

2020 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

新潟県看護協会看護学会ごあいさつ

2020年度新潟県看護協会看護学会は、当初、11月26日（木）に朱鷺メッセを会場に開催する予定で準備を進めておりました。メインテーマは「自分の人生を生ききる～看護の力～」で、看護フォーラムは在宅看護研究センター代表の村松静子様をお招きし、「在宅で生きるを支える～看護職としてできること・必要なこと～」という演題でお話いただく予定でした。さらに、特別講演は、埼玉医科大学総合医療センター緩和医療科/呼吸外科の医師であり、音楽療法士でもある儀賀理暁（ぎかまさとし）様にお願いし、「でも君が笑うと・・・～僕たちが“あなたの”専門家であり続ける理由～」という演題で、お話いただく予定でした。高齢社会において、その人自身の生きる力を支えるという非常に興味深い演題であり、多くの方に参加いただき、有意義な学会になるものと確信しておりました。

しかし、新型コロナウイルスの感染症による緊急事態宣言が出され全国に拡大し、収束が見通せない状況が続く中で、感染拡大防止の観点から従来の集合の学会の開催は困難であると考えました。大変残念ではありますが、看護フォーラム、特別講演、研究発表等の朱鷺メッセでの学会開催は断念し、研究論文の誌上掲載のみといたしました。

今年の研究論文の応募数は、新型コロナウイルス感染症の対応等の影響もあり、減少しましたが、投稿いただきました皆様に、深く敬意を表します。また、県内の看護系大学より指導に関わっていただきました皆様に、心より感謝申し上げます。

お忙しい日々の業務の中で取り組まれた研究の成果を冊子にまとめました。ご高覧いただければ幸いです。

今年度は、研究論文の誌上掲載のみとなり、また、2021年度は、日本看護協会の看護学会が新潟（会場は朱鷺メッセ）で開催される予定のため、新潟県看護協会の看護学会は休止となります。2022年度からの学会開催に向けて、本学会が看護の本質を考え、活発な意見交換や知識の修得の場として、会員一同と共に学びあうものとなるよう努めてまいります。

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、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。

2020年11月1日 公益社団法人 新潟県看護協会会长 斎藤 有子

2020 年度 新潟県看護協会看護学会

演題

【看護管理】

- 1 手術時手指消毒におけるラビング法導入後の評価と課題

-参加観察とアンケート調査の分析から-

医療法人立川メディカルセンター 立川総合病院 中村 雄一 … 5

【看護教育】

- 1 中途採用看護師へのインタビュー調査から見た職場の現状と課題

-入職前のイメージと入職後の実際の相違の関連-

医療法人社団葵会新潟聖籠病院 斎藤 麻衣 … 8

【小児看護】

- 1 幼児が内服しやすい飲食物を取り入れた内服指導の取り組み

-スムーズかつ確実な内服を目指して-

新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院 中野 こはく … 11

【急性期看護】

- 1 救急外来における院内トリアージの実態

新潟県厚生農業協同組合連合会 小千谷総合病院 金子 みなみ … 14

【慢性期看護】

- 1 大腸内視鏡検査説明を行う内視鏡経験のある看護師の実態調査

医療法人愛仁会 亀田第一病院 岡村 文子 … 17

- 2 治療中断歴のある尋常性痤瘡患者の治療中断に関する影響要因

-面接調査を通して-

のぶ皮膚科 小柳 志穂 … 20

- 3 経口摂取困難な患者の口腔内環境改善に向けた取り組み

-口腔ケア後の唾液腺マッサージの効果-

医療法人立川メディカルセンター 悠遊健康村病院 倉重 怜奈 … 23

- 4 身体拘束解除に対する看護師の意識調査

-身体拘束判断基準の導入後の変化-

佐渡市立両津病院 斎藤 萤子 … 26

5 高齢患者の身体拘束最小化を阻害する要因について

新潟県立吉田病院 佐藤 千恵子 … 29

6 実施方法を統一して行った器質的口腔ケアの評価

一般財団法人魚沼市医療公社 魚沼市立小出病院 鈴木 佳乃子 … 32

7 Eilers の口腔アセスメントガイドを用いた口腔ケアの効果

医療法人恒仁会 新潟南病院 武田 真由美 … 35

8 血液透析中の患者のシャント管理に関する実態調査

新潟医療生活協同組合 木戸病院 仲島 陽子 … 38

9 認知症高齢者への集団レクリエーションによる看護師の意識・ケアの変化

-地域包括ケア病棟で実践した看護師の語りから-

医療法人恒仁会 新潟南病院 古川 望 … 41

10 セルフケア能力を向上させるための便秘改善の試み

新潟医療生活協同組合 木戸病院 古川 恵 … 44

11 非経口摂取患者に対する口腔ケア

-pH 値と口腔内環境の変化-

医療法人愛仁会 亀田第一病院 本間 ヒサ子 … 47

12 在宅自己導尿を安全に継続できる指導方法の検討

-面談によるパンフレット指導を実践して-

新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院 結城 曜美 … 50

13 口腔内汚染に対する白色ワセリンを使用した口腔ケアの効果

医療法人愛仁会 亀田第一病院 吉越 真理 … 53

14 COPD 終末期患者の「家へ帰りたい」想いに寄り添うための支援

社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院 渡部 亜有美 … 56

手術時手指消毒におけるラビング法導入後の評価と課題

－参加観察とアンケート調査の分析から－

keyword 手術時手指消毒 ラビング法 認識調査

○中村 雄一 堀 つぐみ 藤田 穂乃香 小池 明美 加藤 栄子（立川総合病院）

I. はじめに

手術室看護業務における直接介助業務のなかで感染防御という観点から、重要な行為のひとつとして手術時手指消毒がある。手術時手指消毒法には大きく分けてブラッシング法、ツーステージ法、ラビング法の3種類あり、2015年までA病院手術室(以下、A手術室)ではツーステージ法で行うブラッシングを標準手術時手指消毒法として行っていた。しかしCDCガイドラインにおいてツーステージ法で行うブラッシングは皮膚損傷による菌の増殖が懸念されておりラビング法が推奨されている。A手術室では2016年1月からラビング法を導入し、アルコール過敏があるスタッフ以外は標準手術時手指消毒法として実践している。

ラビング法導入時に、ラビング法の内容や手技について勉強会を行ったが、それ以降行っていない。勤務異動者に対しては、職場オリエンテーションで手技指導を行っている。しかし手技が守られていないと手術時に求められる消毒レベルの効果が得られないことになり、手術部位感染(surgical site infection:以下SSI)の危険性があることから、現在のラビング法が導入時指導した手技を継続し効果的な手指消毒が実施できているか、手技確認調査を行いたいと考えた。また、ラビング法の導入前にA手術室看護師に行ったラビング法に対するアンケート調査では、「消毒効果が薄そう」「ブラシで擦った方が細菌が減りそう」など、ラビング法に対する消毒効果に懸念を持っていた看護師もいた。市川ら¹⁾は「標準化の取り組みで大切なのは、最新の感染対策、実態に関する情報提供と改善策の提案を行うこと」と述べている。現在、ラビング法は標準手術時手指消毒法となっているが、ラビング法に対して看護師がどのように認識しているか、アンケート調査により明らかにしたいと考えた。

先行研究ではラビング法の手術時手指消毒導入後の皮膚への影響や除菌効果などについては報告されているが手技を評価した研究は見当たらなかった。そこで今後の手術時手指消毒法遵守の取り組みに活かすために参加観察とアンケート調査によりラビング法導入後の評価及び課題を報告する。

II. 目的

A手術室における手術時手指消毒のラビング法の消毒手順が正しく遵守されているか、またラビング法に対して看護師がどのように認識しているかを評価し、今後の手術時手指消毒の課題を明らかにする。

III. 方法

1. 研究対象：手術室看護師長を除く看護師25名

2. 研究期間：2019年1月～5月

3. データ収集方法

1) 対象者全員に自作の質問紙を用いて無記名自記式質問紙調査を実施した。質問内容は①ラビング法導入時の勉強会参加の有無、②ラビング法を実施しているか、③ラビング法を実施していない人はアルコール過敏だからか、④その他の人はその理由、⑤ラビング法以外の実施している手洗い方法、⑥ラビング法に対して疑問や心配の有無、⑦疑問や心配の内容とした。回答方法は、選択式と自由記述式とした。

2) スリーエムジャパン株式会社が提供しているラビング法手技手順表及び、医療従事者向け情報として提供しているラビング法の手順例²⁾を基に、自作のラビング法手技確認調査票を作成した。ラビング法を実施している看護師を対象に研究者が直接観察法でラビング法の消毒手順の手技確認を行い、手順項目毎の手技時間と手技状況を手技確認調査票に記載した。

4. データ分析方法

ラビング法の手技の評価は単純集計し、散布図でデータの分布を見た。手技状況は意味内容別に分類した。質問紙調査は単純集計、記述回答は類似している内容をまとめた。

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。対象者には研究の目的と方法について、文章と口頭で説明した。研究への参加は自由であり、参加しないことで不利益を生じることはないこと、手技の評価により個人を評価するものではないこと、調査結果は個人が特定されないように配慮し、収集したデータは厳重に管理し、研究以外の目的では使用しないこと、結果の公表について説明し手技調査に同意

を得た。アンケートは回答により同意を得たものとした。

V. 結果

対象者 25 名中 21 名にラビング法の観察法を行った。

1. ラビング法 Step 毎の手技時間と手技状況

1) Step1 : プレウォッシュ (所要時間約 60 秒)

手技時間は、60 秒以上できていたのは 20 名 (95.2%) で、最小 42 秒、最大 174 秒、平均 108 秒であった。59 秒以下は勉強会参加者の 1 名 (4.7%) であった (図 1)。

手技状況は、正しくできていたのは 14 名 (66.7%) であった。できていない手技は、洗浄範囲である肘上部まで洗えていない、肘上部の裏側が洗えていない、それぞれ 5 名 (23.8%)、肘上部まで拭き取れていない 4 名 (19%) であった。

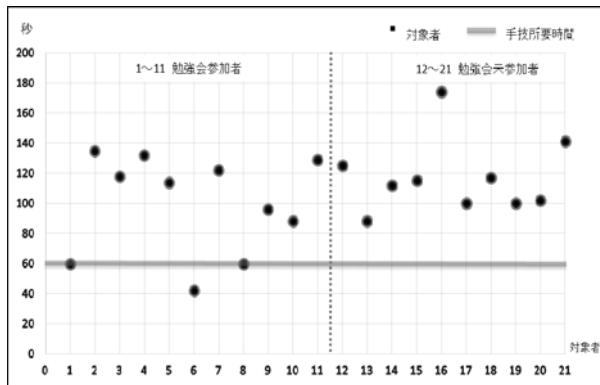


図 1 Step 1 プレウォッシュ手技時間 (n=21)

2) Step2 : ラビング片腕 (所要時間約 30 秒)

手技時間は、30 秒以上できていたのは 4 名 (19%) で、最小 10 秒、最大 43 秒、平均 29.3 秒であった。29 秒以下は勉強会参加者と勉強会未参加者のそれぞれ 8 名 (38.0%) であった (図 2)。

手技状況は、正しくできていたのは 16 名 (76.2%) であった。できていない手技は、きちんと指先を浸していない 1 名 (4.8%)、肘上部まで塗っていた 4 名 (19%) であった。

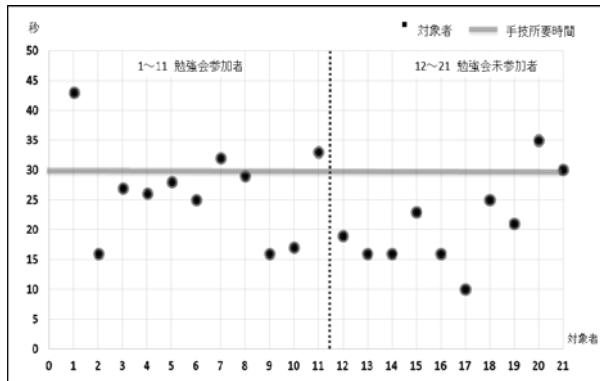


図 2 Step2 ラビング片腕手技時間 (n=21)

3) Step3 : ラビング反対片腕 (所要時間約 30 秒)

手技時間は、30 秒以上できていたのは 3 名 (14.2%)

で、最小 9 秒、最大 45 秒、平均 21.9 秒であった。29 秒以下は勉強会参加者 8 名 (38%)、勉強会未参加者 10 名 (47.6%) であった (図 3)。

手技状況は、正しくできていたのは 16 名 (76.1%) であった。できていない手技は、きちんと指先を浸していない 1 名 (4.8%)、肘上部まで塗っていた 4 名 (19.0%)。Step2 と同様であった。

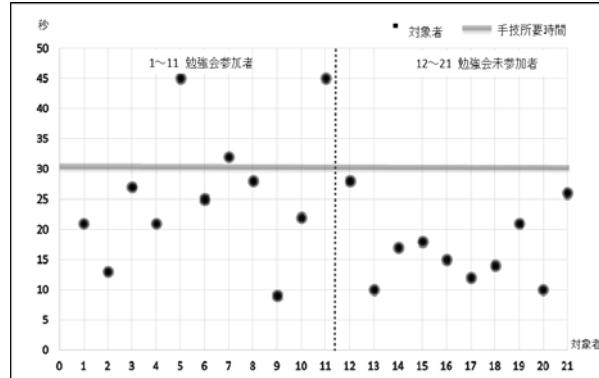


図 3 Step3 ラビング反対片腕手技時間 (n=21)

4) Step4 : ラビング手首から指先 (所要時間 60 秒)

手技時間は、60 秒以上できていたのは 5 名 (23.8%) で、最小 10 秒、最大 79 秒、平均 45.7 秒であった。59 秒以下は勉強会参加者 9 名 (42.9%)、未参加者 7 名 (33.3%) であった (図 4)。

手技状況は、正しくできていたのは 8 名 (38.1%) であった。できていない手技は、擦り込みを指から行い順番を間違えていた 1 名 (4.8%)、手背擦り込みしていなかった、片方の手背擦り込みしていなかったという手技間違え・忘れ 3 名 (14.3%)、アルコールが乾く前に手袋をつけていた 7 名 (33.3%) であった。

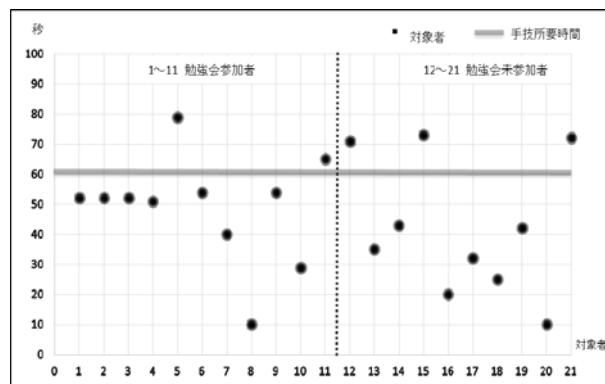


図 4 ラビング手首から指先手技時間 (n=21)

5) ラビング法全体の手技時間と手技状況

全体の所要時間約 180 秒のところ、180 秒以上が 13 名 (62%)、179 秒以下が 8 名 (38%) で、最小 127 秒、最大 272 秒、平均 199 秒であった。全 Step で所要時間以上できていたのは 2 名 (9.5%)、手技が正しくできていたのは 5 名 (23.8%) であり、手技時間と手技状況が共に正しく遵守できていたのは 1 名 (4.8%) であった。勉強会参加の有無による特徴的な差はみられない。

2. 質問紙調査の結果

アンケートは20名（回収率80%）から回収した。

対象者の手術室経験年数は平均7.7年、最小1年目、最大21年目であった。

1) ラビング法導入時の勉強会参加の有無について、「参加した」が12名（60%）、「参加していない」が8名（40%）であった。

2) ラビング法を実施しているかについて、「実施している」が17名（85%）、「実施していない」が3名（15%）であった。実施していない理由は、「アルコール過敏である」が2名、「手荒れがありアルコール使用で悪化するため」が1名であった。

3) ラビング法以外の実施している手洗い方法は、ツーステージ法が2名（10%）、ブラッシング法が1名（5%）であった。

4) ラビング法を実施して疑問や心配については、「ある」が3名（15%）、「ない」が14名（70%）であった。疑問や心配なことは、「自分のやり方で合っているのか、手指消毒のやり残しがあるのではないか心配」が1名、「手が荒れる」が1名、「滅多に器械出しをしないので方法はきちんとできているか自信がない」が1名であった。

VI. 考察

観察法においてラビング法全体手技時間は、所要時間以下が4割、所要時間以上が6割であり、全体的に手技時間にはばらつきがあった。STEP2 ラビング片腕、STEP3 ラビング反対片腕、STEP4 ラビング手首から指先は、所要時間以下が7～8割であり、手技時間が不十分であった。これは現在手洗い場に時計など時間を確認できるものが無く、自己の時間感覚で行っていることが要因と考えられる。また手技状況では、ラビング法の手順通りの工程は行われていたが、肘上部まで洗えていない、拭き取れていないなど、手順間違いが見られた。これはラビング法を開始してからガウンを着るまでに時間的余裕が無く、急いで行っていた場面があり、このような時間的余裕の無さが手順間違いになる要因と考えられる。手技時間が守られるよう時計の設置や手技が落ち着いて行えるよう業務面から改善していく必要がある。

市川ら³⁾は「慣習により実施していた手技、処置を見直し、科学的根拠に基づいて周術期感染対策の標準化を図ることが重要である。」と述べている。今回の観察法により、ラビング法の手順通りに行えていない場面がわかった。質問紙調査法において、ラビング法への疑問・心配について「ない」という回答が70%であった。一方、ラビング法の消毒手順を正しく遵守できていたのは、手技時間では9.5%、手技状況では23.8%と低かった。この要因として、これまで自身のラビング法の手技を振り返る機会が

なく個々の手技に対する慣れが生じ、間違いに気づかなかつた可能性が考えられる。今後、ラビング法の手順例を基に手技が守られ、手術時に求められる消毒効果を得てSSI予防につながる効果的な手指消毒になるよう、手技確認を定期的に行い、実状を伝えていく必要がある。

今回の調査では手技や手荒れに対しての不安があった。市川ら⁴⁾は「標準化の取り組みで大切なのは、最新の感染対策、実態に関する情報提供と改善策の提案を行うこと」と述べている。滅多に器械出しをしない看護師は、ラビング法の手技に対する不安があるのは当然と考えられる。そのため不安の援助を設ける必要があると考える。そして毎日ラビング法を実施することによる手荒れに関する不安があることも当然と考えられる。今後使用薬剤の安全性の説明、手荒れに関する予防や対策について検討する必要がある。

VII. 結論

1. ラビング法の消毒手順が正しく遵守できていたのは手技時間では9.5%、手技状況では23.8%であった。
2. ラビング法の消毒効果に懸念を持っていた看護師はいなかった。
3. ラビング法の不十分な手技の要因として、手技中に時間確認できるものがない、業務に時間的余裕がない、自身のラビング法の手技を振り返る機会がなく、手技に対する慣れが生じ間違いに気づかなかつた可能性が考えられる。今後は定期的な手技確認や勉強会を行う必要がある。

引用文献

- 1) 市川沙知、大塚寿美子、車井さとみ、他：手術室における感染防止策の標準化とその実際、実践安全手術看護、6(3)、22-28、2012.
- 2) スリーエムジャパン株式会社：手指消毒-ラビング法の手順例、2019年1月4日閲覧。
https://www.3mcompany.jp/3M/ja_JP/company-jp/a11-3m-products/?N=5002385+8711017+8711100+8720668+3294803017&rt=r3
- 3) 市川沙知、中村貴枝子、根本康子：手術部の感染防止策標準化の取り組み、日本手術医学会学会誌、30(2)、188-191、2009.
- 4) 前掲書1)、22-28.

参考文献

- 1) 徳原伸子、小川明子、渡辺美紀、他：ツーステージ法とウォーターレス法の皮膚への影響の比較、新潟県看護協会看護学会集録、7-9、2018.
- 2) 山本久美子：感染管理（防止）基準、日本手術看護学会 手術看護基準・手順委員会編、手術看護業務基準、日本手術看護学会、15、2017.

中途採用看護師へのインタビュー調査から見えた職場の現状と課題

—入職前のイメージと入職後の実際の相違の関連—

keyword 中途採用看護師 入職前イメージ 入職後の実際、相違

○斎藤 麻衣 大堀 洋明 荒木 卓 笹川 友里（新潟聖籠病院）

I. はじめに

厚生労働省の「第七次看護師需給見通しに関する検討会報告書」によると、看護職員の定着および離職防止を推進することが重要な課題であるとされている。すでに報告されている既卒看護師の採用と早期離職に関する調査¹⁾では、新卒と比べて中途採用看護師の離職率が高いことが示されている。

中途採用看護師の入職前のイメージと入職後の実際の相違が引き起こすアリティックが離職に関連しているという先行研究があり、伊東²⁾は、「中堅看護師が転職する際に抱く期待は、新卒で何も分からぬままに就職した時の漠然とした期待と違う」と述べている。

そこで、本研究では中途採用看護師の入職前のイメージと入職後の実際を明らかにすることを目的として、相違が生じる原因を基に職場の現状と課題を考察し、今後の中途採用看護師の支援体制の改善に繋げることとする。

II. 用語の定義

中途採用看護師：離職を経験し、新たな職場に再就職した看護職員のことをいう。

III. 研究方法

- 研究対象：A 病院一般病棟に勤務する中途採用看護師 4 名
- 研究期間：令和元年 9 月～令和元年 12 月
- 研究デザイン：質的記述的研究デザイン
- 調査方法・分析方法：構造化面接法を実施。13 項目の質問用紙を事前に記入してもらい、インタビュー形式で聞き取りを行った。聞き取りの結果を逐語録に起こし、コード化、カテゴリー化を行なった。分析では、客観性の確保に努めるために複数名で行なった。
- 調査内容：対象者の背景（看護師経験年数・所属施設経験年数・経験した領域・年数・配偶者や子どもの有無）、転職理由、転職時に活用した情報、転職時の肯定的・否定的イメージ、転職後の実際につ

いて（転職前の予想と相違する現実・予想を超えた現実・業務の中での忙しさ・前もって欲しかった情報）

IV. 倫理的配慮

所属施設の倫理委員会の規定に準じた。研究への参加は自由意思に基づくこと、また参加しない場合に何の不利益も被らないことを説明した。特に、回答は個人が特定出来るものではなく、研究以外の目的に使用し得ないことを説明した。さらに、データの厳重な管理、プライバシーの保護について保証し対象者に不利益につながらないことを約束した。なお書面による同意を得て構造化面接法を実施した。

V. 結果

今回実施した構造化面接は平均 30 ± 7 分であった。インタビュー対象者の看護師経験年数は平均 7.5 ± 1.3 年、所属施設経験年数の平均は 1.5 ± 0.8 年であった。入職前に抱いていたイメージと入職後の実際について、分析した結果を以下に述べる。なお、《 》はカテゴリー、【 】はサブカテゴリー、「 」はコードを示す。

1. 入職前に抱いていたイメージについて

中途採用看護師が抱いていた入職前のイメージはデータから 12 の記録単位が抽出された。記録単位を分析した結果、10 コード、4 サブカテゴリー、2 カテゴリーに抽出された（表 1）。《肯定的なイメージ》では【職員関係への期待】と【看護業務に対する期待】があり転職に対する人間関係への期待と「ゆっくりと看護ケアを行なうことが出来そう」「急性期とは違う療養生活を支えるための看護を学べる事への期待」といった療養病棟での看護に対する期待が示唆された。一方、《否定的なイメージ》では【人間関係の再構築】と【業務に対する懸念】があった。

【人間関係の再構築】は「人間関係を再構築するまでのストレス」「どれくらい働いたら馴染めるか不安」といった転職における新たな人間関係再構築への不安であった。【業務に対する懸念】においては「業務

にやり方が違うためルールを覚えるのが大変そう」「カルテや事務処理をまた新たに覚え直さないといけない」といった時間の経過により解決されるであろう不安を抱いていることが明らかとなった。

2. 入職後の実際について

中途採用看護師が入職した後に捉えた職場の実際については、26の記録単位が抽出された。記録単位を分析した結果、21コード、5サブカテゴリー、2カテゴリーに抽出された（表2）。《予想と違うこと》では、【不明確なマニュアル・ルール】と【職員に対するフォロー】があり転職前に予想していなかった現実と直面し業務を進めるにあたり不安を感じていることが挙げられた。《予想を超えたこと》では【前職の病院とのギャップ】【入院対応】【多忙な患者対応】があった。【前職の病院とのギャップ】においては、「それぞれ前職での経験があり各自の方法で行なっていて統一出来ていない」「医師の指示や対応に疑問を持つことが多い」などといった前職の経験を基にした意見が挙げられた。【入院対応】では、「入院数が多い」「緊急入院件数が多くマンパワー不足を感じる」など入職前の予想を超えた業務負担を吐露していた。【多忙な患者対応】は、「スタッフの人数が少ない中で不穏患者が多く他の業務がまわれない」「時間に追われて受け持ち一人一人丁寧に関われない」などと入職前に療養病棟に期待していたイメージとの乖離であった。

VI. 考察

入職前に抱いていたイメージと入職後の実際を比較すると、入職前に抱いていた《否定的イメージ》は、転職後に起こりうることに対する予期的な懸念が多くみられたが入職後の実際においては同様の意見がないことから時間の経過とともに解決出来ていたと考えられる。一方、《肯定的イメージ》では、A病院へ転職する際に、療養病院というイメージから

「ゆっくりと看護ケアが出来そう」「急性期とは違う療養生活を支えるための看護を学べる事への期待」といった【看護業務に対する期待】を抱いていたために入職後の《予想を超えたこと》として【入院対応】【多忙な患者対応】の現実との乖離が生じていた。このことから新卒で何も分からぬまま就職したときの漠然とした期待と違い、転職の理由が明確でより目的的・具体的であるために期待と違った現実に直面、つまり期待外れが生じていたことが明らかとなった。伊東は、「[期待外れ]が生じる原因として、

これには転職に望む看護師の情報獲得に対する姿勢と、病院が事前に提供出来る情報の質・量の不十分さに関わっていると考えられる。」また、「前もって期待との折り合いをつけさせておくことは、イメージ先行で就職し早期に退職してしまう看護師の雇用を未然に防ぐ効果があると考えている²⁾と述べている。A病院の実際も例外ではない。しかしながら、入職前に十分な情報を与えたとしても、その組織の実際を全て正確に予測することは困難であり折り合いをつけた事前の情報提供とともに、入職後のサポート体制の見直しが急務であると示唆された。

《予想と違うこと》では【不明確なマニュアル・ルール】と【職員に対するフォロー】があつたが、マニュアル・ルールやフォローオン体制においては、前職の経験が個々において基準化されているため事前予測との相違として挙げられたのではないかと考える。しかしながら、【不明確なマニュアル・ルール】の意見の背景からA病院では中途採用看護師に業務マニュアルが浸透していない現状は明らかである。「業務で分からぬことを調べるツールが不明」と業務拡大を進めていく上で不安を示す現状があり、実際の看護場面で十分活用されていない現実が明確になった。業務上の不明点を解決することが出来てかつ口頭での指導による個人差・曖昧さを生じることなくスムーズに看護業務に入れるような業務マニュアルの再検討が今後必要である。【職員に対するフォロー】では、小林らは「一定期間のフォローを担当するスタッフを配置することが、経験者看護師の安心感につながることが考えられる。」³⁾と述べている。このことから、中途採用看護師に対して病棟全体でサポートやフォローする姿勢が大切であり、中途採用看護師が求めていることを把握し円滑に看護業務を進めていくために受け入れていく職員の体制を整えていくことが病院組織にとって人的資源の有効活用という点において重要である。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、一病院の一般病棟を対象としているため一般化には限界がある。中途採用者が入職時のオリエンテーションや指導に対して求めていることを全て本研究で追求することは難しかった。本研究の結果を踏まえ、中途採用者の入職前のイメージと入職後のイメージの相違の差を軽減させていくことが今後の課題として挙げられる。

VIII. 結論

中途採用看護師が入職前に抱いていたイメージと入職後の実際では明らかな相違があった。【看護業務に対する期待】を抱いていたために【入院対応】【多忙な患者対応】の現実に乖離が生じていた。期待外れを最小限にする対策として、折り合いをつけた事前の情報提供とともに、入職後のサポート体制の見直しが必要である。前職での経験が個々において基準化されているため事前予測との相違として【不明確なマニュアル・ルール】【職員に対するフォロー】があり、活用できる業務マニュアルへの改訂、中途採用看護師に対する病棟全体でのフォローアップ体制の強化が求められる。

【引用文献】

- 1) 伊藤美奈子, 光永悠彦, 井部俊子: 病院における既卒看護師の採用と早期離職に関する全国調査, 日本看護科学会誌, 37,254-262,2017
- 2) 伊東美奈子: 中堅看護師が転職前に行う予測と転職後に遭遇する現実との相違の構造, 日本看護管理学会誌, 15 (2), 135-146. 2011.
- 3) 小林友幸, 米谷恭子, 草深亜紀子, 他: 経験者採用看護師が感じる就職後の支援に関する実態調査, 第46回 日本看護学会論文集(看護教育), 226-229. 2016.

