

ISSN 1884-5673

香川県看護学会誌

第13巻 2022

公益社団法人香川県看護協会

目次

研究論文

香川県看護学会誌投稿規程

編集後記

新生児に補充を行う際の助産師の判断に影響する要因

キーワード：母乳育児 母子同室 補充

○久利 真有美¹⁾ 佐藤 遙奈¹⁾ 松本 明莉¹⁾

¹⁾高松赤十字病院

はじめに

母乳育児は母にとって多くの疾病リスクが低下し、児にとっては認知能力などの発達にとって好ましい影響がある等、母子にとってメリットが大きいことが知られている¹⁾。

A 病院は 2020 年 4 月から新病棟移転に伴い完全母子同室が開始となった。完全母子同室を開始することで頻回な直接授乳が可能となり、母乳栄養率が上昇するのではないかと考えていた。しかし、実際に開始してみると母親の休息の確保が困難な場面や、母乳分泌不足と判断して補充を行う場面が多くみられ、逆に頻回な直接授乳の機会が減少し、母乳栄養率が低下している印象を受けた。

医学的な適応がない限り、補充の必要性を判断するのは助産師であるが、その判断が助産師により異なっている現状がある。瀬戸口²⁾は、「母乳育児に関しては、一貫した支援を行うことが重要であり母乳育児支援の内容が看護者によって異なることによって混乱し、母乳育児の継続を妨げる」と述べており、助産師により判断やそれに伴うケアが異なれば母乳栄養率の改善は難しく母親にとっても混乱を招く可能性が高い。そのため新生児に補充を行う際の助産師の判断に影響する要因を明らかにすることで、助産師のケアの方向性を見直し、不必要的補充を減らすことで、母乳栄養の確立及び継続につながると考え本研究を行った。

I. 目的

これまで医学的な適応のない新生児に補充を行う際の助産師の判断に影響する要因を明らかにしている先行研究は見当たらなかった。そこで新生児に補充を行う際の助産師の判断に影響する要因を明らかにすることを目的として本研究を行った。

II. 方法

1. 研究デザイン

質的記述研究デザイン

2. 研究対象と研究期間

1) 対象：A 病院産科病棟に所属する助産師のうち、経験年数の差がないように無作為に選出した。管理職は除いた。

2) 研究期間：2021 年 3 月～2023 年 1 月

3. データ収集方法

インタビューガイドを用いて、半構造化面接を対象者に対して行った。インタビュー内容には補充の経験の有無や補充を行った際の児の状態、母親の状態等についてを含み、同意を得て録音した。録音内容から逐語録を作成し、データとした。

4. データ分析方法

逐語録の内容を研究者間で詳細に読み、全体の内容を把握した。語られた意味内容からデータを切片化し、その特徴からコードをつけた。対象者一人ひとりのコードを比較し、その差異性と類似性から、カテゴリーを作成した。

5. 用語の定義

補充とは、母乳以外の砂糖水や人工乳を児に飲ませることである。

III. 倫理的配慮

A 病院看護部倫理審査委員会の承認を得たのち、文書および口頭により調査目的、方法、期間を説明した。調査への参加は自由意思であること、途中辞退は可能であること、プライバシー保護について説明した。同意書へのサインをもって研究参加への同意とみなした。この研究は利益相反の該当はない。

IV. 結果

対象となった助産師は 9 名であり、助産師経験 1～3 年 3 名、4～10 年 3 名、10 年以上 3 名であった。助産師が医学的な適応のない新生児に補充を行う際の判断に影響する要因として、「母側の要因」、「児側の要因」、「スタッフ側の要因」、他に「補充をし

ない時の要因」の4カテゴリーおよび14のサブカテゴリーが抽出された（表1）。

表1：判断に影響する要因

カテゴリー	サブカテゴリー
母側の要因	頻回授乳が続くことによる疲労
	母乳の分泌状況
	乳頭痛
	母の意向
	手術後や産後出血が多い場合
児側の要因	啼泣
	医学的介入が必要となるおそれがある場合
	排尿・排便回数の減少
スタッフ側の要因	多忙
	他のスタッフの対応
	児の体重が増えてほしいというスタッフの思い
補充しない時の要因	母乳希望がある
	時間帯
	排泄回数が確保されている場合や嘔気がある場合

1. 母側の要因

1) 頻回な直接授乳が続くことによる疲労、直接授乳をしても児が落ち着かず、直接授乳を繰り返す事で母が疲労しており夜間も眠れていらない状況となった時に補充をしていた。

S: 頻回な直接授乳が続いているお母さんが疲れて補充をしてくださいって時。

2) 母乳の分泌状況

乳汁分泌や乳房緊満の状況を確認したり、哺乳量を測定したりすることで、まだ母乳が足りていないと考えられる場合に補充をしていた。

S: ①お乳が良いって言われているけど、お母さんのお乳の出具合とか家族背景とか仕事の復帰とかもあつたらやっぱお乳だけが全てとは思わないから。

②3日目で母乳の量が1杯だったら、少なすぎて体重がボーダーを切ってしまうって思つたりして。そういう時は自分の判断で足すこともあります。

3) 乳頭痛

乳頭痛があるため、直接授乳ができない場合に補充をしていた。

S: 日齢1の子であまりにも頻回で、お母さんが乳首痛いとかでもうこれ以上吸わせられないとかこれ以上もう難しいって言う時。

4) 母の意向

母が夜間の休息を希望した場合は、一時的に母子同室を中止して補充をしていた。また、母にどういった授乳方法を希望するかを確認し、母が混合栄養を希望している場合は補充をしていた。

S: お母さんがどうしたいか。私たちが決めるのではなくてお母さんがもう無理で足してくださいって言うなら足す。

5) 手術後や産後出血が多い場合

床上安静の指示があり児を預かっている場合や母の体調により母子同室が出来ない場合、自律授乳をしてもそれでも児が落ち着かない場合は補充をしていた。

S: 夜授乳休みたいとか術後で動けないとか、母の疲労とか、あと赤ちゃんの尿がでてない時。

2. 児側の要因

1) 啼泣

直接授乳をしても児が泣き止まない時、頻回な直接授乳をしても児がほしがるといった児の啼泣が続くときに補充をしていた。

S: 抱っここの仕方とか寝かせ方とか言って、それでもやっぱり泣くっていうのが続くようだったら、お母さんの疲労とともに考えて足したらいいかなって思つたら足します。

2) 医学的な介入が必要となるおそれがある場合

経皮的黄疸値が基準値内であるが上昇傾向にある児は、黄疸の増強を防ぐために補充していた。また、易刺激性がある児、低血糖の可能性が考えられる児には無呼吸を心配して補充をしていた。

S: 日齢3・4でミノルタが上がっているけど、母乳を飲めた量が20gで補充するかきわどい時は補充を提案してみます。

3) 排尿・排便回数の減少

児の排尿・排便回数が少ないと判断する回数や時間はスタッフにより異なっていた。

S: 初回排尿じゃなくても、何十時間も尿が出てない時は足します。

3. スタッフ側の要因

1) 多忙

夜勤帯に母子同室をしておらず預かっている場合、母のところに自律授乳で連れて行くのが困難な時に補充していた。また、乳頭の形状等から授乳介助が必要でも、介助する余裕がない場合に補充しいいた。

S: ①自律授乳に連れて行けない。泣くのになかなか連れて行ってあげられない。こないだ朝10人預かりとかで朝10人連れて行ったけど。10人自律授乳ってなると厳しい。

②明らかに介助しないと吸えそうにない扁平乳頭とか。根負けしてしまうときもありますね。そこについて授乳介助してあげる余裕がこっちになくなつて。

2) 他のスタッフの対応

他のスタッフが自分の対応以前に既に補充をしていた場合、自分も継続して補充をしていた。

S: 前の人が足していくて足すことが多いかなと思います。

3) 児の体重が増えてほしいというスタッフの思い日齢4の小児科検診で体重が減少していたり、退院日に体重が減少していたりすると退院許可が出ないため、主に日齢3.4で補充していた。

S: 足しはじめましょうかっていうのは3日目とか4日目が多い。3日目とかだったら次の日には体重が増えて欲しいので小児科の検診もあるし。小児科検診があることが理由の1つにはなります。

