

ISSN 1884-5673

香川県看護学会誌

第3巻 2012

公益社団法人香川県看護協会

目 次

1 新人看護師ローテーション研修の効果と今後の課題	荻田多恵子… 1
2 家族生活力量モデルを活用した退院支援	中川 千草… 5
3 片麻痺を伴う脳血管疾患患者の回復過程に寄り添う看護アプローチ	村井 明菜… 9
4 身体症状を緩和することでトータルペインが明らかになった一事例	荒木由希子…13
5 在宅がん終末期の看取りをした家族の思いから家族支援を考える	山下 光代…17
6 オムツ交換時の臭気軽減及び拡散防止手順の検討	本宮 慎吾…21
7 個別的な口腔ケアによる口腔内状態とストレスの変化	那須 花子…24
8 実習指導に対するスタッフの意識調査 —効果的な実習指導を目指して—	井筒 節子…27
9 A病院における看護研究者の抱える困難感と求める支援	吉岡 一恵…31
10 新人助産師における「助産ケアの質」に対する自己評価と想いの変化	檜原 直美…34
香川県看護学会誌投稿規程	40
編集後記	42

1. 新人看護師ローテーション研修の効果と今後の課題

キーワード 新人看護師 ローテーション研修 習得度

萩田多恵子* 森安 浩子
三豊総合病院

はじめに

平成22年度新人看護師研修制度が努力義務化された。新人看護師看護技術習得度において、ガイドラインに提示された新人看護師が習得すべき技術項目について、A病院においては前年度の結果から配置部署のみですべてを経験する事は困難な現状であった。新人看護師研修のガイドラインでは研修の工夫の一つとしてローテーション研修についても記され、各施設で病院独自の取り組みが報告されている。A病院でも今回初めてローテーション研修を企画・実施し、良い結果が得られたとともに今後の示唆を得られたので報告する。

I. 目的

新人看護師習得項目における看護技術項目の習

得の為にローテーション研修を企画し、その効果を表すとともに今後の課題について検討する。

II. 方法

- 1) 期間：平成22年11月～平成23年6月30日
- 2) 対象：平成22年4月に入職した新卒新人看護師22名。
- 3) 方法：A病院ではローテーション研修として、11月より手術室・ICU・内視鏡センターで各1日、1月より手術室配置の新人看護師2名を1週間それぞれ外科病棟・整形外科病棟で、ICU配置の新人看護師1名を循環器内科外科病棟で3日間の研修を実施した。また、2年目の5月～6月に22名の新人看護師に対し訪問看護の研修を1日実施した。ローテーション研修

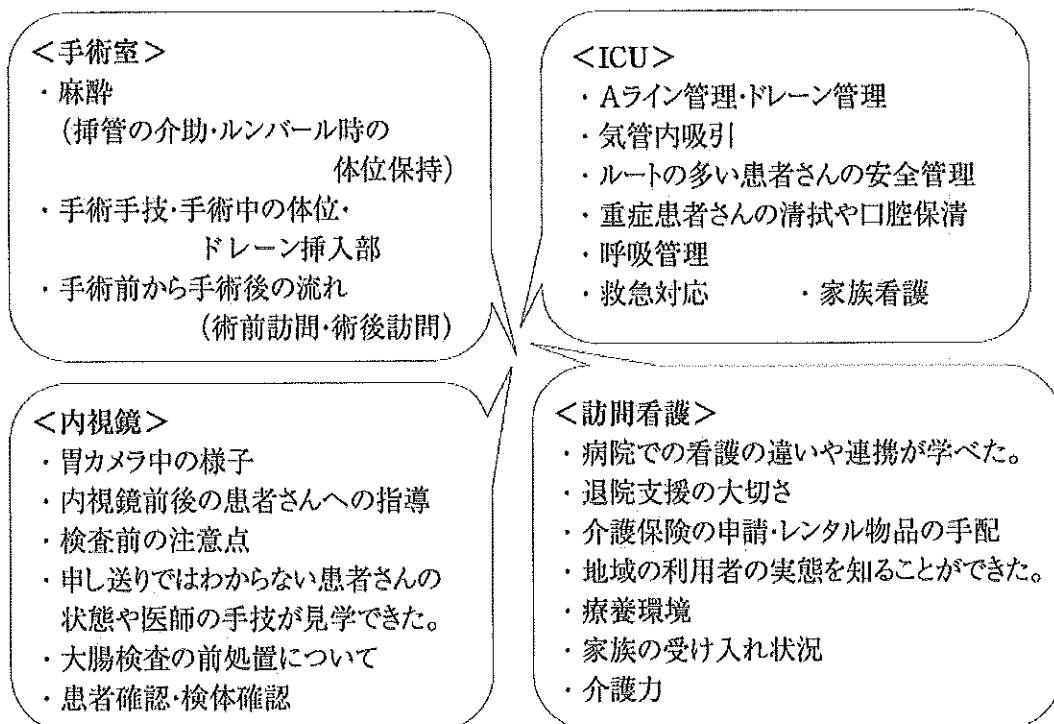


図1 新人看護師がローテーション研修で習得できたと答えた内容

*連絡先 〒769-1695 観音寺市豊浜町姫浜708 三豊総合病院 看護部 萩田多恵子

- ・手術の流れがわかり、関連づけて行動できるようになった。
- ・患者さんへの説明がわかりやすく出来るようになった。
- ・呼吸療法士としてNIPV使用患者さんの退院指導にかかわりたい。
- ・患者さんに検査や処置・手術時の様子を詳しく説明出来るようになった。
- ・特殊部署での業務内容を学び、いままでは疑問に思っていた事が解決できた。
- ・胃カメラ・気管支鏡の説明が出来るようになった。
- ・知識を深めたいと思った。
- ・今後の自分のキャリアも考え出した。
- ・患者さんの疑問に答えてあげられるようになった。
- ・その場の雰囲気を知ったことで、初めての患者さんにも様子を伝えることができる。
- ・退院支援について理解を深めることが出来、入院時からの他人支援に向けての情報を聴取するようになった。

図2 新人看護師自身がローテーション研修後行動・言動が変わったと感じた内容

については事前に受け入れ部署に対して研修の目的や方法などについて周知した。新人看護師には目的・方法を周知し、未習得項目や自分の配置部署と関連ある内容について各自、事前学習および研修計画を立案して研修に臨むように説明し実施した。計画においては、部署の師長・主任にアドバイスを依頼した。平成23年6月ローテーション研修がすべて終わった後、独自で作成した質問紙法にてローテーション研修の効果に関する質問13項目について調査を行った。

4) 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、対象者に研究の主旨と目的・方法、そして得られた結果は本研究以外には使用しない事を説明し同意を得た。研究内容についてはA病院看護部倫理委員会にて承認を得た。

Ⅲ. 結果

新人看護師アンケート回収数は20名(91%)であった。また、ローテーション研修で習得できた内容はそれぞれ図1に示すとおりであった。ローテーション研修について賛成19名(95%)、どちらでもよい1名(5%)であった。研修の日数についてはちょうどよい14名(70%)短い5名(25%)であった。研修の時期についてはちょうどいい11名(55%)遅い6名(30%)早い1名(5%)であった。「看護技術未習得項目の習得に役に立ちましたか」の問いには19名(95%)がはいと答えた。「自己の目標が達せられましたか」・「ローテーション研修は自己の看護のレベルアップにつ

ながると思いますか」の問いには20名(100%)全員がはいと答え、19名(95%)が今後も続行した方がいいと答えた。「ローテーション研修後何か自分の行動・言動が変わりましたか」の問いには15名(75%)が変わったと答え、その内容はほとんどの人が「患者さんに手術や検査の説明を詳しく出来るようになった」「退院支援について理解を深めることが出来た」という内容のものであった(図2)。受け入れ部署の体制や対応についても16名(80%)が満足と答えた。受け入れ部署では、日々の担当者を決めて対応したり、研修後新人看護師が書いた振り返りレポートにコメントを記入するなどの積極的な対応が見られた。ただ、今回の研修において、指導者側への指導内容の統一など、連携が不十分な状況で指導者の力量に任せている現状もあった。一方、医師においては、特に自分の専門領域の病棟新人看護師には積極的に指導・説明するなど好意的な行動が見られた。

Ⅳ. 考察

今回、新人看護師習得項目の習得を目的に、初めてローテーション研修を企画し、実施した。手術室・ICU・内視鏡・訪問看護と1日の研修ではあったが、実際見たり体験した事は強く印象に残り、効果的な研修になったと言える。研修企画においては、新人看護師自身の習得度の低い項目および研修先で自ら学びたいことを計画するようにした。このことは、新人看護師研修ガイドラインに示された習得項目に限らず、自部署の看護や業務と関連した内容の学びにつながったと考える。

新人看護師自身に自主的に計画させたことで研修には目的を持って臨み、成果を上げることができた。このことは、ケラーのARCS動機づけモデル¹⁾に関連づけてみると、ローテーション研修自体は新人看護師にとっては特殊な部署での研修であり興味をひかれるもの（注意・Attention）となり、自部署との関連性のある内容の研修となるように（関連性・Relevance）計画を立案し、そして実際研修で自部署での看護や業務に役立てる可能性を見いだし（自信・Confidence）、満足（満足感・Satisfaction）につながったと考える。研修時期に関しては、「研修で得られた内容がはやく理解できていれば、もっと業務として行っている事の意味が理解できたのでは」という意見もあった。しかし、新人看護師にとっては、まず、部署のルーチンワークをある程度理解することが先決であり、夜勤勤務に入れるようになった時期に企画したことは良かったと考える。訪問看護に関しては、小林ら²⁾の訪問看護ステーション研修の取り組みに関する研究の結果をもとに、入院から退院後の継続看護についての視点ができた2年目の時期を設定した。病院での看護が退院後どのようにつながっているのかを目の当たりにして改めて退院支援の大切さを痛感したという言葉も聞かれた。

研修受け入れ部署での体制や対応については、慣れない部署での研修であり新人看護師は緊張していたようであったが、前向きに取り組んでいる新人看護師に対して、各部署とも好意的で丁寧な対応であり8割の新人看護師は満足と答えていた。さらに、新人看護師の所属部署の関連医師は、特に熱心に手術や検査中に解剖や病状の説明をしたり、声をかけてくれる場面もあったこと、新人看護師の学びの振り返りレポートにコメントを記入

してくれる看護師もいたこと等より職場の活性化にもつながったと考える。

一方、各部署1日ずつという短期間の研修であること、また、学生ではない新人看護師という立場での研修の中、受け入れ側もどの程度看護技術や業務を実施させてもよいのか悩んだという声もあった。このことより、新人看護師・受け入れ部署への細かいオリエンテーションや打ち合わせが不足していたと反省し、今後の課題としたい。また、研修を受け入れる部署では研修を効果的にするための振り返りの時間がなかなか作れないという現状と、すべての指導者が研修内容について教育的振り返りをさせることができるレベルではなく、今後受け入れ側の指導体制や指導力強化への取り組みが課題と考える。






V. 結論

1. ローテーション研修は、新人看護師の習得項目における看護技術の習得に効果的であった。
2. 研修企画において、自主的計画をとりいれた事、訪問看護に関しては研修の時期を2年目にした事は効果的であった。
3. 今後は受け入れ部署の指導体制や指導力の強化が課題となった。

文献

- 1) J.M.ケラー-鈴木克明（監訳）：学習意欲をデザインする（ARCSモデルによるインストラクショナルデザイン）、北大路書房、47-48、2010.
- 2) 小林千恵子他：新人看護職員研修実施を見据えた訪問看護ステーション研修の取り組み、全国国保学会集録、117、2011.

平成22年度新人看護師研修プログラム実績


入職前	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	5月
病院・看護部の 行事	入院式 新採用者オリエンテーション (4/1~3) 健康診断 防炎センターへの見学研修 宿泊研修(観音寺かん匠の庵1 日) 医療安全(危険予知訓練・接遇 研修)	 リフレッシュ研修 久しぶりに同僚の仲間と 香川 県看護協会での研 修 急変時の対応 (講義・演習)	 社会人として 「キャリア開発」講 義 人事考課面接 (病棟師長)	 多職種連携研修 (OSCE)	 特設介助 (講義・演習)	リフレッシュ研修 呼吸機能・心電図・ 松葉杖(演習)	健康診断 人事考課 面接(病棟師長)		 忘年会	クリニカル ラダー レベルI申 請		後援2年目 ローテーション シオン研修 訪問看護
集合教育 OFF-JT	新採用者集会研修 カルガモ研修 (見学研修 日勤・夜勤各1日)											
職場内研修 OJT	4/8~配属部署での研修 プリセプターシップ マンツーマンでの指導											
他部門との研修 委員会主催研修												
入職時看護技術 習得状況評価 得度評価	入職時看護技術習得状況評価①											
メンタルケア												

三豊総合病院では、その人なりのスピードで目標達成に向かえるように、クリニカルラダー制度を導入しています。
 新卒看護師は、三豊総合病院 クリニカルラダーI (マニュアルに沿って指導を受けながら看護が出来る) レベルの
 習得を目指し、研修責任者をはじめ先輩スタッフが臨床現場で支援しています。

- <集合教育内容>
- ・医療安全
 - ・感染予防
 - ・電子カルテについて
 - ・プリセプターシップ
 - ・固定チームナーシング
 - ・クリニカルパスについて
 - ・看護記録
 - ・搬送予防・安楽な体位
 - ・看護倫理
 - ・動脈注射(演習)

- <クリニカルラダーレベルI到達目標と教育方針>
1. 所属部署の基本的な看護実践が出来る。
厚生労働省から出された「新卒看護師職員習得項目103項目」の内容および、各部署で必要な特殊な技術を中心に学生時代の学びを基礎とし、実習に即した指導を行います。
 2. 社会人組織人としての自覚が出来る。
病院・看護部の理念に基づいた教育を通し、社会人・専門職としての自覚を高め、責任ある行動がとれる看護師を育成します。
 3. チームメンバーの役割を理難し責任を果たすことが出来る。
部署内外のスタッフとの連携を大切に、チームで協力して働ける看護師を育成します。
 4. 自己に不足している知識に気づき、自主的に学ぶ事が出来る。
自らのキャリアについて考え、自主的に学ぶ看護師を育成します。




 Mitsuyo General
 (三豊総合病院) 看護

レベルIV
 レベルIII
 レベルII
 レベルI

三豊総合病院クリニカルラダー

2. 家族生活力量モデルを活用した退院支援

キーワード 家族生活力量モデル 退院支援 看護介入

中川 千草* 和泉裕美子 片山 明美
高松赤十字病院

はじめに

A病棟は亜急性期入院医療管理料1算定病棟であり、急性期治療を経過した患者に在宅復帰支援を中心とした看護を提供している。院内にはシステム化された退院支援に関する情報収集ツールがあり、A病棟ではこのツールに沿って患者を中心に家族を含めた退院支援を実施している。しかし、患者の退院後、介護技術や医療手技の獲得を必要とする場合、家族は退院後の生活がイメージできず、在宅復帰に戸惑うケースもみられた。

福島¹⁾は「臨床の場においては、退院支援の過程で家族生活力量モデルに基づくアセスメント指標とスケールを活用することによって、より確かな退院に向けた支援が可能となる」と述べている。そこで、A病棟(亜急性期病室)の3事例に福島ら家族ケア研究会が開発した「家族生活力量モデル」²⁾を退院支援に活用することで、早期に家族の生活全体を多角的に捉え、家族への効果的な看護介入ができたのでその結果を報告する。

I. 目的

退院支援における家族生活力量モデルを活用した家族への看護介入の効果を明らかにする。

II. 方法

1. 研究対象

自宅退院をめざし退院支援困難な患者・家族3事例

2. 研究期間 平成22年7月~12月

3. データ収集方法

1) 亜急性期病室入室当初に家族が簡易版家族生活力量アセスメントスケールに回答し、その後看護師がアセスメントする。

2) アセスメント結果を用いて患者・家族と共

に退院支援計画を立案する。

3) 計画に沿って看護介入、評価する。

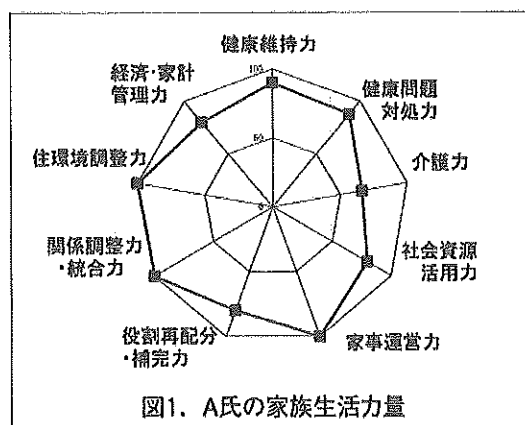
4) 1)~3)をふまえ、家族生活力量モデルを活用した退院支援を振り返り、評価する。簡易版家族生活力量アセスメントスケールについて9領域からなる家族生活力量を評定する尺度(60の質問項目から構成)である。レーダーチャートはその9領域の指標別の力量充足度(%)を算出したものをレーダーチャート図に表示したものである。

III. 倫理的配慮

当院の倫理委員会の規定に則り、研究対象者に

表1 A氏の基本情報

年齢・性別	91歳・女性
疾患 治療方針	右大腿頸部骨折 保存的療法 リハビリテーション
寝たきり度	B-2
家族構成	娘夫妻と3人
キーパーソン、介護者	娘
介護保険・区分	要支援1→要介護4
簡易版家族生活力量 アセスメントスケールの回答	家族が自宅に持ち帰り、 家族単独で回答



*連絡先 〒760-0017 高松市番町4丁目1番3号 高松赤十字病院 中川 千草

対し研究目的、方法、個人情報保護に努めることを書面にて説明し、同意書を用いて承諾を得た。

IV. 結果

1. 事例A

A氏の退院支援における問題点はADLが低下し、退院後は車椅子生活となることであった。高齢であり、退院先については娘夫婦の決断に委ねられていた。

家族アセスメントは介護力66.6%であった。その内容は介護に必要な知識・手技を知らないこと、娘夫婦には持病があり適切に介護する体力がなく、加えて娘は週2回パート勤務をしていることなどであった。しかし、娘の患者に対する愛情は深く、関係調整・統合力は100%であった。このことより介護に必要な知識、具体的な手技などを習得できれば自宅退院が可能であると判断した。