表1. 中途採用看護師が抱いていた入職前のイメージ

()コード数

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
肯定的なイメージ	職員関係への期待	知り合いが増える
		新しい人間関係をつくれることへの期待
	看護業務に対する期待	ゆっくりと看護ケアを行なう事が出来そう
		急性期とは違う療養生活を支えるための看護を学べる事への期待
		スキルアップが出来そう
否定的なイメージ	人間関係の再構築	人間関係を再構築するまでのストレス (2)
		新しい職場の雰囲気に馴染めるかどうか
		どれくらい働いたら馴染めるのか不安
	業務に対する懸念	業務にやり方が違うためルールなどを覚えるのが大変そう カルテや事務処理をまた新たに覚え直さないといけない

表2. 中途採用看護師が捉えた入職後の実際

()コード数

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
予想と違うこと	不明確なマニュアル・ルール	マニュアルが少なく、口頭での説明が多い (2)
		業務で分からぬことを調べるツールが不明
予想を超えたこと	前職の病院とのギャップ	予想以上にルールが出来ていない
		中途採用だと指導やオリエンテーションがほぼない
		それぞれ前職での経験があり各自の独自の方法で行なっていて統一出来ていない (2)
		指示出し・受けの時間等のルールが曖昧であり人により対応が異なる
		病棟の特徴に応じたマニュアルがなく曖昧なまま業務を進めているのが常に不安
		必要な物品(体交枕、抑制帯等)が不足していることが多い
		医師の指示や対応に疑問を持つことが多い
	入院対応の大変さ	他部署との連携がうまく出来ていない
		看護記録は変化がなくても記載しているため遡って確認することに時間がかかる
		入院数(緊急・予定含む)が多い (2)
		緊急入院件数が多く、マンパワー不足を感じる (2)
	多忙な患者対応	人手不足の時の緊急入院対応が大変
		入院時の書類が多い
		不穏患者が多くセンサーポールが頻回
		ナースコール、センサー対応で多忙 (2)
		身体拘束が多い

幼児が内服しやすい飲食物を取り入れた内服指導の取り組み

—スムーズかつ確実な内服を目指して—

Keyword 幼児（2-3歳） 内服指導 混ぜると内服しやすい飲食物 飲みやすい工夫の指導

○中野 こはく 及川 詩織 五十嵐 雅美（長岡中央総合病院）

I. はじめに

A病院小児科病棟では入院した患児のほとんどに内服薬が処方されている。入院したばかりの頃は急性期のため活気や機嫌が悪く、内服する行為がさらに機嫌を悪くすることがある。母親が与薬している際、1回で飲めない量の水で溶いてしまい薬が残ってしまったり、無理やり内服させ泣いて吐き出してしまう場面を散見される。母親からどのようにしたら与薬しやすいかと相談を受けたり、与薬に対してストレスを感じると聞かれたりする。薬を吐き出しつつも、内服が出来なかつた場合は有効な治療効果が得られない。確実な与薬は効果的な治療に繋がり、患児・母親の負担軽減と今後の内服に対する学習になるとを考えた。清重らは「幼児前期の児の内服援助では、内服しやすい方法を検討し、薬の見た目や味、風味をカバーし、飲みやすくする事が有効である」¹⁾と述べている。そこで明確な意思表示ができる2-3歳の患児とその家族を対象とし、身近で手に入りやすく内服しやすい飲食物の紹介と共に内服指導することで患児がスムーズかつ確実に内服ができる効果的な治療に繋がることを検証する。

II. 研究目的

本研究の目的は飲食物に混ぜることで内服がスムーズにできることを明らかにすることである。

III. 研究方法

- 研修対象：幼児（2-3歳）18名
- 研究期間：20XX年9月29日～11月26日
- データ収集方法・手順
①入院時、内服方法について内服説明用紙を使用し

母親へ説明し同意を得る。なお内服説明用紙は薬剤師より薬剤と飲食物の飲み合わせについて助言をもらい作成したものを使用する。

- 聞き取り用紙を使用し内服時に困っていることを聞き取りする。
- 希望に応じて1回分のイチゴジャム又はチョコクリームを渡し、内服に混ぜて与薬してもらう。
- 退院前に家族へアンケートを行う。アンケート内容は内服説明用紙の飲食物紹介は参考になったか、飲食物を混ぜることでスムーズに内服することができたかをあげた。
- アンケートを集計しデータを分析する。

IV. 倫理的配慮

院内倫理委員会の審査を受け、承認を得た。対象者には研修の主旨を文書で説明する。実施したアンケート内容に関しては、研究目的以外で使用しないことを厳守する。また、一度研究に同意を得ていても途中で中断することも可能であること、アンケート内容・聞き取り調査内容は、研究対象者以外の目には触れない様管理し、研究後速やかに処分することを説明する。

V. 結果

対象は、本研究の条件を満たし事前に付き添い者から同意が得られた患児18名（気管支炎6名、喘息10名、不明熱1名、RSウイルス感染症1名）、内服薬（去痰剤、抗アレルギー薬）対象患児の付き添い者がすべて母親であったため母へのアンケート実施、内服指導を行った。アンケートを配布し、そのうち有効回答数は15名（有効回答率83.3%）であった。

事前の聞き取りアンケートでは内服で困っていることがある人 5 名、特に困っていることはない人 13 名であった（図 1）。困っている内容として、①薬を嫌がり飲まない 4 名、②すぐに吐き出してしまう 0 名、③その他 1 名だった。その他の理由として量が多いと 1 回で内服出来ずに吐き出してしまうという意見があった。薬を嫌がり飲まない理由は、味を嫌がる、薬の匂い、粉の細かさという意見があった。薬剤師に依頼しパンフレットの内容を確認してもらった。対象者全員に内服説明用紙（図 2）を用いて内服指導を実施し患児が好みの飲食物を確認した。イチゴジャムを渡した患児 4 名、チョコクリームを渡した患児 3 名、どちらとも好みでなく希望されなかつた患児 11 名であった。退院前アンケートではスムーズに内服出来た患児 7 名、出来なかつた患児 4 名、どちらともいえない患児 4 名であった。（図 3）内服説明用紙が参考になつた 14 名、参考にならなかつた 0 名、どちらともいえない 1 名であった。（図 4）今回の研究期間では 18 名中 16 名が元々既往に気管支喘息があり内服に慣れている患児が多かつた。混ぜると内服しやすい飲食物の紹介で参考になつた理由として「今回は抗生剤の内服が処方されなかつたが抗生剤の時は参考にさせてもらいたい」、「苦みが強いものは参考にしたい」、「口の中に残りにくい」といったものがあつた。内服方法のポイントの紹介が参考になつた理由として、「普段の水の量が多かつたのでもう少し減らしていいことがわかつた」というものがあつた。

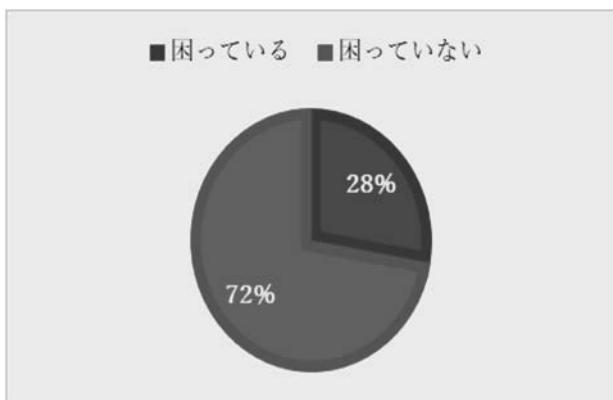


図 1

事前アンケート聞き取り結果

お藥の飲み方		
下記の表にある飲食物と一緒に混ぜると内服しやすいです。		
※当物アレルギーがあるお子様は混ぜる飲食物には注意して下さい。		
商品	内服しやすいもの	内服しにくいもの
抗生剤・ジスロマック クラリス エリスロシン	アイスクリーム、チョコレート クリーム、ジャム、ピーナッツ クリームなど	乳酸菌飲料、柑橘系飲料、スポーツ ドリンク、ヨーグルトなど (舌がべたつき)
抗生剤・ムコダイン カルボシステイン	アイスクリーム、チョコレート クリーム、ジャム、ピーナッツ クリーム、ゼリー、プリン、ヨ ーグルトなど	特にありません 苦味が少ないお薬です。お子様の好 きなものと一緒に
抗アレルギー薬：アレジオン オノン シングレア	抗生剤と同様	抗生剤と同様

☆内服方法のポイント☆

- 混ぜる量は 1 回で飲める量にしましょう。
均一に混ぜるよりもスプーンにのる量で粉剤を挽めようになるとよいです。
- クラリスとムコダインと一緒に内服すると苦みが増すといわれています。アイスクリー
ムやチョコレートクリーム、ジャムなどに混ぜるかひとつずつ内服するとよいです。
アイスクリームは病棟の冷蔵庫で保管できます。看護師に声をかけて下さい。
- 食べなくなることがあるため、主食となる食品（ミルク、ごはん、類、パンなど）には
混ぜないようにしてください。
- 口腔が空いているときに飲みやすいこともあります。食前に喉を飲みさせたい方は看護
師に声をかけてください。食後も食前に分離することができます。
- お薬を飲む人手をあげて～、「はーい、」などと楽しい雰囲気を作っておたり。少しで
も飲めたらたくさん笑めてあげましょう。



令和元年 8 月作成 4 頁目

図 2 内服説明用紙

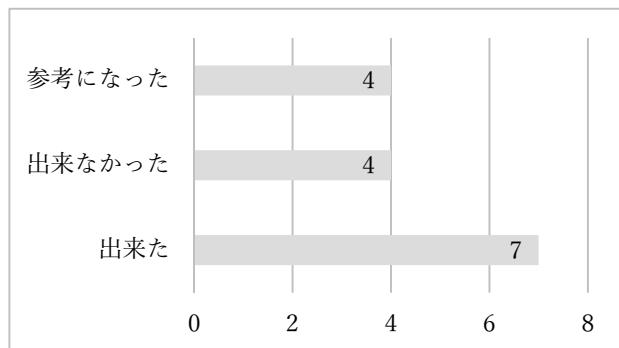


図 3 内服が出来たか出来なかつたか

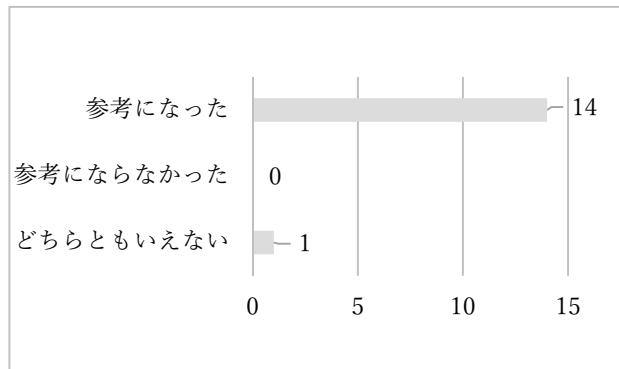


図 4 内服説明用紙について

VI. 考察

今回の研究期間中に入院した対象患児では困って

いることがない人が多かった。内服に困っている内容として、薬の味を嫌がる、薬の匂い、量が多い、1回で飲めず吐き出してしまうなどの意見があった。岩井は「幼児前期の子どもは病識に乏しく、服薬の必要性の理解が困難なことに加えて、味や臭いに対する感覚機能が著しく発達し、自己主張が強く出てくる年齢層にあたることが考えられる。」²⁾と述べている。2-3歳児の発達の特徴として、自我が発達し自己主張が強くなり、一般的に「いやいや期」といわれるよう、大人の提案に対して、「いやだ」と反抗する場面が多くなってくると言われている。そのため、母親が無理やり内服させることや患児が嫌がる味のまま内服することで、内服に対する拒否が強くなりスムーズに行えないのではないかと考えた。

内服説明用紙を用いて内服指導を行い、飲食物を混ぜることで「口の中に残りにくい」といった意見がありスムーズな内服に繋がったと考える。しかし、今回研究に使用したイチゴジャムやチョコクリームを摂取したことがないため試せなかつたり、イチゴジャムやチョコクリームが苦手な患児では混ぜて内服することができなかつた。そのため、イチゴジャムやチョコクリームだけでなく家族に患児の好みなど聞き、意見を取り入れていく取り組みが必要であった。しかし、内服薬によっても飲み合わせてはいけない飲食物があるので薬剤師と連携し正しい情報を提供し、指導を行っていく必要がある。

今回の研究を行うにあたり内服説明用紙を作成するポイントとして、小児科でよく処方される薬に焦点を当て内服しやすいもの、飲みにくくなるものの表を記載し、その他内服方法のポイントを挙げた。退院前アンケートの中に「抗生剤などが処方になつた時に見られるように貼っておこうと思います」といった今後活用していきたいという意見があつた。また、内服方法のポイントを見た母から「普段の水の量が多かつたためもう少し減らしてよいということが分かつた」といった意見があつた。内服に困っていることがない患児がほとんどであったが、母親へ内服説明用紙を用いて内服しやすい飲食物の紹介や内服方法のポイントを指導することで新たな知識の習得に繋がつたと考える。

今回の研究期間では通院、入院歴があり内服に慣れていることや、用意したジャムやチョコクリームが苦手な患児が多く、予想していた結果と異なつた。しかし、内服が慣れているからといって確実な与薬が出来ているとは限らず、正しい方法や情報提供することで不足している知識を補足することができた。

内服しやすい飲食物を取り入れた内服指導を行うことでスムーズな内服と母への与薬方法の習得に繋げることができ、効果的な治療が行えると考えた。また、今回使用したイチゴジャムやチョコクリームだけでなく個々の好みにあった飲食物を選択することで、より多くの患児が苦みなどの不快がなくスムーズに内服が出来るのではないかと考える。患児が苦痛なくスムーズにかつ確実に内服出来るようにご家族を含め今後も内服指導を行っていきたい。

VII. 結論

- 身の回りにある飲食物の利用に患児の好みを取り入れ、混ぜると内服がスムーズに行える。
- 内服説明用紙を使用することで母親の与薬への知識の習得に繋がる。

引用文献

- 清重真衣子、鎌倉恵、合田友美：乳幼児の内服援助における小児の年齢と反応に焦点をあてた文献検討、日本小児看護学会誌、Vol. 24、81、2015.
- 岩井直一：服用性、小児科診療、第 63 卷 11 号、1692、2000.

参考文献

- 清重真衣子：がんばりを引き出す内服援助を受けた幼児前期の子どもの反応、日本小児看護学会誌、Vol. 28、59-68、2019.
- 清重真衣子、鎌倉恵、合田友美：乳幼児の内服援助における小児の年齢と反応に焦点を当てた文献検討、日本小児看護学会誌、Vol. 24、76-83、2015.
- 三井眞由美：多職種スタッフと共に取り組む小児科の服薬指導内容の検討、第 42 回（平成 23 年度）日本看護学会論文集、小児看護、178-181、2012.
- 鈴木洋、鈴木みゆき：子ども発達なんでも大百科、株式会社ユーキャン学び出版、106、2016.

救急外来における院内トリアージの実態

keyword 救急外来 院内トリアージ 緊急救度判定支援システム

○金子 みなみ 田中 香織 目崎 友美 (JA 新潟厚生連小千谷総合病院)

I. はじめに

A 病院は地域における中核病院であり、二次救急指定病院である。2018 年度の救急外来受診患者数は、夜間 1959 人、休日昼間 1889 人、年間 3848 人の患者が受診している。軽症患者受診の増加により重症患者の発見や対応が遅れることが問題となっている。2012 年度の診療報酬改定で救急外来受診患者の緊急救度・重症度を判定し、優先順位を決定することに加算がつけられている。A 病院は、救急外来に来院する患者へ素早く看護師が介入することで看護師ができる初期対応が可能となり、重症感のある患者をより早く診察へつなげられることを目的とし、2019 年 1 月から緊急救度判定支援システム (Japan Triage and Acuity Scale : 以下 JTAS とする) を用いたトリアージ方法を導入した。トリアージは緊急救度・重症度を見極め、診療の優先順位を判断するための観察が重要である。A 病院は、主訴、バイタルサイン、既往歴、内服歴、重症感からトリアージレベルをつけるトリアージ用紙を使用している。看護師は個々の知識・経験を活かしながらトリアージ用紙に記録しているが、適切なトリアージが出来ていない場合に患者に悪影響を及ぼす。そこで今回、トリアージは妥当であるか否かを調べ、妥当でなかった場合に何が問題であるかを明らかにしたいと考え、実態調査を行った。

II. 用語の定義

- トリアージレベル: JTAS の基準で定められている蘇生、緊急、準緊急、低緊急、非緊急の 5 レベルで判定する優先順位
- トリアジナース: 救急医療に関する経験を 3 年以上有している看護師
- SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) : バイタルサインが下記 2 項目以上満た

している場合 (体温 $>38.0^{\circ}\text{C}$ または $<36.0^{\circ}\text{C}$ 、心拍 $>90/\text{分}$ 、呼吸数 $>20/\text{分}$ または $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$ 、白血球 12000 以上又は 4000 以下又は桿状核球 10% 以上) 全身性炎症反応症候群 (SIRS) の可能性が高いと判断される

- アンダートリアージ (以下 UT とする) : JTAS に準じた緊急救度よりも軽症と判断したトリアージレベル
- オーバートリアージ (以下 OT とする) : JTAS に準じた緊急救度よりも重症と判断したトリアージレベル

III. 研究目的

A 病院の院内トリアージの実態を明らかにし、トリアージ判定する際に不足している点や問題点を検討する

IV. 研究方法

- 研究デザイン : 実態調査
- 調査方法 :
 - データ収集方法 : 夜間・休日に救急外来を受診した患者トリアージ用紙 300 症例
 - トリアージを実施する看護師
救急外来においてトリアージに従事できる要件 (救急医療に関する 3 年以上の経験) を満たす看護師は 18 名である。
 - 回収期間 : 2019 年 8 月 1 日～8 月 31 日
 - 分析方法 : 先行研究¹⁾ に準じ、科別で分類した
(1) 受診した日の主症状から、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、その他の内科、外科、小児科、整形外科、皮膚科、耳鼻科の 9 科に分類した。(熱中症や発熱など、内科専門科へ分類できない症例は「その他の内科」とする) 主症状から分類に迷う

症例は、現病歴や診察後の診断名で分類した

(2) 日本臨床救急医学会 JTAS プロバイダーコースを受講した研究者が JTAS の基準に沿って UT 、 OT 、妥当に分類する。なお、研究者が行ったトリアージ用紙は、分析対象には含めないこととする。

(3) UT 、 OT となつたトリアージ用紙から、問題の要因を検討する

V. 倫理的配慮

回収したトリアージ用紙の患者氏名、看護師氏名は公表しない。この調査において看護師はどちらかの査定対象にはならないことの同意を得た。研究データは研究者のみが取り扱い、本研究以外で使用せず、保管・管理を厳重に行う。研究終了後は速やかに粉碎処理する、なお本研究は JA 新潟厚生連小千谷総合病院の看護研究倫理委員会の承認を得て行った

VI. 結果

1. A 病院のトリアージの概要

今回、回収したトリアージ用紙は 285 症例分であった。分析に使用したトリアージ用紙を記載した看護師の経験年数（平均±標準偏差）は、看護師経験年数 21.7 ± 8.7 年、救急医療経験年数 9.2 ± 5.7 年であった。

科別の内訳（%）は、呼吸器内科 22 症例（7.7%）、循環器内科 4 症例（1.4%）、消化器内科 49 症例（17.3%）、その他の内科 91 症例（32.0%）、外科 15 症例（5.3%）、小児科 42 症例（14.8%）、整形外科 30 症例（10.6%）、皮膚科 26 症例（9.2%）、耳鼻科 5 症例（1.8%）であった。（表 1）再評価の結果、UT 数は 71 症例（25.0%）、OT 数は 34 症例（12.0%）、妥当数 180 症例（63.0%）であった。

2. UT 症例の実態について

各科別の UT 症例数は、割合（UT 数/各科症例数）が高い順に、呼吸器内科 45.5%、その他の内科 36.3%、外科 26.7%、循環器内科 25.0%、消化器内科 18.4%、小児科 16.7%、耳鼻科 16.7%、皮膚科 15.4%、整形外科 6.7% であった。呼吸器内科は呼吸器障害、喘鳴が多く、UT 数 71 症例のうち、24 症例は SIRS の基準を満たすものであつ

た。加えて、呼吸回数の記入が無いものが 24 例みられた。さらに、トリアージ用紙に情報として記載があるにも関わらず、疼痛の強さの評価が記入されてないものが 24 例みられた。抗凝固剤内服中などの出血性素因・化学療法中の免疫低下など問診から予測できるリスクが考慮されていない症例が 2 例あった。

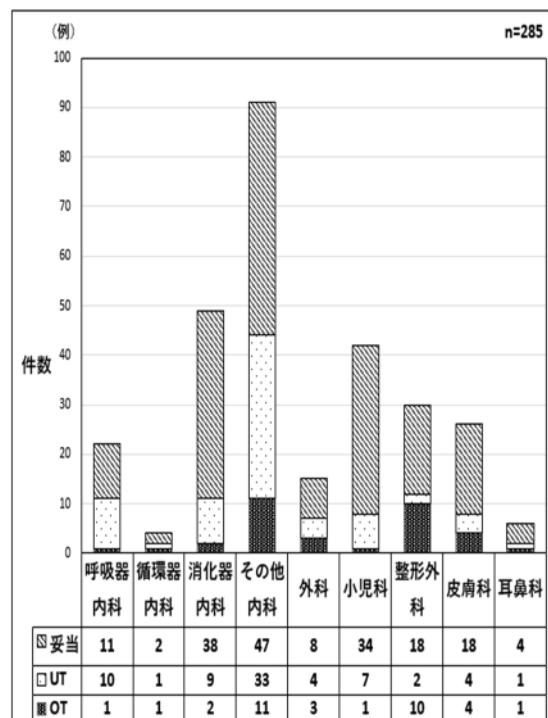
3. OT 症例の実態について

各科別の OT 症例数は、割合（OT 数/各科症例数）が高い順に、整形外科 33.3%、循環器内科 25.0%、外科 20.0%、耳鼻科 16.7%、皮膚科 15.4%、その他の内科 12.1%、呼吸器内科 4.5%、消化器内科 4.1%、小児科 2.4% であった。整形外科では、10 症例のうち 5 症例が創傷はあるが止血している症例であった。循環器内科として胸痛、呼吸苦の症状が来院時に軽減している症例が多かった。

4. 妥当症例の実態について

各科別の妥当症例数は、割合（妥当数/各科症例数）が高い順に、小児科 81.0%、消化器内科 77.6%、皮膚科 69.2%、耳鼻科 66.7%、整形外科 60.0%、外科 53.5%、その他の内科 51.6%、呼吸器内科 50.0%、循環器内科 50.0% であった。妥当に分類されたトリアージ用紙には、患者の訴えが記載されているものが多かった。

表 1 診療科別・トリアージ再評価の実際



VII. 考察

1. 觀察と問診の重要性

本研究の結果から、トリアージが妥当だった症例の多くは、患者からの訴えがあり、現在の状態や既往歴、身体状況などの情報を記録に残せていた。問診によりさまざまな情報を聞き出すことは、客観的なアセスメントにつながり、トリアージの妥当率があがる要因になっていると考えられる。JTAS2012 ガイドブックでは病歴聴取の能力について、「緊急救度判定時の病歴聴取では、患者が救急部門を受診した理由、既往歴、アレルギー歴、服薬状況などの情報を聴取する。個々の患者の緊急救度を評価するためには、患者自身が何を心配しているのかを患者自身の「(症状の経過に関する)話」から聴取することが必須となる」²⁾と述べている。そのため、今後も知識、想像力、経験、直感的洞察力、推察力をフルに使い患者を観察し問診をする必要がある。

2. 看護師の知識不足と経験年数による情報収集不足

今回の調査結果から、UT 症例では敗血症のリスクを見つけるために重要な観察項目であるSIRS 診断基準が評価されていないケースがあることが示された。また、OT 症例では出血や腫脹などの外観的变化がある症例のバイタルサイン測定、出血の程度、疼痛の強さ、内服薬との関連等の情報が不足していることが示された。これらの原因として、看護師の知識不足・経験年数が関係していると考えられる。国島らは、呼吸数の測定について、「看護師経験年数が高いと測定していないという結果から、経験から判断していることが考えられるが、経験からだけでは落とし穴に陥ることがあり、判断の裏付けとなるものが必要だ」³⁾と述べている。経験的判断だけではなく、根拠をもって総合的に判断することがトリアージの質の向上に必要であると考えられる。今後、経験的判断に頼りすぎないこと、トリアージ用紙を活用し客観的にアセスメントすることを周知していく必要がある。

3. トリアージ結果の振り返りと共有の重要性

今回のトリアージ結果を振り返り、問題点を抽出したことで、院内トリアージの課題が明らかとなつた。問題点は疼痛の強さ・呼吸数の未記載、

SIRS 診断基準などの医学的な知識不足、問診から予測できるリスクが考慮されていないことであった。今後も症例を基に事例検討をし、スタッフ全体で情報を共有することが有効であると考える。追体験することで、トリアージした思考過程を振り返り、同じことを繰り返さないように警告することができます。さらにトリアージ用紙の追加、修正を行うことは、より短時間での確な緊急救度・重症度を判断することにつながる。JTAS 基準はトリアージにおけるツールの一つであり、トリアジナースの資質向上に向けた教育体制の充実が望まれる。

VII. 結論

1. UT 事例では、疼痛の強さが評価されていない症例や呼吸数の記載がない症例が多かった
2. 適切なトリアージが行われなかつた要因として、SIRS 診断基準などの医学的な知識不足が影響していることが示唆された
3. 抗凝固剤内服中などの出血性素因・化学療法中の免疫低下など問診から予測できるリスクが考慮されていない症例があつた

引用・参考文献

- 1) 中野智子他、院内トリアージの現状と課題、日本職業災害医学会会誌、2018; 66 (2): 82-85
- 2) 緊急救度判定支援システム JTAS2017 ガイドブック、ヘルス出版、第2版、2018
- 3) 国島正義、松尾直樹、竹田明希子、他：救急外来における院内トリアージの実態—院内用紙の運用と看護師判断についての調査から—、日臨救急医会誌 (JJSEM) 2016; 19: 657-63

大腸内視鏡検査説明を行う内視鏡経験のある看護師の実態調査

keyword 大腸内視鏡検査説明 高齢者 内視鏡経験のある看護師

○岡村 文子 松岡 佳苗 山本 沙織 (医療法人愛仁会亀田第一病院)

I. はじめに

A 病院の大腸内視鏡検査（以降 CF とする）のほとんどが外来患者であり平成 28 年 308 件、平成 29 年 516 件、平成 30 年 716 件と増加傾向にある。平成 30 年では 75 歳以上の後期高齢者は 32% を占めていた。CF は 検診後の精密検査や術後の経過観察、有症時の検査など様々な目的で行われている。CF には食事、内服、下剤の飲み方など注意すべき前処置がたくさんある。高齢者は新しい環境に適応する能力が加齢に伴い低下すると言われている。そのため前処置についての説明を理解するまでに時間がかかり、検査を理解できるよう説明するのに困難な場合もあった。検査説明を行う看護師は、CF を受ける患者の理解力をアセスメントし、CF をスムーズに行えるよう指導しなければならない。特に内視鏡経験のある看護師は、日々 CF に携わっていることから検査説明のポイントや高齢患者の説明時の反応を観察しアセスメントしているのではないかと思った。そこで内視鏡経験のある看護師がどこをアセスメントし何に注意しながら CF 説明を行っているのかを明らかにし、内視鏡経験がない看護師でも同じように CF 説明ができるようにしたいと考えた。

II. 研究目的

内視鏡経験のある看護師が高齢者に CF 説明をする際、注意していることを明らかにし、今後内視鏡経験がない看護師への CF 説明の指導へつなげる示唆を得ることを目的とする。

III. 研究方法

- 研究期間：2019 年 5 月～8 月
- 研究対象：内視鏡経験のある外来の看護師 7 名
- データ収集方法：インタビューガイドを作成し、半構造化面接を行った。 インタビュアー・対象者・記録

者の 3 名でプライバシーが配慮できる個室で行った。事前に対象者には研究内容を伝えインタビューに協力してもらった。

インタビューの質問内容は以下の 7 項目で行った。

- ① 看護師の経験年数
 - ② CF 説明にかける時間
 - ③ 説明時間が短い時に理解できたと思う患者の反応や様子
 - ④ 患者のどういった反応や情報をみて時間をかけなければいけないと判断するか
 - ⑤ ④の答えに対して工夫している説明方法は何か
 - ⑥ 現在、CF 説明用紙以外で追加説明している内容、それはどういった理由か
 - ⑦ 検査説明をしていて困っていること
4. 分析方法：録音した内容は逐語録とし研究目的に沿ってコード化した。さらに類似性毎に分類し、カテゴリー化した。

IV. 倫理的配慮

院内の倫理委員会の承認を得て実施した。面接対象者には書面にて研究目的・方法・プライバシーの保護・守秘義務・研究への参加に対する自己決定の自由を説明し同意を得た。 インタビューを行う場所は外来のプライバシーが配慮できる個室で行った。

V. 結果

1. 対象者の属性

対象者 7 名の内視鏡経験年数は、平均 9.5 年、インタビュー時間は平均 15 分であった。

2. 高齢者に CF 説明をする際に注意していること
カテゴリー数は 3、サブカテゴリー数は 9、コード数は 202 であった。

表1 高齢者にCF説明をする際に注意していること

カテゴリー	サブカテゴリー
会話や反応から理解力を見て説明する	返事の仕方や微妙な表情・反応からどのくらい理解できているのかを確認する 会話や行動から理解力を確認する
年齢や生活環境に合わせた説明をする	80歳以上の患者は気を付けて説明している 外見や容姿から伺えるもの有無 既往歴・CF経験の有無や内服薬を問診で確認する 食生活やトイレの形態を確認する 家族構成・家族の協力が得られるか確認する
排泄状況に合わせた説明をする	便秘の有無 腸洗浄剤の飲み方の工夫

カテゴリーは【会話や反応から理解力を見て説明する】、【年齢や生活環境に合わせた説明をする】、【排便状況に合わせた説明をする】の3つが抽出された（表1）。以下カテゴリーは【 】、サブカテゴリー『 』で示す。

1) 【会話や反応から理解力を見て説明する】

このカテゴリーでは内視鏡経験のある看護師が高齢者の特徴である記憶力の低下・短期記憶の低下などから検査に関連する準備や注意点などの新しい内容を覚える困難さを踏まえて、理解力を捉えようとしている。高齢者は急に決まったCFの説明などを覚えることが困難と考え、『返事の仕方や微妙な表情・反応からどのくらい理解できているのかを確認する』、『会話や行動から理解力を確認する』というように理解力を読み取ろうとしていた。

2) 【年齢や生活環境に合わせた説明をする】

このカテゴリーは患者の家族構成や、今までのCF経験の有無、家から病院までの距離など患者一人一人に関する様々な背景を捉え、その人に合わせたCF説明に注意していることを示している。高齢者の精神機能の老化は個人差が大きいという特徴があることから『80歳以上の患者は気を付けて説明』していた。また一概に高齢者だからということではなく『外見や容姿から伺えるもの有無』、『家族構成・家族の協力が得られるか確認』するなど患者に合わせた説明を行っていた。

