研　究

看取りの場面で生まれる看護師の感情

Emotions of nurses born in the scene of end of life care

岩谷　優紀　Yuki Iwaya
後藤　幸恵　Yukie Goto
鎌倉　香里　Kaori Kamakura

要　旨

当病棟はがん終末期患者への看取りケアを行う機会が多い。デスカンファレンスでは「どのように声掛けしたら良いかわからない」「家族にうまく関われなかった」「他の人はどんな関わり方をしているのか？」など、不安を抱いているスタッフの声が多く聞かれた。デスカンファレンス以外で、このようなスタッフの不安や困惑を話し合う機会は少なく、現在行っている「看取り」についてスタッフの意識調査を行い、その場面で生まれる感情を明らかにした。その結果「看取り」で生まれる感情として「患者、家族との関わりでの困難」「自分の看護への自信のなさ」「看護師の満足感」が得られた。そして「看取りの場面で生まれる感情には経験の差が左右する」「デスカンファレンスをする事で情報が共有でき、実践で活かしていく事が出来る」という示唆が得られた。

Key words: end of life care,death conference,be puzzled, anxiety

Ⅰ．はじめに

当病棟では、癌終末期患者様への看取りケアを行う機会が多い。デスカンファレンスを行うと「どのように声掛けしたら良いかわからない」「家族にうまく関われなかった」「他の人はどんな関わり方をしているのか？」など、不安を抱いているスタッフの声が多く聞かれた。又、新人指導をする立場になった時に、どのような指導をすれば良かったのかと困惑する場面があった。デスカンファレンス以外で、このようなスタッフの不安や困惑を話し合う機会は少なく、現在行っている「看取り」についてスタッフの意識調査を行い、その場面で生まれる感情を明らかにすることとした。

Ⅱ．研究目的

看取りの場面で生まれる感情を明らかにする。

Ⅲ．用語の定義

デスカンファレンス：亡くなった患者のケアを振り返り、今後のケアの質を高める。ディスカッションを通して看護師個々の成長を支援する。

Ⅳ．研究方法

1．研究方法

質的研究

2．対象者

病棟看護師１６名（看取りのケアに携わっていない新人看護師は対象にしない）

3．データ収集方法

平成２７年５月～７月にグループインタビューを実施。インタビューを始める前に再度調査の目的を説明し、匿名性が保たれること、発言内容が研究以外の目的で使用されることのないこと、いつでも協力を辞退できることなどについて確認した。個人名の代わりに胸に番号札をつけてもらい、年齢の近いスタッフ４人１グループとランダムに設定したグループを設け、３０分程度で「看取りの場面で生まれた感情」について話し合ってもらった。話し合いの内容はテープレコーダーに録音し、同時に声の調子、顔の表情、視線などを観察しメモに書き留めた。インタビュー中は、協力者の思考や発言が邪魔されることのないよう環境を整えた。なお、インタビューを進めるにあたっては「①死亡まで数日と言われている期間」「②心停止」「③死亡宣告」「④お別れの時間」「⑤エンゼルケア」「⑥お見送り」の６つの場面を提示し、インタビューガイドを用いて行った。

4．分析方法

テープレコーダーは記録として残し、その言葉から感情を抽出する。録音した物は逐語録に起こす。

分析に際しては、グループインタビュー法・科学的根拠に

砂川市立病院　看護部
Department of Nursing,Sunagawa City Medical Center

基づく質的研究法の展開を参考にした。

5．倫理的配慮

対象者に研究目的、方法を説明し、プライバシー匿名の保護を厳守し、研究結果は個人を特定できないように処理することを文章で説明し、同意を得た看護師に協力を得た。

Ⅴ．結果

「看取り」で生まれる感情として、インタビューガイドより、６つの場面で見られた「感情」から３つのカテゴリーが抽出された。３つのカテゴリーは、「患者・家族との関わりでの困難」「自分の看護への自信のなさ」「看護師の満足感」に分類された。各カテゴリーについての結果を表１に示す。

Ⅵ．考察

看取りの場面において、患者様・家族へより良いケアを提供したいと思っていても、看取りの経験が少ない看護師はその方法がわからず、亡くなる数日間の関わりで「困惑」や「もどかしさ」を感じる場面が多い事がわかった。マニュアルもない為「どのような声掛けが正しいのかわからない」「自分の行った看取りケアで良かったかどうか不安に思った」などの感情が生まれるが、思いを表出する機会も少ないため、どうしたらよいのかわからずジレンマを抱えている事もわかった。

