価)。手術終了後、2人で振り返りを行う。

4) 新人5名に新評価表を使用後に再度アンケート調査実施。

5) 新評価表使用前後の新人が感じていた不安、悩みの変化を分析。

4. 倫理的配慮

対象者へ結果は、研究以外に使用しない事、研究参加の有無により不利益を被ることはないこと、プライバシーの全てにおいて秘密厳守する事、研究終了後には破棄する事を口頭で説

明し同意を得た。

また、研究開始前にA病院倫理委員会の倫理審査を受け、承認を得ている。

V. 結果

アンケートは5名全員から回答を得た。器械出し業務に対する不安や悩みのアンケートでは全員が器械出し技術に不安で自信が持てないという回答であった。アンケート結果から

「手術展開に対する項目」「手術器械そのものに対する項目」「執刀医に対する項目」という3つのカテゴリーに分類できた。

新評価表使用後のアンケートでは技術取得レベルを確認する事ができていた。

表1 アンケート結果

カテゴリー	新評価表使用前	新評価表使用后
手術展開に対する項目	<ul style="list-style-type: none"> ・手術中に腹腔鏡から突然開腹へと術式変更になることがあり、素早い対応が不安。 ・緊急手術が入った時に急いで器械を並べないといけない時が不安。 ・腹腔鏡下の手術で胃と腸での器械が頭の中でごちゃごちゃになり、混乱した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・項目ごとに細かく確認や振り返ることができた。 ・外回り看護師に客観的に評価して頂き反省や課題、改善点を見つめることができた。 ・振り返りをすることで改善点を見つけられた。 ・評価表がないときは何がわからないのか漠然と不安になったが、自分の技術力が明確になった。 ・手術展開に沿って器械出しの展開があり理解しやすい。 ・不安な部分を振り返ることができ、今後につなげられそう。 ・振り返りをしたことでできていることが確認でき自信につながった。 ・細かく具体的にチェックできた。 ・技術習得しやすくなった。 ・手術につく前に使用してみたかった。
器械に対する項目	<ul style="list-style-type: none"> ・術式によって針糸や機械の使い方が違うため覚えられない。 ・間違った器械を出さないか不安。 ・必要な機会を間違わずに素早く渡せるか不安。 ・準備の段階で器械台や必要物品に悩む。 ・コードが絡まった時に素早くほどくことができない。 ・鉗子の置き方渡し方がうまくできず不安。 ・リガープや綿テープのカウントが大変。(術中に使用後に整理整頓がうまくいかないため。) ・器械出しの立ち位置(渡せる位置にいること)が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・使用する器械のポイントがわかりやすいので確認と振り返りで使用できる。 ・気を付ける点がわかり、取り組みやすい。 ・器械が細かく書かれておりわかりやすい。
執刀医に対する項目	<ul style="list-style-type: none"> ・執刀医別に使用する器械、やり方が違う。 ・器械の呼び方が正式名称ではない時に、何の事言っているのかわからず戸惑った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・執刀医によって違うところや迷いやすい所が書かれており参考になった。

VI. 考察

器械出し看護師は、術者と協力し安全に円滑な手術が展開されるよう努めることが必要である。今回、新評価表使用前のアンケートより、新人の不安な点が明らかになった。手術準備から手術展開、使用する器械、更には医師との連携と多岐にわたっていた。新人は器械出しに自信がなく、不安なまま介助についていたと考える。

新評価表使用后アンケート結果からは、「手術展開ごとに細かく確認や振り返ることができた」「評価表がないときは何がわからないのか漠然と不安になったが自分の技術力が明確になった」という意見が聞かれた。これは個別の術式に特化した評価表にしたことで、器械出し、技術レベルや知識レベルの振り返りができるようになり、不安だった技術やできている技術、できていない技術などが明確になったためと考える。そして、細かく自己評価をする事で次に同じ術式を担当する際に、前回できていなかった部分を振り返り繋げていく事ができるようにもなった。また、「外回り看護師に評価してもらう事で反省や課題を見つける事ができた」という意見から、客観的な他己評価から課題をみつける事ができた。先輩看護師と振り返りを行う際も、口頭での指導のみであったが、新評価表では、項目ごとの基準を基に振り返ることができ、目に見える形で統一した指導が行えるようにもなった。水野¹⁾は、「器械出し技術を明確に分かりやすく点数として表すことができる評価表は、他者から点数を付けられることで自己の器械出し技術のレベルを直視することになるが、評価表の点数が上がれば技術向上を目に見えるものとして実感することができるため、看護師の器械出し技術向上への意欲にもつながるものとして期待できる。」と述べている。新評価表を使用することは自己の技術レベルを知る為に有効であり、不安の軽減につながると考える。多様化、複雑化している器械出し業務を新人が不安なく、正確に習得し、

チームの一員として役割が発揮できる環境を構築していくために、ほかの術式に対しても同様の評価表を作成、導入していく事が今後の課題と考える。

VII. 結論

- 1 新人看護師が器械出し看護技術習得に抱える不安は、器械準備から手術終了まで多岐にわたる。
- 2 細分化した新評価表は新人看護師の技術習得の評価に有効であり、それが不安の軽減につながる。

引用文献

- 1) 水野美郷：人口股関節置換術における器械出し技術の向上、手術看護エキスパート、第10巻第1号、p122、2016.

参考文献

- 1) 及川慶浩：素敵な麻酔看護と器械出し看護 2005、2、19.
- 2) 日本手術看護学会：手術看護業務基準、2017、3、31.
- 3) 松沼早苗：手術看護認定看護師が考える器械出し看護師に必要な要素、手術看護エキスパート、第10巻第3号、p13、2016.
- 4) オペナーシング：第32巻第8号、2017
- 5) 日本手術看護学会：手術室看護師の「臨床実践能力の習熟度段階」2011年改訂版第1刷発行、2011、11、4.

入院患者の家族への関わりにおける看護師の行動と認識

—家族看護についてのアンケート調査から—

keyword 家族看護 行動 認識

○佐藤 理恵 佐野 亜由美 (桑名病院) 柄澤 清美 (新潟青陵大学)

I. はじめに

地域包括ケアシステムの構築途上の現代において、多職種連携とともに家族のサポートが必要であり、それを引き出す家族看護の重要性が増している。

A病院では、後遺症をもつ患者や認知症のある高齢者の入院が多く、家族との関わりが不可欠である。しかしながら、日々の看護実践の中で、家族のニーズを十分把握できず、不満を感じさせたり、退院支援がスムーズにいかない場面があった。

中山・岡本は、家族看護教育上の課題として、「スタッフの意識が家族に向かない」「家族看護への興味関心が少ない」「意図的な関わりができない」等の問題行動をあげている¹⁾。A病院の現状も、これに該当するように思うが、どのような場面でどのように不十分であるのかの全体像は把握できていない。また、その問題行動のもとになっている認識についても分かっていない。

そこで、入院患者の家族への関わりに対する行動と認識および、それらと看護師属性の関係を調査する事により、改善点を明らかにするとともに自らの強みを活かした家族看護への取り組みを模索できるのではないかと考えた。

II. 研究目的

A病院の家族看護の実態と看護師の家族看護に対する認識を明らかにする。

III. 研究方法

- 1) 研究デザイン：実態調査型研究デザイン
- 2) 研究対象：A病院で病棟勤務する2年目以上の看護師で、本研究に同意が得られた50名。
- 3) 研究方法
 - (1) データ収集：無記名自記式質問紙調査
 - (2) 調査内容：家族の対応場面を「入院時・面会時」「I C」「ケア方針・意思決定」「指導」の場面に分けた独自の質問紙を用い、各項目について看護師の行動傾向を4件法で調査した。また、属性として「経験年数」「近親者の入院経験の有無」「婚姻状況」を調査した。
 - (3) 分析方法：場面ごとの回答を家族看護における

4つのレベル^{注1)}「接遇としての家族対応」「家族を情報源や患者のケア資源とみなしての家族対応」「家族もケアすべき個人とみなしての家族対応」「家族もケアすべきシステムとみなしての家族対応」に分けて比較する事により認識傾向を捉えた。また、回答を「2～6年」「7～15年」「16年以上」の年代別で「いつもそうだ」を4点、「たいていそうだ」を3点、「たいていそうでない」を2点、「いつもそうでない」を1点として平均得点を算出し属性との関係をみた。

4) 倫理的配慮

A病院の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。調査は無記名とし、調査用紙に調査の目的、提出は自由意志であること、参加の有無により不利益を被ることがないことを文書で説明し、回答をもって同意とみなした。

5) 研究期間：平成30年7月～12月

IV. 結果

アンケートの配布数は93部で回収数は50部(回収率53.7%)であった。

1. 場面別家族看護の行動

場面別に家族看護の行動を調査したところ、「指導場面」では、質問項目1、2、3、4全てにおいて80%以上の看護師が肯定的回答(いつもそうだ・たいていそうだ)であった。「I Cの場面」では、項目7、8、9で、「入院時・面会時の場面」では、項目16、19、20、21で、「ケア方針・意思決定の場面」では、項目24、26、27、28、29で80%以上の看護師が肯定的回答であった(表1)。

2. 家族看護に対する認識

次に、同じ質問項目を、背景にある認識(家族対応をどのような意味・意図で行っているのか)によって「接遇」「ケア資源」「ケア対象」「ケアシステム」のグループを作り表に整理した(表2)。

その結果、最も肯定的回答が多かったのは「接遇」であり、次いで「ケア資源」「ケア対象」であった。最も肯定的回答が低かったのは、「ケアシステム」であった。

肯定的回答が多かった「接遇」の中でも、項目1、2は肯定的回答が70%以下であった。同様に、「ケア

資源」の中では、項目9、「ケア対象」の中では、項目19、20、21、「ケアシステム」では、項目26、27、28で肯定的回答が70%以下であった。

表1 場面別家族看護行動 (n=50)

場面別家族看護行動	いつも そうだ	たいてい そうだ	たいてい そうでない	いつも そうでない
指導場面における家族看護の行動				
1) 社会資源の導入も視野に	6(12%)	39(78%)	4(8%)	1(2%)
2) 押し付けの指導でなく気持ちを聞く	6(12%)	39(78%)	4(8%)	1(2%)
3) 指導で向上を認める	7(14%)	35(70%)	8(16%)	0
4) 指導後の理解度確認	21(42%)	26(52%)	3(6%)	0
I C場面における家族看護の行動				
5) 家族の介護力を見極める	2(4%)	27(54%)	17(34%)	4(8%)
6) 家族の思いを代弁	6(12%)	21(42%)	23(46%)	0
7) I C後の理解度の確認	13(26%)	31(62%)	5(10%)	1(2%)
8) I Cの反応を観察	22(44%)	21(42%)	7(14%)	0
9) 面談の設定	27(54%)	21(42%)	2(4%)	0
入院時・面会時における家族看護の行動				
10) 家族の健康を意識的に知る	1(2%)	22(44%)	23(46%)	4(8%)
11) クレーム後の声かけ	0	32(64%)	17(34%)	1(2%)
12) 患者像について家族と話す	3(6%)	18(36%)	26(52%)	3(6%)
13) 家族と世間話	2(4%)	26(52%)	19(38%)	3(6%)
14) 家族関係に関心	3(6%)	36(72%)	11(22%)	0
15) 家族の休息状況を配慮	6(12%)	32(64%)	10(20%)	3(4%)
16) 状態を伝える	7(14%)	3(7%)	9(18%)	4(8%)
17) ねぎらいの言葉	6(12%)	35(70%)	9(18%)	0
18) 入院前の生活状況を聞く	10(20%)	28(56%)	12(24%)	0
19) 家族に挨拶	16(32%)	29(58%)	5(10%)	0
20) 質問しやすいよう配慮	20(40%)	26(52%)	4(8%)	0
21) 自己紹介	20(40%)	28(56%)	2(4%)	0
ケア・意思決定場面における家族看護の行動				
22) 不安な家族の話聞く場を設定	1(2%)	19(38%)	24(48%)	6(12%)
23) 患者と家族の思いを調整	3(6%)	31(62%)	14(28%)	2(4%)
24) 批判されても内省	3(6%)	39(78%)	8(16%)	0
25) 理屈で批判せずに家族の決定を尊重	4(8%)	27(54%)	19(38%)	0
26) 家族の患者理解の程度を確認	4(8%)	38(76%)	7(14%)	1(2%)
27) 退院後の方針を確認	9(16%)	40(73%)	6(11%)	0
28) キーパーソン・サポーター家族の確保	11(22%)	31(62%)	8(16%)	0
29) 要求に確実な後日対応	12(24%)	30(60%)	8(16%)	0

表2 家族看護に対する認識 (n=50)

家族看護に対する認識	いつも そうだ	たいてい そうだ	たいてい そうでない	いつも そうでない
接遇としての家族対応				
1) クレーム後の声かけ	0	32(64%)	17(34%)	1(2%)
2) 家族と世間話	2(4%)	26(52%)	19(36%)	3(6%)
3) 批判されても内省	3(6%)	39(78%)	8(16%)	0
4) 要求に確実な後日対応	12(24%)	30(60%)	8(16%)	0
5) 面談の設定	27(54%)	21(42%)	2(4%)	0
6) 家族に挨拶	16(32%)	29(58%)	5(10%)	0
7) 質問しやすいよう配慮	20(40%)	26(52%)	4(8%)	0
8) 自己紹介	20(40%)	28(56%)	2(4%)	0
家族をケア資源とみなした家族対応				
9) 患者像について家族と話す	3(6%)	18(36%)	26(52%)	3(6%)
10) 指導後の理解度確認	21(42%)	26(52%)	3(6%)	0
11) 家族関係に関心	3(6%)	36(72%)	11(22%)	0
12) 家族の患者理解の程度を確認	4(8%)	38(76%)	7(14%)	1(2%)
13) 退院後の方針を確認	9(18%)	36(72%)	5(10%)	0
14) 状態を伝える	7(14%)	39(78%)	4(8%)	0
15) 入院前の生活状況を聞く	10(20%)	28(56%)	12(24%)	0
16) キーパーソン・サポーター家族の確認	11(22%)	31(62%)	8(16%)	0
17) I Cの反応を観察	13(26%)	31(62%)	5(10%)	1(2%)
家族をケア対象とみなした家族対応				
18) I C後の理解度の確認	22(44%)	21(42%)	7(14%)	0
19) 不安な家族の話聞く場を設定	1(2%)	19(38%)	24(48%)	6(12%)
20) 理屈で批判せずに家族の決定を尊重	4(8%)	27(54%)	19(36%)	0
21) 家族の思いを代弁	6(12%)	21(42%)	23(46%)	0
22) 押し付けの指導でなく気持ちを聞く	6(12%)	39(80%)	4(8%)	0
23) 指導で向上を認める	7(14%)	35(70%)	8(16%)	0
24) 家族の休息状況を配慮	6(12%)	32(64%)	10(20%)	2(4%)
25) ねぎらいの言葉	6(12%)	35(70%)	9(18%)	0
家族をケアシステムと捉えた家族対応				
26) 家族の健康を意識的に知る	1(2%)	22(44%)	23(46%)	4(8%)
27) 家族の介護力を見極める	2(4%)	27(54%)	17(34%)	4(8%)
28) 患者と家族の思いを調整	3(6%)	31(62%)	14(28%)	2(4%)
29) 社会資源の導入も視野に	6(12%)	39(78%)	4(8%)	1(2%)

3. 看護師の属性と家族看護実践の認識

経験年数別の家族看護実践の認識について「接遇」「ケア資源」「ケア対象」「ケアシステム」のグループごとに平均ポイントを算出した(表3)。経験年数による明らかな差は認められなかったが、傾向としては「7~15年」が、全てにおいて平均得点が高く、「2~6年」は「接遇」で、「16年~」は「ケアシステム」において「7~15年」と同じ平均得点であった。項目別で「2~6年」が高得点だったのは「入院前の状況を聞く」「家族の健康を意識的に知る」であり、「16年~」が高得点だったのは、「家族の介護力を見極める」「患者と家族の思いを調整する」であった。

表3 経験年数別 家族看護実践の平均得点

	2~6年 (n=18)	7~15年 (n=17)	16年~ (n=15)
接遇	3.1	3.1	3.0
ケア資源	3.0	3.1	2.8
ケア対象	2.8	2.9	2.8
ケアシステム	2.6	2.7	2.7

4. 看護師の属性と家族の捉え方

家族の捉え方は、全体の結果として、約50%の看護師が、「患者の背景」として捉えていると回答した。経験年数別回答では、「2~6年」でのみ「患者のみ」の回答があった。「7~15年」では「患者と家族同じレベル」、「16年~」では、「一つの単位」の回答が「患者の背景」に次いで多かった。

表4. 看護師の属性と家族の捉え方

	患者のみ	患者の 背景	患者と家 族同じレ ベル	一つの 単位
2~6年(n=18)	4(22.2%)	8(44.4%)	4(22.2%)	2(11.1%)
7~15年(n=17)	0	8(47.0%)	7(41.1%)	2(11.7%)
16年~(n=15)	0	8(53.3%)	2(13.3%)	5(33.3%)
合計	4(8%)	24(48%)	13(26%)	9(18%)

V. 考察

1. 行動からみた家族看護の実態

家族に対する看護について、「入院時・面会時」「ケア・意思決定」「I C」「指導」の4つの場面に分け、行動を調査したところ、肯定的回答が最も多かったのは指導場面であることが分かった。これは、家族指導が必要と判断されて業務として認識されることによって統一された行動になっているからであると考えられる。家族指導は統一された仕事内容であるため、このような結果になったと推察される。同様に、I C場面での「面談の設定」「I Cの反応を観察」「I C後の理解度の確認」、「ケア・意思決定場面」での「要

求に確実な後日対応」「退院後の方針を確認」、についても、指導場面と同様に看護を進めていく上で明確にしなければならない、いわゆる「業務」として捉えているため、肯定的回答が多かったのではないかと考える。

一方で、「クレーム後の声かけ」「患者像について話す」「家族の健康状況を意図的に知る」「不安な家族の話を書く場を設定する」「理屈では批判せずに家族の決定を尊重する」「家族の思いを代弁する」は、意図的に必要を見出した際に行動化される項目であるため、肯定的回答が低かったのではないかと推察される。

以上のことから、看護師が「業務」と捉えている事に関しては、実施できているが、家族への意図的な関わりがあまりできていないと考えられる。

2. 家族看護に対する認識

家族看護の行動について背景にある認識を、「接遇」「ケア資源」「ケア対象」「家族ケアシステム」に該当させながら傾向をみたところ、最も肯定的回答が高かったのは「接遇」であり、次いで「ケア資源」「ケア対象」であった。

接遇の質問項目には、三浦らが述べている「初歩的社会スキル」や「家族に対する基本姿勢」「情緒的支援」²⁾が含まれており、初歩的社会スキルや家族に対する基本姿勢については、看護師は実践できていると評価していることが分かった。家族との信頼関係を築いていく上で重要なスキルであり、経験年数に関わらず実践できていなければならないスキルであると考えられる。

一方で、家族ケアシステムの質問項目では「家族の健康状態を意識的に知る」「介護力を見極める」という項目で肯定的回答が少なかった。家族看護の捉え方について約50%の看護師が、「患者の背景」として捉えているという結果ともあわせ、家族の総合力が患者の健康を左右するという認識が持っていない現状が示唆された。

3. 場面と認識からみた家族看護の課題

A病院の家族看護は、業務として認知されていることと接遇的な対応についてはできていた一方、意図的なニーズの発見・対応はしきれていなかった。また、家族を患者の背景として捉えるにとどまっていた。

家族看護の歴史において、患者の背景としてのみだった時代、家族も看護対象とみなされた時代を経て、現在は、家族をシステムとして捉え、その集団をエンパワメントするような援助を含むとされている。患者が住み慣れた地域や自宅で日常生活を送っていくためには、本人と家族の自助力が必要となり、入院患者だけではなく、在宅介護を担う家族の健康や生活の質もサポートしていかなければならない。したがって、看護師は、家族全体を視野におき意図的に知ることと援助することに積極的になる必要があると

考える。

4. 経験年数と家族看護実践

経験年数2~6年の看護師は、家族に対する関心の向け方の第一歩である情報収集について、積極的に進んでいた。また、経験年数7~15年は、情報収集から一歩進んで、三浦らが述べている「代弁」や「情緒的支援」²⁾について意図的に行動しているように見え、熟練を要する技術を用いて家族対応していることが示唆された。

そして、経験年数16年以上の看護師は、人生経験もふまえて家族内のバランスをとろうとする介入がなされている。

以上のことから、経験年数によって実行できる援助に違いはあるが、だからこそチームで協力して情報共有を図り、プライマリーを超えて助け合い、家族看護実践を豊かにしていく必要がある。

VI. 結論

A病院における家族看護への行動と認識は、基本的接遇や指導については行えていたが、家族を統合的に捉えてエンパワメントするような意図的な関わりはあまりできていなかった。また、家族看護への認識と属性の関係では、経験年数によって家族看護の認識と家族のとらえ方に差があることが明らかになった。

注1) Doherty, WJ: Family intervention in health care, *Family Relation*, 34(1):129-137, 1985にある5つのレベルから専門看護師レベルとされていた病的な家族の機能不全への介入を除く4つのレベルを一般臨床看護師が関与すべき位相と考え分析枠組みとした。

引用文献

- 1) 中山美由紀、岡本双美子：継続看護教育において家族支援専門看護師が認識している家族看護教育の内容と課題、大阪府立大学看護学雑誌、23(1)、34、2017。
- 2) 三浦まゆみ、中村令子、久保よう子：入院患者の家族への日常的なかかわり行動に対する看護師の認識—東北地区・国立病院機構看護師の調査から—岩手県立大学看護学部紀要8(2)、2006。

参考文献

- 1) 鳥居央子、森秀子、杉下知子：看護職者の家族看護についての認識—本学会員対象の調査成績から—、家族看護学研究、9(3)113-122、2004。

看護師が怒りの感情をマネジメントした効果

- 働きやすい職場を目指して -

keyword アンガーマネジメント 怒り イライラ

○清水 貴子 阿部 真実 田中 泉 水澤 浩子 (長岡中央総合病院)

I. はじめに

看護師は、日々不安やストレスを抱える患者や家族に接している。また多くの職種や部署、関係機関と連携しているため、それぞれの立場を理解した柔軟なコミュニケーション能力が必要とされている。看護職は、感情労働といわれているように、あらゆる場面において円滑なコミュニケーションが求められ、陰性感情を抑制している。しかし、緊張した医療現場では感情が揺さぶられる場面も多く、行き違いなどから、時にいら立ち、怒りの感情の発生につながることもある。こうした怒りの感情がそのまま表出されてしまうと、本人が気づかないうちに周囲に影響を与え、人間関係やチームワーク、看護の質の低下にまで発展しかねない。田辺は「怒りやイライラを抱えながら働いていると、職場内の人間関係に影響し、医療の質や職場の働きやすさの低下、離職といった問題が生じかねない。」¹⁾とし、さらに看護師自身が心身ともに健康でいきいきと働くために、自分の感情を健やかに保つことに重要性を述べている。²⁾人間関係が良好で、円滑なコミュニケーションが保てる職場づくりのために、怒りの感情コントロール(アンガーマネジメント)は重要である。先行文献においてもアンガーマネジメントに関する効果が報告されている。

今回、A病棟において、人間関係が良好で円滑なコミュニケーションがとれる働きやすい職場づくりを目指して、看護師が怒りの感情をコントロールする「アンガーマネジメント」に取り組んだ。アンガーマネジメントにはいくつもの方法があるが、今回は取り組みやすいアンガーログと視覚的な働きかけを実施した。その効果について報告する。

II. 研究目的

働きやすい職場をつくるために、アンガーマネジメントは効果があるのかを検証する。

III. 研究方法

1. 研究期間：2018年10月28日～12月8日
2. 研究対象：A病棟で研究に同意を得た28名の看護師
3. 方法
 - 1) 日本アンガーマネジメント協会のアンガーマネジメント入門講座に参加した看護研究メンバー1名がアンガーマネジメントについての伝達講習を行う。
 - 2) アンガーマネジメント実施前のアンケートを記入してもらう。
 - 3) アンガーマネジメントを実施する。アンガーログは図1の通りである。視覚的な働きかけでは、スタッフステーションや休憩室に癒しとなるような画像やワードを掲示した。

アンガーログ～自分の怒りの傾向を知ろう～

その日の出来事で一番イラッとしたこと、怒りを感じたことを書いてください。(勤務中の出来事に限ります)

日付	月	日	曜日	勤務帯 深夜・日勤・夜勤 いずれかに○
場所				
できごと				怒りの対象 自分・他人・できごと(ルール) いずれかに○
思ったこと、意味づけ				
怒りレベル(怒りの強さ)				点/10点

毎週日曜日に配布、その週の土曜日に一人一枚、指定のケースに提出してください。

HCO 看護研究



図1. アンガーログ

記入日、勤務帯、怒ったできごと、怒りの対象(自分、他人、できごと)、思った事・意味づけ、怒りレベル(怒りの強さを10点満点で評価)が記入できる。1週間に2枚、無記名で記入する。

4. 倫理的配慮

本研究はA病棟のある看護部倫理委員会の承認を得た。調査対象者に研究の趣旨と研究方法の説明を

行い、同意を得た。研究対象者から希望があれば中止でき、協力の自由とプライバシーの保護、結果を本研究以外に使用しないことを明示した。

IV. 結果

1. アンガーログ実施後の結果

怒りレベルの平均点は 3.7 点であった。(表 1) 1~6 週で最高点は 9 点、最低点は 1 点であった。怒りの対象は、平均で「自分」が 14.3%、「他者」が 63.5%、「できごと」が 21.3%であった。「他者」では患者が 47.3%で一番多く、次に同僚の 29.5%であった。

表 1 アンガーログ実施結果 (6 週間実施)

実施週	1 週	2 週	3 週	4 週	5 週	6 週
平均点	3.8	3.7	3.4	3.0	4.4	4.0

表 2 怒りの対象である他者の内訳 (%)

患者	家族	同僚	患者 家族	コメデ イカル	その他
47.6	29.5	13.4	5.1	2.5	1.5

2. 実施前後のアンケート結果 (対象者 28 名、実施前アンケート回収率 92%、実施後アンケート回収率 96%)

仕事中にイライラする対象に関する変化では、「自分自身」が 96%から 89%、「他者」(患者、同僚など)が 92%から 78%となった。「できごと」(ルールやもの)では 65%から 67%であった。(表 3)

表 3 仕事中のイライラの対象に関する変化 (%)

	実施前	実施後
自分自身	96	89
他者 (患者、同僚など)	92	78
できごと (ルールやもの)	65	67

イライラする理由は、「自分自身」というカテゴリーでは要領が悪く思い通りに業務が進まないとき、自分のミスなどで他者に迷惑をかけてしまったとき等であった。「他者」では、離床センサーが同じ患者で頻回になるとき、電話などで相手の対応が悪いとき等があった。「できごと」では、物品の不足や PC の調子が悪い場合等があった。

アンガーログを記入する事での変化では、57%が

怒りの傾向を知ることが出来たと回答した。アンガーログの有効性では 89%が役立つと回答した。視覚的な働きかけでは、78%が効果があると回答した。アンガーログ使用後は、「自分の怒りを客観的に見て本当に怒りを感じるに値することなのか考え自分の怒りをコントロールしていた」、「なぜイライラしたのかどうすればよかったのか振り返る機会となった」などの感想があった。

怒りの自己コントロールの変化では、「できている」と感じている割合が、42%から 67%となった。「できていない」と感じている割合は 57%から 32%となった。(表 4)

表 4 怒りの自己コントロールの変化 (%)

	実施前	実施後
出来ている	42	67
できてない	57	32

実施後にできていないと回答した理由としては、「後から考えると分析できるが何か出来事があると結局イライラしてしまうから」、「根本が解決しないから」等があった。

怒りの感情を感じることで働きづらさを感じるかという問いでは、実施前が 69%、実施後は 75%であった。75%のうち、45%がアンガーマネジメント実施後に変化があったと回答し、「気持ちを整理できるようになった」、「冷静に考えられ怒りのレベルが減っていった」等が理由としてあがった。

V. 考察

アンガーログの怒りレベルの平均点は、その週の病棟の忙しさなどが反映されやすく、平均点が低ければよいというものではない。怒りを数値化し客観的に自分の思考を振り返ることが目的である。瀬崎らは「怒りのメモを書くという行為は、自分を客観視することになり、それを積み重ねることで、自分は怒りを感じた時、どのくらいのレベルでどのような理由が多いのか、という怒りのパターンを知ることが出来る。」³⁾と述べている。アンガーログの記入によって、実施後には約 67%が怒りを自己コントロールできるようになったと回答している。またアンケートでもアンガーログ使用後に自分自身の怒

りを振り返ることが出来たという感想が多く見られており、アンガーログは自分を客観視するのに効果的であった。アンガーログの「他者」の内訳では、患者が47.6%、同僚が29.5%とおおよそ8割を占めている。患者、同僚との日常的な関わりが多いことが怒りの対象になりやすい要因と考える。患者、同僚との関わりで怒りが生じることが多い中で、その場面で怒りをマネジメント出来れば、働きやすい職場づくりにつながると言える。アンケートの、仕事にイライラすることがあるかという問いでは、「他者」は実施後14%減少しており、アンガーマネジメントに取り組んだことで他者への怒りの感情の捉え方には変化があったと読み取れる。

怒りの感情によって働きづらいつと感じることがあるかの問いでは、実施前後でおおよそ7割が「はい」と回答している。実施後に働きづらさの割合が6%増えたのは、これまで怒りを意識的に思考しなかったが、アンガーマネジメントに取り組んだことで怒りという感情に意識を向けたことが要因と考える。変化を実感する人が45%にとどまったのは、実施期間が短かったことが要因と推察される。しかし、実施前後で怒りの感情によって働きづらさを感じる割合が7割を占めるため、働きやすい職場づくりのためにも個々のアンガーマネジメントは必要であると言える。継続した実施、アンガーマネジメントにおける対処法の掘り下げなどを今後検討していくことが望まれる。

相馬は「看護師は、医療スタッフの中で最も患者に近い場所に位置しており、医療・看護サービスが提供される場面で、コミュニケーション・ネットワークのハブの役割を担っている。そのために、看護師は円滑なコミュニケーションが図られるよう、感情労働を行うのである。」⁴⁾と述べている。奥山らは「職場環境とメンタルヘルスマネジメントがうまくいっている職場は、職場自体が『好調』になり、コミュニケーション力が高く、協調や助け合いの風土が築かれ、職場の仲間の不調や不正・不適切が早期に発見されるような状態にある。そのような職場では、業務効率アップするため、職員のやる気・モチベーションが増して、職場全体が活性化することにな

る。」⁵⁾と述べている。

看護師にとって他者とのコミュニケーションは必要不可欠なものではあるものの、それが職務上のストレスや働きづらさを感じることの要因の一つになりうる。今回の研究では、アンガーマネジメントは個々にとって実践的な効果があり、働きやすい職場づくりにつながる方法であることが分かった。しかし実施期間の短さによって働きやすい職場づくりの達成には至らなかった。怒りの感情がコントロールされた職場では、多くの人が怒りの対象としてあげた患者や同僚と良好な関係性が維持され、協調性が保たれる。そして人間関係も良好な働きやすい職場づくりにつながる。そのため個々の怒りのマネジメントを継続し、他者との関係性を良好にしていく努力は重要であり、アンガーマネジメントのような簡単に取り組める方法は有用である。

VI. 結論

1. アンガーマネジメントを行うことは、個々の怒りの傾向を知り、感情をマネジメントすることに有効である。
2. 働きやすい職場づくりへ向けて、アンガーマネジメントの取り組みは一助となる。

引用文献

- 1) 田辺有理子：怒りの感情を理解する、怒りの感情と上手につき合う アンガーマネジメント、69 (12)、70-71、2017.
- 2) 田辺有理子：ナースのためのアンガーマネジメントー怒りに支配されない自分をつくる7つの視点ー (第1版)、メヂカルフレンド社、24、2018.
- 3) 瀬崎めぐみ、堀みどり：第42回日本精神科看護学術集会、60 (1)、233、2017.
- 4) 相馬幸恵：看護師の感情労働 患者ー看護師のコミュニケーションにおいて、北海学園大学経営論集、10、65、2012.
- 5) 奥山恵一、溝畑雄二、江本正志：職場のコミュニケーション 改善の処方箋 (初版)、日本法令、51、2016.

A 県内で働く交代勤務看護職の労働環境改善に向けた検討

keyword 看護職 労働環境 実態調査 交代制勤務 WLB

○関井 愛紀子 佐々木 美奈子 中山 豊子 吉澤 浩子 川崎 愛子 塚田 勝代
伊藤 千恵美（公益社団法人新潟県看護協会労働環境改善推進委員会）

I. はじめに

2007年12月、政府はワーク・ライフ・バランス憲章「仕事と生活の調和」¹⁾に基づき、ワーク・ライフ・バランス（以下 WLB と略す）推進のため、国民運動「カエルジャパンキャンペーン」を開始した。この WLB の視点から看護職の労働環境を見ると、長時間労働、不十分な休暇・休養、処遇・待遇等、問題が山積していた。

そこで、日本看護協会は都道府県看護協会と協働し WLB の支援を開始、A 県看護協会も 2010 年から毎年 2~3 施設の支援や看護管理者・事務職を対象にしたワークショップ、講演会を開催し県内外の好事例の紹介を行ってきた。2012 年には A 県内で働く看護職の労働環境の実態調査を行い、3 交代勤務者 70.6%・2 交代勤務者 29.4%、勤務終了から次の勤務までのインターバル時間では 8 時間未満が 65.6% という実態²⁾ が明らかになった。

一方、2013 年「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」³⁾で、各勤務間には 12 時間以上のインターバルが必要との提言から 3 交代勤務とインターバルの問題が指摘された。そこで、WLB の浸透状況と勤務環境の実態を明らかにするため、A 県看護職の労働環境を調査から、交代制勤務の違いに焦点を当て、労働環境の改善のための課題を明らかにする。

II. 目的

本研究は 2018 年に A 県内で働く看護職の交代勤務における労働環境の実態を比較、労働改善に向けた課題を検討する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：質問紙調査による量的研究
2. データの収集期間：平成 30 年 9 月~10 月

3. 対象者：A 県内にある病院・施設に勤務する看護職員。看護職員の選定は、部署のリーダー（看護師長相当の方）に委譲、小規模の施設は統括責任者から調査協力依頼を全員に行っていただき、回答の承諾を得られた各年代の方に質問紙の配布を依頼した。

4. データの収集方法

(1) 調査票収集方法：自記式郵送調査

(2) 調査項目：①設置主体、規模、性別、年齢、職種、勤務年数、雇用形態、②労働実態、③労働環境に対する認識、④セクハラ・パワハラについて、⑤仕事に対する思い

(3) 調査方法：個人が特定できない様、回答は無記名とする。回答後のデータ回収袋は統括責任者に個人が特定できない場所を指定していただき回答者に投函を願う、あるいは、部署のリーダー（師長相当）に提出を願い、リーダーから指定の場所に投函する。

(4) 回収方法：回収袋に切手を貼り返送先住所を明記し、3 週間留置き、統括責任者の方に封を依頼、最寄りの郵便ポストへ投函する。

5. データの分析方法

データ分析には Excel 統計を用い統計処理し、3 交代と 2 交代による仕事量の差、超過勤務時間数、超過勤務の主な業務内容等について比較検討し、有意水準 5% 未満で有意差ありとした。

IV. 倫理的配慮

対象者に本研究の目的、調査内容、参加協力は自由意思であることを文書で説明し回答を得た。

結果は A 県医療環境改善支援センターおよび関連学会で公表することを説明、回答により同意が得られたとみなした。新潟県看護協会の倫理委員会の承認を得て実施した。（承認番号 2018-1）

V. 結果

A 県内看護職 650 名に調査用紙を配布、533 名から返送があり回収率は 83.3%であった。

1. 対象の勤務体制

表 1 は回答のあった 533 名の看護職の勤務形態を示したものである。2 交代勤務者は 146 名(38.8%)、3 交代勤務者は 230 名(43.2%)であった。3 交代勤務者を比較すると 2012 年の 70.6%から 27.4%減少していた。

勤務形態	人数	%
日勤のみ	106	19.9
日勤と当直	47	8.8
3交代	230	43.2
2交代	146	27.4
夜勤専従	2	0.4
無回答	2	0.4

2. 交代勤務者のインターバルと休暇取得

交代勤務者のインターバル（勤務終了から次の勤務まで）と休暇取得を表 2 に示した。

勤務から勤務までの時間	2交代 n=142	%	3交代 n=229	%	P
8H未満	1	0.7	150	65.6	0.00
8H以上12H未満	20	14.1	30	13.0	
12H以上	121	85.2	49	21.4	
有給休暇の取得	2交代 n=143	%	3交代 n=177	%	P
1~5	44	30.8	44	24.9	0.14
5~10	57	39.9	99	55.9	
15~20	26	18.2	23	12.9	
20以上	3	2.1	6	3.4	
なし	9	6.3	2	1.2	
無回答	4	2.7	3	1.7	

2 交代勤務者ではインターバルで 12 時間以上が最も多く 121 名(85.2%)、3 交代勤務者では 8 時間未満が最も多く 150 名(65.6%)、12 時間以上のインターバルが取れる看護職は僅か 49 名(21.4%)で交代勤務者のインターバル時間に差 (P=0.00) が見られていた。

一方、有給休暇取得については、いずれの勤務でも 5~10 日が最も多く、交代制勤務による差 (P=0.14) はなかった。

3. 交代勤務者の仕事量、超過勤務と内容

交代勤務者による仕事量、超過勤務とその内容(複数回答)を比較したものが表 3 である。

仕事量	2交代 n=146		3交代 n=230		P
	人数	%	人数	%	
大幅に増えた	23	15.8	40	17.4	0.21
若干増えた	64	43.8	97	42.2	
大幅に減った	2	1.4	1	0.4	
若干減った	9	6.2	14	7.4	
不変	48	32.8	77	33.5	
1か月の超過勤務	2交代	%	3交代	%	P
なし	30	20.5	25	10.9	0.09
5時間未満	65	44.6	89	38.7	
10時間未満	26	17.8	64	27.8	
20時間未満	19	13.0	38	16.5	
30時間未満	5	3.4	9	3.9	
40時間未満	1	0.7	2	0.9	
50時間未満	0		2	0.9	
60時間未満	0		1	0.4	
超過勤務時の内容	2交代	%	3交代	%	P
記録	101	69.2	179	77.8	0.04
看護計画	15	10.3	26	11.3	
患者の対応	76	52.1	126	54.8	
家族の対応	14	9.6	23	10.0	
終了近い緊急入院	26	17.8	66	28.7	
情報収集	14	9.6	27	11.7	
後輩指導	17	11.6	18	7.8	
研修会	22	15.1	20	8.7	
委員会業務	31	21.2	56	24.3	
看護研究	4	2.7	12	5.2	
その他	14	9.6	23	10.0	

勤務形態と仕事量 (P=0.21)、1 か月の超過勤務時間 (P=0.09) で差はなかったが、超過勤務の内容で違いがあった。2 交代・3 交代ともに超過勤務の内容の 1 位が記録、2 位が患者対応であった。両勤務で 3 位に差 (P<0.05) があり、2 交代が委員会業務 31 名(31.2%)、3 交代が終了近い緊急入院 66 名(28.7%)となっていた。

VI. 考察

1. 多様な勤務体制と選択できる体制

A 県内の看護職の労働環境実態調査から交代勤務者を比較した場合、3 交代が 2012 年の 70.6%から 2018 年には 43.2%と減少、2 交代が 29.4%から 38.8%へと増加していた。これは、A 県内でも日勤・深夜の逆循環となる 3 交代勤務から正循環である 2 交代勤務へと勤務体制を変更した病院等が増えた結果であろうと推測する。

しかし、3 交代勤務者でインターバルが 8 時間未満、日勤から深夜の逆循環で働く看護職が半数近く

いた。夜勤実態調査⁴⁾では、人間の生体リズムに反した夜勤労働、特に長時間夜勤が心身に与える有害性が科学的に明らかになっており、健康リスクとしては、短期的に慢性疲労や感情障害、中期的には循環器疾患や糖尿病、長期的には発がん性が指摘、さらに安全性の面で夜勤や長時間労働の作業は酒気帯び運転と同等以上のリスクがあると報告されている。看護師が心身共に安全に勤務するには、生体リズムを考慮した交代勤務とインターバルの検討が急務である。

今、病院・施設では、一律の勤務体制ではなく、個人が自分の勤務体制を選ぶ時代となっている。鳥取大学医学部附属病院は、WLB 支援センターを設置し、キャリア支援・子育て介護両立サポートを行い、看護部 HP⁵⁾には、「勤務は選択制です」と明記し、看護師が自分の勤務体制を WLB に沿って選ぶことができるシステムが示されている。

A 県内でも看護職が一斉に同じ交代勤務で働く病院から、多様な勤務体制を選べる病院へと移行する時期である。研究結果でも、3交代勤務ではインターバルが8時間以下であり逆循環となっている問題では、選択的な交代勤務が解決策の1つになるであろう。具体的には、多様な勤務体制を取り入れている施設の紹介などを積極的に行い、看護管理者だけでなく事務部門への働きかけが必要である。そのためには、県看護協会の労働環境推進委員会だけでなく、社会保険労務士、医療コンサルタント等と連携し、多様な勤務体制の導入で生ずる複雑な事務的問題や労働組合上の問題などへの介入を考えていくが必要がある。

2. 業務改善でインターバルと超過勤務に対応

入院期間の短縮から、24時間入院を受け入れる病院も多く超過勤務の原因の1つである。そこで、業務内容を見直し、受け持ち看護職にしかできない業務とそれ以外の看護職でも可能な業務に分類し、効率的な業務分担を考える必要がある。特に終了近い緊急入院には、遅出勤務者を導入し日勤者が対応しなくて済むような体制を取り入れる必要がある。遅出勤務者がいない病棟で終了近くに緊急入院がある場合、誰が何時間残るのか勤務終了が予測できず、残る

人には身体的負担と伴に心理的負担も生ずる。先のガイドラインでも連続する勤務は12時間以下が推奨され、実際に運用している病院も出ている状況から、A県内でも遅出勤務も含め多様な勤務体制の導入について検討する必要があると考える。

次に、2交代・3交代どちらの勤務でも超過勤務で多かった内容は記録と患者対応であり、特に記録は看護職の約70%以上が超過勤務の内容として回答し、今以上に記録の簡素化を考え対応する必要がある。そこで、各病院は入院件数が多くスタンダードな疾患を挙げ、オリジナルな標準看護計画を作成することで記録の簡素化が可能になると考える。さらに、時間管理のためにクリニカルパスを活用し、必要な処置やケアの見落とし等を防ぐことで超過時間の解決になると考える。

VII. 結論

A県内で働く3交代勤務者の80%近くが12時間以上のインターバルが取れていなかった。今後は、他県を参考にWLBに沿って勤務体制を選ぶことが課題である。また、2交代・3交代共に超過勤務の解決には業務内容を見直し、遅出勤務の導入、標準看護計画の作成、クリニカルパスの活用など、記録システムの工夫も課題となる。

引用・参考文献

- 1) 男女共同参画社会白書 平成25年度版 第3章 第1節 仕儀と生活の調査(ワーク・ライフ・バランス)をめぐる状況
- 2) 新潟県看護協会看護師職I病院領域「労働環境実態調査」結果報告 新潟県看護協 5.30.2013
- 3) 看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン 公益社団法人日本看護協会 5.20.2014
- 4) 報告集 2018年度 夜勤実態調査 日本医療労働組合連合会 医療労働 No.617 P13.2018
- 5) 鳥取大学医学部附属病院看護部 看護体制 <http://www2.hosp.med.tottori-u.ac.jp/departments/establishment/nursing/old/about.html>

行動分析に基づいた安全な配薬動作の検証

—未投薬、重複与薬の減少を目指して—

keyword 行動分析 未投薬 重複与薬 配薬動作

○櫻井 かおり 大崎 由理 齋藤 真奈美 (厚生連長岡中央総合病院)

I.はじめに

A病棟の循環器入院患者は、高齢化が進んでおり70歳以上の割合は93.1%。また認知機能低下患者の割合も高くなっている。

循環器疾患で入院している患者は、危険薬が多く血液検査のデータで内服薬の調整をしているため退院まで一包化にできないのが現状である。A病棟の内服与薬のインシデント数も年々増加傾向であり、中でも未投薬・重複与薬が多くを占めている。未投薬・重複与薬は循環器疾患患者への影響が非常に大きく、回避する必要がある。しかし、高齢に伴う合併症治療薬も多数あり、認知機能低下により内服の自己管理が難しく、看護師管理で配薬している人がほとんどである。未投薬、重複与薬の要因分析を行うと、配薬動作時の要所における確認忘れ、6R行動の欠如がほとんどであった。河野によると、「ヒューマンエラー対策には、危険の程度を減らす、わかりやすくする、身体的な負担を減らしたり、正しく理解させるという発生防止と、エラー発生に備えて被害を最小限にする拡大防止がある¹⁾」と述べている。

A病棟でのインシデントレポートの分析を行うと、ヒューマンエラーの発生防止の対策を立てているが、ヒューマンエラーの拡大防止については対策がとられていないため、未投薬、重複与薬のインシデントに繋がっているのではないかと考えた。エラーを最小限とするために拡大防止策を備えることが必要であり、A病棟でも行動分析に当てはめた未投薬、重複与薬の対策を取り入れ、拡大防止策を講じることで、インシデントが減少し、継続した安全な配薬動作ができることを検証したいと考えた。

II.研究目的

行動分析に当てはめたエラー防止策を講じるこ

と安全な配薬動作が継続でき、未投薬・重複与薬を防ぐことができるかどうかを検証する。

III.研究方法

1.期間：平成30年8月~12月

2.対象：A病棟看護師長を除く看護師29名

3.方法：実施方法

- 1) 平成27年度~平成29年度の内服インシデントレポート中の未投薬・重複与薬数の検出を行う。
- 2) インシデントレポートより未投薬、重複与薬を「医療現場のヒューマンエラー対策ブック」の、11段階の戦術的エラー対策の発想手順に当てはめる。
- 3) 11段階の戦術的エラー対策の発想手順に不足している対策を取り入れ実施する。
- 4) 平成30年8月~12月までのインシデント件数と要因分析を行う。

IV.倫理的配慮

対象看護師へ研究の主旨を伝え、研究の参加は自由意思により決定できること、不利益はないこと、分析に使用するインシデントレポートはプライバシーを厳守し、結果は研究以外に使用しないことを説明し同意を得た。

本研究はA病棟のある看護部倫理審査の承認を受け研究を行った。

V.結果

1.平成27年度からの内服薬における重複与薬・未投薬の状況

A病棟の内服インシデントの未投薬・重複与薬の割合はH28年度の内服インシデント24件中10件であり41%、H29年度の内服インシデント40件中23件で57%であった(表1)。

2.インシデントレポートから11段階の戦術的エラ

一対策に当てはめた分析結果（表 2）

1～10 までの発生防止策に関しては、なくす、できないようにする、わかりやすくする、やりやすくするなどのところで対応策をかなり立てていた。11 の拡大防止策では、対策がたてられていなかった。

3. 拡大防止策として、看護師が認識できるように内服済カードを作成し、活用を促した。更に内服されている事を確認したうえで、配薬ケースを眼前に裏返す行動を加えた。
4. 3. の方法を実施後、内服インシデント 15 件中、未投薬・重複与薬は 5 件で 33%であった（表 1）。

VI. 考察

A 病棟の未投薬・重複与薬のインシデント分析を行うと、配薬動作時の要所における確認忘れ、6R 行動の欠如がほとんどであった。分析の結果、勤務者が交代するタイミングでのエラー、最終確認行動がとれていないことによるエラーが発生していることがわかった。そこで河野の「11 段階の戦術的エラー対策の発想手順」²⁾に沿って A 病棟の内服マニュアルを分析したところ発生防止策はとられていたが、拡大防止策はとられていないことがわかった（表 2）。

そのことにより A 病棟におけるインシデント対策が不十分であったことがわかった。河野は「エラー防止の対象としては、人間側に働きかける対策と環境側に働きかける対策があります。」³⁾と述べている。

内服済みカードは、内服させたことを次の勤務者にきちんと提示することで重複与薬を未然に防ぎ、また配薬ケースを裏返す行為は確実に内服したことを次の勤務者へ示したことで、チームメンバーへの周知を連携することができた。

A 病棟で今回行った 2 つの対策は個人での取り組みだけでなく、交代勤務をするチームメンバーに対し視覚的に訴えたことで人間側と環境側にも働きかけをすることができた。エラーに備えた拡大防止対策が定着したことで、未投薬・重複与薬の減少につながったと考える。さらに、調査期間のインシデントレポート分析から、看護師の連携不足や、確認不足による要因が減少していることもわかった。

今回チームメンバーが意識をして拡大防止策をとっていたが、時々実施できていないこともあり、今後も継続して続けられるように働きかけが必要である。

河野は、「簡単な作業であっても、人間が介在するとエラーをしてしまう可能性があります。できるだけ人間の介在を少なくするという考えが引き出されます。与薬プロセスを記述して、不必要な作業があればそれをやめて、可能な限り与薬プロセス工程を少なくするという対策が考えられます。」⁴⁾と述べている。今までは、インシデントが出るたびに行動分析に当てはめず対策を考えていたため、今回 11 段階の戦術的エラー対策の発想手順を A 病棟に当てはめた。分析を行うことで与薬プロセスに看護師が介在する場面が多く、複雑化していることが分かった。取り組み 2 年目では A 病棟安全委員の協力のもと継続的な働きかけを行い、更なる意識づけを図っていく。行動分析前の対策の見直しを A 病棟の安全委員及びスタッフと共に 1 つ 1 つその効果と継続していく必要があるかについて検討をしていく必要がある。

VII. 結論

行動分析による拡大防止策を講じることが未投薬・重複与薬防止に有効であることが示唆された。

引用文献

- 1) 河野龍太郎：ヒューマンエラー対策ブック（初版第 1 刷）日本能率協会マネージメントセンター51-54、2018.
- 2) 前掲書 1)、56
- 3) 前掲書 1)、56.
- 4) 前掲書 1)、51.

