

原 著

急性期病院における高齢患者を対象とした せん妄ケアチーム看護師の実践 —病棟看護師との協働に着目して—

藤井惇子*¹ 竹田恵子*²

要 約

本研究の目的は、高齢患者のせん妄ケアにおけるせん妄ケアチーム看護師と病棟看護師の協働に着目し、せん妄ケアチーム看護師の実践について明らかにすることである。研究方法は、急性期病院のせん妄ケアチーム看護師5名を対象に半構造化面接を行い質的記述的に分析した。結果、病棟看護師との協働に着目したせん妄ケアチーム看護師の実践として、【病棟のせん妄ケアの現状把握】、【高齢者観・倫理観・実践の内省を促す教育の実施】、【高齢患者の尊厳を大切にケアの実践と提案】、【せん妄ケア実践のキーマンとなる病棟看護師の役割発揮の支援】、【病棟看護師との協働を促進するための工夫】が明らかとなった。協働の実現は容易ではないからこそ、せん妄ケアチーム看護師と病棟看護師がせん妄ケアについて共に考え続けることが重要であり、今後の課題でもあると考えた。

1. 緒言

せん妄は、米国精神医学会の定める精神疾患の診断基準 (DSM-5) では、「注意の障害および意識の障害が短時間のうちに出現し、もとななる注意および意識水準からの変化を示し、さらに1日の経過中で重症度が変動する傾向があり、認知の障害を伴い、複数の病因による直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある¹⁾」とされている。

65歳以上の入院患者の30～40%にせん妄のエピソードが見られ、患者が高齢であるほど、せん妄状態の持続期間が長いほどせん妄は遷延化する²⁾。せん妄は、高齢や認知機能障害など脳の脆弱性を有する患者に、身体疾患や手術など直接的な原因が引き金となって発症すると考えられている³⁾。また、原因となる身体要因に対応がなされず、数週間から数カ月間、症状が持続すると認知症に移行する⁴⁾ことが指摘されている。特に、高齢者は、脳の脆弱性に加え、生活習慣病などの身体疾患を抱えていることも多く、変化に対する適応力の低下から、手術などの直接的な原因だけではなく、入院による環境の変

化によっても、容易にせん妄を引き起こす⁵⁾。これらのことから、入院による急性期治療を必要とする高齢者はせん妄を発症する可能性が高いことが言える。

入院中にせん妄を発症し、幻覚や妄想を伴う興奮状態になると、点滴チューブやドレーン類の抜去、転倒・転落など事故の危険性から治療やケアが困難となり、患者の安全確保と医療処置の継続のために鎮静や身体拘束が行われる傾向にある⁶⁾。高齢患者がせん妄を発症した場合、人としての尊厳が脅かされ危機的な状態に陥ってしまう危険性があり、高齢患者の尊厳が尊重されたせん妄ケアの提供は喫緊の課題であると言える。

2011年、厚生労働省による「チーム医療推進のための基本的考え方と実践的事例集⁷⁾」において、せん妄に関わる多職種チームを結成し成果を上げている病院の実践事例が報告され、せん妄へのチーム医療の必要性が示された。そして、せん妄へのチーム医療の必要性が求められるなか2012年度の診療報酬改定に際して、「一般病院における精神科医療ニ

*1 川崎医療短期大学 看護学科

*2 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科

(連絡先) 藤井惇子 〒700-0821 岡山県岡山市北区中山下二丁目1番70号 川崎医療短期大学

E-mail: fujii.junko@jc.kawasaki-m.ac.jp

ズの高まりを踏まえ、一般病院に入院する患者に対し、精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種が連携し質の高い精神医療の推進を図る⁸⁾ことを目的に精神科リエゾンチーム加算が新設された。一般病棟で、せん妄や抑うつ、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者を対象に、精神症状の評価、定期的なカンファレンスの実施、精神療法・薬物療法の実施、退院後も外来等の精神医療が継続できるように調整を行う⁸⁾ことが算定の対象となっている。

せん妄患者は、幻覚や妄想を伴う興奮状態になりやすく、患者の安全を確保し治療を継続するためには身体拘束の必要性を判断しなければならない場合もあり、その対象にせん妄を発症しやすい認知症高齢者が挙げられる。近年、急性期病院に身体疾患で入院する認知症高齢者は増加しており、2016年には、「身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する」⁹⁾認知症ケア加算が新設された。認知症ケア加算は2つに区分され、それぞれ認知症ケア加算1、認知症ケア加算2となっており、認知症ケア加算1の算定要件には、「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師、認知症看護に従事した経験を有し、適切な研修を修了した専任の常勤看護師、認知症患者等の退院調整の経験のある常勤の社会福祉士又は精神保健福祉士」⁹⁾の配置が必須となっている。これらの職種による認知症ケアチームが設置され、認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し実施・評価を行うことが算定の対象となった⁹⁾。さらに、身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成することが義務付けられ、身体的拘束の実施は減算対象とされた⁹⁾。このように、高齢の認知症患者に対して認知症ケアチームは、認知症ケアだけではなくせん妄ケアにも介入することが求められていると言える。

2020年度の診療報酬の改定では身体的拘束を必要としないよう環境を整え、身体的拘束の実施については複数の職員で検討し、やむを得ず実施する場合は早期解除に努めること、認知症ケアチームによる定期的なカンファレンスの実施、病棟巡回、認知症ケアの実施状況の把握、病棟職員への助言が算定の対象となった¹⁰⁾。これらの加算の新設を背景に多職種がせん妄に介入する仕組みができ、専門知識をもつ人材が配置されるようになった。しかし、高齢患者のせん妄の問題が解決したとは断言できない。看護師は身体拘束や薬物による鎮静に頼りすぎていることをせん妄患者への不適切な対応と認識してい

