

ISSN 1348-1177

# 自治医科大学看護学部紀要

Jichi Medical School Journal of Nursing

第 2 卷



2004

## 目 次

### 巻頭言

看護の質と質的研究

塚越フミエ ..... 3

### 報 告

へき地診療所において発展させるべき看護活動

鈴木久美子・田中 幸子・岸 恵美子・春山 早苗・  
篠澤 侁子 ..... 5

外来に通院する糖尿病患者の生活上の困難さ

友竹 千恵・小平 京子・村上 礼子・中村 美鈴・  
塚越フミエ ..... 17

術前訪問における不安軽減アプローチの実態調査

—情報提供による不安軽減の援助—

大原 良子・安本 孝子・新井 恭子・栗栖 近子・  
岡田 洋子・西平貴代佳・佐野 悦子・平田 祐美・  
杉山 直子・成田 伸 ..... 27

母親側と支援者側双方からみた栃木県内における母乳育児支援の実態

—入院中の支援に焦点をあてて—

成田 伸・早川 有子・川崎佳代子・大原 良子・  
曾我部美恵子・橋本かおり・今村真杏子・木下 珠希・  
富田真理子・竹中 美・佐藤 郁夫・松原 茂樹 ..... 39

軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケア

—身体的・社会的影響, 病気の受けとめ, セルフケアに取り組む気持ち,  
セルフケア行動からの検討—

内海 香子・神山 幸枝・高木 初子・余語 琢磨・  
篠澤 侁子・野口美和子 ..... 55

投稿規程 ..... 69

編集後記 ..... 71

## 巻頭言

### 看護の質と質的研究

自治医科大学 看護学部 成人看護学

教授 塚越フミエ

自治医科大学看護学部では、開設2年目を迎え、本格的に実習が始まった。学生が受け持つ患者は、それぞれの生活背景、病名、受けている治療ともに多種多様である。

ある日、一人の学生が受け持つ患者のベッドサイドへ行った。術後イレウスが起こってしまったこの人に、どんな援助をすれば腸の蠕動運動を促進し、ガスを出し、楽にできるのか。しばし考えながら、指導教員の動きとなすすべもなく立ち尽くす学生を観察していた。そして私は、その患者へ「少し横になりましょうか。」と声をかけ、患者を支えて側臥位にし、腰と背中をマッサージを始めた。黙って、学生の手を引き寄せて、腰をマッサージするように促した。学生は素直に応じて、しばらくマッサージをしていたが、やがて患者を仰臥位に戻した。私は、もっとやればいいのにと感じて見ていた。すると、患者が軽い咳をし始めた。痰を喀出しようとしているのである。私は「さあー、痰を出しましょう。」と言いながら、患者の腹部の傷を押さえた。患者は3回ほどゴホッとした後、痰を喀出した。「出ましたね。」と力を抜くと、患者は「上手ですね。痛くなかった。」と言った。喀出された痰は、緑黄色の粘稠性の強いものだった。前日は痛くて動けなかった患者の身体を横に向け、背中をマッサージしたことが刺激となって、痰が喀出されたのである。その後、患者はベッドから立ち上がって歩いたと指導教員から報告を受けた。その報告を聞いた時、看護がもつ力とはこういうことだと実感した。私の行為は、一つの目的、腸蠕動を促すということであった。だが、患者は体を動かし、背部を刺激されることによって、痰の喀出も促され、それらが自信につながり、立って歩くというように一つの援助が玉突きのように広がって行ったのである。

術後に肺合併症やイレウスを起こすのは、看護の手が緩められた時であるといっても過言ではない。数々の看護研究の結果は、そのことを裏付けている。だから、看護師は、合併症を予防する看護を必死で行うのである。しかし、臨床で行われている看護は、必ずしも根拠が明確であるわけではない。看護の中

にはいまだに証明されていない看護の力が潜んでいる。質の高い看護を実践するためには、看護の現象を明らかにすることや看護の対象である人を知る研究が必要である。だが看護研究は、人間を対象とするために“ああすればこうなる”とは言えない複雑さ故に多くの困難もある。例えば、前述の傷を抑える力は、看護師の経験や患者のその時の状況によって異なるのである。証明すべきあるいは見出される要因の数は多く、さらにそれら要因間の関係はいつそう複雑である。その複雑なものを複雑なままにとらえ、新たな看護の側面を発見する方法として、質的研究方法は有効であると考えられ、多くの看護研究者が利用している。

ウヴェ・フリックの著書『質的研究入門』は、副題に〈人間の科学〉のための方法論とある。帯には、「量的にはとらえられない人間の生の現実を調査・研究するための方法論として、質的研究は人文社会諸科学だけではなく、医学、看護学の研究に多く利用されている。」と謳われている。看護の対象は、さまざまな問題を抱えた人であり、その人自身の生活世界やその人を取り巻く社会という複雑な状況を理解することが求められている。また、看護は人間と人間、つまり患者と看護師の相互作用を通して行われる行為である。その過程で生じる看護現象を発掘し、証明する必要がある。その結果を活用して行われるのがエビデンス (Evidence) に基づいた看護である。

看護研究に活用できる質的研究の方法は、多種多様である。そのすべてに精通することは容易ではない。自ずと利用できる方法には限りがある。求める現象を探求するためには、どの研究方法がふさわしいのか、また、いくつかの方法を組み合わせたほうがよいのか等について、工夫する必要があるだろう。さらには、看護の研究にふさわしい独自の新しい研究方法を開発する必要性があるのかもしれない。先駆的な科学研究の多くは、それまで不可能であると考えられていたことを可能にしてきた。それは既存の研究方法来に頼らず、新しい研究方法の発見が生み出した結果でもある。看護にもそのときが来るに違いない。看護師は、研究に裏打ちされた質の高い看護実践を提供することによって、多くの人々を幸せにすることができると信じている。

## 報告

# へき地診療所において発展させるべき看護活動

鈴木久美子, 田中幸子, 岸恵美子, 春山早苗, 篠澤侠子

## Advanced Nursing Practices in Rural Clinics

Kumiko SUZUKI, Yukiko TANAKA, Emiko KISHI, Sanae HARUYAMA,  
Chikako SHINOSAWA

**要旨:** へき地診療所において発展させるべき看護活動を明らかにするために、看護職の認識から看護活動の現状を調べた。3県6市町村にあるへき地診療所に勤務する看護職10名への面接調査の結果、看護職は、地域住民の生活や支え合いの状況とそれに関する意識や考えといった8つの視点から地域住民を把握し、それらの状況をふまえて、へき地の地域特性や住民の生活状況に対応した活動やプライマリケア機関としての役割を果たす活動を実施していた。これらの結果から、へき地診療所において発展させるべき看護活動は、①地域社会の共同生活のあり様を把握し、それを基盤とした看護活動、②在宅ケアチームの一員としての関係機関との連携、③地域住民の健康問題を共有し、地域住民の健康レベルの向上に向けた市町村保健師との協働活動、④身近な相談機関としての健康生活支援、⑤迅速かつ確かな判断に基づく医師不在時や救急時の対応と拠点病院との連携であると考える。

**キーワード:** へき地, へき地診療所, 外来看護

### I. はじめに

自治医科大学（以下、本学という）は、へき地等の地域社会における医療の確保と向上、及び住民福祉の増進を図るために設置されている。看護の分野において、本学の建学理念を実現させるために、へき地等の地域社会における看護活動方法の特質を明らかにし、地域看護活動の質的向上に貢献することは、自治医科大学看護学部（以下、本学部という）地域看護学領域の重要な研究課題であるといえる。

自治医科大学 看護学部 地域看護学

Community Health Nursing, School of Nursing, Jichi  
Medical School

本研究の目的は、へき地診療所における看護活動の現状を看護職の認識から調べ、へき地診療所において発展させるべき看護活動を明らかにすることである。

へき地のように保健医療福祉資源の乏しい地域においては、地域住民の多くが一次医療機関として診療所を受診することが考えられるため、住民の健康管理において診療所の果たす役割は大きい。しかし、これまでのへき地診療所についての報告は、医師による医療面の活動報告<sup>1)</sup>が中心であり、看護活動については明らかにされてこなかった。へき地における駐在保健師などの活動報告<sup>2,3)</sup>には、地域住民の生活状況を深く把握し、住民生活に根ざした看護活動を展開してきた実績が示されており、診療所看護職に対しても期待される役割は大

きいことが推測されるが、その活動状況に関する報告は皆無に等しい。

へき地において住民の保健医療福祉ニーズを充足するための看護活動を担っている看護職には、診療所看護職の他に、へき地診療所を後方から支援する役割を持つへき地医療拠点病院の看護職、市町村保健師、保健所保健師などがある。社会資源が乏しいことから、これらの看護職が有機的なつながりを持ち、包括的な看護サービスを提供していくことが重要である。へき地診療所において発展させるべき看護活動を明らかにすることは、拠点病院の看護職、保健師などそれぞれの立場にある看護職の役割・機能を再確認し、へき地における看護活動の展開方法を検討する上での基礎資料にもなると考えられる。

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

へき地診療所：第9次へき地保健医療計画に基づく、へき地保健医療対策実施要綱の「へき地診療所」設置基準により設置された診療所。設置基準は表1に示す。

### 2. 研究対象

本研究の対象者は、3県6市町村にある10ヶ所のへき地診療所に勤務する看護職10名である。本研究では、へき地診療所の看護活動の共通性から、発展させるべき看護活動を明らかにすることを目指す。そのため、過疎地域、離島、山間地域、豪

雪地帯といった様々な地域特性を幅広く含めて、既縁により10ヶ所のへき地診療所を選定した。

診療所の概要を表2に、対象者10名の概要を表3に示す。対象者は全員女性で、看護師5名、准看護師5名であった。年齢は20歳代1名、30歳代3名、40歳代2名、50歳代4名で、平均年齢は43.6歳であった。看護職経験年数は最短3年から最長43年で、平均経験年数は20.2年であった。診療所勤務年数は最短5ヶ月から最長27年であり、平均勤務年数は9.3年であった。

### 3. データ収集項目

- 1) 患者および管轄地域の状況
- 2) 看護活動内容
- 3) 地域住民の健康問題
- 4) 職業意識
- 5) 自己研鑽状況

### 4. データ収集方法

インタビューガイドに基づく半構成的面接調査を行った。面接内容は逐語録におこした。

### 5. 分析方法

- 1) 全対象者の逐語録からデータ収集項目の内容を取り出し、項目ごとに整理した。
- 2) 患者および管轄地域の状況、地域住民の健康問題について、内容の類似しているものをまとめ、患者・地域住民についてのへき地診療所看護職の視点を明らかにした。

表1 へき地診療所設置基準

へき地診療所を設置しようとする場所を中心としておおむね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、診療所の設置予定地から最寄医療機関まで通常の交通機関を利用して（通常の交通機関を利用できない場合は徒歩で）30分以上要するものであること。

イ 次に掲げる地域で、かつ、医療機関のない離島（以下「無医島」という。）のうち、人口が原則として300人以上、1,000人未満の離島に設置するものであること。

(ア) 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定に基づく指定地域

(イ) 沖縄振興開発特別措置法（昭和46年法律第131号）第2条第2項の規定に基づく指定地域

(ウ) 奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する地域

(エ) 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第2条第1項に規定する地域

ウ 上記のほか、これらに準じてへき地診療所の設置が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区に設置する。

## へき地診療所において発展させるべき看護活動

- 3) 看護活動内容の類似しているものをまとめ、看護活動の特徴を明らかにした。
- 4) 職業意識、自己研鑽状況から、看護活動に必要な支援を明らかにした。

### 6. 倫理的配慮

面接開始前に対象者に研究目的を説明し、結果をまとめるにあたっては匿名性を確保し、患者および看護職個人が特定できないように配慮することを約束し、同意を得てから面接調査を開始した。面接内容は対象者の許可を得て録音した。

## Ⅲ. 研究結果

### 1. 患者・地域住民についてのへき地診療所看護職の視点

全対象者の逐語録から、患者・地域住民についての内容を取り出して、その類似性によりまとめ

た。その結果、患者・地域住民についてのへき地診療所看護職（以下、看護職とする）の視点は、8つ見出された（表4）。以下、それぞれの視点について説明する。

#### 1) 診療所看護活動の対象特性

患者・地域住民についての看護職の視点には、[外来患者の対象特性]、[往診患者の対象特性]、[活動対象全体] という【診療所の看護活動の対象特性】があった。具体的な内容は、[外来患者の対象特性]は、高齢者が多いこと、地域の豊かな自然環境により観光客が多いこと、旅館業の従業員が多いこと、対象が固定化していることなど、[往診患者の対象特性]は、対象者の年齢、疾患、ADLの状況や家族状況など、[活動対象全体]は、地域の住民はほとんど全部把握しているなどの内容であった。

表2 診療所の概要

診療所	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
所在地	I 県 a 町		II 県 b 村	III 県 c 町		III 県 d 町			III 県 e 市	III 県 f 村
指定地域*	離島	離島	山村 過疎地域	山村	山村	山村	山村	山村	豪雪地帯	山村 過疎地域 豪雪地帯
対象地区 人口	約520人	約580人	約2,000人	約3,300人	約1,500人	約2,000人	約4,000人	約1,200人	約1,200人	約800人
高齢化率	約25% (a 町)		約30%	約26%	約34%	約21% (d 町)			約27%	約30%
看護職数 (雇用形態)	1人 (常勤・公立病院から派遣)	1人 (常勤・公立病院から派遣)	5人 (常勤4人のうち3人は民間病院から派遣、非常勤1人)	2人 (常勤1人、非常勤1人)	2人 (常勤1人、非常勤1人)	1人 (常勤・公立病院から派遣)	1人 (常勤・公立病院から派遣)	1人 (臨時・公立病院から派遣)	1人 (常勤)	1人 (常勤)
医師数	1人	1人	2人	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
1日平均 外来患者数	10人	14~15人	45人	35人	40人	30人	15人	10人	30人	25人
救急患者数	年15人	月1人	年1~2人	月1人	年1~2人	月1人	月4人	月2~3人	月20人	月12人

\* 指定地域は、離島：離島振興法、山村：山村振興法、過疎地域：過疎地域自立促進特別措置法、豪雪地帯：豪雪地帯対策特別措置法 を表す

表3 対象者の概要

所属診療所	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
年齢、性別	30代、女性	30代、女性	30代、女性	50代、女性	50代、女性	20代、女性	50代、女性	40代、女性	50代、女性	40代、女性
資格	看護師	看護師	看護師	准看護師	准看護師	看護師	准看護師	看護師	准看護師	准看護師
身分	公立病院職員(派遣)	公立病院職員(派遣)	民間病院職員(派遣)	町職員	町職員	公立病院職員(派遣)	公立病院職員(派遣)	公立病院臨時職員(派遣)	民間病院職員(派遣)	村職員
看護職 経験年数	11年	12年	10年	43年	18年	3年	33年	13年	25年	28年
診療所 勤務年数	2年	5年	1年	26年	8年	1年	27年	5ヶ月	3年	19年

表4-1 患者・地域住民についての看護職の視点

\*表中のアルファベットは診療所記号を示す

内 容	視 点	
	小項目	大項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者は人口の約1/4。外来の7~8割は高齢者。(A)</li> <li>・外来は高齢者が多い。すごいお年寄りが来ている。(C)</li> <li>・外来患者の8割が65歳以上、老夫婦、1人暮らしは10%ぐらい、後は同居。高齢者が多くなっている現状で、診療所がいつでも対応できると良いが難しい。(D)</li> <li>・外来の7~8割は高齢者。子どもは1日1人来るか来ないか。(E)</li> <li>・外来は独居老人が多い。(F,G)</li> <li>・外来は70~90歳代が多い。独居老人、老夫婦世帯が多い。(H)</li> <li>・外来患者は高齢者が多い。(I,J)</li> <li>・膝関節症の患者が多い。高齢者が多いのと立ち仕事が多いためかと思う。(I)</li> <li>・1人暮らし高齢者は35~36世帯に1~3人。(J)</li> </ul>	外来患者の対象特性：高齢者が多い特に独居高齢者	診療所看護活動の対象特性
<ul style="list-style-type: none"> <li>・夏になると観光客が増える。熱とか腹痛、海洋生物や海での事故など。(A)</li> <li>・観光シーズンは旅行者のケガや熱発で、普段の2倍の受診者が来る。修学旅行や野外学習で、電話連絡は1人でも、実際は4~5人来る時もある。比較的夕方から夜にかけて多い。(J)</li> <li>・観光客の猿の被害や蜂刺されが多い。(I)</li> <li>・急患は観光客が多い。観光客がつく時間帯の18時頃、宴会の途中で気分が悪くなるなど旅館から連絡が来る。夜10時過ぎのことも。(J)</li> <li>・夏は小児の発熱。6歳未満は地元の子もいるが、観光客が多い。(J)</li> </ul>	外来患者の対象特性：観光客が多い	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・(患者は)ほとんど新患はなく、長年の人。(C)</li> <li>・患者は顔見知りの人が多いのでよくわかる。(H)</li> <li>・外来の受付は患者の顔を見てわかる。(G)</li> <li>・常に来ていた患者は顔を見て診察券がなくてもだいたい名前はわかる。(I)</li> </ul>	外来患者の対象特性：患者が固定化	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来患者は旅館の従業員も多い。国民健康保険に加入していない人もいる。そのためぎりぎりまでかなり具合が悪くなるまで受診しない。(J)</li> </ul>	外来患者の対象特性：旅館従業員が多い	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・往診患者の特徴は、水分摂取量不足、栄養状態の偏り、蛋白質が不足、漬物とご飯だけで簡単に済ませる。そのため皮膚の色つやが悪い。(D)</li> <li>・往診対象は80~90歳。脳梗塞や痴呆、寝たきり、独居など。(E)</li> <li>・往診の対象は、高齢で、寝たきりや独居、日常生活の自立困難な者。(F,G)</li> <li>・老人以外の往診はない。寝たきりが多く、全員家族が介護。(H)</li> <li>・往診の患者は高齢者で、歩けない、トイレ移動のみ、家族が連れてこれられない人。(I)</li> <li>・往診患者は家族と同居している。肺気腫で在宅酸素をしている人、高血圧、胃がん、軽度痴呆、100歳過ぎた女性などが対象。(J)</li> </ul>	往診患者の対象特性：独居、寝たきりなどの高齢者が多い	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の人ほとんど全部知っている。(A)</li> <li>・だいたいの住民の顔はわかる。(J)</li> </ul>	活動対象(地域住民)全体	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の人々の健康意識は低く、血圧が200mmHgでも平気。人寄せや会合の時にはそばを打つ習慣がある。麺類の汁を全部飲む。(E)</li> <li>・往診患者の特徴は、水分摂取量不足、栄養状態の偏り、蛋白質が不足、漬物とご飯だけで簡単に済ませる。そのため皮膚の色つやが悪い。(D)</li> <li>・高齢者の食料品の買い物は近所で買うか配達してもらっている。(D,H)</li> <li>・漬物(ぬか漬け)、そば(汁も自家製)などをよく食べる。味付けが濃い。(H)</li> <li>・味噌汁は1日3食。保存食として漬物を食べる。漬物には醤油をかける。生ものが入りにくいので、何でも塩漬けて保存。(J)</li> <li>・スーパーなどなく、週4日来る移動販売車が頼り。買い物の様子を見ると、調理をする人が少ないようで、豆腐、刺身など、調理しないで済む食材を買っている人が多い。(J)</li> </ul>	地域住民の食生活・食習慣	地域住民の生活状況
<ul style="list-style-type: none"> <li>・畑に行かないと怠け者にみられるからと一生懸命畑に行く。(B)</li> <li>・老人はゲートボールが盛ん。(E,G,H)</li> <li>・年齢の割に元気な老人が多い。車に乗れる老人もいる。(H)</li> <li>・膝関節痛や腰痛などがあっても注射してもらって働く、働きの多い。(J)</li> </ul>	高齢者の地域・家庭生活状況	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・楽しみがないせいか、酒を結構飲んでいる高齢者が多い。寒くて家の中におり、出かけたくても出かけられないんだと思う。(C)</li> <li>・越冬隊といっているが、冬場だけ施設入所、夏場は自宅という人がいる。雪が降ると、往診だつて大変。冬は出かけたくても出かけられないんだと思う。(C)</li> <li>・冬は猛吹雪になると目の前が見えなくなる。道路は多い時で一晩に50~60cm積もる。冬場は家族が連れてこれなくなるので往診する患者もいる。(I)</li> <li>・春から秋まで働いて冬は中心部に下りる人もいる。他に家を持っているとか、娘のところと冬の間は行っているとか、他の家族は残っても高齢者だけ中心部に下りる人もいる。(I)</li> <li>・5月頃までは朝寒いので、午前中の患者の出足は遅い。(I)</li> <li>・高齢者世帯などで大変な、そして支援が必要なのは雪下ろし。(J)</li> </ul>	気候による活動への影響	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・産業は農業、畜産とキビ栽培とホテル。3世代家族は多くない。若い人は住む家もないので戻ってこない。出たら行事の時だけ戻ってくる。(A)</li> <li>・漁師はいない。サトウキビ、電力会社、製糖工場、空港(の職員)、公務員。サトウキビ以外ではなかなか仕事がない。中学を卒業すると島を離れて、Uターンしてくる人は少ない。(B)</li> <li>・3世代同居、兼業農家、昔ながらの家が多い。(F)</li> <li>・この辺の人は、旅館や営業が多い。(I)</li> <li>・春から秋にかけて1年分働いて、冬は旅行に行ったりが多いようだ。(I)</li> </ul>	地域住民の職業や生活状況	



へき地診療所において発展させるべき看護活動

表4-2 患者・地域住民についての看護職の視点（つづき）

内 容	視 点	
	小項目	大項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝具類や部屋が汚かったりする。食事前に手を洗う習慣がない。衛生意識の低い農家が多い。(D)</li> <li>・田舎の部屋は寒い。暖房を入れず、洋服を着込む人が多い。(E)</li> <li>・バリアフリーはまずない。段差がある。上がりかまちが高い。風呂場も。(J)</li> </ul>	地域住民の衛生意識、生活環境	地域住民の生活状況
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護対象者2人。ショートステイは時々利用しているが、介護保険の限度額の問題や本人が長期入所を望まず、在宅で看護師がフォローしている。(C)</li> <li>・患者はヘルパーを利用してもらいたい。最近理解されてきたがまだまだ不足。(D)</li> <li>・お金がかかるので、介護保険の利用限度額一杯までは使わない。(E)</li> <li>・この地区は社会資源を活用して介護している。(H,G)</li> <li>・最初は遊んでいると思われるからと、デイサービスに来るのを嫌がる。(B)</li> <li>・皆それぞれサービスを利用して(介護を)やっている。(I)</li> <li>・往診など家の中に入られるのがいやという人がいる。(J)</li> <li>・デイサービスは、働かず遊びに行っていると思われるからと、利用するのを嫌がる。(J)</li> </ul>	介護サービスに関する意識や利用状況	地域住民の介護に関わる状況・価値観
<ul style="list-style-type: none"> <li>・戦争やマラリアでお年寄りが亡くなっているのだから、年寄りを介護した人が少ない。だから、扱いがわからない感じ。(B)</li> <li>・相談事のような電話がかかってくる。息子から介護している母親が言うことをきかないとか、自殺やうつや痴呆もポツポツと。(C)</li> <li>・同居人、患者の面倒をみない人が多い。(G)</li> <li>・この地区は、寝たきりは家族で介護。介護は嫁や妻がみるべきという気風は以前よりは減っている。(H)</li> <li>・要介護の人は今は施設にいる。男の人が介護をすることはなく、介護は嫁の仕事。(J)</li> </ul>	地域住民の介護状況、介護観	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・痴呆に対する偏見の目がまだあり、すぐ鳥から出そうというような感じになるので、その辺を変えていかないといけないのかなあ。若い世代にも老人をいたわるといことはだんだん出てきてはいるが、まだまだ老人同士のいたわりがない。(B)</li> </ul>	地域住民の高齢者観	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・痴呆で1人暮らしの人は周りの人、近所とか兄弟とかかみている。(A,B)</li> <li>・昼間不在者の家に電気がついているとか、気になることや人については近所の人から電話がかかってくる。(C)</li> <li>・外来には近所の人に乘せてきてもらうなど助け合いがある。(H)</li> <li>・1人暮らしで戸が開いていないと近くの人が見に行く。(E)</li> <li>・患者同士で診察が終わったら待合室で待っていて一緒に帰るようなつながりはある。(I)</li> <li>・1人暮らしの方で近所の人が電話で往診の依頼をしてきたことがある。(I)</li> </ul>	地域住民同士の見守り・支え合いの状況	地域住民のつながり、支え合いの状況
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の人のつながりは家の人より強い。(D)</li> <li>・近隣とのつながりが深い。(F)</li> <li>・部落全員顔見知り。1人暮らしの人は、戸が開いていないと近所の人が見に行く。(E)</li> <li>・隣家と5~6軒離れている高齢者がいるが、近所での助け合いはない。(G)</li> <li>・小中学校の運動会は家族全員で出る。地域の行事があると患者がパタッと減る。(I)</li> <li>・患者が外来に姿を見せないと、近所に住む人に聞いたりする。(J)</li> </ul>	地域住民のつながりの状況	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の健康問題は、独居の老人が多いのでそういう人の健康管理。地域性からお酒を飲む行事が多いので、肝機能とか血圧とか高いが受診しない。(A)</li> <li>・独居老人への対応が今後の課題。(F)</li> </ul>	独居高齢者の健康管理	独居高齢者(日中独居を含む)の健康問題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・昼間は家族がいないので、食事はベッドにお菓子が置いてある者がいる。水分補給も問題。(C)</li> <li>・息子と2人暮らしで、食事は1日1食弁当、食品にカビが生えていることがある。(G)</li> <li>・1人暮らし高齢者などバランスの悪い食事をしている。メリハリなくおいしく食べられていない。(J)</li> </ul>	独居高齢者(日中独居を含む)の食生活	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・痴呆で1人暮らしの人は約3人。周りの方、近所とか兄弟とかかみている。(A)</li> <li>・1人暮らしで痴呆も増えてきている。朝と夜の時間を間違えて出歩いたり、どうしても在宅生活がだめだった人は2人で島外の子供達に引き取られていってしまったり。(B)</li> </ul>	独居の痴呆高齢者の問題	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・サンルームの中にいるのでカーテンをつけてもらったり、訪問看護師がいく日は風が入るようにあけておいてもらったり、温度調節が難しい。(C)</li> </ul>	日中独居の高齢者の療養環境	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居高齢者の薬の飲み忘れが問題。(G)</li> </ul>	独居高齢者の内服に関わる問題	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・デイサービスがないので社協主催のボランティアによるミニ・デイサービスでリハビリを兼ねて対応。町保健師にリハビリ教室を開設して欲しい。(A)</li> <li>・ショートステイ施設がない。寝たきりの人を船に乗せて島外の施設に行くのは大変。ショートステイなどの介護福祉サービスがあったら、長くこの島に住めると思う。住民ボランティアを活用した民間の通所サービスがある。役場に相談して、介護保険サービスとして利用することあり。寝たきりの人をお風呂に入れてくれたりもする。ただし、ちゃんとした介護者がいるわけではないので不安な面もある。(B)</li> <li>・社協の送迎サービスは時間がかかるため、看護師が迎えに行くことがある。(D)</li> <li>・ショートステイ施設が2カ所。ゆとりをもって介護できるようもっと増えればよい。(F)</li> <li>・患者の入院や施設入所により、在宅療養者が減っている。(G)</li> <li>・訪問看護はない。デイサービスは村で実施。(J)</li> <li>・1人暮らしの食生活の問題から、給食サービスがあるとよい。(J)</li> <li>・診療所に運動器具が置いてあるが、それをしに受診している人がいる。寒くなったら無理しなくていいよと言っているが、きちんと受診して運動していく。リハビリであり、楽しみになっている様子。(J)</li> </ul>		要介護高齢者支援のための社会資源
<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所に来る足がない。来られない人が迎えに来てということがあり、緊急時は看護師が迎えに行く。(D)</li> <li>・交通が不便で、交通手段がない。診療所から遠い人へは往診している。(E,G,H)</li> <li>・80歳代の老夫婦、足腰弱く、バス停留所までも歩行できないので、家族が送迎。往診対応することもある。(G)</li> <li>・高齢者は近所でも家族が送ってくることが多い。行楽シーズンで家族が忙しい時は従業員が送ってくることも多い。(I)</li> <li>・週1回位の通院であるが、バスに乗ってくるか、本人か家族が車を運転して来る。(J)</li> </ul>		個々の患者の診療所までの通院手段

表4-3 患者・地域住民についての看護職の視点 (つづき)

内 容	視 点	
	小項目	大項目
・畑に行かないと怠け者にみられるからと一生懸命畑に行く。最初は遊んでいると思われるからと、デイサービスに来るのを嫌がる。(B) ・老人はゲートボールが盛ん。ゲートボール大会の日は診療所が暇になる。(E) ・仕事は農業で田んぼはなく畑。趣味は仕事。趣味や遊びがない。動けなくなったら死んだ方がいいと考えている。10年位前まで自殺が年に数件あった。要介護の人々は今は施設にいる。(J)	高齢者の健康意識や考え方	地域住民の健康意識や考え方
・高齢者は定期受診、薬を飲んでいる人が多いから自分の健康を気にして来る人は多い。若い世代はあんまり。住民健診を受けているのは高齢者の方が多いのではないか。(B) ・この辺の人は健康にすごく注意しているなど感じる。定期的な健診を都市部まで行って受けている人もいる。(I) ・村から送迎バスが出るにもかかわらず、基本健診の受診率が村のもう一つの地区と比べて低い。順番を待つのが嫌、病気を見つけられるのが嫌という理由。(J)	地域住民の保健サービス利用行動や考え方	

2) 地域住民の生活状況

[地域住民の食生活・食習慣], [高齢者の地域・家庭生活状況], [気候による活動への影響], [地域住民の職業や生活状況], [地域住民の衛生意識, 生活環境] という【地域住民の生活状況】の視点があった。例えば, [地域住民の食生活・食習慣] は, 食事の味付けや内容, 食習慣などであり, [気候による活動への影響] は, 冷涼な気候や豪雪地帯という地域特性が住民の外出や受診に影響をもたらしているなどの内容であった。

3) 地域住民の介護に関わる状況・価値観

[介護サービスに関する意識や利用状況], [地域住民の介護状況, 介護観], [地域住民の高齢者観] という【地域住民の介護に関わる状況・価値観】という視点があった。具体的には, [介護サービスに関する意識や利用状況] は, 地域住民の社会資源利用に関わる意識や具体的な利用状況について, [地域住民の介護状況, 介護観] は, 戦争や風土病などの地域の歴史に由来して, 高齢者介護の経験者が少ないという地域特有の状況をふまえた地域住民の介護観など, [地域住民の高齢者観] は, 痴呆に対する偏見や高齢者へのいたわりが少ないという内容であった。

4) 地域住民のつながり, 支え合いの状況

住民同士の見守りや支え合いの具体的な状況といった [地域住民同士の見守り・支え合いの状況] と, 近隣住民同士の結びつきの強さといった [地域住民のつながりの状況] という【地域住民のつながり, 支え合いの状況】の視点があった。

5) 独居高齢者 (日中独居を含む) の健康問題

[独居高齢者の健康管理], [独居高齢者 (日中独居を含む) の食生活], [独居の痴呆高齢者の問題], [日中独居の高齢者の療養環境], [独居高齢者の内服に関わる問題] という【独居高齢者 (日

中独居を含む) の健康問題】の視点があった。独居高齢者の内服薬, 食事, 環境面について, 他者の援助が必要な問題状況について広く把握する視点であった。

6) 要介護高齢者支援のための社会資源

要介護高齢者が地域で利用可能な社会資源の種類や, 地域に不足している社会資源についての利用する地域住民の立場からの視点であった。

7) 個々の患者の診療所までの通院手段

公共交通機関が少なく, 交通が不便というへき地の特徴から, 個々の患者の診療所までの通院手段や, 誰が送迎しているかなどの具体的な通院方法を把握する視点であった。

8) 地域住民の健康意識や考え方

[高齢者の健康意識や考え方] と [地域住民の保健サービス利用行動と考え方] という【地域住民の健康意識や考え方】の視点があった。具体的には, [高齢者の健康意識や考え方] は畑仕事を務めや役割と位置づけて趣味や余暇を楽しむことを「怠ける, 遊んでいる」ととらえるなどの内容であり, [地域住民の保健サービス利用行動と考え方] は, 地域住民の健診の受診行動と受診に関わる考えであった。

