

第13回看護実践学会学術集会

シンポジウム

「病みの軌跡に応じた意思決定支援」

コーディネーター 平松 知子（金沢医科大学看護学部 老年看護学教授）

第13回看護実践学会学術集会のテーマは「思いを叶える看護のチ・カ・ラ ～知性・感性・信頼～」であり、コンセプトは意思決定支援です。これを受けて、シンポジウムのテーマを「病みの軌跡に応じた意思決定支援」とし、事例を通して意思決定支援における看護職者の役割について考えるために企画をいたしました。

シンポジウムでは、病みの軌跡の3つのパターンを代表する疾患として、がん、心不全、認知症、さらに、いずれの場合にも関係する家族に注目し、それぞれの専門家をシンポジストとしてお迎えしました。

長田千香氏（公立松任石川中央病院 緩和ケア認定看護師）には、「患者・家族の希望を支えるケア」と題して、終末期がん患者と家族の外出希望を実現した事例を通して、緩和ケアチーム及び緩和ケア認定看護師の役割、コミュニケーションと医学的知識の重要性についてご発表いただきました。

牧美晴氏（心臓血管センター金沢循環器病院 慢性心不全看護認定看護師）には、「心不全患者への意思決定支援～アドバンス・ケア・プランニングの視点から～」と題して、予後予測の判断が困難とされる末期心不全患者のACPにおいて、看護職者が医療者間の意思調整を行った事例を通

して、本人・家族と多職種による共同作業の過程と看護の役割についてご発表いただきました。

森垣こずえ氏（金沢医科大学病院看護師長、老人看護専門看護師）には、「急性期病院における認知症高齢者の意思決定支援のあり方を考える」と題して、最後まで配偶者と過ごしたいという希望が叶わなかった認知症をもつ高齢がん患者の事例を「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」に沿って振り返り、急性期病院において認知症高齢者が「本人の希望に沿い、最後までその人らしい生活を続けていく」ための看護の役割についてご発表いただきました。

柳原清子氏（金沢大学医薬保健研究域准教授）には、「家族の意思決定支援：「家族システム思考」と「物語的理解」を使つての実践」と題して、他のシンポジストの事例を踏まえて、医療現場における意思決定（合意形成）の構造と支援について、家族システム内調整、医療者間調整、医療者－家族間合意過程の3つの側面からご発表いただきました。

会場との十分な意見交換には至りませんでした。個々の病みの軌跡を生きる患者の意思決定を支援する看護実践について、参加者それぞれが考える時間になったのではないかと思います。

患者・家族の希望を支えるケア

長田 千香（公立松任石川中央病院 緩和ケア認定看護師）

緩和ケアとは生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチです。

がん患者さんは病の進行に伴いADLが低下し、それに伴いQOLも低下していきます。私は緩和ケアチームの専任看護師として、QOLが低下した中

にあっても、患者さん・ご家族の希望を支えることを大切にしています。そのために必要なことは、①患者さんやご家族の話をよく聴き思いを引き出す（コミュニケーション）、②病状を理解し、症状コントロールができる知識や技術だと思います。しかしこれには専門性の高い知識と技術が必要であり、看護師だけでなく、緩和ケアチームのように多職種で患者さん・ご家族を支えていくことが大切だと思います。

心不全患者への意思決定支援 ～アドバンス・ケア・プランニングの視点から～

牧 美晴（心臓血管センター金沢循環器病院 慢性心不全看護認定看護師）

心不全は症状が出現した（ステージC）後、適切な治療を行うことで長期にわたり寛解し、その後徐々に進行する時期を経て、最終的に不応性心不全といわれる状態（ステージD）に至ります。急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）では、心不全患者への緩和ケアの必要性が明記され、2018年度診療報酬改定では末期心不全患者が緩和ケア診療加算の対象となりました。しかし、循環器疾患、特に心不全は進行性の病期をたどり予後不良の病態である一方で、最期に至るまで寛解する可能性の残る病態でもあり治療の限界点が不明確です。今回が最期かも知れないと思った患者が、利尿剤や強心薬の投与で元のように退院していくといったように、予後予測や終末期（治療の差し控え）の判断が困難なことが多いです。また、このような経過が次も助かるのではないかという期待に繋がり、どのように生きたいか医療者や家族と共有しないまま最期を迎えることがまれではありません。このような心不全の病みの軌跡が心不全患者への緩和ケアの障壁となっています。

