

特別寄稿

振り返れば何がある？ ～砂川市立病院外科医としての30年～

What do I see If I think backward?

湊 正意
Masacki Minato

1. はじめに

来年（平成26年）3月、このまま事故なくいければ無事定年を迎えさせていただける。有り難いことだ。しかし、多くの方々に有形無形の迷惑を掛け続けた30年間であったことを思えば、言葉では言い尽くし得ない感謝と慙愧の念が湧き上がってくるのを抑えきれない。有難うございました、そして申し訳ありませんでした。と。

今の時点から、ひとつの塊りとして振り返る30年間は一瞬煌めいた閃光とその残像としか思えないのだが、こうしてゆっくり自分の足あとを見つめ直す機会を得てみると、それぞれの無数の瞬間が、目の前に積み上がったやるべき仕事に没頭し、刹那でもよいから閃いてほしいと願いつつ、光に照らされた明るい結果を求めて格闘してきた時間であったことに気付かされる。その凝縮した瞬間の連続の中では、ひとつひとつの前向きの結果だけが次へ繋がる原動力として作用していたので、数多くはないが二度三度訪れたネガティブな結果を前にした時の閉塞感は、それが原因でこの30年間で途切れていても全くおかしくはなかったほど深く心を抉るものであった。それでもその度に何とか持ち直し、それ以外の大多数の瞬間が“刹那に閃く光の中で、連綿と繋がってきて、今がある。

砂川に赴任してからの10年間で“死んでもおかしくなかった、外科医時代、その後の10年間で“若手を育てる、外科医時代、最後の10年間で病院管理職時代と分けてみるが、何ともわかりやすい生き方をしてきたものだと思えて驚かされる。

2. はじめの10年、“死んでもおかしくなかった、外科医時代

すでに死語になるが、医局全盛時代ドイツ語由来の“ジッツ、という言葉が医師の間で隠語的に語られていた。

語源は“座席、という意味だが、医局が医師派遣を担っている（握っている）病院自体のことやその病院の医師数を指したりしていたので、砂川赴任当時の外科のジッツは派遣元の北大第一外科からみれば3人であった。私はそのジッツ3人の外科の3人目（末席）として35歳で赴任したのである。通常こういったポジションはあまり喜ばれなかった。やりたい盛りの外科医の上に漬物石が二つ乗っかっているようなものだからだ。しかし砂川は事情が違った。二番目の先生とは以前別の病院で一緒に働いたこともあってか、着任当日にお二人の口から異口同音に「好きなようにやってください」と言われたのである。これは頭上にあるべき漬物石が地面に降りて土台となってくれるという意味である。私は素直に喜んだ。

しかしさすがにジッツが4人に増やされることになるまでの1年半は厳しかった。年間手術数の半分近くを執刀させていただいた上に、術後の標本整理、術後指示、術後診察、外来日以外の午前中には回診・指示出し（当時の平均在院日数は20日以上だったので、外科病棟に50～60人の患者が常時入院していた）や検査・処置（午後は毎日手術）、夜6時、7時を過ぎて病棟に戻るとその日の午前中に指示を出してあった検査やX線写真の結果確認と必要に応じた追加指示。日々自分に言い聞かせていたことは“今日できることを明日に残さない、であったので、やるべき仕事が終わるまで決して帰ろうとはしなかった。徐々に混雑し始めた週1日だけの外来日にもびったり午後1時半には手術室に行かなければならない中（私が行かなければ手術は始まらなかった）、病棟主任がカルテの山を抱えてやってきて「これらの患者の分だけは指示をください」と言った。体力には自信があったが、ある朝日は覚めたのだが意志に反して頭が持ち上がらないという信じられない経験をした（自分の両の手で持ち

振り返れば何がある？

上げた)。

“死ぬかもしれない、”と医局に掛け合い、当科初めてのジツツ4人目として1年半後に着任したのは卒後半年目のピヨピヨの外科医であったが、「よく来てくれた」と涙ながらに手を握りしめた。その後は1、2年交代で卒後3、4年目の若い外科医が応援に来てくれるという期間が私の砂川赴任10年目まで続いた。上のお二人が徐々に手術をしなくなる中、手術はほぼ私が執刀するか、若い外科医に執刀させるか(この場合も責任は私にある)の二択になってきたのである。胃切除術や腸切除術はもちろん、肝右葉切除術のような手術も私と若手外科医の二人でやることになってきていたので、結果として、派遣されてくる若い外科医の能力次第で私の受けるストレスが何倍もの差となって降り注ぎ始めた。個々の若手外科医の能力の低さを責めるつもりはなかったが、こういう病院にこういう外科医(疑問符付きの)を送ってくる医局の神経が判らなかつた。最後には不整脈の動悸で眠れなくなり、誘われるが儘に民間病院の理事長と転職のための面接をしたりもした。

現在の病院職員でこの時代の私を知る人は何人位になってしまっただろう。特に内部で私を見てきた人は…。外部(外科の病棟や手術室ではない部署)の人たちが外に漏れ出てくる私の声や行為を見聞きして、これまでいくつもの伝説が流布されてきた。内部の人間は発言や行為の根拠(理性の部分)をおそらく理解してくれていたのだと思うが、外部の人にはドア1枚隔てたところからしか伝わらない(感情の部分)。従って、湊先生=恐怖の対象として取りざたされてきたのだと思う。しかし医師になってこの方一貫して変わらないこと、そして医療職として唯一かつ分かりやすい判断基準、患者のためになるか否か、という基準だけはどんな状況でも貫いてきた自信がある。医師だろうが看護職だろうが他の技術職だろうが、患者のためにならない状況で黙ることは決してしなかつたのである。患者のことを脇に置いてスタッフの仲間内で傷を舐め合うことだけは許すことができなかつたし、“スタッフに優しい先生、”と言われること自体患者の方を向いていない医師だと思っていた。しかしそれでも、1回目は“指摘、”という伝え方をしてきたつもりである。ただ、そこで反省なり、患者への謝罪なりがないときに声が大きくなってしまい、結果として最も身近にいた病棟主任クラス(看護職)の何人かが辞表を叩きつけるように辞めていったという事実が残った。実に罪深いことではある。

赴任から10年間で手術執刀数は1823件、そのうち消化器癌が631件であった。出来の悪い若手外科医がいた年は患者の安全と自分のストレスを考慮してつい自分で執刀してしまいがちになり、ピーク(平成5年)には年間執刀数279件(消化器癌116)を数えた。当然のように、

私の外来に内科からの手術依頼患者が集中し始めたが、外来患者を5、60人診察し、手術依頼患者を5人診ても午後1時半には手術室に行かなければならない。患者のX線写真をシャーカステンに貼るのは外来看護師に任せ、首を回すだけで“一瞬、”のうちに手術方法を決定する習慣が身に付いた。酷い、と思われるかもしれないが、それでも結果を出し続けなければならないのだ。出来るだけ合併症を少なくし、手術で悪いところを摘出したうえで術前並みのADL(日常生活動作)に戻して退院してもらおう。それだけを念じて波のように押し寄せる手術患者を捌いた。もちろん非常に多くのことを患者から学ばせてもらったし、自分が大きく成長できたのもこの10年であったのだが、それでも思う、よく死ななかつたものだ。と。身体的にも、精神的にも。

3、真ん中の10年、“若手を育てる、”外科医時代

前記の10年は人に教えるどころではなかつた、というより自分が潰れないことを優先した。赴任11年目からはジツツ4人のうち私の下が二人となったためもあり、週末・夜間の当番からも外してもらえ、“外科医とはこういうことなのだ、”と、つまり死ぬほど頑張ったあとには年齢なりの余裕を与えてもらえることを理解した。もちろん、不整脈も自然に消失していった。そしてさらなる10年後を見据えて、私が手術に入らなくても同等かそれ以上の手術ができるようになっていくことが科としての安定を招き、私自身も年相応の仕事ができるようになるために肝要なポイントだろうと考えた。つまり“教育、”である。

消化器外科は実に応用問題が多い領域である。毎日応用問題ばかりをやっているとと言っても過言ではない。だから始めと終わりくらい出来るだけすっきりとシンプルに展望されていなければ途中で收拾が付かなくなる。外科医を外から見ると人たちは“手先、”=スキルを重視されがちであるが、内実は複雑に考え尽した後にシンプルさを想起できる“頭、”=ロジックが生命線である。良い結果が出るか否かもここに掛かっている、というのが何人かの反面教師的な先輩や後輩たちの手術を観察してきて導き出された結論である。しかしこれを“教える、”ことは口で言うほど易しくはなかつた。結局のところ、一人一人の外科医が自分で掴むしかない部分があり、出来上がった外科医に凹凸ができてしまうのもある程度致し方の無いことと達観せざるを得なかつた。

“教育、”とは、口で説明するより相手に背中を見せながらぐいぐい引っ張っていくことで成り立つ側面も大きいものなのかもしれない。そのときロールモデルとして足りているためには、心のベクトルが向く方向としての“挑戦性、”が欠かせないのではないだろうか。特に外科医には、である。そもそも外科医として一人前になるまでには多くの“生まれて初めての手術、”に挑戦してきているはず

なのだが、ある程度出来上ってしまうと“この辺でいい、”と思ってしまうがちである。しかし、挑戦することを止めたとき外科医は後輩に背中を見せられなくなり、と同時に、極論すれば、外科医とは言えなくなってしまうのではないだろうか。

この時代に“挑戦、”して結果を残せた事例の中で、すぐに思い出せるほど印象に残っている症例をいくつか記録して残しておく。ひとつは日本外科学会レベルで5年生存率が2割以下であった肝門部胆管癌に対して肝左葉切除+肝外胆管切除（胆道再建は右肝内胆管の枝5、6本を空腸につないだ）を行って5年生存を得たこと、また切除してもほとんど再発すると言われていた肝内胆管癌（当時は胆管細胞癌と表現）に対しても同様の切除で5年生存を得たこと。胃癌では、左胃動脈が癌で完全に巻き込まれ同定できなかった症例に腹腔動脈で分離して（アップルピー手術と言われ、肝臓への血流はすべて上腸間膜動脈からの逆流に期待する）切除でき、この症例も5年生存した。食道では、高齢者の胸部下部食道に発生した直径10cm強の平滑筋芽細胞腫を左開胸開腹アプローチで切除しこれも5年生存を得たこと。そして、腹腔鏡下胆嚢摘出術の導入期に若手外科医が誤って肝外胆管をすべて切除してしまったところで手術室へ呼ばれ、肝門部にかろうじてボロボロにぶら下がっていた5mmくらいの細径胆管に空腸を吻合して全く合併症なく退院させたこと。下部直腸の比較的早期の癌を数例、人工肛門とせず腹臥位仙骨部アプローチで切除再建したこと。外傷では、20歳の女性の肝損傷を2万ccに及ぶ出血の中（セルセーバーも無い時期に、自衛隊員の献血を仰ぎながら）何とか救命できたこと。20歳代男性のバイク事故で、脾臓が体部で完全断裂していたが脾体尾部（主脾管）を胃に吻合して温存（切除せずに）しながら救命したのに、1年後に今度は友人を道連れにして二人で即死してしまったという逆説的エピソード、などなど。しかし何と言っても、相当な進行癌（胃、大腸、乳腺など）もかなり含まれていたにも拘わらず数多くの当院職員の癌手術を担当させていただき、幸運にも一人の術後再発者も見ずに済んでいることは特筆に値する。彼らに共通する医療職らしい割り切りの良さにも助けられたが、私自身も心底運の良い人間だと思う。

個々の症例とは別に、その時点での日本の外科学の常識に疑問を抱いて“挑戦、”してきたことにも触れておきたい。まだ“生活習慣病、”が“成人病、”と言われていた時代（平成8年以前）、そして“内臓肥満、”という言葉も一般的ではなかった頃から内臓肥満患者の術後合併症（特に心血管系）の多さに注目した。消化器外科医はある意味内臓肥満と日々闘っている職業でもある。たまに遭遇する痩せ型の解剖図がそのまま目の前に現れたような患者と脂と格闘しなければならない患者がどうして手術

点数が同じなのか全く理解できなかったが、内臓肥満患者は当然出血量も増えるし、何と言っても手術時間が全然違って来た。イメージ通りの綺麗な手術ができ難くなってしまふのだ。その上、内臓肥満度は全身の動脈硬化の進行度とほぼパラレルなのではないか、と考えた。そこで、内臓肥満の指標として当時の胃癌手術では必ず一緒に取るようになっていた大網（横行結腸にぶら下がる脂肪の前掛けのようなもの、腹腔内に炎症が発生した時に真っ先に駆けつけabdominal policeman〔謂わば腹腔内の警察官〕とも言われる重要な臓器なのだが当時はまったく重視されていなかった）の重量を測定し、術後合併症の発生頻度と対比しようとしたのである。しかしこの試みは次に述べる胃癌手術の変化のため有意なデータを出す前に頓挫してしまった。

胃癌と診断が付けば早期癌であろうとすべての手術で大網も取る、というのは私が外科医になって以来当たり前のように叩き込まれてきた手術方法であった。大網の腹膜表面積が大きいので腹膜を播種する転移の可能性を先人たちは過大評価したのだと思う。そして“こんなものは無くても大差ない、”といった思い込みと共に……。しかし私は進行癌ならともかく何故早期癌でも取らなくてはならないのか、疑問を持ち始めた。当時一定の比率で癒着による術後腸閉塞症が発生し中には再手術を余儀なくされた患者もいたのだが、その中に大網を摘出された患者がかなり多く混じっていた。そこで、ある時点から（私の判断と責任で）早期胃癌の手術では大網を温存し、閉腹するときにはかならず開腹創部の直下（ここに最も小腸が癒着し易い）に残した大網を敷くことにしたのである。こうすることによって、万が一再手術が必要になった場合も再開腹時の腸管損傷のリスクを減らすことができ、そもそも術後腸閉塞自体の発症頻度が減少したのである（数値エビデンスとしては示していないが）。そして今や、早期胃癌では大網温存術式が全国的に定型術式として定着している。また話が若干変わるが、現在は術後癒着予防のために腸管を覆う（大網代わりの・・・）フィルム製剤が普及してきている。

一方、日本の平均的外科補助療法の現状と比較しても相当早い段階から取り組んできたのが、食道癌および下部直腸癌に対する術前放射線・化学療法であった。一般的に日本の外科医は自分の腕をひけらかして業績を積み傾向がもともと強かった。これだけ広範に切除できました、成績はまだプレリミナリーですが生存率を改善する可能性があります、と。このように主に大学の教室ごとにやり始める過激な手術方法を飯のタネ（大学人は学会≒業績で生きている）にしようとする外科医が学会レベルではほとんどだったのだと思う。また決して多施設での共同臨床研究とはならないセクト主義も跋扈していた。ただ私には違和感が付きまとった。幸運にも当院には、

振り返れば何がある？

私が赴任する以前から放射線治療設備が整えられていたこともあり、患者へのメリットを考えたならこれを利用しない手はない、と当時の一般の外科医らしくなく手術侵襲をできるだけ抑えて術後成績を上げる治療法を選択して患者に勧めたのである。当初は普及し始めていた食道癌での術前放射線単独治療を始めたが、局所は治ったのに想像以上に術後遠隔転移が発生した。原因はおそらく、放射線療法中に局所の制御はされつつも全身の免疫力が低下し細胞レベルで遠隔転移を起こしてしまうのではないかと考えた。そして、放射線療法と同時に化学療法を組み合わせれば、あるいはそれをある程度抑制できるのではないかと、と。その後は手応えを感じ、術後合併症が増えるわけでもなかったので現在まで当科の標準治療として続けられている。そしてその手法を消化器癌の中でも放射線治療の有効な癌と言われていた下部直腸癌に対しても敷衍して行い始めたのである。根拠とした文献は米国の研究報告であったと記憶しているが、欧米人の思考は合理的であり、患者の利益を考えれば、「側方廓清」と称して局所を広範に取ることを金科玉条のように信奉していた日本の外科医と比べてどちらが理に適っているか、私には自明の理であった。この当科における下部直腸癌術前放射線化学療法の有意に良好な術後成績はいくつかの学会・論文でも発表してきており、現在でも当科の標準治療であり続けているが、全国的には普及の歩みが遅々としていることに驚きの念を禁じ得ない。その後ようやく実施された多施設共同研究でも、「側方廓清」のメリットが非常に限定的であることが示されたにも拘わらず、である。最近ではいくつかの大学病院を中心に当科と同様の良好な成績が示されており、認知度は相当高まっているのだが、日本の外科医の石（医師）頭ぶりには開いた口が塞がらない。

この中期の10年間では「教育、のため助手に回るが増えたので、手術執刀数は922件（消化器癌474件）と減少してきた。ちなみにここまでの20年間では手術執刀数2745件（消化器癌1105件）である。執刀数なのでもちろん、最終責任を負わなければならない立場であるとしても助手で入った手術件数を含んでいない。今後こういった境遇に置かれる外科医は時代的にもうあり得ないのではないだろうか、と正直思う。

4、最後の10年、病院管理職時代

ここからの10年に関しては副院長(平成12年から14年間)、臨床研修、医療安全、緩和ケア、看護基礎教育等、管理職としての仕事をいただき、様々なところに文章を書いてきたので改めて書くべきことは少ない。しかし、現役生活の終盤を外科医というよりも主に「教育者」(括弧付きの)として生きることになるとは全く予想していなかったし、神様も粋な計らいをするものだと感じる。というのも、ここまで自分が「人に教える、ことに嵌る

とは思わなかったからである。実際にやってみると、これらの一つ一つの仕事に集中できたし、面白くも感じさせてくれた。自分が最大限努力することで若者の成長を目の当たりにすることができる、それは幸せなことであり有り難いことでもあった。これまで何度か「運、について触れてきたが、運が良いのはやはり私の持って生まれた星なのだろうと思うこともあるが、中空を巡っている本来誰のものでもない「運、を自分に引き寄せているのは私自身のセンサー、言い換えれば好奇心なのかもしれない、とも思う。

運の話ついでに、最後に外科医としての運についても述べておく。この10年、外科の世界では大激変が巻き起こっていたのだが、ご存じの方々も多いだろう。いわゆる内視鏡下手術の急速な普及である。私のような旧来型の外科医に言わせれば、鏡視下手術は開腹下での手術とは似て非なるものである。もちろん患者の側からみて利点の方が多いから普及したのだが、術者の心構え、精神性の問題で言えば両者の間には背丈ほどのハードルが屹立していると感じるのだ。日本語が他国語と比べて圧倒的に豊富と言われている擬音語を使って従来の開腹手術を表現すると、「ぶわーっと開けて患部を取り必要なら再建してぶわーっと閉じる、となるのに対し、鏡視下手術は「じわーっと、にじり進む、イメージになる。長い鉗子を介しての手術操作なので、開腹手術で時間の短縮を稼ぐ左手の操作が使えないのだ。このような手術法における本質的な変貌は今後、外科医になろうとする人間のメンタリティそのものの変化へと影響を及ぼしていくとさえ思うのだが、私はちょうどその端境期に外科医としての最終盤を迎え、旧来型外科医のままキャリアを終えることができたのだ。

5、おわりに

30歳前後にフランスへ留学し、主にラボ(実験室)で仕事をして英字論文も数本書いた経験から、自分を高めるための挑戦だけではなく、対外的な挑戦、すなわちどんな小さなことでも良いから新しいことを発見し発信したいというマインドは常に持ち続けてきたつもりである。しかし、この小文にまとめた砂川でのモーレッツ外科医ぶりから想像していただければ有り難いのだが、論文などというものを書いている暇は全く無かった。おかげで、日本外科学会認定の指導医という資格(論文が必要)さえ「貰えず終い、になってしまったのである。ただそれも考えようによっては、自分がやってきたことに対する逆説的な勲章であると思えなくもない。

一方で、下に配属された若手外科医には例外なく、どんなに忙しくとも年に4回開催される外科系の地方会(北海道地域の学会)には発表してもらい、発表したからには論文にまとめることを課してきた。ちょうど私が赴任する少し前から、砂川市立病院医学雑誌という手頃な

投稿の場が設けられていたこともあったが、少しでも新しいこと、対外的にアピールできること、他の施設の外科医に知ってほしいことなどを活字にする習慣が臨床医にとっても必須の要素だと考えたからである。結果として、砂川市立病院医学雑誌を中心に、当院外科から寄せられた論文(私が主著者ではなくすべて共著論文として)は74編に及ぶ。ところがここ3年間、手術をしない私が口を出す環境ではなくなってから、院内や地元医師会関連での症例報告に偏ってしまい、北海道レベルでの発表自体が激減して論文に至っては1編も発表されていない事態となってしまった。残念なことではある。

症 例

メトトレキサートによる薬剤性肺障害の1例

A case of drug-induced pneumonitis due to methotrexate.

