

## 長寿医療研究開発費 2021年度 総括研究報告

### 入院期間の遷延化防止につながる「高齢者術後看護，実践のガイド」作成 と評価に関する研究（21-41）

主任研究者 山本 明子

国立長寿医療研究センター 看護部（副看護師長）

#### 研究要旨

日本は、2020年の高齢化率が28.8%となり、2025年には約5人に1人が認知症になると推計されている（内閣府，2020）。高齢社会を反映し、高齢での手術患者も多くなっている。高齢者は手術後に点滴を抜いてしまったりする場面を目にすることも多い。そのような場面でも、看護師のかかわりでせん妄を回避し入院期間が長期化せずに経過できる事例に出くわすことがある。こうした看護師の関わり方の「いつ」、「どのように」、「何が」実践されているのかを抽出し「高齢者術後看護，実践ガイド（仮称）（以下，ガイド）」として作成できれば高齢者術後看護の質の向上や看護師教育の一助になるとともに、入院期間の遷延化を防止し医療費の削減につながる社会的な意義があると考えた。

2021年度（第1段階）は①スコーピングレビューによる文献検討及び②本研究課題の先行研究「経験から生まれる高齢者術後看護」（人間環境大学研究倫理審査委員会承認番号：2019N-024）で高齢者医療研究施設（当院）の看護師を対象とした高齢者術後看護（胃切除術を受けた高齢患者の事例に看護師が提供する術後の実践内容）に関するフォーカスグループインタビュー（以下，FGI）の結果において、看護ケアの「気づき」から「看護ケア」に至るプロセスをⅠ期：入室直後から術後24時間、Ⅱ期：術後24時間をこえて術後48時間、Ⅲ期：術後48時間をこえて術後72時間に分け抽出（一部を第41回日本看護科学学会学術集会に発表）した。これらの結果を総括し、本研究課題の目的に応じた質問項目を作成した。

①スコーピングレビューによる文献検討から抽出した14件の文献により、

- （1）手術を受ける高齢者の中には一定数の認知症の患者が含まれる。
  - （2）高齢者は術前のADLや身体予備能力など個別性が特に求められ周術期看護だけでは対応しきれない。
  - （3）高齢者の術後はせん妄に早期に対応することが重視される。
  - （4）高齢者の術後看護では看護師は「患者に直接実践する看護の能力」と「看護師のマネジメント能力」を備えることが必要となる。
- という高齢者術後看護の課題を得た。

先行研究の FGI の結果から抽出した高齢者術後の看護ケアは

I 期：帰室直後から術後 24 時間のコアテーマは繰り返し見当識に働きかけるせん妄の予測と予防で、テーマは【見当識維持のために、声をかけやすい表情で 5 分毎に繰り返す説明や紙に時間や場所を書いたり書いてもらったりする説明とともに触っても簡単に抜けないルート類の固定】を含む計 7 テーマであった。

II 期：術後 24 時間をこえて術後 48 時間のコアテーマはパス通りではない術前の ADL から 1~2 段階下げた個別的な目標設定をした離床で、テーマは【パス通りに過剰にすすめない手術前の ADL から 1~2 段階下げた離床の目標】、を含む計 6 テーマであった。

III 期：術後 48 時間をこえて術後 72 時間のコアテーマは入院の長期化を防ぐ、身だしなみを整え爽快感を実感しながらすすめる離床で、テーマは【入院時から短期記憶の評価をすすめる、身だしなみを整え爽快感を実感しながらすすめる離床】を含む計 3 テーマであった。

看護師が何をもって術後看護がうまくいったと思うかについては【手術をしてせん妄になりそうでも回避でき、ADL が低下しない状態で自分で身の回りのことができるようになった時】の 1 テーマに至った。

主任研究者

山本 明子 国立長寿医療研究センター 看護部（副看護師長）

分担研究者

伊藤 真奈美 国立長寿医療研究センター 看護部（看護部長）

藤原 奈佳子 人間環境大学大学院看護学研究科（教授）

## A. 研究目的

本研究の目的は、高齢化、手術の低侵襲化により高齢者が手術を受けやすくなっている社会情勢を踏まえ、高齢者医療研究施設（当院）の良好な高齢者の術後看護についてその妥当性を検証し、臨床現場の看護ケア提供に使用できる「高齢者術後看護実践のガイド」を作成することである。

2021 年度（第 1 段階）の目的

1. 高齢者の術後の課題を先行文献の文献検討から見出す。
2. 本研究課題の先行研究「経験から生まれる高齢者術後看護」（人間環境大学研究倫理審査委員会承認番号：2019N-024）で高齢者医療研究施設（当院）の看護師を対象とした高齢者術後看護（胃切除術をうけた高齢患者の事例に看護師が提供する術後の実践内容）に関する FGI の結果を総括し、2022 年度に実施する質問項目を作成する。

