

看護研究発表会抄録

平成 29 年度

日時：平成 30 年 2 月 15 日（木）

場所：神奈川県総合医療会館

公益社団法人 神奈川県看護協会

主催：横浜南支部

看護研究発表会集録の掲載によせて

公益社団法人 神奈川県看護協会
横浜南支部長 杉浦 由美子

日頃より、横浜南支部の活動にご理解、ご協力いただき有難うございます。皆様のご協力、ご支援のもと看護研究発表会を開催できましたこと、感謝申し上げます。

本年度は“日頃の看護を語りましょう”をメインテーマとし、6題の看護研究が発表されました。どの研究も臨床現場ならではの視点に着目し、今後の看護に示唆される内容で、現場の力が十分に発揮され、発表を聞き元気を頂きました。発表に至るまでは、多くの苦労と努力と発見があったことと推察しておりますが、それだけに発表することに大きな意味があると思えました。

看護研究は自分たちの看護に根拠を見出し、疑問を明らかにし、看護の質を高めます。日頃の業務で“おや”と思ったことに興味を持ち探究することで視野も広がり、発表することで一般化にもつながり自信になり元気になると思います。

横浜南支部では、研修や研究を通して看護職が元気になること、部署が活性化することを目的に活動しています。今後も看護研究の充実を図るための活動をしてまいります。多くの方が看護研究に取り組み、発表を経験し、研究者、参加者ともに看護職間の交流が深まり、看護の質の向上につながることを願っております。

研究の講評を、横浜市立大学附属病院 がん看護専門看護師の畑千秋先生にお願いいたしました。先生の講評は、研究者、参加者にとって多くの示唆が得られ、元気をもらえます。次年度も引き続き、会員、非会員を問わず、多くの皆様の参加をお待ちしております。

平成30年3月吉日



平成 29 年度 看護研究発表会 プログラム

平成 30 年 2 月 15 日開催

14:00 開会のあいさつ

14:05～14:35 第 1 群 座長 公立大学法人横浜市立大学附属病院 がん看護専門看護師
畑 千秋先生

1) 看護師のとりみ水作成時の判断基準と LST 値の実態調査

横浜市立みなと赤十字病院 畠 知里

2) 外来における情報共有の取り組み～外来患者情報用紙使用による継続・統一した看護を目指して～

金沢文庫病院 高柳和美

3) 血糖コントロールのための取り組み～自立した生活をめざして～

横浜掖済会病院 福田淳子

14:35～14:45 質疑応答

14:45～15:00 講評 公立大学法人横浜市立大学附属病院 がん看護専門看護師
畑 千秋先生

15:00～15:30 第 2 群 座長 公立大学法人横浜市立大学附属病院 がん看護専門看護師
畑 千秋先生

1) 認知症～BPSD 改善の取り組み

横浜掖済会病院 濱松志保

2) 手指衛生に関する意識改革への取り組み

恩賜財団済生会横浜市南部病院 空元美咲

3) 終末期を生きる患者の世界に寄り添う看護についての考察

神奈川県立循環器呼吸器病センター 北村沙織

15:30～15:40 質疑応答

15:40～15:55 講評 公立大学法人横浜市立大学附属病院 がん看護専門看護師
畑 千秋先生

15:55 閉会のあいさつ

看護師のとろみ水作成時の判断基準と LST 値の実態調査

横浜市立みなと赤十字病院

○畠知里 池脇美和 熊谷宏子

I. はじめに

上羽は「摂取物の適切な粘性選択は、患者の水分栄養管理及び安全管理面から極めて重要である」¹⁾と述べている。そのため、水分の経口摂取では、適切な性状のとろみ水を作成し提供する必要がある。しかし、私は自分の感覚でとろみ水を作成しており、作成したとろみ水で患者がむせたことがあるため誤嚥をしているのではないかと不安に感じたことがあった。A 病院の口腔ケア・嚥下サポートチームにおいては、患者によって指示がない場合は中間の性状のとろみ水を提供すればよいとしており、院内の食事のお茶 180ml にとろみ剤（トロメリン Ex）を 1 本（2g）入れると中間の性状を作成できると推奨している。しかし、A 病院 B 病棟の看護師が食事の時やそれ以外の飲水を提供する場面で、その通りとろみ水を作成できているかは明らかにした事がない。よって、各々の作成したとろみ水は性状が異なっている可能性がある。そこで今回、B 病棟の現状と今後の課題について検討したのでここに報告する。

II. 研究目的

A 病院 B 病棟の看護師が作成するとろみ水の判断基準と性状を LST 値を用いて明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 用語の定義

- 1) とろみ水：水にとろみ剤（増粘剤）を入れた、粘度がついた水のこと
- 2) とろみの性状：日本摂食嚥下リハビリテーション学会における学会分類 2013（とろみ）に規定されている、“薄い、中間、濃い”の3段階

2. 研究期間 平成 29 年 6 月～7 月

3. 研究対象者 A 病院 B 病棟に所属する研究の同意を得た看護師 27 名

4. 研究方法

- 1) 誤嚥性肺炎で入院してきたばかりの高齢の患者、とろみなしの水でむせたためとろみの水を作成しようとしている状況を想定し、普段作成している方法で適切なとろみ水を作成してもらう。物品は、目盛り付きのコップ、目盛りのないコップ、目盛り付きの吸い飲み、スプーンを用意し、自由に使用してもらう。とろみ剤はトロメリン EX2g/包（A 病院使用）を使用する。作成したとろみ水の LST 値を測定する。作成したとろみ水を測定器に投入するタイミングは研究対象者の判断とした。

- 2) とろみ水作成後、質問紙による調査を行う。以下の内容を質問する。

- （1）対象者の基本データ：看護師経験年数、呼吸器内科経験年数、年齢（2）作成した粘稠度にした理由（3）普段のとろみ水の作成方法（複数回答可）（4）普段

とろみ水を作成する際に、気をつけていることや意識していること（５）とろみ水に関して不安に思っていること

5. データの分析方法

LST 値を学会分類に基づき分類し、質問紙のデータをカテゴリー化し分析した。

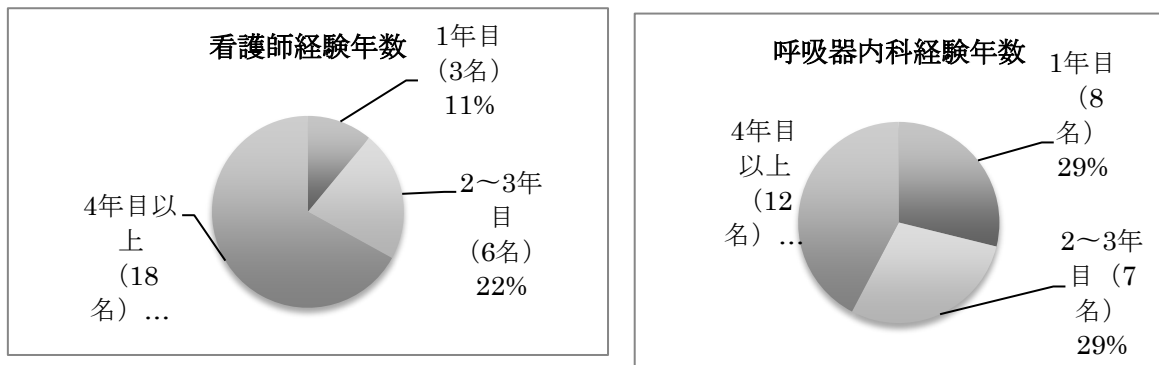
6. 倫理的配慮

A 病院看護部倫理審査委員会の承認の下、実施した。

IV. 結果

アンケート回収率 100% (n=27)

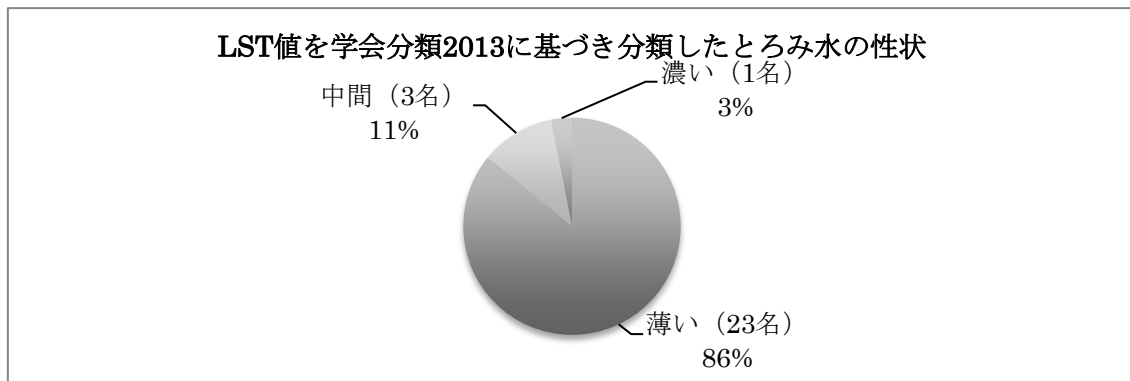
1. 対象者の基本データ



2. とろみ水の LST 値と実際の作成方法

表 1 実際の作成方法

薄い	水ととろみ剤を計量	・ 目盛り付きコップ 200ml の水ととろみ剤 1 本
		・ 目盛り付きコップ 150ml の水ととろみ剤 1 本
		・ 目盛り付きコップ 100ml の水ととろみ剤 1 本
	水は計量して とろみ剤は目分量	・ 目盛り付きコップ 100ml の水ととろみ剤半量程度
		・ 吸い飲み 90ml の水をコップに移し、とろみ剤半量程度
		・ 吸い飲み 100ml の水ととろみ剤半量程度
		・ 目盛り付きコップ 150ml の水ととろみ剤半量未満
		・ 吸い飲み 100ml の水をコップに移し、とろみ剤半量未満
		・ 吸い飲み 100ml のお湯にとろみ剤半量程度
	水は目分量で とろみ剤は計量	・ 目盛りのないコップに水ととろみ剤 1 本
	目分量	・ 目盛りのないコップに水ととろみ剤適当
		・ 目盛り付きコップで量は測っていない水ととろみ剤適当
中間	水ととろみ剤を計量	・ 目盛り付きコップ 150ml の水ととろみ剤 1 本
		・ 吸い飲み 100ml の水ととろみ剤 1 本
濃い	目分量	・ 目盛りのないコップに水ととろみ剤適当



3. 質問紙の結果

作成した粘稠度にした理由、普段のとろみ水の作成方法、普段とろみ水を作成する際に気をつけていることや意識していること、とろみ水に関して不安に思っていることの、それぞれカテゴリー化したものを表2に示す。

