

【座談会】

質の高い看護ケアのために

小野 博史 兵庫県立大学看護学部基礎看護学 助教
 竹原 歩 兵庫県立大学看護学部精神看護学 助教
 中筋 美子 兵庫県立大学看護学部老人看護学 助教
 坂下 玲子 兵庫県立大学看護学部臨床看護研究支援
 センター長、本誌編集長



研究の動向

坂下 寄稿をどうもありがとうございました。本座談会を通じ、「せん妄」という現象とそのアプローチが読者に立体的に見えたらよいと願います。せん妄については様々な研究がありますが、いまだにそのメカニズムは十分解明されていません。研究の動向はどのようなものでしょうか。

小野 研究の方向性として、要因の特定を目的とする研究は多く行われきましたが、予防を目的とした介入研究はあまり進んでいません。したがって RCT のように効果的な予防方法を提示した研究は少なく、事例研究が多いというのが特徴ではないでしょうか。また、患者や看護師の体験に主眼を置いた研究も多くみられます。予防のあり方として、現在は包括的アプローチが主流となっています。おそらく「問題の解決」を目指しても解決しきれないということが根底にあると思います。

坂下 せん妄は症候群と考えられていますが、病態というよりは、「現象」として捉えたらどうでしょうか。それは、例えば悪性新生物のように「有り/無し」が明確に区別できるものではありません。いわゆる「医学的治療」ではなく「看護的アプローチ」が求められているのではないのでしょうか。

竹原 せん妄に関する RCT は 2000 年前後に多く行われました。それは「どんな要因をつぶせば症状がコントロールできるのか」というアプローチですが、せん妄は多要因です。またせん妄は様々な人々に発症しますが、終末期や認知症患者、ガンでも骨折でも、起こっている現象は一緒です。とくに夜になると周りの状況の把握が難しくなり、点滴を全部引き抜いたり、「帰る、帰る」と大声をあげたりする。その現象を引き起こした原因はそれぞれに違いあまりにも多

岐にわたるので原因を探しつづけていくという方法には限界があります。そのため、ここ 10 年は新しい知見が見当たらないという印象です。私はよく特集のプランナーを依頼されるのですが、診断、アセスメント、スクリーニング、薬物療法と非薬物療法といった形式から抜け出せず、いつも一緒になってしまいます。違う視点でチャレンジしていくことが求められていると思います。

坂下 科学はこれまで因果関係を突き止めることに躍起になっていました。原因を探し、それを絶てば問題が解決する、なくなるというアプローチはもう限界に来ていると思います。もちろんそれで解決できることは沢山ありますが、解決できないことも多くあり、特に多要因が複雑に絡み合っ生じるヒトに関する現象の解決は難しいです。健康問題に関しては、いわゆる「解決＝なくなる」ということを目指すのではなく、そういった現象があっても生活していくのに困らないということを目指すべきだと考えます。新たな考え方と手法を開発する必要があります。

看護としてのせん妄の捉え方

坂下 皆さんの記事を読ませていただき、共通点として、せん妄を特異な病態としてとらえるのではなく、精神機能が低下していく連続的な状況として捉えようとしている点、その人を思考の中心に据え、その人の立場で状況を理解しようとしている点に、医学とは異なる看護学の捉え方をみました。その人を理解するためには、これまでのその人の人生、経験などを知ろうとし、その人の体験世界に関わろうとするところに感銘を受けました。周囲の人からみたら「異常な」困った行動と映るかもしれませんが、皆さんは、精神機

能が低下し自分が置かれた状況の把握ができないが必死に苦痛なその状況を改善しようとする「当然の反応」として捉えておられました。また、看護ケアにおいて、関係性を構築し、生活を再構築する関わりに焦点があたり、医療者にとっての問題行為としてではなく、そのような行為を取らざるを得ないAさんの苦痛の緩和に焦点がありました。

一方、それぞれに特色があったと思います。小野先生はせん妄というレッテルを貼るのではなく、精神機能という概念を導入して術後侵襲からの回復という視点からせん妄を論じられました。