このような障壁を超えるために、大切な考え方がAdvance Care Planning（ACP）です。ACPは将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養に関する意向、代理意思決定などについて患

者や家族とあらかじめ話し合うプロセスと定義されます。ACPにより、終末期における患者・家族の満足度上昇、患者の死後の家族の抑うつ軽減などが示されています。さらに、本人と家族を含めて事前に話し合っておくことで、その先に起こりえる全ての事態を想定し備えることは困難であっても、話し合いのプロセスのなかで人生において大切にしていることを共有することは、病状が進行した際の意味決定に活かされます。このACPでの看護師の役割は、患者と家族のコミュニケーションを促進することだと考えています。心不全の病みの軌跡をともに歩む看護師は、いわば患者・家族の伴走者です。また、心不全患者の緩和ケアやACPでは、職種間で考え方の多様性や相違があるため互いがどのような思考回路で行動しているかを言語化して、チームで共有していくことも重要です。対話を繰り返しながら、患者の希望や意思を確認し、医療者と患者・家族が情報を共有することで初めて真の合意形成がなされ意思決定支援に繋がるのではないのでしょうか。

当院では、2017年より心不全チームを立ち上げ活動しています。課題もありますが、地域ともよりよいチーム医療の在り方を探っていきたいと考えています。

急性期病院における認知症高齢者の意思決定支援の在り方を考える

森垣こずえ（金沢医科大学病院 看護師長 老人看護専門看護師）

私は認知症ケアチームの一員として院内の看護師とともに認知症高齢者のケアに携わっています。認知症の方が入院されると病棟に出向きアセスメントとケアと一緒に検討するのですが、治療の選択や療養の場の選択などに関して、認知症高齢者の意思決定支援の困難さを実感していました。長いエンドオブライフを歩んできた高齢者にとって死は身近であり、人生を振り返りこれからの終末期をどのように過ごしたいか考えてきた方も多く考えます。しかし高齢者が急性期病院へ入院した時には差し迫った心身の状態や認知機能の低下が始まっており本人の意思決定が困難な状況が多く、特に認知症高齢者においては、身体の不調や欲求を適切に伝えられず、医療者も認知症高齢者と対話する方法が未熟であることより本人よりも家族に重要な決定を委ね本人の想いが置き去りにされる傾向にあることも否めません。

これらの現状をうけて2018年6月厚生労働省より「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（以下ガイドライン）」が発表されました。このガイドラインは認知症の人でも意思決定能力があることを前提としています。そして家族も本人の意思決定支援者であり、家族自身も支援をうける対象と位置づけています。意

思決定支援とはプロセスとしての支援であり、その内容は意思形成支援、意思表示支援を中心に意思実現支援を含んでいます。

今回、「最期までグループホームで妻と一緒に過ごしたい」という希望がありながらその意思に添えなかったKさんの事例について、家族、グループホーム職員、そして院内のスタッフからお話を伺いその情報を統合し、ガイドラインのプロセスにそって振り返りを行いました。支援者全員Kさんの意思形成は確認していたのですが、意思表示支援と意思実現支援については地域を含めた多職種で取り組んでいくために必要であるいくつかの視点が明確となりました。今回の振り返りは今後の認知症高齢者の意思決定支援に活かしていこうと考えます。

認知症高齢者が急性期病院に入院された時からが私達、病院看護師の関わりが始まります。まずは本人の意思を本人、家族、支援者、過去のACPより確認する必要があります。そして支援するものの姿勢はどうか、意思決定支援のプロセスを踏んでいるか、支援者全員でガイドラインと照らし合わせながら取り組んでいくことが重要であると考えます。

家族の意思決定支援：患者・家族の「物語的理解」と「システム思考」を使っての実践

柳原 清子（金沢大学医薬保健研究域保健学系 准教授）

本シンポジウムタイトルの「病みの軌跡に応じた意思決定」の文言に込められたのは、患者・家族の生活、時間そして人生をまるごとつかみ取った支援を考える、ということだと思えます。

