

# 緩和ケア病棟の褥瘡予防対策における看護師の行動変容への取り組み エフェクチュエーション理論を用いて考える

鳥取市立病院 看護局：漆原 聖子

## 要旨

終末期患者にとって身体的苦痛の軽減は必須である。終末期患者の苦痛を増やさないためにも褥瘡予防は重要であるが、褥瘡予防の対策は決して安楽とは言えず、時に苦痛を与えることがある。患者の苦痛緩和を優先すれば、褥瘡発生を防ぐことは難しく、褥瘡予防に対して諦めることを考えやすくなる。緩和ケア病棟であるA病棟も褥瘡予防対策を諦める傾向にあった。この意識を変化させるために、リンクナースと共に、看護師が実践しやすい部分から取り組みを開始し、少しずつ成功体験を増やすようにした。その結果、褥瘡予防対策に積極的に取り組む姿勢へと変化した。この取り組みは、エフェクチュエーション理論（いま何ができるか思考）の5原則に沿って行動したのではないかと考え、理論に沿って振り返った。エフェクチュエーション理論は、誰もが取り組みやすく、小さな成功体験を経験することで、看護師の自信へとつながり、行動や意識変化に繋がったと考える。

**キーワード：**エフェクチュエーション理論、緩和ケア病棟、褥瘡予防対策、看護師の行動変容

## I 緒言

緩和ケアを中心とした混合病棟であるA病棟は、褥瘡予防の重要性は理解できているが、患者が苦痛を訴え、褥瘡予防対策を拒否すれば、患者の訴えを尊重し予防策を講じないことがしばしばあった。そのため、A病棟の褥瘡発生件数は院内褥瘡発生件数の2倍であり、発生した褥瘡が悪化してしまうことが問題であった。祖父江はがん終末期患者の褥瘡ケアについて「『褥瘡ケアとして体位変換を行うことで褥瘡発生を予防できるが、症状による苦痛が増す危険性がある』『症状緩和として体位変換を行わないことで症状による苦痛を緩和できるが、褥瘡を発生する危険性がある』という倫理的ジレンマに陥ることがある」<sup>1)</sup>と述べている。A病棟も患者が苦痛を感じる褥瘡予防対策は実施したくないなどの倫理的ジレンマを感じながら、終末期患者に対する褥瘡予防対策を諦める傾向にあった。これらの問題を改善するためには、終末期患者であっても対策を講じれば褥瘡予防につながるといった意識変化が必要であり、意識変化をもたらすためにはリンクナースの力が重要と考え共に対応策を検討した。基本的な予防対策ではあったが、少しずつ成功体験をふやしたことで、褥瘡予防対策に積極的に取り組む姿勢へと変化した。対応策では、自分たちのできることから始めることを前提として、実践に移すようにした。この考えはエフェクチュエーション理論（いま何ができるか思考）に沿

たものであり、この理論に沿って行動したことが、A病棟の褥瘡予防に対する行動変化へ繋がったのではないかと考え、5原則を用いて振り返ったので報告する。

## II 目的

緩和ケア病棟の褥瘡予防対策における看護師の行動変化を経営学的意思決定理論であるエフェクチュエーション（以下EFF）理論に沿って振り返り考察する。

## III 方法

### 1. 期間

2019年1月～2024年12月

### 2. 用語の定義

EFFとは、将来予測が極めて困難な状況においても成功する起業家が活用する思考過程で、将来予測にこだわるのではなく、5つの原則を使いながら今できることを見つけて、取り組むことで状況に対処する。将来どうなるかわからないとき、従来の方法では対処が難しいとき、患者や家族の個別的なニーズに対応したい時などに活用できるとある。<sup>2)</sup> 以下文献（角田,2022：角田,2024）を参考に定義した。

#### 【①手中の鳥の原則】

自分たちがすでにもっている「手段」（物、人脈、知識や技術など）で、できることはないかを考える。

手段を棚卸し、それで何かできないかを考えることから始める。

#### 【②許容可能な損失の原則】

うまくいかななくても許容可能な範囲を決める。達成目標を設定することよりも、仮に何らかの損失が生じてもどこまでの損失であれば許容できるのかをまず決めてしまう。

#### 【③クレイジーキルトの原則】

積極的にパートナーシップを組んで一緒に問題に取り組む。EFFでは他者との結びつきが重要になってくる。たまたま相談した相手が別の知識・技術や人脈をもっていて、さらに別のものにつないでくれる場合がある。このつながりによって思いもよらなかった方法や手段が出てくる可能性がある。

#### 【④レモネードの原則】

生じた問題や偶然を積極的に活用する。取り組みの過程で生じる様々な問題や偶発的なことを避けるのではなく、「チャンス」と考えて活用する。

#### 【⑤飛行機の中のパイロットの原則】

全体を把握し、うまくいくように集中する。今できることは何か、それが上手くいっているかに注力し、それらを積み重ねることで望ましい状況をつくり出す。

この5つの原則を回して、実行可能なことを少しずつ増やして、望ましい結果を積み上げるのがEFF理論と言われている。

### 3. データの収集方法

過去のA病棟褥瘡対策委員会のチーム会議録から、看護師の言動等に変化が生じている場面を抽出する。

### 4. 結果の分析方法

褥瘡予防対策の取り組みに対するA病棟看護師の言動をEFF理論に基づく5つの原則に照らし合わせ、言動や件数の変化について考察する

## IV 倫理的配慮・利益相反

個人が特定されることがないように考慮し、口頭で説明を行い同意を得た。

利益相反 なし

## V 結果

### 1. A病棟問題の背景

2019年院内褥瘡発生件数の平均は10.4件であった。A病棟の2019年の院内褥瘡発生件数は22件であり、

該当病棟の中で最大件数であった。また、深さD3以上の褥瘡発生件数が7件であり、この内5件は悪化を招いていた。定期的な褥瘡評価は行われていたが、同じようなアセスメントが繰り返されており、チームで話し合っているのか疑問を感じていた。褥瘡発生報告も悪化を認めてから報告する、あるいは退院してから報告するなど一定ではなかった。A病棟看護師と褥瘡予防対策について話し合いを繰り返したが、「終末期患者の褥瘡は治らないので諦めましょう」「患者さんが辛いと言っているので、褥瘡予防対策は実施できません」「褥瘡が悪化しても、患者さんが動きたいと言っているのでマットは変更しません」などの言葉が度々聞かれた。このような思いがある中での褥瘡予防対策は難しく、まずは意識変化を始める必要性があった。2020年のリンクナース交代の機会を利用して褥瘡予防対策の見直しを行った。

### 2. 実際

【原則①：手中の鳥の原則】では、A病棟の問題をいくつか挙げていく中で、一番の大きな問題は、褥瘡発生報告ができないことであった。取り組み以前の褥瘡発生報告は、褥瘡と他の創傷をなるべく区別して報告することを求めている。しかしリンクナースより、褥瘡と他の創傷を区別することは難しく、報告すること自体が苦痛であり、気持ちに負担がかかっているとの意見であった。誰もが報告できる環境を整えるためには、創傷の区別をやめて、発生した創傷をすべて報告することへ変更した。

【原則②：許容可能な損失の原則】では、発生した創傷をすべて報告する場合のメリットとデメリットを考えた。メリットとしては、発生時点の報告であれば、浅い褥瘡の可能性がある、褥瘡治癒の早期回復が見込まれ、患者への苦痛が軽減されることが考えられた。デメリットとして、褥瘡発生件数の増加は避けられず、全ての報告を上げるため、リンクナースの仕事が煩雑になるかもしれないことが考えられた。話し合いの結果、褥瘡発生件数が増えたとしても、褥瘡が治るのであれば、発生時点で報告する方が良いとの結論になった。①と②の原則を実行したことで、発生件数に多少の増減はみられるが、2024年の発生件数は9件と減少し、深さD3以上の発生は0件となった。

【原則③クレイジーキルトの原則】では、A病棟看護師の多くが、「患者が嫌がることは極力やりたくない」との思いがあり、褥瘡予防に欠かせない定期的な

体位変換が実施できず、体圧管理ができないことが問題だった。介助グローブを使った体圧管理を検討している時、ある看護師が「自分の家族なら毎日さすってあげるのに」とつぶやいた一言をきっかけに、面会にきている家族に体圧管理の協力を得ることを提案した。家族の面会時に介助グローブを使って、身体を撫でることによるメリットを説明し、患者と家族が触れ合う時間作った。この触れ合いの時間は家族からも「病院からは何も手伝うことがないと思っていたけど、私にもできることがあって嬉しいです。」と有意義な時間を過ごす機会作りにもなった。③の原則を実行したことは、患者・家族の関係性を深めただけではなく、看護師自身も介助グローブによる除圧が患者の苦痛緩和に繋がることを実感でき、積極的に介助グローブを使用して除圧する行動へ変化した。

【原則④：レモネードの原則】では、褥瘡予防対策を実施していても、どうしても発生してしまう褥瘡がある。発生時の対応として、発生報告を受けてから数日後に、皮膚・排泄ケア認定看護師と検討することが多かったため、対応時間にズレが生じていた。この検討をリンクナースに任せて、褥瘡が発生した時点で、今できる最大の対応策を考える方法に変更した。この対応で打開策が見つからない時に、皮膚・排泄ケア認定看護師へ相談することにした。この結果、始めのうちはリンクナースへの負荷がかかっているように思えたが、その場で検討するという行動が意識付いたことで、リンクナース不在でも、自分たちで検討できるように変化した。

【原則⑤飛行機の中のパイロットの原則】では、リンクナースと共に、A病棟全体の褥瘡発生状況を確認しながら、常に褥瘡予防対策が患者だけではなく、A病棟看護師への負荷になっていないかを気にかけていた。負荷になりそうな予防対策は実施せず、妥協できる対策を提案することを心がけた。そして、褥瘡が改善した段階で、成功したことを患者やA病棟看護師に伝えることを心がけた。その結果、A病棟看護師や患者から、「終末期患者でも褥瘡治るんですね」「死にゆく身体だけど、1つでも治せるものが残っていて嬉しかった」などの言葉が聞くことができた。

## VI 考察

EFFは、できることから始まり、行動のハードルを

下げ、行動しながら状況を把握し、その時々に応じて対応策を考えていく方法である。<sup>3)</sup> 原則①②では、A病棟の問題点である報告できないことに着目した。褥瘡を始めとして、あらゆる創傷の発生要因には特徴があり、創傷の発生要因を知ることによって対応策を講じることができる。また発生要因からある程度の創傷を区別することが可能とも言える。褥瘡と他の創傷を区別して報告することは、発生要因を考える機会につながると考えリンクナースへの報告義務としていた。しかし、創を区別することは、リンクナースにとって精神的苦痛を感じ、報告をためらうことに繋がっていた。Steveはネガティブな情動を体験しやすい場面として「自由度やコントロール感覚が制御されるとき」としており、<sup>4)</sup> また市川らは欲求不満に対する消極的対応として「目標そのもの、あるいは障害から目を背ける反応である」としている。<sup>5)</sup> 創傷を区別して報告することは、褥瘡の正誤を暗に問う形だけではなく、報告する自由に制限をかけていた状態であり、報告を遅らせる要因となっていた。創傷の区別なく報告する形に変更したことで、看護師の精神的なハードルが下がり、褥瘡発生報告ができることへ繋がった。また褥瘡発生報告ができることで、早期に褥瘡を発見し、早い段階で創傷治癒を促せるだけではなく、同時に予防対策を考える機会となったことが褥瘡発生件数の減少につながったのではないかと考える。

褥瘡予防にとって体圧管理は欠かせないものである。医療者は、様々な知識や技術を駆使して、患者に安楽な体位を提供しようと常に努力している。しかし、安楽な体位は患者個々で違うため、満足のいく体位を提供することは難しい。原則③では、何らかのヒントを得るために、解決したいことや実現したいことを周囲に伝えることがポイントとなっている。<sup>6)</sup> 「自分の家族なら毎日さすってあげるのに」という何気ない言葉ではあったが、この言葉は患者や家族の視点に立った言葉であり、問題を解決へ導くきっかけになった。介助グローブを使って患者をさする行為は、患者に苦痛を与えることなく、家族が患者と寄り添える大切な時間を提供できたと思われる。また、介助グローブを使用した除圧であってもある程度の褥瘡予防効果が得られると実感できたことが、看護師の行動変化になったと考える。

原則④と⑤について、角田らは「EFFの思考過程は

現状の突破口になる可能性あり、また患者や家族、医療・ケア従事者のマインドセットを「難しい」から「何かできるかもしれない」へと変えてくれる可能性もある。」<sup>7)</sup>と述べている。以前のA病棟であれば、褥瘡が発生した時点で問題を避ける傾向にあった。しかし、小さな成功体験を積み重ね、成果を認めたことが看護師の自信へとつながり、自ら進んで問題に対する対応策を検討できるまでに変化したのではないかと考える。

終末期患者の身体的苦痛は予後が短くなるほど苦痛が増強するため、精神的・社会的苦痛への影響が強く、身体的苦痛の緩和が重要と言われている。<sup>8)</sup>振り返ってみると、患者の苦痛緩和を優先する思いが強い中で、マニュアルに沿った行動を求めたことが、看護師に矛盾を感じさせ、褥瘡予防対策を諦めざるを得ない状況を作り上げたのではないかと考える。反対にEFFの根本は「いま何ができるか」であり、看護師自身が持っている知識や技術の範囲の中で、無理なく実践できることを模索しやすい思考過程と言える。患者や家族の思いに寄り添う看護師にとって、EFFの思考過程は患者個々のニーズに対応しやすい考え方であり、小さな成功体験を生みやすいため、看護師自身の自信にもつながるのではないかと考える。

## VII 結語

1. 今できることから始めるEFF理論は、行動や精神的なハードルを下げて取り組むため、問題に対し早期に対応できる理論である
2. 苦痛緩和を優先する緩和ケア病棟において、EFF理論に基づいた考えや行動は小さな成功体験を生みやすい
3. EFF理論に沿って振り返ると、無理なく成功体験を増やせることが、看護師の自信となり、看護師の行動変容につながった

## VIII 引用・参考文献

- 1) 祖父江正代. がん終末期患者の褥瘡予防ケア. 月刊ナーシング. 2012 ; 32(2) : 97.
- 2) 角田ますみ. ここからスタートアドバンス・ケア・プランニング ACPがみえてくる新しいアプローチと実践例. ヘルス出版. 2022. 224-240.
- 3) 6) 角田ますみ編. 予測不可能な事態を乗り切る概念 エフェクチュエーション (いま何ができるか思考) を学ぶ. 看護展望. 2024 ; 49(6) : 9-25.
- 4) 五十嵐透子. ヘルスケア・ワーカーのための こころのエネルギーを高める対人関係情動論 “わかる”から“できる”へ. 医歯薬出版株式会社. 2007. 27-49.
- 5) 金沢創, 他. ゼロからはじめる心理学・入門 人の心を知る科学【改訂版】. 株式会社有斐閣. 2025. 162-169.
- 7) 角田ますみ, 他. アドバンス・ケア・プランニング 支援における エフェクチュエーションの適用可能性. 生命倫理. 2023 ; 33(1) : 69-78.
- 8) 祖父江正代. エンド・オブ・ライフ期における 皮膚障害のケア トータルペインを増強させないケアの工夫. 株式会社日本看護協会出版会. 2021. 2-14.
- 9) 平野宥子. 終末期にある患者への意思決定支援～ペプロウの看護倫理を活用して～. 東京都看護協会学会誌. 2021 ; 1 : 15-20.

# 大腿骨骨折患者に対し手術室看護師が行う術後せん妄予防ケアの複合的介入の有効性

鳥取市立病院 手術室：荻原 知美、池本 美幸、中瀬 善雄

## 要旨

術後せん妄は、高齢、認知症などの準備因子に、入院による環境の変化や不安などの誘発因子、さらに手術侵襲や薬剤、術後合併症などの直接因子が重なることにより発症するとされている。術後せん妄に対する特異的な療法は存在せず、予防が重要であると言われているが、手術室看護師が行う術後せん妄予防ケアに関する研究は少ない。そこで、すでに退院しているせん妄予防ケア導入前のオプアウトとした対象をA群、せん妄予防ケアを導入した対象をB群とし、術後せん妄予防ケアの有効性の検証をした。B群は術前麻酔科外来での家族からの情報、術前訪問で得た患者からの情報をもとに、退室前の身体的苦痛の軽減、体内留置物の視覚的刺激の軽減、患者が安心できる環境作りといったケアを実施した。その結果、B群のせん妄発症率が有意に低下した為ここに報告する。

**キーワード：**術後せん妄予防 手術室看護師 高齢大腿骨骨折患者 複合的介入

## 1 緒言

周術期医療の向上により、高齢者においても比較的安全に手術・麻酔が行えるようになり手術件数の増加は著しい。Edelstein et al.は「整形外科における股関節術後の高齢者921名を対象とした調査で、せん妄発症群が発症しなかった群に比べて有意に在院日数が延長し、1年後の死亡率が高く、ADLも低下していた」<sup>1)</sup>と報告している。したがって、術後せん妄の予防は、整形外科手術を受ける高齢者にとってQOLの高い予後が得られ、重要になると考える。

A病院での2022年4月から2023年1月の70歳以上の整形外科手術を受けた患者207人のうち83人（40%）が大腿骨骨折手術を受けており、そのうち術後3日目までにせん妄を発症した患者は52人（63%）であった。さらに術後24時間以内のせん妄発症は48人で全せん妄患者の92%を占めていた。大腿骨頸部/転子部診療ガイドライン2021の術後せん妄発症率は21～38%であることから、当院の発症率は高く、特に24時間以内に集中していることがわかった。せん妄症状を分類すると、一番多かったのは点滴の自己抜針、次いで起き上がり行動、大声、幻視・幻聴などの過活動型せん妄だった。

2020年度診療報酬改定において「せん妄ハイリスク患者ケア加算」が新設された。これにより、A病院でもせん妄リスク評価を導入し、せん妄予防と対策についてパンフレットを用い患者家族に説明を行う

ようになった。今までの安全対策が重視された看護から、せん妄リスク評価や、非薬物療法による対策が重視された看護に移り変わり、病棟看護師は治療の継続や患者の安全管理など対応に苦慮している。一方手術室看護師は、せん妄の直接因子である手術に携わっていながらも、せん妄予防に対する意識は低く、周術期のせん妄対策が継続されていないことに疑問を感じた。せん妄に対する予防看護や発症因子に関する調査、せん妄の尺度開発など様々な研究が進む中、手術室で行うせん妄予防ケアは確立されておらず、ケアとせん妄発症率との関連性も明らかになっていない。そこで、手術室看護師の介入が可能なせん妄予防ケアを実践することで、術後せん妄の発症を軽減できないかと考えた。

Hshiehらは「非薬物療法である複合的介入を行うことでせん妄を減らし、せん妄に関連した有害な影響を抑止できる」<sup>2)</sup>と述べている。複合的介入とは単一的な介入ではなく、患者教育の実施、認知機能や見当識機能が低下しないように刺激を与えること、疼痛をコントロールすること、感覚遮断の防止、睡眠・覚醒リズムの維持といった方策を組み合わせるアプローチである<sup>3)</sup>。つまり疼痛管理や環境整備といった、せん妄誘発因子を除去する複合的な介入が、せん妄予防に効果があるということになる。

入院患者のせん妄に対する多職種チームによるアプローチのための教育プログラムの中に「DELTAプ

プログラムのせん妄アセスメントシート」<sup>4)</sup>がある。今回、その中のSTEP3を参考に手術室せん妄ケアプランを作成しせん妄予防ケアを実施した結果を報告する。

## II 研究目的

周術期の大腿骨骨折患者に対する手術室看護師による術後せん妄予防ケアと、術後せん妄発症率の関連を明らかにする。

## III 対象および方法

### 1. 対象

せん妄予防ケア導入前群：2022年4月～2023年1月に大腿骨骨折手術を受けた70歳以上の患者83人、以下A群とする

せん妄予防ケア導入後群：2024年3月～2024年7月に大腿骨骨折手術を受けた70歳以上の患者54人、以下B群とする

### 2. 期間

2023年3月～2024年11月

### 3. 調査内容

1) 調査項目：性別、年齢、認知症の有無、術式、手術待機日数、麻酔種別、ASA分類、術後24時間以内のせん妄発症の有無と症状、退室基準を満たさなかった症例等

2) データ収集方法：電子カルテより調査項目を単純集計しデータ化した

### 4. 用語の定義

1) 術後せん妄：術後24時間以内の点滴自己抜針、安静が守れない、大声などの看護上問題となる行為、および幻視・幻聴、失見当識障害などの過活動型せん妄

2) DELTAプログラムのせん妄アセスメントシート：せん妄の予防、早期発見・対応につながるように看護師の役割をNICEガイドラインが推奨する構成要素をもとにいくつかを再構成しSTEP1せん妄のリスク評価とハイリスク対応、STEP2せん妄症状のチェック、STEP3せん妄対応にわけて整理したもの

3) 退室基準：フェイススケール2以下、呼吸回数8～25回/分および血中酸素飽和度90%以上、深部体温36度以上

4) せん妄ケア表：リスクスクリーニング、患者情報、

術後のせん妄予防ケアを記入し一覧で確認できるチェックシート（図1）

## 5. 介入内容

1) 手術室せん妄ケアプラン（表1）の実施

術前：麻酔科外来で家族からのせん妄予防に関わる情報収集、せん妄ケア表のリスクスクリーニング、身体的・環境・精神的要因項目に沿って術前訪問と電子カルテからの情報収集、病棟看護師とカンファレンスの実施