3) 【排便状況に合わせた説明をする】

このカテゴリーは内視鏡経験のある看護師が患者の普段の排便の状況を特に注意していたということを示して

いる。もともと便秘気味の患者では、残便でCFに支障をきたすことも考えられる。高齢者は加齢に伴う食事量やADLの低下、生理的機能の低下で便秘になりやすい。そのため特に『便秘の有無』を確認していた。

VI. 考察

1. 内視鏡経験のある看護師が高齢者にCF説明をする際、注意していること

外来の限られた業務の時間の中で、1人1人の患者に対して看護師は、「会話の中で理解が困難だと思う」や「一人で説明を聞いて帰るのが難しそう」など、患者の理解力を探ろうとしていることが分かった。小倉ら¹⁾は「患者指導にあたって、患者が何をどのように知りたいと思っているのか、患者はこれから受ける指導内容を理解するために必要な能力をどの程度持っているのか、或いはどのようなことをどのくらい理解しているのかなど事前にアセスメントして患者の実情に即した指導することが重要」と述べている。対象者から「全体像を把握して説明」や「生活スタイルに合わせた説明」などが語られ、今回の結果から内視鏡経験のある看護師が、患者の表情・反応、年齢などから患者の理解力を捉え、生活スタイルや家族構成などの個人の特性を総合的アセスメントしCF説明を行っていることが分かった。内視鏡室勤務における看護師に求められている能力として、新居ら²⁾は、「短時間で情報収集・アセスメントして年齢や検査経験に合わせ説明する能力」と述べている。高齢者の理解力や個人の特性は個々による差が大きく、短時間の中で理解力をアセスメントし、個人の特性に合わせて

説明することは内視鏡室で勤務する看護師に必要な能力であり、今回の結果でも明らかになった。

先行研究⁶⁾において外来看護師の能力として、「外来受診の短い時間の中で情報を意図的に集め、看護の必要性を判断する能力、患者個々に合った看護をする能力」とあり、今回の結果から内視鏡経験のある看護師がCF説明をする際に注意していることから見えた能力と一致していた。加えて、患者個々という点では、内視鏡経験のある看護師がCF説明する際に注意していることとして、サブカテゴリーで抽出された、『既往歴・CF経験の有無や内服薬を問診で確認する』が重要な注意点と考える。これは外来看護師としても注意しているところであるが、既往歴やアレルギーの有無などによっては、CFで使用できる薬品が異なるため特に内視鏡検査において必要な情報である。早川ら³⁾は「患者や家族、カルテなどから既往歴を把握することは、安全・安心・安楽な内視鏡診療を提供する上でとても重要。」と述べている。患者の安全・安心を守るために内視鏡経験のある看護師は既往歴やアレルギーの有無を重視し情報共有を図っていく必要がある。

また、患者が便秘傾向にあるとCF検査時に腸内に便が残りCF検査に支障をきたすこともあるため、排泄に関して排便習慣や下剤の内服状況などを詳しく聞きとり、個々の排便状況にあわせ説明していることが分かった。『腸洗浄剤の飲み方の工夫』はCF説明においてはとても重要であり、種類によっては飲み方が複雑であったり飲みにくかったりするため患者が理解しやすい説明だけでなく、CF説明用紙に載っていない飲み方の工夫なども一緒に説明していく必要がある。

2. CF説明の指導へつなげるためのスタッフ教育

CF説明は患者の理解力や個人の特性、排泄状況において個別的な説明が必要となってくる。それらを内視鏡経験のない看護師でも実践できるようにしていかなければならない。金子ら⁴⁾は「看護師が実践している患者指導の方法を実践やカンファレンスを通じ看護師全体で検討し共有することにより、看護師による指導技術の向上が可能になると見える」と述べている。A病院ではCF説明する看護師が内視鏡検査に携わる看護師とは限らず、検査説明を行っている。内視鏡経験のない看護師や新人看

護師は他のスタッフが行っているCF説明を見学し、その後CF説明を実践するため、十分な教育体制をとれていないことが現状であった。今後はCF説明を見学するだけでなく、内視鏡経験のある看護師の指導内容や実践を事例検討・カンファレンスを通して情報共有すること、今回の研究結果で示された内視鏡経験のある看護師が高齢者にCF説明をする際に注意していることを内視鏡経験のない看護師や新人看護師に説明することで指導力の向上やCF指導などのスタッフ教育につなげられると考える。

VII. 結論

内視鏡経験のある看護師がCF説明を行う際に注意していることとして【会話や反応から理解力を見て説明する】【年齢や生活環境に合わせた説明をする】【排便状況に合わせた説明をする】が抽出された。外来看護師としての能力と、内視鏡経験のある看護師がCF説明する際に注意していることから見えた能力は一致していたが、内視鏡経験のある看護師は既往歴や排泄に関する説明を重視していた。

VIII. 参考・引用文献

- 1) 小倉能理子：看護職者の患者指導に対する認識と実施状況、日本看護研究学会雑誌 Vol. 32 No. 2、p 75–83、2009
- 2) 新居富士美：消化管内視鏡検査における専門性として看護師に求められる能力、日本看護研究学会雑誌 Vol. 29 No5、p103–108、2006.
- 3) 早川初美：消化器看護 がん・化学療法・内視鏡 Vol. 23 No3、p 59–65、2018.
- 4) 金子史代：看護師の経験年数による患者指導の実態の分析、第39回看護総合、p 377–379、2008.
- 5) 植木瞳：40歳以上の初産婦に対して経験10年以上の助産師が行っている産褥期のケア、日本看護学会誌 Vol. 40、p82–90、2020.
- 6) 廣川恵子：看護実践から見出した外来看護師の能力、The Japanese Red Cross Hiroshima Coll. Nurs8、p21–29、2008

治療中断歴のある尋常性痤瘡患者の治療中断に関する影響要因

－面接調査を通して－

keyword 尋常性痤瘡 外来指導 治療中断

○小柳 志穂 佐久間 美佐子 佐藤 恵 小林 美紀 (のぶ皮膚科)
内山 美枝子 (新潟大学大学院保健学研究科)

I. はじめに

尋常性痤瘡は、思春期から壮年期の多くの人が罹患する疾患であり、数年の経過を辿ることから慢性炎症性疾患と位置づけられている。2008年、本邦初の面皰改善薬が承認されたことにより尋常性痤瘡の治療はガラリと転換した。非炎症性皮疹である面皰に対する治療が可能となり、さらには非炎症性皮疹が軽快したとの面皰・微小面皰に対する寛解維持療法が定着した。2017年には日本皮膚科学会の尋常性痤瘡治療ガイドラインが策定され、炎症を起こした状態への抗菌薬による治療から、軽症あるいは炎症が生じる前の早期の積極的な治療が推奨されるようになった¹⁾。面皰改善薬の開発から症状の改善は確実であるものの、症状が軽快するまでには長期間を要するとともに、様々な副反応が現れる。

尋常性痤瘡の治療は、その治療薬の特性から病態と治療薬の効果が正しく理解されることで治療継続が可能となるのではないかという思いから、Aクリニックでは初回の指導時から病状説明のパンフレットと独自に作成した指導用紙を用いて治療を開始している。指導内容は病態や治療薬剤とセルフケア方法、新たな痤瘡症状を予防するための外用治療薬継続の必要性についてである。しかし、指導を実施しても治療を中断してしまうケースがあった。それは初回の治療がAクリニックだけではなく他院の場合も散見された。そこで尋常性痤瘡患者の治療中断にはどのような影響要因があるのかを知ることで対象にあった実際的な指導内容の検討と今後の課題を明らかにできるのではないかと考えた。

II. 研究目的

治療中断歴のある尋常性痤瘡患者を対象に「治療を中断した理由」、「治療に関する指導内容の理解状

況」について面接調査し、その内容から治療中断に関わる影響要因について質的分析によって浮き彫りにすることを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究期間：20XX年5月～20XX年9月
2. 研究対象：尋常性痤瘡の治療中断歴があり、治療を再開する本研究に同意の得られたものとした。
3. データ収集：対象者にインタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。面接は、治療の再開時とその後の受診時に2回、合計3回行った。
4. 分析方法：面接時に得られた内容を記録した事項を文書データとする。その後、質的データ分析法を用いてカテゴリー化を行った。分析手順は下記の通りとした。
①インタビューデータから「治療を中断した理由」「治療に対する思い」、「治療に関する指導内容の理解状況」の項目と照らし合わせ、文章データを、一文で意味内容がわかるものを1データとして単位化する(元データ)。②元データを並べ、「治療に対する思い」、「治療を中断した理由」、「治療に関する指導内容の理解状況」の項目に元データを分類した。③各項目において元データ内容の類似性を確認しながら、グループ化をした。④グループ化したものに複数の元ラベルを表して命名した(コード)。⑤コードにおいてさらに類似性があるものはグループ化した。⑥グループ化したものを表して命名した(カテゴリー)。

IV. 倫理的配慮

研究対象者には研究の目的、方法及び参加への自由意志の尊重、研究参加不参加による不利益が生じ

ることのないこと、調査内容は研究以外に使用しないこと、匿名性の保持、結果の公表について文書と口頭で説明し、同意を得た。なお、本研究はAクリニック倫理委員会の承認を得て行った。

V. 結果

対象者は同意の得られた5名。概要は表1に示す。

表1 対象者の概要

対象者	A	B	C	D	E
年代	20代	30代	30代	20代	20代
前治療	Aクリニック	県内	県外	県外	県外
面接回数	1	3	3	3	3
治療薬	内服・外用抗菌薬 面皰改善外用薬				

インタビューした内容を「治療に対する思い」、「治療を中断した理由」、「治療に関する指導内容の理解状況」に分類し分析した結果を下記に示す。本研究では、カテゴリー化の段階でカテゴリー化できないコードの存在があり、それらのコードも抽出されたコードとしてあげた。カテゴリーは【】、コードは《》で示す。

「治療を中断した理由」では、1カテゴリーとカテゴリー化できない3コードが抽出された。【日常生活での優先度の変更】には《学校の課題や資格試験、就職による多忙》、《仕事による多忙》、《学校の課題、就職による多忙》、《バイトによる多忙》のコードが含まれた。カテゴリー化できないコードは《副反応に対する嫌悪感》、《症状改善による優先度の変更》、《それまでの受診医療機関へのアクセスの悪さ》であった。

「治療に対する思い」では、7カテゴリーとカテゴリー化できない3コードが抽出された。【非医療者の介入による治療再開の動機】には《脱毛美容サロンに対する信頼》、《親の勧めで治療開始》、《ネットによる情報収集で知識を得る行動》のコードが含まれた。【生活上の優先度の変更】には《治療中断理由》、《日常生活での優先度の選択》、《自身の生活における治療の位置づけ》のコードが含まれた。【外用治療の受容】には《外用薬に対しての受け入れ》、《外用薬の不快感を解消する対処》のコード

が含まれた。【外用治療に対する不快】には《多剤併用による混乱》、《外用薬のべたつきに対する不快感》、《外用薬のヒリヒリに対する不快感》が含まれた。【指導による日常行動での工夫】には《日常生活での頭髪の工夫》、《日常生活での悪化因子に対する工夫》が含まれ、【自己流の日常行動での工夫】では《日常生活でのメイクの工夫》、《日常生活でのスキンケアでの工夫》、《日常生活習慣の工夫》、《受診に対する工夫》、《親の勧めで取り入れた日常のケア》、《日常生活での悪化因子に対する工夫》が含まれた。【医療者の意図的介入による変化】には《治療継続に対するきっかけ》、《今回の治療に対する意気込み》、《声掛けに対する感謝》、《声掛けに対するやる気》、《治療継続への不安》、《治療継続への状況》、《自身の持つ疾患に対する情報の整理》、《これまでの情報の整理》、《現状の整理》、《症状の改善を認知》が含まれた。カテゴリー化できないコードは《治療を中断したことに対する罪悪感》、《治療を継続する意思》、《治療を再開するきっかけ》であった。

「治療に関する指導内容の理解状況」では、2カテゴリーとカテゴリー化できない2コードが抽出された。【時間の経過とともにあいまいになる】では《あいまいながらも外用治療は遵守している》、《より良い日常行動の模索と実施》、《自己流外用の実施》が含まれた。【再指導により深まる理解】では《病態の正しい理解》、《治療薬の正しい理解と実践》が含まれた。カテゴリー化できないコードは《治療効果の実感》、《脱毛美容サロンへの信頼》であった。

VI. 考察

「治療を中断した理由」には、日常生活での優先度の変更が多かった。尋常性痤瘡は、思春期から壮年期とあらゆる段階での罹患者がいることや疾患の特性から、罹患時期が長期化すること、増悪と軽快を繰り返す。そのため、ライフステージに合わせた関わりが必要となる。今回の対象者からも、治療経過の中で他県からの転居ケースが含まれている。指導の際には、一人一人のその時の状況に合わせて、

生活状況が変化した場合でも治療を継続することができるよう説明していく必要がある。また、症状が改善したことから、中断したという結果もあり、一度の治療で完治する疾患ではないこと、今後も悪化する可能性があること、寛解維持療法の可能性もあることの説明も重要である。その他にも医療機関へのアクセスの悪さ、副反応に対する不快といった結果もあり、様々なライフステージに罹患することから治療期間が長期化しやすいや外用薬に対する不快感が治療の中止に直結する可能性もあることを伝えていかなければならない。また、その都度治療を再開できるという安心感とその方法やタイミングについて説明を加えることで次へと繋がる指導をすべきであると考える。

「治療に対する思い」には、自己流の日常行動での悪化を防止する工夫が多く、症状が悪化したことや非医療者の介入、生活上の優先度の変更により治療を再開する対象者がみられた。“ニキビは青春のシンボル”として軽視される傾向があり、疾患としての認識が低いため早期からの積極的な治療が行われていない現状もある²⁾。治療の開始時には対象者の疾患や治療に対するイメージ、治療の継続に影響を与える可能性のある非医療者などのキーパーソンの存在を確認することが大切となる。外用治療に対しては、先に述べた刺激感の他にべたつきといった不快を感じる対象者もいることが明らかとなった。指導により日常行動を工夫したり、医療者の意図的介入で変化したりした結果もあり、現在行われている指導によって、より良い治療環境となっていることは評価できた。しかし、治療を中断したことに対する罪悪感を抱いている対象者もいたため、治療を中断した理由を突き詰めることはせず、患者の思いを受容した上で、今の生活上で治療を継続するにはどう行動できるかをより具体的に患者と一緒に考えていくことが治療の継続に繋がるのではないかと考える。

「治療に関する指導内容の理解状況」では、病態や治療薬の効果は時間の経過とともに不明瞭になるが、治療薬の使用方法はおおまかに覚えており、記憶に頼りながら自己流の対処を入れながら、治療過

程を遵守する対象者が多かった。また再指導によって、より良い日常行動の実施にも繋がり、疾患に対する理解が深まった結果もみられた。しかし、再指導後も認識が曖昧であったり、理解が深まらなかつたりといった結果も同等にあった。元々、医学的専門知識のない対象者に病態や治療薬を一度の説明で理解してもらうことは困難であると考える。これらのことから早期に治療を開始するためには、病態や治療薬の医学的専門知識の理解を急がず、まずは外用薬が使用可能であるのか、刺激感が出現した際の対処が実施できているかなどに注目し、見守っていくことが重要ではないかと考える。その上で病態や治療薬のより詳細な説明を実施することで理解を深めることが可能となるのではないか。

今回の結果から、より良いタイミングでの、医療従事者の意図的な介入は、治療継続のモチベーションを上げる、あるいは維持することになると考えられる。

VII. 結論

治療中断歴のある尋常性痤瘡患者の治療中断に関する影響要因として以下のことが示された。

治療は【日常生活での優先度の変更】で中断することが多いなか、治療を継続しようと生活上での工夫をしていた。それらの思いが再受診をする機会となり、【再指導により深まる理解】とともに【時間の経過とともにあいまいになる】を繰り返していた。

尋常性痤瘡は、罹患する期間が長期化しやすく、増悪と軽快を繰り返す慢性的な疾患であるため、患者側がそれらを理解していないと治療が中断されやすい。患者の日常生活や状況に合わせた指導強化の重要性が示唆された。

引用文献

- 1) 林伸和、赤松浩彦、岩月啓氏 他:尋常性痤瘡治療ガイドライン 2017、日本臨床皮膚科医会雑誌、127(6)、2017
- 2) 川島眞、宮地良樹:一般人を対象とした、痤瘡との対処方法に関するインターネット調査、日本臨床皮膚科医会雑誌、34(6)、732、2017

経口摂取困難な患者の口腔内環境改善に向けた取り組み —口腔ケア後の唾液腺マッサージの効果—

keyword 唾液腺マッサージ 口腔ケア 口腔内環境 評価

○倉重 恵奈 細貝 智恵子（悠遊健康村病院）
加藤 栄子（立川総合病院）

I. はじめに

口腔ケアは基本的看護ケアのひとつである。劣悪な口腔衛生状態は、呼吸器感染だけでなく、血液路感染や口腔内の局所感染の原因となる¹⁾ため、日常の口腔ケアにより口腔内環境の改善が必要である。A病院B病棟は障害者施設等一般病棟であり、経口摂取が困難で経管栄養や禁食・輸液管理を行っている患者が約半数を占める。そのうち9割以上が意識障害や身体機能の低下により、自力での口腔ケアが困難なため看護師による口腔ケアが必要になっている。2018年から口腔問題を解決するために簡便に評価するための日本語版 Oral Health Assessment Tool（以下 OHAT-J）²⁾を取り入れて口腔内評価に活用している。経口摂取ができない患者の口腔内は乾燥し歯の表面の汚れや舌苔が付着して不衛生な状態にあり、粘膜は敏感で出血しやすい。口腔ケア時に、含嗽剤や口腔ジェルを用いて汚れの除去と保湿を心掛けているが、持続効果がなく乾燥と汚れを繰り返している。経管栄養中の患者や絶食中の患者は、唾液の分泌量が減少するため口腔ケアによる適切な刺激を与えることにより、唾液の分泌を促進させることが必要である³⁾。唾液分泌を促す方法として物理的刺激としての唾液腺マッサージがある。先行研究では、口腔乾燥に対して唾液腺マッサージすることにより、唾液分泌を促す効果は多く報告されている⁴⁾⁵⁾⁶⁾。しかしながら、口腔ケアに取り入れ口腔内環境の改善につながったという報告⁷⁾は少ない。そのため口腔ケア後に唾液腺マッサージを取り入れてOHAT-Jで評価し、口腔内環境が改善するかを検討したいと考え、本研究に取り組んだ。

II. 研究目的

経口摂取困難で口腔内環境に問題がある患者に対し、口腔ケア後に唾液腺マッサージを取り入れることで口腔内環境の改善に効果があるかを明らかにす

る。

III. 研究方法

1. 対象者

B病棟入院中の経口摂取困難で口腔内環境に問題があり、全介助にて口腔ケアを実施している、OHAT-Jが2点以上の患者2名

2. 研究期間：20XX年9月～12月

3. データ収集方法

1) 口腔ケアと唾液腺マッサージの勉強会

口腔ケアと唾液腺マッサージの方法について摂食嚥下障害認定看護師に講師依頼し、B病棟看護師全員が勉強会に参加できるよう6回に分けて行った。

2) 口腔ケアと唾液腺マッサージの実施

(1) 実施期間は、20XX年10月の4週間とした。

(2) 口腔ケアは、A病院「院内口腔ケアマニュアル」に沿って以下の①～③の方法で1日3回（朝・昼・夕）実施した。

- ①口唇・口腔内を含嗽液で湿潤させ汚れを除去する。
- ②歯ブラシとスポンジブラシでブラッシングする。
- ③口腔内を清拭し必要時保湿剤を使用する。

(3) 唾液腺マッサージは、以下の①～③を1セットとして、昼の口腔ケア後に1日1回13時～15時の間に当日の担当看護師が実施した。

- ①耳下腺：第2～5指を奥歯付近に当て後ろから前に向かって10回まわす。
- ②顎下腺：顎下の左右の骨より内側を第2～5指で10回押す。
- ③舌下腺：下顎の中央付近で両手第1指をそろえて顎の真下から舌を突き上げるように10回押す。

(4) 唾液腺マッサージ施行中は、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）を確認しながら行い、すぐに吸引ができる準備をした。

(5) 口腔ケア・唾液腺マッサージのチェックリストを作成し、口腔ケア・唾液腺マッサージの実施の

有無、時間、実施できなかった場合は理由を毎回記入した。OHAT-J の評価項目は口唇、舌、歯肉・粘膜、唾液、残存歯、義歯、口腔清掃、歯痛の 8 項目あり、それらの項目が健全(0 点)、やや不良(1 点)、病的(2 点)の 3 段階に分けられている。その中で今回は粘膜の清掃状態に着目し推移を重点的にみた。

3) 口腔内環境の評価

OHAT-J を用いて 1 週間ごとに昼の口腔ケア前に当日の担当看護師とリーダー看護師の 2 名で評価した。

4. データ分析方法

唾液腺マッサージの介入前後の OHAT-J のスコアを比較し、口腔内環境の変化を明確にして唾液腺マッサージの効果について検討した。

IV. 倫理的配慮

対象患者・家族に研究の趣旨と方法、参加は任意であり、同意が得られた後でも撤回が可能であり協力の諾否によって不利益を被らないこと、結果は目的以外には使用せず個人が特定されないよう配慮すること、プライバシーを遵守し、口腔内や唾液腺マッサージ部位に異常がみられたり、身体状態悪化が生じたりした場合は直ちに研究を中止すること、研究結果は公表予定であることを口頭と書面にて説明し同意書への署名をもって同意を得た。看護部倫理審査委員会で承認を得て実施した。

V. 結果

1. A 氏：80 歳代、パーキンソン病、経鼻経管栄養
口腔ケアと唾液腺マッサージを 4 週間毎日実施できた。OHAT-J の各項目のスコアは、介入前は口唇、舌、唾液の項目が 1 点、口腔清掃が 2 点であった。A 氏の口腔内は口唇の乾燥、舌苔の付着、粘膜のべたつきと乾燥、強い口臭と痰の塊が付着していた。介入後 1 週目には変化はみられなかつたが、2 週目には口腔清掃の項目が 1 点になり、若干の口臭と少量の痰の付着となつた。3 週目には口唇の湿潤がみられ、4 週目には舌苔が消失した。唾液の項目は介入前から 4 週目まで変化はなく粘膜のべたつきがあつた。唾液腺マッサージ中に唾液の分泌があり、嚥下がみられることがあつた（表 1）。OHAT-J の合計スコアは、介入前は 7 点だったが、4 週目は 4 点に

減少した（図 1）。

2. B 氏：70 歳代、脳出血後遺症、経鼻経管栄養

3 週目の評価前日に 1 回だけ昼の口腔ケアと唾液腺マッサージが看護師の業務多忙のため実施できなかつた。OHAT-J の各項目のスコアは、介入前は口唇、口腔清掃の項目が 1 点であった。B 氏の口腔内は口唇の乾燥と若干の口臭と少量の痰の付着があつた。介入後 1 週目と 2 週目には口腔清掃の項目は 1 点で口臭と痰の付着は変わらず、口唇の湿潤がみられた。3 週目には口唇、舌の項目が 1 点になり、口唇と舌の乾燥が出現したが、口臭と痰の付着は消失した。4 週目には口唇と舌が湿潤した。唾液の項目は介入前から 4 週目まで口腔粘膜は湿潤していた。唾液腺マッサージ中に唾液の分泌があり、嚥下がみられることがあつた（表 2）。OHAT-J の合計スコアは、介入前は 3 点だったが、1 週目は 2 点に減少した。3 週目は 3 点に増加したが、4 週目には 1 点に減少した（図 2）。

表 1 A 氏の OHAT-J 評価による各項目のスコア

	A 氏				
	介入前	1週目	2週目	3週目	4週目
口唇	1	1	1	0	0
舌	1	1	1	1	0
歯肉・粘膜	0	0	0	0	0
唾液	1	1	1	1	1
残存歯	2	2	2	2	2
義歯	0	0	0	0	0
口腔清掃	2	2	1	1	1
歯痛	0	0	0	0	0

注) 0=健全 1=やや不良 2=病的

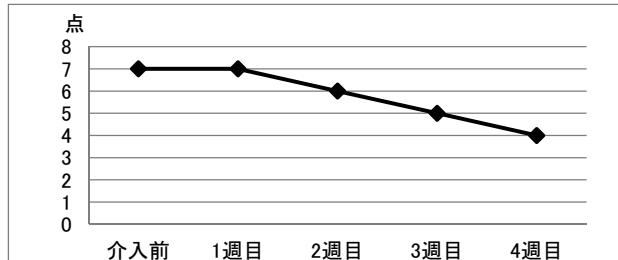


図 1 A 氏の OHAT-J 評価における合計スコア

表 2 B 氏の OHAT-J 評価による各項目のスコア

	B 氏				
	介入前	1週目	2週目	3週目	4週目
口唇	1	0	0	1	0
舌	0	0	0	1	0
歯肉・粘膜	0	0	0	0	0
唾液	0	0	0	0	0
残存歯	1	1	1	1	1
義歯	0	0	0	0	0
口腔清掃	1	1	1	0	0
歯痛	0	0	0	0	0

注) 0=健全 1=やや不良 2=病的

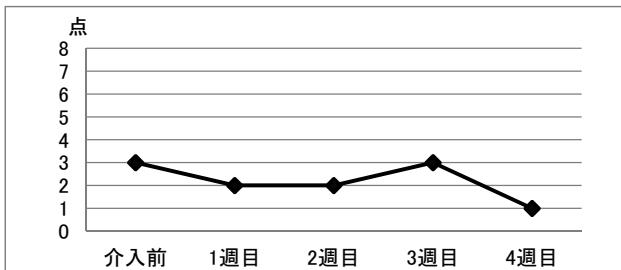


図2 B氏のOHAT-J評価における合計スコア

VI. 考察

口腔ケアに唾液腺マッサージを取り入れ A 氏・B 氏共に OHAT-J 評価で口腔内環境の改善があった。唾液の項目は OHAT-J 評価スコアの変動はなかったが、A 氏・B 氏に唾液腺マッサージを実施した際、嚥下がみられることがあり、松尾⁸⁾や大竹ら⁹⁾が述べているように唾液の分泌を促す効果があると確認できた。唾液が分泌されたことにより、唾液の機能である口腔粘膜の保護、抗菌作用、緩衝作用等が促進され口腔内乾燥や舌苔・口臭の改善に働いたと考える。菅は「口腔ケアをアセスメントするにあたっては、口腔環境因子である口腔乾燥を忘れないようにする。口腔環境を改善するためには保湿が不可欠である。常時保湿することが、口腔環境を整えることにつながる。」¹⁰⁾と述べているように、唾液の分泌により口腔内が保湿されたことで口腔ケアが行いやすくなり、口腔内環境が改善したと考える。

B 氏は 3 週目の OHAT-J 評価で口唇と舌の乾燥が出現し 1 点がついたことは、3 週目の OHAT-J 評価前日に 1 回口腔ケアと唾液腺マッサージを実施できなかつたことも影響していると考えられる。それ以外の項目では A 氏・B 氏共に 4 週目までの評価で徐々に点数が改善していったため、より効果が得られるためには毎日口腔ケア・唾液腺マッサージを継続していく必要があると考える。そして、今回は 1 日 1 回の唾液腺マッサージの実施だったが、小林ら¹¹⁾は、1 日 1 回の唾液腺マッサージ後に口腔内の水分量は増加したが、長期的には水分量の変化は殆ど認められなかつたと報告していることから、唾液腺マッサージの回数を増やすことさらに口腔内環境が改善されるのではないかと考えられる。本研究では 2 症例で 1 回の唾液腺マッサージに限定したが、今後は症例数を増やし唾液腺マッサージの回数や保湿剤の併用方法についても検討する必要があると考える。

VII. 結論

1. 経口摂取困難で口腔内環境に問題がある患者に口腔ケア後、唾液腺マッサージを取り入れたことで口腔内環境の改善につながった。
2. 今後は症例数を増やし、唾液腺マッサージの回数と保湿剤の併用方法についても検討が必要である。

引用文献

- 1) 松尾浩一郎、中川量晴:口腔アセスメントシート Oral Health Assessment Tool 日本語版 (OHAT-J) の作成と信頼性妥当性の検討、日本障害歯科学会雑誌、37、1-7、2016.
- 2) 前掲書 1)
- 3) 鶴尾和：経管栄養中・絶食中の患者への口腔ケア、日本口腔ケア学会（編）、関連図からみた口腔ケア 病院から在宅まで、永末書店、73、2016.
- 4) 小山田幸子、小原志津子、高橋朋恵、他：口腔乾燥に唾液腺マッサージを導入した効果、第 37 回日本看護学会論文集 看護総合、80-82、2006.
- 5) 小林悦子、笠村祐希、金子あゆみ：経管栄養患者の口腔乾燥に対する唾液腺マッサージの効果、第 37 回日本看護学会論文集 成人看護 II、265-267、2006.
- 6) 原久美子、仁井谷善恵、松本厚枝、他：唾液腺マッサージにより口腔乾燥の改善を認めた一例、日本歯科衛生学会雑誌、1 (1)、102-103、2006.
- 7) 塚越和美、渋谷映栄、清水律子、他：口腔内乾燥している患者に唾液腺マッサージを取り入れた口腔ケアの効果、第 37 回日本看護学会論文集 成人看護 II、262-264、2006.
- 8) 松尾恭子：女性を対象とした唾液腺マッサージによる唾液分泌量と口腔内清潔度の検討、第 46 回日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション)、77-76、2016.
- 9) 大竹恵子、江川広子：唾液腺マッサージによる唾液分泌量の変化とその効果、明倫短期大学紀要、16 (1)、18-24、2013.
- 10) 菅武雄：口腔乾燥がある患者の口腔ケア、菊谷武（監）、口をまもる生命をまもる 基礎から学ぶ口腔ケア、学習研究社、116-120、2009.
- 11) 前掲書 5)

