

小児科外来における患者・家族への喘息指導を通じた 看護師の認識と行動の変化のプロセス

内 正子^{1*} 二宮啓子^{1*} 辻佐恵子^{1*} 丸山浩枝^{2*}

^{1*}神戸市看護大学, ^{2*}神戸市立医療センター中央市民病院

キーワード：喘息指導, 小児科外来, 看護師, アクションリサーチ

The Process of Changes in Recognitions and Behaviors of Nurses through Asthma Education for Pediatric Outpatients

Masako UCHI^{1*} Keiko NINOMIYA^{1*} Saeko TSUJI^{1*} Hiroe MARUYAMA^{2*}

^{1*}Kobe City College of Nursing, ^{2*}Kobe City Medical Center General Hospital

Key words : asthma education, pediatric outpatients, nurses, action research

I. はじめに

わが国の小児気管支喘息の罹患率は、西日本小児アレルギー研究会が行った調査（2003）によると、過去20年で3.2%から6.5%に増加している。それに伴い喘息の治療や自己管理の方法は著しく進歩してきた。その結果、喘息罹患患者の入院数の減少、入院期間の短縮が認められる一方、外来での治療・自己管理が中心となっている。日本小児気管支喘息治療・管理ガイドライン（2009）において、喘息指導の目的として、セルフモニタリング、発作の予防、自己管理の継続をあげており、喘息をもつ子どもと家族には主体的に喘息を自己管理するアドヒアランスを高める看護援助が重要である。

喘息指導についての文献検討をした結果、わが国では外来での喘息指導の効果についての実践報告が散在するのみである。喘息日誌の記載や薬物の準備方法を指導することにより、セルフケア能力に効果がみられたが、怠薬やピークフローモニタリングに関しては効果がなかった（毛見, 2006）。一方、遠藤ら（2006）はピークフローモニタリングをすることにより外来受診回数、入院回数ともに減少したと報告している。また、処方された吸入薬についての知識、吸入方法を指導した結果、吸入薬の必要性は理解しているが、吸入する十分な手技を持たない小児患者が多いということ

が明らかになっている（大川, 2007）。喘息指導の方法は、複数の看護師が統一したパンフレットを用いることにより、ある一定の指導内容を保つことができおり（西, 2006；吉田, 2004）、指導した看護師のケアについて、その看護師の経験や能力をとらえた他の看護師によるフィードバックが、喘息指導能力を向上させるために効果的であった（林, 2006）。

しかし、小児科外来に複数の看護師が配置されている体制は希少であり、そこで従事する看護師は小児科専属でない場合も多い。よって、患者に対して点滴や吸入などの処置に追われ、内服薬や吸入などの指導をその場で実施しても評価ができず、限られた人員と時間内でジレンマを感じながら日々業務をしている。このような現状を変えていくための研究としてアクションリサーチがある。そこで今回、小児科外来で勤務する看護師が限られた体制において、継続して喘息指導ができるような取り組みについてのアクションリサーチを行った。

本研究の目的は、小児科外来において、患者と家族へのセルフケア能力の向上を目指した喘息指導を、看護師が実施することにより生じた看護師の認識と行動の変化を明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

アクションリサーチ

2. 研究場所

地域に密着した総合病院の小児科外来

3. 研究協力者および研究者

上記2の小児科外来に勤務する看護師を研究協力者とした。研究チームは、小児看護を専門とする大学教員4名と、研究協力者のうち共同研究者である2名から構成された。

4. 研究期間

2010年5月～2011年3月

5. アクションリサーチの初期計画

本研究では、アクション1として、以下の2つの初期計画を立てた。そして、その計画をもとに展開していき、看護師の認識や行動の状況に応じてアクションの内容を変化させていった。

計画1：先行研究を参考にして、喘息指導の具体的項目である①病気の理解、②処方薬の理解、③喘息日誌の活用、④ピークフローモニタリング、⑤発作時の対応、⑥日常生活のコントロールで構成される喘息指導チェックリストを共同研究者が作成し、研究チームで検討した。患者とその家族が外来受診した時に、看護師はチェックリストに沿って個別に指導した。指導時には、年齢が低い子どもにも理解が可能なようにひらがなを多く使い、子どもの生活に沿った内容を多く取り入れたパンフレットを追加作成し用いた。自作のパンフレットには、受診するタイミング、発作時の対応、吸入器の種類等も記載し、他に喘息日誌、ピークフローモニタリング表を入れた。

計画2：定期的に研究チームと研究協力者が集う検討会を実施した。検討会の開催は主に大学教員が計画した。

大学教員の基本的な役割は、検討会の企画を共同研究者と考え開催し、研究協力者がより実践の変化へ参画できるようにサポートすることである。なお、大学教員と共同研究者のうち1名（以下、Aさん）は本研究の開始前から勉強会などで関係を持っていた。

