

訪問看護ステーション看護職交流会

参加前後の「顔の見える関係」の変化

キーワード: 顔の見える関係 訪問看護 看護職交流会

○中村洋子 山内みかる

訪問看護ステーションほっぷ

I はじめに

A地区には6地域29の訪問看護ステーション(以下STと略す)がある。訪問看護ステーション協議会に加入しているST管理者会議はあるがST看護職同士が「顔の見える関係」になる機会は少ない。森田¹⁾らは「顔の見える関係」とは「名前と顔、考え方がわかる」「施設の理念や事情がわかる」「性格、つきあい方が分かる」「具体的に誰がどのような仕事をしているかだいたい分かる」としているが単に名前と顔が分かるという関係ではなく、考え方や価値観、人となりが分かる、さらには信頼感をもって一緒に仕事ができるという意味で使用すると示唆される」と述べている。現在、それぞれのST看護職が独自に関係多職種との連携を行っているが効果的な退院支援ができていないと感じたり関係施設の看護職との連携に障壁があると感じていても個々に対応しており、ST看護職同士で話し合う機会は少ない。看護職交流会を持つことでST看護職の「顔の見える関係」ができれば問題や障壁を共有し地域の課題を見出し地域全体での連携を推進できるのではないかと考える。

II 研究目的

ST看護職交流会を行い交流会前後のST看護職の「顔の見える関係」の変化を明らかにする。

III 研究方法

1. 1) 対象

A地区6地域29事業所のST看護職

2) 調査期間

X年9月26日～11月14日

3) 研究方法

第1回交流会は9月、第2回交流会は11月の平日18～20時としSTに交流会の案内を郵送した。

交流会の内容

(1)各事業所の理念・メンバー・活動内容等の紹介をポスターで提示し自由に閲覧できるようにした。

(2)管理者とスタッフを別グループにし自由着席で4～5名のグループを作り以下の内容で交流した。

①名札着用、名刺交換、アイスブレイキング、全員の参加者との交流タイム

②対話の場を意識し「顔の見える関係」ができることを目的としたグループワーク

(3)質問紙調査

質問紙調査は1回目、2回目ともに交流会の開始前に実施している。

①基本的属性

年代、採用形態、職位、職場の地域、看護師としての経験年数、STでの勤務年数、現在就業しているSTでの勤務年数

②森田ら¹⁾の地域連携の評価尺度の因子構造からST看護職用に項目を一部改変し使用した。「地域の関係者の名前と顔・考え方・役割がわかる」が10項目「退院カンファレンスなど病院と地域の連携」が3項目「他の施設の関係者と気軽にやり取りができる」が4項目「地域の多職種で話し合う機会がある」が3項目の合計20項目である。回答は1.全く言えない、わからない2.あまり言えない、わからない3.ある程度言える、わかる4.ほとんどいえる、わかるの4段階とした。またST看護職や多職種との連携で困っている事、交流会後の行動の変化についての自由回答を設けた。質問紙は無記名自記式で交流会の前に配布し回収した。

4. 分析方法

交流会に2回参加した人の1回目(以下は参加前)、2回目(以下は参加後)をWilcoxon符号付順位検定で分析した。データ解析にはSPSSを用いた。

IV 倫理的配慮

研究内容を説明し研究以外には使用しないこと、学会に発表することを文章で説明し質問紙提出の時点で承諾を得たものとした。

V 結果

1. 対象者の概要

交流会第1回目参加者25名、第2回目参加者21名でそのうち2回とも参加した者は12名であった。2回参加者の年代は40歳代5名(41.7%)、50歳代7名(58.3%)、採用形態は常勤10名(83.3%)、非常勤2名(16.7%)、職位はスタッフ6名(50%)、主任1名(8.3%)、管理者5名(41.7%)、職場地域はB地区6名(50%)、C地区3名(25%)、D地区3名(25%)であった。看護師としての経験年数は平均25.8±10.7年、STでの勤務年数は平均8.5±6.4年、現在就業しているSTでの勤務年数は平均7.4±6.3年であった。

表 1 交流会に 2 回参加した人の参加前後の比較 (%)

質問項目	交流会前 (n = 12)				交流会後 (n = 12)				
	全く 言えない (わからない)	あまり 言えない (わからない)	ある程度 言える (わかる)	ほとんど 言える (わかる)	全く 言えない (わからない)	あまり 言えない (わからない)	ある程度 言える (わかる)	ほとんど 言える (わかる)	
地域の関係者の名前と顔・考え方・役割がわかる	1) 地域の訪問看護ステーション名が言える	8.3	25.0	33.3	33.3	0.0	25.0	58.3	16.7
	2) 地域の訪問看護ステーションの理念がわかる	41.7	41.7	16.7	0	33.3	58.3	8.3	0
	3) 地域の訪問看護ステーションの事情がわかる	0.0	25.0	33.3	33.3	0.0	91.7	8.3	0
	4) 地域の訪問看護師の名前がわかる	50.0	25.0	16.7	8.3	16.7	75.0	8.3	0
	5) 地域の訪問看護師の顔を思い浮かべられる	33.3	41.7	25.0	0	8.3	66.7	25.0	0
	6) 地域の訪問看護師の考え方がわかる	33.3	66.7	0.0	0	16.7	66.7	16.7	0
	7) 地域の訪問看護師の性格がわかる	50.0	50.0	0.0	0	16.7	75.0	8.3	0
	8) 地域の訪問看護師とのつきあいがわかる	16.7	75.0	8.3	0	16.7	66.7	16.7	0
	9) 自分以外の地域の訪問看護師の動きがわかる	16.7	66.7	16.7	0	8.3	75.0	16.7	0
	10) 地域の訪問看護師の困っていることがだいたいわかる	25.0	50.0	25.0	0	0	50.0	50.0	0
1)~10)の平均値	27.5	46.7	17.5	7.5	11.7	65.0	21.7	1.7	
病院と地域の連携	11) 在宅に移行する利用者の退院カンファレンスが行われている	0	16.7	58.3	25.0	0	8.3	66.7	25.0
	12) 在宅に移行する利用者の退院カンファレンスが行われた時には参加できる	16.7	0.0	25.0	58.3	8.3	8.3	25.0	58.3
	13) 利用者の入院時にどんな情報が必要としているかを考えて情報提供を行っている	8.3	16.7	41.7	33.3	8.3	0.0	66.7	25.0
1)~13)の平均値	8.3	11.1	41.7	38.9	5.6	5.6	52.8	36.1	
他の施設の関係者とやり取りができる	14) 利用者の治療やケアについて担当の医師や看護師と相談できる	0	25.0	58.3	16.7	0	33.3	58.3	8.3
	15) 利用者のことで担当のMSWとやりとりができる	8.3	0.0	58.3	33.3	0	0	83.3	16.7
	16) 利用者のことで病院に連絡をとる時に躊躇せずに連絡できる	8.3	16.7	66.7	8.3	0	16.7	75.0	8.3
	17) 病院の関係者と情報交換が気軽にできる	8.3	33.3	50.0	0.0	8.3	33.3	50.0	8.3
1)~17)の平均値	6.3	18.8	58.3	14.6	2.1	20.8	66.7	10.4	
地域の多職種で話し合う機会がある	18) 関係する多職種で直接会って話す機会がある	0	41.7	50.0	8.3	0	33.3	58.3	8.3
	19) 地域で連携に関する持って行き場のない課題や気持ちを共有する場がある	16.7	33.3	50.0	0.0	8.3	66.7	16.7	8.3
	20) 事例検討会など自身と関連する専門職の集まりに参加している	0.0	33.3	66.7	0.0	8.3	41.7	41.7	8.3
1)~20)の平均値	5.6	36.1	55.6	2.8	5.6	47.2	38.9	8.3	

Wilcoxon符号順位検定結果(1)~20):有意差なし

※1)~10),12),15),16),20) 一部改変

2. 地域の関係者の名前と顔・考え方・役割わかる

10項目のうち「あまりわからない」が参加前7項目(41.7%~75%)参加後9項目(50%~91.7%)であった。

3. 退院カンファレンスなど病院と地域の連携

11)在宅に移行する利用者の退院カンファレンスが行われている」は「ある程度行われている」参加前58.3%、参加後66.7%であった。12)退院カンファレンスが行われた場合に参加しているは「ほとんど参加している」参加前、後とも58.3%であった。13)利用者の入院時にどんな情報が必要かを考えて情報提供しているは「ある程度できている」参加前41.7%参加後66.7%であった。

4. 他の施設の関係者と気軽にやり取りができる

14)利用者の治療やケアについて担当の医師や看護師と相談ができるは「ある程度相談できる」参加前、後とも58.3%であった。15)利用者のことで担当のMSWとやりとりができるは「ある程度できる」参加前58.3%参加後83.3%であった。

5. 地域の多職種で話し合う機会がある

18)関連する職種で直接会って話す機会があるは「ある程度ある」参加前50%参加後58.3%であった。

19)地域で連携に関する持って行き場のない気持ちを共有する機会があるは「ある程度ある」が参加前50%、参加後66.7%であった。20)事例検討会など自身と関連する専門職の集まりに参加しているは「ある程度参加できる」参加前66.7%参加後41.7%であった。