参考文献

- 1) 猪熊洋子：患者誤認による抗菌薬誤投与事例の行動分析. 看護管理 26 (6), 494-501, 2016.
- 2) 河野龍太郎：ヒューマンエラー対策ブック（初版第 1 刷）日本能率協会マネージメントセンター、2018.
- 3) 鈴木美代子：退院時処方と持参薬の二重内服事例の行動分析. 看護管理 26 (6), 502-509, 2016.

表1 A病棟における内服インシデント発生状況

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度 (8~12月)
内服インシデント数(合計)	24	24	40	15
未投薬・重複与薬	12件(50%)	10件(41%)	23件(57%)	5件(33%)

表2 11段階の戦術的エラー対策の発想手順

		A病棟の内服決まり事項	
発生防止	①やめる(なくす)	・危険の程度を減らす ・作業工程数を減らす	・各勤務の担当看護師が配薬をする ・バイタル測定と一緒に配薬は行わない ・中止薬、残薬は一緒にせず別の所で保管する
	②できないようにする	・期待されない行動を阻止するために物理的な制約を与える	・ヒート製剤は1袋に1種類のみ ・自己管理できない人はNS管理 ・ヒートを剥いて内服させる人は完全与薬にする ・1人1BOXとし薬を入れる
	③わかりやすくする	・知覚的負担、認知的負担の解消(識別・判断・記憶・注意の軽減)	・内服動作(6Rを守る) ・危険薬は配薬時、残数とサインを薬袋に記入する ・自己管理の人は空ヒートをテーブルに出してもらいNSが薬袋にサインする ・残薬を新しい薬袋に足す場合は+〇錠、+〇日分と記入する ・後日内服は〇/〇~と紙を付けてビニール袋に入れる ・薬ケースに「毎食前薬あり、起床時あり、夕食後薬は日勤与薬」とテープで書きケースに貼る ・同じ薬でmgが違うものを両方配薬する場合は薬袋に明記する ・他院処方でもわかりにくい薬は当院採用薬、薬効を書く ・1回1錠でないものは色マーカーで印をつける ・ヒート製剤は1袋に1種類のみ
	④やりやすくする	・身体的負担を軽減する環境にすること	・A、B、Cチームに棚を分ける ・朝食後薬は申し送りの後に与薬する ・各勤務の担当看護師が配薬をする ・1人1BOXとし薬を入れる
	⑤知覚能力を持たせる	・作業者が正しく知覚する	・6Rを守る ・1回1錠でないものは色マーカーで印をつける ・内服動作チェック
	⑥認知・予測させる	・正しく理解する	・処方カレンダーに照らし合わせてチェックする ・内服薬の勉強会 ・同じ薬でmgが違うものを両方配薬する場合は薬袋に明記する
	⑦安全を優先させる	・正しく判断する	・薬ケースに薬情を入れない ・薬効を明記する
	⑧できる能力を持たせる	・正しく行動する	・6Rを守る ・処方カレンダーに照らし合わせてチェックする
	⑨自分で気付かせる	・自分自身で発覚する	・危険薬は配薬時、残数とサインを薬袋に記入する ・配薬した薬はきちんと内服したか配薬ケースに残っていないか各勤務で確認する
	⑩検出する	・自分以外のものでエラーを発見する	・棚に戻す時にダブルチェック ・処方カレンダーに照らし合わせてチェックする
	拡大防止	⑪備える	・エラー発生に備えて被害を最小限にする

ドレーン・チューブ抜去予防のための固定法の検討

keyword ドレーン・チューブ 固定法 オメガ止め 抜去予防

○澁木 優花 高橋 雪絵 渡邊 優菜（新潟南病院）

I. はじめに

ドレーン・チューブトラブルの発生は生命を脅かす危険があると共に、治療による身体の回復を遅らせることにも繋がる。

日本医療安全評価機構の2017年度のヒヤリハット事例収集・分析・提供事業、事例情報の報告¹⁾によると、ドレーン・チューブ関連は全体の約14.4%であり薬剤、療養上の世話に次いで第3位である。当院での平成29年度インシデント報告でも、ドレーン・チューブ関連インシデントは63件であり、転倒事例や薬剤関連事例に次いで第3位である。

A病棟は、外科・内科・小児科の混合病棟であり、様々なドレーン・チューブを挿入している患者が多い。そのため、「抜けかけていた」「固定テープがはがれていた」等のインシデントやヒヤリハット報告が多くある。

工藤ら²⁾は、ドレーン・チューブトラブルに関して、「徐々に自己体動が取れるようになることと、環境の変化から術後せん妄や失見当識が出現するリスクが高まることが相まってインシデント発生が多くなると推測される」と述べている。これはA病棟にも当てはまる。高齢患者の入院や術後に離床が進むにつれて「自然抜去」や「自己抜去」のリスクが高まる。これらは認知機能やせん妄が原因の一つともいえるが、体動や離床だけで発生する「自然抜去」は、固定法にも問題がある。現在A病棟では、固定法に関して細かく統一されておらず、看護師が各々工夫していることが多い。そのため、看護師の経験や知識によって固定法が異なる。

本研究では、ドレーン・チューブの自然抜去が未然に防止できる固定法を考案し、看護師内で統一することを目的とした検討過程と結果について報告する。

II. 目的

ドレーン・チューブ管理において抜去予防につながる安全な固定法を明らかにする。

III. 研究方法

【研究対象】

① A病棟看護師

② 研究期間にA病棟に入院し、腹腔ドレーン、膀胱留置カテーテル、胆嚢胆管ドレーン、胸腔ドレーン挿入中の患者

【研究期間】

平成30年8月～平成30年10月

【方法】

1. 固定法統一前の看護師へのアンケートの実施

看護師が各々で行っているドレーン・チューブの、固定方法、工夫点、インシデントやヒヤリハットの経験の有無、内容について、無記名自記式アンケートを実施した。

2. 固定法統一前の固定方法でのデータ収集

平成30年8月13日～9月13日の1か月間。固定テープのはがれの有無、皮膚トラブルの有無、固定位置のずれ、抜去の有無について、1日4回の検温時に、受け持ち看護師が観察し、必要時には写真撮影を行い記録した。

3. 統一した固定方法の検討

アンケートと観察の結果、固定法についての先行研究³⁾⁴⁾を参考に新しい固定法を考案し、看護師へ指導した。

4. 固定法統一後のデータ収集

平成30年9月15日～10月15日の1か月間、統一前と同じ内容・方法で観察し、必要時には写真撮影を行い記録した。

5. 統一前後でのインシデント件数の比較

固定位置のずれ、抜去をもってインシデント報告とした。

6. 固定法統一後アンケートの実施

統一した方法について、貼付の手間、はがれにくさ、ヒヤリハットを感じた場面について無記名自記式アンケートを実施した。

【倫理的配慮】

研究協力者（看護師）へは、アンケート内容に研究の目的、方法を記載し説明した。アンケートへの協力は自由であり途中辞退も可能であること、協力の有無での不利益は一切生じないこと、得られた情報は研究以外で使用しないこと、個人を特定できないようにすることを説明した。

患者や家族へは、研究の目的と方法、院内のマニュアルから外れた方法はとらず、安全性を最優先に

し、不利益は一切生じないこと、得られた情報は研究以外で使用しないこと、個人を特定できないようにすることを書面と口頭で説明した。場合によって写真撮影する場合には、撮影が可能かどうか同意を得て実施した。

また、当院での倫理審査委員会での認証を得て実施した。

IV. 結果

1. 統一前の固定法の実態

看護師への事前アンケートは 17 名に配布、回収数 17 枚、有効回答数 17 枚であった。

アンケートの結果から、膀胱留置カテーテルは 1 種類、それ以外のドレーンの固定法はドレーンの種類を問わず、写真 1) のように 3 種類であった。テープの種類は、全員伸縮性のあるテープを使用し、それを土台として、①は上に同じ種類のテープで、「上下に Y 字の切込みを入れて貼付」が 13 名 (76.4%)、②の「下部に Y 字の切込みを入れ貼付」が 1 名 (5.9%)、③の「1 か所に Y 字の切込み入れたものを 2 枚用意し上下にクロスして貼付」が 1 名 (5.9%)、無回答が 2 名 (11.8%) であった。回答を見ると、①や②の方法をオメガ止めと考えている看護師が数人いることがわかった。また、10 名 (58.8%) の看護師が膀胱留置カテーテルを含めテープのはがれやすさの自覚があり、実際に「固定テープがはがれかかっている」「土台ごととはがれている事がある」といったヒヤリハットやインシデントの経験があると回答していた。

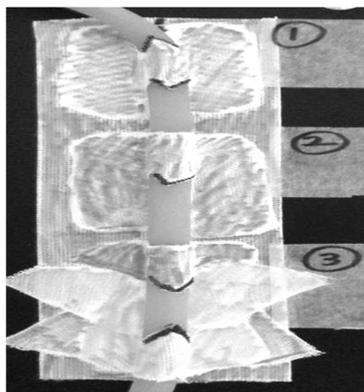


写真 1)

2. 統一した固定法の考案

アンケートの結果と先行研究^{3) 4)}を参考に、「乾燥や落屑、皮脂に強いテープで土台をつくる」「正しいオメガ止めを実施する」ことを主目的とし、写真 2) のような土台にフィルムドレッシング材を貼付し、その上に伸縮性のあるテープでオメガ止めをするという方法を考案した。また、伸縮性のあるテープの角は丸くカットし、ドレーン・チューブと皮膚の間

に 1-2 cm ほどのあそびを持たせ、包み込むように固定することをルールとし統一した。

3. 固定法統一前後の比較 (表 1)

統一した固定法の有用性を評価するために、まず統一前の方法で固定した結果を集約した。その結果、期間中に膀胱留置カテーテル 146 回、胸腔ドレーン 17 回、合計 163 回の観察機会があった。その中で 11% (18 回) に「一部はがれあり」、9.2% (15 回) に「はがれあり」となり、全体の 20.2% (33 回) に固定のはがれ、または一部はがれが生じていた。

固定法統一後には、膀胱留置カテーテル 81 回、胆嚢胆管ドレーン (PTGBD) は 22 回、胸腔ドレーン 24 回、腹腔ドレーン 1 回、合計 128 回の観察機会があった。その結果は、6% (11 回) に「一部はがれあり」、10.2% (13 回) に「はがれあり」で全体の 18.8% (24 回) に固定のはがれ、または一部はがれが生じていた。

以上のように膀胱留置カテーテルに関して、統一前の方法で、18.5%にはがれ、一部はがれが生じているのに対し、統一後は 23.5%に生じていた。逆に胸腔ドレーンは、35.3%から 12.5%に減少していた。PTGBD は統一前には対象者がおらず、統一後の方法においてはがれは 1 回 (4.5%) と好成績であった。

4. 統一後の看護師へのアンケート結果

アンケートは 22 名に配布し、回収数 22 枚、有効回答数 22 枚であった。「貼付の手間」の項目では、17 名 (77.3%) が「かからない」と答え 5 名 (22.7%) が「ややかかる」と答えていた。さらに、はがれにくさの印象では、11 名 (50%) が「はがれにくくなった」、5 名 (22.7%) が「どちらともいえない」、2 名 (9%) が「はがれやすい」、4 名 (18.3%) が無回答だった。今後取り入れて良いかの問いには、15 名 (68.2%) が「良い」と答えていた。また、今回の対象者の中に「皮膚の乾燥が著明」などの理由でテープのはがれに影響していた患者はいなかったが、その他の意見として「浮腫や高齢のため皮膚脆弱の患者にドレッシング剤を貼付することは抵抗がある」という意見もあった。

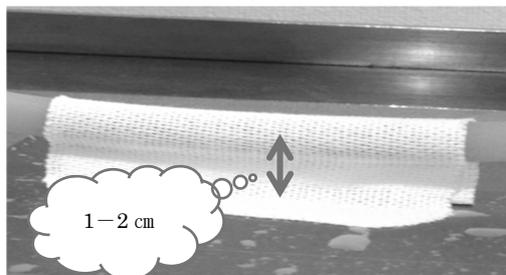


写真 2)

V. 考察

今回の調査では、それぞれの看護師がこれまでの

経験をもとに様々な固定法を実践している事がわかった。また、テープのはがれは、認知症や術後せん妄など固定法だけが要因ではないインシデントやヒヤリハットも多くある。

本研究で膀胱留置カテーテルに関して新たに統一した固定法を実践したが、はがれは統一前より5%増加した。原因として「有効的なオメガ止めができていない」ことも考えられたが、観察結果から、「オメガ止め用のテープが小さい」ということも考えられた。河瀨⁴⁾らは、「適切な大きさのテープを使用することは固定を安定化させ、皮膚障害の予防にもつながります。」と述べている。今回新しい固定法のルールとして「オメガ止めし1-2cmのあそびを持たせること」を挙げていた。しかし、膀胱留置カテーテルは太さがあるためテープが小さくなってしまい、あそびを持たせることができずに固定のはがれに繋がったとも考えられた。加えて、対象者の体動に左右されやすい部位であることがはがれやすい原因と考えられた。今後は、ドレーンの太さにあったテープの大きさの検討や、オメガ止めのより安全な固定法の指導も必要だと感じている。

これに対し胸腔ドレーンは、35.3%から12.5%に減少した。PTGBDチューブもはがれが1回あったのみであった。PTGBDチューブと胸腔ドレーンは体動の影響が少ない部位に固定がされていること、膀胱留置カテーテルよりチューブが細いためしっかりとオメガ止めが出来たことが要因ではないかと考えられた。腹腔ドレーンは観察機会が1回しかなく、検証するに至らなかった。以上のことから、検証を継続し、より安全な方法へ改善していく必要があると考える。

一方、今回は実際に皮膚トラブルの報告はなかったが、看護師アンケート結果からは、「浮腫や皮膚脆弱の患者にドレッシング剤を貼付することに抵抗がある」という意見もあった。日沼ら⁵⁾は「フィルムドレッシング剤には長時間貼付していても蒸れにくく、テープ貼付部の皮膚からの発汗後も水分蒸発を妨げることなく皮膚の浸軟を防ぐ特徴がある」と述べている。このことから、ドレッシング剤を貼付する箇所の皮膚にトラブルが無ければ皮膚トラブルは防げるのではないかと考えた。しかし、はがす際は慎重にはがす必要があり、患者によっては掻痒感を感じることもある。皮膚状態やADLなどによって個別性を考慮した固定法も必要となるため日々のアセスメントは欠かせないと考える。

VI. 結論

1.胸腔ドレーンは土台にフィルムドレッシング材を使用し、伸縮性のあるテープでオメガ止めしたことで固定のはがれにくさには繋がった。一方、そ

の方法は、膀胱留置カテーテルのような体動の激しい部位での固定では、必ずしもはがれにくさには繋がらなかった。

2.正しいオメガ止め固定を職員に指導すること、ドレーン・チューブの太さに合った大きさのテープを使用する事が安全な固定に必要である。

表1 「統一前後のはがれの比較」

	種類	総数 回	はがれ (回)		合計 回	割合 %
			一部	全部		
統一前	膀胱留置カテーテル	146	14	13	27	18.5
	胸腔ドレーン	17	4	2	6	35.3
	腹腔ドレーン	0	0	0	0	0
	PTGBD	0	0	0	0	0
	合計	163	18	15	33	20.2
	割合		11	9.2	20.2	
統一後	種類	総数 回	はがれ (回)		合計 回	割合 %
	膀胱留意カテーテル	81	8	11	19	23.5
	胸腔ドレーン	24	2	1	3	12.5
	腹腔ドレーン	1	1	0	1	100
	PTGBD	22	0	1	1	4.5
	合計	128	11	13	24	18.8
	割合		8.6	10.2	18.8	

引用文献・参考文献

- 1) http://www.medsafe.ip/contents/report/shihanni/2017/Q/TTL102_QH-31.html ヒヤリハット事例収集・分析・提供事業 2017年1月-12月 (第49回報告書分) 事例情報の報告
- 2) 工藤尚也ら：心臓血管外科術後患者におけるチューブトラブル発生の要因 第47回日本看護学会論文集、看護管理、2017.
- 3) 河瀨富士枝、河崎千穂、和田健太郎：カテーテル・ドレーン固定による皮膚トラブル、泌尿器ケア、19 (1)、25、2014.
- 4) 日沼江里可、長澤朱里、仲村曜：胸腔ドレーン固定の土台にフィルムドレッシング剤を使用した皮膚トラブル予防の効果、第48回日本看護学会-慢性期看護-学術集会 抄録集、2017.

人工股関節全置換術後の早期飲水導入に伴うスタッフの意識変化

—教育的介入と早期飲水実施を通して意識変化を調査する—

keyword 早期飲水 意識変化 教育的介入

○石川 真実子 伊藤 友希 高木 彩加（亀田第一病院）

I. はじめに

A 病院の整形外科手術では術後最長 18 時間の飲水制限がある。ERAS(Enhance Recovery After Surgery)では、術後の早期飲水が患者の早期回復を助ける因子のひとつとして挙げられている。そこで B 病棟でも術後の早期飲水への取り組みを検討したが、新しい看護ケアを取り入れることは看護師にとって不安が大きいと考えた。実際、アンケートを実施したところ早期飲水の導入に不安を感じる看護師は 75%であった。江藤ら¹⁾は「看護師は根拠に基づく方法がわかり、その方法で自分にメリットがあるかを考えて初めて取り入れようと判断している」と述べている。そこで B 病棟では教育的介入として学習会を行った後、実際に早期飲水を行うことで看護師の不安の程度や意識がどのように変化したのか明らかにすることとした。

II. 研究目的

早期飲水の導入に伴う看護師が抱える不安や看護ケアに対する意識を明らかにし、教育的介入と実践が看護師に与える意識の変化を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究期間 平成 30 年 6～10 月

2. 研究対象 B 病棟看護師

3. 研究の手順

1) 本実施時に使用するアンケートの作成

早期飲水実施前に抱いていた不安が、学習会実施後と実際に飲水援助を行った後で、どのように変化するかを明らかにするために、アンケートを作成した。項目は「早期飲水を実施したいか」と「飲水に対する不安」と具体的な不安としてプレアンケートの結果をもとに「誤嚥」「腸閉塞」「嘔気・嘔吐」

「覚醒状態」「業務の負担」「手技に対する不安」の 6 項目とした。不安の程度は 5 段階評価(全くない、どちらかといえばない、どちらともいえない、どちらかといえばある、ある)から選択とした。

2) 研究メンバーによる学習会の実施

プレアンケートの結果を基に

①早期飲水のメリット、デメリット

②早期飲水の手順

③麻酔薬と反復嚥下テスト

④不安の内容で多かった「誤嚥」「腸閉塞」「嘔気・嘔吐」「覚醒状態」について先行研究やメカニズムの図表を用いて資料を作成し看護研究メンバーによる学習会を実施した。

3) 対象患者の条件設定

早期飲水対象患者の条件を人工股関節全置換術後、年齢 70 歳以下、帰室後 5 時間経過、術中麻酔薬にデスフルラン®を使用、既往歴に認知症や脳梗塞、パーキンソン病なし、と決定し対象者を抽出して研究内容を説明した。

4) 早期飲水とアンケートの実施

早期飲水の実施は、術後 5 時間経過した時点で唾液嚥下テスト(30 秒間で 2 回以上嚥下ができるか評価)を実施し、合格した患者に 30 度ベッドアップを行い、1 回の上限 100ml の飲水を介助した。アンケートの実施は学習会実施前(以下「学習前」)、学習会実施後(以下「学習後」)、早期飲水実施後(以下「実施後」)の 3 回行った。

IV. 倫理的配慮

院内の倫理審査委員会の承認を受け実施した。研究対象者には本研究の内容と参加は自由意志であること、研究協力の有無により研究対象者への不利益が生じないこと、また匿名性の保持を説明した。

V. 結果

1. アンケートの結果は、図1から図8にまとめ、不安を学習前、学習後、実施後で比較検討した。

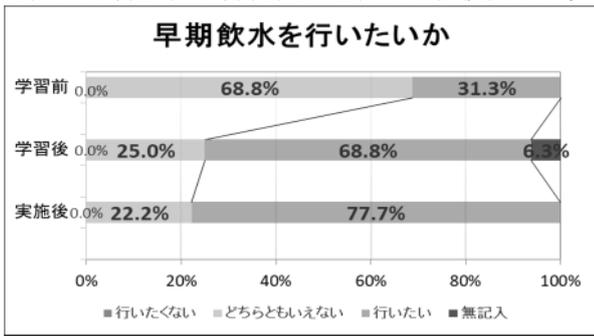


図1：早期飲水を行いたい

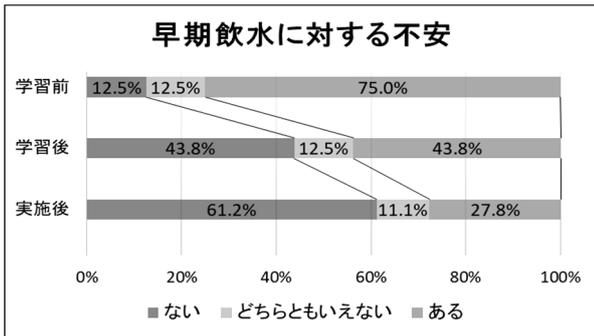


図2：早期飲水に対する不安

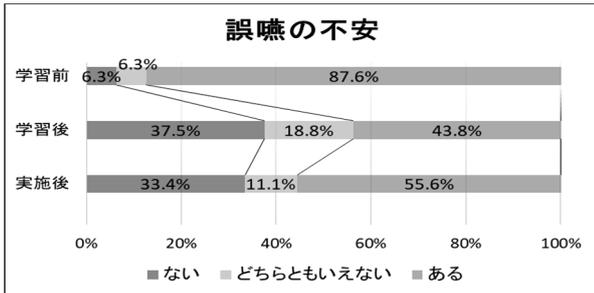


図3：誤嚥の不安

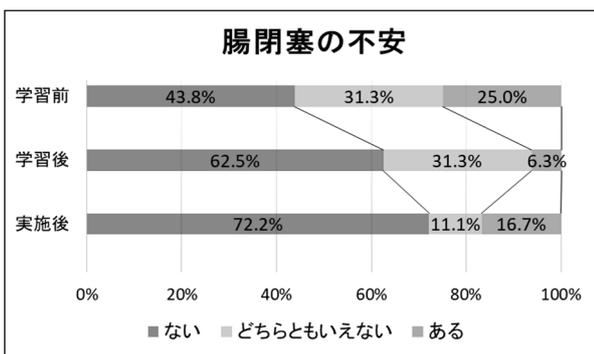


図4：腸閉塞の不安

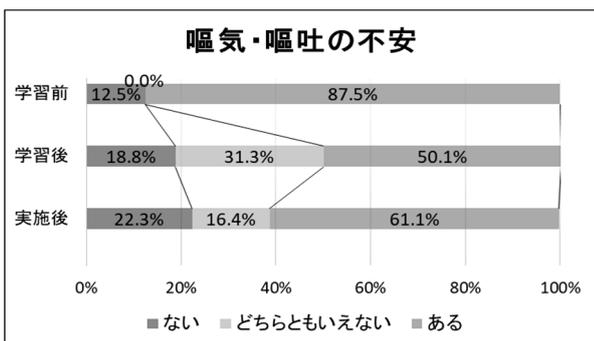


図5：嘔気・嘔吐の不安

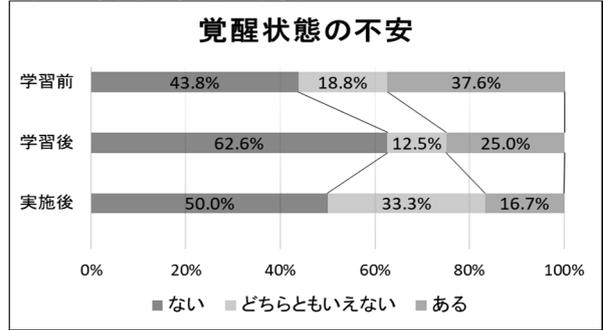


図6：覚醒状態の不安

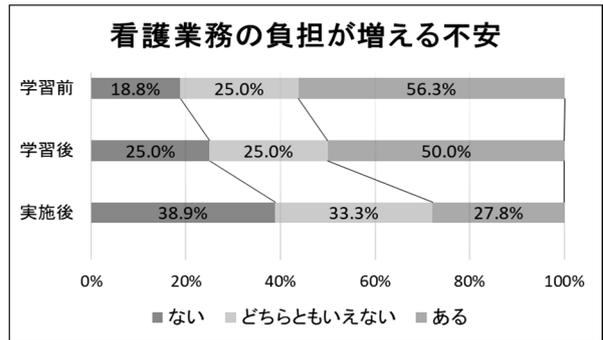


図7：看護業務の負担が増える不安

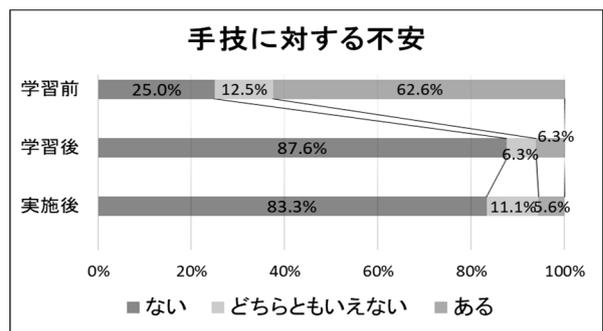


図8：看護手技に対する不安

2. 早期飲水実施回数と不安の程度

早期飲水を実施した看護師は19名中14名。その内6名が1回、6名が2回、2名が3回、機会がなかったと答えた看護師は5名であった。実施回数で比較すると機会のなかった看護師は不安に対して「どちらかといえばある」「ある」の回答が5名全員であった。3回実施した看護師は、不安に対して「どちらかといえばない」と回答した。

3. 早期飲水実施に伴う患者の変化

早期飲水後、合併症を発症した患者はいなかった。

VI. 考察

学習前のアンケートの結果では、図2と図4から誤嚥と嘔気嘔吐は87%、業務の負担増加については図7から56.3%の看護師が不安を抱いていた。これ

は今まで早期飲水を行ったことがないため患者の身体にどの程度影響があるのか、また業務の負担がどの程度増加するかの予測が困難であることが原因と考えられた。

学習後のアンケートより、図1の早期飲水を行いたいかの回答では「行いたい」が37.8%増加し、早期飲水に不安を感じる回答は31.2%減少していた(図2)。また誤嚥の不安は43.8%、嘔気嘔吐の不安は37%減少した(図3、5)。これは先行研究の結果に基づいて早期飲水のメリットや根拠、合併症のリスクが低いことを学習したために、不安の軽減に繋がったと考えられる。

実施後のアンケートでは、早期飲水を行いたいという回答(図1)は学習後から更に8.9%増加し、早期飲水に対する不安は16%減少した(図2)。松尾²⁾が「直接あるいは間接的な経験をすることによって、既存の知識、スキル、信念の一部が修正されたり、新しい知識、スキル、信念が追加されたりする。この変化が学習である。」と述べているように、学習と経験は密接に結びついており、実際に早期飲水を行ったことで学習だけでは補えなかった部分を経験し、患者の苦痛軽減を図れたという成功体験がケアの意欲向上に繋がったのではないかと考える。

しかし、誤嚥・腸閉塞・嘔気嘔吐の不安は、学習後より実施後の方が増加していた。早期飲水を行った看護師の中には、学習会から約3ヵ月後に実施した例もあり、学習会で得た知識が時間の経過と共に浅薄となり、実施後にケアを振り返る場面がなかったことも要因の一つと考える。コルブが提唱する経験学習モデルの中にはリフレクションが含まれる。リフレクションは体験から得た自己への気づきを振り返る事であり、状況や自己との対話を通して経験を意味づけるプロセスである。早期飲水実施後の不安を軽減するためには、リフレクションを通して経験から学びを深めることも必要だったのではないかと考える。

早期飲水を複数回行うことができた看護師は実施しなかった看護師に比べ、全体の不安が減少していた。学習会で早期飲水についてのメリットや根拠の

知識を得たうえで、複数回実施した経験が自信に繋がり不安が軽減されたのではないかと考える。

これまで看護師は術後患者の口渴に対して飲水させてあげたいという思いはあったが、様々な考えや不安があり実施できていなかった。今回学習会を通して早期飲水の有用性と根拠を共有し、統一した方法で実践につながられたことは、看護師のケアに対する不安を軽減し、意識の変化をもたらすことに有用な方法であることが示唆された。

VII. 結論

1. 早期飲水という新しい看護ケアに対する不安は患者の状態変化に関連するものが主である。
2. 教育的介入は不安を軽減し、経験を積むことで自信、ケアの質を高める意欲の向上につながる。

引用文献

- 1) 江藤恵ほか:新しいエビデンスに基づく実施を進める際の看護師の行動変容特徴、看護管理、38、142-144、2007.
- 2) 松尾睦:経験からの学習—プロフェッショナルへの成長プロセス—、同文館出版、60、2006.

参考文献

- 1) 青木由美恵:看護実践能力を育てる！リフレクションの活用と実施法 成長するリフレクティブ・ナースへ リフレクションが看護にもたらすもの、看護人材教育、7(5)、43-47、2010.
- 2) 安部大悟ほか:全身麻酔下における整形外科手術後の初回飲水時間の短縮、成人看護I、40、178-189、2009.
- 3) 永井美弥ほか:全身麻酔で行う整形外科術後の早期飲水開始への取り組み、整形外科看護、17(12)、98-102、2012.

禁食期間中のせん妄予防対策

—咀嚼訓練を実施しての効果を検証—

keyword 禁食 せん妄 対策 咀嚼

○近 梢 恩田 亜由子（長岡中央総合病院）

I. はじめに

せん妄とは複数の原因により引き起こされる急性脳機能障害である¹⁾。せん妄にみられる注意力の低下や精神状態の変調といった症状は脳の活動が障害される、または直接脳に障害を与えなくても薬剤や炎症などにより一時的に低下することにより出現する。また入院や治療がもたらすストレスや環境因子もせん妄の原因となる可能性がある。A 病棟は疾患の特性から長期間の禁食治療が必要となる。特に高齢者は禁食期間が続くことで、嚥下機能や咀嚼機能が低下し、せん妄の出現率も高くなると言われている。平成 30 年 1 月～6 月に A 病棟に入院された患者の中で入院時からの禁食によりせん妄を発症した患者は全体の約 20% を占めることがわかった。A 病棟では予防策として、カレンダーの設置や日中の身体活動の促しや夜間の睡眠の促進等に取り組んでいた。しかし覚醒を促す介入を行っても日中眠ってしまい対応の難しさを感じていた。咀嚼が脳に刺激を与え維持・活性化されると言われているが、口腔ケアを行うのみとなっており、咀嚼に関係する介入は実施していない。禁食は治療に伴い避けられないのが現状であるが、禁食期間中早期に咀嚼訓練を実施することで、せん妄発症を予防できるのではないかと考えた。術後禁食期間中にガムを噛むことでせん妄を予防する検証²⁾ がされており、言語聴覚療法士 (ST) にも咀嚼訓練を行う上で何を怠らなければ良いか相談したところガムを提案された。そこでせん妄予防にガムを用いての咀嚼訓練を取り入れ、本研究に取り組んだ。

II. 研究目的

禁食期間中、咀嚼訓練を早期から取り入れ脳機

能を維持・活性化させることがせん妄発症予防につながるか否かを検証する。

III. 研究方法

1. 研究対象

認知症の診断がなく、入院時から禁食（飲水可）指示があり、生活自立度の中で生活自立～準寝たきりに当てはまる者。また日本老年学会で定められている高齢者区分 75 歳以上で研究に同意が得られた計 9 名。

2. 研究期間 平成 30 年 10 月～12 月

3. データ収集方法

①A 病棟看護師を対象に言語聴覚士より咀嚼についての勉強会を行う。

②咀嚼訓練について用紙を作成し、病棟スタッフ間で内容を周知する。

③入院時研究の同意を得られた対象者に対し行う。ガムはロツテキシリトールガムを使用。

対象者に咀嚼訓練の説明用紙を配布。(図 2)

④看護記録から禁食期間のせん妄発症の有無を取りまとめる。

4. データ分析方法

せん妄の特徴的な症状の 4 項目で評価するせん妄評価法 (CAM) 短縮版ワークシートを使用し、禁食期間終了時にせん妄評価する。(図 2)

IV. 倫理的配慮

研究を行うにあたり調査協力については個人の自由意志を尊重し、調査に協力しなくても不利益が生じないこと、また調査から得られたデータは個人が特定されないよう配慮したうえで結果は公表される可能性があることを説明し同意を得る。本研究は院内の研究倫理委員会において承

認を得た。

図1 対象者に配布した説明用紙

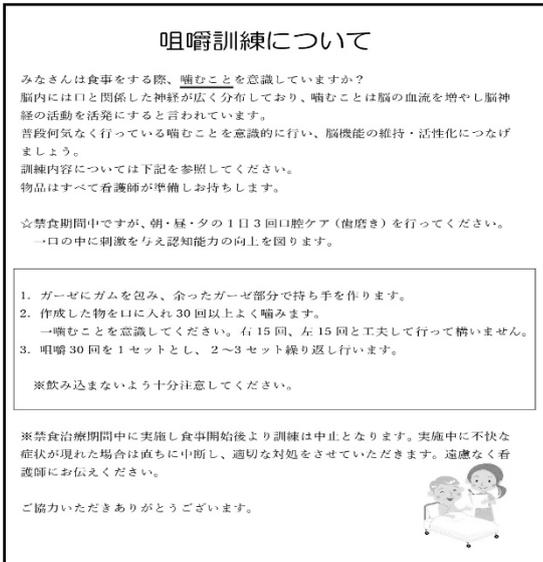


図2 評価法 (CAM) 短縮版ワークシート³⁾



V. 結果

対象条件に当てはまる 9 名に咀嚼訓練を行った。うち 2 名は咀嚼訓練開始後せん妄を発症したが、吐血後や緊急手術が必要な状態となり、病状の変化が見られた。せん妄の出現は病状の変化が要因となることもあるため研究対象から除外した。

患者情報

・A 氏 70 代男性 腸炎：禁食期間 4 日間
小脳変性症の既往があり動作が緩慢。咀嚼訓練を開始し、唾液分泌良好。排便状態も改善し、食事が開始となる。「それで何が分かるの？早くご飯が

食べられればいいけど」と話す。

・B 氏 80 代男性 憩室炎疑い：禁食期間 1 日間
慢性の便秘、腹痛あり入院。入院翌日排便あり、重湯より食事が開始となった。

・C 氏 70 代男性 肝膿瘍：禁食期間 6 日間
発熱あり、ゾシン 1 日 3 回点滴施行。倦怠感あり
「食事を食べたいという気持ちにはなりません」
「ガムを噛むのは気分転換になります」などの言葉あり。抗生剤変更となり、その後食事開始となる。

・D 氏 80 代男性 消化管出血：禁食期間 3 日間
入院時 Hb6.3。もともと膝が悪く杖歩行だが ADL 自立。眠剤の内服などにより転倒リスク状態。入院 2 日目より 38 度の発熱あり。同日夜間転倒あり。ガムを噛むことに対して特に意見なし。翌日胃カメラ後、食事再開。

・E 氏 70 代男性 腸閉塞：禁食期間 3 日間
繰り返す腸閉塞であるため手術すすめられ、外科転科となる。外科転科当日まで咀嚼訓練実施。

・F 氏 80 代男性 胆嚢炎：禁食期間 4 日間
経鼻経肝胆嚢ドレナージ (PTGBD) 挿入中で、腹痛強く適宜対処を行っていた。動作緩慢で、トイレの時は Ns コールをしてきていた。腹痛軽減し、食事再開となる。

・G 氏 80 代男性 腸閉塞：禁食期間 7 日間
右目失明しているため転倒リスクあり。もともと ADL は自立。咀嚼訓練時に「ガムを噛むのが待ち遠しかった」「今の唯一の楽しみだ」と話していた。7 名全員がせん妄評価表 (CAM) に該当しなかつた (図 3)。

図3 対象患者 7 名のせん妄評価結果

	急性発症及び症状の変化		注意力の欠如	思考の解体	意識レベルの変容
	精神状態の急激な変化	異常行動などの症状の変化	すぐに他のことに気をとられる、集中させることが困難	取りとめのない会話、旅行が支離滅裂	
A	なし	なし	なし	なし	覚醒
B	なし	なし	なし	なし	覚醒
C	なし	なし	なし	なし	覚醒
D	なし	なし	なし	なし	覚醒
E	なし	なし	なし	なし	覚醒
F	なし	なし	なし	なし	覚醒
G	なし	なし	なし	なし	覚醒

VI. 考察

本研究では禁食期間中のせん妄発症予防として

咀嚼という点に着目し、ガムを使用した簡易的に実施できる咀嚼訓練を行い検証した。結果対象者7名は禁食期間中のせん妄発症はなかった。食事時間に合わせて実施したことにより、入院前の生活に近づけることができ、時間感覚や生活リズムの調整につながったのではないかと考える。対象者の「ガムを噛む時間が待ち遠しかった」「今の唯一の楽しみだ」といった発言から、禁食へのストレス軽減となり積極的に訓練に取り組むことができたと考える。

せん妄は複数の発生発症要因が複雑に重なって発症することから、必ずしも発症要因を持つ人がすべてせん妄に陥るとは言い切れない。また、すべての患者に決められた方法で介入することでせん妄にならない訳ではない。今回の検証において対象者7名においてせん妄はみられなかったが、これまでのカレンダー設置や身体活動の促し等の環境ケアを行ったうえでの咀嚼訓練であり、咀嚼訓練だけの有効性があるかは判別しにくい。患者ひとりひとりの状態をアセスメントし、さまざまな誘発因子に対して対応可能な範囲でのアプローチを検討していく必要があった。

また、今回せん妄の評価においてせん妄評価表(CAM)を使用し、禁食期間終了時にせん妄の有無を評価していた。せん妄の早期発見・予防のためには、日常的にせん妄を評価しアセスメントする必要がある。せん妄の徴候が無くても定期的なアセスメント・評価を行って、せん妄予防が出来ているかの確認が必要となる。また看護師の「経験に基づく」せん妄の評価では80%のせん妄を見逃すと言われており、禁食期間終了時のみの評価では、評価者の主観的な評価となる場合がある⁴⁾。今回簡便にせん妄評価ができるという理由でCAMを使用した。数ある評価法のなかから患者の状態に合うものを選ぶことが必要であった。

禁食期間中のせん妄予防対策は口腔ケアを行うに留まっていたが、今回の研究を通して脳機能活性化という視点での取り組みを実施することができた。簡易的に実施できる予防対策を今後も実践していきたいと考える。

VII. 結論

- 1.咀嚼は禁食期間中のせん妄発症予防のひとつとして有効性がある。
- 2.それぞれの患者の状態をアセスメントし、誘発因子へ対応可能な範囲でのアプローチを行うことが重要である。
- 3.せん妄評価は患者の状態に合うものを選び、せん妄の早期発見・予防のためには日常的に評価・アセスメントする必要がある。

引用文献

- 1) 古賀雄二：月刊ナーシング、せん妄へのベスト対応、せん妄って何？ 1、6-7、2019.
- 2) 中野千鶴：山口大学医学部附属病院看護部研究論文集、86、45-49、2011.
- 3) Inouye SK et al, Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A New Method for Detection of Delirium. Ann Intern Med, 113. 941-8, 1990.
- 4) 小原秀樹：月刊ナーシング、せん妄へのベスト対応、早期発見に使えるツール、27、2019.

参考文献

- 1) 小川朝生：自信がもてる！せん妄診療はじめの一步—誰も教えてくれなかった対応と処方のコツ—、羊土社、12-13、2014.
- 2) 公益社団法人高松市歯科医師会学術部：咀嚼と健康(株)成光社、1、2013

事故により上肢を切断した患者への看護介入についての考察

ーフィンの危機モデルを用いてー

keyword 上肢切断 フィンの危機モデル 看護介入

○伊藤 佳菜子 富田 詩穂（新潟手の外科研究所病院）

I. はじめに

A 病院は手を専門とし、年間の手術件数は約 3000 件で、加齢に伴う変性疾患、仕事や運動での外傷によるものである。中でも手指、上肢の切断は、突然の受傷や手術によりボディイメージが障害されるだけでなく、ライフスタイルの変更までも余儀なくされるケースが少なくない。このような状況下において、患者の感じる不安や悲しみは計り知れないものである。

小島¹⁾は「フィンの危機モデルは、危機に陥った段階からその人がたどるであろう適応へ向かう経過と介入の考え方がわかりやすく示されており、突然の予期せぬ出来事に遭遇して危機に陥った人々の理解と危機看護介入に有効である」と述べている。今回上肢切断により上肢を失い大きなショックを受けた患者が、障害をどのように受容し適応へと向かっていくのか、手外科に特化した病院の看護師として、どのような看護介入が適切か明らかにするためにフィンの危機モデルを適用し本研究を行った。

II. 研究目的

突然の事故により切断を余儀なくされた患者の障害受容過程と介入を、フィンの危機モデルを用いて考察し、今後の課題を明らかにする。

III. 研究方法

患者の言動と看護師の介入を振り返り、フィンの危機モデルと照らし考察する。

1. 研究対象

A 氏 30 歳代 男性

病名：右上肢切断 右肘部不全切断 右前腕切断
右尺骨肘頭骨折

入院期間：20XX 年 1 月～3 月

既往歴：生まれつき漏斗胸

家族構成：妻と 9 か月の娘の 3 人暮らし

2. 経過

20XX 年 1 月に工作中、魚のおろし機の清掃中に右上肢を巻き込まれ受傷。ドクターカーにて当院救急搬送にて同日緊急手術となる。全身麻酔下で肘関節を残し断端形成術を施行。入院 7 日目に皮下組織が一部壊死していたため、デブリードマンを施行。

入院 15 日目に肘関節を残すことが難しい状況になったため肘関節離脱術を施行。入院 22 日目に義手装着に合わせ、断端形成術を施行した。

入院 16 日目より肩関節の可動域訓練が開始となり、入院 33 日目より筋電義手訓練開始、入院 54 日目に能動義手が完成した。可動域訓練も義手の操作も順調なため、入院 62 日目で退院となった。

IV. 倫理的配慮

本研究の目的と意義、調査内容は個人が特定されないこと、知りえた情報はプライバシーを守ること、を口頭で説明し、書面により同意を得た。また、研究内容を学会等において発表することの了承を得た。本研究は院内の倫理委員会の審査を受け、承認を得て実施した。

V. 結果

1. 入院から術後 5 日目（受傷時から断端形成術施行まで）

入院時 A 氏より「手術が終わったら腕がないなんて想像ができない」と涙ぐむ様子が見られたため、訴えを傾聴し気持ちに寄り添った。また、術後より「手がないのに肘から先が痛い」との発言や目を閉

じ苦鳴を上げる様子があった。また「起きていても何も良い事がない」と無気力さを感じる発言もあった。痛みがなくゆっくり休みたいという希望があったため部屋の電気を消し、訪室も控えてA氏が休息を取れるよう配慮した。医師に相談し鎮痛剤と睡眠導入剤が処方された。A氏からは「ゆっくり休めました」との発言があった。家族は面会に度々訪れておりA氏と会話をする様子はみられたが、口数は少なく表情は暗かった。

2. 術後6日目から術後13日目（デブリードマン施行後から肘関節離脱術まで）

「出来そうなことはどんどんやりたい」と意欲を見せる一方で、肘関節離脱の手術日が近づくと退院後の通院の頻度や仕事がいつからできるかといった将来的な問題についての疑問を投げかけることが多くなった。看護師が「今後のことを不安に感じるとは思いますが、まずは目の前の手術を乗り越えましょう」と声を掛けるも、手術日には「先のことはめっちゃくちゃ考えます」との発言があり、手術後も「障害者枠で再就職できるのか」といった疑問が繰り返された。

3. 術後14日目から術後23日目（肘関節離脱術後から断端形成術まで）

この時期のA氏からは「帰ってからが大変」「家に帰ったら不便なことがどんどん出てくるでしょうね」と退院後の生活についての不安が多く聞かれ、看護師はその都度傾聴した。またシャワー浴が開始となったため、シャワーブラシの購入や1人でも身体が洗えるように指導を行った。A氏からは「1人でやってみます。自分でやっていかないとね」とADLの自立に向け意欲が見られた。

4. 術後38日目から退院（義手訓練から退院まで）

A氏は術後38日目で初めて外泊をしたが、「特に不便さはなかったです。しいて言うなら(入院前はA氏が皿洗いの担当だった)キッチン周りのことができないのが歯がゆいです」と自分のできないことが外泊を通して再認識できた発言が聞かれた。退院が近づくとA氏から今後義手でどこまでADLが拡大できるのかといった疑問が多く表出されるようになったため、OTや主治医に情報提供し、連携を図っ

た。

VI. 考察

受傷直後の段階から退院までのA氏が示した言動を分析し、経過に沿ってフィンクの危機段階の特徴と照合し比較検討した。

1. 入院から術後5日目

衝撃の段階では強烈的なパニック、無力状態を示すとされる。A氏の涙ぐむ様子や無気力を感じる発言からこの時期を衝撃の段階と判断した。

フィンクは、衝撃の段階は患者の気持ちを受け止め、静かに見守り傾聴することが望ましいとしている。受傷直後、A氏は心理的に強い衝撃を受けていると考え、看護師は訴えを傾聴し、気持ちに寄り添ったことでA氏は強い不安や悲しみの表出できたと考える。またA氏の「痛みなくゆっくり休みたい」という訴えに対して医師に報告し、鎮痛剤と睡眠導入剤を処方してもらうことで本人の希望を叶えることができた。

2. 術後6日目から術後13日目

A氏は肘関節離脱の手術日が近づいているにも関わらず、手術に関する話より通院や仕事などの将来に関心を向けることが多かった。この状況からこの時期を防御的退行の段階と考えた。

防御的退行の時期は危機の意味するものに対し自らを守ろうとする時期であり、現実逃避や否認のような防御機制を用いて自己を維持しようとする。

フィンクはこの時期の危機介入として患者をありのままに受け入れ支持することが望ましいとしている。しかし、我々はこの時期に情報を過度に与えることはA氏を混乱させることに繋がると考え、A氏の訴えを傾聴しながらも、まずは目の治療に専念するよう声掛けを行った。術前の早い段階とはいえ、A氏が望む将来に向けての情報提供もまた、この時期のA氏にとって必要な介入だったのではないかと考える。穴水ら²⁾は「必要な情報を患者の心理的なニーズに合わせて提供をすることも必要である」と述べている。A氏の受容の段階を理解するとともに、どのような情報を必要としているかを把握し、防衛退行の段階では、医師や他職種との連携を密に取っ

て情報提供に努めていくべきだったのではないかと考える。

3. 術後 14 日目から術後 23 日目

この時期の A 氏は 1 人でできることを増やそうと積極的になっていた一方で退院後の生活の不安を口にするが多かった。これは、現実に向き合う中で、期待する変化は起きず、現実から逃れることはできないことを知り、新たな認知を構築する時期である。

30 代の A 氏は、エリクソンの発達段階では家庭を持ち、一家の大黒柱としての役割を担っている。吉本ら²⁾は「突然の障害を負い、退院後はライフスタイルの変更を余儀なくされ、さらに仕事では今までの役割遂行が困難となりやすいことから、家族間の関係、社会・職業生活の可能性への不安も強い」と述べている。A 氏も「帰ってからが大変」「不便なことがどんどん出てくるでしょうね」と今後の生活に対する不安を表出していた。吉田ら⁴⁾は承認の段階を「危機の現実と直面し再度混乱を来すが、少しずつ新しい現実を認め自己を再調整していく時期である」と述べている。また、フィンクは、承認の段階を残されている機能に気付き将来の力として認知する段階であり、傾聴しながら励まし、誠実に対応することが求められるとしている。A 氏の訴えを傾聴し、A 氏の意欲に寄り添い支持的な対応を心掛けたことが A 氏の ADL 拡大を促進することに繋がったと推察される。

4. 術後 38 日目から退院

適応の段階とは現実を認め、新しい自己像や価値観を築く努力がなされる時期である。フィンクは専門的な知識と確かな技術で患者の自立を援助することがこの時期の看護介入として望ましいとしている。A 氏は退院前の外泊を通して「キッチン周りのことができないのが歯がゆい」と自分のできないことを再認識した様子で、自分の状況に関して積極的に調べたり、看護師に聞いたりすることが多くなっていたため、この段階を適応の段階と考えた。看護師は A 氏の疑問に対し医師や OT と連携し解決に努めたが、A 氏からの疑問の解決に留まり、情報提供には至らなかった。退院後の自立した生活を見据え、A 氏

の状況に合わせた適切な社会資源の情報提供を行うべきだったと考える。

5. 家族への影響と支援の必要性

受傷後ショックを受けたのは家族も同様である。穴水ら³⁾は「家族に対しては、患者の状況を認められるよう支援する必要がある。退院後は、身近にいる家族の患者へのかかわり方で患者の障害の受け入れは変わってくると考えられる。したがって、家族の力が最も重要となり患者だけでなく家族へのかかわりも密にしていく必要がある」と述べている。今後 A 氏を支える役割を持つ家族に対しても、A 氏同様に早期から精神的なケアや配慮を行い、退院後の生活に向けて、社会資源活用の情報提供を行う必要がある。

Ⅶ. 結論

1. 患者が障害受容のどの段階にいるか理解し、その段階に応じた情報提供や声掛けが必要である。
2. 障害のどの段階においても患者の気持ちに寄り添った傾聴を行い、支持的な対応を心がけることが重要である。
3. 患者を支える家族に対しても配慮し、患者と同様の対応が必要である。

引用文献

- 1) 小島操子：看護における危機理論・危機介入（第 4 版）、金芳堂、50、2018.
- 2) 穴水美和、佐藤みつ子：手指受傷患者の受傷による心理的变化に関する研究、*Yamanashi Nursing Journal*、7、65-67、2008.
- 3) 吉本千鶴、上西洋子、金澤陽子：救急患者の障害受容に関する心理変化の実態調査、*大阪市立大学看護短期大学部紀要*、3、14、2001.
- 4) 吉田由美、増子寛子、曾我奈美子他：マゴットセラピーを受けた患者の心理面における変化 - ボディイメージの混乱を来した一症例を通して -、*厚生連医誌*、17、57、2008.

