

経口フェンタニル速効製剤

	アブストラル® (2013年12月発売)	イーフェン® (2013年9月発売)
剤型	舌下錠	パッカル錠
規格 (µg)	100, 200, 400	50, 100, 200, 400, 600, 800
開始用量 追加投与	100µg 30分後以降1回のみ 追加可能	50,又は100µg 30分後以降1回のみ 追加可能
上限	1回800µg, 1日4回まで	1回800µg, 1日4回まで
tmax (hr) t1/2 (hr)	0.5 5.02±2.58	1.5 2.60±0.94
<small>*100µgの薬物動態</small>		
価格	573.6円 (100µg1錠) 800.4円 (200µg1錠)	708.1円 (100µg1錠) 988.0円 (200µg1錠)

添付文書を基に作成

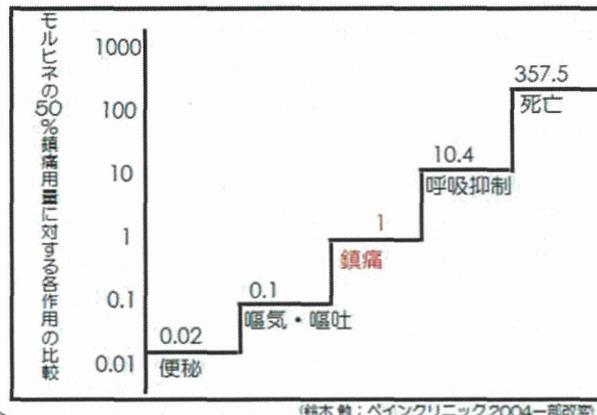
ファンタニルの速効製剤が発売されたが、いずれも追加投与や1日使用量の制限があり、在宅で管理するにはやや複雑である。経口投与が困難な患者には、注射以外の選択肢として用いることができる。

痛みのパターンとレスキュードーズ

- 定時鎮痛薬の切れ目の痛み → 増量
- 突出痛 前兆あり → 予防的投与 (患者教育)
夜間は増量
体動時 → 予防的投与
コルセット併用, 体位の工夫
- 持続投与で使用しているものと同じオピオイドを使用
経口 1日投与量の10~20%の速放製剤
注射 1時間投与量の急速投与

特に在宅においては、患者・家族がレスキューを使うタイミングや投与量、医療者へ連絡すべき状況などについて具体的に説明しておく必要がある。

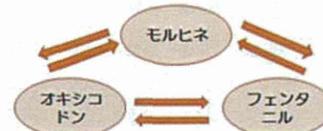
モルヒネの各種薬理作用発現用量



モルヒネは鎮痛に必要な量を1とした場合、1/50量で便秘を、1/10量で嘔気・嘔吐を起こすといわれている。そのため副作用のマネジメントは重要である。呼吸抑制は、およそ10倍量で起こりうるといわれるが、痛みと鎮痛効果を確実に評価し過量投与を見極めていけば基本的には問題とならない。まれに静脈注射や硬膜外投与などのモルヒネ急速投与で呼吸抑制をきたすことがあり注意を要する。

オピオイドローテーション

- 定義: 投与中のオピオイドから他のオピオイドへ変更すること。 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン, 2010
- 適応: ①副作用が強くオピオイドの投与の継続や増量が困難な場合
②鎮痛効果が不十分な場合



各オピオイドの作用・副作用の特徴をふまえ、患者の状態に応じて細やかに調整する。換算表を参考に、現在のオピオイドと力価が等しくなるよう量を設定する。

オピオイド換算表

投与経路	静脈内・皮下投与	経口投与	直腸内投与	経皮投与
コデイン		180~200mg		
オキシコドン		20mg		
モルヒネ	10~15mg	30mg	20mg	
フェンタニル	200~300 μ g			1.0mg/1day (フェントス®) 2.1mg/3days (デュロテップMT®パッチ)

がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン、日本緩和医療学会ガイドライン作成委員会、2010一部改定

換算表は目安として用い、実際の患者の症状を丁寧に評価し調節することが大切。

投与経路による換算比

投与経路	換算比
経口	1
直腸	2/3
持続静注・皮下注	1/2~1/3
硬膜外	1/10~1/15

退薬症候

身体症状	あくび、めまい、異常発汗、流涙、悪寒 下痢、嘔吐、腹痛、頻脈 など
精神症状	不安感、不快感、倦怠感、抑うつ、無気力 興奮、不眠、せん妄 など

- 退薬症候を防止するには、急激な減量や中止を避けて、前投与量の1/4~1/10のモルヒネを投与する。
- 退薬症候が疑われたら、1時間あるいは2時間の投与量に相当する量を追加投与する。

