

消化器がん術後の後期高齢者への  
退院後の日常生活を見据えた看護実践

Nursing Practice Foreseeing Everyday Life After Discharge  
in the Postoperative Elderly Aged 75 and Over  
with Gastrointestinal Cancer

堀部 光宏  
Horibe, Mitsuhiro

2021年度 博士（看護学）論文

指導教員：坂口 千鶴

日本赤十字看護大学大学院  
看護学研究科

# 論文内容の要旨

申請者 堀部 光宏

## 論文題目

消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践

Nursing Practice Foreseeing Everyday Life After Discharge in the Postoperative Elderly Aged 75 and Over with Gastrointestinal Cancer

### I. 研究の動機と背景

2020年現在、日本の総人口に占める高齢者の割合は65歳以上が28.8%で、そのうち75歳以上の後期高齢者の割合は14.9%であり、75歳未満の前期高齢者を上回っている（内閣府, 2021a）。後期高齢者では、胃がんや大腸がんなどの消化器がんの罹患率が上昇しており（政府統計の総合窓口, 2015, 2019）、今後さらに、消化器がんで手術を受ける後期高齢者の増加が推測される。しかし、後期高齢者は身体機能や精神機能などの低下が顕著となることで、肺炎やせん妄といった術後合併症のリスクが高まり、術後の経過には困難が多い（Fagard et al., 2017; Kim et al., 2017; Pan et al., 2018）。実際に、消化器外科病棟で勤務していた研究者は、胃がんと膵臓がんの同時切除術を受けた80歳代の男性を担当した。この高齢者は、術後に器質的な異常はないものの食思の低下がみられ、輸液をしなければならない状況が続いた。また、高齢者には強い倦怠感も持続し、臥床時間が長くなったことで術前自ら行っていた洗面などの日常的な活動も困難になった。加えて、高齢者は独居で近くに頼れる親族などもいなかったため、退院後の日常生活をどのように考えればよいか悩みながら関わった。この経験から、退院後の日常生活を見据えた看護実践とはどのようなことなのか関心を抱くようになった。先行研究では、術後の高齢者にとって食事、排泄、清潔などの活動が離床の機会となるが（加藤, 2013）、実際には看護師に促されて行っている現状が示されていた（東條他, 1994）。しかし、術後の早期退院が目指される中、病棟看護師による後期高齢者の退院後の日常生活を見据えた看護実践については研究されておらず、本研究でこの看護実践を明らかにすることで、消化器外科領域における術後看護の質が向上し、後期高齢者の早期退院への一助につながると考える。

### II. 研究目的

本研究の目的は、消化器がん術後の後期高齢者に関わる病棟看護師の退院後の日常生活を見据えた看護実践を明らかにすることである。

### III. 研究方法

研究デザインは、Charmaz (2014) による社会構成主義グラウンデッド・セオリー法を用いた質的研究とした。研究期間は、予備調査を含めて2019年10月7日～2022年3月31日であった。研究実施施設は都内の日本消化器外科学会専門医修練施設2か所で、研究参加者は消化器外科系病棟の看護師19名と消化器がん術後の後期高齢者2名であった。データ収集方法は、参加観察法とインタビュー法（対面とオンライン）を用いた。看護師の高齢者への関わりに関する参加観察の実施時間は計306分で、看護師へのインタビューは一人1回あたり31～64分で1～2回実施した。データ分析方法は、参加観察の内容やインタビューの逐語録を熟読し、高齢者との相互作用を踏まえた看護師の看護実践に焦点を当てて初期のコード化を行った。初期のコード間の比較を行いながら焦点化のコードをつけ、メモ書きを実施することで、焦点化のコードを発展させ、理論的カテゴリーを生成した。そして、理論的サンプリングでカテゴリーの特性を洗練させ、各々のカテゴリーの分類や統合を行い、記述した。データの分析過程では、老年看護学を専門とする指導教員などからのスーパービジョンを受け、信頼性と信憑性を確認した。倫理的配慮として、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会から承認を受けた（番号2019-67、2020-72）。

#### IV. 結果

##### A. 研究参加者の属性

看護師の研究参加者は、Z病院に勤務する13名とZZ病院に勤務する6名の計19名（女性16名・男性3名、20歳代前半～40歳代前半）であった。後期高齢者の研究参加者は、70歳代後半の女性1名（大腸がん）と80歳代前半の男性1名（胃がん）であった。

##### B. 消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践

分析結果から、退院後の日常生活を見据えた看護実践は、看護師が消化器がんの切除によって生じた身体的変化とこれまでの日常生活への影響を踏まえて、脆弱な後期高齢者であっても自身でできることは行い、他者の援助も受けながらこれまでの日常生活に新たな変化を組み込めるよう関わる過程であり、下記の8つのカテゴリーと23の<サブカテゴリー>で構成された。

**1. 痛みで妨げられない日常を取り戻す.** 看護師は、術後に痛みがあっても我慢して訴えない高齢者の表情や動作などから<伝えない痛みのサインを捉えて鎮痛を図る>、また、痛み止めに抵抗がある高齢者には痛み止めを使ってでも動くことの利点を伝えて<痛み止めの抵抗を安心に変える>、さらに、安静を求める高齢者に術後合併症を予防する必要性を伝えて<離床の重要性を動くことで実感してもらう>関わりを行って、日常を取り戻そうとしていた。

**2. 術後早期から安全に配慮して歩く力を引き出す.** 看護師は、多くの既往を併存する高齢者の<心身が不安定な早期からでも離床を進める>ことや、ドレーンや膀胱留置カテーテルなど<

多くの管があっても歩くきっかけをつくる>関わりを行い、また、しばらく臥床していたことで高齢者が抱く、歩くことへの<不安な気持ちを汲み取り歩行へと後押しする>ことをしていた。さらに、看護師は高齢者が歩行に集中できるよう<周囲の安全に気を配って付き添う>ことや、高齢者の<転倒に備えながら歩く力を見定める>こと、それに加えて、高齢者への<日々の励ましで継続した歩行への意欲を高める>ことで、高齢者の歩く力を引き出していた。

**3. 日常のためにリズムを保つ.** 後期高齢者では術後せん妄のリスクが高いため、看護師が高齢者に関わる際に、日時を伝えて<時間の感覚を適宜整える>ことや、入院中でも普段の洗面や歯磨きなどの生活習慣や趣味など<活気ある活動と睡眠とのバランスを保つ>ことで、高齢者の日常を維持するための生活のリズムを保っていた。

**4. 変化した食生活の基盤をつくる.** 消化器がんの手術という特徴から看護師は、高齢者に<工夫を凝らして食べ方を伝授する>ことで食べ方への理解を深め、高齢者の食事に付き添い、誤嚥やダンピング症状が起きないように<食べ方の確認を通して危機的状況から高齢者を守る>関わりをしていた。また、看護師は食事量のみでなく、高齢者の咀嚼・嚥下機能も判断しく好みで食べやすく栄養も摂れる食事内容に見直す>ことや、適切な食事内容が退院後も維持できるように<周囲の支えで複雑な食生活への負担を減らす>取り組みもしていた。

**5. 直面した排便の変化に見通しをつける.** 食事と同様に大きな変化を受ける排便に対して、看護師は、突発的な便意による便失禁やストーマを初めて見たことで生じる高齢者の<戸惑いを受け止め排便をコントロールする>関わりを行っていた。また、看護師は高齢者に便の破棄やストーマ装具の交換などの手技もできるよう指導し、<自身でのストーマケアを段階的に試してもらう>ことで排便の変化に見通しをつけていた。

**6. 内服薬の新たな管理方法を見出す.** 術後から開始された内服薬により、自己管理が難しくなった高齢者に対して、看護師は<身体・認知機能に合わせた内服管理を提案する>ことで、飲み忘れや飲み間違いを減らす工夫などを考え、高齢者の様子から<徐々に自己管理の可能性を見極める>ことで、新たな管理方法を見出していた。

**7. 治癒に向け創部の清潔を保持する.** 看護師は、創部へのシャワーに恐怖心のある高齢者が洗浄できるよう<感染予防のための清潔習慣を形成する>ことや、高齢者自身で洗浄が困難な場合は<他者からの援助で創部の清潔を維持する>関わりを行っていた。

**8. 自宅での新たな日常生活を創造する.** 看護師は、高齢者の退院後の日常生活を考えて<自らできることを行う必要性に気づいてもらう>、そして<新たな生活でできないところを補う>ようにADLsを援助していたことが明らかとなった。

## V. 考察

### A. 急性期医療の場から後期高齢者の日常生活に目を向ける

後期高齢者は、入院によって自宅という日常から大きく切り離され、急性期医療の場で非日常を体験している。そのため、看護師は日時や日付を高齢者に伝え、シャワー浴や歯磨き、趣味などの習慣的な行動を勧めることで、入院中でも自宅での日常生活に近づけようとしていた。また、痛みによって日常生活が妨げられるため、看護師はこれまでの経験や一般的なイメージから、術後の痛みは我慢する、痛み止めに抵抗があるなど、高齢者には様々な思いのあることを踏まえて、積極的に痛み止めを勧め、痛みを取り除くことで日常生活を取り戻そうとしていた。看護師が術後早期から高齢者のこれまでの日常生活に目を向けることで、高齢者は普段大切にしている馴染の日常生活を意識することができ、術後という大きな病気体験の渦中から新たな日常生活を掴み始める糸口となっていることが示唆された。

### B. 脆弱な後期高齢者の可能性を継続的に引き出す

後期高齢者では、加齢による歩行距離の減少やバランス感覚の鈍化などの身体機能の低下が見られ、加えて、高血圧、糖尿病などの併存疾患を複数持ちながら消化器がんの手術を受けることも珍しくない。そのため、看護師は肺炎や不整脈などの術後合併症を生じるリスクが高い高齢者の脆弱性を考慮し、複雑に絡み合う要因から総合的な判断をしていることが示唆された。また、看護師は高齢者の歩行距離が少しずつ延び、歩く力が戻りつつあるという経時的な変化や、消化器がん術後に生じた食事や排便への変化に伴う困難やそれへの対応の変化にも着目していた。日々担当する看護師は交代する中でも、看護師が高齢者自身でできることは行う可能性を引き出すため、試行錯誤しながら継続的に関わるという一貫した看護実践が明らかとなった。

### C. 消化器がん術後に生じた変化を日常生活に組み込む

看護師は、高齢者がこれまで自宅で行っていた水分摂取や散歩を、便秘を避け、術後イレウスを予防するための排便コントロールとして意味づけていた。また、これまでの入浴習慣を手術で形成された創の清潔の保持として意味づけられるように関わっていた。つまり、看護師は高齢者がこれまでの日常生活を拠り所にして、術後の変化を組み込めるようにしていることが明らかとなった。さらに、看護師は高齢者が手術によって生じた変化を日常生活に組み込むための援助が必要な場合、家族からの援助を調整していた。しかし、家族に頼り過ぎることで、同様に高齢な配偶者や他の家族が負担を強く感じる場合もあるため、訪問看護などの利用できるサービスを提案し、家族の状況に合わせて負担を減らすことも、術後の変化を日常生活に組み込む関わりとして示された。

## **Abstract**

Horibe, Mitsuhiro

### **Nursing Practice Foreseeing Everyday Life After Discharge in the Postoperative Elderly Aged 75 and Over with Gastrointestinal Cancer**

#### **Objective**

Gastrointestinal cancers, such as stomach and colorectal cancers, have increased remarkably among the elderly. However, only a few previous studies have been available on postoperative nursing care for the elderly. Therefore, this study aimed to clarify nursing practices of ward nurses foreseeing everyday life after discharge in postoperative elderly patients with gastrointestinal cancer.

#### **Methods**

This study was conducted using Charmaz's grounded theory method. Data were collected using participant observation and semi-structured interviews. Participants were nurses who were working in gastrointestinal wards and the postoperative elderly aged 75 and over with gastrointestinal cancer. Field notes were described and all interviews were audio-recorded. Data were analysed initially with initial coding utilizing line-by-line coding and incident-with-incident coding, and then focused coding. Categories and sub-categories were constructed using theoretical sampling. Ethics approval was obtained from the Japanese Red Cross College of Nursing Research Ethics Board (#2019-67 & #2020-72).

#### **Results**

Nineteen nurses (sixteen females and three males) and two elderly patients (one male in his 80s and one female in her 70s) participated in this study. Eight categories and 23 sub-categories were constructed. The category "Regaining a everyday life without being disturbed by pain" suggests that some elderly persons believe that pain is something to be endured, that they are uncomfortable with pain medication, and that they should not move after surgery. Therefore, nurses should assess the pain from the elderly's facial expressions or movements, recommend

pain relief, and communicate the need to leave the sick bed for preventing postoperative complications. “Promoting the ability of the elderly to walk in the early postoperative period with safety considerations” means that nurses provide an opportunity for the elderly to walk and enhance their motivation for regaining their ability to walk on their own. “Keeping rhythm for a everyday life” refers to preventive measures against postoperative delirium, which may affect the early ambulation of the elderly required for discharge. “Establishing a foundation for dietary habits changed by surgery” indicates that nurses are involved in helping the elderly who need dietary changes after surgery for understanding more about eating methods and dumping symptoms so that they can maintain an appropriate diet. Moreover, nurses should build a foundation for the elderly’s post-discharge eating habits by gaining co-operation from family members and providing information regarding various services. “Prospecting the change in postoperative defecation that the elderly face” indicates that nurses should support elderly persons with or without a stoma to adjust their defecation patterns, such as diarrhea caused by surgery. Furthermore, “Finding a new way for medication management” and “Maintaining wound cleanliness to enhance healing” were constructed. Eventually, “Creating a new everyday life at home” suggests that nurses try to persuade the elderly for understanding the importance of being able to do things on their own by imagining their future everyday lives and the necessity to strive for a new everyday life.

## **Discussion**

The nursing practice identified here is a process to incorporate the new change, while assisting the elderly to do what they can on the basis of physical change and impact on everyday life caused by the resection of gastrointestinal cancer.

*Keywords:* constructivist grounded theory, digestive system neoplasms, elderly, postoperative nursing

## 目次

I. 背景 .....	12
II. 文献検討 .....	14
A. 高齢者のがん治療と日常生活を支える看護 .....	15
1. 日本における高齢者の現状 .....	15
2. 高齢者におけるがんと治療の動向 .....	17
3. がんを患う術後高齢者の日常生活を支える看護 .....	18
B. 消化器がん術後の高齢者の体験 .....	20
C. 消化器がん術後の高齢者への看護実践 .....	24
III. 目的と意義 .....	26
A. 研究の目的 .....	26
B. 研究の意義 .....	27
C. 用語の定義 .....	27
IV. 方法 .....	27
A. 研究デザイン .....	27
B. 研究方法 .....	29
1. 研究期間 .....	29
2. 研究施設の選定方法 .....	29
3. 研究参加者（看護師）と募集方法 .....	29
4. 研究参加者（高齢者）と募集方法 .....	30
5. データの収集方法 .....	30
6. データの分析方法 .....	32
C. 倫理的配慮 .....	33
1. 研究への参加・同意について .....	33
2. プライバシー・個人情報の保護について .....	33
3. 研究参加者（看護師）への配慮 .....	34
4. 研究参加者（高齢者）への配慮 .....	34
5. 新型コロナウイルスへの対策 .....	34
6. 研究の資金源・利益相反の有無 .....	35



7. 報告・相談・問い合わせへの対応.....	35
V. 結果.....	35
A. 研究フィールドと研究参加者の属性について.....	35
1. 研究フィールドについて.....	35
2. 研究参加者の属性について.....	36
B. 消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践.....	39
1. 痛みで妨げられない日常を取り戻す.....	39
a. 伝えない痛みのサインを捉えて鎮痛を図る.....	39
b. 痛み止めの抵抗を安心に変える.....	42
c. 離床の重要性を動くことで実感してもらう.....	44
2. 術後早期から安全に配慮して歩く力を引き出す.....	46
a. 心身が不安定な早期からでも離床を進める.....	46
b. 多くの管があっても歩くきっかけをつくる.....	49
c. 不安な気持ちを汲み取り歩行へと後押しする.....	51
d. 周囲の安全に気を配って付き添う.....	52
e. 転倒に備えながら歩く力を見定める.....	54
f. 日々の励ましで継続した歩行への意欲を高める.....	56
3. 日常のためにリズムを保つ.....	57
a. 時間の感覚を適宜整える.....	57
b. 活気ある活動と睡眠とのバランスを保つ.....	60
4. 変化した食生活の基盤をつくる.....	62
a. 工夫を凝らして食べ方を伝授する.....	62
b. 食べ方の確認を通して危機的状況から高齢者を守る.....	64
c. 好みで食べやすく栄養も摂れる食事内容に見直す.....	66
d. 周囲の支えで複雑な食生活への負担を減らす.....	68
5. 直面した排便の変化に見通しをつける.....	70
a. 戸惑いを受け止め排便をコントロールする.....	70
b. 自身でのストーマケアを段階的に試してもらう.....	72
6. 内服薬の新たな管理方法を見出す.....	75
a. 身体・認知機能に合わせた内服管理を提案する.....	75

b. 徐々に自己管理の可能性を見極める .....	79
7. 治癒に向け創部の清潔を保持する .....	82
a. 感染予防のための清潔習慣を形成する .....	82
b. 他者からの援助で創部の清潔を維持する .....	86
8. 自宅での新たな日常生活を創造する .....	86
a. 自らできることを行う必要性に気づいてもらう .....	87
b. 新たな生活でできないところを補う .....	88
VI. 考察.....	89
A. 急性期医療の場から後期高齢者の日常生活に目を向ける .....	90
B. 脆弱な後期高齢者の可能性を継続的に引き出す .....	92
1. 後期高齢者の脆弱性を踏まえて心身の向上を図る .....	92
2. 新たな日常生活への可能性を見出す流れを途絶えさせない .....	95
C. 消化器がん術後に生じた変化を日常生活に組み込む .....	97
1. 日常生活に術後の変化を意味づける .....	97
2. 日常生活に周囲の援助を取り入れる .....	99
D. 看護への示唆.....	101
E. 研究の限界と今後の課題.....	102
VII. 結論 .....	102
謝辞.....	104
文献.....	105
付録.....	118

## 表目次

表1 Z病院の看護師（参加観察とインタビュー） .....	36
表2 Z病院の看護師（インタビューのみ） .....	37
表3 ZZ病院の看護師 .....	37
表4 高齢者の研究参加者 .....	37
表5 参加観察（高齢者 X） .....	38
表6 参加観察（高齢者 Y） .....	38

## 付録目次

付録A（研究計画書） .....	118
付録B（資料1 看護部長宛ての協力依頼書） .....	128
付録C（資料2 看護師長宛ての書類） .....	129
付録D（資料3 看護師募集ポスター） .....	131
付録E（資料4 看護師への説明書と同意書） .....	132
付録F（資料5 看護師募集ポスター：インタビューのみ） .....	137
付録G（資料6 看護師への説明書と同意書：インタビューのみ） .....	138
付録H（資料7 患者募集ポスター） .....	142
付録I（資料8 患者への説明書と同意書） .....	143
付録J（資料9 インタビューガイド：参加観察後用） .....	147
付録K（資料10 インタビューガイド：インタビューのみ用） .....	148
付録L（予備的調査倫理審査通知書） .....	150
付録M（本調査倫理審査通知書） .....	151
付録N（資料11 同意撤回書） .....	152

## I. 背景

2020年現在、日本の総人口に占める高齢者の割合は65歳以上が28.8%、75歳以上が14.9%であり、今後もその割合は増加すると推計されている（内閣府, 2021a）。特に75歳以上の後期高齢者は、身体機能や精神機能などの低下が顕著になり（Kojima et al., 2017; 内閣府, 2021b）、65～74歳で要支援や要介護の認定を受けた人の割合がそれぞれ1.4%、2.9%に対して、75歳以上では要支援が8.8%、要介護が23.0%となっていることから、諸機能の低下が日々の生活に大きく影響していると考えられる（内閣府, 2021b）。また、全国の入院による受療率（人口10万対）は1,036だが、65歳以上では2,734であり、さらに75歳以上では3,997と、高齢になるにつれて増加している（厚生労働省, 2019）。

その中でも、「悪性新生物」いわゆる「がん」が75～89歳までの死因で最多となっており、部位は胃や大腸などの消化器に多くみられ、高齢者人口の増加に伴い、その患者数自体も増えてきている（厚生労働省, 2021a）。75歳以上では、2008年の胃がんは8万2千人、大腸がんは8万6千人であったが、2017年には胃がんは9万2千人、大腸がんで11万5千人と増加している（政府統計の総合窓口, 2015, 2019）。

消化器がんの治療は手術療法、化学療法、放射線療法、あるいはそれらを組み合わせた集学的な治療であるが、手術関連による死亡率は高齢者であっても非高齢者と統計学的に有意な差はないという報告が増えているため（Fagard et al., 2017; Pan et al., 2018）、今後さらに多くの消化器がんの高齢者が手術を受けると推測される。

しかし、高齢者では肺炎、不整脈、せん妄などの術後合併症を生じるリスクが高いことや、それらに起因する入院期間の延長、医療費の増加が指摘されている（Fagard et al., 2017; Kim et al., 2017; Pan et al., 2018）。例えば、大腸がん術後のクリニカル・パスにおける標準退院日を術後6日目としている病院で、80歳以上の高齢者における開腹術後の平均在院日数は16日（range 6-96日）で、腹腔鏡下術後でも平均10日（range 5-166日）となっており、標準退院日より大きく延長している（筒井他, 2018）。また、胃がん術後の平均在院日数が「平均年齢55.1歳群」では11.6日（range 7-28日）に対して、「平均年齢82.9歳群」では18.1日（range 8-85日）に延長していたという報告もある（Yoshida et al., 2017, pp. 4433-4434）。さらに、ストーマを造設した65歳以上の24名の高齢者では平均在院日数が31.6日で、そのうちの6名は装具交換の手技の習得のために転院したと報告されている（田村・松藤, 2018）。他にも、腹部の手術を受けた後に自

宅への退院ではなく、療養施設へ転院している高齢者が「75～84歳」で24%、「85歳以上」で42%であったことが明らかにされている（Balentine et al., 2016, p. 761）。

そして、退院後の日常生活では手術による消化器の切除や摘出によって生じた身体的な変化の影響を受けることになり、例えば、上部消化管術後患者はダンピング症状の出現を防ぐために、食べ方や食べる量に配慮し、急な便意に警戒していることが明らかとなっている（中村・城戸, 2005）。また、101名の直腸がん術後患者では術後6か月以上経過しても便通の頻度が1日に2回以上ある者が50名、便の漏れが週に1回以上ある者が23名もおり（Nikoletti et al., 2008）、長期間に渡って退院後の日常生活に支障が出ていることが推測される。さらに、術後6か月以上経過しても高齢な患者ほど苦痛となる症状を抱えていることも指摘されている（Van Cleave et al., 2013）。

実際に、研究者が消化器外科系病棟で勤務をしていた時、胃がんと膵臓がんの同時切除術を受けた80歳代の男性がいた。この男性は、術後に吻合部狭窄による通過障害や嘔気などは生じていなかったが、食思の低下がみられ、食事の摂取量が減少し、輸液をしなければならぬ状況が続いた。それに加えて、男性には強い倦怠感も持続し、ベッド上で過ごす時間が多くなったことで、術前には自分自身で行っていた歯磨きやトイレ、廊下を歩くといった日常的な活動も困難になってしまった。この男性は独居で、自宅の近所に頼れる親族や友人がいなかったため、術前と近い日常生活を送れるようにするにはどうしたらよいかを考えながら、関わるようになった。この男性とともにこれまでの食生活の検討や、どの程度の歩行ができると生活に支障がないかなど、具体的に退院後の生活を見出していく過程を経験した。この関わりによって、病棟看護師による消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護とはどういうことかについて関心を抱き、考えるに至った。

これまでの先行文献において、永井他（1982）は消化器系疾患術後の65歳以上の高齢者25名のうち22名が離床でき、そのきっかけとして「排尿」が7名で、「離床訓練」が5名であったことを明らかにしている（p. 10）。また、加藤木（2013）は大腸がん術後の5名（男性2名・女性3名、40代後半～70代前半）の参加観察から、食事を摂る、身だしなみを整える、トイレで排泄をする、新聞・書籍を読む、売店に買い物に行くなどを離床行動として抽出している。さらに、東條他（1994）は消化器系疾患術後の65歳以上の高齢者が、清拭や入浴、含嗽や歯磨き等の洗面、昼間の活動と睡眠との調整等について、看護師に促されて行っていると報告し、患者がより高齢であるほど自発性が乏しくな

ることを指摘している。他方、山田他（2008）は看護師と高齢者（9名、半数が70代以上）に対して胃がん術後の食事指導に関する調査を行い、患者の関心は食品の種類や食事内容であったが、看護師は食べ方や食事回数を強調する説明となっていたため、栄養士からの食事指導も含めて患者のニーズに合うように改善する必要性を述べている。また、消化器外科病棟での後期高齢者へのクリニカル・パスを用いた看護実践について、真志田・深堀（2020）は、看護師が高齢者の疲労や緊張感を考慮し、馴染みのある言葉で時間をかけて離床に付き添い、機能低下や術後せん妄といった術後経過に応じて臨床判断を行う中で、パスの予定を修正していたことを明らかにしている。

以上より、食事や排泄、清潔などの活動は離床の機会となるが、実際は看護師に促されて行っている高齢者の現状があり、また術後の食事指導について看護師の術後合併症を防ぐための指導と高齢者の求める情報には齟齬が生じ、さらに看護師の用いるクリニカル・パスに高齢者の術後経過が合わない実態も明らかとなった。よって、看護師は「退院指導」と時間を取って行うことのみならず、高齢者との日々の関わりの中で、ともに退院後の日常生活を考え、見出していくことが必要である。

しかし、これまでの研究では、病棟看護師による消化器がん術後の後期高齢者への看護実践に焦点を当てたものは僅少であり、さらに後期高齢者の術後看護に関わる病棟看護師がどのように退院後の日常生活を見据えた看護実践を行っているか十分明らかになっていない現状がある。そのため、病棟看護師による後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践を明らかにすることで、後期高齢者への術後看護の質の向上につながり、後期高齢者が新たな日常生活を築けるよう関われると考える。

## II. 文献検討

国内文献は、医中誌 Web Version 5 の統制語で作成した検索式「（術後管理 or 術後期 or 手術後看護）and 消化器腫瘍」に、絞り込み条件「抄録あり」「症例報告・事例除く」「原著論文」「看護」「高齢者」で検索した結果、91件あった。さらに「消化器腫瘍」を「（食道 or 胃 or 肝臓 or 膵臓 or 胆嚢 or 胆道 or 胆管 or 大腸 or 直腸）and（がん or 悪性新生物 or 悪性腫瘍 or 腫瘍）」とした検索で86件あった（検索日：2021年8月31日）。

国外文献は、PubMedでMeSH Termsを用いた検索式「(Postoperative Care OR Postoperative Period) AND Digestive System Neoplasms」とし、フィルターで

「Abstract」「English」「Nursing Journals」「Aged: 65+ years」とした結果、96件あった。CINAHL with Full Textでは、CINAHL Subject Headingsを用いた検索式「(Postoperative Care OR Postoperative Period) AND Digestive System Neoplasms」とし、「Abstract Available」「English Language」「Journal Subset: Nursing」「Age Groups: Aged: 65+ years」で限定し、1件あった。また、MEDLINE with Full Textでは、MeSHを用いた検索式「(Postoperative Care OR Postoperative Period) AND Digestive System Neoplasms」とし、「Abstract Available」「English Language」「Journal & Citation Subset: Nursing」「Age Related: Aged: 65+ years」で限定し、1件あった。さらに、それぞれのデータベースで「Digestive System Neoplasms」を「(esophageal OR esophagus OR stomach OR gastric OR cholangiocarcinoma OR bile duct OR biliary tract OR bile tract OR gallbladder OR liver OR hepatoma OR hepatocellular OR pancreas OR pancreatic OR colon OR rectum OR rectal OR colorectum OR colorectal) AND (neoplasms OR oncology OR tumor OR malignancy OR carcinoma OR cancer)」とした検索で、PubMedで103件、CINAHL with Full Textで48件、MEDLINE with Full Textで50件の文献があった（検索日は全て2021年8月31日）。

以上の文献検索の結果から、消化器がん術後の後期高齢者のみを研究参加者とした研究は1件のみであった。そのため、量的研究では対象者の平均年齢や年齢中央値が65歳以上であること、質的研究では参加者に65歳以上を含む学術論文を選定した。それらの精読の結果、23件（国内：13件、国外：10件）とハンドサーチで得た5件の計28件を文献検討の対象とした。

#### **A. 高齢者のがん治療と日常生活を支える看護**

**1. 日本における高齢者の現状.** 2020年10月1日現在、日本の総人口1億2,571万人に占める65歳以上人口は3,619万人で、その割合は28.8%であり、さらにそのうちの75歳以上人口は1,872万人で割合は14.9%を占めており、後期高齢者の人口が前期高齢者を上回る状況である（内閣府, 2021a）。次に、65歳以上の者のいる世帯は2,558万4千世帯で全世帯の49.4%を占め、さらに65歳以上の者のいる世帯の28.8%が単独世帯であり、32.3%が夫婦のみであるため、両者を合わせると61.1%に達する（内閣府, 2021c）。平均寿命は2019年現在、男性81.41年、女性87.45年となり、今後もさらなる高齢化に向かうと推測されている（内閣府, 2021a）。

75歳以上の高齢者は約90%が非労働力人口であり（内閣府, 2021c）、半数以上が週2～3回以上外出し（内閣府, 2015a）、健康管理や食事（食べ物、回数、時間など）などに気をつけながら日々生活している（内閣府, 2015b）。さらに、75～79歳の高齢者では「自治会、町内会などの自治組織の活動」に参加している人は29.8%、「趣味やスポーツを通じたボランティア・社会奉仕などの活動」に参加している人は20.1%となっているが、80歳以上の高齢者では「自治会、町内会などの自治組織の活動」に参加している人は16.3%、「趣味やスポーツを通じたボランティア・社会奉仕などの活動」に参加している人は10.6%と大きく低下し、72.2%は「特に活動はしていない」と回答している（内閣府, 2019）。個人や友人、あるいはグループなどで自主的に行われている活動に参加できない理由の上位は、健康・体力に自信がなく、人と付き合うことが億劫などとなっており（内閣府, 2015b）、家庭の中で「特に役割はない」という人も年齢が高まるにつれて増加している（内閣府, 2019）。

75歳以上の後期高齢者になると、加齢によって身体機能や精神機能などの著大な低下が見られ、75～79歳の10.0%、80～84歳の20.4%、85歳以上の35.1%が諸機能の低下は見られるが回復する可能性を持つフレイルという状態になっている（Kojima, et al., 2017）。そして、65～74歳で要支援や要介護の認定を受けた人の割合がそれぞれ1.4%、2.9%に対して、75歳以上では要支援が8.8%、要介護が23.0%となっていることが報告されている（内閣府, 2021b）。加えて、高齢になるほど病気を患うことも多くなり、全国の入院による受療率（人口10万対）は1,036であるが、65歳以上では2,734となり、75歳以上では3,997と増加している（厚生労働省, 2019）。また、一人暮らしの日常生活で困ったときに頼りたい相手として、子どもや孫を挙げる者の割合が70歳代で65.4%、80歳以上で71.6%と、高齢になるにつれて高まっている（厚生労働省, 2016）。

このような高齢者の状況を受け、日本老年医学会からは「高齢者に対する適切な医療提供の指針」が示され、「高齢者の多病と多様性」を考慮し「生活の場に即した医療提供」などが提唱されている（秋山他, 2014）。また、日本老年学会と日本老年医学会は65歳以上を一律に「高齢者」と見ることは、現実的なものではないとして、65～74歳の「前期高齢者」を「准高齢者」、75歳以上の「後期高齢者」を「高齢者」とする新たな定義を提案している（Ouchi et al., 2017）。これは、高齢者に対する人々の意識の変化や、高齢者の身体面や精神面などの調査結果から、前期高齢者における身体機能や精神機



能などの向上と、個々人の差は大きいとしても75歳以上となると、老化による諸機能の低下が顕著となることからの結論である。そのため、ますます治療を受ける後期高齢者への着目とその多様な個別性を考慮することが重要である。

**2. 高齢者におけるがんと治療の動向.** 現在、日本人の死因の第一位は「悪性新生物」、つまり「がん」であり、65～89歳の死因の第一位も「がん」である（厚生労働省, 2021a）。さらに、死者数は「65～69歳」で34,316人、「70～74歳」で56,035人に対して、「75～79歳」「80～84歳」「85～89歳」の各年齢層においては6万人を超えている（厚生労働省, 2021a）。日本人の死亡総数におけるがんの割合は、27.6%となっており、このうちの約5分の1である5.5%は「気管、気管支及び肺」のがんが占め、次いで「胃」の3.1%、「膵」の2.7%、「結腸」の2.6%と続き、消化器がんの割合が高くなっている（厚生労働省, 2021b）。高齢者人口の増加に伴い、患者数自体も増えており、具体的には2008年の65歳以上の胃がん患者数は15万3千人、膵がんは1万8千人、大腸がん（結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸を含む）は15万9千人であったが、2017年は胃がん15万8千人、膵がん3万9千人、大腸がん21万4千人であり、膵がんと大腸がんの増加が著しい（政府統計の総合窓口, 2015, 2019）。さらに、年齢別で子細に見ると、2008年の65～74歳の胃がん患者数は7万1千人、膵がんで9千人、大腸がんで7万3千人だったが、2017年では胃がんで6万6千人と減少したものの、膵がんで2万人、大腸がんで9万9千人と増加している（政府統計の総合窓口, 2015, 2019）。75歳以上で見ると、2008年の胃がんは8万2千人、膵がんは9千人、大腸がんは8万6千人であったが、2017年には胃がんは9万2千人、膵がんで1万9千人、大腸がんで11万5千人と増加している（政府統計の総合窓口, 2015, 2019）。

各がんの治療ガイドラインによると、胃がんや大腸がんの治療は手術療法、化学療法、放射線療法や、それらを組み合わせた集学的な治療が実施されているが、胃がん・大腸がんともに遠隔転移がなければ、基本的に手術が第一選択の治療となる（大腸癌研究会, 2019; 日本胃癌学会, 2018）。しかし、高齢者の手術においては肺炎、不整脈、せん妄などの術後合併症を生じるリスクが高いことや、それらに起因する入院期間の延長、医療費の増加が指摘されている（Fagard et al., 2017; Kim et al., 2017; Pan et al., 2018）。例えば、大腸がん術後のクリニカル・パスにおける標準退院日を術後6日目としている病院で、80歳以上の高齢者の開腹術後の平均在院日数は16日（range 6-96日）で、腹腔鏡下術後でも平均10日（range 5-166日）となっており、標準退院日より延長している

(筒井他, 2018)。また、胃がん術後の平均在院日数が「平均年齢 55.1 歳群」では 11.6 日 (range 7-28 日) に対して、「平均年齢 82.9 歳群」では 18.1 日 (range 8-85 日) に延長していたという報告もある (Yoshida et al., 2017, pp. 4433-4434)。

その一方で、手術によるリスクを考える場合、年齢は最優先事項ではないとされ (National Comprehensive Cancer Network, 2020)、手術関連による死亡率は高齢者であっても非高齢者と統計学的に有意な差はないという報告も増えている (Fagard et al., 2017; Pan et al., 2018)。また、低侵襲ではあるが、開腹術より時間のかかる腹腔鏡での手術も高齢者に対して安全に行えることや、入院期間の短縮も示されてきている (中尾他, 2019; 筒井他, 2018)。

よって、このような現状から、今後さらに胃がんや大腸がんといった消化器がんに対して、手術を受ける後期高齢者数が増加し、かつ後期高齢者であっても早期の退院を目指す動きが想定される。

**3. がんを患う術後高齢者の日常生活を支える看護。** 広辞苑によると、「日常」とは「つねひごろ、ふだん」、「生活」とは「生存して活動すること」と定義されていることから、日常生活とはふだん人間が生きて活動することである。Mead (1934/1987) は、人々が行いつつあることと、社会の背後にあることの融合が生活であるとし、個人と社会との相互作用を指摘している (pp. 288-289)。Blumer も生活には集団によって形成された様々な領域があるとし (1969/1991, pp. 44-47)、本多 (1998) は「生活」には社会から規定される側面と、個人が主体的かつ自立的に展開する側面があるとしている。一方、Berger & Luckmann は、日常生活は人々に一貫性を持った世界として解釈され、主観的に意味のある一つの現実としてあらわれるとし (1966/2003, p. 28)、Lefebvre (1958/1968) は、日常生活を高次の専門化された活動を除いた時に残るもので、全ての活動と深い関係を持つ全体性のあるものとしている。

看護学における生活への着目について、古くは Nightingale (1860/2011, p. 203, p. 210) が、病気は患者の生活の条件や状況の観察によって判断できるとし、看護師が患者の生活を整える必要性を訴えている。また、Henderson (1960/2016) も、看護師の第一義的な責任を、患者の日常生活における活動、つまり、呼吸、食事、排泄など、普段は他者に頼らずにできていることを維持できるように助けることとしている (p.16)。さらに Roper et al. (1964/2006) は生活に着目し、人は誕生から死というライフスパンに沿って過ごしていくなかで、絶え間なく変化し、その生活は生物学的、心理的、社会文化的、

環境的、政治経済的な諸要因によってあらゆる局面から影響を受けると述べている（pp. 23-26, p.92）。Roper et al. (1964/2006) は「生活行為」として、「呼吸する」や「排泄する」など生理的レベルから「コミュニケーションする」や「安全な環境を維持する」など心理的、社会的なレベルまで12の行為を挙げ、看護師はそれらへの依存と自立の程度によって適切な援助をすることとしている（pp. 64-66, pp. 83-87）。

一般的に「日常生活の援助」は、「Activities of Daily Living（以下、ADLs）の援助」と表現されることが多々あるが、ADLsは日常生活動作、日常生活活動、日常生活行動と訳されている。「日常生活動作」は、食事、排泄、移動などに必要な動作、つまり目的のための身体の動きに焦点が当てられている（中西, 2004）。「日常生活活動」は、動作のみではなく、呼吸、食事、排泄、睡眠・運動などの基本的欲求を満たすための習慣化された行動である（中木他, 2007）。他方、「日常生活行動」については中西（2004, p. 54）は「生命維持のための生理的欲求充足の行動だけにとどまらず、より高次の欲求をみたす社会生活維持のための行動をも含む、日常的に繰り返され、自動化された側面をもつ、文化や慣習の影響を受け、その人らしさを反映する」と示している。以上のことから、日常生活とは生命の維持や、食事や排泄などの基本的な欲求を充たす習慣的な側面のみではなく、個々人の主体性やこれまでの人生で社会や文化などから受けた影響による独自性を持つことと言える。

手術後に退院して間もない高齢者の日常生活では、高齢者が手術による身体的変化による影響を受けていることや、家事、食事などで家族の支援を得ていることが示されている（交野他, 2018）。また、一般的に術後のがん患者の多くは化学療法などの補助療法を受けるが、高齢者にも実施されているため、これまでの日常生活に通院治療が加えられることになる。外来で化学療法を受けている高齢者は、治療効果を期待して前向きに取り組む一方、これまでの仕事ができなくなったり、近所付き合いが減ったりしたことに対して寂しさを感じ、家族へは通院の付き添いや治療費に関して申し訳なく思っていることが明らかとなっている（奥村他, 2016）。このような外来化学療法中の高齢者に対して、看護師は安全で安楽に治療が受けられるように点滴中の移動や食事などの介助、また、これまでの人生を捉え、生活の質や本人の自尊心を考えた関わりを実践している（奥村他, 2018）。さらに、高齢者の生活やセルフケア能力に応じて、自宅での療養が適切にできるような支援や、高齢者やその家族の思いを把握し、医師への伝達を支援するなど（奥村

他, 2018)、周期的な抗がん剤投与を機会として、高齢者の日常生活に関して継続的な支援がなされている。

### **B. 消化器がん術後の高齢者の体験**

文献検索の結果からは、消化器がん術後の後期高齢者のみを対象とした研究は僅少であり、かつ消化器がん（一部、がん以外も含む）の65歳以上の高齢者のみを対象とした文献も少数であった。よって、消化器がんの中でも患者数が多い胃がんと大腸がん（結腸がんと直腸がんを含む）の患者において、量的研究では対象者の平均年齢や年齢中央値が65歳以上であること、質的研究では参加者に65歳以上を含む文献から術後の高齢者の体験を検討する。

