

高齢者ケアの 教師塾



高齢者の フィジカルアセスメント を教える・学ぶ

「高齢者ケアの教師塾 湘南」では、月一回、高齢者ケアを教える立場の看護師や介護士などが実践知を持ち寄り話し合っています。本連載では本塾の一部を再現していきます。

第6回になりました。今回もぜひ誌上討論にご参加ください。今回のテーマは、「高齢者のフィジカルアセスメントを教える・学ぶ」です。読者の皆様の発言(?)もありますので、実際に参加しているつもりで読み進んでください。



こんにちは。今日の話題提供者の柳原です。今日は皆さんに相談に乗っていただきたくて、話題提供者になりました。看護学は、小児看護学、成人看護学、母性看護学、精神看護学、在宅

牛田貴子



高齢者ケアの教師塾湘南 代表世話人
湘南医療大学 保健医療学部
看護学科 老年看護学 教授

研究領域は、老年看護学・家族看護学。看護学修士、医学科学博士。保健師として市町村勤務、助産師・看護師として病院に勤務した後、信州大学医学部保健学科などを経て、2015年4月より現職。

「高齢者ケアの教師塾 湘南」ホームページ
<http://www.ab.auone-net.jp/~kyoushil/top.html>

看護学といくつかに分かれていて、それぞれに実習があります。私は、老年看護学を担当しています。成人看護学と老年看護学は、実習する病棟や受け持ち患者の状況が重なることが多いのですが、この2つの実習の違いをうまく分けることができません。学生は、オリエンテーションを聞いて理解しているようでも、毎日の実習内容は成人看護学と同じようになってしまいます。また、実習を受け入れる病棟のスタッフにも、老年看護学の実習目的や目標、方法がなかなか伝わらず、実習というひとくくりで指導されてしまうこともあります。「老年看護学は成人看護学の二番煎じではない」と私は考えるのですが、学生にも臨床スタッフにもうまく伝わらない不全感が残っています。



私は介護福祉士なので、看護の教育について詳しくは知りません。今のお話を聞いて、繰り返しによって習熟度を高めていくことがねらいではないことは分かりました。2つの実習の「学びのポイントの違いがはっきりしない」ということでしょうか。

今回の参加者：6人



柳原さん (看護専門学校) **話題提供者**



柚木さん (介護老人福祉施設介護長)



芳野さん (総合病院退院調整看護師)



林さん (看護大学教員)





若草さん (療養病棟看護師)




〇〇さん (あなたです)

高齢者だからこそその学びのポイントは


 「学びのポイントの違いがはっきりしない」というよりも、「学びのポイントの違いがうまく伝わらない」と言った方がよいのかもしれませんが。実習指導者や師長に実習目的や方法を詳しく説明しても、現場のスタッフになかなか浸透しないので、結局、どの実習でも同じようにバイタルサインを測定し、清潔や食事などのケアを考えるということになってしまいます。老年看護学ではほかの実習にはない生活史の記録用紙があるので、生活史だけは丁寧に聞き取っているようですが。


 私が勤務している療養病棟でも、**若草** 看護学生の実習を受け入れていています。これまで、「病棟の特殊性から老年看護学実習を受けているのだ」と、特に問題意識も持っていませんでした。

今のお話を聞いていて、何かがおかしいように感じます。かなり高齢の方が手術を受けるようになり、急性期の病棟でも65歳以上の方が多いと思います。入院患者にとっては、成人看護学も老年看護学も関係ありません。私は、老化や加齢変化も含めて、患者を看てほしいと思います。

 若草さんのご意見、確かにそうなのですが、学生には難しいと思います。理解には段階があります。老年看護学は、入院治療を受ける人の中でも、高齢者の特徴に焦点を当てて学ぶという、もう

一段上にあるステップだと思います。看護師の中にも、その人なりの加齢への適応とか、高齢者ゆえの複雑な思いや背景に気づかない人はいます。健康状態の観察でも、高齢者だからこそ注意してかかわるポイントってありますよね。訴えや症状が分かりにくいとか、個人差が大きいとか、廃用症候群を意識して予防的にかかわらなければならないとか。これらは見過ごされやすく、評価されにくい部分でもあります。

 一般病棟と、高齢者ケアの専門性が高い病棟や施設とは、少し状況が違いますね。若草さんが勤務しておられる療養病棟や高齢者施設など、高齢者ケアの専門性が高い職場では、「高齢者だからこそ学んでほしい」と考えることに違和感を感じるのとは仕方がないのかもしれないと思いました。

