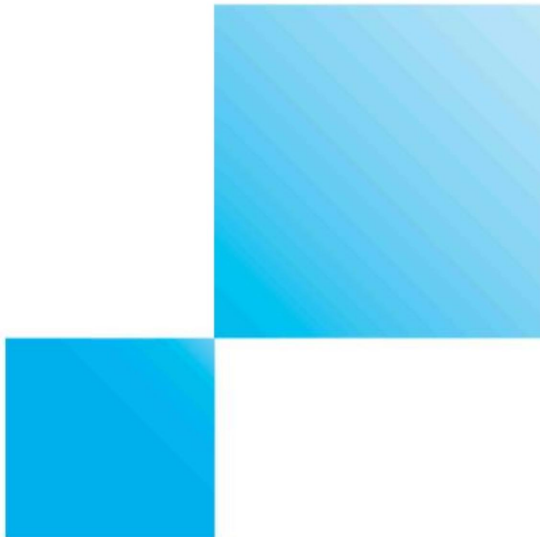


ISSN 2186-5981



滋賀医科大学看護学ジャーナル

Journal of Nursing, Shiga University of Medical Science
JN-SUMS



Vol. 10, No. 1, 2012

滋賀医科大学医学部看護学科

巻頭言

学長 馬場 忠雄



この度、滋賀医科大学看護学ジャーナルが電子ジャーナルとして発刊されることになりました。電子ジャーナルにすることに対して少なからず抵抗があったのではないかと思います。私のように、紙ベースで生きてきたものにとっては、馴染みにくいものであるからです。しかし、時は流れ、医学関係の雑誌は、ほとんど電子化され、迅速に、また検索も容易となり、必要なところは最小限プリントすることで、かえって使い易くなってきています。そして次第に馴らされてくるように思います。本学では各種の会議においても iPad を用いており、紙の使用を削減する取り組みにご協力いただいております。

電子化することにより、Web でどこからでも検索でき、無料で海外からでも利用が可能となります。大学のリポジトリから出しているのも、データを載せる作業は人件費のみで、印刷経費はかからない利点があります。自分の業績が出版経費をかけずに PR できます。しかし、紙媒体の場合は製本したものが残りますが、電子媒体の場合、ホームページを変更したときなどに無くなる不安があります。

滋賀医科大学看護学ジャーナルで外部からアクセスされたページビュー数は、2011 年 1 月 1 日から 2011 年 12 月 31 日までに 2,666 件にのぼります。このように月間 200 件以上も閲覧されています。しかし、今までは、コメントなどが書き加えられたものはないようです。

これから電子ジャーナルの質を高め、広く多くの皆様に閲覧いただくのには、質のよい論文を載せることです。よい論文を多く集めることにより、多くの人に読んでもらう機会が増えます。また、外部からの検索に対して、ヒットする工夫も必要です。今回は、英論文 2 編、特別寄稿を含む和論文 14 編と今まで以上に充実してきました。これを契機に、定期的に年 1 回とは言わず 2 回に増やして、本学関係者のみならず、県内あるいは県外からも投稿を積極的に受けいただき、滋賀医科大学看護学ジャーナルが生まれ変わり、質的にも高い評価が得られることを期待します。

平成 24 年 2 月

目次

－巻頭言－	1
滋賀医科大学学長 馬場忠雄	
－特別寄稿－	
リエゾン精神看護専門看護師の実践	4
－看護師へのメンタルヘルス支援を中心に－	
安藤光子	
大学病院における慢性疾患看護専門看護師の活動	8
－組織における計画的変化（変革）の促進－	
伊波早苗	
ミシガン海外研修に参加して	12
－臨床教育看護師（プレ）としてのあり方を振り返る－	
船富奈々	
－研究報告－	
大学生の死生観形成について	16
－看護学生と他学部生との比較－	
瀧川薫 田中智美	
N I C U / G C U 実習における看護学生の学び	22
－小児看護学実習記録の分析から－	
白坂真紀 山地亜希 桑田弘美	
精神科急性期における心的外傷体験に遭遇した看護職のストレス反応とその関連要因	28
田中智美 清水純 上野栄一 瀧川薫	
回復期リハビリテーション病棟に入院する脳血管疾患患者の主介護者が抱く不安	34
－入棟後 1 週間程度の時期と退院前の変化－	
奥村洋子 横井沙智子 橋村宏美 瀧川薫	
－実践報告－	
A 病院回復期リハビリテーション病棟における『ADL 共有シート』の改善	38
－清潔行為に焦点をあてて－	
吉川治子 塩川祥子 福本奈緒子 蔵田望 岸友里 足立みゆき	

高齢者看護学実習 I における看護学生の学びの特徴	42
ー生活者である施設利用者との関わりを通してー	
吉崎文子 太田節子	
小児病棟の年間行事の現状分析と今後の課題	46
川根伸夫 兼安正恵 白坂真紀 桑田弘美 澤井俊宏 太田茂 藤野みつ子 竹内義博	
化学療法を受ける子どもと家族への内服に関する援助	52
渡邊詩穂美 西原静香 白坂真紀 桑田弘美 川根伸夫	
ー研究ノートー	
ドレイファスの技能獲得段階	57
服部俊子	
ー調査報告ー	
介護老人福祉施設における看護職のターミナルケアの取り組み	64
青田正子 太田節子	
ー海外報告ー	
サブスタンス・アブユーズ問題における地域支援施設の一例	72
ー米国ハワイ州の地域支援施設運営の実際からー	
上野善子	
ーSurvey Reportー	
A Nationwide Survey on Education Programs for Drawing of Venous Blood in 4-Year Nursing Programs in Universities and 3-Year Nursing Schools in Japan	77
Keiko KATO Kaori TOKUNAGA	
A Nationwide Survey on Education for Safe and Comfortable Drawing of Venous Blood in 4-Year Nursing Programs in Universities and 3-Year Nursing Schools in Japan	82
Keiko KATO Kaori TOKUNAGA	
ー投稿規定ー	86
ー編集後記ー	91
編集委員長 加藤圭子	

—特別寄稿—

リエゾン精神看護専門看護師の実践

—看護師へのメンタルヘルス支援を中心に—

安藤 光子

滋賀医科大学医学部附属病院

はじめに

狭義の精神科領域ではなく、一般総合病院に勤務し、身体疾患を持つ患者の看護に精神看護の知識と技術を導入して看護の質の向上を担う精神看護専門看護師を、リエゾン精神看護専門看護師と別称し、院内ではリエゾナーズと呼ばれている。

2003年より滋賀医科大学に勤務し、管理職を兼務しながら専門看護師としての実践活動を行い、2008年より専任となった。専門看護師の活動は、「直接ケア」「コンサルテーション」「教育」「調整」「研究」「倫理調整」の6つの柱で行うとされている。中でも患者を中心とした「直接ケア」「コンサルテーション」の依頼件数は兼務時60件前後であったが、専任後は約120件と倍増した。依頼される内容は多様で、顔面神経痛の治療で入院になった患者が夫のDVのために退院先に困っている、自殺を図った患者の家族に対して精神的な支援をどうしたらよいか、意味不明な言動と興奮が続いている患者について医師にどう相談するか、化学療法を受けている患者の精神的状態が変化し対応を考えたい、セクシャル・ハラスメントのある患者にどう対処すべきか等、患者の年齢、疾患を問わず家族を含めた対象に対応している。それらの対応は、あくまで患者のベッドサイドにいる看護師が精神的ケアを行えるように支援するという立場から直接的な関わりを行うものである。

リエゾナーズの実践の特殊性として、看護師が精神的に健康な状態で働く事ができるように看護師個人へのストレスマネジメントに関する面談、管理者等に

対してスタッフのメンタルヘルス支援に関する「コンサルテーション」を行う。

患者のベッドサイドにおいてケアを行う看護師の精神的な健康状態について、バーンアウト（燃え尽き症候群）の概念が注目され、1980年以降から多くの実証研究がなされてきたが、確たる介入策は見い出されないうままである。1998年以降自殺者数が3万人という実態に対して職場のメンタルヘルスの重要性が指摘され、対策が義務化される動きもある。また、野原が指摘しているように「対人的なコミュニケーションを回避しても生き延びる社会」で育ち、看護師という対人援助職を選択する若者の対人関係能力とメンタルヘルスの問題は今後さらに大きくなっていくことが予測される¹⁾。そこで、ここでは看護師のメンタルヘルスに関する調査と支援の実践について報告し、今後の支援のあり方に展望を加えたい。

1. 当院看護師の精神的健康状態の実態調査

2005年に院内で患者・家族からの暴言や執拗なクレームという問題が発生した。2001年に日本看護協会が「夜間保安体制ならびに外来等夜間外来看護体制、関係職種との夜間対応制に関する実態調査」を全国6446病院の看護部長に質問紙調査を行い、さらに2003年に「保健医療分野における職場暴力に関する実態調査」を首都圏と首都圏以外の県の一か所の保健医療福祉施設に勤務する職員を対象に質問紙調査を行い始めていた。同様の質問紙（国際比較用調査用紙）に加えて、精神的健康状態を測る質問紙GHQ28を用いて当院の実

態調査を2005年に行った。それ以降、2007年、2009年とGHQ28を用いた実態調査を行ってきた。

1) 労働環境と精神的健康状態と介入

GHQ28は、総合点による評価と「うつ傾向」「社会的相互作用」「不安・不眠」「身体症状」の4下位尺度での症状評価をすることもできる質問紙である。GHQ総合得点の6点以上が軽度神経症、11点以上が中等度、15点以上が重度という評価がなされる。2005年の総合得点の平均点は9.39(±6.28)、2007年は11.21(±23.05)と上昇した。データ収集を行った2007年12月は、病院再開に伴う病棟再編成と移転が順次行われた時期である。移転が終了した2009年には9.68(±5.75)と過去の値にもどっていることが確認された。

移転作業や労働環境の変化に伴う精神的状態の影響を2007年と2009年のデータを部署ごとに比較すると(図1)、2007年の値が高く2009年に下がった部署、2007年の値よりも2009年が高くなった部署がある。前者は2007年に先だてて移転を行い、後者は2009年になって移転をした部署であり、移転作業や労働環境の変化が大きな精神的影響を与いたことがわかる。

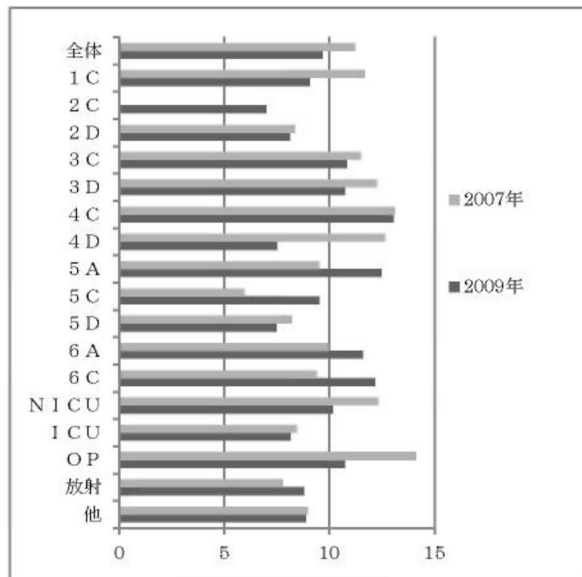


図1 全看護師 GHQ 総合点 2007・2009年比較グラフ

GHQ28の調査結果を基に、管理者と対策を協議し、特に再編によるシステムの混乱や心理的な葛藤が長引

く傾向のあった部署の状況を注意して見守り、時間とともに終息したことを確認した。また、精神状態のデータの深刻な他の部署に関しては、看護師長に相談し小グループ単位での「心のケアに関する勉強会を開催した。患者への「心のケア」のため自分自身のケアに目を向けること、その効果を実感できるよう2年にわたり10回実施した。

2) 職場における暴力による精神的健康への影響と介入

2005年に実施した「保健医療分野における職場暴力に関する実態調査」で暴力を受けた経験の有無群、そして調査実施以降に患者・家族からの暴言が長期に続いたX病棟のGHQ28の4下位尺度評価をグラフに示した(図2)。

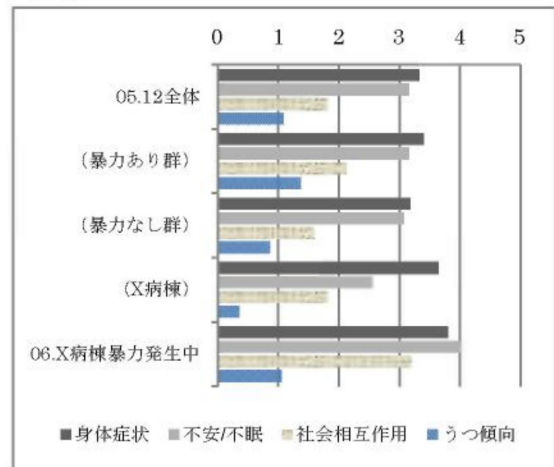


図2. 職場暴力による精神状態への影響 4下位尺度評価

暴力を受けることによって精神的苦痛を生じることとは疑う余地はない。しかし、対人援助職であり感情労働が当然であるとみなされる看護師に対しては「患者さんからの暴力を受けることも仕事の内」と精神的苦痛さえ個人の能力の問題として片づけられ、長く暴力の問題は放置されてきていた。4下位尺度評価の中でも「うつ傾向」が高まる以外に、日常生活における自分独自の活動と社会的接触に対する態度や状態をしめす「社会的相互作用」の値が悪化している。患者の身の回りのケアに多くの時間を費やす看護師は、患者のストレスのはげ口となりやすく身体的暴力だけで

はなく精神的暴力やセクシャルハラスメントを被りやすい。このような事態が医療現場で起こることによって、自分の生活が楽しめなくなるだけでなく周囲との接触にも生きがいを持つてなくなることは、対人関係を積極的に持てなくなり看護の質を低下させる。患者は病気によるストレス、やりきれない思いや苦痛のために暴言を発したり、認知機能の低下などの病状によって暴力をふるってしまう状況もあり、暴力の不当性の判断は難しく看護師を悩ます。リエゾナーズとして暴力の背景にある患者の問題をともに考えケアの方法を見直したり、外傷体験となった看護師へのカウンセリングを行う。また、GHQ28 の調査の他に出来事インパクトチェック、ヒヤリングなどを実施し、精神的健康の観点からどのような解決を図るべきか管理者と相談したり、不当行為等対策委員会（平成 17 年不当行為等対策要綱制定）の活用を勧めるなどしている。

2. 新人看護師を対象とした精神状態の調査

新人看護師研修の制度化が進められる中、リアリティショックによる早期退職を防止するメンタルヘルス支援は不可欠とされている。GHQ28 の結果（表 1）からも、入職後 3 カ月の値は重度であり、時間経過とともに中等度にまで改善されてくるものの、精神的に過酷な 1 年を送っていることがわかる。

6 年間に入職 1 年目を対象に職務ストレスを調査した結果から、ストレスの内容は業務的なものから人間関係的なストレスへと移り、強まることわがわっている。そこで、平成 22 年度より GHQ28 を用い精神的健康度の重症さに影響を及ぼすストレスを分析し看護臨床教育センターとともに、有効なメンタルヘルスサポートプログラムを検討し施行を始めている²⁾。

3. 看護師のメンタルヘルス対策の課題と展望

GHQ28 調査票を用いた研究では、2004 年に有村³⁾

表 1. 新人看護師を中心とした GHQ28 総合得点比較

	平均値	6 点以上	11 点以上	15 点以上
全 NS '09	9.68	72%	42%	20.2%
1 年目 '09	11.69	82.4%	54.1%	27.5%
2 年目 '09	10.27	82.7%	42.3%	17.3%
3 年目 '09	10.15	76.9%	43.6%	15.4%
1 年目 '10.6 月	15.06	94.3%	63.8%	49.1%
1 年目 '11.2 月	11.31	76.4%	60.9%	29.1%

が睡眠と精神的健康状態とインシデントの関連性について当院看護師を対象とした調査を行い、GHQ6 点以下の対象者は 77%、他大学看護師 74% に近似、GHQ 総合得点はインシデントあり群 11.4、なし群 9.3 であり、事故発生と精神的健康度の低さに有意差があったことを報告している。臨床研修歯科医を対象とした報告では GHQ 総合得点は 8.42 ± 7.03 、6 点以上の割合は 55.93% であったという報告がある⁴⁾。井崎⁵⁾ は精神的健康に問題を持つ新入生を見出し支援する目的で 2008 年度新入生 1430 名に GHQ28 を施行、全体平均点 3.74 点、10 点以上 8.6% であった。カットオフを 9/10 に設定し、10 点以上の学生に面接を実施したが、スクリーニングに有用なカットオフの設定を 8/9 にし、抑うつ基準の併用を示唆している。

GHQ28 の総合得点は 4 カテゴリーの「抑うつ傾向」項目のチェックに入るほど高くなる傾向があるが、GHQ28 を看護師の精神的健康状態スクリーニングとして用いた場合の妥当なカットオフについての研究報告はない。仮に 11 点以上とすると 2009 年のデータからは全看護師の 40% が面接の対象となるが、現実的には難しく、15 点以上の重度ハイリスク群約 20% の看護師への介入に焦点を当てた対策が合理的と考えられる。これまでに面談を行ってきた件数は過去 8 年間で年間 20~30 件前後と大きな変化はない。そのうち、病休休暇から離職にいたる数は多くはないが、貴重な人材が病休休暇に至る以前に予防と早期介入をしていくことが重要であることは言うまでもなく、できればより健

康的な精神状態で働ける職場を目指したいと考えている。今後は、新人看護師へのメンタルヘルスサポートプログラムを全看護師に応用し、①予防的なストレスマネジメントの集合研修、②精神的健康に影響を堪え易い労働環境の変化や悪化要因となる暴力等が生じた場合の管理者との共同、③ハイリスク群の把握と支援、これらの対策を看護部だけではなく大学のさまざまな方々のお力を借りながら、少しでも効果のあるものに洗練させ、実施していきたいと考えている。

引用文献

- 1) 野原留美, 畠中宗一: 対人援助職(看護職)メンタルヘルスと関係性のなかでの自立との関連性に関する研究. メンタルヘルスの社会学, 15, 28-39, 2009.
- 2) 安藤光子, 他: 新人看護師の精神的結構状態に影響を与える職務ストレスの検討. 日本看護研究学会雑誌, 34(3), 186, 2001.
- 3) Arimura Mayumi, Imai Makoto: 日本の病院看護師における睡眠、精神健康状態、医療過誤. Industrial Health(0019-8366), 48(6), 811-817, 2010.
- 4) 寶田貫, 他: 臨床研修歯科医の精神健康状について GHQ28 およびバーンアウト尺度を用いた調査. 日本歯科医学教育学会雑誌, 25(2), 97-106, 2009.
- 5) 井崎ゆみ子, 他: 大学新生生のメンタルヘルスーGHQ によるスクリーニングと面接を施行して一. 精神科治療学, 25(4), 523-530, 2010.

—特別寄稿—

大学病院における慢性疾患看護専門看護師の活動

—組織における計画的変化（変革）の促進—

伊波早苗

滋賀医科大学医学部附属病院

要旨：専門看護師には、組織の変革を計画的変化としておこなっていき、看護の質を向上させる働きがある。慢性疾患看護専門看護師である筆者が実践した変革の中から、主要な3つの変革を報告する。フットケア外来の設立と集学的医療の促進、退院支援システムの構築、病みの軌跡モデルを活用した看護師教育、以上3つについて述べ、活動を紹介したい。
キーワード：専門看護師、変革、フットケア、退院支援、病みの軌跡

はじめに

専門看護師は「複雑で解決困難な看護問題を持つ個人・家族や集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供すること」「保健医療福祉の発展に貢献すること」「看護学の向上を図ること」を目的に制度化され、1996年日本初の専門看護師が誕生した。佐藤¹⁾は、高度実践看護師に必要な8つの能力を、1)患者・家族に対する臨床実践の能力、2)教育・指導の能力、3)コンサルテーションの能力、4)研究の能力、5)リーダーシップの能力、6)コラボレーションの能力、7)計画的変化の促進の能力、8)倫理的ジレンマへの対応とその解決の能力、とし、その内容を紹介している。実際に筆者の活動では、これら8つを役割機能として実践で活用し、組織の看護の質の向上に取り組んでいる。その中でも、特に組織の看護を変革していく取り組みを「計画的変化を促進する」こととして実践してきたので、主要な3つの変革について報告したい。

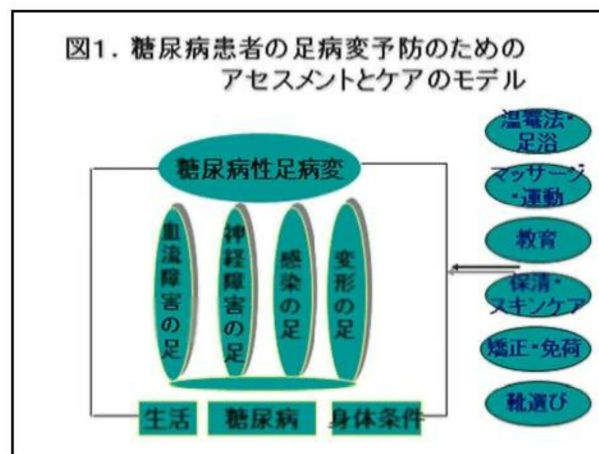
I. フットケア外来の開設と集学的医療への展開

1. フットケアへの取り組みの開始

糖尿病の管理において、足壊疽による下肢切断は大変重要な課題である。足壊疽による入院は長期化し、下肢切断によりQOLは大きく低下する。こうしたことを早期から防いでいくために、足病変の予防

としてのフットケアがあり、ここには看護が主要な役割を果たしている。

1997年当時、糖尿病看護においてフットケアの指導が開始されていた。しかし、一律に足観察とやけどの予防などが指導されているだけで、フットケアの実行の有無ばかり言っており、実際に看護師が足のケアを実践することはされていなかった。患者ごとに足壊疽などの糖尿病性足病変になるリスクは異なるはずであり、個々の状態へのアセスメントをおこなった上で、必要なケアを実施する必要があると考え、図1のようなフットケアのアセスメントとケアのモデルを開発した。以降、モデルの考えに基づきケアを実施している。



2. フットケア外来の立ち上げ

看護におけるフットケアの重要性が診療報酬上も認められ、2009年度の診療報酬改定より、「糖尿病合併症管理料」があった。これをきっかけに、実践していたフットケアを正式に看護外来として「フットケア外来」をオープンさせた。外来の立ち上げにあたっては、事前にワーキンググループを設置し、内分泌内科・皮膚科・整形外科医師および医療情報や医事課の職員らとともに、検討をしながら、立ち上げた。

外来を実施するスタッフは当初は筆者と病棟看護師1名であったが、毎年学会主催の講習会を受けて、届け出ができる看護師を増やし、現在は筆者と病棟看護師3名で実施している。現時点でフットケア外来に通う患者に治癒困難な足病変の発症はみられず、予防的効果を果たしているとともに、合併症が出てきている糖尿病の療養全体を立て直すケアを提供する役割も果たしている。

3. 足病変の集学的治療にむけて

外来開設と同時に検討したのが、ケアの質の保証についての対策であった。その中の要となるのが、フットケア外来症例検討会である。看護師が単独で診療活動を実施するので、実施したケアが妥当であったか1例ずつ検討をおこなう。この会には、ワーキンググループに参加された医師の参加を求め、新たに徐々に参加する診療科を増やしていった。現在、糖尿病内科・神経内科・循環器内科・皮膚科・整形外科の医師をメンバーとし、症例を検討している。この会の開始にはもうひとつ目的が存在する。足病変は、医学的にも集学的な診療が必要であるが、大学病院で医師のチーム形成は容易いことではない。そこで、この会を通して、ひとりの患者さんの足について、関係診療科で診療にあたることを目指した。開始後2年経た2011年7月末に入院された足壊疽患者の診療で初めて連携をとった集学的医療が実践できた。(図2)



図2. 集学的医療の実施

II. 慢性疾患看護の視点を活かした退院支援のシステム構築

1. 退院支援システム構築前

近年、医療技術の高度化・超急性期化がすすみ、医療を取り巻く環境は変化し、入院中に求められる看護もそれらに即したものと変化している。入院中の安全が重視されることで退院後の療養をじっくりと検討することが減ることもある。しかし、高度な医療が施され、短期間に治療が行われるからこそ、今後の療養のことを早期に十分に検討しておくことが重要となる。対象者の退院後の療養において、病状を維持・安定することができ、さらには健康レベルの向上を目指すためには、対象におこっている健康上の問題と生活を関連付けて考えていかなければならない。その検討がされることで、在宅療養の方針や計画を立てることができ、連携に結びつけることができる。システム構築前はこれらが全くできていない状態であった。

2. 退院支援システムの構築

担当看護師が中心となって退院支援が展開できるように、まず、「退院計画」と「退院調整」を分けて定義し(表1)、退院計画を担当看護師の役割として明確に位置づけた。また、退院支援のメインは調整でなく、退院計画であると位置づけた。退院計画がしっかり実施できていないと、せっかく入院中に病状を安定させることができて退院後にすぐに悪化してしまうことも十分にあり得る。たとえば心不

全のある患者で、朝食前後に重要な薬が処方されている場合、入院中の生活リズムでは正確に内服して安定していても、退院後の生活が昼前に起きて朝食抜きという生活だったら、服薬が抜けてしまうこともあり得る。これでは、服薬確認を目的として訪問看護を導入しても無駄になってしまう。そうしたことがないように、入院初期から退院後の生活状況を把握し、それに合わせた治療やケアの計画が立案されることが重要である。

表1. 入院中の治療や看護・指導に重点をおいた場合の退院計画と退院調整の定義
【退院計画】退院後の在宅生活を考えた上で、入院中に行われる看護や医療の計画
【退院調整】退院後の在宅生活に必要な物的・人的サービスの手配

山田²⁾は退院支援のポイントとして、1. 患者やその家族が、場をかえて療養するという選択肢があることを理解し、どこでどのように療養生活を送ればよいかを自分で選ぶことができるようにかかわること、2. 退院後もできるだけ入院前の生活を継続していくことができるよう、医療の提供方法を検討し、タイムリーにかかわること、としている。元々の生活や送りたい生活というものを理解し、それを可能にするためには、身体の状態をどのような方向に向けていくのがいいのかを早期から検討する必要がある。今の状態だけを考えるのではなく、また、地域の支援を入れることばかりに依存せず、しっかりと入院中の支援内容を早期に検討していきたいものである。

また、退院支援は局面移行にむけての支援とも捉えられる。局面の捉え方としては、表2のような捉え方がある。これらの局面移行は患者・家族にとって重要な意味合いを持つ。局面を移行することに意思が必ずしも伴っているとは限らず、受け入れられずにいる場合や納得していない場合もある。患者・家族の心理状態にも配慮しながら、局面移行ができるよう、支援していくことが求められる。

支援の内容はその病いの経過によって特徴がある。退院支援のタイミングも経過によって異なっている。

病みの軌跡は疾患の種類によっても特徴づけられ

る。腎不全など増悪の時期を数回経て進行していくものは、そのタイミングごとに進展予防の指導、そして、軌道修正をするチャンスとなる。対象の増悪要因、身体の状態、生活の仕方などをよく理解し、疾患管理の相談や指導をすすめていくことが重要となる。

ALS（筋萎縮性側索硬化症）を代表とする神経難病など下降していく軌跡を描くものは、下降の局面ごとの適切な支援が必要となる。下降していくことへの受け止めなどの精神的な支援、身体の可動性に合わせた動かし方や生活の仕方の新たな習得の支援、それに合わせた福祉用具や介護の支援など、多くの支援が必要となる。

糖尿病など経過が緩慢なものは、自己管理をしていく上で必要な疾患や身体への理解、自己管理をしていくための知識や方法の習得、管理の困難性に合わせた調整、家族を含めた支援体制の整備などが必要となってくる。病気の発症初期やコントロール悪化時などにそれらが適切に実施されることが必要となる。

脳梗塞や脳出血など急激に障害状態となるものは、発症が突然であり、障害の大きさから、その受け止めやリハビリへの意欲などが問題となる。価値の転換を含めた心理プロセスや周囲の受容などもあわせて支援することが必要である。早期からのリハビリにより生活への支障を最小限にする努力が大変重要で、その後の機能に大きく影響する。また、障害にあわせた新たな生活の構築に向けて支援が必要なリ、医療ニーズも含め、在宅療養の開始に向けた準備が支援される。

一方、どのような病気でも共通して存在するもっとも重要な支援は「意思決定の支援」と「教育指導の支援」である。どのような場合でも、治療をどのような方向に向け、また、療養の場をどう選択し、送りたい生活・人生をめざすか、患者と家族の意思が尊重される。その際、適切な情報がタイミングよく提供され、医療職としての専門性を活かした助言も提供され、ピアサポートなども導入したうえで、

適切に意思決定ができるよう支援されることが大事である。また、教育指導はすべての患者・家族に必要なものであり、看護の機能として提供される。

表2. 病気の経過別特徴から分類される退院支援のポイント

病みの軌跡（病気の経過別の特徴から分類）	入院（局面）	退院（局面）
増悪・緩解を繰り返しながら進行する、不安定である（腎不全など）	急性増悪	緩解
下降していく（神経難病など）	下降の局面ごと	下降の局面に対応する医療の実施
経過が緩慢である（糖尿病など）	初期教育 コントロール 悪化時	教育終了 コントロール
急激に障害状態となる（脳梗塞など）	発症	治療 在宅療養の開始

2. 病棟看護師の育成

病棟看護師がこれらを実践するためには、システムだけでなく、日々の指導が必要である。各病棟に担当退院調整看護師を配置し、専門看護師および認定看護師が各自の活動を兼ねて、ケアの方向性やアセスメントの視点を提示しながら指導を実施していった。6年が経過した今、病棟看護師が主体的に支援を展開できるまでとなった。

III. 病みの軌跡モデルを活用した看護師教育

ベナー³⁾は、「疾患が細胞、組織、器官レベルでの失調の現れであるのに対し、病気は能力の喪失や機能不全をめぐる人間独自の体験である。」と言っており、Lubkin⁴⁾は、病いは「症状や苦しみを伴う人間の体験であり、個人と家族が疾病をどのように感じているか、それとともにどのように生きているか、そしてどのように受けとめられているかなどと関わる。」と言っているように、慢性の病いととも生きる人々のケアをするうえで、患者の持つ体験と意味を重視し、そこに寄り添いながらケアをしていくことが必要である。しかし、そのように患者の体験と意味を理解し寄り添う看護を多くの看護師に伝え理解してもらうには困難がある。そこで、それを病みの軌跡を描くことで学んでもらうこととした。

看護師教育の中でも、滋賀県の事業である糖尿病看護専門分野看護師育成研修に参加した研修生に特に活用した。研修生は、療養指導の経験はあっても、

患者の体験を傾聴することは初めてであった。どのように療養してきたかを聴き、それを図に描きながら、なぜ療養がうまくいかなかったのかを患者の体験から理解していった。そして、その上で、これからどうしたらよいか、患者とともに歩むべき方向性を見だし、支援を展開することができるようになった。描いた病みの軌跡を患者自身に見せながら、今までの療養を共に振り返ることは研修生は皆、抵抗を示していたが、病みの軌跡は患者自身の体験であり、患者のものであるということを話し、実施してもらった。すると、病みの軌跡をもとに振り返りをした患者はいずれも、研修生に本心を語りだし、新たな目標に向かって行動を変化させるスタートに立ち、パートナーシップが形成できていた。こうした患者の変化を目の当たりにし、研修生は患者の体験を理解し寄り添うことの重要性を学んでいく。今後も、実践モデルを明示しながら、糖尿病看護の本質を伝えていきたい。

おわりに

専門看護師として、慢性疾患看護の考え方をういて実践した変革について述べた。変革をすすめていくためには、組織の望ましい姿を描きながら、リーダーシップと調整能力を十分に発揮していくことが必要と考える。今後の課題としては、組織の目標を他の専門看護師とも共有しながら計画的に変化をすすめていくことであると考えられる。

引用文献

- 1) 佐藤直子：専門看護制度。理論と実践，85-118，医学書院，東京，1999.
- 2) 山田雅子：第1章総論。宇都宮宏子（編）：病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例。5，日本看護協会出版会，東京，2009.
- 3) パトリシア・ベナー、ジュディス・ルーベル：現象学的人間論と看護。10，医学書院，東京，1999.
- 4) Ilene Morof Lubkin, Pamala D. Larsen, 黒江ゆり子監訳：クロニックイルネス—人と病いの新たななかかわり。3，医学書院，東京，2007.

—特別寄稿—

ミシガン海外研修に参加して

—臨床教育看護師(プレ)としてのあり方を振り返る—

船富奈々

滋賀医科大学医学部附属病院

はじめに

私は昨年度、滋賀医科大学附属病院看護臨床教育センターの事業のひとつである、臨床教育看護師育成のための教育プログラムを受講し、現在臨床教育看護師(プレ)として活動している。臨床教育看護師とは、一般の臨床看護師がよりよい看護を提供できるように学ぶことを支援するとともに、個人に関わるだけではなく、部署全体が質の高い看護を提供できるように働きかける看護師である¹⁾。

今回私は、ミシガン海外研修へ参加する機会をいただいた。この研修を通して、日ごろ臨床教育看護師(プレ)として活動する中での自分自身の看護観をふりかえることができたので報告したい。

ミシガン研修

今回の研修は、滋賀県とアメリカ・ミシガン州との姉妹提携20周年を記念して1989年に設立されたミシガン州立大学連合の国際交流事業のひとつである。2011年8月13日～26日の14日間、滋賀医科大学医学部看護学科の学生5名と私を含む当院の看護師2名でウェスタンミシガン大学を訪れた。ウェスタンミシガン大学はアメリカ・ミシガン州のカラマズーという街にある。カラマズーは人口9万人程度の自然に囲まれたのどかな街で、近隣の大都市シカゴとデトロイトの中間に位置する。五大湖のひとつミシガン湖にも車で1時間ほどの距離である。

ウェスタンミシガン大学は医学部や附属病院を持たないが(医学部は現在設立中)、カラマズーの街には400前後の病床をもちミシガン州南西部の三次救急やトラウマセンター、周産期センターの役割も担うBronson Methodist Hospitalと

Borgess Medical Centerという病院がある。

BronsonとBorgessはそれぞれメソジストとカトリックの団体であるが、ミシガン州南西部には両団体が所有もしくは提携している病院や保健施設が数多くある。実際、私たちが見学に行ったナースিংホームやリハビリセンターはBorgessの関連施設であったし、研修後半にカラマズーに住む日本人の方に連れて行ってもらったスポーツジムはBronsonの施設であった。そこはスポーツジムの一部がリハビリ施設になっており、Bronsonの医師からの処方箋を元にリハビリが行われていた。West Michigan Cancer Centerは宗派の違うBronsonとBorgessが共同で設立した施設であった。関連施設内では患者の個人データの共有も可能であるようだ。そういった病院の中では多くのボランティアの人が患者さんの搬送や案内、駐車場の整備、飲み物の提供、楽器の演奏などをされていた。



ウェスタンミシガン大学にて Linda Zeller 先生(右上) Gay Walker 先生(右下) Denise Clegg 先生(左下)と

アメリカの社会保障制度と看護

カラマズーでお世話になった方の中には、ウェスタンミシガン大学の先生や各病院の看護師の他に通訳の方もいた。彼らは、ウェスタンミシガン大学の博士課程に通う日本人留学生や渡米後結婚しカラマズーに住んでいる日本人であった。その人達の話によると、近親者が病気になって病状説明を受けたとき、半年の延命治療を行おうとすると〇〇ドルくらいかかるが払えるかと尋ねられたというのだ。国民皆保険でないアメリカでは、一部の公的医療保険の対象者以外は、個人で民間保険に加入することになり、その種類により補償される内容（補償されるかされないかも含め）や受けられる医療が決まることや、保険料を払えないために保険に加入できない無保険者も多くいるということはこれまでも耳にしてきた。しかし、そういう具体的なエピソードを聞くと、単に保険制度の違いという一言では終えられないものだといまさらながらに気づかされた。日本とアメリカ両国の社会保障制度の成り立ちにはそれぞれ経緯があるであろうが、そういった制度や歴史、文化によって医療に対する概念に日本のそれと違いが出てくるのは当然である。入院期間が短く、大きな手術を受けた後でも数日で退院するのは、もちろん“今”保険で補償されるのがその期間だから、という理由も大きいと思うが、“これまで”もそうするのが当たり前だったからなのであろう。先ほどの延命治療の話聞いたときは、お金がないと医療も受けられないのか、命はお金で買うものなのかと私たちは驚いたが、アメリカの人たちにとっては、そうではないにしてもこれまでの経緯上仕方のないことになっているのかもしれない。昨今、米医療保険制度改革法がなかなか進んでいないのには、こういった概念が根強く残っているからなのかもしれない。

こういった医療に対する概念の違いがあれば、看護に対する概念が違ってもおかしくないであろう。入院期間が短く、急性期のみ病院にいれば、患者が看護師に求めるものはどういったものであろうか。自己負担額が多い中、何にならお金を払おうと思えるのであろうか。急性期の患者が多いために観察や与薬がメインになるだろうし、コスト削減のためには検査移送や保清ケアなどは看護助手が担っているのも不思議ではないように

も思う。

通訳のひとり、大学院博士課程で心理学を専攻をしている日本人留学生は、学生である旨を提示した上でカウンセリングを行っていると話していた。カウンセリングにくる利用者は、費用が半分～1/5以下であることを理由にカウンセラーではなく学生を選ぶ人も少なくないようだ。アメリカでNP（ナースプラクティショナー）が普及した理由のひとつには、プライマリケア医の不足とともに、これと同じ理由が挙げられる。保険の問題を抱えるアメリカでは、医療費を削減するため医師よりもずっと安い費用で診察が受けられるNPが歓迎されたのである。こうした社会制度、特に医療保険の問題も、看護の内容に大きく関わってくることを知った。

アメリカの教育制度と看護

研修初日、ウェスタンミシガン大学の College of Health and Human Services の先生方がウェルカムランチを開いてくれた。そこでは話す人話す人に「ところで、あなたの専門は？」と聞かれた。研修に参加したもうひとりの看護師は救急看護認定看護師であったので救急だと答えていたが、私は専門分野を持っている訳ではないということや伝えられる英語力もなく、答えに困ることが何度もあった。

アメリカの教育制度は学区ごとに違い義務教育の開始年齢から違うところもあるという。小学校でも能力別のクラスに分け各科専門の先生に習うことも少なくない。小学校の授業では、学習が困難な生徒がいれば、担任の先生は自分是一般のクラス専門だから教えられない、専門の先生に担当してもらおう、ということにもなるらしい。専門の細分化は日常的にもみられ、歯科の受診ひとつとっても、虫歯専門、神経専門、歯周病専門とそれぞれ違う歯医者に回されるようだ。

大学では4年間の基本的な学部教育の後半から専攻をしばり、専門性の高いクラスを受講しはじめる。よくアメリカの大学は入学は簡単だけれども卒業するのが難しいというが、在学中に社会で使える専門的なより実務的なスキルを身に付けてしまうというのがアメリカの大学の教育のようである。看護教育の場合、州ごとに法律が違うので一概にはいえないが、実習に出るまでに相当のフ

