



福岡県看護協会北九州 11 地区支部

看護の取り組み発表会



岡垣サンリーアイ（小ホール）

2024年2月24日

福岡県看護協会11地区支部



看護の取り組み発表会プログラム

日時：2024年2月24日（土） 14:30～16:00
14:00～受付開始

場所：岡垣サンリーアイ（小ホール）
14:30 開会 支部長挨拶
14:40 7席 発表（質疑応答を含む）
16:00 閉会 副支部長

演題

座長 遠賀中間医師会看護助産学校看護学科長 石田 久美 様

1.「経過表の実態調査からみえた入力漏れの傾向と課題」

一般社団法人遠賀中間医師会 遠賀中間医師会 おんが病院 発表者 ○永島 めぐみ

2.「ミニカンファレンスの導入によるコミュニケーションエラーの軽減」

医療法人光洋会 赤間病院 発表者 ○吉田 恵

3.「その離床センサー必要ですか？」

～解除基準となるフローチャートを作成し拘束のない環境を提供する～

社会医療法人財団池友会 福岡新水巻病院 発表者 ○古田 杏実

4.「メディカルアロマトリートメントの効果で化学療法に伴う苦痛が改善された患者との関わり」

一般社団法人宗像医師会 宗像医師会病院 発表者 ○森下 笑美子

5.「パーソン・センタード・ケアにより家族・友人との絆を取り戻した例」

～人間関係を重視した関わり～

一般社団法人遠賀中間医師会 遠賀中間医師会 おかがき病院 発表者 ○矢上 優次

6.「認知症患者の在宅療養への取り組み」

～妻の意思決定支援～

社会医療法人水光会 宗像水光会総合病院 発表者 ○宇都 真奈実

7.「利用者の想いと家族をつなぐ意思決定支援について」

～ターミナル期におけるACP実践報告～

地方独立行政法人 芦屋中央病院 指定居宅介護支援事業所 発表者 ○松本 千恵



経過表の実態調査からみえた入力漏れの傾向と課題

○永島めぐみ¹⁾ 高崎圭菜²⁾ 平野弘恵³⁾ 小柳美早恵⁴⁾

一般社団法人遠賀中間医師会 遠賀中間医師会おんか病院 3階病棟

I.はじめに

当院は電子カルテを使用しており、電子カルテの利点としてスムーズな情報共有や業務効率が上がるとされている。しかし当病棟では経過表の活用が不十分であり、多職種との情報共有がスムーズに行えていないことが問題となっている。経過表についての実態調査を行い、問題点や入力状況の傾向を見つけ、改善につながる働きかけを行った結果をここに報告する。

II.研究目的

経過表の実態調査から問題点や傾向を知ることで、多職種との情報共有がスムーズになり、患者が必要な治療・看護が中断することなく適切に継続して受ける事を目的とする。

III.研究方法

1. 期間：令和5年4月1日から令和6年1月22日

2. 対象者

経過表を入力する病棟看護師、病棟に関わる多職種期間中に入院していた110名分の患者の電子カルテ

3. 調査方法

1)病棟看護師へアンケートによる経過表の意識調査

前期（5か月）と後期（5ヶ月）に分けて2回実施。

2)多職種への経過表活用状況によるアンケート調査

3)経過表入力チェック表の作成、入力状況調査

IV.倫理的配慮

アンケートは任意であり、研究以外での使用は行わない。

V.結果

どのくらいの頻度で入力忘れがあるかの問いに対して、前期アンケートで血糖値・インスリン・体重は80%が「全くない」「まれにある」と回答し、痰吸引、体位変換では70%が「時々ある」「しばしばある」「いつもそうである」と回答した。後期アンケートでも同じような回答であった。多職種は80%が患者の情報をとる際に経過表のバイタルサイン以外の項目をみると回答した。

VI.考察

アンケート調査で、多くの多職種がバイタルサイン以外の項目をみていることが明らかになった。この結果を円グ

ラフに示しポスター掲示した。客観的に示したことで経過表の入力はしたほうが良いという意識に繋がったと考える。調査結果から、入力忘れが多い項目は電子カルテが手元になく、実践後時間がたって入力するもの・手動で入力しなければならないものであることがわかった。すぐに入力できない場合はDayPNSを活用し、環境を整えることが必要だと考える。入力率の高い血糖値やインスリン、体重では当初未入力があったことで何度も多職種から指摘を受け何度も話し合いを行い、ようやく入力が定着してきたところである。ほかの項目に関しても話し合いを繰り返しながら実践していくことで定着に繋がるのではないかと考える。祖父江氏は¹⁾「本来、記録の簡素化は、ベットサイドでの看護の質を向上させること、必要な記録をリアルタイムに医療チームで共有し検討を重ね、より安全で質の高い医療とケアにつなげることであると考える。看護師がベットサイドで患者や家族に寄り添う時間が増えることは、看護の視点や思いを育てる一助になる。」と述べている。経過表の入力を行うことで多職種連携がスムーズに行われ、看護ケアの充実に繋がり、患者が望む質の高い看護を提供できるのではないかと考えた。

VII.研究の限界と今後の課題

後期アンケート結果でも痰吸引、体位変換などの入力忘れは多く研究取り組み後も大きな変化はみられなかった。その原因としてはすぐに電子カルテに入力できない項目は入力忘れが多い傾向と考えられる。具体的な対策案の検討、病棟の記録委員とも協力し経過表の活用を推進していくことが課題である。

VIII.結論

経過表の入力は多職種とスムーズに情報共有でき、患者の治療・看護が迅速に提供できる。経過表へすぐ入力できるようDayPNSを活用する。経過表を活用することは記録の簡素化になり、患者のベットサイドへ行く時間が増えるため、システム、環境を整えることが必要。

引用文献

1) 祖父江繭美：多職種チームで取り組む看護記録の見直し、看護展望、第48巻9号、P83、2023

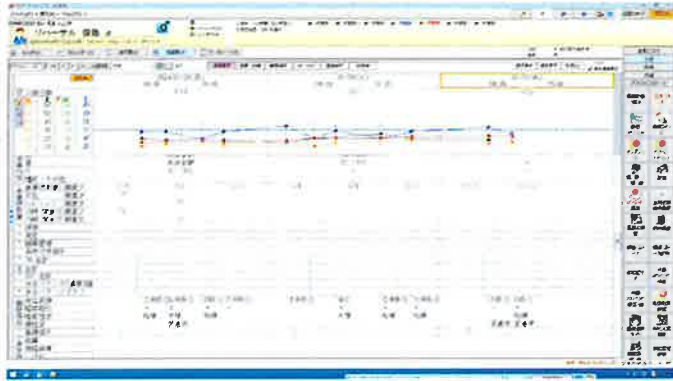
経過表の実態調査からみえた 入力漏れの傾向と課題

一般社団法人遠賀中間医師会
遠賀中間医師会 おんが病院 3階病棟
永島めぐみ 高崎圭菜美 平野弘恵 小柳美早恵

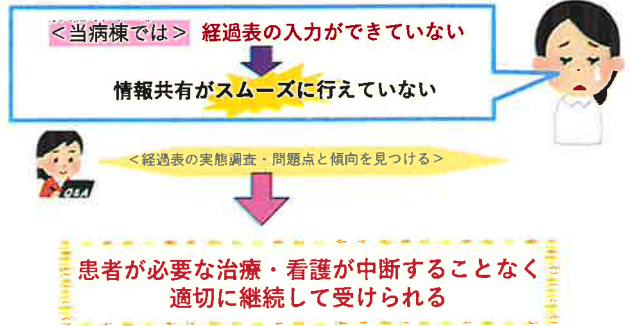
I.はじめに

「看護記録とは、あらゆる場で看護実践を行うすべての看護職の看護実践の過程を記録したものである」
(※公益社団法人看護協会「看護の指針」より)

○電子カルテ「経過表」の利点○



I.はじめに



II.目的

経過表の実態調査から問題点や傾向をみつけることで、多職種との情報共有がスムーズになり、患者が必要な治療・看護が中断することなく適切に継続して受ける



III.研究方法

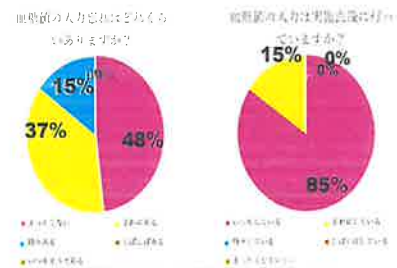
- 1. 期間**
令和5年4月1日から令和6年1月22日
- 2. 対象者**
経過表を入力する病棟看護師、病棟に関わる多職種期間中に入院していた110名分の患者の電子カルテ
- 3. 調査方法**
 - 1)病棟看護師へアンケートによる経過表の意識調査
前期と後期に分けて2回実施
 - 2)多職種への経過表活用状況によるアンケート調査
 - 3)経過表入力チェック表の作成、入力状況調査

IV.倫理的配慮

アンケートは、個人が特定されず任意であり、研究以外での使用は行わない。

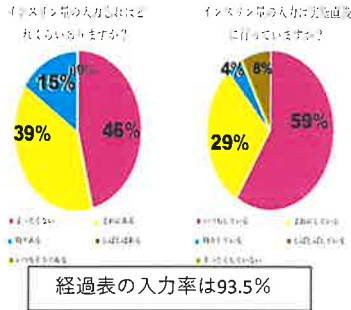
IV.結果

血糖値（前期アンケート結果）

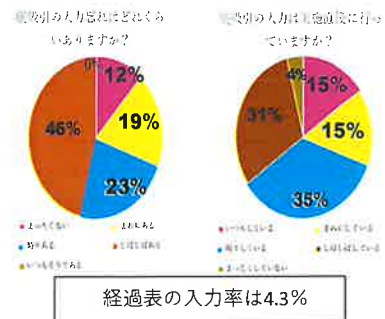


経過表の入力率は96.6%

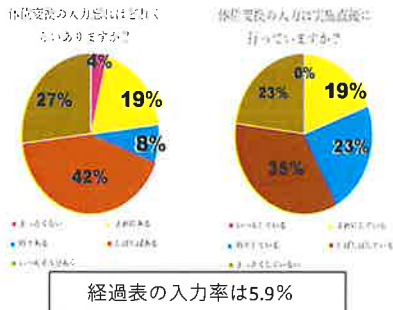
Ⅳ.結果 **インスリン（前期アンケート結果）**



Ⅳ.結果 **痰吸引（前期アンケート結果）**



Ⅳ.結果 **体位変換（アンケート結果）**



Ⅴ.考察

経過表の実態調査をグラフにまとめて経過表の入力率を病棟に掲示

病棟看護師の意見
「自分が入力忘れていた所が入力率も低いと感じた。」
「NSTの方に言われて入力忘れに気づくこともある」

結果に対するディスカッション・DayPNSで情報共有

経過表に実施したことを入力する意識づけに繋がる

Ⅴ.考察

・糖尿病チームが未入力の発生を防ぐために対策を実施
・病棟のリーダー看護師の働きかけ

血糖値インスリン値は入力率 **90%以上**

話し合いを繰り返し、実践していくことで定着に繋がる

Ⅴ.考察

アンケート調査の結果・経過表への入力率が**最も低いのは体位変換・痰吸引**

<原因として考えられる事>
実施した直後に経過表へ入力できない
あとから入力するから実施忘れが多い

「ドイツの心理学者エビングハウスの研究！
記憶は20分後に42%を忘れ、1時間後60%を忘れてしまう」

DayPNSを活用しすぐに経過表へ入力できる環境を整える

Ⅴ.考察

「本来、記録の簡素化は、ベッドサイドでの看護の質を向上させること、必要な記録をリアルタイムに医療チームで共有し検討を重ね、より安全で質の高い医療とケアにつなげることで考える。」