小野 私が術後急性期としてせん妄をみるとときには、手術を受ける前にはできていたことが手術を受けたことによってできなくなり、それが回復するという考え方が前提にあります。このような回復のプロセスについて、これまでは物質的側面である身体機能が着目されてきましたが、その人の内面に生じる精神機能の部分にも焦点を当てていかなければならないです。

中筋 ICUの部署の特徴として、優先順位が生命維持や身体機能にあるので、精神機能に焦点が当たらないということがあると思います。そういう意味ではICUから患者が帰ってくる一般病床においても、その延長線上で身体機能がかりが注目されている印象があります。今は日々のケアにおいて分業化が進んでおり、処置を速やかに完遂することに重きがおかれていて、清拭も看護助手に委ねてしまうところもあります。せん妄をおこされるような方は、重篤な方も多いため「安全かつ速やかに」ということが優先され、その人の体験世界で何が起きているのかというようなことを知る機会が奪われている気がします。日常生活援助をする中で、ゆっくりと話しを聞き患者を理解することそのものが行われておらず、その人が、その瞬間に抱いた苦痛を看護師が察知できない状況にあります。

坂下 中筋先生は、高齢者の方の存在や体験世界を尊重した看護ケアを展開されていますね。患者とゆっくりと話しもできず苦痛を緩和することもできないなら、それは看護をしていないということですね。

竹原 中筋先生の解説を読んだとき、人生の時間軸という視点をもって、その人を理解しようとしていたところが印象的でした。

坂下 皆さんが共通に取り上げたこととして、患者との信頼関係を構築していくということがありました。看護師を自分の味方として受け入れてもらうことは大切なことです

が、竹原先生は自分自身を道具とした関わり、相互作用を重要視されています。また、竹原先生は、セルフケア能力を引き出すという点を強調してくださいました。

竹原 精神看護領域ではセルフケアに注目し理論枠組みをもって展開しています。患者さんは自分自身でケアする力を持っています。

坂下 どうしても医療者は、入院する患者は能力がなく支援が必要であるという先入観のようなものがあるように思います。でもその人には力は備わっているわけです。それを考慮せずに一方的にケアが展開されていたりはしないでしょうか。

中筋 入院前より能力は低くなっているところはあるかもしれませんが、できることは沢山あるのです。

分断されていく看護ケア

竹原 先日、心不全の患者に関らせていただく機会がありました。その方は状況的に不安が高じて、精神的に揺さぶられ混乱されている状況にありました。病棟の看護師からの依頼は「夜眠れる薬を出してほしい」という内容でした。不安で心が揺れている方に夜眠れる薬がほしいというのは変だなと感じ、その理由を考えてみました。この方には専門の多職種チームが関わっていて、昼間心理士が患者の話を聞き、家族との調整は専門看護師や認定看護師が行っていました。不安の高い患者のケアの大事な部分を専門チームが担うことで患者の苦痛や困りごとに病棟看護師が関わりにくい状況になっているのではないかと感じました。

中筋 専門看護師として、「この専門ケアをよるしく」といったように病棟から専門的なケアの部分だけ外注される構造があります。ケアが分断されている状況です。

坂下 看護師達が専門看護師にせよ他職種にせよケアを次々手放している/手放させられている状況には胸が痛みます。

中筋 看護師が判断し得ることで他職種に委ねる場面が増えてきています。例えば患者さんの生活場面における判断能力など関わりを通してこそつかめるものさえ、「MMSEをとらなければわからないので他職種に託してもらおう」という方針を聞くこともあります。そうなる誰かの指示がなければ何もできない状況になっていってしまいます。

竹原 臨床現場はPNSやリシャッフルを駆使して、なんとか忙しい業務をこなしているのが現状だと思います。

中筋 例えば清拭のようなケアは、患者とのコミュニケー

ションを図るうえでとても大切な事ですが、予定されていた時間内にそのケアが遂行できなかった場合、手が空いている人に仕事が振り分けられてしまい、意図的なケアを行うのが難しいというのが現状です。

坂下 それは、看護職として患者に何が必要であるのか見えていないということでしょうか。

中筋 そうですね。日常生活の支援をしながら患者を理解していくという経験を積んでいかなければ、「覚醒がしっかりとしないう方を怖がらせることなく体位変換するための技」というような技術が身につかず、スタッフが育たないということになる。そして容易に患者とぶつかってしまい、患者の精神状態を悪くさせてしまいます。

