

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）  
大学院医療福祉学研究科博士課程

急性期病棟の看護師が実施する高齢肺炎患者の  
排泄自立ケアの実態と看護支援のあり方

平成 29 年度

保健医療学専攻・先進的ケア・ネットワーク開発研究分野

学籍番号：15S3021      氏名：黒川 佳子

研究指導教員：竹内 孝仁 教授  
副研究指導教員：小平 めぐみ 准教授

<論文題目>

急性期病棟の看護師が実施する高齢肺炎患者の排泄自立ケアの実態と看護支援のあり方

<著者名>

黒川 佳子

<要旨>

本研究は、急性期病棟で実施されている高齢肺炎患者の排泄自立ケアの実態と看護支援のあり方の示唆を得ることを目的とした。

研究1では、自立にむけたケアを実施している病棟では、排泄自立ケアを有意に実施していることが明らかとなった。また、排泄用具切替えの判断基準を持っているものと年齢、経験年数が関連していることが明らかとなった。排泄用具を切替える判断基準は「身体的自立」「倫理的配慮」の項目が目安となり、「食事」「下剤」の項目は目安とならなかった。

研究2では、急性期病棟看護師は排泄ケアを患者を中心とし、多職種と連携してケアを実施していた。その一方で、治療を優先とし看護師が主導となって排泄ケアを実施している現状に葛藤を抱いていた。

以上のことより、急性期病棟で排泄ケアを実施するための看護支援のあり方として、看護師への継続教育の必要性や病棟全体で統一したケア実践にむけた方策を考えていく必要性が示唆された。

<キーワード>

急性期病院 排泄自立ケア 高齢肺炎患者 自立支援

<Title>

Circumstances for independent toilet care for elderly pneumonia patients in acute hospitals and Related Nursing Support

<Name>

Yoshiko Kurokawa

<Abstract>

This study aimed at obtaining circumstances for independent excretion care for elderly pneumonia patients conducted in acute hospitals and suggestions for nursing support.

In Study 1, it became clear that in the ward where functional recovery care is being carried out, independent excretion care is carried out significantly. In addition, it became clear that the age and the years of experience are related to those having criteria for switching excretion tools.

The criteria for switching excretion equipment are items of "physical independence" and "ethical consideration" as a guide, and items of independent basic care of "meal" "laxative" were not indicative.

In Study 2, the acute hospital nurses carried out care in cooperation with many types of work, mainly for patients with excretion care. On the other hand, he had a struggle with the current situation that treatment was prioritized and nurses were taking the initiative to carry out excretion care.

From the above, there is a need for nursing support to implement excretion care in acute hospitals, the necessity of continuing education for nurses and the need to think about ways to promote unified care practices throughout the ward It was suggested.

<Keywords>

Acute hospital, Independent excretion care, Elderly patient with pneumonia,  
Functional Recovery Care

# 目次

第1章 序論.....	1
I. 研究背景.....	1
II. 研究目的.....	4
III. 用語の操作的定義.....	4
IV. 本研究の構成.....	5
第2章 先行研究.....	6
I. 高齢者に対する排泄自立ケアの実態についての先行研究.....	6
II. 排泄自立が在宅復帰へ及ぼす影響についての先行研究.....	7
III. 高齢肺炎患者の早期離床にむけた介入.....	8
第3章 急性期病棟の看護師が実施する高齢肺炎患者の排泄ケアの実態（研究1）.....	10
I. 研究目的.....	10
II. 研究方法.....	10
1) 研究デザイン.....	10
2) 研究対象者.....	10
3) 調査方法.....	11
4) 調査内容.....	11
5) 分析方法.....	13
6) 倫理的配慮.....	14
III. 結果.....	15
IV. 考察.....	37
第4章 急性期病棟看護師の自立支援、排泄自立ケアの認識と具体的な実施内容（研究2）.....	43
I. 研究目的.....	43
II. 研究方法.....	43
1) 研究デザイン.....	43
2) 研究協力者.....	43
3) データ収集.....	44
4) データ分析.....	44



5) 倫理的配慮.....	45
Ⅲ. 結果.....	46
Ⅳ. 考察.....	78
第5章 総合考察.....	85
第6章 本研究の限界.....	86
第7章 結語.....	87
第8章 謝辞.....	88
第9章 引用・参考文献.....	89

資料

# 第1章 序論

## I. 研究背景

平成 27 (2015) 年 10 月 1 日現在、65 歳以上の高齢者人口は 3,392 万人となり、総人口に占める割合 (高齢化率) は 26.7% となった<sup>1)</sup>。今後も高齢者人口は増えることが見込まれており、2042 (平成 54) 年にピークを迎えるといわれている。また、我が国は「高齢化社会」から「高齢社会」へと進んだ期間が 24 年と先進国の中でも群を抜いてそのスピードが速く、そのため高齢問題についての今後の取り組みが世界中から注目を集めている。高齢問題では、認知症患者の増加や社会保障給付費の増大が取りざたされ、医療費の負担をいかに軽減していくかが一つの課題となっている。そのため、施設から在宅へと療養の場が変化し、病気になっても住み慣れた場所でその人らしく生活できるよう地域包括ケアシステムの構築を目指している。平成 28 年度の診療報酬改定では、地域包括ケアシステム推進のための取組みを強化するため、急性期の 7 対 1 一般病棟の要件を厳格化し、在宅復帰率を 75% から 80% へと引き上げを行った。このように入院医療は大きく変化し、回復期病棟を経ずとも急性期病棟から直接在宅復帰する支援強化の必要性が強調されているが、その実現には至っていない。要因の一つとして、急性期病棟では疾患・リスク管理が重視され、生活に視点を置いたケアの優先度は低い。その結果「疾患は治ったが、寝たきりになった」という副次的悪化が引き起こされ、在宅復帰を困難にしていることがあげられる。

一般に高齢者は加齢変化により、防衛力・予備力・適応力・回復力が低下し、恒常性の維持機能低下が起りやすくなる。そのため、高齢者が入院によって不活発な日常生活や治療による安静などを強いられると、廃用症候群を引き起こしやすくなる。廃用症候群は関節拘縮などの局所症状、心肺機能低下などの全身症状、知的機能低下やうつ傾向などの精神・神経症状を引き起こし、疾病や障害の重度化や不活発な生活を助長し、さらに悪循環に陥るといわれている<sup>2)</sup>。特に、寝たきりがもっとも発生しやすいのは ADL の大半をベッド上で行っている急性期病院であり<sup>3)</sup>、欧米では急性疾患で入院した高齢者患者の歩行能力は 5 割近く低下すると報告されている<sup>4)</sup>。このように入院したことによる ADL 低下が、高齢患者の入院の長期化や施設への転院を余儀なくし、急性期病棟からの在宅復帰を妨げる要因の 1 つとなっている。

では、入院による ADL 低下が高齢者に及ぼす影響についてはどうであろうか。高齢者は日常生

活を送る上で介護が必要になった場合に「自宅での介護」を望む人が男女ともに最も多いが、入院によって引きおこされた ADL 低下は前述したように在宅復帰を妨げ、高齢者にとって今後の生活の質を脅かされるものになるとみてよいだろう。

また、自宅退院を妨げるもう一つの要因に、高齢患者を介護する介護者状況の変化があげられる。平成 25 年に厚生労働省が行った国民生活基礎調査によると、介護者の主な内訳は、配偶者が 26.2%、子が 21.8%、子の配偶者が 11.2%となっている。また、介護者の年齢は男性では 69.0%、女性では 68.5%が 60 歳以上であり、老老介護のケースも相当数存在している<sup>5)</sup>。また、平成 28 年川崎市が行った介護者に対する調査では、介護者の主な内訳は、配偶者が 26.1%、娘が 22.4%、息子が 11.6%であり、配偶者、娘の介護者は経年的に漸減傾向にあり、代わって息子の介護者が増加している<sup>6)</sup>。このように、介護者の状況は、高齢かつ男性化の傾向にあるといえる。男性介護者は介護を引き受ける際、もとより疎い家事や排泄・入浴介助などの役割を担うことが介護負担に関連するという指摘がある<sup>7)</sup>。また、介護施設入所を決定するリスクが女性介護者の 2 倍あるという報告もあり<sup>8)</sup>、このような介護者状況の変化は在宅での介護を継続することを困難にする要因であるといえる。

内閣府が行った世論調査によると、介護者が介護をする上で困る点は「食事や排泄など世話の負担による肉体的負担 (62.6%)」が最も多く<sup>9)</sup>、シニア世代の介護意識調査では「介護をするときに一番大変なこと」「介護を受ける時にこれだけは自分でしたいこと」の第一位は、いずれも【排泄 (57.2%)】【排泄 (92.1%)】であった<sup>10)</sup>。このように排泄の自立および介護への関心は非常に高く、退院時に排泄の自立がなされていることは、老老介護であっても身体的介護負担の軽減につながり、在宅復帰を促進させる要因になるといえる。また、「排泄ケアが必要になったときにし欲しい相手」について、男性は 66.7%、女性は 20.7%が配偶者と回答し、性別で大きな差がみられた<sup>11)</sup>。現在、身内の男性介護者は増加傾向にあり、女性要介護者にとって、男性介護者に排泄介助をされることには大きな抵抗が予想され、高齢者の尊厳という観点からも排泄自立は重要な意義があるといえる。

以上のことから、入院から早期に在宅復帰し、住み慣れた地域で生活を継続することを可能にする地域包括ケアシステムの構築を達成するためには、急性期病棟の課題は疾病治癒と同時に排

泄自立を達成させることであるといえる。

本研究は、高齢肺炎患者を対象としているのでこの疾病について触れておきたい。肺炎は我が国の死因の第3位であり、死亡率（人口10万対）を年齢階級別にみると、平成26年では高齢者になるほどその死亡率は高くなり、特に80歳以上では972.7と高率となっている。また、肺炎で入院となる受療率（人口10万対）は、80歳をこえるとその率は急激に高くなり、70～74歳では32であるが、80～84歳では138と後期高齢肺炎患者の増加が著しい<sup>12)</sup>。

高齢肺炎患者の入院による問題は、治療によって過度の安静を強いられることや、発熱や呼吸不全による臥床の影響で、筋予備力の少ない高齢者は、入院によりたちまち日常生活動作が低下することにある<sup>13)</sup>。そのため、肺炎は治癒したが二次的な身体機能低下により転院や施設への転帰をたどることは少なくない。そのため高齢肺炎患者が増加する現在の医療現場において、肺炎のリスク管理を行いながらも安静臥床による廃用症候群を予防し、ADL低下を最小限にとどめる介入が求められている。竹内は<sup>14)</sup>、「退院後に元気な“生活”が得られる医療が求められている。そのためには医療の出発点から患者の“生活”への視点と働きが求められている」と述べている。つまり医療の出発点となる急性期病棟からその取り組みは行わなければならない。

そこで研究者は、急性期病棟において疾病治癒と排泄自立の両方を退院時に同時達成する鍵は看護師にあると考えた。高齢患者に一番身近な存在であり、疾病管理と日常生活援助を行う看護師の存在は大きいといえる。急性期病棟看護師は疾患リスクを管理しつつ、廃用症候群の予防にむけて全身状態の安定を図りながら活動性をあげていく役割があり、疾病看護と同時に自立性回復にむけた看護を実践していかなければならない。しかし、まだまだ医療現場、特に急性期看護においては、高齢者の自立を援助するといったセルフケアの概念が重んじられているとは言い難い現状にある。今こそ、急性期看護には治療という視点から“生活者”として高齢患者を捉えるパラダイムシフトが求められている。これは、急性期看護においては大変な方向転換になることは間違いない。しかし、今後さらに高齢者が増加することが見込まれている我が国において、避けては通ることができない課題である。本研究は、高齢者の尊厳を保持しながらその人らしく生活できる社会が保障されることに貢献したい。

## II. 研究目的

本研究は、急性期病棟で実施されている高齢肺炎患者への排泄自立ケアの実態と急性期病棟において排泄自立ケアを実施するための看護支援のあり方について示唆を得ることを目的とした。

## III. 用語の操作的定義

本研究で用いる用語の操作的定義は以下のとおりである。

**急性期病棟**：医政局が示している病床機能報告制度を参考に<sup>15)</sup>「救命救急病棟や集中治療室、ハイケアユニットといった急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟である高度急性期病棟を除いた、急性期の患者に対し状態の早期安定化に向けて医療を提供する病棟」とした。

**呼吸器内科病棟**：本研究で定義する急性期病棟に含まれ、気管、気管支、肺など呼吸系に関わる臓器を治療する患者を対象とする内科病棟とした。

**自立支援**：本研究での「自立」とは、「身体的自立」「精神的自立」「社会的自立」の3つの自立のすべてをさすのではなく、「身体的自立」いわゆる「要介護高齢者が自力で日常生活動作（ADL）および他の生活動作（IADL）ができるようになること<sup>16)</sup>」とし、本研究における自立支援とは身体的自立を支援することとした。

**排泄自立ケア**：本研究で定義する自立支援の中に含まれる援助であり、全国老人福祉施設協議会が主催している介護力向上講習会で用いられている用語を参考に「排便・排尿をおむつまたは類似品で処理することなく、一般トイレまたはポータブルトイレで排泄できるよう支援すること」とした。全国老人福祉施設協議会介護力向上講習会とは、「自立支援介護」を基本とする講習会で、2003年度より毎年100～150施設の特別養護老人ホームが参加し、成果の指標としてわかりやすい「おむつ使用率」を用いている。

#### IV. 本研究の構成

本研究の概念図は、次のとおりである。図1のように研究1と研究2から構成されている。

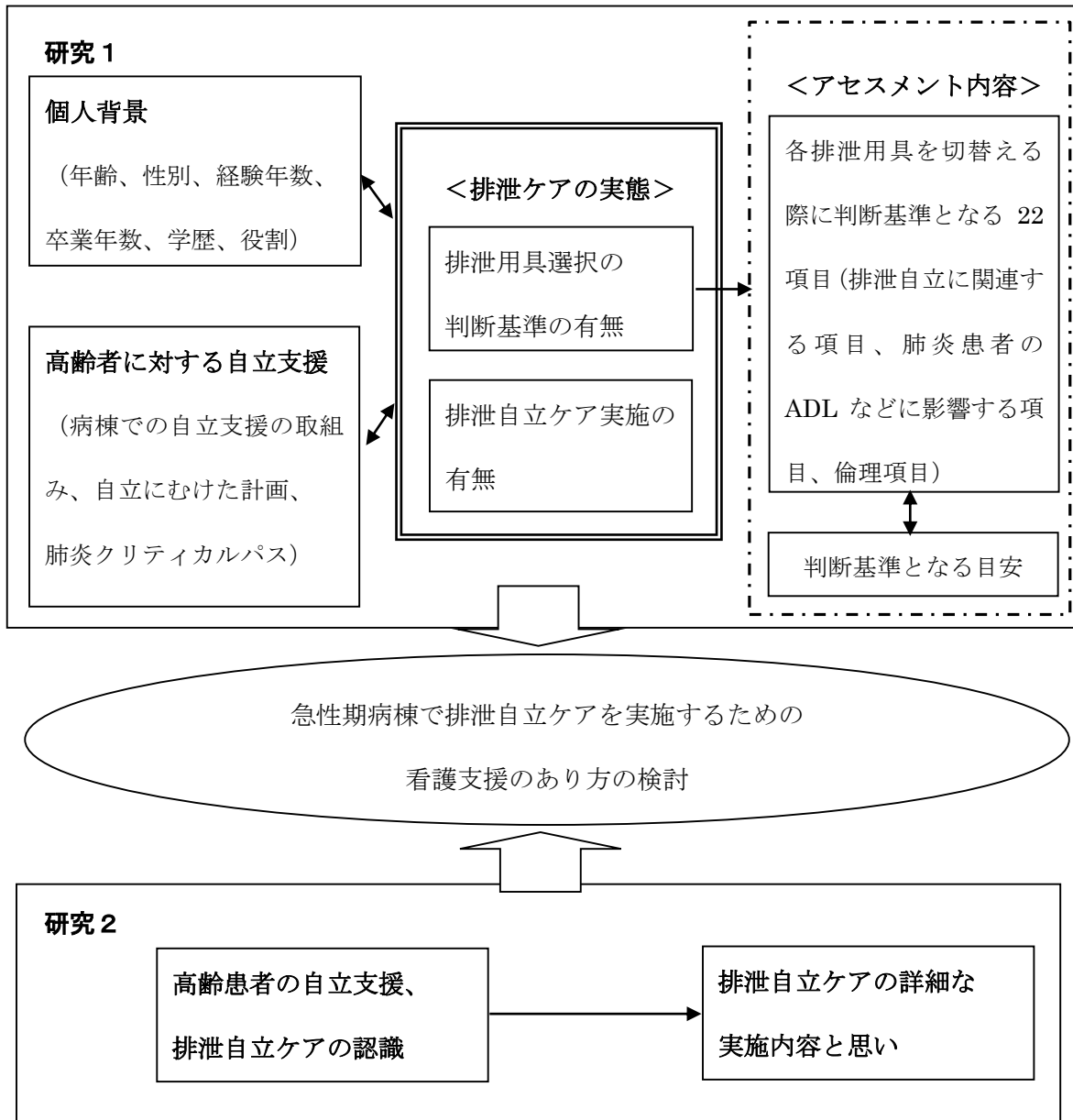


図 1 本研究の構成

## 第2章 先行研究

本研究を行うにあたり「高齢者の排泄自立にむけたケア介入の実態」および「排泄自立が転帰に及ぼす影響」、「高齢肺炎患者の早期離床にむけた介入」について文献検討を行った。下記に整理したように状態が安定している施設で高齢者に対する排泄自立ケアの実施や、排泄自立が在宅復帰に及ぼす影響について明らかになっていた。また、高齢肺炎患者の早期離床にむけた介入では、理学療法士による取組みについての研究はあったものの、急性期病棟の看護師が実施する高齢肺炎患者に対する排泄自立ケアの実態と看護支援のあり方について研究したものは見当たらなかった。

### I. 高齢者に対する排泄自立ケアの実態についての先行研究

国内文献については、医学中央雑誌 web 版を使用し“高齢者”“排泄ケア”“自立”をキーワードに 2007～2016 年で検索を行った。その結果、161 件の文献を検索し、さらに、会議録を除いた原著論文、解説、総説を含め 36 件の文献を抽出した。海外文献については、PubMed を使用し“elderly people”“excretion care”“independent”をキーワードに 2011～2016 年で検索を行った。その結果、30 件を検索し、高齢者の排泄ケアに関するものは 3 件抽出された。これらの結果より、文献を検討した。

高齢者の排泄自立ケアに関する研究は、状態が安定している介護施設や回復期・療養病院がほとんどであった。これは、介護保険制度の基本理念に「自立支援」が掲げられていることや、先述したように保健医療福祉が大きく変化し、社会において地域包括ケアシステムの構築が推進され、自立支援はその鍵となる所以だと推察する。

特別養護老人ホームのおむつ装着率と介護の質に関する研究では、おむつ装着率が低い施設では、全ての ADL の項目で自立割合が高い数値を示し、おむつ装着率はケアの質を示す指標となることが示唆されていた<sup>17)</sup>。また、おむつ装着率の低い施設は、個別にケアプランを作成しており、おむつ装着率低下の重要な要因となっていると考察していた<sup>18)</sup>。つまり、排泄の自立は、日常生活動作の自立につながり、そのためには個別ケアの重要性が示されていた。有床診療所、一般・療養病床における高齢患者の排泄自立と現場での意識調査では、動作が見守り・一部介助で排泄

自立にむけたケアが実施され、排泄自立には「患者本人の意欲」や「職員の意識の統一」、「おむつ外しへの職員の知識」の必要性が示唆されていた<sup>19)</sup>。

しかし、これらは全て状態が安定している施設における取り組みであり、野元らは<sup>20)</sup>、急性期病院で全身管理のために着用していたおむつやバルーンカテーテルが不必要となっても、そのままの状態でも回復期リハ病棟に入院してくる場合がしばしば認められ、そのため回復期リハ病棟において排泄障害への対応が重要となってくると述べている。回復力が低下している高齢者にとって、わずかな安静であっても容易に日常生活動作は低下する。そのため、急性期病棟から生活に視点をおいた介入を行うことで、在宅や施設等に生活の場所が移行した後でも、早期に日常生活動作の回復が期待できる。そのため、状態が安定した施設のみならず、急性期病棟で排泄自立ケアを行うための看護支援のあり方について検討する必要がある。

## II. 排泄自立が在宅復帰へ及ぼす影響についての先行研究

国内文献については、医学中央雑誌 web 版を使用し“排泄ケア”“退院”“在宅”をキーワードに 2003～2016 年で検索を行った。その結果、45 件の文献を抽出した。さらに、“肺炎患者”“自宅復帰”“影響”をキーワードに 2007～2016 年で検索を行った。その結果、4 件の文献を抽出した。海外文献については、PubMed を使用し“hospital discharge”“excretion care”をキーワードに 2007～2016 年で検索を行った。その結果、15 件を検索し、排泄ケアが退院に及ぼす影響について関するものは見当たらなかった。さらに、“pneumonia elderly”“home”“influence”をキーワードに 2007～2016 年で検索を行った。その結果、15 件を検索し、肺炎患者の自宅復帰に関するものは 3 件抽出された。これらの結果より、文献を検討した。

回復期リハ病棟の入院患者の退院時 FIM と自宅復帰率の関連を後方視的に調査した研究では、排便・排尿コントロールは 5 点以上で、トイレ移乗・トイレ動作では 6 点以上で自宅復帰率が格段に上昇し、在宅復帰の条件として「排泄」が重要な要素である結果が明らかにされている<sup>21,22)</sup>。また、ADL の中でも排泄に関する一連の動作の自立度が高齢者の活動量と関連することが示唆され、1 日に数度の立ちしゃがみは下肢筋力を鍛え、排泄自立が生活自立の指標になり、介護負担の軽減につながることを示唆されていた<sup>23)</sup>。



疾患と排泄の自立に関する研究では、脳血管疾患患者は排泄の自立がなされていないことが在宅復帰に大きな影響があることが明らかにされ<sup>24,25)</sup>、麻痺等の障害がある程度回復をみとめてから、排泄自立にむけた介入が積極的に実施されていた<sup>26)</sup>。高齢肺炎患者の入院による日常生活動作への影響については、排泄動作や移動動作の低下が在宅復帰に影響を及ぼしていることが明らかになっていた<sup>27)</sup>。また、急性肺炎により入院する患者は運動機能障害が少なく早期に安静臥床が解かれるが、わずかな入院期間であっても日常生活動作が低下し、転院を余儀なくされるケースが少なくなかった<sup>28)</sup>。

このように、排泄自立は在宅復帰と大きく関連しており、急性期病棟からの在宅復帰を促進するための重要な鍵となると考える。

### Ⅲ. 高齢肺炎患者の早期離床にむけた介入

国内文献については、医学中央雑誌 web 版を使用し“肺炎患者”“早期離床”をキーワードに 2007～2016 年で検索を行った。その結果、21 件の文献を抽出した。海外文献については、PubMed を使用し“pneumonia elderly”“ambulation”をキーワードに 2007～2016 年で検索を行った。その結果、42 件を検索し、肺炎患者の離床に関するものは 5 件抽出された。これらの結果より、文献を検討した。

高齢肺炎患者の早期離床にむけた介入についての研究は、理学療法士による介入がほとんどであった。高齢肺炎患者に対して安静臥床が必要であっても、ADL 回復のためには呼吸理学療法を早期から開始することが望ましく、特に移乗動作、歩行動作、階段昇降の動作などで大きく改善を示すことが明らかとされていた<sup>29)</sup>。その際、急性肺炎において気道内分泌物の除去と肺胞換気の改善は必須であり、状態を考慮し、症例に合わせた適切な介入が必要であると述べられている<sup>30)</sup>。しかし、高齢肺炎患者の早期離床による ADL 低下を防ぐためには、理学療法により獲得した動作を病棟 ADL へ速やかに汎化することやベッド周囲の環境を自宅に合せるといった他職種との連携の必要性や<sup>31)</sup>、理学療法実施以外の時間帯にどのように活動量を増やしていくかが課題となっていた<sup>32)</sup>。

以上のことより、急性期病棟で高齢肺炎患者の早期離床にむけて介入を行っていくには、理学

療法士が関わらない時間帯でのアプローチが重要となり、日常生活援助を行う看護師が ADL 自立の回復にむけて生活に視点をいた看護支援の必要性が推測された。

## 第 3 章

### 急性期病棟の看護師が実施する高齢肺炎患者の排泄ケアの実態（研究 1）

#### I. 研究目的

本研究は急性期病棟の看護師が実施する高齢肺炎患者の排泄ケアの実態と、排泄用具を選択する際に看護師が重視するアセスメントの内容について明らかにし、排泄自立ケアを実施するための課題について考察することを目的とした。

#### II. 研究方法

##### 1) 研究デザイン

無記名自記式質問紙調査票を用いた横断調査

##### 2) 研究対象者

平成 27 年 3 月 19 日に厚生労働省より告示された DPC 対象病院「機能評価係数Ⅱ」に属する全 99 施設のうち調査への同意が得られた、呼吸器内科病棟に勤務する全看護師を対象とした。なお、本研究では、ICU 等を除く一般病棟の看護師を対象とした。

今回、対象施設を DPC 対象病院「機能評価係数Ⅱ」とした理由は、大学病院本院以外の高診療密度病院群とされ、高度な医療技術を提供しており急性期疾患に対応する機能を有している一般病院であること、また、ある一定の基準を満たしており、本調査において施設によるばらつきを最小限にすることができるとして選定した。また、先行研究より 7 対 1 看護体制の急性期病院一般病床における看護師の人員配置は 1 床あたり  $0.62 \pm 0.10$  人であり<sup>33)</sup>、本研究では一病棟 40 床と仮定し、99 施設を研究対象施設とした場合に約 2000 名の看護師が対象となると仮定した。

### 3) 調査方法

対象施設に対して研究依頼を口頭もしくは文書（資料 1、2）にて行い、同意書（資料 3）の提出により同意が得られた施設から、呼吸器内科病棟に勤務する全看護師数を把握した。同意が得られた場合も同意撤回書（資料 4）の提出により研究協力の撤回が可能であることを合わせて口頭もしくは文書にて説明を行った。次に、対象施設の看護部長宛てに全対象者の調査依頼文（資料 5）、調査票（資料 6）一式を郵送し、病棟師長より対象者へ調査票の配布を依頼した。調査票は無記名自記式質問紙とし、各対象者からの返信をもって調査への同意とした。

調査期間は、2016 年 8 月～10 月末日であった。

### 4) 調査内容

#### (1) 対象者の基本属性

年齢、現病院経験年数、看護師経験年数、性別、最終学歴、病棟での役割とした。

#### (2) 急性肺炎で入院された高齢患者の重症度の判断基準について

重症度の判断基準の項目は、カルペニート看護診断<sup>34)</sup>の肺炎の項目より「高体温」「活動力の低下」「痰の性状（量や色など）」「安静指示」「呼吸状態」「食物摂取状況」の 7 項目を抽出し、独自に「酸素投与」「治療内容」「検査データ」「画像診断」「その他」の 5 項目を追加し、12 項目とした。

#### (3) 病棟で実施している高齢患者の自立ケアについて

高齢肺炎患者に対しての病棟での自立支援の実施状況を①徹底していない、②あまり徹底していない、③どちらともいえない、④やや徹底している、⑤徹底しているの 5 段階で調査した。

また、病棟での身体的自立にむけた計画の有無、急性肺炎のクリティカルパスの有無についてそれぞれ調査した。

#### (4) 高齢患者の排泄ケアについて

高齢肺炎患者に対しての排泄自立ケアの実施状況を①実施していない、②あまり実施していない、③どちらともいえない、④やや実施している、⑤全ての患者に実施しているの5段階で調査した。また、急性肺炎の高齢患者が回復傾向になってきたとき、おむつ内排泄から最初に使用する排泄用具について①便器、②尿器、③ポータブルトイレ、④トイレの4つについて調査した。

次に、排泄用具を選択する判断基準の有無について調査を行い、もっていると回答したものを対象として、急性肺炎で入院されて高齢患者に対しておむつを使用する判断基準で優先順位の高いものから3つ調査した。項目については、カルペニート看護診断の肺炎の項目より「ADL低下」「高体温」「痰の性状（量や色）」「呼吸状態」の4項目を抽出し、回復期や療養病院における排泄ケアの看護師の意識においておむつを使用する項目と関連が見られた項目<sup>35,36)</sup>より「便意・尿意がない」「座位保持困難」「立位保持困難」「独歩不可」「歩行に介助要」「車椅子使用」「コミュニケーション障害」「経管栄養の実施」「業務上の都合」「転倒リスクがある」「認知症状がある」「失禁がある」「意思疎通が困難」「入院時すでにおむつを使用している」の14項目を抽出した。さらに、独自に「酸素投与」「治療（点滴等）」「検査データ」「その他」の4項目を追加し、22項目とした。

#### (5) 排泄用具を切替える際の判断基準となる項目とその目安について

排泄用具を選択する判断基準の有無について調査を行い、もっていると回答したものを対象として、“おむつ内排泄から便・尿器”、“便・尿器からポータブルトイレ”、“ポータブルトイレからトイレ”の3パターンについて排泄用具を切替える際の判断基準となる項目について調査した。

判断基準となる項目については、全国老人福祉施設協議会主催の介護力向上講習会で用いられているアセスメント総括表の中から排泄自立に関係のある項目より「便意・尿意がある」「失禁回数が少ない」「排泄リズムが確立」「下剤の使用がない」の4項目を抽出し、先行研究より明らかにされている肺炎患者の日常生活動作や在宅復帰に影響を与える要因<sup>37,38)</sup>となる項目よ

り「栄養状態が改善」「摂食行動が自立」「活動力の上昇」「認知症状がない」「症状の安定」「治療内容の変更」「座位保持可能」「立位保持可能」「車椅子使用」「車椅子自走可能」「歩行に介助あり」「独歩」「衣服の着脱が自立」「看護師一人で介助可能」「今までの経験的な感覚」の15項目を抽出した。さらに、独自に「本人の希望」「尊厳の保持」「今後の転帰」「その他」の排泄に関する倫理観等4項目を追加し、22項目とした。このアセスメント総括表は排泄の自立性改善に有用であることがみとめられており、介護保険施設において広く使用されている。目安については①全くそう思わない、②あまりそう思わない、③どちらともいえない、④ややそう思う、⑤非常にそう思うの5段階で調査した。

## 5) 分析方法

項目別単純集計を行った。排泄自立ケア実施状況、排泄用具を選択する判断基準の有無と個人背景、病棟で実施している高齢患者の自立ケアについて、間隔尺度データについては正規性が得られなかったため Mann-Whitney の U 検定を用い、名義尺度データについては  $\chi^2$  検定もしくは Fisher の直接確率法を用いて検討した。なお、排泄自立ケア実施状況については、「やや実施している」、「全ての患者に実施している」を“実施群”、「実施していない」、「あまり実施していない」、「どちらともいえない」を“非実施群”として分析を行った。なお、分析は無回答を除き、SPSS Ver.22 を用いて有意水準は5%とした。

また、高齢肺炎患者に対して排泄用具を切替える判断基準をもってると回答したものを分析対象とし、排泄用具を切替える際の判断基準となる項目間の特徴を探るため、SPSS Categories Ver.16 を用いてコレスポンデンス分析を行った。コレスポンデンス分析は、対応分析とも呼ばれ、「関連度行列から出発する関連性（因果関係）の分析法」であり、「相対的な対応関係を表現するために全体の関連度が低い場合（決定係数が小さい場合、カイ2乗検定で有意にならない場合）でも明確な差として表現される。」といわれている<sup>39)</sup>。その差は布置図として作成され、類似度の高いカテゴリーはより近くに、低いカテゴリーはより遠くにプロットされる。

## 6) 倫理的配慮

本研究は国際医療福祉大学研究倫理審査委員会(承認番号 16-Ig1-18)の承認を得て実施した。研究対象施設に対しては調査の目的、方法、倫理的な配慮について研究代表者が書面または口頭にて文書を用いて説明を行い、理解と了解を得た。調査への協力は同意書の提出によって同意を得た。その際、調査に協力するか否かは施設側が随時選択でき、それによって一切の不利益が生じることはなく、一旦は調査の協力を了解した後でも同意撤回書の提出によって協力を撤回できるが、アンケートは無記名による回収であるため調査票回収後は、撤回ができないとした。研究対象者に対しては、調査の目的、倫理的な配慮について調査対象用依頼・説明文書を用いて書面にて説明を行った。研究対象者からの調査票の返信をもって、調査への同意を得たものとした。

### Ⅲ. 結果

99 施設のうち 23 施設より同意が得られた（回収率 23.2%）。調査票配布数は 705 通、調査票回収数は 256 通であった（回収率 36.3%）であった。そのうち回答に欠損のない 234 名（有効回収率 33.2%）を分析対象とした。コレスポネンズ分析では、排泄用具の判断基準をもっていると回答した 188 名のうち回答に欠損のなかった 179 名（有効回答率 95.2%）を分析対象とした。

#### 1. 単純集計結果

##### 1) 対象者の基本属性

対象者の平均年齢は、33.4 歳（SD=10.0, 範囲 20-58）であった。現病院での経験平均年数は、8.5 年（SD=8.5, 範囲 0-37）、看護師経験平均年数は、11.1 年（SD=9.5, 範囲 0-37）であった。

性別は、女性 225 名（96.2%）、男性 8 名（3.4%）であった。

資格の回答は複数回答で、看護師が 233 名（100%）、保健師が 35 名（15.0%）、助産師 1 名（0.4%）であった。

最終学歴は、専門学校 148 名（63.8%）、短大 25 名（10.8%）、大学 57 名（24.6%）、大学院 2 名（0.9%）であった。最終学歴の卒業年度の平均は、2004.7 年（SD=10.0, 範囲 1979-2018）であった。

病棟内での役割は、看護師長 9 名（4.0%）、主任 27 名（11.9%）、チームリーダー 36 名（15.9%）、その他 155 名（68.3%）であった（表 1）。



表1 対象者の基本属性

n=234

対象者の特性		平均±SD	
年齢(歳)		33.4±10.0	
現病院経験年数		8.5±8.5	
看護師経験年数		11.1±9.5	
最終学歴の卒業年度(西暦)		2004.7±10.0	
		n	%
性別	女	225	(96.2)
	男	8	(3.4)
	無回答	1	(0.4)
資格(複数回答)	看護師	233	(100)
	保健師	35	(15.0)
	助産師	1	(0.4)
	無回答	1	(0.4)
最終学歴	専門学校	148	(63.3)
	短大	25	(10.7)
	大学	57	(24.4)
	大学院	2	(0.8)
	無回答	2	(0.8)
病棟内での役割	看護師長	9	(3.8)
	主任	27	(11.5)
	チームリーダー	36	(15.4)
	その他	155	(66.2)
	無回答	7	(3.1)

## 2) 急性肺炎で入院された高齢患者の重症度についての判断基準(複数回答)

高体温 140 名 (60.1%)、活動力の低下 110 名 (47.2%)、酸素投与 218 名 (93.6%)、痰の性状 (量や色など) 120 名 (51.5%)、安静指示 42 名 (18.0%)、呼吸状態 223 名 (95.7%)、食物摂取状況 70 名 (30.3%)、治療内容 231 名 (47.4%)、検査データ 173 名 (74.6%)、画像診断 107 名 (45.9%)、その他 6 名 (2.6%) であった (表 2)。

表2 急性肺炎高齢患者の重症度判断基準(複数回答)

n=234		
	n	%
高体温	140	(60.1)
活動力の低下	110	(47.2)
酸素投与	218	(93.6)
痰の性状(量や色など)	120	(51.5)
安静指示	42	(18.0)
呼吸状態	223	(95.7)
食物摂取状況	70	(30.3)
治療内容	231	(47.4)
検査データ	173	(74.6)
画像診断	107	(45.9)
その他	6	(2.6)
無回答	1	(0.4)

### 3) 病棟で実施している高齢患者に対する看護ケアについて

#### (1) 病棟では入院から退院までに高齢患者の自立を取り戻すことを徹底しているか

徹底していない4名(1.7%)、あまり徹底していない47名(20.1%)、どちらともいえない69名(29.5%)、やや徹底している93名(39.7%)、徹底している21名(9.0%)であった(表3)。

表3 高齢患者の自立を取り戻すケアの徹底

n=234		
	n	%
徹底していない	4	(1.7)
あまり徹底していない	47	(20.1)
どちらともいえない	69	(29.5)
やや徹底している	93	(39.7)
徹底している	21	(9.0)

#### (2) 病棟の標準看護計画に身体的自立にむけた計画は存在するか

存在しない105名(45.7%)、存在する125名(54.3%)であった(表4)。

表4 身体的自立の計画

n=234		
	n	(%)
存在しない	105	(44.9)
存在する	125	(53.4)
無回答	4	(1.7)

### (3) 病棟には急性肺炎のクリティカルパスは存在するか

存在しない 220 名 (94.4%)、存在する 13 名 (5.6%) であった (表 5)。

表5 肺炎クリティカルパス

	n=234	
	n	(%)
存在しない	220	(94.0)
存在する	13	(5.6)
無回答	1	(0.4)

### 4) 急性肺炎で入院された高齢患者の排泄ケアについて

#### (1) 高齢肺炎患者に対して排泄自立ケアを実施しているか

実施していない 10 名 (4.3%)、あまり実施していない 41 名 (17.6%)、どちらともいえない 59 名 (25.3%)、やや実施している 105 名 (45.1%)、全ての患者に実施している 19 名 (7.7%) であった (表 6)。

表6 高齢患者の排泄自立にむけたケアの実施

	n=234	
	n	%
実施していない	10	(4.3)
あまり実施していない	41	(17.5)
どちらともいえない	59	(25.2)
やや実施している	105	(44.9)
全ての患者に実施している	19	(7.7)
無回答	1	(0.4)

#### (2) 状態が回復してきたときに、おむつ内排泄から最初に使用する排泄用具について

便器 6 名 (2.6%)、尿器 133 名 (56.8%)、ポータブルトイレ 79 名 (33.8%)、トイレ 16 名 (6.8%) であった (表 7)。

表7 おむつ内排泄から最初に使用する排泄用具

	n=234	
	n	%
便器	6	(2.6)
尿器	133	(56.8)
ポータブルトイレ	79	(33.8)
トイレ	16	(6.8)

### (3) 排泄用具を選択する判断基準の有無について

判断基準をもっていない 46 名 (19.4%)、もっている 188 名 (80.6%) であった (表 8)。

表8 排泄用具を選択する判断基準

	n=234	
	n	%
もっていない	46	(19.4)
もっている	188	(80.6)

### (4) 急性肺炎で入院された高齢患者に対して、おむつを使用する判断基準について (上位 3 つ)

\*4)-(3)で判断基準を“もっている”と回答した 188 名が対象

優先度 1 位は、便意・尿意がない 49 名 (26.1%)、座位保持困難 7 名 (3.7%)、立位保持困難 2 名 (1.1%)、独歩不可 2 名 (1.1%)、歩行に介助要 0 名 (0%)、車椅子使用 0 名 (0%)、ADL の低下 10 名 (5.3%)、コミュニケーション障害 0 名 (0%)、経管栄養の実施 0 名 (0%)、高体温 0 名 (0%)、酸素投与 5 名 (2.7%)、痰の性状 (量や色など) 0 名 (0%)、呼吸状態 52 名 (27.7%)、治療 (点滴等) 1 名 (0.5%)、検査データ 0 名 (0%)、業務上の都合 0 名 (0%)、転倒リスク 2 名 (1.1%)、認知症状がある 0 名 (0%)、失禁がある 33 名 (17.6%)、意思疎通が困難 2 名 (1.1%)、入院時からオムツを使用 23 名 (12.2%)、その他 0 名 (0%) であった。

優先度 2 位は、便意・尿意がない 33 名 (17.6%)、座位保持困難 23 名 (12.2%)、立位保持困難 3 名 (1.6%)、独歩不可 1 名 (0.5%)、歩行に介助要 0 名 (0%)、車椅子使用 0 名 (0%)、ADL の低下 9 名 (4.8%)、コミュニケーション障害 0 名 (0%)、経管栄養の実施 0 名 (0%)、高体温 1 名 (0.5%)、酸素投与 7 名 (3.7%)、痰の性状 (量や色など) 1 名 (0.5%)、呼吸状態 34 名 (18.1%)、治療 (点滴等) 0 名 (0%)、検査データ 0 名 (0%)、業務上の都合 0 名 (0%)、転倒リスク 6 名 (3.2%)、認知症状がある 5 名 (2.7%)、失禁がある 51 名 (27.1%)、意思疎通が困難 6 名 (3.2%)、入院時からオムツを使用 7 名 (3.7%)、その他 1 名 (0.5%) であった。

優先度 3 位は、便意・尿意がない 25 名 (13.4%)、座位保持困難 18 名 (9.6%)、立位保持困難 8 名 (4.3%)、独歩不可 3 名 (1.6%)、歩行に介助要 0 名 (0%)、車椅子使用 0 名 (0%)、ADL の低下 17 名 (9.1%)、コミュニケーション障害 2 名 (1.1%)、経管栄養の実施 0 名 (0%)、高体温 3 名 (1.6%)、酸素投与 5 名 (2.7%)、痰の性状 (量や色など) 1 名 (0.5%)、呼吸状態 20 名

(10.7%)、治療（点滴等）2名（1.1%）、検査データ0名（0%）、業務上の都合0名（0%）、転倒リスク13名（7.0%）、認知症状がある0名（0%）、失禁がある29名（15.5%）、意思疎通が困難9名（4.8%）、入院時からオムツを使用29名（15.5%）、その他3名（1.6%）であった（表9）。

表9 おむつを使用する判断基準（優先順位3つ）

	優先度1位		優先度2位		優先度3位	
	n	%	n	%	n	%
便意・尿意がない	49	(26.1)	33	(17.6)	25	(13.4)
座位保持困難	7	(3.7)	23	(12.2)	18	(9.6)
立位保持困難	2	(1.1)	3	(1.6)	8	(4.3)
独歩不可	2	(1.1)	1	(0.5)	3	(1.6)
歩行に介助要	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
車椅子使用	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
ADLの低下	10	(5.3)	9	(4.8)	17	(9.1)
コミュニケーション障害	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(1.1)
経管栄養の実施	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
高体温	0	(0.0)	1	(0.5)	3	(1.6)
酸素投与	5	(2.7)	7	(3.7)	5	(2.7)
痰の性状（量や色など）	0	(0.0)	1	(0.5)	1	(0.5)
呼吸状態	52	(27.7)	34	(18.1)	20	(10.7)
治療（点滴等）	1	(0.5)	0	(0.0)	2	(1.1)
検査データ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
業務上の都合	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
転倒リスク	2	(1.1)	6	(3.2)	13	(7.0)
認知症状がある	0	(0.0)	5	(2.7)	0	(0.0)
失禁がある	33	(17.5)	51	(27.1)	29	(15.5)
意思疎通が困難	2	(1.1)	6	(3.2)	9	(4.8)
入院時からおむつ	23	(12.2)	7	(3.7)	29	(15.5)
その他	0	(0.0)	1	(0.5)	3	(1.6)
無回答	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.5)

## 2. 排泄自立ケア実施状況と個人背景との関連

対象となった 234 名中、排泄自立ケア実施群は 122 名 (52.8%)、非実施群は 109 名 (47.2%) であった。排泄自立ケア実施の有無と個人背景についてみると、排泄自立ケア実施群は、年齢の中央値が 30.0 歳 (四分位数範囲 17)、現病院経験年数の中央値が 5.5 年 (四分位数範囲 10.7)、看護師経験年数の中央値が 8.0 年 (四分位数範囲 14.3)、最終学歴の平均卒業年度の中央値が 2008.5 年 (四分位数範囲 14.0) であった。

排泄自立ケア非実施群は、年齢の中央値が 30.0 歳 (四分位数範囲 16)、現病院経験年数の中央値が 4.75 年 (四分位数範囲 10.8)、看護師経験年数の中央値が 8.0 年 (四分位数範囲 16.0)、最終学歴の平均卒業年度の中央値が 2008.0 年 (四分位数範囲 14.0) であった。

