



Title	急性期病院における認知症患者の看護上の問題 : フォーカス・グループ・インタビューを用いて
Author(s)	福田, 里砂
Citation	大阪大学, 2016, 博士論文
Version Type	
URL	https://hdl.handle.net/11094/55722
rights	
Note	やむを得ない事由があると学位審査研究科が承認したため、全文に代えてその内容の要約を公開しています。全文のご利用をご希望の場合は、大阪大学の博士論文についてをご参照ください。

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

論文内容の要旨

氏 名 (福 田 里 砂)	
論文題名	急性期病院における認知症患者の看護上の問題 —フォーカス・グループ・インタビューを用いて—
論文内容の要旨	
以下本文	
<p>【背景】</p> <p>認知症の患者数は、年々増加しており、それに伴い認知症を有する人が急性期疾患の治療のために急性期病院に入院する機会も増加している。認知症患者の認知症周辺症状は、急性期病院に入院することにより悪化する(Cunningham et al., 2006; Fetzer, 1999; Martin et al., 2000)と言われており、急性期病院の看護師には、認知症患者に対し適切なケアを行い、認知症の悪化を最小限にとどめることが求められる。しかし、日本の認知症患者の医療は、これまでは療養型の施設で行うことがほとんどであり(栗田, 2010)、急性期病院で認知症患者に対応することは少なかった。それゆえ急性期病院の看護師は、認知症患者の治療・ケアが必要になったことで、様々な問題を抱えていると考える。</p>	
<p>【目的】</p> <p>本研究は、急性期病院における認知症患者の看護に関する問題について、臨床で働く看護師に対してフォーカス・グループ・インタビュー（以下、FGI）を行い、急性期病院における認知症患者の看護ケアで経験した問題を抽出することを目的とした。</p>	
<p>【方法】</p> <p>調査方法は、FGIを用いた質的研究である。対象施設は、関西地区の病院から、外科系および内科系の両方の診療科を有する病院を多様事例サンプリングで10施設選定した。参加者は、常時認知症患者が入院している外科系・内科系病棟（ハイケアユニットを除く）の看護師とした。除外基準は、①勤務経験が3年未満の者、②現在所属している病棟で、認知症患者のケアの経験がない者、③管理者の者である。病院ごとにFGIを実施するため、参加者数は、1つのフォーカス・グループの人数が5～8名（多くても10名）になるように設定した。また、多くの病棟の看護経験が網羅されるよう、看護師の選定にあたっては、複数の病棟から選定した。</p> <p>データ収集は2008年2月～12月に行い、データ収集にはFGIの手法を用いた。データ分析は質的統合法（KJ法）を用い、①ラベルづくり、②グループ編成（ラベル広げ、ラベル集め、表札作り）、③見取図の作成、④叙述化の4つのステップで行った。各病院のデータを個別に分析した後、全ての病院のデータを用いて、総合分析を行った。</p> <p>本研究は、大阪大学医学部保健学科の倫理委員会の承認を得て実施した。調査にあたっては、各病院の看護管理者および参加者に書面を用いて口頭で説明を行い、同意を得た。</p>	
<p>【結果】</p> <p>同意の得られた6病院で、8つのフォーカス・グループが形成され、総参加者数は50人であった。参加者の平均看護師経験年数は9.4年であった。</p> <p>8グループの個別分析（総ラベル数533枚）を行った後、個別分析をもとにした59枚を元ラベルとして全体分析を行った結果、以下7つのシンボルマーク（以下【 】示す）が抽出された。</p> <p>【患者の問題行動：慣れない環境や行動制限に起因】では、「（患者は）家族が昼間まったくいなかったら暴れてしまうことがあり、家族の付き添いがあるかないかで、安心感とか患者の様子が全然違うことがある」、「（患者は）一日中点滴をするなど、抑制されることで、認知症がひどくなったりすることもある」というように家族がいない、治療による拘束感という環境の変化によって患者の問題行動が生じていることを示す内容であった。</p> <p>【繰り返される問題：家族を頼るが解決しきれない】では、「点滴を見えないように包帯や長袖のシャツで隠しても、気づいたときには抜かれてた」、「（認知症の患者さんはストマケアが自立できないので、）家族にストマのケアを覚えてもらおうが、便の処理っていうと、理解してもらえても、ケアに積極的という意味では難しい」というように対策をとっても予防しきれないことや、患者の自立を促すために家族の協力を得ても受け入れが難しく解決しきれ</p>	

