

ISSN 1884-5673

香川県看護学会誌

第7巻 2016

公益社団法人香川県看護協会

目 次

(研究論文)

1. 大腿骨近位部骨折で入院した高齢患者の入院から術後1週間のせん妄発症状況と関連要因の検討
- J-NCSを用いての現状分析 - 宇井 亜矢… 1
 2. 入退院を繰り返す青年期統合失調症患者の退院支援
- 本人の希望を支える時期に合わせた動機づけを行って - 土方智恵美… 5
 3. 慢性閉塞性呼吸器疾患患者の意志決定支援における看護師の役割を明確にする 吉田 千夏… 9
 4. 認知症患者とのコミュニケーションについての一考察
- ユマニチュード技法を用いて - 岡田 泰子… 15
 5. リン・カリウムが高値の外来透析患者に対する個別食事指導の評価 森 千春… 18
 6. 初めて膀胱移植看護を経験した看護師の意識調査 石川 敦美… 22
 7. 呼吸器病棟におけるBLS・ACLSトレーニング導入前後の自己評価 山下 祐美… 27
 8. 関節リウマチ治療の生物学的製剤自己注射における動機づけ面接法の有効性についての検討 山下 哲子… 31
 9. 身体拘束廃止に対するスタッフの意識変容に向けた取り組みの成果
- A病棟における自主学習会の実施、討論と実践を通して - 馬淵百合子… 35
 10. 新人教育プログラムで学ぶ地域包括ケア
- 訪問看護同行研修を通して - 荻田多恵子… 40
 11. 下部消化管内視鏡検査における前処置の説明内容の検討
- モビプレップとニフレックを比較して - 齋藤美夏子… 43
 12. 香川県内における助産師のクリニカルラダーに関する調査 井原 妙子… 45
 13. 集中治療室看護師の教育的サポートに関する検討
- プリセプターの関わりからみた分析 - 河原 教代… 48
- (実践報告)
14. 地域包括ケア病棟移行後の看護師の役割意識向上のための取り組み
- 開設6か月後の報告 - 島矢さゆり… 53

1. 大腿骨近位部骨折で入院した高齢者の入院から術後1週間のせん妄発症状況と関連要因の検討

－ J-NCSを用いての現状分析 －

宇井 亜矢¹⁾・大森 範子¹⁾・英 裕子¹⁾

key words : せん妄 大腿骨近位部骨折 日本語版ニーチャム 高齢者

はじめに

A病院B病棟は整形外科を主体とする一般病棟である。整形外科には脊椎疾患や変形性膝・股関節症とともに、大腿骨近位部骨折を突然受傷し緊急入院する患者も多い。平成24年度の大腿骨近位部骨折患者のうち75歳以上は74.6%であり、85歳以上は54%であった。大腿骨近位部骨折患者は緊急入院、疼痛、安静臥床を強いられる。その間に点滴を抜く、ベッド柵を乗り越えるなどの危険行動が出現することがあった。危険行動が出現した患者に対し、薬剤の使用や身体拘束、生活リズムをつける為に離床を進めるなど個別に行っている。しかし、過鎮静となり、日中に薬剤効果が残る、入眠してしまうことや身体拘束への倫理的ジレンマもあり、日々の対応について疑問を持つことがあった。病棟スタッフにせん妄についてのアンケートを行った結果、せん妄状態の患者に対してストレスを感じると答えた看護師は90%であった。またせん妄の判断基準があることを知らないと答えた看護師は86.7%であった。せん妄患者の対応についてストレスを抱えながらも、せん妄状態について判断する基準が曖昧であった。

そこで、せん妄発症を予測した看護介入を目指し、せん妄発症状況とせん妄発症要因を明らかにしたいと考えた。

I. 研究目的

大腿骨近位部骨折患者の入院から術後1週間を、日本語版ニーチャム混乱・錯乱状態スケール（以降J-NCSとする）を用い高齢者の混乱・錯乱状態となりやすい要因を明らかにする。

II. 研究方法

1. データ収集期間：平成25年4月1日～平成26年3月31日

2. 研究対象：平成25年3月～平成26年3月までに大腿骨近位部骨折の手術を受けた65歳以上の患者51名

1) 65歳以上の大腿骨近位部骨折患者の手術前の状況をふまえ、入院時・手術前日・術後せん妄は術後3日が多いという先行研究から術後1～3日目と、概ね離床する術後7日目の状態を看護記録より看護師2名で情報収集をし、J-NCSを用いて点数化する。

2) J-NCSでは、30点満点中0～19点が中程度～重度の混乱・錯乱状態、20～24点は軽度または発症初期の混乱・錯乱状態と分類されており、本研究では、24点以下がせん妄発症あり群、25点以上をせん妄発症なし群とした。

患者の基本情報：年齢・性別・視覚障害の有無（眼鏡使用の有無）・聴力障害の有無（難聴と自覚または看護者が難聴と判断した者）・BMI・入院前の生活の場（自宅または施設）・受傷前のADL状況（自立・歩行器・車椅子・寝たきりに分類）・手術までの日数・脳神経疾患既往の有無・抗精神病薬の使用有無

入院後の状況：術前の体動制限(実際に可能であったギャッジアップの角度及び移乗)

術後の状態：(術後のドレーンの有無・入院後の貧血の有無)

3) J-NCSの点数化と、患者の基本状況・入院後の状況・術後の状態を分類する。分類した要因項目で、特徴的とするものがあるかデータ収集する。

4) せん妄発症あり群とせん妄発症なし群でT検定を行う。統計学的有意水準は $p>0.05$ とした。

3. 倫理的配慮

診察記録からの情報収集及びデータの解析は、看護室内で行い研究に関わる者のみが情報

を取り扱った。収集した情報は個人が特定されないように患者名をコード化した。看護部倫理委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の特徴

対象患者全51名のうち、せん妄発症あり群は24名(47.85%)であった。そのうち、男性6名、女性18名で、平均年齢82.5歳であった。体型は、BMI25未満が24名と全員であった。せん妄発症なし群は、27名(52.94%)であった。そのうち、男性5名、女性22名で、平均年齢81.15歳であった。体型は、BMI25未満が21名、25以上は6名であった。

2. せん妄発症状況

せん妄発症日では、入院日2件(8.33%)、手術前日2件(8.33%)、術後1日目13件(54.17%)、術後2日目5件(20.83%)、術後3日目2件(8.33%)、術後7日目0件であった。※連日、せん妄発症している場合には、初回発症日をせん妄発症日とする。

3. せん妄発症あり群の特徴

体型はBMI25未満が24名中24名(100%)、貧血は24名中24名(100%)ドレーン留置ありは29名中12名(41.4%)脳神経疾患既往のある患者16名中13名(81.3%)、抗精神病薬使用患者の4名中3名(75%)、聴力障害患者16名中9名(56.2%)、視覚障害患者23名中11名(47.8%)、受傷前ADLは自立が39名中17名(43.6%)、歩行器は6名中3名(50%)・車いすは5名中3名(60%)・寝たきり患者は1名中1名(100%)、入院後の体動制限がベット上である患者46名中23名(50%)、車いす移乗可能患者は5名中1名(20%)、受傷前の生活環境が、施設・病院入所患者11名中9名(81.8%)にせん妄発症がみられた。(表1)

Ⅳ. 考察

当初は術前期間が長いほどにせん妄発症する可能性が高いと考えていたが、術前期間に有意差はなく、術後1日目のせん妄発症が最も多いことが分かった。術前にせん妄発症がなかった患者でも、術後1日目はせん妄発症を予測した介入が必要と考える。

BMI・貧血は先行研究でせん妄準備因子としてあげられており、本研究でも痩せ型から普通体型の患者に有意差を認めた。貧血に関しては対象患者51名のうち50名とほぼ全員貧血が認められたため有意差は認められなかった。寺井ら¹⁾は「高齢者は造血機

能の加齢による低下が認められ、Hbによる酸素運動能力の低下をきたし、低酸素血症を起こしやすい」と述べている。特に高齢者は骨折や手術による貧血や低栄養そして手術をうけることにより、さらなる貧血の進行が予測される。そのため、入院前の食事習慣・食事摂取状況や嗜好についての情報収集が重要となってくる。そして、入院後は貧血や低栄養の改善をはかるために栄養補助食品を検討し追加する、こまめに水分補給を促すなどの介入が必要だと思われる。

既往に脳血管疾患の有無にも有意差を認めた。先行研究にせん妄を起こす要因として挙げられており、本研究でも同様の結果が得られた。年齢・性別・手術までの日数・貧血の有無・ドレーンの有無・視覚障害の有無・聴力障害の有無・精神疾患の有無・入院後の体動制限・受傷前の生活環境においては有意差が認められなかった。しかし本研究では、せん妄発症患者は65歳から97歳であり、そのうち80歳代が最も多く48.1%であった。高齢患者は、手術や麻酔、年齢に伴う脳神経系の変化、薬の副作用への対応する生体調整の許容量が減少していることより、せん妄のリスクが高いことが明らかになっている。先行研究で、特に75歳以上の患者は65歳から75歳までの患者の3倍せん妄を起こすとの報告があり、75歳以上の患者への注意は必要であると考えられる。また、聴力・視力障害においては有意差がなかったものの、先行研究では聴力障害のある患者に有意差がみられている。桑原ら²⁾は「コミュニケーション手段である聴力・視覚に障害を持つことで、看護師の説明の理解が困難または時間がかかるため、状況の認知や説明の内容を把握しづらく、患者は不安を抱いてしまう」と述べている。聴力障害のある患者は自分の置かれている状況や行われている処置を理解することが困難となり精神的ストレスが蓄積されやすい。聴覚障害のある患者には大きい声で話す・文字を書いて説明するなどの介入が必要であると思われる。受傷前の生活環境が、施設・病院であった患者の80%が入院後にせん妄発症している。過刺激、環境、断眠などがせん妄の要因とあり、不安や精神的ストレスが高い状況で、更なる環境変化がよりせん妄発症した原因として考えられる。入院前の生活環境に近づけるために、家族の写真を飾ることや、長年使用していた時計や眼鏡などを準備するなど工夫が必要と思われる。本研究では、BMI、貧血、脳血管疾患既往の有無がせん妄発症

の関連要因であることが明らかになった。今後は、本研究で明らかとなった内容をスタッフ間に周知し、事前にせん妄発症を予測した看護介入を行うことで、せん妄状態が起こす危険な状態を回避していきたいと考える。

V. 結論

1. せん妄発症状況は、術後1日目が多かった。せん妄発症の要因には、BMI・脳血管疾患既往の有無が関連していることが明らかになった。
2. 80歳代・入院前の生活環境が施設や病院であった患者は、有意差はないがせん妄発症する確率

が高かった。

引用文献

- 1) 寺井多栄子,岸本恭子,雑賀美和,他:開胸肺切除術施行患者における術後せん妄発症の発症要因の検討,第35回日本看護学会論文集,老年看護:108-109,2004.
- 2) 桑原祥子,笠間めぐみ,小美濃洸太郎他,せん妄を予防するための術前のかかわり-過去のカルテ分析をもとにした看護ケア,第36回日本看護学会論文集:487-489,2005.

表1.せん妄の有無と関連因子

	属性	J-NCS:25以上 (n=27 (%))	J-NCS:24以下 (n=24 (%))	合計 有意確率
年齢	60~69 (歳)	4 (66.7%)	2 (33.3%)	6
	70~79	5 (50)	5 (50)	10
	80~89	14 (51.9)	13 (48.1)	27
	90~	4 (50)	4 (50)	8
				51 P=0.9313
性別	男性	5 (45.5)	6 (54.5)	11
	女性	22 (55)	18 (45)	40
				51 P=0.4486
BMI	25未満	21 (46.7)	24 (53.3)	45
	25以上	6 (100)	0 (0)	6
				51 P=0.0443
術前日数	7日以内	11 (52.3)	10 (47.6)	21
	8日以上	16 (53.3)	14 (46.7)	30
				51 P=0.8562
貧血	貧血あり	26 (52)	24 (48)	50
	貧血なし	1 (100)	0 (0)	1
				51 P=0.3318
ドレーンの有無	ドレーンあり	17 (58.6)	12 (41.4)	29
	ドレーンなし	10 (45.5)	12 (54.5)	22
				51 P=0.2181
聴力障害	聴力障害あり	7 (43.8)	9 (56.2)	16
	聴力障害なし	20 (57.1)	15 (42.9)	35
				51 P=0.4948
視覚障害	視覚障害あり	12 (52.2)	11 (47.8)	23
	視覚障害なし	15 (53.6)	13 (46.4)	28
				51 P=0.6753
受傷前のADL	自立	22 (56.4)	17 (43.6)	39
	歩行器	3 (50)	3 (50)	6
	車いす	2 (40)	3 (60)	5
	担送	0 (0)	1 (100)	1
				51
入院後の体動制限	30度以下	1 (50)	1 (50)	2
	30~60度	7 (43.7)	9 (46.3)	16
	60度以上	15 (53.6)	13 (46.4)	28
	車いす移乗	4 (80)	1 (20)	5
				51
脳血管疾患の有無	あり	3 (18.7)	13 (81.3)	16
	なし	24 (68.6)	11 (31.4)	35
				51 P=0.0001
精神疾患の有無	あり	1 (25)	3 (75)	4
	なし	26 (55.4)	21 (44.6)	47
				51 P=0.1504
受傷前の生活環境	自宅	25 (62.5)	15 (37.5)	40
	施設	2 (18.2)	9 (81.8)	11
				51

2. 入退院を繰り返す青年期統合失調症患者の退院支援

－ 本人の希望を支える時期に合わせた動機づけを行って －

土方 智恵美¹⁾

key words : 青年期 退院支援 動機づけ

はじめに

わが国の精神保健医療福祉は「地域を拠点とする共生社会の実現」にむけて、「入院医療中心から地域社会中心へ」という基本理念に基づく施策が進められている。B院でも2014年、退院支援プロジェクトチームが新たに発足し、また、訪問看護専任看護師が専任され退院支援に向けた取り組みが強化されている。竹田ら¹⁾は「統合失調症の認知機能障害は社会機能と強く関連し、社会機能の改善には、動機づけ等の介在因子が重要である。」と指摘している。

今回、入退院を繰り返す青年期の統合失調症患者の退院支援に関わった。その過程で、本人の希望を支え、時期に合わせた動機づけを行うことで、グループホーム（以下、GH）へ退院することができた。そこで、退院支援の介入場面を振り返り、動機づけによる患者の変化のプロセスを明らかにしたので、ここに報告する。

I. 目的

青年期統合失調症患者の退院支援において、時期に合わせた動機づけを行うことによる患者の変化のプロセスを明らかにする。

II. 方法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 研究期間 2013年11月～2014年4月（担当した日から退院まで）
3. データの収集方法：データは看護記録から抽出後、研究者が分析シートを作成し、患者の言動、看護師の思い、看護師の行動を整理、分析した。また、信頼性、妥当性を高めるため精神看護の専門家からスーパーバイズを受けた。
4. 現病歴および経過

A氏：30歳代男性 統合失調症

高校1年ころより飲酒、高校時代は部活もせず、自発性に乏しく、意欲がなかった。A氏は長男で、両親の期待は大きく、期待に添えなかったA氏に対し、父親の落胆は大きく、この頃から父親との関係性はあまりよくなかったらしい。高校卒業後、母方の祖母の住む県に単身で帰り、以後祖母と同居した。両親とは1年に1回会うか会わないかだったようだ。高校卒業後は親戚の事業を手伝ったりしたが仕事は続かず、職を転々とした。その後配送の仕事につき仕事をしていたが、2006年くらいから幻聴が出現し、仕事ができなくなり、精神科病院を初診し統合失調症と診断され、以後B院に入退院を繰り返す。服薬は自己中断し、2012年からは1回/月、リスパダールコンスタの投与を行っている。退院先は祖母宅であったが、祖母への暴言、暴力行為あり入退院を繰り返していた。退院後は、デイケア、外来作業療法などへ通うことはなく、漠然と就労したいという希望を持ってはいたが、現実化することなく過ごしていた。今回5回目の入院で退院支援を行い、祖母は高齢となり以後は両親宅へ退院の方向である。

5. 倫理的配慮

A氏に本研究の主旨と研究への協力は自由であり、途中で中断しても不利益が生じないこと、個人情報管理については匿名性の保護を厳重に行うことを口頭と文書を用いて説明し、同意を得て、院内の倫理委員会で承認を得た。

III. 結果

退院までの経過を3期に分け、受け持ち看護師が行った動機づけの支援に焦点を当てて以後述べる。

ひじかた ちえみ 1)香川県立丸亀病院

【第1期】退院先が決まらず、金銭管理能力の向上と外出促進を介入した時期

A氏は閉鎖病棟から社会復帰に向けて開放病棟へ転棟してきた。病状は落ち着いており、作業療法は週3回、園芸に参加し他の病棟日課にもきちんと参加していた。他患者とも交流が出来ており、対人関係のトラブルもなかった。しかし、時間を持て余していた。母親の面会は1ヶ月に1～2回あったが、入院後ほとんど外出をしておらず、今後社会復帰に向け社会性を保持していくために主治医に単独院外外出許可を得た。外出許可が出るとA氏は以後毎日外出した。最初の頃は病棟の日課すべて終わった15時から16時くらいまで外出していたが、外出時間が限られており、病院から徒歩で歩ける距離の外出と行動範囲が狭かった。そのため、今後は外出して何をしたいか、どんな所へ行きたいかを聞き、外出先、時間の使い方、お金の使い方を自分で考えてもらうことを目的とし、外出時間の延長をアドバイスした。A氏からは「ハローワークに行き、仕事を見つけない」などの答えが聞かれ、以後、外出時間は増え行動範囲も拡大していった。

金銭に関し、A氏は月約10万円の障害年金を受給していたが計画性もなく浪費する傾向にあり、両親が管理していた。そのため、今後の生活のことを考えA氏と話し合い、1週間単位で小遣いの金額を決めた。買い物の際にレシートをもらい保管し、それをレポート用紙に張り付け1週間毎にチェックし、その使い方についてアドバイスした。また1週間の残金があった場合は翌週に持越しできるようにした。最初は面倒くさそうにしていたA氏だったが、次第に計画的に小遣いを使えるようになった。また、毎日外出することで、単価の安い物を購入しようと購入先を比較するようになり、金銭感覚がついてきた。受け持ち看護師は金銭管理ができていたことを褒め、今後、自分の生活を管理できるよう金銭の使い方を考える事を目標としていた。A氏は収入を得ることを考えており、A氏が退院後就労の希望があることをPSWに伝えた。

【第2期】情報を得て自宅以外の退院先を考え始めた時期

A氏は高校卒業後、自ら希望して祖母と暮らしており、そのころから両親とは距離感があり、以後もその状態は続いていたと思われた。「退院後は両親と同居することになるでしょうね。しかし、1日中家にいると気まずいと思う」と述べ、A氏は同居の気まずさを

を予測していた。それに対し受け持ち看護師はA氏の思いを傾聴し、両親との同居だけでなく、他の選択肢があることを伝えた。外出は毎日行い、図書館へ行くなど外出先が変化し、それまでは外出の度に買い物をしていたが、お金を使わず情報を得る方法を会得するようになっていた。また、毎日外出することで「半日くらいの仕事はできると思います。」といった発言も聞かれるようになった。

【第3期】退院先がGHに決定した時期

A氏から「今はなるべく、親に頼らずやっていこうと思います。」といった言葉が聞かれた。また、このころになると、障害を持ちながら住居と仕事を探し、生活することが可能な場所へ退院したいとはっきりした目標ができ、その希望を受け持ち看護師がPSWに伝えた。また、病棟内の退院支援の勉強会への参加を促した。以前は勉強会に参加はしていたが、「僕には関係ないなと思っていました。」と発言があった。しかし、この時期になると、「勉強になりました。」と感想を述べた。家族が主治医との面談の際、受け持ち看護師は同席させてもらいA氏、両親からお互いの意向を聞いた。双方にとって一番良い退院先をPSWと検討した。その結果GHへ退院する方向性が決まった。就労支援に関してもPSWと相談し、GH関連での就労となった。退院先が決定し、GHへの体験入所や就労体験、就労のため、ハローワークへの外出など父親の助けを借りることが多くなり、家族、特に父親との歩み寄りが見られた。A氏の気持ちはGHに行くことが決まり、安堵の気持ちと、不安な気持ちの両方が入り混じっていることが伺え、受け持ち看護師は、その気持ちを傾聴し受け止め見守った。

IV.考察

動機づけとは、行動を始発させ、目標に向かって維持、調整する過程機能である。動機づけには内発的動機づけと外発的動機づけがある。今回の事例では、A氏の退院支援において動機づけがキーワードと考えられた。以後、各時期に応じて動機づけに焦点を当て考察する。

【第1期】金銭管理能力の向上として、小遣いの金額を決め、その使い方についてアドバイスした。小遣いを計画的に使うという行為は看護者からの外発的動機づけであり、患者からの内発的なものではなく、動機づけは低かった。外発的動機づけとは義務、賞罰、強制などによってもたらされる動機づけで

ある。A氏の「退院したい、就労したい」という希望を現実的なものとして動機づけするために、A氏の関心が高い物から取り組んだ。その結果、毎日単独外出することで、単価の安い物を購入しようと比較するようになり、結果として金銭感覚が付き、内発的動機づけが高まったと考える。強制された外発的動機づけが最も自発性が低い典型的な動機づけであるが、自己の価値観や人生目標と一致している場合は、自律性が高まった内発的動機づけになると考えられた。また、褒めるということは承認を意味し、これも内発的動機づけになったと考える。内発的動機づけとは好奇心や関心によってもたらされる動機づけである。知的好奇心だけでなく、自分で課題を設定してそれを達成しようとする状況においては、自分が中心となって自発的に思考し、問題を解決するという自律性が求められる。このプロセスを経てA氏は明確な目標が出来た。これはプロセスの中で患者が成功体験を積み重ねることで内発的動機づけが高まったものと考えられる。

末民²⁾は「入院医療が長期化したとしても、人とのつながりから遮断されないような生活空間が確保され、入院によって社会から切り離されないような医療の役割の変化が必要だろう。」と述べている。退院先が決まらないA氏に、単独外出の外発的動機づけを行った。A氏にとって単独の外出は、社会とのつながりの意味合いが強く、また、外出時間の延長は知的好奇心を高め、内発的動機づけが高まった。その結果、第2期の就労への自信に繋がっていったと考えられた。就労支援は、最初A氏は病気を隠し、単純作業的な1日就労することを考えていた。しかし、1日就労することは最初からは難しく、就労先は病気のことを知りサポートしてくれるところが望ましいと考えた。

【第2期】大島ら³⁾は「入院医療では、長期入院患者が社会資源について十分認識しないまま自信を無くして、退院したいという欲求さえ示さない現状がある。」と述べている。A氏の場合も、高校生の頃から父親との関係性はあまりよくなく、高校卒業後自分から祖母と同居した経緯がある。退院は祖母宅であったが祖母は高齢となり、社会資源について十分な知識がなかったA氏にとって、退院先は両親宅への退院しか選択肢はなかった。しかし、同時にA氏は退院後の両親との同居に気まずさを感じていた。それに対し、A氏に他の選択肢がある情報提供の外発的動機づけを行った。新しい視点での提案により、

両親宅以外へ退院する選択肢が広がった。このことは青年期のA氏にとって、心理面、社会面、経済的側面から親や祖母からの自立を促すきっかけとなり、内発的動機づけが高まったと思われる。また、第1期で行った金銭管理能力の向上の介入が経済的側面での自立を後押し、経済的側面の自立として就労したいという内発的動機づけが高まり、第3期に繋がっていったと考える。

【第3期】第3期では、第2期で受け持ち看護師がA氏に退院先の選択肢の提案したこと受け、A氏から、自分なりに退院や就労について考えたことを伝えている。その後、受け持ち看護師はPSWに伝え、家族が主治医との面談の際、同席させてもらいA氏、両親からお互いの意向を聞き、双方にとって一番良い退院先をPSWと検討することにつながった。A氏が両親との同居に気まずさを感じているように、両親もまた、A氏との同居に躊躇している事、同居すれば就労せず、お金を浪費するA氏とうまくゆかないと感じているのは見てとれた。坂田ら⁴⁾は「統合失調症患者の退院に関して、退院にむけての目標や、退院先を考える時、家族の特性や関係性をアセスメントすることは必須といえる。」と述べている。A氏はこれまでの経過から自分の家庭環境や自己の存在価値について次第に考えるようになり、内発的動機づけが高まったと思われる。その結果、「障害を持ちながら住居と仕事を探し、生活することが可能な場所へ退院したい」と自分で課題を設定できた。以後は、それを達成しようと退院支援の勉強会に参加したり「小遣いが厳しいので、車を手放す事にしました。」といった言葉に代表されるように、自分が中心となって自発的に思考するようになり、A氏の言動に変化が見られるようになった。また、GHに入所し就労ができると決まったことで、課題を解決でき、解決によってもたらされる成功体験が得られたと考える。

V.結論

1. 統合失調症患者の退院支援は、動機づけ支援が有効である。
2. 成功体験を積み重ねることで内発的動機づけを高めることが出来る。

おわりに

統合失調症患者の退院支援は今後も国の意向を受け、さらに進んでいくと思われる。退院支援は一人ひとりの能力を考え、本人の希望にあった場所へ退

院するのが再入院を防ぐ近道と考える。今後も患者の内発的動機付けが高まるような支援を行っていきたい。

引用文献

- 1) 竹田和良,松元まどか他:統合失調症患者における内発的動機づけに関連した脳活動,第36回日本生物的精神医学会,第57回日本神経化学学会大会,2014.
- 2) 末民民生:退院調整看護師の現状と課題,精神科看護,p13,12,2008.
- 3) 大島巖,吉住昭,稲沢公一他:精神病院長期入院患者の退院に対する意識とその形成要因,自記式全国調査に基づく分析,精神医学,38 (12) p1248-1256,1996.
- 4) 坂田三充総編集:長期在院患者の社会参加アセスメントツール,精神科看護エクスペール4,中山書店 p5,2005.