V. 考察

結果から、B病棟の85%の看護師は、誤嚥する可能性がある患者に対し、口腔ケア・嚥下サポートチームの指示がない場合は、薄い性状のとろみを作成していることが明らかになった。そして、それは看護師経験年数および呼吸器内科経験年数に関連していないことが分かった。

「実際の作成方法や普段の作成方法」は、中間の性状は、水ととろみ剤を計量しているのに対し、薄い性状と濃い性状は目分量で作成している。その中で、水は計量しているがとろみ剤は半量程度入れている人がいた。この半量というのは個人の感覚であり、実際に計量していないことが粘稠度に影響していると考えられる。また、水ととろみ剤を計量しており、さらに中間の性状と同じ分量で計量し作成しているが、薄い性状になった場合もあった。宮本が「とろみ調整食品でとろみがつくまでには数十秒程度はかかることが多いので、混ぜながらとろみの加減をみるのではなく、よく溶けるよう所定量を十分に混ぜながら加え、少し時間がたってからとろみの程度を評価し、適切かどうかを判断することが必要である」²⁾と述べているように、これは作成しLST値測定器に投入するまでの時間の違いが関係していることも考えられる。また、中間の性状を作成した人は、A病院で推奨している水ととろみ剤の分量より濃い濃度で作成しているが、これも作成してから投与するまでの時間が短い為だと考えられる。よって、時間が経てば、中間の性状が濃い性状に変化する可能性がある。しかし、この時間や性状の変化に関しては正確に検証していないため、明らかではない。田中が「STであっても主観・JDD2013の提示では、適切な性状のとろみ水作成は困難であった」³⁾と述べているように、適切な中間のとろみ水の作成方法や時間による粘稠度の変化等の知識の提供の他に、統一したとろみ水が作成できるシステムの作成が必要だと考えられる。

「作成した粘稠度にした理由」は、薄い性状を目指している人もいれば、濃い性状を目指している人もおり、ばらつきがみられた。これらのことは、A病院で推進している、患

者の安全を考慮しまずは中間の性状を提供すべきということの理解が乏しい可能性がある。一方で、中間の性状や濃い性状を目指しているのに、薄い性状になったことに関しては、中間の性状の粘調度や作成方法が理解されていないと考えられる。経験や目視で粘稠度の確認をしたという理由もこれらのことが考えられる。中間の性状を作成した人は、嚥下機能が低下している患者に安全な粘稠度を作成することを意識している。

「普段気をつけていることや意識していること」は、全ての性状で、さらさらすぎず固すぎずの性状を作成することが挙げられている。しかし、それは結果からも言えるように、個人の経験や感覚で作成されていた。薄い性状を作成した人の中では、患者に応じてとろみを調整するようにしていると挙げている人もおり、これが薄い性状の作成に繋がっていると考えられる。また、時間による粘稠度の変化を意識している人もいた。

「不安に思っていること」として、患者に適する粘稠度や時間の変化による粘稠度の変化の適切な使いどきが分からないと挙げている人がおり、粘稠度の知識や理解が乏しいと考えられる。

VI. 結論

今回の研究から、以下の結果が明らかになった。

1. 誤嚥のリスクがある患者に対し、B病棟の看護師の85%が薄い性状のとろみ水を提供していた。
2. とろみ水の作成は、個人の経験や感覚に左右されており、知識の不足があった。
3. おわりに、今後は、専門的な指示がない場合の患者に提供すべきとろみ水の粘稠度や適切な中間の性状のとろみ水の作成方法、時間による粘稠度の変化等の適切な知識と統一したとろみ水が作成できるシステムの構築が必要である。

引用参考文献

- 1) 上羽瑠美, 横山明子, 井口はるひ他: 嚥下障害の病態に応じた適切なとろみ水に関する検討-「とろみの3段階」を用いて, 第22回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会プログラム抄録集, p.198, 2016
- 2) 宮本佳世子: とろみ, 医療, Vol.68No.1, p.30-34, 2014
- 3) 田中光, 熊倉真理, 中島史博他: とろみ調整食品で調整した粘稠液状食品の再現性に対する臨床調査, 第22回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会プログラム抄録集, p.485, 2016

表2 質問紙の結果のカテゴリー化 ※＜＞はサブカテゴリー

	薄い	中間	濃い
作成した粘稠度にした理由	・薄い性状を目指した ・さらさらすぎず固すぎず ・濃い性状を目指した ・患者の嗜好を考慮した ・商品の推奨通り ・経験 ・病院食のお茶と同じを目指した ・人に聞いた情報 ・目視で粘稠度を確認した ・吸い飲みからの出し易さ	・飲み込み易さ ・目視で安全な硬さを目指した	・濃い性状を目指した ・経験
普段の作成方法	・水ととろみ剤を計量する ・水は計量、とろみ剤は目分量 ・目分量	・水ととろみ剤を計量する ・水は目分量、とろみ剤は計量	・目分量
気をつけていることや意識していること	・粘稠度＜水ととろみの量、作成から投与までの時間、とろみを調整する、とろみをつけすぎない、むせない程度、とろみが薄くない、さらさらすぎず固すぎず、言語聴覚士が判断した＞ ・ダメにならないこと ・吸い飲みで作成しない	・粘稠度＜とろみが薄い＞ ・ダメにならないこと	・粘稠度＜さらさらすぎず固すぎず＞
不安に思っていること	・なし ・粘稠度＜患者に適する粘稠度、時間による変化、とろみ剤の違い、薄くないか＞ ・とろみ剤の使用方法 ・患者がむせること ・作成方法 ・衛生面	・粘稠度＜患者に適する粘稠度＞ ・作成方法 ・患者がむせること ・ダメになる	・なし

外来における情報共有の取り組み
～外来継続看護用紙使用による継続・統一した看護を目指して～

愛友会 金沢文庫病院

○高柳和美 棚澤幸代 ジュエル恵梨子
澤井里沙子 鈴木弘美 多田和美

I. はじめに

近年急速に進む超高齢化に伴い A 病院外来患者も後期高齢者層の増加が見受けられ、認知症高齢者の受診も多く、患者本人や同伴する家族からの情報収集が困難な場合がある。

患者から得た種々の情報(既往歴・現病歴・病識・患者の要望・社会背景等)を記録し保存しておける所定の用紙が無く、対応するスタッフが変わるたびに患者に同じ質問をしてしまうことが多い(資料 1)。それが不信感へ繋がり、クレームへと発展するケースもあった。

そこで、外来で確実にかつ容易に患者の情報共有をするために、外来継続看護用紙(以下看護用紙とする)を導入し活用することができたのでここに報告する。

II. 研究目的

看護用紙の導入により、患者情報の共有ができ、患者に統一した看護や対応を継続して提供できる。

III. 研究方法

1. 対象：外来看護師 24 名、クラーク 4 名
2. 期間：H29 年 4 月中旬～H29 年 5 月末日
3. 方法：

- 1) 外来患者に看護用紙を使用する。

対象：当院外来に 1 回以上通院歴がある患者 14 名

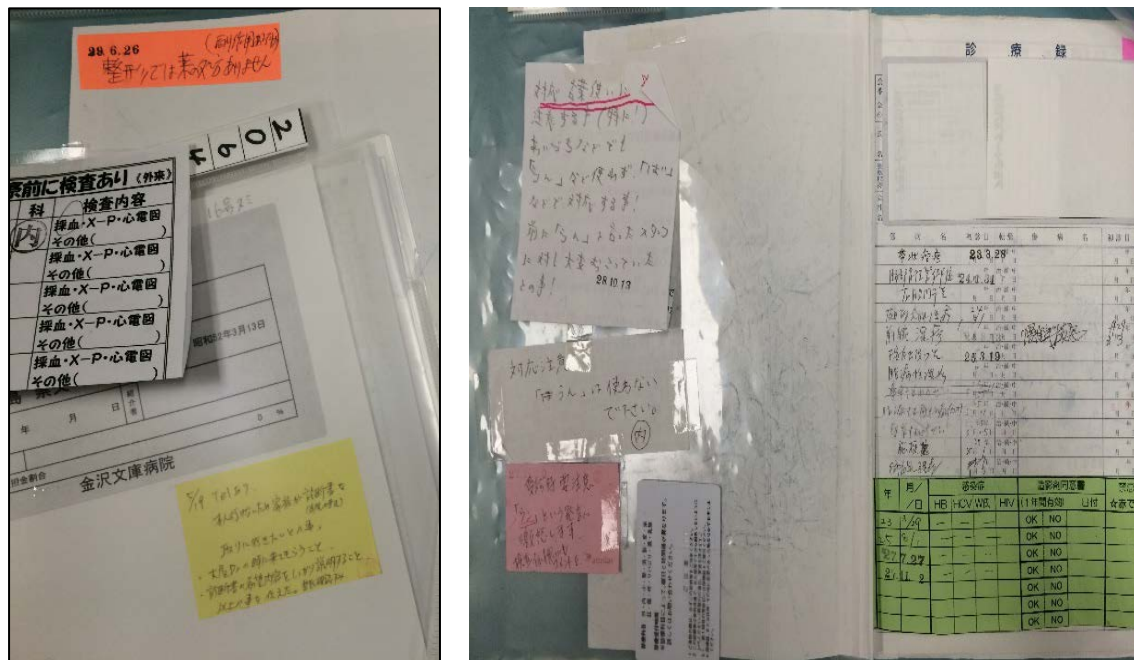
(急激な状態変化が予測される、他科他職種との連携が必要、統一した対応・説明が特に必要、理解力が乏しく他者によるサポートが必要、易怒性があり対応に注意を要する、申し送り事項が多い患者等)

- 2) 外来看護師、クラークにアンケートによる質問紙法(資料 2)

IV. 倫理的配慮

所属施設の倫理委員会の承認を得たのち研究を実施した。研究者より紙面及び口頭で趣旨を説明し同意を得た。2 回行ったアンケートにおいては研究個人が特定されないよう配慮し、回答内容によっても不利益を被ることはないことを説明した。そして本演題発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

【資料1】現在のカルテ



【資料2】H29 外来看護研究 アンケート

- 現在のカルテで患者の情報（病状、病識、患者個人の問題、家族背景 等）が分かりますか？
 - ・はい
 - ・いいえ
- カルテから患者の情報がつかめず困ったことがありますか？
 - ・はい
 - ・いいえ
- その時どのように情報を得ましたか？
 - ・他の看護師に聞いた
 - ・患者本人からの情報収集
 - ・その他（ ）
- スタッフが患者に対して質問する内容が重複している。また患者が何度も同じ質問を受けていると感じたことがありますか？
 - ・ある
 - ・ない
- 患者またはその家族から得た情報をカルテに記載したことがありますか？