定期的にオピオイドを使用している場合には、急激な減量・中止により退薬症候を認めることがある。患者・家族が自己判断で中止しないよう留意する。また、内服困難時は必ず医療者へ連絡をするように説明しておく。

自宅における麻薬の管理について

- 予測される症状、生活パターンに応じた確実でシンプルな薬剤・投与経路の選択
(独居、認知症、ADL、介護力などを考慮)
- Rescueの使用法、副作用対策など十分な指導
- 家族、友人等への譲り渡しは法律違反
- 処方箋は、なるべく過不足のないよう準備する
(増量の可能性、予後予測やコストを考慮)
- 夜間・休日などの緊急時の連絡や対応の説明
- 子供やペットの手の届かないところに保管
- 残薬や未使用の返却方法について説明



麻薬管理に関し、自宅では医療者も予期せぬことが起こりうる。患者・家族の生活の中で、どうしたら安全で確実な管理ができるかをともに考え、柔軟に対応することが求められる。

自宅以外の療養場所における麻薬の管理について

介護施設であっても、保管・管理は基本的に自宅と同様。

- ① 患者に交付された医療用麻薬の保管・管理にあたり金庫を用いる必要はない
- ② 施設内の患者の居室ではない部屋で施設職員が薬剤を一括管理している場合、麻薬を同じ場所で保管・管理して差し支えない。
- ③ 患者の居室に保管する場合でも、金庫を設ける必要はない。
ただし、他の施設利用者が不意に居室に入るおそれがあったり、患者自身の認知機能低下などにより誤用するおそれがある場合には居室以外の場所で施設職員が管理してもよい。その際、患者が痛みを訴える場合には速やかにレスキュー・ドーズを服用させることができる介護環境づくりができるよう指導する。
- ④ 施設職員にも用法や誤用の際の連絡方法などを伝えておく。
- ⑤ 使用済みあるいは不要となった医療用麻薬の回収または廃棄についても施設職員に伝えておく。

26

厚生労働省医薬品等監視指導・麻薬対策課
医療用麻薬適正ガイドライン、2011より引用

介護施設等の療養場所においても、起こりうるリスクをふまえて管理する。組織としての対策・取り組みも重要である。

在宅での症状マネジメントにおける看護の役割

- 訪問時の状況だけでなく、その他の時間帯や生活の中で症状を評価し、緩和する。
- 症状に対する患者・家族の体験を理解し、表現することを助ける。
- 家族からみた症状の程度を把握し、症状緩和に対する本人・家族の取り組みを支援する。
- 起こっている事象や問題を的確に捉え、実践を含めチームメンバーに分かるよう伝える。

27

痛みをはじめとする症状への対応は、病院も在宅も基本的には同じである。しかしながら、在宅だからこその難しさや看護の果たす役割の重要性を理解する。

症状マネジメントで活用する器具

- 小型シリンジポンプ
- デルテックポンプ
- シュアフューザーポンプ
- インフューザーポンプ

28

症状マネジメントにおいて活用する器具を紹介する。参考資料として活用。

デルテックポンプ

重さ：約290g＋薬液の重さ

特性：

- 3段階ロックを用いた安全構造とアラーム機能付
- レスキュー回数を記憶
- レスキュー使用間隔と1時間当たりの使用回数の2つで追加使用を制限できる
- 電池と専用カセットが必要
- 機器の設定がやや複雑
- 充填できる薬液の容量が多い



29

インフューザーポンプ

特性：

- バルーン式の注入器で持続使用に加え、レキュードーズのボタンがある
- ディスポーザブルのポンプであり電源を必要としない
- アラーム機能はない



30

PCA法によるマネージメント

PCA法

(Patient Controlled Analgesia)

患者が、痛みを自覚した時にボタンを押すことで、鎮痛薬を一定量、自分で追加できるシステムのこと。

インフューザー(持続注入+PCAタイプ)