 **〇〇さん (あなた)** <あなたはどうか考えますか？>

高齢者の特徴についての学ばせたいポイント


 私が老年看護学で学んでほしい柱の一つに、フィジカルアセスメントがあります。申し送りで「特変ありません」「変わりありません」と言い切るのは、簡単なことではありません。医療職として、責任を持って判断した結果です。学生にはまず、この難しさを知ってほしいと思い、高齢者の疾患の特徴と観察技術を合わせて説明しています(表1)。

表1 高齢者の疾病の特徴

- 個人差が大きい。
- 症状が非定型である。
- 主訴がはっきりしない。
- 潜在的、慢性的に疾患が進行する。
- 予備力が低下し、負荷時の変動が大きい。
- 複数の疾患が存在し、病態が複雑である。
- 複数の薬物の影響が重なっている。

異常の発見が遅れる理由、安静時の測定だけでは不十分である理由、基準値との比較だけではなく、いつものその人の状態との比較が必要な理由などの多くが、これで説明できます。



若草

「いつもと違う」「何かがおかしい」と、分かりにくい中でも異変にどう気づけるか、その力が必要ですね。さらに、それがなぜ起こっているかをその場で推測し、必要な情報を追加確認して多面的に考えて判断できる能力が求められると思います。ここは、看護師の実践力の差が出てくる部分です。

表面的に症状や訴えに変わりがないから、健康状態に変化がないとは言えません。これは、小児も成人も高齢者も同じです。しかし、そのベースに心身の加齢変化があって、抵抗力、予備力、回復力などの低下がある。どれだけ「先読みできる知識と技術」があるかですよね。



柚木

看護師に「先読みできる知識と技術」があるかどうかで、ケアが大きく変わります。私の施設では、夜間に看護師はいません。しかし、その場に看護師がいなくても、その存在を感じています。例えば、夜間にどのような状況が起こり得るのかを判断して看護職が介護職に確

実に伝達してある時などです。これは、ケアの質を高めるだけでなく、介護職たちの「安心の素」となります。「〇〇さんは夜間に発熱するかもしれないので、夕食では水分をしっかり摂るようにしてください」「〇〇さんは20時頃に血圧測定をして、その後はここに書いてあるように対応してください」という感じです。また、日勤の間に、健康状態の悪化を予測して医師に連絡をしたり、必要となりそうな準備をしておいたりもしてくれます。



林

今の柚木さんのお話は、ぜひ、学生に聞いてほしいです。現場の介護職や看護職にとって、このような専門性を発揮した連携は当たり前のことなので、なかなか言葉に表現されません。実習中は、このような具体例こそが、学生にとって貴重な学びです。

柳原さんから事前に今日の話提供のことを相談されていたので、私も資料を持ってきました。先ほどの表1について、私はこのように考えています(表2)。

学生には「落としどころ」という表現はしていませんが、教員として教える際のポイントを挙げました。



若草

教える側の意図がよく分かりますね。特に私は、⑤のルーチンではなく自分で考えるという部分と、⑥看護師の五感をフルに使うという点に共感できます。




柚木


私は④ですね。コミュニケーションは、介護職にも重要な部分です。「注目してもらう技術」「説明する技術」「想起を促す技術」「関係性をつくる


- ①組織、器官の加齢変化⇒特徴的に見逃せないポイント
- ②非典型で潜在的な変化⇒異常、正常の難しさ
⇒平常と比較して生活への支障を考える看護の土台に立ち返る
- ③非典型で潜在的な変化
⇒症状や異常がなくても頭のとっぺんから足先まで、とりあえずすべてみること
- ④コミュニケーションが難しい
⇒「注目してもらう技術」「説明する技術」「想起を促す技術」「関係性をつくる技術」
- ⑤予備力が低下している
⇒安静時と負荷時の比較、日内変動
⇒ルーチンでなく、なぜ、いつ、何を、どう測定するか自分で考える
- ⑥検査機器や機械がない⇒看護師の五感をフルに使う


技術」の4つで表現されていますが、これらは介護職にも欠かせない技術です。また、⑤と⑥も重要です。介護でも五感をフルに使うことを基礎教育で重視しています。


 ○○さん (あなた) くあなたはどのように考えますか？

アセスメントの2つのルート


 ③に書いてある「症状や異常がなくとも頭のとっぺんから足先まで、とりあえずすべてみること」というのは、系統的な診断技術ということでしょうか。


 そうです。ここまでは「異常に気づいて健康状態のアセスメントをする」という流れの話でした。しかし、もう一つの流れとして「頭の中から足の先まで観察してアセスメントする」という流れがあると思います。これは、先ほどの五感をフルに使うことにもつながります。