退院支援としては、患者のADLは車椅子生活のレベルであることを家族に伝え、自宅で娘が介護できることを目標にして、娘に車椅子操作・移乗動作、シャワーやトイレ移動の介助方法を指導した。指導を受けるために家族は積極的に来院するようになった。また、住宅環境の確認を行い、

必要な住宅改修を提案した。退院準備は整っていたが、退院を前に肺炎を併発し急性期病棟に転棟となった。

2. 事例B

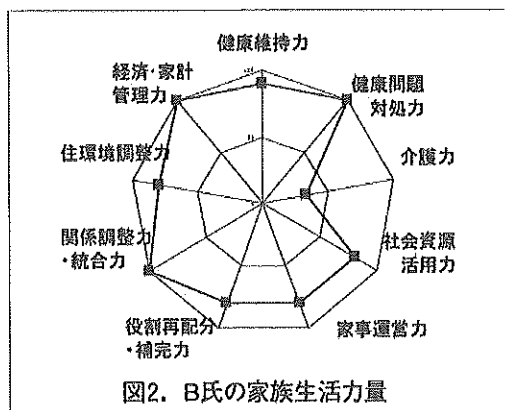
B氏の退院支援における問題点は、高齢、脳梗塞による記憶力の低下があり、経管栄養の手技獲得困難と病状が受け入れられずに精神的に不安定なことであった。退院先については本人・妻ともに自宅退院を強く希望し、1か月後の退院を目標とした。

家族アセスメントは介護力33.3%であった。その内容は介護者である妻も高齢で持病があり、介護に必要な体力がない、2人暮らしのため介護者の交代がない、介護に必要な知識・手技を知らないなどであった。社会資源の活用力は80%であったが、簡易版家族生活力量アセスメントスケール記入の面談時に妻より「家の中にはあまり他人に入られたくはないですね。」という本音が聞かれた。他者からの援助を拒み、2人で支え合っていきたいという気持ちが強く感じられた。生活の再編成が必要なことを受け入れられておらず、高齢者世帯の2人では介護力が不足し、自宅退院を目指すためには社会資源の活用が不可欠であると判断した。

退院支援としては、経管栄養手技獲得について妻より「栄養の入れ方は主人に覚えてもらってください」という言葉が聞かれたため、経管栄養に関する手づくりの手技指導パンフレットやチェックリストを作成し、まずは患者のみに日々の担当看護師が手技指導を行った。本人の体調に合わせて日々繰り返し行ったが、記憶力の低下や精神的な不安定さがあり十分な手技習得ができず、妻のサポートが必要であると判断した。そこで、妻への経管栄養指導も開始し、夫婦互いの強い絆を理解し、支え合う力を引き出せるよう声かけし関わった。妻には持病があり、体調に合わせて来院されるため、効率的に信頼関係を築くために研究者である看護師3名が経管栄養の手技指導を行った。妻の理解力は良好で手技獲得に問題はなかった。介護力の不足や社会資源の活用については介護サービスを拒む傾向にあるため、早急にケアマネジャーを決定し信頼関係を築けるよう支援した。そして、担当ケアマネジャーに簡易版家族生活力量アセスメントスケールで得られたアセスメントを情報提供した。また、担当ケアマネジャー

表2 B氏の基本情報

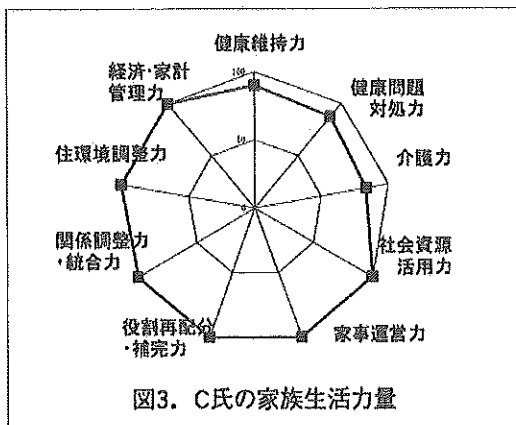
年齢・性別	82歳・男性
疾患 治療方針	脳梗塞、嚥下障害 保存的療法、経管栄養 リハビリテーション
寝たきり度	A-1
家族構成	妻と2人
キーパーソン・介護者	妻
介護保険・区分	未申請→要介護2
家族生活力量 アセスメントスケールの 回答	家族と共に看護師が質問 を読み上げ、面談形式で回 答



より住宅環境の情報提供を受け、退院後の生活を見据えた問題点を共有した。退院前に患者・家族、主治医、看護師、理学療法士、ケアマネージャー、訪問看護師、住宅改修業者と介護連携を行い、サポート体制を整え予定通り自宅退院となった。

表3 C氏の基本情報

年齢・性別	81歳・女性
疾患 治療方針	胆石症胆嚢炎、廃用症候群、 外科的療法、リハビリテーション
寝たきり度	B-2
家族構成	娘夫妻、孫との4人
キーパーソン、介護者	娘夫婦
介護保険・区分	未申請→要介護3
簡易版家族生活力量アセスメントスケールの回答	家族とともに看護師が質問を読み上げ、面談形式で回答



3. 事例C

C氏の退院支援における問題点は、廃用症候群によるADLの低下および、患者の実際のADLと家族の捉えるADLにずれがあったことであった。目標はシルバーカー歩行ができることであり、退院先・時期について娘夫婦は本人の意志に委ねていた。

家族アセスメントはどの項目もほぼ高得点であり介護力は83.3%であった。住環境整備力は100%であったが、住宅環境について確認してみると、車椅子や歩行器が使用できる環境ではなかった。しかし、役割再配分・補完力、関係調整・統合力ともに100%であり、家族の歴史の中で、すでにそれらの力が備わっていたことが理解できた。娘婿から「母の決めたことなので支えています」という言葉が聞かれ、C氏の気持ちに寄り添い柔軟に対応できる家族であると捉えた。また、家族

は介護経験があるため退院後の生活を具体的にイメージできれば、生活の再編成が図れると判断した。

退院支援としては、娘婿に理学療法ではシルバーカーの歩行練習を行っているが、入院生活では車椅子介助、夜間はオムツ排泄である現状を説明した。具体的な介護の方法として住宅環境に合わせた介助歩行や家族の生活スタイルに合わせた夜間のオムツ排泄を共に検討し、家族のもつ介護のイメージを面談時に修正するのみで、予定通り自宅退院となった。

V. 考察

簡易版家族生活力量アセスメントスケールを家族自身に回答してもらい、面談形式をとり時間の共有を図ることで、患者・家族の気持ちや意思が把握でき、それを患者・家族にフィードバックすることによって早期に信頼関係を構築することにつながった。また、簡易版家族生活力量アセスメントスケールを通して、家族は患者の退院を家族の課題として認識でき、退院するために必要な介護技術や医療手技を獲得するための理解や協力が得られやすくなった。具体的な生活スタイルを患者・家族と看護師で共有し、家族の退院への意識と行動変容をおこし生活の再編成が図れたと考える。加えて、看護師は簡易版家族生活力量アセスメントスケールをレーダーチャートに表すことで家族生活力量が視覚的に把握でき、しかも焦点化した家族アセスメントにつながったといえる。

看護者の姿勢として長戸³⁾は「家族構成やこれまでの家族の生活状況、家族内の関係性や価値観、もっているサポート資源など、多面的に家族を捉えることが必要である」と述べている。介護技術や医療手技の獲得が必要な患者の自宅への退院支援には、家族の協力が不可欠であり、病棟看護師が家族に看護介入し退院支援を進めていく必要がある。家族生活力量モデルを活用することで要点を得た情報収集や家族アセスメントができ、家族に寄り添い効果的な看護介入ができたと考える。

A病棟の退院支援では、院内でシステム化された退院支援ツール、総合評価、転棟当日から退院に向けた目標や問題点について情報収集を行っている。これらによって社会資源の活用や住環境、介護力についての情報収集は行えており、物理的・人的環境の把握はできている。本研究においてさ

らに家族生活力量モデルを活用することで、役割再配分・補完力、関係調整・統合力、経済面(日常生活維持力)の情報収集ができ、家族の心情や結びつき等心理面についても情報を得ることができた。特に家族の心理面においては初対面では踏み込みにくいため、看護師個々の経験によって情報収集する内容に差がみられた。しかし、簡易版家族生活力量アセスメントスケールを活用することによって、ある程度標準化した心理アセスメントが可能となり家族の心理面が総合的に把握でき、生活者としての家族への退院支援ができたと考える。

VI. 結論

1. 家族生活力量モデルを活用することにより、要点を得た情報収集や家族アセスメントができ、

早期の段階で家族に効果的な看護介入ができる。

2. 家族生活力量モデルを活用することで日常生活維持力(関係調整・統合力、役割再配分・補完力など)や家族の心理面など総合的に把握でき、生活者としての家族への退院支援ができる。

文献

- 1) 福島道子：家族生活力量モデルとその実践現場での活用，家族看護，2(2)，107-116，2004.
- 2) 家族ケア研究会：家族生活力量モデル，医学書院.
- 3) 長戸和子：キーワードで学ぶ！家族看護学入門，家族看護，9(1)，117-123，2011.

3. 片麻痺を伴う脳血管疾患患者の回復過程に寄り添う看護アプローチ

キーワード 回復過程 障害受容 身体経験

村井 明菜* 倉鋪加奈子 中本 裕子
高松赤十字病院

はじめに

脳血管疾患は、三大死因の一つであるが、医療の進歩に伴い死亡率は低下してきている。しかし、死亡を免れても後遺症として片麻痺などの障害が生じ、日常生活動作に不自由を来たす患者は増えている。そして突然の発症であるため、今まで不自由のなかった日常生活動作が大きく阻害され、患者の生活に多大な変化をもたらし、その人の人生を根底から揺るがすことになる。

私達は脳神経外科病棟で、片麻痺を伴う患者と関わってきた。多くの患者は、早期よりリハビリテーションが開始され、訓練によって少しずつ日常生活動作を習得していく。その中で、ある患者の変化に気付いた。それまでは、麻痺側の左上肢を気に止めることもなく脱力したままであったが、ある日を境に健側の右上肢で麻痺側の左上肢をトントンと叩き、まるで感覚を確かめているような動作がみられた。そして時間が経過するとともに、健側の右上肢で麻痺側の左上肢をしっかりと保持し、動かない左上肢をかばう動作もみられるようになった。患者の中でどのような変化がおきているのか知りたいと思った私達は、ある先行研究に出会った。山内¹⁾は、脳血管障害の発症により突然片麻痺を伴った患者が、〈よそ者の身体〉、〈目覚める身体〉、〈向き合う身体〉、〈自分自身の身体〉の4つの段階を踏んで回復していく過程を明らかにしている。この段階を実際の患者に当てはめると、麻痺側を気にとめずに脱力したままの時期は〈よそ者の身体〉、麻痺側の感覚を確かめる時期は〈目覚める身体〉、麻痺側を気遣う時期は〈向き合う身体〉となる。しかし、リハビリテーションで日常生活動作の習得が徐々にみられても、

抑うつ的な言動がみられたり、リハビリテーションを拒否したりと、身体と心が連動しない患者が多いように私達は感じていた。身体と心を連動させるためにはどのような看護アプローチが必要であるか分析したいと思い、今回の研究に取り組みうと考えた。

I. 目的

片麻痺を伴う脳血管疾患患者との関わりの中で、回復過程における身体と心が連動していなかった患者Aの事例を通して看護の現状を明らかにし、身体と心を連動させるためには、どのような看護アプローチが効果的であるか考えることを目的とする。

II. 方法

1. 対象：患者A、30代男性、左被殻出血・クモ膜下出血、右片麻痺、既婚、妻と子供2人の4人暮らし。
2. 調査期間：平成22年6月1日～7月8日
3. 調査・分析方法：看護記録を、山内¹⁾の「片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体経験」とCohn²⁾の「危機・障害受容モデル」を用いて時系列で整理し、分類した。回復過程が進退した場面や、患者の思いが強く表れている場面に着目し、関わりがあった看護師に詳細をインタビューした。その内容を研究者間で分析した。
4. 倫理的配慮：当院看護部倫理規定に則り、研究対象者に研究の趣旨、内容、プライバシーの保護、結果の公表等について説明し、同意を得た。

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

表1. 山内の「片麻痺を伴う脳血管疾患患者の身体経験」を用いての看護記録の分類

段階の詳細と患者Aの状況	看護記録（太字）と分析
<p><よそ者の身体> 患者は一日の大半をベッド上で過ごしており、片麻痺を伴った身体に対してよそ者と感じ、戸惑い、絶望的になっている時期。 患者A：術後1週間、呂律障害もまだ強く医療者の問いかけに反応する程度。身体に対する訴えは見られなかった。</p>	<p>発症9日目：S) 第2～4指の動きあり、伝えるとびっくりした様子で見ている。 発症14日目：S) (顔を温タオルで拭くことに対して) 分かん。</p>
<p><目覚める身体> 患者は麻痺した身体に痛みや痺れを感じるようになり、自分の身体として意識し始める時期。 患者A：術後2週間程度経過した頃。生活の中心はまだベッド上であるが、不意に動く麻痺した手足を感じている。麻痺に戸惑い、痛みも出現している。</p>	<p>発症14日目：S) <u>ここ、ここ。O) 訴えを傾聴すると何故右上下肢が動かないのかと訴えあり。</u> 今まで麻痺側を無視していた患者Aが、初めて麻痺側について疑問を投げかけてきた。看護師はとまどいを感じつつも、20分程度ベッドサイドで傾聴し、理解しようと努めた。患者Aは身体の異変に気づいた上で麻痺・痛みを自覚しており、<よそ者の身体>から<目覚める身体>へ段階が進んだ場面と考えられる。 発症14日目：S) 足、痛い。 発症17日目：O) 時々単語を発語することがある。伝わりとしっかりうなずく。 発症20日目：O) なんとなく知覚があると。訴えが聞き取りやすくなっている印象。</p>
<p><向き合う身体> 患者は無視していた麻痺した身体を気遣うようになり、自らの身体を試したいと思うようになる時期。 患者A：術後2週間程度経った時期。生活の中心が徐々に車椅子生活になってきた時期。午前・午後とリハビリがあり、日中はほとんど車椅子で過ごすようになってきた。自分で動こうとすることが多くなり、転倒もみられる。</p>	<p>発症27日目：S) 出来たよ。自分で出来たよ。便は一人するのは危ないわ。ズボンこうやって上げ下げしたよ。ふらふらした。O) トイレから自分で車椅子を駆動して詰め所に来る。 発症32日目：O) 本人よりナースコールあり、訪室するとベットに下半身を残し、頭を下にして転落している。 発症32日目：S) 身障者トイレ使っている人、何人ぐらいおる？右手は全然や。子供とキャッチボールせんといかんのに。 発症38日目：S) 自分でするけん見よって。O) 上肢を胸元まで上げることが出来ている。</p>

Ⅲ. 結果

1. 患者の治療経過

発症2日目に血腫除去術を行ったが、右片麻痺(MMT 0/V)と失語が見られた。発症3日目よりベッドサイドリハビリテーションが開始された。発症10日目に一般病棟へ転棟し、内服とリハビリテーションを中心とした治療をしていたが、発症39日目に回復期リハビリテーション専門病院へ転院することとなった。退院時MMT 3/Vへと、片麻痺の改善がみられた。

2. 山内の「片麻痺を伴う脳血管疾患患者の身体経験」、Cohnの「危機・障害受容モデルを用いての分類と看護アプローチの詳細

患者Aの身体的な回復は、リハビリテーションを重ねていく中で、山内のモデルの<よそ者の身体>から<目覚める身体>、<向き合う身体>へと、段階に沿って進んでいた。それに対し、患者Aの心理的な回復過程は、Cohnのモデルの<回復への期待>と<悲嘆>との間で揺れ動いており、不安定な経過を辿っていた。また、心理的な回復段階が揺らぐ場面では、患者Aと妻のやり取りが多く見られた。また、社会から期待されている役

割が果たせないという思いを<悲嘆>の場面では多く訴えていた。内容は表1、表2に示した。患者Aの思いが強く現れている看護記録は下線で示した。そして、その時関わった看護師にインタビューをして得られた情報も加えて分析した。

Ⅳ. 考察

結果より、患者Aにおいては、麻痺の改善が順調に進んだことで、障害受容も進むとは限らなかった。山内は、「患者の身体経験を理解することは、当事者にしか分からない世界にこちらから近づき、足を踏み入れるということである」¹⁾と述べている。私達は山内のモデルを手がかりに、患者Aの身体経験と照らし合わせることで、患者にしか分からない麻痺を理解する手助けになった。またそのことが、私達から患者への歩み寄りになることに気付くことができた。

そしてCohnのモデルと照らし合わせることで、患者Aの心理的な回復過程が<回復への期待>と<悲嘆>との間で揺れ動いていることが理解できた。その中でも、患者Aの感情の起伏が激しくなる場面では、2つの特徴が明らかとなった。

