

## 胃切除術後患者のための食事摂取量自律的調整プログラムの臨床活用における課題

藤浪 千種<sup>1</sup>, 鎌倉やよい<sup>2</sup>, 深田 順子<sup>3</sup>, 藤井 博子<sup>4</sup>

### Application issues regarding “Self-management Program of Food Intake in Distal Gastrectomy Patients” in clinical nursing

Chigusa Fujinami<sup>1</sup>, Yayoi Kamakura<sup>2</sup>, Junko Fukada<sup>3</sup>, Hiroko Fujii<sup>4</sup>

We investigated operational issues in the clinical application of “The Post-discharge Self-management of Food Intake in Distal Gastrectomy Patients” devised, nine years after its post-development clinical introduction. Specifically, we examined the current state of the program’s implementation among nurses.

Our investigation was carried out in wards where the program had been introduced, and took the form of semi-structured interviews with 15 nurses (average clinical experience,  $10.7 \pm 7.8$  years) and participant observation with 11 others (average clinical experience,  $11.9 \pm 8.2$  years). The results demonstrated that the nurses did not necessarily provide support that aided the program; on some occasions, their support hindered it. In the future, while continuously applying the program in line with its clinical pathway, it will be a matter of concern to develop a system of education that assists nurses in clearly comprehending the program and behaving in accordance with the aims and significance of the program.

臨床導入後9年が経過した「胃切除術後患者のための食事摂取量自律的調整プログラム」の運用面に焦点を当て、看護師のプログラム実行状況を明らかにすることで、プログラムの臨床活用における課題を探った。調査は、プログラム導入病棟の看護師15名(平均臨床経験年数 $10.7 \pm 7.8$ 年)を対象に半構造化面接を、さらに面接を受けなかった1名を加えた11名(平均臨床経験年数 $11.9 \pm 8.2$ 年)を対象に参加観察を実施した。その結果、看護師はプログラムを促進する援助だけでなく、阻害する援助も実施していることが明らかとなった。今後は、プログラムを引き続きクリニカルパスと連動させ活用しながら、看護師がプログラムの目的・意義を明確に理解したうえでプログラムに沿った援助ができるような教育支援体制をプログラムに組み込むこと、看護師のプログラムに沿った援助が強化される環境整備が必要であると考えられた。

キーワード：胃切除術後患者，セルフマネジメント，食事指導プログラム

#### I. はじめに

近年、胃切除術を受ける患者の入院期間は短縮化しており、一般に幽門側胃切除術で術後10日前後、胃全摘術では術後14日前後で退院を迎えることになる。入院期間

が短縮された結果、患者は術後早期からの社会復帰や住み慣れた自宅での療養生活が可能になる一方で、セルフケアを自律的に遂行するセルフマネジメントを求められるようになった。胃切除術後患者にとってのセルフマネジメントとは、自らの身体の回復状況を判断しながら食事摂取量、食事回数や食事内容を適切に調整する行動で

<sup>1</sup>愛知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程, <sup>2</sup>愛知県立大学看護学部(成人急性期看護学), <sup>3</sup>愛知県立大学看護学部(成人急性期看護学), <sup>4</sup>愛知がんセンター中央病院

ある。そのため、看護師には患者が食事に関する適切な調整行動をとることができるよう支援する技術が求められているものの、現状では主として「説明する」方法が用いられている。しかし、説明のみでは患者の行動変容は保証できない。胃切除術後患者を対象とした調査を概観すると、患者が何をどのように食べればよいか困難を感じていること<sup>1)</sup>、手術後の胃の感覚をつかむことに苦労していること<sup>2)</sup>、食事に関する試行錯誤を繰り返していること<sup>3)</sup>などが報告され、手術後の患者がセルフマネジメントに課題を抱える現状があることが示唆されている。近年、医療が入院から外来・在宅へシフトしているわが国において、患者のセルフマネジメントを支援する方法論を開発し看護ケアとして標準化することは、早急に取り組むべき重要な課題であると考えられる。

これまでに、胃切除術後患者のセルフマネジメント支援に関する研究<sup>4-6)</sup>は複数行われてきたが、愛知県立大学成人急性期看護学領域が開発し山口ら<sup>6)</sup>が効果を検証した「胃切除術後患者のための食事摂取量自律的調整プログラム（以下、プログラム、とする）<sup>7)</sup>」が、胃切除術を受ける患者のセルフマネジメント支援を構造化した唯一の看護介入プログラムとなっている。プログラムは、行動の原理に基づいた行動変容法を活用し、患者の食事を調節する行動の獲得支援を目的としている。プログラム効果として、退院後3ヶ月までの体重回復、食事回数変更時の食事摂取量の判断等から、患者は自律的に食事摂取量と食事回数を調整しセルフマネジメントしていたことが報告されている<sup>6)</sup>。プログラムは開発後継続して当該病棟でクリニカルパスに位置づけられ、栄養士と協働で使用されており、今後セルフマネジメントを支援する方法論として多くの臨床現場での活用が期待される。

しかし、開発後今日に至るまで、プログラムの効果が維持されているかを検証することや運用状況の把握は行われていない。一般に、看護介入プログラム<sup>8-11)</sup>が看護ケアとして標準化されるためには、プログラム適用対象を拡大した介入研究の実施、プログラムの継続的效果を検証する縦断的研究の実施や、プログラム効果を維持する運用方法の検討などを繰り返し行うことが必要となる。プログラムは開発後に臨床導入され9年が経過している。現在は、開発当初と比較し、患者のQOLを重視した手術の低侵襲化や術式の開発が進み<sup>12)</sup>手術適応者が拡大した結果、高齢の胃切除術後患者が増加傾向にある。また、プログラムに習熟した看護師の異動など、プログラムを運用する看護師の入れ替わりも繰り返し行われてきた。

