

研究

KOMI 記録システムを活用した 看護計画開示に向けての看護計画の検討

Study for the disclosure of the information about nursing care with using KOMI chart system

加藤 幸代 井上 真弓 岡本 邦子 小部 範子
Yukiyo Katou Mayumi Inoue Kuniko Okamoto Noriko Kobe

要 旨

看護計画開示は看護のインフォームドコンセントとして有効で、患者主体の看護ができると考えられている。現在当院ではKOMI記録システムを活用し、看護を展開している。KOMI記録システムを活用し看護計画の開示が出来るか、看護計画開示に向けての看護師の意識はどうか調査し、今後の課題が明らかになったので報告する。

Key words : Nursing care plan、disclosure of the information、KOMI chart system

はじめに

近年医療においてインフォームドコンセントが重要視されており、その中で看護におけるインフォームドコンセントとしては、看護計画開示が有効な方法として注目されている。小笠原は「看護においては、患者と看護師がお互いにニードを確認しあい、必要な看護に関して話し合い目標を共有する事が看護におけるインフォームドコンセントである」と述べている。現在私達は、KOMI記録システムを活用し看護計画を立案しているが、患者の思いを取り入れ、患者と看護師が目標を共有した看護計画になっているか、開示が出来る看護計画であるかは疑問である。そこで私達は、看護計画立案についての現状をとらえ、開示に向けての看護師の意識と、さらに、KOMI記録システムの中には、看護計画を開示するためのケアプランシートがあるが、それを使用し看護計画を開示する事は、実践可能であるかについてアンケート調査を行なった。アンケートより若干の示唆を得たので報告する。

研究方法

期 間

平成16年12月24日～平成17年3月3日

対 象

第2・3・7・11病棟の4年目以上の看護師17名。

経験年数

4～10年:10人、11～15年:1人、15年目以上:2人

調査方法

質問紙によるアンケート調査を行った。質問紙は前半の5段階評価と後半の自由記載とした。また後半の自由記載は、対象となる看護師が立てたケアプランシートをもとに回答した。

結 果

4年目以上の看護師20名。回収17名。回収率85%。

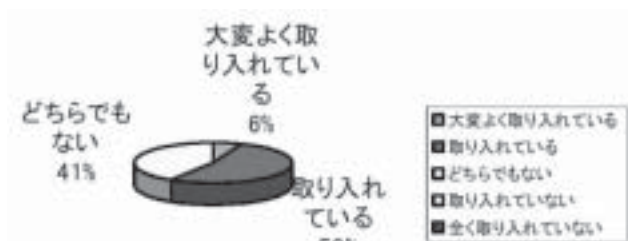
1. 看護計画を立てるにあたり、患者様をよく知ろうと思えますか



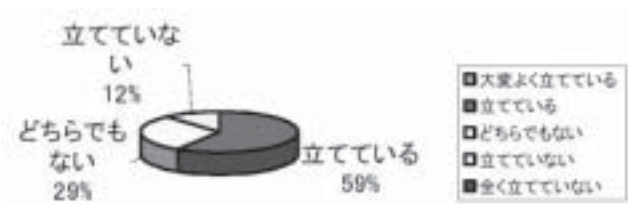
2. 受け持ち患者様との信頼関係は出来ていると思えますか。



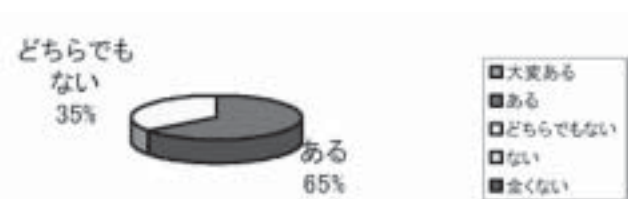
3. 看護計画を立てる時に、患者様の思いは取り入れていますか。



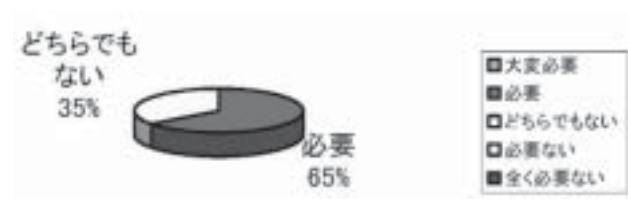
4. 必要と思われる患者様の看護計画を立てていますか。



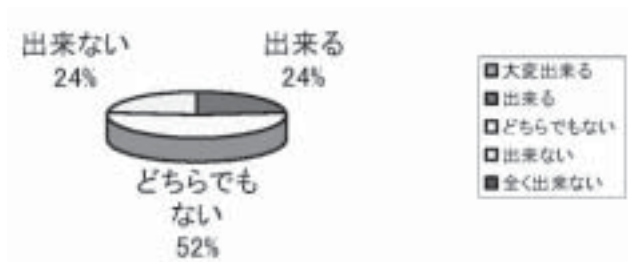
5. 受け持ち患者様と関わって満足感がありますか。



6. 看護計画の開示は必要だと思いますか。



7. ケアプランシートを使い、そのまま患者様に看護計画を開示できると思いますか。



8. ケアプランシートを使い看護計画を開示する場合、

① ケアプランシートの表現はどうか。

- ・専門用語を使わず、わかりやすい表現にする必要がある。
- ・看護用語を使用していて患者様が見ても難しい表現がある。
- ・患者様を尊重し、思いやりのある言葉が必要である。
- ・精神的関わりを表現する時、言葉が適切であるか難しい。
- ・患者様がわかりやすい表現で書かなければ高齢者にはわかりづらいと思う。
- ・主語を常に患者様にして表現する。
- ・看護師側の表現や言葉使いになっていて、患者様の思いや考えを十分表せていない。

② ケアプランシートの内容はどうか。

- ・一方的になっていて患者様の思いがない。
- ・患者様が望む内容と、看護サイドですすめていこうとする内容が、現時点ではうまく表現が出来ていない。
- ・患者様と受け持ち看護師だけでなく、カンファレンスなどで、途中評価や担当看護師の助言を求めたいと思うことがある。
- ・患者様と話し合うことで、より個別性のあるケア計画が出来ると思う。
- ・患者様にすべての内容を伝えてよいのか、伝えてよい内容だけケアプランシートに載せるのか？

・患者様の思いに合わせた内容にしていく、またスタッフとも計画を共有する必要がある。

・思い、希望を取り入れたケアプランにしていかなければいけないと思う。

9. 患者と看護計画を共有するためにはどのような開示の方法が望ましいと思いますか。

・ケア計画の立案時に開示する。(医療者側と患者、家族の考えにずれはないか確認するため)

・ケアプランシートを使用するのであれば、患者様へ開示するものと、看護サイドで使用するものの区別が必要かもしれない。

・疾患、治療について告知されていない場合はどうしたらよいのか？

・理想をいえばKOMIチャートの色塗りから一緒に出来ると思う。

・話し合い、同意のもとに行っていく。

・ある程度の計画を立てた段階で開示し、患者様と話し合いをもち同意を得ていく。

・患者様、家族にケアを説明し、ケアに加えてほしい点を話し合いながら開示する方法が望ましい。

・ケア計画をカンファレンスで話し合い、そのケアプランを患者様と確認し共有する、ずれがあった場合は話し合い再び開示する。

・ケア計画立案時と、途中で患者様とともに経過、結果を振り返る。

・ケア計画立案時に家族を含めて確認しあう。スタッフともよい方法があるか話し合い共有していく。

考 察

看護計画を立てるにあたり患者をよく知ろうと思いませんかの問いに、全ての看護師が患者をよく知ろう、または大変よく知ろうと思っている事がわかり、受け持ち患者との信頼関係は出来ていると思いませんかの問いには、71%の看護師が受け持ち患者との信頼関係が出来ているとしている。受持ち患者が決まっていることで、意識的な関わりが出来、そのことが信頼関係に影響しているのではないかと考える。

看護計画を立てる時に、患者の思いを取り入れていますかとの問いに、KOMI記録システム自体が患者の思いや希望を取り入れた記録用紙であるが、思いを取り入れていると回答している看護師が59%であり、十分活用されていない。さらに、必要と思われる患者の看護計画を立案していますかとの問いに、計画を立てていると回答している看護師も59%であった。対象が4年目以上で病棟の中核をなしている看護師であることを考えると、決して高い数字とはいえない。忙しい中でどのように看護計画を立案していくか、看護師個人の力量だけでなくカンファレンスを活用し、受持ち看護師が計画を立案しやすいように環境を整えたり、助言をしていく事が必要であると考えらる。

受け持ち患者と関わって満足感がありますかとの問いに、65%の看護師があると回答しているが、患者をよく知ろう・または大変よく知ろうと思う(100%)、受け持ち患者との信頼関係は出来ている(71%)と回答している割合と比べるとやや低い。日々の看護場面の中では、受持ち患者をよく知ろうと関わり、信頼関係が出来ていると感じているが、患者様の思いを取り入れた看護計画を立案できていないという事が、看護師の満足感に影響しているのではないかと考える。

これまで立案した看護計画を、ケアプランシートに転記して開示できるかについては、できるとの回答が24%、どちらでもないが52%、出来ないが24%であった。しかしいずれも自由記載の中からは、ケアプランシートの表現は、専門用語を使用していてわかりづらいという意見は一致しており、ケアプランシートを使用できると回答した方は、患者にわかりやすい表現に変えることで開示できると前向きに考えており、どちらでもない・できないと回答した方は、現時点ではできないと否定的に捕らえている事がわかった。またケアプランシートの内容については、どの回答群からも、患者・家族と話し合い思いや希望を取り入れた看護計画にする必要があるという意見が多くあり、今のままの看護計画では不足であると捉えている。その中でできると回答している方は、カンファレンスなどで助言を求めると改善していくことでできると捉えており、できない・どちらでもないとしている方は、現時点ではできないと否定的に捉えている事がわかった。自由記載の中から、他の人の意見も聞いてみたい時がある、スタッフ間の共有も大切ではないかとの意見があり、このことからカンファレンスの中で話し合い目標を共有したり、意見交換をして看護を深めたり、看護の視点

を広げる場としてもカンファレンスは重要であると考えらる。

その他、ケアプランシートの活用については、患者用と看護師用に区別して作成してはとの意見があったが、水江らは「患者用の看護計画用紙を看護師用の看護計画用紙と別々に作成した場合、30分から60分程の時間を有し、スタッフに負担があった」と述べている。開示のために患者用の看護計画用紙を作成することは実践的ではなく、ケアプランシートを使用していくことが望ましいと考える。そのためには、看護計画立案の段階で患者・家族と話し合い、思いや希望を取り入れた看護計画を立案し、患者・家族に合わせた表現で看護計画を立て、ケアプランシートを使用していくことが必要だと考える。

看護計画の開示は必要だと思いますかとの問いに、65%の看護師が必要であると解答しており、どのような開示方法が望ましいかについては、ケア計画の立案時に開示するとの意見が多く、また患者様や家族と話し合いずれがないか確認する、話し合いケア計画を確認し共有するなどの意見があった。看護計画の開示は、看護師が立てた計画を単に患者に説明するのではなく、計画の段階で患者・家族と看護師の認識がずれていないか話し合い確認し、看護計画を共有していくことが必要であると感じているのがわかった。水江らは「あらかじめ看護師が立案した計画を示すというものであれば、患者はまずそのまま同意する事が精一杯の反応である可能性がある」と述べている。今後は患者・家族の思いや希望を取り入れ、一緒に目標を設定し共有しながら看護計画を立案する事。またそれが看護におけるインフォームドコンセントであり、看護計画開示の第一歩であることを認識し、看護計画を立案していくことが必要である。

また開示の必要性についてどちらでもないと回答した35%の自由記載の中に、ターミナルや告知されていない患者など対象によって難しいという意見があった。予後不良で告知されていない場合は治療や看護に対する受け入れが十分でないため、目標を共有することが困難となることが予測される。この点については、今後医師や家族を含め、検討されなければならない課題であると考えらる。

ま と め

1. 患者・家族と看護師が話し合い、目標を共有し、患者の思いをとり入れた看護計画を立案することが、すでに看護計画開示であることを認識し、看護計画を立案していくことが必要である。
2. 看護計画を立案していくために、また、スタッフ間の目標の共有や看護を深めるためにカンファレンスを充実させていく。
3. ケアプランシートを活用していくためには、看護計画立案の段階で患者・家族と話し合い、患者・家族に合わせた表現で看護計画を立案する必要がある。
4. 告知されていない患者など対象によって開示が難しい場合もあり、今後の検討課題としていきたい。

文 献

- 1) 角館恭子 他:患者と共有する看護計画開示の有効性、第30回看護管理、P72、1999.
- 2) 江守直美 他:看護計画「開示」における効果的な看護、第27回成人看護Ⅱ、P 131、1996.
- 3) 水江尚代 他:看護計画開示を試みて、大阪大学看護雑誌、Vol. 6、No.1P42、2000.
- 4) 早野有香 他:看護計画開示導入前後の看護師の意識調査、第33回 看護管理、P197、2002.
- 5) 小笠原美香:患者参画を促す看護計画開示の有効性の検討ー計画共有によるインフォームドコンセントをめざして、第28回日本看護学会集録、P219～221、1997.

研究

針刺し切創事故防止における認識と行動に関する分析

— 中堅看護師の認識と行動から針刺し切創事故防止を考える —

Analysis of behavior of leading nurse for the protection of needle accident

田中 美和

Miwa Tanaka

狩野 真澄

Masumi Karino

田中富美子

Fumiko Tanaka

藤井 恵子

Keiko Fujii

小坂 幸子

Sachiko Kosaka

要 旨

当院でも2003年に院内感染防止対策として、針刺し切創事故防止マニュアルが整備された。針刺し切創事故は、看護職への感染の暴露が高く、重大な問題となっている。当院では、針刺し切創事故防止対策として携帯用針捨て容器が配置されたが、針刺し切創事故の実態と針捨て容器の配置個数や使いやすさ、針刺し切創事故との関連はあるのかを年代別にアンケート調査した。その結果、臨床経験年数に関わらず針刺し切創事故を経験したことのある看護職員が多かったこと、調査した看護師の中で、中堅看護師に針刺し切創事故における認識と行動に特徴的な傾向が見られた。中堅看護師は今までの経験と知識を応用して針捨て容器がなくても針刺し切創事故を防止しようと考え行動していることがわかった。このことから、中堅看護師が最大限の能力を発揮できるように支援・教育していくことが針刺し切創事故防止にもつながると考える。

Key words : needle accident, disposable trash, leading nurse

はじめに

当院看護部の針刺し切創事故防止対策は、平成15年11月に病院機能評価にむけて針刺し切創事故防止マニュアルとして整備された。その際、備品として針捨て容器が各部署に設置された。しかし、昨年当院では立て続けに3例の針刺し切創事故が起こった。先行研究で中村ら¹⁾は実態調査の中から携帯型針捨て容器は、価格から考えても一般病院で最初に導入し得る安全機器と考えられると述べている。しかし、日常業務の中で看護師が針刺し切創事故に対して、どのような認識を持ち行動しているかを調査した研究は少ない。そこで本研究では、当院における針刺し切創事故の実態と事故防止に対する認識と行動および有効な安全機器といわれている針捨て容器の利用度を調査し、針刺し切創事故防止対策のあり方を考えることを目的とした。

用語の定義

針捨て容器: 病院から支給されたタッパ、各部署で工夫された容器。いずれの場合も蓋がついているもの。ベッドサイドまで持っていける大きさのもの。

中堅看護師: 臨床経験5年目以上

I 研究方法: アンケート用紙を用いた調査研究

アンケート用紙はエピネット日本版をもとにオリジナルのものを使用した。

対 象: 当院看護師の中で、各部署から年代や経験年数が重複しないように3から5名を選び対象とした。

調査期間: 平成17年3月16日～19日

研究の倫理的配慮

アンケートに研究の趣旨とデーターはこの研究のみに使用する事また、アンケートは無記名としプライバシーが保護されることを記載した。

II 結 果

アンケート配布数 79部

回収数 60部

回収率 75% (小数点以下は切り捨てとする)