表2. Cohnの「危機・障害受容モデル」を用いての看護記録の分類

段階の詳細	看護記録（太字）と分析
<p><ショック> 障害を伴った直後に、衝撃を受けるが、重大性について全く自覚がなく、自分に起きた事態に対する不安はそれ程強くなく、ある時期が過ぎれば元のようになるだろうと漠然に思っている時期。</p>	<p>発症9日目：O) 諦めて黙り込んだりため息をついている。 発症10日目：S) 妻：返事したりするけど、どこまで分かっているか分からないですね。時々分からないことでも返事します。 発症18日目：S) 何でこうなるの。 明らかな形態の欠損がないため、障害の重大さに気付いていない。31歳と若く、この年齢で一生涯背負っていかなければならない障害を持つようになるとは思っていないと考えられる。</p>
<p><回復への期待> 障害を伴ったことを認める最も初期の段階だが、まだその障害が永続するとは考えられず、わずかな回復への徴候も逃さず一喜一憂し、回復への期待が強い。</p>	<p>発症20日目：S) リハビリはいつまでせないかんの。いつが来たらこの手は動くようになるん？こんな人他にもおるん？この手は切り落とすわけにはいかん？仕事は辞めないかんな。運転無理やし…。はあ…。O) 右手を叩いてため息をついている。 自分の身体の一部が動かないことに対する質問がみられた。この時関わった看護師は、患者Aの印象を「暗い感じではなく素朴な疑問を訴えている感じだった」と言う。麻痺を、一時的な出来事と感じている様子である。看護師は気持ちや察して寄り添い、しかし「リハビリはいつまでしななければならないか分からない」と事実をそのまま伝えた。質問が多いが、激しく感情的になることはなくコミュニケーションが成立している。 発症21日目：S) 見て。ここ座って自分で寝れる。妻：看護師さん見て見て!! 自分だけで座れるようになってるよ。この前までは右に傾いていたのに、すごいね。A、すごいやん!! O) ナースコールあり、訪室するとベッドで端座位になっている。自分で座ったと。一人で歩かないように説明するも、何回も歩くと言い張る。親指を立てる。 発症28日目：S) 僕が頑張って練習しようん嫁に言うて。 発症32日目：S) 僕みたいに半分動かん人おる？子供とキャッチボールせないかんのに。この右手め。 発症34日目：O) 右上下肢が少し動くようになったことを妻に携帯で何回か伝えているようであるが、自分が思うほど喜んでくれないのか、「嫁めえ!!」と。 全く動かなかった麻痺が少し動くようになり、このまま順調に回復していくのではないかと期待を持ち始めており、自分の出来ることを試している。妻にも頑張りを認めてもらいたい、一緒に喜んでもらいたいと思っている。</p>
<p><悲嘆> 障害を伴ったことは、否定しようのない事実として患者の前に立ちはだかり、人生設計・希望がことごとく阻害され、衝撃を受け、混乱をきたし、無気力・自棄の傾向が強まる時期。</p>	<p>発症22日目：S) 辛い…。O) 家人に泣きながら電話しており、手足が動かないことが辛いと言っている。 患者Aが初めて自分の麻痺について悲しみ、涙を流した場面。この頃、主治医に「自分はどうなるのか」と尋ね、「リハビリテーションをすれば今よりはよくなると思う」と言われ、転院先についても説明があった。また主治医だけでなく、看護師やPT、OT、STにも同じ質問をしており、この場面で降<悲嘆>の場面が多くみられるようになる。 発症32日目：S) 今日、右足が上がったことを嫁に電話した。そしたら、「そんな」みたいに言って切られた。辛い。O) 胸を手で撫でながら涙ぐんでいる。こんなに頑張っているのに、とずっと訴えている。ため息多い。 発症35日目：S) 俺は死んだほうがええんや。フォークとスプーン首に突き刺して死にたい。死んで楽になりたい。俺が死んだらお金が残るやろ？お父さんはお金残さないかんのや？父親には「お前はそんなに頑張ってもいかなのや」って言われた。嫁やって一緒や。すぐに電話切ってしまう。手が上がるの見せて、「あそ」で終わった。フォーク持ってきて。俺が刺すのただ見ておけばええんや！O) 詰所で妻に電話した後泣き出し、興奮しながら上記訴えあり。1時間程話を聴くと、段々落ち着いてくる。 患者Aは妻が自分の回復を評価せず、喜んでくれないと感じ、怒りや悲しみを爆発させている。衝動的に「死にたい」と言っていると感じた看護師は、患者Aを一人にさせてはいけないと思い、そばに寄り添い話を傾聴した。そして妻との間に気持ちのずれが生じているのではないかと思い、患者Aに「もう一度妻と話して、自分の気持ちを伝えてみてはどうか」と勧めた。その後妻と電話した患者Aは、「嫁が謝ってくれた、すっきりした」と落ち着きを取り戻し、フォークを看護師に預かってほしいと伝えてきた。 発症36日目：S) 昨日、死ぬ言うて暴れた。はあ。何でこんなになったん。何か僕した？昨日子供とは最後の別れをした。妻は若いから、また好きな人ができて再婚したらええ。ここの皆も僕があっち（転院先）行ったらほっとするんやろ、はあ。O) 表情暗く、涙目になりながら訴える。妻より、「何であんなことばかり言うん」と。障害を受け入れる過程で精神的に落ち込む時期であり、今は訴えを聴いて見守るしかないことを説明する。妻も大変な状況であることをねぎらう。妻より、「誰でもそうなんですね、何であんな風にするのかかと思っていました」と。 夫・父親の役割を果たせないことへの辛さに加え、妻が自分を理解してくれないことが悲嘆を助長している。ここでの看護師の対応は、看護師が電話を代わり、妻に障害受容の段階の詳細を妻に情報提供している。「色々なことを言うけれど、今は聴くしかないんです」と声をかけ、妻の頑張りをねぎらう看護を行っている。その後本人が電話を代わり、妻と会話した。妻が「明日面会に行く」と言ったようで、急に患者Aは元気になった。 発症37日目：S) 新しい所(転院先)行くの不安でたまらん。どうしていいか。嫁は人前では泣かないほうやけど、不安で泣いている。俺は守ってやれない。O) 病室で妻と二人で涙ぐみながら話している。声をかけると大声で泣きじゃくる。妻も泣いている。不安な思いを受けとめ、訴えを聴く。妻の大変な思いを理解し、声をかけると頷きながら泣いている。 いつもは本人と妻が二人でいるときはカーテンを閉め切っていたが、この時は開いていた。二人とも暗い表情であった。この時の看護師の対応は、「辛い時は思い切り泣いていいのよ」と声をかけると、二人とも思い切り泣いた。患者A、妻とも、新しい環境へ移る日が近づいていることをとても不安に感じている様子である。患者Aは、人前では涙も見せない妻が苦しんでいる様子を目の当たりにし、ますます夫としての役割を果たせないことを自覚して辛く思っている。</p>

1つ目は、患者Aは<悲嘆>の段階で、社会から期待されている役割が果たせないという思いを強く表出していたことである。患者Aは30代と若く、父親・夫としての役割があり、自己実現の欲求が高まるライフステージにある。発症35日目の記録にあるように、患者Aにとって、障害により社会的役割を遂行することができないことは、悲嘆の要因となっている。私達は、とまどいを感じながらも患者Aの訴えを傾聴した。Cohnは、「悲嘆の時期に十分に悲しんだ人は、このあとのプロセスが少しでも円滑に進む」²⁾と述べている。私達は、<悲嘆>の時期に、患者Aが悲嘆作業（グリーンワーク）できるように援助することが必要である。そのために、患者Aにとっては、身体的・心理的な背景だけでなく、社会的な背景も含めた多角的な理解が不可欠であった。

2つ目の特徴は、キーパーソンである妻の言動や態度が大きく影響していたことである。発症32日目の記録にもあるように、麻痺側の動きの改善を報告したときの妻の反応にひどく落ち込み、その後の悲嘆を更に助長している。したがって私達は患者Aの心理面を考える上で、妻の苦しみや、患者Aを妻がどのように捉えているのを理解する必要がある。そうすることで、患者Aが<悲嘆>という強い苦痛を感じる時期に、最も身近で大切な人と、同じ時間や思いを共有するための環境を整えることが出来る。岡本は、「悲しみを共有してくれる人の存在こそが希望である。患者を励ましている配偶者の気持ちを理解し、ともに患者の悲嘆を支えることが看護の役割だと考える」³⁾と述べている。結果の発症35日目、36日目、37日目の記録では、まず看護師は患者Aの思いを引き出し、そのありのままを受け止めている。発症36日目では、看護師は自暴自棄な患者Aに戸惑って

いる妻に対して、それは悲嘆特有の反応であり、思いを表出させ受け止めることが大切であることを伝えている。そうすることで、患者A、妻双方に安心感を与え、二人の間にできたずれを修復することができている。患者Aにとって最も身近で大切な人は妻であり、その妻と悲しみを共有できるよう調整することは、患者Aの回復過程に寄り添うことにつながると考える。

本研究は対象者が1名であるため、個別の心情や背景の違いが大きく、誰しもが同じような経過を辿るとは限らない。本研究で導き出した看護アプローチの有用性を明らかにするためには、今後事例検討を重ねていく必要がある。

V. 結論

1. 患者Aの身体的な回復は、段階に沿って進んでいたが、心理的な回復は<回復への期待>と<悲嘆>との間で揺れ動いていた。
2. 患者を多角的に理解した上での寄り添いと、家族を含めた関わりを行ったことは、患者Aにとって効果的であった。

文献

- 1) 山内典子：看護を通してみえる片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体経験—発症から6週間の期間に焦点を当てて—, 日本看護科学会誌, 27(1), 14-22, 2007.
- 2) 小島操子：看護における危機理論・危機介入, 金芳堂, 70-1, 2008.
- 3) 岡本明子：回復期にある脳血管疾患患者の配偶者が障害に対して働きかけをする意味, 日本赤十字看護学会誌, 10(2), 3-10, 2010.

4. 身体症状を緩和することでトータルペインが明らかになった一事例

キーワード トータルペイン 症状緩和 マズロー

荒木由希子* 緒方 佳那 香川 美恵 山本 亜紀 橋本 志衣
香川医療生活協同組合 高松平和病院

はじめに

国際疼痛学会(IASP)は、疼痛の定義を「組織の実質的あるいは潜在的な障害に結びつくか、このような障害を表す言葉を使って述べられる不快な感覚、情動体験」¹⁾と述べている。疼痛は患者本人が痛いと感じるすべてを指すものとしている。国際疼痛学会の定義をさらに進めて表現したものが「トータルペイン(全人的苦痛)」の考え方である。疼痛は様々な要因が複雑に絡み合っ患者本人に「痛み」として知覚されており、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペイン(霊的苦痛)の四つの側面を合わせてトータルペインとして表現される。

本研究を通して、症状緩和を行い、がん患者のトータルペインを理解して四つの側面からアプローチしていくことにより、その人らしく生きるための援助ができることが分かったのでここに報告する。

I. 研究目的

本研究の目的は、症状緩和を行い、トータルペインの視点からアセスメントをしてケアを行うことにより、患者ならびに家族にもたらす影響について、マズローの欲求段階説を用いて考察することである。

II. 研究方法

1. 対象者

- 1) A氏 70歳代 女性
- 2) 原疾患：膵頭部癌、転移性肺腫瘍、癌性リンパ管症
- 3) 既往歴：大腸癌術後、うつ病
- 4) 家族背景：夫との二人暮らし。
- 5) 現病歴：20XX年5月より心窩部痛、背部

痛があり、近医にて膵頭部癌と診断されるが外科的治療、化学療法への適応はないと判断される。減黄目的にてERBD(内視鏡的胆管ドレナージ術)ステントを留置し、閉塞性黄疸の改善がみられた。その後疼痛の出現がありオピオイドを導入するが、呼吸抑制、傾眠などの副作用が強く、誤嚥性肺炎を併発した。抗生剤投与にて肺炎は改善したが、積極的治療は困難であり、予後1～2ヶ月と診断された。「残存している痛みをとって欲しい」という家族の希望により、20XX年7月ホスピス緩和ケア病棟に入院となった。

2. 研究期間

2011年7月7日～8月1日

3. 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家族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。また倫理委員会の承諾も得た。

4. 看護計画

「残存している痛みをとって欲しい、夜眠れないなら、薬を使ってでも眠らせて欲しい」との家族の希望より症状緩和が必要と考え、以下の看護計画を立案した。

1) 看護問題

#痛みや倦怠感、呼吸困難などの症状があり、日常生活の質(以下QOLと略す)の低下がみられている

2) 看護目標

身体的・精神的苦痛が軽減し、患者・家族とともに穏やかな生活を送ることができる

3) 看護計画

観察計画

*連絡先 〒760-0073 高松市栗林町1-4-1 高松平和病院 荒木由希子

- ・ 痛みの有無・部位・強さ・性質・持続時間・原因・増悪因子と緩和因子・鎮痛薬の効果
- ・ 痛み以外の身体症状の有無・程度
- ・ 身体症状による日常生活への影響
- ・ 身体症状に関する患者・家族の認識
- ・ 鎮痛薬に対する患者・家族の受け止め方
- ・ 症状緩和に対する満足度
- ・ 家族の表情、言動、疲労度

ケア計画

- ・ 痛みに対し薬物療法を行う(痛みの性質・除痛効果によって鎮痛薬の種類を検討する)
- ・ ポジショニング、巻法、マッサージなどの症状緩和因子となる日常的ケアを行う
- ・ 気分転換に患者の趣味や好きなことを日常生活に取り入れる
- ・ コミュニケーションを図ることにより、患者・家族に安心感を与え、信頼関係を構築する
- ・ 家族が気持ちを表出できる環境をつくり、どのような感情でも話してよいことを保証し、話を聴ける時間を持つ
- ・ 家族の表情や言葉に変化を感じたときには理由を尋ね、必要に応じて休息をとることを提案する
- ・ 家族が患者のそばにいられるように病室の調整を行い、環境を整える

教育計画

- ・ 症状の出現時や不安・疑問を感じたときには遠慮せずいつでもスタッフに伝えて良いことを説明する

Ⅲ. 結果

1. 身体的側面

入院時より腹部、両下肢、腰などの痛みがあり、フルビプロフェン アキセチル(ロピオン[®])注やジクロフェナクナトリウム(ボルタレン[®])坐薬などの非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)を使用した。腹痛は膵頭部癌による内臓痛(侵害受容性疼痛)と判断されたが、下肢や腰の痛みの原因は明確には分からなかった。薬物療法の他に、巻法や体位変換、マッサージ、病棟内を散歩するなどの日常的ケアにより症状緩和を行っていた。また、癌性リンパ管症、転移性肺腫瘍があり、喀痰の量も多く呼吸困難があったため、酸素吸入や口鼻腔吸引、また室温調整を行った。しかし病状進行に伴い、夜間の痛みや呼吸困難、全身倦怠感の訴えが強

なった。

前医でオピオイドを使用した際副作用が出現したため、入院前より家族はオピオイドに対する抵抗があった。そのため、入院当初は非オピオイド製剤の使用や症状の緩和因子を支援してきた。しかし症状を抑えることができなくなり、主治医によりオピオイドの効能や副作用対策について入念に説明を行った。すると「痛みがあって眠れなくなったりしんどくなったりするならモルヒネを使って欲しい。苦しそうなを見るのが一番辛い」と家族側よりモルヒネ塩酸塩(塩酸モルヒネ[®])使用の希望があった。A氏からは、「(モルヒネ塩酸塩の使用については)夫と相談して決めて」との意見が聞かれ、モルヒネ塩酸塩の持続静脈注射を少量より開始した。翌日よりA氏からは「だるさが和らいで呼吸も楽」との声が聞かれ、夜間の睡眠が確保されるようになり、生活リズムが整った。そしてA氏との会話が成立するようになり、A氏の意味が明確になった。

最期の時は苦痛の訴えもなく、夫に見守られ娘に手を握られながら、静かに息を引き取った。

2. 精神的側面

入院当初より、「家に帰らせて」との訴えが強く、夜間ほとんど眠れていなかった。またスタッフに対する不信感が強く、「ちゃんとしてくれない。何で分かってくれないの、あんたは消えて」といった批判的な言葉が聞かれた。表情も乏しく、好きであった入浴などの清潔ケアも拒否することが多かった。これらの精神症状は活動性せん妄と考えられたが、環境の変化によるものか、薬剤性によるものか、疾患によるものか、原因は不明確であった。

夜間の独語や訴えが多く、「もううるさいから眠らせてやってくれ」「これじゃ困る」「どうしたらいいか分からなくなる」と付き添う夫の疲労やストレスも強く、フルニトラゼパム(ロヒプノール[®])などの点滴静脈注射を施行し、夜間の睡眠が確保できるよう努めたが、効果は不十分であり、昼夜逆転による日中の傾眠の悪化がみられた。

モルヒネ塩酸塩を開始してからは、A氏の表情や口調が穏やかになり、主治医に対し「先生には本当に感謝しています。いつも診ていただいてありがとうございます」と涙を流すことがあった。また夜間に落ち着かない様子であったA氏に対し、看護師が「眠れるまで付き添います」と伝えると、

「私はあなたに頼っているの。本当は甘えん坊なんや」と気持ちの表出がみられるようになった。

A氏の身体症状が緩和され、活動性せん妄が改善することにより、付き添う夫の疲労やストレスも軽減し、A氏と夫をはじめとする家族が会話を交わし穏やかな時間を持つことができた。

3. 社会的側面

モルヒネ塩酸塩を開始し、夜間の睡眠が確保されるようになると、日中の覚醒時間が増えた。A氏は元々おしゃれに着飾ることやにぎやかなことが好きであったため、美容師の妹により化粧やマニキュアを施すと笑顔がみられ、家族と共に演奏会や食事会などのイベントに参加することができた。

A氏は病気になる以前より責任感が強く、働きながら家庭を取り仕切り、家族を支えていた。A氏が亡くなる数日前に、「家のことを引っ張っていくように」「お金のことは考えてするように」といった自身の死後の生活についての伝言が夫に対してみられた。夫が「任せてくれ」と言うと、気持ちが落ち着いたように傾眠する姿がみられた。夫もA氏の言葉を聞き、安心した様子であった。

4. スピリチュアル的側面

モルヒネ塩酸塩を開始し、症状緩和が良好となると、会話の中で「自分の手の痩せ方を見てぞっとした」「おかしな夢ばかり見る。悪いことしたから今こんなことになってるんや」といった言動がみられるようになり、病気に対する辛い思い、恐怖を言葉で発することができた。A氏の傍で傾聴していくことで表情が和らぐ様子がみられた。

IV. 考察

マズローの欲求段階説では、「基本的欲求が一つずつ完全に満たされて、はじめて次のより一層高次の欲求が意識にあらわれるのである」²⁾と述べられている。これらの欲求のうち、生理的欲求と安全の欲求は生物的欲求として、愛・所属の欲求や自我・自尊の欲求、自己実現の欲求などは人としての根源的欲求と捉えることができる。痛み、呼吸困難などの身体的苦痛、つまり低次の生物的欲求が満たされなくなると、どれだけ他の3つの側面に対しアプローチをかけても、効果が現れない。基本的な欲求が満たされることではじめて次の段階に移行し、高次の欲求、つまり精神的・社会的・スピリチュアル面の苦痛が出現する。

