

ISSN 1884-5673

香川県看護学会誌

第6巻 2015

公益社団法人香川県看護協会

目 次

1	糖尿病を合併した重症心不全の患者が在宅療養でのセルフコントロールを可能にした要因	山下久美子	・・・	1
2	看護教員による解剖生理学の授業展開の試み —看護学生の理解状況等の調査から考察する—	馬場 啓子	・・・	5
3	看護教員による解剖生理学の授業に対する看護学生の授業評価の実態	松木 恵子	・・・	9
4	褥瘡予防のための教育活動の一報告 ～学習会前後の理解度の変化から検討した今後の課題～	三木 幸枝	・・・	13
5	全身麻酔下での側臥位保持時の体圧の変化 —小児における一事例を通して—	大森真梨菜	・・・	18
6	ターミナル期に抱きやすい価値観の明確化 ～倫理的意思決定モデルを活用して～	廣瀬 妙	・・・	23
7	スピリチュアルペインに対する緩和ケア病棟スタッフの意識変化	近藤 亜有	・・・	28
8	術後離床の介入に対する看護師の経験年数による違い	中西 友里	・・・	32
9	糖尿病患者の教育入院に用いるクリニカルパスを受けての患者の思いと現状	谷 祐希	・・・	37
	香川県看護学会誌への投稿について			42
	編集後記			43

1. 糖尿病を合併した重症心不全の患者が在宅療養でのセルフコントロールを可能にした要因

キーワード 痛みの軌跡理論 重症心不全 在宅療養

山下久美子^{*1)} 金地 昌枝¹⁾ 白井 早苗¹⁾ 高橋 育子¹⁾
1) 香川県立白鳥病院

はじめに

慢性期の看護においては、病気を管理しその病気とともに生きる方策を見出すことが重要である。ピエールウグ¹⁾は、看護の目標は、対象者が病みの行路を方向づけ、生活の質を維持し、慢性の病気とともに自分らしい生活を継続できるようにすることであると述べている。

今回、糖尿病を合併した重症心不全で退院は困難であると言われた患者に対し、他職種と共にかかわることで在宅療養に移行し、自宅での段階的なセルフケアの自立による心機能の改善と QOL の向上が見られた事例を経験した。

そこで、糖尿病を合併した重症心不全の患者が退院後もセルフケアが継続できている要因を、病みの軌跡理論を用いて明らかにしたので報告する。本研究の意義は、病みの軌跡理論を用いてセルフコントロールを可能にした要因を明らかにすることによって、在宅看護につなげることである。

I 研究目的

糖尿病を合併した重症心不全で在宅移行が困難とされた患者がセルフコントロールを可能にした要因を病みの軌跡理論より探り、明らかにする。

II 研究方法

1. 対象

心不全の急性増悪で入院し、肺胞出血や肝性昏睡で危篤状態になった経緯もあり、重症心不全と糖尿病で在宅移行が困難と考えられていたA氏、70歳代、女性。

夫と2人暮らし。

2. 研究期間

2014年4月1日～2014年8月30日

3. データ収集方法

週2回の訪問看護の際に生い立ちや療養過程にお

いて、どのような体験をしてきたのかについて自由に語ってもらった。

4. データ分析方法

訪問看護での語りを逐語録にし、療養生活に影響する言葉を取り出し、病みの軌跡理論に基づき分析した。

III 倫理的配慮

対象者（本人、家族）に文書と口頭で研究の目的、趣旨や方法、プライバシー保護の説明を行い、同意書の回収で同意の確認をした。院外研究発表を行うことへの同意を得、了承された。院内の看護研究委員会による倫理審査を受け承認された。

IV 結果

A氏の療養生活に影響する言葉を取り出し、病みの軌跡理論の各期に当てはめてカテゴリー化し分析した。(表1参照)

<前軌跡期：結婚してから糖尿病発症まで>

【夫に助けられて命拾いした】

A氏は33歳の時に勤めていた繊維工場が大爆発し瀕死の大やけどを負う。その時に助からないと皆が思っていた中、夫だけは生きてると信じて助けてくれ病院に連れて行ってくれた。夫は命の恩人である。

<軌跡発現期、不安定期：糖尿病発症から腎症発症まで>

【夫や子どもとの時間を優先した】

48歳の時、糖尿病が見つかったが治療はせず、検診さえも受けなかった。50歳の時に糖尿病を再度指摘され、入院し治療、指導を受けた。医師から糖尿病の本を薦められ購入したが読まず、理解もできなかった。その後は子育てに忙しく、治療を放置していた。

70歳の時、倦怠感を主訴にかかりつけ医を受診し、

*連絡先 〒769-2788 東かがわ市松原963 香川県立白鳥病院 山下久美子

再度糖尿病を指摘され血糖測定やインシュリン自己注射の方法を指導された。この時に改めて今までの生活を振り返り、好き勝手にしていたと反省した。

1年後糖尿病性腎症を指摘されたが、この時も意味が分からなかったが、糖尿病からきているので、アルコール甘いものを控える行動がとれた。自己注射や血糖測定は自宅で行っていたが血糖コントロール不良で2回入院した。

<急性期、クライシス期：入院から退院まで>

【もう一度夫と家で暮らしたい】

【もう家に帰れないかもしれない】

A氏は、弁膜症による心不全急性増悪で入院し、肺胞出血と肝性昏睡で死線を彷徨った。夫がきちんと食事を摂っているのか心配であった。心不全の寛解、増悪を繰り返し、最期は夫と一緒にいたいと思った。

<立ち直り期、安定期：退院後セルフコントロールができていた時期>

【夫の協力で成り立っていることに感謝している】

【夫のためにできることを考える】

【看護師さんに支えられている】

【セルフコントロールできることを見出す】

退院後、心臓リハビリテーションと訪問看護が訪問することを心待ちにしており、訪問時には身体的状態や血糖値などを報告し、それに対する評価が励みになっている。また、セルフコントロールが行えるように自分での対処方法を考案している。それを訪問看護師が評価することで現状を維持し、今以上を目指そうと前向きに考えている。訪問を重ねることで、訪問看護師はA氏の表情により精神状態を把握できるようになり、A氏のモチベーションが保てるような対応をしていた。すると自分自身のことだけでなく夫の行動にも関心が持てるようになり、夫への感謝とともに、してあげられることを模索するようになった。

V 考察

A氏は、33歳の時に勤めていた繊維工場が大爆発し瀕死の大やけどを負った。夫の助けがなければA氏の今はなかったことから、夫には感謝し、頭が上がりないと述べている。この時の体験は、A氏にとって何物にも代えがたいものであった。A氏と夫との絆が深まる大きなエピソードであったと思われる。

夫への思いがあり、毎日欠かさず自転車で見舞い

に来る姿を見て、自分はこの人ともう一度自宅で暮らしたいという思いが強くなった。夫が掛替えのない存在であることを、強く再認識したことが窺える。

A氏は、心不全で入院中、肺胞出血や肝性脳症で意識を消失し、死線を彷徨った。回復したが、ここで死ぬかもしれない、家に帰れないと思った時期を乗り越えたからこそ、もう一度夫と暮らしたいという思いが強くなったと考えられる。A氏は、すぐに死んでもいいから、夫と離れ離れではなく、自宅に帰りたいと切望したことからも分かる。

心不全の急性増悪期は、安静と症状の観察に基づく全身管理により心臓の負担を軽減し、十分な心拍出量の維持に努めなければならない。症状の改善がみられても、心機能の低下は避けられず、再発の恐れがある。生活習慣を見直し、心機能の程度に応じた自己管理の徹底と、継続を意図してQOLを高める援助が必要である。訪問看護師は、A氏の夫と暮らしたいという思いと、闘病の経緯を受け止め、ケアマネージャーや理学療法士らと協働し、自宅環境を整え介護サービスを調整した。退院後も定期的な訪問看護を行い、心機能と生活状況に合った行動範囲を理学療法士や医師と検討し、本人の意思を確認しながら段階的にADLを拡大した。医療チーム全員がA氏の努力を共に喜び、受容と承認をしたことで、A氏の主体的なセルフコントロールの継続に繋がったと考える。

48歳で糖尿病と診断されてから、20年近く検診や治療を受けていなかったことは、糖尿病に対する病識や健康認識が薄いことに加えて、自分の健康よりも、子どもや夫との生活を優先したのではないかと考えられる。糖尿病患者は、自覚症状がないと生命が脅かされる危機には感じられないため、管理が継続されにくい。A氏は、進行に気づかず腎症を合併している。その後、インシュリンの自己注射を開始したときには、血糖値の上昇や、倦怠感の出現という可視化されたデータや症状でセルフコントロールの意義を認識したと考えられる。

生活指導は、本人のやる気のある時に期を逃さず、タイムリーに行えば効果が上がるとされている。A氏自身が覚悟を決め臨んでおり、生活を変えることに対するモチベーションがあがり、行動変容につながったと考える。安酸²⁾は目標を細かく設定して、ひとつずつ達成し、遂行行動の成功体験を積み重ねることで自信が付き、自己効力感を高めることがで

きると述べている。A氏は、医療チームと相談し、体調をみながらA氏自身が掲げたシャワー、買い物、来院して元気な姿を主治医に見せることなどの行動目標を達成したことが、自信に繋がったと考えられる。A氏は、セルフコントロールが可能になると、夫の協力で成り立っていることに感謝し、糖尿病である夫の為に何かできないか、訪問看護師に相談するようになった。感謝と共に、関心が自己から他者に変化している。夫の役に立つことが、一層セルフコントロールを行う動機づけになっている。

A氏は、日課やカロリーを考えた食事内容、水分量を増やさない工夫、血糖を急激に上昇させにくくする方法などを自ら考えている。家事一般を夫に指示するが、これらも自宅での生活を続けるための調整である。日常の調整を行いながら、病気との折り合いをつけようとする一連の過程のなかで行われる内面の作業を、病みの軌跡理論で「編みなおし」と呼ぶ⁹⁾。その人が、それまで編んできた人生や、生活という糸を少しほどいて、もう一度「編みなおす」のである。ピエールウグ¹⁰⁾は、病気を管理する様々な調整は、時間の経過とともに習慣として定着すると述べている。A氏が、在宅療養のための生活の編みなおしをしたことは、セルフコントロールの継続につながったと考えた。

訪問看護師には、患者が体験していることを明らかにし、今後おこりうる問題を予測することや、患者の病みの軌跡に沿いながら安定期を少しでも長く生活できるように支援していくことが求められている。訪問看護師にとって、今後、心不全の悪化に伴う行動制限を、A氏にいかにか受容させ行動変容を促すかが次の段階の課題となるであろう。

VI 結論

重症心不全と糖尿病で在宅療養困難と考えられた患者がセルフコントロールを可能にした要因は、以下のとおりである。

1. 患者が、在宅療養のための生活の「編みなおし」ができた。
2. 訪問看護師が患者、家族の強い思いを受け止め、夫との生活の継続を目標にして、機を逸することなく複数回関わった。
3. 病態に応じた日常生活行動の拡大を患者と医療従事者が相談し、納得した目標を患者自身が導き出した。

引用文献

- 1) ピエールウグ編:黒江ゆり子他訳:慢性疾患の病みの軌跡-コービンとストラウスによる看護モデル, 医学書院, 東京, p19, 1995
- 2) 安酸史子:糖尿病患者のセルフマネジメント教育エンパワメントと自己効力, 医学書院, 大阪, p 112, 2010
- 3) 黒江ゆり子:病いの慢性性(Chronicity)における「軌跡」について, 一人は軌跡をどのように予測し, 編みなおすのか-, 岐阜県立看護大学紀要第4巻1号, p159, 2004
- 4) 前掲書1) p16

表 1. A 氏の病みの軌跡

軌跡局面	カテゴリー	A 氏の思い(疾患・家族に対して)
前軌跡期 (結婚から糖尿病診断まで)	【夫に助けられ、命拾いした】	33 歳の時、工場が大爆発して大火傷を負った。 火達磨になって誰も助からないと思ったらしいが、夫だけは火を消してくれた。 今の自分があるのは夫のお陰で頭が上がらない。 生きていることを信じ病院に運んでくれた。
軌跡発現期・不安定期 (糖尿病診断から腎症発症まで)	【夫や子供との生活を優先した】	寝ずに子供の衣装を作った。 医師には本ばかり買わされて説明をしてくれなかった。 糖尿病の怖さを知らなかった。 3 人の子育てに忙しく検診を受けていない。 インシュリンをしていたが甘い物をめいっぱい食べていた。
急性期・クライシス期 (心不全入院から退院まで)	【もう一度夫と家で暮らしたい】	毎日自転車で病院に来る夫の姿を見て不憫に思った。 転院して寂しいまま長生きしたくない。 子供には頼れない お父さんだけやからな。
	【もう家に帰れないかもしれない】	死んでもいいから 1 時間だけでも家に帰りたい。 病状が重くてもう家に帰れないと思った。
立ち直り期・安定期 (退院後セルフコントロールが出来ている時期)	【夫の協力で成り立っていることに感謝している】	買い物、料理、洗濯、身の回りのことすべて夫がしてくれている。 ポータブルトイレの後始末もしてくれるのは申し訳ない。
	【夫のためにできることを考える】	夫も糖尿病なのが心配だ。 夫は野菜を食べずに油物やお菓子をたくさん食べるのでどうにかしたい。 今はできないけど自分が料理をして夫に食べさせたい。
	【看護師さんに支えられている】	訪問看護師さんには続けて来て欲しい。 看護師さんに見てもらおうと安心する。 看護師さんが来るのを待っていた。 看護師さんにはつまらないことでも相談できる。 看護師さんに関いてもらうだけで安心するみたいだ。 もっと動こうとするけど看護師が来ると、自分で考えようとするみたいだ。
	【セルフコントロールすることを見出す】	水は凍らせると少量でのどの渇きを紛らせられる 病院でも尿量を測っていたのでやってみた。 低血糖のとき、血糖の急な上昇を防ぐためにブドウを一粒食べて血糖を計ってみる。 自分の食べる量を決めてから食事を取る。

2. 看護教員による解剖生理学の授業展開の試み

—看護学生の理解状況等の調査から考察する—

キーワード 解剖生理学 看護教員 授業展開 看護学生の理解状況

馬場 啓子¹⁾ 松木 恵子¹⁾ 大原 幸子¹⁾

1) 守里会看護福祉専門学校

はじめに

今日の看護学教育では、看護の高度化・複雑化に伴って、学生が習得する知識や技術の内容が膨大に増えており、ともすれば詰め込み教育に陥りやすい。厚生労働省による2011年改正指導要領では、「内容」から「学習成果」へと視点が変わってきている。何を教えたかではなく、どう育てたかが問われている。また、解剖生理学は医師が教授することが多いが、S看護福祉専門学校(以下、S校とする。)では解剖生理学を看護教員が授業展開している。

菱沼ら¹⁾はいかに解剖学を教えるかについて、「細かい部分は必要のないところもあるし、必要な場合もある。その取捨選択には、きちんとした看護の視点を持たなければならない」と述べている。S校では、看護の視点から、何が必要かを整理し、生活行動から、からだの形態と機能を知ること重点を置いて授業を進めている。今回、看護教員による解剖生理学Ⅳ(脳神経・運動器)の授業展開の試みを学生の授業評価等から考察する。

I 目的

授業終了ごとの学生の授業評価等から、看護教員による解剖生理学Ⅳ(脳神経・運動器)の授業展開を考察する。

II 方法

1. 研究方法：調査研究
2. 方法：東京大学「学生による授業評価」アンケート報告書を参考に作成した理解状況など

の授業評価5項目を「非常にそう思う」1点「ある程度そう思う」2点「あまりそう思わない」3点「全くそう思わない」4点の4段階で評価し得点化した。また、授業で感じたことを自由記述してもらい、KJ法を用いて共同研究者らと分類整理した。さらに毎回の授業終了時に授業内容の一部を復習問題として、その場で学生が回答した。

3. 対象：3年課程S校看護学科1学年26名

4. 調査期間：H26.6.27～H26.7.25で、調査回数は10回実施。

5. 倫理的配慮

研究に当たり研究計画書を本学が所属する法人会の倫理委員会に提出し承認を得た。また、学生に研究の主旨、参加、途中中断の自由、プライバシーの保護、結果の公表などを口頭で説明し、同意を得た。

III 解剖生理学の授業の概要

解剖生理学は、Ⅰ～Ⅳの4科目に分かれそのうち3科目を看護教員が行っている。各解剖生理学の実施時期は、入学当初より開講されており、授業は、専門用語や暗記すべき内容が多い。今回の解剖生理学Ⅳ(脳・神経、運動器)の授業のねらいは、「脳・神経系、運動器系の正常な構造と機能を学習し、自分自身の身体的活動に興味を持ち、また看護の対象である人間を身体的側面から理解し生活者として理解する」としている。授業展開では、解剖生理学を担当する3人の看護教員は、学生の理解状況を確認し合っている(表1参照)。

表1 解剖生理学の学習進度

	講師	単位	時間数	4月	5月	6月	7月	9月
解剖生理学Ⅰ (呼吸器、循環器、血液)	看護教員	1	30	→				
解剖生理学Ⅱ (消化器、内分泌)	看護教員	1	30	→				
解剖生理学Ⅲ (腎・泌尿器、生殖器、感覚器)	看護教員	1	30			→		
解剖生理学Ⅳ (脳・神経、運動器)	看護教員	1	30			→		

IV 結果

1. 授業評価について

学生の授業評価5項目の10回の平均得点は「講義内容が理解できた」2.15、「他の解剖生理学の内容とリンクして理解できた」1.99、「知識を広げる手助けとなった」1.74、「学習のよい刺激になった」1.74、「講義資料は講義の理解に役に立った」1.65であった(図1参照)。

