

ISSN 1884-5673

香川県看護学会誌

第1巻 2010

社団法人 香川県看護協会

あ い さ つ

(社)香川県看護協会

会長 渡邊 照代

平成15年の医療提供体制の改革ビジョンで質が高く効率的な医療の提供、エビデンスに基づいた医療・看護の提供が基本的方向として示されました。

また、平成19年の医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」では、医療の場における協働・役割分担、看護専門職能の発揮が求められました。

さらに、平成21年度の「チーム医療の推進に関する検討会」では看護職の業務範囲の拡大について多くの時間が当てられ、行為拡大のための新たな枠組みの構築として特定看護師（仮称）が提言されました。大学院においてはNP（ナースプラクティショナー：診療看護師）の養成も始まっています。

制定後60年を経て改正された「保健師助産師看護師法」と「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の一部改正により、念願であった新人看護職員研修が本年4月から予算化され、各施設などで開始されています。

香川県看護協会は、看護に関する専門的学術の研究に努め、もって県民の健康と福祉の向上に寄与することを目的としており、看護研究は継続して研修が行われてきました。さらに、看護教育の充実、教育と臨地との共同研究、各施設での外部講師による指導などにより、研究の質が格段に充実してきました。

このような状況を踏まえて、第26回香川県看護学会から当日発表は抄録とし、投稿により査読を経て学会誌を発刊することになりました。口演14題、示説14題、交流集会6題の中から、14題が掲載されています。なお、ご案内のように、国立国会図書館逐次刊行物としてISSN日本センターに登録されます。研究成果が政策要望のエビデンスとなり、ケアの質向上に貢献できることを願っております。

最後になりましたが、査読をはじめ担当していただいた学会委員並びに関係者の皆様に心からお礼申し上げます。

平成22年6月

目 次

1 認知症患者の行動障害を軽減するための取り組み	岡田マリ子… 1
2 自己抜針予防のための認知症患者の点滴固定カバーの作成 ～抑制帯を使用せず安全・安楽を保つために～	池田 糸穂… 4
3 男性看護師の看護師集団への適応における困難と対処の特徴	土居 大剛… 7
4 嗜好品へのニーズを制限・再開する患者の思い	金正 貴美…11
5 脳卒中地域連携クリティカルパス使用による退院指導の現状 ～アンケート調査を実施して～	森 靖支…16
6 外来看護師の採血場面におけるプレパレーションの認識の変化 ～勉強会前後の比較～	富山かおり…20
7 自宅における大腸内視鏡検査前処置の确实性を高めるための取り組み	秋友偉穂子…25
8 タクティールケアの有効性の検討	古川 育美…30
9 ターミナル患者への退院支援 ～患者と家族の思いに寄り添って～	樋笠 麻理…34
10 終末期患者への関わり ～ケアリング理論に着目して～	畑中 沙予…38
11 採血を受けた後の幼児へのプレパレーションの効果	秋山 菜摘…42
12 看護師が関わった退院支援業務実績の検討 ～基礎的データからの考察～	森田 伸子…47
13 A病院における感染防止委員会の取り組みとその評価 ～インフルエンザ対策を中心に～	岡井 陽子…51
14 代用膀胱造設術後の患者の排尿管理の自立に向けた看護介入	植松 友香…54
香川県看護学会誌投稿規程	……………57

1. 認知症患者の行動障害を軽減するための取り組み

キーワード 認知症患者 行動障害 睡眠パターンシート

岡田マリ子* 土岐 弘美
医療法人社団以和貴会 いわき病院

I. はじめに

認知症患者の行動障害や精神症状を理解し、対応していくことは日々のケアの中で大変難しいと実感している。多くの現場でも「行動障害・精神症状」に注目し、対応策が検討されている。その行動障害のひとつである睡眠障害は、脳の日内リズムが障害され、時間の流れがつかめず、昼夜逆転を引き起こしてしまう。睡眠は生命の維持、活動の基本的なニーズであるため、安楽な睡眠を提供することは重要なことである。しかし、昼夜逆転した患者は本人も辛い夜中にゴソゴソ動きまわり、他患者にも影響を与えている。さらに、せん妄を引き起こすと対応はますます困難となる。今城は「BPSD自体ではなく、その原因を見出し、この除去・調整に努めることが重要である」¹⁾と述べている。また認知症の人のためのケアマネジメントであるセンター方式には「快を意識したケアを徹底していくことが、認知症の人の心身の安定に大きな成果をもたらす」²⁾と述べている。この快とは五感刺激から得るものであり、この刺激を得られるような環境づくりが重要であると考えられている。

これより、認知症患者の睡眠障害に注目し、安眠を提供するためには、患者の睡眠障害の原因を把握し、日々の生活の中で安心感の持てる環境を整えることが重要であると考えた。今回、生活パターンシートを用いて生活リズムを把握し、行動障害の軽減を図るため、環境を整備し、ハンドマッサージを取り入れ、日中の生活リズムを整える試みを行った。その結果、効果がみられたので報告する。

II. 目的

生活パターンシートを活用し、その結果から検

討されたケアを実施することは、認知症患者の行動障害を軽減する効果があるか検証する。

用語の定義

生活パターンシート：認知症の人のためのケアマネジメントであるセンター方式の中の生活リズム・パターンシート。本来のシートの活用目的は対象者の水分・排泄・睡眠・活動などの生活リズムを把握することで対象者に応じた適切なケアを提供するための情報整理シートである。このシートを行動障害を把握する目的のため一部修正した。

III. 方法

1. 対象者：睡眠障害があり日中行動障害のある患者6名
2. 調査期間：2009年4月～6月
3. 実施方法
 - 1) 高齢者の睡眠、睡眠障害、認知症による行動障害について学習会を開催する。
 - 2) 各対象者の生活パターンシートを用いて情報収集する。1日の睡眠パターン、夜間・日中の問題行動を記載する。
 - 3) 各対象者の生活リズムに応じたケア方法をカンファレンスで検討し、ケアを実施する。
 - 4) 各対象者の生活パターンシートから睡眠パターン、夜間・日中の行動障害を時間帯・時間・頻度・エピソード内容について分析を行いケア導入前後と比較した。
4. 倫理的配慮
患者による同意は、疎通困難がみられるため直接同意は得られなかった。研究の主旨を説明し、参加は自由意思によるもの、辞退による不利益は全く受けないこと、個人が特定できないこと、目的以外では使用しないことをご家族に

*連絡先 〒761-1402 高松市香南町由佐113-1 医療法人社団以和貴会 いわき病院 岡田マリ子

説明し、研究への参加の承諾を得た。そして、院内の倫理検討委員会で承諾を得た。

IV. 結果

1. ケア実施後の患者の変化

	日中の行動障害の改善				夜間行動障害			睡眠パターン	
	落ち着かなさ	暴言・暴力	徘徊	奇声	改善	やや改善	改善なし	改善	変化なし
A氏	●	●	●	—	●			●	
B氏	●	—	—	—	●				●
C氏	●	—	—	×	●				●
D氏	●	—	—	×	●			●	
E氏	●	—	—	—	●				●
F氏	—	●	—	—			●		●

(●) 改善あり (—) 以前よりその症状がない (×) 改善なし

図1 ケア実施後の患者の変化

A氏は睡眠パターンが整い、夜間行動障害も改善した。日中の行動障害は、落ち着かなさ、暴言、暴力、徘徊、他者の持ち物を収集する問題行動が改善した。B氏は睡眠パターンに変化はなかったが、夜間行動障害は改善した。日中の行動障害は、落ち着かなさ、強い帰宅願望が改善した。C氏は睡眠パターンに変化なかったが、夜間行動障害はやや改善した。日中の行動障害は、落ち着かなさが改善したが、奇声を発することは改善しなかった。D氏は睡眠パターンは改善し、夜間行動障害はやや改善した。日中の行動障害は、落ち着かなさは改善したが、奇声を発することは改善しなかった。E氏は睡眠パターンは変化しなかったが、夜間行動障害はやや改善した。日中の行動障害は、多動、興奮、脱衣行為が改善したが、徘徊は改善しなかった。F氏は睡眠パターンに変化なく、夜間行動障害もやや改善し、日中の行動障害は、暴言・暴力、易怒性が改善した。

2. 各対象者に対して実施した具体的な対応方法についてA氏をとおして紹介する。

【A氏：81歳。女性。病名：アルツハイマー病】

【入院までの経過】

軽度知的障害をもつ夫と自宅で生活をしていた。X-2年前から自宅近くのデイサービスを利用するが帰宅願望が強く対応困難となる。X-1年前から不穏、徘徊、室内外での放尿、夜間早朝に隣家を訪ね同じ訴えをするなどがあり鑑別受診後、重度認知症デイケアを週6回の利用で問題なく過ごせていた。しかしX年に4月頃不眠、徘徊、夫

への暴言・暴力、放尿など自宅での生活が困難となりX年4月に入院となる。

【入院後、取り組みを実施する前の様子】

入院当初から、徘徊著明。椅子には座らず床を這い、なでる。他室侵入し、ベット柵を外したり他患者の靴を収集する。またスタッフに対しても暴言・暴力があり介護抵抗も強く一時的に精神科急性期病棟対応となることもあった。睡眠に関しては全く不規則な睡眠リズムであった。

1) 生活パターンシートの記載と分析

1日の生活リズムを生活パターンシートを活用して整理した。

表1 A氏の生活パターンシート：ケア実施前

	4月30日		5月1日		5月2日		5月3日		5月4日		5月5日		5月6日	
	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動
9時														
11時														
13時														
15時														
17時														
19時														
21時														
23時														
1時														
3時														
5時														
7時														

これは、実際にケア実施前のA氏の生活パターンシートに記載した内容である。黒色が睡眠時間を表している。これより、例えば、5月3、4日は、30時間覚醒し、一睡もしていない。また他の日でも昼夜逆転や日中少し眠ったりと、睡眠リズムは大きく崩れていた。

2) ケア方法の検討

A氏の生活パターンシートから生活リズムを理解し、対応についてカンファレンスを行った。

3) ケアの実施

スタッフ間でケア方法を統一し、実施した。身体的なアセスメントに問題はなかったため、A氏との関わりの中で情緒的な安定を図ることとした。静かな環境で他者からの刺激を軽減するため夜間は個室対応とした。日中はダイルームで這っていても止めさせることはせずに安全を確認し、見守りながら自由に過ごしてもらった。自宅周囲のお店や共通の知り合いなど関心のあることを話しかけた。医療行為に対し不安感が強いと、行う際には本

人が長年通い信頼していたかかり付け医の指示であることを伝えるなどし、安心感を与えた。放尿や脱衣行為などがあっても強い口調や指示的な言動を避け、笑顔で対応し、ケアに協力してくれるなど関わりの中で「ありがとう」という言葉を出来るだけ多く使うようにした。会話だけではなく感情交流を促進するために患者だけの時間としてゆっくり関わるためにハンドマッサージを取り入れることにした。方法は、日本赤十字社香川支部編ハンドマッサージ講習³⁾の資料を参考に病棟内で学習会を開催した。ハンドマッサージは、静かな場所でゆったり傍に座り、会話も交えながら寄り添う形で行った。

4) ケア実施後の生活パターンシートの分析

表2 A氏の生活パターンシート：ケア実施前後

	5月13日		5月14日		5月15日		5月16日		5月17日		5月18日		5月19日	
	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動	睡眠	活動
9時														
11時														
13時														
16時														
17時														
19時														
21時														
23時														
1時														
3時														
5時														
7時														

これはケア実施後のA氏の生活パターンシートの内容である。ケアを提供して、約2週間後より、睡眠リズムが整い、実施前にあった行動障害の昼夜を問わず徘徊したり、床を這ったりする行動は減少した。このほか、暴言暴力も減少し、唄を歌ったり、笑顔が見られるようになり精神的に安定した。さらに、A氏は、入院当初から抗認知症薬、抗不安薬、睡眠導入剤の処方を受けていたが、認知症による行動障害や、不眠が改善されたことにより、現在では抗認知症薬のみの服薬となった。

V. 考 察

本間は、「認知症ケアの基本的な視点を理解し、アセスメントができれば本人や家族、あるいはケアスタッフにとって好ましい結果が得られる」⁴⁾

と述べている。生活パターンシートを用い、適切なアセスメントを行い、スタッフ間で問題や情報を共有することで、患者理解が深まったと考える。

また関わりの中で心地よい感覚として「タッチケア」「タッチング」という技法を用いた。ハンドマッサージを行うにあたっては患者の訴えに耳を傾けゆったり傍で過ごすことに重点を置いた。矢野は「タッチケアは触刺激による生体反応に加えて皮膚コミュニケーションを併せ持ち、良好な人間関係を形成するうえで、重要な役割を担う」⁵⁾と述べている。なじみの話をしながら、傍らでハンドマッサージを行うことで、肌と肌がふれあい、その方のためだけに時間を作することは、安心感を生み出し、認知症患者の行動障害の改善に効果的であったと考える。また、スタッフにとってもケアの効果が実感できるだけでなく、ケアを通して患者からももらった優しく思いやりのある言葉に対し、自然に笑顔や「ありがとう」と反応するということができ、良好な人間関係の形成につながったのではないかと考える。

VI. 結 論

今回の研究より、全てのケースにおいて生活パターンを認識し、快の刺激としてのハンドマッサージを含むケア方法を実施することで、なんらかの行動障害の軽減や改善および服薬の減少につながった。

引用文献

- 1) 今城孝志：前頭側頭型認知症のBPSDに対する個別ケア，第9回日本認知症ケア学会プログラム・抄録集，17-2号，2008.
- 2) 認知症介護研究・研修東京センター：認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の使い方・活かし方，中央法規，34頁，2008.
- 3) 日本赤十字社香川支部：香川県赤十字セラピューティックケア講習会資料，2000.
- 4) 認知症介護研究・研修東京センター：認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の使い方・活かし方，中央法規，v頁，2008.
- 5) 矢野忠：東洋医学が看護にもたらすもの，看護学雑誌，医学書院，171号（7），p609，2008.

2. 自己抜針予防のための認知症患者の点滴固定カバーの作成 ～抑制帯を使用せず安全・安楽を保つために～

キーワード 認知症患者 点滴固定カバー 抑制

池田 糸穂* 好川 和美 土岐 弘美
医療法人社団以和貴会 いわき病院

I. はじめに

認知症患者に水分補給や、電解質補正の目的で静脈点滴療法（以下、点滴と略す）が行われるが、重度認知症患者は治療の必要性を理解できず、安静を保つことができず自己抜針することがある。現在、安全に治療をする方法の一つとして、やむを得ず抑制帯を使用している。しかし、抑制帯は否応なく体動の制限を加えるため、患者の身体的・精神的苦痛は大きいと考える。

精神看護において、行動制限最小化への提言、拘束解除に向けての取り組み、看護師の拘束に対する看護者の意識調査の先行文献^{1) 2)}はあったが、点滴時の抑制に焦点を当てたものは少なかった。小児看護領域においてのみ、点滴自己抜去予防の固定法や固定カバーの研究がされていた。そこで小児で研究された点滴固定用具³⁾を応用することで、抑制帯を使用せずに、自己抜針や自己抜針につながる危険行為を予防できるのではと考えた。今回、認知症患者用の点滴固定用具を作成し、2名の認知症患者に実際活用し改良を行うことで、抑制帯を使用する事なく点滴治療が行なえたので、ここに報告する。

II. 目的

認知症患者に対する点滴施行時に抑制帯にとっかわる点滴固定用具を作成しその有用性を明らかにする。

III. 方法

1. 対象者

A氏はアルツハイマー型認知症・躁鬱病であり、1日1000mlの輸液を約6時間で施行。B氏はアルツハイマー型認知症であり、1日500mlの輸液を約3時間で施行。両者とも点滴や点滴

の必要性を説明しても理解できず、A氏は自己抜針し、B氏は点滴自体を理解できず、触り、もれてしまうことがあった。

2. 研究期間

装具開発期間：2009年4月1日～6月22日

装具装着期間：2009年6月23日～7月7日

3. 研究方法

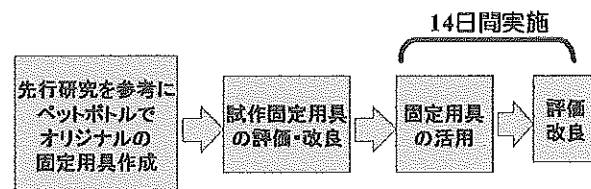


図1 研究の手順

先行研究に従って、1500mlのペットボトルで成人用のオリジナルの固定用具を作成した。その固定用具をスタッフが実際に装着し、評価・改良を行った後、2名の認知症患者に活用し、再度評価、改良を行った。評価方法は、その日の受け持ち看護師が、点滴施行中、15分ごとに触る・引っ張る・自己抜針・発赤・かゆみかぶれ・におい・もれ・疼痛・汗・外れの観察を行った。

4. 倫理的配慮

研究の主旨を説明し、参加は自由意思によるもの、辞退による不利益は全く受けないこと、個人が特定できないこと、目的以外では使用しないことを患者・ご家族に説明し、研究への参加の承諾を得た。患者による同意は、疎通困難、言語障害がみられ直接同意は得られなかったため、ご家族に文書を用いて研究への参加の承諾を得た。そして、院内の倫理検討委員会で承諾を得た。

IV. 結果

1. 試作固定用具の問題と改良

まず1段階で先行研究に従って点滴固定用具を作成・活用し、問題点を明らかにし、認知症患者に應用できるように改良を行った。

1) 1段階

- ①1500mlの円柱のペットボトルの上下を切り、残った筒状の部分の中央を切り、両サイドを開くようにする。
- ②ペットボトルの内側から切り口まですべて梱包剤気泡シートで覆う。
- ③布製カバーをかぶせる。

【問題点】先行研究で使用されていた円柱のペットボトルは固定バンドを装着した時に丸まり、下面に圧迫がかかった。また、同じようにペットボトルの断面を梱包剤シートで覆い切り口が皮膚にあたらないようにしたが、肌触りが悪く、半透明で刺入部が見えず、蒸れが生じやすかった。



図2 1段階の固定用具

2) 2段階

- ①梱包剤気泡シートを保冷剤のシートに変更する。
- ②蒸れ解消のためにペットボトル全体に桐で穴を開ける。

【問題点】半透明になることは変わりなく、刺入部が見えず、桐で空けた部分が皮膚にあると不快感があった。被せるのみであるので固定が不安定であった。

3) 3段階

- ①ペットボトルを四角柱に変更する。

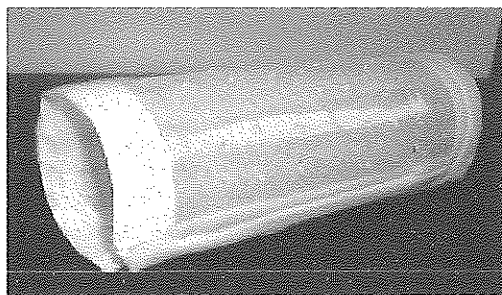


図3 第2段階の固定用具

- ②切り取った縁を全て厚めのガーゼで保護する。
- ③側面に約3×cm大の窓をつける。
- ④広ゴムとマジックテープの固定バンドを作成し、ペットボトルにゴムが通る幅の穴を両端に各2箇所ずつ空ける。幅広ゴムの幅を2.5cm、マジックテープの長さを7.5cmにする。

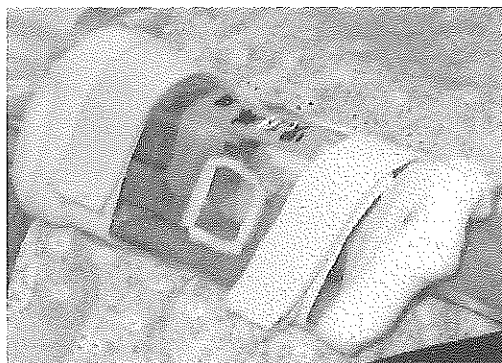


図4 3段階の固定用具

4) 完成した固定用具

- ①患者が気にならないように病衣との同一化を図り布で覆った。

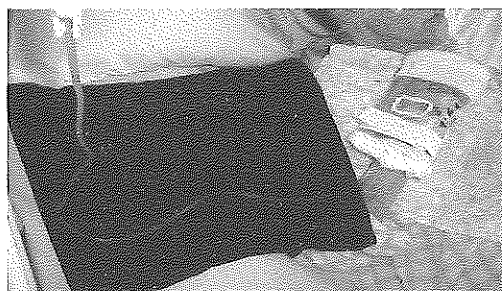


図5 完成した固定用具

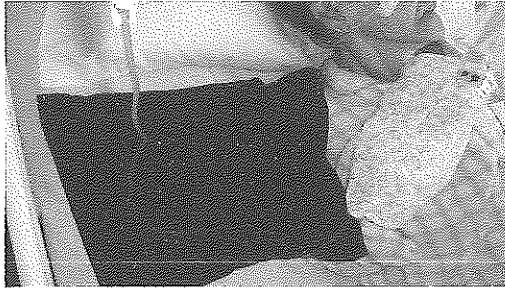


図6 完成した固定用具（カバー装着）

2. 完成した固定用具の使用結果

両者とも触る・引っ張る・自己抜針・発赤・かゆみかぶれ・におい・疼痛は14日間なかった。A氏は屈曲による滴下不良、B氏はギャジアップによる固定用具の圧迫により各1回ずつ漏れが生じた。そのため、腕を屈曲したときに滴下不良になることを防ぐため、上肢の位置を調節し、刺入部を前腕で肘関節より手関節側でとることで点滴漏れを防ぐことができた。A氏は皮膚の湿潤が2回みられたが、そのつど拭き取った。

V. 考 察

疾患により説明しても理解ができない認知力の低下した患者が入院している。そのため点滴治療中、自己抜針したり、自己抜針の可能性が高いと判断した場合、カンファレンスを開き他の方法を検討し、実施した結果、その方法が困難な場合には、最終手段として抑制帯を使用し、治療を行っている。しかし点滴中、上肢を両方または片方、抑制帯で固定され体動が制限されることは、身体的また精神的に苦痛を伴うことである。浅井は「行動制限を最小化する努力も人権に対する配慮という観点から極めて重要である」⁴⁾と述べている。このように、他に方策はないか検討した結果、点滴固定用具作成に至った。しかし、小児領域の先行研究を基にした固定用具は認知症高齢者対応へ改良することが必要であった。また、この固定用具も観察が必要であり、観察時に蒸れていれば

拭き取り再装着することで、皮膚損傷等なく安全に使用でき、一定時間の輸液管理を固定用具で自己抜針を予防できた。田中は「何かを工夫するということは、縛ることをやめたときから始まったのである。」⁵⁾と述べている。今回の研究から症例数は少ないが、抑制帯を使用せずに自己抜針を予防できることが分った。固定用具を装着していない手で用具を外したり触ったりすることがなかったのは、両肢を抑制帯で不自由に固定しなかったことで、精神的な苦痛が緩和されたのではないかと考えている。安全に点滴を実施する為の手段として抑制帯を容易に選択するのではなく、違う方法もあるのではないかと日々検討する事が必要であることが改めて実感できた。

VI. 結 論

点滴固定用具は四角柱にすること、窓を付けること、固定バンドを付けること、布でおおうことの工夫と点滴施行時の観察を十分行なうことにより、抑制帯を使用することなく安全・安楽に点滴治療が行なえ、有効であった。

引用文献

- 1) 千原群美：認知症患者の拘束解除への試み—装具作成を行って—, 第37回日本看護学会論文集（精神看護）, 211-213, 2006.
- 2) 平栗まゆみ, 橋爪圭三：看護師が身体拘束を体験してみえたもの, 第39回日本看護学会論文集（精神看護）, 101-103, 2008.
- 3) 長谷川知美, 黒須初枝：ペットボトルを利用した翼状針小児点滴固定法の検討—安全安楽をめざして—, 第36回日本看護学会論文集（小児看護）, 303-305, 2005.
- 4) 浅井邦彦：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動抑制と人権確保のあり方—, <http://www.seirokyo.com/archive/folder/nurshing/koudouseigen.html>より, 2005/04/21.
- 5) 吉田充, 田中とも江：縛らない看護, 医学書院, 101, 1999.