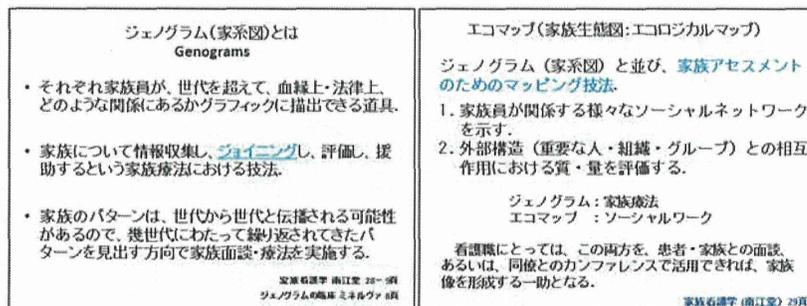
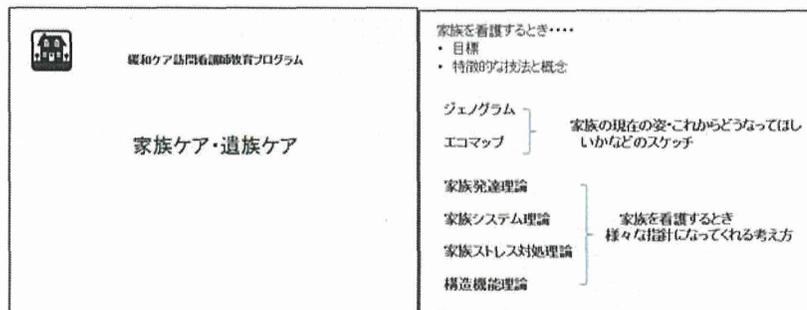


各器具の特徴

	小型シリンジポンプ	デルテックポンプ	インフューザーポンプ
長所	<ul style="list-style-type: none"> 操作が比較的簡便 カバー装着により誤作動を防止 	<ul style="list-style-type: none"> ロック、PCA機能がある ドーズ使用回数の記録が残る 	<ul style="list-style-type: none"> 軽量、操作が簡便 PCA機能つき 電源を必要としない
短所	<ul style="list-style-type: none"> 長時間の外泊には、あまり適さない 	<ul style="list-style-type: none"> 鍵や暗証番号での管理が必要 取り扱いがやや複雑 	<ul style="list-style-type: none"> 誤作動を知らせるアラーム機能がない 流速や充填量が限定される ドーズ使用回数の記録が残らない
使用時の留意点	<ul style="list-style-type: none"> シリンジは5mlか10mlを使用 水に濡らさない 	<ul style="list-style-type: none"> 専用カセット(100ml, 50ml)延長チューブが必要 水に濡らさない 	<ul style="list-style-type: none"> 流量設定がある程度固定された患者の場合に適する

各器具の特徴や患者の能力・ADLをふまえ、最も安全で確実な方法を選択する。
必要な薬液が、適切に投与(流速、充填量)できること、コストを考慮することも重要である。

II-4 家族ケア



家族看護学の前提

家族は、ライフイベントに伴い、一つの単位として世代を超えて発達する可能性がある

発達

- 発達の移行 10代の子どもを育てている家族
- 状況的移行 在宅での看取り

「一単位の家族が、発達するとは… ということなのだろう」
家族について考えている多くの理論家・実践家は、家族の健康・健康な家族という用語によって検索してきた

- 家族資源を活用してストレスに適応しているときその家族は健康である
ストレス
- 凝集性と適応力においてバランスのとれた状態
システム
- 家族システムの構造の進化とは ライフイベントのあととこれまでの価値観役割分担 リーダーシップ・メンバーシップのあり方 意思疎通の方法ではなく新しい構造を獲得し、それが不可逆的に安定すること
構造・機能

それぞれの理論 簡単に説明すると……

- 家族をシステムとして考える、システムとして機能している・あるいはしていない状態が査定できること(家族システム理論)。
- 家族にとってストレスとはなにか、反対に、家族資源とはどのようなもので、資源を獲得する方法や過程に関心をもつこと(家族ストレス対処理論)。
- 機能的に生活を営んでいる家族は、どのようなコミュニケーションスタイルで、意思決定を行い、健康に関する課題が発生したときにも、なにを大切に考え、どのように役割分担を調整しているのか、構造の局面と変化を査定できること(構造・機能理論)。
- 家族とは、(発達の・状況的な)ライフイベントに伴い発達する生命体(家族発達理論)。

「自宅で最期を迎える」というタイトルの30分ビデオ画像分析

人生最後のときを 病院ではなく 家を選んだ
48歳の乳がん患者さんとご家族のドキュメンタリー映像
臨床経過
2年前乳がん転移 昨年12月積極的な治療はもう難しいと告知 在宅を希望
6月下旬 退院から撮影開始 7月14日 撮影中止
最後3週間は床上の生活となる…8月16日 永眠