6. データ収集方法

1) 半構成的面接法

喘息指導を実施した看護師に対して、平成23年3月に半構成的面接法によるインタビューを行った。イン

タビュー内容は、喘息指導を実施しようと思った動機、指導を行う上で工夫した点、困った点、気づいたこと、他の看護師と継続的にケアしていくためにどのようなことを行ったか、検討会後の看護師の認識や行動の変化などである。

インタビューは外来の個室で60分程度行い、許可を得て内容を録音した。

2) 検討会での会議録およびメールの内容

定期的な検討会での内容を録音し、会議録を作成した。大学教員と共同研究者とはメールにて連絡し合い、その内容をデータとした。

7. 分析方法

看護師へのインタビューデータから逐語録を作成した。逐語録と会議録およびメールの内容より、喘息指導を実施したことに対する看護師の認識と行動の変化についての意味内容を抽出した。分析の全過程において、データの信憑性確保のため、研究者間で合意が得られるまで討議を行った。

8. 倫理的配慮

研究協力施設に研究計画書を提出し、倫理審査の承諾を得た後、外来の看護管理者へ口頭と書面にて説明し許可を得た。その後、研究協力者に対して、口頭と書面にて研究の主旨・内容・方法などを説明し、研究への参加は自由意思によるもの、プライバシー保護についての保障などの倫理的配慮を行い、研究協力の同意を得た。

研究の一環として検討会を開催するが、検討会への参加は研究協力に関係なく自由であることを加えて説明した。臨床の看護師が共同研究者であることから、検討会への参加が強制にならないように配慮することなど、常に研究者間で確認しながら進めた。

また、喘息指導を受ける患者や家族に対しても、研究の主旨と倫理的配慮について口頭と文面をもって説明し、研究の承諾を得た。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の了承を得て実施した。

III. 結果

研究協力者は小児科外来に勤務する看護師5名と主任看護師1名、計6名であった。小児科外来に勤務する5名は非常勤であり、1名は小児科専属で本研究の共同研究者のAさんである。他4名の看護師は日に

よって他科で業務することもある。小児科外来は1人体制であり、処置が多い場合などは、小児科と他の2つの診療科を管轄している主任看護師が補佐に就くことがある。研究協力者の年齢は30~40歳代、看護師経験年数は5~16年（小児看護経験年数は1~13年）であった。

分析の結果、看護師は患者や家族のセルフケア能力向上のためには喘息指導が必要であることを強く認識しており、キーパーソンとなる看護師を中心に自分たちが出来るケアを工夫しながら他職種を巻き込んで実施していた。全過程におけるアクションの方向を表1に示した。以下に、看護師が喘息指導を通して明らかになった認識と行動について述べる。なお、看護師の認識や行動のカテゴリーを〈〉、看護師の語りを「」で示す。

1. 喘息指導導入前の患者と看護師の状況を把握し、喘息指導をするための下準備を行う

喘息指導を導入する前の看護師は、患者の自己管理について、「長期にわたって（喘息を）治していく必要があるということは知らなかったみたい…」という〈家族や子どもが喘息について自己管理の必要性を知らない〉や「お母さんは何となく先生が言っていることは分かったとしても、子どもさん自身はあんまりよく、先生の言うこと難しくって…」という〈医師からの説明のみでは子どもはわからない〉状況だと捉えていた。また、看護師は、喘息管理に対して疑問視していたが、医師に聞けないと感じていた。

外来でのケアのありかたについて、〈知識が十分でなくふみこめない〉、や「先生が言われたことをちょっとかみ砕いてお話しする程度で…先を見通して話をするってことはできてなかった」という〈先を見通して話ができない〉、〈医師の説明だけで事足りている〉という看護師の認識であった。喘息という病気の知識に関するパンフレットはあったが、継続的に関わる生活指導のための媒体はない状況であった。さらに、管理者は〈看護師がどのようなケアをしていたのかみえない〉と捉えていた。

次に、喘息指導を導入するまでの下準備として、喘息指導を進めていくためには、管理者ではないひっぱりが必要であり、同じ立場である非常勤看護師のAさんがその役割を担っていた。また、喘息指導を導入するきっかけとしては、外来で診療する医師から知識の提供を受けることにより、看護師は「患者さんが

『あー知らなかったです。もう勝手にお薬やめていました』とか言われる方が1人や2人じゃないことに気づいて…いっぱいもしかしたらいるのかも知れないって…」自己管理できていない患者が多いことに気づきだした。また、喘息指導は〈看護が入れる部分である〉と捉えて〈看護師みんなでケアに取り組もう〉と思っていた。