る¹¹⁾が、身体拘束や薬物による鎮静に頼らざるを得ないときもあり、倫理的なジレンマを抱え疲弊している看護師は少なくないと考えられる。

鳥谷ら¹²⁾は、一般病院におけるせん妄ケアシステムについての実態調査をしており、看護師のニーズとして精神科医の充実、専門看護師の導入が高く、相談できる人的資源を必要としていることが明らかとなっている。また、急性期病院の病棟看護師が認識する不穏状態の高齢患者の対応における困難感を明らかにした研究では、主治医や精神科医への相談が主ではあるが、専門看護師や認定看護師が勤務する施設では、必ず彼らに相談しており、その場合は、症状の解決に対する評価が高い¹³⁾ことが報告されている。さらに、多職種チームによるせん妄対策の取り組みが医療・生活の質の向上、医療スタッフの負担軽減、医療安全の向上へ寄与している¹⁴⁾ことが報告されている。相談できる人的資源があることは、看護師の倫理的ジレンマの軽減、せん妄ケアの質向上に必要不可欠であると言える。

急性期病院において、組織全体にせん妄ケアの実践を成り立たせるシステムを構築するための要素と構造を明らかにした山内ら¹⁵⁾の研究では、ケアシステムの導入、稼働、定着の要素として看護師同士の協働を挙げている。よって、高齢患者の尊厳が尊重されたせん妄ケアの提供には、多職種チームの看護師と病棟看護師の協働が不可欠ではないかと考えた。

先行研究においてせん妄に関わる多職種チーム（以下せん妄ケアチーム）の立ち上げやチームの介入成果、せん妄ケアチーム看護師と多職種の連携・協働に着目した研究は存在している。しかし、せん妄ケアチーム看護師と病棟看護師の協働に着目したせん妄ケアチーム看護師の実践については明らかになっていない。

そこで、本研究は、急性期病院のせん妄ケアチーム看護師を対象に、高齢患者のせん妄ケアにおけるせん妄ケアチーム看護師と病棟看護師の協働に着目したせん妄ケアチーム看護師の実践について明らかにすることを目的とした。せん妄ケアチーム看護師と病棟看護師の協働に着目したせん妄ケアチーム看護師の実践を明らかにすることで、病棟看護師との協働の実践が明確になり、高齢患者のせん妄ケアの質向上の一助となると考えた。

なお、本研究では、入院患者のせん妄ケアを目的に多職種が連携・協働し活動する多職種チームをせん妄ケアチームとし、せん妄ケアチームに所属し活動している看護師をせん妄ケアチーム看護師とした。

2. 方法

2.1 研究デザイン

質的記述的研究とした。

2.2 研究対象者

地方厚生局のホームページに公開された「届出受理医療機関名簿」において、精神科リエゾンチーム加算または認知症ケア加算1の届出が記載されている中国・四国地方の急性期病院64施設を抽出した。11施設の看護部長に研究協力の依頼書を送付し、3施設の看護部長より研究協力の同意を得ることができた。看護部長にせん妄ケアチームのメンバーとして活動している看護師を推薦してもらい、研究協力への同意が得られた看護師を研究対象者とした。精神科リエゾンチーム加算または認知症ケア加算1を取得している施設は、看護師を含む多職種チームを設置し活動しているため、加算の取得を基準に対象施設を選定した。

2.3 データ収集方法

研究対象者の背景については、看護師経験年数、認定看護師・専門看護師等の資格の有無、せん妄ケアチームの看護師としての活動年数、せん妄ケアチーム専従の看護師かどうかを、せん妄ケアチームの背景については、チームが充足して何年になるか、チームを構成している職種、チームの目標、せん妄ケアチーム看護師の活動内容を尋ねた。面接に際しては、研究者が作成したインタビューガイドを用いて半構成面接を行った。以下インタビューガイドの内容を示す。

- ①病棟看護師から直接ケアチームの看護師に相談できる仕組みはあるか、こういった内容の相談が多いか。
- ②せん妄ケアチームの看護師として病棟看護師が

実践しているせん妄ケアをどのように捉えているか。

- ③病棟看護師と協働して関わった事例の中で特に印象に残っている事例について。
- ④せん妄ケアチームの看護師として病棟看護師と協働するうえで難しいと感じていることについて。
- ⑤せん妄ケアチームの看護師として病棟看護師と協働するうえで大切にしていることについて。

面接は研究対象者の都合の良い日時に、プライバシーを確保できる個室で実施した。面接の内容は研究対象者の同意を得てICレコーダーに記録した。データ収集期間は2020年10月～2020年12月であった。

2.4 分析方法

面接で得られたデータから研究者が研究対象者ごとに逐語録を作成し、谷津¹⁶⁾の分析手順に基づき分析を行った。高齢患者のせん妄ケアにおけるせん妄ケアチーム看護師と病棟看護師の協働に着目し、せん妄ケアチーム看護師の実践についての語りを抽出した。語りの内容の意味が損なわれないように要約し洗い出し段階のコードとした。洗い出し段階のコード同士を比較し、類似したものを集約し名前をつけサブカテゴリーとし、同様にサブカテゴリーを集約し名前をつけたものをカテゴリーとした。

分析の過程において老年看護、せん妄ケア、質的研究に精通している研究者からスーパーバイズを受け分析内容の妥当性を確認し、厳密性の確保に努めた。

3. 結果

3.1 研究対象者・せん妄ケアチームの概要

研究対象者は研究協力の同意が得られた3施設の5

表1 研究対象者の概要

研究対象者	看護師歴	資格	せん妄ケアチームでの活動歴
A	40年以上	認知症看護認定看護師	3年
B	10年以上 20年未満	精神科認定看護師	1年
C	10年未満	認知症看護認定看護師 教育課程修了	1年
D	10年以上 20年未満	認知症看護認定看護師	3年
E	30年以上 40年未満	認知症看護認定看護師	5年

名（認知症看護認定看護師3名，精神科認定看護師1名，認知症看護認定看護師教育課程終了者1名）であった。面接は一人につき1回，所要時間は20～50分程度であった。

研究対象者の個人背景（看護師歴，資格，せん妄ケアチームでの活動歴）を表1に，せん妄ケアチームの概要（チームの活動歴，構成メンバー，チーム目標，せん妄ケアチーム看護師の活動内容）を表2に示した。

3.2 せん妄ケアチーム看護師の実践

分析の結果，せん妄ケアチーム看護師の実践として，93の洗い出し段階のコードが抽出され，21のサブカテゴリーに統合され，最終的に，【病棟のせん妄ケアの現状把握】，【高齢者観・倫理観・実践の内省を促す教育の実施】，【高齢患者の尊厳を大切にされたケアの実践と提案】，【せん妄ケア実践のキーマンとなる病棟看護師の役割発揮の支援】，【病棟看護師との協働を促進するための工夫】の5つのカテゴリーに統合された。カテゴリー，サブカテゴリー，洗い出し段階のコードを表3で示す。

