

ISSN 1884-5673

香川県看護学会誌

第10巻 2019

公益社団法人香川県看護協会

目 次

(研究論文)

1. 不潔恐怖を有する患者に対するストーマセルフケア支援の振り返り
ーフィンク危機モデルを用いてー 村上 彩 …… 1
2. 急性期病棟における重症度、医療、看護必要度評価精度向上に向けた取り組み
石濱 衣理 …… 6
3. 消化器外科病棟に入院する術後患者のせん妄発症の実態調査
堀 仁実 …… 10
4. 貯血式自己血採血における現状と課題
ー外来での実施状況の把握・看護師の捉え方からー 廣瀬 恵子 …… 14
5. 病棟スタッフの口腔ケアに対する意識改善
山神 早織 …… 17
6. A病院における実地指導者支援による成果と課題
柏林 さおり …… 20
7. 総合病院の精神・身体合併症病棟で働く看護師が患者から受ける暴力の実態
堀井 紀明 …… 24
8. 咳反射から考える誤嚥性肺炎の予防策
ー咳反射の低下の前兆を把握し看護に活かすー 加藤 千晶 …… 28

香川県看護学会誌への投稿について

編集後記

1. 不潔恐怖を有する患者に対するストーマセルフケア支援の振り返り —フィンクの危機モデルを用いて—

キーワード： ストーマセルフケア 危機モデル 不潔恐怖

○村上彩¹⁾

1) 香川県立白鳥病院

はじめに

がん統計によると大腸癌のがん年齢調整罹患率は男女共に第2位であり¹⁾、人工肛門（以下ストーマとする）造設した人は推定23万人いるといわれている²⁾。ストーマを造設した患者が、排泄経路の変更や、ストーマ造設に伴うボディイメージの変化を肯定的にとらえ、セルフケアが出来るように支援していくことは、看護師の大きな役割である。熊谷³⁾は、「ストーマケアの基本は、ストーマを保有する患者さんを理解し、ストーマに対する正しい認識のもとに、障害受容への援助を行うことである。」と述べている。

今回ストーマ造設術を受けたA氏は、40年間のひきこもりであり、入院前は家族が作った食事を水で洗って摂取したり、入院後は看護師が素手で渡した内服薬を洗って内服する行動があり、強迫観念の一つである不潔恐怖と強迫行為が見られた。しかし、A氏に、術後患者教育を行うことによりストーマセルフケアが出来るようになった。

不潔恐怖を有する患者がストーマ造設による障害を受容し、ストーマセルフケア能力を習得するための過程を振り返る上で、先行文献では、吉岡ら⁴⁾の、チームアプローチが患者のストーマセルフケア確立に有効であった症例報告や、大澤ら⁵⁾の認知機能低下のある高齢患者へのストーマセルフケアの自立への支援に関する症例報告があった。また、林ら⁶⁾は、ひきこもりの研究において、疫学的な研究、経過研究が徐々に進められつつあるが、多く提唱されている対応法の実施状況を把握する研究やその成果を検証する研究は、まだごく不十分であると述べている。ひきこもりを呈する疾患として、統合失調症、気分障害、発達障害、強迫性障害、適応障害、全般性不安障害、摂食障害などがあげられる⁷⁾。その中で、強迫性障害の一つである不潔恐怖を有する成人を対象とした研究や不潔恐怖を有する患者へのストーマセルフケアの支援についての研究は見られなかった。

今回、フィンクの危機モデルを用いて振り返ることにより、不潔恐怖を有した患者のストーマセルフケア支援に対する看護援助について示唆を得たので報告する。

I. 目的

本研究は、不潔恐怖などの精神症状を有した患者にストーマセルフケア支援をするため、フィンクの危機モデルを用いて、ストーマセルフケア能力を習得するまでの過程を振り返り、ストーマセルフケア支援に必要な看護援助について明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 研究デザイン：症例検討

2. 研究期間：平成30年7月～平成30年9月

3. 研究対象者：永久ストーマ造設をした60歳代の男性A氏。事例紹介：A氏は、全身浮腫、貧血、栄養不良の主訴で入院し直腸癌と診断され、永久ストーマ造設術を受けた。40年間ひきこもりでキーパーソンの兄とは、ほとんど会話はしていなかった。自宅では、家族が作った料理を水洗いしないと摂食出来ない状態で不潔恐怖を有していた。

4. 研究方法

1) 入院中の患者の言動と術前からのストーマ支援に関する看護援助について電子カルテより情報収集した。

2) 退院2週間後、A氏に病気に関する8項目の構造的面接と状況に応じて半構造的面接を1回実施した。面接は個室で実施し面接時間は20分程度とした。

5. 分析方法

患者の言動と看護援助、面接で得た内容をフィンクの危機モデルの4つの段階に分類し分析した。フィンクの危機モデルは、危機のプロセスを衝撃・防衛的退行・承認・適応の4つの段階で説明している。

III. 倫理的配慮

本研究は施設の看護研究委員会の倫理審査を受け承認を得た。研究の目的、方法、自由意志の参加であること、拒否しても不利益はないこと、参加の中止は可能であること、得られたデータは個人を特定できないように配慮し、研究目的以外に使用しないこと、研究結果の公表について口頭と書面にて説明し、同意を書面で確認した。本研究に利益相反はない。

IV. 結果

1. 患者の言動と術前からのストーマ支援に関する看護援助

入院時から個人スペースをカーテンで囲み、無表情で他の患者とは会話をせず、自ら看護師に声をかけることもなく、日中はベッドサイドで過ごしていた。消灯後、廊下を歩行や洗濯や輸液ポンプを操作したり、持続点滴の接続を外したりするなど行動が見られた。主治医による手術や永久ストーマ造設の説明時無表情であり、看護師が分からないことはないかと尋ねても質問はなかった。不潔恐怖として、看護師が素手で内服を手渡すと顔をしかめ、錠剤を水洗いして服用する行動が見られた。その後は、看護師が錠剤を渡すときには、錠剤を素手で触らないようにチームで統一した。手術前にチームカンファ

レンスでストーマ管理についてA氏のセルフケア能力も含めて検討した。A氏だけではストーマ管理が難しいと判断し、本人に便の廃棄、兄にはストーマ袋の交換を指導していく方向となった。A氏の不潔恐怖を考慮しストーマケア時は、手が汚染しないように手袋を着用して実施することをスタッフ間で統一した。術後1日目、A氏に初めてストーマを見たが、ストーマに関する発言はみられなかった。ストーマから便が流出するようになることを説明すると顔をしかめていた。術後4日目、便の廃棄方法の指導をすると、看護師が声をかけなくても自分で実施できていた。皮膚・排泄ケア認定看護師に相談し、A氏のセルフケア能力の査定の結果、A氏自身にストーマ袋交換の指導する方向となった。術後7日目、A氏と兄に、ストーマ袋交換の指導を実施した。手袋を着用して装具を剥離後、皮膚保護剤が残っていないか確認するのは素手で行わないとわからないため、その時のみ素手で触ることをA氏に説明した。すると、A氏は躊躇しており眉間にしわを寄せていたが数分後素手で確認することができた。その夜、A氏が一人で数枚のストーマ袋を用いて交換した形跡があった。一部不適切な方法であったが、A氏の行動を否定せずストーマ袋の貼り方を助言し、交換毎に「自分で出来ていますね」と承認と助言を繰り返した。その結果、A氏の表情も和らぎ話す言葉も増え

表1. 面接結果

質問内容	回答	質問内容に付加された言葉
入院時に人と話すことに抵抗があったか	ない	他の患者とは話していない
入院中に不安に思ったことはないか	手術について	人工肛門は聞いていない
人工肛門を初めて見たとき、どう思ったか	なんとも思わない	
人工肛門を初めて便が出たとき、どう思ったか	なんとも思わない	仕方ないと思った
自分でストーマ袋を交換したときに、どう思ったか	やらないといけない	自分でしようと思った
便を捨てたり、ストーマ袋を交換することは難しいと思ったか	あまりない	便が粘くて出しにくかった 便が手に付くのは嫌 手袋して良かった
退院が近くなった頃、退院後の生活に不安があったか	あまりない	自分できちんとできないから
退院する頃には、人と話すことに対して抵抗があったか	ない	入院中、他の患者とは話さなかった

た。術後20日目、ストーマ袋の交換日も把握できており「今日、(ストーマ袋を) 貼り替えしたら、次は○曜日」「自分で出来そう」とA氏より前向きな発言がみられ、少しの声かけで、A氏がストーマケアを実施できるようになった。また、日中、自ら病棟内の廊下を歩行することがあり、消灯後は入眠していた。看護師との会話が増え、笑顔も見られるようになった。

2. 面接の結果

入院してから人と話すことに対する抵抗感については、他の患者とは話していなかったが抵抗感は見られなかった。入院時の不安に思ったことについては、「手術についてよく分からなかった」と答えた。ストーマを初めて見た時やストーマから初めて便が出たときの思いについては、「なんとも思わない」「仕方ない」と答えた。自分で、ストーマ袋を交換したときについては、「(自分で) やらないといけない」と答えた。便を捨てたり、ストーマ袋を交換したりすることが難しかったかと問うと、「あまり思わない」「便が粘くて出しにくかった」と答えた。退院が近くなった頃、退院後の生活(自分で便を捨てたりストーマ袋を交換したりすること)の不安については、「あまりない」「自分できちっとするん(便が漏れないようにストーマ袋を貼る)が出来ないかもしれないから」と答えた。退院する頃になっても他の患者とは話しをしていなかったが、看護師と話すことに対して抵抗はあるかの問いに対しては「ない」と答えた(表1)。

V. 考察

フィンクの危機モデルは、衝撃・防衛的退行・承認・適応の4つの段階で表している。衝撃の段階を入院時から手術前、防衛的退行の段階を術後から術後6日目、承認の段階を術後7日目から退院1週間前まで、適応の段階を退院1週間前から退院までとし分析した。

1. 衝撃の段階(入院時から手術前)

第一段階の「衝撃」は突然、自己の存在が脅かされたときに感じる心理的なショック状態である。強度の不安に陥り思考は混乱して状況を理解したり判断したりすることが出来ず、どうしていいのかわからないというパニック状態を示している⁸⁾。A氏は

主治医からの治療方針の説明に対し発言はなく、看護師への質問もなかった。しかし、面接では「手術が不安であった」と述べている。不安感を言葉では表出できなかったが、手術に対する不安感を感じており心理的なショック状態の時期であったと考える。そのため、夜間に洗濯したり輸液ポンプを操作したりする等の行動は、不安感に対するA氏の対処行動であったのではないかと考える。また、退院前は手術前に見られていた行動は見られなくなり夜間入眠することができ、精神的に安定したのではないかと考えた。面接では、人と話すことに抵抗はなかったと述べているが、看護師に不安を表出できていなかったことから、この段階では、看護師とA氏との信頼関係はまだ確立できていなかったと考える。

2. 防衛的退行の段階(術後から術後6日目)

第2段階の「防衛的退行」では、危機に対する脅威から自分自身を守る為に、退行的な態度や行動を示す。危機や脅威があまりにも強烈で、無関心を装った否認や抑圧等の防衛機制による行動を示す⁹⁾とある。A氏は、ストーマを初めて見てもストーマに関する発言がなかった。また、面接においても「なんとも思わない」と答えていることから無関心を装っており、退行的な行動であったと考える。しかし、便の廃棄の説明に対しては抵抗無く受け入れられていた。不潔恐怖を含む強迫観念や強迫行為がある患者の看護について、萱間¹⁰⁾は、危険あるいは身体損傷が著しい場合でない限り、批判や否定をしたり、強く禁じたりしてはならない。また、強迫観念や強迫行為は不安を消すためにしているということを理解し、その不安や葛藤で苦しんでいることを十分に受け止め、共感的な態度で接すると述べている。不潔恐怖は、A氏の個別性であると捉え、便の廃棄時に不潔恐怖を抱かせないよう手袋を着用して実施することをスタッフ間で統一したことで、ストーマケアに対する危機を乗り越え必要な技術を習得できたと考える。面接では、ストーマケアについて「仕方ない」と述べており、術前に比べるとストーマについて受容してきており、不安は軽減したと考える。

3. 承認の段階(術後7日目～退院1週間前まで)

第3段階の「承認」は現実の危機に直面する段階である。次第に新しい現実を知覚し自己を調整していく段階である。承認の段階の介入は、患者と看護

師の間に信頼関係が成立している必要がある¹¹⁾。ストーマ袋交換の説明をした夜、自らストーマ袋を交換している行動が見られていた。それはストーマ袋交換方法に戸惑いながらも自分で交換しようとする意思が芽生え、ストーマを受容できるようになったと考える。更に、この時期には表情も和らぎ、看護師の言葉に反応するようになった。つまり、A 氏のストーマの受容がスムーズにできた要因の一つとして看護師と A 氏の間で信頼関係が成立したことであると考える。熊谷¹²⁾は、ストーマケアでは、患者さんを理解しようとする気持ちが重要であると述べている。A 氏の指導を通して A 氏の個別性を重視した援助、承認及び助言が信頼関係に結びついたのではないかと考える。面接では、「(自分で) しないといけない」と述べており、ストーマ袋交換の指導を主に A 氏に行ったことで、A 氏が自発的にストーマ袋を交換し、適切に出来るようになったことが自信に繋がりストーマセルフケア能力が向上したと考える。

4. 適応の段階(退院1週間前から退院まで)