ある場合はカルテのどこに記載していましたか？

 - ・ある（ ）
 - ・ない
- それは患者情報を看護記録に残す手段として適切な方法、適切な場所（他のスタッフに伝わりやすい、見やすい 等）であったと思いますか？
 - ・はい
 - ・いいえ
- “いいえ”の場合どのようにしたら他のスタッフへの情報共有の方法として適切だと思いますか？

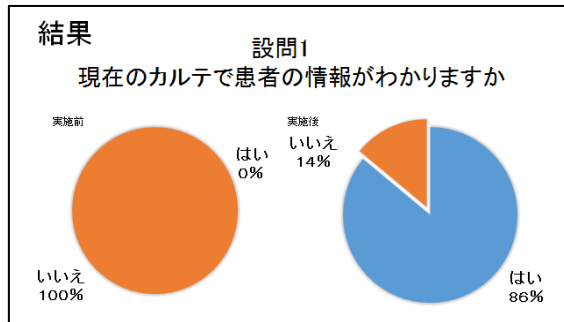
（ ）
- 外来における継続看護用紙があれば活用できると思いますか？
 - ・はい
 - ・いいえ
- 継続看護用紙への追加、修正が必要と思われる部分や、他、外来看護情報共有についての問題点があればご自由にご記入してください。

（ ）

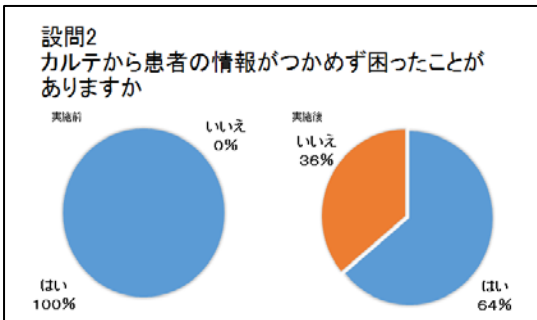
V. 結果

アンケートより外来継続看護用紙の使用前後では、設問1 現在のカルテで患者の情報がわかりますか？に対し「いいえ」の回答が100%から14%に減少（図1）。設問2 カルテから患者の情報がつかめず困ったことがありますか？に対し「はい」の回答が100%から64%に減少した。（図2）

【図1】

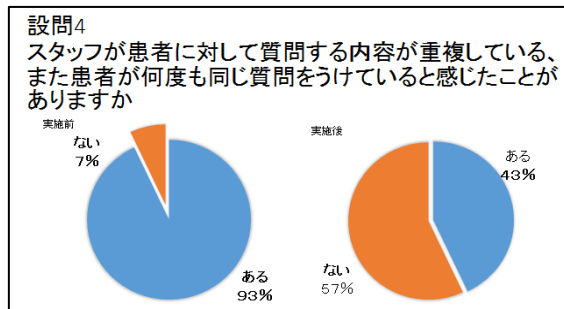


【図2】

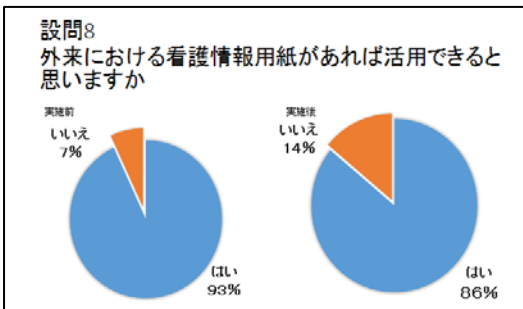


設問4 スタッフが患者に対して質問する内容が重複している、また患者が何度も同じ質問をうけていると感じたことがありますか？に対し「ある」の回答が93%から43%に減少した。（図3）また設問5の、どの様にして得た情報を伝えたかという問いに対しては、口頭での申し送りや診療録に直接記入、付箋に記入しカルテ表紙に添付、問診票に記入など複数の手段がとられており伝達方法の統一がなされていなかった。これらの手段において伝達事項の見やすさとして適切な方法であったかという設問6に対し61%が「いいえ」と回答しており半数以上のスタッフが情報収集のしにくさを感じていることが分かった。設問8「情報用紙があれば活用できるか」に対し、「はい」が93%→86%と減少した。これはカルテが回らない部門に情報が共有されなかったことが、減少の要因の一つと考える。設問8のアンケート前後ともに情報用紙活用に対し前向きな回答となった。（図4）

【図3】



【図4】



看護用紙は対象患者すべてに活用されている。試用期間中、初回の記録に留まり経過を追うことができなかった患者もいたが、情報記録回数が16回に昇ったケースもあった。

（図5）

また、この用紙の試用によりこれまで残せずにいた個々の患者が持つ特性（身体・精神・社会的）や対応時の注意事項を明記できるようになり、患者に不満を感じさせないよう統

一した対応がとられるようになった。

【図 5】情報記録回数が 16 回に昇ったケース

VI. 考察

看護記録とは「看護者の思考と行為を示すものであり、看護実践の一連の過程を記録したものである。」¹⁾とされているが、外来看護においては看護記録に規定がない。しかしながら外来看護の定義には「疾病を持ちながら地域で療養・社会生活を営む患者やその家族等に対し、安全で・安心・信頼される診療が行われるように、また生活が円滑に送れるように調整を図りながら看護職は診療の補助や療養上の世話を提供することをいう」²⁾とある。また「記録用紙は思考過程を支援するためには重要な意味をもつもの」³⁾ともある。診療録は医療上の記録としてももちろん重要であるが、個々の患者には必ずそれぞれに持つバックグラウンドがあり配慮すべきことがあるという前提で捉えていかなくてはならない。特に高齢者などセルフケアが困難な患者においては、そこに介入する社会的資源の状況、療養上の世話を担う家族の状況などは、患者を取り巻く環境のひとつとして重要である。

これまでは口頭での申し送りや診療録に直接記入、カルテへの付箋添付（資料 1）など、それぞれの看護師が良いと思う方法で情報を残してきた。しかし、方法の統一がなされずそれらの情報を共有することが困難であり、患者へ重複する情報収集がされていたために患者に負担を与えていた。

現代の超高齢社会に伴い、施設入所者、認知症、慢性疾患患者の増大や在宅医療の推進、医療依存度の高い状態で退院した患者、化学療法や日帰り手術、侵襲性の高い検査を受ける患者などが来院する外来において、患者の状況とニーズは様々であり、そこに介入する看護師の役割は増大している。そのような状況であるからこそ、個々の患者の状況をカルテから容易に把握できることは情報収集時間と患者の待ち時間の短縮になり、双方の負担の軽減につながる。

「短時間で対応が求められる外来において様々な病気を想定しながら順序立てて問診す

ることが重要視される」³⁾とある。A 病院の外来でも救急病院という 24 時間体制の特性上、交代制勤務は必至であり、いつどのスタッフがカルテを閲覧しても患者情報が確実かつ容易に得られるようにすることは、看護の質を確保するうえで大切である。

今回、看護用紙を起用したことにより、情報の記入場所が固定され、他科からの情報も得られるようになり、患者の問題点を抽出することができるようになったと考える。また看護者の関わる視点も統一されるようになったことから、用紙の起用は有効であったと考える。しかし一方では、カルテが回らない部門に情報が共有されない、記録の時間がない、記録の仕方や内容にばらつきがあるなどの問題点も浮き彫りになった。そのため、看護用紙記載基準作成、記載内容の統一化を図ることが課題である。

VII. 結論

1. 外来での患者情報の共有には看護用紙の導入は有効であった。
2. 患者情報を記入する所定の用紙ができたことで患者情報の共有がしやすくなり、患者に統一した看護や対応を継続して提供できる。

VIII. 引用文献

- 1) 日本看護協会 看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針 2005 年
- 2) 日総研 外来看護 2013 年秋号 P. 3
- 3) 看護科学研究 vol. 9, 1-9 (2010) 外来で利用できる看護記録の提案

血糖コントロールのための取り組み ～自立した生活をめざして～

横浜掖済会病院
外科病棟 福田 淳子

はじめに

現在、生活習慣病である糖尿病の総患者数は平成26年の調査によると316万6000人で、3年前の調査より46万人以上増加している。糖尿病は発症すると治癒することは難しく、また糖尿病性神経障害、糖尿病網膜症、糖尿病腎症が発症することもある。糖尿病による合併症を起こさず、また合併症を悪化させないために血糖コントロールはとても大切であるといえる。

今回、血糖コントロールのため退院指導が必要な患者(以下A氏)を受け持った。A氏が退院後自立した生活をしていくために、A氏の理解力や回復過程に合わせた指導を行った。さらに自尊心を傷つけないように配慮しながら関わり、退院指導を行うことの大切さを学ぶことができたためここに報告する。

I. 研究方法：事例研究

II. 研究場所：4階病棟

III. 研究期間：平成29年6月×日～平成29年8月×日

IV. 倫理的配慮

個人が特定されないように匿名・記号化する。

V. 事例紹介

1. 氏名：A氏

2. 年齢・性別・職業：70歳代・男性・元公務員

3. 診断名：胆管癌、糖尿病(発症時期不明)、糖尿病性網膜症

4. 入院までの経過

胆管癌の術後、他院に通院中であったが4月中旬に体動困難となり栄養障害、肺炎にて他院に入院。肺炎は軽快したが低アルブミン血症が遷延しEDチューブからの経管栄養を開始。その後全身状態は安定してきたが、経管栄養の継続が必要であった。自宅での管理が困難ということで6月上旬に当院に転院。入院前は血糖測定を自己にて行っており、ADLは概ね自立していた。認知症症状もなく自己管理能力はあったものの依存傾向が強く、血糖測定を看護師に任せることが多かった。また糖尿病歴が長いにも関わらず間食するなど病識がほとんどなかった。

5. 入院中の経過

入院後EDチューブから経管栄養剤を継続して注入し、それと並行し経口摂取を開始。その後、経口摂取良好で血糖値も安定し6月中旬にEDチューブ抜去となる。しかし、血糖コントロール中にも関わらず本人に自覚はなく、購入したお菓子やパンを食べていた。

医師や家族と今後の方向性を話し合い、管理栄養士による栄養指導を実施。現在の身体状況や家族の受け入れ状態を正しく理解してもらうため、退院にむけて血糖コントロール指導を行った。依存傾向が強く初めは積極的でなかったインシュリンの自己注射や血糖測定なども、繰り返し指導を実施し手技が確立したところで8月中旬に退院との運びとなる。

VI. 看護の実際

1、前熟考期：行動変化を考えていない

ADLは概ね自立しているA氏だが、自分でできることも看護師に依頼するなど依存傾向が強かった。そのため出来ることはやってもらうよう、スタッフ全員で同じ対応をとるように心がけた。また、糖尿病歴が長いにも関わらず病識に乏しく、「さっきジュース飲んだ。」と話されたり売店にてお菓子を購入する姿があった。看護師の注意を聞き入れず間食を続け血糖コントロール不良状態であった。このころ栄養指導も受けていたが、「栄養士の話しはさっぱりわからなかった。170ってどういうこと？」などの発言が聞かれ、その後も売店でおせんべいを購入する姿が目撃されるなど行動変容は見られなかった。