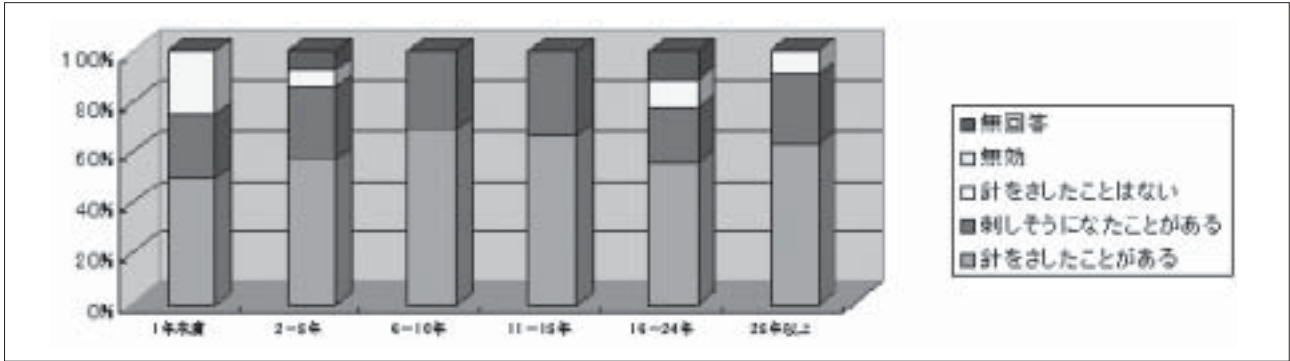
対象の背景

n=60人

	1年未満	2～5年	6～10年	11～15年	16～24年	25年以上	総数
看護師	4	14	13	8	7	4	50
准看護師	0	0	0	1	2	7	10

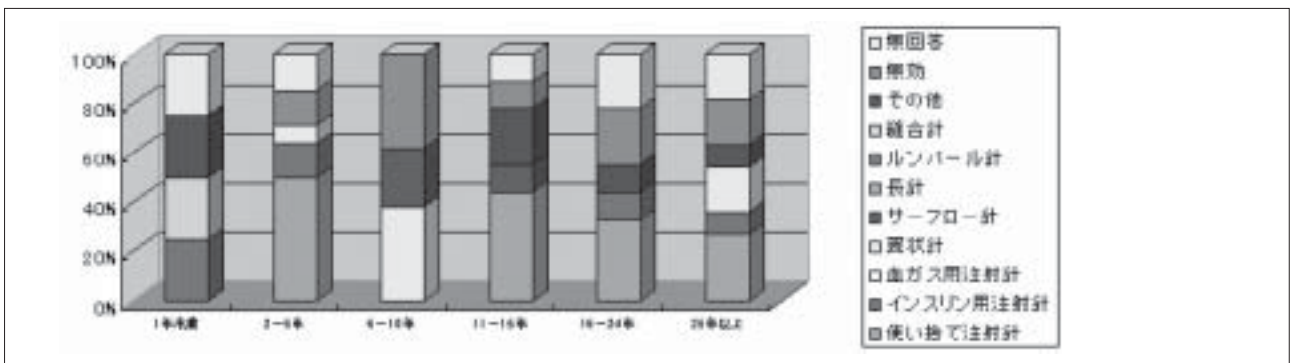
1、臨床で働いてから今までの針刺し切創事故の現状

各年代共半数以上の61%が針刺し切創事故を起こした事があると回答している。



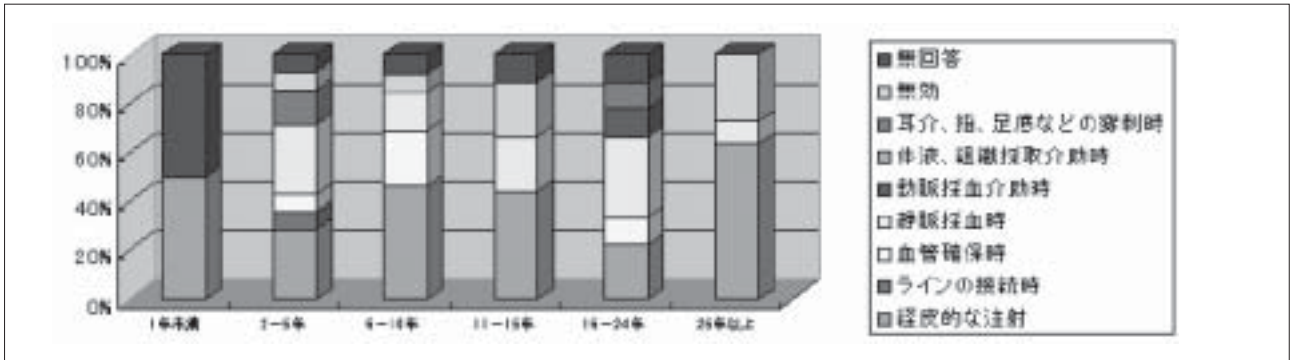
2、針刺し切創事故の原因器材で最も多いもの

事故器材としては、使い捨て注射針・翼状針・サーフロー針が共通して多いことがわかった。



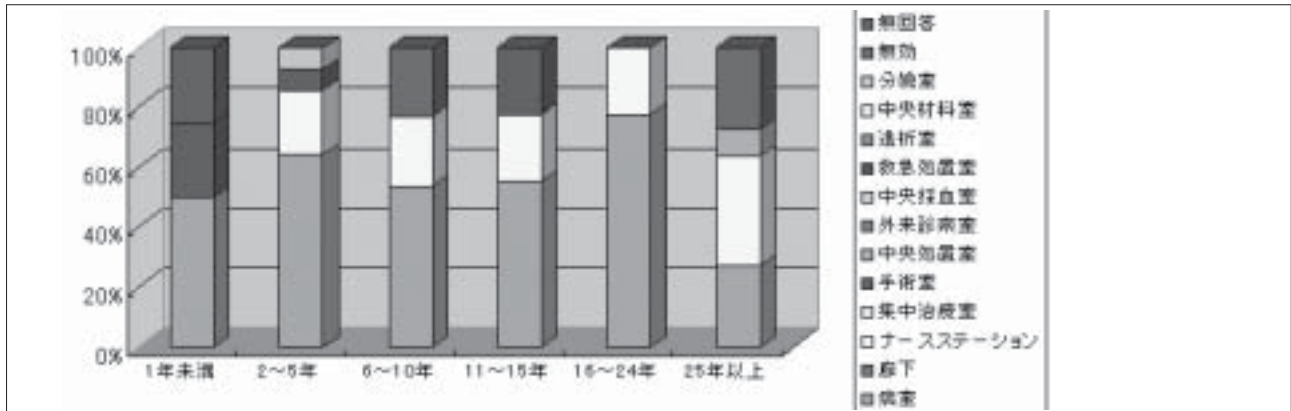
3、過去どんな時に針を刺したまたは刺しそうになったか

どんな業務中に事故が多く発生している各経験年数に共通しているのは、経皮的な注射時が一番多く、次に静脈採血時と血管確保時が多かった。



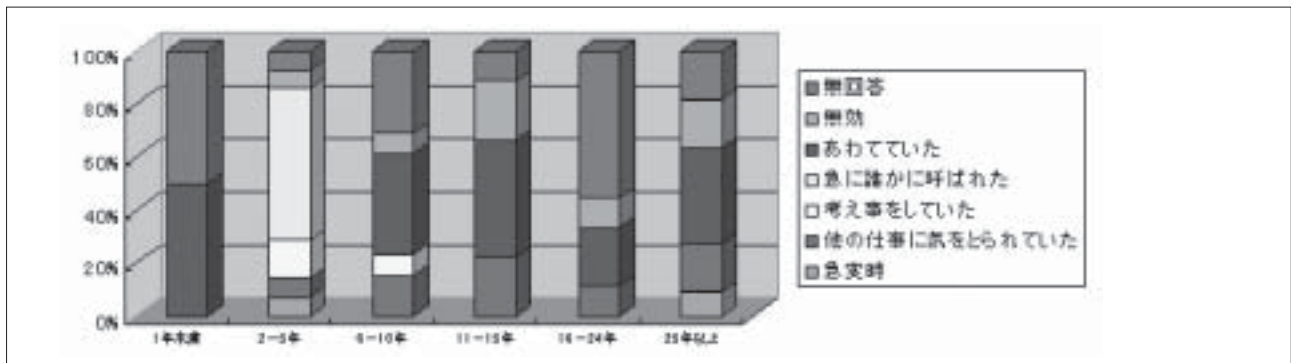
4、過去どこで事故を起こした・または起こしそうになったか

病室での針刺し切創事故が多く発生しているが、25年以上ではナースステーションでの事故が多い結果となった。



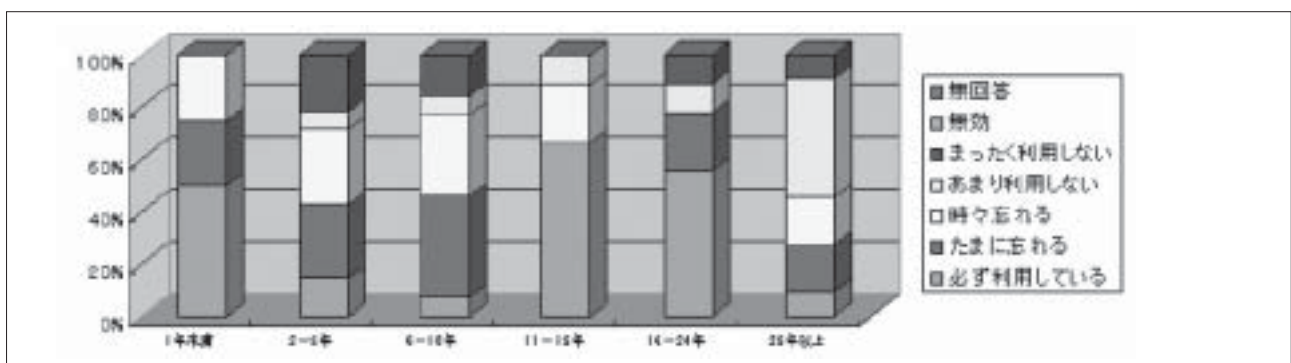
5、針刺し切創事故を起こしたときの状況

あわてていた、急に誰かに呼ばれたが各年代で60%台であり、急変時は時間的な余裕のなさや高い緊張場面であるが全体の6%と低い結果であった。



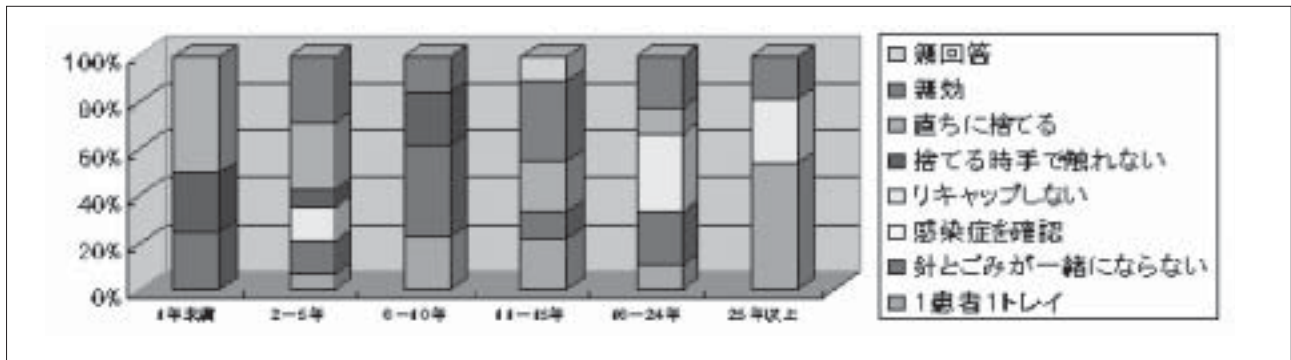
6、針刺し切創事故防止対策として針捨て容器の利用に対する認識について

忘れることはあるが利用しているのは、1年未満では100%、2～5年・6～10年では76%、11～15年では88%、16～24年では77%で利用度は高かったが、中でも必ず利用している割合は、1年未満では50%、2～5年では14%、6～10年では7%、11～15年では66%、16～24年では55%、25年以上では9%の結果から、6～10年が最も利用していなかった。



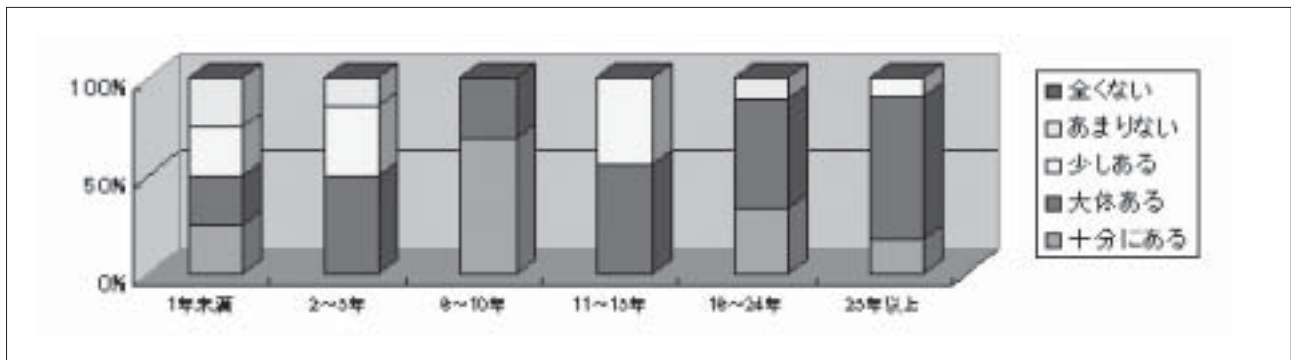
7、普段針刺し事故が起こらないように心がけていること

1患者1トレイにしているのは25年以上の67%、針とゴミが一緒にならないようにするのは6～10年45%、絶対にリキャップをしないのは16～24年43%、医療廃棄物のポリ容器に捨てる時手で触れないようにしているのは、6～10年では27%、針捨て容器を必ず持っていき直ちに捨、感染症を確認してから処置に行くのは全ての経験年数に於いていなかった。



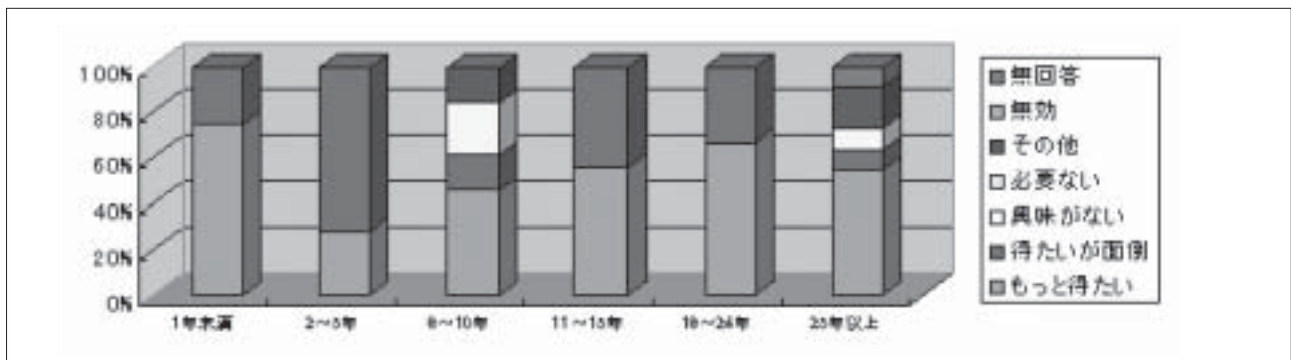
8、針刺し切創事故の予防に関して自己の認識について

十分にある割合の高い臨床経験年数は6～10年で69%、大体あるでは2～5年では50%、11～15年では56%、16～24年では55%、25年以上では73%であった。



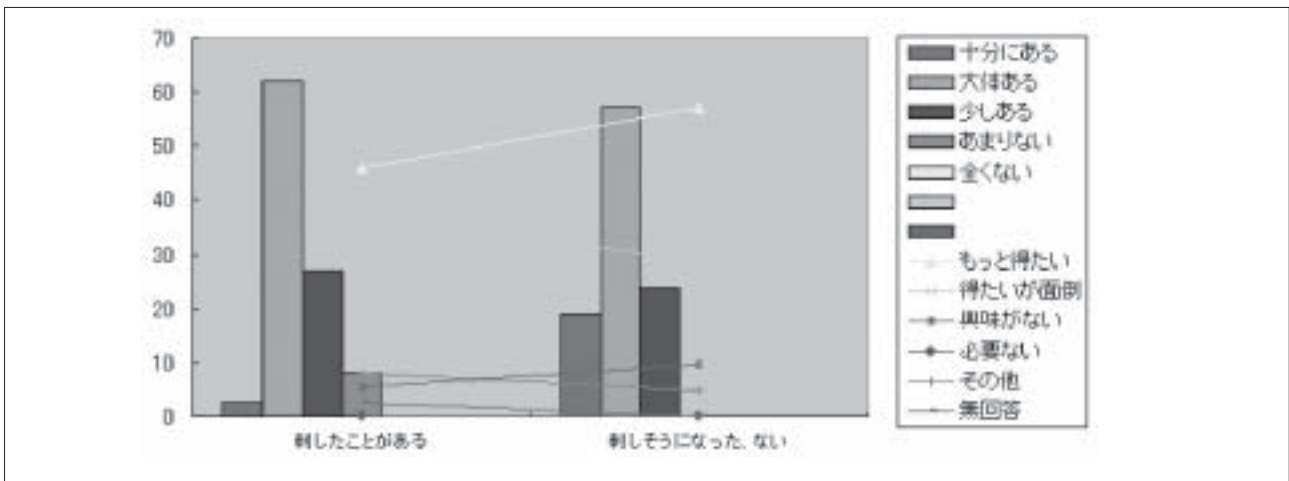
9、針刺し切創事故予防に対してもっと知識を得たいか

もっと知識を得たいが1年未満では75%、2年～5年では29%、6～10年では46%、11～15年では56%、16～24年では67%、25年以上では60%であった。得たいが勉強するのが面倒であるが1年未満では25%、2～5年では71%、6～10年では15%、11～15年では44%、16～24年では33%、25年以上では10%であった。興味がないので得たいとは思わないのは6～10年では23%、25年以上では10%、他の経験年数では0%であった。針をささなければいいので知識は必要ないが全ての経験年数において0%であった。6～10年ではその後も6～10年で15%いたが具体的なものは記載がなかった。25年以上では10%おり内容は具体的なものが欲しいであった。



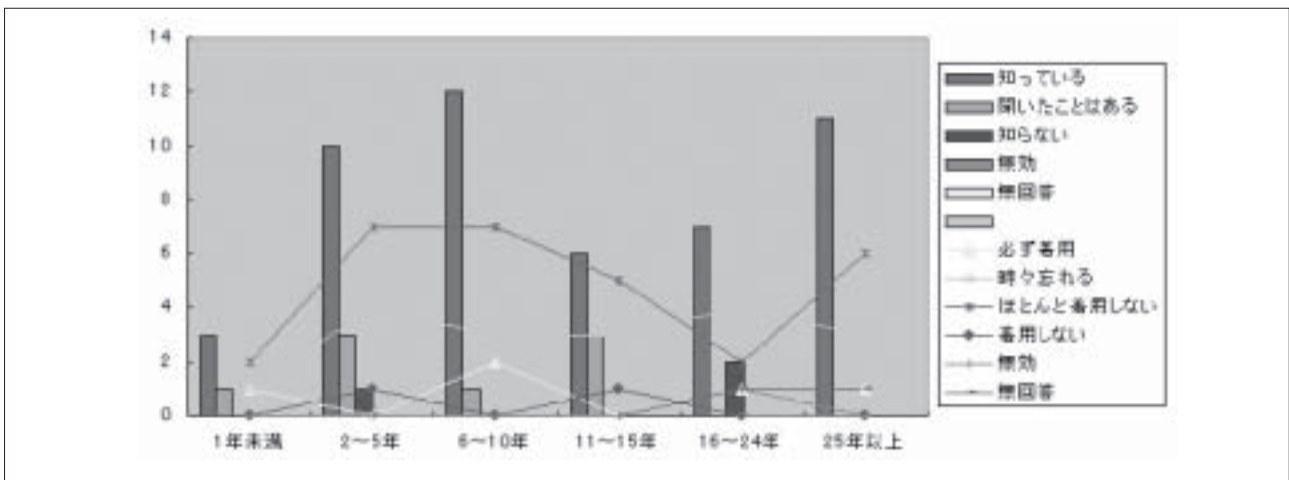
10、過去に針刺し切創事故を起こしたことがある人が、自己の知識をどのように捉えているかまた、どの程度知識を獲得しようとしているか

刺したことがある人のほうが刺しそうになった・刺したことがない人よりも針刺し切創事故防止に対する知識を得たいと考えている人が少ないことがわかった。



11、各経験年数での自己の認識どのように捉え、知識を獲得しようとする意識について

1年未満ではもっと知識を得たいが高く、2~5年では知識は大体あるが知識を得ることは面倒と考えている。6~10年では知識は十分あるとの認識が高く、興味がない・必要ないと考えている人が多くなっている。11~15年・16~24年では知識は大体あると答えた人が多く、もっと知識を得たいと考えている人が多かった。25年以上の人は、知識は大体あると考えている人が多くもっと知識を得たいと考えている人と興味がない・必要ないと考えている人もいる。



Ⅲ 考察

今回、針刺し切創事故防止について各経験年数別にアンケートの集計を行った。その結果から当院の針刺し切創事故の実態と経験年数による認識と行動の特徴がわかった。過去の臨床経験の中で、針刺し切創事故を起こしたことがあるかについては各経験年数において半数以上が経験している。原因器材としては使い捨て注射針が34%と一番多く次いで翼状針が16%、サーフロー針が8%という結果となった。場所は病室が53%多く次いでナースステーションが22%であった。病室での針刺し切創事故で経皮的な注射が57%を占め次いで多いのは静脈採血時、血管確保時となった。仲村¹⁾らは針の形状が不安定な翼状針が針刺し切創事故を起こす確率が高く安全装置付きの翼状針に変えることで事故を減らすことが出来たと述べているが、当院においては必ずしもそうとは限らないことがわかった。針捨て容器の利用については、全体の利用状況を見ると、「必ず利用している」「たまに忘れる」をあわせると31名(51%)であり、予想よりも利用度が高かった。さらに、針刺し経験と自己の認識、学習意欲の関連では、「刺したことのある人」のほうが「刺さそうになった・刺したことのない人」よりも予防に関する認識も知識を得たいと考えている人が少ないという結果であった。針を刺したことで針刺しに関する関心が高くなると考えていたが、必ずしもそうではないことがわかった。

また、経験年数別の分析結果から、経験年数が6～10年で認識と行動に特徴的な傾向があることがわかった。1点目は、針捨て容器の利用状況と認識である。針捨て容器の利用では「必ず利用している」と回答した者が1名(7%)と最も低い。しかし、使用済みの針の処理に関しては「直ちに捨てている」と回答した者が8名(66%)と最も多い。また、普段心がけていることでは「針とゴミが一緒にならないように置く」が5名(45%)、「捨てるとき手で触れない」が3名(27%)であった。これらのことから、針捨て容器はあまり利用していないが、針捨て容器が使えるときには直ちに針を捨てており、使えないときにも自分なりに針刺しを防止する行動をとっていると考えられる。

2点目に予防に対する自己の認識と学習意欲についてである。自己の認識は十分あると思いますかでは、「十分にある」が9名(69%)、「大体ある」が4名(31%)であった。それに対し、もっと知識を得たいかでは、「興味がない」と回答した者が3名(23%)であり、この年代にだけにみられる回答であった。この年代は、臨床の場で一通りの役割を経験してきたことで、自分にそれなりの自信がついている時期であると考えられる。この時期に自己満足で終わるか、さらにモチベーションを高めていくかが重要になってくると考えられる。森田²⁾は、『自分自身を振り返ってみると、変化(Change)を見出す機会(Chance)を与えられ、それに取り組む(Challenge)ことを繰り返しながら、自己を活性化することができた。この「3つの“C”」こそ中堅以上のナースには必要だと考える。中堅以上のナースは、Chance(機会)があれば、一所懸命に精を出し、その目

標達成のためにChallenge(挑戦)することができる。そこで得られた結果こそが、その人のChange(変化)であり、人間的な成長という報酬ではないだろうか』と述べている。また、この「3つの“C”」を活用するための姿勢として『①観ること:スタッフ個々の特性をみて、潜在能力を見出す。②聴くこと:報告や発言の場での個々の意見を聞き、看護や仕事に対する価値観を見出す。③待つこと:役割を依頼し、権限を委譲したからには、何らかの結果が得られるまでその人に任せる。④“いいところ(長所)”探しをすること;何事も否定的にみていると人生は楽しめない。“いい人”たちと仕事ができる喜びを味わっていることが、自己の活性化にもなる』と述べている。私たちは、中堅看護婦としてわかっていて当たり前、出来て当たり前と思いがちではないだろうか。針刺し予防に関しても、針捨て容器は数が少なく、全員がきちんと利用できない現状があると思われるが、6～10年目の看護師は血液に触れないような工夫をしており、今まで蓄えた知識を応用しながら対処していると考えられる。そのことをきちんと認め、他者にも伝えてもらう機会を作って予防対策を考えていくことが必要になってくるのではないかと考えられる。

なお、今回の研究では、対象者が少ないこと、各臨床経験年数の回答者数が一定でないこと、アンケートの設問に不備があったことなどから、あくまで傾向を把握するに留った。今後はアンケートの方法と内容を吟味し、より正確な結果が得られるようにしていきたい。

ま と め

今回の調査を通して、以下のことが明らかになった。

- ① 約62%の人が過去に針刺し事故を経験している。
- ② 約51%の人が針捨て容器を活用している。
- ③ 針刺しの経験のある人が、必ずしも針刺し予防に関心があるとは限らない。
- ④ 臨床経験6～10年の看護師は、針捨て容器の利用は少ないが自分なりの対処行動をとっている。
- ⑤ 臨床経験6～10年の看護師の知識と応用力を活用して、針刺し予防対策を考えていく必要がある。

文 献

- 1) 仲村宏美 他 針刺し切創の実態と対策
—携帯型針捨て容器と安全装置付き器材の適切な配備について— 感染管理 Vol.18 No.3.2003
- 2) 高岸 壽美 「自分の中の未知の自分」に気づく機会を与えることで活性化
—ヒトが生きる3つのCp— 看護展望 2000-12 p32～36