以下，カテゴリーごとに研究対象者の語りを示しながら説明する。カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》, 洗い出し段階のコードを< >, 研究対象者の語りを「斜字」で表す。研究対象者が語る指

示語や言葉の補足を加えなければ伝わりにくい部分は，研究者が言葉を補完し（ ）で示した。

3.2.1 病棟のせん妄ケアの現状把握

【病棟のせん妄ケアの現状把握】は，《看護記録によるせん妄ケアに関する情報収集》，《病棟看護師のケアを直接見て話をきくことによる現状把握》，の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

せん妄ケアチーム看護師は，<病棟看護師の実践を知るために看護記録を熟読するようになった>，<日々の看護記録を見の中でせん妄が疑われる行動があれば同じような行動がないか看護記録から拾い出している>といった《看護記録によるせん妄ケアに関する情報収集》を実践していた。また，<病棟へ行き病棟看護師が何に困り依頼したのか直接話を聞いている>ことで《病棟看護師のケアを直接見て話をきくことによる現状把握》をしていた。対象者Eは「(看護記録と) 実際と照らし合わせたりしながら，病棟の看護師さんが，どういうふうに対応しているんだろうとか，どんなところで困っているんだろうかっていうのは，なるだけ捉えるように。で，実際に，まずは行ってお話しを。どういうことで今回依頼されたかとか，何が困っとられますかというところで，まずは関わりを持つようにはしています。」と語っていた。

表2 せん妄ケアチームの概要

対象施設	研究対象者	チームの活動歴	構成メンバー	チーム目標	せん妄ケアチーム看護師の活動内容
A病院 (600床台)	A・D	3年	医師，看護師，介護福祉士， 社会福祉士，臨床心理士，薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 身体疾患のために入院した認知症・せん妄のある患者に対する対応力とケアの質向上を図る。 病棟での取り組みや多職種チームによる介入を遂行する。 認知機能低下の予防を目的とした生活支援を行う。 せん妄予防に重点を置く。 	<ul style="list-style-type: none"> せん妄ケアチームの管理・運営。 関連部署，他職種との連絡・調整。 病棟看護師からの相談への対応。 看護師を対象としたせん妄ケア，認知症ケアの研修の企画・運営。 病棟ごとのせん妄対策に関するデータの収集と分析。
B病院 (1,100床台)	B・C	1年	医師，看護師，社会福祉士 臨床心理士，認知症ケア専門士	<ul style="list-style-type: none"> 認知症患者，せん妄の患者に対するケアを改善する。 身体拘束をしないケアの定着を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟看護師からの相談への対応。 看護師を対象としたせん妄ケア，認知症ケアの教育。
C病院 (200床台)	E	5年	医師，看護師，社会福祉士，薬剤師 作業療法士，医療安全管理者	<ul style="list-style-type: none"> 身体疾患の治療で入院した認知症患者やせん妄ハイリスク患者，せん妄を発症した患者への適切なケアを提供することを旨として，院内全体の認知症，せん妄ケアに関するケアの質の向上を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種カンファレンス事前準備。 せん妄ケアチームの管理・運営。 関連部署との連絡・調整。 病棟看護師からの相談への対応。 せん妄の看護計画の立案，修正の指導，評価。 看護師を対象としたせん妄ケア，認知症ケアの研修の企画，運営。

表3 せん妄ケアチーム看護師の実践

カテゴリー	サブカテゴリー (洗い出し段階のコード数)	洗い出し段階のコード (一部を示す)
病棟のせん妄ケアの現状把握	看護記録によるせん妄ケアに関する情報収集 (4)	病棟看護師の実践を知るために看護記録を熟読するようになった 日々の看護記録を見ながらせん妄が疑われる行動があれば同じような行動がないか看護記録から拾い出している
	病棟看護師のケアを直接見て話を聞くことによる現状把握 (4)	病棟看護師がどのように対応しどのようなことで困っているのか看護記録と実際を照らし合わせることで病棟看護師の困り事を捉えるようにしている 病棟へ行き病棟看護師が何に困り依頼したのか直接話を聞いている
高齢者観・倫理観・実践の内省を促す教育の実施	病棟看護師の正確なせん妄の観察、アセスメント、ケアの提供を目的とした教育 (6)	せん妄の病態やDSTを用いた評価方法について説明を行っている せん妄の症状を高齢患者の困った行動と決めつけてしまうことで身体的な要因を見落とす危険性があり、認知症とせん妄の違いを正しく理解し意識障害の観察、アセスメントができるように教育を続けている
	病棟看護師自ら看護場面を振り返り倫理観を見つめ直すことを目的とした教育 (6)	病棟看護師が自身の倫理観を見つめ考え直すきっかけとなるような学習会を行っている 高齢患者に対して言うて聞かせる、怒って黙らせるような対応があり、振り返りをしてもらいたい看護場面については病棟看護師自身に考えてもらえるように投げかけた 看護チームが身体拘束をしないケアの成果を実感している今だからこそ、ケアの定着に向けて教育的な介入を継続する必要があると判断した
	病棟看護師の対象理解を深めるための動機づけ (4)	生活背景、生活のリズムを変えないことを考えてもらえるように病棟看護師へ質問を投げかけた 病棟看護師自ら気付きアプローチの方法を変えていけるように繰り返し必要なケアを伝えていった
	病棟看護師のせん妄ケア実践の活力となるようなフィードバック (3)	病棟看護師の意欲を高めるために病棟看護師の実践に対して肯定的なフィードバックをしている スタッフのモチベーション向上に繋がるように実践の成果を数値化し分かりやすく提示する方法を検討している
	病棟看護師の気付きや導き出したケアの方向性の保証 (3)	高齢患者の状態、ケアの方向性を確認し看護チーム主体の実践を支持した 病棟看護師の主体性や気付きを大切に、できていることに対して肯定的なフィードバックをした
	身体拘束低減に向けた看護チームの実践の支持 (2)	模索しながらも身体拘束低減に向けた実践をしている看護チームに対して肯定的なフィードバックをしている
	具体的なケアの方法を伝える実践モデル (3)	自分が実践することを通して具体的な関わり方を病棟看護師へ伝えた モデル病棟として実践を重ねていくこと、実践を伝えていくことを目標として活動している
高齢患者の尊厳を大切にしたいケアの実践と提案	高齢患者のその人らしさや強みに着目したケアの実践と提案 (4)	日用品を自己管理できる高齢患者も多く愛用品を持参してもらおう家族に働きかけている 薬剤だけに頼らない高齢患者の生活背景や強みを活かしたケアを実践できるように病棟看護師と一緒にケアを考え、実践していった
	見当識の維持やサーカディアンリズムを整えるケアの実現可能な方法の提案 (3)	せん妄予防の取り組みとして現場で簡単に実践できるカレンダーや時計を用いた見当識へのアプローチを提案している
	高齢患者が役割や生きがい、居場所を失わず生活できるように支えている病棟看護師の実践の承認 (6)	病棟看護師が高齢患者の生活歴から気付きを得て入院中の役割や居場所を作っている様子を見守った 病棟の雰囲気慣れてもらい生活のリズムが崩れないように関わることでせん妄の発症を予防した看護チームの実践に対して肯定的なフィードバックをした 生活を整えること、自分たちの関わり方で高齢患者の反応が変わるという病棟看護師の気付きを大切に肯定的なフィードバックをしている
	苦痛の軽減と心地良さの提供に向けた病棟看護師の実践に対する理論づけ (2)	認知症の高齢患者に対して不快な刺激は与えず快の刺激だけを与えるケアを提供している病棟看護師の実践に理論付けと肯定的なフィードバックをした 身体拘束をしないケアが高齢患者の苦痛の軽減になることを病棟看護師が意識するようになり、せん妄ケアチームは身体抑制をしないケアの効果の意味付けをした