術後の回復意欲をはぐくむ看護援助を探求するための半構造化インタビューに参加した胃がんや大腸がん術後の高齢者は、口から食事が食べられることや歩けることなど、自分でできることが増えることで回復を感じ、医療者や家族を心の支えとしていることが明らかにされている（小泉他, 2000）。他方、藤浪（2018）は胃がん術後の70歳以上の高齢者（男女各6名）の回復に向けた主体的な取り組みを把握するために、退院直前とその約1か月後に半構造化面接を実施している。その結果、入院中の高齢者は食事の摂取量を増やし、栄養のある食品を摂ることや、体力づくりのための運動によって体力を回復させようとしていた（藤浪, 2018）。また、むせの原因を探り、吐気が生じた際には薬をもらうなど不快な身体症状をうまく調節しようとしていた（藤浪, 2018）。さらに、体力が回復するまで普段は同居していない家族を頼り、医師や看護師といった医療者に相談することで周囲の力を活用していた（藤浪, 2018）。退院後には日常生活に合わせて身体症状を調整する行動として、間食をとる時間を設定する、1回で食べられる量をもとに食事回数を調整する、体力に合わせて暖かいときに外を歩くなど、より具体的な取り組みをするようになっていた（藤浪, 2018）。

このように食生活に変化が生じることは消化器の術後の特徴的な点であるが、胃全摘を受けて2週間後の高齢者では、摂取エネルギー量が術前より1,000 kcal以上減少していることが報告されている（古屋・中村, 2013）。また、Ulander et al. (1998)は大腸がん術後の75名（男性38名・女性37名、平均年齢71.4歳）のうち50名で、術後の摂取カロリーが必要量の80%未満であり、67名に平均4.7%の体重減少が生じていたことを報告している。Burden et al. (2016)も、大腸がん術後3年以内の25名（男性18名・女性7名、平均年齢67.7±12.4歳）に食事や栄養に関するインタビューをしたところ、半

数が体重減少について言及し、これが弱さを感じることやこれまで行っていた活動に参加しないことにつながっていた。

さらに、白田他（2007, p. 17）は日本版の General Health Questionnaire 28（以下、G28）を用いて、胃がん術後  $4.7 \pm 3.5$  年の 89 名（平均年齢  $65.4 \pm 9.6$  歳）の精神的な健康状態を評価しているが、40 名（44.9%）に「不安や不眠」、33 名（37.1%）に「社会的活動障害」、15 名（16.9%）に「うつ傾向」があることが示された。これに加えて、G28 の総合得点によって精神的に健常かどうかを従属変数としたロジスティック回帰分析を行ったところ、食生活全般に関する満足・不満足（オッズ比：8.15、95%信頼区間：1.25-53.3）、食欲の有無（オッズ比：5.97、95%信頼区間：1.25-28.6）が影響していることが明らかにされた（白田他, 2007）。よって、手術による食への影響は、摂取カロリーの不足による体重減少のみならず、精神的にも及んでいると言える。

大腸がん患者の術後早期における研究では、水越・白尾（2012）が結腸がん術後の 10 名（男女各 5 名、40～70 歳代）に手術後から初回外来時までの体験をインタビューし、再発や転移などがんに関した懸念、創部の違和感や創痛の影響、消化の良いものを食べるなど食事への気遣い、便秘にならないような排便調整、日常生活動作から体力の低下や疲労などを体験していることを明らかにした。また、術後 1 か月以内にインタビューを受けた大腸がん 10 名（男女各 5 名、44～76 歳）は、術後の回復におけるセルフマネジメントとして、身体的不快感を経験したときに自分で症状のコントロールを試したり、医師を信じ治療に協力したり、情報を求め、自分で自分を気遣う対応をしていた（Lo et al., 2021）。そして、がんの診断は大きなショックでもターニング・ポイントでもあるため、過去の生活を見直し、より健康的な食習慣や運動習慣を持つようと試み、家族の重荷とないようにし、頑張るやり抜くことで、がんという経験から学び成長していた（Lo et al., 2021）。他に、Mizuno et al.（2007）は、大腸がん術後 6 か月以内の 12 名（男性 7 名・女性 5 名、43～79 歳）に術後の体験や困難への対処に関するインタビューを実施し、がんによる死や再発への心配があること、病気を受け入れ落ち込まないこと、病気と向かう気力を高めていることなどを明らかにしていた。この研究参加者たちは日々の生活の中で、家族に援助を求め、家事や人との旅行、運動のための散歩といった具体的な行動によって生活習慣を再構成していた（Mizuno et al., 2007）。これらの研究からは、高齢者が術後に何かしらの症状や心配などを抱きつつも、日々の生活を前向きに送ろうとする姿が見受けられる。

その一方で、Norlyk & Harder (2011) は、大腸がんの術後 2～5 日で退院した 16 名 (53～77 歳) に自宅での回復についてインタビューをしたところ、術後の状況や全身の不快感でできていたことができないことで自らの無能さを感じ、嘔気や倦怠感などの症状によって医療者から言われたように活動できず、休息してしまうことに対して罪悪感を抱きながら、今までの日常生活に戻ることを望んでいた。加えて、Jonsson et al. (2011) は大腸がん術後の 13 名 (男性 7 名・女性 6 名、52～87 歳) に術後早期の体験を明らかにするためのインタビューを実施し、腸蠕動の異常で排便やガスがコントロールできないなどの身体的な症状や困難によって、嫌悪や恐怖、不安、不快といった精神的に否定的な気持ちを抱いていたことを報告している。そして、Jakobsson et al. (2017) の研究では、大腸がん術後の 10 名 (男性 7 名・女性 3 名、62～80 歳) へのインタビューから、入院中は離床をしようにも数歩の歩行に大きな努力が必要なことや、看護師などからの助けがなければ自分で身体をコントロールできないことによって、無力さを体験していた。このような身体的な不自由は、時間の経過とともに改善したが、退院の直後は休息が必要で、日々の生活に制限が生じ、家事や外への散歩ができないほど弱さを感じていた (Jakobsson et al., 2017)。さらに、腸管の切除により排泄機能に変化し、便意が頻回になったことで心配や不安が生じ、社会生活への支障やすぐに感じる満腹感や味覚の変化などによる食欲の減退は、退院後 1 か月以上も続いた者もいた (Jakobsson et al., 2017)。Tang et al.

(2019) の研究では、大腸がん術後で補助療法を終了して 1 年以内の 30 名 (男性 13 名・女性 16 名、48～88 歳) から、短期的な食生活を変える動機として、手術からの回復の促進や、手術による腸閉塞、術後化学療法による嘔気や口内炎といった副作用への対応が挙げられていた。また、手術による症状が長期的に続くことを動機として食生活を変えていることも示されていた (Tang et al., 2019)。このように、高齢者は術後の身体的変化によって、日常生活が思うようにならない体験をすることで、否定的な感情を抱き、苦悩の中で変化に対応しながら過ごしていると言える。

他にも、術後 1 年以上経過した大腸がん術後の後期高齢者 9 名 (男性 3 名・女性 6 名) への半構造的面接から、術後早期には食事の摂取量の低下や、便秘や下痢といった排泄に関する変化、体力の低下を知覚しており、その後、これらの改善を知覚する者もいれば、そのまま元に戻らない者もいたことが報告されていた (真志田他, 2019)。また、中には経年的な機能低下から老いや死を感じたり、外出や近所づきあいが減ったりしていたこと

も明らかにされていた（真志田他, 2019）。このように、術後の一時的な機能低下のみならず、経年的な機能低下を感じることは高齢者の特徴であると言える。

大腸がんの場合、一時的、あるいは永久的なストーマを造設することがある。オストメイトに関する研究では、Carlsson et al. (2010, p. 657) が直腸がんでストーマを造設した 57 名（男性 35 名・女性 22 名、平均年齢 66 歳）を対象とした心配事に関する質問紙調査で、術前には「がんの進行」「他人の重荷になること」「早く死ぬこと」「不確かな病気の性質」などが心配事の上位であった。そして、術後も術前と同様に「がんの進行」「他人の重荷になること」が心配事の上位として挙げられていた（Carlsson et al., 2010, p. 657）。また、McMullen et al. (2016) の研究においても、直腸がん術後の 5 年以上（術後  $13.3 \pm 6.5$  年）の長期生存者 440 名（ $73.3 \pm 10.6$  歳）への質問紙調査から、ストーマケアに費やす時間や努力、ストーマ装具による漏れ、ガスや臭いなどによる怖れや不安、がんの術後に普通に帰れないこと、術後の補助療法による疲労、集中力、持久力の問題、術前からの疾患や加齢による困難、QOL（Quality of Life）への医療者による注視の欠如、ストーマ装具の費用などが大きな困難として挙げられていた。

一定期間後にストーマ閉鎖術を受けることになる一時的なストーマの場合、ストーマが除去されることでボディ・イメージは回復するが、排便コントロールの喪失やその不確かさによって社会生活に制限が出ていることが報告されていた（Reinwalds et al., 2017, 2018）。このような直腸がん術後の便失禁や排便コントロールの喪失に対しては、骨盤底筋運動の指導が一般的であり、骨盤底筋運動の介入群は非介入群よりも術後 6 か月までの the Fecal Incontinence Quality of Life score の得点が高く、生活の質の改善につながることを示されていた（Hung et al., 2016）。また、藤田（2018, p. 51）は、直腸がんに対して内肛門括約筋温存術を受けた 21 名と低位前方切除術を受けた 70 名の計 91 名（男性 58 名・女性 33 名、平均年齢  $66.7 \pm 10.6$  歳）にインタビューを実施し、「野菜類摂取」「ヨーグルト摂取」「水分摂取」「肛門の洗浄・清拭」などの 22 項目を排便障害に対する対処法として明らかにした。排便コントロールができないことで、日常生活の範囲が縮小してしまうため、骨盤底筋運動や食事内容の見直しによる対処法で退院後の日常生活の質が向上すると考えられる。

以上の文献検討より術後の高齢者は、体力の低下や手術によって喪失した臓器の機能による食生活や排泄習慣への大きな影響を受けながら、退院後の生活を送っていることが明らかとなった。また、家族や友人の支援が必要な状況となり、社会的な活動への支障も

生じていた。消化器領域の手術では、食事や排泄という重要な日常生活への変化が生じることが特徴であり、手術による影響の消失、あるいは軽減するまでには苦労や時間がかかるということも浮かび上がった。さらに、高齢者の場合はがんを患ったこと以外に、老化による経年的な機能低下や手術前からの併存疾患の影響なども感じていることも注目すべき点であった。よって、病棟看護師には手術の侵襲からの回復のみならず、高齢者の退院後の日常生活を見据えた看護実践が必要と考えられる。

### **C. 消化器がん術後の高齢者への看護実践**

看護実践は、看護師とクライアント、つまり看護師と高齢者との相互行為の中で (King, 1981/1985, pp. 179-181)、看護師が患者の状況をアセスメントして、ニードや心配、健康問題などから判断した看護行為を実施し、その結果生じた患者の反応を評価することである (荒川・井上, 2015; 伊良波・嘉手苺, 2013; Tanner, 2006; 上田・宮崎, 2010)。そのため、消化器がん術後の後期高齢者への看護実践は、看護師自らの知識や技術、価値観をもとにした後期高齢者への働きかけであり、状況を判断して援助を実施し、評価へと移行していく一連の過程と言える。

田口他 (2010) は、消化器系疾患術後の高齢者 10 名 (消化器がんは 3 名) に腕時計型のアクチウォッチ (ミニミッター社製) を装着してもらい、昼夜の体動および受光量の測定によって活動量を算出し、その値と患者の生活行動を照合することで睡眠効率を算出した。これによって、術後せん妄となった 3 名 (全員 80 歳代、消化器がんは 1 名) においては、昼夜の受光量の変動が少ないことから日中の活動量と睡眠効率の低下が指摘された。このことから、術後せん妄の予防には、日中の活動量の増加と意図的に光を浴びる習慣を取り入れることが提案されている (田口他, 2010)。術後せん妄に関しては、高齢のがん患者における術後せん妄のリスクは術前からの検討事項とされ (National Comprehensive Cancer Network, 2020)、松下 (2013) は消化器系疾患 (がん以外も含む) の高齢者において、術後 1 日目から 4 日目までのせん妄を予測する指標として、NEECHAM 混乱・錯乱状態スケール日本語版の有用性を報告している。また、消化器系疾患 (がん以外も含む) の手術を受けせん妄を発症した高齢者 22 名 (平均年齢 76.8 歳) の分析からは、19 名に場所や日時等がわからないといった失見当識がみられ、16 名がカテーテル類を抜去しており、安全な治療への影響が示された (堤他, 2008)。このような術後せん妄の高齢者に対する対応は、観察や薬剤の投与が主となっていたが (堤他,



2008)、田口他(2010)によって術後せん妄の予防に積極的な日常生活への介入が有効であると示唆されたと言える。

術後の離床に関する研究では、永井他(1982)が消化器系疾患術後の25名中22名が離床(ベッドサイドで立位)でき、初回離床までの平均術後日数は $4.3 \pm 2.7$ 日であったことを明らかにした。22名の高齢者には良性疾患(胆石症)と悪性疾患(胃がん、大腸がんなどの消化器がん)が含まれていたが、75歳以上で悪性疾患の4名は、初回離床までの期間が $5.0 \pm 0.8$ 日と全体の平均よりも延長していた(永井他, 1982)。初回離床時の身体症状について質問した17名中11名には下肢のふらつきがあり、9名は創痛を訴え、眩暈、冷汗、顔面蒼白があった者もいた(永井他, 1982)。離床ができた22名のきっかけをみると「排尿」が7名と最も多く、次に看護師による「離床訓練」が5名であった(永井他, 1982, p.10)。他に、大腸がん術後の17名(男性13名・女性4名、中央値76歳)の歩行数と6分間歩行の距離から、術後早期からの継続した歩行によって下肢の筋力低下を予防できることが示唆されていた(糸川・中山, 2019)。

加藤木(2013)は、離床を「ベッドから離れる行為でベッド上端坐位を含む」と操作的に定義し、大腸がん術後の5名(男性2名・女性3名、40代後半～70代前半)の参加観察から食事を摂る、身だしなみを整える、トイレで排泄をする、新聞・書籍を読む、売店に買い物に行くなどを離床行動として抽出しており、普段の行動が離床につながっていることを明らかにしている。また、東條他(1994)は、受け持ち看護師に消化器系疾患(がん以外も含む)術後3～10日目の90名(65歳以上)のセルフケア行動(20項目)の評価を依頼した。その結果、「数日間、禁食が守られる」「術後、衣類などの洗濯は他者による援助が受けられる」「医療処置が受けられる」「創部痛があるときは医療者のケアが受けられる」の4項目のみで、60%以上の高齢者が自発的に行っていると評価された(東條他, 1994, p. 53)。他の「入浴、清拭など必要時介助を受け行える」「含嗽、歯磨きの習慣が励行されている」「十分な睡眠がとれるように昼間の活動について調整ができる」「洗髪、整髪が習慣として行われる」などは「促されると応じる」と評価され、患者がより高齢であるほど自発性が乏しくなることも指摘されていた(東條他, 1994, p. 53)。そのため、高齢者は術後の身体的・精神的状態からセルフケアができない可能性や、看護師への遠慮からケアを依頼できずにいる可能性が推測される。

消化器外科病棟での後期高齢者へのクリニカル・パスを用いた看護実践について、看護師は設定された予定に捉われずに、高齢者の機能低下や術後せん妄といった術後経過に

応じて臨床判断を行い、パスの予定を修正していた（真志田・深堀, 2020）。また、離床での疲労を考慮して無理をしないように進め、時間をかけて離床に付き添い、高齢者にわかってもらえるように馴染みのある言葉を用いてわかりやすく説明していた（真志田・深堀, 2020）。さらに、入院時のスクリーニング・シートや退院支援カンファレンスによる退院支援の必要性の認識から、高齢者の退院後の生活に関する情報を収集してスタッフ間で相談し、入院中の高齢者の様子を見ながら、退院後の家族からの支援やサービスの利用を予測していた（真志田・深堀, 2020）。

以上のことから、消化器系疾患術後の高齢者では、術後せん妄によるカテーテル類の自己抜去などによって安全な治療の継続が困難となっている。その対処としては、薬剤の投与や患者の観察が行われている一方、日中の活動量を増やすなどの予防も明らかとなっていた。また、早期の離床を進めることで下肢の筋力低下が軽減され、食事、排尿や排便、売店への買い物などといった日常的な活動が離床につながっているが、高齢者の入浴、歯磨きなどを看護師が促している現状があった。さらに、看護師の用いるクリニカル・パスの予定に高齢者の術後経過が合わない実態も明らかになり、入院早期から退院支援の必要性を検討していた。よって、看護師は「退院指導」と時間を取って行うことのみならず、日々の関わりの中で高齢者とともに退院後の日常生活を考えることが必要である。

文献検討からこれまでの研究では、消化器がん術後の高齢者の体験を明らかにする研究や調査は実施されていたが、それには成人期の患者が含まれていることもあり、身体機能や精神機能などが大きく低下し、かつ、これから増加する後期高齢者へ着目したものは僅かであった。また、術後看護を担う病棟看護師に焦点を当てた研究もほとんど見られなかった。そのため、病棟看護師による後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践を明らかにすることで、後期高齢者への術後看護の質の向上につながり、後期高齢者が新たな日常生活を築けるよう関われると考える。

### **Ⅲ. 目的と意義**

#### **A. 研究の目的**

本研究の目的は、消化器がん術後の後期高齢者に関わる病棟看護師の退院後の日常生活を見据えた看護実践を明らかにすることである。

## **B. 研究の意義**

本研究の意義は、消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践を明らかにすることで、消化器がんの後期高齢者への術後看護の理解と、術後看護における質の向上への一助である。

具体的には第一に、看護師が術前からの後期高齢者の日常生活を考慮し、ともに退院後の新たな日常生活を見出すことによって、後期高齢者の自信や安心につながり、早期退院につながる可能性が高くなる。第二に、消化器がん術後の後期高齢者の特徴を踏まえた看護実践について、新人看護師や他の部署から移動してきた消化器外科領域の経験が少ない看護師に伝える教育の一助となる。第三に、病棟看護師がこれまで行ってきた関わりを振り返り、消化器外科という特定の領域における知識や価値、考えを再認識した上で、根拠に基づいて術後の後期高齢者と関わるができる。

## **C. 用語の定義**

日常生活とは、食事、排泄、睡眠、趣味など高齢者が普段から行っている習慣的な行動のみならず、高齢者の人生で培われてきた生き方や価値観、他者との関係などによって個別的に意味づけられて構成されることとする。

看護実践とは、看護師が特定の状況下において知識や技術、価値観をもとに統合的な判断により、目的を持って患者に対して関与する行為であり、その結果の評価から更なる行為へと連続する過程とする。

## **IV. 方法**

### **A. 研究デザイン**

本研究では、病棟看護師が消化器がん術後の後期高齢者との関わりの中で、どのように退院後の日常生活を見据えた看護実践をしているかを明らかにすることが目的であり、これは測定可能な変数ではなく、その現象における複雑性の詳細な理解が必要である。よって、個人、集団、文化における社会的現実の理解を目的とし、人々の行動、見方、感情、経験、人々の生活の中核にあるものを探求するために適した質的研究とした

(Holloway & Wheeler, 2002/2013, p. 2)。特に、看護師による後期高齢者への関わりに着目し、語りや行為の意味を探求し、解釈することが求められる。この過程は、研究参加者と研究者の双方による相互作用であり、また消化器外科病棟で勤務していた研究者の主

観性の影響を認識する必要があるため、社会構成主義グラウンデッド・セオリー法 (Charmaz, 1990, 2000, 2006, 2008, 2014) を用いた。

グラウンデッド・セオリー法は Glaser & Strauss (1967/1996) によって示され、これによりそれまでの口承による伝承であった質的研究の分析が明文化され (Charmaz, 2000, p. 512)、質的データは量的研究の予備的なものではなく、結論となり得るものであると据えられるようになった (Glaser & Strauss, 1967/1996, p. 317)。グラウンデッド・セオリー法には、Mead (1934/1973) によって示された社会的相互作用で、Blumer によって定義づけられたシンボリック相互作用論の観点が入り入れられており、それは「①人間はものごとが自分に対して持つ意味に則って、そのものごとに対して行為する、②ものごとの意味は個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出され、発生する、③意味は個人が自分の出会ったものごとに対処するなかで、その個人が用いる解釈の過程によって扱われたり、修正されたりする」である (1969/1991, p. 2)。そのため、グラウンデッド・セオリー法を用いることは、人々が相互作用の中でどのように言語や行為を解釈するかという過程を分析することに適している (Charmaz, 2014, pp. 8-10)。Strauss と看護研究者の Corbin は、軸足コーディング (Axial Coding) やパラダイムの基本的構成要素 (条件、行為/相互行為、帰結) を取り入れたグラウンデッド・セオリー法を示しており (Strauss & Corbin, 1990/1999)、日本国内ではこれらに準拠した木下 (1999) や 戈木 (2013) のグラウンデッド・セオリー法も用いられている (戈木, 2014)。

グラウンデッド・セオリー法の第二世代として、Charmaz は社会構成主義グラウンデッド・セオリー法を提案している (Charmaz, 1990, 2000, 2006, 2008, 2009, 2014)。このグラウンデッド・セオリー法では、研究者が研究参加者を中立的に観察し、現象を説明・予測するような変数を特定することではなく (Charmaz, 1990, 2000, 2006, 2008, 2009, 2014)、現実には複数に解釈することが可能であり、事実と価値を結び付けて考えるというプラグマティズム<sup>1</sup>に基づいており、研究参加者の特定状況下における語りや行為の意味を探求し、解釈することを目的としている (Charmaz, 2014, pp. 5-17, pp. 263-265)。社会構成主義 (constructivism)<sup>2</sup>は相対性を前提としており、研究参加者と研究

<sup>1</sup> プラグマティズムは 1878 年に Charles S. Peirce が造語した言葉であり、多元論を支持し、古い真理が新しい真理の付加によって成長していくとしている (James, 1907/1960, pp. 36-37, p. 51, p. 59, p. 126)。

<sup>2</sup> Lincoln & Guba (2013, pp. 39-41) は、社会構成主義 (constructivism) の存在論的前提を存在物考える人々の精神の中にのみあり、「真に」存在していないとしている。また、認識論的前提を「現実」は特定の文脈において知る人と知ることができることのやり取りに依存し、そのやり取りは必然的

者の間における相互的な主観性によって知識が創造されるとし、思考や関係性、意味づけの深い探求による解釈と弁証によるとしている (Lincoln & Guba, 2013, pp. 37-41)。そのため、参加観察やインタビューのデータを研究参加者と研究者の双方の主観性や価値を認識した上で、理解し、解釈することによって看護実践を記述していくことが可能であることから (Charmaz, 2009)、本研究の手法として妥当とした。

## **B. 研究方法**

**1. 研究期間.** 研究期間は、予備調査も含めて 2019 年 10 月～2022 年 3 月 31 日で、そのうちデータ収集期間は 2020 年 3 月～2021 年 6 月であった。

**2. 研究施設の選定方法.** 研究実施施設として、一定の技量下で多数の消化器がんの手術が実施され、後期高齢者への看護実践の機会も豊富な施設 (2 か所) を選定することにした。そのため、消化器外科関連の手術が 3 年間で 600 例以上、かつ消化器外科必須主要手術が 3 年間で 120 例以上行われており、消化器外科学会認定の指導医も常勤する「日本消化器外科学会専門医修練施設」から選択した。

まず、東京都内にある「日本消化器外科学会専門医修練施設」(約 80 施設) のリストにある病院の直近における症例数などを確認して、病院を選定した。看護部長宛てに研究計画書 (付録 A) と研究協力依頼書 (付録 B) を郵送し、2 週間程度を目安に返答を依頼した。研究協力の得られる病院が見つかるまで、順次書類の郵送を行った。その後、研究協力が得られる病院の看護部長と日程調整をし、研究計画書を用いて研究の目的や意義、方法について口頭で説明した。研究実施の許可が出た場合は、看護部長から紹介された消化器外科系病棟の看護師長と日程を調整して、研究計画書と研究協力依頼書 (付録 C) を用いて研究の目的や方法、協力内容について口頭で説明を行った。

**3. 研究参加者 (看護師) と募集方法.** 看護師の募集人数は 20 名程度とし、経験年数によらず消化器外科系病棟に勤務している看護師を参加観察への参加者とした。募集はポスター (付録 D) による募集とし、病棟看護師長にポスターの配布や掲示を依頼した。問い合わせのあった看護師と、メールで日程を調整し、研究説明書・同意書 (付録 E) を用いて、研究の目的、方法、倫理的配慮について説明し、同意書への署名によって研究参加者とした。同意書の提出は郵送、または研究者への手渡しとした。応募する看護師が少な

---

に非常に主観的で、前持った経験や知識、個人的文化的価値、文脈の解釈などによって媒介されるとしている。加えて、Charmaz は心理学者の Vygotsky (1962/2001) や Kenneth J. Gergen を支持している (Charmaz, 2014, p. 14; Charmaz & Gibbs, 2015)。

い場合には、病棟看護師長に条件に合う看護師へ募集のある旨を伝えてもらい、関心を示した場合に研究者への連絡先を案内してもらった。

新型コロナウイルスの影響により参加観察が実施不可能となった期間は、インタビューのみを実施した。Benner（1984/2005）が同一状況で2～3年勤務することによって、計画を立て自分の看護実践を捉えられるようになるとしているため、インタビューは消化器外科系病棟で計2年以上の臨床経験のある看護師を募集した。インタビューのみの研究参加者の募集もポスター（付録F）による募集とし、病棟看護師長にポスターの掲示や配布を依頼した。その後、問い合わせのあった看護師と、メールで日程を調整し、研究説明書・同意書（付録G）を用いて、研究の目的、方法、倫理的配慮について説明し、同意書への署名によって研究参加者とした。同意書の提出は郵送、または研究者への手渡しとした。応募する看護師が少ない場合には、病棟看護師長に条件に合う看護師へ募集のある旨を伝えてもらい、関心を示した場合に研究者への連絡先を案内してもらった。

**4. 研究参加者（高齢者）と募集方法.** 高齢者の募集人数は10名程度とし、認知症の診断がされていない意思疎通が可能な消化器がんの手術を受ける75歳以上の後期高齢者とした。高齢者が受ける手術について、姑息的な手術ではなく、胃がん・大腸がんに対する根治的手術とした。また、術後にせん妄の遷延化（術後1週間以上）により意思疎通が困難な状態や心身的に研究参加が困難などと、日々の担当看護師から判断された場合には、研究参加の中断や研究参加者から除外することにした。募集はポスターでの募集（付録H）とし、病棟看護師長に掲示を依頼した。募集が少なかった場合は、病棟看護師長に研究参加者としての条件の合う高齢者に声をかけてもらい、関心を示した場合には、研究者へ直接紹介してもらった。

手術日より前に高齢者とその家族に研究説明書・同意書（付録I）を用いて、研究の目的、方法、協力内容の説明を行い、同意をもらった。なお、高齢者には看護師との関わりにおける言動や反応の観察と記録に同意してもらうことが目的であり、インタビューや介入などは一切実施しなかった。

新型コロナウイルスの影響により参加観察が実施不可能となった期間は、高齢者の募集は病院より許可が得られるまで中断した。

**5. データの収集方法.** データ収集の方法は、Charmaz（2014）の社会構成主義グラウンデッド・セオリー法をもとに参加観察法とインタビュー法を用いた。

グラウンデッド・セオリー法では、データ収集と分析を同時に進行することが特徴とされており（Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2008/2012; Glaser & Strauss, 1967/1996）、参加観察やインタビューはデータ収集のみの場ではなく、分析の場としても捉えた。

まず、参加観察は術後の高齢者のケアを行う病棟看護師に同行し、ベッドサイドでのバイタルサインズの測定、ドレーンや腹部の観察、離床への援助、食事や内服などの指導、消化や排泄機能の変化の説明、退院指導など的高齢者との関わりを観察した。その際、看護師の声かけや行ったケアによる高齢者の言動や表情などの反応も観察することで、相互作用を捉えた。研究者はケアなどには関わらないが、その場面で不自然とならないように高齢者に対してあいさつや声かけ、また、話しかけられた際の対応は行った。参加観察の終了後には、ナース・ステーション内の個室で、速やかにその場面のフィールド・ノートを作成した。参加観察は原則的に研究実施施設における日勤帯の時間で、週 2～3 回、1 回 4～6 時間程度滞在した。

インフォーマル・インタビューは、同行した看護師に対して、ケアの合間などに適宜質問をし（数分程度）、高齢者に行った声かけやケアの意図や考えを確認した。看護師の発言は、速やかにフィールド・ノートとして記して、データとした。

フォーマル・インタビューは、看護師に対するインタビュー・ガイド（付録 J）を用いた半構造化インタビューで、同行日とは日を改めて実施した。ここでは同行した日のインフォーマル・インタビューで得られなかった高齢者に対して行った声かけやケアの意図や考え、加えて参加観察のデータ分析での解釈の内容の確認を中心に、一人に 1～2 回、1 回 30 分程度実施した。インタビューでは研究参加者の話に関心を示し、さらに話を深めるような質問を行い（Charmaz, 2014, pp. 68-71）、音声の録音やメモを取り、速やかに逐語録を作成した。なお、参加観察後のフォーマル・インタビューは Benner

（1984/2005）が同一状況で 2～3 年勤務することによって、計画を立て自分の看護実践を捉えられるようになるとしているため、消化器外科系病棟で計 2 年以上の臨床経験のある看護師へ依頼した。

新型コロナウイルスの影響により参加観察が実施不可能な期間は、看護師に対してフォーマル・インタビューを実施した。2021 年 6 月のフォーマル・インタビューは、2020 年 3 月に実施した参加観察と 2020 年 10 月のフォーマル・インタビューのデータ分析から生成された焦点化のコードや理論的カテゴリーの特性を洗練させ、カテゴリー間の差異

を明らかにするため、焦点を絞ったインタビュー・ガイド（付録 K）を用いて、1回 60分程度実施した。インタビューでは音声の録音やメモを取り、インタビュー後には速やかに逐語録を作成した。看護師がオンラインによるインタビューを希望した場合は、Zoomを利用して行った。

**6. データの分析方法.** 参加観察やインフォーマルあるいはフォーマル・インタビューから得られたデータをもとに、Charmaz (2014) のグラウンデッド・セオリー法をもとに分析した。

まず、参加観察で得られたフィールド・ノーツの内容と、インタビューの内容の逐語録により場面を詳細に記述した。その場面の記述内容を丁寧に熟読し、病棟看護師が後期高齢者の退院後の日常生活を見据えて、高齢者とどのように関わりながら看護実践を行っているのかに焦点を当ててコード化した。

「初期のコード化 (Initial Coding)」では、データにオープンな姿勢を取り、データに根ざして (Charmaz, 2014, p. 120)、相互作用を含めた看護実践にコードをつけた。データのコード化には行ごとのコード化 (Line-by-Line Coding)、出来事同士のコード化 (Incident-with-Incident Coding) を基本として用いて、データの示す意味からプロセスを意識できるように表現した (Charmaz, 2014, pp. 120-132, p. 245)。

次に「焦点化のためのコード化 (Focused Coding)」を行った。初期のコード化によって明らかとなった初期のコードの頻度やその重要性をもとに、焦点化のコードを抽出した。その際には、初期のコードとデータを比較して、コードがデータの内容を十分に説明しているかを検討した。また、初期のコード同士の比較も行い、コードがどのように出現するかそのパターンに着目した (Charmaz, 2014, pp. 140-141)。

さらに、焦点化のコードを発展させるために「メモ書き (Memo-writing)」を実施して、研究者の考えを記録しながら、他のコードに内包されるようなコードかどうか、カテゴリとなり得るコードかどうかを検討した (Charmaz, 2014, p. 163)。コード間などの比較によって生成されたカテゴリは「理論的カテゴリ (Theoretical Category)」といい、暫定的なものであるため、さらにカテゴリの特性を発展させ、カテゴリ間の差異を明らかにすることを目指して、研究参加者に焦点を絞った質問をしたり、新たな参加者を募ったりすることで「理論的サンプリング (Theoretical Sampling)」を行った

(Charmaz, 2014, pp. 197-216)。これによって、カテゴリ間の比較を行い、カテゴリを洗練させ、各々のカテゴリの分類や統合を記述することで看護実践を示した。



本研究では参加観察とインタビューにおけるデータの分析過程で、老年看護学を専門とする指導教員など複数の教員からのスーパービジョンを受けることによって、信頼性と信憑性を確認した。

### **C. 倫理的配慮**

研究を実施するにあたり、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会から予備調査（承認番号：2019-67）と本調査（承認番号：2020-72）の承認を受けた（付録 L、付録 M）。

**1. 研究への参加・同意について.** 研究への参加は自由意思であり、強制されてはならないため、ポスターの掲示や配布での募集を原則とした。応募者が少ない場合には、病棟看護師長に研究参加者となり得る看護師や高齢者に研究の募集について案内をしてもらったが、あらかじめ研究に関する話を研究者から聞いた後でも、研究への参加を拒否することができ、不利益はないことを伝えてもらった。また、研究参加者への説明の際には、研究への参加を同意した後でもいつでも参加を中止でき、その者の立場や治療に不利益が生じないことを説明した。

認知症と診断されていない高齢者が研究参加者ではあるが、高齢であるため家族にも説明し、同意を得ることで研究への透明性を高める配慮をした。

看護師や高齢者が研究への参加に同意した場合は、研究参加同意書 2 部に署名をもらい、1 部は研究参加者自身に保管してもらい、1 部を研究者に渡してもらった。

研究参加者が研究への参加を中止する場合は、同意撤回書（付録 N）2 部に署名をもらい、2 部とも研究者に渡してもらうか、事前に渡した切手付返信用封筒で郵送してもらう必要性を伝えた。同意撤回書の 1 部は確認後、研究者が署名して本人へ返送することにした。研究参加者から同意撤回書を受け取った場合、その研究参加者から収集したデータは研究に使用せず、速やかに紙データはシュレッダーで処理し、電子データは消去することにした。ただし、同意撤回書を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないことを説明して、了承を得た。

**2. プライバシー・個人情報の保護について.** 看護師へのインタビューの場所は、対面の場合はプライバシーの保護が可能な研究実施施設のプライバシーの保護が可能な個室で実施した。オンラインの場合は Zoom を使用し、研究者と研究参加者ともに情報セキュリティとプライバシーが守られる環境で行った。研究者はシステムに付帯している録音・画面録画機能は使用せず、研究参加者にも使用しないように依頼した。収集されたデータ

は、研究以外の目的で使用しないことを研究参加者に説明した。データ分析は個人情報保護できる環境で行い、研究データは大学のセキュリティポリシーに則り、管理した。ICレコーダーに録音したインタビューは速やかに文字として電子データ化し、音声自体は消去した。電子データはパスワードをかけた圧縮ファイルの形式で、大学が指定するクラウドサービス（One Drive）に保存し、それ以外の研究データ（メモ等）は大学の院生室の鍵のかかる机に保管した。研究終了後、電子データはセキュリティ付きのUSBで保存し、その他のデータとともに自宅の鍵のかかる机で保管し、保管期間は研究終了後から5年間とし、その後、全てのデータを復元ができないよう消去することとした。研究の妥当性を保つため、指導教員や他の大学院生と分析結果の一部を共有し、指導を受けるが、その際は研究参加者の個人を特定する情報は記号化し、使用した資料は速やかにシュレッダーにかけた。研究結果公表時は、研究参加者の匿名性の確保とプライバシーの保護をする旨を説明した。研究参加者（看護師）の名前・メールアドレスまたは電話番号、研究参加者（高齢者）の名前・年齢・病名・入院日、研究結果を希望する者の住所を扱うことになるが、個人情報は研究にのみ使用し、守秘義務を厳守した。

**3. 研究参加者（看護師）への配慮.** 研究参加の謝礼として2,000円分の商品券を渡した。インタビューによって、時間的拘束や自らの看護を振り返りこと等で、疲労や気分不快、感情の変化が生じる可能性があった。その場合には、直ちに休んでもらうか、インタビューを中止するなど研究参加者の意向に沿うような解決策の実施を説明した。また、参加観察では研究者が至近距離にいることで、精神的負担となる可能性があるため、適宜心身状態を伺い、場合によってはその日の参加観察を中断・中止することを説明した。

**4. 研究参加者（高齢者）への配慮.** 研究者が看護師の行う高齢者への関わりを観察するため、研究者の存在が精神的負担となる可能性があることを説明した。そのため、参加観察開始時には高齢者に状態を伺い、高齢者の意向と当日の担当看護師の判断によって、その日の参加観察の中断・中止を検討することを説明した。高齢者の急変時、研究者は当日の担当看護師の指示に従って対応することとした。

**5. 新型コロナウイルスへの対策.** 研究者は研究実施施設の感染防止策に則り、手洗い、マスクの着用を遵守し、体温や感冒症状の自己管理を徹底した。感冒症状があった場合は研究活動を中止し、受診をした上で医師の診断で問題ないと判断された場合にのみ研究を継続することにした。参加観察では、開始前に研究参加者の感冒症状等の有無を確認し、研究参加者から出来るだけ1m以上の距離を取り、発語は最低限にし、15分以上接

しないように努めた。インフォーマル・インタビューにおいても同様に配慮した。また、対面でのフォーマル・インタビューでは2 m以上の距離を保ち、部屋の換気に十分努めた。研究参加者（看護師）がオンラインによるインタビューを希望した場合はオンラインで実施した。

研究者は自宅と研究実施施設の往復において、通勤ラッシュの時間帯を避けるようにし、日常生活においても人混みを避けるようにするなど感染リスクの軽減に取り組んだ。日本看護学校協議会の保険（Will 2）に加入し、感染・二次感染の補償を確保した。

**6. 研究の資金源・利益相反の有無.** 研究の資金源は、令和3年度「学校法人日本赤十字学園教育・研究及び奨学金基金」研究事業（学長裁量事業）で、開示すべき利益相反はない。

**7. 報告・相談・問い合わせへの対応.** 倫理的妥当性、科学的合理性、研究実施の適正性、研究結果の信頼を失う事実または情報を得たとき、研究の進捗状況が当初の計画から著しく逸脱するとき、研究の実施に伴い有害事象が発生したときなどは、病棟看護師長と指導教員に報告し、指示に従うこととした。研究参加者やその家族、関係者からの問い合わせは連絡先を説明書に明記し、対応することにした。問い合わせの内容によって、研究者自身が対応しかねると判断した場合は、問い合わせた者の許可を得て指導教員に報告し、指示に従うこととした。

## V. 結果

### A. 研究フィールドと研究参加者の属性について

**1. 研究フィールドについて.** 参加観察を実施したZ病院は、東京都内にある「日本消化器外科学会専門医修練施設」に認定された450床程度の病院で、消化器系病棟は45床ほどあり、常時40～42床が稼働していた。その内訳は消化器外科が約30床、消化器内科が約10床、他科が数床であった。手術はほぼ連日（月～金曜日）行われ、1日に1～5件程度で、消化器がんの後期高齢者への手術は週に1～2件であった。多くは消化器がんに対する手術であったが、胆石症や虫垂炎、緊急での腸管穿孔などの手術もあった。看護師の配置は、管理者2名（師長と主任）とスタッフ25名で、AチームとBチームに分かれたチーム制であった。勤務体制は2交代制で、日勤は師長、主任、スタッフ7～8名（リーダー、各チーム3～4名）、夜勤は3名で構成されていた。日勤の時間帯は8時30分～17時で、8時30分から申し送りが始まり、夜勤の看護師が日勤の看護師に夜勤帯

の状況を報告していた。病棟は朝から手術出し、入退院など人の出入りが多く、慌たしさはあったが、リーダーを中心にメンバー同士で声を掛け、連携を取り合っていた。日々の看護師間のカンファレンスに加えて、退院支援担当の看護師、ソーシャル・ワーカー、薬剤師などとの退院支援カンファレンスが週2回行われていた。ここでは、各患者について退院支援の必要性を検討し、追加で必要な住環境や家族からの支援に関する情報の確認や訪問看護ステーションなど院外との連携についての調整などが話し合われていた。基本的に、看護計画はクリニカル・パスを用いていた。

