

認知機能障害を疑う高齢者の白内障日帰り手術に関わる看護師の臨床判断

三輪 陽子¹, 百瀬由美子²

Clinical judgements by nurses to elderly patients who were suspected with cognitive impairment and underwent one day cataract surgery

Yoko Miwa¹, Yumiko Momose²

This study aims to describe the clinical judgements made by nurses providing continuing nursing care, prior to operation till pre-discharge for elderly patients with suspected cognitive impairment who have undergone one day cataract surgery, to obtain suggestions for possible nursing activities. Semi-structured interviews were conducted with sixteen nurses, and the interview data were analyzed using the Modified Grounded Theory Approach. The clinical judgements made by nurses who provide continuing nursing care, prior to operation till pre-discharge for elderly patients with suspected cognitive impairment who have undergone one day cataract surgery was classified into the following four features: 《sensibly employing observation skills》, 《assessing behaviors and responses which may show cognitive impairment in the learning of how to apply eyedrops》, 《working out possible procedures by sharing and assessing worrisome behaviors and responses inter-professionally》, and 《suggesting ways to apply eyedrops and prevent infections by encouraging available abilities》. All of the features were based on the attitude that **[Nurses endeavor to provide dedicated support to patients undergoing the cataract surgery]**. The findings suggest that in the short-term involvement of cataract day-surgery, nurses need to assess subtle reactions and behaviors in patients with suspected cognitive impairment comprehensively from the first meeting with patients to the opportunities of explaining about the examination and surgery, as well as when assisting the patients. The findings also suggest the importance of nurses assisting patients to ensure a safe surgery through inter-professional collaboration.

本研究の目的は、認知機能障害を疑う高齢者に対する白内障日帰り手術の術前、術後および帰宅に向けた継続看護における、看護師の臨床判断を記述し看護実践への示唆を得ることである。研究対象の看護師は16名であり、半構成的面接を行い、Modified Grounded Theory Approachで分析した。結果は《感覚を駆使し観察力を発揮する》、《点眼指導を試みながら認知機能障害を疑う仕草や反応を見極める》、《気がかりな反応・行動を医療者で共有し評価しながら対策を練る》、《持てる力を発揮した術後点眼や感染予防策を提案する》の4局面から成り、全局面の基盤に**【白内障手術に際し看護師が親身な支援者となる】**という姿勢が貫かれていた。初対面から検査、手術の説明、介助などのあらゆる機会を通して認知機能障害が疑われる些細な反応や行動を見極め、医療職が協働し安全に手術が受けられるよう支援することの重要性が示唆された。

キーワード：白内障，認知機能障害，高齢者，日帰り手術，臨床判断

I. はじめに

水晶体の混濁は80歳で100%であり(小原, 2002), 白内障手術は年間累計785,365件実施され(厚生労働省, 2017), さらに近年の高齢化とともに認知症を伴う白内障手術は増加傾向にある(井上, 中山, 加藤, 2017). 白内障による視覚障害は, 認知症の比較的初期にみられる注意障害, 視空間性知覚障害, 見当識障害を強め, 生活障害と社会的孤立を促進し, 不安, 抑うつ, 妄想, 幻覚, せん妄の出現リスクを高め, 一方, 視覚機能の回復は, 認知障害, 生活障害, 周辺症状を改善し, 認知症の重度化の予防, 生活の質 Quality of life (以下QOL) の改善に寄与する(栗田, 2010).

白内障手術の多くは「日帰り手術」が選択される. 日帰り手術の看護は, 短時間で安全な看護を提供しながら, 対象の理解度に応じ, 点眼やセルフケア行動の習得に向けた患者教育が重要である(高島ら, 2009).

認知機能障害の疑いのある高齢者では, 点眼を含む術前後の看護師による説明が, 正しく患者に理解されず, 患者が点眼を忘れることや術後の安静, 清潔が保持できないことがある(宇治ら, 2015). そして, 理解力の低下により, 静止動作ができないなどの原因で眼科の精密な検査が困難であることや, 認知機能障害の程度により重症の場合は局所麻酔ではなく全身麻酔の適応になることにより, 手術が敬遠される場合がある(福岡, 2014; 石井, 大鹿, 2010). それゆえ, 急性期病院がその受け皿を担っており(井上, 2017), 術前に術中, 術後の行動障害のリスク評価と予防的介入, 術後管理の在り方が課題とされている(石井, 大鹿, 2010).

しかし, 臨床の現場で遭遇する認知症の臨床像は複雑であり(栗田, 2010), 加えて, 加齢に伴う認知機能の低下, 軽度認知障害(mild cognitive impairment: MCI), 認知症の鑑別は難しいという背景がある(神崎, 2018).

さらに眼科外来や白内障日帰り手術を受けようとする高齢者は, 認知症の神経心理検査等の診断が明確でない場合が多く, 看護師は「認知機能障害が疑われる高齢者」として最初の出会いを体験する. そして初回来院時など初対面の早い段階で, 認知機能障害の具体的な内容, 程度といった明確な情報が乏しい状況下でも, 即座に認知機能についてアセスメントし, 把握した情報を対象の反応を見ながらケアに活用することが必要不可欠である. つまり認知機能障害が疑われる際の日帰り手術であるか

からこそ, 術前, 術後, 帰宅支援を見越した包括的な臨床判断が必要である.

しかし, 白内障手術を必要とする, 認知機能障害を疑う高齢者に対する臨床判断や, 具体的な支援方法についての研究はみられない.

本研究では, 認知機能障害を疑う高齢者に対する白内障日帰り手術に関わる看護師の術前, 術後および帰宅に向けた継続看護における, 看護師の臨床判断を記述し可視化することで, 看護実践への示唆を得ることを目的とした.

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的研究デザイン

2. 用語の定義

1) 日帰り手術

来院・手術・帰宅を含む1日で行う手術で1泊(24時間程度)入院を含む.