手術入室時：病棟看護師と術後せん妄ケアの決定

入室から退室まで：疼痛管理、低体温予防、低酸素血症予防の実施

2) A群とB群の術後せん妄発症率の比較検討

3) B群の年齢、認知症の有無、麻酔種別とせん妄発症率の関連性の検討

## 6. 分析方法

1) A群とB群の患者背景をt検定またはフィッシャー正確検定で比較する

2) A群とB群のせん妄発症率から、せん妄予防ケアと術後せん妄の関連性を $\chi^2$ 検定を用いて明らかにする

3) B群のせん妄発症患者と年齢、認知症の有無、麻酔種別の関連性を $\chi^2$ 検定を用いて明らかにする

## 7. 倫理的配慮

1) 説明と同意取得の方法

研究代表者および分担者は、A病院臨床研究倫理審査委員会で承認の得られた同意説明文書を研究対象者の家族と判断能力に応じて本人に渡し、文書および口頭による十分な説明を行い、研究対象者の自由意思による同意を文書で取得する。研究代表者は、研究対象者の同意に影響を及ぼす情報が得られた時や、研究対象者の同意に影響を及ぼすような実施計画等の変更が行われるときは速やかに研究対象者に情報を提示する。研究に参加するか否かについて、研究対象者の意思をあらかじめ確認するとともに、事前にA病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て同意説明文書などの作成を行い、研究対象者の再同意を得ることとする。また、同意の強制が起こらないように術後10日目までに同意を撤回することができること、入院生活に不利益はないこととする。なお、せん妄予防ケア導入前群の同意は病院内掲示のオプトアウトにより得られたものとする。

2) 同意撤回の自由

研究対象者は研究への参加を同意した後であっても、手術後10日以内は同意を撤回し、参加を取りやめることが出来る。ただしそれ以降はデータが匿名化され、研究対象者が特定できないため、同意撤回できないとする。同意撤回をする場合は「研究同意撤回書」に直筆署名し窓口に提出してもらう。

### 3) 個人情報の取り扱い

本研究によって得られたデータは、研究代表者と分担者のみが使用し、研究以外の目的には使用しない。研究で得られた個人情報は速やかにコード化を行う。データはネットワークに接続されていないパソコンを使用し、USBメモリに保存し紙媒体とともに鍵のかかる棚で厳重に保管する。紙媒体は、論文完成後5年間保管し、個人が特定されないようシュレッダー後適切に破棄する。

### 4) 利益相反および個人の収益

この研究は特定の企業・団体との関与はない。研究の実施に当たり研究の透過性、および公平性の確保に努める。

### 5) 経済的負担または負担軽減について

この研究に必要な費用は対象者が負担することはない。

## IV 研究結果と分析

### 1. 両群の患者背景の比較分析

両群の比較において、麻酔種別以外は有意差を認めなかった。(表2)

両グループ間の比較をすると、年齢はA群70～80歳が9名、80～90歳が35名、90～100歳が38名、100歳以上が1名、B群70～80歳が6名、80～90歳が21名、90～100歳が20名、100歳以上が6名であった。(図2) 性別はA群男性17名、女性66名、B群男性4名、女性50名であった。(図3) 認知症の有無はA群ありが47名、なしが36名、B群ありが26名、なしが28名であった。(図4) ASA分類は、A群2は24名、3は14名、4は0名、B群2は38名、3は15名、4は1名であった。(図5) 手術待機日数は、A群0日9名、1日22名、2日23名、3日11名、4日8名、5日4名、6日3名、7日以上3名、B群0日1名、1日17名、2日17名、3日16名、4日2名、5日18名、6日1名、7日以上2名であった。(図6) 麻酔種別は、A群全麻61名、脊椎麻酔22名、B群全麻51名、脊椎麻酔3名であった。(図7) 術式はA群骨折観血的手術51名、人工骨頭挿入術32名、B群骨折観血的手術40

名、人工骨頭挿入術14名であった。(図8)

### 2. B群の手術室せん妄ケアプランの実践結果(表1)

術前、手術入室時、入室から退室までの実践内容の一部を表1に示す。

### 3. 両群とせん妄発症率の関連性の分析

両群の術後せん妄発症率をそれぞれ調査し、 $\chi^2$ 検定にて分析を行った。

術後せん妄発症率においてA群は48名(57.8%)、B群は7名(13.0%)であった。

$$\begin{aligned} & \chi^2 \text{値を求めると} \\ & (47-28.13)^2/28.13 + (35-20.95)^2/20.95 + \\ & (7-2.81)^2/2.81 + (48-19.27)^2/19.27 \\ & = 12.66 + 9.42 + 6.25 + 42.83 = 71.16 \\ & \text{有意水準 } \alpha = 0.05 (5\%) \text{ とすると、} \chi_{0.05}^2 = \chi_{1}^2 (0.05) \\ & = 3.84 \end{aligned}$$

$71.16 > 3.84$ のため、せん妄ケアとせん妄発症には関連性があると証明された。(表3)

### 4. 両群の術後せん妄症状の内訳

A群の自己抜針件数17件(20%)、創部ガーゼ除去件数5件(6%)、そのうちガーゼ汚染による寝衣・シーツ交換は3件、ガーゼの除去は2件であった。B群の自己抜針件数は6件(11%)、創部ガーゼ除去件数は0件であった。

### 5. 両群の退室基準を満たさなかった内訳

- 1) A群において、痛みの退室基準を満たさなかった患者は20名(24%)であった。他のデータはアウトとした対象の為、追跡できなかった。
- 2) B群において退室基準を満たさなかった患者は6名(11%)で、痛みは4名(7%)、低体温は1名(2%)、低酸素が1名(2%)であった。

### 6. B群のせん妄発症患者と年齢、認知症の有無、麻酔種別の関連性の分析

- 1) 年齢  $0.164 < 3.841$  仮説は棄却され、年齢とせん妄発症は関連があると言える。
- 2) 認知症  $10.433 > 3.841$  仮説は支持され、認知症とせん妄発症患者は関連があると言えない。
- 3) 麻酔  $0.474 < 3.841$  仮説は棄却され、麻酔とせん妄発症は関連があると言える。

## V. 考察

### 1. 退室時の患者の苦痛軽減への介入

B群の退室前のフェイススケールが3以上の患者はA群と比較し13%低下した。疼痛ケアについては手術

室せん妄ケアプランに沿って実施した。また、痛みを助長させる術後のシバリングの予防として、病棟看護師に入室前のプレウォーミングを依頼したことや術中の適切な体温管理を行い、シバリングを起こす患者はいなかったと考える。さらに、B群では術後の出血汚染やガーゼ剥がしによるガーゼ交換の身体的苦痛の軽減を目的とし、創部へガーゼを当て上からドレッシング材を貼付した。また、抗凝固剤の内服、または出血傾向にある患者には多めにガーゼを当てる等対応を統一した。その結果、ガーゼ交換を要する場面や、術後ガーゼを自ら剥がしてしまう患者はみられなかった。これらのことはガーゼ交換回数の減少による疼痛軽減につながり、せん妄症状の誘因を除去することができたのではないかと考える。適切な術後痛管理は術後せん妄の発症頻度を低下させることが多くの臨床研究で示されている。河野は「術後せん妄の予防戦略の中で、適切な術後痛管理は介入可能、かつ最も効果的な因子である」<sup>5)</sup>と述べている。今回のように麻酔科医師、病棟看護師と協力のもと実施した疼痛管理は術後痛の軽減とせん妄の予防戦略につながり有効だったと考える。しかし、痛みがある患者に対し麻酔科医に相談したが追加の鎮痛処置をすることなく退室したケースには看護の限界を感じた。麻酔の覚醒状況で麻酔科医が考える鎮痛方針と、看護師のせん妄予防対策から考える鎮痛方針にギャップがあったため、今後すり合わせを行い統一した体制を確立していくことが課題である。

今回フェイススケールを用いて痛みの評価を行った。「フェイススケールも高齢者に適応されることもあるが、認知症患者では適正な評価ができない」「せん妄を合併した認知症患者の35%は痛みを適切に表現できないことが報告されている。不適切な痛みの評価による不十分な鎮痛が術後せん妄のさらなる重症化、遅延化につながる危険性がある」<sup>5)</sup>。このことから高齢患者では術後せん妄の評価と術後痛の評価は同時に実施することが重要である。また適切な痛みの表現が困難な高齢者に対しては今後、客観的な観察的疼痛スケール等を組み合わせる必要性があると考えられる。

退室時の呼吸状態の悪化は1名で、術後24時間以内に点滴の自己抜去、安静が守れないといったせん妄症状が発生した。大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン2021によると「酸素飽和度低下とせん妄発症

との間に関連性を認めた。術後の低酸素血症は酸素投与で改善し、せん妄の発生が抑えられた」<sup>6)</sup>とある。低酸素状態であるとせん妄のリスクは上昇することは先行研究にもあり、今回の呼吸状態の観察と適切な対応が術後せん妄の発症を低減したのではないかと考える。

## 2. 術後せん妄ケアの実践

今回、A群と比較しB群では術後の自己抜針件数が減少した。A群で行っていた病棟看護師が退室後に点滴ルートの留置針にロック付きデバイスを追加している作業を、B群では手術室で退室前に実施した。そのほか入室時に病棟看護師とカンファレンスを行い、点滴刺入部はストッキネットで保護し、点滴ルートは襟元から出すといった視覚から不快物を遮断するためのせん妄予防ケアを決定した。山浦は「『点滴に触ってはいけない』と認識できない場合は、本人が点滴を意識しないように工夫する」<sup>7)</sup>と述べている。視覚的刺激の遮断により意識がいかなかったことが点滴自己抜針件数の減少につながったのではないかと考える。

## 3. 患者・家族からの情報収集

通常、手術室看護師は、家族と関わるのが極めて少なく断片的な患者像しか得ることができなかった。しかし今回、術前麻酔科外来で家族から直接患者情報をせん妄予防ケア対象者シートに沿って収集した。手術看護師は術前訪問でさらに患者自身から情報を得てリスクアセスメントを行い他の担当看護師と情報共有を行い統一した個別的対応を行った。研究期間中、COVID-19の影響により家族の面会、付き添いに制限がかかった。大腿骨骨折手術を受ける患者は緊急入院のことが多く、患者は現状が受け入れられないだけでなく家族と離断され不安と混乱状態は増したであろう。そのような状況下で情報を生かした会話の展開、さらに自分の事を知ってもらえているという安心感は不安の軽減につながったと考える。千葉は「高齢者自身が手術をどのように受け止めているかを確認しておく。また、高齢者が不安を表出しやすい対人関係を築くために看護師は支援的・共感的なコミュニケーションスキルを用いる」<sup>8)</sup>と述べている。そして、井上は「何を不快に感じるのか、なにが非日常的なのかは個人によって違うため本人の普段の生活や大切にしていることなどを十分把握したうえで、その患者に合ったせん妄対策を個別に考え

る必要がある」<sup>9)</sup>と述べている。またせん妄を発症させる日常生活因子に対処するために、粟生田は「コミュニケーション量の維持のために心地よい会話を維持する」<sup>10)</sup>と述べている。今回患者本人やカルテにはない家族からのせん妄予防の視点で得た患者情報は、スタッフの共感的なコミュニケーションスキルの向上、会話量の維持に役立った。これは、見当識の維持に働き患者が安心できる環境を整え不安の軽減につながったと考える。

#### 4. 患者背景の分析

B群のせん妄発症患者と認知症に関連がみられなかった。これは認知症の有無に関わらずせん妄は発症すると解釈する。病棟看護師とせん妄ケアは不要だと術前カンファレンスで決めた結果、術後自己抜針されてしまったのは今回の解釈と一致した。認知症の有無に関わらず予測を立てたケアを行う必要がある。年齢と麻酔種別において関連が見られたため、これらをハイリスク因子として対応していく必要があると示唆された。

#### 5. 複合的介入の効果

河野は「適切な術後疼痛管理のみで術後せん妄を予防することは不可能であり、多職種協働の周術期管理チームによる患者のリスク因子に対する多角的な介入が必要である」<sup>5)</sup>と述べている。今回せん妄予防ケアを行うことで術後せん妄発症を抑制するという一つの目標に向かい、病棟看護師、麻酔科医と連携し介入することができた。せん妄予防ケアにおいては一つのせん妄因子だけでなく、それらを統合し複合的に介入することがせん妄発症予防に有効であったと考える。

### VII 結論

手術室看護師が行う退室前の苦痛の軽減や術後を見通した予防ケア、点滴等の視覚的遮断、患者の不安に寄り添った円滑なコミュニケーションといった複合的介入は術後せん妄発症率の低下と関連があった。

### VIII 参考文献

- 1) Edelstein DM, Aharonoff GB, Karp A, et al. Effect of postoperative delirium on outcome after hip fracture. *Clinical orthopaedics and related research*. 2004; 422: 195-200.
- 2) Hsieh TT, Yue J, OhE, et al. Effectiveness of

mylticompoment nonpharmacological delirium interventions:ameta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015; 175(4): 512-520.

- 3) 照林社. 非薬物療法である複合的介入はせん妄の発生を防止するか?. *Expert Nurse*. 2017; 33(3): 96.
- 4) 医学書院. DELTAプログラムによるせん妄対策 他職種で取り組む予防、対応、情報共有. 2019.
- 5) 河野 崇. 特集周術期疼痛管理 高齢患者における術後痛管理とせん妄対策. *ペインクリニック*. 2020; 41(1): 41-48.
- 6) 第8章 大腿骨頸部/転子部骨折の周術期管理, 解説 6 酸素投与. 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン策定委員会. 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン2021. 南江堂. 2021: 122.
- 7) 山浦麗華. 事例で見る認知症患者への対応方法, ルート抜去してしまう. *ナーシング・トゥデイ*. 2010; 25(7): 26-28.
- 8) 千葉京子. 術後せん妄の発症予測と周術期看護. *臨床看護*. 2002; 28(11): 1729-1733.
- 9) 井上真一郎. 術後せん妄予防虎の巻【介入力強化編】. *OPEナーシング*. 36(2). メディカ出版. 2021: 71-75.
- 10) 粟生田友子. 高齢者のせん妄ケア. *日本老年医学会雑誌*. 2014; 51(5): 436-444.

|                                                                                                                                             |                               |                                         |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| ID [                      ]                                                                                                                 | 患者氏名 [                      ] | 年齢 [                      ]             | [男・女]                                |
| 手術日 [                      /                      予定・緊急 ]                                                                                   |                               |                                         |                                      |
| 麻酔 [全麻・脊麻・神経ブロック]                                                                                                                           |                               |                                         |                                      |
| 術式 [骨折観血的手術 人工骨頭挿入術 インプラント周囲骨折 骨幹部骨折]                                                                                                       |                               |                                         |                                      |
| 手術までの待機日数 [                      日] ASA分 [1. 2. 3                      ]                                                                    |                               |                                         |                                      |
| 手術室看護師 [                      ]                                                                                                             |                               |                                         |                                      |
| <b>リスクスクリーニング</b>                                                                                                                           |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> 認知症 脳器質的障害 [脳出血・脳梗塞・頭部外傷]                                                                                          |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> 貧血 : Hgb [                      ]                                                                                  |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> 炎症反応 : CRP [                      ] WBC [                      ]                                                   |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> 腎機能 : Cr [                      ] e-GFR [                      ] BUN [                      ]                      |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> 脱水 熱発 食事量低下 脱水症状 BUN/Cr比 [                      ]                                                                  |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> リスクとなる薬剤の使用                                                                                                        |                               |                                         |                                      |
| ・ベンゾジアゼピン薬剤/非ベンゾジアゼピン薬剤                      ・オピオイド                      ・ステロイド剤                                                            |                               |                                         |                                      |
| ・H2ブロッカー                      ・抗パーキンソン病薬                                                                                                    |                               |                                         |                                      |
| <b>患者情報</b>                                                                                                                                 |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> 入院後のせん妄                                                                                                            |                               | <input type="checkbox"/> 手術を受けることの認識    |                                      |
| <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器あり・なし)                                                                                                      |                               | <input type="checkbox"/> 視覚障害 (眼鏡あり・なし) | <input type="checkbox"/> 睡眠状況 [良・不良] |
| ・生活環境                                                                                                                                       |                               | [自宅・独居・施設]                              |                                      |
| ・過去の職業・趣味                                                                                                                                   |                               | [                      ]                |                                      |
| ・患者が嫌がる対応                                                                                                                                   |                               | [                      ]                |                                      |
| ・フェイススケール                                                                                                                                   |                               | [0・1・2・3・4・5]                           |                                      |
| ・病棟でのせん妄ケア                                                                                                                                  |                               | [                      ]                |                                      |
| <input type="checkbox"/> プレウォーミング (毛布をしっかりと被る、肌着を着て入室など)                      入室前(                      ℃)                                  |                               |                                         |                                      |
| <b>術後のせん妄予防ケア</b>                                                                                                                           |                               |                                         |                                      |
| 点滴 : <input type="checkbox"/> 麻酔覚醒後ロック付きデバイスをつける                                                                                            |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> 点滴刺入部はストッキネットで保護する                                                                                                 |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> 点滴ルートは襟元から出す                      創部 : <input type="checkbox"/> ガーゼ+パーミロールで覆う                                      |                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> 出血傾向や術中出血の多かった患者はオーゼガーゼを追加する                                                                                       |                               |                                         |                                      |
| <確認事項>病衣 : <input type="checkbox"/> ドレーンやバルンカテーテルがある場合、<br>および創部の安静が守れない患はズボンをはく (病棟看護師に確認) <input type="checkbox"/> 必要な患者にはつ<br>なぎ服を持参依頼する |                               |                                         |                                      |

図1. せん妄予防ケア対象者シート

表 1. 手術室せん妄ケアプランと結果

|          | アクションプラン                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 実践結果                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 術前       | <b>麻酔科外来で家族からの情報収集</b><br>生活環境<br>過去の職業・趣味<br>患者が嫌がる対応<br>手術を受けることの認識<br>視覚障害、聴覚障害の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・カルテにはない家族からのせん妄予防の視点で得た個別的情報によりスムーズに会話ができた</li> <li>・家族から「ディサービスで男性職員と関わる事を嫌う」と情報あり、担当看護師をすべて女性看護師で統一した</li> <li>・軽度認知症患者の家族から「強制されることが嫌い」と情報あり本人のペースに合わせた会話と手術の進行をより心がけた</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|          | <b>術前訪問と電子カルテからの情報収集</b><br><b>&lt;リスクスクリーニング&gt;</b><br>認知症、脳器質的障害の有無<br>貧血 (Hgb)<br>炎症反応 (CRP、WBC)<br>脱水 (熱発・食事量低下、脱水症状の有無、BUN/Cr)<br>せん妄のリスクとなる薬剤使用の有無<br><b>&lt;身体的要因&gt;</b><br>発熱、疼痛、呼吸状態、睡眠状況、視聴覚障害、膀胱留置カテーテルの有無、フェイススケール<br><b>&lt;環境要因&gt;</b><br>環境変化による戸惑い<br><b>&lt;精神的要因&gt;</b><br>手術に対する認識、不安、恐怖、緊張                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・せん妄ケア表の項目に沿って身体的・環境的・精神的要因の情報収集しリスクアセスメントした</li> <li>・受け持ち看護師が訪問し安心できる関係性を築けるよう努めた</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|          | <b>病棟看護師とカンファレンスの実施</b><br>必要時、プレウォーミングの有無と方法、寝衣選択                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・暑がり体質患者の場合は、電気毛布ではなく布団のみによるプレウォーミングを依頼した</li> <li>・痩せ体型患者には術中の低体温のリスクが上昇することを病棟看護師へ伝え電気毛布によるプレウォーミングを依頼した</li> <li>・現在のせん妄予防対策についての情報共有と、術後の寝衣の検討を話し合った</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 手術入室時    | <b>術後せん妄予防ケアの決定</b><br>病棟看護師とカンファレンスを実施し術後せん妄予防を決定する<br><b>&lt;術後のガーゼ交換による身体的苦痛の軽減&gt;</b><br>・術創部へガーゼを当て上からドレッシング材を貼付する<br>・出血傾向にある患者は多めにガーゼを当てる<br><b>&lt;視覚的刺激を軽減するための環境調整&gt;</b><br>・末梢点滴にロック付きデバイスを接続する<br>・点滴刺入部はストッキネットで保護する<br>・点滴ルートは襟元から出す<br>・ドレーンや膀胱留置カテーテルがある場合はズボンを着用する。必要時介護用寝間着を着用する                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入室時の申し送り時、病棟看護師と現在の患者のせん妄状況、認知機能の程度、不安の程度など情報を共有し、関わり方の共通認識を行った</li> <li>・せん妄予防ケア表に沿って術後せん妄予防ケアを決定した</li> <li>・せん妄の危険性が高いと考えられた患者につなぎ服やズボンを選択した</li> <li>・点滴刺入部へストッキネットで保護したが、逆に気になり視覚的刺激となってしまう</li> <li>・病棟看護師と点滴ルートを襟元から出すことは不要だとカンファレンスしたが結果的に自己抜針されてしまった</li> </ul>                                                                                                                                                                                     |
| 入室から退室まで | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的苦痛の評価と軽減を行う</li> <li>・入室時に決定したせん妄予防ケアの実施する</li> </ul> <b>疼痛管理</b> ：退室時の痛みがフェイススケール 2 以下となるよう調整する<br>・麻酔科医と連携し疼痛緩和を図る<br>・興奮による危険行動が予測される患者には、病棟ベッド移動後に麻酔覚醒する<br>・大腿神経ブロック施行を医師と検討する<br><b>低体温予防</b> ：術中深部体温は 36.0 度以上を維持するよう体温管理を行う<br>・温風加温装置の使用、術中の体温モニタリングの経時的実施、保温具の追加<br><b>低酸素予防</b> ：呼吸回数 8～25 回/分、及び経皮的酸素飽和度 90%以上であるよう麻酔科医と連携し呼吸管理を行う<br>・必要時体位ドレナージ、去痰薬の吸入を施行する | <b>疼痛管理</b><br>退室基準未達成：4 名（6%）<br>・麻酔科医と情報共有し麻酔導入と麻酔覚醒時興奮による危険行動が予測される患者には、病棟ベッドで麻酔導入・覚醒した<br>・麻酔科医の判断で必要な患者には大腿神経ブロック施行された<br>・フェイススケールが 2 以上であり麻酔科医に相談したが鎮痛処置をすることなく退室した<br>・認知症患者の痛みの評価はフェイススケールだけでは難しかった<br><b>低体温予防</b><br>退室基準未達成：1 名（2%）<br>・BMI 低値、栄養状態の悪い患者、寒がり体質の患者には特に体温管理をより厳重に行った<br>・術中低体温になった場合は温風加温装置の温度調節、露出部へ保温具を追加した<br><b>低酸素予防</b><br>退室基準未達成：1 名（2%）<br>・退室時、酸素カスラ 2L 投与下で呼吸回数 26 回/分、酸素飽和度 90%以下に低下し落ち着きのない状態で退室した<br>・呼吸状態が安定せず、酸素飽和度が 90%と低い患者に麻酔科医と相談し体位ドレナージ、ネブライザー吸入を行った |