このように、開発後からプログラムを取り巻く環境は大きく変化しているため、プログラムとして標準化を目指すには、効果が維持されているかを検証することや運用方法を検討し、臨床活用における課題を明確にする必要がある。

そこで、本研究は、看護師のプログラム運用状況を調査することでプログラムの臨床活用における課題を明らかにすることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 対象

プログラム導入病棟に所属する臨床経験2年目以上の看護師で、プログラムを半年以上運用した経験を有し、研究の主旨を理解し同意が得られた者とした。

プログラム導入病棟は上部消化管疾患専門病棟であるため胃切除術を受ける患者の入院が多く、プログラムを半年以上運用した経験を有する看護師であれば、プログラム導入下での看護実践を語る事が可能であると判断した。また、プログラムは看護チームで運用されるため、看護チームに所属する多くの看護師を対象とすることが運用状況を把握する上で重要であると判断し、臨床経験2年目以上を対象者の条件とした。

### 2. 調査期間

2013年9月～2013年11月

### 3. 胃切除術後患者のための食事摂取量自律的調整プログラムの概要（図1）

プログラムは、専用パンフレットを用いた看護師によ

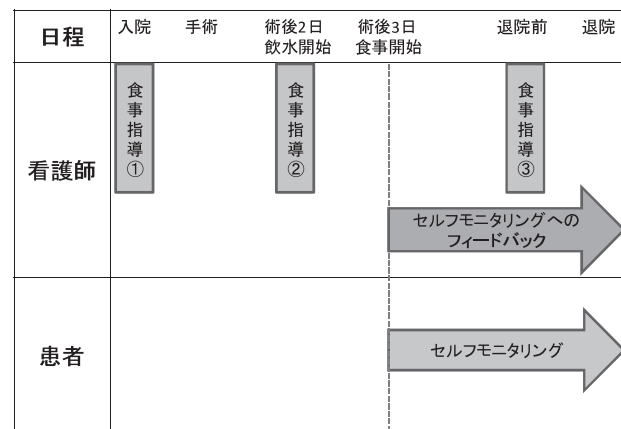


図1 プログラムの概要

る3回の食事指導（食事指導①：術前，食事指導②：術後経口摂取開始時，食事指導③：退院前），専用の食事記録用紙を用いた患者によるセルフモニタリング，及び患者のセルフモニタリングに対する看護師のフィードバックから構成される。入院時行われる食事指導①では，手術により変化する胃の機能，変化した機能を補うための経口摂取方法が説明される。術後の経口摂取開始時に行われる食事指導②では，術式により変化する胃の機能，食事に伴い出現しやすい合併症，さらにセルフモニタリング実施方法が説明され，患者は経口摂取開始後からセルフモニタリングを行うこととなる。セルフモニタリングでは，患者自身が昼食前後の体重測定から求められる1回食事摂取量，上腹部の張り感，不快症状の有無などを記録し，プログラムの判断基準に沿って自らの食事摂取量の適否を判断し，翌日の食事摂取量の増減を決定する。看護師は午後の検温の際に患者の記録を確認しフィードバックを行う。フィードバックとは，患者の食事摂取量の判断が正しければそれを明確に伝え，間違っただけであれば指摘し修正する介入である。患者のセルフモニタリングと看護師のフィードバックは退院日まで毎日繰り返し実施され，この繰り返しの中で患者は食事摂取量を調整して食べる行動を学習する。そして，退院前の食事指導③において，入院中の6回食を食事摂取量の変化に合わせて変更する方法と患者個々の目標体重が提示され，退院後の継続的なセルフモニタリングへの働きかけが行われる。

食事指導①②③の実施に際しては，詳細なマニュアルが整備されており，看護師はクリニカルパスに示された食事指導の時期を遵守し，これらのマニュアルに沿って食事指導を行うことになっている。看護師のプログラム習得は，マニュアルによる自己学習を基本としており，プログラムに特化した教育指導体制はない。

#### 4. データ収集方法

半構造化面接と参加観察を実施した。

1) 半構造化面接：インタビューガイドを用いた半構造化面接によって一人1回約30分のインタビューをプライバシーが確保できる個室で実施した。面接では①胃切除術を受ける患者に日頃意図して実施している食事に関する支援，②プログラム実施において感じていることや考えていること，を尋ねた。面接内容は対象者の同意を得てICレコーダーに録音し，録音の同意が得られない場合は筆記による記録を行い，逐語録を作成した。

2) 参加観察：看護師の胃切除術を受ける患者の食事に関する援助場面に同行し，看護師自身が意図していないが実施している援助を含む実際の援助を記録した。観察では，発言対象と内容，行動対象と内容を研究者の印象や解釈を交えず記録し，観察終了後ただちに逸話的記録<sup>13)</sup>を作成した。なお，研究者の同行による影響を最小限とするため，適度な距離を維持し観察・記録を行った。

#### 5. 分析方法

質的記述的分析を行った。まず，半構造化面接により得られた逐語録を熟読し，看護師が日頃意図して実施している胃切除術を受ける患者への食事に関する支援について語られている部分を抽出した。抽出した部分を意味単位ごとの簡潔な一文とし，コードを作成した。コードを意味内容の類似性・相違性について比較検討しながら分類しサブカテゴリとした。サブカテゴリを意味内容の類似性・相違性について比較検討しながら分類し，カテゴリとした。

次に，参加観察により得られた逸話記録を熟読し，看護師が自身で意図していない行動も含めた実際に確認された食事支援に関する行動を簡潔な一文としコードを作成し，半構造化面接と同様の方法でカテゴリを抽出した。