医療現場の家族の意思決定支援の考え方は、《キーパーソンの意向を確かめ情報提供し、同意を得ていく》方法ですが、家族看護学的には《家族（システム）の文脈理解から家族の総意（合意）をつくり、医療システムとの文脈とすり合わせをしながら、合意に向けて折り合いをつけていくプロセ

ス》となります。

この2つの違いは、次の視点が入っていることによります。①家族をシステムとして‘ひとまとまり’としてらえる、したがって②<患者と家族>ではなく<患者を含む家族>のとらえです。さらに③意思決定のプロセス性、④患者を含む家族の文脈（物語的）理解、⑤家族システムと医療システム間の調整、です。以下にポイントを絞って説明します。

1. 家族の意思決定支援とは何をする事か？

家族の意思決定支援とは、まず、起きている状況を俯瞰し、家族（システム）と医療（システム）の文脈を把握した上で、両者の合意形成をはかることです。

2. 意思決定と自己決定のちがいは？

自己決定（Self-Determination）は、その個人の理解力・判断力を前提条件として、自己の決定に対する「主体性」「責任性」「自律性」を含む概念です。一方意思決定（Decision making）とは、方針を決めること、つまり先の見通しを立て決断していくことであり、人間の応答、選択に対する力量や意思起動への動機づけの要素が入っているものです。

3. 家族の文脈（物語的）理解とは何か、なぜ必要なのか

家族とは複数のメンバーから構成され、その一人ひとりには、「状況認識」「自己認識」「関係認識」を持っています。それらに家族のもつ文化（歴史、絆、レジリエンス）を加味して、家族の文脈をつかむことが家族調整の第一歩です。文脈をつかむとは、物語的理解とも言い換えられ、それは意味の一貫性を与え、リアリティをもった家族理解につながります。

4. 家族システムと医療システム間の調整法：合意形成

退院調整場面や倫理的問題での意思決定場面では、家族（システム）と同様に、医療（システム）内での調整が必要になります。こうした医療の文脈と家族の文脈を擦り合わせて、合意をつくっていく過程を、医療現場での意思決定支援と言います。

示説第1群の座長をつとめて

森本ゆかり（公立羽咋病院 看護師長）

示説第1群看護教育・看護管理に関する5題の座長をさせていただきました。

第1席は、ジグソー学習法による基礎看護技術の教育についての実践報告でした。アクティブラーニングの手法であるジグソー法を導入し、能動的な学習の効果が得られたという内容でした。学生同士が教えあうことにより、より学びを深めることができた報告でした。臨床でも新人教育などに導入してみたいと思いました。

第2席は、ブレンディッドラーニングを用いた学修効果についての検証でした。複数の手法を組み合わせ、それぞれの手法のメリットを最大限活かす学習形態です。今回は自作の動画と演習、自己練習を組み合わせたものでしたが、学生の学習意欲が高められたようです。現在は、自由記載からの分析中とのことですので、続報を期待したいと思います。

第3席は、チームリーダー育成における問題解決能力の効用への取り組みについての発表でした。自部署のあるべき姿と現状のギャップについて、シートに記載し考えるトレーニングを繰り返すことは、問題解決能力向上に有効な方法であったとの結果でした。能力が身についたかどうかは、今後の現場実践での評価となるようですので、追跡

研究報告を期待します。

第4席は、育児休暇から復帰した際の心のゆらぎや停滞の気持ちをどのように克服したかを、4つの局面に分類・分析し理論に基づいて内省した報告でした。各局面で前向きになれたきっかけは、周囲からの承認と、役割付与され任せてもらったことによる、モチベーションアップであったと分析していました。職場復帰したスタッフに対する、キャリア形成支援についての参考となりました。

第5席は、新しい職場環境に適応するための対処行動についての発表でした。新病院移転時の経験を振り返り、対処行動を分析したものです。患者様の安心安全の提供という同じ目的を持つ仲間が支えあい助け合うことにより、過酷な状況も乗り越えられる力となることが実証できました。管理職として、持てる力を引き出し合えるような良好な関係性の構築に努めねばならないと感じました。