坂下 そうなると、先ほどの話のように「眠らせてしまおう」となってしまうわけですね。私は、看護ケアは清拭だと口腔ケアだとか一つ一つのケアはもちろん重要だけれど、それが患者のセルフケア能力を引き出し強めるという目標にむかってシンフォニーのように統合されていくからこそ力を発揮すると考えています。分断されると効果を発揮できない。

看護師の技(わざ)¹

中筋 精神状態が不安定な方と話しをすることは時間がかかるわけですが、何に時間をかけなければならぬのかという判断力が育っていなければ本当に意義ある大切なケアが行われなくなります。精神状態が不安定な方の声を聴きだすことは難しくなっていきます。

坂下 実際にそのような場面を目にして経験することがなければ、それは難しい技であると思います。ましてや人を怖がらせずに接するということが本当に高度な技です。

竹原 だからこそ一番面白いところでもあるわけですね。面白いところだからこそやりがいにもつながるので、是非とも病棟の担当看護師たちに担ってほしいと感じています。専門看護師や認定看護師が気をつけなければいけないことは、病棟の看護師から患者ケアの大事な部分を奪ってしまわないことです。

中筋 手際よく仕事を終わるとか、医師を怒らせないとか、本質ではないところに気を使っていて、患者さんに向き合うことが難しくなっているようです。

坂下 そもそも生活援助の場面が少なくなっているのだから、看護により患者さんがダイナミックに変わっていくという

醍醐味を味わう機会が少なくなっていると懸念します。

せん妄の予防にも回復にも日常生活の援助が大きな効果を発揮します。しかし、それを看護師が責任をもって遂行するという考えが薄れてしまっているように思います。何に優先順位を置いて自分たちのケアを組み立てていくのが重要です。例えば、看護師は、患者とじっくり話したいので、今のマンパワーでは点滴を実施することはできないと主張していくことも大切なかもしれません。ということは、看護師が患者とじっくり話をしたときにこれだけの効果があるということを示す必要がありますね。

小野 そのようなアウトカムを提示していくことは大切ですが、それだけでは看護師の認識は変わらないように思います。やはり具体的にどうすればよいか実践して、その成果を自分で実感し、工夫をしていくという循環がなければ難しい。その意味で、どのように具体的に行えばよいかを示してくれるモデル、実際にいっしょに行ってくれるよい先輩が病棟に沢山必要だと思います。

そばにいること

竹原 先日、心肺停止に対する低体温療法が1週間行われて、今日目が覚めたという患者と関わることがあり、当然ながら相当な混乱が患者を襲っていました。そんな風に患者が大変な時に、看護師が「患者のそばにいてさせてもらうことができる」ということ、そのものがすごいことだと感じます。普通であれば、知らない人と関わることが怖いですが、でも看護師はそこで関与を続けるわけで、内容はともかくその場において関わられるということが素晴らしいことだと感じます。

中筋 その点については、逆に私は怖いと思うこともあります。せん妄を起こして抑制をされていたり4点柵で囲まれたりして苦痛を訴えている患者さんのそばにいて続け、「ゆっくりしてね」と声をかける看護師を見て、何かが麻痺してしまっているのではないかと感じる場合があります。暴れずに「ゆっくりしてほしい」という看護師の気持ちは本当だと思いますが、同じようにそばにいるなら、せめて落ち着くまで少しの間でも抑制を外してあげられないのかと思います。抑制は最終手段であるといいながら、ものすごく早い時期から登場してきます。抑制があることを当たり前と感じてしまう、何かが麻痺してしまっていると感じます。抑制し患者に苦痛を与えておきながら「何か不快なことはありま

¹ Chinnら (Chinn & Krimer, 2015) は、単なる実践を practice, ビジョンを持ちそれを達成するために看護の知を統合して行われる実践を praxis と呼んでいる。ここでの技は Praxis と同様の概念として使っている。