そして、看護師は喘息指導を実施するために、知識獲得の必要性を感じていた。「それぞれ人が変わると言うのが違ったら良くないかな」と勉強会は必要であると認識していた。初期計画1の段階で大学教員が2回に分けて勉強会を開催した。1回目は基本的な子どもの喘息について、2回目は実践に結びつく吸入の手技等で、実際患者が使用している吸入器を用いて手技の確認を行った。勉強会に参加した看護師はAさんに「頑張ろうという意欲がわいてきた」と述べていた。それを聞いたAさんは「看護師全員が一緒になる機会がなかったため、看護師の思いなども聞けて良かった」、「今まで勉強会に行くことはほとんどなかったが、勉強しなきゃという言葉が看護師から聞くことができ同志が増えたようで嬉しい」と話した。しかし、興味がなく必要性を感じない勉強会には参加しないという姿勢もみられた（アクション3）。

その後、勉強会の企画と実施に関しては、大学教員ではなく、Aさんが中心となって行なわれた（アクション8）。

2. 喘息指導を継続的に実施できるように工夫する

喘息指導を行った看護師の指導の方法の工夫として、看護師は、中学生以上には子ども主体に指導しており「部活動と絡めて話をしたりするとわかったみたい」と述べており、生活を含めての指導で子どもがわかるように指導していた。また、初期計画で作成したパンフレットは子どもの視点に沿ったパンフレットであるため、わかりやすく指導ができていた。さらに、言葉だけではなく媒体を使いながら指導する方が、患者・家族の理解度が高いことがわかり、院外の勉強会で学んだこと（気管支モデルを発砲スチロールで自作して指導に使う）を取り入れ、発作のレベルを画用紙で提示しながら指導していた。媒体の作成に関しては、時間と費用が掛かるため、大学教員とAさんがメールで連絡を取り合い、大学教員が主に作成した。その後、作成した媒体を看護師間で検討し、外来で使いやすいように改良していった。何度も改良をした結果、看護