ィジカルアセスメントの勉強をし演習を重ね、厳しいテストをクリアしてはじめて実習に出れるという。実習が始まってからは週1～2日の実習と講義や演習が並行して行われる。実習では教員や病院看護師の下、採血から点滴なんでも実施するそうだ。患者の入院期間も短いため、実習に行くたびに違う患者の情報をとりアセスメントプランを立て実施するということを繰り返し、4年生では比較的独立して看護ケアを行うことも少なくないという。Bronson nursing schoolでは計720時間の実習を経験するという。こうして大学か2年もしくは3年の短大を卒業し州の試験に合格すれば、日本でいう正看護師（Registered Nurse：RN）になれる。その後、自分の専門分野を見つけ大学院に進み勉強を重ねたり、看護のエキスパートとして専門看護師（CNS）や診療のできるNPを取得したりする人も多い。アメリカの看護職にはほかに、LRN（準看護師）、MA（メディカルアシスタント）がいる。しかし、こうして看護に関わる職種の中でも経歴や資格で専門性を求められ、役割が細分化され、同じRNでも基礎教育課程の差によってステータスが違ったり、RNとCNS、NPの間でも大きく意識が違ったりするのかもしれない。West Michigan Cancer Centerの看護師が「私は単にRNだから・・・」と言っていたのが印象に残っている。余談であるが、高校生がアルバイトをすることも多く、それも自分のキャリアとして認められ履歴書に書けるそうだ。どんなことでも経歴は重視されるのだ。

看護師経験9年という、あなたの専門は？と聞かれても仕方ないのかもしれない。本当は心臓血管外科と呼吸器外科の病棟で6年、心臓血管外科と循環器内科で3年働いていると説明したかったが、「心臓血管外科と・・・」と言った時点で、「まあ！心臓血管外科なのね。」となり、施設の見学をすすむにつれ、しだいに私は「cardio-vascular surgery nurse」と紹介されるようになってしまった。

臨床教育看護師（プレ）として

私は入職後、たまたま同じ病棟に比較的長い期間勤めている。でもだからといって心臓が好きなわけでもなければ、循環器や術後看護のエキスパートになりたいというわけでもなかった。認定看

護師や専門看護師が増える中、私は興味のある領域もなく、看護師としてどうしていきたいのだろうと考えた時期もあった。そんなときに私の前に現れたのが当院の臨床教育看護師育成プランであった。私はスペシャリストを目指したいのではなく、私が学生の頃に看護師と患者さんの関わりを近くでみて、看護っておもしろいかもと感じたように、実際の患者さんとの関わりを通して私自身の思う看護を人に伝えていきたいと思っていた。そして、昨年度の臨床教育看護師育成プログラムの参加に至り、現在、臨床教育看護師（プレ）として活動している。

ミシガンで病院を見学しアメリカの医療や看護について見せてはもらったが、自分の働く病院や施設に関してしか知らず「うちの病院では～」としか答えられないことも多く、看護交流というよりは一方通行の見学会になってしまったようで大変申し訳なく思っていた。病院見学も終わった週末に、ずっとお世話になっていたGay Walker先生がホームパーティーを開いてくれた。Bronson nursing schoolの教授であるLinda Zoeller先生やWest Michigan Cancer Centerの看護師Jamieも来ていた。初日、あなたの専門は？と聞かれ答えられなかった私だったが、せめて、今自分はこういう思いを持って日々看護を行っているのだということくらいは伝えたいと思い、最後のチャンスとばかりに通訳の方をお願いして説明してもらった。いくつかやり取りはあったが、最後にLindaは難しい顔をしたまま口にしたのは「それで、あなたの専門は何なの？」であった。通訳をしてくれた日本人の方にも、アメリカではいろんなことが細分化されていてそれが当たり前だから、この感覚は伝わらなくても仕方がないかもしれないと言われた。

このときは正直残念にも思ったし、何も伝えられない自分が不甲斐なくも感じた。しかし、こうして考えてみると、日本とアメリカでは、医療を支える社会保障制度から教育制度、健康・医療に対する国民の概念、文化、何をとっても違うのである。その中では通用する看護観が違ってきても無理のないことだし、それどころか、同じではいけないのかもしれない。今回の研修で、自分がどれだけ日本のことについて無知であるかにも気付かされたのと同時に、日本とアメリカどちらの看

護が勝っているわけでも劣っているとわけでもなく、進んでいるわけでも遅れているわけでもなく、それぞれの背景にあわせた看護が必要なのだと感じた。

アメリカでは、医療業種も細分化され、バイタルサイン・血糖の測定、尿測、採血、清拭などの保清ケアはMAが行い、検査移送を専門に行う人がいれば、環境整備、排泄介助、シーツ交換、配膳などを専門に行う人もいるという。今は、当院でもシーツ交換は業者に委託されており、看護師の業務削減のために配膳や環境整備、検査移送や保清ケアの一部などMAに依頼していることも増えてきた。確かに専門知識がなくても、ある程度のトレーニングを受けた人であればできる仕事ではある。しかし、他の病棟に比べ超過勤務の多い私の病棟では、超過勤務削減のための業務改善を求められてはいる一方で看護の質は保ちたいという声もある。清拭や検査移送をするにも、単に身体をふいてくる、検査に移送するだけではなく、患者さんの今の状態をアセスメントしその人にあった方法を考えたり、その過程の中であるからこそ患者指導が効果的に行えることもあるのではないかと、それが看護するという事なのではないかと業務改善とのジレンマにおちいる看護師もいる。もちろん業務の効率化を図るためには分業化もすすめていかなければならないと思うが、そうやって悩む看護師がいることを私は嬉しく思っている。集めてこられたバイタルサインやデータを専門的な知識を使ってアセスメントし判断することも大切だが、それに加えてひとつひとつの行為に根拠や「看護する」という意図を持つことも大事にしていきたいところであり、私が臨床教育看護師として他の看護師に伝えていきたいところである。そしてそれは、基礎教育課程や資格の種類に左右されず看護者すべての人に共通することだとも考える。

現在、日本でもチーム医療の推進をと特定看護師の養成教育が始まっていたり、昨年東日本大震災の時にはアメリカで働く日本人NPの活躍をニュースで目にしたりもした。認定看護師や専門看護師の分野も増え、また後輩たちが認定看護師となり活躍している姿も目にするようになった。今年度より臨床教育看護師（プレ）として活動を始めたものの、日々働く中で本当にこれでよかった

のか、いったい私は何をしてきたのだろうと、恥ずかしいながら自分自身の中で臨床教育看護師という役割が見えなくなってしまうこともあった。

今回の研修中、何度となく専門分野をたずねられ、臨床教育看護師についても伝えられず、めげそうになることもあったが、逆に、アメリカの専門の細分化した看護とその背景を知ることができたおかげで、私が大切にしたい看護をもう一度確認でき、「今ここにいる私はこれでいいのだ」と納得することができたように思う。

謝辞

このたび、寄稿というかたちでミシガン海外研修と私自身の看護を振り返る機会をいただいた、滋賀医科大学看護学ジャーナル編集委員の皆様、そして、この研修にあたりお世話になりました滋賀医科大学医学部看護学科畑下博世先生、相浦玲子先生ならびに滋賀医科大学附属病院看護部の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 澤井信江, 稲垣寿美: 滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センターの発足, 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 9(1), 9-12, 2011.
- 2) 早川佐知子: アメリカの病院における医療専門職種の役割分担に関する組織的要因 - 医師・看護師・Non-Physician Clinicianを中心に, 海外社会保障研究, (174), 4-15, 2011.



ミシガン湖にて

—研究報告—

大学生の死生観形成について

—看護学生と他学部生との比較—

瀧川 薫 田中智美

滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

看護系大学の学生は4年間の教育課程を経て、現実的な“生”や“死”と関わり、他者や自分自身の生死について深く考察する機会を与えられる。そして、様々な経験を通じ医療従事者として必要とされる肯定的な死生観を構築する。看護学生は、他の学部生の死生観より成熟した考え方を有しているものと考えられ、双方の学生の死生観の差違と影響を与えた要因を探るべく調査を実施した。その結果、学生の死生観に影響を与える要因として家族構成・入院経験・死別体験が考えられ、核家族世帯で育った学生の方が死を生への諦めや回避とみなす傾向が認められ、入院経験や死別体験など自身の直接的な経験は死への恐怖を減少させることが明らかとなった。また、看護学生は臨地実習を通して、死は単に現世から逃れる術や生の諦めとして表現されるものではないということを理解していた。

キーワード：死生観、看護学生、大学生、死に対する態度

はじめに

医療従事者は、常に人間の生と死を見つめながら、自身に求められている職務を全うしなければならない。看護学生が近い将来、患者やその家族に対してより良い看護を提供するためには死への苦痛や恐怖といった感情に共感し、患者やその家族の思いを理解する姿勢が求められる。「自分以外の人格をケアするには、-中略- その人の世界がその人にとってどのようなものであるか、その人は自分自身に関してどのような見方をしているのかを、いわば、その人の目でもって見てとることができなければならない」と、ミルトン・メイヤーロフは「ケアの本質」で述べている¹⁾。患者理解を深めてより良い医療を提供するには、死を客観的・肯定的に捉えながら自らの死生観を構築していく過程は、看護教育において非常に重要である。

看護学生は生命の誕生から終結までを理解し、看護職者としてケアができるようになるために多様な知識や技術が必要である。大学で学ぶそれらは、青年期に

おける若者がそれまでの人生でおよそ関わったことのない経験ばかりである。そのような過程を経て、看護学生は現実的な“生”や“死”を意識し、他者や自分自身の生死について深く考察する機会を与えられる。看護教育から得た知識や経験を通じて、死や病気、苦しみは単なる否定的な感情で表現されるものではないことに気づき、医療従事者として必要とされる成熟した死生観を構築していくと思われる²⁾。

しかし現代社会においては、平均寿命の延長や核家族化が進み、終末期を病院で過ごし病院で死を迎えることが多く、若者自身の直接体験として、死にまつわる経験の機会は少なくなっている。その一方で、様々な形で死に関わるニュースはメディアを介して容易に日常世界に運ばれてくる。ゲームの仮想世界では、自身の死さえ体験できるという特殊な現代の状況下で、若者は死についていずれは自身に起こりうる現象として捉えることが困難となってきた。このため、死や生について考えさせられる経験のある看護学生と一

般の大学の学部生との死生観にはなんらかの差違が認められる可能性がある。そこで、看護学生の方がより肯定的で成熟した死生観をもつものと考え、現代の大学生の死生観形成に影響を与える要因と共に検討した。

研究方法

1. 調査対象

近畿圏内の医学部看護学科の4回生・3回生・2回生の女子学生を対象とし、比較対照者は死生観に関連した教科目が開講されていず調査協力の得られたR大学理工系学部の4回生・3回生・2回生の女子学生に対して調査を実施した。いずれも編入学生は除外した。

2. 調査方法

調査方法として、丹下による「青年期における死に対する態度尺度」^{3,4)}を採用し、臨地実習の経験以外に個人の死生観に影響を与えると考えられる属性として、既存の文献等を参考に、家族構成・死別体験の有無・入院経験の有無などの項目を設定した質問用紙を作成した上で、留め置き法により調査を実施した。

死に対する態度尺度の得点は、「死の恐怖」「積極的受容」「中立的受容」「回避的受容」の各下位尺度に含まれる質問項目に対し、「そう思う」～「そう思わない」の5段階リッカートスケールで回答してもらい、合計得点を項目数で割ったものを下位尺度ごとの得点とした。高得点は、各下位尺度項目をより肯定することになる。

倫理的配慮として、調査用紙は無記名による記入で、大学や学部名は匿名化し、データはコード化して個人が特定されないよう配慮した。また、調査への協力の可否は成績等に一切影響しないことを文書にて示し、調査用紙の返却をもって研究への最終的な同意を得たものとした。

3. 仮説および明らかになりたい事象

看護学生は看護教育を通じて死について考える機会を与えられることで自らの死生観を形成し、他学部生より死に対して客観的で肯定的な意見をもつ。

4. 用語の定義

死生観：死を通した生の見方をいい、死後や死者をどのように捉えるかなど、死や生についての人々の考え方や理解の仕方とする。

5. 分析方法

家族構成が死に対する態度に与える影響を明らかにするため、グループを「親のみ」「親と兄弟と暮らしている」と答えた群と、「祖父母も同居している」と答えた群の二群に分け、クロス集計を行った上でカイ二乗検定を実施した。また、入院経験の有無・死別体験の有無・臨地実習経験の有無による二群間比較でも同様の分析を行った。分析に際しては、統計パッケージソフトSPSS(version15.0)を使用し、「青年期における死に対する態度尺度」得点と各属性間での比較検討を試みた。

結果

1. 有効回答

研究協力に同意を得てそれぞれの学部配布した調査票各300部に対して、回収数はいずれも130部(43.3%)で、看護学生は113名(86.9%)、他学部生は112名(86.1%)の有効回答が得られた。

平均年齢は、看護学生21.2±1.3歳、他学部生20.1±2.8歳であった。

2. 結果

看護学生と他学部生における「青年期における死に対する態度尺度」の下位尺度の各得点を表1に示した。

① 家族構成と死に対する態度

現在の家庭環境について、図1のように「一人暮らしをしている」と答えた者は、看護学生は48.2%、他学部生は63.7%、「友人又は恋人と暮らしている」と答えた者は看護学生・他学部生ともに4%、「実家で暮らしている」と回答した者は、看護学生は47.7%、他学部生は31.2%であった。

また、実家の家族構成については、「親のみ」と答えた者は、看護学生は15.0%、他学部生は13.3%、「親・兄弟と暮らしている」と答えた者は、看護学生は44.2%、他学部生は49.1%、「祖父母も同居している」と答えた者は、看護学生は26.7%、他学部生は30.9%であった。

「親のみ」「親と兄弟と暮らしている」と答えた群の方が、回避的受容の得点が有意に高いことが示された($\chi^2(1)=5.081$ $p<0.05$)。

② 入院経験と死に対する態度

入院経験の有無については、表2のように「有り」と

答えた者が看護学生は39.8%、他学部生は27.6%であった。また、入院経験のある群の方が死の恐怖の得点が有意に低いことが示された($\chi^2(1)=5.700$ $p<0.05$)。

表1 看護学生と他学部生の「青年期における死に対する態度尺度」の各得点

	全体 (n=225)	看護学生(n=113)		他学部生(n=112)		P値
	平均値±SD	平均値±SD	最小-最大	平均値±SD	最小-最大	
死の恐怖	3.38±0.74	3.34±0.77	1.57-5.00	3.43±0.71	1.57-5.00	0.084
積極的受容	2.41±0.70	2.39±0.74	1.00-4.50	2.43±0.65	1.00-4.00	0.068
中立的受容	3.04±0.80	2.98±0.77	1.00-4.33	3.10±0.83	1.00-5.00	0.196
回避的受容	1.85±0.73	1.84±0.70	1.00-4.17	1.85±0.77	1.00-5.00	0.072

($p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$)

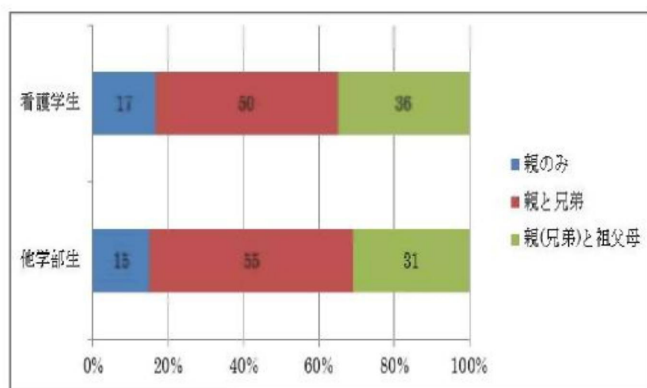


図1 学部別の家族構成の違い

表2 入院経験の有無

	看護学生	他学部生	合計
入院経験あり	45(39.8%)	31(27.7%)	76(33.8%)
入院経験なし	68(60.2%)	81(72.3%)	149(66.2%)
各学部の学生数	113(100%)	112(100%)	225(100%)

③ 死別体験と死に対する態度

死別体験について、図2より「死別体験があり、臨終の場面に立ち会った」と答えた者が、看護学生は15.0%、他学部生は16.0%、「死別体験はあるが、臨終の場面には立ち会っていない」と答えた者が、看護学生は73.4%、他学部生は64.2%、「死別体験はない」と答えた者が、看護学生は11.5%、他学部生は19.6%であった。

近親者を亡くした経験のある学生と、そのような経験のない学生を比較・検討したところ、二群間に有意

差は認められなかった。次に、死を直接経験した者とそうでない者の死に対する態度を比較するため、「死別体験があり、臨終の場面に立ち会った」と答えた群(35名:全体の15.6%)と、「死別体験はあるが、臨終の場面には立ち会っていない」・「死別体験はない」と答えた群(190名:全体の84.4%)で比較した結果、「死別体験があり、臨終の場面に立ち会った」と答えた群の方が、死の恐怖においての得点が有意に低いことが示された($\chi^2(1)=6.319$ $p<0.05$)。

④ 臨地実習の経験による死生観の変化

臨地実習の経験による死生観の変化を明らかにするため、看護学生(339名)のみを対象とし、すべての実習を終えている4回生(132名)を臨地実習経験のある群、2・3回生(207名)を臨地実習経験のない群と考え、同様の分析を実施した。

その結果、臨地実習経験のある群の方が、回避的受容において有意に得点が低いという結果が得られた($\chi^2(1)=7.755$ $p<0.05$)。

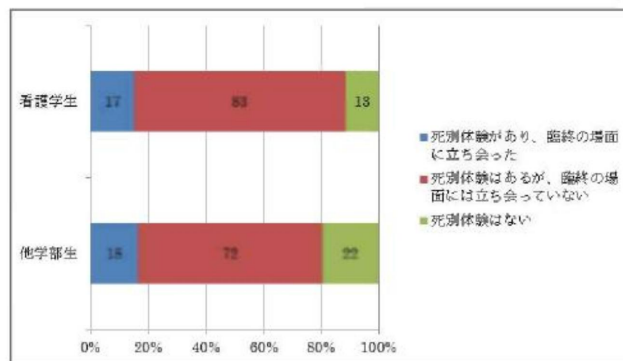


図2 学部別の死別体験の有無による比較

⑤ 死についての省察

死について、「深く考えた事がある」と答えた者は38.7%、「少しは考えた事がある」と答えた者は46.2%、「あまり考えた事がない」と答えた者は13.8%、「全く考えた事がない」と答えた者は1.3%であった。

死について考えることは精神発達上の一つの通過点であり、看護学生89.3%と他学部生80.3%が「深く考えたことがある」「考えた事がある」と答えていることから、大部分の学生が死について考えた経験のあることが明らかとなった。

どのような時に死について考えるかという設問への

自由記載では78.2%の学生から回答が得られ、最も多かった回答は、身近な人物の死を経験した時であり、次いでテレビで死傷者のニュースを見た時、気分が落ち込んだ時などであった。看護学生の中には「ターミナルの患者をみた時」や「実習中(病院)」「死を目前にした患者をみた時」といった回答もみられた(図3)。

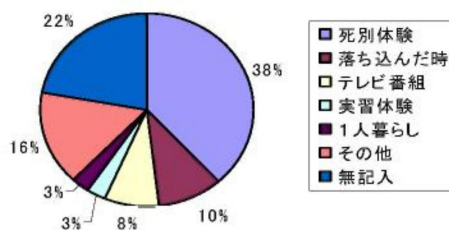


図3 学生が死を考えるきっかけとなった事象

⑥在籍している学部間による比較

本調査では、学部間での比較の結果として、得点に有意な差は認められなかった。

考察

1. 死生観に影響を与える要因

本調査で、グループ間の得点に有意に差が認められたのは、「家族構成」「入院経験」「死別体験」の3つの要因であった。

① 核家族で育った学生の死生観の特徴

家族構成においては、いわゆる核家族の世帯で成長してきた学生の方が、そうでない群より回避的受容の得点が有意に高く、死を生への諦めや現世からの回避として受容する傾向があることがわかった。これは、核家族で育った学生は、一般的に自分より死に近く、より成熟した死生観をもつとされる高齢者と日常的に接する機会が少なく、高齢者と死について語り合う経験もないため、死を遠い未知の出来事として理想化し、現実の苦悩から回避する方法として捉える傾向があると考えられる。青年期の始まりとともに繰り広げられる心身の発達が様々な混乱や不快感を生じさせ、青年は情緒的な不安定性や自己評価の動揺を体験する⁴⁾。しかし、家族構成が青年期の若者の死生観の構造にどのような影響を与えるかという先行研究はなく、他の報告と比較できないため、今後とも検討が必要である。

② 死の恐怖を軽減する要因

入院経験と死別経験の有無では、共通して学生の死の恐怖の得点に差が認められ、入院や死別を実際に経験した学生の得点の方が経験のない学生の群より有意に低かったことから、このような経験を通して、学生の死に対する恐怖は軽減する傾向にあるといえる。

丹下は青年期における死生観の展開に関する研究で、「青年期にいるといえども自己の死がすぐにも起こりうるのであるという事を実感させられるような経験をすることによって死生観が影響を受ける」⁶⁾と指摘しており、入院の原因となった病気や事故といった体験から直接的に自身の生命の危機を感じ、死について考えていく過程で、死への恐怖は次第に軽減していったものとする。

また、死別体験については、近親者を亡くした経験のある群とない群では得点の有意差は認められなかったが、一方で近親者の死に行く過程に立ち会った経験のある群とない群では有意差が認められたことから、死への恐怖が軽減するには死の過程に遭遇するという経験が重要と考える。親しい人が生から死へと向う過程を観察し、その死に対する悲嘆体験を積み重ねることで学習し、死への理解の程度が高まっていくとの指摘もある⁷⁾ことから、学生が死に遭遇し、未知の事象であった死を理解するという経験は、死に対する恐怖の軽減につながるものとする。

これらから、青年期の若者にとって死は未知の事象であり、自分にとっては遠いところの存在と認識していた死を、自身の生命の危機や他者の死に遭遇することで身近な存在と感ずることにより、徐々に死への理解が深まり、恐怖感は軽減されるものと考えられる。

2. 臨地実習で学生が学ぶこと

看護学生の得点分析から、臨地実習経験のある学生の方が回避的受容の得点が低い傾向にあるという結果が得られた。看護学生は臨地実習での患者とのかかわりの中で、死に対する恐怖は抱きつつも、死という事象を否定的に捉えるのではなく、医療の現場に立つものとして“生”や“死”と向き合い、死は単に現世から逃れる術や生の諦めとしてのみ表現されるものではないということに気づいたためと考える。

しかし、本調査では看護学生と他学部生との死に対する態度についての差異は認められなかった。これは看護教育を受けることで、人間の生命について考える機会を与えられ、命の大切さを学ぶことはできても、実際の死に遭遇する経験は皆無であるため、死について客観的・肯定的に捉え、死生観を成熟させるという段階まで達することが困難であったと考える。

本調査でも、自身が直接死にかかわるような経験することは、死に対する恐怖の軽減につながるという結果が出ている。しかし医療従事者として大切なのは、病人が死について語りたいたいというニーズをもつ時、周囲の者が自分自身の不安や恐怖のために、無意識のうちにそれを封じてはならないということであり⁸⁾、看護職者として医療の現場に立った時、自身の死への恐怖から死に直面した患者の苦悩を共有できないといったことのないよう、看護学生の死生観の成熟を促すための教育内容や方法の改善・工夫が求められる。

3. 青年期における死生観

死についての最初の関心は、学童前期での、生命が終わるといふ不可逆的な現象を理解できないことに結びつくこととされる。この時期は、ある時点で人が死んでも次の瞬間には生き返ると考える。学童中期になると、死についてはかなり現実的な認識をもつことができるようになるが、死を自分や周囲の人と関連つけて考えられない。青年期における個人的同一性を形成する過程で、死ぬ運命・人生の意味・死後の生命の可能性について疑問をもつようになり、死についての見方も次第に形成されはじめる。

青年期には、自我や自己といった領域と死に対する態度の発達には相互に影響を与え合いながら進行し、青年期に死の主題を扱うことがその後の人生に対する基盤を形成することにも関連する³⁾とされ、この時期における直接的・間接的な死についての体験は、その後の人生における死生観や自身の“生き方”にも影響を及ぼす。よって、看護学生に限定すると、この時期に形づくられる死生観は、臨床での患者に対するケアの態度にも大きく影響するため重要であるといえる⁵⁾。

また死生観は、直面することを余儀なくされた“死”の経験により受動的に形成されていくだけではなく、

能動的にその問題を自己の内部で扱い、吸収していきこうとする過程によっても肯定的な死生観が形成され、その過程は人生に対して積極的な姿勢をもつことにもつながる⁹⁾。“どのような体験をするか”という事実よりも、その経験をした後に個人がどのような形でその事実に対処していくか、どのようにその事実を受容するかが重要である。したがって、死に対する学生の死生観形成は、受動的な体験の結果によるというより、受動的な体験を個人がどのように認識したかという結果であり、そこでの教育的支援も必要不可欠と考える。

結語

看護学生と他学部生を対象に、これまでのどのような経験が学生の死生観に影響を与え、それにより死に対する態度はどう変化したかを検討し、また臨地実習が看護学生の死生観にどのような影響を与えたかを検討したところ、以下のような結論を得た。

1. 学生の死生観に影響を与える要因として、①家族構成、②入院経験、③死別体験が考えられ、家族構成については核家族世帯で育った学生の方が死を生への諦めや現世からの回避としてみる傾向があることが明らかになった。また、入院経験や死別体験などの自身の直接的な経験から生や死について考えた学生は、死への恐怖が薄れるということも明らかになった。
 2. 看護学科の中でも臨地実習を経験した学生の方が、していない学生に比べて回避的受容の得点が有意に低いという結果が得られ、学生が臨床実習において、死は単に現世から逃れる術や生の諦めとしてのみ表現されるものではないということを学んでいた。
- 看護学生と他学部生の死に対する態度尺度を用いた調査結果として、その得点に有意差はみられなかった。しかし、看護学生は他学部生と比較して、臨地実習を経験することで死生観が形成されていた。「看護学生は大学生よりも肯定的な死生観をもっているものの、大学生よりも死の不安が強い」⁸⁾という報告もあるため、さらなる検討が必要である。

引用文献

- 1) ミルトン・メイヤロフ, 田村真ら(訳): ケアの本質 -生きることの意味-. ゆみ出版, 1987.
- 2) 岡本明美, 眞嶋朋子, 増島麻里子ら: 大学の教養教育課程における死生観教育のあり方の検討. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 33, 1-9, 2011
- 3) 丹下智香子: 青年期における死に対する態度尺度の構成およびその妥当性・信頼性の検討. 発達心理学研究, 70, 327-332, 1999.
- 4) 丹下智香子: 青年期・中年期における死に対する態度の変化. 発達心理学研究, 15, 65-76, 2004.
- 5) 加藤和子, 百瀬由美子: 看護学教育における看護学生の死生観に関する研究. 愛知県立大学看護学部紀要, 15, 79-86, 2009.
- 6) 丹下智香子: 死生観の展開. 名古屋大学紀要, 42, 149-156, 1995.
- 7) 糸島陽子: 死生観に関する調査. 京都市立看護短期大学紀要, 30, 141-147, 2005.
- 8) 橋尚美: 医療を支える死生観 -医師へのインタビュー調査を通じて-. 関西学院大学社会学部紀要, 97, 161-179, 2004.
- 9) 鹿村真理子: 看護学生の死に関する経験とイメージとの関連, ヘルスサイエンス研究. 14(1), 103-108, 2010.
- 10) 玉垣まゆみ, 乗越千枝, 仁科祐子: 臨地実習における看護学生の死についての語りの実態. 米子医学雑誌, 61, 3, 80-86, 2010.
- 11) 山下恵子, 赤沢昌子: 学生の死生観の状況と看護・介護学生間の比較. 松本短期大学研究紀要. 19, 73-80, 2010.
- 12) 森末真理: あなたと死 -非医療従事者の死に対する意識調査-. 川崎市立看護短期大学紀要, 8, 67-76, 1996.
- 13) 河合千恵子・下仲間順子・中里克治: 老年期における死に対する態度. 老年社会, 17(2), 107-116, 1996.
- 14) シュナイドマン. E. S, 白井徳満ら(訳): 死にゆく時-そして残されるもの. 誠信書房, 1980.
- 15) バーバラ・M・ニューマン, フィリップ・R・ニューマン, 福富護(訳): 生涯発達心理学-エリクソンによる人間の一生とその可能性. 川島書店, 1980.

—研究報告—

NICU/GCU実習における看護学生の学び

—小児看護学実習記録の分析から—

白坂真紀¹ 山地亚希² 桑田弘美¹

¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

²滋賀医科大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程

要旨

日本の周産期医療の現場では、出生率が低下している中、早産児や低出生体重児などハイリスク新生児の出生数は増加しており、新生児集中治療室（以下、NICU : Neonatal Intensive Care Unit）の不足が問題となっている。近年、看護師国家試験においてもNICU看護の専門用語を扱った問題が出題され、この分野の学びは重要である。本学の小児看護学実習ではNICUと回復室（以下、GCU : Growing Care Unit）での実習日を設けている。本研究では、看護学生の小児看護学実習におけるNICU/GCUの実習記録を分析することにより、学生の学びを明らかにした。学生は、NICUにおける看護の対象特性、環境調整、専門的なケアの実際、母子関係・家族関係の確立への援助、家族・地域看護、チーム医療について、NICUの特徴と看護師の役割、入院している子どもと家族への看護について実習を通して習得していた。

キーワード： NICU/GCU, 小児看護学実習, 看護学生

はじめに

日本の周産期医療においては、出生率が低下している中、早産児や低出生体重児などのハイリスク新生児の出生は増加しており¹⁾、NICUは不足傾向にある。早期産新生児に重要なディベロップメンタルケアという専門用語を扱った看護師国家試験問題が近年出題されるなど²⁾、将来医療職として就業する学生がNICU看護について習得することは重要である。本学看護学科3～4回生における領域別実習・小児看護学実習では、NICU/GCUでの実習（以下、NICU実習）を1日設けている。本研究では、専門性の高い看護が展開されるNICU実習において、看護学生の実習記録よりその学びを明らかにした。

研究目的

NICU/GCU実習記録から、看護学生の学びを明らかにする。

研究方法

1. 調査対象

小児看護学実習を履修した59名の看護学生の小

児看護学実習のNICU実習の記録を分析対象とする。

2. 研究期間

研究期間は2011年3月～2011年12月であった。

3. 分析方法

質的記述的方法を用いて行った。筆頭著者が、記録の表現を忠実に要約（コード化）し、意味内容の共通事項ごとにサブカテゴリーとして命名し、さらにそれを抽象化しカテゴリーとした。それらを共同研究者が確認し、分析結果の信頼性と妥当性を確かめた。

4. 倫理的配慮

学生に、研究の目的と方法、NICUでの実習記録をデータとすること、研究への自由意思による参加、個人情報保護の厳守について説明し、同意を得た。成績評価に影響しないよう、学生の卒業判定後に行った。患児とその家族および学生自身の個人情報が特定される可能性のある文章は除外した。

5. 小児看護学実習の概要

大学3回生（10～12月）から4回生（5～7月）の期間にある領域別実習の間に、2週間（10日間）の小児看護学実習を行っている。小児看護学実習の内

容は、小児病棟 (8.5 日)、小児科外来(0.5 日)、NICU/GCU (1 日) の 3 部署を組み合わせている。NICU 実習の目標は、「NICU の特徴を理解し、看護師の役割について考える」、「NICU に入院している子どもと家族への看護について考えることができる」である。NICU の特徴と看護師の役割を考察し、理解することを目的としている。臨床では学生 2~3 名に看護師 1 名が実習指導を担当する。実習内容は、NICU と GCU のオリエンテーション、看護技術の見学 (呼吸器管理、吸引、保育器内の体重測定など)、看護技術の実施 (バイタルサイン測定、沐浴、授乳、おむつ交換など)、ファミリーケアの実際についてである。学内における NICU/GCU 看護についての講義と演習は実習開始前に終了し、講義は 3 回生の育成期小児看護学 (1 コマ) で行い、演習項目では「保育器の構造と取り扱い方」がある。

6. NICU 実習施設の概要

実習は A 大学病院 NICU で行っており、NICU 9 床、GCU12 床の計 21 床である。2011 年の入院数は 208 例、出生体重 1000 g 未満の超低出生体重児 7 例、1500 g 未満の極低出生体重児 14 例、年間の呼吸器管理数は 37 例であった。先天性心疾患、先天性代謝疾患、神経疾患、外科系疾患など専門管理が必要な新生児には専門医との連携をとりながら管理している。

結果

1. NICU 実習における看護学生の学び

研究目的に沿って分析した結果、699 コード、43 サブカテゴリーから、10 のカテゴリーがあげられた。カテゴリーの内容は、【早産児や疾患をもつ児を対象とした専門的な看護を理解】【母子関係確立と家族形成を支援する看護を学習】【NICU 看護師の高い専門性を認識】【NICU の特殊な環境を実感】【ケア見学と実施より看護の理解を深め NICU 実習に達成感】【個々の児の人格を尊重した愛情ある看護を実感】【親の気持ちを理解し、母子・家族関係障害のリスクを認識】【生命に携わる看護師の仕事を実感】【児と家族を支える包括的なサポートを理解】【勤務者の立場で NICU を観察】であった (表 1 参照)。以下、各カテゴリーを抽出するまでの結果を述べる。カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、コードを[]で示す。

表 1. NICU 実習における看護学生の学び

カテゴリー	サブカテゴリー
早産児や疾患をもつ児を対象とした専門的な看護を理解	看護の対象は早産児や疾病、障害をもち、予後も様々である子ども/児の負担を最小限にした処置とケア/抵抗力の弱い児への徹底した感染予防対策の実際/精神行動学的発達を促すディベロップメンタルケア/体温調節機能が未熟な児への低体温予防の看護/小さな医療器具や微量な薬用量と児への影響/児の安心を促すホールディング/早産児の良肢位を保持する体位の工夫/早産児の皮膚の特徴とケア/NICU にいる新生児の未熟さと不安定さを実感/呼吸未確立な早産児への呼吸器処置とケア
母子関係確立と家族形成を支援する看護を学習	母子関係確立など親が子どもを受け入れる過程を支援/退院後の両親の不安と負担の軽減を考慮した家庭育児に向けた看護/児の成長発達や様子を家族に伝え交流する看護/看護師の手作りグッズや季節の飾りであたたかい雰囲気/父母の面会の様子を知る/愛情を持って養育してほしいという両親への期待
NICU 看護師の高い専門性を認識	NICU 看護師のもつ知識と高い専門性/非常に丁寧で慎重な看護/事故防止と急変・緊急時に対応できる常時からの準備/児の訴えを読み取り判断する観察力/細やかな心配り
NICU の特殊な環境を実感	子宮内に似た環境整備の実際と必要性を理解/他科とは異なる特殊な環境/NICU と GCU の環境の違いを認識
ケア見学と実施より看護の理解を深め NICU 実習に達成感	多くのケアを見学・実施できる充実した実習体験/ケアの実践を通して児への愛着が深く/児のケア実践に不安と緊張
個々の児の人格を尊重した愛情ある看護を実感	一人ひとりの児の個性に合わせたケア/児の人格を尊重したケア/母親代わりの愛情のある看護
親の気持ちを理解し、母子・家族関係障害のリスクを認識	親が抱く自責の念や辛さなどの気持ちを理解/治療や検査を受ける児に心を痛める/児の受容にかかる時間と家族の気持ちを理解/母子分離や家族が離れて過ごすことによる母子・家族関係障害の可能性/家族への精神的ケアの必要性を認識/虐待のリスクを認識
生命に携わる看護師の仕事を実感	子どもの生命力に感動し応援/人の生命に携わる看護師の仕事を意識/親が子どもの死を受容する過程を支える看護/医療の進歩による救命と成育を実感
児と家族を支える包括的なサポートを理解	児と家族を支援するために他職種と連携
勤務者の立場で NICU を観察	NICU の勤務環境・内容に負担感

1. 【早産児や疾患をもつ児を対象とした専門的な看護を理解】は、[NICUでは主に疾患のある児、早産児、低出生体重児がいる]や[染色体異常や奇形を持つ児や、人工呼吸器が必要な児など様々な疾患をもつ新生児がいる]などのコードから、〈看護の対象は早産児や疾病、障害をもち、予後も様々である子ども〉というサブカテゴリー名をつけた。[赤ちゃんの眠りを妨げないよう、授乳前に処置を終わらせるなどケアを工夫する]や[NICUでは「触らないこと」もケアである]などのコードから、〈児の負担を最小限にした処置とケア〉とした。[児が感染を起さぬように清潔操作が徹底されていると思った][感染予防を徹底しとても配慮されていた]などから、〈抵抗力の弱い児への徹底した感染予防対策の実際〉とした。[ディベロップメンタルケアの具体的な内容は、「環境調整」「ケアパターンの調整」「過剰刺激やストレスへの介入」である]から、〈精神行動学的発達を促すディベロップメンタルケア〉とした。[低体温予防のため清拭するごとにバスタオルで包んで保温する][保育器の温度と湿度を保つため扉の開閉を最小限にする]などから、〈体温調節機能が未熟な児への低体温予防の看護〉とした。[チューブなどがとても小さく細かった][薬用量は成人では誤差範囲であっても小児では大きな影響があり、採血量も少量で貧血になる等、注意して看護しなければならない]などから、〈小さな医療器具や微量な薬用量と児への影響〉とし、[処置前後などに、ホールディングという両手で赤ちゃんを包むことで安心するケアを知った]などから、〈児の安心を促すホールディング〉とした。[今後の生活に支障をきたさないよう普段から良肢位を保つ][手作りのマットやクッションでポジショニングを行い良肢位を保持する]からは、〈早産児の良肢位を保持する体位の工夫〉とし、[保温と感染予防のためのドライケアという新しい皮膚ケアの知識を得た]などから、〈早産児の皮膚の特徴とケア〉、[小さな身体には環境変化や騒音が大きなストレスになり、バイタルサインが変動してしまうと実感]などから、〈NICUにいる新生児の未熟さと不安定さを実感〉とした。[様々な呼吸管理の方法を学んだ]からは、〈呼吸未確立な早産児への呼吸器処置とケア〉というサブカテゴリーをあげた。

2. 【母子関係確立と家族形成を支援する看護を学習】では、[親が子どもを受け入れられるように援助実践することも看護師の大きな役割である]などから、〈母子関係確立など親が子どもを受け入れる過程を支援〉とし、[両親に負担のかからない沐浴方法を指導する]などからは、〈退院後の両親の不安と負担の軽減を考慮した家庭育児に向けた看護〉とした。[看護師が書く日記(お便りカード)で、家族は児をよく知り育っていることを実感できる]などから、〈児の成長発達や様子を家族に伝え交流する看護〉とした。[オムツや靴下など看護師さんが手作りしていて、とても仕事が丁寧だと感じた][ネームプレートに季節感のある飾り付けをしていた]などから、〈看護師の手作りグッズや季節の飾りで暖かい雰囲気〉とし、[(父母が) ビデオカメラで撮影したりと、子どもを可愛がっている様子も見られた]などから、〈父母の面会の様子を知る〉とした。[両親には沢山抱っこしたり触れ合ってたっぷりと愛情を注いでほしい]などからは、〈愛情を持って養育してほしいという両親への期待〉というサブカテゴリーとした。