インタビューのみに参加の得られた ZZ 病院も東京都内にある「日本消化器外科学会専門医修練施設」の認定を受けた病院で、400 床程度あり、入院患者は 60 歳以上が約 70% を占めていた。消化器外科の術後看護を担う病棟は 2 か所あり、それぞれ整形外科と形成外科、乳腺外科と呼吸器外科などとの混合病棟であった。看護師の勤務体制は変則 2 交代制（あるいは 3 交代制）であった。特に、大腸がんの手術は年間 100 件以上実施され、Z 病院と同様に、基本的に後期高齢者でもクリニカル・パスを用いていた。

**2. 研究参加者の属性について.** 看護師の研究参加者は Z 病院に勤務する者 13 名（看護師 A～M）、ZZ 病院に勤務する者 6 名（看護師 N～S）の計 19 名であった。看護師の年齢は 20 歳代前半から 40 歳代前半で、性別は女性 16 名と男性 3 名であった。臨床経験年数は 1～21 年で、消化器外科系の病棟での経験年数は 1～15 年であった（表 1、表 2、表 3）。

後期高齢者の研究参加者は、70 歳代後半の女性 1 名と 80 歳前半の男性 1 名であった（表 4）。

表 1 Z 病院の看護師（参加観察とインタビュー）

看護師	A	B	C	D	E	F	G
年齢	40 代前半	30 代前半	20 代前半	40 代前半	20 代前半	20 代後半	20 代前半
性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性
臨床経験年数（年）	21	9	2	11	2	4	1
消化器系病棟での 経験年数（年）	15	7	2	10	2	4	1
フォーマ ル インタビュー（分） （1 回目/2 回目）	45/39	37	52	40	なし	42/39	なし

表 2 Z 病院の看護師（インタビューのみ）

看護師	H	I	J	K	L	M
年齢	20 代後半	30 代後半	30 代前半	20 代後半	20 代後半	30 代前半
性別	女性	男性	女性	女性	女性	女性
臨床経験年数（年）	7	11	12	4	6	9
消化器系病棟での 経験年数（年）	7	11	12	4	5	9
フォーマル インタビュー（分） （1 回目/2 回目）	41	44/56	44/40	41	31	40/30

表 3 ZZ 病院の看護師

看護師	N	O	P	Q	R	S
年齢	20 代前半	20 代後半	30 代前半	30 代後半	20 代後半	20 代後半
性別	女性	男性	女性	男性	女性	女性
臨床経験年数（年）	2	3	11	18	7	5
消化器系病棟での 経験年数（年）	2	3	11	3	7	5
フォーマル インタビュー（分）	61	62	63	55	64	62

表 4 高齢者の研究参加者

高齢者	X	Y
年齢（歳）	75	81
性別	女性	男性
病名	大腸がん	胃がん
術式	腹腔鏡下右半結腸切除術	腹腔鏡下胃全摘術
術後の入院期間（日）	11	13

女性の高齢者 X は、大腸がんに対して腹腔鏡下右半結腸切除術手術を受け、術後は食事の再開により、頻回な下痢が生じていた。また、創部に発赤を生じていたが、術後 11 日目に退院した。既往は、15 年ほど前に子宮がんに対して子宮全摘術を受け、その影響による下肢のリンパ浮腫や糖尿病などがあった。家族は夫と 2 人暮らしで、夫は入院期間中に何度か面会に来ていた。

一方、男性の高齢者 Y は、胃がんに対して腹腔鏡下胃全摘術を受け、手術当日の夜から翌日は術後せん妄を発症し、内服や離床を拒否していた。その後、せん妄の症状は改善し、食事也开始されて、順調に回復していた。しかし、食事を早く食べたことによってダ

ンピング症状を起こしたことがあった。既往には高血圧や右膝関節痛などがあり、T字杖を用いて歩行していた。パートナーと同居しており、妹も面会に来ていた。

Z病院では、看護師A～Gの7名の看護実践について参加観察を実施した（表1）。研究に参加した高齢者Xに関わる看護師に対して、手術前日、術後3、4、5、7、10日目に数分～20分程度、1日あたり1～5回同行して、計132分の参加観察を行った（表5）。また、高齢者Yに関わる看護師には、術後1、2、4、9、11日目に、数分～60分程度、1日あたり1～7回同行して、計173分の参加観察を行った（表6）。

表5 参加観察（高齢者X）

術後日数	担当看護師	参加観察の回数	合計時間（分）
-1	A	5	56
3	B	4	32
4	C	3	25
5	E	1	5
10	G	3	14
		計 16	計 132

表6 参加観察（高齢者Y）

術後日数	担当看護師	参加観察の回数	合計時間（分）
1	C	4	75
2	E	3	19
4	D	7	36
9	F	1	26
11	F	1	17
		計 16	計 173

インフォーマル・インタビューは、看護師への同行後の時間があつた場合に、ナース・ステーションなどで1～2分程度、高齢者に関わっていた際の考えや発言の意図を確認した。

フォーマル・インタビューは、参加観察した看護師A～Gの7名中、A、B、C、D、Fの5名に対して、それぞれ1回、37～52分程度実施した（表1）。また、参加観察していない看護師H～Mの6名に対しても、それぞれ1回、31～44分程度実施し（表2）、看護師A、F、I、J、Mの5名には、2回目のフォーマル・インタビューを35～56分程度実施した。

ZZ 病院の 6 名の看護師 N～S には、それぞれ 1 回、55～64 分程度のオンラインでのフォーマル・インタビューを実施した（表 3）。

## **B. 消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践**

参加観察とインタビューで得られたデータの分析結果から、消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践は、看護師が消化器がんの切除によって生じた身体的変化とこれまでの日常生活への影響を踏まえて、脆弱な高齢者であっても自身でできることは行い、他者の援助も受けながらこれまでの日常生活に新たな変化を組み込むよう関わる過程であった。この過程は、《痛みで妨げられない日常を取り戻す》《術後早期から安全に配慮して歩く力を引き出す》《日常のためにリズムを保つ》《変化した食生活の基盤をつくる》《直面した排便の変化に見通しをつける》《内服薬の新たな管理方法を見出す》《治癒に向け創部の清潔を保持する》《自宅での新たな日常生活を創造する》の 8 つのカテゴリーと 23 のサブカテゴリーで構成されていた。

なお、カテゴリーは《》、サブカテゴリーは<>で示し、フォントがメイリオの部分はフィールド・ワークやインタビューで得られたデータを表す。() はデータを補足した内容である。

**1. 痛みで妨げられない日常を取り戻す。** 創痛への我慢、痛み止めへの抵抗、創痛のための安静重視といった様々な思いのある高齢者に対して、看護師は表情や動作などから痛みを推測して積極的に痛み止めを勧め、術後合併症を予防するために動く利点を伝えて実感してもらうことで日常を取り戻そうとしていた。このカテゴリーは、<伝えない痛みのサインを捉えて鎮痛を図る><痛み止めの抵抗を安心に変える><離床の重要性を動くことで実感してもらう>の 3 つのサブカテゴリーで構成されていた。

**a. 伝えない痛みのサインを捉えて鎮痛を図る。** 高齢者の中には痛みを感じているにもかかわらず、我慢や遠慮から看護師に自ら伝えないこともあるため、看護師は高齢者との関わりを通して、変化する表情や動き、血圧などといった痛みを示すサインを逃さずに捉え、痛みの程度を判断して高齢者に痛み止めを勧めていた。

以下の場面は、看護師の E さんが胃全摘術後 2 日目で個室のベッドで臥床している Y さんを訪ね、朝のバイタルサインズを測定した際の会話である。Y さんの左前腕には点滴が挿入されており、術後から持続投与されていた鎮痛薬は数時間前に終了していた。

看護師 E：体温測定後「朝、痛み止めがなくなったんですけど、痛みはどうです

か？」と、Yさんの顔を見ながら尋ねた。

Yさん：「なんか・・・ずどーんってする」と、表現に困ったような表情で話した。

看護師 E：「（痛み止めの持続投与が）無くなかったから感じるようになりまして？」と、痛み始めた時について聞くと、

Yさん：「うーん・・・」と唸ったまま、よくわからないような表情で考えていた。

看護師 E：少し考えている様子を待ってから「痛み止めは使いますか？0から10で、10が1番痛いとしたら今はどのくらいですか？」と、鎮痛薬を使用するかどうかを確認して、疼痛の程度をたずねた。

Yさん：「う〜〜、2です。（鎮痛剤は）使わないでも・・・。ま〜、我慢すればいいかな」としばらく考え、少しはにかみながら応えた。

看護師 E：「我慢はよくないので、使ってください」と、すぐに少し大きな声で説得するように、鎮痛剤の使用を勧めた。

Yさん：「それじゃ〜」と、折角言われたからという雰囲気でも答えた。

看護師 E：「（鎮痛剤を）用意してきますね」と言って、ベッドサイドを離れた。

【Y②003-2~004】

Eさんは、これまでの経験から痛みがあっても自ら痛み止めを求めない高齢者がいるため、フェンタニルクエン酸塩を含んだ強力な鎮痛薬が数時間前に終了していたYさんに、痛みが増強している可能性を考えて確認していた。Eさんは、Yさんがしばらく考えて「ずどーん」とした強い痛みを表現している様子から、鎮痛薬の投与が終了したこととの関連を考えて、痛みの始まった時を確認していた。しかし、YさんはEさんの質問がよくわからないようで答えられずにいた。EさんはYさんが質問に答えられないものの、明らかに痛みを感じていると考え、痛み止めを使用するかどうかを確認した。さらに、Yさんに痛みの程度を10段階の評価で尋ねると、Yさんは少し考えて2段階程度の痛みと答え、痛み止めを使わずに我慢して過ごそうとしていた。Eさんは、痛みがあるにもかかわらず我慢しようとしているYさんに「（鎮痛剤を）使ってください」と、声を強めて勧めた。強く痛み止めを勧めるEさんの言葉に、Yさんは痛みを我慢しなくてもよいという気持ちになり、使うことを決めていた。その数分後、Eさんは点滴による痛み止めをYさんに投与した。さらに、10分後にEさんがYさんを清拭に誘うと快く応じており、鎮痛を図ることで日常を取り戻していた。



看護師の H さんも、高齢者が痛みを訴えてこないことについて、以下のように述べていた。

傷を押さえながら、前かがみになってたりとか。やっぱり痛いんだろうなって。見てて分かるので。でも、あんまり訴えてこないの、そういう時はこっちから「（痛み止め）使いますか？」って声はかけるんですけど。【050-2】

創のある腹部に手を当てて前傾姿勢の高齢者を見た H さんは、高齢者からの痛みの訴えはないが、その動作から痛みの存在を察知していた。H さんは「『これくらいの痛みなら我慢できるからいい』って人も結構いるので【040】」と述べ、これまでの経験を踏まえて痛みを汲み取り、積極的に看護師から痛みは我慢しなくてよいと声をかけることで、鎮痛を図っていた。また、看護師の B さんも「高齢者の方って我慢強い方多いので、基本的に自分から訴えること少ないので。特に女性の場合はそうなんですけど【X③19-2】」と述べ、高齢者の中でも女性に痛みを我慢する人が多いため、看護師から声をかけて痛み止めを勧めていた。

高齢者が痛みを我慢する背景には看護師への遠慮があると、看護師の I さんは語っていた。

向こう（高齢者）からはたぶん遠慮して言いづらくて、こっちから言って。（中略）それでも「いらない」って言うんだったら、ホントにいらないんだなーって。でも、「動いても痛かったら使えるんで」って。【029~031】

I さんは、高齢者が看護師を煩わせると思い、痛みを伝えることを遠慮して、痛みを訴えにくいのではないかと感じていた。そのため、看護師から高齢者に声をかけ、繰り返し痛み止めを勧めることで痛みを我慢しないように気遣っていた。I さんは、高齢者に必要なければ痛み止めを使わなくてもよいが、動いている途中で痛みを感じたら痛み止めを使えると、念を押して伝えていた。

看護師の C さんは普段から腹部の観察などの際、高齢者のわずかな表情や動作の変化から痛みを捉えていることについて、以下のように語った。

表情だったりとか、お腹触った瞬間に「うっ」てなる感じとか。エピ<sup>3</sup>とか見る時に横向いてもらうじゃないですか。横向くことすらできないとか。主には、本人の行動だったりとか、表情だとか、そういうところを見て。これだったら日常生活の妨げになっているな—って感じてたら「痛み止め使いますか？」って本人に聞いて、使う。

【Y①105～114】

Cさんは、腹部や創の観察のため高齢者に触れた際のわずかな表情や動作の変化といった反射的な反応をサインとし、痛みがあると判断していた。また、Cさんは背中の硬膜外チューブの定期的な確認のため、側臥位になる際の高齢者が動けない様子からも痛みを察知し、さらに、その動作で痛みが生じるようでは、他の日常生活での動作も妨げられることが推察されるため、痛み止めに勧め、鎮痛を図っていた。看護師のJさんも「行動が制限されるような痛みなのであれば、本人が『そんなに（痛み止めを）使わなくてもいいかな』って言うても、『まあ、使ってみましょう』ってというような言い方をしてみたり【006】」と述べ、まずは日常生活に必要な行動が痛みによって妨げられないように痛み止めに勧めていた。

**b. 痛み止めの抵抗を安心に変える。** 看護師は、高齢者に我慢をしないで積極的に痛み止めを使ってほしいと思っているが、痛み止めを使うことに抵抗感を抱いている高齢者もあり、痛み止めを使って動くことの利点や痛み止めの適切な使用方法を伝えることによって、安心して使ってもらえるようにしていた。

次の場面は、看護師のBさんが大腸がん術後3日目のXさんの部屋を訪れ、バイタルサインズの測定とともに腹部を確認する様子である。

看護師B：検温を終えて「お腹の音も聞かせてください。横になってください。痛みはどうですか？」と、ベッド上で端坐位になっているXさんにゆっくりと尋ねた。

Xさん：「横になつたりすると痛いね」と答えて、顔をしかめながら、端坐位から10°程度少し背を後ろに傾けて、パジャマのズボンを少し下げ、腹部を出した。

<sup>3</sup> エピ：背中に留置された epidural（硬膜外麻酔）チューブを指す略称。

看護師 B : X さんの様子に表情を曇らせ「うーん、あと、咳したりとか。薬使うくらいですか？」と、心配そうに聞くと、

X さん : 「そんなことはないね」と、ゆっくり考えながら穏やかな表情で答えた。

【X③036】

B さんは、腹部に創がある X さんの痛みの訴えや仰臥位を避けて腹部を見せる際のしめられた表情から、腹筋に力が入るため痛みが生じていることを推察していた。B さんは他に腹筋に力が入って痛みを伴う咳嗽を挙げ、痛み止めが必要なのか確認したが、X さんから痛み止めの希望はなかった。X さんはこの日、仰臥位から端坐位になる時や靴を履くために屈んだ時にも、顔をしかめるような表情を見せ、また歩行時にも前傾で腹部に手を当てていたため、その都度 B さんが痛み止めを勧めていたが、痛み止めの使用に抵抗を示していた。B さんは、高齢者の痛み止めに対する考えについて「痛み止め 1 回使っちゃうと、何かこう、中毒になっちゃうんじゃないかっていう考え方の方も中にはいらっしゃるみたいなんで【X③19-3】」と述べ、痛み止めに抵抗のある高齢者もいるということを念頭に置いて、安心して痛み止めを使ってもらえるように繰り返し勧めていた。また、看護師の J さんも「(痛み止め) 使うことで傷が治りにくくなるんじゃないかとかっていうような、思ったりとかする人もいますので【019】」と、身体への悪影響を心配にする高齢者の存在を語っていた。

看護師の M さんも高齢者の痛み止めに対する考え方について、下記のように述べた。

薬を使うことが、なんか悪いことみたいな風に考えている人もいないですか。高齢者だと。(中略)でも、薬使うことは悪いことではないから。ちゃんと動いた方がお腹も動くしとか、動いたことへのメリットとかを説明して。【008】

M さんは、痛み止めを使うことは身体に悪いことではなく、痛みを軽減させることで動ける状態になり、動くことで消化器機能も回復する等、術後早期から動くことの利点を説明していた。それによって、高齢者の痛み止めの抵抗感を軽減させ、安心して飲んでもらえるように関わっていた。

同様に、看護師の C さんも痛み止めに対する高齢者の抵抗に直面した経験について、以下のように述べていた。

「痛み止め使う？」って言っても「痛み止め、いっぱい使うのは良くないから、やめとく」って。たぶん、高齢の方って、昔とかは自然治癒みたいな感じで薬とかも使いたがらない人が結構多くて。（中略）ちゃんと何時間空けて（痛み止めを）飲めばいいって。そんな、毎回毎回飲む、1時間ごと飲むような薬じゃない。飲まなければ。「ちゃんと6時間とか決まった時間空ければ、飲んででもいいんだよ」っていうのを説明して飲んでもらってます。【Y①089~098-1~2】

Cさんは、高齢者の中には身体の自然に治癒する力を信じて、何度も痛み止めを使うことは身体に良くないと抵抗感のある人が多いと感じていた。そのような高齢者に対して、Cさんは具体的に6時間という適切な時間を空ければ、身体に大きな影響はないため、痛み止めは使ってもよいという知識を提供することによって、誤解を説き、安心して痛み止めを飲んでもらっていた。

**c. 離床の重要性を動くことで実感してもらう。**創部に痛みがあることで動かない高齢者や、術後は安静が必要と考える高齢者もいるため、看護師はイレウスや深部静脈血栓症、呼吸器合併症などの術後合併症を予防するために早期からの離床の重要性を伝え、さらに実際に動いてもらうことで高齢者に動くことの利点を実感してもらおうとしていた。

看護師のMさんは「痛かったら歩きたくなくなっちゃったりとか、動きたくなくなっちゃうかなと思うので。動くことへの拒否だったりとか、そういうのがあれば、もしかしたら痛いのかなと思って【005】」と述べ、高齢者の中には術後の痛みのために歩くことや動くこと自体を拒否する言動がみられることを語っていた。

看護師のJさんも、高齢者の術後早期から動くことに対する反応を見て、理解が得られていないことを感じていた。

手術翌日から動くってことに抵抗が。抵抗っていうかびっくりする人とかが、多かったりとかする。「動いていいの?」「傷、開かないの?」みたいな。（中略）手術後の早期離床って合併症予防に効果的だと思うので、それを分かってもらって動いてもらうのと。やっぱ、その手術後半日とか、半日間くらいの安静であっても、やっぱ、高齢者の方って筋力の低下がすごいので。【053~055】

Jさんは、術前オリエンテーションで手術の翌日から動き始めると説明しているが、いざ看護師が離床を試みると、驚いて創部などを心配する高齢者が多いと感じていた。臥床による急速な筋力低下の観点からもJさんは、術後早期から離床の重要性について高齢者から理解を得られるように、まずは看護師と一緒に動き出してもらうことで術後合併症の予防を図っていた。

また、看護師のIさんも同様の高齢者の反応について述べ、高齢者の認識との乖離を指摘していた。

こっちとのずれがあるんで。未だに「術後1週間は安静です」ってみたいに言う人もいるんで。昔の、たぶん記憶があつて。手術の後は、1週間は安静だったっていう人が結構いるんで。【113~118】

Iさんは、早期離床が一般的に言われていなかった時代の影響から、高齢者が術後には安静を重視したいと考えていると推測し、現在の術後の過ごし方との認識の違いを感じていた。また、看護師のKさんはそのような安静を大事にする高齢者に対し、術後に動く必要性について「離床したら呼吸訓練にもなるし、血流も良くなるし、血栓ができなくなるしっていうのを、もう1回、一からオリエンテーションします【059】」と語った。看護師のHさんも「患者さんにも動かないことで体にどういうことが起きるのかってことを説明しながら、ちょっとずつ理解してもらったりとか【061】」と述べており、ベッドから離れて動くことのメリットや動かないデメリットを、繰り返し説明することで理解を得ようとしていた。

様々な術後合併症がある中でも、看護師のFさんは、消化器がん術後の高齢者であるため「まず、イレウスにならないように歩いてもらうってのが一番ですけど【Y⑨⑩147】」と述べ、術後イレウスの発症を強調して指摘していた。さらに、看護師のCさんも高齢者に歩かないことで生じるイレウスについて、下記のように語っていた。

やっぱ、離床の必要性を話したりとか。脅すって、脅すって感じじゃよくないと思うんですけど、「歩かないと、こういうことが起こるよ」とか、「術後歩かないで食べてばっかりとかするとイレウスになっちゃったりとかして、そっちの方がもっと苦しいよ」って。【Y④074】

Cさんは、高齢者が術後イレウスに対して過度に不安にならないように配慮しながらも、イレウスの辛さを伝えていた。それに加えて、Cさんは食事の摂取を順調に進めていく観点からも、離床の重要性を高齢者に納得してもらおうとしていた。

一方、看護師のPさんは「動く前は『もう無理だよ』みたいな感じでおっしゃってたんですけど。そこでちょっと（動くことの）大切さを伝え、歩いてみることで、体も動いて、『ちょっと楽になったよー』とか、『ちょっとお腹が動いてガスが出るようになったよ』とかがって発言が聞かれて。（私が）『やっぱり（動くことが）大切なんだね』ってお伝えした時には、患者さんの方も理解してくれてるって感じで。【036】」と述べ、説明した術後合併症予防の利点を高齢者に実際に動くことを通して実感してもらうことで、早期に離床することへの認識に変化をもたらしていた。

**2. 術後早期から安全に配慮して歩く力を引き出す.** 鎮痛を図って離床を進めたい看護師は、他の疾患を併存することが多い後期高齢者の心身の状況を踏まえて、術後早期から歩行のきっかけをつくり、安全に配慮しながら、継続して歩けるよう意欲を高め、本来の歩く力を引き出していた。このカテゴリーは、＜心身が不安定な早期からでも離床を進める＞＜多くの管があっても歩くきっかけをつくる＞＜不安な気持ちを汲み取り歩行へと後押しする＞＜周囲の安全に気を配って付き添う＞＜転倒に備えながら歩く力を見定める＞＜日々の励ましで継続した歩行への意欲を高める＞の6つのサブカテゴリーで構成された。

**a. 心身が不安定な早期からでも離床を進める.** 消化器がんの手術自体の影響に加えて、後期高齢者では加齢による身体機能や精神機能の低下、また高血圧や脳梗塞など他の疾患を併存していることも多いため、看護師は高齢者の心身の状況を判断し、安全に配慮しながら早期からでも離床を進めていた。

看護師のPさんは歩き出す前の準備段階として、循環器系の疾患を併存している高齢者への対応について、以下のように語った。

既往があるってところからいうと、血圧、色んな心電図の波形にも出てきたりというところがありますので、そう言ったところで、離床が今日は難しいのかなって、患者さんで判断があって、ちょっと離床が延びてしまったりとか。そういった既往ゆえに、今日はちょっと動かす、動いていただくのは難しいのかなって感じる患者さんもいらっしやいます。【143】

一般的に、手術後には循環動態の変化が生じやすいが、Pさんは特に後期高齢者で、かつ高血圧や不整脈といった循環器系の疾患を併存していることによって、安全に離床ができるかを血圧や心電図の波形などから総合的に判断していた。Pさんは、術後合併症を予防するためにも早期から高齢者に動いてもらいたいと考えていたが、無理はしないよう身体状況を慎重に評価していた。

特に看護師のAさんは、手術の麻酔後からベッドで臥床し続けていた高齢者が初めて起き上がる時について「ずっと寝てた人は、起立性低血圧とかの可能性もあるから、ゆっくりギャッチアップ<sup>4</sup>から始めて、起き上がるようにして【X①102～105-1】」と述べ、後期高齢者であることから血圧の大きな変動を予期し、起立性低血圧を予防するために時間をかけて起き上がるように関わっていた。また、看護師のOさんも「（起立性低血圧が）起こってしまうかもしれないんだけど、ゆっくり頭を上げたり、座ったりというように順に伝えてやってます【039】」と述べていた。多くの消化器がんの手術では、術後の疼痛コントロールのために硬膜外チューブが留置されて、鎮痛薬が持続投与されているため、血圧が低下しやすいことも念頭に置き、ゆっくりと慎重に上半身を起こすためのギャッチアップをしていた。

そして、看護師のJさんは、消化器がん術後で腹部に創のある高齢者が歩き出す際の靴を履く動作について、以下のように述べていた。

靴とかに関しても、痛みによって前屈みになったりってこともあるし。普通に履ければいいですけど。転倒とか転んだりとかっていうようなリスクが高くなったりとかってこともあるので、そういうときは、それによって起こり得る危険とかを考えて、手伝ったりっていうのもありますし。【025】

腹部に形成された創により、靴を履くための前方に屈む動作や踵を靴に入れる動作で腹圧がかかり、痛みが増強するため、Jさんは歩行する前から転倒しないように安全に気を配っていた。また、看護師のIさんも「屈むのとか痛いと思うんですけど、足を挙げて（靴を）履くのも辛いし、屈んで（靴を）履くのも辛いと思うんで【052～056】」と述べ、腹部にある創を考慮すると靴を履く動作は苦痛であり、ふらついて転倒する危険性を

---

<sup>4</sup> ギャッチアップ：ベッドの頭部側などを拳上すること。

考えていた。そして、高齢者に痛みで辛そうな様子があれば、看護師が靴を履く介助をすることで、安全に歩行の準備を整えていた。

次の場面は、看護師の Cさんと他の看護師との Yさんの歩行への関わりである。Yさんは、胃がん手術当日の夜中に HCU（High Care Unit）で興奮状態となり、吻合部ドレーンや肝下面ドレーンなどを自己抜去しようとした。Yさんは身体が 175 cm、80 kg くらいであるため、HCUの男性看護師が3人がかりでミトン<sup>5</sup>を装着させていた。翌日に HCUから病棟に戻ったが、移動後も Yさんの興奮した状態は続いており、Cさんから普段は自分自身で内服している薬を渡されても拒否したり、ミトンの装着や離床も拒んだりしていた。しかし、数時間後、Yさんが落ち着いてきたため、Cさんは離床を試みた。

看護師 Cともう1人の看護師が Yさんの左右に立ち、Yさんの病衣の腰の部分それぞれの手で持って、しっかりと支えて病棟の廊下を歩行していた。Yさんは利き手の右手にミトンをつけ、左手で輸液ポンプや膀胱留置カテーテルのバッグがついた点滴架台を持って、無言で歯を食いしばって歩いていた。Yさんには右膝の関節痛があり、普段は T 字杖を用いて歩行をしていたため、点滴架台を支えにしているが、一步一步で身体がふらつき、不安定であった。特に、痛みのある右足を踏み出し、体重がかかる時には大きくふらつき、表情も辛そうであった。そのため、右足が出る度に、2人の看護師も腕に力を入れて、Yさんの腰を支えていた。【Y①021】

Yさんは、術前から右膝関節痛があり、歩行が不安定なことに加えて、昨夜から生じた術後せん妄で精神的にも不安定な状況であった。Yさんは、術後せん妄で管類の自己抜去などの可能性があるため両手にミトンが必要であったが、拒否して右手のみ装着していた。歩行についても拒否していたため、いつまた拒否があるのかわからない中、2人の看護師による判断で Yさんの歩行は実施された。右膝関節痛のため杖歩行をしていた Yさんは点滴台を杖代わりに歩き、Cさんともう1人の看護師は Yさんの病衣の腰の部分をしっかりと握っていた。Yさんは膝関節痛のある右足を踏み出し、体重がかかる度に苦悶様の表情となり、しっかりと踏み込めないため、2人の看護師が大きくふらつ

---

<sup>5</sup> ミトン：手袋状の抑制具。



く身体を支えていた。Yさんは歩くことに精一杯なためか、歩行を拒否する言動はみられなかった。看護師らは、これ以上Yさんの筋力が衰えてしまわないように、ゆっくりと安全に歩行を進めていた。

看護師のIさんは高齢者の離床時の介助について、「10年ぐらい前と比べて、基礎疾患、脳出血だとか脳梗塞後とか、あとは骨折した後、置換した後とかいう人が増える。で、やっぱ、1人だと厳しいって人も、1人で介助で歩ける人も、2人で介助が必要になったりとか。【088】」と語り、術前はなんとか1人で、あるいは少しの介助で動いていた人でも、術直後の歩行では身体の状態が不安定となり、看護師2人の介助が必要になることがあった。しかし、そのような状況だからといって、早期からの離床を控えるのではなく、離床の可否を判断し、複数の看護師で安全を確保して歩けるように関わっていた。

**b. 多くの管があっても歩くきっかけをつくる。** 看護師は、術後に点滴やドレーンなど多くの管が挿入された高齢者でも、入院生活における検査や買い物など日々の活動をきっかけとして、歩く機会をつくり、入院前のように自立して歩行できる状態に近づけるよう関わっていた。

次は、看護師のDさんが胃がん術後4日目のYさんと、吻合部造影<sup>6</sup>のために検査室へ向かう場面である。

看護師D：「Yさん、失礼します。造影に呼ばれました。その前に点滴を交換しますね」と、少し慌てて伝えながら、Yさんの個室に入った。

Yさん：靴を履きベッドサイドで端坐位になっていたが、個室の入口側に背を向けた状況であった。そのため、背後から看護師Dに声をかけられ、声のする方に身体を向けながら「はい」と低めの声で返事をした。

看護師D：Yさんの正面側に回り、手早く点滴の交換を終え「では、歩いて行きましょう」と、左上肢には末梢点滴、腹部には吻合部ドレーンと肝下面ドレーン、それらに加えて膀胱留置カテーテルも挿入されているYさんを見ながら励ますような口調で伝えた。

Yさん：看護師Dの声かけには無言のままだったが、ゆっくりと端坐位から立位に

---

<sup>6</sup> 吻合部造影：造影剤を経口で内服し、X線撮影によって腸管の吻合部からの漏れの有無を確認する検査。

なった。辛い表情はしていないが、顔は下を向き足元を見ており、点滴架台を押しながら、一步一步進み出した。【Y④022】

Yさんには複数のドレーンが挿入されていたため、車椅子も移動手段の選択肢として考えられた。しかし、Dさんはこの日3度目の訪室であり、Yさんのバイタルサインズに異常はなく、創痛や嘔気といった身体症状もないことを確認していた。加えて、術前のYさんは右膝痛のためT字杖を用いていたが、歩行は自立していたため、Dさんは点滴架台を杖代わりとして、検査室まで歩いていけると判断していた。また、Dさんは「やっば入院して、手術してだと歩く機会がホントなくなっちゃう。病院、入院しちゃったらっていうところもありますけど。でも、早くっていうか、元々のADLsが歩けるんだったら、そこに早く近づけてあげたいという思いもありますし【Y④5~6】」と振り返っており、意図して検査での移動を歩行の機会と捉えていた。

術後1日目には術後せん妄によって、離床を拒否していたYさんだったが、この時は特に拒否することもなく、立ち上がって歩き始めていた。Yさんは点滴架台に体重をかけて歩行しており、痛む右膝をかばってゆっくりとしていた。DさんはYさんの検査後に「（造影検査からYさんが）戻って来る時は、かなり疲れている感じでしたが、歩く機会にできたと思います」と評価していた。

看護師のCさんも、術直後で管が多数挿入されている高齢者から声をかけられた時について、以下のように述べていた。

何だろう、その、ついでをつくって、たぶんやってるじゃないけど。「何かしたい」って言われて「お水、買いに行きたい」「お茶買いに行きたい」とか。そのついでに「じゃー、歩いて行くよ」とか。きっかけとかつুক্তたりとか。【Y①063~064】

Cさんは、術前は自立して歩行できていたにもかかわらず、術後にドレーンなどが挿入されたり、下肢の筋力が低下したりすることで自立した歩行ができない高齢者から、買い物で売店まで行きたいという希望を受けた際、一緒に歩いて行くことを提案していた。Cさんは、高齢者自身の希望を叶えつつ、自然と歩行のきっかけをつくることで、術前のような自立した歩行ができるように目指していた。また、看護師のJさんも「手術前の状

況にどこまで戻れるか、戻せるかっていうのはすごく大切だと思うので【40】」と述べ、術前に歩行が自立していたなら自立できるように歩くきっかけをつくっていた。

**c. 不安な気持ちを汲み取り歩行へと後押しする.** 術後の心身状況の変化や多くの管の挿入のみならず、術前より歩くことに不自由を感じている高齢者では、術後に歩行を促されても不安を感じることもあるため、看護師はその不安を汲み取り、高齢者の歩行したい気持ちを後押ししていた。

次の場面は、廊下のトイレから出てきた X さんと看護師の B さんが一緒に歩き始めたところである。X さんは大腸がんの術後 3 日目で、この 1 時間ほど前まではベッド上で経鼻酸素カニューレから 1L の酸素投与を受け、膀胱留置カテーテルも挿入されていた。しかし、この時には酸素投与は中止され、膀胱留置カテーテルも抜去され、右上肢の末梢点滴のみとなっていた。

トイレから出てきた X さんは、前屈みになりながら、右手で点滴架台を身体の右前方に押し、すり足気味でゆっくりと歩いていた。看護師 B は X さんのペースに合わせて、右横の少し後ろについて歩いていた。トイレから 4、5 歩進んだところで、リーダーの看護師からレントゲンに呼ばれたことが伝えられ、看護師 B と X さんは立ち止まった。

看護師 B : X さんに「レントゲンに呼ばれたので行きます。車椅子でも、歩いてでもいいですよ?」と伝えた。

X さん : 少し考えながら「歩いて行きます。平気よね?」と、少し自信がなく不安そうな表情で看護師 B に尋ねるようにゆっくりと答えた。

看護師 B : 「大丈夫だと思います」と、X さんの顔を見て、笑顔ではっきりした声で伝えた。【X③002】

B さんは X さんについて「昨日、病棟を 1 周しか歩けなかったんです。それで、朝の回診で先生が 5 周はするように伝えたらしくって」と、朝の申し送りから X さんの歩行に関する情報を得ていた。そのため、B さんは X さんがレントゲンに呼ばれた際に歩行の機会にしようと考えた。しかし、B さんは朝の回診で硬膜外チューブからの鎮痛剤の持続投与が終了して、腹部の創をかばうように前傾姿勢でゆっくり歩いている X さんを気遣い、歩行のみではなく車椅子での移動も提案していた。X さんは歩くことを選択したも

のの、術後の現状に加えて、15年ほど前に子宮がんに対して子宮全摘術を受け、その影響による下肢のリンパ浮腫もあったため、Bさんに「平気よね？」と検査室まで歩いて行けるか不安そうに尋ねた。そのため、BさんもXさんの不安を汲み取って「大丈夫だと思います」と、腹部をかばい少し痛みがあることを除けば、ゆっくり歩行できているため、検査室までは歩けると判断していた。また、Bさんは朝の回診で医師から提示された目標の達成も考え、Xさんの歩く意思を後押ししていた。

看護師のNさんも、高齢者の術後の歩行に関する不安について、以下のように語った。

ずっと動いてなかったから本当に歩けるかどうか不安とか、そういう事で。あと、元々歩行に自信がなかったとか。そういうことで手術した後だと、特に、安静にした時間も長いので、歩き出しが本当にできるかどうか不安なことが多いのかなと思います。【049】

術後は医師の指示によって、翌朝までベッド上で安静になることが多く、それが解除されてから動けるようになる。術前のように歩けるかどうか不安を持つ高齢者や術前から歩行に対して自信がない高齢者では、安静にしていた状態から歩き出すことに強く不安を感じるため、Nさんは高齢者が感じる不安な気持ちを汲み取りつつ、一方では自立して歩行したい思いを後押ししていた。

**d. 周囲の安全に気を配って付き添う。** 複数の管が挿入されている高齢者が安心して歩行に集中するために、看護師はドレーンや点滴架台などに注意し、周囲の状況を確認することで、安全に歩けるよう気を配っていた。

看護師のEさんは、胃がん術後2日目で複数の管が挿入されているYさんが歩行に集中できるようにドレーンを整理していた。

看護師EはYさんのバイタルサインズを測定し、腹部の観察をした際に、2本のJ-VAC®ドレーン<sup>7</sup>が腹帯に挟んでまとめられていることに気が付いた。

看護師E：「これ（ドレーン）首からかけるのもいいですか？」と、考える様子で

---

<sup>7</sup> J-VAC®ドレーン：腹腔などに挿入される持続陰圧吸引式ドレーン。

たずねた。

Yさん：ドレーンを見て少し考えながら「首からでいいですよ」と、言ったため、  
看護師 E：「あとで（ドレーン）入れるバッグを持ってきます」と伝えた。

【Y②006】

EさんはYさんの2本のドレーンが腹帯に挟んであることに気づき、Yさんが立位になる際に容易にズレ落ちて、引っ張られてしまうことを推察した。そのため、EさんはYさんに首からかけられる専用のバッグでドレーンをまとめることを提案し、Yさんがドレーンで惑わされることなく、歩行に集中できるように気を配っていた。また、看護師のOさんは「ドレーンがいくつも入ってくるので、それが気になって離床ができない患者さんがいると、『ドレーンは自分たちが見るから』って言ってます【048】」と述べ、高齢者が取り付けられたドレーンや膀胱留置カテーテル、点滴など複数の管を気にして、離床に集中できない場合や、動作によって抜去につながる危険性のある場合は、看護師が管をまとめて長さを調整することで、高齢者が安全に集中して歩けるようにしていた。

高齢者では術後に身体が十分回復しておらず、歩くことだけに精一杯となってしまうこともあり、その様子は、看護師のDさんが術後4日目のYさんと検査からの帰りに廊下を歩く場面で観察された。

Yさんは、左上肢に末梢点滴、腹部に吻合部ドレーンと肝下面ドレーン、それに加えて膀胱留置カテーテルも挿入された状況であった。エレベーターを降りたYさんは廊下の手すりを見ると、左手で手すりを掴み、それを支えにしながら、右手で点滴架台を押して歩き始めた。Yさんは身体全体が重そうで、一步一步、力を入れて歩いていた。手すりの端に来て、廊下を挟んで、左手でつかめる別の手すりまで歩く間に「手すりにつかまった方が楽なんだよ」と、少し息を切らしながら看護師Dに伝えた。Yさんは疲れてきたためか、頭は下がって、足元のみを見ており、必死に一步を踏み出していた。付き添う看護師Dは、Yさんの右横でその様子と周囲の様子を交互に見ながら、Yさんの腰辺りに手を触れるか触れないかくらいに置いて、Yさんのペースに合わせて歩いていた。【Y④030】

検査からの帰り、疲労から歩くことに集中するだけでも必死な Y さんは、左手で廊下の手すりを掴み、右手で点滴の管や膀胱留置カテーテルを付けた点滴架台を杖代わりに持って歩いていた。D さんは Y さんの疲労を気にしながら、点滴架台に付いた複数の管が抜去されないように安全に注意を払い、さらに何が起こっても対応できるように Y さんのペースで腰辺りに手をかざしながら歩行に付き添っていた。看護師の N さんも同様の経験として「結構、その全集中っていうか、足元を見て歩きがちになっちゃうので、他の所にぶつかったりとか。結構、危ない歩き方。もうホントに自分の歩く直前しか見ていないっていう感じになっちゃって【092】」と述べ、術後に歩行する高齢者は歩行に必死のあまり自分自身の足元にのみ目が行ってしまっているため、看護師は周囲の安全に気を配りながら高齢者の歩行に付き添っていた。

**e. 転倒に備えながら歩く力を見定める.** 看護師は、歩行中に高齢者の腰を手で支えたり、軽く手を添えたりすることで、ふらついても転倒しないよう備えながら、同時に自宅で歩いていたようになるために高齢者の歩く力を見定め、援助の方法を変えていた。

次は、看護師の B さんが術後 3 日目の X さんと一緒にトイレから部屋に帰ろうとしていた際にレントゲン検査に呼ばれ、検査室に向かって歩く場面である。

X さんがレントゲン検査に呼ばれたため、看護師 B は X さんとともにエレベーターホールへと歩き始めた。X さんは点滴架台を右手で押し、ゆっくりとすり足気味に歩いていた。体勢は創痛のためか前傾であった。看護師 B は、歩き始めた X さんの左腰部を、左横から右手でそっと軽く触れた。そして、スタッフ用のエレベーターの入口までの 10m くらいを歩いた。看護師 B はエレベーターホールで、X さんの横に並んでエレベーターの到着を待った。エレベーターを待つ間も看護師 B は、X さんの左横に立ち、左腰部を軽く右手で触れていた。【X③005～006】