2、熟考期：行動変化の意義は理解。行動変化なし。

そのため間食の有無の確認や医師からの注意喚起や再度管理栄養士による栄養指導を行い、自身の病状を理解してもらえようアプローチを行っていった。医師から「血糖とインシュリンの管理ができなと退院できない。」と注意を受けたあとは落ち込む姿が見られ、「先生にごめんなさいって伝えてください。」という発言があった。妻は自宅に退院することを反対はしていなかったが、血糖コントロールや自分の身の回りのことはしてほしいとの希望は持っており、本人もそれは理解していた。再三の注意や指導に対して次第にA氏の言動にも変化が現れ、「もうしません。妻にみてもらえないとどうしようもない。妻とちゃんと話し合って、先生とも話がしたい。もう一度糖尿病についての話が聞きたいから段取りしてもらえん？」など自分の行動に対して反省する様子があり、前向きな言葉も聞かれるようになった。

3、準備期：患者なりの行動変化。すぐに開始する。

依存的だった様子にも変化が見られ、「僕は間食しないよ。まだまだ教わらなくちゃいけないことがいっぱいあるんです。インシュリンの単位のこととか。」「血糖の測り方教えてよ。」など意欲的な発言がみられた。看護師の「そばで見ているのでやってみましょうか。」との声かけで血糖測定とインシュリンの自己注射も行うようになった。

しかし、インシュリンの注射も同時に行っていたため、血糖測定器で腹部を穿刺しようと手技が混同する様子も見られた。そこで自宅で使用していた血糖測定の器械があると自ら話してくれたため、持参の測定機器を使用し見守りのもと自己測定ができるようになった。

4、行動期：望ましい行動で6か月未満。

測定回数 1 日 4 回でそのうち就寝前以外は測定値をノートに記し、数値によって「この数値はいいね。」など病気に対する理解も徐々にみられ、次第に間食する姿はみられなくなった。看護師の対応としては、本人が努力してできていることは「ちゃんとできていますね。大丈夫ですよ。」などできていることを伝えた。また、できていないことはどこがどうできていないのか、どうしていけばいいのか具体的に本人とその都度話をし、不安が残らないように配慮していった。数値としては医師と相談し血糖値 200 mg/dl 以下を目標にし、退院が近くなってきた頃には 200 mg/dl 以上になることはなくなっていった。そして、血糖測定の手技は自立し数値を「血糖 168 だった。いいね。」と看護師に伝えてくれるようになっていった。

VII. 考察

入院したばかりのころ、A 氏は病識がなく自分のとっている行動が身体にどう影響するのかを正しく把握できていなかった。今回そのことに気が付きアプローチをしたことで、行動に変化がみられていったと考えられる。A 氏によると糖尿病と診断されたときに病気や血糖測定についての話を聞いたきりとのことだった。糖尿病の重篤な症状などが出現せず、特に大きな問題なく生活できていた。そのため今回も入院前と同様の生活を続けてしまい血糖コントロール不良に陥ってしまったといえる。ヘンダーソンは「現に自分が患っている病気の予防法あるいは治療法についてすでに発見されていることを何も知らず、したがって実行できていないため病気になる。そのような事例では、患者の回復、あるいは病気の進行阻止はひとえに再教育にかかっている。」¹⁾と述べている。A 氏は糖尿病についての知識や技術はほとんどなかったが、ADL は自立しており認知症症状もないことから再教育が可能な状態であったといえる。そして、大北らは「ケアは一人ではできない。患者がいて、家族がいる。患者に関わる複数の看護師、医師などの医療従事者がいる。問題解決には、自分一人で「何をすべきか」「何をできるか」を考えるだけでなく、患者に関わる医療従事者が認識を共有し、協力することが不可欠となる。」²⁾と述べていることから、今回看護師だけの指導ではなく医師や管理栄養士といった多職種からの教育や指導を行ったことは、A 氏の病識を深め自立を促していくことにつながっていたのではないだろうか。さらに大北らは「慢性疾患の治療現場では、いかに患者自身の自己管理(セルフマネジメント)を手助けできるような療養指導を行っていただけるかが大事となってくる。」「現在の療養指導は、患者側と医療者側がともに考えて治療方針や制限事項を決める患者中心主義的なものに、すなわち患者のセルフケアへの意識を高めながら援助するものになってきつつある。」³⁾とも述べている。普段の患者との関わりの中で、私たち医療従事者が一方的に伝える場面が多いのではないかと思う。しかし、なぜそれが必要なのか、なにに気を付けなければいけないのかを病気のことも踏まえて説明し、それを理解したうえで今後自分がどうしていきたいかということを考えてもらうようにしたことで、A 氏にセルフケアを行うことの自覚を持ってもらえたのではないかと考える。

VIII. まとめ

- ①患者それぞれに人生があり、長年培っていた価値観や自尊心がある。それらを尊重しながら関わりを持っていく必要がある。
- ②患者の理解力や生活のペースに合わせて、まずはできることから行ってもらうことで自信をもってもらい、自立につなげていくことが大切である。
- ③看護師のみでなく、医師や管理栄養士など多職種と連携し関わっていくことで患者の理解をより深めることができる。
- ④患者の教育入院において、患者の苦しみを理解し苦痛や困難なことに向き合えるように援助し、患者の協力が得られるようにしていくことがコンプライアンスを高めることにつながっていく。

IX. おわりに

今回、血糖コントロールの指導に関わったことで、患者さんの自尊心を尊重し本人の生活のペースや家族関係など、様々なことを考慮して指導をしていくことの大切さを知ることができた。この学びを今後の看護に活かしていきたいと思う。

最後にこの学びを与えて下さった患者さま、並びにご指導くださいました指導者をはじめ病棟スタッフに深く感謝します。

〈参考・引用文献〉

- 1)ヴァージニア・ヘンダーソン:看護の基本となるもの・日本看護協会出版社 2012年 P.73
- 2)、3) 大北全俊他:事例でまなぶ ケアの倫理・メディカ出版 2015年 P.114、115
- 4)一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構:糖尿病療養指導ガイドブック 2015・株式会社メディカルレビュー社 2015年

認知力低下のある高齢者の BPSD 改善への取り組み ～苦痛を最小限とするためのアプローチ～

横浜掖済会病院
内科病棟 濱松志保

I はじめに

一般医療機関で治療を受ける 65 歳以上の患者の約 15%、462 万人が認知症と推測されている。また、65 歳以上で認知症の診断がついていない、もしくは未治療で認知力低下があり、正常と認知症の中間と位置付けられる患者は 13%、全国で 400 万人と推計されている。つまり 65 歳以上の患者のおよそ 30%は何らかの認知力低下をきたしていると推測できる。

1) 2)

内科病棟では入院患者の 90%以上が 65 歳以上である。急性期一般病床であることから、認知症と診断され、治療を継続している患者はごく僅かであるが、他の内科的疾患治療のため入院する高齢患者のほとんどは、何らかの認知力低下をきたした状態にある。

一言で認知力低下のある高齢者とは言っても、認知症の概念である行動・心理症状（以下 BPSD とする）は患者個々、多彩でありその看護には個別性が求められる。今回、認知力低下によりせん妄をきたした患者に対し、看護師が問題行動と捉えがちな BPSD を改善するために行った取り組みにより、多くの学びを得ることができたため、ここに報告する。

II 研究方法

1. 研究方法 : 事例研究
2. 研究場所 : 内科病棟
3. 研究期間 : 平成 2X 年 8 月下旬～平成 2X 年 10 月上旬

III 倫理的配慮

個人が特定されないように匿名・記号化する。

IV 事例紹介

1. 氏名・年齢・性別 : A 氏・80 歳代・男性
2. 診断名 : 間質性肺炎急性増悪
3. 既往歴 : 肺結核 脳梗塞
たこつぼ型心筋症 心房細動 心不全
高度難聴 前立腺肥大
4. 家族構成 : 結婚歴はなく独居。現在は老人保健施設入所中。
キーパーソンは別居の弟で、手続き関係など必要時のみ来院される。
5. 入院までの経過
前回、肺結核の診断で内服による化学療法導入のため 2 か月入院し、内服を継続しつつ老人保健施設へ入所となったが、1 か月後に感染性肺炎で再入院となった。
6. 入院中の経過

肺炎から急性呼吸不全、急性心不全を合併し、せん妄をきたしたことから身体拘束が行われた。治療により肺炎、心不全は改善がみられたが、経鼻経管栄養を行い、喀痰吸引が必要な状態であった。

受け持ち開始時には認知症の中核症状に加え、攻撃的行動(些細なことで声を荒げる、手をあげる)、焦燥(イライラして落ち着かない)、抑うつ状態(コミュニケーションの遮断)、せん妄(意思疎通が困難で客観的な事実と異なる言動をとる)といった BPSD がみられていた。薬物療法として入院前からグラマリール錠 75mg/日を内服しており、入院後はリスパダール OD 錠 1mg/日が追加されていたが BPSD の改善は見られなかった。受け持ち時の ADL はベッド上、移動は全介助、排泄は尿管カテーテルとおむつであった。

V 看護の実際

<第1期：信頼関係再構築のためのアプローチ>

A 氏は、前回肺結核化学療法導入のため入院されており、その人柄について「温和で穏やか」と認識していた。今回も入院当初は穏やかに過ごしていたが、急性呼吸不全、急性心不全をきたし、座位保持も困難な状態であるのにベッドから降りようとするため転倒・転落リスクが高く、胸腔ドレーンや CV カテーテル、経鼻胃管、尿管カテーテルなど多数のライン類が挿入され、自己抜去を繰り返していたことから、両上肢の抑制帯・体幹抑制帯による身体抑制が行われていた。さらに喀痰吸引など、苦痛を伴う治療・ケアが続き、受け持ち開始時には人影を見るだけで「やめろ、この野郎」など大声を出し、喀痰吸引時には、看護師に唾を吐くなどの抵抗があった。内服のリスパダール OD 錠が 2mg/日に増量となり、せん妄のない時間ができたが苦痛を伴う治療・ケア時は大声を出し、身をよじって抵抗することが続いた。