奥へ
ご家族
スナッチ
記録
の
ポイント

在宅
最
期
迎
え
入
期
症
状
悪
化
死
亡
後

1. 食卓・朝・団楽の風景などから ジェンogram(家族構造: 年齢・性別など)を描く
 2. 往診・外出風景を参考に エコマップを描く
 3. 夫・娘の話から ジェンogram(関係性)を描く
- 病状悪化に伴う症状緩和の実際 日常生活動作の状況からよい時間を過ごせるために 医療従事者はどのような支援が必要か
4. ご遺族の話から 1ヶ月半の最後のときは どのようにこのご家族の発達を促すことができたと思うか

家族発達段階のアセスメント

- 第1段階 家族の誕生(婚姻)
- 第2段階 出産家族(年長児が生後30ヶ月になるまで)
- 第3段階 学齢前期の子どもをもつ家族(年長児が2歳6ヶ月から5歳になるまで)
- 第4段階 学童期の子どもをもつ家族(年長児が6歳から13歳になるまで)
- 第5段階 10代の子どもをもつ家族
- 第6段階 新たな出発の時期になる家族(年長児が家庭を巣立ってから末子が巣立つまで)
- 第7段階 中年家族(空きの巣から退職まで)
- 第8段階 退職後の高齢者家族(配偶者の退職から死まで)

Duvall, 1977

家族の移行 family transition から考える
家族が発達するとは ということだろう

(結婚・出生・単立など)家族発達段階に伴うライフイベントに伴う移行

- 家族は、ライフサイクルの中で、2つの移行(発達の移行・状況的移行)の過程において 日常生活を組み立て直し(再編成)するという課題を通して 発達する

家族員の離婚・事故・死亡など子期せぬライフイベントに伴う移行

医療従事者に支援が求められる家族の移行は、多くの場合、上記の2つが同時に発生している……

家族看護学 (南江堂) 17頁

家族ストレス対処理論 (3つのモデル)

Hill(1950年代)は (ストレスは、危機である)とは考えず、家族のもつ資源により出来事の認知・対処は多様性がある。
⇒ ABCXモデル

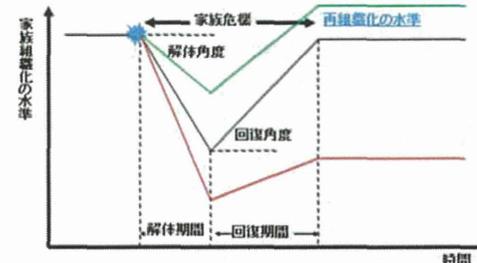
McCubbin(1980年代)は ストレスフルなライフイベントに取り組む過程に注目した生活時間の経過とともに 新たな資源を獲得することもあるし 新たなストレス源が発生することもある 前危機段階・後危機段階を位置づけ 中でも後者をストレスの累積・新たな資源を考慮した 認知に基づいた適応状態と解説した
⇒ 2重ABCXモデル

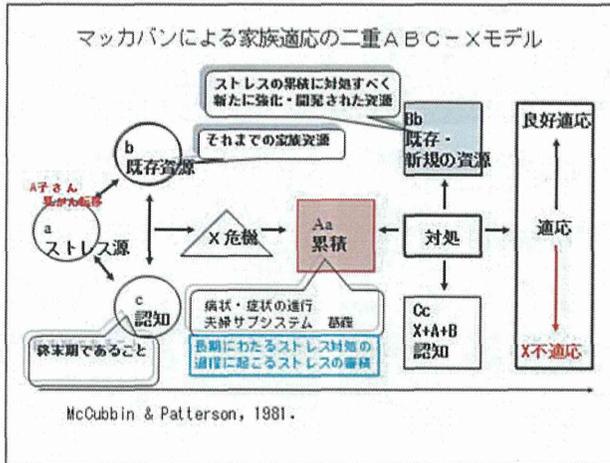
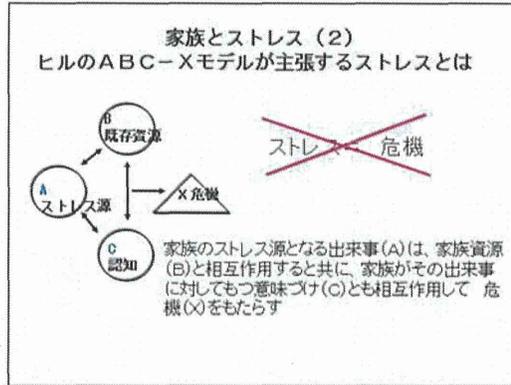
1990年代 前危機段階を順応位相 後危機段階を適応位相とし 再構造化による対処を明確に位置づけた。前者は、家族のこれまでの構造でなんとか対処しようとする抵抗的なものであるのに対して 後者は、家族システム全体の構造の変化をもちあわす。また、その過程は 一方通行ではなく 行ったり来たりする双方向のものとして解説した。