最後の「適応」の段階では積極的に危機状況に対処する。今までの自己に対するイメージにとらわれず、新しい価値観を持ち現実の自己イメージを受け入れていく段階である¹³⁾。A 氏はストーマ袋の交換日も把握できており「今日、(ストーマ袋を) 貼り替えたら、次は〇曜日」「自分で出来そう」と A 氏より前向きな発言がみられ、少しの声かけで A 氏がストーマケアを実施できるようになった。ストーマ袋の交換時期を主体的に発言し、ケアを実施できるようになったことから、ストーマセルフケア能力が向上したと考える。入院時と比べると日中に廊下歩行したり、看護師との会話が増え笑顔が見られるようになり、対人面の行動にも変化が見られた。このことは、最初はストーマに対する危機的段階であったが、防御的退行の段階、承認の段階を経てストーマを受容し、ストーマケアに対して適応が出来るようになったと考える。今回、不潔恐怖を持った患者にストーマセルフケア支援に必要な看護援助を明らかにした。症例が一例である為、一般化するには限界があるが、不潔恐怖を個別性と捉え、不快な場面を減少させる工夫や指導方法をスタッフ間で統一し、承認と助言を繰り返すことで、ストーマセルフケア能力の習得への支援ができたと考える。

VI. 結論

不潔恐怖を有する患者へのセルフケア支援に必要な看護援助は、不潔恐怖を軽減できる方法を付加することであると示唆された。

引用文献

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス年次統計, 平成 30 年 11 月 30 日最終アクセス
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/annual.html
- 2) 世界のオストメイト実態報告書：社団法人日本オストミー協会, p25, 2008.
- 3) 熊谷英子：消化器外科 NURSING 2014 年 秋季増刊 (247) ベテラン認定看護師がやさしくナビ！これ一冊でばっちり理解 ストーマケアとワザ 201, メディカ出版, p10, 2014.
- 4) 吉岡美香. 細田夕子：チームアプローチが患者のストーマセルフケア確立に有効であった症例. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌 J. J p m. WOCM, 21 (3), p281~283, 2017.
- 5) 大澤恵子. 加藤奈美：認知機能低下のある高齢患者へのストーマセルフケアの自立への支援, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌 J. J p m. WOCM, 21 (1), p36~38, 2017.
- 6) 林直樹. 竹島正. 羽藤邦利他：ひきこもりの研究とその対策の現状 - 個人・家族・社会の視点から -, 臨床精神医学, 46 (4), p471-481, 2017.
- 7) 柳田宗姉：22 自閉・ひきこもり, 川野雅資, 精神症状のアセスメントとケアプラン 32 の症状とエビデンス集, 株式会社メヂカルフレンド社, p205, 2017.
- 8) 松本光子：第 3 章患者理解のための基礎理論 5 危機理論とその活用法, 松本光子, 小笠原知枝, 久米弥寿子, 看護理論 理論と実践のリングージ-看護研究の成果に基づく理論を实践しよう-(1), ヌーヴェルヒロカワ, p111, 2007.
- 9) 松本光子：第 3 章患者理解のための基礎理論 5 危機理論とその活用法, 松本光子, 小笠原知枝, 久米弥寿子, 看護理論 理論と実践のリングージ-看護研究の成果に基づく理論を实践しよう-(1), ヌーヴェルヒロカワ, p112, 2007.
- 10) 大橋明子：3 強迫症/強迫性障害, 萱間真美, 野田文隆, 看護学テキスト NiCE 精神看護学Ⅱ 臨床で活かすケア (改訂第 2 版) ころろ・からだ・か

かわりのプラクティス, p347, 2015.

11)9)再掲

12)熊谷英子：消化器外科NURSING 2014年 秋季増刊

(247)ベテラン認定看護師がやさしくナビ！これ

一冊でばっちり理解 ストーマケアのコツとワザ

201, メディカ出版, p9, 2014.

13)9)再掲

2.急性期病棟における重症度、医療、看護必要度評価精度向上に向けた取り組み

キーワード：重症度 医療 看護必要度 教育体制 適正評価

○石濱衣理¹⁾ 中野葉子¹⁾

1) 香川大学医学部附属病院

はじめに

「重症度、医療、看護必要度」とは、厚生労働省が管轄している患者それぞれの疾患病態の違いに基づく看護サービス量を評価する指標である。重症患者の看護や高度医療を担っている病院を評価するツールとして、7:1看護体制の適正化を図る厚生労働省の目的がある。診療報酬は、年々変化する医療を取り巻く情勢を反映する必要がある、2年毎に見直しが行われている。平成28年度の改定では、急性期による医療を必要とする環境が評価されるよう、一般病棟用の看護必要度について内容が大幅に見直された。また、7:1入院基本料の該当患者割合が、25%に引き上げられ、手術・救急治療関連の医学的状況の評価する「C項目」が新たに追加され、平成30年度改定では28%に引き上げられた。A病院では、適切な評価者を育成するために、重症度、医療、看護必要度評価者指導者研修に出向しており、A病棟でも、平成30年度現在、5名のスタッフが研修を終了している。

A病院の消化器・乳腺内分泌外科病棟は、周術期を中心とした患者が多く、平成29年度の手術件数は627件、平均病棟稼働率は87.6%であり、平成30年度より消化器外科の手術件数が3件/週に増加し、平均7~10件/週に手術件数が増加した。看護必要度の評価として、不適正な判断評価が多く、正しい評価におけるスタッフの共通認識が出来ていない現状であった。看護必要度とは、医療の高度さや、実際に入院している患者の重症度を測るための「ものさし」であり、患者が受けている医療・看護サービス量を測る指標である。平成30年度より、7:1入院基本料の該当患者割合が28%に引き上げられることにより、患者にとってより安心で安全な看護サービスを提供する必要があると考えた。以上より、スタッフ全員が、重症度、医療、看護必要度の評価基準を共通認識し、教育体制を強化することで精度向上に繋がり、患者にとって安全で質の高い看護が

提供できると考え、この業務改善に取り組むこととした。

I. 目的

スタッフ全員が、重症度、医療、看護必要度の評価基準を共通認識し、個々の看護実践を可視化することで適正評価ができることを目的とする。

II. 用語の定義

1. 重症度、医療、看護必要度：

診療報酬の入院基本料に応じて、厚生労働省が管轄している疾患病態の違いに基づく患者それぞれの看護サービス量を評価する指標と定義する。

2. A項目：モニタリング及び処置等に関する項目

B項目：患者の状態等に関する項目

C項目：手術等の医学的状況に関する項目

3. 基準越え対象患者：

A得点が2点以上かつB得点3点以上、または、A得点が1点以上かつB得点が3点以上かつ「診療上の指示が通じる」又は「危険行動」のいずれかに該当する対象患者、または、A得点が3点以上、または、C得点が1点以上の対象患者。

III. 方法

1. 期間：平成30年5月~平成30年11月

2. 対象者：A病棟で従事している看護師28名

3. 取り組み方法：

1) 毎日のカンファレンスで、日々の重症度、医療、看護必要度重症者比率（以下、重症者比率とする）速報値を周知し重症者比率の推移について周知を行い、評価に取漏れがないよう共通認識を深める機会を作る。

2) 監査表を用いてイベント(手術・検査・ADLが高い)のある患者の必要度監査を実施。

3) 全患者の当日及び前日の評価(最大レベル)をカルテより出力し、評価漏れがないか事前にチ

チェックを行い、再確認を行う。9月より、A得点が3点以上、又はA得点が1点以上かつB得点3点以上で、「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」に該当している基準越え対象患者を再確認する。

- 4) 毎月必要度テスト(15点満点)を実施し、毎月の病棟会で、解答・解説を実施。
- 5) EF(医事課評価)、H(看護師評価)ファイルを集計し病棟会でスタッフへ周知後、不適正があった項目はテストへ反映し、復講を実施。
- 6) 5月9日に、重症度、医療、看護必要度の定義や取漏れが多い項目を中心に、企画、実施。

IV. 倫理的配慮

この実践報告は、人を対象とするものではなく倫理審査の対象には当てはまらないため、A病院看護部事前検討委員会の承認を得て実施した。対象者には、取り組みの目的、方法、意義、個人情報の保護等についても口頭で説明し、同意を得た。利益相反はない。

V. 結果

重症者比率の月平均40%以上を目標とし、スタッフへ日々の速報値をカンファレンスで周知し共通認識を深めた。主にA項目では、抗がん剤、免疫抑制剤、輸血の評価漏れが多く、B・C項目では、危険行動や侵襲的な消化器治療の共通認識に課題があり、適切な評価が出来ていない結果であった。内訳として、抗癌剤や免疫抑制剤の内服患者、危険行動がある患者の計画立案や実施記録がないことや、心電図モニター使用中患者の医師の指示や看護師の記録がないなど、記録や看護計画の立案がないため、不適切な評価がみられた。また、本来は開腹手術の予定であったが、誤って全身麻酔で評価していることや、緊急時ではない内視鏡止血術に誤って評価をしているなど、定義を正しく理解していないため、評価が違っていた。輸血療法については、定義は理解できているが、チェック漏れが多いため不適正評価が多い結果となった。

重症者比率28%未達成月と達成月を比較すると、患者数に概ね変化はないが、達成月では基準超え患者数は上昇し、重症者比率は増加している。手術や検査・処置などで、C得点の基準超え患者数が増加することで、重症者比率の割合が上昇した。未達成

月では、酸素や心電図モニター等の使用で、A得点の基準を満たしていても、手術や検査処置等がなく、C得点の割合が減少し、重症度が下がるため、B得点を3点以上取得することができず、重症者比率の割合が減少したことが分かった(表1・2)。

表1 基準越え(28%)未達成月

28%未達成月 平成30年 4月~11月	4/2 (月)	7/29 (日)	9/10 (水)	10/15 (月)
患者数 (人)	38	35	37	38
基準超え 患者数 (人)	10	10	10	10
割合 (%)	26.32	27.78	27.03	26.32
A得点基準 超え数 (人)	26	18	21	22
B得点基準 超え数 (人)	9	7	13	10
C得点基準 超え数 (人)	2	3	1	5
未確認 患者数 (人)	0	0	0	0

表2 基準越え(28%)達成月

28%達成月 平成30年 4月~11月	4/24 (火)	7/5 (木)	9/21 (金)	10/30 (火)
患者数 (人)	40	31	32	34
基準超え 患者数 (人)	18	20	19	17
割合 (%)	45	64.62	56.25	50
A得点基準 超え数 (人)	31	22	25	27
B得点基準 超え数 (人)	20	11	13	18
C得点基準 超え数 (人)	7	5	8	5
未確認 患者数 (人)	0	0	0	0

重症度、医療、看護必要度評価者指導者研修に向したスタッフを中心に、カンファレンスで院内共通監査表を用いて、必要度監査を実施した。不適切な評価は、その場でフィードバックを行い、質問の場を設けた。主に、危険行動や侵襲的な消化器治療の不適切項目が多かったため、定義を繰り返し説明し適切な評価ができるようフィードバックを行った。また、9月より不適切な評価は徐々に減少したため、全患者の評価が一覧で表示される最大レベルの表示で評価漏れがないか事前にチェックを行い、カンファレンスで再確認を行った。主に、不適正評価が多いA得点が3点以上の患者や、危険行動や診療上の指示が通じない患者を中心に、基準超え患者を再確認した。さらに、A~C項目15点満点で、必要度テストを作成し、毎月スタッフへ実施した。テストの内容は、EF・Hファイルより、不適切な評価が多い項目や日常業務で質問があった項目はテスト問題へ反映した。また、解答・解説を問題毎に作成し、病棟会で解説を行った。危険行動や、侵襲的な消化器治療については、不適正評価が多かったため、日常業務の評価を事例に挙げ、状況設定問題としてテストへ反映した。結果、全体的に不正解率は減少し、平均点は上昇した(図1)。必要度テストで最も不正解率が高かった項目は、創傷処置、輸血療法、抗

がん剤(注射・内服)、免疫抑制剤、危険行動、侵襲的な消化器治療であった。定義を定着するために、フィードバックを重点的に行い、同問題を繰り返し実施することで、不正解率は減少した(図2)。さらに、定期的に看護必要度勉強会を実施し、教育体制を強化した。必要度テストを実施した結果、スタッフからは、「必要度の評価基準を、資料やテストの解説を見て評価するようになった」「評価に迷う項目は、カンファレンスの場で相談するようになった」「重症者比率が気になるようになった」「電子カルテの必要度ガイド欄や手引きをみるようになった」等の声が聞かれ、スタッフ間での必要度評価への意識変化のきっかけ作りとなった。

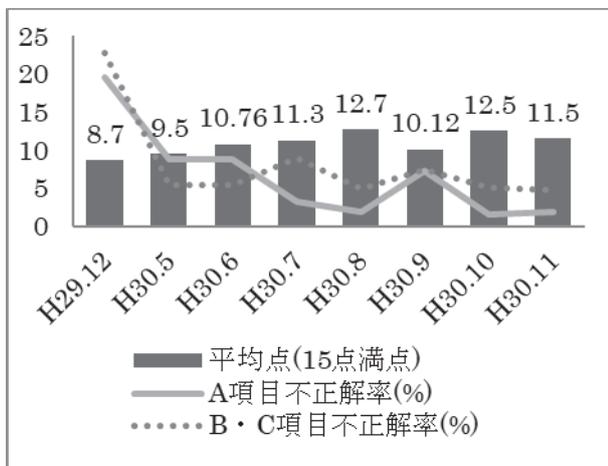


図1 看護必要度テスト平均点・A~C項目不正解率

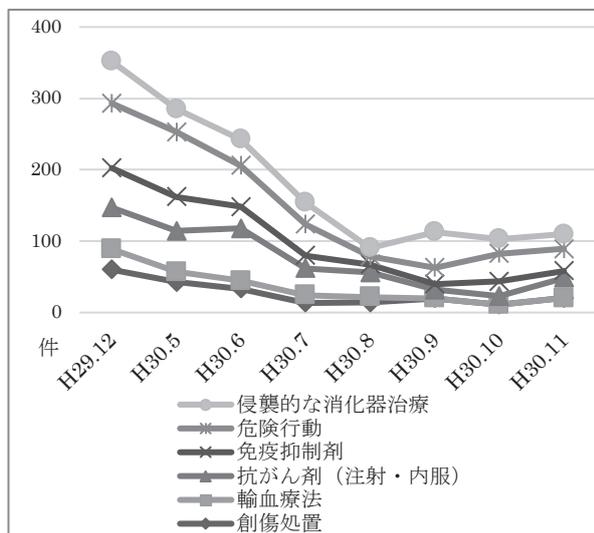


図2 看護必要度テスト不正解件数

VI. 考察

筒井らは、「重症度、医療、看護必要度とは、厚生労働省が管轄しているサービス量を評価する指標である。また、看護必要度とは、患者の状態から看護

の必要量を考えるためのツールである」¹⁾と述べている。今日、医療技術の進歩に伴い、医療システムは大きく変化し、高齢化社会、慢性疾患の増加、国民の意識変化などに伴い、看護業務は繁忙で複雑化している。このような状況の中で、看護は安全で安心できるケアを提供することが求められている。そのためには、看護現場において、適正な人員配置を行うことは重要であると考えられる。平成28年度診療報酬の改定では、A項目に、「無菌室治療での治療」「救急搬送後の入院」が追加され、B項目に「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」が追加、さらに、手術、救急治療関連の医学的状況を評価する「C項目」が新たに追加されるなど、大幅な評価基準の改定が行われた。このように、診療報酬改定に伴い、看護必要度が正しく適切に評価がされることや、急性期病棟として、7:1入院基本料取得病院として、看護必要度比率28パーセントを維持していくことが重要であり、重要度、医療、看護必要度を適正評価することが必要である。