看護師がベッドサイドで患者や家族に寄り添う時間が増えることで患者の視点や思いを育てる一助となる。」

(※祖父江綱美：多職種チームで取り組む看護記録の見直し、看護展望、第48巻9号、P83、2023より)

Ⅴ.考察



- ・経過表の入力を行うことで患者の状態が一目で分かる
- ・多職種連携がスムーズになる

- ・看護ケアの充実に繋がる
- ・患者が望む質の高い看護を提供できる



V. 考察

- ・後期アンケート結果でも痰吸引、体位変換などの入力忘れは多く大きな変化はみられなかった。
- ・原因としてすぐに電子カルテに入力できない項目は入力忘れが多い



- ・具体的な対策案を検討すること、病棟の記録委員とも協力し経過表の活用を推進していくことが今後の課題である。

VI. 結論

- 1 経過表の入力は患者の情報がスムーズに共有できることにより、患者の治療、看護が迅速に提供できる。
- 2 経過表へすぐ入力できるようにDay P N Sを活用しペアで連携をとる
- 3 経過表を活用することは記録の簡素化になり、患者のベットサイドへ行く時間が増えるためシステムや環境を整えることが大切。



VII. 引用文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会：看護記録に関する指針、港北出版印刷株式会社、P 2、平成30年5月
- 2) 祖父江美：多職種チームで取り組む看護記録の見直し、看護展望、第48巻9号、P83、2023

参考文献

- ・山岡圭輔、本田周二：メディカルスタッフのための基礎からわかる人間関係論、南山堂、平成30年5月1日
- ・田中一彦、永田久雄：新体系 看護学全書 基礎科目 心理学、メヂカルフレンド社、平成18年12月
- ・長井敏弘：医学で合格の勉強法、すばる舎、平成28年4月27日

ミニカンファレンス導入によるコミュニケーションエラーの軽減

○吉田恵 田中晃子 武田渚
医療法人光洋会赤間病院

I. はじめに

A病棟は病床数28床の医療療養病棟であり、看護師と介護士の連携協働は必要不可欠である。今回、新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）の流行により、スタッフ間の会話が制限されたことで、日々の報告・連絡・相談（以下報連相）ができていないのか不安を感じるようになった。インシデントレポートを調査したところ、コミュニケーションエラーと判断されるものがコロナ禍前と比べ2倍に増加していることがわかった。また、報告のタイミングが難しいと感じているスタッフが多くいたことから、ミニカンファレンスを導入し、情報共有の場を作ることで、コミュニケーションエラーの軽減に繋がると考え、取り組んだので、ここに報告する。

II. 研究目的

ミニカンファレンスを計画的に実施し、コミュニケーションエラーの軽減を目指す。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：実践報告

2. 研究対象者：A病棟、看護師11名、介護士11名

3. 研究期間：2022年7月11日～2022年12月29日

4. 研究方法

1) 5分程度のミニカンファレンスの導入。

2) ミニカンファレンス導入前後にアンケート調査を実施。

IV. 倫理的配慮

A病院倫理委員会にて承認（2022年7月6日承認）

V. 結果

ミニカンファレンス導入前後のアンケートで、5項目中4項目に変化がみられた。

【報告のタイミングが難しいと思うことがあるか】については、思うが95%から67%へ減少していた。

【スタッフ間で情報共有ができていていると思うか】については、思うが59%から76%へ増加していた。導入後「情報共有できている」という意見が増えたが、「何を報告すべきかわからないときがある」という意見もあった。

【報連相を受けた時に遅いと思うことがあったか】については、あるが45%から29%とやや減少していた。

【自分自身が報告をするのが遅いと思うことがあるか】についても、あるが95%から52%へと減少していた。報告が遅いと感じた理由として、聞き手は「医師への報告が遅れる」「忙しい時に報告が遅い」、一方、話し手は「報告するか迷った」、「早く報告したつもりが、遅いと言われた」であった。

VI. 考察

アンケート結果から、ミニカンファレンスが報告の場となり、適時に報告することができるようになったと考える。さらに、ミニカンファレンスがあることで情報共有でき、看護職と介護職間のコミュニケーションは深められたと考える。また、聞き手と話し手の優先順位の差や、職種や経験年数などで観察の視点が異なることが、タイミングや内容に影響していることが分かった。

ミニカンファレンス導入後、タイミングが合わずに報告できなかった、相談できなかったというコミュニケーションエラーはなかった。海渡は「医療事故原因の7割近くをコミュニケーションエラーが占めているように、いかに正確・確実、タイムリーなコミュニケーションを行うかは、安全性向上の為非常に重要」¹⁾と述べている。ミニカンファレンスの導入は、コミュニケーションエラーの軽減につながったと考える。また、海渡は「言えなかった、伝わらなかった、聞いてもらえなかった、1人の意見で方向性が決まってしまうなど、チームの行動においてメンバー全員の意見や気づきが活用されない実態が医療事故の原因になっていました。」²⁾と述べており、コミュニケーションエラーを防止するためには、誰が誰にでも、誰とでも言い合える環境を習慣化する事が大切である。ミニカンファレンスを実施するだけでなく、互いの気づきを大切に、より充実したミニカンファレンスを行うことで、コミュニケーションエラーの軽減を図っていきたい。

VII. 研究の限界と今後の課題

コミュニケーションエラーには、報告の遅れだけでなく、伝達内容の誤解など様々なものがある。今後は、タイミングだけでなく、報連相の方法などにも取り組んでいく必要がある。

VIII. 結論

ミニカンファレンスの導入によって、報告の場となり、情報共有ができ、コミュニケーションエラーの軽減に繋がった。

引用文献

1) 東京慈恵会医科大学附属病院看護部・医療安全管理部、TeamSTEPS®を活用したヒューマンエラー防止策（2021）、株式会社日本看護協会出版会 p36-10

2) 東京慈恵会医科大学附属病院看護部・医療安全管理部、TeamSTEPS®を活用したヒューマンエラー防止策（2021）、株式会社日本看護協会出版会 p24-17

ミニカンファレンス導入による コミュニケーションエラーの軽減

医療法人光洋会 赤間病院
吉田 恵

はじめに

A病棟は病床数28床の医療療養病棟であり、看護師と介護士の連携協働は必要不可欠である。

新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）の流行により、スタッフ間の会話が制限されたことで日々の報告・連絡・相談（以下報連相）ができていないのか不安を感じるようになった。

実際に、コミュニケーションエラーによるインシデントが、コロナ禍前と比べ2倍に増加しており、さらに、報告のタイミングが難しいと感じているスタッフが多くいることが分かった。

そこで、ミニカンファレンスを導入し、情報共有の場を作ることでコミュニケーションエラーの軽減に繋がるのではないかと考え、取り組んだので、ここに報告する。

研究目的

ミニカンファレンスを計画的に実施し、
コミュニケーションエラーの軽減を目指す。

研究方法

1. 研究デザイン : 実践報告
2. 対象 : 病棟スタッフ（看護師11名・介護士11名）
3. 期間 : 2022年7月11日～2022年12月29日
4. 方法
 - 1) ミニカンファレンス（11時頃、15時頃の1日2回5分程度）の導入
 - 2) ミニカンファレンス導入前後にアンケート調査を実施
5. 分析方法 : 単純集計

倫理的配慮

本研究の実施は、A病院倫理委員会（2022. 7. 6承認）の承認を得て実施した。

調査対象者には、研究の意義、目的を口頭で説明し、調査結果は個人が特定されないこと、知り得たデータは本研究以外には使用しないことの上で了承を得た。

結果

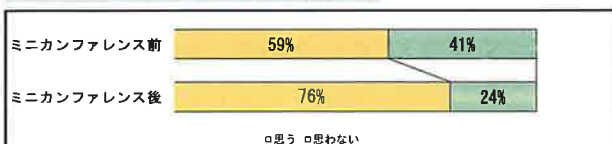
報告のタイミングが難しいと思うか



相手が忙しそうにしている時に報告のタイミングが難しいと感じている

【報告しやすくなった】
【すぐに伝えるようにしている】
【報告前に一言了承を得て行うことで難しいと思わなくなった】

スタッフ間で情報共有ができていると思うか

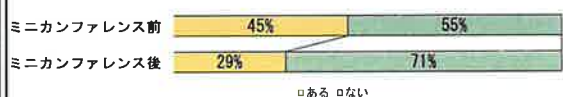


【朝礼がないと共有不足がある】
【申し送りが反映されていない】
と悪い意見が多い

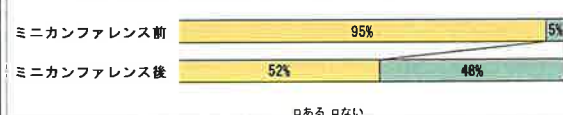
【情報共有できている】
【その時に情報を伝え、聞くことができた】と前向きな意見が多い中・・・
【何を報告すべきかわからない】という意見もあった

報告・連絡・相談の聞き手・話し手の感じ方について

報告・連絡・相談を受けた時に遅いと思うことはあったか。



自分自身が報告をするのが遅いと思うことがあったか。



聞き手の場合

【忙しい時に報告が遅い】
【報告が遅いことで、医師への報告も遅れる】
【自分自身が早く知りたい内容だった時に遅いと感じていることが多い】

話し手の場合

【後回しにして報告するのが遅かった】
【自分では早く報告したつもりでも、相手にとっては遅いと感じる】
【自分自身で判断して、内容によって言うか言わないか迷ってしまった】