3. 【NICU/GCU 看護師の高い専門性を認識】は、[専門的な知識と技術を用いて的確な対応をするのが看護師の一番の役割][看護師が子どもの状況を判断し、ケアの方針を主体的に決めていて驚いた]などから、〈NICU 看護師のもつ知識と技術の高い専門性〉とし、[NICU にいる赤ちゃんは急変しやすいため、一つ一つのケアをととても慎重に行わなければならないと感じた]や[体位変換を二人で行う等すごく丁寧にケアしているのが印象的だった]からは、〈非常に丁寧で慎重な看護技術〉とした。[体重測定時は緊急時に備え、挿管セットと医師を確認後行う]などから、〈事故防止と急変・緊急時に対応できる常時からの準備〉とし、[言葉で表現できない新生児の訴えを泣き声やバイタルサインから判断しなければいけない]などから、〈児の訴えを読み取り判断する観察力〉とした。[看護師には知識や技術だけではなく、細やかな心配りができることが必要であることを再認識した][細やかな心配りが多く児を大切にしたケアがなされていた]からは、〈細やかな心配り〉というサブカテゴリーとした。

4. 【NICUの特殊な環境を実感】では、[部屋が暗く、静かな話し方で、子宮内の環境に近づけるよう努力していると感じた][NICUでは光と音、温度にとっても気がつかっていることがわかった]からは、〈子宮内に似た環境(温度・湿度・照度・静けさ)整備の実際と必要性を理解〉とし、[普段見ることのできない特殊な環境][今までの病棟実習と全く違う雰囲気非常に新鮮であった]などから、〈他科とは異なる環境〉とした。[GCUはNICUに比べて室温がそれほど高くない][GCUは明るく、退院までの看護を実施されており、NICUとの違いをたくさん気付いた]からは、〈NICUとGCUの環境と看護の違いを認識〉とした。

5. 【ケア見学と実施より看護の理解を深めNICU実習に達成感】では、[片手で新生児を抱くのは難しかったが、指導者さんのアドバイスによりうまく哺乳することができた][NICUの実習では多くのケアを実施・見学でき、有意義な実習になった]からは、〈多くのケアを見学・実施できる充実した実習体験〉とし、[赤ちゃんを抱っこしてとても可愛く思った][沐浴で赤ちゃんがリラックスしている様子に安心し、ケアすることに喜びを感じた]などから、〈ケアの実践を通して児への愛着が湧く〉とした。[沐浴の実施はドキドキした][排気はどのくらいの強さが適当であるのか怖かった]などから、〈児のケア実践に不安と緊張〉というサブカテゴリーをあげた。

6. 【個々の児の人格を尊重した愛情ある看護を実感】では、[赤ちゃん一人ひとりの発達段階に合わせたケアが提供されていた]などから、〈一人ひとりの児の個性に合わせたケア〉とし、[新生児は自分の言葉で快・不快をあらわすことができないので、NICU看護師は観察をしっかりとされ、一方的な看護にならないようにしていた][赤ちゃんの安楽を奪わないという理念を持ってケアされていることを知った]などから、〈児の人格を尊重したケア〉とした。[重篤な障がいや疾患を抱えた児に対しても看護師さんは丁寧に愛情をもって接していた][看護師さんも「何か月もいる子はかわいい」と言われていた]などからは、〈母親代わりの愛情のある看護〉とした。

7. 【親の気持ちを理解し、母子・家族関係障害のリスクを認識】では、[両親は自分の子どもを見て不安に思い、自責の念を感じることもあるだろう][家族は児の状態の不安だけでなく育児を十分にできない

という辛さがあると思う]などから、〈親が抱く自責の念や辛さなどの気持ちを理解〉とした。[出生直後から処置や検査を受けていて、心が苦しくなるような姿の赤ちゃんがいる][元気な赤ちゃんしか見たことがなくショックを受けた]からは、〈治療や検査を受ける児に心を痛める〉とし、[母親も罪悪感を持ったり、事実が受け入れられないことがある]などから、〈児の受容にかかる時間と家族の気持ちを理解〉とした。[新生児期の母子分離により、母親が子どもに愛情を持ってないといことが起こる]などからは、〈母子分離や家族が離れて過ごすことによる母子・家族関係障害の可能性〉とし、[NICUは重度の障がいを抱えていることなど、家族への精神的ケアも非常に重要であると感じた]などから、〈家族への精神的ケアの必要性を認識〉とし、[親がイメージしていた子ども・子育てと現実が異なって受け入れられず、虐待のリスクが高くなる]などから、〈虐待のリスクを認識〉とした。

8. 【生命に携わる看護師の仕事を実感】では、[保育器で動く児の姿や一所懸命泣いている様子を見て感銘を受けた]などから、〈子どもの生命力に感動し応援〉とし、[人の命に携わるということを感じた]などからは、〈人の生命に携わる看護師の仕事を意識〉とした。[予後不良の子どもには、親にベビー服を作ってもらい、おもちゃを持ってきてもらう等、親が子どもの死を受け入れられるように配慮されたケアが印象に残った]から、〈親が子どもの死を受容する過程を支える看護〉とし、[500g台の赤ちゃんが少し昔では助からないと思われた命も、医療の進歩や研究で救えるようになったと実感]からは、〈医療の進歩による救命と成育を実感〉とした。

9. 【児と家族を支える包括的なサポートを理解】は、[産科と小児科で連絡を取り合い、親と子、両方の様子を知ること大切][患者支援センター看護師、MSWとのカンファレンスなど退院後の地域連携も整備されている]から、〈児と家族を支援するために他職種と連携〉とした。

10. 【勤務者の立場でNICUを観察】は、[NICUは暗いため時間の感覚が薄くなりそうで、働く人は慣れるまで大変ではないかと思った][働く人は慣れるまで大変ではないか]から、〈NICUの勤務環境・内容に負担感〉とした。

考察

【早産児や疾患をもつ児を対象とした専門的な看護を理解】は、看護の対象となる児への理解を深め、その特徴を踏まえた専門的な看護であるディベロップメンタルケア（新生児の神経行動学からみた総合的な発達）が、より高次のレベルに進むのを助けるために、ストレスから保護したり、発達レベルや反応に合わせてケアを行うことである^{3) 4) 5)}について、実習を通して学習していた。

【母子関係の確立と家族形成を支援する看護を学習】では、母子関係の確立や家族機能の向上が、NICU看護の大きな課題となるが、看護師が手作りしている小物や着物、かわいらしいお便りカードなど日々の関わりから、入院している児と母親との愛着形成や家族との絆の形成支援を学んでいた。そして、〈退院後の両親の不安と負担の軽減を考慮した家庭育児に向けた看護〉を見て、自らの力で家族を発展させていくことができるように支援するファミリーケア^{6) 7)}について学んでいたと思われる。

【NICU/GCU 看護師の高い専門性を認識】では、看護の対象である早産児や疾患をもつ新生児の特性を理解する看護師の知識の深さや、[非常に丁寧に慎重な看護技術]を目の当たりにし、言葉が話せない（児の訴えを読み取り判断する観察力）の必要性などNICU 看護師特有の役割について学んでいた。

【NICU の特殊な環境を実感】では、学生が、入り口から手洗い場、二重構造扉を通過し、ユニット内に足を踏み入れた時の、照度や静けさ、室温や湿度を肌で感じた体験を通して理解していた。感染予防の重要性や、外的刺激を受けやすい児のディベロップメンタルケアの実際について、学生自身が見たり、触れたり、感じたりする感覚を通して理解していると考える。

NICU では多くのケアや処置が見学でき、GCU にいる退院前の児には沐浴や授乳などの看護ケアの実践を看護師指導のもと実施しており、【ケア見学と実施より看護の理解を深めNICU 実習に達成感】を得ており、充実した実習となっていると思われた。

【一人ひとりの児の個別性に合わせたケア】や【母親代わりの愛情ある看護】など、【個々の児の人格を尊重した愛情ある看護を実感】しており、小児看護を学ぶ上で重要な「子どもの人権の尊重」⁸⁾の観点

について、学内で学んだ知識が看護実践の場でつながり理解が深まっていると思われる。

実習時間中にお見舞いや授乳に来られる母親や父親の様子や、過去の看護記録などから、[親が抱く自責の念や辛さなどの気持ちを理解]し、家族が離れて暮らすことにより[母子・家族関係障害の可能性]を考えるなど、【親の気持ちを理解し、母子・家族関係障害のリスクを認識】できていた。特に昨今社会問題となっている[虐待のリスクを認識]することで小児看護における喫緊の課題を学んでいた。

〈子どもの生命力に感動し応援〉〈医療の進歩による救命と成育を実感〉など、小さいながらも懸命に生きている児を見て、改めて【生命に携わる看護師の仕事を実感】している学生の様子がうかがえた。

産科医師と小児科医師、医療ソーシャルワーカーなどと、看護師が〈児と家族を支援するために他職種と連携〉する様子を見ることで、【児と家族を支える包括的なサポートを理解】していた。少子高齢、医療の複雑化や高度化、慢性疾患患者の増加などの問題があげられる日本社会では、地域や在宅における医療・看護の展開が求められており、臨床現場では退院支援・退院調整⁹⁾の視点をもってケア実践ができる看護師が必要である。NICU においても周産期医療の進歩により、医療的ケアを必要とする児の長期入院や小児在宅医療の問題が課題とされており^{10) 11)}、その支援体制について学生が学ぶ機会を得られていたと考える。

実習学生には、近い未来に医療職として働く現場でモデルとなるスタッフを見つけ、就業することのイメージを育ててほしいと願っている。NICU 看護師の高い専門性や細やかであたたかな心配りのできる看護師像への記述とあわせて、少数ではあるが【勤務者の立場でNICU を観察】し、[働く人は慣れるまで大変ではないか]という負担感も含めて、将来の勤務環境として実習場を観察していたのではないかと思う。

以上のことより、NICU 実習では、看護の基本となる環境整備の大切さから、対象を把握し、それを踏まえた高度な知識やケア技術、家族ケア、地域につながる継続看護、チーム医療に至るまで、実に幅広く多くのことを学生が学んでいた。実習時間は1日であるが、出生直後からの急性期に始まり、状態が

落ち着いてからの慢性期ならびに退院前の家庭での養育準備期間という、入院から退院に至る過程をワンプラで見渡せる環境で学ぶことができるため、NICUに入院した児の一連の経過と、対象に合わせた看護展開の実際を深く理解できるのではないかと考える。

結論

小児看護学実習のNICU実習記録を分析した。学生は、看護の対象特性、環境調整、専門的なケアの実際、母子関係・家族関係の確立への援助、家族・地域看護、チーム医療という、NICUの特徴と看護師の役割、入院している子どもと家族への看護について習得していた。

謝辞

NICU実習において看護学生に丁寧にご指導くださる実習指導者の方々をはじめ、師長様、看護師、医師、メディカルの皆様に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 財団法人母子衛生研究会: 母子保健の主なる統計. 平成22年度, 54-55, 2010.
- 2) 厚生労働省: 第99回看護師国家試験問題. 厚生労働省ホームページ, 2012-1-6 (入手日)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2010/04/tp0414-3.html>
- 3) 藤村正哲監修: 新生児 Nursing Note 新生児看護手帳. 41, メディカ出版, 2007.
- 4) 側島久典: デベロプメンタルケア その効果と評価. 周産期医学, 33(7), 828-832, 2003.
- 5) 堀内勁: 新生児ケアのあり方とデベロップメンタルケア. 周産期医学, 31(1), 95-100, 2001.
- 6) 藤村正哲監修: 新生児 Nursing Note 新生児看護手帳. 43, メディカ出版, 2007.
- 7) 横尾京子: ファミリーケアの実践的意味, NICU チームで取り組むファミリーケア家族のはじまりを支える医療. 堀内勁編, Neonatal Care 春季増刊号, 11-12, メディカ出版, 2002.
- 8) 外務省: 児童の権利に関する条約, 外務省ホームページ. 2012-1-6 (入手日)
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jido/zenbu>

n.html

- 9) 宇都宮宏子, 三輪恭子: これからの退院支援・退院調整ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 日本看護協会出版会, 2011.
- 10) 望月成隆: 今なぜ在宅医療が必要なのか?. 小児内科, 43(7), 1191-1194, 東京医学社, 2011.
- 11) 楠田聡: NICU 長期入院児の動態調査. 厚生労働科学研究費補助金 (成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業) 「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」(分担) 平成22年度研究報告書, 2012-1-26 入手日
http://www.happy-at-home.jp/modules/pico_16/SpryAssets/doc/report_2010_02.pdf

—研究報告—

精神科急性期における心的外傷体験に遭遇した看護職の ストレス反応とその関連要因

田中 智美¹ 清水 純¹ 上野 栄一² 瀧川 薫¹

¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座 ²福井大学医学部看護学科基礎看護学講座

要旨

本研究の目的は、患者からの心的外傷体験に遭遇した精神科の急性期看護を担う看護職のストレス反応とコーピング特性、それらと属性との関連を明らかにすることである。対象施設の病院長および看護部長に調査依頼を行い、了承の得られた施設の看護職に対して質問紙調査を実施した。ストレス反応の指標には出来事インパクト尺度(以下 IES-R)を、コーピング方法についてはコーピング特性簡易尺度(以下 BSCP)を用いた。250 人に調査票を配布、171 人を分析対象とした。その結果、対象者の約 9 割が心的外傷体験に遭遇した経験を有していた。IES-R の結果では 13.7%の看護職がハイリスク群に該当した。さらに心的外傷体験に影響を及ぼす要因には、体験後の辞職希望の有無が影響していた。またハイリスク群の看護職の BSCP では「問題解決のための相談」「回避抑制」を多く用いる傾向が明らかとなった。

キーワード：精神科、急性期、心的外傷体験、ストレス反応

はじめに

1999 年、国際看護協会が「職場における暴力対策ガイドライン」を策定したことを受け、本邦においても日本看護協会が 2003 年に「保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査」を実施した。そして、2006 年「保健医療福祉施設における暴力対策指針」を出すなど、近年、看護職が患者から受ける暴力についての研究^{1)~3)}が行われるようになった。

精神疾患の症状には、統合失調症などにみられる幻覚・妄想や、うつ病に見られる不安・焦燥などがあり、幻覚・妄想のある患者は、時としてセルフコントロール不能な攻撃性や興奮性を示す。また、うつ病においては希死念慮を抱く場合があり、このような攻撃性や興奮性、あるいは希死念慮などは患者の暴力や自傷行為、自殺企図などの引き金ともなり得る。加えて、このような攻撃性や興奮は医療者に対して暴力という形で向けられることもある。また、時には患者の自傷行為や自殺企図に看護職が直面する場合もある。精神科に勤務する看護職は、患者の暴力や自殺企図等の衝撃的な出来事に直面しても、患者の安全を守り、冷静かつ保護的に関わることが求められる。しかし先行研究において、言語的暴力は 94.9%、身体的暴力については 94.2%、セクシュ

アル・ハラスメントでは 78.5%もの看護師が、患者から被害を受けていると田辺⁴⁾は述べている。すなわち、精神科に勤務する看護職の多くは患者からの暴力等によって日常的にストレスを受けている可能性が高いと言える。特に、このような症状を示す患者は急性期治療病棟や精神科救急病棟に入院しており、精神科の急性期看護を担う看護職のストレスを明らかにすることは重要である。

そこで本研究では、患者からの心的外傷体験に遭遇した精神科の急性期看護を担う看護職のストレス反応とコーピング特性、それらと看護職の属性等との関連について明らかにすることを目的とした。

ストレスの概念

人はストレスを受けると、通常は急性ストレス反応を示す。さらにストレス反応が長期にわたって持続すれば、外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder : PTSD)を引き起こすこともある。ストレスの概念については、生理学的領域だけでなく心理・社会的側面も含めて研究が行われ、Richard S.Lazarus⁵⁾は、普段の生活で体験するような日常生活上のストレスに対する個人の認知的評価、対

処行動、情動等に関する研究を通して心理ストレスモデルを構築している。その中でコーピングについて、「人の資源に負担をかけたり、荷重であると判断される特定の外的または内的欲望を管理するために、常に変化している認知的・行動的努力」であると定義している。

研究方法

1. 用語の操作的定義

心的外傷体験：外部から心に加えられた主観的に脅威と感じる出来事。本研究では、身体的暴力、言語的暴力、セクシュアル・ハラスメント、自殺企図、自殺などを包括する。

ストレス反応：ショックや恐怖などの強い情動を伴い、精神的な均衡が失われるような持続した状態。

2. 調査項目

自記式質問紙による調査で、質問紙の構成は以下の通りである。

1) 対象者の属性 (15 項目)

性別、年齢、婚姻状態、同居の有無、経験年数、心的外傷体験の遭遇の有無、包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme : CVPPP) の受講の有無、職場の支援体制など。心的外傷体験に遭遇したことがある者については、最も衝撃的だったケースについて回答を求めた。

2) 出来事インパクト尺度 (The Impact of Event Scale-Revised : IES-R) (22 項目)

本尺度は、ストレス反応の指標として用いるものであり、心的外傷ストレス障害 (PTSD) の診断基準である「再体験症状・侵入的想起」「回避症状」「覚醒亢進症状」について査定できるように構成されている。信頼性・妥当性については飛鳥井ら⁶⁾により検証されており、本研究においても飛鳥井らの結果に基づき cut off point を 24/25 として PTSD のハイリスク群とした。

3) コーピング特性簡易尺度 (The Brief Scale for Coping Profile : BSCP) (18 項目)

本尺度は、職業性ストレス対処行動について評価する尺度であり、「積極的問題解決」「問題解決のための相談」「発想の転換」「気分転換」「他者を巻き込んだ情動発散」「逃避と抑制」の 6 因子から構成され、信頼性・妥当性については影山ら⁷⁾により検証されている。普段用いるコーピングについて問い、4 件法で回答し、下位尺度毎の平均点の高いものほど、そのコーピングを用いる頻度が多いことを表す。

3. 調査対象

近畿圏内の公立・私立の精神科病院で急性期治療病棟および精神科救急病棟に勤務する看護職。看護師長などの管理職にある者は除外した。

4. 急性期治療病棟と精神科救急病棟について

精神科急性期治療病棟とは、1996 年の診療報酬改定で特定入院料として創設された。この病棟は、3 ヶ月以内の入院患者に高い診療報酬を支払い、新規入院患者の 5 割(当時)が 3 ヶ月以内に在宅に移行することを要件とするものである。また、精神科救急病棟とは、2002 年の診療報酬改定で新設された病棟で、救急入院料病棟 3,431 点/日が請求できる。この病棟は、医師の配置を患者 16 人に 1 名、看護師配置は 10 : 1 とするなどの手厚い職員配置となっている。また、病室の半分は個室であることなど、ハード面においても条件が設けられている⁸⁾。

5. 調査期間

平成 23 年 6 月～同年 9 月

6. 調査依頼と回収方法

対象施設の病院長および看護部長宛てに文書に基づき調査協力の依頼を行い、了承の得られた施設に対して調査票を郵送した。研究目的や方法、倫理的配慮、研究者の連絡先などを記載した文書を添付し、看護師長を通じて調査用紙を配布依頼した。2 週間程度の留め置き期間を設定し、看護部を通じて一括回収した。

7. 倫理的配慮

研究の目的、方法、研究協力は任意であること、協力した後も撤回が可能であること、得られたデータは統計的に処理し研究目的でのみ用いること、研究成果を公表する際のプライバシーの保護に努めること、調査票は無記名で記入し個別の封筒に入れ厳封し個人が特定できないようにすること、さらに本調査への協力によって職務上の不利益を被る事は無いことについて明記した。また、研究者の連絡先を明記し、対象者からの問い合わせに応じることを保証した。本研究は、滋賀医科大学倫理委員会の承認を受けた(承認番号 : 23-31)。

8. 分析方法

1) 心的外傷体験に遭遇した際に、看護職に与える影響を属性で検証

心的外傷体験に遭遇した経験の有無で 2 群に分け、 χ^2 検定により属性を比較した。疾患と心的外傷体験の種類は χ^2 検定および残差分析を行った。次いで経験有りの群を IES-R の結果からハイリスク・ローリスク群に分けて、 χ^2 検定により属性を比較した。そして、これら 2 群の平均値の差を見るために Mann-Whitney の U 検定を行った。

2) 心的外傷体験に遭遇した際に、看護職が PTSD となる要因をコーピング特性や属性から分析

IES-R のハイリスク・ローリスク群の 2 群間で BSCP の各項目の平均値の差を見るために Mann-Whitney の U 検定を行った。さらに、IES-R の 2 群(0:ローリスク群、1:ハイリスク群)を従属変数としてロジスティック回帰分析を行った。

統計解析ソフトは SPSS Statistics Ver.20 を用いた。統計学的有意水準は 5% を採用した。

結果

250 人に配布し、195 人から回答を得た(回収率 78%)。そのうち、記入ミスがあった 24 人を除外した 171 人を分析対象とした(有効回答率 68.4%)。

1. 対象者の属性(表 1)

対象者の所属する病棟の内訳は、急性期病棟が 70 人(40.9%)、精神科救急病棟が 101 人(59.1%)であった。平均年齢は 38.2±9.3 歳で、男性 81 人(47.4%) 女性 90 人(52.6%)であった。精神科看護の経験年数は平均 4.5±1.6 年であった。心的外傷体験については 161 人(94.2%)が経験を有していた。また、心的外傷体験の有無と精神科看護の経験年数において有意差を認め、経験年数が長くなると心的外傷体験に直面する機会が増える傾向にあった($p<0.022$)。心的外傷体験の有無で見た BSCP の平均点では有意差は認めなかった。

表1 対象者の基本属性

項目	カテゴリー	心的外傷体験		
		全体 n=171(100)	有り n=161(94.2)	無し n=10(5.8)
対象病棟	急性期病棟	70(40.9)	65(40.4)	5(50.0)
	精神科救急病棟	101(59.1)	96(59.6)	5(50.0)
性別	男性	81(47.4)	75(46.6)	6(60.0)
	女性	90(52.6)	86(53.4)	4(40.0)
年齢	平均(SD)	38.2(9.3)	38.3(9.4)	36.1(7.7)
精神科看護経験年数	平均(SD)	4.5(1.6)	4.6(1.5)	3.3(2.0)*
同居の有無	有	130(76.0)	123(76.4)	7(70.0)
	無	40(23.4)	37(23.0)	3(30.0)
	欠損データ	1(0.6)	1(0.6)	
コーピング特性(BSCP)平均	積極解決	3	3	2.8
	相談	2.6	2.6	2.4
	気分転換	2.9	2.9	2.7
	他者発散	1.9	1.9	1.9
	回避抑制	1.9	1.9	2
	視点転換	2.5	2.5	2.8

* $p<0.05$

2. 疾患別に見た心的外傷体験の種類との関連

表 2 は、調査対象者が最も印象に残る患者からの心的外傷体験の種類と、その時の対象患者の疾患との関連を示し、 χ^2 検定と残差分析の結果を示している。残差分析の結果は、調整済み残差が 1.96 以上の項目を黄色で示した。

その結果、統合失調症患者から受けた心的外傷体験は身体的暴力が頻度として多く、躁状態や人格障害の患者から受けた心的外傷体験は言語的暴力が多い傾向にあった。また、自傷行為や自殺企図については、うつ病の患者が多かった。

3. 心的外傷体験に遭遇した看護職のストレス状況

次に、心的外傷体験の経験有りの群を IES-R の結果から 25 点以上をハイリスク、24 点以下をローリスクと 2 群に分けて属性を比較した(表 3)。ハイリスク群は 22 人(13.7%)、ローリスク群は 139 人(86.3%)であった。ハイリスク群の看護職が心的外傷体験に遭遇した勤務時間帯については、日勤帯が 45.5%、準夜勤と深夜勤を合わせた夜勤帯が 54.5%と若干夜勤帯が多かった。また、精神科に従事する職員を対象とした暴力に対する捉え方を学ぶプログラムである包括的暴力防止プログラム(CVPPP)がある。ハイリスク群でプログラムの受講経験有りは 10 人(45.5%)、受講経験無しは 12 名(54.5%)、ローリスク群で受講経験有りは 66 人(47.5%)、受講経験無しは 72 人(51.8%)でリスク別に見た CVPPP の受講状況に有意差は認めなかった。心的外傷体験に遭遇したことで仕事を辞めたいと望んだ者が、ローリスク群に比べてハイリスク群に多くみられた($p<0.000$)。BSCP では、「問題解決のための相談」がローリスク群に比べてハイリスク群は有意に高かった($p<0.018$)。加えて、「回避抑制」についてもハイリスク群が有意に高い結果であった($p<0.005$)。

4. 心的外傷体験として影響を及ぼす要因

「性別」「年齢」「同居の有無」「精神科経験年数」「CVPPP 受講の有無」「辞職希望の有無」「職場の支援の有無」を独立変数、IES-R の 2 群(0:ローリスク群、1:ハイリスク群)を従属変数としてロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。その結果を表 4 に示した。これらの中で、最終的に心的外傷体験として影響を及ぼす要因として抽出されたのは、心的外傷体験後の「辞職希望の有無」[オッズ比 6.93、95%信頼区間(2.068~23.212)、 $p<0.002$]のみであった。

表2 対象患者の疾患と心的外傷体験の種類

n=134

	心的外傷体験の種類						p値 (χ^2 検定)
	身体的暴力 人 %	言語的暴力 人 %	セクシュアル・ハラスメント 人 %	自傷行為 人 %	自殺企図 人 %	その他 人 %	
統合失調症n=72	36(50.0)	24(33.3)	1(1.4)	2(2.8)	9(12.5)	0(0.0)	p<0.000
うつ病n=17	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(17.6)	13(76.5)	1(5.9)	
躁病n=7	2(28.6)	5(71.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
躁うつ病n=3	1(3.3)	2(66.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
疾患 人格障害n=19	1(5.3)	13(68.4)	1(5.3)	2(10.5)	2(10.5)	0(0.0)	
摂食障害n=1	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
アルコール依存n=4	0(0.0)	1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(75.0)	0(0.0)	
薬物依存n=6	2(33.3)	3(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(16.7)	0(0.0)	
その他n=5	2(40.0)	2(40.0)	0(0.0)	1(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	

残差分析による調整済み残差1.96以上で、他の外傷体験よりも頻度が有意に多い。

表3 PTSDリスク別の比較

n=161

項目	カテゴリー	High risk	Low risk
		n=22(13.7)	n=139(86.3)
性別	男性	6(27.3)	69(49.6)
	女性	16(72.7)	70(50.4)
年齢	平均(SD)	39.6(8.5)	38.1(9.5)
同居の有無	有	19(86.4)	104(74.8)
	無	2(9.1)	35(25.2)
	欠損データ	1(4.5)	
CVPPP受講の有無	有	10(45.5)	66(47.5)
	無	12(54.5)	72(51.8)
	欠損データ		1(0.7)
勤務時間帯	日勤	10(45.5)	72(51.8)
	準夜勤	7(31.8)	39(28.1)
	深夜勤	5(22.7)	20(14.4)
	欠損データ		8(5.8)
対象患者との関係	プライマリー	3(13.6)	11(7.9)
	その日の受け持ち	11(50.0)	75(54.0)
	その他	6(27.3)	47(33.8)
	欠損データ	2(9.1)	6(4.3)
辞職希望の有無	有	15(68.2)	28(20.1)
	無	6(27.3)	108(77.7)
	欠損データ	1(4.5)	3(2.2)
職場の支援の有無	有	10(45.5)	56(40.3)
	無	11(50.0)	78(56.1)
	欠損データ	1(4.5)	5(3.6)
コーピング特性 (BSCP)平均	積極解決	3.2	2.9
	相談	3	2.6*
	気分転換	3	2.8
	他者発散	2	1.8
	回避抑制	2.3	1.9*
	視点転換	2.3	2.5

n(%)

χ^2 検定

*p<0.05

BSCPはMann-WhitneyのU検定

表4 PTSDに影響する要因(ロジスティック回帰分析)

	OR	(95%CI)	p値
性別	3.38	(0.901-12.687)	0.071
年齢	0.99	(0.921-1.071)	0.859
同居の有無	2.29	(0.44-11.922)	0.325
精神科経験年数	0.92	(0.57-1.488)	0.737
CVPPP受講の有無	1.45	(0.432-4.889)	0.546
辞職希望の有無	6.93	(2.068-23.212)	0.002
職場の支援の有無	1.46	(0.445-4.779)	0.533

OR,odds ratio,CI,confidence interval

考察

保健医療従事者に対する暴力の主なものに、外来や救急室で長時間待たされたり、高圧的・事務的な対応や、治療に納得していない患者の家族や友人の医療機関に対する報復などの状況で発生すると言われている⁹⁾。本研究では、どのような状況下におかれた患者からの心的外傷体験かについては調査していない。しかし、対象者の約9割が心的外傷体験を有していた。これは精神科の医療現場では、自らの治療や入院の必要性を理解することが困難な急性期症状の著しい患者や、自分の状態に関心を向けられず自らを守れない自傷他害のおそれのある患者には非自発的な入院が必要となり、さらに患者の状態によっては治療上、保護室や個室への隔離および身体拘束を行うことがある。このような病識が乏しく緊急性の高い状況の中で、患者の攻撃性が看護職等に向けられる可能性があることは容易に推測でき、約

9割の対象者が心的外傷体験を有していた一因と考えられる。また、先行研究¹⁾と同様の結果として、本研究においても精神科看護の経験年数が長くなると心的外傷体験に直面する機会が増える傾向にあった。その理由として、暴力や自殺・自傷行為は個室で起こることが多い。そのため、患者と関わる時間の長い看護職にその矛先が向けられることもあり、看護職はこれらの場面に遭遇する機会が増えることが考えられる。さらに、急性期症状の著しい患者との関わりにおいて、患者・看護職相方の安全性を考慮すると十分な精神科看護の経験を有していることが望ましい。以上のような観点から、精神科看護の経験年数が長くなるにつれて、心的外傷体験に直面する機会が多くなるのではないかと考える。

次に、本研究では患者の疾患と心的外傷体験の種類に関連において、疾患の特徴が反映されていた。統合失調症の患者から受けた心的外傷体験の種類は身体的暴力が多かった。その一因として、急性期の統合失調症の特徴に、陽性症状のひとつである幻覚・妄想による知覚・思考の障害がある¹⁰⁾。そのため、現実検討能力が低下し、時に看護職の存在を敵と認識し攻撃性が増して暴力となる場合と、病識あるいは治療目標の欠如や不安・焦燥の表現として表れることが考えられる。一方、躁状態の患者や人格障害者では言語的暴力が多い傾向にあった。躁状態では気分や活動性が亢進するため、高揚した気分や尊大で傲慢な態度を示し、些細なことに激怒する易刺激性が特徴である¹⁰⁾。このような状態の患者に対し、隔離や看護職の治療的関わりを通して気分や活動性を制限せざるを得ないため、患者と衝突することが多くなる。また、人格障害者からの言語的暴力は、躁状態の患者のように、病状の結果として起こる言語的暴力とその本質は異なると考える。人格障害とは、人格・性格が著しく偏った状態¹⁰⁾であるため、医療介入によって根本的な問題解決を図ることは困難とされている。とりわけ病識をもちにくいいため、自傷他害の恐れがあるなどの危機的状況下での介入でしか入院要件が成立しない。すなわち、人格障害者と医療者との間に一貫した治療関係を結ぶことが困難な場合が多い。さらに人格障害者の特徴に、不安定な対人関係様式(理想化と非難)や感情の不安定さ、激しい怒りと怒りの制御の困難さなどがある¹¹⁾。加えて、周囲の人を自己の都合や欲求を満たすために操作することが見受けられる。このような反応が言語的暴力として看護職に向けられていたものと考えられる。このような反応に向けられた看護職の多くは不全感を抱きやすく、心的外傷体験となることが推測される。

IES-Rを用いた先行研究において、救急・外科系・内科系等に勤務する看護職を対象に行った調査¹²⁾では、ハイリスクに該当した看護職は5.2%であった。これに対し、精神科に勤務する看護職を対象とした調査¹³⁾では14.5%が該当している。本研究の対象者においても、ハイリスク群が13.7%であったことから、精神科に勤務する看護職は、心的外傷体験のリスクが高いことが示唆される。また本研究では、ハイリスク群のBSCPで「問題解決のための相談」「回避抑制」がローリスク群に比して有意に高かった。

「回避抑制」については、先行研究¹⁾の結果と一致していた。「問題解決のための相談」は問題焦点型対処と言われているが、この対処は、問題に直面するとすぐに人に頼って解決しようとする傾向にあると言われている⁷⁾。さらに、「回避抑制」という対処を多く用いる人は、仕事に対する達成感を少なく感じ、職場での人間関係の問題を多く感じる傾向にあることや、抑うつとの関連があると言われ、自己の考えや意見・感情を正直かつ率直に適切な方法で表現することが苦手な傾向にあることも示されている⁷⁾。したがって、心的外傷体験に直面し他者に相談をもち掛けた際に、自己の考えや感情が表現しきれないと、心的外傷体験によるストレスが遷延する可能性が高いと考える。また、心的外傷体験に影響を及ぼす要因として、体験後の辞職希望の有無が影響していた。これは、心的外傷体験に遭遇したことで、例えば自己の患者対応に何か問題があったのではないかと考えたり、患者の自殺や自傷では、未然にこれらを防ぐことができなかつたのかなど、自責の念にとらわれ離職を考えるという結果を招いていたのではないかと推察する。本研究では、職場の支援の有無は影響要因とはならない結果であったが、先行研究¹⁾では、ソーシャルサポートの認識の有無はリスクファクターとしての関連性がわずかに認められていた。これらのことから、「回避抑制」という対処を多く用いる傾向にある者の特徴を考慮し、職場の支援として心的外傷体験に遭遇した看護職に対して自己の感情を表現しきれるように支援し、安心して同じ職場で勤務できる配慮が、心的外傷体験によるリスクを回避する方法のひとつと考える。心的外傷体験によって受けた自己の感情を表現するには、個人のストレスコーピングのあり方だけでなく、口頃から職場の人間関係が良好に保たれ、相談しやすい環境が求められると考える。

本研究の限界として、調査対象者が最も印象に残る患者からの心的外傷体験を問うものであり、過去の記憶の想起によって評価していることから、リコールバイアスの影響は避けられない。しかし、精神

科における急性期治療病棟や精神科救急病棟が増加傾向にある現状を鑑みると、心的外傷体験に遭遇した看護職のストレス反応とコーピング特性について、引き続き十分なエビデンスの蓄積が必要であると考える。

結論

本研究によって次のことが明らかとなった。まず、対象者の約9割が心的外傷体験に遭遇した経験を有し、精神科看護の経験年数が長くなるにつれて、その機会が増える傾向にあった。次に、患者の疾患と心的外傷体験の種類には関連があり、統合失調症患者からは身体的暴力が、躁状態や人格障害の患者からは言語的暴力が多かった。また、自傷行為や自殺企図については、うつ病の患者が多かった。IES-Rの結果では13.7%の看護職がハイリスク群に該当し、精神科に勤務する看護職は心的外傷体験のリスクが高いことが示唆された。さらに、心的外傷体験に影響を及ぼす要因として、体験後の辞職希望の有無が影響していた。最後に、ハイリスク群に該当した看護職のコーピング特性として「問題解決のための相談」と「回避抑制」を多く用いる傾向があった。

謝辞

本研究を承諾して下さいました病院長ならびに看護部長、病棟看護師長、調査にご回答下さいました看護職の皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1)折山早苗, 渡邊久美: 患者の自殺に直面した精神科看護師のトラウマティック・ストレスとその関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 31(5), 49 - 56, 2008.
- 2)折山早苗, 渡邊久美: 患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師の心的ストレス反応とその経過に関する研究. 日本看護科学会誌, 29(3), 60 - 67, 2009.

- 3)富川明子: 精神科に勤務する看護師が患者に「脅かされた」と感じる体験. 日本精神保健看護学会誌, 17(1), 72 - 81, 2008.
- 4)田辺有理子: 精神科看護師が患者から受ける暴力の経験と報告に関する認識. 岩手県立大学看護学部紀要, 11, 13 - 22, 2009.
- 5)Lazarus, R.S. 林峻一郎: ストレスとコーピング ラザルス理論への招待. 101 - 104, 星和書店, 東京, 1990.
- 6)Asukai, N., Kato, H. & Kawamura, N. et al: Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. The Journal of Nervous and Mental Disease, 190, 175-182, 2002
- 7)影山隆之, 小林敏生&河島美枝子他: 勤労者のためのコーピング特性簡易尺度(BSCP)の開発 信頼性・妥当性についての基礎的検討. 産業衛生学雑誌, 46, 103 - 114, 2004.
- 8)吉浜文洋: 精神保健と法律. 萱間真美, 野田文隆(編): 精神看護学, 452, 南江堂, 東京, 2010.
- 9)楠本万里子: 看護におけるリスクマネジメント. 井部俊子, 中西睦子(監): 看護マネジメント論, 140 - 141, 日本看護協会出版会, 東京, 2004.
- 10)上野修一, 谷岡哲也: 精神科における治療と看護 I. 瀧川薫(編): 精神看護学, 109 - 117, 125 - 129, オーム社, 東京, 2007.
- 11)大下顕: 精神科疾患の理解と看護 パーソナリティおよび行動の障害. 吉田佳郎, 村井俊哉, 平澤久一(編): 精神科看護の知識と実際, 83 - 87, メディカ出版, 大阪, 2009.
- 12)上別府圭子, 小町美由紀&松岡豊: 次世代育成に関わる者のメンタルヘルス(その3)看護師の二次的外傷性ストレスに関する研究. 研究助成報告集, 19, 57 - 63, 2007.
- 13)大岡由佳, 前田正治&田中みとみ他: 精神科看護師が職場で被るトラウマ反応. 精神医学, 49(2), 143 - 153, 2007.