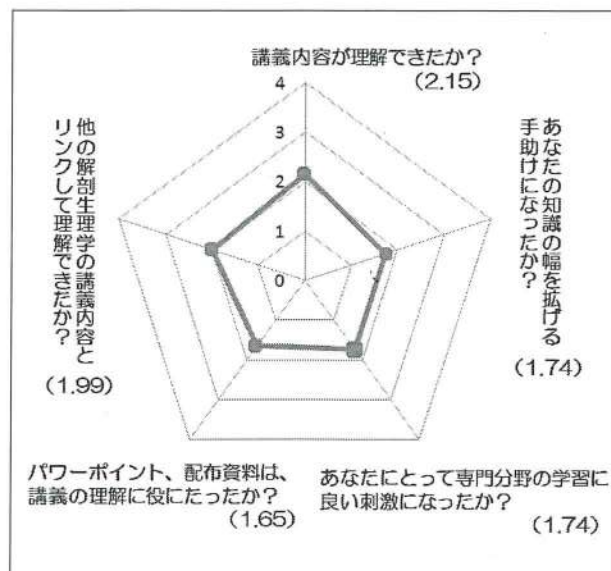


図1 授業評価5項目の平均得点 (n=26)

2. 学生が授業で感じた内容について

記述件数は214件であった。記述内容をカテゴ

リー化すると「復習の必要性等」66件、「授業は覚えることが多くてわからない等」47件、「講義資料、授業の進行速度等の希望」46件、「理解できた学習内容」30件、「授業が楽しい、わかりやすい」15件、「その他」10件であった。次に「復習の必要性」の記述内容は、「骨の名前、位置をきちんと覚えられるように自主勉強する」「骨の部位だけでなく、血管や神経のこともきちんと理解していくのは大変だと思った。難しいけどしっかり勉強していこうと思った」などであった。また「授業は覚えることが多くてわからない」の中には、「関節の働きを理解するのは難しい。これから筋肉、骨の名前がたくさん出てくると思うと不安だ」「頭の骨がこんなにたくさんの骨からなっていることに驚いた。一度に覚えられない」などであった。「講義資料、授業の進行速度などの希望」の中には、「() 抜きの配布資料の() が狭い」「手作りの模型がわかりやすかった」などであった。「理解できた学習内容」には、「今日は理解できた」「骨について興味を持てた」などであった。「授業が楽しい、わかりやすい」には、「骨のことは難しいが楽しかった」「授業は分かりやすい内容だが難しかった」などの内容もあった(表2参照)。

表2 学生が授業で感じた事 (自由記載)

カテゴリ	記述内容
復習の必要性 66件	<ul style="list-style-type: none"> 骨の名前位置をきちんと覚えられるように自主勉強する。 覚えられないといけないことがたくさんあることがわかった。予習復習する。 骨の部位だけでなく、血管や神経のこともきちんと理解していくのは大変だと感じた。難しいけれどしっかり勉強していこうと思った。 骨格筋の構造を頭の中でイメージさせて覚えていきたい。 難しかったので、復習する。
授業は覚えることが多くてわからない 47件	<ul style="list-style-type: none"> 関節の動きを理解するのが難しい。これから筋肉、骨の名前がたくさん出てくると思うと不安だ。 頭の骨がこんなにたくさん骨からなっていることに驚いた。 一度に覚えられない。 ニューロンのイメージがわからない。 名称、機能がややこしく、理解しづらい。
講義資料、授業の進行速度などの希望 46件	<ul style="list-style-type: none"> () 抜き配布資料の () が狭い。 字が小さい。 骨盤の色を塗っていくと分かりやすかった (手・足も)。 手作りの模型がわかりやすかった。 授業が早い。ついていくのにやっとでした。
理解できた学習内容 30件	<ul style="list-style-type: none"> 今日は理解できた。 骨の名前、役割を知れて良かった。 骨について興味を持てた。いろいろな役割をしているのに驚いた。 上肢の筋肉を覚えるのは大変そうだが、肩関節は理解できた。 筋線、アクチン、ミオチンまでは理解できた。
授業が楽しい、わかりやすい 15件	<ul style="list-style-type: none"> 骨のことは難しいが楽しかった 実際に骨格を見たり、触って理解するという時間があってよかった。 自分の中では骨は長骨が主だったが、種類がたくさんあって覚えようと思った。わかりやすかった。 授業は分かりやすい内容だが、難しい。 リラックスして授業を受けられ、よく理解できた。

V 考察

中井²⁾は自分の授業を改善するためには、「学生が授業の内容をどのくらい理解しているのかは、教員が学生について知るべき最も重要な情報の一つであり、授業全体を通じて常に学生の理解度を確認することを心掛けなければならない。」¹⁾と述べている。今回の授業評価5項目については、「講義内容が理解できたか」については「ある程度そう思う」から「あまりそう思わない」の間で評価し、学生は授業内容が難しく理解しづらいと感じている。一方、自由記述では、復習の必要性を認識している学生が多い。このことは、調査用紙の最後に授業内容の一部を復習問題として、その場で解いてもらい回収したことで、学生は、自分自身の理解状況を客観的に知ることができ、復習の必要性につながったものと考えられる。しかし、その場ですぐ回収したので、自分自身の正解率がどの程度などかわからず、学習の継続にはつながらなかったと推測される。そのため学習意欲

を毎日の学習につなげていく工夫も必要であったのではないかと考える。たとえば、間違いが多い問題、解けなかった問題については、次の授業で復習をしたが、授業内容によっては、その場で解答し、正誤を確認した方がよいもの、授業後に学生自身に調べ学習をさせるようなもの、また復習問題をもとに本時の授業のまとめを行うものなどと分類整理し、意図的に復習問題を活用することがより効果を高めたのではないかと考える。

「講義資料は講義の理解に役立つか」については「非常にそう思う」から「ある程度そう思う」と評価しており、自由記述の中では、講義資料等に対する学生の希望が多くあり、学生の理解しようとする意欲がうかがわれる。また既存の模型のほかに、手作りの模型や色を塗って骨を覚えていくなど、教材を工夫していくことで、授業がわかりやすくなり楽しい授業と評価している。このことは、「授業は分かりやすい内容だが難しい」「骨のことは難しいが楽しかった」などと記述されていることから、学生自身が難しいが楽しいと感じ、「難しい」が「楽しい」に変化することで理解につながる授業が必要となる。

また中井³⁾は、授業全体を通じて常に学生の理解度を確認する方法として、「学生の表情や、ノートをとっている内容を確認する、ミニテストなど様々であり、組み合わせしていくことも必要である。」¹⁾と述べている。教材の量や提示時間の工夫や、内容の難易度に応じて、授業の進行速度を調整するなど学生の表情や理解状況を確認しながら、学生の期待レベルに沿った授業展開、学習教材の工夫が求められてくる。

また、「ほかの解剖生理学の講義内容とリンクして理解できたか」については、「非常にそう思う」から「ある程度そう思う」の間で評価している。このことは、同じ解剖生理学を担当している看護教員同士が情報交換を行いながら授業を行ったことが影響していると考えられる。

VI 結論

1. 学生は解剖生理学の講義内容が難しくわかり

にくいと感じ、復習の必要性を認識していた。

2. 解剖生理学の授業展開において改善すべき事項は教材の量と内容の難易度に応じた授業の進行速度の調整である。

おわりに

本研究は、26名に対して行った調査であり、研究対象が少なくデータも少ないため、分析に限界がある。

S校では、今後も看護教員が解剖生理学を授業していく。教員自身が、解剖生理学を教えるだけの知識を身につけ、看護の視点で取捨選択し、学生の期待レベルに沿った授業展開を行うことが今後の課題である。

また、菱沼ら⁴⁾は「解剖生理学は、看護学にながりにくく、単位をとったら終わりという現状もある」といっているが、看護学に必要な学習となるように、日常生活援助技術論の科目を想起させ、生活行動を援助するために必要な人体の理解を深めることができるようにしていきたい。

引用文献

- 1) 菱沼典子他：週刊医学界新聞，2258，1997
- 2) 中井俊樹他：看護教員のための教授法入門，看護展望，39（19），68-74，2014
- 3) 前掲2)
- 4) 菱沼典子他：聖路加看護大学紀要，No. 28，82-89，2002

3. 看護教員による解剖生理学の授業に対する 看護学生の授業評価の実態

キーワード 排便障害 負担度 CAS-LT

松木 恵子^{*1)} 馬場 啓子¹⁾ 大原 幸子¹⁾

1) 守里会看護福祉専門学校

はじめに

我が国において看護教育がはじまった頃より、「解剖学」「生理学」は看護に必要な知識として教育され、看護教育が医学モデルから総合看護への変遷においても、カリキュラムに一貫して組み込まれている。昭和9年の日本赤十字社における救護看護婦教育の学科目に「人体ノ構造及其ノ作用」とあり、これも解剖学、生理学のことであると推測される。教授担任は医師となっており（授業時間数は不明）、戦後の東京看護教育模範学院学科科目においても解剖生理学は医師が担当している。

今日の看護教育において「解剖生理学」は、専門基礎分野のうち人体の構造と機能に位置付けられ、疾病の成り立ちと回復の促進とあわせて15単位の授業時間の確保が求められている。授業担当は医学の専門家である医師である場合が多く、専門家としての確実で深い知識の教授である一方、初学者である看護学生には難解で分かりづらいという面もある。

菱沼¹⁾は、「看護職は必ず基礎教育でからだについて学ぶ。しかしそれは往々にして、他の科目と切り離されて、看護実践・看護学につながっていかない。」と述べている。

このようなことから、看護教育の現場では「解剖生理学」の授業は、医師ではなく、看護教員が看護の視点から教授する必要性があると考え、本校においては、解剖生理学4単位の授業のうち3単位を看護教員が担当している。また、標準テキストに加えて菱沼の「看護形態機能学第3版、生活行動からみるからだ」を副読本として採用し、授業に活用している。このことにより解剖生理学の基礎的知識と、生活者である人間を対象とする看護が結び付けられるよう授業を構成するなど、解剖生理学が切り離された知識にならないよう工夫している。

今回、解剖生理学I（呼吸器・循環器・血液）1単位30時間の授業を展開した後、学生より授業評価を受け、その実態を分析した。

I. 目的

1. 教員による解剖生理学の授業に対する看護学生の授業評価の実態を明らかにする。
2. 授業中集中して参加した群とそうでない群別にみた授業内容の理解の違いを明らかにする。
3. 授業のよい点と改善すべき点を明らかにする。

II. 研究方法

1. 調査対象

S看護福祉専門学校3年課程1学年26名とした。

2. 研究方法

質問紙による調査研究である。S看護福祉専門学校において、3年課程1学年前期（4月～7月）に、解剖生理学I（呼吸器・循環器・血液）1単位30時間の授業を90分15回に分けて実施し、単位認定試験が終了した後に研究趣旨を説明した。同意が得られた26名全員に質問紙を配布し、任意で回収した。質問紙は無記名とし単純記述統計を行った。

3. 調査項目

喜多村和之の「諸外国における大学教育の評価、ED・現代の高等教育」及び舟島なをみ「授業過程評価スケール—看護学講義用」を参考に、講義への興味・関心、講義の方法、学習者の理解度の確認、講義中のコミュニケーション、教材の取り上げ方、一授業への参加の仕方など全25項目を挙げ、それぞれの項目について「全くそうだ：5点」「かなりそうだ：4点」「まあまあそうだ：3点」「時にそういうことがある：2点」「それほどでもない：1点」「該当しない」の評価基準で質問紙

*連絡先 〒761-0104 高松市香西本町17-9 守里会看護福祉専門学校 松木 恵子

を作成し、調査内容を得点化した。また、授業に関するよいと思う点、改善すべき点について自由記述できる欄を設けた。

4. 倫理的配慮

本研究は、平成 26 年 7 月、本校が所属する法人の倫理委員会にて承認を得て行った。研究対象者には研究趣旨、質問紙への回答は、回答者の自由意思を尊重し、無記名で行い匿名性に配慮した。また研究への参加は自由意志であること、記述の内容および不参加による不利益は全く受けないことを説明し同意を得た。データや資料はメモリーの紛失や情報の漏洩がないよう、厳重に管理した。

Ⅲ. 解剖生理学 I（呼吸器・循環器・血液）の授業展開の概要

1. 学生のレディネスと授業構成

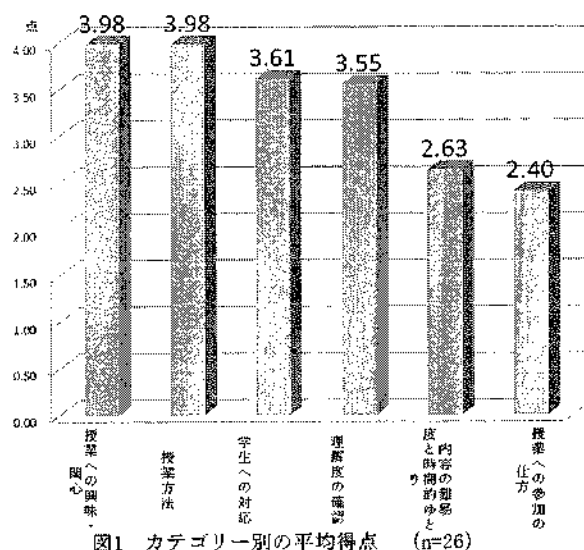
学生の年齢・学歴などはさまざまであり、高校卒業後の進学者から 4 年生大学卒業の経歴を持つものなどレディネスは幅広く、社会人経験者も多い。研究対象である S 看護福祉専門学校は修業年限 3 年の全日制であり、社会人経験者にとってはこれまでの収入が得られず、生活を抱えての修業となるため、高卒者と比較すると学習への意欲はやや高い傾向にある。授業時にはこのような学生の特徴を踏まえて事前学習が行えるような工夫をしている。次回の授業内容のポイントについて、テキストを用いて調べ学習ができ、授業時には一度テキストに目を通した状態で臨むことができるよう、事前学習プリントを配布した。また、研究者が担当した呼吸器と血液の授業が終了した時点で中間テストを実施し、学習の振り返りの機会をつくり、学生が自身の理解度を評価できるようにした。

さらに、解剖生理学の授業を担当する看護教員同士で、授業の進行状況や内容について随時情報交換を行うことで、抜けの防止と他の教員の授業での学習内容に関連付け、振り返りを行いながら新学習内容を展開できるようにした。

2. 授業の目的・ねらい

人体の正常な形態とその形成過程及び機能的意義について、系統的に理解し、基本的構造と機能について学習する。また、呼吸器、循環器、血液の構造と機能について理解する。

3. 授業終了時の到達目標



- 1) 呼吸器と血液の正常な構造について説明できる。
- 2) 呼吸と血液のはたらきについて説明できる。
- 3) 心・血管系の正常な構造について説明できる。
- 4) 血液の運搬と調節について説明できる。

Ⅳ. 結果

1. 対象者の特性

有効回答 26 名に対して男子学生が 8 名、女子学生が 18 名であり、社会人経験者が 10 名、高卒者が 16 名であった。

2. 項目別授業評価について

25 項目中、学生の評価が 4 以上の項目は、「教員は次回の授業で予習すべき内容を学生に伝えていた」4.40、「看護師として役に立つ内容の授業であった」4.35、「教員の情熱が十分に伝わる授業であった」4.19、「授業では視聴覚教材を有効に活用していた」4.12、「声の大きさと話す速さは適切で聞きやすかった」4.08、「教員は学生の反応を確認しながら講義していた」4.00 の、授業方法に関する 6 項目であった。

3 以上 4 未満の項目は、「授業は私の興味を引く内容であった」3.85、「授業では学生に何を理解してほしいのかを説明していた」3.77、「教員が学生を尊重した態度で授業をしていた」3.77 などの 14 項目であった。

また、2 以上 3 未満の項目は、「私は授業内容をよく理解できた」2.96、「授業内容は難しすぎるこ

ともなくやさしすぎることもない授業であった」
2.27の2項目で、2未満の項目は、「私は教員からの質問には積極的に参加した」1.92、「私は理解できないところを質問して確認した」1.54、「私は紹介された参考文献を読んで参加した」1.16、の自身の授業態度に関する3項目であった。

3. カテゴリー別の授業評価について

項目をカテゴリー別の平均得点で見ると、「授業への興味関心」「授業方法」の2カテゴリーが3.98と6カテゴリーの中では平均得点が高く、「学生への対応」3.61、「理解度の確認」3.55、「内容の難易度と時間的ゆとり」2.63、「授業への参加の仕方」2.40の順であった(図1)。

4. 授業に集中して参加したか否かによる理解の違いについて

学生自身の授業への参加の仕方の項目のうち、「授業中集中して参加した」の項目において4以上の評価をした群10名と、2以下の評価をした群7名の別で「授業内容をよく理解できた」の平均得点を比較すると、「授業中集中して参加した」が4以上の評価した群は「授業内容をよく理解できた」3.40に対し、「授業中集中して参加した」が2以下の評価をした群は、「授業内容をよく理解できた」が2.57であった(図2)。

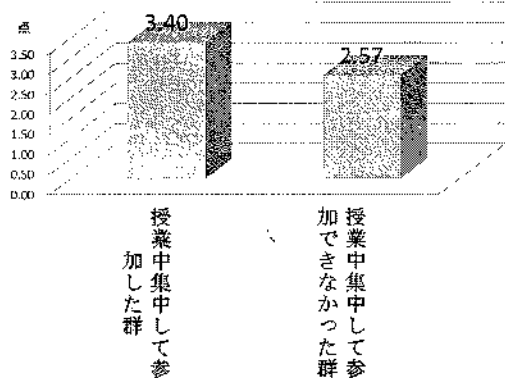


図2. 集中して授業に参加した群とできなかった群別にみた理解度の平均点

5. 授業の良い点、改善すべき点について

授業の良い点についての自由記述は18件あり、「大事なところを講義中に何度も言ってくれたので、授業が受けやすかった。」「例をあげて説明してくれたり、小テストを理解しているかを確認してくれたり、皆が楽しく参加できるように様々な工夫をしていた」「前回習ったことを学生に質問として投