高橋 桂

Kei Takahashi

要 旨

関節リウマチ患者に伴う肺障害には、膠原病による間質性肺炎・胸膜病変、感染症、薬剤性肺障害など様々な病変があるが、近年、関節リウマチに対する治療が進歩しており、新規抗リウマチ薬による薬剤性肺障害への対応が重要となっている。症例は抗リウマチ薬治療開始から約半年後に呼吸苦を主訴に外来受診された。メトトレキサートによる薬剤性間質性肺炎と診断し、ステロイド治療にて改善を認めた。関節リウマチ治療中に合併する肺障害は早期診断、早期治療が予後を左右するため、慎重な対応が必要である。

Key words : Rheumatoid arthritis, Drug-induced pneumonitis, Methotrexate

【はじめに】

関節リウマチ患者に肺病変が出現した際、感染症、薬剤性肺障害、関節リウマチに伴う膠原病肺などを鑑別する必要がある。今回、抗リウマチ薬による薬剤性肺障害を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症 例】

患者：61歳女性

主訴：咳嗽、呼吸困難

現病歴：2012年6月に当院整形外科にて関節リウマチと診断され、メトトレキサート8mgが内服開始となった。その後、メトトレキサート12mgとプレドニゾロン5mgまで増量するも関節症状の改善なく、同年11月に抗TNF α 製剤のゴリムマブが追加開始された。2013年1月1日より乾性咳嗽、呼吸苦が出現した。症状は徐々に増悪し、呼吸困難となったため同年1月4日当科外来受診となった。

既往歴：関節リウマチ、てんかん、結核の既往なし

家族歴：特記事項なし

生活歴：喫煙歴なし、飲酒歴なし

ADL自立。最近の渡航歴なし。ペットは猫。

内服歴：メトトレキサート12mg/日、フォリアミン5mg/

日、プレドニゾロン5mg/日、セレコキシブ200mg/日、レバミピド200mg/日

入院時現症：身長162cm。体重60kg。体温35.2℃。呼吸数25/分。脈拍71/分、整。血圧105/59mmHg。SpO₂ 98%（リザーバーマスク10L/min）。意識清明。頸部リンパ節は触知せず、皮疹は認めない。呼吸音は両側下肺野にfine cracklesを聴取する。努力呼吸認める。心音に異常なし。腹部は平坦、軟で聴診上異常なし。両側下腿浮腫軽度。関節痛は両側の手関節に軽度疼痛あるのみ、明らかな関節腫脹なし。神経学的異常所見なし。

入院時検査所見：

〈血算〉白血球8900/ μ l、Hb 13.1g/dl、血小板22.4万/ μ 、赤沈58mm/1時間。

〈生化学〉随時血糖 124mg/dl、HbA1c(NGSP) 6.2%、TP 6.6g/dl、Alb 2.8g/dl、尿素窒素 10.0mg/dl、Cr 0.55mg/dl、総ビリルビン 0.72mg/dl、AST 39IU/l、ALT 11IU/l、LDH 849IU/l、ALP 335IU/l、 γ GTP 61IU/l、CK 55IU/l、Na 136mEq/l、K 3.3mEq/l、Cl 102mEq/l、Ca 8.2mg/dl、KL-6 1210U/ml、SP-D 567U/ml、 β Dグルカン 5.4pg/ml、プロカルシトニン 0.11ng/ml、RF 41.2IU/ml、IgG 1585mg/dl、IgA 552 mg/dl、IgM 72 mg/dl、IgE 21 mg/dl、C3 147 mg/dl、C4 21 mg/dl。〈免疫学的所見〉CRP 15.33mg/dl、抗核

抗体40倍未満、PR3-ANCA陰性、MPO-ANCA陰性、HIV PCR陰性、CMV HRP7陰性。

〈動脈血ガス(酸素10L/min投与下)〉pH 7.428、pO₂ 76.5mmHg、pCO₂ 38.8mmHg、HCO₃⁻ 25.2mEq/L、ABE 1.4、Lac 2.3。

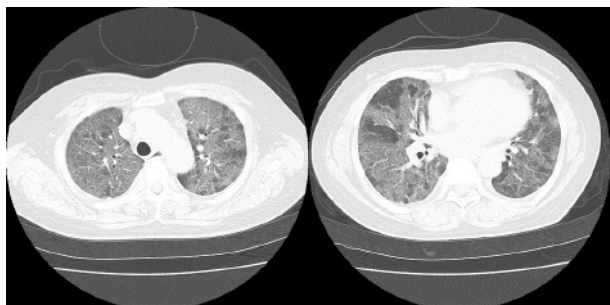
〈尿所見〉蛋白(-)、糖(-)、潜血(-)、尿中肺炎球菌抗原(-)、尿中レジオネラ抗原(-)、インフルエンザ迅速試験(-)。

〈喀痰〉グラム染色では菌体はほとんど見えず、培養は常在菌少量のみ。

〈胸部単純写真〉両側肺野全体にびまん性のスリガラス状陰影認める。CTR 50%。両側CP angle sharp。



〈胸部単純CT〉両側肺野にびまん性の斑状スリガラス状陰影、小葉中心性の網状影認める。



〈心電図〉HR 80、正常洞調律

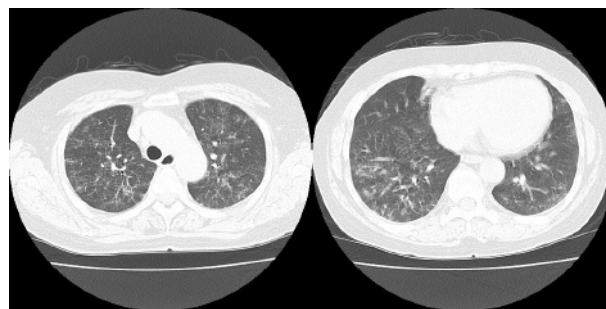
入院後経過：当科受診までの経過中に関節症状の増悪はなく、入院時の血液検査にてリウマチ因子上昇、赤沈亢進は認められず、リウマチに伴う膠原病肺は否定的と考えた。薬剤性肺障害、ニューモシスチス肺炎含む感染症の鑑別を進めると同時に、以下の治療を開始した。リザーバマスク10L/minで酸素投与継続しながら、ステロイドパルス療法：メチルプレドニゾロン1000mg/日×3日間、パズフロキサシン(PZFX)、ST合剤(12錠/日)にて治療開始とした。入院後、喀痰3回、胃液1回を抗酸菌塗抹・培養検査に提出し結核は否定した。第3病日には酸素5L/minでSpO₂ 95%となり、ステロイドパルス終了後は、第4病日よりプレドニゾロン1mg/kg/日(60mg/日)経口内服とした。第5病日には酸素投与量3L/minまで低下し、呼吸困難感、咳嗽の症状も軽減した。

第6病日、気管支肺胞洗浄施行した。

気管支肺胞洗浄液：

好中球15%、リンパ球5%、マクロファージ80%、CD4/CD8比2.51、グロコット染色(-)、ニューモシスチスPCR(-)、抗酸菌塗抹(-)

第9病日には酸素投与中止し、その後も呼吸状態の増悪なく経過した。同時点で胸部CTを再検したところ、両側肺野の間質陰影は著明な改善を認めていた。



気管支肺胞洗浄の結果からニューモシスチス肺炎は否定的と考え、ST合剤は予防投与量の1錠/日に、プレドニゾロンは20mg/週のペースで減量し、20mg/日まで減量したところで、第22病日退院となった。

【考 察】

関節リウマチ治療中の患者に肺炎の出現を認めた際、ニューモシスチス肺炎含む感染症、薬剤性肺障害、リウマチに伴う膠原病肺を鑑別することが重要である。本症例においては、まず、リウマチ症状の増悪はなく、血液検査所見からリウマチの活動性亢進は認められなかったため、膠原病肺は否定的と考えた。また、ゴリムマブ投与中の患者に陳旧性肺結核の再燃が報告されているため、連続3回の喀痰、胃液を検査したが、抗酸菌塗抹・培養はすべて陰性であり結核も否定的と考えた。感染症に関してはニューモシスチス肺炎(PCP)の鑑別が重要である。RA-PCPにおいてはHIV患者におけるPCPと異なり、菌体量が少ないため、βDグルカンが有意な上昇を示さない場合や、肺胞洗浄施行しても菌体が検出できない場合があり、鑑別が困難であることも多い。さらに、関節リウマチ患者に出現した肺病変においては、感染症、薬剤

性肺障害、膠原病肺はそれぞれ独立して存在する疾患ではなく、宿主が持つ異常な免疫反応が関与し、それぞれが重なって複雑な病態を形成していることも多いため、どの病態が主座にあるかを考慮していくことはその後の治療において重要であるが、鑑別は必ずしも容易ではない。本症例においてはβDグルカンの有意な上昇がなく、肺胞洗浄液のグロコット染色陰性、ニューモシスチスPCR陰性であったことからニューモシスチス肺炎を積極的に疑う所見はなく、またその他の感染症を疑う所見にも乏しかったため、薬剤性肺障害を第一に考えた。さらに、薬剤性肺障害の原因薬剤としては、メトトレキサートとゴリムマブを鑑別に挙げたが、抗TNFα製剤による間質性肺炎の報告は新規発症、既存の増悪ともにメトトレキサートと比較すると少なく、頻度からメトトレキサートを原因薬剤として考えた。しかし、ゴリムマブなどの新規生物学的製剤はデータ蓄積が不十分であり、また、メトトレキサートとの併用例も多いため直接の因果関係を判別することは難しく、ゴリムマブを原因薬剤として完全に否定することは非常に困難であると思われた。薬剤性肺障害の診断に関しては、ステロイドに対する反応が良好であった点もこれに矛盾しないと考えた。

メトトレキサート投与による薬剤性肺障害の機序としては、CD4+T cellの増加や肉芽腫性変化を伴う過敏性反応や薬剤の直接の細胞毒性などが原因と考えられている。肺障害の発症は75%が服用開始から半年以内であるが、数年から十数年をへての発症も散見される。容量には依存しないとされている。メトトレキサートによる薬剤性肺障害の診断に際してはKremerらの診断基準が参考にされるが、確立した診断基準は存在しない。そのため正確な発症頻度は決定しがたいが、日本人の関節リウマチ患者を対象とした薬剤性肺障害の調査であるIORRA研究ではその発症頻度を0.38%、Kinderらが英国で行なった調査ではその頻度を約1%と報告している。

メトトレキサートは関節リウマチ治療の中心となる治療薬である。本剤は高い有効率、継続率と関節破壊抑制効果を示し、さらに、生物学的製剤と併用することで関節破壊抑制効果が増強することが示されており、関節リウマチ治療におけるアンカードラッグとして支持されている。メトトレキサートは投与禁忌症例を除けば基本的には関節リウマチに対する第一選択薬であり、投与量は6mg/週から開始し、4～8週間経過をみて効果が不十分であれば増量する。副作用などの問題がなければ、16mg/週まで漸増することにより、治療効果は用量依存的に向上する。従来、わが国ではメトトレキサートの投与量は8mg/週が最高投与量となっていたが、2008年に日本リウマチ学会は本邦における関節リウマチ患者のコホート研究とメトトレキサート製造販売後調査のデータを解析し、「メトトレキサートは必要に応じて週16mgま

で増量することにより、RA治療の有効性は向上し、安全性には有意の変化は認められない」という報告書を厚生労働省に提出し、2011年には16mg/週までの使用が可能となった。欧米のガイドラインでは、投与量は10～15mg/週から開始し、有効性と安全性を考慮しながら25～30mg/週まで増量することが推奨されている。治療効果に用量依存性のあるメトトレキサートが高用量使用可能となったことで今後さらに関節リウマチの治療成績の向上を期待するところであるが、同時に高用量使用より新たな副作用が出現する可能性もあり注意が必要である。

関節リウマチ治療におけるアンカードラッグであるメトトレキサートやその他抗リウマチ薬を投与する際には適応を考慮し、また投与中はその副作用の出現を念頭に置いた問診や定期的な検査が重要であると思われた。

【結 語】

メトトレキサートによる薬剤性肺障害の1例を経験した。近年、新規抗リウマチ薬の導入により関節リウマチの治療成績が向上している一方で、これらの薬剤による副作用対策が重要となっている。副作用の一つである肺障害は早期診断、早期治療が予後を左右するため、関節リウマチ患者の診療においては肺病変の出現に注意する必要がある。

【参考文献】

- 1) Kinder AJ, et al. The treatment of inflammatory arthritis with methotrexate in clinical practice: treatment duration and incidence of adverse drug reactions. *Rheumatology*.2005;44:61
- 2) Shidara K, et al. Incidence of and risk factors for interstitial pneumonia in patients with rheumatoid arthritis in a large Japanese observational cohort, IORRA. *Mod Rheumatol*. 2010;20(3):280
- 3) MTXの週8mgを超えた使用の有効性と安全性に関する研究：日本の3つのRA患者のコホート (IORRA, REAL, NinJa) 研究. 日本リウマチ学会情報解析研究所
- 4) 薬剤性肺疾患の治療と進歩. 日内会誌96:1117～1122,2007
- 5) 関節リウマチ(RA)：診断と治療の進歩. 日内会誌101:2907～2913,2012
- 6) 関節リウマチ治療におけるメトトレキサート(MTX)診療ガイドライン第1版 (簡易版)

研究

直接授乳支援に対する実態調査

Factual investigation of direct suckling support

乙坂 恵美、大川 理恵、佐藤 明美、加藤 幸代

Megumi otosaka

Rie Okawa

Akemi Sato

Yukiyo Kato

要 旨

N I C Uにおいて直接授乳支援はかせないケアの一つである。しかし、それに対する不安や疑問を多くの看護師が抱いていた。そこでアンケート調査を行い、その結果教育プログラムの改善・産科病棟との連携・カンファレンスの充実など今後の課題を明確にすることができた。

Key words : direct suckling support、breast milk

I、はじめに

当病棟の新生児集中治療室（以下NICU）において患児のケアだけでなく母に対して授乳・搾乳の仕方など退院に向けて支援していくことがケアの一つとしてある。これまでは母と相談しながら看護師それぞれの知識や経験での関わりや、助産師の支援を受けながら試行錯誤でケアを行っていた。また近年N I C U入室患者数が減少傾向にあり、直接授乳支援の機会が少ない現状がある。「これでいいのかわからないから、いつも他の看護師に聞いている。」「前の勤務の時はどうであったかということ参考にしていて自信はない。」という声が聞かれていた。これらの言動から自信のないまま母に関わっている現状があると考えた。そこで看護師の母乳に対する知識や直接授乳支援に対して、どのような不安や疑問を持っているかを明らかにすること、そして今後の課題を明確にすることを目的に調査を行なった。

II、研究方法

- 1、研究期間：2012年8月～10月
- 2、研究対象：当院NICU勤務経験看護師12名
- 3、データ収集方法：質問紙による調査、面接法による調査

質問用紙内容：①乳汁生成Ⅰ期の理解②乳汁生成Ⅱ期の理解③乳汁生成Ⅲ期の理解④母乳栄養の利点について⑤

乳房について困難と感じた有無⑥抱き方で困難を感じた有無

面接法内容：表-2参照。

4、分析方法：質問内容結果を“はい”、“いいえ”を全体の何%か単純集計した。面接内容結果を同じ意味内容を分類しカテゴリー分けした。

5、倫理的配慮

アンケート、インタビューのデータは厳重に管理し個人が特定されないように配慮した。当院の看護部の倫理委員会に提出し、承認を得た。

III、結果

調査対象者は12名で、そのうちの10名から回答が得られた。(回収率83.3%)

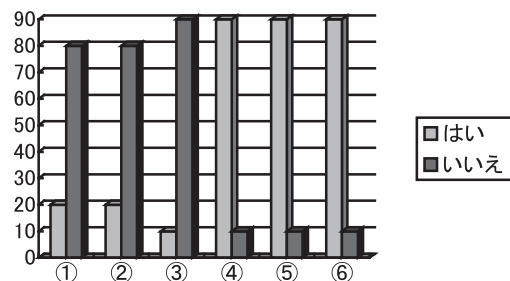


図-1 (アンケート結果)
乳汁生成の理解や母乳の利点について

インタビュー内容	カテゴリー
①どのようなことに気を付けて声をかけているか	【乳房について6】【母について4】【児の抱き方3】【情報収集2】【母乳の利点1】
②直接授乳支援時こまったことはあるか、その時どのように対処したか	【吸啜の仕方6】【児の体位3】【陥没乳首3】【乳首トラブル3】 【助産師・他スタッフに相談6】【母に確認1】【困った経験なし1】
③直接授乳支援時、嬉しかったことなどあるか	【母の様子3】【特になし3】【授乳量2】【陥没乳首での哺乳量2】【抱き方1】【苦痛な時間1】

表一 表二 (インタビュー結果)

IV、考 察

アンケート結果より、乳汁生成について理解している人は10%~20%と低いが、母乳の利点について理解している人は90%と多い。生理学的な理解度は低いが、母乳の利点は理解し、直接授乳支援時に困ったことを助産師に確認したり、他のスタッフに見てもらい、試行錯誤でケアしている現状もある。母乳育児支援ガイドライン(2010)によると「出産直後からの1~2週間は乳汁分泌を確立するきわめて重要な時期なので、乳児の効果的な吸啜により初乳・移行乳を確実に乳房から取り出すことが乳汁分泌増加を促す鍵になる」¹⁾と述べている。したがって母乳の利点の理解はできていても、乳汁生成の理解ができていないため、乳汁生成に一番大切な時期の関わりや具体的な説明ができていない可能性があると考えた。また、乳汁生成の理解ができていないため、乳汁分泌に必要な時期に自信をもって母と関わることができていない。それが情報提供の遅れ、消極的な関わりへとつながり母乳育児確立へつなげることができない現実となっていると考えた。以上からNICU教育プログラムにも乳汁分泌の仕組みや、母体のホルモン分泌の変化など取り入れていき、理解に努める必要があることが明らかとなった。

さらにアンケート結果より、直接授乳支援時困ったことのある体験を90%の人が持っていた。またインタビュー結果より②の困ったときの内容として【吸啜の仕方】【児の体位】【陥没乳頭】などがあげられ、対処方法としてほとんどが【助産師・他のスタッフに相談】と回答していた。瀬尾は「マニュアル通りの一律の対応ですべてがうまくいくわけではない。その時の状況に応じて適切だと思う方法を母親自身が選択できるように援助すれば、母親が自信を持つことができる」²⁾と述べている。直接授乳支援時で困難と感じた時は、産科病棟より助産師にも来てもらえる協力体制が整っており、疑問や不安に思ったことは解決することができていた。しかしそれを他の母に提供してもこれでいいのかと自信を持つこと

ができていない。また、その時の乳房の状態児の吸啜の状態などアセスメントし、さまざまなアプローチを行うことができるほど経験することができていない、自信を持って関わるアセスメント力を持っていないことも明らかとなった。今後も産科病棟と連携を継続していくと共に、定期的に学習会を開催し、産科病棟で直接授乳支援の実施をさせてもらうなどの機会を設け、技術や自信を身につける事が必要である。

インタビュー内容③の嬉しかった体験の有無で【母の様子】【特になし】が多くあげられた。また【特になし】と【苦痛な時間】と感じている人がいる事がわかった。母乳育児ガイドライン(2010)では「精神的サポートは母親が『自分自身や自分の気持ち大切にされている』、と感じるような支援である。看護者が母親の感情を受け止め、十分な情報を提供し、母親の選択を信頼することで母親はエンパワーされ自ら成長していく。」¹⁾と示している。母と関わった看護師が、母の喜びを共感しその喜びが次につながるよう支援していくことが必要である。しかし喜びを感じることができない原因として乳汁分泌・母体のホルモン分泌の理解不足、自信のなさが考えられる。基礎知識や技術を身につけていき、行なったケアを話し合い、良かったことなど他のスタッフが認めていくことによって、「よかったんだ」と思うことにつながると考える。ケアについてのカンファレンスを充実させ、体験談をみんなで共有し、振り返ることで次回への関わりの自信につながり、それが母の母乳育児の自信にもつながると考える。

V、今後の課題

- 1、NICU教育プログラムに乳汁分泌の仕組みや、母体のホルモン分泌の変化など取り入れていき、理解したうえで関わる必要がある。
- 2、産科病棟との連携を継続し、助産師による学習会や直接授乳支援の機会を設けていく。
- 3、母との関わりについてカンファレンスを充実させ、直接授乳支援の体験談をみんなで共有し、看護としての喜びを感じられるような環境づくりをする。

VI、引用文献

- 1) NICU入院した新生児のための母乳育児支援ガイドライン、日本新生児看護学会、日本助産学会平成22年4月。
- 2) コミュニケーション・スキル.UNICEF/WHO,赤ちゃんとお母さんにやさしい母乳育児支援ガイドベーシック・コース:「母乳育児成功のための10カ条」の実践.東京医学書院,2009,43-67.

研究

静脈注射テクニカルコースでの実践報告

～静脈注射をケアの視点で考える～

Practice report in the intravenous injection technical course

高橋 里佳
Rika Takahashi

大嶋 守
Mamoru Ohshima

要 旨

A病院では、平成20年よりジェネラリストの育成、スペシャリストへの道を施設内で開発・支援することを目的に院内認定テクニカルナース制度を設けている。静脈注射テクニカルコースでは「ケアの視点で静脈注射を考える」ことを教育目標に掲げ、約1年間の研修を行った。結果、事例レポートから受講生が、静脈注射をケアの視点で行うことの必要性を学ぶことができた経過と今後の課題を報告する。

Key words : intravenous injection、Florence Nightingale

I. はじめに

A病院では、平成20年よりジェネラリストの育成、スペシャリストへの道を施設内で開発・支援することを目的に院内認定テクニカルナース制度を設け受講者に終了証・認定証を交付している。認定看護師が中心となり現在（平成25年4月現在）8分野の院内認定テクニカルナースコースをつくり活動を展開している。

静脈注射テクニカルコースでは、看護師による静脈注射が「診療の補助行為」の範疇と解釈された平成14年以降、静脈注射スキルアップコース自主学習会を開催し、看護師に求められる知識・技術の習得を目指してきた。院内認定テクニカルナース制度が設けられ、静脈注射テクニカルコースでは新たな研修プログラム作成にあたり受講生に何を学び、何を習得してもらおうのか検討を重ねた。そこで「ケアの視点で静脈注射を考える」ことを教育目標に掲げた。課題である事例レポートを通じ、静脈注射をケアの視点で行う必要があることを受講生が学びとして得ることができたので実践経過を報告する。

II. 方 法

【用語の定義】

静脈注射テクニカルナース：看護部が定めた研修課程を修了し、院内認定を受けた看護師

【対象者】

クリニカルラダーレベルⅢ以上で、静脈注射に関心を持つ看護師 10名

【研修期間】 平成23年10月～平成24年11月

【研修内容】

研修は90分の講義を毎月開催し、計7回行った。講義内容と学習の目的を以下に記す。

①「F.ナイチンゲールKOMIケア理論で静脈注射を考える」ナイチンゲールの看護論と静脈注射の関連をイメージすることができる。

②「静脈注射に関する法と倫理」静脈注射における看護業務と法定責任を理解するとともに、医療技術を適用する際の行動と態度を学ぶ。「静脈の解剖」静脈注射に必要な解剖生理の基礎知識を学び、薬剤投与に必要な静脈をアセスメントできる。

③「感染管理」血流感染防止、針刺し防止、廃棄物の取り扱いについて学ぶ。「CVポートの管理」現在使用場面が増えているCVポートについての知識と看護上の注意点を学ぶ。「静脈注射における合併症」起こりうる合併症とその対策を学ぶ。

④「医療機器と医薬品の相互作用」院内で使用されている注射・輸液の使用器具の種類と構造を知り、医薬品との相互作用を知ると共に適切な選択と使用方法を学ぶ。

⑤「安全対策」看護手順・医療事故防止マニュアル遵

守の必要性からリスクマネジメントについて学ぶ。「静脈注射に関する薬剤知識」薬剤が人体に及ぼす影響、薬剤の適用、薬剤の種類を学ぶ。

⑥「ナースのためのアサーション」コミュニケーションスキルの基本を学び、ロールプレイングを通じて静脈注射の場面に必要なコミュニケーションスキルを考える

⑦「静脈注射のケアを考える」これまで学習してきた知識・技術をふまえ、静脈注射の場面におけるケアを考える。

上記のように静脈注射に必要な知識技術を習得するとともに、F.ナイチンゲールKOMIケア理論を初回および最終講義に行き、静脈注射はケアであるという意識を受講生に理解させるプログラムを組んだ。

