

慢性疾患や障害をもつ高齢者への教育的援助についてどのような意識をもっているか、看護婦には日常生活援助を行いながら教育機能に対する教育能力があるかどうか」について検討する。

B. 研究方法

研究は、病院において行われた高齢者に対する教育事例を分析する第1部と老人保健施設の看護婦に対して看護の教育的機能等についてのインタビューを分析する第2部からなる。

1. 主として慢性疾患（糖尿病、腎疾患、肝疾患、血液、癌：乳癌・胃癌・大腸癌・肺癌等をもつ高齢患者への教育事例約40を5ヶ所の総合病院の内科系病棟および糖尿病専門病棟をもつ病院の看護婦から収集し、数名の看護婦にて分析する。教育事例は、患者の言動、看護婦の判断、看護婦のケア・教育方法についてプロセスレコードとして記録される。事例の分析者は、内科系病棟で5年以上働いた経験のある看護婦7名。分析の視点は、教育的関わり方法と教育効果の点である。

2. 老人保健施設で働く臨床経験10年以上の看護婦数名に「看護婦と介護者との視点・判断の違い」「看護婦の教育的機能」についてインタビュー（テープ録音）を行い、その面接調査のテープ起こしの後、面接結果を分析する。分析方法は、内容分析であり7名の研究者にて行い、専門的機能の要素を抽出する。

面接内容

第2部の面接内容は、1) 看護の教育的援助機能、2) 日常生活援助に関する機能、3) 健康関連（疾病の予防、早期発見と介護計画の予測）の観察、アセスメント、看護計画に関する機能、4) 家族への援助的関わりからカウンセリング機能、5) コーディネーション技術についての5項目を含め、自由に看護と介護の共通性や違い、看護の専門性について話してもらった。

C. 結果

1. 教育事例分析

対象教育事例は、糖尿病患者の教育事例が28ケース、腎疾患2ケース、血液疾患5ケース、肝臓疾患1ケース、乳癌2ケース、胃癌1ケース、大腸癌1ケース、肺癌1ケースの合計41事例であった。1事例あたり7～10名の看護婦にて教育的関わり、教育効果の視点から分析した。事例の分析者は、内科系病棟で5年以上働いた経験のある臨床看護婦7名および看護教員21名で総勢28名であった。

続けて、教育ニード、患者教育内容・方法とその効果についての検討を行った。また、患者教育担当看護婦5名に教育ニード、患者教育内容・方法についての面接（内容は自由）調査を

行い、同時に収集事例患者の診療記録・看護記録の教育記録を収集した。分析には、1事例あたり7～10名の研究者が担当し、debriefing techniqueを用いて分析した。

患者の行動変容に結びつくこととなった要素では、患者の治療に対する感情や意向の表出と看護婦の傾聴、共感的態度であった。教育方法では、患者自身にとって実現可能な方法の提示、または選択肢を提供した時に、自己効力 (self-efficacy) を示すと思われる言動が現れ、行動変容が認められた。

看護判断の背景に関しては、看護婦には患者の達成目標に強固な枠 (または偏見) があり、これを基準に「意欲がない」「やれる・やれない」を判断する傾向があった。患者の状況から判断すると高すぎる目標、達成不可能な目標であっても医学的に理想の状態を目標とすることを捨てられない看護婦が存在していた。つまり、看護婦自身の価値基準を患者に押し付けていることに気がついていない状態であった。これらには、患者の基準に照らし合せて考えてみるとか、患者の意識や行動に食い込んでいこうという発想の転換が必要であろう。患者の立場・価値基準に立って、お互いの目標をすり合わせるという教育が看護婦に必要なかもしれないと考えられた。

2. 高齢者への教育的援助

老人保健施設で働く看護婦へのインタビューでは、現在のところ8カテゴリーが抽出された。主として看護職と介護職との違いから看護の専門性を見出していると思われる。以下に抽出カテゴリーと面接での表現記述を記載する。

1) 医学判断

「健康レベルでとっているか、医療処置が必要かどうか、老健施設で看れるのか看れないのか。点滴が必要なのかな、点滴をすれば大丈夫かなという判断をする。脱水があるから水で、もっともっと水を飲ませるのかこれは点滴をした方が有効な手段なのか」

「介護士さん達は、元気ないけどなんでかしら？ 脱水とは関係なく、食べれないようだから食べれる代わりのものを選ぼう、それがポカリであったり」

2) 高齢者の行動アセスメント

「看護婦の場合はある程度やはり、行動をとるか、出来る限界範囲というものを、最大そこまで手をだせば、ゆっくりだろうが、ぎくしゃくしながらでも、この人は入れるとゆうように判断するんですね」