竹ノ内[6]は「自分が経験した倫理的ジレンマを同僚や周りのスタッフに打ち明ける事が少ない」と述べている事から、看取りの経験が少なく、思いを表出する機会も少ない看護師程「困惑」や「もどかしさ」の感情を持つと考えらえる。大串[3]は、暗黙知とは「個人の経験により獲得された身体的・経験的な言表不可能な知識」「技やスキルと呼ばれる職人芸的な知識でもある」「言語化が不可能であるため伝達や共有が困難であるという特徴がある」と述べており更に、「暗黙知が実践を通じてのみ伝達・共有が可能」「経験を経験として伝承できる共通体験の場をつくり、常に対話をしながら知識を共有していく雰囲気づくりが欠かせない」「暗黙知でも言葉に出来る部分は言語化して、形式知として共有する」とも述べている。以上の事から看取りのケアで生まれる感情の困惑や自信のなさは、看取りを体験する事で解消され、先輩と一緒に実践する事で共有される。外部から獲得した知識のままでは意味がなく、自らの実践を通じて「体化」する事で初めて使える知識となる。さらに、経験した事や思いを表出する機会（デスカンファレンス）を設ける事で共通認識が生まれ、情報が共有出来、実践で活かしている事がわかった。看取りの経験が多い看護師は、患者様・家族への対応の仕方や関わりなどの知識がある事はもちろん、自分が行ったケアが他者（同僚看護師や家族）から評価され、ねぎらいの言葉や感謝の言葉をもらう事での経験が自信につながり、満足感を得る事になると考える。したがって、看取りの場面で生まれる感情では経験の差があるために「困惑」「もどかしさ」などの自信のなさが、共有した情報を実践で活かす事により、看取り場面での成功体験に繋がり満足感を得る事が出来ると考える。

Ⅶ．まとめ

・看取りの場面で生まれる感情には経験の差が左右する。
・デスカンファレンスをする事で情報が共有でき、実践で活かしていく事が出来る。

引用参考文献

1）広瀬寛子．看護技術 2010-1　vol 56　No1-64
2）安梅勅江．ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法　科学的根拠に基づく質的研究法の展開，医歯薬出版株式会社，2001.
3）大串正樹．ナレッジマネジメント　創造的な看護管理のための１２章，医学書院，2007，P62-65.
4）黒田裕子．黒田裕子の看護研究 step by step　第 3 版，学研，2011.
5）秋田喜代美、能智正博．はじめての質的研究法－医療・看護編 -，2007.
6）竹ノ内沙弥香．ELNEC（End ― of－Life　Nursing Education　Consortium）を用いた看護倫理教育―緩和ケア Vol.18　No.4　Jul2008

表１「看取り」で生まれる感情のカテゴリ

カテゴリー	場面	「困惑」場面
患者、家族との関わりでの困惑	①	家族から「あとどのくらいもちますか？」と聞かれると返答に困る
	①	医師からの説明内容を自分達のなって欲しいように理解されてしまい、本当のことが伝わらず対応に困る
	①	終末期になり、食事摂取が困難になってきた時、食事を止めることで「もうダメなんだ」と家族や患者自身が思うのではないかと思ってしまう
	①	死期が近づいた時にどのタイミングで家族に連絡すればいいのかわからない
	④	家族が食事介助をしていた時に家族が亡くなってしまい、その後家族になんて声をかけたらいいのかわからず、お別れの時間もどれくらいとればいいのかわからず、死後処置に入るタイミングに困る
	④	死亡直後、悲しんでいる家族を前にどのタイミングでお迎えの時間調整の話を切り出していいのかわからなく、不安になる
自分の看護への自信のなさ	⑤	エンゼルケアの時、家族に対し「頑張りましたね」と声かけするがどんな声掛けが正しいのかわからない
	①	家族の前でバイタル測定をする時「大丈夫でしたよ」と声掛けはするけれど、『この看護師ちゃんとできるのか？』とみられていたりするようで怖くて自信がもてない
	④	看取りに慣れていない最初の方は、何がどうしたらいいのか、「声をかけるって何を言うの？」と声をかけることすらわからなくて落ち込んだ
	④	亡くなる場面や亡くなり方が様々だが、マニュアルがあるわけではないので、担当患者様がなくなった時に声かけや対応の仕方がわからない
看護師の満足感	①	入院の経過が長い患者様だと家族と信頼関係を築いた上で看取りの準備ができる。家族の受け入れも良い
	⑤	長く看ていた患者様だとエンゼルケアの時に「元気な時こうだったね」など生前の話をしながら、処置や声掛けが出来る
	⑤	死後処置をする時には「一緒にしませんか？」と必ず声掛けできる
	①	DNAR 宣告後、新人の時はなんて声掛けしていいのか全然わからなかったが、経験を積んでからは家族が先の事をどう考えているか、自分が出来る事は何か、家族とケアする事はないか考えられるようになった
	⑤	男性患者様が亡くなった時に、妻と共にケアを実践した時に、顔色を変えるためメイクをしましょうと声掛けすると驚いていたが、メイク後の顔を見て喜んでもらえた事が嬉しい

