

研究

# 脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の治療成績

Over all result of aneurismal subarachnoid hemorrhage

高橋 明 三上 毅  
Akira Takahashi Takashi Mikami

## 要 旨

脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血は予後が悪く40-50%は死亡してしまうのが現状である。生存した症例の約半数は重い後遺症を持つようになるといわれている。今回2001年3月より当院に搬入されたくも膜下出血症例連続20例の治療成績を検討した。搬入症例は重症例が多く半数を超えていた。また80歳を超える症例も20%と超高齢者の症例が多かった。全体の治療成績は死亡率が40%と一般的な成績と変わりなかったが救命された症例の状態は比較的良好であった。今回の検討で予後不良因子としては重症例、超高齢者が考えられた。

Key words : subarachnoid hemorrhage, cerebral aneurysm, outcome

## はじめに

脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の初期症状は軽く歩いて来院するものから、ほぼ即死の状態のものまでさまざまである。治療成績としてはくも膜下出血全体で40-50%が死亡し、生存例のうち半数は重篤な後遺症を持つようになるといわれている。発症時は様々な状況でありながらも膜下出血全体では非常に予後不良の疾患である。予後不良の原因は初回出血時のBrain damageと脳動脈瘤の再破裂、脳血管れん縮と言われている。今回2001年3月より当院に搬入されたくも膜下出血、連続20例に関して搬入時の状態、治療法、治療成績に関して検討した。

## 対 象

2001年3月より当院に搬入された急性期くも膜下出血、連続20例で男性3例女性17例であった。年齢は46-93歳で平均66.6歳であった。年齢別の患者数を見るとFig 1のようになり、高齢者が多い傾向にあり、80歳以上が4例(20%)であった。くも膜下出血の重症度はtable 1のように分類されておりGrade I-Vの順に重症度が高くなっている。搬入例ではFig 2のごとくであり重症例が非常に多くGradeIV、Vで11例と半数を超えていた。Grade Vの中で4例は心肺停止状態での搬入であった。治療の選択は根治的治療が13例(65%)で行われて

おり、11例(55%)で直達手術である脳動脈瘤クリッピングを、2例(10%)で血管内手術である脳動脈瘤塞栓術が行われていた。残りは姑息的治療である脳室ドレナージ術5例(25%)、内科的治療は2例(10%)であったFig 3。重症度別に治療方法を見るとGradeIVまでの症例は全例根治治療を行っており、Grade Vの1例も根治治療を行っていた(Fig 4)。評価方法はGlasgow Outcome Scaleを用いて退院時、あるいは最終診察日で評価を行った。治療法、重症度、全体での治療結果を検討した。

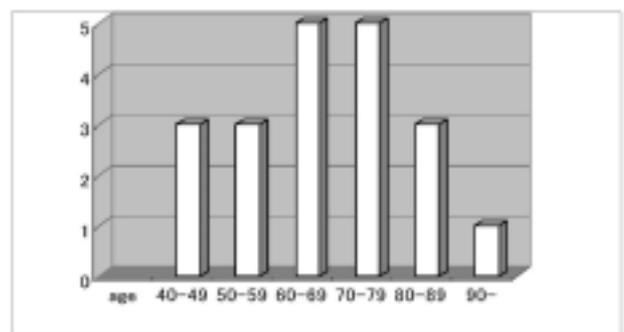


Fig1 : Age distribution of subarachnoid hemorrhage (SAH) patients

Table 1 : Grading of SAN(Hunt&Kosnik)

Grade I : 無症状あるいは軽度頭痛及び項部硬直を示す症例。  
 Grade II : 中等から高度頭痛、項部硬直を示すが、脳神経障害以外の神経症候がない症例。  
 Grade III : 意識障害は傾眠、錯乱。局所神経障害を持つこともある症例。  
 Grade IV : 意識障害は昏迷、中等度から強度片麻痺、ときに除脳硬直、自律神経障害の初期症状を示す症例。  
 Grade V : 深昏睡、除脳硬直、瀕死の状態の症例。  
 \* 重篤な全身疾患、高血圧、糖尿病、著名な動脈硬化、慢性肺疾患や頭蓋内血管れん縮が著名な場合重症度を1段階悪いほうに移す。

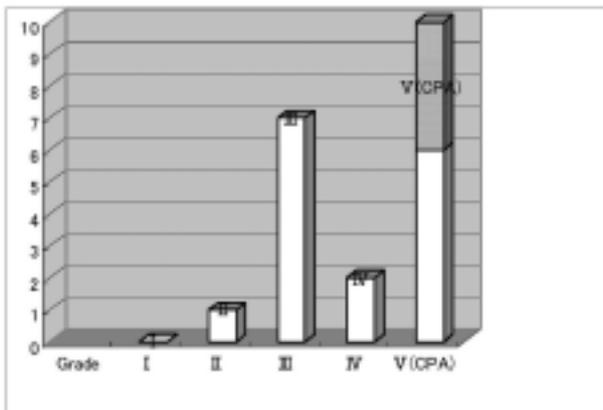


Fig 2 : Grading of SAH patients

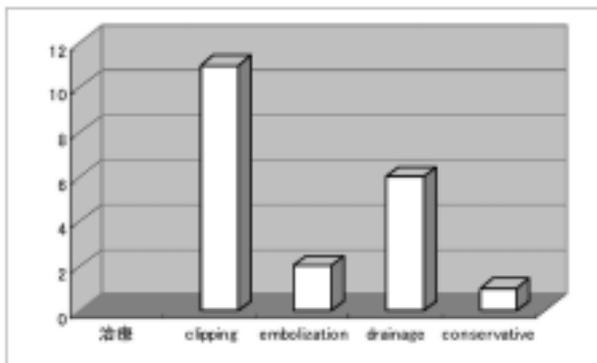


Fig 3 : Treatment of SAH patients

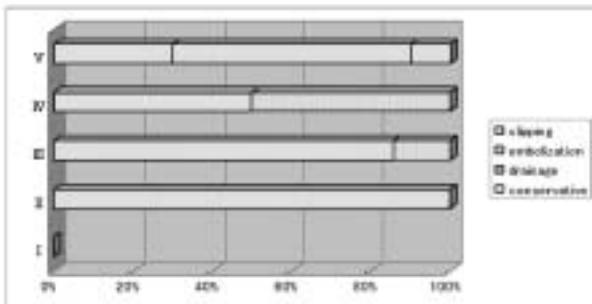


Fig 4 : Selected treatment and grading

## 結 果

くも膜下出血全体ではGoodが8例、Moderate disabled 2例であり50%がUseful Lifeに戻っている。しかし死亡例も8例、40%ありやはり予後の悪い疾患であることがわかる。救命率は60%であるが、救命された症例は比較的良好な状態で退院されている(Fig 5)。

重症度別に治療成績を検討すると、GradeIVより軽症の症例は1例を除き全例生存していた。GradeIIIで死亡した症例は93歳と超高齢の症例であった。その他の症例はGood, Moderate disabledであり、Useful Lifeに戻ることができていた。GradeVの最重症例では70%が死亡しており、20%の症例は寝たきり、あるいはそれに近い状態となっている(Fig 6)。救命されUseful Lifeに戻ったのは1例、10%のみであった。この症例は救急外来にGradeIIIの状態でも搬入されたが、搬入直後脳動脈瘤の再破裂によってGradeVに悪化した症例であり、この直後に根治手術が行われていた。

治療法の選択であるが、根治的治療13例、姑息敵治療あるいは内科的治療は7例で行われていた。根治治療は11例が直達手術である脳動脈瘤クリッピングで、2例は血管内手術による脳動脈瘤塞栓術が行われていた。治療法別治療成績であるが、根治治療群の死亡は2例で救命率85%であった。またuseful lifeに戻れた症例は10例(77%)であった。一方内科的治療、あるいは姑息的治療である脳室ドレナージのみの症例では6例(86%)が死亡している。残りの1例はvegetative stateであった(Fig 7)。

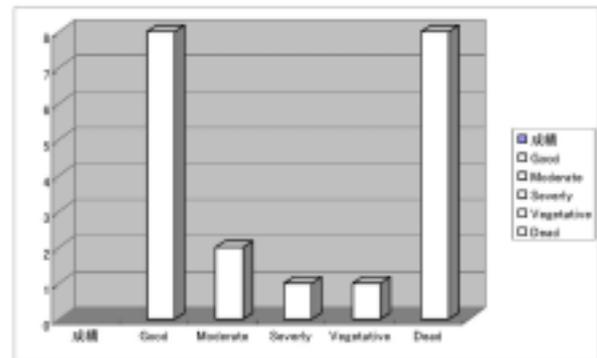


Fig 5 : Outcome of SAH patients

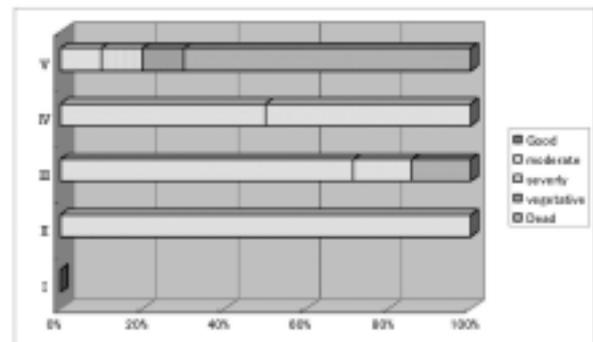


Fig 6 : Outcome and grading

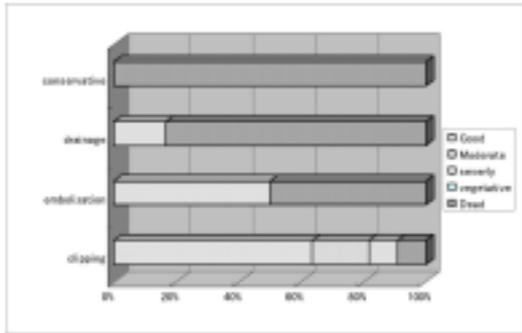


Fig 1 : USelected treatment and outcome

## 考 察

くも膜下出血は突然発症し40-50%は死亡してしまう予後不良な疾患である。脳神経外科領域では手術、治療に関して種々の進歩があったが、くも膜下出血の治療成績、特に死亡率に関してあまり改善はしていないのが現状である。原因としては病院搬入時の状態がすでに重症である症例が減少していないためと考えられる。さらに人口の高齢化、長寿化により高齢でのくも膜下出血の発症が増加していることも一因と考えられる。

今回の20例では4例(20%)が80歳以上でありやはり高齢者の比率が高かった。80歳以上の超高齢者の搬入時重症度はgrade III 1例、grade V 3例で重症例が多かった。治療は2例で根治的治療が行われていた。しかし超高齢者の治療成績は重症例が多いこともあり悪く3例は死亡し1例はseverely disabledであった。

重症度別の治療成績は今回grade I の症例はなかった。grade II では全例でgoodであった。grade III では93歳の1例は死亡したが残りの症例は良好な結果となっている。grade IV でもgoodと、moderate disabledが50%ずつと一般の治療成績から見ると良好である。最重症であるgrade V では1例(10%)がgoodまで改善しているが、7例(70%)は死亡している。今回の検討ではgrade IVより軽症例では比較的予後ご良好に思われるが、文献的にはgrade I、IIを合わせた救命率は90%を超えているが、grade III、IVを合わせると救命率は50%以下となる。またgrade Vは基本的には根治治療の適応がなく、ほとんどの症例が死亡する。今回の症例ではgrade III、IVの症例の治療成績は良好であったが、grade Vの最重症例が多く死亡例が多くなったと考えられる。

治療法別に予後を検討した。根治治療群では85%の救命率になっているにもかかわらず、姑息的治療群では86%とほぼ全例死亡しており、根治的治療を行わなければ救命の可能性は極めて少ないと考えられた。根治的治療を行った症例では2例の死亡があった。1例は93歳の症例であり1例はGrade Vの症例であった。他に根治術施行群の中でseverely disabledの1例があるが、この症例は84歳の症例であった。根治治療を行った症例では約77%がuseful lifeに戻っていた。現在根

治療として直達手術(クリッピング)と塞栓術を行っているが、症例数が少なくこれら治療法による差の検討はできなかった。この治療成績を考えると症例の状態が許せばできるだけ根治治療を行うべきと考えられた。

全体の手術成績としては死亡率40%であり60%の症例は救命されていた。これは一般の治療成績を上回るものではないが、生存例の77%がuseful lifeに戻っていることを考えると生存例に関しては良好な結果であった。例のほとんどは搬入時すでに重症の状態である症例が多く根治治療も受けられない状態である。統計学的解析はしていないが、予後不良の因子としては搬入時重症例、高齢者が考えられた。

死亡率の改善のためにはできるだけ搬入時の状況を良くすることである。このためには地域の救急体制のシステム化と一般住民に対する脳卒中に対する知識の普及と啓蒙が必要と考えられた。

## ま と め

- 1) 当院に搬入された脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血連続20例の治療成績を検討した。
- 2) 搬入例の半数以上がgrade IV、Vの重症例であった。
- 3) 重症度が高いほど治療成績は悪かった。
- 4) 根治治療群では80%以上が救命され、77%はuseful lifeに戻っていた。
- 5) 姑息的治療群はほとんどが死亡した。
- 6) 可能な限り根治的治療を行うべきと考えられた。
- 7) 予後不良因子は重症例、高齢者であった。
- 8) 治療成績の向上のために救急体制の整備、一般住民への啓蒙が必要と考えられた。

## 文 献

- 1) Hamada J, et al: Management outcome for ruptured anterior circulation aneurysms with a Hunt and Hess clinical grade of III in patients in the 9th decade of life. Surg Neurol. 2001 Nov;56(5): 294-300.
- 2) Osawa M, et al: Results of direct surgery for aneurysmal subarachnoid haemorrhage: outcome of 2055 patients who underwent direct aneurysm surgery and profile of ruptured intracranial aneurysms. Acta Neurochir (Wien). 2001;143(7):655-63; discussion 663-4.
- 3) Cesarini KG, et al: Improved survival after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: review of case management during a 12-year period. J Neurosurg. 1999 Apr;90(4):664-72.
- 4) Hunt WE, et al: Timing and perioperative care in intracranial aneurysm surgery. Clin Neurosurg. 1974;21:79-89..



## 研究

## 当科における転移性脳腫瘍の治療成績

Treatment of metastatic brain tumor

三上 毅  
Takashi Mikami高橋 明  
Akira Takahashi

## 要 旨

当科に紹介された転移性脳腫瘍16例に対して、3cm未満であれば単数複数にかかわらずガンマナイフ、1カ所3cm以上であれば腫瘍摘出術と術後全脳照射(30Gy/10fr)、20カ所以上や癌性髄膜炎に対しては全脳照射(30Gy/10fr)を行ってきた。現状では転移数が1カ所のものが最も治療成績がよく、全例生存し現在もKarnofsky Performance Scale (KPS) 70以上で経過観察中である。転移性脳腫瘍は悪性腫瘍の終末期像であることを考慮すると、全身の病巣の制御が重要であるが、他病巣が制御されている期間は早期に発見し治療を行い、KPSを少しでも長い期間高く維持することが重要と考えている。

Key words: Metastasis, Brain, Surgical treatment, Radiotherapy

## はじめに

癌患者において転移性脳腫瘍の発見される頻度は増加傾向にある。これは高齢化社会に伴って癌罹患率の上昇、CTやMRIなどの非侵襲的な画像診断の向上、また各種の癌に対する化学療法をはじめとした治療法の進歩により長期生存患者が増えたことなどの要因が考えられている。転移性脳腫瘍の出現は癌のstage IVであり、かつては全脳照射が行われることが多かったが、randomized studyの結果が報告され、脳腫瘍摘出術の重要性が認識されてきた。またガンマナイフやリニアックナイフの普及により定位放射線治療の有用性も転移性脳腫瘍の治療の進歩に寄与しているものと思われる。今回、われわれは当科における転移性脳腫瘍の治療成績を検討し、文献的考察を加えて報告する。

## 対象及び方法

2001.4.1～2002.10.31までに当科に紹介された転移性脳腫瘍16例である。男性10例、女性6例、平均年齢63.9歳、原発巣別では肺癌11例、乳癌2例、腎癌2例、直腸癌1例である。当科初診時の転移数は1カ所が5例、2～20カ所が7例、100カ所以上が2例、癌性髄膜炎をきたした症例は2例であった。これらの症例のうち6ヶ月以上follow upできたのは13例、6ヶ月未

満は3例である。当科における治療方針としては3cm未満であれば単数複数にかかわらずガンマナイフ、1カ所3cm以上であれば腫瘍摘出術と術後全脳照射(30Gy/10fr)、20カ所以上や癌性髄膜炎に対しては全脳照射(30Gy/10fr)を行ってきた。

## 結 果

以下の3つに分け、治療結果をまとめた。(Fig.1)

## 1. 転移数が1カ所

平均follow up期間9.4ヶ月で5例全例生存している。治療は腫瘍摘出術及び術後全脳照射(30Gy/10fr)2例、ガンマナイフ3例である。全例Karnofsky Performance Scale (KPS)は70以上であるが、2例で再発がみられ、再発までの期間は平均11ヶ月であった。

## 2. 転移数が2カ所以上

平均follow up期間は6.8ヶ月であり7例中3例死亡している。治療は5例でガンマナイフ、2例で全脳照射(30Gy/10fr)を行っている。KPS 70以上の期間は平均6.0ヶ月であり、1例で再発がみられた。再発までの期間は6ヶ月であった。その他1例で腫瘍内出血がみられた。

## 3. 転移数が100カ所以上、癌性髄膜炎

4例全例死亡した。平均生存期間は0.65ヶ月であった。治療は1例で全脳照射(30Gy/10fr)、その他は保存的治療を行っ

ている。

また以下に代表的な症例を示す。

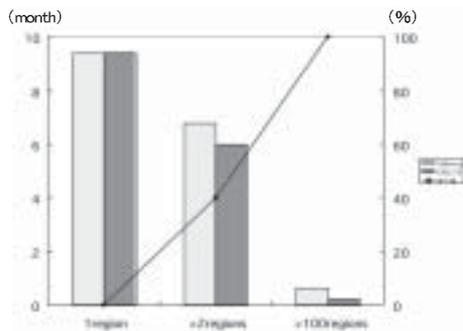


Fig.1 病巣数の違いによるfollow up期間とKPS>70以上の期間

### 症例1(Fig.2)

39歳女性、頭痛にて発症した乳癌脳転移である。右前頭葉に1カ所の転移性脳腫瘍を認め脳腫瘍摘出術を行い、術後全脳照射(30Gy/10fr)を行った。術後経過良好であったが、18ヶ月後複数の転移性脳腫瘍を認めガンマナイフを追加している(Fig.3)。現在のKPSは80である。

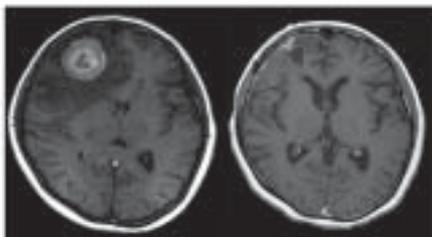


Fig.2 右：手術前、左：手術後

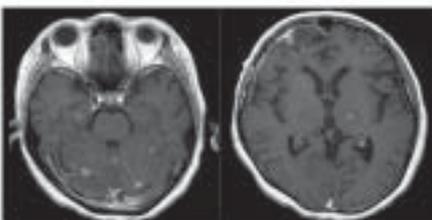


Fig.3 18ヶ月後Gd-MRI

### 症例2(Fig.4)

70歳女性、脳浮腫による麻痺にて発症した肺癌脳転移である。3カ所の転移巣に対してガンマナイフを行い、腫瘍は消失し15ヶ月間再発なく経過している。

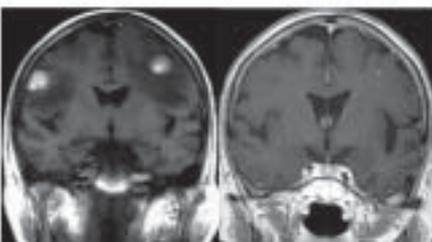


Fig.4 右：ガンマナイフ施行前、左：2ヶ月後

### 症例3(Fig.5)

76歳男性、高次脳機能障害にて発症、直腸癌脳転移の症例である。発症時から100カ所以上の転移巣を認めた。全脳照射(30Gy/10fr)を行うも3週間後に死亡した。

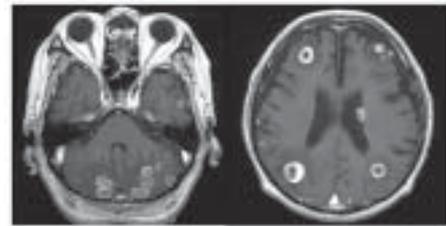


Fig.5 Gd-MRI

## 考 察

原発巣は当院においても、全国集計同様に肺癌が過半数を占めた。転移性脳腫瘍は悪性腫瘍のstage IVに相当し、基本的には終末期像である。従って種々の治療報告は治療可能な症例をスクリーニングして得られた結果であることは当然である。

単発の転移性脳腫瘍に関してはPatchellら<sup>1)</sup>の無作為化比較試験によって、手術と放射線治療併用群が放射線治療単独群よりも生存期間や脳転移再発期間が有意に長いことが示され、現在では単発転移性脳腫瘍のgold standardと考えられている。その後ガンマナイフやリニアックナイフの普及により、3.0cm以下の症例に限れば、手術と大差ない成績を得られると報告されるようになった<sup>2)</sup>。定位放射線治療は侵襲が少なく、外科的に摘出が困難な部位にも治療可能であり、心肺機能障害があっても局所麻酔下にて可能である。しかしながらこれら定位放射線治療は、腫瘍サイズが大きくなれば有効率が低くなり、その限界は約3cmといわれている。ガンマナイフは腫瘍サイズが小さければ多発脳転移にも有効性が示されてきている<sup>3)</sup>。実際、原発巣がコントロールされていれば、複数の転移性脳腫瘍であってもガンマナイフにて1年以上コントロールされている症例もあった(症例2)。一方、多発転移の患者は、全身状態や生命予後が限定されていることが多く、多量の放射線を正常脳へ与える可能性があることなどから適応を差し控えるべきとの意見もある。このような条件を総合的に評価し適応を考慮するにはKPSが有用であるとの報告が多い<sup>4)</sup>。KPSは神経症状の指標で、自立生活と要介助の境界が70となっている。若年でKPSが高い症例は比較的長い生存が期待される<sup>4)</sup>。反対にKPSが70以下では生命予後が著しく悪く、放射線治療の適応はないとされている。

いずれにしても転移性脳腫瘍に対する基本的な考え方は、生命予後が悪い疾患であるだけに、手術や放射線治療により少しでも長い期間QOLを豊かに維持することが重要であると考えている。

## 文 献

- 1) Patchell RA et al. randomized trial of surgery in the treatment of single metastases to the brain. *J Engl J Med* 322: 494-500, 1990.
- 2) 野村和宏. 転移性脳腫瘍治療の最近の進歩, 183-188: Annual Review 神経 2000. 中外医学社, 東京, 2000
- 3) 林靖之 他: 転移性脳腫瘍. *日本医放会誌*62, 120-125, 2002
- 4) Nelson JS et al.: metastatic tumours of the CNS, 250-253; Tumours of the Nervous System. IARC Press, Lyon, 2000



## 研究

## 内シャント不全に対する PTA (経皮的血管形成術) の有用性

Efficacy of percutaneous transluminal angioplasty  
in the management of stenosed or thrombosed dialysis shunts田中 吉則  
Yoshinori Tanaka五十嵐 学  
Manabu Igarashi柳瀬 雅裕  
Masahiro Yanase高塚 慶次  
Keiji Takatsuka