2) 臨床判断

Corcoran (1990), Tanner (2006) 考えをもとに, 本研究では, 認知的な熟考および, 直観的な過程によって, 患者の状態やもてる力, 予測される反応などを多角的に捉え解釈し, 術前, 術直後および帰宅に向けたケア, 評価を行う一連のプロセスとした.

3) 認知機能障害の疑いのある高齢者

眼科外来受診, 白内障日帰り手術を受けようとする高齢者は, 認知症の神経心理検査等の診断が明確でない場合や, 改訂長谷川式認知症スケール(Hasegawa dementia rating scale-revised 以下HDS-R)やMini Mental State Examination(以下MMSE)の情報がない場合, また認知症と診断があっても病態や進行度が診断されていない場合がある. 認知機能の低下やMCIも含めて鑑別が難しい現状が否定できない. このような背景でも, 看護師が対象者の認知機能について判断していくプロセスを明確にすることを目的とする. 以上より, 眼科外来受診時の患者の特徴を看護師が観察し, 白内障手術に向けて認知機能障害の疑いがあるかもしれないと捉えた高齢者を, 「認知機能障害の疑いのある高齢者」と本研究では定義した. 研究対象として, 患者の認知症

の診断や重症度は問わないことにした。

3. 対象者の選定

本研究の対象者は、認知機能障害の疑いのある高齢者に対する白内障日帰り手術の術前、術後および帰宅に向けた継続看護を実践している看護師とした。日帰り手術の看護では、外来での患者の初期対応から術前、術後、帰宅までの包括的・継続的な支援が必要であり、外来・病棟看護の双方の臨床能力と継続看護の視点が必要である。日帰り手術の入院期間については、Same day surgery（同日退院）、One day surgery（24時間以内の退院）、Short stay surgery（短期滞在、および4泊5日まで）と様々のとらえ方があることや（富永，2016）、日帰り手術は外来医療・外来看護の一環とする施設もあれば（島田，2018）、患者の既往や背景に応じて外来看護師と病棟看護師が協力し継続的に看護をしている施設もある。ゆえに、外来看護師、病棟看護師に関わらず、来院・手術・帰宅を含む1日で行う手術で1泊（24時間程度）入院を含む、白内障手術の術前、術後および帰宅に向けた継続看護を実践している日帰り手術を担当する看護師を対象とした。

看護師の選定条件は、次の3つとした。①Benner. P（1992）の定義を参考に、直観も含め多様な情報を的確に捉え包括的な臨床判断ができる経験年数5年以上の看護師もしくは、施設長から同等の評価を得ている。②眼科手術に関わる看護経験が3年以上である。③認知機能障害を疑う高齢者の白内障手術看護の経験があったとした。研究対象施設の選定は、東海地方のDPC対象病院・準備病院・出来高算定病院の白内障手術合計治療実績が200件以上（2016年4月～2017年3月退院患者）で、認知機能障害を疑う高齢者の白内障手術を実施している、かつ老人専門看護師又は、認知症看護認定看護師が在籍する、急性期病院の候補25施設に対し、1施設、1～2名程度の参加を見込み、10名程度の確保を目指した。

4. データ収集方法およびデータ収集期間

データ収集期間は、2019年4月から2019年8月に実施した。面接は一人につき、一回、一対一で行った。プライバシーが確保できる対象施設の個室を借用し、半構成的面接法を用いた。インタビュー内容の構成は、Tanner（2006）のCJモデルの4段階（Noticing（気づき）、Interpreting（解釈）、Responding（反応）、Reflecting（リフレクション））を含むプロセスモデルを参考に作成し

た。本研究では、Noticing（気づき）とは、看護師が患者の状況を知覚的に把握することであり、確定ではなく今後どうなっていくかを予測することも踏まえ、最初の状況把握に向けて手がかりとする情報に注視、着目することであると捉え、白内障手術を予定する認知障害高齢者との対面時にその人を知る上で注意して観察していること、コミュニケーションの取り方、行動、理解力など、認知機能を判断する上で注意して着目する情報に関することを質問とした。Interpreting（解釈）、Responding（反応）として着目した情報をどのように捉え、どのケア場面に生かしたいと考えたか、情報の意味づけや実際にどのようなケアに繋げたかを引き出す内容とした。手術の説明をしていくときに心がけていること、その理由、患者から得た情報をもとに術後や帰宅のケアに工夫したことを質問内容とした。Reflecting（リフレクション）は、実施したケアに対する患者の反応をどのように確認しているか、これまでの該当患者の看護を振り返り、印象に残っていることを質問内容とした。

5. 分析方法

分析方法はModified Grounded Theory Approach（以下、M-GTA）を用いた（木下，2003）。M-GTAは社会的相互作用に関係し、人間行動の説明と予測に有効であること、研究対象とする現象がプロセス的特性をもち、研究結果が実践的に活用されることを理論特性とする（木下，2003）。

また、「認知機能障害の疑いがあり、白内障日帰り手術を受ける高齢者」という限定された対象者に対する臨床判断に適用可能な結果が得られるという点から、M-GTAが本研究の分析に適していると判断した。

面接内容を逐語録として記述した内容をデータとし、分析焦点者は「臨床で実践している看護師」、分析テーマは「白内障手術を予定する高齢者の表情、言動、仕草を観察し認知機能との関連性を考慮しながら術前、術後および帰宅のケアに繋げていく看護師の臨床判断」とした。

分析は、逐語録を熟読し、データ内の分析テーマに関連する箇所に着目し、一つの具体例として分析ワークシートに記載した。次に、その具体例が分析焦点者にとって何を意味するか解釈しその意味を忠実に表すように命名して概念を生成し、データ分析を進める中で、新たな概念が生成されるごとに分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例を記載した。類似例と対極例の比較