げかけているのが良かった」「自分たちが聞きなれない専門用語は特に力を入れて説明してくれたので、理解できた」「病気や臨床での体験を合わせて講義してくれたので勉強になった」「授業中に理解できなくて変な顔をしていたらもう一度説明してくれて理解できたときはとても楽しかった」等であった。

これに対して、授業の改善すべき点についての自由記述は11件あり、「動きがないと眠たくなってしまっているので、グループ学習なども取り入れてほしい」「テスト範囲が広がったので、それに対して小テストなどをして少しずつ理解していけばよい」「内容をもう少し詳しく説明してほしい」「何をメモすればいいかわからなかったり、その時間がなかったり、パワーポイントがみづらいときがある」「資料の図が少し見づらいときがあるので、改善していただければと思う」「少しだけ声が小さいのでもう少し大きくしゃべってほしい」「循環器系が難しく、内容があまり理解できなかった」等であった。

V. 考察

1. 今回の調査では25項目の質問に対する平均得点から、学生は解剖生理学の授業を、教員が看護師に役立つ内容について熱意をもって授業していると評価し、教員の説明の仕方など授業方法に関する項目の評価が高い傾向にあった。自由記述については、授業の良い点の中に、「工夫していた」「わかりやすかった」「楽しく参加できた」などの記述があり、このことは、学生の授業への興味関心を高めることにつながっていると考えられる。

しかし、学生自身の授業への参加の仕方の評価は低い傾向にある。このことは、講義中心で学生の参加を促す機会が少なかったことも影響していると推測される。

また「私は紹介された参考文献を読んで参加した」の項目の得点が低いのが、参考文献を教えて欲しいという要望があったことで、2回目の授業から、最後に参考文献を提示している。授業に使用したスライドや資料は、学生が所持しているテキスト以外の文献から、画像を一部引用しているものもあり、授業で使用したテキストと副読本以外に、解剖生理学に関する問題集や参考書など合わせて学習するなど、意欲的に学習に取り組もうとしている学生もみられる。

研究対象は初学者であるため、テキストと授業内容を理解するのが精一杯で、参考文献を読んで学習を深めていくことは難しいのではないかと考える。

しかし、授業中に集中できた学生が26名中10名いることから考えると、一部の学生において積極的な学習への姿勢がみられることは、周囲の学生へも良い影響を与え、クラス全体の学習への取り組みの姿勢を向上させるという、グループ・ダイナミクスの効果が期待できるということを示唆している。

2. 授業中集中して参加できた学生と、集中して参加できなかった学生の理解度の平均得点の差をみると、授業中集中して参加した学生の方が、授業内容が理解できたと高く評価している。このことは、初学者である学生が専門性の高い授業内容を理解するためには、集中力が求められることを意味している。そのため、学生が興味をひかれる内容を、学生自身に考えさせるなど、集中力を高める工夫が求められる。

3. 自由記述による授業の良いと思う点については、授業中の教員の説明の仕方についての記述が多いことから、授業そのものに対する学生の受け入れ体勢は良く、教員の授業に対する姿勢が学生に高く評価されていると考えられる。これに対して改善したほうが良いと思う点についての記述は、資料についての工夫や、グループワークを取り入れるなどの授業方法の工夫が欲しいという意見から、90分の授業を受けるにあたって、講義中心の授業では集中力が途切れるなどの状況が考えられる。屋宜・目黒²⁾は、『授業』は、授業者と学習者のかかわりによって絶えず複雑に変化する相互性の場なのであり、(略)一回性の場であるともいえる。」と述べている。教員の熱意が伝わり、かつ学生が飽きることなく、また集中力が途切れず、意欲的に授業に参加できるよう、講義中心の授業構成ではなく、学生参加型の授業構成などの工夫が必要であると考えられる。

VI. 結論

1. 教員による解剖生理学の授業評価は「授業への興味関心」「授業方法」が高く、学生自身の「授業への参加の仕方」が低い評価であった。

2. 授業中集中して参加した学生は、授業中集中して参加できなかった学生と比較すると、授業内容を理解できたと高く評価しているため、授業への参加意欲を高める工夫が必要である。

3. 自由記述において、授業の良いと思う点では、教員の説明の仕方など授業方法についての記述が多くみられ、改善したほうが良いと思う点では、授業形態や授業資料などについての記述が多くみられた。

結語

今回の評価を行った解剖生理学Ⅰの授業は、人間の生命活動の維持における重要臓器である、呼吸器・循環器および血液の構造と機能について30時間で授業を行っている。従ってこの授業評価がどの臓器の部分についての評価であるのか、はっきりしていないという課題が残る。今回のような内容が異なる授業における評価のあり方を検討し、学習のまとめりごとの評価を行うことができれば、より一層妥当な評価が得られる可能性がある。

また、標本数が26名分のデータと数が少ないため、結果に一般性を求めるには限界がある。評価結果の一般性の確保のためには、今後も継続した授業評価を行うことが必要となる。

授業方法でみると、専門学校という特徴からか、社会人経験者が多く、学生のレディネスが大きく異なるため、伸びしろのある学生にどのように関わっていくかが今後の課題である。

屋宜・目黒²⁾は、「看護教育者に求められるのは、講義という現実の場と切り離された学校のみかであれ、(略)そこから学習可能な内容を洗い出し、学生の学びとどのように結びつけることができるかを判断する力である。」としている。解剖生理学という医学の専門知識を、看護実践・看護学と結びつけるためには、看護の視点での授業内容の精選と吟味、および学生自身の思考の教材化が重要である。

引用文献

- 1) 菱沼典子：看護 形態機能学 第3版 生活行動からみるからだ，日本看護協会出版会，p iii，2011.
- 2) 屋宜譜美子，目黒悟：教える人としての私を育てる 看護教員と臨地実習指導者，(株)医学書院，p195，2009.
- 3) 屋宜譜美子，目黒悟：教える人としての私を育てる 看護教員と臨地実習指導者，(株)医学書院，p28，2009.

4. 褥瘡予防のための教育活動の一報告 ～学習会前後の理解度の変化から検討した今後の課題～

キーワード 褥瘡 ポジショニング 学習会 教育活動

三木 幸^{*1)}枝 三木奈々¹⁾穂 土岐 弘美¹⁾
1) 医療法人社団以和貴会いわき病院

はじめに

褥瘡とは、一定の場所に一定以上の圧力が加わることによって、阻血性壊死が生じて発生する皮膚潰瘍である。A病棟では、寝たきり患者の割合が70%をこえており、その多くの患者は意識障害や麻痺、関節拘縮を伴っている。従って褥瘡予防の為に、私たちは日々、ポジショニングを行っている。しかし、関節の拘縮は悪化し、数時間のうちに褥瘡を発生させてしまうことがあり、効果が十分にみられていないのが現状である。田中は¹⁾ポジショニングの質は「褥瘡の発生、あるいは褥瘡の拡大やポケットの形成、創辺縁の異形などといった目に見える色や形として表れる」と述べている。従って、A病棟での褥瘡発生原因の一つとして、看護師個々の褥瘡やポジショニングに対する知識の誤りや差が挙げられ、褥瘡ケアの質を改善する必要があるのではないかと考えた。そこで、「褥瘡」「ポジショニング」についての知識を把握するために問題シートを作成し、実施した。その結果を元に、学習会を開催し、理解状況の確認のために再度同様の問題シートを実施した。

その結果からスタッフの褥瘡、ポジショニングの理解について検討し、褥瘡管理について質の向上に対する課題を挙げる事ができたので、ここに報告する。

I 研究目的

褥瘡・ポジショニングに関する問題シートを学習会前後に実施し、今後の課題を明確にする。

II 研究方法

1. 研究期間

2013年X月～2013年X+5月

2. 研究対象

身体合併病棟勤務の看護師 14名

3. 研究方法

先行研究、既存の文献を参考に、問題シートを作成し、実施した。その後、問題シートに沿った内容で学習会を開催し、再度同様の問題シートを実施した。問題の内容は、①褥瘡とは、②発生要因、③好発部位、④DESIGN-R、⑤予防、⑥寝具の優先順位、⑦ポジショニングの目的、⑧ポジショニングの基本手順、⑨車椅子移乗時の注意点、⑩ベットギャジアップ時の注意点、⑪事例の11項目とした。

ここで問題シートの内容の一部を提示する。

問①：褥瘡とは

()の中に適切な言葉を入れて下さい。

*褥瘡は「床ずれ」として知られています。()、ズレ、摩擦によって起きるものです。骨が出ているところに長時間()が加わると、皮膚や筋肉に血がかよわなくなってしまいます。

問②：発生要因

褥瘡の発生要因は、どのようなものがありますか。考えられるだけ、記載してください。

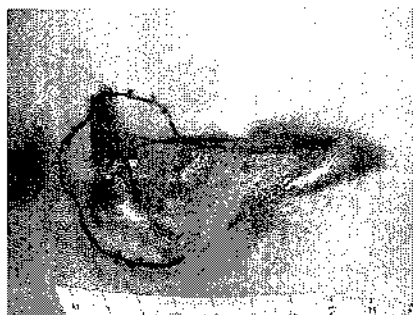
問③：好発部位

褥瘡が発生しやすいのは(好発部位)、どのところだと思いますか。下図を見て、赤で印を(●)してください。



問④：DESIGN-Rを用いた創評価

(事例) 72歳、女性の仙骨部褥瘡：浸出液は中等量、大きさは5.5cm×2.5cm,ポケットは7.9cm×4.3cmである。評価してください。



問⑤：事例

ポジショニングを見て、褥瘡・拘縮予防の観点から、好ましくないと思う部分を挙げ、どのように改善すべきか答えてください。情報：自力体位変換不可能。るい瘦あり。エアマット使用中。拘縮部位（股関節・膝関節・肩関節・肘関節）



4. 分析方法

スタッフの経験年数、過去の学習会の参加の有

無、問題シートの解答を加点計算し、単純集計、クロス集計、t検定を実施。なお、t検定の有意水準は $p < 0.05$ とした。自由記載の解答は、カテゴリ分類し、加点方式とした。評価基準は、藤田らの先行研究を参考にし、独自の基準を設定した。

5. 倫理的配慮

A院倫理委員会の承認を受け、調査対象者への調査目的の説明を行い、協力の同意を得た。データ分析が終了した時点ですべてのデータはシュレッダーにかけて廃棄した。

III. 結果

1. 対象者の状況

1) 経験年数

看護師14名のうち、経験年数1~5年は2名、6~10年は3名、11~15年は5名、16~20年、20年以上は各2名であった。

2) 学習会参加経験の有無と解答率の比較について

褥瘡についての学習会参加経験者は8名、非経験者は6名であった。褥瘡に関する問題の平均点比較では、参加経験者は27.9点、非経験者は21.7点で、有意差はなかった。ポジショニングについての学習会参加経験者は4名、非経験者は10名であった。褥瘡に関する問題の平均点比較では、参加経験者は17.25点、非経験者は16.4点で、有意差はなかった。

2. 学習会前後の理解の変化

表1 学習会前後の平均点の変化

	褥瘡とは	発生要因	好発部位	DESIGN-R	予防	寝具の優先順位
学習会前	1.71	5.43	8.57	2.64	4.00	2.36
学習会后	1.93	6.86	8.56	5.21	5.07	3.00
T検定値	0.1894	0.0205	0.7127	0.0002	0.05036	0.0224
有意差	無	有	無	有	無	有

	ポジショニング目的	ポジショニング基本手順	車椅子移乗時注意点	ヘルメット着用注意	事例	総合得点の平均点
学習会前	2.21	8.50	1.50	0.93	3.50	41.357
学習会后	3.64	11.71	2.29	1.71	4.00	54.285
T検定値	0.0118	1.2280E-06	0.0151	0.0028	0.1874	9.3485E-06
有意差	有	有	有	有	無	有

1) 褥瘡とは (2点満点)

配点平均点は、学習会前(以後、前と表す)は1.71、学習会後(以後、後と表す)が1.93、 $p=0.1894$ であり、有意差はなかった。

2) 発生要因(解答カテゴリ数18個)

配点平均点は、前は5.43、後は6.86、 $p=0.0205$ であり、有意差があった。

3) 好発部位(解答カテゴリ数18個)

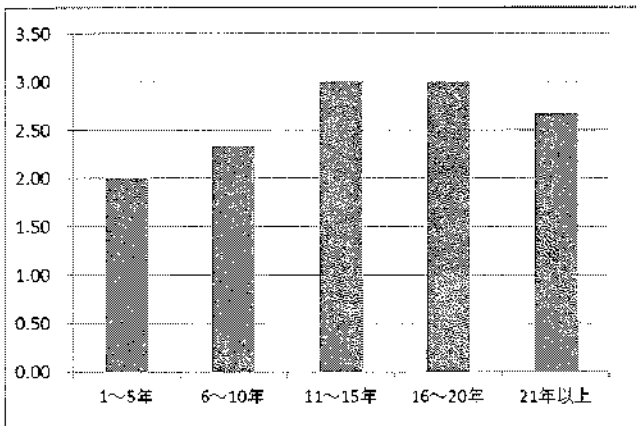
配点平均点は、前が8.57、後は8.86、 $p=0.7127$ であり、有意差はなかった。

4) DESIGNを用いた評価(8点満点)

配点平均点は、前が2.64、後は5.21、 $p=0.0002$ であり、有意差があった。

勉強会前の点数を、経験年数グループ別に平均点を比較すると、1~5年は2.0点、6~10年は2.33点、11~15年は3.00点、16~20年は3.0点、21年以上は2.67点であり、平均点に差はなかった。

図1 DESIGN 経験年数別平均点



5) 予防の取り組み(解答カテゴリ数16個)

配点平均点は、前が4.00、後が5.07、 $p=0.0504$ であり、有意差はなかった。

6) A病棟で活用している寝具の優先順位(3点満点)

配点平均点は、前が2.36、後は3.00、 $p=0.0224$ であり、有意差があった。

7) ポジショニングの目的(7点満点)

配点平均点は、前が2.21、後は3.64、 $p=0.0118$ であり、有意差があった。

8) ポジショニングの基本手順(12点満点)

配点平均点は、前が8.50、後は11.71、 $p=1.2280 \times 10^{-6}$ であり、有意差があった。

9) 車椅子乗車時のポジショニングの注意点(3点満点)

配点平均点は、前が1.50、後は2.29、 $p=0.0151$ であり、有意差があった。

10) ベッドのギャジアップ時の注意点(2点満点)

配点平均点は、前が0.93、後は1.71、 $p=0.0028$

であり、有意差があった。

11) 褥瘡予防のためのポジショニング事例(解答カテゴリ数9個)

配点平均点は、前が3.50、後は4.00、 $p=0.1874$ であり、有意差はなかった。

12) 勉強会前後の総合得点の平均点

配点平均点は、前が41.357、後は54.285、 $p=9.3485 \times 10^{-6}$ であり、有意差があった。

IV 考察

学習会前後で7つの項目で有意差がみられた。これより学習会の効果があったと考えられる。看護師は基礎学習経験がある為、再認可能な内容であったことと、自己の知識と経験による関連付けを行いながら記憶することができた為と考えられる。しかし、学習会参加経験による点数の有意差は認めていない。これは、時間の経過とともに、学習内容を忘却してしまうという結果が現れている。千葉は²⁾「学びをかさねることによって、単に記憶が加算されるだけではなく、理解が深まり、内容が質的に高まり、自分の世界をつくるという形で記憶が育つ」と述べている。安全な医療を提供するためには、知識や技術をシミュレーション学習と臨床のなかで習得し、それを強化・向上させるために、研鑽し続けなければならない。学習内容を、いかに長期記憶とし、実践に生かしていくことができるかが課題である。

また DESIGN-R の問題については、卒後1~10年では、評価スケールについて看護学校で学んでいる可能性は高いが、評価経験は少なく、低い正解率となっていると考えられる。一方、卒後11年以上も正解率が低く、評価経験に個人差はあり、新しい評価スケールについての知識の習得も行えていないことがわかった。また自由記載の問題では、全体の回答カテゴリ数に比べ一人あたりの平均回答数は少なかった。しかし、カンファレンスを行い、意見を出し合うことで、より良い対応作を導き出すことができると考えられる。阿部³⁾は「個人の知識や技術の研鑽だけでなく、チーム医療を提供するための他職種連携へ向けた研鑽の機会づくりと教育も組織全体で統一した見解をもって行う必要がある。」と述べている。褥瘡の治療法はいまだ発展途上である。従って、褥瘡に関する新しい考え方や技術など学習し続け、チーム全体のレベルも向上する様、取り組んでいくことが必要である。

今回、学習会開催中に、拘縮の形が特殊である場合、どのようにすれば良いのかわからないといった現状が明らかになった。そのため、研究結果

やスタッフの意見を受け、現在A病棟では、拘縮の強い患者のポジショニングについてカンファレンスを行い、ポジショニング方法を決定し、その写真を掲示することで、技術の向上と継続に努めている。(添付資料1) また、使用する体圧分散寝具の不適切な選択や不足を招くことが無いよう、患者家族へ体圧分散寝具の持参の協力を求めるためのパンフレットを作成し、協力を頂くことで、得た知識と技術を発揮出来る環境作りを行っている。(添付資料2) 田中⁴⁾は「褥瘡ケアにおいてその成果は、私たち看護師が日々行っている実践・ケアの質がそのまま反映された形で、患者さんの創部に如実に表れる」と述べている。今回、褥瘡予防という観点から、基本的な「褥瘡」「ポジショニング」に焦点を当てて取り組んできた。しかし、すべてを網羅した内容ではなく、その他にも理解を深めていくべきものは多くある。従って、褥瘡に対し、正しい実践・ケアを行うことが出来る様、今後も取り組んでいきたい。

V 結論

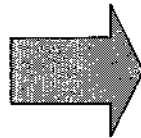
1. 看護師は学習会を行うことで、知識の向上は認める。しかし、その知識は時間の経過と共に忘却していく可能性がある。学習会を行う際には、具体的な例や実演を交えて行い、学んだ知識や技術を臨床で実践していく中でさらに学習し、知識と技術の向上につなげていくことが必要である。

2. 今後も褥瘡ケアについて新しい知識と技術を迅速に習得し、そして他職種を含めたカンファレンスや学習会を行うことで、チーム全体のレベルを向上させていく事が重要である。

引用文献

- 1) 田中マキ子：褥瘡予防のためのポジショニング, 中山書店, 3, 7, 2011.
- 2) 千葉康則：記憶の脳生理学, 講談社, 159, 13, 1991.
- 3) 阿部幸恵：看護のためのシミュレーション教育, 医学書院, 4, 2, 2013.
- 4) 田中マキ子：褥瘡予防のためのポジショニング, 中山書店, 3, 3, 2011.