## 要 旨

血液透析患者のシャント不全18例に対して、計30回の経皮的血管形成術(PTA)を施行した。今回その短期成績と有用性について検討した。PTA後血液透析時の血流量は、平均156ml/minから220ml/minに改善し、PTAの手技的成功率は100%、臨床的成功率は90%であった。合併症は、シャント静脈損傷が1例、穿刺部血腫1例で、いずれも軽症であった。1次開存率は1ヶ月で92.9%、3ヶ月で85.7%、6ヶ月で57.1%、2次開存率は6ヶ月で92.9%であった。血液透析患者のシャント不全に対してPTAは有用な治療法であったが、PTA後は入念な経過観察が必要であった。

Key words: stenosed or thrombosed dialysis shunts, percutaneous transluminal angioplasty

## 緒 言

慢性腎不全患者が安定した血液透析を継続するためには、シャントの維持が必要不可欠である。しかし、長期血液透析患者の増加や、糖尿病、高齢血液透析患者の導入の増加に伴い、シャントトラブルが増加している<sup>1)</sup>。シャントトラブルに対して従来は外科的に新たな内シャントを再建することが主であった。しかし、外科的再建を繰り返すことにより、使用可能な静脈の確保が困難となるため<sup>2)</sup>、既存のシャント維持の重要性が高まってきている。近年、経皮的血管形成術(percutaneous transluminal angioplasty; 以下PTA)が普及しており、当科では、内シャント不全に対して2001年12月よりPTAを導入した。そこで今回、血液透析患者の内シャント不全に対するPTAの短期成績と有用性について検討した。

## 対象と方法

2001年12月から2002年10月の間に、18例(男性7例 女性11例)計30回のPTAを施行した。平均施行回数は1.7回(1～5回)であった。患者の平均年齢は71歳(54～89歳)、平均観察期間は8.3ヶ月(3～11ヶ月)、透析歴の中央値は31か月(13～164ヶ月)、現シャント使用歴の中央値は27か月(13～164ヶ月)であった。基礎疾患は、糖尿病性腎症6例(うちASO合併が1例)、慢性糸球体腎炎6例であった。内シャントは、自己血

管16例 人工血管2例であった。内シャントの部位は、前腕部14例 上腕部2例 大腿部2例であった。狭窄長の平均は3cm(0.5～8cm)であった。

PTAは、前処置として刺入部にリドカインテープ貼付し、逆行性に5Frシース挿入した。ここで一度造影にて狭窄部を確認し、先端アングルのガイドワイヤーを狭窄部を越えて挿入した。ガイドワイヤーに沿わせてballoon catheterを狭窄部に挿入した。Balloon径は狭窄前後の血管径を、balloonの長さは狭窄の長さを目安に選択した。全身ヘパリン化後、狭窄部においてballoonを拡張させ、狭窄部のクビレがとれて十分な拡張が得られるまで操作を繰り返した。拡張後、シースより造影し十分な拡張が得られていることを確認して手技を終了とした(図1、図2)。

## 結 果

平均手技時間は77分(24～150分)であった。血液透析時の平均血流量は、PTA前に156ml/minからPTA後に220ml/minと明らかな改善を認めた。PTAにより狭窄の改善、閉塞部の再開通が得られシャント血液の改善が認められた手技的成功率は100%であった。PTA後にシャントが問題なく使用できる状態となり、その状態が1ヶ月以上持続した初期成功率は90%であった。

合併症として、balloon catheterによる拡張時の血管損傷が

1例、穿刺部位での血腫を1例に認めたが、いずれも軽症で、外科的処置を必要としなかった。

初回のPTAから次のPTAあるいは外科的な修復、再建が行われた時点までの期間をシャントの1次開存とし、複数回のPTAを含めた合計の開存を2次開存とした。6ヶ月以上経過観察を行い得た14症例の1次開存率は、1ヶ月で92.9%、3ヶ月で85.7%、6ヶ月で57.1%であった。PTA後、内シャントが再狭窄を起こした症例に対して、再度PTAを行った。この14症例の複数回のPTAを含んだ2次開存率は、6ヶ月で92.9%であった(図3)。



図1 PTA前



図2 PTA後

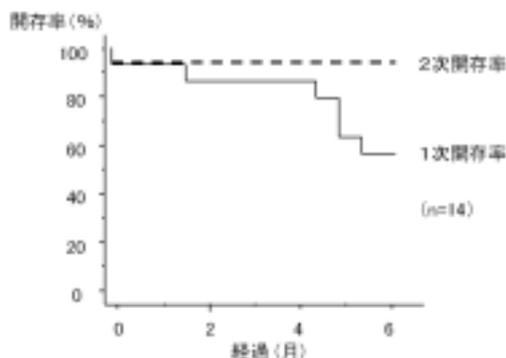


図3 PTA後の開存率

## 考 察

PTAは外科的再建と比較して、手技時間が短く、より低侵襲

のため外来で施行することも可能あり、手技後すぐ透析が行うことが可能である。また、同じ病変に対し血管を失うことなく繰り返し施行が可能であり、PTAを繰り返すことにより、シャント寿命が延長する可能性が考えられる。治療成績に関しても、Dapuntらは37例ずつのPTAと外科的治療を比較して、その開存率は5ヶ月で41%と29%、1年で31%と19%とPTAの方が優れていたという結果を報告している<sup>3)</sup>。以上のことから、現在ではPTAはシャント不全に対する治療のfirst choiceである。

PTAの手技的な合併症は、文献上3~5%といわれており<sup>4)</sup>、再狭窄、穿刺部位の血腫の形成、ガイドワイヤーの操作時やバルーン拡張時の血管の損傷、感染、仮性動脈瘤の形成等が報告されているが、重篤なものはない。今回の検討でも、拡張時の血管損傷が1例、穿刺部位での血腫を1例に認めたが、いずれも軽症で、外科的処置を必要としなかった。しかし、機材が現時点で約10万円程度と高価である点も昨今の医療費高騰の折からは問題と云える。手技料は、外科的再建術が13400点であるのに対して、PTAは15000点と同程度である。しかし、PTAは日帰りでも可能なのに対して、外科的再建を行った場合、シャントが使用可能になるまで入院が必要である。1回の手技に関して比較した場合、総合的にはPTAは、医療費を低く押えろと考えられる。

藤原らは230回のPTAの長期成績を検討し、1次開存率は、3ヶ月で87%、6ヶ月で60%、12ヶ月で40%と報告している<sup>5)</sup>。今回の検討でも、PTA後の1次開存率は、3ヶ月で85.7%、6ヶ月で57.1%と、藤原らの報告とほぼ同程度であり、6ヶ月後には約4割の症例が再狭窄を起こしている。このためPTA後は、定期的なshunt造影を行うなどして、入念な経過観察が必要と考えられた。また、2次開存率を含めた長期成績の報告では、3ヶ月 96%、6ヶ月 83%、12ヶ月 63%、24ヶ月 55%であり<sup>5)</sup>、PTAを繰り返すことによりシャント寿命の延長が得られたが、開存率が徐々に低下してくることが今後の課題であった。

## ま と め

- 1) 血液透析患者のシャント不全に対するPTAの1次開存率は、1ヶ月で92.9%、3ヶ月で85.7%、6ヶ月で57.1%であった。
- 2) 血液透析患者のシャント不全に対してPTAは、有用な治療法であった。
- 3) PTA後は、定期的な観察、検査が必要であった。

## 文 献

- 1) 佐藤隆 他: 経皮的血管形成術. 日本臨床49: 272, 1991.
- 2) 大平整藤 他: 二次的シャント作製法とその限界. 臨床透析9: 1173-1181, 1998.
- 3) Dapunt O et al: Transluminal angioplasty versus conventional operation in the treatment of haemodialysis fistula stenosis: results from a 5-year study. Br J Surg 74:1004-1005, 1987.
- 4) Glanz S et al. Dialysis access fistula: Treatment of stenoses by transluminal angiography. Radiology 152: 632-642, 1984.
- 5) 藤原広和 他: 透析シャント不全に対するPTAの長期成績. IVR 会誌14: 53-59, 1999.

## 実践報告

## 看護師長会議の運営を改善し、師長の役割意識を高める

Activation of the nursing conference effects for modification of the role as a chief of nursing division

長谷川育子

Ikuko Hasegawa

## 要 旨

看護師長会議が連絡・報告で終始しており看護部内のコミュニケーションが円滑にいかず組織力が発揮されていない現状があった。師長が看護部の再構築に参画し、会議を活性化させ問題意識や役割意識をもつことが看護部を機能させると考え、会議の運営を見直し部署報告の導入などを行った。また、アンケートの結果、師長は部下育成に関心を持っているが、能力を引き出し支援する具体的行動はできていないことと自分の考えや意見を文章表現することが苦手でありプレゼンテーションの学習をしていないことが明らかになった。さらに、病院の経営状況や各部署の現状について意見交換することは師長間の理解が深まり考えや意見を表現させ組織を活性化させる手段となり師長の役割意識を高めた。今後の課題は継続性と責任のある看護を提供するため人材育成を進め、看護の専門性を高めることである。同時にこれまでに師長の自己研鑽を望むところである。

Key words: 看護師長 師長会議 役割意識 活性化

## はじめに

組織の活性化とは、必要な情報が共有化され、一人一人が考えを述べてコミュニケーションが図られ、変革や改善に向けて具体的に行動化するプロセスを繰り返しながら、有機的に連携し、所属する一人一人がやりがいをもてることと考える。

当院看護部は、理念や各種委員会活動の目標が立てられ、研修予算も十分にあり、看護師長(以下師長とする)・主任・スタッフの中に変革を求める声があるにもかかわらず、看護師長会議(以下会議とする)は連絡・報告で終始し、他部門との交流が少ないうえに、十数年現状維持のまま変革がなく、組織の力が発揮されていない現状がみられていた。

平成13年10月に看護部長が定年退職し、私が後を引き継ぐことになった。さらに、平成14年3月には2名の副看護部長がそろって定年退職することが決定しており、看護部が新体制で始まることが見えていた。

前述の看護部の特性をふまえ、患者さまが満足する看護を提供するとともに看護部が信頼を回復し組織として機能することが重要であると考えた。そこで、看護部の体制を再構築するため、意思決定の場である会議を活性化し、看護部の要であ

る師長に働きかけたところ、会議と師長の役割意識に変化がみられたのでその成果を報告する。

## I 目的

師長が看護部の再構築に参画し、会議を活性化させると共に、師長として問題意識や役割意識をもち行動が変化する。

## II 方法

1. 対象: 砂川市立病院に勤務する師長 14名
2. 期間: 平成13年10月～平成14年4月
3. 場所: 砂川市立病院
4. 方法

- 1) 看護部の再構築を目指し、師長及び会議の活性化に向けた取り組みを実践する。
- 2) 看護部長就任時の平成13年10月(前)と就任から6ヶ月を経た平成14年4月(後)に[婦長機能]と[婦長会議]に関するアンケート調査を実施する。  
アンケートは日本赤十字社が開発した「婦長機能評価」及び人材育成研究所による「会議チェックリスト」を使用する。

### III 実践の内容

1. 看護部の理念・目標はグループ討議で決定し、会議が看護部の意思決定機関であることを再確認する。
2. 師長が病院の経営に参画していることを認識するため、会議で病院の収支状況や各部署の時間外手当の具体的な数字を示し討議する。
3. 師長が役割を再確認するため外部講師による研修会「中間管理者のメンタルヘルス」を開催する。(3回)
4. 看護部のパワーを結集して「砂川市立病院がますます良くなる企画(ロビーコンサート)」を実施し、変化のある療養環境を提供するとともに看護部をアピールする。
5. 院内の現状を把握しコミュニケーションを円滑にするため、病院長、事務局長、看護部長が週1回ミーティングをし、院内をラウンドする。
6. 看護部の組織や各部署における課題や問題、会議の進め方をグループ討議する。
7. 各部署の現状やかかえている問題などの情報を共有する方法として「各部署報告」を会議で発表する。
8. 師長が主体的・積極的に会議に参加し会議の活性化を促す方法として「議題提案書」を活用する。
9. 毎朝、看護部へ実施する各部署報告の方法を変更し、連絡事項は掲示板を活用する。
10. 研修会受講の目的や受講者の選択基準を明らかにするためにレポート提出などの条件をつけて受講者を公募する。

### IV 結果

会議が活性化し、師長の行動が変化するようさまざまな取り組みを行った。アンケートの自由記載からは、各部署報告をしたり病院の収支状況や時間外手当などの情報提供や討議をした結果、“お互いの立場、職場の状況が理解できるようになった”“各師長が患者様やスタッフにどのような気配りをしているかわかるようになった”と述べ、情報や問題の共有化が図られるようになった。

師長同士がお互いの理解をし始めたところで、看護部の再構築に向け、看護部の理念と目標の見直しをした。グループ討議を重ね、師長自身が考えていることやありたい姿などを言葉として表現することにより、幅広いコミュニケーションがとれ、看護部長の考えを伝える機会ともなった。さらに、病院長、事務局長、看護部長によるミーティングやラウンドが開始され、当院の目指す方向が理解できると共に看護部がかわる問題や提案事項を話し合える場となり、連携が密になってきた。ラウンドの時には、スタッフから小さなアイデアが出され患者さまの安全やサービスにかかわることは改善されるものが見られるようになり、他部門との話し合いに発展し連携がとれるようになった。また、3度にわたる「メンタルヘルス」の研修会で、“やればできる”とやる気を換気され、ロビーコンサートの企画・実施に結びついた。

さらに、研修会の受講者を一定の条件をつけて公募したこ

とは“若いスタッフを育てる環境を作りたい”という思いが具体的な形につながった。

次に、アンケートの結果をみる(表1・表2)。部長機能について、前・後ともほぼ全員がYESと答えたのは24項目中、9項目である。『組織風土の活性化』領域では「スタッフが自分の考えを自由に表現できる開放的な職場作りをしている」「スタッフの意見を尊重し職場を変革している」である。『会議・委員会の参加』領域では「病棟会議を開催し看護単位の問題点を明確にし改善している」「会議・委員会で得た必要な情報をスタッフに提供し浸透させている」である。また、『コミュニケーション能力』領域では「上司、部下、同僚の情報提供、意見、報告等を聴くことができる」「職場内会議、委員会等においても自分の考えや意見を述べることができる」で、『部下育成能力』領域では「成長する可能性を秘めている存在としての人間を信頼し、部下に対して教育的にかかわっている」である。前・後ともYESが半数以下は2項目あり、「自分の考えや意見を簡潔明瞭に文章で表現できる」と「社会の変化、医療の進歩に対応するため、部下の能力開発をしている」である。

前・後の変化を領域別で見ると『組織風土の活性化』はYESが7件増加し、『部下育成能力』は9件減少している。YESが減少した『部下育成能力』領域では4項目全てが減少している。中でも「生涯教育の視点にたつて、個々の能力開発ができるように支援している」(8→4人)「社会の変化、医療の進歩に対応するため、部下の能力開発をしている」(6→3人)が目立つ。『組織風土の活性化』では「グループダイナミクスの理論を活用し、やる気のあるチーム作りをしている」が減少(8→5人)しているが「職場の感情構造を把握し、集団機能が発揮できるよう調整している」(8→14人)をはじめ、その他の項目は若干増加している。

会議について、前・後では49の全ての項目でYESが増加している。前・後ともほぼ全員がYESと答えているのは12項目で、会議の進行に関する項目が多い。『会議開催にあたって』領域は「開催の通知はうまく伝達されていますか」「事前に用意する資料の具体的指示がありますか」「会議室の準備はすぐできる体制ができていますか」である。『会議開催の進行について』領域では「役割分担はされていますか」「スケジュールは板書、文書で示されていますか」「自分の発言以外の他人の発言にも耳を傾けていますか」他である。『終了後のフォロー』領域では「会議の報告は職場ごとできちんとされていますか」「ミーティング等の活用で報告がされていますか」である。一方、前・後とも半数以下は7項目あり、「会議のプレゼンテーションは研究されていますか」「テーマ別検討会等を導入していますか」「議事録が各職場を巡回するようになっていきますか」他である。これらは会議の前・中・後のすべての領域に関連しているが『会議開催にあたって』と『終了後のフォロー』に多いことがわかる。

次に前・後の変化を見ると「テーマに対する意見や意向は事前に確認はありますか」(1→11人)、「予習すべき資料は

配付されていますか」(4→12人)、「会議決定事項が全職員に  
適時徹底されていく機会がありますか」(5→12人)で『会議の  
準備』領域と『終了後のフォロー』領域である。

師長自身の変化は日常の姿勢や会議への参加意識に現れて  
いる。アンケートの自由記載では、自分自身の行動の振り返り  
と反省、師長としてありたい姿と課題、会議の雰囲気が明るく変  
化した、会議が討議の場になってきているなどの記述がみられ  
た。

表1 婦長機能チェックリスト

n=14

項 目		YES		NO		小計(YES)		小計(NO)	
		10月	4月	10月	4月	10月	4月	10月	4月
組織風土の活性化	1 グループダイナミクスの理論を活用しやる気のあるチーム作りをしている	8	5	6	9	62	69	22	15
	2 職場の感情構造を把握し集団機能が発揮できるよう調整している	8	14	6	0				
	3 インフォーマル・グループを把握し組織の活性化に生かしている	7	8	7	6				
	4 スタッフが自分の考えを自由に表現できる解放的な職場作りをしている	13	14	1	0				
	5 管理者の言動が組織風土等に影響を及ぼすことを知っている	13	14	1	0				
	6 スタッフの意見を尊重し職場を変革している	13	14	1	0				
会議委員会の参加	7 病院主催の会議・委員会に出席し部門の代表として意見を述べ報告している	9	9	5	5	63	65	21	19
	8 看護部主催の会議・委員会を規定に基づいて企画・運営している	12	11	2	3				
	9 看護部主催の会議・委員会において問題解決や改善・改革のための働きかけをしている	8	9	6	5				
	10 看護部主催の会議・委員会を通して中間管理者として相互啓発をしている	10	10	4	4				
	11 病棟会議を開催し看護単位の問題点を明確にし改善している	12	12	2	2				
	12 会議・委員会で得た必要な情報をスタッフに提供し浸透させている	12	14	2	0				
コミュニケーション能力	13 上司、部下、同僚の情報提供、意見、報告等を聴くことができる	13	14	1	0	73	72	39	40
	14 提供された情報、意見、報告を管理的視点にたつて解釈し活かせる	9	11	5	3				
	15 上司、部下、同僚にタイミング良く情報提供、連絡、報告、相談できる	10	7	4	7				
	16 上司、部下、同僚等を必要に応じて説得できる	8	7	6	7				
	17 職場内会議、委員会等において自分の考えや意見を述べることができる	12	13	2	1				
	18 自分の考えや意見を簡潔明瞭に文章で表現できる	5	3	9	11				
	19 管理上必要な事項を正確に残すことができる	7	9	7	5				
	20 部下の記録したものを適切に指導修正できる	9	8	5	6				
部下育成能力	21 部下に対して教育的にかかわっている	13	12	1	2	36	27	20	29
	22 生涯教育の視点にたつて個々の能力開発ができるよう支援している	8	4	6	10				
	23 社会の変化、医療の進歩に対応するために部下の能力開発をしている	6	3	8	11				
	24 部下の自己表現を目指し組織目標と個人目標の一致を図っている	9	8	5	6				
合 計						234	233	102	103

表2 婦長会議に関するチェックリスト

	項 目	YES		NO		小計(YES)		小計(NO)	
		10月	4月	10月	4月	10月	4月	10月	4月
会議開催にあたって	1 開催の通知はうまく伝達されていますか	13	14	1	0	123	175	87	35
	2 開催日は合議のうえ決定されていますか	9	14	5	0				
	3 開催通知の回覧文書は的確に表現されていますか	10	12	4	2				
	4 開催理由や会議の意義が明確にされていますか	10	13	4	1				
	5 出席者の人選は公平に行われていますか	12	13	2	1				
	6 出席してもらいたい人への根回しは行われていますか	8	12	6	2				
	7 職場の情報を出席者が収集できていますか	8	10	6	4				
	8 事前に用意する資料の具体的指示がありますか	11	13	3	1				
	9 開催直前の連絡は再度行われていますか	7	10	7	4				
	10 予習すべき資料は配布されていますか	4	12	10	2				
	11 会議室の準備はすぐできる体制ができていますか	12	12	2	2				
	12 会議に必要なツールの準備はできていますか	8	13	6	1				
	13 会議のプレゼンテーションは研究されていますか	2	4	12	10				
	14 テーマに対する意見や意向は事前に確認しあっていますか	1	11	13	3				
	15 出席者の勤務のカバー体制の確認はできていますか	8	12	6	2				
会議開催の進捗について	16 役割分担はされていますか	13	14	1	0	213	258	109	64
	17 定刻に始まっていますか	12	13	2	1				
	18 テーマが明確にされ確認されていますか	10	13	4	1				
	19 スケジュールは板書、文書で示されていますか	12	13	2	1				
	20 会議の意義が出席者全員に浸透していますか	8	13	6	1				
	21 欠席者の理由が出席者全員に納得されていますか	4	9	10	5				
	22 司会者は出席者の発言、意見を引き出そうとしていますか	9	11	5	3				
	23 議事進行に滞りないようお互いに注意していますか	6	11	8	3				
	24 既に決定していることと決定すべきことの区別は明確か	9	8	5	6				
	25 会議にメリハリをつけるために議題ごとに結論が出ていますか	10	12	4	2				
	26 少数意見も大事にしていますか	9	10	5	4				
	27 自分の発言以外の他人の発言にも耳を傾けていますか	13	14	1	0				
	28 人の批判、噂話に終始しないようにしていますか	13	14	1	0				
	29 途中で中座する人がないようにしていますか	13	13	1	1				
	30 お互いにメモを取るようになっていますか	12	14	2	0				
	31 発表者は理解されやすいように工夫した発表をしていますか	10	11	4	3				
	32 会議関連資料はきちんと準備されていますか	12	14	2	0				
	33 笑いが出てくるようなしかけをする人がいますか	5	9	9	5				
	34 テーマ別検討会等を導入していますか	2	6	12	8				
	35 上司だけが目立つ会議にならないよう努力していますか	10	13	4	1				
	36 遠慮なく発言できる雰囲気ですか	10	11	4	3				
	37 定刻になったらきちんと終了していますか	5	6	9	8				
	38 司会者、書記より終了にあたりまとめの話がされていますか	6	6	8	8				
終了後のフォロー	39 報告の仕方について具体的に指示がありますか	3	6	11	8	73	102	81	52
	40 会議の報告は職場ごとにきちんとされていますか	12	14	2	0				
	41 報告会がスムーズに行われるように協力体制ができていますか	9	14	5	0				
	42 議事録が各職場を巡回するようになっていますか	3	3	11	11				
	43 ミーティング等の活用で報告がされていますか	12	12	2	2				
	44 実行案の内容は具体的に行動化しやすいように練られているか	5	8	9	6				
	45 実行事項のフィードバックが各職場に定期的にされていますか	5	4	9	10				
	46 次回までの検討事項は課期日に把握されていますか	10	13	4	1				
	47 決定事項についてかわら版等が発行されていますか	1	5	13	9				
	48 実行していくうえでの責任分担はできていますか	8	11	6	3				
	49 会議決定事項が全職員に適時徹底されていく機会がありますか	5	12	9	2				
合 計						409	535	277	151

## V 考察

十数年、現状維持で変革のない組織のなかで師長たちは気の合う仲間同志がグループを作り、その中で情報交換や問題解決をする習慣が当たり前になっていた。

看護部長が交替し看護部の体制が変わってから、所属部署の報告をしたり病院の収支状況や時間外手当について議論したり、会議を通して看護部長の考えを聞くことによって、何を指しているのか、他の師長が何を考えているのかが理解できるようになり、看護部内ではあるが情報の共有化が始まり他部署に目を向け始めたと考える。