評価項目Aのモニタリングや処置等の記録に関しては、主に、測定値や回数の実施記録が「あり」「なし」の評価の判断基準となる。評価表で求められている各項目に対する定義に従い、実施記録・測定値の記録などを、看護記録やフローシートを活用して記載することが重要であると考えられる。岩澤ら²⁾は、評価Bの「患者の状況等」にかかわる、看護が見える記録を書くためには、「受け持ち看護師が受け持った状態で行った看護をサマライズすることである」と述べている。患者が自立している場合は、記録する必要はないが、「一部できる」「できない」など、日常生活自立度が低い場合、看護ケアの内容と患者の反応・状態を判断基準の根拠として経時記録に残しておく必要がある。これは、看護師の責務である「診療の補助」「療養上の世話」を遂行した事実を明示するものであり、証明するものが看護記録であると考えられる。また、看護ケアの質の検討に役立ち、医療訴訟の際の基調な証拠となる。看護記録は、「患者の個人記録として経過記録と看護計画に関する記録の記載がなされている」という規定がされているのみであり、法的な規定はない。しかし、看護記録は医療訴訟の際などには、診療録と同様に重要な証拠となり、記載しないことについての罰則はないが、訴訟になった場合に看護記録に不備があると必要な処置が行われていないと判断されることもある。黒

坂らは、「看護師(者)にとって、「看護記録」がもつ重要な意味を理解し、記載する際の留意事項やポイントを知ることは、必要不可欠の項目を「誰にでもわかる表現で、的確に正しく、効率よく記載する」ことにつながる、また、看護必要度の評価は、患者を観察した結果が看護記録として残されていないことが前提である」³⁾と述べている。つまり、看護記録とは、行った看護行為を客観的に証明する重要な書類であると考え。また、看護必要度の評価項目に即した経時記録は、診療報酬請求のための根拠となり、重要な記録であるため、的確で明確な看護記録を記載する必要がある。さらに、患者の状態や治療の経過と合わせて、看護必要度の評価に関わる記録を残すことが重要であると考え。

看護必要度評価は、「実際に、患者の重症度・医療・看護必要度が正確に測定できているか、定期的に測定できているか、定期的に院内で検証を行う」⁴⁾とされており、A病院でも、医事課でEF・Hファイルの集計後、看護必要度評価結果と実際の評価基準が適切であるか再度看護師間で検証し、医事課へ提出している。今回、院内共通監査表を用いて、必要度監査を定期的実施した。監査は、評価画面、フローチャート、SOAP記録より評価を行い、検証を行う際にはカンファレンスの場を用いて実施した。事前に、前日・当日の必要度チェックし、再確認を行ったことで、A・C項目の取り漏れが減少した。また、必要な記録を、多数のスタッフ間で正しく評価することができ、適正な記録や評価基準を適正評価できる場となった。さらに、監査表を用いて不適切な評価や根拠をスタッフと共に確認することで、効果的なフィードバックをすることに繋がったと考える。看護必要度評価に関わる記録は、電子カルテシステムと同様に、真正性、見読性、保存性が求められる。看護を可視化できるものは、記録であり、看護実践の結果を明示できるものである。看護必要度に関わる記録を活かすことにより、看護の質向上に繋がっていきたいと考える。

宮澤は、看護必要度テストを実施することで、「繰り返して理解を深めることによって今まで間違っていた理解していたことへの気づきや、判断困難な場面での詳細な評価の理解など新たな知識の習得や項目理解の定着につながる」⁴⁾と述べている。今回スタッフへ定期的なテストや必要度監査を実施し、知識の取得状況を確認することで、看護必要度の評価基準

を共通認識することができた。また、定義を定着させるために、同問題を繰り返し実施することで、テストの不正解率は減少し、適正評価することに繋がったと考える。さらに、教育体制を強化することで、看護必要度の精度向上に繋がった。

平成28年度の改定の特徴の一つとして、評価は看護師だけで行うものではなく、薬剤師、理学・作業療法士等の医療従事者も評価者の対象となった。看護必要度の評価精度を維持するためには、継続的な教育は必須である。看護必要度が看護のものだけではなく、病院機能全般の評価であることを直視し、チーム医療の視点から、全職種が看護必要度を正しく理解する必要がある。チーム医療の推進及び他部署とも教育体制を整え、医療の連携強化の構築を図っていききたい。今回は、A病棟のみの取り組みとなったが、病院機能全般で教育体制が強化できる取り組みを検証し、看護必要度精度向上に繋がっていきたいと考える。

VII. 結論

1. スタッフ全員が、重症度、医療、看護必要度評価基準を共通認識し、教育体制を強化することで精度向上に繋がる。
2. 個々の看護実践を適正評価することで看護を可視化することができる。

引用文献

- 1) 筒井孝子他：看護必要度第6版，日本看護協会出版会，p6-7，2017.
- 2) 岩澤和子他：看護必要度第5版，日本看護協会出版会，p78，2014.
- 3) 黒坂真理子他：適切で効率的な書き方がわかる看護記録パーフェクトガイド，都立病院看護部科長会，株式会社 学研メディカル秀潤社，2017.
- 4) 宮澤裕子：平成28年診療報酬改定による看護必要度に係わる急性期病院としての取り組み，Medical Online，26(9)，p125-128，2017.10.

3. 消化器外科病棟に入院する術後患者のせん妄発症の実態調査

キーワード：せん妄 消化器外科手術後 DST

○堀仁実¹⁾ 中野葉子¹⁾

1) 香川大学医学部附属病院

はじめに

せん妄は一般的に入院患者の10～30%、高齢者の10～40%、外科的治療を受けた患者の50%、人工呼吸器管理中の患者の70%に、せん妄を発症している¹⁾。せん妄の型には活動型、低活動型、混合型があるが、発症の頻度は活動型が20～30%、低活動型30～40%、混合型30%の割合である²⁾と報告されている。しかし、せん妄の多くはせん妄と診断されていない現状がある。また、せん妄は患者や家族にとって非常に苦痛の強い体験だけでなく、入院中にせん妄を発症した患者は退院後の死亡率が優位に高く、認知機能が低下し、地域で自立した生活をおくることが困難になっている³⁾と報告されている。せん妄へのアプローチで重要なことは、せん妄を正しく発見し、適切に早期治療につなげることである。近年、看護ケアを最適化することで、せん妄の発症を減らすことができる⁵⁾と示されつつある。従来のせん妄対策は、せん妄になってしまった後の問題行動への対処が中心であった。しかし、現在のせん妄に関する看護は、発症を予防するための看護へと変化している。せん妄は、脳機能障害を及ぼすほど全身疾患が重篤な状況であり、原疾患の治療が確実に行われているかが重要である。原疾患の治療と共に、看護による予防的なケアを実施することでせん妄の発症率が低下することが明らかにされつつある。せん妄を早期発見するためには、経験を頼りにするのではなく、客観的に評価ができるツールを使用することである⁴⁾。本研究は、Delirium Screening Tool (以下DSTとする)を用いてA病院消化器外科病棟の術後せん妄発症の予測と早期発見ができることを目的とした。

I. 目的

DSTを用いて消化器外科病棟の術後せん妄発症

の実態を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

せん妄症状：活動型せん妄、低活動型せん妄、混合型せん妄の総称と定義する。

DST：せん妄スクリーニングツール

III. 方法

1. 研究期間：平成30年7月25日～平成30年9月30日
2. 研究対象者：A病院消化器外科病棟に2泊3日以上入院を必要とする入院患者
3. 研究方法：DSTを毎日日勤帯で定時評価患者の精神状態の変化時にDSTを用いて再評価
4. 分析方法：DST項目に沿って単純集計とした。

IV. 倫理的配慮

本研究は人を対象とした研究ではないことから、A病院看護部事前検討委員会の承認を得て行った。本研究において利益相反はない。

V. 結果

平成30年7月1日から9月15日までに消化器外科病棟に入院した研究対象患者は64人で、男性42人、女性22人であった。研究対象者の年齢内訳は70歳代が一番多く、平均年齢は71.09歳であった(図1)。

研究対象患者は、全ての消化器臓器が対象であった(図2)

DST評価患者のうちせん妄を発症した患者は64人中7人で、全体の10.93%であった(図3)。

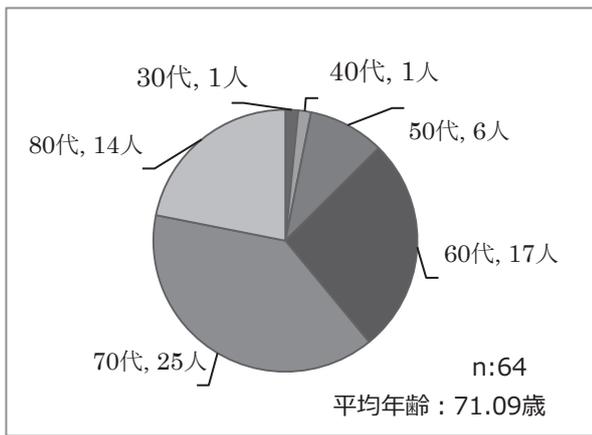


図1 DST 評価患者年代内訳

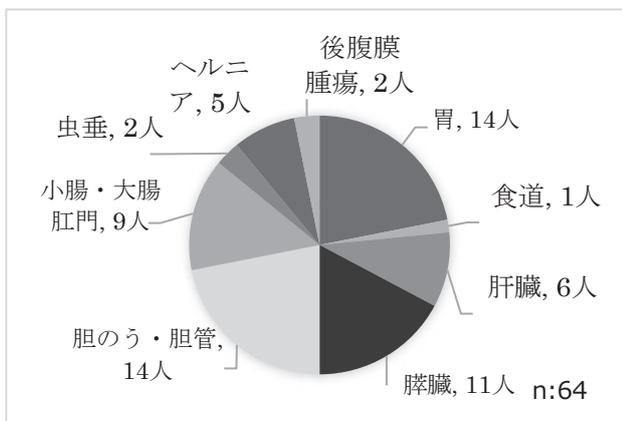


図2 DST 評価患者臓器別内訳

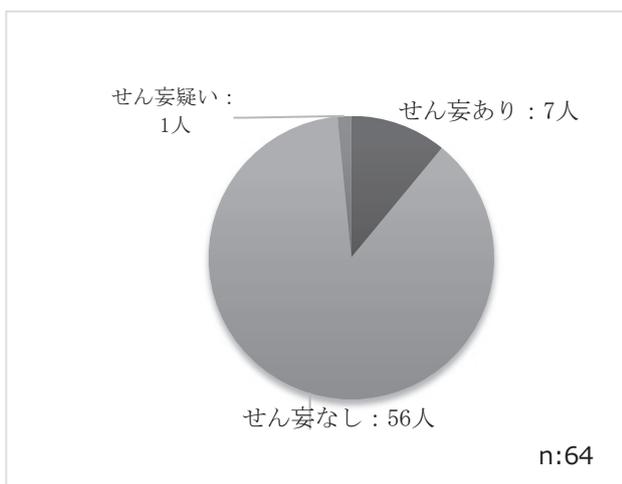


図3 DST せん妄発症患者内訳

せん妄症状を呈した患者の内訳は、定期入院4人、緊急入院3人であった。疾患名は、胃癌2人、直腸癌2人、消化管出血1人、後腹膜腫瘍1人、虫垂炎

1人であった。また手術をした患者は5人で、術式は腹腔鏡下幽門側胃切除術2人、人工肛門閉鎖術2人、虫垂切除術1人であった。1人は癌の終末期、1人は消化管出血の保存的加療であった。せん妄症状を呈した患者の平均年齢は76.85歳で最高は85歳、最低は61歳であった。性別は男性6人、女性1人であった。またせん妄の種類は7人とも活動型せん妄であった。手術後にせん妄症状を呈した5人のうち、術後合併症を併発した患者は1人、2人は悪夢を見ていた(表2)。

表2 せん妄患者内訳

性別	年齢	疾患	入院の状態	入院日数	手術の有無	術後合併症の有無
M	85	消化管出血	緊急	12	なし	なし
M	83	胃癌	定期	49	あり	あり
M	61	胃体部癌	定期	12	あり	なし
M	79	後腹膜腫瘍	緊急	9	なし	なし
M	69	直腸癌、人工肛門閉鎖	定期	13	あり	なし
M	82	虫垂炎	緊急	9	あり	なし
F	79	直腸癌、人工肛門閉鎖	定期	13	あり	なし