4. 補充しない時の要因

1) 母乳希望がある

母が母乳を希望している場合、その意向にそえるように母の状況をみながら補充をしなかった。

S: お母さんの母乳希望が強くてできるだけ母乳で頑張りたいって意志が強いときとか思っていたより測ってみたら飲めていた時とか吐いた時。

2) 時間帯

夜間に比べて昼の方がスタッフも頻回な直接授乳をすすめやすく、母の負担にもならないため昼は補充が少なかった。

S: 昼の間は頻回な直接授乳で頑張ってもらつて日勤中ずっととかだったらさすがに言います。基本待つて日勤中は頻回な直接授乳で頑張つてもらって夜は足すとかです。

3) 排泄回数が確保されている時や嘔気がある時、排尿・排便がしっかりとある場合や、児の嘔気が強い時は補充をしなかつた。

S: 日齢が浅くて授乳はしているけどおっぱいはそこまで出てないのでおしっこは出ているときとか、

ちょっと吐き気があるからやめておこうってときは補充をしなかつたです。

V. 考察

1. 母側の要因

A 病院の現状として、母子同室を行っている場合は、児が啼泣すると母は授乳をしたり、あやしたりする。それでも啼泣が続き直接授乳が頻回になると、母が疲労し母乳不足を感じて、補充を希望することにつながっている。助産師も母乳分泌や乳房緊満の状況を確認したり、哺乳量を測定したりする中で母乳が足りていないと考えた場合に補充をしていた。世界保健機構(WHO)の母乳育児成功のための10箇条³⁾によると、「乳汁産生は吸啜刺激と効果的な乳房からの児の乳汁の飲みとりによって促され、授乳回数を制限しない自律授乳によって乳汁分泌は最も効果的に促進される。」とある。そのため、乳汁分泌促進のためには頻回な直接授乳が必要なことを母に説明し、可能な限りで産後早期から授乳を行つてもらえるように関わる必要があると考える。

また、直接授乳が頻回となった結果、乳頭痛などの乳房・乳頭トラブルが起こり、その痛みを回避するために補充を選択している。先行研究によると、母親が母乳育児を諦める理由の1つとして乳頭の痛み・傷があり、その予防としては正しいポジショニングとラッチオンだけである⁴⁾と述べられている。補充に頼らず、乳頭痛を避けるためのポジショニング・ラッチオン指導を十分に行う必要があり、そのことが入院中だけでなく、退院後も母乳育児を継続できることにもつながると考えられる。

さらに、疲労が強く母が休息を希望する場合や分娩時出血が多い場合、帝王切開後安静が必要な場合は、分娩早期からの母子同室を行っていない。

また、夜間にまとまった休息を希望されると自律授乳はせずに、スタッフが補充を行っているケースも多い。母乳育児成功のための必要条件として、山内の3.5カ条には、出生後24時間以内に7回以上の授乳(初回授乳は含まない)や、出生直後から母子同室・同床⁵⁾が挙げられている。母の体調を優先し、希望に添うことも大切だが、母の状態や背景をアセスメントしながら、できるだけ母子同室や夜間でも自律授乳を行ってもらえるように、スタッフの働きかけや十分なサポートが必要である。

2. 児側の要因

経皮的黄疸値が基準値内であるものの上昇傾向にある児、排尿・排便回数が少ない児など、今後医学的介入が必要となるおそれがある場合には補充を行っていた。しかし、その補充を行う際の判断となる基準はなく、スタッフ個人のアセスメントで判断し補充を行っている現状にある。補充をする際の経皮的黄疸値や排泄回数の基準を設けるなど、スタッフ間で補充の開始を統一していく必要があると考える。

また、日齢4の小児科の検診では確実で順調な体重増加が退院許可にも反映されるため、日齢3から補充を開始することにつながっていた。小児科医師や小児科スタッフとも積極的にコミュニケーションをとり、体重増加が十分ではなくても今後の増加が見込めそうな場合であれば、退院後の健診を早めに設定し、そこでフォローするといったサポート方法を検討していく必要がある。

3. スタッフ側の要因

乳頭痛がある場合や扁平乳頭等で授乳にケアが必要な場合、特に夜間はその指導を十分に行う時間を確保できていなかった。スタッフが確保できている日勤帯に十分な授乳姿勢やラッチオンなどの指導を行えるように関わると共に、カンファレンスや申し送りの際に授乳介助が必要な婦婦の情報を共有し、夜間にも注意して観察していくなどの取り組みが必要であると考える。

また、一度補充を開始するとそのまま退院まで補充を継続していることが多いため、日々の母乳分泌や哺乳状況を確認し、その日の状態に応じたアセスメントを行い、母にも伝えて一緒に方針を考えていく必要がある。さらに、スタッフ全員が病棟としての方向性を再認識するとともに、早期母子同室や夜

間授乳の必要性を理解し、日々のケアを行う中で積極的に母親に寄り添いつつ伝えていく必要があると考える。

4. 補充をしない時の要因

母が完全母乳を希望している場合には、スタッフはその意向に沿るように母子の状況をみながら補充をしていなかった。母親自身が「母乳で育てたい」という意欲を持つことも補充を減らすことにつながると思われる。時間帯を考慮して、疲労の少ない時間帯に頻回授乳をすすめることもしていた。疲労が強い場合には、終日の頻回授乳を目標とするのではなく、このように時間帯を絞って目標設定するのも効果的であると思われる。

しかし、妊娠婦と関わる中で、積極的に母乳栄養を希望している母親は減っており、「できれば母乳栄養」「こだわりはない」と考えている母親が多い。母親が自ら意欲的、積極的に産後の母乳育児に取り組めるように、妊娠中から母乳栄養や頻回に直接授乳を行うことのメリットを伝えていくことが重要である。

VI. 結論

新生児に補充を行う際に影響する要因として【母側の要因】【児側の要因】【スタッフ側の要因】が明らかとなり、また、【補充しないときの要因】も明らかとなった。

引用文献

- 1) 濑川雅史：母乳育児支援スタンダード(第2版)，医学書院，64，2016.
- 2) 濑戸口陽子，斎藤由香，古賀由紀，松原まなみ：看護者が新生児に母乳代替品の補充を決定する際に考慮する要因-提示した事例へのケア選択理由の分析から-，日本母乳保育学会雑誌，12(1)，36，2018.
- 3) UNICEF/WHO 共同声明(2018)：母乳育児を成功させるための10箇条，2023年5月15日，https://www.unicef.or.jp/about_hospital.html.
- 4) 河原聰美，梅野貴恵：母乳栄養率・母乳育児支援の出産施設別の比較と母親が望む母乳育児支援の検討，母性衛生，54(2)，317-324，2013.
- 5) 山内芳忠：赤ちゃんにやさしい病院の母乳育児指導，ペリネイタルケア，(19)3，20-21，2002.

終末期心不全患者の緩和ケアを行う病棟看護師の看護実践での思い

キーワード：終末期心不全 緩和ケア 看護実践 思い

○外峯 恵美¹⁾ 合田 理恵子¹⁾ 前川 李菜¹⁾ 真鍋 千尋¹⁾ 山下 香織¹⁾ 平尾 寛子²⁾

¹⁾香川労災病院

²⁾宇多津町地域包括支援センター

はじめに

心不全は慢性の進行性疾患であり、心不全患者の約20~40%が1年以内に再入院すると言われている¹⁾。また、人生の最終段階に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合は、がんが34.01%に対し心血管疾患は38.47%が多い²⁾。がんの緩和ケアは、マニュアルがあり症状緩和に対する意識が高く、緩和ケアチームでの活動が行われている。心不全の緩和ケアについては、2018年度の診療報酬改定で「緩和ケア診療加算」の対象になり、2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言では、「心不全に対する積極的治療と緩和ケアを適切に両立させていくことが大事である」³⁾と言われている。

A 病院では終末期心不全患者に対する緩和ケアの取り組みが進んでおらず、看護師の個々の思いや判断によって実践されている。そのため、終末期心不全患者の関わりのなかで看護師は迷ったり、様々な思いを抱いている。そこで、終末期心不全患者の緩和ケアを行う病棟看護師の看護実践での思いを明らかにしたいと考えた。