研　究

地域包括ケア病棟における多職種協働による看護師の満足度向上の取り組み

Approaches to improve Nurses' Job Satisfaction by the interprofessional work at the Integrated Community Care Unit

櫛引　晴子
Haruko Kushibiki

要　旨

地域包括ケア病棟は平成 26 年 11 月に開設した。地域包括病棟の役割は、急性期からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、緊急時の受け入れがある。病棟編成前は、総合内科・耳鼻科・救急科の混合病棟で、自立している患者層が多い病棟であった。その為、日常生活動作の自立に向けて多職種と協働した関わりを経験している看護師は少なかった。中でも排泄動作の自立は患者・ご家族にとって自宅に帰れるかどうかを判断する基準となる。今回は、トイレ排泄動作自立に向け、多職種間で協働した取り組みなどを実施した結果により、病棟編成前後の看護師の満足度向上となった取り組みを報告する。

Key words:　地域包括ケア病棟：the Integrated Community Care Unit
多職種協働：interprofessional work
看護師満足度：Nurses' Job Satisfaction
排泄動作自立：independence of excretion motion

Ⅰ．はじめに

地域包括ケア病棟は、生活復帰支援中心の日常生活に向けたケアが主である。中でも排泄動作の自立は患者・ご家族にとって自宅に帰れるかどうかを判断する基準となる。排泄動作自立に向け、多職種間で協働した結果、病棟編成後の看護師の満足度の向上がみられたため、その取り組みを報告する。

Ⅱ．研究方法

平成２７年４月　看護師との師長面談
患者の排泄動作自立に向け、排泄動作のピクトグラムを作成
排泄動作自立に向けてケアの計画立案
カンファレンスを行い多職種間のケアを統一
日本看護協会ライフワークバランスインデックス調査による満足度調査

Ⅲ．結果

多職種間で統一した関わりができる体制として、トイレ動作の自立に向けたピクトグラムの作成を実施した。この事は患者を生活者としてとらえた個別性のあるケア計画立案や、多職種カンファレンスの開催、また、多職種との協働に繋がった。看護師の病棟編成前後の満足度は「現在の仕事は自分の能力を活かせる仕事である、69.2% から 75%」、「現在の仕事は自分の描く将来像に繋がる仕事である、61.5% から 62.5%」、「現在の働き方に満足している、53.8% から 68.7%」に上昇した。また、看護師からは「自分達が関わった分だけ、患者さんの動きも良くなるということがわかった」、「排泄動作の UP に繋がりうれしい」などの言葉も聞かれた。

Ⅳ．考察

一般病棟から、地域包括ケア病棟への移行期の病棟は、3科の混合病棟で自立している患者が多く、退院支援の少ない病棟だった。また、日常生活動作の自立に向けて多職種と協働した関わりを経験している看護師は少ない特徴もあった。そのような状況の中、中堅の看護師が 4 人退職するなど、人数的にも不足している状況であった。
看護師との面談では、新人から３年目までは、看護師として必要な看護技術が学べない不安があがった。４～５年目はある程度、仕事も慣れた時期であり、田舎の砂川から札幌に出たい、結婚退職したいという声があがった。７～１０年目は、一緒に頑張ってきた看護師が退職するなどのイベントがあり、このまま、この病棟にいていいのだろうかと目標が見いだせずにいた。逆に１０年目以上の看護師は、今まで経験が活かせるのではと、退院支援に興味を持つ看

