

## 研究

# 地域包括ケア病棟における認知症高齢者の服薬自己管理を多職種で支援した1事例

A case of multidisciplinary support for self-administration of medication of elderly people with dementia in a community-based comprehensive care ward

野口 訓弘  
Kunihiro Noguchi

遠藤 聡子  
Satoko Endou

二瓶 加奈恵  
Kanae Nihei

千田 頼成  
Tomonari Chida

福田 智子  
Tomoko Fukuda

## 要 旨

地域包括ケア病棟では、リハビリテーションや退院に向けて生活を整えることを目的に他病棟からの患者を多く受け入れている。持てる力を引き出せる看護の提供や患者を生活者として捉え、生活の営みを整えることが病棟看護師の役割であるが、その一つとして服薬自己管理への支援があげられる。本研究はアルツハイマー型認知症の既往がある対象を多職種で支援した事例を振り返ることで、認知症高齢者への服薬自己管理を可能とした支援の要因を明らかにした。今後の病棟での支援方法や課題について示唆を得た。

**Key Word : Community-based comprehensive care system, Elderly people with dementia  
Self-administration of medication, Multidisciplinary collaboration**

## はじめに

厚生労働省の調査では、残薬を有する患者がいた薬局は約9割、薬が余った経験を聞かれて「ある」と答えた患者は約5割に上るという結果が出ている。日本薬剤師会の調査によると、在宅で暮らす75歳以上では、残薬の総額は年間およそ475億円に上ると推計され、専門家の分析では1,000億円以上の残薬があるとも言われている。

A病院周辺地域は高齢化率が39～40%となっており、高齢者単独世帯の増加、認知介護、核家族化等が深刻化している。B病棟は地域包括ケア病棟であり、主疾患の治療を終え、リハビリテーションや退院に向けて生活を整えることを目的に他病棟からの転入が多い。日常生活の一つ一つの動作をリハビリと考え、持てる力を引き出せる看護の提供や患者を生活者として捉え、生活の営みを整えることがB病棟における看護師の役割であるが、その一つとして服薬自己管理への支援があげられる。B病棟での内服関連インシデントは増加傾向にあり、2016年5月～2018年6月のB病棟における内服インシデント発生要因を調査した研究では、患者個々に見合った服薬管理方法の検討が課題としてあがった。

服薬自己管理に関する先行研究では、統一したアセスメントシート・フローチャートを用いて評価することで服薬に関するインシデントが減少し服薬自己管理に移行できた患者が増加した事例が報告されている。しかし、アセスメントシートやフローチャートは患者の服薬管理能力を知るための指標の一つであり、個々に合わせた個別的な服薬管理方法が確立できるような援助が重要である。

そこで、地域包括ケア病棟において多職種が連携し服薬自己管理が可能となった1事例を振り返り、認知症高齢者への服薬自己管理を可能とした支援の要因について明らかにする。

## 方法

- 1) 研究デザイン：症例報告。（後ろ向き記述研究）
- 2) 対象者：B病棟に入院していた服薬自己管理への支援を行った1事例。
- 3) データの収集方法：看護記録、服薬指導記録、記録内容が不十分な場合は、関係者への聞き取りを行う。
- 4) 分析方法：他の文献と比較検討し、事例を振り返り分析する。
- 5) 倫理的配慮

研究対象者とその家族に口答および文書で本研究の目的と趣旨を説明し、研究への協力を得る。回収したデータや結果は、研究目的以外に使用せず、研究結果は関連学会で公表することを説明する。データは個人が特定されないよう番号を用いて処理、分析を行う。A病院看護部倫理審査委員会にて承認を得た。（承認番号：19NO319-1）

## 結果

1) 対象の背景：80代、男性 妻と二人暮らし。既往：アルツハイマー型認知症、心房細動、胸部大動脈瘤（人工血管置換術）

2) 家族背景：キーパーソンは妻。遠方に長男、長女が在住。入院前の精神科カルテには、徘徊や妻に対して意地悪をするため夫婦関係は良好ではないと記載されていた。入院中は妻の面会の頻度が少なく、服薬管理については患者自身に行きたくらいという思いがあり、退院後の服薬管理を妻へ全面的に依頼するのは難しい状況であった。

3) 入院からB病棟へ転棟するまでの経過：2018年10月乗用車に轢かれ、左後頭部を強打しA病院へ救急搬送され、精査の結果、急性硬膜下血腫、くも膜下出血で脳神経外科病棟へ入院となる。保存治療により増悪無く経過したが、歩行時のふらつきが残存しており、入院32日目に自宅退院に向けた環境調整、リハビリテーション目的でB病棟へ転棟となった。

4) 認知機能：入院後6日目 HDS-R19点、MMSE20点。転棟後39日目 HDS-R18点、MMSE21点。

5) 転棟時の内服薬：【内科】アロシトール100mg 朝食後1回1錠（1日おきに服用）、イグザレルト10mg 朝食後1回1錠、ベラパミル40mg 毎食後1回1錠。【精神科】フルボキサミンマレイン25mg 朝夕食後1回1錠、レミニール4mg 朝夕食後1回1錠、バルソムラ15mg 寝る前1回1錠、朝夕寝る前ごとに一包化。

6) 服薬自己管理に向けた指導内容：脳神経外科病棟では病棟管理としていたが、自宅退院へ向けて自己管理をする必要性があった。そのため、転棟2日目、初回の多職種カンファレンスを実施した。カンファレンスには、医師、看護師、薬剤師、連携室在宅担当看護師、担当理学療法士が参加した。服薬自己管理に関するカンファレンスは主に看護師と薬剤師が中心で行い、適宜、看護師のみのカンファレンスも実施した。転棟後2日目（初回カンファレンス）：入院前は服薬自己管理であったが、持参薬の残数が合わなかったとの情報から、自宅退院に向けて服薬管理方法を検討する必要があると共通理解した。薬剤師より内科処方のアロシトール100mg、1錠を1日おきに服用しているが、0.5錠を毎日服用することも可能であると提案があっ

た。しかし、転棟前まで病棟管理であったことや、本人が1日おきの服用をどのように理解しているか確認する必要があり、また内科医師との調整にも時間を要するためすぐに実施はしなかった。薬剤師には薬の理解度に関する情報収集を依頼した。理学療法士には薬の取り出しや開封に関しての巧緻動作の評価を依頼した。視力や聴力等の身体機能に関する情報収集は看護師が行った。転棟後12日目（2回目カンファレンス）：看護師、薬剤師によるカンファレンスを実施し、入院前は毎食ごとに自分で薬袋から取り出す方法で服薬自己管理していたことから薬袋から薬を確実に取り出せるかの訓練を開始した。薬剤師による服薬指導の結果、アロシトールは1日おき、イグザレルトは毎日と理解されており、用法を変更しないほうが良い印象と情報があったため、当面は服用する日付を薬袋に記載し確認薬（毎食後に看護師が薬を持っていき、患者に薬袋から薬を取り出してもらい、正しく出せるかを確認する）を行った。方法としては、看護師が薬袋に飲む日付を記載し、カレンダーの日付と照らし合わせて、薬を取り出してもらった。転棟後20日目（3回目カンファレンス）：上記の方法についてカンファレンスにて再評価をし、薬袋からの取り出しや薬包の開封、服薬は問題なく行えた。しかし、アルツハイマー型認知症があり、家族の協力が得られない状況を考慮すると、1錠1日おきから0.5錠毎日服用の方が、服薬を間違えるリスクを減らせると評価した。転棟後26日目：看護師が内科医師へ上記服薬方法を相談し、0.5錠毎日服用となった。転棟後27日目（4回目カンファレンス）：さらに飲み間違いを防ぐために一包化にし、確認薬を実施し問題なく取り出すことができた。「薬がまとまっていると出しやすいよ」という発言がきかれた。転棟後33日目（5回目カンファレンス）：1日分を渡して自己管理、開始した。正しく服用できているかを確認するため開封したヒートは薬袋に残してもらい毎食後、寝る前に服用したか声かけを行った。転棟後34日目（6回目カンファレンス）：1日分を渡し間違えなく服用できたことから、1度に多くの薬を渡してしまうことでの過剰服薬を防ぐため2日分を渡すことを話し合った。転棟後36日目（7回目カンファレンス）：2日分を渡し間違えなく服用できたことから、段階的なステップアップとして4日分を渡すことを話し合った。転棟後40日目：上記実施し、間違えなく自己管理を行え、自宅退院された。妻には毎食ごとに服用したか声かけを行ってもらおうよう依頼した。