— 研究報告 —

回復期リハビリテーション病棟に入院する

脳血管疾患患者の主介護者が抱く不安

— 入棟後 1 週間程度の時期と退院前の変化 —

奥村洋子¹ 横井沙智子¹ 橋村宏美¹ 瀧川 薫²

¹滋賀医科大学医学部附属病院 ²滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

脳血管疾患患者の主介護者が抱く介護に対する不安の軽減に繋がる介護指導を目指して、入棟後 1 週間程度の時期と退院前の不安内容の変化を明らかにすることを目的とした。早期から自宅退院を表明していた主介護者を対象に、介護に対する不安について半構成的面接を行った。その結果入棟後 1 週間程度の時期の不安として【病状安定への喜び・感謝と回復への期待】【現状や将来についての様々な不安】【障害の受容困難】【介護への葛藤】、退院前の不安として【被介護者を慈しむ気持ち】【退院に向けての適切な準備が安心感を与える】【回復したことへの喜び・感謝】【退院に向けての前向きな姿勢】【退院前にも関わらず障害の受容が困難】が抽出された。各時期に抱えうる感情を予測しながら主介護者の面会時の表情や口調や身なりなどを注意深く観察し、体調を気遣い慰労の声をかけ座って話す時間の提供などの関わりが重要と考える。

キーワード：主介護者，介護，不安

はじめに

脳血管疾患患者は何らかの障害を持ったまま自宅退院を目指すことになる。それを可能にするには、患者自身の ADL の拡大と共に主介護者の存在が欠かせない。脳血管疾患患者の主介護者の不安は、先行研究¹⁾で、【退院後に継続する看護技術に関する不安】【主介護者の健康・体力的・精神的な不安】【入院中の病状・病態変化に関する不安】【退院調整に関する不安】【介護保険制度に関する不安】の 5 つとしている。中でも ADL に関する不安が 3 割を占め、家族は生活能力に合わせた介護方法やケアの継続に向けた指導を要望している。退院前の主介護者は、「初めは退院後の生活のことなど考えられなかった」と振り返り話していた。先行研究では不安の内容は明らかになっているが、その不安の経時的な変化に着目した研究は見当たらなかった。そこで回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）入棟後 1 週間程度の先のことが見えずに漠然とした不安があるだろう入棟後 1 週間程度の時期と、退院前にどのように不安の変化があるのかを明らかに

するために本研究に取り組んだ。

目的

回リハ病棟に入院する脳血管疾患患者の主介護者の入棟後 1 週間程度の時期と退院前の不安内容の変化を明らかにする。

研究方法

研究デザイン：質的記述的研究

研究対象者：A 病院回リハ病棟に入棟した 3 名の脳血管疾患患者で、早期から自宅退院を表明していた主介護者とした。

データ収集期間：2010 年 1 月～2010 年 7 月

データ収集方法：

面接内容：入棟後 1 週間程度の時期は「介護と聞いて思い浮かべること」と「介護に対する不安」、退院前は「介護練習をして感じたこと」と「介護に対する不安」について研究者が主介護者に半構成的面接を行った。面接の時期は、初回は当病棟に入棟後 1 週間程度の時期とし、2 回目は退院前に実施した。面接は、同一の担当者が行った。

分析方法：データは不安等の心理面に関する内容を抽出・コード化した上で、類似したものを集めてサブカテゴリー化を試みた。次に、入棟後1週間程度の時期と退院前の時期の各事例を統合し、さらにカテゴリーの抽象化を図った。それらの全過程において、質的研究を行ってきた指導者のスーパーバイズを受けて結果を抽出した。

倫理的配慮：研究者が直接、書面と口頭により本研究の目的・方法、研究協力の自由意志、本研究目的以外にデータをしようしないこと、プライバシー確保の厳守等を説明し研究参加の同意を得た。本研究は看護部倫理委員会の承諾を受けた。

結果

1. 研究対象者の概要

研究対象となった患者と主介護者の属性を、表1に示す。対象となった患者人数は3名で、男性2名、女性1名であった。年齢は60～70歳代で平均69.3歳であった。疾患は3名とも脳梗塞で、うち1名は脳梗塞再発であった。対象となった主介護者は、60～70歳代ですべて配偶者であった。

2. 主介護者の介護に対する不安内容の変化

入棟後1週間程度の時期と退院前の時期に分けた不安内容の変化を表2、表3に示す。【 】を大カテゴリー、〈 〉をサブカテゴリー、対象をアルファベット、語りを「 」斜体で示し各カテゴリーを説明する。

1) 入棟後1週間程度の時期の介護に対する不安

11のサブカテゴリーから4つの大カテゴリーが抽出された。

【病状安定への喜び・感謝と回復への期待】は〈リハビリ効果への期待〉〈病院側への感謝〉等から抽出された。Bは「お友達とかに言いたくないので、社会福祉士や看護師が優しく話を聞いて下さって思いを全部はいて、患者じゃなく私のことを思ってくれた人が一人でも二人でもいてくれてとても嬉しかった。」と語った。

【現状や将来についての様々な不安】は〈病状・再発・転倒・回復への不安〉〈病院の見放しへの不安〉等から抽出された。Cは「一番の不安は再発が起きないかということ。このまま動かなかつたらどうしたらいいやろうと思った。」と語った。

【障害の受容困難】は〈後遺症への不満や悲嘆〉〈病気の事を近所に知られたくないし、付き合いも煩わしい〉等から抽出された。Bは「リハビリ病棟に来て、脳梗塞は手足に不自由が出なくても、脳にこんなダメージとてすごいショックは受けました。」と語った。

【介護への葛藤】は〈今後の介護への漠然とした不安と覚悟の必要性〉子供に対する感謝の気持ちと自責の念等から抽出された。Bは「社会福祉士や介護保

険のことを紹介されてショックで、その日は眠れないくらいでした。」と語り、Aは「今はどのくらいになって帰れるのか考える。そんなに急いでもできるものでもない。」と語った。

2) 退院前の介護に対する不安

10のサブカテゴリーから5つの大カテゴリーが抽出された。

【被主介護者を慈しむ気持ち】は〈リハビリ期間を通して生じた慈しみの気持ち〉から抽出された。Bは「家に居てくれるだけでも気持ちは違う、いつもずっと居るより愛しく思う。」と語った。

【退院に向けての適切な準備が安心感を与える】は〈退院に向けて排泄に関する介護方法の獲得〉〈退院調整により不安を感じずにすむ〉から抽出された。Aは「退院に向けて段取りが出来ているので実感が湧いてくる。」と語った。

【回復したことへの喜び・感謝】は〈リハビリ効果、回復への喜びや感謝〉〈病院側への感謝の気持ち〉から抽出された。Bは「最初の車いすから見ると歩いて、少しの段差も上がれるようになったことは大きい。」と語った。

【退院へ向けての前向きな姿勢】は〈再発や将来に対する不安〉〈退院後の介護に対して抱く不安と現状を受け入れて介護をしていこうという覚悟〉等から抽出された。Bは「まだ全部は前向きにはなれてないですけど、考えても仕方がないかなって思うようになった。少しずつでも歩けるし、体の機能が回復して不安は軽減した。」と語った。

【退院前にも関わらず障害の受容が困難】は〈リハビリ後も病気の事を近所に知られたくないし、付き合いも煩わしい〉〈リハビリ後も他者と比較してうらやましく思う〉から抽出された。Cは「近所の人に来てもらっても治らないからごまかしたりするのも良いと思う。」と語った。

考察

入棟初期には病状の悪化・再発や、不安定な活動による転倒や、リハビリを受ける時間の猶予等に不安を感じている。その後、活動状況が安定し、自宅に戻るために介護指導を受け実践する中で、介護技術を獲得し試験外泊で自信をつけ、退院後の生活における不安の緩和がみられている。自覚症状のないままに、ある日突然に発症し生活が変ってしまう恐怖を体験していることから、再発への不安も強い。だから再発リスクの少ない生活スタイルを学ぶ機会をもつことが必要となる。そうすることでこれまでの生活を振り返り、改めることが出来れば不安の緩和につながると考える。

また、入棟初期には主介護者自身の介護に対する漠然とした不安と覚悟の必要性を感じていた。主介護者

の年齢層は60～70歳代で、主介護者自身も持病があり、定期的に通院している場合もある。また、介護することで自分の時間がもてなくなるなどのストレスもあった。老年期である主介護者自身の体に身体的・精神的な不安要素が存在している中で、介護をする立場に置かれた状況である。不安であるにもかかわらず自分を奮い立てて病院に足を運んでいること、リハビリにすがる思いであることを理解しておく必要がある。「自分を支えてくれる人がいること」を喜びと表現したように、主介護者の言動・表情を観察しスタッフから声を掛けることで、思いの捌け口となり孤独感から救われる。だから主介護者の健康状態にも気を配り、主介護者の健康を保つことができるよう退院後のサービスの利用を考えなければならない。介護する上で主介護者の生活時間の再編が余儀なくされる場合、日常生活のスケジュールを共に考えたり、適宜、社会資源の導入を検討することで主介護者自身の時間を確保するよう支援したり、余暇や人との交流を楽しむことができるような日課の調整などを行っていく必要があると考える。

主介護者は今までの被介護者を思い起こし、その変化に悲しみ、病気が治っても障害が残るという現実に対して不満を感じている。その状況は、周囲に対して壁をつくり、付き合いも煩わしいと思うなど、社会性が狭まっている。それが退院前であっても変化はなく、他人と比較して羨ましく思うなど、複雑な感情を抱いている。このことは、入院期間では障害の受容が困難であることが伺える。したがって、退院調整においては活動など目に見える部分だけではなく、主介護者の心理状況も踏まえた地域でのメンタルサポートの継続を図ることが重要となる。そのためには紙面だけの報告に留まることなく、地域スタッフと顔を合わせて話し合いのできるような調整が重要である。

さらに、入棟初期は子どもに対して親役割を果たさなければいけないという意識が強く、主介護者が一人で介護を背負い込んでいる。そこで、他職種が主介護者と家族の橋渡しをすることで双方の思いが通じ合い、次第に第三者のサポートを実感するようになったものとする。その結果として、次第に子どもに心配されることを素直に感謝し、介護協力者としてみるようになった。これらから、介護は一人で行わなくてもよいことに気づき、退院後の介護に対して抱く不安と現状を受け入れて介護をしていこうという覚悟に至っている。

筆者らは主介護者の介護に対する不安を経時的な変化の観点から調査したが、結果として不安以外にも葛藤・困難感・決意といった感情が導かれた。渡辺²⁾は「介護者が抱えやすい感情、たとえば、被害感、無力

感、怒り、負担感、罪悪感、悲しみ、孤立感、不安などに注意を払い、どのような葛藤を抱えているのか、日常生活上どのような困難を抱えているのかに敏感であることが重要」としている。このことから各時期に抱えうる不安を含む様々な感情を予測しながら主介護者の面会時の表情や口調や身なりなどを注意深く観察し、体調を気遣い慰労の声をかけ座って話す時間の提供などの関わりが重要と考える。その上で心身の状況に応じて介護指導のタイミングや内容を検討することが必要と考える。

結論

脳血管疾患患者の主介護者の不安の変化を明らかにするため、主介護者の面接を実施した。その結果、入棟後1週間程度の時期は4カテゴリー、退院前には5カテゴリーの不安が明らかにされ、以下のことが考察された。

1. 主介護者が抱いた転倒、リハビリを行える時間への不安は、機能回復・介護技術の獲得により不安の緩和がみられている。しかし、再発や将来への不安は退院前まで変わらず存在していた。
2. 入院の期間だけでは障害の受容は困難である。退院調整は、主介護者の心理状況も踏まえた地域におけるメンタルサポートの継続を図ることが重要である。
3. 入棟当初の主介護者は、介護を一人で背負い込む傾向にあり、介護に対する漠然とした不安と葛藤を示した。次第に第三者のサポートを実感し、介護は一人で行わなくてもよいことに気づき、退院へ向けての決意を示した。

謝辞

調査にご協力くださいました患者家族様、ご指導くださいました滋賀医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座(精神看護学) 瀧川 薫 看護学科長・教授に心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 西山淳美：要介護高齢者に対する退院調整の検討－主介護者の退院後の生活や介護に対する不安に焦点を当てて－. 第36回地域看護, 2005.
- 2) 渡辺裕子：家族ケアの技を学ぶ3 渡辺式家族アセスメントモデルで事例を解く. 第1版, 医学書院, 7, 2009.

表1 患者と主介護者の属性

	事例	A氏	B氏	C氏
被介護者	年齢	70歳代後半	60歳代後半	60歳代前半
	性別	男性	男性	女性
	診断名	脳梗塞(再発)	脳梗塞	脳梗塞
	ADL概要	杖歩行 尿失禁	小刻み歩行, 失語症	杖歩行
	その他の合併症	心不全	狭心症 糖尿病 パーキンソン病	SLE 高血圧症
	FIM	(27→71)	(60→70)	(103→115)
	介護認定	要介護3	要介護2	要介護1
	発症～入棟までの期間	約2ヶ月	約2ヶ月	約1ヶ月
	入棟～退院までの期間	約4ヶ月	約3ヶ月	約3ヶ月
外出外泊	外出あり	外泊あり	外泊あり	
主介護者	続柄	妻	妻	夫
	年齢	70歳代後半	60歳代前半	70歳代前半
	健康状態	良好	良好	関節炎 高血圧症
	家族背景	長男・長女は別所帯	長男・長女は別所帯	長男・長女は別所帯

表2 入棟後1週間程度の時期の介護に対する不安

大カテゴリー	構成要素(サブカテゴリー)
病状安定への喜び・今後の期待	急性期治療を終えて病状安定したことへの喜び
	リハビリ効果への期待
	病院側への感謝
現状や将来についての様々な不安	病状・再発・転倒・回復への不安
	病院の見直しへの不安
障害の受容困難	後遺障害への不満・悲嘆
	病気のことを近所に知られたくない, 付き合いも煩わしい
	リハビリ病棟入棟までの振り返り, そこからくる大変さ
介護への葛藤	今後の介護に関する漠然とした不安と覚悟の必要性
	子供に対する感謝の気持ちと自責の念
	患者から命令口調で言われることへの仕方なさやストレス

表3 退院前の介護に対する不安

大カテゴリー	構成要素(サブカテゴリー)
被介護者を慈しむ気持ち	リハビリ期間を通して生じた慈しみの気持ち
	退院に向けての適切な準備が安心感を与える
回復したことへの喜びや感謝の気持ち	退院に向けて排泄に関する介護方法を獲得する
	退院調整により不安を感じずに済む
退院に向けての前向きな姿勢	リハビリ効果, 回復への喜びや感謝
	病院側への感謝の気持ち
	再発や将来に対する不安
退院直前にもかかわらず障害の受容が困難	子供を介護協力者として期待
	退院後の介護に対して抱く不安と現状を受け入れて介護をしようという覚悟
	病気のことを近所に知られたくない, 付き合いも煩わしい
	リハビリ後も他者と比較してうらやましく思う

— 実践報告 —

A病院回復期リハビリテーション病棟における『ADL共有シート』の改善

— 清潔行為に焦点をあてて —

吉川治子¹ 塩川祥子² 福本奈緒子² 蔵田 望² 岸 友里² 足立みゆき¹

¹滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座 ²滋賀医科大学医学部附属病院

要旨

A病院回復期リハビリテーション病棟で行われた調査によって、使用しているADL共有シート記載内容の検討が必要であることが示唆された。そこで、清潔行為に関する記載項目および記載方法を見直すために、病棟看護師20名を対象として、シート改善前後で質問紙調査を実施した。その結果、利便性や情報収集について、把握できるようになったとの回答が増加した。さらに、81.3%の者援助の質が向上したと答え、その理由として、「情報収集しやすくなった」、「所要時間が分かり援助しやすい」、「計画を立てやすい」、「患者さんがADL拡大中なのか現状維持なのか分かり時間が有効に使えるようになった」等が挙げられていた。今後の改善点としては、記載時間の短縮、ADLの拡大の反映、リハビリテーションスタッフからの記載といった記載内容や方法を充実させるための意見が述べられていた。このため、今後も、多職種との連携を視野に入れたADL共有シートの記載内容や方法の検討が必要だと言える。

キーワード：ADL、情報共有、リハビリテーション看護

はじめに

2006年以降、度重なる医療制度改革によって、入院期間の短縮化および在宅医療の推進が進められてきた。そのため、自宅退院へ向けたADL獲得を効果的に行うことが求められている。多くのリハビリテーション病院では、ADLの情報共有を目的としたシートを作成し使用している。シートの活用により情報の共有化が進み、患者の自立を阻害する過度な介助を予防することに繋がっている^{1)~6)}。

A病院回復期リハビリテーション病棟でも、情報共有を目的としたADL共有シートを作成した。このシートはADLを清潔・食事・排泄・移動に分類し、SOAP形式と図表を用い、介助方法を記載するものである。その使用状況を調査した結果、個別性のある看護援助を行うための効果的な情報収集手段になっていた⁷⁾。その一方で、記載項目や内容が不十分な点もあり、シートの見直しが必要であることも明らかとなった。そこで、今回、ADL共有シート（清潔）の記載項目およびその方法を検討することとした。

方法

1. 対象

A病院回復期リハビリテーション病棟看護師20名。

2. 期間

2010年9月～2010年11月

3. 調査方法

1) 現在のADL共有シート使用状況の把握

以下の項目を含み、改善前26題、後25題からなる質問紙(2択式と自由記載)を作成し調査を行う。

- (1) 援助に必要な情報が得られているか
- (2) 必要な記載項目

2) ADL共有シート改善案の作成

質問紙の結果を踏まえ、改善案を作成する。

3) 分析方法

独自に作成した質問紙を使用し、ADLシート改善案使用前(改善案使用期間2ヶ月)の値を単純集計し、比較する。

4. 倫理的配慮

A病院倫理委員会の承認を得た後(承認番号：H22-24)、対象者へ書面および口頭にて、以下を説明し、質問紙への回答をもって同意を得たこととした。

- ・調査への参加は自由意思である。
- ・調査に協力しなくても、何ら不利益は生じない。
- ・質問紙への記載は無記名であり、個人が特定されることはない。また、記載内容によって不利益を被ることもない。
- ・得られたデータは、厳重に保管し、研究期間終了後シュレッダー処理等を行い廃棄する。
- ・研究成果は、発表会等を通して公表する。
- ・調査結果は研究以外の目的には使用しない。

結果

改善前後ともに質問紙への回答は20名中18名から得られ、回収率90%、有効回答率100%だった。

1. 対象者の属性

平均経験年数は9.16±6.15年、回復期リハビリテーション病棟平均勤務年数は、1.56±0.83年だった。

年代別にみると、20歳代が8名(44.4%)と最も多く、次いで、30歳代6名(33.3%)、40歳代3名(16.7%)、その他1名(5.6%)だった。男女別にみると、男性2名(11.1%)、女性16名(88.9%)だった。改善前後での対象の属性は変化なかった。

2. 記載項目の見直し (図1)

ADL共有シートの記載項目については、援助方法・援助場所・洗髪や体を洗う(以後、洗体と略す)際の具体的方法・移動方法・所要時間等は平均76.9%の者が必要だと回答した。一方、チェック項目については必要とする者が平均25.8%と低かった(図1)。

以上のことを踏まえ、ADL共有シート改善案を作成した(資料1)。

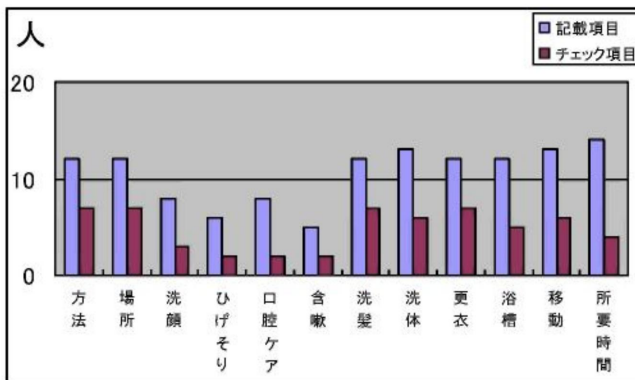


図1 必要な記載項目

<改善のポイント>

- ・記載方法のSOAP形式は継続する。
- ・質問紙の中で「必要」との回答が多かったものを記載項目とした。
- ・必要事項を具体化するために、チェック項目を止め、記載する方式に変更した。
- ・移動の情報が、より詳細に把握できるよう、「病室から浴室」、「浴室からシャワー椅子」、「シャワー椅子から浴槽」の3つに分けて記載できるようにした。
- ・所用時間を記載する項目を追加した。

3. ADL共有シート改善前後の比較

1) 利便性について

ADL共有シートを使いやすいと回答した者は、改善前が10名(58.8%)だったのに対し、改善後は15名(93.0%)と増加した。さらに、13名(81.3%)が、ADL共有シートを改善したことで援助が向上したと回答した。その理由として、「情報収集しやすくなった」、「所要時間が分かり援助しやすい」、「計画を立てやすい」、「患者さんがADL拡大中なのか現状維持なのか分かり時間が有効に使えるようになった」、「援助内容が具体的に記載されるようになった」等だった。

2) 移動方法の記載内容について

病室から浴室までの移動方法(以後、移動①)がわかると回答した者が、改善前は8名(44.4%)だったのに対し、改善後は18名(100%)と増加した。同様に、浴室からシャワー椅子の移動方法(以後、移動②)、シャワー椅子から浴槽の移動方法(以後、移動③)でも、それぞれ前13名(72.2%)、14名(77.8%)に対し、後は18名(100%)と増加した(図2)。

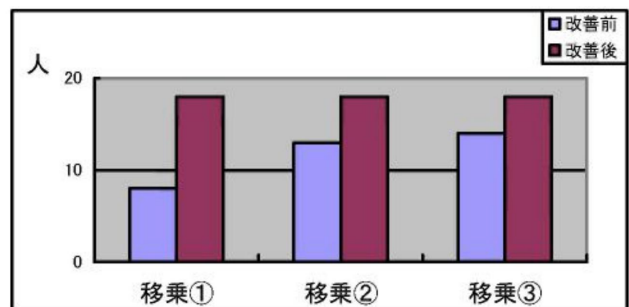


図2 移動方法の情報収集

3) 援助の程度について

援助の程度に関する情報収集については、更衣・洗髪ともに、改善前13名(72.2%)から後15名(88.2%)と増加した。一方、洗体・浴槽の出入りの方法では、前後ともに、それぞれ16名(88.9%)、17名(94.4%)と変化なかった(図3)。

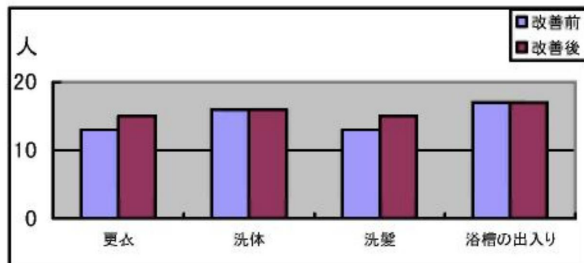


図3 援助の程度の情報収集

4) 所要時間に関する情報について

所要時間が把握できると回答した者が、改善前は1名(5.6%)だったのに対し、改善後は18名(100%)と増加した。

4. 改善したADL共有シートに関する意見

記載方法を変更したことに対し、「記載時間が短縮できる」(5名)との回答が得られた。

その一方で、「(清潔援助の)場所等は、チェック項目にした方が記載しやすい」(3名)、「リハビリテーションスタッフにも記載してほしい」(2名)、「入棟時には分からない記載項目がある」(1名)等といった検討を要する意見もあった。

考察

今回、個々に応じた援助を統一して実施できることを目的として、ADL共有シートの改善を試みた。

その結果、シートの使いやすさについて改善前と比較して改善後の「使いやすい」と答えた者の割合は増加した。また、移動方法や所用時間については、全ての看護師が把握できるようになった。さらに、「情報収集しやすくなった」、「所要時間が分かり援助しやすい」、「計画を立てやすい」、「患者さんがADL拡大中なのか現状維持なのか分かり時間が有効に使えるようになった」との理由から、13名(81.3%)が、シートの改善により援助の質が向上したと答えている。

ADL共有シートには、保清方法、場所、洗髪、洗体、更衣、浴槽の出入り、移動、所要時間の8項目が必要とされた。先行研究では、ADLに関する情報共有シートは、ADLを評価するために、ADL機能評価尺度である、機能的自立度尺度(以後FIM)⁴⁾⁵⁾やバーセル指数(以後BI)¹⁾³⁾をもとに作成される場合が多く、その具体的な内容を見てみると、FIMでは清拭、更衣(上半身)、更衣(下半身)、移乗・移動の4項目に分かれ、BIでは、入浴、着替え、歩行の3項目に分かれていた。ADL共有シートは、ADLを評価する目的のシートではなく、患者の持てる力を最大限引き出し、自宅での入浴動作獲得に向けた日々の練習を援助するためのシートである。そのため、ADL共有シートを患者のADL能力を点数化するものでなく、患者が「何をどこまでできるのか」、看護師が「何をどのように援助するのか」を具体的に記載できる項目が必要とされた。このことにより、看護援助の質を向上させることができたのではないかと考える。

以上のことから、今回のADL共有シートの改善は効果的だったと考える。そして、このシートは援助に必要なものであるとともに、援助の質向上に寄与するものであることが示唆された。

また、患者やその家族は、自宅退院するにあたって、ADLや介護に関する多くの不安を抱えている。こうした不安は、入院時からの、ADLの拡大や獲得、介護指導によって軽減することができる⁸⁾。そのためにも、ADL共有シートを用い、統一した援助や指導を行う必要がある。

今回の調査で、「リハビリテーションスタッフにも記載してほしい」という意見が見られた。大内⁹⁾らは、ADLの情報共有シートとマニュアルを活用し、職種間における情報共有と援助の統一がはかれたことを報告している。リハビリテーションスタッフは患者の残存機能を評価し、患者の機能に即した援助方法見出すことができる¹⁰⁾。そのため、ADL共有シートを相互に活用することにより、患者の「できるADL」を最大限に活かし、自宅退院を見据えた質の高い看護援助の構築が可能となると考える。

これらのことから、ADL 共有シート記載内容の充実化と他職種間での活用を可能にすることが今後の課題だと言える。

本研究は、対象が1病棟の看護師20名と少なかったため、今回明確になった改善点を改善したADL共有シートとそのマニュアルを周知し、対象病棟を増やして使用し、その効果を検証していく必要がある。

結語

1. 清潔に関するADL情報共有シートの記載項目は、保清方法・場所・洗髪・洗体・更衣・浴槽の出入り・移動・所要時間であった。
2. 情報共有シートの改善によって、利便性が増し、看護援助の質を向上させることに寄与した。
3. 今後、患者のADL拡大に向けて、看護師が他職種に働きかけ、協働していく必要性が示唆された。

引用文献

- 1) 丹後みゆき, 伊藤洋子, 徳原加寿子, 佐野カンナ: 患者・医療者間のリハビリテーション情報共有 リハビリテーション意欲をひき出すために. 整形外科看護, 13 (1), 101-105, 2008.
- 2) 舘澤晴子, 谷村恵: ADL 情報共有カードの活用とその効果 5 事例を通して. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 19, 163-165, 2007.
- 3) 永田恵梨, 澤永幸子, 川原えみ子, 猿渡裕子: 脳血管疾患患者のADL評価—看護師と作業療法士の評価の比較—. 第37回日本看護学論文集(成人看護Ⅱ), 318-320, 2006.
- 4) 武田絵梨, 佐藤恵美子, 布施ゆかり, 宇野由紀: 患者家族と看護師のFIM評価の共有に関する検討. 第40回日本看護学論文集(成人看護Ⅱ), 185-187, 2009.
- 5) 中島香苗, 品川彰, 横地佳澄, 田中朋美, 三宅理夏, 冨迫ゆみこ, 濱村直美: チームアプローチのための情報共有を目指して~ADL確認表の再考~. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 18, 191-193, 2006.
- 6) 植松梨花, 井崎若菜, 白仁田智恵美, 志田知之: 患者

と共有出来るベッドサイドADL表の改訂に向けての取り組み. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 21, 54-55, 2009.

- 7) 岸友里, 田中冴子, 小見麻里子, 森みどり, 原田奈々, 高田直子: 回復期リハビリテーション病棟におけるADL共有シート活用の実態調査. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 8 (1), 61-64, 2010.
- 8) 古谷澄子, 山本将宏, 藤田真理, 大木利枝, 黒川幸子: 回復期リハビリテーション病棟から在宅への退院支援に影響する要因の分析. 第38回日本看護学論文集(地域看護), 91-93, 2007.
- 9) 大内拓也, 田崎行子, 高宮一枝, 橋本真知子, 鈴木邦彦: 職業間の情報共有を目指して~入浴FIMの統一化~. 茨城県総合リハビリテーションケア学会誌, 17, 30, 2010.
- 10) 山田千恵美, 岩下結子, 中村美由紀, 増田久美子, 大勝洋祐, 小原圭子: 回復期リハビリテーション病棟における情報共有の必要性—看護スタッフとリハスタッフのADL評価の違いの分析から—. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 18, 185-187, 2006.

資料1 改善後のADL共有シート

【清潔・整容】		自立・要介助・全介助			
		月 日 (入棟日)	月 日	月 日	月 日
S					
O	方法: 場所: 所用時間: 移動(ベッドから脱衣所まで): 移動(脱衣所からシャワー椅子まで): 移動(シャワー椅子から浴槽まで): 浴槽の入り方: 洗髪: 洗体: 更衣: 白着: 注意事項:				
A					
P					
サイン					

—実践報告—

高齢者看護学実習Ⅰにおける看護学生の学びの特徴

—生活者である施設利用者との関わりを通して—

吉崎文子 太田節子

滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

本研究の目的は、高齢者看護学実習Ⅰにおいて学生が生活者としての高齢者と関わる中での学びの特徴を明らかにし、より効果的な臨地実習指導の方法を検討する事である。研究協力を承諾した看護学生の実習記録を対象とした。分析は学生の実習記録を精読し、一文一意味の文章に要約しコードとした。さらにコードを研究目的に沿って分類・整理し、それらをカテゴリー化した。3日間の施設での実習で、学生は高齢者との関わりや、高齢者とスタッフとの関わりから以下の事を学んでいた。【高齢者の特徴を体感】【生活の場を体感】【こまやかな観察】【非言語コミュニケーションの体得】【環境整備の工夫】【個別性を尊重した関わり】【人生の先輩として尊重する姿勢】の7つのカテゴリーである。今回、新カリキュラムにおける高齢者看護学実習Ⅰにおいて、学生は、施設で実際に生活をしている高齢者と関わる中で、より生活機能に重きを置き対象者を見つめる事を学んだと考えられる。今後この視点を高齢者看護学実習Ⅱに生かし、発展させていく必要性が示唆された。

キーワード：高齢者看護学実習，学生の学び，介護老人保健施設，介護老人福祉施設，生活機能

はじめに

2009年度の改正看護教育カリキュラム(以下新カリキュラムとする)において、基礎教育の基本的な考え方として、「看護の対象者を健康を損ねている者としてのみとらえるのではなく、疾病や障害を有している生活者として幅広くとらえて考えていくこと」¹⁾を第一に掲げ、人々の「生活」を理解する事が加わった。また、老年看護学での留意事項として「特に生活機能の観点からアセスメントし、看護を展開する方法を学ぶ内容とする」²⁾事が示され、看護の対象者を生活者という視点でとらえることを重視する事の必要性が明確に示された。

このような流れを受け、本年度より臨地実習実施前の新カリキュラムの学生を対象に高齢者看護学実習Ⅰを行った。本実習の中で、生活者としての高齢者を理解するために、高齢者施設での実習を3日間実施した。

研究目的

本研究の目的は、学生が生活者としての高齢者と関わる中での学びの特徴を明らかにし、より効果的な臨地実習指導の方法を検討する事である。

実習の概要

1. 実習目標

「高齢者施設における高齢者とのコミュニケーションや日常生活援助を体験的に学習する」、「社会貢献を果たしている医療及び介護施設の意義と看護職及び介護職の役割を学習する」の2点である。

2. 実習方法

高齢者看護学実習Ⅰは、臨地実習実施前の9月に2週間行った。高齢者施設での実習期間は2週間のうちの3日間である。

学生は2名～6名に分かれて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設にて実習を行った。学生は担当の高齢者を受け持つことはなく、出来るだけ多くの高齢者と関わる時間を重要視した実習となっている。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究を用いた。

2. 研究対象

高齢者看護学実習Ⅰを修了した第3学年の学生56名に研究の趣旨を説明し、研究協力を承諾の得られた学生の実習記録。

3. データ収集方法

その日受けた指導やケア実施内容を整理し、1日の学びと振り返りを記述した学生の実習記録から、研究者がランダムに抽出した。データの抽出は、研究者が、データが飽和したと感ずるまで行った。

4. 分析方法

実習記録を精読し、一文一意味の文章に要約し、コード化を行った。これらのコードを研究目的の視点に沿って分類・整理しカテゴリー化を行った。この作業は研究者間で話し合いながら行った。

5. 倫理的配慮

学生に口頭にて研究目的、方法、研究協力は任意であり、成績には無関係であること、またデータは学生を特定できないように配慮すること、研究以外には使用しない事、データは施錠できる場所に厳重に保管し、研究終了後は裁断処理することを説明し文書にて同意を得た。

結果

1. 対象者の概要

56名の学生中、研究に同意を得られた学生の記録よりランダムに抽出した16名の記録。16名の学生は全員女性であった。

2. 学びの特徴

学生16名の実習記録より、高齢者と関わる中で学びの特徴として抽出されたコードを分析した結果、7つのカテゴリー、19のサブカテゴリーが抽出された。以下カテゴリーを【】、サブカテゴリーを<>、コードを「」で示す。学びの特徴をまとめたものを表1(別紙)に示す。

1) 【高齢者の特徴を体感】

学生は、知識として学んでいた高齢者の特徴を、実際に<直に関わる中で特徴を実感>していた。そして、繰り返し話をされたり、大声をあげたりされる行動の前後を通して関わる中でその<言動の背後にある意味への気付き>を行っていた。

2) 【生活の場を体感】

学生は、高齢者と同じ時間を共有し、「車いす生活の中でも利用者が生き生きと生活している」姿等を見て、施設が<生活の場である事を実感>し、また一人ひとりに生活のリズムがあり、生活者として生活を営んでいる事を学んでいた。そしてレクリエーションなど<日常生活の中のリハビリ>に参加をする事を通して、病院とは異なり、施設が生活の場である事を体感していた。

3) 【こまやかな観察】

学生は、高齢者の状態はその都度変化があり、<

表情や反応を観察しケアに反映>させる事の必要性や、そのために「食事介助の際、喉元が見えるように衣服を整える」などの<状態を汲み取る工夫>を学んでいた。また入浴介助や排せつ介助などの<ケアを利用し全身状態を観察>する多面的な視点も学んでいた。

4) 【非言語コミュニケーションの体得】

学生は、3日間の中でコミュニケーションの方法を試行錯誤しながら、ジェスチャーを取り入れたり「視線や指さしで意思疎通を図る」などの<非言語コミュニケーションの実践>を行っていた。そして、<コミュニケーションツールとして自己を認識>し、コミュニケーションの際の自分の表情なども意識し関わる事の有効性に気付いていた。

5) 【環境整備の工夫】

学生は、高齢者の安全・安楽を守るために<手順や物品を工夫>する事や、<残存能力を引き出す環境整備>を行うなど、少しの【環境整備の工夫】で、高齢者の残存能力を引き出す事が出来ると学んでいた。

6) 【個別性を尊重した関わり】

学生は、多くの高齢者と関わる中で、一人ひとりの<個別性を実感>していた。そして、その個別の<残存能力に応じて関わりを工夫>する事の必要性に気付いていた。関わりとしては肯定的なフィードバック>や<ペースを尊重したケア>、<声かけの大切さ>を具体的に学び、実践していた。

7) 【人生の先輩として尊重する姿勢】

施設が病院とは異なり、生活の場である事を体感した学生は、高齢者が施設の中でも役割を持っていきいきと生活される姿を見て、<生活における役割の大切さ>を学んでいた。またコミュニケーションが取れなくても、相手に向き合い<相手を理解しようとする姿勢>を指導者の姿や日々の関わりから学んでいた。そして高齢者を<人生の先輩として尊重>していた。

考察

1. 高齢者看護学実習 I における学びの特徴

現在、核家族化が進み、高齢者との同居経験が少ない学生が増加している。また例え同居をしても接触がないため高齢者の生活を具体的にイメージ出来ない状況にある³⁾とされている。今回学生は、実際に施設で高齢者と関わる中で、【高齢者の特徴を体感】、【生活の場を体感】し、座学で学び得ていた知識との統合を図っていた。また、高齢者に対し【こまやかな観察】を行い、それをケアや自己のコミュニケーションに反映をさせていた。そのような中で、

【非言語コミュニケーションの体得】も関わりを模索しながら行われていた。これらより実習目標にも掲げている、高齢者とのコミュニケーションや日常生活援助の体験的な学習を行っていたと考えられる。

高齢者看護実習の多くは、慢性疾患や障害を持つ高齢者が対象である。治癒する見込みの高い疾患とは異なり、疾患や障害を持ちながらも、その人らしく生活を営む事が出来るよう支援する事が大切である⁴⁾とされており、高齢者看護の実践の原則は「自立支援」であると北川⁵⁾は述べている。高齢者看護においては、出来ない部分を補う看護ではなく、出来る部分を見出し、見守る看護の視点が特に重要となる。学生は施設での実習を通して、高齢者の残存能力を引き出すために【環境整備の工夫】や【個別性を尊重した関わり】の重要性、自立支援の視点を学んでいた。これらの視点からの看護は、幅広い視点から高齢者を捉え、多面的にアセスメントを行うことが必要とされる。そのためにも教員や指導者は、実習での一つひとつの体験が意味ある体験になるよう、体験の意味づけをして行くプロセスを学生が踏めるよう支援していく必要がある。

3日間を通して、学生は多くの高齢者と関わり、洗濯たみなどの役割を持ち生き生きと過ごされている高齢者の姿や、戦争体験など人生経験が豊かな高齢者の話を聞く中で、自然と【人生の先輩として尊重する姿勢】を身につける事が出来ていた。これは、高齢者とスタッフとの関わりを観察も大きく影響していると考えられる。たとえ言語的なコミュニケーションが取れない場合であったとしても、相手を理解しようと努力し、関わりを模索することの必要性を学生は体感していたと考えられる。

高齢者への看護は、あくまで高齢者自身の人生の完成への歩みを支援する視点が必要である。そのためには生活機能の観点から高齢者をアセスメントする事が必要とされる。今回、新カリキュラムにおける高齢者看護学実習では、病院ではなく施設で、疾病や障害を有しながらも、個々の生活リズムを大切に、持てる力を最大限に活用しながら実際に生活を営んでいる高齢者との関わりを通して、学生はより生活機能の観点に重きを置き、それを支援する関わりを学ぶ事が出来たと考えられる。

今後、高齢者看護学実習Ⅱにおいて、この学びを生かした看護過程の展開、思考プロセスが踏めるよう指導していくことが必要である。

結論

学生の記述した実習記録より、生活者としての高齢者と関わる中での学びの特徴として以下の事が明らかとなった。

学生は3日間の、高齢者施設での実習を通して、施設での生活者である高齢者と関わる中で【高齢者の特徴を体感】【生活の場を体感】し、看護のスキルとして【こまやかな観察】【非言語コミュニケーションの体得】【環境整備の工夫】【個別性を尊重した関わり】を学んでいた。また高齢者と触れ合い様々な話を伺う中で、【人生の先輩として尊重する姿勢】を身につけていた。

今回の実習で、施設で実際に生活を営んでいる高齢者と関わる中で、より生活機能に重きを置いた観点から対象者を見つめる事が出来たと考えられる。

謝辞

本研究にあたり、実習にご協力いただいた施設のスタッフの皆様、調査にご協力いただきました学生の方々に厚くお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省:看護基礎教育の充実に関する検討報告書, 2007.
- 2) 看護行政研究会:平成22年度版看護六法. 新日本法規, 295, 2010.
- 3) 古村美津代, 中嶋洋子:特別養護老人ホームにおける老人-看護学実習の学習内容-実習記録の分析から- . 老年看護学, 5(1), 78-85, 2003.
- 4) 山田律子:生活機能から見た老年看護過程とは. 看護教育, 51(10), 850-853, 2010.
- 5) 北川公子:目標志向型思考で探索する高齢者の”持てる力”. 看護教育, 51(10), 856-861, 2010.