A 氏にはもともと高度難聴があり、前回入院時はわずかに聴力の残る左耳の近くで大きな声で話かけるか、ホワイトボードを使った筆談でこちらの意図を理解し、うなずきや発語で返答していたが、受け持ち開始時はコミュニケーションを拒み、看護師に対し視線を合わせようとせず、ホワイトボードに見向きもしなかった。このためチームカンファレンスを開き、どのように非言語的コミュニケーションで意思の疎通を図るか検討した。信頼関係の再構築を図るため、目線を下げ、こちらの表情を見せ、上肢をさするなどのタッチングを行い、A 氏に対し敵意のないことを示し、苦痛を伴う処置を行う際には、表情が穏やかになるまでタッチングを繰り返し、何を行うか、どれくらいで終わるかを左耳の近くでトーンを落とした大きな声で説明してから実施することとし、チーム全体で対応を統一した。最も苦痛を伴う、喀痰吸引時は頭を振って抵抗することはあったが、唾を吐いたり、大声を出したりすることは徐々に減っていった。しかし、経鼻経管栄養中であり胃チューブの自己抜去を繰り返していることから、両上肢の抑制は外すことができなかった。

<第2期：両上肢抑制を外すためのアプローチ>

コミュニケーションの改善に取り組み始めた1週間後、キーパーソンで唯一の身内である弟から胃瘻による栄養経路確立の同意があり、経皮的内視鏡下胃瘻造設術が行われた。創痛や感染など合併症状なく経過したが、バンパータイプのため自己抜去などのリスクから両上肢の抑制はやはり外すことができなかった。そこで、チームメンバーの発案により病院レンタルのバスタオルを腹部に巻き、胃瘻部を触ることができないように工夫した。

これにより両上肢の抑制を外すことができ、頭を掻いたり、寝返りをうったりできるようになった。

胃瘻造設後も液体タイプの経管栄養剤であったため 400ml*3 回、1 日およそ 6 時間の滴下中は両上肢抑制を外すことができなかった。この状態を改善するため、栄養科にコスト面の相談をし、液体タイプと差額負担なく使用でき、ワンショットで注入できる半固形タイプがあることがわかった。主治医に上肢抑制を外すために半固形タイプの栄養剤への変更検討を依頼し、採用されたため、両上肢の抑制は完全に解除することができた。

しかし、認知症の中核症状である、記憶・判断力の低下により何度説明を繰り返してもベッドから降りようとするため、体幹抑制帯は外すことはできなかった。

<第 3 期：カテーテル抜去・離床の促進へのアプローチ>

A 氏には前立腺肥大による尿閉により尿管カテーテルが挿入されていた。しかし前回入院時、臥床状態で排尿できなくても、ポータブルトイレに座るなど腹圧をかけた際に自尿がみられた経緯があり、チームで検討し、日中車椅子に移乗するなど座位時間をつくることを前提に、主治医に許可を得て、尿管カテーテルを抜去した。臥床時は自尿がないこともあったが、1 日 2 時間の車椅子への移乗を目標とし、座位時間が増すにつれて、排尿間隔は長いもののコンスタントに自尿が確認できるようになった。また、車椅子乗車時は座位保持ができ、立ち上がるなどの様子は見られなかったため、完全に身体拘束を解除する時間を作ることができた。

車椅子乗車時間にはナースステーションで見守りを行ったが、同チームの看護師はもちろん、通りすがりの他チームの看護師まで「エアコンで寒くないですか」と声をかけたり、片付けるために手に持っていた手鏡を A 氏に渡してみると、髪を整えおどけた表情を見せた、など、複数の人と自然にコミュニケーションをとる機会が増え、社会性の復活につながることができたことは意外な効果であった。この頃、肺炎の改善、および座位時間が増えたことにより、喀痰量が減少し、酸素化も良好に保てるようになったため、喀痰吸引の処置も不要となった。A 氏の認知症中核症状は退院まで続いたが、本人の苦痛を減らすことができたことで、せん妄を中心とした BPSD はほぼみられなくなった。

受け持ち開始 1 か月半後、A 氏は「ありがとう」と笑顔で握手し、内服での肺結核化学療法を継続しつつ、再び老人保健施設へ入所となった。

VI 考察

せん妄状態の有無に関わらず、治療やケアへの抵抗を示していた A 氏に対し、信頼関係再構築のためにチームで取り組んだコミュニケーションのうち、タッチングに関しては、スキンシップによりオキシトシンの分泌が促進され、不安感やストレスを軽減させる働きがある³⁾とされていることから、単なる治療やケアに対する同意を得るための手段としてだけでなく、安心感を与えることができた科学的にも有効な方法であったと考える。また話しかける声のトーンや表情にも気を付けてコミュニケーションを行った。山田⁴⁾は「看護師の声調（トーン）や笑顔からにじみ出る優しさや心遣いは、言語による伝達がうまくいかない認知症の人の心を癒すことになる」とし、齊田⁵⁾は認知症者が障害される記憶としてエピソード記憶を挙げ「たとえ今自分がいる場所や自分が話をしている人、どんな話をしているかがわからないとしても、目の前に一緒にいる人とコミュニケーションをとっ

ているこの環境や時間が心地よいか心地よくないか、一緒にいる人は自分のことを思い大切に接してくれているか接してくれていないかを認知症高齢者は感じ取っている」としている。コミュニケーションの内容そのものより、コミュニケーションで味わった感情が記憶に残るとすれば、一緒にいて嬉しかった、楽しかったと思ってもらえるような関りが看護師に求められる。視線を合わせること、タッチングや声のトーン、表情などに注意を払うことは認知力低下のある高齢者への関りにおいて重要であると言える。

さらに、苦痛を伴うケアに対して同意が得られるまで説明し、時間をかけて返答を待ち、本人のタイミングで実施することで、A 氏に「自分は大切にされている」と感じてもらえるように心がけた。北川⁶⁾は「認知症の人に対する信頼と敬意をもってかかわり続けることが、彼らのコミュニケーションへの意欲を支持する援助者としての基本的な態度なのだと思う」と述べている。日々の看護業務において、認知力の低下のある高齢者個々の背景や全体像を把握することは時間の制約上難しいことが多いが、認知力が低下しているから、せん妄状態であるから意思の疎通が図れない、と安易に判断し説明や理解を求める努力を怠ることは良好なコミュニケーションを得るために避けなければならない。

せん妄は既存の認知機能障害が存在することが発症の原因であるが、修正できる要因には活動性低下、身体拘束、睡眠覚醒リズム障害などがあり、修正できない要因には高齢、もともとある認知機能障害があげられる。⁷⁾A 氏は高度難聴、発語が不明瞭なことも影響し、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)6点であり、認知機能障害の改善は困難と思われたが、修正できる要素の一つ、身体拘束については問題とされる行動をアセスメントし、その原因を取り除くために医師や栄養科といった他職種にも協力を求め、結果として両上肢の抑制を解除することができた。

A 氏に対しては実施中の身体拘束をいかに解除するかというアプローチに終始したが、やむを得ず身体拘束を開始する場合、どのような状態となったら解除できるのか、終了時点の目標を設定し、最小限の拘束とすること、その際のストレスを軽減するケアについて具体的な計画を立て、日々アセスメントを繰り返すことが必要である。小林⁸⁾は「医療安全上の理由で身体拘束は行われるが、患者安全のゴールは患者に有害なことを招かないことである」と述べている。必要な治療を安全に受けることができるためだけでなく、患者にとって何が利益なのか常に考え続ける姿勢が必要である。

今回、A 氏の状態は治療内容やコミュニケーションの改善から日々変化していった。和田⁹⁾は「指示のある治療・処置のみを行うのではなく、病状の回復過程を把握しながら、今行っている治療内容は本当に必要かどうかを合わせながら検討し、苦痛が最小限となるような工夫が必要である」と述べている。A 氏を主体とし状況や状態の変化に対応しながらチームでカンファレンスを繰り返し、アイディアを具体化し統一した対応をとることができたことは、BPSD 改善の大きな要因であったと考える。

VII まとめ

1. 認知力低下のある高齢者に対するコミュニケーションは、尊重の姿勢を持ち、個別性を見極めた対応をとることで患者の安楽につなげることができる。
2. 身体抑制は常に変化する患者の状態に合わせ「もっと何かできることはないか」と日々アセスメントを行い、実行していくことが身体抑制解除へつながる。

3. 認知力低下のある患者の BPSD を問題行動と捉えず「なぜそのような行動に至っているのか」を想像し、患者の利益のために他職種連携を含めチーム一丸となった関りを行っていく必要がある

VIII おわりに

今回、A 氏に対し看護展開をするにあたり、最大の強みであったのは平常時の A 氏の人柄をチーム全体で把握していたことにあると言える。認知力低下のある高齢者ではあるが「もともとこういう方ではない」、A 氏がなぜその行動に至っているのか、どんな気持ちでいるのかを想像し、どうすれば苦痛を最小限にすることができるのかを考え、チーム全体で統一した関わりを持つことができた。限られた時間の中で対象を深く理解し、コミュニケーションを十分にとることは、急性期病院の日々の業務においては難しいことが多い。しかし、カンファレンスを重ねて個別性ある看護をつきつめていくことは、対象を尊重・理解することが根底にあり、患者主体の看護そのものである。それは認知力低下のある高齢者に対してだけでなく、看護の基本としてすべての対象に共通であると気づくことができた。今後もチーム全員でアイディアを出し合い、すべての患者に対し患者主体の看護を提供することを心がけていきたい。

最後に多くの学びを与えてくださった A 氏に心より感謝いたします。

IX 引用・参考文献

- 1) 平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会：一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き
- 2) 厚生労働省社保審一介護給付費分科会：認知症施策の現状について，p3，2015
- 3) タクティールケア普及を考える会：タクティールケア入門，日経 BP 企画，p. 9，2008
- 4) 高山成子編：認知症の人の生活行動を支える看護 エビデンスに基づいた看護プロトコル，p2-5，医歯薬出版，2014
- 5) 齊田綾子：入院中の認知症高齢者への対応：看護技術，62(5)，p40-，2016
- 6) 北川公子：認知症ケアにおけるコミュニケーション，新版認知症の人々の看護第 3 版，p. 123，中嶋紀子監修・編集，医歯薬出版株式会社，2013
- 7) 上村恵一：せん妄の危険因子ーリスクを知るための因子と、予防のために介入したい因子，医学のあゆみ，256(11)，2016
- 8) 小林亜美：認知症せん妄身体拘束の最新エビデンス，エキスパートナース，33(3)，2017
- 9) 和田奈美子：入院中の認知症高齢者への治療・ケアの視点：看護技術，62(5)，p28-33，2016
- 10) 全日本病院協会：身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書，p15，2016

手指衛生に関する意識改革への取り組み

済生会横浜市南部病院 ○空元美咲、田鍋磨里、田川小織

I. はじめに

A病院では感染予防対策として擦り込み式手指衛生剤の使用を推奨されているが、B病棟では手指衛生剤の使用量に個人差が大きい現状がある。今回、擦り込み式手指衛生剤を使用できない理由を把握し、その結果を基に勉強会を実施した。勉強会前後での実態調査で、使用量と手指衛生のタイミングに変化がみられたため、報告する。