7) 退院時の内服薬【内科】アロシトール100mg 朝食後1回0.5錠（毎日服用）、イグザレルト10mg朝食後1回1錠、ベラパミル40mg 毎食後1回1錠、朝昼夕ごとに一

包化。【精神科】フルボキサミンマレイン25mg 朝夕食後1回1錠、レミニール4mg 朝夕食後1回1錠、ベルソムラ15mg 寝る前1回1錠、朝夕寝る前ごとに一包化。

## 考察

入院前は自宅で服薬自己管理をしていたが、残数が合わなかったという情報があり、認知症の既往があることから服薬管理が不十分な可能性が考えられた。また、入院直後は急性期治療のため薬の変更があり、服薬管理を病棟で行っていることが多い。転棟時点で病棟での管理が1ヶ月経過しており、認知症高齢者は他者に管理される状況から、薬に対する意識が薄れ、服薬コンプライアンスが低下した可能性が考えられた。地域包括ケア病棟は、主疾患の治療を経て転棟してくるため、環境の変化により認知症高齢者の混乱を引き起こしやすい。転棟直後は、前病棟の服薬管理方法を変更せず、病棟管理としていたが、早期に多職種カンファレンスを実施し、生活状況や家族の協力体制など、様々な視点からアセスメントを行うことが、今後の安全な服薬管理につながると考えられた。患者はアルツハイマー型認知症であるが、認知機能は比較的保たれていた。身体機能は視力、聴力、巧緻動作に問題が無いため、薬袋の表示が見えたり、看護師や薬剤師の説明を理解して行動できたり、一包化された薬包の開封を可能とした。服薬自己管理を継続できた要因であったと考えられた。

服薬自己管理を1日分から始め、間違えなく服用できることを確認しながら、2日分、4日分と段階的に自己管理の日数を増やしていったことは、1度に多くの薬を渡してしまうことでの過剰服用という誤薬のリスクを最小にし、患者の服薬自己管理能力を見極めながら安全な自己管理を進める方法として適切であったと考えられた。また入院前の毎食ごとに自分で薬袋から取り出す方法を変えずに自己管理を進めていった。小山内らは「服薬行動の向上は習慣化が必要かつ重要なことである」<sup>1)</sup>と述べている。また足達は、習慣が変わるときは「行動は直後の結果に強く影響される。(中略)身に着けるには、一定期間、それを繰り返し行うことが必要」<sup>2)</sup>と述べている。入院前の服薬管理方法は対象の持てる力であり、認知症高齢者にとって入院前からの服薬管理方法を変えず、約4週間かけて多職種カンファレンスで繰り返し服薬状況を評価したことは安全な服薬自己管理につながり、また正しい服薬方法を習慣化することができたと考えられた。

入院前のアロシトール隔日投与は飲み忘れの可能性があり、退院後、妻の見守りができないという家族の状況や薬を取り出す際に間違えるリスクを最小限にするため毎日投与と一包化の変更を行った。秋下らは

「病状が安定していれば、2剤を1剤にまとめる、1日2回の服用を1日1回にするなど、服用の簡便化を試す価値は十分にある。(中略)一包化調剤は、自己管理でアドヒアランスや服薬管理能力に問題がある場合だけでなく、介護者が服薬管理をする場合にも手間を省く意味で有効である」<sup>3)</sup>と述べている。毎日投与と一包化の変更は、複雑から単純という服薬管理のし易さにつながり、服薬コンプライアンスの向上にとって重要であったと考えられた。

今回の事例では対象自身が工夫して決めていける視点が不十分であった。一緒に考え、自己決定を支えながら服薬自己管理へ向けた支援を行うことが今後の課題である。

## 結論

- 1 安全な服薬管理を進めるためには、早期に多職種でカンファレンスを行い、入院前の生活や家族の状況など様々な視点からアセスメントを行うことが重要である。
- 2 認知症高齢者にとって、入院前からの服薬管理方法を変えずに繰り返し支援を行い、正しい服薬方法を習慣化することが重要である。
- 3 服薬方法の単純化は服薬コンプライアンスの向上にとって重要である。
- 4 退院後の生活をイメージできるよう多職種と共に自己決定を支えながら服薬自己管理へ向けた支援を行うことが今後の課題である。

なお、本研究は第58回全国自治体病院学会（2019年10月 徳島）にて発表した。

## 引用文献

- 1) 小山内康德 他：内服薬服用者を対象とした服薬行動に関する服薬阻害要因の影響， 社会薬学, 34(2) : 72-80, 2015.
- 2) 足達淑子:行動変容をサポートする保健指導バイタルポイント-情報提供・動機付け支援・積極的支援, 医歯薬出版株式会社, 1:13, 2007
- 3) 秋下雅弘 他：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015,日本老年医学会,1 (5) : 11,2015



## 研究

# 新人看護師臨床看護技術研修に ローテーションを導入した取り組み ～入職後早期に公平な臨床看護技術習得を目指して～

Efforts to introduce rotation to new nurse clinical nursing skill training  
-Aiming to acquire fair clinical nursing skills early after joining the company-

中村 香織      細海 加代子  
Kaori Nakamura      Kayoko Hosokai

## 要 旨

本研究の目的は、入職後早期に公平な臨床看護技術習得を目指し、ローテーション研修を導入した取り組みの実践報告である。

A病院新人看護職員研修は、看護部の理念・目標に基づき、看護者として成長すること、臨床看護実践能力を養うことを目的として実施していたが、部署の診療特性により看護技術経験に差が生じていた。教育担当主任と共にローテーションを導入した「2019年度 新人看護師臨床看護技術研修」を企画し、実践したことにより、技術習得目標は、概ね達成した。

Key Word : New nurse    Clinical nursing skill training    Rotation

## はじめに

医療の高度化や在院日数の短縮化、疾病構造の複雑化、患者ニーズも多様化し、看護師には専門職としての看護実践能力習得が求められている。「新人看護師研修ガイドライン」【改訂版】<sup>1)</sup>（以下、ガイドライン）において新人看護職員研修の意義は、基礎教育では学ぶことのできない看護実践の基礎を職場内教育により習得することであると謳われている。

A病院は、地域中核病院として機能し25診療科を有している。新人看護職員研修は、看護部の理念・目標に基づき、新人看護師を組織全体で支援し専門職として成長すること、臨床看護実践能力を養うことを目的としている。

2018年度までの臨床看護技術研修は、4月入職後、ガイドラインに基づき看護職員としての基本姿勢と態度、管理的側面を網羅した集合オリエンテーション研修を開催している。そして、配属部署で3週間、技術研修を実施していた。そのため、手術室や小児、母性、救急、精神科に配属された看護師は診療特性により看護技術経験に差が生じていたことが課題だった。水口<sup>2)</sup>

らは、「看護を提供するうえで患者への侵襲につながるとされる看護技術は、早期に習得する必要がある。看護技術は、診療科によって異なるため、看護単位での特性を踏まえローテーションすることにより、未経験項目が減少し習得状況の向上が見込める」と効果が述べられている。

そこで本研究は、入職後早期に公平な臨床看護技術習得を目指し、ローテーション研修を導入した取り組みの実践報告をする。

## 研究方法

1. 研究デザイン：実践報告
2. 研究期間：2019年4月8日～2019年6月20日
3. データ収集方法：2019年度 e-ラーニング「ナースング・スキル日本版」新人看護職員ガイドライン対象手技チェックリスト評価より対象者を選択、エクセルにて作成したデータを用いる。
4. 倫理的配慮：A病院看護部倫理委員会の承認を得て実施した。  
1) 研究参加者への倫理的配慮として、書面を用いて以下の内容を記した同意書を配布し、同意書の回答・回



取をもって同意が得られたとみなした。

- ①研究の目的
- ②研究の必要性
- ③研究協力者
- ④研究に要する期間
- ⑤研究協力者として必要とされること
- ⑥研究協力者が受ける可能性のあるリスク
- ⑦研究協力者として受ける可能性のある利益
- ⑧研究協力者にとって必要な経費と研究参加に対する謝礼
- ⑨利益相反に関して
- ⑩データの守秘について
- ⑪連絡先について

2) 得られた研究データは、パスワードを設定したパソコンをインターネットに繋げない状態で使用した。USBは、パスワード管理を行った。プリントアウト資料は、鍵のかかった戸棚に保管し、3年間保存したのち、シュレッダー処理をおこなう。

3) 研究結果の発表の際には、個人が特定されないように取り扱った。

## 結果

公平な臨床看護技術習得を目指し、教育担当主任と共に「2019年度臨床看護技術研修」を企画した。表1・表2参照

【研修時期】は、ガイドラインや先行文献より、安全な看護技術を習得するために早期が望ましいと述べられており4月に実施した。【研修場所】は、ICU/HCUを除く小児科や産科・精神科を含む11部署とした。