添付資料 1 拘縮の強い対象者のポジショニング



添付資料 2 耐圧分散具のパンフレット

様のお家族の方へ

褥瘡(床ずれ)予防の為のお願い。

麻痺、関節の拘縮(関節が固まって動けなくなること)や変形がある患者様は、自分で、身体の向きを変えることが出来ない為、褥瘡(床ずれ)が発生する危険が高くなります。

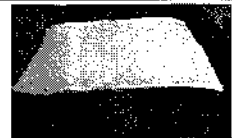
褥瘡を予防するためには、具体的な方法として、クッションを用いて、身体の向きを変えたり、体勢を整えることで、身体の1ヶ所への過剰な圧迫を分散させていきます。

そこで、効果なポジショニングを行うために、患者様に合ったクッションの御用意を、当病棟では御家族の方へお願いしています。

いのちの病棟 503室

中枕

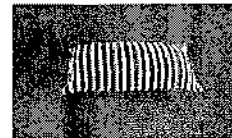
サイズ
たて40cm×よこ50cm程度
厚さ15cm程度
中綿がしっかりとっているもの



() 個

小枕

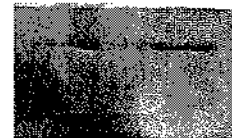
サイズ
たて20cm×よこ40cm程度
厚さ10cm程度
中綿がしっかりとっているもの
子供用の枕でもよいです。



() 個

長枕

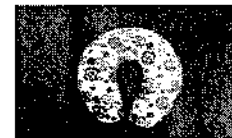
サイズ
たて40cm×よこ70cm程度
厚さ15cm程度
抱き枕として販売されているものが活用できます



() 個

U字型クッション(小型)

ホックビローとして販売されているものが活用できます



() 個

U字型クッション(大型)

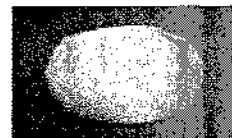
赤ちゃんの授乳用枕として販売されているものが活用できます。
硬すぎる物より、少し柔らかい方がよいです。



() 個

ピースクッション

サイズ
たて30cm×よこ40cm程度
厚さ15cm程度
乗らなくて、変形するクッションです



() 個

5. 全身麻酔下での側臥位保持時の体圧の変化

—小児における一事例を通して—

キーワード 側臥位、体圧 小児

大森真梨菜^{*1)} 加藤 望美¹⁾ 西前 真里¹⁾

1) 国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター

はじめに

全身麻酔下で手術を受ける患者は、たとえ苦痛な状態であっても自力で体位を変えることも、声を出して訴えることもできない状態にある。さらに手術中は同一体位の保持を必要とするため、手術体位や個人の全身状態、手術時間等により発生頻度は異なるものの褥瘡発生のリスクが常にある。

手術室看護師は、患者に代わってより苦痛の少ない状態かつ安全に手術を受けられるよう環境を整えるという重要な役割がある。

側臥位手術では、腋窩枕を用いて下側の腋窩部への圧迫による鬱血や神経障害を予防している。また、腋窩枕は術野での視野展開のために肋間を広げる効果がある。しかしその一方で、それにより体圧が一部に集中して、圧迫による組織の虚血状態を引き起こし、褥瘡発生の一因になっていると考えられる。

小児の側臥位手術において体位固定時に直接圧迫の加わっていなかった側腹部に褥瘡発生した事例があった。術中は同一体位を保持していたため、時間の経過とともに圧迫部位が変化するのではないかと考えた。

小児を対象とした側臥位での体圧に関する研究はみられなかった。しかし、先行研究¹⁾において、全身麻酔下で小児の仰臥位での褥瘡好発部位の体圧は明らかになっている。それによると学童前期までは後頭部の体圧が最も高く、学童後期(13歳以上)には後頭部と仙骨部の値がほぼ等しくなる。

また、成人を対象に行われた研究²⁾では、身体各部位のいずれの接触圧も、全身麻酔下では非麻酔下に比べ優位に高かったことが報告されており、側臥位では肋骨部・大転子部の接触圧は毛細血管内圧をはるかに上回る高値が検出されている。

以上より、小児の側臥位保持時では側頭部、腋窩枕挿入部、大転子部の体圧値が高いのではないかと考えた。そこで、今回は全身麻酔下の小児を対象に、側臥位で腋窩枕挿入前後の体圧測定を経時的に実施することにより、腋窩枕使用中の圧迫部位を明確化し、褥瘡好発部位に着眼した褥瘡予防のケアを提供できることを目的に本研究に取り組んだ。

I. 研究目的

全身麻酔下の状態である小児において、側臥位保持時の腋窩枕挿入前と挿入後の体圧測定を経時的に実施し、体圧の変化から腋窩枕使用による圧迫部位を明らかにする。

用語の定義

側臥位手術：術中の体位を側臥位で行う手術

腋窩枕：側臥位時に、腋窩部の神経・血管への圧迫を避ける目的や、肋間を広げる目的で腋窩周囲に用いる枕

体圧：重力によって身体の表面に加わる圧力

減圧：除圧と同様に接触圧力を下げること

II. 研究方法

1. 研究デザイン：仮説検証型

仮説 1) 各測定部位の中で、腋窩枕挿入部の体圧値が最も高い

仮説 2) 側頭部と大転子部の体圧値は徐々に上昇するが窩枕挿入部を上回らない

2. 対象

A氏 10歳 男児 身長 148 cm 体重 38 kg

ローレル指数 117 (標準)

診断名：腹部腫瘍

*連絡先 〒765-8507 普通寺市仙遊町2-1-1 国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター 大森真梨菜

身体所見：皮膚異常なし（乾燥なし、アトピーなし、テープかぶれ等特になし）

術前検査所見：TP6.5g/dl、Alb2.7 g/dl、Hb8.0 g/dl、
Hct25.2%

麻酔導入時のバイタルサイン：BP95/44mmHg、
HR74、SpO₂100%

測定時の状況：

全身麻酔下にて挿管中であり、腰椎穿刺のため側臥位となる。側臥位保持時間 14 分（内、検査実施時間 6 分）、術中に極少量出血あり。

3. 研究期間：平成 25 年 10 月 21 日-25 日

4. データの収集方法

1) 測定部位：下側の側頭部（耳介上）、肩峰（肩のベッド接触部）、腋窩枕挿入部（腋窩枕挿入部位の中心）、側胸部（腋窩枕挿入部位下の肋骨）、大転子、腓骨頭、外顆とする。

2) 測定条件：体位は側臥位で、腋窩枕（ソフトナーズ®）をロール状にしたもの。サイズ約 15×8×8cm）を使用する。皮膚保護に関しては患者の安全を第一に考え、普段の手術と変わりなく保護する。

3) ベッド作成：手術用の体圧分散マット上に、体圧測定器アルテスタを敷き、シーツを敷く。頭部枕はアルテスタ下にアクションパッドを置き、側臥位時はアルテスタ下に腋窩枕を挿入した。

4) 測定方法：麻酔導入後に側臥位となり、腋窩枕挿入前、挿入直後、挿入後 1 分、4 分、7 分、11 分の体圧値を、簡易式体圧測定器アルテスタを用いて測定する。

5. 分析方法

腋窩枕挿入による各部位の体圧値の変化を経時的に分析していく。側臥位直後を基準に比較する。毛細血管圧 32mmHg を褥瘡発生分離値として採用する。現段階では小児における明確な分離値が見当たらなかったため、従来知られている毛細血管圧の 32mmHg を用いた。

6. 研究の倫理的配慮

研究趣旨については B 病院の倫理委員会の承を得た。患児・家族には、研究趣旨、方法、プライバシーの保護、研究参加により不利益を与えないこと（手術の進行に影響しない・苦痛を伴わない・費用はかからない）、研究協力は自由であり協力の有無に関わらず不利益はないこと、この調査で得た情報は本研究以外には使用しないことを文書と

口頭にて説明し同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 左側臥位直後

体圧は、側頭部で 19mmHg、肩峰 25 mmHg、側胸部値なし（0-3 mmHg）、大転子部 25 mmHg、腓骨頭 6mmHg、外顆値なし（3 mmHg 以下）であった。（図 1）

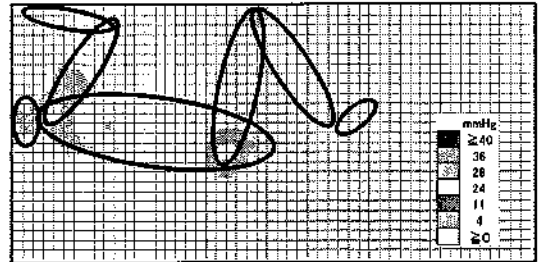


図 1 左側臥位直後の体圧値

2. 腋窩枕を挿入した直後

体圧は、側頭部で 24mmHg、肩峰は値なし（3 mmHg 以下）、腋窩枕挿入部 16mmHg、側胸部値なし（3 mmHg 以下）、大転子部 25 mmHg、腓骨頭 12mmHg、外顆値なし（3 mmHg 以下）であった。（図 2）

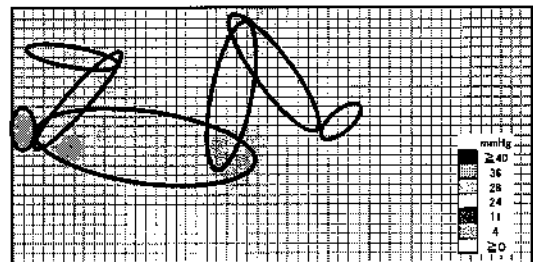


図 2 腋窩枕を挿入した直後の体圧値

3. 腋窩枕を挿入 1 分後

体圧は、側頭部で 26mmHg、肩峰は値なし（3 mmHg 以下）、腋窩枕挿入部 17mmHg、側胸部値なし（3 mmHg 以下）、大転子部 26 mmHg、腓骨頭 11mmHg、外顆値なし（3 mmHg 以下）であった。（図 3）

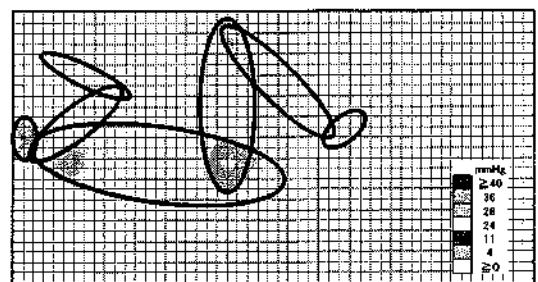


図 3 腋窩枕を挿入 1 分後の体圧値

4. 腋窩枕を挿入4分後

体圧は、側頭部で 26mmHg、肩峰は値なし (3 mmHg 以下)、腋窩枕挿入部 17mmHg、側胸部値なし (3 mmHg 以下)、大転子部 30mmHg、腓骨頭 8mmHg、外顆値なし (3 mmHg 以下) であった。(図 4)

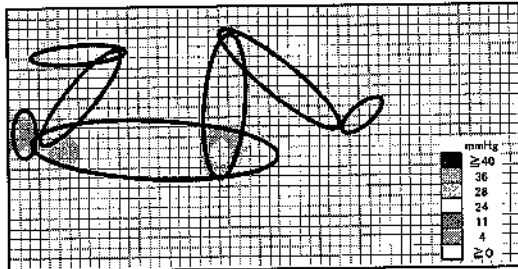


図 4 腋窩枕を挿入4分後の体圧値

5. 腋窩枕を挿入7分後

体圧は、側頭部で 27mmHg、肩峰は 13mmHg、側胸部 4mmHg、腋窩枕挿入部 18mmHg、側胸部値なし (3 mmHg 以下)、大転子部 31mmHg、腓骨頭 8mmHg、外顆値なし (3mmHg 以下) であった。(図 5)

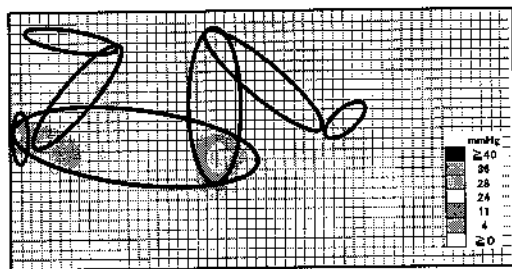


図 5 腋窩枕を挿入7分後の体圧値

6. 腋窩枕を挿入11分後

体圧は、側頭部で 29mmHg、肩峰は 16mmHg、腋窩枕挿入部 17mmHg、側胸部 6mmHg、大転子部 30mmHg、腓骨頭 4mmHg、外顆値なし (3 mmHg 以下) であった。(図 6)

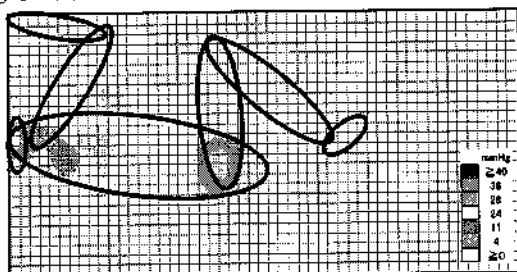


図 6 腋窩枕を挿入11分後の体圧値

以上をまとめた結果を示す。(表 1、図 7)

表 1 体圧測定結果 (値: mmHg)

	側頭部	肩峰	腋窩枕挿入部	側胸部	大転子	腓骨頭	外顆
左側臥位直後	19	25		≤3	25	6	≤3
腋窩枕挿入直後	24	≤3	16	≤3	25	12	≤3
腋窩枕 1分後	26	≤3	17	≤3	26	11	≤3
腋窩枕 4分後	26	≤3	17	≤3	30	8	≤3
腋窩枕 7分後	27	13	18	4	31	8	≤3
腋窩枕 11分後	29	16	17	6	30	4	≤3

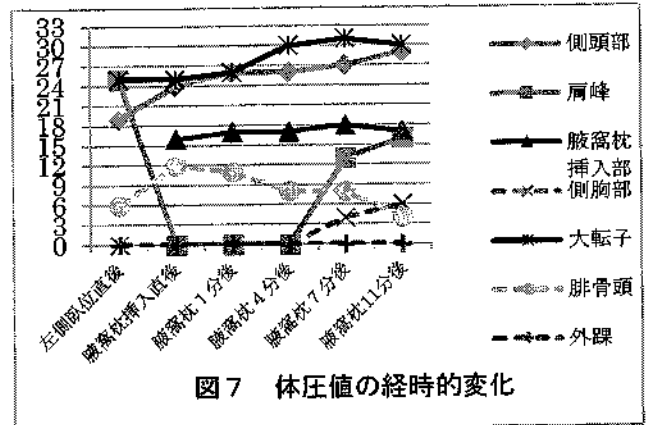


図 7 体圧値の経時的変化

IV. 考察

最初に、仮説 1 については、腋窩枕は腋窩を除圧するために、腋窩から拳 1 つ分スペースをつくり挿入され、側臥位保持の間は継続して用いられる。枕を挿入することにより、体幹を側部全体で支えていた状態から、局所により体幹を支えている状態となる。

小児の特徴を考慮すると、高齢者に比べて、皮膚・組織は弾力性があり、骨は成長段階の途中にあって大腿骨の骨結合の時期は一般的には 17~19 歳である³⁾。そのため、成人では高値を示す大転子部より、腋窩枕挿入による局所への継続する圧迫のほうが影響を受けるのではないかと考えて仮説 1 を立案した。

体圧値の測定結果より、腋窩枕挿入部の値は、時間の経過とともに徐々に上昇したものの、17mmHg 前後で経過した。これは、腋窩枕の形の潰れによって、体幹全体が沈むことにより、各部位のベッドへの接触面積が広がり、圧が分散されたのではないかと考える。一方、最も値が高かったのは大転子部であった。大転子部は腋窩枕挿入部から遠く、腋窩枕使用の影響を受けにくい部位である。そのため、側臥位を保持後から、どの部位よりも長くベッドに接触していたため、継続して圧が加わっていたと考える。

以上より、仮説 1 は棄却されて、「各測定部位の

中で、最も値の高い部位は大転子部である」という結論を得た。

次に、仮説2については、まず先行研究¹⁾において、全身麻酔下で小児の仰臥位での褥瘡好発部位の体圧は明らかになっている。それによると学童前期までは後頭部の体圧が最も高く、学童後期(13歳以上)には後頭部と仙骨部の値がほぼ等しくなる。そのため、側臥位になっても、側頭部は各部位の中で体圧値の高い部位ではないかと考えた。それに加えて側頭部は、側臥位を保持してから継続してベッドに接触している部位であるため、時間の経過とともに体圧値が上昇するのではないかと考えた。また、常にベッドと接触している大転子部も、時間の経過により体圧値が上昇していくのではないかと考えた。