A氏は、適切な量のモルヒネ塩酸塩を使用することにより、副作用による意識障害や著しい呼吸抑制もみられず、痛みだけでなく、他の薬物では効果のなかった呼吸困難が緩和されたと考えられる。それらの症状緩和に伴い睡眠が確保でき、倦怠感の軽減にもつながったのではないかと考える。様々な苦痛症状は多くの場合、複雑に影響し合った結果、複合的に起こる。身体的苦痛が、A氏のせん妄や睡眠障害を増悪させていたと考えられる。岩崎らは、「痛みはQOLを著しく低下させるとともに、精神に多大な影響を与え、痛みが持続することで、その人の人格にまでも悪影響をもたらす」³⁾と述べている。入院当初にみられたA氏のスタッフに対する批判的な言葉は、痛みをはじめとする苦痛を分かってほしい、というA氏のサインであったのかもしれないと考える。看護師は、患者の話をよく聴き、患者の言葉の裏側の気持ちに焦点を当て理解に努めることが大切である。

身体的苦痛による不快を強く感じている場合、精神的な悩み、社会的な心配、スピリチュアルな苦悩などを考える余裕すらないことも多い。症状緩和が良好となるにつれ、せん妄が落ち着き、上記三側面の苦痛もA氏の言葉で表出されるようになった。薬物療法による症状緩和を行った上で、リラックス効果も含めたマッサージや全身浴・部分浴、気分転換の散歩などの日常的ケアや、積極的傾聴・受容・支持などの精神的サポートを行うことで、A氏との信頼関係を築き、トータルペインに対するケアを提供できたのではないかと考える。

また家族も、患者の変化にとまどい、無力さを感じ、どうしたらよいのかわからず途方に暮れることがある。コミュニケーションを繰り返すことで、家族の思いを理解しようと努めることが必要である。本症例では、家族はオピオイドの使用に抵抗を示していた。今回、家族のオピオイドに対する思いを、じっくりと話を聴く姿勢で関わり、その原因を把握し、正確な知識の提供と不安に思うことに対する説明を入念に行うことで、家族の承諾を得ることができたと考える。その結果、A氏が苦痛なく穏やかに日常生活を過ごす時間が増え、付添う夫をはじめとする家族も共に穏やかに過ごせるようになった。家族をケアするには、患者のケアを適切に行うことが大切である。また「患者が苦痛なく安らかに亡くなった」と思える

ことは、遺された家族を支え、正常な悲嘆過程をたどることにもつながるものと考える。

V、結論

1. 身体的な症状緩和を行うことで、患者の精神的、社会的、スピリチュアルな面の苦痛の表出がされやすくなり、患者を全人的に捉えるために常に4つの側面からアプローチしていくことにより、患者のニーズに近づくことができる。
2. トータルペインに対しては薬物療法のみで対処することは困難であり、看護師が日常的ケアや支持的な関わりを行うことで、トータルペインに対するアプローチを行うことができ、家族ケアにも繋がる。

文献

- 1) 日本ペインクリニック学会：痛みとは?
http://www.jspc.gr.jp/gakusei/gakusei_grounding_01.html.
- 2) アブラハム・H・マズロー著，上田吉一訳：完全なる人間 魂のめざすもの，第2版，誠信書房，33，1998.
- 3) 岩崎紀久子，酒井由香，中尾正寿：終末期がん患者の緩和ケア，日本看護協会出版会，9，2009.

5. 在宅がん終末期の看取りをした家族の思いから 家族支援を考える

キーワード 在宅がん終末期 看取り 家族の思い

山下 光代* 天野 妙子
訪問看護ステーションみき

はじめに

A訪問看護ステーションにおいて、昨年度の在宅での看取り12名のうち、がん終末期の看取りは6名であり、24時間体制で療養者や家族を支えている。季節は「がん患者は家族との親密な関わりのなかでこそQOLを実感できる」と述べており、残された時間を悔いなく過ごすことができるように援助する必要がある。在宅での看取りは今後増加することが予測され、最期を看取った家族の思いを知り、家族の視点からみた訪問看護師の援助を振り返ることは、今後の在宅がん終末期の家族支援の質の向上につながると思う。

そこで、在宅でがん終末期の看取りをした家族の思いから支援を検討したので報告する。

I. 研究目的

在宅でがん終末期の看取りをした家族の思いを明らかにし、在宅がん終末期の家族支援について検討する。

II. 研究方法

1. 対象者

在宅でがん終末期の看取りをした家族のうち本研究の同意が得られた5名

2. 研究期間

2011年8月1日～2011年10月30日

面接期間：2011年9月（看取り後3～8ヵ月）

3. データ収集の方法

面接は対象者の自宅で、療養者の訪問に関わった看護師（研究者含む）2名が、15分～30分程の半構成的面接を行った。内容は「病気について医師から説明された時の家族の思い」「在宅療養中の家族の思い」「訪問看護師の関わり」である。面接内容は、対象者の同意を得て録音し、終了後速やかに逐語録に書き起こした。

4. 分析方法

逐語録より家族の思いが記述されている文章を抜き出し、内容が類似するものを集めてグループとし、分類整理後カテゴリー化した。なお、分析をすすめる過程では、研究者間で共通理解できるまで検討した。

5. 倫理的配慮

本研究において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、研究を中断しても不利益をもたらさないを説明し、発表の承諾を得た。また、職場内の倫理委員会の承認を得た。対象者の秘密保持のため収集したデータは厳重に管理し、終了後、責任を持って破棄する。

表1. 対象者の概要

事例	年齢	関係	職業	介護 経験	介護していた在宅がん終末期療養者			
					年齢	診断名	告知	在宅療養期間
A	50歳代	嫁	自営業	無	80歳代	胃がん	無	139日
B	60歳代	妻	無	無	70歳代	直腸がん	有	355日
C	80歳代	妻	無	無	80歳代	前立腺がん	有	317日
D	60歳代	娘	無	有	80歳代	胃がん	無	16日
E	30歳代	孫	無	無	80歳代	膀胱がん	無	312日

*連絡先 〒761-0612 木田郡三木町氷上112-1 訪問看護ステーションみき 山下 光代

表2. 在宅でがん終末期の看取りをした家族の思い

カテゴリー(4)	サブカテゴリー(10)	コード(55)
終末期であることの悟りと在宅療養の決意	告知による衝撃と終末期であることの悟り	突然でびっくりした
		ショックで頭が真っ白になった
		先生から悪いと聞きやっばりと思った
		もうよくなれないと思った
		命がないと思いつらかった
	これからどうしようという思いがあった	
在宅療養の選択	在宅療養の選択	家にいたいと言ったのでできることはしてあげたい
		これができなかつたら入院よと言うと頑張っていた
		先生が往診してくれるのだったら家で看たいと思った
		先生や病院看護師、ケアマネージャーが訪問看護を紹介してくれた
在宅介護と看取りの満足	食事摂取できた時の喜び	食欲がない時に少しでも食べてくれたことがうれしかった
	日々の介護のなかでの疲労と不安	体はえらかった
		熱が出るようになった頃から介護がきつくなってきた
		父が眠れない時は一緒に起きていたのが一番きつかった
		吸引が一番怖くつらかった
		点滴が落ちてしまうことがありすごく気を遣っていた
		薬を飲ませた私が悪者になったみたいでつらかった
		痛みを訴えたときどうしたらよいか家族で悩んだ
		麻薬を使った時に想像を絶する症状がでて不安だった
	最期の時がどうなるかを心配していた	
	在宅で看取りができたことの満足	最期まで家で過ごせてよかった
		最期を見届けることができた
		酸素マスクやチューブをつけず自然な感じであった
		最期は家族が揃った時に逝ったからよかった
家で見てあげられたのは心の支えになっている		
看取ったことに大きな悔いはない		
看取りは人間的にもいい経験ができたと思う		
本人にとっては本望やと思う		
顔や手をなで人目を気にせず大きな声がだせたのがよかった		
おじいちゃんに恩返しができた		
療養者と家族や周囲の人との関係性	療養者と家族間の気遣いと思いやり	ひとつも無理を言わなかった
		何でもありがとうと言ってくれた
	身内や周囲の人の支え	食事を作ったら必ずおいしいよと言ってくれた
		病気について知らなかったからみんなに当たらなかった
医療関係者の支援	訪問看護師への信頼と支援に対する満足	孫の存在が支えとなり来てくれるのがうれしかった
		周りのみんなが気遣ってくれた
		処置の前に説明をしてくれたので安心して任せられた
		点滴だけでなく清潔ケアをしてくれてよかった
		父が看護師の訪問を待っていた
		看護師はやさしくて明るくていい人ばかりだった
		訪問看護の全部が良かった
		訪問看護の仕事は決まっているのでそれ以上のことは思わなかった
		看護師が心の支えになり助けてくれた
		看護師の言葉掛けが救いの言葉だった
	最期まで人間らしく扱ってくれてありがたかった	
	私の体調に配慮してくれてうれしかった	
	サービスやベッドなど教えてもらったからよかった	
	病院受診時に連絡してくれていたからよかった	
過去の治療や医師に対する不満	過去の治療や医師に対する不満	手術をしても1年しかもたず手術をしないほうがよかった
		病院の先生と往診の先生の連絡がうまくいってなかった
訪問看護体制に対する意見	訪問看護体制に対する意見	最期のほうは朝も晩もきてくれてよかった
		最期のほうは日曜日でも来てほしいと思った
		最期のほうは10分でもいいから訪問してくれると安心する
		緊急時の連絡先を明示してくれたので助かった
24時間携帯電話当番は受け持ちが出るほうが話しやすい		

Ⅲ. 結果

1. 対象者の概要

対象者は30～80歳代の家族5名であった。続柄は嫁、妻、娘、孫で、有職者1名、介護経験者1名であった。療養者は70～80歳代で、病名告知は2名が受けていた。在宅療養期間の平均は227.8日であった。5名全員、がん性疼痛がありオピオイドによる疼痛管理を行っていた。また、酸素吸入、中心静脈栄養法、点滴静脈内注射、喀痰吸引、ネブライザー吸入、褥瘡処置のいずれかの医療処置を必要とする状態であった。(表1)

2. 在宅でがん終末期を看取った家族の思い

家族の思いを分析した結果、【終末期であることの悟りと在宅療養の決意】【在宅介護と看取りの満足】【療養者と家族や周囲の人との関係性】【医療関係者の支援】の4カテゴリーと10サブカテゴリー、55コードが抽出された(表2)分析の結果はカテゴリーを【 】,サブカテゴリーを〈 〉で示し説明する。

1) 【終末期であることの悟りと在宅療養の決意】

医師より病気や余命について告知された時、突然でびっくりした、やっぱりと思ったと反応が別れたがもう良くならないと思い《告知による衝撃と終末期であることの悟り》をした。《在宅療養の選択》は本人や家族の意思であり、医師の往診や訪問看護師を紹介されたことがきっかけとなっていた。

2) 【在宅介護と看取りの満足】

対象者2名が食欲低下している療養者が少しでも摂取できた時に《食事摂取できた時の喜び》を感じていた。病状悪化に伴い日々の介護がきつくなってきた。吸引や点滴などの医療処置や麻薬使用時の症状コントロールに対して怖さや不安があったことより《日々の介護のなかでの疲労と不安》が抽出された。全対象者が最期まで家で過ごせてよかった、家で看取ったことに大きな後悔はないと言っており《在宅で看取りができたことの満足》があった。

3) 【療養者と家族や周囲の人との関係性】

療養者は家族に無理を言わず、互いに気遣っていた。また、身内の存在が支えとなり、知人や近所の人気が遣ってくれたと感じていたことから《療養者と家族間の気遣いと思いやり》《身内や周囲の人の支え》が抽出された。

4) 【医療関係者の支援】

医療処置や看護援助、看護師のやさしさ・人柄、介護者の体調への配慮、介護サービスの紹介など《訪問看護師への信頼と支援に対する満足》があった。《過去の治療や医師に対する不満》は、過去の治療やかかりつけ医と往診医の連携について不満があった。《訪問看護体制に対する意見》として、訪問回数・24時間携帯電話当番についての不満があった。

Ⅳ. 考察

今回の研究において、がん終末期を看取った家族の年齢・続柄・職業・介護経験には差があり、個々の発達課題やニーズ、役割遂行の違いが看取りに影響したと考えられるが、対象者が5名と少なく比較できないことは本研究の限界である。また、療養期間の差は病気の進行の程度や転移に影響されるため比較できないが、療養者3名が宣告された余命より長く生きることができた。

療養者が最期まで在宅療養できた理由として、在宅療養の意思があったこと、病院・在宅診療・訪問看護による24時間医療体制の支援、家族や訪問介護の介護力があつたことが考えられる。宮崎²⁾は、在宅ターミナルケアの条件として①本人とその家族に「家で過ごしたい、過ごさせたい」という意思があること②医療チームの体制が整っていること③介護力(介護職の支援を含む)が整っていること④24時間体制のケア⑤病院・ホスピスとの連携をあげている。告知された家族の不安を理解し、安心して在宅療養ができるように、これらの条件を早期に整えていく必要がある。

在宅介護において、食事内容や形態の工夫により療養者が食事を摂取できたことは喜びであった。《日々の介護のなかでの疲労と不安》では、吸引の怖さ、症状や痛みに対する不安、最期の時がどうなるか心配であった。池下ら³⁾は家族が終末期患者のためにする行動とニードの充足感の関係について「患者の状態を知りたい」「患者のそばにいたい」「患者の役に立ちたい」「患者の安楽を保証して欲しい」は充足されやすいニードであることを明らかにしている。療養者の安寧を願う家族が、自信を持って介護できるよう援助技術の指導を行う必要がある。

日々の介護のなかでは疲労や不安があつたが、安らかな死であつたことが看取りの満足につながつた。小川ら⁴⁾は「訪問看護に対する家族の満足

は、看護の処置ケアよりも、いかに療養者が安楽を得て、疼痛コントロールされ、安らかな死を迎えられたかで評価されている」と述べている。しかし、死の準備教育は十分とはいえないため、家族が安心して最期を看取れるよう臨終のプロセスや看取りの心得について説明できるよう知識を深め実践に活かしていきたい。

療養者と家族は告知の有無に関係なく互いに相手を気遣っていた。庄村⁹⁾は、「互いの気遣いによる支えあいは、互いにつらい状況の中で支えあうことを意味し、相手への思いそのものである」と述べており、本研究でも同様であった。しかし、互いを気遣うあまり本心が言えないことがあるため、療養者や家族の思いを引き出すコミュニケーション技術が求められる。

医療関係者がいない在宅で、医療的知識と技術を持った訪問看護師への信頼は大きく、支援に満足していた。日々の看護援助や会話を通して信頼関係を築いたことが、安心感や満足感につながったと考えられる。訪問回数については病状や家族の介護力、不安の程度を考慮し対応していく必要がある。また、24時間携帯電話当番の夜間・緊急時体制については、マニュアル作成を検討する必要がある。

在宅がん終末期の家族支援について検討した結果、以下のことが示唆された。

- 1) 告知された家族の不安を理解し、安心して在宅療養できるように在宅の条件を整える。
- 2) 家族の不安な思いを傾聴し、自信を持って介護できるよう援助技術の指導を行う。
- 3) 臨終のプロセスや看取りの心得について説明できるよう知識を深める。

- 4) 療養者や家族の思いを引き出せるようにコミュニケーション技術を高める。
- 5) 訪問回数、24時間携帯電話当番の夜間・緊急時体制について検討する。

V. 結論

1. 在宅でがん終末期の看取りをした家族の思いは【終末期であることの悟りと在宅療養の決意】【在宅介護と看取りの満足】【療養者と家族や周囲の人との関係性】【医療関係者の支援】の4つのカテゴリーに分類された。
2. 在宅がん終末期の家族支援については 1) 2) 3) 4) 5) の5点について示唆された。

文献

- 1) 季羽倭文子：在宅ホスピスの本質を問う，ターミナルケア，8(3)，188-195，1998.
- 2) 宮崎和加子：在宅での看取りのケア—家族支援を中心に—：日本看護協会出版会，94-99，2007.
- 3) 池下友香理，絹田美南子，西谷祐美他：家族が終末期患者のためにする行動とニードの充足感に関する調査研究，日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ）371-373，2009.
- 4) 小川恵子，島内節，河野あゆみ：在宅ターミナル期における癌患者の死別後の家族と看護職による訪問看護の評価，日本看護科学会誌，21(1)，18-27，2001.
- 5) 庄村雅子：死にゆくがん患者と家族員との相互作用に関する研究，日本がん看護学会誌，22(1)，65-75，2008.