「認知症自立度」使用における看護師の判定に関する現状とその背景

keyword 認知症 認知症高齢者の日常生活自立度 判定困難

○廣瀬 博美 神田 晴美 佐々木 麻美 (新潟県厚生農業協同組合連合会豊栄病院)

I. はじめに

A 病院の 2017 年度入院患者の 77%は後期高齢者であり、その 87%に認知機能の低下がみられた。厚生労働省は「正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害者 (MCI : Mild Cognitive Impairment) と推計される約 400 万人と合わせると、65 歳以上の高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人又はその予備群¹⁾と報告している。A 病院は 2016 年より認知症ケア加算 II を算定しており、そのため入院時の認知症アセスメントスケールは「認知症高齢者の日常生活自立度」(以下「認知症自立度」と称す)を使用している。判定基準はあるものの、多くの既往を持ち疾患の影響等で ADL や意識レベルが低下している高齢者の認知機能の判定は困難を極めている。大友らも「救急医療の現場にて脳血管系の障害による意識障害と認知症の判別が困難となっている可能性が示唆された。」²⁾と述べている。「認知症自立度」は在宅における生活を想定したものである。そのため、入院患者の評価・判定に当てはめにくく、結果的には看護師の判断によって患者の状態の捉え方に違いが生じ、判定結果が微妙に異なっている。実際、認知症ケア加算監査時にも病棟看護師個々が判定した認知度の判定結果に疑問を呈されたことが多々あった。そこで、「認知症自立度」使用における看護師の判定に関する現状と、「認知症自立度」の使用を困難にしている背景を明らかにする必要があると考えた。

II. 研究目的

看護師の「認知症自立度」の判定状況と「認知症自立度」の使用を困難にしている背景を解明する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：調査研究 実態調査
2. 研究対象：A 病院入院病棟及び外来に属し、研究参加の同意が得られた看護師 6 名

3. 研究期間：20XX 年 9 月～11 月

4. 調査方法

質問紙法：対象者に調査日に集まってもらい、「認知症自立度」を問うテスト事例 6 例 (表 1) についての「認知症自立度」を記載してもらった。

半構成的集団面接：質問紙へ記載後、「認知症自立度」判定基準の分かりやすさ、判定する際に迷った事や苦渋した体験等について 30 分程度の聞き取りをした。また、対象者の同意を得てボイスレコーダーに録音した。

5. 分析方法

面接内容は文脈を考慮し切片化し類型化した。また、テスト事例 6 例についての「認知症自立度」の判定結果と合わせて、「認知症自立度」の判定の現状を分析した。

表 1. 認知症自立度を問うテスト事例

事例 1	80 歳代。HOT 導入中、身障者 4 級。ポータブルトイレ使用自立も時々失敗。介護認定未。内服自己管理。
事例 2	脳梗塞既往あり、寝たきり状態。開眼しているが発語なし。ADL 全般に介助必要。
事例 3	70 歳代。認知症有り、レミニール内服中。時々物忘れがあるがトイレ、入浴など生活全般は自立。
事例 4	90 歳代。脳血管疾患の既往なく、大腿骨折後寝たきり状態。オムツ内排泄で更衣全介助。食事は自力摂取。年相応の物忘れあり、会話等で問題を感じない程度。
事例 5	80 歳代。認知症有り、アリセプト内服中。ショック状態で意識消失にて入院。この時の認知度は？
事例 6	70 歳代。うつ病で精神科通院し内服治療中。内科的疾患で入院。無気力で排泄、食事、更衣等は全介助。

IV. 倫理的配慮

A 病院の倫理審査委員会にて承認 (承認番号 2018013) を得て実施した。対象者には本研究の主旨、研究目的及び方法、個人情報保護について説明した。また、質問紙への記載及び面接への参加は自由意思であり、質問紙は回収をもって同意とし、面接の参加については書面にて同意を得た。

V. 結果

本研究の参加者は 20～50 歳代の女性であった。質問紙法による回答において、判定基準の分かりや

すさは「いいえ」が100%、判断時の迷いは「有」が100%であった。また、「認知症自立度」の判定について、全員が一致した判定結果であった事例は事例3のみであった(表2)。

半構成的集団面接において、「認知症自立度」使用の困難な背景は25コード、6サブカテゴリーに分類され、最終的に【身体機能面の把握】、【認知機能面の把握】【基準の理解】の3カテゴリーに分類された(表3)。

表2. 参加者の概要と「認知症自立度」の判定状況

参加者	経験年数	事例1~6の 認知症自立度判定結果					
		1	2	3	4	5	6
A	0~5年	I	IV	II	III	IV	III
B	5~10年	無	IV	II	I	IV	III
C	10~20年	無	IV	II	I	M	IV
D	20年以上	II	IV	II	II	M	M
E	20年以上	II	IV	II	II	III	IV
F	20年以上	II	III	II	II	III	III

※「認知症自立度」は6つのランクで表記する(「認知症でない:無」~「著しい精神症状を有し専門医療を必要とする:M」)

VI. 考察

本研究において、A~Fの判定結果はそれぞれ異なっており、経験年数による判定の違いを導くことはできなかった。

対象者全員が判定時の迷いを「有」と回答し、【身体機能面の把握】、【認知機能面の把握】、【基準の理解】が「認知症自立度」使用についての困難な背景として挙げられた。その中でも、[ADLに関する迷い]や[認知症の診断を受けていない場合の迷い]、[基準そのものに関する迷い]が判定結果に大きく影響していると考えられた。認知症自立度判定基準の留意事項にも「どの位の頻度を指すかについては症状・行動の種類等により異なるので一概には決められない」³⁾と記されているように、実際に臨床現場での判定に苦渋している現状がうかがえた。また、【認知機能面の把握】に関しては[認知症の診断を受けていない場合の迷い]の有無について挙げられている。本来、「認知症自立度」は認知症を有し、尚且つADL低下または認知症状を認めれば判定対象となる。しかし、認知症の診断を受けていない方もおり、物忘れによるものなのか、加齢によるものなのか明確でないために、ADLを主体とした評価をしてしまう事で、判定結果の相違が生じていると考えられる。

表3 「認知症自立度」使用についての困難な背景

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	〈コード〉
身体機能面の把握	ADLに関する迷い	<ul style="list-style-type: none"> ・更衣は全介助、食事は自立、でも寝たきり、何をみればいいのか。 ・着替えができるけど薬管理ができず、どこを基準に判定すべきかわからない。 ・ちゃんと会話が成り立っているが、機能的に寝たきりで、その判定が難しい。 ・生理的現象での尿失禁は、失禁なのか、漏れるととるか判断が難しい。 ・(事例6)認知症とは書いていないけど、うつ病で無気力、排泄行為が全介助。判断が難しい。
	疾患に関する迷い	<ul style="list-style-type: none"> ・精神症状からくるものなのか、脳血管疾患からくるものなのか、その判断が難しい。 ・(事例5)ショック状態で意識消失、今の状態がわからない。
認知機能面の把握	認知症の診断を受けていない場合の迷い	<ul style="list-style-type: none"> ・年相応の物忘れや、認知症の診断を受けていない人が判断に迷う。 ・認知症の診断があるから判定できたが、診断がないと困る。 ・診断がつかず年相応と言われると難しい。 ・(事例1)時々失敗するという事だけで認知症と判定していいのか分からない。 ・家族は認知症として認識を持っていないのではないのか。 ・認知症じゃない寝たきりはどうなのか。 ・認知症の診断があれば判定が進む。
	言葉の捉え方の違い	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉が曖昧、たびたびが分からない。 ・aやb、IIとIIIが迷う。多少、時々言葉の頻度。
基準の理解	段階の捉え方の違い	<ul style="list-style-type: none"> ・IIとIII、違いがはっきりと分からない。 ・IIIとIVの違いがどの程度なのか。 ・常に介護を要するの「常に」はどのような状況か。
	基準そのものに関する迷い	<ul style="list-style-type: none"> ・問題行動のない(寝たきり)場合はどう判断すればいいか。 ・昼夜状態が変わらない人の判断はどうなのか。 ・ADLに関しては低くても認知面がクリアならどう判断するのか。 ・「認知症を有する」じゃなくて認知症状と書いてあれば多少判定しやすい。 ・スクリーニングも文字ばかりでなく、フローチャート式のほうが判定しやすい ・どこを基準にしているのか分からない。

認知症の概念として WHO による国際疾病分類第 10 版 (ICD-10) では「通常、慢性あるいは進行性の脳疾患によって生じ、認知・思考・見当識・理解・計算・学習・言語・判断など多数の高次機能の障害からなる症候群。」⁴⁾とされている。また、「認知症の臨床の場では認知機能や行動・心理症状の評価と同様に、日常生活機能の評価をすることが重要となる。」⁵⁾と述べられているが、A 病院は認知機能そのものを評価するツールを使用しておらず、入院時に家族からの情報及び看護師の主観で日常生活機能の評価を判定している現状がある。そのため、判定時に認知

症の有無に関する迷いが生じた事が判定の相違につながったとも考えられる。「認知症自立度」を使用する前に、まずは判断ツールを用いて認知症の有無や程度を確認する必要があるといえる。

また、意識を消失した患者が入院した場合にも、A 病院では「認知症自立度」を入院時に判定しなければならない。特に認知症状に関する情報が希薄な場合にはその使用が困難な状況となる。大友らは「入院時の評価だけでなく経過を追って再評価していくことが必要である。」⁶⁾と述べている。ランクⅢ以上の患者に関しては定期的に妥当性の評価をしているが、このような判定不能に近いような状態での入院時の評価方法については統一されておらず、結果的には情報が不十分なまま相違ある判定結果となってしまうという現状がある。本調査においては「認知症自立度」を問うテスト事例 5 でもⅢ～Ⅳと判定結果が異なっており、使用困難な背景が記されていた。

このように、「認知症自立度」を使用している看護師は入院時に迷いを生じながらも判定しており、その使用に困難さを感じている。患者の身体機能面、認知機能面の判定が容易にでき、尚且つ誰が判定しても妥当性のある判定結果が導き出せる認知症アセスメントスケールの使用が望ましいと考えられる。そのためには、認知症自立度表をチャート式に変更し、具体的な認知症状の記述を追記するなどの工夫が必要である。しかしながら認知症患者の状況や適切な看護についての知識不足により判定を困難にしている現状もある。認知症患者は疼痛や発熱等による苦痛を言語的に表現できず、その結果、症状が見落とされたりせん妄を引き起こしやすいと考えられている。身体的変化をアセスメントする能力やそれらに対応する実践力を身につける事が認知症看護を提供するうえで最低限必要である。そして、認知症は原因疾患ごとに症状や対応が異なる為、認知症の理解をより一層深めていく事が課題であると考えられる。

Ⅶ. 結論

1. 「認知症自立度」の判定結果は、1 事例を除き全て異なっていた。さらに、全ての対象者が「認知症自立度」の判定基準は分かりにくく、判定時に

は迷いがあると回答した。

2. 「認知症自立度」の使用を困難にしている背景は、【身体機能面の把握】【認知機能面の把握】【基準の理解】に分類された。
3. 「認知症自立度」の判定を困難にしている要因として判定時に様々な迷いや疑問を生じている事、認知症評価ツールを使用していない事、判定不能に近いような状態での入院時評価方法が統一されていない事、認知症の知識不足が挙げられた。
4. 認知症患者の変化を多面的にアセスメントする能力とそれらに対する実践力を身に付け、認知症の理解をより一層深めていく事が必要である。

Ⅷ. おわりに

A 病院は地域包括ケア病棟を有しており、認知症疾患をはじめとする慢性疾患を複数抱えている患者の入院数が今後も増加していくことが考えられる。スタッフ一人ひとりが認知症に対する正しい知識と対応力を身に付け、実践力を高めていきたい。

引用文献

- 1) 厚生労働省：「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」、<http://www.whlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/:0000079009.pdf>、2018年6月12日閲覧。
- 2) 大友晋、荒木俊彦、染野由美子、他：一般病棟における認知症高齢者の日常生活自立度の評価を困難とさせる疾患・傷病の実態、日本認知症ケア学会誌、16(1)、301、2017。
- 3) 内田陽子：「認知症ケア加算」について知っておこう、エキスパートナース、2017年8月号、64、2017。
- 4) 三村将：認知症の概念と DSM-5 の診断基準、認知症トータルケア、147(2)、35、2018。
- 5) 山田如子：生活機能障害の評価、認知症トータルケア、147(2)、53、2018。
- 6) 前掲書 2)、301。

介護が必要になった患者の家族が希望する生活を送るための退院支援

— ICF を用いて退院後の生活を分析した事例研究 —

Keyword 退院支援 国際生活機能分類 ICF

○阿部 美幸 齋藤 百合子 桑山 公子（新潟医療生活協同組合木戸病院）

I. はじめに

急速に高齢化が進む日本において、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境の整備は喫緊の課題とされている¹⁾。したがって、入院から在宅へ移行する際、看護師は患者の生活の全体像を捉え、その人らしい生活の実現に向けた支援をすることが必要である。

A 病棟の看護師は患者が疾病や障害をもちながらも患者・家族が希望する生活を送ることを目標とし、多職種と協働しながら退院支援を行っている。このたび、患者の退院後の生活を知るため自宅訪問を行う機会を得た。その際、患者の退院後の生活を評価するためのツールとして国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health 以下 ICF と略す) を使うこととした。ICF は人の「生きることの全体像」を包括的・総合的に捉えることができる²⁾ため、退院後の生活状況を知り、自分たちの行った退院支援を評価する手段として有効と考えた。

II. 研究目的

退院後、家族による介護が行われている事例について、日常生活を聴き取り、ICF の枠組みを構成し、構成要素間の相互関係を検討することで、患者・家族が希望する生活を送るための退院支援について明らかにする。

III. 研究方法

- 1) データ収集期間：20XX 年 X 月
- 2) 研究方法

本研究は事例研究である。家族による介護が必要となった事例に対して、退院から 2 週間後に自宅訪問を行い、退院後の患者・家族の生活状況および思いを聴き取った。面接時間は約 30 分で、会話は許可を得てから IC レコーダーに録音した。面接内容は逐語録として文字化し、ICF の生活機能モデルに沿って整理した。各要素間の相互関係を分析した後、家族が希望する生活を送るための退院支援が出来てい

たかどうかについて ICF を用いて評価・分析した。

3) 事例紹介

B 氏 80 代、男性。妻と長男夫婦の 4 人暮らし。20XX 年 X 月 B 氏は散歩中に意識消失し、C 病院へ救急搬送された。完全房室ブロック、脳梗塞があり入院。急性期治療後 A 病棟へ転棟。リハビリでは、調子が良いと数メートルの手つなぎ歩行が可能であった。入院中、日中は臥床し傾眠していることが多く、体位変換は介助で実施していた。家族は、「自宅で穏やかに過ごさせたい。体調をみながら車椅子に乗り台所で家族一緒に食事をとりたい」と希望していた。

B 氏の退院前に関係職種で合同カンファレンスを行い、退院支援として各々次の役割を担った。

- ・看護師：家族の意向を確認した上での、介護の方法、生活指導を行う。指導内容は家族と一緒に具体的な方法を検討した。
- ・医師：病状説明、生活指導、情報提供書作成。
- ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士：車椅子へのトランスファー、体位変換、リハビリおよびトロミ茶の作り方指導、家屋訪問。
- ・MSW：介護申請、身障者手帳の説明、ケアマネージャー選定と退院調整。
- ・薬剤師：服薬指導。
- ・栄養士：栄養指導。

IV. 倫理的配慮

本研究は所属施設の倫理調査委員会の承諾を得て実施した。対象の B 氏には口頭で説明し、家族には研究の目的・方法を口頭と文書で説明した。参加は家族の自由意思とし、途中辞退による不利益が生じないこと、調査結果は本研究の目的以外に使用しないこと、公表にあたっては個人の匿名性に配慮することを説明し、同意を得た。データは A 病棟で処理・保管した。

V. 結果

1. B 氏の ICF 構成要素の状況 (図 1)

B 氏の退院 2 週間後の状況を ICF の枠組みに沿って述べる。【健康状態】房室ブロック、ペースメーカー

一植込み、多発性脳梗塞新旧混在、高血圧、慢性腎臓病等があり再梗塞を起こしやすい。誤嚥性肺炎、尿路感染、褥瘡などのリスクがある。

【心身機能・身体構造】褥瘡や発赤など皮膚トラブルはない。食事は普通食。血圧は毎日測定し落ち着いている。機能・構造障害：心機能の軽度の低下。構音障害、認知機能の低下があり理解力に乏しい。右下肢不全麻痺、筋力低下がある。嚥下障害があり水分でむせがある。

【活動】〈できる活動〉手つなぎ歩行、全介助による車椅子乗車。〈している活動〉簡単な意思の疎通は可能。入院中よりも言葉を発する機会がある。ベッド上で腰上げ、寝返り可能。更衣は協力動作がある。食事はセッティングで自力摂取可能。全量摂取しており体重も増えている。トロミをつけ飲水している。排泄はオムツ内失禁である。日中の過ごし方は、自宅ではベッド上、デイサービスでは車椅子で過ごし、疲労した様子はない。入浴はデイサービス時に機械浴をしている。活動制限：自分の意思を十分に伝えることができない。ADL はほぼ介助が必要。自宅では室内と廊下の温度差があるため自室で過ごし、車椅子で他の部屋へ移動していない。

【参加】デイサービス、ショートステイを利用。B氏は介護サービスを楽しみにしている様子がある。

【環境因子】自宅では1階の自室で生活。介護用ベッド、褥瘡予防マット、車椅子、玄関にスロープをレンタルしている。妻と長男夫婦の4人暮らし。長男夫婦が主に介護しているが、「きつい」と感じている。長男は腰痛がある。妻は日中自室で患者と一緒に過ごし、内服薬の管理もしている。家族は入院中の介護指導は役立っていると感じている。ケアマネジャーに介護相談はできている。家族は暖かくなったら、B氏を車椅子に乗せ、台所で一緒に食事したいと希望している。

【個人因子】元気な頃は農業を営む。何でも自分でやらないと気が済まない性格。友人や近所の人と交流があり社交的であった。

2. ICFの構成要素間の相互作用

【健康状態】【活動】【環境因子】：B氏は高血圧、動脈硬化による脳梗塞の再発リスクがある。寒い季節の室内・廊下の温度差を考慮し、自室から台所までの車椅子移動はしておらず、一緒に食事はしていなかった。車椅子はレンタルしていたが家族で車椅子に乗せることはできていなかった。

【心身機能・身体構造】【活動】【参加】【環境因子】

【個人因子】：B氏はもともと社交的で何でも自分でやらないと気が済まない性格である。機能障害として構音障害、認知機能の低下、筋力低下、意欲の低

下がある。しかし、退院後、家族による介護やデイサービスなどの参加により言葉を発する機会も多くなった。腰上げをし、更衣への協力動作ができるようになっていた。運動機能、意欲の向上もみられ、介護サービスにも満足している様子があった。

VI. 考察

B氏の事例を通し、ICFを用いて退院後の患者の生活の全体像を把握した。その結果から患者・家族が自宅で希望する生活を送るための退院支援について考察する。

宇都宮は、退院支援は何よりも患者・家族がどこを目指したいのか知ることが大切³⁾と述べている。今回A病棟の看護師、MSWは入院中にB氏の家族と面談をもち、退院後の生活に対する家族の意思を確認した。B氏の家族は入院当初から自宅介護を希望し、「自宅で穏やかに過ごさせてあげたい。体調をみながら車椅子に乗り、台所で家族一緒に食事をとりたい」と話していた。そこで、理学療法士による車椅子のトランスファー指導を実施し、その希望を実現させる準備をして退院を迎えた。家族は入院中に受けた介護や生活、車椅子へのトランスファーの方法に関する指導は役立ったと述べていた。看護師は患者・家族の希望に添えるように多職種と協働しB氏と家族を支えられるように計画を立て、指導をした。それは自宅での介護負担の軽減に繋がっていた。

反面、血圧を上げないための日常生活での注意点として、急激な温度変化をなくす指導を行った。その結果、家族は室内外の温度差を考慮し、自室以外へB氏を移動はさせられなかった。看護師は理学療法士による退院前自宅訪問の写真などから患者の自室、移動するための廊下、食事を摂取する台所などの「環境因子」に関する情報を得ていたが、B氏の退院後、寒さが原因で、皆で食卓を囲むという「参加」の実現を妨げていた。気候の変化を事前に予測できず、その対応までアセスメントするに至らなかった。つまり、ICFの構成要素間の相互作用を考慮していなかったといえる。他にも、家族への聞き取りの中でオムツ交換やトランスファーを担当する家族の腰痛の状況もわかった。こうした「環境因子」に関する情報を退院前に知り、それに合わせた介護の方法を伝えることが必要であった。以上からB氏に関係するあらゆる自宅での「環境因子」を事前に知り、配慮することがB氏の「活動」や「参加」のレベルを引き上げ、患者・家族の希望に添う生活に繋がることがわかった。

B氏は入院中、ベッド上で傾眠状態にあり、気力がないように思われることが多かった。しかし、自

宅では腰上げ、寝返りもし、言葉も自ら発し、意欲がみられていた。また、デイサービスへ行くことを楽しみにしている様子もあった。ICFの枠組みでは、「活動」「参加」のレベルは退院後にかなり上がっていたことになる。この理由について、B氏はもともと社交的で、何でも自分でやらないと気が済まないという性格であった。このことから看護師は「個人因子」をふまえた関わりが不足していたのではないかと考える。

入院中、看護師はB氏のベッドからの起き上がりに対して認知機能の低下があるため、転倒・転落の危険があると判断した結果、行動を制御するような関わりをしていた。さらに、リハビリ以外はベッド上で1日を過ごし、リハビリでできていることを病室で実施する機会が乏しかった。つまり、「健康状態」「心身機能 身体構造」を重視し、「活動」「参加」がB氏の状況に合っていなかったといえる。そのことがB氏の本来あった意欲を入院中に引き出せなかった原因ではないかと推測される。反対に退院後、自宅ではデイサービスなどの職員が迎えに来て、変化のあるスケジュールを過ごす毎日がB氏の「個人因子」に合っており、「活動」「参加」レベル、つまり生活機能を引き上げる結果に繋がっていると考える。

大川は、ICFの構成要素「活動」では「している活動」と「できる活動」との差が生じる原因を明らかにすることが「活動」の回復・向上につながると述べている。さらに、活動項目ごとに、目標として「する活動」を定めそれに向けて「している活動」

と「できる活動」とを関連づけて両者を向上させていく必要性について説明している⁴⁾。大川の指摘を元に今回のB氏への関わりを振り返ると、対象の生活や生活背景のアセスメントを十分に行った上で、B氏に関わる多職種間での情報共有を密にし、合同カンファレンスで「する活動」を定めチームで関わることやレクリエーションなどの余暇活動を取り入れる必要があったと考えられる。

VII. 結論

ICFの枠組みを使用して退院支援を検討したところ、患者・家族の希望に添った支援は行えていた。しかし、季節や家族の身体状況などの「環境因子」の把握不足や患者の性格などの「個人因子」をふまえた支援の不足が明らかとなった。

引用文献

- 1) 厚生労働省：地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）の一部改正について（平成26年9月12日告示平成28年12月26日一部改正、<https://www.mhlw.go.jp/stf/sh-ingi2/0000146721.html>、2019年4月26日閲覧。）
- 2) 大川弥生：ICF：「人」のよりよい生活・人生を支えるツール、訪問看護と介護、19(2)、106-110、2014.
- 3) 宇都宮宏子：退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる、学研プラス、14、2015.
- 4) 前掲2

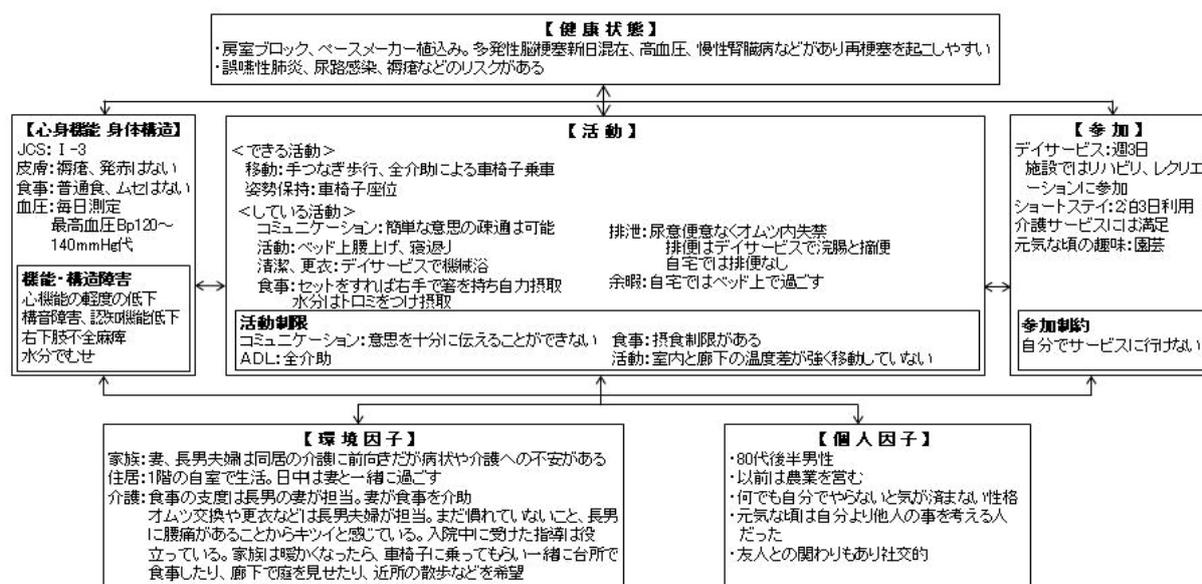


図1 B氏のICF分類

後期高齢者の内服自己管理継続に必要な支援のあり方

—退院後の内服管理状況に焦点を当てて—

keyword 服薬管理 自己管理 後期高齢者

○仙田 由香里 山谷 美幸（新潟医療生活協同組合木戸病院）

I. はじめに

平成 25 年に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が公布され、在宅医療はこれまで以上に推進される事となった¹⁾。平成 26 年から 29 年の平均在院日数は 17.4 日から 12.9 日²⁾へと急激に短縮される中、患者がスムーズに退院後の生活に移行するには入院中の退院支援が重要である。

様々な退院支援がある中、病棟看護師が担う支援に『内服自己管理指導』がある。服薬指導は薬剤師も行うが、患者の生活状況を最も良く知る看護師が積極的に関わる事も重要である。特に高齢者は合併症も多く、内服薬によって疾病のコントロールをしているケースがほとんどであり、薬物療法は極めて重要であるとともに、正しい服用を続ける事が合併症の予防や症状の安定をもたらす。

X 病棟は主に退院支援を行なう慢性期病棟である。自宅へ退院する後期高齢者は年々増加しており、退院後の内服管理方法において、患者自身、場合に応じては家族を含めた内服管理指導が必要な事例が多い。その為患者の入院期間中に退院後の生活に向けて、服薬指導を実施しているが、内服薬の自己管理が不十分な場合は、退院後の症状悪化を招き、入退院を繰り返す事が予測される。葛谷は「在宅における服薬順守状況は、薬物数の多さや同居家族の有無により違いがあることが指摘されており、高齢者の特性と家族要因による影響を受ける事が明らかになっている。」³⁾と述べている。

退院後に自宅訪問し、追跡調査した事例は少ない。そこで、事例を通して、退院後の内服薬の管理状況を知ること、入院中の内服自己管理への支援を充実させたいと考えた。

II. 研究目的

自宅で内服薬の自己管理をする高齢者に対して、退院後に自宅訪問を行う事で退院後の内服薬の自己管理状況を知り、入院中の内服薬の自己管理に向けた支援の方法・内容を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究方法：事例研究

2. 用語操作上の定義

自己管理：専門家の助言を活用しながら、自らが望ましい生活習慣を積極的に行い、継続すること。

後期高齢者：本研究では 75 歳以上の高齢者を示す。

3. 研究期間：20XX 年 1 月～3 月(3 ヶ月)

4. 研究対象者：自宅退院予定で、研究期間中に X 病棟に入院し内服自己管理指導を受けた高齢者 2 名。

5. 研究内容：1) 受け持ち看護師が対象に適した管理方法(表 1)を選択。その後、病棟看護師が対象者に内服管理指導を実施した。

2) 看護師に調査票の記載を依頼。調査票は「年代」「性別」「同居家族の有無」「退院後の協力者の有無」「入院中の服薬管理指導の過程」などで構成した。

3) 内服自己管理指導を受けた患者のうち、自宅訪問の了承を得られた患者に対して、退院後 7～10 日目頃に自宅を訪問し、半構成的面接を実施した。面接内容は「退院後の体調」「薬の飲み忘れの有無」「薬の飲み忘れが無い様に気をつけている事」「入院中の看護師の指導内容・方法について」などで構成した。

6. 分析方法：訪問時の面接の会話は許可を得て録音し、内容を逐語録として文字化した。文字化したデータと調査票を元に入院中の指導内容・方法の妥当性について分析した。

A \ B	1 日法 I	1 日法 II	薬袋取り出し法 I	薬袋取り出し法 II	薬袋取り出し法 III	1 週間法
薬の準備	看護師がケースに 1 日分の薬をセットし、朝患者に渡して管理してもらう。	看護師見守りの下、患者が 1 日分の薬をケースにセットする。出したら薬袋裏に看護師か患者が印を付ける。	薬袋は看護室で保管。毎食前に薬袋を持って行き、看護師見守りの下取り出してもらい。出したら薬袋裏に看護師か患者が印を付ける。	薬袋は患者の手元に保管。毎食前に看護師見守りの下取り出してもらい。取り出したら薬袋裏に看護師か患者印を付ける。	薬袋は患者の手元に保管。準備時の見守りはなく、患者のタイミングで準備してもらう。取り出したら薬袋裏に印をつけてもらう。	1 週間分の薬がセット出来る箱やカレンダーに病棟薬剤師又は患者がセットし、患者の手元で保管・管理する。
内服の確認	内服後の殻をケースに保管。ケースは内服終了後に回収する。	内服後の殻をケースに保管。内服終了後もケースは回収しない。	内服後の殻を残しておく。	内服後の殻を残しておく。	看護師は薬袋裏の印を確認。内服したか声をかける。	内服後の殻を箱やカレンダーに残す。

表 1 X 病棟が行っている内服薬の管理方法 (A: 看護師・本人が実施する事 B: 管理方法の種類)

7.倫理的配慮

本研究は所属施設の倫理委員会の承諾を得て実施した。

研究開始前に患者、家族に研究の目的、研究方法、研究の同意後の途中辞退の自由、データは個人が特定出来ないように管理する事、また研究以外で使用しない事、面談中に気分が悪くなったり、中断を希望する場合は遠慮なく言って良い事を口頭で説明し、書面にて同意を得た。

IV.結果

面接を実施した研究対象者は2名。両者共に、退院後16日目に自宅訪問し面接を実施した。面接時間は平均45分だった。研究対象者の語りは「 」で示す。研究対象者の内服管理方法は表2に示す。

	指導期間	内服指導開始時	退院時	退院後
A氏	約4ヶ月	薬袋取り出し法Ⅲ	1週間法 カレンダー 一使用	1週間法 カレンダー 使用
B氏	約2週間	薬袋取り出し法Ⅰ	薬袋取り 出し法Ⅰ	1日法 保存缶使用

表2 研究対象者の内服薬の管理方法

【事例紹介】

1)A氏：80歳代、女性。退院後も独居であるが、近所に住む長女と訪問看護ステーションのサポートがある。

入院前の状況：かかりつけ医はなく、定期内服も一切していない。入院自体が今回初めてであり、内服管理も初めての事だった。

入院中の状況：入院当初は内服自己管理をしていた。しかし、「食後に内服となっていたので、食事が食べられなければ、飲まなくていい」と思い、飲まなかった」との理由から自己判断で休薬し、薬の残数が合わない事があり、看護師が介入し内服自己管理指導を開始した。指導を進める中で、自己での薬セットが困難な事、長女が連日訪問しての薬セットは不可能な為、1週間分の薬がセット出来るカレンダーを使用した1週間法を試みた。A氏も「カレンダーだと見やすい」と言っていた。

入院中は度々内服忘れがみられ、看護師より指摘を受けた。その為、内服忘れ・重複内服防止のため内服後の薬包・ヒートの殻は看護師が確認するまで保管していた。

退院後の状況：退院後は近所に住む長女や訪問看護のサポートを受けて、入院前と同様の独居生活を送っていた。長女は週に1~2回A氏宅を訪問。薬カレンダーに薬をセットし、A氏の身の回りの世話をしている。また、県外在住の長男は連日A氏に電話連絡を入れ、体調確認や内服の声かけをしている。その為、A氏からも「薬を飲む事が、今の私の仕事だと思っている」との言葉が聞かれた。

退院後も薬カレンダーを使用した1週間法で自己管理を継続していたが、面接時に「順調に飲んでいます」と言っていたものの、ベッド上に薬包が1つ落ちているのを

発見。A氏も薬包が落ちている事に気付いたが、何時の物か分からない様子で薬カレンダーのポケットに戻っていた。

入院中、薬カレンダーはベッド脇にかけられていたが、退院後は別室にかけられており、内服忘れ・重複内服防止の為の薬包・ヒートの殻保管も退院後は行われていなかった。

2)B氏：80歳代、女性。入院前から2世帯住宅による同居家族(長女・孫)あり。退院後も同居家族のサポートがある。

入院前の状況：かかりつけ医はなく、定期内服は一切していない。入院自体が今回初めてであり、内服管理も初めての事だった。

入院中の状況：入院当初は疼痛による体動困難があり、薬は全て看護師が管理していた。

徐々に疼痛が落ち着き、身の回りの事が出来始めた頃を見計らい、退院後の生活に向けて、内服自己管理指導を開始した。B氏は年齢相応の物忘れや老眼による視力低下があった為、薬袋は看護室で保管した。

指導開始時に看護師が管理方法を説明すると「うん、うん」と返事をしていたが、B氏に管理方法を説明してもらうと、内服開始時期や内服時間などが言えなかった。また、薬袋から薬包を出す際、どの時間帯の薬袋から取り出すか迷い看護師に確認する事もあった。指導開始後に1度内服を忘れた事があったが、それ以外は大きなトラブルはなかった。

B氏は内服薬の他に、疼痛増強時屯用で鎮痛剤(坐薬)を使用していた。坐薬の自己挿肛は退院5日程前から練習を開始した。

退院後の状況：同居している長女が仕事で日中不在となる為、小さな缶に1日分の薬をセットしてもらい、その缶をB氏が管理する方法に変更されていた。B氏も「娘からはこの缶の中の薬以外はいじらないでねって言われています」と言っていた。また、度々内服忘れをする事があったが、日が経つにつれ、徐々に内服忘れはなくなった。B氏も内服を忘れた自覚があった為、内服後は薬包の殻を残す事で内服忘れ予防を行っていた。坐薬も自身で挿肛していたが「しっかり入っているのか分かり辛い」「自分で入れる事自体が難しい時がある」と話していた。

V.考察

今回、両氏の自宅での状況を確認すると、退院後は家族の支援を受けながら大きなトラブルはなく過ごされている事が分かった。

入院中の状況や面接で得られた情報を元に入院中に必要な内服薬の自己管理支援について考察する。

入院中に必要な支援の一つは、患者の持っている力に応じた自己管理方法の選択とその準備である。X病棟では6通りの内服薬の自己管理方法を考えた。この方法の中から看護師は患者に合わせた方法を選択し実施した。

高齢者にとって内服は決まった時間に決まった方法で

服薬を続ける必要があるものの、それは規則的な生活が出来ない状況や、記憶力の低下、視力や手指の機能低下が起こった高齢者にとって「面倒な作業」になる⁴⁾。その為、退院後も内服が継続できるような自己管理への支援が必要である。落合らは「認知障害のある脳血管障害患者の服薬管理について、各看護師の経験や知識のみに頼りケアの決定を判断するのではなく、各々の看護師の工夫とケアの視点を生かしながら統一したケアを提供する事が必要。」⁵⁾と述べている。本事例では6通りの方法を予め準備した事で患者に合った方法で指導する事が出来た。

今回、両氏は共に入院中から自身での内服薬を完全に管理する事は困難であった。

A氏の場合、入院中に薬カレンダーの使用による1週間法で指導し、自宅でも同様の方法で内服が継続できていた。継続できていた理由としては、A氏が「内服は自分の仕事」と評し毎日の日課になっていた事や「カレンダーは見易い」と肯定的に捉えていた事が考えられる。また、度々飲み忘れたのは、薬カレンダーが、A氏の生活主要スペースに設置されていなかった事が要因と考えられる。

B氏の場合、入院中の指導への反応は良かったが、実施段階で迷う場面があった。自宅では家族の協力もあり1日法に変更となったが、内服を忘れないように薬の殻を保管しておく方法は継続されていた。B氏への指導期間は2週間と短期間であったが、飲み忘れ防止の為に内服後の殻を保管する方法はB氏に合っており、適切だったといえる。

このように入院中の指導は両氏共に自宅でも継続されており、退院後も入院中と同じ方法で内服管理をする事は効果的であることが分かった。前述した落合らは「看護師が認知能力に適した服薬管理段階の指導を行う事が患者の服薬自己管理の成功に大きく影響する。」⁶⁾と述べている。患者本人の持っている力に合わせた方法を選択する為に患者の反応を観察していく事も必要である。

自宅退院する患者を取り巻く環境も内服管理にとって重要であるため、入院初期からの早期介入により家族の協力体制を把握し、退院後にどのような支援をしていけばよいか検討する必要がある。また、入院中の内服管理を習慣化することで、自宅療養に移行した時にスムーズな内服管理継続へとつながる。

VI. 結論

入院中に内服薬の自己管理の指導を行った高齢者に対し、退院後自宅訪問をした結果、度々の内服忘れや内服薬の管理方法・保管場所の変更があったものの、病状悪化する事なく、自宅での内服薬を自己管理する事が出来ていた。これには、患者本人が内服薬を自身で管理したいという意欲や意志を持っていた事や家族のサポートがあったことが要因といえる。

高齢者の内服薬の自己管理を上手く進めるには、患者自身の管理能力を評価すると共に退院後の家族の協力体

制・家庭環境の情報を得ることが、退院後の具体的で継続的な内服管理方法を導き出すことにつながる。

引用文献

- 1) 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律、平成25年12月13日施行
- 2) 平成29年患者調査の概況：厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanjya/17/index.html>, 平成31年4月29日閲覧。
- 3) 葛谷雅文：高齢者における服薬アドヒアランス低下の要因。CLINCIAN15(635)77-82、2015.
- 4) 佐野けさ美：多剤服用からの脱却！高齢者ケアのためのくすりの知識；生活モデルから見えてくる本当に必要な薬とは？高齢者の服薬支援のキホン、コミュニティケア、13(14)、8-11、2011.
- 5) 落合香代子、青木美穂、矢澤朋子他：認知障害のある脳血管障害患者の段階的服薬自己管理 指導を成功させる患者と看護師の要因、茨城県立医療大学紀要、9巻、21、2004.
- 6) 前掲7)

A病院透析患者の転倒と握力の関係性を調査して

keyword 血液透析 転倒 握力 サルコペニア

○阿部 亜樹 丸山 則子 古川 空 (柏崎総合医療センター)

I. はじめに

透析患者は、透析関連低血圧や起立性低血圧といった循環器系の障害、末梢神経障害による筋力低下、感覚障害、関節の変形といった運動障害を合併しやすい。また、低栄養や低タンパクが原因で、一般的な平均より体力や筋力が低くなり、いわゆるサルコペニアの状態に陥る患者が多い。「サルコペニアのような運動器、特に骨格筋の退行性変化を伴う疾患では、身体機能や運動パフォーマンスが低下するため転倒の危険性が高いことが報告されている」¹⁾

A病院透析室において、2017年度の1年間で透析室スタッフが把握している転倒件数は53件、そのうち治療や検査が必要になったケースは14件であった。河野らは「運動能力の低下と筋力の低下は透析患者の転倒の危険因子であることが明らかになった」²⁾と述べている。また竹内らは、血液透析患者における転倒予防因子を研究し、「握力は計測が容易かつ直感的なので転倒リスク者の抽出や積極決定に有用と考える」³⁾と述べている。握力低下が転倒ハイリスク因子になることがA病院血液透析患者にも該当することが立証できれば、転倒ハイリスク者を容易に抽出でき、転倒予防の指導に繋げることができると考え、アンケート調査と握力測定を実施したので報告する。

II. 研究目的

A病院血液透析患者における握力低下が、転倒の危険予測因子になるのかを明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究対象者

20XX年4月1日時点で、A病院にて血液透析を実施している、歩行可能な患者129名に、口頭、書面で説明し、研究に同意が得られた97名とした。

2. 研究期間

20XX年9月～20XX年11月とした。

3. 研究方法

1) 記名自記式質問紙調査

調査内容は、転倒の有無、日常生活行動の程度、運動習慣の有無、運動に対する意識の4項目とした。

2) 研究に同意が得られた患者に関する基本属性として原疾患、透析歴、年齢、性別、A病院転倒・転落アセスメントスコアの危険度のデータを収集した。

3) 握力測定

測定は透析前とし、文部科学省の「新体力テスト実施要項⁴⁾」の方法に準じ、立位姿勢、または自力立位が不安定な患者は椅座位で、左右交互に2回ずつ測定した。また、左右一方の最高値を採用した。

なお、サルコペニア診断基準(日本人基準)を参考とし、男性26kg以下、女性18kg以下とした。

4) データ分析方法

単純集計

IV. 倫理的配慮

本調査の概要と目的を書面、口頭で説明し、書面にて同意を得た。

調査協力は自由意志であり、調査に協力しなくても不利益が生じないこと、対象者のプライバシーは個人情報保護法に準じ守ること、質問紙は握力測定値、基本属性、質問紙の回答を統合する為、記名式とするが、研究結果から個人が特定されないようにデータ処理し、公表に使用すること、調査結果はこの研究にのみ使用することを説明した。本研究はA病院倫理審査委員会の承諾を得て実施した。

V. 結果

1. 質問紙調査

質問紙は同意が得られた患者97名に配布し、94名から回答を得た(回収率96.9%)。記入不備のある1名を除いた93名を分析対象とした(有効回答率98.9%)。

1) 6か月以内の転倒の有無について

転倒したことがある人(以降、転倒群とする)は17名(18.3%)であった。

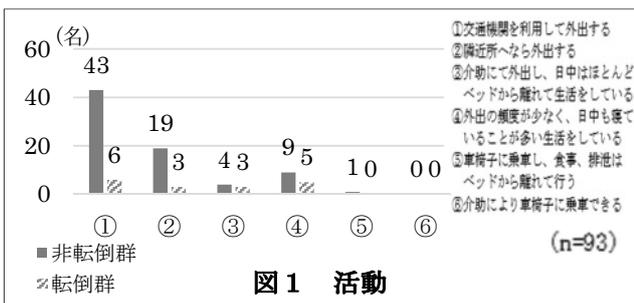
転倒したことが無い人（以降、非転倒群とする）は76名（81.7%）であった。

2)日常生活行動の程度について（図1参照）

転倒群では「介助にて外出し、日中ほとんどベッドから離れて生活している」以上が17名中12名で70.6%、非転倒群では76名中66名で86.8%であった。

表1 対象者の基本属性

基本属性	サルコペニア群 50名	非サルコペニア群 43名
(1)原疾患		
糖尿病性腎症	19名	12名
慢性糸球体腎炎	15名	19名
その他	16名	12名
(2)透析歴		
最長	39.7年	26.8年
最短	0.5年	0.9年
平均	9.0年	8.9年
(3)年齢		
最高	86歳	82歳
最小	45歳	35歳
平均	66.9歳	67.0歳
(4)性別		
男性	32名	25名
女性	18名	18名
(5)A 病院転倒転落アセスメントスコアの危険度		
①転倒群	13名	4名
危険度Ⅰ	2名	2名
危険度Ⅱ	6名	1名
危険度Ⅲ	5名	1名
②非転倒群	37名	39名
危険度Ⅰ	11名	32名
危険度Ⅱ	21名	7名
危険度Ⅲ	5名	0名

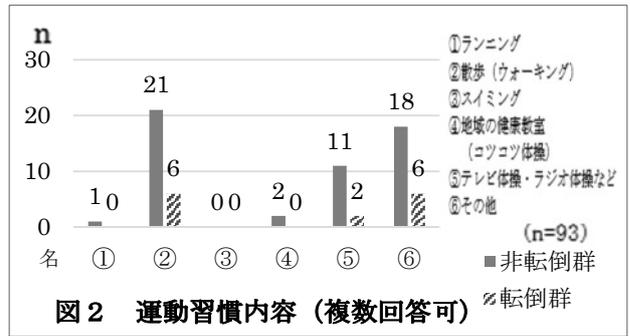


3)運動習慣の有無について

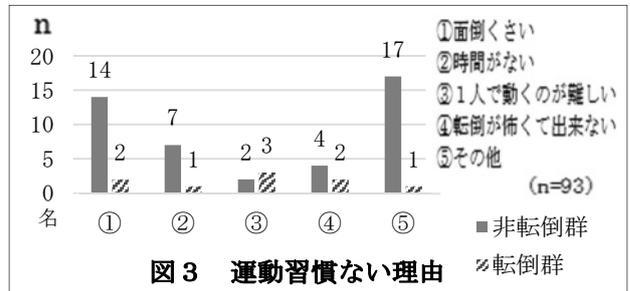
転倒群は「有り」11名（64.7%）、「無し」6名（35.3%）であった。

非転倒群は「有り」37名（48.7%）、「無し」39名（51.3%）であった。

運動習慣の内容について（図2参照）は転倒群、非転倒群ともに、散歩とテレビ・ラジオ体操が一番多かった。



運動しない理由について（図3参照）、転倒群は「一人で動くのが難しい」と答えた人が最も多く3名で、次に「面倒くさい」「転倒が怖くてできない」だった。非転倒群では「その他」を除き最も多かったのは「面倒くさい」であった。「その他」の回答には、「一人だと続かない」「仕事の為」「家事多忙」「体調次第」等が挙げられていた。



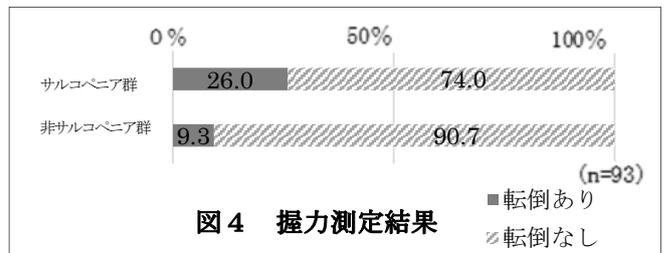
4)透析中の運動希望

転倒群は運動希望「思う」が9名（56.3%）で、「思わない」が7名（43.8%）であった。

非転倒群は「思う」が44名（57%）、「思わない」が32名（42.1%）であった。

2. 握力測定（図4参照）

平均握力は男性26.8kg、女性18.6kgだった。93名中サルコペニア基準値以下（以降、サルコペニア群とする）が50名で、そのうちの13名が転倒しており、転倒発生率は26.0%であった。サルコペニア診断基準値以上（以降、非サルコペニア群とする）は43名でそのうちの4名が転倒しており、転倒発生率は9.3%であった。



VI.考察

本研究で記名自記式質問紙調査における6ヶ月以内の転倒件数は17件、発生率は18.3%であった。対象患者93名中50名は握力測定にてサルコペニア診断基準以下

で、そのうちの13名が転倒しており、転倒発生率は26.0%だった。また、握力がサルコペニア診断基準以上の43名のうち、転倒者は4名で転倒発生率は9.3%であり、サルコペニア群の方が転倒率が高いという結果になった。本研究の対象者における平均握力は男性26.8kg、女性18.6kgであり、2017年度の日本人の一般的な握力測定値(65~60歳代)として示される、男性40.19kg、女性25.28kgと比較しても握力は低いと言える。しかし、A病院の転倒転落アセスメントスコアの危険度は、転倒群でサルコペニア群が危険度Ⅱ、Ⅲを合わせると全体の84.7%、非サルコペニア群が50.0%でサルコペニア群の方が高くなっている。又、非転倒群でもサルコペニア群が危険度Ⅱ、Ⅲ合わせて70.3%、非サルコペニア群は17.9%でサルコペニア群が4倍近く多くなる結果となった。このことから、サルコペニア群は転倒危険度が高く、握力低下は転倒の危険予測因子であると考えられる。

河野らは「透析患者の高齢化が進んだ近年、サルコペニアといった骨格筋の退行性変化を伴う患者が多く、身体機能や運動パフォーマンスが低下するため転倒の危険性が高くなる」⁴⁾「握力の低下は転倒の独立した危険因子であることが明らかとなった」⁵⁾と述べている。また、日本人高齢者を対象とした調査では、サルコペニアでは、非サルコペニアと比べて1.81倍易転倒傾向である結果がでていた。今回の調査でも、握力がサルコペニア診断基準以下では転倒しやすく、A病院透析室においても握力低下が転倒の危険予測因子であることが示唆された。

日常生活行動のアンケート調査結果からは、非転倒群は自立した日常生活行動ができており、転倒群は介助が必要な状態が多い傾向と言える。運動習慣の有無についての調査では、転倒群は「有り」が64.7%、非転倒群は48.7%で転倒群の方が多く結果となった。転倒群の方が運動習慣が多いという結果について、転倒は筋力や運動能力の低下が大半の原因で、転倒によりそれを自覚したため、低下予防のための運動を心がけていると考えられる。非転倒群は「運動しない理由」で「仕事の為」や「家事多忙」を挙げていることから、運動する時間が取れないということが原因のひとつと考えられる。また、仕事や家事ができるということは、日常生活行動が自立しており、著明な筋力低下がないと判断できる。転倒群の運動しない理由では「1人で動くのが難しい」との答えが最も多く、「転倒が怖い」という意見もあった。一方、透析中の運動希望の調査では、転倒群でも半数の56.3%が「思う」と答えている。1人では転倒が怖くて運動できないが、透析中であれば、スタッフの見守りがある中でできるという安心感があると考えられる。

透析患者は一般的に週3回通院し、4時間透析を受けており、その間床上安静が必要となる。その為運動する時間も限られてくる。透析中に床上でも行える運動療法を取り入れることが可能となれば、サルコペニア予防にもなると考えられる。また、サルコペニアは易転倒傾向であるため、サルコペニアの早期発見、早期予防が重要である。握力測定は血液検査や放射線検査などとは異なり、比較的簡便に測定することができる。今後は、定期的に測定することを取り入れ、サルコペニアを早期発見し、透析中の運動療法等の筋力低下予防対策を検討していきたい。

VII. 結論

本研究において、サルコペニア群の転倒発生率は、非サルコペニア群の転倒発生率の約3倍であった。また、転倒転落アセスメントスコアの転倒危険度はサルコペニア群で点数が高く、転倒危険度が高いと判断できた。このことからA病院透析室においても握力低下は転倒の危険予測因子であることが示唆された。よって定期的な握力測定によりサルコペニアの早期発見および転倒予防に取り組んでいきたい。

引用文献

- 1)河野健一、西田裕介、矢部広樹：透析患者の運動パフォーマンスの低下に至る要因分析、日本理学療法が術大会抄録集、51、2015.
- 2)河野健一、西田裕介、森山善文他：維持透析患者の運動能力低下に至る要因と転倒との関連性、理学療法学、44(4)、261、2017.
- 3)竹内瑞希、山口ルミ子、渡邊シズ子他：維持透析患者の握力からみた転倒リスクについて、新潟県透析医学会学術集会誌、58、18、2016.
- 4)文部科学省、新体力テスト実施要項、2019年9月6日最終閲覧、http://www.next.go.jp/component/a_menu/sports/detail/_icsFiles/afieldfile/2010/07/30/1295079_04.pdf
- 5)前掲書2)、260.
- 6)前掲書2)、261.