3. 慢性閉塞性呼吸器疾患患者の意志決定支援における 看護師の役割を明確にする

吉田 千夏¹⁾・樋口 真由美¹⁾・岡崎 直美²⁾・松岡 艶子³⁾

key words : COPD セルフケア 最期の迎え方

はじめに

近年、急速な高齢化社会の進行により、慢性閉塞性呼吸器疾患(以下COPDと略す)患者が増加してきている。COPD患者は増悪と回復を繰り返しながら死に至る。いかに自分の病気と付き合っていくのか、どのような経過で死を迎えるのかをしっかりと考えていく必要がある。そこで、自分の最期をどう迎えるのかを医療者が患者と共に考え、意志決定支援における看護師の役割を明確にしていく事が重要であると考えた。私は、谷本の¹⁾「慢性疾患患者は、発症初期からは日常生活の維持や改善していくために病状や状態をコントロールするためのセルフケアを獲得するよう期待される。慢性病者の終末までを、最期まで主体として生きることを支えるケアを明らかにしていくことは重要である」という見解に同意する。また、医療者がCOPD患者に必要なと思っている情報と、患者が必要としている情報とのギャップを明らかにしていく必要がある。それを埋めるためにLINQ (theLungInformationNeedsQuestionnaire以下LINQと略す)を用いCOPD患者のセルフケア能力を分析し、自己管理能力を高める必要があると考えた。

自宅訪問にてLINQのアンケートと、急変時に気管内挿管・人工呼吸器を希望するかインタビューを行った。結果、患者のセルフケア能力の現状を知り、今後の患者教育の重要性と継続的なアプローチが必要である事が分かったのでここに報告する。

I. 研究目的

COPD患者のセルフケア能力の現状を知り、急変時の対応について患者と共に考えることで意志決定支援における看護師の役割を明確にする。

II. 研究方法

1. 研究期間 平成26年7月～9月
2. 対象:外来通院中・訪問診療中のCOPD患者5名
3. 方法
 - 1) 研究デザイン 質的記述的デザイン 事例研究
 - 2) データ収集の方法
 - (1) 面接法:
研究の趣旨を説明し、同意が得られた患者の自宅を訪問し質問用紙に沿ってインタビューを行う。
 - (2) 調査内容:
 - ①LINQの質問内容
 - ②もしも、呼吸が普段よりもかなり苦しくなり、人工呼吸器や気管内挿管が必要と医師に言われたとき、それを希望されますか?
 - ③ご家族の方にお尋ねします。主治医・看護師に何か聞きたい事や要望はありますか?
4. 分析方法
LINQスコアはScoringInstruction for the LINQ (木田2009)を使用し採点した。点数が高いほど患者の情報の必要度が高い。最小スコアは0(情報の必要度は小さい)。最大スコア25(情報の必要度は大きい)
5. 倫理的配慮
倫理的配慮として本研究において、患者ならびに家族には、研究の趣旨、データにより個人が特定されないこと、研究を中断しても患者に不利益をもたらさないことを説明し、発表の承諾を得た。また当院の管理会議において承諾を得た。LINQ質問票使用については、日本語版管理者から許諾を受けた。

III. 結果

1. A氏80歳代 男性

よしだ ちなつ 1)香川医療生活協同組合 善通寺診療所

1) 病名: 肺気腫 (2009年1月診断)、在宅酸素療法中 (以下HOTと略す) (日中3L/分、体動時4L/分、就寝時1L/分) 2009年8月から開始。糖尿病 (HbA1c7.9%2014年7月)

2) 介護認定: なし

3) 家族構成: 妻、孫娘と3人暮らし

4) LINQの質問結果

ドメイン	点数/スコア幅
病気の理解	2/4
くすり	2/5
自己管理	6/6
禁煙	0/3
運動	2/5
栄養	1/2
総合点	13/25

5) ②の質問に対し、「先生がしたほうがええんやったらせないかんやろう」と。人工呼吸器や気管内挿管を希望すると回答。自分の病気に対しては深く考えないことにしているし、病気の事や薬の事については「説明受けたと思うがあまり覚えていない」と述べた。③の質問に対しては、特にないと回答。

2. B氏 60歳代 男性

1) 病名: 肺気腫、HOT (2011年8月～開始、安静時3.5L/分、体動時・直後4L/分) 呼吸不全、慢性心不全

2) 介護認定: 要支援2

3) 家族構成: 長女、孫2人(妻は亡くなっている)

4) LINQの質問結果

ドメイン	点数/スコア幅
病気の理解	0/4
くすり	2/5
自己管理	6/6
禁煙	0/3
運動	1/5
栄養	1/2
総合点	10/25

5) ②の質問に対して、人工呼吸器や気管内挿管を希望すると回答。③の質問は、家族は多忙のため聴取できなかった。

・「今より呼吸が楽になる方法があれば教えて欲しい」との発言あり。2014年7月に介護保険を申請し、2014年8月から訪問リハビリテーションが週2回

開始となり、呼吸困難感が少し改善したと述べた。

3. C氏 70歳代 女性

1) 病名: 肺気腫 HOT (2011年8月～開始) 安静時1L/分、体動時1.5L/分 高血圧

2) 介護認定: 未申請

3) 家族構成: 1人暮らしだが、長女が隣に居住。

4) LINQの質問結果

ドメイン	点数/スコア幅
病気の理解	3/4
くすり	0/5
自己管理	6/6
禁煙	0/3
運動	4/5
栄養	2/2
総合点	16/25

5) ②の質問に対して「急変時は、気管内挿管や人工呼吸器は絶対希望しない。もう長生きできたから何があってもいい」と回答。「夫が若くして肺結核で亡くなった。私が結核じゃないだけ良かった。義理の母も自宅で介護して自宅で看取った。」と述べた。③の質問は家族と会えず聴取できなかった。「呼吸が苦しくても、ある程度は努力して家事や運動をしたらいいのか? 教えて欲しい。」と述べた。午前中は、部屋で編み物をして座位を保持して、午後からは臥床しているとの事であった。

4. D氏 70歳代 男性

1) 病名: 石綿肺 (労働者災害補償保険認定) びまん性胸膜肥厚, HOT (2011年12月～)

2) 介護認定: 未申請

3) 家族構成: 妻(脳出血後遺症)娘と孫

4) LINQの質問結果

ドメイン	点数/スコア幅
病気の理解	0/4
くすり	0/5
自己管理	6/6
禁煙	0/3
運動	3/5
栄養	1/2
総合点	10/25

5) ②の質問に対して「助かりたいわなあ。妻を長年介護していて、妻の事が気がかり。同僚だった友人も半分以上亡くなった。」と述べ、人工呼吸

器や気管内挿管を希望すると回答。

・「労災認定をしてもらってすごく助かっている。もし、呼吸が苦しくなって救急車を呼ぶ時には近くの総合病院には行かない方が良くと労災担当の方に言われているがどうしたらいいか?」と言った。急変時に使用する紹介状を本人が携帯するか、家族に渡しておくのはいかがでしょうかとD氏に提案し、主治医に相談した。主治医がじん肺患者全員に急変時に使う紹介状を作成し、緊急時の連絡先、家族構成、搬送先病院と急変時挿管をするかどうかを患者に書いてもらう事にした。

・③の質問に、家族と会えず聴取できなかった。「先生に今後、自分の病気がどのような経過をたどるのか?どれくらい進行していくのか聞きたい。」という発言がみられた。

5. E氏 70歳代 男性

- 1) 病名: 肺気腫、糖尿病 HOT(2008年5月~開始)
- 2) 介護認定: 未申請
- 3) 家族構成: 妻と2人暮らし
- 4) LINQの質問結果

ドメイン	点数/スコア幅
病気の理解	2/4
くすり	1/5
自己管理	6/6
禁煙	0/3
運動	4/5
栄養	1/2
総合点	14/25

5) ②の質問に対して、「もう辛い思いをするのは嫌」と人工呼吸器・気管内挿管は希望しないと回答。③の質問に対しては「もっと患者・家族の話を聞いてほしい」と回答。

全体の平均として、病気の理解は1.4点/4点、くすりは1点/5点、自己管理は6点/6点、禁煙0点/3点、運動2.8点/5点、栄養1.2点/2点

IV.考察

今回、肺気腫を中心とした患者の自宅訪問をした事で、患者の思いや現状が考えられる。LINQの結果では、全体的に自己管理の点数が高く情報の提供が必要と考えられた。急性増悪時にどのような対応をすればいいのか、対象者全員わからないと回答した。また、栄養と運動の点数が平均高く、情報提供や指導が必要と考えられた。木田は²⁾「COPDの治療

は薬物療法、非薬物療法に分けられる。後者では特にセルフマネジメントが中心であり、それに必要な情報を十分に、かつ継続的に提供しなければならない。」と述べているように、医療者が具体的かつ継続的なアプローチを進めていく事が重要である。患者と医療者とのギャップを埋めるためには、少しずつコミュニケーションをはかり継続的に支援していく姿勢が大切であると考えられる。

A氏は「自分の病気は深く考えないようにしている」と言っていた事から病気に対して危機感がなく、病識が低いと思われる。A氏は13点で他の対象者と比べ点数が低く情報の必要度は低いと考えられる。しかし、情報提供の必要度が一見低くても、本人の関心が低いだけで繰り返し情報提供が必要であると考えられる。C氏は、息切れを自覚しながらもどこまで動けばいいのか悩み、自分の病気と向き合っていた。B氏は「今より呼吸が楽になる方法があれば教えて欲しい」と言ったため、呼吸リハビリテーションをすすめた。結果、訪問リハビリテーションが開始となり呼吸困難感が軽減された。自分の病気と向き合う姿勢の違いで、現状をどうにかしたいと思うのか、このままでなるようにしかならないと思うのかで、セルフケアに対する意欲が変わってくるのではないかと感じた。

木田が³⁾「慢性疾患の治療では、使われる薬剤の種類よりも、患者教育がどのように行われているかにより、その医療機関で行われている“医療の質”が評価される。」³⁾と述べている。LINQはCOPD患者をアセスメントする医療者の質を評価するツールとしても用いられる。結果では、自己管理・運動のドメインが平均高く、情報が不足していた。患者の病状に見合った、運動や自己管理の方法を情報提供するには、指導する側がもっと指導方法の知識を深める必要がある。

急変時に気管内挿管をするかどうかは、自分の家族の病歴や死生観によって考えが分かれる。また、その時の心境によっても考えが揺れる事もある。森らは⁴⁾「看護師は、患者の立場に立ち、患者の声を代弁し、時には患者の声にならない声を話し合いの場に届ける役割がある。」と述べている。看護師として、患者の意思を尊重し支援していく姿勢が重要である。C氏やE氏のように、はっきりとした答えを持っている患者もなかにはいる。そこにまで至るには、家族の看取りやこれまでの病気の経緯が影響していると思われる。D氏の「急変時の搬送先病院をどこに

したら良いか」という不安を聞きだし、どこに搬送されても良いように主治医の紹介状を携帯し、緊急連絡先や気管内挿管を希望するかどうかをじん肺患者全員に書いてもらう事になった。そうする事で、自分の最後をどう迎えたらいいいのかを考えるきっかけになると考える。

V. 結論

1. 看護師は、COPD患者に対して急性増悪の対処の仕方、運動・栄養等の指導や情報提供を十分にかつ継続的に行う事が重要である。
2. LINQは、COPD患者の教育においてどのような情報提供が必要なのかを抽出するのに有効であるが、スコアが低くても情報提供が必要である。
3. 最期をどう迎えるかを意志決定する時、患者はこ

れまで生きてきた経験によって考えが左右される。看護師は患者の意見を尊重し、患者の立場に立って寄り添う姿勢が重要である。

引用文献

- 1) 谷本真理子：エンドオブライフを生きる下降期慢性疾患患者のセルフケアのありよう,千葉看会誌, VOL.18(2),9, p15,2012.
- 2) 木田厚瑞：LINQによる包括的呼吸ケア,医学書院,p16,2006.
- 3) 木田厚瑞：LINQによる包括的呼吸ケア,医学書院,p18,2006.
- 4) 森一恵：協働的意志決定の実践における看護の役割,日本看護倫理学会誌,VOL.4(1),p19,2012.

<アンケート用紙>

様ならびにご家族の方へ

近年、慢性閉塞性肺疾患が急増してきています。〇〇診療所でも年々増加傾向にあります。外来や往診での短い時間では、なかなか十分な説明や指導が出来ていないのが現状であります。そこで、可能な限り患者様の現在の病状の把握と今後の課題について検討したいと考えました。お手数ですが、アンケートに答え下さい。ここで知り得た情報は診療、研究目的以外には決して使用しませんのでご安心下さい。
※点数は配布した紙には書いていません。なお、1～19までの質問がLINQです。

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. あなたは自分の肺の病名を知っていますか？ | はい | 0点 |
| | いいえ | 1点 |
| 2. 医師あるいは看護師があなたの病気で肺の働きにどのような影響を受けているかについて説明をしてくれましたか？ | はい | 0点 |
| | いいえ | 1点 |
| 3. 医師あるいは看護師は病気の結果、将来、おこりそうなことを教えてくれましたか？ | はい | 0点 |
| | いいえ | 1点 |
| 4. 次の文の中で、これから2,3年のうちに最も起こりやすいことを表しているのはどれですか？
ひとつだけ選んでください。 | | |
| (イ) きちんと治療を続けないと病気は悪くなっていくだろう | | 0点 |
| (ロ) 現在、私は治療を受けているので、おそらく悪くならないが、良くもならないだろう | | 1点 |
| (ハ) 現在、私は治療を受けているので、良くなるだろう | | 1点 |
| (ニ) わからない | | 1点 |
| 5. 医師あるいは看護師に指導されたとおりに正確に吸入薬や使用する理由について説明をしてくれましたか？ | はい | 0点 |
| | いいえ | 1点 |
| 6. あなたは医師あるいは看護師に指導されたとおりに正確に吸入薬や内服薬を使用するようになっていますか？ | はい | 0点 |
| | いいえ | 1点 |
| 7. あなたは医師あるいは看護師からの吸入薬や内服薬の説明に満足していますか？ | | |
| (イ) 知っておかなければならない事はすべて理解している | | 0点 |
| (ロ) 説明されたことは理解しているが、もっと知りたい事がある | | 1点 |
| (ハ) 薬について少しわからないことがある | | 2点 |
| (ニ) 薬についてまったくわからない | | 3点 |
| 8. もし、あなたの呼吸状態が悪くなったとき、息切れが強くなった時にするように言われていることは、次の文の中のどれですか？(例:吸入薬を使用するなど) | | |
| (イ) どうするべきか説明されており、医師あるいは看護師から方法を書いた資料をもらっている | | 0点 |
| (ロ) どうするべきかは説明されているが、方法を書いた資料はもらっていない | | 1点 |
| (ハ) どうするべきかは説明されていないが、どうしたらいいかは知っている | | 2点 |
| (ニ) 説明されたこともないし、知らない | | 3点 |
| 9. どのような時に救急車を呼んだら良いか説明されていますか？(ひとつだけ選んで下さい) | | |
| (イ) どうするべきか説明されており、医師あるいは看護師から方法を書いた資料をもらっている | | 0点 |
| (ロ) どうするべきか説明されているが、方法を書いた資料はもらっていない | | 1点 |
| (ハ) どうすべきか説明されていないが、どうしたらいいかは知っている | | 2点 |
| (ニ) 説明されたこともないし、知らない | | 3点 |

10. タバコについてお尋ねします。(ひとつだけ選んで下さい) 0点
 (イ) 今までにタバコを吸ったことはない→(質問13へ) 0点
 (ロ) 以前タバコを吸っていたが,今は禁煙している→(質問13へ) 1点
 (ハ) まだ、タバコを吸っている→(質問11へ) 0点
11. 医師あるいは看護師はあなたに禁煙をするようにアドバイスしましたか? はい 0点
 いいえ 1点
12. 医師あるいは看護師はあなたが禁煙するのに役立つ方法を提案してくれましたか? はい 0点
 いいえ 1点
13. 医師あるいは看護師から運動(例:毎日歩くことや体操など)をするように説明されていますか? はい 0点
 いいえ 1点
14. 医師あるいは看護師はどのような運動をしたらいいかについて説明をしましたか?
 (イ) はい。どのような運動をしたらよいかは分かっている 0点
 (ロ) はい。でも,どのような運動をしたら良いのか分からない 1点
 (ハ) はい。でも運動はできない 1点
 (ニ) いいえ 2点
15. あなたはどのくらい運動をしていますか?
 (イ) 精一杯している 0点
 (ロ) 努力してするようにしている 1点
 (ハ) できる限り最小限にしている 2点
16. 医師あるいは看護師から食事の大切さやダイエットについて説明がありましたか?
 (あてはまるもの全て選んで下さい)
 (イ) 1回の食事量を減らして1日の食事回数を増やす 0点
 (例:1日3回の食事量を6回に分けてとる)
 (ロ) 体重を減らす,あるいは増やす 1点
 (ハ) 健康的な食事をとる 1点
 (ニ) 何も説明されていない 2点
- ※いくつか選んでいる場合、何も説明されていないがあればスコアは2、体重を増やす
 または減らすがあればスコア1、何回か少量の食事をとるがあればスコア0とする。
17. あなたの肺の病気について質問や知りたいと思うことがありますか?もしありましたら、
 下の空欄にお書きください
18. 性別 男0点 女1点
19. 生年月日 年 月 日
20. もしも呼吸が普段よりもかなり苦しくなり、人工呼吸器や気管内挿管が必要と医師に言われた時、それを希望されますか? はい・いいえ
21. ご家族の方にお尋ねします。主治医・看護師に何か聞きたいことや要望はありますか?

以上です。ご協力ありがとうございました。

4. 認知症患者とのコミュニケーションについての一考察

－ ユマニチュード技法を用いて －

岡田 泰子¹⁾・東原 香里¹⁾

key words : ユマニチュード 認知症 尊厳

はじめに

コミュニケーションには送り手と受け手が介在し、相互に意図・感情・態度などを伝達し合うことで人間が社会生活を営む上で欠かせない生活活動のひとつである。認知症ケアの技法にユマニチュードというものがあり、これは知覚、感情、言語による包括的コミュニケーションに基づいたケアの技法で見る、話す、触れる、立つという4つの柱から成り立っている。イヴ・ジネストラ¹⁾は、ユマニチュードとはその人の“人間らしさ”を尊重し続ける状況だと定義づけている。

難聴があるために言語的コミュニケーションが取りづらく、筆談をしてもそのやりとりの煩わしさから看護師に対し怒り・諦めの態度を示す認知症患者を受け持った。長期化する入院生活の中で病院や看護師に対する不満が募り、患者・看護師双方が一方通行の状態にあり、看護ケアに対しても抵抗がみられていた。

そんな中ユマニチュードの存在を知り、スタッフ間で学習し、この技法を用いて統一して患者に接することで、患者の怒りの奥に隠された思いを表出させることができた。認知症患者とのコミュニケーションにおいて、ユマニチュード技法の有効性について示唆を得たのでここに報告する。

I. 研究目的

関わりが困難であると感じる認知症患者にユマニチュードの技法を実践し、その有効性を検討する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

1事例を対象とした回顧的事例研究

2. データ収集と分析方法

データの収集はカルテの看護記録、カンファレン

ス記録より行なった。ユマニチュード技法を用いた記録と患者の言動に焦点をおいて考察した。

3. 方法

スタッフ間でユマニチュードの意義と技法について学習した。その上でA氏の具体的な言動について検討し、下記について対応方法を意思統一してA氏に関わるようにした。

1) 見る

- ・正面から近づき、後方からは近づかないようにする。
- ・相手の視界に入るよう近づき、常に視線をとらえる。

2) 話す

- ・いきなりケアの話はしない。
- ・目が合えば2秒以内に話しかける。
- ・実施しているケアの内容を実況中継する。
- ・ケアは同意を得てから行う。拒否があった場合説得は3分以内とし、同意が得られなければ諦めて一旦出直す。

3) 触れる

- ・広い面積でゆっくり優しく触れる。
- ・手をつかまず下から支える。
- ・いきなり顔に触れない。

2. 研究期間

平成26年7月8日～8月10日

3. 対象

1) A氏 80歳代 女性

2) 診断名: 心不全 認知症

3) 既往歴: 洞不全症候群 (ペースメーカー埋め込み) 心不全、喘息 (在宅酸素使用中) 直腸癌 (人工肛門造設) 胸椎圧迫骨折

4) 家族構成: 結婚歴はなく県外に姉がいるが疎遠である。キーパーソンは社会生活団体のスタッフである。

5) 介護保険：要介護4

6) 日常生活自立度：排泄は全介助、食事はセッティングが必要。

7) 性格：こだわりが強く頑固。

8) 現病歴及び経過：X年3月急性心不全として入院された。徐々に循環動態、呼吸状態は安定したが長期臥床、全身性の浮腫に伴い筋力の低下がみられた。食べることが楽しみであり、リクライニング車椅子へ移乗して売店で買い物をする姿が時折見られた。

心不全のため塩分制限食を強いられていたが、病状の理解に乏しく本人の強い希望で、病院食に加えカップラーメンやサンドイッチなども食べられていた。A氏の生活の質（以下QOLと略す）維持のため、主治医も許可していた。

また毎日の検温や清潔ケアに対し非協力的であり、攻撃的な態度を示すことがしばしばみられた。ベッドサイドには、ごみや賞味期限切れの食べ物が散乱していたため、安全のために看護師が説明の上環境整備を行うと、「物の位置が変わった」「なくなった」と看護師に対して不信感を抱いていた。入院中に短期記憶の低下や見当識障害といった認知症の中核症状や、幻覚や妄想といった周辺症状もみられるようになった。終日ナースコールの回数が多く、元々胸部苦痛時に頓用でエチゾラムを服用していたが入院後は毎食後に加え、本人希望時にも服用するようになり服用量が増えていった。