表 1. 継続的な喘息指導を行うためのアクションの方向

期間	番号	アクションの評価と次のアクションの根拠	アクションの内容
2010.5	アクション1	先行研究に基づき、基本的な喘息指導の初期計画を立てる。	喘息指導のためのチェックリストを作成し実施する（初期計画）。
	第1回検討会	看護師が喘息指導をした事例についてのケア検討と喘息指導についての意見交換	
	アクション2	看護師から、「どの子どもにもチェックリストを用いた喘息指導をするのかわからない」、「チェックリストの『その他』の欄に記載されている内容は、どの指導に対してのコメントかわかりにくい」という意見が出た。カルテの看護記録とチェックリストの「その他」の欄に記載する内容が重複している。チェックリストには次回に何を指導するか、何に注意するのかわかるように、ポイントのみを記載した方が継続性が保てるのではないかと意見が看護師から出る。	チェックリストの紙の色をピンク色に変更し、最初に指導した看護師がカルテの後ろのポケットに挟む。チェックリストに「カルテの記載」の欄を追加し、看護記録に記載した場合は○、チェックリストのみの記載であれば、×を書きこむようにする。患者の変化は看護記録に記載するように看護師間で統一する。
2010.6	アクション3	看護師の検討会への参加が少ない。看護師は検討会で事例検討をすることを重く考えている。Aさん以外は他科との業務により、継続して事例を担当していないため、事例を提示することが困難であり、関わっていない事例を検討するのも難しいという意見が看護師からAさんに伝えられていた。Aさん以外の看護師は業務時間外で勉強会をするという意識がもてないで、Aさんは勉強会という形ではなく、気軽に話し合える場があれば、という希望があった。勉強会の開催は時間の検討が一番重要であるとAさんは考えていた。	検討会への参加は共同研究者が出席できる日を優先にし、日程があればAさん以外の看護師も出席するという形にする。検討会での議事録を大学教員が作成し、それを共同研究者に渡し、決定した事柄について看護師全員に伝わるようにする。
2010.7	第2回検討会	看護師が喘息指導をした事例についてのケア検討と喘息指導についての意見交換	
	アクション4	子どもの家族からの質問内容が具体的、かつ増えてきた。その対応に時間が掛かるようになった。看護師は指導に時間不足を感じるとともに、チェックリストの項目にない質問に対して対応できない。チェックリストによって、前回の看護師から指導内容を申し送られるが、それに対するプレッシャーを感じるようになった。看護師は喘息指導に困った時に誰にも相談できず、討議や情報共有を求めている。1人勤務でその時に相談はできないため、対応策についてはできるだけ詳しい方が安心という声が看護師から挙がった。	共同研究者は指導内容の見直しと看護師用の『喘息指導の手引き』を作成する。昼食の休憩時間や朝の調整の時、お互い顔を合わせた際に、少しでも患者の反応や看護師の感じた事などを口頭で共有していくように、共同研究者が意図的に看護師に関わった。
	アクション5	共同研究者は『喘息指導の手引き』について、喘息指導する際に役立っているかを口頭で数人の看護師に尋ねたところ、指導内容については、説明できている半面「指導の開始時期がわからない」「指導の継続が必要かどうかかわからない」などの意見が聞かれた。	Aさんは『喘息指導の手引き』の活用評価と看護師の喘息指導についての思いを把握するためにアンケート調査を行った。
2010.8	第3回検討会	アンケートの結果報告と意見交換	
	アクション6	看護師はチェックリストがあることで、しないといけないというプレッシャーを感じる。	共同研究者は大学教員と検討し、すべての患者にチェックリストを用いる必要はないことを伝えた。
	アクション7	看護師から「喘息指導の開始時期、終了時期がわからない」「自分1人で決めてしまってよいのか」という意見が出て、Aさんは看護師からチェックリストに「次回～して下さい」と記載していると指導できることを聞く。	主任看護師が、医師から看護師に喘息指導開始の指示をしてもらうように医師に依頼する。喘息指導後に、看護師がチェックリストに「次回～して下さい」と記載するように統一する。
2010.9	アクション8	Aさんは医師からの喘息指導開始を伝えてもらうようにするには、医師の治療方針なども理解しておく必要があるだろうと判断した。また、Aさんは生活のコントロール、発作予防が最も大切だと思っているため、その部分を医師がどう考えているのかを話してもらい、喘息指導の重要性を共通認識するために勉強会が必要だと感じた。看護師は知識獲得のための勉強会には積極的に参加するので、まず始めに医師から話をしてもらい、その後ケアの話をするように企画した。	共同研究者は勉強会を企画・開催した。勉強会の進行について看護師の負担を考慮し、資料は作らずカルテのみを準備し看護師間の意見交換をした。
2010.10	第4回検討会	勉強会の報告と意見交換	
	アクション9	外来の体制が変わり、看護師は業務に追われ、指導を実施する時間がないと感じる。再度、チェックリストと看護記録の重複に気づき、記載することに負担を感じる。	業務が優先なので、共同研究者は無理をして指導しなくてもよいことを看護師に伝える。チェックリストの目的が看護師全員に十分理解されていなかったため、再度Aさんが説明する。指導が必要な患者は、次回の受診時にしてもらうようにチェックリストに記載する、毎日勤務している主任看護師が、看護師に患者の変化や反応を伝えるようにする。
2010.11	第5回検討会	喘息指導についての意見交換	
	アクション10	喘息指導をする対象者数が増えてきて、看護師はチェックリストを挟んでいる患者全員に指導しないといけないという負担感が生じる。再度、看護師から、指導に関して共同研究者が決定したことを指示された方が取り組みやすいという意見がでた。	指導が終了した項目に関しては、一見して終了したことがわかるようにチェックリストにマーカーをひく。チェックリストが入っているカルテはすぐに返却しないよう、共同研究者がクランクにその日は外来に残してもらうように伝え、空いた時間にカルテを見直すようにした。共同研究者間で検討した決定事項を看護師全員に統一できるように伝えていく。

師は指導する際に「媒体は使いやすかった」と評価していた。

看護師がチェックリストを使い始めて1カ月ほど経過した時期に、チェックリストの使い辛さが生じた。そして、「チェックできたら○とか×とか、下に備考欄、あのタイプに（変更）してもらって、あわてて（喘息指導）入っても紙をみればここまで今日はできていて、これを今日したらいいっていうのがすぐわかる」というように、チェックリストを見ることによって、ケアする内容がわかるように工夫していた（アクション2）。

そして、看護師は喘息指導したケアの記述を残していた。その日にケアしたことを記載しており、他の看護師が記録を見るとケアしていることがわかるようにしていた。また、「医師や師長さん、患者にも『こういうふう（なケア）です』って言うことができる」という〈他者に伝えるためにケアの記録は必要である〉と捉えていた。しかし、当初は書くことに必死になっていたが、チェックリストと看護記録に書く内容が重複していることにより、看護師がそのことを負担に感じていた（アクション2・9）。

看護師は、1人体制で勤務する中で、患者に継続的な指導を効果的に行うために、記録の工夫と同時に口頭での情報共有を行っていた。非常勤の看護師は、休憩中に情報交換をすることが日常茶飯事ようになっていた。また、「勤務終わったら同じ時間やから、こんな子来てとか…」、「わりと最後に小児科に集まっている感じなのですよ。一緒に帰るので、そのときに言ったりもあるし…そういうちょっとしゃべったりはしますね」というように仕事以外の場での情報共有をしていた。したがって、Aさんは、喘息指導していく中で、困難さを感じた際の情報交換の場として、朝の調整の時間や昼食の休憩時間を意図的に活用することを提案していた（アクション4）。

