

会長講演

第7回看護実践学会学術集会

看護実践から学び、看護実践を楽しむ

池野 二三子

公立能登総合病院

日時 平成25年9月14日(土) 場所 和倉温泉観光会館

1. はじめに

ようこそ能登へお越しくございました。沢山の方にお集まり頂き、第7回看護実践学会学術集会を開催することに心より感謝を申し上げますと共に、大任を与えて頂きました稲垣理事長、理事の皆さま、会員の皆様に厚く御礼を申し上げます。

さて、2020年のオリンピック開催地が東京に決定しました。IOC総会でのキャスターの滝川クリステルさんの「おもてなし」プレゼンテーションを聞かれたかと思いますが、それが東京開催を決定したともいわれています。昔々から日本が持ち続けるおもてなしの心が、私たちにこの素晴らしいチャンスを与えてくれたのではないかと感じています。

私たちの看護、介護も同じではないでしょうか。心の込もったおもてなしの心が、患者様、ご家族、そして私たち看護職者にチャンスを与えてくれる、患者さんの可能性を引き出す看護実践、その持つ力を、皆さまにお伝えできればと思っています。

2. 看護と介護が協働する力

生命の誕生に感動し、誰にも訪れる老い。そして病気を持ったさまざまな立場の患者さん、突然に訪れる死への悲しみに遭遇した家族、人生の最期を迎える方といろいろな場面で人の「生・老・病・死」に関わる看護職。一人一人の患者さんの何が問題か、何ができ、何ができないのかアセスメントし、看護計画を立てて看護を実践しています。しかし、それは容易ではなく、これでよかったのか、他にできることはなかったのかと不安や

迷いを感じています。そういった苦悩の中でも、互いの看護実践で得た経験知を学び、語り合い、そして共に成長する機会を得ることで、看護が楽しい、看護職でよかった、この仕事を続けたいと実感している仲間がここにたくさんいらっしゃると思います。

胃瘻について、あるいは口から食べることにについて、今あちこちで話題になっております。川嶋みどり先生は「目の前の患者さんが本当に食べられるかどうかを真剣に考えてほしい。看護の視点や技を生かすべきである。どんなに少量でも口から食べる価値がいかに大きいのか」とおっしゃっています。食べる、眠る、排泄する、体をきれいにするといった基本的な生活行動に対して援助するときに、一つ一つを切り離して別々にアセスメントしようとしても、良い結果にはつながりません。

食べる行動をしっかりと援助することで、眠る・排泄するといった行動につながり、生活行動が安定します。入院中から退院後の生活のイメージを膨らませ、その人の生活行動を見据えた看護を実践することが求められます。また、清潔ケアを行うときにはただ単に手足を洗うのではなく、手足を洗いながら毎日刺激を与えることで大脳皮質を刺激し、これが意識レベルの覚醒に変化をもたらします。日々のケアを行うときに、可能な限り体を起こし、筋力が低下する前にどれだけ意識的にリハビリテーションの要素を取り入れるかが大切だと思っています。

患者さんの療養生活を支えるためには、看護と介護の力が必要です。看護ケアは看護と介護を結ぶ大切な手段であり、看護と介護は共に学び、協

働いていくことが大切であり、ばらばらでは患者さんの療養生活を十分に支えられません。

3. 忘れることのできない三つの事例

これまでの私の看護師人生で忘れることのできない三つの事例から、看護実践を通して学んだこと、看護を楽しみと感じたことをご紹介します。

1例目は、寝たきり状態から自力歩行へと改善した患者さんです。70代の女性Aさん。三十数年前、Aさんは食欲がなく、仙骨部に大きな褥瘡があり、両下肢が拘縮している寝たきり状態でした。当時は、褥瘡処置もまだ確立していない中、先輩看護師と褥瘡治療に向けて看護計画を立案し、褥瘡部の処置とともに体位変換や座位訓練などを段階的に行い、ついに自力歩行を可能にすることができました。毎日、看護ケアとリハビリテーションを取り入れながらチームで関わり、患者さんはときどき泣きそうになりながらも、寄り添い、励まし合いながら、ついには自力歩行ができ、退院されました。ある日、着物姿でご挨拶にみえたとき、あのかの寝たきり状態の方がすてきな奥様だったとはと見違え、スタッフみんなで患者さんの持つ力に感動し、看護ケアの喜びを語りました。

2例目は、「ナースコール“0”」作戦を実施した事例です。二人部屋に入院していた親子ほどの年の差があるBさんとCさん。交互にナースコールをする困った患者さんたちでした。私はこの二人の患者さんを担当することとなり、自分が変わっていくしかないと決心。掲げた目標が「ナースコール“0”」作戦でした。勤務の始めと終わりに、今何かすることはないと聞き、次に訪室する予定時間を伝え、待つことは可能か、患者さんとの約束を守りました。二人とも体位変換は自力で可能ですが、ベッド上では自立座位ができず、食事介助や日常生活の援助が必要でした。徐々に患者さんとの信頼関係ができ、目標が達成できました。病気に対する不安や、日常生活を自分で思うようにできない悔しさからナースコールを押し、看護師を待っている患者さん。病態や安静度のため、あるいは遠慮などからなかなかナースコールを押せない患者さんも沢山いると思います。患者さんとコミュニケーションを取りながら観察し、患者さんの心の中まで見ることは容易ではありませんが、患者さんが言う前に察知する先取り看護を実感し、看護がとても楽しいと思えた事例です。

3例目は、心不全・腎不全、多臓器不全で人工

呼吸器装着中のDさんです。若い主治医が一生懸命に治療し、たくさんの薬剤を使用していました。ある医師に「俺たち医師は治療している。君たち看護師は何をしているのか」と言われ、はっとし、看護を振り返りました。ナイチンゲールの『看護覚え書』をスタッフと共に読み返し、看護とは何かと考えながら毎日看護ケアに励み、手浴・足浴をしながら刺激を与え続けました。

当時は病態や患者の状態に合わせ、科学的根拠に基づいてうまく医師とチームでカンファレンスする力もありませんでしたが、ふと「野菜や花にも肥料やお水を与えるけれど、やり過ぎると根から枯れていくといわれる。果たして、この患者さんにこのようにたくさんの点滴など注射薬の使用が良いのだろうか?」と思いました。ある日、勇気を奮って主治医に「治療に関して私たち看護師は何も言えませんが、こんなにたくさんの薬剤を使用していると、患者さんの体の中で薬と薬がけんかしているみたいで心配なのですが」と質問したところ、若い主治医は一生懸命に考え、治療と看護と一緒に続けながら、少しずつ、少しずつ点滴は減っていきました。そして私たちも、人工呼吸器を使用しているにもかかわらず、毎日の声掛けと口腔ケア、手浴・足浴、清拭と、皮膚への刺激と、看護の基本に徹しました。

私たち看護師にとって、診療の補助として治療計画を指示どおり実施することは重要な業務ではありますが、それに伴った患者さんの療養上のお世話、患者さんのできることを引き出すにはチームで取り組まねばならないということを実感した事例でした。その後、患者さんはリハビリに積極的に取り組み、リハビリ専門施設へと転院され、ある日、外来受診され、病棟まで歩いて挨拶にみえたときは、スタッフ全員で喜び合ったことを今も忘れません。

4. これからの看護・介護

21世紀の医療のあるべき姿として、治す医療から健やかさを見守る医療へということ。看護師に期待される新たな役割は、看護と介護の協働ケアで、その人の一番望むような方向を考えながら暮らしを支えることだと日野原重明先生はおっしゃっています。

能登地域は20年後の日本の縮図ともいわれています。進む高齢化、暮らしを支えるとはどういうことか、生命の誕生から向き合い、病気を持った人、老いていく人が自分らしくどう生きるか、生

き終えるか、どうしても誰かの手を借りなければ生きづらくなっているところを、その人の一番望むような方向へ行けるように患者さんの力を信じて支える、あきらめない看護を実践し、看護の楽しさを共有していきたいと思っております。

看護実践学会でこのように看護実践をまとめ、語り、学び、やりがい感を感じることで、素晴らしい仲間がいる、看護職が楽しい、また頑張ろうと一歩を踏み出す楽しさを、皆さんも一緒に見つけませんか。今日参加している皆さんを含め、私も看護実践学術集会で臨床と教育でお互いに学び、看護の価値を見つけ、成長できる素晴らしさを感じている一人です。

また、私たちは、説明できる看護、考える看護、責任ある看護を目標に掲げていますが、患者さんからのご意見をたくさん頂きます。あるとき患者さんから、「あの看護師に聞けば何でも答えてくれて、分かりやすく納得できる」と話していただき、仲間として大変うれしく今も忘れられられません。

今後は、深いアセスメント、裏付けあるケアで、質の高いチーム医療を目指し、そして臨床と教育の連携により、患者の可能性を引き出す看護実践の醍醐味を次世代の看護職者にリレーしていきたいと思っております。

ご清聴、ありがとうございました。

特別講演

第7回看護実践学会学術集会

摂食・嚥下機能をアセスメントする看護技術

鎌倉 やよい

愛知県立大学

日時 平成25年9月14日(土) 場所 和倉温泉観光会館

1. はじめに

本日はお招きいただきまして、ありがとうございます。学術集會長の池野先生、そして理事長の稲垣先生、本当にありがとうございます。

私に与えられたテーマは「摂食・嚥下機能をアセスメントする看護技術」ですから、基本的なところからお話しさせていただきたいと思います。先ほどお話を伺ったところ、能登半島は高齢化率がさらに進んでいることが分かりましたが、日本全体としては、今、24.1%に達して、4人に1人が高齢者という時代になってきました¹⁾。それに伴い、死因別順位を見ると、今まで脳血管疾患が第3位、肺炎が第4位でしたが、2012年には肺炎が第3位、となり脳血管疾患と逆転しました。これは高齢化の影響であり、高齢者の肺炎は、やはり口腔嚥下機能の低下に起因する誤嚥性肺炎があると考えられています。日本は高齢化の進行が世界に先駆けて本当に早い。どのようにそれに対応していくのかを世界中が注目している時代であると思います。

また、誤嚥性肺炎に関する研究で、成人期の人を対象に口腔内の肺炎球菌を調査したところ、実に55.6%の人が持っていました。皆さん、健康な人です。前期高齢者では45.7%、後期高齢者が32.7%です²⁾。皆さん元気ですが、肺炎球菌を持っているのです。ですから、肺炎球菌を口の外へ出していく努力、つまり口腔ケアをしていかなければ、高齢者の肺炎は解決しないことが見えてきました。

2. 摂食・嚥下障害の原因

摂食・嚥下障害の原因で一番多いのは脳卒中といたった疾患であり、加齢現象が相まって摂食・嚥下障害を引き起こします。意識レベルが下がると嚥下反射が弱くなったり、気管切開を行うと声門下圧が維持できなくなります。そういった医療処置の影響と、摂食環境や内服薬の影響などの問題もあります。摂食・嚥下障害を放置すると、生命に直結するような誤嚥性肺炎が起こります。その結果、栄養不良、脱水が起こってきます。もう一つは窒息の危険性です。これは精神科において、向精神薬が嚥下反射そのものを減退させ、窒息事故を引き起こされてきました。人間にとって、食べるということはまさに基本的な欲求です。それがあって初めて元気に生活ができるので、QOLにも影響します。介護が困難という家族の問題にも広がっていきます。食べることの問題である摂食・嚥下障害は、一番広く取り組まなければいけない問題であると思います。こういった全体像をつかんでいただきながら、では原因となる疾患にはどんなものがあるのかを見ていきたいと思いません。

疾患で一番多いのは脳卒中です。脳卒中にもいろいろなパターンがあります。脳神経核よりも上位ニューロンが障害される場合、一側性なのか両側性なのかによっても嚥下障害の起こり方は変わってきます。次に、神経筋疾患は徐々に悪くなっていくので、いかに今の状態を維持するかが目標になります。術後の嚥下障害もいろいろ問題になってきました。頭頸部がんの術後嚥下障害は、構造が変わってしまうために起こるものです。食道

がんの術後にも起こります。そして、神経系の問題かと思いますが、心臓手術後の合併症として嚥下障害が記されています。あとは小児期の摂食・嚥下障害です。口唇裂・口蓋裂、脳性まひなどが原疾患で、これから嚥下することを獲得することになります。今、極小未熟児が気管チューブを入れて呼吸管理をされて成長します。嚥下反射を学習・獲得していく時期にチューブが入っているので、いざ抜いてみたら嚥下ができないということが問題になってきています。このように見ていくと、摂食・嚥下障害は医療のあらゆる領域、発達段階全てに関連してくる問題であると思います。

3. 摂食・嚥下障害のケアにおける看護師の役割

摂食・嚥下障害の医療において、看護師の役割が非常に期待されています。保健師助産師看護師法第31条第1項と第32条に、看護師又は准看護師でなければ療養上の世話及び診療の補助を行ってはならないと規定されています。言語聴覚士(ST)は法的に限定された診療の補助として嚥下訓練をすることが認められています。看護師は医師の指示の下に、最も広範囲に診療の補助としての医療行為を行える専門職であると思います³⁾。

では、看護師はどういう役割を果たしていく必要があるのでしょうか。医師、言語聴覚士、理学療法士などとのチーム医療が行われますが、そこで必要となる情報には原疾患の病態や嚥下造影検査の結果、嚥下内視鏡検査の結果、そして摂食・嚥下機能の評価といったものがあります。看護師からの情報として一番重要なのは、日常生活場面の観察と脳神経系の身体診査であると思います。

看護師は患者さんの状態を毎日継続的に観察できるので、小さな変化が分かります。食事の場面を見るときにも、むせているのか、一口量がどのくらいなのか、ペースはどのくらいなのかといったことを全て観察することができます。嚥下造影は被爆の問題があるので、そう頻回には行えませんが、脳神経系の身体診査であれば、定期的に行うことが可能です。そういった意味で、日常生活場面の観察と脳神経系の身体診査を看護師の技術としてマスターしていくことが重要であると思います。

身体診査は、医学教育においてずっと教育されてきた内容です。それが今、看護教育の中に入ってきて、フィジカル・アセスメントという形で教えられるようになりました。ただ、これもまだまだ歴史的には浅いので、教育機関においてこれを

十分に教育された方と、そうでない方がいらっしゃいます。ですから、脳神経系の身体診査の技術を身に付けることも一つの目標としていただければと思います。

こういった情報から、摂食・嚥下機能をアセスメントし、この状態であればこの方法論を適用しようなど、チームにおいて摂食・嚥下訓練のプログラムを個別に確定していきます。嚥下造影検査時には、この姿勢、この粘度だったら誤嚥を予防できることも確認しながらチームで決めていくことになります。そこに看護師が参加しながら遂行していく役割があると思います。

訓練の実行に当たっては、病棟での実施がとて重要です。リハビリテーション室で言語聴覚士によって1回だけ訓練されても、あまり効果がないわけです。それを連携して、病棟で繰り返し、繰り返し行うことが重要です。子どもが学校に行き勉強して、家に戻ってきたら復習するという感じです。看護師は、病棟での訓練の実施に当たり、患者さんの生活に定着させる調整ができると思います。

もう一つは、全身状態の観察・管理です。呼吸音を聴診して、誤嚥がないことを確認するといった全身管理も、看護師の役割として大きいと思います。そして、安全な訓練の環境を設定していくことも看護師の役割です⁴⁾。

4. 摂食・嚥下の仕組みとその障害^{5,6)}

ここからは、摂食・嚥下の仕組みとその障害について、お話ししていきたいと思います。生理学では、嚥下は送り込みの過程です。咀嚼が終わった後の食塊の移送が嚥下と表現されています。食べる行為は嚥下の前の段階がありますので、摂食と表現しています。摂食の過程では、食物を認知して、口へ運ぶまでを「先行期」、それを捕食し、咀嚼して食塊を形成するまでを「準備期」と表現します。嚥下の過程では、舌運動によって食塊を咽頭方向に送り込むのが「口腔期」、感覚受容体から嚥下反射が引き起こされて、食塊が咽頭を通過して食道入口部に送り込まれるのが「咽頭期」、食道の蠕動運動によって胃まで送り込まれるのが「食道期」です。

この場合「期(stage)」は、組織の変化を意味します。生理学では口腔・咽頭相というように「相(phase)」という言葉が使われています。これは食塊の動きを意味します。例えば、組織の変化と食塊の動きが一致すれば、誤嚥は起こらないわ

けです。ところが、食塊の動き「相」と、組織の動き「期」が一致せず、相の方が早く期の動きが遅れたりすると、誤嚥が起こってきます。ですから、「相」は食塊に注目し、「期」は組織の変化に注目しているとご理解いただければ良いかと思えます。この5期のいずれかに一つ以上の機能的障害をきたすことを摂食・嚥下障害といいます。

1) 準備期・口腔期

口腔からは多くの情報を得ることができるので、口の中を見るということが第一段階です。口を開けて、どこに舌苔やバイオフィームが付着しているのかを見ると、その動きが悪く、もしかしたら麻痺があるかもしれないと考えます。そして、歯列の外側を口腔前庭といいます。通常ならばそこに食塊が溜まることはありません。しかし、麻痺があると、溜まっても気づきません。歯の欠損によっても食残渣が溜まるので、口腔内を観察して見極めることが重要です。

では咀嚼はどのように行われるかという、取り込んだ食物を舌の動きによって、右、左、右、左と臼歯の上に送り込み、それを下顎の運動によってすりつぶしていくわけです。そのときには、舌筋と頬筋が互いに押し合って、その間を歯がかみ合わせるという形になります。ですから、頬の筋肉を動かす顔面神経や舌筋を動かす舌下神経の障害があったりすると、そこで問題が起きてきます。ですから、口の中をまず見てみる。そして、食塊がどこに残っているかということも確認することが必要です。

続いて食塊はどう送り込まれるかという、まず舌によって送り込まれて舌根部に移動し、喉頭蓋谷で左右に分かれて、左右の梨状陥凹というくぼみを通して、その先の食道入口部でまた一緒になるという形で進んでいきます。食塊の一部は喉頭蓋の内側の喉頭前庭にも入り、高齢になるとそこに残ってしまうことがあります。喉頭蓋谷と梨状陥凹と喉頭前庭の3か所が残りやすい部位になります。

2) 中枢性制御機構

それでは、嚥下の中枢性制御機構について説明します。嚥下反射は、いつも同じ順序で、同じ時間差で、嚥下関連筋が動くので、嚥下のパターンがそこでつくられているといわれています。咽頭や喉頭の感覚受容器から入力された刺激は舌咽神経、上喉頭神経を経て、孤束核に入ります。続いて延髄網様体に伝達され、疑核、舌下神経核、顔面神経核、三叉神経運動核を経て一つのパターン

のように嚥下関連筋が動きます。そのため、延髄網様体に、一つ概念として、嚥下パターン形成器があるだろうといわれています。疑核からは舌咽神経と迷走神経が出ています。この疑核は両側支配です。これは覚えておくべきことと思えます。つまり、片方が駄目になったとしても、もう一方から線維が入っているので麻痺しないのです。その意味で、両側支配というのは大きなことかと思えます。舌下神経核は一側支配、片方だけです。顔面神経核は上部核と下部核に分かれていて、上部核は両側支配、下部核は一側支配になります。三叉神経運動核も一側支配です。こういった脳神経核から出力されて、嚥下関連筋が動いていくわけです。

3) 咽頭期

咽頭は通常、空気の通路であり、食道は閉じています(図1, A)。空気の通路が、食べる時だけ嚥下反射によって食物の通路になり、そのときだけ食道が開くのです。非常に精巧なつくりになっていると思います。非常に合理的で、最小限で大きな機能を持ちます。この機能を見るたびに、人間の体ってすごいなと思ってしまう。

それでは、どのようにして嚥下が起こるのかを簡単に説明していきたいと思います。つまり、ごっくんという反射が起こったときに、何が起こるのかということです。まず、硬口蓋と舌が密着する舌口蓋閉鎖が起こります(図1, B①)。2番目に、鼻腔と咽頭を閉鎖する鼻咽腔閉鎖が起こります(B②)。3番目に、喉頭が挙上して喉頭閉鎖が起こります(B③)。最後に、食道入口部が開大します(B④)。これは、家の中の三つの中窓がしっかりと閉じて、タイミング良く次の部屋へのドアが開くとイメージしてもらえば良いかと思えます。

これらの中窓がしっかりと閉じるということは、

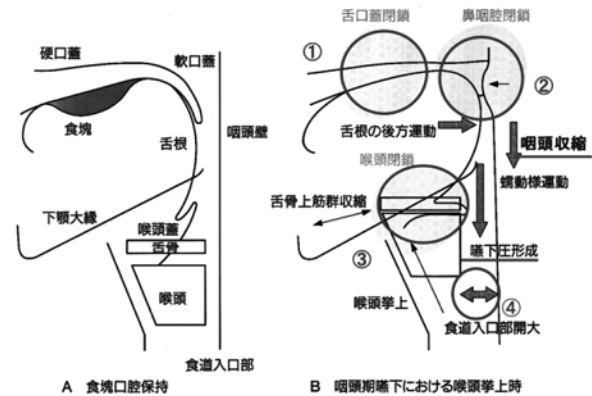


図1 咽頭期の嚥下⁶⁾

咽頭腔が閉鎖空間になるということです。その閉鎖空間において、舌根が後方へ移動し食塊を送り込むと、上から下への嚥下圧が生まれます。これは、舌根が咽頭というゴールに食塊をダンクシュートのように押し込むかのようです。もう一つは、咽頭収縮です。上咽頭収縮筋、中咽頭収縮筋、下咽頭収縮筋が、上から順にタイミング良く収縮します。それはあたかもクリームの搾り出し袋のような咽頭収縮の作用で上から下への嚥下圧が生まれ、タイミング良く次のドア、即ち食道入口部が開くと食道に食塊が入っていきます。

ですから、咽頭腔の閉鎖空間ができないと、有効な嚥下圧が加わらないことが問題になります。舌口蓋閉鎖、鼻咽腔閉鎖、喉頭閉鎖の3つの中窓のどこかが緩むと咽頭腔に食物残渣が残ります。また、この3つがしっかり閉じていても、食道の入り口が開かずに抵抗があると、同様に食塊が残ることになります。

4) 障害と対策

舌の機能が悪いと、硬口蓋と舌が密着しません。密着していないことが具体的にはどんなところで観察できるかという、話の中で「か」行が出ないときです。「かきくけこ」を言うときには、舌が硬口蓋にくっつくのですが、それが言えないということになると、その部分の密着が悪いかもしれないと考えます。漏れてしまうのであれば、どう対策を取るか。つまり、中窓が閉まらないのだったら、玄関を閉じて圧を維持しようということになります。玄関を閉じるということは、口を閉じるということです。麻痺があると口から漏れてしまうので、そのときには麻痺側の口角を手で少し持ち上げてやります。あるいは、テープで少し持ち上げてやります。それだけで玄関を閉じることが可能です。

次に、鼻咽腔閉鎖が不十分な例です。典型的な例として、両側の軟口蓋麻痺の方が、腰掛けてちょっと下向きかげんで、大好きなぶどうを食べていました。ごっくんと飲み込むと同時に、鼻水がたらたらと垂れてきました。鼻水ではありません。ぶどうの汁です。つまり、ぶどうの実が食道へ入っていったけれども、鼻咽腔閉鎖の隙間からぶどうの汁が逆流したということになります。そういう場合も玄関を閉じてやります。この場合の玄関は鼻です。息をこらえて、ごっくんと飲み込みます。それによって、この玄関を閉じることになります。実際に、飲み込むときに鼻をつまむという

援助もありますが、それはなかなか難しいと思いますので、認知のレベルがしっかりしていれば、息をこらえて飲み込む方法があります。

喉頭閉鎖については、飲み込む時に喉頭がしっかり持ち上がると喉頭蓋が倒れて喉頭口をふさぎます。さらに、ぐっと息をこらえると、声帯が内転して密着し、披裂軟骨が収縮して、声帯の上を覆ってくれます。息をこらえることで誤嚥防止の作用があります。それを応用した訓練が、リフティングエクササイズとかプッシングエクササイズというものです。皆さま方、ちょっと姿勢を正していただいて、自分の腰かけている椅子を自分で持ち上げる努力をしてください。ぐっと力を入れて、「あっ」と声を出します。ぐっと力を入れますと、首にもものすごく力が入ります。そのときには皆さま方の声帯は密着しているので、気道は保護されています。

咽頭を後ろから見ると(図2)、喉頭の周囲に梨状陥凹があつて、食道があります。食道は通常閉じていますが、飲み込むときに開きます。そして喉頭はエレベーターのように上に行つて戻ってきます。そのときに甲状軟膏がしっかり挙上されて舌骨に密着すると、構造的に喉頭蓋が倒れ込んでくるという仕組みになっています。ですから、しっかり持ち上がるということが非常に重要なことと、その周囲の左右梨状陥凹、喉頭前庭、喉頭蓋谷に食塊が残りやすいということになります。

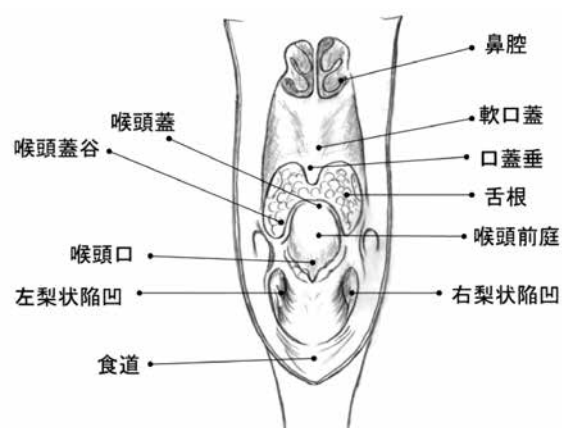


図2 喉頭と梨状陥凹

摂食・嚥下障害の主な病態は、食塊形成の問題、舌の運動の問題、嚥下圧形成の問題、咽頭クリアランス低下の問題です。咽頭クリアランスというのは、送り込まれた食塊を全部食道に送り込むことです。その力が落ちてしまうと、食塊が咽頭腔に残るといった問題が生じます。それから、誤嚥の

問題についても、嚥下前にむせるのか、嚥下中にむせるのか、嚥下後にむせるのかによって病態が変わってきます。食道蠕動運動が低下してしまう、逆流してしまうといった上部食道括約筋の問題、噴門が緩んでしまう下部食道括約筋の問題もあります。

この嚥下の仕組みを頭の中に入れておけば、嚥下の状態のどこが問題なのかというときに、「か」行が言えない、飲み込んだ後に鼻水が出る、いつも鼻声である、喉頭がどういふわけか下がっているといった問題から、その原因を考察できると思います。

5. 誤嚥の問題

誤嚥についてもここで説明しておきたいと思います。嚥下前誤嚥はどんな病態かというとき、食塊を舌の上で保持しているときに、軟口蓋はしっかりと保護しています。ところが、舌に麻痺があって筋力が弱っていると、水を口に含んだとたん水が咽頭へ落ち込んでしまいます。そうすると嚥下反射をする前に入り込んでしまうので、むせるのです。だから、口に入れたとたんむせるのは、舌の運動が問題になっていると判断できます。

前に述べたように、三つの中窓がしっかり閉じて、ダンクシュートのように、舌根が上から下に押し込むような形で食塊が咽頭に押し込まれます。そして、咽頭収縮筋が上から順番に搾り出し袋のように押し出してくれ、タイミング良く食道入口部が広がります。これだけの条件がそろえば、うまく嚥下ができるわけです。私たちは本当に何気なく、そんなことを考えることもなく飲み込んでいるわけです。

ちなみに、「ビールの一気飲みができるのは、特殊な嚥下なんだ」と自慢してくれる私の嚥下仲間がいますが、その場合は本当に食道入口部がずっと開きっぱなしなのだと思います。それから、若者の嚥下では食塊が一瞬のうちに押し込まれて食道へ入っていきます。喉頭が持ち上がってくる途中から、食道入口部がもう開いているからです。一方、高齢者の場合、喉頭が持ち上がってきて、本来もう開いてもいいはずなのに、食道入口部が開かず、食塊が梨状陥凹にたまり続けて、もうこれ以上たまると喉頭口に入ってしまうと心配するころに「ぼっ」と開きます。こういった場合には、嚥下後にも梨状陥凹や喉頭前庭に食塊や唾液が残ります。これらを吸い込んでしまうと、嚥下後誤嚥が引き起こされます。次に、嚥下中誤嚥とは、

飲み込んだときに誤嚥することですが、これは「期」と「相」のずれであると言えます。つまり、麻痺があると入力されてから筋肉が動くまでに時間のずれが起こって、咽頭期が引き起こされるのが少し遅れます。ですが、食塊はいつものように入っていくわけですから、食塊の方が早く到着して、組織の変化は遅れる。そのときにむせが起きます。これが嚥下中誤嚥です。そういう場合には、食塊の方が早く着いてしまうのですから、食塊の動きを遅くしてやればよいということになります。つまり、食べ物にとろみを付けることで、そのタイミングを一致させることが可能になります。

舌がんの患者さんが舌可動部の半側切除を行って、機能的には大丈夫なはずだったのですが、術後の経過の中では、なかなか舌の運動が戻らず、ペーストを入れると送り込めない、水を入れるとむせてしまうという状態の方がいらっしゃいました。その方は、水にはむせるが、牛乳は飲めるという結果でした。わかりますか、牛乳の粘度と水との本当にわずかな違いです。粘度を調整するときには、そのぐらいの微妙な調整をしていく必要があるのです。

6. 加齢の影響

今度は、年を取るとどのような影響を受けるのかということをお話したいと思います。その内容としては、歯牙の喪失、嚥下関連筋の筋力低下と易疲労、嚥下時の呼吸型の変化⁷⁾、喉頭位置の下降、誤嚥のリスクです。まず、歯がなくなることに関連して、愛知県歯科医師会が提唱したのが「8020運動」です。80歳になっても歯を20本残しましょうというのが運動の趣旨です。歯がなくなってしまうと下顎の固定ができなくなり、摂食・嚥下にも影響を及ぼします。易疲労、つまり疲労しやすいということは、1回の検査だけではいつもの状態が見えないので、高齢者の場合は2～3回検査を繰り返すと通常の状態が見えてくることがあります。

そして、喉頭の位置が下がります。高齢者の男性で、「まあ、立派な喉頭」と思えるくらい、大きな喉頭が真ん中ぐらまで下がっている方がいて、むせてどうしたらいいだろうかという相談がありました。本当に下がっているのです。通常ですと安静時の位置があって、喉頭挙上するときには、最大挙上位置で舌骨と甲状軟骨がしっかりとコツンと当たって喉頭蓋が倒れ込んできます。喉頭が上がるということは、大きな骨が食道の入口部分

から外れるということですから、柔軟に食塊が通りやすくなるということの意味します。ところが高齢者になると、筋肉が緩んで喉頭が下がってしまい、飲み込んでも喉頭が最大挙上位置まで持ち上がらない。60代では、何とか頑張ってその位置まで行くけれども、70歳を超えるとそこまで行かない人が多くなります。そうすると、この蓋の閉まりが不十分であったり、大きな骨が食道の入口部分に残ってしまい、それが抵抗となって、なかなか開かないということが起こってきます。その結果、咽頭クリアランスが低下して、食塊が残ってしまいます。

咽頭は、通常は呼吸の通路なので、呼吸と嚥下は密接に関連しています。ですから、嚥下障害が起こると誤嚥性肺炎につながります。若者の場合は、呼吸と嚥下の協調をみると、息を吸って吐いて、吸ったときの最後でごくんと飲み込んで、また息を吐いてと、きれいにつながっていきます。高齢者の場合は、呼吸回数が増えてきて、そのせいもあるかと思いますが、呼気の最後で飲み込むことが多く、後の呼気が少なくなるのです。しかも1回で飲み込みきれずに、もう1回飲み込みます。そうすると、嚥下後の呼気はなくて、すぐに吸気に移ります。食残渣が残っているところで吸い込んでしまうので、嚥下後誤嚥が起こってくるということが言えます。つまり、嚥下後誤嚥とは、飲み込んだ後に貯留しているものを吸い込むことによって誤嚥が起こることなのです。

ですから、呼吸型の変化としては、通常ならば呼気がしっかり後続されるけれども、高齢者では1回で飲み込めずに、何回も何回も飲み込むために最後に吸気になってしまう。そういう機会が増えてきて、誤嚥を起しやすと言えます。

7. 摂食・嚥下障害のアセスメント

1) 聖隷式嚥下質問紙⁸⁾

ここまで、具体的に嚥下が一体どのように起こるのか、そして高齢者においてそれがどのように変化しているのかということをお話ししてきました。では、看護師としてどのようにアセスメントしていくのかについて、学習のスタートラインという形でヒントを提示できればと思います。

今、アセスメントのためのいろいろな質問紙が開発されています。例えば、聖隷式嚥下質問紙には15項目の質問があります。言ってみれば、これは全部問診なのです。「肺炎と診断されたことがありますか」「やせてきましたか」「物が飲みにく

いと感じることがありますか」といった質問です。これらは全て今お話しした病態との関連で、物が飲み込みにくいということは嚥下反射を惹起しにくい、食事中にむせるということは嚥下時の誤嚥があるのではないかと見ていきます。

「お茶を飲むときにむせる」という回答は60代から半数ぐらい出てくるのですが、「ご飯を食べてむせる」という回答は60代では少なく、70～80代で多くなります。ですから、水でむせるのか、ご飯を食べてむせるのかを区別しながら聞いていきます。「食事中や食後、それ以外のときにも、喉がゴロゴロ（痰がからんだ感じ）することがありますか」、これは喉頭前庭に痰がたまっていると言えるかと思います。

このような形で、病態との関連をかなり推測することができます。15項目あり、この中でここ2～3年の症状を回答するのですが、この中で、一番頻度が高い「A」と回答した項目があれば、嚥下障害ありと判定します。この聖隷式嚥下質問紙は論文でも出されていますので、利用することは可能だと思います。

2) 摂食・嚥下障害リスク評価尺度改訂版⁹⁾

愛知県立大学で開発したリスク評価尺度改訂版もあります。これは在宅高齢者のためのものです。特徴としては、先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期と分けた形で質問紙が作られていることです。この質問項目にも一つひとつ意味があります。水分や食べ物が鼻に上がるというのは、鼻咽腔閉鎖が不十分である可能性、食べ物をいつまでも飲み込まずにかんでいるというのは、嚥下反射が惹起できない可能性を示します。水分が飲みにくい、ご飯が飲みにくい、喉に引っかかる、これは全て咽頭期の問題です。

そして、食事中や食後に濁った声に変わる。これは何が起きているのかというと、ご飯を食べはじめると、飲み込んだ後に唾液にまざったご飯粒などの食塊が喉頭前庭にたまり、呼吸とともに出たり入ったりするのですが、声はその唾液の水分中を通して出てくるので、音が変わります。湿性嗄声、だみ声といった声に変わります。そういう症状があるかどうか、そして、食べ物が口に入ったとたんむせる嚥下前誤嚥、飲み込むときにむせる嚥下中誤嚥、飲み込んだ後にむせる嚥下後誤嚥、それぞれ病態があるので、どんな状態かを詳しく聞いていくと、これで病態を予測することが可能です。準備期、口腔期も、かむことが困難、硬い食べ物を避け、柔らかいものばかりを食べる、

ばさばさしていると感じるということであれば、唾液の分泌が少なくなっているのではないかと推測することができます。

これは「いつもある」が3点、「ときどきある」が2点、「まれにある」が1点、「ほとんどない」が0点として判定していき、ここ3カ月ぐらいの食事中に出現する症状を答えてもらいます。合計得点を出して、6点以上を嚥下障害リスクありと判定します。高齢者が対象です。広く判定することができるので、そこから今度は二次スクリーニングということで、また別の検査を組み合わせるということを行っています。

8. フィジカル・イグザミネーション

今お話しした質問項目は全て主観的情報になります。主観的情報から客観的情報に移していく、つまり、判断をしていくということがとても重要になります。患者さんの訴えをよく聞いて、摂食・嚥下機能の問題を予測していく。そして、予測した可能性を身体診査（フィジカル・イグザミネーション）を用いて確認して判断し、フィジカル・アセスメントを行います。

具体的には、例えば食事中や食後に濁った声に変わるのであれば、食残渣や唾液が喉頭前庭に貯留している可能性があり、水を通して声が出るため湿性音に変わる。その場合、頸部聴診を行い、気管呼吸音を確認します。頸部聴診の場合、嚥下音を診断に使おうと医師の方々は研究なさっています。看護では、喉頭前庭や梨状陥凹に食残渣があるかどうかを判断していきますから、嚥下音ではなく、主に嚥下後の呼吸音を聴診し、気管呼吸音、液体の振動音などを確認していきます。左右の梨状陥凹の部位を聴診します。

もう一つ、摂食・嚥下障害の病態についてお話しします。脳卒中であったとしても、両側性か一側性か、核上性、核性あるいは核下性かによって病態が全部変わってくるのです。脳神経核までの神経線維を一次ニューロン、脳神経核から出ていく脳神経を二次ニューロンといいます。一次ニューロンが左又は右の一側性に障害された場合、一側性核上性障害になります。先に述べた疑核を思い出してください。両側支配の神経核のところは、一側性核上性障害の場合、麻痺しないと言えます。つまり、嚥下反射のときの咽頭周囲の舌咽神経・迷走神経は麻痺しないということになります。両側性核上性の障害は偽性球麻痺といわれます。この場合は、両方とも障害されてしまいますから、

両側性の支配のところも麻痺します。核性の障害の場合は球麻痺といいますが、この場合も二次ニューロンが障害されます。ただ、球麻痺の場合はどの部分が障害されたのかによっても変わってくるので、嚥下反射が減退、もしくは消失という形になると思います。核下性の問題は、脳神経核よりも下方で障害されることになります。大雑把な考え方ですが、これを病態として頭に入れておくと非常に分かりやすくなるだろうと思います。

ここからがフィジカル・イグザミネーションとなりますので、具体的に見ていきたいと思います。三叉神経の場合は、感覚神経と運動神経の両方があります。感覚神経の場合は、第1枝、第2枝、第3枝に分かれていて、それぞれ眼神経、上顎神経、下顎神経です。相手が答えられる人の場合は、目を閉じてもらって触ったときに手を挙げてもらうという方法で診査すれば分かります。右、左、右、左という形で確認するだけで、正常か異常かがすぐに分かります。そして、この三叉神経の感覚入力には口の中も同じなので、表面が麻痺していれば口の中も麻痺していると考えなければいけません。咽頭への入り口の周りは舌咽神経です。その奥は迷走神経になります。迷走神経も疑核から出るので、一側性の場合であれば麻痺はしません。ところが、両側性だと麻痺を起こします。舌咽神経以外のところは三叉神経だと思ってください。三叉神経が全て支配しているので、それを確認していきます。口を開けてもらおうと、片方だけに舌苔やバイオフィームが付いていたりしますので、その場合には、そこに麻痺があるかどうかを見ながら確認していきます。触ってそれが分かるかどうかという確認だけです。もう一つ、運動枝があります。運動の場合は口筋が均等に収縮するかどうかを見れば分かるので、両方に同様に手を当てて、かみしめてくださいと言って、均等に収縮するかどうかによって確認することができます。

顔面神経の場合は、上部核の支配がおでこから眼瞼まで、下部神経核の支配が目から下になります。ですから、脳卒中などの中枢神経麻痺の場合は、おでこは正常で目も閉じることができます。しかし、一側の口角が下がって、鼻唇溝がなくなるということが起こってきます。末梢神経麻痺の場合、顔の半側全部が麻痺してしまいます。目も閉じることができません。目を閉じてくださいと言うと、眼球だけは上を向きますが、閉じることができません。ですから、保護のために目を閉じてテープで固定して、眼帯をするというようなこ

とが行われます。ごく身近な最近の例で、わが家に長男から「悪いお知らせです」という電話がありました。ヘルペスが顔面神経に広がり、どんどん麻痺が広がって、今、顔の半側に麻痺が進んでまさにその状態です。不謹慎にも写真を撮っておきたいと思ったぐらいですが、今は元気に戻りました。脳卒中の場合は片側の目から下が動かなくなる中枢神経麻痺ですが、ヘルペスの場合は顔の半側だけが動かなくなる末梢神経麻痺です。それをしっかりと頭に入れておくことが重要です。

そして、カーテン徴候です。これも簡単です。口の中を見て「あー」と言ってもらうだけで、麻痺があるかどうか分かります。麻痺がなければ軟口蓋が両方も収縮して持ち上がります。麻痺があると健側の片方だけ持ち上がるので、口蓋垂は健康側に引かれます。そして、咽頭後壁が健康側に引かれて、声を出すのをやめると戻ります。この咽頭後壁の動きをオペラ座のカーテンの優雅な動きに見立てて、カーテン徴候といわれています。咽頭後壁が動いて戻るとというのがカーテン徴候です。もう一つ分かりやすいのは、口蓋垂が健康側に偏倚することです。ただし、学生も含めてたくさんの人の喉を見ていますと、何かの傷によるものかと思いますが、最初から偏倚している人がいるので、カーテン徴候を見るときには咽頭後壁と全体を見ていただきたいと思います。

また、両側の軟口蓋麻痺があると、だらんと下がっていて、触ってもびくともしません。高齢者では、小さな梗塞があったのではないかと思います。そこでいくら触っても、全く動きませんでした。口蓋反射は、片方を触ると、正常ならば両方上がります。麻痺があると片方しか上がりません。麻痺側を触っても上がらないという形で反射を確認することができます。ただ、カーテン徴候で見ていただくのが一番早いと思います。これが舌咽迷走神経の診査になります。

舌下神経の場合、脳神経核よりも下の二次ニューロン、つまり核性又は末梢性の障害があると、舌筋の萎縮が起こります。挺舌の図3のBとCは同じように右の方に偏倚しています。ということは、舌の右側の麻痺になりますから、左の脳の一側性核上性障害かと思うわけです。ところが、片方(C)は筋萎縮がないけれど、もう片方(B)は萎縮があります。萎縮のない方は脳神経核よりも上に、一側性に、左側の障害があると予測できます。筋萎縮のある方は、同じように予測すると

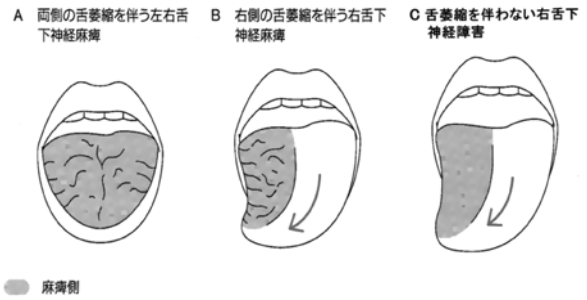


図3 咽頭期の嚥下 (文献6、p66)

ちょっと問題が起こってきます。つまり、ここで筋萎縮があるということは末梢性の障害ということになるので、同側の舌下神経の末梢性の麻痺になります。

こちらの舌(A)は左右とも動きません。動かないということは、脳神経核が両側性に障害されている、もしくは脳神経核よりも下の部分で両側性に障害があるということが分かります。球麻痺のときなどによく起こりますが、口の中で動かず、中にとどまったままで、萎縮が起こっているのを見ることができます。これも病態と関連して見ていくと、症状を見ただけでどこの障害であるかが大体予測できます。

もう一つ厄介なことに、舌を出してくださいと指示を出していくときに、安静時と挺舌時とでまたちょっと違うのです。健康側に力がありますから、出したときには麻痺側方に偏倚するわけです。ところが、口の中で見ると、健康側の方がきゅっと縮んでくれるのです。麻痺側はだらんとして縮みません。そのために、麻痺側の方が前面に出てきます。この安静時と挺舌時の違いも見ていく必要があります。

9. スクリーニングテスト⁵⁾

そうしたことを踏まえて、どういうスクリーニングテストがあるのかをお話したいと思います。ここでは反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテスト、フードテストの三つです。

1) 反復唾液嚥下テスト

反復唾液嚥下テスト (repetitive saliva swallowing test : RSSST) を実際に行ってみたいと思います。中指で甲状軟骨の先端の突起部分を触ります。人差し指をその上に置きます。人差し指の位置が舌骨の位置になります。そこでごくんと飲み込むと、人差し指を超えて甲状軟骨が上がって下りてきます。それ1回と数えます。これを30秒間観察して、何回触診できたかで結果を出します。

3回以上であれば正常、2回以下であれば問題あり、リスクありと判断していきます。

このRSSTは、高齢者では実に観察しにくいのです。一生懸命持ち上げようとして、びくびく動く人がいるのです。それも数えてしまうと、全く違う値が出てきます。具体的な例としては、私の母親が今85歳になりますが、今までに喉頭麻痺などを起こして嚥下障害のリスクがあるのです。ですから、しょっちゅう食事中にだみ声に変わります。食後にRSSTをやりますと、ぎりぎり2～3回なのです。ところが、地域検診のRSSTの結果では、見てびっくりしましたが、7回です。7回であるわけがなくて、びくびくするのも一緒に測ると違った値になってしまいます。ですから、しっかり乗り越えて戻ったら1回と数えることが技術として重要になります。

2) 改訂水飲みテスト

改訂水飲みテスト(modified water swallowing test : MWST)は、なぜ改訂かということ、水飲みテストというのが他にないからです。これは窪田式といって、いつものように飲んでくださいと話して30mLの水を飲んでもらいます。そうすると、いろいろな飲み方があります。5mL以下の量を5～6回に分けて飲む人もいれば、30mLを一度にごくと飲み込んで全く問題ない人もいます。30mLという量は地域高齢者には割と適していますが、病院で行うには少し危険が伴うということで、3mLを口腔底に注いで嚥下を指示するという方向に変わってきました。口腔底に3mL入れてごくと飲み込んでくださいと命じて、その後、ごくんごくと続けて飲んでくださいということを確認していきます。

実際に行うときには、判定基準に湿性嗝声が入っているのを、口腔底に注いだ後に、飲み込んだら一度、「あー」と声を出して、それからごくんごくと続けて飲む努力をしてくださいといつも話をしています。声を出してもらって湿性嗝声かどうかをチェックして、その後30秒以内に2回飲み込むことが可能かどうかを確認します。高齢者の場合、1回の試行では非常に良い成績が出てくるので、試行を2回繰り返して、悪い方を評点とします。

3) フードテスト

フードテスト(food rest : FT)もよく行われています。水分補給用のプリンがよく使われていますが、約4gのプリンを舌の先に置いて飲み込んでもらいます。この場合も、飲み込んだ後に、

「あー」と声を出してくださいと言って、もう一回ごくんごくと飲み込んでくださいという教示をします。「あー」と言っているときに、口の中を照らして確認します。湿性嗝声があるかと、口腔内に色のついたプリンが残っているかを確認して、判定していきます。

10. 咽頭期のアセスメントからケアを導く

ここまで、どのような病態があって、それをどう観察し、どう改善していくのかをお話ししました。舌口蓋閉鎖不全で嚥下圧が低下するのであれば、舌の運動訓練や用手的な口唇閉鎖、鼻咽腔閉鎖不全によって嚥下圧が低下するのであれば、軟口蓋を刺激し、ソフトブローイングなどで筋肉そのものを刺激します。

代表的な方法には、息ごらえ嚥下(Supraglottic Swallow)などがあります。飲み込む前に、食塊が舌の上にたまったら、息を「ぐーっ」と吸って止めて、そのまま飲み込んで息を吐く。それがSupraglottic Swallowになります。そうすると、飲み込むときに気道の保護が起こり、飲み込んだ後に息を吐くことによって、そこにたまったものが喉頭前庭から吹き飛ばされます。喉頭閉鎖不全によって誤嚥を生じるのであれば、飲み込んで喉頭が上に行ったところを手で保持するメンデルソン手技という方法があります。これらをケアにつないでいくということが重要だと思います。

本日の会長講演の「看護実践から学び、看護実践を楽しむ」というテーマが、本当にそのとおり、私にぴったりだと思って拝聴していました。私たちは、いろいろ考えたこと、工夫したことを実践で提供して初めて患者さんに還元されると思います。還元されて初めて評価され、それによって頂く「ありがとう」という言葉は、最高の贈り物だと思います。そういった看護実践をますます充実させるために、このアセスメントやケアの方法を生かしていただければ非常にありがたいと思います。ご清聴、ありがとうございました。

文 献

- 1) 内閣府：平成24年度版高齢社会白書，第1章 高齢化の状況，[オンライン，http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/24pdf_index.html]
- 2) 熊澤友紀，鎌倉やよい，深田順子，他：成人及び高齢者の口腔内における肺炎球菌保菌の実態と唾液分泌成分の関連，第19回日本摂食・嚥

- 下りハビリテーション学会学術大会抄録集, 257, 2013
- 3) 鎌倉やよい：訓練実施に関連する医療関係法規, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 (編) eラーニング対応第2分野摂食・嚥下リハビリテーションの前提, 医歯薬出版, 52-60, 2011
 - 4) 鎌倉やよい：チームアプローチ-摂食・嚥下障害看護認定看護師とその役割, MEDICAL REHABILITATION, 136, 73-77, 2011
 - 5) 鎌倉やよい：摂食・嚥下機能のフィジカルアセスメント, 馬場元毅, 鎌倉やよい (著) 深く深く知る脳からわかる摂食・嚥下障害, 学研メディカル秀潤社, 68-89, 2013
 - 6) 鎌倉やよい, 藤本保志, 深田順子：嚥下障害ナーシング, 医学書院, 19, 66, 2000
 - 7) 鎌倉やよい, 杉本助男, 深田順子：加齢に伴う嚥下時の呼吸の変化, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2 (1), 13-22, 1998
 - 8) 大熊るり, 藤島一郎, 小島千枝子, 他：摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 6 (1), 3-8, 2002
 - 9) 深田順子, 鎌倉やよい, 万歳登茂子, 他：高齢者における嚥下障害リスクに対するスクリーニングシステムに関する研究, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 10(1), 31-42, 2006

原 著

糖尿病性腎症初期患者の心理 — 医師から告知後1ヶ月以内の患者の心理 —

Psychological state of patients within one month of
notification of diabetic nephropathy

北川 真衣¹⁾, 寺田 三佳²⁾, 尾蔵 清佳³⁾, 中間 亜希⁴⁾
深世古 知里, 松井 希代子⁵⁾, 辻口 彩乃⁶⁾, 藤田 結香里⁶⁾
稲垣 美智子⁵⁾, 多崎 恵子⁵⁾, 藤野 陽⁵⁾

Mai Kitagawa¹⁾, Mika Terada²⁾, Sayaka Ozou³⁾, Aki Nakama⁴⁾
Chisato Fukaseko, Kiyoko Matsui⁵⁾, Ayano Tsujiguchi⁶⁾, Yukari Fujita⁶⁾
Michiko Inagaki⁵⁾, Keiko Tasaki⁵⁾, Noboru Fujino⁵⁾

¹⁾静岡県立静岡がんセンター, ²⁾大垣徳洲会病院, ³⁾金沢市保健所
⁴⁾広島県厚生連尾道総合病院, ⁵⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系, ⁶⁾金沢大学附属病院

¹⁾Shizuoka Cancer Center Hospital, ²⁾Ogaki Tokushukai Hospital
³⁾Health Center of Kanazawa-City, ⁴⁾Onomichi General Hospital,
⁵⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Science, Kanazawa University
⁶⁾Kanazawa University Hospital

キーワード

糖尿病性腎症, 2型糖尿病, 糖尿病合併症, 患者心理

Key words

diabetic nephropathy, type 2 diabetes mellitus, diabetic complications, patient psychology

要 旨

本研究は、糖尿病性腎症初期患者の心理を明らかにすることを目的に腎症初期患者21名の研究参加を得て半構成的面接を行い、逐語録を質的帰納的に分析した。その結果、糖尿病性腎症初期との告知を受け、1ヶ月以内の患者は【腎症に対して用心する】という姿勢をもち、【用心することを促進する思い】と【用心することを阻害する思い】を持ちながら療養をしていることが明らかとなった。これらは、3カテゴリー-14サブカテゴリーで構成されていた。また、【用心することを促進する思い】の一つに〈重症化した腎症のイメージ〉あり、【用心することを阻害する思い】には、〈腎症を軽視する〉〈腎症合併に対して懐疑的になる〉があった。腎症初期患者は、告知時に今までの療養生活を振り返り、その思いや腎症に関して持ち得る知識の中から具体的な方法で療養行動に取り組もうとしていることが明らかになり、この時期の思いと知識の確認が療養行動を推進すると言えた。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the psychological state of patients in the early stage of diabetic nephropathy. Participants comprised 21 patients who had received notification of being in the early stage of diabetic nephropathy within the preceding month. Data were obtained by interviews and analyzed qualitatively. The analysis showed that the thoughts of patients in the early stage of diabetic nephropathy were "to be careful about nephropathy." While patients underwent therapy, they had "thoughts that encourage being careful" and "thoughts that interfere with being careful." These thoughts were categorized into three categories and 14 subcategories. In addition, the category "thoughts that encourage being careful" included the subcategory "an image of nephropathy that has increased in severity," and the category "thoughts that interfere with being careful" included the subcategories "take nephropathy lightly" and "become skeptical toward comorbidities of nephropathy." In addition, patients in the early stage of diabetic nephropathy review their treatment history and, along with utilizing specific methods from their own knowledge of the disease, attempt to undertake self-care behavior. Confirming the thoughts and knowledge of patients during this period thus appears important for promoting self-care behavior.

はじめに

糖尿病性腎症（以下、腎症とする）は、日本の新規透析導入患者の原因疾患の第1位で、その数は42.0%（2005年）を占めており、増加の一途をたどっている¹⁾。また、糖尿病透析患者のQOLと予後は非糖尿病透析患者よりも悪い²⁾とされており、福西ら³⁾は、透析に至った患者はしばしば「もっと真剣に糖尿病と取り組んでいればよかった」「自分は考えが甘かった」と後悔の気持ちを語ると報告している。これらのことから、腎症初期に適切な看護ケアを実施し、腎症の進行を防ぎ、透析導入を遅らせることが求められている。

腎症の進行を予防するという点では、腎症初期は治癒や改善が望める重要な時期である。しかし、現在、尿アルブミンの定期的な定量検査が推奨されているが実施率が低く⁴⁾、微量アルブミン尿の段階の早期発見は難しい現状がある。また、発見されても医師から腎症初期での告知はほとんどされていない。腎症初期は自覚症状がなく、生活の制限や治療法が腎症合併前とほとんど変わらないため、生活を改善し継続することは容易ではないことが予測される。さらに、糖尿病患者は合併症にならないことを目標に療養に取り組むので、腎症初期との告知を受けることにより目標を見失うことも予測される。しかしながら、腎症初期と告知された患者が精神的なショックから目標を見失うのかどうか、その時期の心理の実態は明らかにされていない。

そこで本研究は、医師より腎症初期との告知を

受けて1ヶ月以内の患者の心理を明らかにすることを目的とした。この結果は、腎症初期に焦点を当て、腎症初期の患者が告知を受けた時の心理から看護介入への示唆を得ることに意義がある。

用語の定義

腎症初期：糖尿病性腎症病期分類における糖尿病性腎症第1期、2期とする⁵⁾。

告知：病名を告げること。

研究方法

本研究は、腎症初期患者の心理を質的研究デザインで半構成的面接法を用いて行った。

1. 研究フィールドと研究参加者

1つの大学病院において糖尿病外来に通院している2型糖尿病由来の腎症初期患者で腎症初期との告知を受けてから1ヶ月以内の患者とし、研究の主旨を理解した医師1名に抽出を依頼した21名である（表1）。

2. データ収集期間：2006年8・9月であった。

3. データ収集方法

データ収集は、半構成的面接法を用いた。

1) 半構成的面接法

参加者1名に対して研究者2名で半構成的面接を行った。面接時間は30分から1時間を目安とし、面接終了時に十分話したいことが話せたかを確認した。参加者全員に同意書への署名にて許可を得たうえで、面接内容をカセットテープに録音した。許可を得られなかった場合は同意を得た上でメモ

表1 研究参加者の属性

項 目		n=21 (人)
性 別	男	19
	女	2
年 齢	20代	1
	30代	0
	40代	1
	50代	1
	60代	6
	70代	10
	80代	2
糖尿病歴 (年)	0～9	5
	10～19	3
	20～29	3
	30～39	6
	40～49	3
	50～59	1
糖尿病性腎症病期	1期	8
	2期	13
合併症	神経障害	5
	網膜症	10
	脳血管疾患	2
糖尿病コントロール状況 (HbA1c) *1	優	1
	良	4
	可	11
	不可	5
血圧の状況 *2	正常	12
	境界域高血圧	7
	高血圧	0
	不明	2
教育入院経験	あり	11
	なし	10

*1 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドラインによる (JDS値)

優5.8未満、良5.8～6.5未満、可6.5～8.0未満、不可8.0以上

*2 WHOの血圧分類による

をとり、面接直後に研究者2名でその内容を記述した。研究者によってデータ収集に差異がないように面接前にロールプレイによる訓練を行った。

2) 面接内容

面接の導入として以下の①～④の質問をし、自由に語ってもらった。質問の内容は、①腎症を告知されてどう思うか②どのような思いで腎症に立ち向かおうと思うか③腎症を理解するために何をし、あるいは何をしようとしているか④生活にどのように反映し、あるいは反映しようとしている

か、とした。語られた内容で目的に照らし合わせ焦点化する必要が発生した部分については、その点を詳細に聴取した。

4. データ分析方法

質的な手法に則り分析した。手順は以下の通りである。

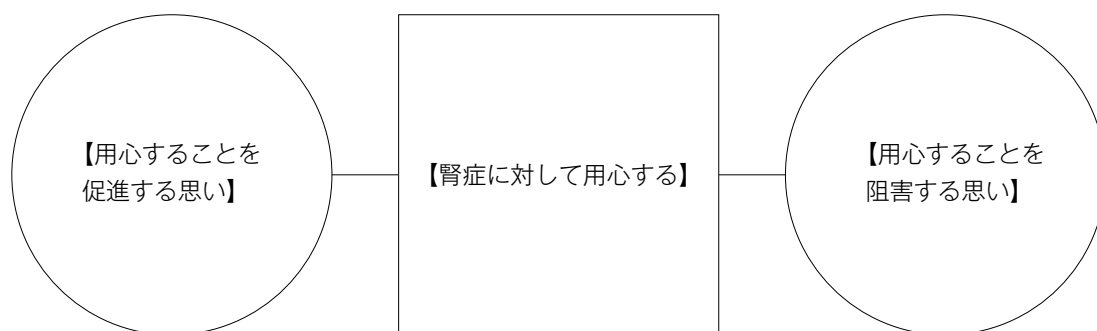
1) 録音した面接の内容は面接直後に一字一句、逐語録にした。また、録音できなかった内容は、面接直後に研究者2名でその内容を記述した。逐語録では把握しきれない参加者と実際に関わって得た情報を研究者間で共有しながら、逐語録を繰り返し精読し、その主旨と文脈を把握していった。文章全体を把握した後、文章一つ一つから参加者の思いが語られている部分を内容が理解できる最少単位で抜き出しコード化した。

2) コードを比較し、同じ内容や意味のものを質問項目ごとに集め、より抽象度を高めるために類似する意味や内容のものをまとめてサブカテゴリーとした。さらに、類似するサブカテゴリーをまとめ、カテゴリーとし、そのカテゴリーに説明をつけた。また、質問項目に該当しないコードを集め、ここで参加者が何を語っているかを吟味し、サブカテゴリー、カテゴリー化を行った。その後、カテゴリーの精選、カテゴリーの命名に努めながら全体的な関係性や位置づけを検討した。分析は、新たな概念が生成されなくなり各カテゴリーとその関係を説明できるまで続けた。

3) 分析の過程において疑問が生じた場合には、逐語録に戻り研究者間で繰り返し討論、検討を重ね、信頼性を高めていった。また分析の信頼性と妥当性を高めるため、質的研究の経験者からスーパーバイズを受け、臨床の看護師に内容の確認を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理委員会の承認を得たものである。参加者には、事前に研究の主旨・方法・所要時間・自由意思での参加について、また、個人が特定されないこと、得られた情報は秘密厳守し、研究終了後にデータは破棄し研究以外に用いないことを説明した。そのうえで同意を得られた参加者に、面接は途中でやめることも可能であること、話したくないことは話さなくても良いこと、疑問や質問にいつでも応じることを伝え、面接開始前に研究参加同意書に署名を得てから実施した。



【】：カテゴリー名、□：療養行動のカテゴリー、○：思いのカテゴリー、－：関係を示す

図1 腎症初期患者の心理のイメージ図

結 果

1. 腎症初期患者の心理の概観（図1）

以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉で表す。

腎症初期患者は腎症と告知されることで、【用心することを阻害する思い】と【用心することを促進する思い】とを参加者全員が持ちながら【腎症に対して用心する】という療養をしていた。

参加者はこれまで糖尿病に対し、何らかの療養行動をしてきたこと、高齢、これまでの人生経験、腎症初期は自覚症状がないということから〈自己管理の困難感がある〉〈腎症を軽視する〉〈現状に妥協する〉〈腎症合併に対して懐疑的になる〉という【用心することを阻害する思い】を抱いていた。また、〈重症化した腎症のイメージをもつ〉〈原因を探究する〉は、腎症合併によって腎症合併症に用心しようと現れた思いである。そして、〈糖尿病と前向きに付き合うことを考える〉〈糖尿病の再認識をする〉〈周囲のサポートが必要である〉は、これまでの糖尿病を振り返り、糖尿病そのものを良くしようという思いであり、腎症を合併しても変わらずに持とうとする思いである。これらの【用心することを促進する思い】を【用心することを阻害する思い】と共に持ち合わせ【腎症に対して用心する】という療養をしていた。これらは、3カテゴリー14サブカテゴリーで構成されていた。

2. カテゴリー【腎症に対して用心する】の定義およびこのカテゴリーを構成する5つのサブカテゴリーの定義と具体例（表2）

具体例を「」で示す。

【腎症に対して用心する】とは、腎症初期であることの告知を行うことによって、自分の身体や療養行動に対し、注意する気持ちやこれまでの療養行動を大幅に変えることなく継続していこうとす

ることである。

〈甘くしていた食事療法を気をつけてみる〉とは、今まで通りの療養行動のなかで特に食事療法について減らしたり、控えたりするものと食べ方を変えるなどもう少しの努力をしてみようとするものである。「塩分を減らす、ゆっくり食べる、脂質を控える、量を減らす、水分を減らす、生物を食べない、野菜を摂る、水分を多く摂る、甘いものを控える、カロリー制限をする、あまり外食しない、たんぱく質を控える」があった。

〈できていなかったことを見つけて取り組んでみる〉とは、告知を受けて、これまで知識としては持っていたことで行っていなかったと振り返り、療養行動に反映したりしようとするものである。

「低血糖予防に力を入れる、病状記録をつけてみる、服薬を欠かさずする、運動・減量をする」があった。

〈嗜好品をやめてみる〉とは、これまでやめられなかった嗜好品をとりあえず自制してやめてみるものである。「お酒をやめる、タバコをやめる」があった。

〈民間療法を併用する〉とは、身体そのものを丈夫にしたいと民間療法で出来ることを併用して行ってみるものである。「温泉に行く、漢方薬を服用する」があった。

〈新たな知識を得る〉とは、腎症を進行させないための知識を得て、自分の状態を把握して、今後の療養行動に反映しようとしたりすることである。「医療従事者に腎臓の状態、原因を聞きたい。自分で本で勉強する」があった。

3. カテゴリー【用心することを促進する思い】の定義およびこのカテゴリーを構成する5つのサブカテゴリーの定義と具体例（表3）

【用心することを促進する思い】とは、腎症の告知を受けて腎症に対して用心して療養する行動

表2 カテゴリー【腎症に対して用心する】を構成するサブカテゴリーの定義と具体例

サブカテゴリー	定 義	具 体 例
甘くしていた食事療法を気をつけてみる	今まで通りの療養行動のなかで特に食事療法について減らしたり、控えたりするものと食べ方を変えるなどもう少しの努力をしてみようとする	<ul style="list-style-type: none"> ・塩分を減らす ・たんぱく質を控える ・量を減らす ・生物を食べない ・水分を多く摂る ・ゆっくり食べる ・脂質を控える ・甘いものを控える ・水分を減らす ・野菜を摂る ・カロリー制限をする ・あまり外食しない
できていなかったことを見つけて取り組んでみる	これまで知識としては持っていたことで行っていなかったと振り返り、療養行動に反映したりしようとする	<ul style="list-style-type: none"> ・インスリンの単位を調整して打つ ・多めに食べる ・ブドウ糖を持ち歩く ・体重をつける ・歩く ・減量する ・甘いものを適度に食べる ・自己血糖測定値をつける ・欠かさず薬を飲む ・プールで泳ぐ
嗜好品をやめてみる	これまでやめられなかった嗜好品をとりあえず自制してやめてみる	<ul style="list-style-type: none"> ・タバコをやめる ・お酒をやめる
民間療法を併用する	身体そのものを丈夫にしたいと民間療法で出来ることを併用して行ってみる	<ul style="list-style-type: none"> ・温泉に行く ・漢方薬を服用する
新たな知識を得る	腎症を進行させないための知識を得て、自分の状態を把握して、今後の療養行動に反映しようとしたりすること	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者に腎臓の状態、原因を聞きたい ・医療従事者に生活をどう変えていけばいいのか聞きたい ・身近な人から聞きたい ・テレビを観て知りたい ・自分で本で勉強する ・インターネットを活用する

を維持継続して行こうと用心することを促す思いである。

〈重症化した腎症のイメージをもつ〉とは、腎症が進行した将来のことを思い描き、透析に対する嫌悪感や恐怖心、合併症や腎症が進行したときの食事制限が厳しくなることに対する大変さや不安を抱くことである。「透析するなら死んだ方がまし、腎症は内臓の病気だからなると怖いかなって感じはする、食事制限とかを昔、見てましたのでそれはかなわないなと思ってね」があった。

〈原因を探究する〉とは、自分の身体の状態や生活を振り返り、なぜ腎症を合併したかを自分なりに考えることである。「原因として思い当たるものがあるや、気を付けてきたのに他に原因があるような不気味な感じを受ける」があった。

〈糖尿病と前向きに付き合うことを考える〉とは、糖尿病のせいだと考えないで、糖尿病に負けない気持ちを持つようにプラス思考で考えこれまでと同様に糖尿病との前向きな自分なりの付き合

い方をしていくことである。「くよくよしていたら病気に負けてしまうから、結局自分では糖尿病だと思っても思わないようにしている」があった。

〈糖尿病の再認識をする〉とは、腎症に対して向き合う姿勢があり、糖尿病をよくすれば腎臓も良くなるので糖尿病を何とかしようし、自己管理であることや周りに迷惑をかけたくないという思いから、療養行動は自分で行うしかないという思いを持ち直すことである。「最初が大事なんでね、この時期に用心しないとだんだんひどくなるから、初期だということね、用心が大切だな。本当はやっぱ糖尿病だろうからね、糖尿がよくなれば、腎臓もよくなると思うのだけどね、自分で自分の身体守らないと仕方ないもん、そうやる」があった。

〈周囲のサポートが必要である〉とは、これまでの療養行動を振り返り、医療からは的確な指導を必要とし、自分の療養行動を支えてくれている家族や友人の見守りが大切だと考えていることで