研究

患者を取り巻く療養環境の一考察 ～病人を消耗させる害になる音について～

Study of the special noise exhausting the patients in the hospital

山崎 君江
Kimie Yamazaki

大宮 洋子
Youko Oomiya

石田 明美
Akemi Ishida

尾西 孝一
Kouichi Onisi

松崎 眞弓
Mayumi Matsuzaki

要 旨

患者にとって療養環境とは？と考えたときに快適で静かな環境を思い描く。看護の視点で人間の生活を見つめたとき、患者にとって害になる音は一般的に騒音と思いがちだがナイチンゲールの指摘に耳を傾けてみると、「騒音＝物音」ではないといっている。

この事から、病院内で発生する様々な音を調査し、一般の騒音の基準値と比較検討した。

その結果、病院の現状と騒音が引き起こす患者の状況、当院内の音が適正値を超えていることが明らかとなった。

Key words : noise in the hospital

はじめに

騒音とは「望ましくない音、たとえば音声・音楽などの伝達を妨害したり、生活に障害・苦痛を与えたりする音」という規定になっている。

騒音レベルが70～80ホンに達すると(やや大声のレベル)生体に血管の収縮、その他ストレス反応が一過性に誘発される。長田は騒音による生理的反応を大別して①自律神経を介しての影響と②下垂体副腎系を介しての影響とに2大別している。

前者は内臓の働きを調節する自律神経系が騒音により交感神経緊張に傾いて生ずる一連の反応(呼吸の促進、脈波数の増加、血圧の上昇、皮膚血管の収縮、冷や汗、唾液・胃液の分泌減少、胃腸運動の抑制など)がみられるという。

一方後者は、視床下部の興奮→下垂体および交感神経→副腎髄質→エピネフリン分泌→下垂体→副腎皮質刺激ホルモン→副腎皮質ホルモンの分泌亢進→ストレスに拮抗する体制の形成という進展になるという。

不快な音を持続的に聴いていると生理的影響があるといわれている。またナイチンゲールも患者にとって害になる音は「騒音＝物音」ではなく、「病人の神経を消耗させるような音が害になる」といっている。

病院において患者を取り巻く環境を考えたときに快適で静か

な環境を提供するという、看護の視点から病人の周囲によく見られる消耗を引き起こす音とは何かを調査した。

どうい音騒音であるという物理的な規定がないことより、砂川市立病院ではどのような音がありそれらの音は騒音なのか否か一般の騒音と比較調査し、検討したのでここに報告する。

研究目的

砂川市立病院内における騒音を一般の騒音基準値と比較検討を行い、「騒音＝物音」ではなく病人にとって害になる音とは何かを検討することを目的とした。

方 法

期間 H16年度5月～H17年度3月まで

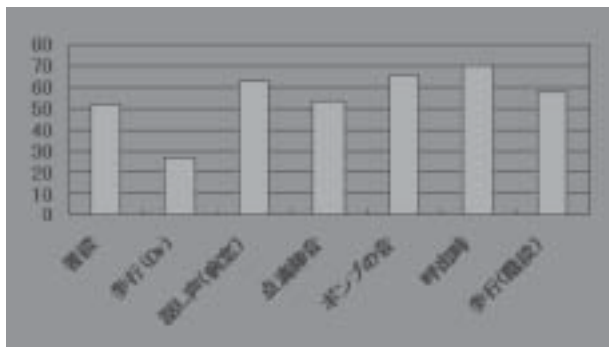
日中の病棟で発生する音で騒音と考えられる音を騒音計で測定。

測定場所は日中の病棟、病室内

測定する物体より1m離れ、高さは1m50cm、30秒間測定しMAX値を記載

曜日に関係なく同時刻、同場所にて3回測定した平均値をグラフに表示する。

日中の病棟・病室の音



結 果

病院の適正な音は30～45dbであるが、砂川市立病院での計測値を考えると、適正値を超えていることがわかった。

考 察

病人の神経を消耗させるような害になる音とは、音の大小にかかわらず、人的行動によって起きる不必要な音であることがわかった。

病室内外でのひそひそ話、窓やドアの開け閉め、カーテンの開閉、排泄・食事の介助、患者を急がすような言動など、上げればきりが無い。

ナイチンゲールの時代とは違い、現在の医療機器の使用は不可欠であり、あらゆる機械音の発生は防ぎようがないことである。

しかし音が患者に害を及ぼすものであるというナイチンゲールの思想を忘れてはならない。

たとえば、ナースコールやアラーム音がなる前に患者の観察をすることで事前に防ぐことができるし、車椅子や点滴棒のキーキーという音は清掃・点検を行っていけば鳴らないなど、私たちの普段の行動一つ一つが、患者へ影響を与えるものである。

ナースコール、アラーム音が鳴ったら、本来すぐ患者の元に行き、消音しなければならないが、毎日の業務の中で聞いている音のために「また鳴っている」と思ってしまう。

患者の関心事は自己の健康問題であるが、看護者にとっては多くの患者の健康問題の一つでしかないことの表れであると考えられる。

また、患者自身の状況も左右することがわかった。

岡堂は病気と人間の行動の中で、「医師や看護師の言葉や態度、周りの雰囲気や環境に左右されやすく、健康人よりも病人のほうが敏感である」といっている。

今回のデータ収集の際、同じ部屋、同じ状況下においてA氏はうるさいと苦情を投書した(化学療法中)一方B氏は気にならないと(退院間近)このように患者の病状の相違によっても音の感じかたに違いがあった。

化学療法中の患者やターミナル患者、身体的にも精神的に

もダメージのある患者は余裕がなく受け入れる気持ちがないため、ちょっとした物音でも気になる。

しかし、退院が近い患者や回復期の患者は気にならないことがわかった。

したがって、このようなことを踏まえて患者の病状にあった、養環境の配慮が必要である。

そういった私たちのかわりによって生じる音が、患者の神経を消耗させる音であるという認識を持つことが大切であり、実践につなげていくことが私たち専門職としての看護技術であると考えられる。

結 論

- 1、病院内における騒音は、一般の適正値より超えている
- 2、音の大小にかかわらず、人的行動により起きる不必要な音が害を及ぼす
- 3、患者の病状によっても、同じ音でも影響を及ぼす

おわりに

今回、病院内におけるどのような音が騒音であるという物理的な規定がないため、一般の騒音と比較したが、音の測定方法など一方的な比較で検討するには十分であるとはいえない。今回は害となる音が何なのかを明らかにできなかったが、今後はさらに害になる音の追及や

音が与える人体の影響などを考慮し検討を重ねることが課題である。

文 献

- 1) 労働省労働衛生課編:作業環境における騒音の管理、中災防:1993.
- 2) 労働省労働衛生課編:騒音障害防止のためのガイドライン、環境基本法第16条第1項 基発546号:2000.
- 4) 山本剛夫:昼間の騒音レベルと苦情発生頻度との関係、環境因子による疾患、最新内科学大系75:114-119、1972.
- 5) 岡堂哲雄:病気と人間行動、シリーズ患者・家族の心理と看護ケア:36-37、1997.

研究

砂川市立病院における面会時間・消灯時間の意識調査

Survey of a lights-out and visiting time in the hospital

佐々木博美
Hiromi Sasaki櫛引 晴子
Haruko Kusibiki広田 恵子
Keiko Hirota高田 綾子
Ayako Takada戸田 悦子
Etsuko Toda

要 旨

2005年3月、院内業務サービス改善を目的として、入院患者・家族の面会消灯時間に対する意識調査をアンケート方式で行った。その概要をまとめたので報告する。

Key words : visiting hours curfew period questionnaire

はじめに

近年、患者や家族の要望の変化により、面会・消灯時間延長などの対応が求められている。当院でも入院生活に対する要望に応えることが、患者の闘病意欲の向上や満足度の上昇、入院生活の質の向上につながると予想される。

当院のICUは原則24時間の面会が認められているが、その他の病棟では面会時間終了は19時消灯時間は21時となっている。面会ニーズの多様化がすすみ画一的な対応が患者の健康を回復する妨げになる可能性もある。

本調査では砂川市立病院の面会時間と消灯時間についての患者・家族の意識を明らかにした。

調査方法

1) 調査期間

2005年3月18日～3月22日

2) 調査対象

当病院の10の病棟(1・2・3・4・5・6・7・10・11・12)に入院している患者家族から調査に同意を得られた50名。(各病棟5名ずつ)

回収率:98%(有効回答率98%)

3) 調査内容・方法

面会時間と消灯時間などに関する独自の質問紙に無記名で記入してもらう。質問内容は17項目で複数選択法、自由記述法を用いてそれぞれ答えてもらった。

結 果

表1～表14に示す。

考 察

当院の面会時間に満足しているという回答が多かった。満足していない回答としては、「話し相手」「心配だから」と患者の精神的ケアをもっと長くして欲しい希望が伺える。また、「面会時間内にくるのは難しい」「仕事の時間が間に合わない」などの回答もあり入院患者が遠方の場合、面会者自身が仕事をもっているなどが考えられる。その他の意見としては「面会の為の場所がましい」「談話室がせまい」「駐車場が少ない」「長期入院付き添い者の入浴する施設がよい」など設備の面での不満がある。面会を患者サービスの一環と捉え、サービスを受ける者(患者家族・患者)にはいくつかの傾向がある。利便性重視、個別化充実化重視である。¹⁾患者とその家族の満足を引き出すには、個人の希望や期待に沿える設備面の充実、患者サービスの個別化・充実化が必要となる。

面会の目的は、「心配だから」「患者が待っている」などの情緒的・精神的な理由が多く見られる。入院している患者の支えになろうとする家族像が伺える。家族の意向を知り、看護状況の説明など、看護師からの働きかけも必要と考える。サービスの受けてはより専門的な知識を求める傾向が強²⁾、正確でまとまった情報の提供が患者・家族の満足につながる。

希望する面会時間帯であるが、面会時間の延長は「現行ど

おりでよい」とほぼ同数で延長希望の回答がある。意見として「傍にいてやりたい」「話しをしたい」が多かった。「出来れば食事など作れる場所がありつつあげたい」という意見もあり、希望時間からみても午前8時30分から昼食時間、夕食時間込みの時間延長を希望していることがわかる。食事という日常的な保健行動に患者家族が参加することで、家族の役割・機能を維持する働きもある。家族としての情緒的な働きも関係していると予想される。

消灯時間は「現行どおりでよい」という回答がほとんどで「現在の消灯時間で眠れるか」は回答に大差はなかった。入院中の睡眠状況には、時間以外の様々な因子が関わると考えられ、今回の調査内容では検討できなかった。消灯時間単独の要因ではなく、環境的な問題つまり看護師の足音、処置の音、室温、寝具、照明なども関係している。家庭という自分らしくある環境から切り離された、病棟の環境自体が患者の睡眠に影響を及ぼしていると予想される。

年代や症状の異なる多くの患者の希望をすべて聞き入れるには無理がある。しかし自然治癒力の発動を支えるため基本的なルールはあっても、個別に対応する看護師の能力の高さ

も必要となる。人間の健康問題を、日常の生活過程のあり方と密接に関連させて思考したナイチンゲールは、看護師の役割を生活全体を視野に入れて看護ケアを行う専門家と位置づけている。³⁾面会時間と消灯時間の調査から時間的な活りだけではなく、患者・患者家族の生活を支える日常の生活過程を整える重要性が明らかになった。

結 論

- 1) 患者・家族が望む面会時間は、患者が食事を摂る時間帯が含まれている。
- 2) 患者・家族は消灯時間が21時(現行)で満足している。

文 献

- 1) 近藤隆雄: サービス・マーケティング サービス商品の開発と顧客価値の創造, 第1版. 41, 生産性出版, 東京, 1999.
- 2) 近藤隆雄: サービス・マーケティング サービス商品の開発と顧客価値の創造, 第1版. 132, 生産性出版, 東京, 1999.
- 3) 金井一薫: KOMI理論 看護とは何かー 介護とはなにかー, 第1版. 11, 現代社, 東京, 2004.

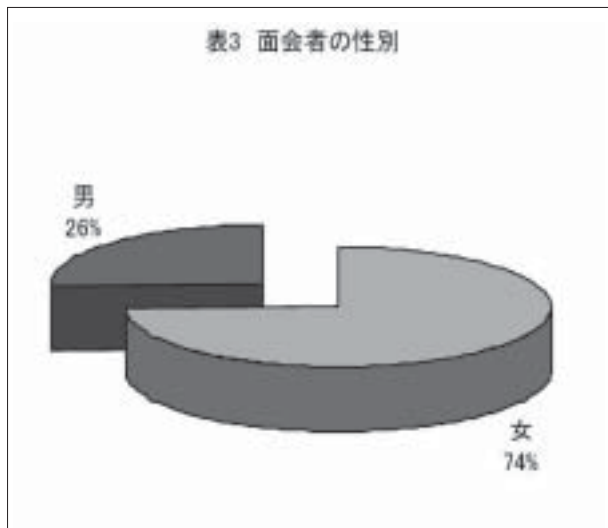
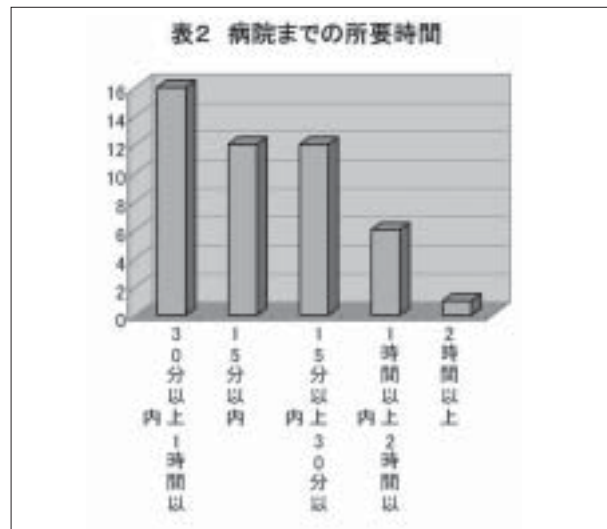
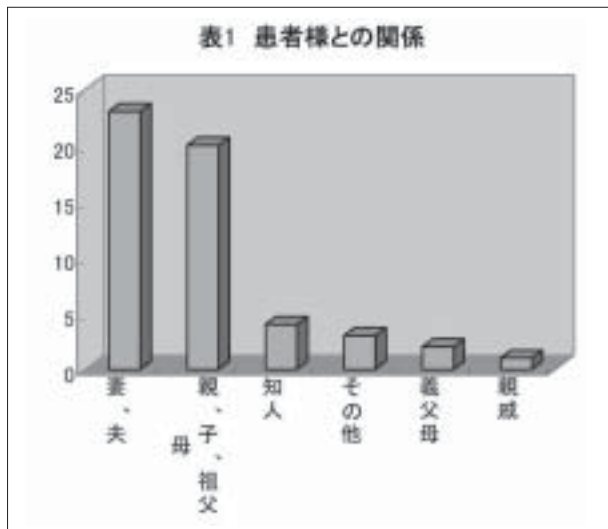


表5 面会者の住まい

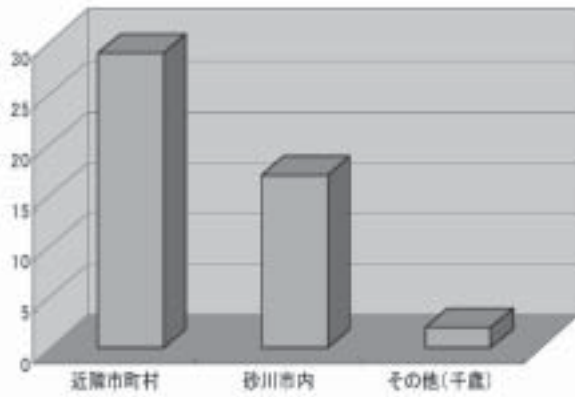


表6 面会者の年齢

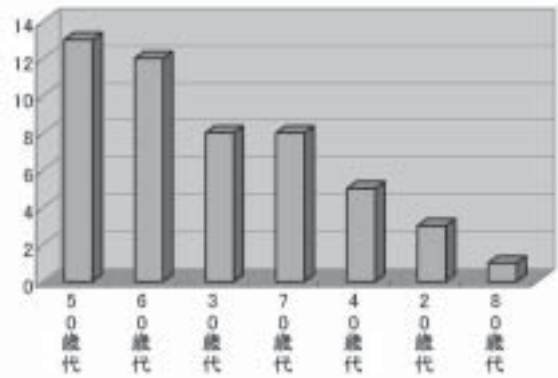


表7 病院までの交通手段

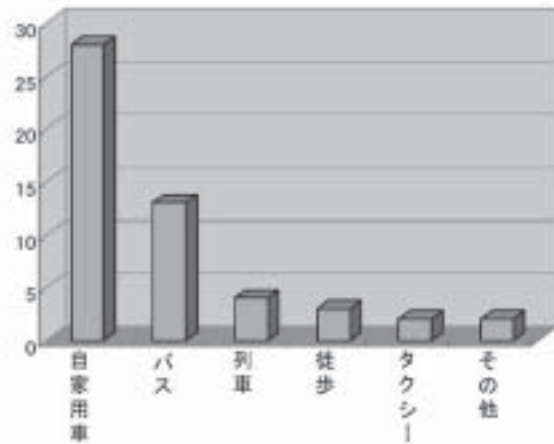


表8 面会時間がいいえと答えた方の理由

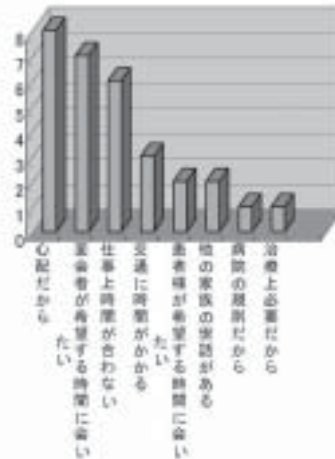


表9 面会の目的

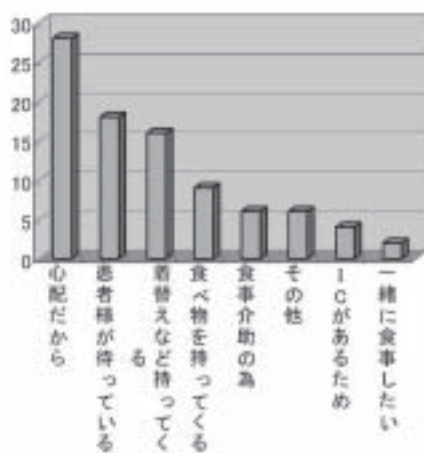


表10 面会中に行っていること

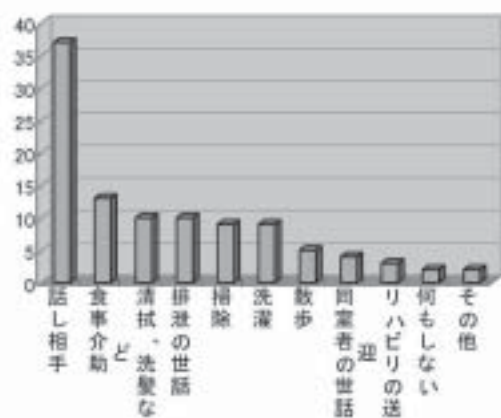


表11 希望する面会時間帯

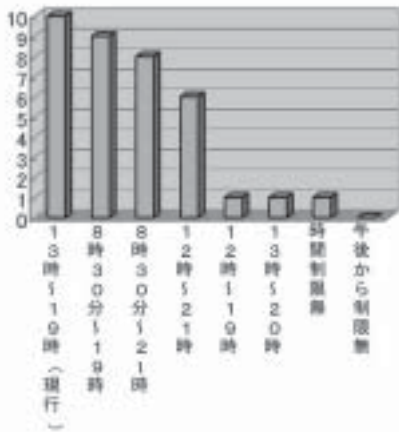


表12 面会時間延長時に行いたいこと

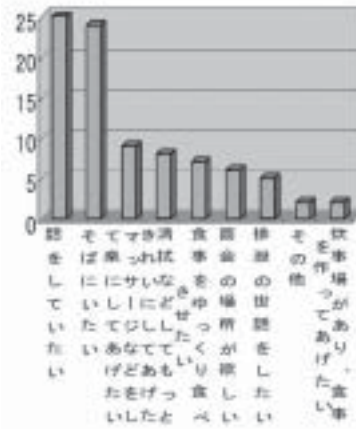


表13 希望する消灯時間

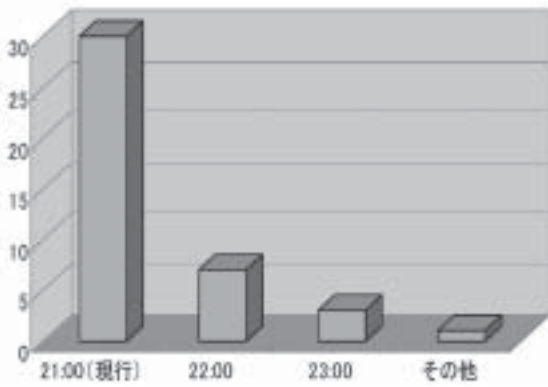
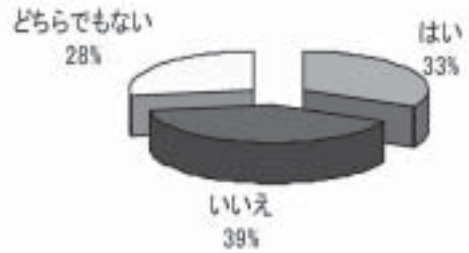


