

療養病棟における高齢者の廃用症候群予防ケアに関する 看護職のジレンマとその対処 (第2報)

Nurses' dilemmas and coping with preventive cares of disuse syndrome of elderly people
in long-term care units (Part 2)

畔上 一代

Kazuyo AZEGAMI

要旨

【目的】療養病棟における廃用症候群予防ケアにおいて、必要なケアをしたいけれどできないというジレンマに対し、看護職はどのように対処するのかを明らかにする。

【方法】療養病棟を持つ4病院の療養病棟に勤務した経験が3年以上である10名の看護職に、半構成的面接を行った。データの分析は、逐語録を整理し、廃用症候群予防ケアの場面で生じたジレンマの内容やその受け止め、および対処に関して語られた内容をそれぞれ1単位として抽出し、コード化することにより行った。

【結果】9カテゴリーのジレンマに対する対処として、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】、【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】など12カテゴリーが抽出された。全てのジレンマのカテゴリーに対し1～5の対処のカテゴリーが対応する。

【考察】【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】という対処は、さらなる関節拘縮の進行の予防や合併症予防のためのケアとして重要と考えられた。【活動性や認知機能の程度によりセンサーマットを使用し、身体拘束をしない】と【身体状態悪化により離床のケアが中断しても、その時々状態を見極めて再開する】という対処は、高齢者の生活範囲の拡大のために有効と考えられた。【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】と【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】という対処は、高齢患者のQOLを高めるための看護に不可欠と考えられた。断念せざるを得ない対処でしか対応できないジレンマもあるため、上司や同僚からの心理的サポートを受けやすい環境を構築しておくことも必要である。

【キーワード】 廃用症候群 療養病棟 ジレンマ 高齢者 対処

I. はじめに

廃用症候群とは、廃用（不使用）、不動（固定）、運動不足などにより生理機能、代謝が低下し、種々の病的症状を呈する現象を指すものである。医学的な定義としては、1964年ヒルシュベルグ(Hirschberg G.C.)が過度の安静による二次的障害を廃用症候群として初めて報告した。看護の視点からは、大久保(2006)が、「廃用症候群は、不動と不活動という共通原因によって、全身の器官、組織にdeconditioning（全身の脱調節状態）が生じ、その結果、複数の関連し合った徴候を示す二次的な退行現象である。またそれは、何人にも起こる危険性があり、徴候の悪循環から悪化もするが可逆性でもある」¹⁶⁾と定義付けている。その上で大久保は、すでに生じた廃用症候群にも看護ケアを行うことで良好な帰結の状態にすることが出来ると述べており、

看護ケアが廃用症候群の出現、予防、悪化を左右することを示している。

具体的な廃用症候群予防ケアに関する報告はいくつかみられている。背面開放端座位の効果について、大久保ら(2002)は副交感神経活動を低下させ、交感神経活動を活発にさせることを検証した。端座位時間の延長を取り入れることで、寝たきりの状態が改善されたという症例報告もいくつかみられている(大久保ら, 2001; 広瀬ら, 2008)。腹臥位療法については、関節拘縮、褥瘡、肺炎といった廃用症候群と続発する合併症の改善に効果があったという報告があった(小笠原, 2002; 正井, 2004)。ポジショニングについては、褥瘡予防としての報告が多いが(大浦, 2005, 2010; 田中, 2006)、体圧の分散と不要な筋緊張を解き褥瘡予防をはかることで、結果的に関節拘縮も改善されたという報告もあ

る(瀧, 2005, 吉川ら, 2013)。近年, 基盤理論にキネステティクスを用いて関節拘縮改善を試みたという報告もみられている(藤本ら, 2009; 道券ら, 2013; 木林ら, 2009)。また, 関節拘縮や筋肉の萎縮からの身体開放と生活行動の回復までの一連の看護介入として, 紙屋ら(2010)は看護技術のプログラムを開発している。

廃用症候群予防ケアにおける多職種連携は, 継続的, 包括的なケアを実践するために重要であると多くの研究者は述べている(大浦, 2010; 駒井, 2013)。大宮ら(2012)は, 療養病棟でのアクションリサーチを用いた実践的研究を行い, 職種間の意見の相違を乗り越え連携の構築に成功したと報告している。また服部(2008)は, 終末期患者の安楽や適切な座位姿勢の保持が困難な事例における多職種チームカンファレンスの実践例を報告し, 療養病床における多職種連携の重要性を述べている。

以上のように, 看護職は廃用症候群予防ケアの重要性を十分に認識し, 具体的な方法論の開発や実践報告をしていた。また, 多職種連携が廃用症候群の予防のみならず高齢患者のQOL向上のために重要と指摘する報告がいくつかみられていた(服部, 2008; 松岡, 2012)。医療依存度が高く全介助を要する高齢患者が多い療養病棟において, 上記の看護職が活用してきた方法を普及することが必要である。しかしその普及には, 時間と労力の保証や看護職の負担感への配慮が必要であろう。

本研究の第1報「療養病棟における高齢者の廃用症候群予防ケアに関する看護職のジレンマ」(畔上, 2019)において, 看護職は, 生活援助のケアをしつつ身体管理を含む廃用症候群予防ケアを意図的に取り組む必要性は感じているものの, 様々な要因によりケアに十分に組み込まずジレンマを生じている現状を明らかにした。関節拘縮予防ケアと肺炎予防ケアの場面では, 時間の不足と具体的な技術を持つスタッフの不足が背景にあった。生活範囲拡大のケアの場面では, 安全を保証することと, 離床を進め活動性を高めることとの葛藤や, 消極的な組織風土などが背景にあった。QOLを高めるためのケアの場面では, 意思確認の困難さ, 安全性確保と意思尊重との葛藤, ケアが苦しみを与えているのではないかという倫理的な苦しみさえも存在すること, などが明らかとなった。

このような看護職の, 必要なケアをしたい, しかしできないというジレンマに対して, 看護職はその双方の不利益に対してどのように対処しているのだろうか。第2報では, 対処の抽出と, ジレンマと対処の関係を明らかにしていく。

II. 研究目的

療養病棟における廃用症候群予防ケアにおいて, 必要なケアをしたいけれどできないというジレンマに対し, 看護職はどのように対処するのかを明らかにする。

III. 用語の操作的定義

1. 廃用症候群予防ケア: 不動と不活動という共通原因によって, 全身の機能に退行が生じ脆弱が進行していく人に対して, これを取り戻す, または防ごうとする看護職が行う関わり全てを指す。
2. 看護職のジレンマ: 矛盾する又は対立する出来事の中で, これに看護職が思い悩む又は葛藤すること。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン: 質的帰納的研究。

2. データ収集方法

- 1) データ収集場所および研究対象

(1) 施設の選定

A県内の療養病棟(介護療養病棟および医療療養病棟)を持つ病院4施設を選定した。対象となる施設の施設長および看護管理者にあらかじめ本研究の研究趣旨を書面と口頭にて説明し, 研究協力の同意を得た。

(2) 対象者の選定基準

以下の①~③を対象者の選定基準とした。

- ① 療養病棟での勤務年数が3年以上であり, 現在も療養病棟に勤務している。
- ② 本研究の趣旨と研究協力について同意が得られる。
- ③ 病棟師長によって, 廃用症候群予防ケアについて十分に語れると判断される。

(3) 対象者の選定方法

病棟師長に, 前項の①~③の基準を満たす看護職の紹介を依頼した。各施設1~4名, 計10名を選定した。

2) データ収集方法

(1) データ収集期間

平成26年1月~平成26年9月

(2) データ収集手順

インタビューは, 1人につき1回30分~60分程度の半構造化インタビューとした。その際には以下の点に留意した。

- ① 施設責任者および看護部長へ研究計画書, 依頼文, インタビュー内容等をもとに研究の趣旨と方法について口頭で説明し, 研究協力を依頼する。

- ② 施設より同意が得られた後、病棟看護師長にも研究の趣旨と方法について文書と口頭で説明し、対象者について選定基準（前述）に基づいて依頼を行う。
- ③ 病棟看護師長より紹介された対象者に対しても、文書と口頭にて研究の趣旨を説明し、研究協力を依頼する。この説明ののち、一週間程度の期間をおき、研究参加の意思のある者に同意書への署名を依頼する。その際、研究への協力と中止の自由、プライバシーの保護、職務評価とは無関係であることを説明する。
- ④ インタビューの場所は、対象者およびインタビュー内容に登場する高齢者のプライバシーに配慮し、対象者の勤務施設の一室または研究者の勤務施設の一室とする。
- ⑤ インタビュー内容は、その場で対象者の承諾を得てICレコーダーに録音し、事後に書き起こす。録音の許可が得られない場合は、メモを取ることの承諾を得る。
- ⑥ 録音、メモを取ることのいずれかの同意が得られない場合は、インタビューをしない。

(3) データ収集内容

インタビューは、以下のような内容の半構成的面接を行なった。

- ① 属性：年齢、性別、臨床経験年数、療養病棟での経験年数、職位
- ② 高齢者の廃用症候群予防ケアについて、どのような場面でどのように悩んだのか。その時どのように対処したか。

3. データ分析方法

- 1) 廃用症候群予防ケアの場面と、その時生じたジレンマの内容やその受け止め、および対処に関して語られた内容をそれぞれ1単位として抽出し、コード化した。
- 2) コードの内容の共通性と相違性に基づき統合・分類し、サブカテゴリー・カテゴリー化を行なった。
- 3) 抽出されたカテゴリーを、データに立ち戻りつつ、ジレンマと対処の関連性を読み取った。
- 4) 分析の質の確保のため、老年看護学の質的研究を経験した研究者と生命倫理の研究者から、スーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