⇒ FAARモデル

家族看護学 南江堂 51-55頁

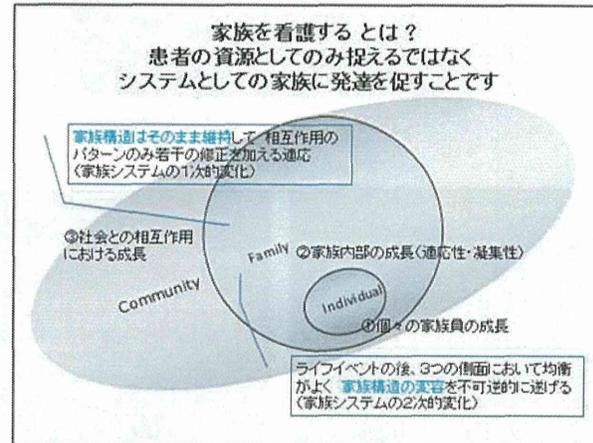
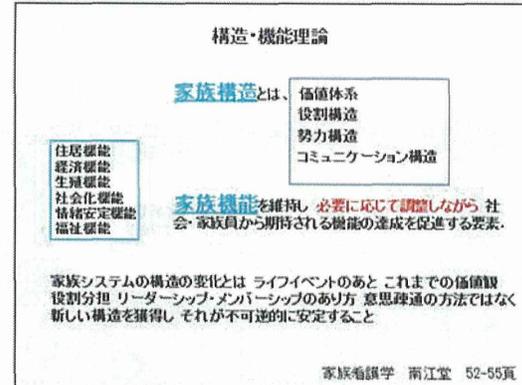
家族とストレス(1)
ローラーコースター・モデル Hill, R. 1949 石原





家族ストレス対処理論の看護過程への応用

- 家族のストレス源となるライフイベントは、どの家族にとっても必ずしも危機をもたらすわけではない。
- 家族の危機への対処資源(家族資源)と、どのようにそのイベントを認知するかによって、適応状態に差が生じる。
- 家族資源を活用し、ストレスなライフイベントに対処できているとき、「家族は健康である」と考える。
- しかし、闘病は、多くの場合、ストレスは累積し、付加的なストレス源をも生じる。
- 従って、家族が健康であり続けるためには、新しい家族資源を柔軟に取り入れるが必要になる。



End of life care

人生の終焉を迎える直前の時期の人々へのケア

人生の終焉は誰にでも訪れ、終焉の原因(死因)が病気のことが多く、しかも原因となる最近の病気の多くは良い経過をとる。そのような最期の日々の痛みや苦しみを十分に治療され、本人が望むとおりに過ごせるよう支援すること

Dr. Kathleen M Foley 1999.

逝く人と遺される家族が お互いに

- Good bye さようなら
- Thank you ありがとう
- Forgive me お互い様だったね

といったコミュニケーションを可能にできるよう整える実践

在宅医療のチームケア ～看護師の役割と コミュニケーション～

あなたの職場のチームワークは
どうですか。

- ▶ あなたは自分が働いている病院・医療機関で医療ケアを受けるとして、あなたは満足できますか。
- ▶ 職場のチームを構成する1人1人は、自分たちが働いたメンバーであると認識して、満足して働くことができますか。
- ▶ 職場の1人1人が、患者の利益を最大限にするように働いていますか。
- ▶ 治療やケア、患者の安全に懸念を持ったときに、声を上げることができますか。

良いチームとは

- ▶ ミッション、ビジョンが明確で、共有されている
- ▶ チームのメンバー1人1人が実力を出し切る
- ▶ お互いに期待した行為を過度なく指摘し合える環境が構築されている
- ▶ 自分の上司や医師が期待した行為をしていたのでも、遠慮なく指摘し、その後わだかまりが残らない。
- ▶ チームワークが良い組織は、院内感染率・合併症率が低く、医療ミスも減り、患者の満足度も高い



日本の「チーム医療」歴史

- ▶ **明治時代、戦前**
 - ▶ 自由開業医制、診療所における医療の提供
- ▶ **1940年（戦後）**
 - ▶ 近代的な「病院」の誕生、各医療専門職の国家資格の誕生—看護や検査や事務など、一定の水準が保ち、適正な医療を行うことが要求
- ▶ **1950年代**
 - ▶ 診療エックス線技師（のちの放射線技師）、衛生検査技師（のちの臨床検査技師）の国家資格誕生
- ▶ **1960年代**
 - ▶ 作業療法士、理学療法士の国家資格誕生
- ▶ **1980年代～**
 - ▶ 社会福祉士、介護福祉士の国家資格誕生
 - ▶ 専門看護師、認定看護師の誕生、学会認定医、認定薬剤師の誕生