表14 現行の消灯時間で眠れますか？



研究

看護サマリー活用の実態調査と基準化への試み

Survey of utilization of nursing summary and trials for its standardization

高田 早苗
Sanae Takada高橋 純子
Junko Takahashi森 佳子
Yoshiko Mori島崎 聡美
Satomi Simazaki

要 旨

サマリーチャートの活用状況と、記載内容を検討し、外来と病棟間での継続看護に活用できていないという実態に対して看護サマリーの基準化を行った。

Key words : nursing summary, KOMI chart system, continuing Nursing, Outpatient Care

はじめに

当院では2003年にKOMI記録システムを導入してから、全患者のサマリーチャートを記載し各外来におろしているが、外来でどのように活用しているのか、継続看護に結びついていのかなど疑問に感じ、今回、看護サマリーについて調査し、現状の分析と基準の作成を行ったので報告する。

方 法

アンケート調査 記述式 無記名
アンケート内容 外来でのサマリーチャートの活用状況・要望
対象 外来看護師 38名
期間 平成16年11月

サマリーチャートの記録内容監査

対象 平成15年12月から平成16年11月までの内科患者のサマリーチャート(731名分)
内容 ①チャートが正しくつけられているか
②継続ケアの内容が書かれているか
③外来での継続看護の内容が記録されているか

結 果

アンケートは38名に配布し32名の回答があった。
アンケートの結果、外来看護師の88%がサマリーに目を通し

ているが、約60%は継続看護に活用していないと返答している。その理由として・欲しい情報が記載されていない・KOMIチャートが正確にマーキングされていない為個別性が見つけられない・継続看護の内容について記載されていないなどの理由が挙げられていた。(図1)

サマリーチャートについては、81%の看護師が全ての患者には必要ないと返答しており、外来での継続看護が必要な患者、退院時に問題があった患者、病棟でのケアプラン実施で外来評価が必要な患者などに限定して欲しいという意見があった。

看護サマリーの保管に関しても90%の部署で特定のファイルにまとめて綴じていると言う現状であった。(図2)

外来から病棟への要望では、表1に書かれているように、患者の個別性や思いに関する情報や看護の経過など継続看護につなげられる内容を記載して欲しいと返答しており、病棟と外来との情報交換、カンファレンスなどが必要であるなどの意見も聞かれた。

内科外来に下ろされているサマリーチャートの記載内容について①チャートが正しくつけられているか②継続ケアの内容が書かれているかについて731名のサマリーチャートの監査を行った。結果チャートが正しくつけられているものが46.5%で約半数であった。継続ケアの内容が書かれているものは表現の仕方に問題があるものもあったが21.3%のサマリーに継続ケアの内容が記載されていた。しかし、外来で継続看護がされて、記録に残されているものは0.68%にも満たない状

況であった。

現状の分析と考察

現在、サマリーチャートは①転科、転棟時の中間サマリーとして②退院時サマリーとして③退院時、外来への連絡用紙として④事例検討のケア評価として、活用している。サマリーの内容も、ケア計画の内容は少なく、退院時の連絡事項が主として書かれているという現状である。日本看護協会は看護サマリーについて「看護を必要とする人の経過、情報を簡潔にまとめたものであり必要に応じて作成する」と定義付けている。また、KOMIサマリーチャートの活用基準として①カンファレンスの資料として活用②転棟、転科、転院時の申し送り資料として活用③中間評価として活用④ケア展開の最終評価として活用⑤外来との連携資料として活用の5点が挙げられている。在院日数の短縮化により、退院後の継続看護や外来でのケアプランの継続、外来看護師の関わりなどが重要である。アンケートの結果から外来看護師の継続看護に対する意識は高いとわかるが、実際には出来ていない現状が明確となった。活用されない原因をアンケートの結果と記録の監査の内容から考えて、①KOMIチャートが正確にマーキングされていないことや、継続ケア方針の部分には連絡事項の記載が殆どで継続看護に必要な情報がサマリーチャートからは読み取れない②全ての患者のサマリーチャートが外来に降りてくる為、一つのファイルにまとめてしまい、外来受診時の資料として活用されない。③看護サマリーの記載基準が無い為、各部署での記載内容、保管方法、活用方法などに格差がある。の3点について問題点としてあげた。

看護サマリーの大きな目的は①看護の評価②継続看護の

2点が挙げられているが、外来での継続看護に活用されないのは、この2点の目標にかかわる内容の記載がされていないことが大きな原因であることが考えられた。継続ケアの内容が書かれていたとしても、表現の仕方が適切でなかったり、多くの患者のサマリーが降りてくる中で継続看護を必要とする患者を判別できないという状況が明確となった。とはいえ、あわただしい実践現場の限界を考えるとサマリーを適切に書く為には何らかの方法や訓練の場が必要であると言われている。そのためには、記載基準と活用基準の作成が必要であり、また事例検討の資料としてサマリーチャートを活用する訓練や試みが必要であると考ええる。

終わりに

今回のアンケート調査と記録内容の監査の結果を得て、看護サマリーの記載基準と活用基準を作成し、内科を限定に実施を開始している。(資料1)少数ではあるがサマリーチャートとケア展開用紙を活用し継続看護を展開できている。今後は看護サマリーの記録内容の監査の継続と外来での継続看護の状況について調査を続けていく。また、病棟とのカンファレンスや受持看護師の情報交換など継続看護の評価を行いながら看護の質の評価と向上について継続して取り組んで行く必要があると感じている。

文 献

- 1) 金井 一薫: KOMI理論. 現代社. 2004年
- 2) 金井 一薫: KOMI記録システム. 現代社. 2004年
- 3) 市川 幾恵、阿部 俊子他: 看護記録の新しい展開. 照林社. 2001年

資料 1

サマリーチャート記載基準(内科)

平成17年2月作成

1. サマリーチャートの定義

看護を必要とする人の、経過、情報を簡潔にまとめたものである。サマリーチャートの目的①看護の評価②継続看護の2点であり、看護の評価として全ての患者においてサマリーチャートを記載し、プロトコールに綴じる。継続看護を必要とする患者については外来へおろし、継続看護の依頼をする。

2. サマリーチャート記載方法(看護の評価として)

- 1) レーダーチャート、KOMIチャートについては退院時にマーキングし、ケアプランの評価として読み取る。
- 2) 記載欄にはケアプランの評価を記述する。
- 3) KOMI記録システムの一番前に綴じる。

3. サマリーチャート記載方法(外来との連携資料として)

1) 対象患者

- ① 外来化学療法をする患者(癌化学療法、インターフェロンなど)
- ② セルフコントロール中の患者(糖尿病、ストマ、ドレーン管理など)
- ③ 在宅支援をした患者(HOT. PEG. 癌終末期. 独居老人など)
- ④ 外来リハビリを続行する患者
- ⑤ その他、継続した観察、指導が必要であると判断した患者(精神面なども含む)

2) 病棟側

- ① 退院時にレーダーチャートとKOMIチャートを付け直し退院時の患者の状況を明確にする。
- ② 病棟でのケアプランの評価を簡潔に記載する。
- ③ 継続ケア方針の欄には次回受診日、担当医師の記載と継続看護の内容、気がかり、患者や家族の思いを記載する。
- ④ 定期的に情報交換をする。
- ⑤ 基本として受持看護師が記載。退院後1週間以内に外来へおろし、継続看護を依頼する。

3) 外来側

- ① サマリーの継続ケア方針を参考にケア展開用紙を作成し外来カルテに綴じ、ケア展開の経過を記録する。
- ② 継続看護をしている患者のカルテにわかりやすいように付箋を付ける。
- ③ 看護の評価としてや再入院の際には可能な限り、サマリーを作成する。

4) その他

- ① 病棟—外来間でのカンファレンスや事例検討を必要時行う。

アンケートの結果 1

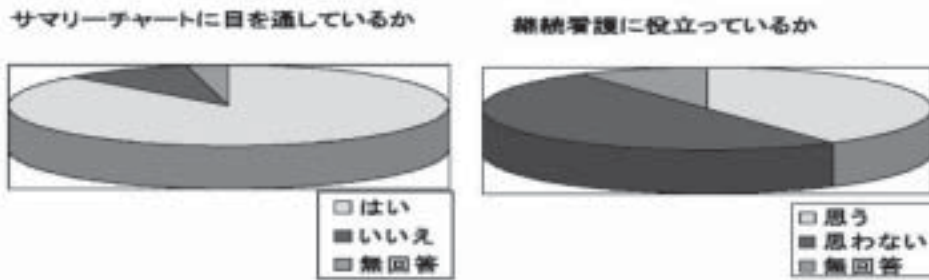


図 1

アンケートの結果 2

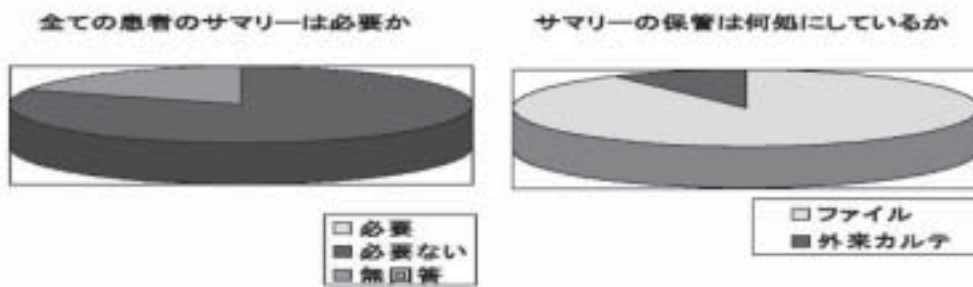


図 2

外来から病棟への要望

継続看護につなげられる内容を記載してほしい	9名
次回受診に間に合うように記載してほしい	5名
外来との情報交換、カンファレンスがしたい	4名
次回受診日と主治医は正確に記入してほしい	3名
患者の個別性を記入してほしい	3名
看護の経過を記入してほしい	2名
退院時の患者の思いを記入してほしい	1名

表 1

研究

呼吸理学療法コースの企画を試みて

Establishment of special program for respiratory physical therapy

細海加代子¹⁾

Kayoko Hosokai

神下 美雪²⁾

Miyuki Kamishita

細海 克守³⁾

Katsumori Hosokai

要 旨

呼吸理学療法終了後の2度のアンケート調査から当コースの企画を考察したので報告する。

Key words : establishment of special program, respiratory physical therapy

はじめに

現在、院内には3名の呼吸療法認定士が資格を取得しているが、共通の場での知識の共有や技術、相談などの機会が少なかった。今回、看護部の教育プログラム内の自主学習コース「呼吸理学療法」を初めて担当することになった。

呼吸は体に酸素を取り込むという、私たちが生きていくうえで重要な役割を果たしている。

呼吸器疾患患者のなかには、筋緊張が高いこと、胸郭の変形がみられること、疾患からくる喀痰喀出困難、呼吸困難感など空気の通りが妨げられたり、深い呼吸が出来なくなるなどの障害が見られる。呼吸理学療法は出来るだけ安楽な呼吸状態をサポートできるようポジショニング・スクイーミング・リラクゼーションなどを中心に近年、看護師が行うケアとしても注目を集めている。

さらに、ケアに留まらず日々ケアに当たる看護師にとって呼吸状態の観察項目やアセスメントは重要であることから、これらを考慮し呼吸理学療法コースを企画し、開催を呼びかけた。各部署から呼吸理学療法に興味がある看護師32名の参加があった。

プログラムは5回コースとし、講義編2回、実技編2回、最終回は事例検討とした。

コース終了直後のアンケート調査と研修2ヵ月後の追跡アンケート調査を元に分析しながら、我々が開催した呼吸理学療法コースの企画を参加者の評価から考察する。

I 目的

呼吸理学療法コースを主催し、終了後アンケート結果と追跡アンケート結果から今コースを分析し振り返る。

II 方法

1 研修期間:平成16年6月4日～平成16年12月2日

以下の①～⑤の5回コース

- ① 石川朗先生 講演
- ② 肺理学療法の看護師に役割
- ③ 当院理学療法士による実技指導 1
- ④ 当院理学療法士による実技指導 2
- ⑤ 事例検討 演題8題

2 対象:自主研修に参加した看護師32名

3 調査方法:1)5回コース終了後のアンケート調査を実施。
2)研修終了2ヶ月後、追跡アンケート調査を実施。

以上を呼吸療法認定士3名で考察する

1) 砂川市立病院総合相談課

Division of Health and Mental Consultation room, Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院看護部

Division of the12th Nursing facility, Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center

3) 砂川市立病院看護部

Division of the11th Nursing facility, Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center

Ⅲ 結果

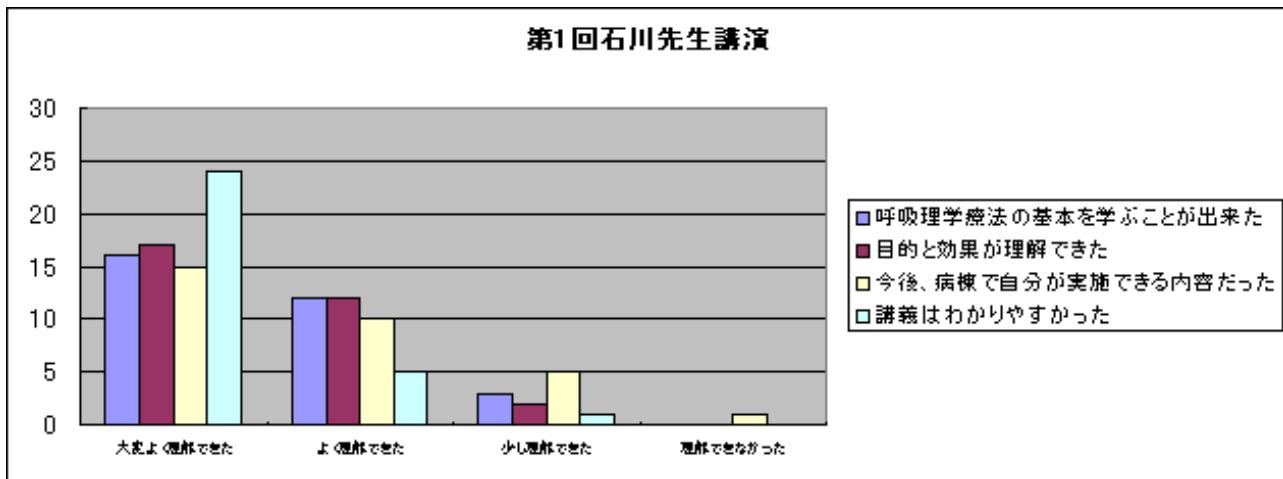
- 1 コース終了後、以下のアンケート項目を4段階で評価した。
 また、意見や感想を記述式で自由記載してもらった。

<項目>

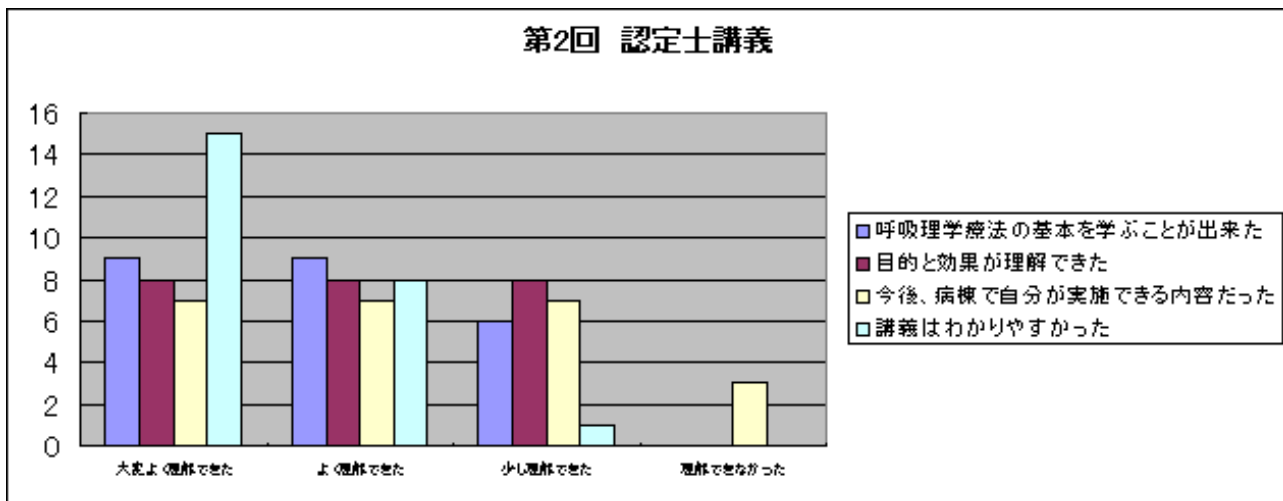
- 1 呼吸理学療法の基本を学ぶことが出来た
- 2 目的と効果が理解できた
- 3 今後、病棟で自分が実施できる内容だった
- 4 講義はわかりやすかった

<評価内容>

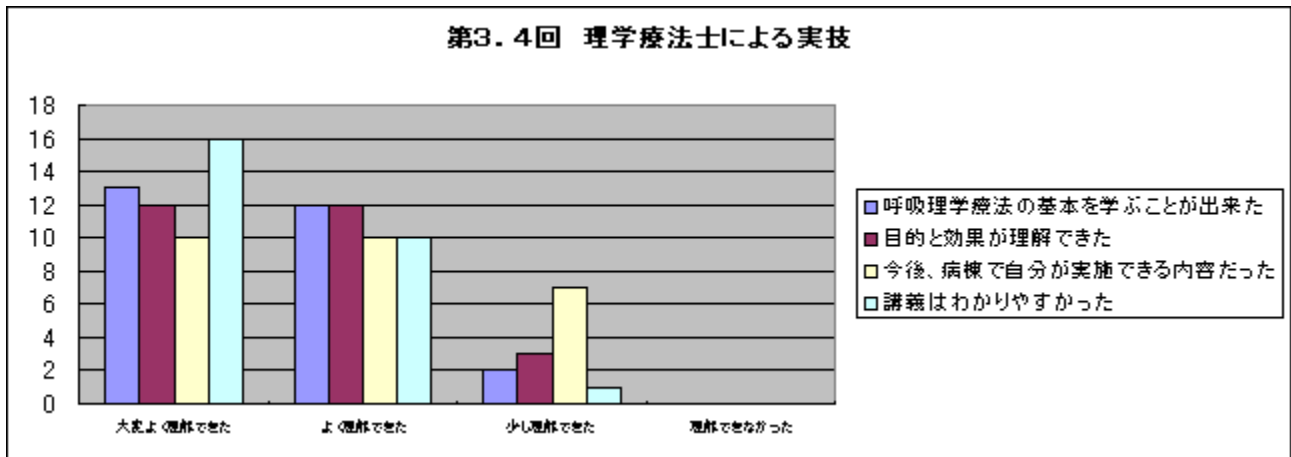
- 大変よく理解できた
 よく理解できた
 少し理解できた
 理解できなかった



札幌医科大学保健医療部理学療法科助教授の石川朗先生を講師に招き、呼吸理学療法の講演・実技を行った。意見・感想として、呼吸理学療法に関する認識と手技の確認となった、自信がないので練習が必要と感じた、病棟でも実施していきたい、難しく感じていたが参加して分かりやすかった、実技も解剖生理の位置を確認しながら行うことが出来たという記述があった。

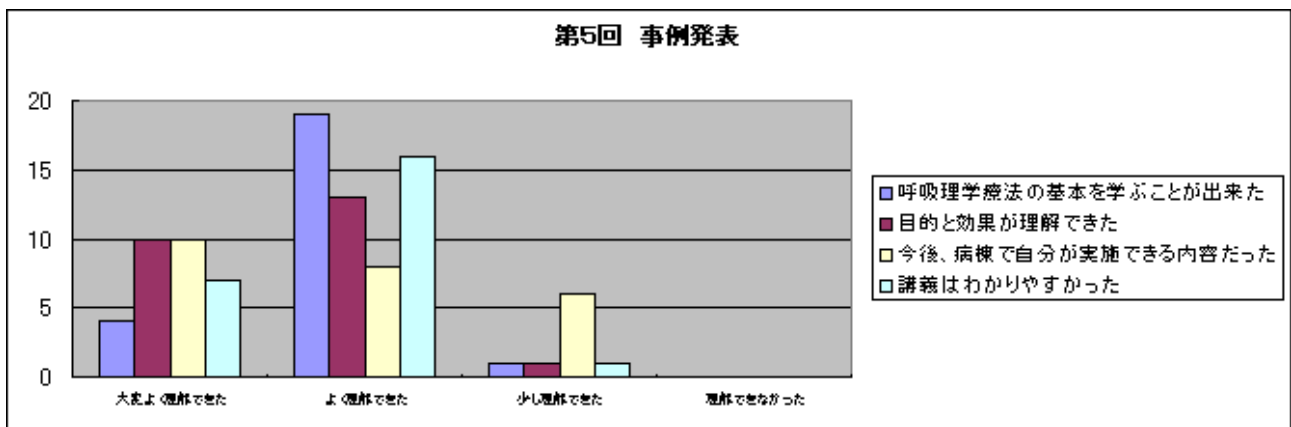


2回目は「呼吸理学療法における看護師の役割」を認定士から講義した。意見・感想として、呼吸で消費するエネルギーの違いや倦怠感・呼吸苦などの症状で体動が少なくなり悪循環について理解でき、看護の大切さを改めて感じた、日常生活の指導についてどの点に気を付けて指導していくか理解できた、患者のQOLを高めていくことにつながることがわかった、病棟で実際できる内容であるためすぐに行っていききたい、目的は理解できた効果は実際の患者の変化を実感したい、演習を多く取り入れて欲しいという記述があった。