3. 喘息指導を導入したことでチームとしてのゆらぎがみられる

看護師は喘息指導を実施し始めると、「全くないところからだ、やっぱりしんどい」、「あまり経験もないから…」という指導の経験がないことでの困難さを感じていた。「特別目に見えて成功したら頑張ろうって思うけど…」という目に見えたら頑張ろうという思いもあった。

導入前には、チームとして一緒に取り組む姿勢で始

まった喘息指導であったが、時間の経過とともに〈ケアに対する看護師間のずれ〉が生じた。特に主任看護師は管理者という立場から看護師のケア評価をしており「確実に何かもうAさんとみんなとのレベルの差があるような気がして…」と語っており、Aさん自身も「他のみんなは（喘息指導を）あまりしていないっていうところで、ちょっと壁というか…」と悩んでいた。Aさん以外の看護師は「病棟だと勉強会したり、カンファレンスしたり、同じような感じで進んでいくんですけど、ちょっとそこは難しいなって」、看護師の歩調が合わない状況を感じていた。しかし、それらの思いを秘めるのではなく、休憩中や仕事が終わった際に、「Aさんと同じようにできない」「午前中は他科に行っていて、昼からパッと小児科に来ても切り替えできない」などとAさん以外の看護師はAさんや主任看護師に伝えていた。

また、主任看護師は管理者という立場から、「1人だけドンといて、そのときは良いけど、その人がいないときにほかの人がそこまで喘息指導を同じようにきっちりできないっていうのは、同じチェックリストを使っているのに、ちょっと困るかなって」と語っており、同じように一緒に取り組んでほしいという思いがあった。しかし、「（看護師が）1人なので無理せずにやっていってということから始めて、できないときはできないで良いのかなって思っていたけど、でもAさんはやっているのですよ。無理のない程度でやって下さいって言っている半面、これいいのかなっていうのがあった」と主任看護師は看護師へどのようにサポートしていったらよいかというジレンマを感じていた。

そして、第2回検討会でその状況を大学教員と共同研究者で話し合い、その結果、看護師は指導を実施することに対する自信のなさがあがり、指導の機会を多く経験することによりコツがつかめるのではないかと、1人で判断することの困難さがあるのではないかと、具体的な指導内容（マニュアル）が必要なのではないかと、ということが挙げられた。そして、Aさんが看護師用の『喘息指導の手引き』を作成した（アクション4）。

さらに、Aさんも他の看護師に度々無理をする必要はないと伝えていた。検討会で、大学教員は共同研究者に対して、Aさん以外の看護師ができていないケアを意図的に抽出して、看護師が行ったケアの評価が可能ないように、患者・家族の反応が実感できるような工夫について検討し、助言した。その結果、毎日外来に勤

務している主任看護師が、看護師に患者の変化や反応を伝えるようにした（アクション9）。

4. 継続性をもった喘息指導を行うために他職種をまきこんでいく

看護師は継続看護をしていく上で、体制の限界を感じながら「実はクラークさんの方が患者さんの変化もわかっています」と語っており、看護師より毎日勤務するクラークの方が子どもの情報を把握している、と捉えていた。そして、「たまに、何曜日になるか分からんけど、ぼんと小児科に入って働くのとは、継続して見ていかないといけない患者さんに対してはわからない」、「お母さんの方が『いつもの看護師さんに』って」子どもの状況がわかる看護師が継続して関われない体制の限界を感じ、「あんまり（小児科に）入っていないから、積極的にしようという気持ちがなかなか」、「継続してその患者さんを見られないし、ぱっとたまに入って、できるかっていうと、やっぱ自信がないってところがある」というように、たまにしか担当しないので、自信がない、やりがいがない、積極的になれない気持ちが看護師の中に生じていた。

また、「毎回変わる患者さんに対応する業務の中に、指導がポンと入ってくる違和感みたいな。ちょっと切り替えが何か（難しい）」という他部門とのかけもちや処置と指導との切りかえができない困難さを抱えていた。他に、「予約が押していたので、早く帰りたい。子どもさんも『早く、早く』って感じで、とてもゆっくり話す感じではない」ので〈指導に十分な時間がとれない〉、「何を、どう患者さんに話したらいいのだろうかってところが難しい。したい（ケア）内容がわからないってことですかね」という〈具体的な指導内容や方法がわからない〉困難さもみられた。さらに、「（喘息）日誌とか渡している人はちゃんとしてくれているけど、でもあの日誌もどこまでやるの？みたいな」〈看護の継続と終了を1人で判断できない〉と感じていた。