B さんは、X さんが痛みで前傾姿勢になりながら重い点滴架台を押して、ゆっくりとすり足で歩く姿に、転倒の危険を感じたのか左横から右手で X さんの腰に触れていた。B さんは、X さんにいつどのようなことが起こってもすぐ対応できるように備えているようであった。この時のことを B さんは「(X さんの) 受け持ちが初めてだったんで。患者さんの状況が今ひとつ分からない状況だったので、転ぶのを前提に対応させてもらって。

まあ、腰を支えてたんだと思うんですけど【X③76】」と振り返っており、Xさんがふらついて転倒する危険性を見越した対応であった。

しかし、この日の別の時間帯に、Bさんが病室から廊下のトイレに向かって歩くXさんに付き添っていた時は、Xさんの腰を支えたり手を回したりすることはなかった。次の場面は、その時の様子である。

Xさんは大腸がん術後3日目で、午前中は硬膜外チューブ、膀胱留置カテーテル、酸素チューブがあったが、午後となった現在は末梢点滴1本のみであった。Bさんは午前中にXさんの膀胱留置カテーテルを抜去したが、その後も排尿がないため、訪室した。

看護師 B：ベッド上で仰臥位になっていたXさんに「（トイレに）行ってみましょう」と、排尿を促すためにトイレに誘った。

Xさん：黙ったままうなずき、仰臥位からゆっくり端坐位になった。靴を履こうと前方に屈み、右足を靴に入れようとした際「痛い」と、少し顔をしかめてつぶやいた。

看護師 B：その様子から、素早くXさんの前に屈んで踵を靴に入れる動作を手伝った。

Xさん：端坐位の姿勢からゆっくりと立位になって歩き出した。ふらつきはなく、午前中のレントゲン室への歩行よりも、姿勢が前傾ではなくなっているが、歩行速度はゆっくりで、すり足気味である。

看護師 B：少し歩いて「もう何もいから、歩きやすいですね」と、Xさんの顔を見ながら笑顔で伝えた。歩くXさんのすぐ横で様子を見守っているが、腰を支えたり、腰に手を回したりすることはない。

Xさん：「そうね」と、午前中よりも管が少なくなっていることに同意した。

【X③046】

Bさんは、午前中にレントゲン室まで歩いたXさんに比べて、すり足ではあるものの前傾姿勢ではなく、痛みも靴を履く時のみであることから、腰を支えずに歩けると判断していた。実際、Bさんは「まあ、意外と自分の力で歩けるなってその時に判断した場合は、その後は、多分支えなしで歩いて見守ったりとか、手すりの側に患者さんを誘導して

歩いてもらったりとか、対応してます【X③77】」と述べ、Xさんの歩く力をその都度評価して、自分自身で歩く力を見定めながら関わっていた。

**f. 日々の励ましで継続した歩行への意欲を高める.** 看護師は退院後の歩行距離を考え、少しずつ距離が延ばせるように、高齢者と歩く距離やタイミングについて身体状況も踏まえて相談することや、医療職や家族による励ましの声を日々つなげることによって、継続して歩行できるように高齢者の意欲を高めていた。

看護師のLさんは、高齢者の歩行を始める前の対応について、以下のように述べた。

連日受け持てれば、その前日の状態がわかるんで、そこに合わせて少しずつ（歩行距離を）延ばしていきたいかなーって言うのと、まあ受け持ちじゃないってこともあるので、連日。「前日、どのくらいまで歩けましたか？」って聞いて、「じゃ、それよりちょっと頑張ってみましょうか？」って言って少しずつ延ばしていきます。

【040】

Lさんは高齢者を継続して受け持つことができる場合、高齢者の歩行状況を踏まえて当日の歩行距離を決めていた。しかし、勤務によっては受け持ちではない場合もあるため、そのときは前日の歩行の様子を高齢者自身やカルテから把握し、日々少しでも長い距離を歩けるように目標を立て、高齢者の意欲を高めていた。一方で、看護師のJさんは「その（歩行）後の状況を聞いて、本人に『もう1回歩く？』って聞いたり、痛みがあったり疲れてるようであれば、今回はこれくらいにして【048】」と述べ、高齢者の痛みや疲労といった身体的な状況や本人による主体性を確認しながら、無理をしないように援助を行っていた。

消化器がんの術後の場合には、離床が制限されることはほとんどないため、看護師のDさんは少しでも高齢者の歩く距離が延ばせるような関わりについて、以下のように述べていた。

最悪しんどかったら途中で車椅子を。帰りは、車椅子で帰ってくるっていうことでもできると思うので、行けるところまでは歩いて行ってあげたい。行ってあげたいって言うか行きたいかなーって思います。【Y④11～12】



Dさんはできるところまでは動いてもらえるように、高齢者が辛くなったら途中からでも歩行から車椅子へと変更できる万全の準備をし、少しでも高齢者の歩く距離が延ばせるように工夫していた。また、看護師のAさんは高齢者が歩行を継続できる工夫について、以下のように述べた。

自分で持ち上げるだけじゃなくて、他の人というか、次の勤務の人に今日歩けたって  
いうこと送って、言ってもらおうとか。先生からフィードバックしてもらおうとか。ちょ  
っと手を変えつつ、本人が「やれてよかった」って思って、「また頑張ろう」って思  
って、それが継続するよという風にはしています。【019】

Aさんは、次の勤務帯の看護師や医師にも高齢者の歩行の状況を報告し、少しずつ歩ける距離が延びていることに対して、高齢者の努力を称えてもらっていた。看護師のBさんも「褒めるしかないのかなあと考えてます【X③198】」と述べ、継続して歩行できるように医療者からの励ましの言葉によって、さらに高齢者の意欲を高めていた。Bさんは「家族に『今、こういう状況だから、励ましてあげてください』とか（中略）伝えて、『頑張ったね』っていう会話を（家族と）やってもらったりとか。【X③110～113】」と、家族にも高齢者を褒めてあげるよう依頼することで、高齢者の意欲を高める働きかけを行っていた。

**3. 日常のためにリズムを保つ.** 術後という非日常的な状況によって、高齢者に不穏や術後せん妄が生じると早期離床に大きな影響が及ぶため、看護師はできるだけ日中の活動を通して日常を取り戻すために昼夜のリズムを保とうとしていた。このカテゴリーは、<時間の感覚を適宜整える><活気ある活動と睡眠とのバランスを保つ>の2つのサブカテゴリーで構成された。

**a. 時間の感覚を適宜整える.** 看護師は高齢者の術後せん妄を防ぐ、あるいは改善を図るために、入院生活の中で日時を伝えたり、カーテンを開けて太陽の光を入れたりすることで高齢者が昼夜の時間帯を認識できるようにしていた。

看護師のHさんは、日々の関わりの中で高齢者に日時を伝えることについて、以下のように語っていた。

今日は何日で、何曜日で、今は大体何時ぐらいでって伝えたり。あとは、やっぱ、何か予定がある時は患者さんに伝えてあげてた方が、患者さん自身も入院しながら、自分が何時に何の検査があるからとか、予定を組んだりじゃないですけど。そこで、ちょっとずつリズムが崩れないように対応するようにしています。【124～125】

Hさんは、術後の高齢者について、ベッドに臥床している時間が多くなることから、積極的に日時や当日の治療や検査を伝えることによって、高齢者自身が自らの予定に関心を持つことができ、また主体的に入院生活を過ごすことができるように、時間のリズムを整えていた。

以下は、胃がん術後1日目のYさんの点滴交換のために、看護師のCさんが訪室した際の場面である。この1時間ほど前にHCUから病棟に移動したYさんは、昨夜から術後せん妄による興奮状態が続いており、入院前まで自ら内服していた薬も拒否し続けていた。Yさんはベッドの中央であぐらをかいて座っており、Yさんの妹が付き添っていた。

看護師C：点滴交換が理解できず、興奮していたYさんの行動を気かけながら、素早く輸液バッグを交換した。その直後、「Yさん、薬を一緒に飲みませんか？朝、飲んでいないので、どんどん遅くなっちゃいます」と尋ねると、

Yさん：「飲むから、置いておいて！！」と、さらに興奮して大声で怒鳴った。

看護師C：「まずは小さいの2錠でいいから、お願いします」と、必死に懇願した。

Yさんの妹：Yさんが声を荒げたことにマナーが悪いと注意した。

看護師C：「あと5錠くらいあるけど、朝の分を昼に飲んで、昼の分を夕に飲んで、夕の分を寝る前に飲めば、追いつけるかなと思います」と、紙コップに入った薬を見ながら丁寧に説明した。

Yさんの妹：看護師Cに申し訳なさそうにして、Yさんに薬を飲むように促した。

看護師C：Yさんの妹の発言後、すかさず「何時に飲みますか？」踏み込んで聞くと、

Yさん：「時間とか決めたくないんだよ。あとで飲むからそこに置いておいて！」と、大きな声で頑なに拒否した。

看護師 C：「今、昼の 12 時で、これは朝の薬ですから、2 時半くらいまでに飲んで  
もらえますか？」と、朝の薬が昼まで飲んでないことを強調した。

Y さん：しばらく黙って「あー」と、面倒くさそうな表情と声で言った。

看護師 C：「そうしたら、2 時半までには飲みましょう」と再度伝えと、

Y さん：「わかりました」と嫌がる様子で、ぼそっとつぶやいた。

【Y①007~020】

C さんは、HCU にいる時から拒否して内服できていないこの日の朝の薬を、HCU から病棟に帰室した時から、ずっと Y さんに飲むように依頼しているが、「後で飲むから」と拒否され続けていた。今回は少し時間を空けて、点滴交換の際に再度試みたがやはり拒まれた。C さんは、昼になっても朝の薬が飲んでいない点を Y さんに強調して説明することで、現在の時間と自ら内服していたことに気付いてもらえるようにしていた。さらに、C さんは内服を拒まれても踏み込んで具体的な時間を示すことで、Y さんに時間を意識してもらい内服につなげようとしていた。Y さんは渋々了承していたが、実際、14 時半前に C さんが訪室した際、薬を入れて C さんの妹に渡した紙コップを確認したところ、全て飲まれており、Y さんも「飲んだよ」と穏やかに答えていた。Y さんの穏やかな様子を見た C さんは「カーテン開けますよ。2 時ですし、外は明るいですよ」と元気に声をかけ、昼間という時間帯を Y さんに意識してもらうために閉まっていた個室のカーテンを全て開けた。その時、Y さんは興奮することはない「片方は閉めて」と落ち着いた口調で伝えていた。

看護師の A さんは配薬で時間の感覚を整えることについて、「消化器だと、確かに、ご飯食べられない禁食の期間があったり、リズムが崩れやすいと思うので、薬配る時とかにちゃんと日にちと、曜日と、時間伝えるとか【028】」と述べ、消化器がん術後の高齢者では、1 日 3 回の食事をするという習慣的なリズムが禁飲食や禁食によって一時的に失われていると考えていた。そのため、A さんは禁食でも内服薬のある場合には、高齢者に対して日時を伝えて配薬することで、普段の内服行動から時間を意識してもらっていた。さらに、A さんは「認知症の人とかだと当たり前ですけどカーテン開けて、日の光が当たるようにしてみる【②034】」と述べ、消化器がんの手術を受けた認知症の高齢者に対しては、カーテンを開け、感覚から昼夜の違いが感じられるようにしていた。

一方、看護師の B さんは、高齢者が術後せん妄となった場合について「せん妄がひどくなる場合だったら、家族に自宅からカレンダーとか、時計とか、身の回りにつける物、持ってきてもらったり【X③106】」と述べ、普段身に着けている馴染の物などで時間や現状を理解してもらおうとしていた。

**b. 活気ある活動と睡眠とのバランスを保つ.** 看護師は、高齢者が術後せん妄にならないように、日中に趣味などの活動を増やして、ベッドで横になっている時間を減らし、夜は適切に薬剤を使用しながら睡眠できるようにしていた。

次は、看護師の D さんが胃がん術後 4 日目の Y さんに睡眠について尋ねた場面である。

看護師 D：「夜は眠れていますか？」と、優しい声で気遣うように聞いた。

Y さん：「あんまり眠れないね。これ（ドレーン）があるから。なんか気になる。少し寝てもすぐに起きちゃって。熟睡はしていない」と、不満げにドレーンが気になることを伝えた。

看護師 D：少し頷きながら、間をおいて「昼寝はしていますか？」と聞くと、

Y さん：「昼寝することもあるし、朝食べて、すぐ寝ちゃうこともあるよ」と、考えながら答えた。【Y④013～014】

D さんは、Y さんの腹部には吻合部ドレーンと肝下面ドレーンが挿入されており、ドレーンが気になって睡眠の妨げとなっていることがわかった。そして、D さんはさらに質問することによって、熟睡できていないことによる日中の活動への影響を把握し、高齢である Y さんが睡眠時間を補っているか確認していた。また、看護師の I さんも「（昼間に）3時間も4時間も寝ちゃダメだと思うんですけど。昼間1時間とかなら、いいかなと思って。その辺は、リズムつけるのやってますね【068】」と述べ、夜に熟睡できないことにより昼寝の時間は必要となるが、増えることで日中の活動への影響は危惧していた。

他方、看護師の S さんは、眠れない高齢者やすでに昼夜逆転しているような高齢者について、以下のように述べた。

どうしても昼夜逆転している人とかだと、精神科の先生にちょっと入ってもらって、夜に飲む薬とかを調節してもらったりとかっていうのありますか。あと、夜がやっ

ぱり全然起きててっていう方だと、睡眠薬とかをちょっと飲んでもらって、昼にちょっと活動できるようにしたりとか。そういう薬の調整を精神科の方とかに入れてもらってます。【083～084】

Sさんは高齢者が夜に眠れず、昼夜逆転のリズムになっているとせん妄や不穏になってしまうと考えていた。そのため、Sさんは精神科に相談することで、高齢者が夜間に睡眠薬を使って眠れるようにし、日中に少しでも活動できるようにしていた。看護師のAさんも「就前とかだったりすれば、痛みがあれば眠れなかつたりするので。ま、そこまで強くなくても、やっぱ気になるような痛みであれば（中略）痛み止め使うの勧めてみたりとか【X①059】」と述べ、少しでも痛みを感じる場合は痛み止めを使用するという対応策を伝え、夜に眠れないことで日中の活動量が低下しないようにしていた。

その一方、看護師のIさんは睡眠薬以外の方法を検討していた。

22時に消灯で、6時に電気つくんですけど。8時間ってそもそも寝れないじゃないですか、高齢者で。途中でやっぱ起きちゃって、場所が分からなかつたりとか、何時なのかわかんないっていう人に、結構、薬使ったりする人がいるんですけど。僕はあんまり基本的に使いたくない派なんで、自然に。あと、日中離床っていうか、頑張っ

て起きてもらって、夜寝るっていうリズムにしたいんで。【064】

Iさんは、高齢者が決められた起床時間や消灯時間に睡眠のリズムを合わせにくいことを指摘していた。そのため、夜中に目が覚めて混乱してしまう高齢者もいるが、眠れないからといって安易に睡眠薬を使用するのではなく、睡眠薬による弊害も考え、まずは自然と眠れるように昼間の活動を増やし、昼夜のリズムを整えようとしていた。

また、看護師のAさんも「ずっと（ベッドサイドに）いられるわけじゃないんで、気がつかないと寝ちゃったりとか。近くにいないと寝ちゃったりとか。ちよくちよく人が行けば、昼間はもし寝ちゃっても断眠にはなるので、リズムは付けやすくなるかなと思って。【048】」と述べ、つい昼寝をしてしまう高齢者に対して、まずは日中に眠り過ぎないようにベッドサイドへこまめに行って覚醒してもらうことで、睡眠薬を使用しなくても眠れるようにしていた。加えて、Aさんは「家でやってることで、病院でできることがあればいいなと思うんですけど。（中略）編み物してるとか、なんか絵を描いてるとか

【043-1】」と述べ、高齢者自身の普段の好きなことを取り入れることで、日中に起きてもらえるように日常性を保とうとしていた。また、看護師の Jさんは「ケアをして刺激を与えるということですかね。清潔ケア、シャワー入れたりとか、体拭いたりとかって

【061】」と述べ、高齢者にシャワーや歯磨きなどの日常生活における習慣を入院中でも継続してもらうことによって、日中の活動を増やしていた。

**4. 変化した食生活の基盤をつくる.** 高齢者の歩く力や認知機能を維持するための関わりについて看護師は、消化器がんの術後で、食生活の変化を迫られる高齢者のダンピング症状などに関する理解を深め、適した食生活ができるように食事方法を指導し、家族の支援のもとで各サービスの情報も提供しながら、退院後の食生活の基盤をつくり上げていた。この中には、＜工夫を凝らして食べ方を伝授する＞＜食べ方の確認を通して危機的状況から高齢者を守る＞＜好みで食べやすく栄養も摂れる食事内容に見直す＞＜周囲の支えで複雑な食生活への負担を減らす＞の4つのサブカテゴリーがあった。

**a. 工夫を凝らして食べ方を伝授する.** 術後は早期から食事の摂取が開始され、流動食から全粥へと目まぐるしく変化するため、看護師は慣れない食べ方に戸惑う高齢者に対して、パンフレットなどを用いてダンピング症状や、それを予防する具体的な食事方法を指導し、理解を深めてもらっていた。

次は、看護師の Dさんが胃全摘術後4日目の Yさんに朝食の食べ方について尋ねた時の場面である。Yさんはこの日の前日から流動食を食べ始めていた。流動食は具の無いスープやジュースが3~4種類提供されていたが、Yさんはそれらを毎食、全量摂取していた。看護師の DさんはYさんの病室に入る前に「高齢ですけど、完食されてて、少し心配な気がします。胃全摘ですし」と述べ、胃全摘後に完食していたことを気にしていた。

看護師 D：朝食の摂取量を確認すると Yさんは完食していたため、「朝ごはんは、どのくらい時間をかけました？」と聞いた。

Yさん：「10分くらい……。 (コップで) 3つしかないし」と、思い出しながら答えた。

看護師 D：「気持ち悪くなったりしませんか？」と、苦笑いしながら聞いた。

Yさん：「それはありません」と、はっきり答えた。

看護師 D：「胃を全部取っちゃっているから。食事が腸に入っていくから」と、Yの顔を見ながらゆっくりと説明した。

Yさん：「腸が良く動いてくれるんじゃないの？」と、不思議そうな表情で自分の考えを確認した。

看護師 D：「冷汗が出たり、お腹が痛くなったり、気持ちが悪くなることがあります」と、ゆっくりした口調で諭すようにダンピング症状について説明した。

Yさん：「腸がびっくりするのか？」と、Yさん自身も驚いたように答えた。

看護師 D：「そうです。もう少し時間をかけて食べると・・・」と、Yさんを見ながらゆっくり伝えた。

Yさん：「3つだから・・・5分ずつで15分は？」と、少し考えながら看護師 Dに聞いた。

看護師 D：「そうですね・・・」【Y④017】

Dさんは前日に続いて、Yさんが短時間で朝食を完食していたことを知った。Yさんは胃全摘後であるため、流動食でも20～30分はかけてゆっくりと摂取する必要があった。そのため、Dさんは胃が無い状況で早く食べると一気に小腸に食べ物が流れることや、その時に腹痛を始めとする辛い症状が出現することをYさんに説明した。Yさんは術後イレウスの予防のために腸を動かす必要があると、毎日のように医師や看護師から聞いているため、食べることで腸が動き、それをよいことだと思っているようであった。Dさんは、その誤解を解き、今後ダンピング症状が出ないようにYさんの理解に合わせて、時間をかけた食べ方を説明していた。

看護師のCさんも、高齢者に食べ方を理解してもらい関わりについて「胃とか取っちゃうと（中略）食事の食べ方、1回食べたらのくらい休んでくださいとか、何分かけて食べてくださいねとか、食後どのくらい座ってくださいねっていうのを説明する【Y①140】」と述べ、胃を切除したことで食事をゆっくり食べる理由や、どの程度時間をかけて食べるか、一口食べたら休むなど、高齢者でもよく理解できるように、具体的にダンピング症状を予防する食べ方を指導していた。

一方で、看護師のFさんは「特に、ご高齢なんで、言ってもたぶん忘れちゃうので、紙（パンフレット）で残しておいた方が見返せるんで【Y⑨⑩11】」と述べており、視覚的な補助となり、後からでも見返せるというパンフレットを効果的に用いて、理解を深めていた。

**b. 食べ方の確認を通して危機的状況から高齢者を守る.** 食べ方の説明のみでは理解が難しい高齢者に対して、看護師は食事に付き添ったり、食事の合間に確認しに行ったりすることによって、実際に高齢者が適切な食べ方で食べているかを観察し、誤嚥やダンピング症状から高齢者を守っていた。

看護師の Pさんは、術後の高齢者の食事が再開された時の関わりについて、以下のよう

に語った。

ほとんどが流動食から始まっていきますので、高齢者の方の場合、ムセがないのかなというところがありますので。本当に最初、最初の食事の場合には、朝からというよりはお昼ぐらいから始まりますので、そこでちょっと見守りをさせて頂いて、評価をさせて頂いて。そこから本当にムセとかがなければ、ご自身で召し上がって頂いたり（中略）最初のお食事の場合は、見守りをさせて頂いたりするところはあります。

【061】

Pさんは、高齢者の場合には手術による1～2日間といった短期間の禁飲食でも嚥下機能が低下する可能性があるため、術後の最初の食事は付き添って見守っていた。術後の食事は、流動食から徐々に粥へと変化していくが、Pさんは特に水分の多い流動食では誤嚥しやすくなると予測し、安全に嚥下できるかを確認することで、高齢者を誤嚥の危機から守っていた。

看護師らは、高齢者が手術によって変えざるを得なくなった食べ方について理解できるように関わっていたが、時として、Yさんのようにダンピング症状が生じてしまうことがあった。胃全摘後のYさんの食事は「胃術後全粥」という、朝・昼・夕の食事量が通常食よりも少なく、その分の栄養を補充するための間食が付く、6回食であった。Yさんは順調に回復していたが、術後8日目の夕食を十分な時間をかけずに摂取したため、腹痛で苦しみ食後の内服もできなかった。翌日の朝、Yさんの部屋を訪れた看護師のFさんは、そのことに関して触れた。

看護師 F：「昨日は大変でしたものね」と、心配そうにたずねた。

Yさん：「いや～、先生にも伝わってて」と、少し照れるように言った。

看護師 F：「（先生から）ゆっくり食べるように言われました？」とたずねると、



Yさん：「ゆっくり、ゆっくりって言うけど、どのくらいゆっくりなのかは、わからないんだよ。自分でどのくらいにしたらいいいのか。確かに、自分ではゆっくりにはしているつもりなんだけど。どのくらいゆっくりにしたらいいいのか」と、話をしているうちに少し興奮し、口調が荒々しくなっていた。

看護師 F：うなずきながら話を聞き、「そうですね……。説明の紙をもらっていませんか？食事が始まる時に説明を受けていると思うんですけど。栄養士さんが来て……」と、食事開始時の栄養士からの栄養相談について聞いた。

Yさん：「紙はないね。栄養士のは退院後のことだろ？今の入院中のことは（中略）今は入院してて食事も始まっているので、それで食べ方の失敗とか言われると（中略）こちらもちよっとという気がしまして（中略）」と、興奮しているためか強い口調で伝え始めたが、途中から徐々に穏やかな口調に変化していった。

看護師 F：うなずきながら話を聞き、「そうですね……。Yさんが悪いことはありませんよ。こちらの責任ですので。薬も飲めないほどだったんですよ」と、少し落ち着かせようとしていた。【Y⑨002～006】

Fさんは、食後に腹痛が生じてしまったYさんの「ゆっくり食べる」ことについての戸惑う思いを親身に聴いていた。Yさんとしては、ゆっくり食べていた中でダンピング症状が生じてしまったことへのやりどころのない思いで、Fさんに対する口調が強くなっていた。FさんはYさんの訴えに耳を傾けながら、食事開始前の栄養士から紙面を用いた説明について確認した。Yさんは最近行われた退院に向けた栄養指導と混同して、食事開始前の栄養指導については覚えていなかった。FさんはYさんの病室を去った後「『ゆっくり』って難しいですよ」と、Yさんがゆっくりと言われていることはわかっているが、手術で胃を摘出した後からどのように食事を摂取したらよいかを悩む気持ちを受け止めていた。

後日のインタビューでも、Fさんは「その都度、胃を切ったっていうことがまず理解してもらわないといけないと思うので、消化もすぐはできないし、食べれる量も減ってるし、胃の量も減ってるから。とりあえず、わかってもらえるまで。とりあえず、説明はしますけど【Y⑨⑩4～5】」と述べ、胃を切除したことによって生じた身体の変化から必要

な食べ方をわかってもらおうと説明しているが、それを高齢者が理解して実施する難しさも感じていた。

適切な食べ方を実施してもらうことが難しい高齢者に対して、看護師の Bさんは「4人部屋とかの場合は、他の患者さんにお薬配っている感じで、まあ、状況チラチラみたりすることがあるんですけど【X③143】」と述べ、食事の合間にベッドサイトに行くことによって、さりげなく高齢者がダンピング症状を予防する食べ方をしているか、また症状が出現していないかもこまめに確認していた。

看護師の Cさんは、胃がんの術後の認知症のある高齢者への対応について、以下のよう

にご飯来たと思ったら、認知症の人とか、がーって食べちゃうんで。「1回食べたら、噛んでね」って言うのに、噛まないで、次入れたりするので。何回もダンピング起こしてる人がいたんで。もうそっから付き添わなくちゃいけない駄目だねって。ご飯ごとに毎回付き添っててということです。【Y④155】

Cさんは、認知症や認知機能が低下した高齢者の場合、ダンピング症状について認知能力を踏まえて説明されていたとしても、説明されたことを忘れて、食事を見ただけで勢いよく食べ始めてしまうことがあると捉えていた。そのため、Cさんは食事の合間に見に行くだけでは予防が困難と考え、終始食事に付き添うことによって、ダンピング症状から高齢者を守っていた。

**c. 好んで食べやすく栄養も摂れる食事内容に見直す.** 看護師は術後の食事制限のある中でも、高齢者の咀嚼や嚥下機能、食べ物の好みを考慮し、継続的に必要な食事量や栄養が摂取できるように食事内容を見直していた。

看護師の Pさんは、個々の高齢者の身体状況に合わせて食事内容を見直す関わりについて、以下のように述べていた。

「ちょっとおかずが大き過ぎて食べれなかった」とか、「ちょっと入れ歯が合わなくて食べれないんだよ」というのであれば、ちょっと一口サイズに変更したり。あとは、普通の一般のご飯の場合に硬くて食べれないという場合に、「お粥にしてみますか?」「軟飯にしてみまじょうか?」っていうので、ちょっとご飯の形態を変え

させて頂いたりとかして。ちょっとお食事の量があまり増えてないなっていう方には、そんな声かけをして、食種を変更させて頂いたりということはしています。

【079】

Pさんは、おかずの大きさや入れ歯による咀嚼力の低下により食事が摂取できない高齢者からの訴えに、高齢者が咀嚼できるようなおかずの大きさや固さなどを検討していた。また、咀嚼機能や好みから米飯ではなく粥を食べている高齢者には、医師や栄養士に食種の変更を相談して検討することで食事が進むように工夫していた。

他にも、看護師のJさんは、以下のような食事に関する指導経験を語った。

やっぱ胃、上部だと食道がんとか胃だとかであると、食事の制限とかついてくると思うので。大腸がんもそうですけど。今までの食事が「食べちゃ駄目だよ」って言われたり、食事の回数を増やさないといけなかったりっていうような、今までできてたことができなくなったりとかすることがあるので、その辺をどう変えていけるか。ただ、できる限り入院前の嗜好。食事に関しては、好きなものをどれだけ本人の希望に沿えるような形で、今の制限された中で工夫していくかとかってのは気にはしてますし。【084】

Jさんは、食事時間を長くしてゆっくり食べることや、1日3回の食事ではなく6回の食事にするなど、特に上部消化管の術後では制限が生じてくるため、高齢者が手術によって生じた食事の制限とこれまでの嗜好との折り合いを考え、極力禁止せずに可能な範囲で摂取できるような工夫をしようとしていた。

また、看護師のBさんは「マーゲン<sup>8</sup>のオペされた方は必ず栄養指導が入ることになっているので、栄養指導を受ける前に普段何を食べてるか確認した上で、それを今、思い出してもらって、『メモして』って言って。わざとメモに残してもらって、栄養士さんに『これはどういう食べ方をしたら一番いいかって聞いてください』って言ってます【X③ 134～135-1】」と語った。Bさんは胃の術後で食事制限が出てくる場合に、制限のある中でも普段自宅で食べていた好みの物が食べ続けられ、食事が進むように栄養士による栄

<sup>8</sup> マーゲン：magen、ドイツ語で胃のこと。

養指導をうまく活用してもらうことで、栄養士と協働して高齢者の食事内容が検討されるように働きかけていた。

さらに、看護師の H さんは、食事から栄養を摂取する側面について指摘していた。

入院中から食事摂取量とか確認しながら、栄養補助食品とかなんか、そういうのを付けてみて。そういうので栄養が補えれば退院されてもいいのかなとか。みんなで共有したり、患者さんと相談しながら。なんかお家でもなるべく、お食事を食べて栄養が保てるように考えていたり。【148】

入院中の食事は栄養の管理がされているが、退院後も必要な栄養が得られることを考えて、H さんは高齢者に栄養補助食品を勧めていた。H さんは、食事が進み食事量が増えることも重要だが、高齢者が最低限の栄養を摂取でき、自宅で低栄養状態が進行しない点にも気を配っていた。

**d. 周囲の支えで複雑な食生活への負担を減らす。** 看護師は高齢者自身だけでなく、その家族にも栄養相談への参加を依頼し、食事指導をしたり、配食サービスなどの選択肢を提案したりして、周囲からの支援を調整することで、高齢者や家族の負担を軽減させ、退院後も適した食生活が維持できるようにしていた。

看護師の C さんは、家族との栄養相談の調整について、以下のように語った。

もし（食事）作ってるのが本人じゃなくて、他の配偶者の人とかだったら、こっちから連絡する。もしくは本人に連絡取ってもらって、この時間に栄養相談来てくださって言うの伝えてもらっているかなあ。あとは、高齢者だと 1 人で聞くより 2 人で栄養相談も聞いてもらった方がお互いに、なんか覚えてる部分があるじゃないですか。「なんかこうだね」って。だから、なるべく高齢の方は 2 人で栄養相談を受けてもらうようにしてるかな。【Y①134～135】

C さんは、手術を受けた高齢者が自分で食事の用意をしていない場合は、実際に作っている配偶者などの家族が栄養相談に参加できるように、調整することによって、術後に適した食生活ができるようにしていた。また、たとえ自宅で料理を作る人が高齢者自身であ

っても1人ではなく、他の家族と一緒に栄養相談に参加してもらうことで、指導された内容を忘れていたり、記憶が薄れたりした時に頼りにできるようにしていた。

さらに、Cさんは高齢者が栄養相談で受けた内容を退院前に再確認していると述べていた。

本人にもう1回ちゃんと退院の時に。（栄養士のカルテに）心がけとか書いてあるんですけど、かける調味料の量を減らすとか書いてあるんで。あーこの人にこういうこと必要なんだって、私たちが認識して、また本人にも再度退院する時とか退院前とかに伝えていて。【Y①164-1】

Cさんは、栄養士のカルテから高齢者やその家族に対して実施された栄養相談の内容を把握し、退院前にも重要な点を忘れていないか、疑問が無いかなど念を押して確認していた。また、Cさんは消化器がん術後で「かける調味料を減らす」必要はないが、他の疾患による食事制限も含めて栄養士から指導された点を高齢者と最終確認していた。看護師のQさんも「基礎疾患が関わる食事。（中略）それこそ、ナトリウム制限だったり。高血圧だったらナトリウム制限【146】」と、高齢者では元々の既往による食事制限も相まって、術後の食事管理が複雑になり、高齢者や家族の負担が増えることを指摘していた。

看護師のMさんは、1人暮らしの高齢者の食事に関して、以下のように述べた。

自分で料理ができない人とかもいたりとかするので。それでも家族は、一緒に住めないとかっていう人とかもいるので、配食サービスみたいなのを利用したりとか。あとはデイサービスとかに行けば、食事は出てくるので、デイサービスに行くような、行けるような人には行ってもらったりとか。【124-1～124-2】

家族構成は独居、高齢者夫婦での同居、子どもとの同居などのように様々であり、Mさんは各サービスの利用を提案することによって、食生活を維持する選択肢が増え、高齢者自身やその家族が全ての負担を負わないための援助を模索していた。看護師のHさんも「帰った後に栄養面を考えてしっかりお食事を食べて欲しいので、サービス、配食サービスがあってもするので情報提供したりとか【147】」と述べ、自宅でも術後の適した食事が継続できること第一として各サービスを利用することを提案していた。

**5. 直面した排便の変化に見通しをつける。** 食生活の変化に次いで、大腸や直腸の術後にはこれまでの排便機能に大きな変化が生じるため、看護師は高齢者に生じた下痢や便秘などをコントロールする支援やストーマケアへの支援を行うことで、排便の変化を予測して生活できるよう見通しをつけていた。このカテゴリーには、＜戸惑いを受け止め排便をコントロールする＞＜自身でのストーマケアを段階的に試してもらおう＞の2つのサブカテゴリーがあった。

**a. 戸惑いを受け止め排便をコントロールする。** 大腸がんや直腸がんの手術の影響で排便機能に変化が生じるため、看護師が高齢者の排便の回数や便の性状などの確認を通して下痢や便秘といった症状を判断し、便失禁への心理的援助も含めて排便のコントロールをしていた。

看護師のIさんは「最初は重湯って言うか流動食なんです。結構、術後、結構、お腹がゴロゴロ、食べるとゴロゴロいって、バツシャーって出る人がほとんどなんで【048】」と述べ、最初の食事が水分量の多い流動食から始まり、同時に腸蠕動が活発になることで、突発的な下痢の生じる高齢者が多いと語った。

以下の場面は、看護師のBさんと大腸がん術後3日目のXさんとの昼食後の会話である。

Xさんは看護師Bが腹部を確認できるように、端坐位の姿勢から少し背を後ろに傾けて、寝そべる姿で腹部を出した。看護師BはXさんの腹部を観察し終わると、  
看護師B：「おしっこはまだ出ていないんですね？」と、3時間くらい前に膀胱留置カテーテルを抜去していたため、心配しながら聞いた。

Xさん：「うん、出ないね」と、小声でつぶやいた。

看護師B：「水はどのくらい飲んでます？」と、心配そうに優しい声色で尋ねた。

Xさん：ベッド上の7割くらい水が入っている500mlペットボトルを指して、「このくらい」と伝えた。

看護師B：「500ml1本？」と言い、あまり水の量が減っていないため「食事のお茶はどう？」と確認を続けた。

Xさん：「水があるからお茶は飲んでいない」と、はっきりと答えた。

看護師B：「食事のジュースとかは全部飲んでます？」と、何か他の水分を飲んでいないか確認した。

Xさん：「うん」と、言いながらうなずいた。

看護師 B：「お腹、張っていますか？」と、心配そうに尋ねた。

Xさん：「う～、うん」と、少し自分ではよくわからないような様子であった。

看護師 B：「下痢はどう？」と、考えながら次の質問をした。

Xさん：「下痢してる。ずっーとしてる」と、ここだけ強い口調で答えた。

看護師 B：「そっちに取られちゃってるのかな？」と考えるように言うと、

Xさん：「うん」と、小さめの声で答えた。【③037～040】

Bさんは、膀胱留置カテーテルを抜去して3時間ほど経過しているXさんに、まだ尿意や排尿がないことを気にしていた。Bさんは、Xさんに飲水量と腹部の膨満感を尋ね、自主的な水分摂取は少ないが流動食や同時に提供された飲み物は全て摂取しており、点滴も1日1,000ml投与され、腹部の腫脹もあまりないことを確認した。しかし、Xさんの下痢がずっと持続していることからBさんは、これまでの経験をもとに大腸がん術後では脱水になるような下痢が生じることを念頭に置いて、水分が下痢として取られている可能性を推測していた。その後、Xさんには一定量の排尿があったが、BさんはXさんに実施されている点滴は2日後にはなくなる予定のため、今後の脱水予防として水分摂取を勧めていた。Bさんの下痢はこの翌日も続き、その時は突発的であったため、病室内にトイレがついているにも関わらず、間に合わずに、履いていたオムツに便失禁をしていた。

看護師のSさんは「下痢になった時は、その手術による影響ってということが考えられるので、それを患者さんにも伝えて。ずっとそれ（下痢）が本当に続くようだったら、やっぱり先生に伝えてコントロールを【207】」と述べ、大腸を切除しているため、高齢者にある程度の期間の下痢は想定されることを納得してもらうために伝えるが、持続状況によっては日常生活にも影響が生じるため、医師に止痢剤や整腸剤などを相談してコントロールできるようにしていた。

一方、看護師のSさんは、このような回数が多い下痢で便失禁してしまう高齢者の思いについて、以下のように述べていた。

やっぱり頻回過ぎて、漏らしちゃう。お漏らししちゃうところが、やっぱり羞恥心のところで、かなり傷つくというか、落ち込んでしまう方はいらっしゃるの。その場合は、そのやっぱり、今、その、手術後なかなか自分で動けないじゃないですか。管

もつながっているし。もし、トイレ行くなってなったら、看護師も呼ばなきゃいけない  
して。(中略)「何回も、何回も、下痢してるよ」みたいな。「間に合わなくて出  
ちゃった」みたいな。「本当にごめんね。こんなに汚い仕事させちゃって」とか言わ  
れますかね。(中略)「全然、大丈夫ですよ」みたいな。「今は手術終わってから間  
もないから、なかなか体思うように動かないですよね」みたいな。「みんな手術した  
後は、本当にこんな高齢でのこの手術したって本当にすごいことですからって。本当  
に頑張ってますよって。今はこんな風にしちゃっても全然大丈夫ですから気にしないで  
くださいね」って。【211-1、215、219】

Sさんは高齢者の場合、術後でなくとも突発的な便意に素早く動いて対応できないこと  
があり、それに加えて、手術の影響によって頻回な便意が生じ、かつ痛みやドレーンなど  
が挿入されていることで、自分の思うように身体が動かない状況となっていると捉えてい  
た。そのため、Sさんは高齢者がトイレに間に合わずに便失禁してしまっても「今は手術  
終わってから間もないから」と術後の状況を説明し、現在の身体状況や下痢も改善してい  
く見通しを伝えて励ましていた。

下痢とは反対に、術後に便秘になってしまう高齢者もあり、看護師のFさんは「術後  
で便が出ないとかだと、とにかく私は飲水と離床とかしてもらって。『歩いて、水飲ん  
で。ちょちょこ、動いてください』って。で、どうしても駄目だったら下剤、先生に聞  
いて【Y⑨⑩148～149-2】」と述べ、医師に相談して下剤を使うこともあるが、高齢者が  
これまでの日常生活の中で行っていた歩くことや飲水を優先させることで、排便を促して  
いた。

**b. 自身でのストーマケアを段階的に試してもらおう。** 看護師は、認知機能の低下や細  
かな作業が難しくなった高齢者でも、まずは自分で管理できるようストーマケアについて  
指導を行い、便の破棄や装具の交換などの手技を試してもらう中で、必要な場合に家族な  
ど他者からの支援も調整していた。

看護師のMさんは、ストーマケアを指導していく際の身体状況への配慮について、以  
下のように述べていた。

痛みだったりとか、術後の熱があったりとかっていう状態とかで、ストーマの交換に  
集中できなかつたりすることもあるみたいなので。ちょっと状況を見ながら、段階追



いながら。じゃ、今日は見てもらっただけとか、今日は剥がしてもらっただけとか、ちょっと時間はかかりますけど。【192】

Mさんは術後には創痛や発熱、倦怠感などによる身体状況への影響が想定されるため、身体の症状が落ち着き、ストーマケアの指導に集中できるようになってから、本格的な指導を開始しようと考えていた。Mさんは「かかる人はやっぱりかかります【191】」と、これまでの経験から高齢者は技術の習得に時間がかかることを想定し、早期から段階的にストーマの装具交換の指導を進めていた。

また、看護師のAさんも「やれなさそうな人をあんまりやれやれってし過ぎず、できたところを『ここはできたから次はここもできるようにしよっか』みたいな感じのやり方で【079-3】」と語り、高齢者に次から次へと指導を進めるのではなく、本人のペースに合わせて段階的に進めていた。