表2. 患者背景

|           | 非せん妄ケア群<br>(N=83) | せん妄ケア群<br>(N=54) | P 値      |
|-----------|-------------------|------------------|----------|
| 年齢 (歳)    | 88.13±6.55        | 89.48±7.37       | 0.277 ※1 |
| 性別 N (%)  |                   |                  |          |
| 男性        | 17 (20)           | 4 (7)            | 0.098 ※2 |
| 女性        | 66 (80)           | 50 (93)          |          |
| 認知症 N (%) |                   |                  |          |
| あり        | 49 (59)           | 30 (56)          | 0.726 ※2 |
| なし        | 34 (41)           | 24 (44)          |          |
| ASA 分類    | 2.22±0.47         | 2.31±0.51        | 0.258 ※1 |
| 手術待機日 (日) | 2.6±3.34          | 2.61±1.99        | 0.986 ※1 |
| 麻酔 N (%)  |                   |                  |          |
| 全身麻酔      | 61 (73)           | 51 (94)          | 0.002 ※2 |
| 脊椎麻酔      | 22 (27)           | 3 (6)            |          |
| 術式 N (%)  |                   |                  |          |
| 骨折観血的手術   | 51 (61)           | 38 (70)          | 0.36 ※2  |
| 人工骨頭挿入術   | 32 (39)           | 16 (30)          |          |

※1 ウェルチ t 検定

※2 フィッシャー正確検定

(期待度数が5以下の為、フィッシャーの正確検定を用いた)

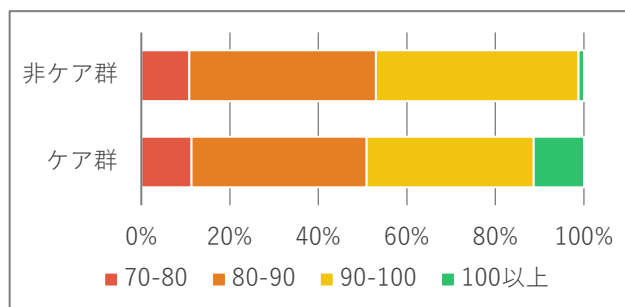


図2. 年齢

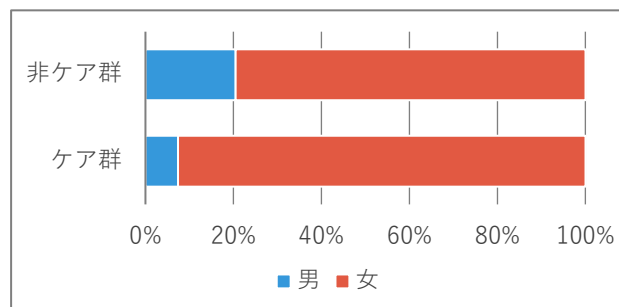


図3. 性別

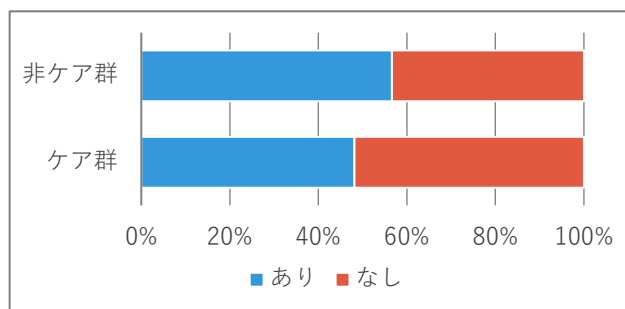


図4. 認知症の有無

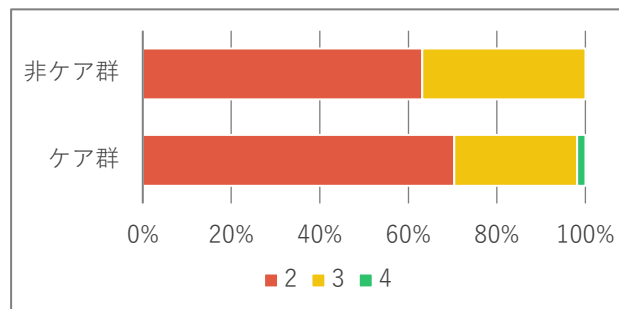


図5. ASA分類

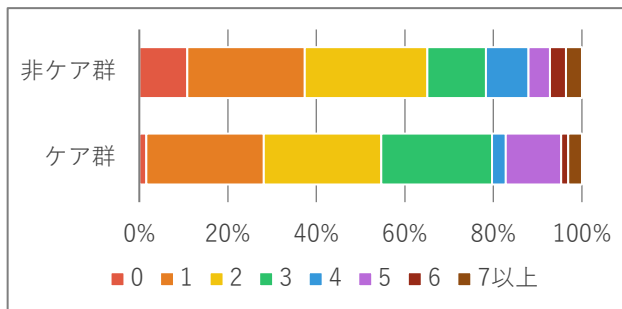


図6. 術前待機日数

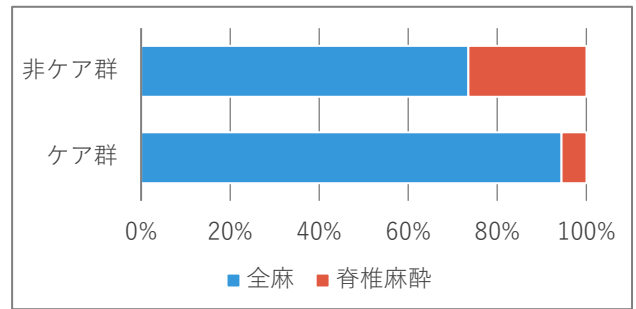


図7. 麻酔種別

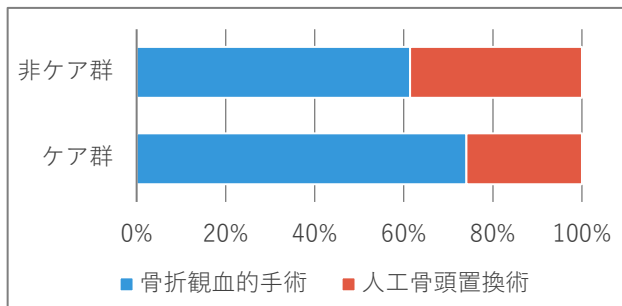


図8. 術式

表3. せん妄発症率の結果

|       | 非せん妄ケア群    | せん妄ケア群     | 合計  |
|-------|------------|------------|-----|
| せん妄なし | 35 (42.2%) | 47 (87.0%) | 82  |
| せん妄あり | 48 (57.8%) | 7 (13.0%)  | 55  |
| 計     | 83         | 54         | 137 |

# ICU Sleep Evaluation Scaleの導入による睡眠援助に対する ICU看護師の意識と行動の変化

鳥取市立病院 2階東病棟：山根 夕貴、重國 恵理子、田中 千恵

## 要旨

2018年集中治療医学会は、成人重症患者に対する鎮痛・鎮静・せん妄管理ガイドラインを示し、評価ツールを使用して患者自身の睡眠に対する認識を評価することを推奨している。先行研究から看護師の観察のみによる睡眠評価は正確性に欠けると言われているが、A病院のICUでは睡眠評価尺度を使用していない。そこで、ICU Sleep Evaluation Scale（以下ISESとする）<sup>1)</sup>を使用することにより、ICU看護師の睡眠援助に対する意識と行動の変化が期待できるのではないかと考えた。今回、ISESを使用した常勤看護師12名を対象に半構成面接法によるインタビュー調査を実施した。

インタビュー内容は、①睡眠の評価はどのように行っているか、②睡眠援助の内容について行っていること、③ISESを使用することで睡眠に対する意識の変化はあったかどうか、④ICUでの睡眠援助についての4点を柱に行い、得られたデータは質的統合法（KJ法）を用い分析した。その結果、【看護師の使命：患者が睡眠を確保するための看護師の役割】【睡眠援助への関心の深まり：睡眠確保に向けた探求】【チームの取り組み：スタッフ間で情報の共有】【睡眠行動への新たな着眼：睡眠妨害因子の存在と看護師患者間の乖離を実感】【睡眠評価の必要性を実感：ISESを使用することで視野が拡大】【睡眠評価の定着：ISESを使用した睡眠評価の獲得】【過去の睡眠評価の振り返り：看護師個々の判断で統一性のない睡眠評価】【看護師のジレンマ：睡眠援助と評価の困難さを実感】の8つのグループが得られた。

ISESの導入は睡眠評価の定着につながり、ICU看護師の睡眠援助に対する意識と行動の変化に効果があった。看護師は睡眠援助への関心の深まりが増し、睡眠評価の必要性とICU環境に存在する睡眠妨害因子を実感し、患者が睡眠を確保するための使命として睡眠援助を行っている。そして同時に、睡眠援助と評価の困難さを感じていることが明らかになった。

**キーワード：**ICU Sleep Evaluation Scale (ISES) 睡眠援助 睡眠評価 インタビュー

## 1 緒言

睡眠は栄養や身体活動と同様に、生物の恒常性を保つ上で重要なものと考えられている。2018年集中治療医学会は、成人重症患者に対する鎮痛・鎮静・せん妄管理ガイドライン（以下ガイドラインとする）<sup>2)</sup>を示している。その中で、重症患者において睡眠障害は、ICUせん妄、人工呼吸器装着期間の延長、免疫機能の乱れ、認知機能障害に寄与していると想定されており、ICUにおいて患者の睡眠を保証することは重要な課題であると示している。

ICU患者は痛みや不安、照明や騒音などの因子によって夜間の睡眠が障害されていることが明らかとなっている。睡眠を促すためには、音を減弱する配慮や照明の照度の調節、モニター・機器類のアラーム音の調整等様々な環境調整や痛み・不安のコントロール等身体的・精神的サポートが重要であり、患者自身ではコントロールできない部分が多く存在するため

看護師の援助が必要不可欠である。環境的な同調因子を整えるケア介入は持続した睡眠時間を得る上で有効であり、騒音や身体的症状に対するケアも睡眠環境を整える上で重要である<sup>3)</sup>と言われており、ガイドラインでも夜間の睡眠環境を整える多角的な取り組みを推奨するとともに、評価ツールを使用して、患者自身の睡眠に対する認識を評価することを推奨している。

A病院で2023年4月～7月にICUに入院・入室した患者34人に対して睡眠に関する実態調査を行った結果、67%の患者が眠れていないことが明らかとなった。また睡眠の評価は、看護師の主観的な観察と、患者へ眠れたかどうかの質問のみで判断をしている。看護師の主観的な観察は、明確な評価尺度を用いておらず統一された視点とは言い難く、看護師が眠れていると評価をしていますが、患者は眠れなかったという場合もあった。看護師の観察のみによる睡眠評

価は、正確性に欠ける<sup>4)</sup>と言われており、ガイドラインでも看護師と患者の睡眠に対する感じ方を比較すると、看護師は患者の睡眠の質の認識を過大評価することがあると述べられている。睡眠の改善に向けた看護介入を行うためには、患者の睡眠を的確に把握する必要がある、定期的に評価ツールを用いて患者の睡眠をモニタリングすることが強調されており、睡眠評価尺度の必要性を感じた。主観と客観の両方の視点から睡眠評価が可能となれば、統一した視点でモニタリングでき、患者の不眠に早い段階で気づき、睡眠を促す看護ケアにつながるのではないかと考えた。しかし、睡眠評価尺度の使用が睡眠援助へ与える影響について実態は明らかにされていない。そこで、患者の主観的評価と看護師の客観的評価を合わせ持ち、自己評価が可能なICU患者の睡眠を簡便かつ的確に評価できる尺度のISESを使用することで、ICU看護師の睡眠援助に対する意識と行動の変化を明らかにしたいと考え、インタビュー調査を行った。

## II. 用語の定義

**睡眠援助**：消灯後から起床時までの睡眠を促すための看護師の行動。

**ICU Sleep Evaluation Scale**：2022年に嶋岡らが自己評価が可能なICU患者の睡眠を簡便かつ的確に評価できる尺度として開発されたもの。ISESが略語。2つの睡眠評価シート（睡眠観察シート、睡眠自己評価シート）から構成されており、ICU患者の睡眠を客観的、主観的視点から測定することができる。睡眠観察シートは、看護師が患者の夜間の睡眠を評価するものであり、睡眠自己評価シートは、患者が起床時に自身の夜間の睡眠を評価するものである。

**モニタリング**：状況を把握するために観察や測定を行い記録すること。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的研究 実態調査

### 2. 研究期間

2024年3月～2024年11月

### 3. 対象者

A病院ICU病棟に勤務する看護師の中で以下の要件を満たす看護師12名程度、但し看護師経験年数1年

未満の者は除く

- 1) 常勤で夜勤を担っている者
- 2) ISESを用いた睡眠評価を10回以上行ったことがある者
- 3) インタビューへの協力に同意の得られた者

## 4. データ収集方法

- 1) 対象者に対し、研究目的・方法を記載した文書を用いて口頭で説明し文書で承諾を得る。
- 2) 研究者が対象者にISESの使用方法を説明し、意思疎通が可能な患者へ使用を開始する。
- 3) インタビュー調査：承諾を得た対象者に対し、インタビューガイドに基づいた半構成的面接を対象者に1回実施した。インタビューガイドは、①睡眠の評価はどのように行っているか、②睡眠援助の内容について行っていること、③ISESを使用することで睡眠に対する意識の変化はあったかどうか、④ICUでの睡眠援助についての4点を柱に構成した。インタビューは研究者2名と対象者1名で行い、プライバシーが守れる個室で実施した。所要時間は30分以内とし、内容は対象者に同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成してテキストデータとした。

### 4) インタビュー時の諸注意：

- ①インタビューの冒頭には、研究の主旨を説明する。
- ②質問は、オープンエンドな質問になるよう、質問内容に沿って行う。
- ③対話者の話が質問内容からそれてしまった場合、話の流れを遮らず質問をし、対象者の語りを遮らない。
- ④質問は、短く簡潔にして相手に長く話してもらうことを心がける。
- ⑤インタビュー予定時間を守る。

## 5. データ収集期間

2024年5月～2024年7月

## 6. 分析方法

質的統合法（KJ法）<sup>5)</sup>を用い分析した。録音した全てのインタビュー内容について逐語録を作成し、なるべく語られた表現のまま、1つの意味ごとに区切りラベル化した。1つのラベル化したデータに1つの意味にしか取れない文章にするために精読し、ラベル化した文章だけで対象者が発言した状況が思い描けるように配慮して作成した。次にラベルの内容の類

似性に着目し、共通の意味内容をもつラベルを集めてグループ化した。似たものどうしがなくなった時点で終了し、グループごとに複数のラベルの内容を表す一文を考え表札をつけた。グループ編成後は、グループ間の関係性に着目し、データを構造化し質的記述的に分析した。グループ編成に当たっては、その精度を高めるために研究者3名で検討を重ねた。

## 7. 結果の公表予定

2024年11月A病院の看護研究発表会または院外で発表

## IV. 倫理的配慮

### 1. 説明と同意取得の方法

研究者は、A病院臨床研究倫理審査委員会で承認を得た研究説明書を研究対象者に渡し、文書および口頭で研究目的と意義、研究の趣旨、個人が特定されないこと、回答の有無によって不利益を被ることがないことを十分に説明する。研究対象者の自由意思による参加・協力の同意を「臨床研究同意書」で取得する。研究対象者は、臨床研究同意書に自筆署名し研究者に提出してもらい、研究者のみが取り扱うこととし個人が特定されることはない。研究参加・協力を拒否または撤回することができ、参加・協力を断っても看護師のラダー評価や情意評価、人事異動に影響を及ぼすことはない。研究者は、研究対象者の同意に影響を及ぼす情報が得られたときや、研究対象者の同意に影響を及ぼすような実施計画等の変更が行われるときは、すみやかに研究対象者に情報を掲示する。研究に参加するか否かについて研究対象者の意思をあらかじめ確認するとともに、事前にA病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て同意説明書などの改訂を行い、研究対象者の再同意を得ることとする。

### 2. 同意撤回の自由

本研究への参加を同意したあとであっても、インタビューを受けたのち1週間以内は、同意を撤回し参加をとりやめることができる。同意撤回により対象者がラダー評価や情意評価、人事異動に影響を及ぼすことはない。ただし、インタビューを受けた1週間以降はデータ統合が開始され、対象者が特定できないため同意撤回はできない。同意撤回する場合は、「研究同意撤回書」に自筆署名し、研究者に提出してもらう。研究同意撤回書は、研究者のみが取り扱うこととし個人が特定されることはない。

## 3. 個人情報・研究データの取り扱い

本研究によって得られたデータは、研究者のみが使用し、研究以外の目的には使用しない。使用したICレコーダーは、病棟内の鍵のかかる場所で厳重に保管する。研究で得られた個人情報は研究者が速やかにラベル化を行い、録音データは消去する。データはネットワークに接続されていないパソコンを使用し、USBメモリに保存し、ラベル化に使用する紙媒体とともに鍵のかかる場所で厳重に保管する。さらに、対象者が語る内容のうち、対象者・患者・家族が個人特定されるような情報は伏字にして逐語録に記載し、個人情報の分析などにはいっさい反映されないよう留意する。グループ編成は、研究者・研究責任者の4名で検討を行うが、インタビューで得られた内容はラベル化されているため、個人が特定されることはない。USBメモリはセキュリティ機能付きのものを使用し、研究終了後原則5年間保管する。保管期間を経過後は、臨床研究倫理審査委員会の要綱に基づき廃棄する。紙媒体は論文完成後、個人が特定されないようにシュレッダー後適切に破棄する。

## 4. 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益

本研究では、侵襲性を伴う行為はないが、インタビューを受けるために15～30分程度の時間的制約が負担となる。インタビューの途中で体調不良や苦痛を伴う症状が出現した場合は、症状に合わせた対応を行う。しかし、インタビューを受けることによって、日々の看護介入に対し振り返る機会になることが利益につながるものと考ええる。

## 5. 利益相反および個人の収益など

本研究は、特定の企業・団体との関与はない。ISESは、開発者が使用許諾が不要である旨を明記しているため、許諾を申請すること無くISESを用いた。研究の実施にあたり、研究の透明性および公平性の確保に努める。

## 6. 経済的負担または負担軽減について

本研究に必要な経費は、対象者が負担することはない。経済的負担発生の可能性がある場合には対象者に応じて相談し適切に対応する。

## V. 結果

### 1. 対象者の概要およびインタビュー時間

対象者は本研究に同意を得られた12名、看護師経

験年数の平均は16年、ICU病棟経験年数の平均は5年、インタビュー時間は7分～18分で平均12分だった。研究協力者A～L氏の概要を表1に示す。

## 2. 最終ラベルと空間配置

基本ラベルは合計295枚得られ、4段階のグループ編成を経て8つの最終ラベルに統合しシンボルマークを命名した。以下に8つの最終ラベルのシンボルマークを説明する。なお、シンボルマークは【 】, 最終ラベルは< >, 下位ラベルは〔 〕, 得られた語りの内容を「」で示した。シンボルマークは、【事柄：エッセンス】の二重構造で表現し、事柄の部分に太字で示した。

### 1) 【看護師の使命：患者が睡眠を確保するための看護師の役割】

これは、〈看護師は患者の睡眠を促すために援助と支援を行う〉という看護師の睡眠援助に対する使命を果たすための役割を示している。〔睡眠を妨げる要因となるICUの特殊環境への対策や患者の希望に応じた環境調整〕〔看護ケアの内容や時間を調整し刺激を与えない工夫〕〔睡眠薬や鎮痛剤を有効に使用し、患者の苦痛緩和の強化〕〔睡眠援助の継続〕の4つの下位ラベルで構成されていた。