自由回答の「病院や多職種との連携で困っていることや障壁」では退院カンファレンスを依頼しても

MSWからは必要ないと言われる。入院前とADLが変わっていないので開催されないとケアマネジャーから連絡が来る。退院カンファレンスがなくて情報がなのまま訪問を開始しないといけない。退院カンファレンスの進め方が画一的である。報告書が読んでもらえたのか確認ができない。医師と連絡が取りにくい。連携について病院看護師との温度差がある。ST看護職との連携で困っていることや障壁では同じ悩みを持っていることに共感した。顔がわかると親しみがわいてくる。なんとなく話せない感じだったが話ができるかと思った。身近に感じる事ができた。交流会を継続してほしい。

「交流会参加後の行動変化」では、参加前は管理者レベルの情報交換はあるがスタッフはあまり必要性を感じていないのではないかと。多職種との会議がない。であったが参加後は訪問看護師同士の同じ悩みを持っていることに共感した。悩みに経験年数は関係ないと感じ訪問に足が向かいやすくなった。主治医や看護師に話を聞く機会を持つように働きかけた。スタッフに交流会の参加を促した。地域の多職種学習会に参加した。であった。

VI 考察

1. 年齢・経験年数

年齢は40歳代・50歳代であり採用形態は常勤が83.3%であった。職位はスタッフと主任・管理者が半数であった。職場の地域は対象の6地区のうち3地区のみの参加であった。開催日時が平日の18時からの勤務終了後であること・採用形態・距離など続けて参加するのは難しい状況もあると考えられる。開催日時や方法の検討が必要と考える。

2. 地域の関係者の名前と顔・考え方・役割がわかる

設問 10 項目のうち「あまりわからない」が参加前 7 項目 (41.7%~75%) 参加後 9 項目 (50%~91.7%) を占めていた。森田¹⁾らは「地域連携を促進するためには、顔がわかるだけではなく、考え方や価値観、人となり分かるような多職種小グループでの話し合う機会を継続的に地域の中に構築することが有用であると考えられる」と述べている。対話の場を意識し「顔の見える関係」を目的とした交流会を行ったが今回の調査では交流会前後の変化はなかった。しかし自由回答では利用者に 2 つのステーションが入っている場合、情報伝達はできているがディスカッションする機会がなく電話すると非難されているように受け取られてしまうという困難を参加後は顔を合わせて情報共有していこうと考えていると変化した事例もあった。訪問看護は単独訪問であり現場では個々に対応することが多いが ST 看護職同士が情報共有を行い信頼感を持って仕事ができる関係になることがケアの向上につながる と考える。

3. 退院カンファレンスなど病院と地域の連携

11) 在宅に移行する利用者の退院カンファレンスはある程度おこなわれていると答えており、行われた場合には半数以上がほとんど参加していた。しかし退院時カンファレンスを依頼しても開催されず情報がないまま訪問を開始しないといけない場合や退院カンファレンス時に話し合いたいことが十分に話し合えないこともあった。交流会参加後は退院カンファレンスの開催が無理な場合には主治医や看護師に話を聞く機会を持つように働きかけるなどの行動の変化があった。13) 利用者の入院時にどんな情報が必要か考えて情報提供しているはある程度できていると答えていた。しかし報告書を読んでもらえたのか確認ができないという意見もあった。退院カンファレンスからは得られる情報も多く、多くの対象に内容の充実したカンファレンスや連携が必要と考える。

4. 他の施設の関係者と気軽にやり取りができる

14) 利用者の治療やケアについて担当の医師や看護師と相談ができるはある程度相談できるが半数以上であった。しかし医師と連絡が取りにくい。連携について病院看護師と温度差があるという意見もあった。15) 利用者の中で担当の MSW とやりとりができるは半数以上がある程度できるであった。川嶋ら³⁾は「病棟看護師のすべてが退院支援に関わっていたが、多職種との連携に困難を感じていた。特に訪問看護との連携は 6 割の病棟看護師が訪問看護と十分情報交換ができていなかった」言っている。病院

での退院支援の体制も進んでおり MSW との連携はできているがより多くの医療的情報を得たい時には医師や看護師など医療職との連携を望んでいると考える。

5. 地域の多職種で話し合う機会がある

18) 関連する職種で直接会って話す機会があるはある程度あるが半数以上であった。19) 地域で連携に関する持って行き場のない気持ちを共有する機会があるはある程度あるが半数以上であった。20) 事例検討会など自身と関連する専門職の集まりに参加しているはある程度参加できるは参加前 66.7% 参加後 41.7% であった。保坂ら²⁾は「地域の専門職同士が直接意見を交わすことの重要性を肌で感じたことから何かをしたいという思いが高まる」と述べている。交流会を続け専門職同士の意見の交流を続けることが重要と考える。

VII 研究の限界

本研究は対象が 12 名、交流会回数も 2 回と少なかつたため ST 看護職の実態として一般化することはできない。今後は参加しやすい開催日時・場所を検討し交流会を継続して「顔の見える関係」を促進するようにしていきたい。

VIII 結論

ST 看護職の交流会前後の「顔の見える関係」を明らかにした結果、病院と地域・他の施設の関係者との連携は、ほぼ半数がある程度できていることが明らかになった。これは地域包括システムの推進や病院の退院支援体制の強化の効果ではないかと考える。一方、ST 看護職の「顔の見える関係」は交流会前後で変化はなかった。訪問看護は単独訪問であり現場では個々に対応することが多く、ある程度は解決するという現状もあると考える。しかし ST 看護職同士が「顔の見える関係」になれば今以上に病院や地域との連携を推進できケアの向上につながるのではないかと考える。

引用・参考文献

- 1) 森田 達也 野末よし子 井村 千鶴: 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? Palliative Care Research 2012: 7(1): 323-333
- 2) 保坂 和子 杉原 幸子: 看護職連携構築モデル事業の取り組み 連携フォーラムの開催が看護職・多職種を「つなぐ会」へ発展 看護 69 (11) No. 9 048-051 2017. 7 看護
- 3) 川嶋 元子 森 昌美 磯邊 厚子 訪問看護師が初回訪問までに行う在宅療養移行患者の情報収集の実態: 聖泉看護学研究 Seisen J. Nurs. Stud.、Vol. 6. pp. 75-82、2017

訪問看護師の夜間オンコール業務における睡眠への影響 —睡眠の状況を調査用紙と計測器のデータから検証して—

○野崎文美子 伊藤昭子 茶谷妙子

I. はじめに

病院中心型の医療から在宅療養を中心とした地域包括医療への転換が進められている社会状況のなか、療養生活を支えるため訪問看護師にも24時間の対応、緊急時の対応が求められている。訪問看護師は、日中の業務が終了してから休日や夜間であっても、日常生活を送りながら24時間携帯電話を所持して、オンコール業務を行うこととなっており、多くの訪問看護師が心身のストレスを感じていると考えられる。

今回、実際にオンコール業務に携わる訪問看護師の睡眠状況を調査し、睡眠への影響について計測器を用いて検証したので報告する。

II. 研究目的

訪問看護ステーション協議会B地区に所属する訪問看護師のオンコール業務における睡眠への影響について明らかにする。

III. 研究方法

1. データ収集期間：2019年9月～11月
2. 対象者：京都府訪問看護ステーション協議会B地区に所属するオンコール業務がある28ステーションの管理者・訪問看護師100名
3. データ収集方法：対象者に研究協力の依頼を紙面で行い、回答をもって調査への協力と承諾を得る。調査用紙とピッツバーグ睡眠質問票(以下PSQIという)はステーション単位で管理者にまとめて返信してもらう。管理者には施設の概要を調査する質問票にも回答してもらう。ライフコーダ装着者は調査用紙に回答のあった中から結果が悪かった5名、良かった5名を選び、年齢による影響を考慮し、同意が得られた20歳代2名、30歳代1名、40歳代3名、50歳代3名、60歳代1名を抽出した。対象者には指定の睡眠日誌の記録と計測器(以下、ライフコーダという)を1週間装着したまま生活してもらい測定後に研究者が

回収する。

4. データ分析：ステーション概要の集計、調査用紙集計、睡眠の位相・質・量をはかる3次元型睡眠尺度(以下3DSSという)集計
PSQI点数とオンコールの回数との相関
精神的負担感とPSQIの点数との相関
身体的負担感とPSQIの点数との相関
ライフコーダの関連集計

IV. 倫理的配慮

研究協力者には本研究の主旨を文書および口頭で説明し承諾が得られた者にものみ実施する。調査への参加は自由意志であること、不参加や中断により不利益を被ることがないこと、得られた情報は厳重に管理し本研究以外には使用しないこと、結果は公表すること、研究終了後に個人データは破棄することを説明しライフコーダ装着者には書面にて同意を得た。

V. 結果

研究協力施設は京都府訪問看護ステーション協議会B地区の32ステーションのうちオンコール業務のある28ステーションの中から24ステーションが参加し、質問票の回答者は96名であった。

1. 調査用紙集計の結果

有効回答のあった88名のうち、ひと月のオンコール業務回数は平均7.37回(最大値25 最小値3)、コールを受けた回数は平均4.83回(最大値26回 最小値0回)、緊急訪問を行った回数は平均2.6回(最大値12回 最小値0回)だった。