施設責任者およびインタビュー対象者に対して、研究の趣旨と目的を文書および口頭にて以下の点に留意して説明し、研究協力の同意を得た。

- 1) 研究に参加しない場合であっても不利益を受け

ないこと、研究の参加に同意した場合であってもいつでも中止できること、職務評価とは無関係であること

- 2) 研究協力をすることによって、時間的な拘束が生じるという不利益が生じること
- 3) 施設、個人の匿名化をすること、研究で知り得た個人情報には研究の目的以外には利用しないこと
- 4) 研究結果は、所属教育機関や関連学会などで発表すること
- 5) データの保管は研究者以外の目に触れないよう厳重に管理すること
- 6) 研究のまとめ、発表が終了し、データを破棄する時には、ICレコーダー内の電子データは完全に再生できない状態にし、紙はシュレッダーにかけること
- 7) 研究者の氏名、所属、職名、連絡先を依頼文の中に明記すること

なお本研究は、長野県看護大学倫理委員会にて承認を得た。（承認番号 2013-04）

V. 結果

1. 対象者と所属施設の概要

対象者と所属施設の概要を表1に示す。対象者は10名で、年齢は、30代2名、40代6名、50代2名で、全て女性であった。資格は、看護師9名、准看護師1名であり、職位は、主任が4名、スタッフナースが6名であった。臨床経験年数は、平均17.8年（SD = 4.9年）で、最短11年から最長25年と、キャリアの長い者が多かった。療養病棟経験年数は、平均6.5年（SD = 2.6年）で、最短3年から最長10年であった。

協力が得られた施設は4施設であった。L施設は、一般病棟、医療療養病棟、介護療養病棟を持つ施設であった。M施設は、一般病棟と医療療養病棟を持ち、N施設は、一般病棟、亜急性期病棟、医療療養病棟を持ち、O施設は、総合病院の分院であった。医療療養病棟と緩和ケア病棟を持つ施設であった。

病床数は、34床から59床、1病床あたりの看護職員数は、0.3名から0.6名であった。

2. 分析結果

分析の結果、ジレンマの内容やその対処に関して語られた433コードから、ジレンマまたは対処の2領域に所属する148下位カテゴリー、38サブカテゴリー、21カテゴリーが抽出された。第1報においてジレンマの領域には9カテゴリーが所属し

ていた。第2報では対処の領域を分析し、ジレンマと対処の関係を分析する。

以下の記述において、{ } は領域、[] はカテゴリー、< > はサブカテゴリーを示す。

1) {対処} 領域のカテゴリー群

{対処} 領域に所属するカテゴリー群を、表2に示す。この領域は、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】、【痛みを伴う場合には、励ましつつケアを実施する】、【活動性や認知機能の程度によりセンサーマットを使用し、身体拘束をしない】、【生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、繰り返し声を掛ける】、【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】、【必要な生活援助を完了するために、勤務時間を延長する】、【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】、【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】、【身体状態悪化により離床のケアが中断しても、その時々状態を見極めて再開する】、【身体状態悪化のリスクのため、患者を動かすことを断念する】、【身体状態悪化のリスクのため、患者の希望に沿うことを断念する】、【仕事に悩んで苦しくなった時、上司や同僚に相談し考え方を切り替えて心を軽くする】の12カテゴリーが所属していた。以下各カテゴリーの内容を説明する。

(1) 【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】

このカテゴリーは、臥床がちな患者に集団レクリエーションなどの生活を活動的にするための日課に参加してもらうことによって、楽しみを感じられるような過ごし方をしてもらうという対応であった。これは、<個々に対してまとまった時間での離床ケア実施はできないが、数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行い、実施時間を確保する>というサブカテゴリーで構成された。

<個々に対してまとまった時間での離床ケア実施はできないが、数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行い、実施時間を確保する>とは、ベッドから離れ、身体を動かすことで楽しみを感じてもらう時間を確保するため、患者個々別々に関わるのではなく、集団のレクリエーションで数人ごとまとめて関わるという対応であった。

(2) 【痛みを伴う場合には、励ましつつケアを実施する】

このカテゴリーは、廃用症候群が進み関節拘縮が強く、ケア実施中も痛みを伴う場合は、励ましなが

ら必要なケアを行うという対応であった。これは、<痛みを伴う場合には、頑張ろうねと声を掛け励ましつつケアを実施する>というサブカテゴリーで構成された。

<痛みを伴う場合には、頑張ろうねと声を掛け励ましつつケアを実施する>とは、関節拘縮によって四肢の関節が伸展せず、リハビリや更衣、移乗の際にも痛みを訴える患者の場合には、そのケアを中止せずに励ましの声を掛けながらケアを実施するという対応であった。

(3) 【活動性や認知機能の程度によりセンサーマットを使用し、身体拘束をしない】

このカテゴリーは、体の動きを制限せずに、センサーマットを用いて、患者の離床を感知し、患者の転倒を避けるという対応であった。これは、<転倒のリスクがあっても、どの程度動けるかの把握をしてセンサーマットを使用し、身体拘束を外す>というサブカテゴリーで構成された。

<転倒のリスクがあっても、どの程度動けるかの把握をしてセンサーマットを使用し、身体拘束を外す>とは、ベッドから離れて一人で歩けば転倒しそうな患者であっても、センサーマットを使用して動き始める時を捉え、そばに付き添うことにより、体の動きを制限せずに転倒の危険を避けるという対応であった。

(4) 【生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、繰り返し声を掛ける】

このカテゴリーは、今までの患者の生活ぶりなどの情報を得て、患者の人となりを推し測り、個々の興味や関心に合わせた声掛けを繰り返し行うという対応であった。これは、<生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、意図的な声掛けを工夫する>、<会話困難なために患者の気持ちが分からないとき、分かるスタッフに代わりに聞いてもらう>、<意識が活性化し楽しみを感じてもらうために、発語が無くても繰り返し話しかける>という3サブカテゴリーで構成された。

<生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、意図的な声掛けを工夫する>とは、家族から得た情報を生かして、患者の生活ぶりや人となりを推し測り、個々の興味関心に合わせて、患者の感情が豊かに表現されるような声掛けを工夫するという対応であった。

<会話困難なために患者の気持ちが分からないとき、分かるスタッフに代わりに聞いてもらう>とは、患者が会話をすることが困難であるため、患者の気持ちを捉えられない時は、諦めずに分かる他のスタッフに代わりに聞いてもらい、理解するという対応であった。

＜意識が活性化し楽しみを感じてもらうために、発語が無くても繰り返し話しかける＞とは、発語が無く表情が乏しい患者であっても、少しでも感情が豊かに表現されるよう、楽しさを感じてもらえるよう語りかけ続けるという対応であった。

(5)【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】

このカテゴリーは、廃用症候群予防ケアとして患者がベッドから離れるようなケアを、病棟スタッフ全員が意識して取り組めるように、管理者が業務やケア環境を調整するという対応であった。これは、＜生活活性化のために必要なケアの実施を管理者が支持する＞、＜実践の促しや看護計画への明示により、病棟全体で離床のケアに取り組めるよう、管理者が指示する＞、＜病棟全体で離床のケアに取り組めるよう、管理者が業務分担を調整する＞という3サブカテゴリーから構成された。

＜生活活性化のために必要なケアの実施を管理者が支持する＞とは、スタッフが患者をベッドから離して体を動かしたり、楽しみを感じてもらえるようなケアを考えて実践した際には、管理者がそれを支持し激励するという対応であった。

＜実践の促しや看護計画への明示により、病棟全体で離床のケアに取り組めるよう、管理者が指示する＞とは、師長や主任などの病棟管理者が、必要なケアを看護計画にはっきりと示し、スタッフに看護計画の実施を指示によって毎日促すという対応であった。

＜病棟全体で離床のケアに取り組めるよう、管理者が業務分担を調整する＞とは、その日の担当看護職が、患者がベッドから離れて身体を動かしたり、楽しみを感じてもらえるようなケアに取り組めるよう、師長や主任などの病棟管理者が業務分担を調整するという対応であった。

(6)【必要な生活援助を完了するために、勤務時間を延長する】

このカテゴリーは、時間が無く計画通りに必要な生活援助のケアができなかった場合は、勤務時間を延長してもケアを終えるという対応であった。これは、＜必要な生活援助を完了するために、時間外になっても実施する＞というサブカテゴリーで構成された。

＜必要な生活援助を完了するために、時間外になっても実施する＞とは、必要な生活援助を、時間が無いからできないとあきらめることなく、勤務時間を延長しても生活援助を完了するという対応であった。

(7)【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】

このカテゴリーは、関節拘縮による四肢の動きの制限や嚥下機能の低下などにより実現できなくなった患者の希望を叶えるために、希望に近い別の方法を考えるという対応であった。これは、＜拘縮の進行によって失われた機能を、代償する方法を工夫する＞、＜嚥下機能の低下によって失われた機能を、代償する方法を工夫する＞、＜希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を、他のスタッフとともに検討する＞という3サブカテゴリーで構成された。

＜拘縮の進行によって失われた機能を、代償する方法を工夫する＞とは、四肢の拘縮で衣服の袖に腕を通せず、上着をきちんと着たいという希望が叶わない時、希望に近い方法を考えて工夫するという対応であった。

＜嚥下機能の低下によって失われた機能を、代償する方法を工夫する＞とは、嚥下機能の低下により飲水の希望が叶わない時、希望に近い方法を考えて工夫するという対応であった。

＜希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を、他の職種のスタッフとともに検討する＞とは、希望に近い方法を考える時、他の職種のスタッフと意見交換しつつ考えるという対応であった。