6. オムツ交換時の臭気軽減及び拡散防止手順の検討

キーワード 排泄臭 木酢液 オムツ交換手順

本宮 慎吾* 藤澤 慎 河田留美子 土岐 弘美
医療法人社団以和貴会 いわき病院

はじめに

病室は患者の生活空間であり、療養のためにその空間を整え、環境調整することは患者満足度を高める為にも大切な看護技術の一部である。当部署では脳梗塞後遺症などにより長期寝たきり状態の患者が多く、床上での排泄、オムツ交換を頻回に行うためオムツ交換時に病室に排泄臭が充満していることが問題となっていた。

今回A病棟スタッフを対象にオムツ交換時の臭気に関する意識調査を行った結果、過半数のスタッフがオムツ交換時の排泄臭を不快と感じていた。豊田らは、「悪臭、不快臭は嘔気・頭痛を誘い、時には不眠・食欲減退、呼吸障害・抑鬱やアレルギー反応などを起こし、人体生理機能に影響を及ぼす」¹⁾と述べており、スタッフが不快と感ずるといことは、病室を生活の場としている患者にとってはさらに重要な問題であり、日頃から配慮はしているが、さらなる排泄臭軽減への対策が求められる。このようなことからより良い臭気対策手順を求め、先行文献を検討したところ、他施設でも同様の問題を抱えており、様々な取り組みをしていた。その中の一つ大友らは、「冷却木酢液は、常温木酢液より消臭効果を持続でき、床上排泄処理時では消臭対策に有効である」²⁾と述べており、当部署でもこの冷却木酢液を用いたオムツ交換手順を検討したので報告する。

I. 研究目的

オムツ交換時に冷却木酢液を使用した手順を実施することで病室内の排泄臭を軽減し、患者にとって快適な療養環境を提供する。

II. 研究方法

1. 研究期間

平成23年5月31日～6月30日

2. 研究対象

A病棟 スタッフ25名

3. データ収集方法

B号室4名の患者のオムツ交換時に「6段階臭気強度表示表」(表1参照)を用いて、オムツ交換直後、5分後、15分後、30分後の病室内臭気の強さを各個人が感じた臭気を測定し記録する。

まず、従来通りのオムツ交換手順として、オムツ交換後は病室内に市販の消臭剤を噴霧し、交換したオムツはすぐにバケツに入れ蓋をする方法を実施。(5月31日～6月7日)その後、新しい手順により、実施。(6月20日～6月30日)手順変更前後に全スタッフが1回ずつ測定し、記録した。

4. オムツ交換手順

- ①病室内の窓を閉めた状態で病室の入り口に一步入ったところで冷却木酢液スプレーを空中に向け1プッシュした。木酢液スプレーは、木酢液(国産蒸留精製木酢液 中島商事株式会社)を精製水で100倍に希釈した。
- ②患者の病衣(ズボン)をオムツと大腿の境界まで下げ、オムツ上空約50cmあたり冷却木酢液スプレーを1プッシュした。
- ③交換したオムツはすぐにバケツに入れ蓋をした。また、前もってバケツに対しても木酢液を噴霧しておいた。

5. データ分析方法

オムツ交換直後、5分後、15分後、30分後ごとに6段階臭気強度に従って、各スタッフの感じた臭気割合を点数化し、手順変更前後で点数を比較した。

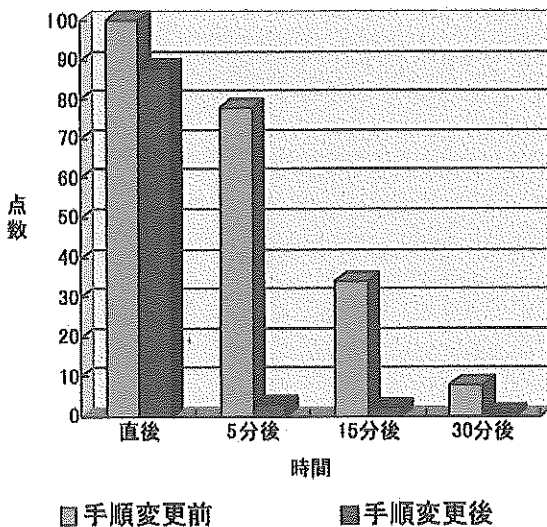
*連絡先 〒761-1402 高松市香南町由佐113-1 いわき病院 本宮 慎吾

6. 倫理的配慮

B号室の患者、ご家族には研究の趣旨と方法を説明し、実施の同意を得た。A病棟スタッフには、参加の自由、研究途中の辞退が可能であること、参加しなくても不利益が生じないこと、プライバシーの保護について文書と口頭で説明し、同意を得、当院倫理委員会の承認を得た。

表1 6段階臭気強度表示表

臭気強度	臭いの程度
1	無臭
2	やっと感知できる臭い
3	何の臭いかわかる臭い
4	明らかに感じる臭い
5	強い臭い
6	強烈な臭い



(図1) オムツ交換手順変更前後の臭気の数値比較

III. 結果

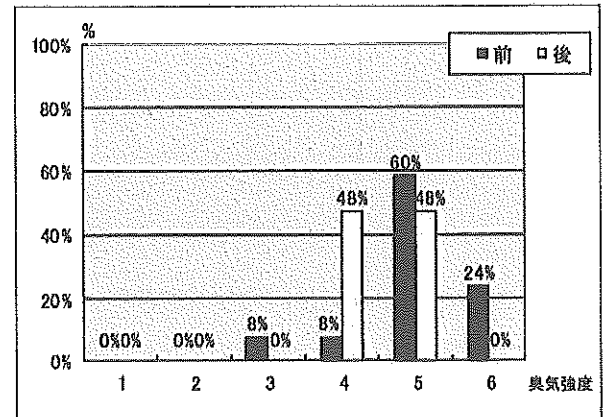
1. オムツ交換手順変更前後の臭気の数値比較

分析の結果、オムツ交換直後では手順変更前が100点、変更後は88点であった。5分後では手順変更前が78点、変更後が3点であった。15分後では変更前が34点、変更後は2点であった。30分後では変更前が8点、変更後が1点であった。

1) 直後

オムツ交換直後では手順変更前後とも「無臭」「やっと感知できる」は0%であった。「何の臭いかわかる」が変更前は8%、変更後は0%であった。「明らかに感じる臭い」が変更前は8%、

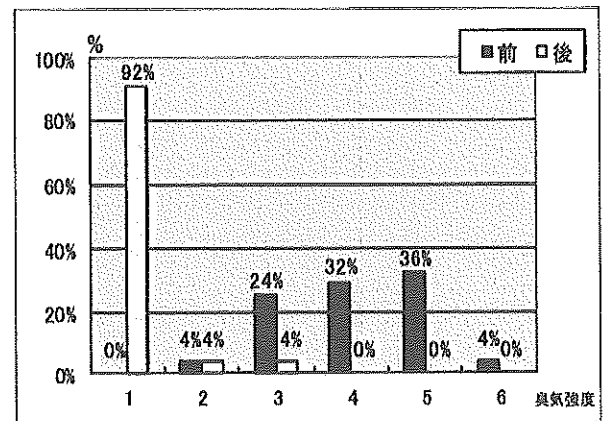
変更後は48%であった。「強い臭い」が変更前は60%、変更後は48%であった。「強烈な臭い」は変更前は24%、変更後は0%であった。



(図2-1) オムツ交換手順変更前後の臭気強度の比較

2) 5分後

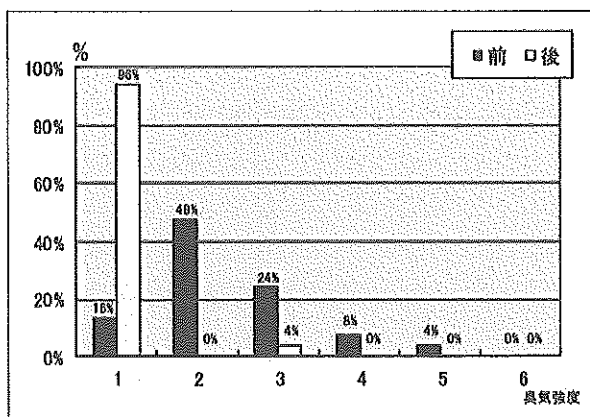
オムツ交換5分後では、「無臭」は変更前0%、変更後92%であった。「やっと感知できる」は変更前後とも4%であった。「何の臭いかわかる」は変更前24%、変更後は4%であった。「明らかに感じる臭い」は変更前は32%、変更後は0%であった。「強い臭い」は変更前0%、変更後は36%であった。「強烈な臭い」は変更前4%、変更後は0%であった。



(図2-2) 5分後

3) 15分後

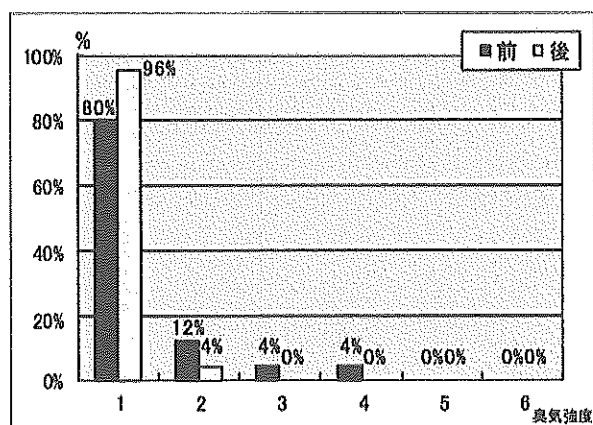
オムツ交換15分後では、「無臭」は変更前18%、変更後99%であった。「やっと感知できる」は変更前48%、変更後は0%であった。「何の臭いかわかる」は変更前24%、変更後は4%であった。「明らかに感じる臭い」は変更前は2%、変更後は0%であった。「強い臭い」は変更前4%、変更後は0%であった。「強烈な臭い」は変更前後とも0%であった。



(図2-3) 15分後

4) 30分後

オムツ交換30分後では、「無臭」は変更前80%、変更後99%であった。「やっと感知できる」は変更前12%、変更後4%であった。「何の臭いかわかる」は変更前4%、変更後は0%であった。「明らかに感じる臭い」は変更前は4%、変更後は0%であった。「強い臭い」「強烈な臭い」は変更前後とも0%であった。



(図2-4) 30分後

IV. 考察

酸性物質である木酢液は、排泄臭の原因である弱アルカリ性のアンモニアやスカトールを中和し、消臭効果があるといわれており、トイレや台所の脱臭、その他消臭効果に広く利用されている。今回の研究では冷却木酢液を用いた効果的なオムツ交換手順を検討しスタッフに共有、指導、実施することにより、図1が示すようにオムツ交換5分後の結果では手順変更前には78点だった結果が手順変更後には3点、また図2に示すように臭気

程度でもオムツ交換5分後、15分後に無臭と感じた結果が変更前の0%から92%、96%と高い結果が得られた。これは明らかに大幅な臭気軽減及び臭気拡散防止に繋がったと考える。

大友らは、「体内から排泄された便は一般的に室温よりも温度が高く、温度の高い空気は低い空気よりも軽く上昇するため、臭気が拡散しやすい²⁾」と述べており、オムツを開放する前にオムツ上空で予め冷却木酢液を噴霧することにより、オムツ開放と同時に湧き上がるであろう臭気を抑えることができたのではないかと考える。また、処理済みオムツを入れるバケツにも木酢液を噴霧しておき、臭気源を封鎖することも臭気の軽減及び拡散防止に繋がったと考える。

A部署ではこれまで排泄臭に対し、消臭剤の噴霧による対処を行っていたが、あまり効果的な消臭はできていなかった。消臭剤は臭いの分子を消すのではなく、消臭剤自体で臭いを隠しているため、臭いの分子は空気中に拡散されたままであり、効果的な消臭ができていなかったと考える。今回検討したオムツ交換手順は簡便かつ安価であり、今後も業務の中で継続できる方法である。患者が快適な療養生活を送れるように、今後も環境整備に努めていきたいと考える。

今回の研究の限界として、臭気は個人差があるため、今後、臭気計などを活用することでさらに効果を示すことが課題であると考えている。

V. 結論

今回オムツ交換時の臭気軽減及び拡散防止手順について検討した結果、以下のことが確認できた。冷却木酢液を使用する手順は臭気軽減、拡散防止に効果があった。

文献

- 1) 豊田文一, 北村武, 高木貞敬, 他: 嗅覚障害一, その測定と治療一, 医学書院, 115, 1978.
- 2) 大友栄子, 則定清美, 河本重紀子: 便臭に対する効果的な消臭方法の検討—冷却木酢液を用いて—, 第39回看護総合, 88-88, 2008.

7. 個別的な口腔ケアによる口腔内状態とストレスの変化

キーワード 口腔ケア ストレスの変化

那須 花子* 奥田 民子 土岐 弘美
医療法人社団以和貴会 いわき病院

はじめに

近年、口腔ケアは単に口腔内の清潔により口臭予防や対象者の快適性向上、爽快感、日常生活援助、う歯、歯槽膿漏防止などという局所的感染防止に留まらず、全身的な重症感染症の発生、ひいては予後にも影響を与える治療医学的意義が認識されている。先行文献を検討した結果、口腔ケア方法を検討したものが多々あった。A部署でも口腔ケアを実施しているが、訪室の際の口腔内乾燥や口臭が気になることが度々ある。そのため現在実施している口腔ケアの方法に効果があるか疑問を抱いた。また、有賀は「口腔ケアについては身体的、健康保持にとって重要であるばかりでなく、その人のQOLの向上を目標とし、心のケア、リラクゼーションの原点である¹⁾」と述べている。快適な口腔内状態を維持することにより、快の刺激を与え、ストレス度合いが軽減するのではないかと考えた。ストレスが交感神経系の興奮信号を励起し、体内の自己防衛反応として唾液アミラーゼの活性が高まることから、アミラーゼ値を測定することでストレスの度合いを判定するアミラーゼモニターが開発されている。²⁾ よって従来の口腔ケア方法から個別のケア方法を検討実施し、またケア実施に対し対象者が感じるストレスにも注目するためにアミラーゼモニターにより、ストレス度合いを測定した。

結果、実施前後の口腔内の状態、ストレスが各対象者によって異なる変化が明らかになったので報告する。

I. 研究目的

個別の口腔ケア方法を検討し、スタッフ間で統一した口腔ケアを実施することで実施前後の口腔内の状態やストレスの変化を比較する。

II. 研究方法

1. 対象者 精神科病院 混合病棟入院対象者5名

表1 対象者

	A 氏	B 氏	C 氏	D 氏	E 氏
年齢・性別	80代・女性	80代・女性	80代・女性	80代・女性	10代・女性
病名	アルツハイマー型認知症	脳塞栓後遺症	アルツハイマー型認知症	混合性認知症	統合失調症
寝たきり度	C-2	C-2	B-2	B-2	A-1
食事形態	流動食	流動食	全粥一口大・半量・メイミニ3本	全粥刻みメイミニ3本	常食
摂取方法	Mチューブ	PEG	半介助	半介助	自力
口腔ケアに関すること	顎関節症あり。開口困難	唾液多い	ケア時苦痛様子あり	意思表示あるため抵抗あり	自己流で数秒で終了

2. データ収集期間

2011年 6月13日～7月14日

3. データ収集分析方法

対象者5名に対し、嚥下・口腔の状態のチェックリストである在宅ケアアセスメント票に基づいて作成した口腔内状態チェックリストに基づいた4項目と個別の変化と唾液アミラーゼモニターによる対象者のストレス度合いを測定した。唾液アミラーゼを指標とするストレス評価は、非侵襲的であり、即時性が高く1分以内に測定でき、簡便性が高く、経済性が高い等のメリットを持ち、フィールドにおいてほぼリアルタイムにストレス状態を評価できるメリットは高いと先行研究³⁾より述べられている。

5名のケースの現状を把握したのち、個別的なケア方法を歯科医、歯科衛生士の協力を得、カンファレンスで検討し、各対象者に応じた方法を全スタッフに周知・指導し、口腔内ケア方法を10日間実施。その後、対象者5名に対し口腔内状態チェックリスト、ストレス度合いを測定し、ケア

*連絡先 〒761-1402 高松市香南町由佐113-1 いわき病院 那須 花子

実施前後の対象者の口腔内状態、個別の変化、ストレス度合いの結果を比較検討した。

4. 倫理的配慮

A院における倫理委員会の了承後、書面調査用紙に研究の目的・方法・プライバシーの保護・本研究以外には使用しない事、協力の有無により不利益が生じないことを説明し、研究への参加を説明した。また研究途中の辞退が可能であること、参加しなくても不利益が生じないこと、プライバシーの保護について文書と口頭で説明し、同意を得た。

III. 結果

1. 対象者の変化

1) 対象者A

A氏は口腔内乾燥、口臭がありブラッシング時出血もみられていた。口腔ケア前に口腔内洗浄液を口腔内に塗布し10分程度時間をおいてから、歯ブラシから舌ブラシに変えてブラッシングを行い、口腔内洗浄液を水で薄めたものを含ませたガーゼで口腔内を拭う事で口腔内乾燥が改善され口臭、出血が無くなった。

2) 対象者B

B氏も同様に舌ブラシでブラッシングを行い仕上げに口腔内洗浄液を水で薄めたガーゼで口腔内清拭を行う事で口臭がなくなり唾液分泌も増加した。

3) 対象者C

C氏は実施前は総義歯の洗浄・うがいのみであったが、実施後は義歯洗浄後に口腔内を舌ブラシでブラッシングし、希釈した口腔内洗浄液でうがいを行う事を統一する事により舌苔、口臭の著明な改善がみられた。

4) 対象者D

D氏は実施前はうがいだけであったが、実施後は舌ブラシを用いてのブラッシング後、希釈した口腔内洗浄液でのうがいを行う事で口腔内の食物残渣の貯留が見られなくなった。しかし、口腔内洗浄液による口腔内の刺激を訴えていたため、口腔内洗浄液の水の希釈度を高める事で刺激の軽減を図った。

5) 対象者E

E氏は自立しており声かけをすれば口腔ケアを行うが正しい方法が実施できておらず、磨き残しが多く歯間部に汚れが付着している状態であった。正しいブラッシング方法を指導し見守りを継続して行うことで、歯間部の付着した汚れが軽減した。

2. 口腔ケア実施前後の口腔内の状態

口腔ケア実施前後では、口臭・舌苔は全てにおいて改善が見られた。A氏にみられた乾燥状態も改善した。アミラーゼ値は、A氏・E氏はケア後に上昇したが、他の3名はケア後に減少した。対象者によっては出血、口腔内食物残渣物の貯留が多かった状態が改善された。

表2 口腔ケア実施前後の口腔内の状態

		A氏	B氏	C氏	D氏	E氏
口臭	前	あり	あり	強くあり	なし	強くあり
	後	なし	なし	なし	なし	なし
舌苔	前	1/2	1/2	1/2	全体	全体
	後	なし	なし	なし	なし	なし
乾燥	前	乾燥気味	湿潤	湿潤	湿潤	湿潤
	後	やや湿潤	湿潤	湿潤	湿潤	湿潤
アミラーゼ値	前	7	95	246	387	5
	後	246	43	235	137	45
その他	前	出血あり	出血なく、ケア時唾液量多く吸引要す	出血なし	口腔内食物残渣貯留あり	歯と歯茎の間・歯間部に茶色の汚れ付着あり 指導前は10秒程度で磨き終わっていた
	後	出血なし	出血なく、ケア時唾液量多く吸引要す	出血なし	口腔内洗浄液による口腔内刺激あり	声かけ指導にて磨き残し少なくなった

IV. 考察

足立氏は「口腔ケアは非常に地道で、悪ければ改善させ、改善させたならばその状態を維持していく努力が必要である。逆に行わないと、すぐに悪化する困難な一面がある。」⁴⁾と述べている。全対象者において継続的な個別の方法を検討し、実施することで、口腔内の状態の改善がみられた。

また結果より、3名のストレス度合いが減少した。口腔内はとても敏感なところであり、ケア方法によれば、他者にケアされることで不快に感じることも予測された。特に認知症対象者は過敏に反応するため、ゆっくりとしたペースですすめ、ケア実施中には、話しかけ、スキンシップをとり、リラックスしてもらうよう心掛けた。結果、口腔ケアが困難であった対象者の拒否感も軽減し、口腔内汚染が解消され、苦痛なく、口腔内の爽快感が得られることで、ストレスが軽減されたのではないかと考えている。

一方、2名の対象者はストレス度合いが増加していた。特にストレス度合いが高くなっていたA氏は、顎関節症のため開口することへの不安感もあり口腔ケアがスムーズに行えないだけでなく、ケア時に出血もあった。よって、ケア実施時には、不安による恐怖感は混乱を招くので常に声をかけながら、なごやかな雰囲気の中で口腔ケアを実施することを試みた。また、E氏に関しては、今ま

で自己流で実施していた口腔ケアに対し、教育的に関わることでストレス度合いが高くなったのではないかと考えている。

V. 結論

1. 個別・継続した口腔ケアにより、口臭、舌苔の蓄積が減少し、湿潤が保たれ、清潔な口腔内状況を維持できた。
2. 口腔ケア実施により、3名の対象者のストレス度合いが減少した一方、2名の対象者はストレス度合いが増加していた。これより、口腔ケア時に生じるストレス要因を検討し、関わることが重要である。

文献

- 1) 有賀洋文：ナーシング・フォーカス・シリーズ 最新口腔ケア，照林社，33，2010.
- 2) 東朋幸，水野康文，山口昌樹：唾液アミラーゼ活性を利用した交感神経活動モニターの開発，Yamaha Motor Technical Review，2005.
- 3) 山口昌樹：唾液マーカーでストレスを測る，日薬理誌，129，80-84，2007.
- 4) 足立三枝子：最新口腔ケア，口腔ケアの具体的な進め方，高齢者・痴呆対象者，照林社，77，75，2010.