「〇〇さん (介護士) はこの人が一人で入れようとも、入って、一緒に行動しているのをすごく感じました。」

「排泄の時なんかもそこまでは安全にできるその人が、自分の出来る安全にある程度、正直

言っただけのぎりぎりの所で関わろうとすることがあると思うんですが、その線の弾き方が違うなという印象があったんです」「少なくとも看護婦であるわたしが見る安全の、その引いている線とはズレている所で線が引かれているなという印象があるんですよね。」

「(介護士の場合) すごくなんていうの安全策をとっちゃって、全部手伝ってしまう。皆一律に、もう同じように、例えば、立ち上がってベットに移るとかでも皆同じやり方でどんどん移しちゃうとか、その人がどの位できるか判断出きてなかったりとか、逆にあとから歩かせてみたら身体的な状態ではそうやって自分で歩かせることが危険があるような人でも歩かせちゃったりとか、好きなところにある。低いレベルでもあるし、その人の安全をもそこを超えているなと思えることもあるし、必ず低いとは限らないし、高いとも限らない。どっちかにずれている。」「逆を言えば、患者さんか、利用者か、相手にあわせるのではなくて、自分の技術だけ、自分の仕方を忠実に守ってやっているということもあるかもしれない。」

「やっぱり、ADLを多く重視するのは看護婦の方が重視するね。」

「何でそれをやったの？ どうしたの？ いつもはどうだっけ？ いつもと比べて見るのはそうなんだけど、介護士さん達の方はやっぱり介護すればよかったのに、というふうな、危ないから全部介護すれば良かったのに、そんな発言になるような、ケア=全部介護する、そんな感じ」

3) 病態生理

「看護婦は病態生理が分かっている部分限界がある程度、もしかしたら介護士の人達はここまでしか出来ないと思っていても、この人の状態ではここまで出来るという、上乘せできる部分が知識に裏付けされてあるということなんですか？」

「失禁そのものを失禁させない手だてをさせない、手立てを考えているのが看護婦さんだっけ」「何でその人の時だけおしっこ、おしっこっていうんだらうって！ 残尿があるかしら？ だったら膀胱を押して、おしっこの度に、膀胱を押して出しきっちゃうような。導尿してみようかという話にもなったことがあるんだけど。ひとまずケアの中では、ケアが終わった度に、膀胱を押して“もうないね”とその人と確認して、押すと、ちよろ、ちよろと出るんだけど、それが、残尿感になっているのかもしれないねという話になってみたり、つい何回かやって、おしっことおしっこの間隔がやっぱり開いているのではないか、やっぱり開くよねって、いう感じになったりとか、そういうの看護婦からでているよなあ。」「あとの人は我慢させようとか、気にしないでいいよといたり、大丈夫よおむつあてているからとか、そんな話になってしまうけど、膀胱の中を空っぽにしようというみたいな発想というのは看護婦からのような気がするんですけどね。」

「軽い感じだったのかな、たぶんそれによる排尿障害の時も看護婦がずっと常時あれなんだ

けど、漏れているんですけど。介護士さん達は身体をきれいに洗おうと思ったんですね。ように常にしているから、おむつをとにかく常に換えて、でそれも効果があって、しょちゅう換えたりして匂いをこもらせないようにすることで、窓をいれたんですけど。」「看護のところは、その人のオムツを工夫したのと、あの取り易いおむつにしようとか、導尿の話と、医者に行けという話になっちゃったんだけど最後は、自己導尿をしている、何時間置きかに、自己導尿するんだけど、それが本当にそれでいいのかというあたりを、自己導尿の効果が本当にあるのだろうかというところから、医者に行ってきちんとその相談をしてということと、あと、おむつをずいぶん工夫したのであれこれと問い合わせして、その人に合うおむつを、自分でやっていた人だったので、工夫して、無事退院したので、結局匂いをしないような対策を、回数を増やした人よりは、私自身は、その看護婦に対していたく感謝して、感謝した後、看護婦その看護婦宛てに手紙が来て、お世話になりましたっていう感じだったので、だから、本人の中でも、その、おむつをしばしば替えてくれた事よりは、何かそういう工夫をしてくれたほうが嬉しかったようです」「自己導尿が本当にいいのかどうかも検討してもらいたいな話の中で、やっぱり、身体の仕組みに合わせた、仕組みというか身体の…ね。」「さっきの脱水のことで、あの老人がいて、あの人は脱水だから水が必要とさっきいいましたよね。それで介護職の人も元気が無いけどなぜかな、水分足りないかしら、と思って、両方とも水分をあたえるあたりで済むんだったら、どちらも変わらないですよ。だけど脱水のそういう程度が、これは重症だとか、ひどくなった時に、介護者はそれ以上分からないし出来ないですよ。（出来ないですよ。）」