続いて，半構造化面接と参加観察の分析で得られたカテゴリの関連を検討し，プログラム導入下で看護師が胃切除術を受ける患者に実施している食事に関する支援を構造化した。

なお，分析の妥当性を確保するため，プログラム開発者・研究者間でデータを多角的に読み取り，共通の見解が得られるまで検討を繰り返した。

#### 6. 倫理的配慮

本研究は，聖隷クリストファー大学倫理審査会（第13029号），研究実施施設の研究倫理審査委員会（第3-60号）の承認を得て実施している。

研究では，候補者に対し研究の概要，参加は自由意思で途中辞退が可能であること，参加や協力の有無は業務評価には一切関係しないこと，個人情報厳守すること，得られたデータはコード番号を付して分析され個人情報は保護されること，研究成果は公表されること等を口頭と書面で説明し，同意書の提出によって同意を確認した。また，病棟看護師長が，調査期間中に当該病棟に入院し胃切除術を受ける全ての患者に対し，研究者から説明を受ける承諾を確認し，承諾が得られた患者に，研究の概



要、研究への協力は自由意思とすること、協力を拒否しても受ける治療や看護に一切影響はないこと、研究の過程で知り得た個人情報保護されることを口頭と書面で説明し、同意書の提出によって協力への同意を確認した。また、プログラム作成者からもプログラム使用許可を得ている。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 対象者の概要

対象者としての条件を満たす看護師19名に半構造化面接、参加観察の両調査への協力を依頼し、16名から同意が得られた。そのうち15名に半構造化面接を実施し、さらに面接を受けなかった1名を加えた11名が参加観察の対象となった。

半構造化面接の対象者15名は、平均年齢 $32.9 \pm 8.1$ 歳、女性13名、男性2名、平均臨床経験年数 $10.7 \pm 7.8$ 年、平均病棟経験年数 $2.6 \pm 1.2$ 年であった。参加観察の対象者11名は、平均年齢 $34.1 \pm 7.9$ 歳、女性9名、男性2名、平均臨床経験年数 $11.9 \pm 8.2$ 年、平均病棟経験年数 $2.3 \pm 1.2$ 年であった。

#### 2. 看護師が意図して実施していると語った食事に関する援助 (表1)

分析には半構造化面接より得られたデータを用いた。分析の結果、182コードが抽出され、23サブカテゴリ、7カテゴリが得られた。なお、表1には、分析の客観性を保証する目的で各サブカテゴリを構成するコード数を明示した。以下、カテゴリは《 》、サブカテゴリは〈 〉、コードは「斜体」で示す。

##### 1) 《食生活を支える基本的知識の獲得を支援する》

看護師は「術後初めての食事摂取量はパンフレットで200gなのでこれを守るように説明する」「胃の役割と手術後の胃の機能の変化をパンフレットに沿って図を使いながら説明する」など〈パンフレット内容に沿って食事指導①②③を行って〉いた。そして「食事指導①は入院日に、食事指導②は術後の食事開始時に、食事指導③は退院が決まってから行う」と語り、〈クリニカルパスに沿った日程を基本に食事指導①②③を行って〉いた。さらに、看護師は「言葉を読み替えて患者が理解しやすい表現を使って指導する」など、患者の理解を促すために〈患者の個別性に配慮した方法を用いて食事指導①②③

を行った〉り、食事指導の場面に限らず、日々のケアや検温の機会を利用し〈食事指導①②③の内容を繰り返し説明し〉、患者の知識獲得を支援していた。

##### 2) 《基本的経口摂取方法の習得を支援する》

看護師は「患者と一緒に不快症状が出た原因を考えながら次の食事でどのように食べればよいか話し合う」など不快症状が出た際に〈患者と一緒に経口摂取方法を振り返り〉、基本的な食べ方が理解できない患者には〈患者の食事に付き添い経口摂取方法を見守る〉、基本的食べ方を理解していても実行できない患者には「テレビやラジオをつけ気持ちを落ち着かせながら食事摂取することを勧める」など〈ゆっくり経口摂取するための環境調整と工夫を提案して〉いた。

##### 3) 《セルフモニタリングの実行・継続を支援する》

看護師は「食前後の体重測定と症状の確認を行い自己管理していくことの意味を伝える」など患者が自らのこととして自律的にセルフモニタリングに取り組めるように〈セルフモニタリングの動機づけを行い〉、セルフモニタリングを忘れがちな患者や主体的な実施が困難な患者には「昼食前後の体重測定をするように声をかける」など〈セルフモニタリングの実施を促して〉いた。そして〈パンフレットの基準に沿ってフィードバックを行い〉、患者が判断し調節しながら食べることを支援していた。また、看護師は、術後の患者が自ら自覚する身体症状の表現に困難を伴うことがあることを理解し「食事に伴い出現した不快症状を聞き患者の症状についての表現が適切か確認する」など〈食事に伴い自覚する症状の表現をサポートして〉いた。

##### 4) 《在宅生活への順調な移行を支援する》

看護師は、入院中から退院を見据え「退院後の6回食の生活をどのようにイメージしているのか確認し助言する」「退院後に身近で購入できる補助食品を紹介する」など、〈患者の背景を踏まえた具体的な生活の提案を行い〉、患者の退院準備を促していた。さらに〈家族を含めた食事指導を行い〉、患者が家族のサポートを得やすい環境を整えるとともに家族にも患者の退院への準備を促していた。