8. 実習指導に対するスタッフの意識調査 —効果的な実習指導を目指して—

キーワード 伝達講習会 フィードバック モチベーション

井筒 節子* 加見 文子 造田恵理子 原渕美千代
香川県厚生農業協同組合連合会 屋島総合病院

はじめに

「臨地実習は看護教育にとって、知識と実践の統合を学ぶ授業科目である」といわれている。したがって臨地実習を授業として成り立たせるには、臨床指導者の役割が重要になる。その役割の中で、まずは現代の学生の特徴を指導者側が認識する事が必要である。A病院は、臨床指導者は兼任であり、また近年実習を受け入れる学校も増加し、各学校によりレディネスは異なっている。そのため臨床指導者委員会では、効果的な実習環境の提供を行うため、平成18年に実習指導に関するアンケート調査を実施した。その結果から得られた項目として、伝達講習の実施・実習のレディネスに関する掲示物の提示・朝の全体の申し送り時の学生の行動計画発表などの取り組みを行ってきた。今回その取り組みをスタッフがどのように受け止め、指導に生かしているかを把握するためアンケート調査を行ったのでここに報告する。

I. 研究目的

スタッフの臨床指導に対する意識を把握することで、今後の委員会活動の課題を見出す。

II. 研究方法

1. 調査期間

平成23年3月11日から3月18日

2. 研究対象者

A病院の病棟勤務の看護職員131名

3. 調査方法

病棟勤務の看護職員を対象にした伝達講習・実習生に関する掲示物の提示・朝の全体の申し送り時の学生の行動計画発表などに対するスタッフの意識をアンケート調査により把握する。分析方法は各項目の単純集計と臨床指導者委員経験の有無

による比較をおこなった。

4. 倫理的配慮

研究目的を説明しアンケート調査の承諾を得る。アンケート調査は無記名とし、研究中得られた個人情報情報は正しく管理し、研究終了後は消去・破棄する。

III. 結果

アンケート配布数131、回収131(100%)であった。

研究対象者の病棟勤務看護職員131名中、臨床指導者委員経験者は43名(33%)、臨床指導者委員未経験者は88名(67%)であった。(図1)

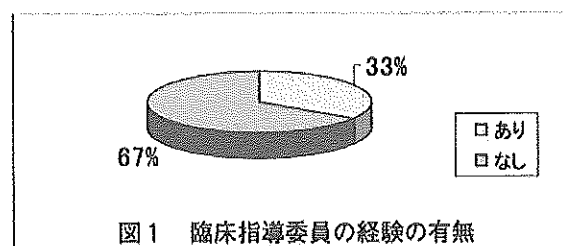


図1 臨床指導委員の経験の有無

1. 伝達講習参加について

病棟勤務看護職員の伝達講習会の参加率は、参加が55%、不参加が45%であった。臨床指導者委員経験の有無で参加率を見ると、臨床指導者委員経験者は79%の参加率に対し、臨床指導者委員未経験者は36%の参加率であった。(図2)

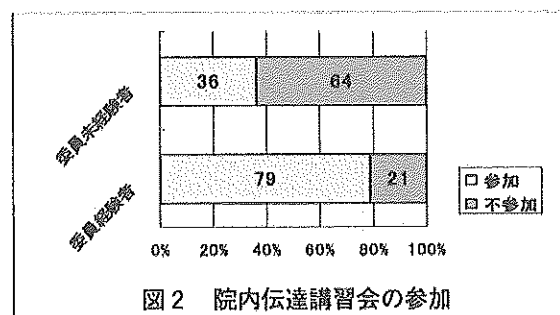
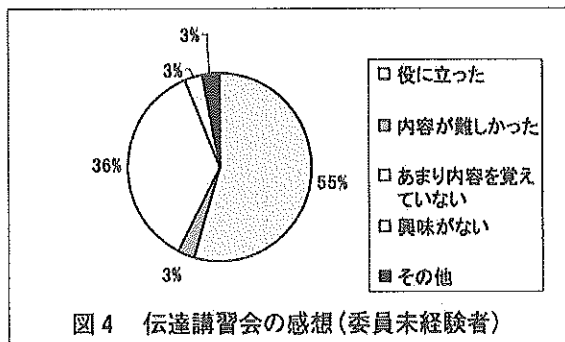
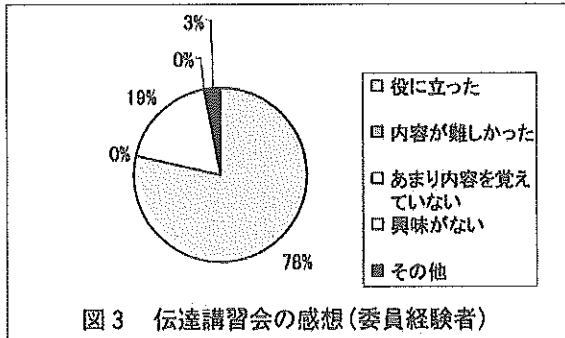


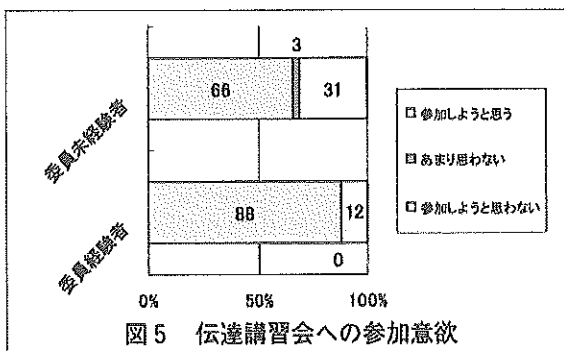
図2 院内伝達講習会の参加

*連絡先 〒761-0186 高松市屋島西町1857番地1 屋島総合病院 井筒 節子

伝達講習会へ参加しての感想は臨床指導者委員経験者、臨床指導者委員未経験者共に、「役に立った」との感想が過半数だった。しかし、臨床指導者委員未経験者の感想では「あまり内容を覚えていない」が36%と臨床指導者委員経験者よりも割合が多かった。(図3、4)

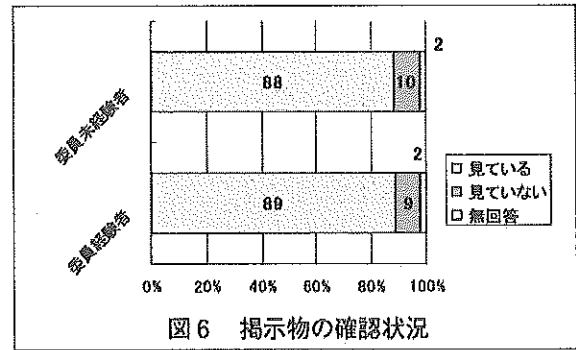


伝達講習会への参加意欲は、臨床指導者委員経験者が88%、臨床指導者委員未経験者は66%と差はあるが、半数以上のスタッフにみられた。参加理由として「指導も業務の一部」「参加できる勤務であれば」「興味がある」などの意見が多く、参加理由に差はみられなかった。(図5)

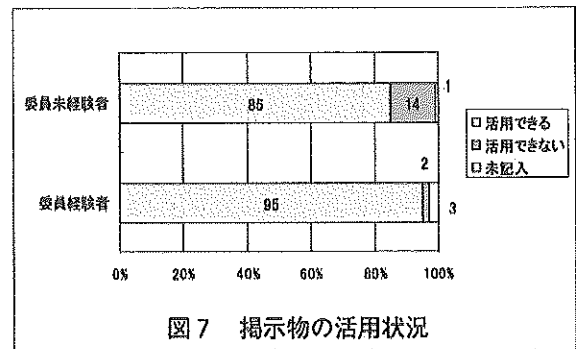


2. 掲示物について

臨床指導者委員経験者、臨床指導者委員未経験者共に8割以上のスタッフが掲示物を確認できていた。理由として、「業務の一部だから」「とりあえず目を通す」と臨床指導者委員の経験による差はみられなかった。(図6)

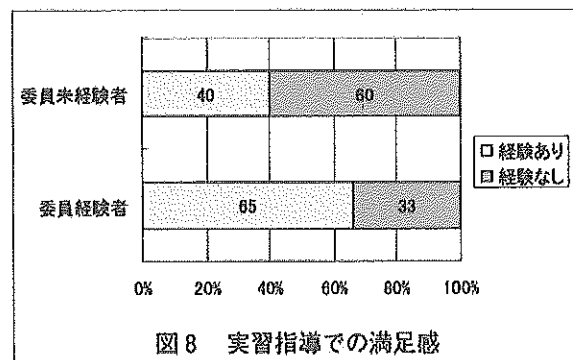


活用状況については、臨床指導者委員経験を問わず、8割~9割のスタッフは活用できると答えていた。活用できない意見として、「見ても分からない」「興味がない」や「どこに掲示しているかわからない」があった。(図7)



3. 実習指導について

臨床指導者委員経験者の65%は実習指導で満足を感じた経験があったが、臨床指導者委員未経験者は40%と低い割合であった。(図8)



満足を感じた場面として「学生の前向きな態度」「学生の成長を感じたとき」「実習指導に対しての学生からの良い反応や感謝の言葉があった」などがあつた。

対して、不満足を感じた経験については、臨床指導者委員経験者が93%、臨床指導者委員未経験者が63%といずれも過半数を超えるスタッフが経験していた。(図9)

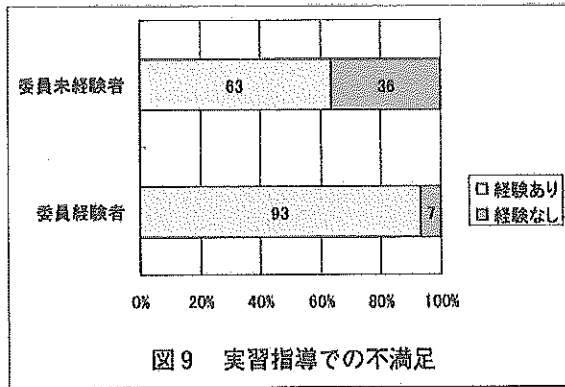


図9 実習指導での不満足

その意見として「学生の反応が乏しい」「言葉使いや態度が悪い」「学習意欲がない」などの意見が多くあった。

IV. 考察

1. 実習指導の伝達講習について

A病院の病棟勤務看護職員は、臨床指導者委員の経験のない人が約7割を占めている。しかし多くの病棟で看護学生を受け入れ、臨床指導者委員未経験のスタッフが直接指導に関わっているのが現状である。臨床指導者委員会では、毎年1回看護職員を対象に伝達講習会を実施している。しかし、今回のアンケート結果より「指導も業務の一つである」と考えているにもかかわらず、勤務の都合で参加できない現状や、参加しても「内容をあまり覚えていない」という意見から今後のあり方を検討してみた。伝達講習会への参加者は半数であり、これは勤務終了後に毎年1回だけの開催で、勤務時間・勤務状況からも参加人数は限られている。また講習会の内容は、病院全体の看護職員が対象であり、各病棟の特殊性については考慮できていない。また、臨床指導者委員未経験のスタッフも日常業務と兼任し多くの場面で実習指導に携わっていることから、スタッフへの実習指導に関する知識の伝達は大切なことである。その為、より多くのスタッフが参加でき、各病棟の特殊性に合わせるためにも、今後は病院全体の伝達講習から病棟単位の伝達講習へと変更する必要がある。講習会の回数を増やすことや、実習時期に合わせることで、効果的な伝達講習になるのではないかと考える。

2. 掲示物について

各病棟の臨床指導者委員が、実習前に学生の情報として、実習の目的・目標、レディネスなどを掲示しているが、全体でも約9割の人が掲示物を

みて「実際の指導に活用できている」と回答している。この事より、臨床指導者委員会で取り組んできた主旨がスタッフに浸透してきているのだと思われる。その理由として実習指導を「業務の一部」として捉えているスタッフが多く、指導していく上で必要な情報を確認しておこうという意思の現れとも考えられる。足立ら¹⁾は、「病棟全体で支援する環境づくりとして、学校の方針や実習での到達目標、具体的な実習方法などについて機会を見つけて病棟スタッフに伝え、協力を依頼することが実習指導の準備として必要である」と述べている。したがって実習前に学生の情報として、実習の目的・目標、レディネスなどを掲示することは学生の情報提供として有効と考え今後も継続していく必要がある。しかし掲示内容については、各病棟独自のもので内容にばらつきもある為、今後は実際、指導しての比較・評価できる指標となるような掲示内容や掲示方法などを再検討していく必要がある。

3. 今までの実習指導について

今までの実習で満足な経験を得られた臨床指導者委員経験者は65%、臨床指導者委員未経験者は40%であった。その理由として、学生との関わりで「学生の成長に対する前向きな態度」「学生の成長を感じたとき」「実習指導に対しての学生からの良い反応や感謝の言葉」など、自分の行った指導に対して何らかの反応が得られた事であった。糸賀²⁾は、「実施した結果への関心は、自分をより成長させてくれる体験につながる。」と述べている。学生からの反応は指導側の実習指導に対するモチベーションの向上へとつながる。指導側のモチベーションの向上は、学生の看護実践に対し、より関心を持つようになり、学生への指導内容も充実する。その結果、学生側も学びの多い実習が出来ると共に、他のスタッフにも実習指導に対する意識付けなどの相乗効果も期待できると考える。スタッフは学生の反応や成長を確認できる事で満足感を得るため、私たち臨床指導委員はスタッフのモチベーションの向上の為にも、学生の反応や言葉をリアルタイムにスタッフへフィードバックしていき、満足出来る実習指導が行なえる環境を整えていく事が必要である。

不満足な経験について、臨床指導者委員経験者93%、臨床指導者委員未経験者63%と、多くのスタッフが経験していた。臨床指導者委員経験者

の割合が多い理由として、学生に深く関わる場面が多いことが反映していると考えられる。意見として、「学生の反応が乏しい」「言葉使いや態度が悪い」「学習意欲がない」など、学生側の行動や態度についての意見が多かった。これらは「主体性に欠ける」「学力の低下」「社会性の欠如」といった、現代の学生の特徴として言われており、簡単に変化させる事は難しいものである。延近³⁾は、「現代の学生の行動・現象を世代の違う私たちからながめると、どうしてこうなのだろうかと考え、その行動をもたらすルーツを探り、冷静に対応していかなければ問題解決に結びつかないであろう。」と述べている。このことから、臨床指導者委員経験に問わず、現代の学生の特徴や関わり方を再認識してもらう必要がある。また、その事を踏まえ、実習を通して学生の「学ぶ姿勢」や「社会性」を指導していくことが大切であると考ええる。

V. 結論

1. 病院全体で実施していた伝達講習会を今後病棟ごとに実施することで、病棟の特殊性を考慮しスタッフ全員に講習を行うことが出来る。
2. 実習前に学生の情報などの掲示については、掲示内容を統一するなどの再検討が必要である。
3. 学生・スタッフが満足できる環境を整えるためには、臨床指導者委員が学生の反応や言葉をリアルタイムにフィードバックしていくことが大切である。

文献

- 1) 足立はるゑ：臨地実習指導サポートブック，メディカ出版，28，2011.
- 2) 糸賀暢子：看護学生が「ここで働きたい！」と思うとき，看護展望，35(8)，14，2010.
- 3) 延近久子：臨床実習指導のプロモーションーはじめて臨床実習指導をする人のためにー，第2版，23，ユリシス出版部，2002.