3DSSは平均化すると、図1. から量の不足があることが分かった。

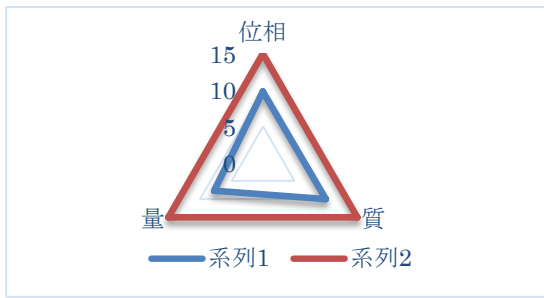
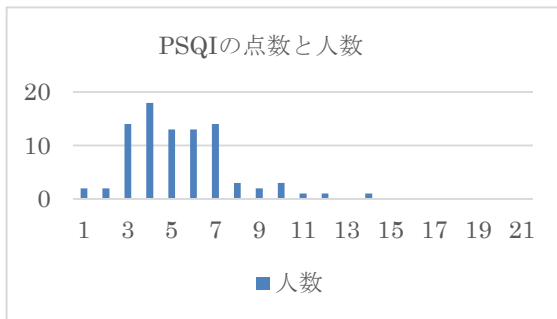


図1. 3DDS

精神的な負担感は有効回答のあった93名の平均は6.9（最大10の負担感は24.7%、5以下の負担感32.2%）、身体的な負担感平均5.9（最大10の負担感12.9%、5以下の負担感50.5%）

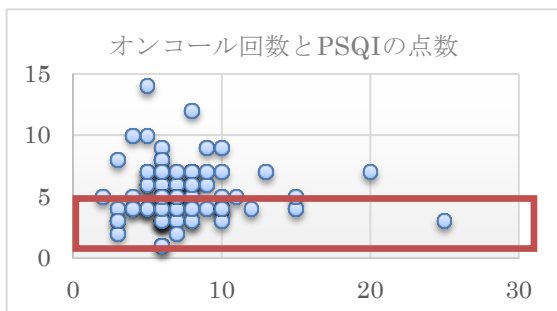
2. PSQIの分布については表1. のとおりである。

表1.



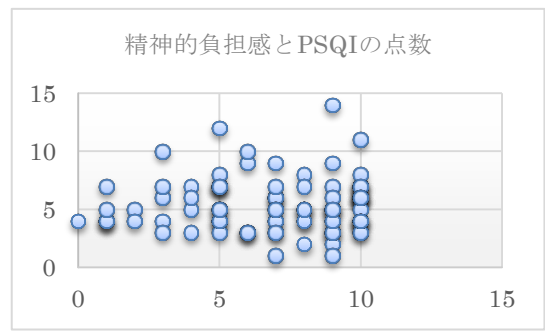
3. PSQIの点数とオンコール業務回数の相関は表2. のとおりである。オンコール業務回数が10回以上の16名についてPSQIの点数をみると平均が4.9であった。逆にPSQIの点数が高い(6以上)の39名についてオンコール業務回数を調べた結果平均9.2回、(解答なしは4名)と地区の平均より1.83回多かった。

表2.



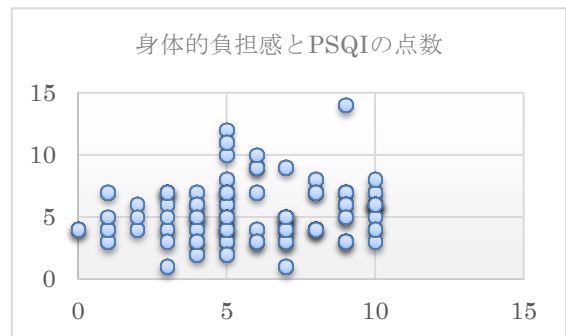
4. 精神的負担感が高い(6以上)の63名のPSQIの点数は表3. から平均5.3であった。

表3.



5. 身体的負担感が強い(6以上)の46名のピッツバーグ睡眠調査票の点数は表4. から平均5.5であった。

表4.



6. ライフコーダの関連集計

20歳代2名、30歳代1名、40歳代3名、50代3名、60歳代1名

看護師経験年数4~9年2名、10~20年3名、21~30年3名、31年以上2名。訪問看護師経験年数は1~3年が3名、4~9年が3名、10~20年が3名、回答なしが1名。オンコール回数の平均は7.4回、コール回数は6.9回、緊急訪問回数は4.44回であった。

装着対象者は、睡眠の位相・質・量チェックシートで結果が悪かった群と良かった群から選んだ。PSQIの点数、ライフコーダでの睡眠時間や効率が悪かった方・良かった方は、事前調査の結果と相関していた。ライフコーダのデータの中でPSQIの総合得点が高い方の中に、オンコール業務時とそうでない日の睡眠状況に差があった3名について以下にまとめる。

表5.

	PSQI	平均睡眠時間	平均中途覚醒	平常時	オンコール時
A	6	6時間3分	15分	2分	6.66分

B	6	6時間32分	48分	5.04分	20.25分
C	6	7時間50分	16分	0分	39.33分

A：睡眠時間や起床後の気分などの差はなかったが、中途覚醒時間がオンコール時には15分、4分と他に比べて多い傾向にあった。また3日間連続のオンコール業務で中日に当たる2日の睡眠時間が4時間48分で他と比べて短くなっていた。

B：睡眠時間がオンコール業務時には長い時間起きていた傾向があった。その為、睡眠効率が他の日に比べると63.75と低下していた。

C：中途覚醒の時間と回数がオンコール業務時とそうでない日で差があり、他の日が0分、44分、54分の中途覚醒があり、回数は5回、3回、4回と起きている。起床時の気分もオンコール業務時には低い傾向にあった。

VI. 考察

睡眠の位相・質・量のいずれに問題があるかを評価するとB地区の訪問看護師の3DSSは平均化すると、量の不足があることが分かった。資料(1)によると、3DSSで量の不足は、睡眠が不足しており、日中の活動に支障をきたしやすいことを示している。睡眠が足りていないと日中に強い眠気が生じ、仕事や勉強の作業効率の低下、事故の発生につながりやすい。また、3DSSで量が極端に少なく睡眠不足に陥っていると思われる量の点数が6以下のかた34名について、PSQIの点数は6.7で健常成人の平均範囲より高い点数であった。このことから、睡眠時間が短いことで、睡眠障害を来しやすいことがわかる。

健常成人のPSQIの総得点は3.78±1.78であるとされており、PSQIの総得点が6以上の方のオンコール回数が地区の平均より1回以上多かったことから、オンコールの回数と睡眠障害と何らかの関わりを持つことを示唆していると思われる。

ライフコーダ装着の結果から、オンコール業務との関連が特徴的であった3名以外の全員について、睡眠効率に影響しているのは中途覚醒の回数と時間であった。これは、オンコールという業務の特徴でもある睡眠中に業務が突然入り込んでくる状況への対処が必要であるということであり、言い換えれば、業務に従事する訪問看護師の睡眠の課題は、中途覚醒への対処であるとも言える。コールなどで中途覚醒後すぐに再入眠できるか、できないかでも、睡眠効率に差が生じると考えられる。

VII. 結論

1. 調査用紙の集計からB地区の訪問看護師の睡眠は位相・質・量のうち量である睡眠時間が不足している。
2. PSQIの点数、ライフコーダでの睡眠時間や効率が悪かった方良かった方は、事前調査の結果と相関していた。
3. B地区の訪問看護師の睡眠効率を左右しているのは中途覚醒の回数と時間であり、中途覚醒への対処が、オンコール業務につく訪問看護師の睡眠効率に影響を及ぼしている。

VIII. 参考文献

- (1) 松本 悠貴、内村 直尚、石田 哲也、他：睡眠の位相・質・量を測る3次元型睡眠尺度(3 Dimensional Sleep Scale; 3DSS) 一日勤者版—の信頼性・妥当性の検討、産業衛生雑誌 56 巻 5 号 p.128-140、2014、2019.12.10、<https://doi.org/10.1539/sangyoeisei.B13013>
- (2) 菊池由紀子、石井範子：訪問看護師の夜間オンコール業務と負担感および睡眠への影響、産業衛生学雑誌 58 巻 6 号 p.271-279、2016、2019.8.1 <https://doi.org/10.1539/sangyoeisei.16-003-E>

失禁関連皮膚炎のある在宅療養高齢者に対する効果的なケアの検証 ～訪問看護師が中心となっていくベストプラクティスに基づくスキンケアの効果～

○辻 志乃¹⁾ 村田智香¹⁾ 杉本久美子¹⁾ 布留川美帆子²⁾ 長谷川美智子²⁾

1) 訪問看護ステーション太秦安井 2) 京都民医連中央病院

I. はじめに

近年、失禁関連皮膚炎(以下、IAD : Incontinence-Associated Dermatitis)が世界的に注目されている。我が国の高齢者の失禁頻度はきわめて高く「尿失禁は60歳以上の高齢者の50%以上、便失禁は65歳以上の男性では8.7%、女性では6.6%」¹⁾という報告がある。高齢化に伴い、失禁のある高齢者数の増加が見込まれる。IADは患部に不快感、疼痛、痒みなどの自覚症状をもたらすと同時に、日常生活の活動や睡眠の阻害など、QOLの低下をもたらす原因となる。IADの予防、管理における看護師の役割は失禁管理、スキンケアの徹底とされており、そのスキンケアは「皮膚のバリア機能を補完すること、排泄物と皮膚との接触を回避すること、排泄物が接触したときに速やかに除去すること」²⁾とされている。失禁のある高齢者と関わる機会が多い訪問看護においてもスキンケアの徹底は重要な役割の一つといえる。

今回、便失禁による皮膚炎の悪化と改善を繰り返す高齢者に対し、IADのベストプラクティスに基づくスキンケアを行い、皮膚炎の改善を目指したいと考えた。

II. 用語の定義

IADとは「尿または便(あるいは両方)が皮膚に接触することにより生じる皮膚炎である。」³⁾

III. 研究目的

IADのある在宅療養高齢者に対して、訪問看護師が中心になりいくベストプラクティスに基づくスキンケアが皮膚炎の改善を認めるか明らかにする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン 事例介入研究