考察

ミニカンファレンスの導入

* 報告の場となり、適時に報告ができるようになった
* 情報共有でき、看護職と介護職間のコミュニケーションは深められた

聞き手の意見

『報告が遅いことで医師への報告が遅れる』
『自分が早く知りたい内容の時に遅いと感じる』

話し手の意見

『内容によって報告するか迷う』
『早く報告したつもりが遅かった』



聞き手と話し手の優先順位の差や、職種や経験年数などで
観察の視点が異なることが、タイミングや内容に影響していた

ミニカンファレンスの導入後

タイミングが合わずに報告できなかった、相談できなかった
というコミュニケーションエラーはなかった



ミニカンファレンスの導入により、タイムリーなコミュニケーション
が行え、コミュニケーションエラーの軽減につながった

コミュニケーションエラーを防止するためには、誰が誰にでも
誰とでも言い合える環境を習慣化する事が大切である。
互いの気づきを大切に、より充実したミニカンファレンスを行う
ことで、コミュニケーションエラーの軽減を図っていききたい。

今後の課題

コミュニケーションエラーには、報告の遅れだけ
でなく、伝達内容の誤解など様々なものがある。
今後は、タイミングだけでなく、報連相の方法
などにも取り組んでいく必要がある。

結論

ミニカンファレンスが、報告の場となり、情報共有
することができ、コミュニケーションエラーの軽減
に繋がった。

<引用文献>

- 1) 東京慈恵会医科大学附属病院看護部・医療安全管理、海渡健
TeamSTEPPSを活用したヒューマンエラー防止策 株式会社日本看護協会出版 p 36-10
- 2) 東京慈恵会医科大学附属病院看護部・医療安全管理、海渡健
TeamSTEPPSを活用したヒューマンエラー防止策 株式会社日本看護協会出版 p 24-17

<参考文献>

- 1) 影山博之、月刊ナーシング (2019)、株式会社学研プラス
- 2) 吉本文、エキスパートナース (2020)、照林社
- 3) 京都第二赤十字病院 医療安全推進室 横野諭他、
当院におけるコミュニケーションの現状とコミュニケーション・エラー防止策
- 4) 澤田和子他、重症心身障害者（児）病棟における看護職と介護職の連携
- 5) さぬき市民病院 地域包括ケア病棟 西岡佳織他、看護職と介護職の協働に対する認識調査
- 6) 東京慈恵会医科大学附属病院看護部・医療安全管理
TeamSTEPPSを活用したヒューマンエラー防止策 (2021) 株式会社日本看護協会出版

その離床センサー必要ですか？

～解除基準となるフローチャートを作成し拘束のない環境を提供する～

発表者名 古田 杏実、共同研究者名 武久侑樹

福岡新水巻病院

I. はじめに

高齢者における転倒は、骨折や転倒後症候群を引き起こし生活の質を低下させる要因の一つになっている。転倒リスクの要因の一つに、認知機能障害がある。認知機能障害のある患者は、行動の予測が困難であるため、転倒予防策に拘束的または非拘束的手法が用いられている。

当病棟での入院患者の多くは高齢者であり、占める割合は平均 87.5%になる。転倒予防策として非拘束的な手法の離床センサーを広く利用している。装着後に、解除の評価となるツールが定められていない。また、看護師の転倒むしを解除しない要因として、自分の責任で患者を転倒させたくない気持ちが強く、一度装着すると装着したままとなり、再評価ができていなかった。

そこで今回、転倒むしの解除基準となるフローチャートの作成をした。その取り組み結果をここに報告する。

II. 研究目的

解除基準となるフローチャートを作成し拘束のない環境を提供する。

III. 研究方法

転倒転落評価危険度Ⅱ以上の患者
患者数：225名（全患者数：369名）
毎朝、夜勤からの引継ぎを兼ねたウォーキングカンファレンスでフローチャートを使用し、転倒むし解除の評価をする。

研究期間

2023年8月1日～2023年10月31日

IV. 倫理的配慮

得られた情報は看護研究以外に使用しない他、情報が漏洩しないように厳重に管理する。

V. 結果

	転倒むし解除率
フローチャート作成前	0%
フローチャート導入後	24%

VI. 研究の限界と今後の課題

転倒むしを解除する基準を定めた。スタッフの意見をもとに、起き上がりの項目を追加することで、転倒むし解除基準を判断しやすくなったと考える。解除率は24%まで上昇することができた。よって、患者に拘

束のない環境を提供することに繋がったと考える。

今後は、正しい装着脱が可能なフローチャートの作成を検討し、適切な転倒予防用具の装着に繋げることが課題である。

VII. 結論

起き上がりはあるが、座位保持ができない患者には転倒むしは不要と思われ、それを基準に解除をすることが有効である。

引用文献

- 1) 天木伸子・百瀬由美子 病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断
- 2) 住谷ゆかり 入院生活を送る後期高齢者の「援助を受ける体験」看護援助に焦点をあてて 日看研会 37:83-93. 2014
- 3) 米津貴子・山田枝美子 抑制に対する急性期患者心理と知識-インタビューを通じて得た課題-日本看護会論集:成人看護 134:39-41. 2003
- 4) 堀口幸二・赤井信太郎 多職種による転倒・転落防止対策フローチャートの作成と実践

その離床センサー必要ですか？

～解除基準となるフローチャートを作成し拘束のない環境を提供する～

福岡新水巻病院 7階病棟
武久侑樹 古田吾実

はじめに

・当病棟では転倒予防策として非拘束的な手法である離床検知装置(以後転倒むし)を利用している。

転倒むしとは

・患者の衣服などにクリップをつけ、体動によって転倒むし胴体から頭が外れるとナースコールが連動しベッドからの転倒・転落事故を低減させることが目的。



・転倒むし装着後に解除基準が定められていない事で
解除の評価ができていなかった。

転倒むしを解除できない要因

- ・転倒むしを外したことで転倒させたくない
- ・外して何かあれば自分の責任になる
- ・一度装着すると装着したまま
- 患者の自由を尊重していない



・患者から装着による不快感の訴えがあり、看護師側も転倒むしを解除し拘束のない環境を提供したいという思いがあった。



研究目的

解除基準となるフローチャートを作成し拘束のない環境を提供する

研究方法

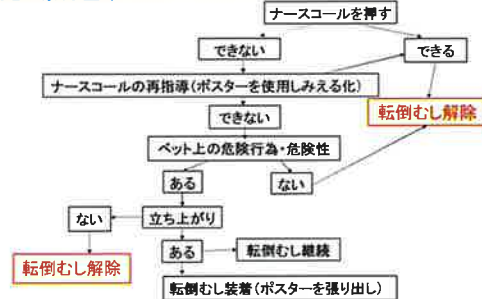
期間: 2023年8月1日～2023年10月31日

対象: 転倒転落スコアⅡ以上の患者 全診療科: 患者数225名(全患者数: 369名)

方法: 毎朝夜勤者ととも転倒・転落評価スコアⅡ以上の患者を対象

フローチャートを活用しウォーキングカンファレンス実施

転倒むし解除基準のフローチャート



参考: 多職種で行う転倒転落防止対策フローチャートの活用

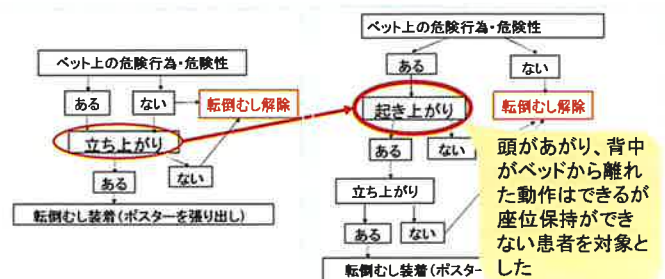
導入から1ヵ月後……

<看護師からの意見>

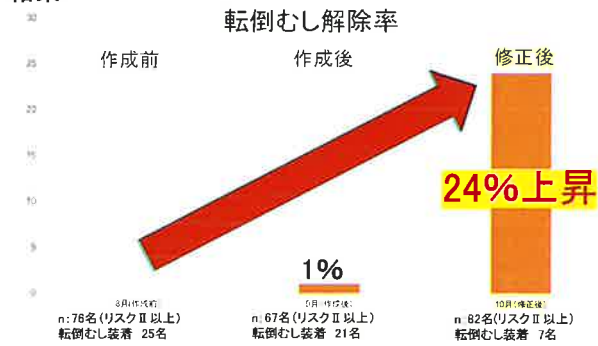
- ・起き上がりまで可能な患者からは転倒むしの作動はほとんどなし。
- ・フローチャートに**起き上がり**の項目がなく解除の判断がしにくい。

→これらが原因で転倒むし解除件数が上がらない

フローチャートの解除基準に立ち上がりの前に **起き上がり**の項目の追加



結果



患者の反応

- ・呼んでないのに看護師が訪室することに対する不思議そうな様子がなくなった。
- ・転倒むし装着による拘束感や苦痛に対する不快感の表出が軽減。



考察

- ・今回転倒むしの解除する基準を定めた。
- ・ウォーキングカンファレンスでスタッフの意見をもとに起き上がりの項目を加えることで、転倒むしの解除基準を判断しやすくなった。
- ・**転倒むし解除率が上昇**したため、転倒むしの解除基準となるフローチャートは有効的であったと考える。
- ・転倒むしを解除したことで**患者の拘束感・不快感を軽減**することができたと考える。

転倒むし解除した患者への対策として

- ・ベッド柵の位置調整(ベッド低床・柵の位置・本数調整)
- ・ポスターの掲示

転倒むし解除後の対策 ポスター提示の実際



おわりに

- ・フローチャートを作成したことで、患者の拘束感の軽減に繋がった。
- ・当病棟では座位保持ができない起き上がりが可能な患者に対して転倒むしの解除は可能。
- 立ち上がりではなく**起き上がり**が**転倒むしの解除基準**であることがわかった。

- ・今後は転倒むしの正しい装着基準を明らかにするフローチャートを作成し、適切な転倒予防用具の装着に繋げていく。
- また病棟全体で拘束解除に向けた取り組みが重要である。

ご清聴ありがとうございました。

参考文献

- ・天木伸子・百瀬由美子: 病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践に おける認知症看護認定看護師の判断
- ・住谷ゆかり: 入院生活を送る後期高齢者の「援助を受ける体験」看護援助に焦点をあてて 日看研会37:83-93,2014
- ・米津貴子 山田枝美子: 抑制に対する急性期患者心理と知識-インタビューを通じて得た課題-日本看護会論集:成人看護134:39-41,2003
- ・堀口幸二 赤井信太郎: 多職種による転倒転落防止対策フローチャートの作成と実践