せん妄発症第1日目は、検査・手術当日～手術後4日目であった。研究期間中に低活動型せん妄発症を疑う患者が1人いたが、実際にはせん妄は発症していなかった。

VI. 考察

今回の研究では、A病院消化器外科病棟のせん妄発症の実態を明らかにするためにDSTを導入した。DSTの特徴は、患者面接や病歴聴取、看護記録、家族情報などから得られるすべての情報を用いて24時間を振り返り評価し、ステップ1、ステップ2、ステップ3の順で評価を行う。ステップ1ではせん妄のリスク評価を行い、せん妄ハイリスク患者を同定する。ステップ2では、同定した患者に対して、せん妄症状の出現がないか繰り返し観察を行う。ステップ3では、せん妄症状を発見した場合には、せん妄の直接因子、促進因子のアセスメントをふまえた対応を行う。DSTは、うつ状態と間違えやすい低活動型せん妄の症状についても記載があり、見落としの少ないスクリーニングツールとなっている。

A病院消化器外科病棟に入院する患者の多くは、手術や鎮静剤を使用し検査を実施するため、侵襲の高い治療が施されている。また、我が国の超高齢化社会において、高齢者が過大侵襲の加わった治療を行うことは通常であり、本研究においても、研究対象者の平均年齢は71.09歳、せん妄発症患者の平均

年齢は76.85歳と高齢であった。これらの結果から、A病院消化器外科病棟に入院する多くの患者がせん妄を発症する可能性が高いことが明らかとなった。入院時からせん妄を発症するリスクが高いと予測し、看護介入や多職種間で情報共有を行い、予防的介入を行うことが重要であると考え。

今回の研究で、せん妄を発症した患者の多くは手術後であり、過大侵襲が加わった事が原因の一つであると考え。手術後に合併症を併発し、せん妄を発症した患者は1人であり、本研究では術後の合併症併発とせん妄発症の関係性は見いだせなかった。これまでにせん妄の原因やメカニズムを明らかにするために多くの研究や検討がなされているが、現在もせん妄のメカニズムは明らかにされていない。その中でも、薬剤や代謝異常、炎症などは脳の活動を一時的に低下させ、せん妄の原因になる可能性が高いことが言われている⁶⁾。そこに準備因子である高齢や脳血管障害の既往などが存在しているとより一層せん妄発症のリスクは高くなると考える。またせん妄は、急速に生じる意識障害であり、手術による様々な刺激の影響によってせん妄が発症しやすい状況になっている。これらの影響が減少するのは術後4～5日ごろであり、手術当日はせん妄が顕在化しないことが多く、2～3日経つと顕在化することが多いと言われている⁷⁾。今回の研究では、せん妄を発症第1日目が、検査・手術当日～4日目であり、文献と同様の結果が得られた。

今回の研究では、せん妄を発症した原因を明らかにできていないが、せん妄を発症した際にはほとんどに身体に原因があり、その原因が改善されるように評価とケアを実践していく必要がある。A病院消化器外科病棟に入院する患者の多くはせん妄を発症するリスクが高く、過大侵襲の加わった手術や処置を行っており、入院時から十分に患者を評価し、検査・処置後、手術後は、せん妄の原因となる直接因子や促進因子に対して評価・看護を継続的に行い、せん妄発症を予防、早期発見に努める必要がある。

今回の研究期間で、術後に悪夢を見た患者が一晩だけせん妄を発症した症例があった。今後術前の不安の程度や睡眠状況についても評価していく必要がある。

本研究期間中に低活動型せん妄を発症した患者はいなかったが、低活動型せん妄は発見が難しいことが先行研究でも明らかにされており、患者が低活動型せん妄を発症していても発見されていないこ

とも多い。看護師は常に患者のベッドサイドでケアを提供しており、患者の変化に気づきやすい立場にある。しかし、看護師の日常ケアにおける観察だけでは70～80%の患者のせん妄徴候を見逃しているという報告もある⁸⁾。せん妄を見逃さないために重要なことは同一の評価方法を用いて繰り返し評価することであり、今回DSTという共通のスクリーニングツールを導入したことは、せん妄の早期発見に役立ったと考える。今後も本研究を継続し、低活動型のせん妄発症についても明らかにすることが必要である。

VII. 結論

1. せん妄を早期発見するためには、共通の客観的評価ができる評価指標を用いることが重要であり、DSTを導入したことは効果があった。
2. A病院消化器外科病棟に入院する患者の多くがせん妄を発症するリスクが高い。
3. せん妄症状のうち、活動型せん妄を発症している。
4. せん妄を発症した患者は手術後の患者であり、過大侵襲が加わったことが要因である。
5. 悪夢を見た後に起因するせん妄発症がみられ、不安など精神面からせん妄を発症している可能性が高い。
6. せん妄を早期発見するためには、繰り返し評価を実施することが重要である。

引用文献

- 1) 藤野智子：もう悩まない！困らない！一般病棟のためのせん妄ケア，照林社，p28，2017.
- 2) 松石邦隆：なぜせん妄ケアが重要なわけ，ナース専科，36（1），p12-13，2016.
- 3) 藤野智子：せん妄へのベスト対応，月間ナーシング，39（1），p717-18，2019.
- 4) 府川晃子：治療期におけるせん妄のリスク評価と予防，がん看護，20（5），p508-513，2015.
- 5) 小川朝生：「これせん妄？」と思ったときの対応とケア，エキスパートナース，33（12），p50-53，2017.
- 6) 山川宣：今日の夜からはじめる一般病棟のためのせん妄対策成功への道しるべ，Gakken，p71-73，2017.
- 7) 河野佐代子：手術，術後せん妄，がん看護，20（5），p515-518，2015.

- 8) 松石邦隆：専用アセスメントツールでせん妄を
発見、評価しよう，ナース専科，36（1），p20-
22，2016.

4. 貯血式自己血採血における現状と課題 —外来での実施状況の把握・看護師の捉え方から—

キーワード： 貯血式自己血輸血 実施管理体制 思い

○廣瀬恵子¹⁾ 中野葉子¹⁾

1) 香川大学医学部附属病院

はじめに

自己血輸血は、貯血式・希釈式・回収式があり、輸血部は医師・輸血部検査技師・看護師が協働して採血業務・観察・看護・指導を実施している。A 病院は 2014 年に貯血式自己血輸血管理体制加算の算定が開始され、輸血部は算定要件の学会認定自己血輸血責任医師・輸血部検査技師・学会認定自己血輸血看護師を確保し、実施の管理体制を整備した。看護師は日本自己血輸血学会「貯血式自己血輸血実施指針（2014）」に沿って看護手順を見直し、安全な貯血式自己血採血（以下自己血採血）に努めている。

2016 年度の貯血式自己血採血件数は 158 件、その内 112 件は自己血外来で実施され、自己血外来以外の実施は、外来 28 件・病棟 18 件であった。自己血採血は患者の状況により、1 回で終わらず、2 回・3 回と分割で必要量の貯血をする場合がある。その際、自己血外来と外来では実施方法が異なっていることを知った。自己血輸血は院内で実施管理体制が適正に確立している場合、同種血の副作用を回避し得る最も安全な輸血療法であり待機手術患者における輸血療法として積極的に推進することが求められる¹⁾と示されている。先行研究においても実施管理体制が整備されることで安全な自己血採血に繋がると報告されている。自己血外来以外では実際にどのように実施されているのか把握することが必要であると考えた。

I. 目的

本研究では「適正で安全な自己血輸血を推進する」ために外来で実施されている自己血採血の実施状況を明らかにすることを目的に調査した。

II. 方法

1. 研究デザイン：実態調査研究

2. 対象：貯血式自己血採血を実施している外来看護師 33 名

3. 期間：2017 年 11 月 30 日～2017 年 12 月 11 日

4. 方法：「2014 年貯血式自己血輸血実施基準」を基に無記名自記式調査用紙を作成し実施

5. 分析方法：無記名自記式調査結果を単純集計

III. 倫理的配慮

本研究は人を対象とした研究ではないため、倫理審査対象にあてはまらないため、香川大学医学部附属病院看護部事前検討委員会の承認を得て実施した。

対象者に書面で説明しアンケートの回答をもって同意を得たものとした。本研究において利益相反はない。

IV. 結果

アンケート配布数：33 名、アンケート回収数：32 名、回答率：97.0%。自己血採血の経験は 16 名 50%であった（図 1）。

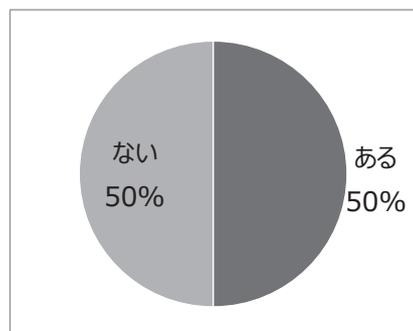


図 1 外来における貯血式自己血採血の経験

自己血採血の経験がある 16 名に対して実施場所は「処置室」5 名「内科外来処置室」4 名「周産期女性診療科」2 名「内科」2 名「整形診察室」1 名「外来診察室」1 名であった（図 2）。

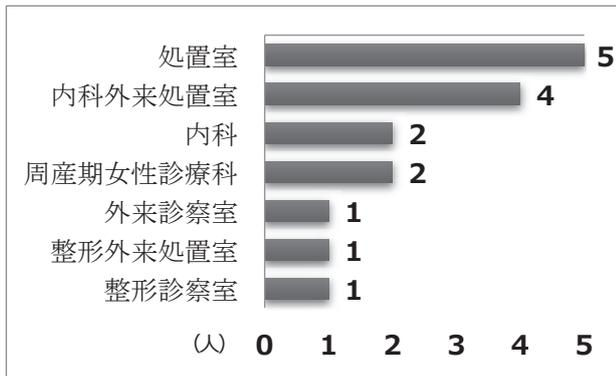


図2 外来における貯血式自己血採血の実施

自己血採血の経験がある16名に対する【自己血採血の実施状況】の調査は、15名93.75%が「日本自己血輸血学会：貯血式自己血輸血実施指針（2014）」について知らない状況であった。「採血前の問診確認」は10名62.5%が実施していない、5名31.25%は実施し、無回答が1名6.25%であった。「採血前に医師・検査技師・看護師間で貯血指示量の確認」は11名68.75%が実施していない、4名25.0%は実施し、無回答が1名6.25%であった。「採血中、VS測定・WR症状の観察」は12名75.0%が実施し、3名18.75%は実施していない、無回答が1名6.25%であった。「WR症状や発生時の対応」は15名93.75%が知っており、無回答が1名6.25%であった。「採血後にパンフレットに沿って患者指導」は14名87.5%が実施していない、1名6.25%は実施し、無回答が1名6.25%であった。「自己血輸血に関する研修・勉強会等で学習する機会」は16名全員がなかったとあり、知識・技術などを習得する機会がなく実施していた（表1）。

外来において自己血採血を実施する時に困ったことや不安に思うことについては、主体的に医師が行っており、他の診察補助などもあるため、看護師は採血中の観察、バイタルサイン測定・WR症状の観察を依頼があれば実施していることが分かった。また

自己血採血の件数が少ないことや経験や学習する機会がない、知識不足や手順を知らないため不安があることが分かった。看護師は採血中のトラブル対応が分からない、トラブルが起きた時のことを思うと怖い、機械の使用法・採血バックの違いが分からない状況で実施していたことが分かった。

V. 考察

【異なる実施体制】

外来の自己血採血の実施状況は、「外来診察の延長」

表1 外来における貯血式自己血採血の実施状況

項目	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
「日本自己血輸血学会：貯血式自己血輸血実施指針（2014）」	知っている	知らない	無回答
	1 (6.25)	15 (93.75)	0
採血前に問診で「患者の体温測定・発熱症状・下痢・食事摂取の有無・不眠・VVR（血管迷走神経反応）の経験などの確認	している	していない	無回答
	5 (31.25)	10 (62.5)	1 (6.25)
採血前に採血スケジュール、Hb値、体重、貯血指示量の医師・技師・看護師間の確認	している	していない	無回答
	4 (25)	11 (68.75)	1 (6.25)
採血中、VS・VVR症状の観察	している	していない	無回答
	12 (75)	3 (18.75)	1 (6.25)
VVR症状発生時は、下肢挙上・採血中止などの対応を行う	知っている	知らない	無回答
	15 (93.75)	0	1 (6.25)
「貯血式自己血をされた患者へ」のパンフレットで患者指導をする	している	していない	無回答
	1 (6.25)	14 (87.5)	1 (6.25)
貯血式自己血輸血に関する学習する機会について	あった	ない	無回答
	0	16 (100)	0

と捉えていることや「器材の取り扱いが分からず不安」に思いながら看護師は実施していた。本来輸血部検査技師が関与する業務役割である「貯血バックの取り扱い管理・器材管理」をその場にいる医師と看護師にゆだねられる状況であり、輸血部の実施体制は医師・輸血部検査技師・看護師が協働し実施すると整備されている。しかし、外来では輸血部検査技師が不在であり、実施体制が異なっていることが明らかとなった。

【不安に思いながら実施・患者の観察をする状況に置かれている】

自己血採血に関する学習の機会がなく、知識がないまま実施しているため、採血前の問診・採血スケジュールの確認や採血後の指導が実施できていない状況であった。自己血採血を実施する診療科は、「内科」「整形外科」「周産期女性診療科」の限られた診療科で、年間28件、16名の経験者と経験の機会が少ない状況にあり、看護師は、日常業務で使用したことのない器材を目の前にし、どのように取り扱えば良いかわからず、不安に思いながら実施し、患者の観察をする状況に置かれていることが明らかとなった。

以上の事から、輸血療法の実施に関する指針では「自己血輸血は院内で実施管理体制が適正に確立して

いる場合、同種血の副作用を回避し得る最も安全な輸血療法であり待機手術患者における輸血療法として積極的に推進することが求められる¹⁾と示されており、院内自己血輸血マニュアルの作成、実施の管理体制の整備を行い適正に運用することが課題であると考えます。

VI. 結論

1. 貯血式自己血採血は限られた診療科で実施され院内の認知度は低く看護師は経験・知識を得る機会が少ない状況で不安を抱えながら担っていた。
2. 院内自己血輸血マニュアルがなく実施管理体制が適正に運用できていない現状がある。
3. 適正で安全な自己血採血が実施できるように輸血部と院内自己血輸血マニュアル作成実施管理体制の整備に取り組む必要がある。

引用文献

- 1) 厚生労働省（編）：輸血療法の実施に関する指針（改訂版），血液製剤の使用にあたって 第4版，じほう，東京，p36-37，2009.