の観点から理論的サンプリングおよび継続的比較分析を行った。全参加者の分析終了後、生成した概念と他の概念との関係を比較検討し、意味の類似したものはカテゴリとしてまとめ、概念間の関係性を検討した。白内障手術に向けて術前、術後、および帰宅のケアに繋げていく看護師の臨床判断の相互の関係性を表す結果図を作成し、ストーリーラインとして簡潔に文章化した。分析過程では、厳密性の確保として、Lincoln & Guba (1985) の Trustworthiness に基づき信憑性の確認を行った。確実性 (credibility) では研究参加者のうち2名に分析結果を提示し、研究者の解釈は、対象者の発言の意図を正確に捉えているか否かの確認を行った。老年看護学の研究経験が豊富でかつ臨床経験を有する研究者と定期的に面接し、データ収集、分析や結果の指導を受けた。適用性 (transferability) は、導かれた概念やカテゴリは、容易に理解できる表現方法に努め、臨床で活用が可能か否かを判断できるようにした。信用性 (dependability) は、研究対象者の背景、研究全過程における経過を記述した。確証性 (confirmability) は、研究記録を書き研究遂行の証拠とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した (30愛知県立大学情第6-52号)。研究対象者に対し、研究の主旨、方法、研究参加は自由意志であること、研究協力を断っても不利益が生じないこと、同意後も研究協力の中止が可能であることを書面にて説明し同意を得た。インタビュー中に安全性を確保するとともに、自由意思が尊重されることを保証した。収集したデータは匿名性の確保に努めた。

III. 結 果

1. 研究対象者の概要

本研究の対象者は東海地方の急性期病院3県12施設に勤務する看護師16名で全員女性であった。看護師経験年数は4年から42年で平均20.3年 (SD9.88) であり、眼科経験は3年から25年で平均7.5年 (SD5.24) であった。全参加者から録音の同意が得られ、面接時間は平均43.5分 (SD11.62)、逐語録はWordのA4 (40×40) の書式197ページで平均12.3ページ (SD4.09) である。眼科白内障手術を術前看護から担当する看護師は16名であり、うちHDS-Rの活用者は1名であった。

2. 分析結果

生成された概念は56概念であり、36個のサブカテゴリ、15個のカテゴリが生成された。カテゴリをプロセスの内容により4つの局面に分類し結果図 (図1) を作成した。そして簡潔に文章化してストーリーラインを作成した。文章中では、局面を《 》、カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉で示す。研究対象者が語ったデータからの引用は「太字斜体文字」で示し、末尾() 内のアルファベットは研究対象者を示す。研究対象者が語ったデータからの引用で中略した部分を〈…〉として示す。以下にストーリーライン、各局面について説明する。

1) ストーリーライン

看護師は、白内障手術を予定する高齢者と対面した際に、話し方や行動などから初対面の早い段階で【言葉にならない違和感を察知する】場合があり、その違和感をきっかけに、非言語情報として【立ち居振る舞いから生じる気がかりを留める】ことや、言語的情報として【会話の内容や構成から気がかりを留める】。つまり《感覚を駆使し観察力を発揮する》が最初の契機になっていた。次に《点眼指導を試みながら認知機能障害を疑う仕草や反応を見極める》局面に移行していた。まずは認知機能障害であると断定せず【視覚、聴覚障害、それとも個性なのか判断は保留する】。次いで【手術に対する意欲や患者の気がかりを知る】ことや【記憶障害が疑われる反応や行動に着目する】こと、【早期に点眼やセルフケア行動を意識してかかわる】を経ていた。【早期に点眼やセルフケア行動を意識してかかわる】ことを通じて、【記憶障害が疑われる反応や行動に着目する】ことや、【手術に対する意欲や患者の気がかりを知る】ことに至り、これらは相互に関連しながら、《気がかりな反応・行動を医療者と共有しリスク評価しながら対策を練る》局面に移行していた。【場面ごとの患者の反応に対する医療者の判断を持ち寄る】ことと【気がかりとなった反応・行動を意図的に再確認し眼の安静が可能か見定める】ことを繰り返し判断に繋げ、評価しながら【その人にとっての安全な手術のスタイルを準備する】、【白内障手術に向けてその人が必要とする協力者を探す】プロセスを経ていた。その後【慣れない環境や目の保護に困惑しないように工夫する】、手術後の点眼指導として【感染防止に配慮し融通が利いた点眼スタイルを支援する】や、【ルーティーンの枠を超えてより個別的に対応してみる】という、その人の《持てる力を発揮した術後点眼や感染