講義終了後、演習、筆記試験、事例発表を行い各80%以上の得点で合格とした。

III. 事例展開の実際

以下に事例の一部を抜粋し紹介する

事例1.「点滴治療における必要な看護師の関わりについて」 整形外科 94歳 女性 大腿骨頸部骨折、術後脱水によるレベル低下あり補液開始となる

点滴開始で脱水は改善され、食事に栄養補助食品をつけることで低かったALBも一次的に改善がみられたが、尿路感染による発熱もあり、再度栄養不良状態となった。高齢で微熱が続いていたことから、体力が消耗し食欲低下へとつながったと思われる。点滴によるカロリーは200kcalと低く、脱水改善のためのものであり、栄養状態を整えるには低いと考えられる。F.ナイチンゲール¹⁾は「日に一度、あるいは週に1,2度しか患者に会わない医師たちには、患者自身や患者を常に観察している者の助けがない限り患者の食事に関する判断はつきません」と述べている。定期的にカンファレンスを施行し栄養補助食品を開始していたが、発熱や食事量減少といった患者の変化に基づき、必要摂取カロリーの再確認や点滴内容の検討はできていなかった。食事摂取量が減少していることを医師に伝え、点滴内容の検討を視野に入れるべきであったと思われる。点滴治療は医師の指示のもとのみで行われるものではなく、看護の視点から患者の栄養状態を整えるために何かできることはないか、患者をよく観察し、患者に合った方法で解決策を導き出すことが大切であると気付いた。

事例2「精神疾患を持つ患者のサブイレウスによる治療を行って学んだ"治療的環境"の必要性と今後の課題」

精神科 51歳 男性 躁うつ病、高次脳機能障害により記憶力・感情コントロール困難な患者がイレウスを発症。食事とおやつが毎日の楽しみであった患者に絶食・24時

間持続点滴を行うことになった。

点滴開始時は「何するの？まさかこれ？」など、驚きで説明した内容も忘れ再度同じ内容説明から始まり点滴を実施することになった。その後も「これ大丈夫？いつまでするの？手はどこに置いたらいいの？トイレの時は？」などの不安を表出され、今までとは変わった治療環境下で大きなストレスが生じていた。点滴中は少なくとも1日20回はナースコールがあった。しかし大声で痛み・空腹・制限をアピールすることは患者の持てる力とみなし、説明の徹底と頻回の観察を統一することで9日間の静脈注射をトラブル・自己抜針なく終了できた。F.ナイチンゲール²⁾は「自分がいようとしまいと、いつでも事がきちんと運ぶような手立てを整えておけるなら、患者はそういう心配を一切しなくてすむのです」と述べている。つまり、自分がいるときだけ十分なケアを提供できたとしても、自分がいなくなることで、それがされなくなるのだとしたら意味がないことで患者を混乱させることにつながるのだということだと思われる。話しても解らない・通じない・すぐ忘れるから説明を省くのではなく、治療を受ける患者が安心して治療を受けられるように、患者の思いに寄り添った関わりができたことでトラブルなく点滴治療を終えることができたと考える。

治療的環境づくりを作っていくのが看護師の役割であると認識した。

事例3.「F.ナイチンゲール理論を用いて考える小児科の点滴実施の看護～療養生活に目を向ける必要性への気づき～」 外来 1歳10カ月 男児 ウイルス性胃腸炎で外来点滴実施

小児の点滴実施の看護を通じ、点滴に関する一つ一つの行為は看護としての意味はあったが、金井³⁾は「看護とは『患者の日常生活の在り方のすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えていくことである』と述べている。帰宅後の療養生活を整えるということ考えた時、自分の看護に足りなかったものが見えてきた。母親への関わりについて振り返ると、F.ナイチンゲール⁴⁾は「患者に必要なだと自分が考えた看護の要点が一分一刻たりともおろそかにされることのないように、手筈を整えておく」ことが大切であると述べており、帰宅後に患児が自宅で受ける看護にも目を向けていく必要がある。しかし、自分たちは、帰宅後の療養、つまり換気的重要性や食事の選択、睡眠の確保、皮膚の清潔の保持などの方法について母親が抱えている不安や疑問に対しての情報収集すらせずに帰宅させていた。看護は病院で点滴を受けている間だけではなく、自宅での療養生活を整えることも視野に入れて実践していく必要がわかった。

IV. 研修の評価と今後の課題

静脈注射テクニカルナース研修に参加した受講生は、知識・技術を深めることを目標とした者が大半であった。研修初回に「F.ナイチンゲールKOMIケア理論で静脈注射を考える」との内容で講義を行ったことは、講義終了後のアンケートから「静脈注射をすることにナイチンゲール看護論というのは想像がつかなかったが、講義を聴き考え方が少し理解でき興味深かった」「細胞レベルまで考えてみると、ナイチンゲールの栄養ということから静脈注射についても関連性があるのだと感じた」「対象となる患者に今注射が必要なのか？どんな注射、どのくらい、いつまで、方法は？と全体像がケアの方法に関わってくるのだと分かった。」など、静脈注射をケアの視点で考えることへの動機づけになったと考える。

最終講義後のアンケートでは「静脈注射イコール技術と思っていたが、患者の立場・気持ちに配慮して行うことが大切だと実感した」「注射でもナイチンゲールの看護が結びつくのがわかった」「医療行為より看護としてとらえると、身近な援助と感じた」など、静脈注射におけるケアに対する考え方の変化が読み取れた。一方「他の事例に変わるとどのように考えてよいかわからなくなりそう」との不安もあることがわかった。

受講生の事例レポートから、医師の指示により静脈注射を漫然と実施するのではなく、そこに必要な看護を振り返ることができているのが読み取れた。すなわち患者を生活者として見つめ生活の処方箋を考えることができていた。一方で、静脈注射を通じ病気を見つめる力はまだ弱い。「病気を見つめる視点を持ち、アセスメントをすることでケアが見えてくる」ことに気づくことができた受講生もいたが、そこまで考えた事例展開ができた研修生は一部であり、これを強化していくことが今後の課題となる。静脈注射を医師の指示で行うのみでなく、患者の持つ病気を看護師が理解し、病気をケアの視点で見つめることにより、患者の必要とするケアが分かり生活の処方箋を描くことができると考える。

本研修を通じ「静脈注射はケアである」ことを言い続けてきたものの、理解を深めてもらうためには、どのように教育・指導することが効果的であるか、初めての取り組みは研修担当者も悩み、試行錯誤の繰り返しであった。事例発表会には多数の看護師が参加し、「静脈注射の事例をどのようにまとめるのか疑問であったが、看護が語られており参考になった」…など意識の高さを感じた。今後は研修担当者自身が静脈注射をケアの視点で考えることへのスキルを高め、院内教育につなげたいと考える。

【引用・参考文献】

- 1) F.ナイチンゲール：看護覚え書，第3版，うぶすな書院，P85，1997
- 2) F.ナイチンゲール：看護覚え書，普及版，うぶすな書院，P207，1998
- 3) 金井ひとえ：実践を創る新看護論，現代社，第1版，P59，2012
- 4) F.ナイチンゲール：看護覚え書，現代社，P54，1997

研究

患者と医療スタッフに「安全」「安心」で快適な環境の提供活動 ～環境の見直しと向上をはかる（5SとKYTの視点で）～

I provide the environment that medical staff relief safe. And is comfortable with patient
～I plan environmental review and improvement (In a viewpoint of 5S and KYT)～

三土 智恵子
Chieko Mituchi

長島 明美
Akemi Nagasima

要 旨

病棟ラウンドは・患者にとって安全な療養環境の提供が行われているか、・患者にとって快適な療養環境の提供が行われているか、・働く職員にとって安全かつ快適な労働環境の提供が行われているか、を管理者自らの目で確認することである。患者への質の高いサービスの提供のためには、職員の労働環境と患者の療養環境が快適であることが必要である。当病棟も病棟目標（資料1）を「安全で安心できる療養環境をつくります」と掲げ、病棟品質管理のため、病棟ラウンドを行っている。今回は5SとKYTの視点で「環境」を見直し、整備方法を「見える化」し病棟のスタッフ全員参加で病棟の環境改善を図った。

Key words : Relief Security Comfortable environment

はじめに

平成24年4月、病棟師長となった筆者は「消化器内科」「血液内科」病棟のため、感染防止対策が徹底していると考えていた。しかし『クリーンルーム』には開封日のわからない医療器材、埃のかかった戸棚、使用していない古いオゾン消毒機器。また患者療養では空調調整が不完全で室温は30℃、クリーンルームのドアを開放しながら温度調整をしていた。清掃はすべて病棟の看護助手が実施。一般病室は埃が目に見えるほど。患者が自室の掃除をする場面があったと報告を受けた。またナースステーションは物が雑然とし、物品の整理、マニュアルを含め管理が不十分と感じた。また、病棟のインシデントは患者に問題がないから話合わないという風土でリスクカンファレンスも実施されていなかった。2つのモジュール毎に業務方法が違い、チーム間の協力体制はなく、作業効率が悪い状況であった。看護スタッフ間の会話の少なさも気になった。感染防止、医療安全の視点から快適な療養環境、職場環境とは言えなかった。病棟目標「安全、安心できる療養環境をめざす活動」の一つとして、環境と医療安全の改善が必要と考え「5S・KYT」を中心にQC活動に取り組んだ。

I 目的

感染防止、医療安全の視点から快適な療養環境、職場環境づくり。

II 方法

1. 期間：平成24年5月～平成25年3月
2. 対象：6階東病棟 看護師 看護助手
3. 実施方法：
 - 1) フィッシュボーンによる原因究明（資料2）と現状把握
 - 2) 病棟目標達成のため5SとKYT活動について共通理解し、具体的な活動方法の周知。
 - 3) 医療安全・感染対策室との病棟ラウンドによる課題の把握と協力体制と外部業者との交渉
 - 4) スタッフのグループ担当者による5S、KYT活動と「整理・整頓KYTチェックシート」（以下SSKシート）によるグループごとの環境チェック
 - 5) チェック表の点数化と発表（見える化）をして優秀グループに表彰状
 - 6) 病棟目標の達成度を看護師アンケートにて評価、活動目標の達成度を図る。

III 結果

1. 原因究明 (資料2)

2. 現状把握

1) 一般病室は外部業者に委託していたが、クリーンルームと準クリーンルームの床掃除、トイレ、洗面所、上拭きは病棟の看護助手が担当し、毎日(土日含む)(入院患者が多い場合には1時間以上)を費やしていた。その為、一般病棟の清掃に十分手が回らない状況と考えられた。

2) 看護師自身の職場環境について意識調査を使用し調査を行なった:(資料3)

『職場に不要な書類は置かれていない』『必要な書類はすぐ取り出せる』『業務手順は標準化されている』『ゴミ箱の外側・周囲が汚れていない』『受付カウンターに不要なものがおかれていない』『ナースステーションの掲示は整頓されている』『廊下に不要なものが置かれていない』の7項目に対して「出来ていない」との意見が多かった。スタッフは問題に気づいているが対応や管理はされていない状況であった。

3) 院内感染担当者にラウンドを依頼し感染上の検討課題と清掃問題の指導をうけた。

4) 目標値の設定

目標(1) 看護スタッフが安全・安心な環境に関心を持つ 目標(2) 病棟内の整理整頓で業務改善と効率化(トラブルと無駄をはぶいて気分よく) 目標(3) 清掃方法と担当者の見直しをはかり、看護助手の業務効率化をはかる。

5) 活動内容

目標(1) に対して

①「5S・KYT」活動の理解を得るために部署会議にて師長から看護師、看護助手、ナースエイドに対して説明を行う。(資料4)

②スタッフを12グループに分け協力体制と全員参加の意識付け(資料5)

③チェック表は「変化」は点数化する。「見える化」(資料6)

④評価月は年間4回とする。(6月、9月、12月、2月)第3木曜日までに集計し、部署会議にて評価発表する。

(資料7)

⑤活動努力に対して「表彰状」とプレゼント授与を実施。(資料8)・ネーミングは各評価グループが相互に行う。

⑥看護師・看護助手は朝のラウンド時に環境整備と上拭きを行う。(担当NSが挨拶中に他のNSが実施)・患者の病室環境に手と目で関心を持つ事・何処に汚れがあるのか看護師自身で確認する事

目標(2) 病棟内の物品の整理整頓で業務改善と時間の効率化(トラブルと無駄をはぶいて快適な状態にする)

①古い資料、旧病院の資料、重複資料の廃棄とマニユ

ルの見直し

②内服整理方法の見直し(モジュール間での違いを修正し、統一化)

③清掃方法と担当者の見直しをはかり、看護助手の業務効率化をはかる。

・クリーンルーム清掃方法を見直し(エビデンスを確認し、管理基準と清掃マニュアルを修正)

・看護助手の現状清掃方法の時間や方法を見直し、無駄を省く。

・入室管理基準と清掃方法の手順作成(病棟基準)

・清掃作業を外注業者へ依頼する。(清掃担当者用のマニュアル作成)

6. 活動評価

目標(1) について。

病室清掃は平成24年5月から平成25年3月まで看護師が中心に実施した。受持ち看護師は朝のラウンド時に患者の物品の整理整頓、ピクトグラムの確認。ラダー研修時、「看護管理」として床頭台の物品整理をテーマに取り組み、現在はスタッフに定着した。看護師は看護助手に前日から清掃や保清を依頼する等、連携がスムーズになり無駄のない協力体制がとれている。結果、病室に埃はなく、廊下の整理整頓がされ安全な療養環境になった。患者、家族からの不満は聞かれていない。・クリーンルームの空調設備については「施設係」へ再度依頼し、施設的な問題箇所が見つかり、修繕した事で、空調コントロールが正常化し、患者の療養環境は改善した。

目標(2) について

何が必要か不要なのか、「検査マニュアル」等はスタッフ自身で判別し、廃棄処分を徹底した。無駄な書類がなくなったことで古いマニュアル内容の見直しの必要性をスタッフが自覚し、主任が中心になり、検査手順の見直し、修正を全員で行うことが出来た。スタッフ同士で協力して5Sに取り組みことで会話も多くなり、自分たちで実行、評価する事で病棟内の変化を実感できた。スタッフ間での意見交換が活発になり、病棟内での小さなインシデントもカンファレンスで、不安や心配を話しあえる場ができた。現在は中堅NSが若いNSと一緒にラウンドしKYTの視点で一緒に確認するようになり、「患者の安全」の為に協力する行動変化が認められた。

目標(3) について。

「CDCガイドライン」に準じてエビデンスのない過剰な清掃は排除した。感染担当師長の仲介で美装業者担当者と直接打ち合わせ、看護助手によるクリーンルームの清掃を外注業者に委託することが出来た。その為、清掃時間の短縮により、看護助手は患者の保清や一般病室の環境整備に時間をかけることができ業務改善になった。また、看護チームの一員として自覚が芽生え、自ら看護師に声をかけるなど協力的になった。3月に「病棟目標

患者と医療スタッフに「安全」「安心」で快適な環境の提供活動

に関する」看護師アンケートを実施した。(資料9) 病棟目標2小項目①「業務改善」は87%が②「5S・KYT」活動69%小項目③「インシデント」54%ができた・ほぼできたと評価している。病棟目標3小項目①「モジュール内で協力体制をとり、円滑な業務を目指します」の評価は85%が達成できたと評価し、スタッフ間の協力体制が改善された。病棟目標大項目2「安全で、安心できる療養環境を作ります」の評価は約70%が達成できたと評価した。

スタッフの手と目と心を使い、部署の整理、整頓作業をすることで作業しやすい環境を自分たちで改善、点検し、共同作業でスタッフ間のコミュニケーションは向上した。不安や不満を話せる安全な職場風土になったことが評価につながっていると考える。

IV 結 論

1. 病棟環境を5SとKYTの視点で見直し活動することで患者の療養環境が向上した。
2. 看護業務の効率化、コミュニケーションの向上に5SKYT活動は有効である。

おわりに

病棟目標の達成のために、まずは「人」づくりと考え、看護師自身が5SとKYT活動を納得したうえでQC活動を直接的な清掃を実行した。なんで“こんなことを”という看護師の不満も聞こえたが、環境整備を通じて11ヶ月も過ぎると、スタッフステーションには不用品はなくなり、自然な動作で患者の療養環境への「気配り」と「管理」が出来てきた。活動以前のスタッフ同士の不満言動も減少し職場風土や環境は改善された。今後の課題として、看護師アンケートで「退院支援」「KOMIケア」については「出来ていない」と自己評価し次の課題を見つけることが出来ている。今後は看護師本来の役割をはたすため、病棟目標「患者の持てる力を重視した看護」の実践に重点をおき、看護ケアを提供するため、次の「看護ケア環境」の改善を目指す。

引用文献

- 1) 高橋 昭男 病院5Sの進め方 JPMソリューション
2008 P36-P41 P139

参考文献

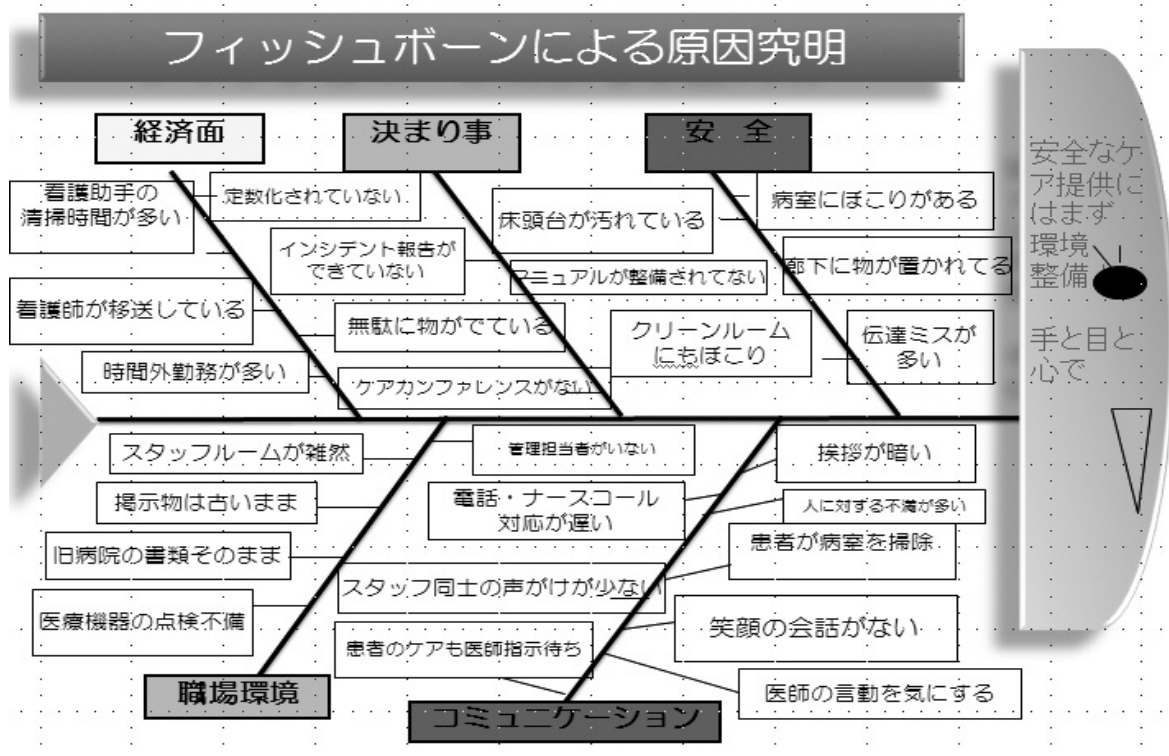
- 1) 高橋 弘枝 ラウンド病棟管理の着眼点 日総研 出版
2012
- 2) 松下由美子 杉山良子 小林美雪 医療安全 ナーシング
グラフィカEX メディカ出版2010 P71-P74
- 2) 奥住 捷子 小栗豊子 臨床微生物の基礎知識 2009
- 3) 多羅尾美智代 看護への想い やりがい
人づくり 産労総合研究所 経営書院
2006

資料 1

平成24年度 6階東病棟 病棟目標

1. 患者の持てる力を重視した看護を実践します。
 - ① 患者。家族の思いを傾聴し、誠実な対応をします。
 - ② 受け持ち看護師として患者さんの持てる力を引き出し、生活環境を整える支援をします。
 - ③ カンファレンスを行い、KOMIケアの実施を見直します。
 - ④ ケアの充実と在宅療養への支援を行い、タイムリーに退院調整を行います。
2. 安全で、安心できる療養環境を作ります。
 - ① 看護師は最適な入院治療、療養環境を目指し、人、物、金、時間、情報を効率よく使います。
(業務改善)
 - ② 患者さんと医療スタッフに安全で快適な環境を目指します。(5S・KYT活動・感染防止)
 - ③ インシデント発生後の対応強化し(インシデントを振り返り、カンファレンス、看護計画の見直し)一連のプロセスを全員が行います。
3. 医療チームの一員としての役割を果たします。
 - ① 常にモジュール間で協力体制をとり、円滑な業務を目指します。
 - ② リンクナースは役割を自覚して病棟で「見える活動」を行います。
 - ③ スタッフ同士の情報伝達とコミュニケーションを円滑に行います。
4. 自らの成長、発達を目指し、専門職としての役割を果たします。
 - ① 適切なラダーの院内研修や院外研修を受け業務に反映します。
 - ② 常に身体と心の調子を整え、ライフワークバランスを図ります。
 - ③ 超過勤務の見直しを行い、いきいきした生活の充実を図ります。

資料 2



資料 3

「質問 6階東病棟の職場の5Sをチェックしてみてください。」「5つ以上は問題です」

- 職場に不要な書類が置かれていない
- 受付カウンターに不要なものが置かれていない
- 必要な書類はすぐに取り出せる
- 業務手順は標準化されている
- ごみ箱の外側、周囲が汚れていない。
- 不要な掲示物は貼られていない
- 廊下に不要なものは置かれていない
- 掲示する場所が決められている
- 未使用の医療機器が職場に置かれていない
- ナースステーションの掲示は整頓されている