測定結果より部位別に経過をみてみると、側頭部の体圧値は、側臥位直後の19mmHgが一番低く、以後段階的に上昇して腋窩枕挿入11分後29mmHgとなり、最も圧の高い大転子部の値に接近している。大転子部の体圧値は、25mmHgから30mmHgまで上昇した。これを腋窩枕挿入部の16-18mmHgと比較すると、側臥位保持直後から側頭部と大転子部の体圧値が腋窩枕挿入部を上回っている。また、腋窩枕挿入による変化をみてみると、側頭部の体圧値は腋窩枕を挿入後5mmHg上昇している。一方、側臥位直後に大転子と並び高値を示していた肩峰の体圧値は、腋窩枕挿入により値なしとなり著しく低下した。これは、腋窩枕挿入により腋窩部周囲が浮くことで、腋窩に近い肩峰のベッドへの接触面が減り、その圧が軽減されたためではないかと考える。その結果、上肢を側頭部と腋窩枕挿入部で支えることになり、側頭部にはより局所的な圧迫が加わり、側頭部の体圧値上昇につながったのではないかと考える。大転子部に関しては仮説1の考察で述べた通りである。

以上より、仮説2は棄却されて、「側頭部と大転子部の体圧値は徐々に上昇し、腋窩枕挿入部を上回る」という結論を得た。

また、側頭部と大転子部の体圧値は、分離値の32mmHgを上回らなかったが、腋窩枕挿入後7分で分離値に近い値が検出された。つまり、この事

例における小児の側臥位では、側頭部と大転子部が圧迫による褥瘡好発部位であると考えられる。

さらに、今回の体圧値測定を時間の経過でみてみると、側臥位になってから徐々に肩峰と側胸部の体圧値が検出されていることがわかる。これを腋窩枕挿入部の体圧値の変化とあわせてみると、時間の経過に伴って腋窩枕の形が潰れてベッドに体幹全体が接触するようになり、局所にかかっていた圧は分散されている。特に、腋窩枕挿入の4分後と7分後を比較すると、腋窩枕挿入に加わった圧の上昇はわずかなのに対して、分散されたと考えられる肩峰や側胸部の体圧値の上昇は顕著であり、その後も上昇している。

以上より、時間の経過とともに腋窩枕の形が変形することで、肩峰と側胸部が褥瘡好発部位として加わると考えられる。実際の小児の側臥位手術において、腋窩枕のあたっていない側腹部・体幹背面部に発赤が生じるケースがあったのは、この点に関係していたのではないかと考える。

今後の看護として、側臥位保持が長時間に及ぶ場合は、腋窩枕挿入部位のみならず、最初は減圧されていた部位にも圧迫が加わることを考慮した褥瘡予防について検討していくことが必要である。野口は「褥瘡を予防するには、いかに接触面積を大きくして圧分散させるかということと、集中しやすい部位の圧をいかに他の部分に分散させるかが重要³⁾と述べている。まず体位をとる最初の段階で、局所に圧迫が加わる状態を回避し、体圧分散用具を用いる等して体幹を広く支えておくことが必要であると考え。また、圧迫は褥瘡発生要因の一つにすぎず、全身状態や圧迫以外の外的要因である摩擦・剪断などが加わると褥瘡発生リスクはさらに高まるものと考え、予防ケアに取り組む必要があると考える。

V. 結論

1. 大転子部の体圧値が最も高い。
2. 側頭部と大転子部の体圧値は徐々に上昇し、腋窩枕挿入部を上回る。
3. 体位保持時間を予測して、局所のみならず全身を視野に入れた看護ケアが必要である。

おわりに

今回は一症例での見解に留まるため一般化するのには限界がある。今後、同年齢のデータを集めることでより信憑性が高まり、全身麻酔下で手術を受ける患児への圧迫による褥瘡好発部位に対する的確な看護へとつながるのではないかと考える。

引用文献

- 1) 大山知樹:小児における褥瘡好発部位の体圧測定, 褥瘡会誌, 6(1), 35-39, 2004.
- 2) 諸星好子:全身麻酔下で手術を受ける患者における体位別接触圧の検討, 群馬保健学紀要, 35-39, 1999.
- 3) 野口勝己:手術体位固定器具の種類と選び方・使い方について, OPEnursing, 20(2), 38, 2005.

6. ターミナル期に抱きやすい価値観の明確化

～倫理的意思決定モデルを活用して～

キーワード ターミナル期看護、意思決定支援、トンプソン

廣瀬 妙¹⁾ 諫武いずみ¹⁾ 盛田 侑里¹⁾

1) 高松赤十字病院

I はじめに

A病棟は呼吸器病棟であり、ターミナル期の患者が多く、平成23年度は67名の患者を看取った。ターミナル期は特に意思決定の場面が多く、患者・家族の気持ちが揺れ動くことが多い。看護師もまた、何か介入したいという思いが強い上に、意思決定に影響を及ぼしやすい存在であり、日々の関わりの中で、不全感や無力感を抱きやすい傾向にある。

佐藤¹⁾はターミナル期の看護について、「治療不可能な段階に至った疾患をもって、人生の終末時期を生きる人の苦痛が取り除かれ、良質の日常生活が維持されることによって、自らの人生の最期の生をその人らしく生き抜くことができるように、専門的にかかわり実施する看護援助であり、同時に、その人の最期の生をともに生きる家族に対して必要な援助を行うことである」と述べている。

A病棟では、亡くなった患者に対してデスカンファレンスを実施しているが、過去のデスカンファレンス記録を振り返っても、スタッフから、「家族関係が複雑で家族の思いが把握できなかった」「病状や余命について患者から聞かれることがあったが、未告知であったため、どう答えていいかわからなかった」「看護師・主治医で対応を統一するよう言われたが、カンファレンスが持てなかった」などの意見が出ていた。

先行研究において、山本ら²⁾の研究では、ターミナル期患者の看護の中で、「看護師の戸惑い・心の葛藤には患者に対しての対応方法の迷い、患

者と家族の思いのギャップ、看護師の無力感、看護師の心残り、医師とのコミュニケーション不足がある」と述べられている。その他にもターミナル期看護において看護師がどのようなジレンマを抱くかについては、すでに多々報告されていた。

A病棟でもこれまでに、ジレンマの内容を分析する目的で、病院内で採用されている倫理的ジレンマに対する4分割法の症例検討シートを使用したこともあるが、意図的な情報収集ができていなかったことや、倫理的視点が養われていないことなどが原因で、ジレンマの対応まで結び付けることができなかった。

今回、倫理問題の明確化とその分析・対応について学習する中で、トンプソンの生命倫理上の意思決定モデルの存在を知った。このモデルは、全10ステップのモデルで、ステップ1:患者自身の情報収集、ステップ2:補足的な情報を収集し、法律や時間の制限、組織的方针について検討、ステップ3:患者を中心とした意思決定にまつわる価値観や倫理的問題の検討、ステップ4:専門職としての個人的価値観、専門的価値観の検討、ステップ5:キーパーソンの価値観の明確化、ステップ6:それぞれの価値観の対立を特定、ステップ7:必要な意思決定をするべき人物の特定、ステップ8:それぞれの行動の予想される結果を検討、ステップ9:行動の決定・実行、ステップ10:意思決定や行動の結果を評価するという内容のモデルである。このモデルの目標は、「その状況にいる人々の個人的な価値志向を確認し、明らかにすること」と言われており、患者や家族、医

療者の価値観を浮き彫りにし、可視化しやすいということが特徴である。

そこで、このトンプソンの生命倫理上の意思決定モデルを用いて、ターミナル期の意思決定場面における患者、家族、看護師の価値観を明確にし、患者・家族の意思決定支援の一助にしたいと考え、本研究に取り組むこととした。

II 研究目的

トンプソンの倫理的意思決定モデルを用いて事例分析を行い、ターミナル期における患者、家族、看護師の価値観を明確にする。

III 研究方法

1. 研究期間

平成24年11月～平成25年6月

2. 研究対象

A病棟入院患者（ターミナル期）6名とその家族、関わった看護師

3. データ収集・分析方法

ターミナル期患者やその家族と関わった日々の看護記録の中から得た情報と患者・家族との面談の振り返り、カンファレンス記録など行った看護を言語化した。その後、患者・家族・看護師それぞれの価値観をトンプソンの生命倫理上の意思決定モデルを用いて抽出し、考察する。

IV 倫理的配慮

研究対象者に本研究の趣旨を説明し、得られたデータは研究以外の目的で使用することはないことを伝えた。また、研究参加は自由意志であり、拒否により不利益が生じないよう配慮した。本研究は看護部倫理委員会の承認を得た。

V 結果

50代から80代のターミナル期患者6名とその家族、関わった看護師に焦点を当て事例分析を行った。

A氏(70歳代、女性、疾患名：肺癌、外出については、少しでも帰れるなら家に帰りたいという意思があった。キーパーソンである夫は、治療を続

けることで病状が回復するのではないかという希望を持ち続ける一方で、わずかな予後を本人の希望通り過ごさせてあげたいとの意思表示をした。医師は、すでに外出などは難しい病状と判断したが、看護師は限られた時間の中で可能な限り資源を利用して、本人の希望を叶えたいと考えた。ソーシャルワーカーとも調整した結果、看護ボランティアを利用し、自宅への外出を行った。

B氏(80歳代、男性、疾患名：肺癌、予後をどこで過ごすのかということについては、病状の進行と認知症があり、本人の意思表示が確認できなかったため、価値観は不明である。キーパーソンである長男夫婦は、残された時間が短いなら患者本人も自宅で過ごしたいのではないかと考え、自宅退院し、できる限り介護をしたいという意思表示があった。もう一人のキーパーソンである妻は、現在の徐々に弱ってきている患者を地元の人には見せたくないため、自宅退院や地元の病院への転院はしたくないとの意思表示があった。看護師としては、介護をしてくれる人がいるのなら、可能な限り最期は住み慣れた家で過ごしてほしいという価値観があった。家族の価値観の相違を踏まえた上で、病状説明を繰り返し、妻の同意も得られたため地元の病院へ一旦転院するという調整を行った。

C氏(60歳代、男性、疾患名：肺癌、予後の告知については、意思表示ができる状態ではあるが、まずはキーパーソンである妻に病状説明を行った。妻は、予後の告知をしてしまうと患者本人がパニック状態になることが予測され、その患者の姿を子供たちに見せたくないという思いがあり、本人への予後の告知については拒否していた。看護師としては、予後を伝えた上で、身辺整理や最期の過ごし方を自己決定してほしいため、告知はした方がよいと考えた。C氏に関わる関係者で何度も話し合い、患者本人の思いは確認できなかったが、妻の意思を支援し、患者本人へ予後の告知を行わなかった。

D氏(70歳代、男性、疾患名：肺癌、予後の告知については、病名を告知された時から今後の悪い情報を知りたくないとの意思表示をしていた。キー

パーソンの妻も患者本人の意思を尊重したいと考えていた。看護師は、本人の希望を叶えてあげたいという思いと、予後を伝えた上で最期の過ごし方や過ごす場所を自己決定してほしいという思いが混在していた。妻と医療者で話し合いを重ねた結果、本人や妻の意思を尊重し、最期まで予後の告知は行わないこととなった。

E氏(50歳代、女性、疾患名：肺癌、抗癌剤治療の継続について)は、病状が進行し、認知判断力が低下したため意思表示が確認できなかった。キーパーソンである夫は、病状進行抑制の可能性がある限り副作用が強くても抗癌剤の内服継続を希望していた。一方、本人の意思を尊重したいという思いもあり、患者本人の病状が進行する前にその意思を確認しておけばよかったという思いも聞かれた。看護師としては、終末期にはできるだけ苦痛なく過ごしてほしい、そのため、抗癌剤の効果より副作用による苦痛が強く出現するようならば中止するべきと考えていた。医師や薬剤師とも相談した結果、患者の安全のために減量した上で、夫の意志を尊重し抗癌剤の内服を継続した。

F氏(80歳代、男性、疾患名：縦隔腫瘍、経口摂取について)は、病気の進行により起こった反回神経麻痺があったが、誤嚥によるリスクを承知の上で経口摂取を希望した。キーパーソンである妻と娘も誤嚥によるリスクがあることを理解した上で、本人が望むなら最後まで摂食できることを希望した。看護師は、危険なことから患者を守りたいという思いと本人や家族が望むなら、その希望を叶えたいという思いが混在していた。その結果、とろみをつけた状態の水分を少量ずつ摂取することで、誤嚥による病状悪化のリスクを軽減し、患者・家族の希望を尊重し、経口摂取を継続した(表1)。

VI 考察

前述したようにトンプソンの生命倫理上の意思決定モデルは、全10ステップからなり、本研究ではステップ1、2で患者や家族の情報収集、整理を行い、ステップ3で患者の価値観を明確化した。ステップ4で看護師の価値観を明確化し、ステッ

プ5でキーパーソンの価値観の明確化、ステップ6で価値の相違を吟味した。しかし、ターミナル期患者の状態の変化や展開は速く、実際入院患者にタイムリーにこのモデルを活用することは困難であった。振り返りを行った時点で、すべての患者は亡くなっており、ステップ9行為の選択やステップ10実行した結果の評価という過程には至らなかった。そこで、このモデルの特徴である、患者や家族、医療者の価値観を可視化しやすいという点を活かし、モデルの中でもステップ3、4、5に焦点を当てることとした。

結果より、ターミナル期に患者がしっかりと意思表示をしている事例は少なく、患者が意思表示をしている場合は、患者の価値観を家族も看護師も尊重していた。これは患者本人の意思を尊重することで、残された時間を有意義に過ごすことができ、患者・家族とも、後悔なく最期を迎えられるという考えのもとではないかと考えられる。ターミナル期医療が目指すことは“治すための医療”ではなく、“生活を支える医療”であることである。患者の安全・安楽を確保しながら、患者やその家族の生活の質を維持することができるように看護師は、患者の生きてきた過程を知り、患者が人生において大切であると感じている事や重要と考えている事を1つ1つ確認していく。その確認をしていく中で、患者にとっての病気の意味を考え、病気が進行しても患者が苦痛なく過ごすことができるよう患者や家族とともに方法を模索しながら援助していく必要があると考えられた。

患者が意思決定をできる場合でも、家族の思いで患者に情報提供をしないこともあり、その際は家族の価値観が尊重されていた。また、患者が意思表示のできない場合は家族の価値観が重視されていた。病状の進行が速く、意思表示が確認できなかった場合や、認知症などの基礎疾患がある場合には、患者をよく知るキーパーソンが患者の代弁者となっていた。昔から日本では、まず家族のみに告知し、家族内で本人への告知をどうするか話し合い、決定するという風潮が強かった。今回の事例であるC氏の場合は、看護師は意思決定ができるのなら患者に情報提供をして、患者本人

の意思を重視するべきと考えたが、患者をよく理解している妻は患者がパニックになると考え、パニックに陥るのを避けたい、子供たちにそんな父親の最期の姿を見せたくない、普段の強い父親像のままいてほしいと考えていた。また、B氏の場合も同様に、妻は、患者が長年地元で築き上げた威厳や地位を守ろうとした思いが、地元への転院や自宅退院を拒んだ理由と考えられる。ターミナル期の患者のケアにおいて豊田³⁾は、「患者の苦痛を軽減するとともに、患者の死後、家族がやり残したことがないように支えていくことが重要である。」と述べており、患者だけではなく、患者の介護者や家族もケアの対象に含めた看護を実践していかなければならない。

しかし、家族と一言で言っても、家族員が複数いればその間で意見が食い違うことは珍しいことではなく、キーパーソンである家族や意思決定の調整を行う医療者が、意思決定において悩んだり葛藤することがある。そのため、家族をターミナル期全般にわたり患者同様、ケアの対象として捉えることは重要であり、患者の家族構成や家族役割をはじめ、家族の人間関係や情緒の関係、コミュニケーション、家族の適応力、家族の資源、家族の価値観や希望を早期からアセスメントした上で、家族の価値観やその希望に至る経緯、家族の意見の相違の意味を慮る必要があると考えられた。結果的に、患者の残された日々を有意義に過ごすことができた、患者らしい死であった、最善が尽くせた、と家族が感じられるように看護を提供することが患者の死後、残される家族にとって後悔が少なくなるのではないかと考える。

看護師の価値観としては、どの場面でも患者本人に情報提供をし、意思決定してもらいその人らしく悔いなく最期を迎えられることがよいという価値観が見られた。看護師一人に焦点を当ててみると、苦痛のある治療ならばやめるべき、誤嚥によるリスクがあるならば誤嚥から患者を守るなど患者を第一に考える専門家としての価値観と、患者と家族が望むなら、たとえリスクがあったとしても希望を最後まで叶えてあげたいという一個人としての価値観が混在していた。生命倫理の4原

則で考えると、患者や家族の希望を叶えた場合、自律の原則や善行の原則には従っていると思われるが、一方で、その選択が結果的に患者の苦痛を増強したり、誤嚥をもたらす可能性を考えると、患者への善行の原則ではジレンマを感じる。また、患者への害を避けるという点では、無害の原則に従っているが、その場合患者や家族の希望を汲むことは難しく、自律の原則や善行の原則からみると、その選択でよいのかというジレンマを抱えることになる。

さらに、たとえ患者や家族の希望や意思が揺るがないものであったとしても、主治医である医師の許可なしに支援を進めることは不可能である。病状上、希望を叶えることが難しくても、限りある資源やサポートを活用し、関係者全員が納得のいく折り合いをみつけることが求められる。その点で、ターミナル期の支援を円滑に進めるためには、医師の協力も不可欠であり、医師も看護師も互いに信頼し合い、関係を深めていく努力をすることも必要だろう。特にチームでケアを行っている臨床現場では、個々の看護師の情報や評価だけでは偏りや限界がある。多職種でのカンファレンスを重ね、意見や情報をしっかり共有し、タイミングを逃さない関わりが重要であると考えられる。

このように、ターミナル期の患者を取り巻くすべての関係者にはそれぞれの価値観があり、それぞれの立場間において価値観の相違が存在する場合もあれば、1つの立場において2つ以上の価値観が存在していることもあった。堀、小澤ら⁴⁾は、「患者、家族、医療者もそれぞれに固有の価値観があり、すべての価値観は尊重されることが大切です。患者の希望、家族の希望、医療者の見解、その他関係者の意見がすべて一致する方が稀」と述べている。とくにターミナル期は、患者、家族をはじめとする関係者全員が、この先どのようにしていくのかという漠然とした不安や、死への恐怖などを抱えながら日々を過ごしている。その中で多職種での協働により、患者・家族を支援していくことが必要となるが、それぞれの意見や思いが食い違うことが多いのが現状である。患者を取り巻くあらゆる価値観や思いがある

中で、最も重要なことは、患者の自己決定と患者の利益を優先して方針を決めることである。しかし、ターミナル期の意思決定にあたり看護師のニーズがいつの間にか患者・家族のニーズにすり替わり、一人歩きする場合があるが看護師の思いが熱いほど、患者や家族も当然そう望んでいると思いき、力を注ぎすぎることもしばしばみられるように思う。看護師は、そのようなリスクがあることも理解した上で、それぞれの立場の思いや考えをよく聴き、医療者の価値観の押しつけにならないよう、その都度ケアやアプローチの方法をアセスメントし、患者の意向が今後の治療やケアに最も反映されるように、粘り強く調整することが求められていると考えられる。

VII 結論

1. ターミナル期に患者がしっかりと意思表示をしている事例は少なく、患者が意思表示をしている場合は患者の価値観を家族も看護師も重視していた。
2. 看護師は、患者がその人らしく最期を迎えられることがよいという価値観があった。その中でも専門家としての価値観と一個人としての価値観が混在していた。
3. 患者、家族、看護師の価値観が一致することは稀であり、最終的に重要なことは、患者の利益を優先して方針を決めることであり、患者の意向が今後の治療やケアに反映されるように調整することが看護師に求められていると考える。

引用文献

- 1)佐藤禮子：絵でみるターミナルケア，株式会社学研メディカル秀潤社，P2，2006.
- 2)山本節子：ターミナル期の患者を看護する看護師の戸惑い・心の葛藤とは何か，第37回成人看護II，P189，2006.
- 3)野嶋佐由美、渡辺裕子：家族看護09，日本看護協会出版会，P94，2007.
- 4)堀夏樹、小澤桂子：一般病棟でできる緩和ケアQ&A，株式会社総合医学社，P188，2006.