2. 看護活動の特徴

全対象者の逐語録から取り出した看護活動内容をその類似性によりまとめた結果, 6つの看護活動の特徴が見出された (表5)。

1) 活動対象者の特性に対応した活動

患者・地域住民についての看護職の視点には【診療所活動の対象特性】があったが, それらの対象特性に対応した活動が行われていた。例えば, A診療所の看護職は, 高齢者が多いという外来の対象特性に対し, 高齢者への薬の飲み方の指導や

へき地診療所において発展させるべき看護活動

表5-1 看護活動の特徴

\*表中のアルファベットは研究対象の診療所記号を表す

看護活動内容	特徴	
	小項目	大項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>・耳の遠い人には大きな声で話しかけたり、メモに書いたりする。(D,E,I)</li> <li>・外来に紙おむつを用意しておき、失禁した患者に貸し出す。(D)</li> <li>・患者の状況について、電話で家族から情報を得る。(D)</li> <li>・医師の説明を理解していない人や耳の遠い人には、診察後に再度説明する。(A,E)</li> <li>・高齢者で身体が不自由な人の転倒予防。(E, J)</li> <li>・寒さへの配慮。(D)</li> <li>・往診時、骨折予防のための環境整備などの指導。(D,F)</li> <li>・雨や雪の日の転倒予防のための玄関の環境整備。(I)</li> </ul>	高齢者が対象であることに関する看護援助	活動対象者の特性に対応した活動
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者への薬の飲み方の指導や薬の分包。(A,C,D,E,F,J)</li> <li>・内服薬の管理ができない患者には、家族に内服方法を説明する。(D,H)</li> <li>・往診時、内服薬を患者宅のカレンダーに貼ってくる。(D)</li> </ul>	高齢者が対象であることに関連した服薬の援助	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・大まかだが、家ででの生活を知っているため、診察後に食事指導を実施。(D)</li> <li>・診察後の会話の中で、高血圧患者や糖尿病患者に食事指導を実施。(E,F,G,H)</li> <li>・往診時、体重増加に対し運動指導する。(C)</li> <li>・往診時、血糖値の高い人の間食を聞き指導したり、減塩指導を行ったりする。(E)</li> <li>・冬は活動量が低下するので、塩分や体重の指導を行う。(J)</li> <li>・たまに患者が薄めに漬けてみた漬物を持って来るが、医師、看護師が食べてみてかなり塩辛い。それを本人に伝える。(J)</li> </ul>	慢性疾患患者への日常生活指導	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服薬の管理ができない患者には、家族に内服方法を説明する。(A,D,H)</li> <li>・患者帰宅後、家族に電話で症状の対処方法や水分摂取を指導する。(D)</li> <li>・往診時、家族にオムツ周囲の清潔方法の指導や転倒予防の指導。(E)</li> <li>・往診時、家族に口腔ケア方法を指導。(F)</li> <li>・家族に経管栄養の指導。(C)</li> <li>・外来に付き添ってきた家族に「疲れていませんか」、「休めていますか」などの声をかける。(F)</li> </ul>	介護家族への支援	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・家ででの生活を知っているため、相手の気を損ねないように配慮しながら、医師の指導の後に具体的に説明する。(D)</li> <li>・患者の様子がいつもと違う場合には、診察前に状況を聞く。(D)</li> <li>・初診の患者の場合は診察前に状況を聞く。(E)</li> </ul>	活動対象が固定していることに関連した援助	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来患者は旅館従業員も多い。国民健康保険に加入していない人もいる。そのためぎりぎりまで、かなり具合が悪くなるまで受診しない。このような場合、医師に言って診療費用の説明などを配慮してもらう。(J)</li> </ul>	国民健康保険未加入者への対応	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・電話相談に応じる。(A)</li> <li>・気になることや人については、近所の人から電話がかかってくる、相談事のような電話がかかってくる。1人暮らしの人や、介護相談。自殺やうつや痴呆もポツポツと。(C)</li> <li>・患者からの電話に対応したり指導したりする。(D,E,G)</li> <li>・住民から看護師あてに電話がかかってくる場合は、発熱時の対応方法、虫さされの手当についての相談などである。(F)</li> <li>・必ずといっていいほど電話で相談してくる患者はいる。症状をだいたい聞くと、大丈夫です、様子見てまた相談しますという。(I)</li> <li>・「こういう症状だが診てもらえるか」という問い合わせの電話が多いので、症状を聞いてすぐ来るように言う。(I)</li> <li>・電話相談も時々あり、対応する。(J)</li> </ul>	健康や生活面の電話相談	プライマリケア機関としての役割を果たす活動
<ul style="list-style-type: none"> <li>・気になる患者には、帰宅後の状況把握のために電話を入れる。(E,F)</li> <li>・往診後気になる患者で連絡が取れない場合、再度訪問し様子を見てくる。(E)</li> <li>・往診時は健康手帳に診療所の連絡先を記入。(F)</li> <li>・訪問看護対象者で状態が気になる場合、訪問の間にも様子を見に行く。(C)</li> <li>・精神的にだいたい疲れている患者の帰る時の様子が心配だった時に、帰宅後電話したことはある。(I)</li> </ul>	患者の健康状態に責任を持つ援助	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間はないが、医師が不在の時もある。定期内服の場合は医師に事前に許可をもらい、看護師が定期処方として出す。直ぐに診察が必要と判断した場合は、拠点病院など他の医療機関への受診を勧める。(A)</li> <li>・医師不在時、予測できることは家族に指示し、家族が病院へ電話する。(D)</li> <li>・医師不在時のみ擦り傷などの消毒を行う。(E)</li> <li>・代診以外の医師不在時は看護師が対応。食事指導や薬の飲み方について相談を受けることがある。(F)</li> <li>・医師不在時、定期処方の場合は事前に医師に許可をもらい出す。(I)</li> <li>・末期ガン患者への対応を今まで1~2件経験。通院で点滴。医師不在時の急変時の対応を言っておいてもらう(瞳孔、心音など)。(J)</li> </ul>	医師不在時の患者への対応	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・代診以外の医師不在時は看護師が対応。必要と判断した場合、拠点病院へ連絡。(E,F,G,H,I)</li> <li>・拠点病院には小児科、脳外科がないので、小児と脳外科の患者は別の後方病院と連携をとる。(J)</li> </ul>	医師不在時の拠点病院との連携	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師不在時、救急患者は直接拠点病院の救急室に連絡し状況説明、その医師から指示を受けて、搬送するのか、診療所で様子を見るのか指示をもらう。けがや骨折のケースなど。診療所でまず固定をして、簡単な処置をする。搬送時、基本的には家族が付き添うが、1人暮らしとか、家族が付き添えない、意識の状態が悪い場合は看護師か医師、主に看護師が付き添う。(A)</li> <li>・救急時は、急患へりで運ぶがへりが着くまで時間がかかる、特に夜間。その間診療所で点滴したり、拠点病院に連絡し指示を仰ぎながら待つ。(B)</li> <li>・代診以外の医師不在時で救急の場合は、直接、拠点病院に連絡。救急車の手配。(E,F)</li> <li>・代診以外の医師不在時で救急の場合は、直接、拠点病院に連絡。救急車の手配。症状がひどい時や時間外になりそうな時は、拠点病院の事務と外来看護師に症状を伝えておく。(I)</li> </ul>	医師不在時の救急患者への応急処置など初期対応、医師や搬送先拠点病院などへの状況説明や連絡調整	

表5-2 看護活動の特徴 (つづき)

看護活動内容	特徴	
	小項目	大項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>・土日や夜でも、相談があつたり呼ばれたりする。時には看護職が行く必要性を感じられない時でも。(A)</li> <li>・休日で体の具合が悪くなった場合には、看護師の家に電話がかかってくるか、直接医師のところに電話するかで対応している。看護師の所へ連絡がきたら、医師に電話して診てもらおうようにしている。(B)</li> <li>・日曜日の電話による訴えにも対応。患者を知っているのも、その気性、日常的な主訴なども考慮に入れながら対応。(D)</li> <li>・休日などに町で住民から声をかけられたり、相談されたりすることがうれしい。(F)</li> </ul>	夜間休日の対応	プライマリケア機関としての役割を果たす活動
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の入院について他の医療機関看護師から入った連絡に対応する。(D)</li> <li>・入院時、紹介状を持たせる旨を看護師が各病院外来の看護師に連絡する。(E)</li> <li>・入院が必要な場合、病院看護師へ連絡する。(F)</li> <li>・入院が必要な場合、必要時病院看護師へ連絡する。(C)</li> </ul>	入院必要時、へき地医療拠点病院などの看護師との連携	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所に本人を家族が連れてくる時もあり、その家族に指導することもある。(A)</li> <li>・往診時、家族の話の聞いたり、健康状態を尋ねたりする。(C,E,H)</li> <li>・外来と一緒に来た家族で気になる人にはどうですかと声をかける。(H)</li> <li>・往診時、あらかじめわかっているケースでは、家族のカルテも持参し診察を行うこともある。(F)</li> <li>・往診時に、患者の妻も診察しているケースがある。高齢者でなかなか来るのも大変なので。(I)</li> </ul>	家族の健康支援	患者、家族、地域住民の生活状況に対応した活動
<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人で生活できるレベルの痴呆性老人は、看護師や親戚の方が時々見守りに行く。(A)</li> <li>・痴呆に対する偏見の目がまだあり、すぐ島から出そうというような感じになるので、その辺を変えていかないといけないのかなあと。住民ボランティアを活用した民間の通所サービスがある。役場に相談して、介護保険サービスとして利用することあり。(B)</li> <li>・5~6軒、近所と離れている高齢者について、看護師から民生委員に連絡。(G)</li> <li>・独居高齢者の場合には、近所の住民からも情報を得る。(F)</li> <li>・患者が外来に姿を見せないと、近所に住む人に聞いたりする。(J)</li> </ul>	地域住民の支え合いを生かした高齢者支援	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・往診時は食事や部屋の環境調整(冷暖房)の指導、電動ベッド貸与サービスの紹介をする。(D)</li> <li>・地域でとれる野菜や手作りうどんを取り入れた食事指導をする。(C)</li> </ul>	地域住民の生活状況をふまえた援助	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議で社協と村保健師と、在宅療養者の様子、情報交換、話し合いを行う。会議は月1回、1時間程度、テレビ会議で。他には、往診時で得た情報については、ヘルパーなどに次はこういう所を見てほしいとか、直接話をしたりする。(C)</li> <li>・医師不在時は、在宅療養者についての訪問看護師やケアマネージャーからの連絡に対応。その他、ベッドの貸与について社協に連絡したりする。(D)</li> <li>・関係機関、職種への連絡は在宅介護支援センターを通して連絡してもらう。(E)</li> <li>・ケアマネージャーや訪問看護師、町保健福祉部門と連絡を取り合っている。(F)</li> <li>・町高齢者福祉センター、在宅介護支援センター、老人保健施設と連絡を取り合っている。(G)</li> <li>・医療・福祉との連携はケアマネージャーが調整役になっている。問題が生じた時などのケースについての会議は患者宅で家族、ケアマネージャー、訪問看護師、医師、看護師で開いている。訪問看護師は訪問の後に診療所によって報告していく。(H)</li> <li>・訪問看護師は訪問後その日の状況で診療所に報告に来ている。(I)</li> <li>・介護の認定について村福祉課と連絡を取り合ったりする。(J)</li> </ul>	要介護高齢者支援に関わる介護保険サービス関係者との連携	在宅ケアチームの一員としての活動
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ショートステイ施設がない。島外の施設へ行くために、寝たきりの人を船に乗せていくのはとても大変。(B)</li> <li>・配食サービスを併設施設で実施。配食サービスに対する要望や意見を聞いて検討している。ヘルパーが配達回収をしているので、各ヘルパーから情報を得ている。(C)</li> <li>・ベッドの貸与について、社会福祉協議会に連絡し手配する。(D)</li> <li>・5~6軒、近所が離れている高齢者が例外的に給食サービスを受けられるよう支援した。(G)</li> <li>・介護の認定について村福祉課と連絡を取り合ったりする。介護保険やその申請方法について患者に説明したりする。(J)</li> </ul>	社会資源利用に関わる看護活動	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・往診後に処方薬を患者宅に届ける。(C,D,E,F)</li> <li>・高齢者の移送サービスは社会福祉協議会とのやりとりが大変なので、看護師が患者の送迎をする。(D)</li> <li>・受診したいが交通手段がないと患者から電話で相談を受け、患者を送迎する。(D)</li> <li>・バス利用者の場合には、前に来た人に断り、診察の順番調整をする。(E,G)</li> <li>・診察終了後に家族に迎えの連絡を入れる。(E)</li> <li>・患者が移送サービスを利用している場合、送迎を社会福祉協議会に連絡する。(E)</li> <li>・患者のその日の受診手段を把握して、1人で帰宅するのが無理そうな時は事務職者が車で送ることもある。(I)</li> </ul>		診療所への受診手段に関する援助
<ul style="list-style-type: none"> <li>・最初は遊んでいると思われるからと、デイサービスに来るのを嫌がる。年をとることに慣れていない。それで保健師にお願いして老人会に話をしてもらった。(B)</li> <li>・地域ケア会議を社協と村保健師と行う。テレビ会議で、1時間と決まっている。スムーズに進む反面、直接顔を見て話しをした方がいいと思うこともある。(C)</li> <li>・看護師は町保健師から電話があると受けて医師に報告することもある。(D)</li> <li>・継続的に関わる必要のある患者については、町保健師に訪問を依頼。(F)</li> <li>・月1回保健事業の時に会う。(J)</li> <li>・保健師と相談して、基本健診の結果説明会の個別指導を行っており、保健師と一緒に指導に当たっている。(J)</li> </ul>	市町村保健師との協働の必要性・連携方法	市町村保健師との協働活動
<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村基本健診、がん検診への関わり。(C,D)</li> <li>・市町村予防接種事業への関わり。(F)</li> <li>・乳幼児健診や予防接種への関わり。(J)</li> </ul>	市町村保健サービスに関わる看護活動	

薬の分包といった〔高齢者が対象であることに関連した服薬の援助〕を実施していた。

#### 2) プライマリケア機関としての役割を果たす活動

地域の保健医療福祉資源が少ない状況から、受診後の健康状態が気になる患者への電話や訪問などでの状況確認、入院が必要な患者についての拠点病院看護師との連携、医師不在時や夜間休日の患者への対応や拠点病院との連携、地域住民からの健康や生活面の相談に応じるなど、地域住民のプライマリケアの窓口としての機能を果たしていた。

#### 3) 患者、家族、地域住民の生活状況に対応した活動

【地域住民の生活状況】、【地域住民のつながり、支え合いの状況】という視点から把握した状況に対応した活動を行っていた。具体的には、F診療所の看護職は近隣とのつながりが深いという【地域住民のつながり、支え合いの状況】に対応して、独居高齢者の場合には近所の住民からも情報を得るといった〔地域住民の支え合いを生かした高齢者支援〕を実施していた。また、活動対象が固定しており、患者の家族も活動対象者となるため、家族単位での働きかけなど、家族への援助が行われていた。

#### 4) 在宅ケアチームの一員としての活動

保健医療福祉資源の少ないへき地では、診療所は在宅ケアチームの一員として大きな位置を占めることから、看護職は、要介護高齢者支援のために介護保険サービス関係者と連携を図ったり、患者が社会資源を活用できるように援助したりして、在宅ケアチームの一員として機能していた。

#### 5) 診療所への受診手段に関する援助

看護職の視点には【個々の患者の診療所までの通院方法】があったが、それを把握した上で通院困難な患者の送迎や往診患者の処方薬の配達、バス利用者の順番調整などの通院方法に関する援助を行っていた。

#### 6) 市町村保健師との協働活動

上記4)においても保健師との協働活動は行われていたが、高齢者のデイサービス利用に関する意識など、地域住民の考えに対する働きかけや生活習慣病予防の活動など、地域住民の健康レベルや健康意識の向上を目指して保健師と協働活動を行っていた。

### 3. 看護活動に必要な支援

看護活動に必要な支援は4つ見出された(表6)。

#### 1) 自己研鑽の機会の確保とそれに関わる問題への対応

研修などの自己研鑽の機会が少ないことが挙げられており、自己研鑽の機会の確保が必要とされていた。また、研修などの参加に関わる問題として、勤務時間内に研修に参加するためには代替者を確保する必要がある、それが難しいことが共通してあげられた。交通不便な状況に由来する開催場所や時間設定の検討、医療および看護の新しい情報の提供、救急処置や福祉サービスなどのへき地診療所の看護活動の特徴に見合った研修内容の検討が求められていた。

#### 2) 仕事上の悩みや困難事項の相談者や助言者、特に地域に特有の状況を理解できる存在

仕事上の悩みは医師・同僚などの身近な人に相談している状況であった。地域住民の看護職への期待や看護職の生活の場が地域内にあることから、公私の区別がつけにくいことや看護職の生活行動が住民の目に触れるなど、地域に特有の状況があげられ、これらの状況を理解した上で相談や助言に乗れる存在が必要とされていた。

#### 3) 看護職支援を目的とした会議や情報交換の場の設定

看護職支援を目的とした会議が拠点病院や県、市町村で開催されており、共通の問題について話し合っ解決を目指したり、情報を交換したりする場として機能している状況があり、このような場の設定が必要とされていた。

#### 4) 交代する看護職の人材の確保や育成

ケアマネージャーを兼務している看護職の場合、数年単位の交代制で派遣されていても、資格を有する人材を確保したり、育成したりしなければ交代できない状況があり、交代する看護職の人材の確保や育成が求められていた。

## IV. 考察

### 1. 患者・地域住民についての看護職の視点の特徴

結果1から、看護職が地域住民の生活を様々な視点から詳細に把握していることが確認できた。患者・地域住民についての看護職の視点は8つ見出されたが、この8つの中には、地域住民の日常生活行動の事実だけでなく、意識や価値観・考え

表6 看護職に必要な支援

看護職の自己研鑽状況、職業意識についての内容	必要な支援	
	小項目	大項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修会はあっても出ている間の看護師の確保が難しく、昨年は1日行かせてもらったが、毎年は希望しても難しい、予算的にも。(A)</li> <li>・研修で3日以上空ける時は代わりの人を依頼するが、医師に確認して医師が大丈夫といえれば依頼しない。夏休みは長期でとるので、その時だけ毎日ではなく週に3日位来てもらっている。(A)</li> <li>・看護師がたまたま島から出る時には、平日だったら拠点病院から代わりの看護師が来て、土日は不在になる。(B)</li> <li>・研修参加は認められているが、代わりがない現状では参加できない。(F)</li> <li>・研修参加は認められている。研修、学会は何年か前に参加。(G)</li> <li>・勤務時間内でも研修参加は認められていない。(H)</li> </ul>	自己研鑽の機会が少ない 研修参加時の代替者の確保と予算の問題	自己研鑽の機会の確保とそれに関わる問題への対応 (参加時の代替者の確保、開催時間や場所の検討、へき地の看護活動の特徴に見合った研修内容の検討)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・勉強の必要性を一番感じるのは小児科。代診の先生に薬のこと聞かれても、表にあるものを見せる程度で。疾患の知識が足りないなどすごく感じる。(I)</li> <li>・福祉サービスについての知識を得たい。(F)</li> <li>・緊急時の対応(心肺蘇生、救急車が来るまでの初期対応)について勉強したい。(F)</li> <li>・拠点病院の勉強会には何度か参加した。帰りが遅いので、家庭もあるので最近あまり出ていない。バスが1時間に1本しかない。(I)</li> </ul>	看護師の知識獲得のニーズ:小児科、福祉サービス、救急処置 研修開催の場所や時間を検討する必要性	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・(自己研鑽は)色々やらなくちゃとは思いますが、機会は与えてくれるんでしょうけど、皆さん高度でついていけないので、いつも遠慮させてもらっている。年齢的に大儀だと思えるところはある。(I)</li> </ul>	職種に応じた研修内容の検討の必要性	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新しい情報の入手が一番問題。派遣元の病院に行って聞か、看護部長に問い合わせる。看護雑誌を毎月取っている。(A)</li> </ul>	医療・看護の新しい情報の入手が困難	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・心理学の勉強をしたい。もう少し心理学を学んでいれば、患者への接し方が違って来るのかなと思う。对患者だけでなく、スタッフに対しても自分の働きかけがうまくいけば、人間関係がうまくいくのではないと思う。(C)</li> </ul>	看護師の知識獲得のニーズ:患者やスタッフとの人間関係	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護の大学院に行って、看護を深く学びたい。(C)</li> </ul>	看護学の学習	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・(仕事の)悩みの相談は派遣元の病院の前の病棟の主任さんとかそういう人に。(A)</li> <li>・同僚。(D,E)</li> <li>・医師。(D)</li> <li>・家族。(C,F,G)</li> <li>・友人。(E,G,H)</li> </ul>	仕事上の悩みの相談相手	仕事上の悩みや困難事項の相談者や助言者、特に地域に特有の状況を理解できる存在の必要性
<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間関係が難しい。例えば1人の人に理解力が低いので訪問すると、あそこの家には行くのにうちは来ない、ひいきしている、みんな同じように見て欲しいと思っている。あっちは看護師に好かれている、こっちは嫌われているなど、働きかけが難しい。(A)</li> <li>・長くいるとどうしても甘えが出てくる。馴れ合いになって、どんなことでも聞いてくれるのが最近出てきて、仕事とプライベートの区別がなくなってきて気をつけなくちゃと思う。土日でも、夜でも。必要もないのに知り合いだから来るのが当たり前と呼ばれたりする。(A)</li> <li>・電気がついていない、ついていないなど看護師の生活行動を見られている。(C)</li> <li>・自分が来てまもない。老人保健施設と兼務なので、どこに関わってあげればいいのか、比較的浅くなってしまふ。できるだけ深く関わられるような努力をしたいと思っている。(C)</li> <li>・業務には慣れたが、まだ覚えるのに忙しい。ブランクがあるのでまず慣れること。(H)</li> <li>・心理学の勉強をしたい。もう少し心理学を学んでいれば、患者への接し方が違って来るのかなと思う。对患者だけでなく、スタッフに対しても自分の働きかけがうまくいけば、人間関係がうまくいくのではないと思う。(C)</li> </ul>	仕事上の困難、課題、地域に特有の状況	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点病院では年1回、診療所看護師会議が開かれる。問題・疑問に思っていることの話し合いが主。(A)</li> </ul>	看護職支援を目的とした拠点病院の看護師会議	看護職支援を目的とした会議や情報交換の場の設定
<ul style="list-style-type: none"> <li>・県主催の全島の診療所看護師会議もあり、必ず出ている。内容は問題・疑問に思っていることの話し合いが主。(A)</li> </ul>	看護職支援を目的とした県主催の看護師会議	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・年3~4回、研修ではなく村内の国保診療所看護職との情報交換に参加。(J)</li> </ul>	看護職支援を目的とした村内の看護師会議	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・もう少しは勤務する予定。ケアマネージャーもしているの、次に交代する看護師は、ケアマネージャーを持っている人でないと難しいと拠点病院から言われている。(B)</li> </ul>		交代する看護職の人材の確保や育成

についての視点も多く含まれていた。このような視点は、看護職が個々の患者とのかかわりを通して、患者の生活行動を深くとらえ、それに関連した患者の気持ちや考えまでも把握し、それらを活動の中で集積していった結果得られた視点ではないかと考えられる。このことから、看護職が地域住民の考えを重視して看護活動を行っていることが伺える。

また、これらの8つの視点は、保健師が受け持ち地区という形で特定された地域の居住者に対して看護活動を展開していく時に用いる専門技術である地区診断の視点と共通する部分が多い。平山<sup>4)</sup>は「保健師の行う地区診断は、受持ち地区の成り立ち、そこに住む人々の生活実態と健康問題を把握し、さらには保健師自身の取り組むべき活動は何かを明らかにしていくものである。」と述べている。そして地区診断について、「対象の構成の明確化」、「健康問題の明確化」、「人々の保健行動の把握」、「家族および地域社会の共同生活の把握」という4点から地区診断の視点を細かく挙げている。

患者・地域住民についての看護職の8つの視点のうち、【診療所看護活動の対象特性】、【個々の患者の診療所までの通院方法】、【要介護高齢者支援のための社会資源】は「対象の構成の明確化」、【独居高齢者の健康問題】は「健康問題の明確化」、【地域住民の健康意識や考え方】、【地域住民の生活状況】、【地域住民の介護に関わる状況・価値観】は「人々の保健行動の把握」、【地域住民のつながり、支え合いの状況】は「家族および地域社会の共同生活の把握」と、すべて上記の4つの視点のいずれかに含まれていた。へき地診療所の看護職は対象地区の診断を目的として意図的に地域住民の状況を把握しているわけではないが、看護職がへき地において看護活動を発展させていくためには、本研究で明らかになった8つの視点のような地区診断と同様の視点を持って看護活動を展開していくことが重要であると考えられる。

## 2. へき地診療所において発展させるべき看護活動

以上のことから、へき地診療所において発展させるべき看護活動について考察する。

1) 地域社会の共同生活のあり様を把握し、それを基盤とした看護活動

1)で述べたように、看護職は地域住民の生活状況やそれに関連した地域住民の意識や価値観を詳細に把握して看護活動を展開していた。このような地域住民の共同生活のあり様は活動を行う上での基盤となっており、8つの視点は共同生活のあり様を把握する上で重要な視点であると考えられる。

2) 在宅ケアチームの一員としての関係機関との連携

看護職は、地域の社会資源の状況や住民に必要な社会資源について把握した上で、関係機関と連携をとったり、社会資源利用に関わったりする活動を行っていた。へき地診療所は地域住民の一次医療機関であり、入退院や施設入退所時の通過地点として、入院・入所中や自宅へ戻ってからの患者の状況把握が行いやすい位置にある。また、へき地では介護保険などの福祉サービス事業者や関係機関などの社会資源の数が少ないため、個々の機関とのかかわりはその分深くなり、有機的な連携が可能となるのではないかと考えられる。さらに、地域ケア会議などの参加の機会があれば、関係者と直接顔を合わせて情報を共有することが可能となり、より緊密な連携が可能となると考えられる。看護職自身が在宅ケアチームの一員として機能していることを認識する機会ともなる。

3) 市町村保健師と地域住民の健康問題を共有し、地域住民の健康レベルの向上に向けた協働活動

看護職は地域住民の生活状況や独居高齢者の健康問題などを把握しており、これらを市町村保健師と共有することで、地域住民の健康問題がより明確となり、地域住民の健康レベルの向上という目標に向けて具体的な活動の展開が可能となると考えられる。市町村保健師にとっても、地域住民との接点が多く、住民の生活状況を細かく把握している診療所看護職は、地区活動を行う上での重要な存在となり得る。

特にへき地では高齢化の進行が顕著であり、高齢者が地域で安心して生活できる地域づくりや高齢者の健康づくりは重要な課題であり、このような課題に向けた協働活動の発展が望まれる。

4) 身近な相談機関としての健康生活支援

健康や生活面の電話相談という活動から、地域住民にとって診療所が健康生活に関する身近な相談機関となっていることが推測される。このような、生活者としての視点から住民の健康生活に関わる保健医療福祉を包含した幅広いニーズを満た

す活動が重要であると考えられる。

5) 迅速かつ的確な判断に基づく医師不在時や救急時の対応と拠点病院との連携

医師不在時や夜間休日の対応、救急患者への初期対応や拠点病院との連絡調整は、患者を速やかに必要な医療に結びつけるという点で、一次医療機関として重要な活動であると考えられる。看護職には、患者の症状から疾患や障害を予測して対応したり、症状や全身状態を他の医療職者に的確に伝えたりするために、迅速かつ的確な判断能力が求められる。

### 3. 必要な条件づくり

結果3から、看護職に必要な4つの支援が明らかになった。このような支援の実施主体としてはまず、へき地診療所を後方から支援する役割を持つへき地医療拠点病院が考えられる。特に、「自己研鑽の機会の確保とそれに関わる問題への対応」については、地域特性や看護活動の特徴に見合った研修内容の設定が可能であると考えられる。また、「仕事上の悩みや困難事項の相談者や助言者、特に地域に特有の状況を理解できる存在の必要性」についても、地域に特有の状況を把握しやすい立場にあることから、へき地診療所の看護活動を支えるためにへき地医療拠点病院が果たせる役割は大きいと考えられる。

また、保健所単位や都道府県からの支援が考えられる。特に「看護職支援を目的とした会議や情報提供の場の設定」など、同じ職種・立場で問題を共有して解決を図ったり、意欲を支え活動を評価したりするといった支援が可能ではないかと考える。

さらに、本学の建学理念から考えると、本学部もへき地診療所の看護職支援に貢献できるのではないかと考えられる。米国では、地域と大学が共同でへき地診療所を開設し、地域住民の疾病予防と健康増進のためのサービスを提供し、一方で大学看護学生の臨床的な教育の場、教員と学生の研究の場としている例が報告されている<sup>5)</sup>。本学部教員が看護活動についての相談・助言、情報提供などを通して支援を行うことにより、へき地診療所の現状に即した学生教育や研究が可能となるのではないかと考えられる。

## V. おわりに

本研究から、へき地診療所の看護職が患者・地域住民の生活のあり様について8つの視点から詳細に把握し、それを基盤とした看護活動を展開していることが確認できた。その結果から、へき地診療所において発展させるべき5つの看護活動が明らかになった。本研究で得られた知見をもとに、今後もへき地における看護活動の充実を目指して研究を継続していきたい。

## 文 献

- 1) 財団法人地域社会振興財団：平成11年度へき地住民の健康増進に関する研究等。財団法人地域社会振興財団（栃木），2000。
- 2) 牧野忠康，園田恭一，宗像恒次：高知県における地域看護について。1978へき地保健医療と行政制度等の論文集，日本看護協会調査研究報告CD-ROM版，5，2001。
- 3) 日本看護協会調査研究部：1978へき地における保健医療ニードとサービス，日本看護協会調査研究報告CD-ROM版，8，2001。
- 4) 平山朝子：公衆衛生看護学総論1 地区活動論。日本看護協会出版会（東京），141-148，1995。
- 5) Joyce Splann Krothe, Beverly Flynn, FANN, Dixie Ray : Community Development through Faculty Practice in a Rural Nurse-Managed Clinic. Public Health Nursing, 17(4);264-272, 1992。



## 報告

# 外来に通院する糖尿病患者の生活上の困難さ

友竹千恵, 小平京子, 村上礼子, 中村美鈴, 塚越フミエ

## Difficulties in a life of outpatients with diabetes

Chie TOMOTAKE, Kyoko KODAIRA, Reiko MURAKAMI,  
Misuzu NAKAMURA, Fumie TSUKAGOSHI

**要旨:**本研究の目的は、外来に通院する糖尿病患者の生活上の困難さを明らかにすることである。外来通院する糖尿病患者10名を対象にしてインタビューと基礎データの収集による調査を行った。その結果、困難さの種類には、「制限のある毎日への圧迫感」、「生活全体の調整の難しさ」、「病気による心身のままならなさ」の3つが見出された。「制限のある毎日への圧迫感」とは、食事や薬物、運動など必要とされる治療を生活の中に取り入れようとするが、その経験によって生じる感情が、対象者にとって押しつぶされそうなものとして捉えられているものである。「生活全体の調整の難しさ」とは、実際の生活が自分らしくないと感じ、生活全体の調整を試みている最中である。「病気による心身のままならなさ」は、糖尿病になったことへの気持ちが十分に解消されていないまま病状が出現しつつあり、今後も自分の存在がおびやかされるようなものとして感じている様子である。援助の方向性としては、自分独りで糖尿病に立ち向かわなくてはならないことや、家族には打ち明けられないような切羽詰まった孤独感などに対する心理的なサポートの必要性が示唆された。

**キーワード:** 糖尿病, 生活, 困難さ, 外来

### I. はじめに

糖尿病と共に過ごす人は、病気の進行を食い止め、合併症を抑えることを目的に、生涯にわたり血糖を調節するための治療を続けている。Paterson B.L.ら<sup>1)</sup>は、糖尿病の治療を生活のなかに組み込むプロセスは、人生の努力そのものであると述べている。しかし、長期にわたり糖尿病の治療を生活のなかに組み込み、その人らしさを創る作業を繰り返すには難しさが伴う。そのプロセス