この群は、「学びあい、支えあうことにより、成長する。」ということが共通して述べられました。スタッフの育成支援・関係構築に参考にすべき内容が多かったと思います。

最後に座長の機会をいただきましたことに感謝申し上げます。

示説第2群の座長をつとめて

廣瀬真理子（JCHO金沢病院 看護師長）

示説第2群の座長を務めさせていただきました。以下に研究発表の内容をまとめさせていただきます。

第6席は、外来での診療トリアージにおける看護師の役割を導き出すことを目的とし、多職種へアンケート調査を行った実態調査研究でした。アンケート結果から、運用方法の認識が曖昧になっていること、多職種連携を強化していくための取り組みが必要であることが分かり、診療トリアージシステムの質の維持・向上に繋がる内容であったと思います。

第7席は、呼吸器疾患患児の酸素投与時の酸素濃度を測定した研究でした。乳幼児は、酸素投与の必要性が理解できず、十分な酸素投与ができないケースも多いため、投与方法に難渋するケースも多いと思われませんが、今回の研究で、より効果的な酸素投与方法が明確になり、専用のエプロンを作成する等、工夫して取り組んでいる様子が伺えました。

第8席は、手術室での統一された器械管理を行うため、単品器械カードを作成した取り組みでした。この取り組みを行うことで、器械管理が誰でも行えるようになり、その結果、手術件数の増加や術前訪問の時間を確保できるようになりました。このように、日々行われている業務の問題点を明

確にし、問題点を改善する取り組みは、医療・看護の質を向上させるということを、改めて感じることができた研究であったと思います。

第9席は、服薬の自己管理に向け、服薬支援アセスメントシートを導入した結果をまとめた研究でした。服薬支援アセスメントシートを導入し、服薬支援カンファレンスを行ったことで、患者の自己管理能力の評価等の根拠が明確になり、インシデントが減少していました。高齢化や独居の患者さまが今後も増える状況において、とても興味深い研究であったと思います。

第10席は、排尿ケアチームの活動を振り返り、課題を明確にすることを目的とした調査研究でした。排尿ケアチームの介入が多いほど排尿自立度の向上が認められており、今後は地域に向けてさらにチーム医療の連携が図れるような取り組みが期待されていると感じました。

この群は、現在行っている取り組みの現状把握や振り返りを通し、課題を明確にし、より良い看護を提供するために取り組まれており、大変意義のある発表でした。私自身にとっても今後の活動の励みとなり、大変有意義な機会となりました。ありがとうございます。

示説第3群の座長をつとめて

松田久美子（石川県立高松病院 看護副部長）

示説第3群の座長をつとめさせていただきました。以下研究発表内容をまとめさせていただきます。

第11席は、ALS患者の在宅療養において訪問看護師が、意思疎通を図るために行っている様々な支援に関するアンケート結果を丁寧にまとめた研究でした。進行性の疾患であるALS患者と魂のレベルで向き合い、療養者や介護者と意思疎通を図り続けるためには何が重要かを明らかにした研究でした。

第12席は、帰宅願望が強い認知症患者の退院支援に関し、本人の意志と家族の思いとの間で迷い

ながらも退院後、再入院となった事例の振り返りを行った研究でした。患者本人の思いと家族の思いにずれが生じることは、いずれの医療機関でも経験することです。今後は多職種でこのような事例を検討する機会を増やされることを期待します。

第13席は、地域連携手帳を利用して通院している外来患者2事例を比較し、その効果と外来看護師の役割を明確にした研究でした。今後は、導入時の説明や評価方法の統一など課題はありますが、地域での連携を効果的に進めるためのツールとして期待します。

第14席は、新しく導入した大動脈弁置換術(TAVI)

において、在院日数の長さからその要因を明らかにした研究でした。その要因として心不全や高齢でフレイルのある患者、認知症、術後せん妄などの要因が明らかになりました。今後はそれらの要因に対し術前に対策が図られる事を期待します。

第15席は、血糖コントロールが不良な患者に対して、外来看護師がどのように関わっているかを明らかにした研究でした。外来という短い時間での関わりの中で、患者の生活に視点を置き会話することで、効率的で効果的な指導が行われることが明確になりました。