身体拘束解除に対する看護師の意識調査 —身体拘束判断基準の導入後の変化—

keyword 身体拘束解除 判断基準 高齢患者

○齋藤 茜子 黒田 素子（佐渡市立両津病院）

I はじめに

わが国の高齢化率は、2019 年に 28.5%に達しているが、A 市においてはすでに 42.0%に達している¹⁾。

A 市にある B 病院 C 病棟の 2019 年の入院患者の平均年齢は 81.2 歳、認知症高齢者の日常生活自立度の平均はⅢであり、認知症を伴う高齢患者が多い。そのため、入院による環境の変化に伴うせん妄や、認知症により予測できない行動をとることがあり、確実な治療、安全確保、生命の維持・回復のために身体拘束をせざるを得ない状況がある。C 病棟では、これまで身体拘束の開始・解除の判断基準がなく、連日の評価はその日の受け持ち看護師が個人で行っており、一度身体拘束を開始すると長期化する傾向にあった。

昨年度の C 病棟における「身体拘束に対する看護師の意識調査」の結果からも、身体拘束の解除を判断する際の基準がなく、看護師間の判断のずれが長期化する要因であることが明らかとなっている。そこで今年度は身体拘束の長期化を防ぐため、身体拘束判断基準を作成・導入し、拘束解除に対する看護師の意識調査を行った。その結果、身体拘束解除に対する看護師の意識の変化がみられたのでここに報告する。

II 研究目的

身体拘束の長期化を防ぐために、身体拘束判断基準を作成・導入し、導入後の看護師の身体拘束解除に対する意識の変化を明らかにする。

III 用語の定義

身体拘束： 抑制帶、患者の身体または衣服に触れる何らかの用具を使用して、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（以下「拘束」とする）。

身体拘束判断基準：C 病棟において、身体拘束を開始・解除する際の独自に作成した判断基準（以下「判断基準」とする）。拘束が必要な項目を明示し、項目に該当時の拘束を行う。拘束を開始した場合には評価日

を設定し、看護師複数名でカンファレンス後、不必要的拘束は解除するようにしたもの。（表 1）

表 1. 身体拘束判断基準

身体拘束判断基準	
●評価日：開始当日、3日目、7日目、14日目、21日目、以降3W毎 +必要時（状態変化時） ※評価日を処置表に組む	
●評価は複数（2人以上） ●評価後主治医にサインをもらう	
●該当する項目には○、該当しなくなったら×を記入	
【入院日】月 日 月 日	
①ミトン チューブ類の抜去リスクが高い かきむしる、異食する その他の抑制を外してしまう 叩く、かじる、つねるなどのケアへの抵抗が激しい	
②グリップ・紐 体幹抑制だけで転落のリスクを回避できない ミトンをしていてもチューブ類の抜去リスクがある 叩く、かじる、つねるなどのケアへの抵抗が激しい ミトンは必要ないが、グリップや紐等の抑制が必要 興奮して指示が入らない	
③体幹 床上安静の指示が守れない ベッド上で他の体動かで活発で転落のリスクが高い	
④介護衣 オムツ外し、便こね、脱衣行為がひどい M.H. フォーレ抜去のリスクがある 抜去歴がある かきむしる	
⑤腰付け 椅を乗り越えて転落するリスクが高い	
⑥3本柵 ベッドの片側から乗り降りの方が安全	
⑦4本柵 臨床時の体動が激しく、転落のリスクがある	
⑧柵固定 椅を自力で外し転倒のリスクがある	
※参考※ 医師サイン カンファレンス 参加者 抑制の種類（番号） 評価（開始・変更・継続・解除・再開・退院）	

III 研究方法

1. 調査対象：B 病院 C 病棟に勤務する看護師 27 名
2. 調査期間：20XX 年 6 月～11 月
3. 調査方法：

1) C 病棟独自の判断基準（表 1）の作成・導入

6 月 25 日～10 月 31 日に入院中で拘束が必要となった患者を対象に導入した。

2) 判断基準導入後の看護師の拘束解除に対する意識調査

(1) 判断基準導入後の看護師の拘束解除に対する意識について、3 件法および 2 件法とその理由（自由記載）、複数回答法で構成する独自の質問紙を作成し、封筒と共に配布した。回収箱を使用した。

(2) 調査は、判断基準導入後 4 ヶ月後と導入 6 ヶ月後の 2 回実施した。

4. 分析方法

調査結果は単純集計し、自由記載による記述は類似性に基づき整理した。

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。対象の看護師には、本研究の目的、意義、方法、得られた結果は研究以外には使用しない事、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障、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、調査用紙の回答・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、終了後はシュレッダーで破棄した。

V 結果

1. 対象数と回答数

質問紙は看護師 27 名に配布し、判断基準導入後 4 ヶ月の調査では 26 名(有効回答 26 名)、導入後 6 ヶ月では 23 名(有効回答 23 名)から回答が得られた。

2. 判断基準導入後の拘束解除に対する看護師の意識

判断基準導入後 4・6 ヶ月の拘束解除に対する看護師の意識について、選択肢による回答を表 2 に示す。

表 2 判断基準導入後の拘束解除に対する看護師の意識

質問内容	選択肢	導入 4 ヶ月後 n=26	導入 6 ヶ月後 n=23
拘束期間について、長期化していると感じたことはあるか(判断基準導入前)	ある	26	100.0%
	時々ある	0	0.0%
	ない	0	0.0%
拘束期間について、長期化していると感じたことはあるか(判断基準導入後)	ある	4	15.4%
	時々ある	20	76.9%
	ない	2	7.7%
不必要的拘束をしていると感じたことはあるか(判断基準導入前)	ある	21	80.8%
	時々ある	5	19.2%
	ない	0	0.0%
不必要的拘束をしていると感じたことはあるか(判断基準導入後)	ある	2	7.7%
	時々ある	21	80.8%
	ない	3	11.5%
身体拘束判断基準を導入して感じられた効果(複数回答)	拘束解除の意識づけとなった	23	88.5%
	拘束解除の相談がしやすくなった	13	50.0%
	共通した判断ができるようになった	13	50.0%
	不要な拘束がなくなった	13	50.0%
	長期化することがなくなった	13	50.0%
	A DL が上がった	3	11.5%
	患者の表情が良くなった	3	11.5%
判断基準の導入は『拘束期間の短縮化につながっている』と感じることはあるか	ある	9	39.1%
	時々ある	11	47.8%
	ない	3	13.0%
判断基準の導入後、チームのメンバーで検討する機会は増えたか	増えた	20	87.0%
	変わらない	3	13.0%

判断基準導入 6 ヶ月後の調査で、判断基準の導入が拘束期間の短縮化につながっていると感じたことが「ある」「時々ある」の理由として、「必要かどうかを具体的

に記しているため解除しやすい」「評価日を設けたことで解除する意識が高まった」「相談しやすくなった」等の意見が得られた。また、判断基準の導入後、チームのメンバーで検討する機会が「増えた」の理由として、「複数のスタッフと解除について話し合い、いろんな意見が出てよかったです」「結果的にやめられなくても、今の拘束が妥当かどうかなど話し合うことはできた」「実際にされている拘束の把握ができ、意識してみることができるようになった」等の意見が得られた。

判断基準の導入 4・6 ヶ月後の調査で、不必要的拘束をしていると感じたことが「ある」「時々ある」の理由として、「いらないと思いつつも安全のためとしていることがある」「以前に転倒や点滴などの自己抜去をしたことがあると外すタイミングが難しい」「外したことでのリスクや次の勤務帯のスタッフに迷惑がかかると心配」「本人が転倒など負傷したら申し訳ないと考えてしまう」等の意見が得られた。

VI 考察

判断基準導入後の意識調査から、「拘束解除の意識づけとなった」「共通した判断ができるようになつた」「拘束解除の相談がしやすくなつた」「実際にされている拘束の把握ができ、意識してみることができるようになった」という効果が得られている。判断基準導入前には 100% の看護師が拘束の長期化を感じていると回答したが、判断基準導入によりその割合は減少し、86.9% の看護師が拘束の短縮化につながっていると回答した。判断基準を用いて複数名で評価を行うこととした今回の取り組みは、共通の指標ができたことで個々の主観的な判断に左右されずに評価することができるようになった。こうした看護師間の判断のずれの解消や、拘束について検討する機会が増えたことなどの拘束解除への意識の高まりが、不必要的拘束の解除や長期化を防ぐことにつながり、意識付けになったと考える。

一方で、判断基準導入後も不要と思いつつも安全策として不必要的拘束が行われている場合もあり、判断基準の使用や看護師複数名でのカンファレンスだけでは、拘束をしていない状況での転倒転落やチューブ類の自己抜去などに対する看護師の不安や心配は取り切

れないことが分かった。厚生労働省の『身体拘束ゼロへの手引き』²⁾では、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件すべてを満たしている緊急やむを得ない場合のみ、例外的に拘束が認められている。緊急やむを得ず拘束を行う場合については、「緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除する。この場合には、実際に身体拘束を一時的に解除して状態を観察するなどの対応をとることが重要である。」とあり、安全策で行っている不要な拘束に対する対策が必要である。

小林ら³⁾は、「身体拘束を必要としない状態を保つためには、身体拘束を可とする「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件をすべて満たすかどうかを、多職種の専門性の観点から検討できる体制を整備する必要がある。」と述べている。さらに小林ら⁴⁾は「多職種によるカンファレンスを通じて新たな気づきから、「状況に対応した、とるべき行動（If⇒Do）」の解決方策のパターンを増やし、問題解決の効率性と質を高め、生産性のある多職種カンファレンスとしていくことが大切であろう。」と述べている。また、抑制ゼロに成功した金沢大学附属病院では抑制ゼロの挑戦が非常に困難な場合もあったとし、小藤⁵⁾は「そのときも、患者にとってのメリットとデメリットを多職種で話し合い、合意をしながらケアを進めています。毎日の話し合いや情報共有、そしてチームの力で抑制を考えることなく乗り切ることができると、大きな自信と喜びになっています。」と述べている。これらのことから、今後は多職種を交えてそれぞれの専門的知識によって様々な視野で患者を捉え、拘束せざるを得なくなる要因の特定、ケア方法の検討、拘束の代替策などをカンファレンスし、不必要的拘束の解除に向けて関わっていく必要がある。

表2より、拘束を解除したことで患者のADLや表情の変化など、心身の向上を約7割の看護師が実感している。看護ケアの原点に立ち戻り、患者の心身の苦痛を軽減し、尊厳を守れるように、今後も拘束に対する意識を高め取り組んでいくことが重要であると考える。

VII 結論

1. 判断基準という共通の指標を作成し、複数名での評価を行うようにしたことで、個々の看護師の拘束解除についての意識が高まった。
2. 拘束は不要と考えていても安全策や看護師自身の不安や心配があることが明らかになった。
3. 今後はさらに拘束に対する意識を高め、代替策などを多職種と検討し、病院全体で拘束解除について取り組んでいくことが課題である。

引用文献

- 1)新潟県福祉保健部福祉保健課：高齢者の現況—令和元年10月1日現在—、新潟県ホームページ、2020年3月10日閲覧、
<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/197122.pdf>
- 2)厚生労働省：「身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアに関わるすべての人に～」、身体拘束ゼロ作戦推進会議、2020年3月10日閲覧
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/854.pdf>
- 3)小林美亜、竹林洋一、柴田健一、：「快」と「安心感」をヒントに考える認知症高齢者への身体拘束を減らすための工夫、精神看護(11)，医学書院，p.576，vol.21, No.6, (2018)
- 4)前掲書3), p.576
- 5)小藤幹恵：高度急性期医療の場での抑制しない看護へのチャレンジ、看護、日本看護協会機関誌、p.75, vol.70, No.2, (2018)

参考文献

- 1)日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会：身体拘束ガイドライン、2020年3月10日、閲覧 [Jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf](http://jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf), 2020年
- 2)アルメディアWEB：ますますひろがる身体拘束をなくす取り組み、2020年3月10日、閲覧
<https://www.almediaweb.jp/expert/feature/1812/index02.html>
- 3)谷本優子、西本愛、平井有美、香川尋子、藤本俊一郎：医学マネジメント学会雑誌, Vol. 6, No3, p. 564-567 (2005)

高齢患者の身体拘束最小化を阻害する要因について

keyword 身体拘束 身体拘束最小化 看護師の認識 職場風土

○佐藤 千恵子 樋山 峰子 小林 志穂（新潟県立吉田病院）
小林 理恵（新潟青陵大学看護学部看護学科）

I. はじめに

近年、身体拘束廃止に向けた動きがみられており、A 病院では認知症ケア加算 2（研究実施時）を取得し、身体拘束率を下げる取り組みを行っている。身体拘束の実施や解除は、医療安全マニュアル・認知症ケアマニュアルに基づいて行っているが、その時の看護師の知識、経験からの判断に任せられている傾向があった。加藤らは、「転落などによる骨折の防止や精神症状による自傷他害のリスクを避けることを優先してきたため、行動制限最小化は実現できていないのである。」¹⁾と身体拘束に関する看護師のリスク重視の判断について指摘している。

そこで、本研究は B 病棟における身体拘束の実施状況、および看護師の身体拘束に関する認識から、身体拘束最小化を阻害する要因を明らかにすることを目的とした。研究結果は、身体拘束最小化に向けた改善策を検討する有用な資料となると考える。

II. 研究方法

1. 対象：身体拘束に関する認識については B 病棟（内科・眼科・小児科の混合病棟、病床数 39 床）に勤務する看護師 17 名を対象とした。

2. 研究期間：2019 年 6 月～9 月

3. 調査方法

身体拘束の実施状況に関しては、2018 年 4 月～2019 年 9 月の期間に B 病棟に入院した 65 歳以上の患者のカルテから、年齢や認知症高齢者の日常生活自立度（以下自立度）、身体拘束の実施内容について調査した。なお、A 病院では、医療安全の観点から離床センサーを身体拘束として定めている。認知症の診断を受けていないとも、自立度にて患者の状態評価をしている。また、対象看護師に身体拘束に対する認識や身体拘束最小化を阻害する要因について、選択回答式と自由記述式アンケートを実施し、各自が回収箱に投函した。

4. データの分析方法

カルテ調査内容とアンケートの選択回答は単純集計した。また、自由記述の回答内容は研究者で討議し、身体拘束に対する思いや考えが記述された文章の中から 1 つの意味内容ごとに文脈を切り分け、コードを作成した。さらに、各コードを内容の類似性により分類整理し、カテゴリー化した。なお、本研究では計画立案からカテゴリー形成において、分析結果がデータから飛躍しないように、質的研究によるスーパーバイズを継続的に受けた。

5. 倫理的配慮

参加者に研究目的やアンケート内容、所要時間、調査への参加の可否は職務に影響しないこと、データの管理と研究終了後にデータは破棄すること、研究結果を論文として公表することを文書と口頭で説明した。参加者による調査用紙の投函をもって、研究協力の同意を得たものとした。身体拘束実施状況の調査はカルテから情報収集を行い、得られた情報は個人が特定されないよう記号で記した。なお、新潟県立吉田病院臨床研究審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 2019-3）。

III. 結果

1. 身体拘束の実施状況

カルテによる分析対象患者数は 299 人であった。自立度は 0～Ⅱが 250 人（84%）、認知症診断を有する患者は 26 人（9%）であった。身体拘束有群は 41 人（15%）であり、その中で自立度 0～Ⅱは 22 人（49%）、認知症診断を有する患者は 11 人（24%）であった。拘束手段はミトンの使用が 3 人、つなぎ服の使用が 1 人で、それ以外は全て離床センサーであった。明らかな記録として記されているものとしては、身体拘束の例外三要件（切迫性、非代替性、一時性）が該当となる事例、医師とのカンファレンスが行われた事例は認められなかった。身体拘束開始時のアセス

メント実施は41%だったが、カンファレンス実施は28%であり、身体拘束解除時のアセスメント実施は34%、カンファレンス実施は19%であった。

2. 看護師のアンケート調査

アンケートは17名中15名から回答を得た。

1)研究参加者の概要

平均年齢は49.6歳、看護師経験平均年数は24.2年、B病棟経験平均年数は3.7年であった。

2)選択回答の結果

身体拘束については、全員が必要であると回答した。離床センサーを身体拘束と考えている人は12名であった。身体拘束の開始時や解除に向けたカンファレンスと記録をしているかどうかについて、「毎回している」は6名、「時々している」は8名で、合計93%に及んだ。また、身体拘束の開始時や解除に向けたアセスメントと記録をしているかについては、「毎回している」が9名、「時々している」は2名で、合計73%であった。身体拘束の解除が必要と考える人は13名だが、一方で必要はないと考える人が2名いた。身体拘束についてのマニュアルがある事を「知っている」は12名であったが、その内容について「分かっている」は8名と53%にとどまった。

3)身体拘束に関する認識の記述内容のカテゴリー

分析した結果45のコード、17のサブカテゴリー、4のカテゴリーが抽出された。以下コードは〈〉、サブカテゴリー《》、カテゴリーは【】で示す(表1)。

【医療安全の重視】

看護師は、《事故発生の可能性がある》ため《患者の安全確保》を理由として身体拘束を実施しているが、そこには《看護師の安全重視》が存在していた。

【倫理的葛藤】

看護師は身体拘束について《同意への配慮》をするが《例外三要件の理解》が乏しく、患者の《行動の監視、制限》をし、《患者を尊重できていない現状》と《過剰な拘束へのとまどい》や《ジレンマ》を抱えていた。さらに、《患者家族の感情への配慮》に悩んでいるが、その一方で身体拘束最小化の促進要因としての《ポジティブな思考》もみられた。

【リスクに対する自己防衛】

身体拘束の〈解除後は細やかな観察が必要になる〉

ことによって、看護師は《業務増加へのストレス》を抱いていた。また、《看護師の保身のため》身体拘束解除に踏み切れない現状が明らかになった。患者を優先にしたいが、〈責任や不安を感じる〉〈看護師の精神的ストレスはどうなるのか〉という膨大な《リスクに対するストレス》を抱えていた。

【職場環境の未成熟】

《マンパワー不足》を感じ身体拘束を《やらざるを得ない組織風土》があり、解除に向けた積極的な行動がなく《身体拘束の慢性化》につながっていた。

表1 看護師の身体拘束に関する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
医療安全の重視	事故発生の可能性	転倒転落、ルート自己抜去が危惧される 看護師のすきをついてする 理解が困難
	患者の安全確保	安全な療養生活を送ってもらいたい 生命の危険がある
	看護師の安全重視	看護師個人の責任になる 拘束をしないで患者を守る方法はあるのか 24時間看護師の眼が行き届くのは困難 看護師を守る必要がある
	同意への配慮	やむを得ない場合に拘束が必要である 同意が得られてから拘束をする
	例外三要件の理解	拘束以外に方法がない時 患者のそばを離れない時 拘束は主に一時的にすべきである
	倫理的葛藤	呼んでいないのに看護師が来ると患者を怒らせてしまう 患者の動きをすべて監視している 患者を尊重できていない現状 過剰な拘束へのとまどい ジレンマ 患者家族の感情への配慮 ポジティブな思考
リスクに対する自己防衛	業務増加へのストレス	解除後は細やかな観察が必要になる 何事もなく過ごして欲しい 自分達を守るために拘束は必要である
	看護師の保身のため	一度拘束すると怖くてなかなか解除できない 責任や不安を感じる 責められているように感じ、インシデントを書きたくない 看護師の精神的ストレスはどうなるのか
	リスクに対するストレス	マンパワー不足 やらざるを得ない組織風土 身体拘束の慢性化
		看護師の配置人数が足りない 時間に余裕があれば拘束はなくても良い 入院時は患者の把握が難しく、すぐに離床センサーをつける 週末にかかると解除できない 夜勤者のために離床センサーを用意する 一度拘束を始めると解除のタイミングが難しい 評価を忘れ、カンファレンスが先延ばしになる 毎日アセスメントし、必要性をカンファレンスする習慣がない 家族と患者についての情報交換ができない拘束が必要か迷う 曖昧なグレーゾーンがあるからやっている

IV. 考察

例外三要件に該当する事例がないことや、カンファレンスやアセスメントの実施割合が低いことは、身体拘束そのものやマニュアルへの関心の低さ、看護師個々の知識の曖昧さが原因と考えられた。また、比較的自立度が高く、認知症の診断の無い患者に身体拘束を実施していたことも明らかになった。これは、離床センサーの使用を全て身体拘束としている

ことが影響していると考える。離床センサーの使用は、行動を制限する目的ではなく、むしろナースコールの代わりとして使用している状況もあり、身体拘束に関するカンファレンスやアセスメントの実施の少なさにつながったと考える。また、入院前は物忘れ等を自覚していても日常生活に支障がない患者が、医療機関に行くまでは至らず、認知症の診断がなかったという可能性もある。しかし、入院時の情報収集の不足や HDS-R での判断を加えていないことから、認知症についての的確なアセスメントができていなかったと考えられる。

記述内容の分析結果からは、身体拘束を行う動機として、【医療安全の重視】が先行していると考えられる。その一方で、身体拘束解除の必要性を感じ、今後の行動変容を求め、慢性化した看護師の考えを変えたいという意識も伺える。これは、倫理的視点からのアセスメントをするきっかけであり、身体拘束最小化の促進要因と捉える。加藤らは行動制限の必要性の判断は、「『安全確保』か『人権の尊重』」という、相反するアセスメントを同時に使うという困難に他ならない²⁾と述べている。倫理的アセスメントの視点が乏しく、判断や責任の負担を強く感じ、医療安全の方を重視するあまり【倫理的葛藤】が生じ、強いジレンマを抱いていると考える。

このような【医療安全の重視】と【倫理的葛藤】を助長させている要因には、【リスクに対する自己防衛】があると考えられる。その背景には、インシデントを起こすことが悪いという風潮があると思われる。インシデントレポートを書き、周りから責められている気持ちに陥り、ネガティブな感情が噴出すると考えられる。身体拘束予防ガイドラインには、「看護職個々で判断し行動するのではなく、チームでディスカッションし、合意形成した方向性に基づいて行動するチーム医療を定着させることが重要」³⁾と示されている。看護師それぞれが持つ様々な情報を集めて話し合い、記録に残していく過程を大切にし、身体拘束の妥当性を病棟の総意として取り上げていくことが求められる。さらには、医師や他職種を交えて検討するカンファレンスも積極的に取り

入れていくことが望ましいと考える。インシデントが発生した時は個人だけを責めずに、失敗から学ぶポジティブな考え方でインシデントを検討し、患者の個別的なケアを見出すことが大切であると考える。失敗から成功へ導くことは容易ではないが、失敗からの学びを積み重ねて職場風土を変えることで、個々の看護師の意識の変化につながると考えられる。

【リスクに対する自己防衛】が増強される背景には、防衛的な根拠の薄い身体拘束や慢性的な雰囲気となる【職場環境の未成熟】が存在していると考えられる。加藤らが「行動制限最小化が進まない要因は、タイムリーな看護展開ができていないこと、看護師自身が防衛的になってしまっていること、看護師の認識が慢性化していること」⁴⁾と述べているように、ストレスやパワー消費を含んだ看護師を取り巻く環境が身体拘束最小化を阻害する要因であると考える。多職種が専門的視点でアセスメントし、カンファレンスの実施日を決めて身体拘束の不可避性を検討し、その結果病棟の総意として実施することが求められる。病棟全体で根拠のない身体拘束はしないという考え方には、積極的に学習会を行うことが重要であり、そのような動きの中で看護師の意識を改革し、職場風土を成熟させていくことで、身体拘束最小化に近づいていけると考える。

V. 結論

1. 身体拘束に関する認識を分析した結果、【医療安全の重視】【倫理的葛藤】【リスクに対する自己防衛】【職場環境の未成熟】の 4 カテゴリーが抽出された。
2. 看護師個々の意識改革を図り、職場風土を成熟させていくことが身体拘束最小化につながる。

引用文献

- 1) 加藤幸恵、澤田樹穂、藤田清美他：認知症病棟における行動制限最小化に向けて一看護師の意識調査から見えてきたものー、第 45 回日本看護学会論文集精神看護、3、2015.
- 2) 前掲書 1)、3
- 3) 日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会：身体拘束予防ガイドライン、2、2015.
- 4) 前掲書 1)、6

実施方法を統一して行った器質的口腔ケアの評価

keyword 口腔の清潔 器質的口腔ケア OAG 評価 誤嚥性肺炎

○鈴木 佳乃子 細貝 めぐみ (一般財団法人魚沼市医療公社魚沼市立小出病院)

I.はじめに

A 病院での入院患者は高齢層が大半を占め、誤嚥性肺炎等、呼吸器疾患と診断される患者が多い。厚生労働省¹⁾の2018年度死因別では、第4位が呼吸器系疾患であり肺炎、誤嚥性肺炎が多くを占めている。呼吸器疾患が人々の健康に及ぼす影響は大きいことから、入院生活中における日々の器質的口腔ケアが重要となる。器質的口腔ケアは、口腔清掃により口腔環境を改善することで、口腔機能の維持、向上を図り²⁾、口腔内の細菌繁殖を予防できる³⁾。しかし、現状として口腔ケアの優先順位は低く、夜勤や緊急時等多忙の際には後回しにされ、口腔内の乾燥（ドライマウス）、剥離上皮、堆積された痰、凝血塊、食物残渣等付着されている状態が見られている。さらに、看護師によって口腔ケアの方法が異なり、口腔内の清潔を保つ効果に差異が生じている。そのため、統一した手順による器質的口腔ケアを日々の業務の中で定着させていく必要がある。

そこで、看護師が統一した器質的口腔ケアを実施しその評価を行うことにより、患者の口腔内環境の改善につながる可能性があると考えた。器質的口腔ケアの評価指標として Eilers らの Oral Assessment Guide（以下 OAG と記す。）は、村松によって翻訳改編された8項目（声、嚥下、更新、唾液、粘膜、歯肉、歯・義歯）について、アセスメントガイドを用いて正常の1点から3点の範囲で評価ができる⁴⁾。

II.研究目的

本研究の目的は、病棟の看護師が実施方法を統一して行った器質的口腔ケアによる口腔内のアセスメント評価を明らかにすることである。

III.研究方法

1. 研究デザイン：器質的口腔ケアの看護介入による観察研究。

2. 研究対象者

研究対象者は、A 病院 B 病棟に入院している誤嚥性肺炎と診断された患者、またはその疑いのある患者（呼吸器症状を呈している患者）13名である。全てが OAG 評価得点9点以上を満たし、経口摂取患者か非経口摂取患者、自身での口腔ケアが不可または介助を要する患者を選定した。

3. 実施方法

器質的口腔ケアの実施方法について事前に手順を看護師間で統一し、手順書を患者のベッドサイドに

常置した。具体的な実施方法は、次の①～⑥の通りである。①水または保湿剤にて湿らしたスポンジブラシで口唇・口腔内を潤滑、②スポンジブラシで大きな汚れを除去、③天然歯は歯ブラシを軽く濡らしブラッシング、④舌苔を舌ブラシまたはスポンジブラシで奥から手前に向かってかき出すように動かし綺麗になるまで繰り返す、⑤口腔内を湿らせたスポンジブラシで綺麗になるまで繰り返し清拭し、含嗽ができる患者は含嗽を促す、⑥最後に口腔内を観察・評価する。

口腔ケアは患者が入院後20日間を限定して1日3回毎食後に実施した。口腔ケア時に使用した物品は、ペプチサル ジェントル マウスジェル（ティーアンドケー株式会社製）である。

4. 評価方法

OAG 得点の評点方法は、アセスメントガイドに記載されている画像を参考に、口腔内が正常であれば1点、上皮組織環境や全身状態にリスクがある場合は3点とし、それ以外の状態は2点とした。スコアの点数が8点以下は正常（今後変化が起こる危険性がある）、9～12点は軽度の機能障害、13点以上は中度から重度の機能障害とされている。毎日昼食後に対象患者の口腔ケアを実施した後にOAG評価を実施し、初日（初回）と4日目ごとの5回の評価得点の推移を観察した。なお、OAG評価表とOAG評価アセスメントガイドを患者のベッドサイドに掲示し、評価方法についても看護師間で共有し統一した。

5. 期間

研究実施期間：2019年5月～2020年4月

6. 倫理的配慮について

本研究を行うにあたり、下記のことを対象者自身または家人へ口頭および書面で説明し、書面による同意を得た。説明内容は、研究目的と実施方法、研究期間、研究の活動区域、研究対象者の匿名化、プライバシーの保護、自由意思による研究協力、得られたデータの厳重な管理方法、研究参加の中止と拒否、不利益と負担などである。また、A 病院の倫理委員会において承認（承認番号：2020-1）を得て実施した。

IV.結果

1. 対象の属性

対象の属性について（表1）に示す。対象者13名のうち、男性は6名、女性は7名であった。診断名は、肺炎4名、誤嚥性肺炎が6名、脳梗塞が2名、肺がんが1名であった

表1 対象属性

対象	性別	診断名	背景
A	男性	肺炎	嚥下困難感、食形態変更しながら口腔ケア介入
B	女性	脳梗塞	むせこみ・誤嚥あり、要吸引。研究14日目で他病棟転棟
C	男性	誤嚥性肺炎	経鼻栄養、要吸引、開口不良、研究15日目で退院
D	男性	誤嚥性肺炎	酸素吸入、要吸引、研究12日目で他病棟転棟
E	女性	脳梗塞	介入時床上安静中、病態改善に伴い食事が開始、口腔ケア自立
F	女性	誤嚥性肺炎	病態不安定、要吸引、酸素吸入
G	女性	肺炎	痰上昇改善、吸引回数減少嚥下状態見ながら食形態上昇
H	女性	誤嚥性肺炎	嚥下状態見ながら食形態上昇。口腔内環境改善
I	男性	肺がん（末期）	酸素吸入、経鼻栄養、口腔内乾燥著明、唾液分泌増加。呼吸症状改善
J	女性	肺炎	気分に変動あり、開口不良あったが喀痰減少、口腔内環境維持可
K	女性	肺炎	介入時経鼻栄養。治療が進み経口摂取へ変更、口腔ケア自立
L	男性	誤嚥性肺炎	介入時安静中。治療が進み覚醒良好。口腔ケア自立。研究10日目で退院
M	男性	誤嚥性肺炎	介入時経鼻経管栄養中。病態改善し経口摂取へ変更

2. 対象におけるOAG評価得点の推移

対象におけるOAG評価得点の推移を（表2）に示す。開始後12日目までに退院・転棟等により研究を中断した対象者は5名であった。20日目まで

（以下最終日とする）の5回全て口腔内のOAG評価ができた対象者は8名であった。A氏は初回と最終日の20日目の得点は変わらず10点で軽度の機能障

害であった。F氏は初回の14点から16点と悪化し中度から重度の機能障害であった。G・H・I・J・K・M氏は初日の得点より最終日20日目の得点は低下し、特にK氏は7点の低下、M氏は8点の低下であった。これらの対象者は、軽度の機能障害もしくは中度から重度の機能障害であった。