排泄自立ケア実施群、非実施群の 2 群と年齢、経験年数、卒業年度との比較を検討した結果、有意差はみられなかった (表 10)。

表10 対象者の年齢、経験年数、卒業年度と排泄自立ケア実施について

		年齢			現病院 経験年数			看護師 経験年数			最終学歴の 卒業年度		
		中央値	四分位数範囲	p値	中央値	四分位数範囲	p値	中央値	四分位数範囲	p値	中央値	四分位数範囲	p値
排泄ケア実施 n=231	実施群 n=122	30.0	17.0	0.985	5.50	10.7	0.860	8.00	14.3	0.575	2008.5	14.0	0.497
	非実施群 n=109	30.0	16.0		4.75	10.8		8.00	16.0		2008.0	14.0	

無回答は除く

Mann-Whitney検定

排泄自立ケア実施群の性別では、女性 119 名（97.5%）、男性 3 名（2.5%）であった。排泄自立ケア非実施群の性別では、女性 104 名（95.4%）、男性 5 名（4.6%）であった。

排泄自立ケア実施群、非実施群の 2 群と性別との比較を検討した結果、有意差はみられなかった（表 11）。

表11 対象者の性別と排泄自立ケア実施について

			性別		合計	p値	
			女	男			
排泄ケア実施 n=231	実施群	度数(%)	119 (97.5)	3 (2.5)	122 (100.0)	0.377	
		調整済み残差	.9	-.9			
	非実施群	度数(%)	104 (95.4)	5 (4.6)	109 (100.0)		
		調整済み残差	-.9	.9			
	合計		度数	223 (96.5)	8 (3.5)		231 (100.0)

無回答は除く  
χ<sup>2</sup>検定

排泄自立ケア実施群の最終学歴では、専門学校 76 名（62.8%）、短大 12 名（9.9%）、大学 32 名（26.4%）、大学院 1 名（0.8%）であった。

排泄自立ケア非実施群の最終学歴では、専門学校 71 名（65.1%）、短大 13 名（11.9%）、大学 24 名（22.0%）、大学院 1 名（0.9%）であった。

排泄自立ケア実施群、非実施群の 2 群と最終学歴との比較を検討した結果、有意差はみられなかった（表 12）。

表12 対象者の最終学歴と排泄自立ケア実施について

			最終学歴				合計	p値	
			専門学校	短大	大学	大学院			
排泄自立 ケア n=230	実施群	度数(%)	76 (62.8)	12 (9.9)	32 (26.4)	1 (0.8)	121 (100.0)	0.843	
		調整済み残差	-.4	-.5	.8	-.1			
	非実施群	度数(%)	71 (65.1)	13 (11.9)	24 (22.0)	1 (0.9)	109 (100.0)		
		調整済み残差	.4	.5	-.8	.1			
	合計		度数(%)	147 (63.9)	25 (10.8)	56 (24.3)	2 (0.9)		230 (100.0)

無回答は除く  
Fisherの直接確率法

排泄自立ケア実施群の役割では、看護師長 5 名 (4.2%)、主任 14 名 (11.9%)、チームリーダー 22 名 (18.6%)、その他 77 名 (65.3%) であった。

排泄自立ケア非実施群の役割では、看護師長 4 名 (3.7%)、主任 13 名 (12.1%)、チームリーダー 13 名 (12.1%)、その他 77 名 (72.0%) であった。

排泄自立ケア実施群、非実施群の 2 群と役割との比較を検討した結果、有意差はみられなかった (表 13)。

表13 対象者の役割と排泄自立ケア実施について

		役割				合計	p値
		看護師長	主任	チームリーダー	その他		
排泄自立 ケア n=225	実施群	度数(%)	5 4.2%	14 11.9%	22 18.6%	77 65.3%	118 (100.0) 0.587
		調整済み残差	4.0% .2	12.0% -.1	15.6% 1.3	68.4% -1.1	
	非実施群	度数(%)	4 3.7%	13 12.1%	13 12.1%	77 72.0%	
		調整済み残差	-2	.1	-1.3	1.1	
合計		度数(%)	9 (4.0)	27 (12.0)	35 (15.6)	154 (68.4)	225 (100.0)

無回答は除く

Fisherの直接確率法

### 3. 排泄用具を選択する判断基準の有無と個人背景との関連

対象となった 234 名中、排泄用具切替えの判断基準をもっているものは 188 名 (80.3%)、もっていないものは 46 名 (19.7%) であった。排泄用具を選択する判断基準の有無と個人背景についてみると、判断基準をもっているものは、年齢の中央値が 31.0 歳 (四分位数範囲 18)、現病院経験年数の中央値が 5.5 年 (四分位数範囲 10.1)、看護師経験年数の中央値が 8.75 年 (四分位数範囲 15.0)、最終学歴の平均卒業年度の中央値が 2007.0 年 (四分位数範囲 16.0) であった。

判断基準をもっていないものは、年齢の中央値が 28.0 歳 (四分位数範囲 13)、現病院経験年数の中央値が 4.0 年 (四分位数範囲 8.0)、看護師経験年数の中央値が 5.0 年 (四分位数範囲 10.5)、最終学歴の平均卒業年度の中央値が 2010.0 年 (四分位数範囲 10.0) であった。

排泄用具選択の判断基準をもっているもの、もっていないものの 2 群と年齢、経験年数、卒業年度との比較を検討した結果、判断基準をもっているものは、「年齢」、「現病院経験年数」、「看護師経験年数」が長く、「最終学歴の卒業年度」が有意に早かった ( $p < .01$ ) (表 14)。



表14 対象者の年齢、経験年数、卒業年度と排泄用具選択の判断基準について

		年齢			現病院 経験年数			看護師 経験年数			最終学歴の 卒業年度		
		中央値	四分位数範囲	p値	中央値	四分位数範囲	p値	中央値	四分位数範囲	p値	中央値	四分位数範囲	p値
排泄用具の 判断基準 n=234	もっている n=188	31.0	18.0	0.023	5.50	10.1	0.030	8.75	15.0	0.006	2007.0	16.0	0.005
	もっていない n=46	28.0	13.0		4.00	8.0		5.00	10.5		2010.0	10.0	

Mann-Whitney検定

排泄用具選択の判断基準をもっているものの性別では、女性 182 名 (97.3%)、男性 5 名 (2.7%) であった。排泄用具選択の判断基準をもっていないものの性別では、女性 43 名 (93.5%)、男性 3 名 (6.5%) であった。

排泄用具選択の判断基準をもっているもの、もっていないものの 2 群と性別との比較を検討した結果、有意差はみられなかった (表 15)。

表15 対象者の性別と排泄用具選択の判断基準について

			性別		合計	p値
			女	男		
判断基準 n=233	もっている	度数 (%)	182 (97.3)	5 (2.7)	187 (100.0)	0.199
		調整済み残差	1.3	-1.3		
	もっていない	度数 (%)	43 (93.5)	3 (6.5)	46 (100.0)	
		調整済み残差	-1.3	1.3		
	合計	度数	225 (96.6)	8 (3.4)	233 (100.0)	

無回答は除く

$\chi^2$ 検定

排泄用具選択の判断基準をもっているものの最終学歴では、専門学校 122 名 (65.6%)、短大 22 名 (11.8%)、大学 42 名 (22.6%)、大学院 0 名 (0.0%) であった。

排泄用具選択の判断基準をもっていないものの最終学歴では、専門学校 26 名 (56.5%)、短大 3 名 (6.5%)、大学 15 名 (32.6%)、大学院 2 名 (4.3%) であった。

排泄自立ケア実施群、非実施群の 2 群と最終学歴との比較を検討した結果、「大学院」は排泄用具選択の判断基準をもっていないもので割合が高く、有意差がみられた ( $p < .05$ ) (表 16)。

表16 対象者の最終学歴と排泄用具選択の判断基準について

		最終学歴				合計	p値		
		専門学校	短大	大学	大学院				
判断基準 n=232	もっている	度数 (%)	122 (65.6)	22 (11.8)	42 (22.6)	0 (0.0)	186 (100.0)	0.029	
		調整済み残差	1.1	1.0	-1.4	-2.9			
	もっていない	度数 (%)	26 (56.5)	3 (6.5)	15 (32.6)	2 (4.3)			46 (100.0)
		調整済み残差	-1.1	-1.0	1.4	2.9			
合計	度数 (%)	148 (63.8)	25 (10.8)	57 (24.6)	2 (0.9)	232 (100.0)			

無回答は除く

Fisherの直接確率法

排泄用具選択の判断基準をもっているものの役割では、看護師長 9 名 (4.9%)、主任 23 名 (12.6%)、チームリーダー31 名 (16.9%)、その他 120 名 (65.6%) であった。

排泄用具選択の判断基準をもっていないものの役割では、看護師長 0 名 (0.0%)、主任 4 名 (9.1%)、チームリーダー5 名 (11.4%)、その他 35 名 (79.5%) であった。

排泄用具選択の判断基準をもっているもの、もっていないものの 2 群との比較を検討した結果、有意差はみられなかった (表 17)。

表17 対象者の役割と排泄用具選択の判断基準について

		役割				合計	p値		
		看護師長	主任	チームリーダー	その他				
判断基準 n=227	もっている	度数 (%)	9 (4.9)	23 (12.6)	31 (16.9)	120 (65.6)	183 (100.0)	0.321	
		調整済み残差	1.5	.6	.9	-1.8			
	もっていない	度数 (%)	0 (0.0)	4 (9.1)	5 (11.4)	35 (79.5)			44 (100.0)
		調整済み残差	-1.5	-6	-9	1.8			
合計	度数 (%)	9 (4.0)	27 (11.9)	36 (15.9)	155 (68.3)	227 (100.0)			

無回答は除く

Fisherの直接確率法

#### 4. 排泄自立ケア実施状況・排泄用具の判断基準と高齢患者に対する看護ケアについて

##### 1) 病棟での自立を取り戻すことの徹底との関連

排泄自立ケア実施の有無と病棟での自立を取り戻すことの徹底についてみると、排泄自立ケア実施群は、病棟での自立を取り戻すことを「やや徹底している」が61名(49.6%)と最も多く、次いで「どちらともいえない」31名(25.2%)、「徹底している」17名(13.8%)、「あまり徹底していない」13名(10.6%)、「徹底していない」1名(0.8%)であった。

一方で、排泄自立ケア非実施群は、病棟での自立を取り戻すことを「どちらともいえない」が38名(34.9%)と最も多く、次いで、「あまり徹底していない」33名(30.3%)、「やや徹底している」32名(29.4%)、「徹底している」3名(2.8%)、「徹底していない」3名(2.8%)であった。

排泄自立ケア実施群、非実施群の2群と病棟での自立を取り戻すことの徹底との比較を検討した結果、「やや徹底している」「徹底している」は排泄自立ケア実施群で割合が高く、「あまり徹底していない」「どちらともいえない」は排泄自立ケア非実施群で割合が高かく、有意差がみられた( $p<.001$ )。

排泄用具を選択する判断基準の有無と病棟での自立を取り戻すことの徹底についてみると、判断基準をもっているものは、病棟での自立を取り戻すことを「やや徹底している」が80名(42.6%)と最も多く、次いで「どちらともいえない」48名(25.5%)、「あまり徹底していない」37名(19.7%)、「徹底している」19名(10.1%)、「徹底していない」4名(2.1%)であった。

一方で、判断基準をもっていないものは、病棟での自立を取り戻すことを「どちらともいえない」が21名(45.7%)と最も多く、次いで「やや徹底している」13名(28.3%)、「あまり徹底していない」10名(21.7%)、「徹底している」2名(4.3%)、「徹底していない」0名(0.0%)であった。

排泄用具選択の判断基準をもっているもの、もっていないものの2群と病棟での自立を取り戻すことの徹底との比較を検討した結果、有意差はみられなかった(表18)。

表18 排泄自立ケア実施・排泄用具の判断基準と病棟での自立を取り戻すことの徹底について

			徹底していない	あまり徹底していない	どちらともいえない	やや徹底している	徹底している	合計	p値
排泄自立 ケア n=232	実施群	度数(%)	1 (0.8)	13 (10.6)	31 (25.2)	61 (49.6)	17 (13.8)	123 (100.0)	<0.001
		調整済み残差	-1.1	-11.4	-5.6	11.7	6.4		
	非実施群	度数(%)	3 (2.8)	33 (30.3)	38 (34.9)	32 (29.4)	3 (2.8)	109 (100.0)	
		調整済み残差	1.1	11.4	5.6	-11.7	-6.4		
合計	度数(%)	4 (1.7)	46 (19.8)	69 (29.7)	93 (40.1)	20 (8.6)	232 (100.0)		
判断基準 n=234	もっている	度数(%)	4 (2.1)	37 (19.7)	48 (25.5)	80 (42.6)	19 (10.1)	188 (100.0)	0.069
		調整済み残差	1.0	-3	-2.7	1.8	1.2		
	もっていない	度数(%)	0 (0.0)	10 (21.7)	21 (45.7)	13 (28.3)	2 (4.3)	46 (100.0)	
		調整済み残差	-1.0	3	2.7	-1.8	-1.2		
合計	度数(%)	4 (1.7)	47 (20.1)	69 (29.5)	93 (39.7)	21 (9.0)	234 (100.0)		

無回答は除く

Fisherの直接確率法

## 2) 身体的自立にむけた計画の有無との関連

排泄自立ケア実施の有無と身体的自立にむけた計画の有無についてみると、排泄自立ケア実施群は、病棟で身体的自立にむけた計画が「存在する」が72名(59.5%)、「存在しない」が49名(40.5%)であった。

一方で、排泄自立ケア非実施群は、病棟で身体的自立にむけた計画が「存在する」が53名(49.5%)、「存在しない」が54名(50.5%)であった。

排泄自立ケア実施群、非実施群の2群と身体的自立にむけた計画との比較を検討した結果、有意差はみられなかった。

排泄用具を選択する判断基準の有無と身体的自立にむけた計画の有無についてみると、判断基準をもっているものは、病棟で身体的自立にむけた計画が「存在する」が102名(55.1%)、「存在しない」が83名(44.9%)であった。

一方で、判断基準をもっていないものは、病棟で身体的自立にむけた計画が「存在する」が23名(51.1%)、「存在しない」が22名(48.9%)であった。

排泄用具選択の判断基準をもっているもの、もっていないものの2群と身体的自立にむけた計画との比較を検討した結果、有意差はみられなかった(表19)。

表19 排泄自立ケア実施・排泄用具の判断基準と身体的自立計画の有無について

		存在しない		存在する		合計		p値
排泄ケア実施 n=228	実施群	度数	49 (40.5)	72 (59.5)	121 (100.0)	0.144		
		調整済み残差	-1.5	1.5				
	非実施群	度数	54 (50.5)	53 (49.5)	107 (100.0)			
		調整済み残差	1.5	-1.5				
		度数	103 (45.2)	125 (54.8)	228 (100.0)			
判断基準 n=230	もっている	度数	83 (44.9)	102 (55.1)	185 (100.0)	0.739		
		調整済み残差	-0.5	.5				
	もっていない	度数	22 (48.9)	23 (51.1)	45 (100.0)			
		調整済み残差	.5	-0.5				
		度数	105 (45.7)	125 (54.3)	230 (100.0)			

無回答は除く  
χ<sup>2</sup>検定

### 3) 肺炎クリティカルパスの有無との関連

排泄自立ケア実施の有無と肺炎クリティカルパスの有無についてみると、排泄自立ケア実施群は、肺炎クリティカルパスが「存在する」が7名(5.7%)、「存在しない」が116名(94.3%)であった。

一方で、排泄自立ケア非実施群は、肺炎クリティカルパスが「存在する」が6名(5.6%)、「存在しない」が102名(94.4%)であった。

排泄自立ケア実施群、非実施群の2群と肺炎クリティカルパスとの比較を検討した結果、有意差はみられなかった。

排泄用具を選択する判断基準の有無と肺炎クリティカルパスの有無についてみると、判断基準をもっているものは、肺炎クリティカルパスが「存在する」9名(4.8%)、「存在しない」が178名(95.2%)であった。

一方で、判断基準をもっていないものは、肺炎クリティカルパスが「存在する」が4名(8.7%)、「存在しない」が42名(91.3%)であった。

排泄用具選択の判断基準をもっているもの、もっていないものの2群と肺炎クリティカルパスとの比較を検討した結果、有意差はみられなかった(表20)。

表20 排泄自立ケア実施・排泄用具の判断基準と肺炎クリティカルパスの有無について

			存在しない		存在する		合計		p値
排泄ケア実施 n=231	実施群	度数	116	(94.3)	7	(5.7)	123	(100.0)	1.000
		調整済み残差		.0		.0			
	非実施群	度数	102	(94.4)	6	(5.6)	108	(100.0)	
		調整済み残差		.0		.0			
			218	(94.4)	13	(5.6)	231	(100.0)	
判断基準 n=233	もっている	度数	178	(95.2)	9	(4.8)	187	(100.0)	0.293
		調整済み残差		1.0		-1.0			
	もっていない	度数	42	(91.3)	4	(8.7)	46	(100.0)	
		調整済み残差		-1.0		1.0			
			220	(94.4)	13	(5.6)	233	(100.0)	

無回答は除く

$\chi^2$ 検定

### 3) 老年看護学履修の有無との関連

排泄自立ケア実施の有無と老年看護学履修の有無についてみると、排泄自立ケア実施群は、老年看護学履修「あり」85名（80.2%）、「なし」が21名（19.8%）であった。

一方で、排泄自立ケア非実施群は、老年看護学履修「あり」79名（78.2%）、「なし」が22名（21.8%）であった。

排泄自立ケア実施群、非実施群の2群と老年看護学履修の有無との比較を検討した結果、有意差はみられなかった。

排泄用具を選択する判断基準の有無と老年看護学履修の有無についてみると、判断基準をもっているものは、老年看護学履修「あり」128名（76.6%）、「なし」が39名（23.4%）であった。

一方で、判断基準をもっていないものは、老年看護学履修「あり」が37名（90.2%）、「なし」が4名（9.8%）であった。

排泄用具選択の判断基準をもっているもの、もっていないものの2群と老年看護学履修の有無との比較を検討した結果、有意差はみられなかった（表21）。

表21 排泄自立ケア実施・排泄用具の判断基準と老年看護学履修について

			履修なし	履修あり	合計	p値
排泄ケア実施 n=207	実施群	度数	21 (19.8)	85 (80.2)	106 (100.0)	0.735
		調整済み残差	-0.3	.3		
	非実施群	度数	22 (21.8)	79 (78.2)	101 (100.0)	
		調整済み残差	.3	-0.3		
			43 (20.8)	164 (79.2)	207 (100.0)	
判断基準 n=208	もっている	度数(%)	39 (23.4)	128 (76.6)	167 (100.0)	0.056
		調整済み残差	1.9	-1.9		
	もっていない	度数(%)	4 (9.8)	37 (90.2)	41 (100.0)	
		調整済み残差	-1.9	1.9		
			43 (20.7)	165 (79.3)	208 (100.0)	

無回答は除く

χ<sup>2</sup>検定

## 5. 身体的自立にむけた計画と自立を取り戻すことの徹底について

身体的自立にむけた計画の有無と病棟での自立を取り戻すことの徹底についてみると、自立にむけた計画が存在するものは、病棟での自立を取り戻すことを「やや徹底している」が 49 名 (39.2%) と最も多く、次いで「どちらともいえない」35 名 (28.0%)、「あまり徹底していない」20 名 (16.0%)、「徹底している」17 名 (13.6%)、「徹底していない」4 名 (3.2%) であった。

一方で、自立にむけた計画が存在しないものは、病棟での自立を取り戻すことを「やや徹底している」44 名 (41.9%) と最も多く、次いで、「どちらともいえない」が 32 名 (30.5%)、「あまり徹底していない」25 名 (23.8%)、「徹底している」4 名 (3.8%)、「徹底していない」0 名 (0.0%) であった。

身体的自立にむけた計画の有無の 2 群と病棟での自立を取り戻すことの徹底について比較を検討した結果、身体的自立にむけた計画が存在すると、自立を取り戻すことを徹底しているものの割合が高く、有意差がみられた ( $p < .05$ ) (表 22)。

表22 身体的自立にむけた計画の有無と自立ケア実施について

		徹底していない	あまり徹底していない	どちらともいえない	やや徹底している	徹底している	合計	p値		
自立計画 n=230	存在する	度数	4 (3.2)	20 (16.0)	35 (28.0)	49 (39.2)	17 (13.6)	125 (100.0)	0.019	
		調整済み残差	1.8	-1.5	-4	-4	2.6			
	存在しない	度数	0 (0.0)	25 (23.8)	32 (30.5)	44 (41.9)	4 (3.8)			105 (100.0)
		調整済み残差	-1.8	1.5	4	4	-2.6			
		4 (1.7)	45 (19.6)	67 (29.1)	93 (40.4)	21 (9.1)	230 (100.0)			

無回答は除く

Fisherの直接確率法

## 6. 排泄用具を切替える判断基準となる項目と目安の関連

判断基準を持っていると答えた 188 名から回答に欠損のなかった 179 名を分析対象とした。判断基準となる項目と目安の特徴を探るため、判断基準となる項目（22 項目）と判断基準の目安（5 段階評価）のクロス集計表すなわち（判断基準項目）×（判断基準目安）行列を作成した（資料 7）。また、今回、排泄用具を切替える判断基準となる項目間と判断基準の目安の関係を分析することを目的とし、コレスポンデンス分析を用いて行要素と列要素の因果関係を空間の距離に置き換え、要素間の関連について分析を行った。

### 1) おむつ内排泄から便器・尿器に切替える判断基準となる項目間と目安の関連

#### (1) 便器・尿器へ切替える判断基準となる項目と目安の特徴

特徴は、【全くそう思わない】は「下剤の使用がない」41 人（22.9%）、「独歩」29 人（16.2%）、【あまりそう思わない】は「下剤の使用がない」73 人（40.8%）、「栄養状態が改善」65 人（36.3%）、【どちらともいえない】は「今までの経験的な感覚」60 人（33.5%）、【ややそう思う】は「転帰」88 人（49.2%）、「尊厳の保持」87 人（48.6%）、【非常にそう思う】は「便・尿意がある」123 人（68.7%）、「症状の安定」94 人（52.5%）であった。

#### (2) 便器・尿器へ切替える判断基準となる項目間と判断基準の目安の関係

得られた次元 1 と次元 2 を用いて布置図を示した。次元 1 は固有値 0.219（寄与率 74.8%）、次元 2 は固有値 0.058（寄与率 20.0%）であった。第 2 次元までを採用し寄与率 94.7%だった（表 23）。

表23 おむつ内排泄から便器・尿器のコレスポンデンス分析結果

次元	特異値	固有値	カイ2乗	有意確率	イナーシャの寄与率	
					説明	累積
1	0.468	0.219			0.748	0.748
2	0.241	0.058			0.200	0.947
3	0.097	0.009			0.032	0.980
4	0.077	0.005			0.020	1.000
合計		0.293	1153.984	0.000a	1.000	1.000



【全くそう思わない】および【あまりそう思わない】は「下剤の使用がない」「栄養状態が改善」「摂食行動が自立」、【どちらともいえない】は「経験的な感覚」、【ややそう思う】は「失禁回数が少ない」「排泄リズムが確立」「本人の希望」「転帰」「治療内容の変更」、【非常にそう思う】は「便・尿意がある」「立位保持可能」「座位保持可能」「活動力の上昇」「症状の安定」の位置関係が近くに布置されていた（図2）。

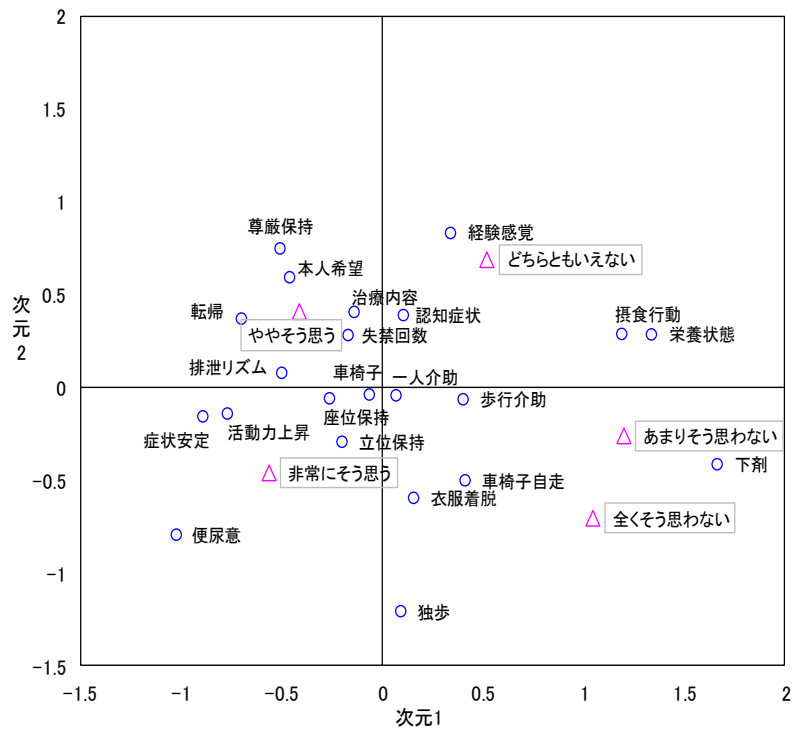


図2 おむつ内排泄から便器・尿器の判断基準の目安と判断基準となる項目の関係(同時布置図)

## 2) 便器・尿器からポータブルトイレに切替える判断基準となる項目間と目安の関連

### (1) ポータブルトイレへ切替える判断基準となる項目と目安の特徴

特徴は、【全くそう思わない】は「下剤の使用がない」35人(19.6%)、【あまりそう思わない】は「下剤の使用がない」53人(29.6%)、「摂食行動が自立」47(26.3%)「栄養状態が改善」45人(25.1%)、【どちらともいえない】は「経験な感覚」58人(32.4%)、「栄養状態が改善」58人(32.4%)、【ややそう思う】は「尊厳の保持」79人(44.1%)、「転帰」78人(43.6%)、【非常にそう思う】は「座位保持可能」117人(65.4%)、「立位保持可能」115人(64.2%)であった。

### (2) ポータブルトイレへ切替える判断基準となる項目間と判断基準の目安の関係

得られた次元1と次元2を用いて布置図を示した。次元1は固有値0.216(寄与率82.3%)、次元2は固有値0.034(寄与率13.1%)であった。第2次元までを採用し寄与率95.3%だった(表24)。

表24 便器・尿器からポータブルトイレのコレスポネンス分析結果

次元	特異値	固有値	カイ2乗	有意確率	シャの寄与率	
					説明	累積
1	0.464	0.216			0.823	0.823
2	0.185	0.034			0.131	0.953
3	0.093	0.008			0.033	0.987
4	0.059	0.003			0.013	1.000
合計		0.262	1034.505	0.000a	1.000	1.000

【全くそう思わない】および【あまりそう思わない】は「下剤の使用がない」、【どちらともいえない】は「経験的な感覚」「栄養状態が改善」「認知症状がない」、【ややそう思う】は「本人の希望」「排泄リズムが確立」「治療内容の変更」「転帰」「尊厳の保持」「看護師一人でトイレ介助可能」「失禁回数が少ない」「活動力の上昇」、【非常にそう思う】は「立位保持可能」「便・尿意がある」「症状の安定」「座位保持可能」の位置関係が近くに布置されていた（図3）。

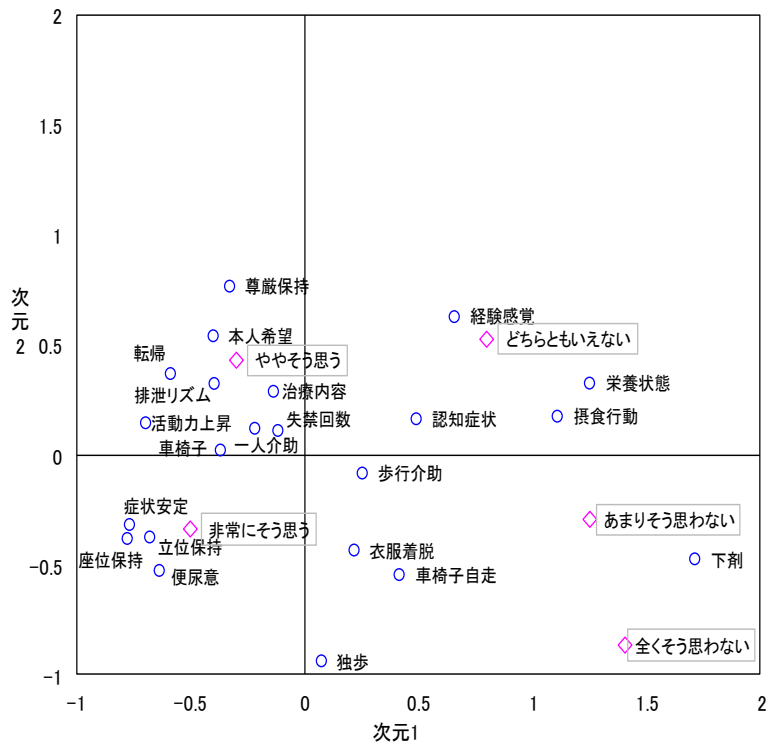


図3 便器・尿器からポータブルトイレの判断基準の目安と判断基準となる項目の関係(同時布置図)

### 3) ポータブルトイレからトイレに切替える判断基準となる項目間と目安の関連

#### (1) トイレへ切替える判断基準となる項目と目安の特徴

特徴は、【全くそう思わない】は「下剤の使用がない」29人(16.2%)、【あまりそう思わない】は「下剤の使用がない」56人(31.3%)、【どちらともいえない】は「下剤の使用がない」59人(33.0%)、「栄養状態が改善」56人(31.3%)、【ややそう思う】は「治療内容の変更」61人(34.1%)、「尊厳の保持」59人(33.0%)、【非常にそう思う】は「便・尿意がある」124人(69.3%)、「活動力の上昇」118人(65.9%)、「座位保持可能」118人(65.9%)であった。

#### (2) ポータブルトイレへ切替える判断基準となる項目間と判断基準の目安の関係

得られた次元1と次元2を用いて布置図を示した。次元1は固有値0.221(寄与率86.0%)、次元2は固有値0.028(寄与率11.2%)であった。第2次元までを採用し寄与率97.3%だった(表25)。

表25 ポータブルトイレからトイレのコレスポネンス分析結果

次元	特異値	固有値	カイ2乗	有意確率	イナーシャの寄与率	
					説明	累積
1	0.470	0.221			0.860	0.860
2	0.170	0.028			0.112	0.973
3	0.065	0.004			0.016	0.990
4	0.051	0.002			0.010	1.000
合計		0.256	1011.962	0.000a	1.000	1.000

【全くそう思わない】および【あまりそう思わない】は「下剤の使用がない」、【どちらともいえない】は「経験的な感覚」「栄養状態が改善」「摂食行動が自立」、【ややそう思う】は「尊厳の保持」「本人の希望」「治療内容の変更」「転帰」、【非常にそう思う】は「立位保持可能」「座位保持可能」「活動力の上昇」「便・尿意がある」「排泄リズムが確立」「看護師一人でトイレ介助可能」の位置関係が近くに布置されていた（図4）。

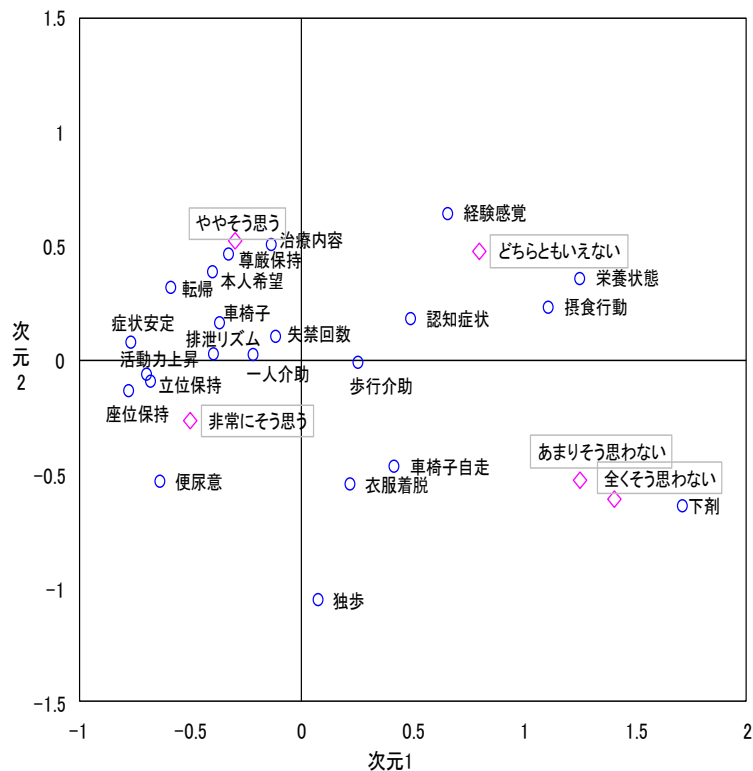


図4 ポータブルトイレからトイレの判断基準の目安と判断基準となる項目の関係(同時布置図)

全ての布置図に共通して判断基準の目安は、負の領域に【非常にそう思う】、【ややそう思う】といった判断基準の目安となるもの、正の領域に【どちらともいえない】、【あまりそう思わない】、【まったくそう思わない】といった判断基準の目安とならないものが布置されていた。次元2については、特徴的なものはみられなかった。

また、「独歩」はどの判断基準の目安からも最も離れた位置に布置されており、「衣服の着脱が自立」「車椅子自走可能」も5つの判断基準から離れた位置に布置されていた。

#### IV. 考察

本研究は急性期病棟の看護師が実施する高齢肺炎患者の排泄ケアの実態と、排泄用具を選択する際に急性期病棟看護師はどのような項目を目安に排泄用具の切り替えを行っているのか、どのような項目が目安にならないと判断しているのか項目と目安との関連についてコレスポンデンス分析を行った。この分析では、排泄自立にむけて排泄用具を選択する際に看護師が重視するアセスメント項目を明らかにすることを目標とした。

今回の調査の結果、DPC 対象病院「機能評価係数Ⅱ」に属する全 99 施設を対象としたが、回答が 23 施設（回収率 23.2%）と半数を下回った結果であった。DPC 対象病院を対象施設として調査を行っている先行研究と比較した結果、本研究と同様に 23～25 施設を対象として研究が行われ、急性期病院におけるリハビリテーションの現状や、医療の質について明らかにされていた<sup>40,41)</sup>。本研究も対象施設は 23 施設と限られているが、急性期病棟の現状を反映できる結果であったと考える。また、調査対象の母集団を 2000 名と予測し、今回の調査の結果、234 名（有効回収率 33.2%）より回答を得た。この結果は、信頼水準が 95%、標本誤差が 6%であり、母集団を説明できるサンプルサイズであったと考える。そのため、本研究結果から急性期病棟看護師が排泄自立ケアを実施するための課題と看護支援のあり方について考察を行った。

急性期病棟で高齢肺炎患者の自立を取り戻すケアを徹底している率は、「やや徹底している」、「徹底している」合わせて 48.7%であった。身体的自立にむけた計画が存在する率は 54.3%であり、約半数の病棟では高齢肺炎患者の自立にむけたケアの実施が行われていなかった。また、排泄自立にむけたケアを実施しているものの率は、「やや実施している」、「実施している」合せて 52.8%、排泄用具を選択する判断基準をもっているものの率は 80.6%であり、高齢肺炎患者の排泄自立にむけたケアの実施において排泄用具の判断基準は有してはいるが、それが実施につながっているとは言い難い結果となった。

高齢肺炎患者の日常生活動作に関する先行研究では、高齢肺炎患者が寝たきりになる平均安静臥床期間は約 2 週間で<sup>42)</sup>、歩行能力の低下は在院日数の延長や退院後の生活の質の低下を引き起こすことが明らかになっており<sup>43)</sup>、急性期病院から高齢者の自立にむけた介入を行っていかないと、退院時に“疾病は治癒したが、寝たきりになった”と副次的悪化が引き起こされ、高齢者の

生活の質は脅かされることとなる。そのため、急性期病院では疾病治癒と自立の同時達成を目標として介入していくことが必須であり、高齢者看護において非常に重要な課題であるといえる。特に、自宅生活の中でも他人に依存しにくい『排泄』は、高齢者の自立と尊厳にとって大きな鍵となる。

本調査において、おむつを使用する判断基準において「業務上の都合」とすると回答したものはいなかった。また、排泄用具を切替える判断基準の目安となる項目の「尊厳の保持」、「本人の希望」といった倫理的配慮の特徴は、【おむつから便・尿器】、【便・尿器からポータブルトイレ】の排泄用具の切替えて“ややそう思う”は4割を超え、【ポータブルトイレからトイレ】では“非常にそう思う”は5割を超えていた。排泄用具が自立に切替わるほど、倫理的配慮の項目の割合が高くなっていった。また、判断基準の目安との関連においても、【おむつから便・尿器】、【便・尿器からポータブルトイレ】の排泄用具の切替えて“ややそう思う”の近くに「本人の希望」が、【ポータブルトイレからトイレ】では“ややそう思う”の近くに「尊厳の保持」が布置されていた。急性期病棟看護師は排泄用具を切替えていく際、患者の希望に沿って排泄用具を選択し、トイレでの排泄によって尊厳が保持されると捉えていることが推察された。

しかし、前述した通り、本研究結果において排泄の自立に向けたケアの実施は十分になされているとは言い難い結果であった。老年看護学教育で広く用いられているテキストではいずれも最初に排泄の意義について述べており、高齢者にとって排泄とは身体的、心理的側面と共に重要な行動であり、排泄ケアは高齢者の尊厳に関わる重要な援助であると述べている<sup>44,45)</sup>。排泄は日常生活において欠くことのできない生活行為であり、入院したことでADLが低下し、排泄を人に委ねなければならないことは高齢者にとって尊厳を欠く行為になる。看護師はその倫理的配慮について理解があることは明らかとなったが、高齢者の尊厳は「排泄自立」の達成をもって保障できるものである。少しでも患者自身で排泄行動がとれるようリスク管理をしながら早期に自立に向けたケアの介入をする責任があるといっていだろう。

以上、量的調査の結果を基に、急性期病棟で排泄自立ケアを実施するための看護支援のあり方について考察する。

## 1. 病棟での自立支援の実施と自立にむけた計画・排泄自立ケア実施との関連

本研究結果において自立支援を徹底して実施している病棟では、身体的自立にむけた計画が存在し、排泄自立ケアを実施しているものと有意な関連がみられた。排泄ケア計画をチームで検討し、業務に組み込まれた排泄ケアは確実に実施されていたとの報告もあり<sup>46)</sup>、身体的自立にむけた計画の存在が病棟においての自立支援の実施につながることで、病棟全体で自立支援を実施することで個々の意識が向上し、排泄自立ケアの実施につながることを示唆された。

では、急性期病棟看護師は何を基準に排泄自立ケアの実施を決定しているのだろうか。入院された高齢肺炎患者の重症度の判断は「呼吸状態」(95.7%)、「酸素投与」(93.6%)が上位を占め、ついで「検査データ」(74.6%)、「高体温」(60.1%)が判断基準として高い割合を占めていた。おむつを使用する判断基準について、優先度1位で上位を示したものは、「呼吸状態」(27.7%)であった。排泄用具を切替える判断基準の目安となる項目においても、【おむつから便・尿器】、【便・尿器からポータブルトイレ】、【ポータブルトイレからトイレ】の全ての切替えにおいて、「症状の安定」は“非常にそう思う”が5割程度であり、排泄用具を切替えていく際の目安となっていた。また、判断基準の目安との関連においても、“非常にそう思う”の近くに布置されており、「症状」は排泄自立ケアを行う上で重要なアセスメントになっていることが推察された。

また、排泄用具を切替える判断基準の目安となる項目について、【おむつから便・尿器】、【便・尿器からポータブルトイレ】、【ポータブルトイレからトイレ】の全ての切替えにおいて、「立位保持可能」、「座位保持可能」、「活動力の向上」といった身体的動作は“非常にそう思う”が5割程度であり、排泄用具を切替えていく際の目安となっていた。とくに、排泄用具が【ポータブルトイレからトイレへ】と切替わる際は、6割を超えていた。また、判断基準の目安との関連においても、トイレへと切り替わるにつれ“非常にそう思う”の近くに布置されていた。これらの結果から、多様な肺炎患者の病態が排泄自立ケアの早期介入に影響を与え、急性期病棟看護師は症状が安定してから身体的動作をアセスメントしながらケアを実施していることが推察された。

松本らは、看護職の考える高齢者の自立は「ADL」と連動させた中で自立と捉えているとし、その意識は高いと述べている。また、その一方で、看護師の高齢者の自立についてのイメージ研究では、看護が治療の介助や医療技術に追われ、それを的確に捉え、計画として介入するところ



まで結びついていないことが明らかにされていた<sup>47)</sup>。しかし、湯野らは<sup>48)</sup>、循環動態や呼吸状態が安定するまで安静を要し早期離床がパターン化されにくい高齢患者に対し、一番身近で生活機能を支えている看護師が、医師や理学療法士など多職種と協同しながら段階的な離床を意図的に行っていく援助を検討することが必要であると述べており、症状のリスク管理を行いながらも早期に自立にむけた介入が必要であるといえる。その際、肺炎患者に対して体温を基準として肺炎の病態が改善に向かうと同時に呼吸理学療法を早期に開始することで、廃用症候群の予防に効果があるが、理学療法だけでなく病棟で継続した関わりが必要であるとの報告があり<sup>49)</sup>、今後、急性期病棟看護師が排泄自立にむけてケアの介入を行っていくにあたり、離床が容認可能となる肺炎症状の判断基準を明確化し、症状に合わせて排泄ケアが実施できるようなケア計画の必要性が示唆された。

## 2. 排泄自立にむけた基本ケアの継続教育

竹内は<sup>50)</sup>、要介護者の自立に欠かせない4つの基本ケアとして「水分、食事、排便、運動」を挙げている。【運動】については、排泄用具を選択する目安の項目として「立位保持」や「座位保持」が“非常にそう思う”の近くに布置されていた。看護師は、排泄用具を自立にむけて切替えていくためには、日常生活動作を向上させていくことの必要性を認識していることが示唆された。しかし、「独歩」については、各排泄用具の切替えに共通して、どの目安からも離れた位置に布置されていた。退院時に排泄自立を目指すためには、早期に座位から歩行までを達成させなければならないが、前述した通り「立位保持」までは排泄用具を選択する目安として重要であると認識しているが、歩行までの概念を持ち合わせているとは言い難い結果であった。【食事】、【排便】については、【おむつから便・尿器】、【便・尿器からポータブルトイレ】、【ポータブルトイレからトイレ】の全ての切替えにおいて、「下剤」、「栄養状態」、「摂食行動」は、“あまりそう思わない”、“全くそう思わない”の近くに布置されていた。

要介護状態が重度な施設では、口腔機能低下による食形態の軟食化が栄養状態の低下に影響し、栄養状態の低下が歩行能力の低下に影響していることや<sup>51)</sup>、高齢肺炎患者のADL低下に影響する要因の一つに退院時栄養経路<sup>52)</sup>や栄養状態<sup>53)</sup>があるなど、日常生活動作と栄養、摂食行動は密接な関係があり、排泄自立にむけて栄養状態を考慮しながらアプローチしていくことは必須であるといえる。

【排便】では、下剤の内服と下痢症状との関連において、下剤を内服して下痢がある者は便秘症状が改善しないことが明らかとなっており<sup>54)</sup>、下剤は、要介護高齢者の排便リズムを乱すといわれ、便意との関連も示されている<sup>55)</sup>。本調査において、おむつを使用する判断基準の優先度1位に「便意・尿意がない」(26.1%)が上位を示していた。また、排泄用具を切替える判断基準の目安となる項目においても、【おむつから便・尿器】、【便・尿器からポータブルトイレ】、【ポータブルトイレからトイレ】の全ての切替えにおいて、「便尿意がある」は“非常にそう思う”が5割程度であり、排泄用具を切替えていく際の目安となっていた。また、判断基準の目安との関連においても、“非常にそう思う”の近くに布置されていた。つまり、急性期病棟看護師は、排泄自立にむけたケアにおいて「便尿意」をアセスメントすることの重要性は認識していることが推察さ

れた。排泄自立には、排泄リズムを整えることは大変重要であるが、下剤の使用が排便リズムを乱し、便意を消失させ、その結果が排泄自立を遠ざけているという排便リズムと下剤の関係については理解できていないことが示唆された。