この群では、様々な疾患を持つ患者が地域で生活していくために、看護師としてどのような支援ができるのかを考え実践している姿が浮き彫りになりました。患者が病者から生活者へと変化していく退院前後に看護師の思考も変化する必要があり、患者が住み慣れた地域でより良い生活を送るための指標となりうる意義ある研究でした。私自身も地域で暮らす患者への支援について、様々な気づきが得られる機会となったことを感謝しています。

示説第4群の座長をつとめて

櫻井 紀子（心臓血管センター金沢循環器病院 看護師長）

示説第4群を担当させていただきました。

第16席は、ポジションマーカーのついた医療用弾性ストッキングを使用することで適切な装着、ストッキングの状態、皮膚に及ぼす影響を明らかにするための調査研究でした。しわや圧痕が認められないことから、圧迫創傷の予防には有用性が高いとされましたが、対象が看護系学生であり今後臨床における検証結果も伺いたいと思います。

第17席は、ツボ指圧が認知症患者の周辺症状軽減に効果があるかを検証する研究でした。多忙な看護業務の中で認知症患者の周辺症状への関りは簡単ではなく、その方の思考パターンや生活リズムなど考慮すべき点は多くあります。ツボ指圧を実践しながら優しく話しかけることや患者を知ろうとする姿勢などから、信頼関係を構築することにも成功されたのではないかと考えます。

第18席は、ゲーメンコルセットの効果的な装着のためズレ軽減に取り組んだ研究でした。滑り止めマットを使用した調査で有意差はないとの報告でしたが、定時測定のみで検証しており、自身も指摘されている看護師のコルセットの締め具合や、途中患者が外しており、看護師が締めなおすなど、条件が一定ではないことが今回の結果につながっ

たと考えます。今後も継続して検証され、効果的な装着が見出せることを期待しています。

第19席は、統一したツールを使用し早期介入することでサルコペニア改善の有用性があるかを検証する研究でした。地域包括ケア病棟で在宅復帰を目指す患者にとって、主疾患の治癒だけでなく、それに伴って低下したすべての機能が元に近い状態にまで戻せるかは大きな関心事です。看護師がアルゴリズムに基づき観察、アセスメントし早期介入できることや、評価指標を点数化し多職種と情報共有できるように工夫している点は取り入れやすく参考にしたい内容でした。

第20席は、経口困難患者に臨床倫理シートを用いて行った看護実践の事例報告でした。臨床倫理シートは患者や家族の思い、医療者側の治療方針など混沌とした状況を書き出し整理、アセスメントし、多職種と情報共有するツールとして注目されています。患者の意思決定支援のため相互のジレンマを解消し、納得感のある看護実践につなげることができた良い事例報告だったと思います。

最期に座長の機会をいただきましたことに感謝申し上げます。

口演第1群の座長をつとめて

鍛治 佳美 (JCHO金沢病院 看護師長)

第1群は、在宅療養支援・退院支援に関する4題の発表でした。

第1席「患者と多職種及び認定看護師をつなげる外来看護師の関わり～外来看護師にアンケート調査を行って～」は、外来看護師が、支援の必要な患者に対して、多職種および認定看護師へ介入依頼を行っているかの実態調査の発表でした。「入院医療から在宅医療へ」の流れのなかで、外来看護師の役割は、患者さんの様々なニーズに対応できる知識と技術を提供し、安心して在宅療養を送ることができるよう支援することです。今後はさらにコメディカルと協働しながら多角的に患者支援ができるシステム構築を期待します。

第2席「退院支援看護師が行う患者・家族の意向の不一致に対する支援」は、患者・家族の意向の不一致に対して退院支援看護師が行う支援をカテゴリー化し分析された発表でした。退院支援では患者の思いを優先に支援すべきですが、現実不一致のケースは多い現状の中で、双方の共通のゴールを見出す退院支援看護師の役割についての示唆を得ることができました。