表 1. 高齢者看護学実習 I における学びの特徴

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(一部)
高齢者の特徴を体感	直に関わる中で特徴を実感	実際に話してみて、耳の遠さは人それぞれだと実感する
		先入観を持たず、実際に関わる中でわかる事は多い
	言動の背後にある意味への気付き	繰り返して話される話は、生き方や言いたいことを反映している
		大声をあげたり、つねる行為にも理由がある
生活の場を体感	生活の場であることを実感	車いす生活の中でも利用者が生き生きと生活している
		売店で買い物をするのができ、良い刺激となっている
	日常生活の中のリハビリ	継続できるように、楽しんで行えるようリハビリを考える
		レクリエーションを行うとき、いつも寝ている方も起きて参加していた
こまやかな観察	表情や反応を観察しケアに反映	状態には日内変動があり、それに応じてケアの方法を変える
		ケアを行う際に、表情にも注意をする
	状態を汲み取る工夫	食事介助の際、喉元が見えるよう衣服を整える
		コミュニケーションを取れない方もいるので観察が重要だ
	ケアを利用し全身状態を観察	入浴の時には全身の皮膚状態を観察できる
		血圧測定の際に、腕の稼働域や皮膚状態を観察する
非言語コミュニケーションの体得	非言語コミュニケーションの実践	手に触れたり、ジェスチャーを取り入れてコミュニケーションを行う
		視線や指さしで意思疎通を図る
	コミュニケーションツールとして自己を認識	笑顔で話を聞いていたら、一緒に笑ってくれた
		自分の表情を意識しながらコミュニケーションをとる
環境整備の工夫	手順や物品を工夫	負担をかけないように短時間でケアを行う
		施設は安全・安楽が守られるよう設備が工夫されている
	残存能力を引き出す環境整備	季節感のある掲示物など環境の工夫がされている
		より自立した生活を送る事が出来るように環境を整える
個別性を尊重した関わり	個別性を実感	多くの人と関わる事で、個性を認識できた
		認知症といっても症状や程度は人それぞれである
	残存能力に応じて関わりを工夫	段階を踏んだケアを行い、自立できるように関わる
		声の大きさやトーン、言い回しを考えてコミュニケーションをとる
		利用者の ADL 状況や特徴を知った上で、ケアを行う
	肯定的なフィードバック	出来ている部分を褒めながらケアを行う
ペースを尊重したケア	利用者のタイミングに合わせて適切なケアを行う	
声かけの大切さ	声掛けを行うことで、安心感を与えることが出来る	
人生の先輩として尊重する姿勢	生活における役割の大切さ	施設であっても、役割を持ち生活してもらうことは大切だ
	相手を理解しようと努力する姿勢	コミュニケーションが取れなくても、聞く姿勢を大切に関わる
		相手の背景や思いを把握した上で関わる
	人生の先輩として尊重	人生経験や価値観などたくさんのことを教えてもらった 自立を促すことは自尊心を守るケアにつながる

—実践報告—

小児病棟の年間行事の現状分析と今後の課題

川根伸夫¹ 兼安正恵¹ 白坂真紀² 桑田弘美²

澤井俊宏³ 太田 茂⁴ 藤野みつ子¹ 竹内義博³

¹滋賀医科大学医学部附属病院 ²滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

³滋賀医科大学医学部医学科小児科学講座 ⁴滋賀医科大学医師臨床教育センター

要旨

滋賀医科大学医学部附属病院5A小児病棟では、単調でストレスの多い入院生活を送る子どもたちの気分転換をはかり、治療意欲が継続するよう、職種間の連携と協働により子どもたちが楽しめる催し物を企画・運営している。今回、現在実施している小児病棟の1年間のイベント行事を振り返って現状を分析し、今後の課題を明らかにした。その内容は、1. 行事の企画・運営について、スタッフが共通認識をもって取り組めるようマニュアルを作成し、将来的に行事コーディネーターを育成する。2. 行事前後で担当者間のミーティング時間を確保し、記録を重ねることで行事内容の充実を目指す。3. より楽しく安全な行事開催のため、費用と人の確保の工夫が必要である。

キーワード: 小児病棟, 病棟行事

はじめに

入院することにより、子どもの社会とのかかわりは狭小化してしまう。これによって、入院中に子どもの社会性の発達が停滞や退行・歪曲をきたすと、コミュニケーションに問題が生じ、以後の治療や看護の展開の妨げになることが考えられている¹⁾。滋賀医科大学医学部附属病院5A小児病棟(以下、病棟)では、入院している子どもたちが楽しめる行事を開催している。小児看護領域において特に留意すべき子どもの権利として、遊びの機会の保証²⁾が明記されており、検査や処置を受けるなどストレスが多く単調になりがちな入院生活では、気分転換がはかれるような遊びやイベントの提供がケアとなり、子どもの治療への意欲を保持することにつながる。今回、1年間の病棟行事の内容を振り返ってその現状を分析し、今後の行事運営の在り方についての課題を報告する。

倫理的配慮

本稿作成にあたっては、小児病棟責任者に報告の目的と内容について説明し承諾を得た。患児や保護者など個人が特定されないよう表現に配慮し、論文中の写真は本人の許可を得て掲載した。

病棟の概要

病棟は31床(内科23床、外科8床)、担当看護師制で、2交代制の勤務体制をとっている。スタッフの構成は、看護師長1名、副看護師長2名、看護スタッフ18名、看護助手2名、クラーク2名、医療事務作業補助者1名、保育士1名である(2011年12月現在)。診療対象は、神経、血液・腫瘍、循環器、内分泌、腎臓などの小児内科全般と泌尿器、耳鼻科、消化器などの手術症例の小児外科である。平均在院日数は約2週間であるが、日帰り入院などの短期や、半年から1年以上の長期にわたる場合も多い。2011年の4-11月の小児科稼働率98.7%、のべ入院数498件、のべ退院数471件である。

病棟の主な年間行事

2011年1月～12月に行われた病棟の行事は以下のとおりであった。*は院内学級の児童を対象にしており、**は病院や看護部主催の催し物である。

1. 春季

・ひな祭り(3月1日)

2. 夏季

・ミッキーとミニーの来訪(6月16日)**

・夏祭り(7月7日)

- ・つぼみの会サマーキャンプ(8月10日～3泊4日)
- ・小児科サマーキャンプ(8月26日～1泊2日)

3. 秋季

- ・クリニックラウンの来訪(9月28日)
- ・アンパンマンショー(10月4日)
- ・「劇団かいつぶり」来訪(10月19日)*
- ・ハロウィーン回診(10月31日)

4. 冬季

- ・病院玄関イルミネーション点灯式(11月30日)**
- ・「劇団かいつぶり」来訪(12月16日)*
- ・病院クリスマスコンサート(12月14日)**
- ・クリスマス会(12月20日)

毎月のイベントとして、「ひまわりの会」によるお楽しみ会(毎月第3木曜日)と、栄養治療部よりイベント食の提供が行われている。

行事の紹介

以下、病棟内で開催された行事の内容を紹介する。

1. ひな祭り

今年のひな祭りは、ボランティアの協力により演奏会とバルーンアートが開催された。各種イベントは、プレイルームとディールームの移動式壁面を取り払って、場所を広くとって開催した。

2. ミッキーとミニーの来訪

今年の6月には看護部長のはからいにより、東京ディズニーリゾートから、アンバサダー(親善大使)、ミッキーとミニーの来訪が実現した。小児病棟だけではなく、NICU・GCU(新生児集中治療室・回復室)に入院している子どもと家族も喜んで様子であった。

3. 夏祭り

病棟の保育士と業務担当レクリエーション系の看護師(以下、行事係看護師)を中心に、今年の夏まつりは「縁日」をテーマにして企画した。ヨーヨー釣り、輪投げ、ボーリング、パターゴルフ、魚釣り、プラバン作りや粘土工作など、子どもだけでなく保護者も熱中して参加していた。夏祭りの飾りやヨーヨー釣りの風船の空気入れなどは、子どもの母親より協力を得た。保護者らは飾りを丁寧に仕上げるなど、その準備期間から楽しんでいた。

4. 「つぼみの会」サマーキャンプ

I型糖尿病をもつ子どもと家族を対象とした家族

の会である「つぼみの会」の宿泊合宿が、毎年8月に3泊4日で行われている。主に外来通院している子どもと家族、ボランティアスタッフとして病棟看護師、看護学科・医学科学生、医師が参加している。キャンプの内容は、自炊体験、水泳、キャンプファイヤー、低血糖体験とその対応などである。子どもたちは毎年このキャンプを楽しみにしている。

5. 小児科サマーキャンプ

小児悪性腫瘍の子どもと家族を対象とした宿泊合宿が、2010年より毎年8月に1泊2日で開催されている。ボランティアスタッフとして病棟・小児科外来看護師、看護学科学科生と大学院生、医師、病気を克服し成人した若者が参加している。キャンプの内容は、バーベキューや魚釣り、キャンプファイヤーなどで、今年は100名を超える参加者で充実した時間を過ごした。今後は宿泊期間を2泊3日に延長するなどの取り組みをしていく予定である。

6. クリニックラウンの訪問

平成21年8月を初回に、特定非営利活動法人日本クリニックラウン協会からのクリニックラウン(臨床道化師)の訪問を依頼している。「すべてのこどもにこども時間を」をモットーに、トレーニングを受けたクリニックラウン2名が病室を訪問し、遊びやコミュニケーションを通して闘病生活を送る子どもたちを支援している。子どもたちがクリニックラウンを追いかけるなど、笑顔で楽しそうに交流している姿が見られた。今後も定期的に訪問依頼を行う予定である。



7. アンパンマンショー

小児科医師が「がんの子どもを守る会(大阪支部)」に依頼し、闘病中の子どもたちのため「アンパンマンショー」のイベントを開催した。子どもたちは迫

力のある実写版アンパンマンショーに見入っていた。

8. 「劇団かいつぶり」の来訪

院内学級では、滋賀県を中心に活動している「劇団かいつぶり」が手品や演劇などを披露している。劇団との連絡は小学校教諭が担当しており、在籍している子どもたちの年齢に合わせた催しを考えるなどの打ち合わせをしている。

9. ハロウィーンの教授回診

2010年から外国のハロウィーンの仮装パーティー行事を参考にイベントを企画している。10月の最終月曜日の教授回診では、教授をはじめ、医師、師長と保育士が、かぼちゃやお化けのお面を被って、子どもたちにプレゼントを配りながら回診した。子ども達自身も個々のお面や仮装をして参加していた。これは病棟保育士が企画し、お面やプレゼント箱の作成は子どもの保護者の協力により準備ができた。

10. クリスマス会

今年初めて依頼したボランティアグループ「アップルミント」からは、ペープサートや絵本の読み聞かせ、合唱などの催しがあった。院内学級児童たちによるハンドベルの演奏会、看護学生からは子どもたち参加型の催し物である「大きなかぶ」の寸劇や、マルマルモリモリの歌と踊り、成人病棟の患者様からの草笛披露、医師が準備した特大シャボン玉で遊び、2時間ほどのクリスマス会を行った。毎年12月24日前後の夜中には、サンタクロースに扮した医師が、眠っている子どもたちの枕もとに、ボランティアや看護学生が作成したクリスマスカードと文房具などのプレゼントをそっと届けている。翌朝、子どもが「サンタクロースって、ほんまにいてるんやで！」と驚きと喜びの表情で語ってくれる。



11. 「ひまわりの会」による月1回のお楽しみ会

病棟で入院・治療を経験した子どもの保護者の会である「ひまわりの会」がある。プラバンや松ぼっくりのクリスマスツリー作成、紙漉きなどの工作や、ハーブ演奏会、ビンゴ大会などのお楽しみ会が毎月一回開かれている。同日に、入院している子どもの保護者と会のメンバーが語り合える場を設けている。

病棟行事に関わる人々や部署

各種イベント行事は、病棟スタッフをはじめ、他部署の協力や応援により成り立っている。以下、病棟内と病棟外に分けて、その実際を述べる。

1. 病棟内

1) 看護師、医師、保護者

行事係看護師が、行事の中心となる保育士と協力して準備や運営を行っている。イベント当日は、看護師と医師が協力し、処置・ケアの時間と内容を考え、子どもたちがその時間帯に参加できるよう工夫して援助している。看護師と医師以外の医療事務と看護助手などのスタッフも行事の運営を支援している。行事開催にあたり、飾りつけやカードの作成などは保護者からの協力を得ている。保育士や母親同士で語り合いながら小物などを作成する時間は、形として残る作品が完成するという達成感もあり、ストレス軽減効果など、楽しいひとときになっているようである。

2) 保育士

小児医療現場では、2002（平成14）年に保育士の配置に対して診療報酬加算が認められて以降、2006（平成18）年にはプレイルームの設置および保育士の配置等の診療報酬加算が引き上げられた^{3) 4)}。当病棟でも2008年11月から小児病棟に保育士1名が配属となり、主に乳幼児を対象とした保育を行っている。病棟プレイルームにおいて、遊びを通して、療養生活を送る子どもたちの健やかな成長と発達を促す関わりをしている。疾患と治療を考慮しながら、子どもたちが年齢相応の生活習慣や社会性を身に付けられるよう援助している。保護者が入浴や買い物などの不在時には、子どもの預かりをするなど、特に母親が気さくに話をできる存在となっている。すべての病棟行事が保育士を中心に進められている。

3) 院内学級教諭 (小学校) と訪問指導教諭 (中学校)

小学校の院内学級教員は、子どもたちが主体として行う発表会や音楽会などを授業の一環として実施しており、それを保護者や医療スタッフ、看護学生が参観する機会を設けている。日頃は病気療養児の教育の役割としての学力の補償⁵⁾など、子どもたちの学習に重点を置いている院内学級でも、病棟行事がある場合はそちらを優先し、その準備と運営などの協力を得ている。年に2~3回、瀬田東小学校の教員とPTAの方々との交流会(工作や朗読会、音楽会、軽い運動など)が行われている。院内学級担当の教員だけではなく、小学校全体として協力しながら子どもたちの指導と支援にあたっている。子どもたちの前在籍校の教員と連絡を取り合い、退院後の復学が順調に進むよう調整している。ボランティアが作成した手作り小物などをプレゼントすることもある。

中学校の訪問指導教諭は、イベント開催時期に学習指導対象の中学生がいる場合に、クリスマス会の出し物などに参加している。

2. 病棟外

1) ボランティアスタッフ

病院ボランティアや、病棟に入院経験のある家族の繋がりより、ひな祭りやクリスマス会などで出し物をするボランティアグループが参加している。

2) 他部署

(1) 看護部、病院管理部門

毎月1回、小児病棟に入院する子どもの付き添いをしている母親を対象に、アロマセラピー施術者よりリラクゼーションケアが行われている。11月末日には、病院玄関に毎年飾られるクリスマスイルミネーションの点灯式が、数名の子どもたちと共に実施された。病院主催のクリスマスコンサートでは、保育士と看護スタッフが子どもたちと開催場所まで移動し、素敵な音楽会を楽しんだ。

(2) 栄養治療部

栄養治療部から月1回「イベント食」と称するお子様ランチが提供され、子どもたちもこの日の昼食を楽しみにしている。12月のイベント食メニューは、パエリア、クリスマスチキンフライブロッコリー添え、ポテトサラダ、コンソメオニオンスープ、クリスマスケーキであった。



(3) 看護学科・医学科

病棟では通年、看護学生と医学生の実習を受け入れられている。実習中の看護学生や有志の学生たちから、その準備などの協力を得ている。夏祭りのお手伝いや、クリスマス会の出し物を自分たちで考え実施するなどである。楽しそうに行事に参加する子どもたちの姿から、学生はいつもとは違う子どもの表情を観察し、子どもの発育に必要な環境を学ぶ。学生自身も楽しく参加でき、印象に残るようである。看護学科、医学科ともに、学生・教員との連携を通して実施している。



現状分析と今後の課題

1年間の病棟行事を振り返り、その企画・運営について現状を分析し、今後の課題を述べる。

治療を受けている子どもには、特に安全面への配慮が重要である。治療による副作用で免疫力が低下していたり、自分自身の安全を守る行動が発達途上にある子どもたちの感染や身体損傷などを考慮した上で各種催しを考えている。しかし、行事の企画や

運営について細かい注意事項などを明記したものはない。安全には配慮しているが、スタッフやボランティアがより共通認識を持って取り組めるような安全指針を盛り込んだマニュアルなどの作成が必要ではないかと考える。

年間を通して多くのボランティア団体からイベント開催の申し出がある。現在、ボランティア団体との連絡・交渉やイベント行事の計画や開催については、師長が中心となって病棟管理の仕事と併せてコーディネーターの役割を担っている。催しを依頼するボランティアの選定基準として配慮していることは、子どもたちが楽しめる内容であること、安全であること、イベントの開催により病棟スタッフに過度の負担がかからないこと、日時が適当であることを重視している。村市ら⁶⁾は、病院総務課でのボランティア・コーディネーターの採用と活動を取り上げ、小児を対象とする施設において、安全や保育の視点からのボランティアの活動の有効性を報告している。これを参考に今後は、ボランティアの積極的な活用を目指し、病棟全体の状況を把握している病棟看護師の中から、行事全体のマネジメントを保育士と共に中心になって実施できる担当者（行事コーディネーター）を病棟内の新たな役割として設けることはできないか考案中である。

クリニックラウンの訪問を例にとると、実施前後に師長と保育士、クリニックラウンがミーティングを行っている。実施前は子どもたちの状況を伝え、実施後には子どもたちや家族の反応を振り返るなど、次回、より楽しい催しになるようにつなげている。このような準備や振り返りを毎回実施することで、より良い催しの開催につながると思われる。他のイベントでは実施できていないため、質の向上を目指すうえで、打ち合わせや振り返りの時間の確保と記録の積み重ねが大切であると思われる。

改めて1年間の行事を振り返ると、行事開催の時期と回数に季節や月ごとの偏りが見られ、下半期に比べると上半期の開催はわずか2つであった。この理由として、特に1月～6月は、年末年始休暇、年度末から新年度にかけての新旧スタッフの交代など、イベント行事の開催が困難な状況があげられる。行事開催の場所としては、宿泊行事を除くほぼすべてが病棟内で開催されている。年間を通じての行事

を屋外で実施している施設もあり⁷⁾、今後は、季節が感じられる日本の伝統行事を多く取り入れ、病棟外で外気に触れられるような催しを実現できればと考えている。また、小児看護の対象は0-15歳と幅が広く、イベント参加者の年齢層によって、全員が楽しめるものを準備することが大切である。辛い治療生活の中でも希望となるよう、子ども達の気持ちを汲みとって工夫を重ねたい。

病棟行事は、財団法人和仁会と病院運営経費により運営されている。行事の回数を増やし、内容の充実をはかるには、予算の確保が必要である。小児科病棟看護師1人当たりの看護量の多さ⁸⁾、小児看護の業務量は成人看護の2～3倍である⁹⁾といわれているが、安全なイベント開催にあたっては、治療中の子どもを守る看護スタッフの確保も重要であると考えられる。病棟行事の準備時間の多くは看護業務に含まれておらず、イベント開催日には看護業務として扱っているが、ボランティアで参加し支援してくれる非番スタッフも多い。今後もボランティアや専門家の協力による行事の開催は必須であり、継続していきたいと考えており、他部署や他の職種との連携も今まで通り大切にしていきたい。

おわりに

1年間の病棟行事を振り返った。子どもたちの入院生活が豊かなものになるよう、今後、病棟内では以下の課題に取り組んでいきたい。

1. 行事の企画・運営について、スタッフが共通認識をもって取り組めるよう、手順や注意書きを記したマニュアルを作成し、将来的に行事コーディネーターを育成する。
2. 行事開催の前後で担当者間のミーティング時間を確保し、記録を重ねることで、行事内容の充実を目指す。
3. より楽しく安全な行事開催のため、費用と人の確保の工夫が必要である。

謝辞

入院生活を送る子どもたちのために、楽しい催しを提供し、その運営を支援して下さる多くの方々に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 塩飽仁：実践に必要な倫理的配慮と QOL. 浅倉次男監修：子どもを理解する「こころ」「からだ」「行動」へのアプローチ, 5-14, へるす出版, 2008.
- 2) 日本看護協会：小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利. 小児看護領域の看護業務基準, 1999.
- 3) 江本リナ：病院における保育を巡る現状と課題. 小児看護, 32(8), 1020-1023, 2009.
- 4) 厚生労働省：平成 18 年年度診療報酬改定の概要について. 2011 年 1 月 23 日 (入手日)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/dl/s0215-3u.pdf>
- 5) 阪中順子：「院内学級」の役割と課題および医教連携の留意点. 小児看護, 30(8), 1144-1149, 2007.
- 6) 村市美代子, 梶山祥子：小児病棟におけるボランティア活動の実施と看護管理上の留意点. 小児看護, 31(9), 1150-1155, 2008.
- 7) 森本克, 大野尚子, 細谷亮太：小児病棟の 12 カ月一病棟行事への取り組み一. 小児看護, 21(7), 780-786, 1998.
- 8) 大谷和子：回帰分析による看護度と看護量の関係について. 看護展望, 25(4), 106-111, 2000.
- 9) 岡本暁美, 石井まゆみ, 塚本雅子, 野中文子, 村谷圭子：小児看護業務量調査に基づく看護必要度の検討. 第 32 回日本看護学会論文集 看護管理, 249-251, 2001.

— 実践報告 —

化学療法を受ける子どもと家族への内服に関する援助

渡邊詩穂美¹ 西原静香¹ 白坂真紀² 桑田弘美² 川根伸夫¹

¹滋賀医科大学医学部附属病院 ²滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

小児看護における内服困難とは、経口摂取に特に問題がないにも関わらず、処方薬を子どもが飲めない、あるいは母親が内服させられない状況を指す。今回、化学療法を受けている内服困難な状況にあった患児に対して、看護師だけでなく医師・薬剤師・保育士と連携して関わり、患児に合った内服方法を導き出せた。その看護の経過を振り返り、患児とその母親への服薬支援について考察した。

内服援助の実際には、はじめは効果的な内服方法が見つからず、苦みが強く飲みにくい内服薬は1回の内服に1時間以上かかったり、内服できずに点滴投与となることもあった。内服薬の形態の変更や、シロップや好みのジュースに溶かす等の工夫を試みたがどの方法も苦みの強い薬を内服する事には適さなかった。母親と話し合いながら、根気強く児や母親に理解を促す介入を行った。最終的にカプセル化による内服の成功体験を実現させ、他の処方薬もスムーズに内服できるようになった。

キーワード：内服困難，小児看護

I はじめに

化学療法を受ける患者は、治療により骨髄抑制、消化器症状などの強い副作用を引き起こす。それらを予防するためにも内服治療が重要となる。それらの薬剤は小児用に作られているわけではないため苦くて飲みにくいものも多く、薬の種類も多い。児も初めての1種類は内服できていたが、次に苦味の強い薬が増えたことで内服できなくなった。当病棟では内服困難な子どもに対して、錠剤を散剤やシロップに変更する・散剤をシロップで溶く・ジュースに混ぜるなどの対応を行っている。児にもこれらの方法を用いて経口与薬を試みたがうまくいかなかった。母親は内服を嫌がる児に対して、「かわいそう」という気持ちが先行し積極的に飲ませることができないでいた。小児看護における「内服困難」とは、経口摂取に特に問題がないにも関わらず、処方薬を子どもが飲めない、あるいは母親が内服させられない状況を指す。先行研究では、内服困難な児に対して薬剤をアイスクリームやゼリーなどで包むなど補助食品を利用して援助する手法がみられ、その効果について述べたものが多い^{1)~3)}。今回の事例は、内服困難にあった児とその母親に対して、看護師だけでなく、医師・薬剤師など他職種との連携で児に合った内服方法が導き出せ、さらに母親の意識改革にもつなげることができた。

小児の内服援助についての研究は、短期治療の患児の内服状況に対する調査や症例報告が多く今回、この事例を振り返り、内服困難のある子どもやその母親への援助、母親の服薬支援への工夫を明らかにすることを目的とし、今後の内服指導に還元したいと考えた。

II 患者紹介

1. ケースの紹介

患児：男児、5歳9カ月

診断名：急性リンパ性白血病(acute lymphocytic leukemia:ALL)

病識：「身体の中に悪いヤツがいて元気がないから、薬を飲んだり、注射をして悪いヤツをやっつけなくてはならない。」と説明されている。

家族背景：父親(会社員)・母親(主婦)・妹(3歳)・妹(1歳)の5人家族

2. ケースの背景

入院1ヶ月前から胃腸炎の症状と易疲労感出現。

2011年4月15日精査のため入院。入院3日目骨髄穿刺の結果からALLと診断される。4日目からALL CCLSGスタンダードリスクの寛解導入療法より治療開始となる。5日目より内服治療が開始となる。初めは苦みがないものだったためスムーズに内服できた。6日目より二次感染を防ぐために苦みの強いST合剤が内服開始になった。ST合剤が苦いためこの時より内服困難になった。6日目の朝は父親の促しで内服できたが、それ以降は付き添いが母親のため母親の促しでは、口に含んでも吐き出し、単シロップを使用しても内服できなかった。内服を拒否する児に対し医師と看護師で説得しても児は黙っていることが多く、医師や看護師から促されると、泣きながら母親を蹴ったりして反抗していた。母親は児に対して「かわいそう」という気持ちが強く、積極的に内服させることができないでいた。

3. 倫理的配慮

研究実施前に院内倫理委員会の承認を得た。対象者に研究の目的を説明文書に基づき説明し、協力を得た。得たデータの匿名性を保証し個人のプライバシーを保持することを約束した。また、調査への協力を辞退されてもなんらの不利益を被らないことを説明した。

Ⅲ看護の実際

1. 入院期間：2011. 4. 15～2011. 12. 15

2. 看護上の問題点、目標、計画

1) 問題点

抗菌作用薬をはじめとした内服困難

2) 目標

児が内服を認識して、薬を飲むことができる。

3) 計画

OP：

- ① 内服状況、方法
- ② 児の反応(言葉・態度・表情)
- ③ 児に対する家族の反応
- ④ 内服に関する認識

TP：

- ① 児・家族の考えに理解を示す態度で関わる。
- ② 家族と協力して児への声かけや内服を促す。
- ③ 内服の必要性をテーマにした絵本を作成する。
- ④ 薬剤師・医師と連携して薬の形態を検討する。
- ⑤ 薬剤師と服薬指導をする。
- ⑥ 児とともに親も内服の必要性が理解でき、内服援助に積極的になれるよう、治療・疾患についての知識の提供や効果的な内服方法を提案する。
- ⑦ 「お薬飲めたね表」の作成し、内服できた時にシールを貼ってもらう。そして思い切り褒める。
- ⑧ 児・家族の気持ちを傾聴する。

EP：

- ① 何か困ったことがあれば教えてください。
- ② A君が内服できたときは一緒に褒めましょう。

3. 看護の経過 (表1 参照)

1) 内服拒否時のケア

児に内服の必要性を説明するが、5歳という年齢から必要性がわからないわけでもないが、薬を飲みたくないという思いの方が強くなっていると考えた。子どもの内服には母親の協力が不可欠である。まずは母親の内服に対する認識不足をなくすことが大切だと考え、母親に内服の必要性を説明した。母親は内服の必要性を理解し、否定的な表現は減少したが、内服状況は変わらなかった。

入院7日目よりプレドニゾロン(prednisolon:PSL)は点滴から内服へ移行予定だったが、点滴投与となった。医師は両親に対し疾患、治療について説明し看護

師は、入院や内服の必要性を、児の年齢に合わせた絵本を作成し説明した。

2) 非効果的な内服方法へのケア

内服拒否する児に、母親は薬が混ざっていることを隠して内服させていた。薬をコップ1杯のお茶や牛乳に溶かすが、1口飲んだところで誤ってこぼすなどして、確実に飲みきることができなかった。そのため看護師は、母親に少量の水やお茶に溶かすように提案した、少量の水やお茶で内服できていた。

ST合剤への拒否が強いため、顆粒から粉砕に変更し変更直後は、内服できたが続かず15日目に錠剤へと変更となった。錠剤になってから母親は食べ物に混ぜて内服させる工夫をしていた。しかし半錠を大根の中に混ぜ込んだ際には吐き出し、母親と看護師が説得するが強く拒否した。そのため、粉砕に戻りご飯の上にふりかけるなどの対応をしていた。しかし看護師は、ご飯に混ぜると全量摂取できない・ご飯嫌いになる可能性があることを考慮しその方法はできるだけ避けるよう母親に伝えた。実際、ご飯にかけて最後まで摂取できないことがあった。牛乳やジュースに溶かす方法でなんとか内服できていたが、5歳という発達段階で児にごまかしながら内服させるのではなく、児が薬だと認識して内服するのが好ましいと考えた。

3) 「お薬飲めたね表」の作成

内服拒否に対し看護師間で情報共有のためカンファレンスを行った。スタッフ間の情報を共有し児と母親への対応を統一した。例えば、内服できたかどうかを、逐一母親に尋ねると、母親のストレスにもつながるため、内服の確認はできるだけ小児観察用紙に記入してもらい、それで確認するようにした。内服できているときは児を褒めた。内服が時間通りにできていない状況で毎回母親に内服状況を尋ねると、母親の表情は曇り「まだなんです。」とうつむき加減で返答していたため、逐一母親に内服できたかを尋ねることは母親にとってもストレスになっていると考えられた。

入院26日目に「お薬飲めたね表」(写真1)を作成し、内服ができれば自分の好きなシールを貼ってもらうようにした。シールをご褒美としてまたはシールを貼ることで児ががんばったことを児が見て分かるようにした。児は、できなくてもシールを貼ることはあったが、シールに興味を示し、内服できたら貼ることを楽しんでいった。この「お薬飲めたね表」は今でも継続しており、児のがんばった証拠として今までの成長を褒める材料にもなっている。



写真1 お薬飲めたね表

4) 薬剤師と連携した服薬指導とケア

入院 27 日目、母より薬剤師に朝の内服薬の種類が多いことを相談され、薬剤師・主治医と相談のもと朝のみの薬を昼に変更した。33 日目より PSL の内服が開始となった。34 日目より PSL の副作用により気分のムラがみられ、今まで飲んでいた薬剤も拒否するようになった。だが時間はずれるがサイダーに溶かして少しずつ内服できた。PSL が錠剤で飲んでいたため、児より他の内服も錠剤での内服希望あった。そのため薬剤師はカプセルを児に見せて試し、児が内服できたため 42 日目から 1 種類をカプセルにし、ST 合剤を錠剤へ変更した。また ST 合剤は半錠だったが、より小さい方が内服しやすいとのことで薬剤師の関わりにて 1/4 錠に分割された。また他の粉薬も錠剤への移行を母親は希望されたが、錠剤にできなかったためオブラートに包むことを薬剤師が提案したが、母親は「オブラートはすぐに溶けてしまいそう」とのことで試さなかった。

入院 61 日目より、抗がん剤の内服開始となる。水で内服すると 2 時間かかり、半量のみ内服した。薬剤師の許可があり母親の希望で児の好きなオレンジジュースで内服することになった。すぐにはできず主治医や保育士とともにベッドサイドで「体の中のばい菌をやっつけるものだから飲まないといけない」と説明し、「一度飲んでいた薬だから A くんなら飲めるはず」と 2~3 時間かけて励まし、泣きながら内服できた。PSL はどうしても内服できず主治医の判断で点滴投与となった。62 日目は母親に怒鳴り散らし内服できず、61 日目と同様主に主治医にて 4 時間かけて説明や励ましながら内服できた。63 日目も PSL の内服ができず、昼は PSL を口に含んだまま、食物残渣とともに多量に嘔吐した。この日はお楽しみ会があり児も楽しみにしていた。「お楽しみ会に早くいこうよ」と保育士とともに説得し飲み直しする。連日数時間かけての内服だったため、夜分の PSL の内服は厳しい状況だった。看護師が以前カプセルに詰めて内服の援助をしていた経験があり、主治医を通して薬剤師に PSL のカプセル化を依頼し、夜分をカプセルで試すと児はスムーズに内服できた。飲みにくかった ST 合剤もカプセル化されたから、スムーズに内服できるようになった。PSL と

ST 合剤のカプセル化で、その他の薬はジュースに溶くことでスムーズに内服できるようになった。

5) 児の内服困難に関する母親の思い

内服が成功した後、母親に児の内服における思いや看護師の行う内服援助等についてインタビューを行った。以下に、その要約を示す。

児は元々粉薬であれば内服できており、入院後内服開始になっても簡単に内服できると考えていた。だが ST 合剤が内服開始になってから内服を拒否するようになり母親に大きな負担となった。内服の必要性については、絵本で説明されたことや医師から何度も説明されたことで重要だと感じていたが、児が内服困難を示し、どうしようという思いが強く、どうにかして飲ませないといけなと感じていた。その際の医師や看護師・薬剤師などの励ましの言葉や内服困難への援助には感謝している。また、医療者から母親に何度も内服確認のために声をかけることについては、心の負担ではなく、むしろ気にかけてもらっていると安心できたということであった。そして内服ができるようになったきっかけに関して、母親としてもカプセル化になったことだと感じていた。また「お薬飲めたね表」に関しては児の中でシールを貼ることが日課になり、褒められることが嬉しく楽しんでいたということであった。

IV 考察

1. 内服拒否時のケアについて

子どもの内服困難の理由の一つとして、薬の必要性が理解できないことがあげられる。幼すぎる場合は、必要性を理解することは難しいが、今回の対象児は 5 歳の幼児期後期の子どもである。鉄野らは、幼児期後期は指示を受け止め従う能力が高まり、仲間との能力が高まる、説明に対して少しわかるようになる⁹⁾と述べている。つまり児は薬の必要性を児が分かる言葉で説明すれば理解できる発達段階にある。そのため、児が理解しやすいよう絵本を作成し、簡潔な言葉で、なぜ薬を飲まないといけないのかを説明することは、内服困難への援助として重要だったといえる。しかし対象児は、薬の必要性については、理解できていたが、味や形状に問題があり、薬を飲みたくないという思いが強く、絵本で説明するだけでは、直接内服困難を解消するには至らなかった。しかし、理解を促す介入を行うことはできたと考える。また、子どもの内服には家族の協力が不可欠である。母親にも絵本を使って説明したことや医師からも治療上内服が必要不可欠であることを説明したことは、母親自身が内服の重要性を理解することができたことインタビューの中で感謝を述べていることから有効だったと言える。

2. 非効果的な内服方法へのケアについて

母親は、児に食べ物等に薬を混ぜて内服させていた。この方法で、初めは児も気づかず内服できていたが、すぐに薬が混ざっていることに気づいたり、大量の食べ物や飲み物に少量の薬を混ぜるため、完食できなかった。そのことに対して医療者から、効果的な内服方法を指導することで改善を図ることができた。

幼児期前期までは児が気づかないように、ジュースなどに薬を混ぜるという方法も工夫の一つとしている例もある⁵⁾。しかし幼児期後期では、児に気づかないように内服させる方法は見当たらなかった。また発達段階を考慮した介入が必要であることや、今後も内服治療を継続していかなければならないことから、薬と認識して内服する必要があると考えられる。

3. 「お薬のめたね表」の作成について

「お薬のめたね表」は、シールを貼るといふ遊びの要素や飲めたら褒めるという行動にもつながっている。褒められることで小児は、自信や達成感などの快感や心理的ゆとりを得ることができる⁶⁾。田辺らも機嫌をとって褒めたり、まねをさせて飲ませるといふ工夫は小児の模倣を活用し、内服行為を不快なこととして認識させない方法である⁷⁾と述べている。実際、母親からも「お薬のめたね表」のシールを貼ることは、児の中で日課になっており、褒められることが嬉しく楽しんでいたと言っていた。これらのことから「お薬のめたね表」の作成は児の成長発達を考えた達成感を感じさせる援助として有効である。よって今後内服困難の介入の一つとして活用できると考えられる。

4. 薬剤師と連携した服薬指導とケアについて

治療上の副作用により気分がムラが生じたためさらに内服困難が強くなった。何度も主治医や保育士、看護師が内服の必要性を児に説明し、時間をかけて励ますことで何とか内服していた。このように、児の嫌だという気持ちを理解し、その気持ちを受け取りながら、時間をかけてじっくり対処することで、拒否したからといって内服しなくてよいものではないということを身をもって体験し、児自身も内服の必要性を理解することができ、その結果内服できたと思われる。また、母親が「みなさんが気にかけてもらったから頑張れた」と話したことから医師・看護師・薬剤師・保育士が母親と協力して、その都度時間をかけて介入したことが、母親にも信頼と安心を持たせたと考えられた。さらに看護師が、内服困難な児に対して、以前カプセルに詰めて内服の援助をした経験を生かし、薬剤師に提案したことで、薬剤のカプセル化が実現し、飲みにくかった薬が内服できるようになった。幼児期は生活習慣を確立するとともに、自律性・主体性が育つ時期であり、それには達成感の獲得や成功体験の自覚が大きな

影響を及ぼす。子どもに自己効力感を育むためには、子どもが「できた!」「わかった!」と感じる体験、子どもにとっての「成功体験」を見つけてやるのが大切となる⁸⁾と石川は述べている。薬剤のカプセル化によって自覚された成功体験が、その他の内服もスムーズにできることに繋がり、児の内服困難は解消されたと思われた。

5. まとめ

内服困難のある子どもへの援助や母親への服薬支援の工夫は以下のとおりである。

- 1) 看護師が絵本を始めとして、児や母親に理解を促す介入を根気よく行った。
- 2) 母親と話し合いながら、母親の非効果的な内服方法への改善を行った。
- 3) 「お薬飲めたね表」の作成で、児の発達を考えた達成感を感じさせる援助を行った。
- 4) 医師や薬剤師や保育士と連携を図り、カプセル化による内服の成功体験を実現させた。

V おわりに

子どもの内服援助には、発達段階に応じた援助が重要である。また、他職種が連携して時間をかけてその子どもと家族に介入することで対象児にあった方法を導き出すことができた。子どもへの内服援助は、一つの方法や考えにとらわれるのではなく、子どもの個性や生活スタイルなどを考慮し、母親と共に工夫を重ねる事、達成感や成功体験を持たせることが重要であると思われた。

謝辞

本研究にご協力くださいました、お子様、お母様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 鉄野和美, 瀬育子: 内服を嫌がる子どもの援助. 小児看護, 24(5), 614-619, 2001.
- 2) 奥仲千鶴子, 西脇由枝, 鈴木カツミ: 内服困難な乳幼児とその家族に対する看護介入の効果—外来における質の高い看護を目指して—. 第35回小児看護, 6-8, 2005.
- 3) 加藤友美, 桂由起子, 櫻井伸恵: 入院中小児の内服に関する保護者の工夫と実態. 第38回小児看護, 38-40, 2007.
- 4) 前掲 1)
- 5) 前掲 2)
- 6) 前掲 3)
- 7) 田辺久美子, 奥田昌子, 杉谷美奈子, 谷口良子: 乳幼児における内服状況の調査及び内服指導の効

果—内服薬データベースを用いて—, 第 37 回小児看護, 257-259, 2006.

8) 石川洋子: 小さな成功体験を大切にす親. 56, 児童心理 No922, 2010.

参考文献

・ 篠田愛子: 薬を嫌がる幼児前期の子どもに対する看護介入—子どもとその家族と一緒に、内服方法を検討してみても—, 第 41 回小児看護, 80-83, 2010.

- ・ 加藤清美, 永澤嘉代子: 与薬, 小児看護, 27(5), 578-582, 2004.
- ・ 梅田英子, 錦戸咲子, 山本佳奈代, 他: 子どもの苦痛を和らげる内服援助—ゼリー製剤への剤型工夫を試みて—, 小児看護, 27(2), 225-228, 2004. .
- ・ 桑田弘美: 看護系標準教科書 小児看護学第 1 版第 4 刷 (市江和子編) 12.9 心身障害をもつ子どもと家族, 249-257, オーム社, 2011.