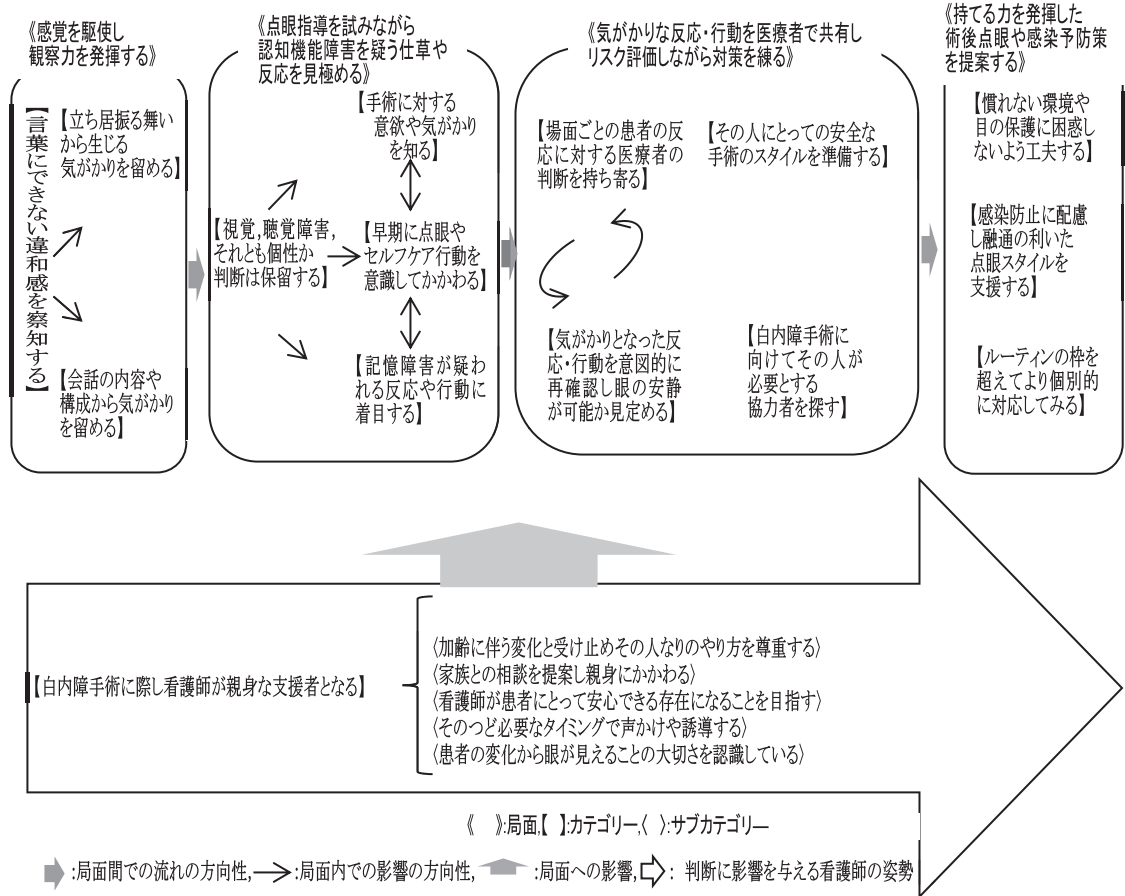


図1 白内障手術に向けて術前、術後、および帰宅のケアに繋げていく看護師の臨床判断の結果図

予防策を提案する》局面に移行していた。全局面を通して【白内障手術に際し看護師は患者の親身な支援者となる】というカテゴリがあり、これは臨床判断に影響を与える看護師の援助姿勢であり、かつケアの基盤となっていた。

2) 白内障手術に向けて術前、術後および帰宅のケアに繋げていく看護師の臨床判断 (表1.2)

(1) 《感覚を駆使し観察力を発揮する》局面

看護師は、「やっぱり違和感を感じるんでしょうね。(D)」のような【言葉にならない違和感を察知する】ことがあった。それを契機とし、〈整容行為が無頓着であることを気がかりとして留める〉、〈落ち着きのなさや易怒性や反応が乏しいなどの態度から気がかりを留める〉の【立ち居振る舞いから生じる気がかりを留める】ことや、〈意図しない回答が繰り返されることに着目する〉、〈「はい」を連発した返事が気がかりとなる〉、〈氏名、生

年月日や症状を答えられないことを捉える〉といった、【会話の内容や構成から気がかりを留める】といった判断を関わり初期段階から行っていた。

(2) 《点眼指導を試みながら認知機能障害を疑う仕草や反応を見極める》局面

《感覚を駆使し観察力を発揮する》ことで捉えた気がかりはそのままにせず、認知機能の低下によるものか、そうではない可能性を考慮し〈視覚、聴覚障害やその人の持ち味かもしれない〉と【視覚、聴覚障害、それとも個性なのか判断は保留する】というプロセスを経ていた。患者と接して感じた違和感なり特徴が、その人の性格ひいては長年の個性としての持ち味や、視力低下、または聴覚障害によるものかもしれないと捉えていく。このプロセスを経ることで、普段の生活を営む患者を知り〈日常生活動作や生活習慣をもとに清潔行動を意識してかわる〉ことに至る。その後、患者の言動をもとに【手術に対する意欲や患者の気がかりを知る】ことや、〈ちょっ