このように、排泄自立にむけて援助技術だけを習得するのではなく、自立支援の基本要素を含んだ教育が必要であることが示唆された。

今回、1990年のカリキュラム改正によって、臨床場面から生活の場を見据えた老年看護の展開方法が含まれた老年看護学を履修しているものは、排泄自立ケアをより実施しているのではないかと仮説を立てたが、結果は年齢が高く、経験年数が長い看護師のほうが排泄用具を選択する判断基準をもっていた。専門的自立性と最も関係があるのは経験年数で、「看護の実践能力」「看護の展開能力」「アセスメント能力」「自立的判断能力」「予測能力」すべてにおいて経験年数の長いもののほうが有意に平均点は高く<sup>56)</sup>、職業として看護経験を積むことや、役割として高齢者を世話することによって、高齢者の自立に着目することができるようになることが明らかになっている<sup>57)</sup>。本研究も経験年数が長いもののほうが排泄用具切替える判断基準を有しており、それを支持する結果となった。つまり、疾患治療が優先され業務が煩雑化されている中、新人看護師にとって高齢者の個別性を捉え、その人にあった排泄ケアを展開していくことが困難なことが示唆された。生活援助に対する教育は看護教育のみで完結されるものではなく、現任教育においても継続して高齢者を生活者として捉え、援助していく方法についても教育していくことの必要性が示唆された。

本研究では、水分についての看護師の認識については調査できなかったため、今後は急性期病棟看護師が排泄自立にむけて【水分】についてどのような認識を持っているか、調査することが課題である。

## 第4章

### 急性期病棟看護師の自立支援、排泄自立ケアの認識と具体的な実施内容（研究2）

#### I. 研究目的

本研究は、急性期病棟の看護師が高齢患者の自立支援、排泄自立ケアをどのように認識し、その認識が具体的な実施につながっているのか、また、高齢肺炎患者の排泄自立ケアの具体的な実施内容を看護師の思いも含めてインタビュー調査から詳細に探ることを目的とする。

#### II. 研究方法

##### 1) 研究デザイン

質的帰納的記述研究。本研究は、急性期病棟看護師が自立支援、排泄自立ケアについてどのように認識しているのか、高齢肺炎患者に対して排泄自立ケアを実施する際に、どのような思いを抱きながら実践しているのかを、研究協力者の語りから内容を詳細に明らかにすることであり、質的帰納的記述研究が本研究の目的に適していると考えた。質的帰納的記述研究は、目の前の環境に手を加えることなく、非実験的な研究手法によって関心のある現象や状況に迫りゆくアプローチ法である<sup>58)</sup>。

##### 2) 研究協力者

研究1の量的研究調査で同意が得られた急性期医療機関23施設の中から2施設、3病棟を選択し、本研究に同意の得られた呼吸器内科病棟に勤務する看護師17名（1病棟6名程度）を対象とした。経験年数別に、新人看護師（1～3年未満）、中堅看護師（3年以上～6年未満）、ベテラン看護師（6年以上）をそれぞれ看護師長より選定していただき紹介を受けた。経験年数が均等になるよう選定を配慮した理由は、研究1で看護師経験年数により排泄用具を選択する判断基準に有意な差が見られたことから、データの結果に偏りが無いよう配慮し、最大多様性抽出を行った。

### 3) データ収集

インタビューガイドに基づき個別に半構造化面接を行った。インタビューは対象施設よりプライバシーが保護される個室をお借りして実施した。面接時間は 50 分以内、面接回数は 1 人 1 回とした。許可を得て ICレコーダーに録音した。

調査内容は属性；研究参加者の年代、性別、学歴、職位、現病棟での経験年数、看護師経験年数について調査した。インタビュー内容は「急性期病棟の看護師が捉える高齢患者の自立支援、排泄自立ケアの認識」「高齢肺炎患者の排泄自立ケアの具体的な実施内容」の 2 点について主にインタビューを行った。インタビューガイドを作成するにあたり、急性期病棟看護師 2 名に対してプレテストを行った。調査期間は、平成 29 年 3 月末～5 月であった。

### 4) データ分析

本研究で得られた 17 名の面接内容を全て逐語録に起こした。逐語録を丁寧に繰り返し読み、研究協力者の語り全体の文脈に留意しながら、「急性期病棟看護師の自立支援、排泄自立ケアの認識」と「排泄自立ケアの具体的な実施内容」、「援助する上で抱いている思い」を述べていると思われる部分を中心に抜き出した。文脈の意味を変えない程度に要約し、コード化した。次に、コードの類似性と相違性を比較しながら類型化し、複数のコードが集まったものに統一コードとしてふさわしい名前をつけて概念の抽象度を上げ、サブカテゴリー、カテゴリーを生成した。本研究は、急性期病棟看護師の排泄自立ケア実施時の具体的な実施内容や思いの本質を明らかにするため、通念や既成概念にとらわれず、混沌とした現状の中からカテゴリーを見いだしていった。

データ分析の信頼性と妥当性を高めるために、本研究は 3 名の研究者間で分析過程を共有し、繰り返し確認と検討を行いながらすすめた。また、分析の全過程において医学および医療福祉学の指導者によるスーパーバイズを継続的に受けて解釈を行った。

## 5) 倫理的配慮

本研究は国際医療福祉大学研究倫理審査委員会(承認番号 16-Ig1-143)の承認を得て実施した。

施設長に対しては施設長用依頼文書(資料 8)を、看護部長に対しては看護部長用依頼・説明文書(資料 9)を用いて調査の目的、方法、倫理的な配慮について研究代表者が口頭にて説明を行い、理解と了解を得た。研究協力者に対しては、調査の目的、倫理的な配慮について調査協力者用依頼・説明文書(資料 10)を用いて口頭にて説明を行った。

施設からの調査への協力は同意書(資料 11)の提出によって同意を得た。調査に協力するか否かは施設側が随時選択でき、それによって一切の不利益が生じることはない。また、一旦は調査の協力を了解した後でも、同意撤回書(資料 12)の提出によってアンケート分析終了までは協力を撤回できることを口頭にて説明を行った。研究の協力を撤回した場合でも、一切の不利益が生じないことを保障した。研究協力者からは、協力者用同意書(資料 13)の提出によって同意を得た。調査に協力するか否かは研究協力者が選択でき、それによって一切の不利益が生じることはない。また、一旦は調査の協力を了解した後でも分析終了までは協力者用同意撤回書(資料 14)の提出によって協力を撤回できる。研究の協力を撤回した場合でも、一切の不利益が生じないことを保障した。

インタビューの日時については、研究協力者が都合のよい日時を選定し、業務等に支障がないよう配慮を行った。研究協力者の同意を得てインタビューガイドに沿って(資料 15)インタビューを行った。

情報管理については、個人が特定できないよう ID 番号に置き換えて管理した。ただし、年齢、職種、経験年数等の個人属性より個人が推測できる可能性も含まれるため、施設と個人が特定されない形式にした後、分析を行った。電子データはパスワードを設定した USB メモリに保管した。USB メモリ、調査用紙の保管は、学術雑誌への論文掲載等の完了から 10 年間、研究代表者が施錠できる保管庫等にて責任を持って保管し、その後、破棄する。データ入力には業務委託を行ったため、秘密保持契約書を締結した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 研究協力者の概要

研究協力者は 17 名であり、看護師経験年数別による内訳は、新人看護師（1～3 年未満）が 3 人、中堅看護師（3 年以上～6 年未満）が 9 人、ベテラン看護師（6 年以上）が 5 人であった。看護師経験年数の中央値は 3（2～33）年、現病棟での勤務年数の中央値は 3（1～9）年であった。研究協力者の年齢は、20 歳代から 50 歳代であり、性別は全て女性であった（表 26）。本研究の説明後、同意を得てからインタビューを開始し、録音を行った時間の中央値は、15.24（9.4～25.03）分であった。

表26 研究協力者の概要

ID	年齢	性別	看護師 経験年数	現病棟 経験年数	卒業課程	役割
A	50歳代	女	33	1	看護系大学院	師長
B	20歳代	女	2	2	看護専(5)	スタッフナース
C	30歳代	女	16	7	看護専門	チームリーダー
D	20歳代	女	2	2	看護系大学	スタッフナース
E	20歳代	女	3	3	看護系大学	スタッフナース
F	20歳代	女	3	3	看護系大学	チームリーダー
G	20歳代	女	3	3	看護系大学	チームリーダー
H	20歳代	女	8	1	看護専(5)	スタッフナース
I	20歳代	女	4	4	看護系大学	チームリーダー
J	20歳代	女	3	3	看護系大学	スタッフナース
K	20歳代	女	4	4	看護系大学	チームリーダー
L	30歳代	女	11	2	看護専門	チームリーダー
M	20歳代	女	2	2	看護専門	スタッフナース
N	40歳代	女	17	9	看護専門	チームリーダー
O	20歳代	女	5	5	看護専門	チームリーダー
P	20歳代	女	3	3	看護専門	スタッフナース
Q	20歳代	女	3	3	看護専門	スタッフナース

## 2. 分析結果 (資料 16～18)

分析結果は、【 】をカテゴリー、《 》をサブカテゴリー、( )をコード数として示し、説明する。サブカテゴリーの説明は、逐語録から抜粋した看護師の代表的な語りを生データとして“ ”内に斜体として示し、研究協力者を[ ]内に表記する。文脈の前後で分かりにくい語りについては、〔 〕として研究者が補足を行った。

### 1) 急性期病棟看護師の“高齢患者の自立支援の認識”について

分析の結果、“高齢患者の自立支援の認識”として43のコードが抽出され、17の統一コードに集約後、15のサブカテゴリー、9のカテゴリーに分類された(表27)。

9のカテゴリーは、【身体的自立を支援する(20)】【精神的自立を支援する(4)】【社会的自立を支援する(1)】【患者を尊重したケア(2)】【チームワークを高めることで可能(3)】【自立を意識することで可能(3)】【業務優先のため実施は困難(5)】【症状優先のため実施は困難(3)】【高齢者への実施は困難(2)】と命名された。以下に、抽出された9カテゴリーについてそれぞれ説明する。

表27 “自立支援の認識” カテゴリー一覧

【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	(コード数)
【身体的自立を支援する】	《入院前のADLに戻す支援》	2
	《ADL低下を防ぐ支援》	5
	《できる範囲を広げる支援》	9
	《離床を促す支援》	3
	《身体面の支援》	1
【精神的自立を支援する】	《患者が希望することができるようにする支援》	3
	《精神面の支援》	1
【社会的自立を支援する】	《社会的側面を支援する》	1
【患者を尊重したケア】	《患者を一人のひととして考え看護する》	2
【チームワークを高めることで可能】	《チームワークを高めることで可能となる》	3
【自立を意識することで可能】	《自立支援を実践している》	1
	《自立を意識することで可能となる》	2
【業務優先のため実施は困難】	《業務が優先し、自立支援の実施は困難》	5
【症状優先のため実施は困難】	《症状を優先するため自立支援は困難》	3
【高齢者への実施は困難】	《高齢であるため自立支援は困難》	2



## (1) 【身体的自立を支援する (20)】

このカテゴリーは、身体的所作にともなう行動・行為が他者の介在の不要な状態になるよう支援することを意味する。これらは 20 のコード、5 のサブカテゴリーから生成された。

《入院前の ADL に戻す支援》では、“入院前の状況、自立している状況に、できるだけ合わせた ADL というか、自立の状態にできることを支援する[A-Q-1-2]”といった入院前の状況を意識した関わりや“やっぱりもともと歩けた方でしたら、ちょっと病態がよくなってきたら、ちょっとずつでもいいからもとの ADL に戻れるように自立を促していく[O-Q-1-1]”と、もとの ADL に戻せるよう自立を促していく支援をしていくことと認識していた。

《ADL 低下を防ぐ支援》では、“とりあえずこのまま落とさないで、おうちに帰ってもらいたいなという気もある[C-Q-6-2]”と ADL を低下させずに退院するよう支援することや、“入院前の ADL と同じような感じで援助をしていく、なるべく ADL を低下させないようにしていく [Q-Q-1-1]”など、入院前の ADL を意識して、入院中も ADL 低下を防ぐ支援をすることと認識していた。

《できる範囲を広げる支援》では、“できるところは自分でやらしてもらおうというのが一番大きい[H-Q-1-1]”や“自立支援は、日常生活ができるようにというところで、なるべく自分でというところで介助を。なるべくやらしてもらおう[P-Q-1-1]”など、患者のできる能力を広げていく支援であると認識していた。

《離床を促す支援》では、“[自立支援とは] どうかベッドから離れるように支援していく[G-Q-1-3]”とベッドから離れる支援とし、“離床を促していくというのが自立支援[O-Q-1-2]”と臥床の状態から少しずつ離床を促していくことと認識していた。

《身体面の支援》では、“[自立支援とは] その人の状況に合った身体面[I-Q-1-4]”と状況に合わせて身体面を支援することと認識していた。

## (2) 【精神的自立を支援する (4)】

このカテゴリーは、主体的に物事を選択し行動できることを支援することを意味する。これらは4のコード、2のサブカテゴリーから生成された。

《患者が希望することができるようにする支援》では、“患者さんが望んでいることを、患者さんの思っているとおりにできること[C-Q-1-1]”と高齢患者が希望していることが実践できること、“まずは患者さんの希望、例えば家に帰りたいとか、自分はこういうふうに生きたいとか、そういうところに沿った看護というところを考えています[L-Q-1-1]”と患者の希望に沿った看護支援であると認識していた。

《精神面の支援》では、“[自立支援とは] その人の状況に合った精神面[I-Q-1-5]”と状況に合わせて精神面を支援することと認識していた。

## (3) 【社会的自立を支援する (1)】

このカテゴリーは、社会関係において依存や不平等のない、しかも共生できていることを支援することを意味する。これらは1のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《社会的側面を支援する》では、“社会的な側面でシングルマザーで、若くて、入院でとか、そういう感じて、ちょっと金銭面とか、そういう自立が難しいんだったら、そういうところでそういうの[自立支援]を介入[I-Q-1-1]”と、社会において共生できるよう支援することと認識していた。

## (4) 【患者を尊重したケア (2)】

このカテゴリーは、患者を一人のひととして捉え、隔たりなく看護することが自立支援であることを意味する。これらは2のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《患者を一人のひととして考え看護する》では、“一人一人の患者様をみるというのは、慢性期でも急性期でも考えないといけないことなのかなと思うので、何か急性期だからできないではなくて、考えないといけないことなのかなと思います[B-Q-6-1]”と、どのような病期であっても一人のひととして看護することとし、“最後までその人らしくじゃないですけども、やっぱり本

当に年齢層によって看護するあれって違うような気がするんですよ[N-Q-6-2]”と、どのような年齢層であっても隔たりなく看護することであると認識していた。

#### (5) 【チームワークを高めることで可能 (3)】

このカテゴリーは、自立支援を行うためには病棟全体で取り組めるようチームワークを高めることで可能となることを意味する。これらは3のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《チームワークを高めることで可能となる》では、“〔自立支援は〕確かに難しいと思います。でも、だからこそ、やっぱりチームの雰囲気というか、そこのみんなが、やっぱり病棟ごとに、その意識っていうのが、やっぱり何か違うような気がするんですよ[L-Q-6-1]”と、自立支援を行うためには病棟全体で取り組んでいくといった雰囲気作りの必要性について考えていた。

#### (6) 【自立を意識することで可能 (3)】

このカテゴリーは、看護の中で高齢患者の自立を実感することや、意識をして行うことで自立支援は可能となることを意味する。これらは3のコード、2のサブカテゴリーから生成された。

《自立支援を実践している》では、“今まで。皆さん、入院時に比べて自立して、転院なり、退院なりしていつているなという印象のほうが強いので、そうですね、〔難しいとは〕思ったことはなかったです。むしろ、こんなにできなかったのに、こんなにできるようにみんななっているんだという印象のほうが強かったので[D-Q-6-1]”と、入院中に患者が自立性を取戻していく過程に触れることで自立支援は可能であると実感していた。

《自立を意識することで可能となる》では、“難しいこととは思わなくて、やっぱり意識の問題かなという気が。ふだん看護をしていて、急性期で看護をしていても、自立支援ということでは、何かやっぱりいつも、そのことを念頭に置いて、看護をしていれば、〔自立支援の実施は〕別に難しいことでもない[A-Q-6-1]”、“何かそこに〔自立〕注目して、アセスメントをしていたら、〔自立支援の実施は〕できないことではないと思っています [A-Q-6-2]”と、どのような病期であっても看護師が自立支援を意識していれば可能であると捉えていた。

### (7) 【業務優先のため実施は困難 (5)】

このカテゴリーは、業務が多忙なため自立支援の実施は困難であることを意味する。これらは5のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《業務が優先し、自立支援の実施は困難》では、“〔業務が忙しくてできないが〕多分リハ病院とかだと、多分そこも待って、それもリハビリの一つだとかって多分やらせているとはわかってるんですけども、そうですね[H-Q-6-3]”と、急性期病院では業務が忙しく自立支援の実施は困難であると捉えていた。また、“〔自立支援は〕難しいなと思います。忙しい中で、いかに患者さんのことを考えて自分たちが時間をつくって、その自立を促していつてあげるかという時間づくりとか、かかわる時間をどう自分たちで工夫してつくっていくとか、時間があっても入院が来たり、救急があったりしたらそこには行けないし、どうしても部屋持ちの数も少なくはないので、そのナースコール対応に追われてしまったりだとか[O-Q-6-1]”や“やっぱり長期を見ていくと、自立支援を最初から含めて支援していかないと、後々、患者さん、退院が遅くなってということになると思うので。急性期のときから必要だとは思うんですけども、難しいときもあります。難しい理由は、やっぱり時間的なことと[E-Q-6-3]”と、急性期病棟でも自立支援の必要性を感じてはいるが、多忙な中で自立支援を実践する時間を作りだしていくことの難しさを感じていた。

### (8) 【症状優先のため実施は困難 (3)】

このカテゴリーは、急性期という病棟の特徴により入院時はまずは疾患治療を優先するため、自立支援の実施は困難であることを意味する。これらは3のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《症状を優先するため自立支援は困難》では、“〔自立支援は〕難しい。状態にもよるけれども。酸素吸っていたりとかすると呼吸状態、動くので悪くなっちゃったりというのはあるので、なるべくそこには負担をかけないようにというのは必要[P-Q-6-1]”と呼吸状態を優先するため自立支援が困難であると感じていた。“また、やっぱり急性期の患者さんって、生活面より疾患、病状とかに目が行きやすくなってしまうので、なかなか自立支援というふうにはいかないこともある[E-

Q-6-2]”と、急性期病棟では生活面より疾患や病状を優先し、自立支援の可能性を低めていた。

### (9) 【高齢者への実施は困難 (2)】

このカテゴリーは、高齢というだけで自立支援の実施は困難なことを意味する。これらは2のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《高齢であるため自立支援は困難》では、“何か高齢だと、人にもよるんですけども、お家に帰るといふ目標じゃない人、もうお家の人も、例えばこのまま入院したら、次はホームを見つけるとかといふふうになっちゃうと、支援をしても、そんなに協力が得られないというか、患者さん自身も別にできなければできないでやってくれるしとかいうのがあるので、何かそこは〔自立支援は〕やっぱり[C-Q-6-1]”と、高齢者は転帰が施設になることが多いことや、高齢者自身が自立を望まないため支援が困難であると捉えていた。また、“〔自立支援は〕難しいとは思いますが。ご高齢になってくると、今までの過程、生きてきた背景とか、そういうのも踏まえた上で、私たちがかかわらせていただくので[J-Q-6-1]”と、高齢者は生きてきた過程が長くより個別性が強いと、それを把握して支援することは難しいと感じていた。

## 2) 急性期病棟看護師の“高齢患者の排泄自立ケアの認識”について

分析の結果、“高齢患者の排泄自立ケアの認識”として40のコードが抽出され、19の統一コードに集約後、18のサブカテゴリー、10のカテゴリーに分類された(表28)。

10のカテゴリーは、【自然な排泄が行えるよう支援(19)】【尿意の有無で分かれる支援(3)】【症状にあわせた支援(2)】【トイレの習慣化(3)】【患者を尊重したケア(4)】【介護負担が軽減される(5)】【ケアの協力体制が必要(1)】【トイレ誘導により意識が高まる(1)】【実施してしまえば難しくない(1)】【高齢者への排泄自立ケア実施は困難(1)】と命名された。以下に、抽出された10カテゴリーについてそれぞれ説明する。

【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	(コード数)
【自然の排泄が行えるよう支援する】	《入院前の排泄状態に近づける支援》	4
	《トイレでの排泄を目指す》	6
	《おむつからの離脱》	2
	《ベッドから離れた排泄》	1
	《患者自身で排泄行動がとれる》	4
	《患者の現在のADLを把握して支援する》	2
	《尿意の有無に合わせた支援》	3
【尿意の有無で分かれる支援】	《尿意の有無に合わせた支援》	3
【症状にあわせた支援】	《症状にあわせた支援》	2
【トイレの習慣化】	《トイレの習慣化》	3
【患者を尊重したケア】	《患者の意欲を大切にしたり関わり》	1
	《患者を尊重した関わり》	3
【介護負担が軽減される】	《介護負担の軽減につながる》	2
	《排泄自立が転帰を左右する》	2
	《排泄自立ケアが業務負担を軽減》	1
【ケアの協力体制が必要】	《協力体制を整えることが必要》	1
【トイレ誘導により意識が高まる】	《トイレ誘導が排泄自立ケアへの看護師の意識を高める》	1
【実施してしまえば難しくない】	《実施してしまえば難しくない》	1
【高齢者への排泄自立ケア実施は困難】	《高齢であるため排泄自立ケアは困難》	1

## (1) 【自然な排泄が行えるよう支援する (19)】

このカテゴリーは、おむつを使用せず、自分で排泄できるといった自然な排泄が行えるように支援することを意味する。これらは 19 のコード、6 のサブカテゴリーから生成された。

《入院前の排泄状態に近づける支援》では、“やっぱりそれも、その人の入院前の状況に一番近い状態に合わせて、看護として支援することだと思っています[A-Q-2-2]” と、入院前の排泄状況に近づけるよう看護することとし、“病状とか ADL に合わせて、そのまま最終的には家でどうか、もともとの ADL。前とか、そういう来る前のに[D-Q-2-1]” と、病状を考慮しながらも入院前の ADL に戻していく支援と認識していた。

《トイレでの排泄を目指す》では、“多分、自分の行きたいときにというのが難しいと思うので、トイレに行って、用を足してということですかね[E-Q-2-3]” と、全ての排泄行動が患者自身で行えなくても、トイレに行って排泄することの大切さや、“第 1 は、おむつとかを使わずにトイレに行って、排泄ができる[C-Q-2-2]” と、おむつを使用せずトイレで排泄することを支援していくことと認識していた。

《おむつからの離脱》では、“日中だけはパンツに頼らず、普通のパンツ、紙おむつじゃなくて、ショーツ的なのを履いて、もし漏らしてしまったとしても、それをかえていくんですけども、そういう感じで。それとか、余り動けない人はベッドサイドでのお小水ですとか、おむつにすることは、本来の姿ではないというか、できれば避けたい[B-Q-2-1]” や、“もともとトイレに歩けた人はなるべく早くからおむつを離脱というか、なくしていったらいい[O-Q-2-4]” と、できるだけおむつをせずに過ごせるよう支援していくことと認識していた。

《ベッドから離れた排泄》では、“あとはおむつをつけた状態でも、可能ならば、ベッドから離れて排泄ができる[C-Q-2-3]” と、おむつをつけていても、ベッド上ではなく排泄できることが大切と捉えていた。

《患者自身で排泄行動がとれる》では、“トイレに行きたいと思って、トイレに行って、普通に用を足して戻るまで[E-Q-2-2]” や、“排泄の自立ケアは、自分で歩いてトイレに行けるのがゴールかな[H-Q-2-1]” と、自分の行きたいと思ったときに排泄できることを目指すことと認識していた。

《患者の現在の ADL を把握して支援する》では、“[排泄自立ケアとは] その患者さんのまずで

きる、できないを把握した上で、特に安全にも配慮して、今、現在、どこまでできるのかというところですね[L-Q-2-1]”と自然な排泄にむけて排泄行動を把握することの大切さを感じ、“排泄、その人のできる力ですよね。できる排泄行動を、やっぱりちゃんと見極めて、できるところを、持っている力というのですか、そこはやっぱり確認して、伸ばすほうにいければいい[N-Q-2-2]”と、できる力を伸ばしていく支援と認識していた。

## (2) 【尿意有無で分かれる支援 (3)】

このカテゴリーは、尿意の有無により排泄ケアの方法が変わっていくことを意味する。これらは3のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《尿意の有無に合わせた支援》では、“本当に尿意がない患者さんと、また尿意がある患者さんで、また〔排泄自立〕支援の仕方は変わってくると思う[F-Q-2-1]”と、尿意の有無で排泄自立ケアの方法を変更し、“尿意がわかるなら、トイレに促していききたいなというのが一番大きいです[F-Q-2-1]”と、尿意がわかる患者に対してはトイレの促しの援助をすることと認識していた。

## (3) 【症状にあわせた支援 (2)】

このカテゴリーは、急性期病棟という症状が安定しない中で、患者の症状に合わせて排泄援助を行うことを意味する。これらは2のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《症状に合わせた支援》では、“基本的には、本人の呼吸苦とか、そういう状態に合わせて、できるだけトイレに誘導するというのが基本的なベースにはなっている[A-Q-3-1]”と、患者の症状に合わせて排泄の支援を行い、“排泄は、やっぱり熱とかでぐったりとかしていたりすると、おむつの中とか。熱下がってきたりとか、だんだん動けるようになってきたりしたら、なるべく尿瓶を使ったりだとか、もし立って移れるのだったらポータブルとか、だんだんで、最終は室内トイレ使えたらいいというのはあります。〔排泄用具を〕上げていく[P-Q-2-1]”と、状態に合わせて徐々に排泄用具を上げていく支援と認識していた。



#### (4) 【トイレの習慣化 (3)】

このカテゴリーは、トイレ誘導を行うことで排泄習慣を取戻し、自立につなげていくことを意味する。これらは3のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《トイレの習慣化》では、“[排泄自立ケアとは] 時間でトイレに連れていったり、トイレ誘導したり[H-Q-2-2]”や、“どうしても失禁が多くなっちゃう人とかも、少しADLがアップしてきて、少し動けるようになった人とかは、時間、時間で誘導してあげて、そこからトイレが習慣みたいなものをつけて、最初は結構失禁しちゃうことが多かったりとかするんですけども、時間で行くことで失禁しなくなったりとか[I-Q-2-2]”とトイレ誘導することで排泄習慣を取戻し、失禁を減らせていけると認識していた。

#### (5) 【患者を尊重したケア (4)】

このカテゴリーは、排泄とは尊厳に関わる行為であり、本人の意欲や意思を尊重しながら行うケアであることを意味する。これらは4のコード、2のサブカテゴリーから生成された。

《患者の意欲を大切にしたい関わり》は、“[排泄自立ケアとは] あとはご本人のやる気の部分をちょっと、そこを削ってしまわないようにかかわりながらというところ[L-Q-2-3]”と、患者の排泄への意欲を大切にしながら関わるのが大切と考えていた。

《患者を尊重した関わり》では、“排泄の自立、基本、やっぱり排泄自身が本当にやっぱり自分で、個人が一番大事、守りたいところだと思うんですね。やっぱりそこができるというのはベスト[N-Q-2-1]”や、“本人が多分、排泄面って恥ずかしいとか、いろいろあると思うので、本人がどこで、例えば場所とかも、どこでやりたいか、多分、症状とか、状態にもよると思うんですけども、羞恥心とかも考えた上での、本人がどうしたいかをくみ取って、聞くでもいいですけども、くみ取って、それに沿った排泄ケアができるように[K-Q-2-1]”と、排泄は生理的欲求の基本であり、尊厳に関わる行為であることを認識し、そこを大切に看護を行いたいと考えていた。

## (6) 【介護負担が軽減される (5)】

このカテゴリーは、排泄自立は看護業務や家族の介護負担の軽減につながり、今後の転帰を左右する行為であることを意味する。これらは5のコード、3のサブカテゴリーから生成された。

《介護負担の軽減につながる》では、“〔排泄自立ケアとは〕トイレって一日何回もすることだし、やっぱり家に帰ったときも、家族の大きい負担になってしまうので、退院するまでに、必ず、もう失禁じゃなくても、とりあえず尿瓶でもいいから、ちょっとずつ自分で尿意があったときに教えてもらって、少しでもやっぱり自分でとれるという支援ができればいい[G-Q-2-1]”や、“入院して寝たまりの状態の人だと、結構尿意があっても失禁になっちゃう人がいるので、それだとうちに帰っても失禁だと大変なので、なるべく尿意がある人は、尿瓶でとれる人はとったりだとか、自分でやれる人はやってもらうように[Q-Q-2-2]”と、排泄の自立がなされていないことは家族の介護負担になるため、退院時に自分で排泄ができるよう支援することが大切であると認識していた。

《排泄自立が転帰を左右する》では、“やっぱりおむつに、一番悪い状態で入院されてきて、おむつになっちゃって、結局やっぱり多く見るのは、そのおむつのままになってしまって、家ではとても見れないからってなっちゃって施設療養型に行かれるみたいな感じが多いので[O-Q-3-2]”と、入院中に排泄がおむつ内失禁になることは、家族の介護負担を増大させ、在宅復帰を困難にすると感じていた。

《排泄自立ケアが業務負担を軽減》では、“安静度が上がって、動けるようになってもらったほうが、私たちも、確かに(トイレ)介助が少なくなるかなというのがあって[G-Q-3-11]”と、排泄の自立が進むと看護師の介助量が減り、業務負担を軽減すると実感していた。

## (7) 【ケアの協力体制が必要 (1)】

このカテゴリーは、排泄自立ケアを行うためには、協力体制を整えることの必要性について意味する。これらは1のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《協力体制を整えることが必要》では、“〔排泄自立ケアとは〕あとは協力体制を整えるというところ[L-Q-2-2]”と、排泄自立ケアを実施するためには、協力してアプローチしていくことの必

要性を感じていた。

#### **(8) 【トイレ誘導により意識が高まる (1)】**

このカテゴリーは、看護師がトイレ誘導を行っていくことが、排泄自立ケアの意識を高めていくきっかけになることを意味する。これらは1のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《トイレ誘導が排泄自立ケアへの看護師の意識を高める》では、“それよりは、歩いてトイレに行くじゃないんですけれども、車椅子なり何なりトイレに連れて行ってあげるとか、そういうことをやってもらえると、多分トイレに連れていかなきゃなという気が少しあるのかなと。何か、大変だから、この人ポータでいいよみたいな[H-Q-5-2]”と、看護師がトイレ誘導することで、トイレ排泄の意識が高まると感じていた。

#### **(9) 【実施してしまえば難しくない (1)】**

このカテゴリーは、排泄自立ケアはまずは実施してしまうことが大切であり、始めてしまえば難しいことではないことを意味する。これらは1のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《実施してしまえば難しくない》では、“[排泄自立ケアを] もう始めちゃえば、そんなこと[難しく]はないかな[C-Q-4-3]”と、とにかくまずは排泄自立ケアに取り組むことが大切であり、始めてしまえば難しいことではないと捉えていた。

#### **(10) 【高齢者への排泄自立ケア実施は困難 (1)】**

このカテゴリーは、高齢者というだけで排泄自立は困難であると諦めの気持ちを抱いていることを意味する。これらは1のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《高齢であるため排泄自立ケアは困難》では、“[排泄自立ケアの実施は] 難しいとは思いますがけれども、実際にやっています。高齢者、やっぱりどうしても、本当に後期高齢者が多いんですよね。ここ呼吸器内科は。なので、やっぱりADLも低下して、認知機能というか、そういうものがあるので[N-Q-6-1]”と、高齢患者はADLや認知機能が入院により低下しやすく、排泄自立ケアの実施は困難であると感じていた。

### 3) 急性期病棟看護師の“高齢肺炎患者の排泄自立ケアの具体的な実施内容と思い”について

分析の結果、“高齢肺炎患者の排泄自立ケアの具体的な実施内容と実施時に看護師が抱く思い”として 266 のコードが抽出され、80 の統一コードに集約後、43 のサブカテゴリー、15 のカテゴリーに分類された (表 29)。

15 のカテゴリーは、排泄自立ケアの具体的な内容である【職種間で連携してケアを実施 (46)】【身体的自立を目指したケアを実施 (21)】【治療の視点を優先させてケアを実施 (20)】【治療内容と現在の状態を判断しながらケアを実施 (18)】【患者を中心とし尊重したケアを実施 (18)】【看護師が主導となってケアを実施 (17)】【機械的作業としてケアを実施 (12)】【今後の転帰に合わせてケアを実施 (5)】【家族の協力をいかしてケアを実施 (5)】【先輩から学ぶ (5)】、排泄自立ケアを実施する上で看護師が抱く思いを示す【現在の病院システムの問題解決の必要性 (43)】【統一したケアにむけて看護システムのあり方を検討する必要性 (31)】【患者自身の問題で実施は困難 (17)】【患者の希望に添えない排泄ケアを実施する際の葛藤 (7)】【排泄自立ケアの実施は可能 (1)】と命名され、分類できた。以下に、抽出された 15 カテゴリーについてそれぞれ説明する。

表29 “排泄自立ケアの具体的な実施内容と実施する上で抱く思い” カテゴリー一覧

【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	(コード数)		
【職種間で連携してケアを実施】	《多職種と連携して実施する》	24		
	《院内全体で取り組む》	2		
	【身体的自立を目指したケアを実施】	《看護師間で情報交換を行い実施する》	20	
		《患者のADLについて把握する》	7	
		《ADL低下を防ぐために実施》	5	
		《排泄動作を把握する》	2	
		《排泄パターンを把握する》	3	
		《排尿誘導を行う》	1	
		《トイレ排泄を目指してケアを実施》	1	
		《バルーンカテーテルの必要性についてアセスメントする》	2	
		【治療の視点を優先させてケアを実施】	《症状を優先したケアの実施》	5
			《疾患を優先したケアの実施》	2
	《指示を優先したケアの実施》		1	
	《症状・治療を優先したケアの実施》		1	
	【治療内容と現在の状態を判断しながらケアを実施】	《安全面を考慮したケアの実施》	11	
		《治療方針に合わせたケアの実施》	4	
		《症状に合わせたケアの実施》	12	
		《症状について把握する》	2	
		【患者を中心とし尊重したケアを実施】	《患者の意欲を向上させる関わり》	4
			《患者を尊重したケアの実施》	14
【看護師が主導となってケアを実施】		《排泄訴えの有無でケア内容を変更する》	10	
		《看護側の都合で排泄ケアを決定》	6	
【機械的作業としてケアを実施】		《排泄ケアは看護師が実施》	1	
		《機械的作業として業務をこなす》	12	
	【今後の転帰に合わせてケアを実施】	《今後の転帰に合わせて支援》	5	
	【家族の協力を活かしたケアを実施】	《家族の協力を得る》	5	
	【先輩から学ぶ】	《排泄ケアを先輩から学ぶ》	5	
【現在の病院システムの問題解決の必要性】	《看護師間の連携する環境が整っていないため困難》	5		
	《連携が難しく排泄自立ケアは困難》	1		
	《業務量が多く排泄自立ケアは困難》	19		
	《積極的に実施できていない》	4		
	《看護師のマンパワーの確保》	11		
	《病棟構造の限界で実施は困難》	3		
	《看護師の排泄自立に対する認識が低い》	6		
	《誰でも統一したアセスメントができるような工夫が必要》	4		
	《排泄自立に関する教育の欠落》	3		
	《経験によって排泄ケアの内容が異なる》	18		
	【患者自身の問題で実施は困難】	《患者自身の問題で実施が困難》	16	
		《疾患の問題で実施が困難》	1	
		《患者の希望に添えない排泄ケアを実施する際の葛藤》	7	
	【排泄自立ケア実施の可能性】	《排泄自立ケア実施は可能》	1	

## 排泄自立ケアの具体的な実施内容

### (1) 【職種間で連携してケアを実施 (46)】

このカテゴリーは、多職種とカンファレンスなどを行うことで情報共有し、排泄自立ケアに取り組んでいることを意味する。これらは46のコード、3のサブカテゴリーから生成された。

《多職種と連携して実施する》では、“リハビリの方も、リハビリとカンファレンスとかもあるので、どこまでできるかというところ、その動作も確認しながら、みんなで〔排泄自立ケアに取り組んでいる〕[N-Q-3-2]”や、“理学療法士の人が時間に入って来ていて、そのときの記録を見たりとか、あと、会ったときにどれくらい動いているかというのを聞いたりとか。リハビリカンファレンスは週に1回。結構話しかけやすい、リハビリの人も話しかけやすい感じなので、1年目とかでも聞けるかな。話しかけないと、やっぱり聞けないので[P-Q-3-4]”など、リハビリスタッフと現在できている行動を共有しながら排泄自立ケアを実施することが大切であるとしていた。また、“本当にその方々の個々のレベルにもよるとは思うんですけども、なので、そういうほかの職種の方が、介護の技術的なところが、多分、すごく持っていらっしゃる方だと、すごく看護師も助かるのかなって[L-Q-5-3]”と、介護士の協力も排泄自立ケアに繋がっていると実感していた。

《院内全体で取り組む》では、“バルーンに関してだけなんですけれども、週に1回、感染対策という面で。DLC、透析の管が入っていると、あとバルーンが入っている人が、その人たち、本当に必要か、今、抜けないかというようなことを考える日を設けているので、週に1回、そこで考える[E-Q-3-3]”と、院内全体で排泄自立にむけて取り組んでいることを実施していた。

《看護師間で情報交換を行い実施する》では、“カンファレンスとか、普通にふだんの日常生活の中でも、結構、スタッフ同士で声をかけ合っていると思うので、気づいたときに、結構スタッフとして声をかけ合ったりしていると思う[D-Q-3-4]”や、“結構、密に、情報とかも、入院時とかでは余りとれないことも、何か日々ふえていくんですよね、実はこうですよみたいな。なので、そういうところで情報は得て、みんなでも共有している[J-Q-6-3]”など、看護師同士でコミュニケーションを通して患者の排泄行動について情報交換を行っていた。また、“〔継続するために〕あそこ〔カルテ〕を見ながら、勤務の初めに必ず見るところなので、そこに書くようにすれば、みんなが見るので[D-Q-3-6]”と、看護師同士で情報共有できるよう工夫を行っていた。

## (2) 【身体的自立を目指したケアを実施 (21)】

このカテゴリーは、ADL 低下を防ぎ、トイレでの排泄を目指したケアを実施していることを意味する。これらは 21 のコード、7 のサブカテゴリーから生成された。

《患者の ADL について把握する》では、“アセスメント。そこができていないから、何かどこまでできているのかとか把握できていないと、やっぱり [排泄自立を] 促すにも促せないし[M-Q-5-8]”と、排泄自立を実施する際には、きちんと患者の ADL を把握するが必要であると感じていた。また、“ベッドから離床、あまりしない人に対して清拭のときとか、結構、体交とか、自分でごろごろ動けるとか、座るところまでは自分でできるとか、そういう排泄以外でも動いている場面を見た上で、そこまでできるんだなというのを判断しながら、ずっとやっている感じですね[F-Q-5-2]”と、排泄行動だけでなく看護師は全ての ADL の観察を通して、患者のできることを把握していた。

《ADL 低下を防ぐために実施》では、“トイレだけじゃなくて、少し動かしていく中で、それもトイレ行くことも、ちょっと動くことなので、そういうので、[排泄自立にむけたケアに] あるかなとは思うので[I-Q-3-14]”と、トイレでの排泄が ADL 低下を防ぐ行動であることを感じ、“そうですね。無理に言い過ぎても駄目だけれども、でも、やっぱり言うところは言わないと、本人の ADL とかも下がってしまう。できていたことができなくなってしまうとかというのもあるので[D-Q-5-2]”と、高齢患者の残存機能の低下を防ぐために、できることは行ってもらえるよう促しをしながら排泄自立ケアを実施していた。

《排泄動作を把握する》では、“この人ってふだんトイレどうやって行っているんだろうみたいなものがわからないときがあるんですよ。初めて夜勤で入ったときに、結構、入れかわりとかがあるので、長くいる人だったりとかすると、大体みんなトイレって呼んでくれるじゃないですか。行くじゃないですか。[転入してきたばかりだと] あの人は何で移動するんだろうみたいな。大体、酸素つながっているじゃないですか。その人によって安静度って、そのところに、その人の安静度は何々ですと書いてあるわけじゃないので、この人いつもトイレは何で行っているんだろうみたいな感じになって。「どうやって行っています？」と言うと、「いつもここで尿瓶使っているよ」とか、「トイレはポータブルで行っているよ」とか、「介歩で行っているよ」とか、聞いて

行ったりとかしたりとかもするんですよね[I-Q-4-3]”と、なかなか患者の排泄動作が把握できず困難に感じているが、排泄自立にむけて、患者に排泄動作について尋ねるなど工夫し、情報収集を行っていた。

《排泄パターンを把握する》では、“1時間とか2時間ごとに、声かけは必ずやって、タイミングを見ていくとか、多分、聞くだけだと、やっぱり尿意もなかったりするんで、本当は見てというところまでいかないといけないと思うんですけども。患者さんの、それをまず調べるといとか、知るというところ[C-Q-5-7]”と、排泄自立を促していくために、まず患者の排泄パターンを把握して行っていた。

《排尿誘導を行う》では、“じゃあ、あらかじめ時間でちょっとトイレを促して、トイレに連れていける時間に声をかけるとかすれば、できるのかなと思うんですけども、なかなか患者さんも、行きたいときは行きたいです[K-Q-5-1]”と、排尿誘導を行うことで、排泄の自立を促すケアを行っていた。

《トイレ排泄を目指してケアを実施》では、“そうですね…… [空白の時間] 一応、できる限り自然の状態排泄できるようにというようなことを考えて、かかわってはいます[E-Q-3-1]”と、できる範囲で自然な状態で排泄ができるようにケアを行っていた。

《バルーンカテーテルの必要性についてアセスメントする》では、“[排泄自立ケアを実施するには] 早急に要らないバルーンは抜くとか。多分、肺炎とかだと、安静が必要な人とかは多分入っていないといけないと思うので、その安静度が上がってから抜くとか、あとは動けるかとかも見ているんですかね[H-Q-5-4]”と、バルーンカテーテルの必要性をアセスメントし、不必要なバルーンカテーテルを抜去していくことが、排泄自立につながるとし認識し、実践していた。



### (3) 【治療の視点を優先させてケアを実施 (20)】

このカテゴリーは、患者の症状や治療内容を優先させてケアを行うことや、転倒などのリスク管理を優先させて排泄ケアを実施していることを意味する。これらは 20 のコード、4 のサブカテゴリーから生成された。

《症状を優先したケアの実施》では、“肺炎とかだと動いただけでサチレーションとかも下がっちゃうので、状況に応じてはバルーン入れちゃうことが多いので、そうするとなかなか〔排泄〕自立ケアは〔できない〕 [I-Q-3-2]” と、症状が出現している人には排泄自立ケアの可能性が低いと感じ、“どっちかという、今ある症状のほうに目が向いてしまって、肺炎の人とか、呼吸苦だったりとか、本人の症状のほうに目が向いちゃうので、どうしても、そっちが (排泄自立ケア) なかなか優先度的に低くなってしまいうのが、現状かなと [A-Q-3-10]” と、症状に目が向くため、生活に視点をおいたケアの優先度が低くなる現状にあった。

《指示を優先したケアの実施》では、“ここの病棟、結構蓄尿をしている人が多くて、それで結局ベッドサイドにポータブルトイレを持ってきて、そこでの移乗、ベッドからポータブルトイレまでの距離とか、本当短い距離しか行っていないんですよ [G-Q-4-5]” と、蓄尿などの指示がある患者に対しては、トイレでの排泄ケアが行えないとしていた。

《症状・治療を優先したケアの実施》では、“動くのも大変だったり、酸素とか使っていて、動くときとぜいぜいしちゃったりという人は、なるべくちょっとおむつの中でしてもらったりとか [P-Q-3-2]” と、症状や治療内容を優先し、排泄自立ケア実施の可能性を低めていた。