⇒患者・家族に対してさまざまな資格を持った医療者が関わることとなった。

「チーム医療」という用語が最初に使われたのは1970年代

新しいチーム医療のゆくえ ナーシングトゥデイ 19(1) 2014より

チーム医療

- ▶ 「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完しあい、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること。」
(厚生労働省 2010)
- ▶ 医療に関わる全ての職種がそれぞれの専門性を発揮する。
- ▶ 多職種が患者・家族に関わる医療体制の中で、“誰が対応しても同じゴールに向かった医療を提供する”ことが理想。

チーム医療がもたらす効果

- ▶ 疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質向上
- ▶ 医療の効率性の向上による医療従事者の負担軽減
- ▶ 医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上

(厚生労働省2010)

在宅緩和ケアにおけるチーム医療の必要性

- ▶ がんの症状は不安定かつ多様
- ▶ 患者・家族がよりよい療養生活、最期のときを過ごすために多職種のサポートが必要
- ▶ 複雑な身体・精神・社会問題を抱えるケースも増え、医療者それぞれが専門的役割を発揮する必要
- ▶ 効果的かつ予測的なアセスメントとケアが必須

訪問看護師の職業ストレス

- ▶ 1人で訪問することでの重責感、無力感、不足感
- ▶ 24時間体制による拘束感
- ▶ 死や医療依存度の高いケアにおける葛藤
- ▶ 病状、時間、記録、運転による緊張感
- ▶ 利用者、家族との関係への不安
- ▶ 職場での対人関係での葛藤

小島山美子 訪問看護士のストレスとニーズ 2011
二村希子、村松静子 訪問看護士の職業ストレスに関する研究 2005

チーム医療の問題点

- ▶ 各医療者の技量が均一化されていない
- ▶ メンバー間のコミュニケーションが不十分
- ▶ チーム医療の教育不足

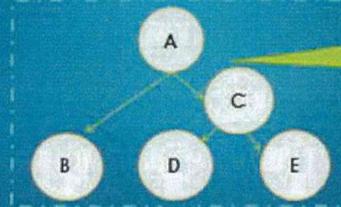
他のスタッフに質問や意見が言いにくい
多職種と意思疎通がうまくいかない
医療機関で治療やケアの質が落ちる...



チームアプローチの形

集合チーム Multidisciplinary Team

- ▶ チームメンバーが孤立して働く
- ▶ 各専門領域の専門家が結果を出し、それをリーダーがまとめるといったアプローチ
- ▶ 個々の独立した専門分野の相互作用が少なく並列的に存在。



命令・指示系統に従い、このライン部門を超えない

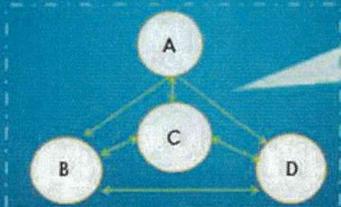
患者・家族へ

川崎京 チームアプローチの形を在宅高齢ケア
高齢ケア (2012) より

チームアプローチの形

学際的合合同チーム Interdisciplinary Team

- ▶ 各専門領域の専門家や非専門家が相互に各自の知識を交換
- ▶ 意見のやり取りを通し、患者・家族のニーズに接近し解決をめざす。他の部門の専門性の理解、自分の専門性の理解が必要となる。



ライン部門と同時に、部門を超えて専門職種をつながりも重視し、目的達成に向かって力を結集

患者・家族へ

川崎京 チームアプローチの形を在宅高齢ケア
高齢ケア (2012) より

チーム医療がめざすもの

- ▶ 多数の専門職集団による縦割り組織が大きくなり、各専門職領域の視点を主張・強調したサービスのみだと「分化」する
- ▶ 医療の「専門化」と「合理化」の際・マイナスとなった部分を補う必要がある
- ▶ 医療における問題解決のために、それぞれの立場で能動的に機能することが必要
- ▶ 固定されたものでなく多様なニーズとフェーズに応じて異なるチームが構成される