参考文献

- 1)河野健一、森山善文、矢部広樹他：透析関連低血圧とshort physical performance battery (SPPB)の低下は透析患者の転倒の強いリスク因子である、透析会、48(11)、635-641、2015.

示 説

病棟看護師が行う退院調整内容の明確化

—急性期整形外科病棟看護師へのインタビュー調査—

keyword 退院調整 急性期整形外科 病棟看護師

○貝瀬 洋平 齋藤 花菜子 川合 龍生 (医療法人愛仁会 亀田第一病院)

I. はじめに

現在、急速に進む少子高齢社会を背景に在宅医療の推進が図られ、各病院では退院調整の見直し・推進が行われている。2次救急を担う急性期病院であるX病院においても、在院日数短縮化に向けた退院調整の見直しが急務となっている。

X病院には退院調整看護師はおらず、A病棟ではプライマリーナースを中心として退院調整が行われている。しかし、退院調整に関するマニュアル等は存在せず、一人一人の力量に委ねられているのが現状である。こうした状況からA病棟では、支援内容やその質に偏りが生じていることが以前から問題として上がっていた。先行研究では「医療機関の退院支援の課題を明確にし、その課題解決に向けた方策を検討し取り組むことが、医療機関の退院支援の質向上に寄与する」¹⁾と示されているが、これまでA病棟においてどのような退院調整・退院支援が行われているかを明らかにする研究は成されておらず、課題も不明瞭なままであった。したがってA病棟で質の高い退院調整が行われるためには、その内容を明らかにした上で課題を明確にする必要があると考える。

以上より、本研究では急性期整形外科病棟において行われている退院調整の内容を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究対象とデータ収集期間：X病院A病棟に勤務する病棟看護師のうち、師長、夜勤専従者および研究者を除いた計11名を対象とし、2018年10月中旬から11月上旬にインタビュー調査を実施した。

2. 調査方法：事前に自記式質問紙を配布し基本属性を調査した。インタビューは事前にインタビューガイドを作成し、半構造化面接法で実施。会話はICレコーダーで録音した。インタビューガイドは、退院調整に関わった、もしくは退院調整が必要だと考えられるケー

スを思い浮かべてもらい、なぜその患者に退院調整が必要であると考え、どのような退院調整を行ったか、また、退院調整を進めるためにはどのようなことが必要だと思うか、といった内容であった。

3. 分析方法：逐語録を作成し、退院調整として語られた内容を抽出。抽出した語りをまとめ、抽象度を上げていくことで、最終的にカテゴリー、サブカテゴリーに集約された。

III. 倫理的配慮

本調査は医療法人愛仁会倫理委員会の承認を受けて実施した。調査対象者に対しては、書面および口頭で調査の目的と方法、調査協力の任意性、プライバシーの保護、研究参加はいつでも辞退することが出来、それによって研究対象者に不利益は生じないこと、得られた情報は研究及び結果の公表以外には用いないことについて説明し、同意書に署名を得た。インタビューはプライバシーが保たれる個室で行い、録音は対象者の許可を得て行った。また対象者はIDで管理し、個人が特定されないように配慮した。

IV. 結果

調査は同意が得られたX病院A病棟の病棟看護師11名(表1)に行われ、6つの【カテゴリー】と25の[サブカテゴリー]が抽出された(表2)。

1. 【退院調整が必要な患者の把握】

病棟看護師は外来から入院の連絡が来た時点で[入院決定した患者の外来記録の確認]をしていた。入院後は[家族の介護力や入院前の生活状況、在宅サービスの利用状況について、患者・家族から情報収集]し、収集した情報を基に[退院支援スクリーニングシートの入力]を行っていた。

「先生の記録を見たり、外来看護師の記録を見たりすると書かれてるから、そこから情報を取ったりするかな。」(ID:I)

表1. 対象者の基本属性

ID	年齢	リーダー経験	資格	一般病棟の経験年数	地域包括ケア病棟の経験年数	急性期整形外科病棟の経験年数	訪問看護または保健師の経験年数
A	～29歳	あり	なし	～4年	～4年	～4年	なし
B	30～39歳	あり	なし	5～9年	なし	5～9年	なし
C	30～39歳	なし	なし	～4年	なし	～4年	なし
D	～29歳	なし	なし	～4年	なし	～4年	なし
E	40～49歳	あり	なし	10～14年	なし	10～14年	なし
F	40～49歳	あり	なし	15年～	なし	5～9年	なし
G	～29歳	なし	なし	～4年	なし	～4年	なし
H	30～39歳	あり	なし	10～14年	なし	10～14年	なし
I	～29歳	あり	なし	5～9年	なし	5～9年	なし
J	～29歳	なし	保健師	～4年	なし	～4年	なし
K	～29歳	なし	なし	～4年	なし	～4年	なし

表2. 急性期整形外科病棟看護師が行っている退院調整の内容

カテゴリ	サブカテゴリ
退院調整が必要な患者の把握	1) 入院決定した患者の外來記録の確認 2) 退院支援スクリーニングシートの入力 3) 家族の介護力や入院前の生活状況、在宅サービスの利用状況について患者・家族から情報収集
退院後の生活に関する患者・家族の意思決定支援	1) 入院予定期間について患者・家族へ説明 2) 予測される退院時のADLについて患者・家族へ説明 3) 退院先の選択肢について患者・家族へ情報提供 4) 家族を対象にリハビリ見学を組む 5) 患者・家族に退院後の意向を確認
在宅サービス利用支援	1) 介護申請について患者・家族に情報提供 2) 患者・家族へ介護度の新規申請・再申請の推奨 3) 退院後必要な在宅サービスについてCW・RHと検討 4) 施設や在宅サービス等についての患者・家族への説明をCWIに依頼 5) CWを通してCMと連携
退院後の受け入れ先調整支援	1) CWに依頼し、施設・転院先を探してもらう 2) 入院以前の入所施設に受け入れ可能な期限やADLについて確認
セルフケア促進支援	1) 退院までに危険肢位を説明 2) ADLの拡大・自立に向けた援助 3) 退院後必要な処置・手技等の患者・家族への指導 4) 内服自己管理に向けた調整・指導
他スタッフとの情報共有	1) 患者・家族の意向や退院調整の進捗等のカルテ上への記録 2) ケースカンファレンスへの参加 3) 病棟での患者の様子についてCW・RHに情報提供 4) リハビリの進捗とゴール、ゴールまでの到達予測期間のRHへの確認 5) 他のスタッフ・掲示板等からの情報収集 6) プライマリーに対する退院調整を促す声掛け

2. 【退院後の生活に関する患者・家族の意思決定支援】

入院早期には、患者・家族と看護師が退院時期を共有するために「入院予定期間について患者・家族へ説明」することと、「予測される退院時のADLについて患者・家族へ説明」することを行っていた。また、ADLや介護力などから「退院先の選択肢について患者・家族へ情報提供」し、選択肢の幅を広げた上で「患者・家族に退院後の意向を確認」していた。入院中期から後期には「家族を対象にリハビリ見学を組む」ように働きかけていた。実際の動作を見てもらうことで退院後の生活についてより具体的に想像してもらうことができるため、リハビリ見学後に再度「患者・家族に退院後の意向を確認」し、患者・家族が納得して退院先を決定できるよう支援していた。

「ADL下がったら入れないところ(施設)もあるから。施設見直さなきゃとか。同じ施設でもいいねとか。自宅厳しいなとかそういう話をしてます。」(ID:I)

3. 【在宅サービス利用支援】

A病棟では、入院以前に比べてADLが低下して退院する高齢患者が多いため、早期に「介護申請について家族に情報提供」し、「患者・家族に介護度の新規申請・再申請を推奨」しているという声が多く聞かれた。同時に「施設や在宅サービス等の患者・家族への説明をケースワーカー(以下CW)に依頼」し、介護度を取得したことで具体的にどのようなサービスを受けることができるのか情報を提供していた。また、A病棟では週に1回、看護師、CW、リハビリスタッフ(以下RH)によるケースカンファレンスを開催しており「退院後必要な在宅サービスについてCW・RHと検討」していた。サービス調整の段階では「CWを通してケアマネージャー(以下CM)と連携」を図っていた。

「日常生活を見ているのは私達だから。じゃあ実際それ(福祉用具)を用意したところで活動できる

のかどうかっていう話もするかな。」(ID:I)

4. 【退院後の受け入れ先調整支援】

退院先に自宅以外を選択した患者・家族については「CWに依頼し、施設・転院先を探してもらう」ようにしていた。また、患者が元々施設に入所していた場合は入院早期に「入院以前の入所施設に受け入れ可能な期限やADLについて確認」することで、退院後も同じ施設に戻ることができるか、新しい施設を探す必要があるかを考えていた。

「入院してきた時点で、施設の人にどのぐらいのADLまで戻らないとだめですかね。みたいな感じで聞いてます。」(ID:D)

5. 【セルフケア促進支援】

入院中は、退院後に必要であると考えられる処置等の指導が行われるよう関わっていた。具体的には「退院後必要な処置・手技等を患者・家族に指導」する、「内服自己管理に向けた調整・指導」をするという支援が語られた。また、整形外科に特有の「退院までに危険肢位を説明」し、「ADLの拡大・自立に向けた援助」をするという支援も行われていた。

「ターミナルで帰るってなった患者さんがいて、旦那さんが主に看るみたいな感じだったので、オムツ交換の指導みたいな感じのはありました。」(ID:D)

6. 【他スタッフとの情報共有】

他職種と協働して退院を進めていくため、病棟看護師は「電子カルテ上に患者・家族の意向や退院調整の進捗を記録」していた。また、「他のスタッフ・掲示板等から情報収集」したり、適宜「リハビリの進捗とゴール、ゴールまでの到達予測期間を確認」することで患者の状態を把握するようにしていた。リーダー経験者は「ケースカンファレンスに参加」し「病棟での患者の様子について、CW・RHに情報提供」したり、退院調整が滞っている患者の「プライマリーに対して退院調整を促す声掛け」をしていた。

「そのご家族様の想いっていうのがもし聞かれたりしたら、掲示板に残すようにはしてる。」(ID:B)

V. 考察

宇都宮²⁾は効率的な退院支援・退院調整を行うためには、病院規模や機能に応じて必要な調整を、いつまでに誰が担うのかを確認し、適時に行っていく必要があるとし、そのプロセスを3段階に分類している。A病棟において病棟看護師が行っている退院調整の内容として語られた結果をこのプロセスに当てはめ、効果的な退院調整の流れとA病棟の課題について考察する。

第1段階{外來(入院決定)~入院後3日以内}は退院支援が必要になる患者の把握をする段階であり、具体的には入院前の生活状況を把握し、退院時の予測を立てた上で退院支援の必要性を患者・家族と共有することが挙げられる。A病棟では、この段階は【退院調整が必要な患者の把握】として語られた。全ての看護師から「家族の介護力や入院前の生活状況、在宅サービ

スの利用状況について患者・家族から情報収集] しているという語りが聞かれており、入院早期からの情報収集の重要性が浸透していると言える。一方で、経験が豊富な看護師は、収集した情報を基に退院時の予測を立て、入院時から第2～3段階の支援を構築しているのに対して、経験年数の浅い看護師は予測を立てることが困難で、次の支援に繋げることができていないという印象を受けた。藤原ら³⁾の研究においても、退院支援が必要な患者の退院後の療養生活についての予測は経験年数の浅い看護師ほど予測を立てていた割合が低いとされており、経験年数の浅い看護師が退院支援を困難に感じる要因の1つであることが推察された。この問題に対しては、事例検討や勉強会を行うことで退院までの予測を立てやすくする必要があると考える。

第2段階(入院3日目～退院まで)は受容支援・自立支援、暮らしの場に帰るためのチームアプローチをする段階であり、具体的には患者・家族の疾患理解・受容への支援を進めるとともに、退院後の生活のイメージを構築していくことが挙げられる。A病棟でも【退院後の生活に関する患者・家族の意思決定支援】や、【セルフケア促進支援】、【他スタッフとの情報共有】として語られているように、患者・家族の疾患理解・受容や退院後必要な手技の獲得に向けた関わりができており、また、常に病棟看護師、CW、RHで情報を共有し、退院に向けてチームで取り組んでいた。一方、今回の調査では医師や外来との連携についての語りはほとんど聞かれず、退院調整において医師の役割は退院の最終決定をすることであり、外来とはほとんど連携をすることがないという声が多かった。しかし、樋口ら⁴⁾は患者・家族の退院支援への要望・意見として病状等の説明不足や外来を含む院内連携の不足が挙げられていることを示している。したがって、患者・家族の受容・自立を支え、退院後の切れ目ない看護・医療を提供するためには医師や外来との連携も不可欠であると考える。このことから、患者・家族が納得でき、退院後の看護・医療提供までスムーズに行われるためには、退院調整に関してA病棟が医師や外来とより密接に関わっていくチームアプローチ強化の必要性が示された。

第3段階(必要になった時点～退院まで)はサービス調整の段階とされており、内容としては社会資源との連携調整等が挙げられる。最終的な調整段階であることから、CMやCWが中心となって進めていくことになるが、病棟看護師の役割としては退院前カンファレンスへの参加などがある。A病棟ではこの段階に当たる支援として【在宅サービス利用支援】、【退院後の受け入れ先調整支援】が語られた。CWを中心とした他職種との連携により必要な在宅サービスの検討が行われているが、退院前カンファレンスへの参加はほとんど行われていない。退院前カンファレンス開催前に、繰り返しケースカンファレンスは行われているが、患者の状態を一番把握している看護師がCMと直接話をする機会が無いに等しい状況に対し疑問を持っている

病棟看護師もいることが調査をする中で明らかになった。戸村ら⁵⁾は一般病棟から自宅退院した要介護高齢患者を対象に聞き取り調査を行い、退院支援に必要な要素の分析を行っているが、その研究で「在宅ケア提供者との連絡・調整が不足した例では、病棟看護師より医療ニーズについての情報提供がなく、訪問看護師が導入されず問題が生じた」⁶⁾ことが明らかになっている。このことから、サービス調整段階においても病棟看護師の役割は大きく、A病棟でも病棟看護師の退院前カンファレンスへの参加やCMとの直接的な関わりが必要であると考えられる。

宇都宮の効率的な退院支援・退院調整を行うためのプロセスの3段階に従って考察した結果、A病棟における退院調整の問題点として、経験年数の浅い看護師が患者の退院後の生活に関して予測を立てることができていないこと、医師・外来との連携不足、CMとの連携不足が挙げられた。また、これらの問題点に対しては事例検討や勉強会の必要性、チームアプローチ強化の必要性、退院前カンファレンスへの参加を含むCMと話し合いの機会を調整する必要性が示された。

VI. 結論

1. 調査の結果、急性期整形外科病棟における退院調整の内容は【退院調整が必要な患者の把握】、【退院後の生活に関する患者・家族の意思決定支援】、【在宅サービス利用支援】、【退院後の受け入れ先調整支援】、【セルフケア促進支援】、【他スタッフとの情報共有】の6つのカテゴリーと25のサブカテゴリーに集約された。
2. より良い退院調整を行うために、事例検討や勉強会を開催すること、チームアプローチを強化すること、退院前カンファレンスへの参加を含むCMとの話し合いの機会を調整することの必要性が示唆された。

引用文献・参考文献

- 1) 藤沢まこと：医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究(第2部)―退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検討―、岐阜県立看護大学紀要、13(1)、68、2013。
- 2) 宇都宮宏子：退院支援ガイドブック(第1版)、株式会社学研メディカル秀潤社、12-13、2018。
- 3) 藤原奈佳子、小野薫、森田恵美子、他：急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価、愛知県立大学看護学部紀要、19、49-59、2013。
- 4) 樋口キエ子、原田静香、カーン洋子、他：患者家族が求める退院支援に関する研究―退院後の患者家族の退院支援への要望・意見から―、医療看護研究、4(1)、42-49、2008。
- 5) 戸村ひかり、永田智子、村嶋幸代：一般病棟から自宅退院する要介護高齢患者への退院支援に必要な要素の分析―追跡調査による調査から―、日本地域看護学会誌、12(1)、55、2009。
- 6) 前掲書5)、55。

手術室における震災発生時に対するアクションカード導入の取り組み

—中小規模病院におけるアクションカードの有用性—

keyword 手術室 震災 アクションカード

○田中 慎二郎 関原 祐司 神田 雅美 (亀田第一病院)

I. はじめに

A 病院手術室においては、2004 年の中越地震を教訓にして、手術室の災害対応マニュアルを 2009 年に作成した。そのマニュアルを元にあらかじめ状況設定と台本を作成し、配役を決め、震災発生時から避難場所到着までの避難訓練を年に 1 回実施していた(以下:シナリオ型避難訓練)。しかし、それ以降マニュアルの改訂は行われていない。年に 1 回実施している避難訓練の際、担当者決めは行うがその場限りであり、実際に震災が発生した場合に誰が何を行うのか明確になっていなかった。

堀ら¹⁾は、「定期的な防災訓練を実施し、変更、追加し、その時点で考えられる最良のマニュアルが求められる。防災訓練を実施し、スタッフ全員のマニュアル周知の必要性といつ発生しても冷静に対応ができるような準備と心構えをしておかなければならない。」と述べている。このことから A 病院の災害対策マニュアルを随時見直し、スタッフ全員が冷静な対応ができるような準備が必要だと考えた。また佐藤ら²⁾は、「震災発生時スタッフが共通認識のもと行動するためにはアクションカードが有用である。」と述べているが、A 病院はアクションカードを導入していない。そのため、A 病院でも、マニュアルの改訂を検討する中で、震災発生から避難到着時までの具体的な行動の優先順位をつけ時系列で記したアクションカード(以下:カードとする)の作成と導入を試みた。

II. 研究目的

シナリオ型の避難訓練(以下:シナリオ型)と、カードを用いた避難訓練(以下:カード型)を行いカード型避難訓練の有用性を検討する。

III. 研究方法

1. 研究期間 2018 年 6 月~2018 年 11 月

2. 研究対象 A 病院手術室に勤務する麻酔科医師 1 名、手術室看護師 14 名、臨床工学技士(以下 ME) 8 名、介護士 2 名、事務員 1 名、計 25 名。

3. 状況設定 人工股関節置換術の手術が行われている日中に震度 6 の地震が発生し、災害対策本部の決定により、全ての手術を中止し避難する。

4. 研究手順 1)研究対象 25 名を 3 班に分けた。1 班あたりの配役は麻酔科医師 1 名、執刀医師役 1 名、助手 2 名、直接介助 1 名、外回り 2 名、室内 ME1 名、手術室師長 1 名、リーダー 1 名、室外 ME1 名、手術室介護士 1 名、事務員 1 名、計 13 名とし全員参加してもらう為、職種により重複するスタッフもいた。2)1 班ごとに避難訓練を実施した。3)避難開始から避難終了までの時間を計測、避難の様子のビデオ撮影を行った。4)避難訓練終了後にアンケートを実施した。重複したスタッフには 1 回目の避難訓練後にアンケートを実施した。1)~4)の項目は 6 月と 11 月共に共通である。6 月にシナリオ型避難訓練を実施した。避難訓練前にシナリオを読む時間を各班に 15 分設けた。11 月に同じ研究対象に、職種ごとに作成したカード型避難訓練を実施した。カードを用いた避難訓練では、事前にカードについての説明を口頭により各班に行った(図 1)。

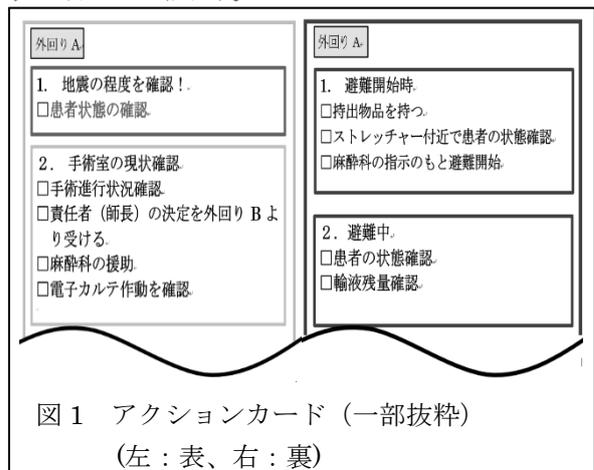


図 1 アクションカード (一部抜粋)
(左:表、右:裏)

5. アンケート内容 避難訓練終了後に行ったアンケートは 1)震災発生時の初期行動 2)揺れが収まってからの行動 3)避難決定時の行動 4)避難開始時の行動 5)避難場所到着時の行動についての 5 つの設問に対し、(1)何をすべきか判断できた(2)す

ぐに行動にうつすことができたかの2項目について、①できた②どちらともいえない③できなかったと3段階で評価してもらった。加えて1)~5)の項目について自由記載欄を設け理由を記載してもらった。

6. 分析方法 アンケート結果を単純集計し、避難に掛かった時間と避難訓練の際に撮影した動画を確認した。

IV. 倫理的配慮

院内の倫理委員会の承認を得て実施した。協力者には本研究の趣旨と研究への協力が自由意志であること、今後不利益が生じないことを説明した。本研究への参加により、同意を得たものとすることも併せて説明した。参加者全員に事前にアンケートを配布、アンケート用紙は無記名とし、回収箱を作成し回収した。回収後のアンケート結果は、研究終了後、適切な方法で廃棄処理し個人が特定されないようにした。また学会等で発表を行う場合は、個人及び団体が特定されないようにすることも文書と口頭にて説明した。

V. 結果

1. 各避難訓練所要時間の比較について

3 班の平均所要時間は、シナリオ型は 4 分 17 秒、カード型は 6 分 44 秒であった。

2. アンケート集計結果について (図 2) (単位 %))

アンケートの結果、シナリオ型とカード型の結果を比較すると大きな差は見られなかった。

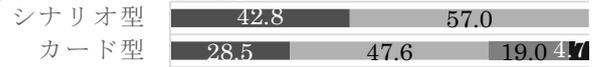
3. アンケートの自由記載欄について

シナリオ型では、「シミュレーションの用紙を見ていたので行動できた。」「シナリオの流れが頭に入っていたため動けた。」とスムーズに行動ができたとの意見が各 1 名ずつあった。

カード型は、「異なる役割でもカードがあれば、ある程度誰でも同じ行動ができると思う。」「何をすべきかわからない場面で、カードの有用性を感じた。」「もっと訓練を重ねていけば動けるようになる。」「定期的に行う必要性を感じた。」「カードにやるべき事が書いてあったため動けた。」「時折止まってしまうことがあったがカードをみてまたすぐに行動することができた。」という意見が 1 名ずつ見られた。一方で「カードの内容が分かっている」とすぐに行動に移せない。「読んでいる時間のロスを感じた。」「何をしても良いかわからない。」「カードの有効性は感じたが見ることができない場面も多々あった。」との意見が 1 名ずつあった。

1) 震災発生時の初期行動について

①判断することはできたか?

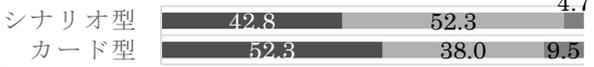


②行動にうつせたか?

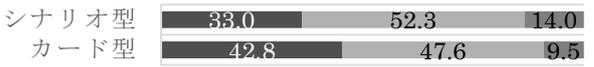


2) 揺れが治まってからの行動について

①判断することはできたか?

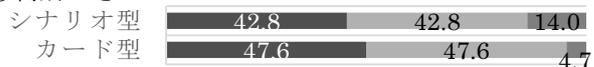


②行動にうつせたか?



3) 避難決定時の行動について

①判断できたか?



②行動にうつせたか?

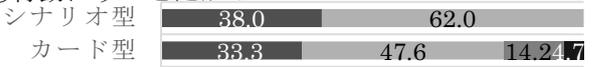


4) 避難開始時の行動について

①判断できたか?

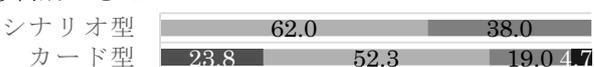


②行動にうつせたか?

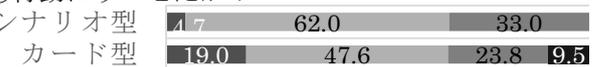


5) 避難所到着時の行動について

①判断できたか?



②行動にうつせたか?



■ 出来た ■ どちらともいえない ■ 出来なかった ■ 無記載

図 2 シナリオ型及びカード型避難訓練における判断と行動

VI. 考察

アンケートの結果より、1)、2)、3)、5)の②行動にうつせたかについてはわずかではあるがカード型の方が増加していた。しかし所要時間についてはカード型の方が時間は掛かっていた。シナリオ型避難訓練は予めシナリオがあり、個々のスタッフが判断し、行動する必要がなかったことが理由としてあげられる。一方カード型では、カードを避難訓練時に読み込む時間が発生し、行動に移行するまでの時間を要したため、避難時間が延長したと推考した。中島³⁾は初見のカードについて、「初めて配られた人にとっては『読むことを強制する』ばかりで戸惑いをふやすことになり、選択肢を与えようものなら、『判断する条件』を周りの

状況から探させるものになってしまった。つまり、アクション・カードなのに『行動できない指示書』になっていたのである。」と述べている。事前にスタッフにカードについては説明を行ったが、十分とは言えなかったことも考えられる。初見であったため、効率的に避難行動をとる本来の目的が果たせず、カードを渡されたスタッフが読むことに集中してしまっただけで、避難時間の延長をきたしたと言える。自由記載欄にも「読んでいる時間のロスを感じた」や「カードの内容が分かっていないとすぐに行動にうつせない」といったものが見られた。避難開始時の行動について、判断できなかったと回答したスタッフはシナリオ型では0人(0%)であったが、カード型では4人(19%)と増加した。ビデオ撮影した避難訓練の様子を検証すると、カードを読み、行動が中断されているスタッフも見受けられた。

しかし、避難所到着時行動についての判断は、シナリオ型ではできた0人(0%)に対し、カード型ではできた5人(23.8%)と増加している。また、自由記載で「カードにやるべき事が書いてあったためすぐ動けた」「時折止まってしまうことがあったがカードを見てまたすぐに行動することができた」とも記載されていた。中島は⁴⁾、『対応者に具体的な行動を提示できる手段であり自律した災害対応を促す「心の余裕」を個々の対応者の中に生み出す手段であり各部署が指示を待たずに行動する「自律性を確保」を導く手段』と述べている。また、佐藤他⁵⁾は、「アクションカードを各手術室に提示することで、震災発生時の初期行動をとることができる。かつ手術室スタッフの震災時の対応に関する不安の軽減につながった。」と述べている。本研究でも時間は要したが具体的な行動が示されたカードがスタッフの手元にあったため、立ち止まっても落ち着いて行動ができており、避難訓練にアクションカードを用いることは有用であったと考えられる。A病院では同時に複数の手術を行っている。実際の震災時、必ずしも今回経験した役割となるとは限らない。しかし、カードがあれば誰がどの役割になったとしても的確な判断・行動を取ることができると推考できる。

カード導入後の自由記載では「もっと訓練を重ねていけば動けるようになる。」「定期的に行う必要性を感じた。」という意見があった。A病院手術室では通常年1回の避難訓練を実施しているが、

それ以上の実施は難しい。佐藤ら⁶⁾は、「大規模なトレーニングは、リアリティもあり参加して意義を感じられ効果的だが、頻回に開催できない。そこで、小規模な机上訓練を日常業務内で施行できることを模索している。」と述べている。今後、A病院手術室においても業務等の理由により全員が参加できない状況が考えられる。しかし、そのような場合でもアクションカードを使用し様々なケースを想定しながら、少人数で短時間の机上訓練を行っていくことは可能である。それにより、カードの内容が避難訓練に参加したスタッフだけでなく、訓練に参加できなかったスタッフにも周知され、冷静に対処する心構えが期待できる。また、避難訓練を行った際に、机上訓練が活かされ、その都度カードを最良なものに改正・改定することが可能と考えられる。

VII. 結論

1. 初見のアクションカードは読むことを強要し、避難時間の延長をきたすため、事前に周知する必要がある。
2. アクションカードに具体的な行動が記されていることで、的確な判断・行動の指標となるため有用であると考えられる。
3. 定期的に机上訓練及び避難訓練を行い、スタッフ全員が均一な避難行動をとれるようになることが必要である。

引用文献

- 1) 堀彩香、藤田規彦、高橋宏、他：東日本大震災後の防災訓練実施による災害時対策マニュアルの見直し、日本手術医学学会誌、34(3)、294-296、2013.
- 2) 佐藤成美、五十嵐かおり、赤坂真美子：震災を想定した災害時の避難訓練の実施、日本手術看護学会誌、12(2)、229、2016.
- 3) 中島康：アクションカードで減災対策、第一版、日総研出版、22、2012.
- 4) 前掲書3)、30.
- 5) 前掲書2)、229.
- 6) 佐藤仁、川上裕理、刈谷隆之、後藤隆久：横浜市立大学手術部における手術室災害訓練の経験、日本臨床麻酔学会誌、33(4)、539-544、2014.

参考文献

- 1) 小池喜代子：手術室センター師長として東日本大震災から得た教訓、日本手術看護学会誌、13(1)、37-42、2017.

胃内視鏡的粘膜下層剥離術（胃 ESD）を受ける患者の不安と苦痛の実態

keyword 内視鏡的粘膜下層剥離術 術前訪問 患者の思い 看護師の関わり

○小関 沙織 佐藤 えみ（新潟医療生活協同組合木戸病院）

I. はじめに

近年早期胃がんは内視鏡下での手術が一般的になっている。A 病院でも年間約 50 件の胃内視鏡的粘膜下層剥離術（胃 ESD：Endoscopic Submucosal Dissection 以下胃 ESD と略す）を行なっている。胃 ESD は外科手術に比べ全身への負担が少ない反面、出血や穿孔、鎮静薬・鎮痛薬など使用薬剤による副作用が起きる危険を伴う治療である。片山ら¹⁾は ESD に携わる看護師の最大の役割は、患者が安全で安心して理解しやすい言葉で説明し安心感を与えること、また安心して安全な検査、治療が受けられるようにサポートすることであると述べている。

現在 A 病院では、胃 ESD はクリニカルパスを導入している。患者には入院前に外来で医師から病状と治療法は説明されているが、内視鏡室看護師は、患者が内視鏡室に入室するまで関わりがないため、信頼関係を築けないまま治療に入っているのが現状である。そこで、胃 ESD を受ける患者の不安な思いと治療過程に感じた苦痛を把握し、今後内視鏡室看護師としてどのような関わりを持てるか検討し、患者が苦痛を感じることなく手術を受けられるように援助したいと考えた。

II. 研究目的

本研究の目的は、胃 ESD 治療を受ける患者の不安な思いと治療経過に感じた苦痛の実態を明らかにし、今後の内視鏡室看護師の関わりについて検討することである。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述式研究デザイン
2. 研究対象者：胃 ESD を受けた患者 4 名
3. データ収集期間：2018 年 1 月～2 月
4. データ収集方法：術後 2 日目に半構造化面接を行なった。内視鏡室看護師は患者の入院病棟へ行き、プライバシーが守られる場所で面接を実施した。インタビューガイドの内容は、治療前に治療について知っておきたかったこと、治療を受けてみて治療前のイメージと違ったこと、治療後に辛かったことや大変だったこと、治療後に不快に感じる部位や体の痛くなった部位、治療後の不安・心配、全体を通して内視鏡室看護師にして欲しかったことであり、これらに関して自由に語ってもらった。面接内容は同意を得たうえで IC レコーダーに録音した。

5. データ分析方法：面接内容から対象ごとに逐語録を作成し、患者の不安、治療中の苦痛、内視鏡室看護師との関わりや要望等を表していると考えられる文脈を抽出した。その後、コードの類似性を考慮しながらサブカテゴリー化し、それらを抽象化してカテゴリーに分類した。その際信頼性と妥当性の確保として、質的研究の経験者からスーパーバイズを受けながら実施した。

IV. 倫理的配慮

研究の主旨、目的、方法、調査への参加は自由意志であること、データは匿名で扱いプライバシーを保護すること、途中で辞退しても不利益が発生しないこと等を口頭と書面で説明し同意を得た。また、研究者所属施設の倫理調査委員会の承認を得て実施した。

V. 結果

面接を実施した患者は 4 名で、全員男性、平均年齢 78 歳男性、平均面接時間は 30 分だった。面接の逐語録を分析した結果、83 のコードが抽出され、15 のサブカテゴリーから 4 つのカテゴリーに集約された。カテゴリーは治療を受ける患者の不安と治療経過で感じた苦痛に関する 3 カテゴリー、内視鏡室看護師の関わりに関する 1 カテゴリーが抽出された。以下カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、研究対象者の語りは「 」で示す。また前後の文脈で理解しにくい箇所は（ ）内に言葉を補って示す。

1. 治療を受ける患者の不安と治療経過で感じた苦痛（表 1）

3 カテゴリーと 10 サブカテゴリーが抽出された。

1) 【術中の体験】

術中の体験として「サイボーグ（フットポンプ）をつけると思わなかった」、「エコノミー症候群を予防する靴下はきつくて驚いた」、「あの時、冷たかった」などの語りから〈予想外の装具装着に関しての驚き、違和感〉、〈対極板の冷たさに対する驚き〉を抽出、「眠っていたから全然分からなかったし感じなかった」、「手術中痛いとか胸が焼けるようなことがあった」などから、〈麻酔による苦痛の緩和〉、〈切除に伴う痛み〉を抽出した。また、「何回も胃カメラしているから同じ」、「だから同じなんだ。不安もない」などから、〈過去の胃カメラの経験〉の 5 つのカテゴリーを抽出した。

2) 【術後の身体的苦痛】

「今でも唾飲めない」、「少しむかついて吐きそうになった」などの語りから、〈翌日まで続く喉の痛み〉、〈帰宅後の嘔気〉の2つのサブカテゴリーを抽出した。

3) 【医師の説明に対する患者の思い】

「定期的に内視鏡をしなければならぬ」、「切除したところの再発が怖い」などの語りから、〈術後の経過に対する不安〉を抽出、「口で言われても画像を見た方が安心、納得も出来る」、「治療について大体想像できた」などから〈医師の説明に対する理解、納得〉を抽出、「いつ終わるか時間がわからなかった」、「これから痛くなるやひどくなるが知らない不安になる」などから、〈手術前に知っておきたかったこと〉の3つのサブカテゴリーを抽出した。

2. 内視鏡室看護師の関わりについて (表2)

1 カテゴリーと5サブカテゴリーが抽出された。

1) 【看護師の関わりによってもたらされた安心、安楽】

「ちょっとした声掛けでいい」、「一言言ってもらいと違う、心が違ってくる」、「あたたかい言葉をかけてくれて安心」などが語られ、看護師からの声掛けによる心構えを抽出した。「背中なでてくれたり、さすってくれたり励みになった」、「切ない時に背中をなでてもらったことが良かった。あれがあるとほっとする」などから〈看護師がさすってくれることによる安楽〉を抽出した。「最初から最後まで側にいて体にあたってもらうことが一番安心」などから、〈看護師が側にいることによる安心〉を抽出、「良くしてくれて、無事に終わりほっとしている」などから〈治療が無事に終わった安心感〉を抽出、「何も言う事はない」から〈治療に対しての要望〉の5つのサブカテゴリーを抽出した。

VI. 考察

1. 胃ESDを受ける患者の不安な思いと治療経過で感じる苦痛

胃ESDを受ける患者は外来で医師から病状と治療法の説明を受けている。しかし、患者は内視鏡室に入室するまで内視鏡室看護師との関わりがないまま治療を迎えている。そのため、患者が治療に対し不安を抱えながら治療を受けているのではないかと考え、看護師が術前訪問を行う必要性を感じていた。

今回の面接を通し、胃ESDを受ける患者は治療そのものに関して不安な思いを持っていないことがわかった。それは、手術室での手術と違い、内視鏡で切除が可能であることに加え、過去の胃カメラの経験から胃ESDはイメージしやすく、不安な思いが少なかったのではないかと推測される。それに加え、〈医師の説明に対する理解・納得〉から外来での医師による説明で、治療に対するイメージが出来ていたことから、手術に対する不安がなかったと思われる。

しかし、胃ESDに対する不安がない一方で術後の経過に関しては様々な不安があることがわかった。不安

内容は患者の状況や背景により様々であるが、癌の進行度や転移など疾病の経過に対する不安の存在がわかった。

胃ESD中は血栓予防のため弾性ストッキング、フットポンプを装着し、電気メスの対極板をつける。今回の面接では予想外の装具装着に対し驚きの表出がみられた。「普通に横になってやるのかと思った」との言動も聞かれた。これらは、過去の胃カメラ検査でも経験したことがない事象に関する驚きと捉えられる。予測していなかったフットポンプの装着、対極板の貼付に対する驚きは、何をされるかわからない緊張状態に繋がると推測出来る。

清佐ら²⁾は内視鏡担当看護師の役割の一つは、不安を抱えている患者に対して専門的な見地から術前オリエンテーションや説明・指導を行い、患者が安全・安楽に手術を受けられるために援助を行うことであると述べている。患者が抱えている不安を手術当日、その場で把握することは困難である。そのため、術前オリエンテーションを行なう機会を設け、内視鏡室の看護師とコミュニケーションを図る中で、手術や術後の経過に対する不安を表出できる機会を作ることが有効ではないかと考えた。内視鏡室入室から退室までの具体的な流れを説明する中で、不安や疑問が表出する可能性もある。また、弾性ストッキング、フットポンプや対極板の装着、術中の体位など内視鏡検査との違いを事前に説明することで、より安心して手術に臨むためのサポートが可能になると考える。

胃ESDの苦痛の有無に関しては、麻酔が効いて分からなかった人がいる一方で、〈胸が焼けるようなことがあった〉という患者もいた。術中は言葉としての訴えがない分、体動や表情、血圧や心拍数といった客観的なデータをさらに注意深く観察し、手術時間中の苦痛の軽減を図る必要がある。

2. 内視鏡室看護師の関わり

今回、内視鏡室の看護師に対しては肯定的語りが多くみられた。これは治療に携わった看護師が面接しており、本音を語りづらかったことも考えられる。しかし、患者への面接を通し、言葉をコード化することで患者の気持ちを明らかにすることが出来た。サブカテゴリーにも抽出されたように、「声掛け」、「さする」、「側にいる」などは看護師が身につけるべき基本的な行動である。

赤羽ら³⁾は検査中の声掛けは患者に安心感を与えて不安を軽減し、患者のケア満足度が増すことを明らかにした。また、笹子ら⁴⁾は検査中の声掛け・タッチングは患者の不安の緩和に役立つことが明らかになったと述べている。本研究においても同様の結果が得られており、胃ESDにおいても、声掛け、タッチングの重要性を確認できた。

看護師は主観的情報だけではなく、知識や技術を用いて、より正確に患者の身体的状況や精神状態を把握し、アセスメントしている。これは、患者の個性にあった看護を提供するために不可欠である。患者に苦痛なく、安心して治療に臨んでもらいたいという気持ちを声掛けのみならず、タッチングや寄り添う看護の行動化により、患者との信頼関係が構築でき、安心感を持ってもらうことができたと考える。

Ⅶ. 結論

1. 胃 ESD を受けた患者との面接結果から、治療を受ける患者の不安と治療経過で感じた苦痛では、【術中の体験】、【術後の身体的苦痛】、【医師の説明に対する患者の思い】という3つのカテゴリーが抽出された。患者は【術中の体験】として胃内視鏡検査との違いに驚いていたことがわかったため、胃内視鏡検査との違い、入室から退室までの具体的な流れを術前に説明する必要性が示唆された。

2. 胃 ESD を受ける患者への内視鏡室看護師の関わりでは、看護師の「声掛け」、「さする」、「側にいる」という行動が患者の安心感につながるということがわかった。

参考・引用文献

- 1) 片山修：手にとるようにわかる内視鏡室運営マニュアルエキスパートがまとめる現場で使える虎の巻、ベクトル・コア、31-32、2007.
- 2) 清佐みさ、宗山薫、工藤まゆみ、他：内視鏡手術における術前訪問の有効性、北海道社会保険病院紀要、6、34-39、2006.
- 3) 赤羽尚子、小林智明：上部消化器内視鏡検査被検者の不安と満足度の関係、長野県看護研究会論文集、28回、67-69、2008.
- 4) 笹子佐知子、山角貴美子、小畑満、他：初めて胃内視鏡検査を受ける患者の看護介入-アンケート調査を通し不安の軽減と質の向上を目指す、Gastroenterological Endoscopy、45 (2)、34-35、2003.

表1 治療を受ける患者の不安と治療経過で感じた苦痛

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(抜粋)
術中の体験	予想外の装具装着に関しての驚き、違和感	・サイボーグ(フットポンプ)をつけると思わなかった。 ・最初しぼったりしておやつと思った。 ・少し驚いた。靴下ときゅーとしまるような。(フットポンプ) ・きゅーとしまる靴下初めて。 ・普通に横になってやるのかと思った。 ・エコノミー症候群を予防する靴下はきつくて驚いた。 ・サイボーグ(フットポンプ)をつけられてちょっと違うと思った
	対極板の冷たさに対する驚き	・あの時、冷たかった。楽しい思い出。
	麻酔による苦痛の緩和	・眠っていたから全然わからなかったし感じなかった。 ・終わりになって分かった。
	切除に伴う痛み	・手術中痛いとか胸が焼けるようなことがあった。 ・切っているときか、前後か分からないが火がついたみたいに焼ける時があった。
	過去の胃カメラの経験	・(胃カメラと同じで変わらない) ・何回も胃カメラしているから同じ。 ・だから同じなんだ。不安もない。 ・普通にやれたっていう感じ。 ・(治療の対してイメージ出来たか)はい、1,2回やっているから。
術後の身体的苦痛	翌日まで続く喉の痛み	・今でも唾飲めない。 ・(胃カメラを)6~7回やったけど、今までなかった。
	帰室後の嘔気	・少しむかついて吐きそうになった。 ・ナースコール押すところまではいかなかった。 ・気分悪いなと思って1時間位したら落ち着いた。翌日もあるかと思ったけど全然ない
医師の説明に対する患者の思い	術後の経過に対する不安	・今後どうなるか、検査するのか、全く聞いていない。 ・定期的に内視鏡をしなければならぬ。 ・切除したところの再発が怖い。 ・内視鏡ではとれないと言われた。ずっと広がってこれ不安。
	医師の説明に対する理解・納得	・口で言われても画像を見た方が安心、納得も出来る。 ・治療について大体想像できた。 ・腹を切らなくいい、内視鏡でとれると聞いて安心した。 ・(外来時の医師の説明で)十分納得した ・何もしないで中をいじられるのは不安がある。麻酔をして分からなくなることで任せようという気持ちが決まる。
	手術前に知っておきたかったこと	・いつ終わるか時間がわからなかった。 ・これから痛くなるやひどくなるが知らない不安になる ・ちょっと酷くなった痛くなるかなとイメージが出来れば事前に分かる。全然知らないで次から次へと出てくると疑心暗鬼で不安が大きい。

表2 内視鏡室看護師の関わり

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(抜粋)
看護師の関わりによってもたらされた安心、安楽	看護師からの声掛けによる心構え	・ちょっとした声掛けでいい。 ・それが一番いい。少しの声掛けでいい。 ・一言言ってもらって違う、心が違ってくる。 ・あたたかい言葉をかけてくれて安心。
	看護師がさすることによる安楽	・良くしてくれて。準備してくれて、背中なでてくれたり、さすってくれたり励みになった。 ・切ない時に背中をなでてもらったことが良かった。あれがあるとほっとする。
	看護師が側にいることによる安心	・最初から最後まで側にいて体にあたっていてもらうことが一番安心。 ・看護師が離れている時不安になる。
	治療が無事に終わった安心感	・良くしてくれて、無事に終わりほっとしている。
	治療に対しての要望	・(要望はない) ・何も言う事はない。

術中訪問に関する評価と検討

—待機家族への術中訪問アンケートを実施して—

keyword 術中訪問 待機家族 不安軽減

○百武 智子 高山 奈津美 友野 由紀子 (厚生連小千谷総合病院)

I. はじめに

手術終了を待つ患者の家族(以下、待機家族)は、患者が手術室に入室してから退室するまでの時間、手術状況や手術中の状態のわからない患者を心配しながら待合室で待機している。このような待機家族の不安を軽減するよう関わることは、手術の状況を把握している手術室看護師の重要な役割である。

これまでA病院手術室では、手術予定時間になっても手術が終了しない場合、待機家族の不安軽減を目的に術中訪問を行ってきた。しかし手術予定時間内に終了した手術では、手術終了後まで待機家族と関わることはなく、術中訪問前に待機家族から進行状況の問い合わせを受けることがあった。このような状況から、以前より術中訪問の目的である待機家族の不安軽減ができていないのかという疑問があった。

矢野らは「手術に関わっている医療職の家族看護への役割は大きい」¹⁾とし、「術中訪問の成果として、家族の安心感が得られた、家族の不安軽減になった、家族の満足につながったなど、家族のニーズに答えられる」²⁾と術中訪問の必要性を述べている。

今回待機家族に術中訪問についてアンケートを行い、術中訪問の現状を把握し、今後の課題を明らかにしたため、ここに報告する。

II. 研究目的

現在の術中訪問で待機家族の不安が軽減できているかを調査し、問題点や課題を明らかにすることで、今後の術中訪問のあり方を検討する。

III. 用語の定義

待機家族：手術終了を待つ患者の家族

待合室：待機家族が手術終了まで利用する待合室

術中訪問：手術中に手術室看護師が家族のもとを訪ねること

手術予定時間：手術室へ入室してから退室するまで

IV. 研究方法

1. 研究期間

2018年11月

2. 研究対象

手術予定時間が30分以上の外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、整形外科で、全身麻酔・脊髄くも膜下麻酔下の手術を受ける患者の待機家族38人。

3. データの収集方法

研究者独自で項目を作成した無記名自記式質問調査紙を使用した。患者との関係、待機場所、手術予定時間のイメージ、手術予定時間と実際の手術時間の差、待機中の看護師からの声かけ後の気持ち、声掛けをする看護師は誰が良いかについては単回答方式とした。手術室看護師からの挨拶、術前の医師・看護師からの手術予定時間の説明、待機中の看護師からの声かけ(手術中の様子、経過など)、手術家族待合室の呼び出しボタンについては2件法とした。手術中の待機時間の感じ方、声かけのタイミングについては3~4件法とした。希望の声かけ時期については、複数回答方式とした。待機中に知りたい情報、呼び出しボタンに関して、その他意見については自由回答欄を設けた。術前に質問調査紙を手渡し、記入終了後待合室に設置した回収箱の中に入れてもらった。

4. データの分析方法

単純集計

V. 倫理的配慮

待機家族に研究の目的、方法、個人情報保護、研究成果の公表、研究への協力が自由意思であること、不利益が生じないこと等について口頭と文書で説明した。アンケートは無記名とし、回答により同意を得たものとした。アンケートは本研究以外には使用せず、研究終了後、アンケート用紙は速やかに粉碎処理を行うこととした。本研究は、院内の看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。

VI. 結果

アンケートは38部配布し、回収数は25部(回収率65.7%)、有効回答数25部(有効回答率100%)であった。

患者との関係は親子13人(52%)、夫婦6人(24%)、兄弟1人(4%)、親戚2人(8%)、その他2人(8%)であった。術前に手術室看護師から挨拶があった21人(84%)、なかった2人(8%)、手術予定時間についての説明は医師からあった14人(56%)、なかった2人(8%)、手術予定時間の説明は看護師からあった18人(72%)、なかった4人(16%)であった。説明を受けた手術予定時間は、2時間未満10人(40%)、4時間未満3人(12%)、4時間以上7人(28%)であった。術中の待機場所は手術家族待合室17人(68%)、病室0人(0%)、病棟の食堂3人(12%)、その他(談話室)が3人(12%)であった。手術予定時間のイメージは、患者が手術室に入室してから退室するまで13人(52%)、手術が始まってから手術が終わるまで8人(32%)であった。手術予定時間と実際の手術時間の差は、説明を受けた予定時間より実際の時間の方が長かった8人(32%)、説明を受けた予定時間より実際の時間の方が短かった4人(16%)、説明を受けた予定時間と実際の時間との差はなかった6人(24%)であった。待機時間をどう感じたかは、全体では、長く感じた11人(44%)、短く感じた3人(12%)、時間は気にならなかった8人(32%)であった。手術予定時間別に2時間未満、4時間未満、4時間以上で見ると、2時間未満では長く感じた6人(60%)、短く感じた2人(20%)、時間は気にならなかった2人(20%)で、4時間未満では長く感じた0人(0%)、

短く感じた0人(0%)、時間は気にならなかった2人(67%)、4時間以上では長く感じた3人(43%)、短く感じた0人(0%)、時間は気にならなかった4人(57%)であった。待機中手術室看護師から声かけがあったかでは、はい10人(40%)、いいえ12人(48%)であった。時間別では2時間未満4人(40%)、4時間未満1人(33%)、4時間以上5人(71%)であった。声掛けのタイミングは、ちょうど良い9人(90%)であった。声かけ時期のタイミングについては、手術が終わった時15人(60%)、手術終了の目処がたった時12人(48%)、異常事態が起きたとき12人(48%)であった。待機中知りたい事については、「赤ちゃんが出てきたときに、母体の具合も知らせてほしかった」、「手術室の状況をタイミングごとに教えていただけると、家族側にもいろいろな都合があるので(付き添いの交代、子供の迎えなど)助かります。」と意見があった。術中声掛けがあり、安心したと答えた人は9人(90%)であった。心配な気持ちは変わらない、もっと詳しく説明をしてほしかった、質問をしたかった、さらに不安になったと回答した人はいなかった。待合室に呼び出しボタンがあることを知っている16人(64%)、いいえ9人(36%)であった。呼び出しボタンを利用し、看護師を呼び出しやすいかどうかは、はい10人(40%)、いいえ9人(36%)であった。呼び出しボタンを利用しなかった理由に、「手術の邪魔になるのでは」、「手術より優先すべきことがない」、「手術に集中してほしい」などの意見があった。声掛けをする看護師は誰がいいかは、担当看護師が12人(48%)、特になし5人(20%)であった。

VII. 考察

術前に医師や看護師より手術予定時間の説明を受けていても、待機している時間が長いと感じている人が44%と多かった。予定時間の考え方としては、手術室に入室してから退室するまでとと思っている人が52%で、手術開始から手術終了までとと思っている人が32%だった。手術開始から手術終了までを手術予定時間と考えている人にとっては、入室後から手術開始まで(麻酔導入、体位作成など)と、手術終了から退室まで(遺残物有無確認のためのレントゲン

撮影、麻酔覚醒後の状態が安定するまでなど)の時間が含まれていないため、医療者が考えている手術予定時間と誤差ができ、待機家族にとっては待機時間延長による不安が発生すると考えられる。そのため術前訪問時に医師から手術予定時間についてどのように説明を受けているか患者に確認し、必要な場合は補足説明をして家族に伝えてもらう必要がある。武田らは、「待機時間が予定時間より長くなると、悪いことをイメージして心配の要因が増すと予測される」³⁾と述べている。また堀内らは、「手術予定時間を過ぎると、家族は経過とともに不安は強くなり、自ら詰め所に手術の状況を聞きにきたり、手術室まで見に行くなどしている」⁴⁾と述べている。このことから待機家族が不要な不安を抱かないよう手術予定時間について共通認識を持つことが重要と思われる。そして手術が延長になった時点での術中訪問が必要であると考えられる。

現在行っている術中訪問のタイミングがちょうど良かったと回答した人は90%。また、声かけがあった後の気持ちで安心したと回答した人も90%であった。これは、術中訪問により患者の状態を把握でき、これからの待機時間の目処が立つことで安心につながったと考えられる。全ての待機家族に術中訪問を行うことが望ましいが、手術予定時間内に終了した手術では、術中患者の安全を最優先にするため手術終了後まで待機家族と関わる事が出来ない場合がある。予定通り手術が終了した場合は、術中訪問なく帰室することを術前訪問時に説明しておく必要がある。またアンケートから、待合室ではなく病棟の食堂や談話室で待機している家族がいることが明らかとなった。そのような待機家族にも不安軽減に向けた関わりを行うため、手術予定時間を超過した時に病棟へ連絡し、待機家族に患者の状態が伝わるよう、病棟看護師と連携していく必要がある。

声かけ時期の希望の回答では、異常事態が起きたとき、手術終了の目処がたったとき、手術が終わった時という回答が多かった。また自由回答で、「手術室の状況をタイミングごとに教えていただくと、家族側にもいろいろな都合があるので(付き添いの交代、子供の迎えなど)助かります。」と意見があっ

た。これはそれぞれの待機家族の家庭の事情が関係していると考えられるが、待機家族は手術を受けている患者だけでなく、自分の家族へのさまざまな心配や不安を抱え、極めてストレスの高い状況である。順調に進んでいても手術予定時間を超える場合があるため、アンケートで得られた回答を基に、今後は手術予定時間を過ぎ、手術終了の目処がたった頃に術中訪問を検討して行く必要がある。

VIII. 結論

1. 待機家族により手術予定時間の見解に誤差があったため、今後は術前訪問時に確認していく必要性が示唆された。
2. 術中訪問のタイミングは、手術予定時間を過ぎ、手術終了の目処が立った頃にしてほしいという意見が多かった。
3. 現在行っている術中訪問は待機家族の安心に繋がっていたが、患者の安全を最優先するため、全ての待機家族の術中訪問実施は難しいのが現状であり、今後の課題である。
4. 病棟で待機している待機家族にも患者の状態が伝わるよう、今後は病棟看護師と連携していく。

引用文献

- 1) 矢野紀子、中西純子：手術中待機している家族への支援—術中訪問の現状と課題—、日本クリティカルケア看護学会誌、4 (2)、37-44、2008.
- 2) 前掲書 1)、37-44.
- 3) 武田洋美、澤中彰、他：手術中に待機している家族への訪問のあり方の検討—家族が安心して待機できる術中訪問を目指して—、第40回日本看護学会論文集成人看護 I、211-213、2009.
- 4) 堀内美和、中嶋美智子、他：手術待機中の家族に対する援助についての検討—患者の家族10名に対し、待機中の思いと過ごし方についての面接調査を行って—、奈良県立医科大学付属病院 葦、(32)、126-129、2001.