2. データ収集期間

20XX年9月～11月の3ヶ月間

3. 介入方法

スキンケアの基本となる洗浄・保湿・保護においてベストプラクティスを行った。

洗浄：弱酸性の泡石鹸を置き、10～20秒待つ。汚れを浮き上がらせ優しくなじませたあとしっかりと洗い流す。水分を拭き取る際には押さえ拭く。

保湿：洗浄後に保湿剤を塗布。軟膏を置くイメージで、皮溝に沿って塗布する。

保護：排泄物が皮膚に接触しないように、撥水性の軟膏を塗布する。

どの過程においても、こすらず、皮膚に機械的刺激を与えないよう留意し実践した。同時に皮膚の状態の写真撮影を行った。

4. 介入データ分析方法

写真と訪問看護記録をもとに、IAD重症度評価スケール(以下、IAD-set)を用い、肛門周囲、臀裂部、左右臀部、性器部、下腹部、左右鼠径部の8部位を観察、採点し合計点数で重症度を評価した。

IAD-set (S:skin、E:excrement、T:tool)

【皮膚の状態：I】と【付着する排泄物のタイプ：II】の2つを評価する。8部位ごとに「皮膚障害の程度」紅斑、びらん、潰瘍0～3点と「カンジダ症の疑い」0～1点の点数を足し、さらに8部位の点数をすべて足して【皮膚の状態】の小計点を計算する。【付着する排泄物のタイプ】は、「尿」0～2点と「便」0～3点の点数を足し、小計点を計算する。【皮膚の状態】の小計点と【付着する排泄物のタイプ】の小計点を足した合計点がIAD-setの点数となる。点数が大きいほど重症、点数が減

少することで、改善と判断する。⁴⁾

V. 倫理的配慮

所属の管理委員会の承認を得、対象となる利用者および家族に対し研究への参加は強制ではないこと、利用者本人と特定できないようプライバシーに十分配慮すること、得られた研究成果については匿名性を保持し、学会などで公表することなどを口頭ならびに文書で説明し同意を得た。

VI. 結果

1. 事例紹介

A 氏 90 歳代男性 要介護 4 日常生活自立度 C2 脳梗塞後（右半身麻痺、右下肢伸展、両下肢拘縮強く開脚困難）心不全、神経因性膀胱にて尿道カテーテル留置中。

排便コントロールは、訪問前日に下剤を服用し、訪問時にベッド上で浣腸を実施。訪問後から翌日にかけて軟便～泥状便が出るがあった。また、夜間のテレビ鑑賞が習慣のため、夕食後から朝方まで座位姿勢でいること、デイサービス参加時には日中も車椅子で過ごし座位姿勢で過ごす時間は長かった。

表1 サービス 週間予定

月	火	水	木	金	土	日
デイサービス	訪問看護	ヘルパー 訪問リハ	デイサービス	訪問看護	ヘルパー	ヘルパー

2. 介入前

A 氏の両臀部には広範囲にわたり皮膚乾燥や紅斑が強く、潰瘍形成があり出血、浸出液を認め痛みも伴った。スキンケアは弱酸性の泡石鹸を使用し微温湯で洗い流した後、アズノールとプロペトを混合した軟膏を塗布。びらんや潰瘍部分には主治医の指示によりスルファジアジンを塗布し非固着性のガーゼで保護していた。

3. 介入後 (IAD-set の経過を表 1 に示す)

ベストプラクティスに基づき洗浄後、保湿にはへパリン類似物質クリーム、保護にはアズノールとプロペトの混合軟膏を使用した。

1) 介入～4 週目

広範囲であった両臀部のびらんや潰瘍は、悪化

や改善を繰り返しながら点在化していき紅斑や乾燥も徐々に軽減していった。

表2 IAD-set 経過

	I	II	合計	皮膚の状態
介入前	19	3	22	両臀部全体に乾燥が強く紅斑がみられた。広範囲にびらん、潰瘍形成があり、出血や浸出液を認め痛みを伴った。
1週目	18	3	21	両臀部のびらんや潰瘍は徐々に点在化し、乾燥や紅斑は軽減していった。
2週目	17	0	17	
3週目	17	1	18	5週目に軟～水様便を認めたため再度、紅斑は増強し、びらんや潰瘍形成を認めた。浸出液も多く痛みも伴った。
4週目	15	2	17	
5週目	17	2	19	
6週目	17	3	20	便の付着を予防する為、撥水性の軟膏を厚く(5mm程度)塗布することで、びらん、出血、浸出液を認めても、次の訪問時には症状の改善がみられた。痛みを訴える頻度も少なくなった。
7週目	16	0	16	
8週目	17	1	18	
9週目	18	0	18	
10週目	16	3	19	
11週目	16	2	18	臀部の乾燥、紅斑、びらんは軽減していき13週目には改善した。
12週目	17	0	17	
13週目	15	0	15	

I : 皮膚の状態 II : 付着する排泄物のタイプ

2) 5 週目

訪問翌日に軟便が多量に出たことで、再び紅斑は増強した。両臀部のびらんや潰瘍は広範囲に拡大し、浸出液も多量に認め痛みも伴った。同時期に WOCN と老人看護専門看護師のスーパーバイズを得、これまでの経過、A 氏の皮膚状態を悪化させる要因、今後の対応などについてカンファレンスを行った。そこで、皮膚を保護するためには、撥水性の軟膏を 5 mm 程度の厚さに塗布する方が、より効果的ではないか、と助言を受け実践した。また家族にも便が付着することや、摩擦による皮膚への影響を説明し、できるだけこすらないようにケアを行う様に指導を行った。

3) 6～10 週目

継続的にスキンケアを行うことで出血、びらんを認めても次の訪問時には症状の改善がみられ、痛みの訴えも少なくなった。より効果的なケアにするために、関連機関ともケア方法の統一が必要であると考え、10 週目にサービス担当者会議を開催。スキンケアの方法について手順を示したパンフレットを作成し指導を行った。

4) 11～13 週目

びらんや潰瘍は徐々に改善し、乾燥や紅斑も軽減した。便が付着することはあっても、皮膚状態が悪化することはなくなった。

Ⅶ. 考察

A氏はオムツ環境による浸軟・便失禁に加え長時間の座位による圧迫やズレなど、皮膚が損傷しやすい状況であったといえる。介入以前のケアでは、バリア機能の低下により脆弱化したA氏の皮膚に対し、最も重要とされる保湿ケアができておらず、スキンケアは徹底できていなかった。看護師間でベストプラクティスに基づくケアを確認し、洗浄・保湿・保護を確実に実践した。さらに、スーパーバイズを得、ケア内容を補填したことで皮膚の状態は改善に向かった。スキンケアの基本である洗浄・保湿・保護のうち、どのケアが欠けても皮膚のバリア機能の維持、回復、向上は困難であり、同時に訪問看護師が中心になって行うベストプラクティスに基づくスキンケアは、IADのある在宅療養高齢者に対して皮膚症状と重症度の改善がみられ、皮膚のバリア機能の回復に効果があることが明らかになった。今後さらに増えると思われるスキントラブルを抱える高齢者に対し、看護師のケアのありかたで、改善せず悪化させる可能性もある。スキントラブルは利用者自身の苦痛となり、ADLの低下やQOLの低下にもつながりかねない。特に在宅で過ごす高齢者にとっては切実な問題のひとつであるといえ、高齢者の皮膚の特徴を十分に理解した上でベストプラクティスに基づく適切なケアを行うことが重要である。

訪問看護では、病院とは違いケアの大部分を家族や多職種に委ねることも多くA氏の場合、家族やヘルパーによるケア時の皮膚への機械的刺激の影響も否定できない。在宅において質の高い適切なケアを継続するためには、多職種を巻き込んでケア方法を多角的に検討する必要がある。またケアを統一するために、多職種への解りやすい指導や支援をはじめ、家族へ丁寧な指導を行うことなど、連携・協働することが必要であり、訪問看護は

その中心的役割を担うことが重要であると示唆された。

A氏のように、下肢拘縮がある状況で、長時間の座位姿勢はズレや圧迫など皮膚状態に悪影響を及ぼしIADを悪化させる要因のひとつといえる。住環境や長年の生活習慣を変えることは容易ではないが、生活のリズムなど日常生活全体をアセスメントし、本人の意思を尊重しながら座位に対しても検討していくことなど、IADを悪化させると思われる要因に対しても同様にアプローチする必要がある。また、IADは便が緩いほどリスクが高く、A氏も軟便が付着したことで皮膚状態は悪化した。下剤の種類や服用方法を検討し、便の性状を整えていくことや排便の体位についてなど失禁管理もIADの予防、管理における訪問看護の重要な役割であり今後の課題としたい。

訪問看護には専門的な知識や技術の向上はもちろんのこと、アセスメント能力やマネジメント能力を高めることが求められており、どの場面でも経験や勘だけではなくベストプラクティスに基づくケアやガイドラインを熟知し徹底することが必要であることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力くださいました利用者様をはじめ、ご協力いただきました方々に深く感謝申し上げます。

【引用文献】

- 1)、2) 一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会(編): IADベストプラクティス, 第1版, 照林社, 4頁, 2019
- 3)前掲 6頁
- 4)前掲 12頁-16頁