カテゴリー	サブカテゴリー (洗い出し段階のコード数)	洗い出し段階のコード (一部を示す)
せん妄ケア実践のキーマンとなる病棟看護師の役割発揮の支援	病棟看護師が役割発揮できる機会の設定 (4) 個人の実践の成果が看護チーム内に波及するような介入 (3)	リンクナースには看護チームへケアの伝達をしてもらえようラウンドへの参加を促している
		受け持ち看護師が実践しているケアが他の看護スタッフも継続して行えるように受け持ち看護師をサポートした
		老年看護の教育を受けていない年代の病棟看護師がせん妄ケアや認知症ケアに関心を持ち成功体験を積むことで、せん妄ケア実践のキーマンとして役割発揮できるように時間かけて教育的な介入を行っている
		せん妄ケア・認知症ケアに関心を持っている人を中心に看護チーム内で成功体験を共有することで看護チームの意識と行動の変容を促している
病棟看護師との協働を促進するための工夫	病棟看護師のせん妄ケア実践の助けとなる道具の作成や仕組み作り (8)	せん妄予防に効果的なものを集めてせん妄予防キットを作成し、病棟看護師が患者の興味・関心へ働きかけ日中の活動を促せるようにした
		せん妄の病態・治療・せん妄発症時に家族ができることを説明したパンフレットを作成した
		全患者のせん妄のリスク因子をスクリーニングできるシステムを電子カルテに作った
	自身の実践に対する病棟看護師の評価の確認 (2)	自分が実践してみたことに対する高齢患者の反応を病棟看護師はどのように捉えているか聞いている
	病棟看護師の忙しさへの配慮と意見の押しつけにならないことを心がけた介入 (10)	提案をする際は上から目線の言い方をしないよう病棟看護師を尊重した態度で介入している
		その人なりに考えて実践しているときは反対せず、できるだけ話を聞いたうえで提案をしている 病棟看護師の忙しさを察し忙しさへ配慮しながらラウンドをしている
	病棟看護師が実践可能と思える方法の提案 (3)	一方的な提案にならないように病棟看護師の立場を考慮して病棟看護師が実践できそうと思えるようなケアの方法を提案している 教科書に書いてある理想的なことを押し付けるのではなく、現場で実際に実現可能なものは何か考えながら提案している
	病棟看護師と事例を振り返ることによる学びの共有 (8)	せん妄ケアチームのラウンド以外にも様子を見に行き病棟看護師とケアプランの検討を重ねている
		病棟看護師と共に困難事例の振り返りを行ったことで、バイアスをかけて高齢患者を見ており身体的な要因を見落としていたことに気付くことができた
		活動日には自分が見た高齢患者の変化と受け持ち看護師が見た患者の変化を確認しながら振り返りを行った
せん妄ケアチームを活用してもらうための働きかけ (5)	認知機能の低下に伴う生活面、治療への影響、せん妄発症時の対応などあらゆる相談を受けることをせん妄ケアチームから発信している	
	病棟管理者に対してせん妄ハイリスク患者ケア加算に見合ったせん妄ケアが実践できていることをデータで示し、理解と協力が得られるように働きかけている	

3.2.2 高齢者観・倫理観・実践の内省を促す教育の実施

【高齢者観・倫理観・実践の内省を促す教育の実施】は、《病棟看護師の正確なせん妄の観察、アセスメント、ケアの提供を目的とした教育》、《病棟看護師自ら看護場面を振り返り倫理観を見つめ直すことを目的とした教育》、《病棟看護師の対象理解を深めるための動機づけ》、《病棟看護師のせん妄ケア実践の活力となるようなフィードバック》、《病棟看護師の気づきや導き出したケアの方向性の保証》、《身体拘束低減に向けた看護チームの実践の支持》、《具体的なケアの方法を伝える実践モデル》、の7つのサブカテゴリーから構成されていた。

＜せん妄の症状を高齢患者の困った行動と決めつけてしまうことで身体的な要因を見落とす危険性があり、認知症とせん妄の違いを正しく理解し意識障害の観察、アセスメントができるように教育を続けている＞という《病棟看護師の正確なせん妄の観察、アセスメント、ケアの提供を目的とした教育》を実施していた。また、＜病棟看護師が自身の倫理観を見つめ考え直すきっかけとなるような学習会を行っている＞、＜高齢患者に対して言っても聞かせる、怒って黙らせるような対応があり、振り返りをしてもらいたい看護場面については病棟看護師自身に考えてもらえるように投げかけた＞といった《病棟看護師自ら看護場面を振り返り倫理観を見つめ直すことを