資料4

用語の定義

5S

整理：必要なものと不要なものを分け、不要なものを捨てる

整頓：必要な物がすぐに取り出せるように置き場所、置き方を決め、表示を確実に行う

清掃：掃除をしておみ、汚れのないきれいな状態にすると同時に細部まで点検すること

清潔：整理・整頓・清掃を徹底、実行し、汚れのないきれいな状態を維持すること

しつけ：決められたことを、決められたとおりに実行できるよう習慣づけること

KYT：危険K・予知Y・トレーニングT

5S効果・・・職場改善の原則

1. スタッフは作業を効率的に行える
2. スタッフは気持ちよく仕事ができる
3. 医療安全に対するリスクの低減に役立つ
4. 患者さんに感動を与える

「評価レベル」

レベル5：他部署に推奨できる状態

レベル4：上手く運営管理されている状態

レベル3：日常業務に差し支えない状態

レベル2：一部改善が必要な状態

レベル1：抜本的な改善が必要な状態

資料5 「5S&KYT 活動担当（清掃は全員が行うこと）」

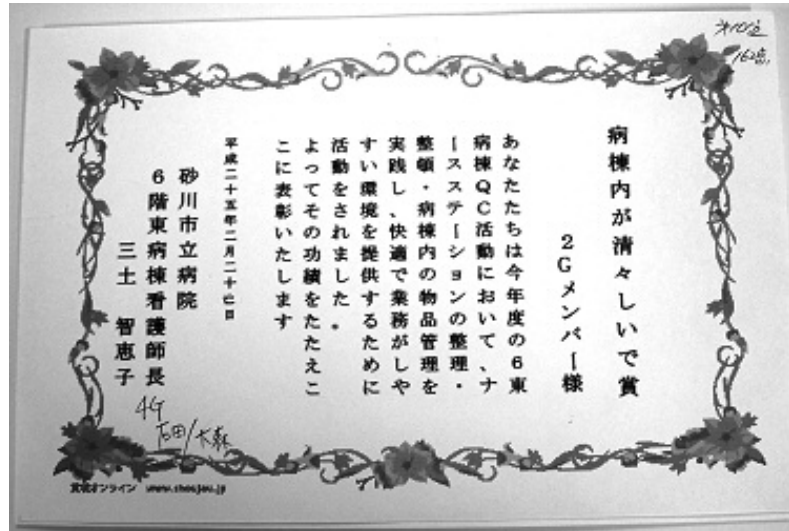
担当者	担当場所	主な活動	期日
1 保坂：谷口： 三土	処置室：6階東病棟管理基準 テーブル・机上・カンファレンス室・面談室デスク	新人・新任者にオリエンテーションが出来る基準作り テーブル上・帰りはPCのみが目標	
2 松村：工藤 (奈)	Aモジュール 書類管理	必要・不要の区別と処分。明確な表記	
3 石田：大森	Bモジュール 書類管理	必要・不要の区別と処分。明確な表記	
4 本間：渡邊	Bモジュール 書類管理	必要・不要の区別と処分。明確な表記	
5 内藤：平松	書棚1：書棚2	常に清潔と台上に不要なものを置かない。	
6 飯尾：栗田	内服薬保管整理	散剤保管状態を改善。 氏名や薬は安全な保管と管理	
7 佐藤：平田	保管棚と処置用ワゴン	棚の上にものを置かない。 引き出しの中も整理整頓	
8 原田：河合 小国	カウンターとパソコン	カウンターは受付です。不要なものは置かない。帰りはPCと充電機器のみ	
9 増子：石塚	掲示板とピクトグラム	各モジュールの部屋の整理・整頓とピクトグラムの適正な表記を管理 掲示板に無駄なものがなく、整理されている	
10 中田：工藤 (菜)	スタッフルーム 冷蔵庫・床・椅子ほか	スタッフが気持ちよく過ごせる環境に。使用者はきれいに拭きましょう。 外も中も清潔に	
11 高野：看護助手	病室・冷蔵庫・保冷库・製氷機・ゴミ箱と周囲・壁・椅子・その他医療機器		

資料6 「整理・整頓・KYTチェックシート (SSKシート)」

整理・整頓・KYTチェックシート (SSKシート)						実施 年 月 日		
対象箇所：1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12						担当者：		
項目	NO	チェック項目	評価					備考
整理	1	対象箇所の周辺・床に不用品はないか	1	2	3	4	5	
	2	対象箇所内に不用品はないか	1	2	3	4	5	
	3	ものの量は適切か、多すぎることはないか	1	2	3	4	5	
	4	整理は定期的実施されているか	1	2	3	4	5	
整頓	5	ものの置き場所は決定させているか	1	2	3	4	5	
	6	物の表示はしているか	1	2	3	4	5	
	7	置き場所には表示がされているか	1	2	3	4	5	
	8	表示のはがれはないか	1	2	3	4	5	
	9	置き場所は平行直角が実施されているか	1	2	3	4	5	
	10	取り出しやすい置き方がされているか	1	2	3	4	5	
進め方 (躰)	11	5S担当者の表示がされているか	1	2	3	4	5	
	12	整頓のルールは決めているか(場所ごと)	1	2	3	4	5	
	13	5Sへの取組みは全員参加で実施できているか	1	2	3	4	5	
	14	創意工夫をしたところはあるか	1	2	3	4	5	
	15	実行計画に対する進捗状況は適切か	1	2	3	4	5	
	16	院内マニュアルに準じて作業している	1	2	3	4	5	
KYTの 視点で チェック	17	作業後に清掃が適切に行われているか?	1	2	3	4	5	
	18	作業上、置かれている物が邪魔・危険な状況がないか	1	2	3	4	5	
	19	埃や汚染している状況はないか	1	2	3	4	5	
	20	個人情報資料はプライバシーの配慮がされているか?	1	2	3	4	5	
合計点								
その他 気がついた点、気になる点や疑問など意見記入欄								

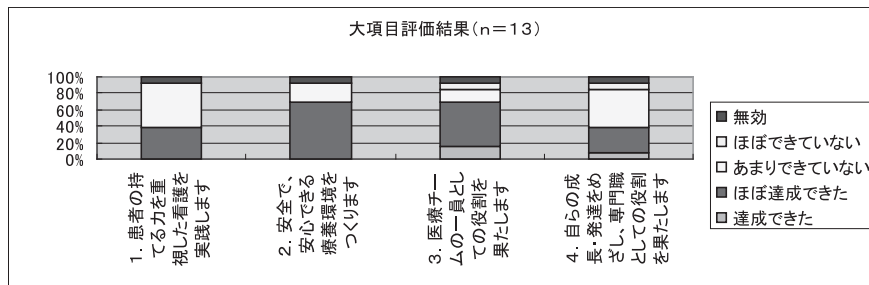
資料7 「5S・KYT活動総合発表」と資料8「表彰状」

総合結果3回合計 (300点満点)		
第1位	6G	215点
第2位	3G	213点
第3位	8G	202点
第4位	5G	188点
第5位	1G	187点
第6位	9G	182点
第7位	11G	179点
第8位	7G	178点
第8位	10G	178点
第9位	12G	167点
第10位	2G	162点
第11位	4G	147点

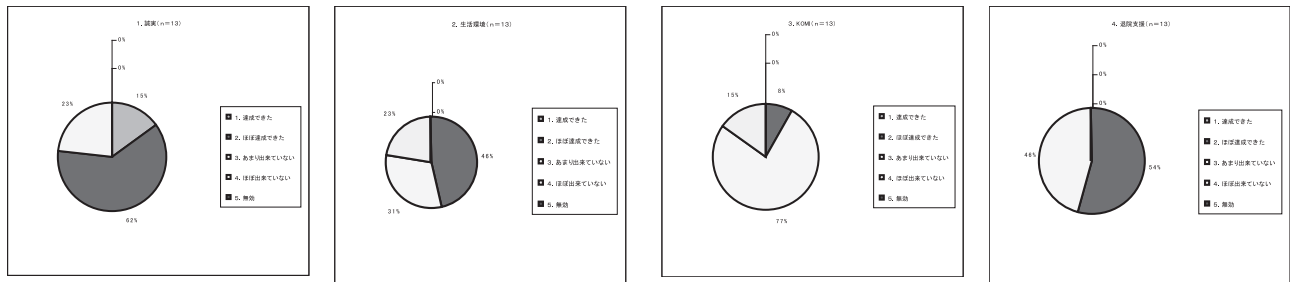


資料9 平成24年度病棟目標評価

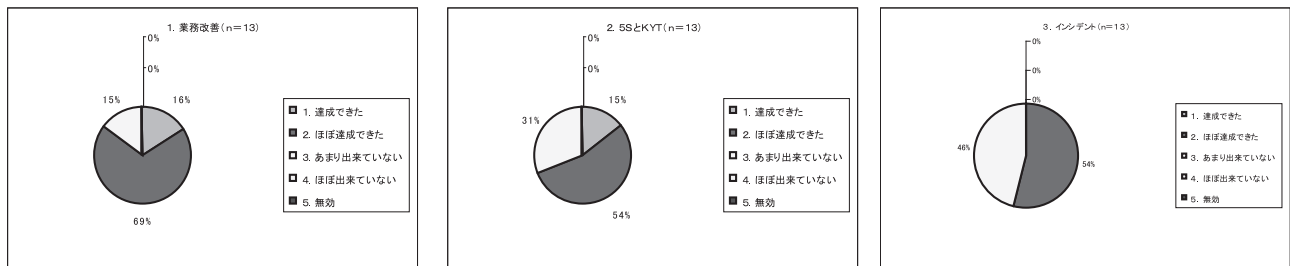
病棟目標 大項目評価結果



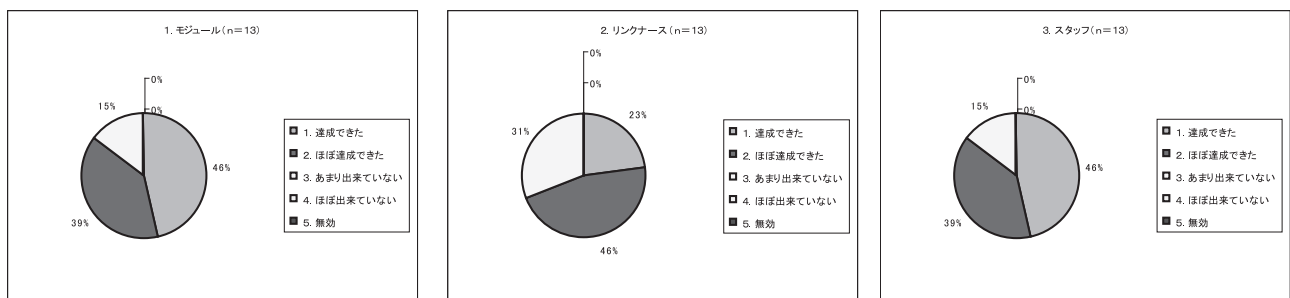
病棟目標1に対する小項目評価結果 (4項目)



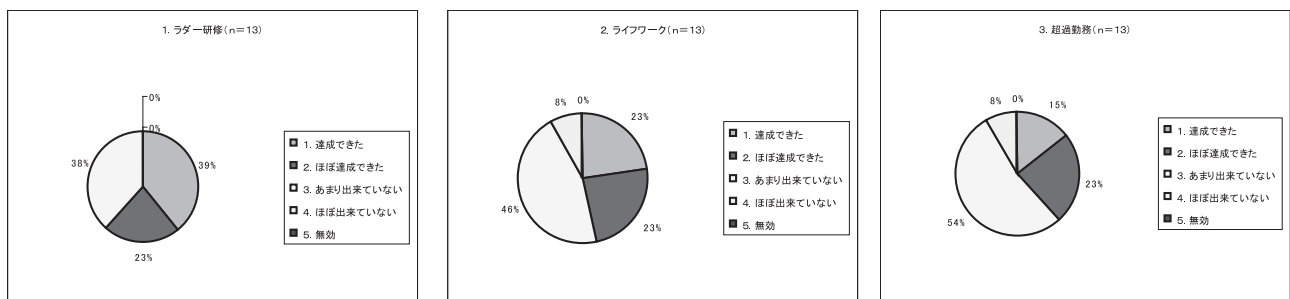
病棟目標2に対する小項目評価結果 (3項目)



病棟目標3に対する小項目評価結果 (3項目)



病棟目標4に対する小項目評価結果 (3項目)



研究

KOMIケア理論の清潔看護技術への適応とその効果

The adaptation and its effect to the clean nursing art of KOMI care theory

高野 美奈子
Minako Takano

伊藤 ひろみ
Hiromi Ito

要 旨

本研究の目的は、クリニカルラダーⅡKOMIケア理論研修において事例学習にケアの視点で病気を見つめ、身体の清潔を看護で解く研修を取り入れたことで清潔技術にどのような変化が見られたのか調査することである。対象は、クリニカルラダーⅡの看護師21名で平均年齢は23歳である。KOMIケアを取り入れた清潔看護技術の実際では、〈患者と相談し希望を取り入れた援助〉〈実施、援助方法の判断が適切かの観察〉〈生命の方向性を判断した上でのケア技術の決定〉〈患者にとって害の少ない、体力の消耗に配慮した援助〉〈爽快感、リラックス効果のある技術〉〈持てる力を活用した援助〉〈家族の参加、家族ケアを取り入れた援助〉などの援助がおこなわれ7つのカテゴリーが示された。以上の結果からKOMIケア理論を清潔技術に取り入れることで回復の促進につながる援助が実践されることが明らかになった。

Key words : KOMI care theory, Potential, Clean care technology, Continued education, Illness is gazed at from the viewpoint of a care.

Ⅰ. はじめに

A病院では、2003年よりFNKOMIケア理論を導入し、患者によりよい看護を提供しようと生活過程を整えるケアを実践している。看護部は、各クリニカルラダーにFNKOMIケア理論研修を取り入れ、段階的に継続教育を行うことで看護の質の改善に取り組んでいる。新人看護師は、1年間の研修でFNKOMIケア理論を学び、一通り記録システムを展開することができるようになる。しかし、FNKOMIケア理論に基づいてひとつひとつのケアを実践することに至っていないという実態がみられた。今回2年目の看護師に対し、事例学習にケアの視点で病気を見つめ、身体の清潔を看護で解く研修を取り入れたことで清潔看護技術と病気とのつながりに変化がみられたので報告する。

Ⅱ. 方法

1. 対象

対象は、クリニカルラダーⅡの看護師21名で平均年齢

は23歳である。

2. 研修内容

①受持ち患者の疾患についてケアの視点で病気を見つめるストーリーを描く。②“からだの清潔を看護で解く”を講義・自己学習する。③清潔看護技術のプロセスにそって実践し事例展開をする。④行った看護の評価を行う。⑤今回の研修の学びをレポートにまとめる。

3. 調査方法・期間

平成24年7月～9月に実践した清潔のケア技術を抄録としてまとめた事例を分析する。

4. 倫理的配慮

本研究は、看護部の倫理委員会に申請し承認を得た。ラダーⅡの研修生には、研究の趣旨説明とともに協力を依頼し、研究の同意を得た。研究目的以外には使用しないこと、研究過程において個人が特定されないことを説明し、プライバシーの保護に努めることを約束した。

5. 分析方法

FNKOMIケア展開事例の抄録は、清潔看護技術を行うときに①どの情報、事実に着目したのか②清潔の看護

技術を行うときに予測したこと③清潔看護技術を行うときのケア判断について記録のひとつの意味を一記録単位として読み取って内容を分類した。複数の質的研究の経験者と意味内容を分析しカテゴリーを形成した。

III. 結果

清潔看護技術を適応する時にどの情報、事実に着目したのか、清潔の看護技術を行うときに予測したこと、清潔看護技術を行うときのケア判断について分析した。カテゴリーは〈 〉、サブカテゴリーは《 》、データの記述は「 」で示す。

清潔看護技術を適応する時にどの情報、事実に着目したのかでは、〈全身状態の悪化に伴う患者への苦痛と生活への影響〉〈疾患や治療でコミュニケーションが取れない〉〈皮膚の性状や生理機能と褥創への発展の可能性〉〈抑制や治療、症状による生活の制限〉〈患者の持てる力を探している〉という5つのカテゴリーが見出された。〈全身状態の悪化に伴う患者への苦痛と生活への影響〉では、サブカテゴリーとして《身体的苦痛による生活の制限》《目に見えない身体的苦痛》《発熱や失禁を見て易感染を考えている》《全身状態の悪化からの苦痛表情》などがあり、「血圧低下と下肢の浮腫、発熱による全身倦怠感が持続している」「腹膜転移、腹水貯留があり腹が張って辛い苦痛表情がある」という記録からも身体症状と生活への影響について着目している。〈疾患や治療でコミュニケーションが取れない〉では3つのサブカテゴリーとして《読み取ることのできない訴えをケアで補いたい》《自分の考えや思いを伝える事が出来る》《会話できないことによるストレス》などがあり、「失語症があり、長い文は理解するのに時間がかかり、患者がいらいらしてしまうこともある」「失語症や気管切開によりコミュニケーションが取れないことで患者にストレスを感じさせてしまうことに着目していた。〈皮膚の性状や生理機能と褥創への発展の可能性〉では、3つのサブカテゴリーとして《褥瘡を改善させる皮膚の機能》《皮膚の性状の変化、皮膚の生理機能》《皮膚の生理機能への悪影響》が見出されている。「全身の皮膚が脆弱傾向であり、皮膚の変色や剥離が認められた」という記録からも全身状態の悪化に伴う皮膚の変化を観察し清潔看護技術で改善を図ろうと着目している。〈抑制や治療、症状による生活の制限〉では4つのサブカテゴリーとして《抑制が身体的苦痛になっていることに着目》《行動が制限されていることに着目》《治療に伴う生活の制限》《高次機能障害と生活動作の見守り》が示された。「安全確保のため抑制をしているためもてる力を活用する機会が少なかった」ということから抑制や治療、症状による長期間の生活の制限のため患者に苦痛を与えていることに着目している。〈患者の持てる力を探している〉では4つのサブカテゴリーとして《自らしたいとい

う持てる力を読み取っている》《入院前の生活習慣をみている》《回復のタイミングに合った持てる力》《良くなりたいたいという気持ちを支えようとしている》が示された。「入院前はほぼ毎日入浴されていた」「自分でできることはやらなきゃと意欲的に動く姿が見られる」という記録からも入院前の生活習慣や患者の回復したいという気持ちを受け止めて持てる力として着目している。

清潔のケアを行うときにどのようなことを予測しているのかでは、〈全身状態の悪化に伴う免疫力の低下、褥瘡、易感染状態への懸念〉〈痛み、抑制、安静など生活の制限のための精神的苦痛〉〈失語や気管切開により会話ができないストレス〉〈創傷の回復の促進への影響〉〈清潔ケア技術における効果の期待〉などの5つのカテゴリーが抽出された。〈全身状態の悪化に伴う免疫力の低下、褥瘡、易感染状態への懸念〉では「低栄養状態、貧血、長期間の抗がん剤治療により免疫力が低下している」「臥床時間が長いことやオムツ着用・失禁による褥創、感染の危険がある」という記録から全身状態の変化による症状の悪化や合併症の発生の恐れがあることを予測している。〈痛み、抑制、安静など生活の制限のための精神的苦痛〉では「安静による日に日に落ちる体力の低下、ADLが狭まってくる状況に強い落ち込みがあり、生活する意欲の低下や無気力となる可能性がある」という記録からも生活の制限が患者の体力を低下させることで回復への意欲に影響が出てくることを予測している。〈失語や気管切開により会話ができないストレス〉では「気管切開によりコミュニケーションがとれず意思疎通の面でも精神的ストレスを感じている」という記録からもコミュニケーションを取れないことが患者のストレスとなることを予測している。〈創傷の回復の促進への影響〉では「精神的に落ち込むことによって創傷の治癒を遅延させてしまうことが考えられる」という記録からも精神的な落ち込みが術後の回復に悪影響を与えてしまうことを予測している。〈清潔ケア技術における効果の期待〉では「清潔による適度な疲労感で食事を少しでも食べることができるようになりたい」という記録からも清潔看護技術を行うことで他の日常生活への良い影響があると予測している。

病気の視点をどのようにケアに取り入れたのかでは、〈リラックス効果で症状の緩和に働きかける〉〈神経系や免疫力に働きかける〉〈創傷治癒の促進を図る〉〈脳内ホルモンに働きかける〉など4つのカテゴリーにおいてケアの視点で病気を見つめていたことがわかった。〈リラックス効果で症状の緩和に働きかける〉では「清潔の援助時に温度や香りを工夫することで患者をリラックスさせ副交感神経を優位にすることで、患者の筋肉の緊張を緩め、血流を良くして各臓器の活発化を図る」という記録からリラックス効果が自律神経系に良い影響があるという回復のシステムに着目している。〈創傷治癒の促進を図る〉

では「ケアの中にリラクゼーションを取り入れ、精神、心理面のケアをすることにより創傷治癒の促進を図る」という記録から手術後の創部の回復にはリラクゼーションが効果的であると着目している。〈神経系や免疫力に働きかける〉では「早くより刺激を脳へ加えることで血流の増加と神経突起の増加につながることから日常生活のひとつひとつが脳へ刺激となり温熱刺激により血行を促進し、副交感神経を活性化させる」という記録から脳神経系の疾患をもつ患者に回復を促す刺激に着目している。〈脳内ホルモンに働きかける〉では「児と母がタッチングすることで母にオキシトシンが分泌される」という記録から清潔看護技術が脳内ホルモンに与える影響について着目している。

FNKOMIケアを取り入れた清潔看護技術の実際には、〈患者と相談し希望を取り入れた援助〉〈実施、援助方法の判断が適切かの観察〉〈生命の方向性を判断した上でのケア技術の決定〉〈患者にとって害の少ない、体力の消耗に配慮した援助〉〈爽快感、リラクセス効果のある技術〉〈持てる力を活用した援助〉〈家族の参加、家族ケアを取り入れた援助〉などの援助がおこなわれ7つのカテゴリーが示された。〈患者と相談し希望を取り入れた援助〉では「本人と相談しながら倦怠感が少なく、寒気など不快な症状がなく調子が良い時間帯を選ぶ」という記録からも援助を行う前には、患者と清潔の援助方法について説明し、患者の希望を取り入れていることがわかった。〈実施、援助方法の判断が適切かの観察〉では「皮膚の状態を見て通常通りの手浴でいいのか判断する」という記録からも計画した援助が患者にとって適切かを援助前に判断していた。〈生命の方向性を判断した上でのケア技術の決定〉では「回復期であるためリハビリや日常生活での刺激が必要である」という記録からも患者回復過程を判断し援助内容を決定していることがわかった。〈患者にとって害の少ない、体力の消耗に配慮した援助〉では「痛みや疼痛があるときは時間をあけてする、痛みが強い場合にはレスキューをする」という記録からも重症の患者にとって症状の悪化につながらない方法を選択していた。〈爽快感、リラクセス効果のある技術〉では「倦怠感や疲労感を軽減できるようにマッサージ等も実施して筋緊張の緩和を図る。温熱刺激によるリラクゼーション効果を得る」という記録からも患者にとって快の刺激となる患者に合った方法を選択している。〈持てる力を活用した援助〉では「前胸部の洗い流しや清拭などでもできる部分は行ってもらい持てる力を活用しながらする」という記録からも患者の持てる力を活用するような方法を選択している。〈家族の参加、家族ケアを取り入れた援助〉では「妻に身体を拭いてもらうことで妻が患者にタッチングできるようにする」という記録からも家族にケア参加してもらうことでより患者にとって心地よいケアにつな