II. 研究目的

本研究の目的は、手指衛生に関する勉強会が、手指衛生に対する意識改革に繋がるかを明らかにする事である。

III. 研究方法

1. 対象：B病棟看護師（師長を除く、研究参加に同意が得られた者）
 2. 研究期間：2017年6月26日～10月8日
 3. 方法：手指衛生に関するアンケート調査と実態調査後（手指衛生実施場面 50 項目について、自己評価と他者評価を実施）に、勉強会を実施した。（表 1）勉強会後に 2 回目の実態調査を実施した。結果は記述統計にて分析した。
 4. 倫理的配慮： アンケート、実態調査を行うにあたり、対象者に研究の目的、個人情報保護の保護、自由意思による参加、回答拒否による不利益は生じない事、データは研究目的以外では使用しない事、調査結果は研究終了後破棄することを説明書に記載し同意を得た。実態調査の協力者へは、説明書を記載し同意を得た。
- 本研究は当院臨床研究倫理部会の承認を得た。

IV. 結果

アンケート配布数 35、回収数 35（回収率 100%）であった。また、実態調査は 33 名に実施した。

1. アンケート結果

「手指衛生は感染予防に有効だと思うか」に対しては、全スタッフが有効だと答えた。1 回の手指衛生にかかる時間は、「5～10 秒」が 21 名 60%と最も多く、次に「0～5 秒」「10～15 秒」が 6 名 17%ずつ、「15 秒以上」は 2 名 6%であった。傾向としては経験年数の短い方が手指衛生にかかる時間が短く、経験年数の長い方が手指衛生にかかる時間が長い結果となった。（図 1）

ポンプを一回に何回押すかは、「押しきり 1 回」が 19 名 53%であり、次に「押しきり 2 回」が 15 名 41%、「途中まで 1 回」「途中まで 2 回」が 1 名ずつ 3%であった。（図 2）

手指衛生が行えない理由は、「忙しい」「忘れる」が 16 名 21%と最も多く、次に「流水手洗いの方が良い」が 11 名 14%、「手荒れが気になる」9 名 12%、「べたつく」8 名 10%であった。また 11 年目以上のスタッフ以外では、「手袋をすれば必要ない」と答えていたスタッフが 1 名以上おり、全体の 1%であった。（図 3）

2. 実態調査結果

実態調査では勉強会前後の自己評価では、できている項目が80%を超えたのが12項目から17項目に増加し、他者評価では11項目から10項目へと減少した。他者評価で勉強会前に80%を下回っていたが、勉強会後に上回ったものが「点滴作成後」「患者に触れた後」「損傷皮膚のケアの後」の3項目であった。80%を上回っていたが、勉強会後に下回ったものが「留置針挿入や抜去の後」「口腔・歯科ケアの後」「勤務終了時」の3項目であった。(図4)

また、自己評価ではできていない項目が50%を超えたのが19項目から13項目へと減少し、他者評価では15項目から23項目へと増加した。他者評価で勉強会前に50%を上回っていたが、勉強会後に下回ったものは「点滴更新後」の1項目であった。50%を下回っていたが、勉強会後に上回ったものは「患者ラウンド開始前」「患者に触れる前」「保清ケアの前」「ベッドリネン交換の後」「ドレーン排液の前」「吸引前」「口腔・歯科ケアの前」「内服準備、配薬後」「創部ドレッシングを行う前」「休憩から出たあと」の10項目であった。しかし、勉強会前後共に50%を超えてしまったものの勉強会後にパーセンテージが下がった項目も11項目あった。(図5)

手指衛生遵守率は、7月54%から9月83%へと増加し、手指衛生(携帯用)使用量(ml/月)に関しても7月293mlから9月522mlと増加した。

V. 考察

結果より、手指衛生は感染予防に有効であると理解はしているが、正しい知識や使用方法を十分理解できていない状態であると分かった。そのため、知識を補う勉強会と実態調査を通して意識付けを行う事で、手指衛生剤の使用量と手指衛生の遵守率が上がった。勉強会を通し、実態調査も2回することでスタッフからは「1度に使う手指衛生剤は意識して3回押すようになった」「実態調査をすることで、どんな場面で手指衛生をするのか分かった」と言った声も聞かれ、意識改革へと繋がったと考える。しかし、患者や体液に触れた後はできているがそれ以外の物品に触れた前後、環境整備前後など直接患者に触れていない状況ではできていない傾向にあるため、今後も継続して指導をしていく必要がある。

VI. 結論

勉強会の実施により、使用量と手指衛生実施の場面が増加した。また実態調査によりスタッフの意識改革へと繋がった。

参考文献

- 1) 村中陽子、玉木ミヨ子、川西千恵美：学ぶ・試す・調べる 看護ケアの根拠と技術。第二版。医歯薬出版，p10-14，2013.
- 2) 藤沼稔：スキルアップ臨床看護技術Q&A。初版。学習研究社，p9，2008.
- 3) 本郷允彦：EBMに基づく院内感染予防対策Q&A。初版。南江堂，p10-11，2004

表1 勉強会の内容

- 1、手指衛生の必要性
- 2、擦式消毒用アルコール製剤の正しい使用量は？
- 3、擦式消毒用アルコール製剤の正しい使用方法是？
- 4、乾燥させることでの効果は？
- 5、手袋を外した後にも手指消毒は必要？
- 6、手荒れ対策って？