訪問看護師で行っているリハビリ看護の実際と アセスメント力向上にむけての検討課題

キーワード：訪問看護、リハビリテーション看護

○森 景子、鍋家尚子、床波沙友里
訪問看護ステーション 京さくら

I. はじめに

団塊世代が75歳以上となる2025年問題をかかえ、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、国は地域包括ケアシステムの構築を推進している。

高齢者が在宅でその人らしい暮らしを続けるためにADL維持・QOL向上に向けた介入は重要であり、リハビリテーション看護の展開が必要である。リハビリテーション看護とは、疾病、障害、加齢等による生活上の問題を有する個人や家族に対し、障害の経過や生活の場に関わらず、可能な限り日常生活動作（ADL）の自立とQOL（生命・生活・人生の質）の向上を図る専門性の高い看護であると述べられている。看護師はリハビリテーションに特化した専門職ではないが、生活の場で必要とされるADLを獲得、維持するために、リハビリ計画や訓練を行っている。

訪問看護師が実施しているリハビリテーション看護を受けている在宅療養者の日常生活の状況を振り返り評価することは、リハビリテーション看護を継続して実施する上で重要であると考えられる。

II. 目的

リハビリテーション看護を受けている対象者の日常生活動作について調査を行い評価することで、今後も継続してリハビリテーション看護実践する上で必要な課題について検討する。

III. 研究方法

1. 調査対象：訪問看護計画にリハビリテーションを取り入れているA訪問看護ステーション利用者6名

2. 調査期間：2019年9月～2019年10月

3. 調査内容としては、性別、年代、訪問看護介入年数、現病歴、BMI、リハビリテーションに関する訪問看護問題、介入時の要介護認定、調査時の要介護認定介入時のバーセルインデックス（以下BIと示す）、調査時のBI、FIMである。

IV. 分析方法

BIについては、訪問看護介入時にモニタリングしたBIと調査時のBIを対応のあるt検定を行った。分析にはSPSSvr. 25を用いた。

V. 倫理的配慮

本調査の概要と目的を説明し、調査から得られたデータは個人が特定されないように無記名で統計処理する事、調査協力は自由意志であり調査に協力しなくても不利益が生じないこと、ならびに本調査の結果は公表される可能性があることを文章で説明し、同意を得た。また当事業所管理職で構成する倫理委員会の承認を得た。

VI. 結果

1. 基本属性：男性は3名、女性は3名、平均年齢 87.1 ± 5.89 歳であった。介入年数は 3.7 ± 2.59 年であった（表1）。

2. 現病歴：腰椎圧迫骨折、慢性心不全、大腸がん術後、認知症、てんかん、うつ病であった。

3. BI変化：対象者6名のBIは、1名が維持、1

名が改善、4名が低下していた。平均値でみると介入時が91.7±13.7、調査時が90.0±12.5で有意な低下は認められなかった(表1)。

4. FIM: 100%(126点)でみると、90%以上が3名、88%が1名、74%が1名、65%が1名である(表2)。運動項目では、90%以上が4名、76%が1名、69%が1名である。認知項目は100%が2名、90%台が1名、68.6%が2名、54%が1名である。

5. BIで100点満点を示している項目であっても、FIMでは90%台の評価である。

6. 訪問看護問題としては「転倒リスク・危険性」が3名で「筋力・活動性低下」3名でリハビリテーション看護の実施内容は、体操やストレッチ体操、歩行訓練などで個々の状況によって実施されていた。

7. BMIをみると腰椎圧迫骨折後の1名がやせの状態であるがBI、FIMは低下していない。

8. 要介護認定は介入後に3名は介護度が上がったが3名は維持している。

表2 調査時FIM (%)と介入時及び調査時のBI

No	FIM (126点:100%)			介入時 B.I	調査時 B.I
	合計 (126)	運動項目	認知項目		
1	98.4	98.9	97.1	90	100
2	88.1	95.6	68.6	100	95
3	96.0	94.5	100	100	95
4	97.6	96.7	100	100	100
5	73.8	75.8	68.6	95	90
6	65.1	69.2	54.3	65	60

VII. 考察

BIの介入時と調査時の有意性を認めなかったことに関しては、活動性のあるがんや、神経変性疾患がなかったことに加え、ADLは維持された結果と考えた。BIの改善項目、低下項目は個別性があり、ばらつきがあったが、今回は6名のみの評価であり、症例を重ねて今後の検討課題とする。

BIとFIMの点数に解離が生じていることに関しては、BIはできる能力を評価する方法であるためできる場合BIは高く出る。FIMは「実際に行っていることを評価」しており、時間がかかるなどでは点数は低く出るという特徴があった。その評価表の特徴から結果点数が解離してしまったのではないかと考える。

FIMはADLの変化を追っていく指標として適していると示唆された。A事業所では全利用者のADL評価でBIを取っていたが、利点は採点が簡便であるためスクリーニングとしては向いていると考える。しかしADLの維持や改善に対して看護を展開する場合にはFIMを使用の方が適切な介入ができる可能性があるが、今回は症例数が少ない為、今後検討を重ねていきたい。

齋竹らは「状態の安定した長年訪問している利用者の場合、機能が低下している部分だけでなく、向上している部分にも気づきにくくなります。3ヶ月・半年ごとなど定期的に筋力・生活機能をアセスメントすると外出の機会の増加・栄養状態の改善などが見えてきます」¹⁾と述べている。訪問看護問題の「転倒リスク・危険性」や「筋

表1 基本属性と調査項目

No	年代 (歳代)	性別	介入 年数	介入時 BI	調査時 BI	調査時 FIM	調査時 BMI	現病歴	現病歴2	リハビリに関する 訪問看護問題	介入時	調査時
											要介護 認定	要介護 認定
1	80	女	2.5	90	100	124	17.1	うつ病	低栄養	筋力低下	要支援2	要介護1
2	80	男	2.1	100	95	111	24.3	認知症	2型DM	転倒リスク	要介護1	要介護2
3	90	女	2.6	100	95	121	22.1	大腸がん術後		転倒の危険性	要介護1	要介護1
4	70	男	7.9	100	100	123	16.6	腰椎圧迫骨折		筋力、持久力低下	要介護1	要介護1
5	90	女	6.5	95	90	93	20.0	慢性心不全		活動量低下	要介護2	要介護3
6	90	男	0.6	65	60	83	20.2	てんかん	四肢筋力低下	転倒リスク	要介護4	要介護4

力・活動性低下」に関しては定期的な評価はされていたが、ADLの詳細な評価を行われていなかったため、漫然とリハビリテーションが行われていた状況であった。今回、ADLを再評価することで、対象者の低下していること、向上していることなどが明確となり対象者を全体的に捉えることの意義を再認識した。適宜、生活機能やADLの評価を行うことが必要であり、その評価から必要な介入項目をアセスメント、変化に応じてリハビリテーション内容を変更していくことが重要であると考えられる。また栄養評価に関しては介入時のデータが不足しており比較できなかったが、今後は栄養に関しても同時にアプローチできるよう視点をもっていきたい。

FIMでは認知項目も運動項目と同系列で評価が出来る。高齢化の進展に伴い高齢者の4人に1人は認知症又はその予備軍とされ、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、「認知症の人に対するリハビリテーションについて、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排泄等)やIADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し継続できるよう推進する」²⁾と記されている。

FIMは運動項目に加え認知面での評価も同時に行うことができ総合的に対象者をとらえることが出来る。リハビリテーション看護は機能訓練に特化したものではなく、その人の生活の質をよりよくするためのアプローチであり、今後は利用者の身体的機能のみならず認知面の変化も念頭におきながらの展開が必要であると考えられる。

VIII. 結語

- 1、BIは介入開始時と調査時で有意差はみられなかった。
- 2、BIとFIMでは評価に解離した症例があった。
- 3、リハビリテーション看護を展開する上でADLの定期的な評価と栄養や認知面にも視点をおくことが必要である。
- 4、ADLの維持、向上を目指している利用者には

認知と運動項目の両面が評価できるFIMが適していると示唆された。

IX. おわりに

高齢者が在宅でその人らしい暮らしを続けるために、私たち看護師は対象者の日常生活に着目し、生きがいをもって在宅生活を継続してもらえよう今後も訪問支援に努めたい。

この研究の監修をして下さった佛教大学保健医療技術学部看護科教授 植村小夜子様に感謝の気持ちを捧げます。

引用文献

- 1) 齋竹一子, リハビリテーションにおける看護の専門性と実施のCOMMUNITY CARE
2019-1 10-14
- 2) 厚生労働省 (H27年): 「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」 2019.12.12
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchi-shougakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf

参考文献

- 1) 川嶋 元子, 訪問看護師のリハビリテーション看護に関する文献検討聖泉看護学研究
Seisen J.Nurs. Vol. 2. pp. 111-117, 2013
- 2) 石鍋圭子, 最新訪問看護研修テキストステップ2 リハビリテーション看護, 2005, 日本看護協会出版会,
- 3) 河本のぞみ, 訪問看護ステーションにおける多職種チームアプローチ
訪問看護と介護 2004 Vol. 9 No3 188-193
- 4) 園田 恭子 日常生活動作能力(ADL)の改善に影響する要因の検討
国東市立病院第54回研究発表 268