せんか」と平気で声をかけるような、そういう矛盾した状況が生まれてしまいます。また、柵をされて見える風景はどのようなものでしょうか。異様なものだと思います。私は話すときは必ず柵をとって話します。患者さんとの間にある柵、または上から「大丈夫ですか」と除きこまれる恐怖、患者さんには多くの苦痛や恐怖が沸きますが、看護師はそこに立ち止まらなくなっていく。その矛盾は患者はもちろんのこと、看護師自身にとっても辛い体験だと思います。

坂下 そこには殺伐とした気持だけが残りますね。ケアを提供できていれば、なにより看護師も癒されるのに。

診療の補助のあり方

小野：その矛盾がどこからきているかという、「診療の補助と療養上の世話」という二つの役割を持たされているところからだと考えます。私は看護の本質は「療養上の世話」にあると思っています。しかし、様々な仕事に分業される中で、看護師の仕事として何が残るのかを考えた場合、現在「診療の補助」は誰もとることができません。結果として看護師の仕事における「診療の補助」の割合が大きくなります。補助ですから、主である医師の指示を受けて遂行するという構造にあり、時間刻みで行われる処置の優先順位が高くなっていきます。そうすると看護師は、患者を「病を抱えながら生活する人」としてではなく、「治療を行うべき対象」として見ていくようになります。そのため、看護として本来行いたい「療養上の世話」の優先順位は低くなって、今日ではできなくても明日すればいいというような考え方が生まれます。いつしか、清拭を通して「患者の快適性を保つこと」ではなく「清拭を終えること」が目的となり、看護ケアすらも処置ようになっていきます。そして煩雑な現場は、看護師に患者を看ているのではなく、診てしまっていることを振り返る時間も与えてくれません。このような構造にきちんと目を向けていくことが大切ではないでしょうか。

坂下 診療の補助に多くの時間がとられてしまっている現状ですね。診療の補助が遂行できなかったときはインシデントとなるにもかかわらず、療養上の世話を怠ってもインシデントにはならないというのは、おかしな価値観です。看護の効果を考えたときに、もちろん診療の補助によって得られることもあります。療養上の世話を通して得られる効果はもっと多いと思います。でも現実的にはそこに心が示されないのは何が問題でしょうか。

小野 診療の補助を看護師自らが抱え込んでしまっている

という状況がひとつの問題だと思います。例えば、医師は指示を出すだけではなく、点滴を自分で交換しながら治療効果を自らその場で評価してもよいと思います。処方決定は医師の専門性であるが、実際の投与は医療知識も持つ看護師がやればよいというのが今の医療構造です。そのような中で、看護師は治療の遂行を自分たちがすべきこととして抱え込み、看護としての本来の役割を他職種に委託してしまっているのではないかと思います。

坂下 私は「診療の補助と療養上の世話」という表現は、今や適切ではないと考えています。「診療の補助」は先ほど小野先生が言われたように主体である医師を補助するという意味ですが、その行為の中には看護師が、例えばセルフケア能力を引き出すという看護ケアとして行うものもあります。また「世話」といってしまうと、素人でもできるという印象を一般の人に与えます。看護職の専門性を適切に示す言葉に代える時期が来ているように考えます。

小野 これは発想の転換かもしれませんが、点滴を投与するということは患者のセルフケアを代行すると考えることもできます。もしも患者が自分で医師の指示通りにできるのであれば、自分でやってもいいわけです。現に内服薬は患者が自分で管理しています。医師の指示の遂行ではなく、患者ができないことを看護エージェントとして代行していると考えすることはできないでしょうか。そのように捉えることができれば、この薬をこの容量で投与することが患者にどのような変化をもたらすのかということを考えて実施するようになり、インシデントも減るでしょうし、患者のセルフケアエージェントを活用した薬剤の相互チェックのような行為も自然と行われるようになり、患者も自らの治療に参加していけるようになります。

質の高い看護ケアのための工夫

中筋 看護師がその人に何が大切なのかということが明確にわかれば、例えば点滴を実施しながら、その横で「患者の手を洗おう」といったアイデアが生まれてくると思います。点滴の間に一緒に本を読もうとかでもいいと思います。そういうケアのアレンジが生まれてこなければ、点滴中はミトンを着用するというようなことになってしまいます。そのような工夫を看護師が行い、管理者がその効果を感じていくことができれば、チームの雰囲気は変わりますし、患者や家族から得られる感想が変わってきます。患者さんが人として大切にされているかどうかは、例えば患者さんが身