3. 倫理的配慮：倫理的配慮として、本研究において患者には研究の趣旨、データにより個人が特定されないこと、研究を中断しても患者に不利益をもたらさないことを本人に口頭及び文書で説明し、発表の許可を得た。また、家族・知人がおらず同意が得ることが困難であるため、院内の倫理委員会において承認を得た。

Ⅲ. 結果

「見る」「話す」「触れる」の技法を状況に合わせて活用した。

まず、「見る」技法を用い、A氏のナースコール対応の際、視界に入るように意識して近づき、ベッドサイドでしゃがんで同じ目線に合わせて対応した。初めは、いつもと同様A氏はこちらを見ることなく用件だけを話し「早くしてちょうだい！」と苛立った様子であったが、徐々にこちらの目を見て話してくれるよう

になった。

また「話す」「触れる」技法を用い、清潔ケアでは四肢を下から支えるようにして手を大きく開きゆつくり優しく触れた。A氏と視線を合わせ今から行うことを言葉やジェスチャーでその都度伝え、A氏同意の上で行うと抵抗なくスムーズに行うことができた。

ユマニチュードの技法を実践した対応をしていくうちにA氏の攻撃的な言動は減少し、口調が穏やかになったと過半数のチームスタッフからの声が聞かれた。以前は清潔ケアの際に拒否がみられていたがそれもなくなった。胸部苦痛の訴えはほとんどなくなり、以前はエチゾラムを頓用で2～3回/日服用していたが、1回/週にまで減少した。ナースコールを頻繁に鳴らすことはなくなり、訴えはあっても不満ではなくオムツ交換や体位変換の希望といった内容のみになった。そして「喧嘩してここから追い出されたいの。帰りたいけど自分では何もできない」「とにかく家に帰りたい」「家の布団で死にたい」といった思いを表出することが増えていった。

そこで主治医、リハビリ、医療ソーシャルワーカー、看護師でカンファレンスを行い自宅退院へ向けて自宅への外出を計画した。自宅に着くとほっとした様子で、ベッドに横になると「やっぱり家がいいね」と口調が穏やかになり普段とは違った表情がみられた。「ベッドが上がらない」「そこの机持ってきて」と退院後の生活を想定している様子もみられた。帰院後「暑い中本当にありがとうね」と労いの言葉をかけてくれ、A氏の嬉しそうな表情がみられた。その後も、A氏は冗談を言ったり他愛ない日常会話をしたりするようになり笑顔もみられるようになった。

Ⅳ. 考察

A氏は難聴があり、自分の要求に対し肯定的な対応でない場合は立腹され、出来ない理由を説明しても「聞こえない」「あっち行って!」と拒絶し、その出来事を数日に渡って話されることがしばしばみられた。またQOL維持の為、本人の望むものを望むだけ売店で購入していたが、食べきれずに賞味期限の切れたサンドイッチや井がベッドサイドに置かれていた。「傷んだものを食べてお腹を壊してはいけなくて処分しませんか」と本人に話しても、「どうして勝手なことをするの!」と受け入れられなかった。

岡堂哲雄²⁾は、「ストレスにより多大のエネルギー

を消費する患者は外界への関心を著しく低下させ、逆に身の回りの些細な事柄に注意が集中する。普段は気につけない他人の言葉に不快感、怒りを感じたりし、一度抱いた不満、怒りは容易に転換しにくいことや、過剰なストレスによる感情のコントロール力の低下により、容易に外に現しやす」と述べている。A氏は当院で入退院を繰り返しており、入院生活には慣れているようであったが、今回の入院では心不全の末期状態で日常生活動作の低下もみられていた。普段なら仕方がないと我慢し諦めていたであろうことが、思うように動かない体や入院のストレスによって歯止めが効かなくなり、怒りの矛先が身近にいる看護師に向けられたと考えられる。

今回ユマニチュードの技法を用いることでA氏の行動変容をみる事ができたが、A氏のみならず看護師にも変化が現れた。当初看護師はA氏に対し「こだわりが強く関わりが難しい人」という固定観念があった。本人が負担に感じる清潔ケアや検温は最小限に行おうとして、関わりを諦めかけていた。しかしユマニチュードをきっかけに、相手のことを尊重し相手の立場に立って接するという看護の基本に立ち返ることができた。

イヴ・ジネストラ³⁾は、「人は周りからの眼差しを受けること、言葉をかけられること、触れられることが希薄になると周囲との人間的存在に関する絆が弱まり、人間として扱われているという感覚を失ってしまう恐れがある」と述べている。以前は体に触れただけで「触らないでよ!」と拒否されたり、反対側から話しかけると立腹されたりしていたが、看護師の意識とケアの変化によりA氏は「自分に関心が向けられている」、「人として尊厳されている」ことを感じ、看護師に心を許すようになったと考えられる。

A氏は、以前は立腹している印象が強かったが、笑顔が見られたり冗談を言われたりすることが増えてコミュニケーションが円滑になった。自宅へ帰りたいという強い思い、病気や死についての思いを話されたことから、A氏と看護師の信頼関係が構築されたと考えられる。また思いを共感し、外出支援したことも有効であった。

今回は見る、話す、触れるという基本的な技法を実践したが、ユマニチュードのその他の技法としてケアについて合意を得る努力を行った。本人が拒否すれば説得するが、そのプロセスに3分以上時間をかけないことが大切で、3分以内に同意が得られなければ諦めて一旦出直した。以前は、説得に応じられない時はこちらも業務の都合上やむを得ず同意を得ないままケアをすることがあったが、A氏は機嫌が悪くなって口調も荒くなり、ケア中のみでなくその後のケアも拒否され悪循環に陥っていた。しかしA氏がケアに応じられない時に諦めて一旦出直した場合は、抵抗なくケアを行なうことができ、その後の反応も良かった。ユマニチュードでは強制ケアをゼロにすることを目指している。イヴ・ジネストラ⁴⁾は「『今ケアすること』を諦め、次の機会を待つことは、本人の意思を尊重すること」に他ならないと述べている。

今回の研究で、ユマニチュードが相手を尊重するという看護の意識付けのきっかけとなった。また、この技法は認知症患者に限らず一般患者にも用いることで、看護力やケア力の向上に繋がると考えられた。

V. 結論

1. その人らしさを尊重し支えることが患者とのコミュニケーションを円滑にし、信頼関係の構築に繋がった。
2. 認知症患者とのコミュニケーションにおいてユマニチュードは有効であると示唆された。

引用文献

- 1) 本田美和子,イヴ・ジネストラ,ロゼット・マスコッティ:ユマニチュード入門,医学書院,4, 2014.
- 2) 岡堂哲雄:患者の心理とケアの方針,金子書房, 84,1997.
- 3) 本田美和子,イヴ・ジネストラ,ロゼット・マスコッティ:ユマニチュード入門,医学書院,36, 2014.
- 4) 本田美和子,イヴ・ジネストラ,ロゼット・マスコッティ:ユマニチュード入門,医学書院,102, 103,2014.

5. リン・カリウムが高値の外来透析患者に対する個別食事指導の評価

森 千春¹⁾・伊瀬 春菜¹⁾

key words : 透析 食事指導 カリウム リン

はじめに

血液透析患者が長期間にわたって良好な状態で透析を受けるためには、適切な食事管理が不可欠であるが、単身の透析患者の中にはコンビニ弁当や丼物、スーパーの総菜、おにぎり等が食生活の中心になっている者も少なくない¹⁾。また高齢の透析患者は、寿司、果物、カレーライス、煮付け等を好むとされており¹⁾、適切で継続的な食事療法の実行が容易ではないことが推測される。そこで、継続的な栄養指導において吉川²⁾は、患者個々の特性に合わせ、次回までの食事療法においての具体的な約束事を決める等、患者の実践可能な方法を探る必要があると述べている。梶屋³⁾も食事指導は患者の食習慣や嗜好に合わせたものとする必要があると述べている。以上のことから、外来透析患者の栄養指導は、従来の一斉指導に加え、個別に行うことが必要と言える。現在当院では、栄養士、看護師による食事指導は行っているが、リンとカリウムについての理解が不十分でコントロール不良の患者が増加している現状である。そこで、血液透析患者のうち、リン、カリウムが高値な患者に対して、さらに個別性を高め、患者が達成可能な目標を提示することで、栄養や食事に関する知識の向上を図り、その効果としてリン及びカリウムのコントロールの改善に取り組む必要性があると考えた。

I. 目的

本研究はリン及びカリウムのコントロールが不良で、高値をきたしている血液透析患者に対してアセスメントテストを含む個別の食事、栄養指導の効果を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象

当院において血液透析が必要な外来患者のうち、平成25年11月から平成26年1月までの期間の血液検査の結果、リン、カリウム値がそれぞれ6.0mg/dl以上の患者24人のうち、相互にコミュニケーションがとれ、研究協力への同意が得られた16人とした。

2. 期間

平成26年1月～8月

3. 介入方法

16名の患者に研究の目的と方法を口頭及び文書で説明し、平成26年2月、4月、6月の計3回、看護師による聞き取り法にてアセスメントテストを実施し、その後、栄養士及び看護師が個別に栄養指導と食事指導を実施した。指導はアセスメントテストで理解できていない点を中心とし、患者の生活背景に即した実践可能な内容を主軸として実施した。

4. 分析方法

1) 分析対象は以下のデータとした。

(1) 対象患者の血液検査データ(リン、カリウムのみ)のうち、平成26年1月から7月の7回分。

(2) アセスメントテスト(リン、カリウムの作用や高値による症状、目標値、調理方法等に関する質問への回答)3回分。

(3) アセスメントテストや食事、栄養指導中の患者の様子や反応の記録。

2) 分析方法は、血液データ及びアセスメントテストの点数を数量として扱い、変化量を比較するものとした。また、データの変化の理由や背景について、看護師が観察した患者の様子や反応により補足した。

5. 倫理的配慮

対象者に研究の趣旨と研究協力が随意であること、同意しなくても不利益は一切ないこと等を看

もり ちはる 1)特定医療法人社団 豊南会 香川井下病院 人工透析センター

看護師が説明し同意を得た。結果は個人が特定されないように配慮し、同時に院内の倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

1. 血液検査及びアセスメントテストの変化

研究期間を通して16名すべての患者から欠損なくデータを得ることができた。16名の内訳は、男性が12人、女性が4人、平均年齢が61.4歳、平均透析経験年数が6.1年であった。

血液検査結果において、6月から7月の6か月間の16名のリンの値の平均値6.68mg/dlから5.63mg/dlに変化した。カリウムの値の平均値は5.06mg/dlから4.86mg/dlに変化した。全体としての変化量の平均値を表1に示す。

アセスメントテストは、リンに関する設問が23項目、カリウムに関する設問が29項目で、各設問に対して1点ずつを割り当て、正解得点はそれぞれ0～23点、0～29点に分布することになる。

2月～6月に実施された3回分のアセスメントテストの結果は、リンの16人の平均得点が2月（第1回目）から6月（第3回目）にかけて16.5点から17.8点に、またカリウムについては17.5点から20.3点に変化した。変化量の平均値は表1の通りであった。

表1. 血液検査、アセスメントテストの変化

項目	変化量の平均
血液データP	-1.05
血液データK	-0.20
アセスメントテストP	+1.30
アセスメントテストK	+2.80

2. 血液データ及びアセスメントテストの改善の有無

血液検査結果のリンの値に改善がみられたのは、13名（81.3%）、改善がみられなかったのは3名（18.8%）だった。カリウムの値に改善がみられたのは7名（43.8%）、改善がみられなかったのは9名（56.3%）だった。

また、アセスメントテストのリンの得点に上昇がみられたのは11名（68.8%）、上昇がみられなかったのは5名（31.3%）だった。カリウムの得点に上昇がみられたのは10名（62.5%）、上昇がみられなかったのは6名（37.5%）だった。

3. 血液データとアセスメントテストの関係

リンとカリウムの血液検査データとアセスメントテストの結果は、一致していなかった。リンに関するアセスメントテストの得点が改善した11名のうち、血中リン値に改善が見られたのは9名（81.8%）で、2名（18.2%）は改善がみられなかった。また、カリウムに関するアセスメントテストの得点が上昇した10名のうち、カリウム値の改善がみられたのは3名（30%）であった。逆にカリウムはアセスメントテストの得点が上昇しなかった6名のうち、カリウム値の改善がみられた患者が4名（66.7%）であった。リンのアセスメントテストの得点が向上していない5名のうち、血液検査結果が改善していたのは4名（80.0%）であった。

表2. 属性による血中リン、カリウムの変化

項目	リン			カリウム		
	1月	7月	変化	1月	7月	変化
男 (n=12)	6.8	5.59	-1.21	5.19	4.90	-1.21
女 (n=4)	6.40	5.75	-0.65	4.92	4.75	-0.17
61.4以上 (n=7)	6.10	4.79	-1.31	5.62	5.16	-0.46
61.4未満 (n=9)	7.12	6.29	-0.83	4.70	4.63	-0.07
6.1年以上 (n=7)	6.60	5.42	-1.18	5.32	4.92	-0.40
6.1年未満 (n=9)	6.72	5.76	-0.96	4.98	4.83	-0.15

4. 属性とデータの改善の関係

患者の属性と患者の性別及び年齢別に血液検査結果は、以下の表2の通りであった。

男女ともに血液検査結果は改善がみられたが、1月、7月ともに女性の方が低値であった。また、16名の年齢の平均値を基準に61.4歳以上と未満に区分したところ、どちらも値の改善が見られ、リンは61.4歳以上、カリウムは61.4歳未満の方が低値であった。透析継続年数の平均値を基準に、6.05年以上と未満に区分したところ、リンは6.05年以上、カリウムは6.05年未満の方が低値であった。

5. 食事、栄養指導における患者の観察内容

食事及び栄養指導中の患者の反応や、看護師及び栄養士の観察内容は以下の通りであった。

アセスメントテストを行う際、患者からは「前回聞いたからそれは覚えている。自信がある。」という発言があった。一方で料理をしない患者からは、「料理せんからゆでこぼすとよくわからない。」

という発言もあった。またアセスメントテストのリン、カリウムの管理目標値を答える問題では回数を重ねるごとに正解率が向上する傾向にあった。

さらに、指導にあたった看護師と栄養士は、すべての問題に対して説明するのは難しいので、繰り返し間違えている問題や興味を持った問題を中心に指導する必要があると考え、1度では覚えられないことも何度も聞くことで理解できるようになるので、継続な指導が必要と感じていた。

IV. 考察

人工血液透析患者にとって食事療法は他の疾患に増して重要である。今回、アセスメントテストを導入した食事栄養指導に取り組んだ結果、血液検査データ、アセスメントテストともに改善傾向にあり、今回の取り組みが、相互にコミュニケーションが可能な患者には有効な食事指導であったと考えられる。アセスメントテストの導入は、患者が理解できていないところを明らかにした上で指導していくことを可能にし、患者のニーズに応じた効率の良い指導につながり、一般論ではなく、患者自身の目標ができる点で有効であったと考えられる。

しかし、いくつかの点では新たな課題が明らかとなった。

まず、アセスメントテストの結果、つまりリンやカリウム制限に関する知識と、実際の食事制限の実態の乖離である。約半年の間に3回のアセスメントテストに基づく食事栄養指導を実施したが、血中のリンの値が改善したのは13名(81.3%)、カリウムが7名(43.8%)であったことから、今後もカリウムの改善が困難であることが予測できる。カリウム制限は人工透析患者にとって塩分・水分制限と並んで重要である。カリウムの過剰摂取は高カリウム血症をきたすが、これは致命的な不整脈や心停止を起し突然死の原因となる。今回の取り組みでは、カリウムに関するアセスメントテストの得点が上昇したにもかかわらず約7割の患者は血中カリウム値に反映されていなかった。逆にアセスメントテストの結果が向上しなくても7割近くが改善していたことからカリウム制限に関する知識と実践が結びつきにくいことが判明した。食事療法は患者・家族が中心の治療である。実行するのは患者本人であり、そのための知識やモチベーションが必要である。頭で理解できていても日常生活の中に取り入れるための行動変容への支援の重要性が示唆された。

次に、年齢が高く、透析経験年数が長い患者の方が、リンの値が低かったことから、食生活に高齢者の特徴が示されていた可能性があることである。リンの過剰摂取は二次性副甲状腺機能亢進症を起し、骨代謝異常の原因となることから、乳製品の制限等による栄養指導を実施するが、高齢者はもともとリンを多く含む栄養価の高い食品を摂取していない可能性がある。アルブミン濃度とリン値は比例する⁴⁾とされており、リン値の低下とともにアルブミン値が低下する危険性が示唆されていた。

患者に指導する際には、合併症、食事内容、調理方法、検査データなど、患者の生活を含めた多くの情報に基づいて、適切な内容と方法で行う必要がある。石岡ら⁵⁾は患者指導について、患者指導の目的は、健康管理や健康回復のために、患者のこれまでの生活習慣の変更や新しい生活行動の獲得等を支援することと述べ、生活の中でごく自然に行われてきた生活行動の変更や、健康管理のための新たな知識・技術の獲得、価値観の変更、食事などの基本的欲求の制限などは、心身のストレスや努力を伴うことから容易ではない、としている。アセスメントテストの導入は、患者に目標値を示し、そのことによって行動変容へのモチベーションを高めることをねらいとしたが、対象とするすべての患者の行動変容には、さらに個別の対応が必要であることが示唆された。

また、患者から「前回聞いたから覚えている」という声が聞かれ、繰り返しアセスメントテストと食事指導を行うことで患者の知識を深めることにつながったと考えられる。しかし、中には「料理せんからゆでこぼすとかよくわからない」などの声が聞かれたことで患者だけでなく調理する家族にも指導が必要と考えるが、現在は指導できていないのが現状である。今後は患者、家族を中心に、医師、看護師、管理栄養士が連携をとり、情報を共有し、提供することが必要である。

VI. 結論

外来透析患者のうち、リン及びカリウムのコントロールが不良な患者に対し、事前にアセスメントテストを実施することにより、食事栄養指導のポイントの明確化につながった。また血液検査データ、アセスメントテストともに改善傾向にあり、リン及びカリウムのコントロールに効果が得られる可能性が示唆された。

しかし、アセスメントテストの結果と血液検査結果

が一致しないケースがあり、今後の食事栄養指導は、食事制限の知識を実践に結びつけるためのさらに個別性の高い指導が重要であることが示唆された。

引用文献

- 1) 市川和子：透析患者の栄養管理, 大阪透析研究会会誌, 32 (1), 13-17, 2014.
- 2) 梶屋宏美他：血液透析患者における血清リン値のコントロール, 日本農村医学雑誌, 63 (4), 670-674, 2014.
- 3) 松岡由美子：看護師の視点でみる患者が本当に受けてほしい栄養指導とは, Nutrition Care, 7 (9), 31-34, 2014.
- 4) 日本透析医学会統計調査委員会：図説わが国の慢性透析療法の現況-2012年12月31日現在, 日本透析医学会ホームページ, 2015.12.10アクセス, <http://docs.jsdt.or.jp/overview/pdf2013/p045.pdf>.
- 5) 石岡薫、一戸とも子、阿部テル子他：看護師の患者指導技術の構成要素と構造化の試み, 日本看護研究学会雑誌, 32 (4), 77-87, 2009.

6. 初めて膵移植看護を経験した看護師の意識調査

石川 敦美¹⁾・藤村 佳世¹⁾・松村 芽惟¹⁾・門田 千晶¹⁾・中妻 征子¹⁾

key words : 看護師 膵移植 初めて 意識

はじめに

A病院は四国初の膵臓移植認定施設であり、消化器外科病棟では2か月に1回移植カンファレンスが開催されている。また、2011年には膵移植マニュアルも作成されていた。

そして2013年に初めて膵単独移植が実施された。しかし、病棟看護師の大半は移植看護の経験が無く不安や疑問があった。その反面膵移植看護の経験が看護師としてのスキルアップに繋がったと考える。今後の膵移植看護の質の向上を目的とし、初めて膵移植看護に携わった看護師の意識調査を行ったのでここに報告する。

用語の定義

初めて: 今まで膵移植看護の経験がない

意識: 経験していることを感覚すること

I. 目的

初めて膵移植看護を経験した看護師の膵移植看護に対する考えを明らかにする。

II. 研究方法

1. 対象者

今回膵移植が行われた当時のA病院消化器外科病棟看護師24名(病棟師長、研究者を除く看護師全員)

2. 研究期間とデータ収集方法

研究期間: 2014年5月~2015年2月

面接による半構造化インタビューを2014年7~8月に行なった。インタビュー内容をICレコーダーに録音し、文章として逐語録に起こしたものを分析データとした。

3. 調査内容

インタビュー内容は①看護職務経験年数②膵

移植実施時所属していたチーム③移植看護の経験の有無④膵移植看護を経験して感じたこと・考えたことの4項目である。

4. 分析方法

逐語録から得られた看護師の意識を表すデータについて、意味内容の類似性からコード化し、同じ内容を抽出、サブカテゴリーに分類した。カテゴリー【】、サブカテゴリー《》、コード〈〉にまとめた。

5. 倫理的配慮

香川大学医学部附属病院の看護研究倫理審査委員会の承認を得た後、研究対象者に研究協力を依頼した。その際本研究の目的および方法について文書と口頭で説明した。得られた情報は今回の研究にのみ使用する、個人が特定されないよう配慮する、調査に協力しない場合も不利益は生じない、中断は自由であることを説明し了承を得た後、同意書に署名を得た。

III. 研究結果

1. 対象者の背景

看護職務経験年数は、4年未満11名、4年以上10年未満8名、10年以上5名である。

A病院消化器外科病棟はプライマリーナーシング型モジュールをとっており、A・B・Cの3チームに編成されている。ただし、業務調整のため他チームの患者を担当する場合もある。膵移植患者を受け持っていたのはBチームであった。膵移植実施時に研究対象者はそれぞれ、Aチームに10名、Bチームに8名、Cチームに6名所属していた。

研究対象者のうち、今回の膵移植以前に移植看護に携わったことがある看護師は1名であり、その看護師が経験した移植は生体腎移植、臍帯血移植、骨髄移植、自己幹細胞移植であった。

いしかわ あつみ 1)香川大学医学部附属病院

2. 質的分析結果の全体像

392のコードから27のサブカテゴリー、7のカテゴリーが抽出された。表1参照。

①【移植に対するマイナスイメージ】

〈頻回の血糖測定や検温は本人や看護師にとっても負担になる〉などの業務の負担感に関するコードから《移植患者を受け持つことによる負担》があることが分かった。〈初めてのスタッフがほとんどで皆が戸惑っていた〉など看護師の心理的側面のマイナスイメージについて、《移植に対する不安・恐怖心・緊張感》を抽出した。〈意識を持って関わってほしいとできなかった〉というコードもあり、《移植に対する関心の低さ》が感じられる看護師もいた。

②【移植に対するプラスイメージ】

移植の経験により〈理解度が高まった〉、〈関心が高まった〉という看護師がおり、《移植看護に対する経験値の向上》、《移植に対する興味》のサブカテゴリーに繋がった。〈チーム内で情報共有できた〉ことなどから《看護師同士の連携》という業務におけるプラス面のコードも含まれた。〈移植は患者にとって大事な治療だと思った〉などから《移植医療の素晴らしさや必要性の実感》が挙げられた。

③【移植手術の術前術後管理の難しさ】

〈術前処置を行うのが大変〉、〈清潔操作が大変〉、〈免疫抑制剤の管理に注意を要した〉、〈検査が大変〉、〈医師に細かい指示を何回も言われた〉といった、術前術後における困難感を感じた看護師が多くおり、《術前準備の難しさ》、《感染対策》、《薬剤管理》、《検査の多さ》、《医師からの指示の細かさ》のサブカテゴリーが挙げられた。また、〈移植患者の状態は難しいと感じた〉という看護師もおり、《移植自体の難しさ》を抽出した。