を支援することが期待される看護師は、患者の生活とその背景を知る必要がある。

外来の場における援助の利点は、患者が今、何に取り組んでいるのか、何に困っているのかをその場で把握し、患者と共に考え、生活に根差した具体的方法を共に考え続けられることにある。つまり、患者の生活に根差した支援の場として有効である。そのため、外来における糖尿病患者への看護に着目した報告は多い。例えば、山川ら<sup>2)</sup>は外来で提供されている看護の内容について看護師を対象に調査をしている。その結果、「糖尿病患者の相談窓口があること」、「糖尿病患者担当看護師がいること」、「看護計画を立てていること」、

「病棟への引継を行っていること」、「糖尿病教室を開催していること」の5項目を看護の体制として整えることの重要性を明らかにしている。

糖尿病外来における看護師の援助の実際を報告した実態調査<sup>3)</sup>によると、半数以上の看護師は、「糖尿病患者が自己管理を自分の望む生活のなかに組み入れること」に力点を置いている。しかし、個別指導の実際では、「知識や技術の伝達」という指導的なかわりを重視している傾向がある。つまり、看護師が必要であると考えていることと、実際に行っている指導とが必ずしも一致していない現状にある。こうした矛盾を埋めるためには、糖尿病患者が難しいと感じている状況や気持ち、感情について知る必要がある。

慢性病をもつ患者が感じる療養上の困難感の内容には、苦痛・苦労・負担感があり、療養を継続していく過程である程度必然的に味わう感情であるという<sup>4)</sup>。このことは糖尿病患者においても同様であることが予測されるが、生活のなかで感じている苦痛・苦労・負担感といった感情については十分明らかにされてはいない。糖尿病患者が抱えている困難さの所在を明らかにすることによって、それらを乗り越え、より自分らしい生活となるための支援を考えていくことが可能である。そこで、本研究の目的は、糖尿病で外来通院している患者が、生活上で感じる困難さを明らかにすることとする。

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

本論文で用いる「困難さ」は、糖尿病のある生活のうち、思うままにならないと感じている状況や気持ち、感情と定義する。

### 2. 対象者

研究対象者は、C大学病院内分泌代謝科外来に通院し、成人期にある糖尿病患者で、研究について同意の得られた10名とした。

### 3. データ収集期間

2002年7月～9月

### 4. データ収集方法

データは、半構成的質問によるインタビューと、診療録からの基礎データの転記によって収集した。

半構成的質問によるインタビューは、診察や薬の待ち時間を利用して実施した。インタビューの場所は、研究対象者の都合を優先し、病院内の個室か、周りに人がおらずプライバシーが確保できる場所を使用した。インタビュー内容は、糖尿病に対する思いや1日の日課、日常生活上の工夫や難しい点などに焦点を当てたが、対象者が語りたいことや会話の流れを尊重した。インタビュー内容は対象者の承諾を得て録音した。インタビューは1名につき1回であり、1名当たりの時間は30分から60分であった。

基礎データの収集は、対象者から承諾を得て、現在までの経過や血液データ (HbA<sub>1c</sub>, 血糖) や治療の内容などを診療録より情報収集し、対象者のデータとした。

## 5. 分析方法

インタビュー内容を逐語録として起こし、逐語録をもとに以下の手順で分析を行った。

- 1) 逐語録を数回読み、「思うままにならないと感じていること」について語っている表現を文脈に注意しながら抽出した。
- 2) 抽出した表現が同じ意味を表す内容ごとに整理・分類した。
- 3) さらに同じ意味内容ごとにまとめ、困難さの内容とした。
- 4) 困難さの内容のうち共通の意味をもつものを取り出して、困難さの種類として命名した。

データ分析の妥当性を高めるために、逐語録を数回読み直し、3名の研究者によって分析内容を確認し、データ分析の妥当性の確保に努めた。

## 6. 倫理的配慮

対象者の人権を擁護するために、研究目的、主旨、内容について研究協力依頼書をもとに口頭で説明した。研究参加に同意の得られた対象者には、同意書に署名を依頼し、研究参加の承諾を得た。

## III. 結果

### 1. 対象者の概要

本研究の対象者は、男性5名、女性5名の10名である。インタビュー実施時における年齢は、47歳から60歳 (平均年齢54.2歳) であった。職業を持っているのは8名であり、主婦が4名 (うち1名は農業との兼業)、会社員が2名、保母が1名、休職

中が1名であった。2名は無職であった。1型糖尿病が3名、2型糖尿病が7名であり、診断されてからの期間は6年から18年（平均10.8年）であった。糖尿病治療のための入院経験者は9名であった。対象者全てが食事による治療と薬物による治療を行っていた。8名が何らかの合併症を診断されていた。調査時のHbA<sub>1c</sub>は5.2%から8.6%（平均6.95%）であった（表1）。

## 2. 生活上の困難さ

生活上の困難さとして、「制限のある毎日への圧迫感」、「生活全体の調節の難しさ」、「病気による心身のままならなさ」の3つが見出された（表2）。

### 1) 制限のある毎日への圧迫感

食事や薬物、運動など必要とされる治療を生活のなかに取り入れようとするが、その経験によって生じる感情が、対象者にとって押しつぶされそうな感情として捉えられているものであり、「分かっているけどできない」、「取り組みに対する苦痛がある」、「我慢を伴う制限を自分に課す」から成る。

「分かっているけどできない」に関する主な内容は、“アルコールが止められない”、“意思をコントロールできない”、“食欲の我慢ができない”、

“なかなか運動できない”と、できないことが中心である。

B氏は飲酒をなんとかしたいと思っているが、“意思をコントロールできない”のが弱みであると感じている。何かをする必要性は心に留めているながらも、思い描くように実践できない状態が毎日続くその状況に押しつぶされそうであり、できなさを感じる自分自身を見つめてさらに情けない自分を感じている。

「自分ではね、もうちょっとね、何とかしたいなって思うんだけど、やっぱり…。何ていうんだろうな…。水は高いところから低い方へ流れるみたいに。言い訳していつも負けると。毎日毎日。」  
(B氏)

「取り組みに対する苦痛がある」では、“食べただけ食べられない”や、“食事を考えるのがストレス”、“治療を負担に感じる”、“インスリンの打ち忘れは許されない”、“体に針を刺すのは抵抗がある”と、途切れなく続けなくてはならない治療への負担がみられた。食事量の制限に対する苦痛を“食べただけ食べられない”と語る対象者は多かった。

表1 対象者の概要

対象者	性別	年齢(歳)	職業	病型	診断されてからの期間(年)	糖尿病の治療のための入院経験	食事による治療の内容(Kcal/day)	薬物による治療の内容	糖尿病合併症の有無と診断名	調査時のHbA <sub>1c</sub> (%)
A	男	53	会社員(休職中)	2型	7	あり	1400	インスリン	網膜症, 血管新生緑内障	5.2
B	男	58	会社員	2型	9	なし	2000	SU薬	なし	7.1
C	男	60	無職(定年退職)	2型	6	あり	1600	SU薬, α-GI薬	網膜症, 腎症, 神経障害	7.0
D	女	48	主婦	2型	9	あり	1200	SU薬	網膜症	7.7
E	女	59	主婦, 農業	2型	7	あり	1400	SU薬, α-GI薬	なし	6.8
F	男	59	無職	2型	6	あり	1600 蛋白制限	インスリン	網膜症, 腎症	4.9
G	女	47	保母	1型	17	あり	1400	インスリン	白内障, 腎症	8.3
H	女	52	主婦	2型	18	あり	1200	インスリン	神経障害	8.6
I	女	54	主婦	1型	18	あり	1600	インスリン	神経障害, 足白癬	6.9
J	男	52	会社員	1型	11	あり	1800	インスリン	網膜症, 腎症, 神経障害	7.0

自分はこんな少しっさりしか食べられないのに。  
 (I氏)  
 好きなだけ食べられないからね。(A氏)  
 なんでこんなに少ししかって感じですね。(C氏)  
 “好き嫌いなく食べる”, “量を減らす”, “義務

として食べる”, “自分のノルマをつくる” は、生活のなかに病気のための何かを約束事として取り入れているが、それは「我慢を伴う制限を課す」ほどの決意をもって続ける取り組みであった。中には“好き嫌いなく食べる” ために嫌いな食べ物を好きになることが我慢と向き合う出発点と語る

表2 生活上の困難さの種類と具体例

困難さの種類	困難さの内容	具 体 例
制限のある毎日への圧迫感	分かっているけどできない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコールが止められない</li> <li>・意思をコントロールできない</li> <li>・食欲の我慢がきかない</li> <li>・なかなか運動ができない</li> </ul>
	取り組みに対する苦痛がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食べただけ食べられない</li> <li>・食事を考えるのがストレス</li> <li>・治療を負担に感じる</li> <li>・インスリンの打ち忘れは許されない</li> <li>・体に針を刺すのは抵抗がある</li> </ul>
	我慢を伴う制限を自分に課す	<ul style="list-style-type: none"> <li>・好き嫌いなく食べる</li> <li>・量を減らす</li> <li>・義務として食べる</li> <li>・自分のノルマをつくる</li> </ul>
生活全体の調整の難しさ	調整方法の見当がつかない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事療法が分からない</li> <li>・低血糖が分からない</li> <li>・血糖への効果を実感できない</li> </ul>
	調整に手間取る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視力障害のために不自由がある</li> <li>・相談相手がいない</li> <li>・家での役割を優先せざるを得ない</li> <li>・幅の持たせ方が難しい</li> <li>・活動内容によって血糖値が左右される</li> <li>・低血糖になるといつもどおりでなくなる</li> </ul>
	病気との共生を試みる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分のサポーターとなる人を探す</li> <li>・考え方を変える</li> </ul>
病気による心身のままならなさ	病気である自分を受け入れ難い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インスリン導入の経緯に納得がいかない</li> <li>・出来なくなることが増える</li> <li>・発見の遅れへの後悔</li> <li>・病気を隠して過ごす</li> <li>・病状の重さへの戸惑い</li> <li>・病気になったことを納得できない</li> </ul>
	自分で自分を抱えきれないほどの孤独感	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他者の助けを借りなければならないことへの自尊心の低下</li> <li>・二度としたくないと思うほどの入院経験</li> <li>・病気を背負う孤独感</li> <li>・役割を果たせないことへの不甲斐なさ</li> <li>・自分が悪いのだからと諦める</li> </ul>
	成りゆく今後の見えにくさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低血糖に死のイメージがある</li> <li>・合併症の出現や進行がこわい</li> <li>・寿命も自分次第である</li> </ul>

対象者がいた。

「今まで食べていた好きな物を抑えて、嫌いな物も食べるように。(中略)肉類よりはやっぱり野菜の方が好きだね。好きになってから食べる。」(J氏)

D氏はつい食べ過ぎてしまうことがあり、“食欲の我慢がきかない”と感じている。そのため“自分のノルマをつくる”こととして、食後にルームステッパーを用い、1日5時間半の運動を実施している。食べた後には必ず運動することがD氏のノルマである。常に食べたら運動するという決意を頭に置き、1日何回もの取り組みを果たし続けることが血糖を維持するための砦となっている。

「とにかく食べたら運動、食べたら運動ってもう自分で決めてるから。これ(運動)止めたら(血糖が)上がってきちゃうから大変だって頭になっちゃうからね。だからもう運動は欠かせないよね。」(D氏)

## 2) 生活全体の調整の難しさ

「生活全体の調整の難しさ」とは、実際の生活が自分らしくないと感じ、生活全体の調整を試みている最中である。「調整方法の見当がつかない」、「調整に手間取る」、「病気との共生を試みる」が見出された。

「調整方法の見当がつかない」には、“食事療法が分からない”、“低血糖が分からない”、“血糖への効果を実感できない”がある。“食事療法が分からない”、“低血糖が分からない”は、治療に対する取り組みの初期の段階で感じた対象者の困惑である。

「食事療法とかそういうのが分からない。」(I氏)

「低血糖っていうのがどういふのだから分からないもん、だって。正直言って分からなかったんだもの。」(I氏)

このように語った対象者はI氏のみであった。今のことよりも特に診断された初期の時期における生活全体の調整が難しかったと振り返っている。一方、“血糖への効果を実感できない”と、今、血糖をどのように下げたらいいか、その方法を見

出せずに困っている様子を語った対象者がいた。

「黒酢2ヶ月飲んだって、これ(血糖)全然下がらないんだもの。」(E氏)

「調整に手間取る」は、“視力障害のために不自由がある”、“相談相手がいない”、“家での役割を優先せざるを得ない”、“幅の持たせ方が難しい”、“活動内容によって血糖値が左右される”、“低血糖になるといつもどおりでなくなる”のように、生活上のどこかに不自由が生じ、策を講じてはいるが、調整には手間取っている様子を表す。その策が対象者にとって十分満足のいくものでないのが特徴である。“視力障害のために不自由がある”と感じるD氏は、食料品は買うことができるし、なんとかやりすごせてはいるが、細かい字はほとんど読み取れず、値段やカロリーを分からずに大体の目安で購入した結果、自分の期待するものではない場合がある。

「(値段の表示が)ちっちゃく書いてあるやつは分からないから、高くても何か買ってきちゃうよね。」(D氏)

「(カロリーの表示について)あれもちっちゃいからね。もう少し大きく書いてあればね、分かるんだけどね。」(D氏)

B氏が取り組んでいる生活の調整は、“活動内容によって血糖値が左右される”として、仕事の活動量によるエネルギーの消費量に期待しながら、食べ過ぎないようにすることである。仕事の内容によっては血糖が下がることを実感しているが、内容によって左右されるため、この調整方法にも限界があると感じている。

「食べるものはあまり気にしないで、量を食べ過ぎないようにする。そういう風に替えたのね。そうすると、(自分で可能な血糖調節が)管理限界ギリギリのところ、仕事、ハードな時はぐっときつと(血糖が)下がってくれるんだけど、あまりハードじゃなかったり、事務の仕事が多くなると管理限界のところをふらふらふらふら、する。」(B氏)

このほかに、“自分のサポーターとなる人を探

す”，“考え方を変える”という試みによって、「病気との共生を試みる」という視点から生活の調整に挑戦している対象者もいた。この場合、調整には手間取っているが、心構えや実際の行動など、糖尿病に真正面から向き合うチャンスをその都度自ら作り出していた。

### 3) 病気による心身のままならなさ

そもそも糖尿病になったことへの気持ちが十分に解消されていないまま症状や合併症が出現しつつあり、今後の自分の存在がおびやかされるような状態である。それに加え、過去から未来までを見通したときに思うようではないと捉えている。「病気である自分を受け入れ難い」、「自分で自分を抱えきれないほどの孤独感」、「成りゆく今後の見えにくさ」から成る。

「病気である自分を受け入れ難い」は、糖尿病と告げられたことへのショックだけでなく、糖尿病や糖尿病合併症によって身体のどこかに変化が生じ、元には戻らないと気づいたことから生じる気持ちを含む。“インスリン導入の経緯に納得がいけない”，“出来なくなることが増える”，“発見の遅れへの後悔”，“病気を隠して過ごす”，“病状の重さへの戸惑い”，“病気になったことを納得できない”が見出された。

初めてそれまでの経過を振り返った時に、実は診断される前から糖尿病は始まっていた節はあるが、自覚症状が少なかったために気づくのが遅くなり、結果として進行した状態で発見されたことを“発見の遅れへの後悔”と語る対象者がいた。

「自覚症状っていうよりは、辛さがなかったんですね。ケガとか、お腹痛いとかそういう症状がなかったでしょ、どうしても延び延びになっちゃったんですね。」(F氏)

「全然痛くもかゆくもない。(だから家族にも)言わなかったね。」(C氏)

“出来なくなることが増える”は、糖尿病が元となり普段の生活に出来ないことが増えると、その度に活動の範囲が狭くなる様子である。

「きつい仕事は集中的にできないでしょう。疲れやすいし。」(A氏)

「今まで持っていたものが持てなくなってしまったとか、そういうのはありました。」(G氏)

十分な準備なしに糖尿病の患者として生きなくてはならない状況に置かれたH氏は、自分の身体からインスリンは分泌されていたのではないかと、そうだとしたらインスリンの導入はもっと後でも良かったのではないかとという“インスリン導入の経緯に納得がいけない”思いが未だに続いている。

「もう入院して、即、お薬(経口血糖降下薬)とかそういうのじゃなくて(インスリン注射)になっちゃったんですね。本当は薬とかそういうのしたかったんですが。」(H氏)

「自分で自分を抱えきれないほどの孤独感」とは、“他者の助けを借りなければならぬことへの自尊心の低下”，“二度としたくないと思うほどの入院経験”，“病気を背負う孤独感”，“役割を果たせないことへの不甲斐なさ”，“自分が悪いのだから諦める”のように、自分自身が糖尿病を引き受けなければならぬことは分かっているも独りで立ち向かうことへの心細さと、以前の生活にはもう戻れないという思いが対象者の心から離れない様子を表す。

糖尿病網膜症のため視力障害のあるA氏は会社員であり、現在は休職中である。母親から身の回り全般の手助けをしてもらうことで、毎日が成り立っている。もし母親がいなかったらきっとすぐに再入院であろうと語るA氏は、再入院という言葉に自分自身を誇れない気持ちを込め、“他者の助けを借りなければならぬことへの自尊心の低下”を語っている。

「(もし世話をしてくれる家族がいなかったら)毎日コンビニだね。おにぎりだね。また再入院になっちゃう。」(A氏)

糖尿病網膜症により視力を失い、腎障害のために週3回の人工透析を受けているF氏は、現在家の中で体調を整える毎日である。生きること、生活すること全てが誰かの助けによって支えられていることに対して、自分の意思では何もできないという思いがある。本来なら自分が父親として子どもたちを支えたいのに、子どもに養われているという“役割を果たせないことへの不甲斐なさ”をもっている。ただひたすら家族に対して申し訳ないという思いがあるため、自分自身の思いを家族

の誰かに打ち明けることができない。

「もう働けないし、結局子どもたちに負担がかかっちゃうでしょ。するともう辛くて自分でもね。親として情けないですよ。」(F氏)

「今になっては本当にこの辛さが分かりますわ。自分だけ辛いんじゃないですけど、家族全員に迷惑かけるようになったからね。」(F氏)

「目が不自由になっちゃったから、すべてお任せなんですよ。」(F氏)

I氏は家族へ迷惑をかけたという思いを元に、“二度としたくないと思うほどの入院経験”を語っている。

「もう、早く、1日でも早く帰らなくっちゃ。もう二度とっていうんじゃないですけど、もうああいう思いは二度と(家族には)させたくないっていうか、そういうのはありました。」(I氏)

I氏の入院をしたくないと語る理由は家族への迷惑だけではないことが分かった。入院中、糖尿病患者は自分だけでないと感じていただけに、病気に一人で立ち向かわなくてはならない退院後の生活は“病気を背負う孤独感”を増すものであった。

「病院にいるうちはやはり、同じ人がいるから何の抵抗もなかったんですけど、やっぱり退院するとね、何で私一人だけ病気っていうか。」(I氏)

「成りゆく今後の見えにくさ」とは、“低血糖に死のイメージがある”、“合併症の出現や進行がこわい”、“寿命も自分次第である”から成る。病状も含めた今後の展望がみえにくい様子を表す。

H氏は前触れなく低血糖が出現し、意識を失うかもしれないことに対し、“低血糖に死のイメージがある”ほどのものとして感じている。

「寝て(就寝して)このまま、ずうっとそういう風に低血糖でこうなっちゃう(意識を消失したまま死ぬ)のかなと思うと、やっぱり、そういうのもありますね。」(H氏)

今ある合併症だけでなく、いつ表れるか分からな

い合併症の存在も、“合併症の出現や進行がこわい”ものとして対象者のこれから先につきまとして離れない。

「糖尿病が始まったと同時に、もう三大のあれ(合併症)はもう後からついてくる。いずれ自分もそうなると思う風になりなさいって。」(I氏)

「自分の病気どこまで進行するか分かんないからね。」(J氏)

治療による低血糖への心配や、将来いつ合併症が起こるかもしれないという恐怖を持つ一方で、それらが表れるかどうかは糖尿病に対する自分の取り組み方で決まると考え、“寿命も自分次第である”と、今後の成り行きに対する不安を解消しようとしていた。

「ちゃんとコントロールできていれば20年でも30年でも生きられますよって言われたけど。まだ10年ぐらいだから後10年位大丈夫かもしれない。」(J氏)

#### IV. 考察

ここでは、外来に通院する糖尿病患者の生活上の困難さとして見出された「制限のある毎日への圧迫感」,「生活全体の調節の難しさ」,「病気による心身のままならなさ」をもとにして、援助の方向性について考察する。

##### 1. 制限のある毎日への圧迫感の解放

今回インタビューを行った対象者の生活上の困難さのひとつは、「分かっているけどできない」,「取り組みに対する苦痛がある」,「我慢を伴う制限を自分に課す」と、制限のある毎日への圧迫感であった。治療のなかでも、特に食事やアルコールの制限に対する我慢や苦痛が多く語られていた。これは、2型糖尿病患者のつらさには特に食事にまつわるものが多いという報告<sup>5)</sup>と一致する。糖尿病の治療の基本は、食事や運動など生活に根差したものである。そのため、生活を変える必要性に迫られながらも、その一方では、今までの生活を変えることは難しいと感じ、困難さを生じていると考える。もし、この思いが解消されないままでは、その人にとっての苦痛は続き、望む生活と

糖尿病との付き合い方の調和に今後影響を及ぼす可能性がある。佐藤も、食事療法を継続するストレスよりむしろ病気そのものが人生におよぼす影響や意味のほうが大きい<sup>6)</sup>と述べている。

したがって、まず「分かっているけどできない」、「取り組みに対する苦痛がある」、「我慢を伴う制限を自分に課す」と感じるその人独自の理由を聴き取ることで、我慢しなければならぬという強い圧迫感から解放される時間を作る必要があると考える。一人ひとりの理由を看護者が把握することは、糖尿病になったことをどう意味づけているのかを知り、その苦痛からの解放を支援するうえでも重要であると考えられる。次に、毎日の生活のなかで感じている圧迫感を軽減するために、患者の思いと実際の行動を、患者と共に振り返る必要がある。振り返りをしながら、看護者がその人なりの努力や頑張りを理解していることを伝えていくことが、困難さの軽減に繋がると考える。

## 2. 生活全体の調整の困難

生活上の困難さの二つ目は、生活全体の調整の難しさであり、「調整方法の見当がつかない」、「調整に手間取る」、「病気との共生を試みる」という内容であった。今までの生活に新しく糖尿病を組み込む調整を試みるが、その結果、これだいいという自分なりの納得が得られず、不全感を持っている。言い換えると、今回の対象者は、糖尿病の治療を組み込んだ生活全体の調整になかなか満足が得られず、試行錯誤を繰り返していた。この原因としては、今回の対象者の特性が関係している可能性がある。対象者は平均年齢が54.2歳であり、家庭や社会における役割の大きい壮年期というライフステージにある。この時期に病気をもつことで、日常生活や社会的な立場のなかでの役割を成し遂げにくいと感じたり、病気よりも仕事を優先したいと考えたりする傾向をもっていることが考えられる。診断されてからの期間は、平均で10.8年と比較的長く、糖尿病のある生活全体の調整が、時間の長さによって得られるものではないことを示している。10年間という期間、生活全体の調整に取り組みながら、なお現在も困難さを感じている理由としては、合併症の出現が考えられる。本研究では、合併症をもつ対象者が生活全体の調整に手間取る傾向にあった。内海は、疾病の経過が長期になればなるほど、糖尿病の進行や

合併症の出現やそれに合わせて自己管理の課題も変化するなど新たな制約が次々と生じる可能性がある<sup>7)</sup>と述べている。合併症が患者の日常生活に影響を及ぼすようになると、生活全体の不自由さを補い、なおかつ自分らしく過ごすための新しい取り組みが必要となる。

したがって、生活全体の調整のうち、患者は何に困難さを感じているのか、何を大切にしたいのか、どのように生活していきたいと考えているのかの両方を把握する必要がある。そのためには、生活の実際を聴き取り、どのような調整を行ってきたのか、その結果はどうであったかについて、共に振り返る必要がある。この振り返りによって、これなら継続できそうだと確認できるものが見出せると考える。また、患者自身が取り組んだ生活全体の調整のうち、効果があるものとそうでないもの、続けられそうなものとそうでないものを意識的に考えるよう働きかける必要がある。患者が自分で評価すべき状況を把握し、自己評価していくことにより、自己管理は進む。また、その自己評価があるからこそ自己決定も進んでいく<sup>8)</sup>。つまり、患者が自らの生活全体を見直し、困難さを感じている事柄に対し、主体的に取り組めるよう支援することが重要であると考えられる。

## 3. 病気による心身のままならなさ

生活上の困難さの三つ目は、病気による心身のままならなさであり、「病気である自分を受け入れ難い」、「自分で自分を抱えきれないほどの孤独感」、「成りゆく今後の見えにくさ」という内容であった。対象者は、病気となったことや合併症の出現などに対し、気持ちの整理がつかないまま生活の調整に取り組まなければならない、心身のままならなさを感じていた。この原因として、糖尿病という病気や合併症の特性、治療の特性があると考えられる。

まず、糖尿病は、自覚症状として表れにくい病気であるにもかかわらず、進行すると生命にかかわるような合併症が引き起こされる。対象者も、高血糖や低血糖の症状、合併症による症状やそれに伴う生活上の不自由さなど、糖尿病による症状の表れが、それまでと異なることが原因で、心身がままならないと感じていた。清水は、生命の危機や今までの生活が脅かされるのではないかと感じるような症状の出現は、それだけでも患者にと



って非常に大きなストレスになる<sup>9)</sup>と述べている。つまり、糖尿病は自覚症状には乏しいが、確実に潜在的に進行する病気であるからこそ、自分の身に表れたことへの衝撃が大きく、心身のままならなさとして対象者が感じていたと考える。

次に、糖尿病のために行う治療は一生続く上に、自分の意思で継続や中止、回数を決断することが難しい。特に合併症のある場合、治療はまず生命への危険性に焦点が当てられるため、患者の思いは後回しになる可能性がある。

心身のままならなさを少しでも軽減するためには、まず、病気による症状の有無とその程度を把握する必要がある。その上で、患者が抱える症状を速やかに軽減したり、緩和したりする必要がある。また、心身のままならなさに直面しながら、毎日を過ごさなければならぬ患者の孤独感を看護者が引き受けていくことが必要である。そのために、他人に語れない、また、自分では抱えきれない孤独感を語りによって看護者と共有する支援が重要となる。

本研究は、研究者自身がデータ収集のツールとなっている。そのため、データの分析や解釈には複数の研究者による検討を行ったが、得られたデータに偏りを生じている可能性がある。どのような時機に、どのような援助を行ったらより患者の困難さに届くのかについては今後の課題である。

## V. 結論

本研究においては、外来通院する糖尿病患者の困難さの種類として「制限のある圧迫感」、「生活全体の調整の難しさ」、「病気による心身のままならなさ」の3つが見出された。たとえ入院によって糖尿病について知ることはできても、退院後の生活においては自分独りで糖尿病に立ち向かわなくてはならないことや、家族には打ち明けられないような切羽詰った孤独感など、外来に通院する患者のなかで、心理的なサポートを必要とする場合があることが示唆された。

## 謝 辞

本研究に快く協力くださった患者の皆様、ならびに医療機関の関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) Paterson B.L., Throne S. & Dewis M.: Adapting to and Managing Diabetes. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1); 57-62, 1998.
- 2) 山川真理子, 野並葉子, 飯岡由紀子, 田中和子, 豊田邦江: 外来における糖尿病患者の看護に影響を与える要因の検討. *兵庫県立看護大学紀要*, 8; 101-112, 2001.
- 3) 斎藤由里, 正木治恵, 野口美和子: 糖尿病外来における看護婦の活動の実態. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 1(2); 84-95, 1997.
- 4) 正木治恵, 兼松百合子, 小野ツル子, 雨宮悦子, 井部俊子, 平野かよ子, 石原逸子, 志自岐康子, 中西睦子: 慢性病患者の療養のあり様に関する研究. *日本看護科学会誌*, 12(2); 1-9, 1992.
- 5) 松田悦子, 河口てる子, 土方ふじ子, 佐藤和子, 尾下泰子, 鈴木さおり, 竹内まつ江: 2型糖尿病患者の「つらさ」. *日本赤十字看護大学紀要*, 16; 37-44, 2002.
- 6) 佐藤栄子: 糖尿病患者における食事療法の自己評価とコーピング行動. *日本看護科学会誌*, 12(4); 19-35, 1992.
- 7) 内海香子: 糖尿病患者の制約感とその変化. *千葉大学大学院看護学研究科平成8年度修士論文*, 39, 1996.
- 8) 野口美和子, 正木治恵: 患者の自己管理をサポートする看護職のかかわり. *看護技術*, 43(2); 99-101, 1997.
- 9) 清水安子: 経過の緩慢な慢性病をもつ患者へのケア技術. *Quality Nursing*, 2(12); 1026-1033, 1996.
- 10) 村上礼子, 中村美鈴, 友竹千恵, 小平京子, 塚越フミエ: 外来に通院する糖尿病患者の実態. *自治医科大学看護学部紀要*, 1; 69-77, 2003.