5. 病棟スタッフの口腔ケアに対する意識改善

キーワード：口腔ケア 意識調査 OAG

○山神早織¹⁾ 白井希¹⁾ 吉井英美¹⁾ 中野葉子¹⁾

1) 香川大学医学部附属病院

はじめに

高齢者は口腔内細菌による誤嚥性肺炎を発症する危険性が高く、口腔ケアが重要視されている。専門的口腔ケアを実施することで熱発の頻度や、肺炎リスクを減らすことができ、ADL の改善にも効果があると報告されている¹⁾。また、口腔ケアには唾液分泌、咀嚼、嚥下、味覚などの機能が回復し、経口摂取が可能になることや発声、口臭が改善し、コミュニケーションがとれるようになり、QOL が維持・向上する効果も期待されている。近年、看護業務においても口腔ケアの重要性が認識されるようになり日本看護協会では2006年より摂食・嚥下障害看護の認定看護師の認定が開始されている。

A 病棟では、絶食管理が必要な消化器疾患の患者や化学療法による副作用で口腔内トラブルが起りやすい患者も多い。しかし、口腔ケアを実施していく中で患者の口腔内を評価するような記録は残しておらず、患者の口腔内の状態が情報共有されにくい現状があった。日々多忙な看護業務の中では、入院患者の口腔ケアより全身管理が優先されるため、口腔ケアに十分な時間をかけることができないのが現状といわれている^{2) 3)}。そこで、今回は病棟看護師に口腔ケアの評価ルーツ Eilers Oral Assessment Guide(以下 OAG とする) (表 1) を使用し、その後の看護師の口腔ケアに対する意識調査を行った。

I 目的

A 病棟看護師の口腔ケアに対する意識調査と OAG 評価を使用し、その結果について明らかにする。

II 方法

1. 期間：平成 29 年 5 月～平成 30 年 1 月
2. 調査対象：病棟看護師 24 名
3. 調査方法

表 1 エイラズ口腔アセスメントガイド (OAG)

項目	状態とスコア		
	1点	2点	3点
声	正常	低い/かすれた	会話が困難/痛みを伴う
嚥下	正常な嚥下	嚥下時に痛みがある/ 嚥下が困難	嚥下ができない
口唇	滑らかでピンク色で潤いがある	乾燥している/ひび割れている	潰瘍がある/出血している
舌	ピンク色で潤いがあり乳頭が明瞭	舌苔がある/乳頭が消失しアカリがある、発赤を伴うこともある	水疱がある/ひび割れている
唾液	水っぽくサラサラしている	粘性がある/ネバネバしている	唾液が見られない
粘膜	ピンク色で潤いがある	発赤がある/被膜に覆われている、潰瘍がない	潰瘍があり出血を伴うこともある
歯肉	ピンク色で引き締まっている	浮腫があり、発赤を伴うことがある	自然出血がある/押すと出血する
歯と歯肉	清潔で残渣がない	部分的に歯垢や残渣がある	歯肉辺縁や歯肉接触部全体に歯垢や残渣がある

- 1) 自由記載を含む自記式調査用紙を用いて意識調査を実施した。質問項目は、①看護師臨床経験年数 ②口腔ケアの必要性、③口腔ケアの目的、④口腔ケアの実際、⑤口腔ケアに対する不安、⑥OAG 導入後の看護師の意見
- 2) 看護師に向けて 6 月に口腔ケアや OAG 評価についての勉強会を開催した。
- 3) 日勤帯で毎日 OAG 評価を実施した。
- 4) 口腔内を写真と記録に残し、カンファレンスで口腔ケア方法を検討した。(2 例)

4. 分析方法

意識調査のアンケート結果を単純集計した。自由記載では、学びと気づきに着目し、カテゴリ分析を実施した。スーパーバイズの指導を受け、全分析過程において信頼性の確保に努めた。

III 倫理的配慮

本研究は、人を対象とした研究ではなく、倫理審査の対象として当てはまらないため、香川大学医学

部附属病院看護部事前検討委員会の承認を得て実施した。看護師には、目的、方法、意義、個人情報の保護等について書面で説明し同意を得た。また、患者には口腔内写真を記録に残すことへの同意を書面で説明し同意を得た。本研究において利益相反関係にある企業はなし。

IV結果

A病棟看護師24名にアンケートを配布し、回収数は23名(回収率95.8%)であり、有効回答率は100%であった。

1. 属性

1) 経験年数：平均8.1年「1年以上4年以内」10名(41%)、「5年以上9年以内」7名(32%)、「10年以上」6名(27%)であった。

口腔ケアの必要性は「非常に思う」14名(62%)「まずまず思う」9名(38%)であり、口腔ケアの必要性を認識していることがわかった(図1)。

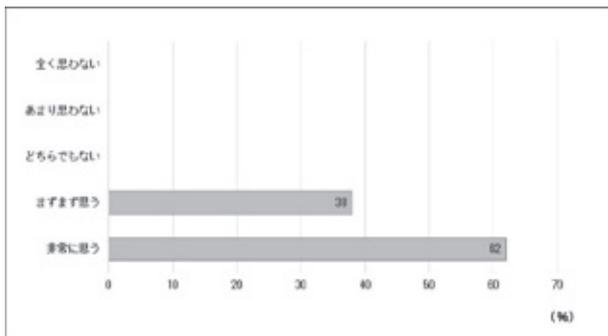


図1 口腔ケアの必要性

口腔ケアの実際は、「忙しくても毎食後行う」7名(32%)「忙しいと1日2回程度」16名(67%)であった。半数以上の看護師が日々の業務の中で口腔ケアを十分に行っていないと感じていることがわかった(図2)。

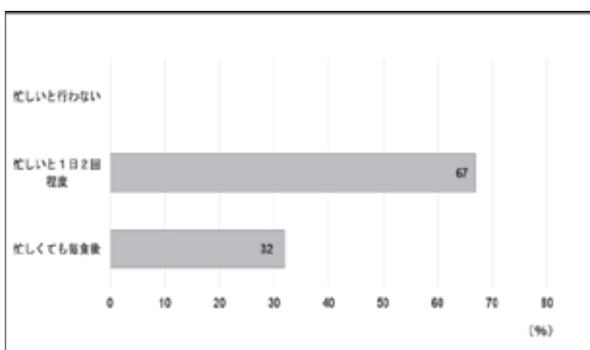


図2 口腔ケアの実際

口腔ケアの目的は、複数回答可で実施した。全体

では「感染予防」6名(24%)「口腔内の清潔」5名(23%)「爽快感」4名(19%)の3項目の回答が多かった。経験年数別で見ると、5年目以上の看護師は「食欲増進」「リハビリ」「生活習慣」の3項目にも着目していることがわかった(図3)。

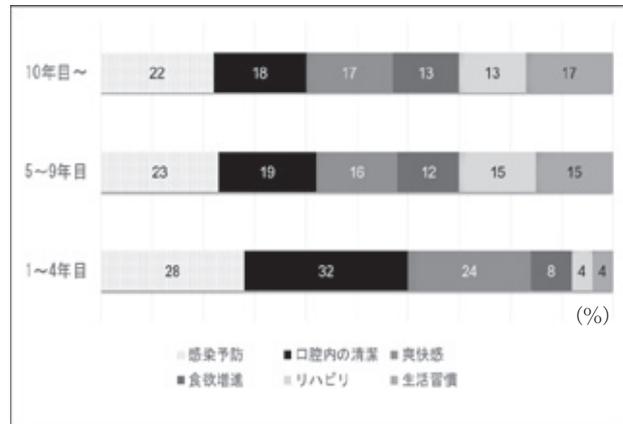


図3 口腔ケアの目的

口腔ケアへの不安は、「あまり不安はない」9名(34%)「どちらでもない」4名(17%)「時々不安になる」9名(34%)であった(図4)。

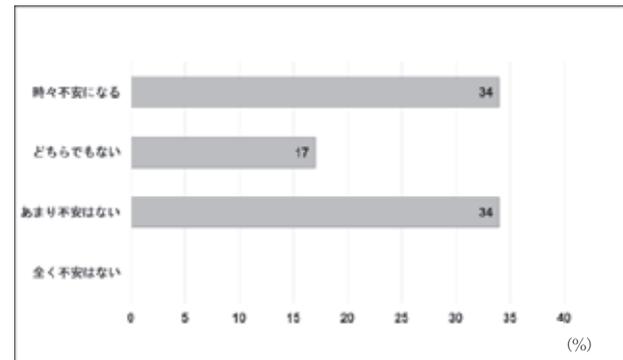


図4 口腔ケアの不安

不安なときに相談する相手としては、「他の看護師」「言語療法士」の回答が多かった。

OAG導入後のアンケート結果を看護師の学びと気づきについてのカテゴリ・サブカテゴリ分析を実施した。16項目のサブカテゴリ、6項目のカテゴリに分類した(表2)。

OAG評価導入後、1年以上4年以内看護師では「意識が高まり、口腔内の観察項目が明確になった」5年以上9年以内では「口腔内に今まで以上に注意を払うことができた」10年以上の看護師では「経過表のOAG項目を見て気づくことができた」等、経験年数に関わらず口腔ケアへの意識付けができたという意見が多かった。

表2 看護師の学びと気づきについての
カテゴリー・サブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
意識の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔内について今まで以上に注意を払うようになった ・観察する意識付けになった ・口腔ケアについて考えるようになった
観察の習慣化	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔内を見る習慣がついた ・口腔内を気にしてチェックするようになった ・経過表にあるため、ルーチン業務として気づけた
観察項目の統一	<ul style="list-style-type: none"> ・評価項目が決められたことでどこをみるべきが明確となった ・口腔内の観察ポイントがわかった
業務が増えたことによる負担感	<ul style="list-style-type: none"> ・忙しいとADLが自立している患者の観察はできない ・忙しいと全ての項目と確実にチェックするのは難しい ・全員の観察は時間がかり忘れがちになる ・全員の口腔内のチェックには時間がかかる
患者による意識の違い	<ul style="list-style-type: none"> ・食後に歯磨きをしない患者も多くいることがわかった ・口腔ケアをさせてもらえない患者もいた
現状の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・全員を観察することで舌の汚れが多くあると感じた ・意外に口腔内が汚れていることがわかった

V 考察

口腔ケアの必要性は理解できており、経験年数が長いほど、より広い視点で口腔ケアの目的をとらえていたことが分かった。由良らは「看護師の口腔ケアの認知度は概して高く、口腔ケアの口腔機能と全身管理へのかかわりはある程度理解されているようである。一方で、口腔ケアに関する知識と技術は必ずしも高くなく、知識および技術の修得と動機付けが問題とされている」⁴⁾と述べている。口腔ケアのポイントやOAG評価についての勉強会を1回開催しているが、全スタッフ参加には至らなかったため来年度も開催して知識や技術のフォローアップを図る必要があると考える。

今回、OAG評価を導入することで、経験年数に関わらず観察の習慣化や観察項目の統一に効果的でありスタッフの学びにつながったと考える。さらに患者に向き合うことで現状の把握や患者の意識の違いに気づき、対象者に合わせたケアの必要性を理解できたと考える。「観察の習慣化」「観察項目の統一」は、看護師の学びとなり、「患者による意識の違い」「現状の把握」は看護師の気づきとして捉えた。これらが口腔ケアに対する意識の変化につながったと評価する。一方で、OAG評価を全患者に行うことは業務量の増加に伴う負担を感じるスタッフもいることが分かった。これらは、OAG評価という新しい取り組みが定着し、口腔ケアによる効果的な看護を実感していくことで軽減していくと考える。

全身状態や口腔内の状況により、ケア方法は異なるため、対象者に応じたケアの提供が必要である。

今後も口腔ケアの意識向上や知識、技術の統一化を図り、質の高い口腔ケアに向けて取り組んでいきたいと考える。また、適宜スタッフの意見を取り入れ方法についても検討し、継続していくことで合併症の早期発見や廃用症候群の予防につながると考える。

VI 結論

1. 口腔ケアの必要性は理解しており、優先度は高いが十分に行えていないと感じている看護師が多い。
2. OAG評価をすることで統一した口腔内の観察ができるようになり、口腔ケアに有効であった。
3. 口腔ケアの観察の継続やカンファレンスの実施が課題である。

引用文献

監修：東京医科大学病院 歯科口腔外科主任教授 近津大地/札幌市立大学 看護学部講師 村松真澄

- 1) 米山武義：口腔ケアと高齢者のQOL 誤嚥性肺炎予防における口腔ケアの効果, 老年歯科, p476-477, 2001.
- 2) 石井陽子, 福田佳世, 中川珠子：口腔ケアに関する看護職者の意識調査, 日看会論集, 成人看護II, p401-403, 2007.
- 3) 熊坂士 p, 星野真, 篠田宏文, 室谷暁子, 安藤智博, 扇内秀樹：アンケート調査による東京女子医科大学病院病棟看護師の口腔ケアの現状, 東女医大誌, (8), p186-190, 2004.
- 4) 由良晋也：口腔ケアについての看護師を対象とした意識調査, 北海道歯誌, p28-31, 2006.