〔睡眠を妨げる要因となるICUの特殊環境への対策や患者の希望に応じた環境調整〕は、「アラームを極力鳴らさないように調整」「作業する時は静かにし、話す時は小さい声で話しをしている」「夜間の申し送りは、患者のベッドから離れた位置で行う」など、オープンフロアであるICU環境で発生する音の減弱に対する対策について意見が得られた。また、「カーテンを閉め、ベッドサイドモニターの画面を消し明るさの軽減に努めた」「光が明るすぎると感じている場合は、消灯時間前でも電気を切る」など光の遮断に努め、患者の好みに合わせた照度に調節していた。そして、「掛物を使用し気温へ配慮している」「ベッドの位置を調整し、医師の許可があればICUからの退室を考慮する」「夜間入院時は、患者へ断りを入れるようにしている」などの行動を行い、「配慮できうる事があることを説明し、患者へも理解をしてもらいながら関わっていく」という患者へ協力を依頼している意見も得られた。〔看護ケアの内容や時間を調整し刺激を与えない工夫〕として、「バイタルサインは覚醒しているときに行い、なるべく刺激を与えないようにしている」「夜間に点滴交換をしなくてもよいよ

うに工夫している」「体位調整やオムツ交換は、覚醒している時に行い、除圧グローブや長時間パットを使用するなど工夫をしている」など、夜間に行う看護ケアで睡眠を妨げないよう工夫しているという意見が得られ、環境調整と相俟って介入していることがわかった。環境調整と看護ケアと共に〔睡眠薬や鎮痛剤を有効に使用し、患者の苦痛緩和の強化〕を行っており、これら全てと相俟って「ISES使用前後で睡眠援助の変化はない」という意見も得られ、ISESの導入以前からの〔睡眠援助の継続〕ができていることがわかった。

### 2) 【チームの取り組み：スタッフ間で情報の共有】

これは、〈看護記録に睡眠に関する内容を残し、カンファレンスを行う〉というチームの取り組みについて示し、3つの下位ラベルで構成されていた。

「ISES使用前に比べて、睡眠の記録を書いている看護師が多くなった」「寝られているかどうかは、看護記録も参考にしている」などの意見が得られ、〔睡眠に関する看護記録の内容が以前と比べて具体的となった〕と感じていた。また、看護記録をもとに、「スタッフ間で患者の睡眠について相談する」「睡眠薬の使用について医師とカンファレンスをしている」という意見が得られ、〔医師や看護スタッフと共に睡眠薬の使用や眠れない原因についてカンファレンスを行う〕機会が増えたと実感していた。そして、「以前に比べて全体的にモニターの音が静かになったと感じ、あかりとか、音とか環境面に対しすごく気をつけるようになったと思う」という語りから、〔客観的にみて病棟全体として、環境面への配慮を感じる〕と病棟全体として睡眠援助に対する変化を感じていた。

### 3) 【睡眠援助への関心の深まり：睡眠確保に向けた探求】

これは、〈睡眠の重要性の高まりと睡眠援助への希求〉という睡眠確保に向けた探求に関連した睡眠援助への関心の深まりを示す6つの下位ラベルで構成されていた。

看護師は患者に対して「ICUでの睡眠援助はできうことが限られているが、休めるようにはどうしたらよいか考えている」「患者が休むことができる環境であってほしい」と感じており、「患者が寝られたって言われたらうれしい」など〔患者が睡眠を得られることを望んでいる〕。このことを前提として、〔これまでの睡眠状況を以前より聞くようになった〕り、

〔睡眠援助への意識が高まり、睡眠を促すために何ができるのか考えたり工夫するようになった〕〔患者へ眠れない原因や気になることを聞き、一緒に対策を考えるようになった〕〔睡眠を確保するためには、良質な睡眠環境の必要性を感じ、以前に比べて配慮するようになった〕と自分自身の睡眠援助に対する行動の変化を感じていた。そして、〔睡眠とせん妄を常に考えるようになり意識の変化を感じている〕と睡眠援助に対する意識の変化を実感していた。

#### 4) 【睡眠行動への新たな着眼：睡眠妨害因子の存在と看護師患者間の乖離を実感】

これは、〈患者の睡眠を妨げる要因と看護師と患者の睡眠評価の差を実感〉という睡眠行動への新たな着眼を示しており5つの下位ラベルで構成されていた。

睡眠援助や睡眠評価を行う中で、ICU環境に対して「自分自身でもモニターのアラーム音が気になる」「ISES使用しはじめてから、環境面がさらに気になるようになった」と周囲環境に敏感になり〔ICUに存在する睡眠を妨害する可能性のある環境要因が気になるようになった〕という意見が得られた。同時に〔ICU環境が気になり眠れない患者がいることを知った〕という経験から、より〔ICU病棟に起こりうる睡眠を妨害する要因が気になるようになった〕と感じていた。ISESを使用した評価を行っていく中で、〔看護師が寝ていると思っていても患者は寝られていないと感じていることもあり、看護師と患者の睡眠評価の差を感じた〕ということがわかった。

そして、睡眠援助に対しては〔業務優先となつてしまい看護師主体で動いており、睡眠援助に対する配慮が欠けていた〕と感じていたことがわかった。

#### 5) 【睡眠評価の必要性を実感：ISESを使用することで視野が拡大】

これは、〈睡眠評価を行うべきだと再認識した〉と睡眠評価の必要性を実感したことを示しており4つの下位ラベルで構成されていた。

ISESを導入したことで、「身体反応とか評価する項目があるとは、正直あまり認知していなかった」という気付きとともに、「自分で訴えることができる患者ばかりではないので、言葉だけではなくて、表情・呼吸・脈拍など一般病棟以上に詳細にみるよう意識しはじめた」という意見から〔ISES使用後は、睡眠状況を詳細にみるようになった〕ことがわかった。「睡眠状況

についてきちんと聞くことができていなかったように感じているが、ISESを使い始めてからは注意するようになった」という気付きにもつながっていた。その結果、〔ISESを使用することで、睡眠評価の視点が広がり、患者の変化と睡眠を結び付けて考えるようになった〕という変化をもたらし、〔ISESを使用して客観的・主観的の両側面から睡眠評価ができることはよかった〕という意見が得られた。「睡眠評価をISESの項目でチェックできてよい」「ISESの使用は慣れれば手間と感ぜない」という思いの中で、睡眠評価が行われたことで「ISES使い始めることで自分の目で睡眠を評価するようになった」「バイタルサインを含めた全身状態の観察ばかりではなく、不眠はせん妄や、術後の治りの遅延、予後に関係してくるため、睡眠がちゃんととれているかどうか重要だと改めて思った」などの意見が得られ、それぞれの看護師が〔睡眠評価の重要性を感じ、意識が高まった〕と実感していた。

#### 6) 【睡眠評価の定着：ISESを使用した睡眠評価の獲得】

これは、ISES導入後は〈ISES使用後の睡眠評価は、ISESを中心に行っている〉という新たな睡眠評価の獲得と定着を示した1つの下位ラベルで構成され、インタビューを行った看護師の大半から同じ意見が得られた。

#### 7) 【過去の睡眠評価の振り返り：看護師個々の判断で統一性のない睡眠評価】

これは、〈ISES使用前の睡眠評価は、患者への質問や看護師個々の主観的評価で判断〉していた過去の統一性のない睡眠評価の振り返りを示し、5つの下位ラベルで構成されていた。

ISES導入前は、〔体動や閉眼の有無を観察し、主観的に判断していた〕り、〔バイタルサインの数値や変化で判断していた〕り、〔中途覚醒の有無をみていた〕など看護師個々で様々な意見が得られた。ISESを使用することで、〔睡眠を評価するうえで、ISESの項目は気にしたことがなかった〕と、睡眠評価をする上で新たな視点に気付くきっかけにつながったという語りもあった。その中で、〔ISES使用前から評価内容は変わっていない〕という意見もあり、ISESという睡眠評価尺度を認知はしていなかったが、ISESの項目と同じような内容を睡眠評価に取り入れていた看護師がいたこともわかった。

### 8)【看護師のジレンマ：睡眠援助と評価の困難さを実感】

これは、〈睡眠の重要性を感じているが、睡眠援助や評価の難しさを感じている〉という看護師が睡眠援助を抱くジレンマを示し、4つの下位ラベルで構成されていた。

看護師は、「ICUは音とか光といった環境面はどうしようもなく感じている」「器械や患者の観察が主になってしまい、患者が睡眠を確保するための援助は後回しになってしまう場合がある」「体位ドレナージなどが必要な場合は、睡眠状況に関係なく行っている」という思いを抱いており、ICUの「物理的に変えることができない環境や治療を優先するうえで生じる処置は、睡眠を妨げていると気付いているが受容している現状がある」と感じていた。そして、睡眠援助を行う中で「ICUは滞在期間も短く、昨日と今日の環境が違う場合が多いため睡眠援助の難しさを感じている」「時間帯によって援助ができたりできなかったりするので難しい」という意見が得られ、「時間帯や全身状態の変化によって、睡眠援助の内容が変化するため困難感を抱いている」と感じていた。また、「睡眠を促すためとはいえ、薬剤の使用に関して抵抗や迷いを感じることもある」という現状がわかった。そして、睡眠評価に関して「自分のISESの評価方法が正しいかどうか疑問に感じており、自信がない」「看護師の見方によっては違う評価になる可能性を感じた」と「ISESを使用した睡眠の評価の正当性に疑問を抱いている」ことが明らかとなった。

### 3. 最終ラベルの空間配置

これらのシンボルマークの内容の論理的関係性を探求し、全体構造を把握するために空間配置した見取図を図1に示す。

インタビューの中で【過去の睡眠評価の振り返り：看護師個々の判断で統一性のない睡眠評価】であったことが明らかとなり、ISESの導入により【睡眠評価の定着：ISESを使用した睡眠評価の獲得】につながった。このことを基盤として、ICU看護師は患者が睡眠を確保するために【看護師の使命：患者が睡眠を確保するための看護師の役割】として睡眠援助を行っている。そして【睡眠援助への関心の深まり：睡眠確保に向けた探求】がなされ、これにより【チームの取り組み：スタッフ間で情報の共有】をもたらし、これらはますます睡眠援助の強化につながっていた。しか

し、睡眠援助を行う中で【看護師のジレンマ：睡眠援助と評価の困難さを実感】していることが明らかとなった。【睡眠援助への関心の深まり：睡眠確保に向けた探求】によって、【睡眠行動への新たな着眼：睡眠妨害因子の存在と看護師患者間の乖離を実感】し、このことが影響しさらに【看護師のジレンマ：睡眠援助と評価の困難さを実感】へとつながっていた。また同時に【睡眠援助への関心の深まり：睡眠確保に向けた探求】は、【睡眠評価の必要性を実感：ISESを使用することで視野が拡大】することへつながり、これは【睡眠行動への新たな着眼：睡眠妨害因子の存在と看護師患者間の乖離を実感】したことも影響している。その結果さらに【睡眠評価の定着：ISESを使用した睡眠評価の獲得】につながったことが明らかとなった。

## VI. 考察

ISESの導入による睡眠評価と睡眠援助に対するICU看護師の意識と行動の変化を、看護過程の展開に着目し分析を試みた。以下、意識と行動の変化の特徴を考察する。

### 1. 睡眠評価の意義

看護過程<sup>6)</sup>は、アセスメント、看護診断、看護計画、看護の実施、評価の5つの要素から成り立っており、それぞれが関連し合いながらつながっている。患者の睡眠の情報を収集し、整理、珍味し、判断し、患者が抱えているまたは抱える可能性のある問題にはどんなものがあるかを抽出する。睡眠を促すための計画を立案、ケアを実施し必要があれば計画を修正し、ケアの評価を行い、再度アセスメントを行う。この過程で、アセスメントを行うために睡眠評価は重要であり、ガイドラインではRichards-Campbell睡眠質問票の使用を推奨している。しかし、今回は看護師の客観的な睡眠評価の視点の統一を図るため、患者の主観の評価と看護師の客観的評価を合わせ持つISESを使用した。その結果、「ISESを使用して客観的・主観的の両側面から睡眠評価ができることはよかった」と欠かせないものとなり、「睡眠評価をISESの項目でチェックできてよい」と手応えを感じることで【睡眠評価の定着：ISESを使用した睡眠評価の獲得】につながったと考える。また、【過去の睡眠評価の振り返り：看護師個々の判断で統一性のない睡眠評価】は、これまでの睡眠評価は不十分だった可能性を感じるきっかけとなったと考える。そして、「ISES使用前から評

価内容は変わっていない] と思いを抱いていた看護師に対して、これまで行ってきた睡眠評価の方向性は間違っていなかったことが証明されることで自信となり、さらに睡眠評価の定着に影響を与えたと考える。そして、睡眠評価の定着は、[これまでの睡眠状況を以前より聞くようになった] などの行動の変化をもたらしたと共に、**【睡眠評価の必要性を実感：ISESを使用することで視野が拡大】**につながった。その結果、睡眠評価の定着が促進され、患者の睡眠をアセスメントするうえで重要な指標となり、看護診断、看護計画に欠かせないものとなったと考える。今後も、クリティカルケア領域で信頼性と妥当性が検証されたISESを使用した睡眠評価の継続が必要だと考える。

## 2. 睡眠援助に対するICU看護師の意識と行動の変化の特徴

睡眠援助は看護過程の看護計画、看護の実施にあたる。看護師は、患者の睡眠に対して[患者が睡眠を得られることを望んでいる][休んでもらいたい]という思いを根底に抱えて睡眠援助という看護を行っていた。睡眠評価の定着は、睡眠援助に対するICU看護師の**【睡眠への深まり：睡眠確保に向けた探求】**を促し、[患者が睡眠を得られることを望んでいる][休んでもらいたい]と、これまで睡眠に対して抱いていた初心に戻るきっかけとなったと考える。この思いは、睡眠援助に対する意欲に働きかけ、意識の向上をもたらしたと考える。そして、意識の向上は、**【看護師の使命：患者が睡眠を確保するための看護師の役割】**として行う様々な睡眠援助に影響を与え、ますます活性化させた。ICUでの不眠の原因としては騒音が一番多い<sup>7)</sup>と言われているが、看護師は自分の気になる音については配慮していたが、看護師が気付かない患者の気になる音に対しては十分な配慮がされているとはいえない<sup>8)</sup>と述べられている。また、光に関して、好みの入眠時照度であると、より早い段階で睡眠が深くなること、副交感神経活動が増加しやすいこと、そして主観的にも眠りやすいと評価<sup>9)</sup>されており、音・光に対する対策は重要な項目である。看護師は、ISESを行う中で光・音が患者の睡眠に与えた影響や具体的な内容を毎日聞くことが習慣化され、これまで以上に患者の睡眠に対する感受性が強くなったと推察する。これにより、[睡眠を妨げる要因となるICUの特殊環境への対策や患者の希望に応じ

た環境調整] への意識の向上と行動に変化につながったのではないかと考える。また、全身的な苦痛や侵襲的な処置を多く抱えていることが多いICU患者に対して、[看護ケアの内容や時間を調整し刺激を与えない工夫][睡眠薬や鎮痛剤を有効に使用し、患者の苦痛緩和の強化]はICUならではの援助と考える。身体的援助を多く必要とするICUの患者に触れる機会は多いように思われるが、実際には必要不可欠な看護ケアや診療の補助に触れる機会と捉え、タイミングを見計らい、短時間で集中的に患者に触れる<sup>10)</sup>、と述べられている。ICUにおいて患者に触れることは、刺激や侵襲となる可能性があることから、看護師はむやみに患者に触れることはしない。本研究でも、患者へ触れることのメリット・デメリットを自覚した関わりを行っていることが明らかとなった。そして、苦痛は睡眠を妨げる要因となるため緩和に努める重要性を感じ、睡眠援助につながっていると考える。また、[業務優先となってしまう看護師主体で動いており、睡眠援助に対する配慮が欠けていた]という語りより、夜間に行っていた看護ケアが睡眠を促すうえでは配慮すべき行動であったと振り返り気付くきっかけとなり、行動の変化につながったと考える。このような、看護師一人一人の行動に変化をもたらしたと同時に、スタッフ間で相互に影響したことで病棟全体として変化していき**【チームの取り組み：スタッフ間で情報の共有】**へつながったと考える。さらに、より一層の質の高い睡眠のためには、まずは質の低下を招いている原因を知り、次にその原因に対しての適切な対処・改善策を講じる<sup>11)</sup>と述べられているように、医師やスタッフと共に患者の眠れない原因について行ったカンファレンスも効果的であったと考える。

**【睡眠援助への関心の深まり：睡眠確保に向けた探求】**は、**【睡眠行動への新たな着眼：睡眠妨害因子の存在と看護師患者間の乖離を実感】**を促すきっかけとなったことが明らかになった。これは、ICU環境が入眠に与える影響を感じてはいたが、睡眠援助への関心の深まりが増し、睡眠妨害因子の再認識につながったことによる意識の変化であったと考える。しかし同時に、意識の変化の中で**【看護師のジレンマ：睡眠援助と評価の困難さを実感】**に影響を与えていた。ICUの[物理的に変えることができない環境や治療を優先するうえで生じる処置は、睡眠を妨げてい

ると気付いているが受容している現状がある〕環境は、簡単に変えることは難しいと受容しつつ関わっている。その中で、ISESを使用し睡眠援助への関心の深まりが増し、より実感するきっかけとなったと考える。A病院のICUはオープンフロアとなっており患者間はカーテンのみで仕切られている。昼夜問わず重症患者の入室があり、処置や医療者間の会話など他患者の睡眠を妨げる要因を生み出してしまう環境にある。多くの病院のICUが似たような環境にあると想像するが、睡眠援助への意識の向上と行動の変化によって得た、睡眠援助の技術や睡眠確保に向けた探求を継続することが、看護師ができうことだと考え行っていく。そして、看護師が睡眠援助を行うことを前提として、睡眠に対する看護師の意識を高め、患者の協力を得ていく必要がある<sup>12)</sup>とされているように、患者への説明も欠かすことなく行っていく必要があると考える。そうした中で、「患者が寝られたって言われたらうれしい」と語りが得られたように、患者の睡眠満足度が明らかとなれば、今後看護師のジレンマも減少すると考える。

### 3. 睡眠援助の充実に向けた今後の課題

今後の課題は3つある。

1つに、本研究でISESの使用は睡眠援助に対する看護師の意識と行動の変化が明らかとなり、ICU病棟に勤務する常勤看護師に対して影響はあったと言える。しかし、A病院は看護師の部署異動があるため、常勤看護師の変動は避けられない。そのため、患者の睡眠をアセスメントするためにISESの使用を継続し、全てのスタッフが同じように睡眠評価ができるよう、取り組み続ける必要があると考える。

2つに、睡眠援助は患者が良質な睡眠を確保するための看護計画のひとつにすぎない。高い睡眠満足度を得るためには、室内環境全体の満足度が最も重要<sup>13)</sup>とあるように、患者が感じる室内環境の満足度とともに、睡眠援助を行うことで、患者の睡眠にどのくらいの効果をもたらしたか調査する必要があると考える。〔看護師が寝ていると思っていても患者は寝られていないと感じていることもあり、看護師と患者の睡眠評価の差を感じた〕と【睡眠行動への新たな着眼：睡眠妨害因子の存在と看護師患者間の乖離を実感】しており、【看護師のジレンマ】を生じている。看護師が行う睡眠援助によって、患者が睡眠の確保ができていくことが明らかとなれば、自己効力感や達成

感が生まれ、さらなる睡眠援助の充実が期待できるのではないかと考える。このことに関連して、患者の睡眠への効果とともに、看護師の客観的評価と患者の主観的評価の睡眠の感じ方の差については明らかにしていないため、調査していく必要があると考える。

3つに、状況によって薬剤の使用は効果的ではあるが、患者が自然な形で入眠できることが望ましい。環境調整のみでも鎮静剤と眠剤使用率が減少する<sup>14)</sup>という報告もあり、看護師の環境調整を含めた睡眠援助により、患者が鎮静剤や眠剤を使うことなく自然な睡眠が得られる可能性が示唆されており、今後に期待したい。患者自身が良質な睡眠を確保する目的として、さらに調査していく必要があると考える。

## VII. 結語

1. ISESの導入により【過去の睡眠評価の振り返り：看護師個々の判断で統一性のない睡眠評価】から【睡眠評価の定着：ISESを使用した睡眠評価の獲得】でき、【睡眠評価の必要性を実感：ISESを使用することで視野が拡大】につながった。
2. 【睡眠援助への関心の深まり：睡眠確保に向けた探求】は、【チームの取り組み：スタッフ間で情報の共有】を活性化させ、【睡眠行動への新たな着眼：睡眠妨害因子の存在と看護師患者間の乖離を実感】を促し、ICU看護師の睡眠援助に対する【看護師の使命：患者が睡眠を確保するための看護師の役割】の意識と行動の変化に効果があった。
3. ICU環境や治療の優先は、患者の睡眠を妨害する要因となり【看護師のジレンマ：睡眠援助と評価の困難さを実感】しているが、看護師ができうる援助を模索し関わっている現状がある。

## VIII. 本研究の限界

本研究はICUで勤務する全て看護師に行ったわけではなく、インタビューを行った看護師は、日頃から睡眠援助への意識が高かった可能性がある。インタビューの中で行動の変化に関する語りが得られたが、質的研究であり看護師個々の行動変容は立証できていない。しかしながら、ISESの使用は睡眠援助に対するICU看護師の意識の向上と行動の変化に効果があったと思われる。

## IX. 謝辞

本研究実施にご協力いただいた皆様、ご指導くださいました皆様に深く感謝いたします。

## X. 引用文献

- 1) 山口大学大学院医学系研究科 臨床看護学講座  
急性期看護学領域 クリティカルケア看護分野. Available from: <http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~yamase/ises.html>
- 2) 日本集中治療医学会J-PADガイドライン作成委員会.
- 3) 川鍋由紀、他. 心疾患患者のICU入室における睡眠の援助を考える サーカディアンリズムの同調因子を活用したケアを考える. ICUとCCU. 2003; 27(6): 582-586.
- 4) 村田洋章. 集中治療室における睡眠評価の現状 The Richards-Campbell Sleep Questionnaireに焦点を当てて. 防医大誌. 2020; 45(4): 143-151.
- 5) 山浦晴男. 質的統合法入門 考え方と手順. 医学書院. 2012.
- 6) 古橋洋子. はじめて学ぶ看護過程. 医学書院. 2017.
- 7) 山崎千穂、他. 入院生活において騒音が睡眠に及ぼす影響～短期入院病棟患者へのアンケートを通して～. 東京医科大学病院看護研究集録. 2000; 20: 91-94.
- 8) 大塚涼子、他. 個室病棟における夜間の音の実態調査と患者・看護師の意識調査. 東京医科大学病院看護研究集録. 2003; 23: 14-18.
- 9) 吉永尚紀、他. 入眠時照度に対する嗜好の個人差と生体反応に関する基礎研究 生理機能と主観的評価に与える影響. 日本看護技術学会誌. 2011; 10(2): 23-29.
- 10) 牛尾陽子. ICUにおける看護師の「触れること」. 日本看護科学会誌. 2022; 42: 204-211.
- 11) 北堂真子、他. 良質な睡眠のための環境づくり - 就寝前のリラクゼーションと光の活用 -. バイオメカニズム学会誌. 2005; 29(4): 194-198.
- 12) 山崎千穂、他. 入院生活において騒音が睡眠に及ぼす影響～短期入院病棟患者へのアンケートを通して～. 東京医科大学病院看護研究集録. 2000; 20: 90-94.
- 13) 竹本柊、他. 心理状態と心室内環境が主観的睡眠評価に与える影響. 空気調和・衛生工学会大会学術講演論文集. 2022; 6: 189-192.
- 14) 中村夕姫乃、他. 環境音と光の削減によるICU患者の睡眠援助 耳栓、アイマスクの使用がもたらす効果. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌. 2023; 18: 56-59.