(8)【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】

このカテゴリーは、専門分野の職種からの助言を受けることにより、肺炎発症のリスクや、誤嚥のリスクを少なくする方法を選ぶという対応であった。これは、＜肺炎予防ケアがうまくいかず、肺炎を繰り返す患者に対して、リハビリスタッフの介入を依頼する＞、＜言語聴覚士から誤嚥防止の助言を得て、リスクが最小限となる方法を選択する＞という2サブカテゴリーで構成された。

＜肺炎予防ケアがうまくいかず、肺炎を繰り返す患者に対して、リハビリスタッフの介入を依頼する＞とは、肺炎を予防する看護介入がうまくいかず、肺炎を繰り返している患者の場合には、肺炎の発症のリスクを最小限にするためにリハビリスタッフに介入を依頼するという対応であった。

＜言語療法士から誤嚥防止の助言を得て、リスクが最小限となる方法を選択する＞とは、嚥下機能の低下した患者の飲水の希望を叶える際、言語療法士からの助言を受け、誤嚥のリスクを最小限にするための方法を選ぶという対応であった。

(9)【身体状態悪化により離床のケアが中断しても、その時々状態を見極めて再開する】

このカテゴリーは、身体状態の悪化によって、治療や安静のために身体を動かすケアが実施できないときでも、日々の状態に合わせてケアを再開すると

いう対応であった。これは、＜身体状態が不安定で離床のケアが進められない時でも、日々、状態を見極めて再開する＞、＜身体状態が不安定で離床のケアが進められない時、体調に合わせて少しずつ短時間実施する＞という2サブカテゴリーで構成された。

＜身体状態が不安定で離床のケアが進められない時でも、日々、状態を見極めて再開する＞とは、身体状態の悪化によって、治療や安静のために身体を動かすケアが中断されている時も、日々状態が安定したか見極め、身体を動かすケアを再開するという対応であった。

＜身体状態が不安定で離床のケアが進められない時、体調に合わせて少しずつ短時間実施する＞とは、身体状態が不安定な時の身体を動かすケアは、体調の観察を細かく行い、少しずつ短時間で実施するという対応であった。

(10)【身体状態悪化のリスクのため、患者を動かすことを断念する】

このカテゴリーは、患者を動かすことによって身体状態悪化のリスクが高くなる場合は、身体を多く動かす離床や入浴を断念するという対応であった。これは、＜身体状態悪化のリスクを回避するため、患者を動かすことを断念する＞というサブカテゴリーで構成された。

＜身体状態悪化のリスクを回避するため、患者を動かすことを断念する＞とは、患者を動かすことによって骨折したり、血圧が上昇したりすることを避けるために、離床や入浴をあきらめるという対応であった。

(11)【身体状態悪化のリスクのため、患者の希望に沿うことを断念する】

このカテゴリーは、患者の希望を叶えることによって身体状態悪化のリスクが非常に高くなる場合は、希望を叶えることを断念するという対応であった。これは、＜身体状態悪化のリスクを回避するため、患者の希望に沿うことを断念する＞というサブカテゴリーで構成された。

＜身体状態悪化のリスクを回避するため、患者の希望に沿うことを断念する＞とは、身体状態悪化という患者の苦しみを避けるために、患者の希望に沿うことはあきらめるという対応であった。

(12)【仕事に悩んで苦しくなった時、上司や同僚に相談し考え方を切り替えて心を軽くする】

このカテゴリーは、仕事上での悩みや苦しみから開放されるために、相談や考え方の切り替えを行うという対応であった。これは、＜仕事に悩んで苦しなくなった時、上司や同僚に相談する＞、＜仕事に悩んで苦しなくなった時、考え方を切り替える＞という

2サブカテゴリーで構成された。

＜仕事に悩んで苦しなくなった時、上司や同僚に相談する＞とは、悩み苦しなくなった時に、上司や同僚に自分の考えや納得できない気持ちを聞いてもらったり、意見を求めたりするという対応であった。

＜仕事に悩んで苦しなくなった時、考え方を切り替える＞とは、患者について様々なことを考えさせられて苦しなくなった時は、自分の身に置き換えて考え、自分なりに納得するという対応であった。

2) ジレンマと対処の関係

ジレンマと対処の一覧を図1に示す。第1報において{ジレンマ}の領域には、【関節拘縮予防訓練を十分に行いたい、行なえない】、【肺炎予防のための排痰を促すケアを行いたい、行なえない】、【身体拘束を外したい、できない】、【きちんとした身づくろいをしてあげたい、できない】、【離床を進めたい、進められない】、【患者の気持ちを知らりたい、言語表現がないため知ることができない】、【患者の意向に沿ってケアをしたい、こなし業務となりできない】、【楽しみを感じてもらえるような関わりをしたい、十分にできない】、【患者の希望を叶えたい、叶えられない】の、9カテゴリーが所属していた。このジレンマのそれぞれについて、対応する対処を説明する。

(1)【関節拘縮予防訓練を十分に行いたい、行なえない】とその対処(図2)

対象者が【関節拘縮予防訓練を十分に行いたい、行なえない】というジレンマを抱えた場合には、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】という対処をしていた。

具体的には、＜関節拘縮予防訓練を十分に行いたい、業務に追われ、十分な時間を作れない＞の場合には、＜個々に対してまとまった時間での離床ケア実施はできないが、数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行い、実施時間を確保する＞という対応をしていた。

(2)【肺炎予防のための排痰を促すケアを行いたい、行なえない】とその対処(図3)

対象者が【肺炎予防のための排痰を促すケアを行いたい、行なえない】というジレンマを抱えた場合には、【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】という対処をしていた。

具体的には、＜肺炎予防のためタッピングやスクイーピングなどの排痰を促すケアを積極的に行いたい、行なえない＞の場合には、＜肺炎予防ケアがうまくいかず肺炎を繰り返す患者に対して、リハビリスタッフの介入を依頼する＞と対応をしていた。

(3)【身体拘束を外したいが、できない】とその対処(図4)

対象者が【身体拘束を外したいが、できない】というジレンマを抱えた場合には、【活動性や認知機能の程度によりセンサーマットを使用し、身体拘束をしない】という対処をしていた。

具体的には、<身体拘束を外したいが、転倒のリスクや、チューブ類抜去のリスクがありできない>の場合には、<転倒のリスクがあっても、どの程度動けるかの把握をしてセンサーマットを使用し、身体拘束を外す>と対応をしていた。

(4)【きちんとした身づくろいをしてあげたいが、できない】とその対処(図5)

対象者が【きちんとした身づくろいをしてあげたいが、できない】というジレンマを抱えた場合には、【痛みを伴う場合には、励ましつつケアを実施する】と、【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】という対処をしていた。

具体的には、<きちんとした身づくろいをしてあげたいが、拘縮が強いためできない>の場合には、<痛みを伴う場合には、頑張ろうねと声を掛け励ましつつケアを実施する>、<拘縮の進行によって失われた機能を、代償する方法を工夫する>という2つの対応をしていた。

(5)【離床を進めたいが、進められない】とその対処(図6)

対象者が【離床を進めたいが、進められない】というジレンマを抱えた場合には、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】、【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】、【必要な生活援助を完了するために、勤務時間を延長する】、【身体状態悪化により離床のケアが中断しても、その時々の状態を見極めて再開する】、【身体状態悪化のリスクのため、患者を動かすことを断念する】という対処をしていた。

具体的には、<離床を進めたいが、人手や設備が不足してできない>の場合には、<個々に対してまとまった時間での離床ケア実施はできないが、数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行い、実施時間を確保する>、<必要な生活援助を完了するために、時間外になっても実施する>という対応をしていた。

<離床をしたいが、骨折のリスクが高まりできない>の場合には、<身体状態悪化のリスクを回避するため、患者を動かすことを断念する>という対応をしていた。

<離床したいが、身体状態悪化のリスクが高まりできない>の場合には、<身体状態が不安定で離床

のケアが進められない時、体調に合わせて少しずつ短時間実施する>という対応をしていた。

<離床を進めたいが、医療処置や医師の指示が優先されるため、進められない>の場合には、<身体状態が不安定で離床のケアが進められない時でも、日々、状態を見極めて再開する>という対応をしていた。

<離床を進めたいが、消極的なスタッフがおおり、病棟として進まない>の場合には、<実践の促しや看護計画への明示により、病棟全体で離床のケアに取り組めるよう、管理者が指示する>という対応をしていた。

(6)【患者の気持ちを知りたいが、言語表現がないため知ることができない】とその対処(図7)

対象者が【患者の気持ちを知りたいが、言語表現がないため知ることができない】というジレンマを抱えた場合には、【生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、繰り返し声を掛ける】と、【仕事に悩んで苦しくなった時、上司や同僚に相談し考え方を切り替えて心を軽くする】という対処をしていた。

具体的には、<患者の気持ちを推し測るが、発語が無く意思の確認ができない>の場合には、<会話困難なために患者の気持ちが分からないとき、分かるスタッフに代わりに聞いてもらう>という対応をしていた。

<患者の気持ちを確認できずにケアするのは苦しい>の場合には、<仕事に悩んで苦しくなった時、考え方を切り替える>という対応をしていた。

(7)【患者の意向に沿ってケアをしたいが、こなし業務となりできない】とその対処(図8)

対象者が【患者の意向に沿ってケアをしたいが、こなし業務となり、できない】というジレンマを抱えた場合には、【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】という対処をしていた。

具体的には、<患者の意向に沿って必要なケアをしたいが、胃ろうからの栄養投与や処置業務が多くこなし業務となり、できない>の場合には、<実践の促しや看護計画への明示により、病棟全体で離床のケアに取り組めるよう、管理者が指示する>という対応をしていた。

(8)【楽しみを感じてもらえるような関わりをしたいが、十分にできない】とその対処(図9)

対象者が【楽しみを感じてもらえるような関わりをしたいが、十分にできない】というジレンマを抱えた場合には、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】と、【生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、繰り返し