さらに、会議にグループ討議を導入して、看護部の理念や目標を決めるプロセスでは自分の考えや意見を言葉に表し、他の師長と考えや意見をすり合わせることによって自己を振り返る機会になり相互のコミュニケーションが深まったと思われる。

婦長機能のアンケートから、師長のあり方が所属部署に影響を及ぼすことを認識して、スタッフに必要な情報を提供したり意見や考えを聴いており、スタッフとの関係を大切にしていることがわかる。しかし、“若いスタッフを育てる環境を作りたい”という反面、スタッフの能力を積極的に引きだしそれを支援することはできていなく、育てる環境を作りたいという思いが行動に結びついていなかったと思われる。

また、研修会の受講者を一定の条件をつけて公募したことは“スタッフにチャンスが与えられた”という言葉から評価されたと考える。『部下育成能力』の領域でYESが36→27件と減少している。「人材育成は、直接であれ間接であれ相手とのかかわりなくしてできることではない。そのためには、婦長自身が、自分の考え方や自分の価値観、看護観、リーダーシップの傾向などを理解しないと、独りよがりなかわりになるであろう。」と述べられているように、自分の考え方や価値観、看護観などをこれまでのやり方と擦り合わせて疑問をもったり、行動化していないことに気づいて、持っていた自信が揺らいできたためではないかと思われる。

また、自分の考えや意見を文章に表現できるという師長が少なく前・後で5人から3人に減少している。本来、書くことが苦手であったのが「各部署報告」としてまとめ、会議で発表することで事実や考えを文章に表すことの困難さを再認識したものと思われる。現在はこの部署報告のあり方については会議で議論され、単なる報告だけで終わるのではなく、協議や問題解決になるよう各師長が工夫して発表することになり、作成した用紙の活用も自由に選択することになりプレゼンテーション能力を高める機会になっている。

『組織風土の活性化』領域でYESが増加したのは、“管理者として自分の考えを示し展開することを身をもって示すことの重要性を感じている”“意見をしっかりと聞いてもらえる上司や部下に恵まれている”など師長が自分の考えを表出しはじめ、改めてスタッフに目を向けたことによると思われる。

さらに、3度にわたるメンタルヘルスの研修会で、“やればで

きる”とやる気を喚起され、初めてのロビーコンサートが好評だったことなども停滞していた看護部や師長を刺激したと考える。

次に、看護部の意志決定の場である会議では、連絡事項は会議からできるだけ除くために掲示板を活用したり、教育担当者や業務担当者が発言し、各委員会の情報・意見が有機的に関連するような内容にしたことが、“問題提起と情報の共有の場、問題解決の場になりつつある”“少しずつではあるが自由に伸び伸びしてきている雰囲気がある”などと変化し、一人一人が参加意識を高めているので、今後、会議が機能し看護部の目標を達成できるようになると期待している。

アンケートからは、会議が形式的に進行しており準備と後処理がうまくなされていないことが明らかになった。それは「会議のプレゼンテーションは研究されているか」「予習すべき資料は配付されているか」「テーマに対する意見や意向は事前に確認しているか」という準備に関してYESが少ないことと、「報告の仕方について具体的に指示があるか」「議事録が各職場を巡回するようになっていくか」「決定事項についてかわら版等が発行されているか」など、事後の処理に関してYESが少ないことに現れている。現在は、プレゼンテーション能力を高めるため会議の場で、考えていることや問題提起をするための時間を設けたり、司会者と事前の打ち合わせをしたり、議事録をコピーして配付するなど工夫をしているが十分とは言えず課題とする部分である。

最後に師長自身が自分の変化やこれからの役割についてどのように認識しているのかを考える。日赤の看護婦長機能達成状況の評価内容は、「人間を尊重した看護サービスの提供」「個別性に応じた質の高い看護の実践と問題形成・研究」「看護単位の管理・運営が組織的で効率的」「部下が個人・チームとして看護実践能力を高めているか」「自分の役割遂行状況を客観的に評価し自己の成長を図るために課題や目標が明確か」などである。当院の師長による自由記載を見ると“学習不足があり議論、討議をするまでに達していない”“自分の役割を果たすのに精一杯”“助言をしっかりと受け止め甘えず行動したい”“原点に戻り基本的な役割を振り返る”“今までベッド稼働率や入退院を気にせず過ごしてきた”などがみられる一方、“管理能力を身につけ自己研鑽を忘れない”“問題意識を持ち連携を図りながら行動したい”“自分の成長を図り自己の管理を振り返り責務を果たしたい”と役割を自覚し前向きに取り組もうとしている師長もいるが、師長としてはまだまだ出発点にいないことを感じない訳にはいかない。

今後の看護部の課題は、会議で討議・決定した看護部の理念である「あらゆる人々に、暖かく思いやりのある看護を提供する」を目指し、目標を達成するために師長の能力を高めることである。そのために問題の明確化のプロセスや問題解決の方法、継続性と責任のある看護を提供するための看護方式の検討、師長としてのプライドを保持し、看護の専門性をアピールするためにプレゼンテーション技術を身につけるなど計画的、

組織的な教育プログラムを組むことであり、同時に師長の自己研鑽を望むところである。

## VI 結論

今回、会議の活性化を図り、師長の役割意識を高めるためさまざまな取り組みを行い、アンケート調査をした結果、以下のことがわかった。

1. 情報や問題の共有化が図られ、お互いの理解が深まり、意見や考えを表現するというプロセスを繰り返すことが看護部を活性化させる一つの手段となる。
2. 看護部の理念や病院の経営状況を討議し、研修会を実施したことは師長のやる気を喚起し役割意識を高めた。
3. 師長は部下育成に関心を持っているが、能力を引き出したり支援するための具体的行動はできていない。
4. 師長は自分の考えや意見を文章に表現することは苦手であり、プレゼンテーションの研究をしていない。
5. 部署報告・議題提案書・掲示板を活用して会議の内容を精選し、グループ討議を導入して進め方を改善すると、討議や意見交換が中心となり会議が活性化する。

## おわりに

今回の調査は師長の一側面であり、それぞれの師長に潜在している能力をまだ引き出せてはいない。一人一人を見極めながら達成可能な目標を設定し、管理能力が高められるよう支援することが看護部長の課題となる。

この調査にご協力いただいた看護師長の皆様に心から感謝いたします。

## 文 献

- 1) 新道幸恵,上泉和子編:婦長のためのマネジメント,医学書院,83,2000.
- 2) 稲田美和監修:婦長機能評価マニュアル,日本看護協会出版会,1996.
- 3) 立川義博:効果的な会議・委員会の運営とその役割と実際, HEAD NURSE,10(1),67-77,1995.
- 4) 井部俊子:学習する組織の構築と看護管理者の役割,看護管理,12(7),505-512,2002.
- 5) 松井稔:生産的な成果が得られる婦長会議はこうする,HEAD NURSE,6(1),42-50,1991.
- 6) 落合芙美子:より大きな成果を生む能力開発を,看護管理,7(8),589-592,1997.
- 7) 特集.婦長会の活性化で看護部の活性化を,看護展望,20(1),1995.
- 8) 多羅尾美智代:看護部トップの熱意が組織を変え、個人を変える,婦長主任新事情,6(114),5-10,2001.
- 9) 浦田喜久子:婦長のとらえ方と活性化の方法,看護展望,21(5),18-24,1996.
- 10) 青木利津子:婦長・主任会議の役割と運営の実際,HEAD NURSE,10(2),54-60,1995.
- 11) 新道幸恵:新時代に求められる看護管理者の役割,HEAD NURSE,10(2),87-92,1995.

- 12) 大矢恭子:やりがいにつながる動機づけが不可欠,看護展望,25(13),37-40,2000.
- 13) 橋本不三枝:婦長会の改善を通して考える婦長の役割,HEAD NURSE,6(1),36-41,1991.
- 14) 西川昌子:看護集団の組織風土に影響する婦長の行動,日本看護科学学会学術集会講演集,19,206-207,1999.
- 15) 高嶋妙子:看護管理者への7つのメッセージ,看護展望,10(3),226-231,2000.
- 16) 横山利枝:看護管理者のための管理の視点,婦長主任新事情,12(132),4-11,2001.
- 17) 田村容子 他:婦長マニュアルの活用,看護管理,10(3),239-245,2000.
- 18) 稲田三津子:非効率的な病棟会議の運営,看護管理,11(5),394-398,2001.
- 19) 吉田新一郎:会議を変える-出席者を動機づけ、かつ参加させる会議のつくり方,月間ナースマネジャー,3(3),72-76,2001.
- 20) 廣瀬チワ子:看護管理者に求められるもの,看護展望,27(7),66-70,2002.
- 21) 坂本スガ 他:鼎談.個を生かし組織力を高めるナレッジマネジメント,看護管理,12(7),492-503,2002.
- 22) ステファン・P・ロビンス:組織行動のマネジメント,ダイヤモンド社,1997.
- 23) 古川久敬:構造こわし-組織変革の心理学,誠信書房,1990.
- 24) 井部俊子:マネジメントの魅力,日本看護協会出版会,2000.
- 25) 住吉蝶子 他:対談.私たちの看護管理実践,医学書院,2000.
- 26) ワーキングスマート II 検討会:社会の中の看護,日本看護協会出版会,2000.
- 27) トップ・マネジメント研究会編:看護部が変われば病院は変わる!,日本看護協会出版会,1998.
- 28) 松下博宣:看護経営学第3版,日本看護協会出版会,2000.
- 29) 松下博宣:続・看護経営学,日本看護協会出版会,2000.
- 30) 中西睦子:看護サービス管理,医学書院,1998.

## 研究

# 患者教育のための看護実践モデルにおける 「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」の事例分析

Summary of the cases for the clues in patient education as an ideal model of nursing

伊藤ひろみ

Hiromi Ito

## 要 旨

患者教育研究会では、患者教育のための看護実践モデルの適応や概念を定義するための検討を続けてきている。モデルの要素として看護者側に必要な能力として5つの要素が考えだされた。その要素とは「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」「療養に関する知識・技術」「生活に関する知識・技術」「教育方法の知識・技術」「Professional Learning Climate」である。このモデルを体系化するために事例適用を試みている。この「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」について事例から実際の言動を分析し、カテゴリー化を試みた。本稿では「とっかかり／手がかり言動」と「その直感的解釈」について実際の言動とその言動の意味を分析したのでその特徴について述べる。

Key words: Clues Patient Education

## はじめに

患者教育研究会では、効果的な患者教育が患者の行動変容や症状の改善につながることを明らかにするために数年間にわたり事例検討を続けてきた。我々は、患者の行動変容に効果的であったと思われる看護援助の要素の抽出や看護婦の患者教育における看護ケアへの取り組み環境など様々な角度から検討を重ねていくうちに、効果的な患者教育を行うためには看護者側の要素が大きく関与することが研究会の一致した見解となった。そこで今までの事例検討の内容から、看護婦に必要な要素として5つの要素が考えられた。その5要素とは、「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」「療養に関する知識・技術」「生活に関する知識・技術」「教育方法の知識・技術」「Professional Learning Climate」であった。これらの看護婦に求められる要素について看護実践を基盤とし、言語化・概念化・体系化を目指し、看護実践モデルを試案した。この看護実践モデルを「患者教育のための看護実践モデル」と命名し、さらにそのモデルを検証するためにモデルを用いて事例検討を行ってきた。本稿ではこの5要素のうち最初に看護婦が即座に判断している患者の「とっかかり／手がかり言動」となる言動とはどのような内容か。またその言動から看護婦は「直感的解釈」を行っているがその解釈とはどのような内容かについて分

析を行い「とっかかり／手がかり言動」と「その直感的解釈」のカテゴリー化を試み、その特徴について検討したので報告する。

## 方 法

研究メンバーで持ち寄った看護婦と患者の会話をプロセスレコード形式で収集・記録した49事例の中から教育事例と判断した31事例を用い、検討した。「とっかかり／手がかり言動」は、1事例につき始めの関わり(患者－看護婦の会話が成立している)1箇所を抽出した。分析は、個々の事例の文全体を1文脈単位とし、次に内容要素が単一であるようにこれを区切り、1文脈単位とした。さらにこれを内容の類似性により帰納的に分類し、カテゴリー化した。「直感的解釈」の分析は、「とっかかり言動／手がかり言動」から看護婦が判断した(感じたこと、考えたこと、意図したこと及びその判断情報となったデータ)内容について抽出した。「直感的解釈」については、1事例の始めの関わりを解釈している箇所を抽出、複数の文脈の意味を分析し、中心的な内容を選択、カテゴリー化した。モデル検証時の事例検討の討議記録を参考にし、分析・カテゴリー化にあたっては研究メンバー2名で行い不一致の場合は協議により解決した。

## 結果及び考察

### 1. 教育事例31例の特徴

患者の平均年齢は、54.6歳(25歳～87歳)である。そのうち男性16名で女性15名であった。病名は糖尿病19名、肝疾患2名、癌疾患2名、高脂血症・高血圧3名、その他の疾患5名であった。(資料1)

### 2. 「とっかかり／手がかり言動」の特徴

「とっかかり／手がかり言動」とは、患者の発する言語的・非言語的な信号・合図・情報をさしている。その患者が発している言動や状況を看護者はサインやメッセージとして瞬時にキャッチしている。我々はこれを「直感的解釈」と定義している。この直感的な判断から問題点を見だし、看護ケアに発展していくことになる。このプロセスで看護婦が「おや」と患者の言動にひっかかった初めての関わりの部分を「とっかかり／手がかり言動」と位置づけている。教育事例31例を分析すると、以下のような4つのカテゴリーに分類された。「患者から発する言動で患者の病状・不安・行動などの状況を表現したもの」46(85%)、「患者・医療者から態度・表情」5(9%)、「医療者への不満を表出したもの」2(4%)、「看護記録から情報を聴取したもの」1(2%)であった。看護婦が捉えた「とっかかり／手がかり言動」は、患者の発する言動の他、患者の態度・表情・雰囲気や医療者への抗議など複数が対象となっている場合もあった。これら2つを同時に察知している場合もあれば言葉だけのこともあった。次に「とっかかり／手がかり言動」の中で、もっとも多い「患者から発する言動で患者の病状・不安・行動などの状況を表現したもの」はさらに8つのサブカテゴリーに分類した。文脈数の多い順に①「患者の状況・病状を表現・説明」12、②「患者の納得していないことへの表明・説明」9、③「患者の不安・心配・不満の表現」7、④「患者の行動の表現・表明」5、⑤「患者の病状に対する疑問」4、⑥「患者の正当性の表明」4、⑦「患者の生活信条を表明」3、⑧「患者の要望」2であった。(資料2)このサブカテゴリーの中でもっとも多かった「患者の状況・病状を表現・説明」の具体的内容は、以下のような表現になっている。「1600Kcalって言われたけど1400kcalにしてみました」「若い頃から便秘でいろいろ薬も飲んだけどだんだん効かなくなってきたよ」「友人と食べ歩きが好きで、すぐに食べてしまうんです」など患者の自己主張までには至らない、患者自身の状況・事実について表明していた。同程度に多かった「患者の納得していないことへの表明・説明」の具体的内容は「大学ノート持ってきたのよ。この前の時いるっていわれたから」「あれで栄養が足りているのでしょうか」「運動は嫌いなんですけどしたほうがいいんじゃないか」などの表現であった。患者は自分の状況を説明し、納得のいかないことを何気なく表現することもあれば、はっきり納得のいかないことを表現していることもあった。「患者の不安・心配・不満の表現」の具体的内容は、自分の存在を認めてほしいということに関連した不安や、提供されたケアへに対する不満の表明であった。「患者の行

動の表現・表明」は「インスリンも嫌だし、入院も嫌ですね・・・」「他のものはとっておきづらいから牛乳をお茶にかけて牛乳を残すようにするわ」など行動感覚や保健行動を表明した内容であった。

### 3. 「とっかかり／手がかり言動のその直感的解釈」としての特徴

直感的解釈は、患者の反応を瞬時に受け止めている看護者の対応である。解釈は意図的なこともあれば非意図的なこともあり、何となく大切であるという内容も含まれる。我々は、直感的解釈を「とっかかり／手がかり言動を看護者が心で直ちに感じ、その意味をうけてから受け手側から判断していることである。」と定義している。この定義に基づき「直感的解釈」について検討した。分析の結果、5つの上位カテゴリーが抽出された。①「患者の表現された言動・状況を推察・把握しようとする解釈」、②「患者の言動を経過から分析した解釈」、③「患者の言動・状況を否定的に解釈」、④「患者の言動・状況の解釈よりも看護ケアが優先した解釈」、⑤「患者の言動・状況から看護者の病状予測が優先した解釈」であった。この中で「患者の言動・状況の解釈よりも看護ケアが優先した解釈」が10事例と最も多くを占めた。一方「患者の表現された言動・状況を推察・把握しようとする解釈」は7事例であった。この解釈は患者の「とっかかり／手がかり言動」から何かづれを感じながらもその理由や言動の意図を解釈しようとする推察し、他の情報から把握しようとする解釈である。また「患者の言動・状況から看護者の病状予測が優先した解釈」は、8事例であった。これは看護経験が浅い看護婦と患者教育の経験が豊富な看護婦に多くみられた。その他、「患者の言動を経過から分析した解釈」が3事例であった。(資料3)

### 4. とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈についての事例

「直感的解釈」として5カテゴリーに分類したうち代表的3事例について紹介する。

#### 1) 患者の表現された言動・状況を推察・把握しようとする解釈した事例

まず事例の概要としては、糖尿病患者で血糖値上昇、肥満傾向にあり、退院後に教育を受けていた場面である。「無理、体重は減りません」と言っていたが、「体重減りました。やってみます。」と返事があったことに着目しているケースである。ここでのとっかかり／手がかり言動としては、「もう自分でもわかっています。年も年だし、あと2年もあればいりませんよ」と表現している。その看護者の直感的解釈は「年だと言いつつノートにきちんと自分の検診データを取っている。それは守らなければいけないという気持ちはあると思われる」と表現している。ここでのとっかかり／手がかり言動についての分析は、患者の生活信条の表明している内容であると分析し、その直感的解釈については、患者の言葉と実際の保健行動とのずれを感じていると推察した。患者は守らなければならないという気持ちがあるということを看護婦が認めている発言があることにポイントがある

と分析した。

## 2) 患者の言動を否定的に解釈した事例

この事例の概要は次のようである。元小学校教師である。退職後夫と二人暮らし。高血圧、肥満、バセドウ病にて減量目的の入院。食品交換表の存在を知り患者の減量意欲の変化について気になっているケースである。とっかかり／手がかり言動は、「意欲的である。週末の外泊毎に自分の作った材料や家での血圧をメモにして見せてくれる」その直感的解釈については、細かくメモをしているが「こうだからこうだった」とか「今後こうしよう」という自分に対する評価がなく、書いたものを私に見せるという自己満足に終わっているように思えた。という表現であった。とっかかり／手がかり言動については、自分の状況を説明し、医療者に自分の保健行動をみせていると分析した。その直感的解釈については、見せてくれた内容に対して方向性がない、医療者に見せるという自己満足に終わっていると分析していた。患者の変化した状況を解釈するのではなく、患者の行動を否定的に解釈しているところがその後の看護ケアの進行に影響を与えることが予測された。

## 3) 患者の言動・状況から看護者の病状予測を優先した解釈事例

この事例の概要は次のとおりである。61歳の男性、糖尿病で血糖コントロールが不良のため入院してインスリン療法を開始しようと勧められているが、入院になかなか応じない。前回外来日は「話しをしたってもうだめだ」と面接に応じなかった経緯がある。「血糖が高いはずはない」という患者なりの判断がどういふことかに注目したケースである。とっかかり／手がかり言動としては、「今日は絶対に血糖がよくなっていると思ってきたのに(下がってないなんて)おかしい」とぼそぼそいう。その直感的解釈は、なぜ自分では血糖値が下がっているはずと思えるのだろうか？と看護者は考えている。とっかかり／手がかり言動は、患者は症状について疑問に思っていると分析、その直感的解釈は、患者の発言内容から背景の確認をしている。患者の血糖値の認識が間違っているのではないかという看護者の解釈があると分析した。この事例では、患者は疑問を表現しているが、看護者は血糖値が何故下がっていると思えるのだろうかという看護者の疑問から、患者の認識を修正したいという思いが優先していると分析した。

## 5. 「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」についての考察

「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」を事例から分析した結果、ある瞬間、患者の態度・言動・状況に看護婦が違和感や感情でゆさぶられ、反応し、患者教育へ導こうとすることが伺われた。

特に多かった「とっかかり／手がかり言動」は、患者自身の状況の説明や、状況の表明、納得していないことへの表明や不満・不安といった表現であった。また、患者の有り様や自己の存在感に対しての表出があることも明らかになった。このような患者の言動の背景は、自己の価値観や、人間観と現実のず

れを感じ、困惑・不安・心配・不満があることが推察された。一方、看護者の「とっかかり／手がかり言動の直感的な解釈」は、患者の価値観や人間観を意識しつつも看護者の患者指導や患者教育という目的意識が優先される状況があることも明らかとなった。このような患者-看護者の「ずれ」の中での患者指導・患者教育は、対象者の学習準備性が、適切な状況とはいえず、看護者のアプローチが効果的に働かないことも推察できる。直感的解釈は、患者の背景や状況をいかにキャッチできるかということが前提である。今回の事例では、患者の言動と看護婦の解釈においてずれが生じている事例数のほうが多かった。この原因としては、看護者自身が、感情をゆり動かされているところから介入していくために患者からのサインを疑問なのか、何らかの表明なのか、自分の状況を説明しているのかを判断できていない状況を読みとることができた。今後は患者の言動・状況と看護者の解釈のずれを少なくすることが課題であろう。この患者の状況をいかに察知できるかという視点の追求が患者教育のスキルアップの鍵になると考える。

## 文 献

- 1) 河口てる子 他:患者教育における行動変容への「とっかかり言動」と「看護ケア」の検討,日本看護科学学会誌 17(3),410-411 1997
- 2) 鳥居美帆 他:効果的な患者教育のための看護実践モデル 第19回日本看護科学学会学術集会講演集,334-335,1999.
- 3) 下村裕子 他:患者教育のための看護実践モデルの適用検討,第20回日本看護科学学会学術集会講演集,218,2000

とっかかり/手がかり言動とその直感的解釈についての事例

資料1

事例 NO	事例の主眼	とっかかり/手がかり言動	とっかかり/手がかり言動の分析	その直感的解釈	その直感的解釈の分析	看護場での行動-ケア
No1-001	糖尿病患者、血糖値上昇、肥満で他院で教育(2回)受けていた。「減量できない」「体重が減った」	もう自分でもわかっています。年も年だし、あと2年もあればいけませんよ。	患者の生活心情を表明	年だと言いつつノートにきちんと自分の減量データを取っている。それはやはり守らなければいけないという気持ちはあると思われる	言葉と身体行動のずれを感じている。	データの把握一緒に考える
No1-002	血糖コントロールがうまくいかず血糖測定をせず落ち込んでいたが、自己管理に積極的になりむよようになった。	食事も運動もこんなにがんばっているのにちっとも血糖値がくならない。でも、どうして高いのかしら。もう私自信がないわ	患者の病状に対しての疑問 患者の不安の表明	今まで食事療法に積極的に取り組んできて自分のできる限りのことを一生懸命してきただけに、その結果がみえないのがつらいんだろう。血糖を測ることは納得しているけれどその他のことについては大丈夫だろうか。血糖が改善しないことが、よほどつらく自信をなくしている。今までの努力が血糖高いことで否定されている気持ちになっているよう。	言葉で表現されていることを自分なりに推察している。ここから考えられる問題点をあげている。	血糖値のチェック運動を頑張ってきたよね。
No1-003	糖尿病患者 20 才女性音楽教師で入院当初より、医療サイドへの怒りを感じていた。夜中の 2 時の SMBG の指導、不備を指摘され、怒りを表出。医療者の積極性によって直にはなされるようになった。	(頓挫している)血糖が高いということは学校で点数評価されているようで数字で見られるのはイヤ。血糖測定は私なりにできてはいるのに。(それにしても夜中2時はしんどいわ)	提供されたケアへの不満の表明 医療者に対する抗議	教師という職業特色も感じることがあるようだ。受け止め方にも気をつけて頑張らないといけない。とりえず、夜中2時を強制されるのは辛いようだ。指摘されることを強制されるように。血糖値を絶対値でそれのみの評価と感じているようだ。	言葉で表現されたことを患者の職業の面からも推察している。自分のかかり方の方向性血糖値に対する患者の価値感を推察している。	どうしたのかな。つらかったのではありませんか。
No1-004	糖尿病患者、右の乳房癌切除後の外原科目的で入院。術前に DM を指摘され腫瘍病巣摘出。教育はうけていない。その患者が問題を明らかにできるまでに変化し理由を分析	手術前に血糖値 230 で高いから薬を飲みましようといわれ飲んでいる。食事療法なんかはしていない。今の血糖値知らないし。父が糖尿病でなくなったけど、よく知らない。	自分の状況を説明している。	手術をひかえ指導や治療の時間を取れないため即断薬療法となったのか、しかし、今後糖尿病と付き合うため、知識を得、実行していかなければならない。この人の治療方針を確認した上で必要な情報を提供しよう。	患者の状況を把握している。知らない状況にある患者に対して情報提供が必要と解釈している。	糖尿病外来受診。糖尿病のことを勉強してみませんか?