がる方法として選択している。

IV. 考 察

清潔の看護技術を実施するときに着目している情報、事実では、〈全身状態の悪化に伴う患者への苦痛と生活への影響〉については、当院が急性期病院であるため、多くの重症患者が入院してくる。重症患者の症状の多くは、患者に耐え難い苦痛を与えているためその苦痛を清潔の看護技術で緩和、悪化の防止につなげたいと考えている。〈皮膚の性状や生理機能と褥創への発展の可能性〉では、身体症状の悪化に伴いベッド上の安静の時期が長くなり、褥創の危険性も大きくなっている。また消化機能の低下で常時排泄物がおむつ内を汚染することで皮膚の生理機能の悪化がみられていることに着目している。〈疾患や治療でコミュニケーションが取れない〉では、治療のため失語や気管切開をしている患者も多く、清潔の看護技術での意思疎通やタッチングで患者との関係性を模索しようとしている。〈抑制や治療、症状による生活の制限〉〈患者の持てる力を探している〉身体抑制や治療、症状に伴い生活が制限されることで回復の妨げとなっていることで患者の入院前に入浴習慣や身だしなみを整えるなどの持てる力に着目している。また回復に向かうことで出てきた患者の持てる力を活用しようとする情報、事実を捉える段階から患者の持てる力を探し、活用しようとしている。急性期・重症にある患者の場合は、全身状態、身体的症状に着目しているが多く、軽症にある患者の場合は、持てる力に着目していることが多かった。

清潔のケアを行うときにどのようなことを予測しているのかでは、急性期にある患者の全身状態について生命過程を通して観察し、病気と関連付けてみることでこのままの状態で行くとどのように病気が悪化するのか、合併症がおこることを予測している。また〈痛み、抑制、安静など生活の制限のための精神的苦痛〉〈失語や気管切開により会話ができないストレス〉からも生活過程や認識へ影響が及ぶことを予測していることが分かった。〈創傷の回復の促進への影響〉〈清潔ケア技術における効果の期待〉では、清潔看護技術の効果を理解することで身体への悪影響を放置することで創傷治癒などの回復促進が妨げられることや清潔という生活過程を整えることで食欲や活動に良い効果があると期待している。

どのようにケアの視点で病気を見つめたのかでは、ラダーⅡの参加者は、急性期にある患者を受持つことが多く、リラクセス効果で血流促進や筋肉の緊張を和らげ、働きかけることで症状を少しでも緩和することにつながることに期待をもっている。清潔看護技術で神経系に働きかけることで脳細胞のニューロンネットワークの形成を促し、神経細胞の伝達力の形成につながると期待している。また身体的症状が患者に苦痛を感じさせることで

ストレスとなり創傷治癒の回復に悪影響があるという視点で病気を見つめることでストレスの解消につながるようなケアを取り入れている。

FNKOMIケア理論を取り入れた清潔看護技術では、患者に清潔のケア技術を行う時に〈患者と相談し希望を取り入れた援助〉として患者にどのように実施するか相談し、清潔の援助を患者の生活に合わせて相談しながら患者の希望を取り入れて実施している。援助を行う時には、計画してきた方法での実施可能か、患者の状態に変化がないか再度情報を集めることで実施できるかどうかの判断を清潔の援助の実施前に行っている。〈生命の方向性を判断した上でのケア技術の決定〉では、患者の生命力が回復傾向か生命の力が弱くなっているか、現状維持なのかを判断し援助内容を決定している。生命の力が弱くなっている患者に対しては、〈患者にとって害の少ない、体力の消耗に配慮した援助〉(爽快感、リラックス効果のある技術)〈家族の参加、家族ケアを取り入れた援助〉が清潔看護技術として提供されており、回復期にある患者の清潔看護技術には〈持てる力を活用した援助〉が多く取り入れられていた。

FNKOMIケア理論をクリニカルラダー教育に段階的に取り入れてきた、今回の研修では、受持患者の疾患についてケアの視点で病気を見つめるストーリーを描いてもらうことで患者の体の中の自然治癒力や生命現象を把握することで回復過程を促進する清潔の看護技術を導くことができるよう試みた。そして"からだの清潔を看護で解く"を講義・自己学習することで皮膚の多彩な機能の一つである皮膚が免疫機能を担っていることや皮膚から感情が伝わることを理解することでリラクゼーションやコミュニケーションを清潔看護技術に取り入れる研修生が多くみられた。これらを事例学習の事前学習として取り入れることでよりFNKOMIケア理論を清潔看護技術のひとつひとつに取り入れることにつながったと考える。ケアの視点で病気を見つめるストーリーを描くことで急性期にある患者、重症な患者への自然治癒力や回復過程に働きかける個別性のあるケアを導くことにつながったと考える。以前実施した調査で新人看護職員は、日常行われる清潔援助について「清拭に回っているだけ、個別性はない」と感じていた。ラダーIでは、FNKOMIケア理論を理解し実践に役立てる事ができることが目標となるが、ラダーIIではFNKOMIケア理論と実践を統合することができることを目標としている。そのためにFNKOMIケア理論を清潔のケア技術に活用することができるという今回の研修プログラムを実施した。ケアの視点で病気を見つめるストーリーを描くことで看護の視点で患者をみる事ができることがわかった。今回のラダーII研修では、ケアの視点で病気を見つめることで良好な血液循環、自律神経のバランス、免疫機構の発動に

かかわる要素を出すことはできたが細胞の再生や代償機能発動などの自然治癒力の発動を助ける要素を導いた研修生は少なかった。そのため今後も疾患ごとに病気を見つめる研修を取り入れていきたいと考える。今回身体の清潔を看護で解くことで清潔看護技術に皮膚の免疫やコミュニケーションが得られるという深まりをもたらすことができたと考える。金井1)は、「人体に宿る回復過程を促進させる自然治癒力や生命現象そのものを維持、発展される生命の力に力を貸していく仕事である」を述べている。今後は、細胞の作り替えに必要な栄養や睡眠、排泄などの生活を看護で解くことで清潔看護技術以外の項目でも多くのFNKOMIケア理論に基づいたケア技術の提供につなげたいと考える。

V. 結 論

1. 急性期や重症患者の場合は、身体的症状に着目し、病気の成り行きを予測したうえでケアの視点で病気を見つめ免疫力、自律神経のバランス、良好な血液循環などにケアの視点で働きかけていた。
2. 回復期や軽症患者の場合は、清潔の看護技術のなかで持てる力を活用できるような援助を行っていた。
3. 身体の清潔を看護で解くことで皮膚の多彩な機能に働きかける看護実践が行われていた。

【引用文献・参考文献】

- 1) 金井一薫：KOMI理論、現代社、東京、p37、2004.
- 2) 金井一薫：実践を創る新看護学原論、現代社、東京、2012.

研究

新人看護師における技術経験の『見える化』による影響

The impact technical experience of novice nurses by "visualization"

渡辺 静香
Shizuka Watanabe

高見 和江
Kazue Takami

多比良 千晶
Chiaki Tahira

梶浦 さおり
Saori kazura

伊波 久美子
Kumiko Inami

細海 加代子
Kayoko Hosokai

要 旨

当院、救命救急センターに平成23年4月に初めて新人2名が配属となり、指導に携わるスタッフ以外との情報共有の不足が課題として明らかとなった。この課題をもとに、平成24年4月に配属となった新人看護師4名に対し、スタッフ間で新人教育に関する情報共有をして指導に携わることができることを目的に、新人教育における技術経験の『見える化』を導入した。その結果、技術経験の『見える化』は、部署スタッフ全員で関わるツールとして有効であり、新人看護師の意欲を高め、自己の経験を見つめ直した質の高い学習プロセス・実践につながるといことが明らかとなった。

Key words : Novice nurse education, Visualization, Information sharing, Technical experience

はじめに

当部署は、平成22年10月より新病院移転時に高度治療室として新設され、その後、平成23年12月より救命救急センターとなった部署である。平成23年4月に初めて新人看護師2名が配属となり、プリセプターやハート・テクニク支援看護師は、指導を通して新人看護師の状況を理解していたが、周りのスタッフからは、看護技術の経験や、進捗状況がわかりにくいとの意見が聞かれ、指導に携わるスタッフ以外との情報共有の不足が課題として明らかとなった。

平成24年度4名の新人看護師が配属された。当院の新人看護職員育成計画理念である、新人看護職員をみんな育てることを部署の目標に掲げ、部署全体で新人看護職員育成を担うこととした。そこで、スタッフ間で新人教育に関する情報共有をして指導に携わることができることを目的に、新人教育における技術経験の『見える化』(以下、『見える化』)を導入した。したがって、本研究は、新人看護師における技術経験の『見える化』による影響を明らかにすることを目的とする。

研究方法

1. 研究期間
平成24年5月～平成25年2月
2. 研究場所
砂川市立病院 救命救急センター
3. 研究対象者
砂川市立病院
救命救急センター配属の新人看護師4名
4. 研究デザイン
質的記述的研究
5. データの収集方法
個人インタビューの半構成的面接法による聞き取り調査を実施し質的帰納的に分析した。

倫理的配慮

対象者に対しては書面にて本研究の目的・趣旨を説明し、研究への協力依頼を行った。研究参加は自由意思のもとに行われ、個人的評価を受けないこと、匿名性の保持やデータの管理等について書面をもって説明し、同意を得た。なお、本研究は砂川市立病院看護部の倫理委員会の承認を受けて実施した。

用語の定義

『見える化』：経験した疾患・技術の回数をホワイトボードに明示し、スタッフ全員で見えるようにすること。

結 果

1. 『見える化』におけるホワイトボードについて

所属部署のスタッフルームに設置されたホワイトボードに毎月新人看護師自身が設定した『目標』、『担当した疾患』、『経験した技術』、『入退室』について勤務終了後、新人看護師自らマグネットを貼る。また、新人看護師の看護部目標及び救命救急センター目標を掲示し、新人看護師とスタッフが目標を共有できるようにした。さらに、他者との技術経験の比較やプレッシャーを与えないように、毎月、季節感を表した装飾を行った。

2. インタビュー結果（資料1）

分析の結果、57の二次コードが抽出され、36のサブカテゴリに統合された。これらの関係性から、【『見える化』による他者への意識】、【『見える化』に対する自己認識】、【『見える化』によるリフレクション】、【『見える化』による指導体験】、【『見える化』による周囲への影響】、【ホワイトボードへの飾りつけの影響】、【『見える化』の現状課題】、【『見える化』の意見・要望】の8つのカテゴリが形成された。

考 察

新人看護師における技術経験の『見える化』による影響について考察する。

【『見える化』による他者への意識】、【『見える化』に対する自己認識】から新人看護師は、他の新人と技術経験を比較することはなかったという現状が明らかとなった。当初、『見える化』を実施することは、他者と比較し優劣感を感じる、プレッシャーを感じるのではないかと考えていた。しかし、他者の技術経験と比較することにならなかった背景として、増永は、「最近の若者は個人を尊重することで、他者に対して介入することも少なく、相手の中に踏み込まないようにしている傾向にある。」¹⁾と述べていることが関係していると考えられる。一方、ホワイトボードを通してお互いの経験が自然と視界に入る環境の中で、どんな経験をしているのかが気になり、それを見ることで自分も頑張ろうという前向きな意欲へつながったと考えられる。

【『見える化』による周囲への影響】、【ホワイトボードへの飾りつけの影響】から、指導者・スタッフが共通認識を持つ事で、新人看護師は部署全体に支えられていると感じていることがわかった。新人看護師は、基礎看護教育で習得した看護技術と臨床現場で求められる技術の間にギャップがあるため、就職後、自信が持てないまま不

安の中で業務を遂行している。そのため、新人看護師の職場適応には安心できる環境づくりが必要不可欠である。宮脇は、「看護師として、自分が社会とつながっていくべき場所である病棟で、上司や先輩に気にかけてもらえるということは、親や友達に気にかけてもらえる嬉しさとは異なるものであり、職業としてのアイデンティティを形成していく上で重要である。」²⁾と述べている。直接指導に携わる者だけでなく、スタッフも巻き込んだ『見える化』は、スタッフみんなに支えられているという実感を持つ事ができ、安心感につながったと考える。

【『見える化』によるリフレクション】からは、自分の技術経験が『見える化』されたことで、経験を重ねていることの実感が自信につながり、自分の現状を把握し課題を明確にするなど、自ら学ぼうとする前向きな姿勢が見られた。河野は、人は、経験さえすれば誰でも成長できるものではなく、経験を通じてのプロセスが欠かせない³⁾と述べている。また、デービット・コルブは、「経験→リフレクション→概念化→実践」という4段階の学習サイクルからなる「経験学習モデル」理論を提唱している。リフレクションとは、経験した内容を振り返って内省することであり、概念化とは、経験し、内省して得たものを、言葉や図を用いて一般化して表現するプロセスである。新人看護師は、日々の経験をホワイトボードを用いて概念化しながら、自己の経験を振り返っていた。この概念化された『見える化』を通して内省と概念化を同時に行うプロセスをたどっていたものと考えられる。

一方、『見える化』への要望として『見える化』を使用した具体的な振り返りや声掛けをしてほしいとの意見が聞かれた。これら一連の学習プロセスにおいて、リフレクションは最も重要であるといわれている。河野は、「リフレクションのさらに重要な点は、それが“他者との対話”によって促されるということである。自分一人で実践すると、どうしても自分の枠組みを越えられないことが多い」⁴⁾と述べている。そのため、指導者やスタッフなどに自分の経験を語る行為を通して、自分を見つめ直すことが必要であり、本研究の結果より他者との対話の部分が不十分であったと考えられる。したがって、今後は『見える化』を用いた指導者やスタッフとの“対話”を実践することで、新人看護師が自分のあり方や行動について自己開示し、誰かと経験を共有することにより、リフレクションを深められるような機会を作っていくことが必要である。そして、これらの「経験→リフレクション→概念化→実践」のプロセスを繰り返すことは、新人看護師が自ら体験した経験を意味づけし、質の高い学習プロセス・実践につながると考える。

VII 結 論

1. 『見える化』は他者との比較対象とならず、新人看護師の意欲を高めることにつながった。
2. 『見える化』は、部署スタッフ全員で関わるツールとして有効であり、新人看護師がスタッフみんなに支えられていると実感することができる。
3. 『見える化』を用いたリフレクションは、自己の経験を見つめ直し、質の高い学習プロセス・実践につながる。
4. 『見える化』を使った対話の実践が不十分であった。

本研究の限界

本研究は、救命救急センターへ配属となった4名の新人看護師を対象としており一般化するには限界がある。

参考・引用文献

- 1) 道又元裕：新人を迎えるために今準備する事,今どきの新人看護師の特性,重症集中ケア,第10巻6号,2012
- 2) 宮脇美保子：看護師が辞めない職場環境づくり-新人が育ち自分も育つために,p106,中央法規出版株式会社,2012
- 3) 河野秀一：マネジメント リフレクションで管理の質向上をめざす,看護マネジメント リフレクションとは,看護管理,vol.22,no.11,p917,医学書院2012
- 4) 河野秀一：マネジメント リフレクションで管理の質向上をめざす,看護マネジメント リフレクションとは,看護管理,vol.22,no.11,p918,医学書院2012
- 5) 河野秀一：マネジメント リフレクションで管理の質向上をめざす,看護マネジメント リフレクションとは,看護管理,vol.22,no.11,p916-920,医学書院2012

資料 1

カテゴリー	サブカテゴリー	二次コード	
『見える化』による他者への意識	他の新人の経験内容が気になる	ホワイトボードを見て他の新人がどんな経験をしているのかが気になる	
	ホワイトボードで他の新人の経験を見て自分も頑張ろうと感じる	ホワイトボードの他の新人の経験を見て自分も頑張ろうと感じる	
	新人の進捗状況に差がないと感じる	(新人同士)誰かが先にいたり、遅れたりしてない	
	業務や会話の中では新人同士お互いの経験を共有するには限界がある。	勤務や業務内容の中で、新人同士の動きを把握することは難しい。	
『見える化』に対する自己認識	ノルマや競い合うことにならないといいと思う。	ノルマがあったり競い合うようなことがあると劣等感が出て、良い影響にはならないと思う。	
	マイナスにとるかプラスにとるか自分次第。	ホワイトボードで見えたことをマイナスに取るかプラスに取るかは自分次第だと思う	
	嫌な気持ちや強制されていると思わない	『見える化』を行うことに嫌な気持ちや強制されている気持ちを持ったことはない	
	『見える化』に対するプレッシャーや大変さはない	ホワイトボードがあつて良かった	ホワイトボードがあつて良かった
		マグネットをつけるのは大変ではない	マグネットをつけるのは大変ではない
他の新人と比較しない	ホワイトボードを見て他の新人と比較することもないし、気にならない		
『見える化』によるリフレクション	『見える化』により自分自身の経験を認識することができる	ホワイトボードがなかったら・・・	
		ホワイトボードを使って自分で振り返った	
		ホワイトボードを見ることで経験したこと、していないことを確認して振り返ることができる	
		ホワイトボードを見て他の新人より身に付けられていないことを見たり、自分がどういう位置にいるかを確認する	
	経験回数が増えていくことが楽しいと感じ、自信につながる	ホワイトボードのマグネットが増えることばかりを見て、増えないことは気にならない	
		ホワイトボードのマグネットが増えていくことが楽しい	
	経験回数が見えることで自分自身の課題が見つかる	ホワイトボードで経験が見えることで自信につながる	
		ホワイトボードを見ることで課題が見つかる	
		ホワイトボードを見て一人立ちまでに経験したいことを意識する	
		ホワイトボードを見て自分からやりたいことを発信した	
ホワイトボードにマグネットをつける行為を通して習慣が身についた	ホワイトボードを見て経験していない技術に対して前向きになることができる		
『見える化』による指導体験	『見える化』を使用した指導を体験している。	ホワイトボードにマグネットをつける行為を通して習慣が身についた	
		実際にホワイトボードを使用して経験が足りない疾患・技術を受け持てるよう声かけしてもらった	
		指導に『見える化』は活用されていると思う	
	『見える化』を使用した指導は体験していない	教育計画と『見える化』はリンクしていると感じる	
		『見える化』を使った明確な指導体験はない	
		ホワイトボードのマグネットが増えているのを見て出来ていることを評価してもらえた	
『見える化』を使用した指導者やスタッフから評価を受けた	教育計画とホワイトボードが関連しているかは考えたことがない		
	新人の教育計画とホワイトボードがリンクしているとは感じない		
	『見える化』への要望		
『見える化』による周囲への影響	『見える化』を使って具体的な振り返りや声掛けを見てほしい		
	新人の経験が指導者、スタッフへ見えやすい。	指導に携わる人はホワイトボードで新人の経験を見てくれていると思う	
	指導者・スタッフと新人が共通認識を持てる	スタッフもホワイトボードで新人の経験を見てくれているし、見えやすいと思う	
ホワイトボードへの飾り付けの影響	指導側として新人の経験をメモに残し周知することに対して限界があると思う	ホワイトボードがあることで指導者・他スタッフと新人が共通認識をもてる	
	飾りをつけてもらったりスタッフも関わることで支えられていると感じる	指導側として新人の経験をメモに残し周知することに対して限界があると思う	
	視覚的に楽しく気軽さがあつて使いやすい	ホワイトボードに飾りをつけてもらったり、スタッフも関わることで支えられていると感じる	
『見える化』の現状課題	ホワイトボードが飾られていると視覚的に楽しいので飾られているほうが良い	ホワイトボードが飾られていると視覚的に楽しいので飾られているほうが良い	
	気分には影響しない	ホワイトボードが飾られていると気軽さがあつて使いやすい	
	マグネットを貼り付け忘れてしまうことがありホワイトボードの運用方法が曖昧	ホワイトボードの飾りは自分の気分には影響しない	
	技術・疾患のレベルアップとホワイトボードの回数がどれだけリンクしているのかわからない	ホワイトボードのマグネット貼り付けを忘れることもあり、曖昧なところがある	
	ホワイトボードでは経験の達成度まではわからない	忙しかつたり、疲れているとホワイトボードのマグネットを貼り忘れてしまうことがある	
	自分が受け持ちしないとマグネットをつけることができない	技術・疾患のレベルアップとホワイトボードの回数がどれだけリンクしているのかわからない	
	時期によって求められることや技術項目が変わる	ホワイトボードでは経験の達成度まではわからない	
『見える化』の意見・要望	自分が受け持ちしないとマグネットをつけることができない	自分が受け持ちしないとマグネットをつけることができない	
	時期によって求められることや技術項目が変わる	時期が経つと求められることが回数ではなくなる	
		時期によって経験する技術項目が変わる	
		ホワイトボードの技術項目の中には埋まりにくいものもある	
	疾患・技術の項目を細かくしてほしい	初任者への疾患・技術項目をもっと細かくした方がよい	
		疾患の項目が大きいので付箋に疾患名を記入して貼っている	
	『見える化』の意見・要望	次年度への要望	
		次年度も『見える化』は行ったほうが良い	次年度も新人教育に『見える化』を行ったほうが良い
		『見える化』に対する要望はない	自分が先輩になった時、新人がどのような経験をしたのか気になると思うので『見える化』を行ったほうが良い
『見える化』の実施は1年間で良いと思う		『見える化』に対する要望はない	
マグネットのつけ方に工夫が必要だと思う		『見える化』の実施は1年間で良いと思う	
ホワイトボードのスペースが狭い		マグネットのつけ方を変えてもっと見やすくすると良いと思う	
ホワイトボードの置き場所はスタッフルームが良い		ホワイトボードのスペースが狭い	
	ホワイトボードの置き場所はスタッフルームが良い		

研究

技術経験の『見える化』が新人教育に与える影響

The influence which "visualization" of technical experience has on novice nurse education

伊波 久美子
Kumiko Inami

渡辺 静香
Shizuka Watanabe

高見 和江
Kazue Takami

多比良 千晶
Chiaki Tahira

梶浦 さおり
Saori Kaziura

細海 加代子
Kayoko Hosokai

要 旨

当院、救命救急センターに平成23年4月に初めて新人2名が配属となり、指導を担当した看護師とその他の看護師との情報共有の不足が課題となった。この課題をもとに平成24年は新人看護師の技術経験の「見える化」を行い、それが新人教育に与える影響を調査した。その結果、「見える化」によって新人看護師への関心が増し、部署全体で新人看護師を育成するという環境を形成する一助となることが示唆された。