第3席「当院における入退院支援体制の構築と評価」は、入退院支援に関する看護師の意識調査と、入退院支援室の開設が入退院支援の強化につ

ながったことが示唆された発表でした。

第4席「口から食べて自宅へ帰りたい患者を支える長男への関わり」は、嚥下障害を持つ患者を支える家族に対する退院支援についての事例研究でした。“経口摂取で在宅へ”という患者と家族の共有目標から、不安要素を払拭し、保証と安心を与えることで退院に至った事例でした。このような成功事例を共有することで、在宅移行の選択肢が広がっていくと思います。

今回の演題から、私たち看護師は、患者の「生活を看る」視点と「どう生きるか」を知ること、そして、患者・家族の思いに寄り添いながら意思決定支援を行うことが重要であると再確認することができました。より良い退院支援を構築するために、それぞれの専門家が、協働しながら活用できるシステムの強化について、様々な視点で学習させていただきました。医療情報を提供するだけでなく、患者の生き方や価値観についても、情報を共有しながら、患者にとって、どのような治療が、生き方や価値観に沿ったものになるのかを一緒に考え、その人の生き方に寄り添いながら日々看護していきたいと思っています。

このような貴重な経験をやる機会を頂き、誠にありがとうございました。

口演第2群の座長をつとめて

浦嶋ひとみ (石川県済生会金沢病院 看護師長)

口演第2群看護教育・看護管理①5題の座長をつとめさせていただきました。

第1席「ロールレタリングを活用した学生支援の実践報告」は看護専門学校の3年生を対象にロールレタリングというツールを用い、自尊感情や共感性、およびストレス反応への効果をエゴグラムにて、学生支援の効果を検証した内容でした。自分への手紙にて自己感情の明確化を図り、自己カウンセリングにて前向きな感情を生み出すことは他の施設でも参考となる研究でした。

第2席「看護師養成所における異学年交流活動を通しての教育効果」は異学年の交流グループを

作り、交流活動により、上級生から下級生がその学びから行動変容と化する内容でした。異学年交流活動は卒業後も患者への理解や同職種や他職種への理解につながり、意義のある内容でした。今後も活動として継続して頂きたい内容でした。

第3席「糖尿病カンパセーション・マップが看護師の教育ツールとして有効であるかの検討」は患者教育ツールを用い、看護スタッフが糖尿病患者教育の知識と理解を深めるとともに看護スタッフへの教育ツールとして使用した研究でした。他の施設からも取り入れたいと質問もあり、今後も継続し、教育効果と人材育成につながっていくこ

とを願います。

第4席 福島県内における看護業務「療養上の世話」「診療の補助」の看護補助者・他職者への委譲—その1 委譲状況の実態は看護業務33項目における看護補助者・他職者への現在の委譲状況と本来看護師が行う看護業務を検証していました。看護業務とは何かを考えさせられる研究でありました。

第5席 福島県内における看護業務「療養上の世話」「診療の補助」の看護補助者・他職者への委譲—その2 委譲との関連因子はその1からの関連因子が看護配置や病床数に影響されているこ

とを示唆していました。第4席と5席から言えることは、看護職として行う看護業務は何であるか、チーム医療が求められている中で看護職が他職者との業務連携も考慮したうえで、看護業務の核となる専門職としての教育が必要ということです。

保険医療を取り巻く社会の変化に伴い、学生の教育カリキュラムも変化していきます。学校や病院、施設が変化を受け入れ、看護教育に繋げ、協働する力を管理していくことが不可欠であると考えます。それぞれの発表に対し、大変興味深く聞かせていただきました。このような機会を与えてくださったことに深く感謝いたします。

口演第3群の座長をつとめて

高松 朝男（浅ノ川総合病院 看護師長）

口演第3群看護総合①の4題の座長をつとめさせて頂きました。

第10席「腹膜透析導入患児の母親が抱くアンビバレントに対するナラティブケア」は、CAPD導入前後小児の母親の心理的状況の変化の有無を明らかにする、母親の心理的変化に対するケアを検討する事を目的とした研究でした。面接を2回実施し、母親のナラティブから3つのカテゴリー（物語）、後ろ向き、前向き、後ろ向きの物語を前向きな物語に変化させた3つの物語が抽出されました。今回、後ろ向きを前向きな物語に変化させたナラティブケアについて考察されています。今後も母親が抱えるアンビバレントな思いに活用していくことを期待します。