④【患者とのコミュニケーション問題】

〈移植は患者の背景や性格もあり関わりが大変〉であり、〈患者さんとの信頼関係もあまり築けていなかった〉と感じる看護師が多く、《患者とのコミュニケーションの取りづらさ》に繋がっていた。

⑤【他職種との連携不足】

移植が決定した時に病院全体で移植会議を開催し話し合いの場がもたれたが、〈話し合いと実際の動きが違う〉という意見があり、《移植会議と現場との乖離》を感じる看護師がいた。また〈先生と

も話しあいがあれば良かった〉と思っている看護師もおり、《医師とのコミュニケーション不足》が挙げられた。

⑥【他職種との連携が図れた】

〈困ったことは医師に相談し解決出来た〉などから《医師との連携》ができたと感じた看護師がいた。〈移植会議にあらゆる部門のコメディカルが参加していた〉などから《コメディカルとの連携》を抽出した。

⑦【今後の改善点】

今回移植看護を経験し、〈移植に関する基本的な取り決めなどが必要だった〉、〈臓移植の受け入れ体制は整っていなかった〉と感じた看護師が多く、《移植患者の管理基準作成》の必要性があると導きだした。初めて移植看護に携わる看護師が多かったため、〈移植に対する知識不足〉、〈指導的関わりが不十分〉であると感じおり、移植看護の《知識の習得》、《患者指導方法の習得》を行う必要がある。〈チームが違ったので、患者さんへあまり関われなかった〉という看護師もおり、《関わる頻度の差》があった。清潔管理の徹底などの点から、〈移植の患者担当だと他の受け持ちも制限を受ける〉ことが挙げられ、《業務調整への配慮》が必要であると導き出された。業務上決まった事項がある一方、〈ルーチンではなくその患者にあった看護が必要〉と感じており、《個別性を考慮した看護》の必要性が抽出された。移植を受けた患者の特有な心理背景があるため〈患者の心のケアまで行うのは難しかった〉と感じる看護師は多く、《患者への精神的援助》を今後の課題に挙げていた。〈今後の対策を考えたい〉などといった《今回経験した移植看護の振り返り》を必要と考えていた看護師がいた。

IV. 考察

1. 移植に対するマイナスイメージとプラスイメージの混在

移植に対するマイナスイメージは〈今まで経験がない分怖い〉など未体験による不安・恐怖心・緊張感で構築されていた。また〈頻回の血糖測定や検温は本人や看護師にとっても負担になる〉〈内服の細かい指示でインシデントを起こさないか不安だった〉などのコードがあげられている。移植患者の担当では、血糖値やバイタルサインの頻回な測定、感染管理、薬剤管理など、他の患者に比べ多

くの業務を担う必要がある。それにより業務が複雑になり、移植患者を受け持つことに負担を感じていた看護師が多かった。移植に関する自己学習の不足や、勉強会への積極性の低さなど、移植に対する関心の低い看護師もいた。そのほとんどは移植患者に関わる機会が少なかった看護師であった。

一方で【移植に対するマイナスイメージ】とほぼ同数【移植に対するプラスイメージ】のコードが挙げられた。その中には〈移植は素晴らしいと思った〉といった移植医療の素晴らしさや必要性を実感した看護師がいた。また〈移植はいい経験になった〉など看護師自身の経験値の向上になったというコードも挙げられている。臍移植は貴重な症例であり、携われたことは看護師としての経験値の向上や、自信につながったと考えられる。

上記のようなマイナスイメージとプラスイメージ両方を同一看護師から抽出した例も多く、初めて移植を経験した看護師にはマイナスイメージとプラスイメージが混在していると言える。プラスイメージは看護師の移植への興味や関心に繋がり、今後の臍移植看護の質の向上に繋がると考えられる。しかし、マイナスイメージにより移植に対する看護師の意欲や関心が低下すれば、今後臍移植が行われるとしても看護の質が向上するとは考えにくい。マイナスイメージを軽減し、看護師が移植医療に意欲的に取り組めるようにする必要がある。

2. コミュニケーション問題と精神的援助の課題

〈精神的フォローができず後悔がある〉などのコードが挙げられており、精神的援助の不十分さを感じている看護師がいた。影山ら¹⁾は、脳死移植レシピエントが抱える苦悩・葛藤には「感染症への不安」「拒絶への不安」「ドナーへの責任感」などがあると述べている。当院において、今回の移植が行われる以前より移植医療に関する勉強会を実施していたが、身体的特徴に関するものしか実施しておらず、精神的特徴に関しては知識の乏しい看護師が多かったと考えられる。患者が抱えている様々な不安を理解し、不安が軽減できるよう関わる必要がある。また、臓器がうまく生着しないとドナーに申し訳ないなど、レシピエントのドナーに対する特有の感情を理解し、感情を整理できるような援助を行い、精神的な負担の軽減を図る必要がある。

一方で〈患者さんとの信頼関係もあまり築けて

いなかった〉〈患者の性格上コミュニケーションが難しく辛く感じていた〉など、精神的援助以前に、コミュニケーションに問題を感じた看護師が多かった。今回臍移植を受けた患者は30歳代の女性で、12歳より1型糖尿病を患っており、合併症として末期腎不全となり、30歳で生体腎移植を受けていた。患者は医療者の発言を無視したり、治療に否定的な言動をとったりすることがしばしばあり、必要なコミュニケーションも取り辛い場面があった。佐藤ら²⁾は「小児期発症糖尿病患者児は、糖尿病の発症という負荷のために心身の発達が十分になされない場合がある」と述べている。また30歳代という成人期にあたる人々は仕事の充実や結婚、出産といった発達段階を迎える時期である。しかし、小児期より糖尿病を抱える患者にとってはそれらの発達段階を経ていくことも、困難になりやすい状況であると考えられる。

これらのことは、今回の患者の特徴に当てはまると考えられる。そのため、小児期からの慢性疾患を患っている患者の特徴を理解したうえで、コミュニケーションを取り、精神的援助が行えるようにスキルアップが必要である。

3. 術前術後管理の難しさと今後の改善点

①管理基準見直しの必要性

今回入院を担当した看護師は〈ミスをしたら移植が出来なくなるので絶対にミスできない〉という緊張感を持っていた。また〈臍移植の当日は医師の指示がなければ動けなかった〉と感じており、既存の移植管理基準は実際に役立っていなかった。

また〈感染対策が厳しく基準がわからなかった〉〈感染対策は患者にも制限がかかりストレスであったため緩和できたら看護師も患者も楽に過ごせる〉など感染対策に関する疑問点が挙げられた。術後個室隔離、入室時のエプロンや手袋、マスクの装着、食器の次亜塩素酸消毒、専用の血圧測定器の使用など厳密に感染管理を行った。また、感染症患者と担当が重複しないように業務調整を行っていた。それらの感染対策は退院間近までほとんど緩和されなかった。今後、臍移植患者の感染対策の基準を見直し、適切な感染管理が行えるようにする必要がある。

薬剤管理に関しても難しさを感じた看護師が多かった。移植後は免疫抑制剤等の内服量が日々の採血結果で決定するため、担当看護師は最新

の投与量の指示を確認後、患者に与薬する必要がある。〈確認事項が多く戸惑った〉〈初めて免疫抑制剤を扱い自信がなかった〉などと感じた看護師が複数いた。免疫抑制剤の管理基準を看護師も把握した上で、医師の指示を確認すべきであるが、その基準を看護師が認識できていなかった。また、主治医が独自に用意した指示票を用いてその日使用する薬剤の種類・量が決定していた。それに関しても〈指示の出し方が統一されておらず分かりづらかった〉という意見が出ている。今後薬剤の投与基準を医師と看護師が共通に認識し、適切に投与ができるようにする必要がある。

当院には以前より、院内統一の臓器提供マニュアルとそれに則した当院消化器外科作成の腎移植マニュアルが存在していた。その内容には看護に関する基準などはなく、今回管理基準が整っていない状態で看護を行ったことは看護師にとってストレスであったと考えられる。幸ら³⁾は、腎移植看護の問題点を明らかにしたうえで『腎移植看護基準』を作成しており、このことにより、腎移植看護というものを理解しやすく行動に移しやすくなった。その結果、看護師のストレスをかなり軽減することができたと述べている。したがって、管理基準の作成は、スムーズな看護の提供を促すだけでなく、看護師のストレス軽減にもつながり、前述の移植に対するマイナスイメージの軽減にもつながると考えられる。

これまで述べたように、管理基準を作成することが重要であるが、今回のインタビューで〈ルーチンではなくその患者にあった看護が必要〉と感じている看護師もいた。管理基準をベースに標準的な看護を提供するだけでなく、患者のニーズに応じた柔軟な看護ができるようにする必要性もある。

②看護師の知識習得の必要性

患者への《知識の習得》や《退院指導の方法の習得》の必要性など、知識の不足を実感した看護師も多かった。

《知識の習得》においては〈観察のポイントなどもあまりわからなかった〉〈薬に関する勉強が必要〉などがあげられ、多くの看護師が移植に関する知識の不足を実感していた。〈今後の腎移植のために勉強をしておきたい〉など学習意欲が向上している看護師もいた。医師や薬剤師など他職種とも連携をとり、勉強会を開催するなど、知識の普及を図る必要がある。

退院指導に関しては、今回の患者は腎移植を経験しており、予備知識が豊富であったため、退院指導に対する理解力は良好であった。しかし、初めて移植を受ける患者にとっては複数の内服薬の管理や、感染予防策、退院後の体調管理など習慣化するのは容易ではない。患者が理解しやすい退院パンフレットの作成や患者が服薬管理をはじめとするセルフケア獲得ができるよう薬剤師・医師等との連携が必要不可欠である。

③情報共有と経験の共有の必要性

看護体制がプライマリーナーシング型モジュールということもあり、チーム以外の看護師は移植看護に関わる機会が少なかった。〈チームが違っていたので患者の状態が分からずどこまでしていいのか分からなかった〉など病棟全体での情報共有も不十分であった。したがって、他のチームとも情報共有を図り、病棟全体で移植に取り組むことが必要である。今回腎移植看護に関わる機会が少なかった看護師も含め、医師や移植に関わるスタッフ全体で振り返りを行い、情報や問題点の共有を行うことが、今後の移植を受け入れる体制作りにおいて必要であると考えられる。

V. 結論

1. 初めて腎移植看護を経験した看護師にはマイナスイメージとプラスイメージの両方が混在している。マイナスイメージ軽減のためには、腎移植患者の管理基準の見直し、腎移植に関する知識の習得が必要である。
2. 腎移植手術の術前術後管理を行っていくためには多職種間での連携が必要不可欠である。
3. 患者に対する理解を深め、身体的援助に加え、精神的援助のスキルアップを図る必要がある。

引用文献

- 1) 影山智子ほか:脳死臓器移植レシピエントが移植後に抱える苦悩・葛藤 心・肺・腎同時・肝移植後の各傾向と比較. 大阪大学看護学雑誌18巻1号 33-39,2012.
- 2) 佐藤明子ほか:小児糖尿病患者の心理特性. 日本臨床60巻増刊号9,719-723,2002.
- 3) 幸史子ほか:泌尿器科病棟における「腎移植看護基準」作成の意義,25(3),436-440,1999.

表1 臓移植看護を経験して感じたこと・考えたこと

カテゴリー	サブカテゴリー(数字は抽出されたコード数)	代表的なコード
移植に対する マイナスイメージ	移植に対する不安・恐怖心・緊張感 (31)	初めてのスタッフがほとんどで、皆が戸惑っていた
		未経験からくる恐怖心
	移植患者を受け持つことによる負担 (18)	頻回の血糖測定や検温は本人や看護師にとっても負担になる 移植患者の管理に手を取られる
	移植に対する関心の低さ (8)	意識を持って関わっていこうとしなかった
移植に対する プラスイメージ	移植看護に対する経験値の向上 (27)	移植についての理解度が高まった
	移植に対する興味 (10)	今回の移植を経験して、関心が高まった
	移植医療の素晴らしさや必要性の実感 (7)	移植は患者にとって大事な治療だと思った
	看護師同士の連携 (5)	チーム内で情報共有が出来た
移植手術の術前術後 管理の難しさ	薬剤管理 (14)	免疫抑制剤の管理に注意を要した
		内服の自己管理への移行が難しかった
	感染対策 (11)	清潔操作が大変
		感染対策の基準が分からなかった
	術前準備の難しさ (8)	術前処置を行うのは大変
	医師からの指示の細かさ (5)	医師に細かい指示を何回も言われた
	移植自体の難しさ (4)	移植患者の状態は難しいと感じた
検査の多さ (2)	検査が大変	
患者とのコミュニケー ション問題	患者とのコミュニケーションの取りづらさ (24)	患者さんとの信頼関係もあまり築けていなかった
		移植は患者の背景や性格もあり関わりが大変
他職種との連携不足	医師とのコミュニケーション不足 (5)	先生とも話しあいがあれば良かった
	移植会議と現場との乖離 (2)	話し合いと実際の動きが違う
他職種との連携が 図れた	医師との連携 (3)	困ったことは医師に相談し、解決出来た
	コメディカルとの連携 (1)	移植会議にあらゆる部門のコメディカルが参加していた
今後の改善点	移植患者の管理基準作成 (57)	臓移植の受け入れ体制は整っていなかった
		移植に関する基本的な取り決めなどが必要だった
		指示の出し方が統一されておらず、分かりづらかった
	知識の習得 (52)	移植に対する知識不足
	関わる頻度の差 (41)	チームが違ったので、患者さんへあまり関われなかった
		プライマリーに任せきりだった
	業務調整への配慮 (13)	移植の患者担当だと他の受け持ちも制限を受ける
		継続的に見られるようにする
	今回経験した移植看護の振り返り (12)	今後の対策を考えたい
		シミュレーションが必要
	患者指導方法の習得 (10)	指導的関わりが不十分
患者への精神的援助 (9)	患者の心のケアまで行うのは難しかった	
個別性を考慮した看護 (7)	ルーチンではなくその患者にあった看護が必要	
	患者本人の意思を尊重したやり方を取り入れる	

7. 呼吸器病棟におけるBLS・ACLSトレーニング導入前後の自己評価

山下 祐美¹⁾・古池 麻巳¹⁾・宮崎 直美¹⁾・川上 佐紀子¹⁾・松前 有香¹⁾

key words : BLS ACLS トレーニング 自己評価

はじめに

心肺蘇生は開始する時間が1分遅れるごとに助かる命の割合は7%から10%低下していき、10分経過するとほぼ助からない状態になると言われている。そのため第一発見者となりうる可能性が高い看護師には迅速な一次救命処置(以下BLSとする)や二次救命処置(以下ACLSとする)の知識や技術が要求される。また、呼吸は生命維持になくてはならない生理機能であり、呼吸機能の障害は死に直結する可能性がある。そのため、呼吸器科病棟看護師にとって急変時の対応を身につけることは更に重要であるといえる。

S病棟では救命処置が必要になる急変件数が少なく、実際の患者にBLS・ACLSを実施した経験がある看護師は少ない。また院内のBLS・ACLS研修は受講しているが、実施経験が少なく、急変時の対応に自信がない看護師が多い。そこで病棟看護師が自信を持って正確なBLS・ACLSを実施できるように、平成26年5月より病棟看護師を対象にトレーニングを実施しており、トレーニング前後でBLS・ACLSの知識と技術、不安について調査を行ったので報告する。

I. 目的

1. トレーニング前後での急変対応についての知識と技術に関する自己評価の変化を明らかにする。
2. 今後の病棟内のトレーニング内容を検討する。

II. 研究方法

1. トレーニング方法

1~2回/月、30分でトレーニングを実施。日勤看護師と専属医師が参加し、デモンストレーション実施者3名を決定する。デモンストレーション実施者には、事前に状況設定を説明して練習を行って

もらう。トレーニング当日はレサシアンシミュレーションモデルを使用してデモンストレーションを行う。その後、意見交換を行い、医師が助言する。9月には、救急看護認定看護師による院内共通のBLS知識テストと実技講習が行われた。

2. データ収集方法・分析方法

1) データ収集期間

データ収集期間は平成26年4月~10月。

2) 対象

S病棟の看護師のうち研究代表者を除く24名。

3) データ収集方法

質問紙調査表は、小坂ら¹⁾が行なった研究を参考に、独自で作成した質問用紙を使用した。トレーニング前(4月)のアンケートでは、1) 看護師経験年数、2) BLS・ACLS講義受講の有無、3) BLS・ACLS経験の有無について、該当するものを選択してもらった。4) BLS・ACLSに関する基本的知識についての8項目は、「知っている」から「知らない」までの4段階の回答を設定し、自己評価してもらった。5) BLS・ACLSの技術に関する自己評価についての10項目は「自信がある」から「できない」の5段階の回答を設定し、自己評価してもらった。6) 急変対応に対する不安な項目は5項目を挙げ、考えに近いものを選択してもらった(複数選択可)。さらに自由記載欄を設けた。

トレーニング後(10月)のアンケートは、1)、3)~6)に加え、2) 病棟BLSトレーニング参加回数を追加した。

項目ごとに単純集計を行い、4段階、5段階で回答してもらった項目は、最も良い結果を4点または5点、最も悪い結果を1点として点数化し、平均値を算出する。トレーニング前後の比較と、参加回数別比較により結果を分析した。

3. 用語の定義

やました ゆみ 1)香川大学医学部附属病院

BLS: 意識確認、気道確保、胸骨圧迫とする。

ACLS: バックバルブマスク換気、ルート確保、気管挿管介助、モニター装着とする。

4. 倫理的配慮

本研究実施にあたり、研究の趣旨、プライバシーの保護、自由参加・途中辞退・匿名性の権利、回答をもって同意とする旨を説明した。K病院看護研究倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

アンケートは、24名全員から回答があり、回答率は100%であった。トレーニング参加回数は平均3.04回であった。基本的知識8項目と技術の自己評価10項目では、トレーニング後の方が高い平均値を示した。

基本的知識で、トレーニング前に「知っている」を選択した割合が7割を超えた項目は、「意識の確認の方法」、「応援要請の方法」、「呼吸と脈の確認方法」、「救急カートと除細動器の置き場所」であった。

トレーニング後は「換気の方法」以外の7項目は、全員が「知っている」を選択した。(図1)

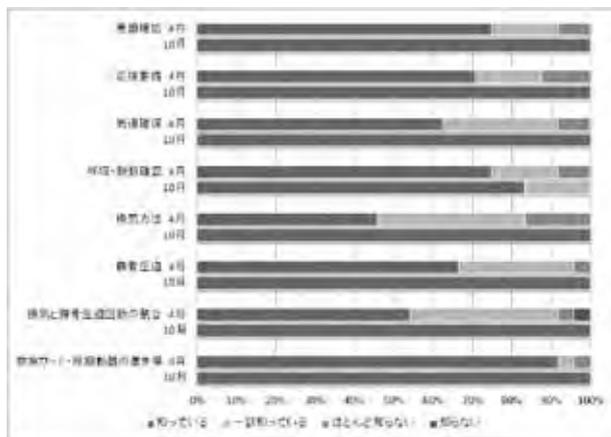


図1 トレーニング前後の基礎知識について

技術に関する自己評価では、「自信がある」、「多分できる」を選択した割合が7割を超えた項目は、トレーニング前は「応援要請」、「頸動脈脈拍の確認」であったが、トレーニング後は「意識の確認」、「応援要請」、「気道確保」、「呼吸の確認」、「気管挿管準備」に増加した。(図2)

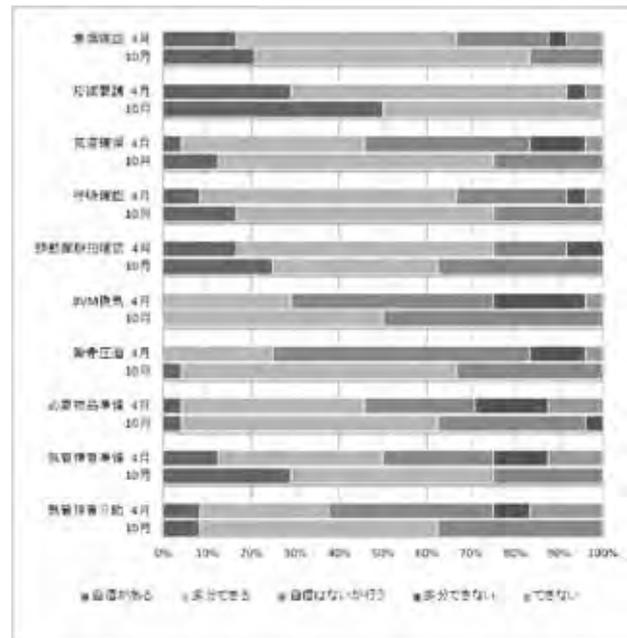


図2 トレーニング前後の技術の自己評価について

トレーニング前後の平均値の比較では、10項目すべての項目がトレーニング後の方が高い平均値を示した。平均値の差が大きかった項目は、「気管挿管準備」、「胸骨圧迫」、「気管挿管介助」で、平均値の差が小さかった項目は、「頸動脈脈拍の確認」、「呼吸の確認」であった。トレーニング後に最も平均値が低かった項目は「BVM換気」であった。(図3)

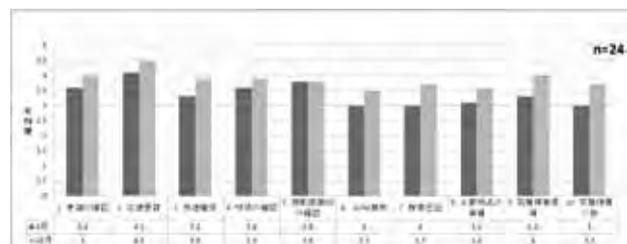


図3 技術の自己評価について (平均値)

トレーニング参加回数群別比較では、スタッフのトレーニング参加平均回数の3回を基準に、1~2回参加群、3回以上参加群に分けて比較した。基本的知識について、トレーニング後は、「換気の方法」を除く7項目がトレーニング回数に関わらず、全員が「知っている」を選択した。「換気の方法」は3回以上参加群の平均値が高かった。技術の自己評価では、「胸骨圧迫」は参加回数に伴う平均値の差はなかった。「必要物品の準備」、「気管挿管介助」は、3回以上参加群の平均値が高かったが、その他7項目においては1~2回参加群より、3回以上参加群の方が低い平均値を示した。(図4、5)

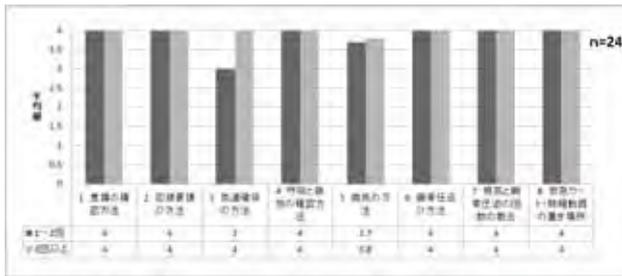


図4 基礎知識 トレーニング参加回数別比較

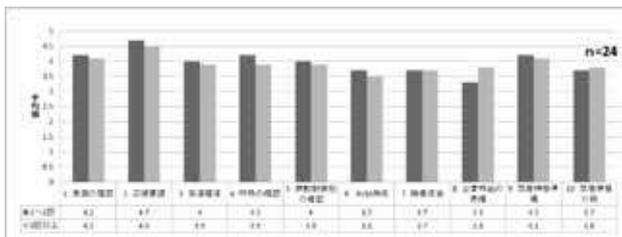


図5 技術の自己評価 トレーニング参加回数別比較

急変対応処置に対する不安は、「第一発見者の対応」は、トレーニング前よりトレーニング後の方が高かった。「心肺蘇生法の手順」、「必要物品の準備」は、トレーニング後の方が低かった。「緊急時の応援要請」は変化がなかった。自由記載は、トレーニング前は、「リーダーとしての役割」、「家族への対応」、「冷静な対応ができるか」、「指示出し」があり、トレーニング後は、「リーダーシップがとれるか」、「冷静な対応ができるか」、「指示出し」であり、トレーニング前後で内容の変化はなかった。(図6)