し声を掛ける】という対処をしていた。

具体的には、＜楽しみを感じてもらおう関わりをしたいが、一日が忙しく過ぎてしまい、時間が取れずできない＞の場合には、＜個々に対してまとまった時間での離床ケア実施はできないが、数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行い、実施時間を確保する＞という対応をしていた。

＜患者の好みや意向に関する情報を基に関わりたいが、情報が乏しく、意向にあう関わりが持てない＞の場合には、＜生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、意図的な声掛けを工夫する＞という対応をしていた。

(9)【患者の希望を叶えたいが、叶えられない】とその対処(図10)

対象者が【患者の希望を叶えたいが、叶えられない】というジレンマを抱えた場合には、【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】と、【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】と、【身体状態悪化のリスクのため、患者の希望に沿うことを断念する】という対処をしていた。

具体的には、＜患者の希望を叶えたいが、身体状態悪化のリスクがあり叶えられない＞の場合には、＜嚥下機能の低下によって失われた機能を、代償する方法を工夫する＞、＜言語聴覚士から誤嚥防止の助言を得て、リスクが最小限となる方法を選択する＞という2つの対応のほか、＜身体状態悪化のリスクを回避するため、患者の希望に沿うことを断念する＞という対応もしていた。

VI. 考察

一般的に、廃用症候群をもつ高齢者への看護は、①不動・不活動に直結する関節硬縮の進行と合併症の予防、②高齢者の生活範囲の拡大、③高齢者のQOLの向上、を目指して行なわれている。本研究で抽出された、高齢者の脆弱化の過程のさまざまな場面で生じたジレンマとそれに対する対処を用いて、前述の3点について以下に考察する。また、抽出された対処【身体状態悪化のリスクのため、患者を動かすことを断念する】と【身体状態悪化のリスクのため、患者の希望に沿うことを断念する】のように、問題解決を目的としない特徴もみられたので、④断念せざるを得ない対処として考察する。

1. さらなる関節拘縮の進行の予防と合併症予防のために

【関節拘縮予防訓練を十分に行いたい、行えない】というジレンマに対してなされていた【数人の

グループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】という対処は、関節拘縮予防訓練の実施時間の確保のために工夫された対処であるといえる。対象者は、レクリエーションに参加する際の移動や座位保持、レクリエーション活動において行う身体の動きを、関節拘縮予防訓練における意義があると判断していた。その判断に基づき関節拘縮の改善・進行防止のケアを保証し、その時間を確保していたと考えられる。

【肺炎予防のための排痰を促すケアを行いたい、行えない】というジレンマに対してなされていた【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】という対処は、廃用症候群の進行により引き起こされるより深刻な身体状態の悪化という問題解決のために、他職種の力を借りるという特徴がみられる。すでに寝たきりの状態にある患者の肺炎は、自己で痰を排出する力がないため気道のクリーニングを行いにくく、発症を繰り返したり重症化を来し、生命の危機へのリスクが高まる。看護職たちは排痰を促すケア技術を個人が熟知していても実施する時間がないことや、全ての看護職に普及し切れていない現実がゆえにジレンマに陥る。そのため肺炎予防ケアがうまくいかず、肺炎を繰り返す患者に対して、リハビリスタッフの介入を依頼することによって問題解決を図ろうとする。ヘルスケアにおける多職種連携に求められているのは、患者の問題を共通の目標の下で各自が異なったアプローチを駆使して問題解決を図ること(松岡, 2012)であり、本研究においても対処として選択されていることが示された。

以上のように、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】という対処は、関節拘縮の改善・進行防止のケアを保証し、多職種連携による問題解決を促進するものと考えられ、さらなる関節拘縮の進行の予防と合併症予防にとって欠かすことのできないケアと考えられる。

2. 高齢者の生活範囲の拡大のために

患者の動きを制限することはさらなる廃用症候群の要因となるにも関わらず、安全な治療を進めるためには身体拘束をせざるを得ない状況もある。患者の安全を保証することと活動性を高めることは、看護場面においては矛盾する内容であるにも関わらず共存する。ゆえに看護職は葛藤し、【身体拘束を外したいが、できない】というジレンマが生じる。具体的には、転倒のリスクやチューブ類抜去という危険から患者の安全を保証するために、看護職は身体

拘束の解除を躊躇する。そのような場面に遭遇した際、看護職が行っていた【活動性や認知機能の程度によりセンサーマットを使用し、身体拘束をしない】という対処は、センサーマットという用具を使用した見守りによって、迅速な介助と個別のかつ予測的対応を可能にし、患者の行動範囲を拡大する対応となっていた。

【きちんとした身づくりをしてあげたいが、できない】というジレンマの場合には【痛みを伴う場合には、励ましつつケアを実施する】という対処が行われていた。また身づくりを整えることが難しい場合は、【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】という対応がされており、気持ち良く身づくりを整えて過ごしたいという患者の希望を叶えるために、希望に近い別のケア方法が実施されていた。この2つの対処は、関節拘縮によっておこる痛みは患者に我慢してもらうか、痛くないように関節を動かすことを患者にあきらめてもらうという対応である。紙屋ら(2007, 2010)は、廃用症候群は心身の発動性を制限することを指摘し、その上で遷延性意識障害や廃用症候群のある患者に対する看護技術としての温熱刺激看護療法を開発している。その結果、痛みを緩和しつつ身づくりを整える方法に発展する可能性を報告している。また、Van der Dam S.ら(2012)は、慢性疼痛と重症廃用症候群を持つ患者の痛みに着目したりハビリテーション療法を提案し、その効果を検証している。つまり、廃用症候群の進行予防に痛みへの着目の重要性を指摘している。このように、廃用症候群患者の痛みはどう対処し、必要なケアを実施するかという課題は極めて重要であり、具体的には痛みを緩和しつつ必要なケアを同時に行うなどの対応を、個々の患者に合わせて具体化していくことが必要である。

廃用症候群予防ケアとして、患者がベッドから離れ、身体を動かしたり楽しみを感じてもらうようなことを看護職は目標としているにも関わらず、何らかの阻害要因が存在しており、【離床を進めたいが、進められない】というジレンマが生じていた。このジレンマを構成する5つのサブカテゴリーの内容から、人手や設備の不足、骨折のリスク、身体状態悪化のリスク、医療処置優先の考え、消極的なスタッフの態度などが阻害要因と推測される。本研究においては、離床を躊躇する要因の1つとして、骨折のリスクを挙げた者は10名中1名のみであった。粟生田ら(2004)は、褥瘡や転倒へのケアに代表されるような事故対策に重点がおかれていることを懸念する報告をしている。離床し骨に荷重を掛けることは、高齢者に頻発する骨粗鬆症の進行を防止し、

同時に骨関節の周囲筋の衰えを防止することによって、骨折のリスクを減らすことに繋がる。したがって、このような骨粗鬆症の進行予防、関節周囲筋力の維持は、骨折を契機とした高齢者の生活範囲縮小を予防するためにも重要な課題である。その課題解決に向けて【身体状態悪化により離床のケアが中断しても、その時々状態を見極めて再開する】方法や、個人の判断で解決がつかない場合と、離床に消極的なスタッフが多い場合には【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】という方法も有効である。

3. 高齢者のQOLを高めるために

【患者の気持ちを知りたいが、言語表現がないため知ることができない】というジレンマは、患者が生きるための基本的ニーズを保証する不可欠なケアを、患者の意思を確認できないままに実施しなければならないがゆえに葛藤するという特徴があった。実際には看護職同士でも「希望を代償する方法は、患者にとってかえって酷な結果となるのではないか」など希望の実現に対する考え方の相違もあり、希望を叶えようと決めても、検討段階での悩みは多い。意思を尊重することができず、「生きるためのケアが苦しみを与えているのではないか」という疑念さえも抱くケースもある。すなわち、看護職の倫理原則に反する苦しみを抱えていることになるのである。鶴若(2012)は、「1人で考えるのではなく、関わり合う他職種や同僚と共に問題を多角的に検討する事例検討は、倫理的課題を考える1つの方法として重要である」²²⁾と述べている。本研究では、事例検討の開催を提案する前の段階として、あるいは事例検討の結果にも納得できなかった場合に、【仕事に悩んで苦しくなった時、上司や同僚に相談し考え方を切り替えて心を軽くする】という対応がなされている。患者にとって善いことを行っているのかという疑念に際し、このように1人で悩まない対応が、有効な対処として選択されていた。したがって、上司や同僚との間に相談ができるような良好な関係をつくるのが、ひいてはジレンマから解放され、かつ患者の意向に添ったケアに近づく手段となり得るといえる。

【患者の意向に沿ってケアをしたいが、こなし業務となりできない】とは、患者の意向に沿いたいという気持ちがあるがゆえに、こなしケアが苦しいという性質を持っていた。処置業務のみに追われないようにする努力として、【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】という対処が抽出されたのみであり、受け持ちナース個人として単独で行える対処方法は抽出されなかつ

た。業務の調整は、過重な業務量の調整がなされなければ、患者の気持ちに合わせた援助に取り組む余裕が生まれられないため重要であり、管理者の立場で行う調整、看護職個人が行う業務の調整が必要である。

療養病棟には、言語表現がなく表情も乏しいため、意向を推し測ることが難しい患者が少なくない。看護職は患者が楽しみを感じるような関わりを模索し悩み、【楽しみを感じてもらえるような関わりをしたいが、十分にできない】というジレンマを抱えていた。これに対し、意思表示のない患者からの反応を引き出す努力として【生活ぶりなどの情報をもとに人となり推察し、繰り返し声を掛ける】という対処を行っていた。このような看護職の関わりは、患者の意向を確認できない困難を抱えながらも、患者にとっての楽しさや安寧を追究するがゆえにジレンマに陥るといった特徴がある。患者の意向の尊重は、患者個々のQOLを高めるためにまず考慮されるべきことである。そのようなケアの実現に向けて、患者の気持ちを推し測るための個別的な情報収集と、患者のその時々気持ちを汲み取ることが前提となるといえる。