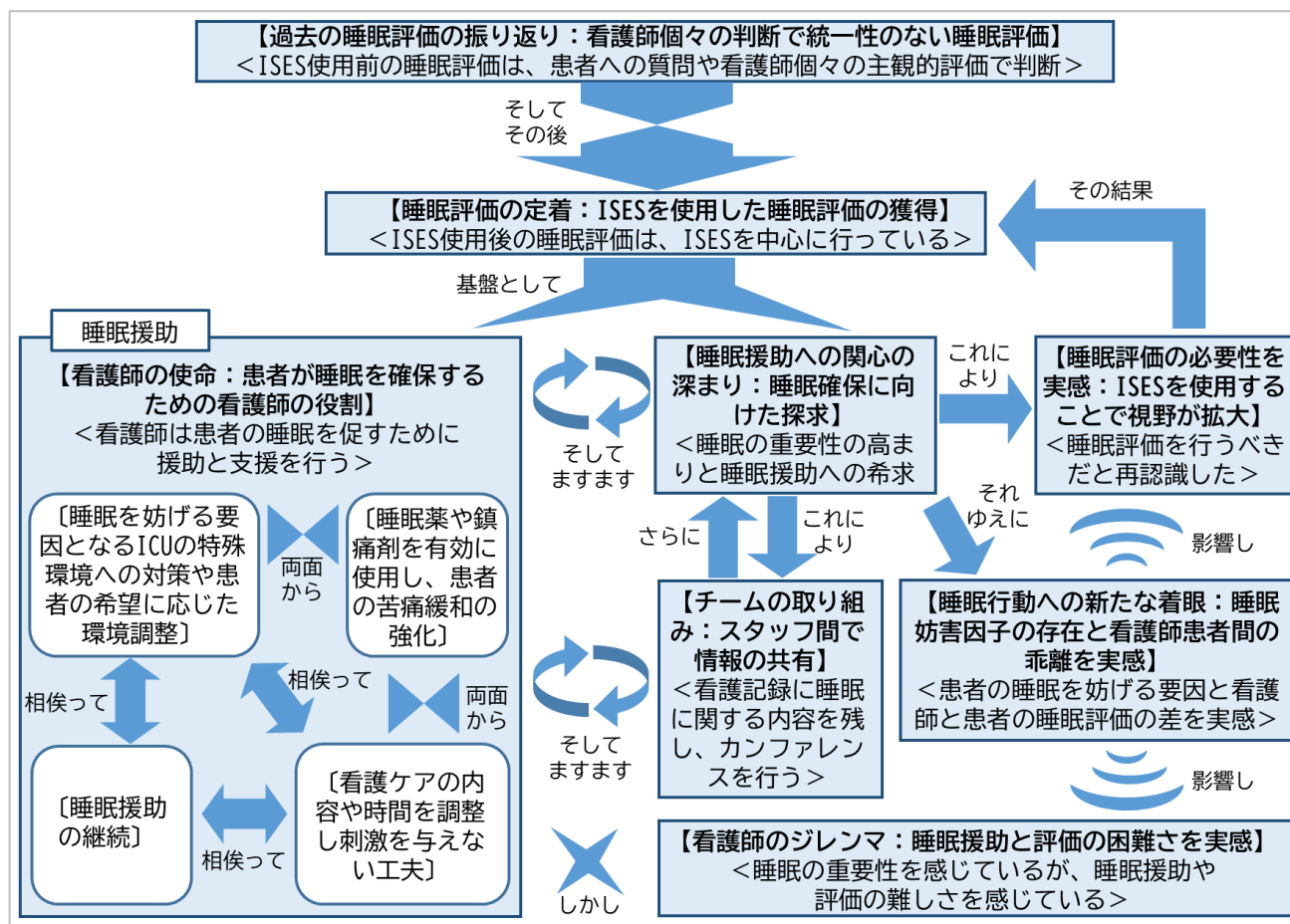


図1. ISESの導入による睡眠援助に対するICU看護師の意識と行動の変化

# Oneチームを目指した看護師と看護補助者との協働

鳥取市立病院 3階東病棟：高木 好古

## 要旨

日本の医療現場では、看護職員の業務負担の増加や人員不足が深刻な課題となっており、看護業務は患者の高齢化や重症化により複雑化している。こうした状況に対応するため看護補助者への適切な業務のタスクシフト・シェアは医療、看護の質を維持しつつ看護師の専門性を最大限に発揮するための重要な取り組みとなっている。日本看護協会では2021年度に『看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド』が改定され、当院でも毎年『看護補助者業務マニュアル』の見直し・修正を行っている。当院の看護局では、勤務環境改善を推進する方策の一つとして看護補助者業務の一部が外部業者や他職種に委託または簡略された。また、副看護師長会では看護補助者業務が削減された分、病院全体で看護補助者へタスクシフト・シェアできる業務を抽出し、業務改善を図る取り組みが始まった。

当病棟では、看護補助者4名が同一の業務を複数人で実施したり、コミュニケーション不足から実施した業務を時間差で他者が行う。実施すべきことを行っていないなど効率が悪く、看護補助者業務の役割分担と業務を委託・簡略された分の時間をどのように有効活用するのか明確ではなかった。また、看護師も看護補助者業務の内容を十分に理解していないという課題があった。そのため看護補助者業務をスタッフへ周知し、既存の『看護補助者業務分担表』を見直し・修正して業務の標準化を図った。看護師と看護補助者が『Oneチーム』として協働できることを目指し業務改善に取り組んだ結果、タスクシフト・シェアを行い協働することでOneチームとして全体の協力体制が強化され、業務の効率化につながったのでここに報告する。

**キーワード：**看護師・看護補助者 業務改善(タスクシフト・シェア) 看護補助者業務分担 協働 Oneチーム

## I 緒言

近年、医療現場では慢性的な看護師不足が続く中、看護職員一人ひとりの業務負担の増大が問題となっており、限られた人員で安全かつ質の高い医療・看護を提供する体制づくりが求められている。厚生労働省は、看護補助者の活用推進を掲げ、看護補助者について「看護師の指示のもと、療養上の世話等を行い、看護師の業務負担軽減に寄与する存在である」<sup>1)</sup>と述べており、適切な看護補助者の活用と協働の重要性を示し質の高い看護提供の維持に不可欠であるとしている。また、日本看護協会は「看護補助者との協働は、単なる作業の切り分けではなく、役割を理解し合い、共通の目標に向かって連携することが重要である」<sup>2)</sup>としている。しかし、臨床現場では看護師と看護補助者との業務範囲の不明確さや、お互いの役割認識不足、コミュニケーション不足により十分な協働を図れていない現状がある。田中は「協働が進まない背景には、役割認識の不一致と相互理解不足がある」<sup>3)</sup>と述べている。このような背景から、看護師と看護補助者とがOneチームとして機能するための業務改善が必要であると考え、固定チームナーシング

の業務改善小集団活動として『看護補助者と共同でできる働き方を検討しOneチームを目指していく』を目標に掲げ業務改善に取り組んだ。

## II 目的

看護師と看護補助者で連携を図り、協働できる働き方を検討し業務改善に取り組む。

## III 方法

2025年度の固定チームナーシング小集団活動において業務改善係として以下を実施する。

①看護補助者業務を看護師が理解、周知する。

- 1) 院内研修に参加し、看護補助者業務について学ぶ。
- 2) 院内既定の『看護補助者業務マニュアル』の業務指針、業務内容と基準についてスタッフ全員が読み合わせを行う。

②看護補助者より業務分担を毎日朝礼で発表してもらう。

- 1) 看護補助者業務分担を『外回り業務』『周辺業務』『看護師応援業務』の3つに整理する。

- 2) 平日、日勤の朝礼で看護補助者リーダーが本日の各業務担当を発表する。
- ③病棟の看護補助者会議を小集団活動開始から半年間までは毎月1回開催し、業務改善につなげる。
  - 1) 会議メンバーは小集団担当者と看護補助者とする。
  - 2) チーム会で出たメンバーの意見と看護補助者の意見を持ち寄り会議で議論する。
  - 3) 看護補助者会議で検討した内容はリーダー会で最終決定し、スタッフへ周知する。
- ④看護補助者が受講した院内研修をチーム会議録に記載し、共通認識する。
  - 1) 看護補助者研修で看護補助者が学習した内容をチーム会で共有する。
- ⑤関連研修に参加し、スタッフへ情報提供していく。
  - 1) 小集団担当者が業務改善関連の研修を受講し学びを深める。受講した内容や学びをチーム会でスタッフへ伝達する。

#### IV 対象期間

2025年4月～10月の7か月間

#### V 倫理的配慮

本論文は小集団チーム活動報告と、レポート提出を目的としており個人が特定されないよう配慮した。

#### VI 結果

①に関しては、5月にスタッフ全員が読み合わせを行った。看護師は看護補助者が行える業務内容を十分に理解できておらず、せん妄患者の見守り、食事の準備や介助、排泄介助、ごみ捨てなど患者の身の回りの世話は主に看護師が対応し、受け持ち患者との時間が十分に確保できていなかった。全員がマニュアルの読み合わせを行うことで看護補助者業務について改めて認識でき理解を統一することができた。②に関しては、以前は看護師が看護補助者分担表の内容と本日の業務担当者を理解しておらず担当外の業務を依頼し、看護補助者の業務が円滑に進まない状況が多々あった。平日の朝礼で看護補助者より『外回り業務』『周辺業務』『看護師応援業務』の役割分担を発表してもらうことで、看護師は看護補助者の担当業務を認識して依頼するようになった。③に関しては、看護補助者から現場の率直な意見が十分に反映

されにくいという声があり、昨年度までは病棟師長、副師長、看護補助者とで会議を行っていたが、会議のメンバー構成を見直したことで看護補助者とメンバー双方の課題共有や改善に向けた意見交換ができるようになり、タスクシフト・シェアが行えている。実際に、会議では看護補助者からは食事の準備や介助、歩行訓練などの依頼シートが見難く、受け持ち看護師が分かりにくいと意見があり、看護補助者の意見を取り入れたシートへ変更し現在も運用している。看護師からは、看護師の朝のカンファレンス終了を待って清潔ケアを開始しており無駄な空白の時間が生じる現状があり看護補助者1人でも清潔ケアを実施可能な患者から清潔ケアを開始しておいてもらえないかと意見があった。そこで清潔ケア表に(補)と記載しカンファレンス中にケアを開始してもらい、全体的にケアの終了時間が早まり効率的になった。看護補助者会議での検討事項はリーダー会で最終決定し業務改善に活かすことができた。小集団活動開始から半年間までは毎月看護補助者会議を開催したことで、看護補助者がチームの一員として発言できる場となったと感じる。④に関しては、看護補助者が研修で学んだ知識や技術を看護師が理解・周知することで看護補助者に任せられる業務が判断でき、タスクシフト・シェアが可能となり現場での教育やフォローができるようになった。⑤に関しては、小集団担当者が看護協会主催の関連研修を受講して知識と学びを深め、チーム会で伝達しスキルアップとなった。

#### VII 考察

看護補助者の業務内容を明確化したことで看護補助者は個々の役割を理解し、主体的に取り組む姿がみられた。また、スタッフ間のコミュニケーションが活発になり、相互理解と信頼関係の構築につながった。看護補助者も積極的に業務や会議に関わろうとする意識の変化が見られ、チーム全体の協力体制が強化されたと感じる。

佐藤らは「看護師と看護補助者の協働が進むことで、業務効率の向上だけでなく、職場満足度の向上にもつながる」<sup>4)</sup>と述べている。今回の取り組みにおいても、看護補助者業務分担表の見直し・修正により、看護師業務をタスクシフト・シェアし共同でケア、食事介助、患者の見守り、歩行訓練などを行うようになり看護師は専門性を要する業務に集中できるように

なり効率化につながった。取り組みを通して役割の理解が得られ意識が高まったと考える。

また、鈴木は「協働を定着させるためには、役割を明確にするだけでなく、継続的な対話の場が不可欠である」<sup>5)</sup>と述べている。取り組みの結果からも、看護補助者会議での積極的な意見交換が業務のタスクシフト・シェア促進と協働に有効であったと考える。維持と定着には継続的に取り組んでいく必要があり、協働体制の定着が今後の課題として挙げられる。今後も本来看護師が行うべき患者との時間の確保や、専門性を必要とする業務に専念できるよう看護補助者との協働に取り組んでいく必要がある。そのためにも、感謝の気持ちを伝えてフィードバックし、尊重し合える信頼関係を構築して安全で楽しく働けるOneチームを目指すことが重要である。

## VIII 結語

業務改善(タスクシフト・シェア)を行い看護補助者業務の役割分担を明確にしたことで、看護師と看護補助者とで連携が図れた。日々の業務が円滑になり看護師は専門性を要する業務に集中できるようになった。小集団メンバーが中心となり看護補助者会議を行ったことでお互いの建設的な意見交換ができ業務改善につながった。看護師と看護補助者が共同し、Oneチームとして業務に取り組むことは、看護の質の向上および働きやすい職場環境づくりに有効であった。

## IX 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省. 看護補助者活用のためのガイドライン. 2017.
- 2) 日本看護協会. 看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド. 2021.
- 3) 田中由紀. チーム医療における看護補助者の役割と課題. 看護管理. 2020 ; 30(4) : 310-316.
- 4) 佐藤美和子, 他. 看護師と看護補助者の協働が看護業務に与える影響. 日本看護管理学会誌. 2018 ; 22(2) : 45-52.
- 5) 鈴木真理. 病棟における協働体制構築のための取り組み. 看護管理 (日本看護学会論文集). 2021 ; 51 : 112-115.
- 6) 山本智子. 看護補助者活用における業務改善の実際.

看護実践の科学. 2019 ; 44(6) : 52-57.

# ストーマケアにおける医療機関と 訪問看護ステーションの地域連携に関する実態調査

鳥取市立病院 5階東病棟：居組 ほのか、細川 真理奈、増田 友子

## 要旨

A病院で消化器ストーマを造設した患者がストーマ周囲皮膚炎のため再入院したケースを経験した。退院前に行っているA病院から訪問看護ステーションへの情報共有の方法や内容に不足はなかったのか、皮膚トラブルが悪化するまでの対応に困ったことはなかったのか等、連携について疑問が残った。そこで今回、鳥取県内の訪問看護ステーションへ協力を得てアンケートを行い、ストーマケアにおける医療機関と訪問看護ステーションの連携の実態を明らかにした。アンケート結果から、鳥取県内でストーマケアを行っている訪問看護ステーションのうち96%が24時間対応をしていた。そして、訪問看護ステーションが所属する地域の80%以上にストーマ外来が開設され、皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOCNs）も在籍しており、在宅ストーマ患者のフォロー体制があることがわかった。また、医療機関と訪問看護ステーションの連携として退院前面談による情報共有が約80%に行われているが、訪問看護師は情報不足を感じている実状があり、以下の3点が必要であると考察した。1.訪問看護ステーションが医療機関に求める情報は【明確な相談体制の確立】【連携体制の構築】【社会資源の理解度や活用方法の確認】であった。2.訪問看護ステーションが医療機関に求める対応は【退院を見据えた支援体制の強化】【ストーマケアを継続するための指導の向上】【他病院と訪問看護ステーションとの協力体制】【知識向上支援の必要性】であった。3.訪問看護ステーションと医療機関の双方の視点から在宅ストーマ患者の問題を捉え、ストーマケアが継続できるよう連携を図ることが重要である。

**キーワード：**在宅ストーマ患者 訪問看護ステーション 地域連携

## I 緒言

近年、高齢化及び医療の進歩により高齢者が手術を行うことも珍しくなく、ストーマ造設者の高齢化も進んでいる。日本オストミー協会によると現在ストーマ保有者の75%が65歳以上であり、そのうち20%が80歳以上の超高齢者である<sup>1)</sup>と言われている。また、2013年から包括的診療報酬制度（以下DPC）の導入により、A病院でもDPCⅡ期の22日間までの早期退院を目指している。在院日数の短縮化が進められているが、患者・家族ともに高齢であることで手指の巧妙性や認知力の低下、周囲のサポート不足などによりストーマケアが困難になり、ストーマケア指導に時間を要している。山本<sup>2)</sup>は、『セルフケア確立を困難にする要因は、「75歳以上」「日常生活自立度の低下」「理解力の低下」「視力低下」「手指巧妙性低下」「上肢の麻痺」「術後回復遅延」「ストーマ合併症」「悪性腫瘍」の9項目がある』と述べている。実際に、消化器ストーマ造設後にA病院を退院した患者が数か月後にストーマ周囲の潰瘍形成により再入院となったケースを経験した。患者は90代、直腸癌のためストーマ造設を行い、認知機能や手指巧妙性の低

下のため、家族の介助や訪問看護を利用しながらストーマケアを行っていた。退院前に患者・家族と訪問看護師と病棟看護師で退院前面談を実施し情報共有していたが、退院後皮膚トラブルが悪化するまでの対応に困ったことはなかったのか、A病院から訪問看護ステーションへの情報提供の方法は有効であったのか、不足している内容はなかったのか等、連携について疑問が残った。そこで、ストーマケアを実施している鳥取県内の訪問看護ステーションと医療機関の連携の実態を調査し、訪問看護ステーションが医療機関に求める情報や対応について考察した。

## II 用語の定義

- ・在宅ストーマ患者：ストーマ造設後、自宅または入居施設などの生活の場で訪問看護ステーションを利用し、ストーマケアを地域において受ける対象のこと
- ・ストーマケア：ストーマ周囲の皮膚に関するケアとストーマ装具の選択・装着・交換、皮膚の清拭、ストーマ装具内の排泄物処理などの局所ケアのこと
- ・地域連携：訪問看護ステーションと医療機関の情報

共有を通じて患者・家族が退院後も地域で継続性のある適切な医療が受けられる状態のこと

### III 研究方法

#### 1. 研究デザイン

実態調査混合研究法

#### 2. 研究期間

2024年3月～2024年11月

#### 3. 対象者

鳥取県看護協会ホームページに記載されている鳥取県内の訪問看護ステーション76件(2023年度11月現在)

#### 4. データ収集方法

アンケート式実態調査

訪問看護ステーション管理者に、研究説明書・小林ら<sup>3)</sup>の研究を参考にして独自に作成した無記名自記入式質問用紙を郵送し、回答を依頼する。返信用封筒も同封し、郵送1か月後を目途に返送を依頼する。アンケートの承諾は説明書の同意欄へのチェックで同意を確認し、書類返送をもって研究同意とみなす。