訪問看護師と行うエンゼルケアの経験が 家族の死別悲嘆に与える効果

～宮林悲嘆尺度を用いて～

キーワード：エンゼルケア 悲嘆 在宅看取り 訪問看護師

○万福満喜子 小辻奈美 北村有紀 金澤克枝
訪問看護ステーション絆

I はじめに

超高齢化社会を迎え、団塊の世代の人々が75歳以上となる2025年は、京都府においても高齢化率は3割を超えると推計されている。要介護者がさらに増加するとともに、今より死者も約5千人増加する多死社会が到来する¹⁾。

近年在宅での看取りが推奨される傾向にあり、自宅で最期を迎えたいと希望する者も多いが、実際に在宅で亡くなる者は13%でしかない¹⁾。小林は「『看取ること』が“自分自身”のシミュレーションとなり、『自分はいきたいこうしてもらえる』という実感をもつことで、看取られることへの安心につながる²⁾と述べている。看取りのケアの延長線上にあるエンゼルケアの経験をすることで在宅看取りをイメージすることができ、身近なものとしてとらえることができると考える。

しかし、マンパワー不足等の理由から病院や施設のみならず在宅療養・在宅看取りを行っている訪問看護ステーションの中にも、エンゼルケアを業者に委託している現状がある。

エンゼルケアは看取り後の家族の死別悲嘆の軽減や回復につながり、訪問看護師自身も利用者とその家族との関りやこれまでのケアを見直す機会にもなり訪問看護師の成長にもつながっていると考えられる。従って訪問看護師と家族がともに行うエンゼルケアは重要だと考えられる。

II 研究目的

訪問看護師と行うエンゼルケアが看取り後の家族の死別悲嘆に与える効果を明らかにし、エンゼルケアの経験が今後の在宅療養・在宅看取りを推進する一助となるか検討する。

III 研究方法

1 研究デザイン：横断研究

2 対象者：H29年1月～R元年7月、Aステーションで在宅看取りを経験した主介護者で本研究の趣旨に賛同、協力が得られた31名

3 データ収集の方法：質問紙調査。

対象者に担当訪問看護師から電話で研究概要を説明し、協力が得られた33名に趣旨と倫理的配慮を記した文書を添付した質問紙を郵送した。回答者のみで回答困難と思われるケースには、自宅を訪問し面接形式で聞き取り調査を実施した。郵送・面接により31名から回答が得られた。調査期間はR元年9月～11月

4 調査内容

1)フェイスシート(性別、エンゼルケアの参加の有無、エンゼルケアに参加した際の気持ち、今後、自身や家族の在宅看取りについて希望の有無と理由、その際、訪問看護師による在宅看取りについての希望有無と理由)

2)宮林悲嘆尺度：宮林作成の日本人の死別悲嘆による強度を測定する尺度である。「F1 思

慕と空虚(11項目)」「F2疎外感(6項目)」「F3鬱的な不調(5項目)」「F4適応の努力(4項目)」という4つの下位尺度26項目から

構成されている。それぞれの項目に対し、1-ない 2-たまに 3-時々 4-頻繁に 5-いつでも という5件法にて回答を求め、5件法の回答に1,2,3,4,5点を与え評価する。F1～F3は点数が高い方が悲嘆は強い状態にあり、F4は点数が高い方が悲嘆から回復に向かっている状態を表す。

5 データの分析方法

エンゼルケア参加群と不参加群の2群間の比較をMan-WhitneyのU検定にて行った。統計分析ソフトはSPSSStatistics vr. 25を使用した。

6 倫理的配慮

本研究結果は研究以外で使用せず個人が特定されないように配慮する等、説明したうえで承諾を得て調査を行った。答えづらい項目や思い出して辛い内容については記載しなくてもよいこと、調査協力は任意で

あり協力しなかったことで不利益が生じることがないことを明記した。

IV 結果

1 フェイスシートの回答結果

対象者は男性が7人、女性が24人であった。エンゼルケア参加者は25人、不参加者は5人無回答1人であった。

訪問看護師と一緒にエンゼルケアを行った理由(述べて回答)は「喜ぶと思った」が61.6%で最も多く、次に「関わりのある訪問看護師に最後までしてほしいと思った」が58.1%であった。その時の気持ちとしては「亡くなった後にもできることがあると思えた」「自分にできる精一杯のことはやろうと思った」等であった。

また、参加者全員が参加してよかったと答えている。その理由の主な内容には「子どもたちと一緒にゆっくりお別れができた」「少しばかり安らぎ、死を受け止める気持ちの整理へと変化する時間だった」「故人に寄り添える最後のゆったりした時間だった」等であった。

自分自身の在宅看取りを希望する人は42%でその理由として「両親共に在宅看取りをしたことに心から満足しているので自身もできればそうありたいと思う」等であり、希望しない人は48%でその理由は「負担をかけたくない・迷惑をかけたくない」等であった。

今後も他の家族の在宅看取りを希望する人は51.6%で主な理由は「今回の看取りを経験して本当に良かったと思っているので」「心の中の記憶として大切にしていきたいから」等であった。一方、希望しないが38.7%でその理由は「一人暮らしで高齢のため無理だと思う」「もう家族はいないため答えられないが友人知人には在宅看取りを勧めたいと思う」等であった。

訪問看護師による自身のエンゼルケアを希望する人は61.3%でその理由には「とてもあたたかいぬくもりを感じたから」「安心、心が落ち着く」「本人と家族、訪問看護師さんとの間に信頼関係ができていて何がより望ましいと思う」等であった。希望しない、未回答は38.7%で「希望したいが子どもに負担をかけたくない」等であった。今後、訪問看護師による家族へのエンゼルケアの希望する人は48.1%でその理由には、「故人のことをよく知っている方に最期までお願いしたい」「日常の介護の延長として信頼して任せることができたから」等であった。希望しない、9.7%、未記入は

42.0%で「独居である」が主な理由であった。

2 宮林悲嘆尺度の結果

エンゼルケア参加群と不参加群で統計学的な有意差はみられなかったが、「F1 思慕と空虚」ではエンゼルケア参加群が平均値1.87、不参加群は2.56、「F2 疎外感」は参加群が1.24、不参加群は1.44、「F3 鬱的な不調」は参加群が1.72、不参加群が2.28とそれぞれエンゼルケア参加群の方が平均値は低く、不参加群より悲嘆度が低い傾向であった。「F4 適応の努力」は参加群が2.49に対し不参加群は2.00と参加群の方が平均値は高く、悲嘆からの回復の程度が高い結果であった。

表1 参加の有無別にみた宮林悲嘆度の平均値(標準偏差)

	参加(n=25)		不参加(n=5)		p値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
F1 思慕と空虚	1.87	0.82	2.56	0.66	0.389
F2 疎外感	1.24	0.43	1.44	0.36	0.136
F3 鬱的な不調	1.72	0.73	2.28	0.61	0.208
F4 適応の努力	2.49	1.15	2.00	0.68	0.872

Man-WhitneyU検定

V 考察

1 フェイスシートの回答結果から見えた訪問看護師がエンゼルケアを行う有用性

本研究でエンゼルケアと一緒にいった家族は、日常の介護の延長として信頼して任せることができ、故人をよく知る方に最期までお願いしたいと回答しているように、エンゼルケアは日常のケアの延長と捉えることができ、訪問看護師は本人や家族が信頼できる存在であらねばならないと考える。また、訪問看護師は、生前から本人とその家族を理解しようと関わっていたからこそ、家族と一緒にケアを行うことで、生前の本人らしい姿に整えることができると考える。

家族がエンゼルケアに参加した時の気持ちを亡くなった後にもできることがあると思えた、自分にできる精一杯のことはやろうと思った等と回答しており、ケアを通して家族の達成感がうかがえる。多くの家族は自分が精一杯のことをやれたのか、自分の選択した治療や方針が本当にこれでよかったのかと苦悩することもある。その場合「医師や訪問看護師の言葉がその不安を軽くする事がある」と角田ら²⁴⁾は述べている。本人と家族の苦悩や頑張りを良く知る訪問看護師が労いの言葉をかけることで、家族は「これでよかったのだ」という自己肯定感を得られると考える。

さらに、エンゼルケアに参加してよかったと

思う理由には、家族にとっての少しばかりの安らぎと死を受け止め整理する気持ちへと変化する時間だった、故人に寄り添える最後のゆったりした時間だった、子どもたちと一緒にゆっくりお別れができた等の回答から、死後ゆったりとした時間の中で、本人との思い出を語り、悲しみを共有することができていた。これらのことは、家族が死を受容するプロセスにつながると考える。

エンゼルケアの参加者全てがケアに参加してよかったと回答し、訪問看護師によるエンゼルケアを希望する理由では、あたたかいぬくもりを感じた、安心でき心が落ち着いた等の回答が得られた。本人と関りの深い訪問看護師が可能な限り家族と時間を共有する中で、嘆き悲しむだけでなく、故人とのエピソードを語り、言動を思い出すことで「よい笑い」が起こる。そのようなケアが、故人のいない今後の人生を家族が生きていける支援につながると考える。

秋山は「看取りの経験の有無が地域の財産になっている」⁵⁾と述べている。訪問看護ステーションが地域と寄り添う取り組みを継続して行うことで、在宅看取りを経験した家族が折に触れ近況を伝えに立ち寄ることも多く、グリーフケアの一端となっていると考える。秋山⁵⁾は早い段階で地域の窓口で相談できれば、訪問看護も早期にかかわることができ、ひいては在宅看取りを可能とする下地ができると述べている。本研究結果の両親ともに在宅看取りをしたことに心から満足しているので自身もできればそうありたいと思う、友人知人には在宅看取りを勧めたいと思うという回答からも、在宅看取り・エンゼルケアの経験の蓄積が地域の財産となり、在宅看取りを広める一助となると考察する。