一方、看護師のSさんは、手術前に説明を受けてストーマケアができることはわかっている高齢者でも「『俺はもうこんなの作りたくなかったんだよ』みたいな感じで、言葉で言ったりとか。『こんなの俺見れないよー』とか（中略）言って、泣いちゃう方とかもいらっしやいますし【153】」と述べ、実際にストーマを見て、受け止めることは高齢者にとって大きなハードルだと感じていた。ストーマケアの指導が始まると、看護師のMさんはストーマへ的高齢者の反応について「『今日は（ストーマが）見れてましたね』とかってフィードバックしたりとか。ちょっとずつ、ちょっとずつ、受容してもらってやったりとかしていますね【193-2】」と述べ、ストーマが見られたことを認め、高齢者自身が一步前に進んでいることに気付いてもらえるように関わっていた。

また、看護師のJさんは高齢者にできてもらいたいストーマケアについて、以下のよう

に語った。

技術的な面とかで、その交換が難しかったりとかっていう人とかはいたり、高齢者でいますけど。やっぱ、お通じをこう袋から出したりとかは、1日に何回かしなきゃいけないことなんで。その辺に関してはやってもらえるように、手術直後からちょっとちょっとずつ説明して行って、受け入れられるようにしていくって感じですかね。

【104】

Jさんはストーマ装具の交換が困難な高齢者に対しても、1日に数回行わなければならない便の破棄に関してだけは自身でできるようにした方が、退院後の日常生活が過ごしやすくなると考えていた。そのため、手術から間もない時期でも、看護師が便を破棄する際にやり方を伝えながら行うことで、高齢者に少しずつ関心を持ってもらおうとしていた。

看護師のSさんは「化学療法をしてから手術することが結構多いんですね。なので、手先が副作用とかでしびれたりとかで、手先がうまくできない方とか【165】」と述べ、高齢者の中には加齢による手先の震えや緩慢さのみではなく、手術前の化学療法の副作用によっても手先に不自由さが生じ、ストーマの装具交換に必要な作業に難しさを感じることもあると捉えていた。そのため、Sさんはストーマのサイズに合わせて、面板を切らずに装着できる装具をWOC（皮膚・排泄ケア認定看護師）に依頼するなど、高齢者に負担の少ない方法を考えていた。

看護師のJさんも、高齢者のストーマの装具交換の指導方法について、以下のような対応を述べた。

ストーマの装具って、だいたい長ければ4日、5日持ったりとか。刺激も問題なければ、その程度の交換でいいんですけど。そういう手技獲得が必要なのであれば、皮膚とか問題なければ、もうちょっと回数を、（交換の間隔を）短くして、頻回にして、本人（高齢者）が練習できるようにやっていく。【129】

Jさんは、あえてストーマ装具の交換の頻度を増やすことによって、手技の練習ができるように調整し、高齢者自身での交換技術の習得を試みていた。また、Jさんは「（便が）漏れたらどうしようとか、そういう心配をする方も多いので、その辺についての対応策の説明をしたりとかですかね【134-2】」と述べ、高齢者が自信を持ってこれからの日常生活の一部となる装具の交換ができ、漏れなく安心して過ごせるように関わっていた。

このように、回数を増やして段階的に練習をしても、交換の手技の習得が困難な高齢者の場合について、看護師のHさんは「同居してたりとか、近くにいらっしゃるって場合は、何かあった時にご家族にも対応してもらえるように、交換する様子を一緒に見てもらったりとか【166】」と語り、同居している家族あるいは別居していても頼れる家族の場合には、家族にも日常的に行うことになるストーマの装具交換の指導をしていた。ま

た、装具交換は高齢者自身で対応できる場合も、家族に指導することによって高齢者の体調の悪化など、何かあった時に備えていた。

看護師の F さんは、ストーマ造設をした認知症の高齢者への対応について、下記のよう

今、結構、ストーマの患者さん増えてて、割と高齢者の方がいて。そもそも、認知症とかそういうのがあったら、たぶんもう無理なんで、家族とか訪看（訪問看護）入ったりするので。そういう人たちに引き継ぐしかないんですけど。【②031】

F さんは、ストーマ患者の中では高齢者、特に認知症の高齢者が増加している現状があり、手技的にストーマ交換が難しい場合には、家族や訪問看護から支援が得られるように調整していた。また、F さんは「説明してわかってそうだったら、とりあえず私は説明して、できそうなところはやってもらおうスタンスでいるので【②032】」と述べ、最初から高齢者だからと指導を避けず、高齢者の可能性を判断しながら最終的な結論を導いていた。

**6. 内服薬の新たな管理方法を見出す.** 食事や排便の変化以外にも、高齢者が消化器がんの術後に新たに開始された内服薬によって、内服管理が難しくなった場合や、術前から内服管理が医師の指示通りにできていなかった場合に、看護師は今後の自宅での内服管理について高齢者と検討し、新たに適した方法を見出していた。このカテゴリーは、<身体・認知機能に合わせた内服管理を提案する><徐々に自己管理の可能性を見極める>の2つのサブカテゴリーで構成された。

**a. 身体・認知機能に合わせた内服管理を提案する.** 看護師は高齢者の身体機能や認知機能を評価した上で医師とともに、内服の回数や薬剤の形状の変更などを検討し、飲み忘れに配慮した新たな管理方法を提案していた。

看護師の M さんは、高齢者の内服管理について「患者さんの認知機能だったりとか、薬が飲めるか、（薬袋を）破けるかとか。そうところにもよってかなと思います【100-2】」と述べ、高齢者の認知機能や、現在の薬剤の形態で安全に内服できるのか、また薬

を薬袋や PTP シート<sup>9</sup>から取り出すことができるのかといった身体機能の視点でも評価していた。

以下は、看護師の E さんが配薬のために術後 2 日目の Y さんの個室を訪れた際に見られた場面である。Y さんはベッド上であぐらをかいた状態で座っており、右手のみにミトンが装着されていた。術後 1 日目の昨日は術後せん妄で興奮していたが、本日は穏やかに新聞を見ていた。

看護師 E：ノックして Y さんの個室に入り、ベッドに近づきながら「お薬飲んでもらってもいいですか？」と笑顔で依頼すると、

Y さん：「はい、わかりました」と、穏やかに答え「これ、ズレちゃって、直してもらえませんか？」と、緩んだ腹帯を手で示しながら伝えた。

看護師 E：「そうですね。お腹、見てから直しますね」と腹帯について答え、「これ（ミトン）、外しますね」と、右手のミトンを指しながら伝えた。その後、小声で「もう外しておいても大丈夫かな？」とつぶやきながら、Y さんの右手からミトンを外そうとした。

Y さん：看護師 E のつぶやきに反応し「はい」と、ミトンのついた腕を差し出した。

看護師 E：Y さんの右手からミトンを取り外し、ドレーンなどを触らないか少し様子を見た。その後、ワゴンから Y さんの薬を取り出し、パソコンの画面で指示の確認を行った。6~7 種類くらいの薬が 10 錠くらいあり、「Y さん、どうぞ。薬ですよ」と言って、PTP シートに入ったバラバラの薬を Y さんに差し出した。

Y さん：昨日のように拒否することはなく、ベッド上であぐらをかいた足の前に、看護師 E から受け取った薬を置き、無言のまま素早い手つきで、あっという間に PTP シートから全ての薬を出した。その後、全ての薬を左手でまとめて持ち、一度に口に入れた。そして、右手でオーバーテーブルからコップを取って水を飲み、「飲めました」と、看護師 E に伝えた。

---

<sup>9</sup> PTP シート：Press Through Pack シートとは、錠剤やカプセルをプラスチックとアルミで挟んだシート状のもの。

看護師 E : パソコンで電子カルテを操作しながら、Y さんの飲む様子を見ていたが、思いの外、内服が早く終わったため少し驚いた表情になった。「わかりました」と言って、ベッドの上に薬が落ちていないか注意深く確認しながら、空になった PTP シートの数を数えて回収した。【X④002】

Y さんに薬を飲んでもらおうと訪室した E さんは、腹帯が緩んでいるので直してほしいことを落ち着いて伝えられる Y さんに気付き、術後せん妄のために興奮していた状況が改善していると考えた。しかし、E さんは右手のミトンを外すことに対して、本当に大丈夫なのか、またドレーンを外そうとしないか不安に思い、判断に躊躇していた。昨日は内服を頑なに拒否していた Y さんだったが、本日は拒否もなく薬を受け取り、慣れた手つきで PTP シートから一つずつ薬を取り出し、10 錠ほどある薬を左手にまとめて持ち、一気に飲み干していた。E さんは、昨日の Y さんの担当ではなかったため、カルテから把握した様子との違いを感じながら、飲み忘れや落ちている薬がないかベッド上を確認していた。

看護師の J さんは、認知機能の面から高齢者の内服管理について、以下のように述べていた。

何を飲んでるかって分からなくても、その日に飲む薬、この日にこれ飲むっていうのが分かればいいので。いっぱい飲んでる人とかだと、一包化してもらって、とりあえず、これだけ飲んでとかしたり。【145】

J さんは、高齢者では複数の内服薬があり、その名称や効果、量などの把握が困難だと判断した場合には、医師に相談して一包化してもらうことで、内服する日時がわかれば高齢者自身で管理できる方法を提案していた。また、看護師の C さんも「一包化とか先生に考えてもらって、開けやすくしてもらったりしてもいいですけど【Y①217~223-1】」と述べ、高齢者の身体的な機能から PTP シートに入った錠剤やカプセルを取り出すための手先を使った細かい作業が難しいと判断した場合は、医師に一包化を相談していた。C さんは高齢者でも開けやすくすることで、自身のできる部分を活かした管理を継続できるようにしていた。

さらに、看護師の A さんは薬の種類による影響について、以下のように語っていた。

下剤選ぶのにも、この人コントロールするのに、こっちの方が。例えば、ラキソ<sup>10</sup>とセンノ<sup>11</sup>みたいのだったら、どっちの方がこの人にはコントロールできそうかとかは考えたりとかしますね。入院中からそれを試してとか。【X①178-2~179】

消化器がんの術後には下剤を用いて排便をコントロールし、便秘を予防する場合が多々あるため、Aさんは高齢者の指先の動きといった身体機能によって、PTPシートから取り出す錠剤の方がよいのか、あるいは滴下の加減は難しいが薬量を細かく調整できる薬液の方がよいかなど、複数の形態から考慮して、薬剤を選択し、入院中から試していた。

また、看護師のRさんは「新しく入ってきた時に、どれを、何錠飲むっていうのがなかなか。理解ができないわけじゃないんですけども、実際飲むと飲み忘れちゃったりということがやっぱりあったりするので【178】」と述べ、新たな薬が開始された高齢者が説明には理解を示しても、実際に内服することが難しく飲み忘れなどがあることから、術後新たに開始された内服薬とこれまでの内服薬との一包化を医師に相談していた。看護師のAさんも「薬とかだったら絞れば、先生にちょっと絞って、減らしてもらおうとか、回数少なくていい薬にしてもらおうとか。まあ、それがどこまで出来るかは分かんないですけど【X①249-1】」と説明し、看護師が内服回数の変更も医師に相談することによって、飲み忘れや飲み間違いのリスクに加えて、高齢者への負担も軽減させていた。

看護師のPさんは、内服管理の工夫について、以下のように語っていた。

本当に、ご自身に、薬袋に、これは何の薬、血圧の薬、1錠で、朝夕って、ご自身の文字で書いて頂いたり、「これはこうだね」とか。本当に、退院の時にご自身で書いてもらって、わかって頂くようにしています。【167】

Pさんは高齢者自身に薬効や内服量、タイミングを薬袋に書くことを提案し、薬袋に印刷されている文字ではなく、自分自身で記した文字も確認することによって、退院後も慎重に確かめながら内服してもらえるように工夫を凝らしていた。看護師のFさんも、内服の間違いが減らせるような工夫について「内服カレンダーが売店で売っているんで、おススメすることもありますけど。【②046】」と述べ、1か月分の日付別や、1週間分が

<sup>10</sup> ラキソベロン®：液体で、点眼薬のように滴下によって内服量を調整する下剤。

<sup>11</sup> センノシド：錠剤の下剤。

曜日ごとで、かつ朝、昼、夕と分けられているなど工夫された内服カレンダーを勧めることで、間違えずに内服できるような管理方法の選択肢を提示し、高齢者とともに模索していた。

**b. 徐々に自己管理の可能性を見極める.** 看護師による内服管理を高齢者の自己管理に移行していく過程において、看護師は高齢者自身で内服カレンダーへの分配ができるかなど、高齢者に付き添って指導することで、自己管理の可能性を見極めていた。

以下は、看護師の C さんが、看護師で管理していた内服薬を高齢者の自己管理にするために、大腸がん術後 4 日目の X さんの部屋に訪室した場面である。X さんは子宮がん術後で下肢のリンパ浮腫により跛行があり、入院する前まで抗血栓薬を内服薬していたが、術直後は出血のリスクが高まるため中止になっていた。しかし、この日の朝からその薬の内服が再開されることになった。

看護師 C：「X さん、失礼します。薬が今日から全て再開になります。お家でも自分で管理されていたので、全てお返しします。シロスタゾール<sup>12</sup>も再開です。朝食後はこれを飲んでください」と説明し、すぐに飲んでもらいたい薬と術前に預かっていた薬袋を返却した。

X さん：「はい」と言って、受け取った薬袋をどこに置こうか置き場を考えて、床頭台に置こうとしたが、ひとまずベッド上に置いた。

看護師 C：「これから、薬のカラは確認するので、毎回取っておいてください」と、説明した。【X④002】

X さんは、食事が再開されて 3 日目で食事のリズムもできており、すでに再開されていた内服薬に加えて、この日から抗血栓薬も再開されることで、普段、自宅で自己管理していた時と同じように内服できるようになった。そのため、C さんは X さんから預かっていた薬を返却して、毎回内服後の空の薬包を確認することによって、飲み忘れなどを防ぎ、徐々に自己管理へと移行させていた。また、看護師の M さんも「食事が始まってきて、ちょっとリズムがついてきて。（中略）管理ができそうということであれば、管理を

---

<sup>12</sup> シロスタゾール：抗血栓薬の一種。

してもらうように【100-6】と、高齢者の食後に薬を飲むという習慣に合わせて、自己管理に移行する判断をしていた。

また、以下の場面は、看護師のFさんが昼食後に胃がんの術後9日目のYさんの部屋を訪れた際に観察された。術前の内服薬は自己管理していたYさんだが、術後の現在は配薬ボックスを使用して、食後に看護師が内服の確認をしていた。

看護師F：Yさんのベッドに近づきながら「薬は飲みました？」と、たずねながら配薬ボックスを覗き込んだ。

Yさん：見ていたテレビをリモコンで消しながら「あー、飲んだよー」と、軽い口調で答えた。

看護師F：床頭台にあるYさんの配薬ボックスの中から空の薬包をチェックし、「昼は1錠ですね。はい、わかりました」と、間違いなく内服できていることを確認した。【Y◎017】

Yさんは自宅では内服薬の自己管理をしていたが、手術当日の夜から術後せん妄になったため、それ以降数日間は看護師によって管理されていた。その後、Yさんの術後せん妄は改善したため、看護師は毎回配薬する方法から1日分の配薬ボックスに分配された状態でYさんに渡し、自分で内服する管理方法へと移行していた。そのため、Yさんに毎回内服後に空となった薬包を取っておいてもらい、看護師が確認することによって、改めて術後の状況で正しく内服でき、自己管理が可能か段階的に判断していた。

このように、配薬ボックスを使用して内服管理を行う場合、退院後は高齢者自身が配薬ボックスへの分配が必要となってくるため、そのことに関して看護師のJさんは、以下のように述べていた。

今、1週間のカレンダーだったりとか、お薬のボックスがあったりとかするので、ちょっとずつ管理方法を。多分、一番最初だと看護師が全部配ってたりするのを、本人に準備してもらって。ちゃんと朝昼夕の薬が分かって（中略）ちょっとずつできるように工夫はしていった。退院の時に、どういう管理方法がいいのかっていうのを。ボックスなのか、カレンダーなのか。もしかしたら、やっていった、自分で管理できるようになるかもしれないので。【136-1～136-2】



Jさんは、高齢者自身が内服カレンダーや配薬ボックスの種類に合わせて分配できるように、最初は看護師が行っていた準備を高齢者にも行ってもらいながら、徐々に高齢者の管理できる範囲を見極めていた。また、Jさんは「日々カンファレンスとかしながら調整してくような感じです【136-3】」と述べ、看護師同士のカンファレンスでも、高齢者がどのような方法であれば自宅での内服管理ができるか可能性を検討していた。

一方、看護師のIさんは、これまでの内服管理が不十分であった高齢者に対して、手術後から開始された薬も含めて自己管理できるように関わった経験について、以下のように語った。

もう頑張ってやるしか。袋にバラバラに入れて、ボンボンボンって持って来ている人は、1日とか管理される感覚が本人の中にないんで、最初すごい嫌がられる。「いいから全部持って来いよ」って言ったりとか、「自分でやるから持って来いよ」って言ったりとか。「めんどくさい」っていう人もいますけど。サラサラとか血圧とかって人がほぼ多いんで。病院にいるうちは、管理しちゃえば楽なんですけど。家帰ってからは、本当のアレじゃないですか。生活が始まるっていう。そこはちょっと、こっちが別に何か言われる分には問題ないんで。【144】

高齢者は入院時に数日分の内服薬を持参するように言われているが、中には自宅にある数か月分の山のような薬を幾つかのビニール袋にバラバラに入れて、持参する者がおり、Iさんが詳細を確認すると、指示通りに内服できていないことがあったと語った。Iさんは自宅での生活を考えて、医師の指示通りに内服できるよう、1日ごとなどの管理方法を提案したが、高齢者には面倒くさいと嫌悪感を抱かれたと述べた。しかし、Iさんはたとえ高齢者に投げやりな態度を示されても、手術した消化器がん以外にも複数の併存疾患があり、抗凝固薬や降圧剤などを内服していたため、過剰内服や過少内服によって生じる身体への影響を考えながら、退院してからも間違えずに内服できるように継続的に関わっていた。

最終的に、高齢者自身による内服管理が困難と判断した場合について、看護師のMさんは「認知機能とか、もう本当に管理が完全に難しいっていうのであれば、サービスを入れられるような人だったら、サービス入れたりとか【101】」と述べ、内服管理が難しくなった独居の高齢者については、確実に管理できるように利用できるサービスを検討してい

た。看護師の J さんも「なかなか難しいですよ。認知機能が落ちてるとなかなか難しいので、家族に協力してもらったりとかすることが結構多いですけど【144】」と、高齢者の認知機能の低下によっては家族に協力してもらうことが退院後の内服管理として適切であると判断していた。

**7. 治癒に向け創部の清潔を保持する.** 術後には腹部に創が形成されるため、創感染の予防や、生じてしまった創感染の改善を促すために、看護師は高齢者にシャワーの指導をし、時には家族への協力や利用できるサービスを調整することで、創の清潔を保持し、早期の治癒を目指していた。このカテゴリーは、＜感染予防のための清潔習慣を形成する＞＜他者からの援助で創部の清潔を維持する＞の2つのサブカテゴリーで構成された。

**a. 感染予防のための清潔習慣を形成する.** 普段の入浴習慣がある高齢者に対して、看護師は自宅でも創部をシャワーで清潔に保ち、高齢者自身で感染予防や創傷治癒が促進できるように、恐怖心に寄り添い、創の洗浄の仕方を示しながら指導していた。

看護師の R さんは、高齢者へのシャワーの指導の場面について、以下のように述べていた。

まあ、傷自体が意外と腹腔鏡とかだと、思ったより小さいって方もいらっしゃるんですけど。自分が、患者さんが思っていたよりも創っていうものを見て、結構、衝撃を受けちゃう方もいらっしゃる。触っていいのかっていう、恐怖心と、恐怖心っていうか、触っていいものか、洗っていいものかなっていうのが、最初、結構感じている患者さんもいるので、1回目はこっちの方で（シャワーでの）洗い方を、私の方で洗わせてもらって、「こういう感じで洗いましょう」って、お伝えさせてもらおうと「そうやって普通に洗えばいいのか」って感じで受け入れてくださる方もいます。【104】

ドレーンなどが抜け、早ければ術後3日目頃からシャワー浴ができるようになるため、初めて創を見た高齢者は怖くなり、こんなに早く洗ってよいのかと不安を感じていた。Rさんは不安な高齢者の初回のシャワーには付き添い、創部にシャワーを当てたり、石鹸をつけたりすることで安心してもらえるように関わっていた。Rさんは、高齢者にこれまでの入浴と大きく変わらない点を伝えることで、創感染の予防方法について理解してもらい、気後れせずにこれまでの日常生活の一部として組み込めるようにしていた。

以下は、看護師の F さんが、術後 11 日目で退院間近の Y さんに、創部の清潔を保てるようにシャワーを勧める場面である。

看護師 F：「今日シャワーはどうします？」と、シャワー室の予約をする必要があるため希望をたずねた。

Y さん：「シャワーはいいよ。もう退院だし、家ですればいいかと。（シャワーは）立って浴びないといけないんだろ？俺、（風呂に）入るのがいいんだよ。ドボンと」と、自宅での入浴を楽しみに笑顔で答えた。

看護師 F：「あー、そうなんです。シャワーの椅子はありますよ。あと、しばらくはシャワーなんですよ」と、次の外来まではシャワーであることを申し訳なさそうに言うと、

Y さん：「あーそうなの？それなら家でも。あと、傷があるし、じくじくして」と、少し心配そうに言った。

看護師 F：「脇のところですか？もう乾いてますよ」と、笑顔で伝えた。

Y さん：「浴びた方がいいかもしれないけど、まー、今日は・・・」と、シャワーは遠慮したい様子で伝えた。

看護師 F：「体拭きもできますよ？」と、すかさずに言うと、

Y さん：「それはいいや。そこで下のシャワーはしてる」と、部屋のトイレを指してウォシュレットを使っていることを伝えた。

（中略）

看護師 F：「また気が変わったら、伝えてもらえればできますので」と、シャワーや清拭が後からでもできることを説明すると、

Y さん：「気が変わることはあるかもしれないな」と、少し笑いながら言った。

【Y⑩011～014】

看護師の F さんは、Y さんの普段の入浴習慣がシャワーではなく湯船に浸かる入浴であり、それを好んでいることを把握したため、次の外来までは感染予防のために自宅でもシャワー浴を継続してもらいたいことを伝えていた。また、Y さんには治癒していない創に直接シャワーを当てることへの不安もあることから、F さんは創の表面は乾燥し、上皮化して大丈夫であることを伝えた。しかし、Y さんはシャワーを断った。このことから、Y

さんが医師からのシャワー浴の許可が下りてから1度もシャワーを浴びておらず、退院後  
を視野に創部の清潔を保つためのシャワーの指導を含めて勧めていた。Yさんは湯船に浸  
かれないことや創にシャワーを当てることへの不安から、Fさんから勧められた清潔ケア  
自体を断ろうとしているが、Fさんはシャワーを断られても、さらに清拭を提案すること  
で創部の清潔を保つ大切さを伝えていた。

同様に、看護師のMさんは、創部を清潔にするためのシャワーを指導した時の高齢者  
の反応について、以下のように述べていた。

嫌って言う人もいます。シャワー自体が面倒くさかったりだとか。あと、あれぐらい  
の年齢の方って、シャワーっていうよりかお風呂じゃないですか。だからお風呂に入  
らないで、シャワーだけなんて入った気もしないし。あと、冬だとよく、今でもよく  
言われるけど「風邪引くから嫌だ」とか、っていうことも結構あったりとか。

【109-1】

Mさんは高齢者に創部の清潔を保つため、毎日、シャワーで洗浄してもらいたいと考  
えていたが、高齢者の入浴習慣は湯船に浸かることが多く、特に冬場の場合、入浴ではな  
くシャワーでは風邪を引くと思っていることを考慮して、可能な範囲で創部の清潔を保つ  
ように指導していた。看護師のBさんも「元々（お風呂に）入っていない方が毎日入る  
ってのは、逆に億劫になったりするんで、1日間隔でも（シャワーで）入ってもらう方が  
いいと考えるので。まあ、状況に応じてちょっと対応したりすることが多いです【X③  
87】」と述べ、高齢者の入浴習慣に合わせてシャワーをしてもらうことで感染予防をして  
いた。

一方、入院中に創感染が生じてしまうことがあり、以下は、看護師のGさんがバイタ  
ルサインズ測定のために、大腸がん術後10日目のXさんの部屋に訪室した場面である。  
Xさんは、インスリンは使用していないが糖尿病で、術後3日目頃から臍部の下縁から上  
に5~7cmある創の周囲には発赤があった。

看護師G：「Xさん、失礼します。お腹を見せてください」と伝えると、

Xさん：「はい」と言って、腹部を見せるために上着のパジャマをあげて、パジャマ  
のズボンを下着と一緒に少し下げた。

看護師 G：ワゴンから聴診器を取って、首にかけ「傷、赤いですね」と創部の発赤が強いことを伝えと、

X さん：「ねー」と、困ったような表情で答えた。

看護師 G：X さんの表情に呼応するかのよう困った表情で、下腹部をゆっくり触診しながら「張っていませんか？」と、尋ねた。【X④002】

X さんの正中創の発赤は、術後 5 日目には一時軽減したが、その時よりも本日の発赤は赤みを増していた。G さんは創が赤くなっていることを X さんに伝えたが、X さんもそのことを知っており、どうしたらよいかわからない様子でいた。このような創部の感染兆候を逃さないために、Q さんは「発赤、熱感、腫脹といった感染兆候が出てきた場合、もしくは、膿が出てくる場合はすぐに教えてくださいということに関わっていますかね【154】」と、高齢者自身で感染に気が付けるように入院中から伝えていた。また、Q さんは「創の感染だったりとか（中略）糖尿病だったりとか、そういったものがあつたりすると傷の治りが悪かったりする方がいらっしゃったり【142】」と述べ、創感染のリスクが高まるとして糖尿病の既往について念頭に置いていた。

看護師の M さんは創感染した部分の洗浄について、以下のように述べていた。

元々お風呂に入るのが 3 日に 1 回とかって人とかもいるけど、創部が、そういう人ほど、創感染しちゃったりとかして、毎日シャワーに入らなければいけなくなったりとかすることも結構あるので、そこのリズム的なところを。でも、それってたぶんなかなか難しいと思うんですけど。病院にいるうちは私たちがやるから管理できるから、そこで頑張ってリズムをつけてもらって、毎日シャワーに入るのが当たり前にしてもらおうとかって感じで、声かけたりとかすることはあります。（中略）色々言葉を代えて「ここから膿が出てるよ」とか、「ちょっとここ見て。傷も臭いし、臭うよ」とかって言ってみたりとか。【105、109-3】

高齢者の入浴習慣が 3 日に 1 回などで創感染が生じてしまった場合には、M さんは高齢者にシャワーでの創洗浄を毎日の習慣としてできるように声をかけていた。その際、M さんは具体的な創の膿や異臭などの状況を高齢者に伝え、創感染が治癒するまでは自宅でこれまでの入浴習慣以上の取り組みが必要であることを理解を求めていた。

**b. 他者からの援助で創部の清潔を維持する.** 高齢者自身で自宅でも継続して創部の清潔を保つことが困難な場合に、看護師は高齢者の家族への依頼やデイサービスなどの利用を検討し、調整していた。

看護師の Mさんは、高齢者自身でシャワーができない場合の対応について、以下のよう

独居でも近くに家族がいたりするのであれば、少しの期間、次の外来ぐらいまでとか、ご家族の方にも（創部のシャワーを）協力してもらおうとかがあってというのは、もうお願いせざるを得ないのかなと思うので、ちょっと連絡してお願いしたりとか。もし、指導が必要なことがあれば、場合によってはちょっと来てもらったり、見てもらったりってようなことはしています。適宜。【106】

Mさんは、高齢者が自分自身でシャワーを浴びて創部の清潔を保てない場合、同居や近所に住む家族に協力してもらえるように調整していた。特に、創感染が生じている高齢者の場合は、毎日シャワーを浴びて石鹸で洗浄する必要があるため、家族にも病棟に来てもらい、看護師が高齢者に行う創洗浄を見学してもらうことによって指導をしていた。

さらに、看護師の Aさんは、高齢者が家族に頼れない場合などについて、以下のよう

デイとか行ける人とかだったりとかすれば、そういうデイサービスとか利用してもらって。その人の介護度によると思うんですけど。【X①195】

Aさんは、利用できるサービスを提案し、シャワーで創部が清潔にできる体制を整えることによって、高齢者自身や家族への負担を軽減させていた。

**8. 自宅での新たな日常生活を創造する.** 看護師は、術後の痛みなど身体的にも精神的にも落ち着いてきた高齢者が、自宅に帰って生活する具体的なイメージを描き、自らできることは自分で行っていく新たな日常生活を見出すことができる関わりを行っていた。このカテゴリーは、＜自らできることを行う必要性に気づいてもらう＞＜新たな生活でできないところを補う＞の2つのサブカテゴリーで構成された。

**a. 自らできることを行う必要性に気づいてもらう。** 術後からある程度の日数が経ち、高齢者自身でできると判断される状態でも、看護師の援助を期待していることがあるため、看護師は高齢者が自ら行わないと退院後の日常生活が困難になると気づくよう関わっていた。

看護師の Cさんは、退院が見えてきた高齢者から日常生活に必要なことを頼まれた時の関わりについて、以下のように語った。

その人もたぶん、「これ取ってください」「あれ取ってください」って感じだったんですよ。全部やろうと思えばできるのに、「そこにあるタオル取ってください」「ティッシュ取ってください」みたいな感じだったので。（中略）でも、術前はできた人だったので、「自分でやらないと退院してから困るよね」というのを説明して。

【Y①201～211】

Cさんは退院が近くなってきた高齢者が、術後数日目のように身近なタオルやティッシュを取ってほしいと看護師に依頼し続けていることに疑問を感じていた。Cさんは術前の関わりから、できる行動について把握しており、今の高齢者が自らできる状態かどうかを判断していた。自らできる状態にあると判断した高齢者に対して、Cさんは自分で行わないと自宅での新たな生活が困難になると気づいてもらえるよう説明していた。Jさんも「元々できてたようであれば、日常生活にやっぱり、今後、退院に向けての関わりとして日常生活に戻していく必要があると思うので、（中略）自分でできるところがどこまでなのかというのを判断して、やってもらえるところはやってもらおう【027】」と述べ、自宅での日常生活でできていたところを判断して、自らできることは行ってもらえるように関わっていた。

看護師の Aさんは、高齢者に退院後の日常生活をイメージしてもらうための関わりについて、以下のように述べた。

その人の家族構成によるかもしれないし、独りの人が、独りの家に帰れるようにするためには、じゃ、どうしなきゃいけないかって。本人が動かないと動けなくなっちゃうんで。まあ、一人暮らしでなくても、みんなお家に帰ってから、「じゃあトイレとかは誰か手伝ってくれるの？自分で行かないとダメなんだよね？じゃあ、頑張ろう

か」みたいな。「やれ、やれ」って言うよりは「やらないと困る」っていうことに本人に気づいてもらうように持っていくようにするのと。【017】

Aさんは、高齢者自身がこれまでの自宅での日常生活から、退院後はどのような日常生活を過ごすかをイメージできるように、排泄を例に挙げて、具体的な行動をもとにして話を進めていた。Aさんは無理にやることを促すのではなく、高齢者がこれからの生活をイメージして、できないと困ることに気付いてもらえるように伝えていた。

**b. 新たな生活でできないところを補う。** 看護師は自宅での新たな日常生活のために必要なADLsを考え、高齢者自身ができることは見守り、できないところは補うよう日々の援助を行っていた。

看護師のOさんは、高齢者の自宅での日常生活に向けて、現状のADLsを把握することについて、以下のように述べていた。

入院するとベッドで寝ている時間が増えて、筋力低下が生じてしまうので。家に階段があるなら入院中に階段の練習をして、実際にできるのかどうかを確認したりします。病院だとエレベーターがあるので、それで移動しているのです。でも、家だと階段ということもあるので。病院でベッドで寝てて、家が布団だと起き上がったたりとかできるのかとか。【177】

Oさんは、高齢者の自宅での生活環境や生活様式を把握することで、退院後の日常生活に必要な高齢者のADLsのレベルを確認していた。その上で、現状との比較によって必要なADLsに達せられるよう、入院中から退院後の生活環境を想定してリハビリテーション訓練を行い、入院中に一時的に低下したADLsを補うよう働きかけていた。

同様に、看護師のIさんも入院前のADLsについて、次のように語っていた。

元々のADLsがある、術前の。そこは落としたいくないので。もし、普通に歩いて入院してきたら歩いて行ってもらう。杖歩行だとちょっとかわいそうなんで、歩行は病棟内にして、車椅子乗って距離が長い時は行ってもらうとか。【013~015】



Iさんは、術前のADLsから低下した状態で退院することのないように、高齢者の術前のADLsに合わせて、歩行の介助など日々の援助をしていた。看護師のHさんも「退院する時には、元のADLsに近い状態に戻して退院じゃないと、やっぱ生活に困るので。そういう部分もちょっと確認しながら【075】」と述べ、術後のADLsの低下が与える高齢者の自宅での生活への影響について重く考え、術前のADLsに合わせて、援助方法を選択していた。また、看護師のRさんは「元々介護してる側の方が入院してきた場合は、その方が落ちてきてしまうと生活自体が成り立たなくなってしまうということもあるので【241】」と、認知症の妻がいる高齢者の担う介護という家庭での役割を考え、入院前のADLsを落さずに退院できるように関わっていた。他に、看護師のAさんも「時間かかっても、靴履けないとお出かけもできないし、って思えば頑張ってもらったりとか。やれば早いけどみたいなのは【X①136】」と述べ、看護師が手伝った方が素早くできるとは思いつつも、家から様々な目的で外出していたという高齢者の日常生活に必要なADLsに合わせて、自身でできることは行っていけるようにその姿を見守っていた。

## VI. 考察

研究参加者である看護師は、最初に「痛みで妨げられない日常を取り戻す」関わりを行い、それは、創痛を我慢して訴えない高齢者の表情や動作などから伝えない痛みのサインを捉えて鎮痛を図り、痛み止めに抵抗がある高齢者には「痛み止めの抵抗を安心に変え」、安静を求める高齢者には「離床の重要性を動くことで実感してもらう」関わりであった。次に、看護師は「術後早期から安全に配慮して歩く力を引き出す」関わりにおいて、多くの既往を併存する高齢者に対して術後で「心身が不安定な早期からでも離床を進め」、ドレーンや膀胱留置カテーテルなど「多くの管があっても歩くきっかけをつくり」、しばらく臥床していたことで高齢者の歩くことへの「不安な気持ちを汲み取り歩行へと後押しして」いた。さらに、看護師は歩行に集中する高齢者の「周囲の安全に気を配って付き添う」ことや、高齢者の「転倒に備えながら歩く力を見定める」ことに加えて、高齢者への「日々の励ましで継続した歩行への意欲を高めて」いた。そして、術後せん妄のリスクが高い後期高齢者に対して看護師は、日時を伝えて「時間の感覚を適宜整える」ことや、普段の生活習慣や趣味など「活気ある活動と睡眠とのバランスを保つ」ことで、「日常のためにリズムを保つ」関わりもしていた。消化器がんの手術という特徴から「変化した食生活の基盤をつくる」ことも必要で、看護師は高齢者に「工夫を凝らして食べ方

を伝授し、ダンピング症状などを予防するために「食べ方の確認を通して危機的状況から高齢者を守り」、また高齢者にとって「好みで食べやすく栄養も摂れる食事内容に見直し」、退院後のために「周囲の支えで複雑な食生活への負担を減らす」取り組みもしていた。一方、食事と同様に大きな変化を受ける排便に対して、看護師は「直面した排便の変化に見通しをつける」関わりを行い、突発的な便意による便失禁やストーマを初めて見たことで生じる高齢者の「戸惑いを受け止め排便をコントロールする」ことや、「自身でのストーマケアを段階的に試してもらう」ことをしていた。さらに、術後に内服の自己管理が難しくなった高齢者に対して、看護師は「身体・認知機能に合わせた内服管理を提案する」ことで飲み忘れや飲み間違いを減らす工夫を行い、高齢者の様子から「徐々に自己管理の可能性を見極める」ことで、「内服薬の新たな管理方法を見出す」関わりをしていた。加えて、シャワーで創部の洗浄が行えるよう「感染予防のための清潔習慣を形成する」ことや、自身での洗浄が困難な場合は「他者からの援助で創部の清潔を維持する」ことで「治癒に向け創部の清潔を保持して」いた。看護師は、退院後の日常生活を考えて「自らできることを行う必要性に気づいてもらう」、そして「新たな生活でできないところを補う」ように ADLs を援助することで、「自宅での新たな日常生活を創造する」関わりをしていることが明らかとなった。

以上を踏まえて、「A. 急性期医療の場から後期高齢者の日常生活に目を向ける」

「B. 脆弱な後期高齢者の可能性を継続的に引き出す」「C. 消化器がん術後に生じた変化を日常生活に組み込む」の3つの視点から看護実践の特徴について考察する。

#### **A. 急性期医療の場から後期高齢者の日常生活に目を向ける**

急性期病院という最新の治療を提供する場は、病棟看護師にとっては、同僚や多職種とともに手術等の治療を受ける多くの患者を看護する日常的な場である。しかし一方で、入院した高齢者にとっては、入院から退院までの期間は時間の制約と限定された空間という自宅での日常生活とは異なる環境であり、忙しく働く医療従事者や様々な医療機器に取り囲まれた非日常的な場である。

日常生活は24時間の長さを基にして様々な形で組み立てられているが（笹山, 1990）、入院することで日々のルーティンである食事、更衣、シャワーなどの頻度や長さ、タイミングは崩されている（Zisberg et al., 2017）。入院生活には、療養生活に加えて日常生活も含まれているが（大橋, 2008）、非日常的な環境であるため、自宅のような日常生活を保つことは困難である。このような入院生活において、看護師は高齢者に日時

やその日の検査の予定を伝えることで時間を意識してもらい、シャワー、歯磨きなどの清潔ケアや趣味などを勧めることによって、自宅での日常生活に近づけようとしていた。急性期病院の看護師が高齢者の日常生活に着目することは、日中の活動量の増加や術後せん妄の予防のみならず、高齢者が自らの日常生活の一部を取り戻し、自分が大切にしている馴染の環境を意識でき、退院後の日常生活をイメージできる関わりにつながると考えられる。また、患者は病気を日常生活に及ぶ影響から主観的に体験するとされている

(Toombs, 1992/2001, p. 44, p. 62)。そのため、看護師が高齢者の自宅での日常生活に目を向け、できるだけ入院生活をそれに近づけることで、高齢者自身が病気体験から新たな日常生活を創造する糸口となると考える。

しかし、急性期医療が行われる病棟では、2014年に制定された「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」や2年に1度の診療報酬の改定、各病院が導入しているクリニカル・パスの標準入院日数の短縮への取り組みが行われ（山本他, 2019）、在院日数の短縮化が進んでいる。手術前においては、看護師による病歴や生活歴などのアセスメントが外来の時点で実施され、手術前日に入院し、手術後においては、早期に退院することが求められ、後期高齢者にとっての在院期間は、ますます目まぐるしく変化する日々となっている。

このような在院日数の短縮を進める現状から、消化器外科領域において、早期の退院を目指したERAS (Enhanced Recovery After Surgery) プログラムの使用は盛んであるが、計画通りに実施するためには、疼痛コントロールや離床を躊躇する高齢者への働きかけが欠かせないとの指摘がある (Gonzalez-Ayora et al., 2016)。また、手術後の高齢者が順調に回復し、早期に退院するためには、術直後からの離床が重要とされている (Amari et al., 2021; 杉田他, 2020; Vlug et al., 2012)。そのため、看護師は早期から自宅での日常生活に目を向け、早期離床を進めようとしている。

しかし、本研究に参加した看護師から、高齢者は疼痛コントロールに関して、手術後の痛みは我慢するもの、痛み止めは身体的に悪影響があるなどと捉えていることが語られた。また、看護師は、高齢者には痛みを感じていても痛み止めに依頼することへの遠慮があり、その結果、痛みがあることや痛み止めが欲しいことを自ら訴えないと述べた。一方、早期離床に関して、看護師は、体調の悪い時は寝て休むと考える高齢者がおり、術後でも同様に安静にしていることが大切だと思い、横になっていることがあると語った。この点は、先行研究においても高齢者自身が疼痛は我慢するもの、強い鎮痛剤で中毒になる