#### 5. 調査項目

##### 1) 訪問看護ステーションの現状

###### (1) 事業所の規模

- ①24時間対応の有無
- ②事業所の所属地区
- ③訪問看護師の職員数
- ④昨年度の登録利用者数
- ⑤昨年度のストーマ患者数

###### (2) 所属する地域のWOCNsの有無

###### (3) ストーマについての勉強をする機会の有無

##### 2) ストーマケアの実態

###### (1) 所属する地域のストーマ外来の有無

###### (2) 昨年度のストーマ患者について

- ①利用者数
- ②ストーマ患者数
- ③ストーマの種類
- ④ストーマ患者の年齢
- ⑤家族構成

###### (3) ストーマケアで困ったケース（複数回答可）

- ①排泄物の漏れ
- ②ストーマ周囲皮膚トラブル
- ③ストーマ周囲皮膚の変更
- ④ストーマサイズの変化

###### ⑤ストーマ脱出

###### ⑥ストーマからの出血

###### ⑦装具やアクセサリの変更

###### ⑧その他

##### (4) ストーマケアに困った時の相談機関（相談場所）の有無

- ①所属事業所の管理者
- ②同訪問看護ステーションの看護師
- ③他施設のストーマケアの専門知識がある看護師
- ④退院した病院
- ⑤その他

##### (5) ストーマケアについて、退院した病院に相談する場合の窓口（複数回答可）

- ①地域連携室
- ②病棟看護師
- ③ストーマ外来担当看護師
- ④WOCNs
- ⑤その他

##### (6) 退院した病院に相談する際、不自由に感じていること（複数回答可）

- ①1回で連絡がつかない
- ②相談する看護師に繋がるまでに時間がかかる
- ③相談したい看護師に話が出来ないことがある
- ④メールなどで相談できない
- ⑤その他

##### 3) 医療機関と訪問看護ステーションの連携

###### (1) 病院との利用者情報の主な共有方法（複数回答可）

- ①紙面（サマリー）
- ②画像データ
- ③退院前に直接対面
- ④その他

###### (2) 情報共有について足りないと感じていること（複数回答可）

- ①入院中のことはわかるが、在宅につなぎたいことがわかりにくい
- ②具体的なストーマケアが知りたい
- ③患者や家族の理解度が知りたい
- ④困った時の連携方法が書かれていない
- ⑤その他

##### 4) ストーマケアの連携における現状と課題

###### (1) 連携において、現在出来ていることを踏まえこうあるとよいと思う事を教えてください

- (2) ストーマケアに現状や今後の病院・地域の連携について感じていることを教えてください

## 6. データ収集期間

2024年5月～2024年6月

## 7. 分析方法

アンケートの質問項目は選択肢と自由記載回答とし、選択記述回答は記述統計量（度数と割合）を算出し、数字記入による回答は量的記述的に分析する。自由記述回答は、意味のあるまとまりでコード化し、相違点と共通点について比較することでカテゴリー化する。

## IV 倫理的配慮

### 1. 説明と同意所得の方法

研究者は、文章で研究目的と意義、研究の趣旨、個人が特定されないこと、回答の有無によって不利益を被ることがないことを十分に説明した。そして、A病院臨床研究倫理審査委員会で承認を得た同意説明書を渡し、自由意思による対象者の承認を文章で取得した。同意研究協力の承諾はアンケート用紙の同意欄へのチェックで同意を確認し、同意書の返送を受けた時点で同意を得たこととした。アンケート返送後は個人を匿名化し、データ統合が開始され、対象者が特定できないため同意撤回への対応が難しい。そのため郵送するアンケート用紙に、研究協力の同意はアンケートの記入・返送をもって得られたものとする、アンケート用紙返送後の同意撤回ができないことを明記した。また、同意の有無がA病院との連携に反映することはない。研究者は、研究対象者の同意に影響を及ぼす情報が得られたときや、研究対象者の同意に影響を及ぼすような実施計画等の変更が行われるときは、すみやかに研究対象者に情報を提示する。

### 2. 個人情報の取り扱い

本研究によって得られたデータは研究者のみが使用し、研究以外の目的には使用しない。研究に当たって収集または利用したデータは、A病院個人情報の管理に関する要綱に基づき、保管する。データを暗号化、パスワード保護し、セキュリティ機能付きのUSBメモリに保存し、紙媒体の書類等も含めて施錠管理が可能な場所に保管する。さらに、患者や家族が個人特定されるような情報は伏字にして逐語録に記載し、個人情報の分析などにはいっさい反映されないよう

に留意する。また、保管期間は研究終了後、原則5年間とし、保管期限を経過後は同要綱に基づき破棄する。

### 3. 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク

本研究では、アンケートを行うために時間的制約が負担になる。しかし、アンケートへの回答が研究対象者心身の脅威になる可能性はないと予測する。

### 4. 利益相反および個人の収益など

本研究は特定の企業・団体との関与はない。研究の実施にあたり、研究の透明性および公平性の確保に努める。

### 5. 経済的負担または負担軽減について

本研究に必要な費用は、対象者が負担することはない。経済的負担発生の可能性がある場合には対象者に応じて相談し適切に対応する。

### 6. 結果の公表予定

A病院の院内及び院外で看護研究内容を公表予定

## V 結果

郵送した訪問看護ステーション76件のうち返送は25件、アンケート回収率は32%であった。

### 1. 訪問看護ステーションの現状（量的分析）

#### 1) 事業所の規模

(1) 訪問看護師数は、5～10人未満が15件（60%）、5人未満が7件（28%）、10人以上が3件（12%）であった。（図1）

(2) 24時間対応はありが24件（96%）、なしが1件（4%）であり、看護師数が5人未満の事業所でも6件（25%）が24時間対応をしていた。（図2）

#### 2) 所属するWOCNsの在籍割合は22件（88%）、いないが3件（12%）であった。（図3）

3) ストーマについて勉強する機会があるが11件（44%）、なしが12件（48%）、無回答が1件（2%）であり、ストーマ研修の受講希望は24件（96%）であった。

### 2. ストーマケアの実際

1) ストーマ外来の有無はありが21件（84%）、なしが3件（12%）、わからないが1件（4%）、ストーマ外来がなく、WOCNsもいないと回答した事業所も3件（12%）あった。（図4）

#### 2) 昨年度のストーマ患者の属性

(1) 訪問看護ステーションの利用者数は年間1,656人であり、そのうちストーマ患者数は年間104人

と全体の6%であった。ストーマ患者の内訳は、イレオストミーを含むコロストミーが75件(61.9%)、ウロストミーが41件(33.8%)、ダブルストーマは5件(4.1%)であった。(図5)

(2) ストーマ患者の年齢では、75歳以上85歳未満が最も多く48件(47%)、次いで85歳以上が25件(24.5%)、65歳以上75歳未満が21件(20.5%)、65歳未満が7件(7.8%)であり、後期高齢者が71.5%と高い割合を占めている。(図6)

(3) 家族構成では、高齢者2人暮らしの世帯が最も多く50件(42.3%)、次いで独居が26件(22%)、子と同居が25件(21.1%)、高齢者集合施設が12件(10.1%)、その他が5件(4.2%)であった。

(図7)

3) ストーマケアで困ったケースでは、20件(80%)がありと回答し、ストーマ周囲の皮膚トラブルが15件(26.7%)と最も多かった。その他は排泄物の漏れ12件(21.4%)、装具・アクセサリの変更10件(17.8%)、ストーマ周囲皮膚の変形6件(10.7%)、ストーマからの出血4件(7.1%)、ストーマサイズの変更3件(5.3%)、ストーマ脱出3件(5.3%)であった。中には、総合病院の受診が終了となったあとの相談窓口や1日でパウチが取れてしまう、認知症夫婦のため生活状況がわからないという回答もあった。(図8)

4) 相談窓口について

(1) 困った際の相談窓口はありが24件(96%)であり、相談機関は退院した病院23件(56%)、他施設のストーマケアの専門知識がある看護師6件(14.6%)、所属事業所の管理者5件(12.1%)、同訪問看護ステーションの看護師5件(12.1%)、事業所併設の専任看護師(4.8%)と多くは看護師に相談している。その他、本やインターネットで解決策を探しているという回答もあった。(図9)

(2) 退院した病院に相談する場合の窓口は、ストーマ外来担当看護師14件(30.4%)、WOCNsが13件(28.2%)、地域連携室10件(21.7%)、病棟看護師長8件(17.3%)の並びであった。家族へ報告してストーマ外来を受診してもらうケースもあった。

5) 退院した病院に相談する際、不自由に感じていると回答した事業所は13件(52%)と半数を占めて

おり、相談する看護師に繋がるまでに時間がかかる7件(30.4%)、1回で連絡がつかない6件(26%)、メールなどで相談できない5件(21.7%)、相談したい看護師に話が出来ないことがある2件(8.6%)とタイムリーに相談できないことが分かった。その他、伝えたいことがなかなか伝わらない、写真を送って見ていただき相談できればと思う、言葉だけだと説明が難しいという意見もあった。(図10)

### 3. 医療機関と訪問看護ステーションの連携

1) ストーマ患者の情報共有の手段は、紙面(サマリー)のみが5件(20%)、その他は紙媒体や画像データに加え、退院前に直接対面もしており、直接対面率は80%を占めていた。(図11)

2) 医療機関からの情報共有について足りないと感じている事業所が15件(60%)あり、その内訳は患者や家族の理解度が知りたい11件(39.2%)、具体的なストーマケアが知りたい6件(21.4%)、困った時の連携方法が書かれていない6件(21.4%)、入院中のことはわかるが在宅につなぎたいことがわかりにくい5件(17.8%)であった。(図12)

### 4. ストーマケアの連携における現状と課題(質的分析)

アンケートの自由記載の回答より得られたカテゴリーを【】、サブカテゴリーを《》、コードを〈〉で示し分類した。

1) 医療機関と訪問看護ステーションとの連携において、現在出来ていることを踏まえこうあるとよいと思う事についての自由記載は25件中14件回答があり、【明確な相談体制の確立】【連携体制の構築】【他病院と訪問看護ステーションとの協力体制】の3つのカテゴリーが抽出された。(表1)

(1) 【明確な相談体制の確立】では、〈認定看護師と定期的に相談したい〉〈訪問時の様子を出来るだけ早く報告・相談したいことが度々ある〉などのコードから《専門知識のある職種との連携》、〈退院前にストーマ装具交換に立ち会う事ができると相談しやすい〉〈困ったことがあった場合にもう少し連携や相談しやすい体制があればよい〉〈独居でフォロー体制が訪問看護のみの時、相談先に困った〉などのコードから《連携や相談しやすい体制づくり》の2つのサブカテゴリーを導出した。

(2) 【連携体制の構築】では、〈皮膚トラブルがある

場合、WOCNsと一緒に同行してアドバイスをもらいたい〉〈WOCNsが同行訪問した場合に料金が発生するが療養環境の共有ができ、より相談しやすい〉などのコードから《専門知識のある職種同行》、〈画像でのやりとりができる体制があるとよい〉〈オンライン・SNSなどで画像の共有や相談しやすいシステムがあるとよい〉などのコードから《SNSや画像でのやりとり》の2つのサブカテゴリーを導出した。

(3) 【他病院と訪問看護ステーションとの協力体制】では、〈各病院のWOCの対応が違う〉〈他病院の方でも助けてほしいことがある〉などのコードから《他病院への連携における要望》のサブカテゴリーを導出した。

2) 訪問看護師が介入しているストーマケアの現状や今後の病院・地域の連携について感じていることについての自由記載は25件中12件から回答があり、【退院を見据えた支援体制の強化】【ストーマケアを継続するための指導の向上】【社会資源の理解度や活用方法の確認】【知識向上支援の必要性】の4つのカテゴリーが抽出された。(表2)

(1) 【退院を見据えた支援体制の強化】では、〈退院前カンファレンス設定をしてもらい、実際のストーマ交換を見る機会が必要。サマリーだけではわからない〉〈実際に一緒に行く、指導してもらい、家族がどこまで理解してどのようにストーマを作ったことを受け止めておられるかなどの情報もあると助かる〉などのコードから《退院前カンファレンスの開催》、〈家族に指導されている場合でも一度二度ではなく何回か交換実施の機会がもてるとよい〉〈家族・本人が高齢にて、装具交換が難しい方が増えている、便破棄はできるようになって帰ってほしい〉などのコードから《患者・家族への指導》の2つのサブカテゴリーを導出した。

(2) 【ストーマケアを継続するための指導の向上】では、〈病院で入院している間に考えられる動作を行い漏れない方法を確立してもらえると幸い〉〈ストーマの装具が決定してから退院してほしい〉〈入院中に毎日の装具交換や中1日の交換をされているところもあるが、訪問回数が限られている自宅では困難で、退院後早々に装具の変更が必要となることがある〉などのコードか

ら《退院後の装具やスキントラブルの対応》、〈自己流な管理で皮膚トラブルがあったり、ケア用品の管理に困っておられたりという方がいる〉〈認知の進行に伴い自己での交換が難しくなった〉などのコードから《長期ストーマ管理による困りごと》の2つのサブカテゴリーが導出された。

(3) 【社会資源の理解度や活用方法の確認】では、〈給付券の管理、取り扱いについてご本人・家族が手続きや管理への理解があるか〉〈ストーマ物品の手配や介入状況について、導入やケアがスムーズにできるように連携がとれたらと思っている〉などのコードから《サービスやケア用品についての説明》のサブカテゴリーが導出された。

(4) 【知識向上支援の必要性】では、〈病院でのストーマ研修などには、参加させていただくこともあり助かっている〉〈近くのステーションに依頼する、出前研修などしていただくとうれしい〉などのコードから《研修会の参加希望》、〈私共もストーマケアについて学習しながら対応している状態であり、不安を感じることもある〉のコードから《学習不足への不安》の2つのサブカテゴリーが導出された。

## VI 考察

アンケート結果から鳥取県の実態として、訪問看護を利用する在宅ストーマ患者は75歳以上の後期高齢者が70%以上を占めており、家族構成は高齢者世帯や独居が主であった。また、高齢であることや認知症により今まで行っていたストーマケアが困難となることもわかった。山本<sup>2)</sup>が述べていることに加え、高橋<sup>4)</sup>が『これまで、ストーマケアを行う上でキーパーソンとして配偶者が挙げられることが多かったが、ストーマ患者が高齢になるにしたがって、その介護者も高齢になっており、いわゆる“老々介護”の状況が多くなっている』と述べているように本人・家族で長期間ストーマケアを継続する難しさが明らかになった。退院前に在宅ストーマ患者を支援する地域連携の一つとして、医療機関から訪問看護ステーションへの情報提供が行われていた。情報共有の方法としては、紙面(サマリー)と退院前面談が80%以上を占めていたが、訪問看護師は情報不足を感じている現状もあった。そして、24時間対応をしている訪問看護ステーションは96%を占めており、在宅ス

トーマ患者が夜間でも支援を必要とする状況であることがわかった。在宅ストーマ患者を支援する環境としては、訪問看護ステーションの所属地域の84%にストーマ外来が開設されており、WOCNsも88%在籍していることが明らかになった。以下、訪問看護ステーションが医療機関に求める情報と対応の2つの視点について考察する。

訪問看護ステーションが医療機関に求める情報については、【明確な相談体制の確立】【連携体制の構築】【社会資源の理解度や活用方法の確認】の3つのカテゴリーが抽出された。退院後は生活様式の変容により、入院中には発生しなかったトラブルが起これやすい。また、専門知識をもつ看護師の同行訪問は、ストーマに関連した問題を早期に解決するうえで有用<sup>5)</sup>だと言われており、アンケートでも皮膚障害の対応や退院後の生活環境に合ったストーマ装具の評価・選択などにおいてWOCNsの同行訪問を希望する声も多かった。茂野ら<sup>6)</sup>は『ストーマ保有者はトラブル発生時には、ストーマ管理に関するアセスメント能力が低いこともあり、医療者の指導やアドバイスを受けて適切に対処する必要がある』と述べている。アンケートでは80%がストーマケアでの困りごとを抱えており、一番多いのがストーマ周囲の皮膚トラブルであった。訪問看護師がストーマケアに困った時の相談窓口は96%があると回答し、相談先は退院した病院が半数以上を占めていた。しかし、医療機関に相談する際に不自由さを感じていることがわかった。「相談するまでに時間がかかること」、「相談したい相手に繋がらないこと」、「1回で連絡がつかないこと」が主な理由であった。A病院の場合は外科外来が窓口となっており、相談内容によってはWOCNsが対応している。看護サマリーに外科外来の連絡先を記載しているが、WOCNsへ相談出来ることや利用する訪問看護ステーションの連絡先は記載していない。退院後も外来（地域によってはストーマ外来）やWOCNsにも継続的な支援を受けることが出来ること、明確な相談先や連絡のつく日時の情報を患者・家族や訪問看護ステーションに提示していく必要があると考える。他にも、ストーマの交換手技や装具・アクセサリイの種類等はサマリーや対面の際に情報提供しているが、誰がストーマ物品の手配や管理をするのか、給付券の利用方法の確認まで踏み込んでいない現状があった。ストーマ装具の給付基準額は1993年に設

定してから大きく変わっておらず、オストメイトの約9割は自己負担があると言われている<sup>7)</sup>。患者の経済的負担にも考慮し、社会資源の活用についての説明や装具の注文のタイミング、代替品の提案をしていく必要がある。そして提案内容や患者・家族の理解度や反応を情報提供していくことも必要である。

訪問看護ステーションが医療機関に求める対応については、【退院を見据えた支援体制の強化】【ストーマケアを継続するための指導の向上】【他病院と訪問看護ステーションとの協力体制】【知識向上支援の必要性】の4つのカテゴリーが抽出された。鳥取県の現状としてアンケートでは「造設や入院の経過が中心のサマリーで引き受けることもある」「実際のストーマ交換をみる機会が必要。サマリーだけではわからない」などの回答があり、訪問看護ステーションが「退院前カンファレンスの開催」や「相談窓口の明確化」を必要としていることがわかった。看護サマリーは重要な連携ツールであるが、一方方向であるために双方向からの確認が行えない恐れがある。後藤<sup>8)</sup>は『カンファレンスでの話し合いを通して、医療機関側と在宅側との互いの専門的視点で情報交換やディスカッションができ、在宅で継続可能かを予測することが出来る』と述べている。また、佐藤ら<sup>9)</sup>は、『カンファレンスは紙面や口頭説明のみならず、一緒に実践するなど具体的に伝えること、退院時のみならず必要があればいつでも合同カンファレンスを設けることで訪問看護師側のケアの実際や患者への理解が深まる。連携を強めることで問題に対してタイムリーな対応ができ、より安心して患者が訪問看護を受けることが出来る』と述べている。そこで、在宅ストーマ患者を取り巻く訪問看護師やケアマネ、家族や施設職員、病棟看護師や外来看護師、WOCNs、リハビリなどの関係者が集い、退院前カンファレンスを有用に行うことがカギとなる。医療機関と訪問看護ステーションの連携として、退院前に紙媒体によるサマリーに加え患者・家族との面談が行われているが、訪問看護師は情報の不足を感じており、退院後のストーマ管理につながる情報や家族の理解度・具体的なケア方法の提供を必要としている。A病院も退院前面談を行っており、訪問看護師への情報伝達ツールとして患者個別の装具交換パンフレットを作成している。パンフレット内容は主に装具やアクセサリイの使用状況や交換時の注意点について記載し

ている。退院までの期間は手術後14～22日を目標としており、退院までの装具交換指導は少ない場合で3回となる。手術後のストーマや腹壁の変化に加え、患者や家族から得た生活習慣の情報を踏まえて面板を決定するが、漏れやストーマ周囲の皮膚トラブルが起きない事を重視している。患者・家族のストーマケアにおいて装具交換の手技、その時点での不安や困りごとについては確認できるが、ストーマケア全般の理解度や退院後の困りごと、患者個々の生活状況を踏まえた予測については限界があるのが現状である。医療機関の看護師と訪問看護師が患者・家族へ関わる時期が異なることによりストーマケアで生じる問題に対する視点の相違によるものであると考えられる。また、訪問看護師は退院後のフォロー体制の情報を求めていることが分かった。「自宅において活動量が増え、漏れる。入院中に考えられる操作を行い漏れない方法を確認してもらえると幸い」「入院中は看護師がすぐに対応でき毎日交換や一日交換ができるが、訪問回数が限られているため困難で、退院後早々に装具の変更が必要になることがある」との意見から、ストーマケアに加え患者の家族・生活背景を踏まえた情報提供を行うこと、退院後の生活を想像して今後起こりうることについてとその対策方法をあらかじめ伝えておくことが必要である。山本<sup>2)</sup>は『入院前から患者のセルフケア能力をアセスメントし、患者の能力に合わせた個別性のある計画の立案や指導を開始することが重要である』と述べている。早期に患者・家族のストーマケア能力をアセスメントし訪問看護に繋げていくことも重要である。さらに、退院後にストーマケアの問題が生じた際は、在宅ストーマ患者や家族、訪問看護師がタイムリーに医療機関へ相談できる体制が求められている。アンケートの中には、ストーマケアの困難事例にWOCNsの同行訪問を希望する回答もあった。現在、鳥取県内のWOCNs数は18名<sup>10)</sup>で、ストーマ外来を行っている病院は7件<sup>11)</sup>である。受付できるのは週3回が1件、週1回が2件、月1回が2件、問い合わせが2件で、全て予約が必要であった。相談窓口はあるが日時が限られているため、いつでも相談できる体制ではなく、対応までに時間がかかる。しかし、WOCNsも人数に限りがあり、全てに対応するには限りがある。そこで、アンケートで「写真を送って相談できれば良いと思う」「言葉だけだと説明が難しい」「伝えたいとがなかな