砂川市立病院　看護部
Department of Nursing,Sunagawa City Medical Center

護師もいた。新しい病棟なので、様々な意見もあったが、患者に優しく、活動の目標や方法を説明し明らかにする事で、自分達の行動に繋げる力があることもわかった。
排泄動作の自立に向けた支援は、最初に経験出来る多職種との協働作業である。また、家族が自宅へ帰る為の判断基準にしている事も多い。多職種との情報共有・カンファレンス・介助の統一化、そして、患者・家族へのケア計画開示へと繋げ、それぞれの職種が専門性を発揮し協働する事で、患者が自立に向けて良くなっていく過程を、実感できると考えた。
そこで、多職種で協働できる、日常生活援助の一つである、「排泄動作」に着目し、介助の均一化にピクトグラムを使用した。結果、「ベッドから起きる」、「端座位」、「立位」、「歩行」の、一連の動作を多職種と情報交換しながら排泄動作自立に向けたアプローチを行えている事がわかった。
この影響は「患者の満足」のみならず、他の生活動作の自立や向上のきかっけとなり、スタッフ自身も患者の自立に向けた看護の動機づけとなり、スタッフの業務品質の向上となった。また、患者が退院に向けて元気になっていく姿を見る事で意欲の向上となり、「スタッフのモチベーション UP」にも繋がった。

Ⅴ．結論

多職種と計画的に関わり、退院に向けて元気になっていく姿を見る事で、看護師の満足度評価は上昇した。
看護師の言葉から、自分達の行ったケアに意味を感じやりがいに繋がっている事がわかった。次の患者に向き合う時の看護の動機づけとなった。
３．看護職のライフワークバランスのインデックス調査の評価も上昇した。結果、「スタッフ連携・モチベーションの向上」、「業務品質の向上」に繋がった。

Ⅵ. おわりに

中空知地域は、介護力や後方支援の不足などの問題を抱えている住民が多く存在する。地域包括ケア病棟の看護師は、患者を生活者ととらえ、住み慣れた場で過ごせるよう、多職種と連携し、退院後の生活を整える事が重要な役割となる。地域包括ケア病棟が、ますます地域に望まれる病棟になるよう努力していきたいと考える。

尚、本研究は、2016 年第 55 回全国自治体学会（富山）にて発表した内容である。

Ⅶ. 参考文献

1）長江　弘子：生活と医療を統合する　継続看護マネジメント　医歯薬出版株式会社 2015
2）上田　孝子　他：地域包括ケア病棟転換に当たっての病院全体の体制構築と職員教育　看護 Vol.68 38-42 No1 January 2016
3）西村　かおる：排尿自立のための病棟看護師の役割　看護技術　2016 年５月号　６２巻　１０－１３

研　究

慢性心不全患者における アドバンスケアプランニング（ＡＣＰ）の取り組み ～心不全看護外来で継続的に関わった１事例を振り返って～

Advance care planning efforts in chronic heart failure patients
~Looking back on one case, which was involved in the ongoing in heart failure nursing foreign~

土田　智也
Tomoya tsuchida

要　旨

心不全の末期状態は定義が困難であり、末期状態にある患者や家族と人生の最終段階をどのように過ごすか話し合わないうちに、患者の状態が悪化し、意思決定ができなくなってしまうことが多い。今回、心不全末期状態にあると考えられる患者に、アドバンスケアプランニングを意識して、継続的に関わることができた。継続的介入を振り返ることで、より良い支援の示唆を得られたのでここに報告する

Key words：heart failure・Advance care planning・End-stage state

【はじめに】

心不全の終末期医療は、2010 年に循環器疾患における末期医療に関する提言[1)] が発表されており、その中で「循環器病は多彩な病態を包含しており，各臓器，各専門 領域における末期状態の定義は医学的にも，社会的にも必ずしも明確にできる段階ではないことから，標準化のための指針を提示することは現段階では困難な状況にある.」と述べ、明確な末期状態の定義は困難である。A 病院では心不全患者が末期状態であると考えられる場合においても、予後の宣告に関する基準はなく、患者や家族と人生の最終段階をどのように過ごすか話し合わないうちに、患者の状態が悪化し、意思決定ができなくなってしまうことが多い。今回、心不全の末期状態にあると考えられる患者に、外来で継続的に関わることができた。アドバンスケアプランニング（以下 ACP とする）を意識して関わり、最期を迎える患者に対する、継続的介入の在り方について検討する。