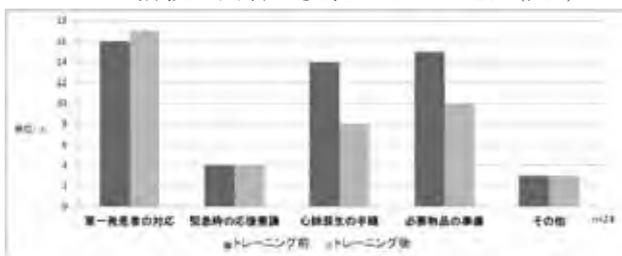


図6 急変対応に対する不安

IV. 考察

トレーニング後に、基本的知識の平均値が高いのは、診療科再編成により、急変リスクの高い患者が増え、スタッフの急変対応に対する意識が高まり、トレーニングに対して積極的に取り組んだ事が影響していると考えられる。また、デモンストレーション実施者は、自己学習や、事前練習による学習、実施者間で知識の共有を行った事が知識向上や定着に大きく影響していると考えられる。さらに、救急看護認定看護師による基礎知識を問うテストも、再学習の機会となり知識習得に繋がった。「換気方法」を「知ってい

る」が100%にならず、技術の自己評価でも「BVM換気」の平均値が最も低かったのは、トレーニングの状況設定が夜勤帯で、限られた人員と時間の中では、効果的な胸骨圧迫の実施と迅速な必要物品の準備を最優先とし、バックバルブマスクを使用した換気を重要と指導しなかったことが影響していると考えられる。しかし、換気は重要な技術の1つであり、日本蘇生協議会 (JRC) から出された蘇生ガイドライン2015²⁾では「熟練救助者2名以上でCPRを行う場合は、バックバルブマスクを用いた人工呼吸を行う事が推奨される。」と述べており、「換気方法」に対する知識や技術の習得は重要である。今後はバックバルブマスクの使用を含めた換気方法の指導も、トレーニングに追加する必要があると考えている。

技術に関する自己評価で、10項目全てが、トレーニング後の平均値が高かったのは、1人1回はデモンストレーション実施者となり、急変対応に熟練した医師や救急認定看護師の指導の下でシミュレーションモデルを使用して実技練習を行ったこと、トレーニング毎に改善や工夫を行ったことが影響していると考えられる。浦部ら³⁾は、「心肺蘇生に即応するためには実際の場面を想定したシミュレーションが重要であり、学習においては自分の五感の体感を伴うことでより記憶が定着する」と述べている。特に自己評価の変化の差が大きかった「気管挿管準備」や「胸骨圧迫」、「気管挿管介助」は、急変対応の経験がないと実施する機会が少ない技術の1つである。「胸骨圧迫」や「気管挿管介助」などは、シミュレーションモデルを使用し、実施しながら確認ができるトレーニングであり、技術への自信が高まったと言える。「気管挿管準備」は、意見交換により必要物品を写真に撮り、トレイに貼って準備した。準備物品が視覚で確認できれば、急変経験がなくても、必要物品が早急に準備でき、自信につながる要因の一つになった。

トレーニング前後で自己評価の変化の差が少なかった「頸動脈脈拍の確認」や「呼吸の確認」は、脈拍や呼吸がないという状況設定であったことが影響していると考えられる。及川⁴⁾は、「息・咳・動きの確認や脈拍の確認、再評価は対象の反応を見ながらアセスメントを行い、臨機応変な対応を求める技術である。」と述べている。トレーニングでは、呼吸や脈拍が確認できないモデルを使用していたこともあり、心拍や呼吸の確認などの観察は不十分であった。実際の急変対応時は、身体的変化を観察しながらの実践となるため、今後は、生命の危機的状態への理解と

アセスメント能力を向上させるために、トレーニングの状況設定に変化をつけ、適宜呼吸循環動態を観察、アセスメントできるようにする工夫する必要がある。

トレーニング参加回数別比較では、技術に関する自己評価では3回以上群が2回以下群と比較し、「胸骨圧迫」、「必要物品の準備」、「気管挿管介助」を除く7項目において自己評価が低かった。これは、より実践的なトレーニングを重ねることで、自信がない項目が明確となったのではないかと考える。また、デモンストレーション実施者回数には偏りがあり、看護師1人1人でみると定期的に実施者トレーニングができていなかった。小笠ら⁵⁾は、より効果的なトレーニング方法の検討について、「正確な技術習得のための、少人数制のBLS講習を行い、講習中に何度も技術経験ができるような講習プログラムが必要である。」と述べている。また、窪ら⁶⁾は「1度習得し知識や技術は2〜3カ月で低下しはじめ、8〜9カ月で30%程度低下する。」と述べている。このことから、1回/2〜3カ月は、デモンストレーション実施者となれるようにトレーニング計画を立てることや、トレーニング時間内に、より多くの参加者がトレーニングをできるように調整する必要があると考える。

急変対応に対する不安では、「心肺蘇生の手順」と「必要物品の準備」は、トレーニング後の不安が軽減し、関連した技術の自己評価も高い数値を示していることから、トレーニングの効果があったと考える。しかし、「第一発見者の対応」や「緊急時の応援要請」は、トレーニング前後で大きな変化はなく、自由記載でも「リーダー役割への不安」、「指示出し」、「冷静に対応できるか」はトレーニング前後で記載があった。これは、トレーニングを重ねても、緊迫した状況下では冷静に行動することは難しく、急変が起きた際にトレーニングでできていたことが実際できるかどうかという不安から、このような結果になったのではないかと考える。また、自由記載内容から、急変時の技術に対する不安だけではなく、家族への配慮や、リーダー看護師としての役割に対する不安があることが明らかとなった。定期的にアンケート調査を行い、看護師が不安を感じる理由や内容を、より細やかに把握し、個別性に応じたトレーニングを行う必要があると考える。

V. 結論

1. 急変時を想定したデモンストレーションの実施は、知識の習得と技術の自己評価を高めた。
2. 今回のトレーニングでは、限られた人員と時間の中では、効果的な胸骨圧迫と迅速な必要物品の準備を最優先とし、バックバルブマスクを使用した換気方法を重要と指導しなかったため、バックバルブマスク換気方法の、知識や技術習得が不十分であり、今後は重点的に指導すべき項目である。
3. 呼吸循環動態のアセスメント能力の向上には、トレーニングの状況設定に変化をつけ、循環動態を観察できるようにすること、1回/2〜3カ月は、デモンストレーション実施者となり、定期的・継続的にトレーニングに参加できるようにトレーニング方法を検討する必要がある。
4. 定期的にアンケート調査を行い、不安や技術への自信がない項目を明らかにし、個別性に応じたトレーニングを行っていく必要がある。

引用文献

- 1) 小坂桃子:キャンパス内におけるBasic Life Support (BLS) 講習の効果 第二報, 慶應保健研究, 第29巻第1号, 53-56p, 2011.
- 2) 谷川攻一:JRC (日本版) ガイドライン2010 BLS&EIT (確定版), 第一章一次救命処置, p19.
- 3) 浦部誉子:看護部のACLS教育にOSCEを導入しての評価—第1報 OSCEを用いたACLSスキル到達度の評価—, 第36回看護管理, p330, 2005.
- 4) 及川朋実:一次救命処置技術の効果的な教育方法の検討—学生の自己評価の分析から—, 第36回看護教育, p22, 2005.
- 5) 小笠美春:看護系学士課程大学生のBLS (Basic Life Support) 講習受講後1年および2年後の知識習得状況の比較 第II報, 第42回日本看護学会論文集 成人看護I, p233, 2012.
- 6) 窪裕美:内科病棟におけるBLS・ACLSの習得—知識・技術を維持するための再学習時期とその方法—, 第41回看護教育, p25, 2010.

8. 関節リウマチ治療の生物学的製剤自己注射における動機づけ面接法の有効性についての検討

山下 哲子¹⁾・森崎 志保¹⁾

key words : 患者指導 自己注射 動機づけ面接法 自己効力感

はじめに

平成23年厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ・アレルギー対策委員会¹⁾では、「我が国におけるリウマチ患者数は70～80万人以上とされ、近年抗リウマチ薬の進歩や生物学的製剤の出現により、それらを適切に選択することでリウマチにおいては早期の積極的な治療をすることでリウマチによる関節の骨破壊の完全な阻止を期待できる治療方法が確立されつつある」と示されている。現在、生物学的製剤は8種類承認されており、そのうち自己注射可能な製剤は5種類である。

また、生物学的製剤においては、患者のライフスタイルに合わせ病院などでの点滴実施から自宅でも行える自己注射へシフトされてきている。リウマチ治療においては、欧州リウマチ学会 (EULAR) でも提唱されているTreat to Target (以下T2Tと略す) 目標達成に向けた治療が重要であり、患者と医療者が同一の目標に向かって、患者自身が主体的に治療に取り組むことが良い結果を導くと考えられている。

A病院では約100名の患者が生物学的製剤による治療を受けている。しかしその中には生物学的製剤のリウマチ治療はしたいが自己注射には強い不安があり、自己注射が可能と思われるような患者が病院に通院し、看護師に皮下注射を受けている現状があった。そのような患者に自己注射指導を動機づけ面接法を用いて実践したところ、手技の獲得ができT2Tの観点からも良い結果が得られた。この成果が得られた要因について分析し、動機づけ面接法の有効性を報告する。

I. 研究目的

生物学的製剤の自己注射指導において、動機づけ面接法が患者指導において有効か検証する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的デザイン、事例研究

2. 対象

自己注射が可能な製剤であったが、A病院に定期的に通院し看護師による皮下注射を長期間受けていた患者3例、新たに生物学的製剤の導入が決定したが、自己注射に嫌悪感があった1症例

3. 研究期間

平成25年6月～26年3月

4. データ収集と分析方法

データの収集はカルテの医師・看護記録、個人ファイルより行った。動機づけ面接法を用いた指導と患者の発言に焦点を当て、記述データに書き起こし、患者の言動を動機づけ面接法の原則に当てはめ考察した。

5. 用語の定義

動機づけ面接法はウィリアム・R・ミラーら²⁾によって「クライアント中心主義的であると同時に、両価性を探索し解決することによって心の中にある『変化への動機』を拡大する、指示的な方法である」と定義づけている。動機づけ面接法の土台になっている4つの原理には、1共感を表現する、2矛盾を拡大する、3抵抗に巻き込まれ転がりながら進む、4自己効力感を援助する、がある。

6. 倫理的配慮

本研究において、患者ならびに家族には研究の趣旨、データにより個人が特定されないこと、研究を中断しても患者に不利益をもたらさないことを説明し、発表の承諾を得た。また院内倫理委員会においても承認を得た。

III. 結果

動機づけ面接法を導入するにあたり、スタッフ全

やました てつこ 1)香川医療生活協同組合 高松平和病院

員が動機づけ面接法の講習を受けた。それまでの指導は、看護師の適宜の説明と実践だけに終わっていたことに気付いた。そこで今回は、動機づけ面接法と合わせて指導をチェックリストに沿って手技獲得の過程を患者と共有しながら進めていった。

今回は1症例のB氏について前述した4つの原則に沿って結果をまとめた。他の3症例においても同様の結果が得られ、自己注射の手技の獲得ができた。

患者B氏 70歳代 女性、透析中の夫と二人暮らし。

X年5月に関節リウマチと診断され、7月エタネルセプトが導入される。生物学的製剤にてリウマチコントロールは良好で、日常生活動作には大きな問題はなかった。しかし、関節リウマチに罹患したことを悲観しており、通院の度に不安を訴えていた。自己注射に対しては不安も強く、日常では夫の介護もあり、今以上に自分の負担を増やしたくない思いを持っていた。製剤の剤型変更(シリンジ型からペン型)をきっかけにX+5年自己注射への移行を勧めた。

1. 共感を表現する

B氏には自己注射指導を勧めることを何度か行っていた。その都度B氏より強い不安を訴えられていた。「この注射をずっと続けなければいけないのか?」「リウマチは治らないのか?」「薬の副作用で死んでしまうことはないのか?」など何度となく毎回同じような内容の質問をされていた。そこでその不安に関しては傾聴はするが否定的な指導はせず、共感を言葉で表現するようにスタッフ間で共有した。看護師は患者のいつもの質問に対し、「ずっと注射を続けていくことに不安がありますね。」「リウマチと付き合って行かないといけないのは大変ですね。」などと声かけし、共感を示していくことに徹した。

2. 矛盾を拡大する

B氏になぜ生物学的製剤の投与を続けているかを質問し、患者に考えてもらった。するとB氏から「注射は大変やけど、これでリウマチの調子が比べものにならないくらいよくなった。やっぱり頑張ってる続けられないかなあ」という発言が聞かれた。看護師はこの場面で「リウマチになってしまったことはとてもつらかったですね。しかし一方で生物学的製剤の注射を始めてからは症状がすごくよくなってきていることを実感できますね。」と聞き返しを行った。聞き返しを行うことで、注射はしたくないがその効果は実感していることを患者自

身が認識できるよう援助した。

3. 抵抗に巻き込まれ転がりながら進む

1) 言い争いをさける

看護師は注射に対してはどうか?と言う質問をしたところB氏は「注射を自分ですることがどういう事かわからない。自分で注射をするなんて考えられない。自己注射しなければならないストレスを抱えるのはつらい。」と答えた。ここでは看護師はそのことについて非難や説得はせず、傾聴に徹した。

2) 抵抗に巻き込まれ、転がりながら進む

注射を自己注射ですることに意味の見いだせないB氏に「自己注射をしなければならない意味がBさんには分からないのですね。注射のどういうところの意味が分からないですか?」と質問した。すると患者は「持ち帰って注射をする意味が分からない。」と答えた。このことについて反論はせず、次に看護師は「持ち帰らずに、病院でご自分で注射をすることはどうですか?」と提案してみた。B氏は「看護師さんが見てくれていたら、できるのかな。でもやっぱり怖い、どうしてしてくれんの?注射ってややこしそうで、覚えられん。」という発言が聞かれた。ここで看護師は「1度に覚えなくてもいいですよ。まずはパッケージを開けるだけ、ボタンを押すだけ、何でもいいのでやってみませんか?」と押し付けにならないよう配慮し提案を続けた。B氏は「ふたを開けることくらいだったら、自分でもできるかな。」と言い、自己注射の練習を始めようとした。

4. 自己効力感を援助する

最初は「パッケージの開封だけや、ふたを開けるだけなど簡単な手技だけでもいいですよ」と指導し実践した。簡単なことだけであるが、一つ一つできたことに共感して共に喜び、できることを増やしていった。何度か簡単なパッケージの開封やペン型注射のボタン押しのみの実施で自信を持てたところで、全体を通しての手技の確認をチェックリストを用いて確認した。看護師が「上手ですね。」と言うと「上手になってきたでしょ?」と明るく言われ「リウマチとは上手に付き合っていないんでしたよね?」という発言があった。また、看護師から「Bさんならもう自己注射できそうですね。」という「私もできるような気がします。だけど注射は病院に通って行きたいんです。全部自分でしないと行けないと思うとそれが負担で。看護

師さんの前で自己注射するので。」と訴え、通院にて自己注射を実践し、現在に至っている。最初の説明を実施し全部の手技を獲得するまでおおよそ3ヶ月、指導回数は9回であった。

IV. 考察

ウィリアム・R・ミラー³⁾は、動機づけ面接法とは「クライアント中心かつ変化を促すように両価性が解決される指示的に関わる様な面接法である。」と述べている。今回動機づけ面接技法の4つの原理に沿って患者にアプローチを試みた。はじめB氏は多くの不安を来院の度に訴え、自己注射は自分には到底できることではないと強く訴えていた。しかし、この不安に共感し、なぜ不安の中でも治療を続けているかを患者自身が考え、患者との会話の中で看護師が何度も聞き返し、患者の思いをまとめ、聞き入れながらも治療に主体的に取り組むためにはどうすれば良いかをこの技法を活用し患者とともに考えた。この4つの原理に患者の言葉が、どの段階に当てはまるのかを考え、その発言が4つのうちのどの段階で、どのように対応するべきなのかを判断することが重要であった。またこの面接技法を用いて患者に関わることで、患者の不安の理解や患者との信頼関係を深めるきっかけを作ることができたと考ええる。

村上⁴⁾は、疾患の自己管理を促進および阻害する要因について、「促進する要因としては①自己管理の実行を意識化する。②取り組んだ効果を実感する。阻害する要因は①疾患と向き合えない②病気である自分自身や生活が重荷になる」と述べている。B氏は8年前に関節リウマチと診断され、その間抗リウマチ薬の治療が十分ではなく、生物学的製剤が導入された。寛解状態になっても疾患に対する不安が大きかった。動機づけ面接法で患者と深く関わる過程で、患者の思いを知ることができた。それは、リウマチは不治の病であるという先入観を持っていること、また生物学的製剤においては、副作用で死んでしまうのではないかと漠然とした不安を大きく持っていることであった。またB氏の夫が人工透析を受けており通院の手助けをしなければいけないこと、自分だけの事を考える生活ができない不安についても患者と共有することができた。これらの阻害要因について動機づけ面接法を用いて段階的に介入でき、B氏の不安の要因を明らかにすることができたと考ええる。

アルバート・バンデューラ⁵⁾は、自己効力感の信

念について「成功する体験は、個人の効力感に強固な信念を作り上げる」と述べている。これなら自分でも出来そうだと実感できるように援助、指導すること、つまり自己効力感の支持は、動機づけ面接法の原則の四つ目に挙げられている。また自己効力感の低い患者に自己効力感の信念は、成功体験であり、個人の効力感に強固な信念を作り上げるは、患者が成功体験を持てるように小さな課題を一緒に立て、その課題を成功させることにより成功体験を積み重ねるようにすることが重要である。B氏は自分には自己注射は出来ないという思いが強くあり、自己効力感が非常に低い状態であると思われた。そこで自己注射手技をいきなり説明せず、簡単な開封操作などから習得していき、小さな成功体験を積み重ね、自信をつけて行くことを実践した。このことがB氏の自己効力感を高め、治療に対する考え方に変化を生じる事ができたのではないかとと思われる。

また、B氏の自分から自己管理の必要性を述べた発言は、自己注射の行為が治療に参加している意識を高めたためだったのではないかと考える。

V. 結論

1. 自己注射の手技獲得には動機づけ面接法が有効であると示唆された。
2. 動機づけ面接法の中における自己効力感の支持が最も重要であり、この自己効力感の支持により、患者の治療に対する意欲を向上させる事が可能となる。

おわりに

今回、動機づけ面接法を用いた患者へのアプローチを試み、結果を得ることができたが、動機づけ面接法を完全に習得できていたわけではなく、すべての人に有効であるかは検証できていない。今後は、面接技法についてさらに理解を深め、技法の習得のための学習、訓練を日々の診療介助の中で行っていく、患者指導の向上をめざしていきたいと考える。

引用文献

- 1) 厚生労働省厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ・アレルギー対策委員会報告書：2013.<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei.html?tid=127748>
- 2) ウィリアム・R・ミラー、ステファン・ロルニック、松島義博、後藤恵訳：動機づけ面接法基礎・実践編、星

和書店,34,47-48, 2007.

3) ウィリアム・R・ミラー,ステファン・ロールニック,松島
義博,後藤恵訳:動機づけ面接法基礎・実践編,星
和書店,34-35, 2007.

4) 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子, 糖尿病患者の自

己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究
学会雑誌,32(4), 37,2009.

5) アルバート・バンデューラ編, 本明寛, 野口京子
監訳:激動の社会の自己効力, 金子書房, 3,
2003.

9. 身体拘束廃止に対するスタッフの意識変容に向けた取り組みの成果

－ A病棟における自主学習会の実施、討論と実践を通して －

馬淵 百合子¹⁾

key words：身体拘束 意識変化

はじめに

2000年に介護保険が導入され、高齢者介護においてサービス利用の主体者としての権利や人権の尊重に関する意識が高まった。それに先立ち1999年には厚生労働省が「生命または身体を保護するためのやむを得ない場合を除き」身体を抑制しないという身体拘束禁止規定¹⁾が発令された。現在、医療や介護において、身体拘束がさまざまな弊害を起し、その人の人間らしさを失い、生きる気力や生活の質までも脅かし死に至らしめる²⁾行為という概念が定着しつつある。反面、転落や転倒等の事故につながる危険性を否定できず、現在も尚、様々な実践や研究が行われている^{3,4)}。厚生労働省は身体拘束ゼロへの手引きの中で5つの方針を示し²⁾、安易に「やむを得ない」身体拘束への抵抗感の低下に警鐘を鳴らしている。また、同手引きの中で患者の尊厳を守るために掲げられている「身体拘束を必要としない状態の実現を目指し」、「みんなで議論し、共通の意識を持つ」方針は、病棟のスタッフがチームとして協働する基本でもあると考える。

大谷は、ケアスタッフの身体拘束廃止に関する意識を明らかにすることにより、スタッフへの実践力向上への成果と課題について明らかにし、ケアスタッフのモチベーションを維持する勉強会のあり方、施設のリーダーの決意と全職員のケア目標の共有の必要性を述べている⁵⁾。

A病院B病棟では継続して身体拘束ゼロに向けた取り組みを行ってきたが、今回、ケアの見直しを実施するに当たり、スタッフが自主的な学習会と議論を実施し、共通認識を持つとともに、患者の立場に立ったケアに取り組んだ過程を分析した。

I. 研究目的

本研究は、自主的な学習会を実施し議論と実践を

通して、B病棟における身体拘束に廃止に対するスタッフの意識変容に向けた取り組みの成果を明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 対象

平成25～26年度に継続してA病院B病棟に勤務したスタッフ30を対象とした。

2. 研究期間

平成25年8月～平成26年5月

3. 調査方法

学習会の開催及び調査の方法は以下の通りとした。

1) 平成25年8月

身体拘束への知識と意識に関するアンケート調査(第1回目)を実施した。

その後、身体拘束に関する学習会を開催し討論を行った。

2) 平成25年8月～26年5月

学習会における討論からの気付きをもとに身体拘束ゼロへの取り組みを継続した。

3) 平成26年5月

身体拘束に関する知識と意識のアンケート調査実施(第2回目)を実施した。

4. 分析方法

第1回目と2回目の質問紙調査の回答を比較するとともに、意識の詳細な変化のあり様について自由記述をカテゴリ化した内容で補完することとした。

自由記述に関しては、数名の担当者で検討し、同じような意味内容の記述に分類し、それぞれのカテゴリにネーミングを行った。

Ⅲ. 倫理的配慮

B病院倫理審査委員会の承認を得た。病棟スタッフに研究目的と回答が強制でないこと、回答の有無や内容により不利益が生じないこと等を説明し、回答の提出により同意が得られたものとした。

Ⅳ. 結果

1. 回収率と属性

学習会以前の回答数は28（看護師15、介護職13、回収率93.3%）、学習会終了後は25（看護師12、介護職13、回収率83.3%）であった。

2. 身体拘束に関する知識と意識の変化

学習会以前に身体拘束が厚生労働省により禁止されていることを明確に知っていた者は20人（77.0%）であったが、第2回目は100%で、職員全員が認識していた（図1）。

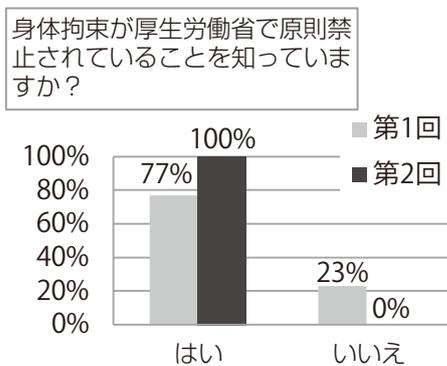


図1. 原則禁止の認識

また、抑制に関する正しい知識や情報を持っているかという質問にははいと答えたのは、学習前が20人（77.0%）、第2回目は21人（91.0%）に増加した（図2）。

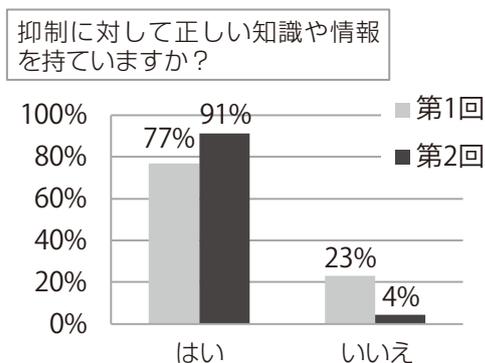


図2. 抑制に関する意識や情報

身体拘束に関する意識として、身体拘束をしないケアを心がけていますか、という問いに、はいと答えたのは、第1回目が25人（92%）、第2回目が24人（96%）であった（図3）。