表2 対象におけるOAG評価得点の推移

事例	初回	4日目	8日目	12日目	16日目	20日目
A	10	10	10	11	10	10
B	14	18	16	18	-	-
C	14	18	16	18	-	-
D	12	12	12	11	-	-
E	15	9	10	8	-	-
F	14	11	13	13	14	16
G	20	22	16	18	17	17
H	20	15	16	14	15	14
I	21	19	18	18	19	15
J	16	16	11	16	14	15
K	17	10	11	10	11	10
L	16	10	10	-	-	-
M	18	16	13	16	10	10

V. 考察

今回、器質的口腔ケアの実施方法について事前に手順を看護師間で統一し、OAG評価表を用いて口腔内環境を評価した。その結果、最終日の20日目までの5回全て口腔内のOAG評価ができた対象者は8名で、5名は途中で退院または転棟した。8名の内、口腔ケアを実践してスコアの得点が初回より低下した対象者は6名、不変であった者は1名、増悪した者は1名であった。20日目のOAG評価得点から口腔内環境を評価したところ、8点以下の正常と評価される対象者はなく、9～12点の軽度の機能障害がある対象者は4名、13点以上の中等度から重度の機能障害がある対処者は4名であった。A氏

は、得点が低下せず不変であった理由に嚥下困難が考えられる。F氏は病態が不安定で酸素吸入や吸引の影響もあり、得点が初回の14点から16点になったことも考えられる。H氏、I氏、K氏、M氏は初回の得点より6点から8点の低下が見られた。特に7点低下したK氏は口腔ケアが自立したこと、8点が低下したM氏は病状が改善したことなどが口腔内の環境にも影響したのではないだろうか。

途中で中断した患者5名の内、初回より得点が低下したのは3名で、2名は初回の14点より18点と上昇し悪化していた。特に4点得点が上昇したB氏とC氏には吸引が必要であり、口腔内環境が正常に保たれない状態が常にあったことが悪化の一要因で

はないかと思われる。このように、対象者の病態の重症化のため、看護師もケアを実施することに限界があり、口腔内環境の改善につながらず、反対に悪化させたことも考えられる。また、夜勤や緊急事態が重なった際は器質的口腔ケアの優先順位が下がり、介入することが困難であったことも影響していたと思われる。さらに、今回OAG評価表を初めて使用したこと、看護師には慣れない中での実施となつたため、統一するという方法が正確に反映されなかつたことも予測される。

しかし、統一した口腔ケア方法、OAG評価表を用いたことで、看護師が以前より正しく口腔環境をアセスメントするようになった。これは統一した器質的口腔ケア、OAG評価の実施は看護師への意識づけに繋がったものと思われる。松浦は「誤嚥性肺炎の予防や安全な摂食につなげるために、現在の口腔内の状態を評価アセスメントすることは重要である。」³⁾と述べている。今回使用したOAG評価指標、口腔ケアはアセスメント評価として有用的であると思われる。

C氏、F氏は禁飲食中、唾液分泌量低下傾向、酸素吸入を行い常に口腔内が乾燥しやすい状況であった。田中は、「口腔の環境悪化にさせる要因として細菌学的汚染、口腔乾燥、口腔機能低下の3つに分けられる。」⁵⁾と述べている。経口摂取を中止する、治療のための酸素吸入は口腔内環境の悪化を助長する要因になっていたと考えられる。さらにC氏の場合は意思疎通が図れず、開口拒否が見られた。統一した口腔ケア・評価を行うも、開口拒否により器質的口腔ケアの実施が十分行えず口腔内環境が増悪したのではないかと考える。藤本らによると、開口拒否の原因は過去の口腔ケアや治療時の不快な経験、口を開けることに対する羞恥心、口腔ケアに対する不安・恐怖心などがあること、認知症などにより状況が理解できないことが原因になる場合もあること⁶⁾を述べている。口腔ケアを受容してもらうためには、コミュニケーションを取り信頼関係を築くことが重要である。実施した看護師は対象者が安心してケアを受け入れられるような対応ができていたのか、確認する必要があったと考える。以上のことから、看護師自身のコミュニケーション能力や、看護師が実施する器質的口腔ケア技術も対象者の評価結果に影響を及ぼしていた可能性が考えられる。今後、実施方法や評価についてさらに、看護師間で統一することの大切さと必要性が示唆された。研究の限界として、看護師間で統一した器質的口腔ケア・評価について、手技や評価方法の統一不足による影響も考えられ、今後さらに看護師間での実施方法を統一させる必要がある。

VI. 結論

A病院B病棟の看護師が実施方法を統一して行った20日間の器質的口腔ケアの口腔内アセスメント評価の得点は、8名中6名が初回より低下し改善し

た。口腔内の環境は、正常者ではなく軽度・中等度・重度の機能障害であった。

VIII. 引用参考文献

- 1) 厚生労働省：平成30年（2018）人口動態統計（確定数）の概況，2020.6.11，https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/d1/11_h7.pdf.
- 2) 岡庭豊：看護技術がみえる vol.1 基礎看護技術第1版、株式会社メディックメディア、90、2016.
- 3) 松浦正子監修：スキルアップパートナーズ 褥瘡・嚥下・栄養ケア、株式会社照林社, 164, 2012.
- 4) 村松真澄：Eilers 口腔アセスメントガイドと口腔ケアプロトコール（ケアの標準化を実現する口腔アセスメントガイドの活用と実践），58（1），12-16, 2012.
- 5) 田中彰：「感染から護ろう看護の力で」～看護師による口腔ケアと口腔機能向上訓練～、1、2018.
- 6) 藤本真紀子ら監修：看護技術がみえる vol.1 基礎看護技術、第1版, 100, 2016.

Eilers の口腔アセスメントガイドを用いた口腔ケアの効果

keyword 口腔アセスメントガイド 口腔ケアフローチャート ケアの評価

○武田 真由美 八尾坂 未樹 飯浜 紀子 (新潟南病院)

I. はじめに

A 病棟の入院患者は 80~90 代の後期高齢者が 70%以上を占めており、疾患別ではうつ血性心不全や誤嚥性肺炎、脳血管疾患などが多く、嚥下機能の低下により口腔ケアを必要とする患者が多い。

看護師では、経験年数 1、2 年目が約半数を占め、3 分の 2 が 10 年未満の若いスタッフであり、口腔ケアの手技は統一されていない事が課題であった。

口腔ケアを各勤務帯で行っているが、患者の口腔内環境には痰や食物残渣があり、乾燥している状態があり、十分なケアが行えていなかった。明野ら¹⁾は「個別の口腔ケアフローチャートを用いて患者ごとに個別性のある口腔ケアを継続することにより、従来の標準的口腔ケアに比べ大きな改善効果が期待できる」と述べている。また、高藤ら²⁾は「口腔ケアの質を向上させるためには、看護婦が正確な知識や技術を習得できる指導体制を整えること、個々の患者の口腔状態に適した口腔ケアが実践できるように評価体制を整えることが必要である」と述べている。患者により適切な口腔ケアを行うためには看護師の知識の向上と技術の統一が必要であり、それを実現するための指導体制・評価体制を整えることが重要であると考えられる。さらに前田ら³⁾は「歯科医師による直接的かつ専門的な指導は、病棟スタッフが行なう口腔ケアにおける技術の向上に繋がった」と述べている。

本研究では、より良い口腔ケアを行うために、歯科医師による学習会を実施、さらに口腔ケアフローチャートを作成、その効果を検討した結果、多くの示唆を得ることができたので報告する。

II. 研究目的

Eilers の口腔アセスメントガイドを用いた口腔ケアの効果について検証する。

III. 研究方法

1. 研究期間

令和 1 年 8 月～令和 1 年 10 月

2. 研究対象

重症度、医療・看護必要度の項目で口腔ケアが「できない」に該当する患者のうち Eilers 口腔アセスメントガイド⁴⁾（以下 OAG）による評価が 9 点以上（8 点が正常）であり、本人または代諾者に同意が得られた患者 23 名とした。

3. 研究方法

1) 歯科医師による口腔ケア勉強会の開催

- (1) 口腔ケアの必要性、方法についての勉強会を実施した。
- (2) 歯科医師から口腔ケアの実技指導を受けた。

2) 口腔ケアフローチャート作成

- (1) 歯科医師の指導のもと OAG に基づいた口腔ケアフローチャートを作成した（図 1）。
- (2) 対象者に 7 日間、フローチャートに基づいて口腔ケアを実施した。1 日の実施回数は 2 回（日中、睡前）とした。

3) 評価方法

口腔内環境評価を OAG に基づいた口腔ケア実施前、実施後 7 日目に OAG で評価した。OAG では「声」「嚥下」「口唇」「舌」「唾液」「粘膜」「歯肉」「歯と義歯」の 8 項目を聴く・観察・視診でアセスメントし、各項目 1~3 点で評価を行い合計点数が高いほど口腔内環境が悪化していると判断した。

4. 分析方法

- 1) OAG の各項目で実施前、7 日目の評価をし、t 検定で属性との関連を検討した。なお、有意水準は $p < 0.05$ とした。

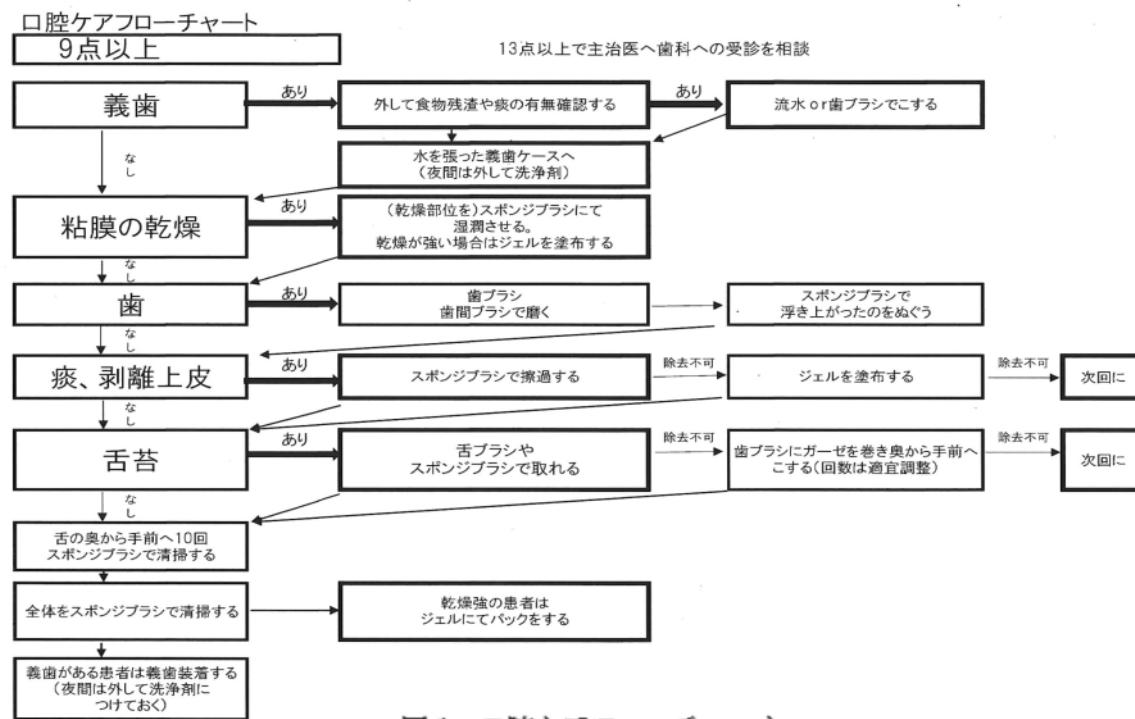


図1 口腔ケアフローチャート

IV. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の主旨・目的を説明し、研究で得た情報は匿名性を保証し「個人のプライバシーを保持し、データは研究以外の目的で使用しないこと」を文書と口頭で説明した。また、研究への協力は自由であり、辞退しても治療や看護になんら不利益は生じないことを説明し、同意を得て実施した。意思表示が困難な場合は家族の同意を得た。そして、院内の倫理審査委員会の承認を得て行った。

V. 結果

1.歯科医師による勉強会

勉強会は7月に2回開催し、病棟看護師20名のうち17名(85%)が参加した。

2.対象の属性

年齢構成は、70代1名、80代10名、90代12名で、平均年齢は90歳であった。男女比は男性14名、女性9名であった。

疾患は誤嚥性肺炎9名、心不全7名、誤嚥性肺炎、心不全の合併が2名であった。

摂食の有無では、欠食4名、摂食19名であった。

3.口腔内環境の評価

1) OAG 総合評価

OAGで実施前と7日目で評価した結果、口腔内環境が改善した患者が15名(65%)悪化した患者が8名(34%)であった。改善した15名の属性では欠食患者、心不全患者、女性患者で70%以上の改善がみられた。悪化した患者の内、7名が嚥下機能の低下がありSTが介入しており、他の1名は

欠食患者であった。また、悪化した患者のうち、酸素投与や吸引など呼吸管理が必要な患者が6名いた。

2) OAG の項目別評価

項目ごとに平均値を出すと「声」「嚥下」以外の6項目で改善していた。

OAGの各項目で実施前、7日目の評価結果をt検定で属性との関連を比較した(表1)。

表1 属性間比較

	属性	口唇	舌	歯と義歯
性別	男性	0.012		0.053
	女性	0.035		0.035
年齢	70歳代			
	80歳代		0.052	
	90歳代	0.011		0.006
疾患	誤嚥性肺炎			
	非誤嚥性肺炎	0.006		0.028
	心不全	0.0004	0.03	
	非心不全			0.013
食事	欠食			
	摂食	0.008	0.03	0.016

その結果、欠食患者は摂食患者よりも実施前の点数が全項目高かったが、有意差はなかった。摂食患者は「口唇 p=0.008」「舌 p=0.030」「歯と義歯 p=0.016」に有意差がみられた。

男女別に比較すると、男性の「口唇 p=0.012」「歯と義歯 p=0.053」、女性の「舌 p=0.035」「歯と義歯 p=0.035」と、男女とも「歯と義歯 p=0.053 (男)、 p=0.035 (女)」に有意差がみられた。

年代別に比較すると、90 代で「口唇 p=0.011」「歯と義歯 p=0.006」に有意差がみられた。

誤嚥性肺炎罹患の有無で比較すると、誤嚥性肺炎では「嚥下」「口唇」「唾液」「粘膜」「歯肉」「歯と義歯」の項目で非誤嚥性肺炎患者より口腔内が汚染されていたが、実施前と 7 日目の数値に有意差はなかった。

心不全の有無の比較では、心不全患者で「舌 p=0.030」「口唇 p=0.0004」に有意差がみられた。

「舌」「口唇」は非心不全患者に比べて実施前の数値が高かった。

VI. 考察

入院患者の口腔内が汚染されていると認識し、口腔ケアを行っているにもかかわらず改善されない状況があり、その原因として、看護師個人の力量に委ねられていたことであると考えられた。本研究では、OAG を用いてアセスメントをすること、フローチャートを作成して手技の統一化を図ること、歯科医師から技術指導を受けるという取り組みを行った。その結果、口腔内環境の改善が認められた。明野¹⁾ 高藤²⁾ らが述べたように、歯科医師からの勉強会とフローチャートを作成、その実践により患者の口腔内環境が改善したものと考えられる。

唾液の働きには、唾液に含まれるリゾチームにより殺菌作用があり⁵⁾、欠食患者や呼吸管理を必要とする肺炎、心不全患者は唾液の分泌低下により口腔内が乾燥し、汚染されやすいため実施前の評価は低く、口腔ケアの介入はより必須である。また、摂食患者は「舌」「歯と義歯」に食物残渣が残りやすいことも示唆された。そして、口腔ケアにより自浄作用が促進され細菌の繁殖が抑制され、それに加えて、歯間ブラシの使用や舌のケアなど、看護師の知識や技術が向上し、提供するケアの質も向上するという効果も得られていた。

口腔内で汚染される部位は疾患により異なっていた。誤嚥性肺炎では「嚥下」「口唇」「唾液」「粘膜」「歯肉」「歯と義歯」とほとんどの項目で非誤嚥性肺炎患者より汚染していた。「歯肉」や「歯と義歯」の汚染で口腔内細菌が増殖し、その細菌が嚥下機能の低下により誤嚥してしまうことで肺炎を誘発しているものと考えられた。

また、OAG の口腔ケアプロトコールに基づいて

ジェルを使用して口腔ケアを行うことで口腔内の保湿効果を保ち、痰のこびりつきも効率よく除去することができていた。さらに、水を使用せずに口腔ケアを行えたため、嚥下機能の低下した患者にも誤嚥のリスクを下げるうえでも効果的であったと考えられる。

一方で、実施前よりも口腔内環境が悪化した患者もいる。効果があった群と悪化した群との間にこれといった特徴的な差異は見られなかった。しかし今回、全症例に対して画一的にケア回数 1 日 2 回としていたことから、今後ケア介入 3 日目くらいにカンファレンスを行い、口腔ケアの回数の変更など検討をする必要性があると考える。

このように、疾患や症状、治療などによって口腔の状況は異なるため、個別的なケアの必要性が示唆された。効果的な口腔ケアを行うためには、客観的なアセスメントと確かな技術によるケアの提供が重要であるものと考えられる。

VII. 結論

本研究は、口腔アセスメントガイドを用いた口腔ケアの効果について検証することを目的として取り組んだ。その結果、口腔ケアによって口腔内環境の改善がみられた。また、疾患や部位によてもその状況が異なることも明らかになった。したがって、口腔アセスメントガイドを用いた口腔ケアは効果的であることが示唆された。

しかし、他の口腔ケア方法とは比較していないため、その結果を言い切ることは出来ない。今後は、その他の方法と比較検討することが課題である。

引用・参考文献

- 1) 明野真奈代、本江勝美、早川春美、他：個別的口腔ケアフローチャートの継続使用の効果、第 46 回日本看護学会論文集、268-271、2016.
- 2) 高藤信江、佐木川れい子、八木成可、他：口腔ケアの質に影響する要因について－看護婦の口腔ケアに関する知識の実態調査から－第 31 回日本看護学論文集（看護総合）、169-171、2000.
- 3) 前田岳洋、長内昭治、仁木達也、他：歯科医師連携による入院患者への口腔ケアの取り組みの現状、第 43 回日本看護学会論文集、75-78、2013.
- 4) 東京医科大学病院歯科口腔外科 近津大地監修：Eilers 口腔アセスメントガイド
https://www.comfort-tk.co.jp/wp/wp-content/uploads/2019/08/OAG_1503_A4.pdf
- 5) 稲田英一：イメージするからだのしくみ、10、2004.

血液透析中の患者のシャント管理に関する実態調査

keyword 自己血管内シャント 経皮経管的血管形成術 (PTA) 自己管理

○仲島 陽子 岡本 ノリ子 植田 智明 (新潟医療生活協同組合木戸病院)

I. はじめに

血液透析の治療を行うためには何らかのバスキュラーアクセス (Vascular Access : 以下VAと略す) が必要であり、中でも自己血管内シャント (以下内シャントと略す) を造設する患者は最も多い。内シャントは、長期にわたり穿刺を繰り返すことで血管が荒廃し狭窄をきたしたり、血栓で血流が途絶え閉塞してしまうことが珍しくない。米田ら¹⁾の報告では、シャント異常の早期対応により、経皮経管的血管形成術 (Percutaneous Transluminal Angioplasty : 以下PTAと略す) の件数が15件増加し、再手術の件数を17%から2%に減少させることができている。このように早期であれば軽度の負担で行えるPTAで改善することもあるが、発見が遅くなるとシャント再建術を余儀なくされる。シャントの狭窄を防ぐためには、患者が毎日自分のシャントの状態を観察し、シャントに負担をかけないように生活することが必要である。

シャントの異常は透析中の経過をよく知る医師、看護師が異常を発見することもある。一方、患者が自分自身で閉塞に気づく場合とそうでない場合もある。加藤ら²⁾は透析導入前にVAに関する調査を実施し、患者は見る、聴く、触るは行えていたものの、VAトラブル時の対応についての知識不足があったことを明らかにしている。しかし、自己血管内シャントを用いて血液透析を行っている患者のシャントに関する自己管理の実態は明らかにされていない。シャントトラブルを予防するための指導を行うには、シャント管理の実態およびPTAの施行経験、透析経験期間との関係を明らかにすることが必要である。

II. 研究目的

血液透析中の患者に日常生活におけるシャント管理に関する自己管理の実態を知識面と行動面から明らかにする。

III. 用語の定義

シャントの自己管理：患者が自分でシャントの管理を行うこと。具体的には観察（見る、聴く、触る）を行い異常が見られた場合は病院に連絡をすること。また、日常生活における注意点（シャント側の腕を締め付けるような服を着ない、腕枕をしない、腕時計をしない）を守ることを指す。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

量的研究（実態調査）

2. 対象者

A病院で2019年9月から10月に血液透析を受けた患者のうち、会話が可能な患者60名を対象とした。

3. データ収集期間

2019年9月～10月。

4. データ収集方法

1) 調査内容

(1)基礎情報：対象者の基礎情報として①血液透析の期間、②年齢、③性別、④PTAを受けた経験の有無を収集した。

(2)シャントの自己管理方法：赤松らによる「バスキュラーアクセス完全マスターガイド」³⁾の術前後管理を参考に独自の質問項目を作成し、知識面と行動面の両方を尋ねた。知識面は「シャントを触ってスリルを確認すること」、「シャント音を聴診器で確認すること」、「痛みがある場合やシャント音がない場合は病院に電話をかけること」、「シャントを締め付けるような服をきてはいけないこと」、「シャントの腕を枕にしてはいけないこと」、「シャントの腕に時計をしてはいけないこと」の6項目、行動面は「痛みがある場合やシャント音がない場合は病院に電話をかけること」を除いた5項目とした。

2) 調査方法

透析治療を行っている患者に対して、来院時に聞き取り調査を実施した。聞き取りは看護師が患者に項目に沿って尋ね、回答を記録した。

5. データ分析方法

質問ごとに単純集計し、PTA経験群と未経験群、性別、血液透析経験期間をクロス集計した。

6. 倫理的配慮

本研究は研究者が所属する施設の倫理委員会の承諾を得て実施した。研究対象者には、本研究の目的、方法、調査を受ける、受けないに関わらず受ける医療サービスに不利益にならないこと、聞き取り調査の途中で同意を撤回でき、その場合も不利益は生じないこと、個人情報や回答内容は研究目的以外で使用しないこと、得られたデータは厳重に管理し、研究終了後5年間保存し、その後適切に処分すること、本研究は学会等で発表することを説明し、同意を得た。

V. 結果

1. 対象者の概要（表1）

研究に同意が得られた50名（男性37名74%、女性13名26%）の結果を分析した。透析を開始してからの期間は平均6年（最大20年、最小6ヶ月）であった。透析を開始してからの期間は3～5年が16名（32.0%）で最も多かった。PTA経験者（以下経験群と略す）は25名、未経験者（以下未経験群と略す）は25名であった。PTA経験者の割合が最も多いのは透析を開始してから3～5

年で11名(68.8%)、続いて6~9年が6名(66.7%)であった。

2. 日常生活の状況

1) シヤント管理に関する知識と行動の状況(PTA経験別)(表2,3)

知識面では、シヤントを管理するために必要な観察項目について、「シヤント音を聴診器で確認する」について知っている人が最も少なく36名(72.0%)で、PTA未経験群15名(60.0%)、経験群21名(84.0%)であった。「いつもにない痛みがある場合やシヤント音がない場合、病院に電話をかける」を知っている患者は41名(82.0%)で未経験群19名(76.0%)、経験群22名(88.0%)であった。日常生活に関する注意点は、PTA未経験群、経験群ともに88.8%以上が知っていると回答した。

行動面では、「シヤント音を聴診器で確認する」と回答した患者が最も少なく、未経験群、経験群を合わせて11名(22.2%)であった。日常生活面では全項目、90%以上が禁止された行動をしていないと回答した。

2) シヤント管理に関する知識と行動の状況(透析経験期間別)

透析経験期間別(2年以下、3~5年、6~9年、10年以上)に、シヤント管理に関する知識と行動の状況を分類した。知識面では、「シヤント音を聴診器で確認する」は透析経験期間2年以下が7名(50.0%)で最も少なく、3~5年が14名(87.5%)で最も多かった。「いつもにない痛みがある場合やシヤント音がない場合、病院に電話をかける」は透析経験期間10年以上で8名(72.7%)が最も少なく、3~5年が15名(93.8%)と最も多かった。日常生活上の禁止行動などの期間においても約90%以上が知っていると回答した。

行動面では、「シヤント音を聴診器で確認する」が透析経験期間6~9年が1名(11%)で最も少なく、他の期間も20%代だった。スリルの確認は、10年以上が8名(72.7%)で最も少なく、6~9年が9名(100%)で最も多かった。日常生活上の禁止行動などの期間においても約90%以上がしていないと回答した。

3) 透析経験期間別スリルを確認する頻度(表4)

スリルを確認する頻度は1日2回以上行っているのは透析経験期間2年以下が8名(57.1%)、3~5年は8名(50.0%)、6~9年は4名(44.4%)、10年以上は0名(0%)であった。

VII. 考察

血液透析治療を行っている患者は心不全、高血圧、動脈硬化などの合併症予防をするため水分、食事、シヤント管理、服薬管理に関する自己管理が必要である。しかし、これらは日常生活全般にわたる管理を必要とし、全てを実施、継続することは容易ではない。

今回の聞き取り調査の結果、PTA経験の有無に関係なく9割の患者がシヤント管理に関する知識を持ち、一般的な禁止事項を行わずに生活していることが明らかになった。透析患者にとってシヤントは命綱であり、透析

治療を行うために必要不可欠と認識した結果の現れではないかと考える。

スリルの確認について、PTAを経験した患者は25名であった。全員知識は持っているが、確認行動をしている患者は、全員ではないことが明らかになった。筆者らは「PTAを経験しているため、日々の観察は必ず行われている」と予測していたが、そうではないことがわかった。宗像⁴⁾は、その人がどのような性格かによって、自己管理態度が異なり、それがセルフケア行動の実行を左右することにもなると述べ、患者それぞれの性格がセルフケアに与える影響を指摘している。

また、スリルの確認をしていない患者の割合は、透析経験期間10年以上が最も高く、スリルを1日2回以上確認する患者はいなかった。武田ら⁵⁾は透析歴が長くともシヤント管理についての十分な知識が必ずしも身につかないことは明白と述べている。逆に長期間の透析の経験から、今までシヤントトラブルがなかったので安心している患者もいたのではないかと推測される。以上から、長期間透析治療を受けている患者に対してもシヤントの自己管理について継続的に確認する機会を持ち、個々の性格に応じてシヤントトラブルを予防するための関わりが必要であると考える。

異常時の対応については、加藤ら²⁾の研究結果と同じくA病院でも約2割の患者が知らないと回答し、中にはPTAを経験していても知らない患者がいた。血液透析を行う全ての患者は1日おきに来院する。そのため、何か異変があったとしても「明日病院へ行ったときに確認すれば良いだろう」と思っている場合もあると推測する。しかし、シヤント閉塞後は少しでも早く処置を行ったほうが身体への侵襲が少なくすむ。そのため、透析経験年数にかかわらず、異常時の対応やその理由を理解してもらうような働きかけが必要であると考える。

VIII. 結論

血液透析中の患者に対して、シヤント管理に関して聞き取り調査を行った結果、次のことが明らかになった。

1. PTAの経験の有無や透析経験期間の長さにかかわらず、日常生活における注意点に関する知識があり、禁止行動を行っていないかった。
2. 透析経験期間10年以上の患者は、スリルの確認をしていない割合が最も高く、スリルを1日2回以上確認する患者はいなかった。
3. シヤントに異常があった場合の対応を知らない患者が約2割存在していた。
4. PTAの経験や透析経験期間にかかわらず、シヤント管理に関する継続的な指導が必要である。

文献

- 1) 米田隆史、高木朋子、土屋孝子ほか：透析医療におけるシャント閉塞予防への取り組み、日本農村医学会雑誌、65巻(1)、98-102、2016。
- 2) 加藤千鶴、奥山正仁、吉田優ほか：バスキュラーアクセス(VA)を作製した血液透析(HD)導入前患者の日常生活での自己管理に関する現状調査、日本透析医学会雑誌、48巻(Suppl.1)、517、2015。
- 3) 赤松眞 編著：バスキュラーアクセス完全マスターガイド、透析ケア 2010年夏季増刊、メディカ出版、90、2010。
- 4) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気、メヂカルフレンド社、130-137、1990。
- 5) 武田夏織、藤田陽子、吉田良美ほか：シャント管理に関する維持透析患者と看護師の意識調査、日本看護学会論文集成人看護II、40号、311-313、201

表1 透析を開始してからの期間と血管拡張術の有無(n=50)

期間	人数	割合	血管拡張術の有無			
			なし(n=25)		あり(n=25)	
			人数	%	人数	%
2年以下	14	28.0%	12	85.7%	2	14.3%
3~5年	16	32.0%	5	31.3%	11	68.8%
6~9年	9	18.0%	3	33.3%	6	66.7%
10年以上	11	22.0%	5	45.5%	6	54.5%
合計	50	100%	25	100%	25	100%

表2 血管拡張術の経験別シャントに関する知識(N=50)

項目	知識の有無	合計		未経験群(n=25)		経験群(n=25)		
		人数	%	人数	%	人数	%	
観察	シャントをさわりスリルを確認	あり	49	98.0%	24	96.0%	25	100.0%
	認	なし	1	2.0%	1	4.0%	0	0.0%
	シャント音を聴診器で確認	あり	36	72.0%	15	60.0%	21	84.0%
	痛みがある場合やシャント音がない場合、病院に電話をかける	なし	14	28.0%	10	40.0%	4	16.0%
	痛みがある場合やシャント音がない場合、病院に電話をかける	あり	41	82.0%	19	76.0%	22	88.0%
	腕を衣服などで締め付けない	なし	9	18.0%	6	23.0%	3	12.0%
日常生活	腕を衣服などで締め付けない	あり	49	98.0%	25	100.0%	24	96.0%
	腕を枕にしてはいけない	なし	1	2.0%	0	0.0%	1	4.0%
	腕を枕にしてはいけない	あり	50	100.0%	25	100.0%	25	100.0%
	腕時計をしてはいけない	なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	腕時計をしてはいけない	あり	47	94.0%	22	88.0%	25	100.0%
	腕時計をしてはいけない	なし	3	6.0%	3	12.0%	0	0.0%