表1. 看護の経過

入院日数	児の服薬状況	母親の思い・行動	看護支援	アセスメント
7 日目	多量のお茶・牛乳に薬を混ぜて内服した(児が気づかないように混ぜて)。	児が薬を認識すると拒否するため、児が気づかないように飲ませた。	少量の水やお茶に溶かして飲むように指導した。	多量の水分に溶かすと、すべてを飲みきれない可能性が高いと判断した。
12 日目～	ST 合剤の内服拒否が強い。	食べ物に混ぜたり、ご飯にかけてたりして内服させた。内服の重要性は理解した。「どうにかして飲ませないといけない」	ST 合剤顆粒→粉碎→錠剤→粉碎へ変更した。母と一緒に説得した。正しい服薬方法を指導した。	母の内服に対する工夫はみられたが、適宜服薬指導を行い、正しい方法で内服してもらうよう関わった。
26 日目	「お薬飲めたね表」にシールを貼ることを楽しんでた。	「お薬飲めたね表」にシールを貼り、児を褒めることができていた。	「お薬飲めたね表」の作成をし、内服できたら褒めた。	「お薬飲めたね表」を使うことで児も楽しみ、母も褒めることができ、内服を促すことに役立っていた。
42 日目	カプセル製剤のものを粉碎で処方されていたが、カプセルのまま内服を試すと内服できた。	カプセルが内服できたことから、錠剤も内服できると考え、すべての薬を錠剤に変更してほしいと希望した。	薬剤師に依頼し、錠剤にできるものは錠剤に変更した。錠剤にできない薬にはオブラートでの内服をすすめた。	粉薬より固形の薬の方が飲みやすいと判断した。
61 日目～	抗がん剤の内服が開始された。PSL の内服を強く拒否した。	「また、飲めなくなってきた」	主治医・保育士とともに時間をかけて説得した。根気強く説得し、内服の大切さを伝えた。	治療薬の副作用により、気分のムラが出現した。再び内服困難がみられるようになってきた。
63 日目～	PSL は錠剤でも苦くて飲めなかったが、カプセル化で内服できた。	PSL のカプセル化により内服できるようになった。「医療者の協力に感謝している」	PSL のカプセル化を主治医・薬剤師に提案した。ST 合剤もカプセルに変更した。	カプセル化によって PSL・ST 合剤が内服でき、他の薬もスムーズに飲めるようになった。

—研究ノート—

ドレイファスの技能獲得段階

服部俊子

滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センター

要旨

ドレイファスは、人間の知能を人工知能によって再現できるとするコンピューター科学者の主張を、徹底的に批判する哲学者である。彼は自身のハイデガー解釈から、人工知能では再現できない人間存在の仕方を示そうとする。その存在の仕方を初心者からエキスパートまでの段階で示したのが技能獲得段階であり、専門職従事者の職場教育で用いられることが多いモデルである。本稿の主題はこのモデルの特徴を明らかにすることである。それは、ドレイファスが、ハイデガーが重視した人間存在の時間性/歴史性に焦点をあてないハイデガー解釈をしたことにより、エキスパートへと変化する人間存在の仕方が描きにくいモデルであることを指摘することである。

キーワード：ドレイファス, 技能習得獲得段階, ハイデガー, 配視的対処, 熟慮的対処

はじめに

専門職従事者はそれぞれに求められている専門的スキルをどうすれば獲得できるのだろうか。専門的知識を覚えればスキルが獲得できる、ということであればいいのだが、そうではない以上、これはおそらく専門職従事者にとっての共通のテーマだろう。臨床教育や大学教育に携わる私にとって、担当する科目や研修で対象者が専門的スキルをどうすれば(どのような教育的アプローチをすれば)獲得できるのか、対象者が専門的スキルを獲得できるような教育的アプローチができるスキルを自身はどうすれば獲得できるのか、これらは重大なテーマである。

この問いに答える試みの一つに、ドレイファスが示した技能獲得段階がある。ドレイファスは、人間の知能を「人工知能」によって再現できるとするコンピューター科学者の主張を、西洋哲学の表象主義¹⁾の現れとしてとらえ、ハイデガー哲学を反表象主義的着想として解釈する哲学者である。彼は「ハイデガーの新しいアプローチの根底にあるのは、日常的事象に対処していく『心抜き』技能現象学」

(Dreyfus 2000,3)であり、人工知能では再現できない人間存在の仕方を示したものとする。「ハイデガーの反論は、自足した個別的主観がその心的内容に

よって世界へと向けられているというような志向性よりも、もっと基礎的な志向性の形式が存在」(3)するのであり、その形式の存在は「われわれが知識化できるようなものではなく一すなわち世界に対応する心中の表象ではなく一、われわれが端的にそれであるものとしてこうした存在了解の本性を問うこと」(3)で明らかになるとして、ドレイファスは独自のハイデガー解釈から技能獲得段階を示した。

本稿は、ドレイファスの技能獲得段階の特徴を明らかにするために、技能獲得段階を特にエキスパート—人工知能では再現できない知能をもつ存在の仕方に焦点をあて、ハイデガーが示した基礎的な形式の存在の仕方に関連させて紹介する。そして、ハイデガーの時間性/歴史性に焦点をあてないドレイファスの解釈が、エキスパートを生得的な存在の仕方のようにとらえてはいないか、またそれにより、技能獲得段階がエキスパートへと変化する人間存在のプロセスをとらえられないと思える点を指摘する。

技能獲得段階²⁾

第一段階<初心者>—技能獲得のための教育は、初心者が獲得すべきスキルなしでも認識できるように、コンテキストを欠いた特性へと作業環境を分解

してやることから始まる(19)。自動車の運転を習う生徒は「スピードメーターが時速10マイルを指したときにはギアチェンジせよ」というルールを教えられる。自分の文化のなかで倫理的に行為する仕方を学びつつある子どもは、「決して嘘をつくな」というルールを教えられる(19)。

第二段階<中級者>—初心者、現実の状況に対処する経験を積むにつれて、状況についてのさらに意味のある側面を表わす、明瞭な例に気づくようになる、あるいは教師がそのことを教える。例を十分な数だけ経験すると、生徒はそうした例を認識するようにできるのである。このような、状況についての新しい意味のある側面を処理していくための、指令となる原則が存在しうることになる。その原則は、「エンジン音が空回りしているような音を出しているときにはハイギアにし、エンジンが苦しそうな音をだしているときには、ローギアにせよ」「他人の気を悪くさせないということが問題であるとき以外は、決して嘘をつくな」などである(19-20)。

第三段階<上級者>—認識すべき関連する可能的要因がどんどん数を増やしていつて手に負えなくなってくる。この時点では、どんな個別状況をとったときでもないが重要なかを教えてくれる理解力がはたらかないので、技能の遂行は、神経をいららさせるものになり、消耗させるものになる。技能を学ぶ者は、その技能に熟達することなどそもそもできるのだろうか、と当然の疑問を抱くことになる。・・・状況のどの要素が重要だと見なされねばならないか、またどの要素を無視してよいのかを決定するような計画を考案すること、あるいはそうした決定をなす視点を選択することを学んでいく。・・・高速道路の出口のカーブを降りようとする上級のドライバーは、ギアを変えるかどうかよりは自動車のスピードに対して、注意を払うことを学んでいる。このドライバーは、スピードや路面の状態、路面の傾斜角度などを考慮に入れてしまった後で、自動車が早く走りすぎているかどうかについて意思決定する。さらに彼は、アクセルをゆるめるべきか、アクセルから足をまったく離してしまうべきか、ブレーキを踏むべきか、そしてこれらの行為のうちの一つ

を正確にはいつ行うべきか、について意思決定しなければならない。・・・真実を語るべき状況がある一方で、嘘の必要な状況もあるということ、若者は学んでいく。これは気をくじく教訓ではあるが、若者は、目下の状況が信頼を築くべき状況なのか、相手をサポートすべき状況なのか、他人をその当人の利益のために操作すべき状況なのか、残忍な敵対者を害すべき状況なのか、等々を決定することを学ぶ。・・・現実には、名前をつけられたり正確に定義されるより、もっと多くの状況があるのだから、状況のタイプの一覧表を学習者に用意してくれる人などありえないし、それぞれの状況で何をすべきかを意思決定するのに使える計画や視点が、どんなものであるべきかを教えてくれる人もありえない。したがって上級者は、自ら何らかの視点を選択しなければならず、その際、その視点が最終的に適切かどうかには確信が持てないでいる(20-22)。

第四段階<エキスパート>—同一の視点から見る場合でもそれぞれ異なった戦略的な意思決定を要求している、さまざまな状況に対して十分な経験を積むと、上級者はしだいに、状況のクラスを下位クラスへと分解していくようである。この下位クラスのそれぞれが、同一の意思決定、一つの行為、あるいは一つの戦略を共有している。このような下位クラスへの分解によって、いちいちの状況への即座の応答が可能になる。スピードをどうするかが問題なとき、エキスパートのドライバーは、普通特に注意を払うことをせずに、自分の技能に身を任せているという感じを持つだけではない。彼は計算したりほかの選択肢との比較をすることをせずに、適切な行為をいかに遂行すべきかを知っている。高速道路の出口で、彼はただ、アクセルから足を離すかブレーキを踏むだけである。なされねばならないことは、端的になされるのだ。・・・たいていの子供たちは、倫理に関するエキスパートに育っていく。ルールや原則に訴えることをしないで、状況に応じて真実を言ったり自発的に嘘をついたりすることを、学んでいるのである(22-23)。

ドレイファスの描く技能獲得段階は、初心者が文脈に非依存的な知識を機械的に適用するのに対して、

エキスパートになれば変化する状況に対して直観で判断し、意思決定や問題解決などをせず、即応的な行動をする。ドレイファスは、このようなエキスパートの存在の仕方は人工知能では再現できないと主張し、また、人工知能が再現できるのは第三段階までで、表象主義的な教育で養成できる技能も第三段階までであるとした (Dreyfus 2002, 51-52)。エキスパートが獲得する技能的な知は表象主義的な教育では獲得できない人間独自の知であり、反表象主義的な観点からの分析が必要なものである。ドレイファスは、表象主義が密かに前提としながら注目することがなかった「われわれが社会化されてそのなかへと巻き込まれていながらしかもわれわれの心中でそれが表象されることがないような、日常的ふるまいという背景」(Dreyfus 2000, 3)に重要性を認め、われわれ人間がたいいてい、その日常生活において理解してしまっている存在についての理解—日常的な存在理解—を分析したハイデガー哲学を反表象主義的着想として解釈し、技能獲得段階に関連させていく。ここでまず、ハイデガーの「日常的なふるまい」の分析を簡単に見ておこう。

日常的なふるまい

朝、起床してドアを開け寝室を出て、洗面所に向かい水を出して顔を洗う。われわれの日常的なふるまいは、たくさんの道具を使いながら行動しているものである。しかし、いつでもわれわれは明示的な命題を心に浮かべながら「部屋を出る為にドアを開ける」「顔を洗うために水の栓を開ける」などの、目的や計画に導かれて行動しているわけではない。われわれがスムーズに行動するのはわれわれが、「～のため for the sake of [which]」に存在している道具連関(ネットワーク)³⁾をこちらが見抜く「配視」に導かれ道具との距離を測りながら行動するという、すでに「道具の織りなす配置に対応する仕方で技能化されている」(門脇 2010, 119)からである。こうした配視を可能にしているのが、われわれの存在の仕方である。「～のために」存在する道具連関の中で道具や道具を使う者の位置を見抜き、そこでの行動やその行動をする者が状況の中で透明性であるには

配視に導かれなければならない。

一方、道具に目を向けると、道具はそもそも目立たないときに本領を発揮する存在の仕方であり、また、ほかの道具やそれが使われる目的などを背景としてのみ意味をもつ「全体論的な性格」をもつ。これをハイデガーは「道具的存在性」(Heidegger 1980, 158)と名付け、理論的ふるまいの対象となるような事物の存在性格を「事物的存在性」(159)として、事物的存在性を道具的存在性の欠如的派生態ととらえた。ドレイファスは、道具的存在性では道具も道具を使用する者も透明な存在であるが、道具の「機能の不調」や「一時的故障」「全体的故障」となると、われわれに理論的なふるまいを要求する存在者になると言う。機能の不調では、透明な存在だったものが目立ってくるものの、素早い配視的対処は可能であるが、不調が長引き一時的故障や全体的故障になれば、状況を把握すべく「熟慮」の状況が生じることになる。ドレイファスはこの熟慮を、道具が事物的存在性となるレベルで事物を把握する理論的な(認識作用に基づく)ふるまいととらえる。

なぜ、道具の故障が起きたのか、どうすれば故障に対応できるか、道具そのものを文脈から引き離し、道具の原理や機能などを分析し、道具の故障に対処するのが熟慮的対処であり、一方、習慣的行為のように、道具連関の中の存在のそれぞれの配置に対応する仕方で対処するのが配視的対処である。熟慮的対処は認識作用に基づくので意識化されやすいが⁴⁾、配視的対処は、道具連関の中に配置されている道具もそれを用いることも用いる者もすべて透明なので、意図や行動を明確にすることが困難である。

ハイデガーが、これまでの表象主義的な哲学が道具的存在を副次的なものとして扱っていた存在のカテゴリーの「中心と周縁の転換」(門脇 2010, 59)を行なったとされる。そのハイデガー哲学を、ドレイファスは反表象主義的着想として独自の解釈を展開し、技能習得段階に関連させていく。

ハイデガー解釈による技能獲得段階の問題

新しい職場の空間にはじめて足を踏み入れると、「～のために」存在しているかもわからない道具が

事物的存在性として存在していることに気付く。だからこそ、このような存在の仕方である初心者への教育は、道具に対処する理論的ふるまいの学習から入らなければならない。ドレイファスによれば、初心者に行う職場教育を「コンテクストを欠いた特性へと作業環境を分解してやること」から始めるのは、日常的ふるまいに必要な技能的な知をつけるために、道具連関を分解させ、非文脈的なものとしての道具の一つ一つの原則や使用ルールの説明が必要だからである。初心者、上級者、中級者は、状況に対して、原則やルールを適応させる方法で対処するのであり、「いかになすかを知ること knowing-how」を「事を知ること knowing-that」で対処する技能的な知を獲得するが、エキスパートになれば「いかになすかを知ること」に即応できる技能的な知が獲得される。その知は、原則やルールを適応させるのではなく、膨大な原則やルールを下位クラスにした直観的に適切な、専門的で技能的ふるまいとしての配視的対処を可能にする。ドレイファスは、エキスパート特有の存在の仕方を、『いかになすかを知ること』はすべて実際には『事を知ること』なのであって、ユルゲン・ハーバマスによれば・・・『目標に向けられた行為においては、・・・ある暗黙裡の知が表現されている。このいかになすかを知ること、原理的に事を知ることへと変形しうる』のである」(Dreyfus 2000, 97)と言った「技能が知識から再構成される」(97)とする表象主義的な哲学を徹底的に批判し、そのような技能ではない「配視的対処においてあらわれる技能」(98)を獲得したものととしてとらえるのである。

それではいったい、エキスパートの配視的対処は、どうすれば可能になるのだろうか。または、そもそも、道具連関が形成される空間のそのときの状況と、状況内にあるわれわれとのカップリングにおいて生じる熟慮的対処を超えたものとしての配視的対処は、どのような構造をした行為なのだろうか。

ドレイファスは、エキスパートのバスケットボール選手が、試合の最中にボールをパスするという目的にかなった複雑な行為の経験を記述すると「コートで私がしている多くのことは、ただただ状況に対

する反応であるにすぎない。・・・私は、ボールをパスしても、ちょっと時間がたたないと、ボールをパスしたことに気づかないことがたびたびある」となるという例示をし、エキスパートの対処を熟慮的対処ではない配視的対処とする(105)。「人間は多岐にわたる状況において、行為の狙っている達成内容を特定する表象状態をつねに伴わなくとも、目的にかなった一定の組織化された仕方にかかわっている」(105)ので行為も行為もすべて透明性であると主張し、「いかになすかを知ること」による配視的対処も、エキスパートの段階の技能的な知により可能になる非熟慮的な対処と見なすのである。

しかし、どうすればそのような知が獲得できるのか、そのエキスパートの配視的対処はどのような構造の行為なのかについて、ドレイファスは明示しているとはいえない。なぜなら、ドレイファスのハイデガー解釈が「理論的なふるまいの解釈、また道具的存在性と事物的存在性の優位性の解釈などの部分は、ドレイファスがかなり事物を対象化する作用である表象主義を批判する立場を強調するあまりか、議論がなりたっていない」(門脇 2000, 354)のであり、また、ハイデガーが重点をおいて考察した時間性/歴史性をあえて重視しない「ハイデガーの指示からすれば大きな逸脱」(門脇 2000, 356)をしたものだからである。人間独自の技能的な知によるエキスパートの対処はどのような構造のものか、その熟慮的対処を超えた配視的対処はどうすれば可能になるのかの明示が困難なのは「解釈上の問題点が、行為論として見たときの(「透明性テーゼ」)の問題点になる」(石原 2010, 26)からであろう。ハイデガーの時間性/歴史性を重視しない解釈は表象主義批判の戦略的なものだろうが、技能獲得段階における人間存在を、存在の仕方が変化する可能性を閉じた固定的な存在の仕方にとらえたように見える。それゆえ、ドレイファスの技能獲得段階は、エキスパートの存在の仕方を生得的なものとし、エキスパートになるために意図的に努力して存在の仕方を変えようとすることや、存在の仕方が変化していけるような教育的アプローチを考えることなどの意図的行為を想定しにくい、技能獲得プロセスを描きにくいも

のになってしまったのではないか。

しかし、ドレイファスは、あくまでもハイデガーが、熟慮的対処や配視的対処という日常的な活動を道具や他者、自己の関係を主題的に意識することがない非熟慮的対処と見なしていると主張し、自身の解釈がハイデガー哲学の正当な解釈だと主張する(63-65)。専門職従事者が専門的技能的な知を獲得しようと努力するのは、より上の段階の存在の仕方に变化する可能性があるからこそだが、この解釈からは、エキスパートの存在の仕方を目指して变化する人間像が見えてこない。人間存在の仕方が变化する契機が、技能獲得段階をプロセスとしてとらえる可能性を開くだろう。

エキスパートへの道

ハイデガーによれば、存在の仕方を变化する契機は、「先駆的決意性」によりわれわれが「世人」という日常的なわれわれの存在の仕方を脱すること、つまり、時間性／歴史性をもつ固有の自己になることである⁵⁾。また、日常的なわれわれのふるまいは、原則やルールを適用させる公共的規範を用いた方法の対処であるが、いまだ「行為」ではない。われわれは、先駆的決意性により世」という日常的な存在の仕方を脱し、時間性／歴史性をもつ固有の自己になることで、行為の遂行が可能になる。いいかえれば先駆的決意性により「投企」する存在の仕方に变化するのである。日常的なふるまいでは対処できなくなるという不安(最も不安を呼び起こすのが、誰にも訪れる代替不可能な死である)が、死への先駆という契機を呼び起こす。われわれは先駆的決意性により「被投性」の無力さに向き合い、そして今までは違う存在の仕方をめがけて投企する行為を遂行するようになる。つまり、先駆的決意性によりわれわれは、日常的なふるまいとしての、手頃な規則と公共的規範を満たしているかどうかだけを知っているものとは異なるあらたな方法を、到来する可能性にめがけ創造するような行為の遂行が可能になるのである。行為の帰結に伴う責任に応答し、複雑な状況でも瞬時に創造的な方法で行う対処が、固有の自己として遂行できる行為なのである。われわれはこ

のような、つねに未来の可能性にめがけて行為を遂行する人を、エキスパートと見ているのではないだろうか。

しかし、ドレイファスのハイデガー解釈では、われわれは日常的なあり方の世」にとどまるものとして描かれるので、ハイデガーがとらえる世人としての対応の仕方である手頃な規則と公共的規範を満たしているかどうかだけを知っている活動がすべての対処方法となる。それでは、専門職従事者が社会における役割や価値を無批判で受け入れ踏襲するような行為をする存在の仕方もエキスパートと見なされてしまうのではないか。これを看護領域にスライドさせて考察する。

日常的な存在の仕方の看護師は、「看護師であること」という生き方が認められている社会で看護師にしかるべき行動様式を背負わされており、その行動様式に基づいた行動の一致を通じて人々に共有される。そこにおいては、看護における規範や規則に則った行動を看護師がとることが「看護師であること」とされ、行動様式に基づかないのは看護師としての存在の仕方を逸脱すると見なされよう。もし、この日常的な存在の仕方であるままなら、あらたな行動様式を生み出そうとする、あるいは、あらたな存在の仕方の看護師を目指し技能的な知を獲得しようとするような、投企する人間存在の仕方は見えてこない。ドレイファスのハイデガー解釈に依拠してエキスパートの看護師をとらえるなら、今後のあらたな看護の(あり方の)可能性にむかって投企するような存在ではなく、日常的なふるまいとしての配視的対処をする存在の仕方である。われわれが思うエキスパートの看護師はそのような存在の仕方ではなく、複雑な状況の中で何をすべきか、あらたな方法を創造しながら状況に即応的な行動をする者ではないだろうか。ドレイファスのハイデガー解釈ではエキスパートが生得的な存在の仕方と見なされ、専門的な技能を獲得しようと努力する看護師像は描きにくい。しかし、ハイデガーの時間性／歴史性を考慮することで、エキスパートへの道は、先駆的決意性により投企する存在の仕方に变化する看護師に開かれることになるだろう⁶⁾。

おわりに

ドレイファスの技能獲得段階は、エキスパートを生得的な存在の仕方のようにとらえ、またそれにより、技能獲得段階がエキスパートへと変化する人間存在のプロセスをとらえられず、固定的な人間存在を描いているように見えることを指摘した。そして、ハイデガーの先駆的決意性が、技能獲得段階を技能獲得のプロセスとしてとらえうることを示唆した。今後は、未来の可能性に投企する者の熟慮的対処を超えた配視的対処はどのような構造をした「行為」なのか、それを獲得するにはどのようなアプローチが可能かを検討しなければならない。

注

- 1) 表象を心（あるいは意識）に現前するものとしてとらえ、世界のいっさいを心に取り込んで考えようとするのが表象主義である。表象主義によれば、われわれは外界からの刺激を受け入れ、それに基づいて外界のあり方についての表象を形成し、さらにその表象にもとづいてなすべき行動の表象を形成し、それに従って行動するという図式となる。行動の変容を意図したアプローチを教育とするなら、この図式にのっとった表象主義的な教育は、言語化して説明可能な知識（形式知）や情報を多く提供することになる。なぜなら、行動の変容は、心が受け取った形式知や情報を処理し、行動の表象を形成し、行動を遂行させるので、受け取る形式知や情報の相対量を増やすことでとりうる行動の種類が増える、すなわち行動の変容がおきる可能性が高くなる、という考え方になるからである。反表象主義は、表象主義が世界のいっさいを心や意識で操作対象とみなす点を批判し、心は刺激と行動を通じてだけ外界と交渉するのではなく、外界との絶えざる相互作用のプロセスにあるものととらえる。反表象主義の立場における教育は、身体や感情がかかわるようなケースメソッドやシミュレーション、実習制度を重視する（Dreyfus 2002,57-58）。
- 2) 今回は Dreyfus 2000 から引用したが、1987、2002 の著作でも、それぞれ5段階、7段階の

のを示している。

- 3) 道具が個々に存在しているととらえるのではなく、それぞれの道具は「～のために」という連関によって存在しており、その道具の連関で空間が形成される。医療領域でいうと、医療機器や物品という道具が独立して存在しているのではなく、医療道具は連関の中に存在し、その連関のネットワークによって形成されるのが医療空間である。その道具のネットワークや空間も含む背景をとらえるのが配視である。
- 4) しかし、ドレイファスは熟慮的対処であっても、その空間のなかの道具や他者が非主題的で、かつ自己も非主題的ななかで行われるので、その行動も非熟慮的な対処の一部であるとする。この解釈は、「人間の概念的な認知能力を無視して、原始的で反射的な能力だけを前景に押し出しているかのような疑念を生じさかねない」ものであり、「表象としての行為の知を遮断し、しかもそれ以上行為の知を問わないとすれば、バスケットボールのプレーヤーの目的的行為は、アフリカの大地で獲物を追ってゆく動物たちの目的的行為とさして違わないことになる」（門脇 2010,36）と批判されている。
- 5) ハイデガーによれば、われわれは死に向かう存在であり、死を先取りしたものとして人生をとらえる決意「先駆的決意性」によってわれわれは日常の存在の仕方から脱し、（本来的な）自己を取り戻す。この自己が変わる契機こそが、死の不安を避けるのではなく死を先取りした決意の先駆的決意性であり、それによって人は、日常的な直線的な時間の流れ（過去→現在→未来と一本線上にあるような水平的な流れ）とは異なる時間性としての固有の自己となる。それは、先駆的決意性によって、すでにあった自分のあり方の既在（過去）を、将来の可能性としてある自分のあり方の到来（未来）にめがけて、たち現れる瞬間（今）の存在として、日常の自己から固有の自己となる。過去、未来という実体的な時間があるわけではなく、自分が何であったか（過去）、自分が何であるか（未来）を今（現在）、了解することでしかない。

固有の自己は、自分が何であったかを了解しつつ、新たな可能性をめがけていまの瞬間を生成し、また、状況に投げ出されたという「被投性」を受け、先駆的決意性によって未来の存在の仕方の可能性に向かうこと（「投企」）をする。

そもそもわれわれには、死への不安というのがもっとも根源的な気分の様態としてあり、その不安はいつも、われわれがすでに状況に投げ出されて存在しているという被投性を示すものとしてわれわれを脅かすが、われわれはその不安を紛らわすために、遊びや仕事など目の前の営為に没頭している。この存在の仕方が日常的なわれわれの「世人」である。なお、ハイデガーは世人としてのあり方を否定するものでもなく、むしろ、それがごくわれわれの日常的平均性であることを肯定しており、世人が非本来的なあり方だとして本来的な自己になることを推奨するわけではない。

- 6) ハイデガー哲学が、ハイデガー自身にナチズムへの協力を阻む力をもたなかった理由に、投企する自由のみを有する固有の自己が描かれたことがよく指摘されるが、彼の哲学の独我論的な点は特に留意すべきことである。

引用文献

- Heidegger, R. 1980: 『存在と時間』原佐編、中央公論社（原著 1927）
- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. 1987: 『純粹人工知能批判：コンピュータは思考を獲得できるか』アスキー（原著 1986）
- Dreyfus, H., 1992: 『コンピュータには何ができないか—哲学的人工知能批判』産業図書（原著 1992）
- 2000: 『世界内存在—『存在と時間』における日常性の解釈学』門脇俊介監訳、榊原哲也／貫茂人／森一郎／轟孝夫訳、産業図書（原著 1990）
- 2002: 『インターネットについて』石原孝二訳、産業図書（原著 2001）
- 石原孝二 2010: 「認知科学における状況論的アプローチとハイデガー：ドレイファスのハイデガー解釈の射程」哲学年報 (49), 17-30
- 門脇俊介 2000: 「アメリカのハイデガー／ドレイファスのハイデガー論」『世界内存在—『存在と時間』における日常性の解釈学』門脇俊介監訳、榊原哲也／貫茂人／森一郎／轟孝夫訳、産業図書
- 2010: 『破壊と構築—ハイデガー哲学の二つの位相』、東京大学出版会

—調査報告—

介護老人福祉施設における看護職のターミナルケアの取り組み

青田正子¹ 太田節子²

¹明治国際医療大学看護学部

²滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

本研究は、介護老人福祉施設の要介護高齢者に対する看護職のターミナルケアの取り組みを明らかにすることを目的とし、看護職7名に面接を行いKJ法の手法を使用した質的研究を行った。逐語録から作成したラベルは102枚で、ラベルの志の近さでグループ編成を実施し、59枚のラベルから表札づくりを開始した。その結果、最終表札であるシンボルマークが7つ明らかにされた。ターミナルケアの取り組みの7つのシンボルマークから看護職は、【慮（おもんばか）り苦痛を緩和する】ケアを行い、【高齢者をトータルに捉えるケア】や【家族の様なケア】を考へて看取りをするが、施設ケアの限界に【ターミナルの段階を理解できず悩む】気持ちを抱きながら、【最後までその人らしさを大切にするケア】を実践している。その背景には、【社会が看取る時代の流れ】と【介護職の専門性を尊重する】連携が必要となることが示唆された。

キーワード：介護老人福祉施設、看護職、ターミナルケア

I. はじめに

2009年の調査では、日本の高齢化率は22.7%（国民衛生の動向，2010）であり超高齢社会を迎えている。それは、75歳以上の後期高齢者の増加や重度な要介護度の高齢者が増加し、その死亡が増える社会であり、今後の高齢者ケアの重度化は高齢者政策の中心的な課題になるとされている（堀田，2003）。2006年の介護報酬改訂では、介護老人福祉施設における入所者の重度化等への対応を考慮し「重度化対応加算」が設けられ、更に一定の要件を満たした場合に対する「看取り介護加算」も新設された。しかし、ケアの重度化や看取りに対する加算体制の整備は始まったばかりであり、介護施設にとって看取りは新しいケアの試みでもある。介護老人福祉施設では、常時介護が必要で、在宅で介護が受けられない事情を持つ高齢者が終の棲家として長期的にケアを受けながら、人生の終焉を迎えている。そこで、高齢者生活と介護老人福祉施設のケアの質の向上を検討するため、介護老人福祉施設における看護職の取り組みを明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的

看護職の介護老人福祉施設のターミナルケアの取り組みを明らかにし、介護老人福祉施設のターミナルケアを構築する基礎資料を得ることである。

III. 研究方法

1. 用語の操作的定義

ターミナルケア：「死期が近づいたことを予見した上で、死を安らかに迎える準備を意識した、心身両面にわたるケア」（2000，広井）とし、本研究ではターミナルケアと看取りは同意語とする。

看護職：本研究では、看護基礎教育課程を修了し、看護師免許又は准看護師免許を有し、介護老人福祉施設においてターミナルケアの経験を持つ者とする。

2. 研究対象

施設と利用者を取りまく社会的環境の理解が得られ易いことから、京都府下A地区にある介護老人福祉施設をインターネットのWAM-NET (<http://www.wam.go.jp/kaigo/>)で検索した。そのうち研究協力が得られた施設で、施設長より推薦を受け、3年以上の施設ケアの勤務経験を有し、

表2 ターミナルケアの取り組みの分析

	シンボルマーク	第2段階 表札	第1段階 表札	ラベル
1	慮（おもんばか）り苦痛を緩和する		あきらめないで苦痛を取り除くケアを目指している	<ul style="list-style-type: none"> ・少しでも前向きにターミナル期方が生きてゆける様に寄り添うケアをしたい ・清潔・痛み・苦痛への援助がターミナルケアの特徴である ・アロマセラピーなどの療法が苦痛や病みに効果がある
			一匹狼→	・慮る推察するようなケアがターミナルケアである
			一匹狼→	・ターミナルの方の苦痛を緩和する環境を整えることが大切なケアである
2	高齢者をトータルに捉えるケア	ターミナルケアは日常の延長上にあり高齢者をトータルに統合体として捉えたい	ターミナルケアをめぐるトータルな学びを充実させたい	<ul style="list-style-type: none"> ・ほかの施設ではどのようなターミナルケアの取り組みをしているのか看護の考えを聞きたい ・自分がどのような環境で最期を迎えたいのか？となげかける教育が必要 ・家族への心理的な支援のケアについて講習会を開いてほしい ・死生観をケア実践者が持てる様に研修することが必要 等

			生活史も含め統合体として高齢者を捉えたい	<ul style="list-style-type: none"> ・医学的に老化を成熟の時期と捉えて1人の統合体として高齢者のターミナルケアにしたい ・その方の生活史を知っていないと具体的なケアはできない
			高齢者の日常の延長上にターミナルステージがあり特別なものではない	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアは高齢者の反応を判断する難しいが特別なものではない ・ターミナルケアは日常の生活の延長上にあります
3	家族の様なケア	ターミナル期にある家族を支えたり家族に代わるケアを行う	看取りの時後も家族と共にケアをしたい	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りのケアは亡くなる時だけではなくその後の死後の処置も家族と共に行きたい ・家族に見守られてご本人の意見も尊重され死を迎えていただきたい ・認知症や身寄りのない方のターミナルケアでは私達が家族の様な代弁者になる
			ターミナルケアの家族のその時々が変わる思いや家族と疎遠の方へのケアが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアの方針を決めても家族の思いはその時々が変わるので柔軟に受け取りたい ・ここで最期をと希望されても家族の思いが変わったりやっぱり病院に行きたいと云われる
			一匹狼→	・家族のおられない方は遠い親戚の方が最後の意思決

				定をされるので難しいと思う 等				み・苦しみを忘れていてくれるのです	
4	ターミナルの段階を理解できず悩む	ターミナルの段階を理解出来ず医療とのはざままで介護職看護職は悩む	「食べられない」ターミナルの状況を理解出来ず介護職も看護職も点滴を希望する	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職は「食べられなくて」やせていくのがつらいので点滴を希望する人がいる ・病院に長く勤めていた看護職はすぐに点滴をしたがる ・「食べられない」ターミナルの状況を介護職は最初は理解してくれない ・点滴をすればなんとかかなる！点滴信仰の様なものを抱く介護職がいる等 			最後のステージに自覚的に向き合うケアが大切です	<ul style="list-style-type: none"> ・最後のステージをどのように支えるかがターミナルケアでは大切です ・スタッフが死と向き合うことがターミナルケアには大切である 	
			ターミナルの段階での入院の判断に悩む	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルの病状の段階で病院にやはり行ってもらべきなのか？判断に迷う ・入院されたら楽になるのか？判断に迷う 	6	社会が看取る時代の流れ	一匹狼→	<ul style="list-style-type: none"> ・家ではなく病院ではなく施設で看取りを重視する時代の流れに高齢者の現在の状況を思う 	
					7	介護職の専門性を尊重する	ターミナルケアにおいて看護職と介護職は互いにその専門性を評価し合い尊敬することが望ましい	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職が高齢者に対して親密で質の高い関係のケアをしていることを評価したい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアでは看護の出番がない位慣れた介護職がしっかりケアしている ・介護職は泣きながら死後のケアをしている。悲しみを素直に出せてうらやましい ・ターミナルケアでは看護の出番がない位慣れた介護職がしっかりケアしている ・介護職の仕事を評価することはターミナルケアでは特に大切である
5	最後までその人らしさを大切にケア	ターミナルケアの対象者の状況は多様であるが死期が近づくことに自覚的に向き合うケアが大切	一匹狼→	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアの対象者は高齢で病弱・癌・老衰の方である 					
			死期が近づくと死臭や体が小さくなるなどの変化が起こる	<ul style="list-style-type: none"> ・死期が近づくと死臭がします。だから清潔は大切なケアです 					
			認知症の方は状況を把握しておられないことが神様からの贈物の様に見える	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症は神様からの贈物と思っている。彼等は自分の状況を忘れているから ・認知症の方が「がん」の場合でも痛 					
							介護職にも看護職にもターミナルケアの特徴を理解したバランスのあるケアが求められる	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職には施設は病院と違うことを知ってほしい ・高齢者のターミナルケアについて看護師でも理解していない人がいる ・ターミナルケアだから「～してあ 	

			<p>げたい」と云う様ななかたよりのあるケアは良くない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者のターミナルケアについて看護師でも理解していない人がいる 						たい 等
		介護職・看護職はお互いに忙しいが経験によるケアのこだわりを無くし介護の専門性を確立させてほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・現在は忙しくて介護士と看護師の間でターミナルケアの討論をする時間はない ・長い間施設ケアに携わる良い意味でも悪い意味でも「こだわり」がケア提供者にある ・介護職の人にもターミナルケアでの自分の専門性をしっかり確立してほしいと思う ・現在は忙しくて介護士と看護師の間でターミナルケアの討論をする時間はない 等 			看護職は医療的な根拠と客観性で介護職のターミナルケアをサポートするべきである			<ul style="list-style-type: none"> ・若いスタッフ（介護職）が落ち着いてケアできるように看護職はしたい ・介護職がターミナルケアを実践できるようにサポートするのが看護の仕事と思う ・根拠が地に足がついた様なケアのあり方が看護のターミナルケアある ・根拠が地に足がついた様なケアのあり方が看護のターミナルケアある ・病院でのターミナルケアではなく介護職のケアを支えることが施設の看護の役割と思う等
		介護と看護それぞれの視野と専門性を尊敬し合い連携する	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアはお互い（介護職）と太いパイプを作るように連携しよう ・介護を中心とし看護も入ってターミナルケアの振り返りをし総合的に色々な視野をもちたい ・看護は、ターミナルケアでの自分の領域と立場を知って他職と連携する ・介護も看護もそれぞれの専門性に立って尊敬し合い認め合って連携し 						

- 1) 【慮（おもんばか）り苦痛を緩和する】
このシンボルマークには、「慮（おもんばか）り推察するようなケアがターミナルケアである」等のラベルが認められた。
- 2) 【高齢者をトータルに捉えるケア】
このシンボルマークには、「生活史も含め統合体として高齢者をとらえたい」や「ターミナルケアをめぐるトータルな学びを充実させたい」等のラベルが認められた。
- 3) 【家族の様なケア】
このシンボルマークには、「家族と共に看取りをしたい」等のラベルが認められた。
- 4) 【ターミナルの段階を理解できず悩む】
このシンボルマークには、「食べられないターミナルの状況を理解出来ず介護職と看護職も点滴を希望する」等のラベルが認められた。
- 5) 【最後までその人らしさを大切にケア】
このシンボルマークには、「最期のステージに自覚的に

向き合うケアが大切です」等のラベルが認められた。

6) 【社会が看取る時代の流れ】

このシンボルマークには、「家ではなく病院ではなく施設で看取りを重視する時代の流れに高齢者の現在の状況を思う」のラベルが認められた。

7) 【介護職の専門性を尊重する】

このシンボルマークには、「介護職・看護職はお互いに忙しいが経験によるケアのこだわりを無くして介護の専門性を確立させて欲しい」等のラベルが認められた。

V. 考察

看護職の取り組みとその関連を考察する。

1. 【慮（おもんばか）り苦痛を緩和する】

介護老人福祉施設でターミナルケアを目指している看護職は「慮（おもんばか）り推察するようなケアがターミナルケア」と考え、高齢者に対して思い測り配慮しながら生活を整えて、出来るだけ苦痛を取り除くための援助を探り、慮（おもんばか）るケアを実践していると考えられる。死が近づいて生命力が衰退している、声にならない高齢者の声を聞き取り、それまでの高齢者の生活を背景に細やかな観察と繊細なケアを行っていると考えられる。ヴァージニアA. ヘンダーソンは、看護活動に「安楽な死」を位置づけており、このような援助について「患者の皮膚の内側に入り込む看護師は傾聴する耳を持っているに違いない。言葉によらないコミュニケーションを敏感に感じ、また患者の感じていることを色々な方法で表現するのを励ましているに違いない」と述べている

(Henderson, 1961/2009)。推察するような配慮に満ちたケアは、高齢者の皮膚に入り込むような一体感と言葉を越えたコミュニケーションを通じて行われ、看護職が死にゆく高齢者に対して【慮り苦痛を緩和する】ターミナルケアを実践するのは、ヘンダーソンの目指す「安楽な死」を意味し、看護の専門性とも考えられる。

2. 【高齢者をトータルに捉えるケア】

病院ではなく、生活の場であり生活の延長線上の介護老人福祉施設における看護職のターミナルケアに、看護職は、「生活史を含め統合体として高齢者をとらえたい」や「ターミナルケアをめぐってトータルな学を充実させたい」等から、生活施設である介護老人福祉施設で長い生活歴をもつ高齢者を、生活史やターミナル期である身体状況も含めてトータルに対象を捉えてケアを実践していると考えられる。これは、疑似家族的な役割を担う介護老人福祉施設での特徴的なケアであると考えられる。看護職が、高齢者を生活史や疾患を抱えた対象として捉えるのは、ナイチンゲールの三重の関心の枠組み（薄井, 1996）で示されているように、「対象に知的な関心を注ぐ」、「心のこもった人間的な関心を注ぐ」、「実践的、

技術的な関心を注ぐ」ことであり、身体、精神、社会、霊的な側面を含めて【高齢者をトータルに捉えるケア】を実践していると考えられる。

ターミナル期にある高齢者の持てる生命力を支え、生命力の消耗を最小限に体内の回復過程を助けて身体内部バランスを整え、生命過程も整えられて、より「安楽で健康的な死」（身体の各器官がバランスよく衰えてゆく、より自然に近い死への過程）を目指す実践（金井, 1993）に繋がっていると考えられる。