 問診だけでなく、看護師が自分の身体を使って聴診、触診などをするということでしょうか。

 臨床現場での問題点として、機械に頼りすぎて五感を使わなくなっていることがあると思います。新人看護師だけでなく、中堅看護師の中にも、直接脈を取らずに、心電図モニターやサチュレーションモニターの数値だけを拾って記入する人もいます。脈拍測定は数値だけではないことを十分学んできているはずなのに、直接触れるという基本が抜けていくことに危機感を持っています。

「頭の中から足の先まで」みて初めて分かることは多い。例えば視野、義歯の不具合、肩関節の可動制限、巻き爪などです。本人の訴えと、治療している疾患の看護からだけでは気づかない部分を見落とすとしてしまいます。

 現場の忙しさやチェック形式の記録方法という点も関係していると思いますが、私も時々気になる状況を見かけます。だからこそ、基礎教育でしっかり学んでもらいたい。

 見ているのにみていないということとはありますよね。眼脂が多いのに気がつかない職員もいる。顔を見て話をしているはずですが、意識して見ていないのでしょうか。

介護職員の中でも、問題に上がっていないことも丁寧に観察して報告できる人と、決まった観察ポイントと本人から言われたことしか見てこない人がいます。やはりこれも、自分では訴えられない、潜在的に進行するというような高齢者の

表3 フィジカルアセスメントの学習項目

- | | |
|--------------|----------------|
| 1. 脈拍（不整脈含む） | 6. 口腔（義歯を含む） |
| 2. 心音聴取 | 7. 姿勢・関節可動域・筋力 |
| 3. 脈拍－心音同時測定 | 8. 小脳機能 |
| 4. 呼吸音 | 9. 感覚・知覚 |
| 5. 感覚器（眼・耳） | |

視診 → 触診 → (打診) → 聴診
 意識・体温 → 呼吸・脈拍 → 血圧
 主観的情報 → 客観的情報
 解剖・生理学 → 病理 → 症状の見える化

特徴を理解した上で仕事をしているかどうかに関係していると思います。



○○さん (あなた) <あなたは どう考えますか？>

改めて脈拍測定を考える



林 フィジカルアセスメントに関する書籍は、写真や図などで解説されていて分かりやすいものが多いです。しかし、音や感触は、実際に演習してみなければつかめませんよね。



柳原 私は、学生に表3のような演習をしています。2年生の授業で、180分を使っています。学生数が40人、ほかの教員にも依頼して教員4人で、説明を聞きながら全員が体験できるようにしています。



芳野 不整脈の測定の演習はどのように行っていますか。学生同士の体験では難しいと思うのですが。



柳原 シミュレーションモデルを使用しています。高齢者に不整脈が多いこと、なぜ不整脈が発生するのかなどは知識として学んでいますが、実際の脈拍測定では不整脈を見落としてしまいます。しかし、不整脈の感覚を体験すると、

分かるようになってきます。血圧測定と同様に、繰り返し体験して慣れなければ難しいと思います。これに引き続き、脈拍－心音の同時測定もしています。自分の両手の使い方、数の数え方なども技術だと思っています。



林 実習に慣れてくると、受け持ち直後であっても1分間測定しない学生が出てきます。15秒測定して4倍するとか、30秒測定して2倍するとか。理由は、「看護師がそうしていたから」と言うことが多い。看護師は、その患者のこれまでの健康状態と現在のほかの症状などから、その場で循環状態に異常はないと判断し、この方法を選択しているはずで、初學者である学生が、しかも受け持って間もない状況でこの観察方法を用いることはあり得ないと考えます。

私が実施している演習でも、数だけでなく、リズム、緊張なども含めて、1分間しっかり測定するという基礎を、不整脈の測定の演習を通して再確認します。



若草 1分間の脈拍を測定しないという話は耳が痛いですね。高齢者で慢性期だから変動が少ない、だから1分間も必要ないと考えている職員がいるのではないかと、ドキッとしました。慣れや思い込みによるケアは、高齢者の疾病の特徴を考えると怖いですね。

.....

さて、本日の教師塾はここまで。ご参加いただけましたでしょうか。ではまた次回で。