表3 血管拡張術の経験別シャントに関する行動(N=50)

項目	行動の有無	合計		未経験群(n=25)		経験群(n=25)		
		人数	%	人数	%	人数	%	
観察	シャントをさわ	あり	43	86.0%	21	84.0%	22	88.0%
	りスリルを確認	なし	7	14.0%	4	16.0%	3	12.0%
	シャント音を聴	あり	11	22.0%	4	16.0%	7	28.0%
	診器で確認	なし	39	78.0%	21	84.0%	18	72.0%
	痛みがある場合やシャント音がない場合、病院に電話をかける	なし						
	腕を衣服などで締め付けない	あり	49	98.0%	25	100.0%	24	96.0%
日常生活	腕を枕にしてはいけない	なし	1	2.0%	0	0.0%	1	4.0%
	腕を枕にしてはいけない	あり	46	92.0%	23	92.0%	23	92.0%
	腕時計をしてはいけない	なし	4	8.0%	2	8.0%	2	8.0%
	腕時計をしてはいけない	あり	48	96.0%	25	100.0%	23	92.0%
	腕時計をしてはいけない	なし	2	4.0%	0	0.0%	2	8.0%

表4 スリルを確認する頻度(透析経験期間別)

透析してからの期間	合計			
	2年以下 (n=14)	3~5年 (n=16)	6~9年 (n=9)	10年以上 (n=11)
していない	1	7.1%	3	18.8%
1日1回	5	35.7%	5	31.3%
1日2回以上	8	57.1%	8	50.0%
合計	14	100%	16	100%

認知症高齢者への集団レクリエーションによる看護師の意識・ケアの変化 －地域包括ケア病棟で実践した看護師の語りから－

keyword 認知症高齢者 集団レクリエーション 地域包括ケア病棟 看護師の意識 ケアの変化

○古川 望 増井 美那子 布施 美圭（新潟南病院）

I. はじめに

わが国は超高齢社会に突入し、2025年には高齢者人口は30%以上、認知症高齢者（以下認知症者）は462万人になるといわれている¹⁾。このような状況において医療の場では、高齢患者の入院がますます増加していくと言われている²⁾。特に認知症者は、入院・治療に関連した生活環境の変化に適応する能力が低下しており、興奮や焦燥などの認知症の行動・心理症状（以下BPSD）を悪化させやすく、一般病院では認知症例の対応に苦労している³⁾。

A病院の地域包括ケア病棟では、2019年度8月の認知症者は60%、認知症者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上は37%であり、BPSDを呈する患者も多い。病棟看護師は、患者の昼夜逆転、易怒性、興奮、繰り返し、徘徊などの対応に苦渋し、認知症者に対して否定的な発言が見受けられることもあった。

一方で、認知症者への薬物療法は進行遅延効果が限局的で、食欲低下などのデメリットがメリットを上回ることが多く、様々な認知症ケアの中でも非薬物療法が注目されるようになった⁴⁾。非薬物療法の一つである集団レクリエーション（以下集団レク）には、認知機能悪化予防、QOLの向上⁵⁾、残存能力を引き出す、喜びや楽しみによって情緒の安定が得られる等の利点がある⁶⁾と言われている。

そこで、A病棟では2018年11月から、認知症者の非薬物療法の一つとして、集団レクを週2回定期的に行い始めた。集団レクは作業療法士と看護師・介護士が協働し、その日の参加者の認知機能に合わせて担当が内容を選択し行っている。

集団レクを始めて、担当したスタッフから、臥床しがちな認知症者のいきいきとした動きや笑顔を初めて見た等の発言が聞かれるようになった。また、今までにはリハビリ以外では離床する機会がなく、1日中床上で過ごしていることがほとんどであった認知症者に対し、看護師が積極的に離床を促す姿が見られるようになった。このことから、集団レクが看護師の認知症者に対する意識、ケアの変化をもたらしたのではないかと考えた。

先行研究で、地域包括ケア病棟における集団ケアは患者の精神・心理機能の回復に有用であると示している研究はあるが、実際に看護師に対してどのような意識・ケアの変化をもたらすのかという研究はなかった。

そこで、A病棟で集団レクを始めてから、看護師の認知症者に対する意識とケアがどのように変化したかを明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的

A病棟において集団レクを行っている看護師の認知症者に対する意識・ケアの変化を明らかにする。

III. 用語の定義

1) 集団レクとは、A病棟で行っている集団レクのことである。内容は、①リアリティーオリエンテーション

②ラジオ体操③集団で行えるアクティビティ（参加者の認知機能の程度によって内容を変えて行う）。

2) 意識とは、認識し思考する心の動き。感覚的知覚に対して純粋に内面的な精神活動。我々の知識・感情・意志のあらゆる働きを含み、それらの根底にあるもの⁷⁾。本研究においては、認知症者に対する思いや気持ち、捉え方と定義する。

IV. 研究方法

1. 研究対象

A病棟に勤務し、かつ集団レク業務を行っている看護師で本研究に同意の得られた7名。

2. 調査期間

2019年8月～9月

3. 調査方法

フォーカスグループインタビューによる半構成的面接法。集団レクに関与してからの認知症者のとらえ方・看護など自身が行っているケアの変化について語ってもらった。

インタビューは2回に分けて実施した。1回の面接時間は60分以内、1回の人数は3～5人、行う場所は、病棟から離れた静かな個室とし、インタビュー内容は対象者に承諾を得たうえでICレコーダーに録音した。

4. 分析方法

面接内容の遂語録を起こし、目的に関する記述内容を抽出した。さらに、認知症者に対する看護師の意識・ケアについてコード化した。各コードを意味内容の類似性と差異性に基づいて質的帰納的に分析し、カテゴリー化した。得られた結果は質的研究経験者より指導を受けた。

V. 倫理的配慮

本研究の趣旨、方法、研究への参加への自由と拒否の権利、研究協力に同意しても撤回することができ、撤回をしても不利益をうけないこと、個人が特定できないようにしたうえで学会等に発表する予定であること、収集されたデータについては、全て匿名化し、研究発表までは鍵のついた棚に保管し、研究発表後は、音声は消去、紙データは廃棄することを文書で説明し、同意書にて同意を得た。なお、本研究は院内倫理審査委員会の承認を得て実施した。

VI. 結果

1. 対象者の基本属性：看護師7名（女性6名、男性1名）、平均年齢40.4±10.7歳、平均看護師経験年数は16.9±10.7年であった。面接は2グループに分けて各1回、計2回行った。

2. 集団レクの看護師の認知症者に対する意識・ケアの変化の語りから、100コードが抽出され、表1に示すように18サブカテゴリー、5カテゴリーで構成された。以下にカテゴリー【 】、サブカテゴリー< >、コード「 」を示す

1) 【見過ごしていた能力への気づき】はく運動能力の

発見〉、〈コミュニケーション能力の発見〉、〈集中力の発見〉、〈潜在能力の発見〉の4サブカテゴリーで構成された。

2) 【過去の認知症者対応への内省】は〈認知症者への態度の内省〉×〈認知症者とのコミュニケーションの内省〉の2サブカテゴリーで構成された。

3) 【認知症への前向きな意識の変化】は〈イラ感の減少〉、〈相手を知ろうとする気持ちの芽生え〉、〈認知症者への否定的印象の改善〉、〈認知症者と関わる楽しさ・やりがいへの気づき〉の4サブカテゴリーで構成された。

4) 【認知症者への集団レクによる効果・期待】は〈集団レクによる精神の安定と活性化〉、〈集団レクの離床・覚醒効果〉、〈退院後の生活改善、適応への期待〉、〈集団レクによる感情の表出の効果〉、〈看護介入による認知症者の変化への期待〉の5サブカテゴリーで構成された。

5) 【残存機能を活かしたベッドサイドケアの実践】は〈声掛けの増加〉、〈認知症者のペースに応じた関わり〉、〈能力を活用した関わり〉の3サブカテゴリーで構成された。

6) その他

集団レクへの意見として、「集団レクで何をするか迷う」「集団レクの後、参加者が余韻を楽しめない」「業務内容により余裕がないとピリピリした表情になってしまふ」があった。また、集団レクに関与してからも「認知症へのイメージは変わらない」という意見も聞かれた。

VII. 考察

1. 看護師の認知症者に対する意識の変容

非薬物療法に対して松下らは、「職員と高齢者が1対1で接する日常ケアとは異なった場を作り出すことができます。さまざまな活動を通して、日常生活では發揮できない残存能力を引き出し、喜びや楽しみによって情緒の安定が得られ、高齢者と職員との交流もさらに深くなるなどの利点があります」⁸⁾と述べている。

集団レクでは、楽しむことを目的とし、参加者の能力に合わせて全員が何かしら行えることを選択した内容を取り入れている。そのため、認知症者が自己の能力を発揮する場となったと考える。【見過ごしていた能力への気づき】から看護師は今まで気づかなかった認知症者の潜在能力を発見したことが明らかとなった。そのことは、【過去の認知症者対応への内省】へつながり、認知症者が出来ないと思っていた身体機能を見たことで、今まで行ってきたケアや対応について振り返る機会になったと考える。

鈴木が「認知症高齢者が自分から言葉を話そうと思ってもその場の状況を理解したり、言葉を探すのに時間がかかることが多い。医療の場では、コミュニケーションをとる時間が少ないとから、認知症高齢者が言葉を話さないと“何もわかつていない人”“理解していない人”と思いがちになる」⁹⁾と述べているように、集団レクを行う前は、認知症者に対して、「口調が強くなり言葉の拘束ばかりしていた」「認知症者にイラライとして当たっていた」「認知症患者とのコミュニケーションはすぐに終わらせていた」と語り、【過去の認知症者対応への内省】が生じていた。それは、認知症者に対して対応の限界を感じ負担になっていた為と考える。

中島らは、「うまくいかない体験が積み重なると、“認知症の人は苦手、できるだけ担当になりたくない”という否定的な感情が引き起こされる。やがてマイナス

感情の持続に耐えられなくなり、そもそも“認知症の人とのコミュニケーションは不可能”というレッテルを貼り付け、可能性を探る努力さえ放棄してしまうかもしれない」¹⁰⁾と述べている。看護師は認知症看護に苦渋し、無意識かもしれないが認知症者との関りを避け、コミュニケーションが遠のいていたと考える。しかし、集団レクを通して【見過ごしていた能力への気づき】があり、看護師はもっと出来る能力や可能性があるのではないかと、認知症看護をあきらめていた気持ちから、期待の意識へと変化し、【認知症への前向きな意識の変化】がみられたと考える。

2. 看護師の認知症者に対するケアの変化

看護師の意識が変わったことで、認知症看護としてもっと出来ることがあるのではと期待を持つようになったと推測できる。

青柳は、「私たちは、何かをするときに、“～ができる”という見通しや確信をもっているがために行動することができる。このような自分が行おうとしている行動に対する遂行可能感を自己効力感という」と述べている¹¹⁾。【認知症者への集団レクによる効果・期待】、から認知症者は「何も分からず、出来ない」と思っていたレッテルが剥がれ、集団レクの時にできた能力を基に生活の場でも残存機能を活かした関わりが出来るのではと〈相手を知ろうとする気持ちの芽生え〉から、【残存機能を活かしたベッドサイドケアの実践】へとケアが変化したと考える。

3. 地域包括ケア病棟で集団レクを行う意義

地域包括ケア病棟では、身体機能の回復を促進しながら、退院後の生活適応に向けた支援が求められる。

【認知症者への集団レクによる効果・期待】の中の〈退院後の生活改善、適応への期待〉では、退院後の生活を見据えた集団レクの有用性が語られていた。看護師には、患者に備わっている力を考慮しながら、その人らしさを大切に生活できるような支援が求められる。施設へ退院する場合には、食堂で他利用者と一緒に食事をし、集団レクに参加することになる。退院先の施設での集団生活をイメージしやすくなる点で、退院支援につながると捉えた。

4. 今後の課題

今回、地域包括ケア病棟における認知症者への集団レクの意義が明らかになった一方で、業務多忙時は心のゆとりがなく集団レクを負担に感じてしまう。余裕があれば、もっと参加者に楽しんでもらえるのではと運営上の課題も明らかとなった。そのため、今後も運営方法や業務内容を定期的に検討する必要がある。

VIII. 結論

1. 集団レクを行っている看護師の認知症者に対する意識・ケアの変化として、【見過ごしていた能力への気づき】【過去の認知症者対応への内省】【認知症への前向きな意識の変化】【認知症者への集団レクによる効果・期待】【残存機能を活かしたベッドサイドケアの実践】の5つのカテゴリーが抽出された。

2. 集団レクを通して見過ごしていた認知症者の能力を発見し、未知なる能力への期待や前向きな意識、積極的な関与へと変化していた。

3. 地域包括ケア病棟における認知症者への集団レクは退院後の生活適応に有用であることが示唆された。

表1 集団レクに関与してからの認知症者のとらえ方・看護師が行っているケアの変化

カテゴリー	サブカテゴリー	主な具体的コード	
見過ごしていなかった能力への気づき	運動能力の発見	<ul style="list-style-type: none"> 意欲がないと思っていた人が手を動かしていた。 手足が動くことの新発見。 普段見ることのできない動き（手足の動き）が見れた驚き。 出来ないと思っていたがレクに参加しラジオ体操ができた。 	<ul style="list-style-type: none"> 想像しない動きを（手を伸ばす）全員して、びっくりした。 動けないと思っていた人が、動くことができた驚き。 介護拒否のある患者も風船バレーに参加できる。
	コミュニケーション能力の発見	<ul style="list-style-type: none"> BPSDのある患者さんも名前を言えていた。 他人との関わりで、自主性や理性が見られたかも。 介護拒否のある患者も、レクでは名前を言えた。 名前を言わないと思っていた人も名前を言えた。 無口な患者が隣の人と話していた。 	<ul style="list-style-type: none"> 意外に声が出て歌っていた。 だんだんと輪の中に近づけ最後は自分の話が出来た。 出来ないと思っていたが、手を挙げて返事をしていて感動した。
	集中力の発見	<ul style="list-style-type: none"> 焦燥感や帰宅願望を繰り返し訴えていたがレクの最中は訴えなかつた。 大声を出す患者もレクリエーションが始まると集中していた。 	<ul style="list-style-type: none"> 多動な患者がレクに参加すると最後まで椅子に座つていられた。 独り歩きする患者も参加していた。
	潜在能力の発見	<ul style="list-style-type: none"> 新しい一面が見れた。 色んな発見ができるところが良い。 レクが無ければ隠れた一面を見ることが出来なかつた。 	<ul style="list-style-type: none"> 知らないかった力を持っているのに気付いて感動した。 記憶障害があつても楽しいという印象は残る。
過去の認知症者対応への内省	認知症者への態度の内省	<ul style="list-style-type: none"> 余裕がない時は認知症者にイライラした態度をとってしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症者にイライラして当たつていた
	認知症者とのコミュニケーションの内省	<ul style="list-style-type: none"> 認知症者とのコミュニケーションはすぐに終わらせていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 口調が強くなり言葉の拘束ばかりしていた。
認知症への前向きな意識の変化	イライラ感の減少	<ul style="list-style-type: none"> レクの時間はイライラせず対等に過ごせる。 イライラして怒ることが減った。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症者の生活史を知ることで、イライラする心を落ちさせることができる。
	相手を知ろうとする気持ちの芽生え	<ul style="list-style-type: none"> 相手のことを知ろうとする気持ちになる。 	<ul style="list-style-type: none"> BPSDに理由があるのがだんだん分かってきた。
	認知症者への否定的印象の改善	<ul style="list-style-type: none"> レクをしてから、めんどうくさい、理解しがたい印象がうすれた。 嫌なイメージがあまりなくなつた。 	<ul style="list-style-type: none"> 否定的な印象を持っていたが、それだけでもないと思った。 楽しそうにしていると印象が変わる。
	認知症者と関わる楽しさ・やりがいへの気づき	<ul style="list-style-type: none"> 新たな気持ちで向き合える点は自分自身にいい影響。 患者さんが喜んでくれるから、やりがいがある。 患者さんが楽しそうにしていると、こっちも楽しい。 余裕が出来た。 	<ul style="list-style-type: none"> 実はこういう力を持っていたんだと発見できるのが楽しみ。 一緒に笑ったりできる関わりはすごくいい。
認知症者への集団レクによる効果・期待	集団レクによる精神の安定と活性化	<ul style="list-style-type: none"> 集団と関わることは利点がある。 昔の集団生活を思い出すためにもレクは有効だ。 	<ul style="list-style-type: none"> 人との関わりで生活が安定しメリットになる。
	集団レクの離床・覚醒効果	<ul style="list-style-type: none"> 離床して、笑ったり、歌ったりいい刺激になる。 離床となって良い。 レクがあることで覚醒のきっかけになつて良い。 	<ul style="list-style-type: none"> 覚醒を促す機会が増え、とってもよい。 運動する機会が出来て良い。 ADLの低下予防。
	退院後の生活改善、適応への期待	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の施設では食堂に出て食事ができる。 退院後の施設での生活訓練になる。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の施設では集団生活だからレクが良い。
	集団レクによる感情の表出の効果	<ul style="list-style-type: none"> すごく笑顔が見れる。 レクの時には普段見れない表情や行動が見れる。 寝ている時と、起きた時の表情が違う。 	<ul style="list-style-type: none"> 笑顔がだいぶ増えてきた。 起きれないと思っていた人も、離床すると表情が良くなる。
	看護介入による認知症者の変化への期待	<ul style="list-style-type: none"> レクがきっかけで離床が楽しいと思えば、食事の時も離床できるかも。 もっと話しかければ発語が増えると期待。 	<ul style="list-style-type: none"> 対応の仕方で反応が違うのかな。 嫌な理由が分かれれば拒否することがなくなるかもしれない。
残存機能を活かしたベッドサイドケアの実践	声掛けの増加	<ul style="list-style-type: none"> レクで声がせると気づき、ベッドサイドでも、もっと声掛けをするようになった。 出来る能力を考えて声をかけるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 前よりもコミュニケーションをとるようになった。
	認知症者のペースに応じた関わり	<ul style="list-style-type: none"> 接し方が変わつた。 相手の間違いを肯定できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 相手のペースに合わせられるようになった。
	能力を活用した関わり	<ul style="list-style-type: none"> レクでの反応を基に、日々のケアや観察を行つてゐる。 	<ul style="list-style-type: none"> レクの時みたいな反応を基にかかわつてゐる。

引用文献

- 内閣府：高齢社会白書平成30年度版、日経印刷株式会社、2、2019。
- 鈴木 みずえ：パーソン・セナタードな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア 入院時から退院後の地域連携まで 日本看護協会出版会、2、2016。
- 前掲書2)、2。
- 有賀 洋文：認知症ケアガイドブック、公益社団法人日本看護協会、40、2016。
- 一般社団法人日本認知症ケア学会：改定4版・認知症ケアの実際II：各論、株式会社ワールドプランニング、201、2016。
- 松下正明、金川悦子：個別性を重視した認知症患者のケア 改訂版、株式会社 医学芸術社、132、2007。
- 新村出：広辞苑 第五版、株式会社岩波書店、136、2004。
- 前掲書6)、132。
- 前掲書2)、4。
- 中島紀恵子：認知症の人々の看護第3版、医歯薬出版株式会社、123、2017。
- 野川道子、青柳道子：看護実践に活かす中範囲理論、メディカルフレンド社、281、2016

セルフケア能力を向上させるための便秘改善への試み

keyword 排便日誌 便秘 セルフケア

○古川 恵 原 美和（新潟医療生活協同組合木戸病院）

I. はじめに

便秘は、若年者から高齢者までどの年齢層でもみられる排便障害である。排便習慣には個人差があり、患者が「便秘」という言葉で意味する内容は様々である。慢性的な便秘が続くと、恶心嘔吐、腹痛、食欲不振、不眠など身体面の症状が出現すると同時に、これらの症状により社会面、精神面の健康への影響により QOL が低下する危険性がある。

A 病院 B 病棟は、急性期治療を終えた患者を受け入れる回復期病棟である。急性期では排便コントロールより治療が優先され、便秘の状態で B 病棟に転棟してくる患者が多い。また、転棟後も活動量の不足、長期間の入院生活のストレスおよび入院前と異なる食生活による影響で便秘になりやすい状況にある。そのため、B 病棟での入院期間中、便秘に悩む患者がしばしばみられる。

奥田は、排便日誌を使用し患者の排便の性状を知り、プリストルスケールタイプ(以下、スケール)3～5 の排便が出るように下剤量を調整することで下剤を減量できたと述べている¹⁾。さらにこの研究では看護師が排便日誌をつけて排便コントロールを行い、排便日誌に基づくアセスメントが有効なことを明らかにしている。また、堀内らは、多量の下剤を服用している患者に対し、下剤の減量および排便ケアによる介入によって快適な排便に繋げることを目的にした研究を実施している²⁾。これによると快適な排便コントロールには、アセスメントに基づく下剤の減量を目指すと同時に従来からある排便支援の実施が有効であることを明らかにしている。

以上から、患者が主体となり排便日誌を記録し、患者と看護師が便秘の改善について一緒に考え、実践することで慢性的な便秘が改善するのではないかと考えた。

II. 研究目的

本研究の目的は、便秘の患者が自分で排便日誌を記録し、看護師とともに便秘の改善について考え、

実施することで排便コントロールが可能かどうかその効果を明らかにすることである。

III. 用語の定義

便秘：「慢性便秘の診断・治療研究会」の慢性便秘症診療ガイドラインに則り「本来体外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態³⁾」とする。
排便日誌(以下、日誌)：便の出方を確認するもので、排便障害の種類と原因を判別すると同時に排便周期に合わせたケアプランを立てるために使用する記録。

IV. 研究方法

1. 研究方法：事例介入研究
2. 研究期間：20XX 年 10 月～20XX 年 12 月
3. 研究対象：B 病棟に入院中の便秘の患者で日誌の記入が可能な患者 2 名。
4. 介入方法：研究対象者に対して予め作成した排便状況の調査票に沿って入院前後の生活状況を情報収集し、合わせて、研究者らが自作した日誌（「排便時間」、「便の性状と量」、「下剤の内服状況」、「食事摂取量」、「水分摂取量」）を対象者に記載してもらった。1 日 3 回各勤務帯で看護師が記載状況を確認した。自作した日誌の記載を開始して 1 週間後から排便ケアを開始した。排便ケアは「起床時の冷水摂取」、「腹部マッサージ(1 回/日)」、「排便体操(1 回/日)」について看護師が方法を説明し、その後は対象者自身が行った。
5. 分析方法：日誌の記載状況をみて排便状況を把握し介入の効果を分析した。

V. 倫理的配慮

本研究は A 病院倫理委員会の承諾を得て行った。対象者に研究の目的・方法を口頭と文章で説明し、同意を得た。その際、研究への参加は対象者の自由意志であること、途中辞退しても今後の治療および入院生活に関して支障がないこと、調査結果は本研究の目的以外に使用しないこと、研究の公表にあたっては匿名にし、個人が特定されないようにするこ

表1 P氏、Q氏の事例紹介および入院前後の排便状況

	P氏	Q氏
年齢・性別	70歳代・女性	60歳代・女性
疾患	神経系疾患	腰椎圧迫骨折
入院前の排便	・朝食前後に1日1回スケール4の排便が中等量あった。 ・ストレスや環境の変化で便秘になることがあった。 ・下剤の内服はしていなかった。	・3~4日に1回スケール1の排便が少量あった。 ・努責かけて排便するも残便感があった。排便がないときは市販の浣腸を使用。摘便することもあった。 ・定期的に内服している下剤はなかった。
入院後の排便	・自然排便是なく、下剤の内服、浣腸、坐薬を使用。 ・4日に1回スケール1の排便が少量みられていた。	・便意はあるが、5~6日に1回の排便。屯用のセンノシド1~2錠内服し、その後に普通便があった。 ・トイレにくくと座った直後に排便があった。
本人の思い	・便秘で困っているという自覚がある。 ・排便があると安心しているが量の少なさを気にしていた。	・もともと便秘（若い頃から）があるものの、排便について特に困ったという意識はない。

表2 排便日誌の記載状況（抜粋）

排便日誌		開始																				
排便ケア		開始																				
日数		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
P 氏	排便		1		3			3				2			2	4~6					3	
	排便量		少		中			少				中			少	多					少	
	下剤	S		S			S				S				M			M	SM	M	SM	
	排便ケア								O	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	水分量 (L)	1.4	1.4	1.8	1.8	1.8	1.8	1.6	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.6	1.6	1.8	1.8	1.8	1.8	
	食事量	9	8	9	10	10	10	10	10	7	10	10	10	10	10	10	10	8	9	9	10	9
Q 氏	排便	4			4	4~6		1		4~5			2~3	4~5			4			4		
	排便量	中			中	多	中		少	少		多	中		少	少	少	中			中	
	下剤			S	S																	
	排便ケア								O	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	水分量 (L)	0.9	1.7	1.2	1.2	1.0	1.2	1.1	1.1	1.5	1.3	0.7	1.2	1.3	1.2	1.3	2.2	1.0	1.1	1.3	1.6	
	食事量	8	8	10	10	10	10	10	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	

排便の数字：ブリストルスケール（1.コロコロ便、2.硬い便、3.やや硬い便、4.普通便、5.やや柔らかい便、6.泥状便、7.水様便）

排便量：少(片手量より少ない)、中(片手量)、多(両手盛り)

排便ケア：○起床時の冷水摂取、△腹部マッサージ、□排便体操

下剤：S（センノシド）、M（酸化マグネシウム）

食事量：1日の平均摂取量、全量摂取を10、半量を5と標記

と、データはA病棟で5年間保管した後、情報が外部に漏れないよう粉碎して廃棄することを説明した。

VI. 結果

P氏、Q氏の事例紹介および入院前後の排便状況を表1に、両氏の日誌の記載状況を表2に示す。

1. P氏の排便の状況

日誌の記入開始後、2~3日に1回スケール1~3の排便が少量～中等量あった。便が出そうで出ないと感じており、屯用のセンノシド1錠内服し翌日に排便がみられていた。食事はほぼ全量摂取でき、水分は1日1600~1800ml程度摂取していた。排便ケア介入後も、3~4日に1回スケール2の排便が少量

～中等量あった。起床時の冷水摂取は連日摂取出来ていた。P氏は非常に真面目な方で日誌は毎日記載していたが、「書き方が合っているのか」という問い合わせや排便に対する発言が増えた。そのため、P氏がストレスを感じていると判断し看護師からの排便状況の確認は1日1回に減らすこととした。水分はこまめに摂取していたが、便が硬かつたため、排便ケア開始8日目に薬剤を検討し、毎食後の酸化マグネシウム錠の内服を開始した。その後から水様便あり、P氏と相談しながら内服を調整した。P氏から「また水様便があるのでは」という思いがあつたため休薬した。休薬後便秘が続いたためP氏と相談し、

酸化マグネシウム錠と屯用のセンノシドを併用しながら排便コントロールを行った。排便ケア介入2週間目以降、内服薬は自己管理とし、日誌の記録や排便ケアをP氏が継続することにした。その後は酸化マグネシウム錠を排便状況に応じて1日2~3回内服し、連日朝にスケール4~5の排便が出るようになった。

2. Q氏の排便の状況

日誌は、毎日記載されていた。排便状況は、日誌の開始初日に前日センノシドを内服していたため、スケール4の排便が出た。その後、2日目まで排便がなかったため屯用のセンノシドを2錠内服し、翌日スケール4の排便がみられた。その後も1日おきに排便があったが、便の性状・量は日によって様々だった。食事は全量摂取しており、水分は1日1000ml~1700ml摂取していた。研究者の不在により排便ケアは当初の計画より1日遅れて開始、また、退院もあり介入期間がP氏と比較し短かった。排便ケア開始後は、屯用のセンノシドを内服しなくても1~2日に1回のペースで自然排便があった。排便ケア介入後はスケール4~5に変化した。食事、水分は排便ケア開始前と同様程度に摂取出来ていた。日誌について確認すると「書きました」と発言あり自主的に行えていた。排便ケア開始後2週間経過し、Q氏に思いを聞くと「自分でも無意識だなって、これ(日誌)やって排便のリズムがわかってよかったです。まだ腰痛いのに力まずにはいられなくて大変だった。朝冷たい水飲むようになったらすっと出るようになった」という発言があった。

VII. 考察

今回、入院に伴うADL低下による便秘や入院前からの慢性便秘でQOLが低下している患者に対して日誌を用いて、排便習慣の把握を行った。P氏は便秘を改善したい気持ちが強く、排便ケアを積極的に行い看護師と共に自分の便秘の改善に向けてのアセスメントをすることができた。これは、入院後からの便秘を改善したいという意欲があったことが大きく影響していると考える。一方でQ氏は排便ケアや日誌については協力的であったが、元々便秘に対してはあまり問題視されていなかった。しかし、排便ケア介入終盤になると日誌や排便ケアの効果による満足感を得ていたと考える。西村は、日誌の目的につ

いて患者自身が自分の状態に気づき動機づけや自己効力感をもつことにあると説明している⁴⁾。今回の両氏は日誌を用い、自身の排便習慣を把握し便秘に気づき、改善しようと考える動機づけになっていたといえる。また、看護師も加わり、下剤を調整し、排便ケア方法の指導、実施を確認することで効果的な排便コントロールに繋がったと考える。

しかし、看護師がP氏に対して日誌の記入状況や排便状況を確認する行為が、排便に対する思いを刺激し過ぎていると推測される場面があった。看護師は関わりが多いほどモチベーションを高めると考え介入したが、必要以上の関わりは対象者にプレッシャーを与える危険性があることがわかった。

今回排便ケアとして起床後の冷水摂取、排便体操、腹部マッサージを対象者に行ってもらった。適切な食事や運動、腹部マッサージなど生活習慣の改善は、エビデンスレベルが低いものの便秘の治療法として有効性が示唆されている⁵⁾。今回の事例においても、排便ケアを日誌に記録することで、毎日の生活習慣として定着し、便秘の改善に繋がったと考える。特にQ氏は介入が開始された後、屯用での下剤の内服もなくなり、自然排便がみられるようになった。以上から患者自身が日誌を記載することで、患者と看護師が排便習慣を把握し、下剤の調整を行い排便コントロールが出来たと考える。

VIII. 結論

今回P氏、Q氏の事例を通して、患者自身の排便日誌の記録により排便コントロールができることが明らかになった。日誌を用いることで患者自身が便秘を自覚し、看護師と共に排便習慣の把握や下剤の調整を行うことで便秘の改善に繋がった。

【引用文献】

- 奥田由美：当院における排便コントロールへの取り組、大阪市立大学看護学雑誌、13、57-59、2017.
- 堀内航介、安田親司、筒井恵美 他：下剤の減量とケアにより排便状況が改善した事例を通して、第40回日本精神科看護学会誌、206-207、2015.
- 日本消化器病学会関連研究会、慢性便秘の診断治療研究会編集：慢性便秘症診療ガイドライン 2017、南江堂、60、2017.
- 西村かおる編纂：疾患・症状・治療処置別排便アセスメント&ケアガイド、学研プラス、30、2009.
- 前掲3) 2.