I. 目的

終末期心不全患者の緩和ケアを行う病棟看護師の看護実践での思いを明らかにする。

II. 方法

1. 研究デザイン：質的研究

2. 研究対象者

終末期心不全患者の看護実践に関わった看護師経験が5年以上で、同意を得られた14名

3. 研究期間

2021年8月1日~12月28日

4. データ収集方法

終末期心不全の緩和ケアの看護実践の関りについて独自に作成したインタビューガイドに基づき半構

成的面接を行った。インタビューの内容は、「看護師経験年数」「終末期心不全患者のイメージ」「印象に残っている看護実践に関する思い」「今後どんなことができればいいと思うか」とした。対象者の承諾を得てICレコーダーに録音後、逐語録を作成しデータとした。

5. データ分析方法

逐語録から看護実践での思いのコードを抽出し、類似性に沿ってサブカテゴリー・カテゴリー分類して分析を行った。

III. 倫理的配慮

本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

参加は自由意思とし、収集したデータは個人が特定されないようにコード化し、本研究以外では使用しないことを説明し書面で同意を得た。利益相反なし。

IV. 結果

看護実践での思いとして、[終末期心不全の緩和ケアの難しさ] [症状緩和に関する思い] [終末期心不全の緩和ケアをしたいという思い] [医師とのコミュニケーション不足] [家族のための支援] [生き方を支える意思決定支援] の6つのカテゴリーが抽出された。これらは、9つのサブカテゴリー(《》で示す)で構成された。

表1. 終末期心不全患者の緩和ケアを行う病棟看護の看護実践での思い

カテゴリー	サブカテゴリー
終末期心不全の緩和ケアの難しさ	緩和ケアをしないと命延長が難しく 多様な緩和ケアを提供したい 看護師には看護が効果的だが導入が難しい 安樂死などしてもらいたい 心不全の緩和ケアを勉強したい 医師と共に考える必要がある 家族のためには何がしてあげたい 正しく医療の進行を伝える意思決定を支援したい 支援によっては最終手段をなすことができる
医師とのコミュニケーション不足	
家族のための支援	
生き方を支える意思決定支援	

1. [終末期心不全の緩和ケアの難しさ]

《緩和ケアをしたいが実践が難しい》では、「強心剤や利尿剤の使用、ネーザルハイフローなど症状緩和の介入でQOLを下げジレンマを感じた」と語りがあった。《多職種で緩和ケアを深めたい》では、「多職種で関わり多角的に考えられる」と語りがあった。

2. [症状緩和に関する思い]

《症状緩和に麻薬は効果的だが導入が難しい》では、「苦痛症状があるなら早くから麻薬を少量からでも使用してあげたい」また「少しうとうとすることで息が楽になったらいい」という思いで麻薬を使った。「がんとは違い麻薬導入に基準がなく使用の時期が難しい」と語りがあった。

3. [終末期心不全の緩和ケアをしたいという思い]

《安楽に過ごしてもらいたい》では、「呼吸苦を取るために体位交換してあげたい」と語りがあった。《心不全の緩和ケアを勉強したい》では、「終末期に介入できることを勉強したい」と語りがあった。

4. [医師とのコミュニケーション不足]

《医師と共に考える必要がある》では、「医師と相談し一緒に考えたいがコミュニケーションが取りにくい」「医師とカンファレンスして患者や家族の苦しさを伝えたい」と語りがあった。

5. [家族のための支援]

《家族のために何かしてあげたい》では、「安心できるように声かけしたい」「家族との時間を作つてあげたい」と語りがあった。

6. [生き方を支える意思決定支援]

《正しく症状の進行を伝え意思決定支援をしたい》では、「進行性疾患と伝えることが重要だ」と語りがあった。《支援によっては最期に好きなことができる》では、「看取りをどのように迎えるか、環境調整のために看護師の関わりは重要」と語りがあった。

IV. 考察

1. [終末期心不全の緩和ケアの難しさ]

心不全は急性増悪を繰り返すため予後予測が難しく、看護師はただ悪くなっていくのを見るだけで何もできないつらさを感じていた。それは、目の前に呼吸困難や浮腫などで苦しんでいる患者がいてもどう関わればいいか分からず、症状緩和のために行っているネーザルハイフローなどの呼吸器の装着や強心剤・利尿剤の輸液ポンプによる持続点滴などによって、治療強化と安静臥床がQOLを下げているのではないか、という思いがあるからだと考える。

心不全は終末期であっても医師は治療継続してい

ることが多く、看護師は多職種と連携しカンファレンスで様々な視点で緩和ケアを考えたいという想いがあった。心不全は治療を継続しつつ、緩和ケアを提供することが求められると考える。心不全の終末期治療について高田^④は、「がんとは異なり心不全の終末期においては、強心剤や利尿剤といった心不全治療薬の使用が症状緩和としての意味をもつこともあるため、積極的な点滴治療が選択肢として残される」と述べている。心不全に関して和田ら^⑤は「医師は、高度医療により救命のチャンスがあることや、生命予後の予測が難しいなどの理由から心不全患者の緩和ケアの概念を取り入れることへの困難感を抱いている。このことが、医師一看護師間での治療方針に対する行き違いや、看護師が医師との関係に葛藤を抱くことにも繋がっている。」と述べられており、A病院でもジレンマの原因になっていると考える。

2. [症状緩和に関する思い]

看護師は症状緩和のために麻薬を使用した方がいいという想いがあつても一方、積極的治療と併用するため麻薬導入のタイミングが難しいという想いを抱いていた。そのため、心不全は麻薬使用に関する明確な治療方針がなく、個々の医師の判断に委ねられている。非がん患者の麻薬導入について山出ら^⑥は「非がん患者の苦痛を緩和させるために、早期から麻薬を使用するなど、チームで苦痛緩和への取り組みをしていく必要がある」と述べており、早期から麻薬を使用するよう緩和ケアチームで麻薬の導入時期を検討していくことが必要であると考えられる。

3. [終末期心不全の緩和ケアをしたいという思い]

看護師は終末期心不全患者の呼吸困難感を軽減するため体位交換し、安楽に過ごせるよう緩和ケアをしたいという想いがあった。看護師は患者が心地よく過ごせる環境作りや不安を表出し睡眠がとれるよう心理的介入も心不全の緩和ケアでは必要と考えて実践している。また一方、自らの心不全の緩和ケアの大事にしたいことや緩和ケアの統一性に差異が感じられるため個々の知識不足を感じていた。宮下ら^⑦は「患者を24時間、一番近い位置で看護する看護師はそれらの症状をアセスメントし、適切な治療やケアを実践する必要があります。」と述べている。

看護師は終末期看護を学びたいという想いの表れであることが考えられる。

4. [医師とのコミュニケーション不足]

治療方針や看護について、看護師は医師に相談や提案をして一緒に考えたいがコミュニケーション

が取りにくいという思いを強く抱いていた。看護師は医師と共に考えたい気持ちはあるが、医師も業務が多忙であり、また病棟内でカンファレンスの時間が設けられてないため、患者・家族の思いや心不全特有のつらさと気持ちを話し合いができるていない。

緩和ケアチーム活動の手引きには、「治療強化に伴う患者のQOL低下を客観的に判断しながら、同時に症状緩和的なアプローチを行っていくというバランスをとることが重要である。そのためには循環器治療医とのコミュニケーションが必要不可欠である」⁸⁾と述べてある。医師・看護師で治療や看護の方針についての行き違いが生じないように、記録等の文書や緩和ケアチームとカンファレンスを実践し情報共有し、コミュニケーションを取りやすくする工夫をすることが看護師の役割と認識することが必要と考える。

5. [家族のための支援]

患者の苦痛や家族の不安も強いことを感じ、看護師は家族のために何か出来ることをしてあげたいという思いがあった。急速に心不全は悪化するため、ゆっくりと家族に話ができない、病状理解も確認できず、家族ケアが行き届いていないと思うこともあった。家族ケアに対し和田ら⁹⁾は「家族が終末期を迎えた患者に対して希望に沿った環境の提供や、苦痛の緩和を看護師と共に考えて取り組むことが重要」と述べている。看護師は病期ステージの予後や病状の理解について家族がどこまで理解しているか確認し、不安を明確化し支援していくことが必要である。

また、患者・家族の思いに共感的態度で傾聴し、個々の希望に沿った環境の提供や苦痛緩和を看護師と共に考えることが家族の心理的負担の軽減に繋がっていくと考える。

6. [生き方を支える意思決定支援]