【指導担当者】は、本研修の目的・仕組みを理解している教育担当主任を専任とした。【看護技術】は、教育担当主任が部署の特性に合わせた指導可能な看護技術を抽出し、次に各部署5～7項目を均等化し割り当てられるよう教育担当師長が調整した。【指導方法】は、ナーシング・スキル看護手順に基づいた指導を行った。【評価方法】は、技術研修前に教育担当師長がガイドラインに基づいた看護技術115項目を一括課題設定した。【到達目標】は、ガイドライン指標に基づき「Ⅳ：知識としてわかる」「Ⅲ：演習でできる」とし、1日完結で自己・他者評価に臨むようにした。基準目標値は、技術達成率70%以上、技術項目数81以上とした。

ローテーション研修終了日における新人看護職員ガイドライン対象手技の到達結果は、70.7%であった。表3参照

## 考案

概ね達成に至った成功要因は2点考えられた。1点

は、臨床看護技術研修前の準備として教育担当主任と議論を何度も交わし考案した仕組みだと言える。A病院における教育担当主任は、部署内教育の中心的役割担当者であり、看護実践能力・マネジメント能力を有している者が各部署に1名配置されている。毎月看護部が開催する教育担当主任会議の場で、ガイドラインの目的を共通認識し、研修時期・研修場所・指導担当者・研修内容・指導方法・評価方法を一つ一つ丁寧に話し合いを重ねた。教育担当主任が、部署の特性を踏まえ実施可能な技術項目の抽出を行ったことにより、部署間の差をなくし公平な均等割り当てができた。技術項目が焦点化されていることにより、計画的な事前準備が整えやすかったと考える。

2点目は、課題が一括設定されたことにより、技術実践後、タイムリーに自己・他者評価を行うことができ、効率的であったと考える。手術室や小児、母性、救急、精神科に配属された看護師は診療特性により看護技術経験に差が生じていたことが課題であったが、解決に至ることができた。

これらのことから、技術研修目標を到達するために、やるべきことを理解し事前準備に取り組み、実践した教育担当主任の役割遂行能力の影響は大きいと感じた。

研究の限界として2019年度とそれ以前の臨床看護技術研修は、対象者数・評価方法が異なるため、比較検討ができなかった。今後の課題として、早期に看護技術を習得したことが、後の新人看護師の看護実践能力にどのような影響を及ぼしているか、1年後にどのような成果となるのか追跡する必要がある。

## 引用・参考文献

- 1) 日本看護協会：新人看護職員臨床研修における研修責任者・教育担当者育成のための研修ガイド,日本看護協会出版会,2017.
- 2) 水口京子ら：新人看護職員の臨床研修におけるローテーション研修の効果—看護技術経験状況および習得状況の分析—,国立看護大学研究紀要,第11巻,第1号,2012
- 3) 日本看護協会：新人看護職員臨床研修における研修責任者・教育担当者育成のための研修ガイド,日本看護協会出版会,2017.

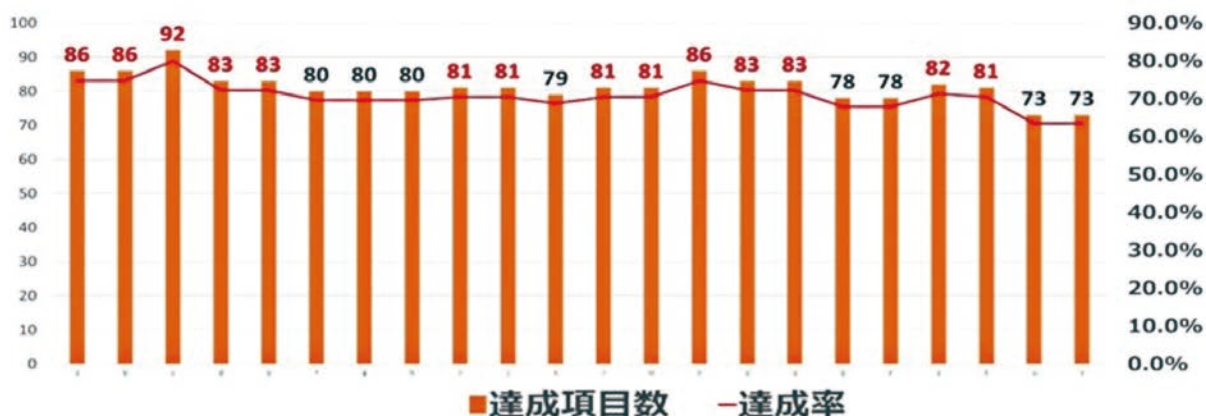
表1：「教育担当主任と考案した2019年度版 臨床看護技術研修」

①研修時期	安全な看護技術習得を目指し4月8日から11日間。
②研修場所	ICU・HCUを除く11部署をローテーション。
③指導担当者	本研修の仕組み・目標を理解している教育担当主任を専任。
④看護技術	看護技術70項目＋助産技術28項目＝98項目 1) 教育担当主任が部署の特性に合わせた指導可能な看護技術を抽出。 2) 教育担当師長が各部署5～7項目を均等化し割り当調整。
⑤指導・評価方法	1) 教育担当師長が「2019年度ガイドライン対象課題」 として一括設定。 2) ナーシングスキル看護手順に基づいた指導。
⑥到達目標の設定	ガイドライン対象手技「IV：知識としてわかる」 「Ⅲ：演習でできる」を到達目標に対し自己・他者評価

表2：「臨床看護技術研修2018年度・2019年度内容比較」

	2018年度	2019年度
新人看護師数	40名	22名
研修時期・期間	4月入職オリエンテーション後、17日	左記研修後、11日
研修場所	配属部署 (小児・産科・精神・救急を除く)	11部署が日替わりローテーション (ICU・HCUを除く)
指導担当者	原則：教育担当主任 実際：教育担当主任以外の指導者も担当	教育担当主任
習得技術	部署で習得可能な看護技術を 指導担当者が決定	ガイドライン対象手技技術から 各部署5～7項目均等割り当て
指導方法	e-ラーニング ナーシングスキル看護手順	左に同じ
評価方法	配属部署主任が指導した技術を課題設定 研修最終日に教育担当主任と自己評価。 他者評価締め切り1週間後に設定。	教育担当師長が「2019年度ガイドライン 対象手技」課題を一括設定。 研修先にて、1日完結自己・他者評価実施。
到達目標	ガイドラインに準じ「IV：知識としてわかる Ⅲ：演習でできる II：指導の下でできる I：できる」を評価指標とした。	ガイドラインに準じ「IV：知識としてわか る」「Ⅲ：演習でできる」を到達目標とした。

表3：「臨床看護技術研修（11日間）における技術到達集計結果」



## 研究

# 一般病棟における患者の尊厳と倫理的課題への取り組み抑制解除に取り組んだ事例の振り返りから

Addressing patient dignity and ethical issues general wards Looking back on the case of working on the release of physical restraint

大井 裕美子  
Yumiko Ooi

久保 祥子  
Shoko Kubo

細海 加代子  
Kayoko Hosokai

## 要 旨

当院は中空知の中核病院として地域センター病院の役割を担っている。この地域の高齢化の影響で、認知症を患った高齢者の入院が多く、その中核症状・周辺症状は、円滑な治療や看護業務を妨げ、患者本人の安全な療養生活をも脅かす。この問題に対し2018年ケアの質改善主任会議の取り組みとして『身体抑制』をテーマに話し合い、1年間OJTとして取り組みを行った。その結果、身体抑制を含む転倒防止を優先とした行動制止には限界があり、患者のストレスの増大と混乱を招いたが、患者のニーズを満たすケアに発想の転換をしたことで、患者のストレスの緩和とADLの向上につながり、家族の安心感と医療者への信頼につながるなどの結果が得られた。今後のケアの質向上のため、カンファレンスの充実とチームでの介入の課題が得られたので報告する。

Key Word : dementia, elderly, restrains, physical restrain

## はじめに

厚生労働省は2015年1月「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等に優しい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」を発表した。認知症を患う人の数が2025年には700万人を超えるとの推計値が発表された。これは65歳以上の高齢者のうち5人に1人が認知症に罹患するという計算である。認知症高齢者の数は2012年の時点で全国に約462万人と推計されており、約10年で1.5倍にも増える見通しである。