キーワード：新人教育、見える化、情報共有、技術経験、病棟スタッフ

Key words : novice nurse education, visualization, information sharing, technical experience, staff nurse

I.はじめに

当部署は平成22年10月より新病院移転と共に開設され、平成23年4月に初めて新人看護師2名が配属された。プリセプターやハート・テクニク支援看護師は、指導を通して新人看護師の状況を理解していたが、周りのスタッフからは、看護技術の経験や、進捗状況がわかりにくいとの意見が聞かれ、指導に携わるスタッフ以外との情報共有の不足が課題として明らかとなった。

平成24年度4名の新人看護師が配属された。当院の新人看護職員育成計画理念である、新人看護職員をみんなで育てることを部署の目標に掲げ、部署全体で新人看護職員育成を担うこととした。そこで、スタッフ間で新人教育に関する情報共有をして指導に携わることができることを目的に、新人教育における技術経験の『見える化』(以下、『見える化』)を導入した。そこで、本研究は、病棟スタッフを対象にグループインタビューを行い、技術経験の『見える化』が新人教育に与える影響を明らかにすることを目的とする。

II.研究方法

1. 研究期間

平成24年5月～平成25年2月

2. 研究場所

砂川市立病院 救命救急センター

3. 研究対象者

砂川市立病院

救命救急センターに勤務する看護師で研究への参加に同意を得た 13名（新人看護師と研究者を除く）

4. 研究デザイン

質的記述的研究

5. データの収集方法

グループインタビューによる聞き取り調査を実施し質的帰納的に分析した。

III.倫理的配慮

対象者に対しては書面にて本研究の目的・趣旨を説明し、研究への協力依頼を行った。研究参加は自由意思のもとに行われ、個人的評価を受けないこと、匿名性の保持やデータの管理等について書面を持って説明し、同意を得た。なお、本研究は砂川市立病院看護部の倫理委員会の承認を受けて実施した。

IV.用語の定義

技術経験の『見える化』：経験した疾患・技術の回数をホワイトボード（以下、ボード）に明示し、スタッフ

全員で見えるようにすること。

V. 結果

1. 対象者の属性

対象となった看護師の経験年数は2～5年4名、5～10年8名、15年以上1名であった。そのうち、プリセプター、ハート・テクニク支援看護師の経験がある者は9名であった。

2. インタビュー結果

グループインタビューの逐語録から244個のコードが抽出され、それらは22個のサブカテゴリーに統合された。これらの関係性から【進捗状況が見えた】、【新人看護師への関心】、【業務内容への反映】、【新人教育への環境づくり】、【新人教育以外の活用】【ボードへの要望(新人教育への要望)】の6個のカテゴリーが形成された。(資料1)

VI. 考察

遠藤¹⁾は「よい見える化」は、たんに「見える」だけでなく、「見える」ことがきっかけになり、「見える」前とは異なる思考や行動を生み出し、「気づき→思考→対話→行動」という「影響の連鎖」(資料2)もたらすと述べている。そこで、本研究の結果を「気づき」「思考」「対話」「行動」という「影響の連鎖」にそって考察する。

以下にカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、コード〈 〉で示す。

気づき

【新人看護師への関心】では『見える化』によって、関心の程度に差があるが新人看護師への関心が以前より増したことが語られた。『見える化』の基本は、放っておいても「目に飛び込んでくる」状態をつくり出すことである²⁾。《新人看護師に関心を持つようになった》《関心は薄いが入った》など新人看護師に関心が持てなかったスタッフが『見える化』により興味を持つようになったと考える。

思考

「思考」は「気づき」という刺激によって新たな認識や疑問が生まれる段階である。【進捗状況が見えた】は、『見える化』により、新人看護師の状況を認識できたとするカテゴリーである。【『見える化』への要望】では、《疾患の理解度を知りたい》《技術の到達度を知りたい》など、新人看護師の詳細な情報の必要性が語られた。【進捗状況が見えた】は、開始からインタビューまでの『見える化』についての語りであるが、【『見える化』への要望】はインタビュー時での『見える化』についての語りから導きだされたカテゴリーである。インタビューを行った11月は新人看護師個々の状況にあった指導が必要となる時期であったため、経験回数だけでは新人看護師の情報として不足を感じたと推測される。

対話

『見える化』によって「気づき」「思考」の次に「対話」が促進されると言われている。【新人教育への環境づくり】《ボードでは得られない情報を会議で補う》は、【『見える化』への要望】《疾患の理解度を知りたい》などの「思考」に影響された「対話」と考える。

行動

【業務内容への反映】【新人教育以外の活用】は、【進捗状況が見えた】という「思考」に影響された「行動」であると考えられる。【業務内容への反映】は、コーディネーターを経験している看護師の語りから得られたカテゴリーである。【新人教育以外の活用】では、《新人看護師の状況を知ることで、自己学習や業務への意欲に繋がった》という、教育担当者が意図しなかった新人教育以外への影響が明らかになった。このカテゴリーは経験年数3年未満または部署移動して間もないスタッフから得られたコードから導き出されたものである。部署での経験が浅いスタッフにとって、新人看護師が経験回数を重ねていくことが刺激となり、自己学習などの行動が促進されたと推測される。

以上のことから『見える化』により「影響の連鎖」が生じたと考える。しかし、『見える化』でオープンにできる情報には限界があり、新人看護師に関する情報不足を会議の報告で補っていることが示された。安酸は、ケアリング教育とは指導者と学習者の相互主体的な関わりを前提としており、相手のために心を砕く営みである³⁾と述べている。すなわち、教える側と教わる側が対等な立場で対話できることがケアリング教育の前提である。しかし、本研究では新人看護師個人との対話によって情報を得たという語りは聞かれず、新人看護師の情報は新人教育担当者から提供されていた。当部署での新人看護師を対象とした研究にて『見える化』を使って具体的な振り返りや声掛けをして欲しい」と言う結果が示されたことから、スタッフと新人看護師の対話は十分ではなかったと考えられる。今後は各スタッフが新人看護師を対話によって理解し、心を砕いた指導ができるようにスタッフへ働きかけることが必要である。

VII. 結論

1. 『見える化』によりスタッフは新人看護師への関心を増し、部署全体で新人看護師を育成するという環境ができた。
2. 『見える化』は部署経験の浅い看護師の自己学習、仕事へのモチベーションに繋がった。
3. 『見える化』でオープンにできる情報には限界がありスタッフと新人看護師の対話は十分ではなかった。
4. 各スタッフが新人看護師を対話によって理解し、心を砕いた指導ができるようにスタッフへ働きかけるこ

とが必要である。

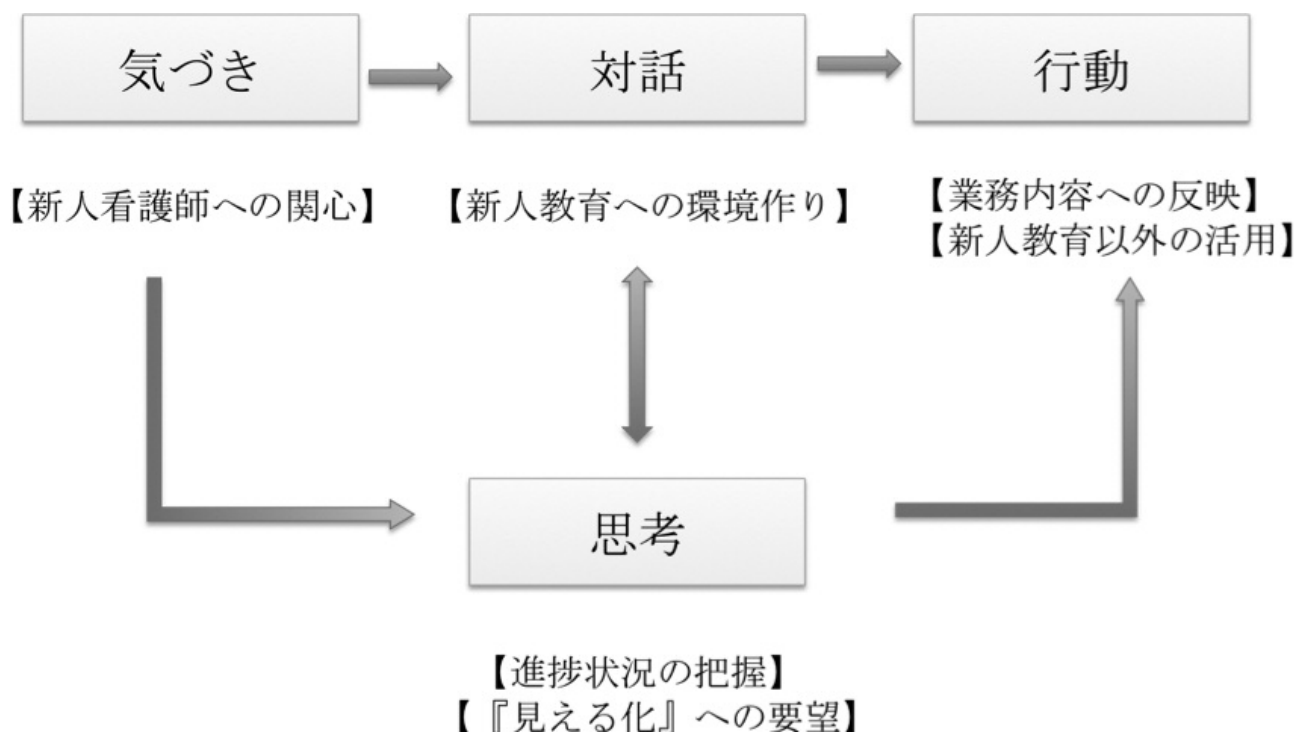
VIII. 本研究の限界

本研究はA病院の救命救急センターのスタッフへのグループインタビューをもとに分析したものであるため、一般化するには限界がある。

IX. 引用・参考文献

- 1) 遠藤功：見える化 強い企業をつくる「見える」仕組み、東洋経済新報社、p178-180、2005.
- 2) 遠藤功：見える化 強い企業をつくる「見える」仕組み、東洋経済新報社、p186、2005.
- 3) 安酸 史子：目からウロコの新人ナース・プリセプティブ指導術、メディカ出版、2007.

資料2：「影響の連鎖」



資料 1

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード (抜粋)
①進捗状況が見えた	冊子より実用的である。	従来の冊子よりもボードの方が見えるのでわかりやすい。
		冊子よりHCU独自の項目が多く、実用的であると思った。
		冊子よりはリアルタイムで技術チェックができていいと思う
		冊子での周知は厳しかったが、ボードは見やすく効果的。
		今までの冊子は、新人教育担当以外に状況が伝わりにくかった。
	新人の進行状況がわかった。	ボードがあることで、教育担当以外のスタッフも進行状況がわかった。 「見える化」することで、スタッフへ進行状況を知らせるなどについて活用できた。
技術や疾患の経験回数が増えた。	新人の進行状況がわかった。	ボードは技術や受け持った疾患を簡単に明確に表示しているのわかりやすい。
		全科対象の部署なので、経験疾患がボードに表示されているので把握しやすい。
		「見える化」で技術回数のお知らせをすることは成功した。
経験したことの成果が見える。	ボードは目に見えて成果がわかるのでよい。	
新人の目標がわかった。	新人の技術経験が見えて、彼らの目標も見えてよい。 ボードの月間目標や個人目標があるのは、新人の思いがわかってよかった。	
②新人への関心	新人指導に関心がもてるようになった。	新人教育担当以外でも目に入るのので効果的である。 ボードの設置場所がよかったので、新人を気にした。 指導者以外のスタッフにも進捗状況がわかり、現状に興味を示してくれた。 ボードは休憩中など見る機会があった。
	関心は薄い目に入った。	興味深く見ることはない。目に映る程度である。 新人教育に関わっていないため、ボードは興味を持ってみることはない。 指導に関わる機会がないので、あまりボードを見ていなかった。 新人教育に当たることがなく、活用したことがない。
③『見える化』への要望	疾患の理解度を知りたい。	受け持った疾患について、どこまで何ができていくかがボードからは見えない。 ボードにつけていることを理解し実践できるのかは、ボードだけでは理解できない。 技術面はわかりやすいが、他の疾患がどの程度まで自立しているか把握できない。
	技術の到達度を知りたい。	ボードから到達度がわかるようになればいい。 ボードに「回数のみ」をチェックしているの、項目についての到達具合がわからない。 新人の到達程度がわかれば、指導の工夫に繋げることができると思う。 到達度を知りたいのなら、今の方法では使えない。
	細かい内容を知りたい。	細かい指導内容については、今の方法だとわからない。 ボードだと大雑把なので、指導方法の工夫などには役に立たない。 ボードに経験した項目を増やさず、よりわかりやすいものにするとよい。 新人が、できるのか、自信があるのかかわかるといい。
	作業が多くなることで新人の負担となる。	経験内容を細かく記入したりするのは面倒なのではないか。 ボードに項目を増やすことはきりがなく、指導者、新人ともに負担になるのではないか。
	新人の希望を考慮。	新人の希望を示すものがあると、効率的な業務配分ができるのではないか。 本人の希望や要望が見えると、活用しやすいと思う。
	具体的な目標とその評価があるとよい。	目標が漠然としていること、評価への疑問はある。 目標に対する評価がどのようにされていたのかわからない。 ボードの目標に対する具体性（個人到達目標）を示すと、声かけのきっかけになると思う。
	ボードの使用期間の検討。	時期によって、ボードの形ももしかしたら変化が必要なのかもしれない。 ボードをいつまで続けるのか疑問。 求める内容や時期により量から質へと変化すると思うので、この時期のボードは使用目的と違う。
	④新人教育への環境づくり	精神的サポートへの活用。
ボードでは得られない情報を会議で補う。		ボードだけでは理解できない部分については、会議・報告を併用することで把握できた。
病棟スタッフみんなで新人を育てる環境作り。		複数の新人教育の場では、ボードのような、みんなに「見える物」が必要だと思う。 指導者以外のスタッフも情報交換しやすい雰囲気作りになっている。 新人について話し合う場、環境、雰囲気ができたのではないか。 新人を部署全体で育てるといふ雰囲気、環境作りには役立っている。
⑤業務内容への反映	ボードを見て、必要な技術を経験させるよう促した。	経験不足を意図的に補う配慮ができた。 回数に限らず技術経験はすすめていこうと思った。 経験に差が出るので、不足を補う配慮ができた。
	ボードを見て、患者の割当てに活用した。	ボードを見て、業務や指導内容を調整した。 ボードの回数をみて、業務配分に役立てた。 業務割り当ての時に活用した。
	ボードを見て、業務の振り返りを行なった。	ボードに経験内容を細かく記入することで、振り返りの材料になりよかった。 新人指導で関わった時、経験回数を見て振り返りを行なうことができた。 新人に関わる時に、ボードの回数を見て指導内容に活用できた。
⑥新人教育以外の活用	自分の業務を把握することができた。	新人の目標を見ることで、自分の業務内容を把握することができた。
	新人の状況を知ることで、自己学習や業務への意欲に繋がった。	教育担当ではないが、ボードの項目を見ることで、自分の学習に生かすことができた。 新人の状況を見て、自分を奮い立たせることができた。

研究

VTR作成による開心術患者への呼吸ケア質向上の取り組み(第1報) ～ARCSを活用した教育効果～

The measure of the respiratory care quality enhancement to the open-heart-surgery patient by VTR creation (The 1st news)
～The education effect which utilized ARCS～

佐藤 真司
Shinji Sato

北井 真由美
Mayumi Kitai

能見 真紀子
Makiko Nomi

細海 加代子
Kayoko Hosokai

要 旨

呼吸ケアはクリティカル領域で特に必要不可欠なものである。A病院ICUでは呼吸ケアを重点ケアとして位置付けしてきた。しかし、学習会を行うなどの従来の教育方法ではケア実践に不安が残り、自信も得られなかった。そこで新しい取り組みとして、ARCSモデルを活用したVTRを作成した。これを視聴してもらい、その教育効果を検証したため、ここに報告する。

Key words : Education effect ARCS Respiratory care Open heart surgery

【はじめに】開心術直後は、手術侵襲を考慮し、循環動態と関連させたアセスメントをしたうえで呼吸ケアを早期に行う必要がある。A病院ICUの(以下ICUとする)開心術後の入室患者は、入室総数の1/3以上を占めている。またICU経験年数の割合は3年未満が半数以上を占めている現状である。ICUでは呼吸ケアを重点ケアと位置付け、定期的に学習会を行ってきた。しかし、循環と呼吸が密接に絡み合う開心術後の呼吸ケアに関して、「循環動態が不安定だから不安がある・自信がない」という声が聞かれ、効果的な教育方法を検討する必要があると考えた。従って、本研究ではJ. MケラーのARCSモデルを活用し、開心術後の呼吸ケアに関する学習意欲を高めるため熟練看護師をモデルとしたVTRを作成した。ICUにおける開心術後の呼吸ケア実践に対し、このVTRがどのような教育効果があるのか検証する。

【研究方法】1. 研究期間 平成24年9月～平成25年1月 2. 研究対象 開心術後を経験している3年未満の看護師7名 3. データ収集方法 無記名自由記載法 4. データ分析方法 得られたデータをカテゴリー化し、内容分析を行った。5. 倫理的配慮 A病院倫理委員会の承認を得て実施した。なお、研究参加者には事前に本研究に対する十分な説明を行い、同意を得た。また、参加、不参加に問わず、いかなる不利益を被らないこと約束した。途中で辞退することも自由であることを説明した。

【結果】アンケート回収率は100%。内容分析した結果、次の7つのカテゴリー【知りたいことがわかった】【目標課題が見えた】【振り返りになった】【気づきがあった】【内容は活かせる】【VTRは分かりやすくおもしろい】【内容が勉強になった】が形成された。

【考察】考察はARCSの4項目(図1)に沿って考察する。(図2)「注意」はカテゴリー結果の【VTRは分かりやすくおもしろい】が影響していた。無記名自由記載法で得られた回答をみると、「笑って見られた」「面白かった」等の感想が得られた。VTRは、いつもの職場環境で、共に働く熟練看護師により作成した。このことが学習者である対象スタッフの好奇心を刺激し注意を引いたと考える。また、完成度が高い、わかりやすい、言葉の何倍も伝わる等の評価が得られた。(図3)「関連性」は【VTRは分かりやすくおもしろい】【内容は活かせる】が影響していた。「開心術後は循環動態が不安定だから不安がある・自信がない」というスタッフの声をもとにVTRを作成した。そのため、開心術後の循環動態が不安定な場面を4つ設定した。このことは、熟練看護師のアセスメントを知ること個人で次なる目標設定に繋り、いつもの見慣れた職場環境に開心術後の患者が入室する場面は親近感を感じさせることが出来たと考える。(図4)「自信」は【目標課題が見えた】【振り返りになった】【気づきがあった】

【内容が勉強になった】が影響していた。登場する身近な熟練看護師の思考や行動を視聴して、「自分に無い点やアセスメントが勉強になった」「アセスメントの振り返りが出来た」など自己を振り返るきっかけとなった。また新たな発見や再確認する機会となり個人の目標や課題が明確となり自信に繋がった。(図5)「満足」は【知りたいことがわかった】が影響していた。VTRを視聴することで「自信が無い部分が勉強になった」「着目点や重要な観察点が知れて満足」など重要な視点が明確になったのではないかと考える。今回作成したARCSモデルを活用したVTRは、循環動態が不安定な開心術後の教育に対して、自己学習力を培うことに効果的であった。また、自己の実践の振り返りとなり、目標課題の明確化により学習意欲に繋がった。今後は、ICUの教育の対象を明確化し、VTRを活用し評価をしていきたいと考える。

【結論】

- ・ VTRは自己の気づきや実践の振り返りの機会となる。
- ・ VTRは自らの目標及び課題を明確にし、学習意欲に繋がる。
- ・ ARCSモデルを使用することで、効果的な学習効果が得られる。

【参考文献】

ジョン・M・ケラー, John M. Keller: 学習意欲をデザインする
～ARCSモデルによるインストラクショナルデザイン～
村井嘉子, 堅田智香子, 加藤亜紀子, 他: 看護実践の向上を支援するためのシナリオ教材の開発. 石川看護雑誌 ishikawa journal of nursing; vol. 8, 2011 P93～94

なお、本研究は2013年3月看護部院内研究発表会 及び2013年 第9回日本クリティカルケア看護学会学術集会(神戸)にて発表した。

研究

重症患者家族の関わりから学んだこと

Learned from involvement in critically ill patients family

長田 千鶴
Chizuru Nagata

要 旨

突然の外傷や疾病により患者が重篤な状況下では、患者と同様に家族も、急激な出来事によって、精神的な危機状態に陥りやすい。そのような家族の危機段階をアセスメントし、危機段階に応じた関わりを行なうことにより、家族が患者へ近づく働きがけを行なうことができた。

Key words : Family care

I.はじめに

今回、腹部大動脈瘤破裂を来し、緊急手術となった患者を受け持った。多くの機器類に囲まれ、全身浮腫により変わり果てた患者の姿に、ベッドサイドへ近づくことができなく、家族の衝撃は強かった。このような家族に対し、心理状態に沿った関わりを行うことで、家族が患者の手を握るまでに至ることができたので報告する。

II.患者紹介

S氏、73歳、男性。

診断名：腹部大動脈瘤破裂。

手術：人工血管置換術。

腋窩動脈—大腿動脈バイパス術。

家族構成：妻、統合失調症の長男と3人暮らし。次男は、大阪に住んでいる。

自宅で、腹部大動脈瘤が破裂し当院に搬送後、緊急手術を施行した。しかし、出血が止まらず大量の輸血・輸液が投与され、その結果、腸の浮腫が強く閉腹できず、開腹状態で人工呼吸器装着のもとICU入室となった。開腹状態のため、深い鎮静レベルを保つ必要があり、筋弛緩薬・鎮静薬を投与されていた。CHDF（持続血液透析濾過法）にて、身体の水引きを行い、腸や全身の浮腫を軽減していき、閉腹を目指している。下肢への血流も不良で壊死が進行している状態であるが、現段階では