終末期心不全は入退院を繰り返すため、看護師は患者がなるべく自宅で長く過ごすための関りが必要という思いがあることが分かった。A病院看護師は、再入院予防のために心不全手帳を活用し、内服管理や過活動予防に関して、家族も含めて退院指導を実施している。また、退院時だけでなく、外来通院時にも家庭の状況を患者と家族から聴き、具体的な生活指導を行っていく必要がある。看護師は、最期をどこでどう迎えたいか患者・家族の意思に沿いたいと思いがあった。意思決定支援について宮下ら¹⁰⁾は、「できるだけ早期から患者・家族を対象とした意思決定の支援をする必要があります。具体的には、患

者・家族が現状をどのように理解しているかアセスメントし、患者の予後や病状について的確な情報提供を行います」と述べている。症状の進行に関して、患者や家族の受け止めを確認しながら、予後や経過と一緒に考えられるように関わることが必要だと考えられる。松岡ら¹¹⁾は「疾患の早期段階から疾患の予後や治療法の選択を提示し、終末期について検討を行うことを推奨する必要性がある」と述べている。

看護師は早期から患者・家族に今後の治療や療養場所についてはどのように考えているか、確認し、医師や多職種とカンファレンスを行い、最期の過ごし方を調整することが求められると考えられる。

7. 終末期心不全患者の緩和ケアの看護師の役割

これらの6項目のカテゴリーを考察した結果、2. [症状緩和に関する思い] 3. [終末期心不全の緩和ケアをしたいという思い] 5. [家族のための支援]に関しては、看護師は共通認識があり終末期心不全患者の緩和ケアをしたいという同じ思いがあることが分かった。

1. [終末期心不全の緩和ケアの難しさ] 4. [医師とのコミュニケーション不足] 6. [生き方を支える意思決定支援]に関しては、終末期心不全は積極的治療と緩和ケアを両立させていくために、医師とのコミュニケーションを図り、患者の症状緩和をして家族の思いを共有するためにも、早期からの意思決定支援が必要であることが示唆された。

今後は、終末期心不全患者の苦痛の状態を医師と早めに相談し緩和ケアチームとカンファレンスを行い、心不全の緩和ケアを深めていきたいと考える。

予後や病状の理解について患者・家族に確認し、希望に沿った生き方を支援していく役割が看護師は必要であると考える。

V. 結論

看護実践での思いは、6つのカテゴリーが抽出された。[終末期心不全の緩和ケアの難しさ][症状緩和に関する思い][終末期心不全の緩和ケアをしたいという思い][医師とのコミュニケーション不足][家族のための支援][生き方を支える意思決定支援]が明らかになった。

引用文献

- 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 循環器疾患における緩和ケアについて
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-attach/1090100-Kenkoukyoku-oumuka/0000185125.pdf>

2021. 11. 15 アクセス

- 2) 前掲書 1) , 3
- 3) 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン：循環器疾患における緩和ケアについての提言, 53, 2021.
- 4) 高田弥寿子, 大石醒悟ら他編集：心不全の緩和ケア 心不全患者の人生に寄り添う医療(改定2版), 南山堂, 169, 2020.
- 5) 和田京子・小松夏姫・池田愛理・小宮百里加：成人期終末期心不全患者との関わりの中で循環器病棟看護師が抱く思い, 第49回(平成年度)日本看護学会論文集 急性期看護, 135～138, 2019.
- 6) 山出瑠望, 他：一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢者への終末期ケアに対する認識, 人間看護学研究, 20, 2019.
- 7) 宮下光令 他：末期心不全の緩和ケアを考える, HEART, 2(5), 509, 2012.
- 8) 日本緩和医療学会：緩和ケアチーム活動の手引き(追補版) 心不全患者への緩和ケア, 2020.
- 9) 前掲書 5) , 137.
- 10) 前掲書 7) , 510.
- 11) 松岡志帆, 他：心不全患者の終末期に対する心臓専門医と看護師の認識—ICD認定施設の全国調査—, 日本心臓病学会誌, 6(2), 120, 2011.

認知症高齢者に対する意思決定支援における効果的な関わり

キーワード：意思決定支援 認知症 高齢者 看護師の関わり 地域包括ケア

○白井 弥生¹⁾ 三好 江理子¹⁾ 森川 礼子¹⁾

¹⁾ 三豊総合病院

はじめに

厚生労働省は、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう地域包括ケアシステムを推進しており、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¹⁾を公表し、できる限り自分で自分のことを決めることの重要性を示している。また、令和2年度の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟を有する施設には、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることが施設基準に盛り込まれたため、自施設でも意思決定支援に関する指針を定めホームページで公開している。

認知症疾患の多くは進行性で認知機能障害が出現し、病気の進行とともに自分の意思で自分のことを決定するのが難しくなる。認知症の人にとって意思決定支援は重要であるが、理解力や認識力、記憶力などが低下していると同意能力がないとみなされることがある。しかし、五十嵐²⁾は「認知症と診断されている人であっても軽度であれば意思決定を行うことは可能なことが多い」と述べている。そこで、認知症高齢者が人生観や価値観、希望に沿った将来の医療及びケアに関する内容に対し、意思形成・表明するための看護師の効果的な関わりを明らかにしたいと考え本研究を行った。

I. 目的

事例を通して認知症高齢者が人生観や価値観、希望に沿った将来の医療及びケアに関する内容に対し意思形成・表明するための、看護師の効果的な関わりを明らかにする。

II. 方法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 研究期間：令和3年5月～12月
3. 対象：地域包括ケア病棟入院中のMMSE23点以下の高齢者2名
4. データ収集：
 - 1) 対象者の基礎情報は年齢、MMSE点数、家族構

成、疾患名、認知症症状とする。

2) 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を基に当院の認知症看護認定看護師が作成した手引き（以下意思決定支援の手引きとする）（表1）に沿って、人生観や価値観、希望に沿った将来の医療及びケアにおける内容を聴取し、聴取中の会話をボイスレコーダーに録音した。聴取項目は、A 大切にしたいこと、B 今後の目標、C 回復の見込みのない状態になった時どこで過ごしたいか、D 回復の見込みのない状態になった時どのような治療を受けたいか、E 心肺蘇生、人工呼吸器、点滴や胃管による栄養はどのように考えるか、F 正常な判断ができなくなった時、代わりに判断してくれる人は誰かの6項目とした。（表3に示す項目A～F）

3) 録音した内容を逐語録にした。

5. 分析方法：非言語的コミュニケーションの内容と看護師の捉え方を加え、聴取6項目の結果と共にプロセスレコードを作成した。認知症高齢者の表情や言動を抽出し、看護師の関わりを三村ら³⁾が示す「認知症患者に自由な感情を表出させるための10の事項」（表2）を参考に分類した。独自に工夫したことも含め看護師のどのような関わりが患者の意思決定に影響を及ぼしたか検討した。

III. 倫理的配慮

所属施設の看護部倫理委員会相当の機関の承認を得た。対象者に研究の主旨を説明し承諾を得て、不利益を回避するための配慮を実施した。代諾者に内容などを説明し、書面にて同意を得た。本研究において開示すべき利益相反はない。

IV. 結果

看護師の関わりで、対象者がどのような反応を示したかを表3、4示す。それぞれの対象者を観察した内容と発言の文頭にはA・Bを、看護師の関わりと発言の文頭にはNsを記載し、発言は「」で示す。

看護師の関わりの中で、意思決定支援の手引きに沿

った方法は【】で示す。看護師が工夫したことの中で、認知症患者に自由な感情を表出させるための 10 の事項に当てはまるものは《》で示す。当てはまらない独自の工夫は＜＞で示す。

1. 症例 1

A 氏：90 歳代女性

現病歴：心不全

MMSE：16 点（中等度認知症）

認知症症状：見当識・近時記憶・注意障害

家族構成：次女夫婦と孫の 4 人暮らし

聴取場所・要した時間：自室（大部屋）、17 分

2. 症例 2

B 氏：80 歳代女性

現病歴：左大腿痛、頻尿

MMSE：16 点（中等度認知症）

認知症症状：見当識・近時記憶・注意障害

家族構成：息子と 2 人暮らし

聴取場所・要した時間：デイルーム、24 分

2 名に共通して【分かりやすい言葉】《共感》＜表情・声のトーンを観察＞＜沈黙の意味＞が多かった。

A 氏は、《反復》＜過去の話＞が多く、B 氏は《感情の明確化》が多かった。2 名とも延命処置のことを知らないが、【分かりやすい言葉】【絵カード・写真】【物品に触れる】ことで理解できた。2 名とも全ての項目において意思表明ができた。