##### 5) 《栄養状態の低下を防止する》

看護師は、食欲がない患者に対し〈活動を促し腸蠕動

表1 看護師が意図して実施していると語った食事に関する援助

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的コード	コード数
1. 食生活を支える基本的知識の獲得を支援する	1) パンフレット内容に沿って食事指導①②③を行う	・術後初めての食事摂取量はパンフレットで200g程度なのでこれを守るように説明する ・胃の役割と手術後の胃の機能の変化をパンフレットに沿って図を使いながら説明する	24
	2) クリニカルパスに沿った日程を基本に食事指導①②③を行う	・食事指導①は入院日に、食事指導②は術後の経口摂取開始時に、食事指導③は退院が決まった時に行う	10
	3) 患者の個別性に配慮した方法を用いて食事指導①②③を行う	・言葉を読み替えて患者が理解しやすい表現を使って指導する。 ・患者の背景により食事摂取の判断や記録の記載が難しい場合はパンフレット内容をどこまで説明するか、記録をどこまで書いてもらうか判断しながら指導をする。 ・事前にパンフレットを渡し読んでもらい患者が関心を持ったところや難しいと感じたところを重点的に説明する ・疼痛コントロールがとれているタイミングで指導を行う	32
	4) 食事指導①②③の内容を繰り返し説明する	・食後は上半身を起こす、20回程度嘔む、一口ずつ食べるなどパンフレットにある具体的な食べ方を毎日の検温で繰り返し説明する	5
2. 基本的経口摂取方法の習得を支援する	1) 患者と一緒に経口摂取方法を振り返る	・患者と一緒に不快症状が出た原因を考えながら次の食事でのように食べればよいか話しあう ・術前に食事指導①にある基本的な食べ方を患者に体験してもらい、体験後の感想を聞きながら普段の食べ方を意識してもらう	5
	2) 患者の食事に付き添い経口摂取方法を見守る	・食事開始時や食形態がアップする時は食べている時間や食べ方を食事中に必ず確認しに行く ・早食いがあり食事時間を守れない患者を受け持つ場合は時間を確保して患者の食事に付き添う	10
	3) ゆっくり経口摂取するための環境調整と工夫を提案する	・テレビやラジオをつけて気持ちを落ち着かせながら食事摂取することを勧める ・ゆっくり食べることに慣れるまでは時計を傍においてそれを見ながら食事摂取することを勧める	5
3. セルフモニタリングの実行・継続を支援する	1) セルフモニタリングの動機づけを行う	・食前後の体重測定と症状の確認を行い自己管理していくことを意味を伝える ・2-3ヶ月セルフモニタリングを継続すると自分の身体の傾向がわかるようになり食事が調節できるようになることを説明する	6
	2) セルフモニタリングの実施を促す	・昼食の前後で体重測定をするように声をかける	4
	3) パンフレットの基準に沿ってフィードバックを行う	・患者が食事摂取量の判断を行うことが難しいときはパンフレットの基準を使って判断を伝える	2
	4) 食事に伴い自覚する症状の表現をサポートする	・食事に伴い出現した不快症状を聞き患者の症状についての表現が適切かを確認する ・食後に出現する張りや痛みなど表現に迷う症状を患者と一緒に確認し表現をアドバイスする	5
4. 在宅生活への順調な移行を支援する	1) 患者の背景を踏まえた具体的な生活の提案を行う	・患者が退院後の生活の中で6回食の生活をどのようにイメージしているのか確認し助言する ・退院後に身近で購入できる補助食品を紹介する	9
	2) 家族を含めた食事指導を行う	・食事指導は家族が参加できる日に行う	7
5. 栄養状態の低下を防止する	1) 活動を促し腸蠕動を促進する	・活動を促し腸蠕動を促進する事で腹部の張りを軽減し食事が摂取できるようにする	1
	2) 経口摂取内容の選択により栄養を確保する	・食事摂取量が増やせない患者にはエンシユアリキッドなどの代替栄養を一時的に勧める ・食事摂取量が増やせない患者には栄養価のある副食を優先的に摂取することを勧める	2
	3) 食事に伴い出現する合併症への不安を緩和する	・患者の合併症出現への不安に理解を示しながらにはその思いに理解を示しながら食事摂取量を増やすような声掛けをする	3
6. 食事に伴い出現する合併症を予防する	1) 食事摂取量を指示・制限する	・入院中は配膳される食事を全量摂取しないように指導する ・不快症状が出ない食事摂取量を患者に伝える	16
	2) 食事摂取量の判断・調節は患者の感覚と不快症状の有無で行うように指導する	・不快症状と腹部の張りがあれば食事摂取量は適切だと指導する ・食事摂取量の調節は患者の感覚で行うように指導する	17
	3) ダンピング症候群に重点を置いて食事指導を行う	・食事指導②を行うときはダンピング症候群に重点を置いて指導を行う ・食事指導①であらかじめダンピング症候群が出ることを説明しておく	6
	4) 不快症状の出現がある患者の情報をチームで共有する	・患者に食事に伴う不快症状が出現した際はそれを次の勤務者に申し送る	2
7. 心理的負担を軽減する	1) 患者の体験への理解と関心を示す	・食事摂取量の調節がうまくいかない患者の話聞き努力を認めて体験はプラスになるという声掛けをする ・基本的食事摂取方法を守ることの苦痛を理解を示しながら指導を行う	5
	2) 他の患者の食への取り組みや術後経過を紹介する	・他の患者が行っている食生活の工夫や退院後の生活の様子を受け持ち患者に伝える	4
	3) セルフモニタリングの実行・継続を患者に一任する	・自分で納得して体重測定を止める患者にはその考えを尊重して体重測定の継続は勧めない	2

を促進する) ことで腸管内圧を下げ腹部膨満を軽減し食欲の増加を図る, 「*栄養価のある副食を優先的に摂取することを勧める*」など〈経口摂取内容の選択により栄養を確保する〉, 〈食事摂取に伴う合併症に対する不安を緩和して〉患者が不必要な抑制をすることなく食事摂取量を増やせるように働きかけるなどして, 患者の栄養状態の低下を防止するための働きかけをしていた。