9. A病院における看護研究者の抱える困難感と求める支援

キーワード 看護研究 困難感 支援

吉岡 一恵*¹⁾ 木村久美子¹⁾ 長町 美智¹⁾ 豊嶋 貴代²⁾

1) 香川県立白鳥病院

2) 香川県立中央病院

はじめに

看護研究は専門職として、看護の質を向上させるために必要である。しかし、看護師が、業務のかたわら研究に取り組むには様々な困難があり、心身の負担感も強い。

A病院では、平成15年度より看護研究者に対して外部講師による個別の指導体制をとっている。

平成16年度よりクリニカルラダーが導入され、看護研究はそれまでの持ち回りから自主参加へと変化している。看護研究委員会として研究者が、できるだけ看護研究の困難感を軽減できるための援助が必要であると考えた。そこで、前年度の研究発表者を対象に研究中に感じた困難感を明らかにし、今後の委員会活動の示唆を得ることを目的として聞き取り調査を行った。

I. 研究目的

看護研究者が研究活動中に感じた困難感を明らかにし、今後の看護研究委員会活動の示唆を得る。

II. 研究方法

1. 研究対象：平成21年度にA病院で院内看護研究を行った看護師で同意が得られた8名
2. 調査期間：平成22年8月1日～8月31日
3. データ収集方法：プライバシーの保てる個室でインタビューガイドに基づいた半構成的面接法を行った。面接時間は20分前後、面接内容は同意を得て録音した。質問の内容は、研究の動機、看護研究における困難感の有無とその内容、困難感に対する対処方法、外部講師の指導以外に必要な支援、研究後の気持ち、今後も研究をしたいか、研究後モチベーションが向上した言葉や評価についてである。
4. データ分析方法

1) 面接内容を記録

録音内容を文章化した。

2) 言葉をまとめる

類似した言葉をまとめ、表題をつけた。

3) カテゴリーにする

面接内容を【大カテゴリー】《サブカテゴリー》「小カテゴリー」で表記した。

5. 倫理的配慮

研究対象者に研究目的と方法を口頭および文書で説明した。参加は自由意志であること、個人が特定できないよう秘密保持し、得られたデータは研究終了後に破棄することを約束し、同意書を渡し、承諾を得た。また、本研究は病院看護部の承諾を受けている。

III. 結果

1. 面接内容を【大カテゴリー】《サブカテゴリー》「小カテゴリー」で表記し、5つの大カテゴリー、21のサブカテゴリー、54の小カテゴリーを得た。

1) 【看護研究における困難感】

対象者全員が何らかの困難感を感じており、その内容は《テーマ決定》《文献検索》《データ分析》《論文作成》《プレゼンテーション方法》《研究期間》《指導を受ける時間》であった。

2) 【困難感に対する対処方法】

困難感に対する対処方法は、《講師の助言》《自分達で解決した》《研究委員に相談》《周囲のスタッフに相談》であった。最も多かった回答は《自分達で解決した》でその内容は、「研究マニュアルや先行研究を参考にした」、「統計処理の学習に行った」、「メンバーで相談した」であった。《講師の助言》では研究方法やまとめ方などを相談するケースが多く、相談すること

*連絡先 〒769-2788 東かがわ市松原963番地 香川県立白鳥病院 吉岡 一恵

で考えがまとまり、したいことが再確認できた。《研究委員に相談》の内容は研究計画書や論文の書き方を聞いたり、みてもらったりしていた。

3) 【外部講師以外の必要な援助】

《時間に関するもの》《物質的なもの》《指導に関するもの》《人的援助》で《時間に関するもの》では「メンバーとの時間調整が難しい」や「勤務時間内に研究の時間を取りたい」などがあった。《物質的なもの》では「統計処理ソフトがほしい」などの意見があった。《指導に関するもの》では「研究に関する研修をして欲しい」、「データ分析について指導して欲しい」、「講師に相談するほどでないことを研究委員に見てもらいたい」、「原稿の書き方が分かりにくかった」、「プレゼンテーション方法について知りたい」などがあり、《人的援助》の内容は「個人研究では協力者が欲しい」、「院内で指導者が欲しい」、「研究委員にメンバーになって欲しい」などであった。

4) 【今後研究をしたいか】

《今後も看護研究をする》《今後看護研究をやりたくない》《条件があれば行う》に分類した。《今後も看護研究をする》では「指導を受けてもっと調べていきたいという気持ちになった」、「今のテーマでの研究の必要性があるから」などの意見があり、《今後看護研究はやりたくない》では「負担が大きい」、「大変な1年だった」、「順番や役割ではやりたくない」という意見があった。《条件があれば行う》では「やりたいテーマがあればしたい」、「メンバーや時間的なことを考えて取り組む機会があれば」であった。

《今後も看護研究をする》と答えたグループと《今後看護研究をやりたくない》と答えたグループで【研究の動機】【困難感の内容】【研究後の気持ち】についてくらべてみると《今後も看護研究をする》と答えた人は全員自主参加であった。困難感の内容は「データ分析」「論文作成」「時間的問題」「プレゼンテーション方法」であり、研究後の気持ちは「継続している達成感がある」「次のテーマが明らかになった」「大変であるがやっていきたい」「研究の必要性がある」「1人はたいへんであった」の意見があった。《今後看護研究をやりたくない》と答えた人は全員ラダーや順番であった。困難

感の内容は「テーマの絞り込み」「データ分析」「文献検索」「研究計画書作成」であった。研究後の気持ちは「研究は大変」「負担が大きい」「解放感」「自分にプラスになった」「難しい」「次はもっと良いものができると思うが気は重い」であった。《今後看護研究をやりたくない》と答えた人にどのような状況になれば出来ると思うかに対して「やりたいテーマがあればできる」「本当にやりたい動機があったときにメンバーや時間的なことを考えたら出来る」、「今はやりたくない」、「気が重い。すぐはやりたくないし、離れるとやる気がなくなる」、「負担が大きいのでやりたくない」の意見があった。

5) 【モチベーションが向上した言葉・評価】

《研究内容に関すること》《講評の内容に関すること》《今後の期待》に分類した。《研究内容に関すること》は「実践に結びついている研究でいいねと褒めてもらえた」や「研究の意義や研究結果で評価をうけたこと」で、《講評の内容に関すること》は「講評で自分たちでは気づかないことを評価してくれたり褒めてくれた」や「講評の内容がよかったので頑張れると思った」であった。

IV. 考察

臨床における看護研究は看護師が専門職として、看護の質の向上と自己啓発のために研究活動を推進していく必要がある。研究者に看護研究のおもしろさを感じて個人個人が自分の課題設定を行い、計画的・主体的に看護研究に今後も取り組んでいくための支援が必要と考える。

今回の調査で研究者は《テーマ決定》から《プレゼンテーション方法》まで研究の全過程で何らかの困難感を感じており、【困難感に対する対処方法】は《自分達で解決した》が最も多く、まず自ら解決しようと行動していることがわかった。研究者が必要としている援助は、《自分で解決する》ために必要なものを求めていると考えられ、看護研究の学習会開催やちょっとした相談・指導を受けられる体制づくりの必要性が明らかになった。

【今後研究をしたいか】の結果から、研究を推進していくためには、自らすすんで研究に取り組むことができる環境づくりや負担感を感じない支援をおこなっていくことが必要であり、これにより研究者の困難感の解消につながると考えられる。

今後、外部講師による専門的な指導体制の継続、院内での相談・指導体制の拡充が必要であり、そのためには研修企画を含めた指導者育成やモチベーションアップに影響の大きかった評価のあり方、講評者の指導・育成などについて検討していかなければならない。

富山¹⁾は研究が面白いと感じる環境づくりとして「研究計画書作成の指導」は研究の方向性や具体的な進め方を決定する研究活動初期の段階に必要とされる支援であり、重要であると位置付けている。また興味あるテーマを持ち、看護研究へと発展し、その結果が臨床に活かせる・評価を受けるなどの一連の過程の中で「研究はおもしろい」と感じ「研究の継続」に関連していくと述べている。

今回の調査により、主体的に研究に取り組み、

研究後も継続した研究意欲につながるための体制づくりの必要性が示唆された。

V. 結論

1. 研究者は研究の全過程において何らかの困難感を感じていた。
2. 院内で気軽に相談できる指導者の必要性が明らかになった。
3. 研究者が主体的に研究に取り組める体制づくりが必要である。

文献

- 1) 富山清江他：看護研究活動支援に対する評価，第35回日本看護学会論文集(看護管理)，256-258，2004.

10. 新人助産師における「助産ケアの質」に対する自己評価と想いの変化

キーワード 新人助産師 助産ケア 助産ケアの質評価

檜原 直美* 阿部 滋 松木 由美
香川大学医学部附属病院

はじめに

助産師は妊娠・分娩・産褥期において母児及びその家族が、安全に快適で自立した健康生活が送れるようにケアを行わなければならない。そのためには助産師一人一人が、知識および実践能力の向上に努め、助産ケアの質を向上させる必要がある。中島は、新人助産師が感じている臨床現場での困難・苦労の内容として「助産ケア経験の不足から生じる助産診断・技術への戸惑いと難しさが最も高い」¹⁾と報告している。新人助産師は、看護実践の経験が少ないため、自己の助産ケアに対する不安も大きく、自己評価も低いと考えられる。このような新人助産師が、自己の知識および実践能力を向上させることは、看護の質を高め、患者である妊産褥婦の満足感を高めることにもつながると考える。新人助産師を対象とした先行研究では、職務満足度に関する研究や職場適応に関する研究などがみられている。一方「助産ケアの質」に関する研究は、経験年数を定めず全助産師を対象とした調査が多く、新人助産師のみを対象とした先行研究は見当たらなかった。以上より、新人助産師が「助産ケアの質」をどのように自己評価し、どのような考えや想いを持ちながら過ごしているのかを明らかにする必要があると考えた。また新人助産師の現状を理解することは、職場に適応し、自己評価を向上して行くための指導・教育計画の改善につながると考えられる。

I. 目的

本研究は、既存の助産ケアの自己評価表および語りを通して、新人助産師の助産ケアに対する自己評価と助産ケアに対する想いの変化を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 期間

データ収集期間は、平成22年6月から12月までとした。

2. 対象

対象者は、看護の臨床経験がなく助産師教育機関を卒業後、すぐに助産業務に従事した新人助産師4名とした。

3. 方法

本研究は、半構成的面接法およびアンケート調査の両方を6月(3ヶ月目)、9月(6ヶ月目)、12月(9ヶ月目)の計3回実施し、量的記述的研究とした。

1) アンケート

アンケートは、既存の日本看護協会助産師職能委員会から出されている「医療機関における助産ケアの質評価-自己点検のための評価基準-第2版」を用いて、「ケアリング」5項目、「妊娠期の診断とケア」12項目、「分娩期の診断とケア」9項目、「産褥期の診断とケア」8項目、「新生児期の診断とケア」7項目の計41項目で調査した。各項目はレベル1(助言・指示のもとにできる)、レベル2(一人でケアを実践できる)、レベル3(目標達成のために多様な方法を使って個別的なケアができる)、レベル4(わずかな手がかりで状況を客観的に把握でき問題領域に的を絞ることができる)までの4段階とし、該当するレベルを選択してもらい、記入後に回収を行った。アンケートの分析は、調査月別および各項目別に対象者4名の平均点数を単純集計し、比較を行った。また各調査月別に「ケアリング」、「妊娠期の診断とケア」、「分娩期の診断とケア」、「産褥期の診断とケア」、「新生児期の診断とケア」の全5項目のそれぞれのケ

*連絡先 〒761-0793 木田郡三木町大字池戸1750-1 香川大学医学部附属病院 檜原 直美

アにおける平均点数も単純集計し、5項目も比較を行った。

2) 面接

面接内容は「現在までの自己の行った助産ケアを振り返ってどう思いますか」、「当病棟の指導体制・方法についてどう思いますか」の2項目とし、対象者の語りをさえぎらないように留意し、ありのままに自由に語ってもらうこととした。

基本属性として、①対象者の年齢、②看護師教育機関、③助産師教育機関での分娩介助件数、現在までの分娩介助件数の4項目を面接前に質問した。面接で語られた内容が研究者の捉えた意味内容と違ってないか、対象者自身に逐語録を一読してもらい内容の確認をおこなった。面接は全て研究者1名が行い、対象者の承諾を得た後にICレコーダーに録音した。

半構成的面接の分析は、全て逐語録に書きおこし、事例別に助産ケアと指導内容に対する考えや想いを語っている内容に注目し、反映しているストーリーを抽出した。抽出した内容をコード化し、事象および行為に関連づけカテゴリ化を行った。

4. 倫理的配慮

本研究は実施にあたり、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、研究参加方法について対象者に説明し同意を文章で得た。データの分析に関しては、個人が特定されないように配慮し、データは本研究以外には使用しない事を保障した。なお本研究は、香川大学医学部附属病院看護部の倫理審査委員会にて承認を得ている。

Ⅲ. 結果

本研究の対象者は、年齢が22歳から24歳であり、4名全てが4年生看護大学卒業であった。(表1)

1. アンケート結果

「ケアリング」で最も高い点数は項目1「知ること：妊産褥婦、家族と同じように出来事を理解しようとする」とあり、最も低い点数は項目3「誰かのために行うこと：自分にするように、出来る限り他の人に何かをする」であった。(図1)

「妊娠期の診断とケア」では、6月から12月にかけて低い点数であったのは項目6「妊婦のケア計画」と項目7「ケア計画に基づいたケア、健康教育・相談」であった。(図2) 「分娩期の診断と

表1 対象者の基本属性

	年齢	看護師教育施設	助産師教育施設	助産師学校での分娩介助件数	1回目面接までの分娩介助件数	2回目面接までの分娩介助件数	3回目面接までの分娩介助件数
事例A	23歳	4年制看護大学	卒後大学助産専攻科編入(1年間)	10例	3例	5例	6例
事例B	22歳	4年制看護大学	4年制看護大学	9例	4例	4例	18例
事例C	23歳	4年制看護大学	卒後大学助産専攻科編入(1年間)	11例	4例	12例	15例
事例D	24歳	4年制看護大学	卒後大学助産専攻科編入(1年間)	12例	7例	14例	20例