ない状況が語られていた。

【周囲にまで広がる問題：家族や同室者へのケアも必要】では、「認知症の患者の看護ケアをすること自体に問題はあるが、認知症患者が、夜中に同室の患者さんのカーテンを開けたり、他の患者のポータブルトイレを使ったり、勝手に人の引き出しを開けたりとか、同室者も怖がっており、周りの患者さんにもケアが必要だとすごく実感した」というように認知症患者の行動が他の患者に影響を与えていることを示す内容であった。また、問題行動を繰り返す患者の家族が苛立ち、患者に攻撃的になり、家族のフォローが必要であることも語られた。

【看護の不足：早期発見に努めるが後追い対応に終始】では、「急変した患者さんで、透析日じゃないのに、透析行こうと何度も繰り返していた患者さんがいて、後から考えると、長く透析をされてきた人なので、身体がしんどくて透析したらちょっと楽になれるということがわかっていたのではないかと思います」というように、認知症患者の行動（訴え）が実際に起こっている身体の変化を直接的に表すものではないために状態の変化を把握することの難しさが語られた。

【組織システムの不備：教育の機会と他職種との連携の不足】では、「認知症に関して、医師に精神科にコンサルトしてくださいと言っても、それぐらいではコンサルトできないと言って、拒否される」、「一年目のときは、認知症の人を受け持って、どうしていいのかという感じだが、先輩とかが接しているのを見て学ぶという感じだった」というように他職種との連携不足、教育の機会が少ない状況が語られた。

【自己防衛策：ジレンマを感じながらも慣れていく自分（看護師）】では、「認知症の患者に対して、詰所に連れてきたり、巡視も一緒にまわったり、最大限転倒しないように努力はするが、最終的に転倒すれば、どこをみてたんやって言われ、責任を取らされるのは看護師で、でも急性期病院なので（他の患者が）急変することもあるので、すごい働きにくいと感じる」というような重圧を感じていることや、患者の安全を守ることと患者の意思を尊重することとの間でジレンマを感じていることが語られた。

【組織防衛策：組織や看護師を守るルール作り】では、「センサーマットの利用は、患者が転倒して何かあった場合に、家族にこんなも対応してくれんの？なんでや？って言われたときに、これだけしてましたって言うためのものでもある」というように患者の安全を守る対策ではあるが、看護師を守る意味も併せ持ってルール作りが行われていることが語られた。

これらのシンボルマークの意味内容から位置づけを検討した結果、急性期病院における認知症患者の看護を行う上での問題は、【患者の問題行動：慣れない環境や行動制限に起因】し、それは【繰り返される問題：家族を頼るが解決しきれない】状況であり、さらに【周囲にまで広がる問題：家族や同室者へのケアも必要】に波及している。また、【繰り返される問題：家族を頼るが解決しきれない】と【周囲にまで広がる問題：家族や同室者へのケアも必要】は互いに影響し合い、解決策が見つからない中、悪循環を来している。この悪循環は、【看護の不足：早期発見に努めるが後追い対応に終始】と【組織システムの不備：教育の機会と他職種との連携の不足】が存在する状況とあいまっており、こうした状況の中で看護師は、【自己防衛策：ジレンマを感じながらも慣れていく自分（看護師）】と【組織防衛策：組織や看護師を守るルール作り】で対応しているという構造が明らかになった。