スキン・ケアに対する意識調査と学習会

- スキン・ケアを知ろう -

keyword スキン・ケア 意識調査 学習会

○旭 和歌子 加藤 由紀子（新潟厚生農業協同組合連合会瀬波病院）

I. はじめに

A病棟では入院患者の90%が高齢者であり、日常生活自立度ではC2：67%、C1：19%、B2：9%、A2：5%と全介助が大半を占めている。また認知症と診断されている患者は72%を占めるが、認知症の場合セルフケアが行えないことや、皮膚損傷につながる危険行動がみられることがある。高齢者の皮膚は乾燥や伸展性の低下などから損傷リスクが高く移動、入浴介助等を行う際に皮膚が何かにぶつかったり、強い摩擦が加わったり危険を感じる場面がある。摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷をスキン・ケアというが、介助を行う際に安全を心掛け実施してもスキン・ケアが発生してしまうことがある。A病棟では発生リスクが高いとされていても対策が取られている患者とそうでない患者がみられた。発生後は対策が取られるがリスク患者に関しては未発生の場合、対策が取られていないことがある。スキン・ケア発症の実態に関する先行研究では発生要因として確認不足や知識・技術の未熟さがあげられている¹⁾。対応差が知識や技術、経験の違いに関係していることを示唆している。A病棟での対応差はリスクに対する知識や技術、経験により違いが生じているのではないかと考えた。このことから介助を行う場合スタッフは危険回避に対する意識を十分に持ち対応できているのか、スタッフによって認識、予防対策に違いがあるのか現状を明らかにする必要性を感じた。ケアを行う際の外力保護とスキンケアに対する知識、実践を意識調査により明らかにし、学習会を行い知識、実践方法をスタッフ全体で学ぶことによりスキン・ケア発生予防に変化をもたらすことができるのではないかと考え研究を行った。その取り組みを報告する。

II. 研究目的

スキン・ケアの知識、予防対策についての向上を目的として学習会を実施し、スタッフのスキン・ケアに対する認識の違いを意識調査し学習会前後の変化を明らかにする。

III. 研究方法

1.実施期間

平成30年10月～12月

2.対象者

A病棟スタッフ(保健師、看護師、准看護師、介護福祉

士、看護補助員)：22名(研究終了時21名)

3.方法

A病棟スタッフに対し学習会を実施し、学習会前後に意識調査を行った。本研究では「外力保護ケア」と「スキンケア」の二つに限定し予防対策を考えた。

1) 学習会実施前に意識調査をA病棟スタッフに対し実施

(1)意識調査ではスタッフがスキン・ケアについて危機意識を持ちながら看護、介護を行っているかを知るためスキン・ケアへの注目、予防対策の実施、具体的な方法、情報共有、皮膚の観察、発生の危険があった場面、発生した場面についての質問を行った。

(2)実施期間終了後同様の質問を行い知識の向上、予防対策の実際、スキン・ケアに対し理解が深まったと感じたかを調査した(表1)。

表1.意識調査質問内容

1.入院時、褥瘡に関する診療計画書のスキン・ケアの保有・既往に注目していますか
2.スキン・ケア既往歴のある患者に予防策を実施していますか
3.スタッフ同士で患者の皮膚状態について情報交換・情報共有することはありますか
4.患者の皮膚状態の観察ができていますか
5.自身が関わったケアでスキン・ケアが発生したことがありますか
6.「はい」と回答された方 それはどんな場面でしたか
7.スキン・ケアが発生する危険があると思った場面はありましたか
8.7で「はい」と回答された方 それはどんな場面でしたか
9.スキン・ケア予防のためにあなたが注意していることは(具体的に記入してください)
10.スキン・ケア予防について不安や疑問、改善した方がいいと思う点を教えてください
11.学習会を行ってスキン・ケアについて理解は深まりましたか(学習会後のみ)

2) 意識調査後学習会を実施

(1)学習会は日勤でのカンファレンス時間に実施。

(2)「弱くなった皮膚を守るためのしおり」²⁾を用い「外

- 力保護ケア」「スキンケア」について2回学習会を実施。
 (3)2回目学習会実施後「スキンケアの発生と再発の予防ケアの看護計画書」³⁾に予防策を各自記入。
 (4)3回目学習会にて各自が記入した計画書を用いスキンケアに対する予防方法を考えた。
 3)実施期間終了後、A病棟スタッフへ意識調査を実施。スキンケアリスクのある患者に対する認識の変化を学習前と比較した。
 4)インデント件数を昨年同時期と比較した。

4.データの収集

意識調査の質問毎に単純集計を行った。質問が全回答されたものを有効回答として収集した。

IV. 倫理的配慮

A病院看護部の承認を得て研究を行った。スタッフに対し研究開始時に口頭にて研究参加への協力を依頼し、意識調査の記入をもって同意とした。意識調査は個人が特定できないよう無記名とし配慮した。

V. 結果

入院患者 43 名

表 2. 個体要因のリスクアセスメント結果

全身状態	75 歳以上 91%、治療 23%、認知機能低下 72%
皮膚状態	乾燥・鱗屑 58%、紫斑 16%、浮腫 39%、ティッシュペーパー様 6%

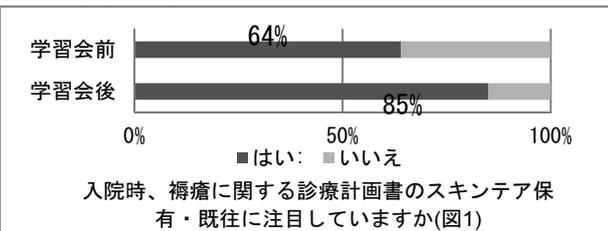
表 3. 外力発生要因のリスクアセスメント結果

患者状況	不穏行動 30%、物にぶつかる 27%
管理状況	体位変換・移動介助 88%、清潔ケア介助 95%、更衣介助 90%、テープ貼付 39%、器具使用 6%、リハビリ実施 46%

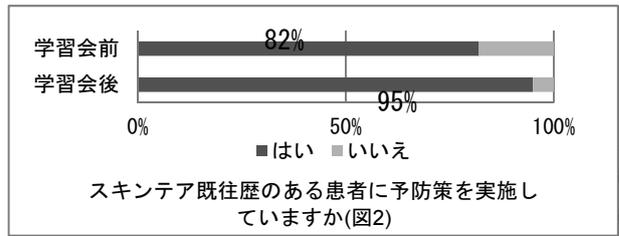
表 2、表 3 の結果として個体要因では高齢者、認知機能低下、皮膚乾燥などのリスクが高く、外力発生要因では移動、清潔、更衣などが高かった。A 病棟での発生リスクが高いことがアセスメント結果からも明らかになった。

学習会前意識調査結果(有効回答 22 名)

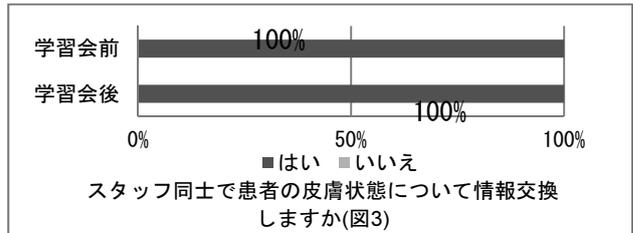
学習会後意識調査結果(有効回答 20 名)



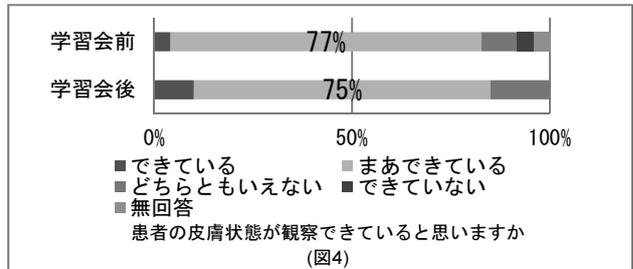
学習会終了後の意識調査ではスキンケアの既往・保有の注目は上昇した(図 1)。



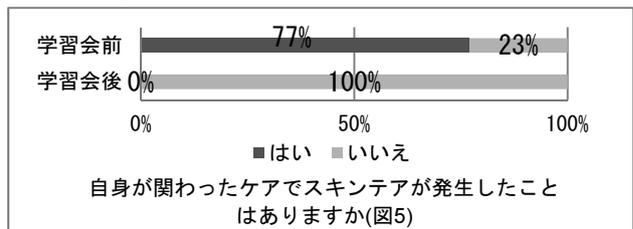
対策が挙げたが、四肢を握らず持ち上げ介助する、固定テープの選択など具体的な方法もあった。保湿に関しては学習会前より関心が高く皮膚の乾燥がある患者には保湿剤の塗布が実施されていた(図 2)。



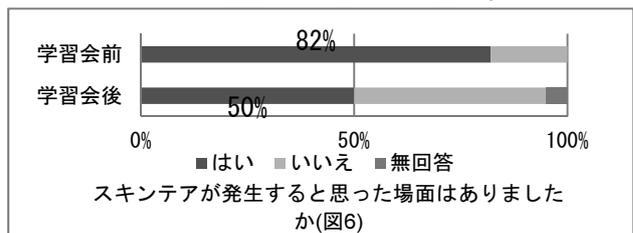
学習会前後、共にスタッフ間で皮膚状態の情報交換、共有が 100%行われていた(図 3)。



皮膚状態の観察についてはできている、まあできているでは学習会前より 4%上昇し、できていないが 0%となった(図 4)。

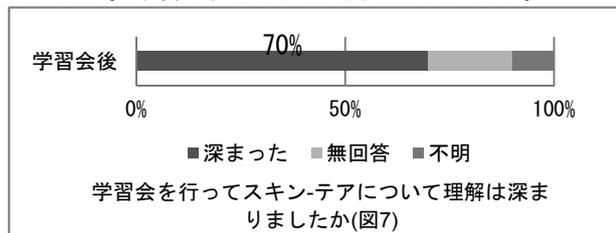


発生した場面は移動介助が多く、体位変換、衣服の着脱時、オムツ交換などがあり、患者自身によるスキンケアもあった。車椅子乗車時、ベッドからストレッチャーへの移動時、患者自身が皮膚を掻いて、原因不明、点滴抜針時や処置用テープを剥がす際、入浴時着脱介助の際、血圧測定時、駆血帯使用時。学習会後自身が行ったケアでのスキンケアの発生は 0%となった(図 5)。



スキンケア予防のため注意していることでは「皮膚の観察、保湿剤の塗布、点滴テープを剥がす際剥離剤を使用、テープを剥がす時は優しく皮膚を押さえながら剥が

す、ベッド柵の保護、レッグカバーやアームカバーの使用、介助は2人以上で行う、移乗時バスタオルを用いる、拘縮の強い患者は病衣をゆったりしたサイズにする、皮膚状態の悪い患者の情報をスタッフで共有、着脱はゆっくり行う、固定テープは皮膚の状態を見て選択、浮腫のある患者の処置などは両手で下から持ち上げ行う等があげられた。学習会後も同様の対策があげられた。



学習会後スキン-ケアについての理解は70%が深まったと回答した(図7)。学習会前は「専用のベッド柵カバーを増やしてほしい、拘縮のある患者が着脱しやすい病衣の検討」などの改善点が挙げられたが学習会後は「テープの種類を状態に合わせ増やす、スキン-ケア発生時の処置方法を統一する、計画を立てチームで考える事も必要、剥離剤はもっと使用した方がいい、患者全員に使用できる保湿剤があればいい等」などチーム全体としてスキン-ケア対策を考える方法が挙げられた。

スキン-ケア発生件数はA病棟では前年度10月～12月に1件でベッドアップ時に上肢が柵にあたりスキン-ケア発生となった事例であった。研究期間中は3件発生となったが3件とも発生後発見で原因は不明であった。3件ともスキン-ケアリスクが高く、認知症という事項が共通していた。

VI. 考察

学習会実施前はスキン-ケアの既往・保有に対して注目度は比較的低く、スキン-ケアが発生していてもインシデント報告がされず、看護計画が立案されていないことがあった。予防策実施も統一したのではなく対策が全員に周知されていない曖昧な状況であったが、本研究をすすめる過程で意識調査結果より学習会前からスタッフ間で患者の皮膚状態についての情報交換・共有は全員が行っていたことがわかった。学習会では実際にあった事例を挙げ外力保護ケアとスキン-ケアに対し具体的対策を考えた。学習会前は個々に予防策を講じていたが、しおりに記載されているものや実際に自身が行っている対策方法など患者の皮膚状態・問題点に対しスタッフ同士で対策について話し合うことができ、しおりは医療従事者以外でも容易に理解できるわかり易い内容であったため受け入れ易かったと考えられる。意識調査内でスキン-ケアが発生すると思った場面があったかという質問では学習会後に大幅に減少となっていたが、学習会を行ったことで皮膚の観察、危険に対する意識、適切な予防対策を取ることに変化があったためではないかと考える。堅田ら⁴⁾は「学習環境を提供することで、学習者の類似

した体験から看護者としての役割や意義について考える機会となり学習効果を上げる」と示唆している。学習会後スキン-ケアが発生すると思った場面が減少したことや自身が関わったケアでスキン-ケア発生が0%となったことは、介助を行う場合危険回避に対する意識を持ち対応していかなければならないと認識できるようになった学習効果と考えられる。しかし、学習会後、知識を得た一方で具体的な対策がとられていてもスタッフ全員に周知されていないことや看護計画が立案されていないケースがみられる。発生リスクを減らしていくためには知識を深め、危険回避意識を持つことでアセスメント能力の向上を図り、知識と実践方法をスタッフが情報共有して全員が継続的に適切なケアを行っていくことが必要である。また研究中に発生したスキン-ケアは認知症状のある患者であり、行動を把握しより個別性のある予防対策が必要だと考える。

VII. 結論

1. 学習会実施によりスキン-ケアに関する理解が深まり看護者としての役割、意義を学ぶことができた。個々に予防対策がとられていたが、学習会後には処置の統一方法、チームで看護計画を立てる等、スタッフ全体で取り組もうという変化があった。
2. 学習会によりスキン-ケアに対する具体的な予防対策を学ぶことができ、観察や対策に個別性がみられた。今後も細やかな観察、個別性のある対策を行いスキン-ケア予防に努めていくことが必要である。

引用・参考文献

- 1) 一般社団法人 名古屋療養サービス事業団：高齢者介護における皮膚裂傷(skin tear)発症の実態と予防的ケアの開発に関する研究、平成26年度公益助成事業成果報告書、14、2015。
- 2) 一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会(編)：ベストプラクティス スキン-ケア(皮膚裂傷)の予防と管理、照林社、別冊付録、1-18、2015。
- 3) 一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会(編)：ベストプラクティス スキン-ケア(皮膚裂傷)の予防と管理、照林社、35、2015。
- 4) 石川県立看護大学：看護基礎教育における教育方法の検討 シナリオ学習教材の活用評価より、石川看護雑誌 94、3-51、2012。

がん患者の終末期における苦痛に対する看護介入について

—膵臓癌多発肝転移による終末期の患者の事例を振り返って—

Keyword 不眠 がん性疼痛 終末期

I. はじめに

A 病棟は消化器内科・外科の病棟であり、がん患者が約4割を占めている。がん患者の疼痛コントロールに麻薬を使用することが多く、疼痛の軽減・除去を第一優先としてレスキューの使用を実施している。疼痛に対して薬の使用が恒常的であり疼痛コントロールの問題はなかった。しかし、膵臓癌多発肝転移の末期の患者で麻薬の内服量を増量しても様々な苦痛の訴えが続き、疼痛や苦痛の軽減・除去に至らなかった事例があった。がん患者の疼痛・苦痛に対する看護は痛みを訴えても信じてもらえない、何をやっても痛みがとれないという患者の苦悩に関しても介入をする必要がある。単に麻薬の増量ではなく、看護介入の工夫を共に検討してしかるべきところ、疼痛コントロールで問題となる事例が少なかったため、看護師として疼痛、苦痛の原因のアセスメントをする知識が不足していた。がん性疼痛の継続的アセスメントの視点として、痛みの変化、薬剤の使用状況、日常生活、患者の満足度の評価が必要であるとされている。その上でこの事例の患者対応場面からプロセスレコードを用いて考察することで、患者の多様な苦痛を理解し、アセスメントの視点を明確化する必要があると考えた。

II. 研究目的

終末期の患者に生じる苦痛に関して、プロセスレコードを用い場面を振り返ることでアセスメントに不足していた視点を明確化する。

III. 研究方法

1. 対象者（研究参加者）病棟看護師、症例患者1名
2. 期間 平成30年5月1日～10月2日
3. 研究デザイン 事例検討
4. データ収集方法
 - 1) WHO 疼痛緩和治療ガイドラインの4つの痛みの評価「痛み」「食欲」「睡眠」「気分」と患者の社会的要因となる「家族の反応」「外出頻度」「看護ケア」に沿って看護記録を遡り、時系列に情報収集したものを表作成する。
 - 2) 1) から対応に苦慮した場面を抽出しプロセスレコードに起こす。
 - 3) 2) よりアセスメントを行ううえでどのような情報が必要で不足していたかを考察する。
5. データ分析方法

プロセスレコードより、場面での患者の真意や看護師の言動を分析する。

IV. 倫理的配慮

研究の目的・方法、患者のプライバシー保護、収

○梶井 綾子 金子 恵（新潟医療センター）

集したデータを研究以外に用いないこと、患者、家族へ不利益が生じないことの保障をスタッフ・家族・主治医に説明し、同意を得た。看護の質の向上のための研究となるよう、研究を優先させて日々の看護業務・ケアの提供がおろそかになることのないように注意した。研究内容について倫理的問題がないか、倫理委員会にかけて承認を得た。

V. 結果

事例紹介：M氏 年齢：60歳代 性別：男性
 診断名：膵臓癌多発肝転移（ステージIVb）
 アスペルガー症候群

M氏は化学療法目的で入院していた。妻と2人暮らし。妻はM氏から言葉の暴力を受けており、うつ病を発症していた。そのため、本人は自宅退院を希望していたが、妻からは拒否があった。入院時オキシコンチン120mg/日内服していた。がんによる腹痛の他に、腰痛、下肢痛、下肢そわそわ感、手のふるえ、不眠等さまざまな訴えがあり、本人のレスキューの希望に沿って内服していた。その結果、頻度、量が増加したが、本人の思うような効果が得られず、疼痛緩和の認定看護師に相談。疼痛緩和の認定看護師から膵臓癌患者に下肢神経症状が出ることはなく、精神的不安の症状と考えられるため、エチゾラムの使用が効果的と助言があった。疼痛緩和の認定看護師は、本人にも同様の内容を伝え、しぶしぶではあったが了承された。その後、M氏がレスキューを希望する際に、エチゾラムを先に勧められることに対し、本人から不満の訴えが聞かれるようになり、結局エチゾラムの内服は中止となった。全身状態不良で本来なら化学療法を中止するところを、本人の強い希望で化学療法の内容量を少なくして継続していた。しかし、効果が低くなり、全身状態悪化と共に治療継続が困難となった。本人は、治療を終了する事実を受容できず、緩和ケア病棟への申し込みはするが、転棟せずA病棟で看取ることとなった。

「食欲」に関しては、摂取量1～2割と少ない時期がみられたが、持ち込みのものを摂取し、嘔気などの消化器症状もなく問題はなかった。本人の訴えは「痛み」「睡眠」「気分（思い）」の項目に集中していた。そのためプロセスレコードの場面として3つの場面を選定した。

<場面1>（疼痛、睡眠の評価）表1

準夜で不眠、不明言動がみられ、看護師が対応に困った場面。

①不眠の訴えに対し③眠前薬を内服していないことを疑問に思っていなかった。④で不穏行動が見られているが業務的に眠前薬を内服していた。①の手の震えや④からせん妄が疑わしいがアセスメントが

行えていなかった。せん妄対応を講じることで休息や睡眠への介入が可能であったと考えられた。⑪⑭から看護師は転倒リスクに注目し、⑬⑯の言動から問題行動と判断、⑰入院前からの内服方法でレスキューを投与していた。入院前からの習慣でレスキューの選択を行ったが、本人の訴えている下肢痛やそわそわ感についてのアセスメントが行えていなかった。

<場面2> (疼痛、気分(思い)の評価) 表2

レスキューの内服を希望している時に看護師がエチゾラムの内服を勧めることに対して不満を訴えた場面。

A看護師は、普段からM氏の担当となることが多く関係が良好に築けていた。⑳M氏の内服に対する考え、思いを傾聴出来ていた。また、エチゾラムを先に内服すべきだというアドバイスの通りに対応している病棟看護師の対応方法で良いのか、疑問が生じていた。A看護師は、㉑M氏の希望通りに、痛い訴える時はレスキューを渡すべきと判断した。

㉒本人の訴えを尊重し、内服を選択したことで本人の満足感と痛みの軽減の言葉が聞かれた。

<場面3> (気分(思い)の評価) 表3

緩和ケア病棟に申し込みをした後、病室で妻と患者と雑談した場面。

治療が困難とICを受けた後、㉓本人は治療希望していると意向表示があった。この意向表示の真意は少しでも体調を整え退院したいという希望があるためと考えられた。しかし、家族の意向も把握しているため㉔以降真意に触れていなかった。㉕看取りとなっていく段階で本人の尊重を考えると、本人が意思決定できる状況にも関わらず㉖妻の意向で全てが決定されていることにジレンマが生じていた。

VI. 考察

<場面1>

不眠の訴えが多く、睡眠薬を内服しても眠れず、追加内服をすることも多かった。それに加え、不安、落ち着かないという訴えや様々な不定愁訴も聞かれていた。④⑩⑬睡眠薬を使用し、少し眠れている様子はあったが、夜間起きて室内や廊下を落ち着きなく歩きまわったりと、がん性疼痛によるせん妄状態であることが考えられる。また、オキシコンチン120mg内服しており薬剤性のせん妄とも考えられた。しかしせん妄に対してのアセスメントを行っておらず業務的に眠前薬での対応をしていたことから本人にとって良好な休息や睡眠がとれていないことが考えられる。不眠によるストレスは患者のQOLを低下させる。特に高齢者では不眠が続くことでせん妄を引き起こすことも知られている。せん妄であるなら抗不安薬、向精神薬、抗うつ薬が必要だったところ、睡眠薬で対応したことで眠れず痛みを助長する結果となったと考える。不眠の原因は何なのか必要なアセスメントだが不足していたと言える。また、⑰より入院前からの内服方法でレスキューを投与している。しかし、膵臓癌の場合化学療法の副作用を考慮

しても病理学的に下肢痛の出現はなく、更に下肢痛にはオピオイドは効果が見られない。そのため、本人の痛みの訴えに対してレスキューの選択は妥当ではないと言える。がんによって疼痛部位や痛みの特性などを、がん患者を抱える病棟としては専門知識として得ておくことで、患者に正しく説明や対処が行える。そのためには、痛みのアセスメントは必要であるが、行えていなかったと言える。

<場面2>

場面1の疼痛アセスメントの結果、下肢痛に対してエチゾラムを先に内服するべきとアドバイスがあった。しかし、入院前から既にオキシコンチン120mg内服している経過を考慮すると本人の内服に対する基準が形成されていると思われる。外¹⁾は、「痛みは、場所と時間により刻々と変化するものである。不安により増強したり、気分で変化したりする。」と述べている。M氏の痛みの訴えは、不安からくるものと考えられる。M氏にとってレスキューは精神的な支えになっていると考える。そのため、患者の訴えを傾聴し看護介入方法を本人と共に考え選択しなければ苦痛の緩和に効果が得られない。林²⁾は「人とのふれあいを感じながら話ができるケアは、痛みの閾値を上げる可能性があります。」と述べている。A看護師は、訴えに傾聴し寄り添うことで話を聞いてもらえた思いが痛みの軽減にも作用したと考える。

<場面3>

妻は、M氏の発言や行動によりうつ病を発症している。そのため、1人で穏やかに生活したい、という訴えがある。医療者側としても、M氏を自宅へ退院させることは困難であると考え、退院という選択肢を本人にすすめることができなかった。病状を考慮すると化学療法を行うことは出来ないため緩和ケア病棟への転棟という選択肢をM氏、妻に提案したが、M氏は治療を希望しており病状が改善することを諦めていないことがわかる。本人の意向を尊重するには、退院先となる家族の受け入れの協力が必要だが、それは困難である。そのため、本人の意向に近づける関わりとしては、妻と話し合い、短時間の外出を目標としていくことの提案を行った。また、終末期を過ごす患者にとって、最後を過ごす場となる療養環境を患者が安楽に過ごせるよう整えることが大切である。無理に緩和ケア病棟をすすめずに、病棟の個室の環境が気に入っているという発言からそのまま安心できる環境で過ごしてもらおうという選択が考えられた。E・キューブラー・ロス³⁾は、「がんや難病の患者であっても、最後の時を迎えるまで、新しい治療法ができるのではないかと希望を抱く。」と述べている。M氏はまだ治療の道があることを信じ退院する希望を持っている。そのため、緩和ケア病棟に行くことで、死を具体的に感じ希望から絶望に移行することで、スピリチュアルな苦痛が生じていくと考えられる。そのことにより、生きていくことへの活力が低下すると言える。本人の希望やニーズに添えないという部分でのジレンマを考えると倫理的視点からのアセスメントが必要と考える。

終末期の生と死の問題を医療者中心に考えるので

はなく、患者の生活や家族背景を統合してアセスメントを行う必要がある。患者の苦痛を軽減し、生きることを支えるためには1つ1つの症状を単独に考えるのではなく、今まで生きてきた生活・社会背景を踏まえた包括的ケアが看護には求められていると言える。

Ⅶ. 結論

1. 痛みの部位や性質に対する専門的アセスメント
2. 不眠原因のアセスメント
3. エンド・オブ・ライフの倫理的アセスメント

以上3点のアセスメントが不足していた。終末期の患者の抱える身体的苦痛だけにとどまらず、トータルペインとして理解することが必要である。今回、患者が苦痛を表出した場面でプロセスレコードを使用した結果、患者の思いを理解することに繋がった。このことより、患者を理解し、アセスメントに活かすためにプロセスレコードは有効であったといえる。

引用文献

- 1) 外須美夫: ナースが向き合うがんの痛みと看護の悩み、エルゼビア・ジャパン、9、2000.
- 2) 林めぐみ: 痛みの訴えが頻繁な患者、ナーシング・トゥデイ、24 (2)、37、日本看護協会出版会、2009
- 3) E・キューブラー・ロス: 死ぬ瞬間、203-228、読売新聞東京本社、1998.

参考文献

- 1) 小迫富美恵: 前掲書1)
- 2) ターミナルケア編集委員会: がんの症状マネジメントⅡ、三輪書店、2001.
- 3) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン、金原出版株式会社、2010.

表1<場面1>

プロセスレコード1 睡眠、疼痛の評価

患者の言動	感じたり考えた事	看護師の言動	分析、考察
①「眠れないんです。」 「昼間も常に眠いけど」「手が震える。」	②落ちる音が怖い口調だ。	③「眠れないんですね。」オーバーテーブルに眼前景が置いたまま飲まれていることに気付く。	④不眠の訴えに対し⑤眼前景を内服していないことを疑問に思っていない。⑥で不穏行動が見られているが業務的に眼前景を内服している。⑦の手の震えや⑧から看護師はせん妄が疑わしいがアセスメントが行えていない。せん妄対応を講じることで休息や睡眠への介入が可能であったと考えられる。
④「そわそわ動き回り、落ちる音が怖い様子あり。毒替えを繰り返す。」	⑤眼前景を飲んでいないため落ちる音が怖いのか。先に飲んでもらおう。	⑥眼前景を内服してもらおう。	⑦⑧から看護師は軽例リスクに注目し、⑨の言動から問題行動と判断、⑩入院前からの内服方法でレスキューを授与している。入院前からの習慣でレスキューの選択を行ったが、本人の訴えている下腹部痛やそわそわ感についてのアセスメントが行えていない。
⑪「さっきより良くなりました。」行動少し落ちる。手の震えも和らぐ。	⑫内服の効果があつたようだ。	⑬その後の様子を見るために訪室していく。	⑭⑮から看護師は軽例リスクに注目し、⑯の言動から問題行動と判断、⑰入院前からの内服方法でレスキューを授与している。入院前からの習慣でレスキューの選択を行ったが、本人の訴えている下腹部痛やそわそわ感についてのアセスメントが行えていない。
⑱「夢を見ました。」ベッドに横がけ、ぼーとしている。	⑲不穏まではいかないが、目がうつろ。眼前景も内服しているため転倒の危険がある。ぼーとしているため眠れるかもしれない。追加内服せず様子を見よう。	⑳巡回に訪室をしていく。	
㉑女子トイレから裸足で廊下に歩いてくる。	㉒何をしているんだろう。目が離せない。夜は眠ってもらいたい。	㉓部屋に戻るよう促す。	

①「私、なんでここにいますか。ううすらとは覚えているんですが…」「下腹部の痛みとそわそわ感で横になれない」落ちる音が怖い。部屋の中を動き回っている。「薬が欲しいです。」苦痛表情はない。	②内服したことをあまり覚えていないようだ。苦痛のため落ちる音が怖い。入院前からレスキューを内服していたと同様に希望があったため、レスキューを使用して効果を見よう。	③痛み、そわそわに対してオキノームを内服してもらおう。
④オキノームを内服し、入眠する。		

表2<場面2>

プロセスレコード 2 疼痛、気分(思い)の評価

患者の言動	感じたり考えた事	看護師の言動	分析、考察
①「痛いからオキノームが欲しい。欲しいって言うのに駄目だと言われた。エチゾラムしかくれない。エチゾラムを飲まなきゃあげられないって言われても、それじゃだめなんだ。痛いの看護師さんはみんな駄目だと言っているけど、あなたも持ってきてくれないのか。」怒り口調で訴える。苦痛表情なし。	②痛いなら、痛み止めをあげたい。本人が効果がないと言っているのに、エチゾラムを飲まなきゃレスキューをあげられないというも違う気がする。	③「そのようにMさんの希望があるなら、今はオキノームを飲みますか?」	A看護師は、普段からM氏の担当となることが多く関係が良好に築けていた。④M氏の内服に対する考え、思いを傾聴出来ている。また、エチゾラムを先に内服するべきだというアドバイスの通りに対応している痛緩和看護師の対応方法で良いのか、疑問が生じている。A看護師は、⑤M氏の希望通りに、痛いと言えればレスキューを渡すべきと判断した。
④「はい。」満足した表情。	⑤本人がエチゾラムが効かないと言っているのに、効果が無いものを飲ませても仕方がない。	⑥エチゾラムではなく、オキノームを渡す。	⑦本人の訴えを尊重し、内服を選択したことで本人の満足感と痛みの軽減の言葉が聞かれた。
⑧オキノームを内服し、その後痛みが軽減したと訴えあり。「話を聞いてくれてありがとう。」			

表3<場面3>

プロセスレコード 3 気分(思い)の評価

6月20日本人、妻にIC 本人へは、解離感、肝転移は不変〜やや増大。抗がん剤は休み休みなんとか治療を行っている状態だが、一週間程度様子を見て、治療を継続するか、内服の抗がん剤を、少量で使っていくか検討すると説明
妻へは、抗がん剤の効果が高く、低栄養が進行していることで悪循環となっており、余命1〜2ヶ月と説明があった。
6月26日傾眠強く、意識レベルも不安定。現状での化学療法は困難と主治医より。緩和ケア病棟への申し込みを勧めることとなる。

患者の言動	感じたり考えた事	看護師の言動	分析、考察
①本人、妻と、痛で難談をしている中で、話し始める。「まだ治療がしたいと思っていて。緩和ケア病棟には、いつかは行くことになるだろうけど、今はまだその時じゃないか」と思っている。「妻の表情は固く何も返事はしない。」	②行きたくないだろうなあ。行かずにこのまま病棟で治療しながら、M氏の思いに添えたいのかもしれない。無理に緩和ケア病棟に行かなくてもいいのかもしれない。	③「まだ体も元気だし、治療したいという思いはありますよね。」	治療が困難とICを受けた後、④本人は治療希望していると意向表示があった。この意向表示の真意は少しでも体調を整え退院したいという希望があるためと考えられる。しかし、家族の意向も把握しているため、⑤以降任意に接していない。
④「前に病棟を移動した時、嫌な思いをしたんだ。部屋の作りが気に入らなくて、トイレも遠くて、嫌だった。この病棟に帰ってきたらすぐ落ち着いた。ここはいいなあ。」	⑤環境が変わるのが嫌な気持ちもあるのだな。	⑥この部屋なら、個室で落ち着けるし、トイレも近いですね。	⑦本人が意向決定できる状況にも関わらず⑧妻の意向で全てが決定されていることにジレンマが生じている。
⑧「行かないことにはできないですか。」	⑨体調が強い時もある。麻薬もかなり内服している。化学療法も効果がなくなり、行かないことになった。本人が行きたくないなら、無理に行かなくても、この病棟で看護取ってあげてもいいのではないかと。	⑩そうですね。落ち着けるような環境を考えましょう。	
⑪その後、部屋を出てきた妻から、「緩和ケア病棟に行ってもらいたい。私は1人で程々かき生活したい。でも夫の面倒を見ないと罪悪感があるって放っておけない。極力聞きたくない。」と表情暗く強張っている。会話しながら口息ありペットボトルの水を度々口に含んでいる。	⑫妻のうつ病や夫からの言葉の暴力もあつたが、終末時の本人の退院への思いはここまでいいのか・・・		

心不全患者への退院支援に関する看護師の認識

keyword 心不全 退院支援 病棟看護

○佐藤 倫太郎 (桑名病院)

I. はじめに

高齢者人口の増加、慢性疾患の増加などの疾病構造の変化に伴い、療養上の課題を抱え在宅療養を行う患者が増加している¹⁾。こうした中、病院は患者が療養先へスムーズに移行できるよう、入院早期から在宅療養を意識した取り組みが求められている²⁾。

A 病棟では高齢者の慢性心不全患者も多く入院しており、在宅退院に向けた退院支援を行う機会も多く、そういった取り組みに無関係とは言えない。ただ、心不全は数日の ADL の制限により ADL 低下、慢性的に続くため疾患管理も必要となり、多方面での退院支援を行うため、入院期間が入院予定期間よりも延びており、退院支援が滞っているのが現状である。また、A 病棟に勤める看護師は年齢と経験年数共にばらつきがあり、近藤らは年齢や経験年数が在宅を見据えた看護に影響を与える³⁾と述べているが、心不全患者を対象でも同様に経験年数の差で退院支援の介入方法に差が出てくるのか明らかにすることで、心不全患者の退院支援介入の現状を知ることができ、当病棟における退院支援の課題も見えてくると考える。

この研究の目的は経験年数の違いにより退院支援介入時期が変わってくるのか、退院支援介入を困難にしている要因や退院支援の課題とは何なのかを明らかにし、課題に対しての退院支援方法を提案したい。

II. 用語の定義

退院支援：退院に向けて、患者と家族との関わり・社会資源の活用・他職種との連携・在宅療養に必要な看護技術の指導を含んだ退院調整の活動。

III. 研究方法

- 1) 研究対象：A 病院に所属する看護師で本研究に同意が得られた看護師
- 2) データ収集方法：質問紙調査による量的研究。無記名の自記式質問紙調査を実施。
- 3) 研究内容：看護師になってからの経験年数、心不全患者に対する看護経験年数、心不全患者への退院支援介入時期、退院支援は十分に行えているかとその理由、看護師間ならびに他職種との連携ができていないかを調査した。加えて、自宅へ帰宅することを前提とした心不全患者への退院支援の介入に関連する背景として、今泉ら¹⁾や服部ら⁴⁾の調査を参考に看護師の認識について25項目を調査した。調査項目は「患者の状態」「家族の理解・認識」「介護力」「経済面・社会資源・自宅環境」「看護師同士の連携」「他職種との連携」についての25項目とし、「よく当てはまる」～「全く当てはまらない」の4

件法とした。

- 4) 調査期間：平成30年8月1日～10月15日
- 5) 倫理的配慮：配布したアンケートに本研究の研究内容・目的について説明用紙を添付。得られた情報は個人が特定できないように処理を行い研究発表や研究論文においても個人が特定されないことを説明。研究への参加不参加によって回答者への不利益が生じず、研究協力への任意性を文章で説明し、質問紙の回答を以って研究協力の同意を得られたものとした。A 病院の倫理審査委員会の許可を得た。

IV. 結果

アンケートは20部配布し、回収は16部（回収率80%）、その中で有効回答数は13部（81%）であった。看護師になってからの経験年数が5年未満の者が6名（46%）、5年以上の者が7名（54%）であった。また、心不全患者を診ている年数は3年未満の者が5名（38%）、3年以上の者が8名（62%）であった。

1. 経験年数と退院支援の介入時期の現状

退院支援を行う時期で入院時は2名（15%）、症状が落ち着いたら5名（39%）、入院1週間以内6名（46%）であった。さらに看護師経験年数別に退院支援の開始時期を分類し、5年未満の経験年数の者で、症状が落ち着いたら3名（50%）、入院1週間以内3名（50%）。経験年数5年以上の者は、入院時より2名（29%）、症状が落ち着いたら2名（29%）、入院1週間以内3名（42%）。また、心不全看護経験年数別に退院支援の開始時期を分類し、3年未満の者で、入院時より2名、症状が落ち着いたら2名、入院1週間以内1名であった。3年以上の者で、症状が落ち着いたら3名、入院1週間以内5名であった。

2. 退院支援を十分に行えているか

退院支援が十分行えているかの回答で、当てはまる2名（15%）、あまり当てはまらない10名（77%）、全く当てはまらない1名（8%）であった。あまり当てはまらない・全く当てはまらないと回答した者で退院支援ができていないと思う理由として、入院診療計画書の退院予定日から退院が遅れている6名（55%）、他のスタッフとの協力が上手くできていないと感じる5名（46%）、家族への退院支援が上手くいかないと感じることがある9名（82%）。

3. 看護師間と他職種間での情報共有の差

「看護師間で情報共有できている」に対し、当てはまる8名（62%）、あまり当てはまらない5名（38%）。他職種と情報共有ができていないという回答について、当てはまる5名（38%）、あまり当てはまらない8名（62%）であった。

4. 退院支援を行う際に感じていること

退院支援の介入に関連する背景に、「患者の状態」「家族の理解・認識」「介護力」「経済面・社会資源・自宅環境」「看護師同士の連携」「他職種との連携」の6つの項目に分けて、退院支援を行う際にどういった傾向にある患者が多いのか看護師が当てはまると思ったことに丸をつけてもらった(表1)。

1) 患者の状態

患者状態の項目は、入院前後の生活に当てはまることについての質問内容であり、「今まで自己管理する上でぎりぎりの状態で自宅で暮らしていた」は、よく当てはまるが3名(23%)、やや当てはまるが9名(70%)、「在宅生活が限界にあることを理解できていない」は、よく当てはまるが4名(31%)、やや当てはまるが7名(54%)であった。「患者の状態変化のため支援内容の途中変更があった」は、よく当てはまるが2名(15%)、やや当てはまるが9名(70%)であった。

2) 家族の理解・認識

家族の理解・認識の項目は、家族との関わりにおいて自宅退院にどの程度の理解を得られているのか、家族の患者に対する認識で当てはまることについての質問内容であり、「家族の理解力がある」は、やや当てはまるが5名(38%)、あまり当てはまらないが8名(62%)であった。「家族は患者が自己管理を行えていると思っていたが実際はそうではなかった」は、よく当てはまるが4名(31%)、やや当てはまるが8名(61%)。「高齢者が自宅で過ごすことのリスクについて認識があまり」は、よく当てはまるが6名(46%)、やや当てはまらないが6名(46%)であった。

3) 介護力

介護力の項目は、自宅退院してからの家族の介護力の有無で当てはまることについての質問内容であり、「家族の知識不足」が、よく当てはまるが5名(38%)、やや当てはまるが7名(54%)であった。

4) 経済面・社会資源・自宅環境

経済面・社会資源・自宅環境の項目は、自宅退院するにあたり必要となる要素がどの程度用意できているか、調整がきくか当てはまることについての質問内容であり、「退院が決まってから自宅の調整開始」が行われているに対し、よく当てはまるが5名(38%)、やや当てはまるが7名(54%)であった。

5) 看護師同士の連携

看護師同士の連携の項目は情報共有や退院支援の介入方法など看護師同士で働いて思ったことに対して当てはまることについての質問内容であり、「情報ファイルのNs申し送り用紙が分かりにくい・または見落としがある」は、よく当てはまるが3名(23%)、やや当てはまるが6名(46%)。「看護師によって患者や家族から得ている情報に差がある」は、よく当てはまるが4名(31%)、やや当てはまるが8名(61%)。「看護師によって他職種との連携の仕方に差がある」は、よく当てはまるが4名(31%)、やや当てはまるが8名(61%)であった。「看護師によって看護技術の指導に差がある」は、

よく当てはまるが4名(31%)、やや当てはまるが7名(54%)であった。「プライマリーの看護の方向性はいつもわかっている」は、あまり当てはまらないが7名(54%)、全く当てはまらないが1名(8%)であった。

6) 他職種との連携

他職種との連携の項目は、他職種との情報共有や働きかけ方について、他職種と働いて思ったことに対して当てはまることについての質問内容であり「定期的に他職種と話し合うようにしている」は、よく当てはまるが2名(15%)、やや当てはまるが6名(46%)であった。「自分から他職種に声をかけている」は、よく当てはまるが2名(15%)、やや当てはまるが8名(62%)であった。「他職種から自分に声をかけてくれる」は、よく当てはまるが2名(15%)、やや当てはまるが9名(70%)であった。

V. 考察

1. 介入時期と病棟の現状

介入時期は看護師になってからの経験年数と心不全患者を診ている経験年数では共に、入院1週間以内の介入と回答した者が一番多く、次いで症状が落ち着いたら、入院時であった。今泉らの研究でも同様の結果が得られており、介入時期の理由として患者様・家族が受容しやすい、退院の方向性が決まるから、状況が変化するからという回答があった¹⁾。

患者の特徴はそれぞれ異なるため早期介入することは効果的な退院支援のために重要⁵⁾とあるが、上記の理由から入院当日の介入は困難であり、一番早い「入院時」ではなく次に早い「入院1週間以内」の回答が多かったと考えられる。早期介入するのが良いとされているが、入院時すぐに退院支援が介入できず入院期間が延びてしまう課題が見つかった。

対策としては、早めに情報収集をして今後必要になってくることを考え、退院支援を進めていく必要がある。入院翌日には入院時カンファレンスを行い今後起こりうることを予想し、入院時に情報をまとめることで今後必要となることを予想し、ケースワーカーやケアマネジャーにも働きかけることができる。入院期間の短縮につながると考える。

2. 退院支援の課題

退院支援を行っている際に感じていることのアンケートの結果から、退院支援の課題について大きく3つに分けて考察を行う。

1) 患者・家族について

アンケートの「患者の状態」「家族の理解・認識」「介護力」「経済面・社会資源・自宅環境」の項目より、患者はぎりぎりのADLで在宅生活しており、在宅生活を続けるのは困難なことが多い。家族は理解力が低く、高齢者の在宅生活への認識が甘いとあり、その他家庭の事情では経済的理由により退院先が限られてくることや在宅で生活する上で何か介護が必要であるが、介護申請を行っていないケースが多く、退院するには介護申請してからサービス調整をする必要が出てくるなど、患者・家族について問題があり、すぐに退院は受け入れが困難であるとい

う課題が見つかった。

退院受け入れには高齢者の特徴や患者・家族のニーズに合わせる必要があり、それらに合った支援を行うには様々な情報を統合し、全体像をとらえる必要がある⁶⁾。患者の全体像をとらえるには入院前後の患者や家族の状況の情報を得て、今後必要と予想される退院支援を予め進めることが早期退院につながると思われる。

2) 看護師について

アンケートの「看護師同士の連携」の項目より情報共有に使用している申し送り用紙では見落としが多く、看護師で得ている情報量に差があり、プライマリーナースの考えている方向性を不明瞭という看護師間での情報共有の課題が見つかった。

現状の書式は情報共有に不十分なことが明らかであり、プライマリーナースの考えがより出しやすいよう、既存の媒体の改良もしくは新たな媒体を作成するなど退院支援の方向性の基盤となるものを作ることがより効率的な退院支援へとつながると考える。

3) 他職種との連携について

「他職種との連携」の項目より他職種にどう相談したらいいか分からないと、連携は取れているが必要な情報の共有はできていないなど他職種との連携における課題が見つかった。

緋田らは「一般病棟では介護保険制度に接する機会が少なく、医療面に偏りがちな看護が実践されているため、患者の退院後の生活を具体的にイメージできないという視点のずれが生じ、在宅支援を意識した退院調整に対する認識が不足している」と述べており⁷⁾、患者と家族が自宅退院できるようになるにはどの程度のADLが必要と考えているか、どの程度疾患自己管理を行えば良いかなど具体的なイメージをつかむことに必要があり、そこから得た情報をもとに他職種と相談することで、必要な情報共有ができると考える。

VI. 結論

1) 経験年数の別の回答割合や先行研究より退院支援介入は早期であるほうが良いということが明らかになった。だが、入院時すぐに退院支援を介入できない課題もあり、退院支援介入ができるだけ遅れないよう、入院翌日に入院時カンファレンスが行えるよう病棟業務の追加する必要がある。

2) 患者や家族の様々な要因によりすぐに退院受け入れは困難であることが明らかになった。高齢者の特徴や個々のニーズに合った支援をするには様々な情報を統合し、全体像をとらえる必要があり、入院前後の患者の状態変化や自宅の現状、家族の理解に合わせて早期介入し情報収集を行い、今後必要と予想される退院支援を進めていく必要がある。

3) 看護師間の連携においてはプライマリーナースの考えが不明瞭であると明らかとなった。情報ファイルのNs申し送り用紙など既存の媒体の改良もしくは新たな媒体を作成するなど退院支援の方向性の基盤となるものを作りプライマリーナースの考えが分かるよう情報共有用紙の改良を行う必要がある。

4) 他職種との連携において、看護師はどのように

相談していいか分からないことが明らかとなった。その原因は退院後の具体的なイメージが足りないことが挙げられた。看護師は患者が自宅退院できるにはどのようなことが必要か具体的な退院後の生活をイメージしてから他職種と相談を行う必要がある。

引用・参考文献

- 1) 今泉亜矢子、結城美智子：総合病院の看護職を対象とした退院計画に関する実態調査、J Jpn Health Sci, 8 (4)、2006.
- 2) 厚生労働省：医療制度改革に関する都道府県説明会配布資料
<http://www.mhil.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/tdfk060710-1.html>, 2014年3月20日
- 3) 近藤浩子、吉田亨、辻村弘美他：群馬県内病院看護職における在宅を見据えた看護活動の縦的变化、関東医学会誌、69、17-26、2019.
- 4) 服部尚世、岩下由梨：面接長からみた病棟看護師が行う退院調整の実態、第41回地域看護、263-265、2010.
- 5) 永田智子、村嶋幸代：高齢者の退院支援、日本老年医学会誌、39 (6)、2002.
- 6) 原田かおる、松田千登勢、長畑多代：急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難、日本老年看護学会誌、18 (2)、2004.
- 7) 緋田秀美、能瀬敬子、原美佐恵：介護保険利用者の退院調整における連携、第33回日本看護学会論文集(老年看護)、204、2003.