#### 6) 《食事に伴い出現する合併症を予防する》

看護師は患者の不快症状の出現を予防しようと「*入院中は配膳される食事を全量摂取しないように指導する*」など〈食事摂取量の指示・制限を行って〉いた。また「*不快症状と腹部の張りがなければ食事摂取量は適切だと指導する*」「*食事摂取量の調節は患者の感覚で行うように指導する*」といった〈食事摂取量の判断・調整は患者の感覚と不快症状の有無で行うように指導し〉, プログラムと異なる食事摂取量の調節指導を行っていた。また, 「*食事指導①であらかじめダンピング症候群の説明をしておく*」など〈食事に伴い出現する不快症状に重点を置いた食事指導を行う〉とともに, 〈不快症状の出現がある患者の情報をチームで共有し〉不快症状を予防するための援助に力を注いでいた。

#### 7) 《心理的負担を軽減する》

看護師は「*基本的食事摂取方法を守らなければいけない患者の苦痛に理解を示しながら指導を行う*」など〈患者の体験への理解と関心を示して〉いた。また, 自らが過去に受け持った〈他の患者の食への取り組みや術後経過を紹介し〉患者が他の患者の様子を知ることによって安心できるような働きかけを行っていた。さらに, 「*自分で納得して体重測定を止める患者にはその考えを尊重して体重測定の継続は勧めない*」など〈セルフモニタリングの実施・継続を患者に一任する〉ことで患者の心理的負担の軽減を図っていた。

### 3. 実際に確認された食事に関する看護師の援助(表2)

分析には参加観察より得られたデータを用いた。観察場面の総数は18場面, 合計観察時間は285分, 1場面当たりの平均観察時間は15.8分であった。分析の結果, 115コード, 17サブカテゴリ, 7カテゴリが確認された。また, 17サブカテゴリのうち半構造化面接と同様のサブカテゴリは14, 新たなサブカテゴリは3であり, 7カテゴリは全て半構造化面接で得られたカテゴリと同様であっ

た。なお, 表2には, 分析の客観性を保証する目的で各サブカテゴリを構成するコード数を明示した。

新たに得られたサブカテゴリは《基本的経口摂取方法の習得を支援する》の一部を構成する〈食事摂取時に使用するスプーンが適切なものかを確認する〉, 《栄養状態の低下を防止する》の一部を構成する〈回復過程に合わせた形態で食事を提供する〉〈意識的な水分摂取を促す〉であり, これら新たに得られたサブカテゴリは, 看護師が自身で意図していないが実際に行っていることが確認された援助である。以下に, 参加観察で新たに得られたサブカテゴリについて述べる。

看護師は, 術後の〈食事摂取時に使用するスプーンが適切なものかを確認し〉, 患者が適切な方法で経口摂取を開始できるように《基本的経口摂取方法の習得を支援して》いた。また, 看護師は「*クリニカルパスに沿って次の食事から食形態が上がることを説明する*」など, 〈回復過程に合わせた適切な形態で食事を提供する〉ことで, 患者の《栄養状態の低下を防止》に努めていた。さらに, 食事だけでなく水分摂取にも注目し「*点滴が終了するため歩いた時や座った時などにこまめに水分を少量ずつとるように指導する*」など患者に〈意識的な水分摂取を促して〉いた。

### 4. カテゴリの構造化

抽出されたカテゴリについて, プログラムを促進する援助であるか, 阻害する援助であるかの視点に基づき構造化した(図2)。

## IV. 考 察

### 1. 胃切除術後患者の食事に関する看護援助の構造

プログラムは, 患者が食事摂取量を自律的に判断し調節して食べるというセルフマネジメント行動を獲得できるように支援することを目的としている。看護師は, クリニカルパスの日程に沿ってプログラムの専用パンフレットを用い, 患者の個別性に配慮した指導方法により《食生活を支える基本的知識の獲得を支援して》いた。さらに, 《基本的経口摂取方法の習得を支援する》《セルフモニタリングの実行・継続を支援する》ことで, 術後の基本的な摂食方法と自ら確認する方法などの技術習得のための援助も行っていた。また, 《在宅生活への順調な移行を支援する》《栄養状態の低下を防止する》援助は患者の早期退院を実現させると考えられた。これらは, プロ