6. A 病院における実地指導者支援による成果と課題

キーワード：実地指導者教育 コンピテンシー

○柏林さおり¹⁾

1) 香川県立中央病院

はじめに

日本看護協会が出版している新人看護師教育ガイドライン¹⁾では、新人看護師教育には教育支援を行う実地指導者を配置することが必要であると言われており、また、実地指導者の育成も重要であると述べられており、実地指導者は、その役割を通して自らも成長することが期待されている。A 病院でも実地指導者を配置して新人教育ガイドラインに沿って新任者の育成を行っており、新人看護師のカリキュラムは定着している。しかし、実地指導者の選出や支援方法は各部署に一任されており、実地指導者にどのように指導がおこなわれているのか把握できていない状況であった。そこで、A 病院では平成 28 年度より看護部教育委員が中心となり実地指導者の育成に焦点を当てた実地指導者支援ガイドを作成し、実地指導者支援を行っている。今回は平成 29 年度の結果から実地指導者の育成の成果と今後の課題を検討する。

I. 目的

A 病院での実地指導者支援の成果を明らかにし、今後の実地指導者支援の課題を検討する。

II. 方法

1. 対象者：平成 29 年度の実地指導者 44 名
2. 期間：平成 29 年 4 月から平成 30 年 2 月
3. 調査方法：平成 29 年度教育委員が作成した実地指導者支援ガイドに沿って実地指導者支援をおこなった。5 月、9 月、1 月に実地指導者が「コンピテンシーチェックリスト²⁾」(資料 1) を用いて自己評価を行った。使用した評価表は、各 3 質問項目から構成される 6 カテゴリーの計 18 質問項目により構成されている。それぞれ 1～5 点の 5 段階で評価し、点数が高いほど、実地指導者として有効な思考や行動がとれていることを示す。また、対象者に実地指導者支援についてアンケート調査を実施した。
4. 分析方法：コンピテンシーの 5 月、9 月、1 月の

結果をレーダーチャートで表し、実地指導者の成長を見る。また、コンピテンシーの結果とアンケートの結果をもとに実地指導者支援の成果と今後の課題について後ろ向きに検討した。

III. 倫理的配慮

本研究の参加について対象者には、院内 web を用いて研究の目的、方法、匿名性の保持、情報管理、公表方法について説明を行った。また、コンピテンシーチェックリスト及びアンケートは、本研究へ同意した者のみ書面でのデータを提出してもらうことで拒否機会を設けた。さらに、当院の看護研究委員会倫理審査会の倫理審査を受け、承認を得た。本演題発表に関連して開示する利益相反はない。

IV. 結果

1. 対象者の概要

平成 29 年度 4 月 A 病院実地指導者は 44 名であった。20 歳代 27 名、30 歳代 5 名、40 歳代 1 名で男性 7 名、女性 26 名であった。看護師経験年数は 3 年以下 10 名、4～5 年 15 名、6～9 年 5 名、10 年以上 3 名であった。また、部署別経験年数は 3 年以下 16 名、4～5 年 16 名、6 年以上は 1 名であった。実地指導者経験回数は、1 回目 24 名、2 回目 7 名、3 回以上 2 名であった(表 1)。

表 1 対象者背景 (アンケート参加者 n=33 名)

		人数	割合
年齢	20 歳代	27 名	82%
	30 歳代	5 名	15%
	40 歳代	1 名	1%
性別	男性	7 名	20%
	女性	26 名	80%
看護師経験年数	3 年以下	10 名	30%
	4～5 年	15 名	46%
	6～9 年	5 名	15%
	10 年以上	3 名	9%
部署経験年数	3 年以下	16 名	49%
	4～5 年	16 名	48%
	6 年以上	1 名	3%
実地指導者経験回数	1 回目	24 名	73%
	2 回目	7 名	21%
	3 回目	2 名	6%

2. コンピテンシー

コンピテンシーの結果の有効数は34名分であった。コンピテンシー全体平均値は5月2.68、9月3.19、1月3.27と上昇した。(図1)

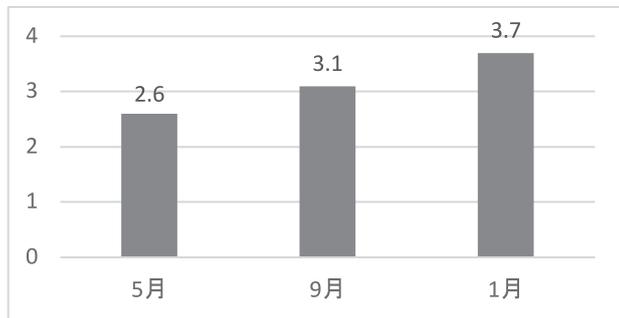


図1 コンピテンシー全体平均

表2 実地指導者のコンピテンシー結果 (N=34)

カテゴリー	5月	9月	1月	成長
業務遂行	7.9	9.5	11.3	↑3.4
コミュニケーション	8.2	9.6	11.3	↑3.1
チームワーク	9.9	10.3	11.6	↑1.7
顧客志向	9.9	10.3	11.6	↑1.7
育成能力	8.2	10	11.4	↑3.2
自己成長	6.8	8.6	10.1	↑3.3

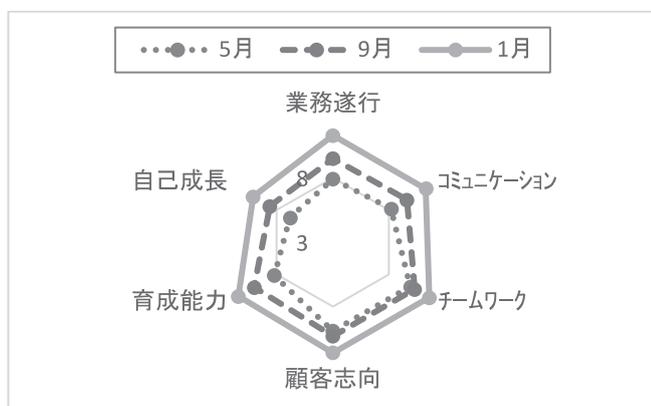


図2. 実地指導者のコンピテンシー結果

カテゴリー別でみると、業務遂行は5月7.9、9月9.5、1月11.3であった。コミュニケーションは、5月8.2、9月9.6、1月11.3であった。チームワークは、5月9.9、9月10.3、1月11.6であった。顧客志向は、5月9.9、9月10.3、1月11.6であった。育成能力は、5月8.2、9月10、1月11.4であった。自己成長は、5月6.8、9月8.6、1月10.1であった。一年間を通してすべての項目において上昇がみられた。カテゴリー別では、コミュニケーションが3.1、顧客志向で1.7の上昇がみられた(表2)(図2)。

3. アンケート

コンピテンシー活用に関するアンケートは、有効数33名分であった。よかったと答えた人が83%、悪かったと答えた人が17%であった。自由記載には、「指導の振り返りができた」「客観的に評価できた」「自己の成長が実感できた」であった。「コンピテンシーについてよくわからなかった」という回答もあった。「実地指導者になり、自己学習をしたか」の質問では、したが71%、しなかったが29%であった。自己学習した内容では、「各分野の本」「手順書、マニュアルの確認」「病態生理」という意見があった。また、「実地指導者をしていてプラスの感情を感じたことがあるか」の質問では、ありが26%、なしが74%であった。ありを選んだ理由では、「自分の振り返りができたとき」「周囲から褒められたとき」「私が指導者でよかったといわれたとき」「頼りにしているといわれたとき」という回答があった。「実地指導者をしていてマイナスの感情を感じたことはあるか」の質問では、ありが71%、なしが29%であった。「自分の思いがうまく伝えられなかったとき」「新人のことで自分が責められる」などの意見があった。支援の希望については、ありが40%で、なしが60%であった。具体的には「具体的なアドバイス」「新任者の情報」「ペアで動ける機会を増やしてほしい」「指導時間を作るための業務量の調整」「指導者のメンタルサポート」などの意見であった。

V. 考察

1. 対象者の背景

平成29年度の実地指導者の背景は、年齢は20歳代82%で、看護師経験年数は5年以下の者が76%と年齢は若く経験年数が浅いスタッフが実地指導者を担っている。また、実地指導者の経験回数は、1回目73%で、多数の者が実地指導者の役割を初めて経験する者であった。石崎ら³⁾は「実地指導者の役割効果として、看護師としての成長とリーダーシップの基礎作りができる」また、渋谷ら⁴⁾は、「プリセプターは役割遂行の過程で困難に遭遇しながらも、プリセプター自身も自己成長させる学びを得ることができる」と述べている。A病院では、実地指導者の任命は各部署に一任しているが、どの部署も看護師経験年数が浅く若いスタッフが選ばれている。これは、経験が浅いからこそ実地指導者の役割を通して自己成長することを期待して任命していると考えられる。

2. コンピテンシー

教育委員が実地指導者支援ガイドを用いて、実地指導者を支援することで、実地指導者のコンピテンシーの6カテゴリーすべてが上昇した。今回行った支援は、有効であったと考える。カテゴリー別では、業務遂行能力、自己成長、コミュニケーションの伸びが高かった。業務遂行能力の伸びが高かったのは、日常の業務を日々全うすることで業務遂行能力が向上していったため伸びが一番高かったと考える。自己成長について、井部⁵⁾は、「効果的な振り返りは自己評価の是正にも繋がる」と述べているように、実地指導者が実施した指導について師長、教育担当者や教育委員、他スタッフとともに毎月振り返りを実施したことで、適切に指導計画の立案・修正ができたうえ、自己評価や自己の課題発見の場になった。これらのかかわりが、自己成長の伸びが高くなった要因である。コミュニケーションの伸びが高かったのは、実地指導者を対象に、コミュニケーションスキルを向上するための研修会を設けたことが要因であると考えられる。具体的には、コーチングやソーシャルスタイルなどコミュニケーションのベースとなる理論の学習会や、それらのスキルを活かすためのコミュニケーションスキルを用いたロールプレイを取り入れた学習会を設けるなどの支援が有効であったと考える。顧客志向の伸びが低かった要因は、多忙を極めている時でも、忙しさを感じさせないという、実地指導者としての心の余裕を保持できるような支援がなかったことだと考える。また、結果をカテゴリー別にレーダーチャートで表したことで視覚的に表現でき、伸びが良かったあるいは悪かったカテゴリーが明確になり、今後の課題が明らかになった。指導者としての在り方を客観的に評価し、自己の成長と課題が明確になったと考える。

3. アンケートの結果

コンピテンシー活用に関するアンケートの結果より、自己分析をし、自己の課題を自ら見つけることができた人が多い一方で、これを活かせなかった人もいる。これは、コンピテンシー評価そのものの理解不足が要因であり、今後はコンピテンシーチェックリストについて理解した上で活用できるような支援が必要である。また、実地指導者は、部署に関連した疾患や治療・看護スキルに関する自己学習は行っているが、教育理論や指導スキルに関する自己学習を行っている者は少なく、教育理論や指導スキルについての知識は乏しい。また、看護師経験年数も浅く、

実地指導者経験も初めての者が大半を占めており、新任看護師にあった適切な指導を行うのは非常に厳しい状況である。教育理論や指導スキルについて、岡本⁶⁾は「新任に対する指導内容・方法は、先輩看護師から後輩看護師に継承される。この過程では、同時に実地指導者の教育力も継承される。それゆえ、実地指導者は新任者が見て真似ることができるモデリングとして看護実践のみならず、将来的な教育力の継承という意味において重要な役割を担っている」と述べている。すなわち、看護師経験年数が浅く、実地指導者経験も初めての者が大半を占めている現状では、新任教育を実施指導者に一任していたのでは教育方法や内容に個人差が生じる可能性が高いと考える。教育委員会は実地指導者に教育理論や指導スキルを学習支援し、将来的な教育力の向上を図ることが必要である。また、実地指導者は、新任者の指導を行うことで、身体的精神的に負担を感じながらも、周囲から褒められることや頼りになるなど、実地指導者としての自分を承認されることがうれしい感情となり、原動力につながっていることが分かった。部署管理者、教育委員、チームリーダーは実地指導者に対してポジティブフィードバックや承認をこころがける必要がある。また、部署管理者は実地指導者の勤務調整や業務調整による体調管理やメンタルサポートを図り、実地指導者の身体的・精神的負担軽減に努める必要がある。

VI. 結論

1. 教育委員の支援により実地指導者のコンピテンシーが向上した。
2. コンピテンシー評価を、定期的に評価することにより、成果と課題が明らかとなる効果がある。

引用文献

- 1) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】，日本看護協会出版，p20，2014.
- 2) 永井則子：ぱっと見てわかるチームで支える新プリセプター読本改定2版，メディカ出版，2014.
- 3) 石崎育代：看護管理者の考えるプリセプター役割と支援の分析からのプリセプター支援検討(2)-プリセプター支援体制について-，第39回日本看護学会論文集(看護教育)p160-162，2008.
- 4) 渋谷恵子：プリセプターの困難と思いの分析からのプリセプター支援検討(1)-支援体制・時期・研修企画について-第39回日本看護学会論文集(看

護教育) p157-159, 2008.

5) 井部俊子編：プリセプターを育てること育つこと，
ライフポート社，p5-6, 2012.

6) 岡本亜也佳：プリセプターを担う若手看護師のプリセプターシップに先輩看護師がもたらした影響，
第47回日本看護学会論文集(看護教育)，p163-166，
2016.