表3 カテゴリー【用心することを促進する思い】を構成するサブカテゴリーの定義と具体例

サブカテゴリー	定義	具体例
重症化した腎症のイメージをもつ	腎症が進行した将来のことを思い描き、透析に対する嫌悪感や恐怖心、合併症や腎症が進行したときの食事制限が厳しくなることに対する大変さや不安を抱くこと	<ul style="list-style-type: none"> ・透析するなら、死んだ方がまし ・ちょっとショックだった、腎症になったら透析になるでしょ ・腎症は内臓の病気だから、なると怖いかなって感じはする ・今現在、神経質になってます ・食事制限とかを昔見てましたのでね、それはかなわないなと思ってね
原因を探究する	自分の身体の状態や生活を振り返り、なぜ腎症を合併したかを自分なりに考えること	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣が悪いから、腎症になったんだと思ってます ・今わかっていない他の原因があるんじゃないか ・これだけやってるのに何でっていう気はしているけど ・透析するのが嫌で、それだけで、酒もタバコも止めたのになあ
糖尿病と前向きに付き合うことを考える	糖尿病のせいだと思わないで、糖尿病に負けない気持ちを持つようにプラス思考で考えこれまでと同様に糖尿病との前向きな自分なりの付き合い方をしていくこと	<ul style="list-style-type: none"> ・くよくよしていたら病気に負けてしまうから、結局自分では糖尿病だと思っても思わないようにしているんです ・昔は何で自分が糖尿病になったのか、おかしいと反発ばかりしていた。でもこれではだめだと思って糖尿病と友達になった
糖尿病の再認識をする	腎症に対して向き合う姿勢があり、糖尿病をよくすれば腎臓も良くなるので糖尿病を何とかしようし、自己管理であることや周りに迷惑をかけたくないという思いから、療養行動は自分で行うしかないと再び意思を持ち直すこと	<ul style="list-style-type: none"> ・腎ということになるとやっぱり用心しないと ・最初が大事なんでね、この時期に用心しないとだんだんひどくなるから、初期だということですね、用心が大切だなと ・腎臓は前から心配している ・本当はやっぱり糖尿だろうからね、糖尿がよくなれば、腎臓もよくなると思うんだけどね ・自分で自分の身体守らないと仕方ないもん、そうやろ ・看病する人の方が大変なんです。だからできるだけ病気になるないように、健康に今は心がけてるんですよ
周囲のサポートが必要である	これまでの療養行動を振り返り、医療からは的確な指導を必要とし、自分の療養行動を支えてくれている家族や友人の見守りが大切だと考えていること	<ul style="list-style-type: none"> ・的確な指導を受けて患者と病院とで一体となり治していくことが理想 ・どうしても一人だと意志が弱いから、周りで見守ってっていうよりも見張ってくれる人がいないと駄目だと思いますね

ある。「的確な指導を受けて患者と病院とで一体となり治していくことが理想」があった。

4. カテゴリー【用心することを阻害する思い】の定義およびこのカテゴリーを構成する4つのサブカテゴリーの定義と具体例(表4)

【用心することを阻害する思い】とは、腎症の告知を受けても腎症に対して用心して療養する行動が困難で、できないと感じ、用心することを妨げる思いである。

〈自己管理の困難感がある〉とは、今までの自分の療養行動を顧みることや、糖尿病コントロールの状態を評価することで、自覚症状のなさや、食への要求などを理由として、自己管理は難しい

と感じることである。「自己管理しかないね。だけど口で言ってもなかなかできないね。」があった。

〈腎症を軽視する〉とは、腎症を合併したことを実感できず、腎症よりも他に気になる疾患や、腎症について理解していないため、腎症を合併してもその重大さまで感じる事ができないことである。「どうしても自覚症状のあるところを治したい。腎症について詳しくは理解していないです」があった。

〈現状に妥協する〉とは、腎症を合併した現実を棚上げして気持ちを落ち着けていることである。「病気に対しては基本的な話、いつ死んでもおか

表4 カテゴリー【用心することを阻害する思い】を構成するサブカテゴリーの定義と具体例

サブカテゴリー	定義	具体例
自己管理の困難感がある	今までの自分の療養行動を顧みることや、糖尿病コントロールの状態を評価することで、自覚症状のなさや、食への要求などを理由として、自己管理は難しいと感じること	<ul style="list-style-type: none"> ・自己管理しかないね。だけど口で言ってもなかなかできないね ・うまいものは食べたいし、全く食べられないっていうことは生きてる価値がないもん ・もう歳も歳だからね、まあ急速に進まなければまあいいのではないか ・持った病は仕方ない。自分で治せるものでもないしな
腎症を軽視する	腎症を合併したことを実感できず、腎症よりも他に気になる疾患や、腎症について理解していないため、腎症を合併してもその重大さまで感じる事ができないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・自覚症状がないから、そうなのかなあ ・どうしても自覚症状のあるところを治したい ・腎症について詳しくは理解していないですね
現状に妥協する	腎症を合併した現実を棚上げして気持ちを落ち着けていること	<ul style="list-style-type: none"> ・病気に対しては基本的な話、いつ死んでもおかしくないと思ってる。だからその覚悟はできている ・腎症のことを考えると暗くなるので、あんまり考えないようにしてる ・楽しいことを一番に考える
腎症合併に対して懐疑的になる	医師から腎症初期との告知を聞いていないとしたり、自覚症状がないため腎症としての意識を持たないため、腎症の合併に疑いをもつこと	<ul style="list-style-type: none"> ・医師から腎症の話はない ・自分としては腎臓が悪いっていう自覚が今までなかったからね。だからそんな意識はもっていないですね

しくないと思ってる。だからその覚悟はできている。腎症のことを考えると暗くなるので、あんまり考えないようにしてる」があった。

〈腎症合併に対して懐疑的になる〉とは、医師から腎症初期との告知を聞いていないとしたり、自覚症状がないため腎症としての意識を持たないため、腎症の合併に疑いをもつことである。「医師から腎症の話はない。自分としては腎臓が悪いっていう自覚が今までなかったからね。だからそんな意識はもっていないですね」があった。

考 察

1. 腎症初期患者の心理

本研究から、腎症初期患者は腎症と告知されることで、【用心することを促進する思い】と【用心することを阻害する思い】を持ちながら【腎症に対して用心する】という心理であることが明らかになった。

一般的に病気の告知は危機とされており、危機とは「不安の強度な病態で、喪失に対する脅威、あるいは喪失という困難に直面してそれに対処す

るには自分のレパトリー（知識や経験などのたくわえ）が不十分で、そのストレスを処理するのにすぐに使える方法を持っていない時に体験する」ものとされている⁶⁾。糖尿病患者は合併症にならないことを目標に療養に取り組むため、腎症初期との告知を受けることにより目標を見失うのではないかと予測された。本研究でも腎症初期との告知時〈重症化した腎症のイメージをもつ〉を連想することが見出された。しかし、これは、糖尿病と前向きに付き合うことを考えるとともに腎症を用心することを促進する思いを構成するサブカテゴリーであり、これまでに糖尿病に対する療養行動を行っているため、危機というほどではなく療養を考えることができると考えられた。

2. 腎症初期に告知することによる療養への効果

糖尿病腎症初期の告知がほとんどされていない現状で、告知をして1ヶ月以内の糖尿病患者の心理は、腎症に対して重症化をイメージする方が療養を促進することにつながり、腎症を聞いていないなどから腎症であることに對して懐疑的になる

ことは療養を阻害することになることが明らかになった。腎症について知識をもち重症化がイメージ出来ることで腎臓が悪くなることを意識でき、用心することを促進する思いをもつことで療養に繋がると考えられた。

腎症初期の治療法は、厳格な血糖・血圧コントロールであり、基本的に腎症合併前の治療法と同じであるが、本研究における腎症初期患者の多くは血糖コントロールが良好ではないため、腎症の告知を生活の見直しや行動変容の機会としてつなげることが必要である。栗原らは、患者が告知を受け、これからの生活に関心を持ち始めた時期を逃さず指導したことが行動変容を促進した⁷⁾と述べており、告知を受けると自分の持つ知識の中にある今まで通りの療養から具体的な方法を考える療養行動をしていこうと取り組もうとしていることが明らかになり、療養生活に関心を持ち始めたといえる。腎症初期に告知を行い自覚することは今後の糖尿病療養に重要であると考えられる。

3. 腎症初期における看護介入

石井は、患者は診断名を告げられた時、または症状に気付いたとき、不安や恐れなどの感情を伴うことが、行動変化の引き金となる⁸⁾と報告しており、本研究においてもその感情と類似する〈重症化した腎症のイメージ〉が腎症を用心することを促進する思いとなっている。このことは、糖尿病と診断された当初から腎症について知識を持ち、告知されたときに、行動を促進する程度の不安や恐れを感じることは必要であると言えた。看護者は、この不安が過度でないように気持ちの持ちようを確認することが必要である。これとは逆に、腎症について聞いていないなど、自分が腎症であることを懐疑的に思うことは腎症を用心する思いを阻害する思いに繋がり、告知後に理解がない場合、理解を促すことが必要である。

また、腎症初期との告知を受けたことで、患者は自分で今までの生活を振り返り、持ち得る知識で再度、良いと思われる療養生活を行うことと、新たな知識を得たいという思いを持ち合わせている。それは、今まで合併症にならないために継続してきた血糖・血圧コントロール方法や、自分の持ち得る腎臓が悪くなった時の対処法の知識に曖昧さをもっているためであり、用心するには新たな知識を必要と考えていると考えられた。

4. 腎症初期患者の強みに着目した看護ケア

腎症を合併する患者は、長い糖尿病歴から療養生活が確立されており、機会がない限り改めて療

養生活を振り返ることは難しい。林は、患者の訴えを注意深く聞き、共感的に関わることにより解決の糸口が見えてくる⁹⁾と報告しており、看護師が腎症初期患者の【腎症に対して用心する】思いを促進するためには、腎症初期との告知時に患者自身が今までの療養生活を振り返り、その思いや腎症に関して持ち得る知識を表出する場が重要だと考える。しかし、東は、糖尿病患者に関わる看護師は患者に対してマイナスイメージを持つ人が多い¹⁰⁾と報告している。研究者らが行った先行研究の結果でも、看護師の腎症初期患者への認識として「危機感がない」「自覚症状のあるほかの疾患に対する思いの方が強い」など、マイナスイメージをもっている部分があった¹¹⁾。そして、これらは【用心することを阻害する思い】で挙げられた〈腎症を軽視する〉から患者も腎症を合併したことを実感できず、腎症よりも他に気になる疾患があるなどということから看護師から見た患者の認識と一致していた。しかし、腎症初期患者は【用心することを阻害する思い】と【用心することを促進する思い】をもちながら【腎症に対して用心する】という心理をもっており、看護師はこれを把握したうえで、腎症の進行を防ぎ、透析導入を遅らせるために必要な療養行動や正しい知識を提供することができれば、腎症初期患者が腎症を治癒や改善するための行動変容の幅を広げることができ、療養を促進できる可能性があると考えられる。患者の強みを活かし、自信をもって行動できる援助を行うことで、さらに行動変容が促進される¹²⁾という報告があることから、看護師は腎症初期患者の強みとなる【用心することを促進する思い】に着目して、看護ケアをしていくことが重要であると考えられる。

本研究の限界と展望

腎症初期の参加者は、一人の医師の紹介による患者のみであること、腎症初期として告知後1ヶ月以内に限定して適応できるものである。今後は一人の医師の紹介、1ヶ月以内の患者に限定せず、それ以降も含めた腎症初期患者の心理を明らかにし、腎症の進行を防ぐためのケアにつなげる必要がある。

結 論

1. 腎症初期患者は腎症と告知されることで、【用心することを促進する思い】と【用心することを阻害する思い】をもちながら【腎症に対して

用心する】という心理が導き出された。これらは、3カテゴリー14サブカテゴリーで構成されていた。

2. 腎症初期患者は、腎症初期との告知時に患者自身が今までの療養生活を振り返り、その思いや腎症に関して持ち得る知識の中から具体的な方法で療養行動に取り組もうとしていることが明らかになった。

3. 腎症初期患者は〈重症化した腎症のイメージ〉を持っており、これは腎症を用心することを促進する思いであった。過度に不安がないかを確認し、療養行動に意欲を持ってもらえるように働きかけることが必要であることが示唆された。

4. 腎症初期患者は〈腎症合併に対して懐疑的になる〉ということを持っており、これは腎症を用心することを阻害する思いであった。告知をしても聞いていないと思う場合や、腎症であると受け止められない場合があり、医師の告知後の思いと知識の確認が必要と言えた。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く面接にご協力下さいました参加者の皆様、研究の主旨・意義を理解し、参加者の紹介に協力いただいた八木邦公医師、及び参加者の紹介にご協力下さいました看護師長の方々に心より感謝し、御礼申し上げます。また、研究過程において快くご協力下さいました高田貴子さん、横堀智美さんに深く感謝いたします。

文 献

1) 一般社団法人日本透析医学会：2005年末の慢性透析患者に関する基礎集計，[オンライン，<http://www.jsdt.or.jp/>] 11. 18. 2006

- 2) 秋沢忠男，横田直子：糖尿病腎不全患者のQOL，臨床透析，13(8)，57-63，1997
- 3) 福西勇夫，秋本倫子：糖尿病患者への心理的援助：糖尿病性腎症による透析患者を中心に，臨床看護，29，169-172，2003
- 4) 滋賀県医師会糖尿病実態調査委員会：滋賀県内全医療機関を対象にした糖尿病実態調査 平成12年と18年の比較から，日本医事新報，4399，71-74，2008
- 5) 日本糖尿病学会編：糖尿病治療ガイド2006-2007，62-73，文光堂，2006
- 6) 小島操子：看護における危機理論・危機介入，1-15，金芳堂，2004
- 7) 栗原佳子，吉川里美，三浦智恵：行動変容につながった患者指導成功事例集 壮年期の虚血性心疾患患者への退院指導 今できることから継続へ，総合循環器ケア，3(5)，108-110，2003
- 8) 石井均：行動変化の患者心理と医師の対応，日本内科学会雑誌，89，2356-2364，2000
- 9) 林啓子：合併症を持つ糖尿病患者のケア 看護サイドからみた合併症をもつ糖尿病患者のケア，糖尿病合併症，16(2)，107-111，2002
- 10) 東ますみ：看護職者の糖尿病患者に対する認識とその関連要因，大阪市立大学看護短期大学部紀要，3，1-7，2001
- 11) 尾蔵清佳，今井三佳，北川真衣，他：看護師が認識する糖尿病腎症初期患者へのケア，日本糖尿病教育・看護学会誌，15(1)，11-17，2011
- 12) 大貫志津，野村和美，平石恵子，他：外来における自己効力に着目した糖尿病教育の試み，日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ，31，152-154，2000

原 著

地域住民のHealth Literacy, Health Locus of Control, 健康行動とHealthy Weightとのそれぞれの関連

Correlation between health literacy, health locus of control,
and health-related activities and healthy weight in community residents

大久保 咲貴¹⁾, 飯野 世都¹⁾, 沢田 有希¹⁾, 杉本 千怜¹⁾
堂野 真澄¹⁾, 赤川 彩¹⁾, 岡山 志穂¹⁾, 須釜 淳子²⁾
松井 希代子²⁾, 臺 美佐子²⁾, 西澤 知江²⁾

Saki Okubo¹⁾, Seto Iino¹⁾, Yuki Sawada¹⁾, Chisato Sugimoto¹⁾
Masumi Dono¹⁾, Aya Akagawa¹⁾, Shiho Okayama¹⁾
Junko Sugama²⁾, Kiyoko Matsui²⁾, Misako Dai²⁾, Tomoe Nishizawa²⁾

¹⁾金沢大学医薬保健学域保健学類看護学専攻

²⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系臨床実践看護学講座

¹⁾Department of Nursing, College of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University,

²⁾Department of Clinical Nursing, Faculty of Health Sciences, Institute of Medical,
Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

body mass index, 横断研究, 健康診査, がん検診

Key words

body mass index, cross-sectional study, medical examination, cancer screening

要 旨

地域住民は労働者と比較し、保健指導や健康教育を受ける機会が少なく、自ら健康情報を選択し健康行動をとる必要がある。また、人が適正体重 (Healthy Weight) に向けた健康行動をとるには、Health Literacy (以下HL) とHealth Locus of Control (以下HLC) が作用していることが推測される。そこで本研究は、地域住民を対象にHL、HLC、健康行動とHealthy Weightとの関連を明らかにすることを目的とした。T町の健康診査またはがん検診受診者に無記名自記式質問紙調査を実施し、803名から有効回答を得た。HLの各能力とHLCの各因子と健康行動の各分類との関連、健康行動の各分類と肥満度との関連を検討した結果、HL3 (情報伝達能力) とIHLC (自分自身HLC) ($r = .222$)、HL5 (行動決定能力) とIHLC ($r = .287$) に弱い正の相関がみられた。また先行研究より、HLとHLCそれぞれが健康行動と関連していることが示されているが、本研究結果では同様の結果がみられなかった。以上より、地域住民のHLとHLCと健康行動と関係があり、さらに健康行動がHealthy Weightと関係がある場合、地域住民に対してHL、HLCに焦点をあてた新たなアプローチ法を見出す一助となりうる研究となった。

Abstract

Reaching and maintaining a healthy weight is important for overall health. Community residents require education to choose health information and conduct healthier activities. Previous studies have suggested that health literacy (HL) and health locus of control (HLC) might correlate with conducting health-related activities that contribute to maintaining a healthy weight. The purpose of this study was to clarify the correlations of HL and HLC with health-related activities and healthy weight in community residents. Study participants were recruited from community residents participating in a medical checkup or cancer screening in T town, and were required to complete a self-reported questionnaire. In total, 803 of the 1,127 individuals returned the questionnaire. The results indicated a correlation between HL3 and IHLC ($r=.222$) and between HL5 and IHLC ($r=.287$). A previous study demonstrated that HL and HLC each correlated with activities for health improvement; this finding supported our hypothesis that correlations exist between health-related activities and both HL and HLC. We suggest a new approach focusing on HL and HLC that encourages community residents to implement healthier activities to maintain a healthy weight.

はじめに

近年、Healthy Weight、つまり適正体重を維持することが健康維持のための目標となっている¹⁾。従来、肥満は生命に関わるさまざまな病気の発症に関連するといわれ²⁾、問題視されてきた。一方、井上ら³⁾は、Body Mass Index (以下BMI) 21未満のやせている群は、BMI23.0-24.9群と比較し、がんによる死亡リスクが有意に高いことを報告しており (BMI14.0-18.9: HR=1.29, BMI19.0-20.9: HR=1.14)、やせも病気の発症の観点から注意すべきリスク因子である。

しかし、Healthy Weightを維持するための健康教育は、依然として肥満にフォーカスが当てられており、健診等で検査値に異常所見がみられた者に対し、生活習慣の見直しや適切な健康行動を推奨するといった内容が多く、病気の発症のリスク因子であるやせを対象にした健康教育は十分に行われていない。また、Healthy Weightである場合でも、やせや肥満予防のための健康教育を行うことが重要であるがHealthy Weightである者を対象とした現状維持のための健康教育もまた十分に行われているとは言えない状況である。

これまで地域住民に行われてきた健康教育は、専門家が主体となって知識提供を行うトップダウン式の教育が主流であった。しかし、健康行動を継続させるためには、本人が主体的に健康行動をとる必要がある。つまり、住民が自ら健康情報を選択し、健康行動をとることができるように支援するボトムアップ式の教育が重要である⁴⁾。そのことにより、住民が自身のHealthy Weightの維

持に関心を持ち、行うべき健康行動を自ら選択し、実行することが可能となる。その際、住民はより多くの情報に触れることとなる。しかしながら情報化社会である今日、健康行動のもとになる情報源や情報の内容は多様化しており⁵⁾、住民は情報に翻弄され、適切な健康情報を自ら選択し活用することが困難な状況にある。

これまでの研究より、住民が健康行動をとるまでの過程にHealth Literacy (以下HL) とHealth Locus of Control (以下HLC) という2つの概念が関与していることがわかっている。HLとは「健康・医療に関する情報を自ら取り入れ、理解し、活用する能力⁶⁾」のことである。石川ら⁷⁾は、労働者のHLと健康行動の関連を検討し、HLが高い人ほど、規則的な食事習慣や運動習慣といった健康的なライフスタイルを確立していることを報告している。HLCとは「健康や医療に関する状況における行動の統制感尺度⁸⁾」のことであり、内的統制傾向および外的統制傾向の下位尺度で構成されている。内的統制傾向は健康が自分自身の努力によって得られ、外的統制傾向は健康が自己の努力の及ばない運・運命・重要な他者によって得られるという原因帰属を個人の信念体系から測定する尺度である。五十嵐ら⁹⁾は労働者を対象にHLCと生活習慣との関連について検討し、望ましい生活習慣が多い者ほど、健康や病気に関してその原因を自分自身に帰属させる傾向が強いことを報告している。また、健康行動とHealthy Weightとの関連について足達ら¹⁰⁾は、健康に関する習慣が4個以上に改善した群では、1年後の

体重減少・BMI減少が1個以下の群より有意に大きかったことを明らかにしている。

これらのことより、人が適切な健康行動をとるにはHLとHLCが影響すると考えられ、Healthy Weightに向けた健康行動も同様にこれらが作用していることが推測される。しかし、先行研究の対象は労働者に特化しており、HLと健康行動に関して地域住民を対象を広げて行われている研究はなく、同様の結果が得られるかどうかは不明である。地域住民は労働者と比較し、保健指導や健康教育を受ける機会が少ないため、自ら健康情報を選択し、健康行動をとる必要がある。以上のことから、本研究では、地域住民を対象にHL、HLC、健康行動とHealthy Weightとのそれぞれの関連を明らかにすることを目的とする。このことより、もし、地域住民のHLとHLCが健康行動と関係があり、さらに健康行動がHealthy Weightと関係があるならば、地域住民に対してHLとHLCに焦点をあてた新たなアプローチ法を見出す一助となりうる研究である。

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究である。本研究の概念図を図1に示す。

2. 対象

T町主催の特定健康診査（40-74歳）、基本健康診査（20-39歳）、後期高齢者健康診査（75歳以上）、がん検診受診者の計1127名を対象に2012年8月から2012年10月のうちの6日間で質問紙調査を実施した。

T町は、中核都市からは車で約10~20分という距離にあり、地方や隣県への分岐点に所在している。人口は約3万7千人、世帯数約1万3千世帯である（2013年4月現在）。65歳以上の高齢化率は19.9%（2013年3月現在）であり、本町の人口構成を国や県と比較すると低い。また2011年度の

法定報告で、特定健康診査受診率38.9%、特定保健指導実施率は50.9%であり、がん検診受診率については、胃がん16.0%、肺がん30.7%、大腸がん21.2%、子宮頸がん26.7%、乳がん27.4%である。

3. 調査方法

受診時に、無記名自記式質問紙調査を行い、即時回収を行った。

4. 調査内容

質問紙の調査項目は、基本属性、HL、HLC、健康行動とした。基本属性は年齢、性別、現在の職業、健康教室や保健指導への参加の有無、通院状況、婚姻の有無、同居家族の有無とした。HLはIshikawaらによって信頼性・妥当性が検証されているHL尺度⁷⁾を用いた。HL尺度は、HL1（情報収集能力）、HL2（情報取捨選択能力）、HL3（情報伝達能力）、HL4（情報判断能力）、HL5（行動決定能力）の5つの下位能力から成る。HLCは堀毛によって信頼性・妥当性が検証されているJHLC尺度¹¹⁾を用いた。JHLC尺度は、健康への帰属意識が「自分自身」にあるとするIHLC（Internal HLC）、「医療者」にあるとするPHLC（Professional HLC）、「家族や身近な存在」にあるとするFHLC（Family HLC）、「運・偶然」にあるとするCHLC（Chance HLC）、「神仏など自分を超越する存在」にあるとするSHLC（Supernatural HLC）の5つの下位因子、計25項目から成る。

健康行動の質問項目は、厚生労働省「生活習慣チェック項目」¹⁰⁾にNHS²⁾による体重管理に必要な健康行動の概念に基づいて研究者が独自に作成した項目を加え、全17項目とした（表1）。また健康、体重管理の観点から17項目以外で実施している健康行動について自由記載する欄を設けた。

5. 分析方法

統計解析にはExcel 2007、SPSS Ver.21を用いた。日本肥満学会の肥満度の判定基準に基づき、BMIをやせ群（BMI<18.5）、普通群（18.5≤BMI<25.0）、肥満群（25.0≤BMI）に区分した。基本属

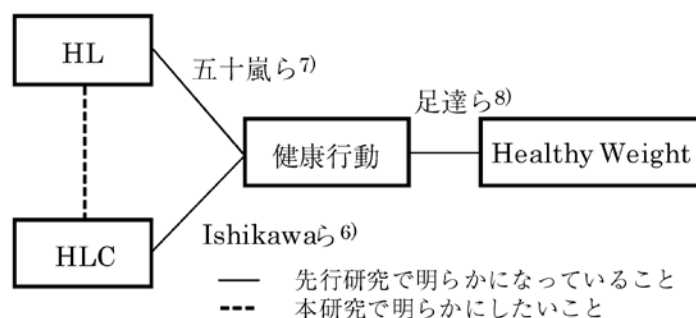


図1 研究の概念図

表1 健康行動の質問項目

番号	内容	良い	分類
1	20歳のときの体重から10kg以上増加している。	×	体重管理
2	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していない。	×	運動
3	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していない。	×	運動
4	同世代の同性と比較して歩く速度が遅い。	×	運動
5	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	×	体重管理
6	早食い・ドカ食い・ながら食いをすることが多い。	×	食事
7	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	×	食事
8	夜食や間食が多い。	×	食事
9	朝食を抜くことが多い。	×	食事
10	ほぼ毎日アルコール飲料を飲む。	×	たばこ・酒の制限
11	現在たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「これまで合計100本以上、また6カ月以上吸っている者」であり、最近1カ月間も毎日、またはときどき吸っている者)	×	たばこ・酒の制限
12	睡眠で休息が得られない。	×	休息
13	BMIが何かを知っていて、自分のBMIを計算して出することができる。	○	体重管理
14	自分がとるべき摂取カロリーを知っていて、日々計算している。	○	食事
15	体重を毎日計っている。	○	体重管理
16	食事は大皿でなく、一人前ずつ取り分ける。	○	食事
17	間食は、スナック類などは避け、フルーツなどの軽めの間食にしている。	○	食事

1 - 12 : 厚生労働省による生活習慣チェック項目

13 - 17 : Healthy Weight の概念を参考に研究者が作成

良い行いの模範回答を○×で示す。(良い行いをしている場合: 1点、していない場合: 0点)
「食事」: 7点満点、「体重管理」: 4点満点、「運動」: 3点満点、「たばこ・酒の制限」: 2点満点、
「休息」: 1点満点 ※尚、5分類は研究者によって分類

性において肥満度間の差の有無を検討するために、年齢はKruskal Wallis検定、それ以外はSpearmanの χ^2 検定を行った。HLの各能力とHLCの各因子と健康行動の各分類との関連を検討するために、Spearmanの順位相関分析を行った。健康行動の各分類と肥満度との関連を検討するために、Kruskal Wallis検定を行った。肥満度間に有意差がみられた項目はBonferroniの補正後、Mann WhitneyのU検定を行った。すべて有意水準は5%とした。

健康行動の自由記載はカテゴリー化を行った。

6. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号: HS24-4-1)。質問紙調査は無記名で行い個人が特定されないこと、調査協力は自由意思であり拒否しても一切不利益が生じないこと、質問紙から知り得た情報は研究目的以外で使用せず、質問紙は鍵のかかる部屋にて厳重に管理し、研究終了後に全て破棄することを文書と口頭にて説明し、質問紙の提出をもって調査への同意を得ることとした。

結 果

1. 有効回答数

健康診査またはがん検診を受診した計1127名のうち、904名から回答が得られた。そのうち803名を分析対象とした。除外した対象の内訳は図2に示したとおりである。

2. 基本属性(表2)

男性191名(23.8%)、女性612名(76.2%)、平均年齢は52.0±14.5歳であった。やせ群81名(10.1%)、普通群587名(73.1%)、肥満群135名(16.8%)となった。性別、年齢、通院の有無において、肥満度間に有意な関連がみられた。

3. HLの各能力とHLCの各因子との関係(表3)

HL3とIHLC($r=0.222$)、HL5とIHLC($r=0.287$)に0.2以上0.4未満の弱い正の相関がみられた。その他の項目間では0.2未満であった。

4. HLの各能力と健康行動の各分類との関係(表4)

HLの各能力と健康行動の各分類との間には、いずれも0.2以上の相関は見られなかった。

表2 基本属性

基本属性項目		全体 (n=803)	やせ (n=81)	普通 (n=587)	肥満 (n=135)	p
肥満度	やせ(BMI<18.5)	81 (10.1)				
	普通(18.5≤BMI<25.0)	587 (73.1)				
	肥満(25.0≤BMI)	135 (16.8)				
性別	男性	191 (23.8)	8 (4.2)	132 (69.1)	51 (26.7)	.000 **
	女性	612 (76.2)	73 (11.9)	455 (74.3)	84 (13.7)	
年齢(Mean±SD)		52.0±14.5	46.4±14.5	51.9±14.5	56.3±12.8	.000 **
年代	20代	37 (4.6)	5 (6.2)	29 (4.9)	3 (2.2)	
	30代	162 (20.2)	32 (39.5)	116 (19.8)	14 (10.4)	
	40代	168 (20.9)	15 (18.5)	125 (21.3)	28 (20.7)	
	50代	128 (15.9)	9 (11.1)	93 (15.8)	26 (19.3)	
	60代	207 (25.8)	11 (13.6)	154 (26.2)	42 (31.1)	
	70代	93 (11.6)	8 (9.9)	65 (11.1)	20 (14.8)	
	80代	8 (1.0)	1 (1.2)	5 (0.9)	2 (1.5)	
	職業	会社員	110 (13.7)	7 (8.6)	83 (14.1)	20 (14.8)
専業主婦		200 (24.9)	25 (30.9)	145 (24.7)	30 (22.2)	
学生		5 (0.6)	1 (1.2)	4 (0.7)	0 (0.0)	
パート・アルバイト		210 (26.2)	27 (33.3)	153 (26.1)	30 (22.2)	
自営業		88 (11.0)	5 (6.2)	66 (11.2)	17 (12.6)	
公務員		10 (1.2)	0 (0.0)	7 (1.2)	3 (0.5)	
専門職(弁護士、会計士)		2 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.3)	0 (0.0)	
医療従事者		24 (3.0)	6 (7.4)	16 (2.7)	2 (1.5)	
福祉従事者		18 (2.2)	3 (3.7)	12 (2.0)	3 (2.2)	
無職		116 (14.4)	5 (6.2)	85 (14.5)	26 (19.3)	
その他		20 (2.6)	2 (2.5)	14 (2.5)	4 (4.7)	
健康教室/保健指導の参加	はい	176 (21.9)	12 (14.8)	134 (22.8)	30 (22.2)	.262
	いいえ	627 (78.1)	69 (85.2)	453 (77.2)	105 (77.8)	
通院	している	292 (36.4)	34 (21.0)	199 (33.9)	76 (56.3)	.000 **
	していない	511 (63.6)	47 (79.0)	388 (66.1)	59 (43.7)	
婚姻	既婚	717 (89.3)	70 (87.7)	527 (89.8)	119 (88.1)	.757
	未婚	86 (10.7)	11 (12.3)	60 (10.2)	16 (11.9)	
同居	している	757 (94.3)	74 (91.4)	557 (94.9)	126 (93.3)	.385
	していない	46 (5.7)	7 (8.6)	30 (5.1)	9 (6.7)	

年齢はKruskal Wallis検定、
それ以外はSpearmanの χ^2 検定
肥満度間に有意差があったもの: ** p<.01, * p<.05

表3 HLの各能力とJHLCの各因子との関係 (n=803)

	HL1	HL2	HL3	HL4	HL5
IHLC	.158 **	.148 **	.222 **	.189 **	.287 **
PHLC	.028	.107 **	.095 **	.102 **	.105 **
FHLC	.087 *	.045	.111 **	.066	.150 **
CHLC	-.065	-.037	.002	.017	-.008
SHLC	-.098 **	-.073 *	.057	.036	.055

Spearmanの順位相関係数 **p<.01, *p<.05

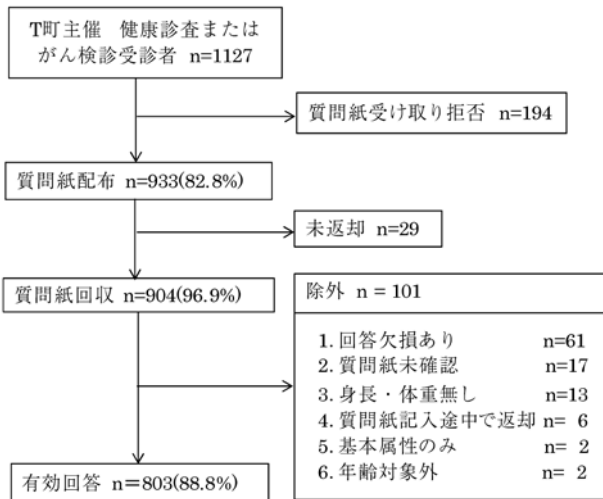


図2 有効回答数

表4 HLの各能力と健康行動の各分類との関係 (n=803)

	HL1	HL2	HL3	HL4	HL5
食事	-.014	.036	.107 **	.131 **	.128 **
運動	-.014	-.007	.015	-.007	.057
体重管理	.086 *	.065	.028	.073 *	.062
たばこ・酒の制限	.091 **	.062	.064	.075 *	.076 *
休息	.019	-.022	.008	.038	.037

Spearmanの順位相関係数 **p<.01,*p<.05

表5 JHLCの因子と健康行動の各分類との関係 (n=803)

	IHLC	PHLC	FHLC	CHLC	SHLC
食事	.138 **	.077 *	-.004	-.048	-.031
運動	.129 **	.057	-.018	-.097 **	-.048
体重管理	.035	-.038	.045	.015	.011
たばこ・酒の制限	.004	-.049	.122 **	.028	.016
休息	.056	-.017	.047	-.052	-.023

Spearmanの順位相関係数 **p<.01,*p<.05

表6 肥満度と健康行動との比較 (n=803)

		中央値 (25,75)			p値
		やせ(n=81)	普通(n=587)	肥満(n=135)	
健康行動	食事	4 (4,5)	4 (3,5)	4 (3,5)	.012 ^{a)}
	体重管理	2 (2,3)	2 (2,3)	1 (1,2)	.000 ^{a)}
	運動	2 (1,2)	2 (1,2)	2 (2,3)	.921
	たばこ・酒の制限	2 (1,2)	2 (2,2)	2 (1,2)	.325
	休息	1 (1,1)	1 (1,1)	1 (0,1)	.059

表の数値は中央値(4分位点)を表す

Kruskal Wallis の検定 ^{a)} p < .01

Mann Whitney の U 検定 (Bonferroni の補正を行う) ** p < .01, * p < .05

「食事」: 7点満点、「体重管理」: 4点満点、「運動」: 3点満点、「たばこ・酒の制限」: 2点満点、「休息」: 1点満点

※尚、5分類は研究者によって分類

5. JHLCの各因子と健康行動の各分類との関係 (表5)

JHLCの各因子と健康行動の各分類との間には、いずれも0.2以上の相関は見られなかった。

6. 肥満度と健康行動との比較 (表6)

「食事」では、普通群と肥満群 (p = .007)、やせ群と肥満群 (p = .011) に有意差があり、肥満群が他群に比べて「食事」の得点が低かった。

「体重管理」では、やせ群と普通群 (p = .016)、普通群と肥満群 (p = .000)、やせ群と肥満群 (p = .000) のすべてに有意差があり、やせ群、普通群、肥満群の順に得点が高かった。

7. 肥満度ごとの自由記載した者の内訳 (表7)

自由記載した者を肥満度ごとに分類した。その中で「食事」に関して記載した者の割合はそれぞれやせ群47.1%、普通群39.8%、肥満群38.9%であり、やせ群が他群に比べて高かった。また、「体重管理」に関してはそれぞれやせ群8.8%、普通群8.2%、肥満群16.7%であり、肥満群が他群に比べて高かった。

8. 新たな健康行動

健康行動の自由記載をカテゴリー化した結果、表1の健康行動の5分類以外に、「生活活動」「健康食品摂取」「ストレス対処」「姿勢の保持」「呼吸法」「便秘予防」「早期受診」「水分摂取」「マッサージ」「客観的データによる身体状況の把握」

表7 肥満度ごとの自由記載した者の内訳 (n=301) n(%)

	やせ (n = 34)	普通 (n = 231)	肥満 (n = 36)
食事	16 (47.1)	92 (39.8)	14 (38.9)
体重管理	3 (8.8)	19 (8.2)	6 (16.7)
その他	15 (44.1)	120 (52.0)	16 (44.4)

n数は自由記載記入者数

その他は「運動」「たばこ・酒の制限」「休息」「生活活動」「健康食品摂取」「ストレス対処」「姿勢の保持」「呼吸法」「便秘予防」「早期受診」「水分摂取」「客観的データによる身体状況の把握」「マッサージ」「分類不可」を含む

の10分類が抽出された。

考 察

新しい知見は、地域住民を対象としHL3（情報伝達能力）とIHLC（自分自身HLC）、HL5（行動決定能力）とIHLCに弱い正の相関があったこと、健康行動の質問項目の5分類以外に10分類が存在したことである。

性別、年齢、通院の有無において肥満度間に有意な関連がみられたことにおいては、平成23年国民健康・栄養調査¹³⁾において男性の方が女性と比較して肥満者の割合が多いこと、年齢が上がるごとに肥満者の割合が増加していること、肥満の方が他の群より生活習慣病のリスクが高く受療率も高いという結果からも、本研究で同様の結果が示されたと考えられる。

これまでにHLとHLCの関連を調査した報告はなく、本研究で初めてHL3（情報伝達能力）とIHLC（自分自身HLC）、HL5（行動決定能力）とIHLCの関連を明らかにした。住民の態度を変えることは容易ではないが、健康情報を正しく選択・活用するスキルを磨くことは教育により可能だと考える。本研究でHLとIHLCとの間に関連があったことにより、スキルを高めるとそれに伴って態度も変わっていくと言える。従ってまずHLを高めることで、健康行動につなげるのではないかと推測する。

Prochaskaによる「変化のステージモデル」における「準備期」は、課題を明確にし、その課題に向けての準備やトライアルを行うステージであり、健康行動をうまく行えるという自信をもち、健康行動を始めることを周りの人に宣言する段階とされている¹⁴⁾。つまり、HL3（情報伝達能力）とIHLC（自分自身HLC）に正の相関があったことは、情報伝達能力が高い傾向にある者が内的統制力が高く、準備期の段階をスムーズに進行することができることを表していると言える。また、

HL5（行動決定能力）とIHLCに正の相関があった。五十嵐らは、IHLCスコアの高い者は望ましい生活習慣を多く獲得しており、積極的な保健行動をとるとしている⁹⁾ことから、行動決定能力及び内的統制力によって望ましい生活習慣を多く獲得し、積極的に健康行動をとるようになると言える。以上のことから、HLとHLCのうち、情報伝達能力、行動決定能力もしくは健康への帰属意識が自分自身にあるという認識を高めることで健康行動につなげることができるのではないかと考える。本研究は横断研究であることから推測の域を出ないが、今後、HLとHLC双方の因果関係をさらに検討していく必要がある。

Ishikawaら⁷⁾や五十嵐ら⁹⁾は、HLとHLCにおいて健康行動に関連があることを証明したが、本研究ではHLと健康行動、HLCと健康行動に関連は見られなかった。その理由として、本研究は先行研究で使用していた健康行動の指標ではなく、厚生労働省の生活習慣病予防チェック項目とNHSの適正体重の維持に必要な項目を参考に研究者が独自に作成した質問項目を用いており、それではNHSの推奨する項目が本邦における健康行動にそぐわなかった可能性や健康行動を網羅するには不十分であったことが考えられる。

健康や体重管理のために取り組んでいる行動について、自由記載を分類した結果、本研究で用いられた質問項目に含まれる健康行動の5分類以外に10分類が存在することが明らかとなった。この結果は、地域住民がSNS等の普及により健康に関する情報を簡単に入手できるようになったことが一因と考えられる。総務省の調査より、近年人々は、健康・医療行動の情報源としてテレビやインターネットなどのメディアを多く利用していることが報告されており¹⁵⁾、このことから以前より地域住民の健康行動が多様化しているのではないかと考えた。その一方で、健康行動に関する情報の入手先の不透明性によって、地域住民は信憑性の

ない情報を健康行動として取り入れている可能性がある。従って地域住民は、個々に適した情報か否かを自ら判断する能力であるHLを高めることが急務と言える。

健康行動の5分類のうち「食事」と「体重管理」において肥満度間に有意差がみられた。「食事」において、やせ群と普通群は肥満群に比べ、健康行動をとっている傾向が明らかとなった。本研究では、食事と肥満の因果関係は未調査であるが、食事が「体重管理」に影響を及ぼしている可能性が高い。また、「体重管理」では、やせ群、普通群、肥満群の順に健康行動をとっている傾向が明らかとなった。一方、肥満群は他群と比べて「体重管理」について自由記載した者の割合が高かった。高野ら¹⁶⁾は、肥満群は健康問題を自覚し、健康行動を意識しているが、肥満の改善には至っていないという実態を報告している。このことから、肥満群は健康問題を自覚し、体重管理を意識しているにもかかわらず、健康行動をとることができていない可能性が示唆された。今後は、肥満群が健康行動をとり継続するための教育プログラムを検討し実践することによって、体重管理に対する意識の高い肥満群をHealthy Weightにつなげることができると考える。

看護への適応

地域住民が自ら健康情報を選択し、健康行動をとることができるように支援するためには、地域住民が自ら情報を収集し、選択していく能力であるHLの向上が必要である。先行研究よりHLCも同様に健康行動との関連が報告されており、本研究では、初めてHLとHLCの関連が立証された。このことより、HLとHLCと健康行動の3要素に関連があると考えられる。今後、HLの各能力とHLCの各因子と健康行動との関連を明らかにすることで、住民が自らの能力で正しい健康行動をとりHealthy Weightにつながる新たなアプローチ法を見出す一助となると考える。

研究の限界

本研究は横断研究であり、HL、HLC、健康行動とHealthy Weightとの因果関係を立証していない。地域住民が自ら健康情報を選択し、健康行動をとることができるように支援するボトムアップ式の教育のアプローチ法を具現化するためには、今後、縦断的研究を行うことで、これらの因果関係を確認する必要がある。また、今回の調査は一地域のみで行ったため、本研究の結果を一般化するには限界がある。特に研究対象者は健康診査ま

たはがん検診の受診者であり、地域住民の中でも健康意識の高い集団であったと推測され、HLとHLCに偏りがあった可能性があると考えられる。対象を広げ、さらなる検討が必要である。

結 論

地域住民を対象にHL、HLC、健康行動とHealthy Weightとの関連を明らかにするため無記名自記式質問紙調査を用い実態調査研究を行ったことで、以下のことが明らかとなった。

1) HL3 (情報伝達能力) とIHLC (自分自身HLC)、HL5 (行動決定能力) とIHLCに弱い正の相関がみられた。

2) 健康行動の質問項目に含まれない新たな健康行動が10分類抽出された。

3) 健康行動の5分類のうち「食事」と「体重管理」において肥満度間に有意差がみられた。「食事」において普通群とやせ群は肥満群に比べ、健康行動をとっている傾向が明らかとなった。「体重管理」においては、やせ群、普通群、肥満群の順に健康行動をとっている傾向が明らかとなった。一方、「体重管理」について自由記載した者の割合は、肥満群が他群と比べて高かった。

以上から、本研究で健康情報を正しく選択・活用するスキルであるHLと健康の原因が自分自身にあるとするIHLCとの間に関連があったことにより、Healthy Weightに向けた健康行動をとるために、まずはスキルであるHLを高める教育が必要である、という新たな視点の示唆が得られた。

また、先行研究よりHLと健康行動、HLCと健康行動の関連が報告されている。このことより、地域住民がHealthy Weightを維持するために健康行動をとる支援として、HL、HLCに焦点を当てた新たなアプローチが示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く質問紙調査にご協力いただきました地域住民の皆様をはじめ、研究の趣旨・意義を理解し、調査実施にご協力いただきました、T町役場健康福祉課長小倉一郎様、管理栄養士石黒久美様、T町役場職員の皆様を中心に御礼申し上げます。また共に調査・研究を行った本学14期生の横山祥子様に感謝いたします。そして、多大なご指導をいただきました本学の須釜淳子教授、松井希代子助教、臺美佐子助教、西澤知江助教に深く感謝いたします。

文 献

- 1) National Health Service : NHS Choices — Your health, your choices— What's your BMI? [オンライン, www.nhs.uk/Livewell/loseweight/Pages/BodyMassIndex.aspx], NHS, 7. 5. 2012
- 2) 中川秀昭, 城戸照彦 : 公衆衛生学, 光生館, 157-158, 東京, 2006
- 3) Inoue M, Sobue T, Tsugane S : Impact of body mass index on the risk of total cancer incidence and mortality among middle-aged Japanese : data from a large-scale population-based cohort study. *Cancer Causes and Control*, 15, 671-680, 2004
- 4) 久恒節子, 島内節 : 地域看護学講座③ 健康教育と学習, 医学書院, 東京, 176-177, 1994
- 5) 岩永俊博 : セルフケア支援を意識した健康教育, *公衆衛生*, 76(2), 101-104, 2012
- 6) 中山和弘 : 健康を決める力“ヘルスリテラシー”を身につける, [オンライン, www.healthliteracy.jp/], 聖路加看護大学, 6. 27. 2012
- 7) Ishikawa H, Nomura K, Sato M, et al. : Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers, *Health Promotion International*, 23(3), 269-274, 2008
- 8) 竹沢友規, 山本真裕, 竹内佳代子, 他 : 健康帰属意識の影響要因に関する調査研究 —健康習慣ならびに健康度自己評価との関連—, 東海大学健康科学部紀要, 7, 27-34, 2001
- 9) 五十嵐久人, 飯島純夫 : 労働者における Multi-dimensional HLCと生活習慣の関連, *南九州看護研究誌*, 3(1), 43-51, 2005
- 10) 足達淑子, 国柄后子, 山津幸司 : 通信による簡便な生活習慣改善プログラム—1年後の減量と習慣変化—, *肥満研究*, 12(1), 19-24, 2006
- 11) 堀毛裕子 : 日本版Health Locus of Control尺度の作成, *健康心理学研究*, 4(1), 1-7, 1991
- 12) 厚生労働省 : 予防・改善編 生活習慣を改善しよう, [オンライン, www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/metabo02/yobou/check/index.html], 厚生労働省, 7. 1. 2012
- 13) 厚生労働省 : 平成23年国民健康・栄養調査報告 [オンライン, www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h23-houkoku.pdf], 厚生労働省, 9. 30. 2013
- 14) 松本千明 : 第3章 変化のステージモデル, *健康行動理論の基礎 生活習慣病を中心に*, 医歯薬出版, 29-36, 2002
- 15) 総務省 : ICT 基盤・サービスの高度化に伴う利用者意識の変化等に関する調査研究, [オンライン, www.soumu.go.jp/johotsusintokei/linkdata/h24_06_houkoku.pdf], 総務省, 11. 18. 2012
- 16) 高野英恵, 酒井太一, 佐藤憲子, 他 : 地域住民における腹囲およびBMIと生活習慣との関連, *宮城大学看護学部紀要*, 12(1), 21-29, 2009

Original Article

Narratives of a patient with chronic multiple psychiatric disorders and status of the patient-nurse relationship : Achievement of rapport through the narrative approach

Koji Tanaka, Masami Hasegawa

School of Nursing, Kanazawa Medical University

Key words

chronic multiple psychiatric disorders, patient-nurse interrelationship, narrative, practical research

Abstract

This practical research aimed to understand and discuss the process by which a patient's narratives and the patient-nurse relationship evolve. The aim was pursued through continuous application of the narrative approach to a patient with chronic multiple psychiatric disorders. Data for analysis were obtained from the narratives of Mr. A who had been in and out of a psychiatric hospital due to chronic multiple psychiatric disorders and from his nurse's (the researcher's) notes on changes in the interrelationship between him and Mr. A that occurred over 12 interview sessions. From the nursing practice undertaken, both Mr. A's narratives and the interrelationship between him and his nurse could be divided into five different stages. Stage 1 [first encounter phase] when [narratives lacking the context of daily life] were told, Stage 2 [co-identification phase] achieved by listening to [narratives full of the patient's personality], Stage 3 [empathy phase] established by listening to [narratives of past traumatic experiences], Stage 4 [sympathy phase] when [narratives of present suffering from living] were told, and Stage 5 [rapport phase] when rapport triggered [narratives about the future]. Through continuous application of the narrative approach, the nurse drew out [narratives full of the patient's personality] and empathized with the patient's [narratives of past traumatic experiences]. By showing sympathy, the nurse enhanced the patient's abilities to deliberate and helped him to express and organize his [present suffering from living], and by building rapport with the patient, the nurse was able to lead the patient to [narratives about the future].

Introduction

Psychiatric disorders often run a chronic course, and some patients do not show positive progression over the long term. In other words, some show little response to treatment and others show a progressive worsening of condition

with repeated relapses. The foundations for psychiatric care reform proposed by Japan's Ministry of Health, Labour and Welfare in 2004 set a goal of 70,000 patient discharges. However, many patients are long-term patients or those who have been in and out of psychiatric hospitals. In

2008, from a total of 313,271 inpatients, 210,502 had been hospitalized for more than one year (Ministry of Health, Labour and Welfare), and among them were "the socially hospitalized" who could have been discharged if their family or the community had been ready to accept them. On the other hand, many had been hospitalized or been in and out of hospital because their chronic condition was unstable, making it difficult to treat them.

Among the previous psychiatric nursing care studies on the daily lives of patients with chronic psychiatric disorder are those on the patients' perspectives of in-hospital experiences¹⁾, the suffering of long-term inpatients²⁾, the life-world of long-term inpatients with chronic psychiatric disorder³⁾, and the worldview of patients with chronic psychiatric disorder living in the community⁴⁾. These studies revealed that patients and their lives are adversely affected by long-term hospitalization, yet even despite having such a chronic disorder, they can find some small happiness and hope in their daily lives. These studies have also clarified the meaning of the relationship between spirituality and life and death for the patients, and between the patients and others.

As this background shows, the experiences of patients with chronic psychiatric disorder have been gradually revealed. However, the nursing approaches taken to treat them have scarcely been discussed. Hoshino⁵⁾ has argued that it is easy to aggravate their condition, making treatment more difficult, and that recovery can be achieved only by them accumulating positive experiences in daily activities over time. In light of this, daily nursing care appears to be critical to the treatment of patients with chronic psychiatric disorder and it warrants the study on such care.

The author had the opportunity to provide nursing care to patients with chronic psychiatric disorder at a psychiatric hospital and encountered promising cases in which the patients rediscovered their liveliness through mutual interaction with him in his role as their nurse and showed signs of recovery. Such changes

occurred in a clinical nursing setting through listening repeatedly to the patients' narratives over a prolonged period. While there are reports from both within and outside Japan on the effects of treatment with patients with psychiatric disorder⁶⁻¹⁰⁾, the effects specifically of the narrative approach to treat such patients, whose treatment is clinically difficult, have yet to be described.

In efforts to contribute to the development of therapeutic care for patients with chronic psychiatric disorder and a support system for their social reintegration, the researcher has continuously applied the narrative approach as a nursing practice with patients with chronic multiple psychiatric disorders, particularly since the researcher's experience in clinical nursing and his experience with patients with chronic psychiatric disorders was limited. This study aimed to understand the process by which a patient's narratives and the patient-nurse relationship would evolve through the continuous application of this approach, and to examine the therapeutic possibilities of the approach with patients with chronic psychiatric disorders.

Definitions of terms

In this research, patients with chronic psychiatric disorders were defined as "schizophrenic patients who have seen a doctor regularly over a three-year period due to pathology or decreased functioning or patients with multiple disorders including both psychiatric and schizophrenic disorders and whose psychological state has not fluctuated." This definition was established to take into consideration those patients who are likely to be hospitalized for prolonged periods, in order words, more than three to five years after symptom onset¹¹⁾.

Research methods

This practical research study gathered data from the narratives of a patient with chronic psychiatric disorders and from his nurse's (the researcher's) notes on the changes that occurred in the interrelationship between them while undertaking the therapeutic approach. Follow-

ing the ideas of social constructivism, this study employed a narrative approach. Social constructivism holds that words shape our life-world, and the fundamental assumptions of the narrative approach are that "talking about ourselves is to configure ourselves" and such talking also serves "to experience ourselves"¹²⁾.

1. Research participant

A schizophrenic patient in his forties with drug hangover (Mr. A) participated in the study. Mr. A had been treated for multiple psychiatric disorders since his mid-twenties, and he had been hospitalized more than ten times at the time of this research. Schizophrenia is one of the major psychiatric disorders for which over 60% of patients are hospitalized and it often runs a chronic course. Psychiatric disorders are also remarkably more likely to run a chronic course when the patient has an additional disability such as drug hangover or mental disability. Therefore, conducting a case study of a patient with multiple disorders was considered suitable for fulfilling the aims of the present study. In addition, Mr. A had been hospitalized for prolonged periods for multiple disorders, and he often expressed his experiences and way of life through words and drawings. Therefore, the researcher expected that considerable data could be derived from Mr. A's narratives and from changes that would occur in the interrelationship between the patient and his nurse while undertaking the narrative approach.

2. Nursing practice and data collection method

In the narrative approach, it is important for the research participant to construct the world in which he or she lives through dialogues with the researcher. For this, the researcher must "acknowledge his/her own ignorance" and face the participant. The researcher must also weave the participant's "untold stories" and construct "the time in which the participant lived", the "meanings" in the participant's life, and "sociality"¹²⁾. In the present study, these aspects were used as guidelines for the nursing practice to be undertaken (i.e., the narrative approach), and

continuous interviews with Mr. A were conducted by the author as his nurse in the hospital ward's interview room. Each interview lasted between 60 to 90 minutes. The interviews were audio taped with Mr. A's consent. Finally the patient began to tell positive stories and stories about the future while still holding onto his suffering. The nurse wished to ease the patient's suffering and, as the result, rapport was established between them, and the patient's suffering was considered to be eased after 12 sessions. At this point, the series of interviews was closed.

3. Data analysis

Patient-specific experiences and changes in the content of the narratives were identified from the transcripts of the stories told during the series of interviews, and a theme was identified for each progressive stage in the development of the patient's narratives. Data were ontologically interpreted; in other words, they were interpreted from the perspective of the time in which the patient live and from the perspectives of others and the world surrounding them. In regards to the researcher's nursing practice, since the researcher was following the practice of the narrative approach, many of his reactions to the patient's narratives were expressed in thoughts and bodily feelings rather than words. Therefore, descriptions of the researcher's nursing practice focused on his being a "listener". Based on changes that occurred in the nurse's inner self and his position as a listener, Travelbee's human-to-human relationship model¹³⁾ was applied to understand the evolution of the patient-nurse relationship.

The analysis was conducted under the supervision of experts on qualitative studies and psychiatric nursing care, and expert nurses at the interview site.

4. Ethical considerations

The study was approved by the hospital director, director of nursing, chief nurse, and attending doctor of Mr. A. Prior to the study, Mr. A was informed verbally and in writing of the study purpose, that he was free to discontinue

his participation at any time, that he did not need to talk about anything he did not want to share, that medical care provided at the hospital would be unchanged regardless of whether he participated or not, that the obtained data would not be used for anything other than the research purposes, that data would promptly be discarded after the study, and that his privacy would be protected. After receiving this explanation, Mr. A provided consent to participate. Moreover, since the study was to be conducted over a relatively long period of time, his agreement to participate was confirmed before each interview session in order to take into account changes in his condition and feelings. It should be noted that in order to protect the privacy of the parties involved, specific descriptions were modified without changing the content and individuals were anonymized in the data.

Results

During the period of nursing practice under study, both the narratives of Mr. A and the interrelationship between the patient and the nurse progressed in five stages (Figure 1). Travelbe¹³⁾ states that a human-to-human relationship between patient and nurse develops through

four interrelated stages, [first encounter phase], [co-identification phase], [empathy phase], and [sympathy phase]. When the interrelationship develops fully, it evolves into the [rapport phase]. Applying Travelbe's concept of the development of human relationships and taking an ontological perspective when examining the five phases between Mr. A and the researcher revealed the following transformations. Qualitative changes were observed in their mutual relationship when it developed from stage 1 to stage 2. During the process where their mutual relationship developed to stage 4, a co-existing relationship was established and deepened. These changes in their relationship in turn transformed Mr. A's narratives in each stage. Finally in stage 5, as the result of the accumulation of the preceding four stages, an additional qualitative transformation occurred in the mutual relationship between Mr. A and the researcher, and Mr. A's sufferings were alleviated and both Mr. A and the researcher grew as people.

Stage 1 [Narratives lacking the context of daily life] told during the [first encounter phase]

Mr. A told the nurse that he had created a shady world and he himself was Emperor of that

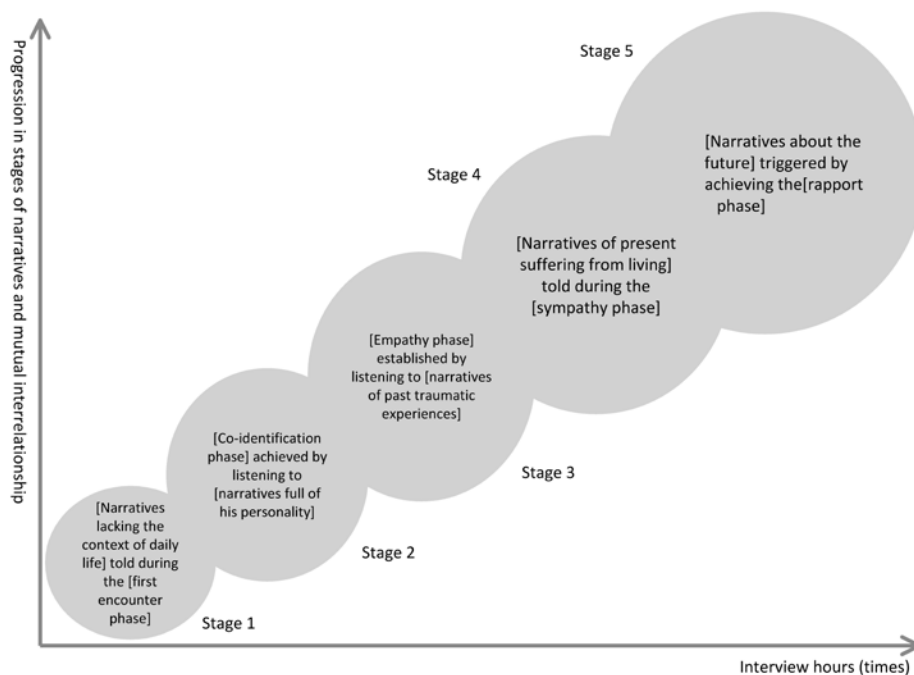


Figure 1. Changes in Patient A's narratives and in the mutual interrelationship between Patient A and the nurse

world. He discussed this shady world and the devils that inhabited it in a desultory manner. It was not clear to the nurse why Mr. A wanted to talk about them, but it did seem that Mr. A wanted him to listen. Accordingly, the nurse just listened to his stories and although at times he became tired of listening to the nonsensical stories, he attempted to devote his entire attention to listening to Mr. A's stories, showing interest in his unique world and worldviews.

As an example, Mr. A said, "I am Emperor of the shady world. When I become a perfect emperor, I can ascend the throne and exert my authority. I cannot tell who actually holds the real power in the shady world, but it is surely a dreadful world for humans. It's my job as Emperor to judge the battle between the gods and devils. The gods are at a standstill and have no chance against the devils. If one emperor of the shady world rises up, the gods will be invincible and will defeat their enemies and can impose sanctions against unnecessary evils. I have many plans as Emperor of the shady world, but the first priority is to increase the number of gods and the lords of the heavens who reflect upon things. That will expand the worldview, and it will capture a lot of attention. The increase in the number of gods and lords of the heavens will lead to the destruction of authority."

As he listened to Mr. A's narratives, the nurse started to be drawn to his world. He gradually came to want to understand who Mr. A was as a person, not in terms of his disorders. Mr. A had been hospitalized for a prolonged period for chronic psychiatric disorders and was rambling about his own world. The researcher became curious as to what kind of life he had been living before he became mentally ill and before he was hospitalized. Therefore, while listening to his narratives, the nurse asked Mr. A to tell him his life story. During Stage 1, both Mr. A and the nurse were living in the "present" state. However, during Stage 2, Mr. A and the nurse moved across time and space to Mr. A's childhood.

Stage 2 [Co-identification phase] achieved by listening to [narratives full of his personality]

The nurse asked Mr. A to tell him something he remembered from his childhood or before he was hospitalized. In answering this question, Mr. A's personality and the healthy side to his personality emerged in the narratives, whereas up until that point his narratives had been full of fragmented ramblings. If it had been told during the [initial encounter phase], it would have been an unexpected yet realistic story. This experience served to transform the mutual positions of Mr. A and the researcher. At that time, the researcher was [co-identifying] with Mr. A, regarding him not as his patient, but as an individual.

In answer, first, Mr. A told the nurse that his parents could not raise him due to family matters, so he was entrusted to his aunt in the village soon after birth, and his father passed away when he began to understand things. "When I was a little kid, I believed that people would never die. When my father passed away, I started to wonder why people die. Ever since I started to understand things, everything I see has been a surprise and it has been beautiful. Since I was a child I have often thought, 'For what purpose was I born?'"

His life afterward in the village had a significant impact on Mr. A's character. He lived with his aunt in the village until he was in the fifth grade of elementary school, and he said that he remembered those days as if they were just yesterday, even though more than several decades had passed. "I had a great time in summer. I used to meet with friends at 1 am and we would go catch beetles by a telephone pole on the bridge. Nobody has ever caught more dragonflies, beetles, or stag beetles or was better at spinning a top than me. We used to play with *menko* cards and marbles in autumn and sleds in winter. We used our homemade sleds at the village office. I had a good time playing house with the girls in spring. We went to look for edible plants and ate them."

Looking back, he had a strong sense of loneliness in his boyhood. However, his life in the village surrounded by nature and his facing this sense of loneliness shaped his own sensitivity. "I didn't have what's called 'an education'. The

only treasure in my life is my memory of having played with bugs in the village. I used to catch bugs in the fields and rivers and I would let silkworms crawl on my stomach. So, I still cannot kill bugs. When I was a child, I used to buy Glico candies that had free gifts, and bread filled with red bean paste. I would often lie down talking to myself and laugh at the TV. I also loved to fantasize. For example, I fantasized myself being Superman or Spiderman flying between those buildings... There was nobody close to me that I respected. I couldn't study well, but I liked ethics and art classes."

When he started working in society, he worked as live-in help for four years. Although he had some bitter memories during those four years, he seemed to be proud of that time in his life. "I woke up at 6 in the morning and worked until very late every day. I couldn't wait to have a Mr. Donuts and smoke in the bathroom during work breaks. I made 90,000 yen a month and there was nothing special about me, yet I didn't consider myself dull. After that, I had a chance to go overseas, so I spent about a year abroad. I surprisingly actually made it there by myself without getting lost. I was a half-fledged worker, but I felt superior over my being at least a tradesman. There, one of the things I enjoyed was to eat homemade vanilla [ice cream]. My roommate was American. He was brave and was the kind of person who would succeed. I respected him a lot. He saved me when I was about to get involved in a fight. He used to say 'It's OK.' We didn't understand each other's language, but we knew what the other wanted to say."

The nurse could feel Mr. A's sensitivity and pride, and understood that his personality and the healthy side to it were present, suggesting the possibility for recovery. At the same time, thinking that if Mr. A had not become ill he could have had a much better life, the nurse felt regret, anger, and sadness at the reality that the Mr. A's condition had become chronic and he had been hospitalized for prolonged periods. The nurse continued listening to Mr. A's dialogues with a sense of powerlessness caused by a dilemma between his wish to do something for

Mr. A's recovery and his inability to understand what to do.

Stage 3 [Empathy phase] established by listening to [narratives of past traumatic experiences]

Mr. A's narratives gradually deepened and eventually centered around his past traumatic experiences. While listening to the patient's [narratives full of his personality] and [narratives about past traumatic experiences], the researcher began to understand the patient's train of thought in his [narratives lacking the context of daily life] that predominated at the initial stage of the narrative approach.

When Mr. A entered junior high school, he made friends with a student who was good at studying. Mr. A and his friend were bullied by a bad crowd. They fretted over it and went to their teacher about it. Mr. A talked about the unreasonableness of the meeting with the teacher as follows. "I told a teacher in the counseling room that my friend and I were bullied by a bad crowd. We asked him not to tell anybody that we had talked to him. But, when we went to school the following day, the crowd said to us, 'You went to the counseling room. We won't let you get away with it!' and again started bullying us. We went back to the counseling room, only to find the teacher laughing, saying 'I was careful [not to tell anyone]!' Even though I didn't cry, my friend fought with the others. My friend acted as my shield and had a hard time."

When he was in the eighth grade, Mr. A started to become friends with those in the bad crowd. He was no longer bullied and instead ended up abusing paint thinner, which he regretted. Mr. A went abroad to improve his work skills, but due to strong feelings of loneliness, he admitted that he used stimulant drugs for the first time there. "For the first time, in a foreign country, I heard of devils of drugs. I had just one friend. Maybe because I was lonely, I got into stimulants. I wanted to be friends with white girls, but I couldn't get close to them. I was always looking at them from a distance thinking how cute they were."

The reason why Mr. A's daily narratives

were lacking the context of daily life seemed to be because the link connecting Mr. A's present and his past and the link connecting his experiences and those of others were unopened. The researcher recognized this disconnection and worked to establish these links by carefully listening to Mr. A's narratives using his own imagination and sensitivity. As a result, during Stage 3, the links were established and the researcher was able to see the connection between the dark world of Mr. A's narratives and his experiences in real life.

Mr. A reported he experienced hallucinations in his mid-twenties, and discussed his suffering while in a relationship dominated by drugs. "One day when I was at home, a god suddenly appeared in front of me. He said '*Genkaku*' (hallucination) with a strange smile and disappeared somewhere. Then I visited temples, but I couldn't find him anywhere. My girlfriend then came home. I thought 'I was dreaming' but it couldn't be a dream as it was so vivid. Then one of my friends showed up with a devil. All of a sudden, three of us were destined to have our blood sucked out of us. But I snapped the devil's tooth (a syringe needle). Then, a blow from Death made me attempt suicide. It could have been karma for my past bad behavior. I thought it was better that I was dead then, that I had no regrets about my life. It was hell to live—I would also go to hell after my death. After my suicide attempt, I was taken to the emergency room and was later admitted to a psychiatric hospital. I was not conscious. I had lost about 1.8 liters of blood. My shower room was covered with blood. The suffering I felt was about thirty times as bad as a motion sickness. A few hours after I tried to kill myself, my mother came home and took me to the emergency room. I heard that I was transfused for 24 hours. When I came back to consciousness, I had been in the protection room at the psychiatric hospital. I don't think the nurses understood how I felt then. I was bleeding and screaming for help, not knowing where I was." Although Mr. A matter-of-factly talked about his [past traumatic experiences] such as hallucinations and his suicide attempt, the researcher

was shocked and felt a physical ache in his chest and stomach. The researcher felt physical pain through [empathy], and quietly listened to Mr. A's [past traumatic experiences]. The researcher internalized Mr. A's mind and began to regard Mr. A's sufferings as inter-bodily feelings.

He was in and out of hospital in his late thirties also, and he talked about an incident he felt was unreasonable at a hospital and how it triggered him to become possessed by devils. "A doctor at the hospital sided with a patient who hit me. An understanding nurse suddenly changed his attitude to me and accompanied me to the protection room. Eight or nine people restrained me. I resisted in vain. I was trapped and restrained. Later, I vomited repeatedly and became possessed by devils."

He muttered, "See, I have a sorry life." That comment weighed heavily on the nurse, but it also signified that a human-to-human relationship had been established between Mr. A and the nurse. The nurse empathized with Mr. A and kept listening to him, wishing to ease his suffering.

Stage 4 [Narratives of present suffering from living] told during the [sympathy phase]

As the nurse continued listening to Mr. A, empathizing with his past suffering, Mr. A's narratives changed to those focusing on his present suffering from repeated hospitalization for chronic psychiatric disorders. As the nurse listened to Mr. A's [narratives full of his personality], he became interested in him as a person. Moreover, as he listened to Mr. A's [narratives on past traumatic experiences], he began to see a connection between Mr. A's past and present in his [narratives lacking the context of daily life] at the initial phase of therapy. The researcher accepted Mr. A's suffering, which was conveyed both verbally and non-verbally, as inter-bodily emotional experiences. By doing so, their relationship progressed to the [sympathy phase]. During Stages 2 and 3, both Mr. A and the researcher were placing themselves in the past. However, as the researcher accepted Mr. A's [past traumatic experiences], during Stage 4,

Mr. A's narratives gradually transformed to be about his present suffering. Mr. A and the researcher were back in the present state, where Mr. A stayed in the psychiatric hospital. At that time, the nurse recognized the patient's capacity to deliberate and face his present suffering, and the nurse recognized the possibility of Mr. A's recovery.