表1 患者・キーパーソン・看護師の価値観

ステップ	ステップ3	ステップ4	ステップ5
患者	患者の価値観	看護師の価値観	キーパーソンの価値観
A氏 70歳代 女性 既婚	家で少しでも過ごしたい。帰れるなら少しでも家に帰りたい。	医師はすでに難しい選択と判断したが、限られた時間の中で可能な限り資源を利用して本人の希望を叶えてあげたい。	治療への希望は捨てられない。しかし、今しか帰れないのなら妻が帰りたいというのならば帰してあげたい。
B氏 80歳代 男性 既婚	病状の進行のため、意思表示確認できず。	介護をしてくれる人がいるならば、可能な限り最後は住み慣れた家で過ごしてほしい。	●長男天洋 昔までできる限り介護したい。 ●妻 現在の患者を元々の人に見えたくない。自宅退院や自宅近くへの療養の転換はしたくない。
C氏 80歳代 男性 既婚	今後の告知について本人の意思の確認なし。	余命を低えた上で最期の過ごし方を自己決定してほしい。告知した方がよい。	今後の告知するときとパニックになる。その姿を見たくない。子供にも見せたくない。
D氏 70歳代 男性 既婚	病名告知はされている。その際、今後は悪い情報は聞かなくていいとの意思表示あり。	本人の希望を叶えてあげたいという思いと、余命を低えた上で最期の過ごし方や過ごす場所を自己決定してほしい。	本人が望んでいるように、病状や予後などの告知をしないという選択を支援。
E氏 80歳代 女性 既婚	病状上、認知機能が低下し、意思表示を確認できず。	終末期にはできるだけ苦痛なく過ごしてほしい。そのため、効果より苦痛が強い治療ならば中止するべき。	希望がある限り、治療を断念せず続けてほしい。一方で本人の思いを尊重したいという思いもあり。
F氏 80歳代 男性 既婚腫瘍	誤食してでも最後まで自分の口から食べたい。	危険なことから患者を守りたいという思いと、本人や家族が望むなら希望を叶えてあげたいという思い。	家族もリスクがあることは理解して、本人が望むなら最後まで摂食できることを希望。

7. スピリチュアルペインに対する緩和ケア病棟スタッフの意識変化

キーワード スピリチュアルケア スピリチュアルペイン 看護師の意識変化

近藤 亜有^{*1)} 水谷 有希¹⁾ 杉本 桂¹⁾ 山本 亜紀¹⁾ 橋本 志衣¹⁾
1) 香川医療生活協同組合 高松平和病院

はじめに

緩和ケアにおいて、全人的に患者を捉えアプローチしていくことが不可欠である。しかし、スピリチュアルな問題において医療者は教育を受ける機会が少なく、なじみの薄い言葉である。そのため、患者がスピリチュアルペイン（以下 SP と略す）を訴えた時、スタッフは何とかなしてあげたいが、具体的な方策が分からず、困惑することがありストレスに感じることもあった。また、どのように対応すればよいか分からないため、患者の SP な問いに対応するのが怖いと感じ、触れたくないと思うことがある。これについては先行研究でも明らかにされており、スピリチュアルケアを実践することに現場のスタッフは困難を感じているのが現状である。A 病院ホスピス緩和ケア病棟（以下 PCU と略す）においても、同様なことがいえる。

B 研究会のスピリチュアル研修では、SP を「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義し、スピリチュアルケアの知識とスキルを習得することを目標としている。A 病院 PCU スタッフの 38% は、B 研究会のスピリチュアル研修を終了している。以前は、患者が SP を発すると、スタッフはどのように対応すればよいのか悩んでいた。そのため、この研修を修了したスタッフが、研修を受けていないスタッフ全員に学習会を開催し、スピリチュアルケアの原理を理解した後に、ケアに取り組むことで、患者が SP を表出した時にストレスを感じるスタッフは減少した。スタッフは、スピリチュアルケアを学ぶことで、患者が SP を表出したら、オウム返しをするのではなく、患者の苦しみに意識を向け、そこに焦点をあてて回復すると、苦しみの回復を支えることができると知り、不安を感じることなく実践することができた。

また、スピリチュアルケアの実践が促されるよう会話記録を用いたカンファレンスを設けた。会話記録を用いてカンファレンスを行い、正しく援助的コミュニケーションのスキルを用いたと評価ができたことで、スタッフは会話記録をとる必要性を感じることができるようになった。よって、スタッフの意識が変化したのでここに報告する。

I. 目的

スピリチュアルケアの原理と方法について学習会を開催して会話記録を用いたカンファレンスを行った前後に、スタッフに対しアンケート形式で意識調査を行い比較する。スタッフの SP を表出する患者の対応と、スピリチュアルケアに対するスタッフの意識変化を明らかにする。

II. 用語の定義

SP：人生の意味・目的の喪失、家族や周囲への負担、孤独、希望のなさ、死についての不安等。例えば「何もすることがない。死ぬのを待っているだけだ。」「自分一人が残された感じがした。寂しい。」「1人で何もできない。みんなに迷惑がかかる。」

スピリチュアルケアの原理：患者のサインをメッセージとして受け取り、そのメッセージを言語化し反復する。それにより患者は語り促され、患者自身が思いや考えを整理し明確にしていく。そのスキルとして「反復」と「待つ」がある。

会話記録：SP とと思われる患者の言葉とスタッフの返答を会話記録形式に書く。その際、その時にスタッフが感じたことやその時の環境も記載する。

III. 方法

1. 期間：H25 年 4 月～H25 年 7 月
2. 対象：PCU の医師 1 名、看護師 21 名、セラピスト 3 名、ソーシャルワーカー 1 名

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

3. 方法：会話記録の作成ができるようになるためのツールとして、学習会でスピリチュアルケアの原理と方法について学んだ後に、患者とスタッフの会話記録をとり、それをを用いてカンファレンスを行った。学習前と学習後に、スタッフに対し、同じ内容の意識調査をアンケート形式で行った。
4. 内容と分析方法：表1の7項目の問いに、「非常にそう思う」「そう思う」「全くそう思わない」「そう思わない」の4段階で選択回答し、「非常にそう思う・そう思う」、「全くそう思わない・そう思わない」の2段階の構成で割合を求めた。また、すべての質問を自由記載にすることでSPに対するスタッフの意識変化を分析した。

表1 意識調査の内容

① 私は患者が落ち込んでいたり、泣いていると何とかしてあげたいと思う（逆転項目）
② SPを患者が発したら援助的コミュニケーション以外で何かしてあげたいと思う（逆転項目）
③ 私は患者がSPを発してもストレスを感じない
④ 私は患者と関わる時にSPを日頃意識している
⑤ 私は、援助的コミュニケーション（スピリチュアルケア）は何か説明できる
⑥ 私は患者がSPを発すると、なぜ傾聴、反復しなればならないか説明できる
⑦ 私は会話記録をなぜとるのか説明できる

5. 倫理的配慮

本研究において対象者には研究の趣旨、データにより個人が特定されないこと、研究を途中で断しても対象者に不利益をもたらさないことを説明し承諾を得た。また倫理委員会の承諾を得た。

IV. 結果

A 病院 PCU スタッフの全員 26 名にアンケートを配布し、回収率は 100%であった。

1. 対象背景

勤務年数は 5~10 年が 9 名で最も多く、PCU 勤務年数は 2 年以上が 14 名で最も多かった。

2. 意識調査の結果

「私は患者が落ち込んでいたり、泣いていると何

とかしてあげたいと思う」という問いに対して、落ち込んでいたり、泣いていたり、患者が困っていると、何とかしてあげたいと思うと回答しており、学習前は「非常にそう思う・そう思う」が 56% だったが学習後は 33% に減少していた。

「患者が SP を発したら援助的コミュニケーション以外で何かしてあげたいと思う」という問いに対して、学習前は、何かしてあげたいと思うが、何をしたらいいのか分からないと記載しているスタッフがいた。しかし、学習後は、スタッフは、

「SP を取り除いてあげたいとは思わない」という考えに変化し、「非常にそう思う・そう思う」と回答したスタッフは 60% から 8% に減少していた。また、「患者が SP を発してもストレスを感じない」という問いに対して、学習前は、ストレスに感じていると答えたスタッフは、患者が SP を発すると何と返していいか分からず強くストレスに感じ、気が重くなると答えていた。しかし、

学習後はストレスに感じないという問いに対して「非常にそう思う・そう思う」と回答したスタッフは、44% から 72% に増加していた。

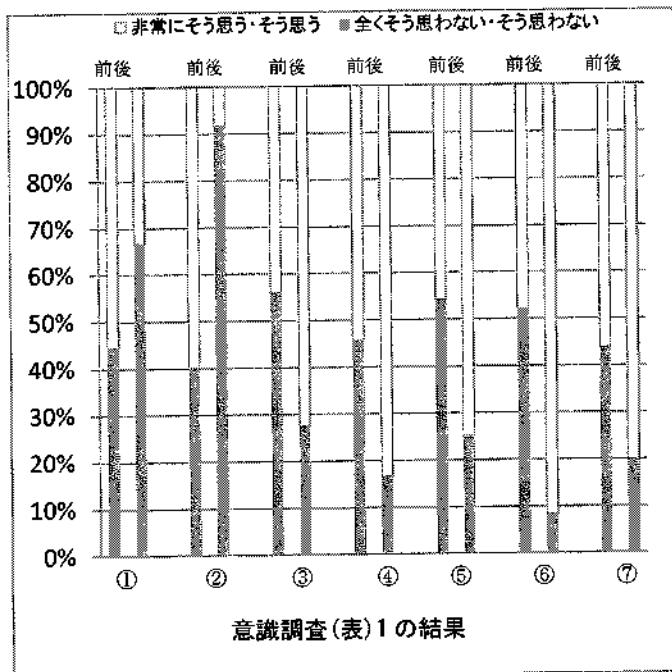
「患者と関わる時に SP を日頃意識している」という問いに対して、意識しているスタッフは、学習前は 54% だったが、学習後は、83% に増加していた。

「私は、援助的コミュニケーションは何か説明できる」という問いに対して、スタッフは、学習前は、何となくだが説明できるとしていた。学習後は、聴いてくれる人がいれば、患者は自由に語り、自ら SP をコーピングしていくと回答しており、「非常にそう思う・そう思う」と回答したスタッフ 46% から 75% に増加していた。

「私は患者が SP を発すると、なぜ傾聴、反復しなればならないか説明できる」という問いに対して、学習前はオウム返しと反復の違いが分からないという意見があった。学習後は、苦しみに焦点をあてると次々に SP を表出すると回答しており、「非常にそう思う・そう思う」と回答したスタッフは、48% から 92% に増加した。

「会話記録をなぜとるのか説明できる」という問いに対して、学習前は、会話記録をとることで患者の思いを知るためだと思いがよく分からないと回答しているスタッフがいた。しかし、学習後は、会話記録により正しく反復できているかの評価ができ、SP を発した患者が反復によりコーピ

ングしたのが分かったと回答していたスタッフもあり、会話記録をとる必要性を説明できるという問いに対して、「非常にそう思う・そう思う」と回答したスタッフは、学習前は、56%だったが、学習後は80%に増加していた。(図1)



V. 考察

1. スタッフのストレス

A病院PCUにおける、学習前のスタッフ意識調査では、「患者が落ち込んでいたり泣いていたりすると何とかしてあげたいと思う」と回答したスタッフが半数以上いた。困っている患者がいると何とかしてあげたいと思うのは当然のことである。患者から痛みの訴えがあり何とかしてほしいと言われれば、指示の薬を使い、効果があれば、患者に何かすることができたという思いを持つことができる。しかし、死に直面している患者がSPを表出すると、スタッフは、何か答えなければならないが、どのように声をかけたらよいか悩んでいた。また、スタッフは、患者が生きていることの無意味や無価値、無目的を発し、黙ってしまい沈黙になると、気まずく思うため、何か話しをしなければならぬと感じ、沈黙の時間が苦痛になっていた。そのため、患者がSPを発した時、スタッフ自身がストレスや戸惑うことなく対応ができるようになるためには、学習会を行うことが必要と考えた。そこで、B研究会のスピリチュアル研修を修了したスタッフが、SPの構造とケアの原理について学習会を行った。

その結果、学習後のアンケートでは患者がSPを発したら、何とかしてあげたいと思うと回答したスタッフは減少し、援助的コミュニケーションのスキルスピリチュアルケアのスキルを行うと回答しており、学習会は効果があったと考えられる。また、患者が沈黙になった時、自身の思いや考えを整理する意味のある時間と理解ができたことで、沈黙を気まずく思うことなくその場に留まり、傾聴を行えるようになったと思われる。このような意識変化から、患者のSPに対してスタッフはストレスを感じることなくケアを行うことができるようになったため、「SPを発してもストレスに感じない」と回答したスタッフが学習後に増加したと考えられる。

2. スピリチュアルケアのスキル

「人間のSPは死の接近によって何もかも『できなくなる』という不能と依存の体験から生じる」と述べている。患者の病状が進行すると、今まで出来ていたことが少しずつ出来なくなってくる。スタッフが介助することで何とか自分でトイレに行くことができ、客観的に見れば、今後は寝たきりになることが予測されるが、患者の想いは自分のことは自分でしたいと考え、症状は悪化しているが主観的な価値観は変化せずSPが表出する。SPは、どの患者においても抱き得る。何となく元気がないと感じていたり、いつもは必ずこの時間はテレビを見て過ごしているのに電気もつけずに考え事をしていたりするなど、患者が出すサインを鋭く受け取ることが大切になってくる。学習後のアンケートでは、いつも患者の語りにSPを日頃意識していると回答したスタッフは学習後に増加している。スタッフは、患者のサインをキャッチし、SPを表出した時に、その苦しみや気掛かりに焦点をあてて傾聴することが大切である。

スタッフ意識調査では、学習後に「援助的コミュニケーション(スピリチュアルケア)は何か説明できる」と回答したスタッフは増加していた。それは、学習会で行ったSPの構造とケアの原理を学び、スピリチュアルケアのスキルである傾聴を行うと、患者は自ら語り、苦しみを振り返り、自ら生きる意味や価値を見出していくと知ったからだと考えられる。学習前の意識調査で、スタッフは、オウム返しと反復の違いが分からず、反復の方法に不安に感じていた。スタッフは、患者

が SP を表出した時に、患者がどこを苦しみや気がかりとしているのか考え、そこに焦点をあてて聴くことが必要である。「私は患者が SP を発すると、なぜ傾聴、反復しなければならぬか説明できる」と回答したスタッフは、学習後に増加しており、患者の苦しみに焦点が当たっていない場合や、患者の言葉をそのまま返答した時には、不信感や怒りとなる場合があるとしていた。スタッフは、患者が不信感や怒りを表した場合は、もう一度、患者が苦しみや気がかりと感じている言葉を反復することで、語りを促すことができると知り、学習後に実践していたと考えられる。

3. 会話記録の必要性

村田は、「患者の苦しみを和らげる専門的な方法とするには訓練が必要である」²⁾と述べている。日頃から意識的にスピリチュアルケアを行うための方法として、会話記録の作成がある。会話記録をもとにカンファレンスを行うことで、スタッフ同士が意見を出し合うため、正しく反復し、援助的コミュニケーションのスピリチュアルケアのスキルが正しく行えているかの評価が可能になる。また、スタッフは、正しく反復できていれば、患者の苦しみの回復を支えることができたと実感した。そのため、会話記録をとりカンファレンスを行った後の意識調査では、会話記録をとる必要性を理解するスタッフが増加していたと考える。スピリチュアルケアのスキルは、実践を重ねることで誰もができるとされている。援助者の経験や感覚、感情や価値観に影響されないため、スタッフは、援助的コミュニケーションのスキルは実践し続け、身に着けることが重要になってくる。患者が SP を表出した時に、スタッフが援助的コミュニケーションを行い続けても、全ての患者の苦しみが和らぐとは限らない。また、苦しみが和らいだとしても患者自身がコーピングするまで時間を要することがある。津金澤は、「人は、相手が自分の思いを聴いてくれる人かどうかを判断し、聴いてくれる人を選んで語る」³⁾と述べている。しかし、患者の苦しみが和らぐことがなくても、スピリチュアルケアのスキルを用いたスタッフは、自分の気がかりを聴いてくれ、苦しみを分かってもらえたと感じることのできる存在として現れると感じる。

そのため、今後も患者の苦しみを聴くためにスピリチュアルケアのスキルによる傾聴を今後も

継続して実践していくことが重要であると考え

VI. 結論

1. 患者が SP を発した時、スタッフはストレスを感じていたが、SP の構造とケアの原理について学習した結果、患者が SP を表出し、その後沈黙になった時、自身考えを整理する時間と理解ができストレスに感じるものがなくなり、スタッフの SP に対する意識が変化した。
2. 患者が SP を表出した時に、反復の方法に不安を感じていたが、学習後に患者の苦しみに焦点があたっていない場合は不信感や怒りを表すが、もう一度、苦しみに焦点をあてることで語りを促すことができるとスタッフの意識が変化した。
3. 会話記録を作成し、カンファレンスをしたことで、スピリチュアルケアのスキルを正しく行えたかの評価が可能になり、スタッフが日頃から患者の SP に対してスピリチュアルケアを行うための手段になるとスタッフの意識が変化した。

引用文献

- 1) 2) 村田久行：日本ペインクリニック学会誌,18(1),2011.
- 3) 津金澤理恵子：緩和ケア病棟編,がん患者ケア,2(6),2009.