3. 男性看護師の看護師集団への適応における困難と対処の特徴

キーワード 男性看護師 適応 困難 対処行動

土居 大剛* 大林 真帆
高松赤十字病院

I. はじめに

厚生労働省の調べによると、平成16年12月末時点での看護師の就業者数は1,220,529人で、男性看護師は31,594人で平成14年に比べ、5,434人(20.8%)増加と高い伸びを示している。

A病院では平成17年に2人の男性看護師が就職して現在(平成19年4月)までに、計7人の男性看護師が様々な分野で活躍している。男性看護師が配属されている病棟以外は男性看護師との関わりがほとんどない状況である。今後、男性看護師の増加は予測される。その中で女性看護師との人間関係や男性看護師を取り巻く環境を考慮した受け入れ準備が必要である。

ところで、男性看護師が女性集団の中で人間関係を形成しながら学び合う経験は、看護師という職業選択をして、看護系教育機関に入学した時点から始まっている。男子看護学生を対象の調査では、「女子学生との交流に困惑する」、「環境に耐える」、「大多数を占める女子学生に圧倒される」¹⁾など男子看護学生の苦悩が明らかにされていた。しかし、学生時代と就職後を関連づけて、調べた先行研究はなかった。

そこで、男性看護師が看護学生時代から現在まで女性集団の中に加わるときにどのような困難があったのか、問題にどのように対処したのか、といった男性看護師の看護師集団への適応していく過程における困難と対処の特徴を明らかにする。そのことにより、男性看護師を迎える女性看護師が男性看護師と協働していく上での検討資料になると考え、本研究に取り組んだ。

II. 研究目的

男性看護師が看護師集団の中に入り、適応していくための困難と対処の特徴を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究対象

A病院の男性看護師7人

2. データ収集方法とデータ分析方法

研究者1人が、半構成的な面接法で個別に、20~30分程度行った。主な項目は、看護師になった動機や理由、看護学生時代に困った体験や対処法、看護師になってからの困った体験や対処法などである。逐語録を作成し、データの中から「看護学生時代のこと」、「看護師時代のこと」、それぞれの体験に関連したデータを選別した。そして、困難な出来事、それに対する対処に相当するデータをKJ法にて分析した。

3. 研究期間

平成19年5月~平成20年12月

4. 倫理的配慮

対象者に研究の趣旨を説明し、個人名を出さないこと、研究で得られたデータは研究以外の目的には使用しないことを説明し、同意、協力を得た者に実施した。

IV. 結果

1. 対象者の背景

1) 看護師経験年数

1年目: 1人 2年目: 1人 3年目: 3人
4年目: 2人

2) 看護師を選んだ動機

看護師を選択した動機は、「看護、介護などに興味があった」、「身内に看護師がいた」、「看護師と関わることがあり、その看護師に憧れた」、「高校時代に先生に勧められた」だった。

*連絡先 〒760-0017 香川県高松市番町4-1-3 高松赤十字病院 土居 大剛

2. 女性集団に入っていく困難と対処の特徴

1) 学生時代の困難と対処

対象者の7人中5人が看護学校に入学した当初より「女子学生の輪の中に入れず、男性同士で集団を作ったり、一部では孤立していた」「同じ男子学生が少ない・いない」「男性同士とは違った女性特有の友人関係があり馴染めない」などと語っており、女性多数の環境の中で関わり方の難しさや戸惑いを感じていた。その中で、合同の場で自分の意見を抑えたり、常に他者との関係に気を配るなど、それらの環境へ適応していくための工夫や周囲からの孤立を回避しようとする行動を常に心がけていた。逆に女性多数の環境でも、とまどいを感じることなく、学校生活を送った者もいた。

また、対象者の7人中6人が、学生時代は先生方や実習先の病院側の配慮により、女性患者を受け持たず、羞恥心を伴うケアから免除されていた。そのため、学生時代に女性患者からケアの提供を拒否された経験は少なかった。

2) 就職後の困難と対処

男性看護師は就職後も、「女性スタッフの輪に入れるよう女性の会話に合わせたり機嫌をとることに集中する」「会話の際にはやさしい言葉使いを心がける」「上手く信頼関係を築けるように依頼されたことを快く引き受け周りに気を配る」など、常に仕事に関すること以外でも女性看護師に対する配慮の言葉が聞かれた。それらは女性集団の中で身に付けた適応行動の一つであり、「学生時代より、コミュニケーションの場面で比較的、スムーズに気を遣えるようになった」という意見もあった。

3) 学生時代から就職後の過程

看護学生時代から看護師に至るまでの過程で「学生時代困り、それを乗り越えることで、看護師になり、スムーズに適応できた者」、「学生時代は困ることなく過ごし、就職してから困った者」、「学生時代も看護師になってからも、比較的スムーズに適応できている者」、「学生時代、看護師になってからも困った者」と4つのパターンが抽出された。それらのプロセスの中で困難は【女性患者に対するケア

への戸惑い】、対処は【とりあえず助けてもらえそうな人を選ぶ】の2つが浮き彫りとなった。

①【女性患者に対するケアへの戸惑い】

対象者のほとんどが、学生時代に学校側や実習先の病院側の配慮により、女性患者と関わるのが少なく、女性患者から直接拒否されることは少なかった。しかし、臨床の場で働き始め、男性患者ばかりでなく女性患者とも関わりを持つようになり、そこで初めてケアを提供する際に断られた対象者もいた。また、男性看護師として働き始めの時期には、女性患者へのケアや処置を女性看護師に依頼する必要がある場合「そのスタッフにも別の仕事がある、しかしみんな忙しいと分かってはいるが自分では出来ないケアを頼まないといけない」と、日々申し訳ないという気持ちを持っていた。また、「少数派であるが故の困難としてもめずらしいため、ちょっとした成功や失敗が過剰に性別と結び付けられて誤解されてしまうことがある」と話している。女性患者に断れるような特殊な困難状況に対する周囲の反応を敏感に感じていた。

②【とりあえず助けてもらえそうな人を選ぶ】

対象者の中で学生時代とは異なり、職場での年齢層が幅広いので、周囲に対する気遣いや自分の病棟での居場所を確保する努力をしたとの意見が幾つかあった。学生時代は女性集団といっても友人という感覚で接し、学生時代に女子学生に上手く適応できていても、就職して看護師同士の関係になると、上手く人間関係が築けず、適応が困難になっているケースもあった。逆に、学生時代に女子学生との人間関係に苦労し、それを乗り越え、就職してから、それらの知識と経験を活かしたことで現在では上手く適応できているケースもあった。幅広い年齢層や他職種と関わる中で自分が困らないようにするためには、「分からないことがあれば、聞きやすい人（やさしい人）に聞く」、「苦手な人とはなるべく関わらないようにする」など、自分自身を守る方法として、支援をしてくれる人を選んで関わる方法で対処していることが明らかとなった。

しかし、この方法はとりあえずの回避行動であり、人間関係を築く根本的な問題解決方法ではないと認識している。

V. 考 察

1. 新人男性看護師を受け入れる際の配慮

本研究の結果、男性看護師は、「女性スタッフの機嫌をとることに集中する」「やさしい言葉使いを心がける」などの気遣うという行為によって乗り越えていた。その行為は、看護学校に入る前から身につけていた者、学生時代に身についた者など、身につけたきっかけは個々により異なるが、対象者全員が看護師になるまでには身に付けていることが分かった。よって、男性看護師を受け入れる部署は、新人看護師としてのプレッシャーに加え、新たな女性集団の環境に入るといふ大きなストレスがあるということを確認して受け入れる必要があるようだ。

本研究結果から「異性に悩みを打ち明けにくい」「異性に相談しにくい」との意見があった。そのため、悩みやストレスを解決できずに、業務を行いさらにストレスを生むという悪循環のケースもあった。また、それらは新人看護師時代に多くみられた。したがって、男性看護師、特に新人男性看護師の悩みを聞くときは、看護業務や人間関係だけでなく、女性集団の中にいることでのストレスについても、具体的に悩みを聞くように配慮していくことが望まれる。また、現在一部署に男性看護師が1人であり、他部署の男性看護師と関わる機会が少ないのが現状である。今後は同部署に男性看護師を2人以上配置するなど、施設側の役割として男性看護師の配置場所も配慮していくことが望まれるようだ。

2. 女性患者へのケアに対する配慮

本研究結果からは、学生時代には配慮があったが就職後の配慮がなく困っていたのは、女性患者へのケアを行うときの戸惑いであった。女性患者から断られること、断られそうなことが予測できても相談できないことなど、このような困難は、男性看護師の負担だけでなく入院患者への配慮をする上でも重要な点である。したがって、男性看護師が学生時代に「女性患者を受け持った経験がある」「羞恥心を伴うケアをしたことがある」「それを断られたことがある」

ということを当然のように考えるのではなく、ほとんどの男性看護師が女性患者へのケアを就職して初めて行うものだとして認識しておく必要がある。そして、病棟でのチームの振り分けや、女性患者と接する際の十分なサポートが望まれる。今後は女性患者にケアを拒否されるのは個人の問題ではなく、男性看護師特有の問題として捉え、女性看護師に依頼しやすい環境を配慮していく必要があるようだ。

一方、男性患者に対する羞恥心を伴うケアは女性看護師が行ってきたにもかかわらず、男性患者からの否定的な言葉はほとんど聞かれない。その理由としては、多くの患者には「看護＝女性」という固定概念が存在しているためと思われる。しかし、井出らは「20代の男性患者は男性看護師による陰部洗浄や清拭、床上排泄のケアを希望している」²⁾と記されている。このことから、今まではあまり気にとめられていなかった「異性の看護職者から受ける患者の羞恥心」に関して、もう一度見直す必要があると考える。つまり、若い男性患者の要望に応じて男性看護師を活用するという方法も意図的に取り入れることもできるだろう。

明野は患者から見た男性看護師の進出に関する業務評価と役割期待において、「性別に関係なく専門職として男性看護師に期待している状況も少数ではあるが見受けられる。しかし、力仕事、機器管理などの男性的イメージが関連した業務評価と役割期待が高く、羞恥心を伴うケアの評価や期待は低い」³⁾と述べている。男性看護師の様々な分野への進出がされる中、施設側の役割として患者にとっても望ましい男性看護師の配置や対策が今後必要だと考える。

本研究では、対象が7人と少なく限界があった。しかし、今回の結果より、男性看護師が体験する困難やその対処法を知ることができ、男性看護師と女性看護師が上手く協働していく上での検討資料の一助となった。今後の課題として、受け入れる側は今回の研究の結果を考慮し、男性看護師を受け入れる必要がある。

VI. 結 論

1. 男性看護師の多くは女性多数の環境にとまどいを感じていた。
2. 看護学生時代に女性患者へのケアを体験する

機会が少ないか未経験のまま就職しているため、就職後、女性患者に対するケアに対して戸惑いがある。

- 3) 職場環境に適応するために男性看護師は「気を遣う」、「とりあえず助けてもらえそうな人を選ぶ」などの対処法をとっていた。

引用参考文献

- 1) 松田安弘：看護における性の異なる少数者の経験，看護研究，37（3），57，2004.
- 2) 井出彩：一般病棟における男性看護師のイメージに関する調査，共済医報，52（3），54，2002.
- 3) 明野伸次：男性看護師に対する業務評価・役割期待に関しての文献的考察，北海道医療大学看護福祉学部紀要，11，98，2004.
- 4) 中谷安寿：男性看護師のストレスの現状，65回日本公衆衛生学会総会抄録集，854，2006.
- 5) 山田正己：いま，男性看護師を考える 男性看護職の歴史と現状からの一考察，看護教育，45（11増刊号），2004.
- 6) 松田安弘：男性看護師の職業経験の解明，看護教育学研究，13（1），2004.
- 7) 秦管：看護師の職業的アイデンティティ発達過程中間管理職に視点を当てて，35回日本看護学会論文集，看護管理，2004.
- 8) 下方友子：看護者の職業的アイデンティティに関わる要因，35回日本看護学会論文集，精神看護，2004.

4. 嗜好品へのニードを制限・再開する患者の思い

キーワード 嗜好品 たばこ アルコール 塩分

金正 貴美* 當日 雅代 野口 英子 竹内 千夏
香川大学医学部看護学科

I. はじめに

健康増進の社会の流れに沿って、人体に悪影響を及ぼす嗜好品は制限されるようになった。たばこ・アルコール・塩分は、病気によっては症状を悪化させる嗜好品であり、制限することが必要である。しかし依存・習慣性のあるこれらの嗜好品を制限することは容易ではない。人が喫煙するきっかけは、生活場面で無意識に、リラックスを求めて、コミュニケーションを促進するため等¹⁾である。喫煙・飲酒習慣に社会文化的側面が影響していることを稲葉ら²⁾が報告している。

病気の悪化によって入院することは患者にとって脅威であり、嗜好品を制限する行動へのきっかけとなる。入院中の摂取制限や入院日数が社会復帰後の摂取制限成功要因であると蓮尾ら³⁾が報告している。

嗜好品は、病気が悪化しても制限することが難しく、病状の回復や退院に伴い嗜好品を再開している患者も多い。患者が自分の行動を振り返り嗜好品を制限・再開するきっかけに気づくことは、望ましくない行動を回避できるようになる。嗜好品へのニードを我慢できる期間があるものの、再開また制限を繰り返す患者の思いを理解することは、医療者がより効果的な指導を行う一助になる。

II. 目的

患者が嗜好品へのニードを制限し我慢する際や、また逆に嗜好品を再開する際には、どのような思いを抱いているのだろうか。嗜好品へのニードを制限するものの再開する患者の思いを明らかにする。

III. 方法

1. 対象

虚血性心疾患・腎臓疾患・消化器内科疾患の

ため、内科的あるいは外科的治療目的で入院あるいは外来通院しており、医師から嗜好品を制限されている患者。嗜好品とは栄養摂取を目的とせず、香味や刺激を得るための飲食物で、本研究では病気の際に身体に害を及ぼすことが明瞭であるため制限されるたばこ、塩分、アルコールを示す。

2. 調査内容

嗜好品の習慣や生活の中での必要性、我慢についての半構成的質問紙を作成した。属性として年齢・疾患名・制限されている嗜好品を聴取した。面接場所は個室とした。面接時間は、1人につき1～2回30分から1時間であった。面接内容は同意を得た上で録音し、逐語録を作成した。

3. 調査期間

2006年7月～9月

4. 分析方法

木下の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にした。逐語録を何度も繰り返し読み、嗜好品について語っている箇所を切片化し、いろいろな解釈の可能性を検討するオープン化を行い、類似例と対極例を比較検討しながら分析ワークシートを作成し、カテゴリー、概念を生成した。分析ワークシートから概念化までの解釈について、研究分担者に示して妥当かどうか評価を受け真実性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

研究計画書を香川大学医学部倫理委員会に提出し、委員会での面接で研究計画について説明し、患者への影響を吟味されたのち承認された。また主治医と対象者への紹介の方法を話し合った。看護部を通して看護師長に研究協力を依頼し、インタビューの前後で患者の状態について

*連絡先 〒761-0793 香川県木田郡三木町大字池戸1750-1 香川大学医学部看護学科 金正 貴美

情報交換を行った。患者ヘインタビューを依頼する場合には、文書と口頭で、研究目的や参加・中断する自由など説明し、書面です承を得た。

IV. 結果

対象者は15名（男性14名、女性1名）であった。主として治療が行われている疾患名とその患者数は、虚血性心疾患9名、アルコール性肝硬変2名、喘息2名、ネフローゼ2名であった。平均年齢は60.6歳（20歳-70歳代）であった（表1）。

分析の結果は、概念を【 】、対象者が語った代表的なデータを「 」で、カテゴリーを（ ）で示し説明をする。

1. 嗜好品を制限する意思のきっかけ

嗜好品へのニードを制限し我慢する際には、嗜好品を制限する意思のきっかけから動機づけ

られていた。これは20のカテゴリーから4つの概念に統合された（表2）。

【嗜好品の影響としての症状出現】【体調が悪く、嗜好品が欲しくなくなる】【死につながるような病気】【医師や家族からの勧め】【社会の流れに沿う】【周りに病人であることを宣言】が抽出された。

1) 【嗜好品の影響としての症状出現】

患者は、「病気の状態、今までは心臓病の内部のカテーテル検査、治療というのは見たことはなかったんですよ。あれ見たらね。これは大事にせないかん臓器のおおもとやなあという感じがしたんやな。〈ケースE〉」と（医師から自分の心臓の治療場面のビデオを見せられ、心にこたえた）振り返り話した。他に（呼吸困難になり、やはりたばこはいけ

表1 対象者の属性

	性別	年齢	嗜好品	病名
A	男性	70	酒	アルコール性肝硬変・食道静脈瘤
B	男性	50	酒	アルコール性肝硬変・食道静脈瘤・糖尿病
C	男性	70	たばこ・塩	心筋梗塞、慢性心不全、肺水腫、膀胱癌
D	男性	50	たばこ・塩	心筋梗塞、心不全
E	男性	70	たばこ・塩	進行性狭心症
F	女性	20	塩	ネフローゼ症候群
G	男性	50	たばこ・塩	拡張型心筋症、心房細動
H	男性	60	たばこ	急性心筋梗塞、閉塞性動脈硬化症
I	男性	60	たばこ	喘息、慢性気管支炎、心房細動
J	男性	60	たばこ	心房細動、糖尿病、高血圧
K	男性	60	たばこ・塩	急性心筋梗塞、高血圧、高脂血症
L	男性	50	たばこ・塩	慢性肺気腫、急性心筋梗塞、糖尿病、高尿酸血症
M	男性	70	たばこ・塩	塵肺、肺炎、ネフローゼ症候群
N	男性	70	たばこ	肺気腫、気管支喘息
O	男性	40	たばこ	冠動脈縮窄性狭心症

表2 嗜好品を制限する意思のきっかけ

嗜好品の影響としての症状出現	医師から自分の心臓の治療場面のビデオを見せられ、心にこたえた 呼吸困難になり、やはりたばこはいけないのだと思うようになった 脈が打たず足が動かなくなり、医師からたばこで血管を傷めたといわれた 1本吸ったら5分命が縮まると言われたが自分のこととして出てこない
体調が悪く、嗜好品が欲しくなくなる	体調が悪く、食欲もなく、たばこが欲しくなくなったので、吸わなくなった
死につながるような病気	死につながる病気になったことがきっかけで自分からたばこをやめようと思うようになった 病気で体が受けた体験を思い出し気持ちを直し、退院に向けて自分が実行できる状態を準備する 病気が再発して食欲がなくなり生死を意識してたばこをやめた
医師や家族からの勧め	病気になって、医師に禁煙をすすめられ、止めた 医師から控えなさいと言われ自分で大丈夫だと思う本気で決意した 人に言われてたばこをやめているが、長続きせず、根性がない 見つかって怒られるのが嫌で隠れて吸う 家族の手前、たばこは我慢している 家族に吸ったか吸ってないか指摘されストレスになる 家族から禁煙を勧められることで、素直に受け入れた
社会の流れに沿う	追われた狭い場所で、みずぼらしい思いまでしてわざわざ吸わなければいけないのか 周りの吸っている人に合わせることからの脱却 喫煙場所の減少・職場での禁煙・歩行中の禁煙などの社会の禁煙への風向き 禁煙時間が多くなることをきっかけにやめようとしたが、周りの環境（自動販売機）をきっかけに再開
周りに病人であることを宣言	会社の中で上昇志向を捨て、病人であると宣言したこともたばこをやめるきっかけになった

ないのだと思うようになった) (脈が打たず足が動かなくなり、医師からたばこで血管を傷めたといわれた)、対極例として (1本吸ったら5分命が縮まると言われたが自分のこととして出てこない) のカテゴリーが抽出された。患者は、症状が出現したため治療を受けて身体と直面し、医師から具体的説明をされ、嗜好品が害となって自分の身に起きたのだと結びついて考えられるようになっていた。

2) 【体調が悪く、嗜好品が欲しくなくなる】

患者は、「やっぱり、体もね、本調子でないと思う。たばこもあんまり飲みたくなかった。そんなに治ってないはず、どっか悪いはず。〈ケースN〉」と (体調が悪く、食欲もなく、たばこが欲しくなくなったので、吸わなくなった) 語った。体調が悪く、食欲もなく、体のどこかが悪いはずだと感じ、嗜好品を摂取したいという気持ちがおきずにいた。

3) 【死につながるような病気】

患者は、「やっぱり病気がね、あと再発しないかどうかという心配があります。だから自分が死につながる病気になったことが今までなかったからね。それだけインフォメーションを受けたらね、やっぱりまだ10年は生きたいと思うからね。〈ケースE〉」と (死につながる病気になったことがきっかけで自分からたばこをやめようと思うようになった) 振り返り話した。他に (病気で体が受けた体験を思い出し気持ちを正し、退院に向けて自分が実行できる我慢を準備する) (病気が再発して食欲がなくなり生死を意識してたばこをやめた) のカテゴリーが抽出された。死につながるような大きな病気になってしまったことを意識しており、嗜好品を摂取して死にたくないと感じていた。

4) 【医師や家族からの勧め】

患者は、「主治医の先生にもだいぶ言われた。たばこ悪い悪いって、大きいですよ。たばこだけはやめてくださいって。家まで行って言ってあげたいけどできないから (笑)。〈ケースD〉」と (病気になって、医師に禁煙をすすめられ、止めた) 話した。しかしこの対極例として (医師から控えなさいと言われて自分で大丈夫だと思ふ本数で決定した) と

自分なりの制限に留めている場合もあった。他の対極例として、(人に言われてたばこをやめているが、長続きせず、根性がない) (見つかって怒られるのが嫌で隠れて吸う) のカテゴリーがあった。また家族からの勧めもあり、(家族の手前、たばこは我慢している) (家族から禁煙を勧められることで、素直に受け入れた) が抽出されたが、(家族に吸ったか吸ってないか指摘されストレスになる) と、制限することが苦痛であることに加え家族から信じてもらえないことへのストレスを抱えているカテゴリーも抽出された。制限できた場合は、医師や家族からの勧めを素直に受け入れて行動しようと気持ちが傾いていた。

5) 【社会の流れに沿う】

患者は、「〈禁煙場所〉が流れて追われてもう片身が狭いところで吸わなければいけなかった。まあ、そこまで行って、わざわざそれが見えないね。びっくりした。そういう気持ちですね。なんかみすばらしいねえ。〈ケースE〉」と (追われた狭い場所で、みすばらしい思いまでしてわざわざ吸わなければいけないのか) と語った。類似例として (周りの吸っている人に合わせることからの脱却) や (喫煙場所の減少・職場での禁煙・歩行中の禁煙などの社会の禁煙への風向き) が抽出されたが、対極例として (禁煙時間が多くなることをきっかけにやめようとしたが、周りの環境《自動販売機》をきっかけに再開) もあった。職場や公共機関で禁煙の風向きがあることや、嗜好品の値上がりによって社会的に嗜好品が認められていないと感じていた。

6) 【周りに病人であることを宣言】

患者は、「会社の中である程度、私は病人ですよと言ってしまった。結局みんなと競争で、昇格、役員になる、そういう向上心は、ある程度私はもうやめましたよと宣言した。会社の人、あいつ病人なのにたばこ吸ってるといっても感じられて、病人は病人らしくしとかなあかんと。それもやめる1つのきっかけになった。〈ケースG〉。」と (会社の中で上昇志向を捨て、病人であると宣言したこともたばこをやめるきっかけになった) 振り返り語った。職場での上昇志向を捨て、病

人であると宣言したことで、周りの人も本人が制限しようとしていることに協力する動きが出てきていた。

2. 気持ちや気の緩みへの誘惑

制限していた嗜好品を再開してしまう際には、気持ちや気持の緩みへの誘惑があった。これは15のカテゴリーから6つの概念に統合された(表3)。

【嗜好品の飢えに耐えられず、摂取に気持ちが傾く】【いらいらして、以前のように摂取する】【無理なく制限できた頃に、気がゆるんだ】【無意識に摂取したい欲求に襲われる】【誘われたり勧められる】【最初は少量でもすぐに増加する】が抽出された。

1) 【嗜好品の飢えに耐えられず、摂取に気持ちが傾く】

患者は、「たばこを吸いたくなったら、氷を食べるとテレビで紹介していたね。それでは物足りないや、僕の場合は。それよりはたばこ吸いよる方でも90歳まで健在な方もいるから、いいじゃないかと自分に納得させて吸いよるわけよ。〈ケースL〉」と(何をしても満たされない飢えを耐えられず、たばこは人と違って自分にはよいという気持ちになり再開する)語った。他のカテゴリーは、(たばこをやめて太ったため、やせるために吸い始めた)や(自分の体に起きていることに納得しやめようと思っても、回復に従ってやめる覚悟まではできず自分に甘えが出てくる)(好きなものを摂取できず、いらいらして、ついいいだろうと解釈をして摂取してしまう)が抽出された。このように何をしても