2 エンゼルケア参加の有無と悲嘆尺度評価

参加群と不参加群の比較で、両群で統計学的な違いは確認できなかったが、ネガティブ因子の思慕と空虚、疎外感、鬱的な不調の平均値は参加群が低く、ポジティブ因子の適応の努力は参加群が高かった。以上からエンゼルケアへの参加が死別悲嘆の軽減、回復につながると示唆されるのではないだろうか。

宮林は「通常の悲しみと比較しはるかに強烈な心理的、情動的、身体的な反応を伴う死別悲嘆は、特徴的で時には社会適応すら制限を受ける病的な状態」³⁾と述べている。「遺族は死別を自分に限って発生した極めて特殊な出来事

と捉えがちであるが、他の死別者と語り合う機会を提供されれば共感的に受容されることに気づく。そのような自分だけが特殊でないという感覚は自信回復へ繋がり、精神的な孤立からの脱却のきっかけとなりうる」³⁾とも述べているように、訪問看護師がエンゼルケアを共に行うことは家族の疎外感を軽減する効果があると考えられる。「適応の努力」は適切な時期での何らかの援助が有効である可能性を示唆する³⁾と述べているように「適応の努力」の平均値が高いことはエンゼルケアが家族の悲嘆回復に有効な援助となったと考える。

大切な人との死別悲嘆は自然な反応である。生前から本人や家族が満足のいくケアを提供し、エンゼルケアを行う過程で残された家族の死別悲嘆の軽減、悲嘆からの回復につながることは、堤が「グリーフケアは利用者が亡くなった後に始まるものではなく、家族が療養者を亡くすことを想定した生前のケアの中で始まっている」⁶⁾と述べているように大切と考える。

VI 結論

本研究からはエンゼルケアの参加の有無別で悲嘆度に差があるとの結果は導けなかったものの、エンゼルケアに参加した対象者の気持ちやその理由からは、訪問看護師と行うエンゼルケアは看取り後の家族の死別悲嘆を軽減させ、回復につながる効果が期待できることが示唆された。今後とも訪問看護師と共に行うエンゼルケアの経験が、対象者本人自身やその家族が在宅で療養し、在宅看取りに至るよう推進されることを期待する。

引用・参考文献

- 1) 第7回「新たな看護のあり方に関する研究会」資料「在宅患者の死亡時における看護師等の関り方について」厚生労働省、2002
- 2) 小林光恵：訪問介護と看護、192号、エンゼルケアは「看護である」、2012.6
- 3) 宮林幸江：悲嘆反応に関する基礎研究—死別悲嘆の下部構造の明確化とケア—、お茶の水医学雑誌、第51巻、第3・4号、2003
- 4) 角田直枝：癒しのエンゼルケア、中央法規、2010
- 5) 上野千鶴子：ケアのカリスマたち、亜紀書房、2015、第4章「在宅ケアがはぐくむ地域の力」秋山正子
- 6) 堤裕子：看取り後に後悔を残さない生前か

らのかかわり、コミュニティア 116 号、
2008

サービス付き高齢者住宅の介護職員と協働し、 皮下出血と皮膚剥離の予防を試みて

キーワード：施設看護 予防的ケア 皮膚トラブル 多職種協働

伏見岡本病院 訪問看護ステーションふれあい
○本間有美子 芝野好

I はじめに

サービス付き高齢者向け住宅(以下サ高住とする)は、生活相談と安否確認のサービスが必須と定められており、日中は看護師や介護福祉士といった指定の有資格スタッフが常駐している。介護度が高くなると、外部の介護サービスの提供を受ける。医療ケアを受けたい場合は施設に併設されている医療機関、もしくは提携医療機関の訪問診療や、訪問看護サービスを受ける事が出来る。

2018年1月より当病院がサ高住と提携を結んだことで、訪問看護の依頼が始まった。介入して行く中で、皮下出血と皮膚剥離の皮膚トラブルが発生していることが多く対応を実施する中で、介護職員との情報共有が出来ていないのではないかと考えた。本研究では、サ高住入居中利用者の皮膚トラブルの実態調査を行い、介護職員と情報共有、協働しスキンケアと四肢の保護を行なうことで皮下出血と皮膚剥離の発生を防ぐことを目的とした。

II 研究目的

介護職員と協働することで、皮下出血と皮膚剥離の発生を防ぎ、減少したかを検証する。

III 研究方法

- 1 研究デザイン：介入研究
- 2 実態調査の収集期間：2018年1月～2019年7月
場所：サービス付き高齢者向け住宅
- 3 データ収集方法：利用者11名の訪問看護カル

テから、皮下出血と皮膚剥離が発生した利用者の年齢、介護度、部位を抽出

4 対象者：皮膚剥離と皮下出血の発生回数が最も多かったA氏

(研究対象者概要)

A氏：90歳代 女性 主病名高血圧 抗血栓薬服用なし 要介護4 2018年12月より入居 訪問看護週1回 病状チェック、排便コントロールにて介入中

5 研究期間：2019年9月～10月

1) 高齢者のスキンケア、保護についてのパンフレット作成し、介護職員に指導。

2) 皮下出血と皮膚剥離の原因と対策について、介護職員とカンファレンスを行う。

3) 入浴時の注意点と保湿剤塗布方法と車椅子への移動時のアームカバーやレックカバーの着用についてポスターを作成し、お風呂場と利用者の居室に掲示。

4) ベッド柵と車椅子の肘かけ、両側のフレームの脚部にクッションを装着。

IV 倫理的配慮

本研究は院内管理委員会の承認を得て研究に着手した。サ高住と他事業所の管理者及び関わる介護職員、利用者及び家族に研究目的、方法、個人が特定されないようプライバシーの保護に努める事、結果は本研究以外には使用しない事、賛同して頂いても途中で中止可能な事、賛同頂けなくても不利益が生じない事、研究発表の旨について口

頭で説明し同意を得た。

IV 結果

実態調査結果は、皮下出血と皮膚剥離が発生した利用者の介護度 4~5 が 100%、年齢は 80~90 歳の超高齢者が 75%だった。損傷部位を見ると四肢が 94%。個人別の皮膚剥離と皮下出血の発生回数は 0 回が 5 名、1-3 回が 4 名、5-6 回が 2 名だった。A氏は、皮膚剥離が上肢に 1 回、下肢に 2 回、皮下出血は上下肢に 4 月に発生し再発を繰り返していた。

介護職員とのカンファレンスで、実態調査の結果を踏まえ、互いに皮膚剥離と皮下出血の原因を考え、介護職員から、A氏の下肢の損傷はフットレストを外さず移動していることが原因ではないかとの意見が出た。上肢は着替えや、体位変換時に手を握ることで出来たか、アームレストにあたっての意見が出た。対策として、車いすの移動時は必ずフットレストを外す。ベッド柵と車椅子の肘かけ、両側のフレームの脚部にクッション装着の継続。保湿剤塗布方法を指導し、塗布できる時間帯を介護職員と検討した。入浴後と毎日ナイトケア時なら四肢に保湿剤を塗布し、四肢の皮膚観察ができると介護職員側から提案があり、開始となった。

A氏の保湿剤使用前の四肢の皮膚状態は、乾燥し白くカサカサとし、落屑がみられた。保湿剤使用後は、上肢は白いカサカサがなくなり、落屑もみられなくなった。下肢は、軽度乾燥が見られた。対策開始後、上下肢の皮膚剥離の発生はなし。開始時両前腕に暗色の斑状が点在していたが、週単位で色が薄くなっていき、新たな皮下出血は認めなかった。開始時下肢は両下腿前面に暗色の帯状となっていたが、4 週間後には消退傾向となった。しかし、5 週間後には再度暗色となり、7 週間後には消退傾向になった。

介護職員から保湿剤を塗り忘れたことはあるが、

パンフレットやポスターを見ることで、皮膚の状態を注意してみるようになり、皮下出血が薄くなって行くのがうれしいとの声が聞かれた。また、ほかの利用者に対しても、保湿剤の塗布や移動時フットレストを外す行為が見られた。

V 考察

日本における 75 歳以上の後期高齢者の皮膚剥離の有病率は、前期高齢者に比べ 3 倍だという報告がある¹⁾。皮下出血と皮膚剥離が発生した利用者は、超高齢で介護度が高いので、利用者の身体と直接接する機会の多い介護行為の際に損傷が起きやすい。皮下出血と皮膚剥離の予防をするには、接触する機会の多い介護職員の理解と協力が必要不可欠である。介護職員との連携をスムーズに行うためには各担当者の役割、責任を明確にした上で、互いに敬意を払いながら、顔の見える関係、意見の言える関係、信頼しあえる関係を作り上げていく必要があると田中は述べている²⁾。一堂に会してのカンファレンスで、共通のケアの目標を設定し、その目標の為の援助の方法を検討する上で介護職員からの意見を聞き、一緒に対策を考え「何の為にするのか」を理解したことで、予防とケアの継続に繋がった。また、パンフレットやポスターを作製したことは介護職員全員がケアの方法を情報共有するのに役立った。

予防的スキンケアのポイントは、保湿、保護、清潔の 3 つであると松原らは言っている³⁾。これを基本に対策を講じ、介護職員と協働したことは、皮膚剥離の発生を防ぎ、皮下出血が減少し効果があったと言える。また、介護職員の意見を尊重したことは、互いの信頼関係を築くきっかけになり、介護職員のやりがいに繋がったと考える。