目的とした教育》を実施していた。さらに、〈生活背景、生活のリズムを変えないことを考えてもらえるように病棟看護師へ質問を投げかけた〉、〈病棟看護師自ら気づきアプローチの方法を変えていけるように繰り返し必要なケアを伝えていった〉といった《病棟看護師の対象理解を深めるための動機づけ》を実践していた。

〈スタッフのモチベーション向上に繋がるように実践の成果を数値化し分かりやすく提示する方法を検討している〉ことで《病棟看護師のせん妄ケア実践の活力となるようなフィードバック》を行っていた。また、〈病棟看護師の主体性や気づきを大切に、できていることに対して肯定的なフィードバックをした〉という《病棟看護師の気づきや導き出したケアの方向性の保証》をしていた。そして、〈模索しながらも身体拘束低減に向けた実践をしている看護チームに対して肯定的なフィードバックをしている〉といった《身体拘束低減に向けた看護チームの実践の支持》をしていた。〈自分が実践することを通して具体的な関わり方を病棟看護師へ伝えた〉ことで、せん妄ケアチーム看護師は《具体的なケアの方法を伝える実践モデル》となっていた。

対象者Aは「患者さんを非難しちゃいけないよって、感情だけが残るから。理屈は忘れていってるんだけど、怒られたっていうのは残るからって。最初の方は言っただけで聞かせる、陰（いん）の力を使うって言いましょうか、怒って黙らせるってことが往々にしてあったんです。今は夜だから、他の患者さんに迷惑だからって説明がざらに出てきてたんですけども、どうですかって、せん妄の（事例検討・動画講義を）各種やらせていただいて、患者さんを陰（いん）の力で押さえつけるっていうのは決して効果的ではないっていうのが分かってきましたので、だいぶ良くなってきたと思います。」と語っていた。また、対象者Cは「身体抑制をしている状況と、していない状況で患者さんの、手が出たりとか大きな声が出たりっていう症状が減っているっていうところを（看護）スタッフも感じてくれていると思うので、今後もそういったところ（身体拘束をしないケアの重要性）は説明していかないといけないのかなと思っています。」と語っていた。

3.2.3 高齢患者の尊厳を大切にされたケアの実践と提案

【高齢患者の尊厳を大切にされたケアの実践と提案】は、《高齢患者のその人らしさや強みに着目したケアの実践と提案》、《見当識の維持やサーカディアンリズムを整えるケアの実現可能な方法の提案》、《高齢患者が役割や生きがい、居場所を失わず生活でき

るように支えている病棟看護師の実践の承認》、《苦痛の軽減と心地良さの提供に向けた病棟看護師の実践に対する理論づけ》の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

〈薬剤だけに頼らない高齢患者の生活背景や強みを活かしたケアを実践できるように病棟看護師と一緒にケアを考え、実践していった〉《高齢患者のその人らしさや強みに着目したケアの実践と提案》と、〈せん妄予防の取り組みとして現場で簡単に実践できるカレンダーや時計を用いた見当識へのアプローチを提案している〉という《見当識の維持やサーカディアンリズムを整えるケアの実現可能な方法の提案》を行っていた。

〈病棟看護師が高齢患者の生活歴から気づきを得て入院中の役割や居場所を作っている様子を見守った〉、〈生活を整えること、自分たちの関わり方で高齢患者の反応が変わるとい病棟看護師の気づきを大切に肯定的なフィードバックをしている〉といった《高齢患者が役割や生きがい、居場所を失わず生活できるように支えている病棟看護師の実践の承認》を行っていた。そして、〈身体拘束をしないケアが高齢患者の苦痛の軽減になることを病棟看護師が意識するようになり、せん妄ケアチームは身体抑制をしないケアの効果の意味付けをした〉ことで《苦痛の軽減と心地良さの提供に向けた病棟看護師の実践に対する理論づけ》を行っていた。

対象者Dは「薬だけに頼るのではなくって、その方の強みだったりとか元々の（生活）背景を考えて、担当の（受け持ち）看護師さんがこういう方法はどうかっていうのが少しずつ一緒にやっっていくなかで、自分で考えてケア計画ができていって。」と語っていた。また対象者Bは「これをやるといやだった、これをやると大丈夫だったっていうのを全部書き出すメモとか置いていて、いやなことはしない、不快な刺激は与えずに快の刺激だけみたいなのをやっていた。それに対して、これはすごく良いことですよ、なぜならみたいな感じで理論付けを説明すると、ああ、良かったんだね、やったねってみたいな感じになって。」と語っていた。

3.2.4 せん妄ケア実践のキーマンとなる病棟看護師の役割発揮の支援

【せん妄ケア実践のキーマンとなる病棟看護師の役割発揮の支援】は、《病棟看護師が役割発揮できる機会の設定》、《個人の実践の成果が看護チーム内に波及するような介入》の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

〈リンクナースには看護チームへケアの伝達をしてもらえるようラウンドへの参加を促している〉こ

とで《病棟看護師が役割発揮できる機会の設定》を行い、＜せん妄ケア・認知症ケアに関心を持っている人を中心に看護チーム内で成功体験を共有することで看護チームの意識と行動の変容を促している＞といった《個人の実践の成果が看護チーム内に波及するような介入》も行っていった。

対象者Eは「その職場の中で、(せん妄ケアや認知症ケアに)関心を持ってくれる方とかやってくれそうな方っていうの、ピックアップさせてもらって、…(中略)…上手くいった体験を(職場の)みんなで経験してもらおうと、その職場全体(が)、こういう人にはこういうふうにしていこう(と考え方とケアが変わっていく)」と語っていた。

3.2.5 病棟看護師との協働を促進するための工夫

【病棟看護師との協働を促進するための工夫】は、《病棟看護師のせん妄ケア実践の助けとなる道具の作成や仕組み作り》、《自身の実践に対する病棟看護師の評価の確認》、《病棟看護師の忙しさへの配慮と意見の押し付けにならないことを心がけた介入》、《病棟看護師が実現可能思える方法の提案》、《病棟看護師と事例を振り返ることによる学びの共有》、《せん妄ケアチームを活用してもらうための働きかけ》の6つのサブカテゴリーで構成されていた。