表3 気持ちや気の緩みへの誘惑

嗜好品の飢えに耐えられず、摂取に気持ちが傾く	何をしても満たされない飢えを耐えられず、たばこは人と違って自分にはよいという気持ちになり再開する
	たばこをやめて太ったため、やせるために吸い始めた
	自分の体に起きていることに納得しやめようと思っても、回復に従ってやめる覚悟まではできず自分に甘えが出てくる
	好きなものを摂取できず、いらいらして、ついいいだろうと解釈をして摂取してしまう
いらいらして、以前のように摂取する	いらいらして、つい摂取してしまった
無理なく制限できていた頃に、気が緩んだ	禁煙が無理なくできていたところに、1本くらいと気が緩んだ
	倶楽センター、カフェで気がだらけた
無意識に摂取したい欲求に襲われる	呑みに行ったときに、とても吸いたい欲求に襲われ吸った
	ない我慢できるが、目の前にあったら吸ってしまうかも
	なんとなく無意識に手が伸びて吸う
誘われたり勧められる	横で吸われたり、体調がよくなったことがきっかけで、ちょっと吸ってみようかと手がなんとなく伸びた
	勧められたたばこを一つ一つ1本もらって吸うようになった
最初は少量でもすぐに増加する	横で吸われたら欲しかったが、たばこをやめたい気持ちがあった
	1本くらいならと思ったら、すぐに数量が増えた
	禁煙の反動とたばこの耐性ができ同じ本数では満足しなくなる

嗜好品への飢えを満たせず、人と違って自分には嗜好品はよいだろうという気持ちになっていた。

2) 【いらいらして、以前のように摂取する】

患者は、「イライラすることがときどき、自分の好きなもの食べられないから、お菓子も食べたいけど食べられないし。やっぱり外食が駄目だとは思うけど。こってり。居酒屋で焼き鳥を。家で塩分は食べられないからついつい今日ぐらいと食べて〈ケースF〉。」と(いらいらして、つい摂取してしまった)語った。このように生活の場面でいらいらをきっかけに、習慣的な対処行動として以前のように嗜好品を摂取してしまった。

3) 【無理なく制限できた頃に、気が緩んだ】

患者は、「手術してから3年くらいやめていた。ちょっときっかけがあって1本ならいいかと思っただけで戻って来てしまった。まあ(体の)調子がよかったこともあるんだけど〈ケースE〉」と(禁煙が無理なくできていたところに、1本くらいと気が緩んだ)語った。他のカテゴリーは(倶楽センター、カフェで気がだらけた)が抽出された。このように嗜好品の制限が無理なくでき我慢もなく体の調子もよかったことでかえって気が緩んでおり、少しならよいかと摂取してしまった。

4) 【無意識に摂取したい欲求に襲われる】

患者は、「うん無意識に、1時間たって吸ってないから、吸おうかなど。だから呑んだときいうたらものすごく吸いますよ。〈ケースL〉」と(呑みに行ったときに、とても吸いたい欲求に襲われ吸った)語った。他のカテ

ゴリーは（ないと我慢できるが、目の前にあったら吸ってしまうかも）（なんとなく無意識に手が伸びて吸う）が抽出された。このように嗜好品が目の前にあると無意識に摂取し、一度再開すると心が規制することもなくつぎつぎと摂取してしまっていた。

5) 【誘われたり勧められる】

患者は、「1カ月続かせると言っていたが、このときつい吸ってしまった（笑）。自分では買ってない。結局どうと勧められたりするわけですよ。もう（たばこ）やめないよとか言って、バツと吸ってしまった。〈ケースG〉」（横で吸われたり、体調がよかったことがきっかけで、ちょっと吸ってみようかと手がなんとなく伸びた）振り返り話した。類似例として（勧められたたばこをついつい一本もらって吸うようになった）、対極例として（横で吸われたら欲しかったが、たばこをやめたい気持ちがあった）が抽出された。同僚や友人が嗜好品を摂取している姿に誘われたり、また摂取するよう勧められることによって再開した。

6) 【最初は少量でもすぐに増加する】

患者は、「吸い始めたら見てる間や。元に戻るのを見てる間や。それでやめたら今度吸い始めたら増える、増える、増える、増える、絶対に増える。大概の人は、10本吸っていた人でも、やめて今度吸い始めたら20本になる。〈ケースI〉」（1本くらいならと思ったから、すぐに数量が増えた）振り返り話した。類似例として（禁煙の反動とたばこの耐性ができ同じ本数では満足しなくなる）が抽出された。このように少量ならと摂取しても、すぐに量が増加してしまう。また以前と同じ量では満足できなくなる場合もあった。

V. 考 察

病状の悪化で身体に不快な症状が出現することで、嗜好品の影響と結びつけて考えられ、嗜好品を制限する動機づけにつながっていた。さらにほとんどの患者が嗜好品を制限するために、社会的流れや禁煙場所といった環境が重要だと考えていた。ベッカーらのヘルス・ピラミッド・モデルを用いた研究では重大性・有効性、障壁、マスメディ

ア・周囲の勧めが禁煙の関心度と有意な相関があると報告⁴⁾しており、今回の結果でも患者の制限のきっかけとして認知されていた。

しかし急性期を過ぎると嗜好品を再開しても、また病状悪化が現実には起きないのではと思う場合と、死を意識し自分が病人だと社会に宣言することで、入院生活だけではなく社会復帰後も、嗜好品の制限を続けられるようになった場合があった。社会復帰後の制限は、仕事の地位をある程度あきらめる覚悟も伴っており、自分らしく生きていくことを損なう意味もあった。危機感を持ち病気をもった自分を意識し、社会生活できるよう変わっていきけるかが援助の鍵となる。

嗜好品を再開する際には、身体・精神依存性や気の緩みから習慣性が復活し周囲の状況に誘われることで、最初の少量が始まっていた。患者は、嗜好品には依存性や習慣性があり無意識に摂取してしまうことを体験し認知できており、これらを患者自身と社会の問題として協働して繰り返し取り組める支援が重要となる。

VI. 結 論

入院によって嗜好品へのニードを我慢し制限できる患者は、死を意識するような危機感を持ち、周りの勧めや環境によっても制限するきっかけになっていた。また嗜好品の摂取を再開する際は、嗜好品の飢えに耐えられずいららし気持ちが揺らぎ、周りからの誘いがさらに拍車をかけることが明らかになった。

本研究は財団法人たばこ総合研究センターの研究助成金を受けて実施した。

引用文献

- 1) 吉武祐三：究極の？禁煙とタバコ周辺事情，文芸社，42-44，2005.
- 2) 稲葉佳江ほか：女性の嗜癖行動とその関連要因に関する研究，健康文化研究助成論文集，6，1-13，2000.
- 3) 蓮尾聖子ら：虚血性心疾患の男性入院患者における退院後の喫煙行動とその関連要因，厚生指針，52（6），7-14，2005.
- 4) 榎本妙子ほか：禁煙の関心度を規定する要因，日本公衆衛生誌，52（5），375-385，2006.

5. 脳卒中地域連携クリティカルパス使用による退院指導の現状

～アンケート調査を実施して～

キーワード 地域連携 クリティカルパス 退院指導

森 靖支* 石川 直美 近藤 良子
三豊総合病院

I. はじめに

香川県中・西讃地区では2005年11月にシームレス研究会を立ち上げ、2006年6月より地域連携クリティカルパス（以下地域連携パスと略す）の運用を開始した。地域連携パスは質の高い医療を効率的に提供するため地域医療の適切な分化を進め、急性期から回復期・慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作るために導入されている。

現在地域連携パスは、医療者間での連携は行うことが出来ているが、患者や家族がどれだけ地域連携医療を理解し、転院できているか明確ではない。そこで今回A病院B病棟に脳卒中で入院し、地域連携パス適応となった患者の家族（キーパーソン）に焦点を当て、退院指導についてのアンケート調査を実施した。そのアンケート結果を、今後の退院指導に役立て、より満足のできる地域医療を提供する事ができたのでここに報告する。

II. 研究目的

急性期病院での地域連携パスを用いた退院指導が、患者の家族にとって適切なものであったか、またどの程度理解する事が出来ているか、現状を把握する。

III. 用語の定義

<地域連携>

急性期から回復期を経て、自宅に戻るまでの治療計画を患者や関係医療機関、介護サービス事業者で共有し、退院後も考慮した適切な医療提供によって在宅に復帰できるようにすること。

<地域連携クリティカルパス>

疾病別に発症から診断、治療、リハビリテーションまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一

連の地域診療計画。病院の壁を越えて、地域の他の病院や診療所のスタッフ、さらに在宅医療や介護スタッフをも交えて、地域の中で一緒に作られ、使われるようになってきたもの。

<退院指導>

医療スタッフが、急性期病院から回復期リハビリテーション病院（以下回復期病院と略す）への転院をスムーズに行うための支援。

IV. 研究方法

1. 期間：平成20年9月1日～平成21年8月31日
2. 対象：脳卒中地域連携パス適応患者の家族（キーパーソン）70人
3. 方法：地域連携パス適応患者の転院に関わる必要な項目を質問内容とした、アンケート用紙を独自で作成。アンケート調査は転院1週間前～転院までに行い回収した。
4. 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、データを研究以外には使用しないことを説明し、回答を以って承諾とした。

V. 結果

<対象者>

- ・アンケートの配布数は70人、回収率は約98.6%（70人中69人）、有効回答率は約72.5%（69人中50人）であった。
- ・回答者は配偶者46%、子供40%とキーパーソンが大半を占めていた。（表1）

- 1 「脳卒中では急性期から回復期リハビリテーション病院への連携システムがあることを知っていましたか」では、聞いたことがあるが詳しくは知らないという回答が40%であり、初めて

*連絡先 〒769-1695 香川県観音寺市豊浜町姫浜708番地 三豊総合病院 森 靖支

聞いたという回答は54%であった。(図1)

表1 対象の背景

病種	人数	疾患名	症例数	年齢	人数
配偶者	23	脳出血	27	70歳代	7
息子・娘	20	脳梗塞	17	60歳代	12
兄弟	1	くも膜下出血	6	50歳代	18
息子・娘の配偶者	6	(アンケートの対象者が回答)		40歳代	11
				30歳	1
				20歳	1

n=50
平均58.6歳

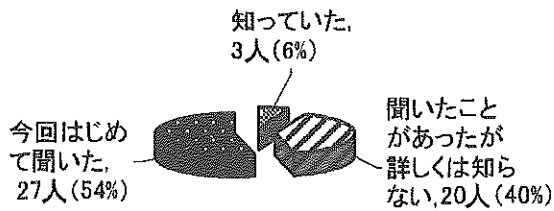


図1 連携システムについて

2 「一番初めに転院についての説明をいつ聞きましたか」では、入院時が30%、入院時から2週間が48%、入院2週間から3週間が12%であった。(図2)

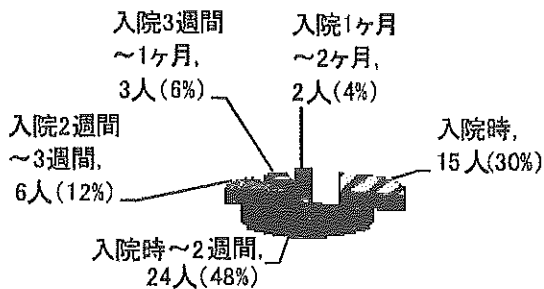


図2 転院についての説明時期

3 「一番初めに転院について説明を受けた時期はhowでしたか」では、64%がちょうど良いと回答しているが、36%の方は早い、早すぎると回答している。(図3)

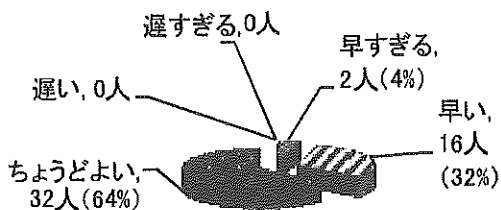


図3 説明をうけた時期について

4 「転院を決定する際、誰に相談しましたか」では、家族が66%を占めており、医療スタッフへの相談は22%であった。(図4)

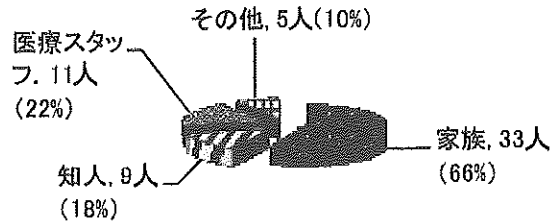


図4 転院時の相談相手

5 「看護師に転院のことを質問された際、必要な情報を得られましたか」では、十分に得られた・まあまあ得られなかったは70%であり、あまり得られなかった・得られなかったは30%であった。(図5)

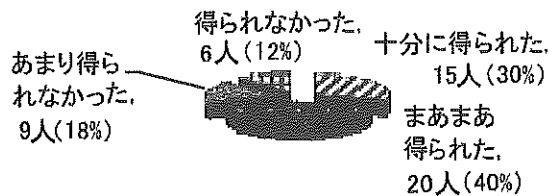


図5 転院に関する情報

6 「転院先の条件（優先順位3項目以内で記入可）」

優先順位1では「家から近い」52%、「リハビリの充実」42%であった。

優先順位2では「リハビリの充実」36%であった。

優先順位3では「家から近い」14%、「評判が良い」12%、「介護の充実」10%であった。

(図6)

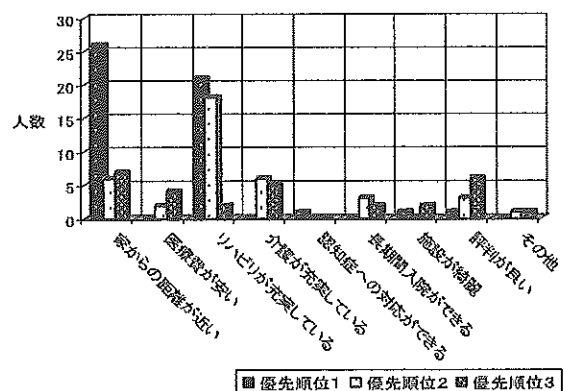


図6 転院先の条件

7 「転院を決定する際、事前に見学をしたいと感じましたか」では、転院先の見学を希望する方が58%と過半数を占めていた。

8 「事前に見学先を見学できましたか」では、事前に見学できた方は44%であり、56%と多くの方は事前に見学することができていなかった。

9 「私の診療録についての説明の時期は適切でしたか」では、適切と回答した方が80%であったが、遅い・遅すぎると回答した方は20%と多く存在した。(図7)

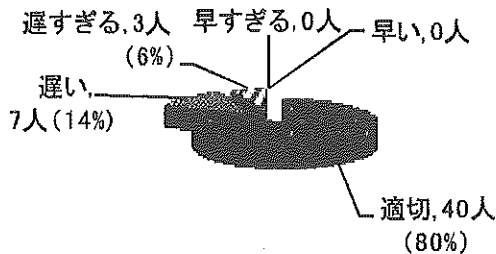


図7 診療録の説明時期

10 「回復期リハビリテーション病院への転院についての説明、内容、時期などを総合してどのように感じましたか」では良かった・大変良かったと感じる方が84%と大半を占めていた。(図8)

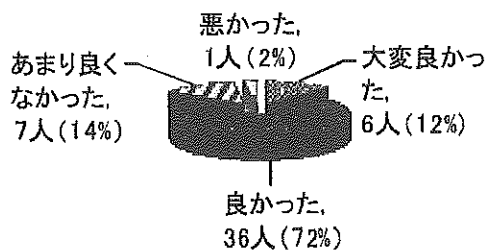


図8 転院全般について

VI. 考察

脳卒中では急性期から回復期病院への連携システムについては聞いたことがあるという質問で、初めて聞いたという回答が54%であったのは、地域連携パスの本格的な運用が始まって間もないことが要因のひとつと考えられ、脳卒中地域連携医療体制について約半数は知らない現状にある。

「一番初めに転院についての説明をいつ聞きましたか」に対する回答は、入院時や入院時から2週間が大半を占めていることが明らかとなった。太田¹⁾は、「患者・家族にとって、入院初期は現状を受け止めることで精一杯であり、退院後のことまで考えるゆとりなどないのが実情である。」と述べている。「一番初めに転院について説明を受けた時期はどうか」については、早い、早すぎると回答も見られており、看護師は、患者や家族に対し、まず入院生活に適應し病気の受容ができるよう介入するとともに、家族背景や実情を理解し適切な時期に退院指導を行えるよう考慮する必要がある。

転院先について、医療スタッフへの相談はあまりされていない、また看護師より必要な情報を得られなかった理由として、キーパーソンが子供である場合は、日中医療相談を受けることが困難である。また、夜間面会時に転院についての情報提供を看護師に求めた際、看護師は時間的に余裕がなく、また提供できる情報に限りがあると考えられる。

転院先の条件では、優先順位を用いて3項目以内で選択として回答を得た。転院先は患者だけでなく、家族の生活にも大きく影響を及ぼすため、家から近い病院を希望している。また、「リハビリの充実」という回答から、リハビリの継続性を理解していることが明らかとなった。転院の際、患者や家族が何を基準とし、重要視しているかを情報収集し、把握した状況で幅広い選択肢の情報提供も必要である。

転院先の事前見学は、現状では全ての方に実施できておらず、今後はより施設見学を勧めていくため、医療相談室を通しての転院先との連携を進め、自分で決めたという意思決定を高めることで、より充実した転院後の生活を送ることができると考えられる。

『私の診療録』は、連携全体を表記したオーバービューパスや回復期病院で使用するパス、また今回の治療経過を記載した患者情報兼経過記録をファイルとしたものである。『私の診療録』についての説明の時期は適切でしたか、では適切と回答した方が多くを占めていたが、一部の意見としては遅い・遅すぎると回答されている。太田¹⁾は『退院支援の早期介入は、相互が納得できる方向性を見つけることにつながるため、退院支援の重要な鍵となる。』と述べている。『私の診療録』は、患者や家族にとって急性期病院での治療や今後の方向性を理解するひとつの手段であるため、早期に提供する必要がある。しかし、注意すべき点としては、入院を受け止めることができていない状況で退院指導を行うのではなく、入院生活を受け止めることができた状況で退院指導を行うことができるように、状況判断を適切に行うことが今後の課題である。

退院指導について総合評価は、良かった・大変良かったと感じる方が多くを占めており、回復期病院への転院の説明、内容、時期などは適切な支援であると考えられる。今後は明らかとなった問

題点を改善し、より満足できる退院指導を行う必要がある。

VII. 結 論

- 1 地域連携パスを使用する急性期病院から回復期病院への地域連携医療について、54%の方は初めて聞いたと回答した。
- 2 転院先の条件としては、家からの距離やリハビリの充実を重要視していた。
- 3 転院先を見学することに対する希望はあるが、施設見学できていない状況である。
- 4 退院指導への総合評価は84%の方がよいと回答した。

引用文献

- 1) 太田恵子他：退院支援のシステム化と地域連携、効果的な退院支援システムの構築と地域との連携強化、看護展望、30 (12)、70-78、2005-11.

参考文献

- 1) 京極高宣：第45回国保地域医療学会抄録集 P22、2005.
- 2) 相馬美香子：地域連携と家族関係調整を中心にした退院調整、看護学雑誌、67 (9)、848-851、2003-9.
- 3) 長江弘子：地域連携の意味と取り組みの視点、看護展望、31 (10)、58-59、2006-9.
- 4) 藤本俊一郎：地域連携クリティカルパス、脳卒中・大腿骨頸部骨折・NST、メディカルレビュー社、30-35、2006.

6. 外来看護師の採血場面におけるプレパレーションの認識の変化 ～勉強会前後の比較～

キーワード 外来 プレパレーション 認識 採血場面

富山かおり* 廣内 玉井 新居由美子 関 千尋 大平 志津
独立行政法人国立病院機構香川小児病院

I. はじめに

小児科外来では忙しい業務の中、一日平均50名ほどの患児の採血を行っており、看護師は個々でコミュニケーションを工夫し、採血を安全にかつ最小限の苦痛で終えるよう努力している。しかし、採血は決定から早ければ2～3分後の実施となり説明が十分に行われていないのが現状である。2000年以降は、プレパレーションに関する研究報告が急激に増えた。仲尾ら¹⁾は「3、4歳児では、プレパレーションを行うことで『嫌だ』という気持ちを軽減することは難しいが、『それでも動かずにがんばるんだ』という気持ちを高めることができたのではないだろうか。」と、プレパレーションの成果を報告している。指示受けから採血終了まで同じ看護師が継続して関わることの難しい処置の中、医療行為に対する子どもの不安・恐怖の軽減、がんばる気持ちの向上に有効とされるプレパレーションが行われていないのは看護師の認識不足が影響しているのではないかと考えた。

そこで、採血場面におけるプレパレーションについて勉強会を行い、その前後で外来看護師のプレパレーションに対する認識の変化を明らかにする事を目的に調査を行った。

II. 目的

採血場面におけるプレパレーションについての勉強会を行い、その前後において外来看護師のプレパレーションに対する認識の変化を明らかにする。

III. 用語の定義

プレパレーションとは、採血時の心理的準備とし、採血時の心理的混乱に対し、準備や配慮をすることによってその悪影響を和らげ、子どもと親

の対処能力を引き出すような環境を整えること。

IV. 方法

1. 研究期間：平成20年9月10日～12月26日
2. 研究対象：外来看護師10名
3. 研究方法

1) 勉強会の内容：「プレパレーションの意義」「プレパレーションの目的」「プレパレーションの方法」について独自に資料を作成し、口頭にて説明を行なった。所要時間は30分程度とした。

2) 調査方法：プレパレーションについての勉強会（以下勉強会）前と勉強会3ヶ月後に独自に作成したアンケート用紙による質問紙調査を実施した。調査内容は、「属性」「採血実施時に気をつけている内容」7項目と「採血場面で困ったときの対処方法」6項目で構成した。「採血実施時に気をつけている内容」の項目は、①採血の手順についての説明、②採血部位についての説明、③採血後の採血部位についての注意事項の説明、④患児の固定に対する安全性、⑤早く採血を終わらせる、⑥痛みを最小限にする、⑦患児のペースで採血をする、とした。「採血場面で困った時の対処方法」の項目は①採血の説明を行わずに看護師が患児のみ入室させ固定を行う、②採血の説明を行い看護師が患児のみを入室させ固定を行う、③家族から患児へ説明してもらい一緒に入室してもらい固定を行う、④看護師から採血の説明を行い家族と入室してもらい固定を行う、⑤納得するまで待つ、⑥納得するまで説明や声かけを行う、とした。「採血実施時に気をつけている内容」については、「いつも気をつけている」4点から「ほとんど

*連絡先 〒765-8501 香川県善通寺市善通寺町2603 独立行政法人国立病院機構香川小児病院 富山かおり

ど気をつけていない」1点とし、「採血場面で困ったときの対処方法」については、「よく取る」4点から「ほとんど取らない」1点の4段階リカート型尺度を用いた。

「プレパレーションに対する認識」については、①プレパレーションという言葉聞いたことがあるか、②プレパレーションと言う言葉をどこで聞いたか、③プレパレーションの意味を知っているか、④プレパレーションが実施できているか、⑤プレパレーションが実施できていない理由についての5項目で構成した。

3) 分析方法: 「採血実施時に気をつけている内容」「採血場面で困った時の対処方法」については単純集計後、勉強会前後の平均値の比較についてマンホイットニーU検定を行った。分析には統計ソフトSPSS15.0J for Windowsを用いて、有意水準は5%未満とした。「プレパレーションに対する認識」については単純集計を行い、勉強会前後において比較検討した。

4. 倫理的配慮: 院内倫理委員会の承認を得た上で、対象に対して研究の趣旨を説明し、結果は研究以外で使用しないこと、自由参加であり業務成績には反映されないことを文書と口頭で説明し同意を得た。

V. 結果

1. 対象の属性

勉強会参加者は10名で、全員の協力が得られた。平均年齢±標準偏差は37.8±9.82歳で、小児科平均経験年数±標準偏差は平均7.3±5.40年

で範囲3ヶ月～19年であった。勤務者の就業状況は8時間勤務者1名、非常勤勤務者9名であった。

2. 採血実施時に気をつけている内容 (表1)