V. 考察

小川⁴⁾は、認知症の人とコミュニケーションを図るうえで一番問題になるのは、「注意が続かないこと」であると述べている。A 氏の聴取場所は、患者の身体的負担を考慮し自室（大部屋）にしたが、他の看護師の大きな声で聴取者との会話に集中することができなかった。注意障害があることを把握していたが会話に集中する環境を調整できなかった。B 氏には本人が落ち着ける環境で聴取を行った。B 氏は排尿回数が多いため、自室よりトイレに近いデイルームで 1 日のほとんどを過ごしていた。尿意が生じると会話に集中できないと考え排尿を済ませて聴取したこと、落ち着いて会話することができた。重要な話をする時は、周囲の状況や身体症状など、対象者が気になることを取り除いて注意散漫になることを防ぎ、【会話に集中できる環境を調整する】ことが重要であると考える。

A 氏は近時記憶障害があるため口頭で【選択肢を提示】すると、会話の途中で忘れてしまう可能性があると考え、【絵カードや文字カード】を使用した。その結果、忘れることを防ぐことはできたが、複数のカードが並ぶと迷って選択できなかつた。再度 1 つずつ提示し【選択肢を絞る】ことで、選択することができた。注意障害により複数の選択肢から選ぶことができなかつたと考える。その人の認知症症状を把握し混乱しない方法で説明する事が、意思形成・表明に繋がると考える。

A 氏は普段から自発的な発語が少なく、聴取中も会話が途切れることがあった。認知症高齢者は未経験のことや未来のことを想像するのは難しいが、これまで経験した過去の記憶は残りやすい。＜過去の話＞から思いを引き出し、認識してもらって感情を整理することで、意思表明に繋がったと考える。B 氏に対しても過去の話をしながら聴取したが、B 氏は普段から他者の会話も多かつたため、昔話をきっかけに会話量が増え、話がそれたりまとまらなくなることがあった。＜話を要約したり質問で確認したり＞、《感情の明確化、共感、反復》を行うことで、自分の思いを整理することができた。同じ認知症症状があつても、その人の性格に合わせた会話が重要である。

A 氏は、代理決定者を即答することができ、返答内容の家族構成は間違いがなく、繰り返し質問したことや確認したことにも同じ内容ではっきりと返答できた。A 氏の意思表明は確實性を示すと考えられる。事前に家族情報や生活歴などを把握しておくことは、会話を拡げ返答の裏付けにもなる。B 氏は質問の意味は理解出来ていたが、代理決定者を選択できなかつた。島田ら⁵⁾は、高齢者本人へのインテビュード「将来の医療やケアを決定するときの価値観を問うと、『家族に迷惑をかけたくない』と回答する。」と述べている。

B 氏は息子と 2 人暮らしであり、家族の迷惑になつてはいけないと考えた可能性がある。代理決定者の選択には家族の関係性や家族形態も大きく影響すると考える。

2 事例とも、心臓マッサージ、人工呼吸器、胃瘻のことを見らなかつた。しかし、【分かりやすい言葉】で説明し、【絵カード・写真】を用いて、【物品に触れて体感する】ことで、未経験のことでもどのようなことか理解し、自分に当てはめて考え意思形成・表明ができる、返答の理由まで述べることができた。水谷⁶⁾は、認知症者の立場に立つ視点の中で、「説明が理解できるかできないか」ではなく「どのように説明すると理解できるか」と述べている。情報は五感を通して脳に取り込まれ、対象を理解する。具体的にイメージできる状況を作るために、五感に働きかけて説明することは効

果的な関わりであったと考える。

三村ら³⁾は、沈黙は考えをまとめ感情を整理するための時間と示している。他にも、沈黙には考えがまとまらない、質問内容が理解できていない場合もあり、時間を確保しても返答がない場合があると考える。2事例とも質問に対して返答に時間を要し沈黙する場面があったが、＜表情や声のトーンを観察し、沈黙の意味を考え、思いを推察して汲み取った＞ことで意思を引き出すことに繋がったと考える。高山⁷⁾は、認知症の人はニードや意思を言語で表現することが困難になってくるが、うまく言葉にできない声やサイン、何かを伝えようとする気持ちを汲み取ることが必要であると述べている。対象の非言語的メッセージを見逃さないように観察することが重要であると考える。

永田⁸⁾は、「認知症高齢者にとって日常の意思決定を重ねることが今後起こりうる重大な決定に関わるための力を保つことに繋がる。」と述べている。日々の生活の中で選択肢や自己決定の機会を提供し、意思形成能力の保持に努めることが、意思決定を支援する看護師の重要な役割であると考える。

VI. 結論

1. 予め認知症症状、生活歴や家族関係などを情報収集し、その人に合わせたコミュニケーションを図り、会話を抜け返答の裏付けをする
2. 五感に働きかけ具体的にイメージできる状況を作り、意思形成を促す

表1 意思決定支援の手引きの8項目

オープニングエスチョン	文字カード
選択肢を提示	絵カード・写真
選択肢を絞る	ジェスチャー
分かりやすい言葉	物品に触れる

3. 実践の中で得る非言語的メッセージから、思いを推察し汲み取る

引用文献

- 1) 厚生労働省：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，2023年3月27日最終アクセス。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujouhou-12300000Roukenkyoku/0000212396.pdf>
- 2) 五十嵐楨人：進行期認知症の人の意思能力の評価と意思決定支援，老年精神医学雑誌，31(12)，p1269, 2020.
- 3) 三村将、飯干紀代子：認知症のコミュニケーション障害その評価を支援，医歯薬出版株式会社, p79, 2015.
- 4) 小川朝生：あなたの患者さん認知症かもしれません，医学書院, p81, 2017.
- 5) 島田千穂：高齢者の治療選択とアドバンス・ケア・プランニングを支える看護師の役割，老年看護学会誌，25 (1), p5-11, 2020.
- 6) 水谷信子：最新老年看護学第3版，日本看護協出版会, p305, 2017.
- 7) 高山成子：認知症の人の生活行動を支える看護、医歯薬出版株式会社, p80, 2014.
- 8) 永田久美子：痴呆のある高齢の人々の自己決定を支える看護，老年看護学，2 (1), p17-24, 1997.

表2 自由な感情を表出させるための10の事項

相槌	感情の明確化
反復	沈黙
共感	支持
受容	身体症状への配慮
感情の反射	中止

表3 A氏の聴取の場面（抜粋）

聴取内容	工夫
<p>＜A:大切にしたいこと＞</p> <p>Ns:「Aさんは今、どんなことを、大切に思ってますか？」</p> <p>A:「大切にしたいこと…、大切に…」</p> <p>質問をじっと聞く。発語に1分程かかる。小さな声で質問を繰り返す。目線は机の一点を見ている。</p> <p>Ns:「例えば、好きな事が出来るとか、自分のことが自分でできるとか」</p> <p>A:「そうやなあ、自分のことは自分でしたいなあ、これが一番…」</p> <p>提示した選択肢を理解し、2番目の選択肢に対してすぐに返答する。</p> <p>Ns:「うんうん、自分のことが自分でできるのは大切ですよね。他にもありますか？」</p> <p>選択肢の絵カードを、説明しながらテーブルに並べる。</p> <p>A:絵カードに1ずつ目線を向けている。目線が泳いでおり迷っている。</p> <p>Ns:「好きなことができるは？Aさんは趣味とか、特技ってありますか？」</p>	<p>【オープニングエスチョン】</p> <p>＜表情・声のトーン観察＞</p> <p>＜沈黙の意味＞</p> <p>【選択肢を提示】</p> <p>《相槌・共感》</p> <p>【絵カード】</p> <p>＜表情を観察＞</p> <p>【分かりやすい言葉】</p>