第11席「造血幹細胞移植治療中に精神障害が悪化した躁病エピソードのある患者を支えた看護～トラベルビーの人間対人間の関係モデルでの分析～」は、移植前処置を開始した直後から副作用の症状出現、精神状態が悪化した患者に対し、トラベルビーの人間対人間の関係について4位相における患者の精神面の変化を3期に分類し分析されていました。最終的にラポールを形成されたことは意義深い研究でした。

第12席「初めてクリーン病室で過ごす患者の精神的看護支援を実践して～聞き書きを取り入れた

関わりを通して～」は、クリーンルームで治療を受けられる患者の拘束感や孤独感、死への恐怖、不安やストレス、苦痛の訴えが多く聞かれることに対し、患者の思いをもっと深く理解し看護に繋げていこうとした研究でした。その方法として「聞き書き」の手法をクリーンルームに入室する患者に実施し、患者の思いを分析しカテゴリー化し、精神的看護の実践ができた意義ある研究でした。

第13席「コミュニケーションスキルNURSEを用いた終末期がん患者家族とのかかわり」は、夫の終末期の状態を受け止め切れなかった妻が悲嘆プロセスをたどり夫の病気を受容する過程において、コミュニケーションスキルNURSEを用いた関わりが有用であった研究でした。妻は夫が以前入院していた病院の不信感を引きずり転院してきたが、丁寧な関わりとコミュニケーションスキルNURSEの方法を用いることによって妻の心理が良い方向へと変化していく意義深い研究でした。

4席とも患者、患者家族と看護師の信頼関係または、患者、患者家族が状態を受け入れるまでの揺れる心理状態に看護介入していく研究でした。

今回、座長を努めさせていただく機会を与えてくださったことに深謝申し上げます。

口演第4群の座長をつとめて

蛸島 智子（金沢医科大学病院 看護師長）

口演第4群看護総合②患者の苦痛、不安軽減等に関する5題の座長をつとめさせていただきました。

第1席「乳がん術前術後化学療法に用いられるドセタキセルによる浮腫の出現と飲水量との関連性」は、化学療法を受ける患者の飲水量の実態を調査し、浮腫との関連性を検討した発表でした。化学療法を継続していくには副作用コントロールが重要ですが、浮腫と便秘という相反する2つの症状に着目し検証されたのは有意義であったと思います。今後も検証を継続され、今回立証されなかった因子との関連性が明らかになることを期待します。

第2席「血液疾患患者への終末期における看護実践の実態」は、血液疾患患者の終末期看護を実践している看護師が感じている困難やジレンマ、課題について明らかにする発表でした。医療者と患者家族の間に立ち、患者にとっての最善を模索する看護師の姿に共感しました。患者家族が納得できる方向性の一致に向けた意思決定支援の輪が、今後も広がっていくことを望みます。

第3席「乳がん手術後患者のホルモン療法での副作用とその対処行動 - 内服3ヶ月後に焦点を当てて -」は、ホルモン療法開始3ヶ月後に焦点

を当て、患者の治療への受け止め方と副作用の対処行動を明らかにする発表でした。治療開始3ヶ月後患者がサバイバーとして歩みだす重要な時期として捉え、その思いや行動を分析したことは意義があったと思います。今回明らかになった患者の不安や必要な援助等の研究結果が今後の実践に活かされることを期待します。

第4席「初回入院のDCM患者・家族に対するACP介入のタイミングの重要性を振り返る」は、患者の妻へのACP介入をきっかけに、患者自身の行動変容につながった事例の発表でした。治療により症状が一時的に改善することが多く予後に対する意識を持ちにくい心疾患患者と家族に対するACP介入は困難なことも多く、興味深く聞かせていただきました。

第5席「がん終末期患者の妻の思いの変化 ～在宅療養を実現できた事例を通して～」は、退院困難と思われるがん終末期患者家族の意思決定を支援し、妻を通して経過と思いを振り返った発表でした。医師の一言が決め手になったとありましたが、患者家族の思いに寄り添い、困難を調整していく看護師は大きな力になっていたと考えます。