Reflecting on his past, Mr. A told the nurse that he was becoming more unsure about the world as he aged. "Looking back, what an eventful life I have had! I am barely surviving. I made a lot of mistakes when I was young. I no longer want to get involved with anybody using stimulants. As I got older, I came to realize that I was the last person that anybody should trust. My teachers give me a route in life. I'm like a ship, always floating. It's as if my ship was floating in a storm. Ever since I grew up, I've felt like I'm in an unstable world. It was only when I was living in the village that I could see the world clearly."

Mr. A also told the researcher that he wished to trust others, while also admitting that he was threatened by agonizing uncertainty and strong pessimism about the world. "I'm used to being betrayed. I want to trust others. On the other hand, I doubt them. I suppose everybody is dissatisfied. No-one is content. There's always something missing, but it's not like that you have to overcome obstacles throughout your life. It reminds me of what my aunt used to say, that life is full of annoyances."

His pessimistic view of the world and the shady world he lived in were influenced by his psychiatrist's comment that he would never be able to cure his disorders. "If you have any other sickness, you'll eventually be cured. But even my doctor told me that I can't be cured. So, it's as if I've been in the dark."

The nurse was able to see Mr. A's narratives in the context of his life. He listened to the patient, sympathizing with the root cause of his suffering, that is, his suffering from living with chronic psychiatric disorders.

Stage 5 [Narratives about the future] triggered

by achieving the [rapport phase]

When Mr. A was able to see that the nurse understood and sympathized with him, he began discussing that he was trying to live with an eye to the future by overcoming the suffering caused by uncertainties in his life. Mr. A and the researcher were able to find the link connecting Mr. A's thoughts to the future. As a result, Mr. A began to see himself in the near future. Mr. A and the researcher experienced mutual co-existence and, within such relationship, they both experienced personal growth. At that time, [rapport] was considered to have been built between the two. As the nurse sympathized with Mr. A's sufferings, he could recognize the therapeutic effects of the narrative approach.

Mr. A said that he was currently pessimistic about the world and felt despondent yet also had some hopes for the future in the uncertain world. On the other hand, he also admitted that he wished to cure his disorders and live a normal life, living at home and working. "I know that I have to do something about my life. I'm inferior to others because I can't work. I can't do something that others do routinely. I'm living off the taxpayer's money, so I really have to cure my disorders. Once I'm cured, I don't care at what, I just want to work."

Mr. A also said that he wished to draw some pictures and manga which he loved to do, and to volunteer in the field of public welfare and get involved with others in the future. "The best way to leave a trace of your existence as a human is to have offspring. That's troublesome if you become Emperor of the shady world like me. [...] I want to spend my time drawing pictures and manga from now on. I want to leave good work through drawing, and spend time with kids in the neighborhood doing things together like cleaning rivers in the community. I hope that discrimination against anyone will disappear and education, medical care, and welfare will be accessible to everyone."

Finally, he talked about what he hoped from nurses through his prolonged hospitalization. Comparing nurses to angels with lights, he talked as he drew a nurse shedding light on pa-

tients. "A hospital is a breeding ground for sickness, so I can't help but draw dark pictures in the hospital. I suppose I am starving for beautiful scenery. Hospital is darkness. I want nurses to shine light into the darkness. Hospital is also like a small society, a small society that can't be accepted by others. So, I want the nurses to accept each patient as a human being."

Through continuous application of the narrative approach, Mr. A was enabled to think about ways to live a realistic life, how to live in the future, and to examine the demands for psychiatric care and society. This continuous application drew [narratives full of the patient's personality] from Mr. A, and the nurse empathized with Mr. A's [narratives on past traumatic experiences] in the process of [co-identification]. In the process of establishing [rapport], this increased Mr. A's capacity to deliberate and helped him express and organize his [present suffering from living], leading him to have [narratives about the future]. Following the series of 12 interviews, Mr. A has still been in and out of the hospital; however, the numbers of hospital days has reduced and he now spends more time in the community. He has not stayed longer than one year in the hospital at one time.

Discussion

1. Establishing the context of narratives

Patients with psychiatric disorder have symptoms such as hallucination and thought disorder. Due to their psychiatric symptoms, patients tend to have difficulty in reasoning and their narratives tend to be incoherent when their symptoms are fully developed. Hoshino⁵⁾ argues that difficulties in relationships that develop during treatment often lead to worsening of the patients' condition and difficulty with treatment. Moreover, as their condition becomes chronic and difficult to treat, they are more likely to present with hallucination and their thought disorder is more likely to stay with them, which in turn reduces the nurses' keen interest in the patients¹⁴⁾. All of these aspects make it difficult for patients to talk about their own experiences, and when they do, their narratives tend to be

incoherent. Indeed, in the present study, Stage 1 consisted of Mr. A's [narratives lacking the context of daily life] and the nurse was unable to make anything out of them. However, as the nurse continued listening to the patient, he began to pay attention to Mr. A's personality and became able to see his train of thought. In other words, in order to understand the logical flow of the narratives of patients with chronic psychiatric disorder, we need to pay attention to the [narratives full of their personality] and the [narratives on past traumatic experiences] as well as to their medical condition, and find the connection between their present [narratives lacking the context of daily life] and their humanity and existential experiences. Nakai¹⁵⁾ argues that "it is important for care providers to show interest in listening to the patient's healthy daily life stories, like he went to a cafe or the theater with friends or played baseball, even when he shares surprising pathological experiences and some phenomenon that nobody has ever reported before. Most patients can be cured because their care providers do pay attention to their healthy side of their lives." Accordingly, it can be argued that for the treatment of patients with chronic psychiatric disorders, first and foremost, it is important to focus on the [narratives full of their personality], which the patients tend to forget during their prolonged hospitalization. During this process, we need to create an environment in which the patients' narratives deepen and they can spontaneously talk about their [past traumatic experiences] and their [present suffering from living]. By doing this, patients will be able to organize their train of thought.

2. The meaning of the constructed narratives

The ontological interpretation of Mr. A's narratives that were spun by the application of the narrative approach shows that Mr. A was suffering from grief over living, with his existential foundation being threatened. In the [narratives full of the patient's personality], Mr. A expressed his childhood as the time when he was shining. On the other hand, his life history and the narrative that started with "The only treasure in

my life is my memory of having played with bugs in the village" which reflect his own life history show that he was also experiencing a strong sense of alienation and loneliness in relationships. Moreover, during the [narratives of past traumatic experiences], he talked about his experience of being bullied, drug use, and suffering from a life taken over drug abuse, and his suicide attempt. As just described, Mr. A seems to have repeatedly had extraordinary experiences. According to Heidegger¹⁶⁾, the ordinary is the present existence's way of living day to day safely without extraordinary happenings, and the ordinary is the foundation that supports our present existence. However, since Mr. A had repeatedly experienced extraordinary happenings in his life history, the foundation that Heidegger suggests to support the present existence was threatened. Mr. A repeatedly experienced such extraordinary happenings during the period when fundamental trust toward life and the world are supposedly established. Therefore, Mr. A may have suffered from continuous questioning of his own existence and feelings of denial about his existence. This was shown in his own reflection when he said "I often questioned for what purpose I was born." Moreover, his sufferings from the instability of his existential foundation became even more pronounced with the development of schizophrenic disorder and with the effects of drug hangover, and these seem to have led Mr. A's experiences to become unshareable with others. Laing¹⁷⁾ asserts that when a person's own experiences are unshareable with others, external events can greatly affect him and they could become persistent lethal threats. Applying this to the case of Mr. A, his unshareable experiences seem to have led him to be threatened by hallucinations and an uncontrollable impulsive desire for death. When the present existence recognizes the certainty of death and when the person has experienced someone dying first-hand, the present existence is confronted with his own natural capabilities, and as a result, he chooses to be his natural self¹⁶⁾. As Mr. A said that he had often questioned for what purpose he had been born, re-

membering the deaths in his family and his own near death experience seemed to have offer Mr. A the opportunity to reflect on his own natural self and the meaning of life and death. However, since Mr. A has had few experiences since adolescence that could teach him the meaning of his existence, he had trouble finding the answer to the self-asked question about the purpose of life. The more he confronted questions about the meaning of his existence, the more he suffered, and that was probably why he began to seek his place in "the dark world".

Through this context of his suffering, meanings were attached to the [narratives lacking the context of daily life], and Mr. A and the researcher could organize their thoughts once the narratives' context were established. Although the thoughts were organized, Mr. A's suffering was not alleviated. By examining the reality, Mr. A and the researcher confronted his existential suffering, such as his suffering reflected in the [narratives of the present suffering from living].

3. The nature of the patient-nurse relationship to establish the context of the narratives and the mutual effects produced in this relationship

In the [narratives full of the patient's personality] seen in Stage 2 and in the [narratives of past traumatic experiences] seen in Stage 3, Mr. A discussed matters as if he was back in his adolescence. The researcher was also drawn into the reality of such narratives and felt as if he had been across time and space in Mr. A's adolescence. In other words, while stories were told by Mr. A, the "narrator", to the researcher, the "listener", in the interview room of the hospital ward in the present world during Stage 1, during Stages 2 and 3 Mr. A and the researcher moved across time and space to the past that Mr. A had lived. According to Heidegger¹⁶⁾, the foundation of the present existence is mutual co-existence in temporality. Therefore, in order to establish the context of the narratives of the narrator, it is important for both the narrator and listener to exist in the time when the narrator lived, and that they are in a mutual-coexistential relationship that would verify the meaning of

the existence of the narrator. The nature of this presence of the listener is imperative to connect the past and the present of a narrator who has [narratives lacking the context of daily life] and to activate the link that has formed between the narrator and listener.

To establish the link between the narrator and listener, the nurse must face the patient as a human being and establish a human-to-human relationships with him or her. Emotional experiences¹³⁾ such as co-identification, empathy, and sympathy between the patients and their nurses are established during this process. In fact, in the present research, the nurse "wished to do something" to help Mr. A's recovery and felt helpless, not knowing what actually he should do. He also felt frustrated with the reality that Mr. A had been hospitalized for a prolonged period. These emotional experiences were the driving force behind continuing the narrative approach and helped him draw from Mr. A [narratives full of the patient's personality] and face Mr. A's [narratives of past traumatic experiences] and [narratives of present suffering from living]. At the time, the researcher was sharing Mr. A's suffering as inter-bodily feelings and he was felt moved. The patient-nurse relationship established with this driving force for care became solidified as the nurse helped the patient organize his train of thought, and this experience provided the nurse with confidence about his own ability to establish a therapeutic relationship with Mr. A and to keep using the narrative approach. In other words, the nurse was able to practice a continuous narrative approach due to his own driving force for Mr. A's care which was generated by empathy in this patient-nurse relationship. The change in Mr. A's narratives from incoherent ones to the ones on his [present suffering from living] and [about the future] reassured the nurse of the positive effects of narrative approach. Mr. A and the researcher placed themselves in Mr. A's past and then moved themselves across time and space back to the present time. By doing so, they were able to move themselves even closer to the near future and successfully transformed Mr. A's nar-

atives. Travelbee¹³⁾ argues that nurses strongly wish to appease patients' sufferings when in the [sympathy phase]. In addition, by reaching the rapport, the patients' sufferings are eased and both the patients and nurses mature as people. In the present study, the fact that the nurse held this wish and Mr. A's narratives changed over time suggests that their relationship had developed rapport backed up by sympathy. This in turn suggests that sympathy and rapport are imperative in human-to-human relationships to help patients organize their train of thought. In addition, Searles¹⁸⁾ states that everyone is a psychotherapist at the unconscious level, and we need to define the symbiotic relationship in which care providers also are treated by their patients as "therapeutic symbiosis" which promotes positive developments on both sides. In relation to the present study, this reflects the nurse being supported by Mr. A through the narrative approach, which enabled him to draw narratives from Mr. A, face his suffering, and reach the [rapport phase] where he became convinced of the approach's therapeutic effects.

4. Importance of the narrative approach for patients with chronic psychiatric disorder and its potential therapeutic effects

Helping patients with chronic psychiatric disorder organize their train of thought refers to the process whereby care providers, by drawing out [narratives full of the patient's personality], face the patient's existential suffering expressed in the [narratives of past traumatic experiences] and the [narratives of present suffering from living]. The present study showed that it is important that nurses face their patients as human beings through the narrative approach, "acknowledging their own ignorance" and helping the patients to transform their narratives to those [about the future]. As was the case for Mr. A, patients with chronic psychiatric disorder repeatedly experience suffering such as loneliness, alienation, and traumatic events that can threaten the underpinnings of their existence in their lives full of disorder. Due to such experiences, their narratives can become those [lacking the

context of daily life] and as Mr. A expressed, they can often live suffering from living in an uncertain world. Patients who have traumatic experiences and suffering in their life history tend to wish to trust others, yet find it difficult to do so, as did Mr. A. Therefore, for therapeutic intervention to be effective, it needs to be practiced in a fully developed mutual relationship, developed through the process of co-identification, empathy, and sympathy. In other words, it requires the application of a narrative approach in which the nurse and patient have a human-to-human relationship. As it has been shown, it is important during the narrative approach for the nurse to naturally weave together what patients want to say while reassuring them that it is safe to talk and of the solid relationship that has been established between them as their interrelationship developed. This approach differs from that of exposure therapy, which has already-proven effects on patients with traumatic stress disorders and depression, in which the care provider directly approaches the patient's trauma^{6) 7)}.

The effectiveness of the narrative approach for patients hospitalized for prolonged periods for chronic psychiatric disorder and who have difficulty in logical verbalization can said to lie in its ability to relax them, enhance their capacity to deliberate, help them to express and organize their [present suffering from living], and draw from them [narratives about the future]. The narrative approach may not be applicable to some patients with chronic psychiatric disorders who are experiencing a sudden relapse or those who have reduced ego functioning and suffer from the actual event of relating their experiences. However, the transformation of Mr. A's narratives from being incoherent to more logical suggests that the narrative approach had positive effects. This research suggests that continuous application of the narrative approach can enable care providers to draw from their patients [narratives full of personality] which will help them to empathize with their patients during the [co-identification phase] and in the [rapport phase] draw from them [narratives about the future]. The narrative approach has clear potential

as a therapeutic approach for the patients with chronic psychiatric disorder.

Limitations of the study

The research focused on one patient with chronic multiple psychiatric disorders and a narrative approach was continuously practiced, with the patient's narratives and aspects of the mutual interrelationship between the nurse and patient recorded and analyzed in detail. If we follow Sandelowski¹⁹⁾, we could assume idiographic generalization, namely, interpreting the characteristics of the general case from the context of the present case. However, due to the nature of the methodology used, it cannot be denied that the results could have been influenced by the ability of the nurse (researcher) to approach the phenomena and interpret the data. Future studies based on more cases and conducted by more experienced nursing practitioners are warranted.

Acknowledgment

The author is indebted to Mr. A for his long-term support through this research and for sharing his valuable experiences. The author also thanks the hospital director, director of nursing, and other staff at the research site.

References

- 1) Koizumi T, Mio M : Prolonged hospitalization in the eyes of the schizophrenic patient. The Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing Bulletin, 6, 39–47, 2006 (In Japanese)
- 2) Fujino N, Wakiaki Y, Okamura H : The suffering of long-stay patients admitted to psychiatric hospitals. Japanese Journal of Nursing Research, 30(2), 87–95, 2007 (In Japanese)
- 3) Tanaka K : The life-world of long-term hospitalized psychiatric patients. The Japan Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19(2), 33–42, 2010 (In Japanese)
- 4) Erdner A, Andersson L, Magnusson A, et al. : Varying views of life among people with long-term mental illness. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16, 54–60, 2009

- 5) Hoshino H : Helping schizophrenia. Seiwa Publishers, 195 – 221, 1996 (In Japanese)
- 6) Bichescu D, Neuner F, Schauer M, et al. : Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression, *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2212 – 2220, 2007
- 7) Ruf M, Schauer M, Neuner F, et al. : Narrative exposure therapy for 7-to 16-year-olds; a randomized controlled trial with traumatized refugee children, *Journal of Traumatic Stress*, 437 – 445, 2010
- 8) Cashin A : Narrative therapy; a psychotherapeutic approach in the treatment of adolescents with Asperger's disorder, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21 (1), 48 – 56, 2008
- 9) Paris R, Bradley C L : The challenge of adversity; three narratives of alcohol dependence, recovery, and adult development, *Quality Health Research*, 11(5), 2001
- 10) Tanaka K, Hasegawa M, Nagata K, et al. : Research on changes in the discourses of the depressed elderly through nursing practice based on a narrative approach, *Journal of The Tsuruma Health Science Society*, 36(2), 35 – 47, 2012
- 11) Asai K : How will mental health change? on the issue of acute and chronic periods. *Journal of Japanese Association of Psychiatric Hospitals*, 17(12), 28 – 35, 1998 (In Japanese)
- 12) Noguchi Y : Care as stories: the path to the narrative approach. *Igakushoin*, 95 – 106, 2002 (In Japanese)
- 13) Travelbee J : Interpersonal aspects of nursing. Hasegawa H, Fujieda T (translators). *Igakushoin*, 43 – 66, 1974. (In Japanese)
- 14) Nakai H : Omnibus volume, 1, *Schizophrenia*, Iwasaki Gakujutu Shuppansya, 1984 (In Japanese)
- 15) Nakai H : What I have done in these situations. *Igaku-Shoin*, 2007 (In Japanese)
- 16) Heidegger M : Being and time. Hara T, Watanabe J (translators). *Chuokoronsha*, 2003 (In Japanese)
- 17) Laing R D : The divided self. Sakamoto K, Shiki H, Kasahara Y (translators). *Misuzu-shobo*, 1971 (In Japanese)
- 18) Searles H F : Countertransference I, Matsumoto M, Omori K, Sato K, et al. (translators). *Misuzu-shobo*. 1991. (In Japanese)
- 19) Sandelowski M : One is the liveliest number; the case orientation of qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 19(6), 525 – 529, 1996

慢性精神疾患をもつ患者の語りと患者看護師間の相互関係の様相 — ナラティブアプローチの実践によるレポートへの到達 —

田中 浩二, 長谷川 雅美

金沢医科大学看護学部

キーワード

慢性精神疾患, 患者看護師関係, 語り, 実践研究

要 旨

本研究は、慢性精神疾患をもつ患者に対して継続的なナラティブアプローチを実践することにより、患者の語りと患者看護師間の相互関係が変化していく様相を解釈し、その治療的効果について言及することを目的とした実践研究である。慢性精神疾患を抱え、精神科病院に入退院を繰り返しているAさんを研究協力者とし、12回のナラティブアプローチを実践し、Aさんの語りおよびAさんと研究者の相互関係の様相をデータとした。

研究者の看護実践によって、研究協力者であるAさんの語りおよびAさんと研究者の相互関係の様相は以下の5つのステップに分類された。ステップ1【出会いの位相】の中で聴いた【生活の脈絡を欠いた語り】、ステップ2【その人らしさに満ちた語り】を聴くことで構築された【同一性の位相】、ステップ3【過去の外傷体験の語り】を聴く中で構築された【共感の位相】、ステップ4【同感の位相】の中で語られた【現在の生きる苦悩の語り】、ステップ5【レポートの位相】で発動した【未来に向けた語り】。

継続的なナラティブアプローチは、慢性精神疾患をもつ患者の【その人らしさに満ちた語り】を紡ぎ出し、研究者は患者との同一性の中で【過去の外傷体験の語り】に共感し、同感の中で患者の現実検討力を高め【現在の生きる苦悩】を表出し整理することや、ラポールという関係性の中で【未来に向けた語り】を導き出すために効果的であることが示唆された。

研究報告

臨床看護師の就業にかかわる特性と 看護実践能力との関連

Relationship between nursing practice ability and
characteristics of nurses' working conditions

久司 一葉¹⁾, 笠井 恭子²⁾

Kazuyo Kyuji¹⁾, Kyoko Kasai²⁾

¹⁾金沢医科大学看護学部, ²⁾福井県立大学看護福祉学部看護学科

¹⁾School of Nursing, Kanazawa Medical University,

²⁾Department of Nursing Science, Faculty of Nursing and Social Welfare Sciences,
Fukui Prefectural University

キーワード

看護実践能力, 実態調査, 背景, 就業

要 旨

目的：看護師の背景のひとつである、「看護師を志望した動機」「就業理由」「仕事継続の意志」「相談相手の有無」など、就業にかかわる特性に着目し、看護実践能力との関連を検討することである。

方法：看護師1,085名を対象に、独自に作成した調査用紙を用いて看護師特性20項目と看護実践能力32項目の自己評価を調査した。

結果：有効回答数677 (75.9%)、女性647名、男性30名で平均年齢34.7歳、平均臨床経験年数は12.4年であった。看護実践能力の実態では、自己評価の高い項目は「患者の個人情報を守秘している」であった。就業にかかわる特性と看護実践能力との関連では、検定の結果「看護師を志望した動機」「就業理由」「仕事継続の意志」「相談相手の有無」「実習指導経験の有無」などが看護実践能力に関連することが明らかになった。

はじめに

近年、看護を取り巻く状況は、医療の高度化や患者の高齢化・重症化により、看護業務の複雑化や多様性を招き厳しい現状にある。このような中、臨床看護師の看護実践能力を向上させるための卒後教育の充実が急務となっている¹⁾。その取り組みの一つに、「保健師助産師看護師法および看護師等の人材確保の促進に関する法律」の2009年の改正で、看護師に研修受講を促し、看護実践能力

の開発や向上を目指すことが明確にされたことがあげられる²⁾。さらに、この法改正の中には、病院開設者に看護師の研修受講の機会確保や新人看護師に対する研修の実施の努力義務が課せられている²⁾。

「看護実践能力」をキーワードとした過去5年間の先行研究をみると、看護実践能力を測定するための尺度が研究、開発されている^{3,4)}。これらの尺度の中で、中山ら⁵⁾が作成した尺度は、

看護実践能力を①ケア展開能力、②看護の基本の
実践能力、③調整能力、④研鑽能力に分けて多面
的に把握できるようになっている。また、看護実
践能力に関連する要因の検討では、臨床経験年数
等の看護師の背景や看護師の基本姿勢・態度、判
断力や行動力が看護実践能力に関連することが明
らかになっている⁶⁻⁸⁾。

本研究では、これまで看護実践能力との関連が
検討されていない看護師の背景である、「看護師
を志望した動機」「就業理由」「仕事継続の意志」
「相談相手の有無」等に着目し、これら職業選択
の動機や仕事継続の理由等と、看護実践能力との
関連を検討した結果、看護実践能力向上への一助
となる示唆を得たので報告する。

研究方法

1. 対象

A県とB県にある100床以上の病院の中から機
縁法にて4施設を選定し、そこに勤務する看護師
(准看護師は除く)全員を対象とした。対象者数
は1,085名であった。

2. 研究方法は実態調査である。

3. データ収集期間

2010年11月～12月

4. 調査項目

調査項目は、舟島⁹⁾の文献を参考に作成した、
看護師の就業にかかわる特性20項目(看護師を志
望した動機、就業理由、仕事継続の意志、相談相
手の有無等)と、中山ら⁵⁾の文献を参考に作成
した看護実践能力自己評価4カテゴリー32項目
(1. ケア展開能力6項目、2. 看護の基本の実
践能力11項目、3. 調整能力6項目、4. 研鑽能
力9項目)である。就業にかかわる特性について
は該当するものを選択してもらい、看護実践能力
は「いつも行っている」「たいてい行っている」「と
きどき行っている」「まったく行わない」の4段
階で自己評価してもらった。

5. データ収集方法

留め置き法による無記名自記式質問紙調査方法
を行った。質問紙は看護部を通じて対象者に配布
し、記入後は封筒に封入し糊付けして、病院内に
設置した開閉不可能な回収箱へ投函してもらい回
収した。

6. データ分析方法

統計ソフトSPSSver.17を用い、記述統計ならび
に就業にかかわる特性と看護実践能力については、
Mann-WhitneyU検定にて比較した。有意水準は

5%とした。

7. 倫理的配慮

本研究は、所属機関の倫理審査委員会の承認(受
付番号83)を得た。各病院長と看護部長には紙面
と口頭で研究の目的と概要を説明し、質問紙は無
記名でありデータ入力や結果公表の際には個人が
特定されないようにすること、調査は自由参加で
あり参加を拒否することは可能であり、拒否して
も不利益はないこと、いったん引き受けても後で
断ることが可能であること、データは施錠可能な
研究室で保管し、研究終了時に責任をもって破棄
することを確約すること、そして研究結果は学会
発表および論文発表することを伝え、承諾を得た。
対象者には、調査概要と倫理的配慮について記載
した用紙を質問紙とともに配布した。質問紙の提
出をもって同意が得られたものとした。

結 果

1. 回収数

回収数は892(回収率82.2%)、有効回答数は
677(75.9%)であった。

2. 対象者の概要

性別は女性647名(95.6%)、男性30名(4.4%)
で、平均年齢は34.7(SD9.99)歳であった。

3. 調査内容の結果

1) 看護実践能力の実態

看護実践能力32項目の自己評価について「いつ
も行っている」4点、「たいてい行っている」3点、
「ときどき行っている」2点、「まったく行わない」
1点として点数化し平均を表したものが表1であ
る。

自己評価の高い項目は、「仕事上、知りえた患
者の個人情報を外部に漏れることがないように守秘
している(以下、個人情報の守秘)」2.6点、「必
要な時には、他の看護師に手伝いを求めている(以
下、必要時他者の手伝いを求める)」2.5点、「記
録や報告は確実にしている(以下、記録や報告
は確実に)」2.4点、「優先順位を決めて行動して
いる(以下、優先順位を決めた行動)」2.4点、「患
者に安全・安楽な看護ケアを提供している(以下、
安全・安楽なケアの提供)」2.4点の順であった。

一方、自己評価の低い項目は、「疑問に思った
ことを明らかにするため、看護研究に取り組んで
いる(以下、看護研究に取り組む)」0.8点、「何
か疑問に思ったことなどを書き留めるなどして研
究テーマを考えている(以下、研究テーマを考え
る)」1.0点、「専門職としての能力を維持、向上

表1 項目別にみた看護実践能力の自己評価

		n=677
看護実践能力		点数
〈ケア展開能力〉		
1	患者にこれまでの日常生活の様子を聞いたり、患者の状態をよく観察したりして、必要な情報収集をしている	2.3
2	個別性のある看護計画を立てている	1.8
3	優先順位を決めて行動している	2.4
4	看護実践の根拠を意識して、看護ケアを実施している	2.1
5	実施した看護ケアの評価をしている	2.0
6	記録や報告は確実にやっている	2.4
〈看護の基本の実践能力〉		
7	看護ケアの際、患者に目的と方法をわかりやすく説明し同意を得ている	2.2
8	患者と向き合い、患者の話に耳を傾けている	2.2
9	患者が、自分の気持ちや不安など何でも表出できるよう対応している	2.1
10	患者に自分の思いや考えを伝えている	1.9
11	患者のあるがままを受け止めている	2.0
12	患者との信頼関係をなるべく早く築くようにしている	2.2
13	患者に安全・安楽な看護ケアを提供している	2.4
14	患者の自立度やペースに応じた看護ケアを実施している	2.2
15	実施する看護ケアに対して、患者の希望を取り入れている	2.2
16	医療機器（吸引器・心電図モニター・レスピレーターなど）を正しく使用している	2.4
17	患者のプライバシーに配慮した看護ケアを実施している	2.4
〈調整能力〉		
18	必要なときには、他の看護師に手伝いを求めている	2.5
19	リーダーとしてチームをまとめ、メンバーが意欲的、効率的に仕事に取り組めるよう統率している	1.8
20	メンバーの長所を認め、メンバーが能力を最大限に発揮できるよう支援している	1.8
21	メンバーの提案を受け入れる姿勢をもち、適時、提案を取り入れている	2.1
22	メンバーの一員として、他の医療チームメンバーと協働している	2.2
23	自分に割り当てられた仕事だけでなく、他のメンバーの状況をみて協力し合っている	2.2
〈研鑽能力〉		
24	わからないことは自分で調べたり、先輩看護師や医師に質問したりしている	2.3
25	自分の傾向を知り、ミスが起きないように心がけている	2.4
26	患者の尊厳を守ることや患者の人生観・価値観を意識しながら仕事をしている	2.2
27	仕事上、知り得た患者の個人情報を外部に漏れることがないように守秘している	2.6
28	倫理的な問題に気づいたとき、上司や同僚に報告・相談している	2.3
29	自分の役割と責任を自覚して看護ケアを行っている	2.3
30	何か疑問に思ったことなどを書き留めるなどして研究テーマを考えている	1.0
31	疑問に思ったことを明らかにするため、看護研究に取り組んでいる	0.8
32	専門職としての能力を維持、向上させるため、研修会や学会などに参加している	1.7

させるため、研修会や学会などに参加している（以下、研修や学会への参加）」1.7点、「リーダーとしてチームをまとめ、メンバーが意欲的、効率的に仕事に取り組めるよう統率している（以下、リーダーとしてまとめと統率）」1.8点、「メンバーの長所を認め、メンバーの能力を最大限に発揮できるように支援している（以下、メンバーの能力発揮への支援）」1.8点の順であった。

2) 就業にかかわる特性と看護実践能力

看護師を志望した動機は、「一生の仕事にできる（以下、一生の仕事）」20.1%、「経済的に自立できる仕事（以下、経済的自立）」、「やりがいがある（以下、やりがい）」がそれぞれ16.5%で約半数を占めた。次いで、「社会の役に立つ仕事」9.5%、「資格が必要な仕事」9.2%、「ほかの人に勧められた」7.8%、「人を対象にする仕事」7.4%の順であった。一生の仕事、経済的自立、やりがいを「積極性のある動機」ととらえ、その他の動機と2群に分け、看護実践能力4カテゴリとの関連を検討した。その結果「積極性のある動機」を回答した者は、その他の動機を回答した者に比

べて、「ケア展開能力」の自己評価が有意に高かった ($p < .05$) (図1)。

現在の就業理由は、「経済的理由」が45.1%と約半数を占め、次いで「看護師が好きだ」8.7%、「人の役に立つ」8.4%、「専門性が高い」6.1%「ほかに仕事がない」5.5%、「自己を成長させるため」5.3%の順であった。

就業理由を、「経済的理由」とその他の理由に分けて、看護実践能力4カテゴリとの関連を検討したところ、「経済的理由」と回答した者に比べて、その他の理由を回答した者は、「ケア展開能力」の自己評価が有意に高かった ($p < .05$) (図2)。

仕事継続の意志では、「就業形態にかかわらずなんらかの形で働き続ける（以下、働き続ける）」が52.1%と最も多く、次いで「結婚、出産、介護といった人生の転機に応じて転職はするが再就職を試みる（以下、人生の転機に離職、再就職する）」が28.4%であった。仕事継続の意志を、「働き続ける」とその他に分けて、看護実践能力4カテゴリとの関連を検討したところ、「働き続ける」

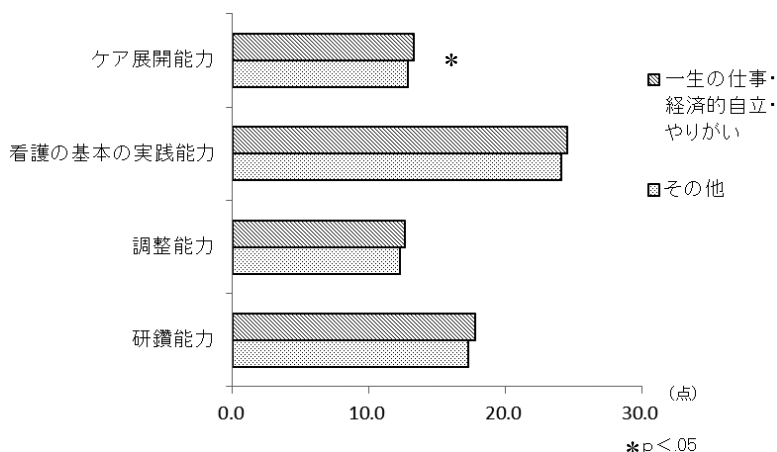


図1 看護師になった動機と看護実践能力 (Mann-WhitneyU検定)

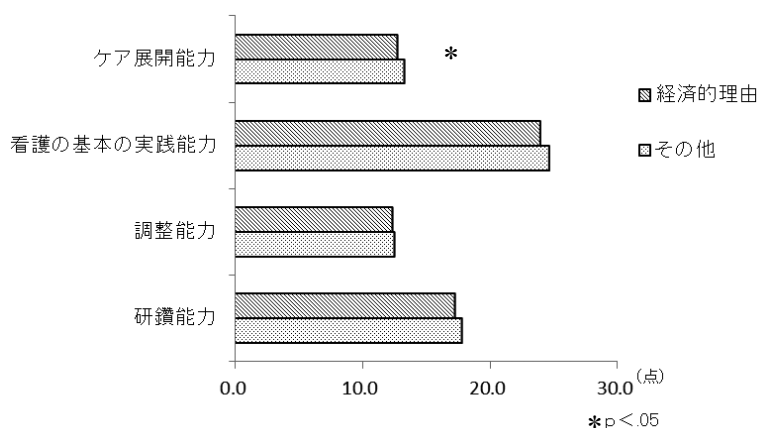


図2 看護師として働く理由と看護実践能力 (Mann-WhitneyU検定)

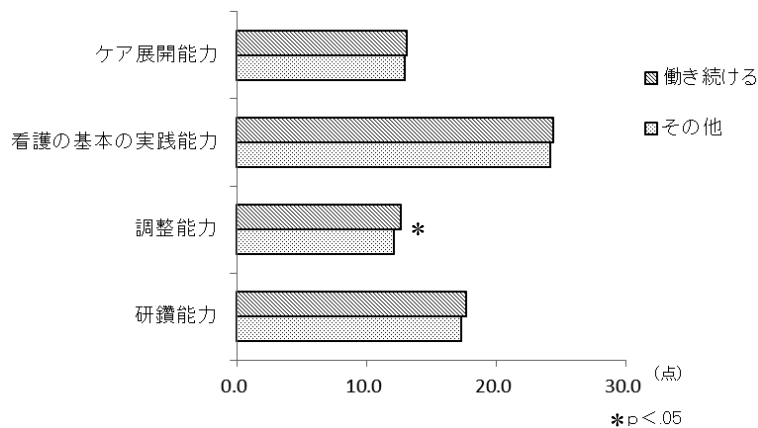


図3 看護職継続の考えと看護実践能力 (Mann-WhitneyU検定)

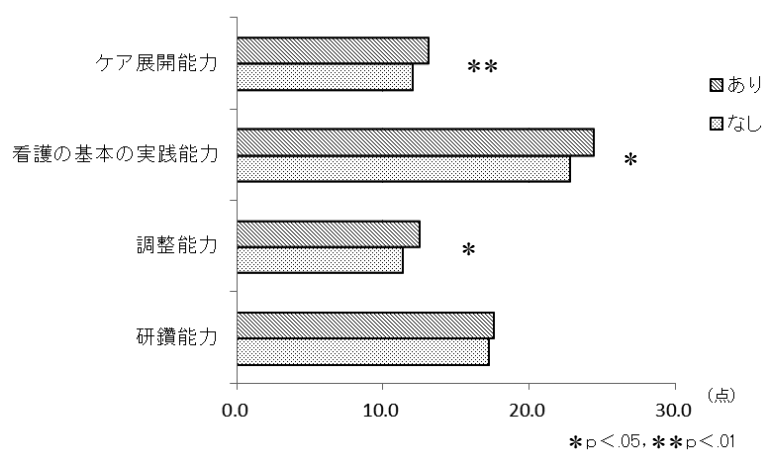


図4 相談相手の有無と看護実践能力 (Mann-WhitneyU検定)

と回答した者は、その他の回答をした者に比べて、「調整能力」の自己評価が有意に高かった ($p < .05$) (図3)。

相談相手では、相談相手が「いる」と答えた者92.6%、「いない」と答えた者7.4%とほとんどの者が相談相手をもっていた。相談相手の有無に分けて、看護実践能力4カテゴリーとの関連を検討したところ、相談相手が「いる」者は「いない」者に比べて、「ケア展開能力」($p < .01$)、「看護の基本の実践能力」($p < .05$)、「調整能力」($p < .05$)の自己評価が有意に高かった (図4)。

3) 臨床経験年数および実習指導経験と看護実践能力

対象者の平均臨床経験年数は12.4年であり、臨床経験年数「10年以下」の者は52.7%、「11年以上」の者は47.3%であった。経験年数「10年以下」と「11年以上」に分けて、看護実践能力4カテゴリーとの関連を検討したところ、経験年数「11年以上」の者は、「10年以下」の者に比べて「調整能力」「研鑽能力」の自己評価が有意に高かった ($p <$

.01) (図5)。

実習指導経験は、指導経験の「ある」者が52.4%、「ない」者が47.6%であった。実習指導経験の有無に分けて、看護実践能力4カテゴリーとの関連を検討したところ、実習指導経験の「ない」者に比べて「ある」者は、4カテゴリーすべての自己評価が有意に高かった ($p < .01 \sim .001$) (図6)。

考 察

1. 臨床看護師の看護実践能力の自己評価

看護実践能力32項目のうち、自己評価が最も高かった項目は、「個人情報」の「守秘」であった。これは、2005年の個人情報保護法施行に伴い、厚生労働省の示すガイドラインに合わせ医療機関が取り組んだ成果であり、守秘義務に対する看護師の意識が高くなっているととらえられる。また、自己評価の高かった上位5項目は、いずれも患者に関する内容であり看護師自身が「看護の実践者」としての意識が高いことを表している。これらは、日本看護協会が提示している、「専門職業人とし

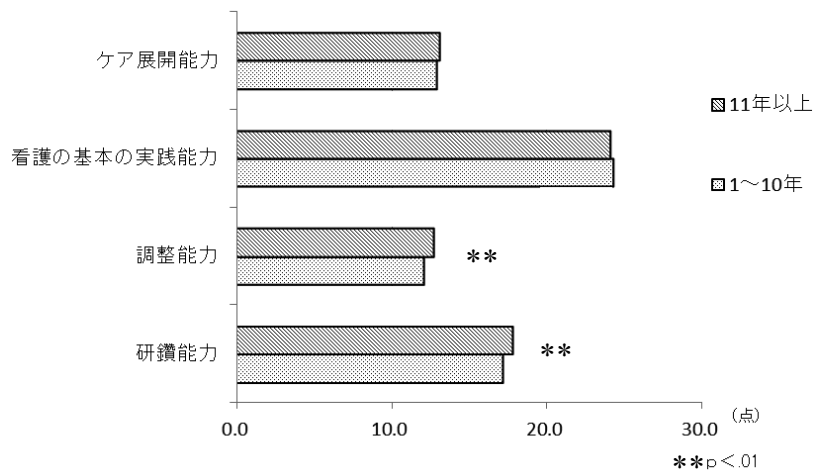


図5 経験年数と看護実践能力 (Mann-WhitneyU検定)

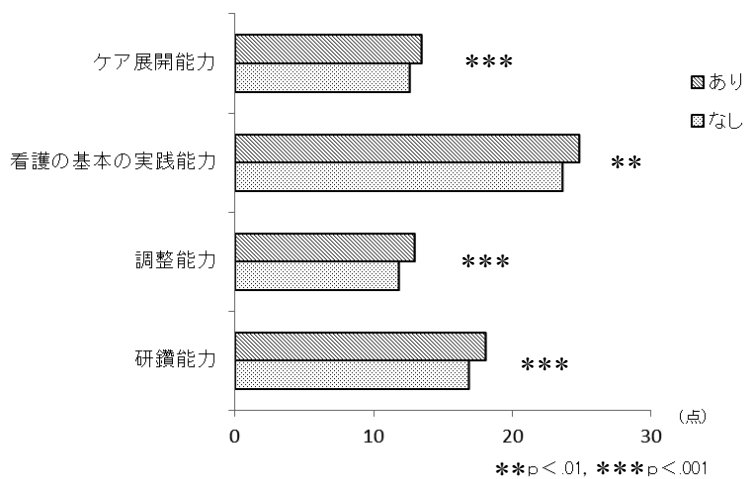


図6 実習指導経験と看護実践能力 (Mann-WhitneyU検定)

て看護職に必要な能力の全体像¹⁰⁾の大項目「専門的・倫理的・法的実践」および「看護の提供とマネジメント」に該当することから、日頃から職場全体で啓蒙されている証であると推察する。一方、自己評価の低い項目は、看護研究に関する内容であったことから、看護研究に取り組む必要性は理解されているが、なかなか実行には至っていないという臨床現場の実態が明らかになった。

2. 就業にかかわる特性と看護実践能力との関連

まず、看護師を志望した動機が、「一生の仕事にできる」「経済的な自立」「やりがい」の上位3つのいずれかであった者は、「ケア展開能力」の自己評価が高いという結果であった。看護系高等教育への進学に際しては、入学までに直接的、間接的に看護の仕事を見聞させる経験をもつことで主体的に看護の道を目指す場合と、周囲の勧めや経済的に安定し自立できるなど、自分の意志とは異

なる理由が進学の動機となる場合がある¹¹⁾。いかなる動機でも青年期早期に職業選択動機を明確にし看護への道を選ぶことが、「ケア展開能力」への自己評価に影響すると推測できる。

次に、働き続けるという仕事継続の意志がある者は、「調整能力」の自己評価が高いという結果であった。看護師は仕事をしていく上で、他の看護師、医師、コメディカル、患者、家族らと協調し、日常起こるさまざまなできごとを調整しなければならない。仕事継続の意志がある者は、仕事を継続していく中で、看護実践で不可欠な「調整能力」に対する自己評価が高まることがわかった。

また、相談相手がいる者はいない者に比べて、「ケア展開能力」「看護の基本的実践能力」「調整能力」の自己評価が高いという結果を得た。他者に相談するプロセスは、対人相互作用が発生し双方の認知が必要である。相談相手がいる者はこの体験に基づき、同じく対人相互作用である看護実

践においても能力が発揮できるため、自己評価が高くなったと考える。

チームで遂行する看護の現場では、問題解決のために他者の意見を聞いたり話し合ったりすることは肝要であり、本調査からも看護実践能力向上のために相談相手をもつことの重要性が示唆された。

3. 臨床経験年数および実習指導経験と看護実践能力との関連

臨床経験11年以上の者は、それ以下の者に比べて「調整能力」と「研鑽能力」の自己評価が高かった。ベナーは、問題を熟考し、吟味した計画を立案し、意識的に自身の行動を決めたり、組織に貢献できる状況にある看護師を、一人前と称し¹²⁾、技能熟達の過程の中間に位置付けている。今回の調査では、臨床経験11年以上の者はこれに該当すると考える。自身の状況を評価した結果、この2つのカテゴリーの得点が高くなったと言える。

実習指導経験では、実習指導経験のある者はない者に比べて、看護実践能力の4項目すべての自己評価が高く、他者への指導体験が看護実践能力の自己評価に影響することが明らかになった。またこのことは、看護学教育の在り方に関する検討会²⁾が看護実践能力育成を目指し改革・整備した、臨床実習指導体制の成果の現れと考えられる。

本研究の限界と今後の課題

本研究では、ある地域の100床以上の4つの総合病院の臨床看護師を対象としていることから、臨床看護師全体の看護実践能力を表しているとは言いがたい。今後は調査項目の信頼性・妥当性を検討し、対象を拡大して調査していきたい。

まとめ

今回、看護師1,085名を対象に、就業にかかわる特性20項目と看護実践能力32項目の自己評価を調査し、両者の関連を検討した結果、以下のことが明らかになった。

看護実践能力32項目のうち、自己評価が最も高かったのは、「仕事上、知りえた患者の個人情報を外部に漏れることがないように守秘している」であった。

看護師を志望した動機は、「一生の仕事にできる」「やりがいがある」「経済的に自立できる仕事」の順に多く、就業理由は、「経済的理由」が最も多かった。また、仕事継続の意志については、「働き続ける」が最も多かった。

看護師を志望した動機が、「一生の仕事にできる」「やりがいがある」「経済的に自立できる仕事」であった者は、「ケア展開能力」の自己評価が有意に高かった。

就業理由が、「経済的理由」ではない者は、「ケア展開能力」の自己評価が有意に高かった。

仕事継続の意志について、「働き続ける」と答えた者は、「調整能力」の自己評価が有意に高かった。

相談相手がいると答えた者は、「ケア展開能力」「看護の基本の実践能力」「調整能力」の自己評価が有意に高かった。

臨床経験年数11年以上の者は、「調整能力」「研鑽能力」の自己評価が有意に高かった。

実習指導経験がある者は、看護実践能力4項目全ての自己評価が有意に高かった。

看護師を志望した動機、就業理由、仕事継続の意志、相談相手の有無、実習指導経験の有無と看護実践能力には関連があることが明らかになった。

謝 辞

今回の研究にご協力いただきましたA県B県の病院の看護部の皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究の一部を第37回日本看護研究学会学術集会および第3回日中韓看護学会にて発表した。また、本研究は平成22年度金沢医科大学共同研究助成（C2010-7）を受けて行った。

文 献

- 1) 基礎看護教育の充実に関する検討会報告書，[オンライン，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>]，厚生労働省ホームページ，6. 9. 2012
- 2) 保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律（平成21年7月15日法律第78号），[オンライン，<http://houseikyoku.sangiin.go.jp/bill/pdf/h21-078.pdf>]，参議院法制局ホームページ，6. 9. 2012
- 3) 鈴木琴江：看護基礎教育修了時における看護実践能力の尺度開発，日本看護学教育学会誌，21(3)，13-23，2012
- 4) 工藤真由美，中山洋子，石原昌，他：看護実践能力を測定する2つの質問紙（尺度）の構成概念の比較検討，福島県立医科大学看護学部紀要，14，13-22，2012
- 5) 中山洋子，工藤真由美，石原昌，他：平成18

- ～21年度科学研究費補助金（基盤研究（A）研究代表者 中山洋子）看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究—臨床経験1年目から5年目までの看護系大学卒業看護師の実践能力に関する横断的調査報告書，2010
- 6) 玉井保子：臨床経験別にみた看護師の看護基本技術の到達度，日本看護学会論文集 看護管理，39，400-402，2009
- 7) 本谷久美子，藤村朗子，大野明美，他：新人看護師における看護実践能力の習得率の推移 厚生労働省あり方検討会に基づいた分析，日本看護学会論文集 看護管理，39，146-148，2009
- 8) 永田美奈加，佐々木理恵子，大高恵美，他：新卒看護師の看護実践能力の実態と傾向 本学卒業の新卒者の自己評価と上司による他者評価から，日本赤十字秋田短期大学紀要，12，21-31，2008
- 9) 舟島なをみ：看護教育学研究—発見・創造・証明の過程（第1版），医学書院，177-184，東京，2002
- 10) 教育計画基本方針，[オンライン，<http://www.nurse.or.jp/nursingi/education/training/plan.html>]，日本看護協会ホームページ，6. 9. 2012
- 11) 大谷和代，松浦妙子：看護学生の入学動機別看護婦イメージ等の経年的変化から探る看護教育の課題，看護展望，22(9)，78-85，1997
- 12) 照林社編集部編：エキスパートナースになるためのキャリア開発—P.ベナー博士のナラティブ法とエラー防止—，照林社，10-14，東京，2003

研究報告

プリセプターからみた 新人看護師が抱える臨床判断の困難

Difficulties with clinical judgments of new nurses
as perceived by preceptors

北村 佳子¹⁾, 高田 昌美²⁾, 橋爪 馨代²⁾, 馬場 直美²⁾, 紺家 千津子¹⁾

Yoshiko Kitamura¹⁾, Masami Takada²⁾, Kayo Hashizume²⁾
Naomi Baba²⁾, Chizuko Konya¹⁾

¹⁾金沢医科大学看護学部, ²⁾金沢医科大学病院

¹⁾School of Nursing, Kanazawa Medical University

²⁾Kanazawa Medical University Hospital

キーワード

プリセプター, 新人看護師, 臨床判断, 困難

Key words

preceptor, newcomer nurse, clinical judgment, difficulty

要 旨

本研究は、プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難を明らかにすることを目的とした。方法は、北陸地方病院A総合病院において平成20年度にプリセプターを担った看護師を対象に行った。データ収集方法は、自由記述法による留置調査を実施した。分析方法は、質的記述的研究の手法を用いた。

研究参加者は25名であった。プリセプターからみた新人看護師の臨床判断の困難には、新人看護師側の要因として【病態アセスメント能力の未熟さ】【変化する症状への対応困難】【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】【多重課題への対応能力の弱さ】【説明責任能力の不足】【思考や判断への志向の弱さ】の7項目があった。また、その他に【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】という臨床現場環境側の要因もあった。

はじめに

臨床現場において、看護師は複数の患者を同時に受け持つため多重課題に即応できる能力が必要とされる¹⁾。新人看護師は、就職後に新人研修が実施されるとはいえ、このような場に配属され早急な対応が求められる現実が多いため適応に困難

を生じやすい²⁻⁴⁾。

厚生労働省は、2010年4月から新人看護職員研修制度の整備を努力義務化し⁵⁾、各施設では新人看護師が速やかに臨床に適應できるよう様々な研修体制を設けている。その一環として、プリセプターシップを導入している施設は多い。プリセプ

ターシップとは、1人の新人プリセプティブ（学習者）に対して、1人の先輩プリセプター（指導者、実践のエキスパート）がマンツーマンでつき、臨床教育を担当するオン・ザ・ジョブ・トレーニングをいい⁶⁾、プリセプターは新人看護師の身近な先輩として様々な相談を担っている。しかしながら、新人看護師は恒常的な業務を遂行するだけでも手一杯な状況にあるため、マニュアル以外のことが生じると直ちに混乱に陥る現状が明らかになっている⁷⁾。このような新人看護師が、自分自身を冷静に振り返ることは難しいと言える。藤内ら⁸⁾は卒後の継続教育を、「効果的に行うには新人看護師の実践能力の実態を客観的事実として解明し、そこから教育的アプローチを検討する必要がある」と述べている。そこで、現実に新人看護師がどのような困難を抱えているかを客観的事実として理解する必要がある。

井部ら⁹⁾は、看護管理者が認知している新人看護師の臨床実践能力の現状を明らかにした。それによると、新人看護師はマニュアル通りでないという臨床実践能力の未熟さを挙げている。しかし、新人看護師が臨床判断を困難にする具体的な状況までは明らかになっていない。

以上のことから、新人看護師が抱える臨床判断の困難を具体的に明らかにすることは、新人看護師が混乱に陥ることなく多重課題へ速やかに対応できるための教育プログラム作成やプリセプターシップの効果を上げることの一助となると考えた。そこで本研究では、新人看護師が抱える臨床判断の困難について、一番身近な存在であるプリセプターが捉えた事実から明らかにすることを目的とした。

用語の定義

1. 臨床判断：患者のデータ、臨床的な知識及び状況に関する情報が考慮され、直観的な過程および認知的な熟考によって患者ケアについて決定を下すこと¹⁰⁾。

2. 新人看護師：看護基礎教育を終了し、初めて医療機関に就職した看護師とする。

3. プリセプター：新人看護師が速やかに職場と看護業務に適応できるように、一定期間、個別的・継続的にサポートする先輩看護師とする。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究とした。

2. 対象者

北陸地方A総合病院において平成20年度にプリセプターを担った看護師とした。研究への参加依頼は、A総合病院看護部から紹介を受けたのち、研究者らによって実施した。

3. データ収集方法

質問内容は、ベナー¹¹⁾による「重要な臨床体験を記録するためのガイドライン」を参考に「あなたは、新人看護師が患者への看護を実践する上でどのような場面で判断に困ったり、悩んだりしていると感じましたか」について、研究参加者が可能な限り詳細かつ自由に記載してもらうために自由記述法による留置調査を実施した。なお、臨床経験年数とプリセプター経験回数を任意で記載してもらった。

4. 調査期間

平成21年5月から6月

5. 分析方法

分析に関しては質的記述的分析法¹²⁾を用いた。回収した質問紙すべてを繰り返し読み込み、研究の問いに対応した意味単位の文章を素データとした。素データをコード化、分類し、カテゴリー化した。最後に各カテゴリー間の関係性を検討し、構造化した。

6. 倫理的配慮

対象者には研究の目的、方法を口頭と文書によって説明を行った。研究への参加は本人の自由意思であること、研究参加の有無でその後不利益は被らないこと、質問紙への記載内容のうち所属と氏名は任意であること、記述された内容に関してはプライバシーが守られること、研究成果は研究目的以外には使用されないことについて説明した。そして、説明を受けた後新たに生じる質問を想定し、研究者らの連絡先を伝え、いつでも質問に答える準備があることを説明した。

記述した質問紙の投函をもって研究参加の同意とした。なお、本研究はA病院看護部の承認を得て実施した。

7. 研究の厳密性

分析結果が真実であることの信用性を確保するため、確実性については回答者25名のうち、質問紙に氏名の記載があった7名からメンバーチェックを受けた。チェックを受けるメンバーに分析過程と研究結果を示し、7名全員から妥当であるとの返答を得た。また、データの解釈に偏見や歪みを来さないために、研究メンバー間で何度もディ

スカッションしつつ意味を確定した。さらに、分析については質的研究に精通した研究者からスーパーバイズを受けた。

結 果

1. 研究参加者の概要

25名から回答を得ることができた。回答者の臨床経験年数は、3～5年が18名(72.0%)、6～10年が4名(16.0%)、11年以上が3名(12.0%)だった。プリセプター経験回数は、1回が15名(60.0%)、2回が5名(20.0%)、3回が5名(20.0%)であった。

2. プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難

25名の回答者の記述内容から質問の問いに対応した意味単位を24個抽出して素データとした。素データを抽出化し、コードとした。24個のコードを分類し、カテゴリー化した結果、プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難には、【病態アセスメント能力の未熟さ】、【変化する症状への対応困難】、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】、【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】、【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】、【思考や判断への志向の弱さ】、【新人看護師のキャパシティを超えた業務への配置】の8個のカテゴリーが抽出された(表1)。

以降、カテゴリーは【】で、コードは〈〉で表記し、素データは「」で表した。

1) 【病態アセスメント能力の未熟さ】

このカテゴリーは、2個のコードによって構成された。

素データ「新人看護師は、その患者がいつ疼痛が増強し、どんな時に疼痛緩和が優先されるべき時か、また一日のリズムを判断できずにいました」は〈患者の病状予測ができない〉とコード化した。素データ「状態がおちつかない患者を受け持つことになった日、カンファレンスの前に『状態を把握できなかったので見れません』と泣かれた。どこがわからなかったのか尋ねると『全部わかりません』と返事が返ってきた」は〈病状が不安定な患者のアセスメントが困難〉とコード化した。

2) 【変化する症状への対応困難】

このカテゴリーは、4個のコードによって構成された。

素データ「例えば口腔ケア、食事介助など先輩看護師によってアセスメントや方法が違うため混乱していた」は〈患者に合わせたケア方法の選択

困難〉とコード化した。素データ「夜勤明けの朝の検温時、ある患者の空腹時血糖値が低値であった。その患者に関しては、医師からの低血糖時の指示が出ていなかった。新人看護師と一緒に夜勤をしていた先輩に相談の上、主治医に連絡した。

〔…略…〕他の患者からのナースコールにも追われて結局、低血糖発覚から1時間経過し、ようやくブドウ糖を投与することができた」は〈患者の症状に応じた速やかな対処行動ができない〉とコード化した。素データ「入院してすぐに気管内挿管した患者とのコミュニケーションに戸惑っていたと思います」は〈気管内挿管した患者とのコミュニケーション困難〉とコード化した。素データ「予定を立てるとその通りにしか行えず、患者の訴えや状態変化に対応できなかった」は〈患者の症状に応じた行動選択ができない〉とコード化した。

3) 【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】

このカテゴリーは、3個のコードによって構成された。

素データ「患者に起きる症状や業務に慌てて、何回も投薬を間違えていた」は〈患者の症状に応じた薬物投与方法が判断できない〉とコード化した。素データ「血圧高値時(に頓服を服用させる)指示はあったが、(どの時点で)頓服を使用するか判断もできず、他の看護師に相談するわけでもなく、対処していなかった。指示はあるが、どの程度まで様子を見てよいのかわからず、そのうちに業務に追われて忘れてしまったのではないか」は〈症状にあわせた薬物投与方法の対応困難〉とコード化した。素データ「朝の申し送りの時に(頓服薬について)このように使っていこうとカンファレンスをしていましたが、〔…略…〕他の先輩看護師に聞いたりしてから患者にもう一度説明やいつ頃の方が良いのかと答えるといった対応をしていました」は〈薬物投与のタイミングの判断困難〉とコード化した。

4) 【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】

このカテゴリーは、2個のコードによって構成された。

素データ「輸液ポンプと手動用(点滴ルート)の違いが分からずに、手動用のルートを輸液ポンプにセットしていましたが、院内研修と病棟でオリエンテーションを2度も行いましたが間違えてしまいました」は〈点滴ルートの説明を何度受けても輸液ポンプ用と手動用の区別がつかない〉と

表1 「プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難」の分析過程

No	素データ	コード	カテゴリー
1	新人看護師は、その患者がいつ疼痛が増強し、どんな時に疼痛緩和が優先されるべき時か、また一日のリズムを判断できずにいました。	患者の病状予測ができない	病態アセスメント能力の未熟さ
2	状態がおちつかない患者を受け持つことになった日、カンファレンスの前に「状態を把握できなかつたので見れません」と泣かれた。どこがわからなかつたのか尋ねると「全部わかりません」と返事が返ってきた。	病状が不安定な患者のアセスメントが困難	
3	例えば口腔ケア、食事介助など先輩看護師によってアセスメントや方法が違うため混乱していた。	患者に合わせたケア方法の選択困難	変化する症状への対応困難
4	夜勤明けの朝の検温時、ある患者の空腹時血糖値が低値であった。その患者に関しては、医師からの低血糖時の指示が出ていなかった。新人看護師と一緒に夜勤をしていた先輩に相談の上、主治医に連絡した。しかし、血糖コントロールについては内分泌科医の指示で行っているため指示を仰ぐよう促されたため、指示確認に時間がかかった。しかも処方されたブドウ糖の内服は病棟ストックがなく、薬剤部まで取りに行く必要があった。他の患者からのナースコールにも追われて結局、低血糖発覚から1時間経過し、ようやくブドウ糖を投与することができた。	患者の症状に応じた速やかな対処行動ができない	
5	入院してすぐに気管内挿管した患者とのコミュニケーションに戸惑っていたと思います。	気管内挿管した患者とのコミュニケーション困難	
6	予定を立てるとその通りにしか行えず、患者の訴えや状態変化に対応できなかった。	患者の症状に応じた行動選択ができない	
7	患者に起きる症状や業務に慌てて、何回も投薬を間違えていた。	患者の症状に応じた薬物投与方法が判断できない	患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難
8	血圧高値時(に頓服を服用させる)指示はあったが、(どの時点で)頓服を使用するか判断もできず、他の看護師に相談するわけでもなく、対処していなかった。指示はあるが、どの程度まで様子を見てよいのかわからず、そのうちに業務に追われて忘れてしまったのではないかと。	症状にあわせた薬物投与方法の対応困難	
9	朝の申し送りの時(頓服薬について)このように使っていこうとカンファレンスをしていましたが、実際に患者から「今、鎮痛剤を飲んででもいいか」と聞かれるが、その患者は飲み始めてからどれくらいで作用するのか、また、タイミングが分からず他の先輩看護師に聞いたりしてから患者にもう一度説明やいつ頃の方が良いのかと答えるといった対応をしていました。	薬物投与のタイミングの判断困難	
10	輸液ポンプと手動用(点滴ルート)の違いが分からずに、手動用のルートを輸液ポンプにセットしていましたが、院内研修と病棟でオリエンテーションを2度も行いましたが間違えてしまいました。	点滴ルートの説明を何度受けても輸液ポンプ用と手動用の区別がつかない	看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い
11	日勤帯でケアを拒否する患者に対してどうしていいか困っていた。ベッド上臥床している患者で、毎日「イヤイヤ」とケアを断るのが口癖だが、ケア後は「良かった、ありがとう」と言う。患者の同意を得られないが、ケアしない訳にはいかないという風に困っているようだった。	ケアに拒否的な患者に有効なケアを見つけ出すことができない	

No	素データ	コード	カテゴリー
12	新人看護師をサポートするために二人一組で夜勤をしていた時、ナースコールが複数同時になった。新人看護師は、誰から対応すればよいのか戸惑っていた。	同時に鳴り出した複数のナースコールに対して優先順位の判断困難	多重課題への対応能力の弱さ
13	長日勤帯や朝方の多忙時は多くの業務に追われているのと、いくつかの患者の異常や訴えが重なったりすることが多くあるため、どれからどう対処してよいか戸惑っているように感じるがよくある。	少人数スタッフ体制時における複数患者の異常への対応困難	
14	患者と1対1で関わるという場面より複数の患者を受け持つ、優先順位をつけて働くということに悩んでいることが多かったです。実際食事の時間帯など慌しく動いていましたし、本人からも「優先順位をつけて動くことが難しい」という声を聞きました。	複数患者を受け持つ時のケアの優先順位が決定できない	
15	同じケアでも、「〇さん（別の看護師）はこうだった」と患者より指摘されて困っていた。	ケア方法の相違を指摘された時、即座に説明する内容を判断できない	説明責任能力の不足
16	患者が自分の判断で「この薬は飲みたくない」と拒否した時に、どう説得したらいいのか困っていた。（その患者は）頑固で言い出すと聞かない性格だったので、（新人看護師は）どう対応していいのかわからないようだった。	服薬拒否の患者に説明する内容を組み立てられない	
17	女性に尿道カテーテルを挿入したが、尿の流出がなく患者が「トイレに行ったところ」というので一旦固定して尿の流出を待った。尿の流出はなく違和感を訴えられ、カテーテルを抜去して再挿入をした。この時、膣に入れてしまったため、患者にどのように説明と謝罪をしたらよいか困っていた。	誤った手技で患者に侵襲を与えた時の謝罪方法の迷い	
18	自分のことを患者に指摘されたり文句を言われたりすると、真っ白になって対応できないみたいだ。	自己の看護行為に対する患者の苦情への対応困難	
19	患児のバイタルサインを測る時に、（患児に）大泣きされて正確な値を測れず、何度もベッドサイドへ行き、母親から「何か変なのですか、異常があるのですか」と質問されたが返事に困り、何も言わずに帰って来てしまった。	患児へのケア時母親への理由説明の戸惑い	
20	白黒はっきりしたことしか行動できず、状況がかわると自分で判断できず同じような質問を繰り返していた。	明確な判断基準がないと判断できない	思考や判断への志向の弱さ
21	患者のバイタルサインに異常があった時（発熱や血圧の変動など）や、嘔気、腹痛の訴えがあり、対処が必要だと思っはいるが、（医師からの）具体的な指示が無い時に困っていると思うことがよくあった。	患者から状態変化の訴えがあった時医師の指示なしでは行動ができない	
22	バイタル測定で（患児が）泣いていると、（患児が）落ち着いた時や寝ている時に出直して測定しても良いものかどうか判断できない。	バイタルサインの測定時刻を患者の状況に応じて前後にずらすことができない	
23	日勤帯でIVH回路交換やガーゼ交換の人数が多く、仕事をこなせていない状況。その間にもケアやナースコールの対応、時間毎の投薬など手一杯で困っている表情。業務量が多く、新人看護師がこなせる範囲を越えている。	新人看護師の能力を超える業務量が課せられ対応できない	新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置
24	長日勤帯で患者の静脈ラインの接続が外れ、床が血だらけになっている場面。患者の状態把握がすぐに出来ず、どうしてよいか分からず困っていた。	同僚の支援を得られない状況下で緊急事態が生じ、対応できない	

コード化した。素データ「日勤帯でケアを拒否する患者に対してどうしていいか困っていた。〔…略…〕患者の同意を得られないが、ケアしない訳にはいかないという風に困っているようだった」は〈ケアに拒否的な患者に有効なケアを見つけ出すことができない〉とコード化した。

5) 【多重課題への対応能力の弱さ】

このカテゴリーは、3個のコードによって構成された。

素データ「新人看護師をサポートするために二人一組で夜勤をしていた時、ナースコールが複数同時になった。新人看護師は、誰から対応すればよいのか戸惑っていた」は〈同時に鳴り出した複数のナースコールに対して優先順位の判断困難〉とコード化した。素データ「長日勤帯や朝方の多忙時は多くの業務に追われているのと、いくつかの患者の異常や訴えが重なったりすることが多くあるため、どれからどう対処してよいか戸惑っているように感じるがよくある」は〈少人数スタッフ体制時における複数患者の異常への対応困難〉とコード化した。素データ「患者と1対1で関わるという場面より複数の患者を受け持つ、優先順位をつけて働くということに悩んでいることが多かったです。〔…略…〕本人からも『優先順位をつけて動くことが難しい』という声を聞きました」は〈複数患者を受け持つ時のケアの優先順位が決定できない〉とコード化した。

6) 【説明責任能力の不足】

このカテゴリーは、5個のコードによって構成された。

素データ「同じケアでも、『〇さん(別の看護師)はこうだった』と患者より指摘されて困っていた」は〈ケア方法の相違を指摘された時、即座に説明する内容を判断できない〉とコード化した。素データ「患者が自分の判断で『この薬は飲みたくない』と拒否した時に、どう説得したらいいのか困っていた。(その患者は)頑固で言い出すと聞かない性格だったので、(新人看護師は)どう対応していいのかわからないようだった」は〈服薬拒否の患者に説明する内容を組み立てられない〉とコード化した。素データ「女性に尿道カテーテルを挿入したが、〔…略…〕尿の流出はなく違和感を訴えられ、カテーテルを抜去して再挿入をした。この時、膣に入れてしまったため、患者にどのように説明と謝罪をしたらよいか困っていた」は〈誤った手技で患者に侵襲を与えた時の患者への謝罪方法の迷い〉とコード化した。素データ「自分の

ことを患者に指摘されたり文句を言われたりすると、真っ白になって対応できないみたいだ」は〈自己の看護行為に対する患者の苦情への対応困難〉とコード化した。素データ「患児のバイタルサインを測る時に、(患児に)大泣きされて正確な値を測れず、何度もベッドサイドへ行き、母親から『何か変なのですか、異常があるのですか』と質問されたが返事に困り、何も言わずに帰ってきてしまった」は〈患児へのケア時母親への理由説明の戸惑い〉とコード化した。

7) 【思考や判断への志向の弱さ】

このカテゴリーは、3個のコードによって構成された。

素データ「白黒ははっきりしたことしか行動できず、状況がかわると自分で判断できず同じような質問を繰り返していた」は〈明確な判断基準がないと判断できない〉とコード化した。素データ「患者のバイタルサインに異常があった時(発熱や血圧の変動など)や、嘔気、腹痛の訴えがあり、対処が必要だと思っはいるが、(医師からの)具体的な指示が無い時に困っていると思うことがよくあった」は〈患者から状態変化の訴えがあった時医師の指示なしでは行動ができない〉とコード化した。素データ「バイタル測定で(患児が)泣いていると、(患児が)落ち着いた時や寝ている時に直して測定しても良いものかどうか判断できない」は〈バイタルサインの測定時刻を患者の状況に応じて前後にずらすことができない〉とコード化した。

8) 【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】

このカテゴリーは、2個のコードによって構成された。

素データ「日勤帯でIVH回路交換やガーゼ交換の人数が多く、仕事をこなせていない状況。その間にもケアやナースコールの対応、時間毎の投薬など手一杯で困っている表情。業務量が多く、新人看護師がこなせる範囲を越えている」は〈新人看護師の能力を超える業務量が課せられ対応できない〉とコード化した。素データ「長日勤帯で患者の静脈ラインの接続が外れ、床が血だらけになっている場面。患者の状態把握がすぐに来ず、どうしてよいか分からず困っていた」は〈同僚の支援を得られない状況下で緊急事態が生じ、対応できない〉とコード化した。

3. カテゴリー間の関係性(図1)