当院は中空知の2次医療圏の中核病院として地域センター病院に指定されており、あらゆる疾患に対応できる機能を集積させている。この地域における人口減少や高齢化の影響で、認知症を患った高齢者の入院が多く、また入院をきっかけに認知機能の低下や身体機能の低下が起こることも多くある。高齢者は複雑な病態や予備力の低下、認知機能の低下による治療への協力の困難、地域医療圏の回復期病床や施設の不足による在院日数の長期化が問題となっている。当院は地域から求められる役割を担うため、2014年11月から道内の自治体病院として初の地域包括ケア病棟を開設し、

急性期治療後の在宅や施設などへの復帰を支援する体制を強化した。しかし、高齢化に伴う認知症患者の増加により、その中核症状・周辺症状は円滑な治療や看護業務の遂行を妨げ、患者本人の安全な療養生活をも脅かす。

この問題に対し、看護部では2018年度の『ケアの質改善主任会議（2019年度よりケアの質向上主任会議）』の取り組みとして『身体抑制』（以下抑制）をテーマに話し合い、1年間OJTとして取り組みを行った。

## 研究目的

医療の場では、治療の遂行や患者の生命・身体の安全を最優先し、治療上必要なチューブの管理や転倒転落防止などのやむをえない理由で『抑制』が行われている現状があり、患者は抑制される苦痛を感じ、家族は抑制に同意し、その光景を目の当たりにすることによる精神的苦痛を感じる。看護師も抑制の説明を行うことで日々ジレンマを抱えながら業務に携わっている。

本事例は、転倒を繰り返したが、本人の思いを尊重



し抑制を解除し関わった1事例である。抑制の法的規定や認知症ケアにおける患者の尊厳と倫理的課題について振り返ることで、今後のケアの質の向上につなげていくのが本研究の目的である。

## 研究方法

研究デザイン：事例報告（ケーススタディ）

対象者：患者 70歳代 男性 脳梗塞 アルツハイマー型認知症

データの具体的な収集方法：看護記録などカルテ情報を基に看護の経過を記述する。情報が不足する場合は、スタッフから聞き取りを行った。

用語の定義：当院の『行動抑制検討委員会実施要領』（一般病棟における身体抑制・拘束の実施に関する基準）では、「クリップコール」や「離床センサー」に関しては行動を察知するための機器であり、身体抑制には該当しないとしている。また2019年4月1日より「4点柵」を身体拘束として追加した。

## 倫理的配慮

本研究は、当院の看護部倫理審査会の承認を受け実施した。

研究対象者の家族に研究の目的と以下の倫理的配慮を書面と口頭で説明し、書面による同意を得た。

- ①研究への参加は自由意志に基づき、参加しない場合や途中で取りやめることにより不利益を生じることは一切ない
- ②協力に同意後でもいつでも撤回できる
- ③結果の公表では個人情報特定できないようにし、個人情報の保護に十分配慮する
- ④収集したデータや結果は、研究目的以外に使用せず、研究結果は関連学会で発表する。
- ⑤データは研究終了後3年間保管し、その後適切に破棄処理する。

## 結果

### 1. 事例紹介

#### 1) 患者の概要

C氏 70歳代 男性 診断名：#1 左半球多発脳梗塞  
#2 アルツハイマー型認知症

入院前の生活：妻と二人暮らしでADLは自立。

趣味：パークゴルフ

2) #1で他病棟に入院し、内科的問題でB病棟に転科転棟してくるまでの経過：

ADLは入院時自立していた。C氏はアルツハイマー型認知症の診断を受けており自分の置かれている状況に対する理解が乏しかった。他病棟入院中、麻痺の程度が軽度であったこともあり、クリップコールを外して

ベッド柵を乗り越え、ベッドサイドに立つなどの行動がみられ、転倒のハイリスクであった。看護師は、見守りしやすい病室への移動や、安全のためのベッドの配置の工夫、離床センサーの使用や夜間の安眠のための薬剤投与を行った。しかし、同様の行動を繰り返したため、ベッド臥床時の体幹ベルトと車椅子乗車時の車椅子ベルトが開始された。B病棟に転科転棟するまでの87日間もの長期間抑制が継続されていた。

#### 2. 看護の実際（1）～転棟時の抑制解除の試み～

B病棟に転科転棟してきた際に転倒のリスクと抑制について申し送りを受けた。しかし体力の衰えにより自分から動き出す様子がなく、抑制を継続することの可否についてカンファレンスで話し合った。看護師はC氏の予測不可能な行動に対する対策として、ベッドを壁付けとしクリップコールを短めに装着、念のため体幹ベルトの用意をして一晩様子をみることにした。翌日にはスタッフステーション前の病室に転室して見守りを強化した。妻にも対応を説明し同意を得た。妻は「こんなことになって」と脳梗塞を発症したことや抑制への不満ともとれる言葉を口にされていた。C氏は当初自分で動き出すことはなく排泄も床上での失禁だった。しかし10日ほど経過し体調の回復とともに、トイレに行こうとする意欲が現れ、クリップコールが作動するようになった。C氏は長期間の臥床のため下肢の筋力の低下が著しく、立位も困難な状況であった。そのため看護師は2～3名でC氏を抱えるように何とかトイレに連れて行った。その一方で転倒のインシデントが発生した。

#### 3. 看護の実際（2）～転倒させないための対策～

転倒を回避するため、様々な対策を実施した（表1）。

しかし、人手の少ない夜間や休日などに他の患者の対応で目を離したわずかなすきに転倒を繰り返した。また初めは排泄のニーズでの行動が主であったが、徐々に床頭台の中の私物を確認したい、少し車椅子に座りたいなどの排泄以外のニーズが出現し、活動が活発となり行動の制止には限界があった。

#### 4. 看護の実際（3）～転ばせない看護からニーズを満たすための看護への発想の転換～

行動の制止に限界を感じ、カンファレンスで対応を協議し、行動を予測した環境の見直しを行った（表2）。またこれまで行ってきた行動の制止から自尊心に配慮した関わり方を意識し実践した。車椅子のクリップコールは、C氏に悟られないようにケアを装いさりげなく装着した。また排泄に関するケアは、尊厳と羞恥心に配慮した言葉を選択した。C氏の行動に対しても「どこに行くのですか?」「一人では危ないですよ」ではなく、「お手洗いですか?」とそっと見

守った。

結果としてB病棟に入院中の107日間で5回の転倒のインシデントがあったが、いずれも軽微なもので大きな怪我には繋がっていない。

表1. 転倒防止の対策とC氏の反応

転倒防止対策	C氏の反応
病室・低床ベッド・壁付け	・反応なし
4点柵	・乗り越えようとする
行動時のナースコールの説明 注意書きの貼り紙	・忘れてしまう ・「自分で行ける」
トイレの付き添い	・「いちいち付いてくるな」 ・「あっちへ行け！」
声掛けによるトイレ動作などの誘導	・「いちいちうるさい、暇だな」 ・「あとで自分で行く」
クリップコールの装着	・「何でこんな物つけるんだ」 ・「人を馬鹿にして」 ・自分で外してしまう
離床センサー（センサーマット）	・座位になると鳴りっぱなし
筋力アップのためのリハビリ	・頑なに拒否
車椅子を手の届かない場所に	・自分で取りに行こうとする

表2. 行動を予測した環境の見直し

具体的対策	C氏にとっての益
側にいる (病室での記録業務など)	クリップコールの除去、 離床センサーのOFF 転倒時のリスクの低減 (すぐに支えられる)
視野に入れる（病室の調整）	危険の速やかな察知
足元のベッド柵の除去 (降りる側を一カ所とした)	自分で安全に足を降ろせる環境を提供
車椅子にクリップコールを設置	自由に自操できる時間の確保
ベッドサイドに車椅子の設置 (移乗動作安定後)	好きな時に座ることができる

## 考察

今回の事例では、看護師は、当初『転ばせない』ことに躍起になっていたが、行動の制止に限界を感じた。しかし再抑制することなく、患者のニーズに目を向けた看護実践ができた要因を以下に述べる。

B病棟はもともと抑制に対し慎重な部署であった。またケアの実践での苦悩や負の感情を話しやすい雰囲気、成功事例だけではなく失敗経験の伝達を後輩に日常的に行っていた。そのためインシデントの報告をしやすい心理的安全性が保障されており、転倒防止のために抑制をする意識が起こりづらい環境であった。

転倒を繰り返していることを説明し安全対策への協力を求めても、C氏は記憶にないことを指摘され怒り

を露わにし、時には考え込むような様子もあった。転倒のたびに対策をカンファレンスで話し合うことで、患者の身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面からのニーズ（表3）に目を向け、『転ばせない看護からニーズを満たすための看護』へと対応策を見直すことができたと考える。