事例 NO	事例の主眼	とっかかり/手がかり言動	とっかかり/手がかり言動の分析	その直感的解釈	その直感的解釈の分析	看護場での行動-ケア
No1-007-1	高血圧症の精密目的で入院し、拡張型心筋症であることが判明した 22 歳の男性患者の不服の原因について	夜間の看護記録に抗議のため不在が多い。4 時過ぎに入院し朝食もとらず内服もできていない。午前中ずっと寝ている。	看護記録からの情報。患者の日常生活からのマネジメント。	入院生活は3週間位が限度だと言っていた。交通事故で入院していた時も自己退院している。ストレスがたまってきたのか話し合ってみよう。	患者の以前の言動を踏まえて解釈しストレスがあるのではないかと推察し、行動しようとしている。	眠れないんだけどどうしたの?ー質問
No1-010	介護量が多く退院に対して不安が多かった高齢患者と家族が退院を納得した変化の理由を分析	長男治療終了後、退院について主治医から説明を受けるも、家人から生活介助や通院(1-2回)について不安があるため、入院、転院できないか訴えあふ表情ややもしい	ムンテラ後の家族からの退院についての不安の訴え、具体的な要望表情からも情報を得ている。	高齢であり、入院期間が3ヵ月もあり、入院前は大出血を起す危険な状態であったため家人が家でフォローをするのに不安があるのは当然である。しかし、当人は帰宅を望んでおり、予後を考えてと現在が家に居る最期の機会である可能性が高い。正月には、4 日程外泊しており、通院、処置さえ受ければ、年齢相応の生活は十分できるため、退院することが望まれる。家人は、本人のフォローを伝介と考えているのではなく、入院し医療者に守られている方が本人のためではないかと考えている様子が見える。	患者の家族が不安に思う理由を今までの経過から分析している。当人の希望も解釈し、それを踏まえて問題点を整理している。	退院を望んでいること。現在が退院の最後の機会かもしれないことを表明。
No1-011	64 歳女性。口内炎のため痛みが強いが CABC 後のためステロイド投与も見合わせられ有効な治療が行われず、決して消失しない痛みを受容するまでの過程の心理的変化を分析	医師から今までの精密の結果確定診断がつかず有効な治療法もないため、やむを得ないと説明あり。退院を勧められ涙ぐんでいる。	ムンテラ後の患者の様子	今まで、いつか自分にぴったりの薬がわかって口内炎の痛みから解放されると信じて半年以上も頑張ってきたのに何の前触れもなくもう治らないと告げられ患者のショックはかなり大きいだろう。消失しない痛みならそれを受容できるように働きかけなければいけない。	今までの経過を踏まえて解釈している。それを踏まえてアプローチ方法を考えられている。	椅子に座って話を聞く。そのまま話してみた。
No1-012	21 歳男性。肝臓癌術後の精密目的の入院。自覚症状ないが GOT,GPT400 台と高値。原因は不明で、双子の兄も罹患で入院。自己管理の必要があるが、症状がないため自分のこととして捉えられない。このような心算状態を分析	合言言いたいんです。言いたいわ。何で行ったらあかんの?肝臓の数値 400 超えているからって僕何ともないよ。兄貴は行っていろいろ言われたのに。動いてもしんどなったりせえへんもん。	患者の要望の表明 患者の病状に対しての疑問 医療者への不満	現役時代最後の合宿だけに余計参加したい気持ち強いのだろう。お兄さんは現在肝臓癌は落ちついている。それもわかっている。自分は安静にしていなくていいことわかってはいるが、症状はないし、どうしてここでじっとしてないといけないんだろうと思っている。今まで入院することもなかったんだから、と怒り様子、もっていきどおりのない感情を看護場に向けているのかもしれない。	今までの経過を踏まえて解釈している。患者の表出の意図を考えている。	左記の感じたことをそのまま話してみた。

事例 NO	事例のまとめ	とっかかり/手がかり 言動	とっかかり/手がかり 言動の分析	その直感的解釈	その直感的解釈 の分析	看護婦の行動・ケア
No1-013	元小学校教師。退職後夫と二人暮らし。高血圧、肥満、パセリにて減量目的の入院。食品交換表の存在を知る前後の患者の減量意欲の変化について分析。	意欲的である。週末の外泊毎に自分で作った材料や家で血圧をメソして見せてくれる。	自分の状況を説明している 自分の保健行動を医療者にみせる。	細かくメモしているが「こうだからこうだった」とが「今後どうしよう」という自分に対する評価がなく、妻のものを取に見せるという自己満足に終わっているように思えた。	見せてくれた内容に対して方向性がない。医療者に見せるという自己満足に終わっているという解釈。	今回の食事のことでこの体重・・・ 外泊中の食生活は・・・ 自分で直感を付けたら何となくいざと思われそうです・・・ ↓ 本人の評価を買っている。
No1-014	51歳男性。CLOW-Fukase 症候群。化学療法放射線治療。2度の呼吸停止があるが、養生。しかし、両上肢挙上困難、右手握力低下、両下肢しびれ痛、膝関節、足関節屈曲困難、自力座位不可。身体障害交付がもう何もできない、と理解していたが、手帳交付目的利用法の説明、リハビリに意欲を出させた。	リハビリで身体障害手帳をもらってはどうかと言われた。	自分の状況を説明している 医療者への不満	身体障害者という言葉を理解していない。	患者の思いについては反応せず、知識がないと解釈している。	身体障害者手帳の目的利用法の説明
No1-018	37歳男性 23歳発症の IDDM 糖尿病。低血糖頻発のため入院。定職なし。生活、昼夜逆転。食事摂取不規則。喫煙量多い。普通の生活リズムが取り戻せないかということで関わりを持った。	目が見えなくなった時一人暮らしなので、どうしたらいいか心配だ。	患者の不安の表現	生活の金額は毎月か家賃、医療費を除く月約7万円の援助。 けじめのある生活を送るために1日数時間、週2~3回ボランティアのような仕事で収入を得、友人もできる事が嬉しい。	解釈が一方向的 相手の思いの事 の解釈が表面的	退院後必ず昼食もとること、通日深夜までパソコンを続けられないように 失明後のことを心配する前に失明しないよう努力して欲しい。 ↓ 退院後の生活について看護婦の手立てしていることを説明し努力して欲しいと責める。
No1-019	65歳女性糖尿病インスリン注射を朝食前に行っている。合併症のため視力 0.1。物心もろくあり運動は日常生活程度。趣味の範囲も限られ、つい肉食をしてしまう。	1980Kcal なんて、焼ってから身がもたへんわ。大半ノート持ってきたよ。この病の噂聞いていわれたから、あんた私のことどう思ってる。	患者の心配を表明 納得していないことを表明 自分の存在を認めて欲しい不安	ノートを持参しているしやる気があるみたい。 別にうまく書かなくても起こったりしないですからね。 はっきりものをいわれる方だと思うし、なかなか正直に話をしてくれていると思いますけれど。	患者と看護婦の関係性	おなかで 1940Kcal を覚えてもらいましょう。 ↓ 指導している。

事例 NO	事例のまとめ	とっかかり/手がかり 言動	とっかかり/手がかり 言動の分析	その直感的解釈	その直感的解釈 の分析	看護婦の行動・ケア
No1-020	48歳女性視力低下で眼科受診し糖尿病診断。内科を紹介される。1300Kcal の食事制限と10Kg の散歩で2週間で4Kg 減量。血糖は改善したがこのまま進めようと 1300Kcal の食事を続けようとしていたときに入院。患者が1年半かけてゆっくりやせなければと看護婦の説明を聞いてわかったと発症をした時の分析	1690Kcal って言われたけど 1400Kcal にしました。 私ももう若くはないし、今は目で気がついたけれど、急に瘦せて生理も終わってしまっって更年期障害になって気分が悪くても大変だし、一両息災で行くわ。	患者の状況を表現  患者の変化した行動の表現	糖尿病 1520Kcal、一日三回に分けて散歩一万歩に設定。食事は主食を少量ずつ摂り、1300Kcal しかとらず、運動も2万歩以上おこなっていた。  食事もちろんと食べていても 0.1~1.5g/W のペースで体重減少しているため、それも筋みになっているのだろう。	事実のみの伝達。 患者がなぜそうしていたのかという解釈はない。 患者の持っている言葉の解釈はない。減量できていることから今後の分析をしている。	1520Kcal を全量摂取すること、運動は2万歩以内とすることを再設定。 体重減少が続くなら運動はさらに減らします。 ↓ 食事と運動についての具体的な指導指示
No1-021	65歳女性糖尿病。慢性腎臓病で継続した食事療法インスリン療法が必要。看護婦の働きかけの後、予想以上に健康問題に患者が取り組んでいたことを分析	あれで栄養が足りているんでしょうか？	素朴な疑問 納得していないことを表現している。	病歴が長く、糖尿病教育を受けたことがあると聞いていた。本日に教育を受けたことがあるのか。	患者の状況を問題と捉えているが、とっかかり言動と捉えるのではなく患者の療養行動がとれていないと捉えている。	食事摂取内容を詳しく聞く。食後2時間決断測定を行う。 ↓ 具体的な質問から指導
No1-022	72歳男性。糖尿病薬物性糖尿病。糖尿病で入院。スライドの使用で糖尿病に。今まで糖尿病の治療を受けたことはなかった。間食禁止が守れなかった患者が Dr.Na の説明でカロリー計算ができた。	カロリーの計算はたいへんですな。・・・本質してくれたけれど難しい嫌やったから三番とも返してしまおう。一般的な主婦向けの栄養ブックを一生懸命読んでることを強調する。	患者の状況を表現	看護婦が買った本(三冊)はすでに返している。糖尿病という病気に対してより、カロリー計算に興味があるのかと思っ。しかし、糖尿病を知るためには合併症について十分知る必要があるため、それを患者が知らうと意欲が大切と思っ。	患者がカロリー計算に興味があることを察知しているが、まず合併症について知る必要があるとすり替えている。解釈で自分の知識のある方へ患者との会話を誘導している。	糖尿病について先生から話をききましたよね。 食事制限とかどうしてするかききました。 ↓ 知識の確認し、食事制限の質問をしている。

事例 NO	事例のまとめ	とっかかり／手がかり言動	とっかかり／手がかり言動の分析	その直感的解釈	その直感的解釈の分析	看護者の行動・ケア
No1-027	87歳男性。電気部品会社設立。現在は一族から退き役員。若い頃から便秘気味。H4 腹部大動脈瘤指摘され、便秘のコントロール中。最近では腹部の張りも気になり、便秘、下痢について神経質になっている。下痢の乱用傾向にある。	若い頃から便秘でいろいろ薬ものみただけでだんだん効かなくなってきた。	患者の状況を表現	薬にだけ頼っている。薬(下痢)を使わなくても排便習慣をつける方法を知らせる必要がある。	「薬にだけ頼っている。」と考え、その他の患者の思いについて検討する姿勢などが見受けられない。病気の管理に対して、あるべき論が強い。効かなくなっているという部分の解釈がない。	お水はどれくらい飲んでいますが、適度な運動も必要です。 ↓ 水分の確保後運動するという必要を説明する。
No1-028	63歳女性。高血圧の検査目的。実母が脳梗塞で死亡。自分も同じ病気になるのではと心配し入院を希望。家事の量が減り今年肥満傾向。自分から「体重を減らしたい、食事について勉強したい」と求められ指導。患者は受容的であった。指導過程について何が良かったか分析したい。	友達と外食するのが好きで、すぐ食べ歩きをしようと思っています。運動は嫌い何ですけれどもした方がいいんでしょうか？	患者の状況を表現 納得していないことを表明	外食することは本人の楽しみになっている。  肥満があるため運動には努力を使っているようだ。そのため運動から逃げようとしているのではないか	患者の行動変容につながる解釈。  患者は嫌いということをお伝えできているが、解釈が盲導からずれている。	外食のカロリーブックを提供する ↓ 本を提供
No2-001	68歳女性。糖尿病歴 7年。食後の高血糖をさげるため分食を始める指導において否定的な反応から具体的に考えていくようになった指導過程での要因を分析したい。	でも、この中から分食のためにとっておくことはできないわよ。でも、他のものはとっておきづらから牛乳をお茶にかえて牛乳を飲そうにするね。	納得していないことを表明  自分の保健行動？(状況) 意思決定	否定的な反応だ。聞いたことは聞いたけれど、自分がしなければならぬことは考えていないようだ。少しずつ自分のこととして取り入れていけるのではないだろうか？	看護者の受けた印象。	分食についての知識の確認をする ↓ 分食方法の説明

事例 NO	事例のまとめ	とっかかり／手がかり言動	とっかかり／手がかり言動の分析	その直感的解釈	その直感的解釈の分析	看護者の行動・ケア
No2-003	朝食前の散歩の習慣を低血糖の心配もあるため食後の時間にずらして運動療法にできないかとかかわったところ。今までの生活習慣に固執し変更する気がないといった患者が食後の運動を取り入れるアイデアを自分で出すようになった要因を分析する	だけど、朝歩くことで一日のペースが出来てくるし、他の時間は別にすることがあるから...	納得していないことを表明	知識としてはわかっているが、その知識と自分の病気とは結びつかないようだ。低血糖の予防だけでも出来ないものか。	知識と行動が必ずしも結びついていないと解釈。→行動変容への期待	散歩の時間が長いので低血糖が心配なので分食前の散歩をすすめる。
No2-004	59歳男性。15年前にアルコール性肝炎とともに糖尿病と指摘された。9年前、7α-OH性肺炎で脾臓切除術を施行している。禁煙ができずに10年が経過した患者がそろそろ止めようと思いが変化した過程の要因を分析。	血糖が高い原因が7α-OH性肺炎だとはわかっているが、どんなに血糖値が高くても7α-OHを止められない。好きなものを止めてまで長生きはしたくない。と学生の話をきいてしまう。	患者の生活信条の表明	学生の意見を受け入れない容認。こういうふうにおられると何も言えなくなりました。(カンファレンスでの話し合い) 「好きなものを止めてまで」ということで、相手が何も言えなくなるといことを身につけてきたのではないかと話し合う。また、患者の口から7α-OHは悪いという言葉がでてきている。7α-OHに関する話を持ち出さず、糖尿病に関する情報を発信するような関わりをしていく。	容認気と患者の言動から距離と解釈。患者の納得できない言葉と解釈→方向性を出す	血糖値と日内変動をグラフにしたリ、運動療法の話をしたりと、アルコールに関する話しを出さずして血糖をコントロールするための情報を提供する。
No2-005	64歳男性。糖尿病歴 30年。食事-薬物療法でコントロール中。今回は別型の手術目的で入院。有教員。怒りっぽく指導されることは嫌いと言導に対して予防線を張っていた患者が学生指導を「楽しみにしていたんだよ」と心持ちにするまでに変化した要因を分析	自分とはこういう人間だと主張したり、指導という言葉は嫌いだ。と言って来る。怒りもせずよく話してくれる。(栄養指導は)受けたことがない。指導という言葉が嫌いなんだ。小僧が何言ってるんだと思ってしまうよ。	患者の状況を説明  患者の様子を表現  患者の納得していない言葉の表現 納得していないことの説明	指導されることに対し、予防線を張っているようだ。  話をするのは好きそうだ。自慢話が多いな。 指導という言葉が嫌いでどうすればいいんだろう。困った。嫌な感じ。でも、こういう人もいるんだって思い直して、どうやってかわかっていったら教えてという感じがなく患者に知識を提供できるだろうか？	看護者の言いと解釈  事実から方向性を導きだそうとする解釈  自分の感情(怒り)を見いだしている解釈	患者の運動を良く働き、受け入れることに専念する。 何かお役に立てないかと思っているのですが、何か困っていることか知りたいたいことではないですか。
No4-002	50歳女性。糖尿病歴 7年。HbA1c10%以上。食事療法 1600Kcal で血糖がこのまま下がりない場合は来週あたりからインスリン導入の必要があるかもと主治医より言われており離れこんでいる様子がある。	絶対にインスリンはしたくないんです。	納得していない状況を表現	本人が努力して自己管理できる事はないだろうか。	患者の納得していない状況を解釈。	運動療法、食事療法、薬物療法についての知識と気持ちを導いた。

事例 NO	事例のまとめ	とっかかり平がかり言動	とっかかり平がかり言動の分析	その直感的解釈	その直感的解釈の分析	看護師の行動・ケア
No4-003	61 歳男性、糖尿病、血糖コントロールが不良のため入院してインスリン療法を開始しようとするが、入院にはなかなか応じない。前日外来日は「薬をしたら、もうだめだ」と面接に応じてなかった。看護師は「血糖が高いはずはない」という患者の判断とはどう違うのかなを分析したい	今日は絶対に血糖がよくなってきていると思っていたのに、(下がってないなんて)おかしい」とぼそぼそいう。	患者の病状に対しての疑問	なぜ自分で血糖がさがっているはずと、思えるんだろうか?	患者の発言に対して背景の検討。患者の認識を疑うと解釈する。	「ちょっと血糖の名前のことをお話しくださいませんか」と面接に誘った。 ↓ 本人の話しを良く聞き、本人が努力してきたことを認めながら、血糖と HbA1c、アルコールについて説明する。
No4-004	54 歳女性、糖尿病、FBG200 分、HbA1c11~12%減量すれば血糖コントロールは改善すると医師より言われている。	3 回目の面接(やってくるかと約束したのに)「できなかった。今度はやってきます」と言っていて帰られた。	事実を表現 方向性を表明	何でも話せる関係作りをまず第一に、話しを良く聴く姿勢を見せる。医師努力の大切さを話してもらい、気持ちを表現することにより、自分を客観的に見られるようにしていく。	看護者の予測が当たっている解釈 (患者がやってくると言っているがまだできない事が起こるのではないかと解釈)	本人の話しを良く聞いた。食事療法を継続することは、大変なことですね。診察をうけるのがいやだったでしょうと気持ちを支持した。
No4-005	42 歳男性、糖尿病、初診、ここ半年で 40kg 体重が減少している。本人が自分で糖尿病を疑って来院。緊急入院してインスリンを導入する必要があったと説明されたが、産科医で緊急入院は出来ないし断った。看護師が外来でのインスリン導入可能と判断しスムーズに導入指導できた	診察時、入院は出来ないという患者に医師は仕方なく血糖降下剤を処方して早く入院できるように入院予約をして帰らなさいといっている。医師は患者に対して「先生」と呼びかけている。 個別面接時 こんなに悪いとは思わなかった。仕事の整理(予給患者の整理)がつかまでは、休むわけにはいかないんです。	医師よりの説明  患者の病状に対する疑問 患者の状況の説明	FBG314 ケン 3+ ということはこのままでは高血糖管理をおこなす可能性もある。  糖尿病の専門家ではないから「大変だ」とは思っても自分の病状の判断はついてないかもしれないこのまま昏睡に至るかもしれないこと、だから入院しないというのかもしれない。	とっかかりはデータだったり Dr の言動だったりもする。 病状の予測を解釈 患者の認識を疑うと解釈	何かのケアができないものかと M 氏の診察室前に同席した。至急の検査の結果をみて、状態をつかみ、さらに本人に職業をききた。医師に対して、この方は、産科医であることから、外来でインスリン導入は、できると考えられるし、私が指導するから、インスリンを外来で導入してみようかと提案した。

事例 NO	事例のまとめ	とっかかり平がかり言動	とっかかり平がかり言動の分析	その直感的解釈	その直感的解釈の分析	看護師の行動・ケア
No4-006	60 歳男性、糖尿病、最近定年退職をした。退職前、看護師との面接をきっかけに HbA1c12%→10%と低下してきたが、それ以上改善しないため外来受診時ごとに入院してインスリン療法を開始するよう勧められてきた。しかし、インスリン療法への抵抗が強くその度に入院・インスリン療法を拒否してきた。SMBG をすることで自分の病状を振り返り拒否していた治療を受け入れることができた事例の分析	インスリンは嫌だし、入院も嫌ですね。……いったんインスリンになるとずっとしんどくちやいなと他の人も言うし……	患者の行動感覚を表現 患者の正当性を表現 医療者からの質問に答えられない。	これ以上このままの治療を続けても、コントロールの改善は望まず、そろそろ今の治療の限界にきていると考えられた。	病状の予測を解釈 方向性を示す	HbA1c が約 10% がこれ以上下がらないので、今後どうしたらいいかと考えているのかを訊ねる。
No4-007	35 歳男性、27 歳で発症し 2~3 年はコントロール良好であったが最近 2~3 年間は HbA1c10% 以上、自尊感情が低く糖尿病のコントロールがなかなか出来ない患者への関わりを分析。	SMBG も結果が良ければ、次も測ろう、食事も期をつけようと思うけど、BS が高いとやる気もなくなる。(主治医の)先生もやさしいから聞くは言われぬから(SMBG)	患者の病状を認めたくないことを表明 患者の言い訳を表明	だめだ、やれないという気持ちが強く自尊感情が強い人と考えられたので、自尊感情を高めるための効果が必要であると考えた。	病状の解釈	人間関係づくりを主に、医療の姿勢をとり、セルフケアの状況を聞いて理解するように努めた。その上で、自己の振り返りをすすめる方法として SMBG をできるだけできるように FBS でなくても、測定しやすい時間帯の測定をすすめた。
No4-008	60 歳女性、糖尿病、糖尿病網膜症、コントロール不良で Dr からインスリン療法を勧められても拒否し続けた患者が一日 1 回でインスリン導入を快意できた。その自己決定を引き出した患者の心の動きと、看護師の関わりはどうかを振り返りたい。	食事には気をつけている、食事はするけれど、仕事で運動に 1.5 時間かかる。朝は時間が無い。起きて何かちょっと食べるので精一杯。運動はどれくらいしているかわからない。万歩計は買おうとおもっているが、まだ買ってない。(糖尿病は)悪いとわかっている。	病状の説明	セルフケアへの意欲はないとはいえないが、自己を振り返る手段をもっていないと考えられる。振り返りの手段が必要と考え、まず手始めにカロリーカウンターの導入を勧めたいと考えた。	患者の病状の予測。 セルフケアについての予測 ↓ 方向性を示す	まず自己紹介をしてから、普段どのような生活を送っているのかについて情報交換をした。カロリーカウンターをみせて導入を勧めてみる。