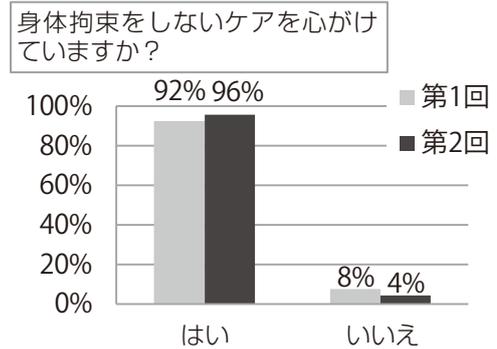


図3. 身体抑制への意識

さらに緊急時やむを得ず身体拘束をする必要があると回答したのは、100%から16人（70.0%）に変化した（図4）。

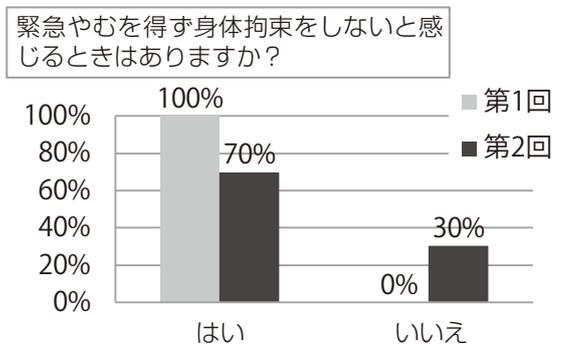


図4. やむを得ない身体拘束について

身体拘束を廃止する取り組みによって、病棟内での業務に支障があったと答えたのは、第1回目が46%、2回目が39%（図5）で減少していた。

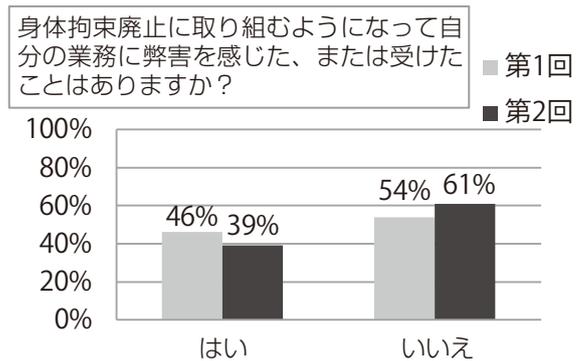


図5. 身体拘束廃止による業務への影響

また最も拘束になると思う行為は、身体に行う拘束が第1回目は73%、第2回目は52%に減少し、言葉による拘束が、第1回目から2回目にかけて、12%から22%に増加していた（図6）。

身体拘束で一番拘束になると思う行為は何ですか？

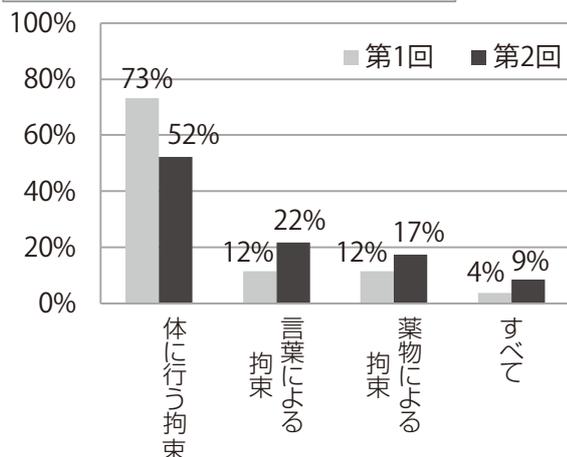


図6. 身体拘束の種類に関する意識

身体拘束に取り組むことで、意識が変化したかどうかについて、良い方向に変わったと答えたのは、第1回目が50%、第2回目が52%で、ほぼ同様の割合であった(図7)

身体拘束廃止に取り組む前と取り組んだ後の自分の意識は変化しましたか？

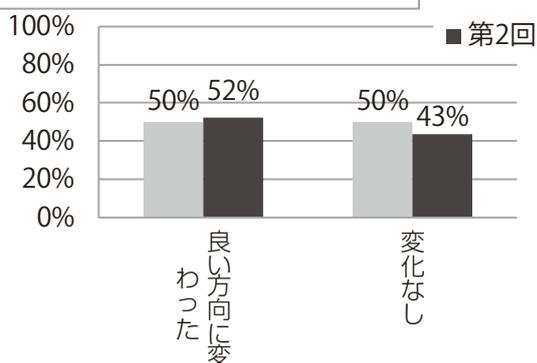


図7. 身体拘束に関する意識の変化

身体拘束廃止に取り組んだ後の自由記述をカテゴリに分類した結果、「身体拘束に対する情報の認識と理解」「患者の穏やかな生活への変化」「自分自身の身体拘束廃止への意欲の向上」の3カテゴリが抽出できた(表1)。

表1. 身体拘束に対する意識の自由記述

カテゴリ	記述例
身体拘束に対する情報の認識と理解	・抑制に対しての意識・情報を持っているスタッフが増えた。 ・以前は支障をきたすと思っていたが、拘束をしないことで後々スタッフにとって後々楽になる。

・どうすればよいかを皆で話し合えたことがよかった。

患者の穏やかな生活への変化

- ・拘束しなくなることで逆に無理せず自然体で過ごされているように思う。
- ・患者様の反応が良くなった。
- ・離床の意欲が湧き「また連れて行って」「あそこに行きたい」等の言葉が聞かれた。
- ・家族から良くして頂いていると感謝の言葉があった。
- ・職員にとっての問題行動が減った。
- ・患者様が落ち着き穏やかになる。
- ・少しの時間だが離床したりスタッフの見守り中に会話や笑顔が見られたときの表情がうれしい。

自分自身の身体拘束廃止への意欲の向上

- ・廃止する方法が何かあるはず、どうすればいいか考えるようになった。
- ・身体拘束をしない状況に喜びを感じた。
- ・患者さん自身の事を考えるようになった。
- ・薬物によるものも最小化できればいいと思う。

記述例としては、「以前は支障をきたすと思っていたが、拘束をしないことがあとあとスタッフにとっても楽になる」という記述や、患者様の生活について、「拘束しないことで逆に無理をせず自然体で過ごされているように思う」また、「今までは安全のために安易に拘束していたが、拘束しない方法が何かあるはず」と考えたり、「身体拘束をしない状況に喜びを感じた」などの記述があった。

本調査の後、病棟内の調査では、身体拘束のない状態が継続していた。

V. 考察

自主的な学習会を開催し、スタッフ間で議論することにより、大谷が述べるように共通の身体拘束廃止への認識が確立⁵⁾され、適切な支援ができるようになったと考えられる。

継続して身体拘束廃止の取り組みを行っていたた

め、学習会を行う前も、身体拘束をしないケアを心がけているスタッフは92%であり、それぞれが抑制や拘束をしないという意識は持っていたと思われる。しかし、質問紙の自由記述の内容に「話し合えたことが良かった」と記載されていたことから、学習会で議論することにより、より確かな知識が習得できたとともに、具体的なケアの取り組みへの共通理解が図られたことが示唆された。

また、緊急時「やむを得ず」抑制を行うことについては「廃止する方法が何かあるはず、どうすればいいか考えるようになった。」という記述に示されるように、抑制しないですむ可能性を考えるようになったことから100%が70%に減少したものと推測される。佐藤らの調査においても、身体拘束を「やむを得ない処置」と考えるものは72.6%⁶⁾とされており、今後さらに「やむを得ない」拘束の減少への取り組みが重要である。しかしながら本研究の対象者の4割が身体拘束を廃止することで業務に影響があると回答しながらも、抑制しないことの価値を理解し取り組む姿勢が強化されたと考えられる。

特に学習会と話し合いをしたことで拘束が単に身体を抑制することだけではなく、職員の言葉による抑制や薬剤を使用することも拘束に該当すると認識する職員が増加したことが明らかとなった。

第2回目の質問紙調査の自由記述には、患者様の立場に立った、スタッフの心情が表出されていた。

「患者様自身の事を考えるようになった。」「身体拘束をしない状況に喜びを感じた」「どうすればいいか皆で声をかけ合い話し合えたことがよかった」など患者様との関わり方に変化を感じる回答が多くあった。

これは自主学習会で「なぜ身体拘束をしてはいけないのか」「身体拘束を行ったことで患者様にどのような影響を起こしてしまうのか」「家族に立場になった時にどのように思うのか」など自主学習会を通して「高齢者の尊厳」について話し合えたことによってより患者様の立場に立って考え直せられた事でスタッフの意識にも大きく影響されてのではないかと考える。

今回、職員が自主的に学習会や議論に取り組んだことが身体拘束の廃止につながり、スタッフ自身の達成感が得られたことは大きな成果である。加えて、患者様や家族の方の立場や思いを考え、高齢者の身体拘束を廃止できたことが「患者の穏やかな生活への変化」に繋がったといえる。

今まで安全確保のためにやや当然と認識していた身体拘束を、避けることができる拘束と捉えるという意識の変容があったのではないかと考えられる。

身体拘束は「目には見えるわかりやすい害」もあれば「目にはよく見えないけれども重大な害が潜んでいる」⁷⁾とも言われている。

金らの研究では拘束を解除するに当たって必要な看護ケアの技術とし、より良い関係性・的確な観察・判断能力、利用者に応じた環境の提供⁸⁾を挙げており、今後は拘束廃止を継続するための技術の確立が望まれることが示唆された。

VI. 結論

身体拘束廃止という目標に対し、自主的な学習会を実施し、その中で議論の場を設けた。

その結果、スタッフ間で情報や意識を共有でき、患者を尊重した看護ケアに関する同様の意識が形成され、身体拘束のない看護ケアの実現とともに、スタッフの意欲や達成感の向上が図られたと考えられる。

今後、看護ケアの質の向上を図るためには、スタッフ自身が議論をしながら自主的に改善に取り組むことの重要性が示唆された。

引用文献

- 1) 厚生労働省：指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準、最終改正2008.
- 2) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦会議」：身体拘束ゼロの手引き～高齢者ケアに関わるすべての人に～、99-108, 2001.
- 3) 中田信枝, 泉谷恵, 須田国男他：身体拘束削減と転倒・転落件数の関係, 日本精神科看護学術集会誌, 58 (1), 424-425, 2015.
- 4) 坂口智華, 中西則子：医療療養病棟における身体拘束解除への取り組み, 日本医療マネジメント学会雑誌, 16 (suppl), 226, 2015.
- 5) 大谷真千子：「身体拘束廃止」に取り組んだ介護老人保険施設ケアスタッフの意識, 千葉県立衛生短期大学紀要, 27 (1.2) 89-96, 2008.
- 6) 佐藤美幸, 堤雅恵, 中村仁志他：身体拘束に対する看護者の意識と経験, 山口県立大学看護学紀要, 7, 127-131, 2003.
- 7) 特定非営利法人, 全国抑制廃止研究会ホームページ：<http://yokuseihaishi.org/>, 2015.12.25アクセス

8) 金壽子, 恵美須文枝, 志自岐康子他: 抑制は意思を可能にする代替策としての看護技術, 日本看

護管理学会誌, Vol.8, No.1, 2004.

10. 新人教育プログラムで学ぶ地域包括ケア

－訪問看護同行研修を通して－

萩田 多恵子¹⁾・森安 浩子¹⁾

key words：新人看護師 新人教育プログラム 訪問看護同行研修 地域包括ケア

はじめに

2025年問題として全国で高齢化社会に対する対策が検討されている。日本看護協会においても「看護の将来ビジョンー2025年に向けた看護の挑戦～いのち・暮らし・尊厳を守り支える看護～」を策定し、これからの医療・介護提供体制には「地域包括ケアシステムの構築」が不可欠であるとしている。A病院を含む2次医療圏においても高齢化率が30%を超え、様々な取り組みが行われている。

A病院は国民健康保険診療施設で、保健・医療・福祉の機能を併せ持っているという特徴があり、医療サービスの提供と共に地域包括医療・ケアの実践の役割を担っている。A病院新人看護師教育「マーガレットシステム」では平成22年度より、地域における自院の役割を知ること、医療と暮らしの継続的視点を養い、退院支援における看護師の役割を学ぶことを目的に入職2年目の5月にA病院に併設している訪問看護ステーションにおいて、訪問看護同行研修を行い、この研修終了までを新人教育としている。今回、研修でどのような学びが得られたかを明らかにし、その有効性について検討したので報告する。

I. 研究目的

訪問看護同行研修での学びを明らかにし、その有効性について検討する。

II. 方法

1. 研究期間 平成27年5月～8月
2. 研究対象
平成26年度 A病院新卒新人看護師19名
3. 研究方法

1) 研修に際して、訪問看護ステーションの主任看護師より以下の内容のオリエンテーションを実施した。

- ①退院支援と退院調整
- ②A病院における退院支援システム
- ③訪問診察と訪問看護
- ④訪問看護の体制と看護師の役割
- ⑤退院支援のポイント

2) 就職2年目の5月に病院併設の訪問看護ステーションでの訪問看護同行研修を1人1日間実施。

3) 訪問看護同行研修終了後、研修担当者と共に振り返りを行い、自己の学びをA4用紙にフリー記載でレポートにまとめた。

4) 全員の研修終了後、各自研修後に作成したレポートを元にグループワークを実施。基礎教育における在宅看護論の実習目標を参考に以下の4点をテーマとし、各グループ1つのテーマについて話し合った。

- ①訪問看護師の役割について
 - ②利用者や家族の生活の様子について
 - ③退院支援と継続看護について
 - ④看護師、医療者間の連携やシステムについて
- グループワーク後、話し合いの内容をグループごとに発表し全体で学びを共有した。

5) 全ての研修終了後、対象者へ同行訪問研修の時期と満足度、研修を受けての学びと今後の課題の4点について質問紙法でアンケート調査を行った。

4. 倫理的配慮

対象者には研究の趣旨を伝えるとともに、発表内容は個人が特定されないよう配慮することを説明し同意を得た。学会での公表に関しては、A病院看護部委員長会にて倫理的承認を得た。

III. 結果

1. グループワーク時の記録と発表内容から、研修での経験内容を枠内にグループワークでの学びを

おぎた たえこ 1)三豊総合病院

枠外に記載する。

1) 訪問看護師の役割

B氏の訪問では主に清拭・排泄ケア（浣腸・摘便）等を行っていた。週2回しか訪問しない為、訪問時に排便できるように配慮していた。処置を行いながら、腹部症状や身体の発赤の有無、その他全身の観察を行い、この利用者への訪問回数やお風呂の回数がどうか検討していた。また、介護者の負担の程度や体調も確認していた。

訪問看護師の役割について、医療的処置を行うだけではなく、症状の変化の有無からサービスの内容についてのアセスメントを行っている事がわかった。また、訪問看護師は介護者の体調管理も行い、利用できる社会資源を提案していたことから、介護者への配慮をしていることや利用者が少しでも長く在宅での生活が続けられるよう配慮していることが分かった。

2) 利用者と家族の生活の様子

以前入院していたC氏は病院にいるより家の方がいいと言って嬉しそうにしていた。また、妻も元気そうにしていた。頸損のD氏は起業し、自分らしく一生懸命に生活しており、自宅は電化され生活しやすいように改善されていた。E氏宅ではゴミなどが山積。日中は一人で過ごし、部屋の中は暑く食べ物は放置されていた。

利用者とその家族の生活の様子や表情から、病院にいる時より自宅で生活している方が表情もよく安心して生活していると感じた。また、訪問看護師が訪問することで利用者や家族は不安に思っていたことや介護の負担感を出出出来ていた。一方、在宅で生活する際に全ての利用者が良い生活環境で過ごしているわけではない現状も理解出来た。

3) 退院支援と継続看護について

自分の病棟に入院していたF氏、入院中肺炎にてADLが低下していたが、家族の希望で在宅に退院された方の訪問に同行した。入院中よりもしっかり会話をされていた。訪問看護・訪問リハビリ・訪問入浴を利用し、家族の希望に沿ったサービスが提供されていた。また、内服がきちんとできていないG氏に対して内服カレンダーを利用して看護師とヘルパーが連携して内服確認をしていた。

病棟看護師が自宅に帰る準備をきちんと整える事で家族が安心して患者を自宅に連れて帰れる事が分かった。また、ADLや内服管理など、自立が難

しい場合も入院中からその人に合った方法を工夫し、退院後も続けられるように病棟看護師と訪問看護師で連携していかなければならない事がわかった。

4) 看護師・他の医療者間の連携やシステム

退院後初めての訪問となる方の自宅で担当者会議に同席した。様々な職種が集まり、サービス内容の確認や打ち合わせをしていた。また、院内で行われている在宅支援連絡会では、訪問看護師、介護支援専門員やMSW、退院調整看護師が集まり、患者の現在の状況や退院日時や次回訪問の日程などの確認をしていた。

病棟で開催されている退院調整カンファレンスの情報が在宅支援連絡会でも話されている事を知り、看護師・他職種との連携やシステムの実際について学ぶことが出来た。自分たちは今後退院支援や退院調整をしていくために、患者の入院前の生活を知り、退院後はどうなるのか具体的に考えることが必要である。

2. 対象者へのアンケート調査では、訪問看護同行訪問の満足度は満足55%、やや満足47%であり、満足度は高かった。学びについての自由記載には、「在宅での介護は簡単なものではない為、早期から退院支援や退院調整を行い介護力の把握や不安を聞き在宅へ結びつけなければならない。」「患者は一人ひとり性格や生活習慣が違うので利用者や家族に合わせた看護やケアを行う事が大切だと学んだ。」「病棟から在宅に移行する患者に病棟では何処までしたらいいのか、何が必要なのかを今回の研修で分かった。」「まとめのグループワークを通じてそれぞれの意見や考えを聞くことが出来学びを深める事が出来た。」との記載があった。また、今後の課題については「退院調整カンファレンスに積極的に参加する。」「病棟から在宅への退院支援で、もっと背景を考慮して考えていきたい。」「本人や家族の希望をよく聞いて支援したい」「早期介入が必要」「介護力を知った上で個々に合った退院支援をしていきたい。」などの記載があった。研修時期については、基礎教育終了後のこの時期だからこそ入院前後の時間軸の視点で患者を見る事が出来たとの意見があった。

IV. 考察

今回、A病院に併設している訪問看護ステーショ

ンにおいて訪問看護同行研修を実施した。1日の研修ではあったが、実際に訪問看護師と同行し利用者やその家族の在宅での様子や表情を見て、どのような環境であれ、住み慣れた場所で生活することは利用者の願いである事に気が付けていた。また、在宅で生活するには介護者の有無や介護力を把握し、在宅での生活を支える社会資源や仕組みを利用し、他職種と連携して支援することが必要であること、病院から在宅に移行するためには入院中からどのような退院支援が必要となるのかを考え、退院に向けて関わっていくことが大切である事を学べていた。村松¹⁾は在宅看護論において、在宅療養を可能にする条件として、①本人が在宅療養を望み同居家族も受け入れたい気持ちがある事②退院後の療養上・介護上から生じる不安を最小限に抑えられる対策の提示③家族に戸惑いや強度の負担が生じないような対応策が退院前に提示されること④治療・処置の継続が必要な場合退院後も確実に実施されることであるとされている。この4つの視点の実際を同行訪問研修を通して経験し、イメージ化が出来たのではないかと考える。

また、A病院は保健・医療・福祉の3つの機能を持ち合わせているという特徴がある。訪問看護ステーションは院内の保健福祉総合施設内に位置しており、病院から在宅へ移行後までの一連の流れを自施設内で経験することが可能である。今回対象者の何人かは病棟で関わった患者の自宅に同行訪問することが出来、入院中の様子との違いや生活の実際を継続して見る事が出来ていた。さらに、今回の研修では単に訪問看護への同行だけではなく、病棟での退院調整カンファレンスから在宅支援連絡会、

訪問看護と一連の流れを経験することが出来た。同行研修であり、見学を主体とした研修ではあったが、退院調整・退院支援全体について統合的に経験出来ていた。この研修を通して、患者を入院前・中・退院後と広い視野で俯瞰できる視点を養う事が出来たと考える。1日の同行訪問で経験できる症例は少ないが、対象者は、今回の研修での経験と学びをグループワークを通して共有し、まとめる事が出来た。

研修時期として、就職後1年間は看護基礎教育としての研修を行っており業務を覚える時期であり、新人教育「マーガレットシステム」における最終段階の時期に設定した。グループワークの記録に対象者自身が2年目で訪問看護に同行したことについて「1年目だと入院中の患者を見るだけで精いっぱいであったが、入院前後の時間軸を通して考えられるようになった」とあり、新人研修としての研修時期としては適切であったと考える。

V. 結論

1. 新人教育プログラムにおける訪問看護同行研修は、医療中心の看護から地域での生活を意識し、広い視野で患者を捉えて看護実践ができる看護師育成に効果があった。
2. 研修時期としては、マーガレットシステムにおける最終段階の時期が良いとの意見があった。

引用文献

- 1) 村松静子：新体系看護学全書 在宅看護論,メジカルフレンド社,p-25,2012.