そこで、アクション7のように「確定診断ついたのですかって先生に、指導したほうが良いですかね、みたいな」指導の開始にあたり医師への確認を行っていた。看護師の間ではチェックリストに『ここまでできてから、次こういう指導する』ってというのが書いてあって」具体的な指示を受けてケアを引き継いでいた。小児科外来で勤務する頻度が少ない看護師は「言われたことならできるってするので、それでいこ

うかって」、「やり方がわからないから、『今回、みんなでこういうふうにしていこう』って決めてもらったからそれを利用しながらできる」というふうに変化していった。さらに、小児科外来では同じクラークが勤務しており、彼女は看護師が積極的に喘息指導に取り組んでいる様子を垣間見ていた。Aさんはカルテにチェックリストを挟んで看護師がカルテを見た時に、指導対象者であることがすぐにわかるようにしたことをクラークに伝えていた。その後、クラークは受付に患者が来た段階で看護師に声かけしてくれるようになった。「前日にどんな人が来るかってもうクラークさんがチェックしているのですよね。喘息のピンク（チェックリスト）が入っている人のところには札を入れとってくれるのですよ。看護師にこれは言わないかっていうことで」「この人喘息の人なのですけど、みたいなこと（クラークに）言われて、あっそうなんやって」看護師が喘息の指導対象者を把握できるようにクラークが教えてくれていた。

5. 喘息指導を導入したことにより看護師の喘息指導に対する意識と能力の向上がみられる

小児科外来で喘息指導を導入したことにより〈看護師の喘息指導に対する意識の向上〉、〈看護師の喘息指導に対する能力の向上〉、〈医師からのコミュニケーションの高まり〉がみられた。

看護師の喘息指導に対する意識の向上として、〈今まではわからないまま、気にしていなかったが指導の必要性を意識する〉ようになり、「喘息指導という形で関わると、やっぱりお母さん自身が深く知らなかった」という〈改めて母親の喘息に対する認識の低さを感じる〉、〈よくなった子どもをみて、より指導の必要性を感じる〉、「何か、もっと深く知らないといけないんじゃないかな」と思うようになり〈よりよいケアに向けて知識を得る〉ようになった。

そして、〈看護師の喘息指導に対する能力の向上〉として、「問診の段階で、〈親との話の中で喘息であると察知できる〉「お母さんここで何をやったとか、日記みたいに書いとって、それを見て一緒にしゃべって、話しやすくなった」という〈指導することで家族や子どもに話しやすく、関わりやすくなっていた〉。媒体の工夫や具体的な手引きを作成し、看護師が安心して継続指導ができる体制を整えたことにより、看護師は患者・家族のセルフケア能力の向上を評価できていた。母親が喘息の知識を得ることで喘息日誌をつけ

ることの大切さに気づき、子どもの管理ができるようになったり、子ども自身が喘息日誌を書くようになり自己管理ができて学校を休まなくなったと捉えていた。

また、看護師が喘息指導を行うことにより、医師からのコミュニケーションが増えた。医師は看護師に患者の自宅での状況を尋ねたり、チェックリストや看護記録を見たりして看護師に情報を求めるようになった。さらに喘息以外の疾患での生活指導などを医師から依頼されるようになった。

IV. 考察

今回、総合病院の小児科外来において、新たに喘息指導をケアとして導入するというアクションリサーチを実施した。看護師は、喘息指導は看護として必要なケアであると認識していた。しかし、知識の不足や経験の不足から1人でケアの判断をすることが困難であった。故に、チェックリストの活用により継続的に指導内容が申し送られるように工夫し、他職種との連携により喘息指導の意識の向上や能力の向上がみられた。

研究協力病院では以前より喘息をもつ子どもの受診は多かった。小児科外来で、ある程度の期間勤務する看護師は、受診する子どもの多さよりも、頻回に発作を起こす、緊急入院になる率が高いなど喘息のコントロールが不十分である状況に対して、疑問をもつようになっていた。この疑問はすべての看護師に起こったものではなく、小児科専属の看護師から発したものであり、後にこの看護師はケア導入におけるキーパーソンとなっていた。そして、その疑問を他の看護師に伝えることにより、実は皆も同じように思っていたということが判明した。しかし、看護師自身の知識不足により、その疑問が明確なものではなく、何か掴みどころのないものであるため、医師に伝えることができなかったのである。さらに、それぞれの看護師がモヤモヤとした状況にあるため、ケアとして可視化することができず、第三者から見ると看護師がどのようなケアをしているのかわからないという混沌とした状況であったと考える。