事例 NO	事例の要約	とっかかり／手がかり言動	とっかかり／手がかり言動の分析	その直感的解釈	その直感的解釈の分析	看護師の行動・ケア
No4-009	63 歳男性。特発性閉塞性肺炎で在宅酸素が必要な患者が病所の受容ができず在宅酸素療法を受け入れられなかった。看護学生との関わりの中で障害を理解し、不安を表明しながら在宅酸素療法を受け入れていくことができた。	酸素チューブが嫌なんだよな。	患者の行動感覚の表明	<スパイログラム 5/6 施行> 肺活量予測値 3500ml 肺活量 (58%) 2090ml 努力性肺活量 2000ml 1 秒率 1960ml  酸素療法について積極的態度だな	患者の状況を把握	邪魔ですか？ そうですね。 酸素は薬物のように苦味しませんね。 私の親戚も在宅酸素療法をしていますけど、今ではもう慣れて立派に生活していますよ。
No4-010	54 歳女性。糖尿病歴 20 年。ここ数年 HbA1c10%以上。教育的糖尿病とはなにかについて分析した。	開口一番「私、糖尿病のことは投げているの。食べたいもの食べないではいられないし、そんなに長生きしたいと思わないから」と	患者の生活信条の表明	糖尿病のことをコントロールしないという事はないと思う。PC が強い？	患者の状況を把握 →看護者の信念があり方向性を出す。	「そうですね同意したあと」でも、そんなに簡単に糖尿病では死なないですよ。Sさんはこのままだと、合併症がでてきたり、進んじやったりして大変になっちゃうから、ここでインスリンに変えてみてはどうかと考えたんです。私は今の Sさんの状態は内服薬ではもう効かなくて、インスリンが必要な状態だと思っていますけど…と話す。
No6-001	25 歳男性。ALL。トラック運転手。地元の療法で入院してきた患者。治療中の感染予防、その後の骨髄移植についてどのような関わりが効果的なのか振り返りをおこなって分析したい	「順好調ですよ。」 無難に明るく振る舞っている様子。	患者の状態を表現	石めでの治療でしかも同輩患者がかなりの重症で、病気についてもぼかして説明されているので、いろいろ疑問・不安が強いのだろう。	患者の病状の手前知識の確認	先生からは、白血球がどのくらいの数に回復したか、インフレットを用いて副作用が強いので少なくとも3ヶ月必要なこと、白血球減少時の注意事項を説明した。

とっかかり言動のカテゴリー

資料 2

(件数)

カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	
患者の状況・病状を表現・説明	患者の状況を説明 (5)	患者の要望の表現	患者の要望の表現 (2)	
	患者の状況を表明 (5)		患者の病状に対する疑問 (4)	
	患者の病状を説明 (1)	患者の生活信条を表明	患者の生活信条を表明 (3)	
	患者の状態を表現 (1)		患者の行動感覚を表明 (2)	
患者の納得していないことを表明・説明	患者が納得していないことの表明 (8)	患者の行動の表現・表明	患者の保健行動の意思決定を表明 (1)	
	患者の納得していないことを説明 (1)		患者の保健行動を表明 (1)	
患者の不安・心配・不満の表現	患者の不安の表現 (3)		患者の正当性の表明	患者の変化した行動の表現 (1)
	患者の不満の表現 (1)			患者の方向性を表明 (1)
	患者の心配の表現 (1)	患者の正当性を表明 (1)		
	患者の存在を認めてほしい不安の表現 (1)	患者の病状を認めたくないを表明 (1)		
	患者に提供されたケアに対する不満の表明 (1)	患者のいい訳を表明 (1)		

直感的解釈のカテゴリー

資料 3

上位カテゴリー	下位カテゴリー
患者の表現された言動・状況を推察・把握しようとする解釈	言葉と保護行動のずれを感じている。→守る気持ちがある。
	言葉で表現されたことを推察→自信をなくす気持ち、否定された気持ち
	言葉で表現された患者の職業から推察→関わり方の方向性、価値観の推察
	患者の以前の言動を踏まえ解釈し、ストレスがあるのではないかと推察
	患者の状況を把握→知らない状況にある患者に対しての情報提供の必要性 患者が納得していない状況と解釈 やる気があると解釈。患者に対してははっきりものをいう人と判断
患者の経過から分析・解釈	患者・家族の不安に思う理由を今までの経過から分析→本人の希望→問題点の整理
	今までの経過を踏まえて解釈→アプローチの方法
	今までの経過を踏まえて解釈→患者の発出の意味
患者の言動・状況をできないことを中心に解釈	見せてくれた内容に対して方向性がない自己満足に終わっている
	患者の思いに反応せず、知識がないと解釈
	患者の状況を問題と理解しているが、患者の療養行動の不足をとらえている
患者の言動・状況よりも看護ケアの必要性・看護者の思いが優先した解釈	患者の言動に対する解釈より、生活リズムをとりもどせないかという看護者の思いが優先した解釈
	事実のみの記載、患者が何故そうなったかという解釈なし、今後の分析
	患者のカロリー計算に興味があることを察知している。合併症について知る必要があるとすり替えている。解釈で知識のある方へ会話を誘導している
	薬だけに頼っていると考え、その他の患者の思いについて検討する姿勢が見受けられない。病気の管理についてこうあるべき論が強い。効かなくなっているという部分の解釈がない
	看護者の受けた印象から否定的な反応であると解釈→方向性をだしている
	知識と行動が結びついていないと解釈→行動変容への期待がある
	雰囲気と患者の言動から拒絶と解釈、患者の納得できない言葉と解釈→方向性をだす
	看護者は迷いと解釈。事実から方向性を導き出そうとする解釈、看護者の観望した感情をみいだしている
	患者の発言に対する背景の確認、患者との認識のずれがあると解釈
	患者の状況が行動変容につながる解釈。者は嫌いと伝えてきているが、さげていると解釈
患者の言動・状況から看護者の病状予測が優先した解釈	看護者の予測が働いていると解釈
	病状の予測と解釈。患者の認識を疑うことを解釈
	病状の予測と解釈。→方向性をだす
	病状の解釈
	患者の病状セルフケアについての予測。→方向性をだす
	患者の状況を把握
	患者の状況を把握→看護者の信念があり、方向性をだす
患者の状況の予測、知識の確認	



## 研究

# 通院中の糖尿病患者の ウォーキング影響を及ぼす要因の検討

Study of the effecting factor for walking in diabetic patient

伊藤ひろみ

Hiromi Ito

## 要 旨

外来通院中の糖尿病患者のウォーキングを実践し、日々の実践記録をもとに身体因子・運動因子についての探索を試みることで看護の介入方法や時期の検討を続けてきた。看護者がウォーキングを継続することを推進していくには、身体因子・運動因子の他セルフケアにおける内発的動機づけの要因の影響が大きいと感じはじめた。そこで今回は、4ヶ月間ウォーキングを継続した糖尿病患者8名の身体因子・運動因子関係を明らかにした。同時に面接をセルフケアの内発的動機づけの視点からおこない継続することに関する言動を分析した結果、ウォーキングを継続する方法に3つタイプがあることが明らかになった。

Keywords: Walking Self Care , internal motivation

## はじめに

2型糖尿病に於ける、運動療法の有効性は広く知られ、近年、各種指導の手引きにより具体的な方法も示され、指導結果も平成14年の日本糖尿病学会では、ウォーキング実践にライフコーダーを用いた2年間の継続結果や、その他数例の長期介入による有効性が報告されている。

我々は平成11年からウォーキングを希望している患者に実践を指導し、ウォーキングに影響を及ぼす因子の探索と要因の検討を続けてきた。

我々の過去の研究で2年以上ウォーキングを継続している患者が開始10ヶ月後に、HbA1cに運動因子が影響する関係がみられることが明らかになったが、継続をしつづけるためには身体因子や運動因子の他、患者自身からのセルフケアにおける内発的動機づけの影響が大きいと感じてきた。内発的動機づけは、他からの報酬や賞賛、苦痛の回避といった外的な要因なしに、そうしたいと心から思っているという理由だけから湧き出す行動エネルギーである。自己決定に基づく行動が有効性を発揮し有能さの感覚を味わうことで、より積極的な行動への取り組みが可能になると言われている。今回ウォーキングを実践した8名の患者は、壮年期にあり、多忙な日常生活をおくっている。4ヶ月間ウォーキングを継続し、継続に影響を及ぼ

す身体的因子・運動因子の関係を明らかにし、継続に関する要因を内発的動機づけの視点から分析・検討を試みたので報告する。

## 研究目的

外来通院中の壮年期の患者にウォーキングの実践を指導し、ウォーキングの継続に影響を及ぼす身体的因子・運動因子の関係を明らかにする。

継続に関する要因を明らかにするために内発的動機づけの視点から検討する。

## 研究方法

研究期間:平成13年5月～平成14年1月

研究対象:43歳～57歳の男女8名

測定方法:運動強度50%で、運動量1回30分の速歩を1日1回以上取り入れ、1日7千歩～1万歩を目安としたウォーキングを週3回以上実施するように指導した。30分速歩数・運動日歩数・平均1日歩数・週の運動回数・1ヵ月毎の体重、体脂肪、HbA1cを4ヶ月まで測定した。

面接は運動開始4ヶ月後に継続に関する要因を内発的動機づけの視点から意思決定(事実判断・価値判断)・有能さ・適度の困難さについて聞き取り調査を行った。

**分析方法:**測定項目はSTATISTICA Version5.5を使用し相関分析を行い、面接内容は、ウォーキング行動を内発的動機づけの視点から、共同研究者で分析し、内容のカテゴリ化を試みた。

**患者特性**

患者背景はM氏のみ男性で自営業、専業主婦が5名、仕事を持っている女性が2名であった。夫と2人暮らしの方は1名で、ほとんどが学童期以上の子供や夫の親と同居しており、忙しい日常を過ごしていた。ウォーキングの結果は平均日歩数9901、歩運動回数は週平均4.7回であり、HbA1cの平均は7.6%でした。食事欲求は面談や記録の記載から普通なのか食の欲求が強いのかを判断した。(表1)

表1 患者特性

	L氏	M氏	N氏	S氏	H氏	E氏	F氏	K氏
年齢(歳)	47	54	55	48	57	55	52	43
HbA1c(%)	7.9-8.9	5.2-7.7	7.1-8.7	7.2-7.4	7.1-7.9	5.6-18.7	7.9-8.9	6.8-6.8
体重(kg)	72.0-81.4	71.2-84.4	68.0-68.0	68.2-68.2	65.0-68.2	71.0-80.2	68.0-80.2	64.0-68.0
運動回数(週/回)	6.1	2.8	3.7	4.3	5.4	5.9	6.1	2.8
食事欲求	普通	普通	やや強い	普通	普通	強い	普通	強い
家族構成	4人	5人	4人	5人	2人	4人	3人	5人
職業	無し	有	有	有	無し	無し	無し	無し

**結果及び考察**

1)運動因子と体重・体脂肪・HbA1cとの関係

8名の患者の運動因子(30分の歩数・運動日数・平均歩数・2ヶ月間の平均歩数・運動回数)と身体因子としての体重・体脂肪・HbA1cとの関係を1ヶ月ごとの数値の相関関係では、運動因子と体重には負の相関関係があった。また体脂肪にも軽度の負の相関関係があった。

体重については30分の運動歩数との関係はみられないが1日の運動平均歩数や運動をした日としない日の平均歩数が増えることで体重の低下が明らかである。さらには2ヶ月間の平均歩数との相関係数が大きいことより、運動が2ヶ月間継続されることで体重は確実に減っていくと考えられる。運動の方法としては30分の運動を毎日することよりも1日の平均歩数が多くなることのほうが体重との関係性が強いことが考えられた。4ヶ月の運動では、HbA1cとの関係性はみられない。体重の減少することはHbA1cを下げる要因であることから、今後運動が継続されることによりHbA1cは低下の可能性が考えられる。(表2)

表2 運動因子と体重・体脂肪・HbA1cの相関 N=31 P<0.05

	30分歩数	運動日歩数	平均日歩数	2月日歩	運動回数
体重	-0.12	*-0.55	*-0.63	*-0.70	0.27
体脂肪	-0.21	*-0.35	-0.21	-0.2	0.3
HbA1c	0.07	0.07	0.26	0.22	0.02

2)面接からの事実判断内容

継続性が高まる要因を明かにするために内発的動機づけ

が高まる条件には「自己決定の感覚」と「有能さの感覚」と「適度な困難さ」との関係性が言われている。運動開始後4ヶ月後に8名に事実判断と価値判断、有能さや適度な困難さなどについて面接を行った。自己決定の感覚とは課題を自分の意思で行ったという実感であり、意思決定は事実判断と価値判断の関係から決定されると言われている。事実判断とは、現状の把握や将来予測などの知識を利用することや知識の獲得、知識表現などが含まれる。(表3) 事実判断として「糖尿病とはどんなものか」と言う問いに対して、左側の糖尿病の知識側面では糖尿病についての病態や、網膜症や足の壊疽等の合併症をもつ患者をイメージして語っていた。右側の感情面でも、意識がなかった・一生続けるものと思わなかった、などの表現で話され、コントロールがある程度保たれて合併症がない壮年期では疾病の認識はあるが自己の疾病の実感としては受け止められていない人がほとんどであった。

表3 事実判断 (糖尿病とはどんなものか)

<ul style="list-style-type: none"> <li>足を切断する</li> <li>自覚症状がない</li> <li>日に来る</li> <li>成ったら治らない</li> <li>足に痛みが出る</li> <li>万病の元</li> <li>腎臓が悪いから血液中に糖が多くなり血液の糖濃度が高くなると合併症がでる</li> <li>家系的な病気であり食事との関連が強い病気である</li> <li>教育入院で継続していく病気であることが分かった</li> <li>怖い病気だけれど数値でしか確認できない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>甘く考えていた</li> <li>意識がなかった</li> <li>薬を使いたくない</li> <li>症状が出るのはいやだ</li> <li>子供に残したくない</li> <li>一生続けるものと思わなかった</li> <li>自分は足を切ることはないだろう</li> <li>自覚症状が無いので真剣に考えていなかった</li> <li>おいしいものが食べられない病気と思っている</li> </ul>
--	---

3)継続するうえでの大変さとの折り合い

内発的動機づけは自然にわいてくる行動のエネルギーであり、適切な行動を積み重ねることで行動が高まってくると言われている。自分の意思で行ったという自己決定の感覚を味わうことが大切になってくる。これは価値判断つまり望ましいことに向かうことになるが、欲求(したい)規範(なければならぬ)が主な判断となると言われている。この価値判断と事実判断との関係性から意思決定がされ、行動化されることになる。今回4ヶ月のウォーキング後の8名に大変なことどのように折り合いつけたかというその意思決定へのプロセスについてたずねた。その回答の患者の言動を分析すると以下の3つのタイプに分かれた。ウォーキングをすることを大変と感じず無理をせず休むタイプとウォーキングの方法を変えて継続するタイプ、やれないこと到大変さを感じるタイプであった。実際の運動の様子や思いと価値判断・事実判断との関係からどのように意思決定がされていったかについて検討した。

I 大変と感じない・無理をせず休むタイプ(表4)

L氏は運動を、リラックスした気持ちで長く無理なく続けようと思っている。家族の協力を得られたり、子供との良い関係が出来ている事・体重やデーターが維持されている事が、継続しようとするこの行動に影響をあたえていると推察された。

M氏は、仕事が忙しい時、疲れた時、無理をしないで休むことや体調でコースを選んで運動を調整して行っていこうと考えていた。医療者の勧めに義務感を感じてと話されていましたが、運動の効果を多く体感し、運動効果も自覚していた。

F氏は程よい程度取り入れるのが良いと考えていた。教育入院の時、多く歩いたほうが効果があることを体験した事で、1日2万歩近くのウォーキングをされていた。血液中のK値が上がったため運動量を減らして散歩程度に変えていた。歩き回る事が好きでウォーキングする事を楽しんでやられていると答えていた。このタイプ1は、価値判断よりも事実判断が優先し、ウォーキングを日々の行動に取り入れようとする変化があらわれていると考えられた。

表4 I 大変と感じない無理をせず休むタイプ

	運動の実践・思い	価値判断	事実判断
L氏	・行けした気持ちで続けようと思う ・長く無理なく続ける	・定数が目標としてくれた ・受療の子供と頑張っているという同じ意識が持てる。	・気持ちがいい ・ストレス解消になる ・仕事の区別りにしている ・食やゲータが継続
M氏	・仕事が忙しい時、疲れた時、届の時無理せず休む ・今のままの歩き方 ・体調で選んでいる	・医療者に勧められた ・誓が高いとどが弱くが自覚症状がなく良い状態である ・病気を思うから止めた ・教育入院のとき勧められた	・体が軽い ・血圧が低い ・足の動きがなくなった ・エレベーターをつかわない
F氏	・今のままの歩き方・体調で選んでいる ・今はさす歩一丁歩丁度良い1時間ほど歩を歩んでやっ ・程よい程度取り入れるのがよい	・血糖値を安定して下げた ・多く歩いたほうが効果があると思った	・色々定方面に行ってみた ・景色を観て楽しむ ・満足感・達成感を感じた ・血糖値が下がった ・薬を減らす事ができた

II 方法を変えて継続して行うタイプ(表5)

このタイプの2名の方は仕事を持っており夕食後30分のウォーキングを実行していた。日々の変化する状況からウォーキングの方法を変更しながらつづけていた。

N氏は、適度にやり過ぎないように体調に合わせていると考えられる。ファッションに興味があると話され、運動によって体型の変化を実感されましたが3ヶ月目に腰を痛めて一時中断した事が次への行動につながっていた。

S氏は、運動は良いと思ってもなかなか実行出来なかったが、医療者の勧めがきっかけで、忙しい中で自分の運動のために時間を割く事に大切さを感じ行っていた。2ヶ月目に耳痛のため一時中止されている。このタイプ II の方は、したいという欲求が優先された意思決定をしやすいたことが考えられた。取り組み事態にパワーを感じるがアクシデントを起き易いので注意が必要であった。

表5 II 方法を変えて継続して行うタイプ

	運動の実践・思い	価値判断	事実判断
N氏	・適度にやり過ぎないように体調に合わせて ・朝は通勤を兼ねる ・昼は散歩に行き ・夜は夕食後、お風呂は浴槽に浸る	・履きたい ・医療者の言葉に共感 ・朝気を良くしたい ・健康を維持するため	・体の動きが軽やか ・洋服サイズが落ちる ・好きな洋服が買える ・胃がすっきりしている ・心身より腹力を感じる
S氏	・朝食後15分歩く ・夕食後15分歩く ・ステップの機嫌を買って履はやっ	・医師が言った方がよい ・医療者の勧め、きっかけ ・大事に ・運動のみにある時間が大切である ・お風呂に食後戻り歩きた	・満足感・達成感 ・体感が軽い ・歩幅が広がる ・朝目覚めがよい ・生活の質を上げるに役立 ・運動の時間をさいたいという気持ち

III やれないことに大変さを感じるタイプ(表6)

H氏は歩いた事で安心感を持っていた。雨が降った時などやれないことに気が咎め、ストレス解消や充実感を感じながらも、ウォーキングする事に義務感を強く感じていた。

E氏は血糖値が上がって運動できなくなった。克服できなかったという思いを表現していた。食事をしたいために運動に集中し、義務感が強く働き苦痛に感じていた。

K氏は用事があっても健康のためにやっただほうが良いとやはり運動に義務感を感じていた。食事制限も行ったためにやればやるだけ答えが返ってくると効果を実感していたが、運動には苦痛を感じていた。このタイプIIIの3人のウォーキングは価値判断の規範や義務感が影響し事実判断での楽しみの感覚はほとんど得られていなかった。継続することについては困難が優先されると推測された。

表6 III やれないことに大変さを感じるタイプ

	運動の実践・思い	価値判断	事実判断
H氏	・歩いた事で安心感がある	・食事1時間・ウォーキングがない日は気がとがめる ・雨降りの時のウォーキングは義務感に似た ・自分の病気を意識したか ・食後1時間歩かないとした	・雨降りの景色を見ながら歩くのが楽しい ・ストレスの解消 ・充実感がある ・生活にメリハリがつく
E氏	・血糖値が上がって運動できなくなった血糖値で定まった ・朝30分ほど、夕30分ほど大と一層にゆっくり歩いている	・健康維持の義務感がある ・運動してれば食べなくても定数にきちんと歩く	・お風呂に浸るの時間 ・運動できないうきやっつけないと血糖が上がってしまると強くストレスに感じ ・お風呂に浸るの時間 ・血糖値が上がって運動できなくなった
K氏	・病んでいて用事が入った行するけれども健康のためやっただほうがよいとやる	・健康のため、血糖を強くしたい ・足も痛くないように履き ・自分のペースで少しづつ増やしていく	・やればやるだけ答えが返ってくる ・食事も気をつける・制限できる ・気晴らしになる ・お風呂に浸る

4) 有能性・適度な困難性(表7)

内発的動機づけでは、有能さの感覚を味わう事は、自分の手で現実を望ましい方向へ変更できるという信念を育みより積極的な行動への取り組みが可能になります。今回ウォーキングをされた壮年期の方は6名が2週間から1ヶ月と短期間に効果や手ごたえを実感されていた。

適度に困難な課題は心地よい刺激となって適度の緊張感と集中力を生み、挑戦心を呼び起こすと言われている。簡単な課題は取り組みへのエネルギーが引き出されず困難すぎる課題は無力感を生み、エネルギーを低下させることになる。タイプ III の2名の方は困難さを感じていた。

我々は、患者が気持ちを打ち明けられる関係を作り、辛さを受けとめ、緊張を解きほぐす言葉かけが重要であり、その関係性が、その後の行動化に大きく影響を及ぼすことが再認識できた。看護師は患者の経過にそってゆとりの持ちながら支援することが求められる。

表7 有能性・適度な困難

	効果をどこで実感したか【手ごたえ】	適度な困難さ	止めたいと思った事があるか
タイプⅠ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・まだそれほど感じていない</li> <li>・1-2ヵ月後血液検査</li> <li>・教育入院や運動前後に血糖値に差があることに気がついた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・やさしい 1</li> <li>・丁度良い 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ない 3</li> </ul>
タイプⅡ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1ヵ月後・翌日目が腫れた</li> <li>・体重が増えた・胸の太さ</li> <li>・体重が増えない</li> <li>・腰の肉の感じ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・丁度良い 1</li> <li>・やややさしい 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ない 2</li> </ul>
タイプⅢ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3-4ヵ月後検査数</li> <li>・歩ける量が増えた</li> <li>・体力維持が出来る</li> <li>・1-2ヵ月後律がかろやか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適当である 1</li> <li>・困難さある 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ない 1</li> <li>・ある 1</li> <li>・答えなし 1</li> </ul>

## ま と め

1. 壮年期のウォーキングは開始4ヶ月で体重と運動因子に負の相関が見られ、運動効果を体の動き、体重低下や血液ゲーターで実感していた。
2. ウォーキングを4ヶ月継続した8名の患者に内発的動機づけの質問として、大変なこととどのように折り合いをつけるかについてでは、大変なこと無理しないタイプ・方法を変えて継続するタイプ・やらないことに大変さを感じるタイプがあった。
3. 無理をしないでウォーキングを継続した人は3名であった。

## 文 献

- 1) 宮本真巳:セルフケアを援助する 71,83-87 日本看護協会出版 2000.
- 2) 氏原寛 他:老年期のこころ 44 ミネルヴァ書房 1994
- 3) 相賀徹夫編:小学館日本大百科全書 505 小学館 1988
- 4) 氏原寛編:心理臨床大辞典 712 培風館 1992