1 1. 下部消化管内視鏡検査における前処置の説明内容の検討 - モビプレップとニフレックを比較して -

齋藤 美夏子¹⁾・米谷 左笑¹⁾・中川 佐知¹⁾・篠原 美代子¹⁾・楠木 公子¹⁾

key words : 下部消化管内視鏡検査 前処置 説明

はじめに

下部消化管内視鏡検査(以下CS)において、確実な診断・治療のため前処置薬による腸管内洗浄は重要である。田村¹⁾は、「前処置が不十分だと観察に支障をきたし、病変を見落とす可能性がある」と述べている。2013年5月、等張液で2ℓのニフレックに比べ1ℓで同等の洗浄効果をもつ高張液のモビプレップが導入された。CSの前処置薬は医師がアルゴリズム(図1)に沿って2種類より選択している。看護師はモビプレップの使用経験が浅く患者からの質問に対し戸惑い、患者は洗腸剤の種類によって飲み方が違うため、理解がしにくくなった。そこで、2剤の洗浄効果の違いや検査が可能になるまでの経過、患者の反応を明らかにし、患者に分かりやすい説明マニュアルの内容を検討したので報告する。

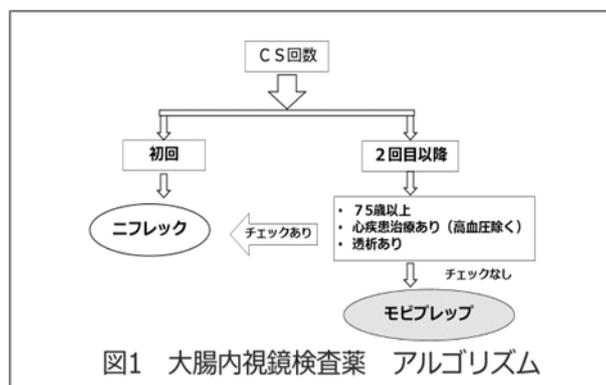


図1 大腸内視鏡検査薬 アルゴリズム

I. 研究目的

患者の疑問や質問内容を明らかにし、モビプレップとニフレックの洗浄効果の違いを知ることで患者に分かりやすい説明ができる。

II. 研究方法

1. 研究期間

2014年9月1日～2014年9月30日

2. 研究対象

ニフレックを飲用した48

(男性:37名、女性:11名、平均年齢:62.8歳)とモビプレップを飲用した36名(男性:21名、女性:15名、平均年齢:62.8歳)

下部消化管内視鏡検査の前処置の説明をしている看護師8名

3. 方法

1) 前処置の説明をしている看護師8名に説明時に困っている事についてアンケート調査を実施。

2) CS検査の説明後と洗腸剤を飲用中・飲用後に前処置室に訪室し、ニフレックを飲用した48名とモビプレップを飲用した36名を対象に副作用の有無、疑問や不安、不明な点等について、説明した看護師が説明後に聞き取り調査する。

3) 前処置の洗腸剤の量・検査が可能になるまでの所要時間・排便回数・飲用中の副作用などの症状の有無を調査し、モビプレップとニフレックの洗浄効果を比較する。データに欠損があっても項目毎に単純集計する。

4) CS説明マニュアルを見直す。

4. 倫理的配慮

研究の趣旨・目的・プライバシーの配慮、研究に参加しないことへの不利益の回避を同意書に明記し署名を得た。また、看護部委員長会にて倫理的承認を得た。

III. 結果

看護師のアンケート調査の結果、100%の看護師が説明に時間がかかる、患者からの質問にはっきり答えることができないと答えた。患者への聞き取り調査では、飲用量が違うのでややこしい、前回のニフレックの方がよかった、2つは何が違うのかなどの意見があった。

そこで2剤について、洗腸剤、飲用後の初回排便

時間、検査が可能になるまでの排便回数と所要時間、追加処置、副作用についてそれぞれを比較した。その結果、初回排便時間(図2)について、モビプレップ群は平均時間44.1分であり、31~60分が46%と最も多く、ニフレック群では平均時間48.4分であり、31~60分が43%と最も多かった。

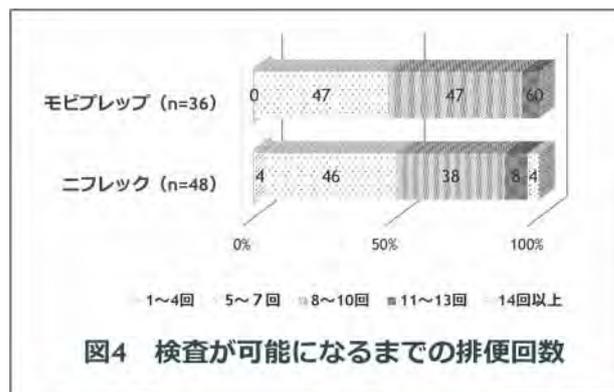
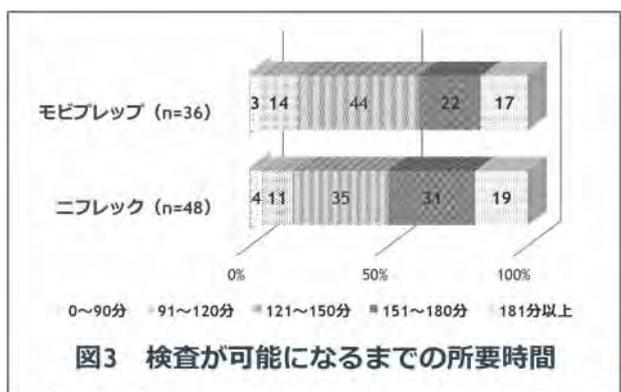
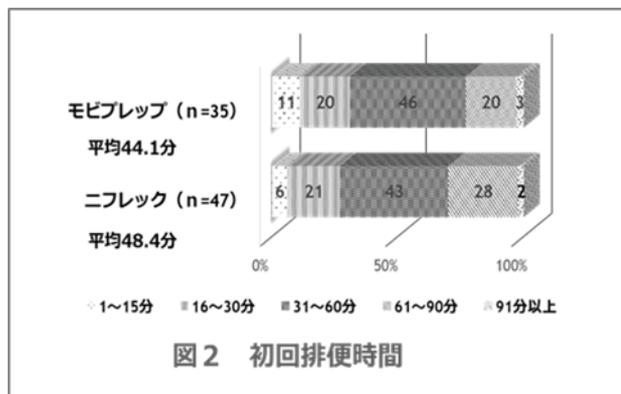
検査が可能になるまでの所要時間(図3)について、モビプレップ群で平均時間156.0分、121~150分が44%と最も多く、ニフレック群で平均時間160.9分、121~150分が35%と最も多かった。

検査が可能になるまでの排便回数(図4)について、モビプレップ群は平均回数7.6回、5~7回47%、8~10回47%で、ニフレック群は平均回数7.98回、5~7回46%、8~10回38%であった。

追加処置について、モビプレップ群では94%は追加処置なし、モビプレップ追加6%、浣腸は0%であった。ニフレック群では92%が追加処置なし、ニフレック追加4%、グリセリン浣腸施行2%、ニフレック追加と高圧浣腸2%が施行している。

副作用について、モビプレップ群は嘔吐1名、寒気・低血圧1名あり、ニフレック群では嘔吐1名であったが、いずれも検査に支障はなかった。

2剤について比較すると、飲用量や飲み方に違いはあるが洗腸効果や検査が可能になるまでの所要時間に差はなかった。



IV. 考察

2剤を比較すると飲用量や飲み方に違いはあるが洗腸効果や検査可能までの所要時間に差がないことが分かった。モビプレップは飲用量が少なく患者の負担は少ないと言える。しかし、モビプレップは高張液であり、嘔吐、寒気・低血圧などの副作用がそれぞれ1名出現しているため、脱水への注意が必要である。そこで、水分摂取を促す説明を十分することで副作用を最小限に抑えることができ、患者の安全につながると考える。現在、ニフレック、モビプレップともほぼ同数いる中で、2種類の説明をしている。それに加え、前回と異なった前処置薬の指示がある場合があり、患者の混乱が考えられる。しかし、2剤に差がないことより、モビプレップについての説明はニフレックのCS説明マニュアルに飲み方と脱水に注意し、十分な水分補給を促す内容を加えることで統一した説明ができる。

また、2剤の洗腸効果について比較した結果を掲示することで、看護師は患者の質問内容に対して具体的な説明ができ、患者は納得し、安心して検査に望めるのではないかと考える。

V. 結論

2剤について比較した結果、洗腸効果や検査可能までの経過に差はなかった。

モビプレップの説明はニフレックのCS説明マニュアルに飲み方と十分な水分補給を促す内容を加えることで統一した説明ができる。

文献

- 1) 田村君英: 技師&ナースのための消化器内視鏡ガイド, 学研, 132, 2011.

12. 香川県内における助産師のクリニカルラダーに関する調査

井原 妙子¹⁾・小林 紀子²⁾・松木 由美³⁾・野口 純子⁴⁾

key words : 助産師 助産実践能力習熟段階 クリニカルラダー CLoCMiP

はじめに

日本看護協会では、助産師の実践能力を強化する仕組みとして助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）（以下CLoCMiP）を公表している。岡本は¹⁾「この制度の創設は、非常に画期的なことである。助産師が、社会に向かって安全で実の高い助産サービスを提供することを保証していくことを意味し、社会的に専門職として責務を果たすという大きな意義がある」と述べている。香川県は産科医が他県よりも不足していることから、助産実践能力がある助産師を明確にすることは必要であると考えられた。

我々は、香川県看護協会助産師職能委員会においても、中国・四国地区合同のワークショップに参加し、職能委員会で情報交換を行い、CLoCMiPの普及・啓発に取り組み、平成27年8月のCLoCMiPレベルⅢ申請に向けて準備を進めてきた。しかし、CLoCMiPレベルⅢ申請をする上で様々な問題が生じていることも聞かれた。そこで、香川県内のレベルⅢ申請を予定している助産師数を把握し、申請にあたって何が問題なのかを把握するためにアンケート調査を実施したので報告する。

I. 目的

香川県内のCLoCMiPの普及状況を明らかにし、レベルⅢ認証申請に向けての課題を検討することを研究目的とした。

II. 研究方法

1. 調査時期：平成26年11月20日～12月10日。
2. 対象：香川県看護協会会員の助産師273名。
3. 調査方法：
 - 1) 調査目的を明記した自記式調査票を配布し、郵送での回収とした。
 - 2) 記述統計を行い、分析した。

4. 倫理的配慮

対象者に調査の目的と方法、学会などでの公表及び収集したデータは個人が特定できないように処理されることを書面にて説明し、調査票への回答をもって同意を得たこととした。

III. 結果

調査票が回収された212名（回収率：77.6%）を分析対象とした。

対象者の平均年齢37.1歳で、20歳代が64名と一番多く、ついで30歳代60名（28.3%）、40歳代51名（24.1%）であった。平均経験年数11.2年で病院勤務者187名（88.2%）であった。勤務部署は病棟が151名（71.2%）と最も多く、産科以外の病棟で勤務している者もいた。職位はスタッフが168名（79.2%）で一番多かった。

CLoCMiPを認知している者192名（90.6%）で、活用ガイドを熟読した者23名（12%）、少し読んだ者117名（60.9%）であった。自分のレベルの確認をした者は97名でレベルⅢは44名（45.4%）、レベルⅣ5名（5.2%）であった。レベルⅢ申請予定者は31名（14.6%）であった。申請しない理由は「未受講の研修がある」104名、プライマリーケースの実施不足85名、妊娠期の健康診査実施件数不足74名で多かった。意見として「実践記録に関して振り返る資料がない、業務が忙しい中で文章でそろえるのが大変な作業」、「健康診査の実施基準が分からない」、「健康診査の例数にそれほど意味があるのか」など、これまでの実践記録がなく振り返りが難しいことや、「申請に必要な研修、条件が多すぎる」、「倫理、記録、NCPRなど受講していない研修が多く、受講機会が少ない」、「申請のために勤務場所のローテーションが必要」、「家庭との兼ね合いがあり、子ども

いはら たえこ 1) 回生病院 2) 三豊総合病院 3) 香川大学医学部附属病院 4) 香川県立保健医療大学

が小さいうちは難しい」、「認証されても活用できないのではと不安になる」、「申請費用が高い」等であった。また、未受講の研修には、助産倫理、記録、N CPR（新生児蘇生法）、出血時の対応、フィジカルアセスメント、陣痛促進剤（輸液ポンプ）等があった。（図1～図10）

IV. 考察

申請予定者が少ない理由として、年代が若く経験年数が少ない者が多いことが挙げられる。分娩件数が足りない、妊婦健診やプライマリーケースの数が足りないなどの要因であり、経験を増やして、今後若い人たちが申請できるようにしていく必要がある。また、勤務している施設（病院）の体制や勤務部署が異なることで申請の要件に満たない事があり、考慮してもらうことも重要となってくる。現在、助産師の出向制度も活用されてきており、施設間を通じての連携体制も作っていかねばならない。

また、CLoCMiP活用ガイドを熟読している者が少なくCLoCMiPの経緯や意義が周知できていないことも原因ではないかと考えられた。職能委員が所属している施設は委員を通して再度説明や周知をしていきたい。職能委員がいない施設（病院、クリニック）も多いので、看護協会を通じて周知してもらうことも必要である。また、自身の環境や心境が原因で申請意欲を低下させる原因になっていることに対して、各施設で個人のモチベーションへの働きかけが必要であると考えられる。

未受講の研修に関しては、看護協会主催の研修（インターネット研修も含め）を開催し、近県での研修及び学術集会の情報提供をする等、働きかけていく必要がある。

CLoCMiPレベルⅢ認証制度導入の目的は²⁾「第1に、妊産褥婦や新生児に対して良質で安全な助産とケアを提供できる事です。第2に、助産師が継続的に自己啓発を行い、専門的能力を高める機会になります。これにより助産師自身も、実践能力を自覚することで、より明確な目標をもつことにつながります。第3に、社会や組織が助産師の実践能力を客観視できることになります」とある。今回CLoCMiPレベルⅢ

の申請に向けて、個々の助産師が今までの経験を振り返り、自己の実践能力の習熟に関心を持ち、各々のレベルの確認・評価を実施することになった。その中で新たな課題が見つかり、助産師の専門職として成長することができると考えられる。また新たな目標設定を作ることはモチベーションを維持することにもつながる。CLoCMiPのレベルを確認することで、どんな助産師になりたいのか、今後どんな知識や技術を身につけることが必要なのかなどを考える機会となると思われた。

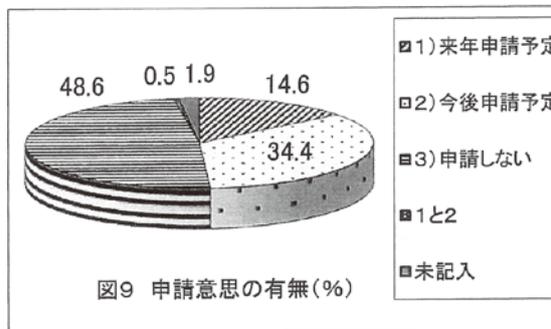
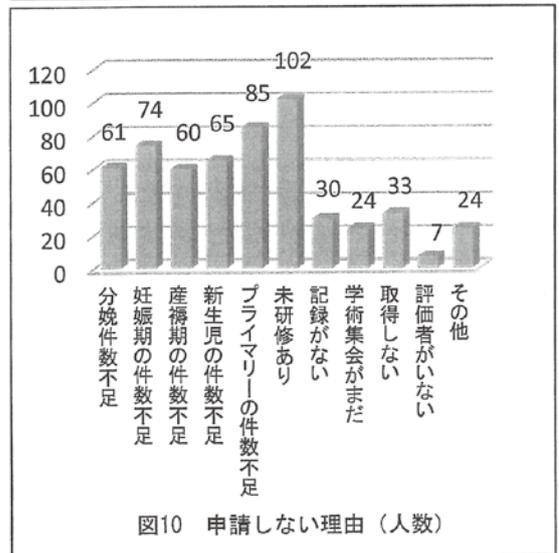
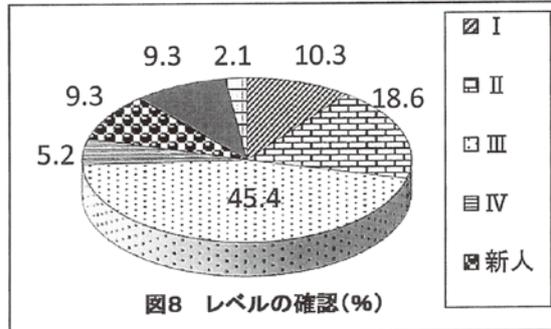
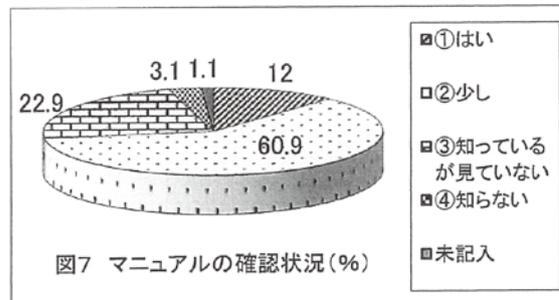
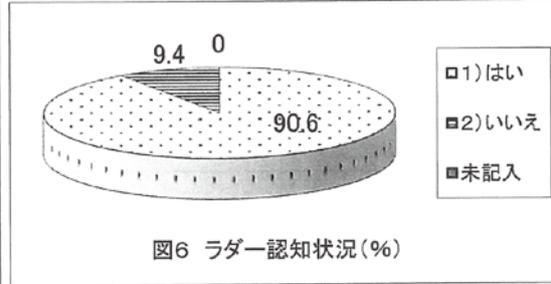
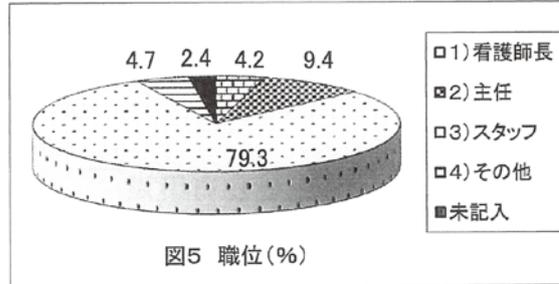
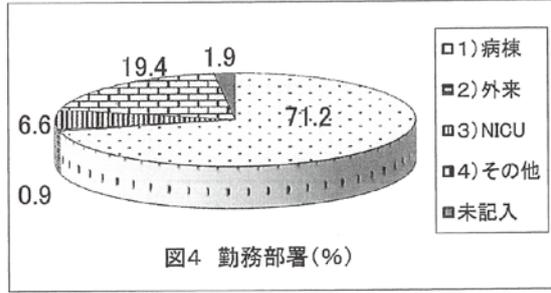
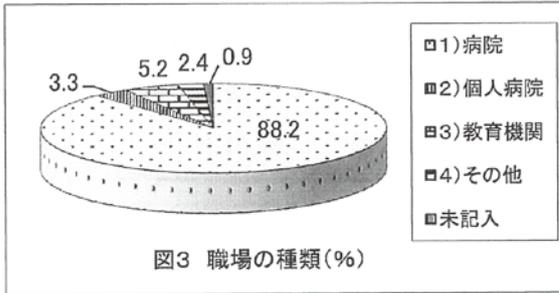
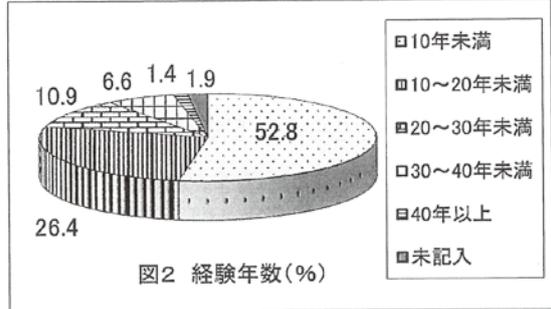
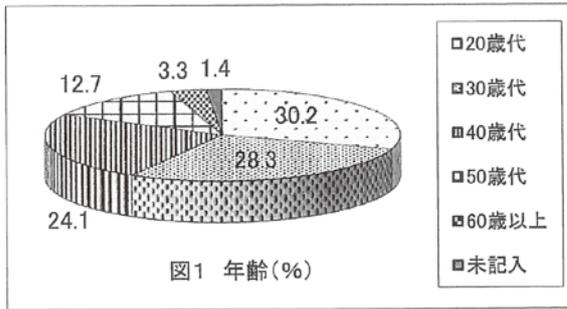
今後、申請人数を増やし、レベルⅢの助産師を確保することで、香川県での妊産褥婦・新生児に対し安全で安心な分娩、ケアを提供できるようにしていかなければならない。そこには、産婦人科医師の協力も必要となってくる。産婦人科医師にもCLoCMiPの意義を説明し、助産師の実践能力を認めてもらうことも重要となってくる。そして、施設の枠に留まることなく助産師職能委員として一人ひとりの助産師が成長できるように働きかけたいと考えている。今回はレベルⅢの認証であったが、そこにとどまらず、レベルⅣへの認証に向けての自己研鑽をすると共に、助産師としての活躍の場が広がり、多くの女性や子どもたちへ支援できるようにしていきたい。

V. 結論

1. CLoCMiPレベルⅢを申請する予定者は31名（14.6%）であった。
2. 申請しない理由として多かったのは、未受講の研修がある、プライマリーケースの実施不足、妊娠期の健康診査実施件数不足が多かった。
3. 今後、申請者が無理なく申請できるように支援していくとともに、さまざまな研修の開催を働きかけていく必要がある。

引用文献

- 1) 岡本喜代子：始まる！助産実践能力認証制度，助産師，69(1)，11，2015。
- 2) 堀内成子：レベルⅢ認証を受けるには，助産師，69(1)，22-24，2015。



1 3. 集中治療室看護師の教育的サポートに関する検討

－プリセプターの関わりからみた分析－

河原 教代¹⁾・萩原 奈美¹⁾・田原 直美¹⁾・圖子 早地子¹⁾

key words : 集中治療室 プリセプター 教育

はじめに

集中治療室に配属された看護師が、その領域の専門性を獲得するための教育的サポートは重要である。

A病院では、従来のHCU8床からHCU4床+ICU4床に変更し、平成26年5月より稼働開始した。それに伴う看護師の増員により、11名(他病院からの新規採用者6名、院内の配置転換者5名)が新たに配属され、HCU・ICU合わせて22名の看護師のうち半数を占める状況となった。

集中治療室の特殊性から、そこへ配属された看護師のストレスや不安、自信喪失等についての心理的負担は、先行研究においてもその存在が明確化されている。

しかし、長山ら¹⁾が「ICUへ配置転換した看護師の教育的サポートは各施設によって違いがあり具体的な指標はない」と述べているように、A病院においてもプリセプターシップを導入していたが、実際の教育は個々のプリセプターの力量に任せられ、その教育内容や指導方法について省みる機会はない状況であった。また、プリセプター自身からも「十分な関わりが持てているか」「自分が役に立っているか」「自分の指導が間違っていないか」等の声が聞かれていた。

今回、A病院において、集中治療室へ配属された看護師に対するプリセプターの関わりを振り返ることにより、教育的サポートの内容を明らかにし、集中治療室における教育上の課題を見出すべく考察したので、報告する。

I. 目的

集中治療室へ配属された看護師に対するプリセプターの関わりを振り返ることにより、その教育的サポートの内容を明らかにし、今後の集中治療室にお

ける教育上の課題を見出す。

II. 方法

1. 研究期間:平成26年4月～12月
2. 研究対象:平成26年4月に集中治療室へ配属された看護師11名のうち本研究に同意の得られたプリセプティ9名(2名は退職)とそのプリセプター8名(1名はプリセプティ2名を担当)。
3. データ収集

平成26年4月～12月の間にA病院集中治療室で実施した看護師教育の内容をもとに、①プリセプティの知識・技術の習得状況、②その間のプリセプターの関わり状況についてのデータを収集した。

①平成26年度の技術チェックシートのデータを用い、プリセプティの知識・技術の習得状況を把握した。この技術チェックシートは、例年、A病院看護局で使用している新人看護師教育プログラムの一環として知識・技術の理解度を評価する一覧表である。集中治療室では「入退室」「呼吸器科」「循環器科初級」「循環器科中級」「循環器科上級」「脳外科」「外科」「泌尿器科」の8項目あり、前期(4～6月)、中期(7～9月)後期(10～12月)の3期にプリセプティとプリセプターが各々「助言なしでできる」「助言があればできる」「経験していない」「できない」の4段階評価を行った。

②振り返りシートのプリセプターの記載内容から情報を得た。A病院集中治療室では、平成26年度からプリセプターとプリセプティの関わり記録として振り返りシートを独自に作成し、使用を開始した。なお、振り返りシートとは、毎月プリセプティが悩みや不安を記入しプリセプターがその返答を記入しプリセプティに返す、A病院集中治療室独自の記録であり、4～12月までの全記録を集計し

かわら のりよ 1)高松市民病院

た。

4. データ分析:

① プリセプティの知識・技術の習得状況:

データの分析にあたっては、技術チェックシートの「助言なしでできる」2点、「助言があればできる」1点、「経験していない」0点、「できない」を-1点とし、各得点を前述の8項目それぞれに得点率として算出し、各期におけるプリセプティ（主観的評価）とプリセプター（客観的評価）の平均値を求め集計した。

② 振り返りシート:

プリセプターの振り返りシートに記載されている1文節をコード化した。次に、内容を類似性に基づき分類しサブカテゴリーとして名称をつけた。さらに、サブカテゴリーの中で類似したものを集約、カテゴリー化し名称をつけた。この分析プロセスは、すべて4名の研究者がディスカッションを行い、サブカテゴリー間の関連性を確認する作業を繰り返した。そのうえで、カテゴリー化したものを群に分類、コード数と割合をみた。ただし4月は実施していないためデータはない。

また、プリセプターの関わりとプリセプティの心理状況との相関性をみるため、振り返りシートに記載されているプリセプティの文節について、マイナス思考がみとめられる文節を-1点とし、ポジティブ思考の文節を1点としてそのコード数を集計し、プリセプターのコード数と比較した。