＜せん妄の病態・治療・せん妄発症時に家族ができることを説明したパンフレットを作成した＞、＜全患者のせん妄のリスク因子をスクリーニングできるシステムを電子カルテに作った＞といった《病棟看護師のせん妄ケア実践の助けとなる道具の作成や仕組み作り》を行っていた。さらに、＜自分が実践してみたことに対する高齢患者の反応を病棟看護師はどのように捉えているか聞いている＞といった《自身の実践に対する病棟看護師の評価の確認》も行っていった。

＜提案をする際は上から目線の言い方をしないよう病棟看護師を尊重した態度で介入している＞、＜病棟看護師の忙しさを察し忙しさへ配慮しながらラウンドをしている＞といった《病棟看護師の忙しさへの配慮と意見の押し付けにならないことを心がけた介入》をしていた。＜教科書に書いてある理想的なことを押し付けるのではなく、現場で実際に実現可能なものは何か考えながら提案している＞といった《病棟看護師が実践可能と思える方法の提案》を心がけていた。＜病棟看護師と共に困難事例の振り返りを行ったことで、バイアスをかけて高齢患者を見ており身体的な要因を見落としていたことに気付くことができた＞というように《病棟看護師と事例を振り返ることによる学びの共有》を大切にしてい

いた。

＜認知機能の低下に伴う生活面、治療への影響、せん妄発症時の対応などあらゆる相談を受けることをせん妄ケアチームから発信している＞ことで《せん妄ケアチームを活用してもらうための働きかけ》を行っていた。

対象者Eは「私たちの方が、バイアスかけて見てしまってるんだと反省させられた事例があったので、そこのところは一緒に病棟の看護師さんとも気付くことができて。」と語っていた。また、対象者Dは「現場の看護師の大変さというか、業務の状況、理想と現実といったところで、両方の考えができるのが私の役割なのかなと思っていて、一方的にはならず看護師さんの立場も考えながら、どうということだったらできそうかなってところを伝えて伝えるようにしている。」と語っていた。

4. 考察

4.1 病棟のせん妄ケアの現状把握

《看護記録によるせん妄ケアに関する情報収集》、《病棟看護師のケアを直接見て話をきくことによる現状把握》は、せん妄ケアチーム看護師が自身の認識だけで状況を判断せず、病棟看護師はどのように状況を認識しているか、双方の認識に食い違いは生じていないか確認する意図があり、病棟看護師の見解を踏まえたうえで課題を見出そうとしていることが言える。野末¹⁷⁾は、コンサルテーションは、単に相談にのる、アドバイスをする一方的な介入ではなく、共に問題の明確化と解決に向かう対等な相互関係のプロセスであることも指摘している。病棟看護師との協働においてせん妄ケアチーム看護師がコンサルタントの役割を担うことは、相互作用のプロセスを踏みながら協働に向かうための実践であると考えた。

4.2 高齢者観・倫理観・実践の内省を促す教育の実施

せん妄と認知症は症状の鑑別が難しい。せん妄の症状を認知症の悪化と思い込むと、せん妄を見逃し、悪化・遷延化を招くだけでなく認知症の進行につながるため、認知症とせん妄の違いを理解したうえで観察することが重要である¹⁸⁾。せん妄と認知症が正しく区別され、適切なせん妄の対応がなされることで高齢患者の尊厳を護ることにつながる。《病棟看護師の正確なせん妄の観察、アセスメント、ケアの提供を目的とした教育》は、高齢患者の尊厳を護るための教育的介入であると考えた。

《病棟看護師自ら看護場面を振り返り倫理観を見つめ直すことを目的とした教育》では、患者に対し

て言って聞かせる、怒って黙らせるような対応があったことが語られていた。これは、注意や指摘、叱責が患者の行動を制限する行為であり¹⁹⁾、行動を抑制するだけではなく高齢患者の尊厳を傷付け、意欲の減退や社会性という持てる力を奪うことにつながり、患者は他者に対して何も言えなくなってしまう可能性がある²⁰⁾。必要以上に患者を傷つけないようにケアを行っているか、振り返ることが重要である。看護師は、「患者の自由を奪う行為はもとより、患者の人権や尊厳を脅かす行為は全て抑制」という心構えを持つべきであり¹⁹⁾《病棟看護師自ら看護場面を振り返り倫理観を見つめ直すことを目的とした教育》という実践には、看護師の何気ない言葉が高齢患者の尊厳を傷つけていないか、尊厳を奪っていないか、自らに問いかけてほしいという願いがこめられていると推察した。

《病棟看護師の対象理解が深まるような動機づけ》、《病棟看護師のせん妄ケア実践の活活力となるようなフィードバック》、《病棟看護師の気づきや導き出したケアの方向性の保証》は、せん妄ケアチーム看護師が、意図的に病棟看護師との実践の中での事実や気づきを教材化した教育的な実践である。また、《具体的なケアの方法を伝える実践モデル》は、ケアの方法だけではなく、看護場面における高齢患者への適切な対応も自らが実践モデルとなり病棟看護師に伝えていると考えた。安酸²¹⁾は、臨床現場で経験した事実や気づいた現象を素材として教材化することの重要性を述べている。せん妄ケアチーム看護師は、自ら実践モデルとなり、実践の中から意図的に教材を作り出すことで、病棟看護師が実践モデルを見てモデルを取り込めるように促していると考えた。

《身体拘束低減に向けた看護チームの実践の支持》は、せん妄ケアチーム看護師が、病棟看護師の身体拘束低減に向けた実践に対して専門的な立場から支持している実践である。高齢患者の尊厳を大切にしたい身体拘束をしないケアの定着は、容易に実現するものではなく試行錯誤の連続であるかもしれない。せん妄ケアチーム看護師が、試行錯誤を重ねる過程も含めて《身体拘束低減に向けた看護チームの実践の支持》することは、病棟看護師が身体拘束をしないケアへ取り組み続けるための力になると考えた。

4.3 高齢患者の尊厳を大切にしたいケアの実践と提案

《高齢患者のその人らしさや強みに着目したケアの実践と提案》、《高齢患者が役割や生きがい、居場所を失わず生活できるように支えている病棟看護師の実践の承認》、《見当識の維持やサーカディアンリ