メディカルアロマトリートメントの効果で化学療法に伴う苦痛が改善された患者との関わり

○森下 笑美子¹⁾、石原 美穂¹⁾

1) 一般社団法人宗像医師会 宗像医師会病院

I. はじめに

透析患者は高齢化に加え、慢性的な炎症や免疫力の低下、栄養障害などががん発症因子を多く抱えている。がん発症リスクも高く、がんに罹患する患者と関わる機会が増えてきている。今回、乳癌術後の化学療法により味覚異常による食欲低下や痩せが進行し、末梢神経障害が出現した患者に対し、症状緩和を目的としてメディカルアロマトリートメント(以下トリートメント)を実施し、効果を得られたため報告する。

II. 研究目的

トリートメントを実施し、化学療法に伴う苦痛が改善された透析患者の反応を振り返り、効果を明らかにする。

III. 研究方法

1) 研究デザイン 質的記述的研究 2) 研究対象者 化学療法中の外来血液透析患者 3) 研究期間 2023年当院倫理審査終了後～2023年12月20日

IV. 倫理的配慮

個人が特定されないよう配慮し、本人の同意を得た。また、自施設の倫理審査を受け承認を得た。

V. 結果

部署内で化学療法の副作用について勉強会を実施した。化学療法4回目投与後より軽度の末梢神経障害が出現。透析主治医、腫瘍内科主治医、乳腺外科主治医の許可後、がん化学療法看護認定看護師に患者情報を共有した。トリートメントは、透析後、腎センター個室にて週3回実施した。末梢神経障害で両手指先のしびれや皮膚が1枚被さった感じ、末梢冷感があったが、トリートメント実施後、右手の違和感が軽減し、手がしっかり握れるようになった。1ヶ月後には右手背の浮腫や指先のピリピリ感の軽減、しびれは第1指のみとなった。この時期に症状を評価し週3回から週1回へ実施回数を変更した。3ヶ月後には右手のしびれが消失、左手のしびれは第1指のみとなった。日常生活動作では、開始前はしびれで物が持てない状態だったが、2ヶ月後には手を握った感覚が分厚い感じから薄い感じになり、3ヶ月後にはコーヒーカップがしっかり持て、家事が出来るようになった。気持ちの変化では、トリートメント開始前は化学療法の副作用から味覚異常が出現し、「食べられないのがきつい、治療をやめてもいいかなと迷っている」と話されていたが、1回目実施後「気持ちいい。毎日してもらいたいくらい。」1ヶ月後には「良いにおいで気持ちがいいし、おしゃべりも楽しいから、ちょっとしんどい時とか疲れとかが良くなるね。」と話される。2ヶ月後には「こうしてアロマで癒やされてこんな話を聞いて

てくれるから助かっている。」と施術中に笑顔が見られ、活気も出てきた。3ヶ月後には「アロマをしてなかったら今も出来なかったことが多かったのかなって考えると、してくれて本当によかった。」と話されている。トリートメント開始から10ヶ月たった今は、「手のしびれはアロマのおかげで元の感覚に戻った。アロマしてしびれが取れてすごいよ」と喜びを感じている。

VI. 考察

藤本は「しびれの増強や持続により自己コントロール感の喪失や人生の希望や目的の喪失、孤独感が増強、持続することにより、うつや適応障害の発症につながることで予測される。」¹⁾と述べている。透析治療を行う中で、乳癌を発症し手術、化学療法を余儀なくされた患者の思いは計り知れない。副作用である末梢神経障害に対してトリートメントを早期に開始し、回数を重ねるたびに症状の軽減と前向きな発言が増えている。これは、トリートメントが香りタッチングによるリラクゼーションに加え、A氏の思いを傾聴し、表出する場となり精神的な支援に繋がっていた。そして、症状が緩和し、家事の制限や日常生活の苦痛が軽減したことで本来の生活に戻りつつある状況が自信にも繋がり、前向きな発言が聞かれている。すでに信頼関係が構築できている透析室看護師が実施した事、1カ月間ではあるが、集中的に週3回のトリートメントが実施できた事、必要な時期に早期介入した事がより効果的であり、透析室看護師だからこそできた支援であったと考える。また、化学療法についての勉強会を実施したことで、透析中に副作用の変化が観察できたことや当部署にトリートメントの有資格者がいたことでスムーズに実施できた支援だったと考える。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、当院外来透析患者の乳癌術後の化学療法中の事例であり、維持透析患者に実施することには限界がある。今後の課題としては、継続した支援ができるようにスタッフ教育を行うことである。

VIII. 結論

1) 透析室看護師が早期にトリートメントを実施できたことが、末梢神経障害や日常生活動作の改善、精神的支援に繋がった。

引用文献

1) 藤本桂子, 神田清子, 京田亜由美, 他: Oxaliplatin による末梢神経障害「しびれ」を経験する大腸がん患者の精神的ストレス内容と対処, 日本がん看護学会誌, 30巻(2), P63-70, 2016.

メディカルアロマトリートメントの効果で 化学療法に伴う苦痛が改善された患者との関わり

一般社団法人宗像医師会 宗像医師会病院 腎センター
慢性腎臓病療養指導看護師 ○森下 笑美子 石原 美穂

I.はじめに

透析患者は高齢化や慢性的な炎症、免疫力の低下や栄養障害などががん発症因子を多く抱えている。がん発症リスクも高く、がんに罹患する患者と関わる機会が増えてきている。今回、乳癌術後の化学療法により味覚異常による食欲低下や痩せが進行し、末梢神経障害が出現した患者に対し、症状緩和を目的としてメディカルアロマトリートメント(以下トリートメント)を実施し、効果が得られたため報告する。

II.目的

メディカルアロマトリートメント(以下トリートメント)を実施し、化学療法に伴う苦痛が改善された透析患者の反応を振り返り、効果を明らかにする

※メディカルアロマトリートメントは、精油の効果とタッチングにより人が本来持っている自然治癒力を高めるものです。医療行為ではないため、アロマトリートメントの認定資格を取得したアロマセラピストが行います。医師の許可、患者の同意が必要です。



III.研究方法

- 1) 研究デザイン 質的記述的研究
- 2) 研究対象者 化学療法中の外来血液透析患者
- 3) 研究期間 2023年当院倫理審査終了後～2023年12月20日

IV.倫理的配慮

個人が特定されないように配慮し、本人の同意を得た。また、自施設の倫理審査を受け、承認を得た。

【事例紹介】 A氏、60代女性、透析歴7年 左乳癌術後に外来での化学療法(PTX+Tmab)を開始

化学療法投与後の経過	
2回目投与後	味覚異常
4回目投与後	末梢神経障害と食欲低下が出現
6回目投与後	脱毛と末梢神経障害の範囲拡大。味覚異常、食欲低下から透析中の点滴開始。透析時間5→4時間へ短縮
7回目投与後	化学療法の副作用の辛さから治療継続するか迷うほど精神的負担が大きく、日常生活にも支障あり

透析時に症状の訴えがあり、栄養指導と保湿ケア、アロマセラピストの情報提供を行い、A氏が透析後のトリートメントを希望

方法

透析後、個室で手浴を行い、右手は指先から上腕にかけて、左シャント肢は指先から手首、穿刺部を避けた前腕の裏側のみに週3回トリートメントを実施
味覚異常に対しては、栄養補助食品のサンプルを提供した

★メディカルアロマトリートメント★

当院では、「MD法＝メディカルディスタージ法」という筋肉を温め弛緩させ、血流をよくし、筋肉のポンプの働きで老廃物を排出させるトリートメント手技で行っています。精油を濃化する場合、透析患者では、利尿や血圧低下を起こす可能性があるものは使用できません

V.結果

部署内で化学療法の副作用について勉強会を実施した。化学療法4回目投与後より、軽度の末梢神経障害が出現。透析主治医、腫瘍内科主治医、乳腺外科主治医の許可後、がん化学療法看護認定看護師に患者情報を共有。化学療法9回目投与後よりトリートメント開始。トリートメントは透析後に個室にて週3回実施した。

<末梢神経障害>

(アロマトリートメント開始前)

両手指先のしびれや皮膚が1枚被さった感じ、末梢冷感あり

トリートメント初回

右手の違和感の軽減、膜が張った感じがとれ、しっかり握れる

トリートメント1ヶ月

右手背の浮腫軽減、指先のピリピリ感軽減、しびれは親指のみ
左手はしびれ、浮腫あるが軽減。末梢冷感なし
スタッフで評価し、週3回→1回へ変更

トリートメント3ヶ月後

右手しびれ消失。左手親指のみしびれあり。浮腫消失



<日常生活動作>

(アロマトリートメント開始前)

しびれで感覚が薄く、物を持っても落としてしまう

トリートメント2ヶ月後

トリートメント後は手を握った感覚が分厚い感じから薄くなり、家事をしてみようと思う

トリートメント3ヶ月後

コーヒーカップがしっかり持てる。包丁が握れる。布がしぼれる。家事ができる



<気持ちの変化>

(アロマトリートメント開始前)

化学療法の副作用から治療継続するか迷うほど精神的負担が大きい
「食べられないのがきつい。やめてもいいかなと迷ってる」

トリートメント初回

「気持ちいい。毎日してもらいたいくらい。」

トリートメント1ヶ月後

「良いにおいで気持ちがいいしおしゃべりも楽しいから、ちょっとしんどい時とか疲れとかが良くなるね。気持ちが明るくなる。」



<気持ち変化>

トリートメント2ヶ月後

「香りがいい。気持ちが落ち着く」

「こうしてアロマで癒やされてこんな話を聞いてくれるから助かってる」施術中笑顔が見られ、活気が出てきている

トリートメント3ヶ月後

「できなかったことができているから嬉しい。アロマをしてなかったら今もできなかったことが多かったのかなって考えるとしてくれて本当に良かった。香りいいよね。気分よく帰れる。」



トリートメント開始後、10ヶ月経過した現在

「長いなーと思っていたけどあと3回で治療は終わる。手のしびれはアロマのおかげで元の感覚に戻った。カモ入るしむくみもない。アロマしてしびれが取れるなんてすごいよ」



VIII. 考察

藤本は「しびれの増強や持続により自己コントロール感の喪失や人生の希望や目的の喪失、孤独感の増強、持続することにより、うつや適応障害の発症につながる事が予測される」