《安全面を考慮したケアの実施》では “若い人とかはいいですよ、結構すたすたやったりとかするので、高齢者になってくると、自立してもらう分に、ちょっと看護師の目が行き届かなくなる面もあって、一人で行ってくれるからとかというので、トイレの中付き添わないときとかに転んじったりとかするとかもあるので、そういうところの判断とかも、難しいなとは思いますがね [I-Q-4-10]” と、高齢者の排泄自立ケアを促すときは、転倒のリスクが高まりなかなか実施できなかった。また、“確かに、ベッド上で尿瓶当てていけば落っこちることはないし、危険なことはいし、バルーン入ってれば、その時間、時間であればいいから、何も困ることはないんですけれども、そのままでいいかと言われてたら、そのままでいいわけじゃないしというの [I-Q-4-11]”

と、決してリスク管理を重視したケアの実施が良いというわけではないと実感しているが、転倒しないようなケアを選択していた。

#### **(4)【治療内容と現在の状態を判断しながらケアを実施 (18)】**

このカテゴリーは、治療内容や患者の現在の状態をアセスメントしながら、それに合わせたケアを実施していることを意味する。これらは18のコード、3のサブカテゴリーから生成された。

《治療方針に合わせたケアの実施》では、“呼吸器の方、呼吸器疾患の方でも、安静度がフリーとかであれば、トイレに車いすでも、酸素ボンベを積んで行ったりもしています[G-Q-3-2]”や、“その状態を見ながら、結構おむつ内で失禁の人も多いんですけれども、動けそうだったらポータブルトイレに移してみるとか、まず、安静度を見ながら、できそうなところから、いきなりおむつじゃなくて、尿瓶はできるかなとか[M-Q-2-1]”など、安静度に合わせた排泄用具を選択し、ケアを行っていた。

《症状に合わせたケアの実施》では、“やっぱりその病状と安静度と、患者さんを見ていて、どこまでできそうか、患者さんにも聞きながら、できそうですとか、モニターを見て、サチュレーションとか見ながら、進めていく[G-Q-5-1]”や、“本人の呼吸器の状態とかに合わせて、排泄の方法を選択して、実施しています[A-Q-3-4]”など、患者の症状に合わせて排泄の方法を選択し、実施していた。また、“自立……（空白の時間）やっぱり呼吸が苦しくなっちゃうので、一時的に酸素をちょっと流量を上げて、なるべく初めはポータブルトイレとかで練習をしていっていますね。落ちついてきたら、酸素の流量とかも減っていくとは思んですけど、労作時何リットルという形で、トイレのほうに行けるようにはしていますね[J-Q-3-1]”と、症状が落ち着いてきたら徐々に排泄用具を上げていくことを実施していた。

《症状について把握する》では、“あと呼吸のリズムとか、呼吸状態を見れる力[J-Q-5-3]”といった、症状に合わせた排泄ケアを行っていくためには、症状のアセスメントをしっかり行うことが必要であると感じていた。

## (5) 【患者を中心とし尊重したケアを実施 (18)】

このカテゴリーは、排泄という尊厳に関わる行為において、患者を尊重してケアを実施していることを意味する。これらは 18 のコード、2 のサブカテゴリーから生成された。

《患者の意欲を向上させる関わり》では、“[意欲が] 薄れていく患者さんでも、最終的にやっぱり、では今後、状態が安定しているとなると、今後はじゃあ自宅へ帰るかとか、こういう先が考えられるじゃないですか。やっぱりその目標を掲げて、気持ちを持っていくというか[N-Q-5-1]” と、患者自身が排泄自立にむけて意欲が持てるよう、今後の目標を定め関わっていた。

《患者を尊重したケアの実施》では、“無理にこちらの要望どおりに上げるのではなくて、患者様に合せていくこと[B-Q-5-1]” と、看護師が一方的に行うのではなく、患者の意思に合わせてケアを行っていた。また、“トイレって大事なことだし、我慢するのも嫌だし、失禁も嫌だから、できれば皮膚トラブルにもつながるから、できればトイレでしたいなというのは、多分、どの人もあると思うので[I-Q-3-12]” や、“倫理とかそういうところをちゃんと持って、日々患者さんとかかわって、その人のこれからを見据えて看護できているのかというところが、一人一人に必要なってくるのかなというふうには思います[O-Q-5-5]” といった、排泄の意義を理解し、倫理的配慮をもって患者のケアにあたっていた。

## (6) 【看護師が主導となってケアを実施 (17)】

このカテゴリーは、患者の尿意の有無や ADL によって看護師が主導となって実施する排泄ケアの内容を決定することや、業務が忙しいなど看護側の都合でケアを実施していることを意味する。これらは 17 のコード、3 のサブカテゴリーから生成された。

《排泄訴えの有無でケア内容を変更する》では、“そういう認知症とか、あと、失禁とかしちゃうとかという人とかは、ちょっとトイレ誘導とかはお声をかけるんですけども、割とトイレ行きたいときはみんな呼んでくれるので、そういう人は余り……こちらから積極的には何もしていないです[I-Q-3-5]” と、尿意の訴えのできない患者に対して看護師が声かけを行いトイレ誘導を行っていた。その一方で、“ADL がそんなにトイレに行けるくらいの人だったりとかしたら、呼べる人だったら、多分、そんなに特に介入はしていませんね[I-Q-3-4]” と、トイレに行ける ADL

や意思表示がある患者には排泄自立ケアは実施していなかった。

《看護側の都合で排泄ケアを決定》では、“割と日々感じるのは、ぱっと見た目とか、こっちも大変だからとか、そういう主観的なところが原因で、まだ行けるんじゃないかというところを、床上排泄を促したりとか[L-Q-5-4]”と、看護師側の都合で排泄ケアを決定したり、“本当は、多分ズボンの上げおろしだったりとかはやってもらったほうがいいなというのはわかっているんですけども、やっぱり自分で「早くはくよ」とか言って、ぱっと上げちゃったほうが早いというのがあるので[H-Q-6-2]”と、患者にできることはやってもらうことの必要性は理解しているが、時間を短縮するために看護師側で実施していた。

《排泄ケアは看護師が実施》では、“[排泄介助]、ここの病院はそういうのは一切・・・一切というほどじゃないですけども、タイミングが合えば[助手さんが]ちょっとはしてくれるんですけども、基本はもう看護師がやります[Q-Q-5-2]”と、看護師のみで排泄ケアを実施していた。

#### **(7)【機械的作業としてケアを実施 (12)】**

このカテゴリーは、排泄ケアを業務として組み込まれたルーチン作業としてケアを実施していることを意味する。これらは12のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《機械的作業として業務をこなす》とは、“やっぱり3時間に1回チェックして、出ていればかえて、出ていなければそのままという感じ[E-Q-3-9]”と、決められた時間で排泄ケアを行っていた。また、“一応、看護計画を立てて、日常生活援助というところを、問題になっている人はいたりとかするんですけども、どっちかという、何かその場的に実施しているのも多い[A-Q-3-5]”や、“どうしてもこの病棟の患者様って、入院されるとおむつ内失禁になっちゃって、でも、そのままで対応されていくという人がほとんど [O-Q-2-2]”と、業務の一環として排泄ケアを実施し、患者の状態に合わせたケアは実施していなかった。

#### **(8) 【今後の転帰に合わせてケアを実施 (5)】**

このカテゴリーは、今後、患者がどこに退院するのかによって排泄自立にむけたケアの方法を変えて実施していることを意味する。これらは5のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《今後の転帰に合わせて支援》では、“最近は入院した時点で自宅に戻りたいとか、このまま転院にとか、やっぱりそのあたりも入院時からある程度目標を立てているので、もしもそのまま自宅へという方針でしたら、その方針に合わせてというところですね[L-Q-3-3]”と、入院時から今後の転帰がどうなのかを把握し、その目標に合わせて支援をおこなっていた。特に、“状態よくなってくれば、全然（排泄）自立を促すのは、やっぱりおうちに帰りたいという人も結構いるので、なるべくそういうことはできるように、家族には負担かからないようにというので[P-Q-3-7]”と、自宅退院の場合は、家族の介護負担を考え排泄自立にむけたケアを行っていた。

#### **(9) 【家族の協力をいかしてケアを実施 (5)】**

このカテゴリーは、患者の排泄自立を促していくために、家族の協力をいかにしながらケアを実施していることを意味する。これらは5のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《家族の協力を得る》では、“多分、一つは家族の協力だと思うんですけども、何か看護師とか先生が言っても、なかなか患者さんの中には、聞いてくれない人もいるんですけども、奥さんのことだったら聞くとかという、やっぱり家族関係の、もともとのがあるので、家族の協力ですね、一つは[C-Q-5-1]”や“患者さんと家族、それを自立、どこまで、周りのサポート体制ももっと必要に、排泄の自立ケアだと必要になってくると思うので[N-Q-3-9]”など、患者の排泄自立にむけた意欲を向上させるためには、家族の協力が必要であると感じていた。

## (10) 【先輩から学ぶ (5)】

このカテゴリーは、排泄自立ケアの実施を先輩看護師から学びながら実施していることを意味する。これらは5のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《排泄ケアを先輩から学ぶ》では、“やっぱり下の子になると、日々の業務でいっぱいなので、上の方が目を配って、そろそろポータブルトイレを準備してあげたらどうか、アドバイスしてくださるので、「ああ、そうか」というふうに1年生のころは気づけたりして[B-Q-3-1]”や、“上の先輩方自身が「歩こうよ」というふうに、排泄をトイレでしようよという感じで促している姿も見て、そういうのが自立の支援なんだと学ぶことができた[B-Q-3-3] など、先輩のアドバイスや看護ケアの実践を通して、排泄自立ケアの方法を学んでいた。また、“ やっぱり一個一個、カンファレンスも、やっぱりリーダー層がいて、スタッフを集めて、一つ一つ説明しながらの、看護実践なので[N-Q-3-8]”と、先輩ナースが後輩に指導することで排泄自立ケアを学べるよう工夫していた。

## **排泄自立ケアを実施する上での看護師の抱く思い**

### (11) 【現在の病院システムの問題解決の必要性 (43)】

このカテゴリーは、職種間の連携システムが確立されていないことや、看護師不足による業務量の増大、排泄自立を促すには病棟構造に問題があるなど、排泄自立ケアを実施するためには、現在の病院システムの問題を解決することの必要性を意味する。これらは43のコード、6のサブカテゴリーから生成された。

《看護師間の連携する環境が整っていないため困難》では、“スタッフとかがリーダーとかに、この方、こういうふうに思っているの、こうさせてあげてくださいみたいなのを統一して言わない限りは、余りそういう、話し合う時間とかは、特になかったりします[K-Q-5-5]”と、看護師間で排泄ケアについて話し合う機会がないことの問題を上げ、“やっぱりでも、パソコン上だと、受け持ちしか、その患者さんのを見ていないと思うので、ちょっとそこは〔排泄自立ケアの実施は〕、まばらなところもあるかなとは思いますが[F-Q-3-3]”と、受け持ち患者の情報のみを収集することで、看護師間で共有する機会がなく、統一した看護ケアに繋がらないと感じていた。

《連携が難しく排泄自立ケアは困難》では、“やっぱり先生の指示だからみたいな感じになると、これはもうちょっと上げられないのかなというの、相談しにくかったりするみたいで[I-Q-4-6]”と、医師の指示に対して看護師から意見が言いつらい現状にあり、排泄自立ケアがなかなか進まない現状があった。

《業務量が多く排泄自立ケアは困難》では、“やっぱりばたばたというところだと、やっぱりおむつにすることって気持ち悪いと思うんですけども、できるだけ早くきれいにしてあげたいんですけども、ばたばたしていると、「もうちょっと待っていて」というふうになってしまったりしている場面も多々あるのかなとは感じる。できる限りすぐ行くようにはしているんですけども[B-Q-4-5]”や、“[排泄自立ケアを実施するためには]患者さんの訴えをちゃんと聞いて、忙し過ぎてその訴えに、ちゃんと聞けないときもあるんですけども、なるべく聞いて応えてあげるとというのが一番だと思います[Q-Q-5-3]”と、できるだけ患者の訴えに早く応えてあげたい気持ちはあるが、業務が忙しく応えられない現状にあった。また、“自分の業務に余裕があるときは、正直、何か割と患者さんのことを考えて心にゆとりを持ってできるんですけども、なかなか自分の業務にゆとりがないと、排泄もうしちやってるししみたいな感じで思っちゃうときも正直あるんですよ[M-Q-6-4]”や、“この忙しさの中で、それがちょっと遅れてしまったりとか、そろそろできそうだなと思っても、ちょっと今日は無理そうだという、自分の中で、ちょっと思ってしまうところも確かにあったりもして[G-Q-6-1]”と、忙しい業務の中で、排泄自立ケアを行っていくことに諦めを感じていた。

《積極的に実施できていない》では、“やっぱり、私、実習のときに、リハビリの病院とか行っただんですけども、全然[排泄介助は]違うなという感じがしました[I-Q-6-1]”と急性期病棟と回復期病棟での排泄ケアの内容に差があることを実感し、“私の主観なんですけれども、[排泄自立ケアは]できていないのが現状なのかなって[O-Q-3-1]”と積極的には実施できていないと感じていた。

《看護師のマンパワーの確保》では、“やっぱり人手、人とか。そうですね、ゆとりが欲しいですね[M-Q-6-5]”、“[排泄自立ケアを実施するには]もっと人数がふえたら。看護師の数が全然足りていないというのがある[Q-Q-5-1]”と、マンパワーの確保が排泄自立ケアの実施に繋がると感

じていた。特に、“夜勤も3人とかでやっているのに、1人が休憩に入ってしまうと2人でやらないといけないので、ちょっとそれは〔排泄自立ケアは〕[Q-Q-4-2]”と、人数が少なくなる夜勤帯での実施は特に困難であると感じていた。

《病棟構造の限界で実施は困難》では、“トイレが近くにあるお部屋とかだったら、排泄という場所で、トイレという場所のできるのかなと思う[B-Q-4-3]”や、“〔全ての部屋の近くにトイレがないので、患者さんでも行けない[B-Q-4-4]”など、病棟構造の限界により排泄自立を促していくことが困難であると感じていた。

## (12) 【統一したケアにむけて看護システムの在り方を検討する必要性 (31)】

このカテゴリーは、排泄自立ケアの実施状況が看護師によって差があることや、生活に視点をおいた継続教育がなされていないことなど、排泄自立ケアを実施するためには現在の看護システムの在り方について検討することの必要性を意味する。これらは31のコード、5のサブカテゴリーから生成された。

《看護師の排泄自立に対する認識が低い》では、“〔排泄自立ケアが実施できない理由に〕看護師の意識と、あと忙しさ[O-Q-4-1]”や、“〔排泄自立ケアの実施は〕していないと思います。余りここは、自立している人が多いというのもあると思うんですけども、何かトイレ、排泄とかに関して無関心なことが多いかなと[H-Q-3-1]”など、排泄自立について看護師の意識が低いことが排泄自立ケアの実施につながらないと感じていた。

《誰でも統一したアセスメントができるような工夫が必要》では、“〔排泄パターンを知るための計画など〕ないですね。何かチェックリストみたいなのが多分あれば、一番簡単だと思うんですけども、何かただ、それだとやっぱり紙とかがいっぱいになっちゃって、テーブルに紙が溢れちゃうから、何かもう多分、業務の中にそれがなくてもできるようなこと[C-Q-5-8]”と、排泄パターンを把握できるツールを使用することにより排泄自立ケアの可能性を感じているが、ツールを使用しなくてもできるようなシステムの必要性を感じていた。また、“うちは若い子ばかりなので、そういうの〔アセスメントスコアのようなもの〕があると、自分たちで考える、思考を育てられるのかな[N-Q-5-2]”と、経験年数に関係なく統一した看護実践ができるよう介入が必要



であると感じていた。

《排泄自立に関する教育の欠落》では、“昨年度、高齢者、認知症の看護とか、そういうところは、何かトピックス的にやりましたけれども、排泄ということに、本当に焦点を当ててとか、そういうのはしていないので、何かどちらかというところ、大切なところが抜け落ちているような印象はあります[A-Q-5-5]”や、“診療のことであつたりとか採血とか、そういうことがやっぱり集合教育で、日常生活（援助技術に関する就業教育）は余りなかったです[M-Q-5-10]”と、生活に視点を置いた継続教育がなされていなかった。

《経験によって排泄ケアの内容が異なる》では、“いや、[新人のときは患者さんのADLを見極めるのは]できていなかったです。聞いて、この人がどこまでできるのかを聞いて、[排泄介助を]やっていた[G-Q-3-13]”や、“[新人は]できていないと思います。何か、トイレに行きたいと言われて、全患者さんを把握しているわけではないので、普通にトイレ、しびんとかを持って行って、ちょっと気づいたら、サチュレーション下がっちゃったみたいなの[J-Q-3-7]など、新人看護師は、排泄自立ケアにむけての介入ができていないと感じていた。また、“[排泄自立ケアの実施に]経験も確かに、もうそろそろ[トイレ誘導しても]いいんじゃないというのはあるかもしれない[G-Q-3-8]”や、“リーダー側になってから、ちょっと[排泄自立について]気にするようになったかなというのはありますかね[I-Q-3-15]”と経験を積むことで排泄自立ケアが実践できるようになると感じていた。

《個人によって排泄ケアの内容が異なる》では、“やっぱりできている人のほうが話を聞いて、やれていることが多いのかなみたいな。だからこそ、多分、そうさせてあげたいみたいな思いが出るのかなという気はします[K-Q-3-4]”や、“[普段からかかわっている人の特徴は]それは多分、チームとかでよく受け持ちになるとか、例えばリーダーで、かかわっている回数が多いほうがやっぱり。そういう面に関しては、スタッフのほうが普段のかかわりから、多分、思いとか、排泄面のこととかを引き出している[K-Q-5-4]”など、患者と関わりの多い看護師は、排泄自立ケアを実施できていると感じていた。また、“[排泄自立ケアの実施に経験は]関係ない気がしますね。個々の気はします[K-Q-3-3]”や、“人によっても違うなというのはあって、やっぱり大変だからベッド上のほうがいいんじゃないかなというふうに考える先輩もいるし、でも、この人だったら動

けるし、いけるんじゃないかと言ってやっている先輩もいたりとかいて、人によって違うというところもある[M-Q-3-5]”など、経験ではなく、個人の考えが排泄自立ケアの実施に繋がっていると感じていた。

### (13) 【患者自身の問題で実施は困難 (17)】

このカテゴリーは、患者自身の意欲や依存、疾患により呼吸器を使用している患者は排泄自立ケアの実施は困難であると感じていることを意味する。これらは 17 のコード、2 のサブカテゴリーから生成された。

《患者自身の問題で実施が困難》では、“おむつを外したいんだけど、やっぱり心配だという、なかなか外せない。[意思是] 大きいですね[C-Q-4-2]”や、“本人のやる気というか、依存的度合いによって、もう動けないと言われちゃうと、看護師としては、そこを無理やりに動かすというのがなかなか難しいときもあったり[C-Q-4-1]”とった、高齢患者自身が排泄自立にむけて意欲がないことや看護師への依存が排泄自立ケアに繋がらないと感じていた。また、“なかなか[排泄自立ケアを実施するのは] 難しいと思っちゃいます。例えば、利尿剤とか使っている人でトイレが頻回な人とかだと、何か患者さんも何度も呼ぶのが申しわけないという気持ちもありです[M-Q-6-1]”と、患者の遠慮も実施を困難としていた。

《疾患の問題で実施が困難》では、“そこで *BiPAP* とか、機械、呼吸器がついたりすると、やっぱりどうしても、トイレ介助しながらも、そっちの対応をしたりとかというところもあるので[N-Q-4-6]”と、呼吸器を使用している患者の排泄ケアは負担であると感じ、実施が困難としていた。

#### (14) 【患者の希望に添えない排泄ケアを実施する際の葛藤 (7)】

このカテゴリーは、患者の希望する排泄行動と現在の症状や治療により希望する行動への援助ができないことに対して、看護師が抱く葛藤を意味する。これらは7のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《患者の希望に添えない排泄ケアを行う時に感じる葛藤》は、“呼吸器疾患の患者さんが多いので、やっぱり呼吸負荷をかけない、本人は全然、呼吸苦の自覚症状がなくて、トイレに行きたいと言って。そこで、結構、私たちの中の倫理というか、ジレンマみたいなものがありますよね。肺がんの患者さんだったりとか、だけど、やっぱり排泄は最後まで自分で守りたいというところで、苦しくて、チアノーゼになって、どこまでやってあげたらいいのかというのは[N-Q-4-2]”や、“ちょっと葛藤があって、どうしてあげればいいのかという、本人さんにもその気持ちはあって、私たちもできればやってあげたいですけども、できないという病気の壁があって[O-Q-4-5]”と、現在の呼吸状態を考えると患者の希望する排泄ケアを行えないことに倫理的葛藤を抱いていた。

#### (15) 【排泄自立ケアの実施は可能 (1)】

このカテゴリーは、急性期病棟であっても排泄自立ケアの実施は可能であると看護師が実感していることを意味する。これらは1のコード、1のサブカテゴリーから生成された。

《排泄自立ケア実施は可能》は、“別に難しい、確かにいろいろ手術があったり、ばたばたして、できないときもちろんあるんですけども、でも、何かやろうと思えば[K-Q-6-2]”と、多忙な業務の中であっても、実施しようという意思があれば排泄自立ケアの実施はできるという可能性を感じていた。

#### 4) 自立支援、排泄自立ケアの認識と具体的な実施内容のカテゴリーの関係性

各カテゴリーを構成するサブカテゴリーとコードを用いてカテゴリー同士の関係を分析したところ、急性期病棟看護師が捉える高齢患者の自立支援、排泄自立ケアの認識と高齢肺炎患者の排泄自立ケアの実施内容と思いについて、次のような流れで説明できた。なおこれを全体の構造図として表したものが図5である。

急性期病棟看護師は、自立支援を【身体的自立を支援する(20)】、【精神的自立を支援する(4)】、【社会的自立を支援する(1)】と認識していた。しかし、その一方で急性期病棟という疾患治療が優先される場において、自立支援を実施することは【業務優先のため実施は困難(5)】、【症状優先のため実施は困難(3)】とし、疾病治療を目指した「日常業務」と認識していた。そのような中、急性期病棟で自立支援を実施していくためには、多職種と連携し【チームワークを高めることで可能(3)】としていた。また、自立支援は【患者を尊重したケア(2)】であり、【自立を意識することで可能(3)】であると認識していた。その一方で、【高齢者への実施は困難(2)】と認識しているものも存在し、高齢ということだけで自立支援の可能性を低くする場合があった。

排泄自立ケアの認識については、自立支援は患者を尊重したケアと認識していることと関連して、【患者を尊重したケア(4)】と捉え、自立支援は身体的自立を促進するという認識に関連し、【自然な排泄が行えるよう支援する(19)】と認識していた。また、自然な排泄の獲得にむけて【トイレの習慣化(3)】をつけることとし、【トイレ誘導により意識が高まる(1)】と認識していた。

急性期病棟という状態が安定しない患者が入院している中で、自立支援は業務や症状優先のため実施困難と認識していたが、排泄自立ケアについては、【症状にあわせた支援(2)】や【尿意の有無で分かれる支援(3)】など、呼吸機能上のリスクが軽減すること、尿意の有無などによって支援するものと認識していた。また、排泄自立ケアは【実施してしまえば難しくない(1)】と実施の可能性について認識していた。しかし、自立支援の認識と同様、【高齢者への排泄自立ケア実施は困難】と認識し、高齢であることでその実践の可能性を低めていた。排泄自立ケアには【ケアの協力体制が必要(1)】とし、排泄が自立すると【介護負担が軽減される(5)】と認識していた。

急性期病棟看護師が実施する排泄自立ケアの実施内容と思いは、【身体的自立を目指したケアを

実施 (21)】していた。これは、自立支援、排泄自立ケアについて身体的な自立を目指してケアを行うものという認識が関連していた。実践にあたっては、ケアの協力体制が必要であるという認識が関連し、【職種間で連携してケアを実施 (46)】し、【家族の協力をいかしてケアを実施 (5)】していた。また、【先輩から学ぶ (5)】ことで新人看護師は排泄自立ケアを実施していた。排泄自立ケアは症状に合わせて支援を行う、介護負担を軽減すると認識していることが【治療内容と現在の状態を判断しながらケアを実施 (18)】、【今後の転帰に合わせてケアを実施 (5)】といった実践につながり、呼吸状態が安定し、今後の状況に合わせて排泄自立ケアの内容を変更していた。

しかし一方では、自立支援において症状優先のため実施は困難であると認識していたように、疾病や安全などのリスク管理を重視させ、【治療の視点を優先させてケアを実施 (20)】や在院日数が短縮化される中で業務がより多忙となり、人手不足などを理由に【機械的作業としてケアを実施 (12)】、【看護師が主導となってケアを実施 (17)】など、日々の業務に追われ、患者の今後の生活に視点をおいたケアが実施できていなかった。そのため、【患者を中心とし尊重したケアを実施 (18)】する一方で、看護師が主導で実施する排泄ケアを行う現状に、【患者の希望に添えない排泄ケアを実施する際の葛藤 (7)】を抱いていた。しかし、高齢者への自立支援、排泄自立ケアの実施は困難という認識が関連し、患者の意欲低下や高齢ということで【患者自身の問題で実施は困難 (17)】とする場合があった。このような状況の中、急性期病棟看護師は、自立を意識することで実践が可能となることや排泄自立ケアの実施は可能であるという認識が、疾患治療が優先される急性期という場においても【排泄自立ケアの実施は可能 (1)】であると捉えながら排泄ケアを実施していた。

急性期病棟において排泄自立ケアを実施していくためには、マンパワー不足の解消といった【現在の病院システムの問題解決の必要性 (43)】や新人と先輩看護師には実践に差があるといったことから【統一したケアにむけて看護システムの在り方を検討する必要性 (31)】について認識していた。

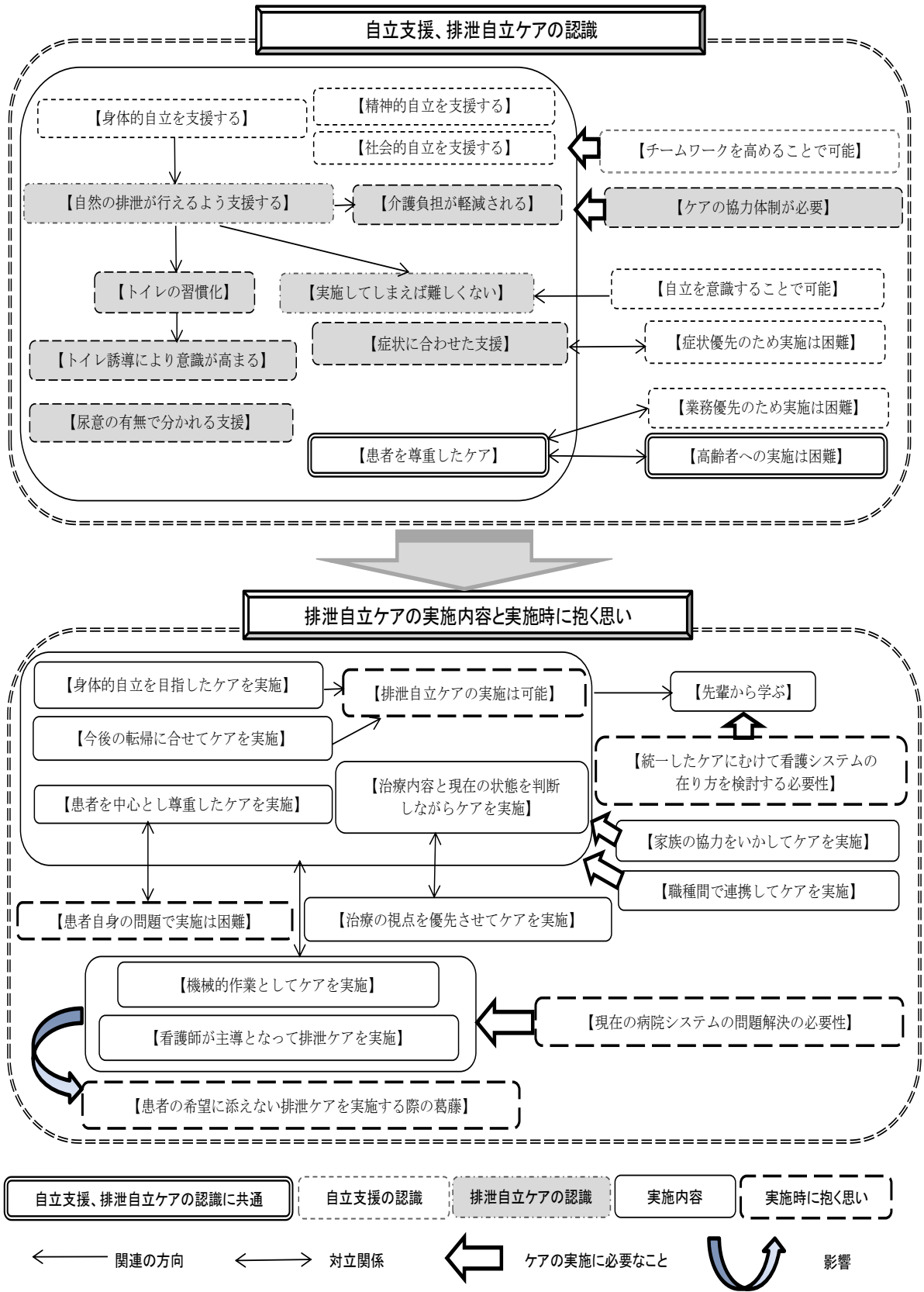


図5 自立支援、排泄自立ケアの認識と排泄自立ケアの実施内容・思いの概念図

#### IV. 考察

以上の結果から、急性期病棟看護師の高齢患者の自立支援、排泄自立ケアの認識、高齢肺炎患者に対する排泄自立ケア実施時の具体的な実践内容と実施時に抱く思いについて明らかとした。

急性期病棟看護師は自立支援について、【身体的自立を支援する】と認識し、排泄自立ケアについては、【自然な排泄が行えるよう支援する】と認識していた。どちらも ADL の自立を中心概念として認識していることが明らかとなった。また、共通して【患者を尊重したケア】と認識し、排泄自立ケアの実施においても【患者を中心とし尊重したケアを実施】していた。しかし、その一方で、ある看護師が「自立支援は難しい。ご高齢になってくると、今までの過程、生きてきた背景とか、そういうものも踏まえた上でかかわらせていただくので」と述べたように、【高齢者への実施は困難】とし、高齢であるということだけで自立性の回復の可能性を低めていた。竹内は<sup>59)</sup> 高齢者の自立について、ADL が自立すれば QOL も向上し、ADL が自立すれば IADL も自立していくと述べている。また、専門職として培ってきた知識や技術の他に、自立と QOL の支援役を求められているとし<sup>60)</sup>、看護職者として医療の視点をもって高齢患者の生活を整え、その人がもつ力を見極めながら自立にむけた働きが求められる。しかし、本研究結果において、自立支援、排泄自立ケアの認識、共に高齢患者に対して自立支援を実施することへの諦めがあることが明らかとなった。1996 年に老年看護学として独立し、高齢者を虚弱で衰退した者にとらえるのではなく、臨床場面から生活の場を見据えた老年看護の展開方法を教授することが強化されてきているが、まだまだ臨床の現場において、最期までその人らしく自立した生活が送れるよう支援する視点が根付いているとは言い難い結果であった。

排泄自立ケアの具体的な実施内容と思いで、急性期病棟の看護師は排泄自立にむけて【身体的自立を目指したケアを実施】している一方で、【治療の視点を優先させたケアを実施】や排泄ケアを【機械的作業としてケアを実施】していた。また、ある看護師の「やっぱり自分で早く履くよ、とか言って、ぱっと上げちゃったほうが早いというのがあるので」と述べているように、忙しい業務の中で排泄自立にむけたケアの実施が困難であり、【看護師が主導となってケアを実施】していた。現在、急性期医療は大きな変換を迎えている。DPC 対象病院の一般病床に入院する患者の平均在院日数は約 15 日であり<sup>61)</sup>、短期間の中で高齢患者の個別性を捉え、ケアを提供する

ことが求められている。しかし、本研究結果から急性期病棟の看護において将来の“生活”に視点をおき、そのための自立を課題とするケアの提供が実施できていないことが明らかとなった。

現在の老人医療の看護について、川島は<sup>62)</sup>、複雑な機器操作や生命維持などの機器管理に振り回されている看護職者になっていると述べており、本研究結果もそれを支持する結果となった。看護師が老人医療において、患者の“生活”に視点をおいた介入をしていくために、竹内は<sup>63)</sup>、「疾病の治療」と「生活機能」の両者の価値を新たに見つけ出し実践のなかに定着させていくことが必要であると述べている。また、ヘンダーソンは<sup>64)</sup>、看護師の独自の機能は、その人ができるだけ早く自立できるようしむけるやり方で行うこととし、看護師の機能においてこの部分においては看護師は主導権をもち、支配すると述べている。

これに対して医師は呼吸器という臓器の疾病の治療に専念する立場にあるというのが一般的な診療の現状であり、實際上、患者のADLについては看護に、または看護を含むコメディカルスタッフ（理学療法士など）に委ねられている。急性期病棟という性格上、患者はすべて生命に結びつくリスクを追っているとみてよく、ADLの自立ケアはこのリスク管理を行いながらの自立に向けた看護行為とみなすことができよう。したがって、現実的な課題はリスク管理を行いながらADLの自立への働きかけが行われているか、ということになると考えてよい。ここでいうリスクはその疾患の経過と共に変化する。初期にはリスクがきわめて高かった患者でも、時間と共に疾患が改善しリスクが低減する。したがってADLの自立にむけての急性期看護には、リスクの経過的变化に応じた段階的な支援が求められることになる（図6）。

実際、現場でこのような視点での看護が行われているかは、本研究の明らかにしたい目標といえる。身体的自立と呼吸機能上のリスクとの対立要因をどう現場で乗り越えていくかが看護実践の課題と思われる。この観点から、質的分析の結果をもとに、看護支援のあり方について考察する。

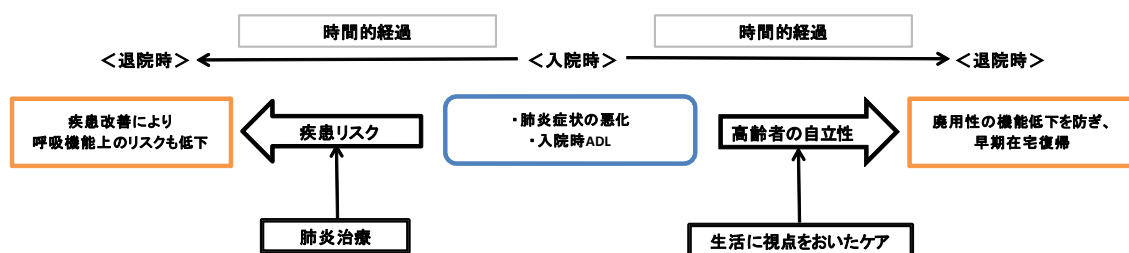


図6 急性期病棟における高齢患者の疾患管理と身体的自立の課題



## 1. 統一した排泄自立ケアを実施するための看護支援のあり方について

### 1) 排泄自立ケア実践にむけた臨床での排泄ケアの継続教育

本研究結果において排泄自立ケアの実施は、《経験によって排泄ケアの内容が異なる》ことが明らかになり、特に新人看護師は疾病治療看護に手一杯の現状にあり排泄自立ケアが実施できていなかった。新人看護師は、看護実践上の問題として【時間的調整困難】【状況判断困難】【日常生活援助の欠如】【学習の不備】などが明らかとなっており<sup>65)</sup>、その中の日常生活援助である排泄ケアについては、新人看護師は排泄援助技術が円滑に実施できていないことに対して自己の能力の無さを実感していた<sup>66)</sup>。しかし、急性期病院における新人看護師に対する集合教育では、与薬や救命救急処置技術などの診療補助に関する教育に時間を割いており、排泄援助技術については、集合教育の15項目中2番目に短く、平均20分という教育時間だった<sup>67)</sup>。本研究のある看護師の語りにも「排泄ということに焦点を当ててとか、そういうのはしていないので、何かどちらかというところ、大切にところが抜け落ちているような印象がある」と述べているように、生活援助を主とした継続教育が希薄であることは明らかである。

臨床経験年数の短い看護師が排泄自立ケアを実践するための継続教育の課題として、厚生労働省が提案する「看護基礎教育の卒業時の到達度」<sup>68)</sup>にある排泄看護技術項目の“自然排尿・排便を促すための援助”、“患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる”(いずれも卒業時の到達度は、“単独で実施できる”)の二つの項目について、複数の患者を受け持つ現場においても実践可能な応用教育の必要性が示唆された。この排泄援助技術は、看護学生の臨地実習における卒業時の到達度が低い技術でもあり<sup>69)</sup>、臨床でも継続した教育の必要性が示唆された。

しかし、継続教育の効果が現われるまでには時間的経過を要し、患者にとっては看護師によって排泄自立ケアの内容に差があることは、在院日数が短縮化される中で日常生活動作の低下をより脅かされることになる。それに対して、ある看護師が「うちは若い子ばかりなので、そういうの(アセスメントスコアのようなもの)があると、自分たちで考えられる思考が育つ」と述べていた。また、ある看護師は「その辺りのアセスメントとか、段階的に自立にむけて支援をしていく方策とか、そこがうまくいっていない」と述べているように、看護師の経験年数によるケアの隔たりをなくすための工夫について述べていた。研究1で述べたように、今後は、疾患のリスク

管理を行いながらも排泄自立にむけたケアが実施可能となるケア計画の必要性が示唆された。

## 2) 排泄自立にむけた看護師間の連携システムの強化

急性期病棟看護師は排泄自立ケアを実施する際、【患者を中心とし尊重してケアを実施】している一方で、急性期病棟の特徴である症状が安定しない中で、生活の視点よりも【治療の視点を優先させてケアを実施】をせざるを得ない状況に対して、【患者の希望に添えない排泄ケアを実施する際の葛藤】を抱いていた。

排泄援助に関する看護職のジレンマに関する研究では、「業務上の対応困難」、「対象に応じた援助方法の確立困難」、「患者との意識のずれ」などにより理想とする排泄援助の提供ができないことにジレンマを感じており、実施困難な状況であることが明らかとされている<sup>70)</sup>。本研究結果も、これを支持する結果となった。前述したように、在院日数の短縮化が進み限られた時間や労働力の制限の中で、優先順位を判断しながら看護師は排泄自立ケアを実施していることにジレンマを抱えていた。

橋本は、看護師の消極的倫理行動に影響する要因として、労働環境・個人の価値観・直属組織やメンバーとの相互作用に起因していることを明らかにしている<sup>71)</sup>。また、看護師が抱えるジレンマを回避・軽減していくためには、問題状況を整理して、個人の問題ではなくスタッフ全体の共通の問題として関わるのが重要であることや<sup>72)</sup>、医療現場の臨床倫理的問題の解決に向けて意見交換する機会が有効である可能性が示唆されている<sup>73)</sup>。しかし、本研究結果において、ある看護師の語りにあるように「スタッフとかがリーダーとかに、この方、こういうふうに思っているので、こうさせてあげてください。みたいなのを統一して言わない限りは、余りそういう、話し合う時間とかはない」と述べているように、看護師間の情報交換の習慣が少なく、排泄自立ケア実施にむけて職種間の連携システムの確立といった【現在の病院システムの問題解決】や、看護師の排泄自立に対する認識を高めていくといった【統一したケアにむけての看護システムの在り方を検討する必要性】を認識していた。

今後、急性期病棟の看護師がジレンマを抱えることなく排泄ケアを実施するためには、まずは、看護師同士が排泄自立ケアにむけて情報交換できる場の設定など看護師間の連携システム確立の

必要性が示唆された。そのためには、看護管理者の役割は大きいといえる。本研究では、研究協力者に1名看護管理者が含まれていた。しかし、その他の対象はスタッフナースであり、看護管理者の排泄自立ケアに対する認識については明らかにできなかった。今後は、看護管理者が排泄自立ケアについてどのように認識し、介入を行っているか明らかにしていくことが課題である。

### 3) 臨床の知の伝達・共有できる場の設定

急性期病棟の看護師は排泄自立ケアについて、ある看護師の「リーダー側になってから、ちょっと排泄自立について気にするようになったかな」と述べられているように、「経験によって排泄ケアの内容が異なる」と感じていた。飯塚ら<sup>74)</sup>は看護師のケアについて、理論的な、あるいは科学的根拠に基づく知識のみから導き出されるものではなく、看護師が臨床における実践をもって経験的に積み上げてきたものであると述べている。本研究の結果においても、経験によって身に付けた実践的な知識が排泄自立ケアの実践につながっていた。その一方で、知識は看護師の個人による差があり、「個人によって排泄ケアの内容が異なる」と感じているものもいた。確かに、看護師の知識は個人の経験によって差があることは否めないが、中村は<sup>75)</sup>、近代科学に基づく科学的知識に対して「臨床の知」の重要性について論述しており、看護ケアの場面において直観と経験と類推の積み重ねから成り立っているもの<sup>76)</sup>も重要であるといえる。実際に、急性期病棟看護師は排泄自立ケアの実践を【先輩から学ぶ】としており、ある看護師が「排泄をトイレでしようよという感じで促している姿も見て、そういうのが自立支援なんだと学ぶことができた」と述べたように、先輩看護師の姿や関わりを通して看護実践を学んでいた。

新人看護師が先輩看護師の経験や言語等を媒介にして利用し、排泄自立ケアを学習するとともに、そこから看護師としての自律性を身につけていけるようロールモデルとなる看護師を育てていくことも、今後の課題であるといえる。また、飯塚は<sup>77)</sup>、根拠の明確な理論的知識ではなく、経験によって身に付けた実践的な知識を伝達するためには、熟練看護師のナラティブの共有が効果的な教育方法の一つとして大きな可能性があるとして述べている。急性期病棟で統一した排泄自立ケアを実施するためには、先輩看護師から新人看護師へ語りを共有できる場の確保も重要であることが示唆された。

## 2. マンパワー不足解消のための多職種連携による排泄自立ケアの実践

急性期病棟の看護師は、排泄自立ケアについて【自然な排泄が行えるよう支援する】と認識し、【身体的自立を目指したケアを実施】している一方で、マンパワー不足や時間的制約により積極的に行うことは困難である現状が明らかになった。そのため、急性期病棟の看護師は排泄自立ケアを実施するためには、《看護師のマンパワーの確保》の必要性について述べていた。

我が国は深刻な看護師不足であり、今後さらに少子高齢化の進展に伴い看護師の役割が増えるであろうことは想像できる<sup>78)</sup>。そうすると益々看護師は業務に追われ、生活に視点をおいたケア介入の実践が困難になることが予想され、看護師のマンパワーを増やさずとも排泄自立ケア実践が可能な方策を考えていかなければならない。健康保険組合連合会の調査報告によると、DPC対象病院での「医療従事者数の不足」解消にむけて、職種間の役割分担と多職種によるチーム医療を推進することで、それぞれの職種における専門知識・技術を効果的に活用し、負担軽減を図っていくことで可能となると述べている<sup>79)</sup>。本研究結果において急性期病棟看護師は、【職種間で連携しケアを実施】していた。排泄ケアは、基本的なケアでありながら多方面からのアプローチを要し、誰もが容易に対応できるものではなく<sup>80)</sup>、職種間での連携は必須である。

森泉らは<sup>81)</sup>、高齢肺炎患者は入院前から活動量低下や認知機能の低下がみられるため、理学療法により獲得した動作を病棟ADLへ速やかに汎化することや、入院前と現在のADLの違いや退院後に予測される情報を共有し、多職種が連携して統一したケアを実施していくことが必要であると述べている。また、西潟らは<sup>82)</sup>、高齢肺炎患者の離床にむけて理学療法士が関わらない時間帯のポジショニング、ヘッドアップ座位時間を病棟と連携し確保することが課題であると述べている。本研究結果においても、理学療法士や介護職（助手）との連携についての語りが多く聞かれた。特にある看護師の語りにあるように「個々のレベルにもよると思うんですけども、他の職種の方が、介護の技術的なところが、多分、すごく持っていらっしゃる方だと、すごく看護師も助かる」と述べている。また、ある看護師は「看護師も対応しますし、助手さんも対応する。誰でも対応できるようにしています」と述べている。このように、介護職は看護師と共に患者の日常生活の援助を行っており、急性期病棟で排泄自立ケアを実施していくための大きな鍵になると考える。