看護師はキーパーソンを中心にして、患者が自己管理不足であることに気づいていき、何とかしたい、自分たちに何かできる、という思いが強まっていった。嶺岸(2007)はアクションリサーチを推進する力の一つに、看護師の“願い”が明確であることが鍵である

と述べている。看護師の「何とかしたい」という思いが強い、またケアに携わる看護師全員がそのような思いであることにより今回のケア導入が可能であったことを示している。

一方、看護の現場に新しいケアを導入する、いわゆる変革には実践者の抵抗を考慮する必要がある。今回、外来看護師全員が非常勤であり、業務の変更に対して看護師の抵抗があるのではないかと想定できた。しかし、そのようなことは生じずスムーズな導入であった。これは、キーパーソンの看護師が管理者ではなく、同じ立場の非常勤であったことで、思いも同じという仲間意識から一緒にケアするという方向に流れたのだと考える。故に、ケアの導入後も看護師間のコミュニケーションは揺れることがなく、「出来ない時は出来ない」と何事もはっきりと意思を伝えあい、今回休憩中や仕事が終了した時に、遠慮なく話し合うといった特有な情報共有をしていたと考える。

また、看護師はケア導入に向けて、自分たちの状況を分析し、何が必要なかを見出していた。それは喘息指導を行うための知識であり、そのために自ら勉強会を開いたり、他職種へ勉強会を依頼したり行動を起こしていた。

喘息指導の工夫については、ケア導入前に患者や看護師の状況を分析して、ケアを実際に行う際には喘息の知識、いわゆる病態や薬の作用などの内容も当然ではあるが、外来での指導時間が限られた中で何を優先するかを検討した結果、どのように患者・家族に伝えるかという方法について吟味していたと考える。さらに、外来に看護師が1人配置であったが故に、如何に重要な内容を伝えるかという点でチェックリストを作成し、看護記録ではなく、チェックリストの備考欄にケアの記述をすることにより、自分たちができる範囲の簡便な方法を見出していたと考える。

看護師は、喘息は慢性疾患であるため継続したケアが必要だと捉え、そのための工夫を行っていた。それは外来担当の看護師がその日のみのケアを提供するのではなく、患者・家族の変化を捉えながら次の看護師に繋げていく工夫である。キーパーソンの看護師を中心に小児科外来で勤務する頻度が少ない看護師のため、何を具体的にすることかということを残していく必要があった。また、喘息指導を開始し看護師が患者の変化に気づき、患者のニーズに沿った指導を行ったことで、医師も患者が変化したことを捉えていた。看

護師の積極的な姿勢が他職種に伝わり、他職種である医師やクラークの協力が得られるようになった。これは導入前の看護師が何をしているのかわからないという課題に対して、看護師のケアが可視化されて、他職種が看護を評価した結果と考える。

一方、カンファレンスなどの場がなく通常の情報共有が困難な状況下で継続看護を行う障壁がみられた。これはケアの困難さとして、集まってカンファレンスをするのがなく、看護の継続と終了を1人で判断できないという結果から、具体的な行動レベルより判断・分析といった事柄が難しいことを意味している。林(2007)の研究では同一のパンフレットを使用することで一定の指導は経験年数に関係なくできていたと報告しており、今回も基本的な指導、すなわちパンフレットや媒体を用いての病態の説明や吸入方法、生活指導についてはできていたが、それをどう継続するかの判断に困難さを感じていた。また、他科との兼務である場合、自分が行った指導の評価の実感がなく、体制の限界を感じていた。

導入前は、看護師全員が同じ気持ちで喘息指導に取り組む姿勢であったが、実際に始めると、それぞれの看護師のケアへの取り組む姿勢に違いがでてきた。小児科外来に配置する頻度がそれぞれ違い、特にキーパーソンの看護師は小児科専属であり、喘息指導を実施する頻度も他の看護師より多いため、違いがでて当然ではあった。

山本(2007)は、看護師は特別な知識が必要ということではなく、日常診療において、医師の患者への説明を一緒に聞くことや、患者の状態を一緒に診ることが一番の学習機会であると述べている。病棟の看護とは違う少人数の外来システムの中で、ケアを実施することに躊躇するのではなく、できる範囲でやってみて評価することが重要である。

小児科外来で積極的に看護師を活用している山本(2007)は医師1名に対して看護師は常時3～4名の勤務態勢をとり、看護師こそが喘息指導を行う役割であると述べている。2009年度より日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会は小児アレルギーエドゥケーターを認定し、全国で40名ほど活躍している。今回の結果からも言えるが、喘息指導は看護が率先して実施できるケアであり、そのことを看護師が認識した上で喘息指導を実施することにより看護師自身の能力の向上にも繋がり、患者・家族のセルフケア能力の向上にも関与