## 報告

### 術前訪問における不安軽減アプローチの実態調査

—情報提供による不安軽減の援助—

大原良子<sup>1)</sup>, 安本孝子<sup>2)</sup>, 新井恭子<sup>2)</sup>, 栗栖近子<sup>3)</sup>, 岡田洋子<sup>3)</sup>, 西平貴代佳<sup>4)</sup>,  
佐野悦子<sup>4)</sup>, 平田祐美<sup>5)</sup>, 杉山直子<sup>6)</sup>, 成田 伸<sup>1)</sup>

### The survey report on nurses' approach to reduce preoperative anxiety : to reduce patients' anxiety by information providing

Ryoko Ohara<sup>1)</sup>, Takako Yasumoto<sup>2)</sup>, Kyoko Nii<sup>2)</sup>, Chikako Kurisu<sup>3)</sup>, Yoko Okada<sup>3)</sup>,  
Kiyoka Nishihira<sup>4)</sup>, Etsuko Sano<sup>4)</sup>, Yumi Hirata<sup>5)</sup>, Naoko Sugiyama<sup>6)</sup>, Shin Narita<sup>1)</sup>

**要旨：**手術室看護師による術前訪問において、手術室内で行われる処置に関連した不安を軽減するために、どのような情報が提供されているかについて調査を行った。調査は、ストレス理論に基づいて、先行研究および研究者の意見を整理した自作の45項目からなるアンケート用紙を作成し、『まったく行わない』、『あまり行わない』、『聞かれば行う』、『状況判断で行う』、『必ず行う』の五者択一で回答を求めた。広島県内43の総合病院に研究への協力を依頼し、26施設（回収率60.5%）から協力が得られた。対象者は298名、調査期間は2002年10月～12月であった。『まったく行わない』または『あまり行わない』の回答が多かったものは、医療過誤に予防策の説明といった説明によりかえって不安を増強させる可能性のあるものであった。『聞かれば行う』の回答も、説明によりかえって不安を増強させる可能性のあるものと、病棟看護師・医師などによっても説明されている可能性が高いものであったが、患者にとっては知りたいという欲求の高い項目であることが推測された。『状況判断で行う』の回答が多かったものは、患者の術式、年齢・性差・体型など個別的な配慮の必要な処置に関連する情報提供であった。『必ず行う』の回答が多かったものは、入室後も一つひとつ説明を行いながら処置を実施することのように、信頼を得られるような説明であった。

**キーワード：**術前訪問, 手術室看護師, 情報提供, 術前不安, アンケート調査

<sup>1)</sup> 自治医科大学 看護学部 母性看護学, <sup>2)</sup> 広島大学病院, <sup>3)</sup> 広島市立安佐市民病院, <sup>4)</sup> 公立三次中央病院, <sup>5)</sup> 中国労災病院, <sup>6)</sup> 広島市立広島市民病院

<sup>1)</sup> Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School, <sup>2)</sup> Hiroshima University Medical Hospital,

<sup>3)</sup> Hiroshima City Asa Municipal Hospital, <sup>4)</sup> Public Miyoshi Central Hospital, <sup>5)</sup> Chugoku Rosai Hospital,

<sup>6)</sup> Hiroshima City Hospital

#### I. はじめに

手術療法を受ける患者は、多かれ少なかれ不安を持って手術に臨む。看護師は、患者に対して術前の不安を軽減するための情報提供者および情緒的援助者としての役割がある<sup>1)</sup>。手術予定患者に対する情報提供は、手術に関する予測できない不確かさを改善することが可能であり、患者の不安の軽減に効果があると報告されている<sup>2)</sup>。Cochran<sup>3)</sup>

は、「情緒的援助と情報提供を受けた手術予定患者は、手術の進行および術後の経過が一般的に順調で、また処置に対するコンプライアンスも高かった。」と報告しており、術前の不安軽減への援助は周手術期看護には不可欠なものとなっている。また、Martin<sup>4)</sup>の研究報告では、「手術室看護師による術前訪問を実施した群とパンフレットやリーフレットなどの視覚材料による情報提供だけの群では、前者の方がSTAIのスコアが有意に低くなり、手術室看護師の術前訪問は、患者の不安軽減に効果があった。」と報告している。このため術前の不安の軽減は、病棟の看護師だけでなく、手術室で処置に実際に関わる手術室看護師による援助の効果も報告され、現在多くの施設で実施されるようになり、単なるオプションとしてではなく必要な看護援助として業務に組み込まれるようになっている。

財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の、2002年4月から適用されている新評価体系では、看護処置の基準化・マニュアル作りなど業務の整備が必要不可欠となっている。術前訪問においても、手術室への入室退室を含めたマニュアル作成が必要であり、それぞれの施設でマニュアルが作成・使用されている。しかし、手術看護学会広島県支部に加入するメンバーの勤務する手術室の術前訪問のマニュアルは、術前の患者の身体アセスメント、手術時のための計画立案に向けた情報収集に重点が置かれ、訪問時に不安を軽減するための具体的な援助法やコミュニケーション技術が示されておらず、どのように行えばよいか、どのように行っているか、個々の看護師により違いが生じているという問題があった。

そこで、手術看護学会広島県支部の役割として、まずすべての会員が活用できる基準となる不安軽減の援助法のマニュアルを作成する必要があると考えられた。このような基準となるマニュアルを作成するにあたり、現状ではどの程度の不安軽減の援助を行っているかを把握するために、広島県内の手術室に勤務し、術前訪問を行ったことのある手術室看護師を対象に、手術室看護師歴5年以上の看護師と研究者による自作のアンケート用紙を用いて調査を行った。今回は、手術室内で行われる処置および手術室看護師が関わる処置を中心に、情報提供による不安の軽減に焦点を絞って報告する。

## II. 研究方法

### 1. 調査用紙

先行研究<sup>5-9)</sup> および手術室勤務5年以上の経験者8名で不安軽減の援助についてそれぞれ意見を出し合い、その意見をLazarus<sup>10)</sup>のストレスコーピング理論とMiles<sup>11)</sup>のICUの家族ストレス論のストレス理論に基づいて、「認識焦点型援助：手術療法に対する肯定的な認識を持てるような援助、手術で病状の改善ができる・慢性痛が改善すると前向きに手術を捉えられるようにする援助など」、「問題焦点型援助：具体的な不安の原因となる問題への解決を図る援助」、「情緒焦点型援助：不安・心配など否定的な情緒に対して行う援助、手を握る、傾聴をするなど」の枠組みを作り、項目の整理を行った。今回の報告は、問題焦点型援助の情報提供で、さらに手術室内で行われる処置に関連した項目に焦点を絞り、以下の「手術室の環境ストレス源に対する不安へのアプローチ」、「手術室の入室・退室に関する不安へのアプローチ」、「手術室での処置や流れに対する不安へのアプローチ」、「手術侵襲に対する不安へのアプローチ」、「手術体位への不安へのアプローチ」、「麻酔に対する不安へのアプローチ」、「医療過誤に対する不安へのアプローチ」の7つのカテゴリーの結果を報告する。回答は、それぞれの項目を『まったく行わない』、『あまり行わない』、『質問されたら行う』、『状況判断で行う』、『必ず行う』のなかから五者択一で選択してもらった。

### 2. データ収集

広島県内の総合病院で手術室が中央化されている施設に、研究の趣旨を説明し、アンケート用紙を配布し、調査への協力を依頼した。調査への協力が得られた施設に、アンケート調査用紙の郵送を行った。回収は、対象者に回答を封筒に入れてもらい、指定した回収日に研究者が回収を行った。

### 3. データ収集期間

2002年10月～12月。

### 4. 分析

項目毎の回答の記述統計を算出するとともに、内容の分析を行った。

## 5. 倫理的配慮

調査への協力は任意とし、協力しなくても業務その他職務にまったく影響はないことを文書で保証した。対象者の抱く研究に対する質問や疑問に答えるため、研究者の連絡先を記載した説明用紙も同時に配布した。回答用紙は無記名とし、回答は個々に封筒詰めし封印することを依頼した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象者の背景

43施設に研究依頼を行い、条件を満たした26施設（回収率60.5%）298名の看護師から協力が得られた。

表1に対象者の役職を示す。対象者は、スタッフ看護師201名（67.5%）、副師長・主任20名（6.7%）、師長2名（0.7%）、無回答75名（25.1%）であった。

表2に対象者の看護師経験年数および術前訪問所要時間についての結果を示す。看護師経験年数は、「手術室勤務年数」平均5.1年、標準偏差4.1年、「病棟勤務年数」平均5.5年、標準偏差5.3年、「外

来勤務経験年数」平均0.8年、標準偏差2.1年であり、「手術室勤務年数」と「病棟勤務年数」の平均は、ほぼ等しい値であった。「術前訪問における1名の患者への所要時間」は平均24.0分、標準偏差11.5分、内訳は「術前訪問時の1名の患者に対するカルテからの情報収集時間」平均13.0分、標準偏差6.6分、「術前訪問時の1名の患者との面接時間」平均11.0分、標準偏差4.9分と患者との面接時間よりカルテによる情報収集時間の方が長いという結果であった。

術前訪問時に「不安の緩和ができたと感じたことがあるか」についての結果は、『ある』が211名（70.8%）、『ない』が82名（28.5%）、『無回答』が5名（1.7%）であり、7割の看護師は患者の不安を軽減することができたと感じたことがあると回答していた。

### 2. 不安に対する情報提供アプローチ

1) 手術室の環境ストレス源に対するアプローチ（表3）

このカテゴリーは、患者が非日常的な手術室の

表1 対象者の役職

役職	師長	副師長・主任	スタッフ	無回答	合計
名 (%)	2 ( 0.7)	20 ( 6.7)	201 (67.5)	75 (25.1)	298 (100.0)

表2 看護師経験年数および術前訪問所要時間

	手術室勤務年数(年)	病棟勤務年数(年)	外来勤務年数(年)	術前訪問所要時間(分)	カルテからの情報収集時間(分)	患者との面接時間(分)
最小値	1	0	0	3	2	1
最大値	25	22	11	70	40	30
平均値	5.1	5.5	0.8	24.0	13.0	11.0
標準偏差	4.1	5.3	2.1	11.5	6.6	4.9
回答数(名)	298	292	292	291	291	291
無回答数(名)	0	6	6	7	7	7

表3 手術室の環境ストレス源に対する不安へのアプローチ

	手術室の構造についての説明	手術室内では一人にすることはなく、外回り看護師、麻酔科医師が付き添うことを説明	医師・看護師の服装についての説明	音と手術室の視覚的刺激についての説明	室温についての説明	手術ベッドについての説明
まったく行わない	10.1 ( 30)	2.0 ( 6)	11.7 ( 35)	11.7 ( 35)	7.4 ( 22)	7.4 ( 22)
あまり行わない	14.4 ( 43)	1.7 ( 5)	13.8 ( 41)	12.8 ( 38)	9.4 ( 28)	10.7 ( 32)
聞かれれば行う	34.9 (104)	6.7 ( 20)	17.8 ( 53)	20.1 ( 60)	16.1 ( 48)	16.8 ( 50)
状況判断で行う	18.8 ( 56)	5.7 ( 17)	18.1 ( 54)	30.2 ( 90)	22.8 ( 68)	27.9 ( 83)
必ず行う	18.5 ( 55)	81.2 (242)	35.6 (106)	21.8 ( 65)	40.6 (121)	33.9 (101)
無回答	3.4 ( 10)	2.7 ( 8)	3.0 ( 9)	3.4 ( 10)	3.7 ( 11)	3.4 ( 10)
合計 % (名)	100.0 (298)	100.0 (298)	100.0 (298)	100.0 (298)	100.0 (298)	100.0 (298)

環境に対して抱くと思われる不安に対する軽減への援助で、「手術室の構造についての説明」、「手術室内では一人にすることはなく、外回り看護師、麻酔科医師が付き添うことを説明」、「医師・看護師の服装についての説明」、「音と手術室の視覚的刺激についての説明」、「室温についての説明」、「手術ベッド（硬さ・広さ）の説明」の6つの項目について調査を行った。

「手術室の構造についての説明」は、『聞かれれば行う』が最も多く34.9%であった。「手術室内では一人にすることはなく、外回り看護師、麻酔科医師が付き添うことを説明」は、『必ず行う』が81.2%を占め、ほとんどの看護師が実施しており、『まったく行わない』2.0%、『ほとんど行わない』1.7%と消極的な実施が少なかった。手術室内では、医師・看護師が在室し、患者を一人にすることは当然の対応であるが、患者側は「自分ではなれない場所に緊張した状態で一人にされるのではないか」という不安を抱くことも考えられる。しかし、患者は一人で手術に立ち向かうのではなく、手術を共に乗り越える医師・看護師などの援助者がいつも必ずそばにいるのだという認識を持たせ、医療従事者に対する信頼を高めることで安心を与えることが可能なのであろう。

「医師・看護師の服装についての説明」、「室温についての説明」、「手術用ベッド（硬さ・広さ）についての説明」においても、『必ず行う』がそれぞれ35.6%、40.6%、33.9%と各項目のなかでも多かった。「音と手術室の視覚的刺激についての説明」は、『状況判断で行う』が30.3%と最も高かった。これは、全身麻酔で意識を消失させる患者には環境刺激はさほど問題とはならないが、局所麻酔など意識下での手術を行う患者は、術中であっても音や部屋の雰囲気など手術室の環境から刺激を受けることが考えられるため、意識があるかないかで選択的に実施する機会が高いのではないかとと思われる。

2) 手術室への入室・退室に関する不安へのアプローチ (表4-1, 表4-2)

このカテゴリーは、手術当日の手術室へ入室・退室およびその前後の処置に対して抱くと思われる不安に対する軽減アプローチであり、「手術当日の処置についての説明」、「手術室搬入についての説明」、「下着の着脱に関する説明」、「入室時の準備物品（腹帯・T字帯など）の説明」、「義歯・補聴器装着・持参に関する説明」、「その他の私物持込に関する説明」、「家族の待機場所の説明」、

表4-1 手術室への入室・退室に関する不安へのアプローチ(1)

	手術当日の処置についての説明	手術室搬送についての説明	下着の着脱に関する説明	入室時の準備物品についての説明
まったく行わない	18.8( 56)	7.7( 23)	4.7( 14)	29.2( 87)
あまり行わない	7.7( 23)	6.0( 18)	5.4( 16)	10.7( 32)
聞かれれば行う	19.1( 57)	11.1( 33)	20.8( 62)	33.2( 99)
状況判断で行う	19.1( 57)	15.1( 45)	18.8( 56)	12.1( 36)
必ず行う	30.9( 92)	57.4(171)	47.7(142)	10.7( 32)
無回答	4.4( 13)	2.7( 8)	2.6( 8)	4.0( 12)
合計 % (名)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)

表4-2 手術室への入室・退室に関する不安へのアプローチ(2)

	義歯・補聴器装着・持参に関する説明	その他の私物持込に関する説明	家族の待機場所の説明	術後に帰室する部屋についての説明	家族との面会についての説明
まったく行わない	3.7( 11)	14.4( 43)	17.2( 51)	27.4( 82)	37.2(111)
あまり行わない	3.0( 9)	9.1( 27)	6.1( 18)	12.0( 36)	16.8( 50)
聞かれれば行う	14.4( 43)	30.9( 92)	40.4(120)	30.4( 91)	27.5( 82)
状況判断で行う	32.9( 98)	31.5( 94)	12.1( 36)	15.1( 45)	9.1( 27)
必ず行う	43.3(129)	11.4( 34)	20.9( 62)	11.0( 33)	4.7( 14)
無回答	2.7( 8)	2.7( 8)	3.4( 11)	4.0( 11)	4.7( 14)
合計 % (名)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)

「術後に帰室する部屋についての説明」, 「家族との面会についての説明」の9項目について調査を行った。

『必ず行う』という回答が最も多かった項目は, 「手術室搬送についての説明」57.4%, 「下着の着脱に関する説明」47.7%, 「義歯・補聴器装着・持参に関する説明」43.3%であった。『状況判断で行う』という回答の割合が高かった項目は, 「義歯・補聴器装着・持参に関する説明」32.9%, 「その他の私物持込に関する説明」31.5%であり, これらはすべての患者が義歯・補聴器を装着しているわけではないことと, 私物の持込もすべての患者に当てはまるわけではないので, 状況判断で実施される割合が高いのであろう。『聞かれれば行う』という回答の割合が高かった項目は, 「家族の待機場所の説明」40.4%, 「入室時の準備物品(腹帯・T字帯など)の説明」33.2%, 「その他の私物持込に関する説明」30.9%, 「術後に帰室する部屋についての説明」30.4%であった。これらは, 病棟の看護師によって行われることが多いため, 患者が質問するという不安の表出の時のみ情報を提供し, 不安の軽減を行っているのではないかと思われる。

『まったく行わない』, 『あまり行わない』という回答の合計の割合が高かった項目は, 「入室時の準備物品についての説明」40.1%, 「術後に帰室する部屋の説明」39.4%, 「家族との面会についての説明」54.0%であり, これらも病棟看護師が実施することが多いために, 手術室看護師は行わないという回答が多かったのであろう。

### 3) 手術室での処置や流れに対する不安へのアプローチ (表5)

このカテゴリーは, 手術室への入室中に行われ

る処置に関連して出現すると思われる不安に対する軽減アプローチで, 「入室してからの一連の流れを説明」, 「入室後も一つひとつ説明を行いながら処置を実施することの説明」, 「尿留置カテーテルの挿入の説明」, 「胃チューブの挿入の説明」, 「硬膜外チューブ挿入時の体位の説明」, 「硬膜外チューブ挿入中の処置の流れを説明」の6項目について調査を行った。

「入室からの一連の流れの説明」, 「入室後も一つひとつ説明を行いながら処置を実施することの説明」, 「硬膜外チューブ挿入時の体位の説明」は, 『必ず行う』がそれぞれ65.8%, 77.5%, 70.5%と約7割を占めていた。また, 「硬膜外チューブ挿入中の処置の流れを説明」, 「尿留置カテーテルの挿入の説明」も『必ず行う』の割合が最も高く, それぞれ44.3%, 35.2%であったが, 「胃チューブの挿入の説明」では, 『必ず行う』が13.1%と低く, 『まったく行わない』が24.5%と最も高い結果であった。

最近, 硬膜外チューブは硬膜外麻酔目的だけでなく, 術後の疼痛管理を目的として挿入されるケースが増え, 挿入の介助が多くなってきており, 『必ず行う』の回答が多かったのであろう。しかし, 「硬膜外チューブ挿入中の処置の流れを説明」では, 『必ず行う』が44.3%と「硬膜外チューブ挿入時の体位の説明」70.5%と比較すると低い割合であった。これは, 不安軽減の目的の説明というよりも麻酔時の介助がスムーズに進行できるようにという看護師側の要望で説明しているからではないかと思われる。

尿留置カテーテル・胃チューブといった看護師が挿入するカテーテル類は, 施設や患者の状況に応じて病棟で実施する場合と手術室で実施する場

表5 手術室での処置や流れに対する不安へのアプローチ

	入室してからの一連の流れを説明	入室後も一つひとつ説明を行いながら処置を実施することの説明	尿留置カテーテルの挿入の説明	胃チューブ挿入の説明	硬膜外チューブ挿入時の体位の説明	硬膜外チューブ挿入中の処置の流れを説明
まったく行わない	1.3( 4)	1.0( 3)	6.4( 19)	24.5( 72)	4.7( 14)	6.0( 18)
あまり行わない	1.0( 3)	2.3( 7)	6.0( 18)	16.4( 49)	2.0( 6)	6.0( 18)
聞かれれば行う	5.4( 16)	4.0( 12)	23.2( 69)	21.8( 66)	4.4( 13)	14.4( 43)
状況判断で行う	23.2( 69)	11.7( 35)	25.2( 75)	18.5( 60)	15.1( 45)	25.2( 75)
必ず行う	65.8(196)	77.5(231)	35.2(105)	13.1( 35)	70.5(210)	44.3(132)
無回答	3.4( 10)	3.4( 10)	4.0( 12)	5.7( 16)	3.4( 10)	4.0( 12)
合計 % (名)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)

合があり、手術室の看護師が実施するか否かで説明の実施に違いがあることが考えられる。

4) 手術侵襲に対する不安へのアプローチ (表6)

このカテゴリーは、手術の創、臓器切除および創痛に関連した不安の軽減アプローチとして「切開創の大きさの説明」、「切除臓器の大きさについての説明」、「硬膜外チューブ挿入時の痛みについての説明」、「術後の創部痛についての説明」、「創部痛緩和・痛み止めの使用についての説明」、「創部痛は我慢せず速やかに援助を受けるように説明」の6項目について調査を行った。

「切開創の大きさの説明」は、『聞かれれば行う』が34.2%、『まったく行わない』が32.2%であった。「切除臓器の大きさについての説明」については、『まったく行わない』が54.0%と最も多くなっているが、この説明は医師の役割であり、看護師の役割ではないという認識が働き、実施率が低くなっているのではないと思われる。切開創、切除臓器の大きさは、病巣の大きさなどにより患者個々に違いがあること、またこれらの説明は医師の役割の範疇であるということで積極的に説明が行われない可能性があるが、「切開創の大きさの説明」については、『聞かれれば回答する』と

いう回答が多かった。これは、患者にとっては気になる情報であり、質問されることが多い項目であることがうかがえる。「硬膜外チューブ挿入時の痛みについての説明」は、『必ず行う』が41.3%と最も多く、『状況判断で行う』21.8%、『聞かれれば行う』20.1%であった。これは、手術室看護師が硬膜外チューブ挿入の介助をすることが多く、痛み・患者の反応・処置に対する知識が十分にあるため『必ず行う』ことが多いのではないかと思われる。

しかし、同じ痛みに対する説明の「術後の創痛の説明」は、『聞かれれば行う』が最も多く40.9%、続いて『状況判断で行う』が23.5%であった。術後の疼痛に関してもっと知りたいと思う患者から質問されることが多い項目であることが推測されるが、全員への実施は、術後まで考えていない患者にはかえって不安を生み出す可能性があるため『聞かれれば行う』の回答が多いのであろう。

「創痛緩和・痛み止めの使用についての説明」も、『聞かれれば行う』が最も多く35.2%、続いて『状況判断で行う』が22.8%であった。「術後の創痛の説明」同様、患者によっては気になる情報であるが、鎮痛剤の使用、疼痛管理は麻酔から覚醒した

表6 手術侵襲に対する不安へのアプローチ

	切開創の大きさの説明	切除臓器の大きさについての説明	硬膜外チューブ挿入時の痛みについての説明	術後の創痛についての説明	創痛緩和・痛み止めの使用についての説明	創部痛は我慢せず速やかに援助を受けるよう説明
まったく行わない	32.2( 96)	54.0(161)	7.0( 21)	17.1( 51)	14.8( 44)	8.4( 25)
あまり行わない	14.1( 42)	16.4( 49)	6.0( 18)	9.4( 28)	6.4( 19)	4.0( 12)
聞かれれば行う	34.2(102)	17.8( 53)	20.1( 60)	40.9(122)	35.2(105)	22.8( 68)
状況判断で行う	13.1( 39)	4.4( 13)	21.8( 65)	23.5( 70)	22.8( 68)	25.5( 76)
必ず行う	1.0( 3)	1.3( 4)	41.3(123)	5.0( 15)	17.1( 51)	35.9(107)
無回答	5.4( 16)	6.0( 18)	3.7( 11)	4.0( 12)	3.7( 11)	3.4( 10)
合計 % (名)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)

表7 手術体位への不安へのアプローチ

	患者のとり手術体位の説明	体位固定用具の説明	プライバシーの保護に対する説明	体位性身体損傷①褥瘡好発部位の説明	体位性身体損傷②神経麻痺の説明	体位性身体損傷に対する予防策の説明
まったく行わない	5.7( 17)	17.1( 51)	12.1( 36)	34.9(104)	31.2( 93)	22.8( 68)
あまり行わない	6.7( 20)	15.8( 47)	16.8( 50)	23.5( 70)	20.5( 61)	13.4( 40)
聞かれれば行う	13.1( 39)	20.1( 60)	18.1( 54)	11.7( 35)	10.4( 31)	15.4( 46)
状況判断で行う	32.6( 97)	26.5( 79)	26.2( 78)	19.8( 59)	25.5( 76)	30.2( 90)
必ず行う	38.6(115)	15.8( 47)	22.5( 67)	5.7( 17)	8.4( 25)	10.4( 31)
無回答	3.4( 10)	4.7( 14)	4.4( 13)	4.4( 13)	4.0( 12)	7.7( 23)
合計 % (名)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)

後に病棟で実施することが多いために『聞かれれば行う』という回答の割合が高いのではないかとと思われる。

一方、「創痛は我慢せず速やかに援助を受けるよう説明」は、『必ず行う』が35.9%と多く、続いて『状況判断で行う』が25.5%、『聞かれれば行う』が22.8%であった。この説明は、創痛に対しすぐ対応することを暗示させること、説明により不安を増強させる要素がないため実施される割合が高いのではないかと考えられる。

#### 5) 手術体位への不安へのアプローチ (表7)

このカテゴリーでは、手術に必要な体位に関連した不安軽減のアプローチとして「患者のとり手術体位の説明」、「体位固定用具の説明」、「プライバシーの保護に対する説明」、「体位性身体損傷①褥瘡好発部位の説明」、「体位性身体損傷②神経麻痺の説明」、「体位性身体損傷に対する予防策」の説明の6項目について調査を行った。

「患者のとり手術体位の説明」は、『必ず行う』38.6%、『状況判断で行う』32.6%の回答割合が高く、よく実施されている説明の一つであった。「体位固定用具の説明」は、『状況判断で行う』26.5%、『聞かれれば行う』が20.1%であった。患者の体位によって特別な固定用具を使用するか否かの違いがあり、選択的に説明がされる場合が多いのではないかと考える。

「プライバシーに関する説明」では、すべての患者が全裸で手術をするため必ず実施される説明ではないかと思われたが、『状況判断で行う』26.2%、『必ず行う』22.5%と必ずしも行われてはいなかった。病棟において説明されているために実施されていない可能性がある。また、術式・性別・年齢などによって看護師が再度『状況判断で行う』ことがあるのであろうと思われるが、どの

ような状況であっても実際に関わる手術室の看護師が、再度患者の尊厳を重視し、すべての患者に対して実施すべき説明だと考える。さらに、「プライバシーに関する説明」という質問項目は曖昧であり、裸体になるなどの身体のプライバシーに関する具体的な質問でなかったことが、回答しにくさをもたらしたと思われる。

「体位性身体損傷」については、「①褥瘡好発部位の説明」、「②神経麻痺の説明」とともに、『まったく行わない』がそれぞれ34.9%、31.2%、『あまり行わない』も23.5%、20.5%であり、消極的な援助であることがわかった。しかし、「②神経麻痺の説明」においては、『状況判断で行う』が25.5%を占め、発生の可能性が低いことや、発生する場合も発生しやすい体位や患者の身体的特性があることで、説明することはかえって患者を不安にさせる可能性があり、『まったく行わない』、『あまり行わない』、または『状況判断で行う』の回答が多かったのではないかとと思われる。「体位性身体損傷に対する予防策」についても、『状況判断で行う』が30.2%と最も高い回答割合であったのは同様の理由であらうと思われる。

#### 6) 麻酔に対する不安へのアプローチ (表8)

このカテゴリーでは、硬膜外麻酔による局所麻酔と気管内挿管による全身麻酔についての不安に対する軽減アプローチとして「麻酔の種類についての説明」、「硬膜外チューブ挿入目的・使用方法の説明」、「麻酔導入時についての説明」、「麻酔覚醒についての説明」、「抜管時の咽頭痛の説明」の5項目を調査した。

「麻酔の種類についての説明」46.0%、「硬膜外チューブ挿入目的・使用方法の説明」48.3%、「麻酔導入時の説明」35.2%、「麻酔覚醒についての説明」40.9%とこれら4項目は『必ず行う』の回答者

表8 麻酔に対する不安へのアプローチ

	麻酔の種類についての説明	硬膜外チューブ挿入目的・使用方法の説明	麻酔導入時についての説明	麻酔覚醒についての説明	抜管時の咽頭痛の説明
まったく行わない	14.8( 44)	9.1( 27)	15.1( 45)	11.1( 33)	18.5( 55)
あまり行わない	4.7( 14)	5.7( 17)	7.0( 21)	5.4( 16)	10.1( 30)
聞かれれば行う	14.8( 44)	11.1( 33)	15.1( 45)	11.4( 34)	20.1( 60)
状況判断で行う	16.1( 48)	22.1( 66)	22.8( 68)	26.2( 78)	25.2( 75)
必ず行う	46.0(137)	48.3(144)	35.2(105)	40.9(122)	21.1( 63)
無回答	3.7( 11)	3.7( 11)	4.7( 14)	5.0( 15)	5.0( 15)
合計 % (名)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)



の割合が最も高く、全体の約4割を占めていた。これらは、麻酔科医師の術前訪問でも説明がなされる項目であるが、看護師も再度説明を行っていることがわかる。麻酔は、手術において重要な処置の一つであり、看護師の視点から、患者の麻酔に対する理解の程度やどのように受け止めているかを把握し、正しく理解し、受容できるように患者に合わせて説明を行うため、『必ず行う』と回答したものが多かったのではないかと考える。「抜管時の咽頭痛の説明」については、『状況判断で行う』が25.2%と最も高い割合であったが、全体的に回答は10%から25%とばらつきが見られた。

7) 医療過誤に対する不安へのアプローチ (表9)

このカテゴリーは、手術中に起こる可能性がある医療過誤に対して、その予防策を講じていることの説明を行い、不安の軽減を図ろうとするアプローチで、「患者取り違いに対する予防策についての説明」、「手術部位間違いの予防策についての説明」、「医療器材・ガーゼの体内残存の予防策についての説明」、「誤薬（注射）予防策についての説明」、「輸血ミスの予防策についての説明」、「転落・転倒の予防策についての説明」、「感染の予防策の説明」の7項目について調査した。

「患者取り違いに対する予防策についての説明」は『必ず行う』が34.6%を占めたが、『まったく行わない』も20.5%であった。他の項目も同様に、『まったく行わない』と回答した者の占める割合が高く、特に「医療器材・ガーゼの体内残存の予防策についての説明」38.3%、「誤薬（注射）予防策についての説明」41.3%、「輸血ミスの予防策についての説明」43.0%、「感染予防」46.3%と全体の約2/5を占めていた。また、「患者の取り違い予防策についての説明」以外の項目は、『聞かれれば行う』の回答者の割合も『まったく行わない』に次いで高いという結果であった。このような医療過誤に対する不安への援助は、情報を与えることがかえって患者の不安を増強させるのではないかとこの看護師の配慮と、予防策をとっているという説明を加えることまでは考慮していないことの両方が考えられる。このような医療過誤は、医療施設全体での取り組みが必要であり、施設により予防策があるかないかで回答の違いが出ていると思われる。『聞かれれば行う』の回答者の割合が高いのも、昨今の医療過誤を取り上げた報道の多さから、患者に聞かれることが多いことを暗示しており、医療過誤に対する患者の不安の強さがうかがえる。

ば行う』の回答者の割合も『まったく行わない』に次いで高いという結果であった。このような医療過誤に対する不安への援助は、情報を与えることがかえって患者の不安を増強させるのではないかとこの看護師の配慮と、予防策をとっているという説明を加えることまでは考慮していないことの両方が考えられる。このような医療過誤は、医療施設全体での取り組みが必要であり、施設により予防策があるかないかで回答の違いが出ていると思われる。『聞かれれば行う』の回答者の割合が高いのも、昨今の医療過誤を取り上げた報道の多さから、患者に聞かれることが多いことを暗示しており、医療過誤に対する患者の不安の強さがうかがえる。

IV. 考察

問題焦点型援助の情報提供として得られた回答を、『まったく行わない』、『あまり行わない』、『聞かれれば行う』、『状況判断で行う』、『必ず行う』の回答による傾向から考察する。

『まったく行わない』、『あまり行わない』の割合が高かった項目は、それぞれ「切除臓器の大きさについての説明」54.0%、16.4%、「感染予防」46.3%、14.1%、「輸血ミスの予防策についての説明」43.0%、15.8%、「誤薬（注射）予防策についての説明」41.3%、15.4%、「医療器材・ガーゼの体内残存の予防策についての説明」38.3%、12.1%、「体位性身体損傷①褥瘡好発部位の説明」34.9%、23.5%、「体位性身体損傷②神経麻痺の説明」31.2%、20.5%であった。「切除臓器の大きさについての説明」は、看護師の説明領域ではなく、術者である医師が説明するものであること、手術中に病巣の実際を知った後に切除範囲が決定される

表9 医療過誤に対する不安へのアプローチ

	患者取り違いに対する予防策についての説明	手術部位間違いの予防策についての説明	医療器材・ガーゼの体内残存の予防策についての説明	誤薬（注射）予防策についての説明	輸血ミスの予防策についての説明	転倒・転落の予防策についての説明	感染予防策の説明
まったく行わない	20.5( 61)	26.2( 78)	38.3(114)	41.3(123)	43.0(128)	21.5( 64)	46.3(138)
あまり行わない	8.4( 25)	13.1( 39)	12.1( 36)	15.4( 46)	15.8( 47)	10.1( 30)	14.1( 42)
聞かれれば行う	18.8( 56)	25.2( 75)	35.6(106)	31.9( 95)	30.9( 92)	23.8( 71)	26.8( 80)
状況判断で行う	15.1( 45)	19.5( 58)	7.7( 23)	5.4( 16)	5.7( 17)	22.1( 66)	6.0( 18)
必ず行う	34.6(103)	12.8( 38)	2.3( 7)	1.7( 5)	0.3( 1)	19.1( 57)	3.0( 9)
無回答	2.7( 8)	3.4( 10)	4.0( 12)	4.4( 13)	4.4( 13)	3.4( 10)	3.7( 11)
合計 % (名)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)	100.0(298)

ことなどから、術前の情報提供として実施されないであろう。その他の項目は、手術が持ち合わせるリスクに関連したものであった。このようなリスクについての説明は、不安の軽減に役立っていることも考えられるが、手術に対するマイナスイメージをかえって増強させ、不安を増強させる可能性も否定できないため、まったく行われていないのではないかと思われる。このような情報提供が不安を増強させるという報告は、Kerriganら<sup>12)</sup>によっても「手術におけるリスク、麻酔のリスク、発症可能な合併症の詳細を記したインフォームドを実施された患者はそうでない患者と比較してSTAIのスコアが高かった。」と述べられており、術前訪問を実施する看護師も手術のリスクという患者の不安を増強させる可能性がある情報提供は行わない傾向にあるのではないかと思われる。しかし、リスクの説明ではなく、予防策についての説明は、病院の信頼を得るためにも実施する必要があるのではないかと考える。

『聞かれれば行う』という回答が多かった項目は、「術後の創痛についての説明」40.9%、「家族の待機場所の説明」40.4%、「医療器材・ガーゼの体内残存予防策についての説明」35.6%、「創痛緩和・痛み止めの使用についての説明」35.2%、「誤薬（注射）の予防策についての説明」31.9%、「輸血ミスの予防策についての説明」30.9%などであった。これらは、病棟看護師により説明される可能性が高いものや、積極的に説明を行うと患者の不安をかえって増強させる可能性のあるものであった。Copp<sup>13)</sup>は、「説明が二重になることはかえって患者の混乱と不安を増してしまう。」と報告している。また、Scott<sup>14)</sup>は、「患者は、入院から退院までの間、患者の手術に関連する身体的・精神的援助をすべての看護師から同等に受ける権利があり、そのために看護師は十分な準備を行わなければならない。」と述べ、Martin<sup>1)</sup>も「病棟との話し合いは、患者が手術におけるどの段階においても高い基準の援助を受けられるために必要不可欠」と述べており、どの項目についてはどのような説明を行う、どこが主体でその説明を行い不安の緩和を行うかといった病棟との話し合いの上で、『まったく行わない』のではなく、病棟看護師と同等の知識を持ち合わせ、患者に聞かれても統一した説明を行い、患者の不安に対処していくことが必要であろう。