きれいに過ごしている様子や表情を見れば家族にはわかりますし、看護師の認識の変化は患者満足度に現れます。病院によっては、認知機能障害を抱える高齢者の意見は正確ではないという理由で満足度調査の対象から高齢者が外されるというようなことも起きていますが、本来はそのような方からこそ意見をいただき自分たちのケアを見直していかなければならないのだと思います。

場が違えば、例えば老健施設に従事する看護師も医療処置は担っていますし入居者の健康を保つことも仕事ですが、その保ち方は病院とでは違います。お茶が飲めていないとか、髭が伸びているとか、日常生活をどう整えていくかが重視されます。でもそれが病院という場になれば、もちろんより医療が必要な状態ではありますが、日常生活を整えることの評価が極端に低くなってしまふ印象があります。医師のようにふるまうのではなく、看護師としてその人なりの健やかさを取り戻す工夫をしてほしいと思います。

竹原 高齢者が眠れないときにナースコールで看護師を呼んでくれること、そこには看護師に対する信頼感が存在していると思います。リエゾンナースの私の立場では、不安で夜に眠れないという場面に居合わせることはできないのです。そんなときにベッドサイドにいて背中をさすったりすること、それはとても大切なケアなのです。昼間に私に見せてくれる顔はどちらかという表の顔ですね。でも夜になって、不安で一番心細いときにそばにいてくれるのは病棟看護師で、それに勝るものはないと思います。

患者を主人公にする技

坂下 先ほどから臨床の課題を提起していますが、病棟の看護師は専門性がないわけではなく、人を安心させる力は持っているということですね。

在宅の場に行くと、そこは患者さん自身のフィールドであり、その方を主人公としてじっくりと対話することで、寝たきりだった人がスクッと起き上がり身づくろいを始めるようになることを経験しています。医療者が対象者と家族を中心に対話していくことで、当事者の方が勝手に動き出していかれます。

中筋 病院でもそういうことはあると思います。せん妄の発症が発端となって抑制が行われるようになり、おむつを触るからとかいう理由でそのままずっと抑制が続けられていた患者がいました。ある日、入浴介助を行ったときに「自分で服を着てみましょうか」と声をかけてみたら、ピチッと

着用されたのです。この人は実はとても几帳面な人で、ピチッと着ることが好きな人なのだとということがわかれば、病衣のようなルーズな服やおむつが気になるのは仕方がないと思えます。病衣を着たその時から病人になるような気がします。

坂下 私も整容はその人らしさを取り戻す重要なケアだと思います。

小野 病院という場では、どうしても医療者が主導権を握ってしまいがちですが、本来は患者が主人公でなければなりません。病院には、本来の自分が損なわれた状態で入院するわけですから、主人公になりにくくなるのは当然です。だからこそ我々看護師が、患者が主人公になれるような支援をしていかなければならないと思います。そのためには看護師自身に「私が見ているAさん」ではなく、「Aさんのケアを担う私」という視点の切り替えが必要です。看護師がAさんの対応に困るから抑制するのではなく、困っているAさんをケアすることが必要です。

中筋 そういうことは、ベッド周りの作り方ひとつにも現れてきます。本来、患者さんの持ち物は、患者さんの話を聞いて配置するべきですが、実際は看護師が口腔ケアをしやすいよう、おむつ交換をしやすいように配置していきます。歯みがきセットの横におむつが置かれ、その後ろに食器が置かれていきます。そのような状況を、精神機能が低下して状況が捉えにくくなっている人達はどうか捉えるのでしょうか。「私はここでゆっくりとしてほしいんだ」と思えというほうが無理です。臨床の現場では看護師がそこに気づくためにはすごい発想の転換が必要になるようです。患者が自分や自分の身内だったらどうかとかは考えず、点滴をやった、吸引をやったというような行動ができればよしというような、やはり何か価値観がずれているのだと思います。そこさえ転換することができれば、せん妄ケアに限らず、診療の補助を看護ケアにしていくこともできるのではないかと思います。