非経口摂取患者に対する口腔ケア

—pH 値と口腔内環境の変化—

keyword 口腔ケア pH 唾液フィルム

○本間 ヒサ子 星 智子 (医療法人愛仁会 亀田第一病院)

I. はじめに

高齢患者は痰のこびりつきや乾燥により口腔内環境が劣悪な患者が多い。高齢者は年齢とともに嚥下機能・唾液分泌能力の低下があり、特に経管栄養患者や欠食中の患者は食事摂取しておらず、咀嚼による唾液分泌が少ない。A 病棟は地域包括ケア病棟のため、内科や整形などの様々な疾患の高齢患者が多く入院しており、内科の入院患者では肺炎・誤嚥性肺炎などの呼吸器疾患患者が多く連日口腔ケアをしているにも関わらず口腔内が乾燥し痰がこびりつき汚染された状態にある患者がいる。渡部ら¹⁾は「唾液フィルムには、口腔内が乾くのを防止し、表面を保護し、歯と口腔内粘膜を潤し、プラークが産生する酸を中和する」と述べている。プラークの産生する酸は唾液の作用により中和する作用がある。口腔内 pH が 5.5 を下回ると脱灰という歯の実質欠損が起こりう蝕に繋がる。そのため口腔内 pH を基準値に保つ為口腔ケア前に pH 測定し対象者に合った口腔ケア回数を検討する。今回は簡易的な方法である pH 試験紙を用いた研究を行い pH 値の変化からの適正回数の判断の難しさと口腔内環境からみた個別性のある口腔ケアの必要性がわかつたためここに報告する。

II. 研究目的

入院患者の口腔内 pH を調査し、口腔内 pH を基準値である 6.0~7.0 に保つ為口腔ケア回数を増やし、pH 値を基に適正回数を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究期間 : 20XX 年 6 月 ~10 月
2. 研究対象 : 非経口摂取患者
3. 方法
 - 1) 研究開始前に看護師にアンケートを行い、口腔ケアについての疑問を確認した。

- 2) 研究開始前に言語聴覚士を交えた口腔ケアの勉強会を病棟看護師全員を対象に行い、口腔ケア方法について改めて周知し、OHAT-J での口腔内評価方法・pH 測定方法についても説明した。
- 3) 口腔ケアは 1 クール 5 日間を 3 クール、15 日間行う。1 クール目は 1 回/日 (10 時)、2 クール目は 2 回/日 (10 時、19 時)。3 クール目は 3 回/日 (10 時、19 時、翌日 6 時) で行う。
- 4) 口腔ケア方法は残歯がない場合は口腔ケアティッシュで行い、残歯がある場合は歯ブラシと口腔ケアティッシュで行う。
- 5) 対象患者に対し研究 1 日目 10 時に担当看護師が口腔アセスメントツール OHAT-J を用いて口腔内を評価。日内変動を見るため pH 測定を 4 回/日 (10 時、16 時、19 時、翌日 6 時) に行う。初日と各クール最終日に OHAT-J で口腔内を評価する。
- 6) pH 測定部位は、比較的湿潤している舌下とするが、口腔内乾燥著明で採取できない場合は口腔内湿潤部位から採取することとする。採取方法は湿潤部位を綿棒でこすり、pH 試験紙に塗布する。
- 7) 研究開始当日、各評価日、研究最終評価日に適切な情報共有のため口腔内の写真を撮り変化を比較する。

IV. 倫理的配慮

本調査の概要と目的を説明し、調査で得られたデータは個人情報が特定されないよう統計処理すること、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、ならびに本調査の結果・写真は公表される可能性があるが本人と特定されないようにプライバシーを厳守した配慮をしたことを文章にて説明し同意を得た。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

研究対象患者計9名、うち最終日まで研究出来た人数は4名。研究期間中退院した患者は1名。研究期間中死亡退院した患者は3名。途中で食事開始になり研究中止した患者は1名。年齢は80~90代、男性6名、女性3名であった。対象患者のうち誤嚥性肺炎で入院した患者は3名。口腔内残歯がある患者は9名中7名。

最終日まで評価出来た4人の結果はそれぞれ違いがあった。患者Aは評価10日目以外にpH値が基準値以上になる時があった。OHAT-Jは初日から10日目まで10点だったが15日目8点に改善した。これは口腔内が潤湿したことで改善がみられた(図1)。患者Bは全ての評価日で、pH値が基準値以上になる時があり、10日目には基準値以下になる時もみられた。OHAT-Jは初日に9点だったが5日目に7点に改善したが10日目、15日目も7点で変化はなかった(図2)。患者CはpH値が基準値以上になることはなかったが、初日と評価5日目に基準値以下になることがあった。OHAT-Jは初日6点で以降も6点のまま変化はなかった(図3)。患者DはpH値が基準値以外になることはなかった。OHAT-Jは初日8点だったがそれ以降は11点、12点で悪化がみられた。これは痰のこびりつきが著明でありブラッシングによる歯茎からの出血が見られたためOHAT-Jの点数が悪化した(図4)。

測定時間	1日目			5日目				
	10時	16時	19時	6時	10時	16時	19時	6時
全体平均	6.6	6.3	6.5	6.4	6.8	6.3	6.7	6.5
残歯なし	6.3	6.6	6.3	6.7	6.3	6.3	6.6	5.7
残歯あり	6.6	6.3	6.4	6.4	7	7	6.7	6.7

測定時間	10日目			15日目				
	10時	16時	19時	6時	10時	16時	19時	6時
	6.7	6.7	6.7	6.8	6.8	6.6	6.7	6.7
	6.3	6.9	6.9	6.6	6.3	6.9	6.6	6.3
	6.7	6.6	6.7	6.9	7	6.9	7.2	6.9

表1 残歯あり・なし別平均pH値

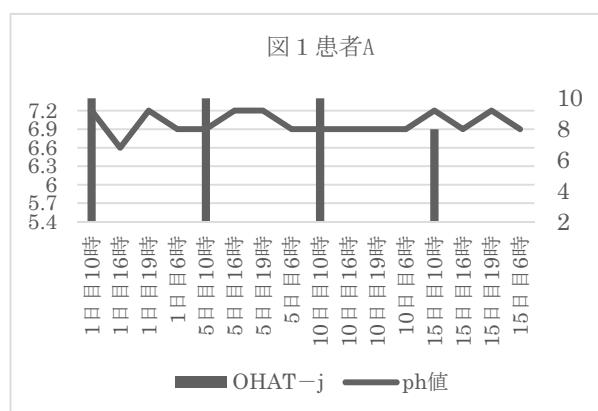


図2患者B

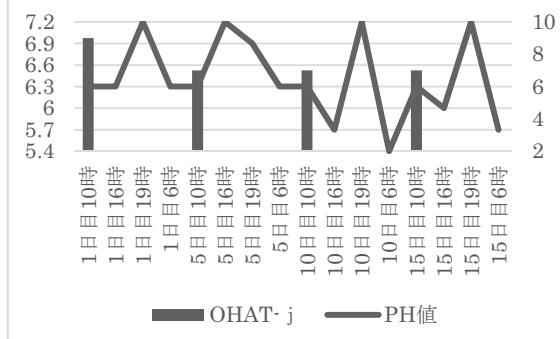


図3患者C

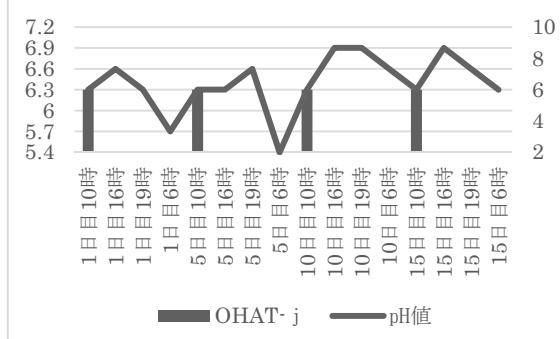
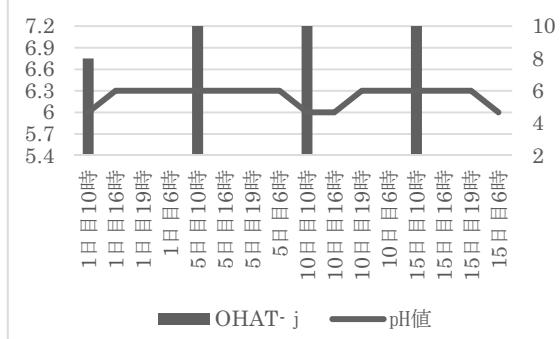


図4患者D



VI. 考察

4名の結果をみると口腔ケア回数を増やすことで個人差はあるが口腔内環境の改善はみられた。

阿部ら²⁾は「唾液の粘調度が増すと口腔内の自浄作用が低下して細菌が繁殖しやすくなり、唾液嚥下などの口腔機能も低下し、そこに嚥下機能が加わると誤嚥性肺炎のリスクが高まります。」と述べている。食事摂取していない患者の口腔内は刺激を受ける頻度が少なく、口腔機能の低下を招き嚥下機能が低下する可能性がある。研究対象患者の中には口腔内乾燥している患者もあり、唾液の粘調度が高まることにより口腔内の細菌繁殖に適した環境になっていた。また、表1では残歯のある患者は残

歯のない患者に対し pH 値がやや高くなっているが、残歯に歯垢が付着し細菌増殖が起こり、歯が無い患者より pH が高くなっていたと考えられる。

1日の口腔ケア回数を変えてpH測定をしたが、pH 値の変動には患者それぞれにばらつきがあり、口腔ケア回数を3回/日に増やしても pH 値は5.5以下に下回ることはなく経過した。高山ら³⁾は、「う蝕とは、口腔内の細菌が糖質から作った酸によって、歯質が脱灰されて起こる歯の実質欠損で、口腔内細菌によって引き起こされる」と述べている。これらのことから非経口摂取の患者は糖質の摂取をしないため pH の値は酸性に傾かなかったと考えられる。また、pH 値が7.0前後の結果が多くみられた。泉福⁴⁾は「唾液に含まれた重炭酸イオンによって緩衝され pH7 前後になるように調整される。よって、菌と口腔摂取物と唾液との関係により、理論的には疾患が誘導されない。しかし実際は菌が歯表面でバイオフィルムを形成し、局所において pH の低下が維持され、結果的に歯表面での脱灰が起こるう蝕が発症する」と述べている。う蝕原因菌は pH4.0 以上での繁殖が可能であり、その他肺炎原因菌などの多くの細菌は pH7.0 付近での細菌増殖が可能となっている。このように細菌の種類により細菌増殖の至適 pH に違いがあるが、対象患者は口腔内 pH が酸性に傾くことはなく pH7.0 付近であったため、口腔内は細菌増殖に適した pH 値であったと言える。

野原⁵⁾は、「誤嚥性肺炎の防止のためには、口全体として細菌量を少なくするために、頻回のブラッシングを行うことが有用である」と述べている。一方道重⁶⁾は、「口腔ケアは回数よりも1日1回でも確実にデンタルプラークを取るための工夫をするなど、ケア方法についての検討が必要である」と述べている。これらの文献から口腔ケアの実施回数については、回数が多いほど良い、徹底して行えば1日1回でも良いなど様々な研究があるが、実施頻度と効果との関連性については一定の見解が得られていない。そのため口腔ケアを1日何回施行するのが良いとは概に言えないと言える。

OHAT-J での口腔内評価に関しては、撮影した口腔内写真・病棟スタッフと看護研究メンバーの日々の観察も加え変化を比較したところ、全体を通して口腔ケア回数を増やすことにより OHAT-J の評価は半数以上の患者が維持または改善された。しかし口腔内への刺激や痰のこびり

つきを剥がした際に出血し悪化した患者もいたため、個々の口腔内に合わせた口腔ケアと回数の検討が必要であることが分かった。

今回の研究で pH 測定だけでは口腔ケア適正回数を決めるることは困難であり、一定した見解もなかった。また、口腔内酸性への傾きはなく脱灰は起こっていないと推測されるが、口腔内の基準値 pH は7.0付近で細菌増殖がしやすい環境でもあることが分かった。以上のことから pH と OHAT-J を関連づけることは難しく、患者により口腔内環境は大きく違うため、個別性のある口腔ケアが大切であると言える。

IX. 結論

- 個人差はあるが口腔ケア回数を増やすことで OHAT-J の評価に改善がみられた。
- 口腔ケア回数を増やしても、pH 値に大きな変化はみられなかった。
- 個人差はあるが、非経口摂取患者の口腔内は pH 値が7.0付近であり、口腔内は細菌が繁殖しやすい環境であると考えられる。
- pH 値と OHAT-J の評価は関連しないことがわかった。

引用文献

- 渡部茂：唾液と口腔内 pH 緩衝能の正しい理解、日本ヘルスケア歯科研究会誌、12(1)、25-31、2011.
- 安部幸：効果的な口腔ケア、Expert Nurse 33 (12)、20-23、2017.
- ベルンハード・W. ワインバーガー：歯科外科医、1728、高山直秀訳、概説ピエール・フォシャール歯科外科医、時空出版、2015.
- 泉福英信：口腔環境の微生物制御と全身感染症との関連性について、臨床環境医学会学、23(2)、102-108、2014
- 野原幹司・館村卓：感染防止策としての口腔ケア、感染防止 12(6)、22-30、2002.
- 道重文子：「口腔ケア」に関する研究の動向と今後の課題、看護技術、48(4)、82-92、2002.

在宅自己導尿を安全に継続できる指導方法の検討

—面談によるパンフレット指導を実践して—

keyword 自己導尿 患者指導 継続看護

○結城 晓美 今井 郁恵 渡辺 愛子 星野 亜矢（長岡中央総合病院）

I. はじめに

清潔間欠自己 Clean Intermittent Catheterization (以下 CIC) は、脳血管疾患、神経疾患、骨盤内手術、脊髄損傷などの疾患に伴う神経因性膀胱の治療法として幅広く普及している。今後この治療法を必要とする患者は、入院期間の短縮化や高齢化、在宅医療の進行とともに増加していくと考えられる。

A 病院泌尿器科外来では年間約 64 名の在宅 CIC 患者が通院している。平均年齢は 73 歳であり、CIC を導入する患者の高齢化が進んでいる。CIC 指導時は外来で手技説明の DVD を視聴後、実際に導尿手技を 2 回実施している。希望がなければ初回指導のみで終了しているのが現状である。その後は 1 回/月カテーテルを取りに来院される。受診時には医師がトラブルの有無や 1 日の導尿回数と超音波を使った残尿の確認を行っている。しかし看護師が患者とかかわる時間は導尿物品提供時の短時間の会話のみで、患者の導尿に対する知識・理解度の確認を行っていない。

実際に CIC 開始後、正しい導尿の必要性が理解できていないために自尿が出ているからと、医師が指示した導尿回数を守っておらず、尿閉状態で来院される患者が年間約 5 名程いる。

荻原は¹⁾「自己導尿のセルフケア指導を行う上で大切なのは、『なぜ自己導尿が必要なのか』『そのことについて患者さんはどのように受け止めているのか』をアセスメントすることが重要である。」と述べている。

そこで、在宅での自己導尿の実態と自己導尿に対する理解度を知り、指導内容について検討を行った。新たにパンフレットを作成し指導することで、在宅での安全な排尿管理に繋げられるのではないかと考えた。その取り組みと結果について報告する。

II. 研究目的

在宅自己導尿に対する知識・理解度の現状を把握し、知識面で効果的な指導を行う事で、自己の導尿を振り返り在宅での安全な排尿管理に繋げるための指導方法を検討する。

III. 研究方法

- 研究期間：2019 年 9 月 12 日～11 月 15 日
- 研究対象：神経因性膀胱または前立腺肥大症で在宅自己導尿を行っている男性患者 10 名
- 調査方法：対象患者に自記式アンケートと面接による聞き取り調査を実施し、自宅で 2 日間排尿日誌（表 1）に記録をつけてもらった。その後、新しく作成した自己導尿の利点（腎臓や膀胱の働き、尿路感染予防）を載せたパンフレット（図 1・2）を用いて指導し、再度 2 日間排尿日誌をつけてもらい、指導前と同じ内容のアンケートを実施した。指導後のアンケートには「排尿回数に変化があったか」「それはどう変化したか」の質問も追加した。
- 分析方法：指導前後のアンケート結果の比較

表 1 排尿日誌

排尿日誌			
月 日()			
起床時間:午前・午後 時 分			
就寝時間:午前・午後 時 分			
時間	自尿量	導尿量	その他
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

IV. 倫理的配慮

A 病院倫理委員会の承認を得て実施した。

対象者には研究目的、研究参加の自由、研究参加撤回の自由、匿名性の保持、研究結果の公表、アンケート結果は本研究以外には使用しないこと、公表後2年間保存し破棄することを文章および口頭で説明した。

V. 結果

今回の研究対象者の平均年齢は75.42歳であった。

対象患者のうち、8名(80%)の患者から回答が得られた。そのうち、今まで排尿日誌をつけていた患者は4名(50%)、全くつけたことのない患者は4名(50%)であった。

アンケートでは、指導前は問1から問4について、8名中4名が「知らない」と回答したが、指導後のアンケートでは8名全員が「知っている」と回答した。(図3～図6) 問5では排尿回数に変化があったと回答した患者は8名中4名であり、この4名は排尿日誌をつけたことのない患者であった。(図7) 問6で排尿回数に変化があったと回答した4名全員が排尿回数が増えたことが分かった。(図8)

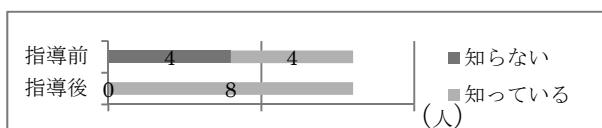


図3. 指導前後アンケート結果 問1. 定期的に膀胱を空にすることが腎臓の働きに良いことを知っていますか?



図4. 指導前後アンケート結果 問2. 膀胱内に300ml以上尿を溜めないほうが良いことを知っていますか?

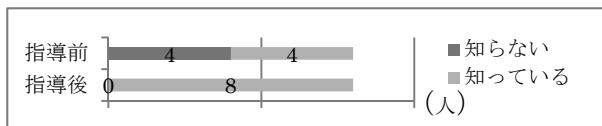


図5. 指導前後アンケート結果 問3. 定期的な導尿を行い膀胱を空にすることで、尿路感染を予防できることを知っていますか?

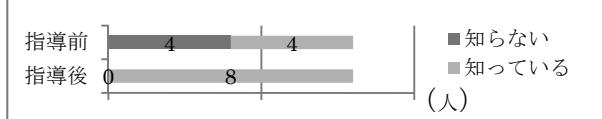


図6. 指導前後のアンケート結果 問4. 定期的な導尿を行う事が膀胱本来の働き(おしっこを溜めてから出す)の改善につながることを知っていますか?

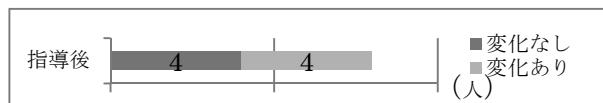


図7. 指導前後のアンケート結果 問5. 排尿実態調査(排尿日誌)を行って、排尿回数に変化はありましたか?



図8. 指導前後のアンケート結果 問6. 問5で排尿回数に変化があった方にお聞きします。排尿回数はどう変わりましたか?

自由記載

- ・「日中の導尿回数を増やすようになりました」
- ・「導尿を続けることで膀胱が正常に近づけることが分かった」
- ・「おしっこを溜めたままだと腎臓にも悪いことが分かった」

自己導尿の利点

腎臓と膀胱が元気になる

間欠導尿(一定時間毎に行う導尿)を行うと、膀胱と腎臓の働きが回復し、病気になる危険性が低くなります。

膀胱の働きを守る

膀胱に尿がたまつ状態が続くと、膀胱の圧力が高まって尿が膀胱から尿管や腎臓に逆流し、腎臓に水がたまる水腎症を起こします。これがひどくなると腎臓が尿を作り出すことができなくなります。間欠導尿によって尿を体外に出すことで、腎臓の働きを守ります。

膀胱の機能を改善する

膀胱にたくさん尿がある状態では、膀胱が伸びきって膀胱の働きを低下させる原因になります。間欠導尿を行い、定期的に「尿をためる→出す→ためる」という運動をつくりだすこと、正常な機能を回復させることができます。

尿路感染の予防

膀胱に残尿があると、尿に含まれる細菌数が増加し、尿路感染を引き起します。一定の時間ごとに間欠導尿を行えば、残尿をなくして尿路感染を防ぐことができます。

生活の質が向上する

間欠導尿を行うと、日々の生活が楽になるだけでなく、仕事への復帰や外出、旅行などもできるようになります。

カテーテルフリーになる

カテーテルが膀胱に挿入されたままの留置カテーテルは、尿路感染の危険性が高くなるだけでなく、体を自由に動かすことができなくなります。間欠導尿なら、導尿時以外はカテーテルから解放され、体の動きを妨げることもありません。

失禁や頻尿の改善 おむつが不要になる

膀胱の機能が回復すると、失禁や頻尿が改善する場合があります。排尿障害でオムツを使用している方の中には、オムツが不要となることもあります。



あなたの残尿量は、() ml

1回の導尿で、残尿300ml以上が続く時は、導尿回数を主治医と相談しましょう。

図1 パンフレット

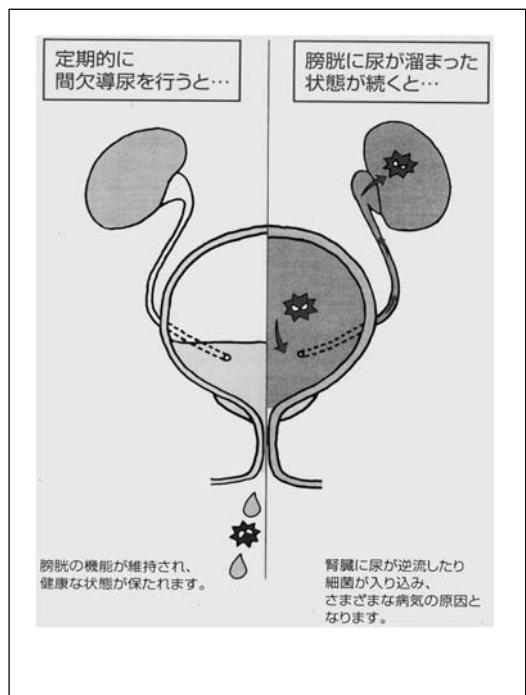


図2 パンフレット

VI. 考察

今までのCIC指導は手技面の指導しか行っていなかった。そのため「なぜ導尿が必要なのか」「導尿を行わなければどのような合併症が起こりえるのか」といった自己導尿の必要性の知識不足から、必要な導尿回数が守れず合併症を起こして来院する患者もいた。今回の研究では手技だけでなく知識面での指導を導入することで適切な導尿回数を理解し在宅での安全な排尿管理に繋がるのではないかと考えられる。浪間らも「患者に正常な膀胱と尿道の働きや神経因性膀胱の原因など、なぜCICが必要であるのかをしつかり教育して動機づけを行う。このことが、完全な導尿と長期間の合併症のないCICの継続には非常に大切であるとされる。」²⁾と述べている。

今回の研究対象者の平均年齢は75.42歳であった。高齢者の中には理解するまでに時間や回数を要することもある。そのため高齢者の特性を踏まえ、口頭だけでなくパンフレットを作成し、知識面での追加指導を行った。今回知識面の指導後に自己導尿の回数に変化があった方は4名。その4名全員に導尿回数の増加が見られた。変化がなかったと回答した4名は今まで排尿回数を記録しており、この4名は問1から問4においても、指導前から「知っている」と回答し、CICに対する正しい知識と理解があり、

安全にセルフケアを継続されていた患者であった。茂木は「近年の患者教育は患者自身の自己管理をいかに向かせるかという点に重点を置かれている。その目標にあるのは患者の自己管理による適切な行動選択と実行である。そして患者の望ましい行動変容を教育・支援するのがわれわれ医療者の役割である。」³⁾と述べている。今回の研究では高齢な患者の理解度を確認した上でパンフレットによる指導を行い、アンケートの自由記載では、「日中の導尿回数を増やすようになりました」「導尿を続けることで膀胱が正常に近づけることが分かった」「おしっこを溜めたままだと腎臓にも悪いことが分かった」との記載が得られた。正しい知識を得たことで導尿の必要性を理解し、自分の健康のためにこれまでの習慣行動を変えることができたのではないかと考えられる。この事からパンフレットを用いた指導は継続した安全な排尿管理に繋がる行動変容の支援に繋がる可能性が示唆された。CIC開始後も定期的に在宅での状況把握や患者の状態に合った排尿管理を相談できるような継続的なかかわりを持つことが必要であると考えられる。

VII. 結論

- 1、現在行っている手技だけの指導では安全に導尿を継続するための知識が不十分である。
- 2、在宅での排尿実態調査の結果に沿ったパンフレットを用いた指導は行動変容に繋がった。

引用文献

- 1) 萩原綾子：自己導尿のセルフケア指導、泌尿器ケア、19巻9号、21頁、2014
- 2) 浪間孝重：再考：神経因性膀胱に対する清潔間欠自己導尿法、臨床泌尿器科68巻3号、209頁、2014
- 3) 茂木孝：患者教育の考え方、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌、25巻3号、327頁、2015

口腔内汚染に対する白色ワセリンを使用した口腔ケアの効果

keyword 口腔ケア 乾燥 白色ワセリン

○吉越 真理 斎藤 愛里 塚野 妃香里 (亀田第一病院)

I. はじめに

A 病棟には高齢者が多く入院しており、口腔ケアに介助を要する患者が多い。岸本は「禁飲食も含めて口腔ケアが不要な患者は存在しません。継続的で穴のない口腔ケアが必要である」¹⁾と述べている。口腔内が汚染された状態で放置されると、う蝕や歯周病といった口腔疾患にとどまらず、脳・心臓血管疾患、誤嚥性肺炎など全身疾患に影響する。しかし、乾燥により口腔内に汚染が付着し、口腔ケアを行う際に完全に除去できないことがある。特に、歯のある患者では汚染が著明であると、長時間の開口が必要であり、完全に汚染を除去することは難く、長時間の開口や強いブラッシングは患者の負担のもなる。現在、A 病棟では歯のない患者に対しては口腔ケアティッシュを使用して口腔内を清拭し、歯のある患者に対しては歯ブラシを使用して口腔ケアを行っているが、口腔内の乾燥、除去しきれない汚染、舌苔、口臭といった問題を抱えている。

以前、保湿を目的として口腔内に白色ワセリンを塗布したところ、その後の口腔ケアで汚染が容易に除去できた経験があった。多田らは、「口腔内乾燥による舌苔や粘膜上皮の角質化を除去するためには口腔ケアの前後に保湿剤を使用することと、ブラシを使用する保湿ブラッシングが有効である」²⁾と報告している。しかし、保湿剤は家族に購入してもらう必要がある。それに対してワセリンは、院内で処方でき安価である。

以上から、口腔ケア前の白色ワセリン使用が、保湿剤と同様の効果があるのではないかと考えられる。

II. 研究目的

口腔内汚染のある患者に対し、口腔ケア前に白色ワセリン塗布が、口腔内の汚染除去に効果的であるかを明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究期間

2019年4月～9月

2. 対象

A 病棟に入院中の口腔ケアに全介助が必要であり、欠食または経管栄養中で経口より食事を摂取していない患者 13 名を対象とした。なお、歯の有無は問わないものとした。

3. 実施方法

1) 5g の白色ワセリンを口腔内全体に塗布し、その後口腔ケアティッシュで口腔内清拭、歯の表面・裏面・噛み合わせを右から左へ清拭する(1回とする)。

2) 上下どちらも清拭して2回とする。

3) 歯のある患者で口腔内清拭のみで除去しきれなかった汚染がある場合は、評価後に歯ブラシによるブラッシングを行う(1人の患者に1回のみ)。

4) 白色ワセリンを塗布し1分後に口腔ケアを行うグループと、5分後に口腔ケアを行うグループに分けた(歯の有無、汚染の程度は考慮せず無作為とした)。

5) 白色ワセリンの口腔内使用の安全性については薬剤師に確認した。

4. 評価方法

1) 多田らの方法²⁾を参考に、白色ワセリン塗布後、1分と5分で1日1回評価した。

2) 独自に作成した口腔内汚染評価スケール(表1)を使用し評価した。

表1 口腔内汚染評価スケール

		①汚染状況		②拭きとり回数
		1分	5分	
歯	有			
	無			
食事	欠食			
	経管			

①汚染状況	②拭き取り回数
3点:明らかに汚れている	3点:8回以上
2点:所々汚れている	2点:5~7回
1点:よく見ると汚れている	1点:3~4回
0点:きれい	0点:2回

IV. 倫理的配慮

院内の倫理委員会の承認を得て、家族に対して研究の目的を書面で説明した。その際参加は自由であること、得られたデータは本研究にのみ使用すること、個人情報を保護すること、口腔内のトラブルが生じた際は医師の診察を行い最善の対処を行うことを説明し同意を得た。さらに、研究協力を断っても不利益を生じないこと、家族の判断により途中で中止することも自由であることを説明した。