また、手術のリスクは、先に述べたように患者の不安を増してしまう可能性が高く、積極的に情報を与えることを避けて『まったく行わない』という回答割合も高かったが、患者としては、リスクに対して不安を持っており、情報を得たいという思いが強く、よく質問される項目であると考えられる。このように患者の不安に対しては、『まったく行わない』とするよりも、患者の質問に応えられるだけの知識をもち、不安にさせないようなコミュニケーションの技術によって『聞かれれば行う』のが妥当であろう。

『状況判断で行う』という回答が最も多かった項目は、「義歯・補聴器装着、持参に関する説明」の32.9%、続いて「手術体位の説明」32.6%、「その他の私物持込に関する説明」31.5%であった。しかし『状況判断で行う』は、他に比べ最高値は30%前後と低い回答に留まっていた。「義歯・補聴器の装着、持参に関する説明」、「手術体位の説明」などは、不安軽減というよりも患者に手術をスムーズに進行させるためのコンプライアンスを求める説明の要素が強い項目である。Mitchell<sup>5)</sup>、Krohneら<sup>16)</sup>は、「不安は主観的なもので効果的な対処の方法は個々によって違うため個々に応じた援助を提供する必要がある。」と述べている。例えば、Krohneら<sup>16)</sup>の研究では、性格に由来するコーピングスタイルから用心型コーピング者と逃避型コーピング者に分け、「用心型コーピング者は豊富な量の情報を必要とし、少ない情報では不安は増強し、逃避型コーピング者は少ない情報だけしか必要とせず、多くの情報はかえって不安を増強する。」と、患者によって提供する情報量は変更させる必要があることを指摘している。また、Kerrigan<sup>12)</sup>の研究では、「視覚材料を用いた同じ情報を提供しても患者の24%が多すぎる情報であったと言ひ、6%は簡単な情報提供に過ぎなかったと述べていた。」と報告し、情報に対する認識は個々の患者によって開きがあることを報告している。このため、必ずしも説明・情報提供を『必ず行う』ことが必要とはされず、『聞かれれば行う』、『状況判断で行う』といった患者に合わせた説明・情報提供が不安の軽減には必要であろう。このような判断ができるよう、患者にあった援助を見極め、実施できるような患者特性のアセスメントのツールや患者のタイプ別援助法の開発が必要であろう。

『必ず行う』の回答割合が高かった項目は、「手術室内では一人にすることはなく、外回り看護師、麻酔科医師が付き添うことを説明」81.2%、「入室後も一つひとつ説明を行いながら処置を実施することの説明」77.5%、「硬膜外チューブ挿入時の体位の説明」70.5%、「入室からの一連の流れの説明」65.8%であり、これらは7割近い回答を得た。「手術室内では一人にすることはなく、外回り看護師、麻酔科医師が付き添うことの説明」、「入室後も一つひとつ説明を行いながら処置を実施することを説明」は、患者に不安を発生させることなく、安心だけを与えられる効果的な援助法である。「硬膜外チューブ挿入時の体位の説明」は、安全な操作のために患者の協力は必須であり、患者の協力で安全な手術につながるという認識を持たせることが可能である。このように、手術はまったく医療従事者によってコントロールされるのではなく、患者自身の対応でも安全な手術の進行を促すことができるという患者自身のコントロール感が安心を与える作用もあると考えられる。

問題焦点型援助における情報提供の回答を対象者の背景の結果に照らし合わせて考察する。勤務平均年数は5.1年と手術室看護師としての経験年数は決して短いほうではない。このため、研究の対象者の多くが術前訪問を十分に経験したことのある看護師であったと思われる。経験から『状況判断で行う』の回答が多いのではないかと考えたが、先に述べたように、最高値は30%前後と低い回答に留まっていた。患者の個性にあわせて実施することよりも、看護師個人が経験から作り上げた訪問における援助パターンを持っているのではないかと考える。しかし、標準偏差4.1年と勤務年数には幅があり、平均値だけでは勤務年数についての考察は困難であり、勤務年数と実施の関連など、さらなる分析が必要であろう。

また、患者との面接時間は11.0分で、Beddows<sup>2)</sup>が不安緩和のための面接時間として推奨する1.5時間に比べると非常に短い時間である。本研究の報告は、一部の不安援助の報告に過ぎず、本報告以外の様々な援助も実施していることを考えると、今回の報告の結果が「まったく行わない」、「あまり行わない」、「聞かれれば行う」といった回答が少なくないことも納得できる。Beddows<sup>2)</sup>の推奨する術前訪問は、入院する1週間以上前に患者の家庭訪問による実施や外来で実施するという西洋

での一般的な方法をもとに述べた時間であるのに比べ、わが国では、患者が入院した後の手術前日に実施することが一般的であり、条件の違いが大きい。手術前日の患者は、手術に向けた様々な処置が多く、術前訪問に時間をあまりかけられないという患者側の状況もあるなど、わが国の現状に合った術前訪問が必要である。

同様に、術前訪問時に「不安の緩和ができたと感じたことがあるか」の結果が『ある』211名(70.8%)であったことも、今回の研究報告の焦点とした問題焦点型援助における情報提供だけの効果とは言えず、様々な援助によって不安を軽減したことがあるという回答であったため、具体的にどのような援助が効果的であったか、深く追求する必要があった。さらに、研究対象者は手術室勤務年数の平均が5.1年で、経験を十分に持ち合わせている可能性の高い看護師であるにもかかわらず、約3割の看護師は『ない』と回答しており、術前訪問で不安軽減のためのアプローチがいかに大変であるかということがわかる。これは、面接時間の長さなどだけでなく、患者の持つ手術に対する不安がとてつもないことや、不安は主観的で変動的な感情であるために軽減を図ることは難しいことがよくわかる。

さらに、本研究の課題として、術前訪問の方法や内容への影響因子として病院の規模・手術室の人員配置・術前訪問のマニュアルの有無およびその内容などが考えられるが、今回の報告ではそのような影響因子との関連についての検討までには至っていないことがあげられる。

加えて、実施されている割合が低いから実施する必要はないとは言えず、実施されていないものや、逆に実施されているものでも、説明における細かな表現や説明内容によっては不安を増強させる可能性もあり、先行文献や理論、さらに術前訪問を受けた患者から情報を収集するなどして看護師の見方と差異がないかなどの検討も必要である。

本研究のテーマは、情報提供による不安軽減のアプローチであったが、看護師が何について説明を行っているかという情報提供の実施頻度についてのデータ収集にとどまり、患者のもつ不安をどのようにアセスメントし、何をもち不安の緩和ができたか判断したかなど、効果についての研究までには至っていない。今後はこのような問題点を改善し、患者にとってよい看護援助に結び付け

られるような研究へと発展させる必要がある。

## V. おわりに

今回の研究はマニュアル作成を目的とし、現状調査から看護師が必ず行う援助項目は、看護師の経験によって培われた不安緩和としての効果が高い援助となりえるのではないかと、このような臨床の知を元にマニュアル作成を行えば、活用しやすい基準的なマニュアルができあがるのではないかとこの発想があった。しかし、結果や考察を通して単純に実施割合の高さのみを基準となるマニュアル作成にそのまま応用できないことが明らかになり、本研究の結果をそのまま基準的なマニュアル作成につなげられないことが本研究の問題として残った。さらに、今回の不安緩和に対する情報提供についての報告は、調査研究の一部であり、この他「認識焦点型援助」、「情緒焦点型援助」の3つのカテゴリーすべてを網羅した本調査項目を基にしたマニュアルとなると援助項目が膨大な項目となる。特に、いかに効果的であっても時間的な効率の良さを伴った術前訪問でなければ実践は困難になってしまう。不安の軽減・緩和に効果があってもあまりに多い情報はかえって混乱を招く可能性もあり、すべての情報を必ず提供することが良いとは限らない。不安という情緒的な反応は患者によって状況によりそれぞれであり、簡単に基準化することは困難である。今後は、不安の軽減として術前に提供するものと術中のその時々で実施することが望ましいものなどを整理し、患者の特性をアセスメントし、効率的かつ効果的な術前訪問の基準的なマニュアルを作成しなければならないと考える。さらに、手術看護において最も大切なことは、安全な手術の遂行であり、セーフティマネージメント・リスクマネージメントも考慮した基準となるマニュアル作成が必要である。

また、たとえ術前訪問は手術室看護師が実施するものであったとしても、病棟看護師との話し合いは必須であり、実施する術前訪問の内容の検討や患者の術前訪問に対する反応などといった評価だけでなく、実施する時間など術前訪問を実施する環境を整えていくことも必要である。今回の結果だけで、術前訪問のマニュアル作成は困難であっても、得られた示唆と理論的根拠を持って今後も基準化に対する検討を継続して行きたい。

お忙しいなか、本研究に協力してくださった施設および手術室看護師の皆様に深く御礼を申し上げます。

本研究は、日本手術看護学会および日本手術看護学会広島県支部の研究助成金を受け実施した研究の一部である。

## 文 献

- 1) Oakley, A. : The importance of being a nurse. *Nursing Times*, 80;24-27, 1984.
- 2) Beddows, J. : Alleviating pre-operative anxiety in patients : a study. *Nursing Standard*, 11(37); 35-38, 1997.
- 3) Cochran, R.M. : Psychological preparation of patients for surgical procedures. *Patient Education and Counseling*, 5; 153-158, 1984.
- 4) Martin, D. : Preoperative visits to reduce patient anxiety. *Nursing Standard*, 10 (23); 33-38, 1996.
- 5) Hughes, S. : The effects of giving patients pre-operative information. *Nursing Standard*, 16(28); 33-37, 2002.
- 6) Carter, L., Evans, T. : Preoperative visiting : a role for theatre nurses. *British Journal of Nursing*, 5(4); 204-207, 1996.
- 7) Walker, J.A. : Emotional and psychological pre-operative preparation in adults. *British Journal of Nursing*, 11(8); 567-575, 2002.
- 8) オペナースィング編集部 : 全国施設アンケート, 術前・術後訪問の現状と課題, *OPE nursing*, 99増刊号; 232-239, 1999.
- 9) オペナースィング編集部 : 病棟からみた術前・術後訪問とは? *OPE nursing*, 16(11);1192-1199, 2001.
- 10) Lazarus, R.S., Folkman, S. : *Stress, Appraisal, and coping*. Springer (New York), 1984.
- 11) Miles, M.S., Funk, S.G., Kasper, M.A. : The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing & Health*, 15;261-269, 1992.
- 12) Kerrigan, D.D., Thevasagayam, R.S., Woods, T.O., McWelch, I., Thomas, W.E.G., Shorthouse, A.J. : Who's afraid of informed consent? *British Medical Journal*, 306;298-300, 1993.
- 13) Copp, G. : Intra-operative information and preop-

- erative visiting. *Surgical Nurse*. 12;27-29, 1988.
- 14) Scott, E.M., Litt, M., Earl, C., Leaper, D., Massey, M., Mewburn, J., Williams, N. : Understanding perioperative nursing. *Nursing Standard*, 13(49);49-54, 1999.
- 15) Mitchell, M. : Nursing intervention for pre-operative anxiety. *Nursing Standard*, 14(37); 40-43, 2000.
- 16) Krohne, H.W., Slangen, K., Kleemann, P.P. : Coping variables as predictors of perioperative emotional status and adjustment. *Psychology and Health*, 11; 315-330, 1996.

## 報 告

### 母親側と支援者側双方からみた栃木県内における母乳育児支援の実態

—入院中の支援に焦点をあてて—

成田 伸<sup>1)</sup>, 早川有子<sup>1)</sup>, 川崎佳代子<sup>1)</sup>, 大原良子<sup>1)</sup>, 曾我部美恵子<sup>1)</sup>, 橋本かおり<sup>1)</sup>,  
今村真杏子<sup>2)</sup>, 木下珠希<sup>2)</sup>, 富田真理子<sup>2)</sup>, 竹中 美<sup>3)</sup>, 佐藤郁夫<sup>4)</sup>, 松原茂樹<sup>5)</sup>

### Both mothers' and medical staff's perception of support to establish breastfeeding : from the result of questionnaire survey in Tochigi Prefecture

Shin NARITA<sup>1)</sup>, Yuko HAYAKAWA<sup>1)</sup>, Kayoko KAWASAKI<sup>1)</sup>, Ryoko OHARA<sup>1)</sup>,  
Mieko SOKABE<sup>1)</sup>, Kaori HASHIMOTO<sup>1)</sup>, Kyoko IMAMURA<sup>2)</sup>, Tamaki KINOSHITA<sup>2)</sup>,  
Mariko TOMITA<sup>2)</sup>, Yoshi TAKENAKA<sup>3)</sup>, Ikuo SATO<sup>4)</sup>, Shigeki MATSUBARA<sup>5)</sup>

**要旨：**栃木県内において1歳6ヶ月児健診を受診している母親と母乳育児に関して支援を提供している保健・医療提供者に対する調査を行い、それぞれ663人（回収率27.8%）と743人（同39.1%）から回答が得られた。その結果以下の点が明らかとなった。

1) 栃木県内の母親は、妊娠中には約75%が母乳栄養を希望し、分娩した施設を退院した時点での母乳栄養率は44.4%であり、母親の妊娠中の希望が満たされているとはいえない状況にあったが、退院時の栄養法の希望と満足度は8割強がよいという評価であり、退院時点での栄養法についての満足度はおおむね高いといえる。

2) 17.2%の母親が意見・要望欄に母乳に関する意見を書き、その内容は「母乳育児の大変さの訴え・支援への要望」と「母乳第一という社会的風潮への批判」という相反するものであった。これらの結果から、母親たちが私たちケア提供者に対して、一律のケアではなく個別の対応を求めていると推測された。

3) 栃木県内で母乳育児支援に関与している保健・医療提供者に「出生後30分以内の早期授乳」、「出生後からの頻回授乳」、「赤ちゃんが欲しがるときにいつでも母親が授乳できる体制作り」、「医学的に必要でない限り母乳以外の水分や栄養を与えない」、「生理的体重減少と母乳」の5項目に対する意見を求めた結果からは、職種間で5項目に対する意見に差がみられ、とくに後者2項目の実施の困難性が明らかになった。

**キーワード：**母乳，育児支援，母親，保健・医療提供者

<sup>1)</sup> 自治医科大学 看護学部 母性看護学，<sup>2)</sup> 前自治医科大学 看護学部 母性看護学，<sup>3)</sup> 広島国際大学 看護学部，<sup>4)</sup> 国際医療福祉病院 病院長，<sup>5)</sup> 自治医科大学 医学部

<sup>1)</sup> Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical

School, <sup>2)</sup> Former Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School, <sup>3)</sup> Hiroshima International University, Faculty of Nursing,

<sup>4)</sup> International University Health & Welfare Hospital, Director of Hospital, <sup>5)</sup> School of Medicine, Jichi Medical School

## I. はじめに

多くの母親が母乳育児を望みながらも、母乳育児の開始や継続に困難を感じている。その背景には、施設内入院中の支援の不統一、施設退院後の地域での支援の欠如、施設従事者と地域の専門職の母親に対するアドバイスの相違が母親を困惑させている状況があると考えられる。母子にとってより快適で楽しい育児をめざすためには、施設・地域間のネットワーク化が母乳育児にかかわる者の緊急の課題である。

そこで、筆者らは、調査1：栃木県内における母乳育児を取り巻く状況を母親側から明らかにすること、調査2：栃木県内で母乳育児にかかわる医療・保健・福祉従事者等の意見や連携の実態を明らかにする調査を行った。今回は、この両方向からの調査結果の概要を、分娩した施設に入院中の状況に関連する項目に焦点を当てて報告し、栃木県における母乳育児支援の実態の概要を示す。

## II. 研究方法

母親と保健・医療提供者のそれぞれを対象として、以下に示す自作のアンケート用紙により調査した。

### 1. 母親側からみた栃木県内における母乳育児を取り巻く状況 (調査1)

1) 調査期間：平成15年1月～3月

2) 対象者：1歳6ヶ月児健診を受診している母親  
調査時点としては、生後の栄養法についての記憶が比較的新しく、かつほとんどの母子において卒乳(断乳)が終了している時点として1歳6ヶ月時点を選んだ。

3) 調査内容：

母親の属性、妊娠中の栄養法の希望、児の栄養法(施設入院中の栄養法、その後の栄養法の推移、母乳をやめた時期や理由、栄養法の満足度等)と受けた教育・援助の状況とその満足度、援助に対する意見・要望等

4) データの収集方法：

栃木県保健福祉部児童家庭課に調査の主旨を説明して実施の承諾を得た後、栃木県内49市町村の保健センターに調査を依頼した。保健センターの調査協力の可否を確認後、調査用紙を送付し、対象者への調査用紙配布の依頼を行った。調査用紙の回収は、調査用紙配布時に同封した封筒で対象者各自に投函を依頼した。同時に各施設の受診児

予定数の回答を得た。

### 2. 母乳育児にかかわる保健・医療提供者側からみた栃木県内における母乳育児支援の状況 (調査2)

1) 調査期間：平成15年1月～3月

2) 対象者：栃木県内で母乳育児支援にかかわる以下の保健・医療・福祉従事者

① 病院・診療所の産科病棟に勤務する助産師(以下、勤務助産師と略)

② 病院・診療所の産科病棟に勤務する看護師(以下、勤務看護師と略)

③ 栃木県内で開業する開業助産師(以下、開業助産師と略)

④ 栃木県内の保健センターにおいて乳幼児健診に関わっている保健師(一部少数だが、看護師や他の専門職も含まれる)(以下、保健師と略)

⑤ 栃木県内の病院・診療所で働く産科医(以下、産科医と略)

⑥ 栃木県内の病院で働く乳児医療に関与している小児科医(以下、勤務小児科医と略)

⑦ 栃木県内で診療所を開業している開業小児科医(以下、開業小児科医と略)

⑧ 栃木県内において乳児保育に関わる保育士および看護・助産学基礎教育担当者や地域で母乳育児を支援しているサポート者

今回は、分娩した施設入院中の項目に焦点を当てたため、保育・教育関連の⑧は報告からは除外した。また、対象者は、「母乳育児に関わる保健・医療提供者」(以下、ケア提供者と略)とする。

3) 調査内容：

対象者の基礎情報、母乳育児支援に関連する教育・研究的背景、WHOの10か条を参考にして作成した母乳育児支援に対する考えや知識を問う質問項目などである。これらの質問は、各職種や働く状況に合わせて内容の調整を行った。

4) データの収集の方法：

病院・診療所・機関の管理者、各関連団体に同意を得た上で会員名簿・職員名簿に基づき個々あるいは施設毎に郵送により配布を行った。回収は、普通郵便により個々に投函を依頼するか、留め置き法で行った。

### 3. データの分析

今回は記述統計的な分析にとどめ、調査1, 2の調査結果間の関連を分析した。

### 4. 倫理的配慮

調査対象者には文書にて調査の趣旨を説明し、調査用紙は無記名とし、個人が特定できないようにプライバシーの確保を行った。回答がなされた場合に、研究参加への同意が得られたと判断した。

## III. 結果

調査1, 調査2の2つの調査結果の中で、今回は分娩した施設に入院中の状況に関連する項目に焦点を当てて報告する。

### 1. 母親側からみた栃木県内における母乳育児を取り巻く状況（調査1）

#### 1) 配布状況および回収状況

調査協力への承諾が得られた市町村保健センター数は44カ所で、受診児予定数は2,443人であった。回収数は663通であり、依頼配布のために実際の配布数は不明であるが、受診児予定数に対する回収率は、27.8%であった。

### 2) 母児の概要

母親の年齢は30.5±4.4歳で、今回受診した児は、第1子が57.6%、第2子が32.1%、第3子以降が10.2%であった。1歳6ヶ月児健診に受診した時点での母親の就業率は33.2%であった。

### 3) 児の栄養法の推移とその関連因子

#### ①妊娠中の児の栄養法に対する母親の希望と受診児の栄養法の推移

今回受診した児を妊娠していたときの児の栄養法に対する母親の希望は、「絶対母乳のみで育てたい」が11.6%、「できれば母乳で育てたい」が62.7%であり、約75%の母親が母乳栄養を希望していた。受診児の栄養法の推移を図1に示した。母乳栄養は、退院時43.4%、1ヶ月健診時42.1%（母乳に糖水を追加している場合も合わせると44.4%）、3ヶ月健診時39.8%といくぶん減少傾向にはあるが、ほとんど変化はみられなかった。一方、混合栄養は、退院時47.1%、1ヶ月健診時35.1%、3ヶ月健診時26.7%と減少していき、人工栄養がそれぞれ6.9%、19.2%、30.9%と増加していた。

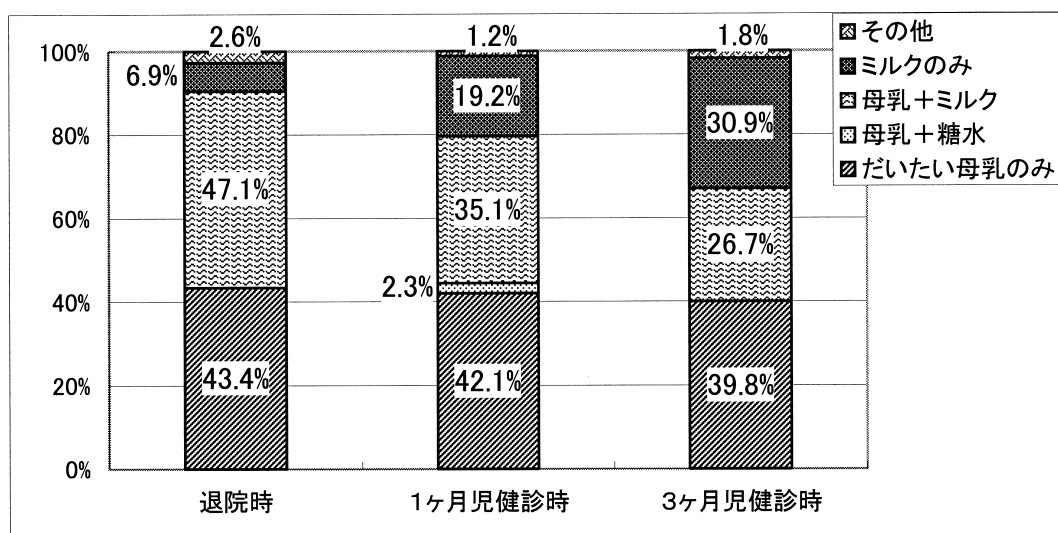


図1 受診児の栄養法の推移



② 分娩入院した施設の栄養法に対する方針

母親が回答した分娩入院した施設の栄養法の方針は、母乳中心が30.8%と少なく、母乳にミルクを追加する施設が66.8%と7割近かった。また、入院中の母児の同室状況は図2に示したように、生後すぐから退院まで完全母児同室は3.2%とわずかで、出生翌日から退院時まで夜間を含めて母児同室34.7%、出生翌日から退院時まで日中のみ母児同室28.1%、母児異室で授乳時のみ23.7%、完全母児異室が10%であった。

③ 入院中の母児の同室状況別にみた生後3ヶ月健診時の児の栄養法

入院中の母児の同室状況が、従来離乳の開始が指導され母乳栄養率が減少に転じやすかった中間地点である3ヶ月の時点での児の栄養法にどのように影響するのかをみるために、生後3ヶ月健診での児の栄養法との関連を検討した。

図3に示したように、生後すぐから退院まで完全母児同室だった場合の母乳栄養の比率は71.4%であり、他の状況と顕著な違いを示している。一方、完全母児異室だった場合を除いて、母乳栄養の比率は30~40%であり、混合栄養の比率も50%

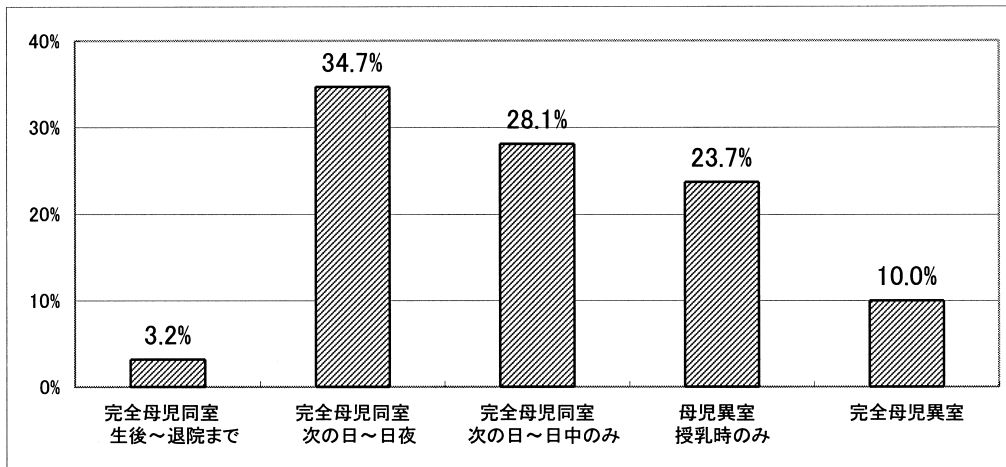


図2 受診児分娩入院中の母児の同室状況

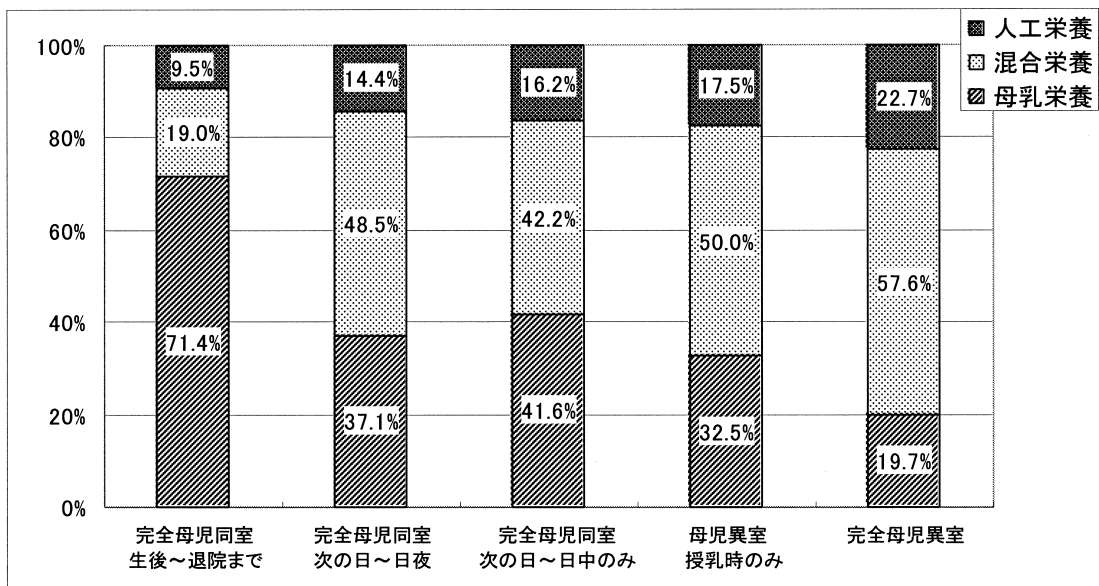


図3 受診児分娩入院中の母児の同室状況別にみた生後3ヶ月健診時の児の栄養法

前後とほぼ同様の傾向を示している。また、完全母乳育児の場合であっても人工栄養は22.7%にとどまり、57.6%が混合栄養であった。

④ 栄養法への満足感と不満

退院時の栄養法の希望と満足感は、全体でみると希望通りが50%を超えていた(図4)。また、希望通りではなかったがよかったも33.5%あり、不満は8.1%であった。

4) 育児支援に関する意見・要望

育児支援に関する意見・要望を自由回答で記入してもらったところ、なんらかの記載があったのは178人(26.9%)で、そのうち母乳に関する意見を書いていたのが114人(17.2%)であった。意見・要望は、大まかに「母乳育児の大変さの訴え・支援への要望」、「周囲の家族・医療従事者の

無理解」、「指導・支援の統一・個別性への対処の要望」、「母乳第一という社会的風潮への批判」などに分類された。「母乳育児の大変さの訴え・支援への要望」では、入院中にもっと母乳について支援してほしいという要望とともに、新生児訪問や母乳外来など退院後の支援に対する要望も多かった。また、「母乳第一という社会的風潮への批判」では、「今とても母乳、母乳っていわれる世の中なので、出ないと母親失格といわれるようです」、「母乳の方が色々よいことがあると思いますが、強要されるとイライラします」、「『ミルクで育てるのはダメな母親だ』などと言われるのが本当につらかった」、「できれば母乳で育てたいと思ったが、それが無理な人もいるということを知ってほしいと思ったし、ミルクでも悪くないのだということを知ってほしい」というように切実な訴えが書かれてあった。

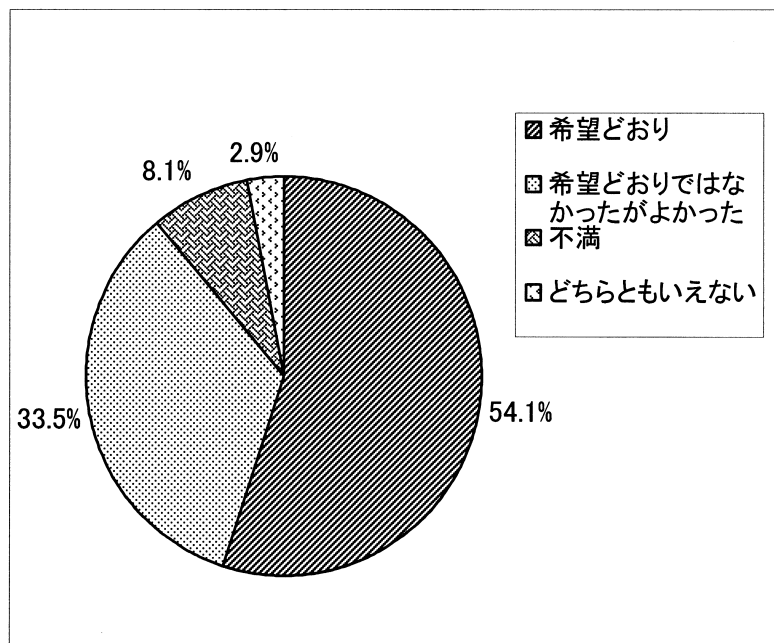


図4 退院時の栄養法の希望と満足感

2. 保健・医療提供者側からみた栃木県内における母乳育児を取り巻く状況 (調査2)

1) 配布状況および回収状況

配布状況および回収状況を表1に示した。回収率は20~40%程度であり、勤務助産師・看護師が最も多く40.8%であった(施設を通じて配布したため、助産師・看護師それぞれの配布数は明らかになっていない)。日本助産師会栃木県支部(会員には、開業助産師、就業していない助産師、勤務助産師が含まれ、勤務助産師の場合、勤務場所を通じての調査用紙の配布があった場合はそちらを優先して記入するように依頼した)を通じての配布数に対する回収率は21.7%と低かったが、栃木県支部会員の開業助産師数は34人であり、今回の26人という数は栃木県内で開業している助産師をほぼ網羅していると考えられる。産科医・小児科医の場合の回収率も30%前後であった。

2) 対象者の概要

対象者の年齢、性別、実務経験年数を表1に併せて示した。平均年齢は勤務看護師が最も若く

32.1歳で、勤務助産師36.6歳、保健師36.9歳、勤務小児科医37.3歳の順であった。産科医の平均年齢は44.2歳であり、開業助産師や開業小児科医の平均年齢は高く50歳台であった。

産科医・小児科医について性別をみると、産科医で女性が13.6%、勤務小児科医で31.8%、開業小児科医で44.0%であった。

実務経験年数も平均年齢と同様の傾向を示し、勤務看護師が最も年数が少なく9.4年で、勤務助産師12.3年、勤務小児科医12.7年の順であり、開業助産師、産科医、開業小児科医は20年台であった。

それぞれが受けた母乳に関する基礎教育・継続教育の状況を表2に示した。基礎教育において母乳育児に関する教育を受けた者の割合は、勤務助産師が最も多く99.4%であり、次いで保健師87.9%、開業助産師84.6%、勤務看護師75.4%の順であった。同様に勤務小児科医では72.1%と高かったが、産科医や開業小児科医は50%前後であった。