しかし、介護職は教育課程や背景が様々であり、急性期病棟で排泄自立ケアを達成させるためには、「自立支援介護教育」を学んだ介護職の育成が必須である。その理由として、公益社団法人全国老人福祉協議会主催の介護力向上講習会にて実施している排泄介護を中心とする「自立支援介護」の研修を受けている特別養護老人ホームでは、日中のおむつ装着率 0%であるという結果報告があり<sup>83)</sup>、自立支援を含む教育を受けることは、介護の質向上に関するモラル向上に補助的な役割を持っており、重要な意味を持つことが明らかにされている<sup>84)</sup>。

また、安田らが行った看護・介護の専門性と協働に関する研究において、介護職と看護職の協働・連携を図る大きな要素として「お互いの立場から利用者を中心に、話し合える関係」を挙げていた<sup>85)</sup>。看護職のもつ医学的知識を基にした判断と、介護職のもつ生活の視点から患者の日常生活を整える援助が協働・連携できるよう、情報や目標の共有ができる連携体制の整備の必要性が示唆された。

## 第5章 総合考察

本研究結果から、急性期病棟看護師の高齢肺炎患者に対する排泄自立ケアは、“医療”の視点を重視したケアの提供が主となり、“生活”に視点を置いたケアの実践がなされているとは言い難い結果となった。徳原らは、急性期病棟に勤務する中堅看護師の実践において、生活援助に対する意識の希薄さについて明らかにし、どんな状況であっても「生活者としてその人を見る」という揺るがない看護の根幹を持ち続けることの必要性について述べている<sup>86)</sup>。また、大橋は、日々の安定状態をもたらすことを目標とする看護の日常生活援助が、二次的には健康の回復促進へとつながる可能性が示されると述べており<sup>87)</sup>、医療を取り巻く環境が変化する中で看護師は、“医療”の視点でなく“生活”の視点へとパラダイムシフトし、看護師独自の機能である「療養上の世話」が患者にもたらす効果についていま一度考え、実践していくことの必要性が示唆された。

また、急性期病棟看護師は排泄ケアを実施する中で患者の尊厳を大切にする一方で、患者の希望する排泄ケアを実施できないことにジレンマを抱えていた。看護師の倫理観について、基礎教育の中での倫理観の育成はその根幹を作っていくものである<sup>88)</sup>といわれている一方で、臨床で働く看護師の倫理観については、日常当たり前のように実践している看護援助においては、患者の人間性や尊厳を守るなどの倫理について特別に意識されていないかもしれない<sup>89)</sup>ともいわれている。本研究結果からは、基礎教育の中で培われた倫理観が臨床の現場でも引き継がれ、排泄援助場面において患者の尊厳について意識されていることが明らかとなった。しかし、排泄自立ケアの実践まではたどり着いておらず、今後は看護師のもつ高齢患者への倫理観が援助として具現化されていくことの必要性について示唆された。

今回、急性期病棟で高齢肺炎患者に対して排泄自立ケアを実施していくためには、いくつかの課題があることが明らかとなった。この課題解決にむけて、急性期病棟看護師の治療から生活の視点への意識変革や継続教育の必要性も示唆されたが、我が国の高齢化が著しく進むなかで、その確立を待つ猶予はないだろう。本研究結果から、自立支援を徹底して実施している病棟では、身体的自立の計画が存在し、排泄自立ケアの実践へとつながっていた。また、経験年数に関係なく統一した排泄自立ケアを実践するためには、看護システムのあり方を検討する必要性を感じていたことから、今後は、誰でも統一した排泄自立ケア実践にむけて急性期病棟で使用可能な肺炎

のリスク管理とケア介入が連動したツールの必要性が示唆された。

最後に、療養する場が施設から在宅へと移行し、地域包括ケアシステムの構築が進められ、医療は大きな転換期にある。そのような中で在院日数の短縮化は今後ますます進み、急性期病院で実施される初期ケアだけでは高齢患者の排泄自立は完結できないことも予想され、転院先の医療機関や施設・在宅との連携の必要性が求められてくるだろう。本研究の調査を軸とし、最終ゴールとしてあらゆる高齢者を対象とし、療養の場が変化しても高齢者が継続して排泄自立にむけたケアを受けることができるよう、あらゆる機関、職種が使用可能なツールの開発に挑んでいきたいと考える。

## 第6章 本研究の限界

研究1では、調査施設によるばらつきを最小限にするためDPC対象病院「機能評価係数Ⅱ」を対象として調査を実施したが、同意が得られた施設が低率であったこと、また、DPC対象病院と限局したことにより、一部の急性期病院の看護師に限定された結果であるという限界がある。しかしながら、現在、急性期病棟の呼吸器内科病棟の看護師が行う高齢肺炎患者の排泄ケアに焦点を当て、排泄自立ケアの実施率や属性との関連、排泄用具切替えの際の項目と目安との関連などが明らかになり、新たな知見が得られたことは意義深い。今後は、DPC対象病院に限らず、対象施設を拡大した調査が必要である。

研究2では、看護師経験年数別に対象選定を行ったが、研究協力者17名のうち新人看護師が3名と経験年数にばらつきがみられた。また、研究1で同意の得られた施設の中から3施設を対象としたため、データに偏りがある可能性がある。そのため、急性期病棟看護師の自立支援、排泄自立ケアの認識と排泄自立ケアの実施内容が明らかにできたとは言いきれない。しかし、今回、急性期病棟看護師が捉える高齢患者の自立支援・排泄自立ケアの認識と排泄自立ケアの実施内容の詳細や思いを明らかにできたことの意義は大きい。今後は、スタッフナースだけでなく、看護管理者が排泄自立ケアについてどのように認識し、どのような介入を行っているか明らかにしていくことが課題である。

## 第7章 結語

本研究は、急性期病棟の看護師が実施する高齢肺炎患者の排泄自立ケアの実態と看護支援のあり方について示唆を得ることを目的とし、研究をおこなった。

急性期病棟看護師は、排泄ケアの実施にあたり倫理的配慮については重視していたが、高齢肺炎患者への排泄自立ケアの実施は5割程度であり、十分に実施されているとは言い難い結果であった。また、経験年数が長くなると排泄用具の判断基準を有意にもっており、身体的自立にむけたケアを実施している病棟は、排泄自立ケアを有意に実施していることが明らかとなった。実施の際には、患者を中心とし、多職種で連携して排泄ケアを実施していた。一方でマンパワー不足などを理由に看護師が主導となって排泄ケアを行うことに葛藤を抱いていた。

高齢者にとって『排泄自立』は、日々の生活行動において最も尊厳に関わる行為であり、退院後も人の手を借りずに排泄が自立できることは、高齢者にとって何事にも代えがたいものである。今回、急性期病棟では疾患治療が優先され、生活に視点を置いたケアの実施が困難な状況にあることが明らかとなり、その課題解決にむけて排泄自立ケアの継続教育やツールの必要性などが示唆された。このように、急性期病棟から排泄自立ケアを実施するための看護支援のあり方について検討できたことは、高齢者にとって尊厳ある生活を送れる社会を保障できる一助になると考える。また、本邦は超高齢社会を迎え、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することを可能とする地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっている。その課題解決にむけて急性期病棟から自立支援を行うことが求められており、その鍵となる『排泄自立』を本研究のテーマとし、急性期病棟における排泄自立ケアの実態を明らかにし看護支援のあり方について示唆を得ることができたことは、一定の価値を有すると考える。

今後は、継続教育の内容の検討や疾患のリスク管理と排泄自立ケアが段階的に実施できるようなツール開発を行っていくことが課題である。



## 第8章 謝辞

本研究をすすめるにあたり、懇切丁寧にご指導いただきました竹内孝仁先生をはじめ、井上善行先生、小平めぐみ先生、に深く感謝申し上げます。そして、調査にご協力いただきました多くの急性期病棟看護師の皆様、お忙しい中、快く研究協力を受け入れてくださり、深謝いたします。

最後に、温かく見守り、常に励まし続けてくれた家族、友達の存在がなければ、博士論文を完成させることはできませんでした。心より感謝申し上げます。

なお、本研究の一部は、2016年公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けたものである。

## 第9章 引用・参考文献

- 1) 内閣府.平成 28 年版高齢社会白書.東京都:日経印刷株式会社,2016:2
- 2) 北村有香,[著者代表]北川公子. 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護学 第 8 版.東京:株式会社医学書院,2017:159
- 3) 石川誠.「寝たきり」の芽は急性期に摘む！早期リハビリテーションの重要性と看護師の役割. 看護学雑誌 2002;66(12):1086-1089
- 4) Jane E, Mark A, Muhammad J. new walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness Incidence and significance. Journal of Gerontology 1998;53(4):307-312
- 5) 再掲 1)
- 6) 川崎市健康福祉局.平成 28 年度川崎市高齢者実態調査報告書.神奈川県：川崎市,2017:13
- 7) 堀田和司,奥野純子,深作貴子ら.老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因.日本プライマリ・ケア連合学会誌 2010;33(3):256-265
- 8) Jette AM, Tennstedt S, Crawford S. How does formal and informal community care affect nursing home use? . J Gerontology B Psychol Sci Soc Sci 1995;50B:S4-S12
- 9) 内閣府.2011.介護保険制度に関する世論調査.  
<http://survey.gov-online.go.jp/h22/h22-kaigohoken/> 2017.5.3
- 10) ユニ・チャーム（株）.2008.シニア世代の介護意識調査.  
<http://www.unicharm.co.jp/company/news/index.html> 2015.9.2
- 11) 再掲 8)
- 12) 厚生労働統計協会編.国民衛生の動向 2016/2017 年版.東京:厚生統計協会,2016:68
- 13) 金子かおり,河野隆志.当院における肺炎患者の在宅復帰に関与する因子の検討.静岡県理学療法士会学術誌 2013;26:44
- 14) 竹内孝仁.医療は「生活」に出会えるか.東京:医歯薬出版,2008:5,105
- 15) 医政局.2017.全国厚生労働関係部局長会議資料  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-03-01p.pdf> 2017.5.4

- 16) 藤尾祐子.介護施設での「自立支援介護」のためのツール作成に関する研究.東京:国際医療福祉大学大学院博士論文,2011
- 17) Kodaira Megumi, Fujio Yuko, Takeuchi Takahito. Associations among Urinary Incontinence, Daytime Activity, and Walking in Care-dependent Residents of Special Nursing Homes for the Elderly (First Report) 2014;8(1):10-15
- 18) 小平めぐみ,野村晴美,井上善行.特別養護老人ホームに関する研究Ⅱ-おむつ排泄の自立を中心に-.自立支援介護学 2010;4(1):42-52
- 19) 楠元寛之.高齢入院患者における排泄自立と現場(職員)での意識について.東京:国際医療福祉大学大学院博士論文,2015
- 20) 野元佳子,久松憲明,堀之内啓介ら.回復期リハビリテーション病棟における排泄障害取り組み - 排泄ケアチームを立ち上げて -.第 47 回日本リハビリテーション医学会学術集会 2011;48(2):108-112
- 21) 下仮谷奈々,久みゆき,野本佳子ら.当院における退院時 FIM と自宅復帰率の関連について.鹿児島リハビリテーション医学研究会誌 2008;19:27-30
- 22) Sakurai Hiroaki, Tsujimura Toru, Sugiura Yohito et al. Determinants of Return to Home After Stroke: An Analysis Based on FIM Score. journal of Physical Therapy Science 2011;23(2):283-287
- 23) 村山美香,矢田フミエ,田中マキ子ら.高齢者の在宅療養継続要因の検討 第1報-百歳高齢者のADL機能の検討-.山口県立大学学術情報 2011;12(4):97-105
- 24) 河上瑞江,柿田清美,永戸信子ら.尿失禁に関する病棟スタッフの意識変化-学習会・オムツ体験等の前後アンケート調査より-.第 37 回日本看護学会集録 (成人看護) 2006:473-475
- 25) 浅野均,林稚佳子,三笠里香ら.回復期リハビリテーション病棟から退院した脳血管障害療養者の排泄の援助-在宅療養初期において家族介護者が行う援助内容の質的分析-.国立看護大学高研究紀要 2012;11(1):10-19
- 26) 再掲 20)

- 27) 前本英樹,上村恭生,平田奈穂美ら.高齢肺炎患者の ADL 低下に影響を与える要因の検討.理学療法学 2007;34(1):16-20
- 28) 井元淳,井ノ口尚美, 山口優実ら.肺炎患者の入院期間に影響を与える要因の検討.理学療法福岡 2009;22:82-85
- 29) 瀧澤弥恵, 矢満田恵子, 吉田栄子ら.高齢者肺炎患者における呼吸理学療法の早期開始効果について.日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 2009;19(1):71-76
- 30) 藤原邦寛, 山川真, 日下隆一.高齢肺炎患者に対するリハビリテーションが ADL に及ぼす影響.理学療法京都 2012;41:132-133
- 31) 森泉麻木子,大見朋哲.高齢肺炎患者の転帰に影響を与えた要因についての考察.理学療法研究・長野 2009;37:78-79
- 32) 西潟美砂,清水浩介,白井聡ら.誤嚥性肺炎患者の離床状況の違いによる入退院時の臨床的特徴について.理学療法福井 2015;19:3-7
- 33) 宮川操,安原由子,谷岡哲也.7 対 1 看護体制導入後の急性期病院一般病床における看護師の人員配置に対する評価.四国医誌 2012;3768(3,4):125-130
- 34) Lynda Juall Carpenito-Moyet. (新藤幸恵,竹花富子訳 (2011) :看護診断ハンドブック(9),東京:医学書院,2009:660
- 35) 香取春美,宮本美恵子,高木幸江ら.排泄ケアの改善における看護師の意識変化-「忙しいからできない」から「患者にあった排泄ケアの実現へ」-.第 40 回看護総合 2009:359-361
- 36) 河上瑞江,柿田晴美,永戸信子ら.尿失禁に関する病棟スタッフの意識変化-学習会・オムツ体験等の前後アンケート調査より-.第 37 回成人看護Ⅱ 2006:473-475
- 37) 碓井孝治,嶋先晃, 藤吉健史.高齢肺炎患者の早期離床は ADL 維持に貢献できるか.みんなの理学療法 2010;22:1-5
- 38) 再掲 31)
- 39) 君山由良.第 2 版コレスポネンス分析の利用法- 一般対応分析モデル-. 東京: (株) データ分析研究所,2011:1,22

- 40) 谷畑英一,玉置久雄.厚生農業協同組合連合会(厚生連) DPC 対象病院におけるアンケート調査.日農医誌 2009;58(1):26-33
- 41) 村山幸照,井上勲,VHJ 研究会会員病院.平成 20 年度診療報酬改定による急性期病院でのリハビリテーションへの影響.作業療法 2011;30(6):717-726
- 42) 前本秀樹,上村恭生,木口和明 他.高齢肺炎患者の ADL 低下に影響を与える要因の検討.理学療法学 2007;31(1):16-20
- 43) Carole S, Shelly D, Adriana R, et al. Creating order out of chaos Models of GNP practice with hospitalized old adults. Clinical Excellence for Nurse Practitioners 2001;V(2):88-95
- 44) 佐藤和佳子,[編]堀内ふき.ナーシング・グラフィカ 老年看護①高齢者の健康と障害.第4版.東京:株式会社メディカ出版,2013:219
- 45) 白井みどり,佐々木八千代,長畑多代ら.第5章 高齢者の生活機能を整える看護の展開.系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護学.第8版.東京:医学書院,2016:178
- 46) 松本あつき,甲斐貞子,佐々部奈央ら.脳卒中患者の排泄自立を促す看護師の認識・判断・患者への関わり方の検討.日本リハビリテーション看護学会学術大会収録 23 回 2011:98-100
- 47) 松本啓子,松井優子,池田敏子ら.看護職の考える高齢者の自立に関する意識調査-自立イメージと実践事例に基づいた自立援助の計画から-.川崎医療福祉学会誌 2005;14(2):277-285
- 48) 湯野智香子,泉キヨ子,平松知子ら.急性期病院における内科疾患を有する高齢患者の退院時の歩行能力低下に影響する要因.金沢大学つるま保健学会誌 2009;33(2):81-87
- 49) 瀧澤弥恵,矢満田恵子,吉田栄子ら.高齢肺炎患者における呼吸理学療法の早期開始効果について.日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 2009;19(1):71-76
- 50) 竹内孝仁.家族で治そう認知症.第2版.東京:年友企画株式会社,2008
- 51) Yuko FUJIO, Noriko OGAWA, Yoshiyuki INOUE, et al. Indices of Undernutrition in the Care-dependent Elderly. Asian Journal of Human Services 2016;10:16-24
- 52) 再掲 36)
- 53) Ryohei Goto, Hiroki Watanabe, Naoki Tanaka, et al. Factors Associated with Recovery of Activities of Daily Living in Elderly Pneumonia Patients. General Medicine 2015;16(2):68-75

- 54) 陶山啓子,加藤基子,赤松公子ら.介護施設で生活する高齢者の排便障害の実態とその要因.日本老年看護学会誌 2006;10(2):34-40
- 55) 竹内孝仁.おむつを外し尿失禁を改善する - 排泄自立の理論と実践 - .東京:筒井書房,2011
- 56) 奥田のり美,桶河華代.看護師の専門的自立性と基本的属性との関係.聖泉看護学研究 2012;1:63-72
- 57) 松本啓子,清田玲子 ,池田敏子ら.看護職の考える高齢者の自立に関する意識調査.老年看護学 2001;6(1):107-113
- 58) 北素子,谷津裕子.質的研究の実践と評価のためのサブストラクション (第1版) .東京:医学書院,2009
- 59) 竹内孝仁.水 - 介護は水に始まり、水に終わる (自立支援介護ブックレット) .東京:筒井書房, 2012
- 60) 竹内孝仁.自立支援と QOL の向上を基本理念とするケアマネジメント 1999.老年歯科医学;14(2):79-85
- 61) 厚生労働省.「12 ヶ月平均による医科病院における入院受診延日数, 推計新規入院件数, 推計平均在院日数の最近の動向」.  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/zenpan/dl/h24\\_doukou\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/zenpan/dl/h24_doukou_01.pdf)2017.8.3
- 62) 川島みどり.歩きつづけて看護.東京:医学書院.2002
- 63) 竹内孝仁.医療は「生活」に出会えるか.東京:医歯薬出版,2008:5
- 64) ヴァージニア・ヘンダーソン (湯楨ます他訳) .看護の基本となるもの.新装版 1 刷.東京:日本看護協会出版会, 2006:11
- 65) 本田由美,松尾和枝.急性期病棟におけるプリセプター看護師が捉えた新人看護師の看護実践上の問題.日本赤十字九州国際看護大学 2010;8:61-69
- 66) 永田美和子,小山英子,三木園生ら.新人看護師の看護実践上の困難の分析.桐生短期大学紀要 2005;16:31-36
- 67) 福井トシ子.新卒看護師の基本的看護技術習得状況に関する実態調査.看護管理 2009;19(4):254-261

- 68) 厚生労働省 .2007. 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書.<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1001-9g.pdf> 2017.3.2
- 69) 竹村真理.臨地実習における卒業時看護技術到達度の現状と課題.健康科学大学紀要 2015;11:155-161
- 70) 中嶋利枝,亀山清美,太田くる美.高齢者排泄援助に関する調査研究 看護職のジレンマについて.日本看護学会論文集 2007;37:224-226
- 71) 橋本あかね.看護師の消極的倫理行動に影響する要因と心境との関連.看護教育 2012;53(8):694-697
- 72) 坂本里咲子,澤田恵美子,山地ひろみら.緩和ケア病棟で働く看護師が抱えるジレンマの軽減に向けた試み - 排尿チェックシートを活用して -.死の臨床 2015;38(2):341
- 73) 横田宜子,上村智彦,小田正枝.Jonsen 4 分割表を用いた臨床倫理カンファレンスが医師と看護師に与える影響.日本癌看護学会誌 2011;25(2):14-23
- 74) 飯塚麻紀,鴨田玲子,渡辺陽子ら.周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断.福島県立医科大学看護学部紀要 2011;13:1-10
- 75) 中村雄二郎.臨床の知とは何か.東京:岩波書店,1992:6
- 76) 佐藤紀子.看護学とは、臨床の知とは、何か.看護管理 2013;23(7):588-591
- 77) 飯塚麻紀.開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断.ヒューマン・ケア研究 2011;12(1):9-21
- 78) 韓慧.日本における看護師不足の実態.東アジア研究 2012;(10):1-24
- 79) 健康保険組合連合会.2011.「急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査研究」報告書. [http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa22\\_03.pdf](http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa22_03.pdf) 2017.8.3
- 80) 全国老人福祉施設協議会. 2016. 「特別養護老人ホームにおける入所者の重度化に伴う効果的な排泄ケアのあり方に関する調査研究事業」報告書. <http://www.roushikyo.or.jp> 2017.8.3
- 81) 森泉麻木子,大見朋哲.高齢肺炎患者の転帰に影響を与えた要因についての考察.理学療法研究・長野 2009;37:78-79

- 82) 西潟美砂,清水浩介,白井聡ら.誤嚥性肺炎患者の離床状況の違いによる入退院時の臨床的特徴について.理学療法福井 2015;19:3-7
- 83) 竹内孝仁.介護力向上講習会④食事全国老施協・自立支援介護ブックレット,2012
- 84) 矢野美和.自立支援介護が与える影響 - 排泄の自立への取り組みと介護職員のモラール-.自立支援介護学 2015;9(1):10-17
- 85) 安田真美,山村江美子,小林朋美ら.看護・介護の専門性と協働に関する研究.聖隷クリストファー大学看護学部紀要 2004;12:89-97
- 86) 徳原紀子,山村文子,小西美和子.急性期病院に勤務する中堅看護師の実践と課題ー生活援助に焦点をあててー.兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要 2017;24:79-91
- 87) 大橋久美子.一般病棟における患者の「入院生活」概念分析.聖路加看護学会誌 2008;12(2):14-24
- 88) 古城幸子,木下香織,馬本知恵.老年看護学実習での学生の看護ジレンマ-ジレンマの対処過程と教育的対応-.新見公立短期大学紀要 2004;25:63-71
- 89) 佐藤蓉子.看護ケアの現場における倫理的問題.看護教育 1996;7(1):12-16



# 資 料

## 資料1 【依頼書 研究代表者から研究対象施設長】

平成 年 月 日

〇〇病院  
院長 〇〇 〇〇殿

国際医療福祉大学大学院  
医療福祉学研究科 博士課程 黒川 佳子

### 調査協力について（ご依頼）

拝啓

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科先進的ケア・ネットワーク開発研究の博士課程を専攻しております黒川佳子と申します。このたび学校法人国際医療福祉大学の承認を得て、下記の内容で学位論文に関する研究を行うこととなりました。

つきましてはご多忙のところ大変恐縮ではございますが、調査施設として貴施設にご協力いただきたく、ご承諾いただけますようお願い申し上げます。

敬具

記

#### 1. 研究課題名

「老年看護の今後の在り方についての研究」

～急性期病棟における高齢患者への排泄ケアの実態より考える～

#### 2. 研究目的・方法

老年看護の今後の在り方について示唆を得るため、急性期病棟の看護師が実施する自立支援の実態について明らかにする。研究対象者は、呼吸器内科病棟に勤務する看護師約2000名とする。

方法は、無記名自記式質問紙調査。同意の得られた全国の急性期医療機関の看護部長に対して、配布物一式（依頼・説明文、調査票、返信用封筒）を送付し、呼吸器内科病棟の看護部長に全看護師への配布を依頼する。回収は研究対象者が調査票を記入後、返信用封筒に調査票を封入し投函する。

得られたデータは統計的解析を行う。

#### 3. 研究調査期間：平成28年7月1日～平成28年8月31日

#### 4. 倫理的配慮：国際医療福祉大学倫理審査委員会の審査（平成28年〇月〇日）により承認を得た。

\* 本研究の内容をご理解いただき、参加のご協力をいただきましたら、同意書に同意日、施設名、署名、調査対象看護師数を記載し、返信用封筒にて【研究者控え同意書】を研究者の勤務先へ返信をお願いします。後日、研究対象者分の配布物一式をお送りさせていただきます。（【施設控え同意書】は施設にてお控えください。）

以上

#### 【お問い合わせや連絡先】

（本人連絡先）国際医療福祉大学大学院 博士課程 黒川佳子

住所：東京都港区南青山1丁目3-3 青山1丁目タワー5階

Tel：090-2142-5349（携帯）/ E-mail：15S3021@iuhw.ac.jp

勤務先：順天堂大学保健看護学部（静岡県三島市大宮町3-7-33）

（指導教員名・連絡先）国際医療福祉大学大学院 教授 竹内孝仁

Tel：03-5775-7858（直通）/ E-mail：taketaka@g.iuhw.ac.jp

添付：研究計画書、調査票、研究依頼・説明文書、同意書、同意撤回書、返信用封筒、倫理審査通知書

資料2 【依頼・説明文書 研究代表者から研究対象看護部長】

平成 年 月 日

〇〇病院  
看護部長 〇〇 〇〇殿

国際医療福祉大学大学院  
医療福祉学研究科 博士課程 黒川 佳子

国際医療福祉大学大学院博士課程 学位論文研究  
「急性期病棟における排泄ケアの実態に関する調査」への協力について（依頼）

拝啓

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は国際医療福祉大学大学院博士課程の黒川佳子と申します。このたびは学校法人国際医療福祉大学の承認を得て、下記の内容で学位論文に関する研究を行うこととなりました。

現在、我が国の高齢化率は2014（平成26）年に26.0%と過去最高となりました。今後も高齢者人口は増えることが見込まれており、医療・介護提供体制の構築が喫緊の課題となっております。そのため高齢者がその人らしく生きる社会を保障するために、「自立支援」という老年看護の核となりうる部分に焦点を当て、急性期病棟で実施されている老年看護の実態を明らかにし、老年看護の今後の在り方について示唆を得るための基礎資料となるものです。

本調査の趣旨をご理解いただきまして、貴施設の呼吸器内科病棟に勤務する看護師を対象とした下記へのご理解・ご協力を承りますようお願い申し上げます。なお、研究に関するご質問、ご意見などは連絡先にご一報くださいますようお願い致します。

敬具

記

1. 研究課題名：「老年看護の今後の在り方についての研究」  
～急性期病棟における高齢患者への排泄ケアの実態より考える～
2. 研究目的：急性期の老年看護全般における自立支援の実態について明らかにする。
3. 対象：平成27年厚生労働省より告示されたDPC対象病院「機能評価係数Ⅱ」の急性期医療機関99施設の呼吸器内科病棟に勤務する全看護師 約2000名
4. 調査期間：平成28年7月1日～平成28年8月31日
5. 研究方法：無記名自記式質問紙調査。事前に貴施設よりご返信いただきました同意書に記載された呼吸器病棟に勤務する全看護師（常勤看護師）の人数分の配布物一式を看護部長様宛に送付させていただきます。呼吸器内科病棟の看護師長に調査票配布を依頼します。研究対象者は各自で回答後、同封した返信用封筒で郵便ポストに投函していただきます。
6. 倫理的配慮：本調査の目的、方法、計画等全ての事柄は、事前に国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得ています。協力施設および調査対象者の研究に関して知る権利、自己決定の権利を保障し、プライバシーの保護に配慮致します。

以上

【お問い合わせや連絡先】

（本人連絡先）国際医療福祉大学大学院 博士課程 黒川佳子  
住所：東京都港区南青山1丁目3-3 青山1丁目タワー5階  
Tel：090-2142-5349（携帯）/ E-mail：15S3021@iuhw.ac.jp  
勤務先：順天堂大学保健看護学部（静岡県三島市大宮町3-7-33）

（指導教員名・連絡先）国際医療福祉大学大学院 教授 竹内孝仁  
Tel 03-5775-7858（直通）/ E-mail taketaka@g.iuhw.ac.jp

添付：研究計画書、調査票、研究依頼・説明文書、同意書、同意撤回書、返信用封筒、倫理審査通知書

資料3 【施設用 同意書】

国際医療福祉大学大学院  
黒川 佳子殿

同 意 書

私は「急性期病棟における排泄ケアの実態に関する調査」について、別紙の文書に基づき説明を受け、下記の項目について十分内容を理解し、倫理的配慮についても納得しましたので、本施設職員が研究に参加することに同意します。

- 研究の目的
- 協力の内容
- 協力しない場合に不利益をうけないこと
- 同意した場合でも調査票を職員が投函する前であれば撤回できること
- 個人情報の保護
- 結果の公表について

同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_

\* 対象看護師数は、呼吸器内科病棟に勤務する常勤看護師数（師長を含む）をご記入ください。

調査対象看護師数 \_\_\_\_\_ 人

資料4 【施設用 同意撤回書】

同 意 撤 回 書

国際医療福祉大学大学院  
黒川 佳子殿

私は、「急性期病棟における排泄ケアの実態に関する調査」についての参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科先進的・ケアネットワーク開発分野専攻の黒川佳子に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

\*ただし、この調査票は返信をもって同意したものとし、調査票回収後は無記名のため撤回できない旨をご了承ください。

同意撤回日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_

**【送付先】 勤務先への送付をお願い致します。**

国際医療福祉大学大学院 博士課程 黒川佳子

勤務先： 順天堂大学保健看護学部（静岡県三島市大宮町 3-7-33）

Tel : 090-2142-5349（携帯） / E-mail : 15S3021@g.iuhw.ac.jp



調査へのご協力をお願い  
「急性期病棟における自立支援の実態に関する調査」について

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は国際医療福祉大学大学院博士課程の黒川佳子と申します。このたび学校法人国際医療福祉大学の承認を得て、下記の内容で学位論文に関する研究を行うこととなりました。

現在、我が国の高齢化率は2014（平成26）年に26.0%と過去最高となりました。今後も高齢者人口は増えることが見込まれており、医療・介護提供体制の構築が喫緊の課題となっております。そのため高齢者がその人らしく生きる社会を保障するために、「自立支援」という老年看護の核となりうる部分に焦点を当て、急性期の老年看護全般における自立支援の実態を明らかにし、老年看護の今後の課題について考察したいと考えております。

今回、呼吸器内科病棟の看護師の皆様を対象としました理由は、急性期に入院された高齢肺炎患者に対して看護師の皆様が実施する自立支援について調査を行うことにあります。先行研究では、状態が安定した回復期病棟での排泄ケアの取り組みや、脳血管疾患患者に対しての排泄ケアについての研究が行われ、排泄ケアの実態が明らかにされております。呼吸器疾患患者については、運動機能障害を来していないにも関わらず、安静臥床の長期化により身体機能が低下し、その結果、排泄に介助を要することで自宅復帰に影響を及ぼしていることが先行研究より明らかになっております。しかし、急性期に入院された高齢肺炎患者の排泄に対する看護については、現実にはどの程度、どのように実施されているのか、その実態はまだ明らかにされておられません。急性肺炎患者は一時的には安静を強いられることはあっても、早期に移動についての制約が解除されます。しかし、一時的ではあっても安静を強いられることで、高齢患者は歩行能力が低下し、排泄の自立も入院により低下することが予測されます。そのため早期に排泄自立に向けた介入が行われないと、高齢者の尊厳が脅かされ、退院後の介護負担に繋がることとなります。

そこで、今回は急性期病棟で高齢肺炎患者に対して実施されている、自立にむけた看護ケアについて調査を行いたいと考えました。急性期に入院された高齢肺炎患者の排泄の自立支援の実態を明らかにすることは、老年看護における排泄の自立支援を考える上での基礎になると考えております。

本調査の趣旨をご理解いただきまして、下記の調査へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。なお、研究に関するご質問、ご意見などは連絡先にご一報くださいますようお願い致します。

記

1. 研究課題名：「老年看護の今後の在り方についての研究」  
～急性期病棟における高齢患者への排泄ケアの実態より考える～
2. 研究目的：急性期の老年看護全般における自立支援の実態について明らかにします。
3. 対象：平成27年厚生労働省より告示されたDPC対象病院「機能評価係数Ⅱ」の急性期医療機関99施設の呼吸器内科病棟に勤務する全看護師 約2000名
4. 調査期間：平成28年7月1日～平成28年8月31日
5. 研究方法：無記名自記式質問紙調査。呼吸器内科病棟の看護師長に調査票等の配布を依頼します。各自で回答後、同封した返信用封筒で郵便ポストに投函して下さい。なお、回答には10～15分程度かかります。

6. 倫理的配慮：この調査に協力するか否かは自由に選べます。それによって一切の不利益が生じることはありません。この調査票は返信をもって同意したものとさせていただきます。アンケート投函後は無記名のため撤回できない旨をご承ください。ご回答いただく質問紙は無記名ですので個人が特定されることもありません。回収した質問紙はデータとして統計的にとりまとめます。これらのデータは研究以外の利用は致しません。とりまとめた結果は、学会や研究論文として報告する場合がございますが、個人はもちろん施設名もわからないようにします。この調査の目的、方法、計画等全ての事柄は、事前に国際医療福祉大学研究倫理委員会の承認を得ています。
7. その他：本研究は外部資金等の助成は受けておりません。なお、本調査における謝金はございませんが、研究結果の報告についてお知りになりたい方は、下記連絡先までご連絡ください。内容について資料または口頭にてご説明させていただきます。

以上

【お問い合わせや連絡先】

(本人連絡先) 国際医療福祉大学大学院 博士課程 黒川佳子

住所：東京都港区南青山1丁目3-3 青山1丁目タワー5階

Tel：090-2142-5349 (携帯) / E-mail：15S3021@iuhw.ac.jp

勤務先：順天堂大学保健看護学部 (静岡県三島市大宮町3-7-33)

(指導教員名・連絡先) 国際医療福祉大学大学院 教授 竹内孝仁

Tel 03-5775-7858 (直通) / E-mail taketaka@iuhw.ac.jp

資料6【調査票 表紙】

急性期病棟における  
高齢患者に対する排泄ケアの実態に関する調査

ご回答についてのお願い

- \* 質問は3項目5質問で構成しています。
- \* 回答に要する時間はおよそ10～15分です。
- \* どの質問も正答や良い答えはございません。  
ご自身のお考えに最も近いものをお答えください。  
回答したくないもの、負担になるような質問につきまして

アンケートの返信方法について

- \* すべての質問にご回答いただけましたら、同封の封筒に入れ  
お近くの郵便ポストにご投函ください。
- \* ご住所などの記入は不要です。
- \* 平成28年〇月〇日までにご投函ください。

お問い合わせ

ご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

研究責任者：国際医療福祉大学大学院 博士課程 黒川 佳子

Tel 090-2142-5349 /E-mail 15s3021@g.iuhw.ac.jp

住所 東京都港区南青山1丁目3-3 青山1丁目タワー5階

指導教員：国際医療福祉大学大学院 教授 竹内 孝仁

Tel 03-5775-7858 (直通) /E-mail taketaka@iuhw.ac.jp

住所 東京都港区南青山1丁目3-3 青山1丁目タワー4階

資料6【調査票】

I. あなたご自身のことについて

問1. あなた自身についてお伺いします。( )には数字を、あてはまる番号には○をつけてください。

1) 年齢	( ) 歳		
2) 現病院経験年数	( ) 年	3) 看護職経験年数	( ) 年
4) 性別	1. 女                      2. 男		
5) 資格(複数回答可)	1. 看護師      2. 保健師      3. 助産師		
6) 最終学歴	1. 専門学校    2. 短期大学    3. 大学    4. 大学院		
7) 最終学歴の卒業年度	昭和 ・ 平成                      ( ) 年		
8) 病棟内での役割	1. 看護師長    2. 主任                      3. チームリーダー    4. その他		

問2. あなたが急性肺炎で入院された高齢患者の重症度について判断基準としているものはなんですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。(複数回答可)

1. 高体温	2. 活動力の低下	3. 酸素投与	4. 痰の性状(量や色など)
5. 安静指示	6. 呼吸状態	7. 食物摂取状況	8. 治療内容
9. 検査データ	10. 画像診断	11. その他	( )

II. 病棟で実施している高齢患者に対する看護ケアについて

問3. 病棟で実施している高齢患者への看護ケアについてお聞きします。

当てはまる番号1つに○をつけてください。

1) あなたの病棟では入院から退院までに高齢患者の自立を取り戻すことを徹底していますか。

1. 徹底していない	2. あまり徹底していない	3. どちらともいえない
4. やや徹底している	5. 徹底している	

2) あなたの病棟の標準看護計画に高齢患者の身体的自立にむけた計画は存在しますか。

1. 存在しない	2. 存在する
----------	---------

3) あなたの病棟には急性肺炎に対してクリティカルパスは存在しますか。

1. 存在しない	2. 存在する
----------	---------



Ⅲ. 急性肺炎で入院された高齢患者の排泄ケアについて

\* 「排泄自立」とはおむつを使用せずトイレで排泄することとします。

問4. 急性肺炎で入院された高齢患者の「排泄自立」にむけたケアの実施についてお聞きします。

当てはまる番号1つに○をつけてください。

1) 急性肺炎で入院された高齢患者に対して「排泄自立」にむけたケアを入院中に実施していますか。

- |             |                 |              |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. 実施していない  | 2. あまり実施していない   | 3. どちらともいえない |
| 4. やや実施している | 5. 全ての患者に実施している |              |

2) 急性肺炎で入院された高齢患者の状態が回復傾向になってきたとき、おむつ内排泄をしている高齢患者に対して最初に使用する排泄用具で最も頻度の高いものは何ですか。

- |       |       |             |        |
|-------|-------|-------------|--------|
| 1. 便器 | 2. 尿器 | 3. ポータブルトイレ | 4. トイレ |
|-------|-------|-------------|--------|

問5. 排泄用具選択の判断基準についてお聞きします。

1) あなたは排泄用具を選択する判断基準を持っていますか。あてはまる番号1つに○をつけてください

- |           |          |
|-----------|----------|
| 1. もっていない | 2. もっている |
|-----------|----------|

**質問は以上です。  
ご回答いただきありがとうございました。**

**問5. 2) へ**

**問5. 1) 排泄用具を選択する判断基準について「2. もっている」とお答えになった方のみ、問5. 2)、3) の回答をお願いします。**

2) あなたは急性肺炎で入院された高齢患者に対して、おむつを使用する判断基準はなんですか。下記の中から優先順位の高いものから順に3つあげてください。(数字で記入してください)

- | 1位                   | 2位          | 3位        |                 |
|----------------------|-------------|-----------|-----------------|
| 1. 便意・尿意がない          | 2. 座位保持困難   | 3. 立位保持困難 | 4. 独歩不可         |
| 5. 歩行に介助要            | 6. 車椅子使用    | 7. ADLの低下 | 8. コミュニケーション障害  |
| 9. 経管栄養の実施           | 10. 高体温     | 11. 酸素投与  | 12. 痰の性状(量や色など) |
| 13. 呼吸状態             | 14. 治療(点滴等) | 15. 検査データ | 16. 業務上の都合      |
| 17. 転倒リスクがある         | 18. 認知症状がある | 19. 失禁がある | 20. 意思疎通が困難     |
| 21. 入院時すでにおむつを使用している | 22. その他 (   |           | )               |

- 3) あなたは急性肺炎で入院された高齢患者に対しておむつ内排泄→便器・尿器、  
便器・尿器→ポータブルトイレ、ポータブルトイレ→トイレへと切り替える判断基準はなんですか。

(1) おむつ内排泄から便器・尿器への切り替える判断基準について

	全く そう 思わない	あまり そう 思わない	どちら とも いえない	やや そう 思う	非常 に そう 思う
以下の項目にすべてについてあてはまる番号 1つに○をつけてください。					
1 便意・尿意が有る	1	2	3	4	5
2 失禁回数が少ない	1	2	3	4	5
3 排泄リズムが確立	1	2	3	4	5
4 下剤の使用がない	1	2	3	4	5
5 栄養状態が改善	1	2	3	4	5
6 摂食行動が自立	1	2	3	4	5
7 活動力の上昇（離床時間の増加）	1	2	3	4	5
8 認知症状がない	1	2	3	4	5
9 症状の安定	1	2	3	4	5
10 治療内容の変更（酸素投与中止、点滴終了等）	1	2	3	4	5
11 座位保持可能	1	2	3	4	5
12 立位保持可能	1	2	3	4	5
13 車椅子使用	1	2	3	4	5
14 車椅子自走可能	1	2	3	4	5
15 歩行に介助あり	1	2	3	4	5
16 独歩	1	2	3	4	5
17 衣服の着脱が自立	1	2	3	4	5
18 看護師一人でトイレ介助可能	1	2	3	4	5
19 今までの経験的な感覚	1	2	3	4	5
20 本人の希望	1	2	3	4	5
21 尊厳の保持	1	2	3	4	5
22 今後の転帰（自宅、施設等）	1	2	3	4	5
23 その他（ ）					

(2) 便器・尿器からポータブルトイレへの切り替える判断基準について

	全くそう 思わない	あまり そう 思わない	どちらとも いえない	やや そう 思う	非常に そう 思う
以下の項目にすべてについてあてはまる番号 1つに○をつけてください。					
1 便意・尿意が有る	1	2	3	4	5
2 失禁回数が少ない	1	2	3	4	5
3 排泄リズムが確立	1	2	3	4	5
4 下剤の使用がない	1	2	3	4	5
5 栄養状態が改善	1	2	3	4	5
6 摂食行動が自立	1	2	3	4	5
7 活動力の上昇（離床時間の増加）	1	2	3	4	5
8 認知症状がない	1	2	3	4	5
9 症状の安定	1	2	3	4	5
10 治療内容の変更（酸素投与中止、点滴終了等）	1	2	3	4	5
11 座位保持可能	1	2	3	4	5
12 立位保持可能	1	2	3	4	5
13 車椅子使用	1	2	3	4	5
14 車椅子自走可能	1	2	3	4	5
15 歩行に介助あり	1	2	3	4	5
16 独歩	1	2	3	4	5
17 衣服の着脱が自立	1	2	3	4	5
18 看護師一人でトイレ介助可能	1	2	3	4	5
19 今までの経験的な感覚	1	2	3	4	5
20 本人の希望	1	2	3	4	5
21 尊厳の保持	1	2	3	4	5
22 今後の転帰（自宅、施設等）	1	2	3	4	5
23 その他（ <input type="text"/> ）					



(3) ポータブルトイレからトイレでの排泄への切り替える判断基準について

以下の項目にすべてについてあてはまる番号 1つに○をつけてください。		全く そう 思わない	あまり そう 思わない	どちら とも いえない	やや そう 思う	非常に そう 思う
1	便意・尿意が有る	1	2	3	4	5
2	失禁回数が少ない	1	2	3	4	5
3	排泄リズムが確立	1	2	3	4	5
4	下剤の使用がない	1	2	3	4	5
5	栄養状態が改善	1	2	3	4	5
6	摂食行動が自立	1	2	3	4	5
7	活動力の上昇（離床時間の増加）	1	2	3	4	5
8	認知症状がない	1	2	3	4	5
9	症状の安定	1	2	3	4	5
10	治療内容の変更（酸素投与中止、点滴終了等）	1	2	3	4	5
11	座位保持可能	1	2	3	4	5
12	立位保持可能	1	2	3	4	5
13	車椅子使用	1	2	3	4	5
14	車椅子自走可能	1	2	3	4	5
15	歩行に介助あり	1	2	3	4	5
16	独歩	1	2	3	4	5
17	衣服の着脱が自立	1	2	3	4	5
18	看護師一人でトイレ介助可能	1	2	3	4	5
19	今までの経験的な感覚	1	2	3	4	5
20	本人の希望	1	2	3	4	5
21	尊厳の保持	1	2	3	4	5
22	今後の転帰（自宅、施設等）	1	2	3	4	5
23	その他（  ）					