採血の手順についての説明を行うことを【いつも気をつけている】が勉強会前(以下「前」)2名、勉強会后(以下「後」)1名、【だいたい気をつけている】が「前」6名、「後」9名であり、「前」3.11±0.60、「後」3.10±0.32で(以下、数値は平均値±標準偏差)有意差は見られなかった。

採血部位についての説明を行うことを【いつも気をつけている】が「前」1名、「後」3名、【だいたい気をつけている】が「前」6名、「後」7名で、「前」2.78±0.83、「後」3.30±0.48と「後」が高かったが、有意差は見られなかった。

採血後の採血部位についての注意事項の説明を行うことを【いつも気をつけている】が「前」「後」とも5名、【だいたい気をつけている】が「前」4名、「後」5名であり、「前」3.40±0.70、「後」3.50±0.52で有意差は見られなかった。

患児の固定に対する安全性を【いつも気をつけている】が「前」6名、「後」8名、【だいたい気をつけている】が「前」「後」とも2名、【少し気をつけている】が「前」2名、「後」0名であり、「前」3.40±0.84、「後」3.80±0.42で有意差は見られなかった。

早く採血を終わらせることを【いつも気をつけている】が「前」4名、「後」6名、【だいたい気をつけている】が「前」4名、「後」3

表1 採血実施時に気をつけている内容

		N=10 人数(点数)				無回答平均値(SD)	P値
		いつも気をつけている	だいたい気をつけている	少し気をつけている	ほとんど気をつけていない		
①採血の手順についての説明	前	2(8)	6(18)	1(2)	0(0)	3.11(0.60)	0.09
	後	1(4)	9(27)	0(0)	0(0)	3.10(0.32)	
②採血部位についての説明	前	1(4)	6(18)	1(2)	1(1)	2.78(0.83)	0.123
	後	3(12)	7(21)	0(0)	0(0)	3.30(0.48)	
③採血後の採血部位についての注意事項の説明	前	5(20)	4(12)	0(0)	1(1)	3.40(0.70)	0.831
	後	5(20)	5(15)	0(0)	0(0)	3.50(0.52)	
④患児の固定に対する安全性	前	6(24)	2(6)	2(6)	0(0)	3.40(0.84)	0.26
	後	8(32)	2(6)	0(0)	0(0)	3.80(0.42)	
⑤早く採血を終わらせる	前	4(16)	4(12)	2(6)	0(0)	3.10(0.88)	0.805
	後	6(24)	3(9)	0(0)	1(1)	3.00(1.05)	
⑥痛みを最小限にする	前	6(24)	3(9)	1(2)	0(0)	3.50(0.71)	0.557
	後	7(28)	3(9)	0(0)	0(0)	3.70(0.48)	
⑦患児のペースで採血をする	前	2(8)	7(21)	1(2)	0(0)	3.10(0.57)	1
	後	1(4)	8(24)	0(0)	0(0)	3.11(0.33)	

U検定 *p<0.05

名、【少し気をつけている】が「前」2名、「後」0名、【ほとんど気をつけていない】が「前」0名「後」1名であり、「前」 3.10 ± 0.88 、「後」 3.00 ± 1.05 で有意差は見られなかった。

痛みを最小限にすることを【いつも気をつけている】が「前」6名、「後」7名、【だいたい気をつけている】が「前」「後」ともに3名で、「前」 3.50 ± 0.71 、「後」 3.70 ± 0.57 で有意差はみられなかった。

患児のペースで採血をすることを【いつも気をつけている】が「前」2名、「後」1名、【だいたい気をつけている】が「前」7名、「後」8名で、「前」 3.10 ± 0.57 、「後」 3.11 ± 0.33 で有意差は見られなかった。

3. 採血場面で困った時の対処方法 (表2)

採血の説明を行わずに看護師が患児のみ入室させ固定をすることを、【少し取る】が「前」「後」とも3名、【ほとんど取らない】が「前」「後」ともに4名であり、「前」「後」とも 1.63 ± 0.74 で有意差は見られなかった。

採血の説明を行い看護師が患児のみ入室させ固定を行うことを【よく取る】が「前」3名「後」2名、【だいたい取る】が「前」「後」とも2名、【少し取る】が「前」3名「後」2名、【ほとんど取らない】が「前」0名「後」3名であり、「前」 3.00 ± 0.93 「後」 2.33 ± 2.33 で有意差は見られなかった。

家族から患児へ採血の説明してもらい家族と一緒に入室し固定を行うことを【よく取る】が「前」「後」とも1名、【だいたい取る】が「前」0名「後」4名、【少し取る】が「前」7名「後」3名で、「前」 2.25 ± 0.71 「後」 2.89 ± 0.78 であり、「後」がp値0.057で有意傾向が見られた。

看護師から採血の説明を行い家族と一緒に入

室してもらい固定を行うことを【よく取る】が「前」1名「後」3名、【だいたい取る】が「前」「後」とも5名、【少し取る】が「前」5名「後」1名、【ほとんど取らない】が「前」2名「後」0名で、「前」 2.00 ± 0.93 「後」 3.22 ± 0.67 であり、p値0.009で有意差が見られた。

納得するまで待つことを【よく取る】が「前」「後」とも0名、【だいたい取る】が「前」「後」とも3名、【少し取る】が「前」5名「後」6名であり、「前」 3.00 ± 0.93 「後」 2.33 ± 2.33 で有意差は見られなかった。

納得するまで説明や声かけを行うことを【よく取る】が「前」0名「後」1名、【だいたい取る】が「前」3名「後」4名、【少し取る】が「前」5名「後」3名であり、「前」 2.38 ± 0.52 「後」 2.56 ± 0.88 で有意差は見られなかった。

4. プレパレーションという言葉聞いたことがあるか

「前」ある7名(70.0%)、ない3名(30.0%)で、「後」ある10名(100%)、ない0名(0.0%)であった。

5. プレパレーションという言葉どこで聞いたか

「前」「後」共に、100%の人が職場・講習会であった。

6. プレパレーションの意味を知っているか

「前」知っている4名(40.0%)、知らない6名(60.0%)で、「後」知っている9名(90.0%)、知らない1名(10.0%)であった。

7. プレパレーションが実施できているか

「前」できている2名(20.0%)、できていない6名(60.0%)、無回答2名(20.0%)で、「後」できている4名(40.0%)、できていない6名(60.0%)であった。

表2 採血場面で困った時の対処方法

						N=10	
	よく取る	だいたい取る	少し取る	ほとんど取らない	無回答	平均値(SD)	p値
①採血の説明を行わずに看護師が患児のみ入室させ固定する	前	0(0)	1(3)	3(6)	4(4)	2(0)	1.63(0.74)
	後	0(0)	1(3)	3(6)	4(4)	2(0)	1.63(0.74)
②採血の説明を行い看護師が患児のみ入室させ、固定を行う	前	3(12)	2(6)	3(6)	0(0)	2(0)	3.00(0.93)
	後	2(8)	2(6)	2(4)	3(3)	1(0)	2.33(1.22)
③家族から患児へ採血の説明をしてもらい家族と一緒に入室してもらい固定を行う	前	1(4)	0(0)	7(14)	0(0)	2(0)	2.25(0.71)*傾向有
	後	1(4)	4(12)	3(6)	0(0)	1(0)	2.89(0.78)*傾向有
④増看護師から採血の説明を行い家族と一緒に入室してもらい固定を行う	前	1(4)	5(15)	5(10)	2(2)	2(0)	2.00(0.93)*
	後	3(12)	5(15)	1(2)	0(0)	1(0)	3.22(0.67)*
⑤納得するまで待つ	前	0(0)	3(9)	5(10)	0(0)	2(0)	2.38(0.52)
	後	0(0)	3(9)	6(12)	0(0)	1(0)	2.33(0.50)
⑥納得するまで説明や声かけを行う	前	0(0)	3(9)	5(10)	0(0)	2(0)	2.38(0.52)
	後	1(4)	4(12)	3(6)	1(1)	1(0)	2.56(0.88)

U検定*p<0.05

8. プレパレーションが実施できていない理由
(複数回答) (表3)

表3 「できていない」と答えた理由 (複数回答)

	N=6	
①意味を知らない	前	4
	後	1
②方法を知らない	前	4
	後	0
③実施する時間がない	前	2
	後	4
④人手がない	前	1
	後	5
⑤実施しても効果がない	前	0
	後	2

意味を知らない「前」4名、「後」1名、方法を知らない「前」4名、「後」0名、実施する時間がない「前」2名、「後」4名、人手がない「前」1名、「後」5名、実施しても効果がない「前」0名、「後」2名であった。

VI. 考 察

「採血実施時に気をつけている内容」では、『採血部位についての説明』を行う意識が「前」より「後」のほうが高くなっていた。これは、田中ら²⁾が「プレパレーションの目的の一番目は、子どもに情報を正しく伝えること(嘘はつかない)」と述べていることと合致し、勉強会を行い、看護師がプレパレーションの目的を理解したことで、患児、家族へ採血についての細かな説明、情報提供をするという意識の向上がみられたといえる。また、『患児のペースで採血する』ことについても、「後」の意識が高くなっていた。及川ら³⁾は「子どもに情緒表現の機会を与えることは、子どもに思っていることを表現させることです。子どもが自由に自分の気持ちを表現するには安心していられる時間が必要であり、医療者が聴く耳をもつことが大切」と述べており、プレパレーションの意義を理解できたことにより、患児のペースに合わせて採血を進められるゆとりを持つよう看護師が心がけて採血を行っていると考えられる。

「採血場面で困った時の対処方法」においては、『看護師からの説明後家族と一緒に入室し固定を行う』ことで有意差がみられた。及川⁴⁾は「子どもにとって親は最大の支持者であり、一緒にいた方がいいかは、子どもと親に選んでもらうようにするとよい」と述べており、プレパレーションの方法を理解したことで患児を家族から無理に引き離すのではなく、患児主体に採血を進めていくと

いう意識が向上したと考える。『納得するまで待つ』という対処方法に差はみられなかったが、『納得するまでわかりやすい言葉で声かけをおこなう』という対処方法は「後」の方が高くなっていた。これは、田中ら²⁾がプレパレーションの目的に「病院スタッフと信頼関係を築くこと」をあげており、採血を受ける患児が納得するまでの対応を家族に任せ、看護師は黙って待つのではなく、一生懸命看護師が患児とコミュニケーションをとり、心理的準備を通じて患児との信頼関係を築く重要性を認識し、採血を行うことができていた結果と考える。

プレパレーションという言葉については、「後」に全員が「職場・講習会」で聞いたと答えた。また、プレパレーションの意味についても「後」の方が知っていると答えた人が増えた。秋山ら⁵⁾は、「プレパレーションによる効果は、スタッフ皆が共通の認識にたって協力することで最大に発揮される。」と述べている。1回の勉強会であったが、勉強会を行うことでプレパレーションの意味を知り、プレパレーションという共通認識を持つことに大きく貢献できたと考えられる。しかし、プレパレーションを実施できているかどうかという点については「できていない」と回答した人が「前」「後」でいずれも6名と変化が無かった。また、実施できていない理由については、「後」に「実施する時間がない」、「人手がない」が増加し、「実施しても効果が得られないのではないかと回答した人が現れた。竹尾ら⁶⁾は、「プレパレーションを実施できない理由は『時間がない』がもっとも多く、次いで『看護師が少ない』であった。」と述べており、本研究においても、ほぼ同様にプレパレーションの必要性を感じているがマンパワー不足であり、忙しい業務の中でプレパレーションを実施することが難しいと認識している人が多かった。また、今回、バンフレットを用いたプレパレーションを試みたが、外来での一処置である採血場面では十分な説明時間が取りにくく困難であった。そのような時間が取れなかったことも、忙しい業務の中でプレパレーションを実施するのが難しいと認識させた一要因ではないかと考える。勉強会を行い、プレパレーションの意義や目的、方法を理解し、看護師自身が患児と関わろうと意識する人が増加したこと、患児を家族から引き離さないよう、患児主体に採血を実施しようとしているこ

とが窺えたことと、相反する認識の結果といえる。しかし、蝦名⁷⁾は、「看護師のプレパレーションは、即興的、アドリブ的で子どもの反応に真剣に向き合えば成功するという点である」と述べており、実際患児に関わっているすべての看護が、プレパレーション行動になりうるということに気づき、その正しい方法を身につけていけるよう、今後実践例など交えたプレパレーションの勉強会を行うことで「忙しくても、人手が無くても患児・家族の目線で関わり合うプレパレーションができていく」というプレパレーションの共通認識の向上が採血場面における看護の質の向上につながることを考える。

VII. 結 論

1. 勉強会を行うことで、プレパレーションの意義を理解し、看護師自身が患児へ関わろうと意識する人が増加し、患児主体に採血を実施しようとする認識が向上した。
2. プレパレーションの必要性を感じているが、マンパワー不足という考えが強く、忙しい業務の中で実施するのが難しいと認識している人が

多かった。

引用文献

- 1) 仲尾尚美・石川綾：採血を受ける幼児期患児への絵本によるプリパレーションの有効性の検証，小児看護学会第35回学術集会講演集，33，2004.
- 2) 田中恭子：プレパレーションの5段階について，小児看護，31（5），542，2008.
- 3) 及川郁子・田代弘子他：病気の子どもへのプレパレーション，6，2007.
- 4) 前掲書3）13.
- 5) 秋山典子・佐藤奈々子：小児看護が楽しくなるプレパレーションー小児科外来におけるプレパレーションの導入と発展ー，小児看護，29（5），610，2008.
- 6) 竹尾志野・村端真由美他：看護師のプレパレーションについての認識と現状ー採血場面に焦点を当ててー，日本小児看護学会第18回学術集会講演集，158，2008.
- 7) 蝦名美智子：看護師は子どものがんばる力を支えよう，小児看護，31（5），541，2008.

7. 自宅における大腸内視鏡検査前処置の確実性を高めるための取り組み

キーワード 大腸内視鏡検査 前処置 アンケート

秋友偉穂子* 岡田 亜子 福山さとみ 藤田 広美 阿部 秀子
香川県厚生農業協同組合連合会屋島総合病院

I. はじめに

A病院内科外来では、大腸内視鏡検査（以後CFとする）の予約患者に「大腸内視鏡検査前処置説明書」「大腸検査前の食事のポイント・排便見本表」「前処置薬の見本」を用いて説明を行っている。しかし対象者は高齢者も多く、大腸がん検診の二次検査による混雑時期には予約からCFまでの期間が長くなる事もあり、説明内容を忘れていたり、理解不足のまま前処置を行う患者もいた。

そのため前処置が不十分となり、必要な処置やCF自体が出来ない事例が問題となった。自宅での前処置の現状を把握し、前処置説明の内容を見直す事を目的にアンケート調査を行い改善点が明確になったので報告する。

II. 目的

1. 現在の前処置説明で、患者がどの程度の理解度を持って前処置を行えているか現状を把握する。
2. アンケートの結果で、前処置説明を見直し改善を図る。

III. 方法

1. 研究方法

2009年1月13日～2月13日にCFを受けに来た患者100名に対して、紙面及び聞き取りによるアンケート調査を実施。単純集計し、割合を出して大腸内残便・追加処置の有無・年齢を関連付けて分析した。

アンケートの内容は実際に行った前処置のどの段階で、どのような問題が発生しているかが明確になるよう10項目について質問した。また、問診票やカルテから収集できる情報は看護師情報収集用紙で10項目をチェックした。

2. 倫理的配慮

アンケート結果は本研究以外の目的で使用しない事、また個人が特定されないよう配慮する事を記載し、対象者に同意を得た。A病院看護部においても倫理的承認を得た。

IV. 結果

アンケート期間中に内科でCFを受けた116名の患者の内、CF前に時間的余裕があり、同意を得られた100名にアンケート調査を実施して、回収率は100%であった。

1. 患者アンケート結果

1) 年齢・性別

対象者は男性56名、女性44名で、年齢は71～90歳が20%、61～70歳が29%であった。

(表1)

表1. 年齢別人数内訳 (%)

n=100	
21～30歳	1
31～40歳	12
41～50歳	14
51～60歳	24
61～70歳	29
71～80歳	16
81～90歳	4

2) CFを受けた事がある回数

半数以上の57%がはじめてCFを受ける患者であった。また、2回目以上の患者では、前回のCFは1年以内に実施したとの回答が47%を占めていた。

3) 2日前からの食事制限

80%が食事制限を心がけていた。出来てい

*連絡先〒761-0186 香川県高松市高松町1857番地1 香川県厚生農業協同組合連合会屋島総合病院 秋友偉穂子

ないとの回答は7%であるが、大腸内残便が多かった患者とその7%の患者は必ずしも一致はしていなかった。

4) 前日の最終食事摂取時間

17時～21時までに夕食を摂取する患者が88%を占めていたが、24時以降に夕食を摂取した患者もいた。

5) 食べても良いか迷ったもの

17%に迷った食べ物があった。具体的な内容としては、寒天、蓬蓮草、大根、レタス、わかめ、バナナなどが挙げられていた。

6) 常備薬は指示通り服用出来たか

50%は指示通り常備薬を服用出来た。指示通り服用出来なかったのは2%で、いずれも80歳代女性の降圧剤の服用忘れであった。また45%は常備薬が無かった。

7) 2日前からの下剤の服用

2日前からの下剤の服用が全く出来なかったのは2%で、70～80歳代男性で、予約から検査までの日数がそれぞれ47日と112日であった。そのうち1名はCF直前に追加処置の浣腸を行った。94%は指示通り服用出来た。

8) 腸管洗浄剤服用の所要時間

83%が2時間半以内に服用出来ていたが、3時間半以上かかった患者は2%であった。

9) 腸管洗浄剤服用中の副作用・トラブルと、その内容 (内容は複数回答)

24%の患者に副作用・トラブルがあった。その内容は、嘔気が19件と多くを占め、次いでなかなか便が出ないが5件であった。(図1)

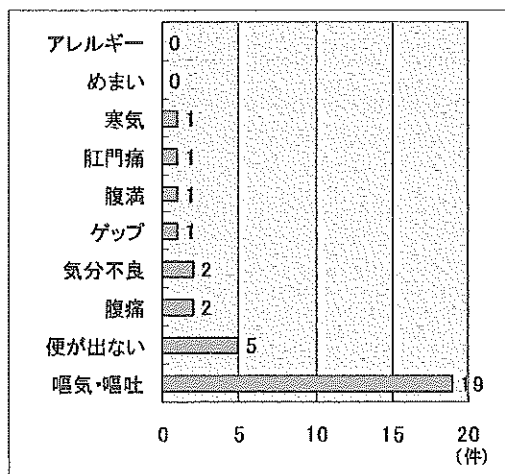


図1. 副作用・トラブルの内容 (複数回答)

10) 副作用・トラブルの対処法

副作用・トラブルがあった24名のうち、17%が病院に電話相談をしていた。41%は休憩して、以後問題なく服用出来た。また嘔気や腹満感があったが、特に対処せずに最後まで服用出来たのは17%であった。(表2)

表2. 副作用・トラブル対処法 (%)

n=24	
休憩した	41
自己判断で中断した	0
病院に電話して服用した	17
病院に電話し指示通り中断した	0
家族に相談して服用した	4
対処なし	17
その他	21

11) その他の意見

- ・食べても良いメニューを教えて欲しい。
- ・検査の所要時間が知りたい。
- ・説明は大変分かりやすかった。
- ・口頭の説明はすぐに忘れた。説明書は注意深く読まないで忘れそうだった。
- ・腸管洗浄剤の塩味が辛く、飲みにくかった。
- ・普段から便秘で前前日の下剤が効かなかった。
- ・病院で服用するのにシャワー付きトイレが欲しい。
- ・腸管洗浄剤の服用に2時間では足りない。
- ・大変良かったと思います。

2. 看護師情報収集用紙結果

1) 排便回数

排便回数の平均は10.1回で、最も多かった患者は24回、最も少なかった患者は3回であった。

2) 腸管洗浄剤の服用量

92%は2リットル服用出来た。2リットル服用出来なかった8%のうち、7名は最終便が透明もしくは淡黄色水様便と回答していた。

3) 最終便 (自己判断及び看護師確認も含む)

最終便が「少し固形のある水様便」であった患者は3%であったが、何れも追加処置の浣腸は行わなかった。

4) 腸管洗浄剤の服用場所

11%の患者が外来で服用し、残りの89%は自宅で服用した。外来で服用した患者は、前処置説明の際理解不足と思われた事例や、前回のCFで前処置が不確実だった事例、遠方から来院する事例などであった。

5) 荷物の持参状況

CF中にポリープを切除した患者は一泊入院が必要となる。そのため、全ての患者に入院の荷物を持参するよう説明しているが、荷物を外来まで持参出来ていたのは75%であった。また、「車内に置いてきた」「必要があれば家人が持参する」との回答が合わせて22%であった。

6) 家族の付き添い

22%の患者に家族の付き添いがあった。高齢者や理解力の低い患者、ADL低下の見られる患者、または鎮静剤を使用する患者の一部については、必要があれば付き添いを依頼しているが、それ以外にも検査説明と一緒に聞きたい事例や、送迎ために家族が付き添う事例もあった。

7) 書類の記入状況

97%の患者は、同意書・問診票・排便回数などの記載が確実に行えていた。

8) CF前の追加処置の有無

排便状況や腸管洗浄剤の服用状況により、医師の指示で流腸を行った患者は4%であった。

追加処置を行った4名中3名は、腸管洗浄剤を2リットル服用出来ておらず、残りの1名は2リットル服用出来たが排便回数が3回と少なかった。(表3)

表3. 追加処置を行った4名の内訳

流腸	年齢 (歳)	性別	腸管 洗浄 剤 (L)	排便 回数 (回)	最終 便	流腸 後 排便	大腸 内 残便
60 ml	78	男	1.8	6	淡黄色	淡黄色	便カス
	82	男	2.0	3	淡黄色	淡黄色	便カス
	55	男	1.7	6	淡黄色	淡黄色	固形便
120 ml	37	女	1.0	6	淡黄色	無色 透明	なし

9) 予約からCFまでの日数

予約からCFまでは41~50日が27%であった。91日以上の患者は2%いたが、患者自身の都合により検査の日程を延期した事例であった。(表4)

表4. 予約から検査までの日数 (%)

n=100	
0~10日	1
11~20日	19
21~30日	19
31~40日	12
41~50日	27
51~60日	16
61~70日	3
71~80日	1
81~90日	0
91日~	2

10) 内視鏡観察下における大腸内残便

大腸内に固形便が残っていたのは6%で、そのうち腸管洗浄剤を2リットル服用出来なかった患者は2名であった。最終便は5名が透明もしくは淡黄色水様便と回答していた。

V. 考察

従来の前処置説明では、様々な事例が問題として挙がっており、高齢者が多い事、予約からCF実施までが長い事などを原因として考えていた。

しかし今回のアンケート調査から以下の4点が明確になった。

1. 前処置説明からCFまでの日数と前処置の確実性に必ずしも相互関係はない。

A病院のCFは水曜日を除く午後1日4~5件程度行われており、通常は予約から検査までの日数は1ヶ月以内である。しかし、アンケート調査期間は二次検診でCF予約患者数が多く、常に6件以上のCFが行われている状況であった。そのため、予約からCFまでの期間が平均38日と長くなったと考えられる。

当初、前処置はCFまでの日数が長いほど不確実になると考えていた。しかし、前処置が不確実な患者が、CFまでの日数が長いとは限らなかった。

2. CFを確実に行うためには、常備薬の休薬や服薬の説明は重要である。

内視鏡検査前は、生検やポリペクトミーに備えて、抗凝固剤などを休薬しておく必要がある。

アンケート対象者のうち56%に常備薬があったが、中には自分の常備薬を把握していない患者もいた。

CFを実施した患者の内、常備薬の内服に関する前処置が出来ていなかったのは2%であった。いずれも当日朝の降圧剤の服用を忘れた事例であったが、CFは問題なく実施出来た。しかし、抗凝固剤の休薬が出来ておらずCF中に必要な処置が行えなかった事例や、血圧が高値でCFが出来なかった事例もあった。

休薬や服薬忘れに関する問題が少数だが起きており、今後は患者自身が常備薬を把握する事が出来、休薬や服薬について理解が得られるよう説明する必要があると考える。

3. 腸管洗浄剤の服用場所は患者に応じて選択する必要がある。

腸管洗浄剤は、92%の患者が2リットル服用出来たが、服用中に副作用・トラブルが出現したり、不安を抱えながら服用した患者もいた。

服用場所は、前処置説明が十分に理解出来ない事例、年齢や病状・不安感が強いため自宅での服用が困難だと判断した事例、前回のCF時に前処置に困難を要した事例などは、外来での服用や当日朝から入院して服用することを勧めている。

今回のアンケート対象者では11%が、外来で腸管洗浄剤を服用したが、A病院では外来で服用する為の専用の部屋は無く、診察室の隣にある観察室の前室で服用してもらっている。外来診察の物音や、救急患者の出入りもあり、必ずしも落ち着いて服用できるとは言いがたい現状である。

また、トイレまで距離がある事、外来の男子トイレはシャワー付きトイレが無いなどの理由で外来での服用を拒否される事例もあり、患者が服用しやすい環境を整えることも今後の課題のひとつと言える。

4. 説明書が難しいと、CFや前処置に対する不安を助長する場合がある。

説明書は、重要な部分にマーカーで印をつけたり、特に高齢者には拡大コピーするなどの工

夫をしていた。また、前処置説明は患者の理解度に応じて10分以上かけて行っているが、アンケートの回答の中には、「説明は大変分かりやすかったが、口頭での説明は直ぐに忘れた」また、「説明書は注意深く読まないで忘れそうだった」などの意見もあった。

CFにおけるインフォームド・コンセントについて、多田ら¹⁾は、「説明によって、被検者の検査に対する無用の恐怖心や不安を取り除くことを目的とするものであって、いたずらに不安感を与えるような説明になってはならない。前処置も含めて大腸内視鏡検査は手順が複雑であるため、円滑に検査を進めるためには口頭で説明するだけでなく、具体的で分かりやすい説明書を添付して理解を深める事が望ましい」と述べている。

従来の説明書では、ほとんどの患者が何度も読み返し慎重に前処置を行っており、それは前処置が複雑で説明書も難しいものであったためと考える。また、一部スケジュール形式の部分もあったが、全体的に文章が続き、以前から「詳しく書いてくれているから読めば分かるが、見にくい」などの意見があった。

そこで、新しい説明書は従来文章で説明していた手順も、前後の流れが分かりやすいよう全体をスケジュール形式にした。その結果、患者からは説明時に「分かりにくい」と言われることが減った。

また相談の手段を明確に記載した事で、前処置に関する疑問をそのままにせず電話相談する患者が増えた。

CFは、他の検査と比べて患者自身が実行すべき前処置が複雑である。誤った知識や判断により前処置が不確実になることもあり、正しい知識の提供や相談の手段を明確にする必要性がある事を再認識した。以前に比べて、複雑な前処置を経時的に記載し、相談方法を明確にした具体的で分かりやすい説明書を用いることにより、前処置の必要性についての理解が得られ、前処置がスムーズに行われるようになると考える。

しかし、自宅で説明書を注意深く読む事や、異常時に病院へ連絡する事は患者により判断基準が異なるため、自宅での前処置を管理する事は難しく、今後は説明用のDVDを作成し、視

聴覚的な情報を提供する事も検討している。視聴覚的な情報を提供することで、今まで以上に理解が得られ、前処置とCFが円滑に進められる事につながると考える。

VI. 結 論

1. 前処置説明は、年齢や検査までの日数などに限らず、患者の理解度に応じて行う必要がある。
2. CFを確実にを行うためには、常備薬の服薬や休薬についての分かりやすい説明が必要である。

3. 腸管洗浄剤は、患者に応じた服用方法と服用場所を考慮する必要がある。

4. 前処置の理解度を高めるには、その手順を経時的に記載し、相談方法を明確にした具体的な説明書が必要である。

引用文献

- 1) 多田正大, 棟方昭博, 松井敏幸: 消化器内視鏡ガイドライン (1), 医学書院, 85, 1999.