継続教育で母乳育児支援関連の教育を受けた者の割合は、開業助産師が最も多く42.3%で、次い

表1 配布・回収状況および対象者の概要

職種	配布数	回収数	回収率	平均年齢±SD (範囲)	性別		実務経験年数(範囲)
					男性(%)	女性(%)	
勤務助産師	976	170	40.8%	36.6±10.1 (23-82)		170 (100%)	12.3± 8.8 (1-54)
勤務看護師		228		32.1± 9.0 (20-59)		228 (100%)	9.4± 8.3 (0-35)
開業助産師	120	26	21.7%	50.4±16.0 (27-79)		25 (96.2%)	24.0±18.0 (5-58)
保健師	403	190	47.1%	36.9±10.8 (22-68)		188 (98.9%)	
産科医	212	60	28.3%	44.2±16.9 (24-82)	51 (86.4%)	8 (13.6%)	20.7±13.8 (1-56)
勤務小児科医	112	44	39.2%	37.3±10.1 (25-55)	30 (68.2%)	14 (31.8%)	12.7± 8.5 (0-30)
開業小児科医	78	25	32.1%	52.7±11.8 (40-80)	14 (56.0%)	11 (44.0%)	27.3±11.8 (15-55)
計	1917	743	39.1%				

表2 職種別母乳育児支援に関わる教育・育児経験

職種	基礎教育での 母乳育児関連の 教育経験者	継続教育(基礎教 育終了後)での 母乳育児関連の 教育経験者	母乳育児関連の会 ・学会参加経験者	育児経験者 (配偶者の経験も含む)	母乳育児経験者 <育児経験者中> (配偶者の経験も含む)
勤務助産師	166 (99.4%)	64 (38.8%)	63 (38.4%)	81 (47.6%)	41 (50.6%)
勤務看護師	169 (75.4%)	21 (9.5%)	6 (2.7%)	103 (45.4%)	20 (19.4%)
開業助産師	22 (84.6%)	11 (42.3%)	13 (50.0%)	23 (88.5%)	15 (50.0%)
保健師	167 (87.9%)	22 (11.6%)	6 (3.2%)	131 (68.9%)	32 (24.4%)
産科医	32 (55.2%)	15 (26.3%)	9 (21.4%)	38 (69.1%)	10 (26.3%)
勤務小児科医	31 (72.1%)	4 (9.3%)	1 (3.4%)	23 (52.3%)	6 (26.1%)
開業小児科医	12 (48.0%)	3 (12.0%)	2 (12.5%)	21 (66.1%)	8 (38.1%)

で勤務助産師38.8%であった。産科医では26.3%が受けていたが、勤務看護師、小児科医では10%前後と少ない状態であった。母乳育児関連の会・学会参加の経験者の割合も同様の傾向を示した。

配偶者の場合も含めた育児経験者の割合は、勤務助産師を除いて50%以上と高率であり、その中で母乳育児を経験した者の割合は、勤務・開業助産師でも約半数であり、他の職種では20%前後と低率であった。

### 3) 母乳育児に関する考え・知識の状況

今回WHOの10か条を参考に作成した質問項目の中で、施設内での取り組みに関わる①「出生後30分以内の早期授乳」、②「出生後からの頻回授乳」、③「赤ちゃんが欲しがるときにいつでも母親が授乳できる体制作り」、④「医学的に必要でない限り母乳以外の水分や栄養を与えない」、⑤「生理的体重減少と母乳」の5項目について、⑥を除く4項目については「必要だと思う」、「賛同するが実施困難」、「必ずしも必要でない」、「必要ない」の4者択一で回答を求めた。結果を図5から図9までに示した。

#### ① 出生後30分以内の早期授乳 (図5)

開業助産師で「必要だと思う」が73.1%であり、他の職種と顕著な違いをみせた。勤務助産師で「必要だと思う」は58.8%と半数を超え、開業小児科医48.0%、保健師41.1%、勤務看護師36.8%と約3割から4割を占めていた。しかし、「賛同するが実施困難」も保健師35.8%、勤務助産師で35.3%、勤務看護師で35.1%、産科医35.0%、勤務小児科医で29.5%、開業小児科医で28.0%と約3割を占めている。また、「必ずしも必要ではない」の回答は、勤務小児科医では選択肢の中で最も高い38.6%であった。

#### ② 出生後からの頻回授乳 (図6)

「必要だと思う」と回答した者が、全体の半数以上を占めていた職種は開業助産師69.2%、開業小児科医64.0%、勤務助産師50.6%であった。「賛同するが実施が困難」という回答の割合も高く、勤務助産師で41.2%、勤務看護師で44.7%と40%を超え、保健師、産科医、勤務小児科医で約3割を占めていた。また、「必ずしも必要ではない」、「必要ではない」と頻回授乳を否定する両者の合計の割合が、各職種約2割～3割を占めている中で、

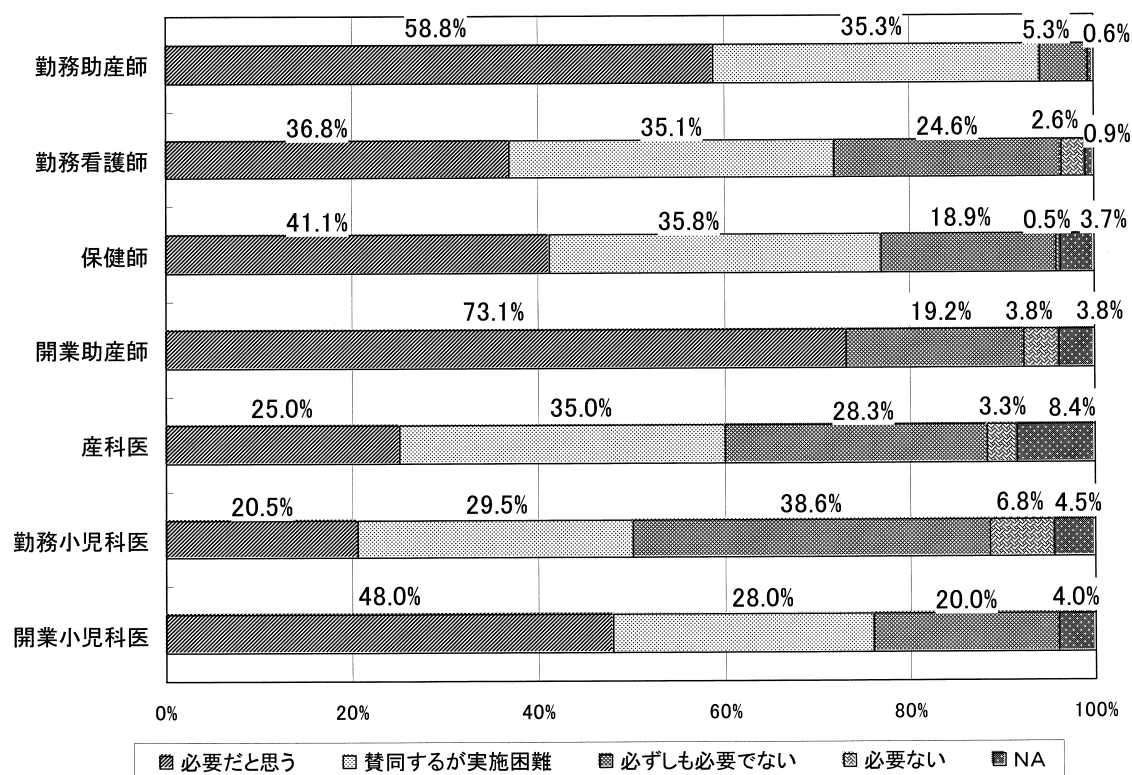


図5 出生後30分以内の早期授乳

勤務助産師のみ8.2%と他職種の割合と比較すると顕著に低い結果であった。

③ 赤ちゃんが欲しがるときにいつでも母親が授乳できる体制作り (図7)

「必要だと思う」の回答が開業助産師で76.9%、開業小児科医で72.0%、保健師で62.6%、勤務助産師で60.6%、勤務小児科医で52.1%と全体の半数以上を占めていた。しかし、産科医で「必要だと思う」と「賛同するが実施が困難」がほぼ同数で、勤務看護師の場合は「賛同するが実施は困難」が49.6%で「必要だと思う」の39.9%より高い割合だった。

④ 医学的に必要でない限り母乳以外の水分や栄養を与えない (図8)

産科医51.7%、勤務小児科医43.2%、看護師48.7%、保健師46.8%の4職種で約半数が「必ずしも必要ない」と回答している。勤務助産師は「賛

同するが実施困難」の回答が51.8%と半数を占め、開業助産師では「必要だと思う」の回答が(46.2%)約半数を占めていた。産科医11.7%、勤務小児科医13.6%とそれぞれの約一割が「必要ない」と否定していた。

⑤ 生理的体重減少と母乳 (図9)

生理的体重減少時の対応について、「5%以上の減少は追加が必要だと思う (図9のなかの「5%以上で追加)」,「児の状態がよければ10%以内でも大丈夫だと思う (同「児の状態)」,「母親が希望していれば10%以内でも大丈夫だと思う (同「母親の希望)」,「その他」の4者択一で回答を求めた。全ての職種で、「児の状態がよければ10%以内でも大丈夫だと思う」が7割前後と半数以上を占めていた。「5%以上の体重減少で追加が必要」と答えたものは、開業小児科医の割合が最も高いが、それでも20%と全体の1/5に留まっており、開業助産師には存在しなかった。

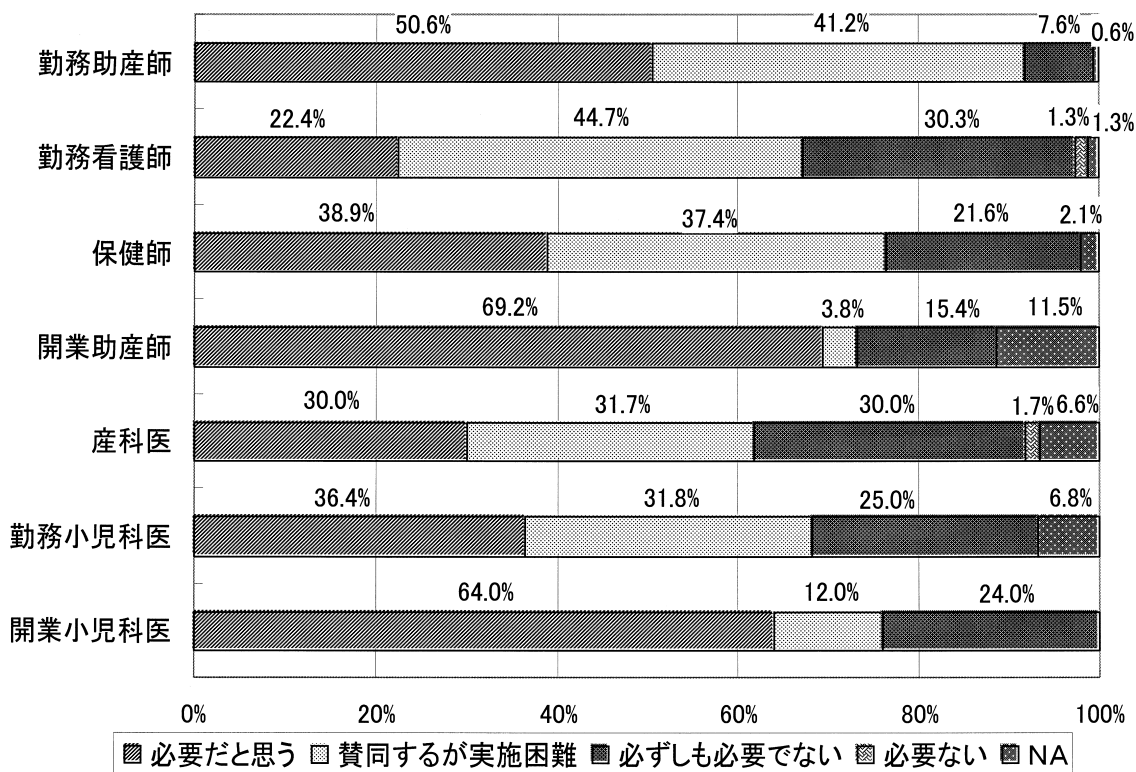


図6 出生後からの頻回授乳

母親側と支援者側双方からみた栃木県内における母乳育児支援の実態

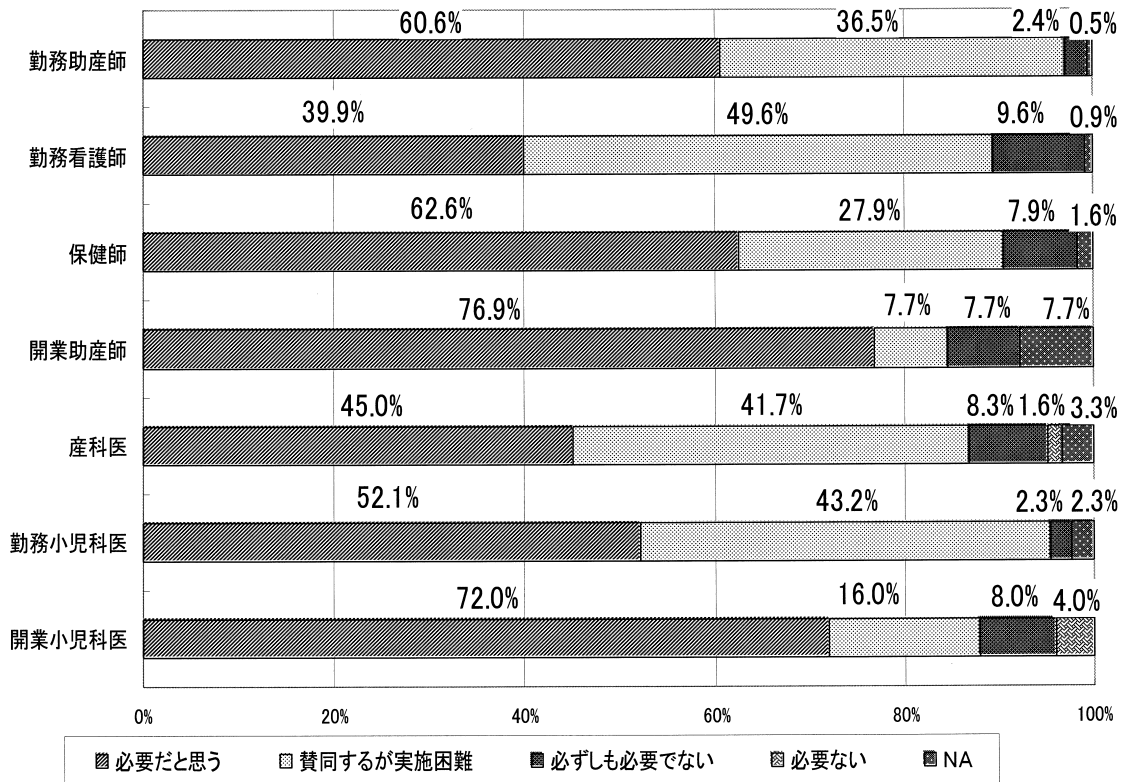


図7 赤ちゃんが欲しいときいつでも母親が授乳できる体制づくり

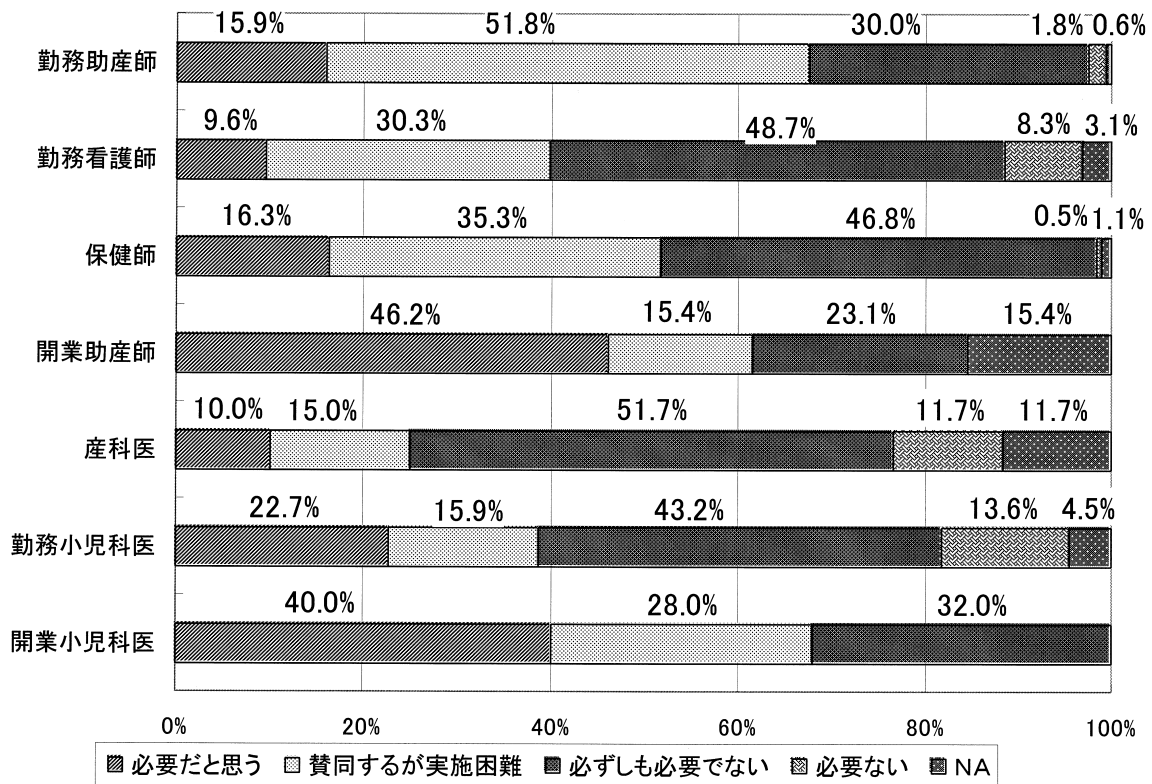


図8 医学的に必要でない限り母乳以外の水分や栄養を与えない

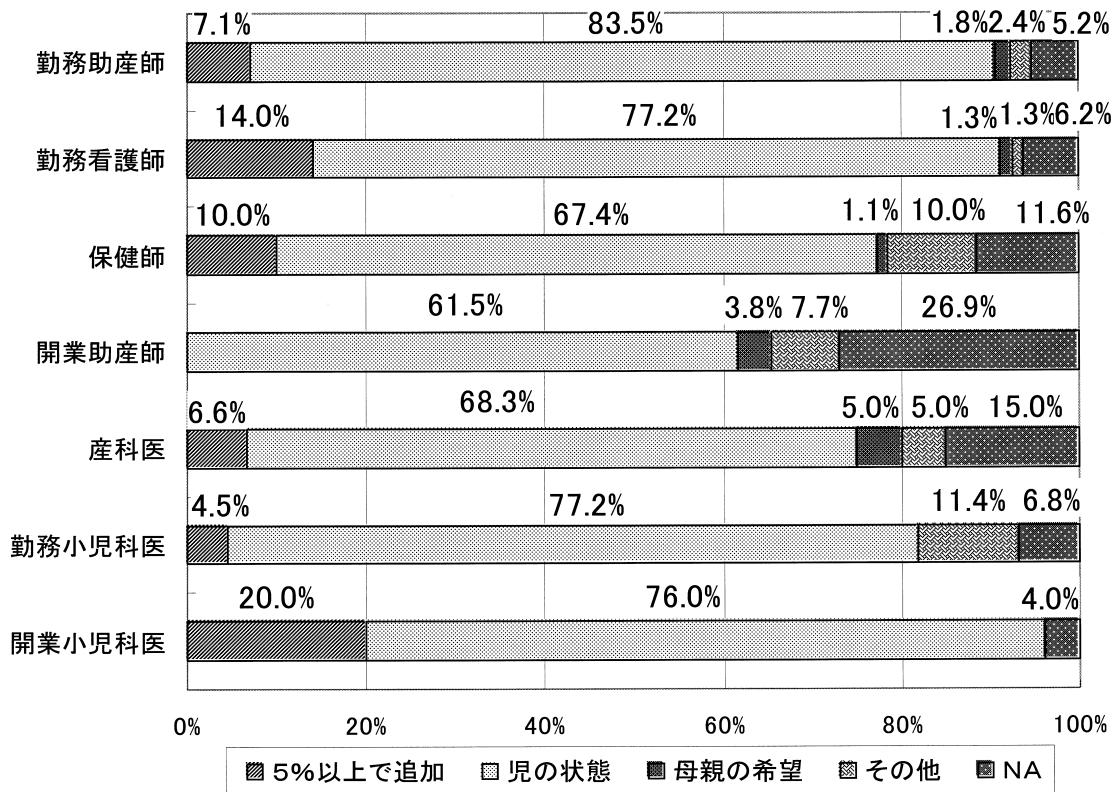


図9 生理的体重減少と母乳

#### IV. 考察

##### 1. 母親側からみた母乳育児支援の状況

結果に示されたように、栃木県内の母親は妊娠中には約75%が母乳栄養を希望していたが、分娩入院した施設を退院した時点での母乳栄養率は、母乳に糖水を追加している場合を合わせても44.4%であり、母親の妊娠中の希望が満たされているとはいえない状況にあった。しかし一方で、退院時の栄養法の希望と満足度は54.1%が希望通りと回答し、また希望通りではなかったがよかったも33.5%であり、合わせて8割強の母親はよいという評価であり、退院時点での栄養法についての満足度はおおむね高いといえる。

1999年に鳥田ら<sup>1)</sup>が行った全国調査によると、1ヶ月時の母乳栄養率は48.3%であった。今回の栃木県の全県調査における1ヶ月健診時の母乳栄養率44.4%という数字は、鳥田らの調査結果や厚生労働省の調査<sup>2)</sup>による日本全体の母乳栄養率46.2% (1995年, 1ヶ月時)と比較すると若干少なめではあるが、大差ない数字といえよう。

鳥田ら<sup>1)</sup>は調査結果から、早期に授乳した乳児ほど1ヶ月時の母乳栄養率が有意に高かったと報

告している。今回の調査でも、生後すぐから退院まで完全母児同室の場合の3ヶ月健診時の母乳栄養率は71.4%と他の場合と比較して顕著に高く、WHOが提唱する方針が母乳栄養を推進する上で効果が高いことを証明しているといえよう。しかし今回の調査では、そのような施設はわずか3.2%であった。また一方で、完全母児異室だった場合を除いて、母乳栄養の比率は30~40%であり、混合栄養の比率も50%前後とほぼ同様の傾向を示している。入院中の母児の状況と3ヶ月時点での栄養法に関連におけるこの数字は、入院中の母児のケアを考慮するのに難しい課題を残している。

今回の調査では、17.2%の母親が育児支援に関する意見・要望欄に母乳に関する意見を書いていた。その内容は、一方で「母乳育児の大変さの訴え・支援への要望」であり、もう一方で「母乳第一という社会的風潮への批判」であった。これは母親たちが私たちケア提供者に対して、一律のケアではなく個別の対応を求めていると解釈できないだろうか？鳥田らの研究も含めて母乳栄養をめぐる多くの調査において各々の時期の栄養率は明らかにされているが、そのような栄養法になった

ことに対する母親の思いを明らかにしたものはほとんどない<sup>3,5)</sup>。今回の調査において母親たちが記入してくれた意見・要望は、母親たちの貴重な生の声として尊重すべきではないかと思われる。

仲村ら<sup>6)</sup>は、国公立2施設を退院した母親215人にその後の栄養法の推移などについて調査を行っているが、そこでもその栄養法になったことに対する母親たちの声は報告されていない。彼らの研究で注目すべきは、産褥1ヶ月間の母乳分泌促進の努力について尋ねた結果で、努力した者の多さは混合群、母乳群、人工群（3ヶ月時点の栄養法）の順であり、人工群でも7割は努力をしており、一方で母乳群には努力をしなかった者が数名含まれていたことである。結果としての栄養法に関わらず、母親たちは母乳栄養に向けて努力しているのである。大古ら<sup>7)</sup>は、徳島県内で乳児健診に訪れた母親610名を対象に育児に対するストレスを問う調査を行っている。母乳栄養の母親の36%、人工栄養の母親の29%がストレスを感じているという結果であった。また、父親の育児参加に対する満足度と栄養法との関連をみた結果でも、満足していない母親は母乳栄養41%、人工栄養29%で母乳栄養に多かったと報告している。このように母乳栄養であることは、そのまま母親にとっての育児環境にストレスがないことを意味してはいない。また、島田ら<sup>1)</sup>も先の調査の考察において「母乳哺育を完璧に実施しようとする、母親にストレスをかける可能性も考慮すべき」と述べている。最終的な栄養法が母乳栄養だったことがイコール善（あるいは努力の結果）という評価では、このような母親の受けているストレスや努力に肯定的な評価が与えられることはない。児の栄養法については、その途中で母親が努力したプロセスを含めて肯定的な評価をすることに努めるべきであろう。

今回の母親側の調査結果からは、栃木県内の母親がおおむね満足している状況にあるが、私たちケア提供者に対して、一律のケアではなく個別の対応を求めていると推測された。

## 2. 母乳育児にかかわる保健・医療提供者側の母乳育児に関する考え・知識の状況

本調査では、回収率の高低はあったが、栃木県内で母乳育児にかかわる保健・医療提供者をほぼ網羅して調査できた。母乳育児に関する調査では、

ひとつの施設に焦点を当て、施設の方針に応じた母乳栄養などが報告されることが多く、本調査のような一県内で母乳育児にかかわる多職種を対象にしたものはなく、その意味で貴重な調査であった。

表2からわかるように、勤務助産師、開業助産師であっても育児経験者中の母乳育児経験者の割合はほぼ50%であった。また、乳児健診にあたる保健師（保健センターの他専門職を含む）で24.4%に過ぎない状態であり、産科医・小児科医でも20~30%台であった。これはとくに調査の対象となった者が子どもを産んだ時期の時代背景の問題と、看護職の場合有職者であり仕事を続けながらの母乳育児継続が困難だったことなどが関与しているのかもしれないが、その詳細の分析は今後の課題である。しかし少なくとも、この母乳育児体験者の比率は、自らの経験から母親たちに自信を持ってかつ具体的に母乳育児を推奨するには支障が多いと推測される数字といえよう。

今回の報告では、入院中のケアに関連する5項目についての回答の結果を示した。これらの5項目は、それぞれWHOが推奨している項目である。これらの項目に対してこれを推奨している専門職はエビデンス（科学的な証拠）のある項目であると主張している。

「出生後30分以内の早期授乳」は、多くの場合Desmondら<sup>8)</sup>の新生児が出生後1時間は覚醒した状態にあり、外界への感覚が最も鋭い時期だと主張した論文を引用して説明している<sup>9-10)</sup>。また瀬尾<sup>11)</sup>は、Righardら<sup>12)</sup>の「新生児は生後20分くらいからおっぱいを探し始め、平均して生後50分でほとんどの新生児がおっぱいを吸うことができた」という報告を、生後30分以内の早期授乳の効果の証拠として引用している。島田ら<sup>1)</sup>の調査結果でも、早期に授乳した乳児ほど1ヶ月時の母乳栄養率が有意に高いという結果であり、支持する論文は多い。しかし、Renfrewら<sup>13)</sup>は授乳の早期開始に関してシステマティックレビューを行った結果として、産後早期に母親の接触や授乳を開始した場合、出産後6週と12週時において、授乳を継続する母親の数に統計上意味ある影響はなかったと報告しており、個々の論文の結果とは異なった結論を導いている。

「出生後からの頻回授乳」や「赤ちゃんが欲しがる時にいつでも母親が授乳できる体制作り」



については、いずれもいかに回数多く直接吸わせることがいかという共通点のある項目である。頻回授乳の母乳分泌や母乳栄養率増加への有効性については、山内ら<sup>14)</sup>や吉永<sup>15)</sup>が報告している。頻回授乳の場合、乳頭の損傷や痛みが大きな問題となっている。その点について瀬尾<sup>11)</sup>は、「正しい授乳姿勢・適切な吸着ができていれば、乳頭痛は非常に少ない」と反論している。

「医学的に必要でない限り母乳以外の水分や栄養を与えない」に関して瀬川<sup>14)</sup>は、糖水・人工乳使用と母乳育児に関する4つの論文を紹介し、糖水などの「補充による授乳回数の減少、乳頭混乱による吸啜困難の発生」や「ルーチンの補充が母乳育児を行う母親の自信を強く損なうという心理的要因の存在」などを補充の弊害としてあげている。また山内<sup>15)</sup>は、「生理的体重減少時の対応」に関して、国立岡山病院医療センターのデータとして、完全に母乳のみの場合の体重減少は $8.51 \pm 1.96\%$ と報告し、他の報告とも併せて考慮した場合「10~13%以上は注意が必要」と結論づけている。しかしまた、「体重減少ばかりを気にするのではなく、体重減少の期間、児の状態や母親の乳房ならびに心理状態、新生児へのストレス反応を考慮しながら」支援すべきとも記しており、体重減少率を一律の判断基準にすることに警鐘を鳴らしている。

今回の回答について個々に検討してみる。「出生後30分以内の早期授乳」については、勤務助産師・開業助産師・開業小児科医では「必要である」という回答が半数を超えていたが、どの職種でも「賛同するが実施が困難」が約3割という結果であった。また、「出生後からの頻回授乳」においても回答は同様の傾向を示している。「赤ちゃんが欲しがるときいつでも母親が授乳できる体制づくり」においては、「必要である」という回答が勤務看護師・産科医で半数を割ったのを除けば、60~80%が必要と考えている。夫の分娩時の付き添い出産は増加しており、助産所などのローリスクの出産をケアする場だけではなく、大学病院などの高度医療施設にも広まってきている。また出産する側の知識も格段に増え、このような出産・育児をしたいという意識も高まってきている。このような状況の変化が、母乳を吸わせやすい環境をつくるべきというケア提供者の考えに変化を起してきたのではないかと考えられる。一方で母親

側の調査の結果では、ほとんどの場合何らかの形で母乳同室が採用されているが、生後すぐから退院まで完全母乳同室は3.2%とわずかな状態であり、ケア提供者の考えの変化が母乳育児ケアの実践には十分結びついていない状況が推測される。

これが顕著に現れているのが、「医学的に必要でない限り母乳以外の水分や栄養を与えない」と「生理的体重減少と母乳」の2項目への回答であろう。「医学的に必要でない限り母乳以外の水分や栄養を与えない」への回答では職種間のばらつきが大きい。開業助産師や開業小児科医では「必要だと思う」が40%台であるが、他の職種では20%前後と低く、「必ずしも必要ではない」の回答が30~50%近くを占めている。その実施の難しさを示している数字といえよう。また「生理的体重減少と母乳」の項目では、「児の状態による」とする回答がいずれの職種でも大勢を占めていた。5%以上で一律に追加するという考えは少なかったものの、山内<sup>15)</sup>が警鐘を鳴らしているように「体重減少ばかりを気にするのではなく、体重減少の期間、児の状態や母親の乳房ならびに心理状態、新生児へのストレス反応を考慮しながら」支援すべきものであり、個々の判断が分かれてくるものと思われる。

ケア提供者側の調査結果から、ケア提供者はWHOなどが示したエビデンスに基づいた母乳育児支援を受け入れつつあるが、新生児の体重減少や生理的黄疸への対応のような個別的な判断が必要な項目に対しては意見が分かれていることが示唆された。

### 3. 結果からみた栃木県の母乳育児支援の現状と課題

2003年9月現在、ユニセフ/WHOが認定する「赤ちゃんにやさしい病院」は30カ所に増えている<sup>16)</sup>。母乳育児を中心に据えスタッフ一丸となって努力した成果を報告する施設も増加している<sup>17-21)</sup>。そのような施設では、母乳のトラブルや母親の不満も少ないという。十分な情報を得て希望して母乳育児を推進している施設を分娩の施設として選択した場合には、大きな問題は生じない。これらの施設からの報告がおおむね肯定的なものその影響があると思われる。

一方、芳賀<sup>22)</sup>は周産母子センターという性格上「当院で分娩する全ての褥婦が母乳育児を希望し

ているわけではなく、『大きい病院で産みたかった』、『母乳育児とは聞いていたが、母乳だけの育児とは知らなかった』と言う褥婦」の存在や「搬送入院のためやむを得ず当院で分娩となり、母乳育児について知識のないケースも少なくない」という問題点を指摘している。すなわち、母乳育児を推進する施設に入院した母乳育児をそれほど希望しない母親たちの存在である。母乳を希望しているのに人工乳を追加する施設に入院した母親、それほど母乳を希望していないのに完全母乳を推進する施設に入院した母親、このようなミスマッチが母親を混乱させるであろうことは十分推測される。しかし、母乳育児に関しては、母乳育児を推進する専門家や施設からの報告が当然大半を占めている。その点で今回の調査で栃木県内の母親たちの生の声を聞けた意義は大きいと思われる。