## 研究

# 接遇の向上をめざして ～電話対応の評価～

Assessment of the hospital services through the improvement of telephone manner and politeness

後藤 千枝

Chie Gotoh

## 要 旨

接遇委員会は電話対応と、挨拶など社会的マナーを中心とした啓発活動を始めた。  
今回電話対応について評価をまとめたので報告する。

Key words : telephone manner, improvement, hospital service assessment

## はじめに

病院サービスは快適さを追求する病院施設であるハード面と医師・看護師などで作られるソフト面をあわせた総合的な医療の質と考えられている。この中で特にサービスの改善にとって重要なのは、ソフトの面であり、よくも悪くも職員の対応が病院の評判につながっていく。「看護部が変われば病院が変わる」とも言われ看護部が、その鍵を握っている。

平成14年7月から、接遇委員会は電話対応と、挨拶など社会的マナーを中心とした啓発活動をはじめた。今回、電話対応についての評価をまとめたので報告する。

## I. 方法

### 1. 電話対応の方法

- ① 主任会議で趣旨を説明する。
- ② 電話対応の内容を電話の近くに貼る。(資料1)
- ③ 中間で師長会議において師長、主任が電話対応のモデルになるよう依頼する。

### 2. 調査期間

平成14年12月2日～5日(4日間)

### 3. 対象

各外来・全病棟の看護職員

### 4. 調査方法

担当者が各部署へ無作為に3回電話をかけ、受けた者の対応で下記の4項目で評価した。各評価項目を1点とし、12点満

点とした。

<評価項目>

- ① 部署名と自分を名乗る
- ② 内容を復唱し確認する
- ③ 声は低めのトーンでゆっくり会話する
- ④ 事務的な対応になっていない

## 資料1

### 電話の対応

- ・ はっきり、丁寧に部署名と自分を名乗りましょう
- ・ 正しいことばで、ゆっくり話しましょう
- ・ 受けた内容は、復唱し、確認しましょう
- ・ 対面会話の気持ちで対応しましょう

### 評価視点

1. 部署名と自分を名乗っている
2. 内容を復唱し、確認している
3. 声はやや低めのトーンで、ゆっくり会話している
4. 事務的な対応になっていない

## II. 結果

表1 電話対応の評価

<病棟>																
評価項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	通病棟	手術室	合計	
1	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	32	82%
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2%
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	100%
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	100%
合計	8	8	9	9	8	9	9	8	9	9	9	7	10	8	111	71%

<外来>																
評価項目	外科	内科	小児科	産科	泌尿科	皮膚科	呼吸科	消化科	循環科	神経科	精神科	眼科	耳鼻科	歯科	合計	
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	44	88%
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	11.8%
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	43	100%
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42	100%
合計	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10	9	9	10	9	138	78.6%

- 総合評価 74.1%
1. 部署名と自分を名乗る 90.4%
  2. 内容を復唱し確認する 8.3%
  3. 声は低めのトーンで会話する 97.6%
  4. 事務的な対応になっていない 100%

### ま と め

表1から、項目1. 3. 4. についてはよくできている。  
 病棟と外来の評価を比較してみると外来のほうがよく、病棟より接遇に対する関心が高いと感じた。  
 項目2. についてはできていない。

### お わ り に

電話の対応でその部署の雰囲気、病院のイメージは感じ取れるものである。  
 看護師のひと言で患者様やその家族は救われたり、不安を強めたりとさまざまな思いをする事があり、信頼関係に大きく影響する。  
 今後の活動については「内容を復唱し確認する」ことを強化し、相手に信頼と安心を伝える電話対応を継続していきたい。  
 さらに、看護部は接遇に関する意識を高める啓発活動を展開していきたいと考える。

### 文 献

- 1) 飯田修平:病院早わかり読本 医学書院
- 2) 江藤かをる:看護サービスマネジメント「患者」から「顧客」の時代  
 へ 医学書院

## 研究

## 看護業務内容調査集計結果の報告

Summary of nursing work contents in the hospital by every 10 minutes works' sampling method

對馬 優子  
Yuuko Tsushima長岡 優子  
Yuuko Nagaoka

## 要 旨

医療の高度化、対象の高齢化に加え、砂川市立病院は、救急医療センター病院として、また、地域センター病院として、求められる看護サービスはますます多様化し、看護業務は煩雑で多岐にわたっている。当院における看護業務内容の実態を、2日間に渡り、全病棟(11部署)・全看護職(看護師長と看護助手を除く)延べ297名を対象に、10分毎にワークサンプリング法で調査した。

その調査結果を、(1)直接看護(2)診療補助業務(3)看護記録(4)看護職でなくてもできる業務(5)職員の健康管理、に焦点を当て集計した。

集計結果、(1)直接看護の比率は、日勤より夜勤に高い(2)診療の補助業務の比率は、日勤と夜勤に差がない(3)看護職でなくてもできる業務は、1日平均7490分(124時間50分)もある(4)職員の健康管理の時間は、日勤より夜勤に取れていない、など明らかになったことを報告する。

Key words: Nursing contents, Nursing time,

## はじめに

医療の高度化、対象の高齢化に加え、救急医療センター指定病院として、また、地域センター病院として、求められる看護サービスはますます多様化し、看護業務は煩雑で多岐にわたっている。当院における看護業務内容の実態、特に(1)直接看護に費やしている時間、(2)診療補助業務に費やしている時間、特に夜勤帯の状態、(3)看護記録は、どの時間帯にどのくらいの時間を要しているか、(4)看護職でなくてもできる業務に費やしている時間、(5)職員の健康管理の時間、を把握し、業務改善の検討資料とすることを目的に調査した結果を報告する。

## 調査方法

**期間:**平成14年9月10日(火曜日)8時～9月12日(木曜日)9時までの2日間(49時間)  
寝具交換日(火曜日5部署・水曜日6部署)とそれ以外の日  
**対象:**全病棟(11部署)、日勤・準夜・深夜・早出・遅出勤務

の全看護職(看護師長・看護助手を除く)、延べ人数297名

調査実施にあたって、事前に調査方法に関する説明書を配布し、看護師長会議及び主任会議において口頭による説明を実施し、承諾を得た。

**方法:**1)ワークサンプリング法を用い、10分毎に主な業務内容を看護行為分類に従い、勤務開始から終了まで看護業務調査個人票に自己記録する。(表1・表2)  
2)各病棟・各勤務帯毎に単純集計する。  
3)看護業務調査内容は、日本看護協会看護師職能委員会の看護業務区分表・看護行為分類を用いる。

## 集 計

- 1、病棟および各勤務帯の看護業務別総時間集計(表3)
- 2、全病棟および各勤務帯の看護業務別比率(図1)
- 3、病棟および各勤務帯における看護記録の所要時間と経時的推移(表4)
- 4、早出勤務および遅出勤務者の業務別総時間集計(表5)

## 結果および考察

1、直接看護(身体の清潔、入退院の世話、与薬、食事の世話、観察、患者の移送、排泄の世話、身の回りの世話、安全の確保、安楽、自立の援助、終末看護処置)

直接看護の比率は、日勤では、第9病棟51%、第8病棟40%前後、第5・10病棟35%、第11・12病棟30%前後、第2・3病棟25%前後、他は20%前後である。寝具交換日とそれ以外の日の差は、第1病棟8%、第11病棟7%、他は5%以内であり、患者に必要な直接看護は、連日実施されているといえる。患者1人当たりの直接看護の平均時間は、第10病棟60分、第12病棟50分、第5・8病棟40分、第1・9・11病棟30分、第2・7病棟24分、第3・4病棟20分である。

準夜では、第8・10病棟55%前後、第3・7病棟45%前後、第2・4・5病棟40%前後、他は35%前後である。2日間の差は7%以内である。患者1人当たりの平均時間は、第10病棟30分、第12病棟20分、第1・4病棟15分、第2・3・5・7・8・11病棟10～13分、第9病棟は6分である。

深夜では、第9・10病棟55%前後、第8病棟50%、第3・5・7・11病棟40%前後、第2・12病棟35%前後、他は25%前後である。2日間の差は、第3病棟で最大16%あるが、他の病棟は8%以内である。患者1人当たりの平均時間は、第10病棟30分、第12病棟20分、第5病棟15分、第1・7・9・11病棟10～12分、他は6～9分である。

直接看護の比率が一番高いのは、準夜6部署、深夜3部署、準夜深夜同じ2部署で、日勤より夜勤に直接看護の比率が高いことが明らかになった。

2、診療の補助(診療・治療の援助、呼吸循環管理、測定、諸検査)

診療の補助の比率は、日勤では、第4・7・12病棟23%前後、第2・3・5・10・11病棟13%前後、第8・9病棟は6%前後であり、2日間の差は6%以内である。第1病棟のみ8%・20%と2日間の差があり、平均14%である。

準夜では、第12病棟33%前後、第4・11病棟20%前後、第10病棟16%前後、第3病棟13%、第2・5病棟は10%前後であり、2日間の差は5%以内である。一般病棟で2日間の差が9%あるのは2部署(第1・7病棟)で、2日間の平均は第1病棟11.5%、第7病棟18.5%である。

深夜では、第12病棟36%前後、第4病棟30%前後、第7・11病棟20%前後、第10病棟15%前後、2日間の差は6%以内である。第2・3・5病棟は6～18%と2日間の差があり、平均11～12%である。

診療の補助業務比率が、平均10%を越える病棟は、日勤9部署、準夜9部署、深夜8部署あり、日勤と夜勤の差がなく、夜勤帯も緊張が続いていることが解る。

3、間接看護Ⅰ(医師への報告・連絡、ナース間の報告・申し継

ぎ、患者および家族の連絡、記録、家族の指導・相談、看護職員・看護学生の指導)

1)間接看護Ⅰの比率は、日勤では、第1病棟40%、第2・3・4病棟35%前後、第5・8・10・11病棟30%前後、第7・9・12病棟22%前後と、2日間の差はほとんど無い。

準夜では、2日間の差が無いのは第11病棟33%、第1・4・7・10病棟25%前後、第12病棟19%である。第2・9病棟では30～43%、第3・5病棟では25～35%、第8病棟では20～30%と、2日間の差が大きい。

深夜では、第4病棟38%、第1・2・5病棟30%前後、第3病棟25%前後、第10・11・12病棟20%前後と差が無く、第5病棟26～37%、第8・9病棟19～30%と、差が大きい。

### 2)看護記録 (表4)

看護記録をしている主な時間帯は、日勤では10時～12時、午後は15時～17時にピークがあり、17時台に終了している。時間外勤務が多い病棟では、16時前後に記録を開始、17時台にピークがあり、18時台に記録を終え、勤務を終了している。記録開始が遅くなる理由は、直接看護や診療の補助業務、患者の移送など他の業務が優先されるためである。

患者1人当たりの平均看護記録時間は、第8・9病棟3～6分、第3・7・11・12病棟6～8分、第2・5病棟8～9分、第4病棟14分、第1・10病棟13～21分となっている。全患者の1人当たりの平均看護記録時間は、8.19分(8分11.4秒)である。

ただし、看護記録に集中できているかどうか、ナースコールや電話の対応などによる中断、不穏など要観察の患者を看護師詰所で観察しながら記録している実態もあり、一概に比較はできない。

準夜では、21時台に記録を開始、22時台にピークを向かえ、0時台に終了している。時間外勤務がある病棟では、21時台に記録を開始しているが断続的であり、1時台に記録を終えると共に勤務を終了している。

患者1人当たりの平均看護記録時間は、第3・8病棟3～5分、第10病棟8～9分、他は5～7分である。全患者の1人当たり平均看護記録時間は5.38秒(5分22.8秒)である。

深夜では、3時台と7時台に記録のピークがあり、9時台に終了している。

患者1人当たりの平均看護記録時間は、第8・9・11病棟3～5分、第2・3・7病棟4～6分、第4・5・10病棟5～7分、第12病棟8分前後、第1病棟9～10分である。全患者1人当たりの平均看護記録時間は、5.62分(5分37.2秒)である。

看護記録は、他の業務を優先するため、勤務の最後に実施されている。

### 4、看護職でなくてもできる業務 (表3)(図1)

1)間接看護Ⅱ(薬剤業務、物品管理、医療器具・材料の取り扱い、病室内外の環境整備、ナースコール、病棟外の連絡、電話による連絡)

間接看護Ⅱに費やす時間は、日勤での2日間の平均、第3病棟125分、第4・9病棟235分前後、第1・2・7・11病棟300~335分、第2病棟375分第5・8・10病棟405~435分、第12病棟715分もあり、どの病棟も多くの看護職でなくてもできる業務を抱えていることが解る。全部所の1日平均総時間は、3800分(63時間20分)にもなる。

業務整理をすると共に、他部門との調整、薬剤師による薬剤管理の導入、クラークの導入など検討するに充分値すると思える。

準夜での2日間の平均、第2・7・10・11病棟25~60分、第1・4・5・8病棟75~90分、第3・5病棟90~120分、第9・12病棟145~180分である。

深夜での2日間の平均、第2・3・5・9・12病棟75~135分、他は15~60分である。

日勤で時間的余裕がないため夜勤の業務としていることがある。日勤にクラークが導入されれば、その分の時間が短縮され、記録を書け休憩時間も取れるであろうと考える。

2) 其の他(重傷・要観察患者以外の寝具交換、ベッド移動、患者移送、給食関係、メッセージ業務、事務業務)

其の他の業務に費やす時間に、日勤2日間で差がないのは、第1病棟110分、第10病棟480分である。常時2時間以上5部署(第1・3・5・9・11病棟)、4時間以上3部署(第2・4・12病棟)、第10病棟8時間、第7病棟14時間以上となっている。

全部所の総時間数は、寝具交換日4570分(79時間30分)、其の他の日2810分(46時間50分)にもなる。寝具交換日に、1760分(29時間20分)多い。2日間の平均では、3690分(61時間30分)になる。

日勤に占める1)2)の平均総時間は、7490分(124時間50分)にもなる。クラークの導入と、寝具交換の委託の検討を期待したい。

#### 5、職員の健康管理(食事・休憩・休息・お手洗い)(表3)

職員の健康管理に必要な時間は、各勤務に60分とされている。

健康管理時間60分に対し、日勤において2日間平均90%以上取れているのは、8部署(第1・2・3・5・8・9・11・12病棟)である。第4病棟は80%、第7病棟69%、第10病棟52%である。全部所の2日間の平均は、88.7%である。

準夜では、2日間平均100%取れているのは第1病棟のみで、第2病棟70%、第4・8・9病棟60%、第11病棟50%、他は35~20%である。全部所の2日間の平均は56.2%、第1病棟を除く10部署の平均では、42.7%になる。

深夜では、2日間平均95%以上取れているのは、4部署(第1・2・8・11病棟)である。第4・5病棟75%、第3病棟60%、第9病棟50%、他は27~14%である。全部所の2日間の平均は79.7%、第1病棟を除く10部署の平均は63.9%、第1・2・8・11病棟を除く7部署では44.9%しか取れていない。

職員の健康管理の時間は、日勤より夜勤に取れていないこ

とが明らかになった。

日勤・深夜という勤務パターンをとっている現在、深夜勤務そのものがハードな勤務である。その深夜勤務において、休憩時間が充分取れず、長時間にわたる勤務による疲労が重なり、過労にならないよう、バーンアウトしないよう配慮が必要である。また、注意力や集中力の低下による、インシデントやアクシデントを招くことの無いよう、看護管理としての対策が必要と考える。

#### ま と め

1、直接看護の比率は、日勤より夜勤に高い。

患者1人当たりの直接看護の平均時間は、日勤で20~60分、夜勤で6~30分になっている。

2、診療の補助業務の比率は、日勤と夜勤に差はない。

3、看護記録は、業務の最後に実施されている。

記載時刻の変化は、日勤では10~12時と15~17時、準夜では21時~23時、深夜では3時台と7時台にピークがある。

患者1人当たりの記録時間は、日勤では4~20分、平均8分11.4秒、準夜では3~7分、平均5分22.8秒、深夜では3~10分、平均5分37.2秒である。記録に集中できているかどうかの状況により、比較は難しい。

4、看護職でなくてもできる業務、

1) 間接看護Ⅱの平均時間は3800分(63時間20分)

2) 其の他の業務時間は、寝具交換日4570分(79時間30分)、其の他の日2810分(46時間50分)、平均3690分(61時間30分)である。

3) 1)2)の平均総時間は7490分(124時間50分)である。

6、職員の健康管理の時間は、日勤より夜勤に取れていない。

#### お わ り に

看護職でなくてもできる業務時間が如何に多いか明らかになり、クラークの導入および寝具交換の委託の検討を進めていく必要がある。

今回業務調査にご協力いただいた看護職の皆様へ感謝し、今後の業務改善に活用していきたい。



表 3 病棟および各勤務帯の看護業務別総時間集計

単位10分

	第1病棟日勤		第2病棟日勤		第3病棟日勤		第4病棟日勤		第5病棟日勤	
	寝具交換日	その他の日								
直接看護	42	93	123	98	92	95	129	133	160	151
診療の補助	54	30	45	51	52	42	146	137	48	70
間接看護1	100	151	140	144	135	128	251	184	127	138
間接看護2	10	42	39	38	15	10	23	26	25	56
職員の健康管理	36	42	54	40	39	35	48	42	47	54
管理業務	1	14	8	0	5	5	5	0	16	12
その他	11	11	32	25	45	16	64	24	33	11
総数	271	383	442	394	383	331	666	546	456	492
勤務者数	0	7.5	8	7	7	6	10	9	8	9

	第1病棟早夜		第2病棟早夜		第3病棟早夜		第4病棟早夜		第5病棟早夜	
	寝具交換日	その他の日								
直接看護	34	38	49	60	46	48	68	68	44	44
診療の補助	8	17	12	10	14	14	35	38	13	8
間接看護1	25	26	31	68	35	25	38	42	31	37
間接看護2	4	11	6	5	10	14	6	9	14	4
職員の健康管理	36	10	7	16	0	3	12	11	4	5
管理業務	0	2	2	0	0	2	0	5	1	2
その他	1	3	1	0	2	2	6	3	0	4
総数	108	108	108	159	109	108	165	176	107	104
勤務者数	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2

	第1病棟深夜		第2病棟深夜		第3病棟深夜		第4病棟深夜		第5病棟深夜	
	寝具交換日	その他の日								
直接看護	29	28	38	40	51	38	29	24	42	69
診療の補助	8	8	17	7	7	17	31	41	19	10
間接看護1	34	34	29	34	32	24	43	47	30	52
間接看護2	5	7	13	11	2	19	2	1	8	7
職員の健康管理	29	28	11	15	8	6	7	11	7	16
管理業務	0	0	0	0	0	2	0	0	2	3
その他	3	3	1	1	9	4	0	0	0	1
総数	108	108	107	108	109	108	113	124	106	158
勤務者数	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3

	第7病棟日勤		第8病棟日勤		第9病棟日勤		第10病棟日勤		第11病棟日勤		第12病棟日勤		総集計
	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	
116	110	178	138	146	174	167	188	113	137	193	210	2094	
156	145	27	41	15	23	54	89	90	83	129	170	1601	
118	125	120	133	55	67	158	146	153	112	153	157	3003	
24	43	10	73	23	22	54	33	34	31	79	44	790	
41	33	66	37	30	30	25	21	42	48	78	75	853	
9	12	20	18	5	6	23	9	15	6	5	0	185	
114	85	16	4	10	17	46	48	24	14	60	26	738	
513	553	417	492	284	339	559	542	4877	414	702	702	10244	
9	9	8	9	5	6	6	8	8	8	13	13	182.9	

	第7病棟早夜		第8病棟早夜		第9病棟早夜		第10病棟早夜		第11病棟早夜		第12病棟早夜		総集計
	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	
55	52	57	94	37	29	31	33	41	40	79	76	1202	
16	26	1	4	12	4	24	29	21	20	64	75	465	
21	30	32	22	35	47	40	44	38	36	39	41	790	
10	2	5	8	13	16	6	0	1	4	29	7	189	
5	2	9	5	6	8	4	3	5	7	4	6	171	
0	1	2	2	4	4	4	4	2	1	0	0	38	
0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	5	6	39	
117	113	106	109	108	108	182	172	108	108	216	216	2891	
2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	4	4	83	

	第7病棟深夜		第8病棟深夜		第9病棟深夜		第10病棟深夜		第11病棟深夜		第12病棟深夜		総集計
	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	寝具交換日	その他の日	
45	51	53	59	60	88	88	41	50	99	74	1161		
28	21	5	3	2	21	28	22	20	100	74	491		
30	44	24	35	21	31	34	31	29	26	49	47	790	
8	1	4	8	15	3	0	10	2	5	20	7	167	
4	0	19	10	9	3	0	5	14	7	8	7	224	
0	1	3	2	4	3	4	4	1	0	0	4	33	
1	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	29	
117	118	108	114	108	106	171	171	105	108	270	213	2855	
2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	5	4	52	

表4 看護記録の所用時間と経時的推移

単位10分

日勤時間		8-9時	9-10時	0-11時	1-12時	2-13時	3-14時	4-15時	5-16時	6-17時	7-18時	8-19時	9-20時	合計	患者数	人平均
第1病棟	従業員交代日		7	3	3			3	5	9				30	23	1.304
第1病棟	その他の日	1	4	5	6	3	2	0	8	15				50	23	2.174
第2病棟	従業員交代日		2	4	4			10	7	4	4			35	45	0.778
第2病棟	その他の日			2	4		3	11	8	11				39	46	0.848
第3病棟	従業員交代日				5	1	2	3	12	3				26	46	0.565
第3病棟	その他の日						2		9	11	3			25	45	0.556
第4病棟	従業員交代日			2	3			3	3	24	28	12		75	43	1.744
第4病棟	その他の日					1		8	20	8	11	1		49	45	1.089
第5病棟	従業員交代日			1	3		1	1	7	10	6			29	38	0.763
第5病棟	その他の日		1					0	13	10				32	36	0.889
第7病棟	従業員交代日						1		3	8	18	3		33	48	0.688
第7病棟	その他の日					1			6	15	13			35	47	0.745
第8病棟	従業員交代日			1		3	1	2	5	2				14	47	0.298
第8病棟	その他の日			5	1	1	1	3	9	9				29	46	0.630
第9病棟	従業員交代日			4			2	7	8	3	1			23	54	0.426
第9病棟	その他の日			4		2		7	6	1				20	53	0.377
第10病棟	従業員交代日			2	2	5	3	2	5	6	26	11	7	69	34	2.029
第10病棟	その他の日			1	4	4	3	5	2	9	18	12	1	59	34	1.735
第11病棟	従業員交代日					1	2	5	10	7	5			30	50	0.600
第11病棟	その他の日					3	1		7	4	12	7	3	37	46	0.804
第12病棟	従業員交代日		2	1			1	4	11	5				24	40	0.600
第12病棟	その他の日		1	2	3		1	4	12	7				30	43	0.698
		1	10	34	35	25	26	91	161	163	147	59	11	763	932	0.819