とまっていることが指摘され (Catananti & Gambassi, 2010)、60~70 歳代の肺切除後患者では鎮痛剤のために看護師を呼ぶことに対する申し訳なさ、自分のことを我慢強いと思うことで、痛みを我慢していることが示されている (梶原他, 2018)。また、三瓶他

(2013) によると、元々自立して歩行できたにもかかわらず、術後 4 日経過しても自ら歩けなかった消化器がん術後の患者 (39 名、平均年齢 66.6 歳) の 43.6% は、すでに術前の時点で、手術の翌日から動き始めることを「早い」と感じていた。

そのため、看護師は高齢者の緩慢な動きや苦悶の表情など痛みのサインを逃さずに捉え、高齢者が直接的な言葉でく伝えない痛みのサインを捉えて鎮痛を図ることを行っていた。また、痛み止めに抵抗がある高齢者に対して、看護師は我慢しなくてもよいことや、痛み止めは使っても動くことが重要であることを積極的に伝えることでく痛み止めの抵抗を安心に変えるく関わりを行っていた。

以上のことから、消化器外科病棟で働く看護師は、病院という非日常的な環境の中で手術によって身体侵襲を受けた高齢者の「痛みで妨げられない日常を取り戻す」試みをしてきた。術後に痛みを強く感じた者の方が術後合併症のリスクが高まり (van Boekel et al., 2019)、痛み自体が身体的、精神的に影響を及ぼすため (Carr & Goudas, 1999)、術後の鎮痛は必要である。しかし、単に鎮痛のみでなく、看護師が高齢者の薬への考え方や体調悪化時の対処方法など、これまでの日常生活の中で形成された認識に目を向け、その援助について模索することが、急性期病棟の非日常性と高齢者が培ってきた日常性との隙間を埋める糸口になると考えられる。

## **B. 脆弱な後期高齢者の可能性を継続的に引き出す**

**1. 後期高齢者の脆弱性を踏まえて心身の向上を図る。** 消化器がん術後の看護は鎮痛や離床に始まり、退院まで途絶えることのない一連の過程で、看護師には一般的な術後経過が知識として蓄えられている。しかし、後期高齢者であることを考えると、年齢を重ねるにつれて歩行距離やバランス感覚、握力などの身体機能が低下し (スポーツ庁, 2021)、それに加えて、高血圧、糖尿病、心疾患などの複数の併存疾患を持ちながら手術を受けることも珍しくはなく、肺炎、不整脈、せん妄などの術後合併症を生じるリスクの高さが指摘されている (Balentine et al., 2016; Fagard et al., 2017; Pan et al., 2018)。そのため、脆弱性の高い後期高齢者では、成人期の患者の術後とは異なり、より複雑な過程になることが予測される。

術後には離床、つまり、ベッドから離れて歩くことが必要になるが、本研究の看護師は術後の高齢者の歩く機会の減少を語り、Fisher et al. (2011) でも入院中の高齢者の歩くことを伴う活動時間は非常に少ないことが指摘されている。そのため、研究参加者の看護師は、臥床が続くことで後期高齢者の下肢を始めとする筋力の低下が生じやすいことや、術前からの加齢による衰え、脳梗塞や骨折などの既往による ADLs の低下も相まって、さらに大きく身体機能が低下する可能性にも着目していた。そのため、看護師は高齢者の検査や買い物など、入院中にある移動の機会を通して、術後早期で多くの管があっても歩くきっかけをつくることや不安な気持ちを汲み取り歩行へと後押しすること、身体機能の低下を予防しながら離床を促し、歩行という日常生活での行動に結びつけていることが示された。

加えて、後期高齢者では手術侵襲による影響のみならず、それから派生して既往の高血圧や不整脈などへの大きな影響もある。そのため、看護師は高齢者の心身の状況を判断し、ベッド上から歩行へと安全に配慮しながら、術後の心身が不安定な早期からでも離床を進めることをしていた。先行研究でも、看護師が開腹術後患者（13名、平均年齢67.3歳）の離床前のバイタルサインを確認し、既往や離床前までの状況を踏まえて離床後に生じるバイタルサインの変化も予測していた（柴・松田, 2014）。また、看護師が開腹術後患者（9名中4名は60歳代、2名は70歳代）の参加観察をもとに、バイタルサインや呼吸状態、嘔気、眩暈などといった身体症状から離床の可否を判断していることが明らかにされている（飯塚, 2011）。つまり、看護師には、術後合併症を予防する観点から離床を進めるか、複数の看護師で協力して離床できるか、あるいは心身の状況から離床自体を控えた方がよいかなど、その場において複雑に絡まる要因から離床の可否を見極める判断の必要性が示された。これは臨床判断の核心は質的な識別とされ、患者の個別性や関連性、現在までの連続性の関与を考慮することが重要であることから支持される（Benner et al., 2011/2012）。

一方、歩行中の援助に関して、柴・松田（2014）は、術後の初回離床で歩行時の転倒を予防するために、看護師が高齢者を支えられる位置で付き添うことを示している。しかし、本研究では術後数日経過し、何度か離床を進めた後期高齢者を参加観察したことから、看護師が転倒を予防するために高齢者の横に付き添って歩く関わりに加えて、ある時は手で高齢者の腰をしっかり支え、また、ある時は腰の辺りに手を添えていた。これは、看護師が転倒に備えながら歩く力を見定めることであり、転倒の予防に配慮しながら

も、高齢者を過度に守るのではなく、歩行状況の機微な変化から、その都度歩く力を見定めた上での付き添い方の変化である。高齢者の状況が変わっていく中で、看護師が行動しながら考えており（Benner et al., 2011/2012）、高齢者自身の歩く力を引き出し、活かすことにつながっていると言える。

他の身体機能での脆弱性として、研究参加者の看護師は、高齢者では1～2日の禁飲食で嚥下機能の低下が生じ、誤嚥の可能性が高まるため、＜食べ方の確認を通して危機的状況から高齢者を守る＞ことが示された。この点に関して、手術で入院した胃がんの70歳以上の高齢者は、70歳未満の高齢者と比較して舌圧、咬合力、舌口唇運動機能の低下があることや（関本他, 2020）、経口摂取が遅延した患者では舌圧が有意に低下していることが報告されている（Taniguchi et al., 2019）。よって、看護師が高齢者の咀嚼機能や嚥下機能を観察することは、手術部位とは直接的に関係のない機能低下への着眼であり、容易に機能低下が生じやすい後期高齢者の特徴に着目した関わりと言える。

さらに、後期高齢者では身体機能の低下のみならず、精神機能に関しても低下が見られ、16.3%に軽度の認知障害があると言われている（Shimada et al., 2013）。術後の高齢者では、より高齢になるにつれて術後せん妄になるリスクが上昇し（Honda, Furukawa et al., 2018; van der Sluis et al., 2017）、術後せん妄になると、昼夜が逆転し、混乱や興奮で声を荒げること、また、カテーテル類を抜去してしまうこともあるため、安全な治療に影響が及んでいる（堤他, 2008）。研究参加者の看護師は、高齢者が夜に眠れず、昼夜逆転のリズムになることで術後せん妄や不穏が生じるため、日時を伝えてカーテンを開けるなど＜時間の感覚を適宜整える＞ことや、日中の覚醒を促して＜活気ある活動と睡眠とのバランスを保つ＞ようにしていた。これは、高齢者の認知機能を保ち術後せん妄を予防するために、日中の活動を通して日常を取り戻すために昼夜のリズムを維持する《日常のためにリズムを保つ》関わりである。しかし、術後せん妄が要因で術後の離床が遅れることも指摘されており（三瓶他, 2013; 山下他, 2018）、離床にも関係することである。

早期離床が進まない点に関して、研究参加者の看護師はイレウスや深部静脈血栓症、肺炎といった術後合併症のリスクを憂慮し、特に術後イレウスの予防の必要性を強調して伝えることで＜離床の重要性を動くことで実感してもらう＞関わりにつなげていた。そのため、看護師は高齢者がイレウスに対して、過度に不安にならないように配慮しながらも、イレウスになった場合には、嘔気や嘔吐のみならず、腹痛やその治療のためにチューブが挿入されるなど、高齢者に苦しさに伴うため、その辛さを具体的に伝えていた。術後イレ

ウスになるということは、症状や治療により、日常生活の一部として重要な食事ができないということのみならず、身体を動かし、離床を進めることもさらに困難となり、退院の延期や入院費の増大という悪循環を意味しており、消化器がんの術後には回避したい合併症と言える（Asgeirsson et al., 2010; Iyer et al., 2009）。そのため、研究参加者の看護師は、医師からの離床制限が無い限り、術後せん妄で精神的に不安定な高齢者でも複数の看護師で状況を観つつ、離床を進めることでイレウスを始めとした術後合併症の予防をしていた。

このように、看護師が手術による侵襲に加え、既往などの影響も相まって、心身が不安定となりやすい脆弱な後期高齢者について、複雑に絡み合う要因から総体的に判断することが、筋力低下や術後イレウスなどの術後合併症を予防するための行動につながることを示唆された。今後、高齢者人口の増加により、相対的に併存疾患があったり、加齢や既往による ADLs の低下、術後せん妄で精神的に不安定になったりする後期高齢者の増加が予想されるため、看護師には一層、後期高齢者の脆弱性を踏まえた総体的な判断が求められる。

**2. 新たな日常生活への可能性を見出す流れを途絶えさせない。** 大腸がん術後の高齢者は、離床をしようにも数歩の歩行に大きな努力が必要なことや、看護師などからの助けがなければ自分で身体をコントロールできないことに無力さを体験している（Jakobsson et al., 2017）。また、高齢者では痛みや嘔気、ふらつき、血圧や心拍数の変動といった身体症状のみならず、意欲の低いことも離床を妨げる要因として挙げられている（平澤他, 2010; 三瓶他, 2013）。そのため、研究参加者の看護師は、＜日々の励ましで継続した歩行の意欲を高める＞で示されたように、前日の歩行の様子を高齢者自身やカルテから把握し、歩けた距離を参考にその日の目標を立てることで、高齢者の歩行に向けた意欲を高めていた。さらに、看護師は他の看護師や医療者、家族に高齢者の歩行の状況を伝えて、彼らからも少しずつ歩ける距離が延びていることへの努力を認め、励ますことも依頼していた。先行研究から離床のための援助として、高齢者の積極性を引き出すことや、周囲の医療者や家族からも励ましの声をもらえるようにすることが指摘されている（柴・松田, 2014）。この点は本研究においても符合するが、少しずつ高齢者の歩ける距離が延びることで、歩く力が戻りつつあるという経時的な変化に看護師が着目し、日々担当する看護師は交代する中でも一貫して引き継がれる看護実践が新たに示唆されたと言える。

食事に関しては、基本的欲求という側面以外にも味や見た目を楽しみ、家族や他者とのコミュニケーションの場となることから喜びを感じる面もある（川島, 1993; Nightingale, 1882/2003, pp.19-22）。研究参加者の看護師は、高齢者の好みをたずね、看護師同士のみではなく、医師や栄養士とも連携しながらこれまで好んで食べていた物が引き続き食べられるように、よく噛めばよいのか、量を減らせばよいのかなどく好みで食べやすく栄養も摂れる食事内容に見直す>ことをしていた。

特に、胃がん術後の高齢者は食事の摂取量を増やし、栄養を摂るために格闘しており（藤浪, 2018）、食事を楽しむという側面は低下している。切除された胃腸は今後も再生しないため、食事への楽しみが失われないことは、高齢者が適切な食べ方や食事内容を継続することにつながると推察された。また、胃がんの手術の中でも胃全摘術を受けた患者では、術後2週間後の摂取エネルギー量が術前より1,000 kcal以上減少し（古屋・中村, 2013）、手術の1年後には部分切除など他の術式よりも大きな体重減少が確認され（Tsumura et al., 2020）、大腸がん後でも術後に体重、骨格筋指数、エネルギー充足率が低下していることが示されている（矢部他, 2018）。加えて、65歳以上で胃がんの手術を受けた高齢者の場合には術式による影響のみならず、加齢も相まって長期的な体重減少や骨格筋量の減少が生じることが示唆されている（臼井, 2019）。このように、手術後の変化が数週間後、あるいはそれ以上経過してから問題となってくるため、看護師同士が連携して、日々の継続した関わりの中で、高齢者の食事量が減少しないことや、高齢者に栄養補助食品を勧めることで、新たな日常生活へとつなげていると言える。

他方、大腸がんの切除のみではなく、ストーマが造設された場合には、さらに大きく排便習慣に変化が生じる。研究参加者の看護師が語ったように、高齢者はストーマが造設されることはわかっているにもかかわらず、実際に造設されたストーマに対して、最初は直に見られなかったり、造りたくなかったと後悔したり、不安に思ったりすることがある。そのため、看護師は、高齢者の訴えに対して寄り添って、ストーマを見ることができたことから認め、日々のストーマケアでの関わりをきっかけに、少しずつ受容できるよう戸惑いを受け止め排便をコントロールする>関わりをした。ストーマ装具の交換の場面で、看護師は、高齢者の中には加齢による手先の震えや動かすにくさのみではなく、術前の化学療法の副作用によっても不自由さが生じ、指先を用いる作業に難しさを感じることもあると語った。先行研究でも、高齢者はストーマケアに費やす時間や努力、ストーマ装具による漏れなどに対して困難を感じていると言われている（McMullen et al., 2016）。また、松本他



(2006) は、高齢者が便を破棄する排出口の開閉や面板をストーマのサイズに合わせること、面板をストーマの位置に合わせて装着することといった細かな作業を不安に思っていると報告している。そのため、看護師は本来の装具交換の間隔ではなく、交換頻度を増やすことで、少しでも多くの練習ができるように調整し、交換作業の負担を減らすために面板を切らずに装着できる装具を選択していた。看護師は連携することで日々の変化を捉え、認知機能の低下や手先の細かな作業が難しくなった高齢者でも自身でのストーマケアを段階的に試してもらい、関わりによって、新たな日常生活で自立して交換できる可能性を探っていたと言える。

### **C. 消化器がん術後に生じた変化を日常生活に組み込む**

**1. 日常生活に術後の変化を意味づける.** 消化器がん術後には食と排泄といった特有の変化があり、日常生活に大きく影響している。そのため、後期高齢者がその大きな変化を意味づけ、これまでの日常生活に組み込み、新たな生活への基盤を築くことが必要である。

研究参加者の看護師は、胃がんで手術を受けた高齢者に対して、これまでの食生活との変化やダンピング症状が理解できるように、ゆっくり食えることやよく噛むことなどパンフレットを用いるなど、工夫を凝らして指導を行っていた。胃切術後にみられるダンピング症状には、全身症状として動悸、疲労感、過度な眠気などがあり、腹部症状として、食直後の腹痛、腹部の違和感、下痢など複数の症状があるため (Honda, Usuki et al., 2018)、高齢者は食べ方の変化に加えて、これらの症状や症状が生じた時の対処も理解する必要がある。また高齢者では、看護師から説明を受けても適した食べ方を実施することが難しい場合があり、特に短期間で変化する食事の内容への戸惑いもある。研究参加者の高齢者は、胃全摘後で術後4日目の流動食ではダンピング症状なく食べられていたが、8日目の全粥では強い腹痛を起こした。高齢者自身は、適した食べ方ができていると思っていたため、どの程度ゆっくり食べたらよいかわからないと、やるせない思いを看護師に吐露していた。このように後期高齢者の場合は、説明や指導だけでは理解が難しいこともある。そのため、個々の看護師は試行錯誤しながら高齢者自身が毎食にかけた時間や食べた量を意味付けでき、ダンピング症状を予防できる食べ方を身につける過程に寄り添い、「変化した食生活の基盤をつくる」ことをしていた。

大腸がん術後の高齢者は腸管の切除により排便機能に変化し、便意が頻回になることで心配や不安が生じ (Jakobsson et al., 2017)、便秘や下痢といったこれまでの排便とは

異なる変化を知覚している（真志田他, 2019）。腸管の切除により便意が頻回になったことは、退院後1か月以上も続くこともあるとされる（Jakobsson et al., 2017）。研究参加者の看護師は、大腸の切除による術直後の突発的な便意からトイレに間に合わず便失禁をしてしまい落ち込む高齢者に、身体が慣れるまでは想定されることで、今は痛みやドレーンなども挿入され、自分の思うように身体が動かない状況であることを伝えている。しかし、「人間は排泄をコントロールすることで自立の第一歩を踏み出す」とされ（坪井, 1985, p. 261）、排泄のコントロールを失うことは退行や耐えがたい侮辱を意味する（Jacoby, 1991/2003）。そのため、下痢による失禁は高齢者にとって羞恥心や自尊心が傷つく体験と考えられる。恥は失敗の原因を自己に焦点化し、自己の否定的な評価から生じるため（Lewis, 1992/1997, p. 41）、大腸を切除したことにより突如として下痢となった高齢者にとって、看護師が戸惑いを受け止めるということは否定的な感情を軽減させ、変化を意味づける関わりと言える。

排便の変化は下痢の場合のみではなく、便秘の場合もあり、研究参加者の看護師は便秘に対しても排便コントロールをしていた。看護師は医師に相談し、便秘に対して下剤を使うこともあるが、まずは高齢者がこれまでの生活の中で行っていた歩くことや、水分を摂取することで排便を促していた。これらは、高齢者に馴染みのある習慣的な行動であり、そこに新たな意味を加えることで「直面した排便の変化に見通しをつける」ことを行っていた。

また、研究参加者の看護師はシャワーで「治癒に向け創部の清潔を保持する」ことをしていた。創の形成は術後患者における特徴と言えるが、高齢者は創に触れてもよいか、石鹸をつけてもよいかなど不安を抱いていたため、看護師がシャワー浴に付き添って「感染予防のための清潔習慣を形成する」関わりをしていた。佐原他（2013）によると、消化器疾患で開腹術を受けた75歳以上の高齢者で、術後合併症の8.9%は創感染であることを明らかにし、また、平塚他（2016）は消化器外科手術における手術部位感染の要因を80歳以上、悪性疾患、開腹術、人工肛門造設術などと報告している。そのため、看護師は高齢者がこれまでの日常生活における清潔習慣の一つとしての入浴だけではなく、創を清潔に保つという意味づけでも捉え、生活に組み込めるように関わっているとと言える。

さらに、内服管理において、「一包化」は「服薬継続力」の影響因子の一つであるが（大堀他, 2020, p. 9）、本研究においても「身体・認知機能に合わせた内服管理を提案する」で示されたように、看護師が医師と相談しながら一包化、内服の回数や薬剤の形状

の変更、市販されている内服カレンダーを勧めたりするなどの工夫を凝らし、退院後の生活において飲み忘れや飲み間違いを減らす関わりがあった。それは、高齢者自身が戸惑いや混乱なく内服管理の必要性を意味づけられ、退院後の日常生活の一部として組み込めることを目指していた。

大腸がん術後の高齢者は、退院後の日々の生活の中で、これまでの日常生活に戻りたいという願いを抱く一方で、病気による脆弱さや指示された自宅での療養と自分の身体の具合にジレンマを抱いており (Norlyk & Harder, 2011)、元に戻ることは困難な側面がある。さらに、後期高齢者という点では「老いとは過去の体験や構造的な要因、価値、そして現在自分がおかれた状況を不断に解釈していくことを通じて、たえまなく新たな自己像をつくりつづけること」とされているため (Kaufman, 1986/1988, p. 187)、高齢者自身が術後の心身について意味づけられるように、病棟看護師が関わることによって、高齢者の新たな自己像の形成となり、手術による変化を組み込んだ新たな生活の創造へとつながると考えられる。

**2. 日常生活に周囲の援助を取り入れる.** 高齢者は身体的な限界、死の近さ、具合が悪くなることなどについて気づき、考えることは避けられず、絶望と統合の間で苦闘しているとされている (Erikson et al., 1986/1997, p. 59, p. 66)。このような現状で、高齢者は消化器がんの手術を受け、身体的な回復には至って退院できる可能性は高いが、高齢者自身が術後の変化に対して十分対処できぬまま退院する事態も生じている。

研究参加者の看護師は、後期高齢者自身に手術によって生じた食事や排泄などの影響について説明や指導をするが、高齢者自身で退院日までに対処できないと判断した場合や、認知機能の低下などで高齢者自身での対応が難しい場合には、家族などの周囲の援助を得ることで、退院後の日常生活を成り立たせようとしていた。看護師は、術前から高齢者自身で食事の用意をしていない場合、配偶者などが栄養相談に参加できるように調整し、高齢者自身が食事を用意していても、同居の有無に関わらず家族などに食事指導をして、一緒に栄養士の栄養相談を受けてもらっていた。しかし、先行研究の北川・吉永 (2005) によると、胃がん術後患者の妻は、入院中から退院後の食事管理について病院食の内容やパンフレットなどから情報を得ており、退院後には病院の食事を真似するなど調理の工夫をしていたが、常に食事について考えているような生活となり、負担を感じていたと示されている。通常、胃がんの術後の場合は6回食となり、徐々に食事回数をこれまで通りにしているため、食事内容とともに食事を用意する頻度でも家族には負担を感じやすいと考

えられる。加えて、研究参加者の看護師は、高齢者の場合、高血圧などの既往による塩分制限などと消化器がん術後の食事が相まって、食事管理が複雑になると語った。また、配偶者自身も高齢である場合が多いため、食事の準備が負担とならないように、訪問看護や介護サービスなどの利用を提案していた。これは<周囲の支えで複雑な食生活への負担を減らす>ことであり、食生活を維持する選択肢を増やし、家族が全ての負担を負わないための援助と言える。

食事の指導と同様に、ストーマの装具交換の指導に関しても、研究参加者の看護師は、同居の有無に関わらず家族がいる場合には家族にも行っていた。特に、認知機能の低下した高齢者では、ストーマケアができるように指導を試みてはいたが、早期から家族や訪問看護などから支援を得ていた。高齢者自身でストーマの装具交換が対応できる場合でも、家族などにも指導することは、自宅で体調が悪化した時の備えにつながるため、高齢者が自宅で困らないような先を見据えた関わりと言える。また、大腸がん術後の高齢者自身も、術後の生活の変化への対応として家族に頼ることや（真志田他, 2019）、身体的機能が回復するまでは退院後に家族などの他者への依存を述べている（Jakobsson et al., 2017）。しかし、Norlyk & Martinsen（2013）によると、大腸がん術後患者の家族でも、退院後の生活で自分たちが医療者のように患者について責任を持たなければいけないと強く感じ、患者の状態の悪化を見逃さないか不安に思い、負担を感じているとの報告がある。現在、65歳以上の者のいる世帯の28.8%が単独世帯で、32.3%が夫婦のみであり、両世帯を合わせると61.1%に達するため（内閣府, 2021c）、日常的に子どもや孫といった若い世代からの援助は受けにくい状況である。そのため、本研究で示されたように、看護師が家族の助け以外に訪問看護などのサービスを利用する提案も必要となり、家族への負担の軽減にもなると言える。

内服薬の管理に関しても、併存疾患を複数持つ後期高齢者にとっては、新たに下剤や整腸剤などの薬が追加されることで、自宅では内服薬を自己管理できていた高齢者でも、間違えてしまうことがある。三好他（2018）は、ゲートボールができる程度の心身機能の保たれた65歳以上の高齢者（平均年齢76.2歳）でも、内服薬の飲み忘れが52.0%おり、薬の種類、飲む時間、飲む回数の飲み間違いもあったと報告している。また、内服時間を忘れていなくとも、後期高齢者では一包化してある薬を手のひらに出した時に手先が不自由で落とすこともあるため（中田他, 2021）、確実に内服をすることは容易ではない。そのため、術後に内服薬が増えるなど、変化が生じたことによって、内服管理が難し

くなった高齢者の場合は、＜練習しながら自己管理の可能性を見極める＞ことで、確実に管理できるように家族の協力や利用できるサービスを検討していた。創部の管理も同様に、高齢者が自分自身でシャワーを浴びて創部の清潔を保てない場合は、同居している家族や近所に住む家族の協力や、家族が負担を感じる場合はデイサービスなどの利用できるサービスを提案し、＜他者からの援助で創部の清潔を維持する＞ことで、創部の管理ができる体制を整えていた。

後期高齢者が手術を受けると、その後の日常生活への影響は大きく、これまでできていたことでもできなくなることや、誰かしらの援助が必要になることがある。そのような時には、看護師が周囲からの援助を調整し、高齢者が手術によって生じた変化をこれまでの日常生活に組み込めるようにすることで、《自宅での新たな日常生活を創造する》ことにつながると示唆された。

#### **D. 看護への示唆**

入院して手術を受ける後期高齢者は、せわしなく過ぎる急性期病棟の非日常的な状況に戸惑い、手術による身体的変化に困惑し、退院後の日常生活が見通せない状態にある。そのため、本研究によって明らかにされたように術後で変化した食生活や排便などについて、看護師が術前の後期高齢者やその日常生活を理解し、ともに退院後の新たな日常生活について見出すことで、後期高齢者の自信や安心となり、早期退院につながる可能性が高くなると考える。また、退院後の日常生活は後期高齢者のみならず、その家族にとっても安心できることが重要である。特に、後期高齢者の配偶者も後期高齢者であることが多く、身体機能や精神機能などの低下によって、何かしらの困難を抱えている場合も少なくない。よって、看護師が後期高齢者の家族から得られる援助に頼り過ぎるのではなく、ストーマケアや内服管理などにおいて適切な社会資源の利用を調整することが期待される。

次に、本研究によって消化器がん術後の特徴を踏まえた後期高齢者への看護実践が明らかにされたことで、新人看護師や他の部署から移動してきた看護師への教育の一助となると考える。例として、看護師が、痛みを我慢して伝えない高齢者の表情や動作などから痛みのサインを捉えることや、痛み止めを使うことに抵抗がある高齢者に対して、安心して使えるような関わりは、後期高齢者に特徴的な認識を把握した上での看護実践である。また、多くの既往を併存する後期高齢者に対して、術後早期の心身が不安定な状態でも離床を進めることや、誤嚥やダンピング症状といった危険な状況に陥らないようにする看護実践は、後期高齢者の脆弱性を考慮し、複雑に絡み合う要因から状況を判断するという重

要な視点と言える。このような消化器がん術後の後期高齢者に特徴的な看護実践が体系的に示されたことで消化器外科領域において経験の少ない看護師による看護実践に関する理解が促進され、日々遭遇する現象について考える際に役立つと考える。

最後に、現在、病棟で勤務する看護師が消化器外科という特定の領域における知識や価値、考えを再認識し、術後の後期高齢者と関わることができると思う。多忙な病棟勤務をする看護師にとって、後期高齢者に行っている離床時の援助、バイタルサインズの測定、食事指導、ストーマ装具の交換の指導などの、一つ一つの行為に含まれる意味を考えることは困難な側面もある。本研究で看護実践が言語化されたため、これまでの関わりを省み、その意味を振り返ることで、行ってきた看護実践の価値を認識することで、これからの自信となり、今後の後期高齢者へのよりよい看護実践につながると考える。

### **E. 研究の限界と今後の課題**

世界的な新型コロナウイルスの流行により、病棟での参加観察によるデータ収集が制限されたことで、研究参加者の後期高齢者から得られたデータが限られ、看護師の高齢者への関わりを十分に描くことができなかつた点が今回の研究の限界である。そのため、看護師へのインタビューから看護師の高齢者への関わりを語ることに注目して描くことになった。また、今回は消化器がん術後の後期高齢者を研究参加者としたが、研究参加者の消化器がんの部位を限定することによって、本研究の結果よりも具体的で看護実践に適した概念が生成される可能性がある。

今後は、病棟での参加観察が再開できるようになった場合にさらなるデータ収集を行うことで、実際の看護実践から研究参加者の看護師と研究者で振り返ることができるため、生成された概念の洗練ができると考える。また、消化器がんの部位を限定することによってさらに緻密なデータを収集し、術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践を描き、概念の洗練や新たな概念の生成ができると考え、日常化している術後の看護実践の現象を明らかにすることが課題である。さらに、今回の研究で明らかにされた看護実践の教育プログラムの開発、その効果の検証など発展させていくことも課題である。

## **VII. 結論**

病棟看護師による消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践は、看護師が消化器がんの切除によって生じた身体的変化とこれまでの日常生活への影響を踏まえて、脆弱な後期高齢者であっても自身でできることは行い、他者の援助も受け

ながらこれまでの日常生活に新たな変化を組み込めるよう関わる過程であり、8つのカテゴリーと23の<サブカテゴリー>で構成された。

#### 1. 痛みで妨げられない日常を取り戻す

看護師は、術後に痛みがあっても我慢して訴えない高齢者の表情や動作などから<伝えない痛みのサインを捉えて鎮痛を図る>、また、痛み止めに抵抗がある高齢者には痛み止めを使ってでも動くことの利点を伝えて<痛み止めの抵抗を安心に変える>、さらに、安静を求める高齢者に術後合併症を予防する必要性を伝えて<離床の重要性を動くことで実感してもらう>関わりを行って、日常を取り戻そうとしていた。

#### 2. 術後早期から安全に配慮して歩く力を引き出す

看護師は、多くの既往を併存する高齢者の<心身が不安定な早期からでも離床を進める>ことや、ドレーンや膀胱留置カテーテルなど<多くの管があっても歩くきっかけをつくる>関わりを行い、また、しばらく臥床していたことで高齢者が抱く、歩くことへの<不安な気持ちを汲み取り歩行へと後押しする>ことをしていた。さらに、看護師は高齢者が歩行に集中できるよう<周囲の安全に気を配って付き添う>ことや、高齢者の<転倒に備えながら歩く力を見定める>こと、それに加えて、高齢者への<日々の励ましで継続した歩行への意欲を高める>ことで、高齢者の歩く力を引き出していた。

#### 3. 日常のためにリズムを保つ

後期高齢者では術後せん妄のリスクが高いため、看護師が高齢者に関わる際に、日時を伝えて<時間の感覚を適宜整える>ことや、入院中でも普段の洗面や歯磨きなどの生活習慣や趣味など<活気ある活動と睡眠とのバランスを保つ>ことで、高齢者の日常を維持するための生活のリズムを保っていた。

#### 4. 変化した食生活の基盤をつくる

消化器がんの手術という特徴から看護師は、高齢者に<工夫を凝らして食べ方を伝授する>ことで食べ方への理解を深め、高齢者の食事に付き添い、誤嚥やダンピング症状が起きないように<食べ方の確認を通して危機的状況から高齢者を守る>関わりをしていた。また、看護師は食事量のみでなく、高齢者の咀嚼・嚥下機能も判断しく好みで食べやすく栄養も摂れる食事内容に見直す>ことや、適切な食事内容が退院後も維持できるように<周囲の支えで複雑な食生活への負担を減らす>取り組みもしていた。

#### 5. 直面した排便の変化に見通しをつける

食事と同様に大きな変化を受ける排便に対して、看護師は、突発的な便意による便失禁やストーマを初めて見たことで生じる高齢者の＜戸惑いを受け止め排便をコントロールする＞関わりを行っていた。また、看護師は高齢者に便の破棄やストーマ装具の交換などの手技もできるよう指導し、＜自身でのストーマケアを段階的に試してもらおう＞ことで排便の変化に見通しをつけていた。

#### 6. 内服薬の新たな管理方法を見出す

術後から開始された内服薬により、自己管理が難しくなった高齢者に対して、看護師は＜身体・認知機能に合わせた内服管理を提案する＞ことで、飲み忘れや飲み間違いを減らす工夫などを考え、高齢者の様子から＜徐々に自己管理の可能性を見極める＞ことで、新たな管理方法を見出していた。

#### 7. 治癒に向け創部の清潔を保持する

看護師は、創部へのシャワーに恐怖心のある高齢者が洗浄できるよう＜感染予防のための清潔習慣を形成する＞ことや、高齢者自身で洗浄が困難な場合は＜他者からの援助で創部の清潔を維持する＞関わりを行っていた。

#### 8. 自宅での新たな日常生活を創造する

看護師は、高齢者の退院後の日常生活を考えて＜自らできることを行う必要性に気づいてもらう＞、そして＜新たな生活でできないところを補う＞ように ADLs を援助していたことが明らかとなった。

## 謝辞

ご協力くださいました研究参加者の皆様には、ご多忙のところ貴重なお時間を頂き、心より深謝申し上げます。また、一連の研究過程においてご指導くださった正研究指導教員の坂口千鶴教授、副研究指導教員の三浦英恵教授を始め、ご助言をくださいました先生方に厚く御礼申し上げます。

なお、本研究は令和3年度「学校法人日本赤十字学園教育・研究及び奨学金基金」研究事業（学長裁量事業）による支援を受けており、合わせて御礼申し上げます。



## 文献

- 秋下 雅弘・荒井 秀典・荒井 啓行・江頭 正人・遠藤 英俊・木川田 典彌・葛谷 雅文・神崎 恒一・高橋 龍太郎・武川 正吾・武久 洋三・鳥羽 研二・堀江 重郎・森田 朗・三上 裕司・池端 幸彦・石井 伸弥・江澤 和彦・小島 太郎...山口 潔 (2014). 高齢者に対する適切な医療提供の指針. *日本老年医学会雑誌*, 51(1), 89-96.
- Amari, T., Hirukawa, C., Fukuda, T., Hidaka, Y., Makita, Y., Fukuda, K., Sakamoto, Y., Kimura, M., & Yamaguchi, K. (2021). Factors affecting the length of hospital days after laparoscopic gastrectomy for elderly patients with gastric cancer. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 10.1007/s12029-021-00633-x. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12029-021-00633-x>
- 荒川 祐貴・井上 智子 (2015). 看護ケア発展に向けたキュアとケアを融合した看護実践の内的構造の分析. *日本看護科学会誌*, 35, 72-81.
- Asgeirsson, T., El-Badawi, K. I., Mahmood, A., Barletta, J., Luchtefeld, M., & Senagore, A. J. (2010). Postoperative ileus: it costs more than you expect. *Journal of the American College of Surgeons*, 210(2), 228-231.
- Balentine, C. J., Naik, A. D., Berger, D. H., Chen, H., Anaya, D. A., & Kennedy, G. D. (2016). Postacute care after major abdominal surgery in elderly patients: Intersection of age, functional status, and postoperative complications. *JAMA Surgery*, 151(8), 759-766.
- Benner, P. E. (1984)/井部 俊子監訳 (2005). *ベナー看護論 初心者から達人へ*. 医学書院.
- Benner, P. E., Hooper-Kyriakidis, P. L., & Stannard, D. (2011)/井上 智子監訳 (2012). *ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること 第2版*. 医学書院.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966)/山口 節郎訳 (2003). *現実の社会的構成：知識社会学論考*. 新曜社.
- Blumer, H. (1969)/後藤 将之訳 (1991). *シンボリック相互作用論 パースペクティヴと方法*. 勁草書房.
- Burden, S. T., Stamataki, Z., Hill, J., Molasiotis, A., & Todd, C. (2016). An exploration of food and the lived experience of individuals after treatment for colorectal cancer using a phenomenological approach. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 29(2), 137-145.

- Carlsson, E., Berndtsson, I., Hallen, A. M., Lindholm, E., & Persson, E. (2010). Concerns and quality of life before surgery and during the recovery period in patients with rectal cancer and an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 37(6), 654-661.
- Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. *Lancet*, 353(9169), 2051-2058.
- Catananti, C., & Gambassi, G. (2010). Pain assessment in the elderly. *Surgical Oncology*, 19(3), 140-148.
- Charmaz, K. (1990). 'Discovering' chronic illness: Using grounded theory. *Social Science & Medicine*, 30(11), 1161-1172.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin, & Y. Lincoln (Eds.), *The handbook of qualitative research (2nd ed., pp. 509-535)*. Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the grounded theory method. In J.A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Handbook of constructionist research (pp. 397-412)*. The Guilford Press.
- Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds: Grounded theory in the 21st century. In J. Morse (Ed.), *Developing grounded theory: The second generation (pp. 125-140)*. Left Coast Press.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory (2nd ed)*. Sage.
- Charmaz, K. & Gibbs, G.R. (2015/2/4). A Discussion with Prof Kathy Charmaz on Grounded Theory. <https://www.youtube.com/watch?v=D5AHmHQS6WQ>  
[2020/2/27 閲覧]
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008)/操 華子・森岡 崇 (2012). *質的研究の基礎：グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 (第3版)*. 医学書院.
- 大腸癌研究会 (2019). *大腸癌治療ガイドライン：医師用*. 金原出版.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986)/朝長 正徳・朝長 梨枝子 (1997). *老年期：生き生きしたかかわりあい*. みすず書房.

- Fagard, K., Casaer, J., Wolthuis, A., Flamaing, J., Milisen, K., Lobelle, J. P., Wildiers, H., & Kenis, C. (2017). Postoperative complications in individuals aged 70 and over undergoing elective surgery for colorectal cancer. *Colorectal Disease*, 19(9), O329-O338.
- Fisher, S. R., Goodwin, J. S., Protas, E. J., Kuo, Y. F., Graham, J. E., Ottenbacher, K. J., & Ostir, G. V. (2011). Ambulatory activity of older adults hospitalized with acute medical illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 91-95.
- 藤浪 千種 (2018). 高齢の胃切除術後患者の回復に向けた主体的取り組み. *せいい看護学会誌*, 8(2), 1-8.
- 藤田 あけみ (2018). 直腸がん肛門温存手術患者の術後の排便障害と対処法の関連. *日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌*, 34(3), 49-59.
- 古屋 洋子・中村 美知子 (2013). 胃全摘術後患者の食事摂取量と身体状態の特徴 胃部分切除群との比較. *山梨大学看護学会誌*, 12(1), 9-15.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967)/大出 春江・水野 節夫・後藤 隆訳 (1996). *データ対話型理論の発見：調査からいかに理論をうみだすか*. 新曜社.
- Gonzalez-Ayora, S., Pastor, C., Guadalajara, H., Ramirez, J. M., Royo, P., Redondo, E., Arroyo, A., Moya, P., & Garcia-Olmo, D. (2016). Enhanced recovery care after colorectal surgery in elderly patients. Compliance and outcomes of a multicenter study from the Spanish working group on ERAS. *International Journal of Colorectal Disease*, 31(9), 1625-1631.
- Henderson, V. (1960)/湯楨 ます・小玉 香津子訳 (2016). *看護の基本となるもの*. 日本看護協会出版会.
- 平澤 純・有菌 信一・小川 智也・渡邊 文子・寶門 玲美・坪井 賢治・大河内 治 (2010). 消化器外科手術後患者の離床と歩行自立状況および歩行自立遅延例の特徴. *理学療法*, 37(5), 364-369.
- 平塚 孝宏・猪股 雅史・赤木 智徳・柴田 智隆・上田 貴威・白下 英史・衛藤 剛・野口 剛・白石 憲男・北野 正剛 (2016). サーベイランスに基づく消化器外科疾患における surgical site infection 発生リスク因子の同定. *日本消化器外科学会雑誌*, 49(12), 1191-1198.

- Holloway, I. & Wheeler, S. (2002)/野口 美和子監訳 (2013). *ナースのための質的研究入門：研究方法から論文作成まで (第2版)*. 医学書院.
- 本多 勇 (1998). 「生活」概念の検討と整理「生活」研究のレビュー. *国際医療福祉大学紀要*, 3, 13-23.
- Honda, M., Usuki, S., Nakayama, Y., Koyanagi, R., Konno, S., Todate, Y., Hori, S., Kobayashi, H., Cong, Y., Hamada, K., Yamaguchi, H., Kawamura, H., & Hashimoto, K. (2018). What is the concept of "Dumping syndrome" after upper gastrointestinal surgery? A proposal of questionnaire to evaluate dumping symptoms form surgeon's perspectives. *Annals of Cancer Research and Therapy*, 26(1), 66-70.
- Honda, S., Furukawa, K., Nishiwaki, N., Fujiya, K., Omori, H., Kaji, S., Makuuchi, R., Irino, T., Tanizawa, Y., Bando, E., Kawamura, T., & Terashima, M. (2018). Risk factors for postoperative delirium after gastrectomy in gastric cancer patients. *World Journal of Surgery*, 42(11), 3669-3675.
- Hung, S. L., Lin, Y. H., Yang, H. Y., Kao, C. C., Tung, H. Y., & Wei, L.H. (2016). Pelvic floor muscle exercise for fecal incontinence quality of life after coloanal anastomosis. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), 2658-2668.
- 飯塚 麻紀 (2011). 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*, 12(1), 9-21.
- 伊良波 理絵・嘉手苺 英子 (2013). 病棟看護師が同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた過程の特徴. *沖縄県立看護大学紀要*, 14, 71-80.
- Jacoby, M. (1991)/高石 浩一訳 (2003). *恥と自尊心：その起源から心理療法へ*. 新曜社.
- Jakobsson, J., Idvall, E., & Kumlien, C. (2017). The lived experience of recovery during the first 6 months after colorectal cancer surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4498-4505.
- James, W. (1907)/梶田 啓三郎訳 (1960). *プラグマティズム*. 日本教文社.
- Jonsson, C. A., Stenberg, A., & Frisman, G. H. (2011). The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery. *European Journal of Cancer Care*, 20(2), 248-256.
- 竈山 京 (1990). *国民生活の構造*. 大空社.