透析治療を行う中で、乳癌を発症し手術、化学療法を余儀なくされた患者の思いは計り知れない。

末梢神経障害に対して
症状の軽減・前向きな発言が増えた

トリートメントの香りとタッチングによるリラクゼーション



A氏の思いを傾聴、表出する場



精神的支援に繋がった

制限や苦痛が軽減

症状が緩和

日常生活に対する自信

実施者: 透析室看護師
期間: 集中的に3回/週
時期: 早期に介入

勉強会
透析中の観察
有資格者の存在

IX. 研究の限界と今後の課題

本研究は、当院外来透析患者の乳癌術後の化学療法中の患者1名の事例であり、維持透析患者に実施することには限界がある。

継続した支援ができるようにスタッフ教育を行うことが課題である

X.結論

1)透析室看護師が、早期にトリートメントを実施できたことが末梢神経障害や日常生活動作の改善、精神的支援に繋がった

ご清聴ありがとうございました

パーソン・センタード・ケアにより家族・友人との絆を取り戻した例

～人間関係を重視した関り～

○矢上 優次、吉武 正訓、加藤 亜矢、中村 佳寿子

一般社団法人遠賀中間医師会 遠賀中間医師会おかがき病院 重度認知症デイケア にこにこクラブ

I. はじめに

中核症状の強い重度アルツハイマー型認知症であるA氏は様々なBPSDから当施設への適応が困難で、職員への暴言暴力へと繋がっていた。関わる程にBPSDは悪化することから職員とA氏との間に「視点のずれ」を感じたことが取り組みを行うきっかけであった。人間関係を強調したケアがBPSDを緩和し、当施設への適応とともに他者との絆を取り戻せた一例を報告する。

II. 取り組みの目的

パーソン・センタード・ケア(以下PCC)を行うことで、A氏の損なわれたパーソンフード(一人の人として周囲に受け入れられ、尊重されること)を高め、職員や家族、友人との関係性を回復させることを目的としている。

III. 症例情報

年齢: 80歳代 性別: 女性

診断名: アルツハイマー型認知症 (MMSE 4点)

家族構成: A氏と次女の二人暮らし 長女は月の半分帰省

IV. 取り組みの方法

1. 関わる全職員へPCCを資料にて説明する。
2. パーソン・センタード・モデルにてA氏の全体像を把握し、視点(生きている世界)を想像する。その視点を全職員間で共通認識とする。
3. OJTを活用し考え方をレクチャーする。
4. A氏の「よくない状態のサイン」と「よい状態のサイン」、当施設と自宅での変化を比較し評価する。

V. 倫理的配慮

対象者とその家族に対して取り組みへの協力の説明を書面にて行い同意を得た。

VI. 取り組みの実際

A氏の視点を理解した上で「仕事を辞める60歳前に家を建てた直後に夫を亡くし、生活や娘の為に仕事を毎日頑張っている世界に生きている。それにもかかわらず娘や仕事仲間からも叱責されることでA氏の居場所、役割が喪失しており、アイデンティティが揺らいでいる」と仮説を立てた。

仮説に基づいたケアと中核症状に基づいたケアを立案して介入した。前者では常にどの世界を見ているのか(A氏の視点)を確認しながら接した。「仕事」に対するキ

ワードが出たときは共に「仕事」としてテーブル拭きや作業を行い、「お茶休憩」など職場で使うであろう声掛けを意識した。後者では常に困っているため一緒にやり遂げることを目指し仲間意識を強調した。

取り組み直後から「よい状態のサイン」へ転換され始め、2週間以降では仕事というキーワードが消失し、積極的に他者と関わる姿勢が生まれた。同郷の友人とも互いに笑い合える関係性に回復し、「よい状態のサイン」がほぼ全てにみられるように変化した。自宅では次女への聞き取りにて喧嘩が減少し、お互いの精神状態が落ち着いたと聞いた。また施設入所も考えていたが、A氏との生活を続けていこうという意思を表示するように変化した。

VII. 結果

不安といったBPSDは時折みられるも、PCCの目標である「よくない状態のサイン」がほぼ消失し「よい状態のサイン」がすべてに見られるように変化し、A氏のパーソンフードがとても高まっている状態となった。職員や家族、友人との関係も良好となり、当施設や家庭が本人の安らげる場へと変化し、再び絆を取り戻すことに繋がった。

VIII. 考察

鈴木は「パーソン・センタード・ケアは、認知症の人に寄り添い、信頼し合うという相互関係のもとで、その人の個性や人生に焦点をあてたケアである」と言っている。A氏がみている世界(視点)をパーソン・センタード・モデルにて理解し、「職員」と「利用者」としての関係を超え、「私」と「あなた」という相互の人間関係を強調したPCCを行うことで絆が深まった結果、A氏は「よい状態」へと変化し、自ら他者と絆を深めていくことに繋がったと結論付ける。

引用文献

- 1) トム・キットウッド キャスリーン・ブレディン著 高橋誠一監訳 寺田真理子訳、『認知症の介護のために知っておきたい大切なこと パーソンセンタードケア入門』, 筒井書房
- 2-5) 鈴木みずえ, 『認知症の看護・介護に役立つ よくわかる パーソン・センタード・ケア』電子書籍版, 池田書店, 2017, P2, 39, 42, 58

パーソン・センタード・ケアにより 家族・友人との絆を取り戻した例

～人間関係を重視した関わり～

一般社団法人遠賀中間医師会 遠賀中間医師会 おかがき病院
 重度認知症デイケア にこにこクラブ
 ○矢上 優次 加藤 亜矢
 吉武 正訓 中村 佳寿子

遠賀中間医師会おかがき病院 重度認知症デイケア にこにこクラブ

重度認知症デイケア(にこにこクラブ)とは

医師により**認知症と診断**された方や家族に対して、多職種による専門的な支援をしていく
医療保険を利用した通所サービスである。

1日の定員数50名

送迎範囲は遠賀郡(岡垣町・水巻町・芦屋町・遠賀町)

精神科医師や作業療法士1人、精神科の経験を有する看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの専門職で構成される。

I.はじめに

中核症状の強い重度アルツハイマー型認知症であるA氏は、当施設(にこにこクラブ)への適応が順調にいかず様々なBPSDが出現していた。関わる程にBPSDは悪化することから職員とA氏との間の「**視点のずれ**」を感じたことが取り組みを行うきっかけであった。人間関係を強調した**パーソン・センタード・ケア**がBPSDを緩和し、当施設への適応とともに家族や友人との絆を取り戻せた一例を報告する。

II.目的

パーソン・センタード・ケアを行うことで、A氏の損なわれたパーソンフッド(ひとりの人として周囲に受け入れられ、尊重されること)を高め、職員や家族、友人との関係性を回復させる。

III.症例情報

- 介入期間:6月15日～7月30日(90日)
- 80歳代 女性 診断名:アルツハイマー型認知症
- 家族構成:A氏と次女の二人暮らし、長女は他県より月の半分帰省

IV.方法

- 関わる全職員へ「**パーソン・センタード・ケア**」を資料にて説明する。
- パーソン・センタード・モデルにてA氏の**全体像を把握し、視点(生きている世界)を想像する。その視点を全職員間で共通認識をつくる。**
- チームリーダーが「**QJ**」を活用し考え方をレクチャーする。
- A氏の「**よくない状態のサイン**」と「**よい状態のサイン**」、当施設と自宅での様子がどう変化しか比較し評価する。

V.倫理的配慮

- 対象者とその家族に対して取り組みへの協力の説明を書面にて行い同意を得た。

パーソン・センタード・ケアとは

- 認知症をもつ人の**視点を重視し、人間関係の重要性を強調したケア**
- ①脳の検査 ②身体の状態 ③生活歴 ④性格傾向 ⑤社会心理の**5つの要素に基づいたケア**である。

⇒この5つの要素のことを「**パーソン・センタード・モデル**」と言い、認知症の人の行動、感じ方、考え方に影響を与えていると考えられている。※2

- 「**ひとりの人として周囲に受け入れられ、尊重されること**で認知症の人の**よい状態を高める**ことができると提唱者のトム・キットウッドは言っている。※1

パーソン・センタード・ケアの目標

- ケアをしたことにより認知症の人の「**よくない状態のサイン**」が「**よい状態のサイン**」に**転換されたり、維持され向上していくことがパーソン・センタード・ケアの目標**となる。※3

VI-1.取り組み前の「よくない状態のサイン」と「よい状態のサイン」※4

よくない状態のサイン		よい状態のサイン	
絶望しているときに誰からも相手にされない	時折有り	自分に自信を持っている	なし
非常に強い怒りがある	有り	自己主張を強くできる	なし
深く悩んでいるときにだれからも相手にされない	有り	身体がリラックスしている	なし
不安がある	有り	ほかの人たちのニーズに対して敏感である	なし
恐れがある	有り	ユーモアを返す、ユーモアを使う	なし
退屈している	有り	想像的な自己表現をする	なし
身体的な苦痛、痛み、不快感がある	なし	喜び、楽しさを表現する	なし
身体が緊張している	有り	役にたとう、手伝おうとする	有り
緊張している	有り	ほかの人との交流を自分から進んで始める	なし
無気力である		愛情や好意を示す	なし

パーソンフッドがとても損なわれている状態

VI-2.A氏のパーソン・センタード・モデル

1.脳の状態

アルツハイマー型認知症
 CDR=2 MMSE 4点
 記憶障害著明
 見当識障害著明
**デイへは仕事をしに来ていると思っ
 ている。**

実行機能障害あり
 理解・判断力障害著名にあり
 失認・失語があり、学習療法では**文字を文字として認識できない**

2.身体の状態

身体の痛みや不快感はなし
 ADLはほぼ自立。

3.生活歴

生まれも育ちもA県B町
 洋館の仕事やラーメン店、スーパーで働き、最後は40歳まで住宅メーカーで働く
A氏が定年する数年前に自宅を建てた直後に夫は死去

4.性格傾向

基本的に話好きで寂しがり屋
仕事熱心
家族思いで世話好き
 歌うことが好き 特に美空ひばりさんの曲

VI-2.パーソン・センタード・モデル

5.社会心理(人間関係・物理的環境)

主介護者の**次女と二人暮らし**であり、介護のため遠方の長女も月の半分は泊まりに来る。A氏の言動に対して長女と次女が過敏に反応し**喧嘩が絶えない**。
 当施設にA氏の友人2名が利用している。1人はよく話を聞いてくれるが、**同郷の友人はA氏のBPSDに対して激しく注意する**
 しかし、A氏が穏やかなときは嬉しそうな表情を見せる。

介護保険 デイサービス…週2回
 医療保険 当施設のデイケア(にこにこクラブ)…週3-4回

VI-3. パーソン・センタード・モデルより 本人の視点に立って生活を想像する

- 毎日デイへ通っている。(毎日仕事へ行っている)
仕事から帰ってくると自分の行動に対して娘から罵声を浴びせられる。
仕事から帰って来てきついのになんで娘は怒っているのかわからない。イライラする。
- **仕事に来ても自分に対して文句をいってくる**人がいる。イライラする。
もうこんな仕事くるもんか。帰ろう。
- **仕事をさせてくれないという意地悪をされた**上にまだ帰れませんよ、と言われる。そりや仕事だからそうかもしれないけど、もうこんな仕事はしたくない。ああ、何度も言ってきたらさい。目も合わせたくない。**あっち行って！早く出たい。どこから出たらいいの？「おえ、ここ開けて頂戴。開かない？なんでよ？」**