高度の嚥下障害のある患者の、経口摂取の希望という実現の難しい希望を叶えようとした際に【患者の希望を叶えたいが、叶えられない】というジレンマが生じていた。患者の安全を考えれば、希望を無視して経口摂取を断念することになるという結論を容易に得られる。しかし、療養病棟は治療優先の場ではなく、個人の意向に沿った生活を考える場であるからこそ、安全性と生活の心地よさとの狭間で悩み、ジレンマに陥るといった特徴があった。行なわれていた対処は、【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】という、最小限のリスクを見定めつつ達成可能な希望に添うケアの個別的な検討であった。このようなジレンマと対処の文脈は、看護チームと他職種との間に自然に共通しているとは限らない。看護チーム内においても、一度決定した援助方法の確証が得られず、さらなるチームとしてのジレンマを生むことさえもある。医師との関係においては、治療的立場から経口摂取は禁止とする医師と、患者の希望を叶えようとする看護職の見解の違いが生じる。高齢患者の身体状態悪化のリスクを予測しつつ失われた機能を代償する方法を検討することは極めて難しい。看護職、担当医師の見解のみで決定するのではなく、個別的な実施方法を見出すためには【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】という対処がなされている。このように、個々の患者のリスクを最小限にしつつ患者の希望実現するために、多職種協働は必須である。

4. 断念せざるを得ない対処

看護職が抱えたジレンマに対する対処は、必ずしも前向きなものばかりではなかった。看護職が患者の離床を進めよう、希望を叶えようとどんなに努力しても、廃用症候群予防ケアは高齢者の身体機能の限界と体力の耐えうる範囲でしか行えないという、どうにもならない事情が存在する。この事情のために、患者を動かさない、実現不可能な患者の希望は取り上げない、という対応は、患者の安全を優先し身体状態悪化のリスクを回避する対応となる。しかし看護職のジレンマに直面したやり切れなさという感情に対しては、折り合いをつけて「動かすことを断念する」「希望に沿うことを断念する」という対処となるのである。ホスピスならば終わりがあり、援助者にも目標の明確なケアにやりがいを感じられる。しかし、療養病棟における高齢患者のケアにおいては、全身状態を管理しつつ療養するという長期ケアが恒常的に求められるのみならず、患者本人の意思確認が困難なケースも多いがゆえに、明確なケアの目標が持てない。それゆえ、ホスピスと療養病棟における看護では、ケアの行為が同じであったとしても看護職の職務に対する負担感が違う。高齢者の生活範囲を拡大し、QOLを高めようとする気持ちが強いほど看護職のジレンマはますます深まると考えられる。このように、療養病棟に勤務する看護職は職務に対する負担感が大きくなりやすく、ジレンマも生じやすい。この状況は看護職が生き生きと働くことを阻み、ケアの質低下を招きかねない。したがって、看護職の職務に対する負担感への心理的サポートは重要であるといえる。

VII. 結論

本研究では、廃用症候群予防ケアをしたいけれどできないという看護職のジレンマとその対処方法を明らかにすることを目的として、療養病棟に勤務する看護職に対し半構成的面接を行い、語られた内容を分析した。今回の第2報では、対処の抽出とジレンマと対処の関係を分析した。それにより以下のことが明らかになった。

1. 看護職が高齢者の廃用症候群予防ケアの場面でジレンマを感じる時に行われた対処は、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】、【痛みを伴う場合には、励ましつつケアを実施する】、【活動性や認知機能の程度によりセンサーマットを使用し、身体拘束をしない】、【生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、繰り返し声を掛ける】、【病棟全体

で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】、【必要な生活援助を完了するために、勤務時間を延長する】、【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】、【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】、【身体状態悪化により離床のケアが中断しても、その時々状態を見極めて再開する】、【身体状態悪化のリスクのため、患者を動かすことを断念する】、【身体状態悪化のリスクのため、患者の希望に沿うことを断念する】、【仕事に悩んで苦しくなった時、上司や同僚に相談し考え方を切り替えて心を軽くする】の12カテゴリーが見出された。

2. 療養病棟における高齢者の廃用症候群予防ケアに関わる看護職のジレンマと対処の関係は、以下のものがあった。

- 1) 【関節拘縮予防訓練を十分に行いたいが、行なえない】というジレンマを抱えた場合には、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】という対処をしていた。
- 2) 【肺炎予防のための排痰を促すケアを行いたいが、行なえない】というジレンマを抱えた場合には、【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】という対処をしていた。
- 3) 【身体拘束を外したいが、できない】というジレンマを抱えた場合には、【活動性や認知機能の程度によりセンサーマットを使用し、身体拘束をしない】という対処をしていた。
- 4) 【きちんとした身づくろいをしてあげたいが、できない】というジレンマを抱えた場合には、【痛みを伴う場合には、励ましつつケアを実施する】と、【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】という対処をしていた。
- 5) 【離床を進めたいが、進められない】というジレンマを抱えた場合には、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】、【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】、【必要な生活援助を完了するために、勤務時間を延長する、】【身体状態悪化により離床のケアが中断しても、その時々状態を見極めて再開する】、【身体状態悪化のリスクのため、患者を動かすことを断念する】という対処をしていた。
- 6) 【患者の気持ちを知りたいが、言語表現がないため知ることができない】というジレンマを抱えた場合には、【生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、繰り返し声を掛ける】と、【仕事に悩んで苦しくなった時、上司や同僚に相談し考え方を切り替えて心を軽くする】という対処をしていた。
- 7) 【患者の意向に沿ってケアをしたいが、こなし業務となりでできない】というジレンマを抱えた場合には、【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】という対処をしていた。
- 8) 【楽しみを感じてもらえるような関わりをしたいが、十分にできない】というジレンマを抱えた場合には、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】と、【生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、繰り返し声を掛ける】という対処をしていた。
- 9) 【患者の希望を叶えたいが、叶えられない】というジレンマを抱えた場合には、【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】と、【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】と、【身体状態悪化のリスクのため、患者の希望に沿うことを断念する】という対処をしていた。

これらに基づき、療養病棟における廃用症候群の発症予防と悪化防止に向けた看護への示唆として、以下の4点が明らかになった。

1. さらなる関節拘縮の進行の予防と合併症予防のためには、【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】、【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】という対処は、関節拘縮の改善・進行防止のケアを保証し、多職種連携による問題解決を促進するものであり、有効である。
2. 高齢者の生活範囲の拡大は、用具を使用した見守りや、一度中断した離床ケアをその時々状態を見極めつつ再開し、関節拘縮に伴う痛みの緩和も行いながら離床を推進していくことで可能となる。
3. 患者個々のQOLを高めるためには、まず患者の意向の尊重が考慮されるべきであり、個別的な情報収集と、患者のその時々気持ちを汲み取ることが前提となる。実現が難しい患者の希望を叶える場合には、多職種連携によりケアの質を保証していくことが必須である。

4. 断念せざるを得ない対処でしか対応できないジレンマが生じる可能性もあるため、上司や同僚との間に相談しやすい良好な関係を維持し、心理的サポートを受けやすい環境を構築しておくことが必要である。このことは療養病棟における看護にとって、より良い廃用症候群の発症予防と悪化防止のケアに役立つ。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、療養病棟における廃用症候群予防ケアの場面について、看護職が直面したジレンマやその背景を調査したが、限局した地域内の4施設に勤務する看護職を対象としていた。そのため、他の地域での現状を捉えているか否かは明らかではない。また、対象者数は10名であり、理論的な飽和は確

認できていない。対象者を拡大したならば、新たなジレンマが認められる可能性がある。また今回抽出された「断念せざるを得ない対処」については、そのジレンマの大きさから、さらなる探求が必要である。今回は、療養病棟に勤務する看護職を対象としたが、廃用症候群をもつ高齢者の多い介護施設や在宅の場にも対象を広げて検討していく必要がある。なお本研究は平成26年度長野県看護大学大学院看護学研究科修士論文の一部である。

謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきました4病院の看護部長様、病棟看護師長様、過密な勤務状況のなか快くインタビューを引き受けて下さいました看護職の皆様へ深く感謝いたします。

表1 対象者と所属施設の概要

	対象者の概要						対象者の所属施設と病棟の概要			
	年代	性別	資格	職位	臨床経験年数	療養病棟経験年数	病院	勤務病棟	病床数	病床数あたりの看護職員数
A	40	女	看護師	主任	20	5	L	介護療養病棟	58	0.4
B	40	女	看護師	主任	20	8	L	一般内科病棟	34	0.6
C	40	女	看護師	主任	13	10	L	医療療養病棟	59	0.3
D	40	女	看護師	主任	18	3	L	医療療養病棟	59	0.3
E	30	女	看護師	スタッフナース	11	4	M	医療療養病棟	57	0.3
F	30	女	准看護師	スタッフナース	12	10	M	医療療養病棟	57	0.3
G	40	女	看護師	スタッフナース	20	10	M	医療療養病棟	57	0.3
H	40	女	看護師	スタッフナース	14	4	N	医療療養病棟	38	0.3
I	50	女	看護師	スタッフナース	25	5	N	医療療養病棟	38	0.3
J	50	女	看護師	スタッフナース	25	6	O	総合病院分院	43	0.6
平均					17.8	6.5				
SD					4.9	2.6				