表 1 白内障手術に向けて術前、術後及び帰宅のケアに繋げていく看護師の臨床判断

局面	【カテゴリー】	〈サブカテゴリー〉	『概念』	
《感覚を駆使し観察力を発揮する》	【言葉にできない違和感を察知する】	〈言葉にできない違和感を察知する〉	表情・動作・しぐさなど雰囲気から言葉にできない違和感を察知する	
	【立ち居振る舞いから気がかりを留める】	〈整容行為が無頓着であることを気がかりとして留める〉	整理整頓やみだしなみが無頓着な傾向なことを気がかりとして留める	
		〈落ち着きのなさや易怒性や反応が乏しいなどの態度から気がかりを留める〉	ほんやりとして反応が乏しいことを気がかりとして留める	
			落ち着きがないことを気がかりとして留める	
	【会話の内容や構成から気がかりを留める】	〈意図しない回答が繰り返されることに着目する〉	漠然と会話が成立しないと感じたら気がかりとして留める	
		〈「はい」を連発した返事が気がかりとなる〉	繰り返す同じ質問は気がかりとして留める	
〈氏名、生年月日や症状を答えられないことを捉える〉		「はい」という返事の連発は気がかりとして留める 初期対応として問診や氏名と生年月日を答えられないことを捉える		
《点眼を試みながら認知機能障害を疑う仕草や反応を見極める》	【視覚、聴覚障害、それとも個性なのか判断は保留する】	〈視覚、聴覚障害やその人の持ち味かもしれない〉	立ち居振る舞いからの気がかりは視覚障害の関与や、その人の持ち味かもしれないと捉える 意図しない言動は理解力低下なのか難聴か知ろうとする	
		〈日常生活動作や生活習慣をもとに清潔行動を意識してかかわる〉	日常生活動作や生活習慣をもとに詳しくできていることやできないことを聞いていく その人の服薬行動の在り方を見定める 清潔に対する価値観を探り術後の清潔行動の声かけをする	
	【早期に点眼やセルフケア行動を意識してかかわる】	〈点眼は大切と思ってもらえるよう繰り返し話す〉	術前点眼を忘れてしまう場合は術後点眼を危惧し術後の点眼指導に繋げていこうとする 点眼は重要なものという印象を早期から抱かせていく	
		〈自己点眼の反応をみて患者の参画を促す〉	家族中心ではなく患者に参加してもらい自分のことだと感じられるようにしていく 点眼補助具活用で自己点眼指導を試みて反応をみる	
		【記憶障害が疑われる反応や行動に着目する】	〈ちょっとした物忘れの頻度と手術自体を忘れることに着目する〉	治療に関する書類や点眼の持参忘れなどちょっとした物忘れの頻度に着目する 手術すること、術眼を忘れてしまう頻度や言動に着目する
	〈説明した内容に対する理解や記憶の程度と実行力に着目する〉		検査に行くことを説明した際の患者が戸惑う内容と行動をとらえる 家族に伝えてほしい情報を患者が忘れ伝達できないことをとらえる	
	【手術に対する意欲や気がかりを知る】	〈手術に対する意欲や患者の気がかりを知る〉	眼をよくしたいと思ひ積極的に質問する姿勢をとらえ患者の気がかりを知る	
	《気がかりな反応・行動を医療者で共有しリスク評価しながら対策を練る》	【場面ごとの患者の反応に対する医療者の判断を持ち寄る】	〈看護師同士の異なる解釈を受けとめる〉	認知機能の低下を懸念しても他の看護師はそうは感じていない場合もあることを理解して受けとめて理解する
			〈患者に関連する各スタッフと情報共有し相談する〉	気がかりとなった患者の様子は電子カルテに記入して眼科関連のスタッフ間で情報共有していく
				患者に対して抱いた気がかりを受付スタッフ、視機能訓練士、医師、関係介護職などと情報共有し安全に手術が行えるか相談する
【気がかりとなった反応・行動を意図的に再確認し眼の安静が可能か見定める】		〈診察場面やその後の言動を併せて捉えていく〉	医師の前ではしっかりと受け答えと診察前後の言動を併せて捉えていく	
		〈術中に動かないことが可能か否かを確認する〉	落ち着きがなくソワソワしている場合は手術中にも動いてしまうことを想定する 検査や診察時に一時的にも動かないで座っていることができるかを確認していく	
		〈直接目に触れる検査時に説明に応じた動作をみる〉	左右を向くや視線固定など目に対する検査時の説明に応じた動作が可能かをみる	
	〈手術への恐怖心との関連を見極める〉	手術への恐怖心の程度と気がかりとなる反応との関連を再度確認してみる		

《気がかりな反応・行動を医療者で共有しリスク評価しながら対策を練る》	〈手術イメージを掴め麻酔方法を検討する〉	手術の模擬体験で手術イメージを掴め麻酔方法を検討する
	【その人にとっての安全な手術のスタイルを準備する】	患者の手術に対する気がかりに対して説明し集中できるように心身の準備を整えていく
	〈手術に集中できるように心身の準備を整えていく〉	患者が難聴により意思疎通で困ることがないように手術室看護師と情報共有していく
	〈家族の中での患者の姿を参考に〉	なるべく手術説明時や点眼指導を含む生活指導時は家族に同席してもらうように勧める
	〈家族から患者の認知機能に関する追加情報を意図的に引き出す〉	家族は患者の認知機能障害を認識していないかもしれないことを想定する
	〈家族構成をもとに誰がその人の服薬管理に詳しいかを探る〉	家族から患者の認知機能に関する追加情報を意図的に引き出す
【白内障手術に向けてその人が必要とする協力者を探す】	〈確実な点眼支援が得られる資源を持つか確認する〉	家族構成をもとに誰がその人の服薬管理に詳しいかを探る
	〈身近な家族だけでなく遠方の家族や友人といった強力者を探す〉	手術前後にわたり点眼管理など患者を支援する協力者がいるか確認する
	〈介護サービス調整や一時的な施設入所を検討する〉	一人暮らしでも誰か家族がいる場合は手術説明や手術日だけでも協力が得られるよう調整する
	〈慣れない環境や目の保護に困惑しないように工夫する〉	親類縁者がいない場合は術前の説明を一緒に聞いてもらえそうな友達を探す
	〈感染防止に配慮し融通が利いた点眼スタイルを支援する〉	点眼が確実にできるように介護サービスの調整などの退院支援をしていく
	〈ルーティーンの様を超えてより個別に対応してみる〉	術後しばらく施設に入所し施設職員に点眼を支援してもらうことを検討していく
《持てる力を発揮した術後点眼や感染予防策を提案する》	〈慣れない環境や目の保護に困惑しないように工夫する〉	慣れない環境に転倒や戸惑わないように生活導線に沿った説明や環境調整をする
	〈目薬の先端が目に接触しないことだけを優先した点眼指導への切り替え〉	目を触らないように術後の目の保護を患者が受け入れられるようその人に合わせて工夫する
	〈そのときの反応に応じて家族への点眼指導への切り替え〉	混乱が強くなる場合は目薬の先端が目に接触しないことだけを優先し自己流を見守ることに切り替える
	〈電話訪問で点眼の継続的支援をする〉	その人の具体的な生活状況に合わせて点眼指導を試みる
	〈医師、薬剤師に点眼回数を減らせないか交渉する〉	患者の応答から混乱していると捉えられたら家族に向けて指導したりと切り替えていく
	〈クリニカルパスにはない自宅訪問など個別の点眼指導〉	退院後に電話訪問をすることで点眼状況など確認する