V. 結果

口腔ケアを行う前13人中、13人に目視できる口腔内汚染が認められた。その内5人は特に痰による汚染が著明であった。また、2人に明らかな舌苔が認められた。

それらの患者に白色ワセリンを使用することで口腔内の乾燥した痰が柔らかくなったり。また、乾燥した痰が多く付着している場合は、容易に拭き取ることができた。歯のある患者では歯間にこびりつきがあり、歯の無い患者に比べ多くの拭き取り回数が必要であった。しかし、舌苔はワセリンを使用しても完全に除去することはできなかった。また、口腔内の血液汚染についても完全に

除去することができなかつた。

ワセリン塗布1分後と5分後の変化と歯の有無については表2に示した。ワセリン塗布1分後に口腔内清拭を行った患者は6人であり、全員に効果が見られ綺麗になった。

ワセリン塗布5分後に口腔内清拭を行った患者は7人であり、7人中5人は綺麗になったが2人は変化が見られなかつた。変化がなかつた患者で、歯のある患者は口腔内清拭後に歯ブラシを使用した口腔ケアを行い綺麗になった。

表2 汚染の変化と歯の有無 n:13

	汚染の変化		歯	
	点数	人数	有	無
1分	1点→0点	3	0	3
	2点→1点	2	2	1
	3点→1点	1	1	0
5分	1点→0点	1	0	1
	2点→1点	2	1	1
	2点→2点	1	1	0
	3点→1点	1	1	0
	3点→2点	1	1	0
	3点→3点	1	1	0

拭きとり回数については表3に示した。ワセリン塗布1分後に拭き取りを行った場合の平均点は1点(拭きとり回数3~4回)であった。5分後の拭き取り回数の平均は1.3点であった。

表3 口腔ケアティッシュによる拭きとり回数

点数(拭き取り回数)	1分	5分
0点(2回)	2人	3人
1点(3~4回)	2人	1人
2点(5~7回)	2人	1人
3点(8回以上)	0人	2人

VI. 考察

口腔内には唾液の分泌、咀嚼、嚥下による自浄作用があるが、高齢者では嚥下機能が低下し、口

腔内が乾燥し易くなるため口腔内が汚染しやすくなる。本研究で対象とした口腔ケアに全介助が必要な患者全員に、口腔内の乾燥と痰による汚染があった。口腔ケアの前に白色ワセリンを塗布することで、乾燥して口腔内に付着した汚染や痰などを浮き上がらせることができ、汚染の除去が容易になった。汚染の除去が容易になったことで長時間の開口や強いブラッシングが不要となり、患者の負担軽減につながったと考えられる。

しかし、血液汚染はワセリンを使用しても除去することが難しかった。血液は水様の汚染であり、油性の白色ワセリンでは除去することができなかつたものと考えられる。本研究では実施の対象としなかったが、血液汚染の場合は、水を含くみ水性である口腔ケアジェルが効果的であるものと考えられる。

拭き取り回数では、1分と5分では平均点数に差はなかった。歯の有る患者の場合は、歯ブラシを使用することで、口腔内の汚染を取り除くことができると考えられる。

吉田は、「口腔ケアに必要な条件として、安全性・有効性・簡便性・経済性の4つが上げられる。有効でなければやる意味がなく、優先されるべき目的がない限り、危険を冒してまでやることではない、難しかったり、お金がかかりすぎるようであれば誰も取り組もうとはしない」³⁾と述べている。このことから、口腔ケアジェルを使用することで痰などの汚染、血性汚染の除去が可能であるが、ジェルは家族に用意していただく必要があり、値段も様々である。血性汚染のない患者では白色ワセリン、血性汚染のある患者には口腔ケアジェルを検討するなど、患者の口腔内の汚染状況によって、保湿剤や口腔ケアジェルを選択することが課題である。白色ワセリンを塗布し、1分間、時間を置くことでも効果は見られたが、汚染の程度によっては、間隔時間を長くすることも効果があることも示唆された。

VII. 結論

本研究は、口腔内汚染のある患者に対し、口腔

ケア前に白色ワセリン塗布が、汚染除去に効果があるか否かを明らかにすることを目的として取り組んだ。その結果、以下のような結論を得ることができた。

1. 痰による口腔内汚染に対し白色ワセリンを使用した口腔ケアは効果的である。
2. 容易に汚染を除去できることからケア時間の短縮につながる。
3. 口腔ケアティッシュを使用し拭き取りを行った場合、汚染が残っていても歯ブラシを使用することで口腔内を綺麗にすることが出来る。
4. 舌苔、血液汚染に対しては効果が得られず他のケアを考える必要があり今後の課題である。

しかし、本研究の実施方法や評価方法については、信頼性と妥当性の検討が行われていない。また、対象は13名のみであるなどの限界がある。今後はこれらの課題を解決し、より良い口腔ケアについて考えていきたい。

引用・参考文献

- 1) 岸本裕充、誤嚥性肺炎を防ぐ、ExpertNurse Vol. 29 No. 14 11月号増刊、13 2013.
- 2) 多田一枝、近藤綾子、神田裕子、他、保湿剤を使用した口腔ケアの検討、新潟県看護協会看護学会集録、183-185、2010.
- 3) 吉田圭治、食事ケアを見直そう！、介護専門職の総合情報誌おはよう 21、4月号増刊、52、2009.
- 4) 若杉愛子、真島郁子、石塚江梨、他、寝たきり患者の口腔乾燥予防に取り組んで-サラダ油を使用して-、新潟県看護協会看護学会集録集、131-134、2003.

COPD 終末期患者の「家へ帰りたい」想いに寄り添うための支援

keyword 倫理概念 倫理調整 慢性閉塞性肺疾患 COPD 終末期

○渡部 亜有美 小林 千穂（下越病院）

I. はじめに

わが国では人口の高齢化が進み、在院日数の短縮から、患者や家族は慢性疾患を抱えながら在宅での生活を余儀なくされる背景がある。一方で、慢性疾患の進行に伴い医療依存度も高くなり、在宅療養が困難になることも少なくない。大竹ら¹⁾が在宅移行に関する退院困難事例に注目し行った調査によると、困難事例の 65 歳以上の高齢者が 47.7% を占め、何らかの医療処置が必要な事例が 84.7% であったと報告されている。また、退院困難の背景として、医療依存が高い事や家族の介護力が不十分である点をあげている。本研究は、医療依存度が高く、介護負担が多い慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 終末期患者の「家に帰りたい」という想いへの看護介入を分析し、退院までに生じる倫理的問題と介入について示唆を得ることを目的とする。

II. 方法

1. 調査対象と調査の方法

本研究は事例研究とし、COPD の終末期である A 氏を対象とした。20XX 年 7 月～20XX+1 年 4 月までの診療録と看護記録を後方視的に調査した。調査は 2018 年 9 月に実施した。

2. 事例概要

70 歳代の男性で、妻と二人暮らしであった。子は二人いたが、長男は他界したばかりであり、二男は市内に在住し、キーパーソンは妻であった。社会資源として身体障害者手帳 3 級（内部疾患）が交付され、介護保険は要介護 5 の認定を受けており、20XX-2 年からは在宅酸素療法が導入されていた。既往歴は、60 歳代に COPD と診断され、20XX-2 年には COPD 最重症のステージ IV と診断された。入院前は車椅子に乗車することができていたが、入院後は臥床以外の体位の保持は困難となり、排泄はおむつ

内で全介助を要した。A 氏は自分の想いを伝えることはできるが、必要以外の会話は少なく、改訂長谷川式簡易知能評価スケールは 17 点であった。妻の話では、長男が他界してから活力を失ったということだった。るい瘦が著明 (BMI10.4) であり、強い呼吸困難の状態 (修正 Borg スケール 5 度) で経過していた。療養中、A 氏は「自宅へ帰りたい」と意思表示をしていた。

3. 分析方法

A 氏と妻、医療者の想いと看護介入を抽出し Jonsen の臨床倫理 4 分割法²⁾を用い、A 氏の臨床倫理について分類を行った。Jonsen の臨床倫理 4 分割法は、倫理的な症例検討の考え方であり、【医学的適応】【患者の意向】【QOL】【周囲の状況】という 4 つの項目の検討が含まれる。

III. 倫理的配慮

個人情報保護の観点から固有名詞は匿名化し、個人が特定されないように配慮した。研究による不利益は生じないこと、調査内容は研究以外の目的で使用することなく研究終了時にはすべて破棄すること、研究結果の発表等について、A 氏の代諾者として妻へ説明し承諾を得た。本研究は、下越病院倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

4 分割法を用い分類した結果、A 氏の臨床倫理は表 1 のように分類された。【患者の意向】では、A 氏は以前より延命は希望しないと表明し、家族も苦痛緩和を優先して病院で看取って欲しいと希望していた。しかし、A 氏が「自宅へ帰りたい」と希望したため退院の準備を進めたが、退院数日前になり痙攣発作をおこし、一時は意識レベルが低下 (JCS:200) した。その後入院を継続し、入院期間は 10 ヶ月が経過した。再び A 氏から「孫に会いたい」「帰りた

い」という要望があった。【医学的適応】では、呼吸困難があり、経口での栄養摂取量が低下し、中心静脈栄養を開始していた。安静時での呼吸困難が出現し、苦痛緩和目的で麻薬が持続投与されていた。医師や看護師は「終末期であり苦痛緩和が最優先」と考え、医療依存度が高い状態での退院は困難であると考えていた。【QOL】では、退院する事で家族と過ごす時間は増えるものの、病状が悪化するリスクや動作時の呼吸困難があり、ベッド上での生活を余儀なくされる状況であった。【周囲の状況】では、キーパーソンである妻は、介護負担や苦痛時の対応について強い不安を抱えていた。妻は退院させてあげたい気持ちはあるが、苦痛なく過ごしてもらいたい想いもあり、退院に対する受け入れが困難であった。また、医療依存度が高い状態のため、妻は一人で介護を行うことに自信を持てずにいた。

これらの臨床倫理の課題を解決するために、【医学的適応】では、A 氏の病状から治療の目標は緩和ケアであることを確認し、A 氏の希望に添えるように医療者間でのカンファレンスを通して情報共有を行った。医師は、退院することでのリスクについて A 氏、家族へ説明を行い理解してもらった。【患者の意向】では、看護師は A 氏の帰りたい想いを代弁し、A 氏の退院の希望について家族や医療スタッフと共有した。【QOL】では、A 氏が苦痛なく過ごせるように修正 Borg スケールでの数値化を行い、苦痛緩和を図った。【周囲の状況】では、妻の抱えている不安を表出できるように面談を繰り返し、傾聴を継続した。妻からは、「本人が辛そうだ。何もしなければもう亡くなっていてもおかしくはない、そういう意味ではもう十分に生きたと思う。この先思い返した時に、この決断に後悔することはないと思う。覚悟を決めて寄り添っていこうと思います。」という想いが聴かれた。看護師は、妻へおむつ交換や吸引等の介護ケアの指導を行い、多職種での退院前カンファレンスを開催し、家族や医療・介護職者で情報を共有し退院に向けて支援した。退院前に自宅に 2 回外出し、A 氏の目標であった仏壇にお参りをし、好きなものを食べ、家で孫に会うことが実現できた。1 週間ではあったが、一時退院を行う事ができた。

V. 考察

COPD の終末期である A 氏の「家に帰りたい」という想いに対して、退院を望んでいるが病状や医療依存度が高いこと、妻の介護力からも医療者は退院に積極的にはなれないこと、妻も介護負担から退院を受け入れられないことなどから、【患者の意向】【医学的適応】【QOL】【周囲の状況】の倫理的側面の状況が明らかになった。A 氏の帰りたいという想いに対し、妻は叶えてあげたいが叶えられないという葛藤が生じており、医療者側は、病状や医療依存度の高さ、妻の介護負担の問題から退院は困難と判断し、A 氏の想いと対立する関係があったと考える。COPD の終末期には著しい呼吸困難とともに ADL が低下し QOL が極度に低下すること、症状は呼吸器症状に加え、疲労感、るい痩、窒息への恐怖感、うつ状態など多彩であるといわれている³⁾。A 氏の QOL は著しく低下しており、強い呼吸困難感から生じる不安や死への恐怖を体験する中で、妻が病室へ面会に来ることは A 氏の支えになっていた。一方で、長年連れ添った夫の苦痛や強い呼吸困難への恐怖を見守る妻の苦悩や葛藤は大きく、互いの想いに乖離が生じていたと考える。また、医療者は医療依存度の高さや介護力を考え、A 氏の退院には諦めがちとなっており、妻の計り知れないほどの苦悩と A 氏を思いやる気持ちとの葛藤を汲み取りながらの倫理調整に困難を感じていたと考えられる。

看護実践上の倫理概念の中でも、特に看護職の倫理的意思決定の基盤の主なものに、アドボカシー、責務、協力、ケアリングがある⁴⁾。これらの概念は、倫理的葛藤などが生じたとき、看護職としてどう考え、行動するかを考える基盤となるものである。A 氏への看護介入を振り返ると、看護師は A 氏の想いを代弁し（アドボカシー）、苦痛緩和では Borg スケールでの数値化により苦痛の対応を行い（責務）、介護上で障壁について多職種で協力し、外出から段階的な退院支援を行う（協力）ことで自信へと繋がり、A 氏の希望が達成できたと考える。退院までの経過の中で、抱えている不安を表出できるように妻との面談を繰り返し、傾聴を継続したことは、医療者との信頼関係を構築し（ケアリング）、妻が A 氏

の想いに寄り添う覚悟を決めるに繋がった。これらの看護は、アドボカシー、責務、協力、ケアリングの4つの概念を統合し提供されたものであり、1つでも欠けてはA氏の退院は実現できなかつたと考える。臨床倫理の4分割の各側面は、時として対立や葛藤が生じ、悪循環のような流れとなることがあるが、アドボカシー、責務、協力、ケアリングといった介入によって、倫理調整の好循環のような流れも作り出せることが示唆された。

COPD終末期の患者が退院を希望する場合、医療依存度が高いまま在宅へ移行することが推測され、著しい呼吸困難やQOLの低下から、患者や家族、医療者の想いに乖離や葛藤、対立が生じやすくなることが考えられる。このような倫理的課題に直面した時、倫理的概念にあてはめて考え方行動することで患者や家族の想いを汲み取り、想いに寄り添った最善の看護を提供できるのではないかと考える。

VI. 結語

1. COPD終末期患者の「家に帰りたい」想いに対し臨床倫理4分割法を用い分類した結果、医療依存度の高さから患者、家族、医療者の中で倫理的葛藤や対立が生じることが明らかとなった。

2.倫理的葛藤や対立が生じた時には、倫理的意思決定の基盤であるアドボカシー、責務、協力、ケアリングを統合させて倫理調整を行い、多職種で患者と家族の想いを支援していく必要がある。

引用文献

- 1) 大竹まり子、田代久男、斎藤明子、他：山形大学付属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討 山形医学、22(1)、64 - 65、2004
- 2) Albert R. Jonsn, Mark Siegler, William J. Winslade著：CLINICAL ETHICS-Fifth Edition-、赤林朗、藏田伸雄、児玉聰監訳、臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ、新興医学出版社、13、2006
- 3) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第5版作成委員会編：COPD 診断と治療のためのガイドライン第5版、メディカルレビュー社、117、2018
- 4) 日本看護協会：「看護倫理 - 看護職のための自己学習テキスト」
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/index.html>(参照 2020-08-02)

表1 4分割法によるA氏の臨床倫理の分類

1. 医学的適応	2. 患者の意向
<ul style="list-style-type: none"> ・COPD 終末期、苦痛緩和が最優先 【医師】 ・退院することで病状悪化のリスクがある ・医師からは麻薬も開始し、退院は病状的に難しいのではないか 【看護師】 ・医療依存度が高く、A氏の病状的に退院は難しい 	<p>A氏】</p> <p>「家へ帰りたい」</p> <p>「ここにいても何の得もない」</p> <p>「家で孫と会いたい」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・無口であるが正常な判断が可能 ・退院する事でのリスクは説明済み ・以前より延命は希望されていない
3. QOL	4. 周囲の状況
<ul style="list-style-type: none"> ・動作時の呼吸困難があり、ベッド上での生活 ・退院する事で本人の望みは叶うが、病状が悪化する可能性がある ・家族と過ごす時間が増える 	<p>・医療依存度が高く医療処置が必要で介護力に問題があると判断 【妻の気持ち】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦痛なく過ごしてほしいと思っている ・できることなら退院させてあげたい ・A氏の苦しさに対応する事ができない不安、介護、医療処置もあり受け入れが困難

学会のご案内

I 集録原稿投稿規程

II 演題登録から学会までの流れ

新潟県看護学会は、社会情勢を鑑みて、会員の皆様の利益に
繋がりますよう開催の方式を検討してまいります。

開催の日時、参加申し込み等の詳細につきましては、随時ホームページでお知らせいたします。

I 集録原稿投稿規程

1. 投稿者の資格

- 1) 発表者は新潟県看護協会の会員であること。
- 2) 共同研究者は発表者と同様新潟県看護協会の会員であること。
- 3) 看護職以外の場合は非会員でも共同研究者としての資格を有する。

2. 対象とする原稿

次の項目をすべて満たしているものを対象とする。

- 1) ○○年度 新潟県看護協会看護学会で発表予定の研究であること。
- 2) 倫理的に配慮された研究内容であり、その旨が本文中に明記されていること。
- 3) 他の学会及び研究誌（商業誌、海外雑誌等を含む）に投稿中または、すでに学会で発表したもの除去。

3. 原稿の採否

- 1) 本規程を遵守した論文を受け付ける。
- 2) 論文の採否は選考を経て学会委員会が決定する。
- 3) 学会委員会から修正を求められた場合は、修正を行い指定日時までに提出する。

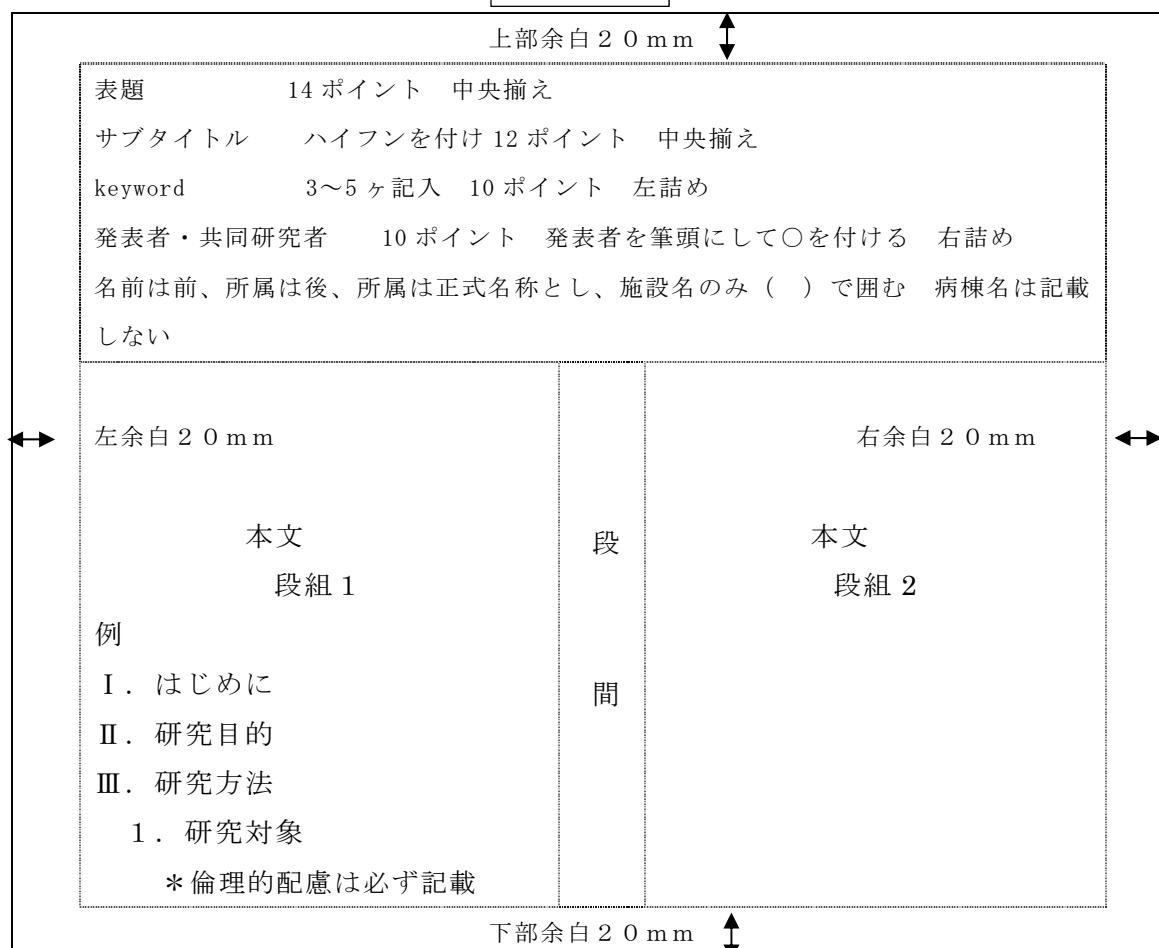
4. 原稿の書式設定

- 1) **様式を本会ホームページよりダウンロード**し原稿を作成する。書式設定は変更しない。
- 2) 用紙は、白色A4判(縦)・横書き 余白は、上下左右とも20mm

字体：表題は**14ポイント**、サブタイトル**12ポイント**、本文**10ポイント**、**MS明朝体**で全角、英文及びアラビア数字は半角とする。年号は西暦とする。

*ページ数は入れない

原稿見本



5. 原稿執筆要領

1) タイトル・keyword

(1) タイトルは簡潔明瞭に論文の内容を表すものとする。サブタイトルは、ハイフンをつける。

(2) keywordは3つ以上、5つ以内とする。

(3) 発表者は、最前列に記載、氏名の前に○をつける。

2) 本文

(1) 文字数：本文・引用文献・図表を含めA4 3枚以内。文字数は5,000字程度とする。

(2) 原稿は、「はじめに」・「目的」・「方法」・「倫理的配慮」・「結果」・「考察」・「結論」「引用文献」の項目別にまとめ、各項目にはローマ数字で番号をつける。

3) 文献

(1) 本文中の文献表示方法

・文献を直接引用する場合は、引用部分をカギカッコでくくり、引用であることを必ず明示する。引用箇所の肩に1) 2)と番号をつけ表示する。

◇記載例

「・・・<引用>・・・」¹⁾

・本文中に著者名が明記されている場合は、名前のあとに1) 2)と番号をつけ表示する。

◇記載例

佐藤²⁾は「・・・<引用>・・・」と述べている。

(2) 文献リストの記載方法

・共著者が3名を超える場合は、3名を記載しそれ以上は他と記載する。

・引用文献は次のように記載する。

<雑誌掲載論文>

著者名：表題名、雑誌名、巻(号)、頁、発行年(西暦年次)

◇記載例

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.

<単行本>

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)

◇記載例

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.

◇同じ文献から複数引用する場合

記載例

5)前掲書2)、112.

<翻訳書>

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)

◇記載例

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.

<電子文献>

著者名：表題名、雑誌名、巻（号）、頁、発行年（西暦年次）、アクセス年月日、URL。

発行機関名（調査/発行年次）、表題、アクセス年月日、URL。

◇記載例

新潟県福祉保健部 健康対策課（2018）：平成28年県民健康・栄養調査結果報告書、2020年9月15日閲覧、<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/57683.pdf>.

4) 図表等

- (1) 図表は必要なものを厳選し、白黒で見やすい大きさにする。
- (2) 図表に使用するすべての文字サイズは記号等も含め6~8 ポイントの範囲とする。
- (3) 複数の図表を掲載する場合は見やすくなるように、図表間の余白を空ける。
- (4) 図表にはそれぞれ通し番号とタイトルをつける。表番号と表タイトルは表の上、図番号と図タイトルは図の下に入れ、センタリング(中央)に表示する。

6. 著作権

文献から本文を引用する場合は、出典（文献）を明記する。図・表は転載承諾を得た上で出典（文献）を明記する。既存の尺度を使用する場合は、必要に応じて尺度の作成者から許諾を得たことを記載し、出典（文献）を明記する。尺度を改変して使用する場合は、作成者から許諾を得たことを明記する。

【論文作成上の留意点】

集録投稿規程をよく読み規程に書かれた内容に従う。

(1) 表題	①タイトルが論文内容を端的に反映している。 ②先行研究を調べている。						
(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。 ④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 <u>① ② ③ ④ ⑥</u> に関しては、論文に必ず記載。 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。	<p>①所属施設の倫理審査委員会の承認を得ていることを明記する。</p> <p>②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する。</p> <p>③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する。</p> <p>④研究対象者の個人情報が保護されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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する。 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する。 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る。 <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">×不適切な例</td> <td style="text-align: center;">○適切な例</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">S.N 氏、59 歳</td> <td style="text-align: center;">X 氏、50 歳代</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">入院期間： 2019 年 4 月 15 日～6 月 1 日</td> <td style="text-align: center;">入院期間： 20XX 年 4 月～6 月</td> </tr> </table> <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ドライン」（個人情報保護委員会・厚生労働省、2017 年、2020 年一部改正）「看護者の倫理綱領」（日本看護協会、2003 年）「看護研究における倫理指針」（日本看護協会 2004 年）「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（文部省・厚生労働省、2017 年一部改正）および所属施設の規定に従う。</p> <p>⑥著作権への配慮がなされている。</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 文献から本文を引用する場合は、出典を明記する。 b. 図・表を本文に引用する場合は、著作権に配慮し、出典を明記する。 c. 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する。 	×不適切な例	○適切な例	S.N 氏、59 歳	X 氏、50 歳代	入院期間： 2019 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： 2019 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) 全体を通して	①論文のはじめにから結論まで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) keyword	キーワードが記載されている						

II 演題登録から学会までの流れ

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数回受け発表していただきます。皆様からの演題登録をお待ちしています。

集録原稿は、学会集録に掲載されるとともに電子化され新潟県看護協会ホームページに掲載されます。

1. 演題応募者の資格

- 1) 原則として、発表者、共同研究者は、新潟県看護協会会員に限ります。
- 2) 看護職以外で会員と共同研究を行った者は、共同研究者として投稿原稿に記名できます。

2. 演題の内容

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。

- 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みません。
- 2) 受付できないもの
他の学会や研究誌（商業誌・海外雑誌等）投稿中、または、すでに学会で発表されたものは受付できません。

3. 演題の登録手続き

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」「集録原稿テンプレート」「演題登録チェックリスト」をダウンロードし作成する。

演題募集期間： } 募集前にホームページに掲載します。
送付先：

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。

- 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、看護部等）から送信してください。

- 2) 看護部などから送信する場合にも演題発表者の施設と氏名を明記してください。
- 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。
やむを得ず変更が必要な場合は、必ずその旨を申し出てください。
- 4) 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. 演題の採否の通知

○月下旬頃、発表者にメールにてお知らせいたします。

5. 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。

- 1) 口演発表は1演題10分、（発表時間7分、質疑応答3分）で、PCでの発表です。
- 2) 示説発表はポスター展示スペース「縦210cm×横120cm」での口頭発表（発表時間5分、質疑応答2分）です。

詳細は、発表者にメールで通知します。

6. 最終論文の採択の通知

最終論文の締め切り後決定し、発表者に通知します。

7. 当日のスケジュール

学会開始前の4週間前後に発表者に通知します。

8. パワーポイント・ポスターの提出

パワーポイント・ポスターは、当日持参してください。

○発表者には、メールで詳細の通知文書を送付します。

9. 全体のスケジュール

【演題登録】 ○月 ○日 () ~ ○月 ○日 ()

電子メールで①演題申し込み書 ②集録原稿 ③演題チェックリスト
の3点を添付し申し込んでください。



【演題採否の通知】

【論文指導者決定の連絡】



○月 ○旬

指導者に1週間以内を目途に連絡を取り、計画的に論文指導を受ける。

【論文指導期間】 ○月○旬～○月末



【収録原稿の最終提出】 ○月 ○日 () ~○月 ○日 ()

最終の提出時にテーマや氏名の変更がある場合には、必ずメールでお知らせください。



【集録発送】

年 ○月 ○日 ()



【 学 会 】

年 ○月 ○日 ()

パワーポイント・ポスターは、当日持参してください。

2020年11月

索引（発表者氏名）

-お-

岡村 文子

小柳 志穂

-か-

金子 みなみ

-く-

倉重 恵奈

-さ-

齋藤 茜子

斎藤 麻衣

佐藤 千恵子

-す-

鈴木 佳乃子

-た-

武田 真由美

-な-

仲島 陽子

中野 こはく

中村 雄一

-ふ-

古川 望

古川 恵

-ほ-

本間 ヒサ子

-ゆ-

結城 曜美

-よ-

吉越 真理

-わ-

渡部 亜有美

【個人情報の取り扱いについて】

演題申し込み、参加申込書により本協会にお知らせいただいた個人情報は、本学会に関する通知、抄録集の発送、問い合わせ等に利用します。個人情報保護法等関連法を遵守し、学会終了後消去します。

なお、編集された収録集は、国会図書館、日本看護協会、新潟県看護協会に文献として登録されますのでご了承願います。

今後の新潟県看護協会看護学会の予定について

2021年11月18日（木）～19日（金）に日本看護協会学術集会が朱鷺メッセで開催される予定です。

そのため2021年度新潟県看護協会看護学会は休止となります。

2022年度新潟県看護協会看護学会の詳細は、ホームページでご案内いたします。

2020 年度新潟県看護協会看護学会

学会委員

委員長 小林 綾子 (新潟県立看護大学)
委 員 天利 多津子 (新潟県立加茂病院)
駒形 容子 (長岡赤十字病院)
眞田 希巳枝 (みどり病院)
高野 留美 (済生会新潟病院)
古澤 弘美 (長岡崇徳大学)
村山 麗子 (新潟県立新発田病院付属看護専門学校)

(五十音順)

担当者 岡田 裕子 (新潟県看護協会 教育研修課長)
担当理事 五十嵐 伸子 (新潟県看護協会 常務理事)

新潟県看護協会 看護学会 集録

2020 年 11 月 5 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

2
0
2
0
年
度

新
潟
県
看
護
協
会
看
護
学
会
集
録

公
益
社
團
法
人

新
潟
県
看
護
協
会