- 梶原 絢子・遠藤 みどり・渡辺 かづみ (2018). 肺切除術を受けた患者の術後疼痛体験. *山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル*, 4, 11-24.
- 加藤木 真史 (2013). 大腸術後患者の早期離床 Enhanced Recovery After Surgery プロトコール適用患者の参加観察から. *日本看護技術学会誌*, 12(1), 95-102.
- Kaufman, S. R. (1986)/幾島 幸子訳 (1988). *エイジレス・セルフ：老いの自己発見*. 筑摩書房.
- 川島 みどり (1993). 食事摂取困難 "口から食べること"の意味と食事援助の考え方. *臨床看護*, 19(4), 465-469.
- Kim, S. Y., Weinberg, L., Christophi, C., & Nikfarjam, M. (2017). The outcomes of pancreaticoduodenectomy in patients aged 80 or older: A systematic review and meta-analysis. *HPB (Oxford)*, 19(6), 475-482.
- King, I. M. (1981)/杉森 みどり訳 (1985). *キング看護理論*. 医学書院.
- 木下 康仁 (1999). *グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生*. 弘文堂.
- 北川 恵・吉永 喜久恵 (2005). 胃がんによる胃切除後患者の妻における食への取り組み. *日本がん看護学会誌*, 19(2), 74-80.
- 小泉 美佐子・大塚 きく子・伊藤 まゆみ・宮本 美佐 (2000). 手術を受けた高齢者の回復過程の知覚と回復意欲をはぐくむ看護支援について. *The Kitakanto Medical Journal*, 50(3), 275-285.
- Kojima, G., Iliffe, S., Taniguchi, Y., Shimada, H., Rakugi, H., & Walters, K. (2017). Prevalence of frailty in Japan: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology*, 27(8), 347-353.
- 交野 好子・中堀 伸枝・山田 由紀子 (2018). 退院から在宅療養初期においてがん患者および家族が直面する問題. *敦賀市立看護大学ジャーナル*, (2-3), 1-7.
- 厚生労働省 (2016). 平成 27 年度少子高齢社会等調査検討事業報告書.  
[https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/001\\_2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/001_2.pdf) [2020/8/24 閲覧]
- 厚生労働省 (2019/3/1). 平成 29 年患者調査の概況.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf> [2020/2/27 閲覧]

厚生労働省 (2021a). 令和 2 年 (2020) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況 表 7 死亡数・死亡率 (人口 10 万対) ・性・年齢 (5 歳階級) ・死因順位別.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai20/dl/gaikyouR2.pdf> [2021/10/1 閲覧]

厚生労働省 (2021b). 令和 2 年 (2020) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況 表 6 死亡数・死亡率 (人口 10 万対) ・死因簡単分類別.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai20/dl/gaikyouR2.pdf> [2021/10/1 閲覧]

桑川 広平・中山 栄純 (2020). 高齢者の積極的術後離床を促すための看護ケア確立に向けての検討 高齢大腸癌患者の術後離床における歩行数と下肢筋力との関連から. *看護人間工学会誌*, 1, 31-37.

Lefebvre, H. (1958)/奥山 秀美・松原 雅典訳 (1968). *日常生活批判*. 現代思潮社.

Lewis, M. (1992)/遠藤 利彦・上淵 寿・坂上 裕子・高橋 恵子訳 (1997). *恥の心理学: 傷つく自己*. ミネルヴァ書房.

Lincoln, Y.S., & Guba, E. G. (2013). *The constructivist credo*. Routledge.

Lo, P. S., Lin, Y. P., Hsu, H. H., Chang, S. C., Yang, S. P., Huang, W. C., & Wang, T. J. (2021). Health self-management experiences of colorectal cancer patients in postoperative recovery: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 51, 101906. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.10190>

Iyer, S., Saunders, W. B., & Stemkowski, S. (2009). Economic burden of postoperative ileus associated with colectomy in the United States. *Journal of Managed Care Pharmacy: JMCP*, 15(6), 485-494.

松本 葉子・山内 栄子・石原 和子・坊田 友子・本田 直美・黒田 豊子・高野 正博 (2006). 高齢オストメイトの支援に関する研究. *九州看護福祉大学紀要*, 8(1), 47-57.

松下 年子 (2013). 日本語版 NEECHAM 混乱・錯乱状態スケールの予測性と有用性 消化器外科手術を受けた高齢者の術後 1 週間の追跡調査. *横浜看護学雑誌*, 6(1), 1-6.

真志田 祐理子・深堀 浩樹・太田 喜久子 (2019). 大腸切除術後に老いを生きる後期高齢者の生活の変化とその対応. *日本看護科学会誌*, 39, 278-287.

- 真志田 祐理子・深堀 浩樹 (2020). 消化器外科病棟で手術を受ける後期高齢者にクリニカルパスを使用する中での看護実践：質的内容分析. *日本看護管理学会誌*, 24(1), 220-231.
- McMullen, C. K., Bulkley, J. E., Altschuler, A., Wendel, C. S., Grant, M., Hornbrook, M. C., Sun, V., & Krouse, R. S. (2016). Greatest challenges of rectal cancer survivors: Results of a population-based survey. *Diseases of the Colon and Rectum*, 59(11), 1019-1027.
- Mead, G. H. (1934)/稲葉 三千男・滝沢 正樹・中野 収訳 (1973). *精神・自我・社会*. 青木書店.
- 三好 麻紀・青木 久恵・窪田 恵子・庄山 茂子 (2020). 在宅で生活する活動的な高齢者の内服に関する実態調査. *看護と口腔医療*, 3(1), 65-75.
- 水越 秋峰・白尾 久美子 (2012). 結腸がん患者の手術から初回外来までの回復過程における体験. *日本看護研究学会雑誌*, 35(4), 1-11.
- Mizuno, M., Kakuta, M., Ono, Y., Kato, A., & Inoue, Y. (2007). Experiences of Japanese patients with colorectal cancer during the first six months after surgery. *Oncology Nursing Forum*, 34(4), 869-876.
- 永井 由美子・数間 恵子・堀井 たづ子・雄西 智恵美・小島 操子 (1982). 術後老人患者の早期離床促進のための看護プログラム作成に関する研究：術後老人患者の離床に関する実態調査. *千葉大学看護学部紀要*, 4, 8-14.
- 中田 いちこ・若狭 稔・高野 克彦・太田 千栄・小池田 玲子・相川 正則・高橋 喜統・飯田 安保・梶波 康二 (2021). 循環器病棟における多剤服用患者の安全管理向上に関する問題点とその対策. *日本老年薬学会雑誌*, 4(2), 15-20.
- 中西 純子 (2004). 「日常生活行動」の概念分析. *愛媛県立医療技術大学紀要*, 1(1), 49-56.
- 内閣府 (2015a). 高齢者の日常生活に関する意識調査.  
<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/sougou/zentai/pdf/s2-5.pdf> [2020/8/6 閲覧]
- 内閣府 (2015b). 高齢者の日常生活に関する意識調査.  
<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/sougou/zentai/pdf/s2-1-3.pdf> [2020/8/6 閲覧]

内閣府 (2019). 令和元 (2019) 年版高齢社会白書.

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s3s\\_02.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s3s_02.pdf)

[2020/3/12 閲覧]

内閣府 (2021a). 令和 3 (2021) 年版高齢社会白書.

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf)

[2021/10/1 閲覧]

内閣府 (2021b). 令和 3 (2021) 年版高齢社会白書.

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s2s\\_02.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s2s_02.pdf)

[2021/10/1 閲覧]

内閣府 (2021c). 令和 3 (2021) 年版高齢社会白書.

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s2s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s2s_01.pdf)

[2021/10/1 閲覧]

中木 高夫・谷津 裕子・神谷 桂 (2007). 看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析. *日本赤十字看護大学紀要*, 21, 42-54.

中村 美鈴・城戸 良弘 (2005). 上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容とその支援. *自治医科大学看護学部紀要*, 3, 19-31.

中尾 英一郎・所 為然・下池 典広・赤川 進・八木 大介・金谷 誠一郎 (2019). 80 歳以上胃癌に対する腹腔鏡下胃切除術の成績. *日本臨床外科学会雑誌*, 80(3), 474-479.

National Comprehensive Cancer Network (2020/2/7). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Older Adult Patients.

[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/senior.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/senior.pdf) [2020/4/22 閲覧]

Nightingale, F. (1860)/湯槇 ます訳 (2011). *看護覚え書 看護であること・看護でないこと*. 現代社.

Nightingale, F. (1882)/薄井 坦子・小玉 香津子訳 (2003). *看護小論集 健康とは病気とは 看護とは*. 現代社.

日本胃癌学会 (2018). *胃癌治療ガイドライン：医師用*. 金原出版.

Nikoletti, S., Young, J., Levitt, M., King, M., Chidlow, C., & Hollingsworth, S. (2008). Bowel problems, self-care practices, and information needs of colorectal cancer survivors at 6 to 24 months after sphincter-saving surgery. *Cancer Nursing*, 31(5), 389-398.



- Norlyk, A., & Harder, I. (2011). Recovering at home: Participating in a fast-track colon cancer surgery programme. *Nursing Inquiry*, 18(2), 165-173.
- Norlyk, A., & Martinsen, B. (2013). The extended arm of health professionals? Relatives' experiences of patient's recovery in a fast-track programme. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1737-1746.
- 大橋 久美子 (2008). 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*, 12(2), 14-24.
- 大堀 昇・浦松 雅史・三木 保 (2020). 慢性疾患を持つ在宅療養患者の服薬アドヒアランス要因分析モデルの構築. *東京医科大学雑誌*, 78(4), 312-327.
- 奥村 美奈子・布施 恵子・浅井 恵理・宇佐 美利佳・森 仁実 (2016). 外来化学療法を受けている高齢がん患者の療養生活の現状. *岐阜県立看護大学紀要*, 16(1), 97-103.
- 奥村 美奈子・布施 恵子・浅井 恵理・宇佐 美利佳・森 仁実 (2018). 外来化学療法を受けている高齢がん患者への看護の検討 看護師の面接調査を通して. *岐阜県立看護大学紀要*, 18(1), 77-87.
- Ouchi, Y., Rakugi, H., Arai, H., Akishita, M., Ito, H., Toba, K., Kai, I., & Joint Committee of Japan Gerontological Society (JGLS) and Japan Geriatrics Society (JGS) on the definition and classification of the elderly (2017). Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(7), 1045-1047.
- Pan, Y., Chen, K., Yu, W. H., Maher, H., Wang, S. H., Zhao, H. F., & Zheng, X. Y. (2018). Laparoscopic gastrectomy for elderly patients with gastric cancer: A systematic review with meta-analysis. *Medicine*, 97(8), e0007.  
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000010007>
- Reinwalds, M., Blixter, A., & Carlsson, E. (2017). A descriptive, qualitative study to assess patient experiences following stoma reversal after rectal cancer surgery. *Ostomy/Wound Management*, 63(12), 29-37.
- Reinwalds, M., Blixter, A., & Carlsson, E. (2018). Living with a resected rectum after rectal cancer surgery-struggling not to let bowel function control life. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e623-e634.

- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1964)/久間 圭子訳 (2006). ローパー・ローガン・ティアニー看護モデル 生活行為に基づくイギリスの看護. 日本看護協会出版会.
- 佐原 稚基・中 禎二・福永 裕充・原 倫子・永井 智子・林 郁絵・勝丸 千幸・久守 千恵美・榎 ひかり (2013). 高齢者開腹手術後の合併症発生リスクに関する CONUT Score と Surgical Apgar Score を用いた検討. *静脈経腸栄養*, 28(2), 645-651.
- 戈木 クレイグヒル 滋子 (2013). *質的研究法ゼミナール：グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ*. 医学書院.
- 戈木 クレイグヒル 滋子 (2014). グラウンデッド・セオリー・アプローチ概論. *Keio SFC Journal*, 14(1), 30-43.
- 三瓶 一雄・本田 知久・武田 彩・三浦 理恵・鈴木 満美子・篠原 弥生・高野 稔・三森 由麻・室井 宏育 (2013). 消化器外科術後に離床が遅延する症例の術前運動機能と早期離床に対する意識の特徴. *東北理学療法学*, 25, 85-90.
- 政府統計の総合窓口 (2015/12/17). 平成 20 年患者調査 2008 年総患者数・性・年齢階級 × 傷病小分類別. [https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450022&tstat=000001031167&cycle=7&tclass1=000001033574&tclass2=000001033576&stat\\_infid=000006501550](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450022&tstat=000001031167&cycle=7&tclass1=000001033574&tclass2=000001033576&stat_infid=000006501550) [2020/2/27 閲覧]
- 政府統計の総合窓口 (2019/3/19). 平成 29 年患者調査 2017 年総患者数・性・年齢階級 × 傷病小分類別. [https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450022&tstat=000001031167&cycle=7&tclass1=000001124800&tclass2=000001124801&stat\\_infid=000031790685](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450022&tstat=000001031167&cycle=7&tclass1=000001124800&tclass2=000001124801&stat_infid=000031790685) [2020/2/27 閲覧]
- 関本 愉・松尾 浩一郎・片山 南海・岡本 美英子 (2020). 胃がん周術期患者の術前における口腔機能低下症罹患率. *老年歯科医学*, 35(2), 118-126.
- 柴 裕子・松田 好美 (2014). 開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセス. *日本看護研究学会雑誌*, 37(4), 11-22.
- Shimada, H., Makizako, H., Doi, T., Yoshida, D., Tsutsumimoto, K., Anan, Y., Uemura, K., Ito, T., Lee, S., Park, H., & Suzuki, T. (2013). Combined prevalence of frailty

and mild cognitive impairment in a population of elderly Japanese people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 518-524.

白田 久美子・吉村 弥須子・前田 勇子・廣田 麻子 (2007). 食道がん手術患者の退院後の精神健康状態に特徴的に影響する要因：胃がん手術患者との比較. *大阪市立大学看護学雑誌*, 3, 13-23.

スポーツ庁 (2021). 令和 2 年度体力・運動能力調査報告書.

[https://www.mext.go.jp/sports/content/20210927-spt\\_kensport01-000018161\\_4.pdf](https://www.mext.go.jp/sports/content/20210927-spt_kensport01-000018161_4.pdf)  
[2021/10/1 閲覧]

Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990)/南 裕子監訳 (1999). *質的研究の基礎：グラウンデッド・セオリーの技法と手順*. 医学書院.

杉田 裕汰・原 毅・久保 晃 (2020). 周術期消化器がん患者における身体活動量推移と身体機能評価との関係. *理学療法科学*, 35(6), 843-848.

田口 豊恵・中森 美季・林 朱美 (2010). 手術を受けた高齢者の睡眠評価：せん妄発症との関連性からの分析. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 6(3), 55-62.

田村 弘美・松藤 綾華 (2018). 【セルフケアを支える看護チーム】高齢ストーマ造設患者のセルフケア確立に向けた支援 A 病棟における現状と今後の課題. *看護実践の科学*, 43(6), 22-26.

Tang, J., Lam, W., Ma, A., Law, W. L., Wei, R., & Fielding, R. (2019). Dietary changes adopted by Chinese colorectal cancer patients: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 28(6), e13159. <https://doi.org/10.1111/ecc.13159>

Taniguchi, H., Matsuo, K., Nakagawa, K., Furuya, J., Kanazawa, M., & Minakuchi, S. (2019). Decline in tongue pressure during perioperative period in cancer patients without oral feeding. *Clinical Nutrition ESPEN*, 29, 183-188.

Tanner C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.

東條 恵美子・尾岸 恵三子・土屋 尚義・金井 和子 (1994). 老年患者術後のセルフケア行動と家族サポートの影響に関する検討. *東京女子医科大学看護短期大学研究紀要*, 16, 51-57.

Toombs, S. K. (1992)/永 見勇訳 (2001). *病いの意味：看護と患者理解のための現象学*. 日本看護協会出版会.

坪井 洋文 (1985). *家と女性：暮しの文化史*. 小学館.

Tsumura, T., Kuroda, S., Nishizaki, M., Kikuchi, S., Kakiuchi, Y., Takata, N., Ito, A., Watanabe, M., Kuwada, K., Kagawa, S., & Fujiwara, T. (2020). Short-term and long-term comparisons of laparoscopy-assisted proximal gastrectomy with esophagogastrostomy by the double-flap technique and laparoscopy-assisted total gastrectomy for proximal gastric cancer. *PloS One*, *15*(11), e0242223.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242223>

筒井 敦子・中村 隆俊・島津 将・三浦 啓壽・山梨 高広・佐藤 武郎・渡邊 昌彦 (2018). 高齢者に対する大腸癌治療の問題点とその取り組み. *北里医学*, *48*(1), 41-44.

堤 千鶴子・中村 聡子・樋口 恵子・土屋 圭子・城丸 瑞恵 (2008). 高齢者の消化器疾患における術後せん妄発症状況と援助の実際. *目白大学健康科学研究*, *1*, 77-83.

上田 修代・宮崎 美砂子 (2010). 看護実践のリフレクションに関する国内文献の検討. *千葉看護学会会誌*, *16*(1), 61-68.

Ulander, K., Jeppsson, B., & Grahn, G. (1998). Postoperative energy intake in patients after colorectal cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *12*(3), 131-138.

白井 賢司 (2019). 早期胃癌根治術後患者における骨格筋量及び体重の長期的経時変化. *新潟医学会雑誌*, *133*(3), 127-137.

矢部 広樹・塚本 美月・竹内 詩保美・伊藤 沙夜香・大見 関・塩崎 みどり (2018). 大腸がん患者の周術期における体重減少率と身体組成の変化の関係. *理学療法科学*, *33*(4), 605-609.

山田 紘子・新井 章子・久保 妙子 (2008). 胃切除術後患者に対する食事指導の実際と患者のニーズ. *東京医科大学病院看護研究集録*, *28*, 16-19.

山本 和義・大森 健・島 雅晴・小菅 友里加・柳本 喜智・新野 直樹・杉村 啓二郎・宮田 博志・大植 雅之・矢野 雅彦 (2019). 周術期リハビリテーションを付加した胃癌術後6日目退院パスの導入. *外科と代謝・栄養*, *53*(5), 251-258.

山下 裕・有菌 信一・山北 喜久・中崎 亨・北村 健人・京地 拓也・山口 竜三・會津 恵司・岡寄 誉・田平 一行 (2018). 周手術期理学療法介入下での消化器外科手術後患者のせん妄発症状況. *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*, *27*(3), 353-357.

- Yoshida, M., Koga, S., Ishimaru, K., Yamamoto, Y., Matsuno, Y., Akita, S., Kuwabara, J., Tanigawa, K., & Watanabe, Y. (2017). Laparoscopy-assisted distal gastrectomy is feasible also for elderly patients aged 80 years and over: Effectiveness and long-term prognosis. *Surgical Endoscopy*, *31*(11), 4431-4437.
- van Boekel, R., Warlé, M. C., Nielen, R., Vissers, K., van der Sande, R., Bronkhorst, E. M., Lerou, J., & Steegers, M. (2019). Relationship between postoperative pain and overall 30-day complications in a broad surgical population: An observational study. *Annals of Surgery*, *269*(5), 856-865.
- Van Cleave, J.H., Egleston, B. L., Ercolano, E., & McCorkle, R. (2013). Symptom distress in older adults following cancer surgery. *Cancer Nursing*, *36*(4), 292-300.
- van der Sluis, F. J., Buisman, P. L., Meerdink, M., Aan de Stegge, W. B., van Etten, B., de Bock, G. H., van Leeuwen, B. L., & Pol, R. A. (2017). Risk factors for postoperative delirium after colorectal operation. *Surgery*, *161*(3), 704-711.
- Vlug, M. S., Bartels, S. A., Wind, J., Ubbink, D. T., Hollmann, M. W., Bemelman, W. A., & Collaborative LAFA Study Group (2012). Which fast track elements predict early recovery after colon cancer surgery? *Colorectal Disease*, *14*(8), 1001-1008.
- Vygotsky, L. S. (1962)/柴田 義松訳 (2001). *思考と言語 新訳版*. 新読書社.
- Zisberg, A., & Gur-Yaish, N. (2017). Older adults' personal routine at time of hospitalization. *Geriatric Nursing*, *38*(1), 27-32.

## 付録A

### 研究計画書

#### 消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践

##### I. 研究の動機と背景

2018年現在、日本の総人口に占める65歳以上の高齢者の割合は28.1%、75歳以上の高齢者の割合は14.2%であり、今後も増加すると予想されている（内閣府, 2019a）。75歳以上になると身体機能、精神機能、社会機能の低下が大きく見られるようになり（Kojima et al., 2017; 内閣府, 2019a）、それは65～74歳で要支援の認定を受けた人が1.4%、要介護の認定を受けた人が2.9%に対して、75歳以上では要支援9.0%、要介護23.5%となっていることから窺える（内閣府, 2019b）。

65～89歳までの死因をみると「悪性新生物」が最多で、部位は胃や大腸などの消化器に多くみられ、高齢者人口の増加に伴い、患者数も増えてきている（厚生労働省, 2019a, 2019b）。消化器がんの治療は、手術療法・化学療法・放射線療法とあり、複数を組み合わせた集学的治療も実施されているが、高齢者が手術を受けても非高齢者と生存率に有意な差はないという報告が増え（Fagard et al., 2017; Pan et al., 2018）、手術を受ける高齢者が多くなってきており、この傾向は今後も続くと推測される。しかし、高齢者は手術後に肺炎や不整脈、せん妄などの合併症を生じるリスクの高いことや、それに起因する入院期間の延長や医療費の増加が指摘されている

（Fagard et al., 2017; Kim et al., 2017; Pan et al., 2018）。世界的には、ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)やFTS (Fast Track Surgery)と言われる術後回復強化プログラムが導入され、早期に回復して退院することができ、入院期間の短縮や医療費の削減もできたという成果がある

（Yamagata et al., 2019）。しかし、これは成人期の患者の場合であり、例えば、胃がん術後の平均入院期間が「平均年齢55.1歳群」では11.6日（range 7-28）だが、「平均年齢82.9歳群」では18.1日（range 8-85）で有意に長いと報告されている（Yoshida et al., 2017）。実際に、消化器外科系病棟の看護師として勤務する中で、高齢者は原疾患以外にも複数の疾患に罹患していることや老化による予備力の低下で、50代、60代の患者よりも術後から退院までの期間が長引くことがあった。他にも、手術後に自宅へ退院するのではなく、療養施設へ転院している患者が「75～84歳」で24%、「85歳以上」で42%いると言われている（Balentine et al., 2016）。また、消化器外科病棟の管理者たちは在院日数短縮における高齢者への対応に苦慮しており（高島ら, 2009）、術後看護の改革が求められている。それに加えて、術後6か月以上経過しても高齢な患者ほど苦痛となる症状を抱えているという報告もある（Van Cleave et al., 2013）。

消化器がんの術後の高齢者への看護に関する文献において、永井ら（1982）は、65歳以上の高齢者25人のうち22人が離床でき、そのきっかけとして「排尿」が7人で、「看護師による離床訓練」が5人であったことを明らかにしている。また、加藤木（2013）は、大腸がん術後の5人の参加観察から、離床行動として、食事を摂る、身だしなみを整える、トイレで排泄をする、新聞・書籍を読む、売店に買い物に行くなどを抽出している。さらに、東條ら（1994）は消化器系疾患術後の65歳以上の高齢者が、清拭や入浴、含嗽や歯磨き等の洗面、昼間の活動と睡眠との調整等のセルフケア行動について看護師に促されると応じていると報告し、かつ患者がより高齢であるほど自発性が乏しくなることを指摘している。山田ら（2008）は看護師と患者へ胃がん術後の食事指導に関する調査を行い、患者の関心は食品の種類や食事内容であったが、看護師は食べ方や食事回数を強調する説明となっていたため、栄養士からの食事指導も含めて患者のニーズに合うように改善する必要性を述べている。

以上より、食事、排尿や排便、売店への買い物などといった日常的な活動が離床につながっているが、看護師が高齢者の離床や、入浴、歯磨きなどを促している現状や、術後の食事指導に関する調査からは看護師の指導と患者の求める情報に齟齬が生じている状況がある。よって、看護師は「退院指導」と時間を取って行うことのみならず、日常生活行動の援助などを中心とした術後の高齢者との日々の関わりの中で、ともに退院後の生活を考え、見出していくことが必要である。しかし、これまでに病棟看護師が消化器がん術後の高齢者との関わりの中で、退院後の日常生活を見据えた看護実践に焦点を当てた研究は見受けられない。

## II. 研究の目的

本研究の目的は、消化器がん術後の高齢者に関わる病棟看護師の退院後の日常生活を見据えた看護実践を明らかにすることである。

## III. 研究の意義

消化器がんで手術を受ける高齢患者を担当する看護師の実践的な教育に役立てることができると。それによって、高齢患者の退院後の日常生活を見据えた看護の質の向上に貢献できる。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

グラウンデッド・セオリー法（Charmaz, 2014）に準じた質的記述的研究デザインとする。

### 2. 研究期間

研究実施期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日

データ収集期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日

### 3. 研究施設の選定

一定の技量下で消化器がんの手術を行っている2施設で実施するため、東京都内にある「日本消化器外科学会専門医修練施設」の認定を受けている病院（約80施設）のリストから症例数などの適性を確認し、看護部長宛てに郵送で研究計画書と研究協力依頼書（資料1）を送付し、協力が得られる場合は同封した切手付返信用封筒と記入用紙で2週間程度を目安に返答をもらう。その後、看護部長と日程調整をし、研究計画書を用いて研究の目的や意義、方法について口頭で説明する。研究実施の許可が出た場合は、必要に応じて病院の研究倫理審査を受ける。看護部長から紹介してもらった消化器外科系病棟の看護師長と日程を調整して、研究計画書と研究協力依頼書（資料2）を用いて研究の目的や方法、協力内容について口頭で説明を行う。また、必要に応じて医師に研究計画書を用いて説明を行う。その後、病棟看護師長、医師等に研究の協力について可能性を確認する。

### 4. 研究参加者（看護師）と募集方法

看護師の研究参加者は、消化器外科系病棟に勤務している看護師（研究全体として20人程度、1施設では10人程度）とする。

研究参加者の募集は、自由意志による研究参加を尊重するためにポスター（資料3）による募集とし、病棟看護師長にポスターの配布を依頼する。ポスターに記載のメール、電話、郵送に連絡があった研究参加に関心がある研究参加候補者には、メールや電話で日程を調整し、研究説明書・同意書（資料4）を用いて、研究の目的、方法、倫理的配慮について説明する。同意書への署名によって研究参加者とする。同意書の提出は、説明後の検討期間を考慮し、2週間程度以内の郵送、または研究者への手渡しとする。もし応募する研究参加候補者がいない場合には、病棟看護師長に条件に合う研究参加候補者へ研究参加者の募集のある旨を伝えてもらう。もし、研究参加候補者が関心を示した場合に研究者への連絡先を案内してもらう。

新型コロナウイルスの影響により参加観察が実施不可能となった期間は、消化器外科系病棟に勤務し、この領域で2年以上の臨床経験のある看護師を研究全体として15人程度、1施設として7～8人程度募集する。

インタビューのみの研究参加者の募集は、自由意志による研究参加を尊重するためにポスター（資料5）による募集とし、病棟看護師長にポスターの配布を依頼する。

ポスターに記載のメール、電話、郵送に連絡があった研究参加に関心がある研究参加候補者には、メールや電話で日程を調整し、研究参加依頼書及び同意書（資料6）を用いて、研究の目的、方法、倫理的配慮について説明する。同意書への署名によって研究参加者とする。同意書の提出は、説明後の検討期間を考慮し、2週間程度以内の郵送、または研究者への手渡しとする。



もし応募する研究参加候補者がいない場合には、病棟看護師長に条件に合う研究参加候補者へ研究参加者の募集のある旨を伝えてもらう。もし、研究参加候補者が関心を示した場合に研究者への連絡先を案内してもらう。

## 5. 研究参加者（消化器がんの75歳以上の高齢者）と募集方法

高齢患者の研究参加者は、認知症の診断がされていない意思疎通が可能な消化器がんの75歳以上の高齢者10人程度とし、1施設5人程度とする。高齢者が受ける手術について、姑息的な手術ではなく、胃がん・大腸がんの切除に対する根治的手術とする。

術後にせん妄の遷延化（術後1週間以上）により意思疎通が困難な状態や心身的に研究参加が困難などと、日々の担当看護師から判断された場合には、研究参加の中断や研究参加者から除外する。

研究参加候補者は病棟に掲示したポスターでの募集（資料7）とし、病棟看護師長に掲示を依頼する。もし、募集が少ない場合は、病棟看護師長に研究参加者の条件に合う高齢者に声をかけて、研究参加者の募集がある旨を伝えてもらう。もし、研究参加候補者が関心を示した場合に、研究者へ直接紹介、または連絡先を案内してもらう。

手術日より前に研究参加候補者とその家族に研究説明書・同意書（資料8）を用いて、研究の目的、方法、協力内容の説明を行う。説明時間が医師からの手術説明などと連続になると研究参加候補者の負担となるため、その日のスケジュールを考慮する。高齢患者とその家族の同意書への署名によって研究参加者とする。患者は認知症と診断されていないが高齢であるため、家族にも説明し、同意を得ることで家族に対する研究への透明性を高める配慮をする。なお、高齢患者には看護師との関わりにおける言動や反応の観察と記録に同意してもらうことが目的であり、インタビューや介入などは一切実施しない。

但し、新型コロナウイルスの影響により参加観察が実施不可能となった期間は、高齢者の募集は感染が収束して病院より許可が得られるまで中断する。

## 6. データの収集方法

データの収集方法は、Charmaz（2014）のグラウンデッド・セオリー法を参考に参加観察法、インフォーマル・インタビュー、フォーマル・インタビューを実施する。参加観察は術後の後期高齢者のケアを行う病棟看護師に同行し、ベッドサイドでのバイタルサインズの測定、ドレーンや腹部の観察、離床への援助、食事や内服などの指導、消化や排泄機能の変化の説明、退院指導などの後期高齢者との関わりを観察する。同時に、看護師の声かけや行ったケアによる後期高齢者の言動や表情等の反応も観察することで、相互作用を捉える。また、ナース・ステーションでの看護師同士や医師・看護師間の会話、看護師間や多職種とのカンファレンスなどの観察もすることによって、それらから受ける影響も考慮する。研究者はケアなどには関わらないが、その場

面で不自然とならないように後期高齢者に対してあいさつや声かけ、また、話しかけられた際の対応は行う。観察の終了後には、速やかにその場面のフィールド・ノートを作成する。観察の頻度は、原則的に研究実施施設における日勤帯の時間で、週2~3回とする。

インフォーマル・インタビューは、同行した看護師に対して、ケアの合間などにナース・ステーションあるいはカンファレンス・ルーム等で適宜質問をし（数分程度）、後期高齢者に行った声かけやケアの意図や考えを確認する。看護師の発言は、速やかにフィールド・ノートとして記す。

フォーマル・インタビューは、看護師に対するインタビュー・ガイド（資料9）を用いた半構造化インタビューで、同行日とは日を改めて実施する。ここでは同行した日のインフォーマル・インタビューで得られなかった後期高齢者に対して行った声かけやケアの意図や考え、加えて参加観察のデータ分析での解釈の内容の確認を中心に、30分程度、2~3回程度実施する。フォーマル・インタビューは、研究参加者である看護師の許可を得た上で録音、またはメモを取り、終了後はそれらを速やかに逐語録とする。なお、フォーマル・インタビューは業務などを習得して、患者のケアについて俯瞰的にみられると考えられる、消化器外科系病棟で計2年以上の臨床経験のある看護師へ依頼する。これは研究の説明時に依頼し、研究全体として15人程度（1施設で7~8人程度）の募集を予定する。

新型コロナウイルスの影響により参加観察が実施不可能となった期間は、看護師に対して半構造化インタビューのみ実施する。また、看護師がオンラインによるインタビューを希望した場合は、Microsoft Teams または Zoom を利用して行う。このインタビューは、作成したインタビュー・ガイド（資料10）を用いて、60分程度、1~2回実施する。

## 7. データの分析方法

Charmaz (2014) のグラウンデッド・セオリー法に準じて分析する。まず、参加観察で得られたデータとインタビューで得られた音声データを文書化することで、フィールド・ノートや逐語録として場面を再現する。そのフィールド・ノートを丁寧に熟読し、日常的な病棟看護師と高齢者の相互作用を踏まえた看護実践に焦点を当てて初期のコーディングを行う。その後、得られたコードの頻度や重要性を鑑み、焦点化のコーディングを行う。焦点化のコードとして選択したコードがカテゴリーとなるか、あるいはカテゴリーに内包されるコードかを検討するために「メモ書き」を実施する。次に、できたカテゴリー（「理論的カテゴリー」）の特性が「理論的飽和」するように「理論的サンプリング」を行い、カテゴリーの分類やカテゴリー間の関係性を検討し、記述する。

データの分析の信憑性と妥当性を確保するために指導教員や大学院生と共有し、検討する。

## V. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学研究倫理審査を受けた後、必要に応じて研究実施施設での研究倫理審査を受ける。

### 1. 研究参加について

研究参加候補者（看護師）、研究参加候補者（高齢患者）とその家族に対して、研究への参加は自由意思に基づいて決定されるものであり、研究参加の同意後でも、いつでも参加の中止ができることを説明する。また、病棟看護師長によって研究に関する説明の場が設けられた場合においても、研究参加を拒否しても不利益はないことを説明する。参加をしない場合や途中での中止によって、研究参加候補者（看護師）の立場や、研究参加候補者（高齢患者）の治療に支障が生じることはないことを説明する。

研究参加候補者（看護師）、研究参加候補者（高齢患者）とその家族が、研究参加に同意した場合は、「研究参加への同意書」（資料4、資料6、資料8）2部に署名をもらう。研究参加者（看護師）あるいは研究参加者（高齢患者）に1部は保管してもらい、1部を研究者に渡してもらう。

研究参加者以外が含まれる場면을観察する際には、口頭で同意を得て、研究参加者以外の言動は研究データとして用いない。

研究参加者（看護師）、研究参加者（高齢患者）とその家族が、研究への参加を中止する場合は「同意撤回書」（資料11）2部に署名をもらう。2部とも研究者に渡してもらうか、事前に渡した切手付返信用封筒で郵送してもらう。「同意撤回書」の1部は確認後、研究者が署名して当人へ返送する。「同意撤回書」を受け取った場合、その研究参加者（看護師）あるいは研究参加者（高齢患者）から収集したデータは研究に使用せず、速やかに紙データはシュレッダーで処理し、電子データは消去する。ただし、「同意撤回書」を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないことを説明する。

病棟看護師長が研究参加候補者（看護師）、研究参加候補者（高齢患者）とその家族に研究について声をかける際には、研究に関する話を研究者から聞いた後、研究参加を拒否しても不利益はないことを伝えてもらう。また、研究への参加は自由意思であり、強制されてはならないため、研究参加候補者（看護師）が研究への不参加を表明した場合や研究参加の同意後に中止した場合に、その者の立場に支障が出ないこと、また不利益がないことを保障してもらう。研究参加候補者（高齢患者）とその家族においては、治療への影響が出ないこと等の不利益がないことを保障してもらう。

## 2. プライバシー・個人情報の保護について

看護師へのインタビューの場所は、プライバシーの保護が可能な研究実施施設の個室、または日本赤十字看護大学の個室で行う。

参加観察とインタビューで収集されたデータは、研究以外の目的で使用しないことを研究参加者（看護師）、研究参加者（高齢患者）に説明する。

研究の妥当性を保つため、指導教員や他の大学院生と分析結果の一部を共有し、指導を受けるが、その際は研究参加者（看護師）、研究参加者（高齢患者）の個人を特定する情報は記号化する。また、使用した資料は速やかにシュレッダーにかける。データ収集後に個人情報である名前を記号化し、匿名化する。名前と他の個人情報の対応表を作成し、対応表は大学の院生室の鍵のかかる机に保管して管理する。

データ分析は個人情報が保護できる環境で行い、研究データは大学のセキュリティポリシーに則り、管理する。ICレコーダーに録音したインタビューは速やかに文字として電子データ化し、音声自体は消去する。電子データはパスワードをかけた圧縮ファイルの形式で、大学が指定するクラウドサービス（One Drive）に保存し、それ以外の研究データ（メモ等）は大学の院生室の鍵のかかる机に保管する。研究期間終了後、電子データはセキュリティーロック付き USB で保存し、その他のデータとともに自宅の鍵のかかる机で保管し、保管期間は研究終了後から5年間とし、その後、全てのデータを復元ができないよう消去する。

研究結果公表時は、研究参加者（看護師）、研究参加者（高齢患者）の匿名性の確保とプライバシーの保護をする。

研究参加者（看護師）の名前・メールアドレスまたは電話番号、研究参加者（高齢患者）の名前・年齢・病名・入院期間、研究結果を希望する者の住所を扱うことになるが、個人情報は研究にのみ使用し、守秘義務を厳守する。

## 3. 研究参加者（看護師）の利益・不利益

利益は、インタビューによって自身の看護を振り返る機会となる。なお、研究参加の謝礼として2,000円分の図書券、または商品券を渡す。不利益は、インタビューによる時間的拘束や自らの看護を振り返りこと等で、疲労や気分不快、感情の変化が生じる可能性がある。その場合、直ちに休んでもらうかインタビューを中止するなど研究参加者の意向に沿うような解決策を実施する。また、参加観察では研究者が研究参加者の至近距離にいるため、精神的負担となる可能性があるため、適宜心身状態をたずね、場合によってはその日の参加観察を中断・中止する。

## 4. 研究参加者（高齢患者）の利益・不利益

不利益は、研究者が研究参加者（看護師）の高齢患者へのかかわりを観察するため、研究者の存在が精神的負担となる可能性がある。そのため、観察開始時には高齢患者に状態をうかがい、

高齢患者の意向と研究参加者（看護師）の判断によってはその日の観察を中断・中止する。研究者は研究参加者（看護師）と高齢患者を訪室するため、その際の症状の悪化や急変時はその指示に従って対応する。

## 5. 新型コロナウイルスへの対策

研究者は研究実施施設の感染防止策に則り、手洗い、マスクの着用を遵守し、体温や感冒症状等の自己管理を徹底する。感冒症状等があった場合は研究活動を中止し、受診等をした上で医師の診断で問題ないと判断された場合にのみ研究を継続する。

参加観察では、開始前に研究参加者の感冒症状等の有無を確認し、研究参加者から出来るだけ1m以上の距離を取り、発語は最低限にし、15分以上接しないように努める。インフォーマル・インタビューでも同様に配慮する。また、インタビューでは2m以上の距離を保ち、部屋の換気に十分努める。

研究者は自宅と研究実施施設の往復において、通勤ラッシュの時間帯を避けるようにし、日常生活においても人混みを避けるようにすることで感染リスクの軽減に取り組む。

日本看護学校協議会の保険（Will2）に加入し、感染・二次感染の補償を確保する。

研究参加者（看護師）がオンラインによるインタビューを希望した場合はオンラインで実施する。利用するシステムは、Microsoft Teams または Zoom とし、利用において、新たに契約料金および通信費が発生した場合は、研究者が負担する。研究者と研究参加者ともに情報セキュリティとプライバシーが守られる環境下で行う。研究者はシステムに付帯している録音・画面録画機能は使用せず、研究参加者にも使用しないように依頼し、承諾を得る。

## 6. 研究結果の公開と研究参加者（看護師・高齢患者）への還元について

学会誌への投稿や学術集会、博士論文（インターネットでの全文公開）での公表を予定しているため、研究参加者（看護師）、研究参加者（高齢患者）には文書と口頭で説明を実施し、同意を得る。研究参加者（看護師）、研究参加者（高齢患者）への研究結果（博士論文の要旨）の還元は、研究参加の同意を得る際に希望の有無を確認し、希望する場合は同意書に送付先住所を記入してもらう。

## 7. 研究の資金源・利益相反の有無

研究の資金源は無く、開示すべき利益相反はない。

## 8. 報告、相談および問い合わせへの対応

倫理的妥当性、科学的合理性、研究実施の適正性、研究結果の信頼を失う事実または情報を得たとき、研究の進捗状況が当初の計画から著しく逸脱するとき、研究の実施に伴い有害事象が発生したときなどは、病棟看護師長、指導教員、研究科長、学長に報告し、指示に従う。

研究参加者（看護師）、研究参加者（高齢患者）やその家族、関係者からの問い合わせは連絡先を説明書に明記し、対応する。問い合わせの内容によって、研究者自身が対応しかねると判断した場合は、問い合わせた者の許可を得て指導教員に報告し、指示に従う。

#### <連絡先>

研究責任者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 堀部 光宏

E-mail : [REDACTED]

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 ([REDACTED])

指導教員：日本赤十字看護大学 教授 坂口 千鶴

TEL : [REDACTED]

E-mail : [REDACTED]

#### 文献

Balentine, C. J., Naik, A. D., Berger, D. H., Chen, H., Anaya, D. A., & Kennedy, G. D. (2016). Postacute Care After Major Abdominal Surgery in Elderly Patients: Intersection of Age, Functional Status, and Postoperative Complications. *JAMA Surgery*, 151(8), 759-766.