表2 全局面の基盤

【カテゴリー】	〈サブカテゴリー〉	『概念』
【白内障手術に際し看護師が患者の親身な支援者となる】	〈加齢に伴う変化と受け止めその人なりのやり方を尊重する〉	加齢に伴う変化と受け止めて極めて個別的なその人なりのやり方を尊重する
	〈家族との相談を提案し親身にかかわる〉	ひとりで手術を決定していく気持ちは尊重しつつ術後管理を想定し家族との相談を提案する
	〈患者にとって安心できる存在になることを目指す〉	患者にとって見慣れない看護師が脅威とならないよう安心できる存在を目指す
	〈そのつど必要なタイミングで声掛けや誘導する〉	要点を絞って分かりやすい言葉でそのつど必要なタイミングで声掛けや誘導していく
	〈患者の変化から眼が見えることの大切さを認識している〉	術後の視覚回復した場合に言動や立ち居振る舞いの変化を受け見えることの大切さを認識している

とした物忘れの頻度と手術自体を忘れることに着目する)〈説明した内容に対する理解や記憶の程度と実行力に着目する〉という【記憶障害が疑われる反応や行動に着目する】に至っていた。また、視覚、聴覚障害、それとも個性なのか判断は保留しつつも、術後や帰宅に向けたケアを見越して〈日常生活動作や生活習慣をもとに清潔行動を意識してかかわる〉ことや〈点眼は大切と思ってもらえるよう繰り返し話す〉、〈自己点眼の反応をみて患者の参画を促す〉という【早期に点眼やセルフケア行動を意識してかかわる】ことを開始していた。また、点眼指導開始の関わりを通じ、【記憶障害が疑われる反応や言動に着目する】ことや、【手術に対する意欲や患者の気がかりを知る】ことに至り、認知機能障害を疑う仕草や反応を有していても手術への意欲が強く、点眼補助具を活用すれば自己点眼が可能であることを見出す判断を導いていた。このような様々な関わり場面を通して得た情報や判断した事柄とそれら相互の関連性を踏まえ、記憶力低下の内容が点眼やセルフケア行動に対し、どのように影響していくかを考慮し、気がかりな反応や行動として対応が必要か否かを判断していた。

(3) 《気がかりな反応・行動を医療者で共有しリスク評価しながら対策を練る》局面

実際に患者に生じている認知機能の低下に関する具体的な情報をもとに、看護師が抱いた気がかりが偶然ではなかったと確証を得ていく上で、それが自身だけのとらえ方でないか、〈看護師同士の異なる気づきや解釈を受けとめる〉、〈患者に関連する各スタッフと情報共有し相談する〉、〈診察場面やその後の言動を併せて捉えていく〉など、【場面ごとの患者の反応に対する医療者の判断を持ち寄る】ことで、これまでの情報を統合し、自身のアセスメントとして〈術中に動かないことが可能か否かを確認する〉、〈直接眼に触れる検査時に説明に応じた動作をみる〉、〈手術への恐怖心との関連を見極める〉といった【気がかりとなった反応・行動を意図的に再確認し眼の安静が可能か見定める】ことと【場面ごとの患者の反応に対する医療者の判断を持ち寄る】ことを繰り返し判断していた。これらを踏まえ、認知機能障害が影響する安全を阻害する可能性を早期に発見し、かつ把握した情報を対象の反応を見ながらケアに活用し手術に向けてリスク評価をしながら、〈手術に集中できるように心身の準備を整えていく〉などの【その人にとっての安全な手術のスタイルを準備する】プロセスを経ていた。

さらに、独居や家族の支援が得られない場合に、ひと

りで来院して手術を決定する患者も増えていることに対応していた。家族が患者の認知機能障害に気が付いていないケースに対応すべく、家族から意図的に患者の情報を聞き出すことや、〈確実な点眼支援が得られる資源を持つか確認する〉、〈身近な家族だけでなく遠方の家族や友人といった強力者を探す〉、〈介護サービス調整や一時的な施設入所を検討する〉といった【白内障手術に向けてその人が必要とする協力者を探す】行為を平行して行っていた。

(4) 《持てる力を発揮した術後点眼や感染予防策を提案する》局面

これまでの判断のプロセスを経て、手術後や帰宅に向けたケアに向けて、その人の出来ることに着目して個別的に融通を利かせていくケアへの試みのプロセスであった。【慣れない環境や目の保護に困惑しないように工夫する】ことを試みつつ、点眼指導は、家族中心ではなく患者に参加してもらい、自分のことだと感じられるような工夫を試み、かつその人の能力に応じて認知機能の低下を認めても、点眼補助具を用いて自己点眼を勧めていた。さらに、〈医師、薬剤師に点眼回数を減らせないか交渉する〉、〈クリニカルパスにはない自宅訪問など個別的な点眼指導〉といった【ルーティーンの枠を超えてより個別的に対応してみる】を経ていた。「私が変わってきてるような気がします。最初のほうは、すごい、ちゃんとそうやって、(目に)先端につかないように、なんとかげんこつ法(点眼瓶を持つ手を握りこぶしの上に置いて安定させる方法)ができたらと思っていましたけど、(…)きちきちにやらないようにはしてます(K)」など【感染防止に配慮し融通が利いた点眼スタイルを支援する】プロセスを経ていた。

(5) 全局面の基盤(表2)

【白内障手術に際し看護師が患者の親身な支援者となる】は、臨床判断に影響を与える看護師の援助姿勢であり全局面の基盤となっていた。〈加齢に伴う変化と受けとめその人なりのやり方を尊重する〉、〈家族との相談を提案し親身にかかわる〉、〈患者にとって安心できる存在になることを目指す〉、〈そのつど必要なタイミングで声かけや誘導する〉、〈患者の変化から眼が見えることの大切さを認識している〉で構成されており、各局面に影響を与え続ける土台であった。

IV. 考 察

認知機能障害を疑う高齢者に対する白内障日帰り手術の術前から帰宅に向けた継続看護を行う看護師の臨床判断は、初対面からあらゆる機会を通して言語、聴覚、視覚情報を手がかりとすることや、看護師が親身な支援者となるという姿勢を基盤とし、認知機能障害を疑う仕草や反応を丁寧に見極め、医療職協働の臨床推論に繋げることに特徴があり、この2点について以下考察する。