<p>一旦絵カードを下げ、1枚ずつ提示して説明する。</p> <p>A: 「今は無い。若いころはあったけど」 絵カードを見て返答する。</p> <p>Ns :「若いころ好きだったことはありますか？お裁縫は得意でしたか？」</p> <p>昔のことを思い出せるように聞く。</p> <p>A: 「そんなに得意ではなかった」</p>	<p>【選択を絞る】</p> <p><過去の話></p> <p><具体的に聞く></p>
<p><E:胃瘻による栄養はどうのように考えるか></p> <p>Ns :「Aさんは、胃瘻についてどう思いますか？」</p> <p>A: 「…」 質問後8秒ほど返答がない。</p> <p>Ns :「胃瘻ってわかる？」</p> <p>A: 「分からん」</p> <p>Ns :「口からご飯が食べられなくなった時、お腹に穴をあけて（腹部を指差し）、この管を（PEGチューブを見せる）を入れて、この先から注射器でジュースとかを入れて、栄養が摂れるようにするんです」</p> <p>A: 「そなんことせんでもええ」</p> <p>PEGチューブを渡すと自分で持ち腹部に当てる。その直後にはつくり返答する。</p> <p>Ns :「そのように思われるんですね。なんでそう思いますか？」</p> <p>A: 「楽にないやん」 質問直後にはつくり返答する。選択の理由を述べる。質問の内容を理解できたうえで意思を表明できた。</p>	<p>【オープンクエスチョン】</p> <p><沈黙の意味></p> <p>【分かりやすい言葉】</p> <p>【絵カード】</p> <p>【ジェスチャー】</p> <p>【物品に触れる】</p> <p><体験する></p> <p><理由を尋ねる></p>
<p><F:正常な判断ができなくなった時、代わりに判断してくれる人は誰か></p> <p>Ns :「もし、自分の事が自分で決められなくなったら、誰に代わりに決めもらいたいですか？」</p> <p>A: 「娘に」 質問直後にはつくり返答する。</p> <p>Ns :「何番目の娘さんに？」 娘が二人いる情報を持ったうえで質問した。</p> <p>A: 「次女に。娘は二人。長女は遠くに嫁に行ったけど次女が一緒に住む。娘は優しい」</p> <p>自ら会話を拡げる。質問直後にはつくり返答する。選択の理由を述べる。質問の内容を理解できたうえで意思を表明できた。</p> <p>Ns :「娘さんが優しいのはうれしいですね」</p>	<p>【オープンクエスチョン】</p> <p><質問して確認></p> <p>《感情の反射》</p>

表4 B氏の聴取の場面（抜粋）

聴取内容	工夫
<p><A:大切にしたいこと></p> <p>Ns :「Bさんは今、どんなことを、大切に思っていますか？」</p> <p>B: 「今はしないな。もう年がいってな、ええ暮らししたって。大切なこと言うたってなあ、大切なもんじゃない」 質問直後に返答する。</p> <p>Ns :「今はないです。若いころ好きだったことはありますか？」</p> <p>B: 「家族が、みんな寄ってお話ができるような家庭にしたいけど、うちはなかなか集まらんの」</p> <p>質問とは異なる話にそれる。</p> <p>Ns :「家族が集まると賑やかでいいですよね」</p> <p>B: 「そうやな、娘は嫁に行ったけど、また一緒に暮らしたいなあ」</p> <p>質問直後にはつくり返答する。笑顔で机の一点を見ている。</p> <p>Ns :「そう思われているんですね、家族との時間が大切ということ？」</p> <p>B: 「そうやな。大切や」</p>	<p>【オープンクエスチョン】</p> <p><過去の話></p> <p>《感情の明確化》《受容》</p> <p><表情を観察></p> <p>《相槌》<話を要約></p> <p>《感情の明確化》</p>
<p><F:正常な判断ができなくなった時、代わりに判断してくれる人は誰か></p> <p>Ns :「もし、自分の事が自分で決められなくなったら、誰に代わりに決めもらいたいですか？」</p> <p>B: 「おらんなあ…よっぽどその人じやないといかんという人はな…、さあな～、息子でもないし、娘でもないし」 語尾がはつきりしない。</p> <p>Ns :「どうしてそう思う？」</p> <p>B: 「もう娘は家から離れていった。息子は家でおるけどな、そんなこと聞いてくれるかくれんかなあ。話から言うたらな、息子になるかなあ…。そなんこと今まで考えたことなかった」</p> <p>質問の内容を理解出来ていたが代理決定者は決まらなかった。</p> <p>Ns :「今回お話をすることを息子さんとお話ししてみたらどうですか？」</p> <p>B: 「…。いや～ええ」 机の一点を見つめ、5秒ほど沈黙の後発言する。</p>	<p>【オープンクエスチョン】</p> <p><理由を尋ねる></p> <p><提案></p> <p><沈黙の意味></p> <p><表情を観察></p>

内科病棟看護師の退院支援に向けて行う属性ごとの情報収集と退院支援の実践

キーワード：退院支援 内科病棟看護師 退院支援に必要な情報 退院支援の実践

○柿久保 唯¹⁾ 後藤 彩夏¹⁾

¹⁾三豊総合病院

はじめに

わが国の高齢化率は年々上昇しており、2019 年で 28.4%、2040 年には 35.3%となる見込みである。

A 病院は高齢化率 29.9% の地方にあり、病床数 462 床を有し、地域包括ケアシステムにおいて中核病院の役割を担っている。A 病院の診療科別入院患者数をみると、令和 3 年の延患者数 125,160 人のうち、内科が 61,528 人と多数を占めていた。さらに、年齢階級別退院患者数の各階級の平均値を算出すると 68.4 歳であるが、内科の診断群分類別患者数等の上位 5 位までの患者の平均年齢は 78.0 歳と高齢であり、他の診療科よりも高い水準となっている。このことから、A 病院においても高齢者は内科病棟に入院する場合が多いことが分かる。厚生労働省による令和 2 年度の年齢階級別の入院受療率¹⁾をみると、総数では人口 10 万人に対して、960 であるのに対して 65 歳以上で 2,512、75 歳以上では 3,568 と年齢が上がるにつれ割合が高くなっている。また、介護保険の受給者数を年齢階級別にみると 65 歳以上が 22 万 3,832 人と、75 歳以上が 84 万 7,616 人 85 歳以上で 182 万 6,424 人と年齢が上がるにつれ取得率が高い。これらのこととは、患者が高齢である場合退院後も引き続き医療や介護等の支援を必要とする可能性が高いことを示している。入院期間の短縮化も推し進められる中で、短い入院期間での充実した退院支援の実践が求められており、高齢者が多く入院する内科病棟ではより喫緊の課題であると言える。

永瀬らの先行研究では、退院支援に必要な情報と看護実践について退院支援に必要な情報「患者を支援する力」「患者の認識・意向」「生活環境」「生活の様子」「福祉情報」「セルフケア支援」「家族の認識・意向」「症状・治療・処置」の 8 項目と、退院支援に必要な患者情報を活かして行う看護実践「アセスメント」「情報収集」「退院支援」「連絡・相談・調整」の 4 項目が抽出されているが看護師の属性ごとの比較は行われていない。そこで今回、内科病棟看護師の退院支援に向けて行う属性ごとの情報収集と退院

支援の実践の現状調査を行うことで、内科病棟における退院支援の質向上に繋がると考えた。

I. 目的

退院支援の質向上を目指し、内科病棟の看護師が退院支援に向けて行う情報収集と退院支援の実践現状と属性ごとの違いを明らかにする。

II. 方法

1. 研究デザイン

量的記述的研究デザイン(質問紙による実態調査)

2. 研究対象

A 病院の内科病棟に勤務する看護師 89 名

3. 調査期間

2021 年 8 月 5 日～8 月 13 日

4. 研究内容

先行研究で明らかになっている「退院支援に必要な患者情報」と「退院支援に必要な患者情報を活かして行う看護実践」を参考に作成した無記名自記式質問紙を用いて内科病棟の看護師が行っている退院支援の現状を調査する。対象者の属性に関する項目とともに、先行研究と同様に退院支援に必要な情報と退院支援の実践に分類した。実践に関する質問では「1:していない」「2:どちらかといえばしていない」「3:どちらかといえばしている」「4:している」の 4 段階のリッカート尺度を用い、時期は「1:入院時」「2:入院 3 日以内」「3:来院時」「4:評価時」、対象は「1:患者に対して」「2:家族に対して」「3:患者と家族に対して」とした。