3、4回目の研修では2名の当院理学療法士の協力を得て、グループごとに2日間実技を行った。意見・感想として、講義、実技大変分かりやすかった、少人数で圧のかけ方、方向など確認できて良かった、よさを実感できた、実技で覚えていくことがとても大切だと思った、今後患者に使っていきたい、実技に十分な時間をとってくれて演習を繰り返し出来、良かった。1回目の実技の振り返りをこの2回の演習で再確認できた。理学療法士が回りながら実技に参加してくれたので疑問があればその場で質問できて良かった、実技の回数が多く良かった、リラクゼーションなら自分でも患者に実践できそうだったという記述があった。

その反面、部署で対象患者がいないので技術を忘れてしまいそう、意思疎通の難しい患者などリラクゼーションを行った評価方法はどうかよいか、体位変換枕など部署に十分な数がなく残念という意見もあった。



講義、実技の研修を踏まえ、第5回目は各病棟に戻って、受講者が患者選択を行い、肺理学療法前後の変化を我々が作成した「呼吸理学療法チェックリスト」とKOMIチャートを利用し、肺理学療法中の患者の変化を事例検討し発表を行い、各グループの学びを共有できるようにした。演題は8台あった。

意見・感想として、呼吸理学療法について難しいことだと思こんでいる部分があったが、全体的に知識、技術、事例検討と意図的な研修で学びを深めることが出来、実際に患者へ実施していくことで自分にも出来ることがあるということが分かりとてもよい学びになった、継続した参加は途中辛く感じたこともあったが継続した学びを事例を通して経験できたのでとてもよかった、理学療法士の方を含めてアドバイザーからもアドバイスをいただいたりすることが出来、とても参考になった、実技もあり知識だけではなく技術的な面も勉強になった、演習を行うことで具体的にどのように実施するかわかってよかった、理学療法士と共に実施できる場面が今後あれば行っていきたい、今回のような技術的な研修を行って欲しい、研修をきっかけに病棟でも勉強会で活用し、広めていけてよいきっかけとなった、呼吸理学療法士について深く学べた、事例を通して症状の効果を知りスタッフの自信となっています、症例検討は身になる、来年もやって欲しい、この経験をこれからどう生かすかが大切、実践する場は少ないがスタッフに学習した内容を伝えていきたいという記述があった。

2 研修終了後、2ヶ月後に追跡調査を参加者に実施した。

追跡アンケート内容

- ① 研修終了後、ケアの中で患者様に呼吸理学療法を実施しましたか？
はい 14名 いいえ 15名
- ② 実施した患者数
1人～3名 2人～7名 3人～1名 5人～3名
- ③ 疾患名
喘息発作～4名 肺炎～3名 肺癌～2名 無気肺～2名 OP後～2名
- ④ どのような方法で実施したか？(択一)
 - ・ 計画を立案し、看護師のみでおこなった ～7名
 - ・ 理学療法士に依頼し共同でおこなった ～7名
 - ・ 理学療法士に依頼して任せていた ～0名
- ④ 行った結果、患者さまにどのような変化がありましたか？(複数回答可)
 - ・ 痰喀出が容易になった ～11名
 - ・ 呼吸が楽になった ～8名
 - ・ 床上から歩行ができるようになった ～0名
 - ・ 1度は実施したが継続して関われなかった ～4名
 - ・ 症状の改善がなかった ～0名
 - ・ その他(患者さまの言葉) ～2名 *痰がでた、気持ちよい
- ⑤ いいえと答えた方へ(複数回答可)
 - ・ スクイーミングや呼気介助など、自信を持って実施できない ～4名
 - ・ 1人で実施するのは不安である ～4名
 - ・ コンサルトできる担当者や理学療法士がいると実施する ～2名
 - ・ 日々の業務の中でケアを行う時間がない ～3名
 - ・ 該当する患者さまはいたが計画立案しなかった ～2名
 - ・ 該当する患者さまがいなかった ～12名

来年度に向けての研修の希望(記述式)

- ・ 自信を持って実施できるよう実践を多くして練習したい
- ・ 他のスタッフにも研修を受けてもらい病棟全体で取り組みたい
- ・ スタッフ技術を広めるにはまだ技術も知識も不足しているため、病棟内だけの学習では不安がある。
- ・ 実技の時間が沢山あればうれしい
- ・ 実際に患者さまに活用しどのように変化していくか見たいため、また行ってほしい
- ・ まだ自信がないのでもう一度おさらいしたい
- ・ 実技メインの研修
- ・ ベット上のスクイーミング方法
- ・ 毎年、スクイーミングの効果、必要性を説明し方法の指導を継続してほしい
- ・ もう少し人数を少なくして継続的に実施するほうがよい
- ・ 今回のような実技は是非してほしい
- ・ リハビリの協力がよかった
- ・ 部署によって該当する患者さまがいらない場合があるので他病棟に協力を得て皆が実践できるようにしてほしい

IV 考察

プログラムの5回コースを、第1・2回を講義編、第3・4回を実技編、第5回を事例検討として今コースの目的である「看護師が出来る日常の看護場面で活用できる呼吸理学療法技術を取得すること」についてアンケート結果を元に考察する。

講義編では「今後、病棟で自分が実施できる内容だった」の項目で「理解できない」と答えた人が数人見られていたが、コースの回数を重ねる毎に実技編終了時には「理解できた」の割合が上昇している。肺理学療法やスクイーピングという言葉をよく耳にするが、いざ自分で患者さまのケアに取り入れようと思っても講義や1度の実技だけでは自らの自信とはならず、自信がなければケアにはつながらない。実技の演習を多く取り入れた今回のコースは、受講者が「良さを実感できた」「実技で覚えていくことがとても大切だと思った」「リラクゼーションなら自分でも患者に実践できそうだった」という体験による感想が多く、圧のかけ方、方向などより具体的な実技の内容確認ができたと思う。

また、「1回目の実技の振り返りをこの2回の演習で再確認できた」「理学療法士が回りながら実技に参加してくれたので疑問があればその場で質問できて良かった」など、回数を追う毎に受講者の自信につながった意見も聞かれた。

そして事例検討では、実際の講義、実技を踏まえた上でグループ別で患者選定を行い、期日までに研究してもらうことにした。

事例検討を行うことで、呼吸理学療法に対して、受身の学習会ではなく、参加者自らが学習意欲を高め、学んだ知識を臨牀の現場で実践することが出来、自信につながった。また、他職種との協力と継続の重要性を学び、自らの看護を振り返る機会となった。

そして、2ヵ月後の追跡調査では参加者32名中29名の回答を得た。(有効回答率90%)

2ヶ月以内で14名の受講者が実際、現場に戻って肺理学療法を実施していた。

実施人数は1～5名と少人数だが、当初、自分で実施するのに不安を感じていた受講者が自らの病棟に戻って、看護師または理学療法士との協力のもと、実施していたことが明らかとなった。

事例発表では選択した1名の患者さまの事例を発表したが、病棟に戻り、多くの患者さまで実施することで痰喀出や呼吸が楽になった、気持ちよいなど効果が実感できたと思う。

15名の実施できなかった受講者の多くは、該当患者様が病棟にいないという理由と研修直後は理解していたが、2ヶ月経過し、いざ病棟で実施しようとしたときに自信を持って実施できない、1人で行うのが不安という理由から実施せずに至った。コンサルトできるスタッフや理学療法士が存在すると、この問題においてはクリアできる要素であると考えられる。

また、ケアを行う時間がないという理由については、もっとケアが定着してくると、例えば喀痰が多い患者さまに30分ごとの

サクシオンが必要となるケースの場合、一度のスクイーピングですっきり排痰ケアを行うことで頻回のサクシオンの手間がかからなくなるといった利点を体験で理解するとこのような言動はなかったと考える。

今後の課題は、スタッフが同じように呼吸状態をアセスメントできること、呼吸理学療法に統一性や継続性がもてること、看護師の立場から患者を取り巻く他部門との連携を深められるようコーディネートしていくことが重要である。

そして、呼吸療法に興味をもつ看護師が増え、学んだ知識や技術を実践してみようとする意識の変化がもてる働きかけが必要だと思う。

以上の課題を実践するために、病棟間の格差はあるが、研修参加メンバーが多忙な業務の中でも確実なケアを展開できるよう、実践レベルで現場に即した内容の研修を今後も開催できるよう私たちも、日々研鑽していかなければならないと考える。

文 献

- 1) 道免和久 他: 包括的呼吸リハビリテーション, 第1版. メディカ出版, 大阪, 2003
- 2) 真淵 敏 : 早分かり呼吸理学療法, 第1版. メディカ出版, 大阪, 2004
- 3) 宮川哲夫 : ベットサイドで活かす呼吸理学療法, 第2版. デジットブレーン, 東京, 2004
- 4) 神津 玲 : 保存版呼吸理学療法の完全マスター. 呼吸器ケア vol.1 no.3. P55～84, 2003

研究

modified-ECT(m-ECT)クリニカルパスの作成と導入

Establishment of the clinical pass for modified-ECT

藤井 恵子 白川 孝治 佐藤 寧洋 更谷 周子
Keiko Fujii Kouji Sirakawa Yasuhiro Satou Syuko Saratani

要 旨

当院のクリニカルパスは平成12年より導入された。目的は①インフォームドコンセント(以下 IC)に役立つ。②医療の質の均一化、質の向上。③業務の簡素化、効率化。④チーム医療の推進、各部門の専門的意見の反映。⑤リスクマネジメント⑥コスト削減、入院日数の短縮化である。精神科においては、他科と比較して経時的経過がはっきりしない疾患・治療法が多く、パスの作成が難しい現実がある。比較的、経時的経過を追いやすい治療法としてm-ECTに注目しクリニカルパスを作成し、導入したので報告する。

Key words : clinical path, modified-electroconvulsive therapy. informed consent.

はじめに

クリニカルパスを使用するとき、精神科の患者は他科の患者よりバリエーションが約50%も多いと言われている¹⁾。高度な個性性が要求される患者を対象としているため、標準化したツールの使用が困難と考えられている²⁾。精神科の主たる治療法は薬物療法・精神療法・レクリエーション療法及び作業療法であるが、これらの治療はいずれも、患者様の日々変動する精神症状に合わせて行なうもので、経時的に捉えがたいものがある。その中でECTは経時的経過を追いやすいため、パスの作成を試みた。

方 法

- ① 患者様及び家族を対象に作成した患者様・家族用パスシート
無けいれん性通電療法を受けられる患者様、家族の方への説明は方法・治療の適応と実際・副作用を記載した。経過の流れのパスは、食事・排泄・清潔・検査の項目に分けわかり易くした。イラストを入れ不安感を軽減するよう工夫した。
尚、患者が不穏・興奮・混乱などの状態にあり、病名告知を含む説明の理解が困難である場合は家族のみの時もある。
- ① スタッフ用パス

m-ECT決定から実施までの流れのパスは、経過・検査・必要物品を細かく記載し、チェック方式にした。ECTは、麻酔科と共同で行う治療法であり、静脈麻酔・筋弛緩薬使用による呼吸管理が必要なため、精神科としては手術扱いとなる。m-ECT前後の処置等がある程度決まっているので、それをパスに書き入れた。(表1)施行中のパスとしてm-ECT術前・中・後、と3つのフローシート・記録用紙を作成した。新人看護師が見ても手順や流れがわかるよう工夫した。評価表は実施後、医師が記載する。状況や病状により、回数が増えることもある。m-ECT実施終了後、その効果と精神状態の変化を評価する。

結 果

m-ECTは回数も多くなく、手順はあってもイメージが付き難かった。パスの作成により、準備や治療の流れが把握でき、イメージ化がしやすくなった。また、必要物品の不備が減少した。施行中のパスは手順を兼ねた記録用紙であったが、時間や患者の状態の記録が書きにくい、患者により覚醒までの経過が変わるなどの意見があり、用紙を変更した。記録用紙に手順を記載し、チェック方式で簡略化し、前・中・後の3枚を一枚にまとめた。治療の流れと患者の状態の経過がわかり易くなり、無駄なスペースもなくなった。(表2)パスを使用して医師とスタッフ間の連携がスムーズになった。患者は混乱状態にあ

ることも少なくなく、緊急に行われることもあり、治療に対して理解を得ることが困難な場合もあるが、家族にはICが伝わりやすくなり、理解が得られやすくなった。

考 察

m-ECTは予測して計画できるものでもなく、頻度が少なく、急を要することもあるが、適切に行われないことは生命に危険を及ぼす可能性がある。パスの使用により、新人看護師も準備や手順の理解が得られやすくなり、麻酔科や手術室との連携がとれ、安全に適切に治療が行われるようになった。ECTは鬱病で起きる強い自殺念慮に対しては即効性があり、緊張病状態に対しても抗精神病薬より安全で有効性が高いといわれている³⁾。しかし、過去において鎮静や管理の手段として乱用され、懲罰としてのイメージを持つ人もいて、患者や家族は不安や恐怖感を持っていることもある。1993年の調査において、ECTについて本人にいつも説明している、と答えた精神科医はわずか15%である。家族に対していつも説明していると答えたものは40%程度で、半数以上が家族も本人も同意していない状態でECTを施行していたことになる。ただし、ICの問題は精神科においては他科と比べて単純ではなく、患者本人の同意能力も問題となる⁴⁾。パスを用いて家族に説明を行った際、拒否的な反応を示すことは無く、治療に対しての理解と同意はスムーズであった。その名前から来るイメージよりも、治療の必要性や安全性が伝わりやすくなったためと思われる。急性

期の患者は精神状態が安定しておらず、治療に対する理解が得られにくい。患者の状態により困難なこともあるが、安心して治療を受けられるようICの充実を目指し、安全で確実な治療と看護が提供できるよう用紙や内容について検討していくことが必要である。精神科は経過がわかりにくく、症状や経過が標準化しにくい、ケアの質向上をはかり、行っているケアや治療の影響や効果について評価するためにもパスの活用が望ましいと考える。

まとめ

今回、m-ECTでのパスを作成し導入したが、実例も少なく、今後も評価・修正を検討していく必要がある。他部門や職種間の連携と情報の共有化、治療に伴うICの充実、ならびにより良い質の高いケアの提供を促進するため、他のパスの導入にも取り組みが必要と考える。

文 献

- 1) パトリシアC. ダイクス. 精神科臨床パス. 医学書院 : 122, 2002
- 2) 吉野賀寿美. 月刊看護さろく第14号.No11. 日総研出版: 3-9, 2005
- 3) 精神科薬物療法研究会. 精神分裂病と気分障害の治療手順—薬物療法のアルゴリズム、星和書店: 1998年
- 4) 中島一憲 他. 精神科治療におけるインフォームドコンセント—ECTについての試論. 精神神経学雑誌94: 759-764. 1992

ECTクリニカルパス 患者様氏名 様 禁忌 アレルギー 感染症 砂川市立病院

症例カンファレンス	ECT決定	ECT前日	ECT当日	ECT実施後	ECT実施1~4週間後	
<p>■患者様の病状報告・確認</p> <p>■今後の治療・看護方針の検討 *毎日及び毎週月曜日のカンファレンスにて検討 (医師・看護師・作業療法士・PSW・臨床心理士等が参加)</p>	<p>■主治医(担当医)より同意者の記載を受ける</p> <p>■主治医(担当医)・麻酔科医で(病棟/手術室)の回/クール)決定</p> <p>■手術・麻酔連絡表を記載・確認</p>	<p>■手術室にて準備</p> <p>□伝票(午前中に提出)</p> <p>□麻酔科医より同意者の記載を受ける</p> <p>□主治医(担当医)が当科薬・他科薬の内服を確認</p>	<p>■手術室にて準備</p> <p>□絶飲食(2時以降)</p> <p>□ルートキープ用DIV準備</p> <p>□ノンラクト 500ml</p> <p>□サーフロクト (G)</p> <p>□ECT器 (電源・100Vコンセント確認)</p> <p>□10%NaCl (A)</p> <p>□酒精綿(通電部分清拭用)</p> <p>□ハイトフロクト (G)</p> <p>□心電図モニター(動作確認)</p> <p>□名前シール</p> <p>□モニター用紙</p> <p>□電池</p> <p>□救急カード(最新時)</p> <p>□サクション(動作確認)</p> <p>□ポット</p> <p>□ユニバーサルチューブ (F)</p> <p>□サクションチューブ(動作確認)</p> <p>□ジャクソンリリス回路</p> <p>□O2流量計</p> <p>□血圧計</p> <p>□ペーパー本</p> <p>□聴診器</p> <p>□メモ用紙</p> <p>□麻酔薬</p> <p>□インソール (A)</p> <p>□フロボフォル (A)</p> <p>【フロボフォル禁忌】</p> <p>□肺動脈薬</p> <p>□マスキュラックス (A)</p> <p>□サクシン (A)</p> <p>【サクシン禁忌】</p> <p>□悪性虚脱症</p> <p>□先天性筋症</p> <p>□脊髄損傷</p> <p>□高血圧</p> <p>□その他の薬剤</p> <p>□ワコチグミン (A)</p> <p>□アトリンク (A)</p> <p>□アムソリン (A)</p> <p>□薬物がトレイ内に落ちたか</p> <p>□リンリン(薬液を入れる分)</p>	<p>■病棟にて準備</p> <p>□絶飲食の確認</p> <p>□前投薬</p> <p>□挿入確認</p> <p>□最終挿入時 (分)</p> <p>□術衣着用(ハンズのみ着用)</p>	<p>■病棟にて準備</p> <p>□絶飲食の確認</p> <p>□前投薬</p> <p>□挿入確認</p> <p>□最終挿入時 (分)</p> <p>□術衣着用(ハンズのみ着用)</p>	<p>■毎週の症例カンファレンス</p> <p>*病状及び治療方針の検討</p> <p>□1週間後 (月 日)</p> <p>□2週間後 (月 日)</p> <p>□3週間後 (月 日)</p> <p>□4週間後 (月 日)</p>
検査準備手順	<p>■採血</p> <p>□CBC</p> <p>□生化学 ()</p> <p>□CRP</p> <p>□血清</p> <p>□感染症</p> <p>□胸部X線</p> <p>□心電図</p>	<p>□絶飲食(2時以降)</p> <p>□ルートキープ用DIV準備</p> <p>□ノンラクト 500ml</p> <p>□サーフロクト (G)</p> <p>□ECT器 (特参する看護師)</p> <p>□10%NaCl (A)</p> <p>□酒精綿(通電部分清拭用)</p> <p>□ポット</p> <p>□ユニバーサルチューブ (F)</p> <p>□サクションチューブ(動作確認)</p> <p>□ジャクソンリリス回路</p> <p>□O2流量計</p> <p>□血圧計</p> <p>□ペーパー本</p> <p>□聴診器</p> <p>□メモ用紙</p> <p>□麻酔薬</p> <p>□インソール (A)</p> <p>□フロボフォル (A)</p> <p>【フロボフォル禁忌】</p> <p>□肺動脈薬</p> <p>□マスキュラックス (A)</p> <p>□サクシン (A)</p> <p>【サクシン禁忌】</p> <p>□悪性虚脱症</p> <p>□先天性筋症</p> <p>□脊髄損傷</p> <p>□高血圧</p> <p>□その他の薬剤</p> <p>□ワコチグミン (A)</p> <p>□アトリンク (A)</p> <p>□アムソリン (A)</p> <p>□薬物がトレイ内に落ちたか</p> <p>□リンリン(薬液を入れる分)</p>	<p>□ネームバンド確認 (部位)</p> <p>□ルートキープ ()</p> <p>□サーフロクト (G)</p> <p>□心電図モニター装着</p> <p>□10%NaClをシヤールレに入れ</p> <p>□サクション ()</p> <p>□ドローンツ ()</p> <p>□ユニバーサルチューブ ()</p> <p>□サクションチューブ (F)</p> <p>□ジャクソンリリス回路 (動作確認)</p> <p>□O2流量計</p> <p>□血圧計</p> <p>□ペーパー本</p> <p>□聴診器</p> <p>□メモ用紙</p> <p>□麻酔薬</p> <p>□インソール (A)</p> <p>□フロボフォル (A)</p> <p>【フロボフォル禁忌】</p> <p>□肺動脈薬</p> <p>□マスキュラックス (A)</p> <p>□サクシン (A)</p> <p>【サクシン禁忌】</p> <p>□悪性虚脱症</p> <p>□先天性筋症</p> <p>□脊髄損傷</p> <p>□高血圧</p> <p>□その他の薬剤</p> <p>□ワコチグミン (A)</p> <p>□アトリンク (A)</p> <p>□アムソリン (A)</p> <p>□薬物がトレイ内に落ちたか</p> <p>□リンリン(薬液を入れる分)</p>	<p>□電圧レベル確認</p> <p>□後片付け</p> <p>*病棟に後片付けは残していないか</p> <p>□使用済みアンプル</p> <p>□注射器</p> <p>□薬液終了の確認 (終了時 分)</p> <p>□点滅終了の確認 (終了時 分)</p> <p>□放水時間の確認 (分)</p> <p>□食事時間の確認 (分)</p> <p>□内服時間の確認 (分)</p>	<p>□ネームバンド確認 (部位)</p> <p>□ルートキープ ()</p> <p>□サーフロクト (G)</p> <p>□心電図モニター装着</p> <p>□10%NaClをシヤールレに入れ</p> <p>□サクション ()</p> <p>□ドローンツ ()</p> <p>□ユニバーサルチューブ ()</p> <p>□サクションチューブ (F)</p> <p>□ジャクソンリリス回路 (動作確認)</p> <p>□O2流量計</p> <p>□血圧計</p> <p>□ペーパー本</p> <p>□聴診器</p> <p>□メモ用紙</p> <p>□麻酔薬</p> <p>□インソール (A)</p> <p>□フロボフォル (A)</p> <p>【フロボフォル禁忌】</p> <p>□肺動脈薬</p> <p>□マスキュラックス (A)</p> <p>□サクシン (A)</p> <p>【サクシン禁忌】</p> <p>□悪性虚脱症</p> <p>□先天性筋症</p> <p>□脊髄損傷</p> <p>□高血圧</p> <p>□その他の薬剤</p> <p>□ワコチグミン (A)</p> <p>□アトリンク (A)</p> <p>□アムソリン (A)</p> <p>□薬物がトレイ内に落ちたか</p> <p>□リンリン(薬液を入れる分)</p>	