VI-4. 視点を理解したうえで仮説を立てる。

仕事を辞める60歳前に家を建てた直後にA氏は夫を亡くし、
生活のため、娘のために仕事を毎日頑張っている世界に生きています。

それにもかかわらず娘からも仕事仲間からも叱責されることでA氏の居場所、
役割が喪失している。

本人は仕事に来ているはずなのに、体操や色塗り、勉強などをするため、
「アイデンティティが揺らいでいる」とした。

VI-5. 仮説に基づいたケア

不安、混乱といった気づきにくいBPSDを見逃さないようにし、より大きなBPSDに発展させないようにする。

「キョロキョロ」「うつむいている」「かほんの中をしきりに探している」「険しい表情で周囲に尋ねている」
などが見られるときは、そばに行き話を聞く。

そのときに**どの世界を見ているのか(A氏の視点)を確認しながら聞く。**
「だってなにもさせてくれないんですよ」と**仕事に対するキーワードが出たときは、一緒に作業をお断りする。**
テーブルや洗面台を拭く、タオルたたみ、鉛筆を削るなど「**仕事として一緒に作業を行う。**」

職員の仲介により**A氏と相互関係がつかぬような他者との座席配置を考慮する。**

仕事の世界にいる時は、A氏への声掛けを「お茶休憩にしましょう」「お昼休憩にしましょう」「Aさんのおかげで仕事が
はかどります」「いつもありがとうございます」など、**職場でよくつかう声掛けを意識して使う。**

顔から表情が険しい時は、「今日の仕事はほぼほちで行きましょう。あとは私に任せてね。」と優しく声かけ、
一人じゃないという仲間意識を強調する。

VI-6. 中核症状に基づいた各プログラムでのケア

記憶障害、見当識障害、実行機能障害、理解・判断力の障害、失認、失語に対して

リアリティー オリエンテーション 適宜機について、**わかりやすく伝えたり、発言できるようヒントを出す。**

学習療法 どうしたらよいか**常に困っているため、一緒にやり遂げることを目指す。**
(助けてくれる人がいると感じてもらおう。仲間意識を持ってもらう)

運動 **動作の模倣が難しい時など模倣と一緒にする。**

創作活動 横の利用者にスタッフが声をかけながら**共にできるよう配慮したり、職員が一緒に**
に作業を行うことで、仲間意識を持ってもらう。

レクリエーション **横についてレクチャーしたり、一緒に楽しむ。**
参加してくれたことに感謝を伝える。

VI-7. 取り組み初期(2週間以内)による本人の反応

一緒にテーブル・洗面台拭きを始めると、**鼻歌を歌いながら行う。**
「はい、次はどこしたらいいの？しようがないねえ」と**嬉しそうにしている。**
他の利用者のテーブルも**率先して拭こうとする姿勢が見られた。**

これまでは、学習療法や創作活動のときは顔を手で覆い取り組もうとせず、室内を徘徊していたが、
「これ、わかんのよ」「ありがと、あんたがいて助かった」と**取り組む姿勢に変化し、**
他の利用者へアドバイスする姿もみられた。

レクリエーションに参加することが増えた。

穏やかに過ごせる時間が増えた。

取り組み直後から「よい状態のサイン」へと変化

VI-8. 取り組み後期(2週間以降)の反応

朝の**お迎え時、次女との喧嘩はなくなり、A氏の機嫌がよくなった。**

デイケアに到着後も**仕事のことを言わなくなった。**

デイケアでゆったりと過ごしている。

表情が明るくなり**積極的に友人や他者と関わる姿勢に変化したこと、**
同郷の友人と互いに笑い合う関係性へと回復した。

今まで関わりがなかった他者とも**相互的にコミュニケーションをとるようになり、職員の介入回数が大幅に減少した。**
デイケアのプログラムを楽しむようになった。

取り組み2週間後からは仕事というキーワードが消失
「よい状態のサイン」がほぼ全てにみられるようになる

VI-9. 自宅での変化

次女への聞き取りにて

• **喧嘩が少なくなり、明らかにお互いの精神状態が落ち着いたらと反応があった。**次女自身も自分の人生を考え**施設入所を考えていたが、A氏との生活を続けていこうという意思を表示するようになった。**職員へも感謝の念を表していた。

長女への聞き取りにて

• **喧嘩が少なくなったと反応があった。**A氏からも長女についての**ネガティブな思いは減少してきた。**

VI-10. 取り組み後の 「よくない状態のサイン」と「よい状態のサイン」

よくない状態のサイン		よい状態のサイン	
絶望しているときに誰からも相手にされない	なし	自分に自信を持っている	時折有り
非常に強い怒りがある	なし	自己主張を強くできる	有り
深く悲しんでいるときにだれからも相手にされない	なし	身体がリラックスしている	有り
不安がある	時折有り	ほかの人たちのニーズに対して敏感である	有り
恐れがある	なし	ユーモアを返す、ユーモアを使う	有り
退屈している	なし	恐縮的な自己表現をする	有り
身体的な苦痛、痛み、不快感がある	なし	喜び、楽しさを表現する	有り
身体が緊張している	なし	役にたとう、手伝おうとする	有り
動揺している	なし	ほかの人との交流を自分から進んで始める	有り
言葉が通じない	なし	愛情や好意を示す	有り

**パーソナルフレンドがとても
高められたよい状態**

VII.結果

- 不安といったBPSDは時折みられるも、**パーソン・センタード・ケアの目標である「よくない状態のサイン」はほぼ消失し、「よい状態のサイン」はほぼ全てに見られる**ように変化した。

A氏の**パーソンフッドがととも高まっている**状態となった。

- 職員や友人、家族との関係も良好となり、**当施設や家庭が本人の安らげる場所へと変化した、再び絆を取り戻すことに繋がった。**

VIII.考察

・鈴木は「**パーソン・センタード・ケアは、認知症の人に寄り添い、信頼し合うという相互関係のもとで、その人の個性や人生に焦点をあてたケアである**」と言っている。²⁵

・A氏が見ている世界（視点）をパーソン・センタード・モデルにて理解し、職員と利用者としての関係を越え、「**私**」と「**あなた**」という**相互の人間関係を強調したパーソン・センタード・ケアを行うことで絆が深まった結果、A氏は「よい状態」へと変化した、自ら他者と絆を深めていくことに繋がった**と結論付ける。

IX.終わりに

- 温かい人との繋がりが良い連鎖をもたらした大きな絆を作っている**ことを証明した一例であった。

パーソン・センタード・ケアによる継続した取り組みの効果

よくない状態のサイン	A氏	B氏	C氏	よい状態のサイン	A氏	B氏	C氏
絶望しているときに誰からも相手にされない	なし	なし	なし	自分に自信を持っている	時折あり	有り	有り
非常に強い怒りがある	なし	なし	なし	自己主張を強くできる	有り	有り	有り
深く悲しんでいるときにだれからも相手にされない	なし	なし	なし	身体がリラックスしている	有り	有り	有り
不安がある	時折あり	時折あり	時折あり	ほかの人たちのニーズに対して敏感である	有り	なし	時折あり
恐れがある	なし	なし	なし	ユーモアを返す、ユーモアを催う	有り	有り	有り
退屈している	なし	時折あり	時折あり	想像的な自己表現をする	有り	有り	有り
身体的な苦痛、痛み、不快感がある	なし	なし	なし	喜び、楽しさを表現する	有り	有り	有り
身体が緊張している	なし	なし	なし	役にたとう、手伝おうとする	あり	有り	時折あり
恥づいている	なし	時折あり	なし	ほかの人との交流を自分から進んで始める	有り	なし	なし
無気力である	なし	なし	時折あり	愛情や好意を示す	有り	時折あり	有り

改善 9個 6個 6個

9個 4個 7個

ご清聴ありがとうございました

引用

- ※1)トム・キットウッド キヤスリーン・ブレディン著 高橋誠一監訳 寺田真理子訳『認知症の介護のために知っておきたい大切なこと パーソンセンタードケア入門』簡井書房
- ※2,3,4,5)鈴木みずえ『認知症の看護・介護に役立つ よくわかる パーソン・センタード・ケア』電子書籍版、池田書店、2017、P2,39,42,58

認知症患者の在宅療養への取り組み

～妻の意思決定支援～

○発表者名 宇都真奈実¹⁾、共同研究者名 仲島亜希 本田美奈子 藤嶋早百合
1)所属、宗像水光会総合病院

I. はじめに

少子高齢化に伴い、高齢者の一人暮らしや「老老介護」に直面する人々は増加している。当院においても入院患者の3～4割程度が認知症患者であり、認知症患者は自宅退院が可能となっても、療養型病院や施設入所となる場合が多い。今回、入院により認知症が悪化し施設入所を検討された患者に対し、夫と自宅で暮らしたいという妻の思いを実現するために、多職種連携により自宅退院に至った症例を報告する。

II. 研究目的

事例を振り返り共有することで、今後の患者・家族への退院支援への成果と課題を検討する。

III. 研究方法

実践報告

IV. 倫理的配慮

- ・宗像水光会総合病院看護部の承認を得た
- ・研究対象者へのプライバシーを配慮し、対象者が特定できないようにする。
- ・研究への参加によって、対象に不利益や負担がかからないよう配慮する。

V. 結果

A氏82歳男性、入院診断名は気管支肺炎、既往にレビー小体型認知症があり介護保険要介護3。自宅で妻と二人暮らし。入院により日常生活動作が著明に低下し全面介助の状態で日中はほとんど反応がない状態である。妻は「この状態ならば施設入所を希望します」と話され、施設への連絡調整をしていた。しかし、ケアマネジャーから自宅退院できる可能性を妻より質問されたとの情報が入り、再度妻の意向を確認した。妻の意思決定を支援するため、意思表出ができる環境を整え、妻の意向を確認しながらアドバイスを行った。妻は、「自宅で見てあげたい。別々に暮らすことは夫も望んでいない。」と話されたことから、妻の意思決定を尊重し、施設から自宅退院へ目標を変更した。そこで、在宅療養に向けチームアプローチを開始した。多職種と情報共有のためのカンファレンスを行い、A氏に必要なケア内容を抽出し、ケア計画を立て実施指導した。妻の介護技術の習得後、在宅支援スタッフを含めた多職種での退院前支援カンファレンスを