また部署内学習会を開催し、抑制の弊害と例外3要件を再確認し、認知症ケアの理解を深めたことで、効果的なカンファレンスが行えた。またカンファレンスでのケアの方針を確認し、病棟内の多職種で共有し協力できた。セル看護提供方式によるペアワークで、先輩看護師の声のかけ方、ケアのタイミング、経験からくるアイデアなどのOJT効果も重要な要因であったと考えられる。

C氏は下肢の筋力の低下で安定した立位をとることができず、仮に転倒しても低い位置からの緩慢な尻もちであるため、大きな怪我には繋がらざらぬというアセスメントもケア構築の後押しとなった。

ご家族にも転倒の経緯や新たな対策についてその都度丁寧に説明を行った。ケアプランを開示した際には「こんなにいっぱい考えていただいてありがとうございます」との言葉が妻から聞かれたことで、看護師のモチベーションの向上につながった。患者家族にとってより良いケアの方向性を一緒に模索し、ケアに対するご家族の理解と同意を得ることは重要であった。

『認知症患者にとって行動を制限されることは、動きたいという意思を無視されることであり、心身の廃用を招き、ADLの低下だけでなくQOLの質を落とす』<sup>1)</sup>

『医療の場では、高齢者本人よりも家族の同意を得て治療や療養上の決定をすることが少なくない』<sup>2)</sup> と言われているように、認知症高齢者の意志はケアに反映されない傾向にある。抑制に代わるケアを継続することで、C氏にとっての日常が回復し、ご家族の苦悩も軽減した。

入院による環境の変化に合わせて患者の行動を制限するのではなく、患者の生活に合わせたケアを模索し提供していく姿勢が大切である。抑制をしないことにより、C氏を見守るために多くの時間と人員を費やし、対応に困難を感じ疲弊することもあった。しかし「トイレに行きたい」「普通に自分で自由に動きたい」という人としてごく当たり前の思いを最終的に尊重できた要因として、看護師個々がこれまで培ってきた看護観と先に述べた部署風土からくるチーム力が重要であることが示唆された。

表3. C氏のニーズ

身体的	精神的
<ul style="list-style-type: none"> <li>・下肢の筋力の低下、平衡感覚の失調で自由に動けない</li> <li>⇒行動が億劫</li> <li>・尿意はあるが判然とせずにたびたび失禁⇒不快感</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自尊心（自分でできる・したい）</li> <li>・自分のペースで生活できない（日常生活に介助が必要）</li> <li>・介助を受けることへの抵抗と羞恥心</li> </ul>
社会的	スピリチュアル
<ul style="list-style-type: none"> <li>・面会はほとんど妻のみ</li> <li>・誰も訪れない日もある</li> <li>・没頭できることの減少</li> <li>・入院による社会からの孤立</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・失われていく記憶と状況が理解できないことへの不安と混乱</li> <li>・自分らしさが失われていくことへの不安</li> </ul>

2016.

2) 赤塚静子.看護倫理ガイドライン,19,看護の科学社,東京,2018.

**結論**

1. 看護師は抑制に倫理的ジレンマを感じ、解除する方法を模索した
2. 転倒予防を最優先とした対応を行ったが、転倒を防止することができず、行動制止に限界を感じた
  - ① 看護師は患者が思うよう行動してくれないことで疲弊しストレスを感じた
  - ② 患者は自由に行動出来ないストレスと混乱を感じた
  - ③ 家族は看護師に迷惑をかけていると感じ恐縮した
3. 患者のニーズを重視した看護を展開することでストレスの軽減につながった
  - ① 看護師は患者の行動パターンを理解し落ち着いて対応ができるようになり、ストレスが緩和された
  - ② 患者は行動を制限されないことでADLが拡大し、ストレスも緩和された
  - ③ 家族の安心感と医療者への信頼につながった

**今後の課題**

本研究は回復期の認知症患者の事例であることから、全患者に適応するには限界がある。抑制をせずに転倒をしない安全な環境を整えていくことは重要である。したがって、今後はケースごとに、抑制を回避するためのカンファレンスを充実させていく必要がある。

我々看護職は、C氏の妻の「縛られている姿を見るのは辛かった」「孫には見せないようにしていた」との言葉を真摯に受け止め、患者の尊厳を尊重したケアを提供していかなければならない。

尚、本研究は、2019年10月24~25日に開催された第58回全国自治体病院学会(徳島)にて発表した。

**引用文献**

- 1) 有賀洋文.認知症ケアガイドブック,62,照林社,東京,



## 研究

# 教育担当主任が新人看護師に実践した リフレクション支援による新人看護師の変化

Changes seen in a novice nurse before and after receiving support for reflective practice from a lead nurse in charge of education

島本 真純  
Masumi Shimamoto

福田 智子  
Tomoko Fukuda

## 要 旨

「看護を行ったという実感がない」とネガティブな思いを表出する新人看護師に対し、教育担当主任がリフレクティブサイクルに沿って、リフレクション支援を行った結果、新人の看護実践に対する言動に変化がみられたので報告する。

Key Word : a lead nurse in charge of education, support for reflective practice a novice nurse

### はじめに

2019年度4月B病棟に配属された新人看護師（以下、新人）は、入職後2か月の頃から「看護を行ったという実感がない」とネガティブな思いを表出し始めた。リフレクションによって生じる看護師の内的変化には、自己成長、看護実践への自信、やりがい、看護への意欲、患者理解の深まりが挙げられている。<sup>1)</sup> 新人のリフレクションをリフレクティブサイクルに沿って教育担当主任（以下、主任）が支援した結果、新人の看護実践に対する言動に変化がみられたので報告する。

### I 目的

新人が看護実践場面をリフレクティブサイクルに沿ってリフレクションすることを主任が支援した関わりを検証する。

### II 研究方法

1. 研究デザイン：実践報告
2. 研究期間：2019年5月～7月
3. 対象者：2019年度4月B病棟に配属された新人看護師
4. データ収集方法：以下2点のデータから研究に関連

する言動・思考を抽出した。

- 1) 看護実践場面で、主任が新人との関わりから得られた言動
- 2) 新人が振り返りに使用する「毎日の看護実践の振り返り」シート
5. 実践方法：新人が看護実践場面をリフレクティブサイクルに沿ってリフレクションすることを支援した。

### III 倫理的配慮

A病院看護部倫理委員会の承認を得て実施。研究対象者へ研究の目的、方法、参加は自由意志であり個人は特定されない旨を明記した説明書と研究協力に関する同意書・撤回書を添えて教育担当以外の主任が説明し同意を得た。

### IV 結果

リフレクティブサイクルに沿った新人の言動  
＜支援開始時＞【説明】患者の反応を覚えていない  
【感情】「焦った」「自分がなにをやっていいかわからない」「失敗したくない」【経験についての最初の評価】「失敗しなかった」「予定より時間がかかった」  
【批判的分析】「技術を練習することが必要」【まとめ】「技術を効率的にできるようにする」【最終評価と行動計画】「安全に効率的に行う」「看護を行った

1) 砂川市立病院 看護部  
Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center  
2) 認知症疾患医療センター  
Dementia Disease Medical Center

という実感が無い」

ケア実施時に、患者の目を見ることができず、ケアの時も無言が多い。振り返りでは嬉しかったことや看護について言語化されなかった。表情は硬く笑顔が少なかった。

<支援開始後>【説明】患者の表情の変化に気が付く  
【感情】「ケアをしていて楽しい」【経験についての最初の評価】「方法を患者さんに合わせて考えたから安全にできた」「準備に時間がかかった」【批判的分析】「少し疲れた表情だったので疲労させてしまった」【まとめ】「患者さんの持てる力に合わせてケアを行うと喜んでもらえる」【最終評価と行動計画】「次は患者さんと一緒に考えるとより適したケアができる」「看護ができていて感じる」「自分も看護ができていて気づいて嬉しい」患者と視線をあわせ、コミュニケーションを取りながら、ケアを行うようになった。患者の表情の変化に気が付き、状況に合わせてケアを変更できた。「看護をしていて楽しい」と笑顔が増えた。