8個のカテゴリーを平面上に並べ、各カテゴリー

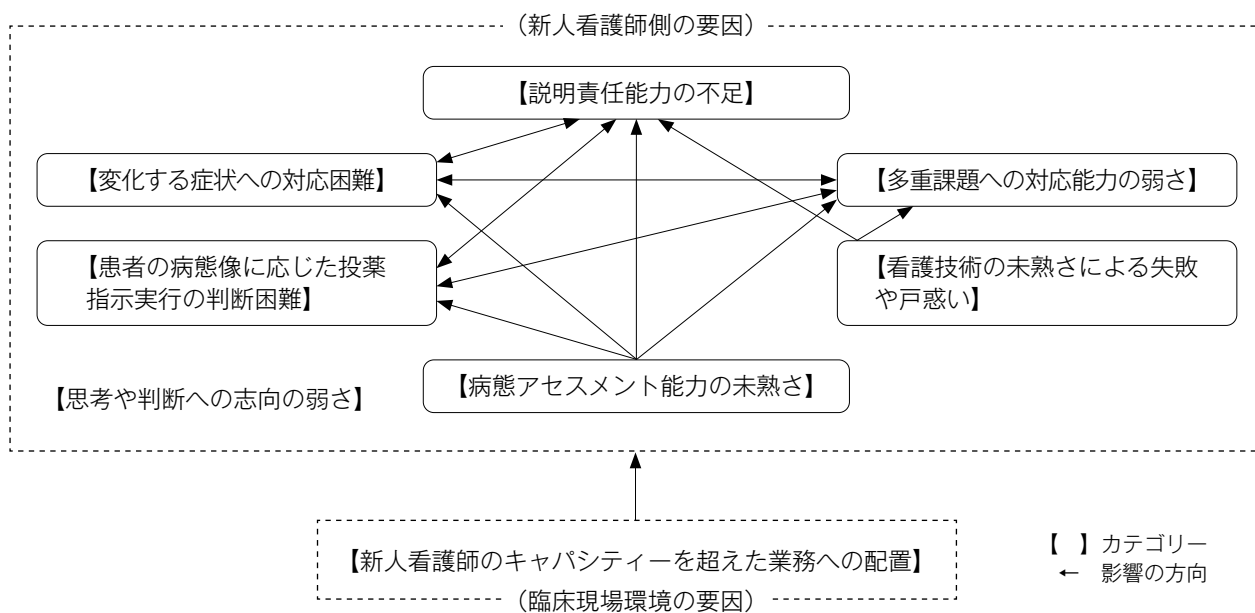


図1 「プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難」の構造

間の関係性を検討し、構造化を行った。新人看護師は、【病態アセスメント能力の未熟さ】のため、患者の【変化する症状への対応困難】、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】を来し個別性に応じた患者ケアを行えないでいた。また同時に、【病態アセスメント能力の未熟さ】は、多様で複雑な患者ケアにおいて優先順位を決定しながら行動する【多重課題への対応能力の弱さ】と、その根拠を患者に対して説明する【説明責任能力の不足】にも影響していた。そして、【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】のため、新人看護師の【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】を来していた。これらすべての根底には【思考や判断への志向の弱さ】があった。以上のことは新人看護師側の要因であった。

その一方で、プリセプターは、〈新人看護師の能力を超える業務量が課せられ対応できない〉や〈同僚の支援を得られない状況下で緊急事態が生じ、対応できない〉と捉え、【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】として臨床現場環境側の要因を理解していた。そして【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】は、新人看護師の7つのカテゴリー全体に悪影響を及ぼしていると考えられた。

考 察

本研究の結果から、新人看護師の臨床判断を困難にする要因が明らかとなった。そこで、解決策を見出すためにカテゴリー毎に考察する。その上

で、カテゴリー間の関係性から新人看護師への教育方法について考察する。

1. 新人看護師の臨床判断を困難にしている要因

1) 【病態アセスメント能力の未熟さ】

【病態アセスメント能力の未熟さ】は、「新人看護師は、その患者がいつ疼痛が増強し、どんな時に疼痛緩和が優先されるべき時か、また一日のリズムを判断できずにいました」が示すように、新人看護師は患者の疾病に関する病理・病態像の理解力不足とアセスメントの不十分さから、患者の疼痛がどのようなメカニズムによって出現しているのか、どれくらいの間隔で起こっているのかを理解できず、具体的な患者ケアを判断できず戸惑っていることが推察できる。従って、新人看護師はプリセプターの支援を受けながら、自分が受け持つ患者一人ひとりの病理・病態像、薬理、治療方針等を含めた知識を学習すること、患者の変化に即応できるよう綿密なアセスメントを行う習慣をつける努力が求められるだろう。

2) 【変化する症状への対応困難】

【変化する症状への対応困難】は、〈気管内挿管した患者とのコミュニケーション困難〉や「夜勤明けの朝の検温時、ある患者の空腹時血糖値が低値であった〔…略…〕」が示すように、新人看護師は患者に生じている症状の変化に応じた看護実践に困難を抱えている現状が推察できる。看護師には基本的な病理・病態像を理解した上で、日常的变化や進行・増悪した場合を予測しながら

行動することが求められる。このことについても前項と同様に一人ひとりの病理・病態像を理解し、起こり得る変化を想定しながら対応する訓練を積むことが大切であろう。

3) 【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】

【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】は、「血圧高値時（に頓服を服用させる）指示はあったが、（どの時点で）頓服を使用するか判断もできず、〔…略…〕」が示すように、新人看護師は、目の前の患者の症状に対し医師からの投薬指示を実行して良いのかどうかの判断が困難であると推察できる。薬物療法は、患者にとって病状回復と症状緩和のため大切な治療法であり、看護師には治療によって最大効果を引き出すための援助と同時に副作用への早期対応が求められる。しかし、新人看護師は薬理作用の機序や薬物動態の基礎知識が不十分であるため、判断できないと考えられる。このことについても前述したように患者の一人ひとりの綿密なアセスメントをし、一人ひとりの薬物療法の適用方法を事前学習し、日々の患者の変化に対応できるよう準備しておくことが大切である。

4) 【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】

【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】は〈ケアに拒否的な患者に有効なケアを見つけ出すことができない〉が示すように、新人看護師は個々の看護技術が未熟であることや駆使できる技術も乏しいため患者の前で器械操作ができなかったり、ケアを拒否する患者に出会ったりするとどう対処して良いか途方に暮れる。井部らの調査でも新人看護師の看護技術の未熟さが指摘されているが、「10か月の臨床経験で治療・処置に伴う看護技術は〔…略…〕一通りできるまでに成長する」⁹⁾と評価している。しかし、看護師に求められる日常生活援助技術や診療の補助技術は典型的な基本技術ではなく応用がほとんどである。たとえ同じ種類の看護技術であっても、適応する患者によって臨機応変な対応が求められる。そのため、新人看護師への指導は一人ひとりを丁寧にアセスメントさせ、起こり得る事態を予測させること、必要な技術は事前にマスターさせることなどが必要である。

5) 【多重課題への対応能力の弱さ】

【多重課題への対応能力の弱さ】は、〈同時に鳴り出した複数のナースコールに対して優先順位の判断困難〉が示すように、新人看護師は状況判

断、自分の行動を決定していく能力が未熟である。ベナーは、自分の看護実践を捉え始める一人前レベルで、ようやく臨床での不測の事態に対応し、管理する能力が持て、それ以前のレベルでは患者に生じる重要な状況はほとんど理解できないと述べている¹¹⁾。また、森はベテラン看護師（臨床経験5年以上の看護師）になると1つの状況に対していくつもの推論のもと対応できると述べている¹³⁾。つまり、臨床経験1年未満の新人看護師では、多重課題へ即応は困難であるといえる。新人看護師が、優先順位を決定して効率的な看護活動が行えるようになるには、現実に応じた多様で複雑な患者や状況を設定し、シミュレーションする演習の機会を作ることが効果的だろう。

6) 【説明責任能力の不足】

【説明責任能力の不足】は、「同じケアでも、『〇さん（別の看護師）はこうだった』と患者より指摘されて困っていた」が示すように、新人看護師は、自分の看護実践の根拠を説明する方法に戸惑う現状が伺える。また、本研究結果から何も説明しないまま患者の傍から立ち去る姿も見受けられた。これらの原因には、病理・病態像の理解力不足とアセスメントの不十分から患者ケアの目的も十分理解できていないことが推測される。そのため、新人看護師は患者ケアの目的や内容を十分理解をしてからベッドサイドに向かうことが大切である。そして、プリセプターはその内容を事前に確認することが効果的であると考えられる。

7) 【思考や判断への志向の弱さ】

【思考や判断への志向の弱さ】は、〈患者から状態変化の訴えがあった時医師の指示なしでは行動ができない〉が示すように、新人看護師の思考・判断能力の未熟さが推測できる。新人看護師は、自分の判断のもとで決定していくというよりも医師の指示や看護マニュアルを頼りに行動している現状があった。特に〈バイタルサインの測定時刻を患者の状況に応じて前後にずらすことができない〉は、看護行為を決まりきった日常の仕事と捉える傾向にあり、その目的を十分に把握できていないことも伺えた。黒田は、「看護師には患者の身になって必死に理解しようと努力することが必要であり、その上で集められた情報から解釈、判断、推理・推論を（するという）論理的な思考過程を踏みながら行うことが大切である」¹⁴⁾と述べている。この思考過程が看護展開の最初のステップであり看護実践の基盤である。そのため、新人看護師にとって、思考・判断能力の未熟さは最も

重要な課題であると言える。

8) 【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】

【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】は「日勤帯でIVH回路交換、〔…略…〕業務量が多く、新人看護師がこなせる範囲を越えている」が示すように、新人看護師がどれだけ努力しても対応しきれない業務の量と質であることをプリセプターは認めており、新人看護師を取り巻く臨床現場環境にも問題のあることが明らかとなった。この部分の指摘は、井部ら⁹⁾の調査にはなかった。つまり、プリセプターは、新人看護師の良き理解者であると同時に看護実践者として同じ体験を共有しているから言えることではないかと考えられる。

2. 各カテゴリー間の関係性からみえてきたもの — 新人看護師教育への示唆 —

【変化する症状への対応困難】、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】、【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】は、新人看護師の主として病理・病態像や薬物に関する知識の不足による【病態アセスメントの能力の未熟さ】に起因するものと思われる。そのため、新人看護師は看護師としての基本的な知識と一人ひとりの患者への応用力を地道に学習し身につけるしかないであろう。そして、プリセプターは、新人看護師が着実に応用力を習得しているかを適宜確認していくことが必要である。

【変化する症状への対応困難】は、【多重課題への対応能力の弱さ】と【説明責任能力の不足】のそれぞれと互いに作用していると思われる。同時に、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】も、【多重課題への対応能力の弱さ】と【説明責任能力の不足】のそれぞれと互いに作用していると思われる。これらのことから、病理・病態像の理解力やアセスメント能力を習得すること、現実に即した多様で複雑な患者や状況を設定したシミュレーションを繰り返し行うことが必要であると考えられる。このことによって説明責任能力も育成されることが考えられる。

【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】は、【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】に起因するものと思われる。そのため、新人看護師は、先の学習の他に【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】についても科学的根拠と先輩看護師の実践を観察しつつ、身に付けることが大切であろう。その事が【多重課題への対応能

力の弱さ】と【説明責任能力の不足】を克服する堅実な努力といえる。

上述の持続的な努力が、新人看護師の思考力や判断力を強化し、【思考や判断への志向の弱さ】の克服につながるだろう。

また、新人看護師のいる臨床現場環境の調整に責任ある者は、新人看護師がパニックに陥らずに1つ1つの課題に取り組めるようプリセプターの支援の継続、【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】になる要因を極力少なくする努力が必要であるといえる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、調査施設が1施設であり、調査方法として自由記述によるデータ収集方法をとったためデータ産出が十分とは言えなかった。したがって、今後は半構成的面接によるデータ収集が必要であると考えられる。また、新人看護師とそのプリセプターを対応させて調査を行うことが実態をより鮮明に浮き上がらせることになると考える。そして、新人看護師の現状を具体的に把握し、施設に応じた教育プログラムを開発していく必要がある。

まとめ

本研究はプリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難を明らかにすることを目的とし、以下の結果を得た。

1. プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難には、新人看護師側の要因として【病態アセスメント能力の未熟さ】、【変化する症状への対応困難】、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】、【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】、【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】、【思考や判断への志向の弱さ】の7項目があった。

2. 臨床現場環境側の要因として【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】があった。

3. 新人看護師の【思考や判断への志向の弱さ】の克服には、病理・病態像の理解力やアセスメント能力を習得すること、現実に即した多様で複雑な患者や状況を設定したシミュレーションを繰り返し行うことが必要であると示唆された。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力を賜りましたA総合病院看護部のプリセプターの方々、とりわけ研究結

果を丁寧に読みご意見を下さったプリセプターの方々に深く御礼申し上げます。本研究は、平成21年度金沢医科大学奨励研究の助成（S2009-11）を受け行ったものである。

文 献

- 1) 藤内美保, 宮腰由紀子: 看護師の臨床判断に関する文献的研究 臨床判断の要素および熟練度の特徴, 日本職業・災害医学会, 53(4), 213-219, 2008
- 2) 荒木厚子, 吉田知美, 八木美波: 伊勢泉離職率0下での自己評価による新人の看護技術到達度調査 1年~2年目への教育課題, 日本看護学会論文集 看護教育, 41, 14-17, 2011
- 3) 平塚陽子, 中島春香, 永田暢子, 他: 新卒看護師が感じる看護基礎教育と看護実践現場とのギャップ, 北日本看護学会誌, 11(2), 13-21, 2009
- 4) 小野寺洋子, 奥野孝子, 米田かつら, 他: 新人看護師が臨床現場で困った看護行為の実態内容分析から看護基礎教育の検討, 日本看護学会論文集 看護教育, 38, 264-266, 2008
- 5) 厚生労働省: 新人看護職員ガイドライン, [オンライン, www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1225-24a.pdf], 厚生労働省, 7. 12. 2012
- 6) 和田攻, 南裕子, 山峰光博編集: 看護大事典 (第2版), 医学書院, 2010
- 7) 平山恵美子, 北村佳子, 高田昌美, 他: 新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性, 看護実践学会会誌, 23(1), 57-65, 2011
- 8) 藤内美保, 宮腰由紀子, 安藤和代: 新人看護師の臨床判断プロセスの概念化 健康歴聴取場面におけるケア決定までの判断, 日本看護研究学会雑誌, 29-37, 2008
- 9) 井部俊子, 飯田裕子, 今井恵, 他: 看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究 新卒者の卒後臨床研修と臨床実践能力の実態, 平成10年度厚生省科学研究補助金 (医療技術評価総合研究事業) 研究報告書, 1998
- 10) Sheila A Corcoran: 看護におけるClinical Judgementの基本概念, 看護研究, 23(4), 医学書院, 1990
- 11) Patricia Benner: 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子, 他訳, ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ (第1版), 東京, 医学書院, 2006
- 12) グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江: よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして, 医歯薬出版株式会社, 2010
- 13) 森啓子: 臨床経験とクリティカルシンキングとの関連についての一考察, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 27, 230-235, 2002
- 14) 黒田裕子: 事例で学ぶ看護過程実践マスター, 日総研, 1998

研究報告

アロマオイルを付加した足浴とマッサージによる 浮腫軽減及びリラクゼーションの効果について

Effects of foot bath relaxation with
aromatic oil and relief from edema with massage

松本 明美¹⁾, 藤田 三恵²⁾

Akemi Matsumoto¹⁾, Mitsue Fujita²⁾

¹⁾金沢市立病院, ²⁾福井医療短期大学

¹⁾Kanazawa Municipal Hospital, ²⁾Fukui College of Health Sciences

キーワード

アロマオイル, 足浴, マッサージ, 浮腫軽減, リラクゼーション

Key words

aromatic oil, foot bath, massage, a relief of edema, relaxation

要 旨

本研究の目的は、アロマオイルを付加した足浴とマッサージによる浮腫の軽減及びリラクゼーション効果を検討することである。S病院の夜勤明け看護師10名を対象にアロマオイルを加えた足浴及びマッサージを行い、実施前後で生理的变化、POMSによる気分変化、下肢の周径を比較した。その結果、生理的变化では体温と唾液アミラーゼ値の有意な上昇がみられた。POMSによる気分変化においては、ポジティブな心理を示す5項目の得点で有意に低下がみられた。また、下肢の周径においては、測定箇所全ての部位で有意に減少がみられた。これらのことから、アロマオイルを付加した足浴及びアロママッサージには、対象の下肢浮腫を軽減し、リラクゼーションを与える効果があることが示唆された。この結果より、アロマオイルを付加した足浴及びマッサージを下肢の浮腫軽減やリラクゼーションを目的として患者に実施することに寄与できるのではないかと考えた。

はじめに

足浴とは安全で簡便なケアであり、これまでも保温効果¹⁾²⁾、睡眠導入・覚醒効果³⁾⁴⁾、疲労回復・緊張緩和などのリラクゼーション効果⁵⁻⁷⁾、下肢浮腫の改善や深部静脈血栓予防などの血流改善効果⁸⁾⁹⁾などが検証されてきたケアである。下肢浮腫の軽減効果があるとされる看護ケアには

足浴の他にも様々なものがあるが、今回足浴を取り入れたのは、足浴が一般的に安全で簡便なケアであり、臨床現場において施行頻度の高いケアであることや、患者の状況に左右されることが少ないことが理由として挙げられるためである。

また、最近のケアの現場ではアロマオイルを用いた代替療法が取り入れられるようになり、アロ

マオイルを付加した足浴による下肢の浮腫軽減に焦点をあてた研究¹⁰⁾や、足浴にアロマオイルを加えることで副交感神経が優位となり、心身の緊張が緩和し、エネルギー代謝も低下したという研究結果¹¹⁾が報告されている。また、ラベンダーの精油を付加した足浴は、心理的なネガティブを軽減させるという報告もされている¹²⁾。

このように、現在アロマオイル使用によるリラクゼーション効果や疲労回復、ストレスの軽減効果¹³⁾が明らかとされており、アロマオイルを用いたケアを臨床に導入することに高い注目が集まっている。また、これらの研究は下肢に浮腫をきたしたがん患者や褥瘡を対象にしたものがほとんどであり¹⁴⁾¹⁵⁾、足浴後にマッサージを行うことで、浮腫軽減やリラクゼーション効果が得られることが示唆されている。しかし、下肢の浮腫や疲労をきたしているのは、がん患者や褥瘡に限定されているわけではない。浮腫は、心疾患、腎疾患、肝疾患、低栄養など慢性疾患を持った患者に発現する頻度が高く、疾患の有無に限らず長時間の立位や座位等の維持、あるいは運動量の低下などによって日常生活で容易に生じやすい。また、入院加療中の患者は、検査や手術、病気に対する不安や生活状況の変化などの様々な要因から精神的疲労を感じるということも少なからずあると予測される。これらのことから、がん患者や褥瘡に限らず、下肢の浮腫及び精神的疲労を有する対象に、浮腫軽減やリラクゼーションを提供できるケアの効果を検証することは、ケアを選択する基準として重要であると考えた。

そこで本研究では、健康な成人女性を対象に、アロマオイルを付加した足浴とマッサージを行うことにより、浮腫軽減及びリラクゼーションの効果を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

マッサージ：マッサージとは精油を滴下した植物油で下肢のマッサージをすること。

アロマオイル：足浴またはマッサージに使用するために、精油の原液を基材に混入し、規定の濃度に希釈または乳化させたオイルのこと。

研究方法

1. 研究期間

2011年7～9月（プレテスト期間を含む）

2. プレテスト

本研究を実施する前段階として、アロマオイル

を付加した足浴のリラクゼーション効果をみるためにプレテストを実施した。

1) 研究方法

(1) 対象

I大学の健康な成人女性（18～22歳）12名

(2) 実施場所

I大学の研究デザイン室を使用。室内は 25 ± 2 ℃とし、湿度は60～70%であった。

(3) 実施方法

① 対象者の選定

参加者の自由意志を尊重した上で、対象者を募って実施した。また、対象者には実施前に問診でアレルギーの有無を確認した後、精油のアレルギー検査を行い、安全性を確認後実施した。

② 使用物品

足浴の専用容器にビニール袋を入れ、その中に約41℃¹⁶⁾に設定した温湯を約8ℓ入れて実施した。実施中は保温のためにビニール袋の口を膝関節部位で閉じ、バスタオルをその上から覆って保温し、実施中の温度変化を最小になるよう注意して実施した。対象者が使用した椅子は背もたれのあるパイプ椅子で、実施中は背もたれにかけた座位姿勢で行った。

③ 具体的方法

約20分間足浴を実施した。足浴は、乳化剤のみを使用した足浴（コントロール群）と、乳化剤にアロマオイルを付加した足浴（アロマオイル群）の2種類を、同一対象にインターバルを置いて2回実施した。ただし、対象者には、アロマオイルの付加について説明後に実施した。

④ 精油

使用した精油は真正ラベンダー-MEOGSO05（Meadows社）（表1）で、5ccの乳化剤（ケンソーバスオイル）に真正ラベンダーを2滴滴下し、2%（日本アロマセラピー学会推奨濃度）のブレンドオイルを湯の中に加えて実施した。真性ラベンダーにはストレスに対する鎮静作用があり、リラクゼーション効果があるといわれている。

(4) 評価方法

① 生理的変化の評価指標

足浴による身体の生理的変化の指標として呼吸数、心拍数、血圧（AND社デジタル血圧計UA-766）、体温（テルモ社電子体温計C205）、唾液アミラーゼ値（ニプロ社唾液アミラーゼモニターCM-2.1）を使用し、足浴の実施前後に座位で測定し評価した。

唾液アミラーゼ値の測定はストレスの定量評価

として使用されているものであり、専用のチップを30秒口腔内に入れて唾液を採取し、唾液アミラーゼモニターに差し込むことで測定することができる。非侵襲的で呼吸機能や循環機能などの計測に比べ、測定条件に制約が少ないことから、簡便に使用可能である。ストレスの度合いの目安として0～30 (KU/L) が【ストレスなし】、31～45 (KU/L) が【ややある】、46～60 (KU/L) が【ある】、61～ (KU/L) が【だいぶある】としている¹⁷⁾。本研究においては、呼吸数、心拍数、血圧、体温を測定した後に実施し、約5～10分間の座位後に継続して行った。

② 気分変化の評価指標

足浴によるリラクセス度の主観的指標として、日本語短縮版Profile of Mood State (以後POMSと略す)を用いた。POMSの質問項目は全30項目であり、「まったくなかった」が0点、「少しあった」が1点、「まあまああった」が2点、「かなりあった」が3点、「非常に多くあった」が4点の5段階尺度である。POMSは【T-A (Tension-Anxiety) (緊張-不安)】、【D (Depression-Dejection) (抑うつ-落込み)】、【A-H (Anger-Hostility) (怒り-敵意)】、【V (Vigor) (活気)】、【F (Fatigue) (疲労)】、【C (Confusion) (混乱)】の6種類の感情尺度で構成されている。【V】以外の【T-A】、【D】、【A-H】、【F】、【C】はネガティブな心理であり点数が高いほどネガティブな気分が強く、【V】はポジティブな心理であり点数が高いほどポジティブな気分が強いことを意味する。

(5) 分析方法

統計処理はSPSS13.0J for Windowsを使用した。呼吸数、心拍数、血圧、体温等の生理的変化の前後比較は対応のあるt検定にて分析した。唾液アミラーゼ、POMSの前後比較はWilcoxonの符号付き順位和検定にて分析し、有意水準を $p < 0.05$ とした。

2) 結果

(1) バイタルサイン、唾液アミラーゼの前後比較
両群ともに体温の上昇がみられた。特にアロマオイル群では平均0.4℃の上昇があり、有意差がみられた。心拍数、血圧、呼吸数、唾液アミラーゼにおいては両群に有意差はみられなかった。

(2) POMSの前後比較

【T-A (不安・緊張)】、【A-H (怒り・敵意)】、【F (疲労)】、【C (混乱)】の4つの領域で両群ともに有意な低下がみられ、【D (抑うつ・

落ち込み)】ではアロマオイル群に有意な低下がみられた。

以上により、アロマオイルを付加した足浴にリラクゼーション効果が期待できるということが示唆され、本調査を開始した。

3. 本調査

1) 対象

対象者はS病院で勤務する夜勤明けの女性看護師10名。対象者を女性看護師としたのは、看護師の業務が立位や座位が長時間続き、更に女性は性ホルモンの分泌により身体の内部環境が影響を受けやすく、浮腫が出現しやすいためである。また、夜勤明けと限定したのは、過密な労働環境や夜間の活動によるサーカディアンリズムの乱れが対象者を疲弊させる¹⁸⁾ という結果から、精神的疲労という条件を満たしていると考えたためである。また、対象の選定において、何らかの疾患を患っておらず、体調不良を伴っていない人を選定条件とした。

2) 実施場所

S病院内の病室を使用。病室は気温を至適温度とされる 25 ± 2 ℃に設定し、湿度は54～70%であった。

3) 実施方法

(1) 研究協力者について

① 対象者の選定

看護部管理者及び病棟管理者に研究の概要について説明し、参加者の自由意思を尊重した上で、対象者を募って実施した。また、対象者には実施前に問診でアレルギーの有無を確認した後、精油のアレルギー検査を行い、安全性を確認後実施した。

② 実施者の条件

実施は、研究者と分担者の2名で行った。マッサージの手技については、日本アロマセラピー学会看護研究会の研修を受講した指導者のもと、日本アロマセラピー学会看護研究会の推奨する手法を習得し、研究協力者と手技を統一して実施した。(開始から評価を含め約1時間前後を要した。)

(2) 足浴の方法

① 使用物品

プレテストと同様の物品・方法で実施した。

② 具体的方法

足浴とマッサージを含め約20分間実施した。開始10分間は両下肢を温湯に浸し、その後、右下肢、左下肢の順に湯内から片足ずつ外に出し、マッサージを各足約5分ずつ施行した。マッサージ中は

実施する下肢を足台に乗せ、膝関節と股関節を伸展し、下肢全体の筋緊張を弛緩させた状態で行った。また、全ての対象者でマッサージの順序や方法を統一し、測定後は左右の下肢を別々に比較し、左右間の下肢マッサージ時の状況の違いによる影響を最小限とした。

③ 精油

足浴にはプレテストと同様の真正ラベンダーと乳化剤を使用した。使用した精油は真正ラベンダー-MEOGSO05 (Meadows社) (表1) で、5 ccの乳化剤 (ケンソーバスオイル) に真正ラベンダーを2滴滴下し、2% (日本アロマセラピー学会推奨濃度) のブレンドオイルを湯の中に加えて実施した。

また、マッサージに使用した精油は、真正ラベンダー-MEOGSO05 (Meadows社)、ゼラニウム (Meadows社) (表1) で、5 ccの植物油 (オリーブスクワラン ハイブリットヒマワリ油 千尋社) に真正ラベンダーとゼラニウムを1滴ずつ滴下した2%のブレンドオイルを使用し、マッサージを実施した。ゼラニウムには、ホルモン系のバランスをとり、リンパ系や循環器系に対しては強壮効果があると言われ、特にうっ滞予防に効果があるといわれている。また、使用した植物油は防腐剤かつ酸化防止剤等無添加であり、安全性が高いオリーブスクワラン・ハイブリットヒマワリ油 (千尋社) を使用した。

④ マッサージの手順 (図1参照)

i 下腿前面を足関節から膝上に向かって流すようにしてさすり (A)、膝関節とその周囲が温まるまでホールディング (手足の先を両手で優しく

く包み込む) する (B)。その後軽くフリクション (擦り込むような手技で、四肢末梢の冷たい部位に、すばやい動作で表面を摩擦しながら温める手技) をかけてさらに温め、示指から小指までの4本をそろえ、母指で下腿の前面と後面を挟む手の形 (C) で膝上から膝下まで丁寧に引き付ける。その状態のまま膝窩から踝に向かって流す。(5回)

ii 両踝を手指で囲み、踝骨の外縁のラインがはっきりするまで押し流す (D)。

iii 足背の骨間を丁寧に足先から足関節に向かって揉み込む (E)。(各4回)

iv 母指と示指で対象者の足指をつかみ、一本ずつ末梢から中心に向かって押し流す (F)。(各2回)

v 再度①を実施し、末梢から中心に向かって流す。(5回)

vi 足関節を固定し、足裏の湧泉 (つぼ) をゆっくりと押す (G)。

vii 終わりに、足先まできたらホールディング (H) をし、末梢に向かってゆっくり手を離す。

(3) 評価方法

① 生理的変化の評価指標

プレテストと同様に、足浴及びマッサージによる身体の生理的変化の指標として呼吸数、心拍数、血圧 (AND社デジタル血圧計UA-766)、体温 (テルモ社 電子体温計 C205)、唾液アミラーゼ値 (ニプロ社 唾液アミラーゼモニター CM-2.1) を使用し、足浴及びマッサージの実施前後に座位で測定し評価した。唾液アミラーゼ値の測定は、呼吸数、心拍数、血圧、体温を測定した後に実施し、約5~10分間の座位後に継続して行った。

表1 真性ラベンダー、ゼラニウムの成分表 (Meadows社) 原産国：ブルガリア

真性ラベンダーの成分表		ゼラニウムの成分表	
含有成分	含有率 (%)	含有成分	含有率 (%)
1.8 Cineole	0.64	Linalol	7.7
Cis b Ocimene	5.19	Cis-Rose Oxide	1.02
Trans Ocimene	3.19	Isomenthone	6.82
Camphor	0.21	Beta Citronellol	28.90
Linalool	30.16	Neral	0.57
Lavandulol	0.21	Geraniol	12.63
Terpinen 4ol	3.89	Geranial	0.54
Linalyl acetate	32.34	Citronellyl Formate	7.81
Lavandulil acetate	2.95	Geranyl Formate	2.73
		g-Eudesmol	6.44

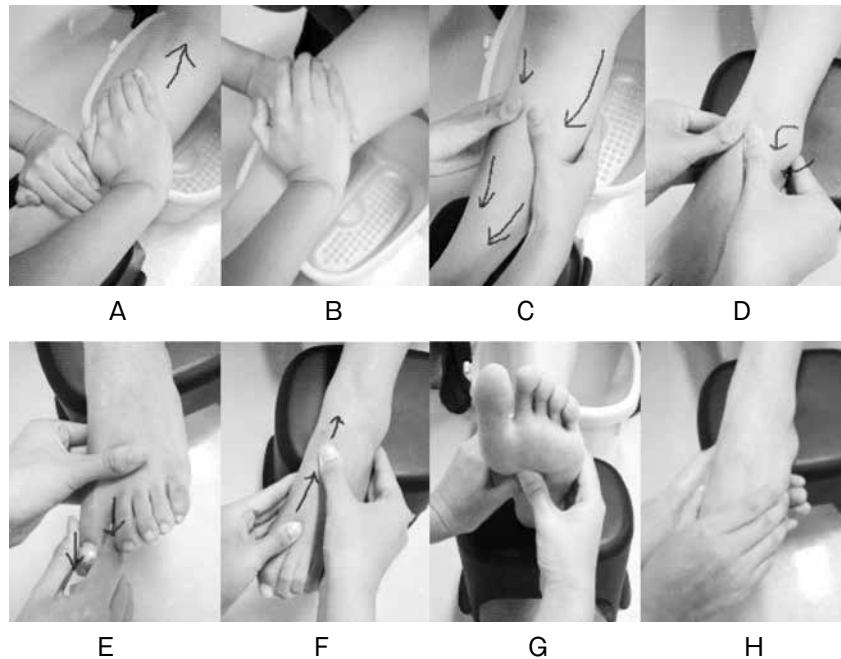


図1 アロママッサージの手順

② 下肢の浮腫についての評価指標

浮腫の程度を評価する方法の一つとして水置換法などが標準とされているが¹⁹⁾、本研究では、対象者の負担を軽減し、浮腫の経時的変化を評価する方法として広く用いられている下肢の周径を測定することにより、浮腫を評価することとした。測定は対象者がそれぞれ行い、夜勤前及び足浴とマッサージの介入前後に下肢の周径を測定した。測定部位は、【左右膝下10cm】部位、【左右足底上15cm】部位の4つの周径とし、測定部位を統一できるように目印を貼付した。

③ 気分変化の評価指標

足浴及びマッサージによるリラックス度の主観的指標として、POMSを使用した。

(4) 分析方法

統計処理はSPSS13.0J for Windowsを使用した。呼吸数、心拍数、血圧、体温等の生理的変化の前後比較は対応のあるt検定にて分析した。唾液アミラーゼ、下肢の周径、POMSの前後比較はWilcoxonの符号付き順位和検定にて分析し、有意水準を $p < 0.05$ とした。

4. 倫理的配慮

石川県立看護大学倫理委員会の承諾を得てから実施した。その後、実施病院の看護部管理者、病棟管理者に研究の主旨、方法を書面および口頭にて説明し、承諾を得てから実施した。

病棟管理者に対象者の選定を依頼し、対象者の都合に合わせて研究日時と場所の調整を行った。

対象者には、研究の主旨、研究参加や中断の自由、時間的拘束、匿名性の保持、協力により得た情報は、本研究以外では使用しないことを書面および口頭で説明し、署名による同意を得た。研究結果は対象者のプライバシーが守られる場所で保管し。さらに研究終了後は破棄することを保障した。

結 果

1. 対象者の概要

対象者10名の年齢は22～52歳で、平均年齢 31.5 ± 9.1 歳であった。

2. バイタルサインの前後比較 (表2)

実験前後の呼吸数、心拍数、血圧、体温の結果を比較したところ、実施前の平均呼吸数は 18.4 ± 3.4 回/分、実施後は 17.6 ± 2.7 回/分であった。また、実施前の平均心拍数は 62.2 ± 8.7 回/分、実施後は 63.0 ± 7.7 回/分であり、いずれも有意差はみられなかった。実施前の平均収縮期血圧は 107.0 ± 4.9 mmHg、実施後は 106.3 ± 7.2 mmHgであった。実施前の平均拡張期血圧は 66.3 ± 6.5 mmHg、実施後は 67.4 ± 9.3 mmHgであり、いずれも有意差はみられなかった。

実施前の平均体温は 36.1 ± 0.3 ℃、実施後は 36.5 ± 0.3 ℃と、有意に上昇した ($p < 0.01$)。

3. 唾液アミラーゼの前後比較 (図2)

実施前の平均唾液アミラーゼ値は 28.5 ± 18.6 KU/L、実施後は 46.1 ± 26.6 KU/Lと有意に上昇した ($p < 0.01$)。

表2 バイタルサインの平均推移 (n=10)

項目	実施前 (SD)	実施後 (SD)	p 値
呼吸数 (回/分)	18.4 (3.4)	17.6 (2.7)	0.366
心拍数 (回/分)	62.2 (8.7)	63.0 (7.7)	0.405
収縮期血圧 (mmHg)	107.0 (4.9)	106.3 (7.2)	0.639
拡張期血圧 (mmHg)	66.3 (6.5)	67.4 (9.3)	0.478
体温 (℃)	36.1 (0.3)	36.5 (0.3)	0.001**

** p < 0.01

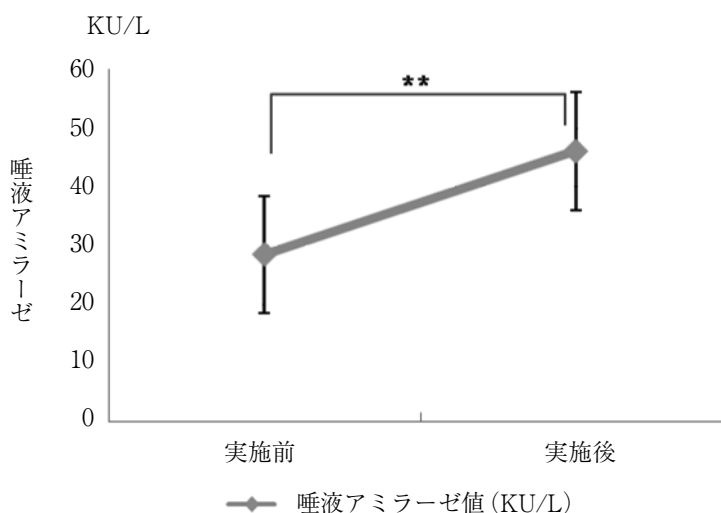


図2 唾液アミラーゼ値の平均推移 (** p < 0.01)

4. 下肢周径の前後比較 (表3)

実施前の【左膝下10cm】部位の平均周径は37.1 ± 1.8cm、実施後が36.8 ± 1.8cmであり、有意に縮小した (p < 0.05)。同様に、実施前の【右膝下10cm】部位の平均周径は37.0 ± 2.0cm、実施後が36.7 ± 1.9cmと、有意に縮小した (p < 0.01)。

また、実施前の【左足底上15cm】部位の平均周径が24.8 ± 2.4cmから実施後24.4 ± 2.4cmに (p < 0.01)、【右足底上15cm】部位の平均周径が実施前の24.7 ± 2.7cmから実施後24.2 ± 2.5cmへと (p < 0.05)、いずれも有意に縮小した。

5. POMSの前後比較 (表4)

【T - A (不安・緊張)】の平均得点は実施前6.2 ± 4.2から実施後2.3 ± 2.6と有意に減少した (p < 0.01)。同様に【D (抑うつ・落ち込み)】の平均得点は実施前4.3 ± 3.1から実施後1.5 ± 2.3と有意に低下した (p < 0.01)。

【A - H (怒り・敵意)】の平均得点は3.0 ± 2.2から実施後0.4 ± 0.8と有意に低下したが (p < 0.01)、【V (活気)】の平均得点は実施前4.7 ± 3.9

から実施後は2.6 ± 3.8と低下したものの、有意差はみられなかった。

【F (疲労)】の平均得点は実施前11.2 ± 2.7から実施後5.9 ± 4.2と有意に低下した (p < 0.01)。同様に【C (混乱)】の平均得点が実施前7.4 ± 2.4から実施後5.0 ± 1.6と、有意に低下した (p < 0.05)。

考 察

1. 生理的変化について

運動やストレス、感情の動揺などで交感神経の働きが活発になると、神経末端からノルアドレナリンが分泌され、心拍出量を増加させるとともに血圧が上昇する。この誘因が排除されると副交感神経が優位となり、心拍出量は減少し、血圧は低下する。

清水らの研究²⁰⁾では、足浴により副交感神経活動の亢進と交感神経活動の抑制が起こるということを報告している。本研究では、足浴前後において平均呼吸数と、平均収縮期血圧値ではやや下

表3 下肢の平均周径の推移 (n=10)

項目	実施前 (cm) (SD)	実施後 (cm) (SD)	p 値
左膝下 10cm	37.1 (1.8)	36.8 (1.8)	0.031*
右膝下 10cm	37.0 (2.0)	36.7 (1.9)	0.008**
左足底上15cm	24.8 (2.4)	24.4 (2.4)	0.004**
右足底上15cm	24.7 (2.7)	24.2 (2.5)	0.021*

** p < 0.01 * p < 0.05

表4 POMSの平均得点の推移 (n=10)

項目	実施前 (点) (SD)	実施後 (点) (SD)	p 値
緊張・不安	6.2 (4.2)	2.3 (2.6)	0.008**
抑うつ・落ち込み	4.3 (3.1)	1.5 (2.3)	0.008**
怒り・敵意	3.0 (2.2)	0.4 (0.8)	0.004**
活気	4.7 (3.9)	2.6 (3.8)	0.298
疲労	11.2 (2.7)	5.9 (4.2)	0.002**
混乱	7.4 (2.4)	5.0 (1.6)	0.039*

** p < 0.01 * p < 0.05

降し、平均心拍数では若干の上昇がみられたものの、有意差はみられなかったが、体温においては、平均 $0.4 \pm 0.8^\circ\text{C}$ 上昇し有意差がみられた。これは、足浴の保温効果を報告している小林の研究²¹⁾においても明らかとされており、足浴の保温効果により、下肢の末梢に温熱刺激が持続的に与えられたことで、体温上昇に影響したのではないかと考えられる。したがって、呼吸数、血圧、心拍数において有意差がみられなかったのは、足浴の前後で対象者の活動量に変化がなく、安定した状態であったと考える。

対象者の気分を客観的に評価するために用いた唾液アミラーゼの値は、平均値が足浴後に有意に上昇し予想に反した結果となった。しかし、全ての対象者からは「気持ちよかった」と快を感じている発言が聞かれていることや、10名中9名に傾眠傾向がみられたことから、対象者が介入後に快を感じていたことがわかる。山口らの研究²²⁾によると、ジェットコースターの乗車によって唾液アミラーゼが増加した群はジェットコースターで不快を、減少した群はジェットコースターで快を感じていたことが報告されている。本研究では、足浴の湯温を約 41°C になるように設定した。対象者の至適温度には個人差があり、主観的な感覚で

あるため、 41°C の温湯をどのように感じたかは不明である。さらに実験中の座位の状態が一時間近く続き、ケアの開始から終了まで同一姿勢であったことが対象者の気分に影響を及ぼし、唾液アミラーゼ値が上昇したのではないかと推察される。従って、今回の温度設定や実験中の対象者の姿勢、測定具の選択について、今後検討していく必要がある。

2. 下肢の浮腫について

下肢の周径はもとより浮腫の程度を表すものではない。浮腫の程度を評価する方法として、水置換法が標準とされているが²³⁾、浮腫の経時的変化を評価する研究では下肢周径が広く用いられており²⁴⁾、信頼性もあると考え、本研究においても対象者の負担の少ない下肢周径を測定した。結果は測定した4箇所全ての部位で、足浴及びマッサージ後に有意に縮小した。

足浴は、局所加温によって血管拡張反射を生じ、皮膚末梢血管が拡張するため、循環を促進することができる効果的なケアである。また、マッサージは血液循環を促進させる効果があり、マッサージに用いたゼラニウムは浮腫軽減の効果があるといわれている。これらのことから、足浴で末梢血管が拡張した直後に行ったマッサージが、下肢の

周径を経時的に減少させることに影響を及ぼしたのではないかと考えられる。

3. 気分評価について

足浴前後のPOMSでは、6項目中【V】を除いた5項目【T-A】、【D】、【A-H】、【F】、【C】で有意に低下がみられた。この結果は、白川らの足浴は心理的にネガティブな気分を軽減させる効果があるという報告²⁵⁾と一致している。このことから、足浴及びマッサージによって対象の気分状態（【不安・緊張】、【抑うつ・落ち込み】、【怒り・敵意】、【疲労】、【混乱】）が軽減されたということが考えられる。

前述したように、足浴には疲労回復やリラックス効果があると言われている。また、使用した精油である真正ラベンダーにはストレスに対する鎮静作用がある。真正ラベンダーに含まれる代表的な成分である酢酸リナリル、リナロールは、神経系に作用して鎮静的な生理作用を示すといわれている。²⁶⁾これは芳香分子が嗅覚を刺激し、大脳辺縁系、視床下部に作用し、リラックス効果をもたらしたことが考えられる。高野らの研究²⁷⁾では、真正ラベンダーを足浴に取り入れたことで、お湯だけの時よりもリラックスできるということが報告されている。このことから今回の実験においても、アロマオイルを加えた足浴及びマッサージの実施によって、同様の効果が得られたのではないかと考えられる。

まとめ

1. 足浴の温熱刺激によって体温の平均値は有意に上昇したが、呼吸数、心拍数、血圧には大きな変化が見られなかった。

2. 測定した下肢の周径は4箇所全ての部位で有意に縮小した。

3. アロマオイルを付加した足浴及びマッサージにより、対象のリラックス効果が期待される。

このことから、浮腫軽減及びリラクゼーションの効果が期待でき、今後臨床においてもケアに活用できることが示唆された。

今回の研究では一般の健康な対象を女性として、アロマオイルを付加した足浴とマッサージにより浮腫軽減とリラクゼーションの効果を検証したものである。今後患者に適用していくには、疾患の重症度や病状によっては急激な還流によって全身状態の負担を増すことも予測される。したがってどのような病状の患者に適用できるのかは、その妥当性を含めて検討していく必要がある。本研究

において、物品の準備から測定まで研究全体に要した時間は1時間前後であり、それらの影響が対象者のストレス評価に関与した可能性は否めない。唾液アミラーゼモニターによるストレスの評価方法についても検討する必要がある。

引用文献

- 1) 佐藤智子, 齋藤瞳, 山口しのぶ, 他: 冷え性に対する米糖足浴の効果・第2報・保温効果の検討, 日本看護学論文集 看護総合, 36, 466-468, 2005
- 2) 小林苗恵, 神田清子: 保温に効果的な足浴の検討, 群馬大学医療短期大学部紀要, 16, 23-28, 1995
- 3) 吉永亜子: 睡眠を促すケアとしての足浴の可能性, 臨床看護, 33(14), 2107-2113, 2007
- 4) 邑田真紀子, 三好樹里, 河本敦子, 他: 湯温44℃の足浴がもたらす覚醒効果, 日本看護学会論文集 看護総合, 36, 97-99, 2005
- 5) 岡本佐智子, 小川俊夫, 田野ルミ: リラクゼーションを促す足浴の条件について唾液中ストレスマーカーからの検討, 埼玉県立大学紀要, 11, 11-16, 2010
- 6) 佐伯由香: リラクゼーションを促すケアとしての足浴の可能性, 臨床看護, 33(14), 2098-2106, 2007
- 7) 金子健太郎, 尾形優, 熊谷英樹, 他: 足浴が生体に及ぼす生理学的効果—循環動態・自律神経活動による評価—, 日本看護技術学会誌, 8(3), 35-41, 2009
- 8) 小田由樹子, 加藤佐知子, 平井希代子, 他: 足浴による産褥期の下肢の浮腫に対する軽減効果の検討, 日本看護学論文集 母性看護, 36, 32-34, 2005
- 9) 安井美紀, 加藤真弥, 石川恵美, 他: 足浴効果による深部静脈血栓症(DVT)の予防, 日本看護学論文集 成人看護I, 642-649, 2004
- 10) 柳井考恵, 飯島加代子, 小檜山敦子: アロマオイルマッサージによる産後の下肢浮腫とマッサージの効果, 日本看護学論文集 母性看護, 33, 103-105, 2002
- 11) 高木美穂, 中島亜矢子, 三宅訓枝, 他: アロマセラピーが身体・精神に及ぼす効果 実施前後の比較をバイタルサイン・新STAIを用いた分析, 看護教育, 50(8), 734-737, 2009
- 12) 白川かおる, 竹田千佐子, 月田佳寿美, 他: 足部温浴のリラックス効果の実験研究—ラベン

- ダーオイル使用時および未使用時の比較一. 福井医科大学研究雑誌, 3 (1.2), 39-47, 2002
- 13) 田代眞一, 久保浩子: 基礎第5章, 日本アロマセラピー学会編, アロマセラピー標準テキスト 基礎編, 丸善株式会社, 68-76, 東京, 2008
- 14) 前掲書10)
- 15) 塚原ゆかり: がん患者の倦怠感緩和に効果をもたらすアロマセラピー—芳香浴・足浴・アロマセラピーマッサー—, 看護技術, 51(7), 614-618, 2005
- 16) 川島みどり: 改訂版 実践的看護マニュアル 共通技術編, 看護の科学社, 255, 東京, 2002
- 17) 山口昌樹: バイオマーカーによる生体計測② ストレスの定量評価, 臨床栄養, 107(7), 801-809, 2005
- 18) 堀川沙織: 看護師における夜勤後の行動と疲労, 月刊ナーシング, 28(13), 130-135, 2008
- 19) Christine M, Debra D, 真田弘美 翻訳, 他: リンパ浮腫管理のベストプラクティス, “Lymphoedema Framework Best Practice for the Management of Lymphoedema. International consensus.” London: MEP Ltd, 10, 2006
- 20) 清水祐子, 佐藤みつ子, 永澤悦伸, 他: 仰臥位足浴による心臓自律神経活動の変化—若年健康女性を対象に—, 山梨大学紀要, 18, 31-34, 2001
- 21) 前掲書2)
- 22) 山口昌樹: バイオマーカーによる生体計測② ストレスの定量評価, 臨床栄養, 107(7), 806, 2005
- 23) 前掲書19)
- 24) 静野友重, 乗松貞子, 岩田英信: 高齢者の下肢浮腫に対するタッピング効果, 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 15-19, 2005
- 25) 前掲書12)
- 26) 徳田真里子: アロマセラピー基礎概論, 日本アロマセラピー学会看護研究編, ナースのためのアロマセラピー, メディカ出版, 12-13, 大阪, 2005
- 27) 高野夏子, 松井法子, 岡崎美帆, 他: 褥婦にアロマセラピーを取り入れたフットバスの効果の検証, 日本看護学論文集 母性看護, 35, 93-95, 2004

研究報告

外来化学療法を受けている慢性期がんサバイバーが抱えている問題およびQuality of Lifeとの関連

Problems and relationship between problems and QOL
in chronic-stage cancer survivors who undergo chemotherapy

田村 幸子¹⁾, 新谷 恵子²⁾, 佐々木 榮子³⁾, 元雄 良治⁴⁾

Sachiko Tamura¹⁾, Keiko Shintani²⁾, Eiko Sasaki³⁾, Yoshiharu Motoo⁴⁾

¹⁾金沢医科大学看護学部, ²⁾天使大学看護学科,
³⁾和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科, ⁴⁾金沢医科大学医学部

¹⁾School of Nursing, Kanazawa Medical University, ²⁾Department of Nursing, Tenshi College

³⁾Graduate school of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University

⁴⁾School of Medicine, Kanazawa Medical University

キーワード

化学療法, 慢性期, がんサバイバー, 問題, QOL

Key words

chemotherapy, chronic stage, cancer survivor, problem, QOL

要 旨

慢性期がんサバイバーが抱えている問題およびQOLとの関連を明らかにするため、全国がん診療連携拠点病院で外来化学療法を受ける壮年期サバイバーを対象に、がんサバイバーの全ての時期に指摘される問題を調査枠組みに、身体側面では痛みと身体症状および生活基本動作の自立を、精神・心理側面ではHADS質問紙を用いて不安と抑うつを、社会側面の問題では就業と同居家族を取り上げて調査し、同時にACD-QOL質問紙を用いてQOLを調査した。回収826名分の結果から、慢性期がんサバイバーの主な問題として、痛み、身体症状、不安、抑うつが存在が明らかとなった。これらの問題は、QOL全カテゴリとの関連がみられ生活全体にわたっての影響が示唆される。またQOL得点では終末期がん患者とほぼ同レベルであった。QOLカテゴリ比較から、痛みや身体症状の身体問題が活動性と身体状況を低下させ、精神・心理状態をも低下させ、さらには活動性と身体状況および精神・心理状態の低下が社会性を大きく低下させると考えられる。

はじめに

がん患者は年々増加¹⁾している。がんの罹患²⁾は30~40歳から増加し、50歳から急激に上昇、高

齢になるほど高くなる。30~60歳は壮年期にあたり、ライフサイクルでは心身の機能が最も発達・安定して家庭や社会を支える時期であり、がん

罹患した場合には個人と家族および社会にとっての影響は計り知れない。国はがん対策基本法に基づいて「がん対策推進基本計画」³⁾を策定し、「がんによる死亡者の減少」と「全てのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を目指している。がん医療のめざましい進歩によってがん患者の生存率は年々上昇⁴⁾しており、今や長期がん生存者の増加に伴い、多くのがんは慢性疾患に位置づけられている。しかしそれは一方で、“がんを抱えながらどう生きていくか”の新たな課題との直面でもある。National Coalition for Cancer Survivor-ship (NCCS、米国国立がんサバイバーシップ連合)⁵⁾は1985年に“がんと診断された時から生を全うするまでの過程をいかにその人らしく生き抜いたか”を重視するがんサバイバーシップの概念を提唱している。我が国では1995年に初めて、石垣⁶⁾によってがんサバイバーシップの概念が紹介されている。

がんサバイバーシップに関連する国外の研究については、塚本ら⁷⁾が総説で、「欧米では20世紀の新しい流れであるポジティブ心理学の影響を受け、がんを体験してもなお意味を見出し、サバイバーが積極的に生きる視点で、コーピング研究から意味研究へとすでに進展している」と紹介している。またその意味研究においては、LethborgとArandaらの研究⁸⁾を引き合いに、「がんによって生じる身体症状や機能障害への対応は、がん患者が体験の意味を見出す上で重要」とし、またThompsonの研究⁹⁾を引き合いに、「がん患者の意味には疲労や身体状況が影響する」としている。一方、国内の研究については、特定の部位や入院患者のがん看護の研究が多く見受けられる。がん患者のQOLに関する研究では、轡田ら¹⁰⁾が乳がん体験者のサポートグループ参加とQOLとの関連を述べており、高橋ら¹¹⁾ががん体験者に対する自助グループによる自尊感情・受容サポートとQOLとの関連を述べている。また、皆川ら¹²⁾は、肺がん体験者のQOLに影響する生活上の障害として痛みや身体症状を指摘している。がん患者の心理的適応に焦点を当てた研究では、荒井¹³⁾が、壮年期にがんの体験をもつ高齢者ががんの体験を受けとめる3段階を紹介し、藤田¹⁴⁾ががん体験者がストレスと折り合いをつける力の特徴を述べている。しかし、がんサバイバーシップの概念である“がんと共に、いかにその人らしく生き抜いたか”に焦点をあてた研究はまだほとんど見受けられない。嶺岸ら¹⁵⁾はがんサバイバーを疾病や

生存期間から捉えるには限界があり、がんとどのように長期的に生きていくのかの視点の転換が必要であり、保健医療従事者にはがんサバイバーシップの概念理解やがんサバイバーを今を生きる人と捉えられるかが問われること、さらにはがんサバイバーが抱えている問題や体験を明らかにする研究の必要性を指摘している。藤田¹⁶⁾は慢性期がん患者の増加にも関わらず、我が国では外来支援やサポートシステムが未確立であり、がん患者のサバイバーシップのプロセスを支援するための探求の必要性を指摘している。以上、国内のがん看護の研究においては、がんサバイバーの支援の必要性が指摘されているが、がんサバイバーが抱えている問題や体験を明らかにした研究やがんサバイバーシップへの支援についての研究はほとんどみあたらず、これらに関する研究が必要と考える。

本研究の目的は、慢性期にあるがんサバイバーが抱えている問題の実態を明らかにし、問題とQOLとの関連の有無を明らかにすることである。これらが明らかになることでサバイバーシップへの影響を考察することが可能となり、がんサバイバーシップをどのように支援できるかを考えるために役立つと考える。

方 法

1. 用語の定義

【がんサバイバー】：National Coalition for Cancer Survivor-ship (NCCS、米国国立がんサバイバーシップ連合)⁵⁾では、がんと診断された人と広く定義され、単にがんと診断された全ての時期の人という意味ではなく、がんの進行度や病期を超えてがんと共に今を生きる人という意味が込められている。本研究でも同じ定義とする。

【がんサバイバーシップ】：Clark FJら¹⁷⁾は、がんと共に共生・克服し、主体的に生き抜いていく経験であると定義し、どう生きるかの考え方であると強調している。本研究でも、がんサバイバーが抱える問題に対処・適応して、主体的に今を生きる経験とする。

2. 対象者

慢性期がんサバイバーとし、生活に焦点を当てる意図から壮年期(30歳代～60歳代)に限定した。また定期的に通院しているがんサバイバーがより情報が得やすいと考え、全国がん診療連携拠点病院(調査時点での全388施設)において外来化学療法を受ける人とした。がんサバイバーの問題を

疾患にとらわれずみるため、がんの種類は限定しないことにした。性差の影響を除くため、1施設の割り当てを男女が半々になるよう依頼した。質問紙調査のため自己記入あるいは聴き取り記入が可能な人に制限した。

3. 研究デザイン

探索型実態調査研究

4. 調査の枠組み

がんサバイバーの抱える問題を「身体的側面」「精神・心理的側面」「社会的側面」の3側面で構成した。各側面の問題は先行研究でがんサバイバーの全ての時期にみられる問題として指摘される問題を取り上げ、慢性期における実態の調査とした。QOLは、これら問題の影響を受けながら今を生きる生活の質と位置づけた。

5. 調査実施時期と調査の手続き

平成23年9月初めに全国がん診療連携拠点病院の施設責任者あてに調査用紙一式を一斉配送し、対象患者の選定と調査の趣意説明を依頼し、回収締め切り期限を11月末日として返信用封筒での返送を依頼した。

6. 調査項目とデータ収集

1) 身体的側面の問題での調査項目

麻薬研究会¹⁸⁾は「がんと診断された時点ですでにがん性疼痛を体験している患者30%、終末期がん患者70%にがん性疼痛が出現」と指摘している。坂下¹⁹⁾は「どの時期においても痛みや身体的苦痛が生じ感覚や運動機能等を低下して生活基本動作が困難になり、QOL全体に変化をもたらす」と指摘している。一方、平賀²⁰⁾は「がんセンター施設での除痛率は57.4%、大学病院では48.7%」と紹介しており、完全な除痛は困難であることから、がんサバイバーはどの時期においても、コントロール困難な痛みや身体症状を抱えて生活していることになる。本調査では、「痛み」「痛み以外の身体症状（以下、身体症状）」および、これら

が影響する「生活基本動作」の自立状況を、自作自記式質問紙を用いて選択回答で問うた。

2) 精神・心理的側面の問題での調査項目

坂下¹⁹⁾は「がんサバイバーは生活や生き方を再構築する一方で再発への恐怖や不安を抱えている」と指摘し、吉田²¹⁾は「患者は痛みの増強を病気の進行の目安と捉え、がん再発への恐怖や不安を増強させる」と指摘している。新貝ら²²⁾は「患者は痛みを自分の生活や感情として捉えるため、痛みが強いほど生活全体が障害されていると捉える」と指摘し、小澤ら²³⁾は外来化学療法を受けている患者が挙げる困難な体験として、「病気や体調に関する苦痛」や「病気や治療に関する心配」等を紹介している。本調査では、苦痛および不安や恐怖によって引き起こされやすい「不安」や「抑うつ」の存在に着目し実態を調べた。調査票は、患者の現在の身体症状の影響を受けずに抑うつや不安を評価できるとされる調査票Hospital Anxiety and Depression Scale（以下、HADS）²⁴⁾を用いた。HADSには2つの下位尺度があり、不安7項目と抑うつ7項目の計14項目がある。不安尺度得点合計が9点以上で不安状態と判定し、抑うつ尺度得点合計が9点以上で抑うつ状態と判定する。また不安得点と抑うつ得点には高い関連性があるため、合計点によって評価することも可能で、その場合は13点以上の時に不安や抑うつ状態が強く疑われると判定するが、本調査では不安と抑うつとの其々とQOLとの関連をみるため合計点は求めない。

3) 社会的側面の問題での調査項目

坂下¹⁹⁾は、がんサバイバーは医療者との新たな関係の構築や経済的負担の増加が生じるうえ、仕事、趣味、家族内役割等の変化に伴う問題が大きく、孤立しないための支援が必要であるにもかかわらず、長期療養に関わる資金問題の派生、社会自体の核家族化や独居生活者の増加によって孤立しやすい状況にあると指摘している。本調査で

表1 QOL

調査（カテゴリ別）	質問数	得点範囲（点）	平均得点（標準偏差）	得点率（%）
活動性	6	6～30	25.50±4.75	85.0
身体状況	5	5～25	21.04±3.97	84.2
精神・心理状態	5	5～25	18.29±4.21	75.7
社会性	5	5～25	13.22±4.80	52.9
全体的QOL（face-scale）	1	1～5	2.24±0.88	44.8
QOL（5カテゴリの合計）	22	22～110	80.95±13.07	73.6

は経済的問題に関連する「就業」状況と、社会的孤立に関連する「同居家族」の状況に着目し実態を調べた。調査票は、自作自記式質問紙を用いて選択回答で問うた。「就業」は常勤など3項目、「同居家族」は配偶者など6項目を設定した。

4) QOLの測定 (表1)

がんサバイバーのQOLについて、坂下¹⁹⁾はFerrellら²⁵⁾のモデルを参考に、「QOLを身体的、精神的、社会的、霊的安寧の側面からとらえることは、がんサバイバーをトータルな視点から理解しどのように支援できるかを見出すことに役立つ」と述べている。本研究では、がんの薬物治療を受ける患者に対してがんの種類や用いる薬剤に関係なく評価できるとされる調査票Quality of Life Questionnaire for Cancer Patients Treated with Anticancer Drugs (QOL-ACD)²⁶⁾を用いて調べた。QOL-ACDは5カテゴリで構成され、活動性カテゴリ6項目、身体状況カテゴリ5項目、精神・心理状態カテゴリ5項目、社会性カテゴリ5項目、全体的QOLカテゴリ (face-scale) 1項目、合計22の質問項目がある。いずれも5段階リカート尺度を用い、QOLは総合計得点とし最低22点から最高110点までである。

7. データ分析方法

身体的側面と社会的側面では、調査項目毎に記述統計量を算出した。精神・心理的側面ではHADSの得点合計によって不安・抑うつの状態像を判定後に、不安と抑うつの記述統計量を算出した。QOLではカテゴリ別および総合計での記述統計量を算出した。またカテゴリ間比較のため、カテゴリ別得点率を算出した。各側面の調査項目 (無記入回答を除外) とQOLとの関連の検定にはMann-Whitney検定またはKruskal-Wallis検定を用いた。全ての統計処理には統計ソフトSPSS 21.0 for Windows[®]を用い、有意水準は5%とした。

8. 倫理的配慮

研究は大学の臨床研究倫理委員会の承認を得て開始した。調査は各施設の必要に応じて当該施設内倫理委員会の承認を得て開始した。説明文書を用いて協力施設の医師・看護師から対象患者に説明がなされるよう依頼した。書面には研究の趣旨、参加の任意性、不参加による不利益の排除、中止の自由、個人特定ができない情報の取扱い、学会等での成果の公表について記し、最終的には調査用紙の提出をもって同意とみなした。

結 果

1. 対象者の背景

表2 「痛み」とQOLの関係

調査項目	回答選択肢	度数	%	QOLカテゴリ (得点)*					QOL総得点*
				活動性	身体状況	精神・心理状態	社会性	全体的QOL	
皮膚・筋肉痛	ある	82	10.0	23.80	20.16	17.22	9.38	2.43	72.99
	時々ある	210	25.6	24.81	20.62	18.13	12.51	2.58	78.65
	なし	447	54.4	26.24	21.56	19.64	13.69	2.89	84.02
	無記入	87	10.5	-	-	-	-	-	-
骨・関節痛	ある	69	8.4	23.76	20.49	17.89	11.70	2.52	76.36
	時々ある	167	20.3	24.92	21.00	18.04	12.00	2.61	78.57
	なし	501	61.0	26.06	21.46	19.48	13.41	2.84	83.25
	無記入	89	10.8	-	-	-	-	-	-
胃・腸などの内臓痛	ある	36	4.4	22.31	18.22	16.36	11.11	2.19	70.19
	時々ある	182	22.0	25.00	19.82	17.61	12.25	2.55	77.23
	なし	528	63.9	25.95	21.68	19.52	13.67	2.83	83.65
	無記入	80	9.7	-	-	-	-	-	-
頭痛	ある	21	2.5	23.38	17.71	16.05	12.26	2.24	71.64
	時々ある	193	23.4	25.13	20.58	17.80	12.41	2.63	78.55
	なし	525	63.6	25.80	21.46	19.50	13.79	2.81	83.36
	無記入	87	10.5	-	-	-	-	-	-
神経痛	ある	31	3.8	23.68	19.88	16.83	12.39	2.37	75.15
	時々ある	59	7.1	23.80	20.35	17.81	12.63	2.55	77.14
	なし	631	76.4	23.82	21.27	19.23	13.66	2.79	80.77
	無記入	105	12.7	-	-	-	-	-	-
血管痛	ある	24	2.9				11.63		76.00
	時々ある	48	5.8	N.S.	N.S.	N.S.	11.65	N.S.	80.02
	なし	643	77.8				13.49		82.97
	無記入	111	13.4	-	-	-	-	-	-

*Kruskal-Wallis検定にてp<0.05であった群間比較のみ平均得点を記載 N.S. 有意差なし

388施設の合計3880名に配布し、835名（回収率21.5%）から回答が得られ、選定条件に合った826名分を分析対象とした。性別は男42.7%、女56.5%であった。年代は、30歳代66名（8.0%）、40歳代174名（21.1%）、50歳代が392名（47.5%）、60歳代181名（21.9%）であった。

2. 各調査項目の記述統計量およびQOLとの関係
1) QOL (表1)

QOL総得点は、最低38点～最高106点、平均得点±標準偏差値（および得点率）は80.95±13.07（73.6%）であった。カテゴリ毎の平均得点と標準偏差値（および得点率）は活動性が25.50±4.75（85.0%）で最も高く、次いで身体状況が21.04±3.97（84.2%）、精神・心理状態が18.92±4.21（75.7%）、社会性が13.22±4.80（52.9%）、全体的QOLが2.24±0.88（44.8%）の順であった。

2) 身体的側面 (表2、表3、表4)

痛み (表2) については、「ある」と「時々ある」の合計が多かったのは、皮膚・筋肉痛35.6%、骨・

関節痛28.7%であった。皮膚・筋肉痛、骨・関節痛、内臓痛、頭痛、神経痛はQOL全カテゴリとの間に有意な関連がみられた。血管痛は社会性カテゴリとの間に有意な関連がみられた。

身体症状 (表3) についても、「ある」または「時々ある」の合計が多かったのは、体力低下66.3%、全身倦怠感64.7%であった。体力低下、全身倦怠感、便秘、食欲低下、吐気・嘔吐、呼吸困難感はQOL全カテゴリとの間に有意な関連がみられた。浮腫・腹水は社会性カテゴリを除く全カテゴリとの間で有意な関連がみられ、末梢神経麻痺は活動性カテゴリや精神・心理状態カテゴリおよび社会性カテゴリとの間で有意な関連がみられた。

生活基本動作 (表4) については、活動・移動、清潔・整容、食事、睡眠、着替え、排泄、会話において95.0～99.0%が自立し、買い物と掃除・洗濯においては86.9～89.0%が自立していた。介助の必要性からみると、全面介助は掃除・洗濯3.0%、

表3 「身体症状」とQOLの関係

調査項目	回答選択肢	度数	%	QOLカテゴリ (得点)*					QOL総得点*
				活動性	身体状況	精神・心理状態	社会性	全体的QOL	
体力低下	ある	238	28.8	23.43	18.87	17.38	11.81	2.45	73.94
	時々ある	310	37.5	25.64	21.20	18.78	12.86	2.69	81.17
	なし	243	29.4	27.40	22.98	20.61	15.05	3.10	89.14
	無記入	35	4.2	-	-	-	-	-	-
全身倦怠感	ある	153	18.5	22.90	17.86	16.77	10.88	2.25	70.66
	時々ある	382	46.2	25.66	21.09	18.79	13.07	2.70	81.31
	なし	250	30.3	26.88	22.90	20.44	14.76	3.08	88.06
	無記入	41	5.0	-	-	-	-	-	-
便秘	ある	85	10.3	24.11	19.34	18.08	12.42	2.62	76.57
	時々ある	296	35.8	25.01	20.41	18.43	12.67	2.63	79.15
	なし	400	48.4	26.28	21.90	19.57	13.96	2.85	84.56
	無記入	45	5.4	-	-	-	-	-	-
食欲低下	ある	100	12.1	23.30	16.45	17.42	11.63	2.37	71.17
	時々ある	253	30.6	24.72	19.86	18.15	12.16	2.57	77.46
	なし	427	51.7	26.48	22.82	19.79	14.19	2.94	86.22
	無記入	46	5.6	-	-	-	-	-	-
末梢神経麻痺	ある	196	23.7	24.20	-	18.50	12.73	-	79.06
	時々ある	161	19.5	25.88	N.S.	18.68	12.75	N.S.	80.98
	なし	422	51.1	26.09	-	19.34	13.57	-	83.06
	無記入	47	5.7	-	-	-	-	-	-
吐気・嘔吐	ある	44	5.3	22.89	17.05	17.11	10.86	2.14	70.05
	時々ある	233	28.2	25.21	19.79	18.18	12.50	2.62	78.30
	なし	496	60.0	25.90	21.98	19.51	13.72	2.85	83.96
	無記入	53	6.4	-	-	-	-	-	-
浮腫・腹水	ある	38	4.6	22.18	19.50	17.24	-	2.71	73.76
	時々ある	75	9.1	24.61	20.13	17.52	N.S.	2.40	77.21
	なし	652	78.9	25.86	21.28	19.24	-	2.79	82.54
	無記入	61	7.4	-	-	-	-	-	-
呼吸困難感	ある	21	2.5	22.24	18.52	17.22	11.71	2.29	71.98
	時々ある	76	9.2	23.07	19.22	17.67	12.10	2.42	74.48
	なし	677	82.0	25.88	21.36	19.21	13.42	2.80	82.67
	無記入	52	6.3	-	-	-	-	-	-