【考察】

看護師は患者との時間を十分にとれないこと(Sorlie et al., 2005)、異なる診断の患者や入院目的が異なる患者を同じ病棟でケアすることにより混乱し、かなりのフラストレーションを感じることに(Jakobsen et al., 2010)が明らかになっている。ゆえに、本研究の参加者は、家族や同室者のケアの必要性を感じながらも必要と感じているケアに十分に時間をとれなかったり、認知症患者のケアをしながら他の患者のケアをすることの難しさを感じ、家族に頼らざるを得なかったりして、【患者の問題行動：慣れない環境や行動制限に起因】、【繰り返される問題：家族を頼るが解決しきれない】、【周囲にまで広がる問題：家族や同室者へのケアも必要】の中で悪循環に陥っていると考えられる。この悪循環は、先行研究でも報告されているような認知症の知識や理解に対するスタッフの制限(Borbasi et al., 2006; Eriksson et al., 2002; Nolan, 2007)といった【看護の不足：早期発見に努めるが後追い対応に終始】や、看護師の過重労働や資源不足(Borbasi et al., 2006; Eriksson et al., 2002; Nolan, 2007)、看護師間のコミュニケーション不足(Sorlie et al., 2005)などの【組織システムの不備：教育の機会と他職種との連携の不足】により加速されていると推察される。

また、多くの先行研究(Borbasi et al., 2006; など)で明らかになっているように、看護師は患者の意思を尊重できないという思いを抱えていることが示唆されたが、同時に看護師は、現実疑問を抱きつつも、日常の業務に追われることで、現実の状況を受け入れざるを得ない状況にあり、結果として【自己防衛策：ジレンマを感じながらも慣れていく自分（看護師）】や【組織防衛策：組織や看護師を守るルール作り】に繋がっていることにも看護師が問題を感じていることについては先行研究では明らかになっていなかった。

【看護への示唆】

本研究の結果、急性期病院における看護師の認知症患者の看護に関する知識として、コミュニケーションの難しい認知症患者における症状把握や早期発見のための観察方法の習得が必要であることが示唆された。急性期病院は急性期疾患の治療を目的としているため観察の重要性が高い。ゆえに自らの確に状態を伝えることのできない認知症患者の観察においてはフィジカルアセスメントの適切な知識と方法の再教育が必要であろう。また普段と違う患者の行動の些細な変化を観察していくことが必要であり、個別の事例を振り返ることで、観察の視点を蓄積していくことが可能であると考ええる。

認知症患者の問題行動への対応として、多くの参加者から認知症患者の転倒予防の難しさが聞かれた。【看護の不足：早期発見に努めるが後追い対応に終始】の中で、「関わりながら情報を得るので、情報を得る前に転倒してしまう」という意見があったが、転倒予防に関するガイドラインでは、転倒のリスクアセスメントのタイミングとして入院時、転棟・転室時、病状が変化したときなどが推奨されている。ゆえに適切なタイミングでアセスメントを行い、それに基づいてケアを行うことを徹底する必要がある。

組織としては、マンパワー不足や患者をみるのは看護師だからという病院内の風潮により、看護師は家族に頼らざるを得ない状況にあることが明らかになった。ゆえに、組織全体の認知症患者への理解を深め、看護師、医療スタッフだけでなく、病院のあらゆる職種が協力することで、認知症患者に多くのスタッフの目が行き届くような環境調整をしていくことが必要であると考ええる。そうすることで、問題行動の早期発見、予防、さらには、看護師が必要と考えている家族、同室者へのケアの時間にもつながるであろう。

【結論】

急性期病院における認知症患者の看護上の問題は、主に2つの状態から成ることが明らかになった。1つめは、様々な問題や困難が交錯し、悪循環をきたしている状態、2つめは、看護師は葛藤を抱きつつも、現状になんとか順応しようとしている状態である。

論文審査の結果の要旨及び担当者

氏 名 (福 田 里 砂)			
		(職)	氏名
論文審査 担当者	主 査	教授	清水 安子
	副 査	教授	遠藤 淑美
	副 査	教授	荒尾 晴恵

論文審査の結果の要旨

【背景】

認知症の患者数は、年々増加しており、それに伴い認知症を有する人が急性期疾患の治療のために急性期病院に入院する機会も増加している。急性期病院の看護師には、認知症患者に対し適切なケアを行い、認知症の悪化を最小限にとどめることが求められる。