8. タクティールケアの有効性の検討

キーワード タクティールケア 緩和ケア コミュニケーション

古川 育美* 藤澤 美江 荒木由希子 三木菜々穂
香川医療生活協同組合 高松平和病院

I. はじめに

一般病棟では、看護業務におわれる日々の中でターミナル患者や家族、認知症患者ケアのために十分な時間を費やすことは難しく、患者からのサインを見逃しがちになっているのが現状である。

タクティールケアは、スウェーデンにおいて実践・理論付けされた技法のことである。日本でも認知症ケアを中心にタクティールケアを実践している施設が増えており、認知症の周辺症状の緩和やコミュニケーションの深まりなどの効果が報告されている。また、末期がん患者への痛みの緩和目的で導入することで鎮静剤や医療用麻薬の使用回数の軽減なども報告されている¹⁾。

今回、タクティールケアを学ぶ機会を得て、実際に看護現場で4名の患者に施術することができた。今回の研究では施術者が少ないことや施術期間が短かったため、施術件数が充分ではなくタクティールケアの効果を検証するには不十分である。しかし本研究を通して、タクティールケアが非言語的コミュニケーションの一つとして相手に安心感や信頼感を与え、また家族の自己効力感を高める手助けに成りうるということがわかったのでここに報告する。

II. 目的

タクティールケアを通して患者との関わりについて振り返り、その有効性を考察する。

III. 方法

1. 研究方法

4名の対象者を選び、一人に対して週1回、手（指先から手首）、足（指先から足首）、背中のいずれかの部位を1回20分程度施術する。施術部位の選定は対象者の希望をきく。肌と肌の

密着感を高め手技をなめらかにする目的でオイル（今回はベビーオイルを使用）を用いる。施術後の対象者の変化やコメントを専用の用紙にまとめる。

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、データにより個人を特定されないこと、研究を途中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。

2. 研究期間

2009年6月25日～2009年8月4日

3. 用語の解説

タクティール：ラテン語の「タクティリス」に由来する言葉で「触れる」という意味である。看護者や介護者の手で患者の手足や背中などをやわらかく包み込むようになでることで不安感を取り除き、安心感をもたらすことを目的としている。その根拠となっているのが「オキシトシン」というホルモンである。オキシトシンは乳汁分泌を促す作用のほかに不安感やストレスを軽減させる働きがあることがわかってきた。タクティールケア（肌に触れる）によって知覚神経を介して脳の下垂体後葉から血液中にオキシトシンが分泌され、体内に広がることで安心と信頼の感情をもたらすといわれている。またタクティールケアによって①安心・信頼感が生まれ、②不安の軽減、③痛みの緩和、④腹部症状（吐き気、便秘など）の改善、⑤筋肉の緊張や拘縮の緩和などの効果も得られるため、認知症ケアだけでなく緩和ケアやターミナル期ケア、脳卒中患者に対しておこなわれ、機能や生活の質の向上の効果も報告されている。

自己効力感：心理学者アルバート・バンデューラによって提唱された心理用語。自己に対する

*連絡先 〒760-8530 高松市栗林町1丁目4-1 香川医療生活協同組合 高松平和病院 古川 育美

信頼感や有能感のことをいう。「自分にはここまでできる」という思いが行動を引き起こすのであり、ある課題を与えられた時に、自己効力感の高い人は「やってみよう」と思うことができ、その後の行動につながるが、自己効力感の低い人は「自分にはできないかもしれない」と尻込みし、その後の行動にはつながらないこととなる²⁾。

4. 研究対象

タクティールケアは認知症や終末期ケアの分野や頸髄症患者の痺れや拘縮の緩和などに対して効果が報告されているため、各分野の対象患者を選定した。

- 1) A氏：60歳代 女性
病名：低血糖性脳障害。全介助、意思疎通困難
- 2) B氏：60歳代 女性
病名：肺癌（転移あり）。今回、初めての化学療法を実施（研究期間中は2クール実施）。緩和ケア対象者。
- 3) C氏：60歳代 女性
病名：認知症、出血性潰瘍。症状は物忘れ（部屋や物の位置がわからなくなる、内服を忘れる）が主である。
- 4) D氏：80歳代 女性
病名：成人STILL病。6月中旬より意識レベル低下、ターミナル期となる。

IV. 結果

1. A氏の場合

処置時の四肢硬直（全身の緊張）があり、時々、痙攣もみられていた。硬直緩和目的で期間中6回施術した。A氏の場合は施術しやすい手を中心におこなったが、関節の拘縮があり手を裏返すことが困難なため手のひらの十分な施術はできなかった。しかし、施術前に握りしめていた手を開く、手の硬直が緩み表情が穏やかになる、施術前の呻吟がおさまり傾眠された、などの効果がみられた。

2. B氏の場合

化学療法実施による副作用症状の緩和、精神的援助の目的で期間中6回施術した（背中2回、足4回）。化学療法による吐き気、嘔吐などはみられなかったが、下肢浮腫、脱毛、倦怠感が出現し、白血球減少による感染防止のため個室

管理となった。施術中に「足のふるえやだるさが軽減した」、「気持ち元気になる」、「気持ちいい」といった発言が聞かれた。また、施術中に「入院4日目まではもう死ぬのか、と何もする気がおきなかった。薬剤師さんや先生が薬を試そうと言ってくれた頃から頑張ろう、と思えるようになった」、「退院したら妹たちと一緒に旅行にでも行きたい」など病気や治療に対する思い、今後どうしていきたいかなどの思いを表出された。

3. C氏の場合

入院時は夜間不穏や点滴の自己抜針がみられ安心感を得てもらう目的で期間中4回施術した（背中2回、手2回）。マッサージは嫌いとのことであったが、タクティールケアは気持ちよかった、と受け入れてくれた。1回目の施術時は、子供の頃の戦争体験や高校ではソフトボール部に所属し何度か大会で優勝したことなど昔話をしてくれた。入院8日目に施術し、10日目頃には病院環境にも慣れてきたこともあり夜間の不穏症状はみられなくなった。

4. D氏の場合

ターミナル期の緩和ケアの目的で期間中3回施術した（期間中、死亡退院される）。手での施術では、施術前は手に力が入っていたが施術にて緊張がとれ入眠された。期間中、熱発がみられ家人が施術を遠慮されることもあったが、看護師の施術の方法をみて、時間があるときに家人が手をさすってあげていることもあった。

V. 考察

1. 非言語的コミュニケーション

A氏の場合は言語的コミュニケーションができないため効果は判断しづらい。しかし、主観的ではあるがA氏の表情が和らいだように感じられた。また、「こんな表情もするのか」、「気持ちよさそうだな」といったA氏に対する看護師の見方も変化した。C氏の場合はマッサージが苦手と言われていたが、タクティールケアを快く受け入れてくれたのはケアによって安心感や気持ちよさを得ることができたからだと考える。実際、スタッフに施術した際も「施術者の手の温もりが気持ちよかった」、「ずっと手が触れていて落ち着く」などの意見が聞かれた。

コミュニケーションには言語を媒介とする言

語的コミュニケーションと、言語以外の手段によって行われる非言語的コミュニケーションがある。非言語的コミュニケーションでは、人間のもつ五感でメッセージを送ったり受け取ったりする。例えば、触覚では「触れる」という行為は、相手に対する関心や愛情を示し、「触れられる」ことで不安が和らぎ、安らぎを感じる³⁾。言語的コミュニケーションのとれないA氏に対する看護師の感情やC氏の反応は非言語的コミュニケーションの効果が現れていると考える。

2. 信頼関係

B氏の場合は腹部症状が出現しなかったため、症状に対するタクティールケアの効果は検討しづらい。しかし、施術の最中に普段の関わりの中では聴けなかった患者の思いを聴くことができた。実際、多忙な看護業務の中で1人の患者に対してゆっくりと話を聴く時間を設けることは難しい。また、病気や治療に対する思いを聴くことは大切であると理解はしているものの、患者との信頼関係やコミュニケーション能力を考えたとき、どうしても消極的になってしまうことがある。

タクティールケアは手や足、背中全体を包み込むようになでることで、相手に安心感を与えることを目的にしている。その為、タクティールケアの施術中は原則として施術者側から話しかけることはしない。このことは患者のベッドサイドにいき、「何かを話さなくてはいけない」と気負う必要がなく、静かに施術する中で自然と相手側から放たれた言葉に耳を傾けてあげれば良いのである。短い施術の時間ではあるが、B氏にとっても看護師と一対一で話すことができ、また、気持ちを表出することができる大切な時間になっていたと考える。

身体接触（以下、タッチと略す）は患者—看護師間で、密接距離で行われ信頼関係がなければ成り立たない。タッチによるコミュニケーションは感情を伝え、満足感や安心感を伝える。患者の身体にタッチすることでケアしようとしているメッセージを伝えるのである。看護師は患者から苦痛や緊張感、不安や寂しさなどの感情を感じ取る⁴⁾。また、言語では表せない支援や励ましの気持ちを患者に伝えることができ、患者—看護師相互に影響を及ぼす³⁾、と述べてい

る。このことからタクティールケアが患者—看護師間の信頼関係を築く手助けとなり、コミュニケーション能力に不安がある看護師にとっても病気や治療に対する患者の思いを引き出すひとつのきっかけになると感じた。

3. 自己効力感

ターミナル時期に提供できる医療処置がなくなっていく中で、表現しがたい痛みや倦怠感に患者が苦しんでいる姿をみることは、医療従事者にとっても大変なジレンマになる。また、患者の苦痛は側で見守る家族成員にも大きな苦しみをもたらす。愛する家族がこんなに苦しんでいるのに何もできず、ただ側にいることしかできない自分を情けなく感じたり、無力感を感じたりする⁵⁾。実際に、D氏の家族からも「時間があるときは、手をさすったりしているんです。それくらいしかできないから。」という発言が聞かれた。家族は患者の側にいたい、役に立ちたいというニーズをもっている⁶⁾。しかし、何をしてあげたらいいのかわからず、例え何かあったとしても本当にしていいのだろうかためらってしまう。

人がある行動を起こそうとする時、自己効力感が関わってくる。自己効力感は様々な場面に関わってくるが、ターミナル期の家族看護において、看護者には家族の自己効力感を高める働きかけが求められると思われる。自己効力感が高まれば自信にもつながり、患者に何もしてあげられないという無気力感から開放される。タクティールケアはリンパマッサージなどの医療行為とは違い、家族も施術することができる。そのため、ターミナル時期に「何ができるだろうか」と悩む家族や医療従事者の支えになるのではないかと考える。看護者が実際に施術し、指導することで家族が患者に施術する機会を増やしていくことが大切になる。

VI. 結論

1. タクティールケアは非言語的コミュニケーションのひとつとして、相手に安心感や信頼感を与える手段となる。
2. 患者が思いを表出するきっかけになり、緩和ケアや認知症ケアでの患者との距離を縮める手助けになる。
3. ターミナル期における家族への自己効力感を

高める手助けのひとつにもなりうる。

引用文献

- 1) タクティールケア普及を考える会：タクティールケア入門，日経BP企画，2008.
- 2) 自己効力，<http://health.goo.ne.jp/mental/yougo/018.html>
- 3) 山下千波ほか：非言語的コミュニケーションの理解と活用，臨床看護，34（5），695，2008.
- 4) 前掲書3），698.
- 5) 和田由起子，二見典子：ホスピスにおける家族への看護，家族看護1（2），72，2003.
- 6) 鈴木志津枝：家族がたどる心理的プロセスとニーズ，家族看護1（2），41，2003.

9. ターミナル患者への退院支援

～患者と家族の思いに寄り添って～

キーワード 緩和ケア 在宅療養 退院支援

樋笠 麻理* 三好久美子 長尾 穂文
香川医療生活協同組合 高松平和病院

I. はじめに

がん患者にとって、人生の最期をどの場所で過ごすかということは、生活の質に直結する重要な問題である¹⁾。最期の療養の場所として在宅を希望する人が増えつつあるが、家族の負担や急変時の不安から、現実的には無理だと考えている人も少なくない。また、療養の場所を選択する上で、患者と家族の思い・考え方にずれが生じることもある。患者の思いを尊重し、自分らしい療養生活を送る為には、患者・家族の両者が同じ方向に進めるよう支援し、療養環境を整えることが重要である。

本症例では、ターミナル患者の在宅療養移行までの取り組みと、退院支援について示唆を得られたので報告する。

II. 目的

患者を支える家族の思いを学び、一般病棟での緩和ケア、在宅療養への支援方法を検討する。

III. 方法

1. 研究期間

平成21年2月24日～平成21年4月22日

2. 対象

- 1) 氏名：A氏 60歳代 女性
- 2) 病名：両側乳癌、多発性骨転移、肺転移
- 3) 既往歴：先天性全盲
平成14年 左膝人工膝関節置換術
平成19年 左足蜂窩織炎、両乳癌手術
平成20年 骨転移にて放射線治療
- 4) 家族構成：
90歳代の母親と二人暮らし。夫も全盲で現在実家（県外）に帰っている。キーパーソンは兄夫婦で、入院中、食事介助や洗濯など身の回

りのことをしてくれている。母親は、転倒後でやっとトイレに行ける程度の日常生活動作（以下、ADLと略す）の為、介護はできない。母親と兄夫婦との関係も悪く、兄夫婦が本人の家に入ることも難しい。

5) 入院時のADL状況

膝の手術後の拘縮により左膝は屈曲できず、自力で立つことはできない。体動時には下肢痛がみられるため、一日中臥床している状態であるが、自力で側臥位になることはできた。2～3人の介助で車椅子に移乗し、30分は過ごすことができた。排泄は尿道バルーンカテーテル留置し、オムツを使用している。全盲であるため、食事・飲水など身の回りの、全ての面において介助を要した。また肥満（BMI 31.9）があるため、移動やオムツ交換時の介護負担は大きい。

6) 入院後の病態

前医では、塩酸オキシコドン（10mg/日）を内服していたが、吐き気が続き中止していた。入院後は痛みがない為、ロキソプロフェン屯用となったが内服せずに過ごしていた。

前医に入院中から食欲低下、食後の吐き気・嘔吐がみられ、十分な食事が摂取できていなかった。制吐剤の内服の追加と、栄養士による聞き取り調査を行い、食事内容を工夫することで食事摂取量は増えてはきたが、必要カロリーは摂取できていなかった。3月18日中心静脈リザーバを留置し、3月20日～高カロリー輸液を開始した。

3月中旬より病状が進行し、37.0～38.0℃の発熱、体力の低下・食欲の低下がみられるようになり、本人も病状の進行を感じてきているようだった。3月31日胸部レントゲンに

*連絡先 〒760-8530 高松市栗林町1丁目4-1 香川医療生活協同組合 高松平和病院 樋笠 麻理

て肺腫瘍の拡大が確認され、本人にも伝えられた。

3. 看護計画

1) 看護目標

支援体制が整い、自宅に退院できる。

2) 問題点

1 発熱や全身倦怠感、下肢痛があり、ADLやリハビリテーション（以下リハビリと略す）意欲の低下がある。

2 病名は告知しているが予後は未告知の為、今後の治療・療養について不安がある。

IV. 倫理的配慮

本研究において、A氏ならびに御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、研究を途中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。

V. 結果

1について（表1）

様々な症状によりADLが低下していたが、A氏とスタッフのリハビリに対する認識を一致させるために、本人とチーム全員との看護計画の共有を行った。その中で「体力の低下は感じているが、今でもリハビリして歩いて帰ったり旅行したいという思いはある。」という思いを聞き、①無理のない範囲でリハビリを行っていくこと②自分で出来ることはしてもらうこと③リハビリが行いやすいように持続点滴を夜間にできないか主治医に相談する④車椅子お花見会に参加することを決定し実行した。「外は気持ちよかった。」と喜ばれた。

2について（表2）

入院時に兄夫婦に予後を告知後、本人への告知

に対する思いを確認した。「告知すべきだが、本人が落ち込んでしまうのが心配。今回も言わないで欲しい。」と話された。

緩和ケアチームの回診を開始し、兄夫婦には緩和ケア相談外来に行ってもらった。医師、師長、病棟看護師、緩和ケアチームにて、本人・家人と話をする機会を再々もち、スタッフ間の情報の共有に努めた。

病棟での定期カンファレンスで、「本人には家に帰りたいという思いがあるが、今後どういう働きかけをするか、予後について残りの時間の過ごし方を患者と共に考えていく必要があるのではないか。」ということが話合われた。

再度本人の思いを確認し、在宅復帰を目指し支援していくことになった。そこで、病状説明と今後の方針を検討するため、カンファレンスを行った。医師より病状・予後（半年以内）を伝え、本人の希望である在宅へ短期でも帰れないか提案された。在宅療養を反対していた兄夫婦だったが、「何年も自宅で看るとなると無理だと思っていた。半年以内ということなら1週間でも自宅に連れて帰ってあげたいと思う。」という前向きな返事が返ってきた。話し合いの結果、本人の意思を尊重することになり、1週間自宅へ退院することが決まった。また再入院後も本人の体調がよく、家人などの支援体制があれば再退院することが決定した。

そこで準備項目のチェックリストを作成し退院の準備を行った。サービス担当者会議を開き、サービス内容・必要物品の調整、在宅ケアスタッフへの引継ぎを行った。また、病状の悪化などで早期に入院することも念頭におき、部屋の確保を依頼した。準備、体制が整い、病棟看護師が同行し自宅に退院された。

再入院後に在宅療養後のA氏と家族の思いを確

表1 #1について

	日付	A氏の状態	看護の実際
リハビリについて	2/24	様々な症状により体位交換要介助、歩行困難。 「歩ける様になりたい。」	・ 積極的なリハビリを続ける。
	4/1	「体力の低下は感じているが、リハビリして歩いて帰りたい。旅行に行きたい。」	・ 本人とチーム全員での看護計画の共有。 ・ 自分で出来る事はしてもらう。食事時も軽く持ちやすい容器に移し自力摂取を促した。 ・ リハビリが行いやすい様に持続点滴を21～9時にする。
	4/7		・ 車椅子お花見会に参加する。

表 2 #2 について

	日付	A氏・家族の思い	看護の実際
告知について	2/28	本人には予後は未告知。 兄夫婦：「本人が落ち込んでしまうのが心配。今回も言わないで欲しい。」	<ul style="list-style-type: none"> ・ 兄夫婦に病状・予後を説明し、告知に対する思いを確認した。 ・ 信頼関係ができフォローできるようになってから少しずつ話す。
情報収集共有	2/25 ～	A氏：「よくなって家に帰りたい。温泉に行きたい。」	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人・家族からの情報収集とスタッフ間の情報の共有。 ・ 緩和ケアチームの回診。 ・ 兄夫婦の緩和ケア相談外来の受診。 ・ 病棟の定期合同カンファレンスの開催。
今後の方針の検討	3月 中旬 4/14	本人も病状の進行を感じている様子が伺える。 A氏：「家に帰りたい。」 兄夫婦：在宅療養に反対 カンファレンス後の兄夫婦：「半年以内ということなら1週間でも家に連れて帰ってあげたい。」	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟での定期カンファレンスにて今後の方針を決定する。 ・ 在宅を目指し支援していく。 ・ 兄夫婦参加の合同カンファレンスの開催。 ・ 4月22日の退院を決定。 ・ 1週間の期間限定で在宅療養を試みる。 ・ 再入院後、本人の体調・家族などの支援体制があれば再退院する予定。
退院に向けての援助	4/18 4/22		<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院の準備項目のチェックリストを作成。 ・ 兄夫婦へ食事形態や注意点について指導。 ・ サービス担当者会議の開催。(訪問看護師、ケアマネジャー、地域連携室看護師、理学療法士、病棟看護師) ・ 緊急時の病室を確保。 ・ 病棟看護師が同行し自宅に退院。

認し、両者から一時退院してよかったという言葉
を聞くことができた。(表3)

VI. 考 察

【A氏の意味への援助】

A氏には、「歩けるようになりたい」「家に帰りたい」という2つの希望があった。

「歩けるようになりたい」という希望に対しては、入院時から歩行困難な状態ではあったが、A氏の思いを尊重してできる範囲でのADL向上に努めた。積極的なりハビリを続け立つことができたこと、車椅子での外出ができたこと、病棟内でもできることは自分でしてもらうことを徹底したことにより、「歩けるようになりたい。旅行したい。」という目標・意欲維持につなげることができたと考える。また、看護計画の共有の場を通して、本人の思いを確認すると共に、本人・チームスタッフ間で共通の目標を持つことができた。

「家に帰りたい」という希望に対しては、病状の進行を感じるようになった時期においても、A氏の思いは変わらなかった。スタッフ側も、最初

は今後の関わり方について方向性がみえず、対応に戸惑うことが多かったが、緩和ケアチームやスタッフ間での情報の共有やカンファレンスにて、A氏の思いを具体化し、「在宅に向けての支援」というチーム間での意思統一を図ることができた。