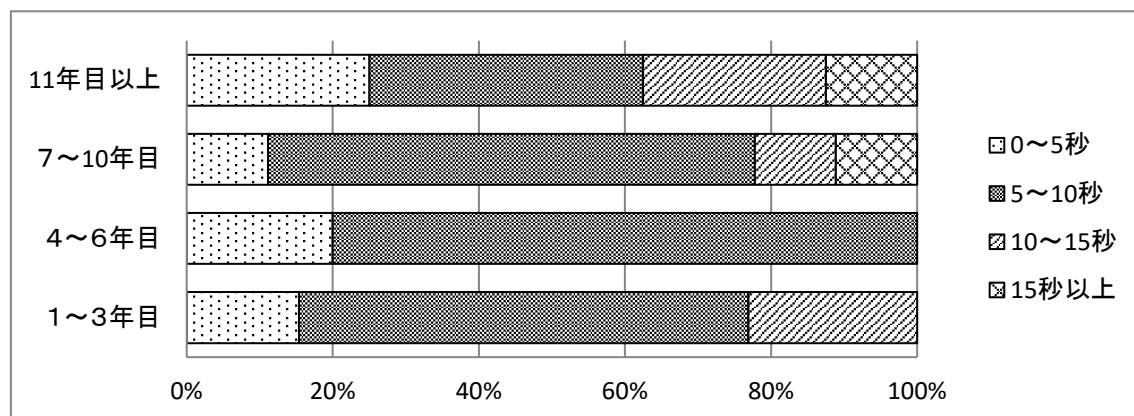


図1 一回の手指衛生にかかる時間はどのくらいですか

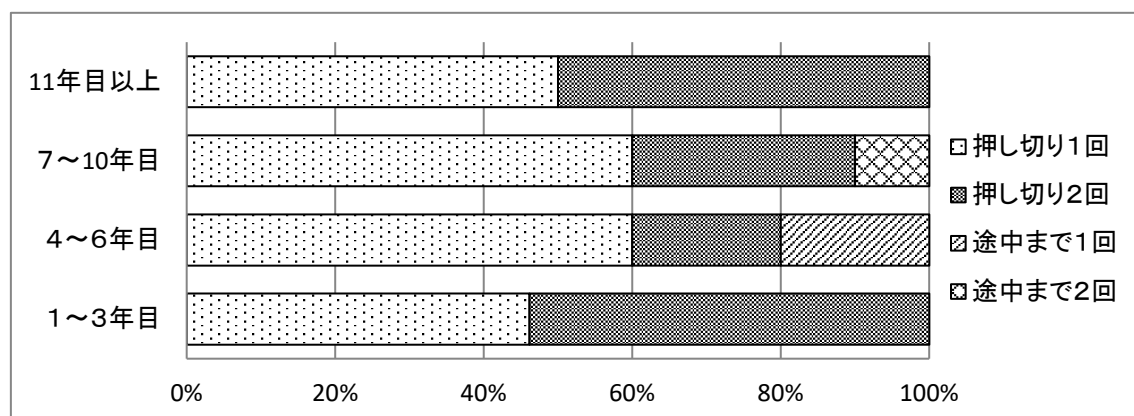


図2 ポンプを一回に何回押しますか

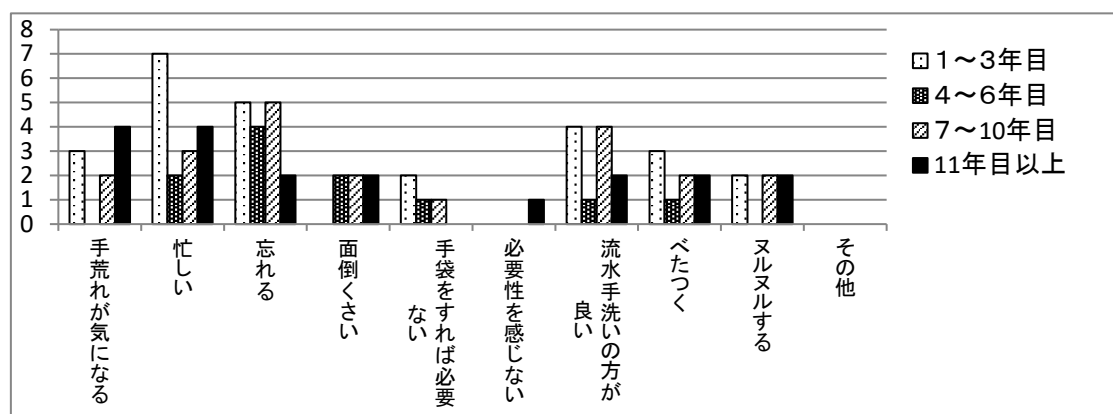


図3 手指衛生が行えない理由がありますか（複数回答可）

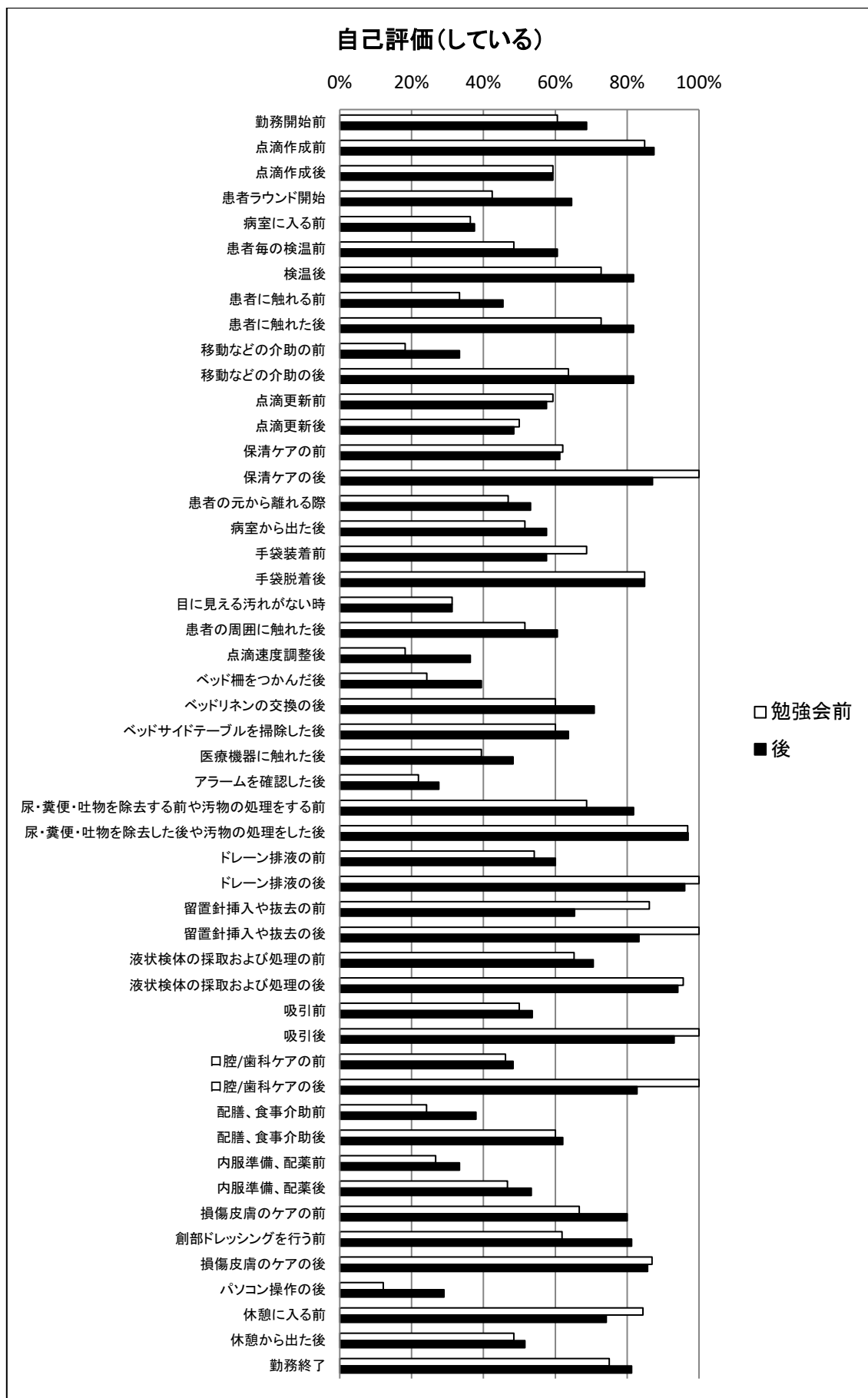


図 4 実態調査（自己評価）集計結果

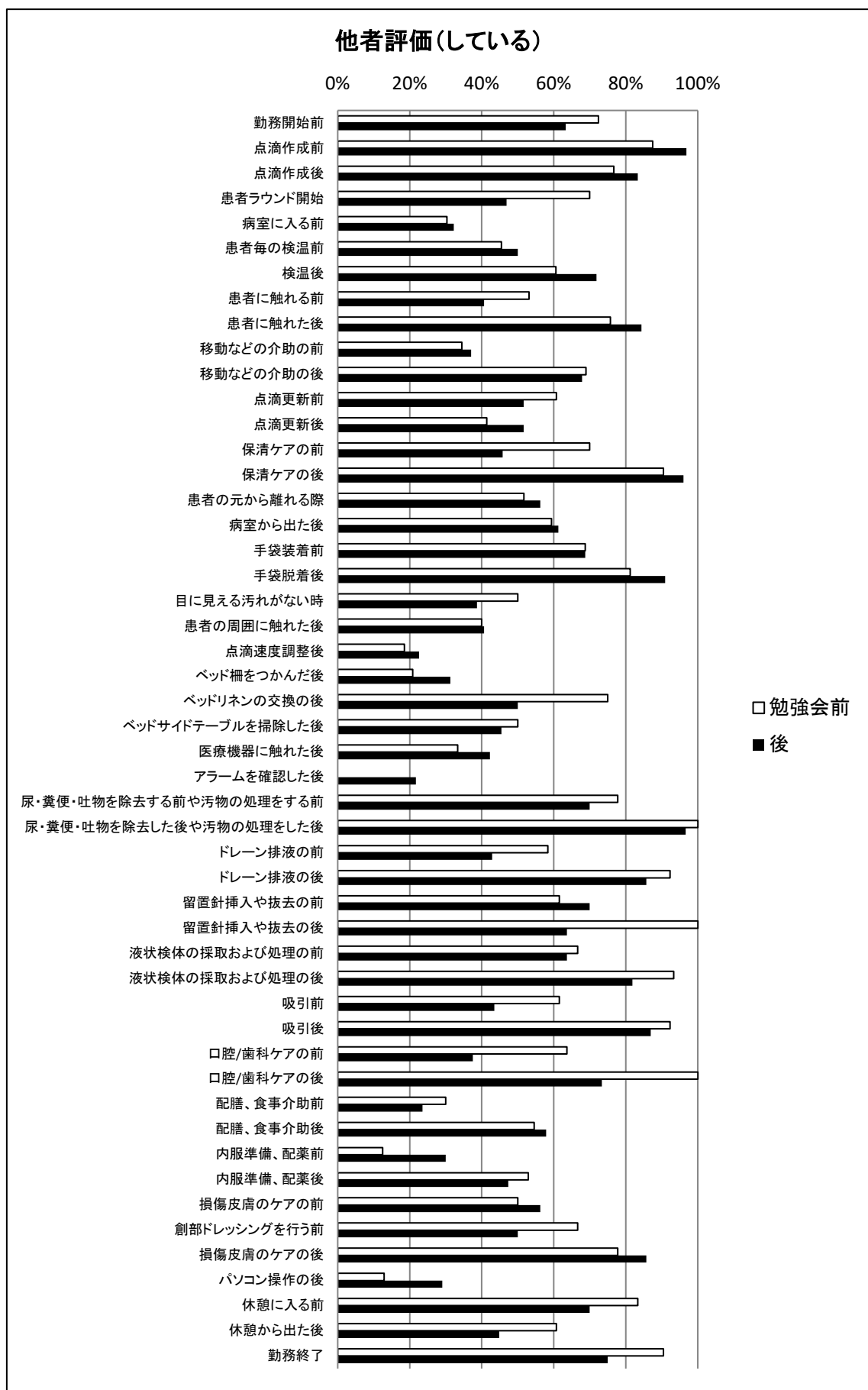


図 5 実態調査（他者評価）集計結果

終末期を生きる患者の世界に寄り添う看護についての考察

神奈川県立循環器呼吸器病センター

○北村 沙織

キーワード：終末期 特発性肺腺維症

I. はじめに

特発性肺腺維症（以下と IPF 略す）は根本的治療が難しく発症からの生存率は 2.5 から 5 年と言われている。病状の急激な進行にともない、患者の自立した生活は短期間に終末期へと移行することがある。慢性経過から急激な病状の変化は、本人や家族にとって精神的苦痛が大きく現状を受け止めることが困難である。したがって看護師は、患者や家族の精神的ケアや苦痛の緩和など関わりの中で苦悩やジレンマを抱えることが多い。今回筆者は A 氏へ余命を伝えられなかったことに対しジレンマを抱えていた。それは、余命を告げるにより A 氏が、残された時間を受け止めどう生きていくかを考えられるようにサポートしていくべきなのではないかと考えていたからである。しかし、A 氏からは「どれくらい生きられるか」などという予後に関する情報を求めてくる言動は無かった。このことから、終末期へ移行した患者の看護を振り返り、終末期を生きる患者の思いに寄り添う事や一つ一つの言動の裏に隠されたメッセージの意味などをスピリチュアルケアの視点を用いて考える。

II. 研究目的

看護師は、終末期に移行した患者に対し余命を告げない方針が A 氏にとって最善の選択であったのかジレンマを抱えていた。研究を進めるにあたり看護師のジレンマは患者の思いを尊重した関わりであったのか、また終末期患者の生きている世界と看護師の生きる世界での違いを考え思いへ寄り添うことの意味を深めるとともにその看護の役割を見いだし今後の看護の質の向上に繋がることを期待する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究

2. 患者紹介

- 1) 性別：男性 年齢：60 歳代前半
- 2) 病名：IPF 終末期
- 3) 既往歴：逆流性食道炎・大腸ポリープ
- 4) 家族構成：妻・娘・母親の 4 人暮らし。母親の ADL はなんとか自立していた。
- 5) 経過：6 年前に IPF の診断を受け、入院する 1 ヶ月前に酸素導入をしていた。導入時の酸素の使用は労作時のみであったが、進行が早く入院時にオキシマイザーカヌラで安静 5 l/分労作時 7 l/分の使用となった。急激な病状の進行であり、終末期へ差し掛かった病期であった。抗腺維化薬の調整をしていたが進行は止まらず、ステロイドパルス療法を実施した。しかし、気胸を併発した。労作時の経皮的動脈血酸素飽和度（以下 SpO₂ と略す）の低下が著しく、ADL はほぼベッド上になった。しかし、看護師側からみれば現状の ADL や呼吸状態からは難しい行動について「できると思う」などという言動があった。今まで一家の大黒柱として生きてきた人であり、ADL に介助が必要な状況にな

ってきているにもかかわらず家族に頼むことを躊躇し、自分でできないだろうかと考えていた。また、定年退職前で仕事をしており、上司的な立場であった。病状の急激な進行のために会社には現状の詳細を伝えておらず、「こんな姿見せられない」と面会を拒む様子があった。精神面では、病状の進行の早さに思いがついていないという自覚があった。また、余命は1 ヶ月から数ヶ月と予測されていたが、それを知らないA氏は「あと10年は生きられるかな」などという言動があった。

6) 研究期間：平成XX年5月から平成XX年10月まで

IV. 倫理的配慮

B病院の看護研究倫理審査会にて承認を得たのち、研究を開始した。本研究の実施にあたり対象者の家族に対し、研究の目的、内容、研究結果公表、研究協力の有無により不利益が生じないこと、個人情報保護法を厳守することについて、電話で連絡を取り、口頭で説明し同意を得た。本演題発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