以上で質問は終了です。

ご回答いただきありがとうございました。

資料7

判断基準項目×判断基準の目安のクロス集計表

列和→	全くそう 思わない		あまりそう 思わない		どちらとも いえない		やや そう思う		非常に そう思う		合計 n
	484		968		1440		2930		4381		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
おむつ内 排泄↓ 便器・尿器	便尿意	1 (0.6)	1 (0.6)	4 (2.2)	50 (27.9)	123 (68.7)	179				
	失禁回数	5 (2.8)	16 (8.9)	39 (21.8)	55 (30.7)	64 (35.8)	179				
	排泄リズム	3 (1.7)	12 (6.7)	21 (11.7)	69 (38.5)	74 (41.3)	179				
	下剤	41 (22.9)	73 (40.8)	40 (22.3)	16 (8.9)	9 (5.0)	179				
	栄養状態	20 (11.2)	65 (36.3)	58 (32.4)	23 (12.8)	13 (7.3)	179				
	摂食行動	22 (12.3)	59 (33.0)	52 (29.1)	33 (18.4)	13 (7.3)	179				
	活動力上昇	4 (2.2)	3 (1.7)	13 (7.3)	71 (39.7)	88 (49.2)	179				
	認知症状	9 (5.0)	24 (13.4)	41 (22.9)	57 (31.8)	48 (26.8)	179				
	症状安定	0 (0.0)	2 (1.1)	11 (6.1)	72 (40.2)	94 (52.5)	179				
	治療内容	7 (3.9)	15 (8.4)	39 (21.8)	62 (34.6)	56 (31.3)	179				
	座位保持	11 (6.1)	18 (10.1)	18 (10.1)	67 (37.4)	65 (36.3)	179				
	立位保持	11 (6.1)	21 (11.7)	20 (11.2)	52 (29.1)	75 (41.9)	179				
	車椅子	13 (7.3)	21 (11.7)	27 (15.1)	56 (31.3)	62 (34.6)	179				
	車椅子自走	23 (12.8)	36 (20.1)	28 (15.6)	31 (17.3)	61 (34.1)	179				
	歩行介助	20 (11.2)	37 (20.7)	27 (15.1)	53 (29.6)	42 (23.5)	179				
	独歩	29 (16.2)	26 (14.5)	12 (6.7)	21 (11.7)	91 (50.8)	179				
	衣服着脱	20 (11.2)	33 (18.4)	16 (8.9)	42 (23.5)	68 (38.0)	179				
	1人介助	14 (7.8)	27 (15.1)	26 (14.5)	56 (31.3)	56 (31.3)	179				
	経験感覚	15 (8.4)	18 (10.1)	60 (33.5)	57 (31.8)	29 (16.2)	179				
	本人希望	2 (1.1)	7 (3.9)	32 (17.9)	81 (45.3)	57 (31.8)	179				
尊厳保持	2 (1.1)	3 (1.7)	34 (19.0)	87 (48.6)	53 (29.6)	179					
転帰	2 (1.1)	3 (1.7)	19 (10.6)	88 (49.2)	67 (37.4)	179					
便器・尿器 ↓ ポータブルトイレ	便尿意	4 (2.2)	7 (3.9)	5 (2.8)	52 (29.1)	111 (62.0)	179				
	失禁回数	6 (3.4)	14 (7.8)	25 (14.0)	58 (32.4)	76 (42.5)	179				
	排泄リズム	4 (2.2)	5 (2.8)	20 (11.2)	72 (40.2)	78 (43.6)	179				
	下剤	35 (19.6)	53 (29.6)	53 (29.6)	19 (10.6)	19 (10.6)	179				
	栄養状態	17 (9.5)	45 (25.1)	58 (32.4)	36 (20.1)	23 (12.8)	179				
	摂食行動	17 (9.5)	47 (26.3)	45 (25.1)	44 (24.6)	26 (14.5)	179				
	活動力上昇	0 (0.0)	3 (1.7)	9 (5.0)	74 (41.3)	93 (52.0)	179				
	認知症状	11 (6.1)	27 (15.1)	41 (22.9)	45 (25.1)	55 (30.7)	179				
	症状安定	1 (0.6)	2 (1.1)	7 (3.9)	57 (31.8)	112 (62.6)	179				
	治療内容	3 (1.7)	12 (6.7)	31 (17.3)	57 (31.8)	76 (42.5)	179				
	座位保持	1 (0.6)	0 (0.0)	10 (5.6)	51 (28.5)	117 (65.4)	179				
	立位保持	0 (0.0)	4 (2.2)	13 (7.3)	47 (26.3)	115 (64.2)	179				
	車椅子	3 (1.7)	9 (5.0)	20 (11.2)	58 (32.4)	89 (49.7)	179				
	車椅子自走	18 (10.1)	28 (15.6)	26 (14.5)	36 (20.1)	71 (39.7)	179				
	歩行介助	12 (6.7)	25 (14.0)	26 (14.5)	52 (29.1)	64 (35.8)	179				
	独歩	17 (9.5)	21 (11.7)	16 (8.9)	30 (16.8)	95 (53.1)	179				
	衣服着脱	14 (7.8)	27 (15.1)	19 (10.6)	46 (25.7)	73 (40.8)	179				
	1人介助	4 (2.2)	17 (9.5)	16 (8.9)	67 (37.4)	75 (41.9)	179				
	経験感覚	12 (6.7)	21 (11.7)	58 (32.4)	47 (26.3)	41 (22.9)	179				
	本人希望	1 (0.6)	6 (3.4)	22 (12.3)	77 (43.0)	73 (40.8)	179				
尊厳保持	1 (0.6)	4 (2.2)	29 (16.2)	79 (44.1)	66 (36.9)	179					
転帰	0 (0.0)	4 (2.2)	14 (7.8)	78 (43.6)	83 (46.4)	179					
ポータブル トイレ ↓ ポータブル トイレ	便尿意	5 (2.8)	6 (3.4)	6 (3.4)	38 (21.2)	124 (69.3)	179				
	失禁回数	6 (3.4)	10 (5.6)	18 (10.1)	53 (29.6)	92 (51.4)	179				
	排泄リズム	4 (2.2)	4 (2.2)	15 (8.4)	50 (27.9)	106 (59.2)	179				
	下剤	29 (16.2)	56 (31.3)	59 (33.0)	11 (6.1)	24 (13.4)	179				
	栄養状態	16 (8.9)	33 (18.4)	56 (31.3)	39 (21.8)	35 (19.6)	179				
	摂食行動	18 (10.1)	34 (19.0)	50 (27.9)	41 (22.9)	36 (20.1)	179				
	活動力上昇	2 (1.1)	0 (0.0)	9 (5.0)	50 (27.9)	118 (65.9)	179				
	認知症状	10 (5.6)	31 (17.3)	40 (22.3)	44 (24.6)	54 (30.2)	179				
	症状安定	0 (0.0)	1 (0.6)	11 (6.1)	53 (29.6)	114 (63.7)	179				
	治療内容	1 (0.6)	8 (4.5)	23 (12.8)	61 (34.1)	86 (48.0)	179				
	座位保持	1 (0.6)	6 (3.4)	13 (7.3)	45 (25.1)	114 (63.7)	179				
	立位保持	0 (0.0)	3 (1.7)	10 (5.6)	48 (26.8)	118 (65.9)	179				
	車椅子	0 (0.0)	6 (3.4)	12 (6.7)	57 (31.8)	104 (58.1)	179				
	車椅子自走	12 (6.7)	20 (11.2)	19 (10.6)	36 (20.1)	92 (51.4)	179				
	歩行介助	4 (2.2)	22 (12.3)	23 (12.8)	47 (26.3)	83 (46.4)	179				
	独歩	5 (2.8)	15 (8.4)	7 (3.9)	20 (11.2)	132 (73.7)	179				
	衣服着脱	5 (2.8)	23 (12.8)	20 (11.2)	30 (16.8)	101 (56.4)	179				
	1人介助	3 (1.7)	14 (7.8)	19 (10.6)	49 (27.4)	94 (52.5)	179				
	経験感覚	11 (6.1)	19 (10.6)	53 (29.6)	46 (25.7)	50 (27.9)	179				
	本人希望	1 (0.6)	4 (2.2)	22 (12.3)	56 (31.3)	96 (53.6)	179				
尊厳保持	1 (0.6)	4 (2.2)	22 (12.3)	59 (33.0)	93 (52.0)	179					
転帰	0 (0.0)	3 (1.7)	12 (6.7)	62 (34.6)	102 (57.0)	179					

資料 8 【依頼書 研究代表者から研究対象施設長】

平成 29 年 月 日

〇〇病院  
院長 〇〇 〇〇殿

国際医療福祉大学大学院  
医療福祉学研究科 博士課程 黒川 佳子

調査協力について（ご依頼）

拝啓

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科先進的ケア・ネットワーク開発研究の博士課程を専攻しております黒川佳子と申します。研究1「急性期病棟における排泄ケアの実態調査」の際には、快く調査依頼をお引き受けいただき感謝申し上げます。

ご多忙中のところ大変恐縮ではございますが、このたび研究2の調査施設として貴施設に再度ご協力いただきたく、ご承諾いただけますようお願い申し上げます。

敬具

記

1. 研究課題名

「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケアの認識と実施内容」

2. 研究目的・方法

急性期病棟の看護師が捉えている排泄自立ケアの認識と実施時の具体的な内容を明らかにすることである。研究協力者は、呼吸器内科病棟に勤務する看護師6名程度。

方法は、半構成インタビューを実施する。インタビュー時間は一人当たり30分程度とし、面接回数は1人1回とする。許可を得てICレコーダーに録音する。同意の得られた研究協力者に対して、口頭にて研究の趣旨、匿名性の保持、公表の可能性等について説明を行い、同意の得られたものとする。

3. 研究調査期間：平成29年●月●日～平成29年●月●日

4. 倫理的配慮：国際医療福祉大学倫理審査委員会の審査（平成29年○月○日）により承認を得た。

**\* 本研究の内容をご理解いただき、参加のご協力をいただきましたら、同意書に同意日、施設名、署名、をお願い致します。（【施設控え同意書】は施設にてお控えください。）**

以上

【お問い合わせや連絡先】

（本人連絡先）国際医療福祉大学大学院 博士課程 黒川佳子

住所：東京都港区南青山1丁目3-3 青山1丁目タワー5階

Tel : 090-2142-5349（携帯） / E-mail : 15S3021@iuhw.ac.jp

勤務先：順天堂大学保健看護学部（静岡県三島市大宮町3-7-33）

（指導教員名・連絡先）国際医療福祉大学大学院 教授 竹内孝仁

Tel : 03-5775-7858（直通） / E-mail : taketaka@g.iuhw.ac.jp

添付：研究計画書、研究依頼文書（施設長並びに看護部長各1部ずつ）、同意書、同意撤回書、インタビューガイド、倫理審査通知書

資料9 【依頼・説明文書 研究代表者から研究対象看護部長】

平成 29 年 月 日

〇〇病院

看護部長 〇〇 〇〇殿

国際医療福祉大学大学院

医療福祉学研究科 博士課程 黒川 佳子

国際医療福祉大学大学院博士課程 学位論文研究

「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケアの認識と実施内容」への協力依頼

拝啓

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は国際医療福祉大学大学院博士課程の黒川佳子と申します。研究1「急性期病棟における排泄ケアの実態調査」の際には、快く調査依頼をお引き受けいただき感謝申し上げます。

研究1の調査により病棟全体で入院中に高齢患者への自立支援に取り組むことは、排泄自立にむけたケア実践へつながる可能性があること、臨床経験を積むことで看護実践能力が高まり、対象に合わせた排泄用具の選択ができること等が示唆されました。研究2では、急性期病棟看護師が感じている排泄自立支援の認識、実施内容を詳細に明らかとし、両調査より高齢患者の排泄自立支援実践に向けての支援体制のあり方や、看護師の実践力向上に向けた教育方法を検討していきたいと考えております。

本調査の趣旨をご理解いただきまして、貴施設の呼吸器内科病棟に勤務する看護師を対象とした下記へのご理解・ご協力を承りますようお願い申し上げます。なお、研究に関するご質問、ご意見などは連絡先にご一報くださいますようお願い致します。

敬具

記

1. 研究課題名：「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケアの認識と実施内容」
2. 研究目的：急性期病棟の看護師が捉えている排泄自立ケアの認識と実施内容を詳細に明らかにする。
3. 研究協力者：平成27年厚生労働省より告示されたDPC対象病院「機能評価係数Ⅱ」の急性期医療機関99施設の中から、研究1に同意が得られた23施設中の2施設を対象とし、そこで働く看護師計18名程度（1病棟あたり6名）。
4. 調査期間：平成29年●月●日～平成29年●月●日
5. 研究方法：半構成的インタビュー調査。対象病棟の看護師長より看護師6名を紹介していただき、同意の得られた者に半構造的インタビュー調査（30分程度）を行う。
6. 倫理的配慮：本調査の目的、方法、計画等全ての事柄は、事前に国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得ています。協力施設および研究協力者に対して研究に関して知る権利、自己決定の権利を保障し、プライバシーの保護に配慮致します。

以上

【お問い合わせや連絡先】

（本人連絡先）国際医療福祉大学大学院 博士課程 黒川佳子

住所：東京都港区南青山1丁目3-3 青山1丁目タワー5階

Tel：090-2142-5349（携帯）/ E-mail：15S3021@iuhw.ac.jp

（指導教員名・連絡先）国際医療福祉大学大学院 教授 竹内孝仁

Tel 03-5775-7858（直通）/ E-mail taketaka@g.iuhw.ac.jp

添付：研究計画書、研究依頼文書（施設長並びに看護部長各1部ずつ）、同意書、同意撤回書、インタビューガイド、倫理審査通知書

調査へのご協力をお願い  
「急性期病棟における排泄自立ケアの実施に関する調査」について

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は国際医療福祉大学大学院博士課程の黒川佳子と申します。平成28年10月に「急性期病棟における排泄ケアの実態に関する調査」を実施致しました。このたび学校法人国際医療福祉大学の承認を得て、下記の内容で学位論文に関する研究を研究1に引き続き行うこととなりました。

研究1の調査により病棟全体で入院中に高齢患者への自立支援に取り組むことは、排泄自立にむけたケア実践へつながる可能性があること、臨床経験を積むことで看護実践能力が高まり、対象に合わせた排泄用具の選択ができること等が示唆されました。研究2では、急性期病棟看護師が感じている排泄自立支援の認識、実施内容を明らかとし、両調査より高齢患者の排泄自立支援実践に向けての支援体制のあり方や、看護師の実践力向上に向けた教育方法を検討していきたいと考えております。

本調査の趣旨をご理解いただきまして、下記の調査へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。なお、研究に関するご質問、ご意見などは連絡先にご報くださいますようお願い致します。

記

1. 研究課題名 「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケアの認識と実施内容」

2. 研究目的

急性期病棟の看護師が捉えている排泄自立ケアの認識と実施時の具体的な内容を明らかにする。

3. 調査期間：平成29年●月～平成29年●月●日

4. 研究方法

1) 研究デザイン

横断的質的調査研究

2) 研究協力者

研究1の量的研究調査で同意が得られた急性期医療機関23施設の中から2施設を選択し、呼吸器内科病棟に勤務する看護師約18名を対象（1病棟6人程度）とする。6名の選定にあたっては、研究1で看護師経験年数により排泄用具を選択する判断基準に有意な差が見られたことから、経験年数別に、新人看護師（1～3年未満）2名、中堅看護師（3年以上～6年未満）2名、ベテラン看護師（6年以上）2名を看護師長より選定していただき紹介を受ける。

3) 研究調査期間

平成29年●月～平成29年●月

4) 研究依頼方法

- ・施設長に対しては施設長用依頼文書、施設用研究計画書を、看護部長に対しては看護部長用依頼・説明文書を用いて調査の目的、方法、倫理的な配慮について研究代表者が口頭にて説明を行い、理解と了解を得る。
- ・調査への協力は同意書の提出によって同意を得る。また、一旦は調査の協力で了解した後でも分析終了までは同意撤回書の提出によって協力を撤回できる。研究の協力を撤回した場合でも、一切の不利益が生じないことを保障する。
- ・研究協力者に対しては、看護師長より選定していただいた看護師に対して、調査の目的、倫理的な配慮について調査対象用依頼・説明文書を用いて口頭にて説明を行う。



- ・調査への協力は同意書の提出によって同意を得る。また、一旦は調査の協力を了解した後でも分析終了までは同意撤回書の提出によって協力を撤回できる。研究の協力を撤回した場合でも、一切の不利益が生じないことを保障する。

#### 5) 調査内容

インタビュー内容は「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケア・自立支援の認識について」「排泄自立ケア実施時の困難について、その具体的な状況」の2点について主にインタビューを行う。

#### 5. 倫理的配慮

##### 1) 研究協力者への依頼・同意を得る方法と同意撤回について

研究協力者に対しては、調査の目的、倫理的な配慮について調査協力者用依頼・説明文書を用いて口頭にて説明を行う。調査に協力するか否かは研究協力者が選択でき、それによって一切の不利益が生じることはない。調査への協力は協力者用同意書の提出によって同意を得る。その際、調査に協力するか否かは研究協力者が随時選択でき、それによって一切の不利益が生じることはない。また、一旦は調査の協力を了解した後でも分析終了までは協力者用同意撤回書の提出によって協力を撤回できる。研究の協力を撤回した場合でも、一切の不利益が生じないことを保障する。

インタビューの日時については、研究協力者に都合のよい日時を選定していただき、業務等に支障がないよう配慮を行う。30分を超えて対象者が話したいことがある場合は、研究協力者の同意を得てインタビューを行う。

##### 2) 調査への協力施設及び研究協力者へのプライバシー保護に関すること

個人が特定できないようID番号に置き換えて管理する。ただし、年齢、職種、経験年数等の個人属性より個人が推測できる可能性も含まれるため、施設と個人が特定されない形式にした後、分析を行う。

##### 3) データの入力及び管理に関すること

電子データはパスワードを設定したUSBメモリに保管する。USBメモリ、調査用紙の保管は、学術雑誌への論文掲載等の完了から10年間、研究代表者が施設できる保管庫等にて責任を持って保管し、その後、破棄する。データ分析にあたり業務委託を行う際には、秘密保持契約書を締結する。

##### 4) 調査結果の公表及び活用に関すること

研究協力者の求めに応じて分析結果を公表する。説明文書に、研究代表者ならびに研究指導教員の氏名、連絡先（電話番号、メールアドレス、住所）を記し、問い合わせに応じる旨を明記する。また、研究結果から得られた成果は、個人が特定されることが一切ないよう配慮し、関連学会での発表ならびに論文等を予定し、還元していく。

##### 5) 倫理審査に関すること

本研究の全ての事項について、国際医療福祉大学研究倫理委員会（承認番号 ●●●）の承認を得た。

#### 6. その他

- ・研究にご協力いただきましたお礼として、1,000円程度の商品券をお渡し致します。
  - ・本研究は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団より研究助成を受けて実施します。
  - ・本研究への協力によって研究対象施設、協力者が直接受ける利益はございませんが、この調査により急性期病棟から疾患と生活に視点を置き介入するための課題が明らかになる可能性があると考えます。
  - ・利益相反に抵触致しません。
- \*なお、研究に対するご不明な点等がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

以上

#### 【お問い合わせや連絡先】

(本人連絡先) 国際医療福祉大学大学院 博士課程 黒川佳子

住所：東京都港区南青山1丁目3-3 青山1丁目タワー5階

Tel : 090-2142-5349 (携帯) / E-mail : 15S3021@iuhw.ac.jp

勤務先：順天堂大学保健看護学部（静岡県三島市大宮町3-7-33）

(指導教員名・連絡先) 国際医療福祉大学大学院 教授 竹内孝仁

Tel 03-5775-7858 (直通) / E-mail taketaka@iuhw.ac.jp

資料 11 【施設控え・研究者控え】（複写にて使用します）

同意書（施設用）

国際医療福祉大学大学院  
黒川 佳子殿

私は「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケアの認識と実施内容」について、別紙の文書に基づき説明を受け、下記の項目について十分内容を理解し、倫理的配慮についても納得しましたので、本施設職員が研究に参加することに同意します。

- 研究の目的
- 協力の内容
- 協力しない場合に不利益をうけないこと
- 同意した場合でも分析終了前であれば撤回できること
- 個人情報の保護
- I. C. レコーダーの使用について
- 結果の公表について
- 研究に関する質問と連絡先について

同意日： 平成 29 年 月 日

施設名： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_ (自署)

説明者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

資料 12 【同意撤回書 施設・研究責任者控え】（複写にて使用します）

## 同 意 撤 回 書（施設用）

国際医療福祉大学大学院  
黒川 佳子殿

私は、「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケアの認識と実施内容」についての参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを国際医療福祉大学大学院医療福祉学  
研究科先進的・ケアネットワーク開発分野専攻の黒川佳子に伝え、ここに同意撤回書を提出し  
ます。

\*ただし、分析終了後は撤回できない旨をご了承ください。

同意日：平成 29 年 月 日

施設名： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_（自署）

研究責任者氏名： \_\_\_\_\_（自署）

## 同意書（協力者用）

国際医療福祉大学大学院  
黒川 佳子殿

私は「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケアの認識と実施内容」について、別紙の文書に基づき説明を受け、下記の項目について十分内容を理解し、倫理的配慮についても納得しましたので、本研究に参加することに同意します。

- 研究の目的
- 協力の内容
- 協力しない場合に不利益をうけないこと
- 同意した場合でも分析終了前であれば撤回できること
- 個人情報の保護
- I. C. レコーダーの使用について
- 結果の公表について
- 研究に関する質問と連絡先について

同意日：平成 29 年 月 日

協力者氏名： \_\_\_\_\_（自署）

研究責任者氏名： \_\_\_\_\_（自署）

資料 14 【同意撤回書 研究協力者・研究責任者控え】（複写にて使用します）

## 同 意 撤 回 書（協力者用）

国際医療福祉大学大学院  
黒川 佳子殿

私は、「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケアの認識と実施内容」についての参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科先進的・ケアネットワーク開発分野専攻の黒川佳子に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

\*ただし、分析終了後は撤回できない旨をご了承ください。

同意日：平成 29 年 月 日

協力者氏名： \_\_\_\_\_（自署）

研究責任者氏名： \_\_\_\_\_（自署）

資料 15

「急性期病棟の看護師が捉える排泄自立ケアの認識と実施内容」  
インタビューガイド

インタビュー日時：平成 29 年 月 日 ( )  
調査者：( )

1. あなたのことについて

年代： 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代
性別： 女 男
看護師経験年数：( )年 現病棟経験年数：( )年
学歴： 専門学校卒 ・ 短大卒 ・ 大学卒 ・ 大学院卒 ・ その他
病棟内での役割： 主任 ・ チームリーダー ・ スタッフナース

2. あなたが考える自立支援とは、排泄自立ケアとはなんですか。

1) 自立支援とは

2) 排泄自立ケアとは

3. 高齢肺炎患者の排泄自立ケアについてお伺いします。

1) あなたは急性期病棟で高齢肺炎患者に排泄自立ケアを実施していますか？

→排泄自立ケアを実施しない場合：

2) その理由はなんですか？どうしたら実施できると思いますか？

→排泄自立ケアを実施している場合：

2-1) 具体的にどのようなことを実施していますか？

2-2) 排泄自立ケアを実施する際の思いについて教えてください？

以上で質問は終了です。 調査にご協力いただきありがとうございました。

“自立支援の認識” カテゴリー：【9】 サブカテゴリー：【15】 統一コード：【17】 コード：【43】

ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	内容	
1	身体的自立を支援する	1	入院前のADLに戻す支援	1	A-Q-1-2	入院前のADLに近づくよう支援する	A-Q-1-2	患者さんが、ここは急性期の病院なので、ここで考える自立支援というのは、入院前の状況、自立している状況に、できるだけ合わせたADLというか、自立の状態にできることを支援することというふうに考えています。	
		1	入院前のADLに戻す支援	1	O-Q-1-1	入院前のADLに近づくよう支援する	O-Q-1-1	やっぱり患者さんが、この病棟だと、もといADLよりも歩いていたのに数日前から寝たきりになっちゃってという状態て入院される方が多いですけども、やっぱりもともと歩けた方でしたら、ちょっと機能がよくなってきたら、ちょっとずつでもいかにもとのADLに戻れるように自立を促していく	
		2	ADL低下を防ぐ支援	2	C-Q-6-2	ADLを低下させずに自宅に帰る	C-Q-6-2	ADLを低下させずに家に帰れるよう支援すること	こっちは今のまま、よりあえずこのまま落とさないで、おうちに帰ってもらいたいなという気もあるんですけども、なかなかよってそこは難しいな。
		2	ADL低下を防ぐ支援	3	Q-Q-1-1	ADLを低下させないよう支援する	Q-Q-1-1	入院前のADLを低下させないように支援すること	患者さんが、なるべくADLを低下させないように、入院前のADLと同じような感じで援助をしていく、なるべくADLを低下させないようにしていく。
		2	ADL低下を防ぐ支援	3	I-Q-1-2	ADLを低下させないよう支援する	I-Q-1-2	ADLが低下するため、自分のできそうなところまでをやってもらうこと	日常生活で、病棟内でADL的なものが下がっちゃってというので、だったらリハビリの人たちとできるだけ自分のできそうなところまでやってもらう。
		2	ADL低下を防ぐ支援	3	G-Q-1-1	ADLを低下させないよう支援する	G-Q-1-1	筋力が低下するためできるところはやってもらうこと	ここは急性期の病院ですけども、筋力がほとんど低下していきのよく見えるので、やっぱりできることはもう本当にやってもらう。
		2	ADL低下を防ぐ支援	3	E-Q-1-2.3	ADLを低下させないよう支援する	E-Q-1-2.3	筋力低下が起こることで自宅に帰ったときに困らないよう支援すること	自立支援という、退院に向けて、自宅に帰るにあたっての障害をちょっと減らすというイメージがあります。自宅に戻るに当たって、長期臥床によって起こっている筋力低下とか、例えば食事や排泄とかいうのを、自宅に帰ったときに、行うのに困らないようにするというようなイメージが。
		3	できる範囲を広げる支援	4	J-Q-1-1	患者のできる能力を上げていく支援	J-Q-1-1	患者のできる能力を最大限に生かし、セルフケア能力を生かせるよう支援すること	患者さんのできる能力を最大限に生かして、私たちは、本当にできないところを支援して、持っているセルフケア能力を生かせるようにいかかわることが自立支援かなというふうに思います。
		3	できる範囲を広げる支援	4	H-Q-1-1	患者のできる能力を上げていく支援	H-Q-1-1	患者にできることは自分でやってもらうよう支援すること	できることは自分でやってもらうというのが一番大きいですかね。
		3	できる範囲を広げる支援	4	K-Q-1-1	患者のできる能力を上げていく支援	K-Q-1-1	できることを把握し、できることは自分でやってもらうよう支援すること	患者さんが本来できることは、病院に入院されると、どうしてもやってあげようという、やってしまっただけなんですけども、まずどこまでできるかという把握をして、できることはやってもらう、そこは、やってもらうとできるかなというのを手助け。
		3	できる範囲を広げる支援	4	P-Q-1-1	患者のできる能力を上げていく支援	P-Q-1-1	患者が日常生活ができることを目標とし、なるべくやってもらうよう支援すること	自立支援は、日常生活ができるようにということ、なるべく自分でやるところで介助を、なるべくやってもらう。
		3	できる範囲を広げる支援	4	J-Q-6-2	患者のできる能力を上げていく支援	J-Q-6-2	その人ができる力を大切に、できないところをできるようにするよう支援していく	まず何か性格とか、その人の性格とか、特性とか、あとどこまで自分でやりたいか、そういうことか、あとは、そういう全部、いろいろな情報を統合的に見て、その人ができる力を大切に、よりできないところはできるようにやっぱりしていかないと、大変ですけれども、やりがいがあると思いますね。
		3	できる範囲を広げる支援	4	M-Q-1-2	患者のできる能力を上げていく支援	M-Q-1-2	セルフケア能力を見極め、患者ができることは自分でやってもらうよう支援すること	その人ができることは自分でやってもらうとか、なるべく、どうしても呼吸が苦しいとか、そういうお手伝いをするんですけども、それ以外で、ちゃんとしてほしい、その人のセルフケア能力を最大限に生かして、できるところは自分でやってもらうことですかね。
		3	できる範囲を広げる支援	4	B-Q-1-1.4.5	患者のできる能力を上げていく支援	B-Q-1-1.4.5	患者に合わせて可能な限り上げていき、助ける範囲を広げていくよう支援すること	大きく捉えて、自立ですが、やっぱり病気がよってQOLとか下がってくと思うんですけども、それを患者様レベルに持っていくという、無理にすぐ上げるのではなくて、可能な限り上げていくというのが、少しずつの援助につながると思う。例えば動きたくないから、動かないではなくて、じゃあ少しずつお部屋のトイレまで行きたいとか、少しずつ動ける範囲を広げていきながら患者様が転院するの、退院するの、方向性はあると思うんですけどもその患者様に合わせたレベルアップをしていきたいというのを考えています。
		3	できる範囲を広げる支援	4	D-Q-1-2.3.4	患者のできる能力を上げていく支援	D-Q-1-2.3.4	リハビリなどの介入をしてできる範囲を広げていくこと	本人のできる範囲で支援していく。でも、できる範囲となると、例えば病院から家に帰るようになったときに、今、病院ではできなくても、家に帰るには、やっぱりできていないといけないところがあるかと思う。退院支援とかなってきちゃうと、そういうふうで、できる範囲だと、病院内ではいかにもれでも、家に帰るとなると、本人ができる範囲だと、家で生活できなかつたりするので、というふうになると、リハビリとか、そういう介入をしていて、できる範囲というのを広げていかなければいけない。
		3	できる範囲を広げる支援	4	I-Q-1-3	患者のできる能力を上げていく支援	I-Q-1-3	状態に合わせて少しずつ段階を踏みながらADLを向上させ、家に戻ってから困らないよう支援すること	ここまでできていたのになんか、ちょっと離れちゃってできなくなっちゃったりとかもするので、ちょっと状態を見ながら、できることとか、あとは、ちょっと機能がよくなったら、少しずつやれることを、じゃあ前向きに考えていきたいと思います。おうちに帰って困らないようにしたいなところですかね。
		4	離床を促す支援	5	F-Q-1-2	離床を促していくよう支援する	F-Q-1-2	患者のADLに合わせて、臥床傾向にならないよう離床を促していくこと	やっぱり病棟だとリハビリの介入している患者さんも多いので、やっぱりそのAのDに合わせて、ベッドから車いすとか、臥床傾向にならないように、離床を促していくということですかね。
		4	離床を促す支援	5	G-Q-1-3	離床を促していくよう支援する	G-Q-1-3	(自立支援とは)ベッドから離れるように支援すること	(自立支援とは)どうにかベッドから離れるように支援していく。
		4	離床を促す支援	5	O-Q-1-2	離床を促していくよう支援する	O-Q-1-2	離床を促していくというのが自立支援ということ	離床を促していくというのが自立支援かなのかな
		5	身体面の支援	6	I-Q-1-4	患者の状況に合わせて身体面を支援すること	I-Q-1-4	患者の状況に合わせて身体面の支援すること	(自立支援とは)その人の状況に合った身体面
2	精神的自立を支援する	6	患者が希望することができるようになる支援	7	C-Q-1-1	患者の希望していることが実施できるよう支援すること	C-Q-1-1	患者が望んでいることを思ったとおりにできるように支援すること	患者さんが望んでいることを、患者さんの思っているとおりにできること。
		6	患者が希望することができるようになる支援	7	L-Q-1-1	患者の希望していることが実施できるよう支援すること	L-Q-1-1	患者の希望を実現できるよう支援すること	まずは患者さんの希望、例えば家に帰りたいとか、自分はいかにいうふうに生きたいとか、そういうことに対しての支援というところを考えています。
		6	患者が希望することができるようになる支援	7	N-Q-1-1	患者の希望していることが実施できるよう支援すること	N-Q-1-1	患者が望んでいる生活や希望することができるよう支援すること	患者さん自身が考える生活に、その人がどこまでできるかという希望するところまで持っていくということですかね。
		7	精神面の支援	8	I-Q-1-5	患者の状況に合わせて精神面を支援すること	I-Q-1-5	患者の状況に合わせて精神面の支援すること	(自立支援とは)その人の状況に合った精神面
3	社会的側面を支援する	8	I-Q-1-1	社会的側面を支援すること	I-Q-1-1	社会的側面を支援すること	I-Q-1-1	その人によって変わるとは思うんですけども、例えば、社会的な側面でシングルマザーで、若くて、入院でとか、そういう感じで、ちょっと金銭面とか、そういう自立が難しいんだったら、そういうところでそういうの(自立支援)を介入して、おうちに帰ったときとかというので入れたらとか、サポートしたりとか。	

ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	切片化
4	患者を尊重したケア	9	患者を一人のひととして考え看護する	10	一人の患者として自立支援を考えないといけない	B-Q-6-1	一人の患者として捉えることは看護に必要であり、急性期病棟でも自立支援が実践できるように考えないといけない	その環境とかにもよるでしょうけれども、今のA病棟とかだと、急性期病棟ですけれども、(自立支援は)できると思うんですけど、しっかり、二人一人の患者様をみるというのは、慢性期でも急性期でも考えないといけないことなのかなと思うので、何か急性期だからできないではなくて、考えないといけないことなのかなと思います。
		9	患者を一人のひととして考え看護する	11	一人の患者として隔たり無く看護する	N-Q-6-2	その人らしくあるための看護は年齢層によって行うことではない	最後までその人らしくしないですけれども、やっぱり本当に年齢層によって看護するあれって違うような気がするんですよ。
5	チームワークを高めることで	10	チームワークを高めることで可能となる	12	よい雰囲気を作りチームワークを高めることで可能となる	L-Q-6-1	チームの雰囲気や病棟全体の意識があれば自立支援の実施は可能になるかもしれない	(自立支援は)確かに難しいと思います。でも、だからこそ、やっぱりチームの雰囲気というか、そのみんなが、やっぱり病棟ごとに、その意識っていうのが、やっぱり何か違うような気がするんですよ。
		10	チームワークを高めることで可能となる	12	よい雰囲気を作りチームワークを高めることで可能となる	L-Q-6-2	排泄自立ケアに対して肯定的な雰囲気があればチームで協力して実施できる	割とそういうのが、みんなが、じゃあ患者さんのために頑張ろうねという、そういう雰囲気づくりができる病棟だったら、割とそういうふうなチーム、協力というのも得られると思うんですよ。ただ、そこに批判的な空気があると難しいと思います。
		10	チームワークを高めることで可能となる	12	よい雰囲気を作りチームワークを高めることで可能となる	L-Q-6-3	リーダー格の人がどれだけ排泄自立ケアにむけて実施しようという雰囲気をつくれるかが大切である	管理職の方もそうですし、やっぱりそれはもちろんで、リーダー格になるようなスタッフが、どれだけ回りを巻き込めるか、下もそれに気持ちよくついていけるかという人柄とかも大事だなと、今の病棟を見ているとすごいと思って、どっかかという今、それができる病棟かなとは個人的には思うので。
6	自立を意識することで可能となる	11	自立支援を実践している	13	自立支援を実践しているため可能である	D-Q-6-1	入院してできなかったことができるようになるため、(自立支援は難しいとは)思わない	余りこの病棟にいる分には思わないですね。(自立支援は難しいとは)思ったことはなかったですけども、今まで、皆さん、入院時に比べて自立して、転院なり、退院なりしているという印象のほうが強いので、そうですね。(難しいとは)思ったことはなかったです。むしろ、こんなにできなかったのに、こんなにできるようにならなっているんだという印象のほうが強かったです。
		12	自立を意識することで可能となる	14	自立を意識してケアを行っていれば可能	A-Q-6-1	自立支援ということを含頭においていれば(自立支援の実施は)難しい	いや、それは思わないです。難しいことは思わなくて、やっぱり意識の問題かなという気が、ふだん看護をしていて、急性期で看護をしていても、自立支援ということでは、何かやっぱりいつも、そのことを念頭に置いて、看護をしていけば、(自立支援の実施は)別に難しいことでもない。
		12	自立を意識することで可能となる	14	自立を意識してケアを行っていれば可能	A-Q-6-2	自立に注目したアセスメントができれば自立支援はできる	何かそこに(自立)注目して、アセスメントをしていたら、(自立支援の実施は)できないことではないと思っています。
7	業務優先のため実施は困難	13	業務が優先し、自立支援の実施は困難	15	業務が多忙で自立ケア実施のための時間がなく困難	H-Q-6-3	業務が多忙なため実施できないが、リハビリ病棟では患者のできることを待って患者主導でケアを行っている	(業務が忙しくてできないが)多分リハ病棟とかだと、多分そこも待って、それもリハリハの一つだとかって多分やられているとはわかっているんですけども、そうですね。
		13	業務が優先し、自立支援の実施は困難	15	業務が多忙で自立ケア実施のための時間がなく困難	N-Q-5-4	急性期病棟では時間がなくため、療病型病棟であれば生活のことを重視したケアが実施できる	本当にここは混ざっているんですよ。時間、もつと、やっぱりそういう、高齢者だったらそういう療養型のところ、病棟みたいなのがあったらいいのかなというのを思ったりもします。(急性期の中にも療養病棟があれば)本当にやっぱり生活のこととか、主に考えて、援助できるかなとか。
		13	業務が優先し、自立支援の実施は困難	15	業務が多忙で自立ケア実施のための時間がなく困難	O-Q-6-1	日々業務が多忙なため、自立を促すケアを実施するための時間をつくるのが難しく、自立支援を行うことは困難	はい、(自立支援は)難しいなと思います。忙しい中で、いかに患者さんのことを考えて自分たちが時間をつかって、その自立を促してあげられるかという時間づくりとか、かかる時間を自分たちで工夫してつくっていくかとか、時間があっても入院が来たり、救急があったりしたらそこには行けないし、どうしても部屋持ちの数が少ないので、そのナースコール対応に追われてしまったりだと、急性期としていうところではないかもしれないんですけども、そこがなかなか。
		13	業務が優先し、自立支援の実施は困難	15	業務が多忙で自立ケア実施のための時間がなく困難	Q-Q-6-1	(自立支援は時間がないため)難しい	そうですね、なかなか(自立支援は)難しいかなと思います。(時間が)ない。
		13	業務が優先し、自立支援の実施は困難	15	業務が多忙で自立ケア実施のための時間がなく困難	E-Q-6-3	時間がないため(自立支援は)難しい	やっぱり長期を見ていくと、自立支援を最初から含めて支援していかないと、後々、患者さん、退院が遅くなってということになると思うので、急性期のときから必要だとは思いますが、難しいときもあります。難しい理由は、やっぱり時間的なこと
8	症状優先のため実施は困難	14	症状を優先するため自立支援は困難	16	症状を優先するため自立支援は困難	P-Q-6-1	患者の症状が悪化していると、(自立支援は)難しい	(自立支援は)難しい、状態にもよるけれども、勝手にすっぴんとかすると呼吸状態、動くので悪くなっちゃったりというのはあるので、なるべくそこには負担をかけないようにというのは必要。
		14	症状を優先するため自立支援は困難	16	症状を優先するため自立支援は困難	E-Q-6-2	急性期病棟では生活面より疾患や病状を重視するため、自立支援は難しい	退院だけに関してじゃないんですけども、やっぱり急性期の患者さんって、生活面より疾患、病状とかに目が行きやすくなってしまっているので、なかなか自立支援というふうにはいかないこともある。
		14	症状を優先するため自立支援は困難	16	症状を優先するため自立支援は困難	E-Q-6-4	病状に目がいってしまう(自立支援は)難しい	どうしても病状のほうに目がいつちゃって
9	高齢者への実施は	15	高齢であるため自立支援は困難	17	高齢者は自立支援は困難	C-Q-6-1	高齢であるため患者・家族も排泄自立にむけての意欲が低下している	何か高齢だと、人にもよるんですけども、お家に帰るといって目標じゃない人、もうお家の人も、例えばこのまま入院したら、次はホームを見つけたかというふうになっちゃうと、支援をしても、そんなに協力が得られないというか、患者さん自身も別にできなければいけないやってくるとかとかいうのがあるんで、何かそこは(自立支援は)やっぱり。
		15	高齢であるため自立支援は困難	17	高齢者は自立支援は困難	J-Q-6-1	高齢になると生きてきた背景を大切にしなければならず、自立支援は難しい	(自立支援は)難しいとは思いますが、ご高齢になってくると、今までの過程、生きてきた背景とか、そういうのも踏まえた上で、私たちがかわらせていきたかので。



資料17

“排泄自立支援の認識” カテゴリー：【11】 サブカテゴリー：【18】 統一コード：【19】 コード：【40】

ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	切片化
1	自然の排泄が行えるよう支援する	1	入院前の排泄状態に近づける支援	1	入院前の排泄状態に近づける支援する	H-Q-2-3	(排泄自立ケアとは)日常生活に少しでも近づけるよう支援すること	(排泄自立ケアとは)あとは日中歩けるようであれば歩行練習とか離床とかもやってみて、日常生活に少しでも近づいていけるようにしていく。
		1	入院前の排泄状態に近づける支援	1	入院前の排泄状態に近づける支援する	A-Q-2-2	入院前の(排泄)状況に一番近い状態に合わせて看護支援すること	やっぱりそれも、その人の入院前の状況に一番近い状態に合わせて、看護として支援することだと思っています。
		1	入院前の排泄状態に近づける支援	1	入院前の排泄状態に近づける支援する	B-Q-2-3	少しずつ入院前の(排泄)に戻していくよう支援すること	少しずつ前の自分じゃないですけども、そういうのに戻していくとか。夜間帯だけ、そのおむつを使用するですとか。
		1	入院前の排泄状態に近づける支援	1	入院前の排泄状態に近づける支援する	D-Q-2-1	ももとの行動を意図して、病状やADLに合わせて退院後どのような排泄行動をとるかを考えて支援する	もともと、その人がどうだったかにもよると思うんですけども、例えば、家では普通にトイレに行ったりしていても、病気の関係で、今、バルーンが1個入っていたりとか、ベッドから動けなくて、しびんを使っていたりとかする方が多いと思うので、そうすね、 <u>病状とかADLに合わせて、そのまま最終的には家でというか、ももとのADL。前とか、そういう来る前のに。</u>
		2	トイレでの排泄を目指す	2	トイレで排泄できるよう支援する	B-Q-2-5	(排泄自立ケアとは)トイレで排泄できるよう自立に向けて支援すること	できるだけトイレという形でしていただくようにすることが自立に向けてのケアなのかと思います。
		2	トイレでの排泄を目指す	2	トイレで排泄できるよう支援する	E-Q-2-3	トイレで排泄できるよう支援すること	多分、自分の行きたいときにというのが難しいと思うので、トイレに行って、用を足してということですかね。
		2	トイレでの排泄を目指す	2	トイレで排泄できるよう支援する	M-Q-2-2	徐々に排泄用具を上げていき、自然な排泄ができるよう支援すること	尿瓶が無理だったら、あつ、尿瓶ができていんだつたらポータブルもどうかとか、徐々にそう考えていって、自然の排泄、私たちがしているような排泄に近いような状態でできるように。
		2	トイレでの排泄を目指す	2	トイレで排泄できるよう支援する	E-Q-2-1	なるべく私たちと同じような排泄ができるよう支援すること	例えばおむつで失禁している方がトイレで排泄できるように、トイレでの排泄、時間てこう、促して、そのリズムをつかっていけたとか、なるべく私たちの状態に近い排泄を行えるようにする。
		2	トイレでの排泄を目指す	2	トイレで排泄できるよう支援する	C-Q-2-2	おむつを使用することなくトイレについて排泄できるよう支援すること	第1は、おむつとかを使わずにトイレに行って、排泄ができる。
		2	トイレでの排泄を目指す	3	簡単な排泄用具から始め、行動を拡大していく	O-Q-2-1	簡単でそんなに動作が大きくない排泄用具からどんどん進めていくこと	ポータブルトイレとか、まずは簡単というか、そんなに動作が大きくないところから、ずっとどんどん進めていくというのが。
		3	おむつからの離脱	4	おむつから離脱できるよう支援する	B-Q-2-1	おむつに排泄するのは本来の姿ではないので、普通のパンツでできるよう支援すること	例えば、しっかり足腰もして動けるんですけども、おむつをしているんですとか、そういうのはちょっと自立に持っていけないと思う。自分だけじゃパンツに頼らず、普通のパンツ、紙おむつじゃなくて、ショーツ的なのを履いて、もし漏らしてしまったとしても、それをかえていんですけども、そういう感じで、それとか、余り動けない人はベッドサイドでのお水ですとか、おむつにすることは、本来の姿ではないというか、できれば避けたい。
		3	おむつからの離脱	4	おむつから離脱できるよう支援する	O-Q-2-4	もともとトイレに行けた人は、なるべく早くからおむつから離脱し、少しでも自分でできる場所促してあげるのが大切	もともとトイレに行けた人はなるべく早くからおむつを離脱というか、なくしていつ、ポータブルとか、少しでも自分でできるというところを促してあげるのが大事なかな。
		4	ベッドから離れた排泄	5	ベッドから離れて排泄できるよう支援する	C-Q-2-3	おむつをつけていてもベッドから離れて排泄できるよう支援すること	あとはおむつをつけた状態でも、可能ならば、ベッドから離れて排泄ができる
		5	患者自身で排泄行動がとれる	6	患者自身で排泄行動ができるよう支援する	I-Q-2-3	(排泄自立ケアとは)トイレ誘導を行って、少しずつ自立につなげていくよう支援すること	(排泄自立ケアとは)トイレ誘導を行って、少しずつ自立につなげていくということ。
		5	患者自身で排泄行動がとれる	6	患者自身で排泄行動ができるよう支援する	A-Q-2-1	(排泄自立ケアとは)自分で排泄行動ができるように支援すること	(排泄自立ケアとは)基本的には自分で排泄行動ができるということが支援だと思っている。
		5	患者自身で排泄行動がとれる	6	患者自身で排泄行動ができるよう支援する	E-Q-2-2	トイレに行きたいと思ってトイレに行き、用をたして戻ることができるよう支援すること	トイレに行きたいと思って、トイレに行って、普通に用を足して戻るまで。
5	患者自身で排泄行動がとれる	6	患者自身で排泄行動ができるよう支援する	H-Q-2-1	排泄の自立ケアは、自分で歩いてトイレに行けるよう支援すること	排泄の自立ケアは、自分で歩いてトイレに行けるのがゴールかな。		
6	患者の現在のADLを把握して支援する	7	患者の現在のADLを把握して支援する	L-Q-2-1	患者のできる、できないADLを把握して排泄自立ケアを実施すること	(排泄自立ケアとは)その患者さんのまずできる、できないを把握した上で、特に安全にも配慮して、今、現在、どこまでできるのかということですね。		
6	患者の現在のADLを把握して支援する	7	患者の現在のADLを把握してできる力を拡大していく	N-Q-2-2	排泄行動としてできる力をちゃんと見極めて、できるもっている力を確認して伸ばしていくよう支援すること	排泄、その人のできる力ですよ。できる排泄行動を、やっぱりちゃんと見極めて、できるもっている力というのですか、そこはやっぱり確認して、伸ばすほうにいければいい。		