5. 分析方法

各質問項目への回答について記述統計を行った。看護師経験年数は、1～3 年目(若手)、4～10 年目(中堅)、11 年目以上(ベテラン)に分類した。看護師の属性と退院支援に必要な情報収集・実践の関係性については χ^2 検定を用いエクセルで計算を行った。有意確率 0.05 未満を有意差ありとした。

III. 倫理的配慮

研究の目的と方法を文書で説明し、質問紙の回答は自由意思であること回答しないことで不利益を生じないことを示した。研究参加は質問紙の「同意する」にチェックを記入してもらうことで同意を得たとみなした。また、得られた結果は研究以外で使用しないこと、院内研究発表及び関連学会で発表予定があることを明示した。A 病院の看護部倫理委員会相当の機関で承認を得ており、本研究に関連し開示すべき利益相反はない。

IV. 結果

89名を対象にアンケート調査を行い、回収数62.9%、有効回答数は56件であった。看護師経験平均年数は12.39年であり、各属性の人数は表1に示す通りである。

表1 看護師の属性

区分	人数
若手（1～3年目）	12
中堅（4～10年目）	18
ベテラン（11年目以上）	26
退院支援研修参加あり	40
退院支援研修参加なし	16
家族介護経験あり	20
家族介護経験なし	36
ラダーI	26
ラダーII	12
ラダーIII+IV	6

n=56

1. 退院支援に必要な情報について

経験年数、退院支援研修受講の有無での比較では8項目すべてにおいて有意差を認めなかった。家族介護経験のある看護師とない看護師の比較では「生活環境」の項目で有意差($p=0.036$)を認めた。ラダー別の比較ではラダーIとIIの比較で「家族の認識・意向」の項目で有意差があった($p=0.033\%$)。ラダーIとIII+IVの比較では「症状・治療・処置」の項目でも有意差あり($p=0.002$)となった。

表2 退院支援に必要な情報収集

生活環境			
	介護あり	介護なし	計
している	15	17	32
していない	5	19	24
計	20	36	56

家族の認識・意向		
----------	--	--

	ラダーI	ラダーII	計
している	6	7	13
していない	20	5	25
計	26	12	38

	ラダーI	ラダーIII+IV	計
している	5	5	10
していない	21	1	22
計	26	6	32

2. 退院支援の実践について

1) 退院支援の実践状況

退院支援の実践の有無では、全属性との比較において4項目すべてに有意差を認めなかつた。

2) 退院支援の実践時期

「情報収集」「実践」「連絡・調整・相談」の3項目で調査を行い、「実践」では有意差がみられなかつた。「情報収集」の項目で経験年数別では若手の「入院時」の実施が少なく、「入院3日以内」「評価時」が多くかつた。中堅・ベテランでは「入院時」「入院3日以内」が多く、有意差あり($p<0.001$)となつた。退院支援研修受講経験の有無では研修参加ありが「入院3日以内」の実施が多く、研修参加なしでは「入院時」「評価時」が多くなつてゐた。ラダー別ではラダーIで「入院3日以内」が多く、IIでは「入院3日以内」が少なかつた。III+IVでは「入院時」が多くた(いずれも $p<0.001$)。介護経験の有無では有意差を認めなかつた。「連絡・相談・調整」では経験年数別では若手が「入院3日以内」が多く、中堅は「入院時」、ベテランは「家族来院時」が多くなつた($p<0.001$)。退院支援研修受講経験の有無では研修参加ありが「家族来院時」が多く、研修参加なしでは「家族来院時」が少なかつた($p=0.025$)。介護経験の有無では介護経験ありでは「評価時」の実施が少なく、介護経験なしでは「評価時」の実施が多かつた($p=0.028$)。ラダー別ではラダーIIとIII+IVの「評価時」が多かつた($p=0.005$)。

表3 退院支援の実践時期

情報収集				
	若手	中堅	ベテラン	計
入院時	48	89	180	317
入院3日以内	61	107	64	232
家族来院時	12	43	32	87
評価時	24	29	30	83
計	145	268	306	719

研修あり	研修なし	計
------	------	---

入院時	218	99	317
入院3日以内	186	31	217
家族来院時	99	23	122
評価時	78	36	114
計	581	189	770
	ラダーI	ラダーII	ラダーIII+IV
入院時	117	76	47
入院3日以内	157	22	20
家族来院時	43	29	15
評価時	36	38	8
計	353	165	90
連絡・調整・相談			
	若手	中堅	ベテラン
入院時	1	23	22
入院3日以内	18	18	16
家族来院時	5	13	30
評価時	19	36	49
計	43	90	117
	研修あり	研修なし	計
入院時	33	13	46
入院3日以内	32	16	48
家族来院時	44	4	48
評価時	78	27	105
計	187	60	247
	介護あり	介護なし	計
入院時	22	24	46
入院3日以内	24	29	53
家族来院時	22	26	48
評価時	29	76	105
計	97	155	252
	ラダーI	ラダーII	ラダーIII+IV
入院時	19	11	1
入院3日以内	32	5	2
家族来院時	22	10	7
評価時	49	29	14
計	122	55	25

3) 退院支援の実践対象

対象についても「情報収集」「実践」「連絡・調整・相談」の3項目で調査を行い、「情報収集」では有意差がみられなかった。「実践」では若手で「患者と家族に対して」が少なく、ベテランで多かった($p<0.001$)。介護経験の有無では介護経験ありで「家族に対して」が多く、介護経験なしで「患者と家族に対して」が多かった($p<0.001$)。ラダー別ではラダーIが「患者に対して」が少なく、IIとIII+IVで「患

者に対して」が多かった($p=0.002$)。退院支援研修受講経験の有無では有意差はなかった。「連絡・調整・相談」では若手・中堅では「家族に対して」が少なく、ベテランでは多かった($p<0.001$)。その他属性では有意差はみられなかった。

表4 退院支援の実践対象

実践	若手	中堅	ベテラン	計
患者に対して	37	46	81	164
家族に対して	24	30	7	61
患者と家族	16	80	121	217
計	77	156	209	442
介護あり 介護なし				計
患者に対して	59	105	164	
家族に対して	38	23	61	
患者と家族	69	148	217	
計	166	276	442	
ラダーI ラダーII ラダーIII+IV				計
患者に対して	57	44	25	126
家族に対して	45	10	5	60
患者と家族	107	42	23	172
計	209	96	53	358
連絡・調整・相談				
若手 中堅 ベテラン 計				
患者に対して	16	31	16	63
家族に対して	11	6	89	106
患者と家族	17	51	14	82
計	44	88	119	251

V. 考察

情報収集においてA病院で入院時に入院前の生活状況を聴取する際に用いている「入院前情報テンプレート」(以下テンプレートと略す)に記載がある項目では情報収集実施率が高く、記載のない生活環境や福祉用具などに関する項目で情報収集実施率が低い結果となった。急性期の患者では治療が優先されるため、入院早期では自宅での生活環境に関する情報の優先順位が低いことが影響していると推察される。退院支援が停滞する理由について佐々木ら²⁾は退院支援の実践において問診票やスクリーニングシートの項目の追加・修正の必要性について述べている。A病院においても、情報収集の実施率の低い項目についてはテンプレートの追加・修正での改善が期待できると考えられる。

各属性でみると、介護経験のある看護師では「生

活環境」の項目で情報収集の実施率が有意に高かつた。小澤ら³⁾は「5割以上の介護支援専門員は、退院支援において病棟看護師は<療養者の持てる力を活かした自立支援><療養者の生活をみること><社会資源の活用>についてできていると思わないと認識していた」と述べている。これらのことから看護師の個人的な経験や生活背景に介護が関わっていない場合、患者の生活環境や必要な社会資源に対する関心や知識が低いことや、退院後の生活をイメージする力が低いことが情報収集の実施率の低さに繋がっていると考えられる。看護師個人の経験の有無や生活背景の違いによる関心・知識の差を埋めるために退院支援研修や訪問看護ローテーション研修を通して働きかけていく必要がある。