表2 実際に確認された食事に関する看護師の援助

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的コード	コード数
1. 食生活を支える基本的知識の獲得を支援する	1) パンフレット内容に沿って食事指導①②③を行う	・食事指導②のパンフレットを使いパンフレットに沿って内容を説明する	5
	2) クリニカルパスに沿った日程を基本に食事指導①②③を行う	・経口摂取開始日に食事指導②を行う	1
	3) 患者の個性性に配慮した方法を用いて食事指導①②③を行う	・患者が安楽な姿勢を確認し、安楽な姿勢で食事指導を行う	36
		・食事指導①の内容を振り返りながら食事指導②を行う	
4) 食事指導①②③の内容を繰り返し説明する	・食事指導後にパンフレットを自分のペースで読み返すことを指導する ・検温で食事中は水分の摂取を控えること、20分～30分の時間をかけて食事を摂取する事を説明する ・食事摂取時間について質問すると、約20分程度と回答があったので、今後摂取量を増やすのであれば時間は30分程度かける方がよいと説明する	17	
2. 基本的経口摂取方法の習得を支援する	2) 患者の食事に付き添い経口摂取方法を見守る	・術後初めての食事に付き添い摂取の様子を見守る	2
	3) ゆっくりと経口摂取するための環境調整と工夫を提案する	・時計を活用して20分以上時間をかけて摂取するように説明する	2
	4) 食事摂取時に使用するスプーンが適切なものかを確認する	・患者が持参したスプーンが食事摂取に望ましいものかを確認する	2
3. セルフモニタリングの実行・継続を支援する	2) セルフモニタリングの実施を促す	・食事が再開になったので中止していた食事記録表の記入を再開するように声をかける ・食事前後の体重測定をしているか質問し、患者から測定していないと回答があったため1日1回食事前後の体重を測定するように説明する	4
4. 在宅生活への順調な移行を支援する	1) 患者の背景を踏まえた具体的な生活の提案を行う	患者にゼリーやプリンを食べる習慣がないことを知り、退院後はおやつに普段食べている食べやすいものをつまむように説明する	7
	2) 家族を含めた食事指導を行う	・食事指導を家族と患者と一緒に受けられるように日程を調整する	1
5. 栄養状態の低下を防止する	4) 回復過程に合わせた形態で食事を提供する	・摂取量が8割程度確保できていて5分粥を3日継続で摂取していることを知り、次の食事から7分粥に食上げをすることを決定し医師に報告、承諾を得る	4
		・クリニカルパスに沿って次回の食事から食形態が上がることを説明する	
	5) 意識的な水分摂取を促す	・点滴が終了するため歩いた時や座った時などにこまめに水分を少量ずつとるように指導する	6
6. 食事に伴い出現する合併症を予防する	1) 食事摂取量を指示・制限する	・経過は順調であるが食べ過ぎると嘔吐することがあるのでくれぐれも食べ過ぎないように説明する	12
		・患者から間食を半分量にしたがそれでよいか質問され、今のところはそれで良いと回答する。 ・早食い傾向があり全量摂取をしてしまう患者であるため、患者が全体量の半分を摂取したところで下膳する	
	2) 食事摂取量の判断・調節は患者の感覚と不快症状の有無で行うように指導する	・患者から食べたい気持ちはあるが腹部の張が気になるので食事摂取量を控えていることを聞き、そのまま無理をしないように摂取するよう指導する ・患者から食事摂取量をもう少し増やすのがよいか質問され、食事摂取量は無理に増やさず不快症状が出ないようにするように指導する	8
7. 心理的負担を軽減する	1) 患者の体験への理解と関心を示す	・術前のような食べ方ができないことはつらいとが一緒に頑張ろうと声をかける	4
	2) 他の患者の食への取り組みや術後経過を紹介する	・自分が関わった過去の患者の食事回数変更時期は平均で1年から1年半であったことを説明する	3
	3) セルフモニタリングの実行・継続を患者に一任する	・体重測定は5分・7分粥になったころから開始し、下のな範囲で行えばよいと説明する	1

※斜字体は看護師が自身で意図していないが実際に確認された食事に関する援助を示す

グラムの食事指導①②③の内容に基づく支援、またはそれを補完する支援であり、プログラムを促進する援助であった。

また、プログラム以外に、《食事に伴い出現する合併症を予防する》《心理的負担を軽減する》ことで患者の心身の苦痛を緩和する援助が認められた。この援助には、〈不

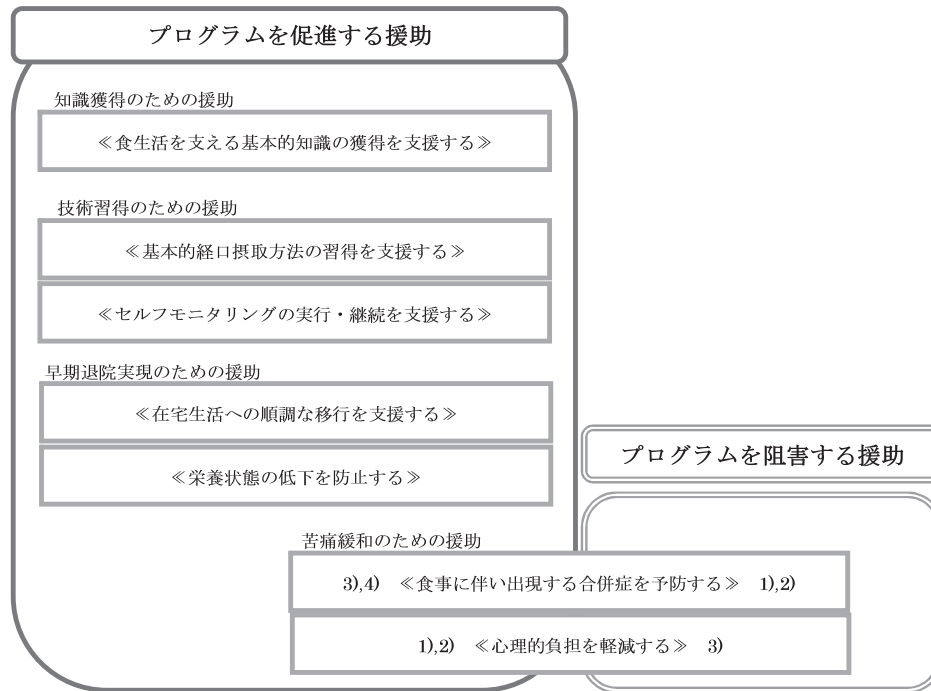


図2 胃切除術後の食事に関する看護援助の構造

注) 図中の1) 2) 3) 4) は表1・表2のサブカテゴリの番号を示す。内容は以下の通りである。  
 《食事に伴い出現する合併症を予防する》1) 食事摂取量を指示・制限する, 2) 食事摂取量の判断・調節は患者の感覚と不快症状の有無で行うように指導する, 3) ダンピング症候群に重点を置いて食事指導を行う, 4) 不快症状の出現がある患者の情報をチームで共有する  
 《心理的負担を軽減する》1) 患者の体験への理解と関心を示す, 2) 他の患者の食への取り組みや術後経過を紹介する, 3) セルフモニタリングの実施・継続を患者に一任する

快症状の出現がある患者の情報をチームで共有する)〈患者の体験への理解と関心を示す〉など、プログラムを補完する援助が含まれる一方、〈食事摂取量を指示・抑制する〉〈食事摂取量の判断・調節は患者の感覚と不快症状の有無で行うように指導する〉〈セルフモニタリングの実施・継続を患者に一任する〉といったプログラムを阻害する援助が認められた。プログラムでは、患者が食事を調節しながら食べる行動を形成するために、看護師は患者の食事摂取量の適否を評価し正しい行動を強化することが意図されている。そのため、〈食事摂取量を指示・抑制する〉をはじめとするこれらの援助は、患者の自律的に調整する行動の形成を妨げる機能を有し、プログラムを阻害することになる。