【研究目的】

慢性心不全末期状態と考えられる患者との、ＡＣＰを意識した継続的介入について検討する

【研究方法】

１）データ収集期間

平成 27 年 1 月から平成 28 年 4 月

２）データ収集方法

A 病院心不全看護外来に通う末期心不全患者 1 名に対し、看護記録・診療録・カンファレンス記録から継続的介入を振り返り分析する

【倫理的配慮】

遺族に電話にて研究の趣旨、本研究への参加が任意であること、研究協力をやめる権利があること、研究協力を撤回した場合においても患者・遺族に対して個人の尊厳が害されることはなく不利益が生じないこと、研究発表など公表する際の匿名性の保持を確約することなどを説明し同意を得た。また、研究の協力依頼に関する説明書と撤回書をご遺族へ送付した。

【結果】

１）事例紹介：Ａ氏　60 歳代　男性

２）既往歴：急性心筋梗塞・狭心症・僧房弁閉鎖不全症にて弁置換術施行後

３）現病歴：僧房弁置換術施行後も慢性心不全にて約半年ごとの入退院を繰り返していた。僧房弁置換術施行後約 2 年後に心不全看護外来を受診。介入時の状態として左室駆出率は 21％であり、ＢＮＰは 2867 と高い値を示しており、心不全寛解時にも常にＮＹＨＡ２または３の症状が持続していた。また腎機能を示す採血データにおいてもＣＲＥ 4.16　ＧＦＲ12.1 と重度の腎不全も合併している状態であった。

４）介入経過

①A 氏の病状認識の明確化まで

看護外来受診開始後、週に一回の外来点滴治療が開始される。しかし受診から約 2 か月で再入院となった。それまでも約 2 か月間隔で入院を繰り返す状況であり、A 氏と妻がどのように病状を認識しているか確認を行った。看護師

砂川市立病院　看護部
Department of Nursing,Sunagawa City Medical Center

が「短い期間で症状が悪化してしまいましたね。」と尋ねると、A 氏は「そうだね。何で悪くなるのだろう、また入院してリセットしてもらおう」と話した。心不全のセルフケアとして、塩分管理・水分管理・過負荷など指導の一連を理解していたＡ氏であったが、「リセットしてもらおう」という言葉から、心不全の病状の認識は判然としない状態であった。妻も「そうね、また入院して体重を減らして楽になりましょう。」と妻の病状認識も同じであることが考えられた。しかし、妻は「最近調子悪くなることが早くなってきた気がします。家でもこわそうにしていることが多くなった」と話し、徐々に悪くなっているという認識はあるようであった。A 氏と妻の発言を受け、A 氏に現時点でどのような治療が導入されており、今後心不全に対して治療が残されているのかについて医師と看護師で話し合った。医師は「心不全は徐々に悪化しており、外来での点滴治療を行っても再入院までの期間は短縮してきている。末期の状態であり、予後は長くないだろう。腎不全もあるが透析は低心機能であるためできない。できることは外来での点滴を増やすくらいであり、それ以上のことは難しい」と話し、A 氏が心不全末期状態であることを医師と看護師間で共通認識した。その中で医師も「どのタイミングで今後のことを説明するのか難しい。」と話し、退院後から看護外来を通じて ACP を意識した関わりを開始した。