Renfrew<sup>13)</sup>は先のシステマティックレビューの結論として、母親の意思を尊重し、授乳開始を意図的に遅らせたり、早めたりすることは避けるべきであると結論づけている。島田<sup>1)</sup>も、先の調査の考察において「母乳哺育を完璧に実施しようとすると、母親にストレスをかける可能性も考慮すべき」と述べている。中本<sup>23)</sup>は、退院後母乳外来に来院した「入院中より母乳をやめたいと訴えている」事例を報告している。母乳分泌促進の支援をしながらも母親のストレスが増大したため2ヶ月半で断乳を余儀なくされている。

母親側からの調査結果からみると、栃木県内において母乳中心という施設は30%であり、かつまた生後すぐから退院まで完全母乳同室は3.2%とわずかであり、母乳育児が実践的に推し進められているとはいえない状態にある。しかし、妊娠中の母乳栄養の希望は高いものの、分娩入院した施設を退院した時点での母乳栄養率は4割であり、母親の妊娠中の希望が満たされているとはいえない状況にあるにもかかわらず、退院時の栄養法の希望と満足感は8割強の母親はよいという評価であることもわかった。このような結果から、栃木県内の多くの母親が入院施設の母乳育児支援の状況を一律に「母乳中心」にすることを望んでいるとは考えられない。母親たちが望んでいるのはもっと異なった支援ではないか？

妊娠中の母乳栄養の希望は高いことや自由回答の記述に施設での母乳育児支援状況への不満の記述も散見されることも併せて考えた場合、栃木県

内の母親たちが希望しているのは、個々の希望を尊重した個別のケアの提供であると考えられる。すなわち、母乳育児を希望する母親には母乳を促進するケアを、また母乳育児をそれほど強く希望していない母親には人工乳の追加も考慮したゆるやかなケアを希望していると思われる。

出生後早期から何度も何度も直接乳に吸ってもらうことが母乳の出を良くし、母親はその頻回の練習を通して抱くことに慣れ、上手な抱き方ができるようになり、子どもが正しく吸着してくれるタイミングをつかむことができ、母乳栄養が確立しやすくなる。文献から明らかなように、これらは証明されつつあるエビデンスである。今回のケア提供者側の回答からも、このことに疑いを持つ専門職は少なくなりつつあることがわかる。しかし、EBM（証拠に基づいた医療実践）はエビデンスをそのまま目の前の対象者に適用することではない。目の前の母親がそのとき何を望み何に苦しんでいるのか、この母子にとって今何がベストかを個々に詳細に検討し、エビデンスをどのように適用するかを考えて行う実践である。

そのためには、栃木県内で母乳育児支援にかかわるケア提供者がエビデンスに基づいた母乳育児支援に関する知識を十分に持ち実践に結び付けていくと共に、目の前の母親が何を望み何に苦しんでいるのかに敏感な支援の姿勢が必要であると思う。

## V. 結 論

栃木県内において1歳6ヶ月児健診を受診している母親と母乳育児にかかわる保健・医療提供者に対する調査の結果、以下の点が明らかとなった。

1) 栃木県内の母親は、妊娠中には約75%が母乳栄養を希望し、分娩入院した施設を退院した時点での母乳栄養率は44.4%であり、母親の妊娠中の希望が満たされているとはいえない状況にあったが、退院時の栄養法の希望と満足感は8割強がよいという評価であり、退院時点での栄養法についての満足度はおおむね高いといえる。

2) 17.2%の母親が意見・要望欄に母乳に関する意見を書き、その内容は「母乳育児の大変さの訴え・支援への要望」と「母乳第一という社会的風潮への批判」という相反するものであった。これらの結果から、母親たちが私たちケア提供者に対して、一律のケアではなく個別の対応を求めている

ると推測された。

3) 栃木県内で母乳育児支援にかかわる保健・医療提供者に「出生後30分以内の早期授乳」, 「出生後からの頻回授乳」, 「赤ちゃんが欲しがるときにいつでも母親が授乳できる体制作り」, 「医学的に必要でない限り母乳以外の水分や栄養を与えない」, 「生理的体重減少と母乳」の5項目に対する意見を求めた結果からは, 職種間で5項目に対する意見に差がみられ, とくに後者2項目の実施の困難性が明らかになった。

私たち母乳育児を支援するケア提供者は, エビデンスを知識として獲得し実践に結びつける努力を行う必要がある。しかし, その実践が母親たちを苦しめてはいけない。母子を取り巻く私たちが体制を整えていくことで, お母さん自身が「母乳は楽だなあ」と思い, 「母乳にしたい」と希望し, 「母乳にしてよかった」と思えるような援助が期待されている。栃木県内においてこのような支援の環境が整うように, 研究者一同一丸となって努力していきたいと考えている。

本調査の実施にあたり, 回答をお寄せくださったお母様, 保健・医療・福祉職種やボランティアの皆様はもちろんのこと, 調査実施に多大なご協力いただいた栃木県保健福祉部児童家庭課および各関連団体の皆様をはじめ, 多くの方々の御協力をいただきましたことを報告し, 感謝申し上げます。

本研究は, 自治医科大学看護学部共同研究費の助成を受けて行われた。

## 文 献

- 1) 島田三重子, 渡部尚子他: 入院中の母乳哺育ケアと1ヵ月後の母乳栄養確立との関連—母乳哺育に関する全国調査. 小児保健研究, 60(6);749-756, 2001.
- 2) 厚生省児童家庭局母子保健課: 平成11年度母子保健の主な統計. 127, 2000.
- 3) 石田和子, 川井美枝他: 母乳哺育推進のための保健研究 (1). 小児看護, 15(11);1492-1497, 1992.
- 4) 有本淳子, 上杉澄恵他: 母乳栄養を確立するための課題. 助産婦雑誌, 47(12);74-78, 1993.
- 5) 山田恒世, 石井廣重: 退院時の母乳量と母乳栄養確立との関係. 母性衛生, 34(4);440-444, 1993.
- 6) 仲村美津江, 竹中静廣他: 母乳栄養継続のための要因. 母性衛生, 31(2);270-275, 1990.
- 7) 大古真由美, 小谷佐紀子他: 母乳哺育推進のための保健研究 (2). 小児看護, 16(13);1768-1772, 1993.
- 8) Desmond, M.H., et al.: The transitional care nursery; A mechanism for preventive medicine in the newborn. *Pediatr Clin North Am*, 13;651, 1966.
- 9) マーシャル H.クラウス, ジョン H.ケネル (竹内 徹, 柏木哲夫訳): 母と子のきずな. 医学書院, 1979.
- 10) 堺 武男: ユニセフとWHO共同の「10カ条勧告」を読み解く. 助産婦雑誌, 52(9);26-31, 1998.
- 11) 瀬尾智子: 母乳育児: 出生直後から入院中のケア. 助産婦雑誌, 56(6);22-26, 2002.
- 12) Righard, L., Alade, M.O.: Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet*, 336;1105-1107, 1990.
- 13) Renfrew, M.J., Lang, S.: Early initiation of breastfeeding. *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999, Oxford: Update Software.
- 14) 瀬川雅史: 母乳育児成功のために—「母乳育児10カ条」のエビデンスを中心に. 助産婦雑誌, 54(6);21-26, 2000.
- 15) 山内芳忠, 山内逸郎: 母乳栄養児の授乳回数とその臨床的意義. *ペリネイタルケア*, 8;119-123, 1989.
- 16) 日本母乳の会ホームページ: <http://www.bonyuweb.com/>
- 17) 吉永宗義: 母子同室での頻回授乳がポイント. 助産婦雑誌, 52(9);20-25, 1998.
- 18) 武井恒代: 草加市立病院の母乳育児ケア. 助産婦雑誌, 52(10);38-43, 1998.
- 19) 末重加代子, 中尾温美他: 加古川市民病院. スタッフとお母さんの意識も高まって. 助産婦雑誌, 52(10);55-58, 1998.
- 20) 八夜幸美: 北見赤十字病院. ミルクを廃止して5年. 助産婦雑誌, 52(10);59-63, 1998.
- 21) 大迫圭子, 先崎圭子: 鹿児島大学病院周産母子センター. 赤ちゃんに最善のスタートを. 助産婦雑誌, 52(10);49-54, 1998.
- 22) 芳賀真粧美, 相馬由美他: 聖マリアンナ医科

大学横浜市西部病院の「母乳育児を成功させるための10カ条」の実践．助産婦雑誌，52(10);72-76，1998．

- 23) 中本加寿子：稲田登戸病院母乳外来のケア．助産婦雑誌，52(10);44-48，1998．

## 報告

### 軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケア

—身体的・社会的影響, 病気の受けとめ, セルフケアに取り組む気持ち, セルフケア行動からの検討—

内海香子<sup>1)</sup>, 神山幸枝<sup>1)</sup>, 高木初子<sup>1)</sup>, 余語琢磨<sup>2)</sup>, 篠澤侁子<sup>3)</sup>, 野口美和子<sup>4)</sup>

### Self-care of the early elderly with cerebral vascular disorder :

A discussion through physical and social influence, view of illness,  
idea of self-care and self-care behavior

Kyoko UCHIUMI<sup>1)</sup>, Yukie KAMIYAMA<sup>1)</sup>, Hatsuko TAKAGI<sup>1)</sup>, Takuma YOGO<sup>2)</sup>,  
Chikako SHINOSAWA<sup>3)</sup>, Miwako NOGUCHI<sup>4)</sup>

**要旨:** 軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケアを明らかにするために、脳血管障害を発症し、病院を退院後1～3年の患者6名に面接調査を行い、次のことが明確になった。社会的影響では、発症前に家業や公的な仕事がない場合は、社会生活での役割の変化が少なかった。家庭生活では、障害の程度に関わらず役割の変化がみられた。病気の受けとめは、『発症に納得がいく』、『発症への疑念』、『発症は意外』、『安心』、『恐怖』、『治癒へのあきらめ』、『治癒への期待』、『再発・悪化への不安』、『再発に関するあきらめ』、『重大ではない』であった。セルフケアに取り組む気持ちは、『元気に長生きしたい』、『将来への不安』、『発症前の自分に戻りたい』、『病気にとらわれずに自然体で生きたい』、『なんとかやれている』、『挑戦したい』、『家族への感謝』であった。セルフケア行動は、その意図により、再発予防、身体的不自由の緩和、加齢による身体機能低下の予防、健康の保持増進、他の病気のコントロールに分類することができた。軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケアは、過去の病気・セルフケアの体験や人生経験に影響され、個別性が高い。それゆえ、軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者が、健康で安心して生活を行えるようにセルフケアを支援する場合には、行動だけではなく、セルフケアの意図を理解する必要性が示唆された。

**キーワード:** 前期高齢者, 軽度脳血管障害, 病気の受けとめ, セルフケア

<sup>1)</sup> 自治医科大学 看護学部 老年看護学, <sup>2)</sup> 自治医科大学 看護学部 文化人類学, <sup>3)</sup> 自治医科大学 看護学部 地域看護学, <sup>4)</sup> 自治医科大学 看護学部 学部長

<sup>1)</sup> Gerontological Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School, <sup>2)</sup> Cultural Anthropology, School of Nursing, Jichi Medical School, <sup>3)</sup> Community Health Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School,

<sup>4)</sup> Dean of School of Nursing, Jichi Medical School

#### I. はじめに

脳血管障害患者は、退院後も自宅での生活を通したりハビリテーションを含むセルフケアが必要である。本学があるT県は、全国でも脳血管疾患による死亡率が高く、脳血管障害患者に看護を提供する機会が多い。酒井<sup>1)</sup>は、脳血管障害患者に関わる看護者は、生活に必要な機能や能力の維持、向上という側面だけではなく、看護独自の理論に

導かれた方法で生活の再構築にどのように貢献するか熟考すべきだと述べている。患者により適した援助を行うためには、脳血管障害患者の自宅でのセルフケアを知る必要があると考えられる。

しかし、脳血管障害患者に関しては、リハビリテーションが必要な比較的障害の重い患者を対象とした研究が多く<sup>2)</sup>、リハビリテーションを受けている高齢患者への援助技術<sup>3)</sup>、ADL拡大<sup>4)</sup>、地域参加<sup>5)</sup>、障害の受けとめ<sup>6-7)</sup>、回復意欲<sup>8)</sup>、脳卒中の経験モデル<sup>9)</sup>、回復の体験の理解<sup>10)</sup>に関する報告がされているものの、障害が軽度な患者のセルフケアに焦点をあてた報告や、年齢を考慮して分析した報告は少ない。

また、高齢患者のセルフケアに関する研究も少ない<sup>11-12)</sup>。川越ら<sup>11)</sup>は、外来通院中の老年患者が行っているセルフケアとその目標を明らかにしている。しかし、この研究では、脳血管障害を発症した高齢者に特有なセルフケアについては明確にされておらず、調査の必要がある。

患者のセルフケアを理解するためには、行動だけに焦点をあてても不十分である。正木<sup>13)</sup>は、医学的知識・実践的知識を獲得し、その知識を自己管理に活用していくには、自己の状況を把握し、何をなすべきかを考え、決断し、目標を決定し、実行し、自己評価し、工夫するプロセスが必要であると述べている。患者は、病気の受けとめやセルフケアに取り組む気持ちの影響を受けながら、セルフケアを行っているので、セルフケアを明らかにするためには、これらの視点も重要である。

以上のような研究状況をふまえ、著者らは、自らの意思で多様なセルフケアを行いやすい、自宅で生活する軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者に焦点をあて、脳血管障害発症による身体的・社会的影響、病気の受けとめ、セルフケアに対する気持ちとセルフケア行動を明らかにし、そこから軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケアを検討することを目的として研究を行ったので、その結果を報告する。この研究により、軽度の脳血管障害を発症した前期高齢患者のセルフケアを明確にし、患者特性の理解を深めることによって、セルフケアを支援するための看護への示唆が得られると考える。

## II. 研究方法

### 1. 調査期間

平成14年6月から平成15年10月まで。

### 2. 調査対象

現在65歳～74歳で、軽度の脳血管障害を発症し、T県内の病院を退院後1～3年未満で、脳神経外科、神経内科外来に通院しており、言語によるコミュニケーションが可能で、倫理的配慮について説明を行った後に研究参加に同意が得られた者。

### 3. 調査方法と内容

- 1) 外来診療録から基礎情報として、性別、年齢、診断名、障害の程度について情報を得た。
- 2) 面接調査を以下のように行った。
  - (1) 研究者1～2名で、1回1～2時間、脳血管障害発症による身体的・社会的影響、病気の受けとめ、セルフケアに取り組む気持ち、セルフケア行動などについて、半構成的な面接調査を行った。対象者の同意が得られた場合は、面接内容を録音し、逐語録とした。面接場所は、対象者の希望に合わせて、対象者の自宅、または通院している病院のプライバシーが確保できる場所とした。
  - (2) 2回目以降の面接時に、研究者が1回目の面接で把握した内容を対象者に伝え、対象者が話した内容との相違の有無や不明な点について確認を行った。対象者の同意が得られた場合は、面接内容を録音し、逐語録とした。

### 4. 分析方法

- 1) 逐語録を繰り返し読み、脳血管障害発症後の身体的・社会的影響、病気の受けとめ、セルフケアに取り組む気持ち、セルフケア行動に関する語りを抽出した。
- 2) 抽出した内容を複数の研究者で比較検討し、意味の類似性に着目して、信頼性、妥当性の確保に努めながら、脳血管障害発症後の病気の受けとめ、セルフケアに取り組む気持ち、セルフケア行動について、質的帰納的に分析し、カテゴリー化した。

### 5. 倫理的配慮

対象者へは、研究の目的、プライバシーの保護、回答の拒否や研究協力への取り消しをする権利が

あり、その場合でも通院中の医療機関の医療者から一切不利益を被らないことを説明し、研究協力へ同意が得られた場合には署名してもらった。面接時には、対象者の質問に対する回答への同意や拒否という意思を尊重し、調査内容や面接時間が及ぼす心理的・身体的な負担に配慮した。また研究結果の報告に際しては、対象者の個人名や特定につながる情報をできるだけ排除した。逐語録は研究者が厳重に管理し、研究終了後に利用不可能な状態にして廃棄した。

### 6. 用語の定義

Orem<sup>14)</sup>は、セルフケアは健康にとって基本的なものであり、年齢、性別、文化、健康状態にかかわらず各個人に必要とされ、個人の安寧、健康、生活の維持のために行われる外的、内的要因をコントロールするプロセスであると述べている。高齢者は、複数の疾患を持つことが多く、加齢による身体機能の低下がおこりやすい。そのため、セルフケアは高齢者が必要性を感じている全ての事柄に対して行われ、意図を含む行動であると考えられる。そこで本研究では、セルフケアを「対象者が身体によいと思ひ、行っている意図的な行動」と定義した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象の概要 (表1)

対象者の年齢は65歳から74歳で、男性5名、女性1名であった。診断名は脳梗塞が5名、一過性脳虚血発作 (TIA) が1名であった。全対象者が、ほとんど自立して家庭で生活をしていた。

### 2. 発症後の身体的・社会的影響 (表2)

身体的影響として語られた内容は、「長い距離

を歩けない」、「腹から声がでない」など、対象者が感じている身体的に不自由なことであった。

社会的影響は、役割の変化として質問した。語られた内容から、社会生活と家庭生活での変化に分類できた。社会生活に変化があった者は3名であった。その内容は、「家業や公的な役割をおりた」(2名)、「農作業を減らした」(1名)であった。社会生活で変化がなかった者は、発症前から社会生活が友人、近所との付き合いに限定されており、身体的に不自由なことがほとんどないため、発症前と同様の役割を継続できていた。

家庭生活に変化があった者は3名であり、その内容は、「子供達から身体を気遣われる立場になった」(2名)、「家族の中で立場が一番上から下になった」(1名)であった。他の3名は家庭生活での変化について語らなかった。

### 3. 病気の受けとめ (表3)

ほとんどの対象者は、病気の受けとめとして脳血管障害について語ったが、発症後に生じたうつ病や過去に体験した病気について語った対象者もいた。本研究では、高齢者の立場から病気をとらえることとし、対象者が意識していた病気を「病気」とした。その結果、病気の受けとめには、『発症に納得がいく』、『発症への疑念』、『発症は意外』、『安心』、『恐怖』、『治癒へのあきらめ』、『治癒への期待』、『再発・悪化への不安』、『再発に関するあきらめ』、『重大ではない』に分類できた。

『発症に納得がいく』は、自分が脳梗塞になった理由や一般的な脳梗塞の原因が理解できる状態である。『発症への疑念』は、なぜ自分に脳梗塞が発症したのか納得がいかない状態である。『発症は意外』は、脳梗塞の発症が予想外な状態であ

表1 対象者の概要

対象者	年齢	性	診断名	発症後年数	現在の障害・症状	その他の病気	面接回数
A	70	男	脳梗塞	1年5ヶ月	なし	なし	2回
B	70	男	脳梗塞	2年3ヶ月	頭痛、頭重感、手足のしびれ	糖尿病、頸部脊椎症、不整脈	2回
C	74	女	脳梗塞	3年	足のつり、手足の冷え、うつ傾向	高血圧	3回
D	65	男	脳梗塞	2年10ヶ月	右足のしびれ	高血圧、椎間板ヘルニア	3回
E	74	男	脳梗塞	2年2ヶ月	なし	痛風、腰痛	2回
F	74	男	TIA	2年10ヶ月	重い物を持つ、駆け足をするとめまいを感じる	黄斑部変性症、糖尿病	2回

表2 脳血管障害の身体的影響と社会的影響（役割の変化）

対象者	身体的影響	社会的影響（役割の変化）	
		社会生活	家族生活
A氏	・長い距離を歩けない ・足が冷える	なし	・子供が自分の体を気遣う
B氏	・頭重感、頭痛 ・視力の低下	なし	・子供が自分の体を気遣う
C氏	・うつ傾向 ・腹から声がでない ・動作が遅くなった ・話すことが遅くなった ・頭重感 ・足のしびれ、指のつっぱり ・左手のしびれ ・肩のこり ・計算を間違える ・料理の仕方がわからない ・熟睡感がない	・店の中で責任のある立場が逆転した ・友人との付き合いが遠くなった	・家族の中で立場が逆になり一番下になった ・いつも一緒に寝ていた孫が脳梗塞をきっかけにショックを受けたのか一緒に寝なくなった ・反抗期になっている孫との関係が悪くなったことに脳梗塞後気がついた
D氏	・転びやすい ・右足のしびれ、つっぱり ・腰が不安定 ・早く走れない ・体力の低下	・病気になって農作業の一部分をやめた	(-)
E氏	・話の構成を頭で考えるのが難しくなった	なし	(-)
F氏	・視力の低下	・家業ができなくなり娘に教えた ・自分くらいの年配の方がほとんど辞めたので、視力が低下したのを機に、町の委員を1つ辞めた	(-)

(-) : 語りがなかったことを表す

る。『安心』は、自分の脳血管障害が軽いことや発症後数年間再発がないことで感じる状態である。『恐怖』は、自他の体験から日常生活に急に支障をきたす脳血管障害の恐ろしさを実感している状態である。『治療へのあきらめ』は、病気はよくならないとあきらめている状態である。『治療への期待』は、病気がよくなり、発症前の身体に戻りたいと思う状態である。『再発・悪化への不安』は、再発や将来動けなくなるかもしれないという不安がある状態である。『再発に関するあきらめ』は、十分セルフケアを行っており、これ以上再発予防のために何をしたらよいかわからない状態である。『重大ではない』は、過去の病気や人生経験から、自分にとって重大な意味をもつ他の病気や他者の体験と比較して、自分におきた脳血管障害の重要性を考えている状態である。

#### 4. セルフケアに取り組む気持ち（表4）

セルフケアに取り組む気持ちは、『元気に長生きしたい』、『将来への不安』、『発症前の自分に戻りたい』、『病気にとらわれずに自然体で生きたい』、

『なんとかやれている』、『挑戦したい』、『家族への感謝』に分類できた。

『元気に長生きしたい』は、これ以上身体機能が低下せずに、できるだけ元気に生きたいという気持ちである。『将来への不安』は、再発予防行動や元気で生活を続けられるようにセルフケアを頑張っているが、それでも不安が残るという気持ちである。『発症前の自分に戻りたい』は、病気を契機に役割の変化や老いに直面し、現状を打破したいという気持ちである。『病気にとらわれずに自然体で生きたい』は、今までの人生経験や病気の経験から脳血管障害だけにとらわれておらず、楽しみを持ちながら生活したいという気持ちである。『なんとかやれている』は、軽度の健康障害があるが、他者の手を借りず夫婦だけでなんとか生活できているという気持ちである。『挑戦したい』は、リハビリテーションの効果を期待し、身体機能の改善を確認したいという気持ちである。『家族への感謝』は、家族から身体を気遣われることを支えにし、感謝するという気持ちである。



軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケア

表3 病気の受けとめ

病気の受けとめの種類	病気の受けとめの内容	語られた内容
発症に納得がいく	脳梗塞の発症に思い当たる節がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なぜ脳梗塞になったのか思い当たる節がある (A氏)</li> <li>・血圧が高いと脳梗塞になる (C氏)</li> <li>・発症に思い当たる節がある (C氏)</li> <li>・寒い時間に写真を撮りに出かけるのは脳梗塞に悪い (F氏)</li> </ul>
発症への疑念	脳梗塞の原因がわからない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バファリンも飲んでいたのに、なんで詰まったのかなと思う (D氏)</li> <li>・近所でも血圧が低くても脳溢血で倒れた人がおり、その人は重症。だからあまり血圧が低いのもよくないと思う (D氏)</li> </ul>
発症は意外	脳梗塞になると思わなかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・まさか自分が脳梗塞になるとは思わなかった (A氏, C氏)</li> <li>・親が脳溢血で死んだので、自分もいずれ脳溢血で倒れると思っていたから、詰まること (脳梗塞) は考えていなかった (D氏)</li> </ul>
安心	脳梗塞が軽くてよかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・右脳に1cm位の痕跡があるがたいしたことはない (A氏)</li> <li>・(脳梗塞で) 倒れた時の検査結果は異常なしでああそうかと思った (B氏)</li> <li>・脳梗塞が軽かった (C氏)</li> <li>・検査して異常がないならああそうか・・と思う (E氏)</li> </ul>
	身体に障害が残らなくてよかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害による症状がなくなってよかった (A氏)</li> <li>・退院後、いつも通り動いてみても異常がなかった (E氏)</li> </ul>
	再発はしないだろう	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発病して3年になるから脳梗塞再発の心配はしていない (C氏)</li> <li>・脳梗塞の再発はなさそう (F氏)</li> </ul>
恐怖	脳梗塞の人は気の毒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳梗塞になった人を気の毒、可哀想と思っていた (A氏)</li> <li>・半身不随の人を見るとしあわせなのかと思う (E氏)</li> </ul>
	脳梗塞は恐ろしい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(半身不随や言語障害の人を見て) 脳梗塞がこんなに恐ろしいのかと思った (F氏)</li> </ul>
治癒へのあきらめ	この病気は治らない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・悪くなくても、よくなることはない (B氏)</li> <li>・この病気は治らないが、治るつもりで頑張っている (C氏)</li> <li>・震えは治らない (C氏)</li> <li>・脳梗塞でつまつたのは戻らない限りよくなる (C氏)</li> </ul>
治癒への期待	治るといいな	<ul style="list-style-type: none"> <li>・元の体に戻れば、治ったらなと思う (C氏)</li> </ul>
再発・悪化への不安	再発するかもしれない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭痛がでると脳梗塞かと心配になる (B氏)</li> <li>・再発したらどうなるかわからないという不安もあるが、(やることをやっているから、再発したらしょうがない) (D氏)</li> <li>・今は比較的安定しているが、足のしびれなどの症状の悪化を感じる (D氏)</li> </ul>
	動けなくなるかもしれない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫婦のうちどちらかが病気になっても大変だから、動けなくなることが心配 (D氏)</li> </ul>
	身体症状の悪化がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状の悪化を感じる (D氏)</li> </ul>
	今より悪くなりたくない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の言う通りに養生すれば病気は治る (B氏)</li> <li>・脳梗塞の再発を防ぐために、右側を下にして寝ない (C氏)</li> <li>・生活に注意をしたり、治療したりすれば脳梗塞になっても軽くてすむ (D氏)</li> </ul>
	まだ治っていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の頭の右側に今も脳梗塞の塊がある (C氏)</li> <li>・自分の場合、言葉に出して言えないのは脳梗塞のせいだと思う (C氏)</li> </ul>
再発に関するあきらめ	再発しても仕方がない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(再発したらどうなるかわからないという不安もあるが) やることをやっているから、再発したらしょうがない (D氏)</li> </ul>
重大ではない	脳梗塞より心配な病気がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳溢血より脳梗塞の方がいい (D氏)</li> <li>・脳梗塞は心筋梗塞より辛い (E氏)</li> <li>・心筋梗塞を再発させたくない (E氏)</li> </ul>
	自分だけがなるのではない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分だけがこの病気 (うつ) になるのではない (C氏)</li> </ul>

表4 セルフケアに取り組む気持ち

セルフケアに取り組む気持ちの種類	セルフケアに取り組む気持ちの内容	語られた内容
元気に長生きしたい	無理はしない	・あまり無茶しない (A氏) ・無理は絶対にやらない (D氏)
	長生きしたい	・あと20年は長生きしたい。孫の結婚式を見たい (B氏) ・長生きしたい (D氏)
	これ以上悪くならずに年をとりたい	・これ以上悪くならないように年をとるように思っている (B氏) ・これ以上悪くならないで年をとりたい (C氏)
	もっと健康になりたい	・健康によいことを探す (D氏)
	人に迷惑をかけたくない	・転勤してきたので、近くに身内がいなく、自分達夫婦でなんとか元気に生活しなくてはならない (B氏) ・夫婦のうちどちらかが病気になっても大変だから動けなくなることが心配 (D氏) ・人様に迷惑をかけたくない (D氏)
将来への不安	再発しないようにやれることはやっている	・やれることはやっているのでもここまでやって倒れたら寿命だと思う (B氏) ・再発したらどうなるかわからないという不安もあるが、やれることをやっているから再発したらしょうがない (D氏)
	先はどうなるかわからない	・病気のためにやることはやっているが先はどうなるかわからない (B氏) ・死ぬのかなって思う (C氏) ・先のことはわからない (D氏) ・年なので悪いところがでる (F氏)
発症前の自分に戻りたい	治るつもりで頑張っている	・治るつもりで頑張っているのでも介護サービスなど考えない (C氏)
	年をとりたくない	・年をとりたくない (C氏)
	病気だと思われるのが嫌	・他の人から自分が病気だと思われるのが嫌 (C氏)
病気にとらわれずに自然体で生きたい	よくなるのではないかという期待	・うつと気づいたので薬を飲まなくても治るという期待がある (C氏)
	病気を意識しないようにしている	・検査をしても異常がないので、頭痛を意識しないようにしているが気になる (B氏) ・再発を考えてもしょうがない、あまり考えない (D氏) ・気にし過ぎるとかえってよくないから、病気のことを考えないようにしている (E氏)
	楽しみを持ちながら生きたい	・気をつけながらタバコを吸って長生きしたい (A氏) ・ミニ盆栽をしたり、旅行に行けなくなったりしたらつまらない (D氏) ・心筋梗塞後も生活に楽しみを持ちたい (E氏) ・楽しみを維持したい (友人とカラオケに行くのが楽しみ) (F氏)
	自然体で療養する	・薬は飲まない方がいい (C氏) ・尿酸値が高くても年だから無理に下げようとは思わない (D氏) ・若い頃の経験から体にいいことでも、無茶な方法はよくないと思っているから自然体がいい (E氏) ・心筋梗塞後再発しないように生活を変えたので、脳梗塞後はそのまま自然体で摂生せずにいる (E氏) ・今の生活 (視力低下で仕事を家族に委譲する)の方が長生きをする (F氏) ・禁煙は10日ならできるが、完全には止められない (F氏)
現状に諦めて気持ちを楽にする	・うつはよくなるらない、今の状態に諦めていれば気持ちも楽になる (C氏)	
なんとかやれている	なんとかが夫婦2人で生活できている	・家庭生活でもそれほど困っていない (A氏)
挑戦したい	自分の身体を試したい	・脳血管障害発症後、どの位できるか試したい (A氏)
家族への感謝	家族が気遣ってくれる	・自分ではなく妻が気をつけてくれる (A氏) ・頼りになる家族がいる (A氏) ・夫人や息子が自分の身体を気遣ってくれる (B氏) ・家族が禁煙できるように協力してくれる (F氏)

5. セルフケア行動

対象者が行っていたセルフケア行動は、その意図から再発予防、身体的不自由の緩和、加齢による身体機能低下の予防、健康の保持増進、他の病気のコントロールのためのセルフケア行動に分類することができた。

再発予防のためのセルフケア行動（表5）は、脳血管障害の再発を予防するための行動であり、5名が行っていた。行動の種類には、「食事に気をつける」、「酒を控える」、「運動する」、「禁煙をする」、「水分をとる」、「内服薬を飲む」、「血圧コントロール」、「脳の血流をよく保つ」があった。

身体的不自由の緩和のためのセルフケア行動（表6）は、対象者が感じている脳血管障害発症による症状や障害を緩和するための行動であり、5名が行っていた。行動の種類には、「症状の緩和」、「障害回復のための行動」があった。身体的不自由を感じていない対象者は、このセルフケア行動を行っていなかった。

加齢による身体機能低下の予防のためのセルフケア行動（表7）は、加齢による身体機能や体力の低下を対象者が感じて、これを予防するための行動であり、3名が行っていた。行動の種類には、「下肢の筋力を落とさない」、「体力を落とさない」、「転倒を予防する」があった。