【家族の思いへの援助】

在宅療養を選択する場合、本人(又は家族)だけの気持ちで選択しても不安だけが強くなる²⁾。その不安から患者と家族の思いにずれが生じる場合がある。A氏と家族の間にも思いのずれや戸惑いが生じていた。本人の思いを尊重したいが、介護する家族の思いを十分に聞くことも重要である。A氏の家族は、退院後の負担がずっと続くのでは、家族だけの介護でどうしたらいいのかと不安が強く、在宅療養に反対されていた。しかし、話し合う場を設定し、現在の病状や予後伝え、在宅での支援体制に関する情報を提供することで、退院後の生活をより具体的にイメージすることができ、不安の軽減・在宅療養の受け入れにつなげることができたと考える。

表 3 【在宅療養後の患者・家族の思い】

A氏	「家はよかった。また帰りたい。退院前、反対していた母が快く迎えてくれたのが一番うれしかった。母親と一緒にいるのがいい。訪問看護やヘルパーが来てくれるから困ったことはなかった。」
兄夫婦	「訪問看護、ヘルパーが色々してくれたから、家族の負担はなかった。呼吸しているかなど急変が気になって、6日間一睡もできなかったが、今回1週間というのがあったから在宅療養を受け入れられたし、いつ入院できるか、悪くなったらという不安がなかった。あのときに帰ってよかった。」
母親 兄嫁	「一日に何度も話ができてよかった。母親も家に帰ることに反対ではなかったが、最初は訪問看護やヘルパーがあることを知らず、退院後、家族だけでどうしたらいいのかという不安が大きかった為反対していた。退院後は、兄夫婦も泊まってくれていたし、訪問看護師、ヘルパーが色々してくれたから困ったことはなかった。A氏本人も悔いはないと思うし、私達も悔いはない。」

【在宅での療養環境に関する援助】

患者・家族が安心して在宅療養を送る為には、支援体制や物理的環境を整え、在宅スタッフへの引継ぎが重要となってくる。また病状が安定している期間が短いターミナル患者の場合、タイミングよく介入して早急に準備を行う必要がある。病棟での準備では、チェックリストを作成し活用することで、スタッフ全員が準備状況を理解しやすく、計画的に準備を進めることができた。また、退院前にケアカンファレンスやサービス担当者会議を行うことで、支援体制や物理的環境の調整、引継ぎを円滑に行うことができた。

しかし、在宅療養では患者・家族だけとなる時間も長く、A氏の家族より急変に対する不安で、在宅療養中一睡もできなかったという声を聞き、精神的負担はかなり大きかったと考える。厚生省の終末期医療に関する調査でも、「最期まで自宅療養が可能か。」の問いに66%が不可能と回答し、理由として家族の負担や急変時の不安が多かった³⁾。今回、1週間という期間限定で再入院できることが決定していたことが、在宅療養をやり遂げる支えとなっていたと考える。病状の急激な悪化や介護者の状況変化など、緊急時の入院機関を

確保できることが必要である。

VII. 結 論

1. 患者・家族両者が同じ方向に進めるよう調整するためには、話し合いの場を設定し、病状や支援体制などの情報をより具体的に提供することが必要である。
2. チェックリストの活用、病院・在宅スタッフ全員でのカンファレンスにより療養環境の調整、引継ぎが円滑に行え、ターミナル患者の退院支援には有効である。
3. 期間限定の退院や緊急時いつでも入院できる体制を整えておくことが、在宅療養に対する患者・家族の不安軽減につながる。

引用文献

- 1) 柏木夕香：終末期の療養の場，看護技術55（3），45-48，2009.
- 2) 林めぐみ：在宅療養の支援サポートシステム，看護技術55（3），36-39，2009.
- 3) 厚生労働省ウェブサイト：終末期医療に関する調査等検討会報告書（2003），看護技術55（3），46，2009.

10. 終末期患者への関わり ～ケアリング理論に着目して～

キーワード ケアリング 終末期 コミュニケーション

畑中 沙予*
内海病院

I. はじめに

終末期の看護では、積極的治療が困難に至った患者が最期までその人らしく過ごせるよう援助することが重要である。今回、終末期における患者を受け持ち、患者の思いを知り、望みに寄り添う援助を考え実施したのでここに報告する。

II. 研究目的

患者にとっての「その人らしい生活を支える援助」をケアリングの理論に基づいて考察する。

(用語の定義)

ケアリング：クライアントと看護師との間の超個人的・相互主観的な相互交換¹⁾

III. 患者紹介

A 氏 70代 男性

病名：膵臓癌 癌性腹膜炎 胃瘻造設術後
現病歴：平成X年大腸ポリープ検診時、腫瘍マーカーが高いとのことで近院受診。当院受診希望し、精査、診断の結果、上記病名と診断された。

入院までの経過：手術適応なく、化学療法実施となる。外来にて月1回ジェムザール〇R点滴を実施していたが、効果は少なく、腫瘍は増大傾向にあった。平成X+1年Y月食欲不振、嘔気あり、外来受診、体力回復目的にて入院の運びとなる。

入院から受け持ちまでの経過：化学療法は実施不可能であり、症状緩和に重きが置かれた。膵尾部の腫瘍は十二指腸、胃にも浸潤し、通過障害が生じた。減圧目的で経鼻チューブを挿入していたが、胃瘻造設を勧められ、胃瘻造設する。疼痛コントロールはデュロテップMTパッチ〇R4.2mg 1回/3日交換 レ

スキューはオプソ〇R 5mg内服

社会的背景：一人暮らしであり、経済的問題はない。三人子供がいて、長男は他県、次男、長女が同県内に在住。キーパーソンは次男、長女である。日常生活動作は自立している。

看護問題：

- # 1 消耗性疲労
- # 2 疼痛
- # 3 不安

看護目標：

病状の進行に伴う様々な症状が緩和でき、穏やかに過ごすことができる。

受け持ち期間：平成X+1年Y+2月Z日～6週間

IV. 倫理的配慮

実習ならびにケースレポート発表を行うことを説明し同意を得た。また、患者及び家族が特定できないように配慮し、患者の意思で実習を中止することが生じて、今後の入院生活に支障が及ばないことを説明した。

V. 看護の実際

自己紹介を行い、A氏に受け持ちさせていただく挨拶を行うと、A氏が「何が聞きたいん。」「体の症状のこと。」と話された。A氏の印象は、口数が少ない人、研修生の質問に対して返事をするという印象だった。A氏の自己決定を促し、入院生活のペースを乱してはいけないと感じ、A氏が今、話をしている状態かたずねつつ疲労がないことを確認しながらコミュニケーションを図った。

ある日、A氏より「わしは、4月までの命やと

*連絡先 〒761-4431 香川県小豆郡小豆島町片城甲44-95 内海病院 畑中 沙予

思いよる。病気がよくない人も知っとる。臍臓が悪さをして、腸の通りが悪くなって、これ（胃瘻）も作った。でも、一回は家には帰りたいんや。これだけが願いや。」と話をされた。私はA氏の考えていることを聴けるとは思ってもいなかったの
で正直、驚いたが、とてもうれしかった。「Aさんが帰りたいと言われている気持ちを大切にしていきたいと思います。」とA氏の思いを支える保証の声かけを行い、自分に何ができるかを考えた。

A氏には帰りたいという望みがあるが、実行に移せていないその阻害要因は何かを考えながら関わっていると、A氏より、「足がしゃんとせん。こんなんじゃ帰れんな。」との話が聞かれた。A氏の下肢には足背と足首部に浮腫が少しあった。マッサージには疲労回復、筋力回復、リラクゼーション効果などのほかに、そばにいる安心感を与える効果がある。又、気分転換と下肢の疲労回復も図ることができるのではないかと考えた。下肢の筋力低下を防止し、望んでいる状態で外出できるように援助したいと思い、下肢のマッサージを実施することを提案した。A氏より「ぜひ、それはいい。こういうがんの患者にできることはどんどんやってみたらいい。」と了承していただいた。下肢のマッサージを実施すると、A氏より、「気持ち良いわ。」「今日はありがとうな。」「足が楽になったわ。」との発言があり、マッサージの効果があつたことを知ることができた。

A氏には同県内に長女、次男が在住しておりキーパーソンとなっている。2日に1回程度、長女、次男の面会があり、アイスクリームなどの差し入れを食べたり、1階まで喫煙に行ったりして過ごされていた。外泊には家族の協力が不可欠である。以前は外出も行ってたが、胃瘻造設後より外出はできていない。主治医より外出の許可が出た時、外出希望しているA氏の思いを家族に伝えた。胃瘻があつても家に帰る事はできること、その時には指導も行うことを話した。家族は「ありがとうございます。また相談して外出もできるようにしたいです。」と話された。その後、A氏、長女、次男と話し合いを行い、約2週間後1泊外泊できた。家族の協力のもと1泊外泊できて帰院された時のA氏の穏やかな表情が印象に残っている。

A氏の病状進行に伴い、全身倦怠感、筋力低下が著明になり、ベットサイドで転倒が増え、トイレからの立ち上がりも困難となり、床上で過ごす

時間が多くなった。筋力低下を身をもって感じたA氏からは「こんなんじゃあかん。」「何もできん。」などといった発言が聞かれた。この頃より、腹痛、特に下腹部痛の訴えが多く聞かれた。レスキューのオプソ〇R内服をすすめたが、「もう少し様子を見る。」ということが度々あつた。それでも1日1回～2回の内服は行っていた。A氏に疼痛時にレスキューを使用しない時の気持ちを尋ねると、「じっとしてたら痛みがなくなる。」と話された。安静にしても痛みが緩和されない時はレスキューを使用しており、A氏の表情や動作に注意しながらA氏の思いを支持しようと考えた。同時に痛みの閾値を上げる援助を取り入れることで、疼痛緩和を図ろうとマッサージ、温罨法を行った。援助後は「痛みが和らいだ。」との言葉が聞かれた。

また、A氏の心身への負担を避けるため、A氏の入眠時には訪室を控え、覚醒時に訪室して、コミュニケーションをとるようにした。

A氏の状態は次第に悪化し、中心静脈栄養カテーテルが右内頸静脈に挿入され、同時期に自尿も出なくなり、尿道内カテーテルが挿入された。採血の結果、腎機能が悪化しており、主治医より家族のみに予後が2週間と説明され、個室に移動し、家族が24時間付き添うことになった。

このころより長女とコミュニケーションをとる機会が増えた。長女から、「最期ってどうなるんですか。」「父は、元気になって化学療法して帰るって言ってたんです。治療できないって説明も受けて知っているのに、分かっているながらも拒否の気持ちがあつたのでしょうか。」「父は前々から、痛みなく過ごしたいのと、一人では死にたくないと言ってたんです。私も今は子育てから手が離れ、ちょうど付き添いができます。運命になってるんですよ。これはこれでよかつたと思います。」等、様々な思いを聞いた。否定することなく話を聴くことに徹し、長女が感情を表出でき整理する場となるように心掛けた。そしてそうすることで、長女の予期的悲嘆の援助に繋げていった。次男からは週末の付き添いの介護協力があり、長女に連日の付き添いで疲労をためないように声をかけた。

VI. 考 察

1. ケアリングとは

キャロルはケアリングはコミュニケーションの言語的経路と非言語的経路の2つの経路を通

じて伝達される²⁾ケアリングはケア提供者の側の自我の関与がないことが特徴である³⁾クライアントと看護師との間の超個人的・相互主観的な相互交換¹⁾と述べている。ただの患者と看護師との一関わりだけでは、ケアリングは存在しない。お互いにお互いの成長を願っての関わりでなければならないし、他の人にとって好ましい状況ではなく、患者にとって好ましい状況が生まれなければならない。

2. A氏との関わり

今回のA氏との関わりで、自分自身、援助の方向性に悩んだり、葛藤が生じた。しかし、ありのままのA氏を受け止めて、客観的なまなざしを持ち、自分の援助の方向性を考えなおすことができた。また、その関わりにはケアリングが欠かせなかった。

A氏との関わりを振り返ると、受け持ち当初は、A氏からの主体的な話は少なく、私自身の質問に答えるという私主体でコミュニケーションが進んでいった。私は、A氏にとって私とコミュニケーションをとることは苦痛になっていないのか疑問に感じていた。

最初は、A氏の自宅に帰りたいという思いを支えることを目標にした。目標をたてたことで、「足がしっかりしたら帰れる」というA氏に、下肢のマッサージを実施したり、家族に外出許可が出ていることやA氏の状況を伝えることで、外出、外泊できるように働きかけることができた。

A氏の病状が進行し、会話も減り、沈黙の時間が増えるようになると、私自身、そばにすることがいたたまれなくなり、辛くなった。A氏に何とかして疼痛緩和をしなければならぬとも思っていた。しかし、これはケア提供者である私自身の自我の関与が大きくなったと考える。私の主観的な思いばかりが先走りしていた。A氏の状態はどうなのかを客観的にとらえようと思い、以後、A氏とコミュニケーションをとる時には、会話だけでなく、A氏の表情、しぐさ、声のトーン、ベットサイドの環境などにも着目した。そうすると、痛みは訴えていないが、腹部を押さえたまま表情が険しいこと、会話に活気がないことを感じた。周囲の環境は飲みかけのお茶がオーバーテーブルにあり、ゴミでいっぱいになっているゴミ箱があった。痛みがあっ

て離床に至っておらず、自分自身で入院生活の環境を整えることができていることに気づくことができた。A氏の思いに添って関わることで、A氏の出す非言語的なコミュニケーションサインを受けとめることができるようになった。

そうすると、A氏が疼痛時のオプソ○Rの使用のタイミングを決めていることに気がついた。A氏は痛みの程度（強さ）によって「この程度ならじっとしてたら次第に治まってくる。大丈夫。」と自身で判断されていた。私は、「飲んだら痛みがなくなるって分かっているのに何で飲まないんだろう。」と思ったが、A氏が疼痛を感じなくなる援助が安静ならば、それを支持しようと考えた。A氏がオプソ○Rを使用せず安静にしている時、その1時間後訪室すると、A氏は苦痛表情なく休まっていた。A氏に尋ねると、「痛みがなくなった。」と話され、私は除痛が図れたと判断した。ケア提供者である私がA氏の世界に入ることで、A氏の価値観を感じる事ができた。また、A氏は1日1回～2回オプソ○Rを内服している時には自ら看護師に言って飲んでいた。「何で飲まないんだろう。」と思うのではなく、A氏にとっては飲まなくて良いと思っている時間だったことに後で気づいた。薬物療法だけでなく、それと併用して行った痛みの閾値を上げるケアや環境を整える援助が、A氏の症状緩和に繋がったと考える。

3. 家族との関わり

A氏が衰弱し、ベット上での生活となったターミナル後期に、長女とコミュニケーションをとる機会を多く持った。長女との会話から、ターミナル期の患者を抱える家族が様々な思いを持ち、悩んでいることを知った。そして、予期的悲嘆の援助が必要であると考えた。長女との会話で、私は、うなづき、感情を確認し、長女の質問に対して情報を提供していった。長女が父親の死について考え、現実の喪失に対する心の準備を行うことで、A氏のそばでA氏を見守ることができたのではないかと考える。

4. 看護師としての成長

A氏との関わりの中でA氏の2つの思いが見えた。

一つはA氏の自宅に帰りたい思い、家族からの情報であったが、最期は痛みなく過ごしたいのと、一人では死にたくないという思いである。

これはA氏が望んでいる生活そのものであった。

もう一つは、自分と関わることで研修生の私の成長を願っている思いである。マッサージの援助を提案した時に「こういうがんの患者にできることはどんどんやってみたらいい。」と発言された言葉からは自分の体を通して研修生である私の成長を願っていると考える。

看護師である私は、この二つの思いを感じて、薬物療法だけでなく、それと併用して行った痛みの閾値を上げるケアや環境を整える援助を行った。また、外出の際には胃瘻についてのケアの相談や指導を行った。メイヤロフは、一人の人格をケアすることは、最も深い意味でその人が成長すること、自己実現することを助けることである⁴⁾と述べている。6週間の関わりで、A氏が家族の協力のもと1泊外泊できたことや、個室に移動してから家族の付き添いのもと穏やかに入院生活を過ごされたことは、A氏の望んだ状態、まさにその人らしい生活を送れたひとときではないかと考える。

看護師としての私の成長を願ってくださる思いをA氏より感じて、私自身もケアされた。ケアリングは相互交換であり、援助を行った私にも、看護師としての姿勢を見直す機会となり、また、看護をする喜びに気づくことができ、看

護師としての成長の機会を与えてもらった。

VII. 結 論

終末期の看護では、その人にとって、いかにその人らしく過ごせるかが重要となる。今回の関わりを振り返り、その人らしく過ごす援助を行うためにはケアリングが欠かせないことが分かった。

ケアリング理論に基づいて考察した結果、このケアリングは、看護師があるべき姿勢そのものであると気づいた。それは、患者に関心を寄せ続けること、患者の成長を望むことが前提である。そして、他の人にとって好ましい状況ではなく、患者にとって好ましい状況が生まれなければならない。また、お互いの成長を望んだものでなければならない。それが明らかになった結果、看護師の姿勢そのものを見直すことができた。今後も、ケアリングのスキルを高め、患者、家族の痛みをケアできるように努めていきたい。

引用文献

- 1) キャロル・レッパネン・モンゴメリー：ケアリングの理論と実践，医学書院，36，1999.
- 2) 前掲書¹⁾，39.
- 3) 前掲書¹⁾，86.
- 4) ミルトン・メイヤロフ：ケアの本質，ゆみる出版，13，1987.

11. 採血を受けた後の幼児へのプレパレーションの効果

キーワード プレパレーション 幼児 採血 ホスピタル・ドール

秋山 菜摘*¹⁾ 三浦 浩美²⁾ 小川 佳代³⁾

¹⁾高松赤十字病院 ²⁾香川県立保健医療大学 ³⁾四国大学

I. はじめに

プレパレーションは子どもの治療・処置の際の不安軽減への援助としてその重要性がすでに認知され、積極的に推奨している報告も多い¹⁻³⁾。石垣²⁾によると、子どもへの検査・処置前のプレパレーションは「痛みのある処置を受ける小児の心理的準備につながり、参加しようとする主体的な行動を促した」とされている。一方、処置後の遊びは、自己の中で起きた事柄を非言語的に模倣し表現することで、自己消化していく重要な過程とされ、プレイセラピー的効果を有するものとされている³⁾。しかし、処置後の心の慰安に焦点を当ててプレパレーションを行った研究報告は少ない。特に幼児期は、自分の体験したイメージを表現できるようになり、言語的コミュニケーションの発達も目ざましい時期⁴⁾であり、痛みを伴う治療や処置時のこころのケアは重要と考えられた。そこで本研究では、幼児期の子どもに対して採血を行った後に発達段階にあったプリパレーションを行い、その効果を分析することとした。

II. 目的

採血の処置を受けた直後の幼児期の子どもの心の慰安にプレパレーションが効果があるかどうかを、子どもの反応などから明らかにする。

III. 用語の定義

1. プレパレーション：処置前の準備的な説明のみにとどまらず、入院（来院）する前から始まり、処置・退院（帰宅）後も継続的に行うべきもの³⁾とされており、本研究では、処置後に自分の体験を振り返り、緊張を解くための遊びとする。
2. ホスピタル・ドール（以後、ドール）：検査や処置の内容について説明するために用いられ

る人形⁵⁾。対象者の発達段階を考慮して、今回のプレパレーションで用いるのが適切と考えた。

IV. 方法

1. 研究方法：参加観察法および面接法による質的研究
2. 研究対象者：A院小児病棟に入院中の採血処置を受ける幼児とその付き添い者
3. 調査期間：平成20年9月1日～30日
4. プレパレーションの流れ：採血の前に20～30分対象児と関わり、児の特徴など情報収集を行った。事前に看護師から児とその家族には採血を行うことを口頭説明している。採血時には一緒に処置室に入り、児の様子を観察した。その後、病室に戻り、ドールを手渡し、顔を書くよう促した。顔が完成したところで、ドールが病気であるため、注射をしてあげてほしいと伝え、注射して、絆創膏を貼ってもらった。ドールの病気が治ったことを伝え終了とした。
5. 調査方法及び内容：採血処置時とその後ドールを用いて遊んでいる様子を参加観察法で情報収集をした。家族には付き添ってもらった。実施後すぐにできるだけ正確に児の言動や表情を記録した。また、実施翌日に付き添い者に「児の反応」について質問した。
6. 分析方法：メモ内容をすべてデータとした。心の慰安の評価は児の表情や言動から行った。プレパレーションの流れにそって分類した。2名の共同研究者は10年以上小児看護学に関わっており、内容の一致のために全員で十分討議した。
7. 倫理的配慮：施設長及び病棟責任者には事前に文書で承諾を得た。付き添い者には、研究の目的、強制ではないこと、断っても治療や

*連絡先 〒760-0017 高松市番町4丁目1番3号 高松赤十字病院 秋山 菜摘

看護に影響を及ぼさないこと、途中で中止できること、プライバシーの厳守について書面及び口頭で説明し同意を得た。児には、不安が生じないようにわかりやすい言葉で何を行うかの説明を行った。

V. 結果

1. 対象者の概要

対象者は幼児とその付き添い者の各3名であった。A児は3歳、B児は4歳、C児は5歳男児で、付き添い者は全て母親であった。

2. 児の反応 (表1)

3名の参加観察法で得たデータから、流れに沿って【1. 採血中】、【2. 採血後】、【3. ドールを渡す時】、【4. 絵を書き出す時】、【5. ドールに注射する時】、【6. 実施後】に分類した。

【1. 採血中】、A児は看護師に足を押さえられ、足が痛いと言い泣いていた。B児は慣れている様子で母親と手をつないだまま椅子に座り、泣かずに採血を行っていた。C児は採血を2回行ったが、2回とも小さい声で「痛い、痛い、痛い」と言い、痛みを耐えていた。

【2. 採血後】、A児は泣きながら病室へ帰ったが、B児とC児は母親と手をつないで病室へ帰った。

【3. ドールを渡す時】、A児はドールを見せると「嫌」と拒否したが、再度声を掛けると興味を示し、ペンを取った。B児はドールを渡すとすぐに手に持ち、興味深く触ったり眺めたりした。顔を書いてくれるかと問うと、うなずいた。C児はドールを渡そうとすると、照れている様子で受け取ろうとせず、なかなか顔を書こうとしなかった。

【4. 絵を書き出す時】、A児は青ペンで母親と一緒に目や鼻などを書いていった。B児は自分の好きな色のペンを取り、すぐに目を書いた。その後、ひげや口を書いていった。枕の(ドラえもん)ポケットを指差して書きたい様子であったが、母親に抱きついて書こうとせず、母親に「書いて」と頼んだ。母親が「一緒に書こう」と言うと一緒にペンを持ってポケットや首輪を書いていった。C児はアンパンマンの顔を書こうと言うと、書く気になり、ペンを動かした。研究者が付けている名札のアンパンマンを指差して「赤色がいる」、「これも書かないかん」、

表1 プレパレーションを受けた幼児3名の反応

	A	B	C
1. 採血中	・看護師に足を押さえられ、足が痛いと言っていた。	・母親と手をつないだまま、椅子に座って採血をおこなった。	・椅子に座って、採血を受けた。 ・2回とも小さい声で「痛い、痛い、痛い」と言って、痛みを耐えていた。
2. 採血後	・採血後、泣きながら母親と病室へ帰る。 ・せきこんでいた。	・母親と手をつないで病室へ帰った。	・泣かずに行うことができ、母親と病室へ帰った。
3. ドールを渡したとき	・ドールを見せると、嫌と拒否した。 ・再び声かけをすると、興味を示す。	・ドールを渡すとすぐに手に持った。 ・興味しんしんでさわったり、ながめたりしていた。	・ドールを渡そうとすると、照れている様子で受け取ろうとしない。 ・受け取ったが顔を書こうとしなかった。
4. 絵を書くように促し、書き出したとき	・青ペンで母親と一緒に目や鼻などを書いていった。 ・(布や毛糸などで髪の毛をつけた、服を着せたりするかと問うと)拒否した。	・自分の好きな色で目を書いていた。 ・枕の(ドラえもん)ポケットを指差して書こうとするが、書かない。 ・恥ずかしいからか、母親に抱きついて書いて書こうとしなかった。 ・母親に「書いて」といっていた。 ・母親の促しと一緒にペンを持ってポケットや首輪を書いていった。	・ペンを動かした。 ・名札のアンパンマンを指差して「赤色がいる」と言った。 ・「これもかかないかん」 ・「次これ」とよく話すようになり、絵も徐々にできあがっていった。 ・アンパンマンの顔が書けたら、人形を抱っこして喜んでいった。
5. 人形に注射するように声をかけたとき	・注射器を持って、ドールの足に注射をした。 ・アンパンマンの絵が描かれた絆創膏をはった。	・すぐに注射器を持ってしていた。 ・3種類あった絆創膏のうちひとつをとってはってくれた。 ・貼り終わると反対側の下にも注射をしてはっていた。 ・(「これで治るかな」と問うと)小さくうなずいた。 ・右足に注射をして、シールをはった。	・少し戸惑って、母親の姿を探して母親のそばに行った。 ・自分はこのことここに注射をしたと言っていた。 ・母親に促されて注射をし、テープをはってくれた。 ・「治る」と笑顔で答えた。
6. 実施後	・眠いと言って、寝転んだ。 ・(「ドールと一緒に寝る」と問うと)「嫌」と言ったが表情はよい。	・できると笑顔が見られた。 ・人形を持ち上げたり、母親に見せたりしていた。	・出来上がったアンパンマンをうれしそうに抱っこしていた。 ・「良くなる」と笑顔で答えた。