VI 結論

より良い在宅療養サービスを提供するには、多職種協働が不可欠である。看護、介護の協働、連

携を図るには、互いの専門性を発揮しながらの意見交換が必要と言える。看護師は、ケアを提供する体制づくりやサービスの提供の中で、良い関係を調整して行くことで、結果としてケアの質の向上に繋がる。今回の取り組みは介護職員との関わりの中で、私たち訪問看護師がどのように関わっていくべきかの一考となった。関係性を広げ、継続していくことが課題となる。

引用文献

- 1) コミュニティケア：スキンケアの予防とケア
2017 19 (3). p12
- 2) 田中洋三 谷田憲俊：そこが知りたい在宅療養
Q&A：編集日本ホスピス在宅ケア研究会. p76
松原康実：ナーシングプロフェッショナルシリーズ・スキントラブルの予防とケアーハイリスクケースへアプローチ. 医歯薬出版. p5-6. 2008

参考文献

- 1) 介護施設の看護実践ガイド. 編集. 日本看護協会
- 2) 森山典子：臨床老年看護 25 (1) 特定施設入居者 生活介護における看護師の役割と能力発揮

終末期を支えるホームヘルパーとの連携と訪問看護師の役割 ～ホームヘルパーへのアンケートを実施して～

○中島詠子 吉田孝子 濱本友子 塩澤佳奈
訪問看護ステーションかみの

I. はじめに

近年、国民の多くは「最期を迎えたい場所」について「自宅」を希望している。超高齢社会を迎えた我が国において、単身、夫婦のみ、核家族といった少人数世帯が全体の過半数を占め、自宅で最期を迎えるのは難しい。内閣府¹⁾の調査によると、困難な理由として「介護してくれる家族に負担がかかる」が80%となっている。自宅での療養を可能にする条件として、入浴や食事などの介護が受けられる「介護サービス」への要望が高く、終末期の生活を支えるホームヘルパーの果たす役割は大きい。医療者ではないホームヘルパーにとって終末期にある療養者のケアについて、高橋らは「医学的知識がないことを理由に戸惑いや不安を感じている」²⁾また、「看取りも含めた支援は、医療職などの多職種が参加することもあり、連携や情報の共有がより重要なものとなる」³⁾と述べている。今回アンケート調査を行い①ホームヘルパーが抱える不安②ホームヘルパーとの連携方法の課題が明らかとなった。今後増えていく終末期ケアにおける訪問看護師の役割について考えたい。

II. 研究目的

終末期を支えるホームヘルパーの不安の程度や内容、看護師との連携方法を明らかにし、訪問看護師に求められる役割について検討する。

III. 研究方法

- 1.研究デザイン：独自に作成した質問紙を用いた実態調査
- 2.研究対象：訪問看護ステーションに併設されていないヘルパー事業所 20 箇所のホーム

ヘルパー178名

3.研究期間：201X年21日間

4.調査内容

1)ホームヘルパーの援助内容について不安を感じる内容と程度について11の設問を作成し、回答は「常を感じる」「良く感じる」「時々感じる」「あまり感じていない」「ない」の5つの選択肢とした。その他、不安に思うことについて自由記載とした。

2)訪問看護師との連携方法について連携した方法10項目を挙げ、不安の軽減に役立ったと思う項目について回答を求めた。

5.結果については、単純集計をした。

IV. 倫理的配慮

対象者には使用目的を明確に記載し、研究の意図と無記名にて個人が特定できないようにし、プライバシーの保護と研究の目的だけにデータを使用することを確約した。対象者の不利益にならないことを紙面で説明し、1枚のアンケートに1つの返信用封筒を貼布した。承諾と同意は、アンケートの返信をもって得た。また法人内の管理委員会の承認を得た上で実施した。

V. 結果

1.回収率：59.5%（178名中106名）

2.結果は、表1.2の通りである。

1)終末期を支えるホームヘルパーは、「苦痛の訴えにどう対応したらいいか迷う」「呼吸・意識など状態が悪化した時にどうしたらよいかわからない」「病状がどのように変化していくのかわからない」など日々変化する病状に不安を感じている。

表 1.終末期の介護現場における不安について (n=106) (%)

	常に感じる よく感じる	時々感じる あまり感じていない	ない	無回答
1) 病状がどのように変化していくのかわからない不安	53.3	46.7	0	0
2) 呼吸、意識など状態悪化した時にどうしたら良いかわからない不安	55.7	43.4	0.9	0
3) 苦痛の訴えにどう対応したらよいか迷う不安	60.4	38.7	0.9	0
4) 薬の扱い方への不安	35.8	59.4	4.7	0
5) 訪問したら亡くなっていた時どう対応すればよいかかわからない不安	52.8	40.6	5.7	0.9
6) 食事、水分摂取介助方法の不安	41.5	54.7	3.8	0
7) 食事内容の選択についての不安	35.8	60.4	3.8	0
8) 排泄援助方法の不安	24.5	67.0	8.5	0
9) 医療的ケアを行う上での不安	51.9	40.6	5.7	1.9
10) 情報不足で介護するときの不安	51.9	44.3	0.9	2.8
11) 医師や看護師に至急連絡が必要なのか判断を迷う時の不安	50.9	47.2	0.9	0.9

表 2.連携方法について (n=106) (%)

具体的連携方法	行った方法	不安軽減に役立ったと思う方法
1) 共通の連絡ノート	89.6	80.2
2) 共通の情報連絡表、チェック表	60.4	50.9
3) メモ用紙 (付箋)	41.0	25.5
4) 電話	48.6	39.6
5) FAX	12.3	9.4
6) 訪問看護記録を見る	46.2	26.4
7) 同行訪問	31.3	30.2
8) 本人、または家族経由	49.1	27.4
9) ケアマネジャー経由	39.6	20.8
10) カンファレンス (担当者会議)	43.4	35.8

2) 不安内容についての自由記載 (一部抜粋)

- ・日々変化する病状に不安を感じている。細かい診療情報を伝えてもらいたい。カンファレンスで、今後起こり得る病状変化やケアなど細かく報告してほしい。
- ・医療機器やバイタルサインなどの基準となる数値を教えて欲しい。

・どのような過程を経て人は死んでいくのかに不安を感じる。

- ・連絡をした際、対応する看護師によって指示内容が違い困惑する。少し不安があることを報告したことで、冷たい対応をされると、連絡することに躊躇してしまい、その後、それが不安に繋がってしまう

3) 不安の軽減に役立ったと思う連携方法
サービス担当者会議：緊急時の対応を取り決め利用者宅に貼っていた。

連絡ノート：リアルタイムの情報、看護師からの情報、指示、訪問診療結果、今後の方針が見える。

同行訪問：訪問看護の活動をみることで、不安軽減、今後の介護に役立つ。

4) その他の連携方法について

- ・急変時の連絡の流れを記載したものを室内に貼っておく。

- ・「現在の支援」のメモを貼る。

- ・ICTの活用。

- ・連絡ノート内で、ホームヘルパーへの連絡事項については赤ペンで記載。

- ・入れ違いでの訪問（訪問看護とホームヘルパーが続きで入る）

5) その他自由記載による意見

- ・終末期医療は看護師の指示が必要。

- ・具体的指示がありがたい。

- ・「看取りのパンフレット」が、利用者宅に置いてあり、初めて知る事が多々あった。

- ・連絡ノートすべてに目を通す時間が無いため、付箋やメモで「現在の支援内容」があると助かる。

- ・医療的な知識が少ないことから、連絡ノートに書かれた専門用語など理解できないことがある。

VI. 考察

ホームヘルパーの不安を軽減し、終末期を支えるチームが、より良いケア提供のために次のことが考えられる。

1. 共通の連絡ノート・情報連絡表・チェック表は、現在の状態が把握できるツールとして有用である。医師の診療結果や治療方針、指示を分かり易い表現で記載することで、より安心できるツールとなる。

2. サービス担当者会議に参加し、顔の見える関係性を築き連携方法や急変時、死亡時の対応を確認しておく。確認した内容

を書面にし、利用者宅に設置しておくことで、落ち着いて対応することができる。

3. 終末期の利用者が、どのような経緯を辿っていくのか、利用者家族に提供する看取りのパンフレットをホームヘルパーが確認できる場所に設置、配布することで、変化に対し不安なく対応することが出来る。（こころづもり）

4. 同行訪問や入れ違い訪問をすることで、ホームヘルパーと看護師が、直接質問、相談でき、ケアに役立てることが出来る。

5. ホームヘルパーから連絡・相談を受けた時には真摯に対応するよう、看護師自身が意識しておく。

VII. おわりに

ホームヘルパーは病状変化に合わせたケアが出来るように、今の状態についてより詳しい情報を得たいと考えている。簡単に早く情報が得られるツールが必要である。看護師の役割は、今後予測される病状変化について、あらかじめ対応方法を提示することである。また安心して連絡が取り合える関係性の構築が重要である。

謝辞

本研究に快くご協力いただきました各事業所のホームヘルパーの方々、お忙しい中ご指導いただきました佛教大学植村小夜子先生に心より感謝致します。

引用文献

1) 内閣府

<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017>

2) 高橋幸裕：ホームヘルパーによる高齢者の看取り対応の実態と課題—訪問介護現場における聞き取り調査結果からの考察—尚美学園大学総合政策論集 21号. 2015; 12; P86

3) 同上 P96