すると考える。

今回、非常勤のみの1人体制である小児科外来に喘息指導を導入するアクションリサーチを行った。喘息指導を実際に行うのは研究協力者であり、如何に継続した喘息指導が可能であるかを研究者である大学教員は共同研究者と検討しアクションを起こした。共同研究者はこのプロセスのキーパーソンで、研究協力者と仕事を越えた関係性が存在していた。常に研究協力者の意見を聞き、風通しをよくしていた。このような彼女をサポートする研究者の姿勢も重要である。つまり、共同研究者と研究者間の情報交換やメールでのサポート体制もアクションを効果的に進めていくための必要因子であると考えられる。

外来での喘息をもつ子どもと家族への継続看護は、今後益々必要とされるだろう。彼女たちが自ら見出した方法で情報共有を行い、さらに複数の看護師が一貫した喘息指導を実施できるように、媒体の洗練をする必要がある。

V. 結論

看護師の単独配置されている小児科外来において、看護ケアとしての喘息指導を継続的に行うためにアクションリサーチを行った。

看護師はケアの導入前から準備性を保持しながら、喘息指導の必要性や重要性を常に意識していた。そして、キーパーソンの看護師を中心に、喘息指導に取り組んだ。その過程において、チームとしてのゆらぎがみられ、喘息指導の一貫性が保てるように、具体的な媒体を作成したり、他職種からのサポートを得るなどのアクションを起こしていた。その結果、看護師の喘息指導に対する意識と能力の向上がみられた。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力頂きました看護師の皆様へ深謝いたします。

なお、本研究は平成22年度神戸市看護大学臨床共同研究助成を受けて行ったものである。

文献

Ebbinghaus, S., Bahrainwala, A. H. (2003). Asthma

- management by an inpatient asthma care team. *Pediatric Nursing*, 29 (3), 177-183.
- 遠藤明史, 太田哲也, 鈴木直光. (2006). ピークフローモニタリングによる喘息自己管理の検討. *茨城県農村医学会雑誌*, 19, 5-8.
- 林愛子, 中島佑季, 下鍋昌子. (2007). 喘息患者の指導場面における看護師の指導能力の向上に向けて. *日本看護学会論文集 (小児看護)*, 37, 152-154.
- Henry, B. (2005). Method of Participatory Action Research for Nursing. *沖縄県立看護大学紀要*, 6号, 74-76.
- 井手久仁子. (2008). 外来での援助：外来における看護相談の実践；当アレルギーセンターにおける「ぜん息相談 (小児の部)」の実践報告. *小児看護*, 31 (10), 1363-1370.
- 嶺岸秀子. (2007). アクションリサーチ：実践家ナースと看護教育者・研究者のパートナーシップ. *看護研究*, 40(3), 269-277.
- 毛見知恵子, 櫻井和子, 源内和子他. (2007). 小児喘息外来での患児指導の効果：行動変容を中心とした分析. *日本看護学会論文集(小児看護)*, 37, 128-130.
- Nelson, B. W., Awad, D., Alexander, J. et al. (2009). The continuing problem of asthma in very young children : a community-based participatory research project. *Journal of School Health*, 79 (5), 209-215.
- 西ゆかり. (2007). アレルギー外来における喘息の生活指導の効果. *日本看護学会論文集(小児看護)*, 37, 47-49.
- 西牟田敏之, 西間三馨, 森川昭廣 (2009). *日本小児気管支喘息治療・管理ガイドライン*. 東京：協和企画.
- 西日本小児アレルギー研究会・有病率調査研究班 (2003). 西日本小学学童におけるアレルギー疾患有病率調査－1992年と2002年の比較－. *日本小児アレルギー学会誌*17, 255-268.
- Ochsner, A. K. (2002). Evidence-based practice. Increasing awareness of asthma and asthma resources in communities on the Southwest border. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14 (5), 225-228.
- 大川智子, 白川清吾, 矢崎和子他. (2007). 小児気管支喘息患者の外来吸入療法指導に対する試みと有用性の検討. *耳鼻咽喉科展望*, 50(3), 113-128.
- 山本淳, 谷口美沙 (2007). 患者教育・生活指導：ナースと一緒にいつもの外来診療の中で. *Pediatric Allergy for Clinicians*, 3 (3), 43-47.
- 山本淳 (2008). ナースと一緒に診ていく小児ぜんそく：クリニックのふつうの診療の中で. *日本小児科医学会報*, 36, 101-103.
- 吉田節子 (2004). エビデンスにもとづく難治喘息のトータルケア：看護師による喘息専門外来とエビデンス. *日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌*, 2(1), 22-26.

(受付：2011.11.1；受理：2012.1.31)