ID	カテゴリ	ID	サブカテゴリ	ID	統一コード	列1	コード	切片化
2	尿意の有無で分かれる支援	7	尿意の有無に合わせた支援	8	尿意の有無で支援内容が異なる	F-Q-2-1	尿意がある患者はトイレに促しているよう支援すること	自分でトイレに行けるけれども、退院のときに結局、尿器を買って帰る人もいたので、尿意がわかるなら、トイレに促していきたいというのが一番大きいです。
		7	尿意の有無に合わせた支援	8	尿意の有無で支援内容が異なる	J-Q-2-1	尿意の有無で排泄自立にむけたケアの仕方が変わっていく	まず患者さんの排泄状況は知らないといけないと思うんですけども、本当に尿意がない患者さんと、また尿意がある患者さんと、また(排泄自立)支援の仕方は変わってくると思う。
		7	尿意の有無に合わせた支援	8	尿意の有無で支援内容が異なる	J-Q-2-2	尿意がある患者にはできるだけおむつを使用せず、教えてもらってトイレに行くよう支援すること	尿意がある人だったら、やっぱりしっかり教えてもらって、トイレに行くまでの練習とかをしていくこととか、あとはなるべくおむつを使わないように、できる方はしていくことかなというふうに思います。
3	症状に合わせた支援	8	症状に合わせた支援	9	症状に合わせて支援する	A-Q-3-1	患者の呼吸状態に合わせて、トイレに誘導するのを基本とすること	基本的には、本人の呼吸がとか、そういう状態に合わせて、できるだけトイレに誘導するというのが基本的なベースにはなっている。
		8	症状に合わせた支援	9	症状に合わせて支援する	P-Q-2-1	症状が安定してきたら徐々に排泄用具をあげていき、最終的にトイレで排泄できるよう支援すること	排泄は、やっぱり熱とかでぐったりとかしていきなりと、おむつの中とか、熱下がってきたりとか、だんだん動けるようになってきたりしたら、なるべく尿器を使ったりとか、もし立って移れるのだったらポータブルとか、だんだんで、最終は室内トイレ使えたらいいというのがあります。(排泄用具)上げていく。
4	トイレの習慣化	9	トイレの習慣化	10	トイレ誘導し、習慣化する支援	H-Q-2-2	(排泄自立ケアとは)時間でトイレ誘導すること	(排泄自立ケアとは)時間でトイレに連れていったり、トイレ誘導したり。
		9	トイレの習慣化	10	トイレ誘導し、習慣化する支援	I-Q-2-1	(排泄自立ケアとは)時間時間でトイレ誘導するよう支援すること	(排泄自立ケアとは)指導的な感じが多いのと、あとは尿意とかがなくなっちゃう人とか、そういう人には、まずは時間、時間で、こちらから、高齢者の人とかバールン抜いた後とか、尿意なくなっちゃう人とかもいたりとかするので、時間時間でトイレ誘導したりとか。
		9	トイレの習慣化	10	トイレ誘導し、習慣化する支援	I-Q-2-2	活動がアップしてきたらトイレ誘導し習慣をつけて失禁回数を減らしていくよう支援すること	どうしても失禁が多くなっちゃう人とかも、少しADLがアップしてきて、少し動けるようになったりとかは、時間、時間で誘導してあげて、そこからトイレが習慣みたいなのをつけて、最初は結構失禁しちゃうことが多かったりとかするんですけども、時間で行くことで失禁はなくなったりとか。
5	患者を尊重したケア	10	患者の意欲を大切にしたい関わり	11	患者の意欲を大切にしたい関わり	L-Q-2-3	(排泄自立ケアとは)本人のやる気を大切にしたい関わり	(排泄自立ケアとは)あとは本人のやる気部分をちょっと、そこを削ってしまわないようにかわりながらということ
		11	患者を尊重した関わり	12	患者を尊重し看護する	N-Q-2-1	排泄自立は基本的なところであり一番守りたいところであり、それができるように支援すること	排泄の自立、基本、やっぱり排泄自身が本当にやっぱり自分で、個人で一番大事、守りたいところだと思うんですけど、やっぱりそこができるというのがベスト。
		11	患者を尊重した関わり	12	患者を尊重し看護する	Q-Q-2-1	床上だったらベッド上で排泄してもらおう前にナースコールを押してもらい、患者の尊厳を尊重して関わる	なるべく、もし床上だったら、ベッド上で排泄してもらおう前にナースコールを呼んでもらって尿器でとる。
		11	患者を尊重した関わり	12	患者を尊重し看護する	K-Q-2-1	患者の羞恥心をくみ取り、できるだけ希望に沿った排泄ケアを行うこと	本人が多分、排泄面って恥ずかしいとか、いろいろあると思うので、本人がどこで、例えば場所とかも、どこでやりたいか、多分、症状とか、状態にもよると思うんですけども、羞恥心とかも考えた上で、本人がどうしたいかをくみ取って、聞くでもいいですけども、くみ取って、それに沿った排泄ケアができるように。
6	介護負担が軽減される	12	介護負担の軽減につながる	13	家族の負担を考えて自立を支援する	G-Q-2-1	排泄は家族の大きい負担にもなるので、退院するまでに少しでも排泄が自立できるよう支援すること	(排泄自立ケアとは)トイレって一日何回もすることだし、やっぱり家に帰ったときも、家族の大きい負担になってしまうので、退院するまでに、必ず、もう失禁じゃなくても、とりあえず尿器でもいいから、ちょっとずつ自分で尿意があったときに教えてもらって、少しでもやっぱり自分でとれるという支援ができればいい。
		12	介護負担の軽減につながる	13	家族の負担を考えて自立を支援する	Q-Q-2-2	尿意がある患者には家族負担を考え失禁がないよう支援していくこと	尿意がない人だと、失禁とかになっちゃうんですけども、入院して寝たきりの状態の人だと、結構尿意があっても失禁になっちゃう人がいるので、それだとおうちに帰っても失禁だと大変なので、なるべく尿意がある人は、尿器でとれる人はとったりとか、自分でやれる人はやってもらうように。
		13	排泄自立が転帰を左右する	14	排泄自立が転帰を左右する	O-Q-2-3	排泄自立が今後の方向性を決定する	排泄って本当に自立できているかできていないかで、おうちに帰れるか帰れないかというのは決まっちゃちゃうというふうに痛感している。
		13	排泄自立が転帰を左右する	14	排泄自立が転帰を左右する	O-Q-3-2	入院しておむつを使用したらそのままおむつになり、施設療養型へ行かれることが多い	やっぱりおむつに、一番悪い状態入院されてきて、おむつになっちゃって、結局やっぱり多く見るのは、そのおむつのままになってしまっただけで、家でとるも見れないからってなっちゃって施設療養型に行かれるみたいな感じが多いので。
		14	排泄自立ケアが業務負担を軽減	16	排泄自立が進むと介護量が軽減する	G-Q-3-11	安静度が上がって動けるようになってもらったら、看護士の排泄介助量も軽減する	ポータブルとかにでも、むしろ自分であげたほうが、私たちも一緒にいって行って、呼んでもらえればいいし、安静度が上がって、動けるようになってもらったら、私たちが、確かに(トイレ)介助が少なくなるかなというのがあって。
7	ケアの協力体制が必要	15	協力体制を整えることが必要	15	協力体制を整えて支援する	L-Q-2-2	(排泄自立ケアとは)協力体制を整えて支援すること	(排泄自立ケアとは)あとは協力体制を整えるということ
8	トイレ誘導により意識が高まる	16	トイレ誘導が排泄自立ケアへの看護士の意識を高める	17	トイレ誘導が排泄自立ケアの意識を高める	H-Q-5-2	トイレに移動することで排泄自立ケアの意識が高まる	それよりは、歩いてトイレに行くじゃないんですけども、車椅子なり何なりトイレに連れていってあげるとか、そういうことをやってもらえると、多分トイレに連れていけないうえに意識が少しあるのかなと、何か、大変だから、この人ポータでいいよみたいな。
9	実施してしまえば難しい	17	実施してしまえば難しい	18	排泄自立ケアを実施してしまえば難しい	C-Q-4-3	(排泄自立ケアに)取り組んでしまえば排泄自立を促すことは難しい	(排泄自立ケアを)もう始めちゃえば、そんなこと(難しく)はないかな。
10	高齢者への排泄自立ケア実施は困難	18	高齢であるため排泄自立ケアは困難	19	高齢であるため排泄自立ケアは困難	N-Q-6-1	高齢者はADL低下や認知機能が低下しているため、排泄自立ケアの実施は難しい	(排泄自立ケアの実施は)難しいとは思いますが、実際にやっていると、高齢者、やっぱりどうしても、本当に後期高齢者が多いんですけども、ここ呼吸器内科は、なので、やっぱりADLも低下して、認知機能というか、そういうものもあるの。

“排港自立ケアの具体的な実施内容と思い”

カテゴリー：【15】 サブカテゴリー：【43】 統一コード：【80】 コード：【266】  
 “排港自立ケアの具体的な実施内容”

ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	切片化
		1	多職種と連携して実施する	1	L-Q-5-3	介護士の技術が向上していると言語療養者の負担が軽減する		確かにそこを感じるのが、病棟に移ってからだと思うんですけども、今の病棟の方で、助手さんでも、介護さんでもすごく協力的で、技術もあるんですよ。なので、排港介助も安心してお願いできるところがあって、なので、多分、そこは本当にその方々の個々のレベルにもよると思うんですけども、なので、そういうほかの職種の方が、介護の技術的なところが、多分、すごく持っているという方が、すごく看護師も助かるかなって。
		1	多職種と連携して実施する	2	N-Q-3-2	多職種と協同し排港ケアに取り組む		呼吸器内科で高齢も多くて、退院支援も多いので、チームでワークシートに、やっぱり今の、この段階で、あとリハビリの方で、リハビリカンファレンスとかもあるんで、どこまでできるかというところ、その動作も確認しながら、みんなで排港自立ケアに取り組んでいる。
		1	多職種と連携して実施する	3	M-Q-3-2	リハビリ介入が左右する		なかなかリハビリとかやっていない人だと余計に何か難床するのどうかなというふうになっちゃって
		1	多職種と連携して実施する	3	M-Q-5-5	リハビリ介入が左右する		私がいつも思っているのは、排港だけにかかわらず、結構入院しちゃうと、もともと自立していた人もADLがどんどん落ちていっちゃうというのがあるんですけど、でもそれどうすればいいかという、何かリハビリとかに結構難しかったりとかはあって
		1	多職種と連携して実施する	4	P-Q-3-3	リハビリとの連携を固り実施している		なるべく、リハビリとかも一緒に入っていたりするので、リハビリでどれくらい動いているのかとか確認しながら、車椅子に移ったりとか
		1	多職種と連携して実施する	4	P-Q-3-4	リハビリとの連携を固り実施している		リハビリはリハビリ、理学療法士の人が時間に入ってくれていて、そのときの記録を見たりとか、あと、傘たきとかに動いてくれているかというのを開いたりと、リハビリカンファレンスは週に1回、結構話しかけやすい、リハビリの人も話しかけやすい感じなので、1年目とかでも聞けるかな。話しかけない、やっぱり聞けないので。
		1	多職種と連携して実施する	4	M-Q-5-7	リハビリとの連携を固り実施している		リハビリの人にどこまでできたから、じゃ、トイレの歩行はできるとか、歩行器使ったほうがいいんじゃないとか、そういう話は、たまにリハビリの人に聞いたりとかはするんですけども、すごい連携しているからどうもそうでもないかなという、わからないことあったら、どこまでできそうかな聞いていいのかな
		1	多職種と連携して実施する	4	C-Q-3-6	リハビリとの連携を固り実施している		リハビリの先生が来て、リハビリの状態、どこまでできます、リハビリではどのような情報くれるので、それと、あと薬機で看護師はこういうふうにしていますというふうな意見もすり合わせていっている
		1	多職種と連携して実施する	4	C-Q-3-7	リハビリとの連携を固り実施している		結構リハビリの先生と、カンファレンスの中でも、割と今、こんな状態とか、午前中、きょう歩いてますとか言ってくると、情報を共有したりしている。
		1	多職種と連携して実施する	4	I-Q-3-10	リハビリとの連携を固り実施している		そういうのとかも含めて、リハビリの先生もトイレにいらしたら歩いていけるような状態だよとかいうのとかも話してくれて、じゃ、トイレまで歩いてみましようかみたいな話とか。
		1	多職種と連携して実施する	4	I-Q-3-8	リハビリとの連携を固り実施している		排港自立ケアについて話し合う機会について結構、今は、リハビリのカンファレンスとかもやっているの。
		1	多職種と連携して実施する	4	I-Q-3-9	リハビリとの連携を固り実施している		呼吸器の先生は結構まめにリハビリ入れてくれたりとかするので、そのリハビリの先生がどれくらい動けるよというのを教えてくれて、きょうはこれくらいまで動けたとか、コースターションまで歩く練習をしたよというので、このくらいまで動けた、勝手にそんなに下がらなくなってきたかたがわみないな感じのを知って、じゃ、これくらいまで動かしても大丈夫だねみたいな感じに。
		1	多職種と連携して実施する	4	M-Q-5-6	リハビリとの連携を固り実施している		それも(リハビリとの連携)時々なんですけれども、はい、ありますね。
		1	多職種と連携して実施する	4	M-Q-5-9	リハビリとの連携を固り実施している		そのリハビリの状況とかも、やっぱり大事です。
		1	多職種と連携して実施する	4	C-Q-3-5	リハビリとの連携を固り実施している		あとはリハビリのカンファレンスがあるので、それを通して、情報を共有して、あとはホワイトボードにそのカンファレンスの内容は出てるので、それでみんながわかるようにしています。
		1	多職種と連携して実施する	5	B-Q-5-4.5	多職種との連携を固り実施している		多職種との意見交換もやっぱり必要のかなと思って、自宅に帰るのであれば、やっぱり家族とかのケアもあるのかとか、そういうのも考えなければいけない、もし自宅に帰るといふ人になると、トイレの排港が難しいのであれば、しかもケアマネさんとかをついたり、しっかり情報伝達しないといけないなと思う。
		1	多職種と連携して実施する	6	F-Q-6-1	多職種との連携を固り実施している		でも、1人に対していろいろの方が介入しているので、全体的に合わせれば(自立支援)難しいんじゃないかなと思います。もともと家での状況とか、医者からの病状を聞いて、そのリハビリの方がADLをどんどん上げていくので、そのかわりにいる人たちの中で共有してあげればいいのかと思います。
		1	多職種と連携して実施する	6	G-Q-3-10	多職種との連携を固り実施している		むしろ先生に、ちょっと安静度ってどうですかとか、こっちがちょっと言えて、そういえば、もうそろそろいいねとなって、じゃあおトイレという感じになります。
		1	多職種と連携して実施する	6	I-Q-3-6	多職種との連携を固り実施している		どっちかというと、先生が酸素の値を見ながら、酸素は徐々に見ながら、こちらも先生の指示に従って下げていったりとかして、あとは先生が、長期に臥床していると、やっぱり筋力も落ちちゃうのでリハビリとかを結構入れてくれる。
		1	多職種と連携して実施する	6	I-Q-4-1	多職種との連携を固り実施している		でも、割といろんな職種がかわって来ている、おうちに帰るためにとか、ほかの病院転院するためのところで、徐々に退院に向かっていたりとかで、向かっていって中で、ADL、少しずつアップさせていくので、すごく力を入れているわけじゃないんですけども、何となく……。
		1	多職種と連携して実施する	6	J-Q-3-3	多職種との連携を固り実施している		看護師も対応しますし、助手さんも対応することがあるので、礼みたいので、労作時は何リットルとか、書いた紙を書いて、誰でも対応できるようにしています。
		1	多職種と連携して実施する	6	J-Q-3-4.5	多職種との連携を固り実施している		(助手)送りもして、結構、患者さんの情報とかを把握してくださっていて、ADLの面であつたりとか、酸素を使っている、使っていないとか、あと病名も個人情報のあれもあるんですけども、簡単に伝えて、皆さん同じ対応でできるよということですね。助手さんの中にも係が分かっていて、で、夜勤に申し込む係の助手さんが、私たちがリダーさんに報告するように送りますんで、で、それを用いて、夜勤の助手さんに送りをしていきます。あとは夜勤の間で準備が動いているので、半夜から深夜に行くときに、やっぱり注意してほしいことは、直接リダーさんから助手のほうに申し送りをしてという形で連携はとっていますね。
		1	多職種と連携して実施する	6	L-Q-5-2	多職種との連携を固り実施している		例えば、急性期の呼吸状態の変動が大きいときですと、こちらの介助はもちろん多くなると思うんですけども、それまでできる範囲で、ただ、ただだんだんだん状態が安定してきたら、その方のADLに照らしていろいろやるを、全体目標にして、それで、看護師の視点としては、やっぱり呼吸状態が体質によって悪くならないとか、そういうあたりを確認しながら、いろいろ助手さんですとか、介護の方とか、そのあたりの協力を得ながら、なるべく起こしていくというところですかね。
		1	多職種と連携して実施する	7	F-Q-5-3	多職種から方法を学ぶ		やっぱり急性期だと、重症な人と、結構急変とかも多くなってくるので、結構、高齢者だと脳梗塞性肺炎とか多いじゃないですか、その食事の摂取状況とか、ちょっとSTさんに介入してもらいながら見ていく上で、自分の中でも、食事のこととか、そんなに気にせず、配って、片づけてみたいな感じだったので、STさんの介入している患者さんを見ながら学んでいる感じとかもある。

職種間で連携しケアを実施

ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	切片化
1	職種間で連携しケアを実施	2	院内全体で取り組む	8	院内全体で排泄用具について検討する	E-Q-3-3	院内全体でバルーンが挿入されている患者について、必要性について考える	バルーンに関してだけでなく、週に1回、感染対策という面でも、DL C、透析の管が入っていると、あとバルーンが入っている人が、その人たちが、本当に必要か、今、抜けないかというのを考える日を設けているので、週に1回、そこで考える。
		2	院内全体で取り組む	8	院内全体で排泄用具について検討する	E-Q-3-4	院内全体でおむつの使用が必要か評価している	院内全体で、多分、週に1回、バルーン評価ということにはなっていないと思う。褥瘡対策から、やっぱり湿潤がよくないので、おむつが必要かということも考えたりする。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	9	看護師間で情報共有し介入していく	J-Q-3-6	症状や状態などをスタッフが観察し、リーダーが医師に報告し安静度を上げていく	スタッフが患者さんとは密接にかかわるので、スタッフから、まずは呼吸状態、サチュレーションとかのほかに、呼吸状態を観察して、リーダーさんに伝えて、リーダーさんが安静度を上げていくように促したりしていますね。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	10	カンファレンスを活用し、排泄ケアについて話し合う	C-Q-3-3	カンファレンスで退院にむけて看護師同士で話し合いを行う	カンファレンスのときに、退院に向けての計画として、どういうことをやっているかというふうに関心し合いますね。そのときに、例えばADLが下がっているから、もう少しと動かさなければいけないとかということがあるので、看護計画に入れたり。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	10	カンファレンスを活用し、排泄ケアについて話し合う	D-Q-3-3	カンファレンスで患者の方針について話し合っている	ふだんからスタッフが話したりとか、カンファレンスとかもやっているのでも、その中で、結構、患者さんに関しては話し合っているのでも、細かいところとかも、その中で、こうしていろいろ出てきて、(排泄自立ケアは)やっているとはいえるのかなと思う。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	10	カンファレンスを活用し、排泄ケアについて話し合う	G-Q-3-3	カンファレンスで排泄について話し合いを行い、実践している	病棟としては、お昼の後にカンファレンスをしていて、そのときに、そろそろちょっと退院が近づいてきたから、ちょっとおトイレに行ってみようかみたいな感じとかも話し合ったりとかもして、患者さんにそれを伝えて、みんなでトイレにちょっと連れていくということをやってみようかとか。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	10	カンファレンスを活用し、排泄ケアについて話し合う	G-Q-3-6	カンファレンスで排泄について話し合いを行い検討している	(排泄で)気になる患者さんをみんなで言っていくみたいなき感じで、カンファレンスを結構、話し合いとかはしているのでも、退院が一つの目安ではあるんですけども。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	10	カンファレンスを活用し、排泄ケアについて話し合う	L-Q-3-2.4	カンファレンスの中で最新の情報をチームで共有し、協力してケアができるようにしている	(入院前のADLを意識して目標を立てるのは、個人ではなくそこはチームですね。一応、まずはカンファレンスを毎日開いているんですけども、そこでの情報共有、なるべく最新の情報をチーム全体に開けて、みんなで協力して、ケアができるようにしているところですね。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	10	カンファレンスを活用し、排泄ケアについて話し合う	K-Q-5-7	カンファレンスを活用し、情報共有することが大切	カンファレンスとかなら、スタッフがリーダー、1人に言うわけじゃないので、何となく言いやすい雰囲気はあるのかなという、呼びかけみたいな、コミュニケーションとかですか、やっぱりそこから情報をとってくるということが大事。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	10	カンファレンスを活用し、排泄ケアについて話し合う	J-Q-3-2	カンファレンスの時に排泄支援が必要な患者について対応している	チーム全体で、カンファレンスのときに(排泄自立について)ケアの必要な患者をピックアップしてきて、対応していますね。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	11	記録を活用して情報共有を行う	K-Q-5-6	記録に残すことで状態を把握できるようにしている	あとは記録とかに残していれば、それを見て、また次の人とかもそうなんだというふうにも、多分、気づくとは思ってますね。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	11	記録を活用して情報共有を行う	N-Q-3-7	家族対応した内容を看護記録に記載し、情報共有している	夜とかやっぱり家族が見るので、そのとき、そのことで看護記録が対応して、記録に残したりとかというふうにも、みんなで情報共有できるように感じてもらっているかと。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	12	スタッフ同士で声かけしながら情報共有する	D-Q-3-4	カンファレンスや日常の中でもスタッフ同士で声かけをしている	カンファレンスとか、普通にふだんの日常生活の中でも、結構、スタッフ同士で声をかけ合っていると思うので、気づいたときに、結構スタッフとして声をかけ合ったりしていると思う。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	13	排泄時自立にむけて病棟全体で情報共有を行う	E-Q-3-2	病棟全体として排泄自立ケアについて話し合っている	病棟全体としてもそうですけども、例えばバルーンとか入っているような人でも、抜けるんじゃないかという、時期を考慮して、話し合ったりということもしています。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	13	排泄時自立にむけて看護師間で情報共有を行う	F-Q-3-2	リハビリ状況とかも含めながら、排泄自立に向けて看護師間で情報共有している	リハビリの状況とかも聞きながら、パソコン上でボードを使いながら、日中の促しはできていると思います。(看護師の共有)そうですね、はい。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	13	排泄時自立にむけて看護師間で情報共有を行う	C-Q-3-4	排泄自立ケアが必要な患者の情報共有する	A病棟にボードがあって、そこにちょっとリスクがあるような人とかは書いてあるので、それに(排泄自立ケアが必要な人は)挙げていたり。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	13	排泄時自立にむけて看護師間で情報共有を行う	B-Q-5-2	看護師同士で話し合っている	それを看護師同士でも話し合っていくというのはA病棟ではやっていると思う。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	13	排泄時自立にむけて看護師間で情報共有を行う	J-Q-6-3	看護師同士で密に日常生活動作について情報共有している	結構、密に、情報とかも、入院時とかでは余りとれないことも、何か日々ふえていくんですね、実はこうですみたいな。なので、そういうところで情報は得て、みんなでも共有しているのでも、何か、これといった(急性期病棟で排泄自立支援を実施するために必要なこと)ところはない……
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	13	排泄時自立にむけて看護師間で情報共有を行う	D-Q-3-6	カルテなどを活用し継続したケアを実施している	(継続するために)あそこ(カルテ)を見ながら、勤務の初めに必ず見るところなので、そこに書くようになれば、みんなが見るので。
		3	看護師間で情報交換を行い実施する	13	排泄時自立にむけて看護師間で情報共有を行う	L-Q-5-1	看護師同士の情報伝達ができる環境をつくるのが大切	看護師同士の情報伝達とか、その環境をつくるということですね。
3	看護師間で情報交換を行い実施する	13	排泄時自立にむけて看護師間で情報共有を行う	D-Q-3-5	排泄自立ケアが実施できるよう申し送りをしてあげている	もし本人がやる気になるようだったら、申し送りとか、カルテのボードとか、みんなが見るところなんですけれども、そこに書いて、そうするようにしてくださいと言って、自分のときだけじゃなくて、つなげてできるようにはしています。		
3	看護師間で情報交換を行い実施する	13	排泄時自立にむけて看護師間で情報共有を行う	N-Q-3-3.4	動作確認をするなど排泄自立ケアが継続できるようにしている	やっぱり継続してやってもわかないと意味がないと思うので、私はやったけれども、あの子もやらない、やっぱり本当に一つ一つの動作が、どうしても高齢者が多いので、やっぱり大事になる、食べる動作、立ち上がる動作というの、おトイレに行くまでに起き上がって、立ち上がってという、そういう動作の確認をしながら、やっぱりみんなで継続してやっていくには、していると思います。		

ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	切片化
2	身体的自立を目指したケアを実施	4	患者のADLについて把握する	14	患者のADLについてアセスメントすることが必要	M-Q-5-8	アセスメントができていないと、患者が何がどこまでできているのか把握できない	アセスメント。そこができていないから、何かどこまでできているのかか把握できていないと、やっぱり(排泄自立を)促すにも促せないし。
		4	患者のADLについて把握する	14	患者のADLについてアセスメントすることが必要	N-Q-4-1	その人のできる力を把握し、排泄行動を見極めることが大切	排泄。その人のできる力です。できる排泄行動をやったりちゃんと見極めて、この階だと高齢の患者さんが多いので。
		4	患者のADLについて把握する	15	入院時の患者の状態をアセスメントすることが必要	M-Q-5-4	入院時アセスメントを怠ってしまっているところがある	そこで(入院時のアナムネ)アセスメントを怠ってしまっているところもあつたかな。
		4	患者のADLについて把握する	16	入院前・中のADLを把握し、支援する	M-Q-5-3	入院前の生活を把握し、今の状況とどう違っているのか考えて援助する必要がある	入院前。どういふふうに住生活していたのかというは、まず絶対把握してなきゃいけないって改めて思った。その人の入院前と今の状況はどう違っているのかというのちやんと考えなきゃいけないので、今後やっつけていかなければ。
		4	患者のADLについて把握する	17	ADL全般から患者の状態を把握する	I-Q-3-11	全体的なADLの観察を通してできる範囲を判断している	そうですね。特別、排泄でくりをつづけているわけじゃなくて、全体的なADL的に、排泄とか、そういうシャワーとか、洗面とかいろいろに含まれて、動いたときどういふのか、割と判断しちゃっているんで、すごくトイレに重要視してという感じではないですね。
		4	患者のADLについて把握する	18	他のスタッフからADLを把握する	F-Q-3-4	他のスタッフの関わりを見て患者のADLを把握している	受け持ちが食事のときとか、動かしつづけているのを見れば、ほかの周りのスタッフも、この人はどこまで動けるんだというのを見ているので、そこはよく見ながらですけれども
		4	患者のADLについて把握する	18	他のスタッフからADLを把握する	F-Q-5-2	排泄以外でもできるADLを把握し排泄自立ケアを実施している	ベッドから離床、余りしない人に対して清拭のときとか、結構、体交とか、自分でごろごろ動けるとか、座るところまでは自分でできるとか、そういう排泄以外でも動いている場面を見たと、そこまではできるんだというのを判断しながら、ずっとやっつけている感じですね。
		5	ADL低下を防ぐために実施	19	排泄自立ケアを実施しないとADLが低下する	I-Q-3-13	徐々にADLをあげていき、排泄用具を変更していく	難しかったらポータブル、それでもだめだったらパルーンなり失禁なりでもしようがないなと思うんですけど、できればポータブルとか、トイレに行けられないなというので、徐々に少しADLを上げていくのは大事かなと思う。
		5	ADL低下を防ぐために実施	19	排泄自立ケアを実施しないとADLが低下する	D-Q-5-2	無理にではないが排泄自立にむけて介入しにくいとできることができなくなる	そうですね。無理に言い過ぎては駄目だけれども、でも、やっぱり言うところは言わないと、本人のADLとかも下がってしまう。できていたことができなくなってしまうとかというのがあるので。
		5	ADL低下を防ぐために実施	19	排泄自立ケアを実施しないとADLが低下する	P-Q-5-2	筋力低下がみられるため、なるべく足腰の筋力を落とさないように支援する	やっぱり筋力低下がすごい。すぐだから、なるべく足腰の筋力を落とさないようにするのがいいんじゃないかなって。
		5	ADL低下を防ぐために実施	19	排泄自立ケアを実施しないとADLが低下する	A-Q-3-3	ADLを下げないようにトイレ誘導している	基本的にはADLを下げないために、トイレに誘導。
		5	ADL低下を防ぐために実施	20	トイレで排泄できるようにすることが自立につながる	I-Q-3-14	トイレで排泄するようケアをすることが排泄自立に向けたケアにつながる	トイレだけじゃなくて、少し動かしつづけて、それもトイレ行くことも、ちょっと動くことなので、そういうので、(排泄自立に向けたケア)にあるかなは思うので。
		6	排泄動作を把握する	8	排泄動作を把握できていない	F-Q-3-1	患者の排泄動作を把握できていないので(排泄自立ケアの実施は)難しい	私自身も結構患者さんが、初めて会う方とか、次の日に行って、初めて会う人とかが多いので、日々、どうやってトイレしているかとか、ちょっと患者さんに聞かざるうところもあるんで、ちょっとそこは(排泄自立ケアの実施は)難しいという感じですね。
		6	排泄動作を把握する	21	排泄動作を把握できていない	I-Q-4-3,4,5	患者の入れかわりが激しく、トイレ動作を把握しづらい	AチームとBチームで分かれているので、この人ってふだんトイレどうやって行っているんだろみたいなものがわからないときがあるんですけど、初めて夜勤で入ったときに、結構、入れかわりとかがあるので、長くなるんですけど、かすると、大体みんなトイレって呼んでくれるじゃないですか。行くじゃないですか。(転入してきたばかりだ)あの人は何で移動するんだろみたいな、大体、酸素つながっているじゃないですか。その人によって安静度って、そのところに、その人の安静度は何々ですと書いてあるわけじゃないので、この人いつもトイレは何で持っているんだろみたいな感じになって、「どうやって行っていますか?」と言うと、「いつもここで尿瓶使っているよ」とか、「トイレはポータブルで行っているよ」とか、「カイホで行っているよ」とか、聞いて行ったりとかしたりとかもするんですけどね。
		7	排泄パターンを把握する	22	排泄パターンを把握する	C-Q-5-7	患者の排泄パターンをまずは知ることが大切	1時間とか2時間ごとに、声かけは必ずやって、タイミングを見ていくとか、多分、聞くだけだと、やっぱり原意もなかつたりするので、本当は見ていうところまでいかないといけないと思うんですけども、患者さんの、それをまず観るというか、知るというところ。
		7	排泄パターンを把握する	22	排泄パターンを把握する	C-Q-5-6	入院直後は、排泄のタイミングを知ろうとすることが大切	多分、入院してすぐの数日は、そのタイミングを知るための何かを多分しないといけないのかなというのがある。
		7	排泄パターンを把握する	23	排泄パターンに沿ったケアの実施ができていない	A-Q-4-1	排泄パターンを評価し、排泄誘導するのが基本だができていない	例えば、本当に何か落ちている状態だと、その人の失禁とかをしようとか、そういうときには、その人の排泄パターンをしっかり記録したりとか、家族に聞いたりとか、何かそういうところからしっかりと評価をして、排泄誘導するとかというのが基本だとは思いますが、そこまではできていない。
		8	排尿尾誘導を行う	24	排尿尾誘導を行う	K-Q-5-1	時間で声をかけてトイレ誘導している	難しいとは思いますが、時間でトイレに促すとか、看護師とか、行ける時間に、多分、いきなりコール呼ばれて、夜中、例えばすごい時間とか、夜中、例えば人が少ない、さらに人が少ない時間とかに、トイレに行きたいと言われると、そういうのが実施できないことが多いから、じゃああらかじめ時間でちょっとトイレを促して、トイレに連れていける時間に声をかけるとすれば、できるかなと思うんですけども、なかなか患者さんも、行きたいときは行きたいです。
9	トイレ排泄を目指してケアを実施	25	トイレ排泄ができるようになる	E-Q-3-1	出来る限り自然の状態での排泄できるように考えて関わっている	そうですね……(空白の時間)一応、できる限り自然の状態での排泄できるようにしようかなと考えて、かかわっています。		
10	パルーンカテーテルの必要性についてアセスメントする	26	不必要なパルーンカテーテルの抜去	H-Q-5-4	(排泄自立ケアを実施するには)安静度を確保しながら早急にパルーンを抜去することが大切	(排泄自立ケアを実施するには)早急に要らないパルーンは抜くとか、多分、肺炎とかだと、安静が必要な人とかは多分入れていないといけないと思うので、その安静度が上がってからは抜くとか、あとは動けるかとも見ているんですけどね。受け持ちが言ったり、多分リーダーが気にかけて言ったりとかいろいろあると思います。		
10	パルーンカテーテルの必要性についてアセスメントする	26	不必要なパルーンカテーテルの抜去	H-Q-5-5	パルーンを早急に抜去することができない原因はパルーンの必要性をわかっていないことが問題	やっぱりパルーンの必要性をわかっていないかわかっていないかとか、そこが一番か、多分、何で入っているのというのに気づけるか気づけないか。		

ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	切片化
3	治療の視点を優先させてケアを実施	11	症状を優先したケアの実施	27	症状を優先したケアを実践している	I-Q-3-2	呼吸状態が悪化すると排泄自立ケアは実施できない	動けなくなつちやうと、結構、肺炎とかだと動いただけでサチレーションとかも下がっちゃうので、状況に応じてはバルーン入れちゃうことが多いので、そうするとなかなか(排泄)自立ケアは(できない)。
		11	症状を優先したケアの実施	27	症状を優先したケアを実践している	G-Q-5-2	病態、痛みで動けないとかいう人には、無理に(排泄自立は)動めない。	患者さんの病態もそうですけども、無理に痛みとか、呼吸苦とかサチレーションがすごく下がっちゃうとか、全然、痛みで動けないとかいう人には、そんなに、(排泄自立は)動めない。
		11	症状を優先したケアの実施	27	症状を優先したケアを実践している	I-Q-3-1	状態が悪化する患者が多く、自立まで行かないことが多い	うちの病棟の場合は、結構状態が悪くなつちやうと、なかなか(ADLで)できなくなっていくということが結構多くて、自立より逆に(悪い方へ)進んでいっちゃうことが結構多いんです。
		11	症状を優先したケアの実施	27	症状を優先したケアを実践している	A-Q-3-10	症状を重視するため、(排泄自立ケア)優先度は低い	どっかかという、今ある症状のほうに目に向けてしまって、肺炎の人とか、呼吸苦だったりとか、本人の症状のほうに目がいっちゃうので、どうしても、そっちが(排泄自立ケア)なかなか優先度的に低くなってしまふというのが、現状かなと。
		11	症状を優先したケアの実施	27	症状を優先したケアを実践している	A-Q-3-2	患者の呼吸状態を見ながら(排泄)ケアを行っている	肺炎という、大抵の場合、呼吸苦を伴ったりとかしたりとか、あとモニターをつけていたりとかするので、サチレーションがすごく下がってしまつたりとかするので、その状態を見ながら(排泄)ケアをしている。
		12	疾患を優先したケアの実施	27	疾患を優先したケアを実践している	N-Q-4-4	まずは疾患を重視し、排泄ケアはその次になってしまふ	やっぱり最初はどうしても、状態が悪くなつてきたという段階だと、やっぱりそっちの疾患のほうの安静をまず私たちも一番に考えるので、優先順位的に、
		12	疾患を優先したケアの実施	27	疾患を優先したケアを実践している	A-Q-3-7	疾患増悪を重視し、そんなに(排泄自立ケア)重きを置いていない	そこに(排泄自立ケア)、そんなに重きを置いていない、ほかのことに目が行っちゃってていっているものかと思っています。やっぱり医療的になにか疾患看護とか、そういうところは、どうしても急性期なので、そこに目が行くし。
		13	指示を優先したケアの実施	28	指示を優先したケアを実践している	H-Q-5-1	蒼原しているためポータルトイレでの排泄を強いられる	この病棟、結構蒼原している人が多くて、それで結局ベッドサイドにポータブルを持ってきて、ポータルトイレを持ってきて、そこでの後垂、ベッドからポータルトイレまでの距離とか、本当短い距離しか行っていないんですよ。
		14	症状・治療を優先したケアの実施	29	症状や治療を優先したケアを実践している	P-Q-3-2	症状がある、酸素を使用している時には、なるべくおむつ内失禁をせしめらう	動くのも大変だったり、酸素とか使っていて、動くもどきいじやうとしたりという人は、なるべくおむつの中に入れてもらったりとか。
		15	安全面を考慮したケアの実施	30	安全面を考慮した排泄自立ケアの工夫	G-Q-4-3	トイレでの転倒を防ぐため、人が少ないときは特に連携している	何か怖いと思うときで、そういうときにはちょっと、助手さんとか、周りの、夜勤とかだと、人が本当に少ないので、周りの人には、ちょっと入って、何か自信がついてきているので、ちょっと注意してもらって、今、入っていますというところは、ちょっと伝えるようにかはしています。
		15	安全面を考慮したケアの実施	30	安全面を考慮した排泄自立ケアの工夫	G-Q-4-5	転倒を防ぐためにタイマーを使用し工夫している	タイマーを自分で使ったり、トイレの前にもタイマーがあって、それを鳴らしておけば、本当にもしちょっと、誰もいないときでも、自分が気づくか、誰かが、あれ、何かタイマーが鳴っているねと行って、タイマーを押しに行って、入ったら、ちょっとコンコンとしてもらって、で、叩かないでも、感じて、ちょっと3分ぐらいいたら見に行ってみようというところは確かにはしています。
		15	安全を優先したケアの実施	30	安全面を考慮した排泄自立ケアの工夫	G-Q-4-6	排泄ケア時、転倒がとて多くタイマーを使用し工夫している	すごく転倒が多いので、やっぱり転倒、もう絶対に呼んでくださいねとは言うんですけども、ちょっと怪しいというか、本当に呼んでほしいなと思うときには、タイマーをセットして、タイマーで行くとかはしています。
		15	安全を優先したケアの実施	31	排泄自立ケアよりもまずは安全面の確保が重要である	G-Q-4-2	排泄ケアを行うときに一番怖いことが転倒である	排泄のときって、一番何か、一番私が怖いと思うのが、1人で歩いて、転んじやうとすることがやっぱり、もう自信がついてきたときとかは特になんでも、ポータルトイレでも、普通のトイレでも、自分で立ち上がって、展れるから大丈夫だよと言われて、でも、絶対に呼んでくださいわって話しているけれども、やっぱり呼んでくれないとかは、すごくう、困ってしまふ。
		15	安全を優先したケアの実施	31	排泄自立ケアよりもまずは安全面の確保が重要である	I-Q-4-10	高齢者の排泄自立ケアは、転倒リスクが高くなるため判断が難しい	若い人とかはいですけど、結構すたすたやったりとかするので、高齢者になってくると、自立してもらうから、ちょっと看護師の目が行き届かなくなる面もあって、一人でやってくれるからとかというので、トイレの中付き添わないときとかに転んじやうとかがあつたりとかもあつたりとかあるので、そういうところの判断とかも、難しいなとは思っていますね。
		15	安全を優先したケアの実施	31	排泄自立ケアよりもまずは安全面の確保が重要である	I-Q-4-11	高齢者の意思を尊重したケアを実施したいが、安全を重視した排泄ケアを実施している	確かに、ベッド上で尿管当てていれば落ちることはない、危険なことはいし、バルーン入ってれば、その時間、時間であければいいから、何も困ることはないんですけども、そのままでいいかと言われたら、そのままでいいわけじゃないしというも。
		15	安全を優先したケアの実施	31	排泄自立ケアよりもまずは安全面の確保が重要である	I-Q-4-9	排泄自立ケアをしていくうえで安全面を考慮することは大切	ベッドサイドでポータブル、でもこの人の場合、このまま座つたまま呼んでくれるか、呼んでくれると思うけれども、このまま倒れちゃったりとかしたらかというのを、安全面とかも、自立していくまでは。
		15	安全を優先したケアの実施	31	排泄自立ケアよりもまずは安全面の確保が重要である	I-Q-6-2	忙しい業務の中で排泄自立ケアよりもまずは安全面を優先して行う	私たちはどうしても、忙しい業務の中で安全面も考えなきゃいけないから、どっかかという、自立させる、してもらいたいよりも、どうしても安全面をとつちやうことが多くて、どうしてもトイレのあれとかも、どっかかという準備が遅かったりとかするんですけども、難しいですね。
		15	安全を優先したケアの実施	31	排泄自立ケアよりもまずは安全面の確保が重要である	P-Q-4-1	排泄自立を促していく上で転倒が一番怖い	思います。結構やっぱり転倒、転んじやうの一番怖いというのがあって、結構患者さん、おトイレ行くまでふらふら歩いて出てきちゃったりとか、トイレ探しているとかは結構あるんですけども、そういうのを転んじやうと困るのが一番にきやうもですね。
15	安全を優先したケアの実施	31	排泄自立ケアよりもまずは安全面の確保が重要である	P-Q-4-2	安全確保を優先し、体幹抑制を使用し結果おむつ内失禁になる	体幹抑制させてもらったりとか、ちょっと転ばないようにというのが優先になって、それで結構体幹つけないとおむつ内失禁になつちやうというの、そう、安全確保のためだとなつちやう。		
15	安全を優先したケアの実施	31	排泄自立ケアよりもまずは安全面の確保が重要である	A-Q-3-8	(排泄自立ケアを実践する中で)気にするのは転倒・転落	(排泄自立ケアを実践する中で)あとはすごく気にしているのは、やっぱり転倒・転落とか。		