資料 1

実地指導者のコンピテンシーチェックリスト

部署： 氏名：

1：まったくそのような行動をとらない 2：時々そのような行動をとる 3：しばしばそのような行動をとる
4：ほぼいつもそのような行動をとる 5：いつもそのような行動をとる

項目	回答欄
<業務遂行>	
1. 仕事の目的を把握して柔軟に達成方法を提案している	1-2-3-4-5
2. 目標達成のための課題が自己能力の限界を超えているときには、周囲に働きかけて援助を受けながら成果を出している	1-2-3-4-5
3. 仕事の達成基準を設けて、時間、コスト管理をしながら仕事を完結させようと実践している	1-2-3-4-5
<コミュニケーション>	
1. 他者理解、自己理解などのコミュニケーションのベースとなる理論を学習して、個別性を認めた接し方を実践している	1-2-3-4-5
2. 人間関係に葛藤が起きたときにも、人格否定することなく、自分の考えを伝えようとアサーティブに実践している	1-2-3-4-5
3. 相手の傾向にレッテルを貼ることなく、その傾向を「強み」としてとらえて接している	1-2-3-4-5
<チームワーク>	
1. 他のメンバーに問題が発生していることに気づいたときには、チーム目標に対する影響力を検討して援助を申し出ている	1-2-3-4-5
2. チーム全体の仕事の進捗状況に気づき、自分の課題を見つけて行動調整している	1-2-3-4-5
3. マニュアルの遵守など、お互いに協力関係を維持するためのルールを理解して取り組んでいる	1-2-3-4-5
<顧客志向>	
1. 多忙を極めていても相手に忙しさを感じさせない自分なりの接し方を駆使してサービスを提供している	1-2-3-4-5
2. 患者からのクレームが生じたときなども、状況から逃げずに問題解決のために上司、先輩の力を借りて対処している	1-2-3-4-5
3. インフォームドコンセントの基本など、患者の権利保障に基づいたサービスを提供するために知識や経験を駆使している	1-2-3-4-5
<育成能力>	
1. 新任者の経験や知識の範囲で理解できるような説明の方法を考えるなど、相手に伝わる説明を工夫している	1-2-3-4-5
2. 受け持ち新任者に限らず、新任者が一人で仕事をしているときには、どのような状況かを確かめるべく声を掛けている	1-2-3-4-5
3. 学習者と学習のゴールを確認しながら、こまめなフィードバックをしている	1-2-3-4-5
<自己成長>	
1. キャリアビジョンをもち、キャリア開発のための行動計画を実践している	1-2-3-4-5
2. ビジョン実現のために、仕事の経験の場を自分から確保している	1-2-3-4-5
3. 自分から積極的に周囲にフィードバックを求めている	1-2-3-4-5

7. 総合病院の精神・身体合併症病棟で働く看護師が患者から受ける暴力の実態

キーワード：精神 身体合併症病棟 暴力の実態 看護師

○堀井紀明¹⁾ 竹上由倭¹⁾

1) 社会医療法人財団大樹会 総合病院回生病院

はじめに

病院内で発生する暴力に関する取り組みは、日本看護協会により 2003 年に実態調査研究が行われ¹⁾、国際看護師協会が「職場における暴力対策ガイドライン」²⁾を公表し、精神科領域では CVPPP(包括的暴力防止プログラム)が浸透するなど、ここ 10 年ほどで暴力に対する気運は盛んになってきている。

看護師は、「患者やその家族と日常的且つ最も身近に接する存在であるため暴力の対象となりやすく、暴力が発生しやすい状況・場面に接する機会が多いことがあげられる」³⁾とされている。その中でも精神科病棟は、看護師が暴力にさらされるリスクは一般病棟に比べ 2~4 倍とされている⁴⁾。

精神科病棟における暴力とは「個人に脅威を与えるあらゆる行為であり、身体的外傷を負うことを予見させる攻撃的行為、言語的暴力、性的暴力を含むもの」⁵⁾であり、妄想や幻覚などによるものに基づいた行動として多くみられる。

精神科と身体科、両方の特性を有する精神・身体合併症病棟においては、さらに暴力の件数が多くなり、その質も違ったものになるものと推測される。

2017 年 4 月から 2017 年 4 月までの 10 年間に発表された文献を医学中央雑誌を用いて「精神」and「合併症病棟」and「暴力」をキーワードに検索を行った結果、1 件の文献が得られた。しかし、検索結果の中からは総合病院の精神・身体合併症病棟の暴力に関する研究は見当たらなかった。また、合併症病棟を除いた「精神」and「暴力」で検索を行ったが、受けた暴力をカウントし、実数を調査報告した研究はごく少数しか見当たらなかった。

そこで、総合病院の精神・身体合併症病棟での暴力の実態を明らかにする為、本研究を実施した。

I. 研究目的

総合病院の精神・身体合併症病棟で働く看護師が患者から受ける暴力の実態を明らかにし、今後の安

全管理への一助とすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究期間

2017 年 4 月 1 日~2017 年 12 月 31 日

2. 対象者

研究を行った総合病院は、病床数 400 床で、24 時間の手術対応や 2 次救急体制が確保されている規模で、精神・身体合併症病棟で働く看護師 18 名とした。

3. データ収集方法

和田ら³⁾が作成した暴力のカテゴリーを参考に調査票を作成し、1 か月間、毎日各勤務ごとに看護師に調査票を記入してもらった。

4. 分析方法

暴力についての集まったデータを、単純集計し分析を行った。

5. 用語の定義

本研究では病院内で発生する看護師への暴力を広義に捉えることとし、直接的・身体的な苦痛、外傷を与える行為を「直接的暴力」、直接的・身体的な苦痛、外傷を与えないが心身やその周囲の環境に物理的な脅威を与える行動を「間接的暴力」、暴言や言語による言葉による「言語的暴力」、明らかなセクシャルハラスメントやそれに準ずる性的な言動を「性的暴力」と位置付ける。

また、今回記入をいただいた調査票による暴力内容は、暴力を実際に受けた看護師の主観により判断した。

III. 倫理的配慮

書面にて研究目的・研究方法・研究の意義・研究参加の自由・プライバシーの保護と、参加した研究を途中で辞退したとしてもなんら不利益をこうむらないことを保証することを十分に説明し、同意書への記入をもって研究参加への同意を得た。また、A 病院倫理審査委員会の審議にかけ、承認(承認

ほりい のりあき 1) 社会医療法人財団大樹会 総合病院回生病院

番号 2016-12)を得た後に実施した。

IV. 結果

対象の基本的属性は、18名の内、男性看護師が7名、女性看護師が11名であった。

1か月間、対象の看護師により勤務ごとに調査票への記入を実施した結果、18名の全勤務回数は354回となり、1勤務1枚で調査を行ったところ、262枚の回収ができ、回収率は74%であった。勤務帯別

での暴力内容および、全勤務の暴力内容を表に示す(表1)。

調査の結果、深夜帯での直接的暴力では「叩かれた」が5件、「爪をたてられた」「蹴られた」が2件、間接的暴力では「暴力を振るう仕草をされた」が14件、言語的暴力では「ののしられた」が24件とそれぞれ多いことが確認できた。

日勤帯での直接的暴力では「叩かれた」28件、「爪をたてられた」「つねられた」が11件、「引っ掻かれ

表1 看護師が受けた暴力内容(回/月)

		深夜勤	日勤	準夜勤	全体
直接的暴力	叩かれた	5	28	10	43
	爪を立てられた	2	11	3	16
	つねられた	0	11	3	14
	引っ掻かれた	0	8	1	9
	蹴られた	2	2	2	6
	体当たり・突き飛ばされた	0	5	0	5
	その他	0	3	1	4
	髪を引っ張られた	0	2	0	2
	唾を吐きかけられた	0	2	0	2
	首を絞められた	0	0	0	0
間接的暴力	暴力を振るう仕草をされた	14	20	16	50
	威圧・威嚇された	0	16	4	20
	物品・品物に暴力を受けた	1	3	1	5
	物を投げられた	0	3	1	4
	その他	0	0	0	0
言語的暴力	ののしられた	24	68	32	124
	介入拒否された	4	9	5	18
	中傷・皮肉を言われた	1	2	5	8
	脅迫された	0	2	2	4
	その他	0	0	0	0
性的暴力	手や腕を撫でられた	0	6	0	6
	卑猥な質問をされた	0	6	0	6
	抱きつかれた	0	3	0	3
	体を露出してきた	0	1	2	3
	性的関係を迫られた	0	3	0	3
	体を触られた	0	2	0	2
	個人情報について尋ねられたり調べられた	0	0	0	0
	執拗に食事に誘われた	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0
合計	53	216	88	357	

た」が8件、間接的暴力では「暴力を振るう仕草をされた」20件、「威嚇・威圧された」が16件、言語的暴力では「ののしられた」68件、性的暴力では「手や腕を撫でられた」「卑猥な質問をされた」6件とそれぞれ多いことが確認できた。

準夜帯での直接的暴力では「叩かれた」が10件、間接的暴力では「暴力を振るう仕草をされた」が16件、言語的暴力では「ののしられた」が32件とそれぞれ多いことが確認できた。

全体での直接的暴力では「叩かれた」が43件、「爪をたてられた」が16件、「つねられた」が14件、間接

的暴力では「暴力を振るう仕草をされた」50件、「威圧・威嚇された」が20件、言語的暴力では「ののしられた」が124件、性的暴力では「手や腕を撫でられた」「卑猥な質問をされた」が6件とそれぞれ多いことが確認できた。

V. 考察

今回の研究により、総合病院の精神・身体合併症病棟で働く看護師が患者から受ける暴力の実態が明らかとなった。直接的暴力・間接的暴力・言語的暴力・性的暴力の4つのカテゴリーそれぞれで数十回/月

表2 暴力内容の割合

赤松ら(精神科病棟)		和田ら(総合病院)		本研究(精神・身体合併症)	
身体的暴力	61%	直接的行動	41%	身体的暴力	28%
心理的暴力	39%	ことば	22%	言語的暴力	43%
		間接行動	22%	間接的暴力	22%
		セクシャルな言動	15%	性的暴力	7%

を超える暴力が発生しており、看護師は恒常的に暴力を受けていることが推測される。

直接的暴力・間接的暴力が発生する背景として、精神・身体合併症病棟は精神科でありながら身体観察や身体ケアのために直接身体に触れるなどの接触が多い。これらの接触を精神的な症状により認知機能や判断能力が脆弱な状態に陥った患者は身に迫る脅威と感ずることがあり、看護師に暴力といった行動化として現れる。ゆえに、患者への接触が多い手や腕などに直接的暴力の「叩かれた」「爪をたてられた」「つねられた」等、間接的暴力の「暴力を振るう仕草をされた」「威圧・威嚇された」等につながったものと考えられる。

言語的暴力が発生する背景も、直接的暴力・間接的暴力と同様で、身体観察や身体ケアのための接触を身に迫る脅威と感じたために発生したものと考えられる。言語的暴力の「ののしられた」は「声高に物を言う仕草」であるが、124回/月と他の暴力と比較しても突出して多くなっている。その理由としては、精神・身体合併症病棟では安静度指示や治療食など、治療環境を整えるために様々な制限を課すことが余儀なくされている。これら制限に関して、精神的な症状により認知機能や判断能力が脆弱な状態ではコンプライアンスを得ることは容易ではなく、怒りの反応や防衛機制として看護師に向けられたのではな

いかと考える。また、過去の研究⁶⁾により身体拘束中の患者の心理状態として「不満」の感情を抱きやすいことが明らかになっている。これら怒りの反応や防衛機制、不満が言語的暴力として現れ、直接的暴力・間接的暴力を凌ぐ結果となったのではないかと推察する。

性的暴力では「手や腕を撫でられた」「卑猥な質問をされた」が多かった。特に日勤業務者に集中する傾向にあり、夜勤者では見られていないといった特徴が確認された。この特徴については具体的な要因は定かではなく、今後の継続的な究明が望まれる。

赤松ら⁷⁾によれば精神科病棟における暴力は、「叩かれた」「引っかけられた」などの身体的暴力が61%、「暴言を吐かれた」「無視された」などの心理的暴力が39%と報告されている。和田ら³⁾によれば総合病院における暴力は、直接行動が41%、間接行動が22%、ことばが22%、セクシャルな言動が15%と報告されている。本研究では、身体的暴力が28%、言語的暴力が43%、間接的暴力が22%、性的暴力が7%であった(表2)。暴力の定義・統計方法が研究者によってそれぞれ異なるものの、本研究は精神科病院・総合病院と比較し、言語的暴力が有意に多く発生していた。

本研究は総合病院の精神・身体合併症病棟という1つのフィールドで調査を行った結果であり、調査を行った期間が1か月間と短く、その時の入院患者

のパーソナリティや精神疾患の特性によって、研究結果に偏りが生じている可能性は否定できない。よって、総合病院の精神・身体合併症病棟で働く看護師が患者から受ける暴力の実態として全ての病棟に当てはめることは難しいと思われる。今後、大規模病院や複数県の看護師からデータを集めるなど、広く知見を集めてより詳細な暴力の実態を明らかにするとともに、暴力が発生する要因や対応策を探求する事が求められる。

VI. 結論

1. 総合病院の精神・身体合併症病棟で働く看護師は、恒常的に暴力を受けている実態が明らかとなった。
2. 総合病院の精神・身体合併症病棟では言語的暴力が特に多く発生し、その割合は他科と比較しても多い結果であった。

引用文献

- 1) 日本看護協会政策企画：2003年保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査, 日本看護協会調査研究報告(0911-0844), (71), p1-106, 2004.
- 2) 国際看護師協会：ICN ガイドライン 職場における暴力対策ガイドライン 1999年改訂版, 看護(0022-8362), 53(9), p101-115, 2001.
- 3) 和田由紀子, 佐々木祐子：病院に勤務する看護職への暴力への被害の実態とその心理的影響, 新潟青陵学会誌, 4(1), 2011.
- 4) 石井昌宏：精神保健看護データブック 10, 精神科病棟で起こる暴力・トラブル, 精神科看護, 30(10), 87, 2003.
- 5) 大山明子 他：怒り・攻撃性のサイクルに応じた安全な看護介入, インターナショナル・ナーシングレビュー, 31(3), p36 - 41, 2008.
- 6) 堀井紀明 他：身体合併症で入院し、身体拘束を経験した精神疾患患者の心理 インタビューを通して, 日本精神科看護学術集会誌, (571), p170-171, 2014.
- 7) 赤松恭行 他：精神科療養病棟における暴力の実態 アンケート調査にてスタッフ教育や支援のあり方について考える, 日本精神科看護学術集会誌, 57(1), p130-131, 2014.