8. 術後離床の介入に対する看護師の経験年数による違い

キーワード 術後離床 認識 経験年数

中西 友里^{*1)} 細川 由貴¹⁾ 守谷枝里香¹⁾ 中妻 征子¹⁾ 星野尾恵美¹⁾

1) 香川大学医学部附属病院

はじめに

A 病棟は外科病棟であり、手術目的で入院される患者が大半を占めている。早期離床は様々な術後合併症の予防、全身状態の回復に効果的であるため、術後積極的に離床を進めることは重要な看護の一つである。先行研究において看護師が術後離床にどのように関わるかが患者に影響すると報告されており、離床における看護師の役割は非常に重要である。しかし、様々な要因から離床が円滑に進められない場合があり、実際医師より離床が進んでいないと指摘されることがあった。A 病棟は3年目以下の看護師が全体の約53%を占めている。離床遅延の要因の1つとして、経験年数の浅い看護師と熟練した看護師とでは、アセスメント力や患者への促し方の違い等により離床の進め方に相違があるのではないかと考える。そこで今回、A 病棟看護師がどのように離床介入を行っているのか調査し、経験年数による違いがあるのか明らかにしたいと考えた。またこれにより、病棟看護師が同じ意識を持って患者の離床を促すことができるよう活動につなげたいと考える。

I. 研究方法

1. 対象

A 病棟に勤務する看護師 26 名

2. データ収集方法と収集期間

研究者が作成した質問用紙に沿って半構成的面接によって2013年11月にデータ収集した。インタビューデータはICレコーダーに録音し、文章として逐語録に起こしたものを分析データとした。

3. 調査内容

1) 半構成的面接

面接はプライバシーの確保できるA病棟面談室で行った。あらかじめ対象者に面接の際に録音するこ

との同意を得て実施した。

インタビュー内容は、①他科を含めた外科病棟での経験年数②術後離床の必要性③どのような状況で離床と考えるか④どのような状況になるまで一緒に離床を行うか⑤離床の際気を付けていることは何か⑥離床を行う際、術式は気にしているか。その場合、何を気にしているか⑦どのようなタイミングで離床を行っているか⑧どのように声掛けを行っているか⑨困ったこと⑩困った際どのような行動をとったか⑪消極的な患者の場合どう対応したか⑫離床後患者にどのように対応したかの計12項目であった。

4. 分析方法

半構成的面接によって得たデータを逐語録に起こし、看護師の離床に対する考え方、アセスメント方法、拒否的な患者への離床の促し方に関する内容を抽出し、内容分析法を用いてカテゴリ化を行う。

5. 倫理的配慮

当院の看護研究倫理審査委員会の承認を得たのち、A 病棟看護師に研究協力を依頼した。その際、本研究の目的及び方法について文書と口頭で対象者に説明した。説明内容は、得られた情報は今回の研究にのみ使用すること、個人が特定されないよう配慮すること、調査に協力しない場合も不利益は生じないこと、中断は自由であることを説明し、了承を得た後同意書に署名を得た。

6. 用語の定義

A 病院は新人看護師教育体制で3年間のOJT教育を導入しているため、経験年数のカテゴリ分けの境を4年目とした。

II. 結果

1. 対象者の背景

外科病棟の経験年数が4年以上は14名、3年以下が12名。

*連絡先 〒761-0793 木田郡三木町1750-1 香川大学医学部附属病院 中西 友里

2. 質的分析結果の全体像

逐語録から得られたデータのうち、4年目以上では、術後離床を表す328のコードから54サブカテゴリと39のカテゴリが抽出された。3年目以下では、221のコードから45のサブカテゴリと34のカテゴリが抽出された。以下カテゴリは【】、サブカテゴリは《》で示す。

・4年目以上

①離床の必要性では、【合併症予防】【ADLの回復】【ストレスの緩和】の3つのカテゴリが抽出された。②どのような状況を離床と考えているかでは、【ギャップアップができる】【座位ができる】【ベッドから離れる】【歩行ができる】の4つのカテゴリが抽出された。③どのような状況になるまで離床を行っているかでは、【一人で歩行ができる】【身の回りのことができる】の2つのカテゴリが抽出された。④離床の際気を付けていることでは、【患者の全身状態】【患者の環境整備】【前日の離床の程度】【患者の意欲の程度】の4つのカテゴリが抽出された。⑤離床の際術式によって何に気を付けているかでは、【手術による侵襲】【疼痛】【術前のADLの程度】【離床中の患者の状態】【気にしていない】の5つのカテゴリが抽出された。⑥離床のタイミングでは、【患者主体】【看護師主体】【考えていない】の3つのカテゴリが抽出された。⑦どのように声をかけているかでは、【声かけのみ】【離床の必要性を伝える】【離床の予定を伝える】の3つのカテゴリが抽出された。⑧離床の際困ったことでは、【患者の状態】【意欲なし】【看護師の要因】の3つのカテゴリが抽出された。⑨困った際にどのような行動をとったかでは、【他者への協力依頼】【離床できる環境を整える】【必要性を説明する】【患者のペースに合わせる】の4つのカテゴリが抽出された。⑩離床に消極的な患者に対してどのように対応しているかでは、【患者のペースに合わせる】【原因を取り除く】【声をかける】【他者への協力依頼】【退院後の生活に目を向けさせる】の5つのカテゴリが抽出された。⑪離床後の対応では、【患者の状態確認】【環境整備】【ねぎらう】【次の目標設定】の4つのカテゴリが抽出された。

・3年目以下

①離床の必要性では、【合併症予防】【ADLの回復】の2つのカテゴリが抽出された。②どのような状況を離床と考えているかでは、【足踏みができる】【座位ができる】【ベッドから離れる】【歩行ができる】の4

つのカテゴリが抽出された。③どのような状況になるまで離床を行っているかでは、【一人で歩行ができる】【身の回りのことができる】の2つのカテゴリが抽出された。④離床の際気を付けていることでは、【患者の全身状態】【患者の環境整備】【離床のタイミング】の3つのカテゴリが抽出された。⑤離床の際術式によって何に気を付けているかでは、【手術による侵襲】【疼痛】【気にしていない】の3つのカテゴリが抽出された。⑥離床のタイミングでは、【患者主体】【看護師主体】の2つのカテゴリが抽出された。⑦どのように声をかけているかでは、【声かけのみ】【離床の必要性を伝える】【離床時の注意喚起】の3つのカテゴリが抽出された。⑧離床の際困ったことでは、【患者の状態】【意欲なし】の2つのカテゴリが抽出された。⑨困った際にどのような行動をとったかでは、【他者への協力依頼】【離床できる環境を整える】【必要性を説明する】【離床を行わなかった】の4つのカテゴリが抽出された。⑩離床に消極的な患者に対してどのように対応しているかでは、【患者のペースに合わせる】【原因を取り除く】【必要性を説明する】【他者への協力依頼】【自己で考える】の5つのカテゴリが抽出された。⑪離床後の対応では、【患者の状態確認】【環境整備】【ねぎらう】【次の目標設定】の4つのカテゴリが抽出された。

III. 考察

術後離床は看護師の判断や認識で行われていることが多く、離床援助の質を左右すると考える。今回の研究結果で、①離床の必要性②離床の定義③離床介入の目途④タイミング⑦声のかけ方⑩離床後の対応の質問に関して、回答内容の具体性に差があるものの、カテゴリとしては4年目以上と3年目以下でほとんど有意な差は認められなかった。離床前に鎮痛剤を使用し疼痛コントロールを行うこと、離床の必要性を説明すること、離床後にねぎらい・励ましの言葉をかけること等は経験年数関係なく共通していた。離床の促し方について、竹本らは「一般的に離床は、看護師の助言、励まし等により促進されると言われている。先行研究においても、離床への看護援助は、患者の意欲を支える励ましや術前の説明、鎮痛、保清などが有効であることが明らかにされている¹⁾と述べている。このことから、離床の促し方に関する知識は経験年数に関わらず、当科病

棟の看護師は統一して理解できていると考えられる。

差が抽出された項目として、④離床の際気をつけていること⑤術式の違いで気をつけていること⑨困った際の行動の3項目が挙げられた。

④離床の際気をつけている項目から3年目以下の看護師は、【患者の全身状態】【患者の環境整備】といったカテゴリが抽出され、目の前にいる今の患者の状態を意識し離床介入していることが分かる。しかし3年目以上の看護師では、④離床の際気を付けている項目から【前日の離床の程度】のカテゴリが、⑤術式の違いで気を付けている項目からは【術前のADLの状況】のカテゴリが抽出された。ベナーは「中堅ナースに特徴的なことは、状況を部分的というよりも、全体としてとらえること」²⁾と述べており、抽出されたカテゴリからも、4年目以上の看護師は患者の背景を踏まえ全体像を把握した上で離床を勧めていることが明らかとなった。古門らは、「患者の入院前の生活や職業等社会的役割や機能等患者の背景を把握した精神的関わりを多くもつことが早期離床に繋がる」³⁾と述べており、4年目以上の看護師が行う患者の背景・全体像を踏まえた離床の促し方は、早期離床に必要なことであると言える。⑨困った際の行動として、4年目以上・3年目以下共に【離床の必要性を説明する】が50%以上抽出され、患者に離床の必要性を説明し、離床を促そうと考えていることが分かる。その他の行動として、4年目以上の看護師は、【患者のペースに合わせる】が66%抽出され、ペースに合わせながらも離床を促していたことが明らかになった。しかし、3年目以下の看護師からは【患者のペースに合わせる】という行動は抽出されず【離床をしない】が14%抽出された。ベナーは、「経験年数が浅い看護師は、置かれた状態に対して経験がないため、その状況に直面しても何を優先してよいか判断が出来ず、自信がないため行動を起こせない」⁴⁾と述べており、3年目以下の看護師は困った際に自分ではどう対応していいか分からなかったために【離床をしない】という判断に至ったと考えられる。またベナーは、「経験を積んだナースは、患者ケアのアプローチを容易に思い描くことができる」⁵⁾と述べており、4年目以上の看護師は困った際に自らの経験に基づき、患者の個別性に合わせたアプローチ方法を考え出していると考えられる。このことから、経験年数

により離床に対する意識に差が生じたのではないかと考える。また、小島らは「早期離床を勧めていく場合には、常に患者を励まし、極度に不安を示す患者には、離床を無理に行うのではなく、ゆとりのある態度で接し、患者と一緒に目標を立てることで順調な離床につながる」⁶⁾と述べており、4年目以上の看護師の行う患者のペースに合わせた離床の促し方は、特に離床の意欲の低い患者に対し効果的であると言える。

飯塚らは、「経験の浅い看護師は、理論的知識や術後看護の経験を熟練看護師と共有し身につけていくことが必要である」⁷⁾と述べている。現在A病棟ではモジュール型プライマリーナーシング制を導入しており、経験年数の違う看護師間での情報共有が行いやすくなっている。しかし、実際に熟練看護師が自己の経験から養った患者判断能力や知識を経験の浅い看護師に伝える機会は少ない。波多野らは「人は自ら直接の経験や判断を自分の中で知識を集積する傾向にある」⁸⁾と述べている。患者に統一した離床介入を行うためには経験年数の浅い看護師でも同等の知識が必要である。A病棟の看護体制の強みであるチーム力を活用し、熟練看護師個人の体験内容を詳細に言語化し、経験の浅い看護師へ伝達することで臨床判断や知識を共有することができるのではないかと考える。

また今回の結果から4年目以上の看護師は、⑧離床の際困ったことの項目から「看護師間で離床に対する認識が違う」というサブカテゴリが抽出されており、看護師間で患者への離床状況が異なることについて困っていることが明らかになっている。離床状況の違いにより看護師間で混乱・苦痛が生じていることもあり、離床の統一を図るためにも、離床の目標・状態の観察項目・進め方等離床に関するマニュアルを作成する等の工夫を行う必要があると考える。マニュアルの作成により、離床の基準を示すことができ、経験年数関係なく離床の定義・方法を統一して理解できるのではないかと考える。

IV. 結論

- ・経験年数の違いにより離床介入に差が生じている。
- ・4年目以上の看護師は、患者の全体像を把握し自らの経験に基づき離床を促していることが明らかとなった。

おわりに

以上のことから、先ずマニュアル等を作成し統一した具体的な離床方法を確立すること、次に看護師間の臨床判断能力等を共有・統一できるような場を設け、経験年数の浅い看護師が熟練看護師から学ぶ機会を作ることが必要である。それによって、経験年数に関わらず離床に対して共通の認識を持つことができると思う。

引用文献

- 1) 竹本有希 他：術後患者の離床を促進する看護師の関わり，第39回成人看護I，9-11，2008.
- 2) パトリシア ベナー：ベナー看護論 達人ナース.
- 3) 古門紀子：開腹手術を受けた患者の早期離床に影響を与える因子，第38回成人看護I，136-139.
- 4) Benner, P・井部俊子訳：ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ，医学書院，11-35，2005.
- 5) パトリシア ベナー：ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー，医学書院第1版第7刷，5，1998.
- 6) 小島操子 他：手術患者の看護，金原出版，202，1984.
- 7) 飯塚麻紀 他：周手術期患者に対する病棟看護師1-10，2011.
- 8) 波多野世夫：第一章 伝統的な学習観・人は以下に学ぶか，中公新書，5，1989.

表1

①離床の必要性

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
合併症の予防	術後合併症予防 全身状態の回復	合併症の予防	術後合併症予防 全身状態の回復
ADLの回復	ADLの低下予防 早期退院	ADLの回復	ADLの低下予防 早期退院
ストレス緩和			

②どのような状況で離床と考えているか

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
寝き上れる 座位ができる ベッドから離れる 歩行ができる		足踏みができる 座位ができる ベッドから離れる 歩行ができる	

③どのような状況になるまで離床を行っているか

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
一人で歩行ができる	自立して歩行ができる トイレまで歩行 自発的に動く	一人で歩行ができる	自立して歩行ができる トイレまで歩行
身の回りのことができる	自分でドレーン管理ができる 転倒の危険がない	身の回りのことができる	

④離床の際気を付けていること

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
患者の全身状態	全身状態の変化 疼痛 尿管を踏んで離床する 周囲の環境を整える	患者の全身状態	全身状態の変化 疼痛
患者の環境整備		患者の環境整備	環境整備 ドレーントラブル
前日の離床の程度 患者の意欲の程度		離床のタイミング	

⑤離床の際術式によって気を付けていること

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
手術による機嫌	術式 手術中の状態 手術による疼痛の程度	手術による機嫌	術式 手術中の状態 疼痛の程度
疼痛 術前のADL 気にしていない		疼痛	
		気にしていない	

⑥離床のタイミング

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
患者主体	状態の安定 何か行う時 ベースに合わせる	患者主体	状態の安定 何か行う時 ベースに合わせる
看護師主体	看護師の都合	看護師主体	看護師の都合

⑦どのように声をかけているのか

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
声かけのみ 離床の必要性を伝える 離床予定を伝える	声かけする	声かけのみ 離床の必要性を伝える 離床の注意喚起	声かけする 離床の際注意喚起の説明

⑧離床の際困ったこと

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
患者の状態	疼痛が強い 離床後の状態悪化 ドレーン頻が多い 患者のADLの低い	患者の状態	疼痛が強い 状態悪化 離床不足 転倒リスクあり
意欲なし	離床に対して拒否的 必要性を理解しない 患者と看護師の意識の違い 人手が足りない	意欲なし	
看護師の要因	看護師間の認識が違う		

⑨困った際にどのような行動をとったか

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
他者への協力依頼	他のスタッフへ応援要請	他者への協力依頼	他のスタッフを呼び 先輩に相談 リハビリの確認
離床できる環境を整える	鎮痛剤の使用 ルートの整理 患者の身の回りの整理	離床できる環境を整える	鎮痛剤の使用 ルートの整理 手洗の要請
必要性を説明	必要性を説明する リスクを説明する	必要性を説明	必要性を説明する 前回と比べて認得する 何度も声をかける
患者のベースに合わせる		離床を行わない	離床をしなかった