精無けいれん通電療法(m-ECT)職(1)7-2(2004-4)

表2

時間	年月日	患者名	内容	反応	BP	HR	SpO2
()			静脈 ネームバンド確認 (部位) 血圧計装着(ルートを確保の反対側に巻き、ホギバンで固定。) <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 聴診器 心電図モニター装着 <input type="checkbox"/> 電極シール <input type="checkbox"/> モニター用紙 <input type="checkbox"/> 電池 パルスオキシメーター装着 <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター				
()			DIVにてルートキープ(部位) <input type="checkbox"/> ソルデム3A 500ml <input type="checkbox"/> ソルラクト 500ml <input type="checkbox"/> 生理食塩水100ml <input type="checkbox"/> サーフロ針(G) サクシジョン薬の準備 <input type="checkbox"/> ボトル <input type="checkbox"/> ユニバーサルチューブ <input type="checkbox"/> サクシジョンチューブ(Fr) <input type="checkbox"/> サクシジョン用酒精綿 <input type="checkbox"/> サクシジョン用水道水 <input type="checkbox"/> ジャクソン・リース回路 ECT器準備 (電源・100Vコンセント確認) <input type="checkbox"/> 通電器・シャーレ(2個) <input type="checkbox"/> バイトブロック <input type="checkbox"/> 10%NaCl(A) シャーレに入れ、通電器を浸ける <input type="checkbox"/> 酒精綿(通電部分清拭用) <input type="checkbox"/> 救急カート準備				
()			麻酔科医入室 <input type="checkbox"/> 薬剤確認				
()			酸素開始(A)				
()			麻酔薬 <input type="checkbox"/> インゾール(A) <input type="checkbox"/> プロポフォール(A) 【プロポフォール禁忌】 <input type="checkbox"/> 肝アレルギー <input type="checkbox"/> 喘息				
()			その他の薬剤 <input type="checkbox"/> ワグステグミン(A) <input type="checkbox"/> アトクイック(A) <input type="checkbox"/> ワソラン(A) マンシットを250mmHg以上に圧を上げ、ペアンで2箇所クランプ <input type="checkbox"/> ペアン2本				
()			筋弛緩薬 <input type="checkbox"/> マスキュラックス(A) <input type="checkbox"/> サクシン(A) 【サクシン禁忌】 <input type="checkbox"/> 悪性症候群 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 高K血症 <input type="checkbox"/> 先天性筋疾患 杖をとり、バイトブロックまたはガーゼを口に塞ませる 通電部位を酒精綿で拭く				
()			Drが通電する (通電 秒) 産卵時間(通電時間を含める) (強直性産卵 秒) (間代性産卵 秒) ペアンをはずし、マンシットを減圧する バイタル測定 <input type="checkbox"/> 5分後 <input type="checkbox"/> 10分後				
()			自発呼吸確認				
()			呼名反応確認				
()			自発筋確認				
()			酸素終了				
()			麻酔科医退室				
()			DIV終了 意識が回復したら飲水させ、むせや嘔吐が無いか確認する。				
()			食事時間				
()			内服時間				

記録者

研究

通院する糖尿病患者のセルフケア行動についての分析

An analysis about the self care behavior of the diabetic out patients

加藤 聡枝

Akie Katou

中村久美子

Kumiko Nakamura

要 旨

通院する糖尿病患者は、それぞれの生活のなかで、血糖値を改善するための行動を自分自身で決定し行っている。このセルフケア行動を継続する動機となる要因を明らかにするため、血糖値の改善の経験を持つ3人の患者にインタビューを行い、その語りを考察した。その結果、患者は自分自身で折り合いをつけながら、頑張れば出来る目標を決定し、その目標を達成するという経験を積み重ねていた。この積み重ねがセルフケア行動を動機付ける要因となっていることが明らかになった。

Key words : motivation of diabetic out-patient in self care behavior

はじめに

糖尿病治療は、良好な血糖コントロール維持のために患者自身のセルフケア行動が重要である。セルフケアへの援助は、動機付けることが大切である。患者は、ある動機付けにより意思決定し、行動していくことで意欲が高まっていく。この患者の意欲を支え、動機付けを高められるよう関わることが大切と考えられる。

セルフケアの動機付けについて、宮本は「行動のエネルギーは、周囲のやりとりに影響されながら、行動する人の内部から湧き出してくる。と述べている。さらに「外発的に動機付けられた行動は、その行動の主導権が他人や周囲の環境に握られているところに問題があるので、そればかり続けていると自主性を失って、結局は行動のエネルギーそのものが涸渇していきます。とも述べている。このことから、セルフケア行動をつづけている患者には、行動に駆り立てるエネルギーが患者自身から湧き出していると考えられる。つまり、我々が行う賞賛や傾聴すること、疑問に答え、良くなりたいとする思いを応援するという関わりだけではセルフケアを続けるためのエネルギーは長続きしないということがわかった。そこで、セルフケア行動を続けている患者が経験しているはずの内発的な動機付けの高まりがどんな時にどのように高まるのか、その要因を知ることが今後の看護に活かすことができると考えた。

今回、血糖値の改善の経験を持つことから、セルフケア行動が行えていると考えられる3人の患者に内発的動機付けを高める条件に沿った半構成型質問紙によるインタビューを行い、その語りを考察したのでここに報告する。

研究方法

1. 研究期間

平成15年8月から平成16年11月まで。

2. 研究対象

外来通院中の糖尿病患者で、HbA1c値が5～8ヶ月の間に3～7%改善した経験を持つ患者。

3. 研究方法

半構成型質問紙(表1参照)を用いたインタビューによるデータ収集方法。質問紙は患者が糖尿病をどう思っているのかという事実判断、どうなりたいかという価値判断と、内発的動機付けが高まる条件である自己決定の感覚、適度な困難さ、有能さの感覚を聞き取ることができるよう宮本の内発的動機付けを高める条件に沿って質問項目を作成した。インタビューは、患者が疲れない程度に30分～1時間20分を行い、看護師は患者の語りに対し、共感し受け入れること、患者のがんばりを認めること、褒めることを心がけて行った。

患者には本研究の主旨を説明し、インタビューを拒否することも可能であると伝え、了解を得た。

4. データ分析方法

録音された三名のインタビュー内容を記述する。記述したデータより、項目ごとに、研究者らが内発的動機付けを高めることに関係していると思われる文を抽出し、考察した。

患者紹介

- ・I氏 66歳 男性 無職 30歳代で糖尿病Ⅱ型を発症
内服治療中 妻と二人暮らし
HbA1C11.2%が6.2%まで改善 合併症なし
食事療法の困難だった患者が自ら果物の間食を止め、食事を記録するなどの行動変容があった。
- ・K氏 54歳 女性 居酒屋経営 54歳で糖尿病Ⅱ型を発症
内服治療中 娘と二人暮らし
HbA1C14.2%が7.5%まで改善 合併症なし
知識不足を訴えていた患者が合併症を認識し、禁酒や21時以降の食事を止める、歩いて通勤するなどの行動変容がみられた。
- ・Y氏 56歳 女性 主婦 52歳で糖尿病Ⅱ型を発症
内服治療中 夫と二人暮らし
HbA1C9.9%が6.9%まで改善 合併症なし
運動不足であった患者がラジオ体操をするようになり、食事は一食400kcalにするなどの行動変容があった。

結 果

1-1.糖尿病についてどう思っていましたか？という質問に対し、I氏は「最初はね、糖尿病予備軍ってあるらしいんだわ。そんなつもりでいた。」と述べ、K氏は「そうなんだっていうくらい。」、Y氏は「美味しいものが食べれないって、まず最初に思いましたけどね。」と、「でも、仕方ないわ、なってしまったものだから」と淡々と表現していた。

1-2.糖尿病についてどう思っていますか？という質問に対し、I氏は「年齢と共に恐ろしいと思うよ。症状出る人と病室が一緒になったときあるからさ。しびれがだんだん出てきてさ、血液の循環が悪くなって、そこがね、色変わったり…。」と、「絶えず、運動と食事は人生の半分やってきたからね。だからね、大病することなくきてる。」と、K氏は「食べるもの？すごい気を遣う。ああ、これ我慢とか。」と、「やっぱり怖いと思う。目とか色んなところに来るでしょ。実際症状とかなんにも来ないしよ。」と、そして、Y氏は「自分でコントロールできると思ってるけど」「仕方ない自分であれした病気だからこのまま背負っていくよりは仕方ないのかなと思ってる」と語り、合併症への恐怖や日常での努

力を表出していた。

2-1.自分で今、頑張っていること、気を付けている事はありますか？家庭でどのような過ごし方をしていますか？どうしたいと思いますか？今まで、目標はありましたか？という質問に対して、I氏は「悪いものはたべたいんだよね。」「揚げ物ね、好きだね。でも、それに耐えるってことはね、並大抵なことじゃない。それなりにさ、そう食べたら、少し汗かくとかさ、対応してさ…。」「本当にそれだけ節制してさ、それが病気になるってしまったら、どうにもならない。だからほどほどっていうのかい。」と、K氏は「なるべく歩くように、階段も歩くように。1日1回は汗がかくようにしてる。ジュース類飲まない。アルコールも一切、12月から飲まない。」「夜も食べないようにしてるしね」「飲みながら言われるのが、気分壊さないように断らなきゃいけないしよ、そういうのが一番辛いね。でも自分の体が一番だから、飲んでないけど。」と、そして、Y氏は「むしよりに食べたくある時あるの。そういう時はもう、麦茶。麦茶を飲む。」「ラジオ体操。朝晩！2回。」「とうきびたべたいなとか思うでしょ、ゆがいたら。そしたら、ちょっとご飯をひかえようとか。」「必ずカロリー見るようにもう、癖ついてるから。」「たまにはラーメンも食べたくあるでしょ。そしたら、つゆは飲まない。」と語り、それぞれ、食べたいという欲求に対し、具体的にどう折り合いをつけているかを語った。

2-2.今、自分の目標は自分で出来そうだと思いますか？難しいですか？難しい場合、どこまでなら出来そうですか？という質問に対し、I氏は「ずっと良くなってさ、それをずっとね、数値を維持していくのはね、おれは死ぬほど辛いわ。私はもう、一生続くから…と。」「無理なことはしないことだね。目標になるか疑問だけだ。」「目標はやっぱ良い数値がでるようにってことかな。7位で、うん、まずは。」「目標も、高くても困るし、低くても困るしさ。」と頑張ればできそうな目標を持つことが有効であることを強調していた。K氏は「(普通の人と同じくらいまで頑張ろうと思う。」「うん、難しくない(今自分が頑張っていることについて)。」「と述べ、さらに、もうちょっと頑張ったほうがいいのかと思うかの問いに「うん、思う、思う、自分でね。何がいいだろう。」と、そして、Y氏も「まだ、下がるんじゃないかと思うんだけど。」「やっぱり、8千(歩)くらいはしたいね。」と意欲の高まりを表現していた。

2-3.血糖の値が下がって手応えはありますか？どんな手応えですか？血糖が下がったとき、どんな気持ちでしたか？という質問に対し、I氏は「良い時はね、ルンルンっていうのかな、うん。乗り切っちゃうんだね。」「だから、悪くなった時にはね、努力するんだよ。」「私は病院に来て、悪くなってると言われたらね、するんだけど、効果が上がらないんだよね。」と、K氏は「ある。うれしい。」「体も軽くなってきたしね。やっぱり、そうしてたら痩せるんだ。8キロくらい？」と、そして、Y氏は「素晴らしい、そう、6.9、いや～、すごいね。」「孫来てる時はね、よく動いていたからね、1万歩ちよつと。」「下がるってことはやっぱり、体操だと思うのね。だから、それ位になったんでないかと思う

のね。」と語り、それぞれ、喜びを表現していた。

2-4.今の自分に満足していますか？今の気持ちはどうですか？という質問に対して、I氏は「自分のことは自分でね、当たり前のことだけだね、当たり前でできるのが今、幸せだ、いい。満足。」と、Y氏は「こうやって見たらね。今、最近はず分頑張ってると思うのね、自分でね。」と、それぞれ満足感を表現した。そして、K氏は「あ～あ、してないしてない。」「薬飲まないようにさ、食事とか運動とかでいいようになりたい。」と、さらに高い目標を設定していることを告白した。

3.糖尿病と上手く付き合っていくためには、どうしたらいいでしょうか？自分の支えになる人はいますか？誰ですか？という質問に対して、I氏は「難しいことじゃ、ないんだよね、日常生活だからね。」「付き合っていくっていったら、やっぱし、自分に聞かしかないしょ。自分に聞かなくていいことは、運動が足りないとか、ご飯が多いとか、少ないとかってさ、それが、検査とかで結果が出るしょ。それにまた対応していかなくちゃいけないしょ。だから、自分との戦いだと思うよ。」「先生とか、家事をしてくれる女房ね。」「一人では生きられないから、中村さんもそうだけだよ。」と、K氏は「やっぱり、ずっと維持していかなくちゃだめなんじゃない？運動とね、食べるものとね、不規則になったらだめってことでしょ。」「今までの生活考えたらそうだもん、すごいもん。好きな時に起きて、食べてね。それがだめだったと思うよ。」と、そして、Y氏は「(夫が)アドバイスしてくれるし、作ってくれるし、今日はお腹すいたって言ったら、その野菜のたくさん野菜炒めしてくれたり、自分がいる時はね。そうして協力してくれるから。」「(孫が)ばあちゃんって、長生きしてよって。百歳過ぎても生きて…。そうやって言っただけ、くれるんだわ。」「覚えようとか聞こうとしたり、新聞も良く見て、糖尿病ってあったらすぐあれするようにしてます。」「こうやって約束っていいかね、こうやってお話しさせてもらったらためになるし、自分のためになるんでないかと思えます。」と語り、それぞれに日常生活での頑張りや家族、医師、看護師との関わりに対する思いを表現していた。

4.今の気持ち、考えを教えてください。今までの自分を振り返って感じたことは何ですか？という質問に対し、I氏は「大事っていうのは、なまけないで、病院に来る時は来てさ。それがね、糖尿病に対してつなげばね、つまり、1番大事だなって思っただけさ。」「俺が、答えを出しても、実行するか、しないかは、俺のことだけだよ、やっぱし、良くなったって事は、実行したってことだから。」「自分の身の回りのあれして、それをまっとうすることがね、一番良いことだと思うよ。」と、K氏は「う～ん、やっぱり、甘いね。」「(同じ糖尿病のひとと話をすることは)すごくいいわ。勉強になる。励みにもなるしね。」「長く生きられるからそのほうが得でしょ。ね、一生懸命やってさ。」と、そして、Y氏は「いろんな勉強できて、ま、仕方ないからね、なってしまったらね。仲良く共存していくように。」「とにかく、孫がいるから長生きしたい。それだけ、今、80までは生きたいと思うけど。」と語り、受診行動や学習への意欲を表現していた。

考 察

1-1.糖尿病についてどう思っていましたか？という質問に対する答えより、I氏は「軽いもの」、K氏は「そうなんだっていうくらい」と、Y氏は「仕方ない、なってしまったものだから」と表現していた。このことから、三人とも糖尿病を重大な病気ではないと思っており、漠然と受けとめていたと思われる。

1-2.糖尿病についてどう思っていますか？という質問に対する答えより、I氏とK氏は合併症についての知識を得ることで、糖尿病について「恐ろしい」「怖い」と述べていた。また、運動や食事に気をつけるようになったとも言っている。Y氏は「自分でコントロールできると思っている」と述べていた。三人ともに、ある程度の経験を経て、糖尿病に対する認識が変化していた。また、糖尿病を日常のものとして捉えていることが分かった。

2-1.自分で今、がんばっていること、気を付けていることはありますか？家庭でどのような過ごし方をしていますか？どうしたいと思いますか？今まで、目標はありましたか？という質問に対する答えより、食事に関して、「食べたい」と三人ともに述べている。食行動に対しては、「ほどほどにする」、「やめる」など具体的に言っている。これは三人とも価値判断である食欲を我慢する辛さや食べたいという欲求に対し、事実判断である自分なりに制限できる範囲を導き出し、行動できていることを意味している。生活の中で、欲求とこれならできるといふ判断との折り合いをつけながら目標を立てていることが分かった。また、汗をかくということ運動の目安にしていたり、食事と運動をからめて考えていることが分かった。このことより、運動と食事は別々のものではなく、日常生活において同時に意識できるよう関わっていくことが大切であると考えた。

2-2.今、自分の目標は自分で出来そうだと思いますか？難しいですか？難しい場合、どこまでなら出来そうですか？という質問に対する答えより、I氏は看護師との会話の中で目標をHbA1C7%、Y氏は8千歩と答えている。この数値は、今と比べて、頑張ればできそうだと少し困難な目標を設定していることが伺われる。また、K氏とY氏は血糖値が下がったという経験を持ちながら、さらに目標を高めようとする言葉が聞かれる。このことから、高くもなく低くもない現実的に達成可能な目標を持ち、達成するという経験を重ねることが、自信につながり、その行動を継続する意欲の高まりになったのではないかと考える。

2-3.血糖の値が下がって手応えはありますか？どんな手応えですか？血糖が下がったとき、どんな気持ちでしたか？という質問に対する答えより、血糖値が下がったことに対して、「ルンルン」、「うれしい」、「すごい」と表現しているように気持ちが高まっていることはわかった。K氏は、体重が8kg減ったという体の変化を手応えとしている。Y氏は「下がるってことは体操だと思うの」と認識では下がることを予測できているがK氏のように体で手応えを感じることはなかった。実際に手応えを体感することは頭の中で予測するよりも動機付けは高まると考

えられるが、体では手応えを感じにくいものである。そこで、3人とも血糖値については理解し予測できていることから、血糖値と血糖値からくる手応えについて同時に介入することが大切であると分かった。

2-4.今の自分に満足していますか？今の気持ちはどうですか？という質問に対する答えより、I氏は、自立した当たり前の生活を行えていることに満足感を感じている。K氏は食事・運動療法で、血糖のコントロールができるようになりたいという思いがあるため、満足していないという答えがでた。Y氏は、血糖値を自分で評価し頑張っていると言っている。今の自分に満足しているということは次の目標を持つための動機付けになるが、K氏のように高い目標を持った場合、目標と現実の差にストレスを感じ、意欲が低下する可能性があると考え。このような時、患者のやりたいという気持ちを受け止めつつ、経過をみながら目標の修正のアドバイスをしていくことが必要になると考える。

3.糖尿病とうまくつき合っていくためには、どうしたらいいでしょうか？自分の支えになる人はいますか？誰ですか？という質問に対する答えより、I氏は「自分に聞くしかない」、K氏は「不規則になってはいけない」、Y氏は看護師と会う約束をし、看護師に自分のがんばりを伝えることがうまくいく方法だと語っている。このことより、三人とも、日常生活でのちょっとした頑張り(達成可能な目標)をイメージしており、行動できている。その積み重ねがセルフケア行動を持続するために大切であると考える。また、この時、家族や医師、看護師が影響を及ぼしていると分かった。

4.今の気持ち、考えを教えてください。今までの自分を振り返って感じたことは何ですか？という質問に対する答えより、Y

氏はなまけないで病院に来ることが一番大事だ、K氏は同じ糖尿病患者と話をすることが勉強になる、励みになる、Y氏は勉強して、糖尿病と仲良く共存していきたいと言っている。患者達は、病気を語り合い学習を深めるための仲間や機会・場を求めていることが分かった。また、受診行動を大切にしていることからその場が医療機関に求められていると分かった。

患者は、必ずセルフケア行動を行える力を持っていると考える。我々は患者自身がその力を意識できるように関わるのが大切である。話を聞くことで、患者の思い、考え、生活そのものが見えてくる。

また、話をすることが患者の意思決定の場になることもある。そのためには、我々は患者の話を聞くことから始めなければならない。

結 論

患者は、生活の中で小さな頑張り・頑張れば自分に出来ることを自分自身で決定していた。その決定を達成する経験を持っていた。血糖値が下がり、目標を達成したという経験を積み重ねることが内発的動機付けを高め、セルフケア行動につながっていた。

文 献

- 1)宮本真巳:セルフケアを援助する、初版、第5刷、p84～86、日本看護協会出版会、2003.
- 2)石井均:糖尿病ケアの知恵袋、第1版、第1刷、医学書院、2004.
- 3)石井均:糖尿病エンパワーメント、第1版、第1刷、医歯薬出版(株)、2001.
- 4)河口てる子:自己効力理論をマスターする、エキスパートナース、Vol.15,No1,1999.