最後に、座長の機会をいただきましたことに感謝いたします。

交流集会 I

高齢者医療最前線フレイル

本庄 幸代（石川県医療在宅ケア事業団）

わが国では、急速に高齢化が進み、平成29年の高齢化率は27.7%、75歳以上の後期高齢者の人口割合は13.8%となっており、今後さらに、後期高齢者の増加が見込まれています。人々が住み慣れた地域で最後まで過ごすためには、健康寿命の延伸、要介護状態に至る過程を予防することが大切です。脳卒中をはじめとする疾病予防の重要性は言うまでもありませんが、要介護状態になる原因の一つである高齢による虚弱「フレイル」を予防することが大切です。

今回、「高齢者医療最前線フレイル～今求められる多職種協働による早期発見からの予防と対応～」をテーマとし、各分野のスペシャリストの方々に講演いただきました。

医師から、高齢者の健康寿命とフレイルについて、フレイルを正しく理解し対応するために、フレイルとは何か。フレイルとそれに関連する低栄養、サルコペニア（老化に伴う筋肉量の減少）や認知症の病態と予防について講義していただきました。これは転倒予防、介護予防の観点からも重

要です。

理学療法士から、高齢者の加齢や疾病による健康障害によりフレイル状態に陥るため、疾病の重症化予防と身体機能を維持することが必要であること、そのために、筋力維持を病院、施設や在宅でどのように行うか、活動や社会参加の仕組みづくりを行うことが大切であるということ学びました。

看護師から、栄養と口腔ケアからフレイルを予防するための対策として、地域包括食支援の取り組みについて講義していただきました。高齢者の「食べる力」を地域の多職種で連携する際の鍵と

なる7つの要因の頭文字を「カニや白えび」に例え、①か（環境）②に（認知機能）③や（薬剤）④し（心理）⑤ろ（老化）⑥え（栄養）⑦び（病気）について実践事例を通して学びました。個々の食べる力は、この①～⑦の7つの要因が影響するため「カニや白えび」の関係を多職種で紐解くことは食事に関する問題点の整理や食支援の連携を活性化させるという大変貴重な内容でした。

在宅で看護を実践する者として、地域包括ケアシステムを構築するために何をしていくべきか考えることができました。

交流集会Ⅱ

拡がる在宅療養移行支援における外来看護師の役割

丸岡 直子、石川 倫子、田淵 知世（石川県立看護大学）
太田 裕子、湯野智香子、中野 陽子、本田 紀子（小松市民病院）
出口まり子（元石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター）

入院が決定した患者は、入院治療の必要性を受け入れながら、退院後の生活に対する漠然とした不安を覚えることでしょう。そして入院中には、患者は退院後の暮らし方への再構築を行うために、どのような治療・ケアや支援を受けながら、どこでどのように暮らすのかという意思決定を求められます。退院すれば、患者は家族を含めた社会資源を活用して病気や老いと折り合いをつけながら新しい療養生活をスタートし、それを維持していきます。このような人々が遭遇する病気発症から始まる療養過程における課題に対して、病院は地域と連携した在宅療養移行支援体制を構築し、多職種で関わっています。その中でも看護師は中心的な役割を果たしています。在宅療養移行支援は退院支援看護師や病棟看護師が主体となって進められる場合が多いですが、入院前・退院後の在宅療養移行支援は重要であり、外来看護師の役割も拡がることが求められていると思います。

交流集会では、1)在宅療養移行期における患者・家族の課題と外来看護師の役割、2)外来における在宅療養移行支援質指標の紹介、3)事例紹介（急性増悪が懸念される心不全患者の在宅療養維持を支援する外来看護、患者が選択した透析療法を継続するための在宅療養移行支援）を発表させていただきました。参加者との意見交換では、外来-病棟連携における患者の課題の共有方法、外来看護業務における在宅療養支援のために時間確保、外来看護師の在宅療養移行支援への意識を高めることに等について質問が出され、意見交換ができました。

交流集会では100名を超える参加があり、患者の療養過程を「時間軸」と「生活目線」でとらえる在宅療養移行支援における外来看護師の役割やシステム構築への関心の高さを実感いたしました。参加いただきました皆様、交流集会の機会を与えて下さいました皆様に感謝申し上げます。