「お年寄りであるというだけで、病気とほとんど仲良しとか、それが老人施設に入っている人が、ほとんどですよ。」

「介護士には健康レベルを判断するのが難しい」

4) 引き出すセンス

「だだPT、OTはちょっと違うような気がする。入居者が自らクリスマス会なら、クリスマス会に自分で何かをやる、とかしっかりフォローしてくれる。鈴木さんが来てから、この前は三年寝たろうの朗読劇を、あっこれいいじゃない！ これ友の会にだそうよ。……。やっぱり、ナレーターをずっとやったりして、ああゆうのって、企画造作ですね。……。鈴木さんが来てから変わったよねって、受け身じゃない、感じがとってもするんです。そこが看護婦にはないような気がするんです。そういうセンスがなかなか看護婦にはないなと思います。だけど介護士にあるかという、やっぱり引き出しきれないに、そこはOTとかPTとかのその関わりのなんていうか、専門分野の範囲かな」

5) 管理と自己決定支援のジレンマ

「病院にいると看護婦主体、いくら患者さん中心と言っても看護婦の仕事の流れの中で、患者さんに関わっていくし、患者さんも流れの中で、看護婦がそこに対応しているんでなくて、看護婦の時間の流れの中心になってその中にやっぱり患者さんのなんていうんだらう、患者さんを上手に配置してしまっている、(諦めていますよね)」「個人の有り様というのは、生活に反映する上では、本当に仕組みが出来ていないというか、何というか、作られていない、患者中心、患者さんの自己決定といっても自己決定の場が全然与えられていなかったりするでしょ。」「(入所者の高齢者) 頭洗いたくない、”バサバサしているでしょう!” お風呂に入る度に頭を洗うのよ。私はイイって言うのに、誰も私の意見聞かない” 週2回お風呂に入って、洗っている方は、その時しか洗えないが、私は毎日洗っているという自分の感覚との差があって、たった週2回だ、2回位洗わないと、お年寄りそばは臭いしね。」「圧倒的な価値観で、相手の立場をやっぱり頭を洗わなくて言いといたら、”そうですか” と言うわけにはゆかなくてそのまま、やらなくてはいけないみたいな、看護婦はやって自分が安心するとか。やらないと罪みたいな」

6) 在宅へ繋ぐための選択、高齢者の意思の尊重

「ひどい頻尿で30分間隔、こっちはくたくたになってその人と離れられない。すごく難しい、在宅で家族がそれでOKであれば、OKになるでしょ。在宅、生活は大事なことで、夜施設に入らなくてはならなくて、その施設はおむつでなくては受け入れなくて、じゃおむつにしよう、家族も看れないから。おむつ訓練させてくれ、でも本人はすごく”いやだ、おむつは、やめてくれ” 実験して、ある程度調整ができる、在宅バックがあると」「ほねる量が違うよね。在宅と施設とでは、どこまで、どちらが主体か、家庭のリスク来るしね。やっぱりその人が主になっているんだよね。究極の選択ではないけれど、最終的に看れなくなった時、今のようにやっていきたいのか、いろんな中で選択してどうしても家にいたいから、その為にはこうしなくてはいけない、いや、大事にしていることでも、それももし家にいることが、一番だとしたら、それを捨ててでも家にいられるような、きっと優先順位問題で切っていくわけ、でも最終的に決定するのは家族ですね。やれば、やるだけいいっていうわけではないね。中途半端に良くすると家族がこまる。」

7) 在宅への移行の現状

「やれば、やるだけいいっていうわけではないね。中途半端に良くすると家族がこまる。」「在宅派は食べれるねって食べさせてしまった。(家族に) こっぴどくしかられて。本当はそれが、悪いわけないんですよね。でも悪くなっちゃう、ならざるを得ないというのは、それだけのサポート体制がまだ出来ていない。結局家族に任せることになる。」「やりすぎて困るって事は…。新しい課題ではありますね。今は必ずしも上向きに援助するだけではだめ。」「夜中はお