## 2. プログラムを促進する援助・阻害する援助・運用上の課題

半構造化面接と参加観察の分析より、看護師はプログラムで実施が定められた食事指導①②③をクリニカルパスに沿った日程で専用パンフレットを用いて患者の個性を配慮しながら実施し《食生活を支える基本的知識の

獲得を支援する》援助を行っていた。さらに、患者の《基本的経口摂取方法の習得を支援する》《セルフモニタリングの実行・継続を支援する》など、術後の基本的な摂食方法とセルフモニタリングの継続に必要な技術の習得も支援していた。また、《在宅生活への順調な移行を支援する》《栄養状態の低下を防止する》といった、患者が早期に退院を迎えられるような援助も確認された。

松尾<sup>14)</sup>は、メンバーが入れ替わっても組織がそれまでの運営を維持できるのは、組織の記憶装置であるルーチンが存在するからであるとし、Richardら<sup>15)</sup>も行為をルーチン化することで、特定のオペレーションを組織内に記憶することができるとしている。つまり、ルーチンが機能することで、たとえメンバーが入れ替わっても、組織は過去の行動パターンや方法がある程度維持することができるというわけである。当該病棟ではプログラムをクリニカルパスに位置付け、指導マニュアルを使用しルーチンとして実践を行ってきた経緯がある。導入後9年が経過しプログラムを取り巻く環境が変化した状況下でも維持されてきた事実から、明確にルーチンとして位置付けられ、プログラムが組織に記憶されたと考えられ



る。このような「ルーチン化」「マニュアル化」はプログラムの確実な運用に有用な手段であると考えられた。鎌倉<sup>16)</sup>は、チーム医療が推進されチーム医療の標準化が広がる中で、エビデンスの明確な看護ケアプログラムをクリニカルパスに導入することの検討を示唆している。今後、臨床ではクリニカルパスの活用がさらに進むと考えられるため、クリニカルパスとの連動を視野に入れたプログラム運用は重要になると考える。

しかし、結果では、プログラムを促進する援助と共にプログラムを阻害する援助も確認された。プログラムは、患者が胃機能の状態を自身で判断し調節して食べる行動を入院中に習得することを目的としている<sup>16)</sup>。そのため、患者がセルフモニタリングを行い、正しい判断の時には承認し、誤りがあれば修正する看護師のフィードバックが必要である。そのため、〈食事摂取量を指示・抑制する〉〈食事摂取量の判断・調節は患者の感覚と不快症状の有無で行うように指導する〉〈セルフモニタリングの実施・継続を患者に一任する〉援助は、プログラムを阻害することになる。この場合、患者は自律的に食事摂取量を調節する行動を学習できないまま退院するため、退院後の胃機能の回復、運動量の増加に応じて食事摂取量を調節することが難しくなることが危惧される。さらに、プログラムに反する援助を行う看護師の存在は患者の判断を混乱させ、ひいては看護チームと患者との信頼関係への影響も危惧される。そのため、プログラム提供に関与する全ての看護師が、プログラムに沿った援助を実施できる運用が重要であると考えられた。

### 3. プログラムを阻害する看護援助の行動随伴性

術後の患者は心身に様々な苦痛を抱えることが多いため、看護師が患者の苦痛緩和を重視した今回のような援助を選択し実施していることは十分に理解できる。看護師がプログラムに反する援助を行うことについて、行動分析学の理論を用いて考察したい。

行動分析学では、人の自発的行動 (behavior) は環境によって規定され、ある場面で自発された行動はその結果により支配されるとし、その行動を引き出す刺激を先行事象 (antecedents)、行動を起こした結果を結果事象 (consequences) といい、行動を常に先行事象、行動、結果事象の三項随伴性 (three-term contingency) として捉える<sup>17)</sup> (図3)。現在、看護師のプログラム習得はマニュアルによる自己学習が基本となっている。また、マニュアルには、食事指導①②③の指導目標や説明内容の



図3 三項随伴性 (three-term contingency)  
文献<sup>17)</sup>より引用

詳細な記述があるが、プログラム自体の目的や意義は明示されていない。看護師が置かれている状況を三項随伴性の視点から説明すると、プログラムに沿った援助を行うための効果的な先行事象が存在しないことが考えられる。山崎<sup>18)</sup>はやり方がわからない、なぜ必要か理解できない、行動の見通しが立たないといった行動のきっかけとなる先行事象に問題がある場合、適切な行動が生じないとしている。大森<sup>19)</sup>も行動は見通しがあるほど生じやすく、見通しが明確な場合に行動は生じやすいと、先行事象の必要性を述べている。よって、看護師がプログラムに沿った援助を行うためには、その援助を行うための先行事象の整備が必要だと考えられた。具体的には、プログラムの目的、意義、役割、効果などについて、看護師が明確に理解した上でプログラムを提供できるような教育支援体制を整備することが必要である。