ズムを整えるケアを実現可能な方法の提案》は、高齢患者の生活に根差した非薬理的なせん妄のケアであり、せん妄ケアチーム看護師は、《苦痛の軽減と心地良さの提供に向けた病棟看護師の実践に対して理論付け》をし、入院治療に伴う様々な制約の中で高齢患者のその人らしさや存在意義が消えてしまわないように、病棟看護師と協働して高齢患者の生活に根差した非薬理的なせん妄ケアを実践していることが明らかとなった。

非薬理的なせん妄ケアとは不快の緩和であり、生活者のあらゆる不快体験のアセスメントと予防・緩和策を積極的に行うことが質の高い睡眠、適切な休息を可能にし、離床とADLの拡大がせん妄リスクの低減につながる²²⁾といわれているように、せん妄ケアチーム看護師は、病棟看護師と協働して高齢患者のトータルペインを捉え、あらゆる不快体験のアセスメントと予防・緩和策を行うことで、せん妄のリスクを低減させていた。高齢患者の生活に根差した非薬理的なせん妄ケアは、高齢患者の尊厳を護ることにつながっていると考えた。

4.4 せん妄ケア実践のキーマンとなる病棟看護師の役割発揮の支援

《病棟看護師が役割発揮できる機会の設定》、《個人の実践の成果が看護チーム内に波及するような介入》は、病棟看護師同士の相互作用を看護チーム全体の、せん妄ケアの実践力向上につなげていこうとする意図がある。そのためにせん妄ケアチーム看護師は、ファシリテーターとしての役割を担う必要がある。

浦山²³⁾は、ファシリテーションによっておこる相互作用は、その場で話されている課題やテーマが他人事ではなくなり、気付きを生み、その後の思考や行動の変化に繋がっていくと述べている。せん妄ケアチームの看護師は、ファシリテーターとして病棟看護師が役割を発揮できるよう支援することで、看護チームが自ら思考や行動を変えるよう働きかけていた。

4.5 病棟看護師との協働を促進するための工夫

せん妄ケアチーム看護師は、直接ケアをする病棟看護師がケアに集中できるように《病棟看護師のせん妄ケア実践の助けとなる道具の作成や仕組み作り》を行い、せん妄ケアチーム看護師から病棟看護師へ歩み寄り、メッセージを発信することで相談しやすいように《せん妄ケアチームを活用してもらうための働きかけ》といった、病棟看護師と協働するための環境を整えていることが明らかとなった。

《自らの実践に対する病棟看護師の評価の確認》、《病棟看護師と事例を振り返ることによる学びの共

有》をすることで、病棟看護師との双方向のコミュニケーションと学びを意識して、コミュニケーションを図る機会を作り、開放的なコミュニケーションを図り相互理解を深めること²⁴⁾が可能になっている。そして、コミュニケーションを図ることで病棟看護師との協働を促進していた。

さらに、せん妄ケアチーム看護師は、《病棟看護師の忙しさへの配慮と意見の押し付けにならないことを心がけた介入》、《病棟看護師が実践可能と思える方法の提案》など、病棟看護師の立場に立ち、病棟看護師の目線で考えことを実践していた。これらの実践は病棟看護師との信頼関係を構築するうえで重要であると考えた。高齢患者の尊厳を大切にしたいせん妄ケアの質向上の実現に向けて病棟看護師と協働していくことは、決して容易ではない。さまざまなコミュニケーションスキルを使えばすぐに相手との信頼関係が築けるわけではなく、時間がかかっても、相手に関心を持ち、相手の反応を見ながらより良いコミュニケーションを試行錯誤する過程が必要である²⁵⁾ように、コミュニケーションを図り相互理解を深めていく過程なしに協働は実現しないと考える。

せん妄ケアチーム看護師は、病棟看護師との協働を促進するためのさまざまな工夫を丁寧に行い、病棟看護師一人ひとりに寄り添った教育・実践の支援につなげていた。人はそれぞれ異なる価値観を持っており、意見の食い違いや葛藤が生じるのは当たり

前であり、葛藤が生じたときは話し合うことで相互理解が深まり歩み寄りがしやすくなる²⁵⁾。協働の実現は容易ではないからこそ、せん妄ケアチーム看護師と病棟看護師がせん妄ケアについて共に考え続けることが重要であり、今後の課題でもあると考えた。

5. 結論

病棟看護師との協働に着目したせん妄ケアチーム看護師の実践として、【病棟のせん妄ケアの現状把握】、【高齢者観・倫理観・実践の内省を促す教育の実施】、【高齢患者の尊厳を大切にしたいケアの実践と提案】、【せん妄ケア実践のキーマンとなる病棟看護師の役割発揮の支援】、【病棟看護師との協働を促進するための工夫】が明らかとなった。そして、協働の実現は容易ではないからこそ、せん妄ケアチーム看護師と病棟看護師が高齢患者の尊厳が尊重されたせん妄ケアについて共に考え続けることが課題として示唆された。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究は、対象施設と研究対象者が限られていること、対象施設ごとの特性や研究対象者の個人背景の差は検証できていないため結果を一般化することには限界があると考えた。また、協働の対象である病棟看護師の見解が含まれていないことから、今後は、病棟看護師から見たせん妄ケアチーム看護師の協働の実践について明らかにすることが課題である。

倫理的配慮

本研究は川崎医療福祉大学倫理委員会の承認（承認番号：20-033）を得て実施した。対象施設の看護部長および研究対象者に、本研究の目的、方法、倫理的配慮について書面による説明を行い同意書への署名による承諾を得た。また、面接時に、研究者が研究対象者に対して研究の目的、方法、自由意思による協力と途中辞退の権利の保障、途中辞退による不利益は生じないこと、匿名性の遵守、結果の公表について書面および口頭で説明を行った。責任の所在を明確にするため研究者の立場や連絡先を依頼書に明記し、いつでも問い合わせができるようにした。面接の内容は全てデータとして取り扱い、データの管理と保管は研究者が厳重に行った。なお、本研究に利益相反はない。

謝 辞

本研究の実施にあたり、インタビューにお答えくださった看護師の皆様、研究を進めるにあたりご指導をいただきました皆様に深く感謝申し上げます。なお、本稿は令和3年度川崎医療福祉大学大学院修士論文に加筆・修正を加えたものである。

文 献

- 1) 高橋三郎, 大野裕監訳: DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014.
- 2) 四宮滋子, 田宮聡監訳: カプラン臨床精神医学テキスト第3版—DSM-5診断基準の臨床への展開—. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2016.
- 3) 井上真一郎: 認知症・せん妄・うつ病の違いを知ろう—病態の違い—. 看護技術, 59(5), 19-28, 2013.
- 4) 小川朝生: せん妄—適確にアセスメントをし, せん妄を予防する—. 看護科学研究, 15, 45-49, 2017.
- 5) 山下将志: 病態別・せん妄ケアの具体策—高齢者のせん妄—. 聖マリアンナ医科大学病院多職種せん妄対策プロジェクト編, もう悩まない! 困らない! 一般病棟ナースのためのせん妄ケア, 照林社, 東京, 106-109, 2017.