## V 考察

リフレクションは「日々の看護実践中で行っている自分の行為に対して疑問を持つあるいは自分で考えることから始まる」<sup>2)</sup>と言われている。新人が行ったリフレクションは技術中心で、患者への視点が表現されていなかった。失敗することを恐れ、患者に関心を向ける余裕がなく、自分の行為の中の看護を考えることができていると思われた。そのため「看護を行ったという実感が無い」と看護への手ごたえを感じる事ができていなかった。介入後は、自分の行動の中にある看護を認識でき、「何をしていたかわからない」状態から、「自分も看護ができていて」と自己肯定感を持ち「看護をしていて楽しい」と看護に対する意欲の向上が見られた。教育担当主任が介入し、新人の看護観が反映されている行動をとりあげ、新人がどう感じて、どこに看護があるかを語らせる発問を積極的に行ったこと、新人自身が気付いていない、新人の行動の中にある看護を具体的にフィードバックするリフレクション支援を行う事で、自分の行為について考え、看護に気づくことへの支援につながったと考える。「次は患者さんと一緒に考えるとより適したケアができる」など、未来に視点をむけより良いケアを考えることができるようになった。また患者の表情などその場の状況に合わせてケアを変更するなど、看護実践力の変化が見られた。新人看護師のリフレクションを支援することは、「看護ができていて感じる」「ケアをしていて楽しい」といった看護の楽しさや、看護への意欲につながったと考える。

リフレクションは、自分自身で問いかけ、ひとりでやる事が求められる。そのためには、意図的にリフレクションを繰り返し、リフレクションの思考過程を身につける必要がある。新人が意図的なリフレクションを行えるように、指導開始時からリフレクション支援を開始するなど、新人指導方法の再考が課題となる。

## VI 結論

リフレクション支援を行うことで、新人が自分の行為の中にある看護に気が付き、看護への意欲の向上につながった。

## 引用文献

- 1) 2) 田村由美・池西悦子：看護の教育・実践にいかすリフレクション・豊かな看護を拓く鍵，第1版，34頁，35頁，75頁，南江堂，東京，2017

## 研究

# 集中ケア認定看護師の代理意思決定支援のアプローチ ～意見が異なる家族を合意形成に導いた一事例～

An approach to surrogate decision support for certified intensive care nurses  
-A case study of how a family with different opinions came to a consensus-

渡辺 静香 細海 加代子  
Shizuka Watanabe Kayoko Hosokai

## 要 旨

クリティカルな場面では、急激な状態の変化に対応するための侵襲的治療の意思決定が患者・家族に求められる。今回、高齢夫婦のみで手術を決定し、術後意識回復困難状態となった患者の代理意思決定において、意見が異なる家族を合意形成に導くことができた。この看護実践を振り返り、高齢核家族化により術後予期せぬ事態に陥った際、医療者の介入が複雑化することがわかった。また、代理意思決定に関わる家族構成員各々のニーズに合わせた即時的な介入が受容過程を促進、家族の関係性をアセスメントし、互いの本心を表出させる介入は意見が異なる家族を合意形成へ導き、全員が納得した代理意思決定となるような働きかけ、悲嘆感情の整理促進、心残りを少なくするケアの実践は悲嘆緩和につながることを示唆された。

Key Word : proxy decision making super-aging society elderly nuclear family certified Nurse in intensive care

## はじめに

わが国は2007年に65歳以上の人口が全人口の21%を超え超高齢化社会へ突入し、今後も2025年には約30%、2060年には約40%に達するといわれている。そして、A病院周辺二次医療圏の高齢化率は37.9%と高い現状にある。

A病院は地域救命救急センターとして三次救急を担い、高度医療や大手術を必要とする高齢者が集中している。手術を受ける患者は年々高齢化し、合併症リスクも高くなっている。そして、単身高齢者及び高齢夫婦のみの世帯も増加しており、高齢夫婦のみで手術を決定し、子どもに十分な情報が伝わらないまま手術に至るケースも少なくない。このような背景から、A病院には高齢で大手術を受ける患者への高度な治療のみならず、家族背景にも考慮した質の高い支援が求められる。

## 研究目的

集中治療室(以下、ICU)は生命の危機状態に陥った患者に対し、救命のために集中治療を行う場であり、緊

急に侵襲的な治療が必要になることが多い。しかし、適切な治療を尽くしても救命の見込みがない終末期の状態に陥る場合がある。クリティカルな場面における終末期の意思決定に関する特徴は、急激な状態の変化に対応するための侵襲的治療の意思決定が患者・家族に求められること、患者の複雑な病態や治療により意識障害のある患者が多いこと、患者の生命を維持し回復をめざすため人工呼吸・補助循環・持続血液濾過透析などの高度医療機器の使用が増加し、終末期ケア移行への判断がむずかしいことがあげられる。そして、患者の家族は突然代理意思決定をせざるを得ない場面に遭遇することがある。このような意思決定支援の場において生命に直結する判断が求められる家族に対し、それを支援する看護師には、個別性を考慮しながら対象や状況に応じて対応する高度な看護実践能力が求められる。

本研究は、大動脈弁置換術(以下、AVR)後、A病院ICUにて意識回復困難状態となった患者の代理意思決定において、意見が異なる家族を合意形成に導いた集中ケア認定看護師(以下、CN)のアプローチを記述化した。



## 研究方法

研究対象者は平成30年12月～平成31年3月まで、A病院に外来受診・入院していたB氏、70代男性。研究デザインは事例研究とし、B氏に関連する看護記録・診療録から継続的な記録を振り返り分析した。

本研究はA病院看護部倫理審査会の承認を得て実施した。「A病院倫理規定」および「日本看護協会看護研究のための倫理指針」に基づき、個人が特定されないよう個人情報保護を保持した。また、データは匿名性を保持し、厳重に管理した。

## 結果

### 1. 患者背景

対象患者は、B氏、70代男性。妻と二人暮らしで、三人の息子のうち長男・次男は遠方、三男は近隣に在住していた。診断名は、高度大動脈弁狭窄症、僧房弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症、心房細動。

手術に関しては、外来にて夫婦のみで医師の病状説明を受けていたが、妻は手術のリスクが高いものであるとは認識しておらず、遠方に在住する長男・次男へも同様に伝えていた。

### 2. B氏の病状経過・家族の状況・CNの関わり

#### 1) 家族の危機状態 (図1)

AVR後、一週間のICU入室期間を経て心臓血管外科病棟へ退室したが、心房細動及び心不全となり薬物加療していた。しかし、急変・心肺停止となり経皮的心肺補助装置装着後ICU再入室となった。再入室時、妻は衝撃を受け、付き添った三男は「仕方ないです」と状況に理解を示していたが、翌日帰省した長男・次男は「手術の説明は直接聞いていないが、母から難しい手術とは聞いていない」と予期せぬ急変に憤慨、状況を受け入れられず看護師に威圧的な態度を示すようになった。間もなく、次男は体調不良にて遠方の自宅へ戻り、面会は主に妻と長男のみとなり、三男が面会に来ることは少なくなった。また、家族の威圧的な態度に対しICU看護師が家族対応に困難感を感じていたため、CNが家族対応の中心となり、ロールモデルとして関わった。

B氏は再入室後、神経学的評価ができない状況のまま救命目的に再度AVR施行。全身状態が安定したのち鎮静薬を中止したが、覚醒せず脳神経内科医師より低酸素脳症と診断された。

#### 2) 妻・長男・三男の医療者への不信～受容まで (図2)

再手術後も術前の説明不足や急変時の対応、B氏が覚醒しない状況から、長男は医療者に対して不信を抱いていた。術前の手術説明に対し、長男は「母より手術は簡単だと聞いた」と話されており、妻は「簡単と

は言っていない。難しくはないと言った。大変な手術だとは思った」と話し、CNは手術説明に対する妻と息子たちの認識の相違があることを確認した。脳神経内科医師より「わずかに反応はあるが植物状態であり、覚醒は困難」との説明を受けるも、妻や長男は「少しでも反応があるなら」と治療継続を希望するなど、B氏の回復に望みを強く持っていた。そのためCNは、面会時に妻や長男の怒り、やり場のない思いを受け止め、家族の質問にはありのままのB氏の現実を受け入れるように、現状を伝える関わりを行った。また、妻や長男の思い、医療者に対する不信感を主治医に伝え、病状説明の場を提案し、情報が知りたいという家族のニーズを満たし、誠意を見せる関わりを行った。

主治医からは、「感染から心内膜炎、敗血症、多臓器不全となり全身状態が悪化している。回復が限りなく困難な状態である」と説明された。それに対し、妻と三男は「こんなことになるなんて…でも、仕方ない」と落胆しながらも受容する姿を見せ、長男は主治医へ思いを全てぶつけながらも、一度目のAVR後に抜管を待たずして帰宅した後悔を吐露した。最後には「次来るときは、亡くなっていると覚悟している」という言葉が聞かれ、長男は仕事の都合上遠方の自宅へ帰宅した。CNは、病状説明の場に同席し、妻・長男・三男の思いに傾聴し受容に至ったことを確認した。