1. 初対面からあらゆる機会を通して言語、聴覚、視覚情報を手がかりとする

看護師が白内障手術を予定する高齢者と初めて対面した際に、話し方や行動などから初対面の早い段階で、わずかな変化として捉えた看護師の気づきとして【言葉にならない違和感を察知する】ことをしていた。この判断は、白内障手術の実施に際して必須となる安静保持が守られない危険性や認知機能障害に起因する安全を阻害するのではないかとと思われる反応を直観で捉えていたと推察される。Benner (2005) は直観について、無知な状況理解とは区別した上で、「患者の全体的な変化を認識したものとして、曖昧であったり、はっきり言い表せない場合もある」とし、「高度な注意力を指す言葉」として用いている。また、Tanner (2006) は4段階を含む臨床判断モデルで「文脈、背景、関係性の中で、まずNoticing (気づき) の段階が予期から最初の把握として始まる」と述べており、本研究における、言葉で説明しづらいものを瞬時に感覚的に捉えている過程は、初対面での早い段階で、即座に高度な注意力を発揮した判断といえる。

本研究では、HDS-Rの活用は1例であり、白内障日帰り手術の術前において客観的かつ系統的に認知機能を評価するスクリーニング指標を用いるシステムが構築されている施設は少ないことが推測される。そのような状況下でも、初対面の早い段階より患者の言語、聴覚、視覚情報を手がかりにし、非常に具体的で詳細なエピソードを見逃さないことで、患者の短期記憶障害や長期記憶障害の具体的内容に着目し判断していると解釈された。鳥羽(2007)は認知症高齢者の早期発見の具体例のエピソードとして、話題が乏しく限られている、同じことを何度も尋ねる、今まで出来た作業にミス又は能率低下が目立つとしている。また、山口(2014)は、行動から気づく

認知症として、同じ質問を繰り返す、話(説明)を理解できない、身だしなみの変化を挙げており、白内障手術に携わる看護師の診察や待合のコミュニケーションは、これらを素早く捉え認知機能低下のスクリーニングの役割を担い、客観的スクリーニングを補完する機能を果たしていたといえる。初対面から検査、手術の説明、介助などのあらゆる機会を通して言語、聴覚、視覚情報を手がかりとしていく判断の重要性が示唆された。

2. 高齢者の親身な支援者となる姿勢を基盤とし認知機能障害を疑う仕草や反応を見極め、医療職協働の臨床推論に繋げる

看護師は、患者の認知機能障害を懸念しても、〈加齢に伴う変化と受けとめその人なりのやり方を尊重する〉姿勢を有して関わることにより、【視覚、聴覚障害、それとも個性なのか判断は保留する】に至り、手がかりとなる性格や個性に着目していた。江口ら(2014)は、患者自身の性格や活気・意欲を示す患者のパーソナリティの把握を、臨床判断のための情報や手がかりとしていると述べている。本研究においても、看護師は患者の個性、性格を知ることが重要であり、ひいては術後の個別的な帰宅に向けたケアに繋げていたと推察する。先行研究と類似する一方で、本研究の特徴としては、視覚、聴覚障害という加齢に伴う心身の変化と個性を併せて捉え《点眼指導を試みながら認知機能障害を疑う仕草や反応を見定める》こと、さらに【場面ごとの患者の反応に対する医療者の判断を持ち寄る】ことと【意図的に気がかりとなった反応・行動を確認し眼の安静が可能か見定める】ことを繰り返し判断に繋げ、評価しながら【その人にとっての安全な手術のスタイルを準備する】プロセスを経たという点である。高齢者では加齢性難聴とされていたが実は認知症であることや、半面、視覚障害があることにより周囲への関心が低く、無気力、反応の遅延等から認知症を疑わせる場合もある(石井; 2014)。いずれの場合も認知機能障害との関連性を即座に判断することは容易ではない。加えて、独居で支援者・キーパーソンがいないことが加わることは、援助を進めていく上で情報収集やアセスメントに看護師は苦慮し、限られた情報の中で必要な援助を予測する(松下, 2012)という、非常に短期間で難易度の高い判断を迫られるともいえる。本研究では、視覚障害に伴う患者の反応を考慮し、かつ〈患者の変化から眼が見えることの大切さを認識している〉ことが、先入観なく多側面から対

象を理解する、つまり既存のアセスメント用紙以外の個別な情報を患者から聞き出す試みや、手術への意欲や患者の気がかりを参考に点眼指導を早期に開始しながら、認知機能障害を疑う仕草や反応が、対応が必要なものか否かを丁寧に見極め判断に繋げていたと推察する。そして、患者の要望をもとに可能な限り手術を通じて視力回復を支援するために、独居や家族から支援が得られないケースにも親身になり、患者の点眼実施能力に合わせ、〈目薬の先端が目には接触しないことだけを優先した点眼指導への切り替え〉や、自宅に訪問しての点眼など【ルーティーンの枠を超えてより個別に対応してみる】という試みに繋がっていた。つまり、非常に短期間で展開が早いからこそ、高齢者の親身な支援者となる姿勢が基盤であることが、認知機能障害が疑われる際の白内障日帰り手術における術前、術後、帰宅支援を見越した包括的な臨床判断として着目すべき重要な結果であるといえる。

また、認知機能障害のある高齢者に対しては全身麻酔が適応されることが多いが、Kumar, M. C., & Seet, E. (2016) は麻酔科医の立場から、患者の協力と理解レベルを確認し、眼科医と協働して安全な麻酔方法について再考する必要があるとしている。本研究では、認知症症状について更なる精査として、客観的指標を用いた判断や麻酔科医との協働はみられないが、看護師が気がかりとして得た感覚を情報化し、眼科受付スタッフ、視能訓練士、医師、看護師間で情報共有しながら、気がかりとなった反応・行動を意図的に再確認し、医療職種協働での臨床推論に繋げていることを詳細に記述することができた。認知機能障害の疑いのある高齢者への安心、安全な麻酔の選択を含めた手術スタイルの検討には医療職種協働での臨床推論が有用であると考えられる。