3. 【家族の様なケア】

看護職は、医師や看護職が24時間常駐し、高度で積極的な医療と看護が提供される病院ではなく、数人で施設ケアを行っている。介護老人福祉施設は、身寄りのない高齢者や複雑な介護上の事情を持つ高齢者が入居し、職員は家族の居ない高齢者には家族に代わる思いで、また家族が付き添う場合では家族をサポートしてターミナルケアの実践を目指していることが考えられた。ターミナル期の高齢者は個々に多様な症状を併発し、介護職員や家族は、その症状の反応の一つ一つに心を乱されると考えられる。

ヘンダーソンは「極度に他人に頼らなければならない状態、たとえば昏睡やひどく衰弱している状態にあるときのみ、看護師は何が患者にとって良いことかを患者と共にと言うよりは患者に代わって決定することが容認される」と述べている (Henderson, 1961/2009)。このようにターミナル期は身体状況が低下し意思表示ができない高齢者や、家族が傍らにいても高齢者本人にとってふさわしい意思決定ができない場合が介護老人福祉施設では想定できるが、看護職は介護職と共に家族を支え、身寄りのない高齢者には彼らの家族の代行者となり、看護の専門性として【家族の様なケア】を目指していると考えられる。

4. 【ターミナルの段階を理解できず悩む】

看護職は、「食べられないターミナルの状況を理解出来ず介護職と看護職も点滴を希望する」のラベルから、介護職と共に死を目前にして徐々に身体状況が低下してゆく高齢者を見守り援助していると考えられる。ターミナル期は、食事が食べられなくなり生体反応も生理的に乏しくなるプロセスを辿り、ADLの低下、低い栄養、嚥下困難、尿失禁、せん妄、うつ、出血傾向、意識障害などの高齢者特有の老年症候群を併発していることが多い。これは加齢変化と体動の減少に伴う廃用症候群が重なって生じるもので、多臓器が関与した症状・疾患であるとされている（鳥羽, 2003）。このようにターミナル期の高齢者は日々身体機能が低下してゆくと人工の栄養に頼らざるを得ず積極的な援助を見出せないことを示すものである

と考える。そして介護施設では、病院のように医師が常駐し、医療機器が有るわけではないので、死が近い高齢者を目の当たりにして看護職は、ターミナル期の高齢者の詳細な変化をとらえ難く【ターミナルの段階を理解できず悩む】思いを抱いていると考えられる。

5. 【最後までその人らしさを大切にすのケア】

看護職は、「最期のステージに自覚的に向き合うケアが大切です」のラベルから、生活の場である介護老人福祉施設での最期の看取りにおいて、看護職は死が近い高齢者に対して最低限の医療処置や対症看護で、高齢者のその人らしさを大切にすのターミナルケアを目指していると考えられる。これは、村井が「出来る医療はすべてやるのではなく、まず終末であるという認識を持ち医療以外にも有用な手段があることを考え有終のケアとして専門職はケアに当たる必要がある」(村井, 2002)と述べていることに重なることを考える。看護職は、特に人生の総決算でもあるターミナルケアにおいて、最後までその人らしく、その人らしい人生を全うできるように自覚的に死と向き合うケアを重視していると考えられる。

6. 【社会が看取る時代の流れ】

看護職は、「家ではなく病院ではなく施設で看取りを重視する時代の流れに高齢者の現在の状況を思う」のラベルから、自宅ではなく病院でもなく介護老人福祉施設でのターミナルケアを実践していると考えられる。2006年に看取り介護加算が創設され、高齢者の看取りを【社会が看取る時代の流れ】と捉え、社会的に施設で最期を迎える高齢者のケアに対応するものと考えられる。その背景には、日本における核家族化により施設での高齢者の看取りへの期待があると考えられる。看護職は、超高齢社会の高齢者が終焉を迎える場所が、病院や在宅から施設へと移行していると受け止め、【社会が看取る時代の流れ】の中で、その社会的役割を看護職として果たしていると考えられる。

7. 【介護職の専門性を尊重する】

介護老人福祉施設の看護職は、限られた人数で昼間勤務をしている。「介護職・看護職はお互いに忙しいが経験によるケアのこだわりを無くして介護の専門性を確立させたい」とあるが、施設で看取りが時間帯である夜間は介護職のみの勤務であり、看護職は介護職の専門性を尊重し、連携したターミナルケアをする必要性を認識していると考えられる。N県の介護老人福祉施設での看取りに対する職員の意識調査では、55.7%の職員が積極的に取り組みたいと報告している(清水, 2007)。これは、積極的ではない職員も存在することを示す。介護老人福祉施設のターミナルケアにおいては、人員など十分なケアの体制

が整え難いことから、経験が浅い職員もターミナルケアを実践している現状があり、施設内でのターミナルケアの対応について不安を抱いている職員が多いとされている(清水, 2007)(林, 2009)。ターミナル期にある高齢者の心身のアセスメントは、解剖学や生理学的知識など科学的な根拠が必要であり、そのために看護職は介護職をサポートする必要があると考えられる(流石, 2006)。それは、高齢者がターミナル期最期までその人らしく、質の良いケアによって高いQOLが維持されつつ、高齢者が安楽な死を迎えられるようにするには、看護と介護の職種が互いに、その役割を尊重して連携する必要があると考える。

8. 各取り組みの関連

看護職における7つのターミナルケアの取り組みは、以下の関連をもつと考える。

看護職は、まず【慮(おもんばか)り苦痛を緩和する】ケアを行い、【高齢者をトータルに捉えるケア】や【家族の様なケア】を考えて看取りをするが、施設ケアの限界に【ターミナルの段階を理解できず悩む】気持ちを抱きながら、【最後までその人らしさを大切にすのケア】を実践している。そこには、【社会が看取る時代の流れ】と【介護職の専門性を尊重する】連携が必要となる。このような介護老人福祉施設の看護職のターミナルケアの取り組みとその関連を図1に示す。

VI. 結論

介護老人福祉施設における看護職のターミナルケアへの取り組みを明らかにすのため、7名の看護職に面接し、KJ法に準ずる分析を行った結果、看護職のターミナルケアの取り組みとして、7つのシンボルマークが抽出された。また、それらの間には相互に関係性があることが示唆された。後期高齢者の死亡が増える時代を迎えた日本においては、介護老人福祉施設職員のターミナルケアへの学習の機会が必要であると考えられる。

謝辞

本研究への参加を快く承諾して下さった、介護老人福祉施設の施設長とインタビューに応じて下さった研究協力者の皆様に心より感謝申し上げます。そして、分析方法についてご指導下さった川喜田晶子先生に深く感謝申し上げます。

本研究は、滋賀医科大学大学院医学系研究科看護学専攻に提出した修士論文の一部に加筆修正したものです。

引用文献

1. 林 幸子: 特別養護老人ホームにおける死の見取りの実態—その2 G県下CとT地区の看護職を対象に一

- 岐阜県看護大学紀要 第4巻1号:45-51, 2004.
2. 広井良典: ケア学. 医学書院 東京 53-59, 144-149, 1997.
 3. 広井良典: 死生観を問い直す. ちくま新書, 東京, 65-69, 78-80, 1997.
 4. 広井良典: ケア学. 医学書院, 東京, 53-54, 1997.
 5. 川上嘉明: 高齢者の死に行く過程を整える終末期ケアの視点. (3) 総合看護No126, 2001.
 6. 厚生労働省国介護保険・高齢者保健福祉担当課(2011) <http://www.hmv.co.jp/product/detail/34155027>. 2011-01-03.
 7. 厚生労働省健康政策局総務監修: 終末期医療に関する調査など検討会報告書 (2004) <http://www.arsvi.com/b2004/0006.htm>. 2011-01-03.
 8. 小山千加代: 特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討. 老年看護学雑誌, 14, 159-427, 2010.
 9. 三宅貴夫: 終末期認知症の医療に関する意思決定. 老人精神医学雑誌, 10(10):1255-1229, 1999
 10. 村井淳志: 高齢者の終末期ケア. 月刊総合ケア, 12(4), 45-50, 2002.
 11. 岡本祐三: 介護保険の歩み. ミネルヴァ書房, 東京, 60-67, 2009.
 12. 清水みどり: 特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識. 新潟青陵大学紀要, 第7号 51-63, 2007.
 13. 流石ゆり子: 高齢者の終末期のケアへの現状と課題 老年看護学, 11(1), 70-78, 2006.
 14. ヴァージニア・ヘンダーソン: 湯楨ます他 訳 看護の基本となるもの. 日本看護協会出版, 14-15, 18-19, 1986.
 15. 薄井担子: 看護学原論. 講義, 現代社, 東京, 64-68, 2005.

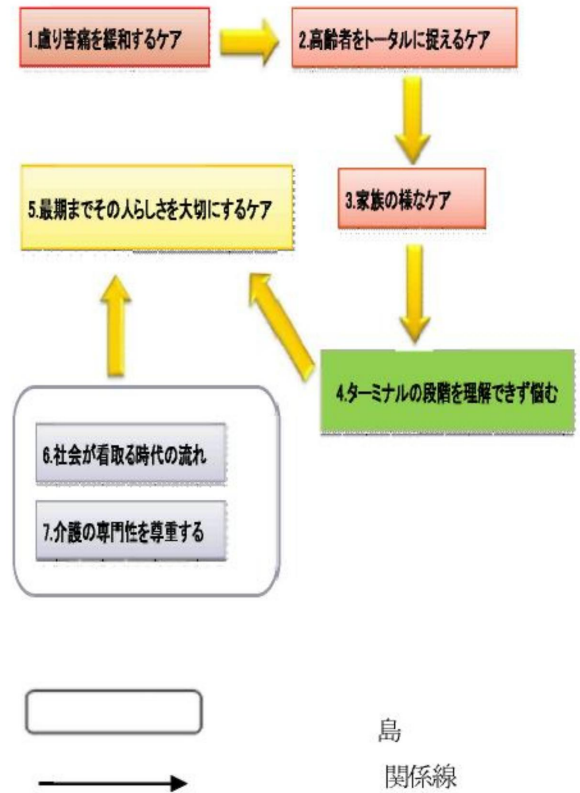


図1 看護職の取り組みの関連

サブスタンス・アビュース問題における地域支援施設の一例 —米国ハワイ州の地域支援施設運営の実際から—

上野 善子

滋賀医科大学医学部看護学科地域生活看護学講座

要旨

本稿はサブスタンス・アビュース問題の地域支援施設について、米国ハワイ州の薬物依存に関する地域支援組織の手法について報告を行う。通所による地域支援施設は政府の補助金や企業・個人からの寄付金などを中心として運営している非営利の組織が殆どであるが、政府など公的機関と入所施設や病院をつなぐ中間的な位置づけにあった。また、プログラムの内容はカウンセリングなどの心理療法が中心に行われており、カウンセラーなどの運営スタッフは心理学者や精神科医師などのスーパーバイザーであると同時に、より専門的なCSACのトレーニングと認証を受けていた。また、依存度の高いメタンフェタミン系覚醒剤依存や薬物からの離脱が困難な場合は、より医療依存度の高いレジデンシャル・ケアの施設と連携していたが、刑務所や暗い場所にある施設に閉じ込めるのではなく、海や花に囲まれた自然豊かな環境でアニマル・セラピーなど、ヒーリングの療法も併せながら薬物へ依存しない環境づくりが行われ、文化的背景や豊かな自然環境を基盤として当事者と家族の支援が行われていた。

キーワード：サブスタンス・アビュース、薬物依存、家族支援、通所施設、米国ハワイ州

I. はじめに

米国は世界で最も深刻な薬物の依存問題を抱えた国といわれ、特に子どもの虐待とネグレクトの原因は親のサブスタンス・アビュース⁽¹⁾の場合が多い。サブスタンス・アビュースの問題は家族の関係性の障害と位置づけられており、彼らが薬物からの離脱に成功し、住み慣れた地域での支援が必要とされている¹⁾。

1. ハワイ州におけるサブスタンス・アビュース問題の動向：薬物依存の問題

近年のハワイ州では薬物依存の問題—薬物使用による幻覚症状から引き起こされる犯罪事件や薬物からの離脱にかかる医療費の財政問題などが課題となっており、特にメタンフェタミン系覚醒剤 (methamphetamine, 以下、Methとする) はハワイ州全土に広がり深刻化している²⁾。

National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)の2002–2003年の全国調査³⁾では、ハワイ州はMethの使用が31.9%、マリファナ21.8%、アルコールと薬物の併用が20.8%、コカイン4.5%、ヘロインが3.0%と、他州と比較してMethの使用が最も多いことが特徴である。また一般的な薬物の使用は女性が男性の約半数であるのに対し、Methは男性が56.1%、女性も43.9%が使用することから、男女共に使用が上昇している薬物である。

2. 薬物依存問題についての離脱対策

ハワイ州の薬物離脱プログラムは87%が通所によ

り実施されている。アルコールやコカインなどの依存は通所によるプログラムで離脱が成功する例が多く、これらの物質依存による入所プログラムは年々減少傾向にある⁽²⁾。通所プログラムの23%は18歳未満の青少年に対して実施しており、家庭で生活を続け、通学することもできるなど、地域での日常生活を続けながら薬物依存を改善するためのプログラムを実施していることが特徴として挙げられる⁽³⁾。

他方で、2000年以降のハワイ州はMeth依存が増加しており(図1)、Meth離脱のための入所プログラムは1992年の18%から13年後の2005年にかけて37%と倍増している³⁾。

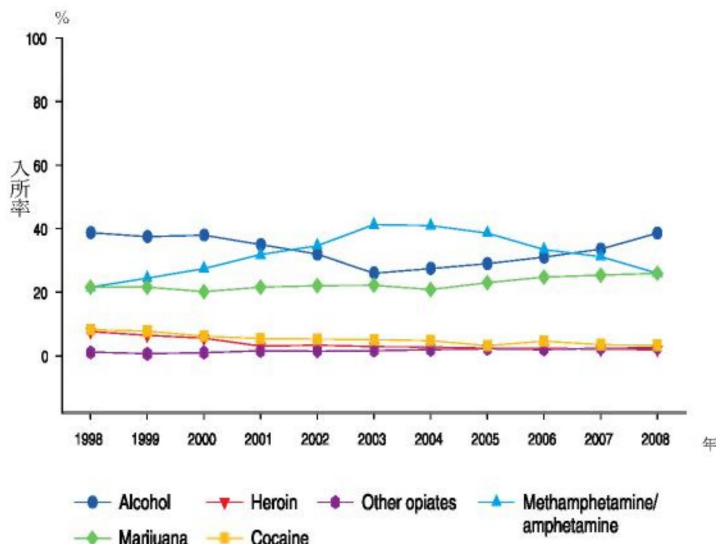


図1 ハワイ州；サブスタンス・アビュースによる入所率の推移：1998-2008年 (Treatment Episode Data Set, DHHS)⁽⁴⁾

II. 支援組織の概要

1. 対象地域

ハワイ州は大きく分けて7つの諸島から構成されるが、サブスタンス・アブユーズの離脱プログラムは主に人口の多いオアフ島⁽⁵⁾と面積が広いハワイ島に支援組織の拠点が置かれており、マウイ島やモロカイ島、カウアイ島、ラナイ島などの島々で支援サービスが提供される(図2)。

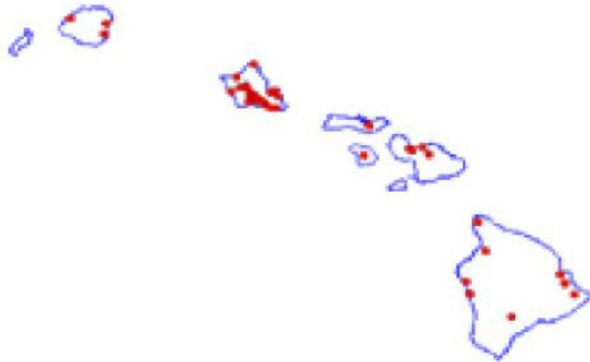


図2ハワイ州の支援施設所在地⁽⁶⁾
(National Substance Abuse Index)

更にハワイ州は、小さな諸島も含めると100以上の島が存在すると言われており、支援を求める人たちがオアフ島やハワイ島などの施設まで出かけて支援を受けるだけではない。例えば、Big Island Substance Abuse Council (BISAC) はハワイ島に拠点を置いているが、ハワイ島に住む人たちだけを集めて支援しているわけではなく、東ハワイや西ハワイ、北ハワイなどの担当地域を決定し、支援している専門家が各島々に出向いて離脱プログラムなどのサービスを提供している。オアフ島にある全ての支援施設も例外ではなく、マウイ島やモロカイ島などの島々へ飛行機や船を利用して地域へ出向き、家庭訪問やグループ・プログラムなどによる支援を提供している。また、例えばオアフ島やマウイ島といった大きな島でも、道路などの交通事情が悪い為、エスニック・グループの住む地域に行くための手段がないなどの問題もある。

2. ハワイ州保健福祉省による対策

サブスタンス・アブユーズに関する対策は、ハワイ州保健福祉省健康局の Alcohol and Drug Abuse Division (以下、ADAD とする) により財政的な支援と支援組織とデータ管理が行われている。ADAD は支援団体について財政支援や市民に対して広く情報を公開することで、プログラムに対しての公的資金と支援施設へのアクセスのしやすさを提供している。尚、これらのサービスは薬物依存のリスク・アセスメント

から、妊娠期や子育て中の女性および注射による薬物の依存者⁽⁷⁾に対してプログラムが優先的に提供される。

3. 支援施設の運営

支援施設は主に各カウンティ別の地域を基盤として運営しているが政府機関ではなく、NPO など非営利な自主組織のアソシエーションである。従って、政府組織と協働して支援にあたっている。

① 運営資金

米国ではこのような多くの支援組織は非営利組織であるため、会計年度ごとに連邦政府や州、カウンティによる補助金などを獲得して契約を結び、施設の運営を行っている。ハワイ州では、多くのサブスタンス・アブユーズの支援組織が ADAD と提携することで運営資金を調達している。その他、連邦政府への申請や、企業や個人からの寄付金などが運営資金に充てられている。

② 支援サービスの料金

利用者が支援サービスを受ける料金は、その多くが組織の運営資金として ADAD からまかなわれているため利用者負担が無い施設が多い。しかし、その支援の内容によっては様々であり、例えば Kalihī Y⁽⁸⁾ の場合、サービスは ADAD でまかなわれているため無料である。その他の施設においても、サービスの内容によってクライアントの支払能力と利用可能な保険が適用されるなど様々に調整される。また、公的資金の投入によりメディケア/メディケイドが適応される事例や施設も多くある。

③ 運営スタッフ

多くの支援施設ではカウンセラーや心理学者、医療従事者や精神科医、社会福祉のスーパーバイザーなどが治療にあっている。同時にスタッフの医師はカウンセラーの資格を有する場合が多い。プログラム・ダイレクターは全ての運営の責任者であり、臨床での勧告をすることができる。また臨床スーパーバイザーは支援トレーニングのプログラムを設定することができる。

④ カウンセラーとしての認証資格

サブスタンス・アブユーズ問題に対応するカウンセラーの殆どは福祉・心理系のマスターレベル以上であり、かつ Counseling Service of Addison County (以下、CSAC とする) の認証を受けている。CSAC とはバーモント州アディソン郡で1959年に設立され、地域において様々な家族へのメンタルヘルス関連サービスを提供している非営利機関のことである。サブスタンス・アブユーズや発達障害などの問題は、専門家による多角的アプローチにより地域における住民サービスを

提供しているが、中でもカウンセリング・サービスは精神科医や看護師、社会福祉士・心理士などが資格を取得して従事している。またカウンセリングの他にもユース・ファミリープログラムなどにより、子どもと家族への地域支援を展開している。

⑤ その他のサービス内容

その他のサービス内容はケース・マネジメントや24時間対応の精神救急サービス、一時保護や住宅サービスなどが提供されるが、中でもホームレスやハイリスクの状態にある十代の子どもたちにはS・C・O・P・E(緊急保護所、カウンセリング、家庭訪問、予防活動、教育)のプログラムが提供される。特に馬術プログラムはこのプログラムの特徴であり、乗馬を楽しむ、馬などの動物の世話をするAnimal Assisted Therapy(AAT)⁴⁾などを通じて依存症者が自己肯定感と自信を回復し、感情コントロール(anger management program)⁵⁾の仕方や信頼関係構築など社会的スキルを養うプログラムが提供されている。

4. 他職種との連携

保護観察上にある場合は、その現状について保護観察官と情報を共有している。

① 合法薬物に対する取り扱い

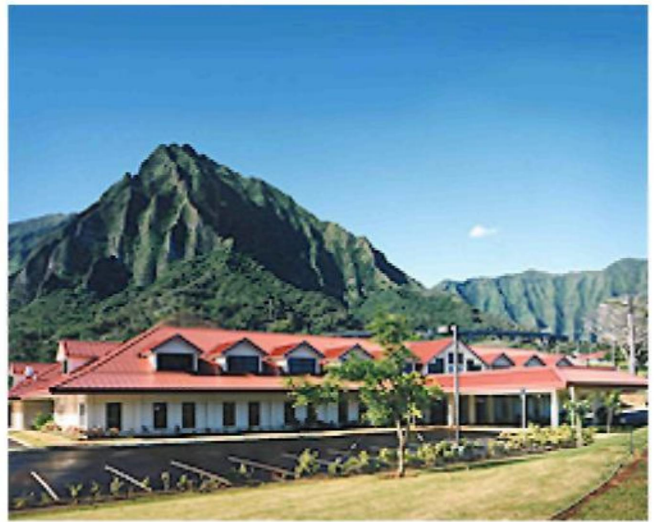
緩和ケアなどに使用される合法的な医療用薬物は、薬物認定資格を持つ医師がブルーカード⁶⁾によって医療用マリファナを処方する場合がある。または Hawaii Narcotics Enforcement Division (NED) により申請する二種類の方法がある。NED ではより迅速に対応することができる。

② スクール・ベイスド・プログラム

サービスが提供されるすべての学校にはスクールカウンセラーが配置されており、通所サービスへの紹介は主に学校から依頼されるが、司法適応により家庭裁判所から依頼される場合もある。学校と通所施設は連携してフォローアップを行うシステムが構築されている。

HinaMauka は Teen C.A.R.E. (カウンセリング、自覚、リハビリテーションと教育)を提供している。中学校・高等学校の生徒に対してはキャンパス内においてサービスを提供している。キャンパス内にカウンセラーが配置されることはサービスへの参加のしやすさや学校内での子どもの様子も観察することができ、教員や職員への連携やサポートも行える利点がある。サービスの目的は思春期にある学生がアルコールや薬物から離脱することではあるが、本来は子どもが安全で健康的な発達段階を経過することにある。コミュニケーションのスキルを伝授し、グループ・カウンセリン

グやレクリエーション活動を通じて健康な役割モデルを提供することを意図している。



(図3) HinaMauka (<http://hinamauka.org>)

III. 支援サービスの種類と特徴

1. 通所サービス

通所サービスは集中的なプログラムが実施されている。ハワイ州では、その多くが1回3時間週3回以上のプログラムが提供され、12-16週間継続される。

① デイクア・プログラム

デイクア・プログラムは週に一日または半日、20~25時間を予定した対面式プログラムが提供される。自宅に滞在したまま、個人やグループによるカウンセリングや教育、家族サービスなどを受けることができる。

2. レジデンシャル・プログラム

① KāhiMōhala の例

KāhiMōhala はハワイで唯一の非営利組織が運営する精神病院である。ハワイ州だけではなく環太平洋地域全域から患者を受け入れており、プログラムの他、入院による医学的治療を併せて行い、心理的な問題を抱える人や薬物乱用がある場合に複合診断を行うことを専門としている。この施設と他の精神病院との相違点はその立地環境にある。施設は小高い丘にあり、ハワイのマリブルームの海や一年中咲いている美しい草花と鳥のさえずりなどの自然環境が一望でき、アロハ・スピリットによるリラクセスと、心理的な安定感を与えるヒーリング⁶⁾を患者と医療スタッフ共に提供することで、医療の優秀性を引き出す様な様々な工夫が実施されている。



(図4) KāhiMōhala (<http://www.kahimohala.org>)

IV. おわりに：サービスの効果と今後の見通し

現在の日本では、サブスタンス・アブ्यूズなどの薬物依存問題を抱えた当事者と家族は、支える者／支えられる者としてのバランスを保ちながら共存するか、またはアルコールや薬物の使用による幻覚や虚脱症状からくる虐待やネグレクトなどの被害にあった子どもや家族が住み慣れた家や地域を離れ、保護施設などで生活することが一般的な状況にある。薬物の問題は発覚を恐れた家族が孤立して実態の把握がし難く支援が得にくいといわれ、薬物依存の状態にある家族は機能不全に陥り、子どもへの虐待やドメスティック・ヴァイオレンス、家庭不和や離婚などの様々な生活問題を抱えていると言われている。

しかし、ハワイ州では住み慣れた地域で支援を受けながら家族が共に暮らし、専門家が連携してサービスを実施することに成功している。サブスタンス・アブ्यूズの問題は予防活動と同時に、保健医療福祉の専門家や司法等の機関が地域社会を基盤として薬物依存の離脱に向けた地域での支援づくりを目指すことが必要である。

ハワイ州ではサブスタンス・アブ्यूズの支援に関して地域の自然や文化的特徴が生かされ、ヒーリングやカウンセリングなど自己を回復する支援が行われていた。ハワイ州における支援施設運営の実際と通所サービスでの手法から得られた知見を踏まえ、今後の日本における支援の手法が示唆された。

V. 謝辞および倫理的配慮について

本調査にあたり、ご協力頂いた米国ハワイ州の調査機関の皆様、現地でスーパーバイズを頂いた Honolulu Community College の Iris, J. T. Saito 教授に感謝申し上げます。尚、本論は 2011～2013 年度科学研究費補助金「サブスタンス・アブ्यूズ問題における女性と子どもの地域支援（挑戦的萌芽研究：科研番号 23660097 研究代表者：上野善子）」により実施した内容の一部が含まれている。現地スーパーバイザーは研

究代表者の研究を 2006 年 8 月からスーパーバイズしており、研究内容に関して熟知している者であるが、科学研究費の調査研究に関しては 2011 年 4 月以降、スーパーバイズを依頼した。また、科学研究費による調査の内容については滋賀医科大学倫理委員会にて承認を得た上で実施している（承認番号 23-80）。

VI. 註

(1) サブスタンス・アブ्यूズ (Substance abuse) とは直訳で「物質乱用」と訳されるが、タバコやアルコール、シンナーなどの有機溶剤、睡眠薬や頭痛薬などの合法薬物と麻薬などの非合法薬物などの物質に依存する状態を表している。特に覚醒剤などの非合法薬物 (麻薬) は治療の他に、法的にも犯罪者として収監されるなどの離脱に要する期間が長期に渡りアルコールや薬物との複合依存状態も多いため、その問題性からサブスタンス・アブ्यूズは主に薬物依存 (Drug Addiction) の状態を指す場合が多い。

(2) 但し、アルコールについては Meth などの薬物との複合依存の場合が多く、結果的に上昇傾向になる。特にマリファナを使用した人の約半数はアルコール依存の治療が必要とされている。しかし、この結果は薬物依存の状態にある人がアルコールに依存する場合があるという結果であり、アルコール依存の人が薬物を使用しているという結果ではない。

(3) 未成年者は学校や地域の友達などから勧められ、断りきれずに喫煙やアルコールの飲用などから始まり、若者が集うレイヴなどのクラヴ・パーティで流通する MDMA などの所謂クラヴ・ドラッグを乱用するという経過を辿ると言われている。薬物の入手が比較的簡単で価格も安く、自分で製造することもできる上に使用方法も炙って吸引するだけなど、他の薬物よりも手軽な物質として Meth へ進むと言われる。文献 1) に詳しい。

(4) Treatment Episode Data Set (TEDS) 1998-2008; State Admissions to Substance Abuse Treatment Services, Department of Health and Human Services, 2010 より。2009 年 8 月 31 日現在。単位「%」、「年」および「入所率」を筆者追加。

(5) オアフ島のホノルル市はハワイの州都であり、最も在住人口も多く、主要な行政や支援機関が集結している。面積の最も広いハワイ島 (ホノルル市に次ぐ郡庁所在地ヒロ) にも支援施設の拠点が点在し、オアフ島に首都が移転される前の首都があったマウイ島にも支援施設がある。その他の地域は主要な拠点がある島から船や飛行機で地域に渡り支援にあたる場合もある。

(6) 赤く点在する支援施設が最も多いのがオアフ島ホノルル市、島の面積が最も広い島がハワイ島である。注射による薬物依存は HIV / AIDS の感染源として注

意されている。(National Institute on Drug Abuse: NIDA)

(7) Kalihi Y は ADAD の資金により、主にオアフ島に在住する 10 代の青少年に対する通所プログラムを提供している。

(8) ブルーカードはハワイ居住者の医療用大麻やマリファナなど緩和ケアの際に使用される証明書である。

VII. 引用文献

- 1) 土田英人：若者の薬物乱用・依存. 京都府立医科大学雑誌, 119(6), 397-403, 2010.
- 2) 上野善子：米国におけるサブスタンス・アビュース-ハワイ州の概要とメス・プロジェクト. 奈良女子大学人間文化研究科年報, 27, 1-16, 2012.
- 3) SAMHSA: *National Survey on Drug Use and Health(NSDUH)*, 2003 and 2004.
- 4) K. Kolcaba: *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care Research*. 28th, 185-203, Springer Publishing Company, New York, 2002.
- 5) D. Altschiller: *Animal-Assisted Therapy*, Greenwood, California. 2011, 29-48.
- 6) R. T. Potter-Ffron: *Handbook of Anger Management: Individual, Couple, Family, and Group Approaches*, 45-109, Haworth Clinical Practice Press, New York. 2005.

—Survey Report—

A Nationwide Survey on Education Programs for Drawing of Venous Blood in 4-Year Nursing Programs in Universities and 3-Year Nursing Schools in Japan

Keiko KATO Kaori TOKUNAGA

Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing,
School of Medicine Shiga University of Medical Science**Summary**

A survey on the education programs for drawing of venous blood was conducted among professors and teachers who were in charge of basic nursing technology in 4-year nursing programs in universities and in 3-year nursing schools all over Japan. Valid replies were obtained from 177 (61.0%) of these nursing institutes.

The findings were as follows: (1) It was revealed that the most institutes adopted practice of drawing blood by the students on each other in the final stage of education program for drawing of venous blood. (2) Positions of the patient sitting on a chair and of the nurse standing while drawing of blood were adopted in the most institutes. (3) Injectors were mostly adopted as the instrument for drawing of blood. (4) Conventional box-type pillows were mostly used while drawing of blood. (5) It was suggested that the traditional way of education programs was adopted for drawing of venous blood in the most nursing institutes in Japan.

Keywords: drawing of venous blood, education program, nursing programs in university, nursing school, nationwide survey

Introduction

Education programs for drawing of venous blood (hereafter, drawing of blood) in nursing institutes are very important for proper and accurate drawing of blood from patients by nurses. However, how the education for drawing of blood is performed in the nursing institutes has not yet been reported. Relevant previous studies¹⁻⁵⁾ were on their own contents of education and no survey has been reported.

To determine how the education programs for drawing of blood were performed in nursing institutes in Japan, we conducted a nationwide survey. The subjects were professors and teachers who were in charge of basic nursing technology in 4-year nursing programs in universities (hereafter, nursing programs in universities) and 3-year nursing schools (hereafter, nursing school). “Nursing institutes” refers to both nursing programs in universities and nursing schools. Here, we report the results of the survey.

In Japan, the graduates from nursing programs in universities comprise one fourth population of new nurses and the graduates from nursing schools comprise a half of population. The remaining nurses have graduated from various courses of other kinds of schools. To include these schools in the survey was considered to be difficult. And the proportion in population of nurses graduated from nursing programs in universities is increasing as the number of nursing programs in universities is increasing

rapidly. Therefore, the survey was limited to nursing programs in universities and nursing schools.

Methods**1. Objects of the Survey**

(1) Nursing programs in universities: The survey was administered to 145 professors who were in charge of basic nursing technology in 145 nursing programs in universities which are all that had started in or before April 2006 in Japan.
(2) Nursing Schools: The survey was administered to 145 teachers who were in charge of basic nursing technology in 145 nursing schools. The surveyed schools were selected by stratified random sampling from among the nursing schools that had started in or before April 2007. The number of surveyed schools in a region was equal to the number of nursing programs in universities in each of the following administrative regions: Hokkaido, Tohoku, Kanto, Chubu, Kinki, Chugoku, Shikoku, and Kyushu.

2. Survey Method

Questionnaires were mailed to the participants with placement method, and the participants were requested to return the filled questionnaires unsigned.

3. Ethics for Research: The participants were given the following information along with the questionnaire.

- (1) Filled questionnaires are to be returned unsigned; further, it is not necessary to mention the name of the respective nursing program and university or nursing school.
- (2) The received answers will only be evaluated statistically.

and individual answers will not be identified.

- (3) The decision to answer is voluntary.
- (4) A reply received by mail would be taken as a sign of agreement to cooperate with the survey.
- (5) The questionnaires returned with answers will be used only for research purposes and will be scrapped after the completion of the research.

Results

1. Types of Institutes (Figure 1)

Subjects from 77 (53.1%) of the 145 nursing programs in universities answered the questionnaire. Subjects from 100 (69.0%) of the 145 nursing schools answered the questionnaire. All responses of both were valid.

The analysis included a total of 177 nursing institutes (77 nursing programs in universities and 100 nursing schools). Therefore, the analysis included 43.5% nursing programs in universities and 56.5% nursing schools.

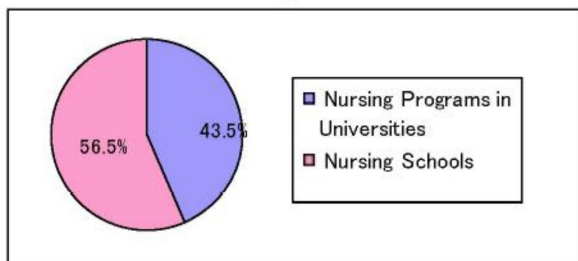


Figure 1. Types of Nursing Institutes Included in the Analysis

2. Academic Year in Which Teaching on Drawing of Blood was Carried Out (Figure 2)

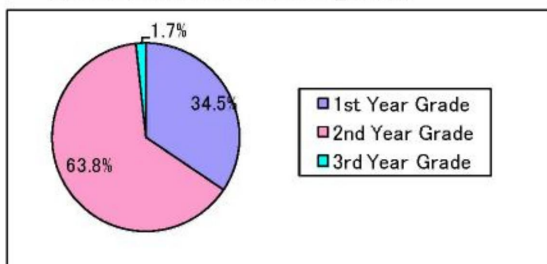


Figure 2. Academic Year in Which Teaching on Drawing of Blood is carried Out

The answers received to the question “In which year grade drawing of venous blood is taught?” were as follows: “first year” (61 [34.5%] respondents), “second year” (113 [63.8%] respondents), and “third year” (3 [1.7%] respondents). All respondents answered the question.

The free responses of participants from some institutes revealed that practice exercises involving drawing of blood using a simulator were adopted in the first or the second year, and then drawing of blood by the students on each other was

adopted in the third or the fourth year just before the start of practical training in hospitals.

3. The Final Stage of Acquiring the Skill Required for Drawing of Blood (Figure 3)

Figure 3 shows the answers received to the question “Which is the final stage of acquiring skill for drawing of blood?” Multiple answers could be selected for this question. The answer of largest number received to this question was “Practice of drawing blood by the students on each other” (111 [62.7%] respondents), followed by “Simulating by using drawing blood simulator” (73 [41.2%] respondents). Seven (4.0%) respondents gave other answers, and all respondents answered the question. The other answers were “the practice of tourniquet use by students on each other to learn the engorgement of the vein” and “to see and to listen only by videos or DVD of teaching materials”.

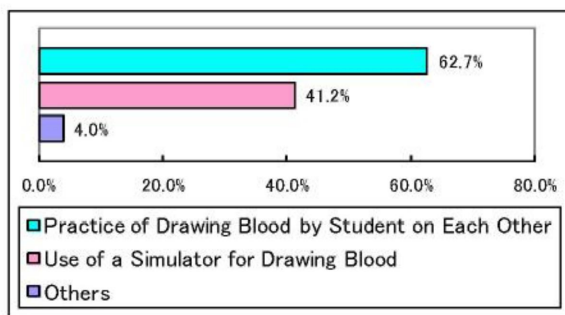


Figure 3. Final Stage of Acquiring the Skill Required for Drawing of Blood (Multiple Answers)

4. Position of the Patient (Figure 4)

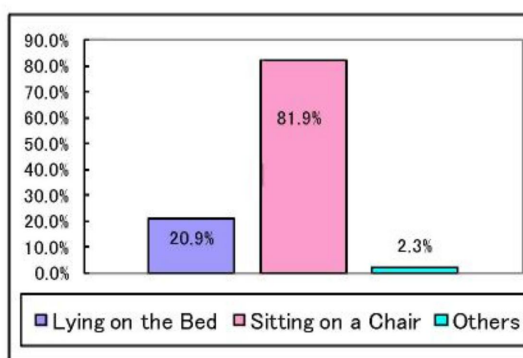


Figure 4. Position of the Patient (Multiple Answers)

Figure 4 shows the answers received to the question “Which is the position of the patient?” Multiple answers could be selected for this question. 145 respondents (81.9%) answered the question as “Sitting on the chair”, 37 (20.9%) respondents answered as “Lying on the bed”, and 4 (2.8%) respondents gave other answers. All respondents answered.

The other answers received to this question were “no practice of drawing blood with seeing and listening only by video or DVD of teaching materials”, etc.

5. Position of the Nurse (Figure 5)

Figure 5 shows the answers received to the question “Which is the position of nurse?” Multiple answers could be selected for this question. The answer of the largest number received to this question was “Standing position” (144 [81.4%] respondents), followed by “Sitting on chair” (46 [26.0%] respondents). Three (1.7%) respondents gave other answers. All respondents answered the question. The other answers were “no practice of drawing blood with seeing and listening only by video or DVD of teaching materials”, etc. similarly as question 4.

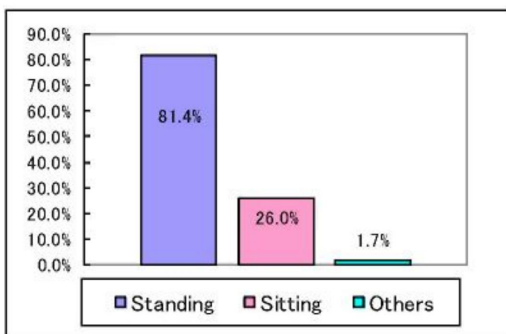


Figure 5. Position of the Nurse (Multiple Answers)

6. Instrument for Drawing of Blood (Figure 6)

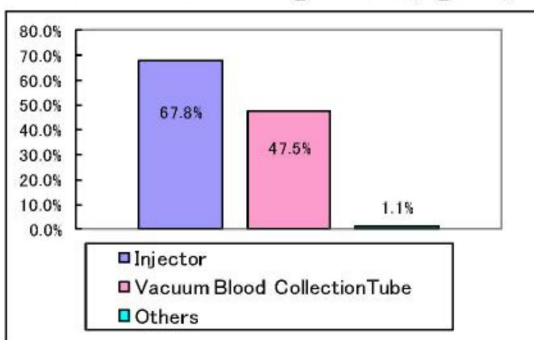


Figure 6. Instrument for Drawing of Blood (Multiple Answers)

Figure 6 shows the answers received to the question “Which instrument is used for drawing blood?” Multiple answers could be selected for this question. The answer of the largest number was “Injector” [120 (67.8%) respondents], followed by “Vacuum blood collection Tube” [84 (47.5%) respondents]. Two (1.1%) respondents gave other answers, and all respondents answered. The other answers were “no practice of drawing blood with seeing and listening only by video or DVD of teaching materials”, etc., similarly as to questions 4 and 5.