表5 再発予防のためのセルフケア行動

セルフケア行動の種類		語られた内容
食事に気をつける	塩分を控える	・塩分を控える（A氏、C氏、D氏、F氏）
	脂肪分を控える	・脂肪分をあまりとらない（F氏）
	タンパク質をとる	・血管によいと聞いてタンパク質をとるようにしている（D氏）
酒を控える		・酒を控える（A氏、D氏、F氏） ・アルコールを日本酒から体によい芋焼酎にする（B氏）
運動をする		・運動をする（F氏） ・過激な運動を避けてゆっくり歩く（F氏）
禁煙をする		・禁煙をした（B氏） ・副流煙をさけるため麻雀をやめた（B氏）
水分をとる		・水分をとる（A氏、D氏、F氏）
内服薬を飲む		・内服薬を飲んでいる（A氏、B氏、D氏、F氏）
血圧コントロール	血圧の薬を飲む	・血圧の薬を飲んでいる（C氏、D氏、F氏） ・医師と相談して丁度よい血圧値になるように服薬時間を調整する（D氏）
	血圧を測る	・血圧を測る（A氏、C氏、D氏）
	減量する	・血圧を下げるために減量する（D氏）
	急に血圧が上がる行動をしない	・血圧が上がるような発声をしない（A氏） ・バンドで歌うのを辞めた（A氏）
温度調整をする		・寒さで血圧が上がらないように室内の温度差がないようにする（D氏） ・寒さにさらされないように好きな写真を撮るのを控える（F氏）
脳の血流をよく保つ		・脳の血管のつまりの悪化を防ぐために左側を下にして寝る（C氏）

表6 身体的不自由の緩和のためのセルフケア行動

セルフケア行動の種類		語られた内容
症状の緩和	しびれの緩和	・お湯につかって暖める（B氏、C氏） ・夜間のしびれを防ぐためにハイソックスやパジャマのズボンをはく（C氏） ・しびれを緩和するためにもむ（D氏）
	冷えの緩和	・左手の冷えを緩和するためにマッサージする（C氏）
	足のつりの緩和	・足のつりを予防するために綿の靴下をはく（C氏）
	頭痛の緩和	・頭痛があると頭痛薬を飲む（B氏） ・頭がいたくなり手足がしびれるとお湯につかって緩和する（B氏） ・朝起きて頭が重たい、痛いことを気にし過ぎないようにして行動すると頭痛がおさまる（B氏）
	うつ傾向への対処	・気にしないことにする（C氏）
	腰痛の緩和	・昼寝をする（D氏）
	めまいの予防	・過激な運動をさけてゆっくり歩くぐらいにしている（F氏）
障害回復のための行動	声をだしやすくする	・会話の際に大きな声を出す（C氏） ・カラオケの再開（C氏）
	スムーズな会話の訓練	・呂律が回らなかった時は誰にでも話しかけた。しゃべらないと・・・（A氏）
	歩く	・リハビリのつもりで歩く（D氏）
	自転車に乗る	・リハビリのため自転車で出歩く（A氏）

健康の保持増進のためのセルフケア行動 (表8) は、現状よりも健康や体力を向上させるための行動であり、全対象者が行っていた。行動の種類には、「健康によいことを探す」、「食事に気をつける」、「休養を十分にとる」、「ぬるめのお湯に入る」、

「風邪に気をつける」、「楽しみの維持」、「ストレスを解消する」があった。

他の病気のコントロールのためのセルフケア行動 (表9) は、対象者が元来持っている脳血管障害以外の病気をよい状態に保つための行動であり、5名が行っていた。行動の種類には、「他の病気の症状の緩和」、「他の病気のコントロール」があった。

表7 加齢による身体機能低下の予防のためのセルフケア行動

セルフケア行動の種類	語られた内容
下肢の筋力を落とさない	・体操をする (D氏) ・歩く (D氏) ・足の運動をしている (D氏)
体力を落とさない	・腹筋運動をする (B氏) ・朝食前に歩く (B氏) ・ダンベル体操をする (B氏) ・階段昇降をする (B氏)
転倒を予防する	・転ばないように注意する (A氏)

表8 健康の保持増進のためのセルフケア行動

セルフケア行動の種類	語られた内容
健康によいことを探す	・家族からの助言で健康によいことを探す (B氏) ・自分でラジオなどから健康によい情報を探す (D氏)
食事に気をつける	・友人の勧めでクエン酸 (梅酢) を毎朝飲む (F氏) ・青汁を飲む (F氏) ・にんにくを食べる (B氏) ・甘い物を控える (A氏) ・野菜を努めて食べる (A氏)
休養を十分にとる	・昼食後、1時間昼寝する (A氏) ・良眠を得るためにいびき予防の器具をつける (B氏) ・睡眠薬を使用せずに良眠を得る (B氏)
ぬるめのお湯に入る	・ぬるめのお風呂に入る (C氏, B氏) ・水で洗顔をしない (C氏)
風邪に気をつける	・長袖をはおって風邪に気をつける (C氏)
楽しみの維持	・気をつけながら (本数を減らして) タバコを吸う (A氏) ・無理のかからない程度にゴルフをする (B氏) ・身体に負担の少ないようにテニスをする (E氏) ・明日の予定は何かと思いつきながら、仕事をしているのが長生きの秘訣 (E氏) ・カラオケに友人と行く (F氏)
ストレスを解消する	・気が減入っているから、ストレス解消のため旅行する (F氏)

表9 他の病気のコントロールのためのセルフケア行動

セルフケア行動の種類	語られた内容	
他の病気の症状の緩和	・農作業をすると腰が痛くなるので腰痛緩和のため昼寝をする (D氏) ・息苦しくなった時にはニトロテープを貼用する (F氏)	
他の病気のコントロール	受診をする	・糖尿病の定期受診をする (B氏) ・痛風のため定期受診をする (E氏) ・息苦しさを感じたので循環器内科を受診する (F氏)
	食事に気をつける	・境界型糖尿病のために夫人と共に食事の量や肉を減らす (B氏) ・心筋梗塞後 (50代) から食事を野菜中心にする、食べ過ぎない、を継続している (E氏)
	禁煙	・心筋梗塞後 (50代) から禁煙を継続している (E氏)
	酒を控える	・酒は好きだが、深酒をするので眼底出血してから酒をやめた (F氏)
	運動をする	・心筋梗塞後 (50代) から適度な運動を継続している (E氏)
	薬を飲む	・心筋梗塞後 (50代) から血圧の薬を飲む、を継続している (E氏) ・痛風のため薬を飲んで (E氏)
	減量する	・50代で起きた心筋梗塞後から少しずつ減量を行ってきた (E氏)

#### IV. 考察

##### 1. 発症後の身体的・社会的影響

本研究の対象者は、発症後も日常生活に大きな支障はみられなかった。しかし、その一方で、自立して生活ができる対象者でも、しびれや早く走れないなどの身体的な不自由さから発症前と同じ生活を行えないと感じ、不自由さに応じて生活を再構築していた。また、軽度の後遺症であっても、社会的影響がみられた。ベナーら<sup>15)</sup>が、「脳卒中や閉鎖性頭部外傷から生還した人のことを、疾患を抱えた人とは考えにくいかもしれない。しかしその人が病気を体験していることは確かである。その人は自分の生活に著しい支障が生じているのを体験しており、以前の活動を再開できる可能性はかなり限られている。」と述べているように、対象者にとっては、後遺症の程度に関わらず、脳血管障害の発症が生活に与える影響は大きいといえる。

##### 2. 病気の受けとめ

周<sup>16)</sup>は、脳卒中患者の特性として、生活習慣病、発症の突然性、器質的障害による行動の変化の増幅、回復の長期性をあげている。『恐怖』、『再発・悪化への不安』は、発症の突然性や発症を契機に生活が一変し、回復が長期になる脳血管障害の特性を反映した病気の受けとめと考えられる。本研究の対象者のように、脳血管障害が軽度で、ほとんど自立した生活ができる者にとっても、再発は脅威としてとらえられていた。一方で、『安心』という受けとめも語られた。これは、障害が軽度であったために、重い後遺症のある他者と自分を比較して語られたもので、軽度の脳血管障害を発症した患者の特性と考えられる。軽度の脳血管障害であるからこそ、『恐怖』、『再発・悪化への不安』を抱きながらも、現状の自分に『安心』するという相反する受けとめが存在するのではないかと思われた。

また、『発症に納得がいく』や『発症への疑念』は、脳血管障害が生活習慣病の1つであるという知識に関連した受けとめである。これは、クライマン<sup>17)</sup>が述べる「慢性病を持つ患者が、この障害の本質は何かとか、なぜ自分がその病いに冒されたのか、なぜそれが今なのかなどを説明し、実際的な行為を正当化しようとする。」(説明モデル)にあたるだろう。対象者は、『発症に納得がいく』

理由を見つけながら、病気を持つ現在の自分を受けとめていくと考える。

高山<sup>7)</sup>は、脳血管障害発症後、「患者はどこかで必ず障害を認識して落ち込む。」と述べている。高山らの対象者と異なり、本研究の対象者には麻痺はなかったが、『治療へのあきらめ』など類似した受けとめが語られていた。また高山<sup>7)</sup>は、「落ち込むことで障害と折り合いをつける(適応)のための長い道のりの第1歩を踏み出す。」と述べている。本研究でも、『治療へのあきらめ』は現実の自分に折り合いをつける気持ちに近似しており、Brauerら<sup>9)</sup>による脳卒中の経験モデルの自己の全体性の低下、発見、再統合というプロセスのうち、再統合の段階にあたりと考える。

『重大ではない』という受けとめから、高齢者は複数の病気を持つことが多く、人生経験も長いいため、個人の経験に照らして病気を受けとめていくことが伺われた。また、『自分だけがなるのではない』と考えると気が楽になるという受けとめは、一般に脳血管疾患の罹患が多く、他者の体験談を聞く機会が多い高齢者に特有の病気の受けとめと考える。

##### 3. セルフケアに取り組む気持ち

本研究の対象者は高齢者であり、社会の第一線から身を引いていたり、職業がある場合でも、家業であるため、社会生活や家庭生活での役割を取り戻したりすることを自分のペースで行いやすかった。対象者が壮年期の場合や重度の障害がある場合には、河原ら<sup>6)</sup>や高山<sup>7)</sup>の研究結果のように、障害を受けとめる過程で、社会や家庭での役割を取り戻したいという強い思いや、それができない場合の落ち込み、あきらめなど、よりネガティブな気持ちを抱く可能性が高い。これに対して、『元気に長生きしたい』、『病気にとらわれず自然体で生きたい』、『なんとかやれている』などの気持ちは、ある種の高齢者らしさであり、軽度の障害の発症だからこそ抱く気持ちだと考える。しかし、これから後期高齢者になる自分を考えた時に、『再発・悪化への不安』という病気の受けとめと、老化や元来持っている複数の疾患による身体機能の低下への不安が重なり、『将来への不安』を感じるのが前期高齢者なのではないかと考えられる。だからこそ、夫婦だけで『なんとかやれている』状況を維持し、人に迷惑をかけず『元気に長生き

したい』と願うのではないかと思われた。

また、『発症前の自分に戻りたい』は、現在の自分を受け入れられない印象を我々に与える語りである。この語りをした対象者は、社会生活と家庭生活での役割の変化を十分受け入れておらず、家族の気遣いをあまり感じられないことから『家族への感謝』も語られなかった。これに関連してベナーら<sup>15)</sup>は、「患者が自分の病気の意味を考えられ、脳卒中から回復することができるためには、「安らぎ」の感覚の取り戻しが必要で、そのためには、患者が何らかの事柄や他者たちのことが大事に思え、逆に他者たちも患者のことを大事に思うことが必要（中略）理想に照らしての自己理解ではなく、自分の置かれた状況に即して自己を理解することで可能になる。」と述べている。一方で、この患者は、社会生活での変化について「いつかは次の世代に譲らなければならない。」とも語っており、役割の変化を受け入れようとする面も見られた。ベナーらは、「老化に伴う標準的な変化の一部として（状況を）理解する。」ことにより変化を受けとめられることがあると述べているが、『発症前の自分に戻りたい』対象者は、「安らぎ」の感覚が取り戻せていないために、現実の自己をまだ受け入れる環境にないが、障害というよりは、老化に伴う状態として徐々に病気を受け入れ始めているのではないかと考えられる。

#### 4. セルフケア行動

本研究の対象者が行っていたセルフケア行動の種類は、川越らが明らかにしたセルフケアの種類とほぼ同様であった。川越らの研究<sup>11)</sup>では、病人や老人らしく見えないようにするという肯定的な自己概念のためのセルフケアや、気分が沈まないようにしんどくてもなるべく外へでるといった心理的安寧のためのセルフケアがみられたが、本研究ではこれらのセルフケアは語られなかった。また、川越らが明らかにした老年者のセルフケア目標は、「身体的な機能を現状のまま維持することができ、なるべく人の世話にならず自分らしい生活が続けられること」である。本研究の対象者においては、身体的に不自由なことを緩和したり、健康の保持増進を行ったりするなど、川越らの明らかにした目標よりも積極的なセルフケアへの取り組みがみられた。このことは、川越らの研究の対象者は平均年齢78歳で、後期高齢者が多く、主観的健康感

が低下しやすく、寝たきりになりたくないという危機感が強くなる年代であったからであろう。また、本研究の対象者は、前期高齢者であり、後期高齢者に比較して体力的な余裕やまだ自己の身体をコントロールする力があると思っているためではないかと考えられる。

また、脳血管障害に焦点を当てて調査を行ったため、セルフケア行動の特徴として、再発予防、身体的不自由の緩和のためのセルフケアが抽出されたことも、慢性病全般を持つ患者を対象とした川越ら<sup>11)</sup>の研究結果と異なる点である。

#### 5. 軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケア

次に、身体的・社会的影響、病気の受けとめ、セルフケアに取り組む気持ちとセルフケア行動の関係について検討を行いたい。

E氏は過去に心筋梗塞を体験した。E氏は、心筋梗塞に比べて脳梗塞になったことは『重大ではない』と病気を受けとめ、心筋梗塞後から健康により生活を心がけていることや、『病気にとらわれず自然体で生きたい』というセルフケアに取り組む気持ちを語っていた。そのため、E氏のセルフケア行動は、健康の保持増進や他の病気のコントロールのためとして語られ、特に再発予防や身体的不自由の緩和のためのセルフケア行動は行っていなかった。

またC氏は、発症前には家業の中心的役割を担っていたが、発症後は役割を退くことを余儀なくされ、家庭生活でも立場の逆転がみられた。そのためC氏の病気の受けとめは、『再発・悪化への不安』やまだ治っていないという『治癒への期待』、『発症前の自分に戻りたい』というセルフケアに取り組む気持ちで、再発予防、身体的不自由の緩和、健康の保持増進のためのセルフケア行動を行っていた。

このように高齢者のセルフケアにおいては、セルフケアの背景である過去の病気・セルフケアの体験、人生経験に影響を受けながら現在の病気の受けとめやセルフケアに取り組む気持ちが生じており、同じ行動でも各個人の意図の異なるセルフケア行動となっていた（図1）。高齢者の場合は、他の世代よりも長い人生を歩むなかで病気に関する体験や人生経験が豊富になり、セルフケア行動にも、その人なりの意味や考え、信念をもちやす

く、個別性が顕著になると思われる。これは、野口<sup>18)</sup>が述べている「高齢者のセルフケアの特徴として、老化によりセルフケアの課題が拡大し、その目的や能力が個性化する。」こととも一致する。

#### 6. 軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケアのための看護への示唆

本研究の結果から、軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者は、ほとんど自立して生活ができ、体力的にも精神的にも再発予防や健康の保持増進のために主体的にセルフケアを行えることがわかった。しかし同時に、『再発・悪化への不安』や『恐怖』という病気への不安を抱えながら生活をしている対象者でもある。ベナーら<sup>15)</sup>は、患者の視点から脳卒中をとらえることの重要性を指摘しており、「その人は自分の生活に著しい支障が生じているのを体験している。」と述べているが、軽度の脳血管障害であっても、対象者にとっては、発症が生活や病気の受けとめと与える影響が大きいことを看護者は受けとめなくてはならない。

したがって、対象者が安心して生活できるためには、看護者は患者の不安をよく聴く必要がある。クラインマン<sup>17)</sup>が、「個人の病いがかもつ特有の意味を検討することで、苦悩を増幅させる悪循環を断ち切ることが可能である(中略)病いの意味を解釈することによって、より有効なケアを提供することも可能になる。」と述べている通り、患者の脳血管障害発症の体験の意味を傾聴し、患者の視点から病気を捉えていくことがセルフケアを支援する基盤となるだろう。

しかし、不安の傾聴だけでは状況が改善されないことも容易に想像できる。ベナーら<sup>15)</sup>は、「障害はあるにせよ、自分は健康で正常な生活を送っているというイメージを持てるようにすべきだ。」と考えている。また末永ら<sup>10)</sup>は、「脳血管障害患者の脳血管障害という日常生活や自分らしさを攪乱するストレスからの回復において、自己にとって大事なものを持つことができる『取り戻し』と、何かとの『つながり』を感じられることが重要なので、看護者は対象が取り戻そうとしているものや、今の自己と過去の自己のつながりをどのようにみているのかを知ることが必要。」と述べており、不安の傾聴からさらに踏み込んだ、ベナーや末永のような視点からの援助が求められる。

また対象者は、セルフケア行動の種類として、歩く、運動する、食事に気をつけるなどを行っていた。注目すべきは、対象者によって同じ行動でもセルフケアの意図が異なっていた点である。「食事に気をつける」など、1つの行動が複数のセルフケア行動の意図を達成するために有効である場合もある。反対に、セルフケア行動として、医学的には根拠のない行動がみられる場合もある。例えばC氏は、自分の頭部の右側に現在も脳梗塞の塊があると考えているため、再発を予防するために右側を下にして寝ないことで「脳の血流をよく保つ」と述べている。このように、患者の行動には様々な意図があり、その意図を理解することが患者に沿った援助を行うためには不可欠である。またJohnsonら<sup>19)</sup>は、脳卒中を発症した患者に、脳卒中による障害と折り合いをつけ、生活に適応

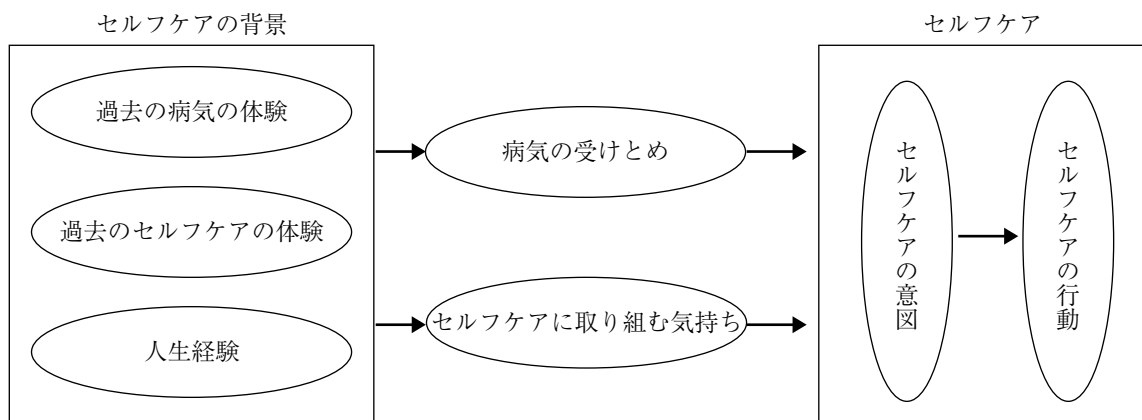


図1 軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケアの背景と病気の受けとめ・セルフケアに取り組む気持ちとセルフケアの意図・行動の関連

していくために用意されたStroke Wise教育コースによる看護介入の有効性を述べている。軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者が、複数の疾患や加齢現象と折り合いをつけ、よりよく生きるためには、『再発・悪化への不安』や『恐怖』を軽減し、『将来への不安』を緩和できるように知識を提供し、対象者の持つ体力や自分の身体をコントロールする力を十分活用することが有効と思われる。この場合に必要となる知識は、脳血管障害の再発予防、脳血管障害を含む複数の疾患や障害、身体的不自由の緩和のためのセルフケアを統合した知識である。

また、その知識に基づくセルフケアが複数のセルフケアの意図の達成、再発の予防、他の病気をコントロールしながら、より健康に生活することに効果があることを知らせることで、患者の『元気に長生きしたい』、『なんとかやれている』、『病気にとらわれず自然体で行きたい』気持ちが維持されると思われる、セルフケアに自信を持ち、今より安心して健康に生活できるようになると考える。本研究から得られたセルフケアの背景とセルフケアの関連に基づき、患者の行動の意図をよく確認し、理解を示しながら、患者と共にセルフケアを吟味し、取り組めるように援助することは、より個別性に応じた支援を提供するうえで重要であろう。

## V. 結論

軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケアに関して、次のことが明確になった。社会的影響では、発症前に家業や公的な仕事がない場合は変化が少なかった。家庭生活では、障害の程度に関わらず変化がみられた。病気の受けとめは、『発症に納得がいく』、『発症への疑念』、『発症は意外』、『安心』、『恐怖』、『治療へのあきらめ』、『治療への期待』、『再発・悪化への不安』、『再発に関するあきらめ』、『重大ではない』であった。セルフケアに取り組む気持ちは、『元気に長生きしたい』、『将来への不安』、『発症前の自分に戻りたい』、『病気にとらわれずに自然体で生きたい』、『なんとかやれている』、『挑戦したい』、『家族への感謝』であった。セルフケア行動は、その意図により、再発予防、身体的不自由の緩和、加齢による身体機能低下の予防、健康の保持増進、他の病気のコントロールに分類することができた。

軽度の脳血管障害を発症した前期高齢者のセルフケアは、過去の病気・セルフケアの体験や人生経験が豊富なゆえに、個別性が高かった。したがって、安心して健康に生活できるようにセルフケアを支援する場合には、看護者は対象者の行動だけではなく、セルフケアの背景や意図を理解する必要性が示唆された。

## VI. おわりに

本研究の限界は、対象者が6名と少ないことである。今後、本研究で示唆された支援について、どのようなアプローチが有効であるのかについて明らかにする必要がある。また、高齢脳血管障害患者のセルフケア全般を明らかにするために、対象者数を増やし、程度の異なる障害を持つ前期高齢者に加えて、後期高齢者に対しても調査を行うことが課題として残されている。

本研究を行うにあたり、研究の趣旨に同意し、貴重なお話をお聞かせいただいた対象者の皆様に深謝いたします。また、研究にご協力いただいた医療機関の医師、看護スタッフの皆様にお礼申し上げます。

## 文献

- 1) 酒井郁子：脳血管障害患者の生活の再構築を支える看護の専門性を考える—文献検討から—。Quality Nursing, 8(3);192-198, 2002.
- 2) 酒井郁子, 佐藤弘美, 遠藤淑美, 山本広美, 末永由理, 小川聡子：脳血管障害を持つ患者の障害受容およびその周辺概念—研究動向と実践上の課題—。臨床看護研究の進歩, 10;10-21, 1998.
- 3) 佐藤弘美, 遠藤淑美, 山本広美, 末永由理, 井上聡子, 酒井郁子：リハビリテーションを受けている高齢脳血管障害患者への援助技術の探索。川崎市立看護短期大学紀要, 5(1);55-61, 2000.
- 4) 松田美千代, 中谷芳美, 成瀬優知：脳卒中患者の退院後のADL自立度改善とその関連要因。老年看護学, 4(1);113-119, 1999.
- 5) 島田広美, 井上聡子, 遠藤淑美, 末永由理, 佐藤弘美, 酒井郁子：在宅脳血管障害者の地域参加のきっかけと参加を支えている要因と援助の検討。川崎市立看護短期大学紀要, 7(1);55-59, 2002.



- 6) 河原加代子, 飯田澄美子: 高齢者をめぐってー在宅脳血管障害者の障害に対する受けとめ方とその取り組みのプロセス. 保健の科学, 39(4);220-225, 1997.
- 7) 高山成子: 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究ーグランデッドセオリーアプローチを用いてー. 日本看護科学会誌, 17(1);1-7, 1997.
- 8) 千田みゆき, 飯田澄美子: 脳卒中後遺症をもつ在宅患者の機能回復意欲に関する要因. 日本看護科学会誌, 17(2);43-53, 1997.
- 9) Brauer D.J., Schmidt B.J., Pearson V.: A Framework for Care during the Stroke Experience. *Rehabilitation Nursing*, 26(3);88-93, 2001.
- 10) 末永由理, 遠藤淑美: 長期在宅脳血管障害患者の回復過程. 川崎市立看護短期大学紀要, 6(1);37-49, 2001.
- 11) 川越清子, 蛭子真澄, 中野智津子: 外来通院している老年患者のセルフケア. 神戸市立看護短期大学紀要, 15;49-58, 1996.
- 12) 黒川美和子, 林 紀代, 南 峰子, 原田洋美, 福島満由美, 近田敬子: 老年期慢性疾患患者のセルフケアに影響を及ぼす因子. 日本看護学会第22回集録 (老人看護), pp17-19, 1991.
- 13) 正木治恵: 慢性疾患患者のセルフケア確立へ向けてのアセスメントと看護上の問題点. 臨牀看護, 20(4);508-511, 1994.
- 14) Orem D.E.: *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby (St. Louis), p43, 2001.
- 15) パトリシア・ベナー, ジュディス・ルーベル: 現象学的人間論と看護. 医学書院, pp341-396, 1999.
- 16) 周 宇彫: 脳卒中患者の自我発達の視点に立つ看護理論の開発ー看護職者の気づきを促す自己評価用具の作成と試用を通してー. 2003年度千葉大学大学院博士論文, p81, 2003.
- 17) アーサー・クラインマン: 病いの語りー慢性の病いをめぐる臨床人類学ー. 誠信書房, 1996.
- 18) 野口美和子: 高齢者看護のあり方 (第1回日本高齢者腎不全研究会講演会記録). 腎と透析, 55(5);811-814, 2003.
- 19) Johnson J., Pearson V., 酒井郁子: 脳卒中患者のための教育コース. *Quality Nursing*, 8(3);199-207, 2002.

## 投稿規程

### 1. 投稿資格

投稿できる筆頭著者は、自治医科大学看護学部ならびに自治医科大学看護短期大学の教員、研究生、学校法人自治医科大学に所属し、かつ看護職にある者、その他編集委員会が適当と認めた者とする。なお、筆頭著者以外については、この限りではない。

### 2. 原稿の内容

原稿の内容は、看護学およびそれに関連するものとし、原則として未発表のものとする。

### 3. 原稿の種類

原稿の種類は、総説、原著、短報、報告、資料、その他編集委員会が適当と認めたものとする。

### 4. 投稿原稿の採否

投稿原稿の採否は、1編につき2名の査読者による査読を行い、査読者の意見に基づいて編集委員会で決定する。

### 5. 投稿要領

#### 1) 原稿の長さ

総説、原著、報告、資料は刷り上がり12ページ以内(図・表・写真を含む)、短報は6ページ以内とする。刷り上がり1ページは、和文原稿ではA4判タイプ用紙で約1枚、欧文原稿ではA4判タイプ用紙で約2枚に相当する。なお、上記の枚数を超過した場合、その超過した部分にかかわる費用は著者の負担とする。

#### 2) 原稿の様式

原稿は、ワードプロセッサを用いて作成し、A4判の用紙を用いて44字×45行で印字する。英文の場合は、A4判ダブルスペースとする。原稿は、原則として新かなづかいとし、常用漢字を用いる。句読点は、全角文字の「(カンマ)。(マル)」を、英字・数字は半角文字を用いる。単位や略語は、慣用のものを用いる。外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。

#### 3) 原稿の形式

原稿の1枚目には、希望する原稿の種類、表題、英文表題、著者名、英文著者名、所属機関名、英文所属機関名、5語程度のキーワードを記載する。2枚目には、400字程度の和文抄録をつける。原著を希望する場合は、これに加えて250words程度の英文抄録をつける。英文抄録は、著者の責任においてネイティブチェックを受けること。

#### 4) 原稿の構成

原稿の構成は、原則として次のとおりとする。

- I. はじめに
- II. 研究方法
- III. 研究結果
- IV. 考察
- V. おわりに  
文献

#### 5) 図、表および写真

図、表および写真には、図1、表1、写真1などの通し番号、ならびに表題をつけ、本文とは別に一括し、原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。図、表および写真は、原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。なお、カラー写真を掲載する場合、その費用は著者負担とする。

#### 6) 倫理的配慮

論文の内容が倫理的配慮を必要とする場合は、「研究方法」の項で倫理的配慮をどのように行ったのかを記載する。

7) 文献の記載様式

- (1) 文献は、本文の引用箇所の肩に<sup>1)</sup>, <sup>1~5)</sup>などの番号で示し、本文の最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著者は、省略せずに全員を記載する。
- (2) 雑誌名は、原則として省略しないこととするが、省略する場合は、和文のものは日本医学雑誌略名表(日本医学図書館編)、英文のものはIndex Medicus所蔵のものにしたがう。
- (3) 文献の記載方法は、次の例にしたがう。

① 雑誌の場合

著者名：論文題名. 雑誌名, 巻数(号数); 頁一頁, 発行年(西暦).

例：1) 緒方泰子, 橋本廸生, 乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担. 日本公衆衛生雑誌, 47(4);307-319, 2000.

2) Stoner M.H., Magilvy J.K., Schultz P.R. : Community analysis in community health nursing practice : GENESIS model. Public Health Nursing, 9(4);223-227, 1992.

② 単行本の場合

著者名：論文題名. 編集者名, 書名, 発行所(発行地), 頁一頁, 発行年(西暦).

例：1) 岸 良範, 佐藤俊一, 平野かよ子：ケアへの出発. 医学書院(東京), 71-75, 1994.

2) Davis E.R. : Total Quality Management for Home Care. Aspen Publishers(Maryland), 32-36, 1994.

- (4) 特殊な報告書, 投稿中原稿, 私信など一般的に入手不可能な資料, およびインターネットのホームページは、原則として引用文献としては認められない。

6. 投稿原稿の提出

投稿にあたっては、原稿および図表を3部提出する。また、査読完了後の最終原稿には、フロッピーディスクを添付する。

7. 校正

著者の校正は初校のみとし、それ以降の校正は編集委員会において行う。

8. 別刷

別刷は30部までは無料とする。それ以上の部数が必要な場合の費用は、著者の負担とする。

9. 掲載原稿の著作権

本誌に掲載された原稿の著作権は、自治医科大学看護学部には帰属する。

## 編集後記

本巻は、目次をご覧いただければわかるように、報告論文が5編のみで、原著論文が1編もなく、創刊号に比べてたいへん寂しい内容の紀要となってしまった。昨年の9月に希望を募った際には14編の投稿希望があったのだが、投稿希望の取り下げや査読後の辞退などが相次ぎ、結果としては、上に述べたように、きわめて残念な内容となってしまった。

このよう結果になってしまった理由としては、学部開設2年目に入り、臨地実習が開始されるなど、教育がより多忙になり、研究に割く時間がなかなかとれなかったということが考えられる。次年度は、臨地実習が本格的に開始されることになるので、今年度以上に教育が多忙となって研究に割ける時間がますます少なくなり、いっそう研究に取り組みにくい状況になることが想定される。しかしながら、塚越フミエ先生も巻頭言で述べておられるように、質の高い看護を実践するためには、それを裏づける研究が不可欠である。次年度は、困難な状況ではあっても、是非多くの方々々が研究に取り組み、その成果を発表する場として、本紀要をご活用いただきたいと思う。

なお、本巻の投稿原稿の査読をご担当いただいた教員の方々（編集委員を除く）は下記のとおりである。お忙しいなか査読を行ってくださったことを、深く感謝申し上げる次第である。

（編集委員長：渡邊亮一）

### 査読協力者

大原 良子, 神山 幸枝, 川口 千鶴, 篠澤 悦子, 高村 寿子,  
竹田 俊明, 塚越フミエ, 永井 優子, 西岡 和代, 春山 早苗,  
松田たみ子, 山本 洋子 (敬称略, 五十音順)

---

### 紀要編集委員会

委員長	渡邊 亮一 (自治医科大学 看護学部 保健医療情報学)
委員	竹田津文俊 (自治医科大学 看護学部 疾病と病態)
	成田 伸 (自治医科大学 看護学部 母性看護学)
	小平 京子 (自治医科大学 看護学部 成人看護学)
	水野 照美 (自治医科大学 看護学部 成人看護学)
編集担当	松本 則子 (自治医科大学 大学事務部 看護総務課)

---

## 自治医科大学看護学部紀要 第2巻

平成16（2004）年3月26日発行

発行者 自治医科大学看護学部  
学部長 野口 美和子

編集責任者 自治医科大学看護学部紀要編集委員会  
委員長 渡邊 亮一

発行所 自治医科大学看護学部  
栃木県河内郡南河内町薬師寺3311-159  
電話 0285（44）2111(代)

印刷所 (株)松井ピ・テ・オ・印刷  
栃木県宇都宮市陽東5-9-21  
電話 028（662）2511(代)