表1. 心不全患者の退院支援に関する看護師の認識(n=13)

		よく 当てはまる	やや 当てはまる	あまり 当てはまらない	全く 当てはまらない
1) 患者の状態	①今まで自己管理する上で ぎりぎりの状態で自宅で暮らしていた	3人(23.1%)	9人(69.2%)	1人(7.7%)	0人(0%)
	②在宅生活が限界にある ことを理解できていない	4人(30.8%)	7人(53.8%)	2人(15.4%)	0人(0%)
	③患者の状態変化のため 支援内容の途中変更があった	2人(15.4%)	9人(69.2%)	2人(15.4%)	0人(0%)
2) 家族の理解・ 認識	④家族の理解力がある	0人(0%)	5人(38.5%)	8人(61.5%)	0人(0%)
	⑤家族の不安がある	3人(23.1%)	10人(76.9%)	0人(0%)	0人(0%)
	⑥家族は、患者が自己管理 を行えていると思っていた が実際はそうではなかった	4人(30.8%)	8人(61.5%)	1人(7.7%)	0人(0%)
	⑦高齢者が自宅で過ごす ことのリスクについて認識 が甘い	6人(46.2%)	6人(46.2%)	1人(7.7%)	0人(0%)
3) 介護力	⑧家族が患者の介護を行う 自信がない	2人(15.4%)	10人(76.9%)	1人(7.7%)	0人(0%)
	⑨家族の知識不足	5人(38.5%)	7人(53.8%)	1人(7.7%)	0人(0%)
4) 経済面、社会 資源、自宅 環境	⑩経済面から療養先が限ら れてしまう	4人(30.8%)	6人(46.2%)	3人(23.1%)	0人(0%)
	⑪介護申請をしていない。 または申請中	5人(38.5%)	6人(46.2%)	2人(15.4%)	0人(0%)
	⑫退院が決まってから自宅 の調整開始	5人(38.5%)	7人(53.8%)	1人(7.7%)	0人(0%)
5) 看護師同士の 連携	⑬ナースナースが分かりにく い、または見落としがある	3人(23.1%)	6人(46.2%)	4人(30.8%)	0人(0%)
	⑭看護師によって、社会資源 の理解や活用にある	4人(30.8%)	9人(69.2%)	0人(0%)	0人(0%)
	⑮看護師によって、患者や家 族から得ている情報に差がある	4人(30.8%)	8人(61.5%)	1人(7.7%)	0人(0%)
	⑯看護師によって、他職種と の連携の仕方にある	4人(30.8%)	8人(61.5%)	1人(7.7%)	0人(0%)
	⑰看護師によって、看護技術 の指導にある	4人(30.8%)	7人(53.8%)	2人(15.4%)	0人(0%)
	⑱プライマリーの看護方針や 方向性はいつも分かっている	3人(23.1%)	2人(15.4%)	7人(53.8%)	1人(7.7%)
	⑲他の看護師に退院支援に ついて相談している	4人(30.8%)	7人(53.8%)	1人(7.7%)	1人(7.7%)
	⑳看護師の経験年数によっ て差があると感じる	8人(61.5%)	3人(23.1%)	2人(15.4%)	0人(0%)
6) 他職種との 連携	㉑定期的に他職種と話し合う ようにしている	2人(15.4%)	6人(46.2%)	5人(38.5%)	0人(0%)
	㉒自分から他職種に声をかけ るようにしている	2人(15.4%)	8人(61.5%)	3人(23.1%)	0人(0%)
	㉓他職種から自分に声をかけ てくれている	2人(15.4%)	9人(69.2%)	2人(15.4%)	0人(0%)
	㉔他職種から方向性を提示し てくれることが多い	1人(7.7%)	8人(61.5%)	4人(30.8%)	0人(0%)
	㉕他職種にどう相談したら いいか分からない	0人(0%)	5人(38.5%)	4人(30.8%)	4人(30.8%)

慢性腎臓病保存期療養生活での患者の学び

—血液透析導入後の患者の語りを通して—

keyword 慢性腎臓病 (CKD) 保存期療養生活 学び

○松矢 春奈 佐藤 祐子 高橋 久美子 (新潟労災病院) 小林 綾子 (新潟県立看護大学)

I. はじめに

2009年から慢性腎臓病(以下CKD)対策が始まり、CKD患者への看護が各ステージごとに提示された¹⁾²⁾。透析導入前の保存期の看護は、透析導入前の限られた時間の中で患者に必要な情報を提供することで、心理・社会・身体的準備を整えることである³⁾⁴⁾と述べられている。看護師は、患者が食事・薬物療法の知識を得て実践できるよう支援することの他、腎機能低下に伴う身体的変化や症状に関する知識、血圧・体重のモニタリングの必要性や方法、いずれ必要となる透析治療の知識を提供する事が求められている⁵⁾。多岐にわたる情報を基に行動変容できることがCKD進展に影響するため、看護師からの情報提供が重要となる。先行文献では、セルフケアやCKDステージ別看護などについて述べられている。しかし、患者が食事・薬物療法を実践しセルフケアをしていくために必要な知識を十分学べているのか、保存期療養生活を体験してどのような情報が不足していたのか実態を明らかにしたものは見られなかった。そこでこれらを明らかにすることにより、保存期CKD患者へのセルフケア支援、行動変容を促す看護に関する示唆が得られると考え本研究を実施した。

II. 研究目的

CKD患者がシャント造設を経て血液透析導入までの保存期の療養生活中に学んだことと、得ておきたかった知識・情報について明らかにすること。

III. 研究方法

1. 研究対象者：シャント造設後外来通院を経て、血液透析導入後3ヶ月以上経過した患者。
2. 調査期間：2018年3月～5月。
3. データ収集方法：インタビューによる半構造化面接を30～40分実施し、ICレコーダーへ録音した。

4. 分析方法：録音内容から逐語録を作成し、コード化・カテゴリー化した。分析の妥当性・信頼性を高めるため研究者間で合意が得られるまで検討した。

IV. 倫理的配慮

研究の目的、方法、プライバシーへの配慮、研究への参加・辞退は自由意思であり、辞退しても不利益を被らないこと、結果は公表することを紙面と口頭で対象者に説明し同意を得た。また、所属施設の倫理委員会の承認を得た。

V. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、研究協力に同意の得られた7名であった。性別は男性6名、女性1名で、年齢は40歳代から70歳代であった。シャント造設後から血液透析導入までの期間は6ヶ月未満5名、6ヶ月以上が2名であった。

2. 患者が保存期療養生活中に学んだこと (表1)

血液透析を導入した患者の保存期療養生活中の学びは、8のカテゴリーが抽出され、19のサブカテゴリー、52のコードで構成された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』, コードを「 」で示す。

1) 【腎臓病食の食事療法】

このカテゴリーは、『塩分制限の必要性と食品に含まれる塩分量』『たんぱく制限の必要性と食品に含まれるたんぱく量』『カリウム制限の必要性』から構成された。患者は「塩分を控えるよう栄養士から指導を受けた」などの専門職からの学びを語られていた。

2) 【食事療法を日常生活に取り込む方法】

このカテゴリーは、『塩分制限の具体的な方法』『たんぱく制限の具体的な方法』『カリウム除去の具体的な方法』『栄養士によるイベント時の塩分の調整方法』

『栄養士によるストレスにならないような食事療法の継続方法』から構成された。

3) 【薬の作用と服薬方法】

このカテゴリーは『薬剤師による服薬指導』『炭酸水素ナトリウムの飲みにくさ』から構成されていた。

4) 【血液シャントを使った透析治療とその効果】

このカテゴリーは、『血液透析という治療方法』『血液透析を行なうにはシャントが必要であること』『透析導入後の症状の改善』から構成された。患者は「シャントはどのようなものか、どういう治療をするのか説明を受けて知っていた。」と語られていた。

5) 【シャント管理をしていく上で必要な基本的知識】

このカテゴリーは、『シャント肢の保護』『シャントの観察』『シャントの発達』から構成されていた。

6) 【透析室の様子や過ごし方】【患者会があること】

【末期腎不全の症状】

これらのカテゴリーはそれぞれ同義の1つのサブカテゴリーから構成されていた。

(表1) 保存期療養生活中に学んだこと

カテゴリー	サブカテゴリー
末期腎不全の症状	末期腎不全の症状
腎臓病の食事療法	塩分制限の必要性と食品に含まれる塩分量
	たんぱく制限の必要性と食品に含まれるたんぱく量
	カリウム制限の必要性
食事療法を日常生活に取り込む方法	塩分制限の具体的な方法
	たんぱく制限の具体的な方法
	カリウム除去の具体的な方法
	栄養士によるイベント時の塩分の調整方法
	栄養士によるストレスにならないような食事療法の継続方法
薬の作用と服薬方法	薬剤師による服薬指導 炭酸水素ナトリウムの飲みにくさ
血液シャントを使った透析治療とその効果	血液透析を行うにはシャントが必要であること
	透析導入後の症状の改善
シャント管理をしていく上で必要な基本的知識	シャント肢の保護
	シャントの観察
	シャントの発達
透析室の様子や過ごし方	透析室の様子や過ごし方
患者会があること	患者会があること

2) 保存期に得ておきたかった知識・情報 (表2)

血液透析を導入した患者が保存期に得ておきたかった知識・情報は4のカテゴリーが抽出され、9のサブカテゴリー、19のコードで構成された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』、コードを「 」で示す。

1) 【末期腎不全の病態と症状に合わせた過ごし方】

このカテゴリーは、『腎臓の代わりに透析をすること』『浮腫に対する知識と対処方法』から構成された。

2) 【シャント造設術を経験していく過程で必要となったシャントの知識】

このカテゴリーは、『シャント造設術後の気がかり』『シャントトラブルとトラブル発生時の対処方法』『シャントそのものの知識』から構成された。患者からは「シャントがどういうものか全然わからなかった」や「シャント造設後も手首の痛みなどが続くことを知らなかった」などが語られていた。

3) 【患者により異なる透析治療後の影響】

このカテゴリーは、『内服薬が止血時間に及ぼす影響』『透析による身体への影響』から構成された。

4) 【社会保障制度の利用】

このカテゴリーは、『交通費の負担が軽減できること』『社会保障制度の手続き』のから構成された。

(表2) 保存期に得ておきたかった知識・情報

カテゴリー	サブカテゴリー
末期腎不全の病態と症状に合わせた過ごし方	腎臓の代わりに透析をすること
	浮腫に対する知識と対処方法
シャント造設術を経験していく過程で必要となったシャントの知識	シャント造設術後の気がかり
	シャントトラブルとトラブル発生時の対処方法
患者により異なる透析治療後の影響	シャントそのものの知識
	内服薬が止血時間に及ぼす影響
社会保障制度の利用	透析による身体への影響
	交通費の負担が軽減できること
	社会保障制度の手続き

VI. 考察

1. 保存期療養生活の患者の学び

CKDは不可逆的に進行するため、治療の基本となる薬物療法や食事療法の知識を得て行動変容し病状の進展を緩やかにすることが重要となる。特に食事療法は腎機能の低下の程度に応じて長期にわたり、患者の生活の中で継続・実施されるため患者が病状に合わせて実践できるよう知識を得る必要がある。結果から、『塩分制限の必要性と食品に含まれる塩分量』、『たんぱく制限の必要性と食品に含まれるたんぱく量』、『カリウム制限の必要性』といった【腎臓病の食事療法】の基本的知識に加えて『塩分制限の具体的な方法』、『たんぱく制限の具体的な方法』など【食事療法を日常生活に取り込む方法】を学んでいた。これらのことから、食事療法を実践する上で必要な知識は学べていたと推察された。

多職種による専門的な CKD 患者教育は、腎機能低下遅延効果があることを明らかにしている¹⁾。結果から『栄養士によるイベント時の塩分の調整方法』、などのように栄養士から具体的な食事内容に関する知識を学んでいた。看護師は患者が必要な知識を学び、実践できるよう、食事療法を日常生活でどのように行っているかをアセスメントし、栄養士との橋渡しを行う必要がある。

2. 保存期に得ておきたかった知識・情報

結果から、血液シャントに関するカテゴリーは保存期療養生活中の学びと保存期に得ておきたかった知識・情報に共通して得られていた。

患者は、「シャントはどのようなものか、どういう治療をするのか説明を受けて知っていた」のように、【血液シャントを使った透析治療とその効果】について学んでいたものの、保存期に得ておきたかった知識・情報では「シャントがどのようなものか全然わからなかった」と語られていた。患者はシャント造設を体験して初めてシャントがどのようなものか分かるかと推察されるが、シャント造設前に具体的なイメージできる情報を提供する必要性が示唆された。そのため、シャント造設前の患者がシャントをどのように理解しているのかを明らかにする必要がある。

また、「シャント造設後も手首の痛みなどが続くことを知らなかった」のような【シャント造設術を経験していく過程で必要となったシャントの知識】が不足していたということであった。看護師はシャント造設後の患者の状況をアセスメントし、『シャント造設後の気付き』を少しでも軽減できるように情報を提供する必要がある。

3. タイムリーな学びが療養生活に与える影響

維持透析ガイドラインでは、シャントは初回穿刺の1ヶ月以上前の造設を推奨しており、計画的なシャント作成により透析導入が遅延した例が多いと報告されている⁶⁾。本研究の対象者でシャント造設から6ヶ月以上経過した後、血液透析導入した患者が2名いたことから、シャント造設により病状を目の当たりにしたことがきっかけとなり、薬物・食事療法や病状管理などの日常生活における実践可能なセルフケアに意欲的に取り組んだことが、CKDの進行

に影響を与えたと推察された。そのため、保存期中でもシャント造設する時期は、患者の疾患への関心が高まるため、この時期にタイムリーに情報提供することが、行動変容につながり CKD 進展に影響を与え、透析導入を遅延できる可能性があると考えられる。

VII. 結論

1. 慢病腎臓病患者が保存期療養生活中に学んだことは、【末期腎不全の症状】【腎臓病の食事療法】【食事療法を日常生活に取り込む方法】【薬の副作用と服薬方法】【血液シャントを使った透析治療とその効果】【シャント管理をしていく上で必要な基本的知識】【透析室の様子や過ごし方】【患者会があること】であった。保存期に得ておきたかった知識・情報は、【末期腎不全の病態と症状に合わせた過ごし方】【シャント造設術を経験していく過程で必要となったシャントの知識】【患者により異なる透析治療後の影響】【社会保障制度の利用】であった。

2. シャント造設前にシャントがどのようなものか具体的にイメージできるような知識・情報と、シャント造設後の状況に合わせた知識・情報の必要性が示唆された。

3. 保存期中でもシャント造設する時期は、患者の疾患への関心が高まるため、この時期にタイムリーに情報提供することが、行動変容につながり CKD 進展に影響を与える可能性がある。

参考・引用文献

- 1) 日本腎臓病学会：CKD 診療ガイド 2012、東京医学社、2012.
- 2) 杉田和代：慢性腎不全看護 第5版、医学書院、2016.
- 3) 小松文子、他：保存期腎不全患者のシャント管理におけるおける退院後の関わり方の検討、秋田腎不全学会誌(16)、P100-103、2013.
- 4) 田中ともみ、他：保存期慢性腎臓病患者への始動時に看護師が抱える困難 第45回日本看護学会論文集、慢性看護 2015.
- 5) 鈴木志津枝編：慢性期看護論第3版、ヌーヴェルヒロカワ、P335-326、2016.
- 6) 日本透析医学会誌：日本透析医学会 維持透析ガイドライン：血液透析導入、46 (12)、1131、2013.

デスカンファレンス導入による看護師の意識変化

— 一般病棟で導入したデスカンファレンスが看護師に与える影響からの一考察 —

keyword デスカンファレンス 一般病棟 終末期看護 看護師の意識変化

○川崎 亮人 高橋 公子（あがの市民病院）

I. はじめに

2016年の厚生労働省¹⁾の調査では、全死亡数に対し病院での死亡率は73.9%とされ、病院で最期を迎えるケースが多い。A病院B病棟は一般病棟で、入院患者の約92%が高齢者であり、そのうち悪性新生物による死亡割合は約14%である。患者が死亡後に行われるデスカンファレンス（Death Conference以下、DCと称す）は、看護師の行ったケアを評価するツールとして用いられる。DCの目的について広瀬は「一言で言えば、亡くなった患者のケアを振り返り、今後のケアの質を高めることにある。」²⁾と述べており、先行研究でもDCがケアの質の向上につながる事が示唆されている。B病棟においては、DCは行われておらず、看護師は行ったケアの妥当性や疑問などを個人が抱え、無力感やジレンマを感じモチベーション低下に繋がっている現状があった。

II. 研究目的

DC導入前後の看護師の意識調査から看護師の関心の対象を明らかにし、DC導入がターミナルケアの質向上に繋がることを検証する。

III. 研究方法

1. 研究対象者：研究参加に同意が得られたB病棟の看護師17名
2. DCの実施：
 - 1) 事例：201X-1年度にがんで死亡した5事例
 - 2) 開催方法：研究者があらかじめ事例のサマリーを作成し、参加者は事前に情報共有した。当該ケースでの問題点や困難に感じたこと、よかったと感じたケアについて等、1事例30分を目安に話し合った。ファシリテーターとして研究者が1名参加し、書記は参加者に依頼し、自作のDC記録用紙に記録してもらった。
 - 3) 参加者：研究対象者5名程度。全研究対象者が最低1回参加できるように配慮した。

- 4) 運用方法：病棟内2チームで開催日が重複しないように曜日を調整し、日勤者のみで行った。

3. 調査内容と方法

- 1) 研究対象者の基本属性：看護師経験年数、部署配属年数
- 2) 自記式紙上調査(DC前後調査)

自作のアンケート用紙を用いて調査した。

DCが看護師に及ぼす影響を、以下の項目についてDC前後にアンケートを行った。「患者・家族の希望・想いを聞けていた」「ニーズに応じたケアを行っていた」「看護で不安に思うことがあった」「他の看護師との連携がとれていた」「多職種との連携がとれていた」「やりがいを感じていた」の問いについて、回答は4段階のリカート尺度(そう思う・おおむねそう思う・あまり思わない・思わない)を用いた。「ケアをやってよかったと思える出来事があったか」の問いでは、「ある」「なし」で回答する形式とし、「ある」と回答した場合にその内容について自由記載欄を設けた。また、現在行っている看取りのケアについて思うことの自由記載欄を設けた。

調査票の配布は、各個人のレターボックスに配布し、休憩室に回収箱を設置し回収を行った。

- 3) 5事例のDC記録用紙を収集
4. 分析方法：

自記式紙上調査法の4段階リカート尺度は、単純集計を行った。また、自由記載内容及びDC記録用紙の記載内容は、文章の文脈を考慮して切片化し類型化した。なお、分析においては、妥当性・信頼性を確保するために、質的分析に詳しいスーパーバイザーからスーパーバイズを受けながら分析を行った。
5. 研究期間：201X年10月～12月

IV. 倫理的配慮

所属施設倫理委員会の承認を得てから実施した。

研究対象者に対し、研究目的、方法、拒否権、不利益や負担が生じないように配慮すること、結果の公表について書面及び口頭にて説明した。研究参加については、個人の自由意志であること、調査の秘匿性、個人の能力評価に影響しないこと等を書面及び口頭にて説明し、同意を得て実施した。

V. 結果

1. 研究対象者の属性(表 1)

DC 前の調査票回収率は 100%で有効回答率は 100%であった。DC 後の調査では回収率 94.1%で有効回答率は 100%であった。対象の属性に関しては、DC 前後ともに看護師経験及び部署配属年数 5 年以上が約半数であった。

表 1.研究対象者属性 (単位%)

	3年未満	5年未満	10年未満	10年以上
DC前 看護師年数	29.4	11.8	23.5	35.3
DC後 看護師年数	37.5	18.7	6.3	37.5
	1年未満	3年未満	5年未満	10年以上
DC前 部署配属年数	23.5	35.3	29.4	11.8
DC後 部署配属年数	18.7	37.5	31.2	12.5

2. アンケート調査結果

患者・家族の希望・想いの聴取、ニーズに応じたケア実施、他看護師との連携、多職種との連携、やりがいの 5 設問で DC 後にそう思うとおおむねそう思うの合計が増えていた。また、ケアをやってよかったと思える出来事があるという回答も増えていた。看護上の不安があるかについては、DC 後のそう思うとおおむねそう思うの合計が減っていた(図 1~7)。

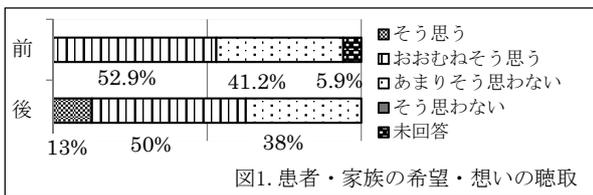


図1. 患者・家族の希望・想いの聴取

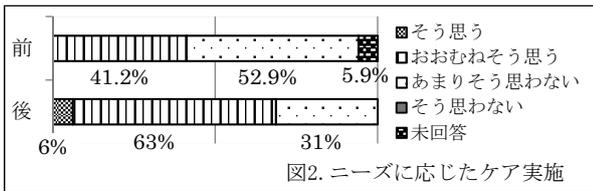


図2. ニーズに応じたケア実施

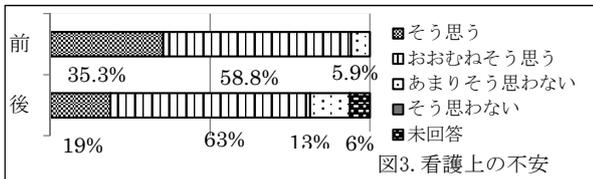


図3. 看護上の不安

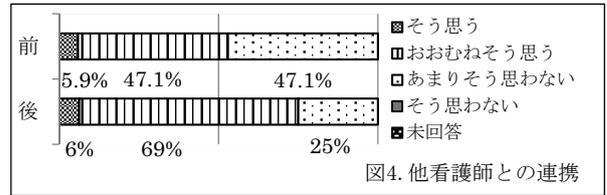


図4. 他看護師との連携

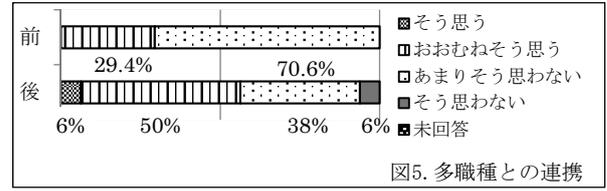


図5. 多職種との連携

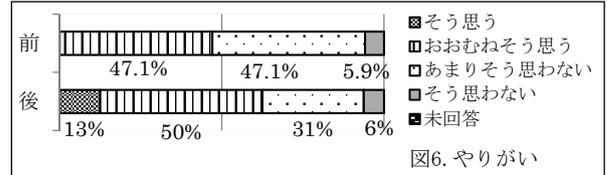


図6. やりがい

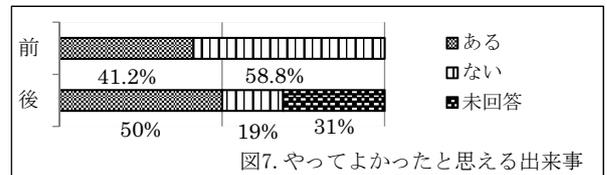


図7. やってよかったと思える出来事

ケアをやってよかったと思える出来事、DC 後の看取りについての自由記載から、14 コードが抽出され、「患者・家族支援」「多職種連携」「ケアの質向上」の 3 カテゴリーに類型化された(表 2)。『リハビリと連携し、在宅に外出できる体力があるのかなど相談できた』や『看護観をしっかりとちつつ、患者・家族の想いを引き出すスキルや悲嘆のプロセスなどの深い学習が大事』『先輩の考え方や対応を知ることができ、学びが多かった』との記載があった。

表 2.DC 後調査票(ケアをやってよかったと思える出来事、看取りについて思うこと)自由記載内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者・家族支援	患者・家族の希望に寄り添う	患者・家族の希望を尊重する事が大事
		患者・家族の病状理解への介入が必要
	患者・家族の精神的支援	患者・家族の精神的なケアが重要
		患者・家族との協働
	終末期看護の特性	グリーフケアの視点がなかった 苦痛緩和とケアが重要だと感じた 環境整備が重要だと感じた
多職種連携	多職種間の連携	医師との連携が重要だと感じた
		リハビリとの連携が重要だと感じた
		MSW との連携が重要だと感じた
ケアの質向上	学習の重要性	他看護師からの学びがあった
		看護観の確立、自己学習の重要性
	ケアの質	患者への敬意をもったケアが重要 希望に沿ったケアができ喜んでくれた

3. DC の記載内容

DC の記録から 16 コードが抽出され、「患者・家族との協働の重要性」「多職種連携」「看護師の感情」

の3カテゴリーに類型化された(表3)。『妻とうまく信頼関係が築け、鎮静不使用という家族の希望に添えた』『本人の気持ちをゆっくり聞き出せていない』などの記載があった。

表3.DC記録記載内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者・家族との協働の重要性	家族との信頼関係の重要性	家族との信頼関係があったからこそ、良いケアが行えた
	患者・家族との協働の重要性	患者・家族の希望を尊重すること 本人・家族が病状理解度の重要性
多職種連携	多職種との連携の重要性	チームや他職種との連携の重要性
看護師の感情	看護師の知識・技術不足	患者・家族の想いを聴取するためのコミュニケーションスキル不足
		看護師のアセスメント能力不足
		分かりやすい説明の仕方の重要性
		退院後の患者家族の負担に関する心配
	看護師が抱えるジレンマ	家族の希望を尊重したい気持ちと現状との葛藤
		家族の理解が得られないことに対する不満
		多忙な業務によるコミュニケーション不足
		家族対応への困難感や負担感
	よりよいケアへの探求心	よりよい方法を考えられなかったことへの後悔
	看護師の充実感・達成感	患者の苦痛を取り除くことができた喜び
本人の希望に寄り添うことができた喜び		
退院後の家族への負担を考慮できたという充実感		

VI. 考察

B病棟は看護師経験5年以上の経験豊富な看護師が約半数を占める。DCは、一般病棟という入退院や処置の多い多忙な環境の中で、普段語られることのない看護師の感情や患者・家族の捉え方などについて個々の想いを語る場となった。広瀬は、DCの意義について「患者・家族への理解が深まる、患者は亡くなったけれど遺された家族へのケアの計画を立てられる、医師と看護師の考え方のずれが明らかになって互いの理解が深まる、スタッフ間で気持ちを共有できる、専門家としての自信を回復できる」³⁾と述べている。患者・家族との関わりを振り返る中で、訴えの本質として希望やニーズなどの思いが捉えられていなかったことが明らかとなり、改めてニーズを整理して看護計画の妥当性や介入の視点を考えられたことは、患者・家族の更なる理解へ繋がり、家族との信頼関係を築き、支援や協働の重要性を認識することができた。チームケアは、多職種間で一貫した対応を求められるため、個々で想いを抱え込んでしまうこともあった。足浴や散歩などのニーズに応じたケアを行いたい気持ちはあるものの、一般病

棟では人員・時間的にも困難であること、一方、工夫次第でできることなどについても話し合うことができた。DCを通して感情を表出し、意見の違いを認め合うことで、自信に繋がり、不安やジレンマなどを共有したことで不安の低減に繋がったと考える。多職種間での様々な視点で患者・家族を捉えた意見から、チームや多職種連携の重要性に気付くことができた。今後もさらに拡大した多職種DCを行い、チームケア力を高めていく必要があると考える。DC後に肯定的な回答が増えたことは、DCを通して自身のケアに対する肯定感が高まったと考える。小野らは、「『よかったと感じたケア』を認め合い、共感することで次のケアに生かすことができ、モチベーションをあげることに繋がっている。」⁴⁾と述べている。DCで、課題抽出だけでなく、やってよかったと感じたケアを共有することは、ベテランの技術や考え方を学ぶ機会になり、個々の看護の質向上に繋がったと考える。

VII. 結論

1. DC導入は、ケアの質や看護師のやりがい感の向上、自信やモチベーションを上げることに繋がり、不安やジレンマなどを共有し認め合うことで看護上の不安の低減に繋がった。
2. 一般病棟でのDC導入は、終末期ケアについての専門的知識・技術不足やジレンマを感じながらも、より良いケアの探求心・充実感という看護師の感情を得て、患者・家族との協働や多職種連携の重要性を意識することに繋がった。

引用文献

- 1) 厚生労働省(2016/2017). 厚生統計要覧. 人口動態. 2018/12/23 閲覧, https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html
- 2) 広瀬寛子: デスカンファレンスとは何かー意義と実際, 看護技術, 56(1)、64、2010.
- 3) 前掲書 2)、64.
- 4) 小野芳子、有井美佐子、原淳子、他: 明日の看護に生かすデスカンファレンス、看護技術、56(1)、75、2010.

入院支援における術前口腔ケア指導の効果

- リーフレットを作成して -

keyword 入院支援 術前口腔ケア 指導

I. はじめに

平成 30 年 4 月の診療報酬改定において、周術期の口腔機能管理の対象患者の適応が拡大され、術後の感染症や肺炎の予防を行うことの重要性が評価されている。一般的に全身麻酔下の手術では身体の抵抗力や免疫力の低下が生じやすく、合併症(術後肺炎、全身感染症)のリスクが高まる。また周術期の口腔機能管理は、術後合併症の予防だけでなく経口摂取機能維持、さらには入院日数の短縮などの効果が期待されている。

A 病院の入院支援では現在外科系 8 科の手術予定患者を対象に、他職種が協同し入院までの生活および入院後の生活が安心して送れるように支援している。入院支援の流れは、外来受診で手術が決定すると医師の依頼で入院前に入院支援を受けることとなる。入院支援は基本的に予約制となっており、患者は患者総合支援センターで入院支援の予約を取る。予約で来院した入院支援実施日に、入院の流れや必要物品の説明、入院や手術に対する不安への対応、術後合併症予防の指導、入院待機中の相談などを行っている。

平成 28 年に A 病院で行った入院支援における患者指導や情報共有の効果¹⁾の研究において、入院支援担当看護師による患者指導の効果と入院支援の情報継続看護として有効かを評価した。入院支援を実施している診療科の病棟看護師長・副看護師長に行ったアンケートで、「歯磨きは実行されている」という項目の評価が低いことがわかった。

そこで、平成 30 年 5 月歯科口腔外科医師に依頼し「周術期の口腔管理の必要性について」のテーマで入院支援担当看護師へ勉強会を行った。それまでは口頭のみで説明で指導内容も明確でなかったため、同年 7 月に術前口腔ケア指導用リーフレットを作成

○有田 千晶 坂井 トモエ (新潟市民病院)

した。10 月にリーフレットの見直しを行い、現在はその改訂版を使用している。今回入院支援での術前口腔ケア指導前後において患者のセルフケア行動を比較し、今後の課題を検討したので報告する。

II. 研究目的

入院支援における術前口腔ケア指導前後で比較を行い、今後の課題を明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象：手術予定で患者総合支援センターにて予約入院支援を実施した患者(小児外科の患者は除く)
2. 調査期間：平成 30 年 10 月～12 月
3. 調査方法：

入院支援の予約時に、リーフレットを用いて術前口腔ケア指導を実施。その際①口腔内の問題(齲歯・動揺歯)の有無、②歯磨きの習慣(セルフケアが可能かどうか・歯磨き回数)、③歯科受診の有無、④義歯の有無と洗浄剤使用の有無について、患者または家族から面接にて聴取した。

入院支援実施日に、①歯磨き回数と指導前と比べて丁寧に行っていることはあるか、定期的な歯科受診がなかった患者には②歯科受診を行ったかどうか、義歯使用中で洗浄剤を使用していない患者には③洗浄剤を使用するようになったかどうかを、患者または家族から面接にて聴取した。

4. データの分析方法

- 1) 入院支援の予約時の調査項目と、入院支援実施日の調査項目の数それぞれを単純集計した。
- 2) 術前口腔ケア指導後の歯磨き・歯科受診・義歯の洗浄剤使用における口腔ケア行動の変化については、一元配置分散分析を用いた。
- 3) 統計分析ソフトは、「らくらく統計ナース Expert」

を用いた。

IV. 倫理的配慮

口頭で調査の目的、データを公表することについて説明し、了解が得られた患者に対して調査を実施した。個人が特定されないよう調査用紙は無記名とし、鍵のかかる棚へ保管した。研究結果がまとまった時点で調査用紙は破棄した。研究計画書はA病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

V. 結果

1. 対象の背景

159名に調査を行い、回収した調査用紙の有効数は151名(95.0%)であった。対象の性別は、男性72名(47.7%)、女性79名(52.3%)。対象の年代は、20代6名(4%)、30～40代43名(28.5%)、50～60代69名(45.7%)、70～80代33名(21.8%)であった。

入院支援の予約から支援までの日数は、最小1日、最大51日で平均14.5日(±12.0日)であった。

2. 入院支援予約時のデータ

「齲歯がある」21名(13.9%)、「齲歯がない」130名(86.1%)。「動揺歯がある」14名(9.3%)、「動揺歯がない」137名(90.7%)であった。歯磨きの習慣については、「セルフケアが可能」151名(100%)であった。

「2回/日以上磨いている」129名(85.4%)、「1回/日以下」22名(14.6%)であった。歯科受診については、「検診または治療で1年未満内に受診ありまたは現在通院中」92名(60.9%)、「1年以上受診なし」59名(39.1%)であった。「義歯の使用あり」26名(17.2%)、「義歯の使用なし」125名(82.8%)であった。義歯を使用しているのは50代以上の患者であった。義歯使用中で普段から「洗浄剤を使用している」19名(79.2%)、「使用していない」5名(20.8%)であり、洗浄剤を使用していないのは70代と80代の患者であった。

3. 入院支援実施日のデータ

術前口腔ケア指導後の歯磨き・歯科受診・義歯の洗浄剤使用における口腔ケア行動の変化を、入院支援の予約から支援までの日数が「1～7日」60名、「8～14日」42名、「15日以上」44名の群間で比較

検定を行ったが有意差は見られなかった。

1) 歯磨き

「指導前より丁寧に実施している」は62名(41.1%)、「以前と変わらない方法で実施している」は89名(58.9%)であった。(図1)

「指導前より丁寧に実施している」の具体的な内容は、「歯磨きの回数・時間が増えた」「歯ブラシを細かく動かして磨いている」「丁寧に磨くよう心がけている」等であった。

2) 歯科受診

「1年以上受診なし」の患者のうち、指導後に「受診した」3名(5.1%)、「受診予定あり」4名(6.8%)、「受診していない」52名(88.1%)であった。(図2)

3) 義歯の洗浄剤

義歯使用中で「洗浄剤を使用していない」患者5名のうち、指導後に「洗浄剤を使用するようになった」は2名であった。

VI. 考察

術前の良好な口腔環境保持には患者のセルフケアが欠かせない。A病院では手術前日から前々日の入院がほとんどとなっており、手術が決定したタイミングで術前口腔ケア指導を行う入院支援看護師の果たす役割は大きいと考える。そのため、入院支援での術前口腔ケア指導の効果と課題を明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。

リーフレット使用前のデータは収集していなかったため、リーフレット使用以前と比較しどの程度指導効果に変化があったのかを具体的に証明することができなかったが、今回の調査で歯磨きについては4割の患者に「指導前より丁寧に実施している」というセルフケア行動の変化や意識付けが見られていた。しかし歯磨きについては約6割、歯科受診については約9割で行動変化が見られなかったことが明らかになった。宗像²⁾は行動変容に必要な効果的なアプローチについて「医療者のできることは、患者に必要な行動改善の気づきを支え、その気づきを確信に高め、また周囲の人々の支援を促す手助けをすることである。」と述べている。リーフレットを使用した指導は、限られた時間の中で入院支援看護師が

統一した術前口腔ケア指導を実施するために有効である。「行動改善の気づき」つまり「なぜ術前に口腔ケアが必要なのか」を患者が理解できるように、今後さらにリーフレットの改善を行い活用していく必要がある。さらに、歯科受診を行うことがセルフケア行動を強化することになると考えるが、入院支援での術前口腔ケア指導によってすべての患者に歯科受診をしてもらうことは難しい。そこで術後合併症のハイリスク患者を抽出し、その患者を確実に専門的ケアにつなげるような調整を行っていくことが課題であると考え。そのためには、主治医や周術期に関わる病棟看護師や外来看護師との連携が不可欠である。

高齢になるほど義歯の洗浄剤の使用率が低いという結果については、長年の生活習慣を変えることは容易ではないと考えられる。だが、指導後に4割の患者にセルフケア行動の変化が見られたことから、指導によって必要性や方法を理解し、高齢であっても行動変化を起こすことが可能と考える。義歯の手入れについては別のリーフレットを使用するなど、具体的に患者に伝わるような方法を検討していく必要がある。さらに「周囲の人々の支援を促す」ため、可能であれば家族への指導や、ここでも主治医や病

棟・外来看護師との連携が重要になってくると考える。

Ⅶ. 結論

1. 入院支援でのリーフレットを使用した術前口腔ケア指導で、丁寧な歯磨き、義歯洗浄剤の使用という口腔ケア行動の変化が見られた。しかし歯科受診行動にはつながっていなかった。

2. 術前口腔ケア指導における入院支援看護師の課題は、リーフレットの改善、ハイリスク患者の抽出、主治医や病棟および外来看護師との連携強化である。

引用文献

1)五十嵐洋子他：入院支援における患者指導や情報共有の効果、日本医療マネジメント学会雑誌、18、309、2017.

2)宗像恒次：セルフケア・カウンセリングのすべてセルフケア行動を支えるカウンセリング、月刊ナーシング、13 (12)、60-69、1993.

参考文献

1) 岸本裕充：周術期オーラルマネジメントの実際、日本口腔外科学会雑誌、63 (1)、9-14、2017.

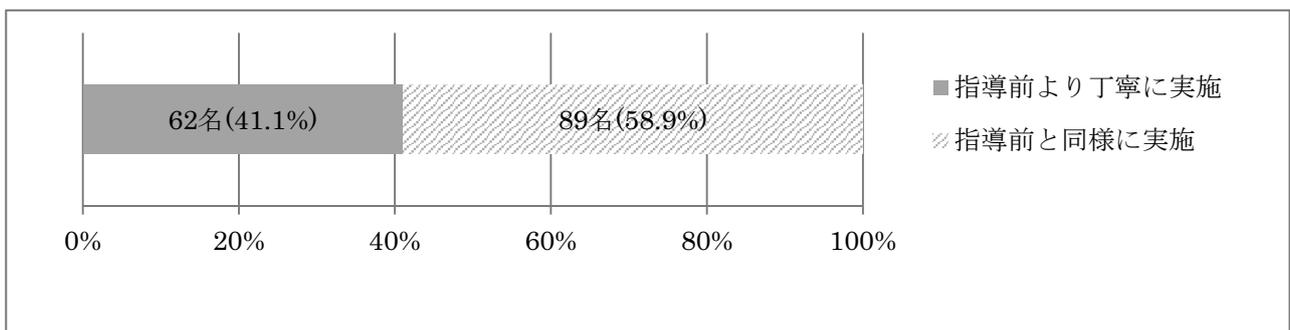


図1 指導後の歯磨きについて (n=151)

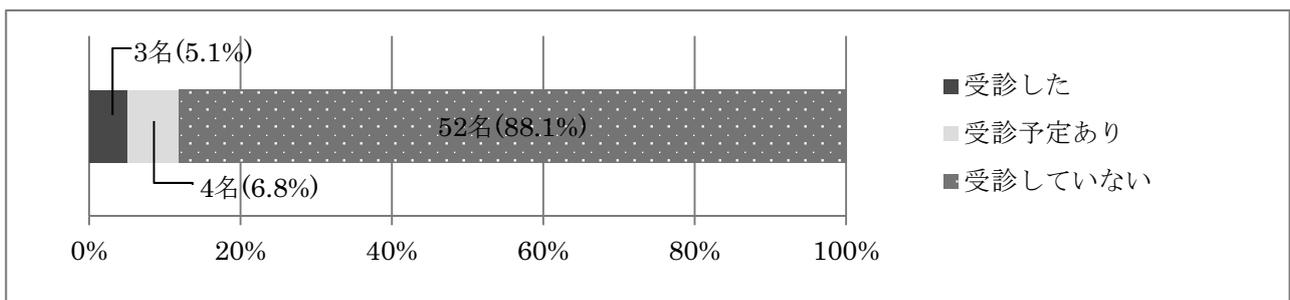


図2 指導後の歯科受診について (n=59)

A 病院における産後 1 カ月までの育児に関連する不安の調査

keyword 産後 1 カ月 不安 助産師外来 産後ケア

○佐藤 佐智子 鈴木 史 (厚生連村上総合病院)

I. はじめに

現在わが国では、核家族化や少子化により身近に親役割モデルが少ないことや、産後に変化した生活環境、さらに子育て中の孤独感や負担感などから、不安やストレスを感じながら育児を行っている母親が増加し、児童への虐待件数も増加していることが問題となっている。このような母子と、その家族が健やかな育児ができるようになるためのサポートシステムを産後ケアといい、社会の変化とともにその需要は高まっている。

これまで A 病院では妊婦健診や分娩、産後 1 カ月健診の他に希望される方を中心に、産後 2 週間を目途に助産師外来として関わりを持ってきた。しかし、その後の褥婦の不安やそれらの解消方法について明らかにしたことがなかった。そこで、今後の関わり方や褥婦の希望に沿う産後ケアの提供のために、実態の把握が必要と考え調査・検討したので報告する。

II. 研究目的

A 病院で分娩した褥婦の産後 1 カ月までの育児に関連した不安とその解消方法を明らかにする。

III. 研究方法

1. 調査対象

A 病院で分娩した褥婦

2. 調査期間

平成 30 年 8 月 1 日～12 月 29 日

3. 調査方法

質問用紙を産後 1 カ月健診開始前に配布し、待ち時間で記入、健診終了時に回収する

4. 調査内容

- 1) 属性 (年齢、初産経産、分娩形式など)
- 2) 退院後の状況 (退院後の生活の場、退院先での支援者、助産師外来受診の有無、産後ケア希望の有無)
- 3) 産後 1 カ月までの不安の内容と解決方法

4) (経産婦のみ)上の子との関わりや対応について

5. 分析方法

得られた回答を単純集計およびのフィッシャーの正確確率検定をした。分析には js-STAR version 9.2.5j を使用した。

6. 用語の定義

本研究では研究者が以下に用語を定義する

- 1) 産後ケア：現在 A 病院では行っていない育児相談・育児指導、授乳指導などのサポート事業
- 2) 助産師外来：現在 A 病院で行っている産後 2 週間健診を中心とした乳房ケアや育児相談・育児指導、授乳指導を行う外来

7. 倫理的配慮

本研究は所属機関の倫理審査の承認を受け、実施した。文書で今回の調査目的及び不参加による不利益を受けないことを明示し、質問用紙に記入し回収した時点で同意を得られたものとした。また、得られた調査データを本研究以外には使用しないこと、院内外の研究発表で公表することも記載した。

IV. 結果

A 病院で 1 カ月健診を受けた褥婦 76 名に配布し、回収 70 名(92.1%)、有効回答 61 名(87.1%)であった。

1. 対象者の背景

対象者の年齢区分は 20 歳以下 3 名(4.9%)、21～35 歳 44 名(72.1%)、36 歳以上 14 名(23.0%)だった。出産経験は初産婦 22 名(36.1%)、経産婦 39 名(63.9%)で、分娩形式は経膈分娩 53 名 (89.6%)、帝王切開 8 名(13.1%)だった。産褥経過は「問題なし」48 名 (78.7%)、「出血が多く貧血になった」13 名 (21.3%) だった。一方、新生児は低出生体重児 7 名 (11.5%)、正常出生体重児 54 名 (88.5%) だった。新生児の出生後の経過は「問題なし」49 名 (80.3%)、「体重増加不良」8 名 (13.1%)、「光

線療法の対象」3名(4.0%)だった。

2. 退院後の状況

産後1ヵ月間、育児をしていた場所は自分の実家38名(62.3%)、夫の実家6名(9.8%)、自宅16名(26.2%)、祖母宅1名(1.6%)だった。一人以上の育児支援者がいたのは60名(98.4%)であり、内訳(複合回答)は実母・義母52名、夫25名、実父・祖母その他家族4名だった。支援者がいなかったのは1名(1.6%)であった。相談可能な友人は「いる」55名(90.2%)、「いない」6名(9.8%)だった。

3. 褥婦の不安の内容

産後1ヶ月の間に何らかの不安があったと回答した人59名で、選択された回答(複合回答)をカテゴリー化し集計した(図1)。カテゴリーは、「褥婦自身の体調」「授乳」「児の特徴」の3つに分けられた。「褥婦自身の体調」は39名の回答があり、「睡眠」28.6%「体の疲れ・体調」24.3%「体重」17.1%「産後の経過」17.1%「容姿」14.3%だった。カテゴリー「授乳」は28名で、内訳「授乳姿勢」「おっぱいのくわえさせ方」「一回の授乳にかかる時間・直母時間」「授乳の間隔」の4項目が各18.5%「ミルクの足し方」16.7%だった。カテゴリー「児の特徴」は33名で、「皮膚のトラブル」35.8%「鼻閉音」28.5%「便」20.8%「腹部の張り」11.3%「臍の状態」3.8%だった。三つのカテゴリーについて不安の有無と初産産別で検定したところ、初産婦は授乳について不安が高く、有意差が認められた。

経産婦は上の子との関わりについての不安が33名(89.7%)あり、その内容は「上の子との関係性」26名(78.8%)「上の子の様子」15名(45.4%)であった。

4. 不安の解消方法

自由記載で得た回答をカテゴリー化し集計した(図2)。43名が回答し、複数の方法を回答したのは23名(37.7%)だった。不安を解消した方法は「家族に相談」が25名(58.1%)「インターネット検索」21名(48.8%)「友人に相談した」13名(30.2%)だった。「助産師や保健師などの専門職

に相談」は8名(18.6%)だった。「インターネット検索」「家族に相談」「友人に相談」の複合回答がみられた。「インターネット検索」と「家族に相談」の複合が10名(23.3%)「インターネット検索」と「友人に相談」が9名(20.9%)「家族に相談」と「友人に相談」が5名(11.6%)だった。

5. 助産師外来の受診

今回の調査に参加し、かつ助産師外来を受診した方は42名(68.9%)で、受診後に「不安が改善した」と「少し減った」を合わせると40名(95.2%)だった。「不安があまり変わらなかった」は2名(4.7%)だった。

6. 産後ケアについて

産後ケア事業はあったら「利用したい」50名(82%)「利用しない」「利用しないと思う」11名(18%)だった。「利用したい」初産婦19名、経産婦31名で有意に差はなかった。

V. 考察

今回の調査では半数以上の褥婦が「自身の体調」について不安を感じていたことが分かった。退院後は入院中の疲れに加え、家庭での新しい生活での疲れが重なる。調査を行ったのが産後1ヵ月健診時であり、妊娠・分娩・育児により心身ともに変化と緊張の連続で、疲れを感じやすい時期だったことが一因であろう。さらに、回答の内訳をみると睡眠や疲れを不安と感じていた褥婦は多く、産後の生活の睡眠時間の短縮や疲労は褥婦の不安に大きく影響することがうかがえる。

また、先行研究同様、「授乳に関わること」や「赤ちゃんの特徴」が不安の上位に挙がった。近年の短縮化された入院期間では、多くの褥婦が母乳分泌量や乳房状態に対し十分な理解と自己管理が確立出来ずに退院を迎えているといわれている。また、緊張と疲れの中で指導や説明を受けるため指導された内容を全て理解し知識として習得することは難しいのだろう。

さらに、経産婦の多くが上の子との関わりについて不安を持っていることが分かった。山口らは、「退院後早期はどの母親にとっても身体回復が十分でないまま子育てが始まり、初産婦は『初めての子育て』、

経産婦は出産や子育ての経験はあるものの、上の子の生活を守りながらの『初めての子育て』となり、この新しい生活を軌道に乗せる時期の支援は重要である。」¹⁾と述べている。経産婦は上の子の「赤ちゃん返り」を始めとする心の変化に戸惑いを感じ、その接し方に不安を感じると推測する。

不安の解消方法については「家族に相談した」と「インターネットで調べた」を複合回答した方が多かった。これは先行研究でも同様であった。インターネット検索は手軽に情報が得られるが、情報量が膨大でその真偽も確かでない。一方、家族や友人への相談は身近で手軽だが、情報量に限りがあり、偏りもある。多くの褥婦が単一の方法に頼らず、複数の情報を組み合わせて安心感を得ようとしていることが推測される。

また、不安の解消方法として「保健師や助産師などの専門職に相談」が少なかった理由の一つは利便性の問題があるだろう。現状では保健師や助産師に相談できる場は限られており、不安が強くなった時にいつでもどこでも答えが得られるインターネットや周囲の人々のほうが褥婦の不安の解消に役立つと言える。他にも理由はあると思われるが今回の調査では明らかにできなかった。

一方、助産師外来受診後の不安の解消度合いについては、減ったと答えた方が多かった。飯田は、「産後1カ月までに2週間健診や母乳外来、育児相談、電話相談等の育児支援を受けることによって自己効力が高まり、育児不安の軽減につながる。」²⁾と述べている。母親の不安は退院後早期の産後2週間までがピークといわれている。助産師外来の受診は不安の軽減に役立つことが先行研究に重ねて確認され、その重要性を改めて認識した。

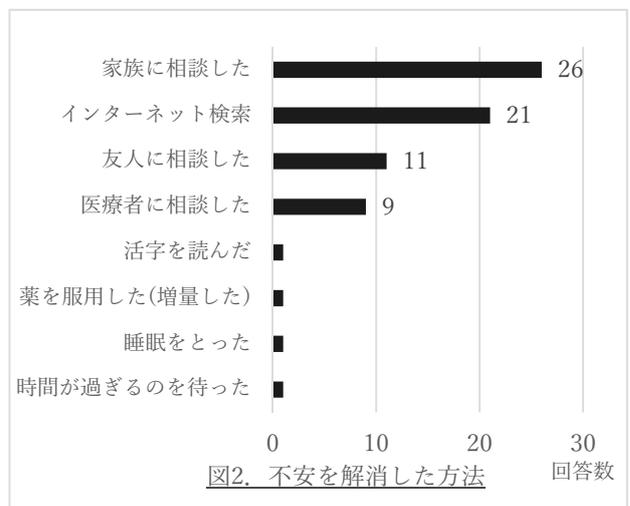
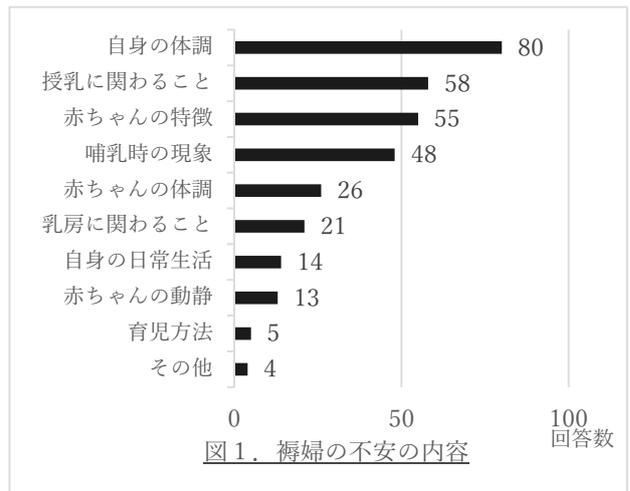
今回の調査では産後ケアの利用は多くの褥婦が希望され、分娩経験や年齢による差はなかった。しかし、産後ケアの解釈についての質問はなかったため、褥婦が産後ケアに何を期待したかはわからなかった。現状の助産師外来や1カ月健診だけではなく、何らかの新しい支援体制を期待していることが推測され、システムの再構築が必要であろう。

VI. 結論

1. A 病院で分娩した褥婦の産後1カ月の不安は「自身の体調」「授乳にかかわること」「赤ちゃんの特徴」が上位を占めた。
2. 経産婦の多くは上の子との関わりについて不安を持っていた。
3. A 病院で分娩した褥婦の産後1カ月までの不安の解消方法は「家族に相談した」「インターネット検索」「友人に相談した」が多かった。

引用文献

- 1) 山口扶弥, 田川紀美子, 藤野成美: 乳児を持つ母親の育児不安に関する縦断的研究—経産婦と初産婦の傾向と支援対策の検討—, 健康科学と人間形成, 第3巻, 1号, 12-23, 2017
- 2) 飯田恵子: 単胎初産婦の産後1か月までの育児不安, 森ノ宮医療大学紀要, 第12号, 21-34, 2018.