*Kruskal-Wallis検定にてp<0.05であった群間比較のみ平均得点を記載 N.S. 有意差なし

表4 「生活基本動作」とQOLの関係

調査項目	回答選択肢	度数	%	QOLカテゴリー (得点)*					QOL 総得点*
				活動性	身体状況	精神・ 心理状態	社会性	全体的 QOL	
活動・移動	自立	785	95.0	25.82	21.14	19.06	13.33	2.76	82.11
	一部介助	31	3.8	19.71	19.65	16.16	11.00	2.42	68.94
	全面介助	1	0.1	10.00	15.00	13.00	7.00	1.00	46.00
	無記入	9	1.1	—	—	—	—	—	—
清潔・整容	自立	804	97.3	25.79	21.16	19.02	13.29	2.75	82.01
	一部介助	13	1.6	15.46	19.23	17.46	12.54	2.46	67.15
	全面介助	1	0.1	10.00	15.00	13.00	7.00	1.00	46.00
	無記入	8	1.0	—	—	—	—	—	—
食事	自立	809	97.9						81.82
	一部介助	8	1.0	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	72.76
	全面介助	2	0.2						80.50
	無記入	7	0.8	—	—	—	—	—	—
睡眠	自立	813	98.4	25.62					81.80
	一部介助	6	0.7	17.67	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	67.51
	全面介助	0	0.0						
	無記入	7	0.8	—	—	—	—	—	—
着替え	自立	813	98.4	25.66					81.86
	一部介助	6	0.7	14.33	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	60.34
	全面介助	0	0.0						
	無記入	7	0.8	—	—	—	—	—	—
排泄	自立	815	98.7	25.63					81.75
	一部介助	2	0.2	14.00	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	77.00
	全面介助	2	0.2	8.00					53.50
	無記入	7	0.8	—	—	—	—	—	—
会話	自立	818	99.0						81.75
	一部介助	2	0.2	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	68.50
	全面介助	0	0.0						
	無記入	6	0.7	—	—	—	—	—	—
掃除・洗濯	自立	735	89.0	25.92	21.25	19.08	13.20	2.79	82.24
	一部介助	33	4.0	21.97	19.36	17.76	11.80	2.30	73.19
	全面介助	25	3.0	19.01	19.12	17.55	11.52	1.76	68.96
	無記入	33	4.0	—	—	—	—	—	—
買い物	自立	718	86.9	26.24	21.37	19.18	13.50	2.80	83.09
	一部介助	66	8.0	20.95	19.23	17.68	11.82	2.38	72.06
	全面介助	22	2.7	17.73	18.82	17.05	11.11	2.04	66.75
	無記入	20	2.4	—	—	—	—	—	—

*睡眠、着替え、会話の項目はMann-Whitney検定、その他の項目はKruskal-Wallis検定にて $p<0.05$ であった群間比較のみ平均得点を記載

買い物27%であり、一部介助は買い物80%、掃除・洗濯4.0%、活動・移動3.8%、清潔・整容1.6%、食事1.0%であった。活動・移動、掃除・洗濯、買い物はQOL全カテゴリーとの間に有意な関連がみられた。清潔・整容、睡眠、着替え、排泄は、活動性カテゴリーとの間で有意な関連がみられ、食事、会話はQOLのどのカテゴリーとも関連がみられなかった。

3) 精神・心理的側面 (表5)

不安は20.2%、抑うつは13.2%に存在した。不安と抑うつはいずれもQOL全カテゴリーとの間に有意な関連がみられた。

4) 社会的側面 (表6)

就業では、無職が44.9%と最も多かった。同居家族では、配偶者が22.4%と最も多く、複数記入は54.2%、独居は6.8%であった。就業はQOL活動

性カテゴリーとの間で関連がみられ、同居家族はQOL社会性カテゴリーとの間で関連がみられた。

考 察

1. 慢性期がんサバイバーの身体的側面の問題およびQOLとの関連

慢性期がんサバイバーでは、様々な痛みが10~30%の人に存在し、様々な身体症状が10~60%の人に存在する実態が明らかとなった。しかし影響を受けるとされる生活基本動作については多くのサバイバーが自立しており、痛みや身体症状の影響はそれほど深刻ではなかった。ただし掃除・洗濯や買い物など生活関連動作になると、要介助は少し増加し10%の人にみられた。これら痛みや身体症状、生活関連動作はQOL全カテゴリーとの間に関連がみられ、生活全体に影響する問題である

表5 「精神・心理的側面」とQOLの関係

調査項目	回答選択肢	度数	%	QOLカテゴリー (得点)*					QOL 総得点*
				活動性	身体状況	精神・ 心理状態	社会性	全体的 QOL	
不安	ある	167	20.2	24.28	19.53	16.44	10.38	2.26	72.89
	なし	652	78.9	26.33	22.03	20.37	14.68	3.01	86.42
	無記入	7	0.8	-	-	-	-	-	-
抑うつ	ある	109	13.2	21.91	17.27	13.21	8.86	1.64	62.89
	なし	710	86.0	26.00	21.57	19.66	13.78	2.88	83.89
	無記入	7	0.8	-	-	-	-	-	-

*Mann-Whitney検定

表6 「社会的側面」とQOLの関係

調査項目	回答選択肢	度数	%	QOLカテゴリー (得点)*					QOL 総得点*
				活動性	身体状況	精神・ 心理状態	社会性	全体的 QOL	
就業	常勤	339	41.0	26.12					81.95
	パート	93	11.3	26.82	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	82.91
	無職	371	44.9	24.75					81.06
	無記入	23	2.8	-	-	-	-	-	-
同居家族	配偶者	185	22.4				13.80		82.46
	子	48	5.8				13.24		80.75
	親	67	8.1	N.S.	N.S.	N.S.	12.54	N.S.	81.66
	その他	17	2.1				15.53		85.12
	独居	56	6.8				14.91		84.10
	複数記入	448	54.2				12.78		81.03
	無記入	5	0.6	-	-	-	-	-	-

*Kruskal-Wallis検定にてp<0.05であった群間比較のみ平均得点を記載

と証明された。したがって慢性期のがんサバイバーの支援のうえでは痛みや身体症状の緩和は重要であり、および必要な時に必要な福祉・介護が利用できるよう、福祉・介護資源の紹介・調整の必要性が示唆される。

2. 慢性期がんサバイバーの精神・心理的側面の問題およびQOLとの関連

近年は社会全体においてうつ病等の気分障害者の増加²⁷⁾が指摘されている。がん患者については、福江²⁸⁾が20~25%は精神医学的診断がつき、大部分は日常生活に支障をきたす不安や抑うつを示す軽度の適応障害であると述べている。慢性期がんサバイバーでは、不安と抑うつを合わせて30%あまりの人にみられ、福江の指摘とほぼ一致する。不安・抑うつはQOL全カテゴリーとの間に関連がみられ、生活全体に影響する問題であることが証明され、またこれは逆に生活のありようが不安・抑うつ発症に影響しているともいえる。がんサバイバーの支援のうえでは現に不安・抑うつである人へのケアの重要性はもとより、不安・抑うつへの予防的関わり的重要性についても示唆される。

3. 慢性期がんサバイバーの社会的側面の問題およびQOLとの関連

社会全体における壮年期の無職者について、平成25年の総務省調査²⁹⁾における25~54歳群の集

計をみると、男11.7%、女34.9%、男女23.3%である。これに比して慢性期がんサバイバーの無職者は約2倍と多い。就業は活動性カテゴリーとの間に関連性がみられ、無職が活動性を低下させることが証明されるとともに、逆に活動性の低下が就業を困難にしているともいえる。がんサバイバーの支援としては、就業を維持・促進する支援の重要性があり、そのためには就業状況調整からの支援やサバイバーの活動性を促す方向からの支援の取り組みが示唆される。

独居については、高齢化や未婚者の増加によって社会において増加しており、平成22年の総務省の調査では総人口の13.1%³⁰⁾を占めている。慢性期がんサバイバーでは独居6.8%で少なかったことは、今回の対象者が壮年期であることが影響したと考えられる。同居家族は社会性カテゴリーとの間に関連がみられ、同居家族の状況が社会性に影響することが証明された。がんサバイバーの支援としては、同居家族との問題や独居および孤立の問題に目を向ける重要性が示唆されるとともに、サバイバーの社会性を促す支援の重要性も示唆される。

4. 慢性期がんサバイバーのQOLの特徴

慢性期がんサバイバーのQOL総得点の得点率は73.6%である。慢性期は、急性期や終末期より

問題が少なく安定しQOLは高いと考えがちであるが、終末期消化器がん患者のQOL総得点（死亡6ヶ月前のQOL：77.3±17.2）³¹⁾ に比べて大きな差はみられない。Thompson⁹⁾ はがん体験の意味づけには疲労や身体状況が影響すると指摘しており、慢性期であっても痛みや身体症状の存在により、がん体験の意味づけが影響されQOL全体を低下させていると解釈できる。

QOLのカテゴリ比較では、活動性と身体状況は高く、精神・心理状態が中間で、社会性は低い。このことから痛みや身体症状などの身体的問題の存在が恐怖・不安を増強させて精神・心理状態を低下させていると解釈でき、さらに身体的問題と精神・心理的問題が相乗的に社会性を低下させていると解釈できる。以上より、慢性期のがんサバイバーを支援するうえで、まずは痛みや身体症状の緩和が重要であると示唆される。これはLethborgとAranda⁸⁾ が、がんによって生じる身体症状や機能障害への対応は、がん患者が体験の意味を見出す上で重要とする点と一致する。

5. 研究の限界

本研究の調査枠組ではがんサバイバーの全ての時期に共通する問題を取り上げ、慢性期における実態を明らかにしている。したがって慢性期に特有な問題は特に取り上げていない。また調査対象者として外来化学療法を受けているがんサバイバーに限定しており、化学療法から受ける様々な影響を含む結果である。したがって慢性期にあっても化学療法を受けていないがんサバイバーにおいてはその点を考慮する必要がある。

結 論

慢性期がんサバイバーが抱えている問題およびQOLとの関連を明らかにするため、全国がん診療連携拠点病院で外来化学療法を受ける壮年期サバイバーを対象に実態調査を行った。826名のデータ分析の結果、QOLとの関連からみた慢性期がんサバイバーの問題は、痛み・身体症状、不安・抑うつが存在であった。QOLは終末期がん患者とほぼ同レベルにあった。QOLのカテゴリ比較から、痛みや身体症状は、活動性と身体状況および精神・心理状態を低下させ、さらにこれらの低下が相乗的に社会性を低下させていることが示唆された。

謝 辞

調査にあたり、快くご協力を頂きました患者さ

まや全国のがん診療連携拠点病院の関係者の皆さまに深く感謝申し上げます。本研究は平成23年度科学研究補助金（挑戦的萌芽研究）の助成を受けた行った研究である。

文 献

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センター：がん情報サービス，地域がん登録全国推計値，全国がん罹患数・率推定値1975-2008年 [オンライン，<http://ganjoho.jp/professional/statistics/statistics.html>] 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター，5. 5. 2013
- 2) 国立がん研究センターがん対策情報センター：がん情報サービス，年次推移，がん罹患の年次推移（全国推計値に基づく），[オンライン，<http://ganjoho.jp/public/statisticss/pub/statistics02.html>]，独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター，5. 5. 2013
- 3) 厚生労働省：がん対策推進基本計画の概要，[オンライン，<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan-keikaku.html>]，厚生労働省，5. 5. 2013
- 4) 国立がん研究センターがん対策情報センター：がん情報サービス，日本の地域がん登録に基づく部位別5年相対死亡率，[オンライン，<http://ganjoho.jp/professional/statistics/statistics.html>]，独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター，5. 5. 2013
- 5) About NCCS：National Coalition for Cancer Survivorship，[On-line，<http://www.canceradvocacy.org/about/>]，5. 5. 2013
- 6) 石垣靖子：ペリスコープ「サバイバーシップ・ムーブメント」の意味するもの，ターミナルケア，15(1)，3-4，1995
- 7) 塚本尚子，船木由香：がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望（総説），日本看護研究学会誌，35(1)，159-166，2012
- 8) Lethborg C, Aranda S, et al：To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer, Palliat Support Care, 5(4), 377-388, 2007
- 9) Thompson P：The relationship of fatigue and meaning in life in breast cancer survivors, Oncology Nursing Forum, 34(3), 653

- 660, 2007
- 10) 轡田真由美, 佐藤富美子: 乳がん体験者のサポートグループ参加とクオリティ・オブ・ライフとの関連, *がん看護*, 12(3), 381-386, 2007
 - 11) 高橋育代, 小笠原知枝, 久米弥寿子: がん体験者のQOLに関する自助グループの情緒的サポート効果, *日本がん看護学会誌*, 18(1), 14-24, 2004
 - 12) 皆川智子, 川崎くみ子, 野戸結花, 他: 肺がん体験者の生活上の障害に関する研究, *弘前大学医学部保健学科紀要*, 3, 1-7, 2004
 - 13) 荒井春生: 壮年期にがんの体験を持つ高齢者ががんの体験を受けとめるプロセス, *日本看護学会論文集: 老年看護*, 37, 242-244, 2007
 - 14) 藤田佐和: 外来通院しているがん体験者のストレスと折り合いをつける力, *高知女子大学会誌*, 26(2), 1-12, 2001
 - 15) 嶺岸秀子, 高木真理, 池田牧: がんサバイバーシップ, 近藤まゆみ, 嶺岸秀子編著, *がんサバイバーシップ*, 医歯薬出版株式会社, 5-6, 東京, 2009
 - 16) 藤田佐和: がん体験者のサバイバーシップに関する研究の動向と課題(総説), *高知女子大学看護学会誌*, 28(2), 42-57, 2003
 - 17) Clark FJ, Stovall EL: Advocacy: The cornerstone of cancer survivorship, *Cancer Practice*, 4(5), 239-244, 1996
 - 18) 麻薬研究会監: 医療用麻薬の利用と管理1999/2000-がん性疼痛緩和へのモルヒネの適正使用, *ミクス*, 12-64, 1999
 - 19) 坂下智珠子: QOLとがんサバイバーシップ, 近藤まゆみ, 嶺岸秀子編著: *がんサバイバーシップ*, 医歯薬出版株式会社, 45, 東京, 2009
 - 20) 平賀陽一: 本邦における癌性疼痛管理の現状と今後の展望, *ペインクリニック*20, 479-484, 1999
 - 21) 吉田みつ子: 痛みのある癌患者の日常生活の安寧感と痛みのコントロール, *被本看護科学学会誌*, 17(4), 56-63, 1997
 - 22) 新貝夫弥子, 渋谷優子: がん性疼痛に関する患者の疼痛評価と対処行動, *日本がん看護学会誌*, 13(2), 38-47, 1999
 - 23) 小澤桂子, 佐藤禮子: 癌化学療法を繰り返す受ける患者の退院後のコーピングと治療についての認識, *日本看護科学学会誌*, 14(3), 1994
 - 24) Zigmond AS, Snaith RP, (St. James' University Hospital) / 北村俊則訳: HADS尺度
 - 25) Ferrell BR, Dow KH, et al.: Quality of life in long-term cancer survivors, *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 915-922, 1995
 - 26) 江口研二, 栗原稔, 下妻晃二郎, 他: がん薬物療法におけるQOL調査票, *J. Jpn. Soc. Cancer Ther*, 28(8), 1140-1144, 1993
 - 27) 厚生労働省: 政策レポート「自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて」, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html>], 厚生労働省, 5. 5. 2013
 - 28) 福江真由美: 疾患・治療に関連した精神医学的問題. サイコオンコロジー *がん医療における心の医学*, 診療新社, 72-94, 1997
 - 29) 総務省統計局: 労働力調査(基本集計)平成25年5月分結果「年齢階級別就業率」, [オンライン, <http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/tsuki/>], 総務省統計局, 5. 5. 2013
 - 30) 総務省統計局: 平成22年国勢調査 人口等基本集計, [オンライン, <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/users-g/qa-1.htm>] 総務省統計局, 5. 5. 2013
 - 31) 栗原稔, 下妻晃二郎, 松川正明, 他: 栗原班 QOL調査票, その後, *緩和医療学*, 2(2), 144-150, 2000

実践報告

地域の高齢者ボランティアを導入した 高齢者のヘルスアセスメント演習の評価

Evaluation of health assessment practices
involving elderly volunteers in the community

小泉 由美, 橋本 智江

Yumi Koizumi, Tomoe Hashimoto

金沢医科大学看護学部

School of Nursing, Kanazawa Medical University

キーワード

地域の高齢者ボランティア, ヘルスアセスメント演習, フィジカルアセスメント技術, 老年看護学教育, リアリティ

Key words

community elderly volunteer, health assessment practice, physical assessment skills,
gerontological nursing education, reality

要 旨

本研究は、「地域で暮らす高齢者と1対1で接するリアリティある看護者体験を通して、高齢者のヘルスアセスメント能力を養う」ことを目指した演習の評価を目的に、看護学生55名のフィジカルアセスメント技術および高齢者の健康状態や健康上のニーズのアセスメント内容を分析した。結果、フィジカルアセスメント技術では、学生は自分の目や耳で確かめながら老化の実態や高齢者の日常生活をリアルに把握することができていた。しかし、観察による情報収集は量質ともに問診に比べて少なく、特に目的や方法を説明し了承を得たうえで触診や口腔内の観察技術は習得が低かった。アセスメントにおいては、高齢者のもてる力や多様性・個別性をとらえ、個々に応じた支援の必要性を考察するまでに至っていた。以上より、本演習は高齢者のヘルスアセスメント能力を養う演習として有効であったと考える。今後は観察技術の習得を高めるための授業の工夫およびプライバシーの保護も含めて学習環境の確保が課題である。

はじめに

老年看護学教育では老いの理解を基礎として、講義、演習、臨地実習と進むなかで老年看護の実践力を培っていくことが求められる。核家族化世代で日々の生活において高齢者と接する機会に乏しい学生に対して、老年看護学では、高齢者疑似

体験や高齢者との交流、ライフヒストリーインタビュー等、高齢者理解に向けた様々な教育方法が行われ、一定の学習効果が報告されている¹⁻⁶⁾。特に、実際の高齢者によるリアリティある学習体験は臨地実習に向けての自信や動機づけとなり、看護を創造し実践する意欲的な学習姿勢につなが

る²⁾とともに、看護技術の習得にも有効である³⁾といわれている。

リアリティある学習体験としては、模擬患者 (Simulated Patient: 以下SP) が学生の生活体験の乏しさや人間関係の希薄さ等と相まって急速に導入されている。臨地実習前の看護過程展開²⁾や看護技術体験³⁾、実習前看護実践能力試験⁴⁾等にSPが導入されており、実習にむけて自信や関心が向上し、コミュニケーションの工夫や高齢者の個別性ある看護を考える等思考の深まりにつながったと報告されている。また、認知症高齢者への対応にSPを導入した演習においては、対象理解が深まり敬意をもって高齢者に寄り沿う姿勢がみられるようになったという報告がある^{5, 6)}。しかし、SP参加型の学習では教員や学生がSPを担当していることが多く、大学らによるとリアリティある学習体験を求める場合は一般市民によるボランティアが適している⁷⁾という。また、実際の高齢者をSPとしている場合も、代表学生がSPに対応するのを他の学生は観察者役となって見学するに止まっているのが現状であり、学生の学びの質が看護者体験の有無によって左右されることが指摘されている⁸⁾。

これらのことを背景に、本学では学生全員が等しくリアリティある看護者体験ができるよう、学生1名につき高齢者ボランティア1名という形式のヘルスアセスメント演習を授業に取り入れた。学生の「演習を通して学んだこと、感じたこと」のレポートから学びを分析した結果、高齢者ボランティアと接しながら老化現象への理解を深め、老化に適応しながら生活を再構築している姿に高齢者の英知を感じとり、個として捉え援助することの必要性や看護学生としての責任を自覚していた。また、学生同士では体験できなかった高齢者から情報を得ることの難しさを実感しながら自己の課題を認識し、1対1の実践で高齢者の問診のコツをつかんでいた。さらに、死生観や生きがい等、高齢者の発達課題に触れる機会を得ていたことが明らかになった⁹⁾。

今回は、「地域で暮らす高齢者と1対1で接するリアリティある看護者体験を通して、高齢者のヘルスアセスメント能力を養う」ことを目指した演習の評価を行うことを目的とした。そこで、学生の問診や観察から身体面の情報を得るフィジカルアセスメント技術を演習中の様子や収集された情報内容から評価するとともに、情報をもとに高齢者の健康状態や健康上のニーズを判断するアセ

スメント内容の分析を行った。

研究方法

1. 対象

平成22年10月、「高齢者看護方法演習」の高齢者のヘルスアセスメント演習を受講したA大学看護学部2年生58名。

2. 高齢者のヘルスアセスメント演習の概要(表1)

3. 分析方法

1) 高齢者のヘルスアセスメント演習の総合評価

フィジカルアセスメント技術は、目的・方法の説明、バイタルサイン測定技術および問診・観察から得た情報を高齢者のヘルスアセスメントシートに記載した内容等に関して、技術評価リスト(表2)に沿って「できた2点、不十分1点、できなかった0点」の3段階で点数化した。目的・方法の説明は1項目2点、バイタルサイン測定技術は体温・脈拍・呼吸・血圧で11項目22点、問診・観察から情報内容は、感覚機能が皮膚・視覚・聴覚・平衡覚・味覚・嗅覚の13項目26点、生理機能が循環器・呼吸器・消化器・内分泌・泌尿器・運動器の10項目20点、合計35項目70点とした。フィジカルトータルアセスメントおよびフィジカルライフアセスメントも同様に技術評価リストに沿って、「よくできた15点、できた10点、不十分5点、できなかった0点」の4段階で点数化し、2項目30点で、総合評価点を100点とした。

2) 高齢者のフィジカルアセスメント技術の習得状況

フィジカルアセスメント技術として、目的・方法の説明、バイタルサイン測定技術および問診・観察から得た情報を高齢者のヘルスアセスメントシートに記載した内容の各項目における評価点を平均得点率で算出しフィジカルアセスメント技術習得率とした。また、高齢者のヘルスアセスメントシートに記載された問診・観察から得た情報を項目ごとに内容を整理し、習得状況を検討した。

3) フィジカルトータルアセスメントおよびフィジカルライフアセスメントの記述内容の分析

フィジカルトータルアセスメントにおいて、学生がどのように高齢者のもてる力に着眼し、問診や観察からの情報をもとに身体全体をとらえて健康状態を判断しているか、また、フィジカルライフアセスメントにおいて、どのように生活史をふまえて、今までとこれからの生活の課題・問題や

表1 高齢者のヘルスアセスメント演習の概要

位置づけ	2年次後期開講科目「高齢者看護方法演習」30時間（15コマ）のうちの1単元である。 2年次前期に高齢者看護の概論にあたる「高齢者と看護」30時間（15コマ）の授業を行い、2年次後期に「高齢者看護方法論」30時間（15コマ）と「高齢者看護方法演習」30時間（1コマ）を並行して、4時間（2コマ）ずつ授業・演習を展開している。		
演習目的	地域で暮らす高齢者と1対1で接するリアリティある看護者体験を通して、高齢者のヘルスアセスメント能力を養う。		
演習目標	<ul style="list-style-type: none"> ①対象の老化現象および生理機能の変化が日常生活に及ぼす影響についてヘルスアセスメントができる。 ②対象に応じた観察、測定、問診時のコミュニケーションの工夫ができる。 ③演習を通して自らの課題を発見できる。 ④高齢者との交流を通して老年観を深めることができる。 		
演習評価	<ul style="list-style-type: none"> ①演習の目的・方法の説明やバイタルサイン測定技術（演習中の様子） ②フィジカルアセスメントで得た情報および高齢者の健康状態や健康上のニーズ等のアセスメントを記載した内容 ③「演習を通して学んだこと、感じたこと」を1600字程度にレポート内容 		
回数	講義・演習内容		
演習までの経過	1回目 (2コマ)	オリエンテーション	演習の目的・目標、方法、および演習までの流れと課題学習について
		講義	老化現象と生理機能の変化が日常生活に及ぼす影響について
	2回目 (2コマ)	講義	高齢者のフィジカルアセスメントにおける観察・問診のポイント、バイタルサイン測定時の留意点について
		シナリオ作成	学生は、挨拶・自己紹介、ヘルスアセスメントの目的や方法・所要時間等の説明、問診で情報を得るためのインタビュー内容を具体的に考えて、シナリオを作成した。
	3回目 (2コマ)	高齢者疑似体験	<ul style="list-style-type: none"> ・疑似体験装具を装着して高齢者の骨格筋や視覚・聴覚の変化を体験 ・歩行、階段昇降、ベッドでの寝起き、和式・洋式トイレの利用、新聞・雑誌やテレビの視聴、携帯電話の操作と会話、自動販売機で飲み物購入、ペットボトルのキャップやプルトップの操作等の体験 ・体験後グループディスカッション ・高齢者が日常的に直面している不自由さや生活上の課題、フィジカルアセスメントの視点、看護援助について
		ロールプレイ	学生同士でフィジカルアセスメントのロールプレイを実施
		シナリオ修正および指導	<ul style="list-style-type: none"> ・学生は、高齢者疑似体験およびロールプレイをふまえてシナリオの内容を修正し、教員に提出した。 ・教員は、観察内容や説明の仕方、問診内容が不足していた場合、個別指導を行った。
	4回目 (2コマ)	バイタルサイン技術確認	学生は、学内において、学生間で血圧測定の技術や問診内容の確認を行った。
		ヘルスアセスメント演習	<p>“ふれあい・いきいきサロン”が開催されている公民館に出向いて演習を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学生は、演習時間40分でシナリオに沿って進め、観察および問診で聴取した内容を高齢者のヘルスアセスメントシートに記録した。 ・教員はバイタルサイン測定技術の確認や学生が高齢者から健康相談を受けた場合の対応などを行った。
	事前準備	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者ボランティアへの協力依頼 高齢者ボランティアは、“ふれあい・いきいきサロン”の代表者に演習の主旨や内容等を文書と口頭で説明したうえで協力を依頼し承諾を得て、月1回開催されるサロンの企画として参加者を募った。 (参加者は58名、年齢は70～83歳、男性7名、女性51名) ・事前打ち合わせ 企画委員会に参加して演習方法や演習時の協力内容を説明し、当日の運営や会場設営を検討した。 高齢者ボランティアには、1ヶ月前に演習方法や協力内容の説明を行った。 	

表2 技術評価リスト

技術項目		技術習得評価内容	得点		
演習中の様子	目的・方法説明	挨拶・自己紹介、フィジカルアセスメントの目的、方法、所要時間等の説明ができる	2点		
	バイタルサイン測定	体温	腋窩の発汗の確認および対処ができる 体温計の正しい挿入（体軸45度）の確認ができる 体温計の正しい固定方法（腋窩に密着させる）を説明できる	各2点 計22点	
		脈拍	橈骨動脈に示指・中指・薬指均等に力を入れて測定できる 1分間測定し、必要な情報を得ることができる		
		呼吸	対象者に意識されないように胸郭の動きを観察、測定できる 1分間測定し、必要な情報を得ることができる		
	血圧	マンシエットを正しく巻く（位置・巻き具合）ことができる 聴診器を適切な場所に置き測定できる 普段の血圧より20～30mmHg加圧することができる 送気球を操作し徐々に減圧し、血圧値を読むことができる			
	高齢者ヘルスアセスメントシート記載内容	皮膚	観察	皮膚状態：しわ・たるみ・乾燥・浮腫、手足の爪など	各2点 計26点
			問診	かゆみ・痛みなどの自覚症状の有無や程度、日常生活への影響	
		視覚	観察	眼瞼、流涙、眼脂、結膜の色調など	
			問診	視覚機能低下の度合い、日常生活への影響 眼鏡・拡大鏡使用の有無、使用状況など	
		聴覚	観察	耳介の皮膚状態（清潔度・発赤など）、耳垢の有無 問診時の反応、聞き返し・聞き漏らし・聞き違いの程度	
問診			聞こえ方に関する自覚症状・日常生活への影響 補聴器使用の有無、使用状況など		
平衡覚		問診	めまい・ふらつきの有無、日常生活への影響		
味覚		観察	齲歯や残存歯数、義歯の有無、歯肉や舌の状態、食物残渣、口臭など		
		問診	味覚の変化や関連する要因、義歯の状態、日常生活への影響		
嗅覚		問診	においの感じ方、ガスや腐敗臭のかぎ分け、日常生活への影響		
生理機能	循環	観察	動脈硬化性変性、四肢の温度や動脈触知の有無など	各2点 計20点	
		問診	動悸・胸痛・起立時の立ちくらみ等の有無、日常生活への影響		
	呼吸	問診	息切れ・咳・喀痰などの有無、日常生活への影響		
	消化器	問診	咀嚼・嚥下に関する自覚症状の有無、日常生活への影響 排便回数、便秘、胸やけ、腹痛等の自覚症状の有無、日常生活への影響		
		内分泌	問診		口渇・多飲・多尿・倦怠感等の糖尿病の症状 睡眠障害（途中覚醒、入眠困難等）の有無、日常生活への影響
	泌尿器	問診	排尿回数、尿漏れ・尿失禁・排尿痛等の有無、日常生活への影響		
	運動器	観察	立位・座位姿勢、歩行状態		
		問診	握力低下、転倒の経験、関節痛・腰痛の有無、日常生活への影響		
	アセスメント	フィジカル トータルアセスメント	健康状態：高齢者のもてる力に着眼し、身体全体をとらえる		各15点 計30点
		フィジカル ライフアセスメント	健康上のニーズ：生活史をふまえて、身体と生活環境との相互関係における今までとこれからの生活（課題・問題や支援の必要性）をとらえる		
合計			100点		

支援の必要性をとらえて健康上のニーズを判断しているかを評価するため、アセスメントの記述内容を、意味を失わない単位で抽出し、意味内容の類似性にそって分類し、サブカテゴリー・カテゴリー化した。カテゴリー化にあたっては、研究者間で解釈や類似性に違和感はないか確認を行った。

4. 倫理的配慮

金沢医科大学疫学研究倫理審査委員会の承認 (No. 79) を得て実施した。学生には、研究協力の強制力排除のため、当該科目の単位修得後に研究の主旨、参加の自由、匿名性の確保および成績評価とは無関係であること、研究の参加は高齢者のヘルスアセスメントシートの再提出をもって同意が得られたとすることを文書と口頭で説明した。自由に提出できるよう1週間の期間を設け、鍵のかかる回収ボックスを講義室に配置した。

高齢者ボランティアには、文書と口頭で研究の概要、参加の自由、個人情報保護、教員の待機・

対応等を説明し同意を得た。

結 果

1. 高齢者のヘルスアセスメント演習の総合評価
研究協力の同意が得られた学生は55名、回収率94.8%で、高齢者のヘルスアセスメントの総合得点は61~98点で、平均は78.1±10.5点であった。

2. 高齢者のフィジカルアセスメント技術の習得状況

フィジカルアセスメント技術の習得率は、目的・方法説明は100%で、学生全員がシナリオに沿って目的や実施内容、所要時間の説明ができていた。バイタルサイン測定技術は100~98%で、厚着のために胸郭の動きを観察することができなかった学生がいた呼吸の観察のみ88%であった。

問診・観察からの情報収集に関しては、習得率を降順で表3に示した。習得率の高い項目は、〈視覚〉「視覚機能の低下・日常生活への影響」は92%、

表3 高齢者のフィジカルアセスメント技術（問診・観察）習得率

	技術項目	技術習得評価内容	習得率 (%)
1	視覚	問診 視覚機能の低下・日常生活への影響	92
2	視覚	問診 眼鏡の使用状況	90.2
3	呼吸器	問診 息切れや咳等の症状・日常生活への影響	89.3
4	循環器	問診 動悸や胸痛等の症状・日常生活への影響	86.6
5	平衡覚	問診 めまいやふらつき等の症状・日常生活への影響	84.8
6	嗅覚	問診 臭いの感じ方の変化・日常生活への影響	84.8
7	皮膚	観察 皮膚状態	83.9
8	皮膚	問診 かゆみや痛み等の症状・日常生活への影響	80.4
9	聴覚	問診 聴こえ方の変化・日常生活への影響	80.4
10	消化器	問診 便秘や胸やけ等の症状・日常生活への影響	80.4
11	味覚	問診 味覚の変化・日常生活への影響	79.5
12	泌尿器	問診 失禁や排尿状態・日常生活への影響	79.5
13	聴覚	観察 聞こえ方	78.6
14	運動器	問診 転倒経験や腰痛等の症状・日常生活への影響	77.7
15	内分泌	問診 睡眠状況・日常生活への影響	68.8
16	内分泌	問診 糖尿病自覚症状	67
17	聴覚	問診 補聴器の使用状況	64.3
18	消化器	問診 咀嚼や嚥下の変化・日常生活への影響	62.5
19	運動器	観察 姿勢・歩行状態	56.3
20	視覚	観察 眼瞼・結膜の状態	55.4
21	味覚	観察 口腔内の状態	42.9
22	聴覚	観察 耳介・耳垢の状態	39.3
23	循環器	観察 動脈硬化性変化	38.4

「眼鏡の使用状況」は90.2%で、新聞や菓・食品の調理法の説明書きの文字や自動車運転時の標識、夜間の見え方について、また、老眼鏡や拡大鏡を使い始めた年齢や使用状況、日常生活の中で不都合がないかに焦点を当てて聴取していた。〈呼吸器〉「息切れや咳等の症状・日常生活への影響」は89.3%で、階段昇降や運動時の息切れ、喫煙歴、日常的に咳や痰がからむ等の症状があるか、風邪症状が長引くことはないか等を確認していた。〈循環器〉「動悸や胸痛等の症状・日常生活への影響」は86.6%で、買い物や掃除・洗濯といった家事、庭仕事や散歩、入浴等の日常生活行動における動悸や胸痛の自覚、起立時の立ちくらみの経験等を確認していた。また、心疾患や不整脈、高血圧の既往やそれに関連した内服や受診歴についても情報を得ていた。〈平衡覚〉「めまいやふらつき等の症状・日常生活への影響」は84.4%、起き上がり動作や起立時のめまいやふらつきの有無や程度、転倒経験について聴取していた。〈嗅覚〉「臭いの感じ方の変化・日常生活への影響」は84.8%、炊き立てのご飯や料理の臭いの感じ方、ガスや腐敗臭をかぎ分け、それに伴うトラブルについて確認していた。〈皮膚〉「皮膚状態」は83.9%で、皮膚のしわ・たるみや乾燥、張りや弾力のなさ、菲薄した皮膚と怪我や内出血の関連、浮腫の程度等の記載が多く、中には靴下を脱いでもらって足爪や胼胝・鶏眼の観察をしている学生もいた。「かゆみや痛み等の症状・日常生活への影響」は80.4%で、皮膚の乾燥による痒みやそれに伴う睡眠障害や対処方法、浮腫に関しては生活様式や生活習慣の確認を行っていた。〈聴覚〉「聞こえ方の変化・日常生活への影響」は80.4%で、テレビの音や普通の会話の音が大きいといわれたことがないか、電話で相手の声が聞き取りにくいことはないか等の日常生活の中での聞こえ方や聞き違い・聞き逃しによるトラブルについても聴取していた。〈消化器〉「便秘や胸やけ等の症状・日常生活への影響」は80.4%で、一日の排便回数や便秘の有無、便秘に伴う症状や対処方法についての記載が大半を占めていた。〈味覚〉「味覚の変化・日常生活への影響」は79.5%で、最近味付けが濃くなったと言われたことはないか、醤油やソースの使用量や嗜好品の変化、義歯の不適合によるトラブルや食欲低下等も確認していた。〈泌尿器〉「失禁や排尿状態・日常生活への影響」は79.5%、一日の排尿回数や夜間の排尿回数などの情報にとどまった学生は4割で、6割の学生は尿失禁の有無や状況、失禁対策

や失禁のために外出を控えている現状等聴取していた。〈聴覚〉「聞こえ方」の観察は78.6%、問診時の会話での返答の様子や体温測定時の体温計のアラームの音に対する反応から高齢者の聞こえ具合を観察していた。〈運動器〉「転倒経験や腰痛等の症状・日常生活への影響」は77.7%で、転倒経験、転倒の状況や受傷・骨折の有無、膝痛や腰痛がある場合は日常生活のどのような場面で不都合を感じているか、トイレ使用や入浴時の姿勢と関連づけて聴取していた。

習得率が7割を切った項目は、〈内分泌〉「睡眠状況・日常生活への影響」は68.8%で、起床時間と就寝時間の確認、寝つきや夜間中途覚醒の有無、熟睡感の程度についての記載があったが、日中の過ごし方と睡眠の関係や寝室の環境について聴いている学生は少なかった。また、「糖尿病の自覚症状」の問診は67%で、口渇の有無の確認に止まり他の自覚症状まで確認していない学生が多く、体重の変化や食習慣、糖尿病の療養に関する食事療法や運動療法、薬物療法に関して普段どのように取り組んでいるのかについて聴取している学生は2割程度であった。〈聴覚〉「補聴器の使用状況」は64.3%で、補聴器の使用を確認していない学生もあり、確認した学生は使い始めた時期や使用状況、使用しなくなった理由等を聞いていた。〈消化器〉「咀嚼や嚥下の変化・日常生活への影響」は62.5%で、食事時のむせ込みの有無を確認するのみの学生が大半であったが、むせた食品の種類や水分摂取でむせたことはないか、沢庵や煎餅等の固いものは食べられるか、飲み込みにくいことはないか等、具体的な食品の種類をあげて咀嚼・嚥下状態を聴取している学生もいた。〈運動器〉「姿勢・歩行状態」は56.3%で、面接時の座位姿勢の観察は行っていたが、起立時のふらつきや歩行状態まで観察できた学生は半数であった。〈視覚〉「眼瞼・結膜の状態」は55.4%で、眼脂の有無や眼瞼下垂の程度についての記載が大半で結膜の色調や水晶体の白濁等の観察を行っている学生は少数であった。〈味覚〉「口腔内の状態」は42.9%で、口臭の確認はできたものの、齶歯や残存歯数、歯肉や舌の状態等の口腔内を観察した学生は2割程度であった。学生から口腔内は自分が見られて恥ずかしいと思うため観察をさせてほしいを言い出せなかったとの発言があった。〈聴覚〉「耳介・耳垢の状態」は39.3%で、耳介の皮膚状態や耳垢の有無・程度を観察した学生は少なかった。〈循環器〉「動脈硬化性変化」は38.4%で、橈骨動脈

の蛇行や弾力性、手の温度は確認できていたが、足先の温度や足背動脈の触知を観察している学生は少なかった。

3. フィジカルトータルアセスメントおよびフィジカルライフアセスメントの記述内容の分析
カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉で示す。

フィジカルトータルアセスメントの内容は(表4)、【個人差はあるものの老化による身体機能の衰えがみられる】として、問診や観察を通して〈感覚機能の低下がある〉や〈年々身体の衰えを感じている〉、聴くことで見た目以上に老化による不都合を知り〈外見では気づかない衰えがある〉等の老化による身体機能の衰えを理解していた。また、教科書的な高齢者の特徴にすべてあてはまるわけではない〈老化には個人差がある〉ととらえていた。【老化によって危険と隣り合わせの生活

をしている】では、〈危険回避能力が低下している〉や〈転倒のリスクが高い〉等の生活上の問題をあげていた。それと同時に、補聴器や老眼鏡、義歯、コルセット、シルバーカー等〈自分に合った器具で補っている〉や段差の解消や手すりの取り付け等〈快適・安全に住まいを整える〉、家族や友人の協力を得て〈状況に応じて人の助けを借りる〉等【衰えを補う工夫をしている】や、慢性疾患や複数の疾患を患いながらも〈不都合なりの身体の使い方を体得している〉や〈多病息災に暮らしている〉等高齢者の暮らしの知恵を知り【持病と折り合いをつけながらうまく付き合っている】と、もてる力に着眼していた。

フィジカルライフアセスメントの内容は(表5)、小学生の朝夕の通学の見守りや清掃等のボランティア活動に価値をおいて〈地域に貢献したい〉、働くことに価値を見出している〈働けるうちは働

表4 フィジカルトータルアセスメント内容

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容 (一部抜粋)
個人差はあるものの老化による身体機能の衰えがみられる	感覚機能の低下がある	体温計のアラームに気づかない、聞き返しが多いなど聴力の低下がみられる 市販薬の服用量や冷凍食品の加熱時間の記載が読めなかったり、薄暗いと一機に見えにくくなるなど老眼によって日常生活に支障をきたしている
	年々身体の衰えを感じている	2～3年前から畑仕事が徐々にできなくなったと身体の衰えを感じている 年々無理がきかなくなったと予備力の低下を自覚している
	外見では気づかない衰えがある	尿失禁があり外出を控えていると聴き、外見ではわからない衰えがある 問診で聴くことで見た目以上に老化による不都合がある
老化によって危険と隣り合わせの生活をしている	老化には個人差がある	教科書的な高齢者の特徴にすべてあてはまるわけではない 老化現象は一律に現れるものではない
	転倒のリスクが高い	感覚機能、運動機能の低下から年々転倒リスクは高くなる スライドするドアでバランスを崩して転倒・骨折した経験談から、自分たちが想像できない状況での転倒がある
老化による衰えを補う工夫をしている	危険回避能力が低下している	感覚機能の低下により危険を察知することが遅れる とっさの行動ができず事故になりやすい
	自分に合った器具で補っている	補聴器、老眼鏡で支障がないように、老化に向き合って生活している 杖とシルバーカーを使いわけて行動している
	快適・安全に住まいを整える	床に物を置かない、敷かないなど配慮している トイレや風呂場、玄関に手すりをつけて動きを補助している
持病と折り合いをつけた生活を送っている	状況に応じて人の助けをかりる	家族や友人に支援を求められることができるような関係性をもっている 立ち座りや膝が痛い時は人の助けを借りて生活できている
	不都合なりの身体の使い方を体得している	膝が痛いなりの歩き方、座り方を工夫している 麻痺を補う動きを体得していて、自分なりの方法で解決している
	多病息災に暮らしている	高血圧に糖尿病は一生ものだと自覚し服薬管理に努めている 病気を契機に食事や運動など暮らし方の改善に取り組んでいる

表5 フィジカルライフアセスメント内容

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容（一部抜粋）
今までの生き方に形づくられた価値観・生活信条がある	地域に貢献したい	小学生の見守りや清掃などのボランティア活動に価値を見出している 老人会や祭りに参加し、積極的に役を引き受けている
	働けるうちは働く	働けるうちは働き続けたいと、働くことに価値をおいている 定年退職後も仕事を頼まれることが支えになっている
	自分のことは自分です	自分でできることは自分ですという信念をもっている 自分の健康は自分で守ると心得て暮らしている
	日々感謝の気持ちで暮らす	家事をさせてもらっているありがたいととらえている 多くの人や物によって生かされていることに感謝している
自分なりの楽しみや生きがいを見出している	趣味に専念できる	自分の趣味の時間をしっかりもち楽しんでいる 定期的にグランドゴルフやカラオケなどの楽しみがある
	交友関係が豊かである	一人暮らしでも友人との交流が多く充実した生活を送っている いきいきサロンや老人会などに参加し近隣の人との交流が絶えない
	家族の役に立てる	家族皆が自分の作った料理を美味しいと食べてくれることに幸福を感じている 孫の世話をすることが生き甲斐になっている
これまでの暮らしぶりが反映するこれからの生活	健康的な習慣の継続	足腰を鍛えることを基本に毎日一万歩運動をしている 早朝の散歩に始まり、3食規則正しい食生活など良い習慣を続けている
	今さら変えられない暮らし	好き勝手に暮らしてきたから今さら節制できない現状がある 長年の濃い味付けや飲酒はもう歳だから気にしないと習慣を見直す様子はない
	過信による危険	昔、マラソンの選手だったから自分は転倒することはないと過信している 漁師で身体は鍛えてあるから大丈夫というが現状とズレがあり危険である
	個々に応じた支援	尿失禁により外出を控えているので尿漏れパットや下着などその人に合った対策を紹介することが大切である 一人暮らしで作りすぎて残ったものをずっと食べているので、食中毒予防のためにも加熱することをアドバイスする必要がある

く〉や、〈自分のことは自分です〉、〈日々感謝の気持ちで暮らす〉等の【今までの生き方に形作られた価値観・生活信条がある】ととらえていた。また、【自分なりの楽しみや生きがいを見出している】は、〈趣味に専念できる〉、〈交友関係が豊かである〉、〈家族の役に立てる〉等の地域で暮らす健康的な高齢者の姿をとらえていた。さらに、【これまでの暮らしぶりが反映するこれからの生活】では、多くの高齢者が自分や家族の健康を気遣い〈健康的な習慣の継続〉ができているととらえる一方で、〈今さら変えられない暮らし〉や〈過信による危険〉がある等のこれまでの暮らしぶりがこれからの生活に及ぼす問題をあげ、〈個々に応じた支援〉を考察していた。

考 察

1. 老化の実態と日常生活をリアルに把握
高齢者のヘルスアセスメント演習の総合得点は61～98点と学生間で格差はあるものの、どの学生も高齢者の皮膚の張りや弾力のなさ、しわや乾燥・菲薄した皮膚の状態を観察し、問診中の聞き返しの多さや体温計のアラームの音に気づかなかった聴力の低下を目の当たりにし、学生同士のロールプレイでは体験できない老化の実態について実感をもって確認できていた。また、問診を通して、市販薬の服用量や冷凍食品の加熱時間の記載が読めなかったり、スライドするドアでバランスを崩して転倒・骨折したり、失禁を気にして外出を控えている等の外見からは予測できなかった老化による衰えや日常生活における不都合さを把握していた。また、その衰えに対して老眼鏡や補聴器の

使用、杖とシルバーカーの使い分けや膝が痛いなどの歩き方、麻痺を補う身体の使い方を体得している等の対処や工夫について知ること、高齢者が獲得してきた経験知について理解を深めていた。ヘルスアセスメント演習に先立ち、高齢者疑似体験で階段昇降、ベッドでの寝起き、和式・洋式トイレの利用、新聞やテレビの視聴等の日常生活行動を、学生が身をもって高齢者の骨格筋や視覚・聴覚の変化を体験し、グループディスカッションでその体験を共有する機会をもった。川崎ら¹⁰⁾は、高齢者疑似体験後の小グループでの話し合いが高齢者への理解と配慮の必要性を学ぶうえで有効であったと報告しており、本研究においてもディスカッションを通して日常的に直面している不自由さや生活上の問題、看護援助の必要性について理解を深めることができ、それが日常生活にそった具体的な問診に繋がったと考える。これらの学びは、実際に高齢者ボランティアと1対1で接しながら、老化に伴う高齢者の身体的変化を自分の目や耳で確かめ、日常生活にそった具体的な問診を通して、さらに老化の実態や日常生活をリアルに感じとることができる体験だからこそその結果であると考えられる。

2. 高齢者のもてる力と多様性・個別性をとらえたアセスメント

問診や観察からの情報をもとに、学生は高齢者の健康状態を【個人差はあるものの老化による身体機能の衰えがみられる】と捉え、老化現象および生理機能の変化が日常生活に及ぼす影響について【老化によって危険と隣り合わせの生活をしている】と日常生活上の問題をあげるとともに、老化への適応として、【衰えを補う工夫をしている】や【持病と折り合いをつけながらうまく付き合っている】等、高齢者の日常生活を営むために機能する身体の状態ともてる力をとらえていた。また、【今までの生き方に形づくられた価値観・生活信条がある】や【自分なりの楽しみや生きがいを見出している】、さらに【これまでの暮らしぶりが反映するこれからの生活】等、問診や観察で得た情報を出発点として、その人がこれまで生きてきた背景や経験、生活習慣、発達課題をふまえて、その人の老化の現れ方やこれまで獲得してきた経験知、暮らし方の多様性や個別性をとらえ個々に応じた支援の必要性を考察していた。

核家族化が進み高齢者と関わる機会の少ない学生は、病院実習において心身に障害をもつ高齢者に接すると否定的イメージが強化され、高齢者の

多様性や能力を軽視してしまう傾向は否めない。奥野¹¹⁾は、看護学生は高齢者を看護ケアの対象者としてとらえるため一般学生よりも否定的イメージを抱く傾向にあると報告しており、小川¹²⁾は、老年看護実習を体験した3年生の方が実習体験のない1年生より、高齢者の心理状況や社会生活の適応性や効率性について否定的な偏見をもつ傾向を示したと報告している。今回の演習では、地域で生活し地元の公民館まで歩いて来ることができる健康状態の高齢者が対象であったからこそ、高齢者を過小評価することなくもてる力に着眼でき、さらに多様性・個別性をとらえることができたと考える。これは、高齢者を正しく理解し適切な看護を提供する上で障壁となる学生のエイジズムを払拭することに繋がったと考える。エイジズムとは、Robert Butlerが初めて用いた語であり、「高齢者が高齢者であるために、彼らに対して抱く、体系的なステレオタイプと差別の課程」を指す¹³⁾。エイジングへのステレオタイプの形成過程には高齢者との会話頻度が大きな影響力を持っている¹⁴⁾といわれている。今回の演習は、地域で生活している高齢者ボランティアから直接話を聴く体験によって、学生が固定化した概念やイメージで高齢者をとらえることなく、個々のもてる力や多様性・個別性を見極めるアセスメント力を培う機会になったと考える。

3. 老化のメカニズムを理解したうえでの問診の必要性

〈内分泌〉「睡眠状況・日常生活への影響」、〈糖尿病の自覚症状〉および〈消化器〉「咀嚼や嚥下の変化・日常生活への影響」は問診項目では習得率が低く、記述内容の差が顕著であった。「睡眠状況・日常生活への影響」は、起床・就寝時間の記述のみのものから、メラトニンの分泌と睡眠の関連を理解して日光浴や日中の過ごし方と睡眠の関係や寝室環境について記述したものまで、「糖尿病の自覚症状」では、口渇の有無の確認に止まったものと、水分摂取量や排尿回数、体重の変化や倦怠感・食欲など症状や、食事や運動の習慣、糖尿病の療養にまで目を向けることができたもの、「咀嚼や嚥下の変化・日常生活への影響」は、大半が食事の際のむせ込みの有無の確認であったが、加齢に伴い喉頭挙上が不十分になることによって水分摂取時に誤嚥しやすいことや、不顕性誤嚥・誤嚥性肺炎のリスクを確認したものまでであった。演習前に老化現象と生理機能の変化を説明し、日常生活にどのような影響がみられるかについて学

生に考えさせる講義形式をとっていたが、老化のメカニズムを理解したうえでシナリオを作成し問診に活かした学生がいる一方で、理解が不十分なままシナリオ作成を行った学生は作業的にこなしており自分のものとなっていなかったと考える。シナリオ作成の段階で、観察や質問の根拠を老化のメカニズムをふまえて考えさせる必要性が示唆された。

4. 観察技術の習得を高めるための授業の工夫と学習環境の確保

問診からの情報収集に比べて観察からの情報収集の習得率が低かった。特に、〈循環器〉「動脈硬化性変化」は38.4%、〈聴覚〉「耳介・耳垢の状態」は39.3%、〈味覚〉「口腔内の状態」は42.9%と低値であった。これらの観察は、対象者に目的や方法を説明し了承を得たうえで実施する必要がある技術である。本演習では、問診で情報を得るためのインタビュー内容に関してシナリオを作成させたが、観察に関しては何をどのように観察するかに焦点をあてて、観察内容や方法を記載させた。また、学生間のロールプレイにおいても、フィジカルアセスメントを行うにはコミュニケーションをとり信頼関係を築くことが求められることから、挨拶や自己紹介、フィジカルアセスメントの目的や方法等の説明の仕方を学生同士で確認し合い、問診に対するやり取りを中心に実施した。そのため、観察する段階になって、どのように目的や方法を説明して了承を得たらよいのか、具体的な台詞が思い浮かばなかったことが伺えた。また、演習後の学生の反応として、「口腔内は自分が見られて恥ずかしいと思うため観察をさせてほしいことを言い出せなかった」とあった。鯨坂ら¹⁵⁾は高齢者の口腔ケア演習における学生の模擬体験での学びとして、「歯を見せることは恥ずかしいから声かけが大切」、「口を大きく開けている姿はあまり見られたくないのでカーテンを閉めるなど配慮が必要」等のプライバシーやコミュニケーションへの配慮への気づきがあったと報告している。口腔内の観察において、対象の羞恥心に配慮するとともに観察するためにはどのようにコミュニケーションをとってアプローチするかまでを学生が考える機会として、今後は事前に行うロールプレイを充実させる必要があると考える。また、今回の演習は“ふれあい・いきいきサロン”が行われている公民館の講堂において、58名の学生が一斉に演習を実施した。隣との間隔があまりない環境でのフィジカルアセスメントであったため、学生

は高齢者の身体に直接触れたり、口腔内を観察させてもらったりすることへの戸惑いがあったと考えられる。プライバシーの保護も含めて学習環境の確保が課題となった。

結 論

地域の高齢者ボランティアと1対1でヘルスアセスメントを実施した演習において、学生は自分の目や耳で確かめながら老化の実態や日常生活をリアルに把握することができていた。また、高齢者のもてる力や多様性・個性をとらえ個々に応じた支援の必要性を考察するまでに至っており、高齢者のヘルスアセスメント力を養う演習として有効であったと考える。今後は老化のメカニズムを理解した問診や観察技術の習得を高めるための授業の工夫、プライバシーの保護も含めて学習環境の確保が課題である。本研究は、平成22年度金沢医科大学奨励研究（S2010-11）として実施したものである。

文 献

- 1) 亀山直子, 山本美津子, 鳴海喜代子: 我が国の論文にみる「高齢者理解」のための教育方法に関する動向, 武蔵野大学看護学部紀要, 5, 41-49, 2011
- 2) 古村美津代, 木室知子, 中島洋子: 老年看護学教育における模擬患者導入の臨地実習への影響, 老年看護学, 13(2), 80-86, 2009
- 3) 内田陽子: 学内実習における高齢者アクターを導入することの学習効果, 日本看護学教育学会誌, 17(3), 37-43, 2008
- 4) 清水裕子, 内藤明子, 小坂裕佳子, 他: 高齢者看護学における実習前看護実践力試験の効果に影響する要因, 日本看護学教育学会誌, 18, 169, 2008
- 5) 三澤久恵, 中澤明美, 佐野望: 模擬患者参加による認知症高齢者演習の学習効果 学生の受け止めの分析から, 共立女子短期大学看護学科紀要, 2, 69-80, 2007
- 6) 塚本都子, 三澤久恵, 中澤明美, 他: 認知症高齢者の意思を尊重した看護学生の共感プロセス模擬患者参加型演習の分析から, 日本看護学会論文集 老年看護, 39, 279-281, 2009
- 7) 大学和子, 西久保秀子, 土蔵愛子: 基礎看護学における客観的臨床能力試験(OSCE)の実践—ボランティアによる模擬患者と現任看護師による標準模擬患者との評価から—, 聖母大学

- 紀要, 12, 27-34, 2005
- 8) 本田多美枝, 上村朋子: 看護基礎教育における模擬患者参加型教育方法の実態に関する文献的考察—教育の特徴および効果, 課題に着目して—, 日本赤十字九州国際看護大学IRR, 7, 67-76, 2009
- 9) 小泉由美, 高山直子, 橋本智江: 学生が地域の高齢者ボランティアと1対1でフィジカルアセスメントを実施する演習を通しての学びの分析, 老年看護学, 16(2), 57-64, 2012
- 10) 川崎彰子, 千葉京子: 看護基礎教育における高齢者疑似体験の学習効果—小グループでの討議記録を質的に分析して—, 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 17, 21-27, 2004
- 11) 奥野茂代: 老年看護における高齢者観の再考, 老年看護学, 7(1), 5-12, 2002
- 12) 小川妙子: 看護学生の高齢者へのエイジズム—1年生と3年生のFAQの比較—, 順天堂医療短期大学紀要, 12, 35-45, 2001
- 13) Butler, R. N.: Age-ism: Another form of bigotry. Gerontologist, 9, 243-246, 1969
- 14) 堀薫夫, 大谷英子: 高齢者への偏見の世代間比較に関する調査研究—The Facts on Aging Quizを用いて—, 大阪教育大学紀要, 44(1), 1-12, 1995
- 15) 鯉坂由紀, 加藤真由美: 高齢者の口腔ケア演習方法の検討—模擬体験による患者理解と援助の気付き—, 日本看護学会論文集 看護教育, 37, 288-290, 2006

実践報告

脊椎圧迫骨折で入院した高齢患者の臥床期に及ぼす思いと情緒・意欲・身体状況の変化

Changes in motivation, emotional and physical condition and thoughts on the bed rest period in elderly patients hospitalized with vertebral compression fractures

辻石 美智子

Mitiko Tujiisi

加賀市民病院

Kaga City Hospital

キーワード

高齢者, 脊椎圧迫骨折, 心身の変化

Key words

elderly, vertebral compression fracture, physical and mental changes

要 旨

脊椎圧迫骨折で入院した高齢患者4名(女性4名)を対象に臥床期の思いや情緒・意欲・身体状況を調査した。離床が始まる時に臥床期を振り返り『入院時から臥床中の思い』『離床開始した現時点での思い』『今から離床が進むことへの思い』を語ってもらい、臥床中の心身の状況を客観的データで知るために、うつ尺度(GDS15)、意欲尺度(Vitality Index)、ADL機能評価(バーセルインデックス)の尺度で入院2日目・床上でのリハビリ開始時・初回の車椅子乗車直後の各時期にそれぞれ調査した。

『入院時から臥床中の思い』は突然の環境の変化に戸惑う混乱や不安の思いが多くあり、『離床が開始した現時点での思い』には身体回復する喜びや意欲がある一方、疼痛が伴う辛さや回復への不安な思いがあった。『今から離床が進むことへの思い』には身体回復への意欲や安堵感と共に将来への不安な思いがあった。うつ尺度は入院時より離床までうつ傾向が続いていた。意欲尺度は入院時から離床開始時まで高い点数のままであった。ADLは、臥床中は点数が低く、離床開始時に変化した。

以上を通して、患者の思いを表出できる入院環境づくりや心のケアへの重要性が示唆された。

はじめに

高齢者は骨粗鬆が基盤となり脊椎圧迫骨折(以下圧迫骨折)を生じることが多く、その際安静臥

床が原則となる。しかし、安静を契機に寝たきり状態になる危険性が高く、動くことで疼痛が生じる場合寝たきりを助長させることがある¹⁾。年齢

と共に発生率は高くなる²⁾。A病院（226床：回復期含む）のB病棟（整形外科・耳鼻科の混合病棟38床）では、平成21年度の1年間に圧迫骨折で入院した患者は約50名であり、65歳以上は94%であった。入院以前は日常生活動作（Activities of daily living：以下ADL）が自立していた人がほとんどであり、圧迫骨折は局所に限局され手術や点滴加療するなどの生命に危機に関わるような大きな出来事もなく、疼痛が緩和するまで安静臥床が基本となる。入院時から1ヶ月程度を過ごすB病棟では、生活環境を整え闘病意欲が持てるような関わりをしているが、離床までに2週間以上経過すると身体機能の低下や抑うつ傾向が目立つこともあり、特に年齢が増す毎にその傾向は強く75歳以上に多くみられた。高齢者のおかれた状況を客観的に捉え評価する一つの手段として高齢者総合的機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：以下CGA）³⁾がよく使用されており、指標として重要であると考えた。

小野塚ら⁴⁾が、「圧迫骨折は体動制限により特に高齢者は体力が衰え、内臓呼吸機能の悪化や、痛みによる精神状態の悪化がみられることもある。痛みが強いと、恐怖心から体動が極端に制限され、筋力の低下や鬱傾向を招く恐れがある」と述べている。このことから、高齢患者の臥床期における活動制限が精神的・身体機能的にどう影響しているのか知る必要があると考えた。そして、それには、高齢患者が入院して離床するまでの間（以下臥床期）にどのような思いを抱いているのか直接言葉で聴き、同時に臥床期の情緒・意欲・身体状況をCGAで評価することで、高齢患者の主観的な思いや客観的なデータを知り高齢患者の全人的な状況を捉えることができるのではないかと考え調査した。

用語の操作的定義

患者の思い：患者が面接時に語った、『入院時から臥床中の思い』、『離床を開始した現時点（車椅子初回乗車時）での思い』、『今から離床が進むことへの思い』とする。

研究目的

脊椎圧迫骨折患者が入院時から離床開始時に抱える思い『入院時から臥床中の思い』、『離床を開始した現時点での思い』、『今から離床が進むことへの思い』を聴き、各時期の思いの傾向や特徴を知る。同時にCGAの尺度で情緒・意欲・身体状

況を調査し傾向や特徴を知る。

研究方法

1. 研究期間：平成22年7月から10月

2. 研究対象：以下の条件を満たすものとした。

B病棟に入院した65歳以上の初回脊椎圧迫骨折患者で胸腰椎新鮮圧迫骨折が1ヶ所以上ある患者であり、主治医より疼痛に合わせて離床可能の許可が出ているが終日食事以外はベッド上で安静臥床している患者。また、認知症などの既往歴がなくコミュニケーションが可能な患者。

3. データの収集方法

1) 思いについて

面接で行い、車椅子に初回乗車しリハビリ室に出療した2日以内に、3つの時期『入院時から臥床中の思い』『離床を開始した現時点での思い』『今から離床が進むことへの思い』についてそれぞれの思いを研究者1人が順番に質問し、対象者に自由に回答し語ってもらった。返答が得られない時は、研究者が入院中のエピソードをもとに質問しそれぞれの時期の思いを確認していった。その内容をもう1人の研究者が記録した。誘導しないように、予めプレテストも行った。時間は30分以内、対象者に同意を得られた場合はテープレコーダーに録音した。

2) CGAについて

情緒面はGDS15（Geriatric Depression Scale：以下うつ尺度と略す）³⁾を用い、入院翌日に概要および内容を説明してから、うつ尺度の質問項目に沿って質問し2段階で返答してもらい、研究者が直接質問紙に記入した。床上でのリハビリ開始から3日目、車椅子初回乗車時に同様の形式で行った。研究者2人が同席し行なった。

3) 意欲状況は意欲尺度（Vitality Index：以下意欲尺度と略す）³⁾を用い、うつ尺度テストの施行直後に、その時点の状況を研究者2人が観察し3段階で評価表に直接記入した。

4) 身体状況はADL（Activities of daily living）機能評価法のバーセルインデックス（Barthel Index：以下ADL評価と略す）³⁾を用い、うつ尺度、意欲尺度を施行した直後にその時点の状況を研究者2人が観察し、評価表に直接記入した。

4. データの分析方法

1) 思いについては3つの時期に分けそれぞれ分析した。面接法で得られた内容で逐語録を作成し、意味の類似性に従って抽象度を上げカテゴリー化した。また、分析の過程においては、複数の

研究者間で協議を重ね、形成されたカテゴリーの信用性は研究者間の検討を繰り返したうえ、看護研究を専門としているスーパーバイザーに確認を得た。

2) うつ尺度、意欲尺度、ADL評価を各時期ごとに3回テストしそれぞれ集計した。

評価の概要は以下に示す。うつ尺度は合計点の5～9点はうつ傾向、10点以上がうつ状態と評価した。意欲尺度は各2点満点の5項目(起床・挨拶・食事・排泄・リハビリ)で構成されている。自主的に行える項目が多い程、合計10点に近く意欲が高いと評価した。ADL評価は10項目(食事・車椅子からベッドへの移動・整容・トイレ移動・入浴・歩行・階段昇降・着替え・排便コントロール・排尿コントロール)で構成され、各項目を合計した得点で評価した。

倫理的配慮

研究にあたり、対象者に研究の目的、内容、研究以外での目的に使用しないこと、研究参加は自由意志であり不利益や負担が生じないこと、途中でやめても良いこと、個人を特定できないようプライバシーの保護に十分注意することを口頭で説明し、署名にて承諾を得た。また、面接時に録音することについても対象者に承諾を得てから録音した。所属施設の倫理委員会の承認を得た。

結 果

1. 研究対象者は4例で79～90歳の女性であった。臥床期間は15日から20日間であった。(表1)

2. 各時期の思いについて 【】はカテゴリー、「」は語りを示す。表2はこの結果を導きだしたカテゴリー・語りを表す。

1) 『入院時から臥床中の思い』として、【入院時の混乱】【家族への配慮】【床上排泄の不安】【身体回復への不安】【行動が規制される辛さ】【身体回復の受容】【入院できた安心感】の7個のカテゴリーが抽出された。【入院時の混乱】の語りに

は「またかと思った」「何であんなことになったんか全然わからん」「もう少し気をつけないかん」「痛くて、痛くてめまいがひどくて」などがみられた。【家族への配慮】の語りに「また、みんな(家族)の世話になると思って」「おじいちゃんどうしてるやら」「(店を)あのこら2人が何しとるやろ」などがみられた。【床上排泄の不安】の語りに「便が出んのがやっぱり気になった」「せめて大便くらいは、起きてオマルでもしたい」などがみられた。【身体回復への不安】の語りに「痛いのが治るんかしら」「このままずっと2年も3年も先も、歩けるようになるんかな」「(寝たきりなら)はよ死にたい」「(仕事は)これで終わりがな」などがみられた。【行動が規制される辛さ】の語りに「寝てるし、何にもせんし食欲もない」「寝てるのは辛い、自分のしたいことができない」「寝て食べるのは辛い」などがみられた。【身体回復の受容】の語りに「元気になるよりないわ」【入院できた安心感】には「入院して安心した」などがみられた。

2) 『離床を開始した現時点での思い』として、【痛みが伴う辛さ】【活動への不安】【家族への配慮】【身体回復できた喜び】【身体回復への意欲】の5個のカテゴリーが抽出された。【痛みが伴う辛さ】の語りに「車椅子に乗るまでが痛い」「動いたりすると痛い。歩くと痛い」「寝てばかりと言われると泣きたくなる」などがみられた。【活動への不安】の語りに「痛みがとれて起きれるようになるんか、歩けるようになるんか、治るようになるんか不安」「まだいいのに歩けんさかい、歩けるようになるんかって」などがみられた。【家族への配慮】の語りに「息子がご飯用意しとるしかわいそう」などがみられた。【身体回復できた喜び】の語りに「(座って食べれて)おいしかった」「やっぱり座って(大便)するのはいいですね」「立って歩けた時嬉しかった」「リハビリの先生と一緒に喜んでくれて嬉しかった」「リハビリしてもらってありがたい」などがみられた。

表1 患者背景

	年齢	性別	診断名	職業	同居家族	入院前のADL	臥床期間
A氏	90歳	女性	第11、12胸椎圧迫折	なし	あり	全て自立	19日
B氏	79歳	女性	第1腰椎圧迫骨折	あり	あり	全て自立	20日
C氏	84歳	女性	第10胸椎圧迫骨折	なし	なし	全て自立	15日
D氏	86歳	女性	第1腰椎圧迫骨折	なし	あり	車椅子自立	15日