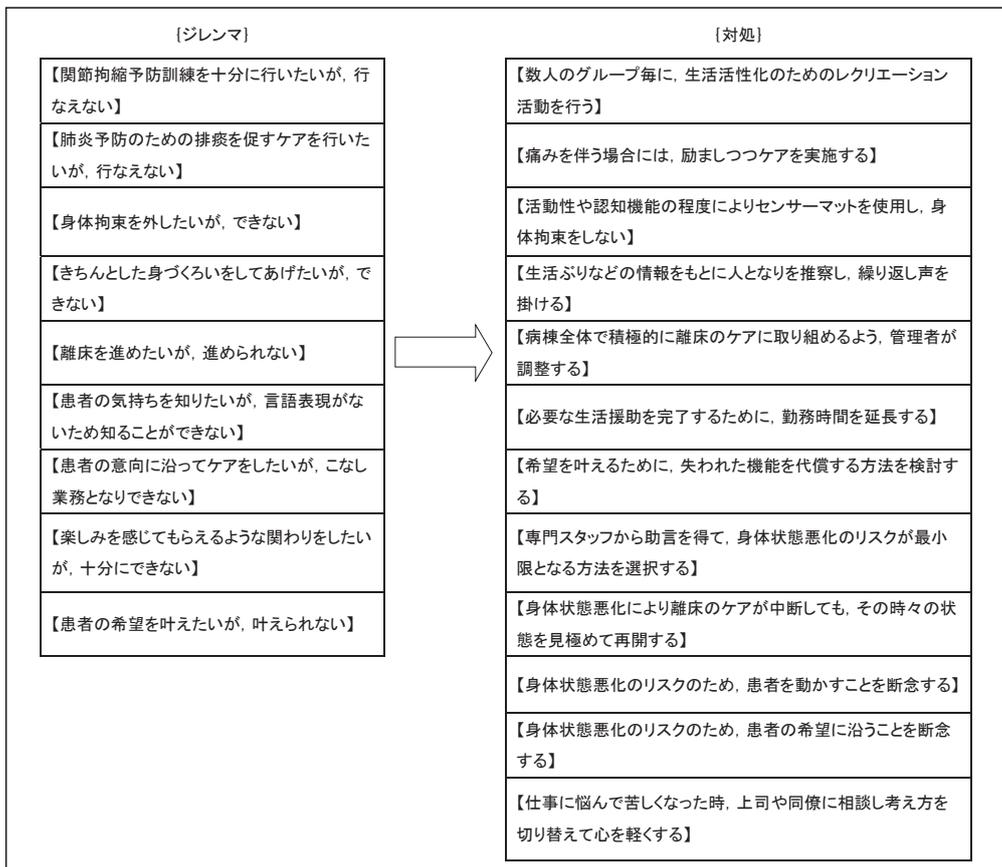


図1 ジレンマと対処の一覧

表2 「対処」領域のカテゴリ一群

カテゴリ	サブカテゴリ	データ例
【数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行う】	<個々に対してまとまった時間での離床ケア実施はできないが、数人のグループ毎に、生活活性化のためのレクリエーション活動を行い、実施時間を確保する>	(レクリエーションを担当するのは) 主は介護士さんですね、で、えーと、毎週色々考えてくれて、例えば貼り絵をやるうとか、今日は音楽鑑賞とか、今日は散歩、みたいな感じで、毎週で予定を立ててくれてますね、そう・・・ですね・・・一時間弱・・・50分くらいはやってますかね、はい、そうですね、(そのレクリエーションの対象は病棟の患者さん) だけです、はい、(E-40)
【痛みを伴う場合には、励ましつつケアを実施する】	<痛みを伴う場合には、頑張ろうねと声を掛け励ましつつケアを実施する>	もしくは、拘縮が強いと結構痛がったりするから、リハで、とか、着替えの時とか、痛そうな表情をする人も、いるし、痛い痛い言う人もいるし・・・ま、言われてもまあね、痛いけど、痛いけどちょっと・・・頑張ろうねみたいな声かけしながらね、(A-31)
【活動性や認知機能の程度によりセンサーマットを使用し、身体拘束をしない】	<転倒のリスクがあっても、どの程度動けるかの把握をしてセンサーマットを使用し、身体拘束を外す>	でもミトンとかね、必要な人はやってるんだけど、(中略) なんか多分、機能、その人がどこまで動けるかっていう、っていうかそういう機能を理解してるのかなあ、なんかセンサーマットだとか、あれも抑制になるんですよ、でも、手足を縛るわけじゃないああいう、マットを上手に使ったりとかかなあ、と、鳴ったら駆けつけて、ま、そりゃあ転倒転落無いわけじゃないけど、結構患者さん多いし、(F-32)
【生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、意図的な声掛けを工夫する】	<生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、意図的な声掛けを工夫する>	そう、お花が好きだったんだよ、って聞くと、ちょっと病棟に飾るお花を分けて活けて飾ってあげたりとか、あの一、春だったらいっぱい咲く時期に、その花の見えるガラス越しのところまで車椅子で、あの桜が見えるところまでお連れしたりとかっていう、そうです、ちょっとしたことが、それで(精神的な)刺激が入れば、うん、(I-16)
【生活ぶりなどの情報をもとに人となりを推察し、繰り返し声を掛ける】	<会話困難のために患者の気持ち分からないとき、分かるスタッフに代わりに聞いてもらう>	他の人呼んで、何だと思う？って、うふふふ・・・何ていってると思う？って、うふふふ、(そうすると大抵分かるのか、の間に) いや分からないですよ、なかなかね、でも、毎日(苦しい) 声掛けて、何とか、少しでも、あの、思ってることが分かれば・・・いいなと・・・思いました、(F-29)
	<意識が活性化し楽しみを感じてもらうために、発語が無くてもしっかり話しかける>	(楽しそうな顔が見られるように意識して) 話しかけることだけはすぐに出来ることなんで、そこだけずっとしてます、(G-28)
	<生活活性化のために必要なケアの実施を管理者が支持する>	なので、確かに現場は人もいなくて、あの急に休む人が出たり、あの一、ね、あのこれ以上人手がじゃあんと増えるか、っていうかええそんなにどうしようもなく、あの大変なんだけど、でも自分がやってあげたいと思った事を言った時に上司が、えそんなことやってる暇が無いでしょ、っていう風には言わなかったんで、また次につながった、っていうのかなあ、(I-28)
【病棟全体で積極的に離床のケアに取り組めるよう、管理者が調整する】	<実践の促しや看護計画への明示により、病棟全体で離床のケアに取り組めるよう、管理者が指示する>	受け持ちの看護師がその人の、看護計画をしっかり見直したりとかってできない状況(一日処置に追われている状況)、やっぱりでもそこは徹底、何が必要かどんな、ケアをしておきたいのかっていうのは、やってもらうようにしてますけど、(主任である私からの) 声掛けです、もう、(B-32)
	<病棟全体で離床のケアに取り組めるよう、管理者が業務分担を調整する>	リーダー的な立場から言えば、補助(のスタッフ)を付けるなりして、できる体制を、今は取ってあげてはいる、1人、余分に、とか、半分余分に(その日のその患者の担当者)を付けるから・・・ちゃんとこの人の看護計画にのっとって、やってね、ってことはしてますけども、(B-14)
【必要な生活援助を完了するために、勤務時間を延長する】	<必要な生活援助を完了するために、時間外になっても実施する>	注入の時間とか交代の時間とか決まったものが一日の流れではあるので、そこで(苦しい) 出来なかったら、あとで着替えに来るからね、とか、あとで頭だけ洗ってあげるからとか、あとで顔だけ拭くからねとか、そうすればそこまでやったら終わってゆうのがあるので、自分の中では、そこはもう時間はしょうがないですよ、(H-17)
	<拘縮の進行によって失われた機能を、代償する方法を工夫する>	骨折を予防するために、服を上着せしなくちゃいけないかったり・・・骨折させてもやじゃねえやっぱり、ほんと、服をねえ、上着せしに掛けるようにさせたりとかあ、しなきゃいけないかったり・・・(A-34)
【希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を検討する】	<嚥下機能の低下によって失われた機能を、代償する方法を工夫する>	どうしても水が飲みたい、水が飲みたいって本人も言っていて息子さんもなんとか、なんとかしてくれないかって、言ってる、言われて、で、ある(看護) スタッフが考えたのは、ま、コーヒー、を授けて、硬く絞って口の中であら、風味だけでも、こう、味わわせたりとか、すれば(誤嚥も回避できて) いいんじゃないかって、ま、アイスコーヒーを浸けた感じなんで冷たいスワブ(綿棒) みたいのを啜えてもらったりしたんですけど、(E-10)
	<希望を叶えるために、失われた機能を代償する方法を、他の職種のスタッフとともに検討する>	で、えっと、うちの病棟は、看護師だけでなく介護士さんも受け持ちさんがいるので、二人で協力して(肺炎を起こすリスクのある患者さんに、本人の希望通り水を飲ませるかどう) かっていうことかかって言っていたんですけど、(E-4)
【専門スタッフから助言を得て、身体状態悪化のリスクが最小限となる方法を選択する】	<肺炎予防ケアがうまくいかず肺炎を繰り返す患者に対して、リハビリスタッフの介入を依頼する>	(リハビリスタッフによる肺リハビリテーション) はどうでしょうかってゆう提案をして、痰が多くて出せないのでってことで先生の方から、(リハビリテーションの) 指示が出て、(リハビリ部門に) 依頼って形にはなってますけども、(C-7)
	<STから誤嚥防止の助言を得て、リスクが最小限となる方法を選択する>	S Tさんに助言だけもらって、こういう患者さんの場合は、どの程度のギャッチアップで、どの程度で、どの程度のまていいの、で、リスクが高いのはわかっているし、で、息子さんも、ハイリスクな上で、飲ませるって言うことを、希望していたので、(E-5)
【身体状態悪化により離床のケアが中断しても、その時々状態を見極めて再開する】	<身体状態が不安定で離床のケアが進められない時でも、日々、状態を見極めて再開する>	そう、声掛けです、もう、そろそろいいんじゃない、肺炎の治療終わったよって、で、三日経っててもお熱は出ないから、そろそろもうお風呂に入れてもいいんじゃないって、っていう日々の声掛けで、徐々にしづつ(状態が安定していると看護師が判断する患者さんをお風呂に入れるようになった)、(B-20)
	<身体状態が不安定で離床のケアが進められない時、体調に合わせて少しずつ短時間実施する>	(中略) 離床までできないけど、ギャッチアップしようとか、体調が不安定な時、低血圧とか、起立性(低血圧)とか起こしやすかったりする・・・リハでもね、血圧測ってくれたりするんだけど、ちょっと血圧が下がっちゃうので、って言うんじゃ、まずはギャッチアップの時間を長くして、ぐらいいから、とか言うのは、やっぱりするだけじゃあ・・・(A-28)
【身体状態悪化のリスクのため、患者を動かさず断念する】	<身体状態悪化のリスクを回避するため、患者を動かさず断念する>	てゆうとお、そうゆう風にならない(苦笑い)・・・(骨折しないように、骨折の) 危険のある人にはそういう、すごく動かさず断念する、やっぱり控えていっちゃう・・・(そこが切ないところですね?の間に)・・・かな、って思いますけど・・・(A-52)
【身体状態悪化のリスクのため、患者の希望に沿うことを断念する】	<身体状態悪化のリスクを回避するため、患者の希望に沿うことを断念する>	それで・・・ああ、むせたんです、すごく、だからやっぱり無理だあって、苦しかったでしょ、ってなって、すごくむせたんですよ、サチレーションの方も下がっちゃって、やっぱこう、どうしてもこう、命に聞っちゃうってことで(それ以後、水を飲ませることはしなかった)、ずうっと多分それはこう、ナース側でも話しをずうとして、で、ちょっと他の施設にも、あの行ってしまったんですけど、結局胃ろうのままで、(H-22)
【仕事に悩んで苦しくなった時、上司や同僚に相談する】	<仕事に悩んで苦しくなった時、上司や同僚に相談する>	そう、そうですね、みんなの中でカンパレンスみたいな場で、ワイワイ、ああ思うこう思うっていうことが、ちょっと緊張しちゃうんで(苦笑い)、あんまりうまく意見言えないから、みんなどう思ってるのかなってこう、個人的に?どう思うって感じで、話をしたりしますね、(F-25)
【仕事に悩んで苦しなくなった時、考え方を切り替えて、心を軽くする】	<仕事に悩んで苦しなくなった時、考え方を切り替える>	もう、仕事になれば一応まあ、切り替わるってゆうか、そんなにずうと患者さんのこと考えてない、って言うとかわいそうなんですけど、そこまでは鬱になることは無いんですけど、やっぱり向き会ったりすると、そういう風に思ったり、亡くなる時とか、なんか感じたり・・・します、(G-32)