看護の「見方」を育てる

中筋 せん妄のコンサルテーションとして、知識やハウツーだけを提供しても状況は変わらないと思います。状況を考えてケアをアレンジできるような力、そこには「見方」のようなものも関係してくると思います。それをつけていけるようなコンサルテーションを展開しなければならないと思っています。自分が関わった患者さんが微笑みや穏やか

な表情を見せてくれたり、患者さんとの相互作用が実感でき、「見方」が腑に落ちると、実践が変わってくると思います。

坂下 「見方」という言葉は中筋先生の解説の中でも使われています。この「見方」というのは具体的にはどのようなもののでしょうか。

中筋 何をみるかというような「対象」ということですし、そこから何を読み取るかという「読み取る力」も含まれていると思います。形や色といった対象物として見るだけではなく、こんな人生を歩んでこられたのだというような情報を絵にするような能力、私はそこに看護師の姿勢のようなものも含まれてくると思います。看護師である自分が体験したことがない世界を生きておられる方と関わるときに、自分が感じている世界を基準にするのではなく、その人の世界を想像し尊重するような姿勢でしょうか。

坂下 それはかなり複合的で高度なことですね。「見方」という一言では表しきれないのではないのでしょうか。

竹原 私が聞いていると、それは「ケアリング」だと思います。その人がどんなことを苦痛に感じていて、そこを聞きたい、知りたいという関心を寄せて、その苦痛を取り除きたい、患者が持っている力を引き出したいと考える。

小野 「見方」とは何かということですが、それは「現象を理解するための枠組み」のようなもののでしょうか。中筋先生が言われた「見方」がどのように創られているかを考えてみると、現象を解釈する際に「どのようなことを大切にしているのか」という価値観のようなものが自分の中に存在し、その価値観を前提として枠組みが構築されているということではないのでしょうか。エキスパートと呼ばれる人々はそれぞれに「現象の見方」ともいえる枠組みを構築されていると思います。ただ、そのような「見方」を他の看護師達と共有していくためには、その「見方」を構築したエキスパートにどのような価値観が内在しているのかを確認すること、自分の中に存在する前提が何であるのかを知っておくことがとても大切です。

坂下 内在するものを知るのというのは、個人の知 (Chinn & Kramer, 2015) を知るということですね。

小野 そうです。そして他の看護師達にそのような「見方」を共有してもらうためには、その看護師達にどのような価値観が内在しているのかを明確にして、さらにエキスパートが持つ価値観を「現象を理解するための枠組み」の前提として取り入れることが必要なのだと思います。例えば、中筋

先生の話「ケアリング」と表現できる竹原先生は、そのような価値観を内在させて現象を見ているわけです。我々は竹原先生の話聞き、そのような価値観を前提として取り入れると、それが「ケアリング」に見えてくるわけです。「見方」が変わるといのは、自分がオートマチックに持っている価値観とは異なる外部 (竹原先生) の価値観を加えて物事を見るようになるということではないのでしょうか。中筋先生には、先ほど話されたような価値観が内在していて、そのように「見方」を構築されておられるのだと思います。そのような価値観が現象を見る枠組みの前提として他の看護師たちに取り入れられたときに、その「見方」が定着していくのだと思います。おそらく枠組みだけを示してもそれは浸透せず、前提となる価値観を共有することこそが重要なのではないのでしょうか。そうすることによって、その領域で看護の「見方」が育まれていくのだと思います。

まとめ

竹原 今回、皆さんの原稿を読ませてもらって本当に面白かったです。看護の視点が切り開かれていくようなこの企画は有意義だと思います。臨床現場は大変で、どうしてもできていないことに焦点が当たりがちですが、患者が苦痛を感じているその場で、看護師は一生懸命ケアを提供しているので、できていることも伝えていきたいと感じました。

坂下 これからどうすれば看護を強くしていくことができるのか課題だと思います。ひとつは、ささやかでも工夫を積み重ねることで患者が力を発揮できるようになることを実感すること、実践を振り返りケアの効果を認識できる環境を作ることが大切だと思います。

Chinn, P.L. and Kramer, M.K. (2015) Integrated theory and knowledge development in nursing (9th ed.). St. Louis, MO, Mosby.