3. 看護実践への示唆

白内障日帰り手術は、局所麻酔で手術が無事に終了することは到達点に過ぎず、術後の点眼や感染防止が継続できてこそ患者の利益に繋がる。したがって、看護師が親身な支援者として携わる姿勢や態度を基盤とし、初対面からあらゆる機会を逃さず、言語、聴覚、視覚情報を手がかりとして、認知機能障害を疑う仕草や反応が、対応が必要なものか否かを早期に判断し、安全な手術のスタイルの準備に繋げていくことが求められる。同時に少しでも自己点眼が可能な要素を見出した場合は、患者の持てる力を発揮した術後点眼や感染防止策を提案することで、認知機能障害による影響を最小限にしてい

く判断と調整に繋げていくことが重要である。

4. 本研究の限界と課題

今回、眼科白内障手術に対し術前から継続的に担当する看護師を対象としており、病院の詳細なシステムについては検討していない。また、HDS-Rなどの客観的評価の活用等の検討はしていない。今後は、複数の病院で調査を重ね、麻酔科医との協働など、看護師の判断を他の職種と共有し、活用できる指標の開発が課題である。

V. 結 論

認知機能障害を疑う高齢者に対する白内障日帰り手術に携わる看護師の臨床判断は、看護師が親身な支援者として携わる姿勢や態度を基盤とし、あらゆる機会を通して認知機能障害が疑われる些細な反応や行動を見極め、医療職協働の臨床推論に繋げていた。これらの臨床判断の構造は、【白内障手術に際し看護師が親身な支援者となる】態度が基盤となり、《感覚を駆使し観察力を発揮する》、《点眼指導を試みながら認知機能障害を疑う仕草や反応を見極める》、《気がかりな反応・行動を医療者と共有し評価しながら対策を練る》、《持てる力を発揮した術後点眼や感染予防策を提案する》の4つの局面から構成されていることが明らかになった。

謝 辞

本研究にご協力頂きました病院関係者の皆様に深く感謝申し上げます。本研究を進めるにあたりご教示くださいました先生方に心より深く感謝申し上げます。本研究は2019年度愛知県立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものです。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Benner, P. (1992). 井部俊子他監訳. ベナー看護論-達人ナースの卓越性とパワー (pp. 11-27). 東京: 医学書院.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., Stannard, D. (2005). 井上智子監訳. ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること (p. 89). 東京: 医学書院.

- Kumar, M. C., Seet, E. (2016). Cataract surgery dementia patients-time to reconsider anaesthetic options, *British Journal of Anaesthesia*, 117, 421-425.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse, A research-based model of clinical judgment in nursing, *Journal of Nursing Education*. 5 (6), 204-211.
- 江口秀子, 明石恵子 (2014). 我が国のクリティカルケア看護領域における臨床判断に関する文献レビュー. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 10(1), 18-27.
- 福岡秀記 (2014). 視覚機能と認知症. *Ceriatric Medicine*, 52(7), 785-788.
- 井上真由美, 中山正, 加藤睦子, 清井恵理子, 寺石友美子 (2017). 認知症高齢者に対する白内障手術の実態. *岡山赤十字病院医学雑誌*, 8(1), 23-26.
- 石井晃太郎, 大鹿哲郎 (2010). 認知症患者の白内障手術—眼科医の立場から. *日本の眼科*, 81, 18-21.
- 石井太郎 (2014). 認知症患者への白内障手術によるQOL向上. *日老医誌*, 51(4), 321-325.
- Lincoln, YS., Guba, EG. (1985). *Naturalistic inquiry*. (pp. 289-331). CA: Sage publication.
- 栗田主一 (2010). 認知症患者の白内障手術—老年精神医学の立場から. *日本の眼科*, 81(1), 12-16.
- 木下康二 (2003). *グランデッド・セオリーアプローチ—質的実証—研究の意義*. (pp. 233-239). 東京: 弘文堂.
- 神崎恒一 (2018). 加齢に伴う認知機能の低下と認知症. *日本内科学会誌*, 107(12), 2461-2468.
- 厚生労働省 (2017). 「第4回NDBオープンデータ」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00003.html
- 松下由美子 (2012). 認知症高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の活動. *聖路加看護学雑誌*, 16(2), 17-24.
- 小原喜隆 (2002). 科学的根拠 (evidence) に基づく白内障診療ガイドラインの策定に関する研究. 厚生科学研究補助金 (21世紀型医療開拓推進研究事業: EBM分野)
- Corcoran, S. A. (1990). 看護における Clinical Judgementの基本的概念. *看護研究*, 23(4), 351-360.
- 島田恵 (2018). 外来看護における在宅療養支援のシステムづくり. *看護*, 70(1), 66-70.
- 高島尚美, 五木田和枝, 濱田安岐子, 山田美穂, 渡部節子, 大澤栄子 (2009). 日帰り手術を受けた患者の症状マネジメントと患者教育. *横浜看護学雑誌*, 2(1), 33-40.
- 富永ルミ子 (2016). DSコーディネーターに求められる看護実践能力の現状—看護実践能力自己評価結果からの一考察—, *多根総合病院医学雑誌*, 5(1), 75-85.
- 鳥羽研二 (2007). 認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から. *日老医誌*, 44, 305-307.
- 宇治幸隆, 森恵子, 杉本昌彦, 田中由美, 住田めぐみ, 浜口均 (2015). 認知症患者の眼科受診動機. *日本の眼科*, 86(4), 469-472.
- 山口晴保 (2014). *紙とペンでできる認知症診療術—笑顔の生活を支えよう* (pp. 10-28). 東京: 協同医書出版.