8. 咳反射から考える誤嚥性肺炎の予防策

—咳反射の低下の前兆を把握し看護に活かす—

キーワード：誤嚥性肺炎 咳反射 嚥下障害 不顕性誤嚥

○加藤千晶¹⁾

1) 西山脳神経外科病院

はじめに

厚生労働省の2016年の報告によると、肺炎は我が国の死因第3位¹⁾となっている。また、肺炎による死亡者の中で65歳以上の高齢者が占める割合は97%と極めて高い。なかでも誤嚥性肺炎は、とくに高齢者にとって命を落とすことにもなりかねない疾患であり、重症化を予防することは重要である。大類は、「高齢者肺炎患者では嚥下反射と咳反射の低下が認められ、不顕性誤嚥をベースに肺炎を発症するものと考えられる」²⁾と述べている。若杉らは「不顕性誤嚥のスクリーニングとして有用とされる咳テスト」³⁾を用いて主要な原因疾患別の有効性に対する検討を行った。しかし、誤嚥性肺炎に罹患している65歳以上の高齢者と同世代の健常者との咳反射に違いがあるのかを比較検討した報告はされていない。入院後早期に不顕性誤嚥の有無を調べることは重要であるが、すべての誤嚥性肺炎患者に対し、video fluoroscopic examination of swallow (以下、VF) 検査を行うことは不可能である。

そうしたことから、被曝や直接誤嚥の危険がなく、短時間で検査できる咳テストのうち、ベッドサイドで看護師でも行える簡便で低侵襲な検査方法に着目した。これは、誤嚥性肺炎患者の咳反射の低下、不顕性誤嚥のリスクレベルを早期に見だし、確定診断に必要な検査を待たずに重症化回避のためのケア介入に役立てられるものである。しかし、VF検査については加齢による咳反射低下の違いが明らかにされていない。

そこで、本研究では誤嚥性肺炎に罹患している65歳以上の高齢者と同世代健常者との咳反射の加齢による低下の差を比較検討することを目的とした。

I. 目的

加齢による咳反射低下の違いを明らかにするために、誤嚥性肺炎に罹患している65歳以上の高齢者と

同世代健常者との咳反射の差を比較検討した。

II. 方法

1. 調査期間 平成30年4月1日～9月30日

2. 対象者

A病院に入院した65歳以上の誤嚥性肺炎群25名は、誤嚥性肺炎既往または誤嚥性肺炎発症患者であり、内訳は男性15名、女性10名、年齢 82.8 ± 8.6 歳であった。基礎疾患の概要としては、脳血管疾患15名、パーキンソン病15名、アルツハイマー型認知症19名（複数の合併があるものは25名中19名）であった。65歳以上の健常群19名は、A病院デイケアに参加している誤嚥性肺炎の既往、合併症なしの者であり、内訳は男性7名、女性12名、年齢 78.5 ± 8.1 歳であった。基礎疾患の概要としては、脳血管疾患3名、アルツハイマー型認知症3名であった。

1) 咳反射テストの方法

咳反射誘発の方法は、超音波ネブライザーで、1%クエン酸ナトリウムを蒸気吸入1分間作用させ、初回の咳反射と、1分間の咳回数を調べた。

健常者はA病院デイケア利用者に対して同意書を得たうえで、デイケア利用中に特定の看護師またはSTにより座位にて実施した。誤嚥性肺炎患者に対しては、特定の看護師が、入院後一週間以内に主治医の指示を受け、本人または家族に同意を得てベッドサイドにて端座位または起座位にて実施した。

2) 分析方法

計測データは①咳反射の初回出現時間、②1分間の咳反射の回数とし、誤嚥性肺炎群と健常群で比較検討を行った。なお、統計処理はMan-WhitneyのU検定を行った。③咳反射と嚥下機能との関連性を検証する目的で、誤嚥性肺炎群についてはVF検査結果による傾向調査を行った。なお、有意水準は5%未満

とした。

III. 倫理的配慮

研究対象者に対し、研究内容及び結果の公表などを説明し、自由意思で研究参加の諾否が決定され、承諾の有無を研究同意書へ明記することで確認した。また、抄録の記述内容に対しプライバシーへの配慮を行った。本研究は、所属の病院長、看護部長、事務長の承諾を得て実施し利益相反はない。

IV. 結果

1. 表 1 は、健常群そして誤嚥性肺炎群の咳反射テストの初回反射出現時間の結果である。健常群では、咳反射が起こるまでの時間は 6.6 ± 3.6 秒であり、誤嚥性肺炎群では、 21.6 ± 34.4 秒であった。誤嚥性肺炎群は、健常群に比べ平均で15.0秒以上咳反射が起こるまでに時間を有しており、初回咳反射出現時間が有意に遅延していた。

表 1 咳テスト結果：初回咳反射出現時間

	平均値±SD (秒)	
健常群	6.6 ± 3.6	} ** $P < 0.01$
誤嚥性肺炎群	21.6 ± 34.4	

2. 表 2 は、健常群そして誤嚥性肺炎群の1分間の咳反射回数についての結果である。健常群の咳反射の平均回数は平均 17.9 ± 9.6 回であり、誤嚥性肺炎群は 13.7 ± 25.4 回であった。誤嚥性肺炎群は、健常群に比べて平均で約4回咳反射回数が少なかったものの、本研究結果においては両群間で有意差を認めなかった。

表 2 咳テスト結果：1分間の咳反射回数

	平均値±SD (回)	
健常群	17.9 ± 9.6	NS
誤嚥性肺炎群	13.7 ± 25.4	

3. 誤嚥性肺炎群のVF検査からの傾向調査は、咳反射テストで咳なしの2名はともに不顕性誤嚥が認められた。また咳反射が起こるまでに40秒以上要し咳反射回数が10回以下である者4名は、すべて口腔相と咽頭相が著明に低下し嚥下反射の惹起遅延が顕著であった。

V. 考察

研究の結果より、誤嚥性肺炎群は健常群に比べ咳反射惹起までの時間が有意に遅延していた。その根

拠として、咳反射、嚥下反射の防御反射機能の低下、気管粘液腺の有毛運動機能障害があげられる。

また、基礎疾患としての脳血管疾患やパーキンソン病、アルツハイマー型認知症では、脳基底核でのドパミン代謝障害による迷走神経や舌咽神経の神経節のサブスタンス P が低下するため、咳反射の惹起遅延が生じ、誤嚥に気づきにくくなり、顕性肺炎に至るのではないかと考えられる。

吉永⁴⁾は脳血管障害患者における喉頭咳反射と誤嚥性肺炎について咳反射の強さ、潜在時間、回数に着目した検討を行っている。そのなかで健常群、誤嚥性肺炎の既往なしの群、ありの群で検討し、咳反射テストはL酒石酸20%希釈液を用いて超音波ネブライザーを用いて吸入させた。その結果、健常群では、潜在時間は 0.6 ± 0.3 秒、既往なしの群 1.2 ± 0.8 秒、誤嚥性肺炎既往ありの群 5.6 ± 3.6 秒であり、健常群と既往ありの群、既往なしの群と既往ありの群では、各々有意の延長を認めたと述べている。本研究の咳反射に用いたクエン酸ナトリウムの希釈液は1%であり、吸入濃度の違いにより潜在時間の違いが生じたものと考えられるが、本研究の結果とほぼ一致していた。一方、咳の回数においては吸入30秒間では健常者群 9.2 ± 4 回、既往なしの群 6.3 ± 3 回、既往ありの群 1.8 ± 1 回であり、潜在時間と同様であった。

本研究での吸入1分間の咳回数の検討では肺炎群の平均回数 13.68 ± 25.44 回であり、健常群は 17.89 ± 9.63 回であり、両群間で有意差を認めなかった。これは希釈濃度と吸入時間の差によるものも考えられる。本研究での吸入1分間の咳回数の検討では、少なくとも10秒以上の咳反射惹起が観察される場合には不顕性誤嚥のリスクが高く、VF検査を考慮する必要があると考えられる。また、VF検査上からは咳反射テストの結果が不良であった者は嚥下機能の低下が同時に存在していた。嚥下機能のメカニズムは十分解明されてはいないものの咳反射低下と関連していると考えられた。

肺炎を発症してから、治療が一段落するまでに時間を要すと、その後の経口摂取も遅れ、さらに嚥下機能が低下してしまう可能性もあり、入院後早期にリスクマネジメントを行い、多職種間で情報を共有し、その人に適した誤嚥を防ぐポジショニングやシーティング、気道分泌物の除去、口腔ケア、嚥下リハビリテーションを即時行うことが肝要である。咳

反射テストは、誤嚥性肺炎、さらには高齢者全体に対しても摂食・嚥下障害のスクリーニングとして、VF 検査の必要性の検討として有効である可能性が示唆された。

しかし、本研究の限界として、症例数が少ないことと、咳反射テストは脳血管疾患や変性疾患の一部にしかエビデンスが存在せず、今後もさらに症例数を増やし研究を進める必要がある。

VI. 結論

1. 高齢者の誤嚥性肺炎を防ぐ予防的手段として、咳反射発生までの時間が10秒以上であると誤嚥性肺炎発症のリスクが高いと予測できる。
2. 咳反射が低下していると、嚥下反射の低下も同時に引き起こしていることが、今回のVF検査で明らかになった。
3. 入院後早期に咳反射テストを行い、咳反射の低下があるものに対し即時の看護介入を行い、言語聴覚士を含む他職種との協働による重症化予防と、治療の円滑化、患者のQOL向上をはかることが重要といえる。

引用文献

- 1) 人口動態調査. 結果の概要. 厚生労働省.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>
2019年5月6日アクセス
- 2) 大類孝：超高齢社会における誤嚥性肺炎の現状, 日本老年医学会雑誌, 50(4), p58-460, 2013.
- 3) 若杉葉子 戸原玄 中根綾子 他：不顕性誤嚥のスクリーニング検査における咳テストの有用性に関する検討、日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌, 12(2), p109-117, 2008.
- 4) 吉永明史：脳血管障害患者における喉頭咳反射と誤嚥性肺炎の関連について-喉頭咳反射の強さ 潜在時間 回数に着目した検討, 柳川リハビリテーション学院 福岡国際医療福祉学院紀要, 2011 .<https://iuhw.repo.nii.ac.jp/>

香川県看護学会誌投稿規程

投稿者の資格

原則として公益社団法人香川県看護協会会員に限る。会員以外・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る。

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) 香川県看護学会で発表した研究であること。
- 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) 同一内容の論文を他の関連学会および研究誌(商業誌を含む)へ投稿していないこと。

投稿手続き

- 1) 原稿を2部(1部複写可)作成し、指定期日までに送付する。
- 2) 投稿時は「論文投稿チェックリスト」を用いて原稿の確認を行い、原稿に添付する。
- 3) 封筒の表には「香川県看護学会誌原稿」と朱書きし、折らずに送付する。

投稿の受付および採否

- 1) 原稿の採否は選考を経て学会委員会が決定し、投稿者に採否を通知する。
- 2) 学会委員会から修正を求められた原稿は、指定期日に再提出する。
- 3) 投稿された原稿は、理由の如何に関わらず返却しない。
- 4) 投稿規程を遵守していない原稿は、原則として受付けない。

原稿の書式設定

- 1) 用紙はA4判に横書きで2段組みとし、1ページ2000字程度とし、上下左右の余白を20mmに設定する。
- 2) 本文の文字サイズは10.5ポイントとし、和文フォントは明朝体で全角、英文およびアラビア数字は半角とする。

原稿執筆要領

- 1) 原稿には**表紙**を設け、1部には「タイトル」・「キーワード」・「筆頭研究者名」・「共同研究者名」・「所属施設名」・「図表の添付枚数」・「連絡先」、もう1部には「タイトル」・「キーワード」・「図表の添付枚数」を記載する。
- 2) 本文
 - ① 本文・引用文献・図表を合わせて7,200字(4枚程度)以内とする。文献記載方法→ ※
 - ② 本文中の句読点について「、」「。」を用いる。
 - ③ 原稿は和文・新仮名づかいを用い、外国語はカタカナ表記、外国人名や日本語訳が定着していない用語等は原語にて表記する。
 - ④ 原稿は、「はじめに」・「目的」・「方法(倫理的配慮含む)」・「結果」・「考察」・「結論」の項目別にまとめ「目的」から各項目にはローマ数字で番号をつける。また「はじめに」では、先行文献を検討した旨を明記し、倫理的配慮については日本看護学会実施要綱を参考にすること
 - ⑤ 本文の下欄外中央にページ数をつける。
 - ⑥ 本文の右欄外に図表等の挿入希望位置を指定する。

2015年7月改訂

個人情報の取り扱いについて 演題申込書により、本会へ送付いただいた個人情報は、各種通知・抄録集・論文集の編集および発送・問い合わせ等に利用します。

著作財産権の譲渡について 日本看護学会抄録集および論文集に掲載された著作物の複製権、公衆送信権、翻訳・翻案権、二次的著作物利用権、譲渡権等は本学会に譲渡されたものとします。著作者自身のこれらの権利を拘束するものではありませんが、再利用する場合は事前にご連絡ください。

※文献の記載方法

引用文献は引用順に番号をつけ、本文引用箇所の肩に¹⁾ ²⁾などで示し、原稿の最後に一括して引用番号順に記載。参考文献名は記載しない。

- ・雑誌の場合…著者名：表題名、雑誌名、巻(号)、頁、発行年(西暦)。
- ・単行本の場合…編著者名：書名(版：初版は不要)、発行所、頁、発行年(西暦)。
- ・記入例…巻(号)、頁、発行年は数字のみを表記。(例 5(3), 16-20, 2009.)

編集後記

ここに香川県看護学会誌第10巻を皆さまにお届けいたします。

今回は8編の論文を掲載することができました。投稿いただいた会員の方々並びに査読を担当していただいた学会委員の皆さまに深く感謝申し上げます。

香川県看護学会誌は、国立国会図書館収集書誌部逐次刊行物課整理係〈ISSN日本センター〉及び独立行政法人科学技術振興機構知識基盤情報部に寄贈しています。

皆さま方が臨床の実践者として臨床実践を研究につなげることは、たいへん価値あることです。皆さま方の看護研究から得られた知見が看護実践に活用され、さらに看護の発展につながるようお願いしております。

2019年10月 吉日

公益社団法人香川県看護協会常任理事 三原 由紀美

香川県看護学会誌 第10巻

2019年10月発行

編集 公益社団法人香川県看護協会 学会委員会

発行 公益社団法人香川県看護協会

〒769-0102

香川県高松市国分寺町国分 152-4

電話 087-864-9070

印刷 株式会社アイモス

本書の一部または全部を許可なく複写、複製することは
著作権・出版権の侵害となりますのでご注意ください。