ID	カテゴリ	ID	サブカテゴリ	ID	統一コード	列1	コード	切片化
4	治療内容 と現在の状態を判断しながらケアを実施	16	治療方針に合わせたケアの実施	32	安静度に合わせてケアを実践している	G-Q-3-2	安静度がフリーであれば排泄自立にむけたケアを実践している	呼吸器の方、呼吸器疾患の方でも、安静度がフリーとかであれば、トイレに重いですが、酸素ポンプを積んで行ったりもしています。
		16	治療方針に合わせたケアの実施	32	安静度に合わせてケアを実践している	G-Q-3-7	安静度が上がったときにADLも上げていくよう支援する	安静度が上がったときには、安静度が上がったから、ちょっと歩いていってみようとか、あります。
		16	治療方針に合わせたケアの実施	33	治療内容に合わせてケアを実践している	G-Q-3-5	在宅酸素を使用する人は、ポンプを使用してトイレ誘導をする	じゃあ酸素ポンプを、ホットとかを入れる方が、いらしゃるときには、じゃあポンプを押して(トイレ)にいくとか、あります。
		16	治療方針に合わせたケアの実施	34	安静度に合わせてケアを実践している	M-Q-2-1	安静度をみながら患者のできるところから排泄用具を徐々にあげていくように支援すること	その状態を見ながら、結構おむつ内で失禁の人も多いんですけども、動けそうだったらポータブルトイレに移してみとか、まず、安静度を見ながら、できるところから、いきなりおむつじゃなくて、尿管はできるかなとか。
		17	症状に合わせたケアの実施	35	安静度や症状に合わせてケアを実践している	I-Q-3-7	安静度や症状に応じて排泄用具を徐々に向上させていく	もともと安静度とかにも応じて、最初バルーン入っていたら、とりあえずポータブルくらいで、結構、サチレーションが下がっちゃったから車椅子で行ったりとか、あとは、車椅子とから始めて、あとはリハビリとかが進んで、少し歩いてもそんなに下がらないようになってくるといったら、カイホで行ったりとかという感じはしていますね。夜間はポータブルにしたりとか。
		17	症状に合わせたケアの実施	35	安静度や症状に合わせてケアを実践している	G-Q-5-1	病状と安静度に合わせて患者ができる支援を行う	やっぱりその病状と安静度と、患者さんを見て、どこまでできそうか、患者さんにも聞かながら、できそうですか、モニターを見て、サチレーションとか見ながら、進めていく。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状に合わせてケアを実践している	A-Q-3-4	患者の呼吸状態に合わせて排泄の方法を選択し、実施している	本人の呼吸器の状態とかに合わせて、排泄の方法を選択して、実施しています。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状に合わせてケアを実践している	C-Q-3-1	症状がなければトイレで排泄できるよう援助する	患者さんにもよるんですけども、呼吸苦がなければ基本的にトイレにまで酸素をつけたりもしている。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状に合わせてケアを実践している	C-Q-3-2	症状に合わせて排泄用具を選択する	動ければ、なるべくトイレに行きましよう、ただ、呼吸苦があると、またちょっとそのときによって、ベッドサイドだったり、ポータブルトイレだったり。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状に合わせてケアを実践している	D-Q-3-1	症状が安定したら徐々に段階を踏んで排泄自立ケアを実施している	(排泄自立ケアの実施は)できていると思うんですけども、入院してきたときは熱があったりとか、呼吸状態も余りよくなかったりとかして、そのままトイレに行けない、入院時はトイレに行けなかったとしても、だんだん熱が下がったりとか、呼吸状態もよくなっていく中で、だんだん身体も動かせるようになっていけば、初めはバルーンが入っていたのが、今度、ベッドでしひんになって、今度はポータブルトイレにしたり、今度は車いすに移って、車いすまでやって、トイレまで行ってとかというふうに、だんだん徐々に段階を踏んでいけるのかなと思う。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状に合わせてケアを実践している	G-Q-3-1	症状に合わせて排泄用具を選択している	(排泄自立ケア)はしていますね。酸素をつけている患者さんが多いし、やっぱり結構(SpO2)下がっちゃったりもするんですけども、男の人だったら、そういう方だったら、尿管を置いて、とってもらったり。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状に合わせてケアを実践している	G-Q-3-9	呼吸状態などに合わせて排泄自立ケアを実施している	でも、受け持ちとかで、結構見ていると、結構元気になってきて、熱とか下がったりとか、呼吸状態がちょっと落ちたりしたら、もうちょっと(トイレ)誘導してもいいんじゃないとか。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状に合わせてケアを実践している	I-Q-4-2	呼吸状態をみながら介入している	高齢者、難しい人もいますが、様子見ながら、リーダー間でも、トイレのときとか動くとまに下がっちゃうから、そのときは酸素をちょっと上げてあげてとか、そういうので調節したりとかやっているの。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状に合わせてケアを実践している	J-Q-3-1	症状が落ち着いてきたら徐々にトイレに行けるよう排泄用具をあげている	自立……(空白の時間)やっぱり呼吸が苦しくなっちゃうので、一時的に酸素をちょっと流量を上げて、なるべく初めはポータブルトイレとかで練習をしていっていますね。落ちついてきたら、酸素の流量とかも減っていくとは思いますが、労作時間リットルという形で、トイレのほうに行けるようにはしていますね。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状を悪化させずにケアを実践している	P-Q-3-8	動く呼吸状態が悪くなるので、できるだけ負担をかけないようにすることは(排泄自立ケアをする)必要	結構、酸素吸っていたりとかすると呼吸状態、動くので悪くなっちゃうというのがあるので、なるべくそこは負担をかけないようにするのは必要なのかな。
		17	症状に合わせたケアの実施	36	症状に合わせてケアを実践している	I-Q-3-3	呼吸状態が改善すると排泄自立ケアが実施できる	ちょっと呼吸状態が落ち着いてきたら、そろそろ抜いておっこち行ってもらうようにしましよみたいな感じはありますけれども、状況に応じて。
		18	症状について把握する	37	症状のアセスメントが必要	J-Q-5-3	呼吸状態をアセスメントする力が必要とってくる	あと呼吸のリズムとか、呼吸状態を見れる力。
		18	症状について把握する	37	症状のアセスメントが必要	I-Q-5-1	安静度について話し合う機会が必要	昼間だったら、患者さんに聞いちゃうから、すぐ困ったりとかはしないんですけども、安静度とか、話し合う機会があれば、この人もそろそろ動けそうじゃないとか、先とかにも安静度を上げてもらうとか。毎回申しわけないみたいな感じの人とかもいるので、そういうので、ちょっと先生にADL上げてくださーいと言ったりとかもしますけれども。

ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	切片化
5	患者を中心とし尊重したケアを実施	19	患者の意欲を向上させる関わり	38	患者の意欲を高めるように関わる	D-Q-5-1	声かけの仕方と工夫し、患者の排泄自立にむけた意欲を高める	声かけの仕方とかもあると思う。例えば本当は動けるのに、ちょっと甘えちゃったりとかという人とかもいたりすると思うので、その中で、声かけの仕方をちょっと工夫して、本人をやる気にさせるじゃないですけれども、そういった部分も少しあるのかなと思いつつ、声かけしたりしているんですけれども。
		19	患者の意欲を向上させる関わり	38	患者の意欲を高めるように関わる	F-Q-5-1	患者ができていところを伝え、自信をつけられるよう関わっている	一つずつ、小さいことでもできたら、そこまでできているからというのを褒めるといっても変ですけども、それで、自信をつけてもらうようにしていくことですかね。段階的にも踏んでいって。
		19	患者の意欲を向上させる関わり	38	患者の意欲を高めるように関わる	N-Q-5-1	排泄自立にむけて意欲が低い患者であっても目標を掲げて関わっていくことが大切	(意欲が)薄れていく患者さんでも、最終的にやっぱり、では今後、状態が安定しているとなると、今後はじゃあ自宅へ帰るかとか、こういう先が考えられるじゃないですか、やっぱりその目標を掲げて、気持ちを持っていくというか。
		19	患者の意欲を向上させる関わり	39	患者の目標に合わせて支援する	N-Q-3-1	患者・家族の目標に応じた援助を実施している	多分、目標、ゴール、自宅へ戻るとか、それに合わせた援助はしているところで、家族とかご本人さんの意向を聞いて。
		20	患者を尊重したケアの実施	39	患者の目標に合わせて支援する	B-Q-5-3	患者が退院後何を目標にしているのか把握する	(排泄自立ケアを実施するためには)やっぱりその人が何を目標に退院なのか、転院なのかというのをしっかり知ること。
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	N-Q-4-3	疾患と病状をみながら患者の意向を尊重した排泄ケアが実施できるよう考えている	なるべく私たちも本人の意向を聞きながら、でも、呼吸状態も悪化しないようにという、やっぱりそういうところを考えたかやっています。はい、疾患と病状、そのときの。
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	B-Q-5-1	無理にADLを上げるのではなく患者に合わせる	無理にこちらの要望どおりに上げるのではなく、患者様に合わせていくこと
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	C-Q-4-5	患者の睡眠を妨げてまでもおむつチェックはしていない	あと夜とかは、せかく寝ているところを起こすのはどうかなというところもあって、何かさっきまで起きていて出ているいなら、ちょっと様子を見ようとかかだったということがあります。
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	G-Q-2-2	患者の意思を優先して排泄ケアができるよう意識している	やっぱり必ずナースコールを押してもらって、で、自分でとってもらうというよりは意識していますかね。
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	G-Q-3-12	排泄をトイレで行うことは、患者にとって嬉しいことである	患者さんも(トイレで排泄できるほうが)多分うれしいし、私たちも、ポータブルトイレを持っていて、それをまたバケツを片付けて、新しいものを持っていくよりも、トイレと一緒にいって、呼んでねと言って、また戻っていくほうが何かいいのかなと思います。
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	J-Q-4-2	排泄が一番高い欲求であり看護師は尊重しながらケアにあたっている	(忙しくてケアができないということ)はないですね。やっぱり排泄って、一番欲求もしたくないですか、何かそこは、みんな多分、すぐに対応できるように心がけているので。
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	J-Q-5-1	患者の尊厳を大切にしておむつでの時間を必要最低限にする	改善は、できるだけ、ベッド上だったら、そこは仕方ないんですけども、先生の指示の状況に合わせて、タイムリーにもらっていかないと、必要最低限におむつでの時間を短くしていかないと、あとはなるべく尊重するのであれば、本当に尿器を当てて、やっていけるようにしていくこととか
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	I-Q-3-12	身体的心理的にも排泄をトイレで行うことは大切である	トイレって大事なことだし、我慢するの嫌だし、失禁も嫌だから、できれば皮膚トラブルにもつながらず、できればトイレでいたいというの、多分、どの人もあると思うので。
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	K-Q-6-1	患者のできることを維持できるよう患者の思いを大切にしている	いや、でも、そのできるところを、何か排泄面だけじゃなくて、できることをそのままできる状態でいたほうが、その人の治療意欲とか、何か、例えば状態が余りよくなっても、生きているという、そういうのになるっていうのをすごい普段から感じるので、多分、みんなそういうのを心がけて、大事にはしていると思うんですけども、そういう患者さんの思いは。
		20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	B-Q-5-7	難しいことではあるが患者の尊厳を考えられる看護師であれば排泄自立支援も実施できる	やっぱり看護師としてというよりか、漏れてしまうから、おむつしようとかじゃなくて、人として、やっぱりトイレしてたくないじゃないですか、こういうところで、なので、そういうところも考えられるような、看護師であれば、自立とかも考えられるのではないかなという思いはあります。難しいですけども。
20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	O-Q-5-4	人として患者を尊重できれば排泄ケアの支援につながる	本当に人として患者さんを尊重してみようと思うのかというところが排泄ケアの支援のところにつながってくると思うので、基本的なことですけども、そこなのかなって。		
20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	O-Q-5-5	倫理観を持って患者と関わり看護することが必要になっている	倫理とかそういうところをちゃんと持って、日々患者さんとかかわって、その人のこれからは見据えて看護できているのかというところが、一人一人に必要になってくるのかなというふうには思います。		
20	患者を尊重したケアの実施	40	患者を尊重した関わり	D-Q-5-3	患者と共に時間を決めて排泄ケアを行っている	時間を決めたりとか、排泄ケアとか、夜は、じゃあしびんとかでやって、じゃあ日中はポータブルトイレに移りましょうとか、時間とか、そういう約束じゃないですけども。		



ID	カテゴリ	ID	サブカテゴリ	ID	統一コード	列1	コード	切片化
6	看護師が主導となって排泄ケアを実施	21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	41	意思疎通や尿意があまりない人にはトイレ誘導を行う	I-Q-3-5	認知症や失禁する人にはトイレ誘導を行っている	そういうトイレの認知症とか、あと、失禁とかしちゃうとかという人とかは、ちょっとトイレ誘導とかはお声をかけるんですけども、割とトイレ行きたいときはみんな呼んでくれるので、そういう人は余り……こちらから積極的には何もしていないです。
		21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	41	意思疎通や尿意があまりない人にはトイレ誘導を行う	P-Q-4-4	排泄欲求が言葉に出せない患者は、行動から把握し、トイレ誘導を行う	結構トイレ行きたいとなると、もぞもぞしてて、それでたまたま行ったときにキャッチできて、トイレに行こうかみたいなきもあつたりするから
		21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	42	意思疎通や尿意がある人には声をかけを行う	M-Q-3-1	意思疎通が図れる患者は割と排泄自立ケアは実施できている	そうですね、割と(排泄自立ケアは実施できている)。でも尿管とか、意思疎通もできる人って考えてですか？尿管は使っている人多いんですけども、男性とかは。女性ですね、でも、やっぱりおむつが多いのかな。
		21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	43	尿意や意思表示ができる人には積極的介入はしない	I-Q-3-4	トイレに行けるADLや意思表示がある患者には排泄ケアは実施していない	ADLがそんなにトイレに行けるくらいの人だったりとしたら、呼べる人だったら、多分、そんなに特に介入はしていませんね。
		21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	43	尿意や意思表示ができる人には積極的介入はしない	P-Q-5-1	(排泄自立ケア実施には)尿意とかあれば、ナースコールとかをすればいい	(排泄自立ケア実施には)尿意とかあれば、ナースコールとかをすればいいですけれども。
		21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	44	意思疎通や尿意がある人には声をかけを行う	N-Q-3-5	患者が尿意がありトイレ排泄の希望があったら、サポートしている	ご本人さんがトイレの、尿意があって、おトイレに行きたいという動作があったら、私たちがサポートはしていますけれども。
		21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	45	意思疎通や尿意があまりない人には声をかけを行う	Q-Q-3-2	尿意を訴えられない患者には声をかけし排泄ケアを行っている	ナースコールが認識できなくて、結構「おーい」とか言ってくる患者さんは、ここにいってもらうとか、ポータブルトイレに移ってもらうとか、言えない患者さんでも、こちらから声をかけて、「今トイレどうですか」とか言って、「行きたい」とか言う場合は、ポータブルトイレ、室内尿器を使ったりして。
		21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	46	声をかけを行い排泄確認をする	M-Q-5-1	トイレ確認の声掛けは実施している	声かけとかは「トイレ大丈夫ですか」とか聞いてたりとかはしていますね。
		21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	46	声をかけを行い排泄確認をする	A-Q-4-2	ナースコールを押せる人には必ず声をかける	ナースコールとかができる人に関してはナースコールをしてとか、そういう感じで、必ず声をかけているんですけれども。
		21	排泄断えの有無でケア内容を変更する	46	声をかけを行い排泄確認をする	E-Q-3-8	排泄の有無について声掛けをし確認をする	じゃあ、トイレに行きたいですかというような声かけはなかったと思って、でも、聞けばわかるような人だったら、ちょっと確認しているかもしれないです。体交の時に「トイレ、どうですか」とか聞いてたりしています。多分、みんなしていると思うんですけれども。
		22	看護側の都合で排泄ケアを決定	47	看護側の都合で排泄ケアの内容を決定することがある	I-Q-4-8	患者の意思に合わせたアプローチをするときと、看護側の都合で排泄ケアの内容を変更するときがある	「でも行きたい」「うん、座ろうか」とかみたくもあって、結構、「いいよ、そのまましちゃっても」というときもあつたりとかするので、自立というのを考えたら、少しでも行ってもらったほうがいいのかとか。
		22	看護側の都合で排泄ケアを決定	47	看護側の都合で排泄ケアの内容を決定することがある	L-Q-5-4	大変だから、主観的なところでトイレに行けるが床上排泄を促している	割と日々感じるのは、ぼつと見た目とか、こっちも大変だからとか、そういう主観的なところが原因で、まだ行けるんじゃないかということも、床上排泄を促したりとか。
		22	看護側の都合で排泄ケアを決定	47	看護側の都合で排泄ケアの内容を決定することがある	H-Q-6-2	患者のできるところはやらせようこと必要性は理解しているが、看護師が行っている	本当は、多分ズボンの上げおろしだったりとかはやらせようかというほうが早いんですけども、やっぱり自分で「早くはよとか言って、ぼつと上げちゃったほうが早い」とかあるんです。
		22	看護側の都合で排泄ケアを決定	47	看護側の都合で排泄ケアの内容を決定することがある	I-Q-4-7	忙しい時は排泄自立ケアの実施が難しく、失禁でもいいのではないかと考える	動かすのが、結構、移乗させるのとか大変な人も、中にはいるんですけども、もう失禁でいいんじゃないかと思うときも少なくも……あるんですけども。どうしても「トイレ座りたい」と言う人もいて、今ちょっと動けないんであれなんですけれども、結構、体が大きいので、その人を抱えて、しかも出なかったりするときも結構あって、そういうので忙しいとき、そのまましちゃってもいいけどとか思ふ。
		22	看護側の都合で排泄ケアを決定	47	看護側の都合で排泄ケアの内容を決定することがある	K-Q-3-1	病棟側の都合により実施している	実際、(本人の意欲に合わせたアプローチではなく)病院側の都合みたくも入っていると思うことが多いですね。やっぱり本人はこうしたいだろうなって思っても、もちろん時間もそうだし、状態とか、本人がどこまで自分の状況をわかっているかというのが。
22	看護側の都合で排泄ケアを決定	47	看護側の都合で排泄ケアの内容を決定することがある	H-Q-6-1	多忙な業務の中では看護師主導でケアを実施したほうが早い	(難しい)理由は、何回も言ったんですけども、業務が忙しいから自分でやっぱりやっちゃったほうが早いというのがありますね。		
23	排泄ケアは看護師が実施	48	看護師が実施する	Q-Q-5-2	(排泄介助は)看護師がほとんど実施している	そういう(排泄介助)、この病院はそういうのは一切一切というほどじゃないですけども、タイミングが合えば(助手さんが)ちょっとはしてくれてくれますけれども、基本はもう看護師がやります。		

ID	カテゴリ	ID	サブカテゴリ	ID	統一コード	列1	コード	切片化
7	機械的作業として実施	24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	A-Q-3-5	看護計画は立案しているが、その場地的に実施している	一応、看護計画を立てて、日常生活援助というところを、問題になっている人はいたりとかするんですけども、どっちかという、何かその場地的に実施しているのも多い。
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	C-Q-4-4	忙しい業務の中で機械的に動いているが、患者の生活リズムに合わせたケアはできていない	業務に終わっていて、時間で動くという感覚はあるんですけども、患者さんの生活リズムに合わせて動くところまで達していない。
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	E-Q-3-7	ルーチンとして排泄ケアを行っている	おむつをしている人だったら、3時間に1回尿意がない方だとすると、3時間に1回、この体交の時間とかがあるんですけども、そこで体交するときに、出ていないことを確認するんですけども。
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	E-Q-3-9	ルーチンとして排泄ケアを行っている	やっぱり3時間に1回チェックして、出ていれば、かえて、出ていなければそのままという感じ
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	E-Q-4-3	業務として行わなければならないが、個々に合わせた排泄ケアは実施できていない	業務としてしなければいけないことみたいな感じで見ているんですけども、その個人個人の状況に合わせてとかは、できていないのかなど。
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	G-Q-4-4	人手が少なく、ルーチンにトイレ介助を行っている	ちょっと人手が少ないのもあって、結構、トイレ患者の方も多いいと、ちょっとこの人が行って、次、この人っていう、で、この人戻ってとかはよくあるので。
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	O-Q-2-2	入院するとおむつ内失禁になり、そのまま対応されていくのがほとんど	どうしてもこの病棟の患者様って、入院されるとおむつ内失禁になっちゃって、でも、そのままでも対応されていくという人がほとんど。
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	Q-Q-3-1	寝たきりの人が多く、症状排泄で失禁している患者に対しては、排泄自立ケアの支援はできていない	誤嚥性肺炎で、結構寝たきりの人が多いので、なかなか床上排泄で失禁になっちゃっているところがあるので、余りできていないかなと、そこに対しては余りアプローチは、病棟からはしていないところがあります。
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	A-Q-4-3	忙しい業務の中で排泄パターンを把握しトイレ誘導することは困難	あとそれ以外に、どちらかというと、本人のパターンに合わせてというよりも、ベッドサイドに行ったときに、排尿誘導するとか、そういうことはしているんですけども、なかなか排泄パターンをつかんで実施するというのが、ばたばたしている中で難しいというのは、いつも日ごろ感じています。
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	C-Q-5-5	決められた時間で排泄の有無を確認している	何か患者さんの排泄のタイミングが、今だと、出ているか、出ていないかという確認だけで、あとはもう時間で決められているタイミングで見ている。多分、本当は、その患者さんの1日何回にするとか、どのタイミングで行っているとかというのに合わせてほしいかな。
		24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	E-Q-5-1	ルーチンでの排泄ケアは実施できているが、排泄自立ケアを実施するには業務の中に盛り込んでいくことが効果的	ちょっと私に時間があるときにやるというふうだと、多分、できなくちゃうので、やっぱり業務の中に盛り込んでいくというか、もう本当に(寝たきりの人のおむつを3時間おきに見るといことは)業務の一環になっているので、やってはいるんですけども。
24	機械的作業として業務をこなす	49	機械的作業として業務をこなす	H-Q-6-4	排泄ケアを行ってるときは葛藤などない	何かやっているときは、多分そんな葛藤なんてないんですけども、そうやって改めて聞かれると、多分こういうことだなと思います。		
8	今後の転帰に合わせてケアを実施	25	今後の転帰に合わせて支援	50	今後の方向性に合わせた支援をする	B-Q-5-6	転院にむけてバルーン管理が必要	転院するのであれば、例えば泌尿器の疾患で、バルーンとかが入ったままの人であるだったら、感染しないように、しっかりケアしないといけない。
		25	今後の転帰に合わせて支援	50	今後の方向性に合わせた支援をする	L-Q-3-3	入院時から今後の方向性を考え目標を立てているので、その方針に合わせて排泄自立ケアを実施している	多分、とっかかりは個人の看護師かもしれないんですけども、大体、最近は入院した時点で自宅に戻したいとか、このまま転院とかか、やっぱりそのあたりも入院時からある程度目標を立てているので、もしもそのまま自宅へという方針でしたら、その方針に合わせてというところですね。
		25	今後の転帰に合わせて支援	50	今後の方向性に合わせた支援をする	P-Q-3-7	状態よくなればおうちに帰りたい人も結構いるので、家族に負担がかからないよう(排泄)自立を促す	状態よくなってくれば、全然(排泄)自立を促すのは、やっぱりおうちに帰りたいという人も結構いるので、なるべくそういうことはできるように、家族には負担がかからないようにというので。
		25	今後の転帰に合わせて支援	50	今後の方向性に合わせた支援をする	G-Q-3-4	退院前カンファレンスでトイレ誘導について検討する	退院の話が出てくると、この人もそろそろ退院なんじゃないかなとか話す。もともとちょっと動けない人とかだと、ちょっと退院支援が入っていたりするので、退院前のカンファレンスとかを聞くときに、ちょっともうそろそろ(トイレ誘導しても)いいんじゃないかなとか、あります。
		26	今後の転帰に合わせて支援	51	今後の生活に対する不安を支援する	N-Q-3-6	今後の生活の不安についてなど家族の思いを聞けるよう支援している	一応、週に1回、お昼の時間、患者さんのところで、ご家族にも、できるだけ来てもらおうように。ご家族もお仕事とかもあるので、あれですけども、そういった時間で今後のこと、生活の不安であったりとか、いろいろ聞くような時間は持つようにはしている。でも、やっぱりご家族が不在のことは多いですけどもね。

ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	切片化
9	家族の協力を活かしたケアを実施	27	家族の協力を得る	52	家族の協力を得る	C-Q-5-1	家族の協力によって患者の(自立に向けた)意欲が向上する	多分、一つは家族の協力だと思っんですけども、何か看護師とか先生が言っても、なかなか患者さんの中には、聞いてくれない人もいらっしゃるんですけども、奥さんのことだったら聞くとかという、やっぱり家族関係の、もともとがあるので、家族の協力ですね、一つは。
		27	家族の協力を得る	52	家族の協力を得る	C-Q-5-2	家族の意見が患者の排泄自立を左右する	家族が言ってくれれば、もうちょっと進むところもあるし、逆に動かしたくないという家族もいたりするので、「何か心配だとか、「本人が苦しんでいるから、もうここがいいです」と言われちゃうと、何かやったりハダリで歩いているのもつたいないなとかというのはあります。
		27	家族の協力を得る	52	家族の協力を得る	C-Q-5-3	家族に現在のADLの様子を伝え協力を得る	場合にもよるんですけども、本人がいなくて、ちょっとリハビリで実はここまで歩けているから、もうちょっと歩けるほうがいいと思うから、ちょっとおうちの方も言ってもらってとか、言ったりも。
		27	家族の協力を得る	52	家族の協力を得る	C-Q-5-4	できていることを家族に伝え家族の意欲も向上させる	あとは本人がいる前で、何か実はここまでできるんではないかというふうに言えば、家族の人も、だったら頑張っていこうというふうに言ってくれたりするので、そういうことはやっています。
		27	家族の協力を得る	52	家族の協力を得る	N-Q-3-9	排泄自立ケアを実施するには、家族、周りのサポート体制も必要になってくる	患者さんと家族、それを自立、どこまで、周りのサポート体制ももつと必要に、排泄の自立ケアだと必要になってくると思うので。
10	先輩から学ぶ	28	排泄ケアを先輩から学ぶ	53	先輩からの助言から排泄自立ケアを学ぶ	B-Q-3-1	忙しい業務の中で先輩のアドバイスで排泄自立に向けたケアが気が付くことができた	少しずつリーダーさんとか、上の方々が、やっぱり下の子になると、日々の業務でいっぱいいっぱいなので、上の方が目を配って、そろそろポータブルトイレを準備してあげたらどうか、アドバイスして下さるので、「ああ、そうか」というふうに1年生のころは気づけたりして。
		28	排泄ケアを先輩から学ぶ	53	先輩からの助言から排泄自立ケアを学ぶ	B-Q-3-2	排泄自立ケアについてカンファレンスで話し合うことで、先輩の意見から学んでいた	それがだんだん日々重ねていく中で、「じゃあちょっと動いてみようか」という話や、そういう(排泄自立ケア)の話も話し合うことができていて、カンファレンスのときも、先輩方が意見を言ってくたさるので、学びも多いので、すごい勉強になるなと思いました。
		28	排泄ケアを先輩から学ぶ	53	先輩からの助言から排泄自立ケアを学ぶ	B-Q-3-3	先輩の排泄ケアを通して自立支援を学んでいた	上の先輩方自身が「歩こうよ」というふうに、排泄をトイレでしようよという感じで促している姿も見て、そういうのが自立の支援なんだと学ぶことができた。
		28	排泄ケアを先輩から学ぶ	53	先輩からの助言から排泄自立ケアを学ぶ	O-Q-5-3	先輩アドバイスにより排泄自立ケアについての意識が変化する	先輩が言ってくたさって気づいて、この人はおむつだけじゃなくて動かさなきゃだめだかって気づけたりもしたので、そういう声かけをしてくれる、アドバイスをしてくれる人。意識もどんどん変わっていくんじゃないかなとは思っています。
		28	排泄ケアを先輩から学ぶ	54	先輩が主導となり実践している	N-Q-3-8	カンファレンスではリーダーがスタッフに一つ一つ説明しながら進めている	やっぱり一個一個、カンファレンスも、やっぱりリーダー層がいて、スタッフを集めて、一つ一つ説明しながらの、看護実践なので。



ID	カテゴリ	ID	サブカテゴリ	ID	統一コード	列1	コード	切片化
11	現在の病院システムの問題解決の必要性	32	積極的に実施できていない	59	積極的に実施できていないと感じている	A-Q-3-9	ADLを下げないために努力はしているが…(空白の時間)	あとはADLを下げないために、何かみんなも努力しているんですけども…(空白の時間)
		32	積極的に実施できていない	59	積極的に実施できていないと感じている	I-Q-6-1	リハビリの病院とは排泄ケアの方法が異なる	やっぱり、私、実習のときに、リハビリの病院とか行っただんですけども、全然(排泄介助は)違うという感じがしました。
		32	積極的に実施できていない	59	積極的に実施できていないと感じている	L-Q-3-1	(排泄自立ケアを)は積極的には実施できていない	(排泄自立ケアを)積極的かというと、ちょっと足りない部分もあるかもしれないですけども……
		32	積極的に実施できていない	59	積極的に実施できていないと感じている	O-Q-3-1	(排泄自立ケアは)できていないのが現状	私の主観なんですけれども、(排泄自立ケアは)できていないのが現状なのか。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	A-Q-5-1	(排泄自立ケアを実施するためには)マンパワーが必要	でも、(排泄自立ケアを実施するためには)やっぱりマンパワーはまず一つだと思ってる。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	G-Q-5-3	マンパワーが増えれば排泄自立ケアは実施できる	何かもう本当に、トイレに、完全について行ける看護師がいれば、トイレ専門みたいな。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	H-Q-5-3	排泄自立ケアを実施するには人員と業務改善が必要	必要なのは、人がいないかな。人員が欲しいのと、またやっぱり、ちょっと業務改善も必要かなと、ちょっと思いますね。(改善するのに)省けるかなと思ってるのは、何かあるかな。そう言われると、何か余り。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	I-Q-5-3	マンパワーが必要	そういうのを考えると、なかなか。人がいたらかと思っちゃいますよね。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	K-Q-6-3	時間が限られているので、マンパワーがより自立支援の実施が可能である	時間も限られていたり、絶対無理なんですけれども、人数がもっとあればいいのかな。スタッフの人数が。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	L-Q-4-2	できるだけ患者の意思に沿った排泄ケアを行うことが大切であり、それにはマンパワーが必要である	やっぱりそこは基本的にどうか、そこをどうしても我慢させるとか、そういうことはやっぱりやっぱりやっちゃいけないというふうに思うので、なので、やっぱりマンパワー的なところは、やっぱりちょっと「あー」と思うところは多いですね。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	M-Q-6-5	マンパワーがあればゆとりができる	やっぱり人手、人とか。そうですね、ゆとりが欲しいですね。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	O-Q-5-1	人がふえれば忙しさが軽減されて実施できる	忙しさをどうにかするというのは無理だとは思っているので、人がふえればいいのになというのには常に……マンパワーですね。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	Q-Q-4-2	夜勤の人数が少ないため患者の希望するときに排泄ケアが実施できない	夜勤も3人とかでやっているので、1人が休憩に入ってしまうと2人でやらないといけないので、ちょっとそれは(排泄自立ケアは)。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	Q-Q-5-1	(排泄自立ケアを実施するには)人数が必要	(排泄自立ケアを実施するには)もっと人数がふえたら、看護師の数が全然足りていないというのがるので、この病院が。
		33	看護師のマンパワーの確保	60	看護師のマンパワーの確保	A-Q-5-3	夜勤の人数が少ないため昼間と同じように対応できないためマンパワーが必要	マンパワー、どうしても高齢の方って、夜に排泄が結構、ナースコールが多いんですよ。昼間って割と人がいて、それで何かその人の様子を見ていて、声をかけたりとかして、何か十分にケアできているのかもしれないんですけども、でも、大体、夕方ぐらいになってくると、ナースコールが多かったりとか、何か夜に何回もトイレに行くとかもすごくふえてくるのが、
		34	病棟構造の限界で実施は困難	61	病棟構造に限界がある	B-Q-4-2	カーテン一枚でポータブルトイレで排泄しなければならぬ状況	隣の患者様が気になる中でも、カーテン1枚でポータブルトイレしなければいけないとか。
		34	病棟構造の限界で実施は困難	61	病棟構造に限界がある	B-Q-4-3	トイレが近くにない部屋は遠回りをしてトイレに行く	トイレが近くにあるお部屋とかだったら、排泄という場所、トイレという場所、できるのかなと思うんですけど、やっぱり重症になってくると、ナースステーションの中じゃないですか。そこにはトイレがないので、ちょっと遠回りになってしまふんですけども、なので、そういう人は重いですでちょっと連れていったりとかもできる範囲ではしていると思うんですけども。
34	病棟構造の限界で実施は困難	61	病棟構造に限界がある	B-Q-4-4	部屋の近くにトイレがないことや呼吸器がついているため、患者がトイレに行けない状況	(全ての部屋の近くにトイレがないので、患者さんでも行けないですし、あとは呼吸器だけですね。		



ID	カテゴリー	ID	サブカテゴリー	ID	統一コード	列1	コード	切片化
13	患者自身の問題で実施は困難	40	患者自身の問題で実施が困難	69	患者の遠慮から実施は困難	M-Q-6-1	患者の遠慮もあり、難しい	なかなか(排泄自立ケアを実施するのは)難しいと思っちゃいます。例えば、利尿剤とか使っている人でトイレが頻回なとかだと、何か患者さんも何度も呼ぶのが申しわけないという気持ちもありますし。
		40	患者自身の問題で実施が困難	70	患者の希望を優先させると排泄自立は困難	B-Q-4-6	呼吸器からベッドサイドでの排泄を希望することでADLが低下する	何かよく呼吸器内科の患者さんだと、苦しいからベッドサイドですという方も多いんですけども、わかるんですけども、何かそれになれちゃうと、この動けるものも動けなくなってしまうので。
		40	患者自身の問題で実施が困難	70	患者の希望を優先させると排泄自立は困難	B-Q-4-8	トイレ排泄を促すが拒否される	そうですね、[行きましよう]と言うんですけども、「いいとか言われると、[じゃあ、まようは]みたいな感じです。
		40	患者自身の問題で実施が困難	70	患者の希望を優先させると排泄自立は困難	C-Q-4-2	患者の意思でおむつを使用している場合は外すことができない	おむつを外したいんだけど、やっぱり心配だということ、なかなか外せない。(意思は)大きいですね
		40	患者自身の問題で実施が困難	70	患者の希望を優先させると排泄自立は困難	E-Q-4-6	入院の長期化から活動意欲が低下し、離床を促せない	結構、酸素いっている人とかは、やっぱり入院の期間と長くなると、もうベッドから動くのもかたくなって、動きたくないのも多くなってくるので、なかなか離床を促しにくくなっちゃったりとかはあるので、声かけとかはちょっと難しいところもありますね。意欲とか、そうですね。
		40	患者自身の問題で実施が困難	71	高齢者自身の問題で排泄自立は困難	M-Q-4-1	患者が面倒でおむつ内に失禁することがある	おむつでしちゃうとかもいるんですけども、面倒くさくしちゃうとかという人もいます。
		40	患者自身の問題で実施が困難	72	高齢者自身の意欲低下	C-Q-4-1	患者の意欲低下や依存により無理やりは実施できない	酸素とかは問題なくて、動けるんだろけれども、本人のやる気というか、依存の度合いによって、もう動けないと言われちゃうと、看護師としては、そこを無理やりに動かすというのがなかなか難しいときもあったり。
		40	患者自身の問題で実施が困難	72	高齢者自身の意欲低下	M-Q-5-2	(排泄自立には)患者のやる気も大切である	そうですね、(排泄自立には)患者さんのやる気とかも……
		40	患者自身の問題で実施が困難	72	高齢者自身の意欲低下	N-Q-4-5	排泄ケアを受けている期間が長くなると依存傾向や筋力も低下し、患者の意欲も低下する	やっぱりそういった生活が長くなっちゃうと、どうしても依存じゃないですけども、やっぱり筋力が低下しますし、やっぱりそういう一つ一つの動作も、やっぱり患者さん自身の思いもだんだん(少なくなる)。
		40	患者自身の問題で実施が困難	72	高齢者自身の認識不足	K-Q-3-2	患者に病識がないため患者の排泄意欲はあるが、実施が困難	はい、状態を把握していないので、本人がたごうしたいんだと言っている場合もあるので、それだと何か本人の気持ちに合わせられるみたいにして、やられていないとか。
		40	患者自身の問題で実施が困難	73	患者自身の問題で排泄自立ケアは困難	P-Q-3-1	間に合わなかったり、我慢ができないためおむつの中で失禁してしまうことがある	結構おむつの中でというのが、結構多くなっちゃっている。間に合わなかったりというのが多いのかなと、したいとなったときに、結構我慢できなくて、そのままおむつの中でなっちゃったりとか。
		40	患者自身の問題で実施が困難	74	意思疎通が図れない人は排泄自立ケアは実施できない	Q-Q-4-1	意思疎通とかができない患者は、排泄自立ケアはなかなかアプローチしにくい	寝たきりで、結構原意がわからないという人がほとんどなので、ちょっと意思疎通とかも余り伝わらなったり、向こうの言っていることも、ちょっとこちらに伝わらないという部分があるので、それでなかなかアプローチしにくいのかなと。
		40	患者自身の問題で実施が困難	75	患者の希望を優先する中で排泄自立を促すむずかしさ	B-Q-4-7	患者のトイレに行きたくないという希望と排泄を促すことの難しさ	「一緒に近くのトイレまで行きましよう」という促しをしたとしても、「いい」とか言う、「わかった」という感じで、「そっか」となるんですけども、それは本人さんの希望なんですけれども、そういう波長を合わせるというか、どこまでを言ってもいいのかわからない、それは、じゃあ患者様に任せるのか、その判断とかはやはり難しい。
		40	患者自身の問題で実施が困難	75	患者の希望を優先する中で排泄自立を促すむずかしさ	B-Q-4-9	患者がトイレに行くことを拒否するとき、排泄自立を促す介入が難しい	本人さんがきついたら、ベッドサイドという、それもわかるんですけども、働くとすると、厳しいなとなると、やっぱり動かさないといいんですけど、そこはちょっと難しい面もあります。
		40	患者自身の問題で実施が困難	76	高齢者の排泄自立ケアを実施するのは負担	L-Q-4-1	高齢者の排泄は回数が多いことや尿意が曖昧なため、排泄ケアを行う時に負担に感じる時がある	特に高齢者になると、やっぱり排泄回数が多かったり、出ないのに、行きたいと言ったりとか、やっぱりそういうときには、こちらも大変だなというふうに感じることがある。
		40	患者自身の問題で実施が困難	76	高齢者の排泄自立ケアを実施するのは負担	M-Q-3-3	高齢患者は、症状があると怖くてなかなか排泄自立ケアは進められない	高齢だしちょっと怖い、お熱もあつたら怖いよねみたいな感じになって、なかなか進められない状況もあるにはあります。
		41	疾患の問題で実施が困難	77	呼吸器がある患者の排泄ケアは負担	N-Q-4-6	呼吸器が付いている患者の排泄ケアは、機械の対応もしなければならぬため負担	そこでBIPAPとか、機械、呼吸器がついたりすると、やっぱりどうしても、トイレ介助しながらも、そっちの対応をしたりとかということもあるんです。

ID	カテゴリ	ID	サブカテゴリ	ID	統一コード	列1	コード	切片化
14	患者の希望に添えない排泄ケアを実施する際の葛藤	42	患者の希望に添えない排泄ケアを行う時に感じる葛藤	78	症状と患者の希望との間で生じる葛藤	I-Q-5-2	患者の意思を尊重することと患者の状態を優先させてケアを行うことの判断をすることは難しい	でも、やっぱり本来だったらトイレに行くのがベストだから、こっちが面倒くさいからといって動かさないんじゃないかと、患者さんがトイレでしたいという気持ちがあるんだとしたら、そこを尊重して、でも、それですごく状態が悪くなるんだとしたら、そこはとめなきゃいけないですけども、ある程度だったら、我慢させないで、頑張ってトイレに行ってもらったほうがいいかなというので、そういうのも、なかなか判断するのは難しいとは思いますが、そういうところですかね、自立。
		42	患者の希望に添えない排泄ケアを行う時に感じる葛藤	78	症状と患者の希望との間で生じる葛藤	N-Q-4-2	自覚症状がない患者の要求と患者の症状に合わせたケアを実施しなければならない間でジレンマを感じる	呼吸器疾患の患者さんが多いので、やっぱり呼吸負荷をかけない、本人は全然、呼吸苦の自覚症状がなくて、トイレに行きたいと言って、そこで、結構、私たちが中の倫理というか、ジレンマみたいなものがありますよね。肺がんの患者さんだったりとか、だけど、やっぱり排泄は最後まで自分で守りたいというところ、苦しくて、チアノーゼになって、どこまでやってあげたいのかというのは。
		42	患者の希望に添えない排泄ケアを行う時に感じる葛藤	78	症状と患者の希望との間で生じる葛藤	O-Q-4-4	患者の希望と病態が合わず、希望する排泄ケアが実施できない	やっぱり肺がんの人とかIPの急性増悪の人は、どうしてもやっぱり急激にばたんと悪くなっちゃうので、自立ケアとはまた違っちゃうかもしれないんですけども、本人さんたちは動きたい、トイレでおっこせたい、せめてポータブルトイレというお気持ちはあるんですけども、やっぱりそれと本人さんたちの病態が合わなくて、なかなかその希望するものに持っていってあげられない。
		42	患者の希望に添えない排泄ケアを行う時に感じる葛藤	78	症状と患者の希望との間で生じる葛藤	O-Q-4-5	患者の気持ちがあり看護師もそれに答えたが、病気の壁があり実施できない時に葛藤がある	ちょっと葛藤があって、どうしてあげればいいのかという、本人さんにもその気持ちはあって、私たちもできればやってあげたいですけども、できないという病気の壁があって。
		42	患者の希望に添えない排泄ケアを行う時に感じる葛藤	78	症状と患者の希望との間で生じる葛藤	B-Q-4-1	トイレ排泄を希望する患者であっても呼吸苦があり間に合わなくておむつ内失禁になっている	やっぱり肺炎とか、呼吸器なんかになると、動くだけですごく苦しいじゃないですか。本当は、トイレというところで行きたい患者さんでも、おむつに間に合わなくて、出てしまったり。
		42	患者の希望に添えない排泄ケアを行う時に感じる葛藤	78	症状と患者の希望との間で生じる葛藤	E-Q-4-1.2	患者にトイレに行きたい意思はあっても、呼吸状態が悪いため排泄自立ケアが実施できない	どこまで、トイレでしたいという意思がある人でも、ちょっと急性期の状態で、何か呼吸状態も余りよくないから、ちょっと動けなくてというような場合に、(排泄自立ケアは)難しいなと。ある程度、落ちついてきている人は、促して、できるだけトイレでしてもらったほうがいいと思うんですけども、病状から、たとえ希望していても承知できないようなこともあるので、そこがちょっと難しいなと思います。
		42	患者の希望に添えない排泄ケアを行う時に感じる葛藤	79	治療・症状の優先と患者の希望との間で生じる葛藤	J-Q-4-1	治療や症状を優先するため患者の意思とは反した排泄ケアを実施しなければいけないときに葛藤を感じる	難しいですね。ベッド上安静とか、やっぱり治療で結構強いられてしまって、自覚心です。本当はしたいんですけども、ベッド上だから、尿器でしなきゃいけないとか、バルーンが入ってきて、おむつをつけていたら、そこで、ベッド上だと、そこでする、かないかないな感じで、本人の意思とは、対応できないときも、治療優先にしなければいけないときは、やっぱり、そこは(ジレンマを感じている)。
15	ケア排泄自立性	43	排泄自立ケア実施は可能	80	多忙な業務でも排泄自立ケアの実施は可能	K-Q-6-2	多忙な業務の中でも自立支援は可能である	別に難しい、確かにいろいろ手術があったり、ばたばたして、できないときももちろんあるんですけども、でも、何かやろうと思えば。