か伝わらない」というオンラインやSNS等を使用した画像を共有した相談についての意見が多々あった。高橋ら<sup>3)</sup>は『個々によって微妙な工夫が必要になってくる場合があり、患者個々の特徴が文章だけでは伝わりにくい』と述べている。電話や紙面による口頭での相談だけでなく、画像での情報共有ができればより状況が把握しやすくなり、早期の問題解決につながるかと期待できる。また、「来院を求められることで対処が遅くなってしまう」「訪問時の様子を出来るだけ早く報告・相談したい」という意見もあった。オンラインを用いた情報提供では、迅速に原因の解消を必要とするトラブルにもタイムリーに専門的な対応することが期待できる。他病院やストーマ外来・WOCNsがない事業所もオンラインであれば情報共有が行える可能性があると考ええる。また、看護師個々の自己研鑽による技能の向上も必要となってくる。訪問看護ステーションの96% (24件) が学習の機会があれば参加したいという意向があり、学習機会があれば知識向上につながり、問題解決能力が向上することも期待される。「私共もストーマケアについて学習しながら対応している状態であり、不安を感じることもある」「病院での研修に参加させていただくこともあり助かっている」との意見もあり、A病院でも勉強会を開催しているため、外部の方が参加できれば地域単位での知識向上につながると考えられる。

## VII 研究の限界と今後の課題

質問紙の項目で実人数か延べ人数かを明らかに表記していなかったため、量的な集計に影響している可能性がある。また、鳥取県すべての訪問看護ステーションを網羅しているわけではないため、連携における課題を捉えるには一部の地域に限られた見解となる。多種多様になってきているストーマケアにおいて、今後はアンケート内容の検討を継続し、研究の精度を高めていく必要がある。

## VIII 結論

1. 訪問看護ステーションが医療機関に求める情報は【明確な相談体制の確立】【連携体制の構築】【社会資源の理解度や活用方法の確認】であった。
2. 訪問看護ステーションが医療機関に求める対応は【退院を見据えた支援体制の強化】【ストーマケ

アを継続するための指導の向上】【他病院と訪問看護ステーションとの協力体制】【知識向上支援の必要性】であった。

3. 医療機関からの視点・訪問看護ステーションからの視点で専門的知識を持ち寄り、一方通行の情報提供にならないよう双方向での意見交換が必要であると考えます。

## IX 謝辞

ご多忙の中、本研究にご協力いただきました参加者の皆様に心より感謝致します。

## X 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省. 人工肛門・膀胱造設者の生活と福祉. 社会法人日本オストミー協会〔引用2011-3-25〕 Available from URL <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaih>
- 2) 山本亜由美. ストーマ造設患者のストーマセルフケア確立困難の要因. 日本ストーマ・排泄会誌. Dec.2020 ; 36(3) : 94-99.
- 3) 小林和世、他. 在宅ストーマ患者に関する訪問看護ステーションへのアンケート調査. 日本ストーマ・排泄会誌. Jun.2018 ; 34(2) : 81-87.
- 4) 高橋真紀、他. ストーマケアの地域連携. 日本ストーマ学会誌. June.2004 ; 20(1) : 27-35.
- 5) 松原康美. 訪問看護におけるストーマケアの困難性と専門知識をもつ看護師の同行訪問の有用性に関する全国調査. 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌. 2022 ; 38(2) : 9-38.
- 6) 茂野敬、他. ストーマ保有者のストーマセルフケア状況と不安、QOLとの関連. 日本ストーマ・排泄会誌. Dec.2017 ; 33(3) : 71-80.
- 7) 公益社団法人日本オストミー協会. オストメイトの生活と福祉. 2022 ; 11 : 18-20.
- 8) 後藤茂美. ストーマ保有者支援における医療機関との連携に対する訪問看護ステーション側の捉え方. 日本ストーマ・排泄会誌. Dec.2008 ; 24(3) : 139-142.
- 9) 佐藤明代、他. オストメイトの継続看護に関する医療機関と訪問看護ステーションとの連携. 日本ストーマ・排泄会誌. Dec.2008 ; 24(3) : 143-147.
- 10) 日本看護協会. 分野別都道府県別登録者数（日本地図版）〔引用2023-12〕 Available from URL [http://www.nurse.or.jp/nursing/assets/17\\_A\\_CN\\_nichisyokango\\_2023.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/assets/17_A_CN_nichisyokango_2023.pdf)
- 11) 一般社団法人. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会. ストーマ外来検索. Available from URL <https://jwocm.org/public/stomas/pref>
- 12) 門田千晶、他. 皮膚・排泄ケア認定看護師に対する訪問看護師のニーズと連携. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. Jpn.WOCM. 2013 ; 17(4) : 286-293.

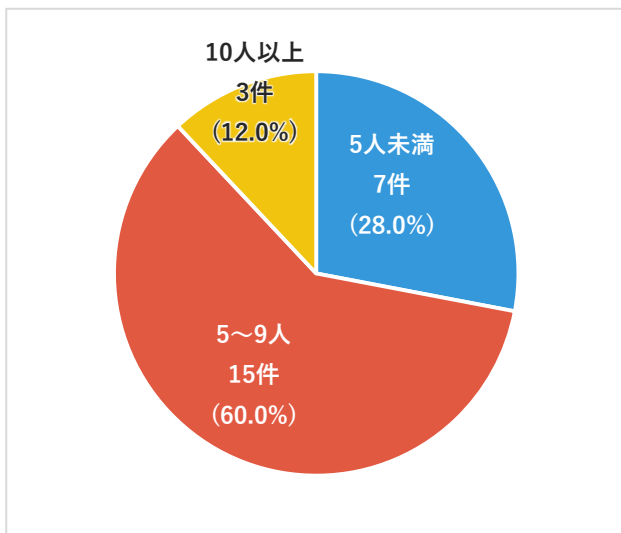


図1. 訪問看護ステーションの看護師人数 (n=25)

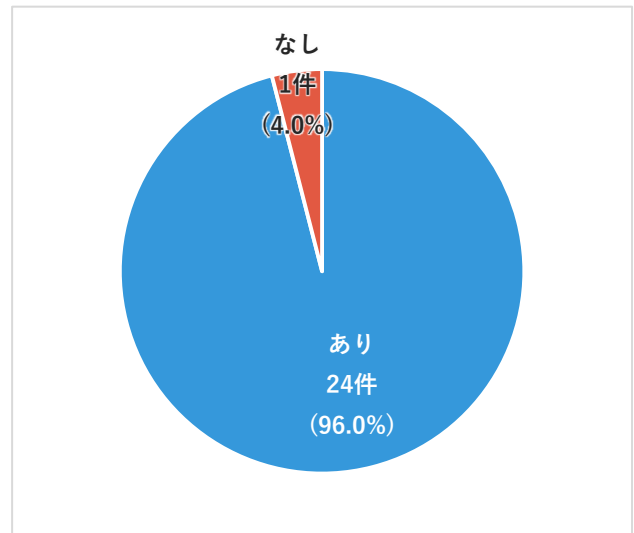


図2. 24時間対応の有無 (n=25)

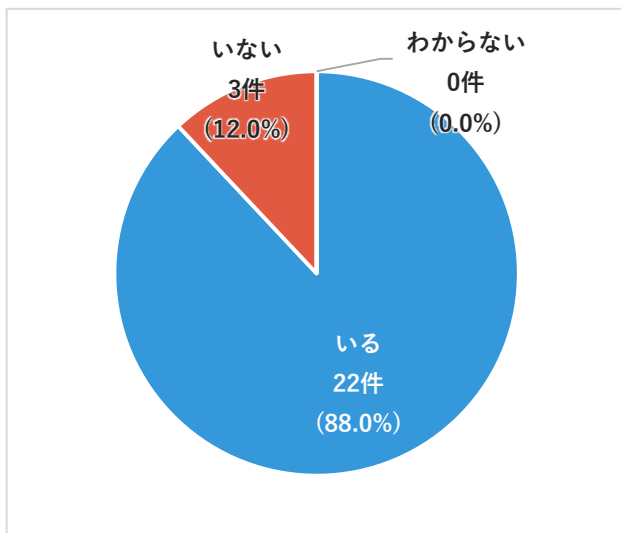


図3. 認定看護師の有無 (n=25)

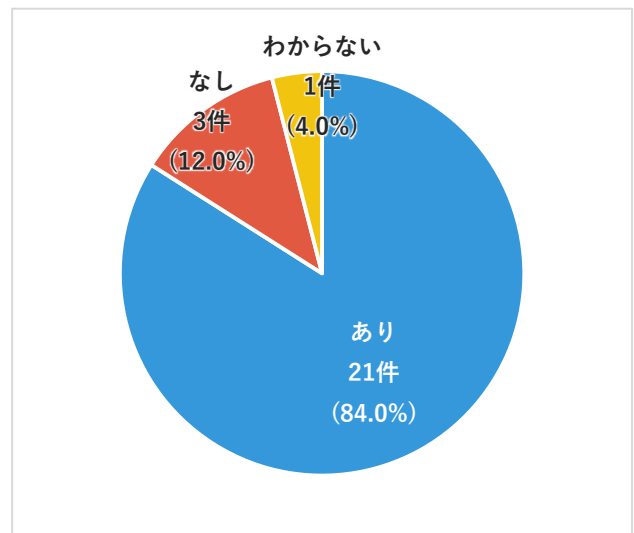


図4. ストーマ外来の有無 (n=25)

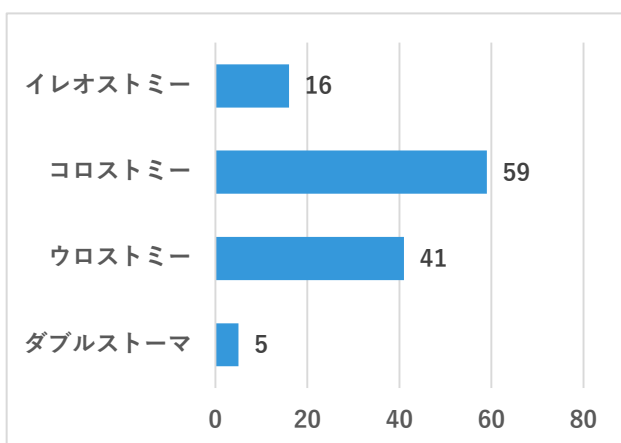


図5. ストーマの種類 (n=24/MA)

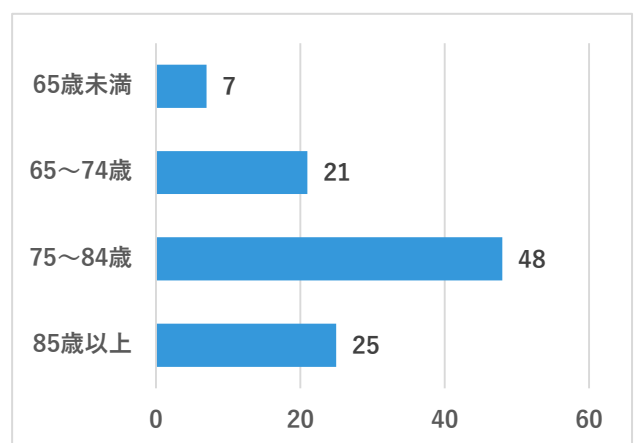


図6. ストーマ患者年齢 (n=24/MA)

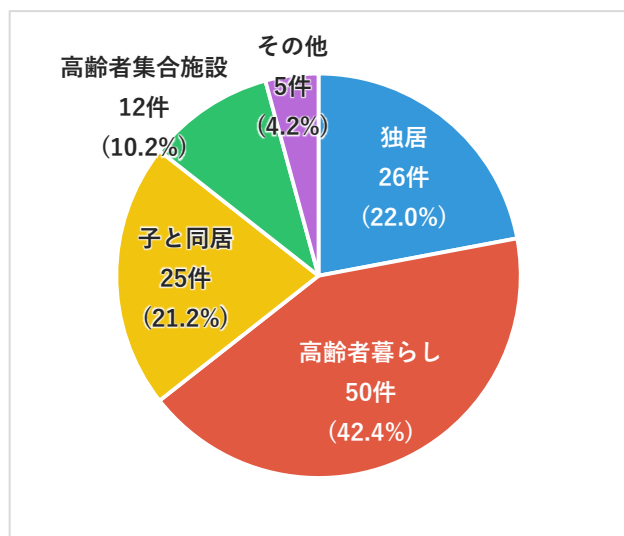


図7. 家族構成 (n=24/MA)

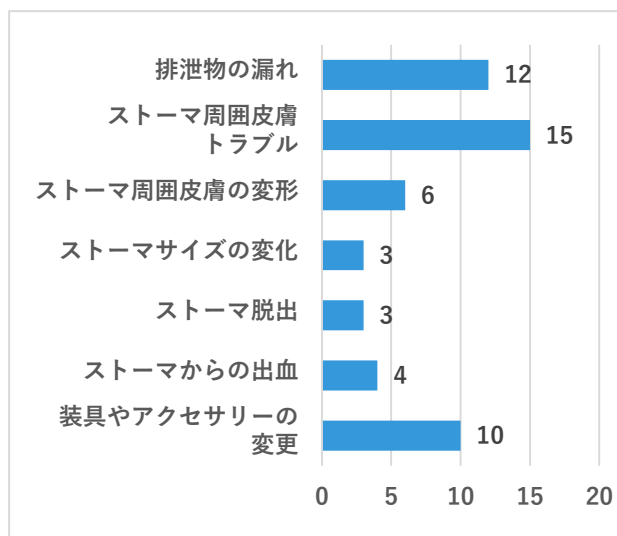


図8. ストーマケアで困った内容 (n=20/MA)

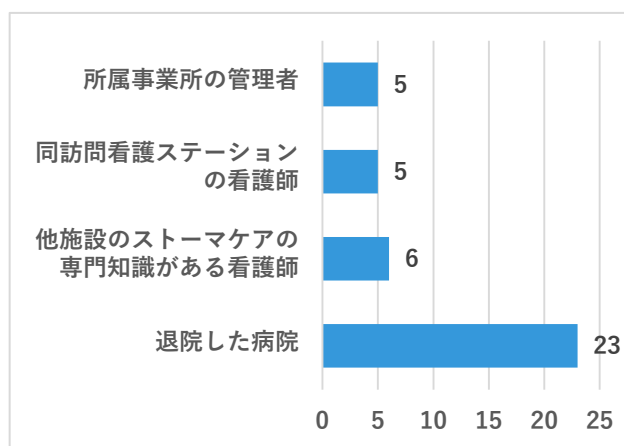


図9. 困った時の相談窓口 (n=24/MA)

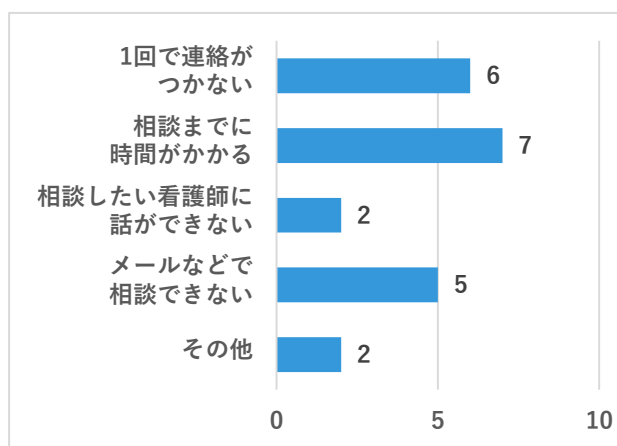


図10. 不自由と感じた内容 (n=13/MA)

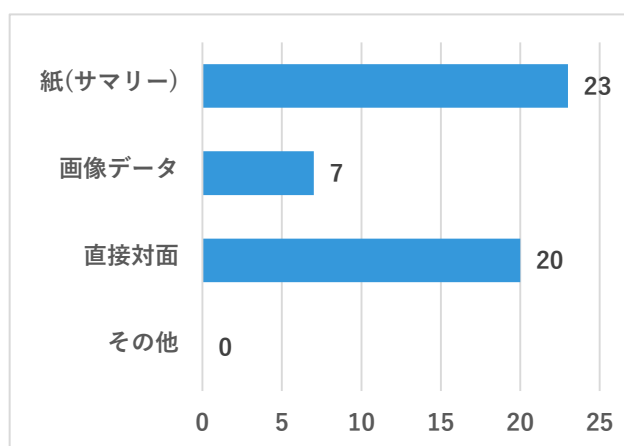


図11. 患者情報の共有方法 (n=25/MA)

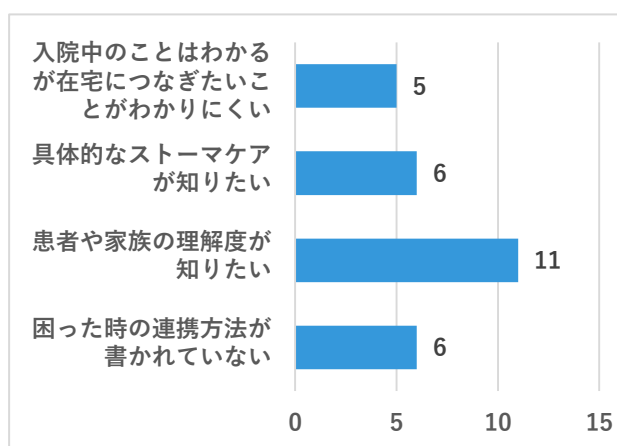


図12. 情報共有で足りないと感じていること (n=15/MA)

表1. あるとよいと思うこと

| カテゴリー                        | サブカテゴリー                                    | コード                                                         |
|------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 明確な相談体制の<br>確立               | WOCN s や 認 定<br>看護師など専門知<br>識のある職種との<br>連携 | 皮膚・排泄ケア認定看護師、専門知識のあるスタッフへ相談したい                              |
|                              |                                            | 認定看護師と定期的に相談したい                                             |
|                              |                                            | 次回のストーマ外来までは対処や処置方法などをストーマフローシートを活用している                     |
|                              |                                            | 処置の変更時は電話・FAX・書面などを用いて連絡している                                |
|                              |                                            | 認定看護師など専門知識のある方へ、容易に相談できるようにしたい。                            |
|                              |                                            | 訪問時の様子を出来るだけ早く報告・相談したいことが度々ある                               |
|                              | 連携や相談しやす<br>い体制作り                          | スタッフへの相談体制があるとよい                                            |
|                              |                                            | 退院前にストーマ装具交換に立ち会う事が出来ると相談しやすい                               |
|                              |                                            | 認定看護師のいない時間帯や、病院で病棟看護師が相談にのってくれたり、丁寧に対応してもらえてありがたい          |
|                              |                                            | 困ったことがあった場合にもう少し連携や相談しやすい体制があればよい                           |
|                              |                                            | 電話連絡がしやすい時間帯がわかるとよい                                         |
|                              |                                            | わからないことは連絡を都度している                                           |
|                              |                                            | 独居でフォロー体制が訪問看護のみの時、相談先に困った。<br>大体の利用者がフォロー体制がしっかりしていない状況です。 |
| 連携体制の構築                      | WOCN s や 認 定<br>看護師など専門知<br>識のある職種の同<br>行  | 皮膚トラブルがある場合、WOCN s に一緒に同行してアドバイスをもらいたい                      |
|                              |                                            | WOCN s が同行訪問した場合に料金が発生するが療養環境の共有ができ、より相談しやすい                |
|                              |                                            | 同行訪問していただき一緒にみてもらいたい                                        |
|                              | SNSや画像でのやりとり                               | WOCとの画像共有ができるとよい                                            |
|                              |                                            | 画像のやり取りができる体制があるとよい。<br>オンライン・SNSなどで画像の共有や相談しやすいシステムがあるとよい  |
| 他病院と訪問看護<br>ステーションとの<br>協力体制 | 他病院への連携に<br>おける要望                          | 各病院のWOCの対応が違う                                               |
|                              |                                            | 他病院の方でも助けてほしいことがある                                          |
|                              |                                            | 他の病院からの依頼時には文章のみの情報共有であったり、家族指導が行われていないことがある。               |

表2. ストーマケアの現状や今後の病院・地域の連携について感じていること

| カテゴリー               | サブカテゴリー           | コード                                                                                                         |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 退院を見据えた支援体制の強化      | 退院前カンファレンスの開催     | 退院前カンファレンスの開催                                                                                               |
|                     |                   | 退院前カンファレンス設定してもらい、実際のストーマ交換を見る機会が必要。サマリーだけではわからない。                                                          |
|                     |                   | 造設や入院の経過が中心のサマリーで引き受けることもある。実際に一緒に行う、指導してもらい、家族がどこまで理解してどのようにストーマを作ったことを受け止めておられるか？などの情報があると助かる。            |
|                     | 患者・家族への指導         | 家族がいても（家族に交換指導されていても）訪看で装具交換を行ってしまっていることがある。家族に指導されている場合も一度二度ではなく何回か交換実施の機会がもてるといい。                         |
|                     |                   | 家族・本人が高齢にて、装具交換が難しい方が増えてきているので、訪問看護への役割が増えてきているように感じる。便破棄はできるようになって帰ってほしい。                                  |
|                     |                   | 訪問看護師は利用者の退院の際、直接認定看護師などより、ケアの指導を受けることができるが、利用者がデイサービスなど利用の際、通所サービス・施設などへのケアの指導が十分にできていない。                  |
| ストーマケアを継続するための指導の向上 | 退院後の装具やスキントラブルの対応 | 相談窓口の明確化                                                                                                    |
|                     |                   | 自宅において活動量が増え、そうすると漏れる。病院で入院している間に考えられる動作を行い漏れない方法を確立してもらえると幸い。                                              |
|                     |                   | 入院中は看護師がそばにいてすぐに対応できるため毎日の装具交換や中1日の交換をされているところもありますが、そのまま退院されることもあり訪問回数の限られる自宅では困難で、退院後早々に装具の変更が必要になることがある。 |
|                     |                   | ストーマの装具が決定してから退院してほしい。無理なら電話連絡した時すぐ対応してもらえるぐらい連携を取りやすい状況が必要。                                                |
|                     | 長期ストーマ管理による困りごと   | 退院前に病院に伺って、ケアをみせて頂くと、病棟看護師さんの手技が不適切なことがみうけます。パウチをドライヤーで乾かしたり、接合部に合わせたフレンジカットができていなかったりする。                   |
|                     |                   | 長年ストーマ管理をされている高齢の方が、自己流な管理で皮膚トラブルがあったり、ケア用品の管理に困っておられたりという方がいる。そういう方に支援が必要だと感じています。                         |
| 社会資源の理解度や活用方法の確認    | サービスやケア用品についての説明  | 長年ストーマケアを自力で行ってこられていたが、認知の進行に伴い自己での管理が難しくなった。族様へ指導しながら習得していただいている。                                          |
|                     |                   | 給付券の管理、取り扱い（ご本人・家族が手続き、管理の理解があるか）                                                                           |
|                     |                   | ストーマ物品の手配や介入状況について、導入やケアがスムーズにできるよう連携がとれたらと思っている。                                                           |
| 知識向上の支援             | 研修会の参加希望          | 装具や交換に伴う物品を揃えることに経済的負担が大きい患者さんも多い。給付券があっても自己負担額は発生する。経済的負担の軽減のために代替品の提案も入院中に説明してほしい。                        |
|                     |                   | 病院でのストーマ研修などには、参加させていただくこともあり助かっている。                                                                        |
|                     | 学習不足への不安          | 近くのステーションに依頼する、出前研修などしていただくとうれしい。                                                                           |
|                     |                   | 私共もストーマケアについて学習しながら対応している状態であり、不安を感じることもある。                                                                 |