5. 倫理的配慮

研究対象者に対して、本研究の目的、研究方法、研究に協力しない場合も不利益を被らないことを口頭及び書面上で説明し署名を得た。個人が特定されるデータは使用せず、調査で得られた情報は研究目的以外には使用しないこと、研究結果は学会にて発表することについても説明し、同意を得た。なお、本研究はA病院の倫理委員会で倫理審査を受けた。

Ⅲ. 結果

対象者の背景は、プリセプターは、25～55歳（平均年齢41.4歳）、経験年数5～35年（平均年数18.4年）であり、プリセプティは、22～44歳（平均年齢35.1歳）、経験年数1年未満～23年（平均年数14.2年）であった。

① プリセプティの知識・技術の習得状況

技術チェックシートをもとに算出した結果、得点

率は全員の平均で前期（4～6月）49.9%、中期（7～9月）69.3%、後期（10～12月）80.5%と上昇した（図1）。

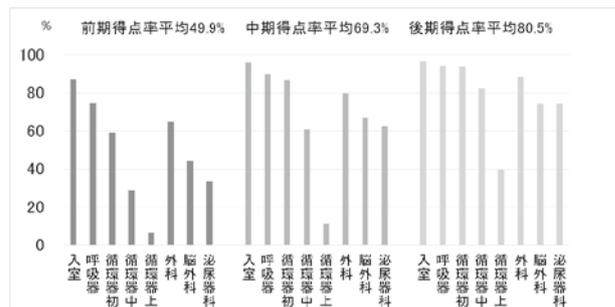


図1 技術チェックシート得点率（全員の平均）

② 振り返りシート:

プリセプターの文節から、こうしたほうがよいというアドバイスの要素を含む内容を「助言」、さらに具体的な内容を加味したものを「具体的指導」、プリセプティの自己学習を促す内容を「学習喚起」、誤りやできていないことを指摘する「注意」、この4項目を【指導】のカテゴリーに分類した。

また、プリセプティの状況を客観的に伝える内容を「プリセプティの現状」、集中治療室の環境や特殊性を説明している内容を「病棟の説明」とし、この2項目をカテゴリー【情報提供】に分類した。

一緒にがんばろうとの「励まし」、同じスタッフとして認めよう「お互い様」、プリセプターが自分の経験からの思いを伝える「共感」の3項目は、カテゴリー【激励】とした。

このほか、「体調の気遣い」、プリセプターが自身を省みる「謙虚な気持ち」、プリセプターが至らない点を反省しプリセプティに抱く「申し訳ない気持ち」、プリセプターも共に向上したいという「自身の向上」の4項目をカテゴリー【配慮】とした。

プリセプターがプリセプティを「ほめる」、プリセプティの状況に「安心」「感心」する、プリセプティの変化に「喜び」を感じるという表現の4項目を、プリセプティの成長を認める【評価】に分類した。

悩みや相談をしてほしいといった「相談喚起」、プリセプター自身の情熱を示す「教育の意欲」、プリセプティの学習に力を貸す「協力」、プリセプティが学習しやすい環境を上司に依頼するなどの「環境の調整」、この4項目をあわせてカテゴリー【支援】とした。

最後に、プリセプティに望むことを「希望」、今後こうなっていきたいと思うことを「期待」とし、この2項目

をプリセプターの【願望】としてカテゴリー化した。

その結果、コード総数599、「助言 (102)」「具体的指導 (74)」「学習喚起 (41)」「注意 (8)」の【指導 (225)】、「プリセプティの現状 (42)」「病棟の説明 (31)」の【情報提供 (73)】、「励まし (43)」「お互い様 (3)」「共感 (58)」の【激励 (104)】、「体調の気遣い (39)」「謙虚な気持ち (24)」「申し訳ない気持ち (8)」「自身の向上 (3)」の【配慮 (74)】、「ほめる (57)」「安心 (7)」「感心 (3)」「喜び (2)」の【評価 (69)】、「相談喚起 (27)」「教育の意欲 (7)」「協力 (3)」「環境の調整 (1)」の【支援 (38)】、「希望 (13)」「期待 (3)」の【願望 (16)】と、23のサブカテゴリーから、7つのカテゴリーが抽出された(表1)。

表1 振り返りシートから分かるプリセプターの関わり

群2	カテゴリー7	サブカテゴリー23	コードの一例
直接的 教育指導 (298)	指導 (225)	助言 (102)	処置についてほうが早く慣れると思う
		具体的指導 (74)	フィジカルアセスメントをしっかりと行ってください
		学習喚起 (41)	その場で答えられなくても後で学習し吸収すれば大丈夫!
		注意 (8)	なかなか記録に反映されていないようです
	情報提供 (73)	プリセプティの現状 (42)	日々の業務にも少しずつ慣れてきていると思います
		病棟の説明 (31)	寒い時期になると脳外、呼吸器の患者が増える可能性がある
心理的 サポート (301)	激励 (104)	励まし (43)	一人ではないので、抱え込まず一緒に頑張りましょう
		お互い様 (3)	お互いに忙しいときこそスキのないようしていきたいですね
		共感 (58)	私も職場の雰囲気になじめずとても悩んでいました
	配慮 (74)	体調の気遣い (39)	息抜きが大事です!
		謙虚な気持ち (24)	私も勉強しなおします
		申し訳ない気持ち (8)	話を聞くことができなくて申し訳なく思います
		自身の向上 (3)	過去の経験を生かし、私たちにも共有していただけるとありがたいです
	評価 (69)	ほめる (57)	何事も積極的に取り組んでいます、申し送りもスムーズです
		安心 (7)	少し慣れてきた、という言葉が聞けて安心していきます
		喜び (3)	最近はお〇さんの明るい笑顔が見られてうれしいです
		感心 (2)	いつも丁寧で真剣に仕事に取り組む姿を見て感心しています
	支援 (38)	相談喚起 (27)	悩んでいることやオーバーワークと感じたら言ってくださいね
		教育の意欲 (7)	私も一緒に学習しながら説明していきたい
		協力 (3)	今度シミュレーションを一緒にしましょう
		環境の調整 (1)	師長さんに頼っておきます
	願望 (16)	希望 (13)	「今を全力でがんばる」の気持ちで業務に取り組んでほしいと思います
期待 (3)		3年後にICUの中心となって活躍している姿を期待しています	

このカテゴリーは、概ね【指導】【情報提供】といった＜直接的教育指導＞群と【激励】【配慮】【支援】【願望】といった＜心理的サポート＞群に分類が可能であった。この＜直接的教育指導＞群298コードと＜心理的サポート＞群301コードは、各々半数を占める状況であった(図2)。



図2 プリセプターの関わり(カテゴリー別割合)

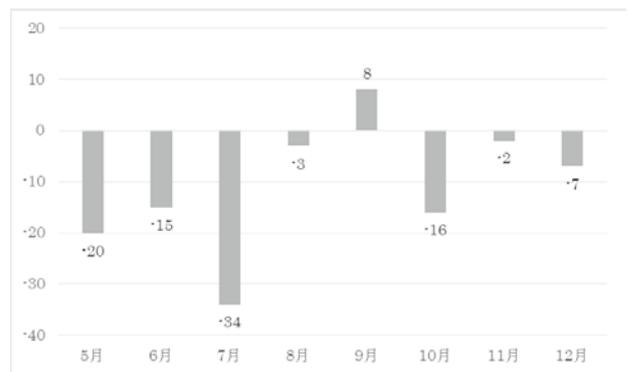


図3 振り返りシートから分かるプリセプティの心理状況の得点

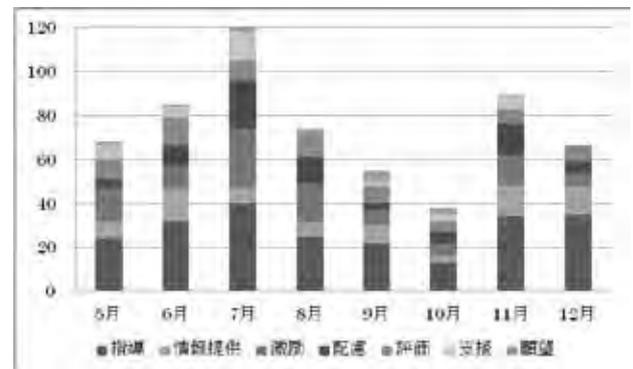


図4 プリセプターの関わり(月別コード数)

月別コード数をプリセプティの心理状況と比較すると、7月のコード数が最も多く、同月にプリセプティは最もマイナス思考が多かった(図3、4)。月別コード数では、各月を通じて【指導】のコード数が群を抜

いて多かった。一方、【願望】は最も少なく、11月、12月に至ってはコード数0であった(図4)。

IV. 考察

振り返りシートの7つのカテゴリーは、プリセプターの多角的な関わりを表しており、直接的指導群と心理的サポート群は各々半数を占め、バランスの取れたサポートを実施していた。内容をみると【指導】が37.6%と最も多く、次いで【激励】が17.4%、【配慮】が12.4%と上位を占めた。このことから、プリセプターは、集中治療室という専門性が必要とされる特殊な環境下で【指導】に重きを置きつつも、プリセプティを【激励】し、体調などへの【配慮】も行っていたことがうかがえる。

特に、プリセプティの心理状況の分析において、最もマイナス思考が多かった7月にプリセプターのコード数が多くみられ、全体的にほぼ相関していることから、プリセプティが必要とする時に多くの関わりをもっていることが判明した。これは、「十分な関わりが持てているか」「自分が役に立っているか」というプリセプターの悩みに応える結果であったと考察される。

プリセプティの知識・技術の習得については、技術チェックシートの点数を一覧表にし、年2回開催したプリセプターの会を通じてプリセプター全員に周知し、達成できていない箇所や点数の低い箇所を重点的に教育したことが、点数が上がったひとつの要因であったと考える。こうした状況から、A病院集中治療室における教育は概ねその目標を果たしており、プリセプターの関わりは十分であったと思われる。

また、知識・技術の点数の上昇からは【指導】の効果がうかがえる。集中治療室という専門性が必要とされる特殊な環境下から、プリセプターは早く知識・技術を習得してもらうことが重要と考え、【指導】に力を入れていたと思われる。

しかし、野川²⁾は「指導する側が多くの指示を与えたり、学習の過程をコントロールしようとする、学習者は学習による充足感を得ることができず、不満感を募らせたり、モチベーションを低下させたりする可能性が高い。」と述べている。【指導】の項目が群を抜いて多いことは、早期に技術・知識を高めるためには有効であるが、仕事における満足度や自己肯定につながりにくく、結果としてプリセプティのストレスや不安、自信喪失等の心理的負担を軽減する教育

的サポートにはつながらない可能性がある。

A病院集中治療室のプリセプティは、22~44歳、経験年数は1年未満~23年と様々な年代であるうえ、経験年数にも大きく開きがあった。野川²⁾は「成人を対象に教育をする機会の多い看護職者は、教育や指導を受ける対象の多くが、その人がこれまで生きてきた人生のなかですでに相当の経験の蓄積があり、その人自身の価値観を持っているということ」を前提とし、学習者の経験や価値観を尊重し、活かしながら、学習者の自己主導型学習を促進できるような支援を意識的に行っていくことが重要である。」とも述べている。

集中治療室に初めて配属されたとはいえ、成人であるプリセプティに対して、従来の【指導】に重点を置く教育は、成人教育の観点から改善すべきであると考えられる。教育=【指導】という認識を、プリセプターはじめ、集中治療室全体で変えていくことが求められる。

一方、【願望】は全体の2.7%と最も少ない状況であり、11月、12月においては0という結果であった。小西³⁾は、中堅看護師の教育や学習支援の実施には、「目的・目標を具体的かつ明瞭にすることが必要である」と述べている。【願望】は、プリセプティにここまで到達してほしいと望むプリセプターの思いであり、「目標」であるのとらえることができる。プリセプターとプリセプティが具体的な目的や目標について話し合い、プリセプティ自らが目標を立て実施することは、仕事に対する満足感やモチベーションの向上に繋がると考えられる。

集中治療室に配属された看護師の心理的負担を軽減し、いきいきと働ける環境づくりのためには、集中治療室のスタッフ全員がその看護師の経験や看護観を尊重するなかで、同じスタッフとしてともに成長していくという視点が必要である。そこでのプリセプターの役割は、日々の関わりを通じてプリセプティの思いをくみとり、個々の情意に応じた教育的サポートを実施していくことであると考えられる。

V. 結論

1. プリセプターはプリセプティのマイナス思考が多い時に最も関わりの件数が多く、プリセプティの心理状態に合わせてサポートを実施していた。
2. プリセプターの関わりは、【指導】が37.6%と最も多く、次いで【激励】が17.4%、【配慮】が12.4%であり、プリセプターは知識・技術の【指導】に重点

をおいた教育を行っていた。

3. 成人であるプリセプティの教育には、経験や価値観を尊重することが重要であるといわれており、【指導】に重点をおく教育を改善していくことが、今後A病院の集中治療室における教育の課題である。

引用文献

- 1) 長山有香理, 白尾久美子, 他: 集中治療室へ配置転換した看護師が直面する困難, 日本看護研究学会雑誌, 34 (1), 149, 2011.
- 2) 野川道子: 看護実践に活かす中範囲理論, メヂカルフレンド社, 333, 2010.
- 3) 小西邦明: 異動者の知識・技術の評価, 看護師長の実践! ナースマネージャー, 16 (9), 19, 2014.

1 4. 地域包括ケア病棟移行後の看護師の役割意識向上のための取り組み

－ 開設6か月後の報告－

島矢 さゆり¹⁾・香川 美千代¹⁾・森安 浩子¹⁾

key words：地域包括ケア病棟 役割意識 退院支援

はじめに

平成26年度の診療報酬の改定では、病棟の機能選択の方針が打ち出された。地域包括ケア病棟は、急性期病床からの患者の受け入れ、在宅への復帰支援などの機能を持ち、地域包括システムを支える病棟としての役割が求められている。当院は地域の拠点病院としての役割を果たすためにも、機能別病棟運営の確立が必須となった。そこで、整形外科急性期27床と亜急性期病床20床の47床の病棟を地域包括ケア病棟として平成26年7月から2か月間の試行期間を経て同年9月に開設した。入院科は複数科となり、各施設基準項目への対応により患者の対象は大きく変化した。

開設に際し、急性期・亜急性期看護から、退院支援へ看護の軸をシフトしなければならない事に対する病棟看護師の「不安」の声は少なからずあった。佐藤¹⁾は「地域包括ケア病棟に勤務する看護師に求められるのは、まさに療養上の世話のエキスパートの能力です。(中略)一般急性期病棟では治療行為に伴う看護の能力が、地域包括ケア病棟では退院調整と指導という看護独自の能力がより一層求められるようになります。」としている。急性期から看護の対象が変更されることへの看護のモチベーションの維持と不安の軽減は導入時の看護管理上の課題であった。その対策としての取り組みと効果について考察し今後の地域包括ケア病棟看護に活かしていきたい。

I. 目的

地域包括ケア病棟開設に伴い生じる病棟看護師の「不安」の軽減、及び、やりがいの向上を目的とした取り組みの有効性を考察する。

II. 研究方法

1. 取り組みの方法

1) 勉強会の実施

地域包括ケア病棟看護師により地域包括ケア病棟看護に必要な項目を挙げ、担当者を決め企画し、開催を複数回に分け全員が参加することとした。「退院支援」「糖尿病指導」「在宅酸素療法」などを月1～2項目ずつ実施した。(表1)

2) カンファレンス・リフレクションの実施

毎日勤務で受け持ち看護師が中心となって退院支援への看護過程を展開する過程での問題点を提言し行うケースカンファレンス1例以上実施。多職種合同退院調整カンファレンス毎週月曜日勤者全員参加。ケアマネージャー介入時の退院前カンファレンスには受け持ち看護師が参加した。また、カンファレンスで問題となった症例や、心に残ったケースを振り返り、病棟内リフレクションを実施した。

【表1】勉強会の実施

開催時期	勉強会内容
6月	介護保険
7月	退院支援
8月	糖尿病指導
9月	コミュニケーションスキル
10月	HOT 導入・在宅での取り扱い
11月	危険な不整脈
11月	心電図モニター

2. 評価

対策実施前後に病棟看護師を対象としたアンケート調査実施

1) 対象者

地域包括ケア病棟看護師20名。

しまや さゆり 1)三豊総合病院

2) 調査方法

地域包括ケア病棟試行開始時平成26年7月と6か月後の地域包括ケア病棟に対する「不安」「やりがい」の意識について、各看護師に、とても感じる100%、まったく感じない0%とし、無記名式百分率自己評価を行った。また、各項目の自由記載欄を設けた。

倫理的配慮

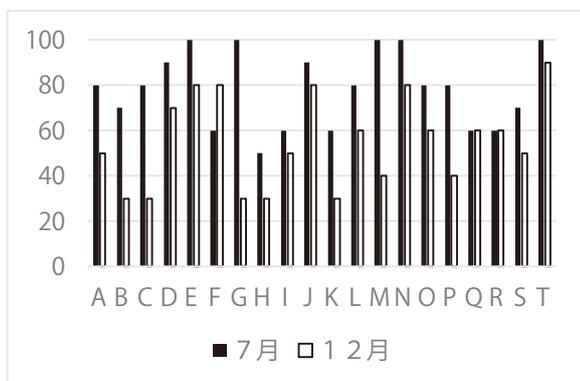
研究対象者に研究の目的、個人情報保護、協力の有無により不利益を受けないことを書面にて説明し了承を得た。病院看護部委員長会により倫理的承認を得た。

Ⅲ. 結果

回収率100%。

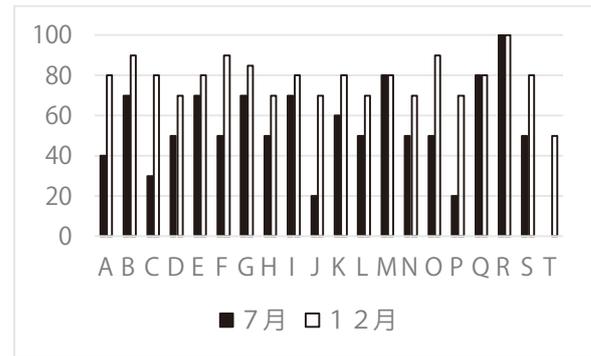
地域包括ケア病棟看護師の地域包括ケア病棟看護に対する「不安」は、開始時4名が100%不安であると回答した。また、開始時の不安の最低値は50%、1名であった。12月(6ヶ月後)も最高値は90%と高かったが1名だけの回答であり、最低値30%の回答が5名だった。平均値は、試行開始時78.5%に対し、6ヶ月後55%に低下した。(図1)

地域包括ケア病棟看護に対しての「やりがい」に対する回答は、開始時100%感じると回答した看護師が1名であった。この看護師は6ヶ月後も100%と回答している。開始時のやりがいを50%未満と回答した看護師は5名であった。うち1名は0%と回答した。6ヶ月後やりがいを50%以下と回答した看護師は居なかった。やりがいの平均値は、試行開始時52%に対し、6ヶ月後64%に上昇した。しかし、開始時やりがいを50%未満と回答した看護師5名の6ヶ月後の上昇率は平均より高く開始時22%から6ヶ月後70%と48%の上昇がみられた。(図2)



【図1】地域包括ケア病棟移行への各看護師の不安(開設時7月と6か月後の不安の程度を百分率自己

評価)



【図2】地域包括ケア病棟看護へのやりがい(開設時7月と6か月後のやりがい感を百分率自己評価)

Ⅳ. 考察

地域包括ケア病棟試行開始時と6か月後の地域包括ケア病棟看護への役割意識調査で、「不安」の項目の平均値は23.5%低下、「やりがい」の項目の平均値は12%上昇した。

急性期病院に地域包括ケア病棟を導入する時の看護管理上の課題のひとつとして佐藤²⁾は「看護師のモチベーションの維持」を挙げている。また、「地域包括ケア病棟を導入することは急性期病院に勤務する看護師の期待を裏切ることにならないかと、当初は不安を抱いた」と述べている。当院でも複数科の看護を対象とすることへの「不安」に対する発言と共に全体が亜急性期となる事ことへの不満の声も聞かれることがあった。看護の対象の変更に伴い生じた具体的な「不安」の低減を目的に、自分たちで勉強会を企画開催した。このことは、経験の少ない事項に関して主体的に知る姿勢が持て、共に学ぶことで「不安」の緩和を図る効果があったのではないかと考える。

ケースカンファレンスを重ねたことは、退院支援看護に必要な考え方やケア方法の幅を広げることができるのではないかと考える。これは、患者家族への安心できる看護の提供に繋がり、患者家族の満足度の向上は、看護師の「やりがい」にも繋がるのではないかと考える。他職種合同で行う退院支援カンファレンスでは、情報交換、情報共有に留まらず、それぞれの専門性から患者の問題解決策を共同で導き出す場に徐々に変わりつつある。篠田³⁾は医療チームのカンファレンスの目的は「患者と家族の意向を尊重しつつ、専門的視点から退院後の生活にイメージを共有化するとともに、支援の方向性についてチームメ

ンバーの合意を取り付ける」こととしている。患者に24時間継続的に関わる看護師が、カンファレンスを通してチーム医療で問題を解決できるように、リーダー的役割を担う事で更に地域包括ケア病棟看護への「やりがい」は高まるのではないかと考える。

問題と捉えたケースを振り返ったリフレクションは、病棟看護師の役割についても考える機会となっている。

退院支援看護は急性期病棟では深く関わることができず時にはジレンマとなることもある。地域包括ケア病棟で求められる看護を十分理解し、必要な社会資源を知ることや、複合的な疾患に対する看護の視点を養い、患者の転帰先の状況を把握したうえでの支援の提供が常に行えるよう地域包括ケア病棟看護師の役割意識の向上への取り組みは今後も継続する必要がある。

V. 結論

地域包括ケア病棟開設時の地域包括ケア病棟看護師に対して、

1. 退院支援が重要となる複合的な疾患に関する各項目の勉強会は「不安」の軽減に効果がある可能性がある。
2. カンファレンス、リフレクション後の「やりがい」の評価は向上した。

引用文献

- 1) 佐藤浩子：急性期病院による地域包括ケア病棟導入，看護，Vol.67.No.8, p48, 2015.
- 2) 佐藤浩子：急性期病院による地域包括ケア病棟導入，看護，Vol.67.No.8, p48, 2015.
- 3) 篠田道子：チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方，p44-45, 日本看護協会出版会，2010.

香川県看護学会誌への投稿について

香川県看護学会で発表した抄録を論文として完成させた原稿は、香川県看護学会誌へ投稿することができます。「香川県看護学会誌投稿規程」を参照のうえ、論文原稿提出期限必着にて送付してください。採択された論文は「香川県看護学会誌」として香川県看護協会が契約をした出版社から発行されます。学会誌に掲載された論文の著作権は本学会に帰属するものとします。

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2,000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・新かなづかいを用い、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学術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。

2013年3月改定

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.)

第32回 香川県看護学会
学会長 中 村 明 美

香川県看護学会誌 第7巻
論文選考学会委員

萩田多恵子

小林 真弓

高崎 麗華

豊嶋 克美

星川 美穂

三浦 浩美

宮田みゆき

事務局 三原由紀美

編集後記

ここに香川県看護学会誌第7巻を皆さまにお届けいたします。

今回は14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、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。

看護研究に取り組むということは、皆さまが日々の看護の中から生じる疑問や問題に対して研究を行い、新たな看護を創り出すということです。これが看護実践の向上に繋がっていくことです。その成果を論文としてまとめ発表することは大変意義深いことだと思います。今後は、研究論文としての質向上を図っていくことが課題であると思います。

本学会誌が多くの看護職や関係職の方々の目にとまり、皆さまが導き出した研究成果がいろんな形で活用され、看護の質向上につながることを願っています。

平成28年6月

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7巻

平成28年8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 新日本印刷株式会社

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。