表2 各時期の患者の思い

時期	カテゴリー	語 り
入院から臥床中の思い	入院時の混乱	「またかと思った」 「なんであんなことになったんか全然わからん」「なんであいうことになったんやろか」 「自分の努力が足りないしあんなことになるんや、腰の痛いやらもう少し気をつけないかん」 「痛くて、痛くてめまいがひどくて」
	家族への配慮	「またみんなの世話になると思って」 「早く家に帰りたい。おじいちゃんどうしているやら」 「店やね、あの子ら2人が何しとるんやろと気になる」
	床上排泄の不安	「入院するといつも出にくくなるんや」「便が出んのがやっぱり気になった」 「せめて大便くらいは、起きてオマルでもしたい」「こんなオムツの上で86にもなって大便せないかんて、情けないね」
	身体回復への不安	「痛いの治るんかしら」 「このままずっと2年も3年も先も、歩けるようになるんかな」 (寝とるままで先がわからんと)「はよ死にたいと思う」 「これで仕事ができんんかな、これで終わりかな」
	行動が規制される辛さ	「全然自分の味と違うし、寝てるさけなにもせんし食欲もないです」 「やっぱり寝とるのは辛いぞー 自分のしたいことができん」 「座って食べれない事は、はがいがい。寝て食べるのは辛い」「座って食べられないのは気持ちが辛い」
	身体回復の受容	「頑張って元気になるよりないわ」
	入院できた安心感	「入院して嬉しかった。みんなにこうしてもらえて、入院して安心した」
離床を開始した現時点での思い	痛みが伴う辛さ	「立ち上がって車椅子に乗るまでが痛い」「いとて、まだ痛いし無理だなー」 「動いたりすると痛い。歩くと腰が痛くなる」 「寝てばっかりと言われると泣きたくなる」
	活動への不安	「痛みがとれて本当に起きれるようになるか、歩けるようになるか、治るようになるか不安です」 「まだいいのに歩けんさかい、はがいがい。歩けるようになるんかって」
	家族への配慮	「今息子のご飯用意しとるしかわいそうで」
	身体回復できた喜び	(座って食べる)「今日は昼がおいしかった。良くなって下さいと書いてあったし、(おにぎり)3個全部食べた」 「やっぱり座ってするのはいいですね。こんな寝たままで大便するのは嫌。嬉しかった」 「立って歩けた時嬉しかった」「ここで立った時嬉しかった。立てれると思わなかったのに立てれた」
	身体回復への意欲	「リハビリの先生と一緒に喜んでくれた。嬉しかった」 「リハビリしてもらってありがたい。自分じゃとてもじゃないけどできん」
		「先生も看護婦さんもよく一生懸命してくれているから、どうでも良くなるんといかん」 「頑張ってはよせないかんと思う」「まだ何か足らん。甘えすぎ、しゃばに。自分が甘えていた」 「座ってみて辛いけどちょっと頑張らないかん、頑張る」
		「座ってみて元気でやりたい」 「少しずつある程度は、はよ歩いて家へ帰りたい。少しずつ前向きに」 「はよ一人で行けるといいなと思います。今は便器を持って来てくれるけど、それが行けるといいなと思う」
今から離床が進むことへの思い	身体回復への意欲	「早く自分のことができるといい」 「頑張ってリハビリする他にはない」「リハビリすることが嬉しい」 「一生懸命頑張って早く元気になって家に帰りたい」 「仕事したい。仕事が一番気になる」
	身体回復できた安堵感	「家に帰ってもそんなに今まで通り畑はできんけど、せめてご飯用意だけはしたい」 (座れたから)「これで良くなるかな」「やっぱり本当の身体になりたい」「早く治ればいい」「努力して良かったけどまだまだ足らん。ちゃん自分の身体いいがになったらいい」
	将来への不安	「寝てても動けるようになるってことや、やっぱりしゃばつてのは上手くなっていると思った」 (これからのこと)「わからん、今のところわからん」 「不安あるね。家に帰れば一人やし、これからの暮らしのこと」 「2人とも年寄りだから、息子1人だからどうしようと思う」
		「何でもせないかんと思う。動けるかわかりません。自信がない。まだそんなにさっさというわけには」「まだお座りもできんし、無理やなと思う」
	老いの受け止め	「結構長生きしたから、はよお迎えが来ればいいと思います」

【身体回復への意欲】の語りには「一生懸命の応援に良くならんといかん」「頑張ってはよせないかん」「座ってみて辛いけどちょっと頑張らないかん」「元気でやりたい」「はよ歩いて家に帰りたい」「はよ一人で歩いてトイレに行きたい」などがみられた。

3) 『今から離床が進むことへの思い』として、【身体回復への意欲】【身体回復できた安堵感】【将来への不安】【老いの受け止め】の4個のカテゴリーが抽出された。【身体回復への意欲】の語りには「早く自分のことが出来るといい」「頑張ってリハビリする他はない」「早く元気になって家に帰りたい」「仕事したい」「家に帰ってご飯用意だけはしたい」「やっぱり本当の身体になりたい」などがみられた。【身体回復できた安堵感】の語りには「寝てても動けるようになった」などがみられた。【将来への不安】の語りには「(これからのこと)今のところわからん」「家に帰れば一人やし、不安はある」「2人とも年寄りだからどうしよう」「何でもせないかんと思う。動けるかわかりません。自信ない」などがみられた。【老いの受け止め】の語りには「長生きしたから、はよ迎えが来ればいい」などがみられた。

3. 情緒・意欲・身体状況について

1) うつ尺度の結果は(図1)、4人中4人共に入院時より6点~11点のうつ傾向・うつ状態であり、臥床中ほとんど変化しなかった。初回車椅子乗車時に機能的評価得点が一部改善しても、うつ尺度の得点が増加した者が2人いた。治療を要するうつ症状はなかった。

2) 意欲尺度の結果は(図2)、3人は入院時より8~9点以上の高い意欲を示し、床上でのリハビリ開始時・初回車椅子乗車時も意欲は高いままで、ほとんど変化しなかった。入院時6点でやや低い1人は、床上でのリハビリ開始時に得点が1点上昇するが、初回車椅子乗車時に得点がまた戻った。

3) ADL評価は(図3)、圧迫骨折では安静臥床が基本になるため、各項目は全介助または一部介助を要することが多かった。そのため得点は18点台と低く、入院時より床上でのリハビリ開始時までは変化はみられなかった。初回車椅子乗車時に、車椅子への移動・トイレ動作・排便時の介助量が減るとADL評価得点が20~30点台へ上昇した。介助量が変化しないと得点は変化しなかった。

考 察

脊椎圧迫骨折で入院する患者は主に転倒などが契機で突然入院する事が多く、入院後の経過も安静臥床期間がとても重要であり、開腹手術や骨接合術とは異なる経過をたどる。そのことで、入院時に医師より安静の必要性について説明はされていても、活動制限の期間が長く、本人の意欲だけでは十分解決できず心身に影響を与えるのではないかと考える。

『入院時から臥床中の思い』には、突然の入院で戸惑い困惑する思いや、疼痛のため床上での活動制限による苦痛な思いや身体回復への不安な思いが多くあり、私達が予測していた以上に床上での活動制限は高齢患者の心理に様々な影響を与えていた。特に食事や排泄が今までとは全く違った状況となり、臥床のまま食事をする事や臥床のまま排泄することに戸惑い、頭で理解しようとしても適応できずにいると考える。また、無理に座位になって食事や排泄をしようとしても、強い疼痛が伴い、このまま動けなくなるのではないかなどの落ち込む言動もあった。入院時は患者自身が前向きに頑張ろうとしても、入院以前は元気で自由に活動できていた高齢患者がほとんどであり、突然の出来事と強い疼痛はかなり衝撃的であり困惑したと考える。また、床上での安静臥床は他患者との交流も少なく、情報交換や、同じような状況の患者と情報を共有できる機会がほとんどなく、自分の行いを反省し後悔する語りが多く聴かれたと考える。したがって、突然に入院してしまった思いをまず傾聴し引き出すこと、思いが整理できるように十分な声掛けが大切である。活動制限が伴う辛さや疼痛が伴う辛さについては年齢に関係なく時間はかかるが次第に疼痛が良くなり、自立して活動できるようになるという情報を提供しながら本人の思いを支持・共感しながら、身の回りの環境を整えていくことが大切である。また、圧迫骨折において、安静臥床期は骨折が硬化し回復する重要な時期であるため、焦ってはいけなことをその都度わかりやすく説明し続けることも重要である。

『離床を開始した現時点の思い』には、身体回復できた喜びや、意欲へと変化していくが、疼痛が伴う辛さや病状に対する不安が続いていた。この時期は、疼痛緩和に伴い、意欲や目標が持てるようになり、自分でできることも少しずつ増えていく。しかし、前向きな思いが少ないのは、ADL評価にも示す通り、自立できたことが思っ

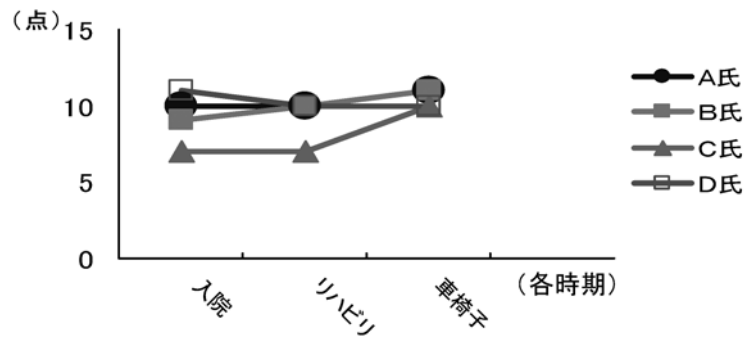


図1 各時期のうつ尺度得点

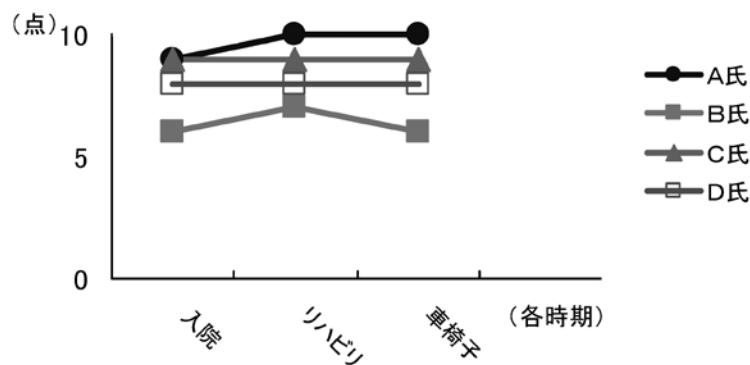


図2 各時期の意欲得点

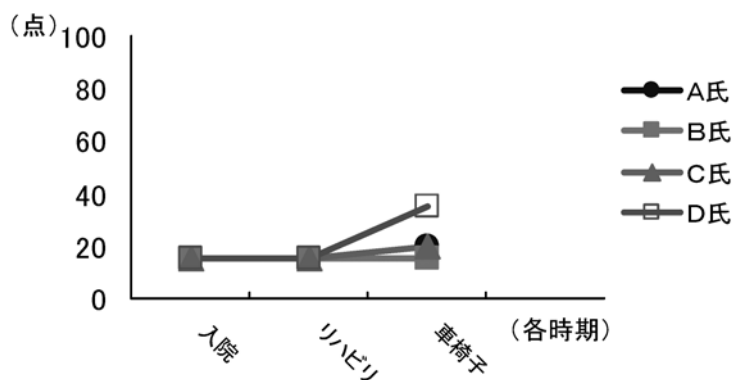


図3 各時期のADL得点

たより少なく、人の手を借りなければならないストレスや病状に対する不安があるためと考える。ADLが十分自立しない不安定な時期は、離床開始したことで意欲はあるものの、疼痛が伴うため、疼痛の状況について十分観察・傾聴し、疼痛コントロールをしながらADLが少しずつ自立できるようその時々状況に合わせた支持をしていくことが重要である。

『今から離床が進むことへの思い』には、身体回復への意欲と共に将来への不安な思いがあった。これは、車椅子乗車時でも疼痛が強いと、ADLの自立もままならないため、今後も疼痛が続くの

ではないか、退院できないのではないか、退院しても入院前のような生活ができないのではないかなど、様々な将来への不安が出てくると考える。川原ら⁵⁾は「患者本人の行動や体感を伴って回復意欲は促進される。家族や他患者、周囲環境との良好な関係が意欲的に行動できる安心感を生成する。」と述べるようにその時々状況を観察・評価し、十分なコミュニケーションを図りながら、その人の不安内容が何かを察知し一つずつ解決し支持することが、意欲的な行動につながると考える。

それぞれの尺度の結果をみると、うつ尺度は入

院時より4人ともうつ傾向・うつ状態を示していたことは、益子⁶⁾が述べる「老化に伴い、身体回復機能、精神機能は低下する。また、プラスの生きがいを得られにくくなっていく中で、マイナスの対象喪失が起こるため、一つの回復過程に時間がかかる。死について考える機会も増える。このような状況下の中で高齢者は鬱を発症する可能性が高まってくる」ように、入院時の強い疼痛・衝撃・困惑により、ADLの低下があると頭では頑張ろうとしても、情緒が追いつかず抑うつ状態が続いたと考える。意欲の得点が高くてもうつ尺度の得点が高く抑うつ傾向であった状況は、表面的に前向きな語りがあったとしても、ADLが十分に回復し自立するまで、高齢者は容易に抑うつ傾向になりやすく、抑うつ傾向を改善するには時間かかり、十分な支持の継続が重要になると考える。

高齢者は老いからくる健康の不安を普段から抱え、ストレスに対する予備力が減少している。思いを表出して整理することで、漠然とした思いや不安は軽減し精神的に前向きになれると考える。患者個々の思いを表出し、本人の生きがいや目標に沿ったサポートを家族や医療スタッフと共に支援していくことが大切であると考えます。

本研究は4名であるため、その結果を一般化するには限界がある。さらに事例を重ね、分析していくことが今後の課題である。

結 論

1. 『入院時から臥床中の思い』には、【入院時の混乱】【家族への配慮】【床上排泄の不安】【身体回復への不安】【行動が規制される辛さ】【身体回復の受容】【入院できた安心感】など、環境の変化に戸惑う混乱や不安な思いが多かった。

2. 『離床を開始した現時点での思い』には、【痛みが伴う辛さ】【活動への不安】【家族への配慮】

【身体回復できた喜び】【身体回復への意欲】など、身体回復に対する喜びや意欲がある一方、疼痛が伴う辛さや回復への不安な思いがあり、疼痛状況やADLの自立に左右される。

3. 『今から離床が進むことへの思い』には、【身体回復への意欲】【身体回復できた安堵感】【将来への不安】【老いの受け止め】など、身体回復への意欲や安堵感と共に将来への不安な思いがあった。

4. 情緒は抑うつ状態を示し、意欲は高かったが、臥床期は情緒・意欲の変化がみられなかった。臥床期はADLが低下し変化しなかった。

引用文献

- 1) 森田照美：脊椎圧迫骨折により寝たきり傾向にあった高齢者の一事例 日常生活の拡大よりもとう痛の軽減を重視した援助の影響，日本リハビリテーション看護学会学術大会集録，3，79-81，2004
- 2) 元文芳和：骨粗鬆症性脊椎椎体圧迫骨折，日本医科大学医学会雑誌，5(2)，125，2009
- 3) 小澤利男，江藤文夫，高橋龍太郎：高齢者の生活機能評価ガイド（第1版），医歯薬出版株式会社，7-9，48，134，16，東京，2006
- 4) 小野塚まり子：徹底解剖！脊椎圧迫骨折 各論：脊椎椎体骨折の治療とケア患者の看護，整形外科看護，9(8)，メディカ出版，731-735，2004
- 5) 川原義博，村田明子，中村悦子，他：大腿骨骨折を受傷した50歳代後半患者の思いの変化，第38回日本看護学会論文集 成人看護I，84-86，2007
- 6) 益子雅笛：高齢者のQOLを高める高齢者の孤独・悲嘆・うつへのアプローチ，JIM，14(12)，1032-1036，2004

実践報告

血液透析患者の看護必要量調査に基づいた 看護師勤務体制の改善

Improvement of the nurse duty system based on the nursing required amount survey by hemodialysis patients

坂東 紀代美

Kiyomi Bando

金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻

Division of Health Science, Graduate School of Medical Science, Kanazawa University

キーワード

血液透析患者, 看護師の人員配置, 看護必要量, 勤務体制

Key words

hemodialysis patient, staff placement of the nurse, nursing required amount, duty system

要 旨

A病院の透析室における血液透析患者に提供している看護量を調査し、それに基づいて看護師の人員配置等を検討し、勤務体制の改善を試みた。客観的に看護必要量を測定し、それらの結果から、次のような勤務体制の改善を行った。夜勤勤務を15:00-23:45から14:15-23:00へと変更した、日勤帯に7:15という早出の出勤者を新設した、昼の休憩の取り方を2グループによる総入れ替わり制から15分毎に1~2名入れ替わるスライド式とした、受け持つ患者数を一律制から各看護必要量に基づいた受け持ち制としそれらがわかる『患者配置表』を作成した、時間外勤務の方法を改善した。このような改善を行い、評価をした結果、患者に安全で安心できる看護が提供できるようになり、満足度が上がったと考えられた。また、看護師も効率的な看護を提供することができ、ストレス軽減にも寄与し、満足度が得られたことが伺えた。

はじめに

2006年、診療報酬の改定により、病院の入院基本料の算定に看護必要度が含まれるようになった。これにより、2008年には7対1入院基本料を算定する全ての病棟において「一般病棟の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて、毎日患者評価が行われるようになった。さらに、2012年からは

10対1の入院基本料を加算する一般病棟においても、同じ評価票を用いて患者評価を行うことが入院基本料加算の要件とされている。このような診療報酬の改定¹⁾により、入院患者に対して必要とされる看護基準が設定されるようになった。他方、透析室は外来部門とされているため、看護必要度の基準は設定されていない。そのため、多く

の透析室では透析を行う患者の数と業務内容等により、看護師の人員を算出し、配置するという方法を取りいれている。

高齢社会を迎えた今、透析患者は年々増えている。日本透析医学会²⁾の調査によれば、2011年には30万人を越えている。そのうちの約29万5千人が血液透析療法を受けている、いわゆる血液透析患者である。そのため、それらの血液透析患者を受け入れている施設は、増加する患者をできるだけ多く受け入れるための体制作りを整える必要に迫られている。同時に、患者に安全な血液透析を継続的に保障するために、患者の数によって看護師配置を定めていくというこれまでの方法を見直す必要もあると考えられている。

杉田ら³⁾は、日本透析医会と日本腎不全看護学会の共同研究において、血液透析患者の自立の程度と看護師の観察・処置の程度という2つのカテゴリを取り入れた「透析室看護必要度分類表」を開発し、看護必要度を算定している。この看護必要度は1-6点という形で数値化することができる。しかし、この分類表を用いて調査を行った佐藤⁴⁾は、実際に行っているきめ細かな看護行為が十分反映されていない弱点があると述べ「血液透析患者の看護の必要量」票を新たに開発している。実際にこの票を用いて測定した結果、有資格看護師の配置人員数を客観的な数値で裏づけるツールとなりうる可能性を持っていると述べている。

著者が勤務するA病院は民間病院である。一般病棟34床、医療療養病棟34床の入院ベッド数と共に、透析室を所有し、血液透析治療が行えるベッドサイドコンソール器械を35台稼働させ、患者を受け入れている。勤務する看護師は14名（看護師長1名、副看護師長1名、看護師7名、准看護師5名。うち、13名が常勤、准看護師1名のみが夜間勤務の非常勤）である。透析室は月曜日から土曜日の週6日間、月・水・金曜日は一日2回、火・木・土曜日は1回稼働していた。しかし、より多くの患者を受け入れていくために、2009年2月からは月・水・金曜日は2回から3回への稼働とした。その結果、その後の半年間で患者数を84.4名から90.7名（1カ月の平均患者数）に増加させることができた。しかし、看護師の数を増やさずまま、稼働数を増やしたため、血圧低下などの急変時や透析終了時の患者への対応等に支障が生じるようになり、患者の安全と安心に対する看護が十分提供できない事態を抱えてしまった。また、

看護師の時間外勤務増加などの問題も生じた。さらに、新規患者の受け入れは医師の判断のみで決められており、看護の立場での患者アセスメントがなされないままであった。

著者はA病院の透析室を管理担当しており、このような状況を改善したいと考えた。また、透析室の看護師長をはじめ、勤務する看護師たちも同じ思いを抱いていた。そのため、実際に看護師が血液透析患者に提供している看護必要量を調査し、それを基に看護師の人員配置等を検討することにした。これにより、患者に安全で安心、且つ効率的な看護の提供をしていくために勤務体制を改善することをめざした。ここにそれらの結果を報告する。

目 的

看護師が血液透析患者に提供している看護必要量を調査すること、それを基に看護師の勤務体制等に関する改善案を作成することである。

方 法

1. 看護必要量の測定に用いたツール

看護必要量は患者の状態をデータ化し、推定する看護サービスを定量化し表したものである。佐藤⁴⁾の開発した「血液透析患者の看護の必要量」票（表1）を用いて、測定した。

この票は透析の基礎情報（透析時間、等）、重症度1（人工呼吸器の装着、等）、重症度2（定時以外の血圧測定、等）、透析ADL（ベッドまでの移動と離床、等）、教育・コミュニケーション（他者への意思の伝達、等）の5つの分類を設けており、さらに分類ごとに各5つの測定項目を設けている。これら25の項目に対する看護必要量を0点、1点、2点と数値化し、合計点を算出する。0点と1点のみの項目があるため、合計点は0～40点となり、点数が高いほど看護必要量が多いことを示す。

なお、看護師の勤務体制改善に必要なデータとして、併せて、各稼働帯における患者1名に対する看護師の数も調べた。

2. 実際の看護必要量測定

2010年10月の1週間、A病院透析室で血液透析を受けている患者を対象に、上述した「血液透析患者の看護の必要量」票を用いて、看護師自身が実際の看護必要量を測定した。月・水・金曜日は一日3回、火・木・土曜日は1回稼働しており、各回で19-35のベッドサイドコンソールベッドが

表1 「血液透析患者の看護の必要量」票

項目	番号	測定項目	0点	1点	2点	点数
基礎情報	1	入院・外来	外来	入院	透析中（後）に 予定ではない入 院（転院）が発 生した	
	2	本日の他科受診	なし	あり（院内）	あり（院外）	
	3	導入からの回数	13回目以降	4～12回目	3回以内	
	4	透析時間	4時間未満	4時間	4時間以上	
	5	バスキュラーアクセス	内シャント	外シャント	カテーテル	
重症度1	1	酸素飽和度の測定	なし	あり	－	
	2	心電図モニター	なし	あり	－	
	3	カテーテルの挿入介助（挿 入済は「なし」）	なし	あり	－	
	4	人工呼吸器の装着	なし	あり	－	
	5	特殊な治療方法（HDF、 吸着療法等）	なし	あり	－	
重症度2	1	呼吸ケア（酸素、吸引、吸 入の有無）	なし	あり	－	
	2	輸液ポンプ・シリンジポン プの使用	なし	あり	－	
	3	定時以外の血圧測定	0回	1～5回	6回以上	
	4	創傷処置（シャント手術創 を含む）	なし	あり	－	
	5	透析中の排泄	なし	あり （透析中断なし）	なし （透析中断あり）	
ADL	1	ベッドまでの移動と離床・ 帰室（透析室外）	自力	見守り・一部介 助が必要	全介助	
	2	体重測定	自力	見守り・一部介 助が必要	全介助	
	3	内服薬の管理	自力・なし	見守り・一部介 助が必要	全介助	
	4	透析後の止血及び止血確認	自力・なし	見守り・一部介 助が必要	全介助	
	5	透析終了からベッドの離床 まで	10分以内	10分～30分未満	30分以上 （ベッド移動）	
コミュニケーション	1	他者への意思の伝達	できる	ときどきできる	できない	
	2	診療・療養上の指示が通じ る	はい	いいえ	－	
	3	最近1か月以内に透析スキ ップがあった	なし	あり	－	
	4	計画に基づいた10分以上の 指導	なし	あり	－	
	5	10分以上の意思決定支援・ トラブル対応	なし	あり	－	

稼働している。それら全てを対象に測定した。血液透析を受けている患者の治療計画は週単位で考えられているため、測定を1週間とした。また、収集したデータは各稼働帯による患者1名当たりの平均看護必要量として、分析した。

3. 倫理的配慮

A病院施設長および看護部長に、調査目的や調査方法等について文書を用いて説明し、承諾を得た。血液透析患者に対しては、調査目的や調査方法等について文書を用いながら口頭にて説明した。また、看護師がデータを収集するがデータの中に患者の氏名等の個人情報を入れないこと、収集したデータの入力・分析は限られた調査者3名のみが扱うこと、データは鍵のかかる場所で保管すること、分析後は速やかにシュレッダーにかけて破棄すること、得られたデータは調査目的以外に使用しないこと、等の倫理的配慮に関しても明記の上、説明した。さらに、調査への参加の自由と調査への不参加や途中辞退による不利益が生じないことも説明し、文書での同意を得た。

なお、A病院の部門長会議において、倫理審査がなされ、承認を受けて本調査を行った。

結 果

1. 実際の看護必要量測定の結果

1週間の間に、92名の患者（外来79名、入院13名）に対する各曜日、各稼働帯の看護必要量を測定することができた。図1に各稼働帯による患者1名当たりの平均看護必要量の結果を示す。月・水・金曜日の1回目の稼働帯で5.4～5.9点、火・木・土曜日の稼働で5.7～5.9点と看護必要量が高くなっていた。他方、月・水・金曜日の2回目と3回

目の稼働帯は3.3～4.0点と低くなっていた。

図1には、各稼働帯における患者1名に対する看護師の数も示している。月・水・金曜日の1回目の稼働帯および火・木・土曜日の稼働における患者1名当たりの看護師の数が少なく、逆に月・水・金曜日の2・3回目の稼働帯における看護師の数が多くなっていた。

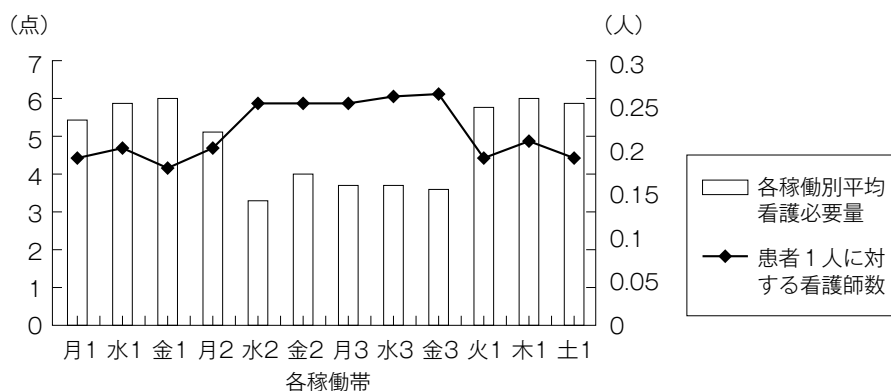
2. 看護師の勤務体制改善について

まず、上記の結果を看護師長とともに検討した。見ると、看護必要量が多い稼働帯より、看護必要量が少ない稼働帯に看護師がより多く配置されていることがわかった。それとともに、現勤務体制についても検討した。

それまでの看護師の勤務体制は以下であった。看護師は日勤勤務と夜間勤務の2交代制であり、日勤勤務は7：45～16：30、夜間勤務は15：00～23：45であった。透析は多いときは3回行っており、1回目8：00～13：00、2回目13：00～18：00、3回目18：00～23：00)であった。休憩は各看護師が2グループに別れて、それぞれ45分間入れ替わりでとっていた。日勤の看護師は受持ち患者を7～8名受け持っていた。また、夜勤では6～8名となっていた。透析準備は出勤後行っていたため、日勤では9：00頃、夜勤は18：00～18：30頃に患者に穿刺を行うこととなり、そのため透析開始の時間が遅くなっていた。

これらのことから、看護師長とともに大まかな改善案を作成した。これをもって、看護師たちからの意見を取り入れて修正するために会議を開催した。結果、以下に述べる改善を考えた。

1) 3回目での透析開始を早くするために、夜勤勤務を15：00～23：45から14：15～23：00とす



(注) 各稼働帯時間 1：8:00～13:00、2：13:00～18:00、3：18:00～23:00

図1 各稼働帯別平均看護必要量と患者一人に対する看護師数

る。

2) 1回目の稼働帯での透析開始を早めるために、勤務体制を変則勤務とする。すなわち、7:15を出勤時間とする早出の出勤者を新たに作る。月・水・金曜日は3名、火・木・土曜日は2名の早出出勤者を整える。

3) 患者のベッドサイドに残る看護師の数を増やすために、昼の休憩を11:00から15分毎に1-2名入れるスライド式とする。

4) これまでは日勤も夜勤も看護師が受け持つ患者の数は一律としていた。しかし、今回の調査結果を得て、患者の看護必要量に基づいて受け持つ患者の数を決め、看護師の配置を調整する。それらを示した『患者配置表』を独自に作成する。

5) これまでは2回目の稼働の終了時間は17時頃であり、透析を終了する患者に対して日勤帯の看護師が全員残り、時間外で看護を提供していた。しかし、今回の調査の結果、その時間帯に必要な看護人員は2名であることが算出できた。そのため、2名を残し、その他の日勤看護師は帰宅することにする。

考 察

上記に述べた勤務体制等の改善案を透析室の看護師に示すために、カンファレンスを開催した。示した改善策に対して、看護師からコンセンサスが得られたので、2011年1月から実施した。勤務体制の改善策を実施した結果、どのような効果があったのかを評価する。本病院では毎年1回、各部署が年間評価を行っている。その際に出された報告等に基づいて、これらの点を考察する。

1. 夜勤勤務時間帯を早めるという改善

夜間勤務を15:00-23:45から14:15-23:00とし、3回目の稼働帯での透析開始を早くし、終了時間を早めた。これまでは夜間勤務の看護師が出勤し、透析の準備をするため、実際の透析開始は18時頃となっていた。しかも、全ての患者の準備が完了するまで、患者に透析開始の穿刺をしていなかった。患者は早く来ても、透析開始の時間まで待たなければならなかった。そのため、患者が透析を終了し、帰宅できるようになるのは22時半頃となっていた。今回、夜間勤務の時間帯を早めたことにより、看護師は早い時間帯から準備を整えることができた。さらに、一つの準備が整いしだい、患者に順次、透析開始の穿刺をしていくという新たな試みもするようになった。患者からは「他の人が来るまで待たなくてよくなった」、「皆

で一斉に穿刺を始めるため、自分の順番が来るまで待たなければならなかった。でも、待たなくてよくなった」、「早く来て、早く家に帰れるようになった」という声が聞かれ、患者満足度が高くなった様子を伺うことができた。看護師からも「患者を待たせるストレスがなくなった」、「準備を一斉に約20名分準備するという焦りがあったが、一人一人準備してやっていける状況になったため、安全確認が十分行えるようになった」などの声が聞かれ、看護師のストレス軽減、医療ミスの防止にも寄与する効果があったことが伺えた。また、早く来て透析を終了する患者に付いていた看護師は時間が空くため、翌日の準備等ができる余裕が出てくるようになった。結果的に、夜間の看護師の時間外勤務が減った。

2. 勤務体制を変則勤務とする改善

7:15に出てくる早出の日勤者を新たに作ったことにより、透析開始時間が早まった。しかも、先に述べたように、準備が整い次第、順次透析を開始していくというスタイルをここでも取り入れていったため、これまでの開始時間は9:00であったが、8:00には最初の患者に穿刺ができるようになった。看護師が出てくる時間を30分早めたことが、一部の患者には60分の効果を産むことに繋がった。看護師にとっても、夜勤帯の看護師と同様、余裕をもって次の稼働のための準備等もすることができるようになり、ストレス軽減と医療ミス防止に繋がるようなより良い職場環境となったと考える。

3. 昼の休憩をスライド式にする改善

従来休憩方法では、患者のベッドサイドに残る看護師の数は4名であった。しかし、スライド式にすることによって、残る看護師の数が5-6名となった。そのため、患者への急変時の対応がよりスムーズになり、患者の安全を確保できるようになった。これまでは昼の時間帯になると看護師の数が少なくなることを知っていた患者は多少のことがあっても看護師を呼ぶことなく、我慢してしまい、そのような遠慮から重大な事態に発展してしまう場合もあった。しかし、看護師がベッドサイドにより多くいることがわかるようになると、患者は安心して早めに訴えるようになった。早期発見と早期対応ができるようになったのではないかと考えられる。

4. 『患者配置表』の作成

これまで日勤も夜勤も看護師が受け持つ患者の数を一律としていた。今回の調査をきっかけに、

患者の看護必要量に基づいて受け持つ患者の数を決め、それらがわかる『患者配置表』を作成した。このような客観的なデータに基づいて、適正な看護師配置を決めていくという方法に対する現場の看護師の受け止めは良く、これまで以上に患者への責任感を持ち、集中して看護提供をしている姿が見られるようになった。この配置表は、その患者の看護必要量がわかるように色分けをして示されている。そのため、看護師は自分が受け持つ患者の看護必要量を予め把握しながら、看護することができるようになった。他の看護師にとっても、誰がどのような患者を受け持っているかがわかるため、これまで以上に協力体制が取られるようになった。さらに、新規患者の受け入れに関しては、これまでは医師の指示に従っていたが、この表ができてからは、患者の配置の状況をアセスメントしながら受け入れていくという看護側の考えを取り入れた方法に変更することが認められた。

5. 看護師の時間外勤務

これまでは日勤帯の看護師8名全員が2時間の時間外勤務をし、2回目の稼働時の患者に対応していた。そのため、看護師の時間外勤務時間は総計16時間となっていた。しかし、時間外勤務する看護師を2名に固定したことにより、4時間へと大きく減った。18時に帰宅していた看護師であったが、16時という早い時間で一日の勤務を終了する日を持つことができるようになった。既婚者の多い透析室勤務の看護師にとって、ワークライフ・バランスが取れるようになったと考えられる。また、看護師一人一人の働きぶりに意欲が出てきたようにも受けとることができた。

南ら⁵⁾は‘人的資源活用とは、スタッフの能力を教育訓練によって育成しながら、その能力を十分に発揮でき、スタッフ自身も自己実現できるような仕事の諸条件を整えることである’と述べている。今回行った透析室における職場改善により、看護師の増加がなくても安全で安心できる看護の

提供につながったといえる。看護管理者として求められている役割を果たすことができたのではないかと考える。

まとめ

A病院透析室において、看護必要量を調査し、看護師の人員配置など勤務体制の改善を行った。主な改善は夜勤勤務時間の変更、日勤帯に早出の勤務者を新設、昼の休憩方法の改善、『患者配置表』の作成、日勤帯の時間外勤務の方法改善であった。このような改善を実施した結果、患者満足度および看護師満足度が一定程度得られたのではないかと評価できた。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快く研究に協力してくださいましたA病院血液透析患者の皆様にご心より感謝申し上げます。また、A病院透析室の看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 医科診療報酬点数表2012：一般病棟入院基本料，[オンライン，<https://sites.google.com/a/mfeesw.com/2012ika/sc/k/a2/a1/a100>]，診療報酬点数表Web，3. 10. 2013
- 2) 日本透析医学会：わが国の慢性透析療法の実況(2011年12月31日現在)，日本透析医学会雑誌，46(1)，1-76，2013
- 3) 杉田和代，沿道ミネ子，遠藤優子，他：透析必要度と適正人員配置基準の検討，日本腎不全看護学会誌，6，82-88，2004
- 4) 佐藤久光：透析室における「看護必要度」開発と測定意義，臨床透析24，297-306，2008
- 5) 井部俊子，中西睦子監修：看護における人的資源活用論，井部俊子(編)，看護管理学習テキスト1看護管理概説(第1版)，日本看護協会出版会，60，東京，2009

実践報告

地域医療連携室看護師の企画による 介護施設職員への口腔ケア研修の取り組み — 実態調査を踏まえた研修プログラムの開催 —

An educational oral care program for nursing home
staff by regional medical liaison office nurses
— actual conditions of oral care and educational programs —

油野 規代

Noriyo Yuno

国民健康保険小松市民病院

Komatsu Municipal Hospital

キーワード

介護施設職員, 口腔ケア研修, 地域医療連携室看護師, 実態調査

Key words

nursing home staff, oral care program, regional medical liaison office nurse, actual conditions

要 旨

急性期病院の地域医療連携室に勤務する看護師が調整役となり、口腔ケアの専門家による研修会を介護施設職員に3回シリーズで実施した。研修会前後において口腔ケアの17項目について実践状況をアンケート調査した。事前調査では、食事摂取と関係する7項目に関して70%以上が実践されていた。しかし、自信を持って口腔内をアセスメントし、ケアを行うことができていないという現状が明らかになった。事後調査には11名が参加し、17項目全てにおいて実践する人が増えていたが、口腔機能向上のための嚥下体操を実践する人は3名のみであった。また、自信を持って口腔ケアをしていると答えた人は5名に増えたが、自信を持って口腔をアセスメントしていると答えた人は2名のみであった。以上のことから、今後は口腔機能向上のためのリハビリテーション技術と、アセスメント力を高めることができる研修内容の必要性が示唆された。さらに、口腔ケア研修会の継続した参加人数が33名であったことから、継続した参加者を増やすための研修方法の工夫が必要であるといえる。

はじめに

我が国における死亡原因の第3位は肺炎であり、65歳以上の高齢者がその内の92%を占めている¹⁾。また、要介護者の33%は肺炎が直接の死亡原因で

あるとされている²⁾。特に脳血管障害により嚥下機能が低下した高齢者の肺炎は細菌などに汚染された唾液や食物を誤嚥することによる誤嚥性肺炎が原因と言われ³⁾ さらに、脳血管障害による

摂食・嚥下機能が障害された高齢者の28.5%が施設での生活を送っている⁴⁾。このような状況から、嚥下機能の低下した高齢者が多く生活する介護施設での口腔ケアの重要性は高いと考える。また、歯科医師や歯科衛生士による専門的口腔ケアは、要介護高齢者の誤嚥性肺炎の予防が可能であると言われている⁵⁾。平成18年からは介護保険制度の予防給付として口腔機能維持管理加算が実施されている。そのため歯科医師や歯科衛生士による専門的口腔ケアの指導が行われ、介護職や看護師を対象にさまざまな口腔ケアや嚥下障害に対する教育プログラムが考案されている^{6, 7)}。しかし、実際はケアを行うことに自信が持てない職員が多いとの報告⁸⁾もあることから、介護施設職員における高齢者への口腔ケアが適切に行われているとは言いがたい。

また、介護施設職員において、嚥下障害のある高齢者への食事介助に十分な知識がなく実施されている現状がある⁹⁾、との指摘もあることから、介護施設職員が高齢者の誤嚥がどのような状態で生じるのかを理解せずに援助している状況があると考えられる。これは、介護施設における肺炎発症率が約30%見られる¹⁰⁾という現状に関連していると考えられる。一方、急性期病院では介護施設から誤嚥性肺炎により入院する高齢者に対して、経口摂取が可能であるのか嚥下機能の評価を行っている。これは一見食物が嚥下されているように見えて、誤嚥している状態が高齢者に生じているからである¹¹⁾。このように医療施設では、肺炎の治療と共に嚥下機能の回復に向けての取り組みがなされている。しかし、介護施設では生活援助の一環としての口腔ケアが行われているが、誤嚥性肺炎を予防するための取り組みには課題が多いと考えられる。

研究者はA病院の地域医療連携室に勤務し、介護施設から誤嚥性肺炎で入院する高齢者の入院相談を担当していた。急性期病院に勤務する看護師として誤嚥性肺炎で入院を繰り返す高齢者を減らしたいとの思いがあった。そこで、介護施設との調整役となり、A病院の口腔ケアの専門家と協働し介護施設職員への研修会の企画を行った。研修会の開催にあたり、介護施設職員における口腔ケアの現状把握を、視察と実態調査により行った。調査の結果から研修内容を検討し、口腔ケア研修会を開催した。さらに、研修会後の介護施設職員の実践での変化を調査し、介護施設における口腔ケア研修の課題を明らかにすることとした。

介護施設職員への口腔ケア研修会開催の経緯

A病院では、平成22年に203名の肺炎患者の入院を受け入れている。その内62名が誤嚥性肺炎であった。さらにその半数である約30名が介護施設からの入院であった。そこでA病院の歯科口腔外科医師、言語聴覚士および研究者である看護師が、介護施設での誤嚥性肺炎の発生を減らすために、介護施設職員における口腔ケアの現状把握と研修会の企画を行った。

最初に、研修会を行う介護施設への事前視察を歯科口腔外科医師、言語聴覚士、研究者で1回行った。土曜日の昼食時に訪問し、食事摂取の状況や寝たきり状態の入所者の口腔の観察、義歯の使用状況、口腔ケアマニュアルの確認を行った。その後、介護施設に勤務する歯科衛生士と打ち合わせを数回行い、研修内容の検討と自記式質問紙による事前アンケート調査を行った。

1. 事前視察からみえた課題

口腔ケアマニュアルの内容に不足が見られたことから、口腔ケアの新しい方法や保湿剤などの紹介が必要であった。また、義歯が合わないとの理由で、食事摂取時に義歯の装着をしていない高齢者が多く見られた。このことから、咀嚼機能や口唇周囲の筋肉の低下予防、口腔粘膜の乾燥予防のために義歯装着の理解が得られる研修内容の必要性が感じられた。

2. 事前アンケート調査の結果(表1)と課題

事前アンケート調査では72名の参加が得られた。口腔ケアのチェックポイント「食べかすの有無」54名(75.0%)や「義歯の汚れ」55名(76.3%)の2項目が食事摂取後の観察として実践されていた。また、嚥下機能の3項目「食事中や食後のムセの観察」65名(90.3%)、「食事中や食後の痰の絡み」55名(76.4%)、「飲み込みの観察」61名(84.8%)と食事摂取時の誤嚥への認識は高かった。食事の準備では、「意識の確認」63名(87.5%)、「姿勢の調整」61名(84.8%)と食事摂取時の誤嚥を予防するためのケアはすでに行われていた。このように事前アンケート調査では、食事摂取との関連において観察や援助が行われていたが、「舌苔の付着」28名(38.9%)、「口腔内の乾燥」22名(30.6%)など、口腔機能の低下によりみられる症状の2項目が低かった。嚥下体操に関しては20.8%の実践状況であり、誤嚥を防ぐための予防的ケアの実践が低かった。さらに「自信を持って口腔のアセスメントをしていますか」5名(6.9%)、「自信を持って口腔ケアをしていますか」8名(11.1%)

表1 研修会前における口腔ケアへの介護施設職員の実践状況

	人数 (%) n=72					
	している	時々 している	どちらとも いえない	していない	全く していない	無回答
1. 口腔ケアのチェックポイントについて						
1) 食後の食べかすの有無を観察していますか	54 (75.0)	15 (20.8)	2 (2.8)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
2) 歯の汚れの付着状況を観察していますか	40 (55.6)	27 (37.5)	3 (4.1)	0 (0.0)	1 (1.4)	1 (1.4)
3) 舌苔の付着状況を観察していますか	28 (38.9)	29 (40.3)	12 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.1)
4) 義歯の汚れを観察していますか	55 (76.3)	12 (16.7)	4 (5.6)	0 (0.0)	1 (1.4)	0 (0.0)
5) 口臭の有無を観察していますか	33 (45.9)	22 (30.6)	14 (19.4)	0 (0.0)	3 (4.1)	0 (0.0)
6) 口腔内の乾燥を観察していますか	22 (30.6)	19 (26.4)	26 (36.0)	1 (1.4)	4 (5.6)	0 (0.0)
2. 嚥下機能について						
1) 食事中や食後のムセを観察していますか	65 (90.3)	6 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
2) 食べこぼしの有無を観察していますか	50 (69.4)	17 (23.6)	2 (2.8)	0 (0.0)	1 (1.4)	2 (2.8)
3) 食事中・食後の痰のからみを観察していますか	55 (76.4)	14 (19.4)	2 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
4) 食物の飲み込みを観察していますか	61 (84.8)	5 (6.9)	3 (4.1)	1 (1.4)	0 (0.0)	2 (2.8)
3. 食事の準備について						
1) 意識がはっきりしていることを確認していますか	63 (87.5)	8 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
2) 姿勢を整えていますか	61 (84.8)	8 (11.1)	1 (1.4)	2 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
3) 義歯を装着していますか	47 (65.3)	15 (20.8)	5 (6.9)	1 (1.4)	1 (1.4)	3 (4.1)
4. 嚥下体操について						
1) 口の体操をしていますか	15 (20.8)	13 (18.2)	18 (25.1)	5 (6.9)	19 (26.4)	2 (2.8)
2) 舌・頬の体操をしていますか	15 (20.8)	15 (20.8)	16 (22.2)	6 (8.3)	18 (25.1)	2 (2.8)
5. 自信を持った技術						
1) 自信をもって口腔のアセスメントしていますか	5 (6.9)	7 (9.7)	41 (56.9)	5 (6.9)	11 (15.4)	3 (4.1)
2) 自信をもって口腔ケアをしていますか	8 (11.1)	11 (15.4)	41 (56.9)	5 (6.9)	3 (4.1)	4 (5.6)

と、自信を持って口腔内をアセスメントし、口腔ケアがなされていない状況であった。このため、口腔内の観察内容の確認方法と、嚥下のメカニズムや誤嚥を防ぐための予防的ケアを学習し、自信を持って口腔ケアができるための研修会が必要であることがわかった。

口腔ケア研修プログラムの概要

1. 研修プログラムの目的

高齢者の口腔ケアに実際に関わる介護施設職員が、口腔内の清潔を保持し細菌繁殖を防ぐ器質的口腔ケアと、摂食・嚥下機能のメカニズムを理解し誤嚥予防を目的とした機能的口腔ケアの実践ができる研修プログラムの組み立てとした。

2. 研修プログラムの内容

A病院から初めて介護施設に出向いての研修であり、地域におけるA病院の事業の一環として、地域医療連携室に勤務する看護師が他部門との調

整や介護施設との連絡と研修内容の検討を行った。

研修プログラムは、A病院の歯科口腔外科医師、言語聴覚士が、それぞれの専門的な立場で口腔ケアの講義と演習を介護施設職員に行った。口腔内の清潔や、観察内容は歯科口腔外科医師が講義を行い、嚥下機能の観察内容や援助の仕方は言語聴覚士が演習を通し講義を行った。さらに誤嚥の状態を画像を通してより具体的に説明を行った。どの研修会においても質疑応答の時間を設け、誤嚥を防ぐための援助方法を演習を通して学ぶ内容とした(表2)。

3. 研修方法

1) 研修施設の概要：研修会を行ったB社会福祉法人は、介護老人福祉施設2か所、小規模多機能介護施設2か所を設置している。さらに養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービス、訪問介護・入浴などのサービスを行っている施設である(図1)。

表2 口腔ケア研修会の概要

回	開催日	目標	内容	講師
1	H22.11月 90分	器質的口腔ケアの理解 口腔の生理的機能を理解し、口腔清掃の必要性とケアを実践のために口腔のアセスメントができる	口腔ケアについて ・口腔の生理機能 ・ケアの方法 ・義歯について	歯科口腔外科医師
2	H22.12月 90分	機能的口腔ケアの理解 摂食および嚥下のメカニズムを理解し、摂食・嚥下機能を高めることにより、誤嚥性肺炎を予防することができることを理解する	嚥下機能・障害について ・摂食・嚥下障害とは ・食事摂取時の姿勢 ・嚥下体操	言語聴覚士
3	H23.1月 90分	機能的口腔ケアの理解 ビデオ内視鏡検査（以下VEと略す）および嚥下造影検査（以下VFと略す）により、嚥下動態を理解し誤嚥の状態を知る	VE/VF検査の実際 ・VE/VFを体験、摂食・嚥下機能のメカニズムを知ろう	歯科口腔外科医師 言語聴覚士

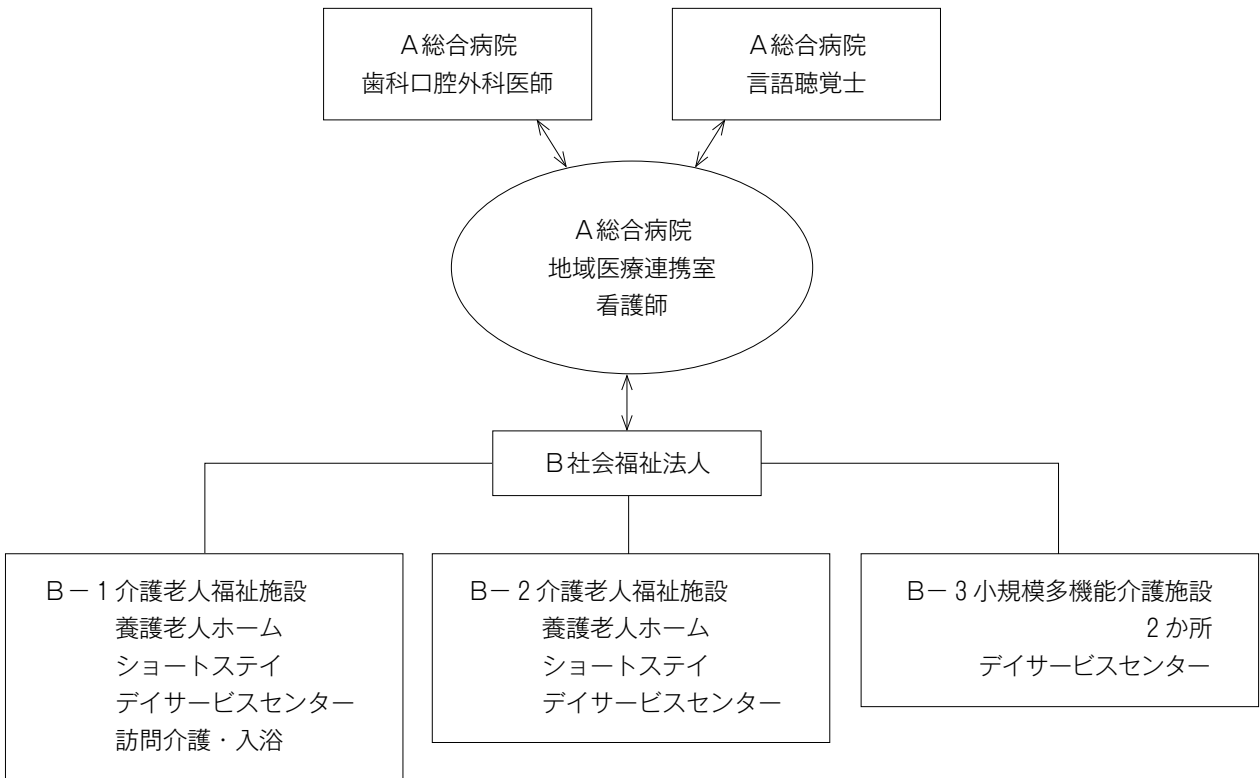


図1 A総合病院地域医療連携室と研修施設との組織図

2) 参加者：研究者が所属するA病院の地域医療連携室が主催する口腔ケア研修会に参加した、B社会福祉法人施設に勤務する職員である。今回は初めての試みであり参加に関しては介護職、看護師に限定しなかった。

3) 場所：介護施設のデイサービスセンターのホール

4) 時間：19：30～21：00。1回約90分とした。

5) 期間・回数：平成22年11月～平成23年1月

約1か月おきに3回実施した。3回シリーズの研修会を約1ヵ月ずつ期間を空けた理由は、学んだ内容を現場で実践できているか見極めができる期間に1ヵ月間を要すると考えた。また、3回の研修会を1シリーズとした理由は、器質的口腔ケアと機能的口腔ケアの講義と演習をそれぞれの専門家が1回ずつ行うためとした。その上で、最後に内視鏡および嚥下造影検査の動画を視聴し、画像を通して嚥下機能が理解できるために3回目の

研修会が必要と考えた。

6) 研修形態：パワーポイントを使用した。画像による説明と、内視鏡を使用して実際に咽頭の動きを確認した。講義形式および演習を行い、毎回質疑応答の時間を設けた。

研修会前後における口腔ケア実践の評価方法

1. 調査対象者：高齢者の口腔ケアに実際に関わり、3回の研修会に参加する介護施設職員の中から、研修会前、研修会后アンケート調査に回答のあった参加者とした。

2. 調査期間：平成22年11月11日から平成23年2月19日

3. 調査方法：研修会前（以後、事前とする）と3回目の研修会終了1ヵ月後（以後、事後とする）の2時点において同一の自記式質問紙法によるアンケート調査を実施した。

4. 調査時期：事前アンケート調査に関しては、研修会当日に研修会場にて質問紙を開始前に配布し回収した。事後アンケート調査に関しては、3回の研修会終了1ヵ月後に質問紙を介護施設へ配布し回収した。

5. 調査内容

1) 基本属性：性別、年齢、介護職または看護師の経験年数、介護施設経験年数、職種

2) 口腔・嚥下機能に関する質問内容は、口腔内のアセスメントを行う際に一般的に使用されている口腔ケアアセスメント表¹²⁾に準じて作成した。
①口腔ケアのチェックポイント6項目②嚥下機能の観察4項目③食事の準備3項目④嚥下体操2項目⑤自信を持った技術2項目の計17項目。各項目の回答は「している」「時々している」「どちらともいえない」「していない」「全くしていない」の

5段階評価で行った。(表3)。

6. 分析方法：事後アンケート調査に参加し回答が得られた11名において、口腔ケアに関する17項目での実践状況の変化を事前アンケート調査の結果と比較した。

倫理的配慮

B社会福祉法人施設の責任者に了解を得た後、研修会参加者に口頭と文書で調査の主旨と方法、任意性・匿名性であることの説明を行った。また、研修会への参加と調査用紙の記入に関しては自由意志であること、参加しなくても不利益が生じないことの説明を行った。さらに調査の結果を学会および論文等による発表を行うことを調査用紙に文章で説明し、調査用紙の記載をもって同意を得たものとした。

結 果

1. 研修会参加者と調査対象者数の推移(図2)

B関連介護施設において直接口腔ケアに関わる看護師は14名、介護福祉士・訪問介護員137名であった。そのうち研修会への参加者数は、1回目72名、2回目53名、3回目44名であり、研修会参加者の延べ人数は169名であった。事後アンケートの回答者は57名であったが、図2に示すように3回を通して研修会に参加し、事前アンケート調査と対応が見られた11名を有効回答とした。

2. 事後アンケート調査参加者の基本属性

参加者11名の性別は男性1名(9.1%)、女性10名(90.9%)、平均年齢 35.4 ± 14.9 歳であった。介護職または看護師の経験年数 4.3 ± 4.1 年、B介護施設勤続年数 43 ± 41 年であり、介護福祉士9名(86.2%)、看護師1名(6.9%)、訪問介護員1名(6.9%)

表3 口腔ケアに関する調査内容

項目	質問項目
1) 口腔ケアのチェックポイント	①食後の食べかす ②歯の汚れ ③舌苔 ④義歯の汚れ ⑤口臭 ⑥口腔の乾燥
2) 嚥下機能の観察	①食事中・後のムセ ②食べこぼし ③食事中・後の痰のからみ ④食物の飲み込み
3) 食事の準備	①意識の確認 ②姿勢の調整 ③義歯の装着
4) 嚥下体操	①口の体操 ②舌・頬の体操
5) 自信を持った技術	①自信を持って口腔のアセスメントをしていますか ②自信を持って口腔ケアをしていますか

各項目(○数字)について「している」「時々している」「どちらともいえない」「していない」「全くしていない」の5段階評価をおこなった

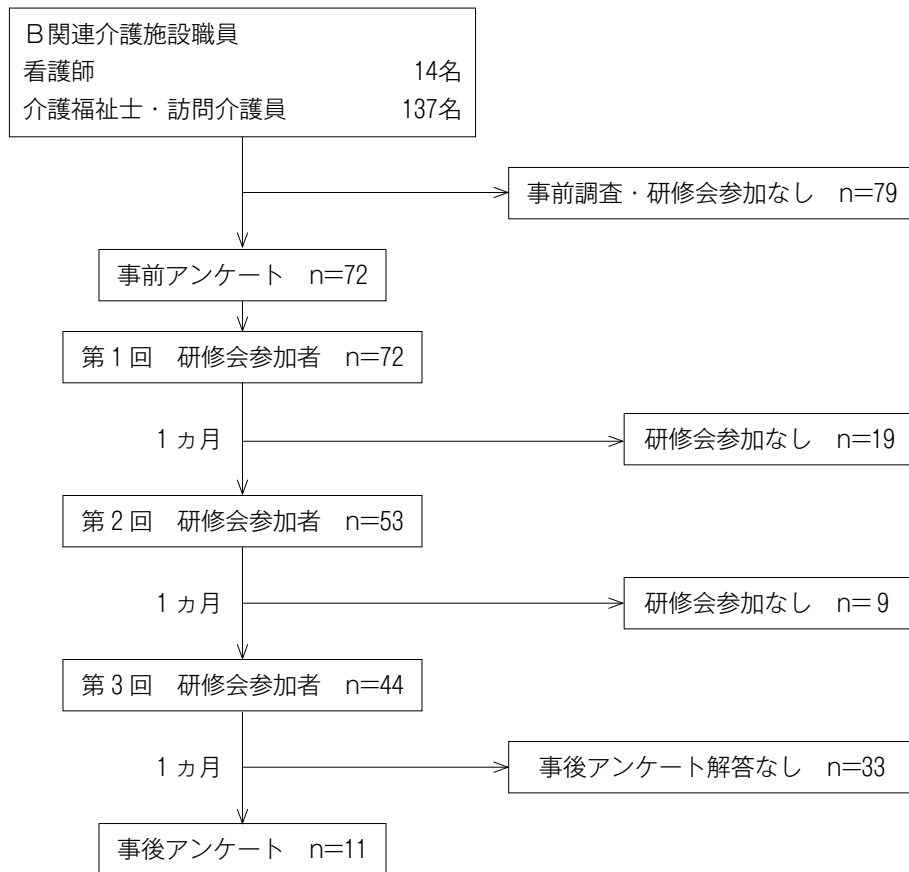


図2 研修会参加者数と調査参加者数の推移

であった。

3. 研修会終了後の口腔ケアの実践での変化

1) 口腔ケアのチェックポイント（6項目）

食べかすの有無の観察では、研修前後において10名が「している」と実践されていた。（図3-1）。歯の汚れの観察では、研修前に「している」と回答した人は6名であったが、研修後は「している」と回答した人が9名に増えた（図3-2）。舌苔の観察では、研修前に「している」と回答した人は3名であったが、研修後は6名が「している」と回答し実践する人が増えた。しかし、研修会後において「どちらともいえない」、「全くしていない」と回答した参加者も4名みられた（図3-3）。義歯の汚れの観察では、研修前に「している」と回答した人は6名であったが、研修後は10名に増えた（図3-4）。口臭の観察では、研修前に「している」と回答した人は5名であったが、研修後は7名に増えた（図3-5）。しかし、研修前に「全くしていない」と回答した1名は研修後も実践での変化は見られなかった。口腔内の乾燥の観察では、研修前に「している」と回答した人は3名であったが、研修後は5名に増えた。口臭の観察と

同様に、1名は研修後も「全くしていない」と変化が見られなかった（図3-6）。

2) 嚥下機能（4項目）

食事中・後のムセの観察では、研修前の10名から研修後は11名全員が「している」と実践されていた（図4-1）。食べこぼしの観察では、研修前の8名から研修後は10名が「している」と回答し実践する人が増えた（図4-2）。食事中や食後の痰の絡みの観察では、研修前の8名から研修後は10名が「している」と回答し実践する人が増えた。しかし、1名は「どちらともいえない」と変化が見られなかった（図4-3）。食物の飲み込みの観察では、研修前後において10名が「している」と実践されていたが、1名が「どちらともいえない」と研修前後での変化は見られなかった（図4-4）。

3) 食事の準備（3項目）

意識の確認は、研修前の10名から研修後は11名全員が「している」と実践されていた（図5-1）。姿勢の保持は、研修前後に9名が「している」と回答が得られた（図5-2）。義歯の装着は、研修前の9名から研修後は10名が「している」と回

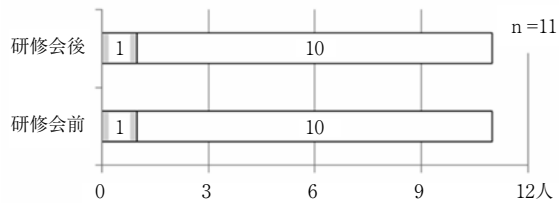


図 3-1 食べかすの観察

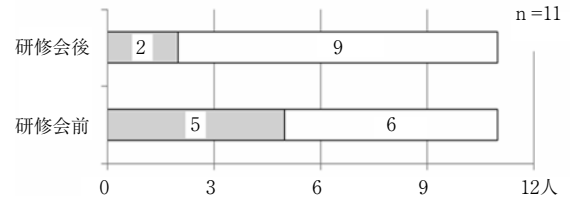


図 3-2 歯の汚れ

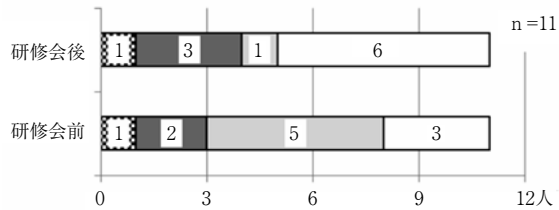


図 3-3 舌苔の観察

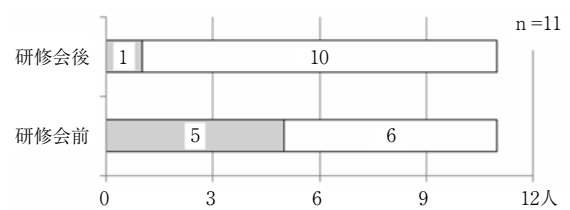


図 3-4 義歯の汚れ

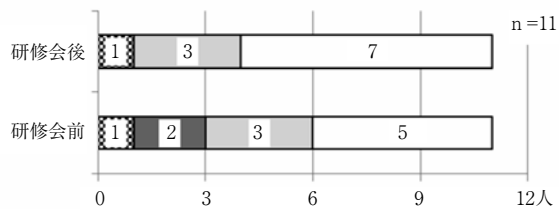


図 3-5 口臭の観察

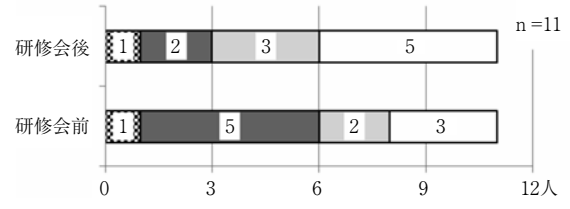


図 3-6 口腔内の乾燥

□ している ■ 時々している ■ どちらともいえない ≡ していない ☒ 全くしていない

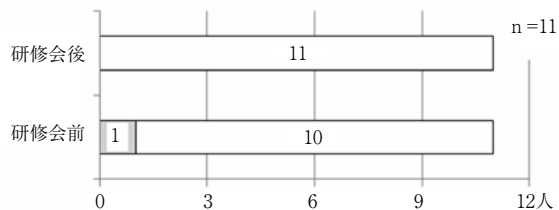


図 4-1 ムセの観察

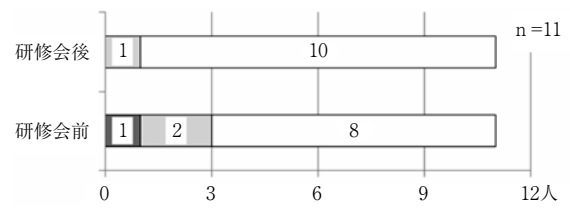


図 4-2 食べこぼしの観察

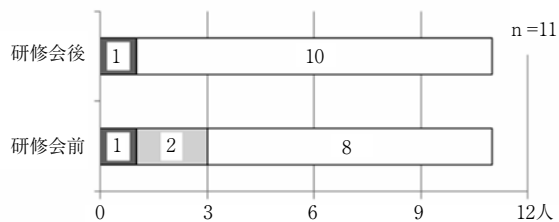


図 4-3 痰の絡みの観察

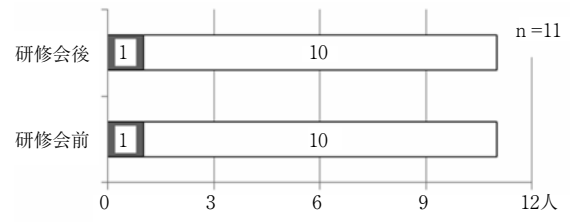


図 4-4 飲み込みの観察

□ している ■ 時々している ■ どちらともいえない ≡ していない ☒ 全くしていない

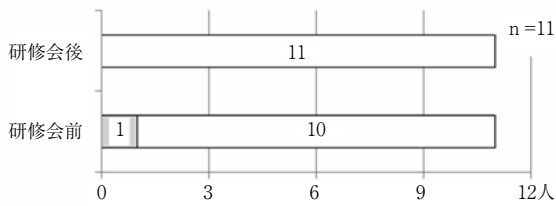


図 5 - 1 意識の確認

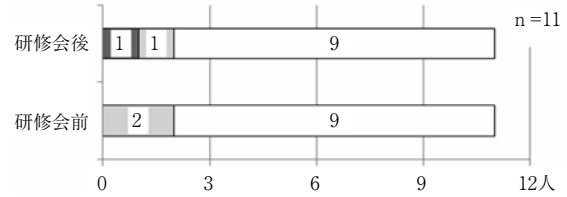


図 5 - 2 姿勢の保持

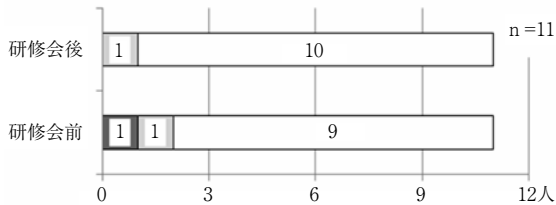


図 5 - 3 義歯の装着

□ している ■ 時々している ■ どちらもいえない ▨ していない ▩ 全くしていない

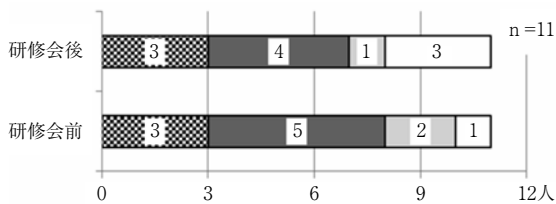


図 6 - 1 口の体操

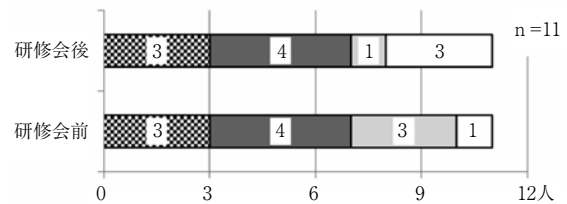


図 6 - 2 舌・頬の体操

□ している ■ 時々している ■ どちらもいえない ▨ していない ▩ 全くしていない

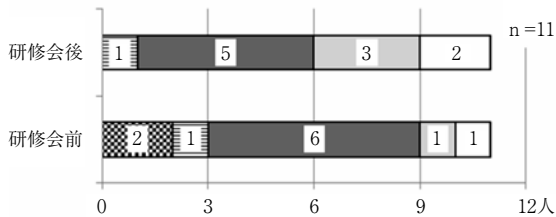


図 7 - 1 口腔内のアセスメント

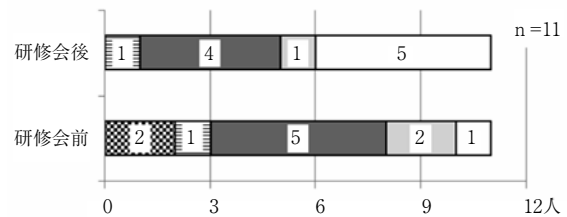


図 7 - 2 自信を持ったケア

□ している ■ 時々している ■ どちらもいえない ▨ していない ▩ 全くしていない

答し実践する人が増えた (図 5 - 3)。

4) 嚥下体操

口の体操は、研修前の 1 名から研修後は 3 名が「している」と実践する人が増えた。しかし、3 名は研修前後においても「全くしていない」と変化が見られなかった。舌・頬の体操においても、研修前の 1 名から研修後 3 名に「している」と実践する人が増えた。しかし、研修前に「どちらもいえない」、「全くしていない」と回答した 7 名

は研修後も同様の結果であった (図 6 - 1, 2)。

5) 自信を持った技術

自信を持って口腔のアセスメントをしていますかでは、研修前の 1 名から研修後は 2 名が「している」と回答した。また、研修後に「時々している」と回答した人が 1 名から 3 名に増えた。さらに、研修後に「全くしていない」と回答した人はいなかった。(図 7 - 1)。自信を持ってケアをしていますかでは、研修前の 1 名から研修後は 5 名

が「している」と回答し実践での変化が見られた。研修前に「全くしていない」と回答した2名は研修後に「どちらともいえない」と変化していた。(図7-2)。

考 察

1. 研修内容と実践での変化

誤嚥性肺炎の最大の原因は、口腔内細菌の下気道への混入であるとされてる¹³⁾。下気道への細菌の誤嚥を減少させるには、適切な口腔ケアが実践される必要がある。今回、介護施設での誤嚥性肺炎を減らしたいとの思いから口腔ケア研修会の企画を行った。誤嚥性肺炎の予防としては 1) 口腔のアセスメントとケア 2) 食事摂取時の嚥下機能について 3) 嚥下機能の訓練について、の理解が重要であると考えた。そこで以上の3点について、研修内容と実践での変化について考察を行い、介護施設における口腔ケア研修の今後の課題について述べる。