「次これ」とよく話すようになり、絵も徐々に出来上がっていった。アンパンマンの顔が書けたら、人形を抱っこして喜び、笑顔が見られた。

【5. ドールに注射する時】、A児は注射器を手を持ち、ドールの足に注射をした。注射したところにアンパンマンの絵のついた絆創膏を貼った。B児は注射器をすぐ手に取り、ドールの手に注射をし絆創膏をとって貼った。貼り終わると反対側の手にも注射をして貼っていた。これで治るかなと問うと、小さくうなずいた。余った絆創膏をあげると、右足にも注射をして貼っていた。

C児は注射してあげてと問うと、少し戸惑って、母親の姿を探して母親の側に行き、自分はこのことここに注射をしたと言っていた。母親に促されて注射をし、絆創膏を貼った。これで治るかなと問うと、「治る」と笑顔で答えた。

【6. 実施後】、A児は「眠い」と言って寝転んだ。ドールと一緒に寝ることを勧めると、「嫌」と言ったが表情は穏やかだった。B児は書き終えたドールを見て笑顔になっていた。C児は人形を持ち上げたり、母親に見せたり、出来上がったアンパンマンを見て、うれしそうに抱っこしていた。アンパンマンはこれで良くなるねと問うと、「良くなる」と笑顔で答えた。

採血とプレパレーションを実施した翌日、母親に子どもの反応について質問をした。A児の母親は、もっと大きかったら（年齢が上だったら）自分に置き換えることができたのではないかと話していた。B児の母親は、自分がされていることをわかっていると感じたと回答した。実施後、絆創膏を貼ったところを触ったり、あのドラえもんにもう一回注射してあげたかったのにと話していたようである。C児の母親は、子どもなりに受け止めて対応していると思うと回答した。児の姉に「ぼくがアンパンマンに注射したんだよ」と言ったり、抱っこして寝たりと、ずっとドールを持っていたということであった。

VI. 考察

プレパレーションの流れに沿って分類した結果をもとに、処置後の心の慰安としてプレパレーションが効果があるか考察する。

A児は、泣きながら採血を受け、【3. ドール

を渡す時】や【4. 絵を書き出す時】拒否しており、すぐに他のことが行えない状況で、A児にとって採血が大きなストレスとなっていたと考えられる。しかし、母親の協力によって、一緒に絵を書いたり、ドールにシールを貼ったりすることができていた。母親は気がそれただけという捉え方であったが、【6. 実施後】泣いていた表情が落ち着いてきたことから、処置の必要性がわからなくても気分転換をすることの意義は大きいのではないかと思われる。

また、A児は、【1. 採血中】手ではなく、「足が痛い」と言って泣いており、【5. ドールに注射する時】でも、ドールの足に注射をして、絆創膏を貼っていた。このように、手ではなく、足に置き換えるといった象徴機能が見られ、「痛い」や「怖い」ということばによってストレスを発散させていたと思われる。一般的に、2～7歳ごろの幼児は、物事を頭の中で再現して、あるものを別のもので表すといった象徴機能が発達する。ピアジェはこの時期を前操作的段階と表現している。また、ことばは他者とのコミュニケーションのためだけでなく、周囲の出来事を整理し、経験したことを抽象的・論理的に考えるための重要な手段となるので、ことばの発達が進む2～7歳頃は、象徴機能も急速に進む⁶⁾とされている。

B児の場合、【1. 採血中】慣れている様子で泣くこともなく、母親と手をつないで採血を受けていた。そして、【3. ドールを渡す時】や【4. 絵を書き出す時】、【5. ドールに注射する時】、すぐに取りかかることができていた。B児は、採血に対して拒否や恐怖は少ないようであった。【6. 実施後】も出来上がったドールを見て笑顔が見られ、達成感を感じているようであり、児自身の心の整理ができていると考えられる。B児はこれまでに入院と外来通院を繰り返し、採血を何回も体験していた。

認知発達・言語発達の途上にある小児にとって、自身の体験している痛みを的確に表現することは困難であり、痛みを経験する小児のアセスメントは難しい⁷⁾。B児は採血に対して大きなストレスは感じていないように見えたが、痛みは避けられない体験であるので、その軽減や開放をする必要があると思われる。【5. ドールに注射する時】、B児は何回もドールに注射していた。外来や入院などで何回も採血を行っている自分自身に置き換

えていると推測できた。つまり、B児は自分なりに、自分が行ってきたことをドールに置き換えることによって、「痛み」を解放していたと考えられる。このことは心の慰安につながったのではないかと考えられる。

苦痛を伴う体験を重ねると、幼児は自分でコントロールできることの限界を知って自尊感情が伸びやかされる可能性がある⁹⁾。他の2事例と比べて、B児の場合、【4. 絵を書き出す時】母親にこれをしてもいいのかという確認をとる行動が見られた。これは、B児にとっては、否応なくされた入院や処置の経験によって、自分で決めてよいのかどうか不安に思われたのかもしれない。このようなB児に対して、自分で遊びの内容を決めるなど、生活のなかで自己決定できる機会をできるだけ増やして、情緒や社会性の発達への弊害を緩和するような働きかけが必要である。

C児の場合、【1. 採血中】「痛い、痛い」という言葉を発することで、「痛み」や「怖さ」などのストレスから逃れようとし、また「痛み」を乗り越えようと児なりに頑張っていたと考えられる。A児と同様に、【3. ドールを渡す時】、すぐにはドールを受け取ろうとしなかったり、絵を書こうとしなかった。また、【5. ドールに注射する時】も、母親の姿を探すという行動が見られ、すぐには行うことはできなかった。しかし、母親や研究者の声かけなどの援助で絵を書いたり、ドールに注射できた。そして、自分はこことここに注射をしたと、周りの人に伝えるという言動も見られた。【6. 実施後】は、出来上がったアンパンマンをうれしそうに抱っこして「良くなる」と答えており、心の整理ができたと考えられる。幼児後期になると論理的な思考が進み、相手の気持ちや意図を理解し、相手の視点にたった伝え方や、いくつかの視点を関連づけて総合的な判断ができるようになる⁹⁾。「良くなる」ということばから、児はプレパレーションを行うことによって、なぜ採血を行ったのかを理解することができたのではないかと考えられる。このことにより、心の慰安につながると考えられる。

今回の研究では、3例とも母親が付き添った。どの事例も、児の動きが止まったり、戸惑っていた時に母親の介入が見られた。田中³⁾は、「母親の介入は児の適応能力を高める」と述べているように、母親の介入によってドールに注射を

行うところまで行えたと考えられる。また、田中³⁾は、「子どもと両親はプレパレーション過程全体を通じて、自分の情動を表出するように励まされるべきであり、説明が一方的であってはならない。」とも述べている。今回は採血前のわずかな時間しか関わることができず、十分児と母親の反応を見ながら進めることができなかった。実際、子どもたちは入院してすぐに採血を受けることも多いため、実際の現場でも同様の問題が生じるのではないと思われる。病棟スタッフと家族が協力して児に関わっていくことで、児の心の慰安のみではなく、児と家族が前向きにケアを受け、病気に立ち向かうという気持ちを引き出すことができると考えられる。

3事例とも、それぞれ異なった反応の中でドールを受け入れ採血処置を振り返っていた。しかし、同じ幼児期でも、年齢によって処置を受ける際の表現の仕方が異なることがわかった。プレパレーションを行う際には、その児にあった方法で行うことが必要になってくる。また、入院や外来で、採血などの痛みを伴う処置を多く経験してきた幼児に対しても、慣れているからプレパレーションを行う必要はないと捉えず、その時その場面の児の状況を受け止め、表現がはっきりできない場合でも、プレパレーションを行うことは「痛み」というストレスの軽減や解放の方法のひとつになっていると捉えて実践していくことが大切である。また、母親の存在によって、プレパレーションを円滑に行うことができることもわかった。そのために、母親にプレパレーションの意味を説明し、協力を得ることが大切である。

VII. 結 論

処置後の心の慰安としてプレパレーションは効果があるのか検討した結果、以下のことがわかった。

1. 処置後のプレパレーションは、苦痛な体験を緩和する効果がある。
2. 同じ幼児期でも、年齢によって処置を受ける際の表現の仕方が異なる。
3. 入院や外来で、採血などの痛みを伴う処置を多く経験してきた幼児に対しても、プレパレーションを行うことは「痛み」というストレスの軽減や解放の方法のひとつになっている。
4. 母親の存在により、プレパレーションを円滑

に行うことができる。

付 記

本稿は香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科卒業論文に加筆修正を行ったものであります。

引用文献

- 1) 長野恭子, 小野恭子, 池田恵子: 点滴を受ける小児への母親主体のプリパレーション, 第37回日本看護学会論文集 (小児看護), 345-347, 2006.
- 2) 石垣幸子: 絵本を用いたプリパレーションによる対処行動の比較, 第35回日本看護学論文集 (小児看護), 137-139.
- 3) 田中恭子: プレパレーションの5段階について, 小児看護, 31, 542-547, 2008.
- 4) 奈良間美保, 丸光恵, 堀妙子ほか: 系統看護学講座専門22 小児看護学「1」, 医学書院, 東京, 95-96, 2006.
- 5) 古吉佳織, 金子裕子, 亀山みか他: 小児が医療行為を受け入れる為に「ホスピタル・ドール」が媒体として有効であるかー, 第36回日本看護学会論文集 (小児看護), 184, 2005.
- 6) 前掲4) 95.
- 7) 前掲4) 302.
- 8) 前掲4) 98.
- 9) 前掲4) 96.

12. 看護師が関わった退院支援業務実績の検討 ～基礎的データからの考察～

キーワード 地域連携 退院支援 業務実績 継続看護

森田 伸子* 松本久美恵
香川大学医学部附属病院

I. はじめに

近年、病院の機能分化が進展していく社会の動きの中で、急性期の治療を終えた患者が、退院後も安心して療養を継続できるよう地域の病院や施設などと入院早期から連携し、継続医療・看護につなげていく必要性がある。

A病院では、高齢者や重症患者・患児が多く、患者・家族は退院後の生活に不安や介護負担を感じ、在宅療養移行に躊躇する傾向がある。

このことから、高齢者から新生児にいたる対象者に対して不安を軽減し、早期からの関わりでよりよい継続を支援し、在宅療養生活移行を促す退院支援が必要であると考え。地域連携室の利用件数は年々増加傾向にあり、A病院から退院する院内連携、継続看護の充実や院外との連携が重要である。

今回、看護師が関わった退院支援業務を、年間の業務実績から基礎的データをもとに考察した。

II. 研究目的

看護連携の重要性と看護師の役割について、看護師が担当した退院支援業務を、年間の業務実績を基礎的データとして分析する。

III. 研究方法

1. 対象：A病院地域連携室で看護師が退院支援した事例
2. 期間：平成19年4月から平成20年3月
3. 方法：看護師が実際に退院支援した患者の過去1年間のデータから平均年齢、平均支援日数、疾患群、在宅支援数、転院支援数を抽出し、看護師が担当した131例の退院支援依頼内容について集計し分析した。

また、退院支援依頼内容の分類は、退院調整看護師に求められる機能と役割の8項目既存のカテ

ゴリーを参考にした。新たにA病院の業務実績の中から退院支援の依頼内容のカテゴリーを作成し、基礎データの分析を行い検討した。

4. 倫理的配慮：研究以外の目的で使用しないこと、個人を特定できないように配慮した。また、院内の倫理委員会の承諾を得て実施した。
5. 用語の定義：退院前カンファレンス：患者・家族と患者のケアにあたる医療関係者が一同に会し、入院中の経過と今後の治療計画を確認し、在宅での療養生活に関する注意点、問題点を抽出し退院後の生活に関するケア計画を協議することである。

IV. 結果

平成19年の地域連携室において、ソーシャルワーカー（以下MSW）が関わった退院支援、福祉制度に関する相談や経済的問題などの相談も含め、関わった総患者数は634人であった。

退院支援患者数は384人で、退院支援の内訳として在宅支援数は131人（34%）、転院支援数は224人（58%）、施設入所支援数は29人（8%）であった。

そのなかで看護師が関わった退院支援数は115人、転院支援数は16人であった。患者の平均年齢は62歳、退院支援最高年齢は99歳、退院支援最低年齢は0歳であった。

依頼があり、退院または転院するまでの平均支援日数は22.5日であった。

退院支援した主な疾患群はターミナル期の患者51人（38%）、ターミナル期に至らない悪性疾患患者21人（16%）、精神疾患14人（11%）、産科・婦人科疾患14人（11%）、小児科10人（8%）、脳血管疾患9人（7%）、神経難病4人（3%）、その他8人（6%）だった（図1）。

*連絡先 〒761-0763 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部附属病院 森田 伸子

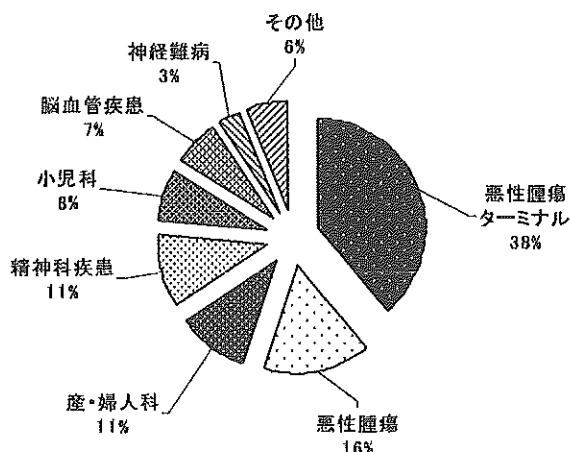


図1 疾患群

看護師に宛てられた依頼内容で最も多かったのは、「退院時地域との連携」で医療行為継続のため訪問看護ステーションへの連携、訪問診療・往診が可能な在宅医師への連携、再発予防や保健指導の必要性のため保健師への連携が48件（36%）であった。次に多かったのは、「在宅療養のコーディネート」で、介護保険についての説明を解りやすく、個人のレベルに応じた福祉用具レンタルや専門的で適切な情報提供を行えるよう、ケアマネジャーやその他の関係者との連携で35件（27%）であった。次に多かったのは、「医療機器・医療材料の購入相談」で吸引器・吸入器その他医療用具が必要・胃瘻増設による医療材料購入についての相談や在宅酸素・在宅中心静脈栄養・在宅経管栄養など医療機器業者との連携で29件（22%）であった。次には「在宅療養相談」で本人・家族が退院に対する不安や自宅に帰るか、転院をしたほうが良いのか決定出来ない場合の情報提供を行っているが19件（15%）であった（表1）。

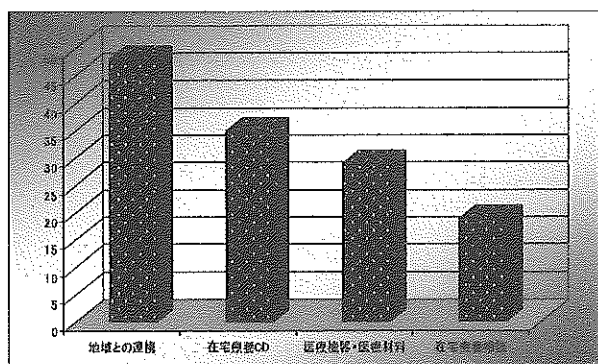


図2 依頼内容の内訳

退院後の生活に不安がある場合や退院後の環境調整が必要な高齢者、医療行為の継続が必要な場合は退院後の生活を安心して過ごせるよう、院内・院外の関係

者へ連絡調整を行い、退院前カンファレンスを実施している。退院前カンファレンス実施は54件であった。

主な退院支援依頼内容とその役割について、参考にした内容のカテゴリーは8項目であったが、そのなかで5項目が該当する項目であり、「調節機能」「コミュニケーション機能」「資源の情報収集・活用機能」「エンパワメント機能」「退院計画作成機能」とし、5つのカテゴリーに該当した、退院支援依頼内容について以下に述べる（図2）。

表1 依頼内容分類

カテゴリー	主な内容	役割
調節機能	退院時地域との連携	院内外の多職種との連携を通してチーム医療を促進する。
コミュニケーション機能	在宅療養CD	患者・家族の意向や希望を尊重し、十分な話し合いを展開し問題解決に導く。
資源の情報収集・活用機能	医療機器・医療材料の購入相談	社会制度の状況を理解し、患者・家族が活用できるよう助言や指導を行う。
エンパワメント機能	在宅療養相談	患者・家族がもっている、潜在能力を引き出し自立支援を促進する。
退院計画作成機能	退院前カンファレンス	多職種との意見交換を通して、患者・家族の生活ニーズを整理する。

V. 考察

退院支援は、患者・家族の主体的な参加のもと、患者が退院後も自分らしい生活が送れるよう、病院内外の専門職が知恵と力を合わせて取り組んでいくチーム医療である。

看護師が退院支援を行った患者は、高齢者に限らず、周産期母子センター（以下NICU）から退院する低体重児の育児支援や先天性疾患患児が増加していることもあり、最高年齢と最低年齢に差がみられている。

平均支援日数は、合併症のリスクが高い患者や、重症患者の場合、治療に時間を要し入院が長期化することに影響している。

在宅への移行患者の疾患群では、全年齢層に関与し

ているものの、ターミナル患者、ターミナル期に至らない悪性疾患患者が多かった。認知症、脳血管疾患患者で退院後も医療行為の継続・ケアが必要なことも多く、訪問看護や訪問リハビリへ連絡調整を行うことにより、在宅療養が可能という意識付けになり、不安の軽減に関与している。

また、小児の在宅療養支援では、ターミナル期の患者や先天性疾患で医療行為の継続・ケアや、超低体重児の長期入院後、退院時の育児支援が必要な場合には家族を含めた支援が必要である。それには、小児科病棟看護師と外来看護師の情報共有が可能となるよう関わりが重要となってくる。

地域へは、学校教育機関、保健師センターへ保健師との連携、訪問看護師の介入、家族への精神的なサポートなど環境の調整が重要である。

1. 調節機能：退院時地域との連携

在宅療養患者では、医療依存度の高い患者や急性増悪のリスクが高い患者により、日常生活の管理には医療・看護連携が必要である、連携の内容は以下に示す。

- 1) 地域の保健師による家庭訪問の依頼
- 2) 医療行為の継続看護においては訪問看護ステーションへの連携
- 3) 医療への連携は、在宅医療を担う患者の健康状態を把握し、日常的に診療や療養指導にあたっている医師で、患者が重症または寝たきりで通院困難な場合、訪問診療や往診が可能な在宅医師への連携等である。

このように、連絡調整を行っていくうえで、どのような疾患を得意としているか、対応可能なか訪問看護ステーションの特色や得意分野、在宅医の情報把握していくことが重要である。

2. コミュニケーション機能：在宅療養のコーディネーター

介護保険申請後のサービス内容について、高齢者の場合には十分な理解が得られない理由として、身体機能の低下、慢性的な疾患、複数の合併症を併発していることが考えられる。そのため以下の身体的な関わりが必要となる。

- 1) 解りやすく個人のレベルに応じた福祉用具のレンタルや住宅改修の情報提供を行う。
- 2) 専門的な知識を身につけ、適切な情報提供を行う。家族のキーパーソンに同意を得るような働きかけや、ケアマネージャーと連絡を取り、入

院中の情報に限らず自宅に帰ったときの状況を踏まえた情報交換が出来ることから、効果的な退院支援が可能になる。

3. 資源の情報収集・活用機能：医療機器・医療材料の購入相談

医療機器や材料の購入方法や、継続した医療行為、処置が必要な患者への対応として必要なことは、以下のようなものである。

- 1) 患者の必要性に応じた状況を判断し情報提供を行う。
- 2) 機器の操作練習の技術の習得に関しては、プライマリーナースと連絡を取りながら関わる。
- 3) 外来看護師と継続して対応できるよう情報を共有する。

入院早期から関わることで、十分な情報提供が可能となり、退院までに操作練習・指導を行うことで、患者・家族の理解度を確認し、外来への継続看護が充実する。

4. エンパワメント機能：在宅療養相談

患者・家族の中には、在宅療養は無理と考え転院を選択する患者が多い。在宅サービスの活用方法を知らずに在宅療養を諦めていることが、患者・家族の意志決定に大きく影響していると考えられる。ことから、在宅療養への問題点を明らかにすることと、不安な要因は何かを把握することが必要となる。

病状説明のとき同席を行い、情報提供し患者・家族の要望をしっかりと把握し、自己決定できるような選択肢を与えることが重要である。

5. 退院計画作成機能：退院前カンファレンス

退院後の環境は、それぞれ異なった生活の場に行くことから、患者の個人に応じた対応をすることが、退院後安心して自宅で生活して行くことが可能になる、そのために以下のことが必要となる。

- 1) 入院中の主治医、看護師、PT、OT、MSW、と情報交換し、今後の治療方針などの確認を行う。
- 2) 在宅医、訪問看護師、保健師、ケアマネージャー、福祉用具専門員、医療機器業者等の参加による退院を前提としたカンファレンスの調整を行う。

多職種間でカンファレンスを行うことは、患者主体の院内外関係者が参加し、できない部分に着目するのではなく、残存機能や潜在多岐機能を活用するために、あらゆる情報交換の場となり、参加者の共通認識が可能となり有効であ

る。

急性期病院では、今後入院期間の短縮にともない、いくつもの看護問題を抱えながら、退院していく患者が増えていくことが予測される。

入院中に解決出来ない場合もあり、退院後も継続して病状を観察し、必要な看護を提供していくという共通認識のもと、具体的な方法や様々な制度を活用しながら、退院後の生活をイメージして関わっていくことが大切である。

退院支援業務内容で、最も多かった「調節機能」「在宅療養コーディネート」は院内外での多職種・他部門と病棟、外来継続看護など横断的に関連部署と連携をとっている。

地域で安心して生活できるよう、退院後の問題点を明確にするため、多職種が合同で退院前カンファレンスが実施できるよう調整している。

参考にした内容のカテゴリーは8項目であったが、スクリーニング、教育、評価機能については、退院支援業務内容で実施できていない項

目であった。今後、実施できていない内容のカテゴリーについては、重要な課題として取り組んでいく必要がある。

VI. 結論

患者の状況を踏まえ、在宅療養が可能となるような支援を行うことが必要であり、医師・看護師が「在宅」での生活をイメージできるよう、連携と協働を意識的に働きかけ、継続した看護を提供できるよう努めたい。

引用・参考文献

- 1) 吉村繁子：特定機能病院に於ける地域連携退院支援活動の成果，第34回地域看護学会論文集，112-114，2003.
- 2) 黒田由利子：大学病院診療連携室における業務実績の後方視的検討，第36回地域看護学論文集，38-39，2005.
- 3) 篠田道子：ナースのための退院調整，日本看護協会出版会，2007.
- 4) 大内尉義・村嶋幸代：退院支援，杏林書院，2002.