②患者の病状認識の変化がみられ A 氏・妻・医療者で共有できるまで

退院後、看護外来にて心不全の病態を病気の経過を示した図を用いて、入退院を繰り返すたびに生命予後は悪化していくこと、治療によって症状は寛解するが、徐々に症状は取れなくなり、いずれ退院が困難な状況になることを A 氏に説明した。また症状が強くなり、自分の意思で人生の最終段階をどうありたいかを考えられなくなる前に、考えておく必要性も話した。A 氏は「できる限り自宅で生活をしたい」と希望されたが、その内容は漠然としたものであり、「まだ大丈夫だな」「自分次第でよくできる」と、予後に対するイメージはついていなかった。そのため今後の細かな相談はできず、介護認定の話も受け入れられていなかった。一方妻は「本人が大丈夫だと話すので家で様子を見るのですが、私から見たら辛そうで。入院したくないのはわかるんですが、我慢した方が悪くなってしまうのではと心配で」と、病状の悪化を感じており、A 氏の想いと妻の想いに差が生じてきていた。その後も約 2 か月間隔で入退院を繰り返し、徐々に入院までの期間は短くなっていった。その度に A 氏と妻に対して心不全の経過を図を用いながら、A 氏と妻の病状の認識や今後の人生に対する思いを確認した。介入から約 9 か月経過し、A 氏は「悪くなってきていることはわかってはいた。なかなか認められなかった。」と、病状が悪化していることを受け入れ始める発言が聞かれ始めた。妻も「ずっとわかってはいたんだと思うんです。気の弱い人だから、認めるのが怖かったんだと思う。私もどうしていいかわからなかったけど、本人の思うように残りの人生をサポートしてあげたいと思います」と A 氏の前で自分の思いを表出した。A 氏と妻は、心不全症状の悪化防止のための生活調整はできる範囲で全て行われており、多職種のカンファレンスでも新たな生活調整の必要性は提案されなかった。A 氏と妻には現時点で行っているセルフケアの継続が重要であること、十分な管理をしてもいずれ迎える退院困難な状況に陥った時、A 氏と家族がどのような生活を望むかを早期から相談し意思表明することが大切であることをあらためて説明した。看護外来介入から12か月後、A 氏は「自分のできることは何でも頑張りたい。少しでも長く自宅で生活ができるようにしたい。もし退院困難になった状況下でも、できる限り自宅での生活を送れるようにしたい」と話された。妻も「私は今までと同じで、できる限り本人の想いを尊重できるようにしてあげたいと思っています。」と話し、A 氏と妻、医療者での共通した認識で目標を考えることができた。共通した目標を確認したことで、介護申請も、A 氏の“自宅で”という想いを叶えるために必要なことという認識に繋がり、要介護２も取得した。同時に、人生の最終段階が訪れた場合の話にも触れ、A 氏・妻共に延命処置は希望しないことを希望された。

③逝去まで

A 氏は徐々に悪化する心不全症状に対して、どのようにセルフケアを強化していくかの話だけではなく、今後どうしていきたいかや人生の最終段階に対しての意思表示をすることが多くなった。その一つとして看護外来での点滴治療も週に 2 回にすることも提案したが、A 氏は「これ以上病院での時間は増やしたくないから現状で頑張りたい」と話した。その後まもなく入院となり、医療者から見て症状が改善せず自宅退院も困難であると感じる状況でも、A 氏は「点滴もやめて家に帰りたい。」妻も「もう長くはないと思う。自宅で好きなものを食べさせてあげたい。無茶はできないと思うから、好きなものを少しだけでも」と治療を中止し退院を強く希望された。あらかじめ介護保険を活用し、準備を行っていたことで、訪問看護の導入を行い、1 週間と期限を決めて、自宅退院することができた。その後の入院にて症状がより悪化し、A 氏自身が退院を希望できない状況下において、緩和ケアチームが介入し、麻薬の導入も提案されたが、A 氏が麻薬導入に対し受け入れが進まない状況であった。呼吸苦が悪化し麻薬使用を希望したのち、導入同日永眠された。

【考察】

今回の事例を通して、心不全末期状態にあると考えられた患者と家族への、ACP を意識した継続的介入について考察する。

①A 氏の病状認識の明確化まで

A 氏は介入当初、すでに NYHA 分類でⅡ～Ⅲと重度の身体症状を訴えていた患者であり、予後に対する思いの確認や退院が困難となった状況における事前準備が必要であると考えられた。しかし A 氏の「入院してリセットしても

らおう」という発言から、回復への期待が強く、現在の病状をどのように認識しているか判然としない状況であり、妻も同じであることが分かった。心不全のように増悪と寛解を繰り返し、長い経過を辿る疾患で、従来の経過で治療により寛解を経験していた場合、今回も回復するだろうといった期待を患者や家族のみならず医療者も抱きがちである。そのことがA氏と家族、医療者の3者間での早期からの予後の相談を困難にしてしまっている。そのためACPを意識して介入をしていくにあたり、A氏の疾患認識の明確化が必要であり、それが予後の相談を容易にすると考えられる。また、意思決定支援について大石ら[1]は「重症心不全患者の意思決定において、共同意思決定（以下SDM）が推奨されるようになってきている。SDMは患者の視点からの目標や価値、好みを組み入れ、医療者の視点から医学的に妥当と考えられる治療の選択肢を組み入れ、双方が合意した治療の意思決定を可能にする」と言っている。医師並びに看護師がA氏・家族の価値観や思いを引きだすだけではなく、疾患認識をつけられるよう指導していく中で、3者が一緒に意思決定していくことが重要である。そのためにもA氏とその家族と関わる医療者は同じ視点でA氏に関わることができるよう、チームとして話し合いをしていくことが必要であると考える。