さらに、結果事象の視点から捉えると、強化の原理<sup>20)</sup>として「行動した結果その人にとって良いことが起きたり悪いことがなくなったりするとその行動は増える」とされ、その行動が増えたことを強化 (reinforcement)、その結果事象を強化子 (reinforcer) という<sup>21)</sup>。ある結果事象が強化子として最も大きな効力を発揮するには、その行動が生じた直後に一貫して即時性のある結果事象を随伴させることだとされている<sup>21)</sup>。ダンピング症候群をはじめとする胃切除後症候群の誘因は食事摂取にあるため、〈食事摂取量を指示・抑制する〉行動には、一貫してダンピング症候群などの合併症や不快症状が出現しないという結果事象が随伴する。看護師は食事摂取量を指示・抑制し、それを患者が実行すれば、患者の不快症状の出現という問題を回避できたことが推察される。患者の不快症状が抑えられたことは、食事摂取量を抑制・指示する行動を強化する大きな効力を持つと考えられる。同様に、看護師は日常の看護援助の中で、〈セルフモニタリングの実施・継続を一任する〉ことで、患者からの質問や苦情といった問題を回避できることが推察され、そのことで患者にセルフモニタリングの実施・継続を一任する行動が強化されていると考えられた。従って、プログラムに基づく援助を行うことで、看護チームから評

価されるなど、看護師の行動を強化するシステムをプログラムに組み合わせることが必要であると考えられた。

## V. 結 語

臨床導入後9年が経過したプログラムの運用状況に関する調査を行った結果、看護師によるプログラムを促進する援助だけでなくプログラムを阻害する援助も確認された。そのため、プログラム提供に関与する全ての看護師が、プログラムに沿った正しい方法で患者にフィードバックを実施できるためのシステムの構築が課題であると考えられた。今後は、プログラムを引き続きクリニカルパスと連動させて活用しながら、①看護師がプログラムの目的・意義を明確に理解した上でプログラムに沿った援助が実施できるような教育支援体制を整えること、②看護師がプログラムに沿った援助を行うことで、やりがいやメリットを実感できる環境を整備することが必要であると考えられた。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました病棟看護師の皆様、研究に関する様々な調整をいただきご助言くださった看護師の皆様、心より御礼申し上げます。本研究は、平成22年～26年度文部科学省科学研究費補助金（若手研究B課題番号23792748）の助成を受け実施した。

## 文 献

- 1) 大野和美：胃がん患者の術後回復期における食行動再構築の取り組み 判断と自己決定の内容に焦点を当てて。日本赤十字看護大学紀要, 14, 42-49. 2000.
- 2) 萩あや子：退院後1年6ヶ月を経過した胃がん術後患者の「食べる」ことの体験。岡山県立大学保健福祉学部紀要, 11(1), 11-20, 2004.
- 3) 中島佳緒里, 清水遵：胃がん術後患者の食事摂取量の調整に影響する要因の検討。消化器外科NURSING, 13(8), 102-109. 2008.
- 4) 数馬恵子：胃がん術後体重回復不良患者の「食べ方」に関する指導・相談プロトコール 退院後・遠隔期患者のセルフケア行動援助を目的として。日本看護科学会誌, 13(3), 42-43, 1993.
- 5) 中島佳緒里, 鎌倉やよい, 深田順子, 山口真澄, 小野田嘉子, 尾沼奈緒美, 中村直子, 金田久江：幽門側胃切除術後の食事摂取量をセルフコントロールするための指標の検討。日本看護研究学会雑誌, 27(2), 59-66, 2004.
- 6) 山口真澄, 鎌倉やよい, 深田順子, 米田雅彦, 山村義孝, 金田久江：幽門側胃切除術後患者における退院後の食事摂取量の自律的調節に関する研究。日本看護研究学会雑誌, 29(2), 19-26, 2006.
- 7) 愛知県立大学成人急性期看護学領域：胃切除術後患者のための食事摂取量自律的調整プログラム, パンフレット, 指導マニュアル, 2005.
- 8) 布谷麻耶, 鎌倉やよい, 深田順子, 熊澤友紀：クローン病患者への食事指導プログラムの開発と有効性の検証。日本看護科学会誌, 32(3), 74-84, 2012.
- 9) 岡美智代：セルフマネジメントにおける行動変容を支援するEASEプログラム。The KITAKANTO medical Journal, 57, 323-324, 2007.
- 10) 片岡弥恵子：性暴力被害に関する看護者への教育プログラムの評価。日本看護科学会誌, 24(1), 3-12, 2004.
- 11) 森山美知子, 中野真寿美, 古井裕司, 中谷隆：セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有効性の検討。日本看護科学会誌, 28(4), 17-26, 2008.
- 12) 奥村直樹, Woo Jin Hyung, 山口和也, 吉田和弘：胃痛における低侵襲手術。臨床外科, 67(5), 628-632, 2013.
- 13) Paul A. Alberto, Anne C. Troutman, 佐久間徹, 谷晋司, 大野裕史：はじめての応用行動分析（2版）。pp. 74-79, 二瓶社, 2011.
- 14) 松尾睦：学習する病院組織 患者思考の構造化とリーダーシップ。pp. 1-32, 同文館出版, 2013.
- 15) Richard R. Nelson, Sidney G. Winter. An Evolutionary Theory of Economic Change. pp. 96-97, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982.
- 16) 鎌倉やよい：看護ケアプログラムの開発 行動分析学の視点から。看護研究, 47(6), 496-505, 2014.
- 17) John O. Cooper, Timothy E. Heron, William L. Heward, 中野良顯：応用行動分析学（第2版）。pp. 73-75, 明石書店, 2015.
- 18) 山崎裕司, 山本淳一：リハビリテーション効果を最大限に引き出すコツ 応用行動分析で運動療法とADL訓練は変わる（2版）。pp. 50-52, 三輪書店,

- 2013.
- 19) 大森圭貢, 山崎裕司, 吉葉崇, 宮城新吾: メタボリックシンドロームに対する理学療法 生活指導の考え方とその実際. 理学療法, 25(10), 1423-1430, 2008.
- 20) 島宗理: パフォーマンス・マネジメント 問題解決のための行動分析学 (12版). pp. 6-7, 産業図書株式会社, 2012.
- 21) Raymond G. Miltenberger, 園山繁樹, 野呂文行, 渡部匡隆, 大石幸二: 行動変容法入門 (3版). pp. 69-71, 二瓶社, 2006.