表1 インタビュー内容

1-1	糖尿病についてどう思っていましたか？
1-2	糖尿病についてどう思っていますか？
2-1	自分で今、がんばっていること、気を付けていることはありますか？ 家庭でどのような過ごし方をしていますか？ どうしたいと思えますか？ 今まで、目標はありましたか？
2-2	今、自分の目標は自分で出来そうだと思いますか？難しいですか？ 難しい場合、どこまでなら出来そうですか？
2-3	血糖の値が下がって手応えはありますか？ どんな手応えですか？ 血糖が下がったとき、どんな気持ちでしたか？
2-4	今の自分に満足していますか？今の気持ちはどうですか？
3	糖尿病とうまくつき合っていくためには、どうしたらいいでしょうか？ 自分の支えになる人はいますか？ 誰ですか？
4	今の気持ち、考えを教えてください。 今までの自分を振り返って感じたことは何ですか？

研究

透析者のうつ傾向と QOL 指標の関係

Relationship between depressive tendency and QOL index in hemodialysis patients

久保 祥子 根岸奈保美 泉谷 富子
 Syouko Kubo Nahomi Negishi Tomiko Izumiya

要 旨

透析者は日常生活の制限や合併症など様々な不安、ストレスを持ち生活している。このような精神状態はうつ傾向を招き、予後やQOLの低下に影響すると言われている。そこで、当透析室における透析者のうつ傾向と独自のQOL指標との関係を調べたので、結果を報告する。

Key words : depressive tendency, QOL index, hemodialysis patients

はじめに

透析者のケアの目標は、延命だけではなく本人の思いに基づいたセルフケア、健康観や日常生活活動の維持あるいは向上にある。しかし、血液透析を受ける人は、日常生活の制限や合併症など様々な不安やストレスを持ち、一生透析を続けなければならないという苦しみや、やりきれない気持ちを持って生活している。このような精神状態は強い苦痛を与えるばかりではなく、療養生活の活動性やQOLの低下などに影響する。そこで、当透析室における透析者の精神状態と、透析を受けながらの日常生活にはどのような関係があるかを、アンケート調査により実態を明らかにした。

研究方法

研究期間 H16 6月～9月

対象は当院に外来通院中の透析者で、明らかな痴呆症状がなく、自分で読み書きできる人。研究に対し同意が得られた50名にアンケート用紙を配布。回収数は49名で有効回答数35名(71%)であった。

精神状態は、うつ状態を判定する自己記入式うつ判定尺度(CES-D)を使用した。この尺度は全20項目の質問で最低点が0点、最高点が60点で16点以上が気分障害群として判定されている。

QOL指標のアンケートは、黒田裕子の「虚血性疾患をもちな

がら生活する男性のクオリティ・オブ・ライフを測定する質問紙の開発に関する研究」¹⁾を参考に透析者用に改編した。

質問項目は上位5項目、下位21項目、計85問の質問内容から透析者のQOLをとらえる指標とした。(表1)回答は、はい、どちらでもない、いいえの3段階で、点数の高いほうがQOL指標は高いとして平均点数を算出した。また、身体症状を把握する為に、透析者によく聞かれる症状10問で、自作の質問紙を作成した。(表2)回答は、はい、どちらでもない、いいえの3段階として、症状が多いほど点数は高くなるようにした。

アンケートの配布と回収は透析前～中に一人一人にアンケートについて説明、得られたデータは、統計的に扱い個人は特定されない事、断ることも可能で研究以外の目的では使用しないことを口頭と書面で説明し、留置法で1週間以内の提出とした。

透析者のQOL指標項目と精神症状別平均点

表1	上位項目	下位項目	正常群	障害群
療養法	1	療養法の理解と受け入れ	2.2	2.2
	2	療養法および日常生活活動を実施:内服	2.6	2.6
	3	療養法および日常生活活動を実施:食事	2.4	2.2
	4	療養法および日常生活活動を実施:排泄	2.3	2.2
	5	療養法および日常生活活動を実施:運動	1.9	1.8
	6	療養法および日常生活活動を実施:外来通院	2.3	2.3
	7	療養法および日常生活活動を実施:睡眠	2	2.1
	8	療養法および日常生活活動を実施:清潔	2.2	2.4
	9	療養法および日常生活活動を実施:レクリエーション	2.1	2.1
	10	療養法を実施していく過程で出くわす問題	2.2	2.5
安全	11	医学的な危機におちいらないように入念に準備	2.2	2.4
	12	医学的な危機におちいらないように日頃からそなえておく	2.7	2.9
	13	医学的な危機におちいらないように早めに対処する	2.6	2.8
	14	社会的相互作用の維持の努力および社会的地位や役割の保持	2	1.7
社会的相互作用	15	常態化の努力	2.1	2.2
	16	社会的縁外	2.1	2.3
リソース	17	リソースおよびサポート(専門家)	2.6	2.4
	18	リソースおよびサポート(家族)	2.5	2.4
	19	リソースおよびサポート(友人)	2	2.8
	20	リソースおよびサポート(一般的な人)	2.1	2.2
個人の精神力	21	個人の精神力	2.3	2.3

精神症状別の身体症状平均点

表2

	正常群	障害群
口渇	2.2	2.3
掻痒	1.8	2.7
倦怠感	1.8	1.9
筋痙攣	1.7	1.6
胸苦	1.6	1.6
眩暈	1.5	2
浮腫	1.5	1.6
食欲がない	1.6	1.4
高血圧	2.1	2.1
血圧が下がる	1.6	2

結 果

対象事例の現状について、男性は25名で女性は10名。平均年齢は62歳±11(mean±S.D.)で、平均透析年数5年±3.6(mean±S.D.)であった。家族背景は一人暮らしが6名で、家族と同居している人が29名だった。

自己記入式うつ判定尺度の結果 当透析室の平均点は12点、性別では男性10点、女性が17点と女性のほうが高かった。気分障害群は7名で正常対照群は28名であった。

透析者のQOL指標の結果 全体の平均点は2.4点で正常対照群は2.3点、気分障害群は2.5点であった。全体的に点数の高かった項目は「体に無理しない様になっている」2.8点「疲れた時はゆっくり休むようにしている」2.8点だった。下位項目別では、全体的に医学的危機に対する日頃の備えと早めの対処についての点数が高く、社会的相互作用の維持や地位・役割の保持に関する項目が低かった。また、友人のサポートに関する項目は気分障害群では高いが、正常対照群では低かった。

透析者の身体症状面の結果 全体の平均は1.8点で正常対照群は1.7点、気分障害群は1.9点であった。

精神症状別の透析者QOL指標の結果 正常対照群では、得点の一番高かった項目は食事に関する思いの「食事や水分制限は大切だと思う」で2.8点だった。食事に関する知識面、行動面では「食事の制限の仕方がわからない」が2.4点。「カリウムやリンに気をつけている」2.6点、「どんなにがんばっても体重が増える」2.3点、「水分は一日1リットル以上飲んで」が2.5点であった。また、「よくないと思ってもついつい食べ過ぎてしまう」2.0点、「食事についてはがまんしている」は1.9点だった。一番点数が低かった項目は「透析を始めてから体力がなくなったと感じる」の1.1点であった。

気分障害群では、一番高かった得点は3点であり、項目は「できる範囲のことはなんでもしようと思っている」「何でも前向きに考えるようにしている」「針を刺す所はきれいに洗うように

している」「旅行や観光に行きたい」「シャントを傷つけないように注意している」「薬は自分で管理し、なんの薬を飲んでいるかわかる」「食事で注意されたことは気をつけている」だった。一番低い点数は正常対照群と同様に「透析を始めてから体力がなくなったと感じる」であった。その他1.5以下の点数だったのが、「透析を止めたいと思うことがある」「家族には多大な迷惑をかけている」「町内会や地域の集まりには参加している」などであった。

考 察

アンケートの結果から見えてきた当透析室の傾向は、私たちが心配していたより自分の身体や療養法に関心を持ち、自らが日々生活行動のコントロールを心がけていた。私たちには、このような本人の思いに基づく自己管理を支援することが求められ、快適な療養生活を送れるように透析者と共に考えていく必要があることを再確認できた。

正常対照群の特徴としては、食事の制限に関して大切だと思っているが、行動に移すことは難しいことが伺えた。これには知識が不足している場合と、わかっていても「つい」食べたり飲んだりしているということが考えられる。自己管理は看護者が一方的に指導するだけではうまく行かない。また、透析者の好きなようにしていても適切には実行されない。そのため、看護師と透析者の密接な連携が必要になってくる。宮本は「セルフケアへの援助のテーマは、看護という視点から医師と患者の意識のずれをどう克服するかという問題意識に対応したものと言える。」²⁾と言っている。医療者は検査のデータも悪く自己管理ができていないと思っても、透析者全体的には自分は気をつけている、知っているという意見が多く医療者側と透析者との意識のずれを感じた。今後、当透析室においても自己管理に対する援助に対して検討する必要があると考える。

次に、気分障害群の特徴としては、シャント、食事や薬の管理など自己管理に関する項目の点数が高く、QOL指標の得点も正常対照群と比べるとわずかに高い。このことから、日常生活の管理により注意を払い、頑張ろうとしていることがわかるが、やらなければならないという思いが強いことが推測される。また、自己管理が思うようにできなかつたり、期待はずれの結果となってしまった時など、自己管理が精神的な負担となってしまうことも予測される。気分障害群では口渇や眩暈などの身体症状を感じている人も多く、心理社会的因子ばかりではなく身体的因子など様々な面から個人をとらえなければならない。自己管理ができていないからといって安心するのではなく、また、表面上の身体症状にだけ目を向けるのではなく心身両面の負荷を考慮し透析者の心と向き合えるアプローチが重要である。食べたい物、やりたいことも透析をしているために制限しなければならないという持続的な緊張感を、少しでも和らげるような関わりが必要で、「わかりたい」「ともに悩みたい」という気持ちをもって接していく事が大切だと感じた。今後の課題

として私たちは、もっと透析者の心に関心をよせ「人と人」という関係を深める必要がある。看護師と透析者のこの関係がなければ、セルフケアやQOLの向上にはつながらないのではないかと考えた。

文 献

- 1)黒田裕子. 黒田裕子の看護研究 step by step 第2版 148-166, 学習研究社, 東京,2001.
- 2)宮本真巳. セルフケアを援助する 感性を磨く技法(3) 日本看護協会 東京 1996
- 2)堀川直史. 透析患者の抑うつ 腎と透析12:721-725、2000
- 3)渡辺昌祐 他.プライマリケアのためのうつ病診療Q&A 34-37 金原出版, 東京,1998.
- 5)宮崎 清恵.透析を続けることのこころの痛み 透析ケア 透析患者のからだどこころの痛みケア 夏季増刊 76-79(1997)

研究

手術室看護師の職務満足度を高めるための試み

Evaluation for job contentment of nurses in operation room

執筆 愛子

Aiko Tsuruga

要 旨

当院の手術室は、平成15年4月より中央化となり、専門性の高い看護を展開するため診療科別に6チームに編成した。しかし従来通りの1ヶ月のローテーションでは、チームの機能が十分に果たされない状態が発生した。そこで、手術室看護師の職務満足度を高め、看護実践能力の向上を目指すことが病院経営そして看護管理の立場からも取り組むことが重要な課題であると考えた。結果、ローテーションを3ヶ月に延長することで、仕事へのやる気、責任感が生み出され手術室看護師の職務満足度を高めることに繋がった。今後の課題として看護師が仕事に満足し、専門職として自ら学び自律し、看護ケアの質を高めていくことができる組織づくりを目指したい。

Key words : Evaluation for job contentment, operation room

はじめに

医療の進歩に伴い複雑かつ高度な医療が実現している。高齢者や合併症を伴うリスクの高い患者の手術が可能となった現状において、手術室看護師の質の確保が要求されている。当院の手術室は、平成15年4月より中央化となり、専門性の高い看護を展開するため固定チームナーシングを導入した。チームは、診療科別に6チームに編成した。チームのローテーションは、従来通り1ヶ月交替のローテーションとし、担当科における物品の管理、新メンバーの教育、看護手順作成の整備などを役割とした。しかし約半年が経過し、物品の不足や手順書の変更が他のスタッフに浸透されていないなど、チームの機能が十分に果たされていない状態が発生した。その原因として1ヶ月のローテーション制では経験出来ない手術があり、中途半端になってしまうことが考えられた。これは、スタッフの仕事に対する達成感や充実感がなく、意欲を失わせることになっている。このままでは、手術室看護師の独自の専門的な見解をもって行動するという専門職としての自律・自立が欠けて看護実践能力の低下を招くことになり、また看護の質を低下させてしまうと管理者として危惧した。手術室看護師の職務満足度を高め、看護実践能力の向上を目指すことが病院経営そして看護管理の立場からも取り組む重要な課題であると考え

た。そこで手術室看護師の職務満足度に着目し、ローテーションを3ヶ月に延長したいと考えた。3ヶ月にした理由は一つのチームが長く在籍することで、診療科の専門性が深められること。またチームの状況が十分に把握でき、役割分担が可能となるためには、3ヶ月必要と判断した。ここに一年間の取り組みを報告する。

I 目的

ローテーションを3ヶ月に延長することで、仕事へのやる気、責任感が生み出され手術室看護師の職務満足度を高めることが出来るのか実施前後の職務満足度の変化を知り明らかにする。

II 方法

1. 対象: 固定チームに所属する手術室看護師18名
年齢: 22歳～50歳
職務経験年数: 1年未満～32年
現職場の経験年数: 1年未満～11年
2. 期間: 平成15年12月～平成16年6月
3. 場所: 砂川市立病院手術室
4. 方法
1) 当手術室の看護師の実態を把握し、問題を明らかにする。

問題から課題を明らかにし、改善に向けて実践に取り組んでいく。

2) 実践に向けて師長としての看護の方向性を示し、看護体制を変更する。

3) 実践への取り組みの成果を明らかにする。

(1) アンケート調査を実施する。

測定用具としてStampsらが開発し、尾崎らが検証した「病院勤務看護師を対象にした職務満足質問紙」を使用する。¹⁾この質問紙は、満足因子として給料、専門職としての自律、看護業務、看護管理、職業的地位、医師・看護師間の関係、看護師相互の影響の7つの構成要素で48項目から構成されている。回答は、7段階スケールで0点から6点になっている。総合の最高得点は、288点である。その他に年齢、資格、職務経験年数、現職場経験年数を調査紙に加える。

(2) 分析と評価

アンケート調査は、統計処理としてエクセル統計を使用し、3ヶ月ローテーション実施前後(12月・6月)のカテゴリー別、現職場経験年数別、個人別満足度を比較した。

アンケート調査と実践内容を総合的に分析し検証する。

III 実践過程

1. 当手術室の看護師が現状のローテーションについてどのように考えているのか、また手術室看護師としての職務に満足しているのか、その実態を知るためアンケート調査をする。
2. 実践に向けてカンファレンスを開き、現状の看護についてどのように考えているのか、またローテーション期間についてどのように考えているのか話し合い、現状の1ヶ月ローテーションの改善が必要であるかどうかスタッフと一緒に考える。
3. 3ヶ月ローテーションについての診療科別、ローテーション期間、スタッフへの仕事に対する期待と役割について示し、スタッフの考え、意見を聴取し3ヶ月ローテーションのデメリットに対する対応策と効果について話し合い、スタッフの承認を得る。
4. 実践に向けては、主任・リーダーが中心となり運営に関わることを説明し、毎月1回リーダー会議を開催し情報交換の場とする。
5. 実践に向けて各診療科の規約について主任・リーダーに作成を依頼し活用する。
6. ローテーションは、①婦人科・泌尿科・形成 ②外科③整形④脳外・耳鼻科⑤眼科・心臓外科を3ヶ月毎のスライド式で実施する。
7. 部署目標を達成するため自分たちはどんな看護がしたいのか、目指す看護について確認しあい、達成にむけて目標を明文化し、目標管理を行う。
8. 実施期間
 - 1) 第1回目:平成16年1月～3月
 - 2) 第2回目:平成16年4月～6月
9. 看護師のアンケート調査を実施前の12月と実施後の6月に

調査しデータをまとめる。第1回目のローテーション実施後に中間評価と第2回目のローテーション実施後に最終評価としての目標面接を実施する。

10. 実践の評価として①リーダー会議②看護師のアンケート調査③目標面接(3月・6月)から評価する。

IV 結果

手術室看護師の職務満足度を高め、看護実践能力の向上を目指すためさまざまな取り組みを行った。実践に向けてのカンファレンスでは、現状の問題として「診療科が十分に把握できない」「交替時の申し継ぎが上手くない」「術前術後訪問にいく時間がとれない」など不満の声が聞かれた。また3ヶ月ローテーションに変更することに対しては、賛成意見が多い中で7年以上の看護師からは、「専門性は深められることは良いが長くなることで他科の把握が難しくなる」と否定的な意見もあった。実践に向けてこれらの意見についてどのように解決していくか全員で検討した。その結果チームカンファレンスでの情報交換の必要性和各診療科の看護手順・基準の整備することが重要であることが明らかになった。また部署目標を達成する上で術前訪問の充実と術後訪問の実施にむけて訪問時間を変更したことで、手術患者へ主体的に関わり、手術室看護の拡大を図ることができた。

実践に向けての準備段階から主任・リーダーの協力を得ながら進めていくことが出来た。3ヶ月ローテーション開始の1ヶ月間は、主任・リーダーが中心となり、リーダー会議を毎週1回のペースで開き、情報や問題を共有化していった。今まで手術室では担当者がそれぞれの部屋に配置してしまえば、業務の流れや各部屋で起こっている問題などを把握することは難しくまた、その問題をチームで考える場がなかった。リーダー会議は、チーム全員が問題を共有でき、それを自分たちで解決しようという意識の高まりを生み、チーム全体の向上につながった。さらにスタッフは、各診療科における直接介助基準、器械基準、体位固定基準の見直しと作成について取り組み、積極的な行動へと変わってきた。主任・リーダーが作成した診療科別規約を基に特殊器械や物品、手術症例、各科医師との情報交換と連絡の一本化を行うことが出来た。

更にローテーション交替時の不安と引継ぎをスムーズにするためメンバー全員を交替せずに、残留メンバーを1名残す方法を取り入れた。

次に、アンケートの結果をみる(表1・図1)。

全体の平均をカテゴリー別に比較した。

実施後に高くなったのは、「看護管理」「専門職としての自律」「給料」「看護業務」であった。

実施後に低くなったのは、「看護相互の影響」と「医師・看護間の関係」であった。

現職場経験年数別を比較した。(表2・図2)

1年未満の看護師の満足度スコアの平均値は、175.5点→186点と最も高く、次いで4年～6年の看護師の159点→165点で

あった。1年以上～3年の看護師のスコアは、159.8点→160.2点であった。7年～11年の看護師の満足度スコアは、174.5点→170点と低くなった。

総得点の平均から見た満足度は、対象者全員では、12月165点→6月168点で満足度に有意差はなかった。個人別満足度比較(表3・図3)では、実施後18名中10名が高く、7名が低かった。

アンケート結果を踏まえて、実践後の3月と6月に目標面接を実施した。面接では、看護実践、役割・責務、人間関係、教育・研究の項目で自己評価と他者評価し双方の考えを述べ共有化を図った。実践後の個人の目標管理シートの結果は、達成率平均73%と高い評価が出た。スタッフからは、ローテーションを延長したことで「診療科を深めることができた」「苦手意識を克服でき自信をもてた」「3ヶ月がとても早く感じた」と言う言葉が聞かれた。しかし反面、診療科によっては、臨時手術や借用器械が多い整形外科では、業務量の多さから「毎日忙しい」「時間内に業務が終わらない」「術前訪問にいけない」などの不満な声が聞かれた。

面接によりスタッフ個々の強み弱みを把握することができ、個々のパワーを目標達成に結びつけるための動機づけを面接通して行ってきた。面接では、個人への期待や本人の思いを聞くことができ、共に目標達成の意欲を高めることが出来た。院内院外の研修参加については、個々にバラつきがあったが、4月から個々の興味ある研修会に参加するなど自分の役割を意識して主体的に学ぶ変化が見られた。