閉腹し全身状態の安定を図った後に、下肢の切断を行う予定である。

III.看護の展開

1. ケアの視点で病気を見つめる過程

大動脈は、血管の内側から内膜・中膜・外膜の三層となっている。心臓から送り出される圧力の高い血液の流れに耐えられる、分厚い壁の構造になっている。細胞外の線維として、弾性繊維を持っており、線維が孔のあいたシートを何層も作り、そのシートの中に平滑筋細胞が挟まっている。このように、心臓から伝わった血液の拍動を和らげる働きがある。特に、心臓から近い動脈は、弾性繊維が多く、心臓から送り出された血液が激しくても耐えられるようになっている。腹部大動脈は、腹腔動脈、上腸間膜動脈、下腸間膜動脈、腎動脈、精巣動脈に分かれる。腹大動脈は、腰椎下端まで下降して総腸骨動脈になって左右に分かれ、下肢へと血流を送っていく。大動脈瘤の原因は、動脈硬化によるものが多い。内膜にある内皮細胞の刺激により、接着分子が発現し、血小板の接着や凝集が起こる。その後、単球やTリンパ球の接着が起こり、単球は内膜に侵入しマクロファージに分化する。マクロファージはスカベンジャー受容体を介して酸化LDLを取り込み、泡沫細胞となる。泡沫細胞は、脂肪線条を形成する。内皮障害部位に接着・凝集した血小板からは、平滑筋細胞の遊走・増殖を促進するPDGFな

どが分泌される。それによりプラークの繊維化が起こり、血小板沈着によりさらにプラークが増大する。

血管壁の脆弱化のため、動脈が異常に伸展し、限局的に拡張することにより大動脈瘤が形成される。大動脈瘤が破裂し、代謝反応で末梢組織の循環と代謝が保持できなくなると、組織の好気性代謝が障害され、乳酸や代謝産物が蓄積してアシドーシスとなる。アシドーシスとなると、細動脈は著しく拡張するが、細静脈は抵抗が強く拡張せず、毛細血管内の血液のうっ滞、血管外濾出が起こり、循環血液量がさらに減少し、ショック状態は悪化する。細静脈と細動脈の間の動静脈短絡が増加して組織への酸素供給が低下し、腎機能・肝機能の低下が著しくなり、心機能も低下する。また、血球が凝集して微小血栓が形成され、血管内凝固を合併して出血傾向となったと考えられる。出血により、身体のヘモグロビン量が低下していると、酸素が結合するヘモグロビンが減少するため、細胞組織が必要とする酸素量を供給するために、血流量を増やそうとする。そのため、血圧を維持しようと心拍数が増加するとともに呼吸数も増加する。状態の改善を図るため、腹部大動脈瘤が破裂した部位を人工血管に置換した。大動脈を遮断し、時間が経過することで筋肉の虚血によって生じた筋壊死物質や代謝産物が全身循環に入り、呼吸器・腎機能を惹起する。身体の代償作用として、pHの低下(アシドーシス)、PO₂の低下、PCO₂の上昇、血清GOT、LDH、CPK、Kなどの上昇していた。また、瘤の部位より末梢への血流が途絶することによって冷感や脈の緊張の低下がみられ、皮膚の一部が変色している状態であった。腎臓への血流も途絶し、腎不全を併発し、無尿であったと考えられる。

2. グランドアセスメント

入室後、水分出納バランスの調整を行っていた。また、人工血管の感染を予防するために、定期的に腹腔洗浄を行っていたが、閉腹できずに経過する。その後、敗血症となり血圧低下、酸素化悪化。昇圧剤投与、抗生剤の投与が開始されるが厳しい現状は変わらず。下肢の壊死がすすみ、全身状態の回復が望めない状態である。今後更なる感染を予防し、生命体に害となる条件や状況を作らないことで生命力の消耗を最小限にすることができるだろう。

3. ケアの方針

- ・全身状態の安定のために、生命に害となる条件・状況を見極め、安全・安楽な治療が行われるようにサポートしていく。
- ・家族の心理状態を把握し、状況に合った関わりを行い、心配や不安が軽減できるようにする。

4. 行い整える内容

- 1) 全身状態の観察を行い、異常の早期発見を行う。
- ・開腹中にて腹部の状態の観察を行う。浸出液は流出量

を測定し、感染が起こらないように適宜交換していく。

- ・開腹中にて体交は軽度側臥位、ギャッチアップも軽度とし腸が脱出しないように配慮していく。

- 2) 菌に対する抵抗力が弱いいため、感染を起こさないように環境を整える。

- ・開腹状態にて、毎日の清拭を実施し創感染を防ぐ。
 - ・処置の際には、手袋、エプロン、マスクなどを着用し医療者側からの感染を防ぐ。
 - ・各勤務帯でベッド周りを消毒薬で清掃し、環境を整えていく。
- 3) ご家族の心配や不安が軽減するように、状況に合わせた関わりを行っていく。
 - ・家族の心理状態をアセスメントし、危機段階に応じた関わりを行う。
 - ・面会時にご家族がいなかったときの情報を伝える。
 - ・ご家族が医師からの説明を希望されるときには、医師と連絡をとり調整していく。
 - ・ご家族の受け止め方や関わりを経時的に記録していく。

5. 結果

家族は、患者に近づくことができず、表情は硬く、「こんなことになるなんて・・・もっと早く病院に来ていたらよかった。」と涙する様子がみられた。入院時より、院内に泊まり付き添いをしていたが、「見ているのが辛い・・・。面会できなくても、ただ近くに居られるだけで良いです。」と5分程度の面会を1日に2回するだけであった。そのような家族に対して、面会時には傍に寄り添い、思いの表出ができるよう傾聴する姿勢をとった。また、時間の調整を行い面会を促すようにしたが、強制はせず、家族が希望するときに面会ができるように環境を整えた。患者の外観に関する少しの変化にも家族は衝撃を受けていた為、面会の際には患者の外観を整え、壊死が進んで皮膚が変色した下肢がみえないように配慮した。また、患者を取り巻く機器の説明や状態の説明をわかりやすく行い、タッチングや声をかけたりできることなどを説明し、ベッドサイドに近づいていけるように実際に行動で示していった。キーパソンである妻を支える家族の存在を確認し、医師から病状の説明があるときには同席してもらうようにし、妻への負担が軽減できるようにしていった。上記のような関わりを行うことで、数日後には患者の病状についての質問が聞かれるようになり、ベッドサイドに近づき患者の手を握ることができるようになった。また、「これから、ゆっくりしようねって話していた所なのに、先に逝ってしまうなんて早いよ。だから、頑張る。みんな来てくれているんだよ。」と患者への励ましの言葉も聞かれるようになった。

6. 評価

入室した以降、患者は筋弛緩薬・鎮痛薬が投与されており、意識が醒めないまま経過していた。腸の浮腫が軽

減されたことや意識レベルの確認のため、鎮痛薬のみの投与となった。数日経過したが、声かけに対する反応はみられなかった。そのため、家族に対する私達の関わりが、患者にとってどのように影響しているのか評価することは難しい。しかし、今回家族の心理状態を経時的に記録しアセスメントすることで危機段階に応じた関わりを導き出すことができた。このことにより、患者の病状により家族の反応は変化することがあったが、ベッドサイドに近づき、手を握っていた家族の反応からフィンクの危機段階の衝撃の段階から、承認の段階まで移行することができたのではないかとと思われる。

IV. 考 察

ICUでは5年前より、家族支援シートを活用している。家族の言動や反応を、フィンクの危機モデルを用いて家族の危機段階をアセスメントし、心理状態に合わせた看護介入を行っていくシートである。障害を受けた人あるいは、愛する人の喪失に関する反応について、衝撃の段階、防御的退行の段階、承認の段階、適応の段階という4つの段階で退行するモデルである。衝撃の段階については、現実是对処できないほど急激で、結果的に生ずる無気力と不安のためパニックに陥ることもあるとされている。今回の事例は、数時間前までは普通に生活をしていたにも関わらず、突然の発症により、一変して生命の危機に陥ってしまったことから、家族が体験する衝撃ははかりしれないものであったと思われる。渡辺1)は、「愛する人が生命の危機状態に置かれている、あるいは突然の死別というような深刻な状況は、どう考えてみても、あまりに理不尽な出来事である。その段階で家族に必要なのは、適応に向かってよい変化をたどることではなく、その状況に没入して、まずは必要なだけ嘆き悲しみうろたえることではないだろうか。」と述べている。このことから、危機的状況に直面した患者家族を支援するために、家族のなかで起こっている感情を推察し、その感情を表出できる関わりが、求められると考える。また、表出できるように落ち着いた環境を整えることや共感的姿勢で関わり、家族の話聞くことができる時間を設ける必要があると思われる。今回、衝撃の段階にある家族に対して、家族ケア支援シートに基づいて、家族の心理状態を経時的にアセスメントし、家族の思いに共感を示し見守るとともに、いつでも質問や不安に対応できるよう面会時には側に寄り添っていった。金井2)は「どんな小さなケアにもその行為を導く根拠や目的が存在する。その目的達成のために、今何をすべきかを判断して、行動できる人こそケアの専門家である。」と述べている。事態が急激でかつ問題が大きいときには、患者だけではなく家族の精神的ショックも計りしれない。患者がどのような深刻な状況であっても、家族が目を背けずに向き合い、

寄り添いながらも現状を受け入れることができるようサポートする必要がある。そのためには、日々の家族の心理状態をアセスメントし、家族が抱く思いや意向を傾聴し、共感を示しながら、信頼関係を構築することができるような継続的な関わりが重要であると思われる。

V. まとめ

・現実を直視させられる面会において、家族には様々な心理反応がみられる。家族の危機段階に合った関わりを行うことは、家族が現実を認識し、患者に向き合う一助となる。

VI. 参考文献

- 1) 渡辺裕子: 家族看護- 生命の危機状態にある患者家族をケアする看護師のジレンマ p 17、日本看護協会出版会、2005
- 2) 金井一薫: KOMI理論、看護とは何か介護とは何か、p 36、現代社、2004

研究

急変時BLSシミュレーションDVD作成とその効果

The preparation of DVDs on simulated BLS in emergency and its effect

小坂 幸子¹⁾
Sachiko Kosaka尾西 幸一²⁾
Kouchi Onishi新村 智弘²⁾
Tomohiro Sinnura川村 昌経²⁾
Masatugu Kawamura

要 旨

当院での院内急変による心肺停止の現状は、2010年7事例、2011年5事例、2012年9事例であった。院内CPA患者に対してBLSは、生存率を高めるためには重要な技術である。入院患者の急変は、看護師にとってはショッキングな出来事であり、冷静に対応するためには、日ごろの訓練が必要である。集合教育には時間の設定、参加人数など制限があり効果的ではない。今回BLSシミュレーションDVDを作成し、その学習効果を検証したところ「映像に自分を重ねて物事を考えることが出来ている」「同じ施設内での看護師が演じることで、より現実的にイメージできた」など期待した学習効果が得られた。しかし、DVDはあくまでも学習の補完的な媒体であることが認識でき、認定看護師による対面学習も取り入れる必要がある。

Key words : BLS 学習効果 DVD教材

はじめに

人間の脳は2分以内に心肺蘇生が開始された場合の救命率は90%程度であるが、4分では50%、5分では25%程度と一般にいられている。早期かつ有効な一次救命処置basic life support（以下BLS）は心停止患者の転帰に重要な役割を担う。

当院でも入院患者の突然の心停止にたびたび遭遇する。実際に心肺停止の患者を目の当たりにした看護師の心理的動揺を覚えるのは当然である。そのため院内急変時対応マニュアルの設定や蘇生教育なども行われてきた。しかし、集合教育での実技講習には限度がありせっかく習得しても実践で十分に力を発揮できないことのほうが多い。

そこで、今回QC活動としてBLSシミュレーションDVDを作成し、いつでも学習でき急変時のBLSを効果的に実施できるように作成しその効果を検証したので報告する。

I 現状の把握

当院での院内急変による心肺停止の現状は、2010年7

事例、2011年5事例、2012年9事例であった。BLSでは、救命のため①人を呼ぶこと②携行資器材（救急カート、AED、心電図モニター）の準備が必須である。さらに、呼びかけに反応がなければ速やかに胸骨圧迫を開始しなければならない。当院の救急認定看護師が院内で発生した院内心肺蘇生報告書に基づき、AEDの解析を行っている。その中で、夜勤帯で発生した4事例について、BLSを実施した際明らかになった問題点を抽出した。(表1)

表1 夜勤帯でのBLSの状況と問題点

事例	急変時	発生場所	勤務者数	問題
1	準夜勤	病室	3名	AED装着まで12分
2	準夜勤	病室	2名	AED装着まで5分 ガイダンスを無視して胸骨圧迫
3	深夜勤	病室	2名	AED装着から25分 1分間の胸骨圧迫中断 ガイダンスを無視して胸骨圧迫
4	深夜勤	病室	3名	不適切なショック（心静止） ショック優先で胸骨圧迫をしていない。

1) 砂川市立病院 医療安全推進室

Department of Medical Safety and Promotion, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院 看護部

Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center

院内の蘇生治療が適切かを判断する方法の一つとして治療までの時間経過が用いられる。カーラーの救命率曲線(図1)からも院内であれば発見から3分以内のAED装着が望ましいとされている。しかし、得られたデータは、5分~25分となっていた。胸骨圧迫については、せっかくAEDを装着していても、そのガイダンスを無視して胸骨圧迫をし続けている事例が2件あった。このことから、年1回の実技研修だけでは実践能力を身につけてもらうことは困難であることがわかった。

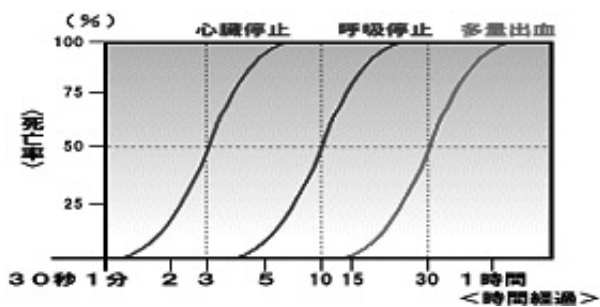


図1 カーラーの救命率曲線

II 目標の設定

1. BLSのシミュレーションDVDを作成し

現場の看護師がイメージトレーニングが出来るようにする。

2. シミュレーションDVDを各部署に配布し緊急時の対応について繰り返し学習できるように整える。

3. 楽しく学習できるようなオリジナルシミュレーションDVDを作成する。

III 対策の検討

まず、QC活動の発案者として医療安全推進室看護師長と救急救命センター兼HCU看護師長が中心となり、メンバーを募った。救命処置を正しく実施していかなければならないため、エキスパートとして救急救命センター長、救急認定看護師にも協力を依頼した。各々が演者となり、夜間の病棟での心肺停止の場面を想定しビデオ撮影を行った。場面1はBLSでやってはいけない場面をふ



場面1 やってはいけないBLS



場面2 マニュアルに沿ったBLS

んだんに取り入れ、場面2は、マニュアルに則ったBLSを撮影した。場面1は視聴者の記憶に残るインパクトの強いものとした。

IV 成果の確認

DVDは、昨年度2回夜間心肺停止の患者を体験した病棟スタッフに視聴してもらいアンケート形式で回答してもらった。アンケートの内容は①場面1を見てもらい、BLSでやってはいけないことについて気づいたことを出してもらった。②場面2を見て正しい急変時の対応について理解できたかどうか③鑑賞した感想④言語的な伝達やマニュアルを読むこととDVDでの学習の比較について確認した。鑑賞した病棟看護師10名のアンケート結果は以下の通りである。

1. 場面1 BLSについての間違った対応について気づいたこと。

〈発見者の対応について〉

- ・急変時にそばを離れている
- ・呼吸の有無を確認していない
- ・絶え間ない胸骨圧迫をしていない
- ・急変時に必要な物品を口頭指示していない

〈リーダーの役割と明確化〉

- ・急変時の応援要請の手順を理解していない
- ・あせりすぎている
- ・胸骨圧迫を一人で行っている

・AEDをすぐ装着していない

〈応援者の役割と蘇生手技〉

- ・胸骨圧迫を10秒以上休んでいる
- ・記録をしていない。
- ・胸骨圧迫のリズムや回数が悪い

2. 場面2を見て正しい急変時の対応は理解できたか。出来たとしたらどんなことが理解できたか。

- ・ポイントが絞られた字幕だったのでわかりやすかった。
- ・看護師2名の動きがわかりやすかった
- ・テキストなどは2人とも白衣のため白衣の色の違いや男女の違いが明確でわかりやすかった。

- ・間違っただ対応の後正しい対応を見たのでどこがポイントかがわかりやすかった
- ・初めに間違っているところを見ることで、追加でどんな処置、対応をしているか見ることが出来た。
- ・一連の流れがわかるのでわかりやすかった
- ・実践を目で見てイメージが出来やすい
- ・混乱している看護師の姿が自分と重なった
- ・よくある場面で視覚的に理解できたので参考になった。
- ・呼吸停止の患者を見たらスタッフ用のコールで呼んだり、物を持ってきてもらう。その間は胸骨圧迫をしていることが理解できた。

3. 鑑賞した感想

- ・あせってしまった時に間違っている場面ようになってしまいそうだった。正しい対応を再確認して実際に起こった時に正しい行動がとれるようにしたいです。
- ・楽しく、間違いや正しい対応についてまとめてあるためずっと自分に吸収できたと思う。
- ・リアリティーがあってわかりやすく面白かった。実際に急変時の対応がわかっていないとこのような場面で対応できないと思った。
〇〇師長の演技がとてもリアルでとてもよかった。
- ・皆さんの演技がリアルでした。
- ・主要なセリフが字幕だとわかりやすかった。
- ・とてもリアルでわかりやすく興味をもてた。
- ・演技に感動しました。正しいほうのDVDで医師が「心マ再開」と言っていましたなぜ心マ再開なのか？アセスメントの内容を話してくれるのもっとイメージがついてよかったと思いました。DVDの編集もよかったです。
- ・面白かったです。
- ・楽しく勉強することが出来ました。急変事はこれだけあせってしまうんだと感じました。
- ・最初の映像が面白かったです。美人ナースの演技が素敵でした。
- ・間違っている場面と正しい場面を比較しながら見ることによって何が違うのか、どうするのが正しいのか知ることが出来た。

4. 言語的な伝達やマニュアルを読む学習と比較しての違いについて

- ・実際の状態をリアルに再現していると思うのでその時の緊張感なども伝わり、イメージしやすかった。
- ・知っている方々がVTRに出演しているので頭にイメージしやすい。(思い出しやすい)
- ・新人にはわかりやすいと思います。
- ・正しいほうのイメージがつきやすくてよいと思います。
- ・印象に残りやすい(知っている人がやっていることでも、さらに印象に残りました)

- ・実際にどのように動けばいいか紙面上だけではわかりづらい。
- ・イメージがわきやすくよかった。
- ・新人さんや急変にあたったことのない看護師にはいいと思う。
- ・体験、知識の乏しい新人指導には目で見て教えることが出来るので、イメージがわき、実践に役立つことが出来そう。
- ・間違っただ行動を見ることで自分の知識の再確認が出来ました。
- ・イメージしやすい
- ・実際の動きをイメージすることが出来てわかりやすい。
- ・言葉で想像するよりも実際に見ることでより理解しやすいと感じた。
- ・見て聞いて覚えるのでとても印象的でよかった。

V 考察

今年度のQC活動として、患者救命のためのBLSシミュレーションDVDを作成した。当院は、急性期医療を担う中核病院であり、看護師にとって患者の救命処置をマスターすることは必須である。しかし、現在、看護部に所属している看護職員は、助産師を含めて418名である。院内で心肺停止の状態で発見されるケースは3年間の平均では7件であり、いつ誰が遭遇するかわからないのが現状である。

集合学習でも限界があり、平成23年度のデータでICLSまたはAHA研修受講終了者は看護部全体の9.8%である。救急認定看護師が中心になってのBLS集合研修(実技)の参加者は9ヶ月かけて82%であり、それ以降の大がかりな研修は行われていない。

BLSを含む各団体主催の研修会で使用されている言葉に『BLSトレーニング』という表現がある。このトレーニングの意味は、練習することであり、練習は、学習を行うために繰り返し行う操作のことである。今回のDVD作成の主な目的は、トレーニングの中でも、イメージトレーニングという手法を利用し、実際に身体を動かすことなく、頭の中で動作を考えることを目的としている。滅多に遭遇することのない心肺停止の緊急場面で、対処方法などを頭の中で考え、慣れておくことが重要である。

アンケート調査結果から、場面1の間違った対応を観た時、心肺停止を発見した時にまず何をすべきかをイメージすることが出来ていた。また、多くのスタッフが、「間違いだらけの場面を観てから正しい場面を観たので正しい行動が理解できた。」などよい評価をしている。また「急変場面でこんなに混乱するものなのだと理解できた」など映像に自分を重ねて物事を考えることが出来ていると考える。楽しく学習できたかについては、「知って

いる人がやっていることで、さらに記憶に残った」と感想を述べている。これは同じ施設内での看護師が演じることで、より現実的にイメージでき、また誰もが自分と同じ体験や思いをしているのだと感じることでストレス度の高い場面でも落ち着いて行動することが重要であると感じ取れたのではないかと考える。

これらのことから、今回作成したDVDは看護師一人一人の記憶に強く残り、緊急場面での自分の役割やチームワークの重要性などさらに展開できる可能性を含んでいる。さらに、DVDを反復して観ることで、高い学習の効果が期待できる。

院内で発生する予期せぬ突然の心肺停止に遭遇した看護師が、速やかな蘇生開始や5分以内のAED装着など患者の転帰に関わる手順を理解し実践できるように今後もDVDを活用した学習の効果を検証していく必要がある。

VI 今後の課題

今回は、DVDを閲覧してのアンケートにとどまったが、さらにスキルを獲得させるためには認定看護師や院内認定が対面で質問や疑問に答えたり、情報交換をしたりすることも重要である。DVDはあくまでも学習の補完的な媒体であることを作成スタッフは強く認識しなければならない。

文献

- 1) 大江ひろ子 医療教育の現場におけるICTメディアの有用性に関する一考察—呼吸療法セミナーにおける受講生評価の視点から— ITヘルスケア 第3巻1号 May25, 2008 : 44-47
- 2) 不動寺純明 ウツタイン様式による院内心停止の検討—早期除細動の限界—日本救急医学会誌 2008 ; 19 ; 139 - 49

研究

退院支援看護師の育成 ～QC(Quality Control)活動報告～

Upbringing of Discharge support nurse
～QC (Quality Control) Activity～

森 佳子
yoshiko mori

藤井 恵子
keiko fuji

櫛引 晴子
Haruko kusibiki

菊永 和美
Kazumi kikunaga

要 旨

砂川市立病院の2次医療圏は、北海道では第2位の高齢化地域である。高齢者の独居世帯や老老介護の増加は、退院を困難にさせている。平成23年に看護師を対象とした意識調査や現状の把握、問題点の抽出などを行った。その内容を踏まえ、システムの構築と専門的な支援を行える看護師の育成に取り組んでいる。システム構築の結果、退院時調整加算は導入後に大幅に増加、特に14日以内、15日から30日の退院支援が増加しており、収益の増収にもつながった。研修生の意識変化では病棟での役割意識が高まり、入院時の細やかなスクリーニングと情報収集、自部署での学習会や退院支援カンファレンスの開催、みえる化など研修生の自発的な行動の変化もみられた。