【目的】

本研究は、急性期病院における認知症患者の看護に関する問題について、臨床で働く看護師に対してフォーカス・グループ・インタビュー（以下、FGI）を行い、急性期病院における認知症患者の看護ケアで経験した問題を抽出することを目的とした。

【方法】

調査方法は、FGIを用いた質的研究である。対象施設は、関西地区の病院から、外科系および内科系の両方の診療科を有する病院を多様事例サンプリングで10施設選定した。参加者は、常時認知症患者が入院している外科系・内科系病棟（ハイケアユニットを除く）の看護師とした。除外基準は、①勤務経験が3年未満の者、②現在所属している病棟で、認知症患者のケアの経験がない者、③管理者の者である。病院ごとにFGIを実施するため、参加者数は、1つのフォーカス・グループの人数が5～8名（多くても10名）になるように設定した。また、多くの病棟の看護経験が網羅されるよう、看護師の選定にあたっては、複数の病棟から選定した。

データ収集は2008年2月～12月に行い、データ収集にはFGIの手法を用いた。データ分析は質的統合法（KJ法）を用い、①ラベルづくり、②グループ編成（ラベル広げ、ラベル集め、表札作り）、③見取図の作成、④叙述化の4つのステップで行った。各病院のデータを個別に分析した後、全ての病院のデータを用いて、総合分析を行った。調査にあたっては、各病院の看護管理者および参加者に書面を用いて口頭で説明を行い、同意を得た。

本研究は、大阪大学医学部保健学科の保健学倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

同意の得られた6病院で、8つのフォーカス・グループが形成され、総参加者数は50人であった。参加者の平均看護師経験年数は9.8年であった。8グループの個別分析（総ラベル数533枚）を行った後、個別分析をもとにした59枚を元ラベルとして全体分析を行った結果、以下、7つのシンボルマーク（以下《 》で示す）が抽出された。

《患者の問題行動：慣れない環境や行動制限に起因》では、「（患者は）家族が昼間まったくいなかったら暴れてしまうことがあり、家族の付き添いがあるかないかで、安心感とか患者の様子が全然違うことがある」、「（患者は）一日中点滴をするなど、抑制されることで、認知症がひどくなったりすることもある」というように家族がいない、治療による拘束感という環境の変化によって患者の問題行動が生じていることが語られていた。

《繰り返される問題：家族を頼るが解決しきれない》では、「点滴を見えないように包帯や長袖のシャツで隠しても、気づいたときには抜かれてた」、「（認知症の患者さんはストマケアが自立できないので、）家族にストマのケアを覚えてもらうが、便の処理っていうと、理解してもらえても、ケアに積極的という意味では難しい」というように対策をとつ

ても予防しきれないことや、患者の自立を促すために家族の協力を得ても受け入れが難しく解決しきれない状況が語られていた。

《周囲にまで広がる問題：家族の苛立ちや同室者の恐怖心》では、「認知症の患者の看護ケアをすること自体に問題はあるが、認知症患者が、夜中に同室の患者さんのカーテンを開けたり、他の患者のポータブルトイレを使ったり、勝手に人の引き出しを開けたりとか、同室者も怖がっており、周りの患者さんにもケアが必要だとすごく実感した」というように認知症患者の行動が他の患者に影響を与えていることを示す内容であった。また、問題行動を繰り返す患者の家族が苛立ち、患者に攻撃的になり、家族のフォローが必要であることも語られた。

《看護の不足：早期発見に努めるが後追い対応に終始》では、「急変した患者さんで、透析日じゃないのに、透析行こうと何度も繰り返していた患者さんがいて、後から考えると、長く透析をされてきた人なので、身体がしんどくて透析したらちょっと楽になれるということがわかっていたのではないかと思います」というように、認知症患者の行動（訴え）が実際に起こっている身体の変化を直接的に表すものではないために状態の変化を把握することの難しさが語られた。