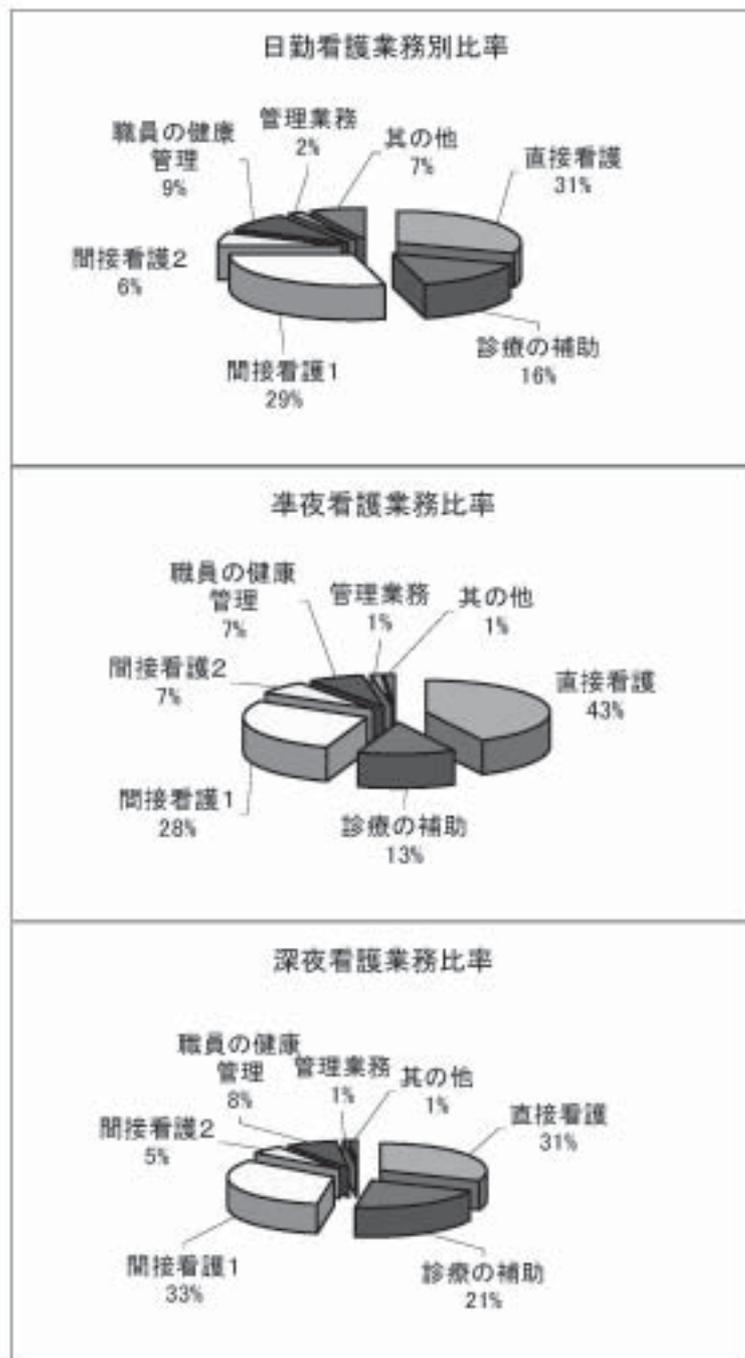
深夜時間		16-17時	17-18時	18-19時	19-20時	20-21時	21-22時	22-23時	23-24時	0-1時	1-2時	2-3時	合計	患者数	人平均
第1病棟	従業員交代日		3		1	1	5	2	3	1			16	22	0.727
第1病棟	その他の日					3	2	1		1			7	20	0.350
第2病棟	従業員交代日				1		6	11	4	3			25	41	0.610
第2病棟	その他の日		1	1	1		4	10	1	3			21	41	0.512
第3病棟	従業員交代日				1		5	5	5	4			20	43	0.465
第3病棟	その他の日				1		4	3	4				12	41	0.293
第4病棟	従業員交代日							3	10	8			21	43	0.488
第4病棟	その他の日			1	1		3	11	2	5	5		28	43	0.651
第5病棟	従業員交代日			1			5	7	7	1			21	35	0.600
第5病棟	その他の日						6	9	4	1			20	35	0.571
第7病棟	従業員交代日						2	2	2	6	12	1	25	43	0.581
第7病棟	その他の日						4	6	1	7	4		22	45	0.489
第8病棟	従業員交代日					2	4	2	4				12	47	0.255
第8病棟	その他の日					1	3	7	4				15	46	0.326
第9病棟	従業員交代日			1	1	1	6	9	6	2			26	54	0.481
第9病棟	その他の日						9	12	8	6			35	53	0.660
第10病棟	従業員交代日		2	1		2	6	6	9	3			29	33	0.879
第10病棟	その他の日	2		3	1		5	5	3	2	6		27	34	0.794
第11病棟	従業員交代日						5	12	6	3			26	45	0.578
第11病棟	その他の日			2	1	1	9	7	4	2			26	44	0.591
第12病棟	従業員交代日		1	3			5	4	1	3			17	38	0.447
第12病棟	その他の日		1	2	3		7	3	6	2			24	37	0.649
		2	8	15	12	11	105	137	94	63	27	1	475	893	0.538

深夜時間		0-1時	1-2時	2-3時	3-4時	4-5時	5-6時	6-7時	7-8時	8-9時	9-10時	10-11時	合計	患者数	人平均
第1病棟	従業員交代日		1	1	3	6	4	1	2	3			21	23	0.913
第1病棟	その他の日		1	1	3	6	4	1	2	3			21	20	1.050
第2病棟	従業員交代日			6	7	1	2	5	3	2			26	41	0.634
第2病棟	その他の日		4		6				6	4			20	41	0.488
第3病棟	従業員交代日		4	6	5			4	5	1	3		28	43	0.651
第3病棟	その他の日		6	4	3	1		1	2	1			18	41	0.439
第4病棟	従業員交代日		2	1	9				10				22	42	0.524
第4病棟	その他の日			1	11			2	4	5	12		35	43	0.814
第5病棟	従業員交代日			5	6	5		1	4	1			22	35	0.629
第5病棟	その他の日			4	6	5			11				26	35	0.743
第7病棟	従業員交代日		1	1		7		4	1		5		19	43	0.442
第7病棟	その他の日		2	5		6		1	3	2	4	3	26	45	0.578
第8病棟	従業員交代日		4	3	2	1	2	1		3			16	47	0.340
第8病棟	その他の日		4	4	1			2			12		23	46	0.500
第9病棟	従業員交代日			5	2	4		1	2		2		16	54	0.296
第9病棟	その他の日		2	3	4	6	2	1	4		2		24	53	0.453
第10病棟	従業員交代日			1	8	3	1	4	4	1	3		25	33	0.758
第10病棟	その他の日			1		7		1	4	1	3		17	34	0.500
第11病棟	従業員交代日		3	4	3	1		1	2	1			15	45	0.333
第11病棟	その他の日		4	1	4				6	1			16	44	0.364
第12病棟	従業員交代日		2	4	3	6	2	4	3	7	1		32	36	0.842
第12病棟	その他の日		4	3	5	4		5	5	2			28	37	0.757
		8	51	63	97	53	19	43	81	36	42	3	496	853	0.562

表 5 早出・遅出勤務者の業務別総時間集計

第4病棟早出 寝具交換日	第4病棟早出 その他の日	第2病棟遅出 寝具交換日	第2病棟遅出 その他の日	第3病棟遅出 寝具交換日	第3病棟遅出 その他の日	第8病棟遅出 寝具交換日	第10病棟遅出 寝具交換日	第10病棟遅出 その他の日
12	10	6	21	25	20	32	38	25
33	22	15	10	9	0	2	1	9
0	4	2	1	1	1	7	1	1
6	11	7	4	8	12	4	3	9
4	0	8	6	6	6	6	4	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	10	13	9	2	12	0	8	6
61	57	51	51	51	51	51	55	51

図1 全病棟および各勤務帯の平均看護業務別比率





## 研究

# 内視鏡下鼻内副鼻腔手術・鼻中隔矯正術のクリニカルパス ～使用していたクリニカルパスの見直し～

Clinical path for the endoscopic sinus surgery

矢橋 直子 森 佳子  
Naoko Yahasi Yosiko Mori

## 要 旨

現在クリニカルパスの導入が盛んである。当病棟においてもH12年より内視鏡下鼻内副鼻腔手術・鼻中隔矯正術に対してパスを導入してきた。しかし、患者様への看護提供という点で具体性に欠けており、指導内容が充実されていなかった。また、指導する時期や内容に個人差があり看護ケアが統一できず、看護処置記録とパスの観察事項チェックの重複が多くみられた。そこで、パスの見直しをはかり看護ケアを統一するため、オリエンテーション小冊子・観察ポイントシート作成により看護レベルの均一を試みた。その結果、オリエンテーション小冊子で同一時期に同一の説明が出来るようになり看護ケアの統一ができ、観察ポイントシート作成により記録の重複がなくなったので、その経過を報告する。

Key words : ESS Clinical Path

## はじめに

耳鼻科における内視鏡下鼻内副鼻腔手術・鼻中隔矯正術のクリニカルパスはH12年から導入していた。1年間使用したが、今まで使用していたパス問題点等をあげ、パス改善に基づく目標として、

- 1) 患者様に必要なケアを必要な時期に効率よく提供し、患者サービスにつなげる。
- 2) 診療ケア内容を患者様に説明し、インフォームドコンセントを得る。
- 3) チーム医療機能を高める。
- 4) 看護ケア計画の統一と記録の簡略化をはかる。

の4点をあげ、パスの見直しを行い改善したので報告する。

## 期 間

H13年10月 パス改訂  
H13年12月 新パス実施

## 経 過

## (1) 患者様用

従来のパスは他施設のパスを元に一部だけを手直した形で作成した。(図1)しかし、使用していくうえで患者様への看護

提供という点で具体性に欠けていた事、指導内容が充実されていなかった事が、欠点としてあげられた。そのため、患者様が手術前後をイメージできなく、患者様から日常生活や退院後の生活に関する質問や鼻処置の方法・期間などに対する質問が多く聞かれた。

そこで、新しいパスでは具体的な看護の内容と手術経過の提示、入院から退院までの生活についての注意事項や処置等を詳しく記載した。イラストも入れて少しでも患者様に興味を持って頂くように考えた。(図2)手術に対する不安や、日常生活に対する不安の軽減をはかるために、また必要な時期に統一した内容で説明できるようにパスにそったオリエンテーション小冊子を作成し、手術前後～退院までの一連の経過提示と退院後の生活上の注意点を入院時から提示していった。

## (2) 医療者用

患者様用と同様に他施設のパスを参考にしながら、始めは医療・看護処置行動のチェックリストとして作成した。(図3)しかし、チェックリストのみでは患者様の状態がわからない、指導の時期や内容について、はっきりとした記載がないため、処置の注意点等指導する時期や内容に個人差あり看護ケアが統一できない、看護処置記録とパスの観察事項チェックの重複が多く見られる等の欠点があげられた。

そこで、新しいパスでは観察ポイントシートと看護記録の欄



内視鏡下鼻内副鼻腔手術・鼻中隔矯正術（診療用）

号室		床		歳 (男・女)			
月日	入院日	手術日	第1術日	第2術日	第3術日	第4術日→退院日	
日	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	
術前	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部
術後	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部

図3 改善前医療者用パス

内視鏡下鼻内副鼻腔手術・鼻中隔矯正術（医療者用）

号室		ベット		歳 (男・女)										
月日	入院日	手術日	第1術日	第2術日	第3術日	第4術日	第5術日	第6術日	第7術日	第8術日	第9術日	第10術日		
日	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )		
術前	<input type="checkbox"/> V/Sチェック <input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> V/Sチェック <input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> V/Sチェック <input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> V/Sチェック (S) <input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波	<input type="checkbox"/> 鼻部検査 <input type="checkbox"/> 鼻部レントゲン <input type="checkbox"/> 鼻部CT <input type="checkbox"/> 鼻部MRI <input type="checkbox"/> 鼻部超音波 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤 <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤CT <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤MRI <input type="checkbox"/> 鼻部造影剤超音波
術後	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部 <input type="checkbox"/> 鼻部
看護記録	【看護記録】 1. 鼻部に実施した状態で 手術に臨む事が出来る。 2. 鼻部にも鼻部を健診して 行うことが出来る。													
サイン														

図4 改善前医療者用パス

## 結 果

### (1) 患者様用

新しいパス導入により、統一されたオリエンテーションを適切な時期に行う事が出来るようになり、説明後にも小冊子で確認する事が出来るため患者様からの質問もなくなった。パスを見ながら「今日からシャワー浴だね」「鼻のガーゼ抜けるのは明日」など患者様自身が手術後の処置など確実に行っていた事から、患者様の治療等への参加意識が高まったと考える。

### (2) 医療者用

観察ポイントシートと看護記録欄を作成する事により、今までの症状中心の記録から患者様の思いや反応の記録が増えた。パスにそったオリエンテーション小冊子を使用する事により、同一の説明が可能になった。指導する時期や内容に個人差がなくなり、看護ケアが統一出来た。

## 考 察

当病棟での副鼻腔の手術を受ける患者様の平均年齢は46.5歳と年齢的に十分理解が得られる年齢であり、社会的にも重要な位置にあると考えられ、早期社会復帰と再発予防は重要であると考ええる。

パスの改善により統一されたオリエンテーションを適切な時期に行う事が出来るようになり、また、説明後にも小冊子で確認する事が出来るため、患者様からの質問もなくなり理解して頂けたと考える。このことは、手術に対する不安の軽減と再発の予防につながると考える。

パスと記録を一体化したことで、記録の重複が避けられ、業務を簡素化することが出来た。観察ポイントシートを提示する事で看護レベルの均一化をはかり、合併症の早期発見と予防につながったと考える。

「医療の質に関する研究会」の郡司篤晃氏はパスが失敗する原因として

- (1) 関係者の、特に医師の参加が不十分な場合
- (2) リーダーシップが不十分な場合
- (3) 目標が不明確にしか認識されていない場合
- (4) 時間を焦りすぎた場合

とあげている。現在使用しているパスについても、この事を十分に受け止め、安全で充実した医療の提供が出来るように患者様の声を聞き、医師やコメディカルとの連携をはかり、改善を繰り返す必要があると考える。患者様の声を聞き、今後もよりよい看護の提供が出来るように改善を重ねていきたい。

また、スタッフのオリエンテーションツールとしても活用し、看護の質の均一性と向上につなげていくよう努力していきたいと思う。再発防止のため、入院から退院までのケアの継続だけではなく、退院後のフォローについて外来や他部署と連携をとっていくことも今後の課題であると考ええる。

## おわりに

これからのパスに必要な事として患者教育やインフォームドコンセントを考えたパス、他部門との連携が含まれていることがある。また、パスの見直しと評価は1年に2回は必要であるため、今後もよりよいパス作成を考え改善を重ねていきたいと考える。

## 文 献

- 1) クリティカルパス研究会 クリティカルパス作成・活用ガイド 第2版 日総研
- 2) 山崎紳: 実践 クリニカルパス30 メディカ出版

## 研究

# クリニカルパスの導入を試みて

## —腹腔鏡下胆嚢摘出術のクリニカルパスを作成して—

A trial to introduce the clinical path for laparoscopic cholecystectomy

高橋 里佳 Rika Takahashi	松崎 真弓 Mayumi Matsuzaki	藤川ゆかり Yukari Fujikawa
及川 恵 Megumi Oikawa	山崎 君江 Kimie Yamazaki	根本まり子 Mariko Nemoto

## 要 旨

クリニカルパスの導入から1年が経過した時点で、患者・看護師にアンケート調査を実施した。その結果、それぞれの利点、欠点がわかり、今後の課題が明確になった。

Key words : clinical path , laparoscopic cholecystectomy

## はじめに

砂川市立病院では、平成12年からクリニカルパス(以下、パス)を導入している。

当院のパスの目的は、①インフォームドコンセントに役立つこと。②医療の質の均一化、質の向上。③業務の簡素化、効率化。④チーム医療の推進、各部門の専門的意見の反映。⑤リスクマネージメントにつなげる。⑥コストの削減、入院日数の短縮。である。

外科病棟では、平成5年より腹腔鏡下胆嚢摘出術(以下、ラパコレ)が行われており、今日まで年間約20例のラパコレが実施されている。初めてのパス導入にあたり、外科手術の中で比較的経過が定型的であるラパコレを選択した。看護の視点から、平成12年7月から平成13年6月の1年間に於けるパス導入の実際と、活用後の経過について報告する。

## パス導入の実際

## ① スタッフ用パス表

スタッフ用パス表は(別紙1)、体温表と患者様の症状・医師の指示・点滴指示・看護処置・看護記録が一体化になっているものとした。処置欄はチェックリストにし、プロトコルを開いた時に、左右両面で入院から退院までを一目で見られるものにした。

食事・活動・清潔などのADLが分かり、全体を把握し易いようにし、終了した処置についてはチェック欄にチェックを行い、

各勤務別にサイン欄を設け、責任の所在を明確にした。

医師の指示変更や、入院前に外来で実施済みの検査については、赤の二重線を引き修正した。バリエーションが生じた場合は、院内で規定している通常の看護記録用紙を使用した。

内服薬の開始時期や内容記載、薬剤師による服薬指導のチェック項目も入れ、薬剤師との連携が取れるようにした。

手術当日は、当科で独自に作成している従来の手術患者様用バイタル用紙を使用し、内容については、これを参照するようにした。

## ② 患者様用パス表

患者様用パス表は(別紙2)、理解しやすい言葉を使い、字を見やすくすると共に、絵や矢印を効果的に使用し、患者様が一目で簡単に経過を理解できるように考慮した。

また、スタッフ用と同様に入院から退院までを一枚の用紙に一覧で見られるように作成した。パス表はクリアファイルに入れ、患者様のベッド周囲に掛けておけるように工夫し、患者様といつでも内容を確認し合えるようにした。

## 研究方法

## 対 象

## ① 患者様

実際にパスを使用した23例を対象として、退院後にアンケートを実施した。アンケートは郵送し、13名から回収でき、回収率は56%であった。

## ② 看護師

病棟内看護師全員を対象に、聞き取り調査を実施した。

## 結 果

### ① 患者様アンケート

1) 入院計画表(患者パス表)があることで入院生活を安心して過ごすことが出来たか……パスは初めてであったが、計画表があることで安心して入院生活を過ごせたとの回答が13名中13名(100%)であった。

2) 入院から退院までの経過が良く分かったか……入院から退院までの計画が立てられていたことで、患者様に治療経過が事前に分かり理解されやすく、良く分かったとの回答が13名中13名(100%)であった。

3) 自分の治療内容について良く分かったか……13名中12名(92%)の患者様が良く分かったと回答され、自分にどのような治療が行われるのか理解でき、スムーズに治療を受けられたと思われる。

一方、よく分からなかったと回答された13名中1名(8%)の中には、老年期にあった方が入院時のパス表の説明が不十分であったことを理由に挙げられていた。

4) 入院計画書に不足していることは無かったか……特に無いとの回答が13名中11名(84%)で、これは患者様もパスが初めてであったためと思われる。不足していた・どちらともいえないが13名中1名(8%)の回答であったが、その理由はアンケートに記載されておらず不明である。

### ② 看護師アンケート

パス導入のメリットとして、1)時間短縮ができた。2)業務の確認ができる。3)業務の漏れがない。4)記録の簡潔化につながる。5)その日に行う処置やADLが標準化しているため、ケアの計画が立て易い。などの意見があった。

一方、相反するが、1)パスの使用に不慣れなため使用方法がわからず、かえって時間がかかる。2)バリエーション発生時や指示変更があった時の対処方法がわからない。3)コスト等のシステムにより、当院では注射伝票・食事伝票・薬剤処方伝票を使用しているが、これらの伝票があることにより、サインの2度手間になる。という意見もあった。

### ③ 在院日数の比較

在院日数について、手術前入院期間はパス導入前が平均3.7日間に対し、導入後は平均2.5日間に短縮した。

手術後入院期間はパス導入前が平均7.8日間に対し、導入後は平均7.2日間であった。手術後の在院日数に開きは無かったが、入院から退院までの在院日数の平均は11.5日間から9.7日間に短縮した結果が得られた。

## 考 察

パスでは予測される経過が一望できる。よって入院時にパスを用いてその患者様が受けるであろう医療を説明すれば、自分が受ける医療のイメージをつかみやすく、患者様の理解を助けることができる。患者様のアンケート結果から、患者様に

対するパスの利点が明らかになった。

一方、患者様のパスの認知度が低いことや、高齢の患者様が多い現状から、患者様へよりわかりやすくパス表の説明を行う必要があると感じた。

看護師のアンケート結果からは、パスの導入が業務の効率化、ケアの標準化につながっていることがわかった。

相反する意見が出たことについては、看護師のパスに対する習熟度に差があるためと思われる、パスの活用方法を周知徹底していくことが必要であると思う。

## おわりに

以上のことから、1)パス表の使用法や手順を明確化し、スタッフへの使用法を徹底する。2)バリエーション・医師の指示変更時の柔軟な対応。3)患者様の個別性に応じたオリエンテーションの徹底。4)伝票類のパスへの取り込み確立によるパスとの一体化。を課題としてあげた。

なお、注射伝票・食事伝票・薬剤処方伝票とパスとの一体化については、近年中にオーダーリング支援システム等の導入により解決されていくもの考える。

今後は、患者様の満足度を高める看護が提供できるように努力していくと共に、多くのパスに取り組み、更なる質の向上を目指していきたいと考える。

## 文 献

- 1) 立川幸治 他:クリティカル・パスわかりやすい導入と活用のヒント、第1版。109-115, 医学書院, 東京, 1999.