②患者の病状認識の変化がみられA氏・妻・医療者で共有できるまで

予後についての話をしていくうえで患者と家族、医療者の信頼関係が重要となってくると考える。A氏とは入院中から在宅まで、看護外来を通じて時間をかけて一貫して関わりを持つことができた。継続的に疾患指導を行う中で、その時その時の患者と家族の想いや価値観を傾聴することができ、そこに寄り添うことで患者・家族との信頼関係が構築できたと考える。大石ら[2]も「患者から医師以外の、特に若いスタッフの方がより頻繁に患者の最も難しい質問を受けることになる。なぜなら彼らは、医師ほどの怖さを感じさせず、患者にとってより身近に思える存在だからである」と述べ、看護師の存在は、医師と比較し話しやすい存在であると言っている。外来通院中や入院中においても、関わる時間が一番長いのが看護師の存在であり、また医師と同じ話をしても、患者・家族の受け取り方は違ってくると考える。外来においても疾患に関する思いなどを話せる場があることが信頼関係の構築に有効であったと考える。また患者・家族の入院中や退院後の経時的な状況把握が容易になったことで、患者・家族の心理的変化や身体的変化・生活環境の変化などの情報も把握ができた。その時の状況に合わせた、指導が適宜行えたことも、患者・家族との信頼関係に繋がり、予後の話をしやすくしたと考える。また肥後ら[3]は「終末期の管理について相談を行う場合は、患者や家族と十分な信頼関係を築いたうえで、病状が比較的安定している時期を選ぶことが望ましい」と述べている。症状が安定し自宅での生活が可能となっている時期が一番病状が安定し、人生の最終段階に対する話をするには適切であると考える。入院中はもちろんだが、外来で如何に継続的にかかわり信頼関係を築き、早期から心不全の管理プログラムの一つとして、緩和ケアについて患者・家族と話し合いができるかが重要であると考える。片山[5]は「ACPは患者に決定を委ねて，その決定事項を家族と医療者が受容する構造ではなく，むしろ患者・家族・医療者の3者が最善に向けて考え話し合い意思決定を共に作り出す構造であった」と述べ、継続的で一貫した関わりを根気よく続け、話し合いを重ねることで、患者・家族の疾患認識へとつながり、予後に対してどうありたいかといった価値観を共有し、人生の最終段階への目標共有や意思表出につながったのだと考える。

②逝去まで

A氏と家族との病状認識と価値観の共有を行っていったことで、退院が困難な状況になった際の事前準備が行えたことで希望していた自宅での生活を長くすることができた。A氏が最初難色を示していた介護サービスの活用を受け入れられた理由として、病状の認識ができたことと、目標が明らかとなったことで、自宅へ帰るための手段の一つとして受け入れることができたのだと考える。また、呼吸苦が増強した状況でも麻薬の使用を拒否したのは、A氏が麻薬に対してA氏なりの考えを持っていたからだと思われ、A氏自身の価値観がそこにあった。しかし、早期の段階で麻薬使用についての価値観を引き出し、知識提供を行ったり、緩和チームの早期介入を行うことで、A氏の麻薬への意識が変わり、早期導入も可能であったのではないか振り返る。ACPを意識して関わっていく中で、どのような内容を説明し、患者・家族の価値観や思いを引き出して整えていくかが今後の課題である。

【結論】

・ACPを意識した継続的介入とは、患者の病状認識や価値観を知りその思いに寄り添うことであった。またこの介入は患者自身が人生の最終段階を迎えたことを認識することを促し、患者‐看護師の信頼関係を築き、人生の最終段階に向けた思いや意思の表出につながることが示唆された。

・ACPを意識した継続介入の中で、人生の最終段階における知識提供をする、時期と方法が課題である。

【参考・引用文献】

1）心不全の緩和ケア．大石醒悟．南山堂．2014.p122
2）心不全の緩和ケア．大石醒悟．南山堂．2014.p122-123
3）心不全ケア教本 . 眞茅みゆき . メディカル・サイエンス・インターナショナル .2012. p 254-255
4）カナダBC州におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践と教育の展開、片山　陽子、香川県立保健医療大学雑誌　第5巻，37―43，2014
5）循環器疾患における末期医療の提言　2010