13. A病院における感染防止委員会の取り組みとその評価 ～インフルエンザ対策を中心に～

キーワード 意識調査 インフルエンザワクチン 研修会

岡井 陽子* 河辺 信博 谷川 理絵 楠原絵美子 岩井 礼子
和田 春美 山下 知子 坂上 恭子 近藤奈保子 三好 敦子 浅田 明美
香川県厚生農業協同組合連合会屋島総合病院

I. はじめに

インフルエンザウイルス感染症（以下インフルエンザ）は、毎冬11月頃から4月にかけてみられ、特に12月後半から3月前半にピークがある。インフルエンザは高齢者や基礎疾患を有する、いわゆるハイリスク患者において、肺炎などの合併症により入院や死亡などの危険性をもたらす。このため、世界保健機関（WHO）をはじめ世界各国においてハイリスク患者に対してワクチン接種を強く勧めている。一方、多くのハイリスク患者を診療する医療従事者は、ワクチン接種により自身の感染予防を行うだけでなく、同時に患者への交差感染のリスクを減少させることで、患者をインフルエンザから守ることにもなる。

A病院院内感染防止委員会では、2005年より感染防止への意識の向上のためとワクチン接種の推奨のために、流行シーズン前に全職員対象のインフルエンザ関連の研修会を行ってきた。そこで今回、全職員の研修会参加率とワクチン接種率を比較し、当委員会の活動について評価した。その結果、今後の活動に繋がる課題を得たのでここに報告する。

II. 研究目的

今回インフルエンザに焦点を絞って、A病院全職員の研修会参加率とワクチン接種率の推移により委員会の活動の評価をする。

III. 研究方法

1. 研究期間

2009年3月～6月

2. 方法

1) 2005年から2008年までの4年間の院内研修

会参加率調査

院内研修会は、流行シーズン前に全職員を対象に年に一回開催している。

2) 2004年から2008年までの5年間の全職員のインフルエンザワクチン接種率調査

3) アンケート調査

自作質問紙による自己記入式アンケート

(資料1)

対象：全職員394名に配布し有効回答355名

(回収率90.1%)

3. データの収集、分析方法：職種別接種率は過去5年間の健診課のデータより調査し、研修会参加率は質問紙から調査し比較分析した。アンケート調査については、調査内容を項目ごとに単純集計とした。

4. 倫理的配慮

研究対象者へは研究の主旨及び調査において個人が特定されないことを説明し、アンケート結果は本研究以外に使用しないことを明記し、同意を得た。

IV. 結果

1. 対象の背景 (394名)

医師43名、看護職207名、看護助手18名、薬剤師12名、放射線技師12名、検査技師17名、理学療法士5名、特殊技師6名、給食部門17名、保育室5名、事務38名、厚生連8名、その他6名。

2. 研修会参加率 (図1)

参加率平均は、2005年12.2%、2006年24.5%、2007年14.4%、2008年27.9%へ上昇した。2005年から2008年までで変化の大きかった職種は、給食部門、保育室、特殊技師、看護助手だった。

*連絡先 〒761-0186 香川県高松市屋島西町1857-I 香川県厚生農業協同組合連合会屋島総合病院 岡井 陽子

2005年と2008年を比較すると、給食部門0%から35.2%へ、保育室0%から40%へ、特殊技士0%から33.3%へ、看護助手16.6%から55.5%へとそれぞれ上昇した。

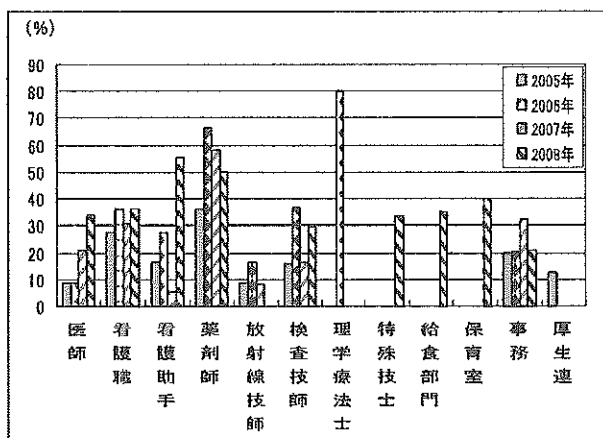


図1 研修会参加率推移

3. ワクチン接種率 (図2)

全体接種率平均は、2004年55.2%、2005年66.3%、2006年72.2%、2007年81.1%、2008年87.1%へ毎年上昇した。2004年から2008年で変化の大きかった職種は、給食部門、事務、薬剤師だった。2004年と2008年を比較すると、給食部門23.5%から100%へ、事務40%から84.2%へ、薬剤師45.5%から91.7%へとそれぞれ上昇した。

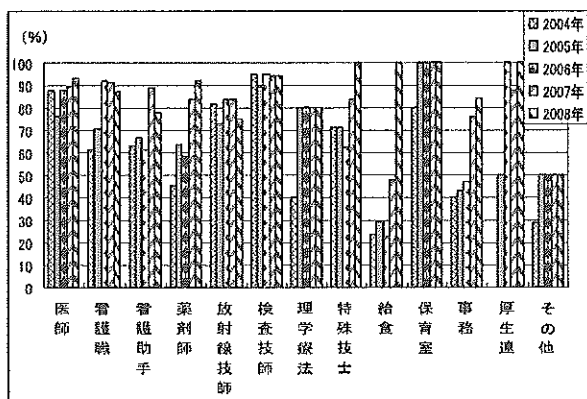


図2 ワクチン接種率推移

4. アンケート結果

1) 研修会参加理由 (図3)

上位から見てみると、「全体研修のため」35%、「何か新しい情報を知りたかった」20%、「予防策について知りたかった」14%であった。その他、「院内感染委員会に勧められて」4%、「インフルエンザニュースを読んで」3%という結果も得られた。

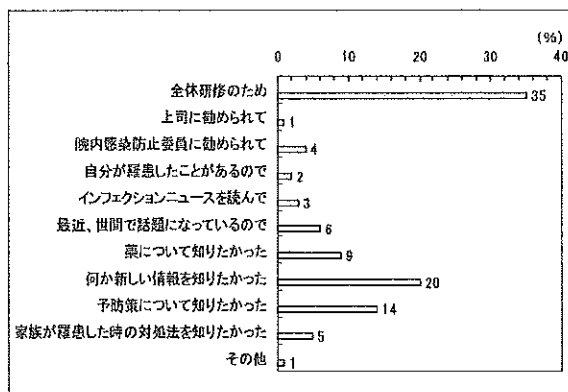


図3 研修会参加理由

2) 研修会不参加理由

上位から見てみると、「時間がない」6.9%、「周知がなかった」4.8%、「自分が参加対象と思わなかった」3.8%であった。

3) ワクチン接種理由 (図4)

上位から見てみると、「自己管理のため」87.2%、「他人への感染源にならないために」43.9%、「罹患した場合他のスタッフに迷惑をかけるため」41.4%、「病院勤務者は当然と考えて」41.1%であった。その他、「院内感染防止委員会に勧められて」2.8%、「院内研修会を受けて必要と感じて」10.3%、「インフルエンザニュースを読んで」2.8%という結果も得られた。

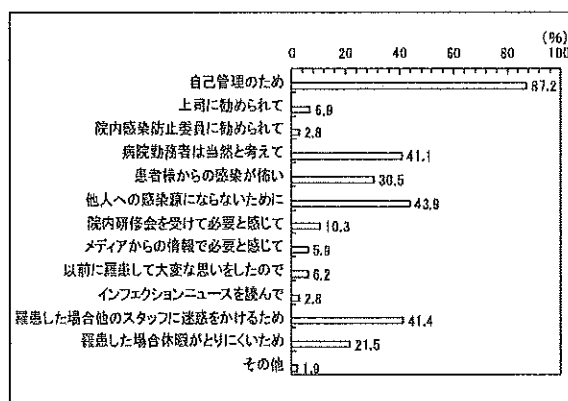


図4 ワクチン接種理由

4) ワクチン非接種理由

上位から見てみると、「注射が嫌い」3%、「今までインフルエンザに罹患したことがない」2.8%、「ワクチンの有効性に疑問がある」2.3%であった。その他「手続きが面倒」1%という結果も得られた。

V. 考 察

A病院では、インフルエンザの研修会を2005年より毎年開催している。研修会参加率は、毎年上昇している。参加理由として、「全体研修会のため」「何か新しい情報を知りたかった」「予防策について知りたかった」などが多く、予防に対しての意識が高まっていると考えられる。また、「院内感染防止委員会に勧められて」「インフルエンザニュースを読んで」という結果も得られており、当委員会での活動効果がみられている。反対に参加しない理由として「時間がない」「周知がなかった」「自分が参加対象と思わなかった」と言う意見が多くあった。研修会は、年に1回のみの開催であり勤務者は参加できず、また周知徹底が不十分な状態であった。今後、各部署・各職種間への周知の強化・内容の再構成・開催回数を増やすことで、研修会参加率をさらに上昇させて教育・啓蒙活動の充実を図りたいと考える。

患者に安全な医療を提供するためには、すべての職員が、感染対策の重要性を認識し、その発生に基づいて速やかにかつ適切に対応することが必要である。そのためにも、インフルエンザ予防には、流行シーズン前の全職員のワクチン接種が重要であり、その他、標準予防策や咳エチケットをはじめとする感染対策が不可欠である。清水は¹⁾「医療従事者のワクチン接種は、施設内での流行抑止効果があることは広く知られている。それにもかかわらず、医療施設におけるワクチン接種率は、報告にもよるが70～80%程度にとどまっており、報告されていない施設ではさらに低いと予想され、接種に対する必要性が認識されていないと推察される」と述べている。そこで、A病院でもどの程度ワクチン接種できているのか、職員がどのような意識でワクチン接種しているかについて調査した。ワクチン接種率は、2004年55.2%から、2008年87.1%と大きく上昇している。接種理由として、「自己管理の為」「他人への感染源にならな

いために」「病院勤務者は当然と考えて」「患者からの感染が怖い」とインフルエンザ予防への意識が高いことが分かった。一方、ワクチン非接種者は年々減少しているが、非接種の理由として「注射が嫌い」「今までインフルエンザに罹患したことがない」「ワクチンの有効性に疑問がある」などがあげられた。また「手続きが面倒」という意見も得られており、多忙な職員がワクチン接種を受けやすいように手続きの簡易化・接種の集団化などシステムの工夫を行い、接種率の上昇へと活動していきたいと考える。

研修会を開催していなかった2004年と、開催4年後の2008年を比べると、ワクチン接種率は5割から8割へと大きく上昇した。特に医療職以外の給食部門・保育室・特殊技士・看護助手は、研修会参加率の上昇が大きく、それに伴いワクチン接種率の著しい上昇が見られた。このことより、研修会に参加する事で感染予防を考える機会が増え、接種率上昇に影響を与えたと考えられる。今後、研修会内容の再構成・開催回数を増やすことで参加率を上昇させ、ワクチン接種率の更なる上昇へと繋げていきたいと考える。

職種別人数の差があるので、なかなか割合で解釈するには限界があった。

VI. 結 論

1. 各部署・各職種間へ周知の徹底がさらに必要である。
2. 研修会を行ない知識・興味を持ってもらうことがワクチン接種率の上昇に繋がった。
3. 医療職以外の職種で接種率が大きく上昇したことは、研修会の効果があったと言える。

引用文献

- 1) 清水健一郎：インフルエンザワクチンによる感染制御, INFECTION. CONTROL, メディカ出版, 36-39, 2008.

14. 代用膀胱造設術後の患者の排尿管理の自立に向けた看護介入

キーワード 膀胱癌 尿路変向 代用膀胱 排尿管理

植松 友香* 藤井 圭子 石井 睦子
高松赤十字病院

I. はじめに

B病院は、泌尿器疾患における外科的治療を年間約400件実施している急性期の基幹病院である。このうち膀胱腫瘍の外科的治療として膀胱全摘出術に伴う尿路変向術を年間に約5～6件施行している。この尿路変向術として尿管皮膚瘻造設術や回腸導管造設術は一般的に多く実施される手術であるが、他に排尿状態が最も生理的状态に近く、ボディイメージの変化のない自排尿型代用膀胱造設術がある。しかし、膀胱癌の発生部位、手術手技の難易度、手術侵襲の大きさなどの理由から、この自排尿型代用膀胱造設術を選択できる人は限られ、B病院でも年間1～2事例程度である。

この自排尿型代用膀胱は腸管で形成されるため、尿意を感じての排尿がなく、尿を貯めれば拡大しやすい。そのため時間排尿が必要であること、残尿や腸管の排泄物を排出するため自己導尿が必要であるなど術後の蓄尿機能・排尿機能などをよく理解し、セルフケアの獲得が必須となってくる。

今回、患者の強い希望によって高齢患者にリスクが高いとされている代用膀胱造設術を行った事例を経験し、術後の排尿管理の自立に向けての看護介入を試み、多くの示唆を得たので報告する。

II. 研究目的

自排尿型代用膀胱造設術後の排尿管理の自立に向けた看護介入を明らかにする。

III. 方法

1. 倫理的配慮

対象者には研究の意義を説明し個人を特定できないようにすること、データは研究以外の目的では使用しないことを約束した上で同意を得た。

2. 調査期間

2008年8月18日～10月13日

3. 患者紹介

1) 患者プロフィール

A氏70才代男性。妻と2人暮らし、娘は県内在住。性格は注意深く、自分の意思を貫き通す。

2) 現病歴

2005年に膀胱癌でTUR-Bt（経尿道的膀胱腫瘍切除術）を施行、その後の追加治療として抗がん剤の膀胱注入を行っていた。再発の為TUR-Btを繰り返していた。

3) 入院経過

今回、膀胱全摘出と尿路変向術の必要性を説明され、自排尿型代用膀胱造設術を目的として、術前2日前に入院。手術直後は順調に経過したが14病日に膀胱造影でリークが認められたため、代用膀胱留置カテーテル（以後：留置カテーテルと称する）の抜去が14日後に延長され、28病日となった。

IV. 結果

入院直後から、手術後の身体的変化がイメージできるよう、患者・家族向けに作成した代用膀胱造設術のパンフレットを用いながら患者の視覚に訴える方法でオリエンテーションを実施した。排尿パターンの変化や尿漏れ予防対策に骨盤底筋運動の有効性を説明し、患者・家族からは「こんな風に説明してくれたら、手術後どうなるのかがよく分かっている。」などの発言が聞かれた。イラスト入りのパンフレットは高齢者にも受け入れやすいようで、術後の身体的変化を受容したように見受けられた。そして、手術への積極的な言動も聞かれた。

*連絡先 〒760-0017 香川県高松市番町4-1-3 高松赤十字病院 植松 友香

しかし手術後、排尿パターンの変化に伴い2つの問題が生じた。

1つ目の問題は、留置カテーテル抜去後「尿漏れに対する受容」であった。看護師は尿漏れが起こる原因を、手術前の説明より、患者に理解しやすいように噛み砕き説明し、患者の受容レベルや反応に合わせて実施した。骨盤底筋運動の指導の有効性や尿漏れ対処としての尿とりパットの使用方法、セルフモニタリングの内容や目的など毎日少しずつ、繰り返し実施した。膀胱貯留量を意識付けるために夜間も3時間毎のトイレ誘導を実施した。

しかし、この過程の中で、A氏は「管が抜けたんはいいけど、おしっこ感覚はまだ分かん。お腹が張るっていうのもよく分かんし、前みたいにおしっこがしたいと思わんのやから困る。」と、改善しない尿漏れに対して苛立ちを表現し、骨盤底筋運動も積極的に取り組む様子は見られなかった。

2つ目の問題は「排尿管理の自立に向けた自己管理」であった。

患者に排尿管理の必要性を理解してもらい、必要な手技の獲得、自己モニタリング法の習得を通して退院後の生活に自信がもてるように指導を展開した。

膀胱貯留が過剰にならないように夜間も3時間毎の排尿の必要性があり、A氏は、「頻回にトイレに行くことは面倒ではないけど夜は寝入ってしまうことがあるから看護師さんに起こしてもらいたい。」と入院中の排尿の誘導を看護師に委ねた。また、「退院後は、家内に起こしてもらおうか目覚まし時計をかけて起きるようにする」と表現し、退院後の生活をイメージしながら、排尿パターンを自分のペースで確立させようとする計画を立てるなどの行動がみられた。

しかし、医師より「退院後は、定期的な導尿は不要であるが、尿閉時のみ自己導尿が必要」と説明された。そしてA氏に自己導尿の手技の獲得を目指して指導が始まった時、問題が浮上した。「わしは面倒くさいことが嫌いや。自分でパウチを貼ったり、それを仕事にするような生活が嫌やったけん、手術を受けたんや。導尿を自分ですることはパウチを付けた生活と変わらんわ。」と今回の手術を選択した動機を語り始めた。「まあ導尿は頻回にするもんでもないし、それくらいだった

ら許せるわ。」などと、自己導尿に不満を表現しつつ、現実の身体問題の受容や自己管理に必要な状況に葛藤している場面も見られた。妻が先に技術習得することを強く希望され、自らの手技練習を拒否していた。「今日はもう導尿の練習はせんでええわ。明日、家内が来るけん、明日にしよう。前に1回導尿の仕方は見せてもらった。たぶん1、2回見たら自分でできると思う。退院までに自分でできるようにする。もし自分の調子が悪い時とか、できないことがあった時のために家内には練習してもらっとくと安心や。」と語り、自己導尿手技獲得には欠かせない妻の存在と全般的信頼を伝えてきた。

看護師は妻が自己管理に必要なキーパーソンであることを再認識し、妻への積極的アプローチを始めた。まず、妻に看護師が実施する導尿の準備・実施・後片付けまでの一連の自己導尿処置を見学してもらい、イメージ作りを開始した。自己導尿指導開始後6日目には、妻が看護師の指導のもと導尿を行えるまでになり、その翌日には、A氏が導尿の実践練習を自ら開始するようになった。

「自分のことやからできる。」「管からおしっこが出るのが見えにくいけど、同じ作業を何回かしていたらきっと覚えるな。」と語り前向きな言動が聞かれ始めた。

自己導尿開始13日目、A氏は自己導尿の手技を獲得でき、「分からないところはない。」と語り、社会生活に自信を持って退院することができた。

V. 考 察

A氏は70才代であり、発達段階で言えば老年期に当たる。一般的に老年期には各機能の低下が著明となり、理解を得る為には視覚・聴覚・触覚など五感をとおしての働きかけ、関わりが重要である。B病棟の看護師は、高齢者に医学に関する情報をより分かりやすく伝え、治療に関する知識を獲得し、患者の自立を支援したいと考えている。手術前には患者やその家族が、治療を理解した上で、自分の意思で治療を決定し納得のいく治療を受けられることを看護の目標とした。A氏にあわせて、イラスト入りで絵が多く、大きな文字のパンフレットを作成した。視覚からの理解を支援すること、治療用語を患者の通常使用する言葉に噛み砕いた言葉での表現し、疑問を素直に表現できるよう雰囲気作りに勤めることを念頭に置きオリ

エンターションを施行した。視覚と聴覚に溶け込みやすいように工夫した指導教材は効果があり、A氏から術後の状態が分かりやすいとの評価を得られ、手術前後の急性期は前向きに臨むことができた。

しかし、術前に捉えていた自己の代用膀胱のイメージと実際の排尿感覚の認識と異なったことで術後の排尿確立期に心理的混乱が見られた。A氏との関わりの中で、A氏は妻を信頼し、スキル獲得には欠かせない存在だと思っていることに気づかされた。それによって私たちは妻をソーシャルサポートにおける重要な資源であるということを変更して再認識することができた。A氏のコーピングを妻と看護師で協力をしながらサポートしていく方法に切り換えをした。妻はA氏にとって心理的資源であり、学習過程での同胞であり、意思決定における相談相手であった。

患者との信頼関係を築く時間が入院から手術までの2日しかなかったが、術後、A氏が退院後の生活に自信がもてるよう指導を展開し、繰り返し根気強く関わることで、徐々に退院後の生活をイメージした計画を自分自身で立てるなど積極的な行動が見られ、結果的に社会生活に自信を持って

退院された。短期間での信頼関係の構築は困難であるため、今後の課題として外来部門との連携を図り、外来・病棟の一貫した看護を行っていく必要がある。また、確定診断の病理結果が出た時点から膀胱全摘術を見越した看護が行えるよう医師との連携を密にすることも忘れてはならない。

VI. 結 論

今回の事例より、自排尿型代用膀胱造設術後の排尿管理の自立に向けた看護介入として2つの有効性が示唆された。

1つ目は老年期における患者指導は視覚に訴える方法が有効であること。

2つ目は夫婦（家族）の相互関係を見極めソーシャルサポートを有効に活用することであった。

参考文献

- 1) 結縁敬治：ナースのための新膀胱（自排尿型代用膀胱形成術）の理解，泌尿器ケア14（2），10-16，2009
- 2) 谷口誠子：自然排尿型代用膀胱形成術後に尿失禁をきたした高齢者患者の自立への援助，臨床看護24（12）1998

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。抄録採択通知と同時にお送りする「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) 第26回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」を朱書き、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、指定期日までに再提出する。
- 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) 原稿はワードプロセッサで作成する。
- 2) 用紙はA4判に横書きで、1行の文字数を40文字、1ページの行数を45行（1,800字）とし、上下左右の余白を20mmに設定する。
- 3) 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・引用文献は、空白を含めて1ページ1,890字とする。
 - 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、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実施要綱を参考にすること
 - ⑤本文の下欄外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。

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（1）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、本文原稿の最後一括して引用番号順に記載する。

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）、発行所、頁、発行年（西暦）。

論文投稿チェックリスト

施設名 _____ 筆頭研究者 _____

※論文を投稿する際に原稿を確認し、論文と一緒に提出してください

チェック例：

	チェック項目	チェック欄
【論文について】		
1	論文の内容は他の学会誌や他誌に投稿されていないものですか	
2	本文・文献・図表を合わせて7,200字（4枚程度）以内となっていますか	
3	本文はA4判用紙に1行40字、1ページ45行で作成していますか	
4	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文字、英文およびアラビア数字は半角文字となっていますか	
5	用紙は、上下左右の余白を20mmに設定していますか	
6	本文は適切な項目立てをし、次の項目を含んでいますか はじめに(研究背景)・目的・方法・倫理的配慮・結果・考察・結論	
7	本文(1ページ目)冒頭は、論文内容から記述していますか ※タイトル、キーワード、所属、氏名などは表紙に記載してください	
8	本文の下段欄外にはページ番号を付けていますか	
9	文献の記載方法は投稿規程に従っていますか ※引用文献は引用順に番号をつけ一覧にする、引用ページ・巻(号)・発行年等をもれなく記載する	
10	文献の情報は原典に相違ありませんか	
11	本文中の引用箇所と引用文献リストの内容は一致していますか	
12	図表等は、白黒印刷で判別できる明瞭なものですか	
13	本文右欄外に図表挿入位置を指定していますか	
14	図表の体裁は整っていますか ※図表ごとに通し番号を付ける、タイトル位置(図は下、表は上)、単位の表記など	
15	論文は2部作成し、表紙は印刷用と選考用にそれぞれ次の項目を記載していますか	
16	印刷用:タイトル、キーワード、研究者名、共同研究者、所属施設名、図表の添付枚数、連絡先(文書送付先住所・郵便番号・電話番号・ファックス番号・電子メールアドレス)	
17	選考用:タイトル、キーワード、図表の添付枚数 ※投稿者を特定できないようにするために、選考用の表紙には氏名および所属を記載しないでください	
【倫理的配慮とその記述について】		
18	研究対象者へ研究内容および研究結果の公表等について説明し、承諾を得られていますか	
19	研究対象者が特定できないよう配慮していますか	
20	固有名詞(当院・当病棟を含む)を使っていませんか	
21	研究への参加によって、対象者に不利益や負担が生じないよう配慮していますか	
22	文献から図表や本文を引用する場合、著作権に配慮し出典を明らかにしていますか	
23	既存の尺度を使用する場合、著作者から許可を得ているか文献を明記していますか	
【送付方法について】		
24	期限までに確実に届くように準備しましたか	
25	封筒の表には、「香川県看護学会誌原稿」を朱書し、折らずに封入しましたか	

第26回 香川県看護学会
学会長 渡 邊 照 代

香川県看護学会誌 第1巻
論文選考委員（学会委員）

委員長 小林 秋恵
佐伯 香織
正箱多恵子
田岡 昭見
西前 真里
平木久美子
山花のぶ子
事務局 洵江七海子

香川県看護学会誌 第1巻

平成22年6月 発行

編 集 (株)香川県看護協会 学会委員会

発 行 (株)香川県看護協会
〒769-0102
香川県高松市国分寺町国分152-4
Tel 087 (864) 9070

印 刷 株式会社中央印刷所

●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・出版権の侵害になりますのでご注意下さい。