1) 口腔のアセスメントとケアについて

食事摂取と関連のある「食べかすの有無」9名、「義歯の汚れ」6名から9名、「歯の汚れ」6名から10名と、事後アンケート参加者において実践する人が増えていた。さらに、事前アンケート調査で低かった「口臭の有無」「口腔内の乾燥」「舌苔の付着」の食事摂取と直接関連していない3項目を観察する人も増えていた。これは、研修会後にどこをどのように観ることが必要なか観察力が高まった結果と推測される。口腔ケアの提供は医学的知識を要し、専門的な技術を要するものである¹⁴⁾と言われている。今回の研修会では口腔ケアの専門家が口腔内の状態を画像で紹介し、口腔内の乾燥が自浄作用の低下を引き起し、舌苔の発生につながるとの説明が介護施設職員の理解につながったと言える。しかし、研修会後に「自信を持ってアセスメントしている。」と回答した人は2名にとどまっていた。これは、観察はできるが口腔内の状態を的確にアセスメントできているのか、自信が持てず不安に感じていることの表れと言える。以上のことから、今後は、口腔内の繰り返し観察とアセスメントによる学習が、実践での自信につながっていくと考える。

2) 食事摂取時の嚥下機能について

事前アンケート調査より、食事の準備である「意識の確認」87.5%、「姿勢の保持」84.8%の2項目は実践する人が多かった。さらに、「食事中・後のムセ」90.3%、「食物の飲み込み」84.8%、「食

事中・後の痰の絡み」76.4%と食事中・後の誤嚥に対する観察も実践されていた。事後アンケート参加者の11名においても研修前から実践している人は多かった。介護施設職員において、食事の準備と食事中・後の観察は誤嚥を防ぐための援助としての認識は高いといえる。しかし、「義歯の装着」65.3%、「食べこぼしの有無」69.4%の2項目が他の項目と比較して実践する人が少なかったことは、義歯装着の必要性、咀嚼に関する理解の不足が考えられた。口腔で咀嚼した後は嚥下する。咀嚼機能と嚥下機能は深い関連があり、同様に低下する¹⁵⁾ことが知られている。今回の研修会では、義歯装着の大切さと咀嚼機能に関する内容が含まれたことから、事後アンケート調査では10名が「義歯の装着」と「食べこぼしの有無」の観察を実践「している」と回答が得られたと考える。

3) 嚥下機能訓練への理解について

事前アンケート調査では嚥下体操の実践率は20.8%と低かった。事後アンケート調査においても11名のうち嚥下体操の2項目を実践「している」と回答した人は3名と少数であった。施設では、口腔ケアをすればよいということは分かっているが実際はされていないとの指摘がある¹¹⁾。このことから、嚥下体操の必要性は理解されているが、日々の介護の煩雑さから実践への意識が低く、口腔機能の向上にむけて嚥下訓練を実践することは難しい状況といえる。看護および介護職員は、口腔ケア機能向上トレーニングをレクリエーションとして取り入れる計画を立てる¹²⁾。とあるように、まず日課として取り入れていくことが望ましくと考える。

2. 研修会開催の意義と今後の課題

急性期病院における在院日数の短縮に伴い¹⁶⁾、介護施設では医療行為を必要とする高齢者が増えている。経口から食事摂取ができない高齢者も唾液による誤嚥性肺炎が発症する¹⁷⁾。このような高齢者の状態を介護施設職員が理解し日頃の口腔ケアに繋げて欲しいと考え、今回、急性期病院の医療職が介護施設での専門職による口腔ケアの研修会を行った。医療職と介護職が連携し、高齢者のQOLの向上をめざし、研修会を開催したことの意義は大きいと考える。

介護施設における歯科衛生士による専門的口腔ケアの有効性はすでに検証されている⁸⁾。しかし、日々の口腔ケアは介護職、看護師によって行われている現状である。今後は医療の専門職である看護職が介護施設において高齢者の口腔ケアを主体

的に実践できることが望ましいと考える。介護施設で口腔ケアを指導できるリンクナースの育成が必要と考える。そのためにも、介護施設と医療施設との情報交換の場や研修機会の共有を図るために、地域医療連携室に勤務する看護師の役割が重要と考える。

また、今回の研修会への参加者の推移からB社会福祉法人施設での看護、介護職員数が151名であったにもかかわらず、第1回の研修会参加者が約半数以下の72名であった。3回の研修会に継続した参加者は33名と少数であった。さらに、事後アンケート調査の有効回答者は11名とB社会福祉法人全体の介護士、看護師の1割にもみたっていなかった。このことから、介護施設に勤務する介護職・看護師が口腔ケアに関心が持てるような研修会の開催が必要と考える。

さらに、介護施設職員は交代勤務であることから、継続して参加することが困難な状況も考えられる。加えて、B社会福祉法人施設の特徴として施設が点在していることから一か所に集合しての研修会も継続した参加を困難にしていた理由と考える。このような状況から、今後は個々の施設での開催が望ましいといえる。研修会への参加人数を増やすことが介護施設における口腔ケアの質を向上させ、高齢者の誤嚥性肺炎を防ぐ援助につながると考える。

結 論

急性期病院の地域医療連携室に勤務する看護師が調整役となり、口腔ケアの専門家による研修会を介護施設職員に3回シリーズで実施した。その結果、

1. 事前アンケート調査において、食事摂取と関係する7項目に関して70%以上が実践されていた。しかし、自信を持って口腔内をアセスメントし、ケアを行うことができていないという現状が明らかになった。

2. 事後のアンケート調査には11名が参加し、17項目全てにおいて実践する人が増えていたが、嚥下体操を実践する人は3名のみであった。また、自信を持って口腔ケアをしていると答えた人は5名に増えたが、自信を持って口腔をアセスメントしている人は2名であった。このことから、今後は口腔機能向上のためリハビリテーション技術と、アセスメント力を高めることができる研修内容が必要といえる。

3. 介護施設職員の口腔ケア研修会への参加人

数を増やすためには、研修方法の工夫が必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究の調査を行うにあたり、快くご協力下さいました介護施設職員の皆様、口腔ケア研修会において講義いただきました小松市民病院、口腔外科医長松本成雄先生、言語聴覚士大兼政由梨さんに心より感謝申し上げます。

なお、本研究の一部を日本老年看護学会第16回学術集会にて発表した。

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成22年人口動態統計月報年計（概数）の概況 [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/index.html>], 厚生労働省, 8, 1, 2011
- 2) 佐々木英忠：エビデンス老年医療, 医学書院, 東京, 2006
- 3) 大類隆, 山谷陸夫, 新井啓行, 他：高齢者の誤嚥性肺炎予防, 日本老年医学会雑誌, 40, 305-313, 2003
- 4) 山崎正永, 水澤英洋, 千葉由美, 他：入院・施設・在宅における嚥下障害と誤嚥性肺炎の prevalence, 日本内科学会雑誌, 97, 164, 2008
- 5) 足立三枝子, 植松久美子, 原智子, 他：専門的口腔清掃は特別養護老人ホーム要介護者の発熱を減らした, 老年歯科医学, 07, 15(1), 25-30, 2000
- 6) 井上ふみ子, 加茂力, 岡田みちよ, 他：川崎市北部医療圏における嚥下障害に対する基礎知識の実態と効果的な研修プログラム, 日本医療マネジメント学会誌, 11(1), 46-51, 2010
- 7) 奥森直人, 北島都美江, 小野弘美, 他：介護特別養護老人ホームにおける口腔ケアの導入とその効果, 日本歯科先端技術研究所学会誌, 12(3), 136-140, 2006
- 8) 上森尚子, 尾崎由衛, 榊原葉子, 他：介護保険関連施設における口腔ケアの現状と今後の課題に関する調査報告, 九州歯科学会雑誌, 63(3), 115-121, 2009
- 9) 石井拓男, 岡田真人, 大川由一, 他：介護保険施設等における口腔ケアの実態に関する研究第1報口腔ケアの現状と歯科医療職の関与について, 口腔衛生学会雑誌, 56, 178-186, 2006
- 10) 山脇正永：高齢者の誤嚥性肺炎, 誤嚥性肺炎の疫学 (解説/特集), Geriatric Medicine, 48

- (12), 1617-1620, 2010
- 11) 海老原孝枝, 長瀬隆英, 植松宏, 他: 高齢者の摂食・嚥下障害について考える, *Geriatric Medicine*, 45(10), 1343-1352, 2007
- 12) 池山豊子, 菊谷武監修: 口腔機能向上プログラムの実践, 高齢者の機能低下に合わせた口腔機能トレーニング, *日総研*, 86-114, 2007
- 13) 阿部修, 石原和幸, 足立三枝子, 他: 要介護高齢者の肺炎予防を目的とした口腔ケア, *歯界展望*, 95(3), 717-722, 2000
- 14) 菊谷武: 施設高齢者における「口腔ケア・マネジメント」の実際, 高齢者の口腔機能とケア, 財団法人長寿科学振興財団, 133-140, 2010
- 15) 平野浩彦: 介護予防における口腔ケア機能向上サービスとは, 財団法人長寿科学振興財団, 117-124, 2010
- 16) 厚生労働省: 平成20年(2008)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/index.html>], 厚生労働省, 8, 1, 2011
- 17) 豊里晃, 植多耕一郎, 野村修一: 介護施設における経管栄養管理者の口腔ケアと摂食・嚥下機能訓練による肺炎予防効果, *未病と抗老化*, 19, 100-105, 2010

実践報告

月経痛を有する青年期女性に対する タクティールケアの症状緩和効果

Effectiveness of massage with tactile care in alleviating adolescent women with menstrual pain

酒井 桂子, 坂井 恵子, 松井 優子, 小泉 由美
河野 由美子, 岡山 未来, 久司 一葉

Keiko Sakai, Keiko Sakai, Yuko Matsui, Yumi Koizumi
Yumiko Kohno, Miki Okayama, Kazuyo Kyuji

金沢医科大学看護学部

School of Nursing, Kanazawa Medical University

キーワード

月経痛, タクティールケア, 青年期女性, 症状緩和

Key words

menstrual pain, tactile care, the adolescent women, alleviation

要 旨

月経痛を有する18歳から22歳の青年期女性17名を対象に、タクティールケア介入による月経痛の緩和効果を検証した。研究デザインは、準実験研究デザインで、前後比較研究である。介入方法は、月経の1日目から3日目のいずれかで本人にとって疼痛の強い日に、背中10分と両足に20分間の計30分タクティールケアを実施した。

効果の評価として、介入前後にVisual Analogue Scale (VAS) で月経痛の程度を測定した。さらに、対象者の介入後の反応をまとめた。結果、介入前のVAS得点は、61.6 (±27.0)、介入後のVAS得点は22.1 (±17.7) で、介入後に有意に低下した。また、介入後の対象者の反応では、月経随伴症状が改善していた。以上の結果より、タクティールケアの介入による月経痛および月経痛以外の月経随伴症状に対する緩和効果のあることが検証された。

はじめに

タクティールケアは、スウェーデンにおいて1960年代に未熟児医療から始まり、認知症や終末期患者の緩和ケアなど多岐にわたって取り入れら

れ補完療法に位置づけられている。タクティールとは、ラテン語の「タクティリス (Taktilis)」に由来する言葉で、「触れる」という意味である。タクティールケアは、肌に柔らかく触れて行うケ

アで、特定のツボや筋の走行などを意識するものではなく、容易に行える特徴がある¹⁾。優しく包み込むように触れることで皮膚温が上昇し「温かい」「気持ちが良い」「眠くなる」など「癒し」効果があり、ストレス緩和やリラクゼーション効果および痛みの軽減にも効果があると言われてい

る。実践例では、認知症高齢者への緩和ケアとしての効果²⁾³⁾やIntensive Care Unit (以下ICU) 入室者に施術しストレスを測定した報告⁴⁾ などがある。筆者らの健常成人を対象にした研究において、タクティールケアの効果を生理的・心理的に測定した結果、体表温度が有意に上昇した。また、感情・気分を測定する指標であるProfile of Mood States (以下POMS) 得点が有意に低下し感情・気分の状態でリラクゼーション効果があった。「温かくなった」「気持ちが良い」、「リラックスした」などの自覚的反応とも合わせて癒し効果が検証できた⁵⁾。また、小泉ら⁶⁾ が施術記録を分析してまとめたタクティールケアの効果によると、「温かい」「気持ちがよい」「眠くなった」などリラクゼーション効果の反応が得られた。これらの施術体験時に腰痛が和らいだり、月経中の学生の月経痛が和らいだという受術者の反応を得た。

近年、初経年齢の早期化、ライフスタイルの変化によって、女性の生涯での月経回数が増加し、月経が、自然に“ある”ものから女性に負担を与えるもの、月経の医療化、月経の病理化に拍車がかかるものになっているといわれている⁷⁾。月経困難症や月経周辺期のネガティブな変化を通常、月経随伴症状、愁訴、不快症状と呼んでいる。なかでも月経痛は代表的な症状で、腰部痛、下腹部痛、頭痛などがあり痛む部位や強弱など個人差が著しい。

若年者に月経困難症の人が多いことが報告されており、池田ら⁸⁾ は、程度の差はあるが高校生の9割に月経痛があり、そのうちの5割は日常生活に影響があると答えたと報告している。また、女子大学生の月経周辺期における心身の変化では、ネガティブ変化尺度得点がポジティブ変化尺度得点より有意に高く、得点の高いものから「下腹部が痛い」「腰が痛い」「イライラする」などがあったと報告している⁹⁾。月経痛は概ね時間の経過に伴い改善するものであるが、日常的に月経痛に悩んでいる青年期女性と多々遭遇する。心理的・身体的ストレスが高いほど月経痛に強い傾向がみうけられ、当事者にとっては苦痛であり日常生活行

動などに対するやる気を低下させている場合が多い。

月経痛の対処に関する先行研究では、臨地実習やストレス対処法との関連の報告¹⁰⁾ や、症状を軽減するための自己対処方法の効果についての報告がある¹¹⁻¹³⁾。蒸気温熱シートによる症状緩和を試みた研究報告もある¹⁴⁾。

今回、月経痛と月経痛以外の月経随伴症状の緩和効果を明らかにすることによって、月経痛で苦しむ女性の日常生活を快適に整えるケアとしての活用が期待できると考え、タクティールケアを月経痛のある青年期女性に行い症状緩和の効果を調査した。

目 的

月経痛を有する青年期女性を対象に、月経痛と月経痛以外の月経随伴症状を緩和する対処法としてタクティールケア介入を行い、効果が見られるかを明らかにする。

研究で用いる用語の定義

タクティールケアとは、「癒し」や「リラクゼーション」をもたらすことを目的に、手で対象者の背中や手足を柔らかく包み込むようになるマッサージ方法をいう。

月経随伴症状とは、月経前症状と月経時症状をあわせたものをいう。

月経痛とは、月経直前または月経開始とともに出現する下腹部痛・腰部痛および頭痛をいう。

研究方法

1. 研究デザイン

準実験研究デザイン。前後比較研究。

対象者の背部と両足にタクティールケアの介入をし、タクティールケア前後の月経痛の強さを同一対象者内で比較した。さらに、タクティールケア介入後の反応をまとめた。

2. 対象

対象は、A大学に在籍中の月経痛を有する18歳～22歳の青年期女性で、研究参加の同意が得られた者とした。除外条件は、過去にタクティールケアを受けたことがある者とした。

3. データ収集期間

平成23年11月～平成24年6月

4. データ収集方法

1) 介入方法

タクティールケア介入の日は、対象者の月経1

日目から3日目の間で対象者にとって最も月経痛の強い日であった。介入時間帯は、対象者の希望に応じた結果、大学生生活の昼休み時間、午後の休講時間、放課後のいずれかであった。介入部位は背部と足部を選択し、背中10分と両足20分を計30分とした。背部と足部を選択した理由は、苦痛時に安楽な体位が保持しやすく、介入者が移動せずに介入できるためである。介入時の体位は、対象者にとって最も苦痛が少なく本人の希望する体位とした結果、背部は側臥位、足部は仰臥位であった。介入場所は、大学内のベッドのある個室で、室内温度を24℃に設定した。介入者は、日本スウェーデン福祉研究所のタクティールケアIの認定を得ている教員1名で、熟練度は4年以上の経験がある。タクティールケアの手順、圧、速さなどは決められている。対象者の月経痛に対しては、測定のために特別の制限をすることなく対象者の通常どおりの対処とした。

2) 調査項目および方法

対象者の背景

(1)月経背景：①初経年齢、②月経周期、③持続日数、④月経量、⑤月経痛、⑥月経痛の対処法、⑦介入当日の月経日数、⑧当日の鎮痛剤服用の有無、⑨月経随伴症状。

(2)生活背景：A睡眠習慣、B食事習慣、Cストレスの有無と内容。

調査項目の(1)月経背景①～⑧、(2)生活背景については、自作のワークシートを用い、介入後に聞き取り調査をした。

⑨月経随伴症状（月経随伴症状は月経随伴症状日本語版（MDQ）¹⁵⁾）については、介入日を「月経中」、今回の月経が始まる1週間前から前日までを「月経前」として思い起こして記入してもらった。「月経後」は介入後1週間目とし、自宅に持ち帰り対象者が記載した。

タクティールケア介入による効果

(3)月経痛程度（VAS：Visual Analogue Scale）

VAS：Visual Analogue Scale（VAS）は、全く痛みがない状態を0mm、これまでに体験した耐え難い痛みを100mmとした10cmの線上に、対象者が介入前後にマークした。

(4)タクティールケア介入後の反応

自作のワークシートを用い、対象者が反応を自由に表現した内容を介入後に聞き取り調査したものと介入者が観察した状態をまとめた。

3) 測定用具

(1)月経随伴症状日本語版（MDQ）

初経期から閉経期までの女性の月経周期に伴う心身両面にわたる愁訴（月経随伴症状）を測定する尺度で、I痛み、II集中力、III行動の変化、IV自律神経失調、V水分貯留、VI否定的感情、VII気分の高揚、VIIIコントロール、IXその他の全9領域47項目から成る。性周期の時期を月経開始1週間前から月経開始日の「月経前」、経血期間の「月経時」、月経前、月経中を除いた残りの時期を「月経後」として、月経時を過ぎて1週間経過した時期の3時期に、4段階で回答するものであり、信頼性、妥当性は検証されている。総得点の範囲は0-141、痛み領域の得点の範囲は0-18である。19歳～20歳の月経随伴症状日本語版（MDQ）総得点の平均は、月経前13.5、月経時20.9、月経後2.1と作成者が報告している¹⁵⁾。

(2)Visual Analogue Scale（VAS）

VASは、痛みの強さを測定するスケールとして一般的に用いられ信頼性が確立されている。

5. 分析方法

月経背景、生活背景および月経随伴症状の分析は、単純集計した。

月経痛の程度は、統計ソフトSPSS for Windows（Ver.19）でWilcoxonの符号付き順位検定を行った。

6. 倫理的配慮

本研究は、所属機関の疫学研究倫理審査委員会の承認（No96）を得て行った。研究対象者については、公明性を考慮し人のよく集まる場所にポスターを掲示することにより公募した。研究対象者に研究の趣旨や方法、参加の仕方、参加の自由、途中辞退の保障、利益不利益、個人情報への守秘、機密性確保、結果の公開方法などを口頭と書面で説明し同意書に署名を得た。さらに、同意を得た後にも研究の辞退は可能であることを説明した。当日の月経痛の対処は通常の本望する方法とし研究のための制限はないことを説明した。

結 果

設定温度24℃の室内で、冷暖房使用時期を含めて平均室内温度は23.6（±1.2）℃、湿度38.4（±1.4）%であった。

1. 対象者の背景

月経痛を有する青年期女性の対象者は、17名で、年齢は18歳から22歳、平均年齢19.9（±1.3）歳であった。

(1)月経背景

①初経年齢は平均11.8（±1.2）歳、②月経周期

は、規則的9名、ほぼ規則的6名、不規則2名であった。③月経の持続日数の平均は、6.12 (±1.0) 日、④月経量は、普通量12名、多いが5名であった。⑤月経痛は、いつも痛い9名、ときどき痛い8名であった。⑤-2月経痛の程度は、我慢できる6名、我慢できない10名、無回答1名であった。⑥⑤-2で我慢できないと無回答であった11名の月経痛の対処方法は、鎮痛剤をほぼ毎回服用している9名、治療を受けている0名、その他2名であった。その他の内容は温罨法であった。

⑦介入当日の月経日数は、月経1日目10名、2日目5名、3日目2名であった。⑧介入当日の鎮痛剤服用の有無は、服用なし10名、服用あり7名であった(表1)。

⑨月経随伴症状は、月経終了1週間後に月経随伴症状日本語版(MDQ)の提出がなかった2名を除外し、調査紙を持参した15名分を集計した。MDQ総得点の中央値(最小値-最大値)を表2に示す。月経前は、30(11-82)、月経中は、48(9-66)、月経後は、7(0-34)であった。MDQ

表1 対象の概要

項 目	人数 (%)
(1)月経背景	
①初経年齢	
10歳	1 (5.9)
11歳	7 (41.2)
12歳	5 (29.4)
13歳	3 (17.4)
15歳	1 (5.9)
②月経周期	
規則的	9 (52.9)
ほぼ規則的	6 (35.3)
不規則	2 (11.8)
③持続日数	
7日間	8 (47.1)
6日間	4 (23.5)
5日間	4 (23.5)
4日間	1 (5.9)
④月経量	
多い	5 (29.4)
普通	12 (70.6)
少ない	0 (0)
⑤月経痛	
いつも痛い	9 (52.8)
ときどき痛い	8 (47.1)
⑤-2 月経痛の程度	
我慢できる	6 (35.3)
我慢できない	10 (58.8)
無回答	1 (5.9)
⑥対処法 (n = 11)	
鎮痛薬を服用	9 (81.8)
治療を受けている	0 (0)
その他	2 (18.2)
⑦当日の月経日数	
1日目	10 (58.8)
2日目	5 (29.4)
3日目	2 (11.8)
⑧当日の鎮痛剤服用の有無	
服用なし	10 (58.8)
服用あり	7 (41.2)
(2)生活背景	
①睡眠習慣	
規則的	7 (41.2)
不規則	10 (58.8)
②食事習慣	
規則的	14 (82.6)
不規則	3 (17.4)
③ストレス	
あり	11 (64.7)
なし	6 (35.3)

表2 月経随伴症状日本語版 (MDQ) の月経前・月経中・月経後の得点

n=15

対象者	月経前		月経中		月経後	
	総得点	痛み領域	総得点	痛み領域	総得点	痛み領域
A	11	0	9	3	2	0
B	64	9	66	13	23	1
C	31	7	40	10	8	1
D	17	3	27	8	8	0
E	82	18	50	10	3	0
F	43	6	63	16	16	3
G	15	5	11	5	1	0
H	29	7	40	12	7	2
I	49	11	46	16	6	2
J	16	4	48	12	4	2
K	27	4	60	11	25	2
L	30	7	50	15	19	4
M	13	0	16	4	5	0
N	61	14	60	14	34	9
O	46	11	50	14	0	0
中央値	30	7	48	12	7	1
最小値	11	0	9	3	0	0
最大値	82	18	66	16	34	9

総得点：MDQ47項目の合計点

痛み領域：痛み領域6項目の合計点

表3 タクティールケア介入前後のVAS得点

VAS得点	介入前		介入後		前後の有意差 p値
	平均値	SD	平均値	SD	
服薬なし (n = 10)	65.4	33	25.2	19.7	0.005
服薬あり (n = 7)	56.3	15.7	17.6	14.6	0.018

Wilcoxon符号付き順位検定

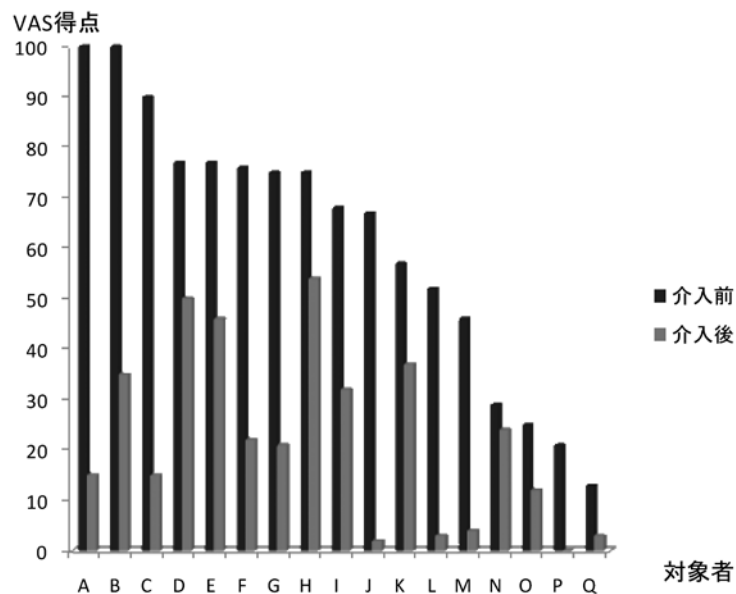


図1 タクティールケア介入前後のVAS得点比較

表4 月経痛の状況とタクティールケア介入後の反応

対象	鎮痛剤	VAS得点		タクティールケア介入後の反応
		介入前	介入後	
A	しない	100	15	激しい月経痛で腹部を押さえて苦悶状態。吐気あり。仰臥位になれず、側臥位で介入。痛み、吐気が軽くなった状態で帰宅し鎮痛剤服用。そのまま月経痛の再来なく2日目の鎮痛剤は不要であった。
B	しない	100	35	月経3日目、腰部痛が激しく腰をかがめて歩いてきた。自分で腹部をさすっていたが、介入中にさする動作がなくなった。介入後帰りは背筋を伸ばしスタスタと歩いて行った。
C	しない	90	15	介入後月経痛が緩和し、その後痛みの再来はなかった。
D	しない	77	46	腰部痛が強い。介入直後に痛みは残っていたが90分後にはほとんど痛みが消失した。
E	しない	77	50	腰部痛は介入直後に消失。下腹部痛が軽減した。
F	しない	76	22	介入により頭痛と肩こりは直後に消失したが下腹部痛は少し残った。
G	服用	75	20	今回はじめて2カ月月経が遅れ月経痛が強い。鎮痛剤を服用したが効果なく1時間30分後にケアを希望した。介入後月経痛が軽減した。
H	しない	75	54	背部に介入中痛みを強く感じたが、足部の介入で月経痛が軽減した。
I	服用	68	32	前夜に鎮痛剤を服用、昼頃から再度痛くなった。介入後腰部痛はすぐ消失。下腹部痛は直後に少し残っていたが、1時間後頃には徐々に消失しその後痛みの再来はなかった。2日目の鎮痛剤を飲まなくて済んだ。
J	服用	67	2	朝、鎮痛剤服用し、夕方再び増強し2度目の鎮痛剤服用後ケアを受けた。下腹部痛・頭痛・腰部重い・倦怠感あり、介入後頭痛が少し残っているが他はすっきりした。
K	服用	57	37	鎮痛剤で軽減せず、服用から2時間30分後にケアを受けた。腰部痛と下腹部痛、軽度の頭痛があった。頭痛は完全に消失し、他の痛みは軽くなった。介入前より身体が軽くなった感じがした。
L	服用	52	3	月経1日目。鎮痛剤服用2時間後に顔面蒼白で身体を屈めて来室した。介入10分頃から顔色がピンク色に変化し、介入後月経痛がほとんど消失した。
M	服用	46	4	今回鎮痛剤服用しても軽減しないので服用30分後にケアを希望。介入後ほとんど痛みの取れた状態が約8時間持続した。
N	服用	29	24	前日に鎮痛剤を服用したが痛みが残っていたので翌日にケアを受けた。痛みの程度は少し軽くなった。
O	しない	25	12	下腹部痛・腰部痛は我慢できる程度だったが軽くなった。
P	しない	21	0	主に腰部痛。介入直後は少し痛みが残っていたが、1時間後に腰部痛は消失した。
Q	しない	13	3	下腹部のチクチクする痛みと腹部と肩の重い感じ、イライラがあった。肩が軽くなり、イライラが全くなかった。

の下位領域の1つである痛み領域の得点は、月経前は、7（0-18）、月経中は、12（3-16）、月経後は、1（0-9）であった（表2）。

(2)生活背景

①睡眠習慣は、規則的7名、不規則10名であり平均睡眠時間は、6.09（±1.8）時間であった。②食事習慣は、規則的14名、不規則3名で、朝食の摂取時間の平均は7時30分であった。朝食の欠食者が2名であった。③ストレスの有無と内容は、

「ある」と答えた者は11名で、ストレスの内容は看護学実習や科目試験などであった。

2. タクティールケア介入による効果

(1)月経痛の変化

タクティールケア介入前に最も痛みを表現した対象者のVAS得点は100、軽く表現した対象者の得点は13であった。介入後では53が最も高く、最も低く表現した対象者は0であり、全員のVAS得点が減少した。個々の対象者のVAS得点の変

化を図に示した(図1)。当日鎮痛剤を服用していなかった対象者10名の介入前平均値は、65.4(±33.0)、介入後は25.2(±19.7)であり介入前と比較し有意に減少した(p=.005)。当日鎮痛剤を服用していた対象者7名においての介入前は、56.3(±15.7)、介入後は、17.6(±14.6)で後が有意に減少した(p=.018)(表3)。

(2)タクティールケア介入後の対象者の反応

月経痛の状況とタクティールケア介入後の反応を表4に示した(表4)。痛みでは下腹部痛・腰部痛・頭痛があり、個人によって痛みの種類や程度に差があったがいずれも介入前より後に軽減していた。肩こり、イライラ、吐気、倦怠感、体が重い等の月経随伴症状が軽減した。

激しい痛みで苦悶および顔面蒼白があり身体を真っ直ぐに立てない状態で訪室し介入により改善した3事例の報告である。事例Aの月経の状況とタクティールケア介入後の反応は、激しい月経痛で吐気があり仰臥位になれず側臥位で介入した。月経痛と吐気が軽くなった状態で帰宅し鎮痛剤を服用した。そのまま月経痛の再来なく2日目の鎮痛剤は不要であった。事例Bは、月経3日目であったが腰部痛が激しく腰を屈めて来室した。自分で腹部をさすっていたが、介入中にさする動作がなくなった。介入後帰りは背筋を伸ばして歩いて行った。事例Cは、月経1日目で2時間前に鎮痛剤を服用し、顔面蒼白で身体を屈めて来室した。介入10分位から顔面がピンク色に変化し、介入後に月経痛がほとんど消失していた。

考 察

1. 疼痛緩和効果

本結果は、VAS得点が鎮痛剤服用の有無を問わず有意な低下が見られたことによりタクティールケアは月経に伴う疼痛緩和に有用である。筆者らが行った健康な女性10名へのタクティールケア介入で、胸部・右手・右足で測定した体表温度がいずれの部位でも上昇し介入後60分間持続した。特に右足の体表温度は、介入前の平均値32.1±1.0℃と直後の平均値33.4±1.3℃(p=.0042)、30分後の平均値34.1±1.2℃(p=.0006)、60分後の平均値34.7±1.1℃(p=.0001)であった⁵⁾。比較的長い時間継続して体表温度が上昇することで、「温かくなった」「気持が良い」など副交感神経刺激反応が得られ、「癒し」効果が緊張や疼痛緩和につながった。

鎮痛剤を服用していない対象者10名において、

タクティールケア後に月経痛が有意に改善した。鎮痛剤を服用するに至らないものの月経中に月経痛を我慢して過ごしている女性が、タクティールケアを受けることによって、苦痛なく過ごせることが期待できる。また、今回の対象のうち、鎮痛剤を服用していた対象者7名は、鎮痛剤を服用してもなお月経痛が改善しなかった対象である。これらの対象においても、タクティールケア介入後に月経痛が有意に改善した。このことにより、薬剤により改善しない月経痛に対してもタクティールケアが有効である可能性が示唆された。しかし、今回の調査では対象者の苦痛緩和を優先させたため、鎮痛剤を服用してからの経過時間を調整していない。このため、タクティールケア介入中に鎮痛剤の効果が出現した可能性を否定できない。

2. 月経随伴症状の改善

介入直後の対象者の反応として得られた月経随伴症状のうち吐気やイライラ、倦怠感などの改善については、月経痛同様、タクティールケアのもつ効果である「癒し」効果によるものと考えた。前出の筆者らの研究で、感情・気分を測定する日本語版POMS短縮版による調査の結果、「緊張-不安」、「抑うつ-落込み」、「活気」「疲労」「混乱」の項目が有意に低下し、リラクセーションの効果が検証された⁵⁾。このことから、リラクセーションによって緊張や不安感が軽減し月経随伴症状が軽減したと考える。

MDQによる調査は、月経周期に伴う不快症状を測定して対象者の属性として把握した。月経痛を有するものを対象としていることで、すべての時期の得点が作成者の示している平均値より高い値を示している。月経後に得点が低下しているが、介入直後のMDQ調査ではないのでタクティールケアの介入によるものとは考えにくい。

3. 看護ケアとしての意義

月経痛を有する青年期女性を対象にタクティールケアを行った結果、鎮痛剤服用者、非服用者ともにタクティールケアによる鎮痛効果、並びに月経痛以外の月経随伴症状の改善効果が見られた。タクティールケアは一定のトレーニングを受ければ、誰にでも簡単に施術できる行為であり、物品や薬剤などを使用する必要もない。したがって、いつでも必要に応じて施術でき苦痛を緩和させることが可能である。タクティールケアを月経痛や月経痛以外の月経随伴症状の改善に活用することによって、これらによって苦しむ女性が、医療に依存することなく、より快活な日常生活を送るこ

とが可能になる。

4. 本研究の限界

本研究は、対象が学生に限られており生活リズムが似ている可能性がある。また、調査者及びケア介入者は面識のある教員である。月経痛は本人の主観的評価であることから、この人間関係が調査結果に影響を及ぼした可能性が否定できない。また、本研究は対象群を設定していない前後比較研究である。このため、月経痛の程度や生活環境状況などが調査結果に影響を及ぼしている可能性が否定できないことも本研究の限界といえる。今後、対象群を設定して検証する必要がある。

結 論

月経痛を有する青年期女性17名に対して、月経痛と月経痛以外の月経随伴症状を緩和する対処法として背部および両足部のタクティールケア介入を行い、効果を検討した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 月経痛におけるVAS得点は、鎮痛剤服用の有無にかかわらず、タクティールケア介入によって有意に減少した。

2. タクティールケアの介入は、月経痛以外の月経随伴症状を緩和する効果があることが示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力を頂いた学生有志の皆様、およびご指導いただきました諸先生に深謝いたします。なお、本研究は第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会において発表したものである。

文 献

- 1) タクティールケア普及を考える会編：スウェーデン生まれの究極の癒やし術タクティールケア入門，7，日経BP企画センター，東京，2008
- 2) 稲野聖子：タクティールケアを用いた気持ちいいケア，認知症看護，10(2)，83-88，2009
- 3) 田嶋健晴：安心をもたらすQOLを向上させる“タクティールケア”，コミュニティケア，9(7)，50-53，2007
- 4) Henricson, M, Berglund, A-L, et al: The

outcome of tactile touch on oxytocin in intensive care patients:a randomized controlled trial, Journal of Clinical Nursing, 17(19), 2624-2633, 2008

- 5) 酒井桂子, 坂井恵子, 坪本他喜子, 他: 健康な女性に対するタクティールケアの生理的・心理的効果, 日本看護研究学会雑誌, 35(1), 145-152, 2012
- 6) 小泉由美, 河野由美子, 久司一葉, 他: タクティールケア実践記録からみる効果の内容分析, 日本看護研究学会雑誌, 35(4), 91-99, 2012
- 7) 吉沢豊予子, 鈴木幸子編: 女性看護学, メヂカルフレンド社, 東京, 170, 2008
- 8) 池田智子, 鈴木康江, 前田隆子, 他: 高校生における月経痛と関連する因子の実態調査とリラクゼーション法による月経痛の軽減効果, 母性衛生, 52(1), 129-138, 2011
- 9) 伊藤綾夏, 杉浦絹子: 女子大学生の月経周期における心身の変化—ポジティブおよびネガティブな変化と月経イメージとの関連—, 母性衛生, 51(1), 189-197, 2010
- 10) 時田純子, 島袋香子, 高橋真理: 看護女子学生の臨地実習におけるストレス対処とライフスタイルが月経随伴症状に及ぼす影響, 母性衛生 50(1), 71-77, 2009
- 11) 福山智子, 山川正信, 佐藤賢太: 自己効力理論を用いた月経随伴症状緩和プログラムに関する研究, 母性衛生, 50(1), 174-181, 2009
- 12) 山内弘子: 月経前症候群を有する青年期女性に対する症状改善のための看護介入の検討—月経教育・マンスリービクスによる介入—, 母性衛生, 50(2), 468-474, 2009
- 13) 古田聡美: 月経随伴症状の軽減へのマンスリービクスの効果について—即時的VASによる検討—, 鹿児島純心女子短期大学研究紀要, 37, 109-122, 2007
- 14) 細野恵子, 市川正人, 田上恭子, 他: 蒸気温熱シートによる若年女性の月経随伴症状緩和の有効性, 日本看護技術学会誌, 9(2), 39-47, 2010
- 15) 堀洋道監修: 心理測定尺度集Ⅲ—心の健康をはかる〈適応・臨床〉—, サイエンス社, 272-277, 東京, 2001

そ の 他

インドネシア共和国 マカッサル市における保健医療の実態

The actual situation of the health care
in the Republic of Indonesia Makassar City

木村 留美子¹⁾, 津田 朗子¹⁾, 松井 由美子²⁾

Rumiko Kimura¹⁾, Akiko Tsuda¹⁾, Yumiko Matsui²⁾

¹⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系, ²⁾新潟医療福祉大学

¹⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University,
²⁾Niigata University of Health and Welfare

キーワード

インドネシア, マカッサル市, ヘルスケア

Key words

Indonesia, Makassar City, health care

要 旨

インドネシア共和国における母子保健の水準の向上に寄与することを目的に、南スラウェシ島の最大の都市であるマカッサル市の保健医療機関および大学を視察し、インドネシアおよびマカッサル市の母子保健水準に関する事前調査を行った。

インドネシア政府は、WHOの開発途上国に対する指導を受けながら徐々に乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の改善をはかり、エイズやマラリア等の疾患の蔓延も減少させてきている。しかし、住民の健康に対する知識は低く、5歳未満の子どもの感染症や低栄養による死亡、および妊婦の貧血、高血圧等の問題はなかなか改善されていない。また、これらの問題に対する専門家の予防的介入に対する教育は未だ今後の課題とされており、このような専門家の教育や、住民に対するプライマリ・ヘルス・ケアの定着にはさまざまな工夫が求められる。

はじめに

2012年6月、東京（羽田）国際空港を真夜中の1時に発ち、早朝7時にデンパサール（バリ）空港に到着した。その日はバリで宿泊し、翌朝6時半にデンパサール空港からマカッサル（Makassar）

のハサヌディン空港に向けて出発し、同日の朝8時に到着した。

訪問の目的は、インドネシア共和国（以下、インドネシア）における母子保健の水準の向上に寄与することを目指した事前調査である。マカッサ

ル市では地域保健所としてのプスケスマス (Puskesmas) と住民参加型の総合保健ポストであるポシヤンドゥ (Posyandu) の5施設、およびハサヌディン大学と2つの大学病院の視察を行い、さらに家庭訪問を実施した。

インドネシアの特徴

インドネシアは大小17,000余りの島からなる世界第15位の面積を持つ国であり、人口は日本の約2倍の2.44億を越え世界第4位である。この国は300以上の民族が独自の文化と約250の言語を持ちそれぞれのコミュニティで生活している。公用語はインドネシア語であり、英語教育も早い時期から行われ、義務教育は我が国と同様、小学校の6年間と中学校の3年間であり、識字率は92%とされている¹⁾。しかし、現実には学校に行っていない子どもも多く、中学校の就学率は67%程度であり、コミュニティが違えば会話が成立しないことも多く実際の識字率はさだかではないように思われた。

インドネシアは豊富な天然資源を有し、リーマンショック後の実質GDPの伸び率は2011年に6.5%を越え、1997~1998年のアジア通貨危機以来の最高の水準となり、ASEAN地域の経済の牽引役となっている。しかし、貧富の格差は甚だしく、地域別の貧困率をみると、西部のジャワ・バリが12.5%、スマトラが14.1%、東部のスラウェシが17.6%、マルク20.5%、ヌサトゥンガラが24.8%、パプアが36.1%と地方になるにつれ貧困率が高く¹⁾、国の施策普及には大きな格差が生じていた。

したがって、このような地域間格差の是正、防災、インフラストラクチャーの整備などがこの国の重要な課題である。

インドネシアの保健医療水準

インドネシア保健省による2010年の人口動態統計²⁾によれば、人口構成は0-14歳が28.9%、15-64歳が66.1%、65歳以上が5.0%で平均寿命は71歳、合計特殊出生率は2.4である。

母子保健の水準を示す乳児死亡率 (Infant Mortality Rate : IMR) や妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Rate : MMR) をASEAN諸国と比較^{3, 4)}すると、2009年のIMRはカンボジア68、ミャンマー54、ラオス46、インドネシア30、フィリピン26、ベトナム19、タイ12、マレーシア6であり、ASEAN諸国の中でもインドネシアのIMRは高く、その値は1960年の日本の状況に匹敵する。

WHOはすべての子どもの死亡の約4分の3はアフリカと東南アジアの地域で起こっており、特に5歳未満の死亡率はそれらの国々の貧しい農村や教育の行き届かない地域で高く、その主な死因は肺炎、下痢、マラリア、はしかなどの感染症や低栄養であると報じている³⁾。インドネシアでは5歳未満児の死亡率は35で、カンボジアやミャンマーなどの後発開発途上国 (Least Developed Countries : LDC) に次ぐ低水準国である。また、5歳未満の死亡のうち40%は新生児死亡が占めており⁵⁾、安全な出産と新生児育児の指導はこの国の重要な課題といえる。

妊産婦死亡では、直接の死因は出血、感染、妊娠中毒であり、ASEAN諸国におけるMMRの比較^{3, 4)}ではラオス580、カンボジア290、インドネシア240、ミャンマー240、フィリピン94、ベトナム56、タイ48、マレーシア31であり、インドネシアにおける妊産婦死亡の改善は乳幼児死亡と同様に重要な課題である。妊産婦死亡の原因は若年結婚、高齢出産、短い出産期間、健康水準の低さ、頻回の妊娠・出産、妊娠後期の重労働、および貧困や低学歴による伝統的医療の支持などによるものである⁶⁾。

このようにインドネシアにおける母子保健の水準を高めるためにはIMRとMMRを低減させる取り組みが急務である。

そこで、WHOは開発途上国に対する母子保健の水準を高めることを目的に、国連ミレニアム宣言において8つの開発目標 (Millennium Development Goals : MDGs) を掲げた^{7, 8)}。そのうちの3つは保健関連目標であり、「乳児死亡率の削減 (MDG4)」、「妊産婦死亡率の削減 (MDG5)」、および「HIV/エイズ、マラリア、その他の疾患の蔓延の防止 (MDG6)」であった。

これらの下位目標は、NDG4では「5歳未満児の死亡率を2015年までに3分の1に削減」、MDG5では「妊産婦の死亡率を2015年まで4分の1に削減」と「リプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスの実現」をはかることである。

インドネシア保健省はこの目標の達成状況について2010年に中間報告を行った⁹⁾。これによると、IMRは68から34へ、5歳未満児の死亡率は97から44に減少していた。MMRは390から228へ減少していたが、MMRの目標値は102であるため今後一層の努力が必要である。

リプロダクティブ・ヘルスに関連した項目は、既婚女性の避妊普及率は49.7から61.4へ、実施率

は47.2から57.4と増加し改善は見られていない。一方、妊産婦健診への参加率は1回参加が75%から93.3%へ、4回参加率は56%から81.5%へと増加しており安全な出産への意識は高まってきている。10代女性の出産率は67から35へと減少していた。

インドネシアでは2011年から妊産婦健診や出産の経費が無料化されているため、今後周産期に伴う問題は徐々に改善されていくものと考えられる。

また、HIV/AIDSの蔓延防止に関する中間報告は、感染者のコンドーム使用率の12.8%には性差がみられ、女性は10.3%、男性では18.4%であった。マラリアの発症率は4.68から2.4に減少し、結核の発生率は343から228へと減少し、その死亡割合は92から39に半減しており顕著な効果が確認された。

インドネシアの医療システム

インドネシアは2001年以降の地方分権政策により、各地方に置かれていた国の機関である保健省の権限は地方自治体に移譲された。しかし、その結果、自治体の規模により衛生行政の地域間格差は拡大した。そこで、インドネシア保健省は、日本の「健康日本21」にあたる「健康インドネシア2010」や「保健所の基本方針に関する保健大臣令（2004）」により健康増進、母子保健、栄養、環境衛生、感染症対策、治療の6項目を改善目標に追加して地域看護業務に位置付けた。さらに、それを担う保健所看護師の資質向上のために地域看護業務を義務的業務と発展的業務に分け、地方政府の保健医療に関する行政能力をバックアップしている。その重要な役割を担うのが1985年の「開発の時代」¹⁰⁾に大統領決定を受けて広く普及した地域保健所としてのプスケスマス（Puskesmas）や住民参加型の総合保健ポストとしてのポシヤンドゥ（Posyandu）である。

プスケスマスは全ての地域住民を対象とした診療所であり、医師、歯科医師、助産師、地域看護師などが働いており、軽度の疾患や歯科治療や保健省が打ち出した保健施策を県や市の保健機関から指導を受けながらプログラム化し、直接住民への保健医療サービスを提供する事業を実施していた。

一方、ポシヤンドゥはプスケスマスの下部組織としての機能を果たしており、ここでは母子に特化した事業として母親に対するカウンセリングや妊婦の健康管理、子どもに対しては予防接種などを実施していた。

したがって、ローリスクの妊婦の場合はプスケスマスで対応するが、ハイリスクの場合は病院に紹介していた。また、ハイリスクの妊婦はProgram Perencanaan Persalinan Dan Pencechahan Komplikasi (P4K)により、家庭訪問の対象となり母の名前、出産予定日、困ったときに誰が助けてくれるか、誰と一緒に病院に行くか、また血液型などを記入したステッカーが家に貼られており、妊婦に対する助産師の無料診療やアフターケアも行われていた。

南スラウェシ州マカッサル市における母子保健の状況

今回訪問したマカッサル市は、インドネシアの中央に位置し、カトレアの花の姿を想わせるスラウェシ島の南スラウェシ州に位置している。

スラウェシ島はインドネシア第3番目の広さを持っており、人口は約200万人でインドネシア全体の8.2%を占めている。

マカッサル市の人口は約120万人で、スラウェシ島の60%がここで暮らす大きな市であり、金の取引で知られている。

栄養失調児の割合はインドネシア全体では2007年が18.4%、2010年は17.9%と改善傾向にあるが、ここスラウェシ島ではその割合は2007年が17.6%、2010年は25.0%と増加している。

現在、マカッサル市には200人の助産師が活躍しているが、かつては助産師に代わり専門的な知識を持たない伝統的産婆（Traditional Birth Attendants：TBA）が地域の出産や育児に大きな役割を果たしていた。しかし、医療の近代化に伴い出産のほとんどが病院またはプスケスマスで行われるようになり、彼らの役割は減少し、現在では地方に10～20人程度と減少している。こういったこともインドネシアにおけるIMRやMMRの改善に大きく関係しているものと思われる。

プスケスマスでの助産師の主な仕事は予防接種、リプロダクション、産前の準備、結婚前の情報提供などであるが、時には高齢者ケアも行っていた。妊婦はプスケスマスで妊娠期間中に3ヶ月・6ヶ月・9ヶ月（2回）の4回健診を受けることができる。また、10年前から母子健康手帳（Buku Kesehatan Ibu Dan Anak）が導入され、徐々に活用されるようになってきている。

日本政府はインドネシアに対する開発援助国（Official Development Assistance：ODA）として最大の供与国であり、経済的な面でも長期にわ

たり密接な相互依存関係を有し¹¹⁾、独立行政法人・国際支援機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）と共に保健の面でも母子手帳等の普及や予防接種、健康診査などに力を入れている。1993年から配布が始まった母子健康手帳はその後インドネシアの国家プロジェクトとして発展し、JICAが北スラウェシをパイロット地域として貧困層を対象に活動を開始した¹²⁾。インドネシア保健省地域保健総局は、その充足率を2003年は48%、2006年は62.4%と報じ、その後インドネシア33州で80%の充足率との報告もあり¹³⁾、驚異的な広がりを見せている。しかし、2005年のモニタリング調査では「現場における手帳の活用やその質が不十分」「手帳はポシアンドゥで使う物との意識から病院やクリニックでは使用されていない」など、貴重な取り組みも専門家の理解や推進がなければ本来の目的を果たさないなどの問題も浮き彫りになった。

我が国とは違い、多くの島が点在するインドネシアでは、多宗教、多言語を特徴とし、それに伴い伝統的な文化も異なっている。したがって、支援のあり方にはまだ考慮すべき点も多く、プライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care：PHC）の定着には様々な工夫が求められる。

また、近年のように国境を越えて人や物の流れが頻繁になることで、鳥インフルエンザなど感染性の高い疾患が瞬く間に世界的な広がりを見せる昨今、感染症の拡大防止という点では開発途上国支援というよりも共にグローバルな視点で協力し合う関係が重要である。

インドネシアの看護教育

我々は、マカッサル市にあるハサヌディン国立大学（Hasanuddin University）を訪問し、同大学医学部長や看護学科主任、および同大学の看護学の研究者らと今後の研究や大学におけるPHCの教育について話し合いを行った。その後、彼らの案内で医学部棟や看護学科棟を視察した。教育に使用されている機器類はいずれもかなり古いものであったが、医学生たちは小さな教室に分かれてそれぞれの場面が設定された事例による診察の練習やテストなどを行い演習中であった。廊下の壁には昔と今を対比させた学生たちの写真や学会のポスター、政府の活動を示す大きな組織図（Struktur Organisasi）等が貼られていた。学内の一角には医学生によるラジオ局が開設され、市民向けに医学情報が随時発信されていた。

看護教育については、学士レベルに必要な能力として、1. 効果的なコミュニケーションができる、2. 看護の実践において倫理と法的側面を適用できる、3. 病院や地域で専門職としての看護実践を提供できる、4. 看護におけるリーダーシップとマネジメントを発揮できる、5. 対人関係の結びつきを築くことができる、6. 簡単な調査を行うことができる、7. プロフェッショナルリズムを發展させ、生涯学習を続けることができるなどの教育目標が考えられており、インドネシアにおける4年制大学への期待の大きさがうかがえた。

また、看護教育は1. 基礎看護学、2. 外科学看護学、3. 母子看護学、4. 小児看護学、5. 精神・地域看護学、6. 救急看護学の6領域に分類されていた。

インドネシアの看護師は、2006年頃迄は中学校卒業後に教育を受けて資格を得た者が大半を占めていたが、最近では教育機関の増加により、3年間の職業教育課程と大学教育を受けた学士以上の者が増加してきているとのことであった。しかし、同じ正看護師でも我が国同様、3年制の教育を受けた者と大学教育以上ではカリキュラムの格差が大きいようであった。

看護師の数を比較すると2006年のインドネシアの看護師数は人口10万人に対して137.9であり、人口が日本の倍でありながら日本の635.5とは大きな違いが見られた¹⁴⁾。2010年の目標値は158であり、その数は確実に上昇しつつある。

マカッサル市における視察の報告は紙面の都合上、「マカッサルの母子保健体制と今後の課題」の次報にて行う。

引用文献

- 1) STATISTICS INDONESIA. BADAN PUSAT STATISTIK, (インドネシア中央統計局) [オンライン, http://www.bps.go.id/eng/tab_sub/view.php?kat=1&tabel=1&daftar=1&id_subyek=28¬ab=2], 6. 18. 2013
- 2) Minister of Health Republic of Indonesia. Indonesia Health Profile 2010, [オンライン, <http://www.depkes.go.id/downloads/Indonesia%20Health%20Profile%202010.pdf>], KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, 5. 20. 2013
- 3) WHO: Global Malaria Report 2010, [オンライン, <http://www.who.int/malaria/world->

- malaria-report-2010/worldmalariareport2010.pdf], WHO, 5. 20. 2013
- 4) 江上由里子, 安川孝志, 廣田光恵, 他: インドネシア共和国の保健医療の現状. 国際保健医療, 27, 171-181, 2012
 - 5) ユニセフ世界子供白書2012, [オンライン, <http://www.unicef.or.jp/library/pdf/haka2012.pdf>], UNISEF, 5. 28. 2013
 - 6) 宮園夏美: インドネシアにおける出産の医療化, 鹿児島県母性衛生学会, 3-9, 2006
 - 7) 国連ミレニアム開発目標 (MDGs) とは, [オンライン, <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/about.html>], 国際協力政府開発援助ODAホームページ, 5. 28. 2013
 - 8) ミレニアム開発目標への取り組み 独立行政法人 国際協力機構2010.
 - 9) Ministry of National Development Planning, National Development Planning Agency (BAPPENAS) Republic of Indonesia. Report on the Achievement of the millennium development goals Indonesia 2010, [オンライン, <http://www.undp.or.id/pubs/docs/MDG%202010%20Report%20Final%20Full%20LR.pdf>], 5. 28. 2013
 - 10) 齋藤彩美: インドネシアの地域保健活動と「開発」の時代: カンボンの女性に関するフィールドワーク, お茶の水書房, 2009
 - 11) 外務省: 国別地域別政策インドネシア, [オンライン, <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/hoshin/pdfs/indonesia.pdf>], 外務省政府開発援助ODAホームページ 2012, 5. 28. 2013
 - 12) 當山紀子, 中村安秀: インドネシア版母子健康手帳の受益者負担制度に関する研究—北スラウェシ州における事例を通じて—, 国際保健医療, 20, 31-35, 2005
 - 13) 八島知子: インドネシアの母子健康手帳, 小児科臨床, 62, 849-861, 2009
 - 14) 奥島美夏: EPA看護師候補との3年間 インドネシアの保健医療・看護教育制度, 看護教育, 52, 696-701, 2011

そ の 他

マカッサルの母子保健体制と今後の課題

The maternal and child health system of
Makassar City and the future issues

木村 留美子¹⁾, 松井 由美子²⁾, 津田 朗子¹⁾

Rumiko Kimura¹⁾, Yumiko Matsui²⁾, Akiko Tsuda¹⁾

¹⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系, ²⁾新潟医療福祉大学

¹⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University,
²⁾Niigata University of Health and Welfare

キーワード

インドネシア, マカッサル市, 母子保健

Key words

Indonesia, Makassar City, maternal and child health

要 旨

インドネシア共和国マカッサル市における母子保健水準の向上に寄与することを目的に、地域保健所のプスケスマス (Puskesmas) と総合保健ポストであるポシアンドゥ (Posyandu)、およびハサヌディン国立大学と大学病院を視察・訪問し、マカッサル市における今後の母子保健の課題を検討した。

その結果、マカッサル市ではプスケスマスの増設やポシアンドゥでの無料相談、日本から導入された母子手帳の活用、および国立病院における母子の無料診療等の対策により、乳幼児死亡率は徐々に改善傾向にあった。しかし、住民の暮らしを通して見える健康上の問題は未だ山積しており、出産に伴う禁忌 (タブー) も根強く残っていた。このような中で住民の教育に携わる専門家の指導は必ずしも住民が抱えている問題に対応しているとは言えず、プライマリ・ヘルス・ケアの定着に向けた取り組みは、海外からの直輸入ではなく、その国の実態を受けた形で行われることが必要であると考えられる。

はじめに

インドネシア共和国 (以下、インドネシア) 訪問の目的は、マカッサル市における母子保健の水準の向上に寄与することを目指した事前調査である。

視察・訪問先は地域保健所のプスケスマス (Puskesmas) と住民参加型の総合保健ポストで

あるポシアンドゥ (Posyandu) の5施設、およびハサヌディン国立大学と2つの大学病院である。また、地域の家庭訪問も行った。これらの視察・訪問からマカッサル市における今後の母子保健の課題を検討した。

プスケスマス等における母子保健の支援体制

ハサメディン国立大学の教員と共にプスケスマス、カシカシ (Puskesmas Kassi-kassi) を訪問し、センター長 (医師) の案内で施設内を視察した。

建物の壁は内も外も青く塗られ、壁には利用者の登録カードを入れるウォールポケットが掛けられていた。登録カードには登録番号 (Register)、名前 (Nama)、年齢 (Umur)、夫の名前 (Nama Suami)、職業 (Pekerjaan)、住所 (Alamat)、所属する保健機関名と政府が乳児死亡率 (Infant Mortality Rate : IMR) や妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Rate : MMR) を減少させる目的で輸血や緊急時の対応などを記した6項目、および I. 妊婦 (Bumil)、II. 褥婦 (Bufas)、III. 授乳期 (Buteki) などを記入するようになっていた。診察室には血圧計や聴診器、乳児用体重計などが置かれ、乳児健診や妊婦健診の準備がなされていた。また、ここには複数の学校から多くの看護学生が実習に訪れていたが、イスラム教のヒジャブと呼ばれるスカーフを巻いた学生が最も多かった。ここでの実習は、学生たちが積極的に健診の介助を行うというよりはむしろ、見学中心の実習のようであった。

次の訪問先はポシアンドゥ、ダリア I (Posyandu Dahlia I) であった。その建物も青を基調とした造りとなっており、子どもを抱いた母親や祖母、そして小学生の兄弟の姿も多くみられ、母子健康手帳を持参して健診の順番を待っていた。ここではKartu Menuju Sehat : KMSと書かれた母子保健に関するリーフレットが配布されていた。また、乳児死亡率や罹患率の改善を目的とした食生活の指導、および家族計画やエイズ対策など地域保健プログラムが計画されていた。職員は母子手帳の項目に添ってチェックを行っていたが、貧血や高血圧がみられてもその原因となる問題をアセスメントするための情報収集や内容の確認を行っている様子はなく、チェックが指導にどのように生かされているかは確認できなかった。

別のポシアンドゥ、ブンダ (Posyandu Bunda) では、庭一面に薬草が栽培されており建物の壁には薬草の写真とその効能が書かれたポスターが貼られていた。これらの薬草は実際の治療や指導に活用されているとのことであった。薬草の手入れはボランティアの人々が行っており、その活用方法等を丁寧に紹介してくれた。ここもやはりブルーを基調とした建物で、テーブルの上にはエネルギー量を示した食物の模型等が置かれてい

た。壁には受診者の受診状況を示した表やグラフ等が貼られていた。

次に南スラウェシ県保健局 (Mappatoba Provincial Health Office) を訪問した。保健局長からは、南スラウェシ県の保健管理組織について説明を受け、また管轄機関によって取り扱う保健内容が異なっていることなど各施設の特徴的な取り組みなどに関する話を聞くことができた。母子保健に関しては、日本の例を挙げながら児童虐待や育児に関する問題についても尋ねたが、それについては管轄外とのことであり機関間の連携はほとんど行われていないとのことであった。

プスケスマス、マンガサ (Puskesmas Manga-sa) ではセンター長 (医師) と地域助産師からインドネシアの妊娠出産に関する状況について話を聞くことができた。かつて出産のほとんどを担当していた伝統的産婆 (Traditional Birth Attendants : TBA) は、現在では出産そのものに直接関わることは極めて少なくなり、母親の付添的役割に限られてきているとのことであった。

プスケスマスの一室では、地域助産師による妊婦健診を見学することができた。狭い診察室にはベッドが一つ置かれており、助産師がメジャーで妊婦の腹囲と子宮底を測定しトラウベで心音を聞きレオポルド診察法により児頭の位置などを確認していた。一人の妊婦には骨盤位のため手術が必要といった説明が行われていた。

別の部屋には住民に対する健康教育を目的としたポスターが多数貼られており、エイズ患者への教育を行っている場面、各種健診や健康指導教室を行っている写真が展示されていた。また、スタンダードプリコーションの浸透を図る目的で手洗いの方法が図示されていたが、その方法は日本で用いられているものと全く同じであった。イスラム教が大多数を占めるインドネシアでは宗教上の理由から右手は食事をする清潔な手、左手は排泄後の始末をする不浄な手とする生活習慣が通常であることを考えると、インドネシアで日本式の手洗いがどの程度浸透しているのかはやや疑問が残った。

マカッサルの市民生活

マカッサルでは訪問先を訪れるたびにお茶とお菓子のもてなしを受ける機会が多くあった。この地域の伝統的なお菓子は非常に甘く、お茶にも多くの砂糖が入っていた。宗教上の理由から飲酒をしない生活であるため、代わりに甘い物が大変

好まれるようであった。

また、移動の際には人々の町中での日常を垣間見ることが出来た。町の中を流れる川では、大人達の見守る中、多くの子どもたちが泳いでいた。川はゴミが散乱して非常に汚く、泥水ようであった。ゴミは至る所に放置されており、毎日収集されてはいるものの、収集する者は裸足でゴミ収集車の上に乗り、素手でそのゴミを他の車に移すなど、住民への健康被害が危惧され、感染予防のための教育の不足を痛感した。

また、バイク社会であるインドネシアには町中にたくさんのオートバイが走っていた。バイクは家族の移動手段となっているため、1台のオートバイに家族5人が同乗しているといった光景も珍しくはなく、自動車が走っている間をすり抜け、隙間無く走って行く様子は非常に危険なものであった。この国の交通事故の多さや大気汚染の影響などが大変気になった。

翌朝は郊外の海に近いプスケスマス、バロンボンを訪問し、2人の助産師から話を聞くことができた。また、彼等は家庭訪問にも同行してくれた。

ここでは出産介助から妊産婦への教育、産後の育児指導まで全て助産師が中心となって行っていた。指導の内容は、6か月間母乳を飲ませるための教育、離乳相談、栄養指導や予防接種など多岐にわたっており、母親の貧血予防に対する投薬も行っていた。助産師の他には地域看護師が2名勤務していた。また、必要に応じて1名のTBAが妊婦の出産を助ける役割を担っていた。妊婦の健康上の問題で最も多いのは貧血と高血圧であり、このことで痙攣を起こすことも多いとのことであった。

その後、貧しい海辺の村で暮らす妊娠8か月の妊婦の家庭を訪問した。その地域には高床式の簡素な建物が多く、家の周囲や道路のあちらこちらにゴミが散乱し異臭を放っていた。ここでも子どもたちは裸足で遊んでおり、犬や猫、鶏なども同じ住まいの中でたくさん飼われていた。我々は妊婦とその姉、義姉の3人から話を聞くことができた。妊婦は2人の姉たちが常に傍にいて支えてくれることや他の子どもの面倒も見てくれるので何も心配なことはないと話しており、家族の絆の強さを感じた。

家庭訪問の後、近くの産婦人科のクリニックを見学した。クリニックは助産師が経営しており、外見はモスクのような瀟洒な建物であった。中に入るとすぐに歯の治療室があった。1階には診察

室と分娩室があり、2階は病室で8床の入院ベッドが置かれていた。分娩用の器具はシンプルであったが、診察用には医療用超音波検査装置なども置かれていた。病室やベッドは金額によって異なり、主に富裕層の妊婦が利用しているこのクリニックでは、入院費は3日間の入院で1万円から高額になると10万円とのことであった。

マカッサルにおける出産に関連したタブー

インドネシア各地にはそれぞれの地域に出産や育児に関連したタブーが多く存在する。それらは宗教上の理由や昔からの習わしによるものであるが、それが新生児の感染症や母親の貧血を引き起こす場合がある。そこで、マカッサルにおける出産に関連した禁忌(タブー)について尋ねてみた。

まず、胎盤の取り扱いについては、コーランを唱えながら家の前に埋めるとのことであった。塩・砂糖・酸味のある果実と共に埋葬するのが通常であるが、生まれてきた赤ちゃんに異常がみられる場合には、赤ちゃんが元気になるように胎盤への祈りは捧げないとのことであった。

分娩に関するタブーとしてはさまざまな禁忌食があるとのことであった。エビは子どもの腰が曲がる、イカは黒い子どもが生まれる、カニは生まれかかった子どもが再び子宮の中に戻ってしまう等の理由により妊娠中は食べてはいけないとのことであった。また、チャンパという野菜はトロピカルディジェーズを引き起こすため、バナナは木が花を咲かせた後、実になるとだんだん小さくなるという性質から、生まれた子どもが小さくならないように食べないことになっていた。

その他、習慣として赤ん坊の出口(子宮口)をふさぐため家の出入口の前に立ってはいけない、胎盤が大きくなるため大きなお皿では食事をしないなどといったことが妊娠出産にまつわるタブーとされていた。

ハサヌディン国立大学病院

午後はハサヌディン大学病院を視察した。

母子センター(Mother & Child Center Building)は新しく建てられた病棟で、奥行きが長く廊下の左右には大小さまざまな診察室やステーションがあり、白い壁には絵などが飾られ明るい雰囲気であった。産科の診察室には超音波検査装置が置かれ、隣室には鏡と歩行用の手すりが設置された理学療法室やプレイルーム等もあった。部屋の壁には「3歳までの発達段階」や「授乳の進め

方」などのポスターが一面に貼られていた。

一方、小児科病棟の建物は大変古く暗い雰囲気であった。処置室には処置台が置かれ、体重計などの計測器や吸引器のようなもの、別の部屋にはクベースと光線療法用の器機などがあった。病棟には入院中のひとりの子どもに数人の家族が付き添っており、彼らは働きにも行かず病院で生活している様子であった。入院児は重篤な肺炎の子どもが多く、ぐったりした様子で点滴を受けていた。別の処置室では虐待を受けて入院したばかりの幼児が死亡し、また栄養失調で命を落とした乳児の死亡場面にも遭遇した。

このように病院では重篤な肺炎や栄養失調で死亡する乳幼児が多く、母親のプライマリ・ヘルス・ケア (Primary health care : PHC) に対する知識不足から引き起こされる問題^{1) 2)}の深刻さを垣間見た。

NICUでは入り口でスリッパに履き替えて入室したが、ここでも母親など数人の家族が付き添って授乳をしていた。コットに寝かされた新生児には3人の看護学生が付いていたが学生達は新生児を寝かせたまま片手で授乳をしており大変気になった。また、子どもがNICUを退院するときには家族が引き取るが、育児は家族とその地域のコミュニティに責任が分担されるとのことで、インドネシアの地方部ではまだ地域で子育てを担っている様子がうかがえた。

歯科の外来では、女性の歯科医師からインドネシアは甘いものを摂取する人が多いため齲歯が多く、歯科受診の需要が高いとの説明を受けた。実際に人々が日常的に口にする飲み物には大量の砂糖が使用されており、自動販売機でも砂糖を含まない飲み物は水だけであった。こういった理由によるものか、この国では糖尿病や齲歯の罹患者が多く、ポシアンドゥ等には必ず歯科が併設されていた。また、現地の医師によれば、この国の褥瘡患者の70%は糖尿病に罹患しているとのことであった。しかし、皮肉なことにとこのポシアンドゥ、プスケスマスにも下痢予防として砂糖水が常備されており、来所した親子がそれを飲んでいる光景をよく目にした。

マカッサル市における今後の課題

マカッサル市の母子保健対策は、以前は母親とその家族への衛生知識の普及や経済的な問題に対する支援が殆どであった。しかし、プスケスマスの増設や国立病院の無料診療により、現在では状

況が変化し、IMRも徐々に改善してきている。しかし、海岸近くで暮らす住民の塩分濃度の高い井戸水の利用、大気汚染、感染予防等に対する住民の健康意識を高めるための公衆衛生に関する教育は非常に不十分で課題も多いことを痛感した。

また、児童問題では貧困によるstreet childrenや児童労働、街頭での子どもの喫煙、エイズの蔓延など国民全体で健康管理や感染予防の対策に取り組むことが必要である。

例えば、子どもの喫煙については、大人たちはその弊害を知識として知っているにも拘らず「自分たちも吸っているから」という理由で放置していた。また、エイズ対策についてはポシアンドゥの入り口にフリーセックスに対する注意書きが大きな看板に書かれていたが、この国のエイズの蔓延はフリーセックスよりも児童期から同じ注射針でドラッグを使用することによるものが多く、問題解決に向けた根本的な対策が必要である。