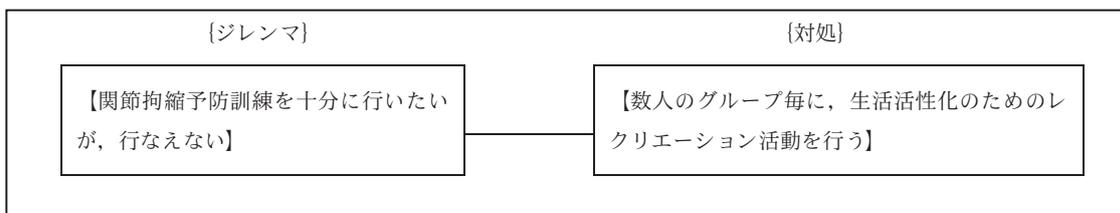


図2 【関節拘縮予防訓練を十分に行いたいが、行なえない】

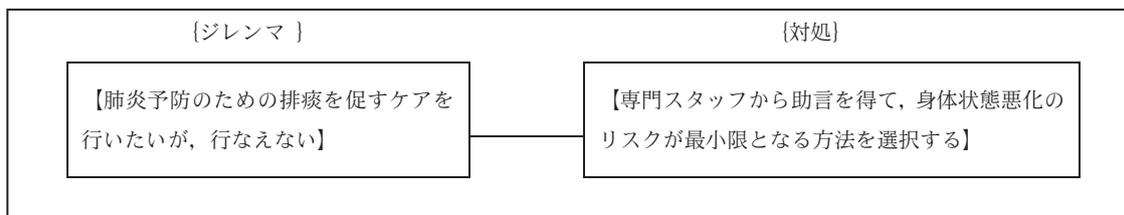


図3 【肺炎予防のため排痰を促すケアを行いたいが、行なえない】

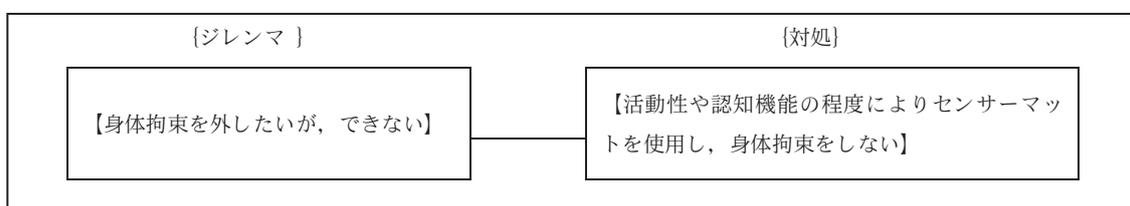


図4 【身体拘束を外したいが、できない】

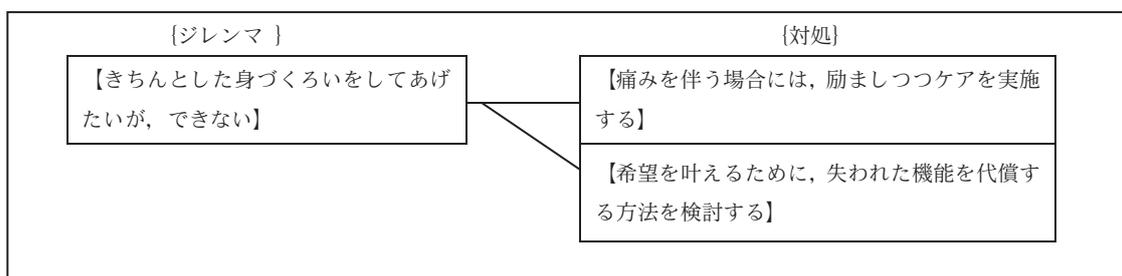


図5 【きちんとした身づくりをしてあげたいが、できない】

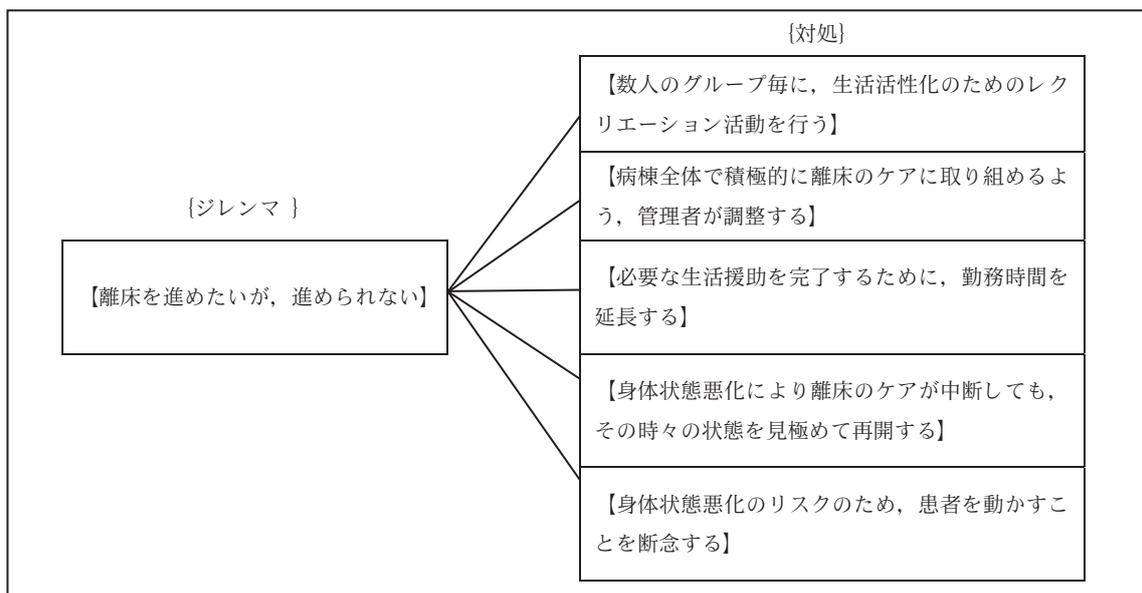


図6 【離床を進めたいが、進められない】

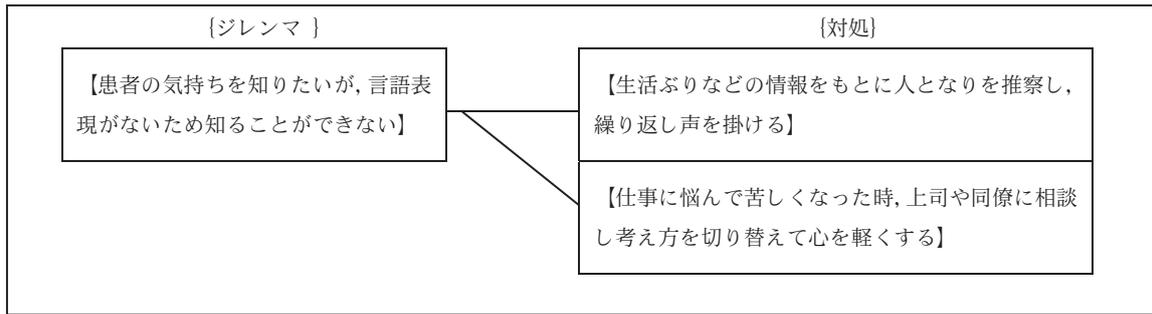


図7 【患者の気持ちを知りたいが、言語表現がないため知ることができない】

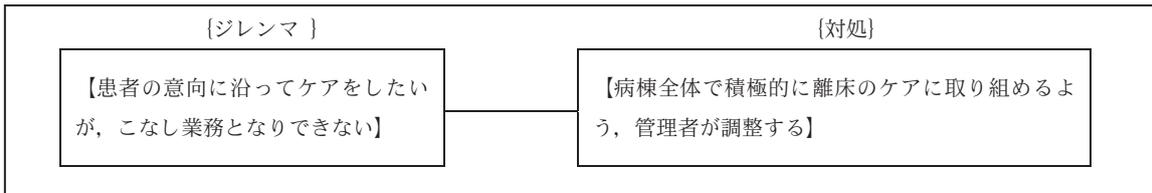


図8 【患者の意向に沿ってケアをしたいが、こなし業務となりできない】

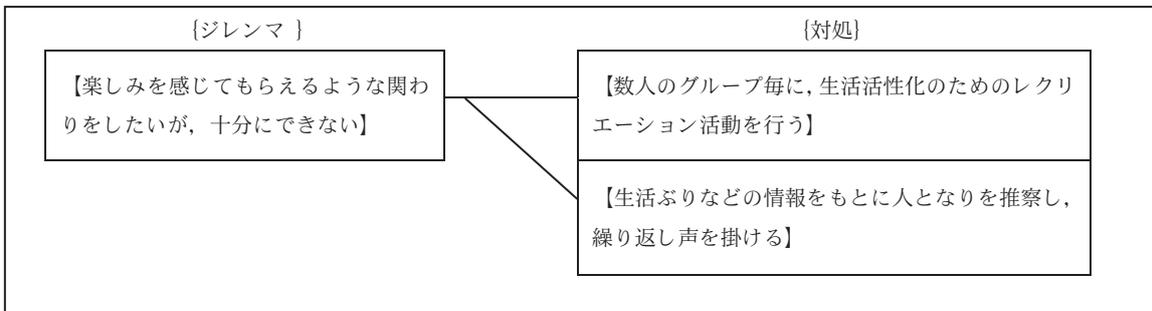


図9 【楽しみを感じてもらえるような関わりをしたいが、十分にできない】

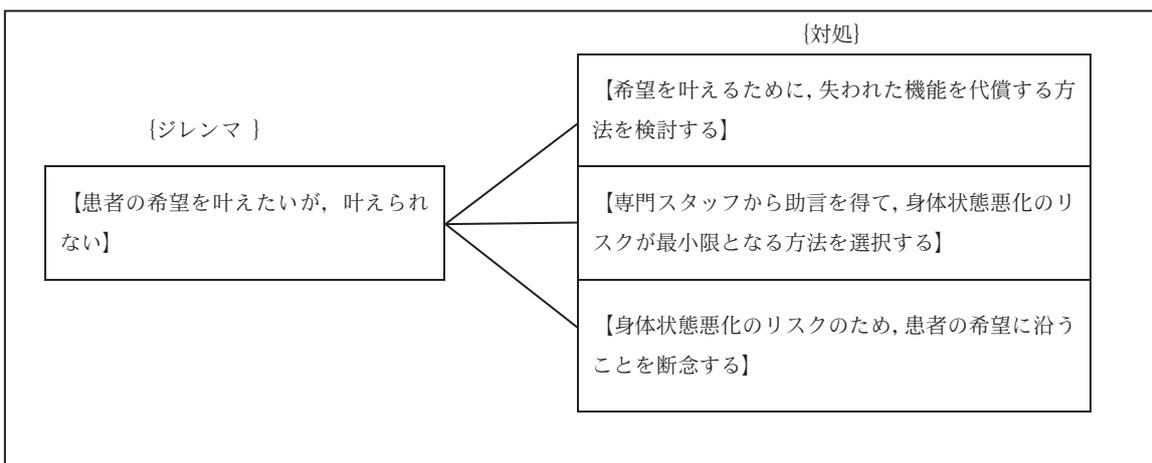


図10 【患者の希望を叶えたいが、叶えられない】

参考・引用文献

- 1) 粟生田友子 (2004) : リハビリテーション看護領域で働く看護師の専門性の意識, 看護職の自律性と, 職務満足・仕事の継続意志との関連, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 16, 200-202.
- 2) 畔上一代 (2019) : 療養病棟における高齢者の廃用症候群予防ケアに関する看護職のジレンマ, 松本短期大学研究紀要, 29, 15-23.
- 3) 道券夕紀子, 安田智美, 梅村俊彰 (2012) : 関節拘縮を有する寝たきり高齢者へのポジショニングの効果の検討, 日本褥瘡学会機関誌 15 (4), 476-483.
- 4) 藤本美栄, 森田敏子 (2009) : ポジショニングと関節可動域訓練を併用したケアの関節拘縮の改善の効果 : 脳血管障害後遺症発症後3年経過した高齢者のケアから, 熊本大学医学部保健学科紀要, 5, 39-51.
- 5) 服部紀美子 (2008) : 本当のチーム医療を実践する上で重要なことは看護職は何をする職でなぜ看護職になったのかを常に心すること, ジ-ピ-ネット 55(5), 25-30.
- 6) 広瀬奈美江, 渡辺雪子, 姫野久美子, 他3名 (2008) : 寝たきり状態にある高齢者の端座位姿勢による機能訓練の効果, 日本看護学会論文集成人看護 I, 39, 215-217.
- 7) 紙屋克子, 柏木とき江, 原川静子, 他5名 (2007) : 遷延性意識障害患者の看護プログラムの開発 (第1報) 温浴と微振動等による拘縮の解除, 日本医療マネジメント学会雑誌, 8 (1), 231.
- 8) 紙屋克子, 林裕子, 日高紀久江 (2010) : 遷延性意識障害と廃用症候群の改善を目的とした看護技術開発と経済評価, インターナショナルナースングレビュー, 33 (3), 82-89.