別紙2

腹腔鏡視下胆嚢摘出術入院計画表		砂川市立病院外科病棟				号室			棟
科	手術室	手術当日(夜)	術後1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	退院	
経過	入院後3日目まで	手術前日	手術当日(夜)	術後1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	退院
目標	看護者と相談しながら手術の準備・処置ができる。	手術前後の自分の状態がイメージできる。	看護士と看護士が連携し、関わりあいができ、姿勢が守られる。	行動の拡大の必要性を認識し、関わりあいができ、姿勢が守られる。	日常生活行動の拡大				不安なく退院する。
食事	術に制限はありません。	午前8時以降、水も認めません。	午前8時以降、水も認めません。	術より水分をとれます。術後は30分おきです。	術から6分間、術後は30分おきです。	常食です。			
安静度	術後自由	ベッド上安静	術後自由	術後自由	術後自由				
移動		午前8時～7時までの間にトイレに入ります。	術中に尿を出す高の管が入ります。	術に尿を出す高の管を抜きます。尿を抜いた後は尿に尿の量か、自分で測定して下さい。					
清潔	入浴できます。	必要時、手術部位の毛を剃ります。その後、入浴して下さい。	手術中に尿を出す高の管が入ります。	術に尿を出す高の管を抜きます。尿を抜いた後は尿に尿の量か、自分で測定して下さい。					清潔な手術着、手術着を着替えて入浴できます。
薬		術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。					
痛		術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。					
検査・治療		術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。					
説明・指導		術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。					
その他		術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。	術中に下剤を飲みます。					

## 研究

# 排尿が自立していない入院の患児における採尿方法の検討 ～採尿パック装着の工夫～

Examination of urine taking methods for infantile patients with immature micturition a modified method of urine taking pack

佐々木智美

Tomomi Sasaki

浅井 千晶

Chiaki Asai

## 要 旨

尿検査をする場合、排泄の自立していない乳幼児は採尿パックを用いて採尿を行うが失敗が多く容易ではない。1日のうちに3～4回も貼りかえる場合もあり、時には陰部周囲に発赤が生じ結局採尿できずに検査を中止する例も少なくない。失敗の原因としては、体動によるものが一番多いことが先行研究により明らかとなっていることから、今回我々は体動に着目した新しい貼用方法を検討し、調査した。その結果、発達段階や筋肉の構造から殿部に一番近い部分がはがれやすいことがわかり、採尿の成功率の上昇は皮膚トラブルの減少につながることも明らかとなった。

Key words: Infant, Urine taking, active movement

## はじめに

尿検査をする場合、排泄の自立していない乳幼児は採尿パックを用いて採尿を行う。時には周囲をサジカルテープなどで補強して行うこともあるが、失敗が多く容易ではない。失敗の度に採尿パックを貼りかえてはまた貼るという行動を、1日のうちに3～4回も繰り返すというケースも数多くあり、時には陰部周囲に発赤ができて、結局採尿できずにやむを得ず検査を中止するという例も少なくない。失敗の原因は体動によって、接着面が剥がれやすいことがある。對馬ら<sup>1)</sup>は「採尿の失敗原因は体動、下痢、発赤などであり、体動が半数以上を占めていた」と言っている。このことから体動に着目し、これに考慮した貼用方法を検討したので報告する。

## 研究方法

①期間 平成14年2月～8月

②対象 排泄の自立していない0歳2ヶ月～6歳までの乳幼児65名(男児30名、女児35名)

③方法 従来の方法では、採尿パックに何も工夫をせず、そのまま直接皮膚に貼付していた。先行研究で、豊田ら<sup>2)</sup>は「パックの下方をテープで補強することで粘着力が強化され採尿成功率が上がり効果があった」と報告している。この先行研究では、まず、テープを皮膚に貼付して、その上にパックを貼り、再び上からテープで補強している。採尿パックを2枚のテープではさむような形をとることで高い成功率が得られているため、

今回我々は四辺全てをテープで補強し、より密着度を高めた方法を考案し、実施することとした。また使用するテープは、現在当科で扱っているテープの中から検討した結果、皮膚への刺激が一番少なく、伸縮性もあるサジカルテープに決定した。皮膚への刺激については、パッチテストで発赤が発生しないことを確認した。

## ～新しい方法～

(1)新しい方法で採尿パックを貼用することを母親(もしくはその他付き添っている家族)へ説明し了承を得る。(説明の内容は統一したものを使用する)(2)陰部をおしり拭き(脱脂綿を湯で濡らせたもの)で清拭し乾燥させる。(3)看護師2名で行い、1名が乳幼児の固定をし、もう1名がパックを貼る。(4)パックの大きさに合わせた1cm幅のサジカルテープを、陰部周囲を四角く囲むように皮膚に貼り、その上に採尿パックを貼る。この時、四辺のサジカルテープの幅半分にかかると貼る。次に採尿パックをはさむように、下に貼ったサジカルテープの上に重ねて、再びサジカルテープを貼る。※男児～採尿パックの穴の下線を陰茎の根元に接して貼る。女児～採尿パックの粘着中央下部から会陰部に密着するように下部からはる。(5)採尿パックの先は殿部の下に敷いてしまわないように、オムツはゆるめにして当てる。(6)採尿パック貼用中はできるだけ、抱くことや激しい動きは避けるよう、母親など付き添っている家族にも協力を求める。(7)30分ごとにタイマーをかけ、実際に採尿パックを貼付した看護師が、時間になったら患児の元へ行ってパックの状態を確認し、その結果をチェックリストに記入する。(最初に貼付し

た看護師が見に行けない場合は他の小児科のメンバーに依頼し、実際に確認した看護師がチェックリストに記入する)

## 結 果

調査の結果、採尿成功までの回数は、男児、女児とも1回が圧倒的に多いことがわかる(図1)採尿が途中で中止された例が、男児では1例(もれがひどく4回以上やり直した)、女児では2例(採尿パックの中に便が混入して中止したのが1例、自尿できそうで採尿パックによる採尿を中止したのが1例)あったが、このグラフの数には含まれていない。調査の対象となった患児の発達段階を見てみると、歩く(つたい歩きも含む)が男児24名、女児17名でもっとも多く、次いで、立つ、座る、寝返りをうつ、臥床の順だった。(図2)採尿パックが全くはがれずに採尿を終了できたのは、男児では30名のうち20名、女児では35名のうち20名であった。少しでもはがれた例(男児10名、女児15名)も各部位の割合は、男児でははがれたのがCだけだったのに対し、女児ではA10%、Bで0%、Cで80%、Dで10%と、男女ではばらつきがみられた。(表1)また、チェックリストからは採尿パック貼付の際に発赤が見られた例が男児で4名、女児で6名いたことがわかった。

## 考 察

これまで採尿パックを貼るときには、パックには何も工夫を加えずそのまま貼付していたため、1回で採尿できることがほとんどなく何度も貼りかえることがあり、児への負担も大きかった。今までの方法で、平均何回の貼付で採尿できたのかという客観的データがないため、数字で比較することはできないが、採尿パックの貼付方法を工夫することにより、1回の貼付で検査へだせるだけの採尿が可能となり、73%～83%という高い確率で成功することができた。失敗の部位では男女ともCが高い割合を占めていた。Cは殿部に最も近く、便が出た場合には一番便が付着しやすく、はがれの原因となる、また、Cの周囲には大殿筋、中殿筋、大内転筋などの筋肉があり、立ったり座ったりという動作を行うときには、大内転筋と中殿筋が弛緩と収縮を繰り返す、拮抗作用を示すため、他の部位よりも動きが大きいことが分かる。発達段階からみても立ったり歩いたりできた患児が多く、ほとんどの患児にこんなことが当てはまる。男児、女児で多少の効果の差が見られたが、これは陰部の構造の違いによるものであり、男児では陰茎をそのままパックの中に入れることができ、尿が直接パックの中に流れていくため、他の部分への汚染が少ないが、女児では排泄された尿が大陰唇を伝わり他の部分へ流れ出ることがあるため、女児の方に失敗例が多いことが分かる。検尿は入院時に行うことが多く、その場合、どの患児も急性期にあり、発熱による発汗が見られたり下痢をしていたりすることがある。そのような状態で採尿パックを貼付するとますますはがれやすくなり、今までの方法では殿部に発赤を生じる例が多かった。従来の方法での客観的データがないため、数字で比較することはできないが、今回の全65例のうち、発赤の生じた例はわずか15%であり効果的な方法だったと言える。また、パックを何度も貼りかえることへの、患児、家族の負担やストレスを最小限にできたという良い影響も与えられ、患児や家族の安全と安楽へとつなげることもできた。

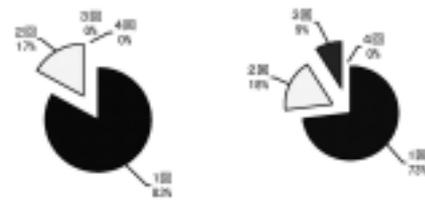


図1 採尿成功までの回数

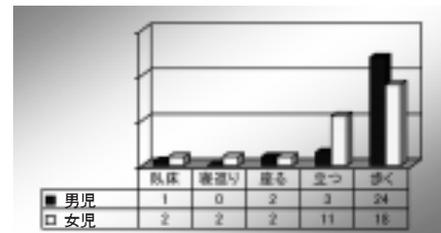


図2 各発達段階の人数

表1 男女別の失敗部位の割合

男児	部位	女児
0%	A	10%
0%	B	0%
100%	C	80%
0%	D	10%

## 結 論

採尿パックに工夫を加えた結果、以下の点が明らかとなった。(1)採尿の失敗が体動によるものが多いということが、対象となった患児の発達段階からみても明らかだった。(2)発達段階や筋肉の構造から、殿部に一番近い部分がはがれやすいということがわかった。(3)採尿の成功率が高く、皮膚トラブルを防ぐためにも効果的であった。

## おわりに

今回、この研究を行うにあたり、より確実に、そして患児への負担をより少なくするためにはどうしたらよいかということを中心に考えながら採尿を行うことができ、今までは何気なく行われていた採尿に対して、確実に採尿するという病棟スタッフの意識が高まったことも、成功率上昇の要因の一つとなった。失敗の多い部位とその原因が明らかになったので、今後はその部位をより補強したり、下肢の動きになじむような貼り方を考え、それを課題としていきたい。

## 文 献

- 1) 對馬貴子 他:乳幼児採尿方法の工夫～採尿パックにゴムバンドを利用して～、第28回日本看護学会集録(小児看護)、p172～111、2000
- 2) 豊田有子 他:乳幼児における採尿方法の検討～女児の採尿パック取り付け方法の工夫～第31回日本看護学会集録(小児看護)、p109～111、2000

## 研究

# 肺癌化学療法クリニカルパスの導入とその効果 —タキソール・パラプラチン毎週投与方法—

Introduction of clinical paths in chemotherapy of the Lung cancer and its effects on the patient hospitalization  
(CBDCA/PTX weekly chemotherapy)

岡本真喜子  
Makiko Okamoto

畠 友美  
Tomomi Hata

金子 幸代  
Yukiyo Kaneko

## 要 旨

がん患者は、病気の治癒や共存をめざした長期にわたる闘病のプロセスの中で、全身的・局所的な様々な治療の適応となる。その中でも化学療法は、手術療法、放射線療法とともにがんの三大治療の一つとして主要な治療方法である。当病棟においても肺癌化学療法のために入退院を繰り返す患者が多い。主な治療法はタキソール・パラプラチン毎週投与方法であり、他の薬品での化学療法に比べ特殊な点が多く、スタッフの中でとまどいが見受けられた。また患者からは、治療内容に対する疑問や不安が聞かれ、インフォームドコンセントの不充分さが感じられた。

そこで、看護ケアの均一化・業務の効率化・インフォームドコンセントの徹底を目的にクリニカルパス(以下CPと略する)を導入した。その結果、治療予定が明確になったことで、患者自ら治療の見通しを立て、病気と向き合い自分の生活スタイルを確立していることがわかった。また看護師の業務の簡素化、統一した看護につながっていることが明らかになった。

Key words : clinical path chemotherapy of the lung cancer

## はじめに

当内科病棟では、肺癌の化学療法のために入退院を繰り返す患者が多い。主な化学療法はタキソール・パラプラチン毎週投与方法である。使用物品・施行手順・観察点において、他の薬品での化学療法に比べ特殊な点が多く、準備から終了までにあたりスタッフの中でとまどいが見受けられた。また治療を受ける患者からは、治療内容に対する疑問や不安が聞かれ、インフォームドコンセントの不十分さが感じられた。

そのため、看護ケアの均一化・業務の効率化・インフォームドコンセントの徹底を目的にCPを作成したので、報告する。

## 方 法

研究期間は平成14年3月から8月までのもので、タキソール・パラプラチン毎週投与方法によって治療した肺癌患者、13症例・99回の治療を対象としている。

## 1. CP作成の過程

当初のCPでは、医療者用3枚、患者用1枚の計4枚であり、

受け持ち看護師は指示受けから治療終了まで3枚のCPに目を通していかねばならなかった。CP使用にあたり、スタッフから用紙が多い、チェック項目が重複している等の意見があり、記録整理に多くの時間を費やされているというのが現状であった。

患者用CPについては、患者からは“文字や枠が小さい”、スタッフからは“言葉の言い回しが難しいのではないか”という意見が聞かれていた。そこで、患者からはCP修正前・修正後に対して、スタッフからは修正後に対してそれぞれアンケート調査を実施した。そして、改善点・疑問点・意見などからパスを修正していくことにした。

## 2. CPの修正

チェックリストとバイタル表、看護記録を一体化させたことで、治療と同時にベッドサイドで観察しながら看護記録に記入できるようにし、記録整理の時間短縮をはかった。また、経験年数により観察点にばらつきがみられていたため、予測される症状をバイタル表に加えることで、統一した症状観察ができるようにした。

患者用CPでは、文字や枠を大きくし、イラストを加え見やすくし、治療開始から終了までの内容を患者自身にも理解してもらえらるようにした。

その後スタッフにアンケート調査をした。

## 結 果

CPを導入したことでスタッフからは、業務の効率化について「治療と同時進行で記録ができる」「経時的に患者の状態がわかるよう工夫されている」「何を観察すべきか、必要物品は何か次の行動が考えられ、スムーズな実施につながる」という意見が聞かれた。看護ケアについては「CPを渡すことで治療の間、質問や患者の病気に対する思いを聞くことができた」という意見が聞かれた。

患者からは「専門用語をなくし、表現をわかりやすくしてほしい」「看護師はよく勉強していてわかりやすい、丁寧に説明してもらった」「病気に対する不安は、この用紙だけでは解消されない。自分自身わりきって深く考えないようにしている」という意見が聞かれた。

## 考 察

医療の中心は患者であり、自分の状況を知りたいという欲求を満たす働きかけは重要であると考え。渡辺は「interactive consentを得るということは、患者さんと医療者で相互に情報のやりとりをしつつ理解を深めながら、患者さんの最終意志決定を支援する」と述べている。抗癌剤の治療は効果をみながら進められていくため、治療が開始された時点では期間が未定であり、患者は漠然とした不安を抱えている。しかし治療を受ける患者が前向きにならなければ、苦痛を伴う治療は続けられないと考える。

CP導入以前では、薬の名前や副作用の説明は受けたが忘れてしまったと質問を受けることが多くあったが、導入後は質問が減り、同じ治療を受ける患者同士でCPを用いて話をする姿も見られるようになった。また、喜多川は「仕事や家庭生活を送ることによってストレスを発散することは重要であり、むしろ抗癌剤治療の継続への鍵にもなります。」と述べている。当病棟でも、退院時には「また来週来ます。」と声をかけて帰る姿がみられたり、仕事や趣味の合間に治療を受けるというケースも多く見受けられていることから、患者自ら治療の見通しを立て、病気と向き合い、自分の生活スタイルを確立しているといえる。

医療者用CPについては、アンケートの結果や確認事項をチェック項目に取り入れることでミスを減らし、バイタルサイン測定時間を決め観察項目を挙げることで経験年数に関わらず統一した看護が行え、業務の効率化につながっていると言える。

また、受け持ち看護師が指示受けから治療終了まで関わることで、リスクマネジメントにも有効であると考え。

## おわりに

今後は、ベッドサイドで観察と記録を同時に行えることから、その時間を有効に活用し、患者の思いに傾聴し、精神面でのケアが行えるよう意図的に関わっていくことを課題としていきたいと思う。

## 文 献

- 1) 渡辺 亨 他. 患者の「なぜ」に答えるがん化学療法, 第1版, 第1刷, P3 医学書院
- 2) 渡辺 亨 他. 患者の「なぜ」に答えるがん化学療法, 第1版, 第1刷, P35, 医学書院

## 研究

# 結核病棟入院患者の心理的变化についての考察 —インタビュー（面接方法）による不安、ストレスの分析—

A study for the mental change of the long hospitalized tuberculosis patients  
— Analysis for their stress and anxiety through an interview —

佐々木聡子  
Stoke Sasaki

山本由美子  
Yumiko Yamamoto

沖野久美子  
Kumiko Okino

## 要 旨

結核病棟入院患者の不安やストレス、心理的变化について明らかにするため、当院入院患者を対象に面接により、結核患者特有の現状を調査し、解析したので報告した。

Key words : Tuberculosis, anxiety, stress, mental change ,interview

## はじめに

近年我が国の結核は抗結核薬による多剤併用療法の確立により激減してきているが、現在も全国各地からの結核集団発生の報告があり、過去の病気と安心はできない感染症である。結核の診断を受けると、結核予防法により、速やかに専門病院への入院となる。そこでは、感染防止のため隔離された入院となり、患者の精神的負担はかなり大きいと考えられる。

当病院でも結核病棟入院患者は隔離された入院生活となり、行動や面会の制限をされることによる環境の変化に、精神的ストレスを生じていることは言うまでもない。既に、1996年に湊谷らは結核隔離病棟入院患者のストレスの要因分析をし、結核患者特有のストレスについて研究報告をしている。当結核病棟においても過去に入院していた患者が「もう耐えられない」と泣き叫び、「一体いつまで入院してればいいんだ」とストレスを感じていたと思われる言動がしばしば見られた。そこで入院中の患者2名にインタビューをし、不安やストレスがどのように受け止められ、心理的に変化していったのかを明らかにし、考察したので報告する。

## 研究目的

結核病棟入院患者の不安やストレスを分析し、心理的变化について明らかにする。

## 研究方法

1. 研究期間  
H14年3月～11月
2. 研究対象  
当病棟入院患者5名のうち2名とし、老人性痴呆のある患者や、インタビュー内容が十分理解できない患者は対象外とした。
3. 研究方法  
インタビューによるデータ収集方法。病気の受け止め方、入院生活での思いなどについての質問項目を作成し、入院から退院までの不安やストレスについてインタビューした。**〔表1参照〕**さらに先行文献から予測される不安項目を抽出し、質問内容を補足した。**〔表2参照〕**両者とも承諾を得られたのでテープ録音を実施した。
4. データ分析方法  
録音されたインタビュー内容を逐語録的に記述する。記述されたデータよりストレス状況を把握し、心理的变化の分析をした。
5. 倫理的配慮  
対象者2名に本研究の主旨を説明し、研究目的以外に情報公開しないことを伝え、同意を得た。

表1 インタビュー内容

1. 結核と診断されてどんな気持ちでしたか。
2. 入院することに対してどのような不安がありましたか。
3. 入院生活の中で一番辛かった事はどのような事でしたか。
4. 病気や入院生活を自分なりに受け入れられた時期はいつ頃でしたか。[いわゆる気持ちが落ち着いてきたのはなぜだと思いますか]
5. その気持ちが落ち着いてきたのはなぜだと思いますか。[それはどのように処理していったのですか]
6. 今現在入院生活を振り返ってみてどんな気持ちですか。
7. この病気になって一番変わったことは何でしたか。
8. 入院生活で得たことや努力したことはどんなことでしたか。また医療者側に期待することはどんなことがありましたか。

表2 先行研究による不安項目

[不慣れな環境]

- ・ 食事
- ・ 日常生活の規制

[情報の欠如]

- ・ 看護師や医師が理解できない言葉を使う
- ・ 治療の結果や理由を知らない
- ・ 自分の病気について確かなことがわからない

[家族と離れている]

## 患者紹介

・W氏 47歳、男性

診断名:非定型抗酸菌症、肺炎腫

入院期間:H14年5月2日～7月9日

経過:H14年4月24日、肺炎腫のため他院入院し、トロッカーカテーテル挿入。5月2日ガフキー1～2号にて、当院結核病棟転院。6月11日トロッカーカテーテル抜去。7月9日退院。

・Y氏 72歳、女性

診断名:肺結核 右大腿骨頸部骨折

入院期間:H14年2月19日～9月27日

経過:H14年2月18日右大腿骨頸部骨折にて当院整形外科病棟入院。ガフキー3号にて2月19日結核病棟へ転棟。3月22日右人工骨頭置換術施行。4月12日より、床上安静解除となり、リハビリ開始となる。9月27日退院。

## 結果

結核と診断されてどんな気持ちだったかに対しW氏は何もかもなかった。結核自体どれだけかかるもので、どう治療するのか全くわからなかった。Y氏は死んだような気持ちだった、窓を開けていたら飛び降りようかと思った、と答え両者それぞれに結核という病気に罹患したことに対する驚愕と不安な気持ちを

示している。

結核病棟に入院することに対しての不安についてW氏はいつまで入院するんだろう、先が見えなかったと答え、不確かな入院期間についての不安を示した。Y氏は風邪を引いて売薬飲んで、やっぱりと納得することもあったと答え、病気の知覚から受診に至るまでの経過が長かったことに納得せざるを得ない気持ちを示している。

入院生活の中で一番辛かったことについては、W氏は同室者とのトラブルについて、爺さん呆けているから仕方ないと答えているが実際にはストレスが増えてきたと訴え、転室した。Y氏は看護師に便をとってもらったことが辛く、その間テレビを見ていたら失礼だと思い、2ヶ月間テレビを見なかった。また、泣き虫ダーリン、仕方ないと不安な夫を心配するなど両者共にストレス状況を示している。

病気や入院生活が自分なりに受け入れられた時期については、W氏は8週の目安をもとと喀痰培養の結果を待ちながら、今がんばれば後で楽になるのだ、仕方ないと開き直った。Y氏は3ヶ月くらいたって変化があったと答え、手術して健康状態も良くなってきたと感じ、身体も楽になってきたと答え、両者共に楽になるという言葉が聞かれた。

その気持ちが落ち着いてきたのは何故かについては、W氏はプラス思考でいたこと、また、新人看護師に対し、今がんばれば楽になると逆に励ましていた。また、看護師との関わりに楽しみが増えた。Y氏は弱い自分を見せるのがいやだった。看護師の「遠慮しないで」という言葉が嬉しかったと答え、共に看護師の関わりに対する言葉が聞かれた。

今現在入院生活を振り返ってどんな気持ちかについては、W氏はここに入れたこといい勉強になった。Y氏は住めば都、居心地良かったと答え、共に入院生活を肯定的に受け止めている言葉が聞かれた。

病気になって一番変わったことについては、W氏は、タバコは40本吸っていたがもう吸えない、Y氏は無理しないこと。もう少し早めに病院へ行くことと答え、共に病気について認識している言葉が聞かれた。

入院生活で医療者側に期待することについては、W氏はゆっくり話ができたら、ちょっと時間とってくれたら。Y氏は看護師に対して対応の違いがあると話す反面、感謝の気持ちを何度も伝えていた。両者共に看護師の関わりについての要望(期待)を示していた。

## 考察

結核という診断に両者ともに驚愕はしたが、身体的苦痛の原因解明ともなったことで、一方では安堵感もあったと思われる。結核の治療に対し、前向きな姿勢ではあったが結核すなわち隔離という状況の中で、過去の研究でも述べられているように特有のストレスや不安があったことは確認できた。

W氏は、長期入院期間や面会の制限に対する不安があり、さらに高齢の同室者のマイペースな生活ぶりにストレスが増

え、入院中で一番辛かったことと話している。看護者に求めることとしては、ゆっくり話ができたら、ちょっと時間とってくれたらと話していることから、一番辛かった時期に看護者の精神的な支援や励ましを求めていたと考えられる。身体的苦痛が緩和され、家族への電話も毎日できるようになり、新人看護師の新しい職場での不慣れな仕事振りを見て、辛さを共有し、励ましやなぐさめの言葉をかけることで、辛かった自分の振り返りと、W氏本来のプラス思考が自分自身への励みと変化していったと考えられる。

Y氏は、一番辛かったこととして排泄について話している。排泄の世話を家族に委ねることもできず、その処理を他人に依存しなければならぬことが、日常生活の不安となり、ストレスを感じていたと思われる。Y氏は排泄を委ねた時期にテレビを見なかったことを、看護者に対する誠意として話しているが、このことは自分自身を保とうとする行動、いわゆる忍耐の現れと思われる。また、泣き虫ダーリン仕方ない、割りきらければと答え、その「割り切る」という対処をしようとした時期に、看護者の「遠慮しないで」という言葉が、精神的なゆとりを取り戻しY氏のストレスの緩和になったと考えられる。

Y氏はリハビリが開始となった時期に、弱い自分を見せたくないと答えている。3か月以上前から咳嗽があったにもかかわらず受診せず、癌かもしれないと思いながら無理をしていた。Y氏は日常生活の全てを他人に委ねなければならぬ状況から、自分のもてる力の限界が見えてくると同時に、自己過信から重大な問題を軽視していたことに気づいたと思われる。Y氏の本来もつ真剣さや感謝の意と自己の振り返りが、看護者に援助を求めようと変化していったと思われる。

結核病棟入院患者は、隔離という孤立に近い生活環境の中で、自分で自分の心と戦うとも言える状況にいると考えられる。日常の種々のストレスが多少とも緩和されていく時に自己達成感を味わうのではないかとと思われる。W氏、Y氏ともにその場に起きている問題を振り返り、看護者や他者(家族)の支援など相互の作用が心理的变化をもたらしたと考えられる。

## 結 論

結核病棟入院患者は、自己の振り返りや看護者や他者(家族)の支援など相互の作用により、自分自身の置かれている状況を受け入れていった。その心理的变化は入院生活を語ることから確認できた。

## おわりに

今回の研究は2事例による分析であるため、先行文献のストレスの要因分析にそった回答は十分得られなかったが、今後本研究を活かしながら、結核病棟入院患者の不安、ストレスの分析を深め看護の関わりを検討したい。

## 文 献

- 1) 日本看護学会集録 看護管理1996年 p65～67 結核隔離病棟入院患者のストレスの要因分析:一般病棟入院患者との比較検討