慢性期精神疾患患者の足部実態調査

keyword 足トラブル 慢性期精神疾患患者 実態調査

○佐藤 紀子 小松 円 田辺 奈穂子 (新潟県立精神医療センター)

I. はじめに

慢性期精神科 X 病棟において、平均罹患期間は約 31 年で抗精神病薬の副作用によるパーキンソニズムにより患者の 6 割に前傾姿勢や、すり足歩行など不安定な歩行がみられる。また、患者の足部には爪の変形や肥厚、踵の角質肥厚や亀裂も多くみられる。

狩野ら¹⁾は角質肥厚や胼胝、肥厚爪などが転倒や歩行機能低下の一因になると述べている。また、中添ら²⁾は足部の問題を改善することは、重要な転倒予防対策であると述べている。そこで、看護師が足部ケアの重要性の認識を高め、今後のケアに活かすために、患者の足部の状態と特徴を明らかにする実態調査を行った。

II. 目的

X 病棟に入院中の慢性期精神疾患患者の足部状態を明らかにする。そこから看護師の足部への意識を高め、日々のケアにつなげるためのきっかけとする。

III. 研究方法

1. 調査期間

2022 年 9 月～11 月

2. 対象者

Y 病院 X 病棟入院中の慢性期精神疾患患者のうち、本研究に参加同意が得られた 27 名。

3. 調査方法

メディカルフットケア JF 協会が作成したフットケアカルテを参考に、独自の観察用紙を作成し使用した。なお、調査は観察者の判断誤差を無くすため、研究者 3 名が同时对象者 1 名の足を観察した。足トラブルの判断が観察者の間で分かれたときは、判断結果の多いほうで決定した。

4. 調査項目

- 1) 基本属性…性別・年齢
- 2) 生活自立度
- 3) 過去 1 年間の転倒の有無
- 4) 履物…履物の種類と状態・足のサイズに合った履物の使用状況・靴下着用の有無
- 5) 足トラブル
 - ①爪…肥厚・変形・色調・表面変化の有無
 - ②皮膚…乾燥・表皮剥離・痒みの有無
 - ③足底の角化の有無

調査項目について記述統計を行った。さらに、足トラブルとの関連を Fisher の正確検定にて分析した。有意確率は 5%未満とした。

IV. 用語の定義

足トラブル：本研究では、研究者の肉眼的観察と触診により判断可能な足部皮膚変化などの問題と定義し、判断基準を設定した。

生活自立度：Y 病院が褥瘡発生評価の判断指標として用いている、厚生省(現在の厚生労働省)通知の「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり)判定基準」。J1～C2 に分類され、J1 が最も生活自立度が高い。

V. 倫理的配慮

新潟県立精神医療センター看護部倫理審査委員会の承認(No.2017-5)を得て実施した。対象者や家族に、研究目的・方法、協力は自由で途中で辞退しても不利益を生じないこと、観察は他者から見えない場所で行い、得られたデータは目的以外には使用しないことと、研究結果の公表では個人が特定できないように配慮することを書面と口頭で説明し、同意書への署名をもって参加同意を得た。

VI. 結果

1. 調査項目の結果

調査項目からみた人数の割合を表 1 に示す。

対象者は男性 13 名(48.1%)、女性 14 名(51.9%)、平均年齢は 59±13 歳(24～85 歳)、統合失調症が 9 割を占めた。生活自立度は日常生活がほぼ自立しており、隣近所であれば外出できる J2 が 18 名(66.7%)で一番多く、屋内は概ね自立し介助で外出できる A1 が 5 名(18.5%)の順となっていた。また、過去 1 年間に 9 名(33.3%)が転倒していた。履物の種類はサンダルやスリッパなど踵が露出した履物を、17 名(63.0%)が使用していた。摩耗や破損など劣化した履物が 22 名(81.5%)、足のサイズと合わない履物を 18 名(66.7%)が履いていた。靴下は 15 名(55.6%)が着用していなかった。

足トラブルは爪変化が 21 名(77.8%)で、21 名(77.8%)に表面変化がみられ、色調変化と変形が 20 名(74.1%)、肥厚が 17 名(63.0%)の順となっていた。皮膚変化は 23 名(85.2%)で、乾燥が 21 名

(77.8%)と一番多く、表皮剥離が10名(37.0%)で趾間に多くみられた。痒みも5名(18.5%)が感じていた。足底変化は17名(63.0%)で、17名(63.0%)に角化がみられた。胼胝は4名(14.8%)、鶏眼2名(7.4%)だった。

表1. 対象者の調査項目の結果 n = 27

分類	判定項目	名 (%)
生活自立度	B2	1 (3.7)
	B1	1 (3.7)
	A2	2 (7.4)
	A1	5 (18.5)
	J2	18 (66.7)
	転倒	あり なし
履物の種類	踵が覆われた履物	10 (37.0)
	踵が露出した履物	17 (63.0)
履物の状態	摩耗・破損・汚れがある	22 (81.5)
	破損や汚れなし	5 (18.5)
足と履物のサイズ	足のサイズと適合	9 (33.3)
	足のサイズと不適合	18 (66.7)
靴下	着用している	12 (44.4)
	着用していない	15 (55.6)
爪変化	無	6 (22.2)
	有	21 (77.8)
爪変化の種類 (複数回答)	表面変化	21 (77.8)
	色調変化	20 (74.1)
	変形	20 (74.1)
	肥厚	17 (63.0)
皮膚変化	無	4 (14.8)
	有	23 (85.2)
皮膚変化の種類 (複数回答)	乾燥	21 (77.8)
	表皮剥離	10 (37.0)
	痒み	5 (18.5)
	無	10 (37.0)
足底変化	有	17 (63.0)
	無	10 (37.0)
足底変化の種類 (複数回答)	角化	17 (63.0)
	胼胝	4 (14.8)
	鶏眼	2 (7.4)
	無	2 (7.4)

2. 足トラブルとの関連

足トラブルと調査項目について、Fisherの正確検定を用いて分析を行った結果を表2-1から表2-3に示す。

足トラブルと関連のみられた項目は、足底変化と生活自立度(p<0.05)であった。その他の項目とは、関連がみられなかった。

表2-1 足トラブル(爪変化)と調査項目との関連

	爪変化あり n = 21	爪変化なし n = 6	p 値
	n (%)	n (%)	
生活自立度 A1・J2	18 (85.7)	5 (83.3)	0.455
転倒経験者	7 (33.3)	2 (33.3)	0.372
踵が露出した履物	14 (66.7)	3 (50.0)	0.276
劣化した履物	19 (90.5)	3 (50.0)	0.052
足と合わない履物	14 (66.7)	4 (66.7)	0.372
靴下未着用	12 (57.1)	3 (50.0)	0.338

*p<0.05 nは、該当群のみを示す

表2-2 足トラブル(皮膚変化)と調査項目との関連

	皮膚変化あり n = 23	皮膚変化なし n = 4	p 値
	n (%)	n (%)	
生活自立度 A1・J2	19 (82.6)	4 (100)	0.505
転倒経験者	8 (34.8)	1 (25.0)	0.418
踵が露出した履物	14 (51.9)	3 (75.0)	0.387
劣化した履物	19 (82.6)	3 (75.0)	0.439
足と合わない履物	18 (78.3)	2 (50.0)	0.227
靴下未着用	11 (47.8)	3 (75.0)	0.27

*p<0.05 nは、該当群のみを示す

表2-3 足トラブル(足底変化)と調査項目との関連

	足底変化あり n = 17	足底変化なし n = 10	p 値
	n (%)	n (%)	
生活自立度 A1・J2	17 (100)	6 (60.0)	0.012*
転倒経験者	5 (29.4)	4 (40.0)	0.277
踵が露出した履物	13 (76.5)	4 (40.0)	0.059
劣化した履物	15 (88.2)	7 (70.0)	0.202
足と合わない履物	10 (58.8)	8 (80.0)	0.187
靴下未着用	9 (52.9)	6 (60.0)	0.294

*p<0.05 nは、該当群のみを示す

VII. 考察

1) 足トラブルの実態

爪変化は表面変化が多く21名(77.8%)にみられた。また、爪変化と調査項目の間に関連はみられなかったが、爪変化がみられた者(90.5%)は無い者と比べて劣化した履物を使用していた。その中には、歩く度につま先の穴から母趾が突出する者もいた。このようにズレによる物理的な刺激を繰り返し受けることも、爪変化につながる可能性が考えられた。慢性期精神疾患患者を対象とした中添らの研究では、爪変化は肥厚が多く100%に認められた³⁾とある。本研究と比較すると数値や変化の種類に違いはあるが、共に高率であることより慢性期精神疾患患者は爪変化を抱えている傾向があると考えられる。

皮膚変化は23名(85.2%)でそのうちの21名(77.8%)に乾燥が認められたが、皮膚変化と調査項目の間に関連はみられなかった。しかし、8割以上が独歩の高齢者を対象にした狩野らの研究では、保湿ケアと足部皮膚乾燥には関連があり、保湿ケア実施群は皮膚乾燥の割合が20.0%であるのに対し、保湿ケアを殆ど実施しない群では皮膚乾燥が50.0%にみられた⁴⁾と報告している。皮膚乾燥の割合が高い原因として、保湿ケアを対象者は行っておらず、看護師の介入も不十分であったと考える。

足底変化は角化が多く17名(63.0%)で、生活自立

度との間に関連がみられ、足底変化ありの方が生活自立度の高い者が有意に多かった ($p=0.012$)。慢性期精神疾患患者を対象とした中添らの研究では足底変化が62.5%に認められた⁵⁾とあり、本研究と比較してもほぼ同じ結果であった。これは自立者が介助歩行者に比べ歩行距離が長く荷重刺激を多く受けるため、角化が進んでいるのではないかと考えた。岡崎らは精神科では、患者の様子は一見何も支障がないように思えても、行動意欲の低下によって清潔行為がスムーズにできない⁶⁾。また、武井らは統合失調症の慢性状態では、外界への関心や自発性が乏しい状態がみられる⁷⁾と述べている。このことから、慢性期精神疾患患者は陰性症状や抗精神病薬の影響などにより保清や身だしなみへの関心や意欲の低下をきたすため、細部までセルフケアすることが難しく、何らかの足トラブルを抱えやすい傾向にあることが推測された。

2) 足トラブルの予防方法

本研究では足底変化と生活自立度以外の項目で、関連はみられなかった。しかし、足底変化がある者(76.5%)は変化していない者(40.0%)に比べ、サンダルやスリッパなど踵が露出した履物を多く使用する傾向がみられた。この結果の背景には買い物環境が院内売店に限定されやすく履物の種類も少ないため、安価なサンダルやスリッパなど踵が露出した履物が、着脱のしやすさからも好まれ使用されていたと考える。しかし、Y病院は安全面から、サンダルやスリッパなどの踵が露出した履物は使用禁止の方針である。そのため、看護師はスニーカーや介護靴など踵が覆われた履物を選ぶ手助けを、タイミングを逃さずに行う必要がある。三石らは実測値に合わない靴が足トラブルの誘因になる⁸⁾と述べている。本研究では6割以上の者が足のサイズと合わない履物を履いていた。その背景には自分の足に合ったサイズの履物を選ぶ機会が少ないことや、爪が変形・肥厚していると足のサイズと合った履物では狭く、足より大きいサイズの履物を使用している可能性が考えられた。また、西田らは清潔な靴下を常に履くことで局所への圧迫を避け、足を保護し外傷・鶏眼を防ぐなど役割を果たす⁹⁾と述べている。このことから、靴下の着用は足トラブルの予防となり、転倒防止につながると考える。

今後はこの実態調査の結果をふまえ、精神症状をアセスメントし機会を逃さずに患者と共に足部を観察し、清潔ケアや爪切り、靴選びなどを行い安全な歩行で日常生活が送れるように日々のケアにつなげていきたい。併せて適時に看護ケア介入を行うため、さらなる相互信頼の構築に努めていく必要がある。

VIII. 結論

慢性期精神疾患患者の9割が足部にトラブルを抱えていた。足トラブルは爪の肥厚性変化と皮膚の乾燥、踵の角化で割合が高かった。また、足底変化と生活自立度に関連がみられた。機会を逃さずに患者と共に足部を観察し、安全な歩行で日常生活が送れるように日々のケアにつなげていく必要がある。

引用文献

- 1) 狩野太郎、小川妙子、樋口友紀他：老人福祉センターを利用する高齢者の足トラブルの実態と関連要因の分析、Kitakanto Med J 64、335、2014.
- 2) 中添和代、國方弘子、真鍋紀善美他：統合失調患者の転倒予防を目的としたフットケアの検討、香川県立保健医療大学雑誌 3、20、2012.
- 3) 前掲書 2) 22.
- 4) 前掲書 1) 337.
- 5) 前掲書 2) 22.
- 6) 岡崎美智子、山本勝則、藤井博英他：精神看護技術-その手順と根拠-(第1版)、メヂカルフレンド社、156、2002.
- 7) 武井麻子、江口重幸、末安民生他：精神看護学〔1〕精神看護の基礎(第5版)、医学書院、157、2018.
- 8) 三石清子、宮地文子、高橋勝貞他：長野県東信地域の通所施設における高齢者の足トラブルに関する実態調査、佐久大学看護研究雑誌 5 (1)、21-29、2013.
- 9) 西田壽代：はじめよう！フットケア(第3版)、株式会社日本看護協会出版会、204、2013.

身体拘束に対する看護師の意識調査

keyword 身体拘束 看護師 意識調査

I. はじめに

超高齢化社会において、認知症は加齢と共に発症率が高くなっている。厚労省調査（精神保健福祉資料）によれば、精神科病院における身体拘束は10年余りで倍増したことが明らかになった。この背景としては身体的治療を要する高齢者や認知症患者の増加が指摘されており、急性期病院も同様の課題を抱えている。¹⁾ 1999年に厚生省より「生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き」という例外を認めた上で身体拘束禁止規定が発令された。身体拘束は長期化すると身体機能の低下や家族の戸惑いが生じ、在宅療養への移行困難という悪循環となることも少なくない。しかし、安全に治療をする為には、やむを得ず身体拘束をしなければならないことも多く、看護師のジレンマがある。A病院B病棟では、入院患者の約半数が、転倒・転落やチューブ類抜去の予防目的で、ミトンやセンサーマット等の身体拘束を受けている現状がある。そこで、看護師がどのような意識をもち、身体拘束を開始し、解除しているのか、身体拘束に対する看護師の意識を明らかにしたいと考えた。看護師が身体拘束に対し、どのような意識を持っているのか、アンケート調査により明らかになったため、ここに報告する。

II. 研究目的

看護師がどのような意識を持ち、身体拘束を開始し、解除しているのか身体拘束に対する看護師の意識を明らかにする。

III. 研究方法

1. 調査対象者:B病棟に勤務する看護師 32名
2. 調査期間:平成30年8月～9月
3. 調査方法

1) アンケートによる自己記載式

質問紙を研究者が配布し、回収箱を設置、2週間で回収した。

○檜田 弘美 藤井 京子（佐渡市立両津病院）

2) 調査内容

小野らの先行研究²⁾を参考に独自の質問紙を作成し、複数回答法、自由記載で回答を求めた。

- (1) 身体拘束は必要か、その理由
- (2) 身体拘束を開始する状況
- (3) 身体拘束が長期化していると思うか、その理由
- (4) 不必要な身体拘束をしていると思うか
- (5) 身体拘束に迷いはあるか、その理由
- (6) 身体拘束を最少化する為にどうしたら良いか（自由記載）
- (7) 身体拘束をする時の気持ち（自由記載）

4. 分析方法

独自の質問紙を作成し、調査結果は単純集計に基づき分析した。自由記載による記述は、類似したものをまとめて整理した。

5. 用語の定義

身体拘束：衣類または綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう³⁾。以下「拘束」とする。

IV. 倫理的配慮

本研究は、所属機関の倫理審査の承認を得て実施した。対象者には、研究の目的、意義、方法、得られた結果は研究以外には使用しないこと、匿名性の確保、プライバシーの保護、研究への自由な参加と途中辞退の保証、研究への不参加や途中辞退により不利益が生じない事、結果の公表について文章と口頭で説明し、アンケートの回答・提出をもって同意が得られたものとみなした。また、得られたデータは匿名性を確保し、厳重に保管、研究終了後は、シュレッダーにて破棄した。

V. 結果

32名にアンケートを配布し、28名から回答が得られ、すべてを有効回答とした。

身体拘束について、拘束は「必要」との回答が(27

名、84.3%)であった(表1)。

表1.身体拘束について

項目		人数 (%)
身体拘束は必要か	必要	27名 (84.3)
	不要	1名 (15.7)
身体拘束が長期化していると思うか	思う	24名 (75.0)
	思わない	4名 (25.0)
身体拘束に迷いはあるか	ある	24名 (85.7)
	ない	3名 (10.7)
	無回答	1名 (3.6)

拘束が必要な理由として、複数回答で「転倒転落防止」(27名、100.0%)、「チューブ類自己抜去防止」(26名、96.3%)、「安静が守れない」(18名、66.7%)といった『治療優先』を理由とするもの、「不潔行為防止」(22名、81.5%)、「離院の恐れがある、不隠・せん妄がある」(各17名、62.9%)、「家族の希望がある」(7名、25.9%)といった『安全確保』を理由とするものがあげられた。拘束を開始する状況として「転倒転落の既往がある」(26名、96.3%)、「前回入院時に拘束をしていた」、「不隠・せん妄になったことがある」(各17名、62.9%)、「認知症の診断がついている」、「家族の希望がある」(各7名、25.9%)、「高齢」(1名、3.7%)があげられた。

拘束が長期化していると「思う」が(24名、75.0%)で、長期化していると思う理由として「状態変化しても拘束をしている」(5名、20.8%)、「個人の評価で解除するのに迷う」、「もしかしたらと思うと長くなる」、「長期でも必要なら仕方ない」(各2名、8.3%)、「評価日がないから」、「解除しても良いと思っても他のスタッフは不安との意見があり拘束を続けている」(各1名、4.2%)があげられた。不必要な拘束をしていると感じたことが「ある」が(22名、68.7%)、「ない」が(6名、8.7%)であった。拘束に迷いが「ある」が(24名、85.7%)、「ない」が(3名、10.7%)であった。拘束解除を迷う理由として「次の勤務の人に迷惑がかかる」(7名、29.2%)、「拘束解除後に転倒に気づくのが遅れたら心配」、「解除したことで危険のリスクが高くなる」(各6名、25.0%)、「100%の安心感がない」、「判断材料が少なく解除後、心配」(各1名、4.2%)があげられた。

拘束を最少化する為に、代替策を「とっている」が(14名、43.7%)、「とっていない」が(14名、43.7%)であった。拘束を最少化する為に、自由記載から「定期的にチームでカンファレンスする」、「毎日のアセスメントをしっかりとる」、「チームで情報共有する」といった『チームでの関わり』、「看護師の確保」、「医師と薬剤・退院の調整をする」、「スタッフ間の協力」、「拘束の基準を見直す」といった『システムの改善』、「初めから拘束するのではなく必要な時に開始する」、「拘束は良くないというイメージを持つ」、「既往があっても計画を立てて頻回に訪室し、それから判断する」といった『拘束に対する意識改革』があげられた。(表2)。

表2.拘束を最少化する為にどうしたら良いか

チームでの関わり	定期的にチームでカンファレンスする
	毎日のアセスメントをしっかりとる
	チームで情報共有する
システムの改善	看護師の確保
	医師と薬剤、退院の調整をする
	スタッフ間の協力
	拘束の基準を見直す
拘束に対する意識改革	初めから拘束するのではなく必要な時に開始する
	拘束は良くないというイメージを持つ
	既往があっても計画を立てて頻回に訪室、それから判断する

拘束をする時の気持ちとして自由記載から、「申し訳ない」、「罪悪感がある」、といった気持ちと、「治療や安全を考えると仕方ない」、「気持ちは良くないが必要な時にはやる」、「一人の患者にだけ時間を割けるなり拘束せずに見守れるが看護師不足もあり拘束は必要」、といったジレンマがあった。

VI. 考察

今回、アンケート調査から拘束は必要であると感じている看護師が多かった。その理由として「患者の安全確保」「治療優先」の2つ大別された。看護師は安全な看護を提供したいと考え、できる限りの対策を取りながら仕事をしている反面、様々なトラブルに遭遇してしまうことも少なくない。認知症患者が増えている中で、B病棟では拘束を必要と感じて

いる看護師が多かった。拘束を開始する状況として、転倒転落やチューブ類の自己抜去の既往がある、前回入院時に拘束をしていた、不隠・せん妄になったことがあるといった理由があげられていることから、安全確保を優先して考えることで、以前の状況から思い込みで拘束を開始している事が考えられる。池添らが「どうすれば抑制しないで済むかという認識をもつことが重要であり、抑制が唯一の選択肢であるのか、他の代替策はないのかなど状況を注意深く見極め、倫理的判断を行なっていくことが重要である」⁴⁾と述べているように思い込みで拘束するのではなく、スタッフ全員が拘束に対する意識を高め、患者との積極的な関わりや知識を元に観察、アセスメントをし、環境整備、他に代替策はないか考えることで拘束の最小化に繋げていけるのではないかと考える。また、患者を取り巻く生活上の制限にも視野を広げ、病棟全体で、その根拠や方法を再検討し、患者に適切な看護を提供していくことが必要であると考え。身体拘束ガイドラインに「看護の最高責任者である看護部長がどのように意思決定しているかで、その施設のケアの質は決まっていきます。(中略)看護部長は身体拘束に対する明確なポリシーを表明して病院長や経営者と共有し、組織の意思(方針)として示すべきです。」⁵⁾と記されているように、拘束に対して病院全体でどのように取り組んでいくことが必要であるか考えていくことが今後の課題と言える。

治療のため、やむを得ず拘束を行なったが、治療が終わっても個人の評価で解除するのに迷う、もしかしたらと思うと解除できない、他のスタッフは不安との意見があり続けているといった理由から、拘束が長期化している現状がある。また、拘束解除に対して次の勤務の人に迷惑がかかる、拘束解除後に転倒に気づくのが遅れたら心配、拘束を解除したことで危険のリスクが高くなるといった理由があり、拘束解除に迷いを感じていることも長期化している要因となっていると考えられる。千明らが「一度身体拘束をしてしまうと誰もが簡単には外せない状況になる。身体拘束をする基準はあるが、はずす基準がない。当然のことながら、抑制が不要な状態にな

れば外さなければなりません、どの段階で行なうのかはあいまいです」⁶⁾と述べているように、拘束を解除した場合に、その後起こり得る危険や責任・対処を考えると自分ひとりでは判断できず、拘束が長期化していると考え。また、拘束を解除する判断基準も看護師間でズレがあり、個々の患者に対してどのような状態になったら拘束を解除できるのかについて考えられるようB病棟に合った拘束の基準を決めていく必要がある。

Ⅶ. 結論

1. 身体拘束は必要であると感じている看護師は84%で、その背景には「患者の安全確保」「治療優先」という看護師の意識があった。安全な治療を提供する為に、拘束は必要であるが、事前に必要性のアセスメント、代替策の検討の重要性が示唆された。
2. 75%の看護師が、身体拘束が長期化していると感じていた。解除の基準がないことが長期化の要因として挙げられた。今後、解除の基準を決めておくことが必要である。

引用・参考文献

- 1) 中村ゆきえ他：縛らない医療、ひらかれた看護、尊厳あるケアのために、医学書院/週刊医学界新聞(第3274号2018年5月28日)
- 2) 小野真奈美他：地域病院における認知症患者の身体拘束に関する意識調査—早期抑制解除を目指して—、2018年4月20日閲覧
https://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/kenkyu.../56/第56回_研究発表178.pdf
- 3) 中木高夫：看護が介入としての抑制ではなく、身体拘束ならば・・・、月間ナーシング、21(9)、42、2001.
- 4) 池添志乃他著：倫理的判断を基盤とした抑制についての調査、日本倫理学学会雑誌、3(1)、64-70、2001.
- 5) 身体拘束ガイドライン：日本看護倫理学会、臨床倫理ガイドライン検討委員会、2、2015.
- 6) 千明政好他：急性期領域の抑制にひそむ不作為の功罪、不必要な抑制がなくなる真実、月間ナーシング、21(9)、2001.

血液疾患患者の転倒転落に関する予防指導前後の認識および行動変化の調査

keyword 転倒転落 血液疾患患者 予防指導 認識の変化 行動変化

○長谷川 千寿子 菅原 真未 武井 沙矢香 (新潟南病院)

I. はじめに

A 病院 B 病棟は血液内科・眼科・婦人科の混合病棟であり、その内血液内科の患者は約半数を占める。

A 病院では入院時すべての患者にアセスメントシートを用いて転倒転落の危険度(以下、危険度とする)を出している。すべての患者の危険度を3段階に分け、最もリスクの低い患者は危険度Ⅰ「転倒転落を起こす可能性がある」、最もリスクの高い患者を危険度Ⅲ「転倒転落をよく起こす」としている。危険度Ⅱ・Ⅲの患者には、マニュアルに沿って必ず看護計画を立案し、パンフレットを用いて転倒転落予防策を説明している。

H29 年度 B 病棟における1年間の転倒転落件数は73件であった。この内、危険度Ⅰであった患者の転倒転落は12件であり、7件が血液疾患患者であった。

血液疾患患者は、その疾患の特徴から、例え入院時に危険度Ⅰであったとしても、病状が急速に変化し転倒転落リスクが上がっていることがある。そのため、十分な対策がとられないうちに転倒転落が発生していることが多いのではないかと考えた。

このようなケースの転倒転落を防ぐには、看護師が的確なリスク予測を行うと共に、患者自身が転倒転落に関心を持ち、双方で対策をとることが必要だと考える。危険度Ⅱ・Ⅲの患者には対策がとられているが、危険度Ⅰの患者の場合、院内のマニュアルはなく、指導内容や指導時期に統一性がなかった。そこで、今回危険度に関わらず指導を統一することで患者の転倒転落に対する認識や行動がどのように変化するのかを明らかにし、今後血液疾患患者へどう指導していくか、効果的な方法と内容を検証することを目的とし、本研究に取り組んだので報告する。

II. 研究目的

転倒転落予防の統一した指導方法によって、患者の認識や行動がどのように変化するかを明らかにし、効果的な指導方法と指導内容を検討する。

III. 研究方法

1. 研究期間：201X年8月～10月
2. 研究対象者：以下の条件を満たす患者17名中、同意を得られた16名を対象とした。
 - ・血液疾患で化学療法を実施する患者
 - ・指導内容を理解でき、自分の思いや考えを書いた

り話したりすることができる患者

・ベッドから離れて排泄行動を行なう患者

3. 方法：本研究は下記の手順で行った。

- 1) 研究対象者の属性：年齢、性別、入院時の危険度の評価、睡眠導入剤(以下眠剤とする)の内服の有無、リハビリテーション(以下リハビリとする)施行の有無。
- 2) 入院時に危険度の評価を行った。
- 3) パンフレットを用いて、化学療法開始前に転倒転落リスクについて指導を行なった。

パンフレットは岡本真一郎監修の『血液疾患患者さんのための感染症予防とリハビリテーション～よりよい体調で治療を継続するために～』2010年、協和発酵キリン株式会社発行の冊子P29から43を使用した。

指導内容としては、血液疾患の特徴を踏まえ、転倒転落が及ぼす影響、転倒転落の危険性が高まる原因、筋力低下や転倒転落を予防するために研究対象者自身が心がけることなどである。

指導方法は、指導マニュアルを作成し、研究メンバーがそれに沿って行った。研究メンバーが不在時は他スタッフが行った。その際もマニュアルに沿って行うよう事前にスタッフに周知した。

- 4) 化学療法開始3～7日後に研究対象者の状態に合わせてアンケートを記入してもらい、不足な部分は研究者あるいは看護師が対象者から聞き取り記入した。
- 5) アンケートや聞き取り調査、カルテの記載内容から、対象者が退院するまでの行動変化を抽出した。
- 6) 対象者が化学療法を開始して1～2週間後に、危険度の再評価を行い、危険度が上がった対象者にはパンフレットを用いて、転倒転落リスクについて2回目の指導を行うこととした。

IV. 倫理的配慮

対象者に対して個人が特定されないよう配慮し、研究以外の目的では使用しないこと、また研究への参加・協力は自由意思であり、同意しないことによる不利益は受けないことを口頭及び文書で説明をし、同意書に記名してもらい、実施した。また対象者には本研究の発表についての承諾を得た。

所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

V. 結果

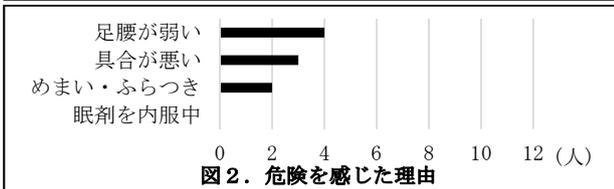
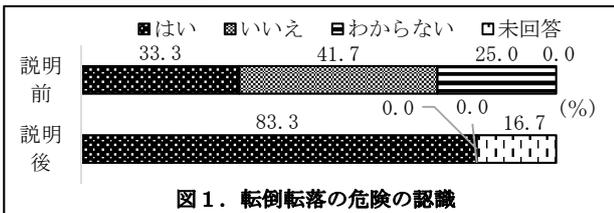
急変や状態悪化によりアンケートの回収ができなかった対象者は2名、アンケート記入に拒否があった対象者2名で、アンケート回収数12名、有効回答率100%であった。

対象者の属性：男性6名、女性6名で、平均年齢は73.5歳であった。危険度Ⅰは6名、危険度Ⅱは6名、眠剤内服者7名、リハビリ施行者5名であった。

化学療法後に行った危険度の再評価において、危険度が入院時より上がった対象者はいなかったため、2回目の指導は行なわなかった。また、研究期間中の転倒転落件数は0件であった。

1. 転倒転落の危険に対する認識

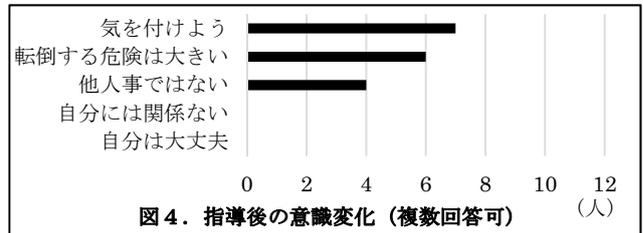
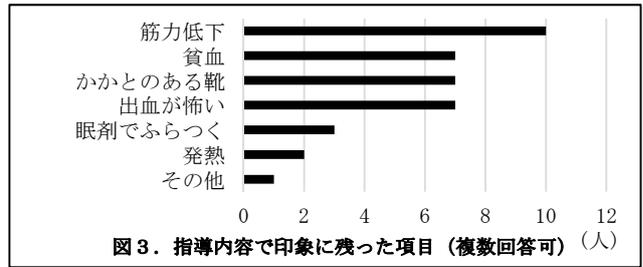
指導前後の転倒転落の危険に対する認識の変化を図1に示す。入院時、転倒転落の危険があると認識していた対象者は4名(33.3%)だったのに対し、説明後は、10名(83.3%)へと変化した。転倒の危険があると認識していた理由として「足腰が弱いから」4名(33.3%)、「具合が悪い・体調不良だから」3名(25%)、「めまい・ふらつきがあるから」2名(16.7%)、「眠剤を内服中だから」0名であった。(図2)



2. 指導を受けた内容に対する対象者の印象に残ったワードの記載

指導を受けて印象に残ったこととして、「筋力低下から転倒しやすくなる」10名(83.3%)、「貧血から転倒しやすくなる」7名(58.3%)、「履物がかかとがある靴が転倒予防になる」7名(58.3%)、「転倒すると出血が怖い」7名(58.3%)、「眠剤を飲むとふらつくため転倒しやすくなる」3名(25%)、これは眠剤を飲んでいて対象者が7名なのでその中でいえば42.9%であった。「発熱のため転倒しやすくなる」2名(16.7%)、本研究と関連しない「その他」の回答1名であった。(図3)

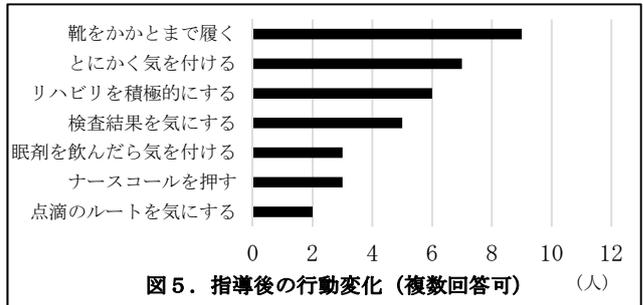
対象者が指導を受けて感じた内容として、「気を付けようと思った」7名(58.3%)、「転倒する危険は大きいと思った」6名(50%)、「他人事ではないと思った」4名(33.3%)、「自分には関係ないと思った」、「自



分は大丈夫だと思った」は0名であった。(図4)

3. 対象者の行動変化

指導を受けた後、その危険性を認識して気を付けるようになったこととして、「靴をかかとまで履くようになった」9名(75%)、「とにかく気を付けるようになった」7名(58.3%)、「リハビリを積極的にするようになった」6名(50%)、「血液検査結果を気にするようになった」5名(41.7%)、「眠剤を飲んだら転倒に気を付けるようになった」3名(25%)、「ナースコールを押すようになった」3名(25%)、「点滴のルートに気を付けるようになった」2名(16.7%)であった。(図5)



VI. 考察

指導前は転倒転落の危険を認識していない、またはわからないと回答した対象者が半数以上占めていたが、指導後は未回答2名を除き、全員が認識するようになったと回答している。これは指導したことで対象者自身が転倒転落の危険をより認識するようになったためと考える。

指導後の印象に残ったこととして「筋力低下から転倒しやすくなる」が83.3%と1番回答数が多かった。小林ら¹⁾は「抗がん剤使用後からの日数でみると骨髄抑制期に転倒する割合が最も多い。骨髄抑制期では対象者が倦怠感や発熱を生じている可能性がある。」と述べており、骨髄抑制期になると体調の悪化から臥床時間が長期化する場合がある。本研究でも、指導によって対象者自身が臥床時間の長期化による筋力低下を自身にも当てはまる事とより認識し、

印象に残ったワードとして挙げていたと考える。指導後の対象者の行動変化でも「リハビリを積極的にするようになった」と答えた者は6名で50%であった。リハビリ介入していた者は5名であったため、ほとんどの対象者がリハビリを積極的に行うようになったと考える。

対象者の行動変化として1番多かった回答は「靴をかかとまで履くようになった」が75%であった。血液疾患患者に限らず、B病棟ではかかとのある靴を履くよう入院時のオリエンテーションだけでなく何度も指導し、廊下にポスターを掲示している。本研究の指導に使用したパンフレットにも同じ内容があることから、身近にできる対処行動であるとともに対象者への意識付けにつながったと考えられる。

「血液検査結果を気にするようになった」は5名で41.7%と約半数の対象者が行動変化として挙げており、指導後印象に残った事として7名が「貧血から転倒しやすくなる」と回答している。小林ら²⁾は「血液疾患患者は長い期間貧血であることが多く、身体が貧血状態に慣れてしまうため自覚症状に気づかないことがある。」と述べている。B病棟では、血液疾患で化学療法を実施する患者には普段から検査結果を渡して、自己管理へとつながるよう指導している。セルフモニタリングをすることは、自分が今どのような状況かを認識し、さらなる行動継続への動機づけにつながる。指導によって貧血から転倒転落につながると認識され、検査結果を気にするという行動変容に結び付きやすくなったと考えられる。

「眠剤を飲んだら気を付けるようになった」というのは、指導前の印象では眠剤について転倒転落リスクと結びつける対象者は0名だったのに対し、指導後は眠剤を内服している対象者7名のうち3名が、気を付けるようになったと回答している。他の半数の回答が得られなかったのは元々眠剤を飲んでしたが、今までふらついたことがなく、眠剤内服が転倒リスクになると考えなかったためと推測することができる。患者は元々の経験や、ある程度知識があることから、指導だけではなかなか意識付けすることは困難であると考えられる。

また、「ナースコールを押すようになった」との回答は3名で25%と少なかった。「看護師が忙しそうだから」「わざわざ呼ぶのは悪いから」とスタッフに遠慮してナースコールが押せないという回答が聞かれたことから、他者の援助を必要とする項目は変化が少ないと考える。このことから、他者の援助が必要な対策については治療前だけ指導するのではなく、継続的に指導し、看護師が患者の気持ちをくみ取り、言動を気にかけて援助していく必要がある。

他にも「点滴ルートを気にするようになった」の回答も2名と少なかった。血液疾患患者は病態や治療のため入退院を繰り返すことが多い。その中で点滴治療や輸血などのルート類が増える場面は多く、ある程度対象者自身が今までの入院生活での経験から点滴ルートに引っかけないように注意できていたと考える。

化学療法前にパンフレットを用いて指導したことはこれから起こりうる対象者自身の症状を想像しやすくさせ、転倒転落予防の意識付けにつながったと考える。化学療法開始後は副作用症状などで状態が不良となることがある。今回の対象者にはいなかったが、もともと危険度Ⅰの対象者であっても急速な状態変化により、化学療法後に危険度Ⅱ、Ⅲへ上がることも少なくない。危険度が上がった段階では、すでに状態不良や理解力が低下していることもあるため、危険度に関係なく治療前での指導は適切であったと考える。

Ⅶ. 結論

1. 化学療法を行う患者には転倒転落の危険度に関係なく、治療前に統一した指導を行うことが効果的であった。
2. 指導前後の認識の変化では、指導した患者のほぼ全員が転倒転落の危険を認識するようになった。行動変化では、自分で対処できる「靴をかかとまで履く」「リハビリを積極的に行う」などの変化は多かったが、他者の援助を必要とする「ナースコールを押す」という変化は少なかった。
3. 他者の援助が必要な対策については治療前だけ指導するのではなく、継続的に指導し、看護師が患者の気持ちをくみ取り、言動を気にかけて援助していく必要がある。

引用文献

- 1) 小林舞、江渡千尋：血液疾患患者の転倒要因 一3年間のインシデントレポートから一、第48回日本看護学会 看護管理 学術集会抄録集、366、2017。
- 2) 全掲書1)、366。

参考文献

- 1) 池田三春、畠山純恵、佐々木絵里加、他：入院オリエンテーション情報の転倒・転落予防への活用 一外来通院期間を有効活用して一、第48回日本看護学会 看護管理 学術集会抄録集、367、2017。
- 2) 水口京子、榎本麻里子、原美穂、他：転倒・転落の発生傾向および発生要因 一消化器科病棟の過去2年間のヒヤリ・ハット体験報告の分析一、国立看護大学校研究紀要、10(1)、44-48、2011。

糖尿病患者に対するフットケア実施に関する研究

—患者用・看護師用チェックシート導入による看護師の行動変化—

Keyword 糖尿病 フットケア チェックシート 行動変化

○相馬 小那末 高井 陽子 中山 陽子（新潟医療生活協同組合木戸病院）

I. はじめに

糖尿病には糖尿病性腎症、神経障害、網膜症の合併症があることはよく知られている。中でも神経障害による足の知覚低下と動脈硬化による血流障害から引き起こされる糖尿病足病変は、易感染性も加わり「糖尿病などが原因で足病変が重症化し、下肢切断に至るケースが年間万人以上に上る」¹⁾とされている。下肢切断にいたるきっかけは重大な病変によるものだけでなく多くの場合は靴ずれ、白癬(水虫)、タコ・ウオノメ、爪切りの失敗など、普通の生活をしていれば誰にでも起こりうる小さな異常から始まる。重症化および下肢切断を防ぐためには日頃のフットケアと患者が自分の足への関心を持てるようにするための患者教育が重要である。

A病棟では糖尿病教育の目的で入院する患者に対し、フットケアの講義が含まれた教育プログラムを行っている。患者にとって入院は医療者によるフットケアを受けられる貴重な機会である。ベッドサイドでの指導内容は、その日の担当看護師に任されているが、患者の足の観察に十分な時間をとれていない現状がある。現在、A病棟ではフットケアに関して講義内容をもとに統一したベッドサイドでの指導プログラムがない。そのため、看護師の経験や知識による指導内容の違いが存在し、同時に多忙な業務とチーム内の情報共有不足があるのではないかと考えた。また、壊疽で入院となる患者がいることや、過去の院内研究において糖尿病教育に関する調査結果では、フットケアに対して看護師の意識・実施項目が低いという結果であったことから、適切なフットケアの指導が行われていないのではないかと考えた。フットケアを実施する際にチェックリストを用いる方法として、田口らは一般病棟看護師による糖尿病患者へのフットケアに対するフローチャート式足チェックシートが及ぼす影響を調査し、その結果、「看護師のフットケアに対する知識量が増加し、フットケアの実施頻度も増加していた」²⁾ことを明らかにしている。そのため、統一した指導ツールがないA病棟がチェックシートを導入する事でフットケアの実施頻度が増すのではないかと考えた。さらに、慢性疾患の患者は、セルフケアができるようになることが必要なため、患者が自分で観察するための患者用チェックシートを作成することにより糖尿病患者の

フットケアが充実し、足病変の発症や重症化を防げるのではないかと考えた。

II. 研究目的

本研究の目的は、糖尿病患者のフットケアに使用するチェックシートを作成し、チェックシート導入前後の看護師のフットケアの実施頻度及び行動の変化を明らかにすることである。

III. 用語の定義

フットケア：本研究では、西田が分類する医療的フットケア5段階のうちの第1段階にある、治療の「足の観察」、「保温」、「保湿」、「免荷」³⁾のうち、「足の観察」を指す。

IV. 研究方法

1. 研究期間：20XX年10月～20XX+1年2月
2. 研究対象：A病棟に所属する看護師で、かつ糖尿病フットケアの学習会に参加した15人
3. 方法：
 - 1) 対象者の属性：看護師経験年数
 - 2) 看護師用フットケアチェックシート（以下チェックシートとする）導入前質問紙調査：質問紙は研究者が独自で作成した。内容は看護師のフットケアに対する認知度や実施状況に関する質問で構成し、4件法で回答してもらった。回収箱を看護室に設置し、期限までに投函してもらった。
 - 3) 学習会の開催：糖尿病療養指導士の資格を有した看護師が講師となり、研究対象者に対し糖尿病フットケアの学習会を開催した。
 - 4) 学習会直後に患者用、看護師用チェックシートの使用を開始した。
- ①患者用チェックシートの導入：患者が1日1回自分の足の状態を観察し、記入する。「はい・いいえ」「ある・ない」などで答える形式とした。チェックシートの項目は、質問紙における実施状況に関する質問と同じ項目で構成した。当日の受け持ちとなる対象者は、患者用チェックシートの記載の有無と記載内容を確認する。
- ②看護師用チェックシートの導入：①と同じ項目の構成からなる看護師用チェックシートに基づいて患者の足を観察し、セルフケアの実施状況を確認する。
- 5) 看護師用チェックシート導入後質問紙調査：質問紙は2)と同じ内容に自由記載欄を設け、チェックシ

ートを使用した感想について記入してもらった。回収方法も2)と同様である。

4. 分析方法：チェックシート導入前後の質問紙調査で認知度に関するデータを「よくわかる」4点、「だいたいわかる」3点、「あまりわからない」2点、「まったくわからない」1点とした。観察の実施については「よくしている」4点から、「ときどきしている」3点、「あまりわからない」2点、「まったくしていない」1点として点数化した。分析には統計ソフト SPSS 22.0 を用い、チェックシート導入前後 Wilcoxon 符号付順位和検定を行った。有意水準は 5%未満とした。