実施し、必要とされるサービス内容の調整を行い、妻の負担軽減のための社会資源の活用について見直した。

VI. 考察

斎藤らは¹⁾「認知症高齢者の退院支援過程において、高齢者の能力の適切な見極めと意思表出ができる環境を整え、意思表出能力を最大限に引き出し、その能力を維持する支援が意思決定支援の基礎となる」と述べている。意思決定支援の場面においては、妻の意向を確認しながら、医療者側からは夫の現状を伝え、それを介護するにはどうすればよいのか、具体的にアドバイスをを行った。意思表出のできる環境を整え、多職種で関わる事で、妻は安心して納得いく意思決定が行えた。今回、妻の思いが入院中変化していく中、妻の言葉より、意向の再確認を行う必要性を捉えることにより、多職種での意思決定支援に繋げる事が出来た。意思決定支援では、患者や家族の意向を確認しながら、意思表出ができる環境を整え、その意思決定を支え・つないでいくことが重要である。また、多職種でのチームアプローチの介入は、介護技術習得を目指した指導や介護負担軽減を考えた社会資源の活用となり、妻の不安要因の解決や、介護への自信に繋がったと考える。地域包括ケア病棟では、患者・家族の向きあう対象が、病気から生活に切り替わる。多職種が生活に向けた目標を設定し、連携した取り組みを行ったことで、早期の自宅退院に繋がった。患者の状況を理解し、退院後の生活を見据え、安心して過ごせる療養環境が整うように支援する事が重要である。

VII. 研究の限界と今後の課題

在宅療養に繋がられた1症例の実践報告であるため、今後も効果的な意思決定支援については継続した検討が必要である。

VIII. 結論

認知症や身体機能の低下があっても、患者や家族の思いに寄り添い、多職種で連携し支援することが重要である。

引用文献

1) 斎藤多恵子、石橋みゆき他：急性期病院の認知症高齢者の退院支援過程において退院支援仙人看護が行う倫理意思決定支援、千葉看護学会誌、25 (1)、47-56、019

認知症患者の在宅療養への取り組み ～妻の意思決定支援～



宗像水光会総合病院 地域包括ケア病棟
 ○宇都真奈美 仲島亜希 本田美奈子 藤嶋早百希
 2024年2月24日

はじめに

- ・ 少子高齢化に伴い認知症患者は増加
- ・ 当院においても入院患者の約3～4割が認知症患者
- ・ 認知症患者は自宅退院が可能となっても、療養型病院や施設入所となる場合が多い
- ・ 施設入所を検討された患者に対し、夫と自宅で暮らしたいという妻の思いを実現するために、多職種連携により自宅退院に至った症例を報告する

事例紹介

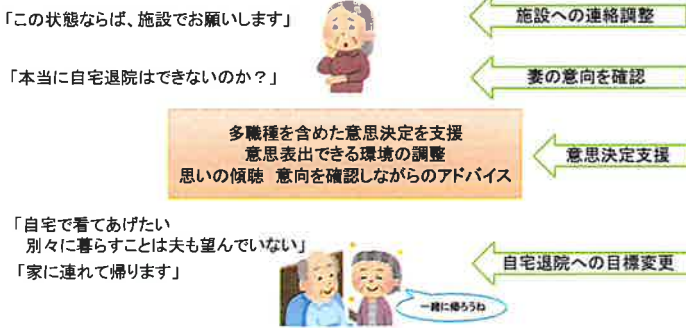
A氏 82歳 男性 診断名 気管支肺炎
 既往:レビー小体型認知症
 ・ 自宅で妻と二人暮らし 介護保険:要介護3

- ・ 研究期間: 研究期間: X年12月～X年3月
- ・ 倫理的配慮
 - ・ 宗像水光会総合病院看護部の承認を得た
 - ・ 研究対象者へのプライバシーを配慮し、対象者が特定できないようにする
 - ・ 研究への参加によって、対象者に不利益や負担がかからないよう配慮する
- ・ 利益相反
 - 発表に関して開示すべき利益相互関係にあたる企業はありません

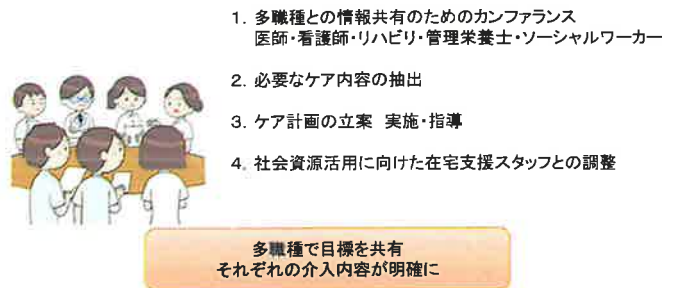
A氏の状態



妻の意思決定過程



在宅療養に向けてチームアプローチの開始



看護師のアプローチ



多職種のアプローチ



社会資源の活用

入院前

訪問診療(2回/月)
訪問看護(1回/週)
デイサービス(2回/週)
訪問入浴使用無し
福祉用具の使用無し

退院前
支援カンファランス



退院後

訪問診療(2回/月)
訪問看護 毎日
デイサービス(2回/週)
訪問入浴(2回/週)
福祉用具のレンタル
・電動ベッド
・体位交換機、
・褥瘡予防マットレス

妻の負担軽減のための
社会資源の見直し

考察

◆意思決定支援の場面
妻の意向の確認し、医療者側からは具体的にアドバイスをを行った
環境を整え、多職種で関わる事で、妻は安心して納得いく意思決定が
行えた

◆妻の思いが入院中に変化
意向の再確認を行う必要性を捉え
多職種での意思決定支援に繋げる事が出来た



意思決定支援

患者や家族の意向を確認し
意思表出できる環境を整え
多職種で意思決定を支え 繋いでいく事が重要

考察

◆多職種でのチームアプローチの介入
介護技術習得を目指した指導
介護負担軽減を考えた社会資源の活用
妻の不安要因の解決や、介護への自信に繋がった



多職種連携

◆“病気”から“生活”に切り替えた支援
多職種が生活に向けた目標を設定し、連携した取り組みを
行ったことで、早期の自宅退院に繋がった

患者の状況を理解し退院後の生活を見据え
安心して過ごせる療養環境が整うように
支援する事が重要

結論

認知症や身体機能の低下があっても
患者や家族の思いに寄り添い
多職種で連携し、支援することが重要である。

引用文献・参考文献

引用文献

1) 斎藤多恵子、石橋みゆき他:急性期病院の認知症高齢者の退院支援過程
において退院支援人看護が行う倫理意思決定支援、千葉看護学会誌、25(1)、
47-56、2019

2) 厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」

参考文献

公益社団法人 日本看護協会(2016)認知症ケアガイドブック、2016年 6月8日

一般社団法人 日本認知症ケア学会(2023)認知症ケア事例ジャーナルVol.16

一般社団法人 日本認知症ケア学会編 認知症ケアにおける社会資源

ご清聴ありがとうございました



利用者の想いと家族をつなぐ意思決定支援について

～ターミナル期における ACP 実践報告～

○松本千恵 本村智子 谷口千恵美

地方独立行政法人 芦屋中央病院指定居宅介護支援事業所

I. はじめに

超高齢社会となったわが国は、同時に多死社会を迎えることになる。2018年「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹⁾が改訂されアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の考えが盛り込まれ、医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることが明確化された。ターミナル期では、短期間で病状が悪化し意思表示が困難な状況となることも多いため、あらかじめ家族や医療・ケアチームと、自分の大切にしていること、希望する医療やケアについて話し合っておくことが必要である。2022年度に在宅看取りを行った7事例について、ACP実践を振り返り、意思決定支援についての課題と、利用者のACPを踏まえたケアマネジメントの実践のあり方を明らかにしたため報告する。

II. 研究目的

在宅看取りを行った利用者のACP実践と、デスカンファレンスの振り返りから、意思決定支援についての課題と利用者のACPを踏まえたケアマネジメントの実践内容を明確にする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 研究対象：2022年度に在宅看取りを行った7事例
3. 研究期間：2023年5月～2023年12月
4. データ収集方法：介護システムの居宅介護支援経過記録とデスカンファレンス議事録から収集する。
5. データ分析方法：事例ごとのACP実践をACPの4つのステップに照らし合わせて検討する。検討した内容とデスカンファレンスを振り返り、意思決定支援についての課題を抽出する。

IV. 倫理的配慮

対象者の個人情報とプライバシー保護に配慮し、対象者の家族へ説明文書を用いて説明し同意を得た。所属施設の病院倫理審査で承認を得て実施した。

V. 結果

7事例中6事例がACPの4つのステップの第3ステップ（意思決定）または第4ステップ（意思実現）からの支援となった。主な内容は、在宅移行期では、利用者・家族の療養環境の変化に伴う不安や揺らぐ気持ちに寄り添い主治医や緩和ケア病棟の看護師と情報を共有し、意向の確認を行っていったこと、また家族間で意向の相違がある際の家族関係への支援や、訪問診療・訪問看護による看取り教育に同席し多職種協働のチームケアの連携強化を行ったことである。デスカンファレンスでは、短期期

間での利用者・家族との信頼関係構築の難しさや家族関係への支援の困難さがあげられた。

VI. 考察

ターミナル期では、病気を診断されてから利用者の価値観に基づいた最善の医療・ケアの選択は、急な病状変化や機能的・精神的変化、また本人の明確な意思確認ができない時には困難となることが予測される。介護支援専門員（以下、CM）として早急に介入し暫定プランでの開始となることが多くターミナルケアマネジメント加算を算定できる関わりを行っている。利用者のそばで支援するCMとして、日々の関わりの中で利用者の意思を家族と共有し、家族とも向き合いながら利用者の意思を推定できるような支援も必要である。そのような中で、利用者の尊厳を守り、その人らしく望む暮らしが送れるように、限られた関わりの中でも利用者・家族、医療・ケアチームで繰り返し話し合い、目標を共有することが大切である。山岸は、ACPとは普段の医療・ケアの中で、本人との関係性を築きつつ「今」その人が医療・ケア、また生活についてどう考えているのかを軸に、医学的所見やQOLも考慮し、治療やケアを提案し共同意思決定をしていくものである²⁾と述べている。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、研究の対象者が7名と少ないことにある。今後は、研究の対象者数を拡大して調査することで、より広い視点から意思決定支援についての課題を明らかにする必要がある。

VIII. 結論

1. 利用者の意思を家族と共有し、各々の想いをすりあわせ、利用者の意思を推定できるように支援していくことが必要である。
2. その人らしく望む生活が送れるように、利用者・家族、医療・ケアチームで繰り返し話し合い、目標を共有することが大切である。
3. ACPの4つのステップに沿った実践は難しいため、平常からもしもの時を考えておくことができるように、地域でのACP（人生会議）の普及に取り組んでいく。

引用文献

- 1) 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（2018年改訂版）2023年5月10日閲覧 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000197721.pdf>
- 2) 山岸暁美:誰のための何のためのACPなのか?看護,(11月臨時増刊号)日本看護協会出版会,P119,2023.