7. Pillows Adopted for Drawing of Blood (Figure 7)

Figure 7 shows the answers received to the question “Which pillows among below are adopted?” This was a multiple-choice question, and multiple answers were allowed. The answer of largest number received to this question was “Conventional box-type pillow for drawing blood” (161 [91.0%] respondents), followed by “Stand type” (7 [4%] respondents). Eighteen (10.2%) respondents gave other answers, and 1 respondent (0.6%) did not answer this question.

The other answers were “Using towel or bath towel with some idea” (reply given by many subjects), “Not using. only video or DVD”, etc.

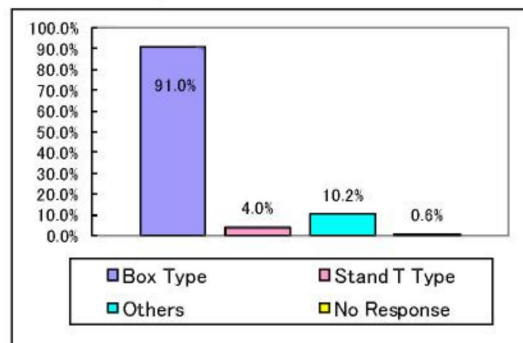


Figure 7. Pillows Adopted for Drawing of Blood (Multiple Answers)

Considerations

1. Methodology of Research

With regard to the response rate for mailed questionnaires, a value of about 20% is considered common in social research. In this study, to obtain more accurate survey results with a higher return rate and fewer invalid replies and blank answers, we promised all the participants that the report of the survey results would be sent back to them. Many participants made inquiries to confirm that the results would certainly be sent back. As a result, we considered the survey data extremely accurate. The survey was completed with a response rate as high as 61%. There were no invalid replies and very few blank answers. The report⁶⁾ on the survey results was sent to all 290 institutes, including those who did not reply.

2. Results

The findings by nationwide survey on the actual education programs for drawing of blood in the nursing institutes in Japan are as follows.

(1) The answer of largest number to the question on the final stage of education programs on drawing was “Practical drawing of blood by students on each other”, which means

that most of students experience practice of drawing blood before graduation.

(2) On the positions of the nurse and the patient while drawing of blood, "Standing" and "Sitting on Chair", respectively were the largest number of answers. In the practical training, the case that standing drawerer draws the blood of a person sitting on a chair, is in the most institutes.

(3) On the instrument used for drawing of blood, the answer of largest number was "Injector" followed by "Vaccum Blood Collection Tube". It is considered that many institutes execute trainings with both injector and vaccum blood collecting tube. On the type of pillow used while drawing of blood, the conventional box-type pillow was mostly used. This suggested that traditional way of education tend to be adopted.

3. Importance of This Research and Suggestions for the Future

Only 1 previous paper⁷⁾ has described results of a survey on the eduction programs for both injection of medicine by using a shilinge and drawing of blood. However, the emphasis of the survey was on the injection and with regard to drawing of blood, only the achievable level of skill was surveyed. While the objective of the survey on drawing of blood was similar to that of ours, any other items were not surveyed. Moreover, target of the survey was nursing programs in universities with only 51 respondents out of 120 surveyed and nursing schools were not targetted.

As stated in the Introduction, nurses in population of one-fourth had graduated from nursing programs in universities and a half had from nursing schools. The aforementioned papers¹⁻⁵⁾ were on their own programs on drawing of blood in nursing programs in universities and no study on drawing of blood has been reported on that in nursing school.

The findings of our survey are of immense importance since this is the first survey on the education programs on drawing of blood in the nursing institutes. Valid replies were obtained from 177 nursing institutes across Japan.

Contents of Education of importance for safe and comfortabale drawing of blood in nursing programs in universities and nursing schools will be the subject of our next report.

Conclusion

The survey was conducted on education programs on drawing of venous blood, with targetting total of 290 4-year nursing programs in universities and in 3-year nursing schools. This was the first survey of its kind in Japan. The

findings as follows;

(1) At the final stage of training programs for drawing of venous blood, most institutes conducted practical exercises of drawing of blood by students on each other. (2) The most cases of positions of the nurse and patient while drawing of blood were standing and sitting on a chair, respectively. (3) Injectors were used in the most cases as instruments for drawing of blood, and conventional box-type pillow was mostly used in the process.

Acknowledgement

We would like to express our gratitude to all the professors and teachers in charge of basic nursing technology who cooperated with our nationwide survey.

This reserch was conducted as a part of a research funding program for FY 2009 by JST (Japan Science and Technology Agency). A part of this research was described in the investigation report⁶⁾.

References

- 1) YAMAMOTO T, WAZUMI Y, AOKI Y, ODAKA M, YAMAGOSHI H, KATEGARI E: Study on the Instruction to Promote the Acquiring Process of the Basic Nursing Technique for Collecting a Blood Sample, Vol. 21, 63-68, Chiba University Bulletin, School of Nursing, 1999.
- 2) ICHIMARU N, HORIUCHI K, NAGAMINE T, NAKAMURA K: A Study of Students' Acquisition of Blood Collecting Technique in Their Nursing Practice, Vol. 1, 49-56, Siebold University of Nagasaki, Faculty of Nursing and Nutrition Bulletin, 2001.
- 3) KATEGARI E, TANAHARA S, NAKASONE Y, NASHIRO K, OTA S, KINJO S: Teaching Method of Collecting Blood Specimen Based on Leading Logic, Vol. 2, 67-75, Okinawa Prefectural College of Nursing Bulletin, 2001.
- 4) AZUMA T, KOBAYASHI C: An Investigation of Nursing Students' Leading Experiences in Injection Practice, Vol. 6, 11-19, Tenshi College Bulletin, 2006.
- 5) KINJO S, NAKASONE Y, NASHIRO K, OTA S, TANAHARA S, KATEGARI E: The Conditions of a Venous Model which Prompt the Students Show Progress Acquiring Nursing Skill in "Drawing blood," Vol. 2, 82-89, Okinawa Prefectural College of Nursing Bulletin, 2001.
- 6) Kato K: Abstract for Survey Results on the Teaching of Skills on Drawing Venous Blood by Means of Questionnaires. JST Research Report of 2009, No. 1, 2010.
- 7) TANAKA A, IWAMOTO T, TAN Y, HIJIMOTO M, INOUE M: The Present Situation and Problems about

Practicing Nursing Skills of “Injection and Drawing Blood”
at University of Nursing in Japan, Yamaguchi Prefectural
University, Faculty of Nursing and Human Nutrition
Bulletin, Vol. 2, 1-7, 2009.

—Survey Report—

A Nationwide Survey on Education for Safe and Comfortable Drawing of Venous Blood in 4-Year Nursing Programs in Universities and 3-Year Nursing Schools in Japan

Keiko KATO Kaori TOKUNAGA

Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing,
School of Medicine Shiga University of Medical Science

Summary

A survey on the contents of education for safe and comfortable drawing of venous blood was conducted among professors and teachers who were in charge of basic nursing technology in 4-year nursing programs in universities and in 3-year nursing schools all over Japan.

The findings were as follows: (1) On the contents for safe drawing of blood, ①preventions against accident or VVR(Vasovagal Reaction) ②aseptic operation, were the most and second large number of responses. (2) On the contents for comfortable drawing of blood, ① mental care ② safe and assured skills for drawing of blood were the most and secondary answers. (3) Most of institutes doing nothing in particular on the measure to fix and to keep the position of upper extremities of the patient. (4) It was suggested that the contents of education for drawing of venous blood being emphasized on safety in the nursing institutes were of immense importance.

Keywords: drawing of venous blood, education, safety, comfort, nationwide survey in Japan

Introduction

In the education on the drawing of venous blood (hereafter, drawing of blood), safe and comfortable drawing of blood is very important. There have been no surveys reported on the contents of education programs for imparting the abilities required for safe and comfortable drawing of blood.

To determine how the safe and comfortable drawing of blood is taught in the nursing institutes, we conducted a nationwide survey on the contents of education programs for safe and comfortable drawing of blood in Japan. The subjects of our survey were professors and teachers who were in charge of basic nursing technology in 4-year nursing programs in universities and 3-year nursing schools. Here, we report the results of the survey.

In Japan, 4 year professional education is required in all of nursing programs in universities while 3 year system is adopted in some other countries. Hereafter, 4-year nursing programs in universities will be referred to as nursing programs in universities and 3-year nursing schools will be referred to as nursing schools, and when referring to both, the term, nursing institutes will be used.

Methods

1. Objects of the Survey

(1) Nursing Programs in Universities: The survey was administered to 145 professors who were in charge of basic

nursing technology in 145 nursing programs in universities all that had started in or before April 2006 in Japan.

(2) Nursing Schools: The survey was administered to teachers who were in charge of basic nursing technology in 145 nursing schools. The surveyed schools were selected by stratified random sampling from among the nursing schools that had started in or before April 2007. The number of surveyed schools in a region was equal to the number of nursing programs in universities in each of the following administrative regions: Hokkaido, Tohoku, Kanto, Chubu, Kinki, Chugoku, Shikoku, and Kyushu.

2. Survey Method

Questionnaires were mailed to the participants with placement method, and the participants were requested to return the filled questionnaires by mail unsigned.

3. Ethics for Research: The participants were given the following information along with the questionnaire:

- (1) Filled questionnaires are to be returned unsigned; further, it is not necessary to mention the name of the respective nursing program and university or nursing school.
- (2) The received answers will only be evaluated statistically, and individual answers will not be identified.
- (3) The decision to answer is voluntary.
- (4) A reply received by mail will be taken as a sign of agreement to cooperate with the survey.
- (5) The questionnaires returned with answers will be used only for research purposes and will be scrapped after the completion of the research.

Results

1. Contents of Education, with Special Emphasis on Safe Drawing of Blood (Figure 1)

Figure 1 shows the answers received to the question “What are major contents of teaching on which emphasis put for safe drawing of blood?” Free responses were sought to this question. All received answers were re-written, categorized, coded, and tallied. A selectable answer style questionnaire was not adopted. Free responses were sought,

and multiple answers were allowed.

The largest number of answer received to this question was “Prevention against the accident while drawing of blood or VVR (Vasovagal Reaction)” (101 [57.1%] respondents), followed by “Aseptic operation” (88 [49.7%] respondents), “Proper injection point, method and fixing of injector” (59 [33.3%] respondents), and “Proper selection of blood vessel” (52 [29.4%] respondents).

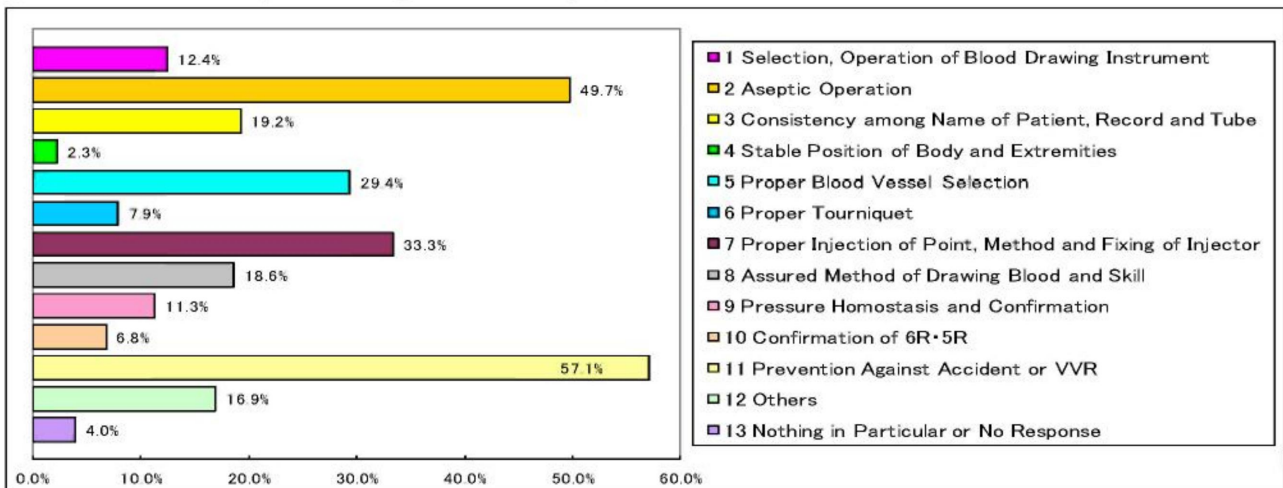


Figure 1. Contents of Education, with Special Emphasis on Safe Drawing of Blood (Multiple Answers)

2. Contents of Education, with Special Emphasis on Comfortable Drawing of Blood (Figure 2)

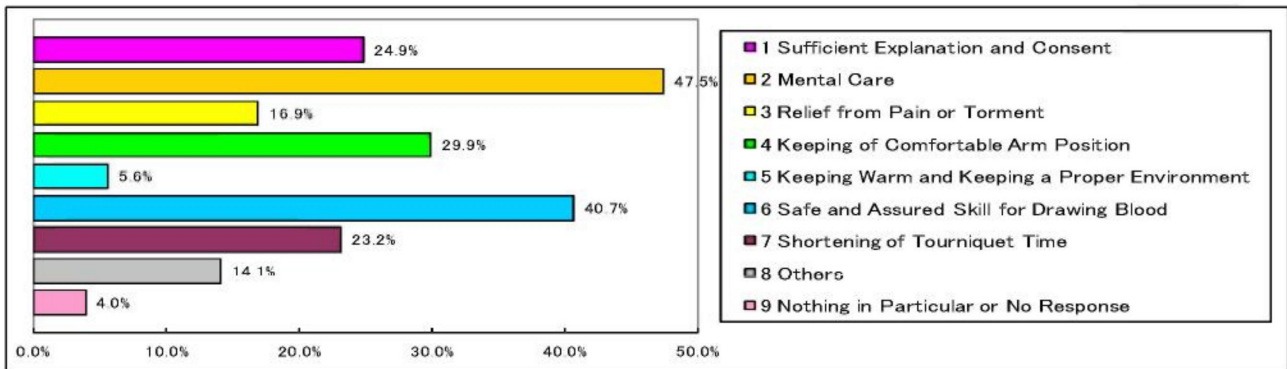


Figure 2. Contents of Education, with Special Emphasis on Comfortable Drawing of Blood (Multiple Answers)

Figure 2 shows the answers received to the question “What are major contents of education on which emphasis put for comfortable drawing of blood?” Free responses were sought to this question. All received answers were re-written, categorized, coded, and tallied.

The largest number of answer received to this question was “Mental care” (84 [47.5%] respondents), followed by “Safe and assured skill for drawing of blood would link to be comfortable” (84 [40.7%] respondents), “Keeping of comfortable arm position” (53 [29.9%] respondents), “Sufficient explanation and to get consent” (44 [24.9%]

respondents), and “To shorten the period for tourniquet” (41 [23.2%] respondents). The number of answers received to this question was smaller than that of answers received to question 1.

3. Measures Taken to Fix and to Keep the Position of the Upper Extremities of the Patient (Figure 3)

Figure 3 shows the answers received to the question on “Measures taken to fix and to keep the position of the upper extremities of the patient” for which free responses were sought. All received answers were re-written, categorized, and coded; the answers were then tallied in a manner similar

to that applied for tallying the answers received to questions 1 and 2.

The main answers received to the above question were “To keep a stable and comfortable position” (40 [22.6%] respondents), followed by “To adjust arm position by using towels or bath towels” (26 [14.7%] respondents), and “Extension of the elbow joint” (23 [13.0%] respondents).

The largest number of answer was “Nothing in particular” and some did not answer this question (43 [24.3%] respondents). Answers “Arm down, Point of drawing blood in one of upper extremities lower than the heart” were (12 [6.8%] respondents, these were duplicated respondents). There were some who answered as “not to be understood the meaning of question”.

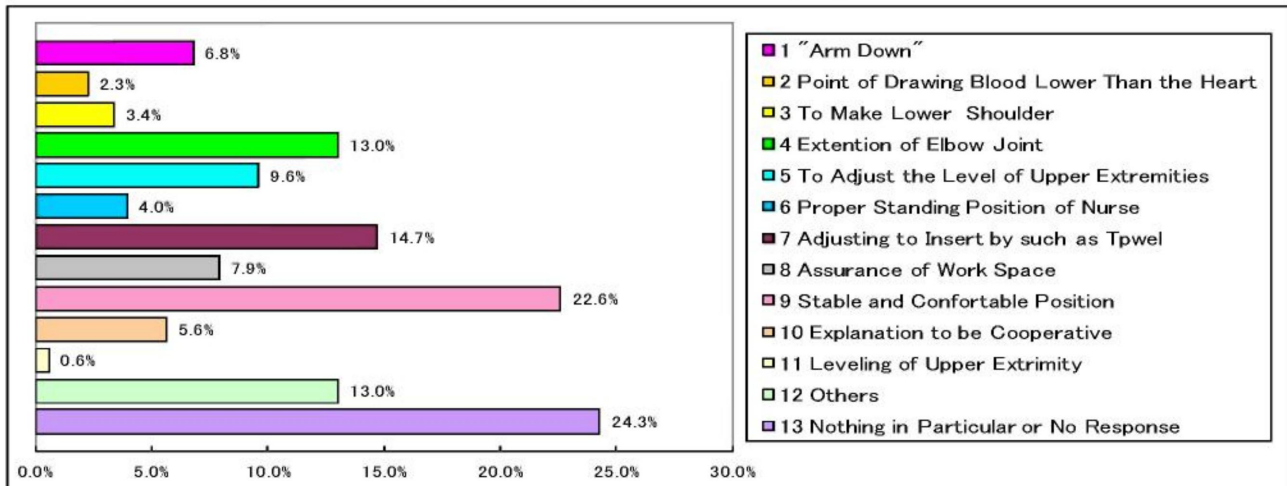


Figure 3. Measures Taken to Fix and to keep the Position of the Upper Extremities of the Patient (Multiple Answers)

Considerations

1. Methodology of Research

To obtain more accurate survey results with a higher return rate and fewer invalid replies and blank answers, we assured all the participants that the report of the survey results would be sent back to them. As a result, we considered that the survey data extremely accurate, and the survey was completed with a response rate as high as 61%. There were no invalid replies, and there were very few blank answers, even for the free-response-style questions. The report¹⁾ on the survey results was sent to all 290 subjects, including those who did not reply.

At the initial stage of questionnaire development, we considered presenting all questions as multiple-choice questions to minimize the blank answers and to achieve a higher response rate. However, since there has been no previous research on questionnaire development in this field, the questions on “Contents of education with special emphasis on safe drawing of blood, (Figure 1)” and “Contents of education, with special emphasis on comfortable drawing of blood (Figure 2)” were set to free-response style.

It had been also considered that all (sample) answers would have been possibly selected if sample answers would have been prepared and multiple answers were permitted, since all respondents were instructors in charge of basic

nursing technology. Some of answers seemed to be copied from textbooks on basic nursing technology, as a result.

We also adopted the free-response style for the question on “Measures taken to keep and to fix the position of the upper extremities of the patient (Figure 3)”, because we could not predict any answers since no previous research was found and few textbooks addressed this topic.

2. Results

A nationwide survey on the contents of education for safe and comfortable drawing of blood in nursing institutes was conducted for the first time in Japan.

The following findings were obtained about the contents of education for safe and comfortable drawing of blood in the nursing institutes:

- (1) Evaluation of the answers received to the question on “Contents of education, with special emphasis on safe drawing of blood” revealed that major answers of were “Preventions against accident or VVR”, “Aseptic operation”, etc., and the responses to the question on “Contents of education, with special emphasis on comfortable drawing of blood” were “Mental care”, etc. We found that these were the standard answers given in textbooks on nursing skills.
- (2) We were most eager to know responses to the question on “Measures taken to fix and to keep the position of the upper extremities of the patient”; however, the largest number of respondents replied as “no answer” or “not to be

understood the meaning of question”.

Recently studies have reported “Arm down, Point of drawing blood in one of upper extremities lower than the heart” to be very important for safe drawing of blood. However this answer was given by only 12 among 177 responses.

Very few respondents from nursing institutes in which vacuum blood collection tubes were used, answered “Arm down” or “Point of drawing blood in upper extremity lower than the heart”.

Accidents that the collected blood flowed back into the vein have occurred many times with vacuum blood collection tube. In the past several years, guidelines for safety management for prevention against such accidents have been issued by “Japanese Society of Environmental Infection” and “Japanese Association of Medical Technologists (JAMT)”²⁻⁶⁾.

However, many textbooks on basic nursing technology do not describe these important issues on the safety of drawing of blood.

It was clarified afresh that contents of education how the abilities required for safe drawing of blood to be imparted in the nursing institutes were of clinical importance, since nurses conduct drawing of blood in medical institutions or health care institutions as the professionals in many cases²⁻⁷⁾.

3. Importance of this Research and Suggestions for the Future

No survey had been performed on the contents of education for imparting the abilities required for safe and comfortable drawing of blood in nursing institutes in Japan.

The findings of our survey were of immense importance since this is the first survey on the content of education for safe and comfortable drawing of blood with being obtained 177 valid replies from nursing programs in universities and nursing schools across Japan.

We plan to perform comparisons and analysis between the contents of education conducted by nursing programs in universities and nursing schools for imparting abilities required for drawing of blood in the near future, which will provide new findings.

Conclusion

The survey was conducted on the contents of education for safe and comfortable drawing of venous blood, and it was targeted at 4-year nursing programs in universities and in 3-year nursing schools all over Japan. The findings were as follows:

- (1) As the contents of education for safe drawing of blood, preventions against accidents occurring upon drawing of blood were the most. Mental care was the approach adopted in the most nursing institutes as the contents of education for comfortable drawing of blood.
- (2) Most institutes did not care about the measure for fixing and keeping the position of the upper extremities of the patient while drawing of blood. The findings suggested a need to establish the safety aspect in the contents of education for drawing of blood in nursing institutes in Japan.

Acknowledgement

We would like to express our gratitude to all the professors and teachers in charge of fundamental nursing technologies who cooperated with our survey in nationwide.

This research was conducted as a part of research funding program of FY 2009 by JST (Japan Science and Technology Agency). A part of this research was described in the investigation report¹⁾.

References

- 1) Kato K: Abstract for Survey Results on the Teaching of Skills on Drawing Venous Blood by Means of questionnaires. JST Research Report of 2009, No. 1, 2010.
- 2) Notice by the Director of Safety Division, Pharmaceutical and Food Safety Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare, No. 1117001, November 17, 2003.
- 3) Guideline for Standard Blood Collection, 1st Edition, Japanese Committee for Clinical Laboratory Standards, 2004.
- 4) Guideline for Standard Blood Collection, 2nd Edition, Japanese Committee for Clinical Laboratory Standards, 2006.
- 5) NCCLS Guideline; Standard Blood Collection Method by Puncture of Vein, Japanese Association of Medical Technologies, 2003.
- 6) Guideline for Safety Management on Blood Collection Work using Vacuum Blood Collection Tube (Ver. 2.0), “New Information” Japanese Society of Environmental Infection
<http://www.kankyokansen.org/new/anzenkanri205.html>, 2010.11.27.
- 7) Reiko Matsushita: Sequel to “Nursing Skill not in the Text Book,” No. 5; Set Up of Vein for Drawing Blood” Nurse Beans, 6 (8), 56-61,

「滋賀医科大学看護学ジャーナル」投稿規定

- I 本誌の和文名称は「滋賀医科大学看護学ジャーナル」、英文名称は“Journal of Nursing, Shiga University of Medical Science” (JN-SUMS)とし、電子ジャーナルとして本学ホームページ上にて公開する。また本学リポジトリに収録し、公開する。
発行は原則として1年に1回とする。
- II 本誌発行の目的は次の通りとする。
1. 看護学の学術的な発展に寄与する。
 2. 本学看護学科または本学医学部附属病院看護部に在籍する教職員に研究発表の場を提供するとともに、学際的な共同研究活動を促進する。
 3. 本学の研究・教育活動の成果をひろく社会へ還元する。
- III 掲載される原稿は次の通りとする。
看護学ならびに看護学に関連する研究領域で、次の範囲に含まれるものとする。
1. 投稿原稿は未発表で、かつ二重投稿していないものに限る。
 2. 倫理的配慮がなされており、原稿中にその旨が明記されていること。
 3. 論文の種類は以下の通りである。
 - 1) 原著論文：独創的で新しい知見を含むもの
 - 2) 総説：研究の総括、文献についてまとめたものなど
 - 3) 研究報告：研究として報告し記録にとどめる価値のあるもの
 - 4) 実践報告：看護実践、教育実践、海外視察などの報告についてまとめたもの
 - 5) その他：看護学に関する意見、提言などで紀要編集委員会（以下、委員会とする）が適切と認めたもの
 4. 論文は原則として日本語または英語で作成するものとする。
- IV 投稿資格
1. 本誌の目的に合致し、本学教職員が関与した論文であることとする。
 2. 筆頭著者は以下のとおりとする。
 - 1) 本学看護学科または本学医学部附属病院看護部に在籍する教職員
 - 2) 本学大学院医学系研究科看護学専攻の院生もしくは修了後1年以内の者
 - 3) その他、委員会が論文投稿を依頼した者、委員会が適切と認めた者
- V 掲載の決定
原稿の種類と投稿論文の採否は、査読者の意見を参考にして委員会が決定する。
査読者は2名とし、委員会が依頼した者が当たる。査読は、再査読までとする。原著論文の査読者1名は、外部の研究者に依頼する。
本誌に掲載された全論文の全ての著作権(著作権法第27条及び28条に規定する権利を含む)は、滋賀医科大学に帰属する。

VI 執筆要領

1. 原稿提出時：製版用原稿 3 部を提出する。フォーマットは別紙参照。
3 部のうち 1 部は原本、2 部は著者名と所属を除いた副本とする。
なお、投稿論文枚数は原則として以下の通りとする。
原著論文：6 枚以内。総説、研究報告、実践報告、その他：4 枚以内。
いずれも倫理的配慮が明記されていること。
2. 原稿提出時には、以下の事項を記載した用紙を添付する。
 - 1) 表題（和文と英文）
 - 2) 著者名と所属部署名
 - 3) 希望する原稿の種類（原著、総説、研究報告、実践報告、その他）
 - 4) 図表および写真などの枚数
 - 5) ランニングタイトル（30 字以内）
 - 6) 連絡先（E-mail アドレスと電話）
3. 原稿は原則として次の順序でまとめる。
 - 1) 表題（ただし副本 2 部には著者名と所属部署名は記載しない）
 - 2) 和文抄録：400 字程度
 - 3) キーワード：5 語句以内
 - 4) 緒言、はじめに
 - 5) 本論
 - 6) 結語、まとめ
 - 7) 引用文献
 - 8) 原著論文の場合：英文タイトル、英文著者名、英文所属名、英文抄録（250 語程度）を文末につける。
 - 9) 英文キーワード：5 単語以内
 - 10) 図表：図表および写真は必要最低限とし、図 1、表 1、写真 1 などの簡潔な表題をつける。
4. 謝辞をつける場合は、査読段階では別紙にまとめる。
5. 文字と表記については以下の通りとする。
 - 1) 外来語はカタカナで、外国人名や適当な日本語訳がない言葉は原則として活字体の原綴りで書く。
 - 2) 略語は初出時に正式用語で書く。
6. 英文抄録は、原稿提出前にできるだけ専門家（ネイティブスピーカーが望ましい）による英文校正を受けることとする。
7. 英文論文は和文に準じ、ネイティブスピーカーによる英文校閲証明書を添付することとする。

VII 引用文献の書き方

文献は、本文中の引用順に該当箇所の右肩に 1)、2) と上付で番号を付し、本文最後の文献欄に引用順に一括して記載する。なお、著者名はすべて記載する。

例：【雑誌の場合】

- 1) 滋賀太郎, 瀬田花子：高齢者のストレスの特徴とメンタルケア. 日本老人看護学会雑誌, 8 (3), 55-61, 2003.
- 2) Riggio R. E., Tucker J. : Social skills and deception ability. Personality and Social Psychology Bulletin, 13, 568-577, 1987.

【書籍の場合】

- 3) 滋賀太郎：臨床看護学ハンドブック. 23-52, 朝日書店, 大阪, 1995.

【編集者の場合】

- 4) 大津浜子：非言語コミュニケーションを用いた看護. 滋賀太郎, 瀬田花子 (編)：臨床看護技術 II, 111-126, 日本看護技術学会出版, 東京, 1998.
- 5) Otsu H. : An approach to the study of pressure sore. In Suzuki Y., Seta H. (Eds) : Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press. New York, 1966.

【電子文献の場合】

- 6) ABC 看護学会：ABC 看護学会投稿マニュアル. 2003-01-23 (入手日)
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

VIII 最終の製版原稿の提出方法

1. 著作権譲渡同意書について、所定の様式により共著者全員の署名押印を添付する。
2. 査読者および編集委員会の指摘点を検討して修正し、製版した論文原稿のプリントと論文のファイルを USBフラッシュメモリーに入れて提出する。USBには筆頭者氏名、パソコン機種 OS名、ソフト名を添付する。USBは製本後返却する。
3. 原稿は「製版原稿とUSB在中」と朱書きした封筒に入れて提出する。
4. 原稿の提出先ならびに問い合わせ先
滋賀医科大学医学部 看護学科事務室気付
「滋賀医科大学看護学ジャーナル」紀要編集委員会委員長
Tel : 077-548-2455

IX 掲載料

論文の掲載料は不要である。また、紀要編集委員会では別刷りを作成しない。別刷りが必要な場合は、投稿者自身で最終掲載データを用いて別刷りを作成すること。

附則：この投稿規定は、平成17年4月1日から施行する。

平成18年4月一部改定する。

平成19年9月一部改定する。

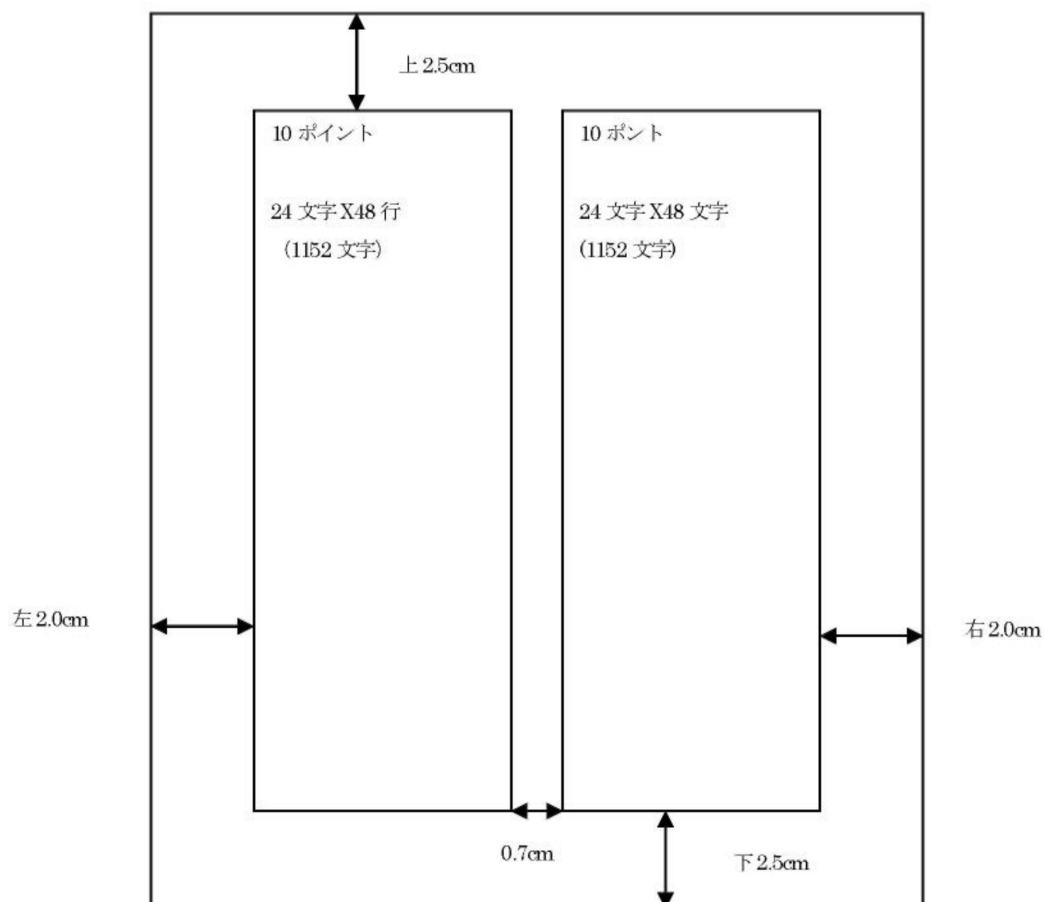
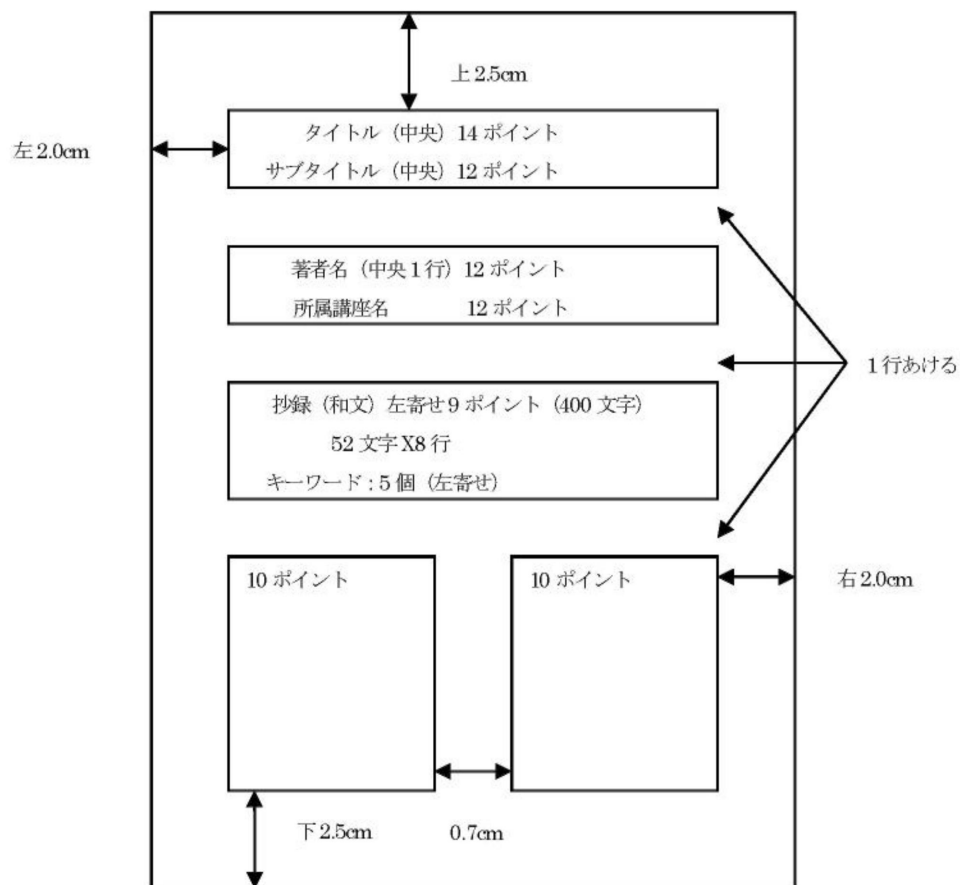
平成20年2月一部改定する。

平成20年7月一部改定する。

平成21年6月一部改定する。

平成22年9月一部改定する。

平成23年9月一部改訂する。



滋賀医科大学看護学ジャーナル第10巻第1号 査読者名

足立みゆき	上野 善子	遠藤 善裕	太田 節子	岡山 久代
金城八津子	久留島美紀子	桑田 弘美	白坂 真紀	瀧川 薫
田中 智美	寺崎 友香	畑下 博世	正木紀代子	宮松 直美
森川 茂廣	安田 斎	渡邊 浩子		(敬称略、五十音順)

編集後記

記念すべき『滋賀医科大学看護学ジャーナル第10号』をお届けいたします。

お忙しい中、巻頭言をご執筆くださった学長の馬場忠雄先生、特別寄稿にご尽力くださった附属病院看護部長・看護学科大学院教授の藤野みつ子先生はじめ看護部の皆様、特別寄稿をご執筆くださった附属病院の看護師の皆様、論文をご投稿くださった看護学科・看護部の教職員の皆様方や大学院生・修了生の皆様、共著者の皆様、査読をお引き受けくださった看護学科の先生方、本誌の発行にいつもご尽力くださる看護学科事務室の岡本喜代美主任はじめ職員の皆様に心より御礼申し上げます。

『滋賀医科大学看護学ジャーナル』は『滋賀医科大学雑誌』と歩調を合わせ、この『第10号』より冊子体の印刷・製本を中止し、電子ジャーナル単独となりました。このため、これまでモノクロであった写真や図表をカラフルにわかりやすく表示できるようになり、学会発表等で作成したカラフルな写真や図表を、そのまま論文に活用することが可能となりました。また電子ジャーナルでの別刷作成等に役立つよう、ヘッダの工夫をお願いしました。

電子ジャーナル単独化によって一時的に投稿数が減ると一般に言われており、大変心配しておりましたが、投稿数は昨年の第9号より多く、掲載論文数は昨年と同数となりました。また看護部より特別寄稿を3編頂戴したため、全体の掲載数は昨年より多くなり、本誌の電子ジャーナル単独化は、皆様方のお力添えによって順調なスタートを切ることができたと思われまます。電子ジャーナル単独化にお力添えくださった看護学科長の瀧川薫先生はじめ、多くの関係各位の皆様深く感謝申し上げます。

さて現代はインターネットの時代です。教育研究者や学生・大学院生のみならず、看護有資格者や、潜在看護有資格者を含む多様な方々もインターネットで日常的に検索を行っており、電子ジャーナルは誰もが容易に文献検索と文献入手することを可能にします。カラフルになった電子ジャーナル版の本誌は、時代にマッチしており、今後さらに利用されるようアナウンスに努めたいと考えております。

またインターネットはグローバルな広がりをもっており、使用言語の95%以上は英語であると言われています。本誌の投稿規定は、これまで和文だけを対象としていたため、誠に粗末ながら英文の拙著を投稿し、英文での投稿が可能となるよう、投稿規定を追加しました。看護学科・看護部の教職員は英語に堪能な方も多く、英論文を発表する場として本誌を今後活用されるよう願っております。

なお本誌は、機関リポジトリ『びわ庫』にも収録されることとなりました。

記念すべき本誌第10号の編集に携わらせていただいたことを、紀要編集委員一同とともに大変光栄に思っております。皆様方、本当にありがとうございました。

紀要編集委員長 加藤 圭子

「滋賀医科大学看護学ジャーナル」編集委員

委員長 加藤 圭子

委員 盛永 美保 藤井 広美 番所 道代 能町しのぶ 吉川 治子

滋賀医科大学看護学ジャーナル
第10巻 第1号

平成24年3月15日発行

発行所 滋賀医科大学
〒520-2192
滋賀県瀬田月輪町
TEL077-548-2111 (代)

発行責任者 馬場 忠雄

ISSN 2186-5981



Journal of Nursing, Shiga University of Medical Science
JN-SUMS

Vol. 10, No. 1, 2012

Shiga University of Medical Science, Faculty of Nursing