⑩離床に消極的な患者に対してどのように対応しているか

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
患者のベースに合わせる 原因を取り除く	段階を踏んで行う 疼痛コントロール ルート整理	患者のベースに合わせる 原因を取り除く	鎮痛剤の使用
声をかける	必要性を説明する 時間をあけて声かけ	声をかける	必要性を説明する
他者への協力依頼 退院後の生活に目標を持たせる	医師への依頼 退院後の生活に目を向けさせる	他者への協力依頼 自分で考える	先輩への相談

⑪離床後の対応

4年目以上 カテゴリ	サブカテゴリ	3年目以下 カテゴリ	サブカテゴリ
患者の状態確認	状態の確認 疼痛の有無	患者の状態確認	状態の確認
環境整備	周囲の環境を整える ルート整理	環境整備	周囲の環境を整える
ねぎらう	離床意欲をあげる	ねぎらう	
次回の目標設定		次回の目標設定	

9. 糖尿病患者の教育入院に用いるクリニカルパスを受けての患者の思いと現状

キーワード 糖尿病、教育入院、クリニカルパス

谷 祐希^{*1)} 松橋 典子¹⁾ 多田 晃子¹⁾ 塩入ひろみ¹⁾ 重田 宏恵¹⁾ 森 初音²⁾

1) 香川大学医学部附属病院南病棟7階

2) 香川大学医学部附属病院西病棟6階

はじめに

A病棟では糖尿病教育入院が行われており、過去10年間で入院した患者は498名である。平成24年度に入院した患者は再入院7名を含む40名であった。教育入院はA病棟で作成した糖尿病教育入院クリニカルパス(以下クリニカルパスとする)に沿ったスケジュールで行い、内容は医療者が患者に学んで欲しい知識や技術を中心に作成している。現在、患者参加型医療の重要性が言われており、治療やケアを効果的に進めていくためには患者自身が自発的に医療へ参加することが重要な要素となる。そこで、教育入院をした糖尿病患者に半構成的面接を行い、クリニカルパスを受けての患者の思いと現状について明らかにしたのでここに報告する。

I. 研究目的

クリニカルパスを受けての患者の思いと現状を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究期間：平成24年11月から平成25年5月末
2. 研究対象：平成24年11月からA病棟に糖尿病教育で入院し、クリニカルパスによる指導を受けた研究参加の同意が得られた患者6名
3. 場所：プライバシーの保持できる面談室
4. データ収集方法：A病棟で作成されたクリニカルパスによる指導を受けた患者に対し、心理面・教育入院の日程・理解度チェック・パンフレットの内容・医

療者の指導内容等についてのインタビューガイドを作成し、約30分から1時間、半構成的面接を行い、インタビュー内容を録音した。

5. 分析方法：データ分析は逐語録を繰り返し読み、逐語録からクリニカルパスを受けての思いについて述べられている文章を取り出して意味内容を損なわないよう留意してコード化し、意味内容の類似性や相違性から比較分類し、類似するものをまとめてサブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。

6. 倫理的配慮：本研究は実施にあたり、所属病院看護部倫理審査委員会で承認を得た。対象者には研究の趣旨、方法、プライバシーの厳守、自由意思による参加であることを口頭及び書面で掲示して同意を得た。

III. 結果

研究期間中、糖尿病教育目的で入院した患者は10名で、そのうち研究に同意が得られた患者は男性2名、女性4名であった。対象患者6名の背景を表1に示す。インタビューの結果、89コード、48サブカテゴリー、10カテゴリーが抽出された。逐語録をコード化し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出し、その中のカテゴリーを表2に示す。以下コードを【】、サブカテゴリーを「」、カテゴリーを『』とする。

糖尿病に対する受け入れや認識、教育入院することに対しては「糖尿病と診断されても驚かず、一生付き合っていかなければならないと認識していた」「内服薬やインスリンの変更、精査、血糖コントロールな

*連絡先 〒761-0793 木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部附属病院 谷 祐希

ど入院目的を明らかにして入院していた」などのサブカテゴリーから『治療継続の必要性は理解し、目的を明確にして入院していた』というカテゴリーが抽出された。反対に「糖尿病と診断されたこと、合併症を併発した自分を想像するなど絶望感があり、全てを受け入れられていない」「糖尿病に対する恐怖はなかったが、自分が糖尿病に罹患するとは思っておらず驚いた」というサブカテゴリーから『糖尿病に罹患している自分を十分に理解・受容できていなかった』というカテゴリーが抽出された。また、「看護師からの指導では合併症について悪いことばかり言われたのが嫌であった」「看護師から糖尿病のことを勉強しようという気持ちは薄かった」などのサブカテゴリーから『糖尿病について学ぼうという意欲は低く、悪いことばかり言われるのが嫌だった』というカテゴリーが抽出された。

教育入院で使用する指導材料や指導方法については『指導材料は有効活用でき、くりかえし行う指導方法がよかった』というカテゴリーと、『指導材料は有効活用できていなかった』という正反対のカテゴリーが抽出された。

具体的な指導内容に対しては『看護師による指導では話をしっかり聞くことができ、内容を理解できた』というカテゴリーと『指導した内容について理解が不十分であった』というカテゴリーが抽出された。

また、指導内容や方法、入院期間の改善点として「2週間という期間は長くはないが、家庭の事情を考慮して入院期間を決めたい」「自分には知識があるので自分に必要な項目に焦点を絞って指導は1回でよい」

「1週目は医療者が患者に学んでもらいたいことを指導して、2週目は患者の意見や希望に沿った指導をしてほしい」「高血圧と糖尿病の関連性について説明してもらいたい」「高血糖については知識が不十分であり、もう少し指導してほしい」などのサブカテゴリーから『入院期間や指導内容については患者の希望を取り入れてほしい』というカテゴリーが抽出され、疾患や患者の理解度、社会的役割に応じて、希望を取り入れながら指導を進めて欲しいという意見があった。

退院後の生活に関しては「網膜症は血糖コントロールの重要性を聞いているので、今後も定期受診しようと思っている」「食事療法についての説明を受け、必要性は理解しているが、退院後も継続する自信がない」などのサブカテゴリーから『退院後に継続することの必要性と困難を感じていた』というカテゴリーが抽出された。

糖尿病教室や栄養指導の受講、理学療法士の介入に対しては「運動療法についての説明を受けて可能な範囲で実行している」「糖尿病教室では外食や献立のポイントなど看護師からの指導より詳しく栄養士から聞いたのが役に立った」などのサブカテゴリーから『栄養士や理学療法士からより具体性のある指導を受け、実施できていた』というカテゴリーが抽出された。

表1 患者背景

	A	B	C	D	E	F
年齢	57歳	65歳	44歳	35歳	16歳	64歳
性別	男性	女性	女性	男性	女性	女性
疾患	2型DM	2型DM	1型DM	2型DM	1型DM	2型DM
合併症	網膜症 腎症IV期 神経障害	網膜症 腎症I期 神経障害	腎症I期	網膜症 腎症I期 神経障害 歯周病	腎症I期	腎症
入院期間	76日間	11日間	12日間	9日間	17日間	30日
教育入院歴	無	有	無	有	無	有
糖尿病罹患歴	10年以上	20年	治療歴無し	10年以上	治療歴無し	20年以上
社会的役割	無職	主婦	看護師	学生	学生	主婦

表2 抽出されたカテゴリー

カテゴリーNO	カテゴリー
1	治療継続の必要性は理解し、目的を明確にして入院していた
2	糖尿病に罹患している自分を十分に理解・受容できていなかった
3	糖尿病について学ぼうという意欲は低く、悪いことばかり言われるのが嫌だった
4	指導材料は有効活用でき、くりかえし行う指導方法がよかった
5	看護師による指導では話をしっかり聞くことができ、内容を理解できた
6	指導材料は有効活用できていなかった
7	指導した内容について理解が不十分であった
8	入院期間や指導内容については患者の希望を取り入れてほしかった
9	退院後に継続することの必要性和困難を感じていた
10	栄養士や理学療法士からより具体性のある指導を受け、実施できていた

IV. 考察

今回の研究では糖尿病患者の疾患や入院に対する思いなど心理面について聞くことができた。B氏は【小さい時から膵臓が悪く、医師からはいずれ膵臓がんになるだろうと言われていたため、糖尿病と診断されても驚かなかった】【今回、復習と内服薬からインスリンへ変更する目的のため、やる気は十分で入院した】と答えており、F氏は【糖尿病は生活習慣病であり、治療をすれば治ると思っていたが、現在は糖尿病は一生付き合っていかなければいけないと認識している】【夫のことが気になり入院を迷ったが、家族の後押しもあり、合併症を予防するためにも血糖値を下げたいと思い、血糖コントロールとインスリンの調整のため、思い切って入院した】と答えており、糖尿病罹患歴が長く、受け入れが来ている患者は入院目的も明確にできている傾向にあった。しかし、I型糖尿病と診断されて間もないC氏は【全部受け止められていなくて気持ちの折り合いもついていないが、しないといけないと分かっているから、全部仕方なく行っている感じである】と話していたことから、糖尿病に罹患していることを十分に受け入れられていなかった。そのため、指導や治療に対して受け身になっていたと考えられる。

入院期間については学生のE氏、高齢の親を抱え

ており、長期入院が困難な状況にあるB氏、F氏にとって2週間は長いと感じていることが分かった。糖尿病教育の入院期間について、長島ら¹⁾は週末3泊4日の入院は入院費用が少なく、週末を利用することによって患者の負担が少ないことを利点として挙げており、ADLの制限や精神障害がなく教育指導内容が一定以上であれば入院期間は患者の都合・希望に沿って決定してもいいのかもしれないと述べている。つまり、患者の心理状況や社会的背景を考慮した短期入院用のクリニカルパスの作成も有効であると考えられる。

指導に用いるパンフレットに関しては罹患歴が長いB氏とF氏は知識の再確認に役立ったが新しく獲得した知識はなかったと答えている。その他の患者からはイラストがよかった、文字の大きさやページ数、見やすさは問題なかったという意見が得られたため、初めての教育入院患者や高齢者にとってはパンフレットの使用は有効であったと考える。

理解度チェックについては【理解度チェックは自分の理解不足である内容や病気に対する理解度を知するのに役立った】【理解度チェックについて自分は知っている事を書くだけで役に立たなかった】という意見が聞かれたが、自己の疾患に対する理解度を知ることや、理解度チェックの結果、知識が不足していた内容を今後の指導内容に盛り込むことで活用できると考える。日程表については【日程表はメモ代わりになり、入院中の予定を見返したり、指導の時に見て役立っていた】【日程表があることは知っていたが見ていなかったり、検査などの日付は書き込んでおらず、有効活用できていない】という意見が聞かれ、入院当日に日程表を渡されたまま活用できていない患者もいた。指導時に今日の指導内容やクリニカルパスの進行状況などを看護師とともに見返したり、患者が予習や復習にも役立てられるよう活用していく必要がある。具体的な指導内容に関しては、6名全員が食事療法に対する関心が高く、食事療法の重要性を理解できており、具体的な行動変容についても考察することができていた。糖尿病教室や栄養指導を受講して「糖尿病教室では外食や献立のポイントな

ど看護師からの指導より詳しく栄養士から聞いたのが役に立った」「糖尿病教室や栄養指導では正しい食事量やバランスよく食事を食べること、食品の分類について学び、これまでの食生活を振り返り、改善点を見出せた」という意見が聞かれた。

しかし、『退院後に継続することの必要性和困難を感じていた』とうカテゴリーから、糖尿病患者にとって食事療法は最も基本的な治療でありながら、それを自己管理し継続的に実践することは困難であると感じていた。当院では外来通院でも糖尿病教室や栄養指導を受講することができ、外来看護師とも連携しているため、退院後も継続した指導を行うことで、自己管理を継続していく意識付けにもなると考える。また、高血糖に関しては【高血糖については症状や値について知識が不十分であり、もう少し高血糖について指導して欲しかった】【インスリンを打っていたら高血糖にはならないと思っている】という意見が聞かれ、高血糖については知識が不足している患者が多かった。当病棟では低血糖と高血糖を1つの項目として同じ日に指導しており、6名全員がインスリン導入していたため、高血糖より低血糖に対する関心が高かったのではないかと考える。また、看護師が低血糖に重点を置いた指導になっていることも可能性として考えられる。シックデイについては【シックデイや対処方法については聞いたことも経験したこともない】【シックデイについては今回の入院で初めて聞き、対処方法として食欲がなくても食事はきちんと摂るよう指導を受けた】などという意見が聞かれ、指導内容に対する理解度には差があった。

今回インタビューを行った患者の背景として、合併症が進行しており失明している男性患者、主婦で家事全般を行っており高齢の親を抱えている女性患者、働き盛りで飲酒や外食の機会が多い男性患者、不規則な勤務体制の仕事をしながら家事も行っている女性患者、高校生の女性患者というように生活背景や社会的役割が異なっていた。そのため、病気に対する思い、教育入院に対する意欲、指導内容に対する理解度はさまざまであり、患者の特徴に沿った個別的なクリニカルパスを使用する必要性があると考えら

れた。室尾らは²⁾ 患者の思いや教育の受け入れ状況を意識的に情報収集し、心理的変化ステージに応じたクリニカルパスを導入したことで患者それぞれのレベルに合った指導ができ、行動変容を起こすことができたということを示している。このことから、患者と医療者が今後の方向性を統一し、個別性のある効果的な指導を行っていくためにはクリニカルパスを開始する前に患者の思いや疾患・治療に対する理解度、患者がどうなりたいたのかなど十分に把握しておく必要がある。そして、一方的な指導にならないよう患者の心理変化ステージに応じて指導を進めていく必要があると考えられる。また、前述したように患者の生活背景や特徴は異なり、同じクリニカルパスを使った指導を受けても患者の理解度はさまざまであるため、疾患や患者の理解度に応じて患者の希望も取り入れた患者参加型パスが有効であると考える。患者と共に実現可能な目標設定したり、患者がもっと知りたいと思った項目を指導に取り入れることによって、自己管理を継続することへの意欲向上にもつながると考えられる。しかし、入院中は知識と技術の確認までであり、退院後に食事療法、薬物療法、運動療法がどの程度継続できているかを評価していくためには外来と連携していく必要がある。

V. 結論

1. A病棟では患者の生活背景や入院に対する思い・受け入れ状況などを十分に把握していないまま指導が開始されているという現状があった。
2. 患者の知識レベル、求める指導方法、知りたい内容には相違があるため、患者と方向性を統一した指導を行う必要がある。
3. 栄養士や理学療法士など他職種による専門的関わりは患者にとって有効である。

おわりに

今回の研究結果から、患者の生活背景や疾患に対する思いなどを十分に把握したうえでクリニカルパスを開始することが重要であり、患者参加型パスを使用することで、より患者の特徴に合った個別性のあ

る指導を行うことが出来る。また、退院後も治療を継続することに対して不安がある患者もおり、外来と連携して指導の評価をしていく必要がある。今回得られた意見を元にクリニカルパスの修正を行い、個別性のある糖尿病看護に役立てたい。

[引用文献]

- 1) 長島美里 他：週末3泊4日糖尿病教育入院クリティカルパスと2週間入院クリティカルパスの教育治療効果の比較検討、医療マネジメント学会雑誌、5(4)、487 - 492、2005.
- 2) 室尾恭子 他：個別性を重視した糖尿病教育の試み－教育パスに心理的ステージのアセスメントとコース選択性を導入した3事例－、第36回成人看護Ⅱ、62 - 64、2005.

香川県看護学会誌への投稿について

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

香川県看護学会誌投稿規程

投稿者の資格

原則として公益社団法人香川県看護協会会員に限る。会員以外・看護職以外で会員と共同研究を行った者は、共同研究者として投稿原稿に記名できる。

対象とする原稿

次の項目をすべて満たしているものを対象とする。

- 1) 香川県看護学会で発表した研究であること。
- 2) 倫理的に配慮された研究内容であり、その旨が本文中に明記されていること。
- 3) 同一内容の論文を他の関連学会および研究誌（商業誌を含む）へ投稿していないこと。

投稿手続き

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

投稿の受付および採否

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

原稿の書式設定

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

原稿執筆要領

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

2013年3月改訂

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

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

*文献の記載方法

引用文献は引用順に番号をつけ、本分引用箇所の肩に1)、2)などで示し、現行の最後の一括して引用番号順に記載。参考文献名は記載しない。

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

編集後記

ここに香川県看護学会誌第6巻を皆さまにお届けいたします。

今回は9編の論文を掲載することができました。投稿いただいた会員の方々並びに査読を担当していただいた編集委員（学会委員）の皆さまに深く感謝申し上げます。

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

皆さまが日々の看護実践の中から生じる疑問や問題をテーマとして研究に取り組み、その成果を論文としてまとめ発表することは大変意義深いことだと思います。今後は研究論文の内容の質向上を図っていく努力が求められていると思われます。

本学会誌が広く多くの方々の目にとまり、皆さまが導き出した研究成果が看護実践に活用され、看護の質向上につながることを願っています。

平成27年4月

公益社団法人香川県看護協会常任理事 阪井眞利子

第31回 香川県看護学会

学会長 中 村 明 美

**香川県看護学会誌 第6巻
論文選考委員（学会委員）**

荻田多恵子

宮田みゆき

佐々木純子

小林 真弓

星川 美穂

高崎 麗華

豊嶋 克美

事務局 阪井眞利子

香川県看護学会誌 第6巻

平成27年4月発行

編集 公益社団法人香川県看護協会 学会委員会

発行 公益社団法人香川県看護協会

〒769-0102

香川県高松市国分寺町国分 152-4

電話 087-864-9070

印刷 株式会社中央印刷所

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・出版権の侵害となりますのでご注意ください。

香川県看護学会誌

第6巻

二〇一五

公益社団法人 香川県看護協会