利用者の想いと家族をつなぐ

意思決定支援について

～ターミナル期におけるACP実践報告～



地方独立行政法人
芦屋中央病院指定居宅介護支援事業所 松本千恵

福岡県看護協会11地区支部

利益相反開示

筆頭者氏名:松本 千恵

所属名:芦屋中央病院指定居宅介護支援事業所

今回の演題に関連して、
開示すべき利益相反はありません



より信頼される病院をめざして

病院理念

- 1 地域住民に信頼される病院
- 2 地域医療機関に信頼される病院
- 3 職員に信頼される病院



居宅介護支援事業所の紹介

ケアマネジャー:4名【基礎資格:看護師2名・作業療法士1名・介護福祉士1名】
【主任ケアマネジャー1名】

利用者数:要介護者 97名 要支援者 26名 合計 123名
提供地域:遠賀郡4町・中間市・若松区・八幡西区
特定事業所加算Ⅲ・ターミナルケアマネジメント加算取得



はじめに

わが国は、超高齢社会となり 多死社会を迎える
地域包括ケアシステム構築への対応の必要性
英米諸国を中心とした、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の
概念を踏まえた研究・取り組みが普及

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関する ガイドライン」の改訂
(2018年)

ACPの考えが盛り込まれる
医療・ケアチームの対象に 介護従事者が含まれることが明確化

本人の人生観や
価値観等、できる
限り把握

本人や家族等と
十分に話し合う

話し合った内容を
記録文書にまとめ
共有

はじめに

2022年度に当事業所で7事例の在宅看取りを行った

ターミナル期:短期間で病状悪化し意思表示が困難な状況となることが多い
一般国民の68.6%は自分の死が近づいた場合の医療・ケアについて、家族や
医療・介護従事者との話し合いをしていない現状
(令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書)

事前に家族や医療・ケアチームと
自分の大切にしていること・希望する医療やケアについて
十分に話し合っておく必要がある

目的

在宅看取りを行った7事例



以下のことを明らかにする

- ・意思決定支援についての課題
- ・利用者のACPを踏まえたケアマネジメントの実践内容

方法

研究デザイン	事例研究
研究対象	2022年度に在宅看取りを行った7事例
研究期間	2023年5月～2023年12月
データ 収集方法	介護システムの居宅介護支援経過記録とデスカンファレンス 議事録から収集
データ 分析方法	事例ごとのACP実践をACPの4つのステップ(意思形成・意思 表明・意思決定・意思実現)に照らし合わせて検討 検討した内容とデスカンファレンスを振り返り、意思決定支援 についての課題を抽出

方法

表1 ACPの4つのステップ

第1ステップ 意思形成	本人の意思の全体像ではなく、その断片が言葉として発せられている段階
第2ステップ 意思表明	本人の意思の断片がパズルのように組み合わせられ、価値観、大切にしていること、譲れないこと、気がかり、目標、選好などを表明してもらう段階
第3ステップ 意思決定	実際に自分はこういう医療・ケアを将来受けたいと決定する段階
第4ステップ 意思実現	本人の意思を、関係者の意向やその場の状況、関係者の価値観の対立などに配慮しながら実現する段階

倫理的配慮

対象者の個人情報とプライバシー保護に配慮し

対象者の家族へ説明文書を置いて説明し同意を得た。

所属施設の病院倫理審査で承認を得て実施した。

結果

表2 在宅看取りを行ったターミナル期の利用者・家族との関わり(7事例)

事例	年齢性別	病名	家族構成	介入期間	暫定プラン	ターミナルケアマネジメント加算	在宅サービス開始時期		病状悪化時期		デスカンファレンスの振り返り		
							利用者の意向	家族の意向	利用者の意向	家族の意向	介護支援専門員による支援	グリーフケアでの家族の気持ち	
A氏	80歳代女性	直腸癌 骨髄転移	夫と二人暮らし 近所三 人の子 供居住	11日	○	○	家事など行える。子供に食事に支障はない	子供や介護、友人と食事することを重視する	神昏症状が頻りに増え、意識が不明	急な病状変化に不安	家族間で介護の負担をどう分担するかを話し合う	自然な形で家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	グリーフケアで家族の気持ちをケアする
B氏	80歳代男性	胃がん 多発転移	妻と二人暮らし	13日	○		家が広い。自分の気持ちに任せてほしい	病院で過ごすよりも家で過ごしてほしい	吐き気や腹痛がひどく、食事がとれない	病状悪化による不安	家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	自然な形で家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	グリーフケアで家族の気持ちをケアする
C氏	70歳代女性	乳癌 多発転移	夫・長女と三人暮らし ペット犬	11日	○	○	家で暮らしたい	病院で過ごすよりも家で過ごしてほしい	吐き気や腹痛がひどく、食事がとれない	病状悪化による不安	家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	自然な形で家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	グリーフケアで家族の気持ちをケアする

結果

事例	年齢性別	病名	家族構成	介入期間	暫定プラン	ターミナルケアマネジメント加算	在宅サービス開始時期		病状悪化時期		デスカンファレンスの振り返り		
							利用者の意向	家族の意向	利用者の意向	家族の意向	介護支援専門員による支援	グリーフケアでの家族の気持ち	
D氏	70歳代女性	S状結腸癌 腎臓	夫と二人暮らし 近所に次女・ペット猫	28日	○	○	入院中は治療のきつさや訪問看護士が来てくれたら安心	自宅療養希望。訪問看護士が来てくれたら安心	嘔吐や腹痛がひどく、食事がとれない	病状悪化による不安	家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	自然な形で家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	グリーフケアで家族の気持ちをケアする
E氏	50歳代男性	肺癌	妻・長男と三人暮らし	9日	○	○	家が広い。自分の気持ちに任せてほしい	病院で過ごすよりも家で過ごしてほしい	吐き気や腹痛がひどく、食事がとれない	病状悪化による不安	家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	自然な形で家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	グリーフケアで家族の気持ちをケアする
F氏	80歳代男性	直腸癌 転移	妻と二人暮らし 長女	約2年			家が広い。自分の気持ちに任せてほしい	病院で過ごすよりも家で過ごしてほしい	吐き気や腹痛がひどく、食事がとれない	病状悪化による不安	家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	自然な形で家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	グリーフケアで家族の気持ちをケアする
G氏	70歳代女性	肺癌 転移性脳腫瘍	夫と二人暮らし 長男は夫と同居	47日		○	家で暮らしたい	病院で過ごすよりも家で過ごしてほしい	吐き気や腹痛がひどく、食事がとれない	病状悪化による不安	家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	自然な形で家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	グリーフケアで家族の気持ちをケアする

結果

事例	年齢性別	病名	家族構成	介入期間	暫定プラン	ターミナルケアマネジメント加算	在宅サービス開始時期		病状悪化時期		デスカンファレンスの振り返り		
							利用者の意向	家族の意向	利用者の意向	家族の意向	介護支援専門員による支援	グリーフケアでの家族の気持ち	
D氏	70歳代女性	S状結腸癌 腎臓	夫と二人暮らし 近所に次女・ペット猫	28日	○	○	入院中は治療のきつさや訪問看護士が来てくれたら安心	自宅療養希望。訪問看護士が来てくれたら安心	嘔吐や腹痛がひどく、食事がとれない	病状悪化による不安	家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	自然な形で家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	グリーフケアで家族の気持ちをケアする
G氏	70歳代女性	肺癌 転移性脳腫瘍	夫と二人暮らし 長男は夫と同居	47日		○	孫の声を聴きたい	家で暮らしたい	吐き気や腹痛がひどく、食事がとれない	病状悪化による不安	家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	自然な形で家族の意向を尊重し、ケアの提供を希望する	グリーフケアで家族の気持ちをケアする

結果

表3 ACP実践の開始時期

事例	第1ステップ 意思形成	第2ステップ 意思表明	第3ステップ 意思決定	第4ステップ 意思実現
A氏				○
B氏			○	
C氏			○	
D氏			○	
E氏			○	
F氏	○			
G氏			○	

6事例が第3ステップ(意思決定)または第4ステップ(意思実現)からの支援となった

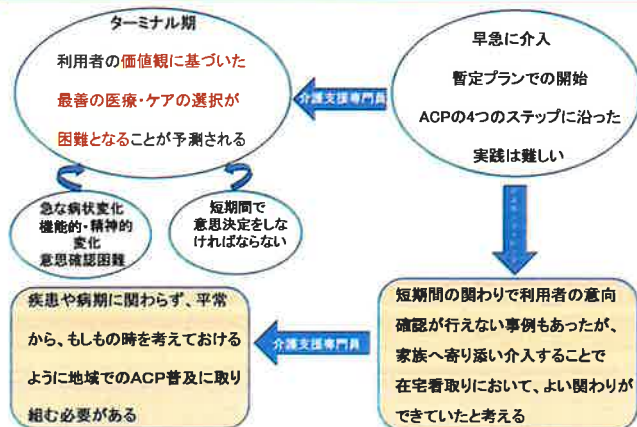
支援内容 ●在宅移行期 → 療養環境の変化に伴う不安や揺らぐ気持ちに寄り添う
主治医・病棟看護師と情報を共有・意向の確認

●家族間で意向の相違あり → 家族関係への支援

●訪問診療・訪問看護による看取り教育・同席 → 多職種協働のチームケアの連携強化

デスカンファレンス ●短期間での利用者・家族との信頼関係構築の難しさ、家族関係への支援の困難さがあげられた

考察



結論

1. 利用者の意思を家族と共有し、各々の想いをすりあわせ、利用者の意思を推定できるように支援していくことが必要である
2. その人らしく望む生活が送れるように、利用者・家族、医療・ケアチームで繰り返し話し合い、目標を共有することが大切である
3. ACPの4つのステップに沿った実践は難しいため、疾患や病期にかかわらず、平常からしもの時を考えておくことができるように地域でのACP(人生会議)の普及に取り組んでいく

引用・参考文献

1. 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(2018年改訂版)2023年5月10日閲覧
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujocuhou-10800000-iseikyoku/0000197721.pdf>
2. 山岸暁美:誰のための何のためのACPなのか?看護,日本看護協会出版社 P119,2023
3. 西川満則,大城京子,ACP入門人生会議の始め方ガイド,第3刷日経メディカル,2022
4. 川崎優子,看護者が行う意思決定支援の技法30,医学書院,2021
5. 堀謙輔,がん患者の意思決定支援成功の秘訣,中外医学社,2022
6. 緩和ケア,vol32no.MAY,2022
7. 厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」2023年5月10日閲覧
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433_00044.html

ご清聴ありがとうございました



芦屋町花 ハマユウ