- 6) 長谷川真澄:入院高齢者のせん妄症状に対する身体拘束をめぐる看護師の困難とその対応策. 北海道生命倫理研究, 特集号, 6-14, 2015.
- 7) 厚生労働省: チーム医療推進のための基本的考え方と実践事例集.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>, 2011.
(2021.10.28.確認)
- 8) 厚生労働省: 平成24年度診療報酬改定の概要.
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/d1/h24_01-03.pdf, 2012.
- 9) 厚生労働省: 平成28年度診療報酬改定の概要.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>, 2016. (2022.1.3確認)
- 10) 厚生労働省: 令和2年度診療報酬改定の概要.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691038.pdf>, 2020. (2022.1.3確認)
- 11) 江尻晴美, 堀井直子: 看護師が認識するせん妄患者への不適切な対応. 日本看護医療学会雑誌, 15(1), 27-34, 2013.
- 12) 鳥谷めぐみ, 長谷川真澄, 粟生田友子, 菅原峰子, 瀧断子: 一般病院におけるせん妄ケアシステムに関する実態と看護管理者と看護師のニーズ. 老年看護学, 17(1), 66-73, 2012.
- 13) 倉岡有美子, 井部俊子, 松永佳子, 中村綾子, 赤沢雪路, 川嶋みどり, 守田美奈子, 阿保順子, 上野優美, 福菜みか: 急性期病院における高齢患者の不穏状態と看護師の困難感. 日本赤十字看護学会誌, 14(1), 27-32, 2014.
- 14) 長谷川真澄, 粟生田友子, 鳥谷めぐみ, 木島輝美, 菅原峰子, 綿貫成明: 急性期病院におけるせん妄ケアチームの構築プロセス. 老年看護学, 21(2), 32-41, 2017.
- 15) 山内典子, 小泉雅子, 安田妙子, 三村千弦, 渡邊直美: 急性期病院におけるせん妄ケアのシステム構築の要素と構造. 東京女子医科大学看護学会誌, 13(1), 1-12, 2018.
- 16) 谷津裕子: Step Up 質的看護研究. 第2版, 学研メディカル秀潤社, 東京, 2015.
- 17) 野末聖香: リエゾン精神専門看護師によるコンサルテーションのプロセス. 野末聖香編, リエゾン精神看護—患者ケアとナース支援のために—, 医歯薬出版株式会社, 東京, 208-234, 2004.
- 18) 三村千弦: 代表的なせん妄の病態と治療, ケア—認知症に伴うせん妄②ケア—. 看護技術, 57(5), 115-122, 2011.
- 19) 習田明裕: 患者の何を抑制しているのか—5つの抑制から考える—. 看護技術, 64(11), 41-42, 2018.
- 20) 仙波雅子, 村山由子: 5つの抑制—知らず知らず行わないために②スピーチロッカー—. 看護技術, 64(11), 22-29, 2018.
- 21) 安酸史子: 臨床実習教育の理論. 藤岡完治, 安酸史子, 村島さい子, 中津川順子, 学生とともに創る臨床実習指導ワークブック, 第2版, 医学書院, 東京, 8-42, 2016.
- 22) 古賀雄二: 重症患者へのせん妄ケアの現状と課題—PADIS ガイドラインとせん妄ケアリストにみる非薬理的せん妄ケア—. 看護技術, 67(3), 12-17, 2021.
- 23) 浦山絵里: 看護現場とファシリテーション. 中野民生, 浦山絵里, 森雅浩編, 看護のためのファシリテーション—学び合い育ち合う組織のつくり方—, 医学書院, 東京, 28-45, 2020.
- 24) 片平好重: 組織変革者としてのリエゾン精神専門看護師. 野末聖香編, リエゾン精神看護—患者ケアとナース支援のために—, 医歯薬出版株式会社, 東京, 284-300, 2004.
- 25) 立石彩美: 人とかかわるためのスキル. 吉田千文, 志田京子, 手島恵, 武村雪絵編, ナーシング・グラフィカー—看護の統合と実践①看護管理—, 第4版, メディカ出版, 大阪, 146-152, 2018.

(2022年12月21日受理)

Practice of Delirium Care Team Nurses for Elderly Patients in Acute Hospitals: Focus on Collaboration with Ward Nurses

Junko FUJII and Keiko TAKEDA

(Accepted Dec. 21, 2022)

Key words : delirium care, elderly patients, collaboration, nurse, acute care hospitals

Abstract

The aim of this study was to clarify the practices of delirium care team nurses by focusing on the collaboration between delirium care team nurses and ward nurses in delirium care for elderly patients. Semi-structured interviews were conducted with 5 nurses who work on delirium teams at acute care hospitals. The obtained data were analyzed using a qualitative and inductive approach. The results were [understanding the current states of delirium care in the ward] [education to urge introspection about image of the elderly that nurses have on them, ethics and nursing practice] [suggestions and practices of care that values the dignity of elderly patients] [supporting the role of ward nurses who are the key players in delirium care practice] and [ingenuity to promote collaboration with ward nurses]. I thought that it was important for the nurses of the delirium care team and the ward nurses to work together to continue thinking about delirium care.

Correspondence to : Junko FUJII

Department of Nursing
Kawasaki College of Allied Health Professions
2-1-70 Nakasange, Kita-Ward, Okayama, 700-0821, Japan
E-mail : fujii.junko@jc.kawasaki-m.ac.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.32, No.2, 2023 405–416)