これらの問題を改善するためには、住民の生活に関心を持ち彼等の生活に沿った形で住民の健康問題を考え、注意喚起出来るようなアプローチの方法が必要である。そこで、今回の視察で得られた知見を国際セミナーで報告し、また、ハサヌデイン大学の教員らと話し合う機会を得た。

ハサヌデイン大学における国際セミナー

ハサヌデイン大学で企画された国際セミナー (International Seminar on Midwifery and Nursing 2012) には地域で働く医療職者や大学の教員などが多く参加していた。最初に演台に立ったのは同大学の女性小児科医長であった。彼女は、マカッサルにおける母子の健康の指標はまだ多くの改善が必要であること、しかし、医療の力だけでは限界があり経済や教育、社会や文化などが広く関係し母親の健康状態に影響し、それが直接子どもに影響を及ぼしていることを力説していた。また、母乳育児と初期の授乳開始が赤ちゃんによる刺激を与えることなども強調していた。

2番目に筆者が小児環境発達学の立場からマカッサルを視察して得られた知見をもとに、問題点を考察し、前述したようなPHCに対する地域住民の意識を高める活動の必要性と、その教育を行うためにより専門的な教育を受けた (日本の保健師に該当する) 専門家の育成の必要性を強調した。しかし、インドネシアにおける保健支出の割合は国家予算の1%と世界の最低水準を占める状況の中で、このような考え方は「今以上に経費がかか

る」との否定的な見方も多くあることを実感した。

また、病院で収容された捨て子や虐待の子ども
の対処を通して公的機関の連携の必要性について
も話し合った。しかし、これらの問題はソーシャル・
セキュリティの問題であり、病院やプスケスマス、
ポシアンドウには関係ないとの考え方が強く、
連携システム作りはなかなか困難な様子であ
った。このことも今後のこの国の課題である。

PHCが定着しない理由

インドネシアにおいてPHCが定着しない最も
大きな理由は、地域の医療専門家が根本的な問題
を評価するアセスメント能力や問題解決能力を十
分に備えていないことである。その理由として、
この国の看護教育がまだ医師を中心に行われてお
り、治療を中心とした教育で予防医学に対する考
え方が含まれていないためと考えられる。また、
看護教育カリキュラムに唯一設けられている3単
位の地域看護学³⁾はプスケスマスなどで実施さ
れる見学実習が中心で、地域住民に対する積極的
な関わりを行う教育が実践されていないことも大
きな問題である。

今後の開発途上国に対する支援のあり方

これまでの開発途上国への支援は、貧困層を対
象とした命を救う救命救急としての支援^{4) 5)}や
物資の供給が中心であった。しかし、彼らの生活
は貧困ゆえにその日その時の問題を解決すること
が最優先となり、将来に向けた取り組みを考える
余裕や知識を持ち合わせていない⁵⁾。

したがって、これからの支援は貧困層への一時
的な支援だけではなく、恒久的な健康問題の解決
に向けた意識の定着に貢献することが重要性であ
ると考える。

そのためには、海外の模倣ではなく、また貧困
層だけを対象とした支援ではなく、国の特徴や環
境、経済格差などを考慮し、個々の経済・生活状
況から生じた健康問題を抽出し、それに応じた健
康教育の実践を行い、これまで殆ど行われていな

い^{6) 7)} 現地の専門家のリカレント教育と看護学生
の教育水準の向上に寄与する教育プログラムの構
築が重要であると考え。また、専門家は異職種
間の連携による活動方法も身につけPHCに必要な
アセスメント能力と問題解決技術を高める教育
の実践が不可欠であると考え。

さらに、近年我が国で増加しているインドネシ
アなど東南アジアの留学生と協働し、これまでに
培ってきた我が国の保健予防活動の方法論と、留
学生が抱えている現地の実態や問題を併せて検討
することで、今まさに生まれ変わろうとしている
インドネシアの保健水準の向上に貢献できるもの
と期待している。

引用文献

- 1) Engle P, Menon P, Haddad L : Care and Nutrition : Concepts and Measurement, World Development, 28, 1309-1337, 1999
- 2) 生田まちよ : インドネシア共和国西カリマンタン州における妊産婦と乳幼児の食習慣に関する調査, 熊本大学医学部保健学科紀要, 7, 11-23, 2011
- 3) 川口貞親 : 日本、フィリピン、インドネシアの看護樹教育カリキュラムの比較, 球種大学アジア総合制作センター紀要, 91-104, 2009
- 4) Thaha AR, Hadju V, Azwar A : Dampak program JPS pada status gizi anak balita di Sulawesi Selatan dan Jawa Barat. Majalah Kedokteran Indonesia, 54, 116-123, 2004
- 5) Hadju V : Paran Gizi dalam Pembangunan Anak Indonesia yang Seha, Cerdas, dan Berprestasi, Univesititas Hsanuddin, 2008
- 6) P. Hoyt : An international approach to Problem Solving for Better Health Nursing (PSBHN), International Council of Nurses, 54, 100-106, 2007
- 7) L. R. Lock : Selecting examinable nursing core competencies : a Delphi project, International Council of Nurses, 58, 347-53, 2011

シンポジウム

「在宅と病院をつなぐ看護実践とは」

～患者の暮らしを支えるために～

コーディネーター 林 一美（石川県立看護大学）

高齢者の健康に関する意識調査において、終末期に希望する療養場所として、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答している。また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えている。住み慣れた環境で、できるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

しかし、現在、在宅医療を継続してゆくためには、十分にシステムが整っているとはいえない。そこでシンポジウムでは、在宅介護現場で実践をしている方々より、その実際をお話いただき、学びの場としたいと考えた。

まず、坂本由紀子氏と坂本由美子氏は、「在宅介護と向き合い、父（夫）の生活を支える」というテーマで発表いただいた。お二人は、頸椎損傷を受傷されたご主人のご家族として、突然に介護が始まる際のご家族のとまどい、在宅での介護への取り組みについて話された。ご家族が介護プロセスの実際を通して、専門職と伴にひとつひとつ困難を乗り越えてゆくことで、ご家族なりの介護力獲得に自信をつけることができるという示唆を得た。

関利志子氏（公立能登総合病院）は、「その人らしさをつなぐ在宅療養移行支援」というテーマで発表いただいた。退院調整看護師という立場で、坂本氏の事例をもとに、医療依存度の高い人の病

院側からの在宅移行への支援について話された。退院調整看護師の具体的な役割遂行のお話から、病院という治療の場から、在宅という生活の場での医療へと繋ぐための看護マネジメントの重要性の示唆を得た。

山下陽子氏（志賀訪問看護ステーション）は、「気管切開をしたALS患者さんが安心して在宅生活を過ごせるまで」というテーマで発表いただいた。医療依存度の高い人が在宅療養を継続してゆくためには、医療者（訪問看護）の関わりなくしては困難である。地域の訪問看護師として、ロングタームで療養者や家族と関わることを通して、単に医療者と療養者という関係だけでなく、在宅という場での看護は、人間と人間との看護の実践の場であるという示唆を得た。

安田紀久雄氏（医療財団法人 安田医院）は、「やっぱり家はいいな！とっていただくための病診連携」というテーマで発表いただいた。氏は、在宅療養を「車」の部品各パーツに例えられ、熱意というエンジンによって成り立っていると話され、お話から、在宅療養継続のための職種間連携の重要性の示唆を得た。

シンポジウムでは、当事者であるご家族、退院調整看護師、訪問看護師、在宅医の豊富な経験知を得た。このような経験知が蓄積されてゆくことが、今後のよりよい在宅療養支援の礎となることを確信している。

在宅介護と向き合い、父（夫）の生活を支える

坂本由紀子、坂本由美子

私達家族は、両親、祖母、私、夫、子ども2人の7人家族です。両親は、痴呆気味の祖母と3人で同居し、私は同じ町内に住んでいます。父は母と民宿を営み、漁師と農業をしながら家族を養ってきました。

そんな父が、昨年3月に自宅で足を滑らせ転倒しているところを母に発見されました。すぐに救急車で病院へ運ばれ、頸椎損傷と診断されました。以来、首から下を動かすことができなくなり、寝たきりの状態になってしまいました。あまりに突然のことで家族一同、このことをどう受け止めていいのか、不安と戸惑いでいっぱい毎日が始まりました。

担当の医師からは病状や治療について詳しく説明して頂きましたが、状況は理解できても、なかなか納得することはできませんでした。なんとか少しでも回復の道はないかと、金沢の大学病院を紹介してもらい相談に行ったりもしました。今思うと、医師や看護師さん達に失礼な言動もあったのかなと反省しています。しかし、その時は家族全員、本当に右往左往していました。

当初、入院は原則急性期の3か月がめどであると言われ、その期間では、今後の父や家族の生活設計を立てていくことはとてもできませんでした。医師や看護師に何をどう聞けばいいのか、どう思いを伝えればいいのか本当に悩みました。そんな時に相談にのってくれたのが病院のケースワーカーの方でした。家族の不安や悩み、いろいろな申請のこと、何もかも分からないことばかりでしたがおかげで少しずつ納得しながら、父や自分たちの生活の方向が見えてきたように思います。

私たち家族は、母の強い思いもあり、父を施設に入れずに、母が在宅で介護することになりました。そのため、家の改修や在宅介護のいろいろなサポートの制度、家族ができるケアのこと、たくさんのことを看護師さんやケースワーカーの方にお世話になりました。当初言われていた期間を何ヶ月も延長しながら時間をかけて在宅への準備をすることができました。たくさんの方々にお世話頂いて本当に感謝しています。

在宅看護になってからは、ケアマネジャーを

中心に、地域の病院、近くの介護施設の方々にお世話になっています。

自宅に帰り、父も家族も家に帰って来られたことを本当に喜んでいました。最初は、病院からもらったスケジュール表を見たり、病院でしていたことを思い出したりしながら、家族で神経を張りながら介護がスタートしました。

在宅看護は、看護師さんが毎日訪ねてくれる他、週2回のリハビリの方、月に2度の医師訪問、訪問入浴、日曜日にはホームヘルパーの方など、みなさんに支えられて過ごしています。

在宅で大変なことはいっぱいあります。毎日、吸痰が必要で、痰を取らなければ苦しくなってきます。母は、病院で吸痰の仕方を習い、うまく気管に入らないときもあるようですが、少しずつ慣れてきて、なんとかやれるようになってきました。また、熱が出ることもあります。風邪をひいたのだろうか、どこからの熱なのだろうか、不安に感じることもあります。何かあったときにはいつでも介護施設の方へ連絡し、看護師さんからアドバイスを頂けるのでとても心強いです。また、床ずれもできました。しかし、足が悪い母一人では介護タクシーを使い病院へ連れて行くことはできません。そんな時は、ケースワーカーの方やヘルパーの方に付き添って頂いています。母はすごく助かっていると毎日感謝しています。

その他、困っていることはいろいろ出てきますが、親切にサポートして頂いているので、その都度その都度相談しながら面倒をみていこうと家族で話しています。今はだいぶ安心して介護できるようになってきました。

今回のシンポジウムに参加して、病院の方々や関係機関の皆さんに支援して頂いて何とかやってこられたのだとつくづく感じさせられました。お世話になった皆様に深く感謝いたします。

反面、これから先のことを考えると、持病持ちの母の体調や、父の心臓のことなど、いろいろな問題が出てくるのではないかと心配しています。

今後も、私たち家族は、サポートして頂いている方々と連携して在宅看護に取り組んでいくことが必要だと感じています。

「やっぱり家はいいな！」と書いていただくための病診連携

安田紀久雄（石川県中能登町 安田医院）

人は皆、住み慣れた自宅で過ごし、そこで最期を迎えたいと思うのが自然な姿ではないだろうか。

昭和51年に在宅死と病院死が逆転して現在は8割が病院死である。今後、団塊の世代の方々が後期高齢者となってゆく数年後、病院や施設ではもはや多数をみてゆくことはできない。この際に、入院中の方々に自宅で普通の生活をしていただくことをあらためて考えてみてもいいのではないだろうか。

病院スタッフは、患者家族からの求めに応じてということもあろうが、入院当初から常に在宅を意識して対応することが肝要と考える。また、家族も「家でお世話して、家で看取りする」ということの意義をあらためて考えてみてもいいだろう。私たちは、生まれてから多くの人に迷惑をかけ、お世話になって今日に至っていることを思うと、多少の困難があっても、何らかの形で恩返しするという気持ちが生じて不思議ではない。それが在宅でのお世話ということにはならないだろうか。

入院中に話し合いの結果、在宅移行に話がまとまると、院内では多くの専門スタッフの協働、連携作業が開始される。患者家族をまじえたカンファレンスで問題点を探り、ベッドサイドでは看護師やPTなどによる家族への指導が行われる。しかし、退院が近づく程患者家族の不安は増してくる。患者は家族への迷惑を懸念し、家族は処置がうまくできるだろうか、具合が悪いときに医師は来てくれるだろうか、再入院はできるのだろうか、お金は…、疲れてダウンしないだろうか…などなど心配になる。

スタッフはそれらの不安解消に努めなければならない。また、在宅での介護負担をできるだけ軽減するためには、退院後の処置などはできるだけ簡潔に「軽装備」にすべきである。IVHは本当に必要なのだろうか、緩和ケアで点滴や持続注射は外用にならないだろうか、処置に使う材料はできるだけ安価なものにならないか、内服や注射は3、4回のもので1回にならないか、など。そして吸

痰も頻回にならないように輸液を削減したり中止することも考慮すべきだろう。

退院時カンファレンスはとても重要である。以後の連携のためにも、病院スタッフと在宅側が直接顔を合わせて話すことがたいせつである。しかし、在宅医はなかなか時間が取れない。そこで、実際には初回の訪問から間を置かないで別に訪問してじっくりお話を聞くようにしている。この際にはできれば訪問看護師も同席が望ましい。

退院後の在宅でも医師、訪問看護師、ヘルパー、ケアマネジャーなど多くのスタッフがかかわってゆく。とくに訪問看護師の存在は大きく、気高い。中能登町では10数年前から職種の垣根を越えて連携をするための会（「あじさい会」）を行っている。1、2か月ごとの研修会と年に2回の懇親会をおこない、結果、顔の見える関係構築が可能となっている。最近は病院の地域連携室も加わり、病診連携の橋渡し役を担っている。

このような在宅移行のノウハウは兵庫県の桜井医師が著わした「あなたの家にかえろう」という小冊子に詳細がある。是非、一読をお勧めする。

在宅では、在宅医の関与する領域はあまりにひろく、多方面にわたる知識、技術を習得する必要がある。新しい医療の進歩にもついてゆかなくてはならない。今後は病院での見学、実習や、医師会が主催して「在宅スキルアップセミナー」などを行い、それらに参加して研鑽を積む必要がある。それでも、できれば病院の在宅部門や他科の医師との連携ができれば在宅医も患者家族も安心だろう。これは今後の課題である。

また、この流れの最終到達点にある「看取り」についても問題はあるが、徐々に実現しつつある。とにかく、まだ成長途中の在宅支援ではあるが、当初の「住み慣れた自宅での生活」を誰もが楽しめ、「やっぱり家はいいな！」と書いていただくために今後とも関係職種あげてたゆまぬ努力をしてゆきたいと思っている。

「在宅と病院をつなぐ看護実践」

— 気管切開をした患者さんが安心して自宅で過ごせるようになるまで —

山下 陽子（志賀訪問看護ステーション）

私は、訪問看護は看護の原点であると、常日頃から思っています。というのは、その方が何らかの疾病や障害を持っていようとも、実際に自分の居たい場所で、自分らしく生活できるように総合的にサポートして実現できる仕事だからです。

在宅ケアは、チームワークで成り立っています。どれだけ訪問看護だけで頑張ってみても、生活全体を支えることが出来ません。

毎日の生活のプランを立て、関係機関と連絡調整をするケアマネージャー、ケアから日常生活の細々とした部分を支えるヘルパー、訪問入浴スタッフ、福祉用具業者が同じ方向で支えあってこそ始めて利用者さんは安心して生活できるのです。

そのチームの中で訪問看護師は、ケアマネージャーと兼務していようと、単にスタッフの一員であろうとも総合的に利用者を見ることが出来る立場として、医療・福祉両面からリーダーシップを取っていかねばならない存在だと思います。

社会の変化と共に、訪問看護の対象者が老衰等の寝たきり老人から医療依存度の高い患者さんへと大きく移行しつつあるわけですが、ステーションの機能がそれと共に変化せざるを得なかった機会となったのがSさんでした。

Sさんとの出会いは、11年前です。まだ不自由ながらも主婦として、ご家族の調理をされたりしていました。時間が経過する毎に筋力が落ち、援助を要するようになりましたが、その都度、看護内容を増やしたり、ヘルパーサービスを紹介したり、悪化した時の入院受け入れ先など、説明をしたりしながら、人間関係も形成していきました。

これは、悪化して入院した後もSさんが強く在宅生活を希望される土台になったと思われれます。家に帰っても、あの看護師やヘルパーが来てくれるというイメージを持てるというのは、Sさんにとって大きな心のよりどころになったと思います。結局、ご自分で吸引の訓練をして退院への道を切り開かれたのです。

こうした難病の方や癌のターミナル期の方には、早い時期からの訪問がとても大切だと考えられます。

Sさんは当ステーションにとって初めてのALS

の利用者さんであり、まして気切をして人工呼吸器を付けての退院は我々スタッフにとって初めての経験でした。第1回の退院前カンファレンスでは一般的に病状や必要な処置、リハビリ、移動方法、呼吸器の取り扱い方法など話し合われましたがこのカンファレンスだけでは、多分、退院されてから訪問スタッフ間で混乱をきたし、本人に大きな不安を与えていたと思います。

往診の主治医を誰に依頼するかと言うことがきっかけで、N病院へ一時転院し、そこで第2回目の退院前カンファレンスが開かれました。

ここでは①人工呼吸器に関しては関係物品やカニューレの交換全てを病院からの往診で管理する。②吸引チューブは個人購入となるが、節約しながらの取り扱い方法の検討。③吸引手技は自宅を使う吸引器を使用して、家人が安全に行なえるように練習して頂く。④退院直後は毎週のカニューレ交換とし、N病院とT病院から交互に往診して頂く。⑤訪問看護は1日2回訪問して、吸引を行なう。⑥緊急時の対応方法等、より具体的な内容で話し合われ、いつでもN病院に入院を受け入れると言って頂き、このカンファレンスによって、人工呼吸器の患者さんを初めて受け入れるのだという実感と共に、いつでも両病院に頼られるという大きな安心感を得る事が出来ました。

Sさんが病院から1年ぶりに自宅に到着して、車から降りた時、私とケアマネもお迎えしたのですが、「よく帰って来たね」と迎える姑さんと手を取り合って涙を流しておられる姿に私達までもらい泣きしてしまいました。

退院したその日から、在宅サービスはスタートします。前もってケアマネは病院と連絡を取りながら、本人や介護者と相談しながら、住宅リフォームや必要な福祉用具、在宅サービスの手配を行ないます。2部屋をぶち抜き、合理的な病室が出来上がっていました。夕方から、早速ヘルパーさんがオムツ交換に訪れました。

機械の操作方法、吸痰方法、リハビリ方法等が書かれているSさんの写真入りの独自のマニュアルは、入れ替わり訪問する看護師にとって、即戦力となり大いに助かりました。

今回の目玉商品はシャワーキャリーで、ケアマネと福祉業者さんが何度も検討した品物です。本人を乗せたまま水洗トイレにはめ込む事が出来るのです。これによって毎朝、定期的にトイレで排便することが出来ました。

御主人はサラリーマンで日中19~20時頃までお留守で、高齢のご両親には迷惑を掛けたくないという本人の意思ははっきりしていました。日中の生活は殆どヘルパーと看護師により管理しなければなりません。幸い日中は呼吸器を外し、スピーチカニューレを使用して会話が出来たので、訪問者に自分の意思を伝えることが出来ましたし、会話を楽しむことも出来ました。

ヘルパーか看護師により、トイレでの排泄以外に昼、夕の2回オムツ交換を行いました。

看護師はその他に病状の把握、吸引、リハビリ、熱発や皮膚トラブル等、ハプニングが発症した時の対処、服薬の管理（セッティングも含む）などを行ない、ヘルパーが更に身の回りの細々した事を本人の指示を受けながら行なっていました。時には業務以上の事をお世話することもありましたが、それは決して苦痛を伴うものではなく、本人が以前と変わらない気持ちで、主婦として、その人らしく生活していただくと言う事が、訪問スタッフの一致した思いでした。

初期の頃は、御主人がお休みの日は、お化粧品をして車椅子で散歩に出たり、一度はT病院のDr, Nsの付き添い付きで、訪問看護師、娘さんと共に町内をドライブしたこともありました。

このようにして7年間、全く入院せずに、在宅生活を貫かれました。

現在、当ステーションでは、神経難病で気切で人工呼吸器を装着し、胃瘻を造設して在宅生活をしておられる方が3名いらっしゃいます。

Sさんの経験が基礎となり、スムーズに在宅に帰られ、それぞれに合った在宅ケアがなされ、暖かい家族の見守りの元、生き生きとした表情で暮らしておられます。

T病院又はN病院からの往診で2週間に1回カニューレ交換を行い、T病院においては一ヶ月に1週間ずつレスパイト入院をさせていただいています。

これによって介護者は一息つき、また新たに介護する意欲を奮い立たせることが出来るのです。

これらの病院のバックアップにより、利用者さんやご家族だけでなく、私達スタッフも安心して在宅ケアに取り組むことが出来ます。

今回のシンポジウムを通して、病院側の退院支援システムがどんどん進歩していることが実感させられました。

また在宅側での訪問サービスも、時代の流れと共に、医療依存度の高い患者さんを受け入れ、対応していく毎に、色々な学びを重ねてきました。

お互いが交流し合い、理解しあうことによって、スムーズな連携が生まれ、在宅を希望する患者さんをより安心して家に帰すことが出来ることでしょう。

今回の報告により、病院スタッフの皆様在宅での生活が具体的にイメージできて理解していただき、今後の退院支援の参考にしていただけたら幸いです。

その人らしさをつなぐ在宅療養移行支援

関 利志子（公立能登総合病院 退院調整専任看護師）

平成24年、6月末に整形外科病棟棟長より、「病状も安定してきており、そろそろ退院に向けて支援していきたい患者様がいる。しかし、病状を含め医療的な処置が多く、自宅に帰るにはリスクが高すぎて、どう支援したらいいのか…」という相談を受けたことから、退院調整看護師として、在宅療養に向けた支援が始まった。

在宅療養移行支援には、退院調整看護師としてだけでなく、老人看護専門看護師としての役割を

持ち合わせながら、坂本さまご本人そしてご家族を含めた支援を提供していくことを軸に置き、援助した。

まずは、退院調整をしていく上で、3つの『コーディネートシヨンプラン』を立案した。1点目は、ご本人、奥様、娘さんご夫婦への意思決定支援を行った。主治医からは、「今の病状では、あまりにも在宅ではリスクが高すぎる。療養型の病院のほうがいいのでは」という見方であった。看護師

からは、「ご家族は、自宅で介護したいと思っ
ているようだが、はっきりとは聞いていない」と、
医療者間でのずれも生じていた。また、奥様は膝
が悪く、心臓疾患などの持病があり、定期的に検
査入院をされていることから、ご本人・ご家族
は今の病状や状況をどのように思い、どうしてい
きたいと考えているのかという意思を確認するた
めに、面談を行った。面談の方法として、予め医
師や看護師、関わる職種の見解を確認し、ご家
族からの意思・意向を擦り合わせた。そこでは、ご
本人やご家族の揺るぎのない意思を確認できたた
め、退院調整を開始した。2点目は、『今の病状
と状態、状況へのアセスメント（患者の置かれて
いる状態やセルフケアを確認）』『各職種が捉える
課題と問題の抽出』『在宅で生活するための方法
案・現在すすめていること』などの、セルフケア
項目を独自に作成したアセスメントシートに洗い
出し、各職種間での方向性を確認し、医療者間
でのコンセンサス（合意形成）を得ながら、擦り合
わせていった。3点目は、各職種間で洗い出され
た内容から、それぞれの専門性を駆使しながら、
主体的に関わることを支援するために、関わるケ
アスタッフ、多職種に意図的に関わりをもった。

急な出来事で臥床状態にならざるをえなかった
坂本さんご本人を、ご家族の方々が状態や状況を
理解し、受け入れるまでに数ヶ月間要している。
そういった状況の中で、『坂本さまご本人とご家
族の思いの揺れ』に、病棟看護師やソーシャルワ
ーカーが寄り添い、リハビリスタッフ、栄養士な
どの多職種の協力があつたうえで、少しずつ整理

できていく過程を辿った。そこから、退院調整看
護師による医療と介護支援の調整、地域ケアスタ
ッフによる在宅療養支援によって、現在も在宅で
の生活を維持している。

退院調整看護師は、『病院と地域をつなぐ』役
割を持つ。役割の意図は、患者を退院させるため
のものではなく、「患者がどうしていきたいか、
どこで安心して暮らしができるのか、暮らしを支
えていくにはどのような方法があるのか」を、患
者家族、医療者、地域のケアスタッフと共に考え
ていくことである。必ずしも、患者の望みと、身
体・心・環境が伴うわけではないことは、現実で
あり、事実である。しかしながら、そういった現
実や事実を受け入れた上で、「その人が何を望ん
でいるのか、どうなりたいたいのか、どうあつたらそ
の人が人らしく最後を迎えることができるのか」
を、関わる病院スタッフや地域のケアスタッフを
巻き込みながら、最良の方法を考えていくことが、
退院調整看護師そしてCNSとしての役割であると
考えている。また、『病院と地域をつなぐ』こと
を継続していくには、「退院したから関係はない…」
ということではなく、退院したからこそ、病院と
地域のケアスタッフとの情報共有が必要であるこ
とを意識していくことが必要だと考えている。

最後に、看護実践学会学術集会では、退院調整
看護師としての関わりを発表させて頂く機会を設
けさせて頂き、ありがとうございました。患者に
関わる職種と共に、医療やケアをつないでいく大
切さについてディスカッションする場を与えて頂
き、自身の学びになったことを大変感謝致します。

示説第1群の座長をつとめて

森下 裕美（公立宇出津総合病院）

示説第1群は調査研究に関する発表が5演題あ
りました。第1席「ストーマセルフケアクリニカ
ルパスにおける看護師の使用状況に関する実態調
査」第2席「A病院における精神科診察の現状と
今後の課題」第3席「外部発表経験者の報告会開
催による看護研究支援の取り組み」第4席「小児
病棟で採血プレパレーションを定着させるための
取り組み」第5席「オムツの種類と使用方法の統

一がIncontinence-Associated Dermatitis 発生予
防に及ぼす影響」でした。どの発表も調査の結果
だけで終わらずに、結果を踏まえ、勉強会を行っ
たり、さらに1歩進んで看護を実践なさっている
ことは素晴らしいと感じました。会場からのご質
問もいただき、とても貴重な時間を過ごすことが
できました。このような機会を与えていただきあ
りありがとうございました。

示説第2群の座長をつとめて

門口 紀子（公立羽咋病院）

示説第2群は、4題の事例発表でした。

第6席「維持透析患者の慢性腎臓病期を振り返っての思い」（珠洲市総合病院 松田真由美さん）は、維持透析患者のCKD期の生活を振り返り、早期に他職種と連携した自己管理指導が透析導入を遅延できる事を導いた事例研究でした。腎臓病の病状理解や自己管理に向けた専門性の高い透析看護師の指導や看護介入は今後期待されると思います。

第7席「不安に陥った患者へのアプローチ」（浅の川総合病院 小澤真貴子さん）は、長期間の治療の中で不安やストレスを抱えた慢性B型肝炎の患者との関わりをトラベルビーの関係の発達段階に沿って分析した事例研究でした。患者と深く関わることで信頼関係を築き、個々の生活背景や価値観を把握し、心により添いながら慢性疾患を抱える患者・家族にチーム全体で統一した看護を提供し良い変化をもたらした内容でした。

第8席「入退院を繰り返している患者へのフットケアの試み」（公立つるぎ病院 西谷久美子さん）は、入退院を繰り返す糖尿病患者に患者の尊厳を

大切にしながらフットケアを中心とした糖尿病指導を実施したことで効果が得られた事例研究でした。家族に自己管理の必要性や効果を説明し協力を得る事は、繰り返される教育入院の指導に大きな効果をもたらす事が理解できる内容でした。

第9席「誤嚥性肺炎を有する高齢者に対する摂食に向けての取り組み」（公立松任石川中央病院 牧本泰子さん）は、重度の摂食・嚥下障害高齢者への経口摂取を可能にする援助指針を基に2事例の患者に他職種と連携しながら、統一して実践した看護を分析した事例研究でした。基本的欲求である食事の重要性について学ぶ事ができたと思います。

以上4題の研究は、慢性期疾患を抱える患者・家族にチーム医療の中で細やかなアプローチを提供していく看護の重要性を導いた事例でした。会場では参加者が具体的な内容や新たな課題に向けての意見交換を行ない有意義な時間を持つことができました。発表者及び会場の皆様に感謝申し上げます。

示説第3群の座長をつとめて

石田 朋子（志賀町立富来病院）

示説第3群では5題の発表がありました。急性期が終わり在宅または施設入所までの退院準備期間において、多職種が連携を図ることによって退院調整ができた発表でした。医療者側の思いだけでなく、患者・家族の希望を取り入れた退院後の生活に対して、統一したイメージのもと試行錯

誤して退院支援・調整を実践しているとの内容で、施設の規模を問わず参考になる取り組みでした。

不慣れな座長でしたが、会場から貴重なご意見・ご質問を多数頂き、有意義な時間を過ごすことができましたことを感謝致します。

示説第4群の座長をつとめて

川尻 幸子（公立穴水総合病院）

示説第4群の座長を務めさせて頂きました。第4群は「看護実践評価」の発表が4演題ありました。

第15席は「入浴に近い満足度を目指した入浴剤入り足浴の検討」で、入浴できない患者に対し、足浴に入浴剤を用いて患者の入浴願望にどれだけ沿うことができたのか、どれだけ満足感が得られたのか調査・検討された報告でした。会場からは浸漬時間や湯温などについての質問を受けました。考察でも述べられていましたが、今後の検討事項としての示唆を得られたのではないかと思います。

第16席は「患者の感じる足浴効果と満足度について」患者及び足浴を実施した看護師を対象として調査・検討された報告でした。会場からは、調査法や時間の設定、今後の課題についての質問が

あり、意見交換されていました。

第17席は「看護ケアに対する患者・家族からの評価」について、独自で作成された評価表を用いて調査されていました。調査後の現場における看護ケアの変化や、病棟別の評価があると良かったのではないかという意見がありました。

第18席は「一般病棟の終末期看護を考える」で、内科病棟におけるデスカンファレンス記録を振り返り、検討されていました。個々の事例を通して終末期看護の実践を振り返り検討されており、興味深い報告でした。

4演題の発表に対して、会場からの貴重なご質問やご意見を頂き、大変有意義な時間を持つことが出来ましたことを感謝申し上げます。

口演第1群の座長をつとめて

安田 有子（浅ノ川総合病院）

第7回看護実践学会学術集会におきまして、第1群口演、5題の座長をつとめさせていただきました。第1群は、日常のケアや取り組みについて調査・研究したものであり、更にケアの質向上に向けて取り組む課題を示唆されたのではないかと思います。

第1席「微酸性電解水を用いた手部温浴の衛生効果」は、殺菌効果が高いとされている酸性電解水のなかでより皮膚のpHに近い微酸性電解水を用いた効果的な衛生方法を考えた研究でした。日頃の清潔ケアで頻度の高い手浴に着眼し、より侵襲の少ない効果的なケアにつながると興味深く聞かせていただきました。今回の研究で設定した条件下での、微酸性電解水の衛生効果は認めない結果でしたが、今後さらに皮膚の汚染状況に近い条件に設定し研究を進めることで、微酸性電解水を日常生活援助へ活用できる可能性を見出す研究でした。

第2席「初回手術当日に患者が抱く心理的ストレスへの対処行動を支援するケアの検討」は、初回手術を受ける患者誰もが、手術当日に経験する

心理的ストレスの変化についての研究であり、誰の支援が患者自身のコーピングに貢献していたのかを示唆するものでした。手術前日入院の患者が多くなる中、患者自身が気持ちを整える上で影響を与えるものを看護師はどのように活用し効果的に患者の安心につなげていくかなど、今後のケアについて更に深く考える機会になりました。

第3席「小児救急外来トリアージ導入7か月の現状と課題－救急外来看護師の思いに対する調査から－」は、救急外来トリアージの導入を行った施設で、事前研修会が不十分だった小児科患者の救急外来トリアージ導入前後の看護師の思いの変化を明らかにされた研究でした。調査では事前研修が不十分と指摘されていますが、トリアージ導入前のネガティブな思いは減少した結果であり、背景にはトリアージ導入以前からの小児救急に関する研修の取り組みの効果を示唆されています。日頃の学習が効果的に実践で活用されていることがわかります。本研究にある看護師の「思い」を更に具体的に表現するとより明確な思いの変化が見えると感じました。

第4席「3剤併用肝動注化学療法1クール目における食欲不振に影響を及ぼす身体的背景と副作用の調査」は、当該病棟で治療頻度の高い肝動注化学療法に着目し、身体的背景により食欲不振の出現に違いがあるかを調査したものでした。同時に食欲不振が出現した群のデータの変化、化学療法の副作用症状などについて調査し、食欲不振への介入時期や効果的な看護について検討されました。早期に副作用症状の出現頻度や時期を予測できればより効果的に患者のセルフケア能力を引き出す介入につながります。講評でもご指摘があったように、食欲不振あり群と同様に食欲不振なし群のデータを調査し比較するとさらに深まりが見える研究ではないでしょうか。

第5席「外来化学療法を受ける大腸がん術後患

者が体験する症状の実態」は、外来化学療法中の患者の症状の体験の有無とその内容について質問紙による聞き取り調査を行い、記述統計にて分析されていました。患者のセルフマネジメント力を向上する教育の検討の第一段階として取り組まれた調査であり、分析されたデータによって現在治療中の患者が体験している症状について明確になっていました。研究の継続により、効果的に患者のセルフマネジメント力を発揮できる看護師の関わり方の検討が進むことを期待します。

今回、改めて私たち看護師が臨床で実践した内容を検討しよりよい援助につなげていくことの大切さを実感することとなりました。今後も看護実践学会の場で更に活発な検討が行われていくことを期待します。

口演第2群の座長をつとめて

林 ひとみ（国民健康保険 志雄病院）

口演発表第2群教育倫理に関する5題の座長をつとめさせていただきました。

第6席「地域住民のHealth Literacy, Health Locus of Control, 健康行動とHealthy Weightとの関連」(発表者 金沢大学大学院 大久保咲貴さん)は先行研究では労働者に特化されていた対象者を地域住民に拡大し調査研究し、その関連をまとめた発表でした。その完成度は高く、まさに研究発表の醍醐味を学ぶことができました。この研究からHealth Literacyの向上のための支援等の次の課題もみえ、さらなる研究が進んでいくことが期待されました。

第7席「虚血性心疾患患者の電話訪問による継続指導を実践後、患者アンケート調査からの一考察」(発表者 松任石川中央病院 横山明美さん)は循環器支援病院としての使命を背景とした支援の取り組みについて検証した結果の報告でした。病棟業務と並行して3年に渡り実施し実績をまとめていく労力は想像以上だと思います。そこから得られた結果を今後患者様のために活かしていくことが重要だと感じました。

題8席「A県における病院での看護研究の実態と支援の課題」(発表者 小松市民病院 本田紀子さん)の調査結果は大変興味深い内容でした。97病院中の54病院が看護研究に取り組んでいると

いう結果でありました。施設によりその支援のばらつきも明らかになりました。今後、看護研究に取り組んでいない施設の調査まで踏み込み、その理由が明らかにされ改善されていくことを望みます。

第9席「看護倫理現任教育後の看護師の『ケアすることの認識』の変化」(発表者 金沢医科大学 平山恵美子さん)は、長期療養患者の看護に携わる看護師を対象に看護倫理現任教育実施したことから、受講者が実際現場で悩んでいる事例を通して倫理的感受性が高まっていることが伝わってきました。調査データをコード化・カテゴリー化することは大変な作業だったと思います。この効果に期待するフロアからの質問に対して答える発表者からは、この研究に対する熱い気持ちが伝わってきました。

第10席「看護理論を用いた事例検討会に参加した看護師の学びの実態調査」(発表者 公立羽咋病院 定仙光代さん)は科学的看護論を活用した事例検討会が実践に及ぼす効果について報告されました。定期的に事例検討会を開催していることは素晴らしい事です。この会に多くの看護職員が参加し、看護師全体の意欲向上、レベルアップに繋がっていくことを期待します。当院における看護職員研修開催の上でも大変参考になる研究内容

でした。

以上5演題、テーマである「患者の可能性をひきだす看護実践」に繋がる研究発表でありました。発表者、会場の皆様と有意義な時間を共有できた

ことを嬉しく思います。会長をはじめ、会の運営に携わっていただいた皆様、また、座長という貴重な機会をいただいたことに深く感謝いたします。

交流セッション

「石川県下の看護師の離職・再就業の動向とその背景要因」を担当して

丸岡 直子、田甫久美子（石川県立看護大学）

医療機関等の看護師基盤が安定することは、安心で安全な医療提供の重要な条件です。第7次看護職需給見通しに関する検討会報告書（厚生労働省）では、平成27年度の必要就業者を約150万人と見込んでいます。石川県での看護職需給見通しは、病院や診療所の伸びに比べて、訪問看護ステーションや介護保険関係施設で高い伸び率が示されています。供給では退職による減少数を約9%としながら、新卒就業者はと再就業者を確保する見通しです。このような中、再就業した看護師（助産師や准看護師を含む）に着目し、石川県下の看護師の離職・再就業に関する調査を実施しました。交流セッションでは、調査結果の概要をもとに看護師のライフコースに沿った勤務場所の適切な選択や再就業促進への方策への意見交換を目的に企画しました。

交流セッションでは、石川県下の看護師の離職・再就業の動向とその背景要因を明らかにすることを目的に2012年10～12月に再就業の経験を有する石川県内の医療施設に勤務する看護師を対象に実施した郵送質問紙調査結果の概要を説明いたしました。調査内容は、①看護基礎教育修了後から調査時点までの職業上の出来事と勤務場所、②離職理由、③再就業の理由と準備行動、④就業継続の要因です。1,527名（回収率63.2%）の返送があり、有効回答は1,422名（93.1%）でした。調査結果説明は、ポスター掲示とパワーポイントを使用して行いました。説明内容の概要は、①初回の退職理由は結婚、新たな看護経験を求めて、出身地に戻るであり半数以上の看護師は退職後ただちに再就業していた、②ハローワークの利用や就業先の知人による情報を施設選択に活用していた、③収入

の確保、居住地からの距離、家庭生活の維持を意識した再就業であった、④再就業の決定には、就業中の知人からのリアルな情報収集が影響していることや、看護師確保には就業中の看護師の情報発信力にも着目する重要性が示唆されたこと、⑤再就業場所の選択にはハローワークを利用した看護師が多く、ナースバンクとハローワークの機能を活かした再就業支援の必要性、です。

交流セッション参加者から、自施設の看護職員の就職に至る経緯を考慮した院内教育の再考、ハローワークを活用したナースバンク機能強化への取り組みなどの意見が出されました。看護職のキャリア開発には、ライフコースの経過に伴う個人と組織の相互作用、つまり仕事と生活の調和過程に視点をおくことが必要です。これは、退職後の看護師の再就業を検討するに重要な視点であり、働き続けられる職場づくりや再就業促進について、看護現場の方々と共に検討する契機となったと考えております。多くの方にご参加いただき、感謝いたします。

* 本調査は、平成24年度石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの研究助成を受けて実施したもので、研究メンバーは下記のとおりです。

研究メンバー 丸岡 直子（代表者）
石垣 和子、川島 和代
田甫久美子、田村 幸恵
松本 昌子、和田出静子
吉野 幸枝、池野二三子
浅見美千江、元尾 サチ
中田 恵子

特別セッション

「Hospitality Art Project」

～医療におけるArtの可能性～を担当して

プレゼンター 中町麻紀子（金沢市立病院）
横川 善正（金沢美術工芸大学）
企画 種谷 敦子（公立能登総合病院）

近年の医療の進歩は目覚ましく、医療の高度化・専門化は、ヒトをみる医療から、病気をみる医療となりがちであるが、ヒトをみる医療すなわち全人的医療の必要性が強く求められています。また芸術においても、生命の価値と人間の尊厳への創造的な回帰が重要な課題となっています。この全人的医療の推進と創造性豊かなアーティストの養成に、医療と芸術（アート）の連携が必要であると考えました。

平成21年から金沢市立病院と金沢美術工芸大学の共同の目的を持ち、医療分野におけるアートの潜在的な可能性について取り組むホスピタリティ・アート・プロジェクト（Hospitality Art Project；HAP）が始動し、13回を超える活動（作品展示やワークショップ）が実践されています。病院（Hospital）の語源であり、「思いやり」「心からのおもてなし」という意味を持つ「ホスピタリティ（Hospitality）」を追求する活動となっています。

セッションでは、医療者側と芸術家側から実際の活動を紹介し、参加者とともに医療分野におけるアートの潜在的な可能性について、新しい発見とホスピタリティを共有した貴重な時間を持つことができました。

病院待合ホールのガラス窓をカラーセロファンで装飾した「光の回廊」、美大生による患者への「似顔絵プレゼント」、患者やその周囲の人にとって使いやすく考え、在宅支援につなげていく「水回りプロジェクト」等、病気からの快復と日々の健康を願う市民に対する「ケア」の中に、創意と表現そしてコミュニケーションとしての「アート」を活かし、医療と芸術をつなぐ新しい医療活動及び芸術活動に強く感動いたしました。

学会会場に展示された数々の「待ち時間を豊かにする椅子」は、病院を利用する方々が少しでも待ち時間を快適に過ごせないかという観点から制作されたものです。そのデザインと座り心地に、参加者の方々から多くの好評を頂きました。

病院を安らぎの空間にし、患者が安心して医療を受けるとともに、患者自身が生きがいを持ち病気に立ち向かうことをサポートする手段としてのホスピタリティ・アートに、多くの可能性と期待を感じることができたセッションであったと思います。

金沢市立病院、金沢美術工芸大学の皆様のご協力および本特別セッションを担当する機会を頂きましたことに深く感謝いたします。

共同研究の座長をつとめて

井上 裕子（七尾病院）

共同研究発表2題の座長をつとめさせていただきました。

第1席の「ディスプレイ手袋用被膜剤を使用時のテープ処置のしやすさの評価」は、看護師ならば誰も経験したことのあるこの問題に取り組まれたことは、とても有意義だと思います。被膜剤の至適希釈濃度を明らかにし、被膜剤を使

用した方が処置をしやすかったという結果は、多くの看護の現場で働く看護師にとって参考になったと思います。看護ケアにおいて、処置のしにくさは看護師にとってストレスであり、それが少しでも改善されることにより看護ケアに集中することができ、ケアを受ける患者さんにも有益だと思います。また、処置時の手袋の装着率向上は、感

染予防の面からも重要です。今後、患者さんでの実証や市販されているテープにくっつきにくいプラスチックグローブとの処置のしやすさやコストの検証など、更なる研究を期待するものです。

第2席の「進行がん患者におけるデュアルフィットエアセルマットレスの寝心地評価」は、ほぼ寝たきりの進行がん患者さんにおいても、「動作・姿勢不安定」および「臀部浮遊感」について有意な減少を認め、寝心地が改善したという結果は大変意義深いと思います。しかし、がん特有の腫瘍への接触による「苦痛の誘発」有りをどのように改善していくか、更なる研究を願います。安楽で

安定した体位をとることができることは、安全や安心に繋がります。看護ケアとともに、この高機能なエアマットレスを効果的に活用し、少しでも患者さんのQOL向上に努める看護の姿勢が大事であることを改めて考えさせる研究でした。

最後に、この共同研究2題は、医療・介護用品を使用し、日々提供している看護場面からの研究であり、患者さんへの看護ケアというものを改めて多角的な視点から考えることができました。今回、この機会を与えてくださったことに感謝いたします。

学会記事

1. 第7回看護実践学会学術集会並びに総会記事

学術集会事務局

公立能登総合病院

学術集会長挨拶

学術集会

日 時

メインテーマ 「患者の可能性を引き出す看護実践」

平成25年9月14日（土） 9：00－17：00

場 所

和倉温泉観光会館

会長講演

テーマ 「看護実践から学び、看護実践を楽しむ」

池野二三子（公立能登総合病院）

座 長 川島 和代（石川県立看護大学）

特別講演

テーマ 「摂食・嚥下機能をアセスメントする看護技術」

講 師 鎌倉やよい（愛知県立大学 副学長兼看護学部教授）

座 長 池野二三子（公立能登総合病院）

シンポジウム

テーマ 「在宅と病院をつなぐ看護実践とは

～患者の暮らしを支えるために～」

コーディネーター 林 一美（石川県立看護大学）

シンポジスト 坂本由紀子、坂本由美子（在宅介護を支えるご家族）

安田紀久雄（医療法人社団 安田医院 院長）

山下 陽子（志賀訪問看護ステーション 訪問看護師）

関 利志子（公立能登総合病院 退院調整専任看護師）

一般演題発表数

30題（口演12題、示説18題）

座 長 森下 裕美（公立宇出津総合病院）

門口 紀予（公立羽咋病院）

石田 朋子（町立富来病院）

川尻 幸子（公立穴水総合病院）

安田 有子（浅ノ川総合病院）

林 ひとみ（国民健康保険志雄病院）

講 評 松井 優子（金沢医科大学看護学部）

坂井 恵子（金沢医科大学看護学部）

共同研究発表数

2題

座 長 井上 裕子（独立行政法人国立病院機構七尾病院）

特別セッション

テーマ 「Hospitality Art Project —医療におけるArtの可能性—」

中町麻紀子、中西 容子（金沢市立病院看護部管理室）

横川 善正（金沢美術工芸大学教授）

種谷 敦子（公立能登総合病院）

交流セッション

テーマ 「石川県下の看護師の退職・再就業の動向と背景要因」

丸岡 直子、田甫久美子（石川県立看護大学）

ランチョンセミナー

テーマ 「看護の基本となる口腔ケアを目指して —その評価と対応—」

講 師 長谷 剛志（公立能登総合病院 口腔外科医長）

座 長 平前 君恵（董仙会恵寿総合病院）

出席数

522名（会員268名、非会員173名、学生81名）

総

会

日 時

平成25年9月14日（土） 11：50－12：20

場 所

七尾市和倉温泉観光会館

理事長挨拶

議 長

池野二三子

報告事項

1) 平成24年度理事会・編集委員会・事務局会議報告

理事会報告

理事会 4 回開催（平成24年 4 月20日、7 月20日、11月16日、平成25年 2 月 1 日）

編集委員会報告

(1) 委員会の開催 平成24年12月 6 日：掲載論文の決定

(2) 学会誌の発行

看護実践学会誌 Vol.25 No.1

(3) 投稿論文の状況

掲載論文10編（原著 5 編、研究報告 4 編、実践報告 1 編）

事務局会議

事務局会議 2 回開催（平成25年 3 月 1 日、平成25年 3 月28日）

2) 平成24年度事業報告

事業

(1) 第 6 回学術集会並びに総会（平成24年 9 月22日）

出席数 349名

(2) “「わが病院看護自慢」実践で学ぶ「ボディ浴」の開催（平成24年10月 6 日）

参加人数 20名

(3) “「わが病院看護自慢」他職種協働のチーム医療の提供”の開催（平成24年11月17日）

参加人数 38名

(4) 研修会（認知症看護研修会）の開催

平成24年12月15日 参加人数 26名

(5) テーマ別共同研究チームの継続

(6) 会員募集・登録・名簿管理

平成24年度会員数 518名（平成25年 1 月15日現在）

（継続者 410名、新規入会者 108名）

平成23年度退会者 196名

3) 平成24年度会計収支決算報告および会計監査報告

別紙のように報告され、承認された。

会計監事 折山 久栄（金沢医療センター附属金沢看護学校）

山内由美子（金沢大学附属病院）

提案事項

1) 平成25年度看護実践学会役員が別紙の通り承認された。

2) 平成25年度計画案が承認された。

(1) 第 7 回看護実践学会学術集会の開催（平成25年 9 月14日）

(2) テーマ別共同研究チームの活動の一般公募状況の報告・第 8 回看護実践学会学術集会での発表

(3) “「わが病院看護自慢」企画（パートナーシップ）”の開催（平成25年 9 月 1 日、11月13日）

(4) 実践に役立つ研修会「一般病棟における精神疾患をもつ患者の理解」の開催（平成24年11月 2 日）

(5) 看護実践学会会員募集・登録・名簿管理、会員への事業案内と会費納入依頼

(6) 看護実践学会誌発行（第26巻 1 号）

(7) 理事会の開催：年 4 回予定（4 月、7 月、11月、2 月あるいは 3 月頃に予定）

(8) 編集委員会の開催

(9) 事務局会議の開催

3) 平成25年度看護実践学会予算案が別紙原案通り承認された。

4) 第 8 回看護実践学会学術集会の開催予定日と学術集会長

日 時 平成26年 9 月13日（土）

開催予定場所 鶴来総合文化会館クレイン

学術集会長 井田春子（公立つるぎ病院）

2. 看護実践学会会計報告

看護実践学会 平成24年度会計決算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	差 額	備 考
I. 会 費	3,400,000	3,700,000	300,000	
1. 年 会 費	2,750,000	2,770,000	20,000	554名@5,000
2. 第6回学術集会参加費	600,000	840,000	240,000	会員209名、非会員95名、学生42名
3. わが病院看護自慢参加費	50,000	54,000	4,000	非会員参加者27名@2,000
4. 会員向け研修参加費	0	36,000	36,000	非会員参加者18名@2,000
II. 貸 付 返 却	500,000	500,000	0	
第6回学術集会貸付金返却	500,000	500,000	0	
III. 雑 収 入	3,900	363,133	359,233	
1. 銀 行 利 子	400	613	213	
2. 医学中央雑誌刊行収入	2,000	2,520	520	
3. 学 会 誌 販 売	1,500	0	-1,500	
4. 寄 附	0	360,000	360,000	第6回学術集会より
IV. 前 年 度 繰 越 金	5,062,578	5,062,578	0	
収 入 合 計	8,966,478	9,625,711	659,233	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	差 額	備 考
I. 事 業 費	2,600,000	2,549,171	50,829	
1. 第6回学術集会開催費	1,000,000	1,000,000	0	第6回学術集会収支決算別紙
2. テーマ別共同研究助成費	150,000	59,876	90,124	2件助成
3. わが病院看護自慢開催費	200,000	140,909	59,091	2件開催
4. 会員向け研修会助成金	150,000	150,000	0	
5. 会 誌 発 行 費	1,100,000	1,198,386	-98,386	会誌印刷
II. 会 議 費	235,000	174,403	60,597	
1. 理 事 会 費	200,000	152,288	47,712	5回開催
2. 事 務 局 会 議 費	20,000	13,875	6,125	1回開催
3. 編 集 委 員 会 費	15,000	8,240	6,760	1回開催
III. 事 務 費	785,000	528,253	256,747	
1. 印 刷 費	55,000	63,630	-8,630	振込用紙印刷、封筒印刷等
2. 郵 送 通 信 費	150,000	167,165	-17,165	年会費・事業・総会関係書類発送、会誌発送等
3. 人 件 費	300,000	146,360	153,640	名簿管理、会誌業務補助
4. 消 耗 品 費	50,000	59,118	-9,118	文具等
5. ホームページ作成・管理費	150,000	91,980	58,020	年間メンテナンス、追加ページ作成等
6. 日本看護系学会協議会年会費	80,000	0	80,000	
IV. 予 備 費	5,346,478	1,000,000	4,346,478	第7回学術集会貸し付け
支 出 合 計	8,966,478	4,251,827	4,714,651	

平成24年度決算報告

収入合計 9,625,711円

支出合計 4,251,827円

差引残高 5,373,884円

平成24年度決算報告、会計の執行において、証拠書類、帳簿を資料とし、平成25年3月27日に監査を行った。
正確かつ適正に処理されていることを認める。

会計監査

折山 久 栄
山内 由美子

看護実践学会 平成25年度会計予算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 学 会 活 動 収 入	2,800,000	
1. 年 会 費	2,750,000	会 員 550名 (@5,000円)
2. わが病院看護自慢参加費	50,000	会員外 25名 (@2,000円)
II. 貸 付 返 却	1,000,000	
第7回学術集会貸付金返却	1,000,000	
III. 雑 収 入	4,000	
1. 銀 行 利 子	500	
2. 医学中央雑誌刊行収入	2,000	
3. 学 会 誌 販 売	1,500	
IV. 前 年 度 繰 越 金	5,373,884	
収 入 合 計	9,177,884	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 事 業 費	3,000,000	
1. 第7回学術集会助成費	300,000	
2. テーマ別共同研究助成費	150,000	5件 (@30,000円)
3. わが病院看護自慢開催費	200,000	2件 (@100,000円)
4. 会員向け研修会助成費	150,000	1件
5. 会 誌 発 行 費	1,200,000	会誌印刷
6. 第8回学術集会貸付金	1,000,000	
II. 会 議 費	235,000	
1. 理 事 会 費	200,000	4回
2. 事 務 局 会 議 費	20,000	2回
3. 編 集 委 員 会 費	15,000	1回
III. 事 務 費	765,000	
1. 印 刷 費	65,000	振込用紙印刷、封筒印刷、等
2. 郵 送 通 信 費	180,000	年会費・事業・総会関係書類発送、会誌発送、等
3. 人 件 費	300,000	名簿管理、ホームページ管理、投稿原稿関係、等
4. 消 耗 品 費	70,000	文具、等
5. ホ ー ム ペ ー ジ 管 理 費	150,000	年間メンテナンス、追加ページ作成等
IV. 予 備 費	5,177,884	
支 出 合 計	9,177,884	

3. 看護実践学会会則

(名 称)

第一条 本会は看護実践学会 (Society of Nursing Practice) と称する。

(事 務 局)

第二条 本会の事務局は、金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域 (金沢市小立野 5 - 11 - 80) におく。

(目 的)

第三条 本会は、看護の実践ならびに教育に関する諸問題について研究し、その発展に寄与することを目的とする。

(会 員)

第四条 1. 本会の目的に賛同し、入会手続きをした者を会員とする。
2. 会長等、本会に貢献した会員で、理事会の承認ある者を名誉会員とする。
3. 本会に入会した者は、所定の年会費を当該年度内に納入しなければならない。

(事 業)

第五条 本会の目的に賛同するために次の事業を行う。
1. 看護に関する学術集会の開催
2. 看護の実践ならびに教育に関する情報交換
3. 学会誌の発行
4. その他、本会の目的達成のために必要な事業

(役 員)

第六条 本会に次の役員をおく。
1. 理事長 1 名
2. 理 事 20 名程度
3. 監 事 2 名
4. 幹 事 若干名

(役員の仕事)

第七条 役員は次の職務を行う。
1. 理事長は本会を代表し、会務を統括する。
2. 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
3. 監事は本会の会計および資産を監査し、その結果を総会において報告する。
4. 幹事は幹事を組織し、理事を補佐し本会の業務を処理する。

(役員の出選および任期)

第八条 役員の出選は次のとおりとする。
1. 理事及び監事は、役員会で出選した施設の長とする。
2. 理事長は理事会の互選により出選する。
3. 幹事は理事長が推薦する。
4. 役員の仕事は 2 年とし、再任を妨げない。
5. 役員は、総会で承認を得る。

(会 議)

- 第九条
1. 本会に理事会、総会、幹事会、事務局会議の会議を置く。
 2. 理事会は理事長が招集し、その議長となる。理事会は毎年4回以上開催する。
 3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。
 4. 総会は委任状を含め会員の10分の1以上の出席がなければ開催することはできない。
 5. 総会に出席できない会員は委任状をもって総会の出席とみなし、総会の議決権を行使したとする。
 6. 総会の議長は学術集会会長があたる。
 7. 理事会、総会の議決は出席者の過半数の賛同によって決定し、可否同数のときは議長の決するところによる。
 8. 役員会は、理事長、理事、監事、幹事で構成され、理事推薦等を行う。
 9. 幹事会、事務局会議は理事長あるいは幹事が随時召集する。

(委 員 会)

- 第十条
1. 本会には編集委員会を置き、学会誌発行のための投稿論文の査読等の業務を行う。
 2. その他必要に応じて特別委員会等を設けることができる。
 3. 各委員会の委員長および委員は理事長が委嘱する。

(学術集会)

- 第十一条 本会は学術集会を年1回学術集会会長が主催して開催する。

(学 会 誌)

- 第十二条 本会は年1回以上学会誌を発行する。

(研 修 会)

- 第十三条 本会は必要に応じて研修会を開催する。

(会 計)

- 第十四条
1. 本会の経費は、会費その他の収入をもってあてる。会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日でおわる。
 2. 本会の会費は年額5,000円とする。

(会則の変更)

- 第十五条 会則の変更は、理事会、総会の承認を経なければならない。

(附 則)

1. この会則は、平成19年4月1日から施行する。
2. 本会は、石川看護研究会を学会に昇格し、看護実践学会と称する。

4. 看護実践学会誌投稿規定

1. 投稿者の資格

投稿者は会員に限る。共著者もすべて会員であること。ただし、看護実践学会から依頼した原稿についてはこの限りではない。

2. 原稿の種類

1) 原稿の種類は、原著、総説、研究報告、実践報告、その他であり、著者は原稿にそのいずれかを明記しなければならない。

原 著：研究そのものが独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。

総 説：看護学に関わる特定のテーマについて多面的に国内外の知見を集め、また当該テーマについて総合的に学問的状况を概説し、考察したもの。

研究報告：内容的に原著までに至らないが、研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

実践報告：事例報告、看護活動に関する報告、調査報告など。

そ の 他：上記以外において編集委員会が適当と認めたもの。

2) 投稿原稿の内容は、他の出版物にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。

4. 投稿手続き

1) 投稿原稿は3部と電子媒体；オリジナル原稿1部とオリジナル原稿のコピー2部（査読用なので著者が特定できる部分、謝辞などを削除したもの）および電子媒体（USB、CDのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）を添えて送付する。

2) 原稿は封筒の表に「看護実践学会誌原稿」と朱書し、下記に書留郵送する。宅配便も可。

〒920-0942 金沢市小立野5丁目11番80号

金沢大学医薬保健研究域保健学系内

看護実践学会編集委員会 委員長 大桑 麻由美 宛

5. 原稿の受付及び採否

1) 上記4の手続きを経た原稿の到着日を受付日とする。

2) 原稿の採否は編集委員会が決定する。

3) 原稿の投稿後、査読結果の連絡は、E-mailで行う。連絡可能なE-mailのアドレスを投稿原稿表紙に記載する。

4) 編集委員会の審査によって返送され、再提出を求められた原稿は返送日（看護実践学会から発送した日）から2ヶ月以内に再投稿すること。2ヶ月以上を経過して再投稿された場合は、新規受付として取り扱われる。

5) 編集委員会の判定により、原稿の種類の変更を著者に勧めることがある。

6. 著者校正

著者校正を1回行う。ただし、校正の際の加筆は原則として認めない。

7. 原稿の枚数と記載について

投稿原稿の1編は下記の枚数にとどめることを原則とする。その掲載料は無料とする。なお、原稿の種類を問わず図及び表、要旨は下記制限には含めない。

原 著	1編	邦文	20枚	研究報告	1編	邦文	16枚
		英文	約4,000語			英文	約4,000語
総 説	1編	邦文	16枚	実践報告	1編	邦文	12枚
		英文	約4,000語			英文	約5,000語
そ の 他	1編	邦文	12枚				
		英文	約2,000語				

8. 原稿執筆の要領

1) 所定の投稿原稿表紙（ホームページまたは学会誌最終頁に綴じこまれている）に、希望する原稿の種類、表題、英文表題、5個以内のキーワード（英字とも）、著者名（英字とも）、所属（英字とも）、図、表および写真の枚数、別刷希望部数（有料）、編集委員会への連絡事項および連絡先

- の住所、氏名、電話番号などを付記する。(URL <http://www.kango-ji.com/>)
- 2) 英文投稿のみならず、英文タイトル、英文要旨は投稿前にnative speakerによる英文校正を受けたものを投稿することが望ましい。
 - 3) 全ての原稿は、表紙、要旨、本文、文献、表・図の順に整える。
 - 4) 要旨は400字程度とする。
和文原著希望の場合は、250語程度の英文要旨をつける。
英文原著希望の場合には、250語程度の英文要旨をつける。
 - 5) 原稿はA4判横書き上質紙を用いて和文の場合は、35字×28行に書式設定をする。英文の場合は、上下左右の余白を2cmとし、ダブルスペースで印字する。
 - 6) 図、表及び写真は、図1、表1、写1等の番号とタイトルをつけ、本文とは別に一括し、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。また、図、表はA4判用紙に1点ずつ載せる。論文の項目の区分は原則として下記の例に従う。
大項目——無記号で上を一行開け、行の第2文字目に記す。はじめに、対象、方法、結果、考察、まとめ、文献などが相当する。英語で投稿の場合は、Introduction, Subjects, Methods, Results, Discussion, Conclusion, Referencesなどである。
小項目——1., 2. として上下を空けずに行の第2文字目に記す。続いて1), 2) として行の第2文字目に記す。以下、(1), ①のレベルで記載する。
 - 7) 文献記載の方法
文献は引用順に配列し、本文の末尾に一括記載する。本文中の文献引用箇所には著者名や引用文などの右肩に1), 1) 2), 1) 3) 6), 1-3) のように記す。参考文献は記載しない。
著者が3名以上の場合は始めの3名までを書き、あとは「他」または「et al.」を付け加える。
 - ① 雑誌の場合……著者名：表題名、雑誌名、巻(号)、ページ、西暦年代
例1) 勝田仁美, 片田範子, 蝦名美智子, 他：検査・処置を受ける幼児・学童の覚悟と覚悟に至る要因の検討, 日本看護科学学会誌, 21, 12-25, 2001
2) Derave W, Mertens A, Muls E, et al. : Effects of post-absorptive and postprandial exercise on gluco-regulation in metabolic syndrome, Obesity (Silver Spring), 15(3), 704-711, 2007
 - ② 単行本の場合……著者名：分担項目題名、編集者名、書名(版)、発行所、ページ、発行地、西暦年代
例1) 佐美好昭：組織間質における体液と蛋白の交換, 天羽敬祐編, 集中治療医学体系(第2版), 朝倉書店, 37-46, 東京, 1988
 - ③ 訳本の場合……原著者名：分担項目題名、訳者名、書名(版)、発行所、ページ、西暦年代
例1) Mariah Snyder：看護介入の概観, 尾崎フサ子, 早川和生監訳, 看護独自の介入(初版), メディカ出版, 2-49, 大阪, 1996
 - ④ On-line information…筆者名：タイトル, [オンライン, インターネットアドレス], ホームページタイトル, 入手年月日(月. 日. 年)
例1) 朝日新聞：北朝鮮, 「よど号」容疑者を追放の用意 米に言及, [オンライン, www.asahi.com/1009/news/international09001.html], 朝日新聞社, 10. 9. 2000
 - ⑤ オンライン版, DOIのある場合……著者名：表題名, 雑誌名, 巻(号), ページ, 西暦年代, doi: DOI番号
 9. 著者負担費用
 - 1) 規定の頁数を越えた原稿には超過頁毎に超過料金を別途請求する。
 - 2) 図・表はそのまま印刷できるものに限り無料とするが、製図を要する場合は実費請求する。
 - 3) 写真のカラー印刷を希望する場合は実費請求する。
 - 4) 掲載原稿については、印刷ファイル(pdf)の形で無料配布する。刷紙媒体に必要な著者は、別刷希望部数を有料とする。
 10. 著作権
著作権は、本学会に帰属する。最終原稿提出時、編集委員会より提示される著作権譲渡同意書に署名し、同封すること。

(2013年12月改訂)

看護実践学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 2. 総説 3. 研究報告 4. 実践報告 5. その他	
和文題名		
英文題名		
キーワード (5個以内、日本語/英語)		
1. /	2. /	
3. /	4. /	
5. /		
原稿枚数		
本文： 枚	図： 枚	表： 枚 写真： 点
別刷希望部数(有料)	和文抄録文字数	英文抄録使用語数
部	字	語
著 者		
会員番号	氏名 (日本語/英語)	所属 (日本語/英語)
連絡先住所・氏名		
住所：〒 _____		
氏名： _____ Tel _____ Fax： _____		
E-mail _____		

*受付年月日： _____ 年 月 日

5. 平成25年度看護実践学会役員

(職務・敬称略、五十音順)

理事長 理事	稲垣美智子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	青木きみ代	(金沢医療センター)
	池野二三子	(能登総合病院)
	井田春子	(つるぎ病院)
	浦美奈子	(石川県済生会金沢病院)
	大桑麻由美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	岡田ふみ子	(石川県立総合看護専門学校)
	加藤真由美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	川島和代	(石川県立看護大学)
	北岡和代	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	北村和子	(小松市民病院)
	木村留美子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	小藤幹恵	(金沢大学附属病院)
	島田啓子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	須釜淳子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	高田昌美	(金沢医科大学病院)
	高谷恵子	(石川県立中央病院)
	谷口美登里	(金沢社会保険病院)
	田村幸子	(金沢医科大学看護学部)
	出口まり子	(芳珠記念病院)
	富澤ゆかり	(金沢赤十字病院)
	中瀬美恵子	(浅ノ川総合病院)
	中田恵子	(やわたメディカルセンター)
	中西容子	(金沢市立病院)
	西敦子	(加賀市民病院)
	西村真実子	(石川県立看護大学)
	野村鈴恵	(城北病院)
	樋木和子	(金沢循環器病院)
	前田順子	(KKR北陸病院)
	三井昌栄	(松任石川中央病院)
	宮川須美子	(石川県立高松病院)
	山中由貴子	(羽咋病院)
	吉野幸枝	(公益社団法人石川県看護協会)
監事	折山久栄	(金沢医療センター附属金沢看護学校)
	角鹿睦子	(金沢大学附属病院)
幹事	庶務 河村一海	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	会計 平松知子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	会誌 松井希代子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)

看護実践学会専任査読者一覧

(平成25年12月現在)

赤坂 政樹	木下 幸子	土本 千春
荒井 謙一	久司 一葉	中谷 壽男
飯野矢住代	熊谷あゆ美	長田 恭子
池田富三香	小泉 由美	長田 春香
石川 倫子	紺家千津子	中西 容子
稲垣美智子	坂井 恵子	西澤 知江
内田 真紀	坂本 和美	橋本 智美
悦永 幸代	笹野 京子	平松 知子
大内 隆	真田 弘美	平山恵美子
大江 真琴	正源寺美穂	松井希代子
大江 真人	新谷 恵子	松井 優子
大桑麻由美	須釜 淳子	松田 智恵
表 志津子	臺 美佐子	丸岡 直子
加藤あゆみ	高田 貴子	丸谷 晃子
加藤真由美	高地 弥里	宮本由香里
川島 和代	多崎 恵子	村角 直子
川島由賀子	谷口 好美	村山 陵子
河村 一海	田淵 紀子	森田 聖子
北井 京子	玉井 奈緒	山口 恵子
北岡 和代	田村 幸子	山崎 松美
北 秀子	田甫久美子	油野 規代
北村 佳子	塚崎 恵子	横井早智江
北山 玲子	津田 朗子	横山 啓子
		吉村 洋子

(50音順)

編集委員会

委員長：大桑 麻由美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

委員：紺家 千津子 (金沢医科大学看護学部)
多崎 恵子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
谷口 好美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
塚崎 恵子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
津田 朗子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
西村 真実子 (石川県立看護大学)

会誌担当：正源寺 美穂 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
臺 美佐子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
松井 希代子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

(50音順)

看護実践学会誌

第26巻 第1号

発行 平成26年2月20日

発行所 〒920-0942 金沢市小立野5-11-80

国立大学法人金沢大学

医薬保健研究域保健学系

看護実践学会

TEL (076) 265-2500

印刷所 〒920-0047 金沢市大豆田本町甲251番地

宮下印刷株式会社

TEL (076) 263-2468(代)