#### 3) 次男の医療者への不信～受容まで (図3)

長男帰宅翌日、次男が帰省し「今後は全て自分が対応する」と家族の中心的役割は次男へ移行した。また、看護師に対しても矢継ぎ早の質問や威圧的姿勢を示しており、再度CNはICU看護師に対して面会時の家族の質問内容や対応について、詳細に記録を残し対応を統一するように指導した。また、次男も病状説明やカルテ開示などを希望されたため、情報が知りたいという次男のニーズを満たす関わりとして主治医に状況を報告し病状説明の場を調整した。また、一貫した関わりができるよう勤務調整し、CNが病状説明の場に同席できるようにした。次男は、「気になっていることは聞きました」と受容する姿勢を見せ、その後の脳神経内科医師の「回復は困難」という説明にも現状を理解した様子であった。しかし、妻は度重なる病状説明の場面において「息子に任せていますので…」と言葉少なからず自らの思いを表出することなく、面会時には無言で夫を見つめ、思い詰めた表情をするようになった。また、三男は次男の帰省後、面会に訪れることなく病状説明の場にも姿はないことから、CNは妻と三男の様子に違和感を覚え、家族間における次男のパターンリズムを感じとっていた。家族はその後、今後の急変時の対応及び治療方針に関して代理意思決定を迫られることとなった。

#### 4) 今後の治療方針についての代理意思決定 (図3)

妻と次男に対し、神経内科医師の診断をもとに主治医は意識回復困難と説明した。しかし次男は「そんな風に捉えていない」「できることはやってほしい」と発言した。同席したCNは、B氏の予後について主治医と家族の認識の相違が代理意思決定を妨げる要因となっていると判断し、主治医と家族の双方に同意を得て、神経内科医師同席の上で説明を受けられるよう場を調整した。神経内科医師より、神経学的に回復の見込みは限りなくゼロに等しく困難であると説明を受けた結果、次男より「そうなんですね。回復はもう難しいんですね」という言葉が聞かれ、医療者と家族双方の認識は統一化された。また、CNは妻が病状説明の場でも終始表情硬く涙をこらえていたことから、家族間でお互いの思いを表出・共有し、納得したうえで代理意思決定ができることが望ましいと考えた。そのため、CNは妻へ「いつも面会時辛そうに見えます。ずっと一緒に生きてきて何か思う事があるのではないですか？言えないでしまっていることがあれば、ここで話した方がいいと思いますよ」と声を掛け、思いを表出するよう促した。妻は「これ以上苦しめるのはかわいそう」と思いを吐露した。その言葉を聞いた次男は冷静になり、「母さんはどうしたい？」と母に思いを聞く姿勢を見せ、妻は「見込みがないのなら点滴などもやめてもらいたい」と自らの思いを次男へ初めて表出することができた。次男は「お母さんがそうしたいなら」と思いを受け止め、妻と次男はB氏の治療に対して、これ以上の侵襲的処置はせず治療縮小することを決断した。病状説明後、妻は「よかったね、お父さん。もう少しで帰れるからね。頑張ったね」とB氏に話しかける姿があり、CNはこの家族の思いを共有し、家族の意思決定を支えられるようICU看護師へ伝達した。

#### 5) B氏との最期の時間を過ごす (図3)

CNは、妻・次男にこの決断に対して他兄弟へも思いを伝え、共有するよう促した。また、他兄弟がどのように受け止めているのかを確認することが必要であると考え、帰省した長男、三男の思いも確認した。長男と三男は「母の気持ちは聞いたし、納得しています」と話し、家族全員が合意形成に至ったことを確認した。

面会時に妻より「退院したら飲もうって言ってた日本酒があったのに…」と心残りのある言葉が聞かれたため、後日日本酒を持参してもらい、スポンジブラシでB氏の口に拭って見せると「おいしいかい？良かったね」と涙を流して喜ぶ妻の様子が見られた。その後手浴などのケアを家族と共にしながら、B氏との思い出話を傾聴する中で、妻より「私こうやって決断

したことは後悔してないの」との言葉が聞かれ、最期は家族揃って穏やかにB氏を看取ることができた。

#### 考察

今回の手術に際し、B氏と妻は二人で医師からの病状説明を受け、息子たちへ伝達していた。ICU再入室後の長男・次男の「母より、手術は簡単だと聞いた」という言動と、妻の「簡単な手術とは言っていない。大変な手術だとは思った」という言動から、妻から遠方に在住する息子たちへ医師からの病状説明が正しく伝わっていなかったことが推察される。長男・次男は、面会時に看護師に対して威圧的な態度や怒りを示しており、簡単な手術であると認識していたB氏の予期せぬ急変が心理的危機状態へと陥らせ、怒りというコーピング反応として表出されたものと考えられる。強い怒りを示す患者や家族への対応について草地は1)「医療スタッフは「怒っているという事実」ではなく、「怒りを通して表現される感情から救ってほしいという願い」を理解し、即時に対処しようとせず、怒りの後に表現される感情に意識を向けるよう心がける必要がある。」と述べている。CNが家族の怒りや、やり場のない思いを受け止め、病状や一連の経過を正しく知りたいという、怒りの裏側にあるニーズに対し、医師へ家族の医療者に対する不信感を伝え、病状説明の場を調整するという誠意を見せる関わりが、家族の受容過程を促進したものと考えられる。

B氏の代理意思決定場面で次男は、主治医の意識回復困難との説明に「そんな風に捉えていない」と発言し、家族はB氏の予期せぬ急変や回復困難な状況、医師へ対する不信など様々な心理的不均衡状態にあり、病状や予後を正しく認識できないことが意思決定を妨げていたと考える。現実をなかなか認めない家族へのかかわりについて對東は2)「家族は医師から患者の容体について説明を受け、否定的な発言をすることがある。このように現実をなかなか認めない家族に不確かな情報提供を行うことは、不信感につながりかねないため、看護師は家族の気持ちを受け止めながら、家族が求める情報を正確に提供する。」と述べている。CNの関わりは、主治医と家族だけではなく第三者として脳神経内科の専門医師を同席できるよう調整し、B氏の病状や予後に対する認識の相違の訂正、認識の統一化につながったと考える。また、CNは妻の普段の面会時の様子からも、息子さんたちの意見が先行し、自宅でも思いを表出できていないかもしれないと考えた。さらに、家族構成員の心理状態の変化やその言動から家族の関係性を捉え、日々の面会時の様子を通して細かくアセスメントしながら違和感をキャッチし、家族間で本心を語り合うことができるよう働きかけたこと

が、妻の「これ以上苦しめるのはかわいそう」という本心を思い引き出すことにつながったものと考ええる。

代理意思決定後、CNは長男・三男へも妻・次男の思いを伝え共有するように促した。家族を代表して意思決定を下した場合、その決定の重圧感や責任感に苦しむ可能性があるため、家族全員が納得した決断であったと認識することが重要である。面会時にCNはそれぞれの思いを確認したことで「母の気持ちは聞いたし、納得しています」との言葉が聞かれており、家族全員が納得した合意形成につながったものと考ええる。また、家族はB氏の予期せぬ急変から代理意思を決断するまでの一ヶ月を過ごす中で、病状悪化のたびに否認→怒り→取り引き→抑うつを繰り返しながら悲嘆のプロセスを辿ったことが受容につながったと考える。さらに、CNが代理意思決定に最後まで沿い続け、家族が表出する悲嘆感情をありのまま受け止めたこと、悲嘆感情の整理を促進し、B氏へのケアを通して家族の心残りを少なくするケアは、悲嘆緩和につながったと考える。

以上より、代理意思決定において意見が異なる家族を合意形成に導くためには、その決定を妨げている要因を明らかにし除外することが重要であった。また、代理意思決定に関わる全ての家族の思いに寄り添い、本心を語り合い、共有する環境を整えたことは、患者にとって最善な意思決定へ導き、家族全員が納得した合意形成に繋がったものと考ええる。

## 結論

1. 手術を受ける患者の高齢化で合併症リスクが高くなる一方、高齢核家族が増加したことで高齢夫婦のみで手術を決定し、別居の子どもに十分な情報が伝わらないまま手術に至ることで予期せぬ事態に陥った際、医療者の介入は複雑化する。
2. 家族構成員各々の心理的不均衡状態をアセスメントし、ニーズに合わせて即時的な介入を実践することが受容過程の促進につながった。
3. 家族構成員各々に関心を持つことで違和感をキャッチし、家族の関係性をアセスメントしながらお互いの本心を表出させる介入をしたことが、意見が異なる家族の代理意思決定を見出すことにつながった。
4. 家族全員が納得した代理意思決定となるように働きかけ、家族が表出する悲嘆感情をありのまま受け止めることで悲嘆感情の整理を促進し、家族の心残りを少なくするケアを実践したことが悲嘆緩和につながった。