V 考察

3ヶ月ローテーション導入前は、自分の役割がはっきりせず、単発的にまかされる仕事が多くみられ、各診療科を深めることが出来なかった。また、経験の長い看護師のみが業務を把握し他のスタッフへの浸透が不十分で漏れも多く、スタッフ間も協力的でなかった。しかし、導入後は各科別の規約に基づき、業務を進め、役割が明確になり、また役割を通して互いが協力的になってきたと考えられる。診療科に長く在籍することは、手術の内容を理解するとともに、知ることに楽しさを各自が実感し、自信となり自分を高める基盤となったと考える。3ヶ月ローテーションは、役割の実践を通して仕事へのやる気、主体性を生み出し、職場運営の中核となったと考える。これは、カテゴリー別で高くなった「看護管理」のリーダー・メンバーの役割が明確になったことが考えられる。リーダーは、メンバーの能力を把握しチームの運営に取り組み、メンバーは自分に与えられた仕事を果たすことで責任感を生み出したと考える。また術前・術後訪問を積極的に取り組み、患者の反応を聞くことで自分たちの看護を評価することができ、手術室看護を実感できたと考える。更に「専門職としての自律」においても、診療科別のチーム編成された環境の中で専門性を深めることができ、仕事に対する自律につながったと考える。「看護業務」については、リーダー会議を通して業務内容を検討し、どのよう

に解決していけばよいか話し合い、チーム全体が業務改善に取り組んだ結果であると考えられる。また診療科に長く在籍することで、知識・技術を深めることができ、その結果直接介助基準、器械基準、体位固定基準を作成できた。看護手順・基準を遂行し、看護倫理の原則に基づいた看護実践することで、新メンバーへの指導・教育の部分で成果を上げることができ自己の達成感へとつながった。次に「看護師相互の影響」と「医師・看護師間の関係」が低くなった要因として、手術件数の増加・臨時手術の多さから業務が複雑化し、その状況の中で他への協力体制がとれなかったことが考えられる。これは、看護師不足や看護業務の複雑さから看護師間はストレスを感じ、看護師相互に影響を及ぼし、満足度を低下させていると考える。医師との関係についても、知識・技術は深めることができ、互いの信頼関係を築くことができた診療科に差があったことが考えられる。管理者の立場からは、いかにして働きやすい環境をつくるかが必要である。そのためには、手術室内の人間関係や診療科の組み合わせや業務の多忙さの調整などが今後の課題である。

現職場経験別からみた満足度平均値では、1年未満の看護師の満足度スコアが高い結果であった。これは、プリセプターのサポート体制が整備され、慣れない環境の中でリアリションを軽減させる結果となった。プリセプターや先輩看護師に支援・承認されることで仕事への満足度を高め、専門職としての自律を高めることができたと考えられる。

1年以上～3年の看護師は、新しい手術の経験や一通りの手術を経験していくことで手術室看護のやりがいと楽しさを実感している。自分の能力が発揮でき、自分の成長を上司や先輩看護師から認められることで仕事に対する満足度が高いと考えられる。しかしコミュニケーション能力や交渉力の弱さがあり、看護師・医師間の関係においては低い結果となっている。

4年～6年の看護師は、職場の中で中心的な役割を果たしており、リーダーやプリセプター、臨床指導者の役割を期待されている。そのため自ら、高い看護技術を習得することでやりがいや達成感を実感し、満足度を高めていると考えられる。

7年～11年の看護師は、技術能力は高まっているが対人関係やキャリアアップについては、伸び悩みがあり、自己啓発意欲はあるが職務満足度は低い結果である。リーダーシップや後輩指導を通し、上司や後輩に評価されることでやりがいを感じていると考えられる。また手術室の運営に関わり、影響力を与えている存在である。しかし現実には、多様化する役割の中で、かなりのストレスを感じていると考えられる。従って、今後看護職の役割や達成感を得られるためには、管理者として看護の専門性や各自に合ったキャリア開発が出来る機会を与え、サポートすることが重要である。

個人別満足度比較では、18名中10名が高くなり全体で55%高めることができた。目標面接では、個々の役割や目標に対し、双方が納得できる様な形で修正、アドバイスをを行った。各

自の強みを認め、看護師の能力を引き出し上司から評価されることで自信となり、やりがいや満足感につながったと考えられる。

以上の職務満足度調査から看護管理上の貴重な示唆を得た。

F. ハーズバーグは仕事に対する態度や満足感について有名な「動機づけ＝衛生要因」を提唱した。²⁾ハーズバーグは組織が与えることのできるインセンティブは、2種類のものがあると主張した。1つは、それを与えても人は特に満足感を高めないうえに与えなければ不満を感じるもので、組織の方針・管理様式、監督者や同僚との関係、作業条件、給与と呼ばれる「衛生要因」である。もう一つは、それを与えることによって人の満足感が高まるもので、職務の内容、職務の達成、達成の評価と呼ばれる「動機づけ要因」である。

ハーズバーグは職務の環境に動機付け要因を満足させるような仕組みを導入するように管理者に提言している。今回の実践結果でもハーズバーグの指摘のように自己の能力の実現が職務への動機づけになっていると考えられる。今回、対象者の半数以上は、満足度を高めることが推察された。しかしそれ以外のものは、低い結果となった。師長として適切な承認や評価、個々の能力を引き出し高めていくことができる教育的な環境の整備が必要であると考ええる。

今後の課題としてひとり一人が目標を明確にし、職場の活性化と自己拡大に努めていきたい。

IV 結論

今回、職務満足度を高めるためさまざまな取り組みを行い、アンケート調査をした結果、以下のことがわかった。

1. 手術室看護の専門性を意識し、職務満足度を高めていくためには、管理者の動機づけが必要である。
2. 3ヶ月ローテーションに変更した前後で、現職場経験年数1年未満の看護師と4年～6年の看護師の職務満足度は、高くなった。
3. カテゴリー別では、「看護管理」「給料」「看護業務」「専門職としての自律」において職務満足度が高くなった。
4. 目標面接は、自己の役割と目標を明確にし意識の向上につながる有効な手法である。

おわりに

手術室看護師の職務満足度を高める試みとして、今後もアンケートや面接を通して人員構成のバランスをみながら、看護師個々の経験に合わせたローテーションを企画していきたい。また、看護師が仕事に満足し、専門職として自ら学び自律し、看護ケアの質を高めていくことができる組織づくりを目指したい。最後になりましたがアンケートにご協力いただきました看護師の皆様から感謝いたします。

文 献

- 1) 尾崎フサ子 他: 看護婦の職務質問紙の研究—Stampsらの質問紙の日本での応用, 大阪府立看護短期大紀要10(1), p17-24, 1988
- 2) 松下博宣: 看護経営学第3版, 日本看護協会出版会, p159-160, 2002
- 3) 中西睦子: 看護サービス管理第2版, 医学書, 2002
- 4) 多羅尾美智子: 目標管理のための面接マニュアル, 日総研, 2003
- 5) 石井京子 他: ナースのための質問紙調査とデータ分析第2版, 医学書院, 2003
- 6) 平井さよ子: 目標管理導入成功の方策, 日総研, 2003

表1 カテゴリー別比較(全体) ()S.D

職務満足構成要素	12月(実施前)	6月(実施後)
看護管理	31.6(4.48)	32.1(3.50)
職業的地位	33.6(4.81)	33.7(4.27)
看護相互の影響	30.3(4.11)	29.8(4.01)
専門職としての自律	18.7(3.27)	19.1(2.83)
給料	21.9(5.09)	24.1(5.59)
看護業務	19.5(4.52)	20.7(3.52)
医師・看護間関係	8.7(3.20)	8.6(3.19)

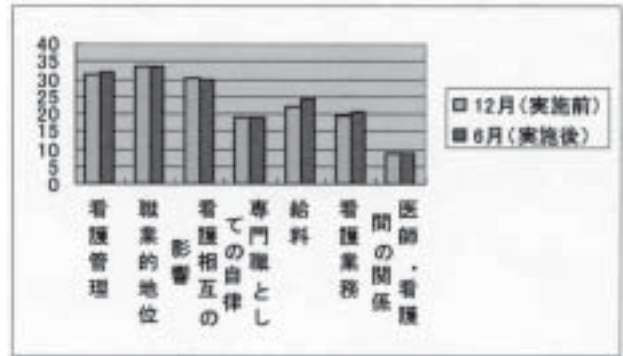


図1 カテゴリー別比較(全体)

表2 現職場経験年数別比較 ()S.D

現職場経験年数	12月(実施前)	6月(実施後)
1年未満	175.5(10.73)	186(7.81)
1年以上~3年	159.8(10.53)	160.2(6.54)
4年~6年	159(9.23)	165(10.35)
7年~11年	174.5(8.50)	170(7.00)

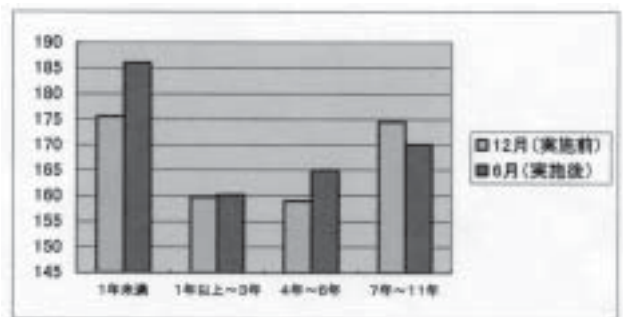


図2 現職場経験年数別満足度比較

表3 個人別満足度比較 n=18 ()S.D

職務経験年数	12月(実施前)	6月(実施後)
NO1(16年)	145	168
NO2(11年)	166	163
NO3(7年)	154	159
NO4(6年)	183	177
NO5(5年)	159	158
NO6(5年)	158	163
NO7(5年)	149	154
NO8(4年)	153	166
NO9(4年)	176	184
NO10(3年)	148	167
NO11(3年)	169	165
NO12(2年)	158	148
NO13(2年)	171	156
NO14(1年)	185	185
NO15(5年)	186	187
NO16(32年)	160	175
NO17(17年)	173	159
NO18(17年)	171	197
平均点	164.7(12.45)	168.3(12.78)

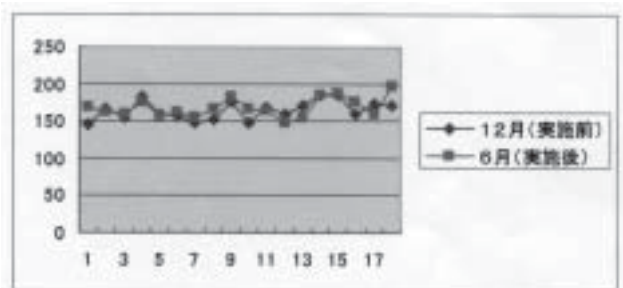


図3 個人別満足度比較

研究

側臥位手術の褥瘡予防 —ずれに着目して—

Prevention for the sliding bed-sore in the lateral positioning operation

井戸向 望

Nozomi Idomukai

要 旨

手術における患者の体位は、適切な視野を得ることを目的としている。同時に患者にとって、長時間の同一体位を余儀なくされる。そこで大転子部のずれに着目し、従来の側臥位手術体位固定と、ずれに着目し応力が減少するポジショニングの方法を比較し、ずれをなくすことが有効であるか検討した。その結果、置き直す方法では、褥瘡発生が減少した。

Key words : lateral positioning operation、prevention of bed sore

はじめに

褥瘡発生要因は持続的圧迫と応力である。手術における患者の体位は、適切な視野を得ることを目的としている。同時に患者にとって、長時間の同一体位を余儀なくされる。とりわけ側臥位は他の体位と比較して患者の重心が不安定であり体重のかかる面積が少ない、そして部分的に圧迫を受けるために皮膚障害や神経障害をおこしやすい。金澤らは「側臥位時での体圧分散状況は、大転子部が最も高く、ついで腋窩枕部、腸骨部、側胸部の順である」と述べている。実際に砂川市立病院中央手術室（以下当手術室とする）において平成15年4月から9月で術後発赤、表皮剥離をおこした症例が535件中28件あった。そのうち側臥位の褥瘡発生率が最も高く37%であった。

これまでの先行研究では側臥位における周術期の褥瘡予防として、応力に対し摩擦を減少させるためにHCD材の使用や、持続的圧迫の影響を軽減するためにウレタンマットを使用する等の使用する材質の改善に視点をあてた研究、報告はあるが、患者様自身の皮膚のずれに焦点をあてた報告は少ない。

そこで今回、筆者は体圧が最も高い大転子部のずれに着目し、（ずれに着目しない）従来の側臥位手術体位固定（以下、ポジショニングとする）と、ずれに着目し応力が減少するポジショニングの（置き直す）方法を比較し、ずれをなくすことが有

効であるか検討した。その結果、置き直す方法では、褥瘡発生が減少したので以下に報告する。

研究目的

今回の研究は、側臥位手術固定において従来のポジショニング方法と置き直すポジショニング方法について比較検討を行い、ずれを軽減させる置き直すポジショニング方法の有効性について検討することを目的としている。

用語の定義

置き直す：仰臥位時図1の様に大転子部に直線をひく。それからポジショニングをとる。通常図2の様になり、大転子部に皮膚のずれが生じていることが確認できる。そこで患者を一度持ち上げて図1の直線に戻すように置き直しポジショニングをとること（図3）。

方 法

期間：2004年1～8月

対象：側臥位手術を受ける患者68名。年齢25歳～90歳。平均BMI22.57。

男性38名、女性30名。

倫理的配慮：収集したデータは本研究以外の使用は行っていない。また、個人名を特定できないよう細心の注意を払った。

方法:2004年1～4月を置き直しなし群33名、5～8月を置き直し実施群35名に分け、褥瘡の発生件数、程度を比較。褥瘡発生要因は様々あるため性別、手術時間の比較も行った。

データの分析はt検定とX²検定、相関分析にて行った。側臥位の術式について当院ではTHA(total hip arthroplasty:人工骨頭置換術)、VATS(video-assisted thoracic surgery:胸腔鏡下肺切除術)、肺切、肩関節形成、腎摘、脳外・形成外科の手術部位によるものに分類される。THA以外のポジショニングの際使用する物品はマジックベッドでありポジ

ショニングの取り方は当院のマニュアルに準じる。

THAのポジショニングはボーンマットを使用しているのでマジックベッドに近い除圧であることから、術式による差はないものとする。

また、置き直しなし群、実施群の平均BMIと年齢も有意差を認めなかったため比較検討を行っていない。また、側臥位を取った時間と手術時間は前後合わせて5分以内であるため、側臥位による持続的圧迫を受けた時間と手術時間は一致するものとする。

結 果

	置き直しなし群	置き直し実施群	p<0.05
対象数(単位:名)	33	35	
男女比(男:女)(単位:名)	21:12	17:18	
褥瘡発生率(単位:%)	42.4	17.1	p=0.013438
男女差(単位:%)	男性 52.3	男性 23.5	
	女性 25	女性 11.1	
BMI	23.28±0.42	21.76±0.64	
年齢(単位:才)	63.7±31.5	61.5±30.3	
面積(単位:cm ²)	172.5±247.1	112.5±139.3	p=0.0035
消失時間	20.3±35.4	32±17.7	
手術時間	2:34	4:20	
程度	発赤	発赤	

考 察

上記の結果より、褥瘡発生率を置き直し実施前後で検定するとP=0.0134<0.05となり、置き直しケアは褥瘡発生と関連していることが明らかになった。加えてオッズ比を計算すると0.28であり置き直すことで褥瘡発生のリスクが低下することにつながったと考える。リスク比からおき直しなし群はそれに比べて褥瘡が発生するリスクは約2.5倍となった。

ズレ防止には「患者をいったん抱き起こしてから(略)ベッドに戻すという方法で垂直、水平方向の荷重を減少させられる」²⁾と小長谷は報告している。このことから置き直すというケアの介入によって褥瘡発生の減少につながったと考える。

次に褥瘡面積についてみてみると平均値の比較では置き直しなし群が172.5cm²であり、置き直し実施群は112.5cm²であった。褥瘡面積について両者を検定した結果(一元配置の分散分析)、有意差がみられた。つまり置き直すことによって褥瘡面積を小さくすることができると思われる。

次に褥瘡の消失時間では置き直しなし群20.3分、実施群32.0分であった。平均手術時間を見ると置き直しなし群が2時間34分なのに対し置き直し実施群は4時間20分であった。手術時間と消失時間の相関については(図4)、相関係数r=0.67であった。このことから手術時間と褥瘡の消失時間にはや

や強い正の相関があるといえる。

また、消失に30分以上要したものに関しては置き直しなし群が6時間08分、実施群3時間35分、13時間45分、5時間05分であった。

ケア実施後の方がケア実施前より褥瘡の消失時間が長い結果となったのは、長時間の手術による持続的圧迫の影響が推測された。このため、持続的圧迫による褥瘡のリスクについても今後検討していく必要がある。また、他の項目の面積と消失時間の相関、手術時間と面積の相関はどちらもr≠0であり相関は無いといえる。褥瘡の程度に関してはどちらも有意差は認めなかった。

置き直しケアがあることで褥瘡の発生率が低下した一方で、圧迫時間(手術時間)が長いほど消失時間も長いということが改めて今回の研究からわかった。特に消失時間に30分以上要した患者様の中にはケアの有無にかかわらず手術時間が長時間の傾向があった。このことから、長時間の手術が予想される場合には褥瘡の危険性が強まるので、置き直しのケアを含め術後には十分注意していく必要がある。

性差について、今回男性38名、女性30名の調査を行った。置き直しなし群、実施群ともに優位に男性に多く褥瘡が発生した(詳細は表)。褥瘡発生者のBMI平均は男性19.0、女性22.4であった。手術時間においては男性平均3時間15分、女性4時間20分であった。手術時間が女性より短いにも関わら

ず褥瘡が多く発生したことについてBMIより皮下脂肪の厚さによる骨突出の有無も関係していると推測されるが、近藤らは「褥瘡発症の危険因子を比較検討した結果(略)性別に有意差を認めなかった」³⁾と述べている。しかし、「アクションパッドにおける大転子部の体圧において男性と女性の間有意差を認めた」⁴⁾という報告もあり、今回の研究の範囲では男性に多く褥瘡が発生するという結果になった。性差については今後検討が必要であるが、本研究からは手術時間が短い男性に多く発生していることから、手術時固定の際には大転子の突起状態などの観察や置き直し時に十分注意していくこと、そして性に纏わる要因(皮膚状態、骨突起状態、栄養状態など)の検討の必要がある。

以上のことから置き直すポジショニングは褥瘡軽減につながると考える。つまりそれは、術中・術後の患者様の安全・安楽となり生命力の消耗を最小にする援助につながる。周手術期看護は手術・麻酔に伴う精神的・肉体的侵襲を看護的に観察・診断し、その侵襲(症状)を治癒・根治緩和する、新たな侵襲の出現を阻止することが求められるといわれている。そのためにも褥瘡予防は必要であり、今後術中の看護ケアに役立てていきたい。

結 論

周手術期の患者様は手術・麻酔によって精神的・肉体的侵襲を受ける。そこで新たな侵襲の出現を阻止することが必要であり褥瘡予防はその一つであると考え。今回のデータ範囲では置き直しなし群と実施群で褥瘡発生率と褥瘡面積に有意差が見られたことから置き直すポジショニングは褥瘡予防に有効であるといえる。そしてそれは患者様の術後の苦痛を軽減し、必要以外の身体的侵襲を防ぐこととなり生命力の消耗を最小にする援助につながると考える。

今後の課題

褥瘡は性別、年齢、手術時間(持続的圧迫時間)、BMI、ずれなど様々な危険因子があり、多面的なケアが必要であることを再認識できた。今回、年齢とBMI、皮膚・栄養状態、性別に視点を置いての研究は行っていない。褥瘡はずれ、持続的圧迫といった外的要因だけではなく上記のような内的要因も重要であると考えるので今後も様々な視点で比較検討していきたい。また、消失時間については持続的圧迫による影響も推測されたことから、持続的圧迫による影響についても検討していく必要がある。

謝 辞

適切な指導をいただいた北海道医療大学の笹木先生と、看護研究コースで的確な意見をいただいた戸田主任をはじめとした主任、先生方に心から感謝します。本研究を進めるにあたり、当手術室の師長はじめスタッフ一同、貴重なご意見をいただき様々な面でお世話になりました。



図1



図2



図3

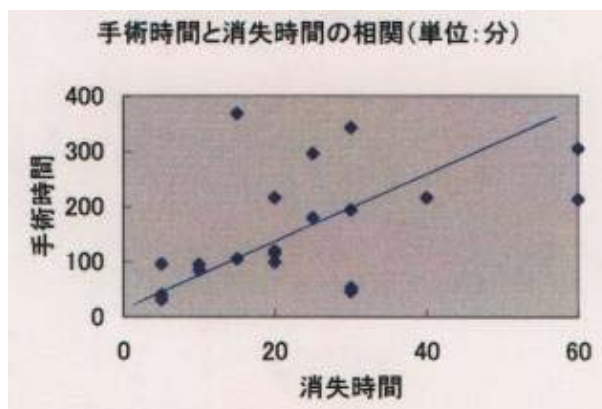


図4

文 献

- 1) 金澤朋子 他、術中の側臥位時における体圧分散の工夫－ウレタンマット使用による体位固定を試みて－：第35回日本看護学会抄録集－成人看護－、101、2004
- 2) 小長谷百絵：ベッド挙上時の摩擦、ずれについて エビデンスに基づく褥瘡ケア：褥瘡、ケアのエビデンス 摩擦－ずれ防止、中山書店、8～14、2003
- 3) 近藤礎 他、エビデンスに基づく褥瘡予防への取り組み：、エキスパートナース19巻9号、148、2003
- 4) 佐々木直子 他：側臥位手術における褥瘡発生予防を目的とした体位固定の工夫 体圧分散用具、日生病院医学雑誌32巻1号、15、2004
- 5) 金井薫編：KOMI記録システム KOMI理論で展開する記録様式、現代社、東京、2004