ラダー別でみるとラダーIは「入院時」より「入院3日以内」での情報収集が多く、また対象も「患者に対して」が少ない。若手もまた退院支援の実践において「入院時」よりも「入院3日以内」の方が多い。これらのことから、ラダーIおよび若手では入院時は患者の対応・処置に追われ、患者本人に対して退院を見据えた関わりができていないが、入院3日以内にMSWと家族の面談をセッティングして、そのタイミングで家族からの情報収集が行われているものと考えられる。ラダーIII+IVでは「症状・治療・処置」の情報収集実施率が有意に高く、中堅・ベテランでは情報収集を「入院時」「入院3日以内」に行い「連絡・調整・相談」の実践を「入院時」「家族来院時」に行っているという回答が多かった。これはベッドサイドで患者のアセスメントを行いながら、アセスメントに基づいた意図的な情報収集や時期に合わせた退院支援の実践を行えているためと考えられる。

退院支援研修受講経験の有無では研修参加ありでは情報収集の実践時期について「入院3日以内」の回答が多く、研修参加なしでは「入院時」または「評価時」が多い。「連絡・相談・調整」の実践時期については研修参加ありでは「家族来院時」が多く、研修参加なしでは「家族来院時」が少なかった。これらのことから、退院支援研修受講経験のある看護師は「入院3日以内」や「家族来院時」に能動的にMSWとの面談を調整し情報収集を早期に行えているが、受講経験のない看護師では「入院時」にテンプレート記載のために情報収集をするなど必要に駆られて実践していると考えられる。

したがって、テンプレートの項目の追加・修正や退院支援研修受講機会、訪問看護など患者の自宅で

の生活に触れる機会の充実が必要である。

VI. 結論

1. 退院支援に必要な情報収集については生活環境における項目で家族介護経験のある看護師とない看護師で有意差 ($P=0.036$) を認めた。
家族の認識・意向の項目でラダーIとIIの比較で有意差 ($P=0.033$) を認めた。
症状・治療・処置の項目でもラダーIとIII+IVの比較で有意差あり ($p=0.002$) となった。
2. 退院支援の実践状況は属性による差はなかった。
3. 「情報収集」の項目で経験年数別では若手の「入院時」の実施が少なく、「入院3日以内」「評価時」が多かった。中堅・ベテランでは「入院時」「入院3日以内」が多く、有意差あり ($p<0.001$) となった。退院支援研修受講経験の有無では研修参加ありが「入院3日以内」の実施が多く、研修参加なしでは「入院時」「評価時」が多くなっていた。ラダー別ではラダーIで「入院3日以内」が多く、IIでは「入院3日以内」が少なかった。III+IVでは「入院時」が多かった(いずれも $p<0.001$)。介護経験の有無では有意差を認めなかった。
4. 「実践」では若手で「患者と家族に対して」が少なく、ベテランで多かった($p<0.001$)。介護経験の有無では介護経験ありで「家族に対して」が多く、介護経験なしで「患者と家族に対して」が多かった($p<0.001$)。ラダー別ではラダーIが「患者に対して」が少なく、IIとIII+IVで「患者に対して」が多かった($p=0.002$)。

引用文献

- 1) 厚生労働省：「政府統計の総合窓口（e-Stat）」，
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/>
2021.8.1 アクセス
- 2) 佐々木愛：急性期病院に勤務する病棟看護師の退院支援の実践内容と意識, 急性期看護, 46(74), P289-292, 2016.
- 3) 小澤和子：退院支援において介護支援専門員が病院看護師に抱いている認識, 在宅看護, 50(5), P19-22, 2020.

香川県看護学会誌投稿規程

1 投稿者の資格

公益社団法人香川県看護協会会員に限る。会員以外・看護職以外で会員と共同研究を行った者は、共同研究者として投稿原稿に記名できる。

2 対象とする原稿

次の項目をすべて満たしているものを対象とする。

- 1) 香川県看護学会で発表した研究であること。
- 2) 倫理的に配慮された研究内容であり、その旨が本文中に明記されていること。
- 3) 同一内容の論文を他の関連学会および研究誌（商業誌を含む）へ投稿していないこと。

3 投稿手続き

- 1) 原稿は2部作成し、一部は印刷用、もう一部は査読用とする。査読用原稿には氏名、所属名を記載しない。
- 2) 投稿時は「論文投稿チェックリスト」を用いて原稿の確認を行い、原稿に添付する。
- 3) 封筒の表には「香川県看護学会誌原稿」と朱書し、折らずに送付する。

4 投稿の受付および採否

- 1) 投稿規程を遵守していない原稿は、原則として受け付けない。
- 2) 原稿の採否は選考を経て学会委員会が決定し、投稿者に採否を通知する。
- 3) 学会委員会から修正を求められた原稿は、指定期日までに再提出する。
- 4) 投稿された原稿は、理由の如何に関わらず返却しない。

5 原稿の書式設定

- 1) 用紙はA4判に横書きで1行40字、1ページ45行で作成し、本文以降は2段組み、上下左右の余白を2cmに設定する。
- 2) 本文の文字サイズは10.5ポイントとし、和文フォントは明朝体で全角、英文およびアラビア数字は半角とする。

6 原稿執筆要領

- 1) 原稿には表紙を設け、1部には「タイトル」・「キーワード」・「筆頭研究者名」・「共同研究者名」・「所属施設名」・「図表の添付枚数」・「連絡先」、もう1部には「タイトル」・「キーワード」・「図表の添付枚数」を記載する。
- 2) タイトルは簡潔明瞭に論文内容を表すものとする。
キーワードは、3つ～5つとする。
- 3) 本文
 - ①本文・引用文献・図表を合わせて7,200字（4枚程度）以内とする。
 - ②本文中の句読点について「、」「。」を用いる。
 - ③原稿は和文・新仮名づかいを用い、外国語はカタカナ表記、外国人名や日本語訳が定着していない用語等は原語にて表記する。
 - ④原稿は、「はじめに」・「目的」・「方法（倫理的配慮を含む）」・「結果」・「考察」・「結論」の項目別にまとめ「目的」から各項目にはローマ数字で番号をつける。また「はじめに」では、先行分献を検討した旨を明記し、倫理的配慮については日本看護学会実施要綱を参考にすること。

- ⑤本文の下欄外中央にページ数をつける。
- ⑥本文の右欄外に図表等の挿入希望位置を指定する。
- ⑦引用文献は引用順に番号をつけ、本文引用箇所の肩に¹⁾ ²⁾などで示し、原稿の最後に一括して引用番号順に記載し、参考文献は記載しない。
 - ・雑誌の場合……著者名：表題名、雑誌名、巻（号）、頁、発行年（西暦）。
 - ・単行本の場合…編著者名：書名（版：初版は不要）、発行所、頁、発行年（西暦）。
 - ・記入例…巻（号）、頁、発行年は数字のみを表記。（例 5(3), 16-20, 2009.）

7 個人情報の取り扱いについて

演題申込書により、本会へ送付いただいた個人情報は、各種通知・抄録集・学会誌の編集および発送・問い合わせ等に利用する。

8 著作財産権の譲渡について

香川県看護学会抄録集および学会誌に掲載された著作物の複製権、公衆送信権、翻訳・翻案権、二次的著作物利用権、譲渡権等は本学会に譲渡されたものとする。著作者自身のこれらの権利を拘束するものではないが、再利用する場合は事前に連絡すること。

改訂 2021年3月改訂

編集後記

ここに香川県看護学会誌第13巻を皆さまにお届けいたします。

今回は、4編の論文を掲載することができました。投稿いただいた会員の方々並びに査読を担当していただきました学会委員の皆さんに深く感謝申しあげます。

香川県看護学会誌は、国立国会図書館収集書誌部逐次刊行物・特別資料課整理係<ISSN 日本センター>及び独立行政法人科学技術振興機構情報企画部、香川県立保健医療大学、特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会に寄贈しています。

皆さま方が臨床看護の実践者として看護実践を研究につなげることはたいへん意義があり、価値あることです。皆さま方が導き出した研究成果を看護実践に活用され、さらに看護の発展や看護の質向上につながるよう願っております。

2023年8月

公益社団法人香川県看護協会 常任理事 富山 清江

香川県看護学会誌 第13巻

2023年8月発行

編集 公益社団法人香川県看護協会 学会委員会

発行 公益社団法人香川県看護協会

〒769-0102

香川県高松市国分寺町国分152-4

電話 087-864-9070

印刷 株式会社 成光社

本書の一部または全部を許可なく複写、複製することは
著作権・出版権の侵害となるますのでご注意ください。