## まとめ

今後は、多様化する家族構造の変化で複雑化する代

理意思決定支援に対し、代理意思決定に関わる家族構成員各々のニーズを的確に捉え、即時的な介入が実践できるような看護師を育成し、患者にとって最善な代理意思決定となるよう支援していきたい。

本研究は、2019年第58回全国自治体病院学会（徳島）にて発表したものである。

## 引用・参考文献

- 1) 2) 山勢 博彰.救急・重症ケアに今すぐ生かせるみんなの危機理論 事例で学ぶエビデンスに基づいた患者・家族ケア Emergency Care.株式会社 メディカ出版.231-249,2013.
- 3) 吉田 紀子・中村 美鈴.クリティカルケア熟練看護師が見出した延命治療に関する家族の代理意思決定を支える看護実践.日本救急看護学会誌16(2):1-12,2014.
- 4) 日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会.「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン〜3学会からの提言〜」.2014.
- 5) 江川幸二・山勢博彰.看護のためのクリティカルケア場面の問題解決ガイド 基礎からわかる臨床に活かす倫理調整.株式会社 三輪書店.20



図1 B氏の病状経過・家族の状況・CNの関わり

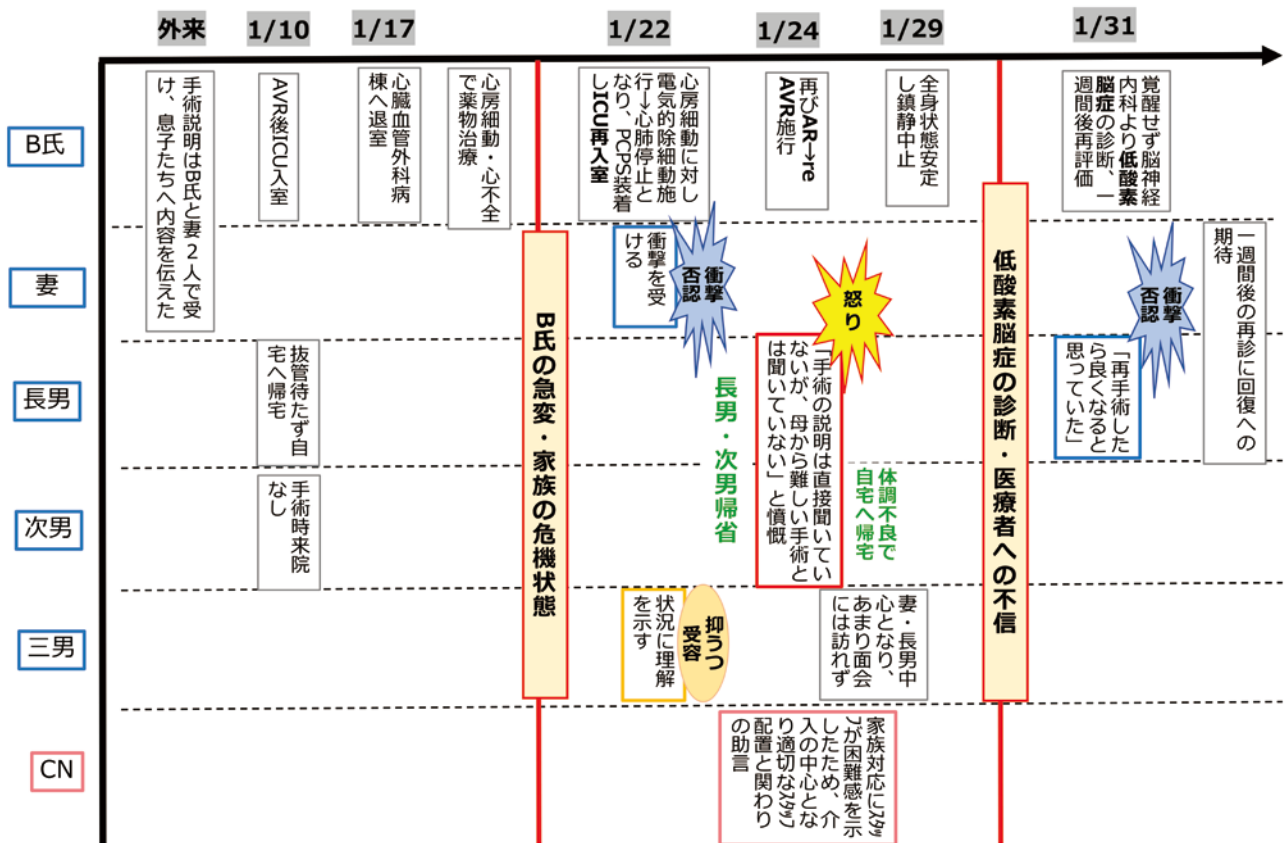


図2 B氏の病状経過・家族の状況・CNの関わり

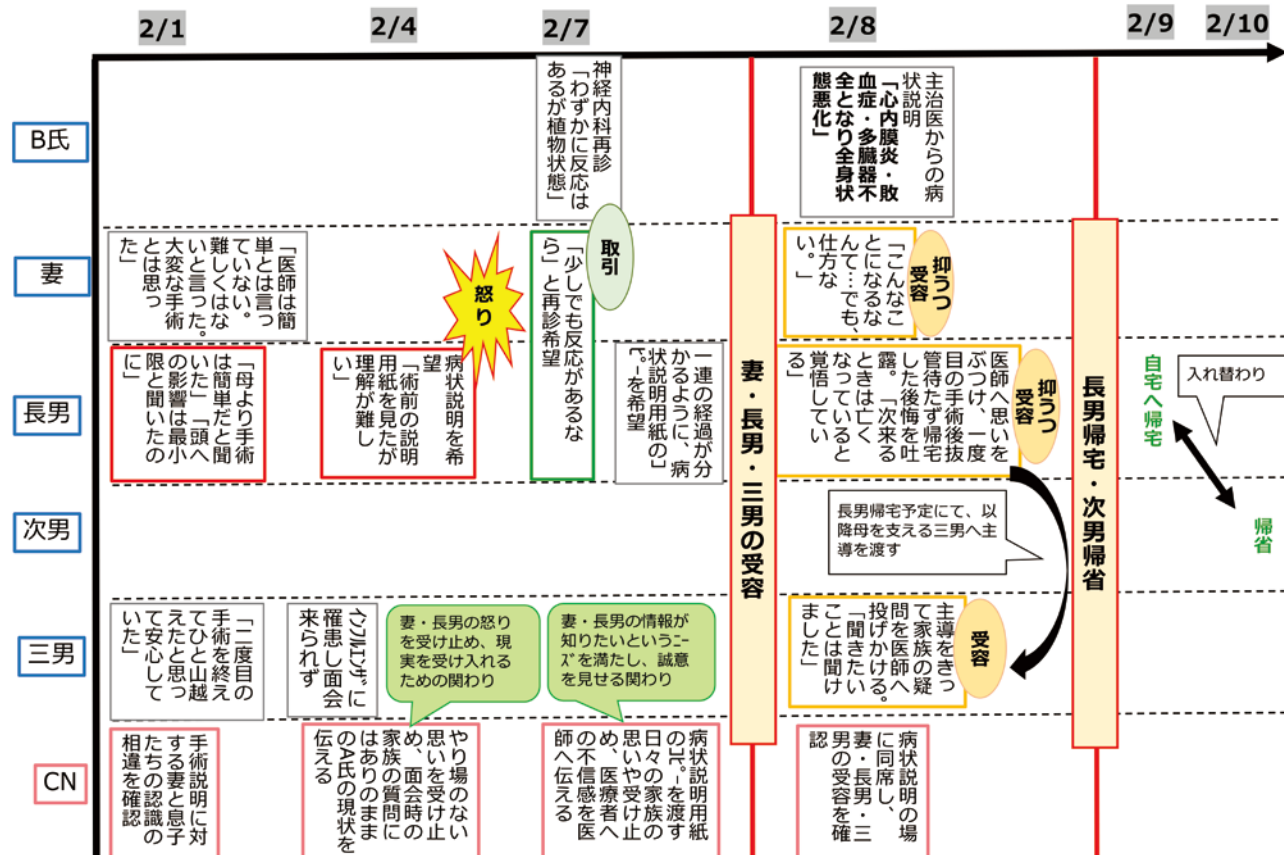


図3 B氏の病状経過・家族の状況・CNの関わり