《組織システムの不備：教育の機会・他職種との連携・マンパワーの不足》では、「認知症に関して、医師に精神科にコンサルトしてくださいと言っても、それぐらいではコンサルトできないと言って、拒否される」、「一年目のときは、認知症の人を受け持って、どうしていいのかという感じだが、先輩とかが接しているのを見て学ぶという感じだった」というように他職種との連携不足、教育の機会が少ない状況が語られた。

《自己防衛：ジレンマを感じながらも慣れていく自分（看護師）》では、「認知症の患者に対して、詰所に連れてきたり、巡視も一緒にまわったり、最大限転倒しないように努力はするが、最終的に転倒すれば、どこをみてたんやって言われ、責任を取られるのは看護師で、でも急性期病院なので（他の患者が）急変することもあるので、すごい働きにくいと感じる」というような重圧を感じていることや、患者の安全を守ることと患者の意思を尊重することとの間でジレンマを感じていることが語られた。

《組織防衛策：組織や看護師を守るルール作り》では、「センサーマットの利用は、患者が転倒して何かあった場合に、家族にこんなも対応してくれんの？なんでや？って言われたときに、これだけしてましたって言うためのものでもある」というように患者の安全を守る対策ではあるが、看護師を守る意味も併せ持ってルール作りが行われていることが語られた。

これらのシンボルマークの意味内容から位置づけを検討した結果、急性期病院における認知症患者の看護を行う上での問題は、《患者の問題行動：慣れない環境や行動制限に起因》し、それは《繰り返される問題：家族を頼るが解決しきれない》状況であり、さらに《周囲にまで広がる問題：家族の苛立ちや同室者の恐怖心》に波及している。また、《繰り返される問題：家族を頼るが解決しきれない》と《周囲にまで広がる問題：家族の苛立ちや同室者の恐怖心》は互いに影響し合い、解決策が見つからない中、悪循環を来している。この悪循環は、《看護の不足：早期発見に努めるが後追い対応に終始》と《組織システムの不備：教育の機会・他職種との連携・マンパワーの不足》が存在する状況とあいまっており、こうした状況の中で看護師は、《自己防衛：ジレンマを感じながらも慣れていく自分（看護師）》と《組織防衛策：組織や看護師を守るルール作り》で対応しているという構造が明らかになった。

【考察】

急性期病棟の看護師は、《患者の問題行動：慣れない環境や行動制限に起因》に対応しようとするが、解決しきれず《繰り返される問題：家族を頼るが解決しきれない》、《周囲にまで広がる問題：家族の苛立ちや同室者の恐怖心》の中で悪循環に陥っている状況が明らかになった。これには、先行研究(Nolan, 2007)でも指摘されている認知症の知識や理解の不足からくる《看護の不足：早期発見に努めるが後追い対応に終始》が大きな要因と考えられるが、この問題の解決には、多忙な急性期病棟であるからこそ、《組織システムの不備：教育の機会・他職種との連携・マンパワーの不足》に対する組織としての取り組みや多職種連携が必要不可欠と言える。

また、本研究では《自己防衛：ジレンマを感じながらも慣れていく自分（看護師）》や《組織防衛策：組織や看護師を守るルール作り》といった先行研究では言及されていない状況も明らかとなった。これは問題の根本的な解決がなされない中、膠着した組織や組織風土にならざるを得ない実情を反映していると同時に、認知症患者やその家族の権利の擁護者として看護の果たすべき役割を認識しているからこそ、現状の問題として看護師が語った内容であるとも考えられた。

以上のように、本研究は急性期病院における認知症患者の看護上の問題を50名もの看護師の語りから明らかにし、質的研究の手法をとっているが、その移転可能性は高いと考えられ、また、現状の解決策を検討する上で示唆に富む結果を提示していることから、博士（看護学）の学位授与に値するものと評価する。