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed). LA: SAGE.

Fagard, K., Casaer, J., Wolthuis, A., Flamaing, J., Milisen, K., Lobelle, J. P., Wildiers, H., & Kenis, C. (2017). Postoperative complications in individuals aged 70 and over undergoing elective surgery for colorectal cancer. *Colorectal Disease : the Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 19(9), O329-O338.

加藤木真史 (2013). 大腸術後患者の早期離床 Enhanced Recovery After Surgery プロトコール適用患者の参加観察から. *日本看護技術学会誌*, 12(1), 95-102.

Kim, S. Y., Weinberg, L., Christophi, C., & Nikfarjam, M. (2017). The outcomes of pancreaticoduodenectomy in patients aged 80 or older: a systematic review and meta-analysis. *HPB: the Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 19(6), 475-482.

Kojima, G., Iliffe, S., Taniguchi, Y., Shimada, H., Rakugi, H., & Walters, K. (2017). Prevalence of frailty in Japan: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology*, 27(8), 347-353.

厚生労働省 (2019a). 平成 30 年 (2018) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況 死亡数・死亡率 (人口 10 万対) 性・年齢 (5 歳階級) ・死因順位別.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/dl/h7.pdf> [2020/2/27 閲覧]

厚生労働省 (2019b). 平成 30 年 (2018) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況 死亡数・死亡率 (人口 10 万対) 死因簡単分類別.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/dl/h6.pdf> [2020/2/27 閲覧]

永井由美子・数間恵子・堀井たづ子・雄西智恵美・小島操子 (1982). 術後老人患者の早期離床促進のための看護プログラム作成に関する研究術後老人患者の離床に関する実態調査. 千葉大学看護学部紀要, 4, 8-14.

内閣府 (2019a). 令和元 (2019) 年版高齢社会白書.

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf) [2020/2/27 閲覧]

内閣府 (2019b). 令和元 (2019) 年版高齢社会白書.

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s2s\\_02\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s2s_02_01.pdf) [2020/3/12 閲覧]

Pan, Y., Chen, K., Yu, W.H., Maher, H., Wang, S.H., Zhao, H.F., & Zheng, X. Y. (2018). Laparoscopic gastrectomy for elderly patients with gastric cancer: A systematic review with meta-analysis. *Medicine*, 97(8), e0007-e0007.

高島尚美・五木田和枝 (2009). 在院日数短縮に伴う消化器外科系病棟における周手術期看護の現状と課題 全国調査による病棟看護管理者の認識. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 5(2), 60-68.

東條恵美子・尾岸恵三子・土屋尚義・金井和子 (1994). 老年患者術後のセルフケア行動と家族サポートの影響に関する検討. *東京女子医科大学看護短期大学研究紀要*, (16), 51-57.

Van Cleave, J.H., Egleston, B. L., Ercolano, E., & McCorkle, R. (2013). Symptom distress in older adults following cancer surgery. *Cancer Nursing*, 36(4), 292-300.

山田紘子・新井章子・久保妙子 (2008). 胃切除術後患者に対する食事指導の実際と患者のニーズ. *東京医科大学病院看護研究集録*, 28, 16-19.

Yamagata, Y., Yoshikawa, T., Yura, M., Otsuki, S., Morita, S., Katai, H., & Nishida, T. (2019). Current status of the "enhanced recovery after surgery" program in gastric cancer surgery. *Annals of Gastroenterological Surgery*, 3(3), 231-238.

Yoshida, M., Koga, S., Ishimaru, K., Yamamoto, Y., Matsuno, Y., Akita, S., Kuwabara, J., Tanigawa, K., & Watanabe, Y. (2017). Laparoscopy-assisted distal gastrectomy is feasible also for elderly patients aged 80 years and over: effectiveness and long-term prognosis. *Surgical Endoscopy*, 31(11), 4431-4437.

**付録B**

## 資料1 看護部長宛ての協力依頼書

2021年●月●日

●●病院

看護部長●●様

日本赤十字看護大学大学院  
博士後期課程 堀部光宏**看護研究へのご協力のお願い**

●●の候、貴院ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。私は、日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程の堀部光宏と申します。現在、「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」をテーマとして研究に取り組んでおります。

看護師として消化器外科系病棟で勤務してきた経験から、高齢患者の術後における退院を目指した看護に関心を持っております。手術を受ける高齢患者は増加の一途ですが、なかなか順調に回復しないこともあり、どのような看護をしていけばよいのかを明らかにしていきたいと存じます。

今回、看護部長様には貴院の看護師様を対象に研究を実施する許可をいただきたく存じます。該当病棟の看護師長様を含めてご検討のほど、よろしくお願い申し上げます。

ご多忙中とは存じますが、同封致しました研究計画書をご一読いただき、研究協力についてご検討いただけましたら幸いです。

ご協力いただける場合は、同封の返信用記入用紙をご記入の上、封筒で2週間程度を目安にご郵送いただきたく存じます。

敬具

資料

1. 研究計画書
2. 返信用の記入用紙と封筒

以上



## 付録C

### 資料2 看護師長宛ての書類

2021年●月●日

●●病院

看護師長●●様

日本赤十字看護大学大学院  
博士後期課程 堀部光宏

### 看護研究へのご協力をお願い

拝啓

●●の候、貴院ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。私は、日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程の堀部光宏と申します。現在、「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」をテーマとして研究に取り組んでおります。

看護師として消化器外科系病棟で勤務してきた経験から、高齢患者の術後における退院を目指した看護に関心を持っております。手術を受ける高齢患者は増加の一途ですが、なかなか順調に回復しないこともあり、どのような看護をしていけばよいのかを明らかにしていきたいと存じます。

ご多忙中とは存じますが、研究計画書をご一読いただき、研究協力についてご検討いただけましたら幸いです。主にご協力いただきたい点は以下でございますので、合わせてご確認をよろしくお願い致します。

敬具

#### ご協力いただきたいこと

- 自主的な意思で研究参加者を募集しますので、看護師や患者の募集用ポスターの配布・掲示をよろしくお願い致します。
- 看護師の条件は、現在、消化器外科系病棟に勤務している看護師（10名程度）です。看護師の応募が少ない場合、条件に該当の看護師にお声かけをお願い致します。その際、看護師が研究に関心を示した場合に研究者への連絡先をご案内ください。ご本人から連絡をい

ただくことで、参加への自由意思を尊重させていただきます。また、不参加でも立場上、不利益にならないようにご対応願います。

- 患者の条件は、認知症と診断されていない消化器がん（胃がん・大腸がん）の根治的手術を受ける75歳以上の高齢患者（5名程度）です。

患者の応募が少ない場合、条件に該当の患者に研究のご案内をお願い致します。その際、患者が研究に関心を示した場合に研究者が詳細を説明しますので、ご紹介ください。また、研究に参加でも治療上、不利益にならないようにご対応願います。

- 病棟において研究参加に同意いただいた看護師と高齢患者とのやり取りを観察することや、関係するカンファレンス・申し送りなどに参加する許可をお願い致します。（病棟には日勤帯で週2~3回、うかがうことを予定しております。）
- 新型コロナウイルスの影響により、病棟での参加観察が困難な場合は、インタビューにご参加いただける消化器外科系病棟で2年以上の経験のある看護師（7~8名程度）へのお声かけをお願い致します。
- インタビューに同意した看護師に病棟の個室を使用して、インタビューすることの許可をお願い致します。

## 付録D

## 資料3 看護師募集ポスター

## 看護研究への参加者募集

私は日本赤十字看護大学大学院看護学研究科の博士後期課程で老年看護学を専攻しております、堀部光宏と申します。

現在、「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」というテーマで、調査を行っております。この研究が術後の高齢患者さんに対する看護の質の向上への一助となると考えています。

調査にご参加いただける方を10名程度募集致しております。ご検討くださいますようお願い申し上げます。

1. 研究実施期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から  
●年●月●日  
データ収集期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から  
●年●月●日
2. 募集する看護師：消化器外科系病棟で勤務している方
3. お願いすること：消化器がん（胃がん・大腸がん）術後の高齢患者への看護ケアへの同行、申し送り・カンファレンスなどの観察・記録をさせていただきます。加えて、後日インタビュー（2年以上の臨床経験者）をお願いしたく存じます。もしくは、インタビューのみのご参加をお願い致します。
4. 倫理的配慮：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会（承認番号：●）と必要に応じて研究実施施設の倫理審査を受けております。病棟には日勤帯に週2～3回伺う予定です。

### 研究へのご参加をよろしくお願い申し上げます

\* 詳細をご説明致しますので、ご関心のある方は下記までご連絡願います。

<連絡先>

研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 堀部 光宏

E-mail：[REDACTED]

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 ([REDACTED])

指導教員：日本赤十字看護大学 教授 坂口 千鶴

TEL：[REDACTED]

E-mail：[REDACTED]

## 付録E

### 資料4 看護師への説明書と同意書

#### 研究に関する説明文書（看護師様）

私は、日本赤十字看護大学大学院 博士課程で研究をしております、堀部光宏と申します。近年、増加している術後の高齢患者さんへの退院後の生活見据えた看護を明らかにする研究を実施致したく存じます。以下の内容を十分に読み、ご検討くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

#### 研究課題名

「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」

#### 1. 研究について

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得ております（承認番号：●）。また、必要に応じて研究実施施設の倫理審査を受けております。

##### (1) 研究の目的と意義

目的：本研究の目的は、消化器がん術後の高齢者に関わる病棟看護師の退院後の日常生活を見据えた看護実践を明らかにすることです。

意義：今後も増加する消化器がん術後の高齢患者の看護の質に貢献、消化器外科領域において経験の少ない看護師への教育の一助となると考えます。

##### (2) 研究の方法と期間

方法：研究デザインは質的記述的研究です。消化器がんの手術（胃がん・大腸がん）を受けた75歳以上の高齢患者さんを日々担当する看護師さん（消化器外科系病棟で勤務する方10名程度）の看護ケア（ベッドサイドでのバイタルサインズの測定、ドレーンや腹部の観察、離床への援助、食事や内服などの指導、消化や排泄機能の変化の説明、退院指導など）を観察して、それを記録し、その中にみられた患者さんとのやり取り（言動や表情）を中心に分析します。加えて、2年以上の臨床経験のある看護師さんへはインタビューも行い、その内容からも分析を行います。なお、新型コロナウイルスの影響でケアの観察が困難な場合は、病棟で2年以上の経験のある看護師さん（7～8名程度）にインタビューのみを実施致します。

期間：研究実施期間は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日、データ収集期間は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日です。

##### (3) 研究施設

東京都内にある「日本消化器外科学会専門医修練施設」の認定を受けている病院、2か所で実施予定です。

#### (4) 研究参加者の募集について

看護師さんの募集は、自由意志による研究参加を尊重するためにポスターによる募集とします。もし、応募者がいない場合には、病棟看護師長様に看護師さんに声をかけていただき、看護師さんが研究に関心を示された場合、研究者の連絡先を案内してもらっております。ポスターに記載のメール、電話、郵送にてご連絡をいただき、文書と口頭での研究の目的、方法、倫理的配慮などについて説明を受けた後に、同意書への署名によって研究参加者となります。

高齢患者さんの募集は、認知症の診断がされていない意思疎通が可能な消化器がん（胃がん・大腸がん）の75歳以上の高齢者とします。また、高齢者が受ける手術について、姑息的な手術ではなく、がんの切除に対する根治的手術とします。

## 2. ご参加やご同意いただきたいこと

- (1) 研究参加に同意いただけた患者さんのケアに同行させていただきたく存じます。直接的なケアのみならず、申し送りやカンファレンスでの患者さんについてのやり取りを観察して、メモさせていただきます。（日勤帯で週2～3回を予定しております。）
- (2) 「認知症の診断がされていない意思疎通が可能な高齢患者さん」に同意を得ておりますが、担当当日が意思疎通な状態が可能か、心身の状態として参加観察が可能かどうかご判断願います。術後せん妄の遷延化（1週間以上）などの場合、参加観察は中止致します。
- (3) ケアに同行させていただいた当日、ケアの間などに数分程度、患者さんとの関わりやケアの時に考えていたことなどを振り返り、確認させていただきます。ナース・ステーションあるいはカンファレンス・ルーム等でプライバシーの保てる環境において可能な範囲でご参加いただきたく思います。
- (4) 後日、30分程度のインタビューを2～3回程度させていただきます。この時には、ケアに同行させていただいた日の患者さんとの関わりや、今までにケアした術後の高齢患者さんへの看護実践をお聞かせください。
- (5) 新型コロナウイルスの影響でインタビューのみにご参加いただく場合は、病棟、日本赤十字看護大学、またはオンライン（Microsoft TeamsまたはZoomを利用）によるインタビュー（60分程度、1～2回）にご参加ください。
- (6) インタビューの際は、ICレコーダーに録音、またはメモを取らせていただきます。

## 3. 研究参加の任意性と同意の撤回の自由

研究参加は自由意思に基づいて決定されるものであり、同意後、いつでも研究参加の中止ができます。病棟看護師長様には、研究への不参加や途中での同意の撤回によって、立場などに不利益が生じないことを保障いただいております。

なお、研究参加への同意を撤回する場合は、お渡しした「同意撤回書」2部に署名をして、研究者にお渡しいただくか、切手付返信用封筒で郵送願います。「同意撤回書」の1部は確認後に返送し、インタビュー結果などは速やかに消去致します。ただし、「同意撤回書」を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

#### 4. プライバシー・個人情報の保護について

お名前、必要に応じてメールアドレス、電話番号、住所を扱うこととなりますが、個人情報は研究にのみ使用し、守秘義務を厳守します。

データ収集後に個人情報であるお名前を記号化し、匿名化をします。また、お名前と他の個人情報の対応表を作成し、対応表は大学の院生室の鍵のかかる机に保管して管理します。

インタビューの場所は、プライバシーの保護が可能な病棟の個室、日本赤十字看護大学の個室、オンラインで行い、うかがった話の内容は研究以外の目的で使用致しません。

ICレコーダーに録音したインタビューデータは、速やかに文字として電子データ化し、音声自体は消去致します。電子データはパスワードをかけた圧縮ファイルの形式で、大学が指定するクラウドサービス（One Drive）に安全に保存します。それ以外の研究データ（メモ等）は大学の院生室の鍵のかかる机に保管します。

研究終了後、電子データはセキュリティーロック付きUSBで保存し、その他のデータとともに自宅の鍵のかかる机で保管します。保管期間は研究終了後から5年間とし、その後、全てのデータを復元ができないよう消去します。

研究者の指導教員や、他の大学院生とインタビュー内容を共有し、分析の指導やアドバイスを受けますが、その際は看護師さん個人を特定する情報は除外します。

#### 5. 新型コロナウイルス対策

研究者は貴院の感染防止策に則り、手洗い、マスクの着用を遵守し、体温や感冒症状等の自己管理を徹底します。感冒症状等があった場合は研究活動を中止し、受診等をした上で医師の診断で問題ないと判断された場合にのみ研究を継続します。

ケアへの同行時は、出来るだけ1m以上の距離を取り、発語は最低限にし、15分以上接しないように努めます。ケアの合間のインタビューでも同様に配慮致します。また、後日のインタビューでは2m以上の距離を保ち、部屋の換気に努めます。

研究者は自宅と研究実施施設の往復において、通勤ラッシュ時間帯を避けるようにし、日常生活においても人混みを避けるようにすることで感染リスクの軽減に取り組みます。

#### 6. 研究参加への利益・不利益

- (1) 利益は、ご自身の看護を振り返ることになります。また、インタビューの謝礼として2,000円分の図書券、または商品券をお渡し致します。
- (2) 不利益は、インタビューによる時間的拘束が生じます。また、記憶の想起などにより、疲労や気分の不快、感情の変化が生じる可能性があります。途中での中止も可能ですし、回答しないことも可能です。また、参加観察では研究者が至近距離にいて、精神的負担となる可能性があり、心身状態によってはその日の同行を中止・中断しますのでお伝えください。

#### 7. 研究結果の公開と看護師さんへの還元

研究結果は、学会誌や学術集会、博士論文（インターネットでの全文公開）での公表を予定しています。その際は看護師さんの匿名性の確保とプライバシーの保護をします。研究結果（博士論文の要約）の送付をご希望される場合は「研究参加への同意書」に送付先の住所をご記入ください。氏名や住所は目的外に使用致しません。

## 8. 研究の資金源・利益相反の有無

研究の資金源・開示すべき利益相反はありません。

## 9. 研究参加への同意方法

「研究参加への同意書」2部に署名をして、出勤される●月●日に1部を研究者にお渡しください。または、お渡しした切手付返信用封筒で、2週間程度を目安に郵送願います。同意書の1部はご自身で保管願います。後日、研究に参加しようと考え直された場合は下記にご連絡ください。

## 10. 研究中・終了後の対応

ご質問などは、いつでも遠慮なさらずに病棟で研究者におたずねください。または下記までご連絡ください。

### <連絡先>

研究責任者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 堀部 光宏

E-mail：[REDACTED]

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 ([REDACTED])

指導教員：日本赤十字看護大学 教授 坂口 千鶴

TEL：[REDACTED]

E-mail：[REDACTED]

## 研究参加への同意書

### 「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」

私は、上記の研究について研究者から口頭と書面での説明を受け、内容を十分に理解し、研究の参加に同意します。

- 研究者のケアへの同行、申し送り、カンファレンスなどの観察と記録に同意します。
- インタビューへの参加に同意します。
- インタビューの録音を許可します。
- インタビューのメモを許可します。

同意する項目にチェック✓を入れてください。

同意日：西暦            年        月        日        署名

研究者（堀部光宏）は、研究について口頭と文書で説明を致しました。

説明日：西暦            年        月        日        署名

【研究者との連絡の取り方】\*1つご希望される連絡方法をご記入ください。

メールアドレス：

電話番号           ：

その他               ：

\*2部に署名し、1部は保管してください。

【研究結果（博士論文要旨）の郵送先住所】\*ご希望の方はご記入ください。

〒

個人情報の保護を厳守し、目的外使用は致しません。



## 付録 F

資料 5 看護師募集ポスター：インタビューのみ

## 看護研究への参加者募集

私は日本赤十字看護大学大学院看護学研究科の博士後期課程で老年看護学を専攻しております、堀部光宏と申します。

現在、「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」というテーマで、インタビューを行っております。この研究が術後の高齢患者さんに対する看護の質の向上への一助となると考えています。

調査にご参加いただける方を10名程度募集致しております。ご検討くださいますようお願い申し上げます。

研究実施期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日

データ収集期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日

倫理的配慮：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会（承認番号：●）と必要に応じて研究実施施設の倫理審査を受けております。

**募集する看護師：現在、消化器外科系病棟で勤務しており、この領域において2年以上の経験のある方**

お願いすること：消化器がん術後の高齢患者への退院後の日常生活を見据えた関わりについて、インタビューさせていただきます。インタビュー時間は60分程度です。

謝礼：2,000円の商品券、または図書券をお渡し致します。

### 研究へのご参加をよろしくお願い申し上げます

\* 詳細をご説明致しますので、ご関心のある方は下記までご連絡願います。

<連絡先>

研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 堀部 光宏

E-mail：[REDACTED]

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 ([REDACTED])

指導教員：日本赤十字看護大学 教授 坂口 千鶴

TEL：[REDACTED]

E-mail：[REDACTED]

## 付録G

資料6 看護師への説明書と同意書：インタビューのみ

### 研究に関する説明文書（看護師様）

私は、日本赤十字看護大学大学院 博士課程で研究をしております、堀部光宏と申します。近年、増加している術後の高齢患者さんへの退院後の生活見据えた看護を明らかにする研究を実施致したく存じます。以下の内容を十分に読み、ご検討くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

#### 研究課題名

「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」

#### 1. 研究について

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得ております（承認番号：●●●）。また、必要に応じて研究実施施設の倫理審査を受けております。

##### (1) 研究の目的と意義

目的：本研究の目的は、消化器がん術後の高齢者に関わる病棟看護師の退院後の日常生活を見据えた看護実践を明らかにすることです。

意義：今後も増加する消化器がん術後の高齢患者の看護の質に貢献、消化器外科領域において経験の少ない看護師への教育の一助となると考えます。

##### (2) 研究の方法と期間

方法：研究デザインは質的記述的研究です。消化器がんの手術（胃がん・大腸がん）を受けた75歳以上の高齢患者さんへの関わりについて、いくつか質問を致しますのでお話しいただきます。

期間：研究実施期間は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日、データ収集期間は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日です。

##### (3) 研究施設

東京都内にある「日本消化器外科学会専門医修練施設」の認定を受けている病院、2か所で看護師さんを募集します。

##### (4) 研究参加者の募集について

募集する看護師さんは、消化器外科系病棟に勤務しており、この領域で2年以上の経験のある看護師さん（7～8名程度）です。

自由意志による研究参加を尊重するためにポスターによる募集とします。もし、応募者がいない場合には、病棟看護師長様に看護師さんに声をかけていただき、看護師さんが研究に関心を示された場合、研究者の連絡先を案内してもらっております。

ポスターに記載のメール、電話、郵送にてご連絡をいただき、文書と口頭での研究の目的、方法、倫理的配慮などについて説明を受けた後に、同意書への署名によって研究参加者となります。

## 2. ご参加やご同意いただきたいこと

インタビューは、病棟、日本赤十字看護大学、またはオンライン（Microsoft Teams または Zoom を利用）で実施致します。インタビュー時間は 60 分程度で、1～2 回ご参加ください。

インタビューの際は、IC レコーダーに録音、またはメモを取らせていただきたいと思いますので、ご同意願います。

## 3. 研究参加の任意性と同意の撤回の自由

研究参加は自由意思に基づいて決定されるものであり、同意後でも、いつでも研究参加の中止ができます。病棟看護師長様には、研究への不参加や途中での同意の撤回によって、立場などに不利益が生じないことを保障いただいております。

なお、研究参加への同意を撤回する場合は、お渡しした「同意撤回書」2 部に署名をして、研究者にお渡しいただくか、切手付返信用封筒で郵送願います。「同意撤回書」の 1 部は確認後に返送し、インタビュー結果などは速やかに消去致します。ただし、「同意撤回書」を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

## 4. プライバシー・個人情報の保護について

お名前、必要に応じてメールアドレス、電話番号、住所を扱うこととなりますが、個人情報は研究にのみ使用し、守秘義務を厳守します。

データ収集後に個人情報であるお名前を記号化し、匿名化をします。また、お名前と他の個人情報の対応表を作成し、対応表は大学の院生室の鍵のかかる机に保管して管理します。

インタビューの場所は、プライバシーの保護が可能な病棟の個室、日本赤十字看護大学の個室、オンラインで行い、うかがった話の内容は研究以外の目的で使用致しません。

IC レコーダーに録音したインタビューデータは、速やかに文字として電子データ化し、音声自体は消去致します。電子データはパスワードをかけた圧縮ファイルの形式で、大学が指定するクラウドサービス（One Drive）に安全に保存します。それ以外の研究データ（メモ等）は大学の院生室の鍵のかかる机に保管します。

研究終了後、電子データはセキュリティーロック付き USB で保存し、その他のデータとともに自宅の鍵のかかる机で保管します。保管期間は研究終了後から 5 年間とし、その後、全てのデータを復元ができないよう消去します。

研究者の指導教員や、他の大学院生とインタビュー内容を共有し、分析の指導やアドバイスを受けますが、その際は看護師さん個人を特定する情報は除外します。

## 5. 新型コロナウイルス対策

研究者は貴院の感染防止策に則り、手洗い、マスクの着用を遵守し、体温や感冒症状等の自己管理を徹底します。感冒症状等があった場合のインタビューは中止し、受診等をした上で医師の診断で問題ないと判断された場合にのみ継続します。

対面でのインタビューでは、2m以上の距離を保ち、部屋の換気に努めます。

研究者は自宅と研究実施施設の往復において、通勤ラッシュ時間帯を避けるようにし、日常生活においても人混みを避けるようにすることで感染リスクの軽減に取り組みます。

## 6. 研究参加への利益・不利益

- (1) 利益は、ご自身の看護を振り返ることになります。また、インタビューの謝礼として2,000円分の図書券、または商品券をお渡し致します。
- (2) 不利益は、インタビューによる時間的拘束が生じます。また、記憶の想起などにより、疲労や気分不快、感情の変化が生じる可能性があります。途中で中止も可能ですし、回答しないことも可能です。

## 7. 研究結果の公開と看護師さんへの還元

研究結果は、学会誌や学術集会、博士論文（インターネットでの全文公開）での公表を予定しています。その際は看護師さんの匿名性の確保とプライバシーの保護をします。研究結果（博士論文の要約）の送付をご希望される場合は「研究参加への同意書」に送付先の住所をご記入ください。氏名や住所は目的外に使用致しません。

## 8. 研究の資金源・利益相反の有無

研究の資金源・開示すべき利益相反はありません。

## 9. 研究参加への同意方法

「研究参加への同意書」2部に署名をして、出勤される●月●日に1部を研究者にお渡しください。または、お渡しした切手付返信用封筒で、2週間程度を目安に郵送願います。同意書の1部はご自身で保管願います。後日、研究に参加しようと考え直された場合は下記にご連絡ください。

## 10. 研究中・終了後の対応

ご質問などは、いつでも遠慮なさらずに病棟で研究者におたずねください。または下記までご連絡ください。

### <連絡先>

研究責任者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 堀部 光宏

E-mail：[REDACTED]

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 ([REDACTED])

指導教員：日本赤十字看護大学 教授 坂口 千鶴

TEL：[REDACTED]

E-mail：[REDACTED]

## 研究参加への同意書

### 「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」

私は、上記の研究について研究者から口頭と書面での説明を受け、内容を十分に理解し、研究の参加に同意します。

- インタビューへの参加に同意します。
- インタビューの録音を許可します。
- インタビューのメモを許可します。

同意する項目にチェック✓を入れてください。

同意日：西暦          年          月          日          署名

研究者（堀部光宏）は、研究について口頭と文書で説明を致しました。

説明日：西暦          年          月          日          署名

【研究者との連絡の取り方】\*1つご希望される連絡方法をご記入ください。

メールアドレス：

電話番号         ：

その他         ：

\*2部に署名し、1部は保管してください。

【研究結果（博士論文要旨）の郵送先住所】\*ご希望の方はご記入ください。

〒

個人情報の保護を厳守し、目的外使用は致しません。

## 付録H

## 資料7 患者募集ポスター

## 患者様を募集しています

私は日本赤十字看護大学大学院看護学研究科の博士後期課程で老年看護学を専攻しております、堀部光宏と申します。

現在、「**消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践**」というテーマで、研究を行っております。この研究が術後の高齢患者さんに対する看護の質の向上への一助となると考えています。

研究にご参加いただける患者様を **5名程度** 募集致しております。

研究実施期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日

データ収集期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日

倫理的配慮：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会（承認番号：●）と

必要に応じて研究実施施設の倫理審査を受けております。

募集する患者様：消化器がんの手術を予定されている75歳以上の方です。お身体の状態においては、ご希望されてもご参加いただけないことがございますので、予めご了承ください。

内容：研究者が看護師さんに同行して、お部屋にうかがい、その会話や様子を観察・記録させていただきます。入院中の日中の時間帯に週2~3回うかがう予定です。なお、研究者が患者様にインタビューやケアをすることはございません。

## 研究へのご参加をよろしくお願い申し上げます

\* 詳細をご説明致しますので、ご関心のある方は下記までご連絡願います。

<連絡先>

研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 堀部 光宏

E-mail：[REDACTED]

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 ([REDACTED])

指導教員：日本赤十字看護大学 教授 坂口 千鶴

TEL：[REDACTED]

E-mail：[REDACTED]

## 付録 I

### 資料 8 患者への説明書と同意書

## 研究へのご参加のお願い（患者様・ご家族様）

私は、日本赤十字看護大学大学院で研究をしております、堀部光宏（ほりべみつひろ）と申します。

本日は手術前のお忙しいところ、本研究に関心を持たれ、ご連絡くださり、また、皆様の貴重なお時間をくださり、誠にありがとうございます。患者様のみならず、ご家族様へもご説明させていただくことで、十分に本研究の趣旨をご理解した上で、ご参加いただきたいと存じます。

近年、手術を受ける高齢者の方が増えております。特に、消化器系の病気で手術を受ける方が増えておりますので、その方々への看護の質を高めていくための研究を実施して参りたいと考えております。これまでの研究では明らかとなっていない看護師さんがどのように手術後の患者様を捉え、患者様との日々の関わりの中で退院後の日常生活を見据えた看護をしているかを調査したいと思っております。

研究実施期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日

データ収集期間：日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認後から●年●月●日

### 研究課題名

「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」

### 研究へのご参加に関して

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得ております（承認番号：●●）。また、必要に応じて研究実施施設の倫理審査を受けております。

東京都内にある「日本消化器外科学会専門医修練施設」の認定を受けている病院、2か所で実施予定です。

消化器がん（胃がん・大腸がん）で根治術を受ける75歳以上の高齢者で認知症の診断がされていない意思疎通が可能な方を研究全体として10人程度募集しております。

入院中に、担当の看護師さんに同行して、週に2～3回程度、昼間の時間帯にお部屋にうかがいます。手術後の患者様に対して、看護師さんがどのようなことを行っているのか、どのような会話をし合っているのかなどを観させていただきます。後に、その時の状況を文書として記述し、それを研究データとします。また、看護師さんたちのカンファレ

ンスや申し送りなどからも患者様の病状や今後の予定に関する情報などをうかがい、研究データとします。なお、診療記録（カルテ）は閲覧致しません。

手術日より前に患者様とご家族様に、文書と口頭で研究の目的、方法、参加内容の説明を行い、同意書への署名によって研究参加者となって頂きます。

ポスターでの患者様の募集が少ない場合に、病棟看護師長からこの研究のご案内をいただいております。その際に関心を持たれた患者様を研究者にご紹介いただいております。

研究への参加は自由な意思でお決めください。研究参加の同意後でも、いつでも中止ができます。研究者とこの病院は独立しているため、研究へ参加をしないことや途中での中止によって、治療上の不利益は生じません。

手術後は体調も不安定で、看護師さんに同行する研究者の存在を精神的負担に感じるかもしれませんが、そのような場合には同行を中断・中止致しますのでお伝えください。また、心身の状態によっては担当看護師さんの判断により研究を中断・中止致します。

なお、研究参加への同意を撤回する場合は「同意撤回書」2部に署名をして、研究者にお渡しいただくか、お渡しした返信用封筒で郵送願います。書類の確認後、関係する情報は速やかに消去し、「同意撤回書」の1部は返送致します。ただし、「同意撤回書」を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

## プライバシー・個人情報の保護などについて

収集・記録したデータは、研究以外の目的で使用致しません。うかがったお名前、ご年齢、ご病名、術式、ご入院期間、研究結果の郵送を希望する場合にはご住所といった個人情報は研究にのみ使用し、守秘義務を厳守致します。

データ収集後に個人情報であるお名前を記号化し、匿名化をします。また、お名前と他の個人情報の対応表を作成し、対応表は大学の院生室の鍵のかかる机に保管して管理します。

文書化したデータを電子化した場合は、そのデータはパスワードをかけた圧縮ファイルの形式で、大学が指定するクラウドサービス（One Drive）に安全に保存します。それ以外の研究データ（紙面でのメモ等）は大学の院生室の鍵のかかる机に保管します。研究終了後、電子データはセキュリティーロック付きUSBで保存し、その他のデータとともに自宅の鍵のかかる机で保管します。保管期間は研究終了後から5年間とし、その後、全てのデータを復元ができないよう消去します。

研究者の指導教員や他の大学院生とインタビュー内容を共有し、分析の指導やアドバイスを受けますが、その際は患者様個人を特定する情報は除外します。



研究結果は、学会誌や学術集会、博士論文（インターネットでの全文公開）としての公表を予定しています。その際は匿名性の確保とプライバシーの保護をします。

研究の資金源・開示すべき利益相反はありません。

### 新型コロナウイルス対策

研究者は病院の感染防止策に則り、手洗い、マスクの着用を遵守し、体温や感冒症状等の自己管理を徹底します。感冒症状等があった場合は研究活動を中止し、受診等をした上で医師の診断で問題ないと判断された場合にのみ研究を継続します。

ケアへの同行時は、患者様から出来るだけ 1m 以上の距離を取り、発語は最低限にし、15 分以上接しないように努めます。

研究者は自宅と研究実施施設の往復において、通勤ラッシュ時間帯を避けるようにし、日常生活においても人混みを避けるようにすることで感染リスクの軽減に取り組みます。

「研究参加への同意書」2 部に署名をして、

研究者がうかがう●月●日に 1 部お渡しく下さい。

ご質問などは、いつでも遠慮なさらずに病棟で研究者におたずねください。

または、下記までご連絡ください。

<連絡先>

研究責任者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 堀部 光宏

E-mail：[REDACTED]

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 ([REDACTED])

指導教員：日本赤十字看護大学 教授 坂口 千鶴

TEL：[REDACTED]

E-mail：[REDACTED]

## 研究参加への同意書

「消化器がん術後の後期高齢者への

退院後の日常生活を見据えた看護実践」

私は、上記の研究について研究者から口頭と書面での説明を受け、内容を十分に理解し、本研究に参加することに同意します。

- 研究者が看護師とケアに同行して、観察することを許可します。
- 観察して得られた情報の使用を許可します。
- 個人情報（氏名、病名、術式、入院期間）の入手を許可します。

同意する項目にチェック✓を入れてください。

同意日：西暦            年        月        日

(ご本人) 署名

同意日：西暦            年        月        日

(ご家族) 署名

\*2部に署名し、1部は保管してください。

【研究結果（博士論文要旨）の郵送先住所】 \*ご希望の方はご記入ください。

〒

個人情報の保護を厳守し、目的外使用は致しません。

研究者（堀部光宏）は、研究について口頭と文書で説明を致しました。

説明日：西暦            年        月        日

署名

## 付録 J

### 資料 9 インタビューガイド：参加観察後用

#### インタビューガイド

想起による体調の変化などありましたら、中止致しますのでお伝えください。全ての質問に回答することは強制されません。畏まって話す必要はありませんので、気楽に自由にお話ししていただけるとありがたいと思います。

1. 先日ケアに同行させていただいた●●さんについて伺います。  
●●さんに・・・しましたが、どのように状況を判断しましたか？  
  
●●さんから～～と言われた時にはどのようなことを思っていましたか？
2. ●●さんの術前の生活とこれからの生活でどのような変化が生じると考えますか？
3. 病棟として（医師や多職種も含めて）、高齢者の退院後の生活に向けて意識していることや実践していることがあったらお話しください。
4. 病棟の看護師が後期高齢者の退院後の日常生活を見据えるにはどのようなことが重要と考えますか？

## 付録K

### 資料10 インタビューガイド：インタビューのみ用

#### インタビューガイド

本日はお疲れのところ、ご参加いただき、誠にありがとうございます。

回答することは強制されません。畏まって話す必要もありませんので、気楽に自由にお話ください。録音させていただいてもよろしいでしょうか。

まず、初めに、看護師経験年数、消化器外科経験年数、消化器外科以外の病棟、年齢をうかがわせてください。

1. 創痛のある高齢者についてうかがいます。

- (1) 高齢者は術後の創痛に対してどのような反応をされますか。
- (2) どのように、どのような時に鎮痛剤をすすめますか？
- (3) 鎮痛剤の使用後の高齢者の反応や様子はどうなりましたか？
- (4) 高齢者の変化に対してどう感じましたか？

2. 離床の援助があると思います。

- (1) 離床の時は、どのように関わっていますか？術後の身体的・精神的状況、経過日数などと合わせて、教えてください。
- (2) 離床の時高齢者への対応ではどのようなことに困りますか？

3. 高齢者の更衣などを手伝う場面があると思います。

- (1) このような日常生活行動の見守りや手伝う場合はどのようなことを意識して関わっていますか？
- (2) 高齢者のどのような状態から日常生活行動をすすめたり、見守ったりしますか？
- (3) 日常生活行動に対する高齢者のやり方や実施の頻度など、これまでの習慣に対して、どのように対応していますか？

4. 転倒などの高齢者の安全についてはどのように関わっていますか。

5. 高齢者以外にその配偶者や子どもなど、高齢者を取り巻く人へはどのような時に関わりますか？その関わりで意識していることはありますか？

6. 看護師以外にも医師、理学療法士、栄養士、退院支援看護師などが、術後の高齢者に関わっていると思いますが、どのように連携していますか？

他の職種と比較して、看護師としての関わりはどのような特徴があると考えますか？

7. 高齢者の退院後の日常生活を見据えて看護をする場合、消化器外科の看護師として特にどのようなことが重要と考えますか？

(1) 食生活の変化に対してどのような関わりをしていますか。

(2) 排泄習慣の変化に対してどのような関わりをしていますか。

8. 何か他にお話しになりたいことはありますか？

本日はありがとうございました。

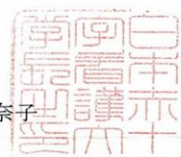
## 付録L

## 予備的調査倫理審査通知書



研倫審委第2019-067

令和元年10月7日

申請者 日本赤十字看護大学大学院  
博士後期課程 堀部 光宏 様日本赤十字看護大学  
学 長 守田 美奈子

## 倫 理 審 査 結 果 通 知 書

## 課 題 名

《自宅での生活を見据えた消化器がん術後の75歳以上の高齢者の回復過程における病棟看護師の支援》

上記課題の研究計画書を再審査した結果、承認と致します。

## 付録M

## 本調査倫理審査通知書



研倫審委第2020-072

令和3年4月16日

申請者 日本赤十字看護大学大学院  
博士後期課程 堀部 光宏 様日本赤十字看護大学  
学長 守田 美奈子

## 倫理審査結果通知書

## 課 題 名

消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践

上記課題の研究計画書を再審査した結果、承認と致します。

## 付録N

資料 11 同意撤回書

## 同 意 撤 回 書

私は、「消化器がん術後の後期高齢者への退院後の日常生活を見据えた看護実践」に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回します。

年 月 日

氏名（署名）

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

年 月 日

所 属

研究者氏名

※いったん研究参加に同意した場合でも、同意を撤回することができます。  
この「同意撤回書」2部にご記入・ご署名頂き、郵送、または研究者までお申し出ください。

※研究者が「同意撤回書」を受領した後、2部に署名し、1部は返送いたしますので保管ください。

※ただし、「同意撤回書」を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

<同意を撤回する場合の連絡先>

研究者 日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 堀部 光宏

E-mail : [REDACTED]

TEL : [REDACTED]

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 ([REDACTED])

指導教員 日本赤十字看護大学 教授 坂口 千鶴

E-mail : [REDACTED]