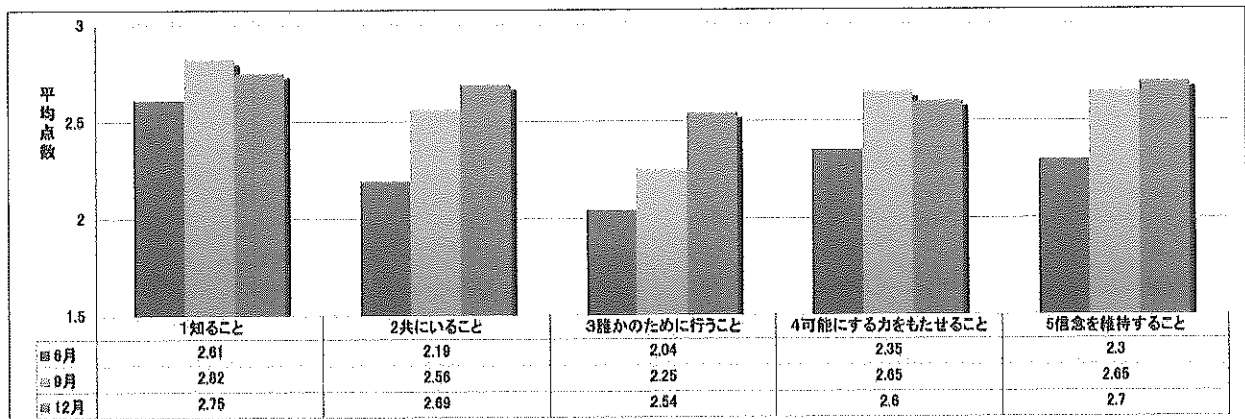


図1 ケアリングの項目

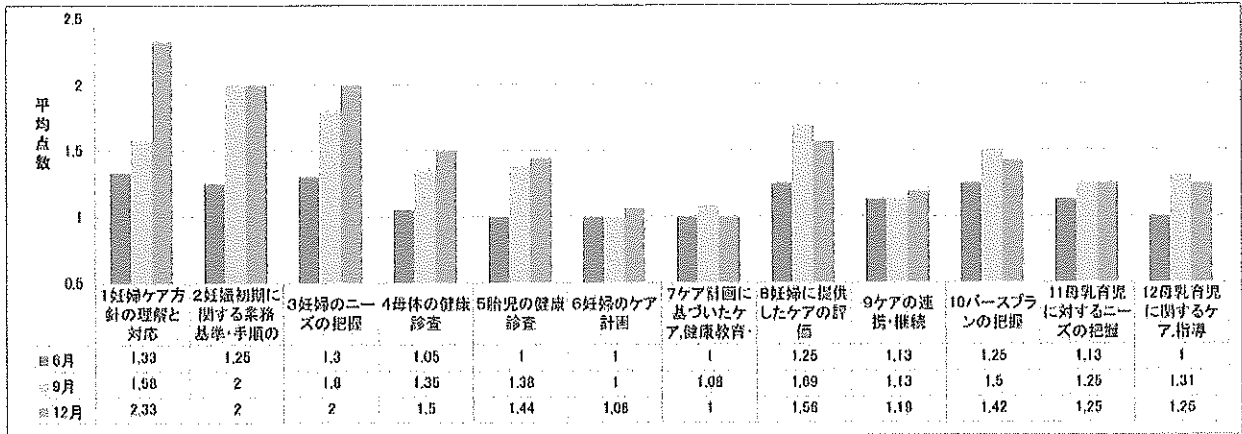


図2 妊娠期の診断とケアの項目

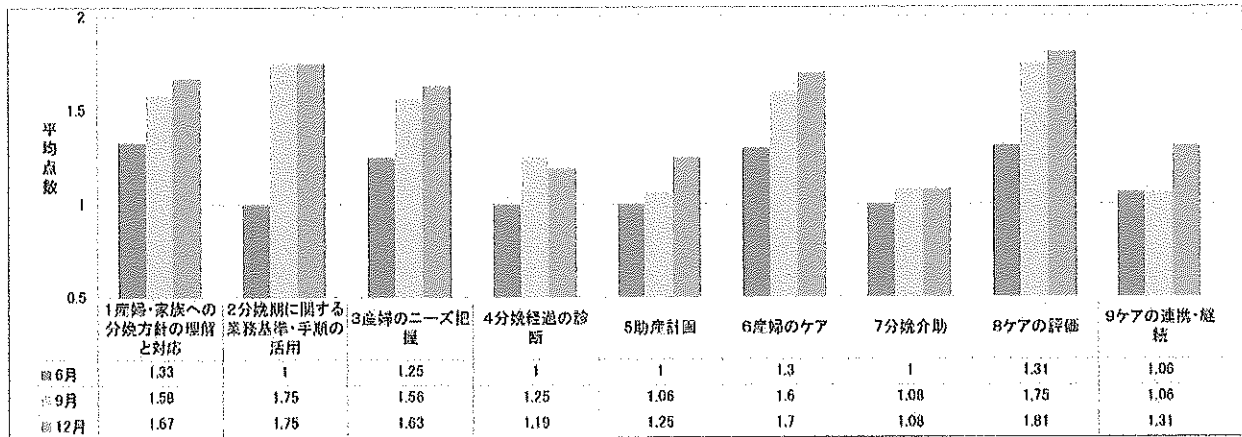


図3 分娩期の診断とケアの項目

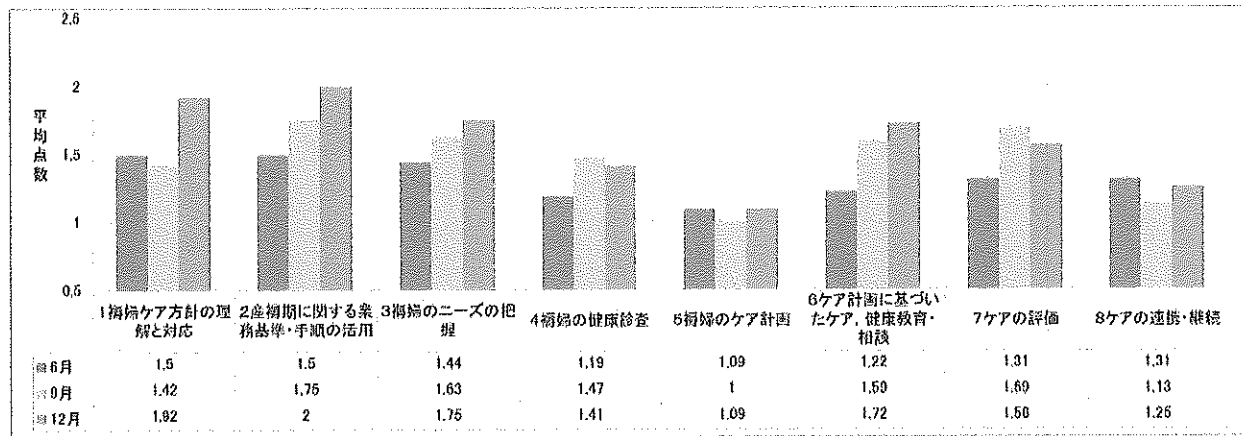


図4 産褥期の診断とケアの項目

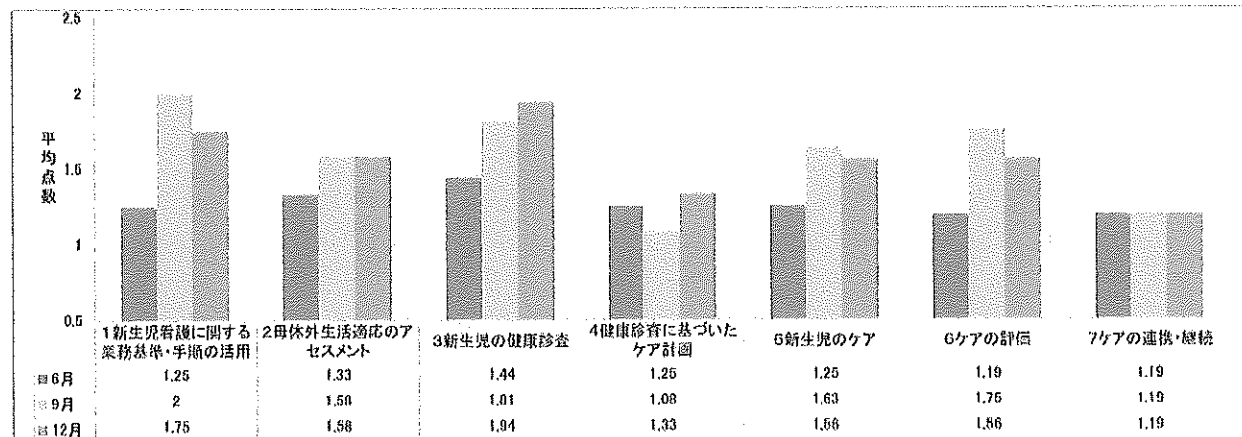


図5 新生児期の診断とケアの項目

ケア」は、6月から12月にかけて低い点数であったのは項目7「分娩介助」であった。(図3)「産褥期の診断とケア」で各期間を通して最も高い点数であったのは項目2「産褥期に関する業務基準・手順の活用」であり、6月から12月にかけて最も低い点数であったのは項目5「褥婦のケア計画」であった。6月より9月と12月の点数が低かったのは項目8「ケアの連携・継続」であった。項目5と8以外は6月より12月が高い点数を示していた。(図4)「新生児期の診断とケア」では6月から12月にかけて低い点数であったのは項目4「健康診査に基づいたケア計画」と項目7「ケアの連携・継続」であった。項目4と7以外は、6月より9月と12月が高い点数を示していた。(図5)

各期間の助産ケア項目別の平均点数の比較では、6月から12月にかけて全ての助産ケアで0.23から0.35の点数上昇がみられた。各期間を通して最も高い点数を示したのはケアリングの項目であり、全ての期間で2以上であった。また全項目において6月よりも9月が高い点数をしめしていたが、9月から12月では点数は高くはなっているが、6月から9月ほどの大きな変化は見られない傾向を示した。(図6)

2. 面接結果

以下記述にあたっては、サブカテゴリを《》、カテゴリを【】で示す。

1回目の面接で、【助産ケアに対する肯定的想い】【助産ケアに対する否定的想い】【指導・教育に対する肯定的想い】【指導教育に対する否定的想い】【新人助産師を取り巻く環境】【自己の理想像に対する想い】の6つのカテゴリが抽出された。【助産ケアに対する肯定的想い】の中には《助産ケアに対する自信》《助産ケアへの好感》が抽

出された。【助産ケアに対する否定的想い】では《助産ケアに対する苦手意識》《思うように助産ケアができない事への葛藤》《自己判断する事への困難感》が抽出された。【指導・教育に対する肯定的想い】では、《指導方法に対する満足感と安心感》《指導に対する理解と前向きな姿勢》が抽出された。【指導教育に対する否定的想い】では《指導に対する不満》《指導者の態度に対する恐怖と困惑》《指導者との関係性に対する不満》が抽出された。【新人助産師を取り巻く環境】では《同期との関係性》《職場での居心地》が抽出された。【自己の理想像に対する想い】では《自己の未熟さからくる罪悪感と焦燥感》《自己の目標や成長に対する不安》抽出された。

2回目の面接時には【助産ケアに対する否定的想い】に《助産ケアに対する不安と恐怖》が、【新人助産師を取り巻く環境】に《患者との関係性》が、【自己の理想像に対する想い】に《自己の言動に対する責任感》が追加された。3回目の面接では【自己の理想像に対する想い】に《自己目標への気付きと取り組み》が追加された。(表2)

IV 考察

新人助産師は、自己評価が9月にかけて高くなり、それ以後から12月までは緩やかに高くなる傾向がみられた。9月までは学生時代に学んだ多くの基礎看護技術が、実際に行えるようになる事で評価が高くなったが、9月以降は基礎的な技術だけでなく、専門的な知識や技術を要するケアもあるため、大きく変化しなかったものと推察される。ケアリングの項目は、2点以上と他の項目よりも高い傾向を示した。高次は「ケアリングという妊産婦に寄り添う基本姿勢は助産師経験1年目から

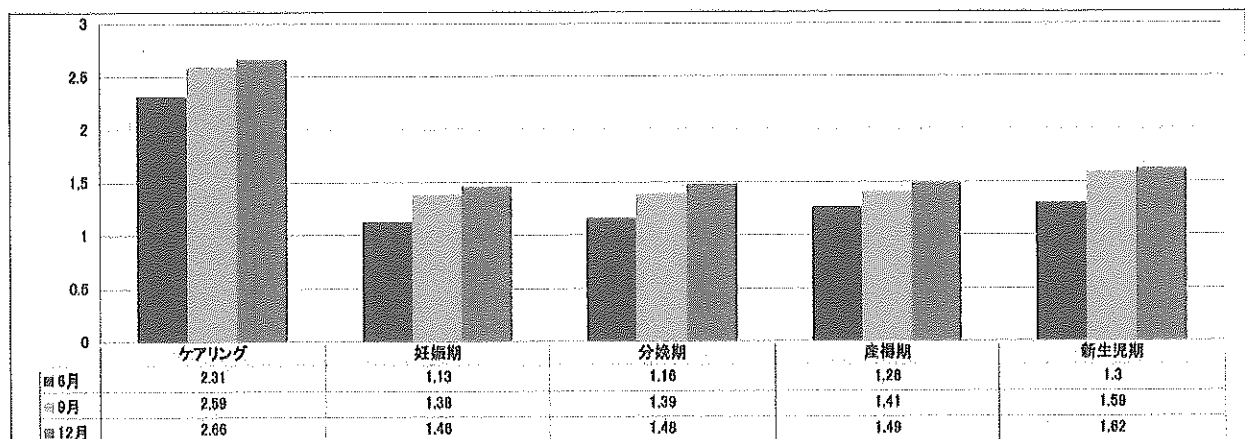


図6 各期間別の全助産ケア項目の平均点数

表2 カテゴリー抽出一覧

1 回目の面接		2 回目の面接	3 回目の面接
カテゴリ	サブカテゴリ	サブカテゴリ	サブカテゴリ
1. 助産ケアに対する肯定的想い	助産ケアに対する自信		
	助産ケアへの好感		
2. 助産ケアに対する否定的想い	助産ケアに対する苦手意識	助産ケアに対する不安と恐怖	
	思うように助産ケアができない事への葛藤		
	自己判断する事への困難感		
3. 指導・教育に対する肯定的想い	指導方法に対する満足感と安心感		
	指導に対する理解と前向きな姿勢		
4. 指導・教育に対する否定的想い	指導内容に対する不満		
	指導者の態度に対する恐怖と困惑		
	指導者との関係性に対する不満		
5. 新人助産師を取り巻く環境	同期との関係性	患者との関係性	
	職場での居心地		
6. 自己の理想像に対する想い	自己の未熟さからくる罪悪感と焦燥感	自己の言動に対する責任感	自己目標への気付きと取り組み
	自己の目標や成長に対する不安		

レベル2以上に到達している。」²⁾と述べている。本研究でも同様であり、ケアリングは対象に寄り添うという看護に必要な基本姿勢であるため、新人助産師においても高い得点であったと考えられる。分娩期では、分娩介助の項目が低い点数を示していた。山崎は「分娩期のケアの実践能力は、助産師の専門職としての自律性に影響を及ぼす要素の1つと考えられる」³⁾と述べている。自らの価値観や判断に基づいて選択決定し、責任を持って行動する分娩介助は、新人助産師だけでなく全ての助産師において難しいと感じる項目と言える。またケアリング以外の項目では共通して、ケアの計画とケアの連携・継続の2つの項目が比較的低い点数を示していた。ケアの計画や連携・継続は、他部署や他職種との関わりが必要になるため、新人助産師では点数が低くなったのではないかと推察される。

次に面接結果より、新人助産師は肯定的想いと否定的想いを繰り返しながら、【自己の理想像に対する想い】に向かって成長していると考えられた。新人助産師の肯定的想いである《助産ケアに対する自信》は、一つ一つ経験を重ねることで、ケアが出来るようになった自分に対して抱いている感情であると思われる。《助産ケアへの好感》は「楽しい」といった感情であり、これは《助産ケアに対する自信》とも関係していると考えられ

た。【指導・教育に対する肯定的想い】は、安心感や満足感といった想いであり、これらは助産ケアの自己評価を高めることにもつながると考えられる。新人助産師が肯定的想いを持ち、前向きに受け止めながら行動変容をおこせるよう、効果的な指導につなげていく必要がある。【助産ケアに対する否定的想い】の中に、2回目の面接で《助産ケアに対する不安と恐怖》が追加されている。これは、それまで指導者助産師と一緒に業務を行っていたものが、一人で業務を行うようになる事により不安感や恐怖感が顕在化し抽出されたものと考えられる。【指導教育に対する否定的想い】では、指導内容だけでなく、指導者の態度や関係性に対する不満等も抽出されている。中本は職場適応に影響する要因として、「否定的な自己評価や看護業務・助産業務のマネジメント能力の未熟さ、指導・指摘のされ方への不満足感、職場の人間関係の不調和」⁴⁾などを上げている。本研究においても同様に、否定的想いの中には先行研究と類似するサブカテゴリがいくつか抽出された。しかし【助産ケアに対する否定的想い】は、自己ができていないケアを自覚し、それに対してどうすればできるようになるのかを考えるきっかけとなるカテゴリでもあると思われる。そのため、新人助産師にとっては自己成長するための過程であり、必要な想いであると考えられる。また【新人助産師

を取り巻く環境】は全て肯定的想いで語られていたが、否定的想いつながる場合もあると予測される。そのため、同期や患者との良好な関係、職場での居心地の良さなど、新人助産師を取り巻く環境にも配慮する必要があると考察する。【自己の理想像に対する想い】では、自分の未熟な助産ケアにより患者に迷惑がかかっている、できなくて自分が嫌になるといった語りであり、1年後には自分はようになっていたら良いのだろうかといった不安の表出が見られていた。内村の研究では「新人助産師は先輩の看護・技術を見たい・知りたいなど助産師として向上するため、モデルとなる存在を求めていることが分かった。」⁵⁾と報告している。そのためモデルを示したり、目標や方法を一緒に考え実践していくといった関わりが求められていると考察する。《自己目標への気付きと取り組み》は、自分には何が不足し、これから何を学び習得しなければならないかを、自分なりに考えて起こした行動であると推察される。自己の言動に責任を持つ事や、自己目標に気付きそれに取り組む姿勢は、新人助産師を成長させる肯定的要素であり、今後も継続して持つていく必要のある想いであると考え。新人助産師は自己の持つ理想像と比較し、罪悪感や焦燥感、自己の成長への不安といった否定的想いを抱えやすいといえる。指導者は、そのような新人助産師の特徴を理解し、新人助産師が自己の目標に気づき、その目標に向かって取り組むことができるよう関わっていく必要がある。西川は「経験1年の助産師は、教育指導を受けて助産ケアを身に付ける」⁶⁾と述べ、我部山は「助産師の卒後教育で重要な時期は1年目が最も多い」⁷⁾と報告している。このように成長が大きいと予測される新人助産師には、否定的想いを軽減し、肯定的想いをより大きく持つことが出来るような、目標設定に対する指導援助と教育が求められていると考察する。

V. 結論

1. アンケートによる「助産ケア」の自己評価は、6月から9月にかけての点数が高くなる傾向を示し、ケアリングの項目は、全アンケートを通し

て2点以上と他の項目よりも高い傾向を示した。

2. 面接により【助産ケアに対する肯定的想い】【助産ケアに対する否定的想い】【指導・教育に対する肯定的想い】【指導教育に対する否定的想い】【新人助産師を取り巻く環境】【自己の理想像に対する想い】の6つのカテゴリが抽出された。
3. 新人助産師は、肯定的想いと否定的想いをもち、自己の理想像に向って想いを変化させながら成長していく傾向がみられた。

おわりに

本研究は、対象が4名と少数であり1施設での教育指導形態における結果のため、一般化は難しいと考える。今後も、新人助産師の成長を支援できるような指導教育体制の充実に向けて、取り組んでいきたいと考える。

文献

- 1) 中島久美子：新人助産師の視座から捉えた分娩介助・継続事例実習指導の課題，日本助産学会誌，23(1)，5-15，2009.
- 2) 高次弘美：A県における助産ケアの質評価・医療機関における助産ケアの質評価・自己点検のための評価基準（第2版）を用いて，日本看護学会論文集看護管理，39，84-86，2009.
- 3) 山崎由美子：病院や診療所に勤務する助産師の専門職としての自律性，母性衛生，50(1)，102-109，2009.
- 4) 中本朋子：新人助産師の職場適応に影響する要因と助産師教育における課題，山口県立大学学術情報，2，48-52，2009.
- 5) 内村尚美：新人助産師の職場のストレスとソーシャルサポートの実際と期待，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録，33，225-232，2008.
- 6) 西川美智子：神奈川県における助産ケアの質評価3年間の調査からみた助産師の成長，神奈川母性衛生学会誌，12(1)，5-11，2009.
- 7) 我部山キヨ子：助産師の卒後教育に関する研究，母性衛生，51(1)，198-206，2010.

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。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28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、原則として受け付けない。

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(別添)
 - 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、原稿の最後一括して引用番号順に記載。参考文献名は記載しない。巻(号)、頁、発行年は数字のみを表記。(例 5(3), 16-20, 2009.)

・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)。

(2) 著者名は3名を超える場合は3名で挙げ、それ以上は他とする

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 注(抄録は2段組み)
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
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」を朱書きし、折らずに封入しましたか

編 集 後 記

ここに香川県看護学会誌第3巻を皆さまにお届けいたします。

今回は10編の論文を掲載することができました。

投稿いただいた会員の方々並びに査読を担当いただいた編集委員(学会委員)の皆様に深く感謝申し上げます。

平成21年度から、その年度の香川県看護学会で発表された研究を、本誌に論文として投稿いただき、2回の査読をおこなってまとめております。日常業務をされながら、期限付きの査読対応をしていただいたことに、この場をかりてお礼申し上げます。

また、第1巻から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>へ送付しております。さらに検索誌・医学中央雑誌の収録誌の1つとなり、実践現場等の参考・引用文献となっております。文献取り寄せの問い合わせが相次ぎましたので、香川県看護協会ホームページに学会誌をPDFファイルで掲載しております。

香川県看護学会の開催と香川県看護学会誌の発行が、「研究能力の向上や研究結果の活用」につながり、さらに看護実践の質向上に結びつき、対象者にすぐれた看護が提供できますことを祈念いたしております。

平成24年5月吉日

公益社団法人香川県看護協会 常任理事 淘江七海子

第28回 香川県看護学会
学会長 渡 邊 照 代

香川県看護学会誌 第3巻
論文選考委員（学会委員）

下田代智恵
平木久美子
小林 秋恵
丸山 幸代
漆原 茂美
宮田みゆき
渡辺真紀子
事務局 淘江七海子

香川県看護学会誌 第3巻

平成24年6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
Tel 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。