V. 結果

抗腺維化薬と酸素調整の目的で入院したA氏は、入院当初から「大丈夫です」と言うことが多く、徐々に悪化傾向であったにもかかわらず、自分の思いを看護師に表現することが少なかった。現状に対してどのように考えているのだろうと思い、安静時にゆっくりコミュニケーションがとれるよう定期的に時間を作った。看護師がベッドサイドに座りゆっくりコミュニケーションをとる時間を設けたことで、患者は心配なこと、家族のこと、自分の病気に対する思いを話してくれていた。コミュニケーションを図っていくと、長期入院によるストレスや仕事の心配をし「早く帰りたい」「自分にしかわからない仕事がある。家に帰ればパソコンでできる」と話していた。実際に夜間もスマートフォンで会社の人と連絡をとっていた。会社の人からA氏の現状を知っているのかを尋ねると「話してない、面会にもこなくていいと言っている。こんな姿恥ずかしいから」と語った。病気の見通しについては、「気胸が良くなれば退院できると思う」「明日検査するからその結果で退院ができると思う」と、早く退院したいという思いが強く現れていた。ベッド上座位での食事動作において呼吸速拍や呼吸困難が強いにもかかわらず、退院後は「バイクに乗っちゃえば通院ができると思う」「2階までは上られるかな」という言動があった。その反面「体に気持ちがついていない」と話し、徐々に酸素量が増えて著しいSpO₂の低下の頻度が増していることも自覚していた。このように言動と行動が一致しておらず、焦りや不安、ストレスのために夜間の睡眠がとれていない状況であった。そこで主治医へ相談し抗不安薬の内服を開始した。何度かA氏の思いを傾聴すると、退院したいという思いと現在のADLからは難しいことを「できると思う」という発言は続いていた。看護師は、現在の病状とA氏の認識にずれがあるととらえ、A氏の認識について主治医と意見交換し、病状の変化についての説明を何度も行った。主治医は、これ以上の治療や改善は難しく自宅退院も厳しい状況と判断をしており、A氏に説明をしていた。しかし、A氏は早く帰りたいという思いが強かったことから、急遽、訪問看護と往診医を導入し退院日を決定することになった。

妻には予後を含めた厳しい説明がなされていたため、妻と看護師で話せる機会を作り、妻の思いや不安を傾聴した。妻からは「夫は弱い人ですから、予後は言わないでください。私も娘も覚悟しています。私たちも（死が近いことを）察せられないようにいつも通りに過ごしていますので」という話があった。主治医は、進行の早さにA氏の思いがついていない

ない心理状況では予後を含めた厳しい現状をA氏に突きつけることはできないという見解であった。したがってA氏に予後は伝えない方針が決定した。しかし看護師は、「あと10年は生きられるかな。オリンピックまでは生きたい」というA氏の言葉に対して、「本当にA氏は予後を知らなくてよいのだろうか」とジレンマを感じた。このジレンマを持ちながら傾聴を続けるなかで、A氏の自宅へ帰りたいこと、さらに生きたいという思いを尊重していくことを考えるようになった。

看護師は、自宅での過ごし方や少しでも呼吸状態の安定がはかれるような生活をA氏と妻とともに考えるために相談する機会を作った。また地域連携室の担当看護師と相談し、介護サービスの調整を図った。「体に気持ちがついていない」というA氏の発言から、A氏の考えや自宅での生活のイメージを傾聴し、「できない」「無理」などと否定せず、今の活動状況から実際に可能かどうかをA氏にイメージしてもらえるように一緒に考えていった。当初A氏は「自分でできる。家族に迷惑をかけたくない。近隣の目が気になるから自宅前から歩いて行く。介護タクシーは使わない」と話した。しかし、オリンピックまで生きるという希望を叶えるためには、どうしたらよいか、何を優先し、大切にしたいのかを投げかけ、周りの手助けを得ることも必要なことを伝えた。その結果、自宅の環境調整、往診医と訪問看護の導入、退院時の介護タクシーの利用などができた。また心残りであった仕事については、自宅に戻るによりようやく可能になると安堵を得た様子であった。一方で「バイクに乗れないかな」「尿器でとって自分で捨てに行けるかな」などという発言は続いていた。

妻は、A氏の前では不安など悟られないよういつも前向きにA氏に笑顔で接していた。しかし、妻には「自宅で見るのは心配だけど、自宅へ帰りたい思いがあるなら頑張る」という思いがあり、環境の調整、栄養面の学習していた。また、妻も仕事をしていたがA氏の介護のため自分の仕事を休む手続きし積極的にサポートしてくれた。妻のA氏へ予後は伝えないという思いを尊重し関わったことでA氏の不安を増強させず、妻の希望も叶える形で方向付けができた。

VI. 考察

看護師は、A氏へ余命を伝えられなかったことに対しジレンマを抱えていた。それは、余命を告げることにより、患者が残された時間を受け止め、どのように生きていくかを考えることをサポートしていくべきであると考えたからである。しかし、A氏からは、予後を知りたいというような言動はなかった。伊藤¹⁾は「生の世界に留まりケアを提供する援助者と、死にゆく終末期患者は、ある意味で別の住人である。～中略～援助者自身の生への執着や価値観を、患者に押しつけることはできない」と述べている。また、「多くの場合、援助者は、患者の感覚を否定し、「存在」や「可能性」を希望として主張する。暗黙裏に、援助者自身が属する「生きる世界」に患者が少しでも長く留まることを望むのが良いことだ、という前提に立っている」と述べている。このことから、看護師は、A氏に看護師の「生きる世界」を看護師が望むような形で生きてほしいという、看護師の視点からみた終末期患者の理想を当てはめていたといえる。その理想像とA氏の様子のギャップが、看護師のジレンマに繋がったと考える。

看護師は、A氏が現状からは不可能と思えるようなことを話す状況を理解できないまま関わりを続けた。伊藤¹⁾は「仕事をしたいは、仕事ができる事を望んでいるのではなく、で

きなくなった事実を受け入れての詠嘆である。」と述べ、スピリチュアルケアにおけるコミュニケーションは、情報やインフォメーションよりも感情やメッセージが大切であるとしている。看護師は、看護師の認識からすれば非現実的なことを話すA氏の言葉の意味を深く考えようとしていなかった。「体と思いがついていけない」という言葉を振り返ると、A氏は自分の身体の変化を自覚していたといえる。このA氏の言動を、言葉通りでなくその奥のメッセージに寄り添おうとすれば、A氏の「ついていけない」というその「思い」を具体的に知ることができたと考える。例えば、A氏にとっての「バイクに乗れる」は、バイクに乗る事を望んでいたのではなく、できなくなった事実を受け入れての詠嘆だったのではないかと考える。A氏の繰り返していた「早く帰りたい」「自分にしかわからない仕事がある」「家族に迷惑もかけられない」などの発言は、死を近い将来と感じていたから、残された時間でやり遂げたい、住み慣れた我が家へ帰りたいという気持ちの現れだったのではないかと考える。このように今回事例を振り返ることで、言葉の裏にあるメッセージの大切さに気付く事ができ、関わりの中では看護師のジレンマの原因となった言動の意味を深く受け止めることができた。

看護師は、A氏の言動に疑問はもっていたが否定はせず何度も傾聴する機会をもち、A氏の望む自宅への退院につなげることができた。看護師の「聞く」という姿勢は、自分の事についての発言が少なかったA氏にとって、自分の思いを表出する機会を得て、希望が叶えられるということにつながったと考える。田村³⁾は、「多くの場合、患者は自分の手に負えない“死”や死に伴うさまざまな状況を簡単に語ることはできず、看護者が心を向けてその体験に耳を傾けようとするとき、患者の閉ざされた思いは態度となり、行動となり、言葉となって表現される。患者の言葉を誠実に聴くこと、その言葉をそのまま受け入れていくこと、そこにある苦しみを苦しみとして共に問うていくことがケアの第1歩であるといえる。」と述べている。看護師は自分の価値観に基づいたジレンマを抱いていたが、それを表に出すことはせず、A氏の声に耳を傾けたことは、A氏の思いの尊重となり、A氏にとって望ましいかたちへと繋がったと考える。それは妻にとっても同様なことが言える。死を受け入れるということは、患者だけではなくその家族も容易ではない。家族は、現実を受け入れなければならない上に苦しむ患者をサポートし、残される人になっていかななくてはならない。ゆえに予期的悲嘆のなかで終末期を患者と共に過ごす家族の思いも尊重することが必要だと考える。A氏の前では不安な言動や態度を表さなかった妻に対し、妻との関わりの中で妻の不安な思いや自宅で介護する覚悟、A氏に対し余命を告げない覚悟をありままの言葉で受け止めた。これは、残される妻の思いを認め尊重することで終末期を共に生きる家族の心が少しでも報われるのではないかと考える。妻の思いについて看護師が解釈した内容を直接妻に確認したわけではないが、もし妻の立場であったなら自分の決断したことはよかったのであろうかと心に引っかかり、永眠後も気がかりのまま過ごすのではないかとと思う。しかし、自分の思いを第三者へ話し共感をもって受け止めてもらえたならば、死別後に自分の判断やケアを少しでも肯定的に捉えることができるのではないかと考える。

以上から、終末期を生きる患者の看護は、その患者の言葉をありのままに受け止めるとともに、その言葉に秘められた感情やメッセージは何かを考えることが必要である。また、その言葉に秘められた感情やメッセージをキャッチすることで、患者の残された時間の生き方を尊重する為の環境や看護の提供に繋がると考える。今後は援助者の価値観や可能性、希

望を押し付ける形にならないために、スピリチュアルケアの視点を意識し、意図的に患者の言動に寄り添いその奥にある感情やメッセージはなにかを考えながら傾聴していきたい。また、終末期患者を支える家族の思いを引き出し、尊重し、少しでも家族が悔いの残らない介護ができるように支援していきたい。

VII. 結論

1. 終末期を生きる患者と援助者では生きる世界が違うことから、援助者が生きる世界から手放し見守るケアが必要である。
2. スピリチュアルケアのコミュニケーションは情報やインフォメーションではなくその裏にある感情やメッセージを受け止め、寄り添うことが重要である。
3. 死へ向かうという1人で手に負えない心境になっている患者に対し、看護師が心を受け否定せず思いを傾聴し、ありのままを受け入れ尊重していくことが必要である。それは、苦しみの緩和につながり残された時間を考える為のサポートに繋がっていく。

VIII. 引用文献

- 1) 伊藤高章：終末期患者へのスピリチュアルケア-“患者のリアリティ”と“援助者のリアリティ”- 緩和ケア 23 (6) P461～422、2013. 11.
- 2) 田村恵子：終末期患者へのスピリチュアルケア-看護の視点から- ターミナルケア 10 (2) P105、2000. 3.