V. 倫理的配慮

本研究は所属施設の倫理委員会の承認を受けて実施した。研究対象者に対し、研究の目的・方法、研究への参加は自由意志で決定すること、得られたデータは個人が特定されないように管理すること、研究結果の公表に際して個人が特定されないようにすること、データはパスワードを用いて外部への漏洩を防止すること、調査中に知りえた情報は第三者へ口外しないこと、研究を辞退しても不利益が生じないことを口頭と文章で説明し研究参加への同意を得た。なお、質問紙の回収にあたり、強制力が働かないように回答までの期間を1週間以上設け配慮した。

VI. 結果

質問紙の回収率 100%、有効回答率 100%であった。研究対象者の経験年数は1~2年が2人(13.3%)、3~5年5人(33.3%)、6~10年4人(26.7%)、11年以上4人(26.7%)だった。

質問紙調査の結果は以下の通りとなった。

1. 看護師のフットケア項目認知度と実施状況(表1)

チェックシート導入前後で足の観察項目に関する認知度に有意差がみられた項目は「指の間の皮膚の状態を観察する必要性」のみだった。チェックシート導入前は、「よくわかる」と回答した人数が最も少なかったのは「足全体の皮膚の状態」、「指の間の皮膚の状態」、「爪の状態」の3項目で6人(40.0%)だった。導入後は全項目で10人(67.7%)以上の看護師が「よくわかる」と回答した。

入院時の足の観察の実施状況は、「水虫の有無」、「足趾の変形(外反母趾等)」、「タコやウオノメの有無」で導入前後に有意差がみられた。導入前、「水虫の有無」「足趾の変形(外反母趾等)」の2項目は「よくしている」と「ときどきしている」を合わせても3人(20.0%)と最も少なかったが導入後は10人(66.7%)へと増加した。

日常業務における足の観察の実施状況は、全項目においてチェックシート導入前後で観察の実施状況に有意差が見られた。導入前「よくしている」が最

も少なかったのは、「足全体の皮膚の状態」、「指の間の皮膚の状態」、「爪の状態」、「皮膚の変色」で1人(6.7%)だった。それらの項目で「よくしている」と「ときどきしている」を合わせた回答人数は6人(40.0%)から10人(66.7%)だったが、導入後は全項目で15人(100%)となった。

表1 フットケアチェックシート導入前後での観察に関する認知度、実施状況

	項目	導入前(n=16) 平均	導入後(n=15) 平均	p値
認知度	足全体の皮膚の状態を観察する必要性	3.67	3.33	0.096*
	指の間の皮膚の状態を観察する必要性	3.07	3.60	0.033*
	爪の状態を観察する必要性	3.20	3.67	0.068
	下肢の冷感を観察する必要性	3.33	3.73	0.107
	皮膚の変色を観察する必要性	3.40	3.73	0.160
	下肢の痺れを観察する必要性	3.53	3.73	0.257
	足背動脈の触知を観察する必要性	3.40	3.73	0.096
入院時の実施状況	足全体の皮膚の状態	2.80	2.93	0.480
	指の間の皮膚の状態	2.67	2.87	0.257
	爪の状態	2.53	2.80	0.206
	下肢の冷感	2.80	2.93	0.763
	皮膚の変色	2.87	3.00	0.480
	下肢の痺れ	2.87	2.93	0.803
	足背動脈の触知	2.40	2.60	0.405
日常業務での実施状況	水虫の有無	2.07	2.73	0.048*
	足趾の変形(外反母趾等)	2.07	2.73	0.046*
	タコやウオノメの有無	2.20	2.87	0.046*
	足全体の皮膚の状態	2.73	3.53	0.006*
	指の間の皮膚の状態	2.53	3.53	0.002*
	爪の状態	2.53	3.40	0.006*
	下肢の冷感	2.80	3.53	0.018*
皮膚の変色	2.73	3.60	0.006*	
下肢の痺れ	2.80	3.53	0.017*	
足背動脈の触知	2.47	3.33	0.003*	

Wilcoxon 符号付順位和検定 P<0.05 *

2. 患者のセルフケアに関する認知度、実施状況(表2)

患者が行うセルフケア行動の認知度は全項目においてチェックシート導入前後で有意差はみられなかった。「よくわかる」と「だいたいわかる」を合わせると、導入前は13人(86.7%)から15人(100%)だったが、導入後は15人(100%)となった。

表2 フットケアチェックシート導入前後でのセルフケアに関する認知度、実施状況

	項目	導入前(n=15) 平均	導入後(n=15) 平均	p値
患者が行うセルフケア行動の認知度	患者自身が毎日足の観察を行う必要性	3.47	3.73	0.102
	患者自身が毎日靴下を履き替える必要性	3.27	3.67	0.107
	患者自身が毎日足を石けんで洗う必要性	3.33	3.73	0.058
	患者が靴の中に異物が入っていないか確認する必要性	3.47	3.73	0.102
セルフケア実施の確認状況	患者が足全体の皮膚の状態を観察している	2.27	3.53	0.002*
	患者が指の間の皮膚の状態を観察している	2.20	3.53	0.001*
	患者が爪の状態を観察している	2.13	3.47	0.001*
	患者が靴下を履き替えたかどうかの確認	1.67	3.07	0.002*
	患者が足を石けんで洗ったかの確認	1.67	3.27	0.002*
	患者が靴の中に異物が入っていないか確認	1.73	3.20	0.003*

Wilcoxon 符号付順位和検定 P<0.05 *

セルフケア実施の確認状況に関する項目は、全項

目で導入前後に有意差が見られた。導入前、「患者が靴下を履き替えたかどうかの確認」、「患者が足を石けんで洗ったかの確認」、「患者が靴の中に異物が入っていないか確認」の3項目は、「いつもしている」または「ときどきしている」で1人(6.7%)だった。導入後は、「患者が靴下を履き替えたかどうかの確認」、「患者が靴の中に異物が入っていないかをどうかの確認」は「よくしている」と「ときどきしている」を合わせると12人(80.0%)で最も少なく、それ以外の項目は13人(86.7%)から15人(100%)だった。

Ⅶ. 考察

1. 入院時および日常業務における看護師のフットケアの実施状況の変化

今回の調査では糖尿病患者に必要な観察に対する認知度は導入前後で有意差はみられなかった。わかっているにも関わらず、行動に結びつかなかった理由としては、必要性まで認識していない、あるいはフットケア指導に対する優先順位が低いため、業務優先となり日々の忙しさからフットケア指導が見落とされていたのではないかと考えられる。さらに、指導内容が個々の看護師の経験や力量に一任されてきたため、その日の担当看護師によって指導内容や方法の違いが生じている場合、有効な指導につながらないと考えられる。そのため、チェックシートを導入したことでA病棟での実施頻度が増加し確実なフットケアの実現に有効だったと言える。

小笠原は、「スタッフ教育としては、定期的な講演会や勉強会の開催が効果的である。その他にも、ガイドラインやフローチャートなどパンフレットなどを配布することもよいと思われる。」⁴⁾と述べている。学習会の開催は、根拠のある観察とその必要性への理解を促し、行動の変化に役立ったと推測される。今回は学習会からチェックシート導入までの期間が短かったことも看護師の行動の変化の一因になっていると推測される。こうした時間的な繋がりは、学習会で高まったセルフケア指導へのモチベーションを途切れさせることなく、効果的であったと考える。

反面、チェックシートはそれさえしていれば良いという思い込みや画一的な観察に陥る危険性もあり得る。そのため、個別の患者のニーズを見落とさないように、患者とのコミュニケーションの中でチェックシートを活用し、観察を行う必要があると考える。

2. 患者のセルフケアを確認する意識の深まり

セルフケアに対する認知度はチェックシート導入前も高く、チェックシート導入前後に有意差がみられた項目は「指の間の皮膚の状態を観察する必要性」のみだった。つまり、観察と同様、セルフケアの必要性をわかっているにもかかわらず、実施してなかった、または、

観察方法がわからなかったと推測される。チェックシート導入後の質問紙で、スタッフから「チェックシートを導入した事でスタッフ間で統一した観察ができる」、「患者さんと一緒に足の観察をして意識も深まり今まで気づけなかった傷や爪の状態も観察でき必要性を感じた」「必要性を感じたのでチェックシートがなくても確認していきたい」等の意見が聞かれている事から行動の変化があったと考える。

チェックシートの導入により看護師の行動が変化した理由には、患者用チェックシートを患者に渡した事が影響を及ぼしていると考えられる。今回作成した患者用チェックシートには患者自身が観察できる内容を網羅した。ここには看護師が患者と共に観察すべき内容も含まれる。そのため、看護師による患者用チェックシートの確認の機会は、「足の観察を患者と一緒にやる」ことを通じて、患者のセルフケアを確認するための動機づけの役割を果たしていたと考える。

Ⅷ. 結論

1. チェックシートの導入によりフットケア実施頻度が増加した。
2. フットケアに関する学習会の開催、学習会直後にチェックシートの使用を開始したことが行動の変化をもたらした。
3. 患者に毎日チェックシートを記入してもらうことで、看護師は患者の記入したものを確認したり、患者と一緒に足の観察を行う動機づけが行われた。

引用文献

- 1) 糖尿病ネットワーク(2013年2月8日発行): 糖尿病などが原因で年間1万人以上が足切断 集学的治療で下肢救済、2019年4月30日閲覧。 <http://www.dm-net.co.jp/calendar/2013/019706.php>、
- 2) 田口和貴子、雨宮歩、田中郁弥他: 一般病棟看護師による糖尿病患者へのフットケアに対するフローチャート式足チェックシートが及ぼす影響、日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌、15(3)、253、2011。
- 3) 西田 壽代:【フットケア最前線 ナースだからできること】いま注目されているフットケアとは、月刊ナーシング、26(9)、70、2006。
- 4) 小笠原祐子:【フットケアをきわめる】フットケア実践のために フットケアとスタッフ教育、臨床看護、33(1)、85、2007。

参考文献

- 西澤由美子:【フットケア最前線 ナースだからできること】フットケアとそのサポート、月刊ナーシング、26(9)、36-46、2006。

周手術期における適切な抗血小板薬・抗凝固薬の与薬に関する 看護師の知識や意識の変化

-研修前後ペーパーシミュレーションを用いたテストの比較から-

keyword 抗血小板薬・抗凝固薬 ペーパーシミュレーション ヒヤリハット 知識・意識の変化

○岩崎 恵 三富 浩子 (あがの市民病院)

I. はじめに

A 病棟は外科病棟ため、周手術期の抗血小板薬・抗凝固薬(以下、抗血栓薬とする)の休薬および再開指示がしばしば見られる。しかし休薬指示、再開指示の確認が不足し、実際に抗血栓薬を与薬した事例もあった。本来は、休薬の必要性があった抗血栓薬に関して、医師・薬剤師が見過ごす場合もあり、そのため、最終的に与薬をする私たち看護師は気づける力を養う必要がある。抗血栓薬が適切に管理されない場合、術中や術後に出血リスクがあるほか、脳梗塞を発症するなど患者に重大な影響を及ぼす。実際に平成 28 年度の日本医療機能評価機構の医療事故情報収集事業の報告¹⁾では、薬剤関連の医療事故報告が 938 件、ヒヤリハットが 33,922 件であった。しかしこの数値は全国の参加登録医療機関 1,477 施設の数値であり氷山の一角でしかない。A 病棟では知識不足を要因とするミスにより薬物与薬エラーがしばしばみられたが、抗血栓薬に関する研修は非常に少ない状況にあった。外科病棟では特に周手術期における抗血栓薬管理を学び、看護師の抗血栓薬の知識を高めることが重要である。そして、休薬、再開忘れを防止し、医師に患者の抗血栓薬の服薬状況を情報提供することで、安全な周手術期を迎えることができる。そこで、周手術期における適切な抗血栓薬に関するペーパーシミュレーションを用いたテストと研修会を行うことで、看護師の知識や意識がどう変化するかを明らかにすることを目的に、本研究に取り組んだので報告する。

II. 研究目的

研修会前後にペーパーシミュレーションを用いたテストを実施し、看護師の知識や意識がどう変化するかを明らかにする。

III. 用語の定義

ペーパーシミュレーションとは本研究において、紙面上で模擬患者の事例を設定したものとした。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：記述的研究デザイン
2. 対象者：B 病院 A 病棟の看護師で研究参加に同意を得られた 17 名
3. 研究期間：201X 年 9 月～12 月
4. 調査内容と方法：以下の手順で行った。
 - ①対象者の基本属性とヒヤリハットの経験
年齢、看護師経験年数、抗血栓薬に関するこれまでのヒヤリハット経験の有無
 - ②ペーパーシミュレーションを用いた抗血栓薬に関する質問紙(表 1)によるテストの実施
6 事例作成し、1 事例に対し 1 題ずつ設問(表内の※)をつけ、テストを実施した。
 - ③抗血栓薬に関する研修の実施
 - ②終了後 A 病棟薬剤師から一般的な手術前後の中止薬剤である抗血栓薬の適応、作用、副作用、禁忌、手術時の使い方、注意点について 30 分程度の研修会を実施した。
 - ④ペーパーシミュレーションを用いた抗血栓薬に関するテストの実施、および調査期間中のヒヤリハットの有無の調査
研修の 3 週間後に②と同一の用紙を用いてテストを実施した。研修受講後から④の調査当日までの抗血栓薬に関するヒヤリハットの有無。研修内容を活かすことができたかについて自由記載欄を設けた。
5. 分析方法：研修前後のテストの正解率を各事例で単純集計し比較した。
6. 倫理的配慮
本研究は所属施設の倫理委員会の承認を得て実

施した。研究対象者には、研究の目的、内容、所

表 1. 質問紙

【事例 1】 A さん (60 歳代 男性)。糖尿病、高血圧、脳梗塞、腰椎脊柱管狭窄症既往あり。アテレック 10 mg、エクメット配合錠、エリキユース、オパルモン、ロトリガ、ミオナル、ウルソ内服中。7/10 に横行結腸癌の手術予定。手術前日より禁食・持続点滴中。手術前日よりエクメット配合錠中止指示あり。手術当日は朝分まで内服指示あり。
※手術前日に中止の指示を確認すべき薬剤をエクメット配合錠以外にあげてください。

【事例 2】 B さん (70 歳代 女性)。心房細動既往あり、ワーファリン服用中。胆石手術を 7/17、12 時より予定しており、7/10 より入院。入院日よりヘパリン置換実施中。ヘパリンの止め指示がなく、確認が必要であった。
※この場面では通常ヘパリンは何時頃止めることが望ましいと考えますか？以下のうち①～④の中から正しい番号を選択してください。
① 前日 17 時～18 時 ② 前日 23 時～0 時
③ 当日 4 時～5 時 ④ 当日 7 時～8 時

【事例 3】 C さん (80 歳代 女性)。高血圧、高脂血症、不安神経症にてリピトール、セロクエル、ピソプロロール、ニフェジピン、ドルナー内服中。7/20 胃切除術予定。手術当日の朝まで内服の指示であった。
※手術当日の朝まで全て内服しても良いですか、又は休薬すべき薬はありますか。休薬が必要な場合はその薬剤名をあげてください。

【事例 4】 D さん (80 歳代 男性)。脳梗塞、気管支喘息、認知症、前立腺肥大にてムコダイン、プロタノール、アストーマ、レミニール、リクシアナ、プレタール、ユリーフ、プロスタール服用中。イレウスにより緊急手術となった。禁食中だったが内服は継続しており今朝も内服していた。
※主治医へ確認すべき内服薬はどれですか。

【事例 5】 E さん (60 歳代 女性)。糖尿病、不整脈、てんかんの既往あり。トラゼンタ、メトグルコ、フェノバル、イグザレト服用中。腰椎麻酔下での右鼠径ヘルニア手術実施し、翌日より食事開始となり、トラゼンタ、メトグルコ、フェノバル再開の指示あり。術翌日より、創部出血みられず、腫脹もなかった。イグザレトの再開指示なく、術後 7 日目に再開していないことに気づいた。
※適切な再開時期は術後何日目ですか。

【事例 6】 F さん (80 歳代 男性)。糖尿病、心房細動、脳梗塞の既往あり。ワーファリン 1 mg、プラザキサ、メトグルコ、オルメテック、ガスター内服中。7/10、ESD 施行予定。術前よりヘパリン置換中。手術当日は朝分まで内服指示あり。
※中止指示を確認すべき薬剤をメトグルコ以外にあげてください。

要時間、秘密厳守、プライバシーの保護、個人の能力を評価するものではないこと、研究への自由参加、成果の公表について文書で説明し、調査用紙の提出を持って研究参加の同意とした。

V. 結果

研修前調査の回収率は 100%、有効回答率は 100%であった。研修後調査の回収率は 70.6%、有効回答率 100%であった。薬剤師による研修に参加できなかった対象者には、研究メンバーが薬剤師の用意した資料をもとに個別に、同一の研修を行った。

対象者の概要については表 2、3 に示す。

研修前後のペーパーシミュレーションを用いた

表 2. 研究対象者の年代

	20 代	30 代	40 代	50 代
研修前	18%	41%	29%	12%
研修後	25%	42%	17%	17%

表 3. 研究対象者の看護師経験年数

	0～5 年	5～10 年	10～20 年	20 年以上
研修前	12%	24%	35%	29%
研修後	17%	25%	25%	33%

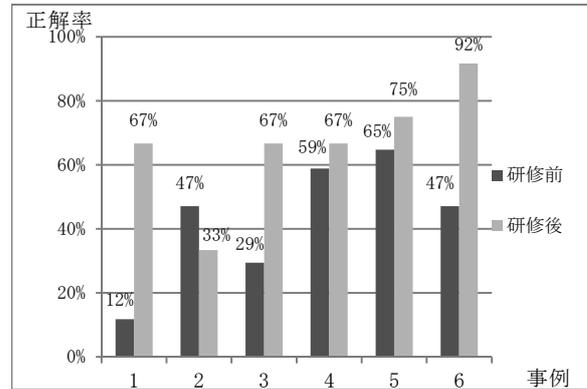


図 1. 研修前後の質問紙の正解率

質問紙(表 1)の正解率の比較は、図 1 の通りになった。事例 1. 3. 4. 5. 6 で正解率は研修後の方が高かった。特に事例 1 では研修前後で正解率が大きく変化した。逆に事例 2 では研修後の正解率が低下した。また、研修後の質問紙の自由記載では、「術前や内視鏡検査時に今回の研修で学んだ知識をもとに医師に確認する意識を持つことができた」、「術前の内服薬を確認する場面で注意することができた」、等の記載があった。

ヒヤリハットの経験は研修前が、有 47%、無 53%、研修後が、有 33%、無 67%であった。

VI. 考察

研修会の内容は薬剤師と相談し、B 病院で実際に使用される抗血栓薬に関するものを重点的に実施した。予定する研修内容に合わせて、ペーパーシミュレーションを作成した。2 回とも同一のテスト内容であり、研修で学んだ知識を 2 回目のテストに反映できるよう、各テスト後には正解を示さなかった。また、テストは終了後回収したため、1 回目のテスト終了後に対象者が学習する事は困難であり、学習できても限られたものになる。このことは対象者の自己学習での正解率への影響を

防ぐために有効であったと考える。ペーパーシミュレーションを用いた研修では、抗血栓薬の知識や理解が深まり、研修後のテストで知識が活かされ、正解率が上昇したのではないかと考える。

川村²⁾は「注射、内服と薬ともに、患者の病態情報と薬剤知識の不足から、両者を一元的に把握できていないことがエラー発生の重要な要因になっている。また、内服薬は反映した病態変化が注射に比べて注意を引きにくくさらに薬剤の種類も多いため、注射より理解が不十分になりやすい。したがって、患者の病態と与薬を一元的に理解することが与薬エラー防止上不可欠である」と述べている。多様な薬剤、新薬の登場で薬剤に関する知識は不足しやすいと考えられる。そして研修をすることにより休薬の必要性のある薬剤を学び、ペーパーシミュレーションにおける事例の既往歴・現病歴という複雑な疾患と薬剤の一元的理解に繋がったのではないかと考えられる。

事例1は研修前後で正解率が最も上昇がみられた。その理由として、EPA製剤・PG刺激薬に関しても抗血栓作用があるという新しい知識として定着したからではないかと思われる。

事例2は、ヘパリンの作用時間についての内容であったが、研修会で説明した作用時間が質問紙に記載されていなかったため、正解率が低下したと考えられ、テストの設問が不適切であったことが影響していると思われる。

術前や検査時に、内服薬確認場面で注意深く確認したり、主体的に医師に薬剤を確認しようとする意識づけができたという自由回答が得られたことは、研修で学んだ知識から、注意する意識が高まることで、行動の変化に繋がりと考えられる。今回、研修の前後にペーパーシミュレーションを用いたテストを行ったことにより、思考訓練や疑似体験となり、エラーの防止に向けた効果的な意識変化に繋がったのではないかと考える。

知識が高まることで、ヒヤリと気づく力は増加し、ヒヤリハットの件数の増加につながるのではないかと考えていたが、今回の調査では、ヒヤリハットの有無が研修後に減少している。しかし、

調査期間が3週間と短く、今回の研修により気づける力を得られたかどうかは判断が困難である。与薬エラーの防止に繋げていくために、今後も定期的にペーパーシミュレーションを用いたテストや研修を実施していきたい。

VII. 結論

ペーパーシミュレーションを用いた研修会を行うことで以下の点が見出された。

1. 一般的な手術前後投与中止薬剤や、抗血栓薬についての知識の理解が強化された。
2. 疾患と薬剤の一元的理解に繋がった。
3. 思考訓練や疑似体験となり、術前の与薬時、休薬や再開する薬剤に関して、エラーの防止に向けて、注意する意識が高まった。

引用文献

1) 公益財団法人日本医療機能評価機構：医療事故情報収集・分析・提供事業 2016年1月 - 12月（平成28年年報分）、平成30年7月25日検索、www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2016/index.html

2) 川村治子：ヒヤリハット11,000事例によるエラーマップ完全本（第1版）医学書院、33、2009。

参考文献

1) 阿部幸恵：医療におけるシミュレーション教育、日本集中治療医学会雑誌、23(1)、72-76、2016。

2) 公益財団法人日本医療機能評価機構：発生要因×事故の概要、平成30年7月25日検索、http://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2016/TTL266_YA-71-C.htm

3) 公益財団法人日本医療機能評価機構：発生要因×事例の概要、平成30年7月25日検索、http://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2016/TTL299_YH-67.html

4) 八代利香、松成裕子、梯正之：看護職における「与薬エラー発生」に関わる要因から～国内外の研究動向と今後の課題～、日本職業・災害医学会会誌、52(5)、302、2005。

ランチオンセミナー

『睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に』

12:35～13:20 第1会場（2階 メインホール）

東洋羽毛北信越販売株式会社 新潟営業所

「睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に」

東洋羽毛工業株式会社 営業開発部
(社)日本睡眠教育機構 認定
睡眠健康指導士 伊藤和博(イトウカズヒロ)

健康の三大要素のひとつである「睡眠」。しかしながら、日本の社会環境は睡眠にとって決して良い環境ではなく、5人に一人が睡眠に悩みを持っているそうです。

一方で、睡眠不足は仕事や勉強の能率を低下させるだけでなく、労働災害や交通事故のリスクを高めることも分かってきました。

質の高い看護をしていただく為に、看護職の方には良質な睡眠を取っていただく必要があります。そしてその為には、睡眠のしくみを十分に理解し、睡眠環境の質にも考慮して、適切に対処してください。

以上

ランチオンセミナー

『楽しくすすめる看護研究』

12:35～13:20 第2会場（4階 国際会議室）

アイホン株式会社

『楽しくすすめる看護研究』

学校法人悠久崇徳学園
長岡崇徳大学看護学部
学部長 中村悦子

日本における看護研究の開始時期は、1970 年前後とみられている。1967 年、日本看護協会日本看護学会の創設を契機に、看護研究は広く一般化してきた。2003 年、日本看護協会の「看護者の倫理綱領」では「看護者は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する」と宣言しており、現在、臨床では、業務の一環として看護研究に取り組み、その成果を学会で発表している。その演題数は年々増加の傾向にある。研究に取り組む意義として、「スタッフの教育」「看護の質向上」「業務改善」などが挙げられている。しかし、取り組むスタッフの受け止め方は、どうだろうか。「研究が義務付けられ、やらされ感がある」「研究をスムーズに進められるか心配」「業務とのはざままで負担」などネガティブな声も聞かれる。

研究を楽しく進めるには、研究の基礎知識と環境としての支援体制が必要である。研究は、全体の流れを知り、リサーチクエスチョンを決定することから始まる。①研究のテーマを見つける②先行研究を確認する③研究計画書の作成④倫理申請⑤研究の実施⑥研究のまとめと成果の公表、のステップを踏む。苦しかった研究の取り組みが報われるのは、学会発表という体験が終わったその時であろうか。緊張の中にも自分で「成し遂げた」という達成感が湧く。「楽しい」と「苦しい」は表裏一体である。楽しく進める研究には、看護実践における問いを追求する姿勢がある。

次年度学会の
ご案内

2020年度 新潟県看護協会看護学会 演題申し込み

本学会は、新潟県内の看護の質向上および看護職の研究への意欲向上を目的に開催します。演題が採択された方は、指導者から学会集録の論文作成のための指導を必ず数回受けた後、研究成果を発表していただきます。皆様からの演題申し込みをお待ちしています。

1. 演題応募者（発表者、共同研究者）および参加者の資格

- 1) 原則として、新潟県看護協会会員に限る。
- 2) 看護職以外で会員と共同研究をおこない、参加を希望する者は、採択の場合に限り参加可能である。ただし、発表者は会員に限る。

2. 演題の種類

本学会では、急性期看護、慢性期看護、在宅看護、精神看護、ヘルスプロモーション、看護管理、看護教育など幅広い領域における研究報告を募集します。

注1) 「研究報告」とは、明確な課題を持って研究計画を立て、研究計画に沿ってデータを集め分析したもの。ケースレポートやマニュアル作成などの実践報告は含まない。

注2) 受付できないもの

- ・他の学会や他誌に投稿中のもの、所属施設以外で発表したもの（施設内発表は除く）
- ・倫理的配慮がなされていないもの（所属施設の倫理委員会を通していないもの）

3. 演題の申し込み方法

新潟県看護協会ホームページの「看護職の方」→「教育研修」→「看護学会」から「演題申込書」「集録原稿」「演題登録チェックリスト」をダウンロードして作成する。

演題募集期間：2020年3月12日（木）から5月13日（水）15:00

送 付 先：gakkai2020@niigata-kango.com

メール件名・添付するファイル名 いずれにも「施設名・発表者氏名」を明記。

注1) 電子メールで受け付けます。

アドレスによっては、迷惑メールと認識される可能性があります。

施設のメールアドレス（病棟代表または看護部など）から送信してください。

注2) 看護部などから送信する場合にも研究代表者（リーダー）の施設と氏名を明記してください。

注3) 本学会に関する手続きで送信するメールアドレスは変更しないでください。

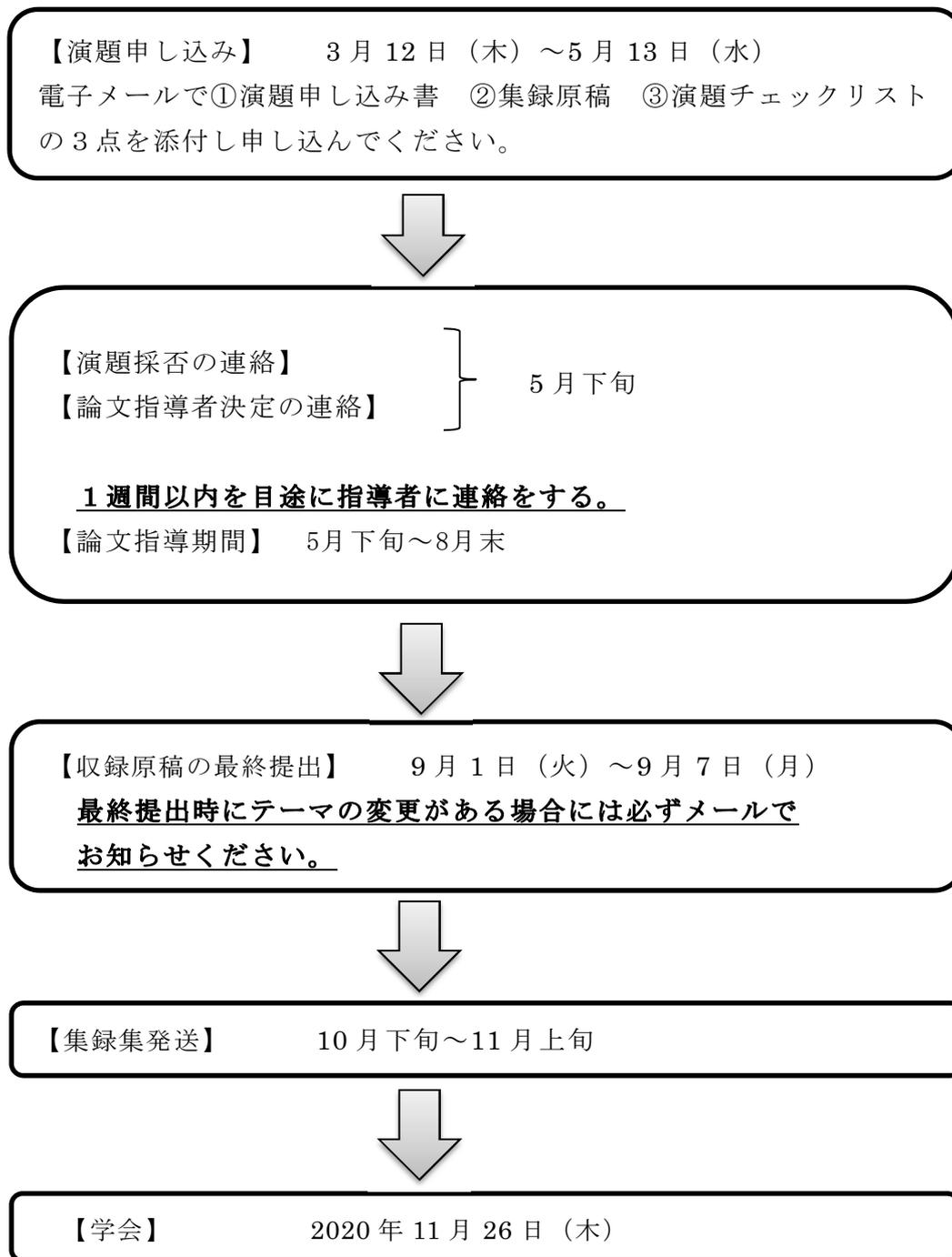
どうしても変更が必要な場合は、必ずその旨を申し出てください。

注4) 演題登録時と論文最終提出時でテーマの変更や氏名の変更がある場合はメールでお知らせください。

4. 演題発表形式

発表形式は、口演または示説（ポスターセッション）のいずれかを選択できます。ただし、演題内容によっては希望以外の発表形式になる場合があります。

5. 演題申し込みから学会までの流れ



※学会参加申し込みは8月1日（土）～9月30日（水）

集録原稿投稿規程

1. 原稿作成要領

- 1) ワードプロセッサで作成してください。「**集録原稿見本**」を参考にしてください。
集録集の原稿になりますので、見やすい文字間、行間に配慮してください。
- 2) 原稿枚数：本文・文献・図表を含め **3枚以内（5,000字程度）** です。
- 3) 論文形式：論文には「表題」「研究目的」「研究方法」「倫理的配慮」「結果」「考察」「結論」を含め、「**論文作成上の留意点**」を参照し、作成してください。
- 4) 引用・参考文献
 - ① 本文中に文献を引用する場合
引用文献は引用順に番号を付け、本文引用箇所の右肩に¹⁾²⁾などで示し、本文原稿の最後一括し引用番号順に記載する。その際、引用した頁を必ず記載してください。
(例) (本文) ……水害の被害地域の住民のリスク認識は高いが防災対策をしたものは少ない¹⁾。…
 - ② 文献一覧の記載方法
引用文献および参考文献は、本文の最後にそれぞれ記載してください。引用文献は、引用した番号順に、また参考文献は、著者名のアルファベット順に記載してください。著者名が3名を超える場合は3名まで挙げ、それ以上は他とする。

* 文献の記載方法は、以下の通りです。

- a. 雑誌の場合…著者名：表題名、雑誌名、巻(号)、頁、発行年(西暦年次)
例) 下平和代、別府圭子、杉下智子：ターミナル期の看護行動に影響を与える看護師の感情、
日本看護科学学会誌、27(3)、57-65、2007.
- b. 単行本の場合…著者名：書名(版)、発行所、頁、発行年(西暦年次)
著者名：表題名、編著者、書名(版)、発行所、頁、発行年(西暦年次)
例) 河野龍太郎：医療におけるヒューマンエラー(第1版)、医学書院、45-46、2001.
- c. 訳本の場合…原著者名：書名(版)、発行年、訳者名、書名(版)、発行所、頁、発行年(西暦年次)
例) Green. R. W. & Kreuter. M. W. : Health program planning、2005、神馬征峰訳、実践ヘルスプロモーション、医学書院、102-110、2005.
- d. 同じ文献から複数引用する場合…例 5)前掲書 2)、112.

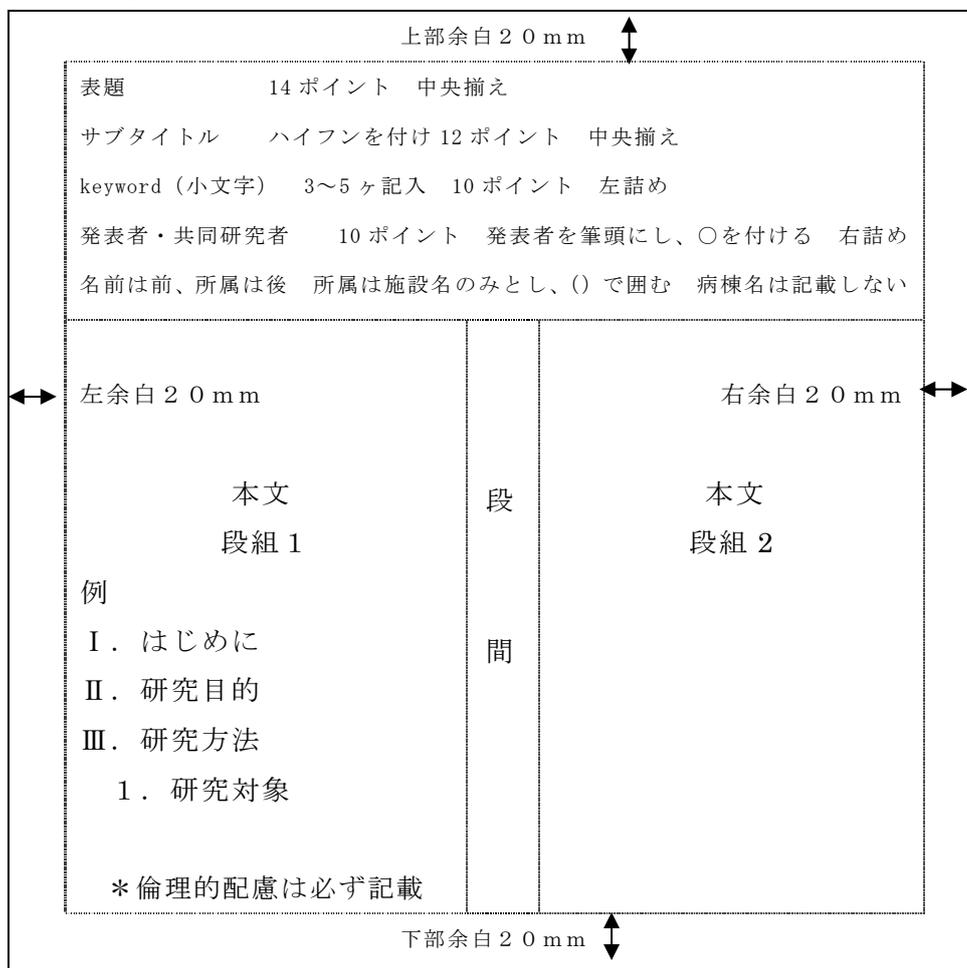
「集録原稿見本」

用紙：白色4判(縦)・横書き

余白：上下左右とも20mm

字体：字体は明朝体、英数文字は半角、表題は14ポイント、本文は10ポイント

* ページ数はいれない



本文

- ① 本文は2段組、図表を含めて3枚以内、5,000字程度になるように設定する。
- ② 句読点が行の始めにこない。
- ③ 当病院や当病棟は用いず、A病院、B病棟とする。
- ④ 入院月日などは具体的に示さず、20XX年Y月とする。

図・表および写真

図・表および写真を挿入する場合、2段組にとらわれず、白黒で見やすい大きさにしてください。

図表中の文字、数字が判読できるように、大きさなどを工夫してください。

表のタイトルは上に、図のタイトルは下に付してください。

「論文作成上の留意点」

(1) 表題	タイトルが論文内容を端的に反映している						
(2) 研究目的	①研究目的、文献検討、動機について記述されている ②この研究により、何を明確にするか記述されている						
(3) 研究方法	①対象およびデータの収集方法、分析方法に関して記述されている ②質問紙を使用している場合は、その内容について記述がある ③既存の尺度を使用している場合は、出典を明示している ⑤ 質的分析の場合は、信頼性を確保する方法について述べている						
(4) 倫理的配慮	<p>① 研究対象者からの研究承諾について明記されている 研究対象者に研究目的・研究方法および研究結果の公表等について説明し、対象者の自由意志で承諾が決められるように配慮し、承諾を得られた旨を明記してください。</p> <p>② 研究対象者に不利益や負担が生じないよう配慮されている 研究への参加・不参加によって、対象者の不利益や負担が生じないよう配慮した旨を記載してください。</p> <p>③ 研究対象者のプライバシーが守られている a. 論文要旨の記述内容で研究対象者が特定できないようにしてください。 b. 固有名詞（当院・当病棟も含む）や写真等を掲載する場合は、研究結果を示すのにどうしても必要なもののみとし、研究対象者が特定できないように十分配慮する。掲載の承諾を得られた旨を明記してください。 c. イニシャルや入院期間などの記載は、対象者が特定されプライバシーを侵害する恐れがあります。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>×不適切な例</td> <td>○適切な例</td> </tr> <tr> <td>S.N氏、59歳</td> <td>X氏、50歳代</td> </tr> <tr> <td>入院期間： 2016年4月15日～6月1日</td> <td>入院期間： 20XX年4月～6月</td> </tr> </table> <p>④ 著作権への配慮がなされている a. 文献から図・表を本文に引用する場合は、著作権に配慮し、出典を明記してください。 b. 既存の尺度を使用する場合、著作者から許諾を得ている旨を記載してください。</p> <p>⑤ 個人情報を適切に取り扱っている 個人情報の取扱いは、個人情報保護法、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（厚生労働省、2013年）、「看護者の倫理綱領」（日本看護協会、2003年）および所属施設の規定に従ってください。</p> <p>①②③④に関しては、論文に必ず記載してください。 ⑤に関しては、論文全体について、倫理的配慮が十分か確認してください。</p>	×不適切な例	○適切な例	S.N氏、59歳	X氏、50歳代	入院期間： 2016年4月15日～6月1日	入院期間： 20XX年4月～6月
×不適切な例	○適切な例						
S.N氏、59歳	X氏、50歳代						
入院期間： 2016年4月15日～6月1日	入院期間： 20XX年4月～6月						
(5) 結果	①方法に対する結果が、十分記述されている ②目的に沿った結果が記述されている						
(6) 考察	①得られた結果に基づく考察をしている ②目的に沿った分析結果が記述されている ③先行研究との比較がなされ、適切に文献が引用されている						
(7) 結論	方法、結果、考察から導き出された結論になっている						
(8) 全体を通じて	①論旨が一貫している ②誤字・脱字がない ③適切な表現で記載されている						
(9) キーワード	キーワードが記載されている						

索引（発表者氏名）

-あ-			-し-		
旭 和歌子	F-1		澁木 優花	C-1	
阿部 亜樹	D-4		清水 貴子	B-2	
阿部 美幸	D-2		関井 愛紀子	B-3	
有田 千晶	G-1		仙田 由香里	D-3	
-い-			-そ-		
五十嵐 浩子	A-3		相馬 小那未	H-1	
石川 真実子	C-2				
伊藤 佳菜子	C-4				
岩崎 恵	H-2				
岩澤 敦子	A-4				
-お-			-た-		
大瀧 二三恵	A-2		田中 慎二郎	E-2	
-か-			-は-		
貝瀬 洋平	E-1		長谷川 千寿子	G-5	
梶井 綾子	F-2				
川崎 亮人	F-5				
-こ-			-ひ-		
小関 沙織	E-3		檜田 弘美	G-4	
近 梢	C-3		百武 智子	E-4	
近藤 美和	A-1		廣瀬 博美	D-1	
-さ-			-ま-		
櫻井 かおり	B-4		松矢 春奈	F-4	
佐藤 佐智子	G-2				
佐藤 紀子	G-3				
佐藤 理恵	B-1				
佐藤 倫太郎	F-3				

2020年度 新潟県看護協会看護学会 参加申込みについて

- 1 参加費 会員 5,000円 (発表集録代含む)
非会員 10,000円 (発表集録代含む)
看護学生 2,000円 (発表集録代含む)
発表集録のみ 1,500円
※ 会員施設には一冊贈呈いたします。
- 2 参加人数 約 1,000人
- 3 申込方法 1) 新潟県看護協会ホームページ「教育研修申込システム」により Web で申込み。
2) 「教育研修計画」申込様式5により郵送又は FAX で申込み。
様式5は研修計画をコピーまたはHPからダウンロードしてください。
※ なお、発表者も申込みが必要です。
- 4 申込み先 1) 郵送：〒951-8133 新潟市中央区川岸町2丁目11番地
新潟県看護協会 学会委員会係 TEL：025-265-1344
2) FAX：025-233-7672
- 5 申込期間 2020年8月1日(土)～9月30日(水)
- 6 参加費の納入 参加費は協会より発行する「払込取扱票」で事前納入してください。
10月初旬に発送致します。
※ 振込み手数料は、以下とさせていただきますのでご了承ください。
 - ・コンビニで支払の場合 → 協会負担
 - ・銀行で払込の場合 → 自己負担※ 「払込取扱票」の控えを領収書とさせていただきます。紛失にご注意ください。
※ **「払込取扱票」発行後の変更や返金は致しませんので、ご了承ください。**
※ 銀行振込の場合は下記へお願いします。
【納入期限】2020年10月17日(土)
【振込先】北越銀行 古町支店 普通 No.2019414
【名義】公益社団法人新潟県看護協会 会長 斎藤 有子
- 7 参加取消 申込みの取消は申込み期間の月末(土日を含まない)まで受け付けます。
期日以降は「払込取扱票」を発行致しますので、参加費をお支払いください。
- 8 申込時の注意
 - 1) 参加申込は施設で取り纏めてお申込みください。
他の研修同様、施設宛に「払込取扱票」を発行いたします。
 - 2) 学会当日も参加を受け付けますが、スムーズな入場の為出来るだけ事前に連絡をお願いいたします。また、やむを得ない場合を除き事前にお申込みください。
 - 3) 発表者の方も参加申込みが必要です。所定の申込み方法でお申込みください。
- 9 発表集録の発送 参加券および集録の発送は11月初旬の予定です。所属施設宛に発送いたします。
- 10 その他
 - 1) 昼食：当日は会場で昼食の購入ができます。
 - 2) 駐車場：会場付近に有料駐車場がありますが、台数に制限があります。
なお、本会ではスタンプ等の発券はいたしません。

2019 年度新潟県看護協会看護学会

学会委員

委員長	内藤 守	(新潟青陵大学)
委員	岡村 利佳	(新潟県立がんセンター新潟病院)
	小林 綾子	(新潟県立看護大学)
	駒形 容子	(長岡赤十字病院)
	眞田 希巳枝	(みどり病院)
	相馬 奈美	(新潟看護医療専門学校)
	高野 留美	(済生会新潟病院)

(五十音順)

担当者	岡田 裕子	(新潟県看護協会 教育研修課長)
	星野 洋子	(新潟県看護協会 常務理事)

編集後記

新潟県看護協会看護学会では、平成 27 年度から、地域包括ケア推進に焦点を当て学会を開催してまいりました。地域包括ケアのシステムの構築の中心は地域住民であり、元気な時から疾病を持っていても地域で安心して暮らし続けることができるような地域作りが必要です。その中でも食事に関する課題は人間の生命維持の根源であり、生きていく上では大変重要になります。できるだけ口から安全に栄養を摂るための食事支援は看護師の重要な役割と言えます。そこで今年度のテーマは、「最後まで生きることを諦めない～今、看護職ができること～」とし、看護フォーラム、特別講演を企画しました。食べたいと願う人々への支援の一助となることを期待しております。

新潟県看護協会 看護学会 集録

2019年11月1日発行

編集・発行 公益社団法人新潟県看護協会
学会委員会

〒951-8133 新潟市中央区川岸町2丁目11番地

最新の知識・医療技術と礼節をもって
良質で安全な医療を目指すことを基本理念に、
専門性の高い医療を提供しています。

地域医療支援病院として
そして開放型病院として、地域に根ざし、
地域の皆さまに信頼され、
地域に貢献できる病院を目指します。



電子看板(デジタル・サイネージ)を活用した
外来フロア周辺の“改修リノベーション”をご提案。
美しいエントランスと、サイネージによる良質な医療情報で
患者様サービスの向上が図れます。

—— 病院をホテルのような心地よい環境に ——
療養環境の未来をデザイン。



療養環境の改善を“初期投資ゼロ”のレンタル方式でご提案。ニーズに応じてさまざまなスペースの改修
リニューアルを柔軟に対応できます。患者様に心地よい院内アメニティ環境の向上を実現します。

● お問い合わせ及び資料請求は

株式会社 **理舎**

【 本 社 】〒730-0842 / 広島市中区舟入中町2-14 TEL. 082-295-3083
 【 東 京 支 店 】〒108-0074 / 東京都港区高輪3丁目25-18 TEL. 03-5791-3737
 【 名古屋営業所 】〒465-0058 / 名古屋市名東区貴船1-342 TEL. 052-709-2185
 【 関 西 支 店 】〒532-0011 / 大阪市淀川区西中島6-4-13-302 TEL. 06-6309-1000
 【 岡山営業所 】〒700-0975 / 岡山市北区今三丁目15-23 TEL. 086-805-1970
 【 九 州 支 店 】〒812-0858 / 福岡市博多区月隈6-9-33 TEL. 092-513-0430

笑顔があふれる
未来のために。

医療機器販売及びアフターサービス
医療用特殊設備工事施工
福祉機器並びに介護用品の販売

源川医科器械株式会社

本社／新潟市中央区東中通2番町279番地 TEL025-229-7766(代)
商品センター／長岡営業所／上越営業所／佐渡出張所／秋田支店／大館営業所／
横手営業所／山形支店／酒田営業所／鶴岡営業所

KMK



睡眠セミナー 無料サービスのご案内

水と、空気と、睡眠と。

東洋羽毛

良質睡眠でキラキラ輝く私に！

＊—— 今よりもぐっすり、幸せな毎日のためのヒントがきっと得られるはずです —— ＊

睡眠セミナー講師を無料で派遣いたします。

東洋羽毛では「睡眠健康指導士」の資格を有した社員が講師を務める充実したセミナーをご用意しています。正しい情報を得て睡眠習慣を見直し、イキイキと健康的な毎日を歩むお手伝いをさせていただければ幸いです。

《テーマ例》

- ★ 睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に
- ★ よりよく眠る為のヒント 睡眠6カ条
- ★ 体内時計を整えてよりよく眠る方法
- ★ よく眠れる、眠りのお話！？
- ★ 眠る門には福来る！
- ★ 早起き・早寝・朝ごはんでいい事いっぱい

◎医療安全対策研修、メンタルヘルス研修、学校保健委員会に対応した内容も行っています。

東洋羽毛北信越販売株式会社 新潟営業所

〒950-0943 新潟県新潟市中央区女池神明3-13-2



0120-300060

新潟のシンボル「萬代橋」、近代的な「柳都大橋」
 そして悠々と流れる信濃川
 新潟でしか味わえないオリジナリティあふれる
 美味しい料理と最高のおもてなしでお過ごしください
 着席で300名程ご利用いただける大宴会場から
 中・小宴会場もご用意しております

学会・各会合・ケータリング・ご宿泊の
 お問い合わせは

是非、新潟グランドホテルまで

●ご予約・お問い合わせは、TEL025-228-6111 (大代表)



●バンケットホール

大宴会場【悠久の間】



ブッフスタイルなら最大1,200名まで
 収容できる大宴会場。
 やわらかなアーチを描く天井に輝く6基の
 クリスタルシャンデリアはボヘミア地方
 から取り寄せた特注品で、パーティーを
 華やかに彩ります。

中宴会場【常磐の間】



レセプションやパーティー、ご結婚披露宴
 にいたるまで、あらゆる集いに
 ご利用いただける中宴会場。
 2分割も可能で、目的やご人数にあわせた
 形式をお選びいただけます。

中宴会場【メイプル】



明るい光が差し込む窓と、清潔感あふ
 れる大理石が特徴の個性的な
 宴会場。
 レセプションやパーティーを華やか
 に彩ります。また併設するロワイエ
 からは信濃川を一望でき、専用ロビー
 や控室としてご利用いただけます。

小宴会場【五頭の間】



お部屋が信濃川に面しており、
 ウォーターフロントの景観を満喫
 できる小宴会場。
 会議やご商談、プライベートな
 会食まで、
 多彩な使い方ができる会場です。

●JR新潟駅から車で5分 ●関越・北陸自動車道新潟西ICから20分 ●新潟空港から車で20分

〒951-8052 新潟市中央区下大川前通3ノ町2230番地 TEL 025-228-6111 (大代表) FAX 025-228-0735

2019年度

新潟県看護協会看護学会集録

公益社団法人 新潟県看護協会