Key words : Discharge support nurse QC Activity In-hospital education

【目 的】

H22年度より、急性期医療を担う病院の平均在院日数を短縮化し、「施設医療」から「在宅医療・在宅看護」への移行することが推奨されてきた。砂川市立病院の2次医療圏は、北海道では第2位の高齢化地域である。高齢者の独居世帯や老老介護の増加は、退院を困難にさせている。質の高い退院支援を目指し、システムの構築と専門的な支援を行える看護師の育成に取り組んだので、その現状と効果について報告する。

【方 法】

実施期間：2011年9月から2013年4月

実践内容：①一般病棟看護師160名を対象に退院支援に対する意識調査を実施し、問題点と傾向を明確にする。

②システムの構築③テクニカルナースの育成

実践評価：①支援内容の変化を分析 ②レポートから意識と行動の変化を分析

【実践内容】

1. 意識調査の結果

タイミングが解らず迷う、システムが解らないという意見が多くあった。また、半数以上の看護師は患者が希望したら在宅退院や外泊などを実現したいと考えるが、環境や家族、地域の状況から無理な事が多いとの返答も同じだけあった。また、少数ではあるが急性期病院だから、忙しいから、自分たちの仕事ではないという意見もあった。アンケートの結果と地域の状況から要因分析をした。(図1) 早急なシステムの導入と看護師の教育が必要であると考え対策の検討(表1)を行い改善実施策(表2)を考え実践した。

2. システムの構築

平成24年8月からシステムの構築と検討を行い運用フローとマニュアルを作成、看護師長、主任看護師へシステム運用のオリエンテーションを行った。システムの検討は地域医療連携室(看護師、MSW、事務など)と看護部とで行い10月から電子カルテ内に導入し運用を開始した。平成25年4月からはMSWが病棟担

1) 砂川市立病院 看護部
Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center

当制となりカンファレンスも充実しつつある。

3. 退院支援看護師の育成

退院支援看護師育成に関しては、平成24年11月から養成研修を開始した。期間は2年間、講師はQCメンバーと地域医療連携室看護師、MSW、作業療法士、地域訪問看護師、地域薬剤師など実際に退院支援、在宅療養支援にかかわる多職種で行っている。2年目は実際に事例を持ち、在宅療養、訪問看護、退院調整部門での実習も組み入れ、在宅療養の実践を経験する内容も取り入れている。(添付資料1) 対象はクリニカルリーダーⅣ以上、病棟でコーディネーターの役割を持ち、リーダーシップを発揮できる看護師とした。

目的は退院支援に対する知識、技術を習得しマネジメントと教育の実践できる看護師の養成をすることとした。

成果と考察

1. システムの構築と電子化によって

① 経済的効果：退院時調整加算の算定率の増加と在院日数の減少(グラフ1)

導入前の平成24年4月から9月までが119件だったのに対し、10月から平成25年3月までは206件と大幅に増加した。特に14日以内(340点)は24件から78件、15日から30日(150点)は36件から64件と増加しており早期から病棟でスクリーニングを行うことで早期退院が可能になったと考えられる。収益にすると、半年間で164,600円から393,200円と増加しており、228,600円のプラスとなった。

② 質の改善：システム導入により退院支援への病棟全体の取り組みの変化

- ・退院支援責任者(病棟看護師長、主任看護師、テクニカルナースなど)がスクリーニングの支援や相談役となっている。
- ・早期からスクリーニングできるようになったことから退院支援が必要な患者を抽出することが可能となった。
- ・退院支援が入院時から始められるようになった。

2. 退院支援看護師の育成をすることで、ジェネラリストナースの退院支援の意識が高まり質の高い退院支援が実践できるようになる。

① 意識の変化については毎回の研修レポートから読み取った。

- ・スクリーニングの重要性が理解できた。
- ・意思決定への支援の重要性という気持ちが変わっても良いという柔軟性
- ・病棟での自分の役割と病棟での具体的な活動について考え始めている。

・チームでのかかわりが重要であることを理解してきている。

・患者・家族の思いに目を向け伝達している。
・ロールプレイを通じてコミュニケーションの大切さを学んだ。

・ワークショップをしたことでたくさんの人数で話し合う事、つまりたくさんの職種で話し合うことで色々な案が出てくることを学びカンファレンスの重要性を感じた。

・患者・家族が退院後の生活をイメージできるように関わることが重要。

・入院から退院までの支援のプロセスが重要。

・介護保険の仕組みや経済状況、生活状況などにも以前より気になるようになった。

・知識が増えることで患者さんや家族への情報提供や提示する選択肢の幅が広がった。

などがあげられた。

② 行動の変化についても、受講者が退院支援に対して積極的に実践者となると同時に、自主的に病棟で退院支援看護師としての役割を果たす行動をとっている。

例えば

- ・退院支援ファイルを作成する。
- ・病棟看護師にミニレクチャーを行うなど得た知識を周知する。
- ・各モジュールに退院支援チームを作る。
- ・他院支援の流れ(フローチャート)を作成しPCのそばに置く。
- ・退院支援カンファレンスを開始した。
- ・記録の徹底 などである。

③ 質の変化～在宅調整依頼件数と病棟支援件数が徐々に増加してきている。調整中の死亡や中断件数が減少している。(グラフ2)

退院支援システムの導入と退院支援看護師養成研修を行ってから在宅支援の依頼が増加している。このことは早期からスクリーニングをし、退院困難な要因を明確にすることで、患者を元の生活の場へ返すという意識が高まったためと考えられる。また、研修では病棟で行う退院支援は「受容支援」と「自立・自律のための介入」であることを学んでいる。患者や家族が退院してからも困らないように、不安や不満を抱えたまま退院にならないようにかかわろうとする意識が高まったと考えられる。病棟支援件数の増加は計画的に退院へ向けた患者教育やADLの維持、外来や地域医療連携室、在宅スタッフへの情報提供などが徐々にではあるが可能となってきたということだろう。

もう一つの特徴は中断や調整中の死亡件数が減っているということである(グラフ3)。これは早くから病棟看護師が退院支援にかかわることで早期退院が可能になったことと、適切なタイミングで退院調整が行われつつあるということだと感じる。

まとめ

退院支援看護師を育成する事で、退院支援についての認識が高まり、多職種カンファレンスへの参加や部署内での退院支援チーム作り等、部署での取り組みに繋がった。早期に退院支援に取り掛かることで、早期の退院支援件数も増加するとともに、患者や家族の「退院後の生活」に視点を置いた質の高い退院支援につながっていくのではないかと考える。

参考文献

宇都宮宏子・三輪恭子：これからの退院支援・退院調整～ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域～ 株式会社日本看護協会出版社 2011

図1 要因分析 フィッシュボーン

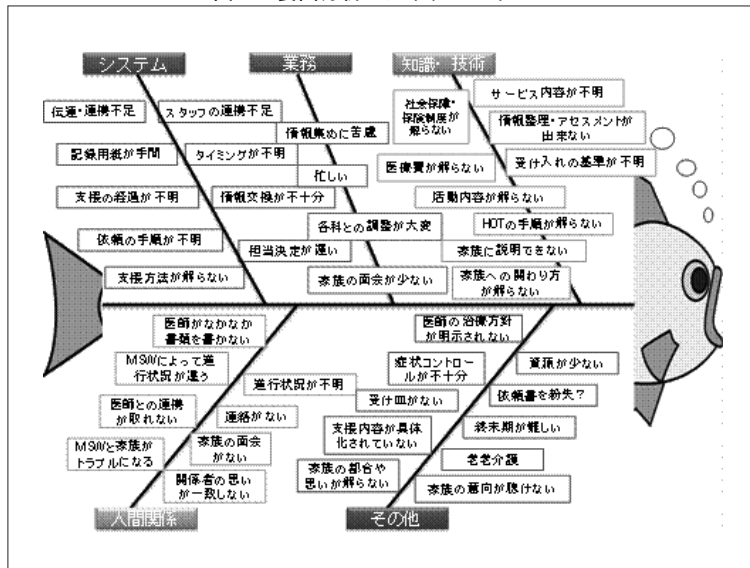


表1 対策の検討

対策の検討

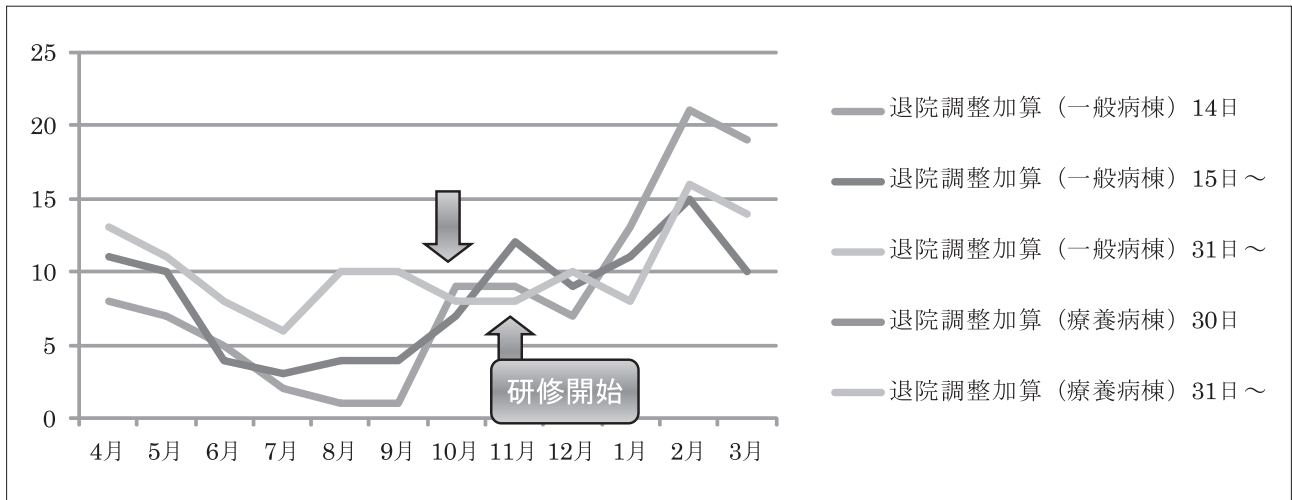
重要要因	対策項目	ランク
システムの問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 依頼用紙の記載に時間がかかる ・ 連携室との情報交換が不十分 ・ タイミングがわからない ・ 連携室の動きが解らない 	A
知識・技術の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントができない ・ 患者への説明が解らない ・ 情報の整理の仕方が解らない ・ 進め方、手続きが解らない ・ 介護認定やサービス、社会保障などの知識がない ・ 在宅療養についてわからない 	B
業務の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の面会が少なく調整ができない ・ 忙しい ・ 入院前の情報について把握していない ・ 各科の手紙の調整に時間がかかる 	C
人の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師との連携 ・ MSWとの連携 ・ 家族の問題 	D
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老老介護や独居 ・ 症状緩和ができていない ・ 資源が少ない ・ 方向性がなかなか決まらない 	E

表2 改善実施策

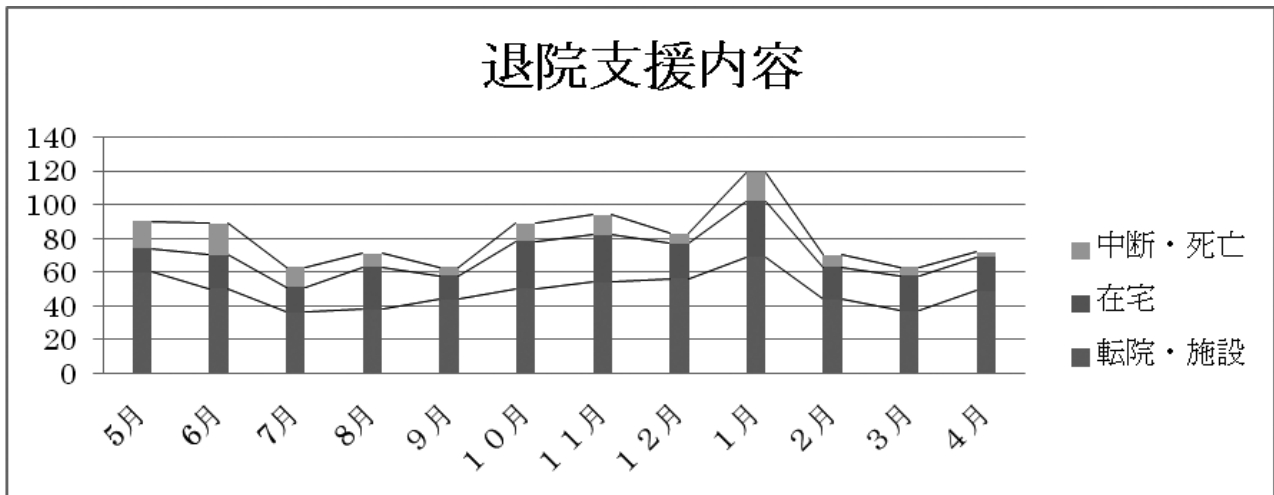
改善実施策

対策項目	何を	誰が	いつ	どこで	何のために	どのようにする
退院支援のシステムを明確にする	退院支援の流れを明文化する	QCメンバー MSW バス担当者 看護グローバル	6月下旬まで		退院調整がスムーズに行われるように	<ul style="list-style-type: none"> ・ フローチャートの作成 ・ スクリーニングスコアの作成 ・ 情報交換の方法の見直し ・ カンファレンスの充実
教育プランの立案	教育プランを考える	QCメンバー 連携室看護師	6月中		効果的な教育がされる	教育プランを作成する
退院調整支援看護師の育成	在宅支援に対する知識と技術の教育	QCメンバー MSW 訪問看護ST 看護グローバル	7月から12月	病院 訪問看護ST 地域連携室	各病棟に退院調整看護師を配置する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基礎知識の教育 ・ 在宅療養の実践を学ぶ ・ 地域連携について学ぶ ・ 地域の資源について学ぶ ・ 事例検討
各病棟に浸透させる	退院支援の実践を各病棟で実践する	退院調整看護師	12月から3月	各病棟 地域連携室	退院調整が効果的に実施される	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携室と協働した在宅療養支援を実践する ・ 事例をまとめる
成果の確認と定着	在宅支援の状況を評価する	QCメンバー	4月		退院調整が効果的に実施されるようになったか、意識の変化があったかについて評価する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養に対する評価アンケート調査 ・ 次年度への改善点を見出す

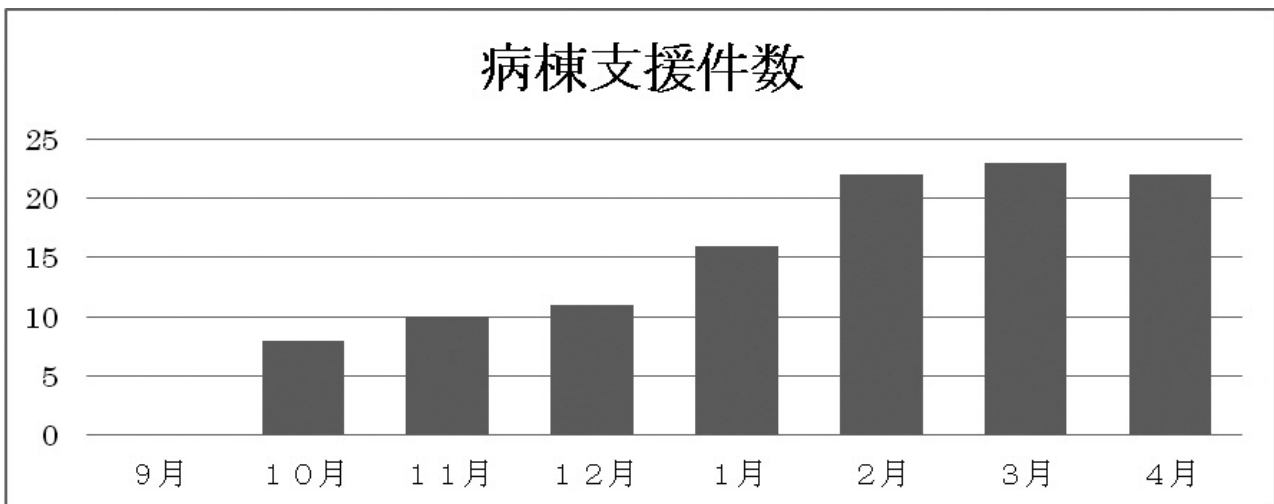
グラフ1. 退院調整加算の算定状況



グラフ2. 退院支援内容



グラフ3. 病棟支援件数



添付資料 1 教育スケジュール 1年目

月日	内容と目標	研修方法と評価	時間・日直
11月	研修オリエンテーション 目標：研修の意味と自己の役割を認識する事が出来る	オリエンテーション 40分 ディスカッション・アンケート 20分	60分 菊永
12月	退院支援とは 目標：退院支援の概念を理解できる	レクチャー 40分 地域医療連携室看護師（森） ワークショップ：現状での問題点を明確にする（30分）ディスカッション 20分	90分 藤井
1月	在宅療養に向けた 患者教育と生活指導	レクチャー 40分 事例検討：退院に必要な患者教育・家族指導の実際を学ぶ	90分 櫛引
2月	診療報酬の理解 在宅資源の理解 目標：退院支援に必要な在宅資源（サービス）を理解できる。	レクチャー（60分） 医事課（朝日） 地域医療連携室看護師（工藤） 質疑・応答（30分）	90分 森
3月	がん終末期患者の退院支援 患者家族の自己決定を支えるスキルを学ぶ	レクチャー 40分 ディスカッション ロールプレイ 事例検討：がん終末期患者の退院支援の実際を学ぶ	90分 菊永
4月	退院支援の実際 目標：退院支援における看護師の役割が理解できる スクリーニングについて理解できる	レクチャー（40分） 地域医療連携室看護師（工藤） ワークショップ：事例検討(30分) 発表、ディスカッション（20分）	90分 藤井
5月	退院調整とチーム医療 作業療法士 ソーシャルワーカー 目標：他職種との連携を学ぶ	レクチャー（30分ずつ） 作業療法士（小野寺） MSW（大畑） 質疑応答・ディスカッション（30分）	90分 櫛引
6月	退院支援における倫理	レクチャー（40分） 藤井・森 ワークショップ：事例検討（30分） 発表、ディスカッション（20分）	90分 菊永
7月	事例検討	退院調整に関する事例検討 ワークショップ	90分 森
8月	事例検討	退院調整に関する事例検討 ワークショップ	90分 藤井
9月	試験	退院調整事例に関して	40分 櫛引
合計			540分+試験時間40分

2年目

月日	内容と目標	研修方法と評価	時間・日直
10月	退院支援事例をまとめるにあたって	レクチャー：櫛引	90分
11月	在宅療養について 目標：訪問看護について理解できる。	レクチャー：訪問看護師 事例検討：訪問看護ステーションとの連携の実際について	90分
12月	地域調剤薬局の役割 目標：地域調剤薬局の役割を知る	レクチャー：そらちぶと調剤薬局薬剤師 ディスカッション：地域調剤薬局との連携を考える	90分
1月～ 7月	事例研究と退院支援の実践 目標：在宅療養についてイメージし退院支援の実践が出来る。	地域医療連携室実習 退院前訪問、退院調整会議、ケア会議の実践、地域との調整、家族との面談など計画的に退院調整を行う。 訪問看護ステーション 退院後の事例に対して在宅でのケアの実践を学ぶ。 自分が実践した退院支援を評価する。	2日 2日
8月～ 9月	事例のまとめ	ファシリテーターに指導を受けながら事例をまとめる。	
9月	事例報告	事例報告内容を評価する	

研究

「看護の統合と実践実習」における授業(実習)過程評価

Testing of the clinical instruction by nursing students

戸田 悦子 佐々木 めぐみ
Etsuko Toda Megumi Sasaki

要 旨

〔目的〕 2011年「看護の統合と実践実習」という新たな実習科目が展開された。この科目は、臨床実践に近い形での知識・技術の統合が目指される。新カリキュラム導入後の「看護の統合と実践実習」においては、看護教員の学生の目標達成支援が適切であったか客観的に評価することに意義があると考えられる。

〔方法〕 対象は、看護師養成所3年課程A看護専門学校、平成23年度3年生34名である。「舟島なをみ開発：授業過程評価スケール看護学実習用」質問紙を用いて、手順に沿って分析した。

〔結果〕 総得点平均は中得点領域であった。下位尺度10項目のうち、中得点領域8項目、高得点領域2項目が明らかになった。

〔考察〕 授業(実習)過程に顕在的な問題はないと判断されるが、今後より一層、学生の期待に合致し望まれる能力を獲得できる「看護の統合と実践実習」のカリキュラム構築が望まれる。今後の授業(実習)過程の改善において課題が示唆された。

Key words : 授業過程評価:testing of the clinical instruction

看護学実習 : nursing students in the Clinical Practice

I. はじめに

授業とは、教育目標達成に向け学習主体としての学生の活動と、教授主体としての教員の活動が知的対決を展開する過程¹⁾である。これは教員の効果的な授業展開のためには、教育目標の達成という授業成果と共に、学生との相互作用の生じる授業過程にも着目し、学生・教員双方からの評価を実施する必要性を示している。

「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書(2007)」を受け、2008年4月1日から改正省令が施行され、看護学生の看護実践力を強化するためにカリキュラムの改正(以下、新カリキュラム)が行われた。3年課程の場合は2009年4月入学生から新カリキュラムが適用され、「看護の統合と実践実習(臨床実践に近い形での知識・技術の統合が目指される新たな実習科目)」が示された。

新カリキュラム導入後の「看護の統合と実践実習」においては、看護教員の学生の目標達成支援が適切であっ

たか客観的に評価する必要がある。看護教員自身の教授活動や課題を客観的に把握し課題克服に向けて努力することが、看護基礎教育の質を改善することになると推察される。

以上から、新カリキュラム導入の過程において、適切な学習支援が実施されたかを検証することには意義があると考えられる。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙を用いた実態調査研究

2. 用語の操作的定義

1) 授業(実習)過程評価：授業の目標に照らして教育の効果を学生の立場から判定する。学生が行われた授業(実習)を評価しその結果を参考に、看護教員が実習目標・実習方法・教育者の授業態度の課題を明らかにする。