- 9) 木林身江子, 秋山みゆき (2009) : ポジショニングによる動きの支援の効果 - 特別養護老人ホームにおける事例研究 -, 静岡県立大学短期大学部研究紀要, 23, 11-21.
- 10) 駒井裕子 (2013) : 要介護高齢者の関節拘縮改善にとりくむ看護師のケアに関する文献レビュー, 常葉大学健康科学部研究報告書, 1 (1), 25-36
- 11) 正井章子, 辻村恵美子 (2004) : データにみる腹臥位療法の有効性 [1] 寝たきり廃用症候群に対する改善効果, 看護学雑誌, 68 (7), 678-681.
- 12) 松岡千代 (2012) : ヘルスケアにおける多職種連携の特徴, J I M, 22 (3), 186.
- 13) 小笠原和恵, 友常智子, 宇佐美真紀, 他1名 (2002) : 長期臥床により廃用症候群にある患者への腹臥位療法の試み, 日本看護学会論文集老年看護, 33, 130-132.
- 14) 大久保暢子, 雨宮聡子, 菱沼典子 (2001) : 背面開放端座位ケアの導入により意識レベルが改善した事例 - 遷延性意識障害患者1事例の入院中から在宅での経過を追って -, 聖路加看護学会誌, 5 (1), 58-62.
- 15) 大久保暢子 (2002) : 座位による背面解放が自律神経活動に及ぼす影響, 日本看護学会誌, 11 (1), 44-46.
- 16) 大久保暢子 (2006) : 廃用症候群の概念分析 - 脳神経外科看護の視点からの考察, 国際リハビリテーション看護研究会誌, 5 (1), 29-44.
- 17) 大宮裕子 (2012) : 高齢者の車いす姿勢保持援助を通じたスタッフの変化 - 療養病床における多職種連携 -, 日白大学健康科学研究, 5, 23-29.
- 18) 大浦武彦 (2005) : 最近の褥瘡に対する考え方とリハビリテーション, 理学療法科学, 32 (4), 294-298.
- 19) 大浦武彦 (2010) : どのようにして日本における高齢者の”寝たきり”や関節拘縮をなくすか? - 人間の尊厳維持におけるPT・OTの役割 -, 理学療法学, 37 (8) 614-617.
- 20) 瀧昌也, 八代浩, 楠本順子, 他1名 (2005) : 関節角度の違いが体圧に及ぼす影響, 日本褥瘡学会誌, 7, 236-241.
- 21) 田中マキ子 (2006) : 動画でわかる褥瘡予防のためのポジショニング, 2-8, 中山書店, 東京.
- 22) 鶴若麻理 (2012) : なぜ割り切れない思いやジレンマを感じるのか, 保健師ジャーナル, 68 (7), 558-561.
- 23) Van der Dam S., Abma T.A., Kardol M.J., et al. (2012): “Here’ s My Dilemma” .Moral Case Deliberation as a Platform for Discussing Everyday Ethics in Elderly Care, Health Care Analysis, 20 (3), 250-267.
- 24) 吉川義之, 杉本雅晴, 寺師浩人, 他2名 (2013) : 仙骨部と大転子部の体圧分散を配慮したポジショニングの検証と安楽度の検討 - 股関節回旋角度に着目して -, 日本褥瘡学会誌, 15 (1), 1-7.