水本浩久ほか実践チーム医療 (2011) より

チーム医療の4つの要素

専門志向

- 職種の専門性が高度化、細分化
- 専門性を重視してしまうと患者のゴールが見失われる

患者志向

- 患者のゴールを重視し、他職種に協力を得る

職種構成志向

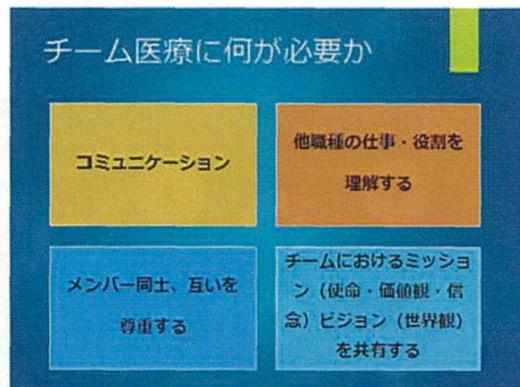
- 他職種が互いに機能し患者に関わる
- チームで関わることで診療報酬につながる

協働志向

- 分業でなく協働；協力して働く（広辞苑より）
- 役割の拡大が必要であるが重複する役割がある

藤田雅和子(2003)「チーム医療」の理念と歴史より

チーム医療に何が必要か



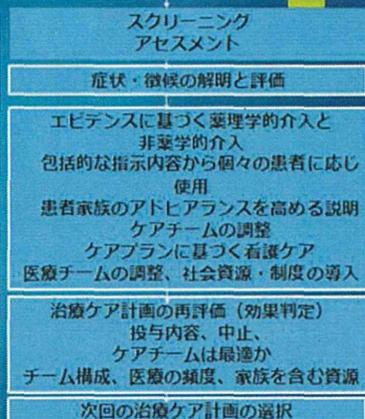
チームの中で看護師に求められる能力

- ▶ 自らが専門職として機能する自覚
 - ＝専門的知識、役割の認識
- ▶ 患者・家族になにが必要かアセスメントし、意図的にケアを提案する
 - ＝対象の理解、コミュニケーション能力
- ▶ 多様な社会のリソースとの協働、家族との関係性の確立
 - ＝協調性、調整力(コーディネーション)

必要な知識・能力

- ・ がんの特徴、病態、症状の原因、機序、他の症状との判別
- ・ フィジカルアセスメント
- ・ 症状が生活に与える影響
- ・ 患者・家族とのコミュニケーション
- ・ 思考する力
- ・ 症状・徴候の評価方法の理解
- ・ 有効なマネジメント方法
 - 薬理的:薬理知識、使用方法
 - 非薬理的:ケア技術
- ・ 利用できる社会資源や制度
- ・ 生活を送る上での工夫
- ・ 現在の状況で可能な活動
- ・ 調整力・協働する姿勢、コミュニケーション

症状、徴候



がん医療におけるコミュニケーション・スキル

- ▶ がんの特性(死のイメージ、再発、苦痛)により、生命や人生に関わることが多い。
- ▶ 情報提供や心理的ストレスの軽減など、コミュニケーション・スキルが必要とされる場面が多い。
- ▶ 多職種で医療が提供されており、知識背景、専門分野が異なる職種でコミュニケーションが営まれる。

有効なコミュニケーション技術

- ▶ まずは聞き上手になる
- ▶ 相手を知り、相手に合わせて話を進める。アクティブリスニング
- ▶ アサーティブコミュニケーション



コミュニケーションとは

- ▶ 言語的コミュニケーション
 - ▶ 話、書きことば
- ▶ 非言語的コミュニケーション
 - ▶ 声の調子や抑揚、ジェスチャーや動作、
 - ▶ 表情、視線

アサーティブコミュニケーション

- ▶ **Asserlion アサーション**
 - ▶ 「主張」「表明」「断言」
- ▶ **Asserlive アサーティブ**
 - ▶ 「断定的な」「断言する」「自己主張の強い」「強引な」

アサーティブコミュニケーションとは

- ▶ 自分も相手も大切にしたい自己表現
- ▶ 自分の考え、欲求、気持ちなどを率直に正直に、その場の状況にあった適切な方法で述べること
- ▶ 他者の基本的人権を侵すことなく自己表現をする

在宅緩和ケアでのアサーティブな自己表現の大切さ

- ▶ 多様な状況でのニーズを持つ患者・家族と信頼関係を築くことが必要
- ▶ チームには様々な知識や経験背景を持つ職種という複雑な人間関係
 - スタッフ間、個々の内部でコンフリクト(紛争・衝突)もおきる
- ▶ スタッフ同士、ナース同士のメンタルヘルスを保つため