むつにしてください。筒巻きにしてください。それにならしてください。夜は一度も交換しないでくださいと家族に強く言われたら…（家にいる為にはそうするしかない）それはもう、どんなに非人間的だといっても家族は看ますけど。究極の選択ではないけれど、そおせざるを得ない…」「本人も嫌がっているのは分かっているけど、嫌がっているんですよね。家族ともう一回話し合ってもらうんだけど…。でも！ それでも家に帰りたいという。」

「生活の質といった時、必ずしもいいことそればかりが患者さんや家族にとって幸せに繋がるとかというそうではない、と言う事も今の状況ではかなりあるよね」「質の高いケアというのは必ずしも、周囲にとってはプラスばかりではない。でもこれも目標のケアなんですよ」「残念ながら、今の社会の体制というか、受け皿が受け入れられるまで、成長していないとか、成熟していないとか…。」

8) 提言

「在宅がまだ非常にプアーだから、ここ（老人保健施設）で上げてもらってもそれを受け入れるだけの環境が整っていないから、両方上げていないと、老健だけを取り上げてそれだけを良いケアを、質をどんどん上向けても活かされない。」

「老健に三種類ぐらいあって、短期の老健と比較的長期で、もうちょっとここまで行ったら、自宅に帰れるといったら、いくつか選択肢が、あるとちょっと、違うじゃないかなって思っている。」

「在宅の寝たきりの人が一番重度で、介助いる人が、自立している人みたいな事があるんだけど、本当は一番介助が必要な所っていうのはその中間の人。1人では出来ないけれども、何とか介助すれば、出来るというレベルの人達。」「その辺のところ、何とか強化されて、サポート体制が整わないと中間の人を作り出す事はできないということですよ。」「中間レベルを作っちゃうというのは周りが、迷惑っていうことですよ。」

「ものすごく、自立が良くないといけないんですよ。少々ではだめなんだもんね。今はそれは受け入れられないですね。何とか自力で車椅子に移れますっていうレベルじゃあだめ。ちゃんと、後始末できるくらいまで、良くならない限りプラスにならないんですよ。」

D. 考 察

現在の分析まででは、看護婦の教育的機能の拡大により高齢者の自立がはかれるかという命題は、インタビューによっても確証がもてない状態である。

第1部の調査によれば、病院での看護婦による良質な教育的関わりは、疾患をもつ患者（治療を求めている患者では）に対して、その自立性を高めると十分予想される。しかし、老人保健施設のように日常生活の中で患者自身の自覚を導くことがどの程度可能であるかは、これか

らの調査が必要である。

対象者である高齢者の変化は長期的に判断する必要があるが、少なくとも高齢者をケアする看護・介護スタッフの意識や態度の変容は十分可能性があると考えている。

E. 2年目以降の研究計画

1. 優秀と評価される看護婦に対して高齢者の直接介護への参加観察を行なう。また高齢者と関わった直後に「観察ポイント」について、同看護婦から聞き取りを行なう。

2. 看護の専門的機能（教育的機能、カウンセリング機能等）について、質問紙による調査を実施する。

3. 調査結果を分析し、看護の教育的機能についての教育研修企画を立案する。

4. 老人保健施設のスタッフに心理的アプローチや教育技法についての知識・意識テストを実施する（プレ・テスト）。

5. 老人保健施設のスタッフに心理的アプローチや教育技法についての研修を実施する。

6. 研修後、知識・意識の変容をテストする（ポスト・テスト）。

引用・参考文献

- 1) 川村佐和子他：老人に対する看護技術研究，平成7年度厚生省看護対策総合研究報告書，1996.
- 2) A. バンデュラ著：原野広太郎，福島脩美訳，人間行動の形成と自己制御—新しい社会的学習理論—，金子書房，1974.
- 3) A. バンデュラ著：原野広太郎，福島脩美訳，モデリングの心理学—観察学習の理論と方法—，金子書房，1975.
- 4) A. バンデュラ著：原野広太郎監訳，社会的学習理論—人間理解と教育の基礎—，金子書房，1979.
- 5) Bandura, A.: Social Learning Theory, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-hill, 1977.
- 6) Bandura, A.: Self-Efficacy: the Exercise of Control, New York, W.H. Freeman and Company, 1997.
- 7) 祐宗省三，原野広太郎，柏木恵子，春木豊：社会的学習理論の新展開，金子書房，1985.