# がん患者の想いを尊重した意思決定支援

鳥取市立病院 5階東病棟：安藤 瀬七

## 要旨

長期化するがん闘病の中で、患者やその家族は病状告知から療養先の選択など多くの意思決定をしなければならず、それを患者や家族だけで行うのは容易ではない。今回、残胃癌・多発転移で余命半年と診断されたA氏90歳代女性を受け持った。初回ICの場では病状説明と余命告知は家族のみだったため、患者・家族の病状に対する受け止めや今後の方向性に相違が見られた。私はその中で患者の意思が置き去りにになっていないかと疑問を感じた為、実践した看護について振り返り報告する。

**キーワード：**がん患者、意思決定支援

## I 緒言

入院時A氏はがんの進行により通過障害を起こし、これらの症状があった為、胃・十二指腸ステント留置を施行された。処置後、A氏は満足のいく食事摂取ができ、入院時よりADLも改善「もう何もやり残した事はない。早く帰って何もせず過ごしたい。」と自宅退院を強く希望されていた。一方、生検の結果より胃がん進行・多発転移、余命は半年と判明した。まず初めに、主治医から家族に対して病状説明が行われ、家族はA氏を精神面を配慮して“A氏へは予後告知しない事”を決定した。また、今後の更なる病状進行を考慮し“自宅退院は現実的ではない”“家に帰って大丈夫だろうか”という家族の想いもその場で汲み取ることができた。A氏へは予後告知はせず、簡単な病状説明と自宅退院を目標にリハビリを継続するという内容で説明された。以降、A氏は「私の意見はそっこのけで何も聞いてくれない」と家族に対して易怒性が出現するようになり、家族が面会に訪れた際も会話の数も少なく、A氏と家族間での距離が生じていた。私はこの場面からA氏に真実が知らされないまま、家族の意向が重視され、患者の主体的な意思決定が尊重されていない現状に対して疑問に感じていた。そこで、A氏の想いを尊重した意思決定支援を行うためにチーム全体で取り組む必要があると感じ、チーム間で情報共有し介入を開始した。

事例を通して患者・家族に対しての看護実践について振り返り、意思決定支援の中での看護師の役割を確認する。

## II 対象

患者：90歳代女性 元々ADL自立

病名・術式：残胃癌 多発転移 胃・十二指腸ステント留置

生活背景：自宅（長男夫婦と同居） 長女は市内在住

キーパーソン：長男

## III 方法

後ろ向き事例研究とし、患者と家族に対する看護師の関わり、それによる対象者の反応や結果を記録から振り返り分析・評価する。

## IV 倫理的配慮

当病院の臨床倫理審査委員会の承認を得た。また、今回の発表に際して対象者のプライバシーを保護し、個人が特定されないように配慮することを家族へ説明し、同意を得た。

## V 経過

A氏の想いを尊重した意思決定支援を行う為に、A氏家族の正しい情報の共通認識が必要と感じた。そこで、A氏・家族の気持ちの変化をすぐに捉えることができるよう、A氏と関わる際、家族の面会時に想いの傾聴と確認を行った。

初回IC以降、易怒性があり発言も少なかったA氏だったが、「前手術した胃に新しいのができたのかな」「がんなら保険に入っているから大丈夫」と発言もあり、徐々に自分の病状と向き合い始めるA氏の姿が見られた。一方、家族に対しては毎日面会に訪れていた長女を中心に、A氏の発言を含めた日々の様子を情報

共有し、A氏へは話しにくい悩みや想いを傾聴する事に努めた。その中で、A氏の易怒性が増強している現状を見て「家族で話し合いをして本人に本当のことを伝えた方がいいのではないかと意見もあった」とあり、家族間でも気持ちの変化があることを知った。また、長男より「本人から顔も見たくないと言われた」と話され、初回の病状説明以降A氏との距離を感じ、今後のことについて直接本人へ相談できず、踏み込めていない現状があることも知る事ができた。そこで、A氏の想いを尊重した意思決定をする為にA氏と家族の両者が想いを交わす必要があると感じた。そのため、A氏・家族の両者が、お互いにどんな想いを抱えているか知れるよう看護師が架け橋となり、それぞれの想いを共有した。後日、一旦はA氏への告知を迷っていた家族だったが、A氏への告知を希望された。

A氏・家族の想いをもとに主治医と情報共有し、「方向性の決定にはまずA氏に正確な病状を理解してもらった方が良い」とカンファレンスを行い、家族、看護師同席のもとA氏へ余命宣告含めた病状説明が行われた。A氏は「苦しまないように楽に最期を過ごせたらそれでいい」と受け止められ、増強していた易怒性も消失、以降は面会に訪れた家族と果実と一緒に食べて過ごすなど、穏やかな表情をされることが多くなった。以降、A氏の過ごし方の希望について気持ちの変化はあったが、最終的にA氏の希望に沿う形で方針が決定した。

## VI 考察

宇佐美らは「高齢者本人を中心に家族や援助者がチームとなって意向実現のプロセスを共に辿り、どのような価値観から意向が形成されたか把握しながら支援し続ける必要がある」<sup>1)</sup>、山口氏は「看護師は患者の想いに接する機会が多く、高齢がん患者の生活史や人となり把握しやすい立場にある」<sup>2)</sup>と述べている。

今回の事例では、患者・家族の想いを早期に把握し、チーム全体で継続した介入を行った事で、両者の想いの変化を確認できたと考える。また、看護師が両者の想いを交わす架け橋となる事で、お互いがどんな想いを抱えているか把握することに繋がった。そして、患者の想いを通信に、家族や看護師が同じ方向を向くことで、意向実現の過程を共に辿る事ができた

と考える。

## VII 結語

日々変化し続ける患者・家族の想いを捉えるにはチーム間で情報を共有し、統一した関わりが重要と感じた。また、両者の抱える想いを、お互いが認識し合えるように看護師が架け橋になる事は、両者の想いを尊重した意思決定支援で重要な役割だと確認できた。

## VIII 引用文献

- 1) 宇佐美利佳. 人生の終末を生きる高齢患者が自分らしく過ごすための支援のあり方の検討-高齢患者が自分らしく過ごすための支援指針に基づいた支援の実践と評価-. 岐阜県立看護大学紀要. 2022; 22(1): 3-14.
- 2) 山口歩. 高齢がん患者の終末期における意思決定支援～意思決定のプロセスを見直し意思形成・表明・表現を支援する～. がん看護. 2024; 29(4): 461-466.

# 看護学実習における看護学生の「直感的な気づき」

鳥取市立病院 5階東病棟：浅尾 亜衣

## 要旨

近年、患者の価値観や生活背景の多様化に伴い、看護師は個別性を踏まえた患者理解が求められている。看護学生が看護学実習で患者と関わる際に生じる「直感的な気づき」は、患者理解が深まる可能性があるが、看護学生の語りから明らかにした研究は少ない。本研究は、看護学生が看護学実習において患者との関わりから生じる違和感やひっかかりに着目し、どのように「直感的な気づき」として現れ、患者理解へとつながるのかを明らかにすることを目的とした。A大学看護学部4年生6名を対象にフォーカスグループインタビューを実施し、質的記述的に分析した結果、80のデータから29サブカテゴリ、20カテゴリが生成された。看護学生は患者へ関心をもって関わり、違和感や疑問を意識化することで「直感的な気づき」を得て患者理解を深め、個別性のある看護へとつなげていた。一方で、看護学生が患者の本心に気づけない状況も明らかになったが、患者と関わることで再び「直感的な気づき」の過程をたどることが分かった。「直感的な気づき」は、看護学生が患者理解を深め、個別性のある看護につなげるための重要な過程であり、その教育的支援として、看護学生の些細な気づきの意識化や、気づいている事象への着目を促す働きかけが重要であると考えられる。

**キーワード：**看護学生 看護学実習 気づき

## I 緒言

近年、医療提供の場や価値観の変化に伴い、患者のニーズが多様化している中でも、看護師は個々の患者の生活背景や価値観の理解に努め、その人らしく生きることを支援する役割がある。

新村ら<sup>1)</sup>は、看護学生(以下、学生とする)が看護の現象に触れて生じる気づきは、「直感的な気づき」と「リフレクションを通しての気づき」の2種類を挙げている。研究者は、看護学実習(以下、実習とする)での患者との関わりにおいて「直感的な気づき」により患者理解が深まり、ニーズに寄り添う看護を実践できた経験を持つ。そのため、学生が患者と関わるうえで生じる「直感的な気づき」は、患者理解につながると考えた。先行研究では、学生の「直感的な気づき」について定義はすでにされているが、学生の生の語りから、実習における「直感的な気づき」の様相を明らかにした研究は見当たらない。そのため、本研究では、学生が実習において、患者との関わりからどのような違和感やひっかかりが生じ、そこに着目したことで患者理解へとつながる「直感的な気づき」の様相を明らかにすることを目的として実施した。

## II 目的

看護学生が看護学実習において、患者との関わりから違和感やひっかかりが生じ、患者理解へとつな

がる「直感的な気づき」の様相を明らかにする。

## III 方法

本研究は、フォーカスグループインタビューによる質的記述的研究である。対象は、A大学看護学部看護学科に在籍し、臨地実習経験があり、「直感的な気づき」により患者理解につながった経験をもつ4年生6名とした。データ分析は、得た語りを逐語録化し、意味内容を損なわないよう切片化した後、抽出したデータを類似性・関連性・相違点に基づき集約してサブカテゴリ化、カテゴリ化をした。分析過程においては、指導教員のスーパーバイズを受けた。

## IV 倫理的配慮

研究対象者へは研究参加は自由意志であり、不参加により不利益を被らないこと、同意後も撤回は自由であること、知り得た情報は個人が特定されないよう保護することを文書と口頭で説明し、同意を得た。本研究は、所属ゼミの教員複数人で構成された研究倫理検討会にて承認を得て実施した。

## V 結果

対象者6名へのインタビューは60分であった。学生の「直感的な気づき」に関するデータを切片化して80のデータを分析対象とし、29サブカテゴリ、20カテ

ゴリを生成した。以下、カテゴリは【】、サブカテゴリは〔〕と示し、ローデータが多いカテゴリ順に述べていく。

【五感を用いて患者の想いや心情の変化を理解】は、〔患者の表情や仕草を見て、患者の心情の変化に気づく〕、〔患者の表情や仕草、目線、姿勢を見て患者の想いを汲み取る〕、〔雰囲気から患者の想いを感じとる〕の3サブカテゴリ、10ローデータから生成された。【違和感や疑問を意識化し、真実を知ろうとする姿勢】は、〔実際に患者をみて、違和感や疑問を意識して考える〕、〔患者の行動や発言への違和感を解消するために、積極的に関わる〕の2サブカテゴリ、9ローデータから生成された。【予測したことを対比し、予測と異なることに対する疑問】は、〔患者の想いを予測して関わり、実際の患者の想いや行動、発言が予測した姿と異なり疑問に思う〕、〔カルテや指導者の情報から状態を予測して患者と実際に関わり、予測した姿と異なることに気づく〕の2サブカテゴリ、9ローデータから生成された。【患者理解を深め状態に応じた看護】は、〔患者の身体状態を観察し、症状に応じた看護を行う〕、〔予測したことが違い、実際の患者の状態に気づき、患者に適した看護を行った〕の2サブカテゴリ、6ローデータから生成された。【患者に関心を寄せる姿勢】は、〔患者に関心を持って関わり、患者の想いやその人らしさを知ろうとする〕、〔患者と関わり、患者の表出する想いが本心か見極める〕の2サブカテゴリ、6ローデータから生成された。【身体状態の観察をしながら患者の想いに着目】は、〔実際の患者の身体状態を観察して、患者の想いや状態を理解する〕の1サブカテゴリ、5ローデータから生成された。【自己と患者、医療職と患者の関係を意識】は、〔患者の態度が学生と医療職とで異なることに気づく〕の1サブカテゴリ、5ローデータから生成された。【普段の様子を見て、想いを予測】は、〔患者と関わり、患者の様子を見て患者の想いを予測する〕の1サブカテゴリ、4ローデータから生成された。【その人に合った看護につなげるため、違和感に着目】は、〔個別性のある看護計画につなげるため、違和感に着目する〕、〔患者の希望に寄り添うため、違和感に着目する〕の2サブカテゴリ、4ローデータから生成された。【患者理解を深め、関わり方が変化】は、〔患者の意欲が高まるような関わり方や看護をする〕、〔会話の内容や患者の表情の変化に気づき、それに着目して患者と関わ

る〕の2サブカテゴリ、3ローデータから生成された。【気づきの大切さから対象を捉える視点の広がり】は、〔実習を振り返り、もっと早く気づきに着目していたら、患者理解が深まっていたと思う〕、〔気づきに注目することの大切さを感じ、次に活かしたいと思う〕の2サブカテゴリ、3ローデータから生成された。【「人と人」として向き合う中で動いた感情】は、〔学生がその人のために何かしたいと思う〕の1サブカテゴリ、3ローデータから生成された。【患者の発言と行動の不一致】は、〔患者の発言や行動が一致してないと思う〕の1サブカテゴリ、2ローデータから生成された。【自分の気づきに着目して得た確信】は、〔自分の気づきに着目して患者とコミュニケーションをとり、患者の想いを確信する〕の1サブカテゴリ、2ローデータから生成された。【既習の知識から考察】は、〔知識や今までの学修内容から患者を理解する〕の1サブカテゴリ、2ローデータから生成された。【自己の課題の発掘】は、〔患者との関わりから疾患理解を深めることが大切だと思う〕の1サブカテゴリ、2ローデータから生成された。【患者の発言のみでは気づけない】は、〔患者の発言からは気づくことができなかった〕の1サブカテゴリ、2ローデータから生成された。【患者の言動に対する戸惑い】は、〔患者の言動に戸惑う〕の1サブカテゴリ、1ローデータから生成された。【患者の立場になって考察】は、〔患者の立場になって考え、患者の気持ちに気づく〕の1サブカテゴリ、1ローデータから生成された。【気づきを通して得た向上心】は、〔患者との関わりから向上心を持つ〕の1サブカテゴリ、1ローデータから生成された。

## VI 考察

20カテゴリを俯瞰すると、学生が「直感的な気づき」を得るまでの過程、「直感的な気づき」を得て患者理解へとつながる過程、「直感的な気づき」が得られない学生の状況とに分類することができた(図1)。

「直感的な気づき」により、学生は患者との関わりで表情や発言に着目し、患者理解が深まることで、個別性のある看護を実践していた。また、学生は患者の身体状態のみならず想いに向き合おうと、人として患者に関わることにより、患者を捉える視点を広げることができていた。

一方で、学生が患者の本心に気づけない状況も明らかになった。学生は、気づきを得られないことによ

り患者の状況に合致した看護計画の立案ができず、計画の遂行が難航していた。しかし、患者の置かれている状況を振り返り、五感を用いて再度観察した結果、患者の本心に気づき計画を修正できていた。

「直感的な気づき」を得た学生の共通点は、患者に人としての関心を寄せ、目の前の患者と直に関わっていたことである。学生は、個別性のある看護をしたいという純粋な想いが根底にあり、真摯に患者と向きあうことで違和感や疑問を意識化し、患者が何を求めているのかを見極めていた。そして、学生は「直感的な気づき」から患者理解を深めることで、患者に応じた関わり方や看護につなげていた。

## VII 結語

本研究の結果から、学生の「直感的な気づき」の様相が明らかとなった。「直感的な気づき」は、学生が

患者理解を深め、その人にあった個別性のある看護につなげるための重要な過程である。また、学生が自分自身の傾向や課題を発掘し、学びへとつながっていく。学生が「直感的な気づき」を得るためには、患者に関心を寄せて、直に関わることから始まる。そして、患者と関わる中で生じた違和感や疑問を大切に、着目して考察することが重要である。学生への教育的支援として、学生との対話により患者の状況を共有し、学生の些細な気づきの意識化や、気づいている事象への着目を促す働きかけが重要であると考え

## VIII 引用文献

- 1) 新村洋末、佐藤政枝.「看護学生の気づき」の概念分析. 日本研究看護学会雑誌. 2022;45(1):59-70.

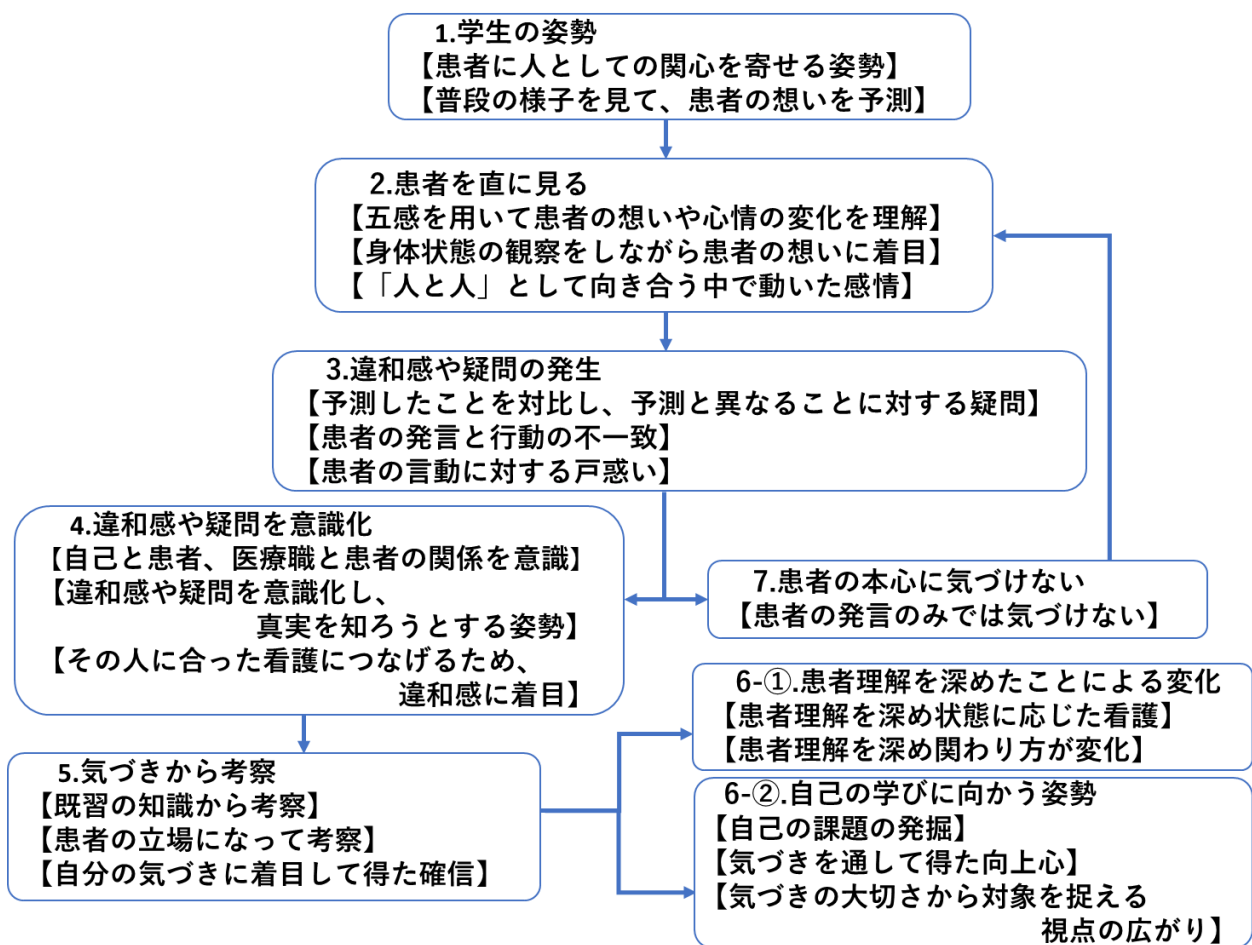


図1. 看護学生の「直感的な気づき」が患者理解へとつながる過程