自己表現 3つのタイプ

1. 非自主的な自己表現(ノンアサーティブ)
2. 攻撃的な自己表現(アグレッシブ)
3. アサーティブな自己表現

非自主的な自己表現 (ノンアサーティブ)

- ▶ 相手は大切に、自分は大切にしない
- ▶ 自分の考えや思いや欲求は表現せずに、遠回しに言ったり、引っ込み思案になり、結局相手に伝わらない。



非自主的な自己表現 (ノンアサーティブ)

- ▶ (例)
 - ▶ (自分の意見や考えは言わずに「・・・はい」とそのまま我慢してしまう)
- ▶ (ナースの場合)
 - ▶ 権威的な意思に服従し、意見を言えない、怒りや強い患者・家族の言いなり、仕事を頼まれると断れない
 - ▶ ストレスをためこみバーンアウト、職場全体に蔓延するとコミュニケーションが希薄に

攻撃的な自己表現 (アグレッシブ)

- ▶ 自分は大切にするが、相手を大切にしない自己表現。
- ▶ 自分の意見や考え、気持ちははっきり言い、自分の権利のために自己主張するが、相手の意見や気持ちは無視したり、軽視したりする。
- ▶ 常に相手を支配。



攻撃的な自己表現 (アグレッシブ)

- ▶ (例)
 - ▶ 「こっちだって一生懸命やっているのに、何なのよ！二度とやりませんから勝手にどうぞ！」
- ▶ (ナースの場合)
 - ▶ 自分が正しいと思う方向に患者を向けようとして説教する。医師にけんか騒、部下にミスや欠点があると指摘するがほめたり励ましたりしない、自分の気に入らないスタッフの悪口をいう
 - ▶ 周囲の人に話を聞いてもらえない、信頼してもらえない、信頼感を基礎とした親密な関係になりにくい、他のスタッフのやる気を失わせ離職に追いつける。

アサーティブな自己表現

- ▶ 自分も相手も大切にしたい自己表現
- ▶ 相手の意見や思いに耳を傾け、相手の意見を認め伝え、自分の意見も伝える
- ▶ 自分の考え、信念を率直に正直に、その場にあった適切なやり方で表現する。
- ▶ わからないことは率直にわからないという。
- ▶ お互いの気持ちの相違によって葛藤が起こることもあるので、意見を出し合って歩み寄り、それぞれ納得のいく結論を出そうとする。



森田沙生 アサーティブな姿勢の大切さ VIVO より

アサーティブな自己表現

- ▶ (例)
 - ▶ 「ごめんなさい。こういう仕事の経験が少なくて慣れていなくて。次は気を付けてやりませう。」と冷静にはっきり伝える。
- ▶ (ナースの場合)
 - ▶ お互いが気持ちや考えを率直に表現しあいお互いがそれを大切にしようとして、お互いが理解し関係を深めようとする。
 - ▶ 医療スタッフの間でのよい人間関係を築く要素

アサーティブな会話の例

事例1 いつも他人のせいにして愚痴が大好きなナース

- ▶ 「実は話を聞いてばかりだとちょっとしんどくなるの。」
- ▶ 「みんなのモチベーションが下がってしまうから後路のいない場所であらためて話をきくわよ」

事例2 ほかのスタッフに頼りすぎるナース

- ▶ 「新人さんに頑張ってはしくて一生懸命にしているあなたの気持ちはわかる。けれどときどき言い方がきつくて心配。」
- ▶ 「かえって痛くもって力が出せない状況に追い込んでるんじゃないかな。」

事例3 自分ひとりで勝手に判断してしまうナース

- ▶ 「あなたの自分で判断している状況によって実はこういうよくない事態が引き起こされている。」
- ▶ 「次回は一歩声をかけてね」

森田沙生 アサーティブな姿勢の大切さ VIVO より

アサーティブなコミュニケーションの延長

- ▶ いつもアサーティブなコミュニケーションをとっているチーム
 - ▶ 「互いに信頼できる」
 - ▶ 問題や意見の対立が起きても建設的に話し合い解決
- ▶ いつもアクティブまたはノンアサーティブなコミュニケーションをとっているチーム
 - ▶ 常に衝突、ストレスがたまり「互いに信頼できない」
 - ▶ 問題や意見の対立が起きても解決的な方法を導き出せない。

ナースがアサーティブになりづらい理由

- ▶ 医療チームの中で
 - ▶ ナースはチームで仕事をするため“和”をこわして勝手なことをしてはいけないという意識
 - ▶ 医師－看護師が対等であるという意識が低い、パワーバランスの問題を抱える。