用語の操作的定義

- 1) 高齢者：65 歳以上の者。
- 2) 術後：術後の Moore の分類(Moore, 1959)では第 1 相：傷害期（術直後から 2~3 日）,

第2相：転換期（術後の5～14日）、第3相：筋力回復期（術後1週間前後～1か月程度）、第4相：脂肪蓄積期とされている。手術侵襲により受けたダメージを自律神経系、内分泌系、免疫系がバランスを取ろうとしている不安定な時期で、多くの生体反応がみられ、術後合併症を起こしやすい術後急性期である。傷害期は患者にとって身体的、精神的、環境の変化が大きい。このことから、本研究での術後は傷害期（手術入室直後から72時間）とする。

3) 術後看護：AORN（Association of periOperative Registered Nurses）は、周術期看護の概念を、「周術期看護師は、外科的治療を受ける患者が経験する、周術期（術前、術中、術後）を通して、看護過程に基づく看護を提供する役割と責任を負うこと」（Association of Operative Room Nurses,1995,pp.19-32）とし、日本手術看護学会（日本手術看護学会,2017）では、術後を、「手術室を退室後、手術侵襲から回復するまでの期間をいう。手術侵襲の回復を促進するための看護を病棟・外来看護師と連携して行い、合併症などの経過観察を含めて継続看護を実施する期間である」としており、明確な時間や日数は提示していない。そのため、本研究での術後看護は手術入室直後から72時間の傷害期に提供される看護とする。

4) 経験：Benner(2005/2014)は「その人があらかじめ持っていた概念と期待に本人自身が能動的に働きかけて、それが更新されたときのみ経験と呼ぶ。この“否定的な”経験のとらえ方は肯定的な結果をもたらす。理論の理解を助けたり、あるいは逆に阻害する臨床上のエビデンスに、疑問をぶついたり、否定したりすることで理論的理解が深まり経験は獲得できる。」(p.252)としている。本研究では研究対象が語る高齢者術後看護の実践の内容とその際の思いや考えも含み経験とする。

5) 高齢者医療研究施設：我が国の長寿医療の中核的機関として、加齢に伴う疾患に関し、研究・開発、医療提供、医療従事者の研修、情報発信、政策提言等を行う施設。

6) ナラティブ：野口(野口,2005)は、ナラティブは「物語」と「語り」という2つの意味を含み「物語」は出来事を時間軸上に配列したもので「語り」はそれが実際に語られたものとされている。本研究では看護師の語る術後看護をナラティブとする。

7) シークエンス：高齢者術後看護についての個々の実践内容やその実践に対する思いや考えの一連の語りをまとめたもの。

8) サブテーマ：シークエンスが示す高齢者術後看護の実践内容やその実践に対する思いや考えを参加者の表現を用いて文章で記述したもの。

9) テーマ：高齢者術後看護の実践内容や思いや考えを含むサブテーマを類型化したもの。

## B. 研究方法

### 1. 高齢者の術後の課題を見出す先行文献のスクーピングレビューによる文献検討。

高齢者術後看護の患者に合わせた看護を検討するために、高齢者の術後看護の先行研究の知見を統合し、高齢者の術後看護の課題を見出すこととした。

文献レビューには様々あるが、ナラティブレビュー、システマティックレビュー、スコーピングレビューの3つに大別される。スコーピングレビューはナラティブレビューとシステマティックレビューの中間に位置する。Arksey (Arksey, 2005)によると、スコーピングレビューは、その研究領域の基盤となる主要な概念、主な情報源、利用可能な文献や情報（エビデンス）の種類を素早くまとめることとされており、Ehrich (Ehrich K, 2002)はその目的を幅広い文献をマッピングすること及びギャップ（研究する必要がある未解決な部分）やイノベーティブなアプローチが存在する可能性がある場所を描くとしている。高齢者の術後看護に関する既存の文献を調べ、ギャップの特定を行った。

**2. 本研究課題の先行研究「経験から生まれる高齢者術後看護」（人間環境大学研究倫理審査委員会承認番号：2019N-024）で高齢者医療研究施設（当院）の看護師を対象とした高齢者術後看護に関する FGI から看護ケアの抽出、質問項目の作成。**

先行研究「経験から生まれる高齢者術後看護」で高齢者医療研究施設（当院）の看護師を対象として高齢者術後看護に関する FGI を実施した。その結果を Riessman (2008/2014) のナラティブ分析（構造分析、テーマ分析）で語りを断片化せず、まとまり（シーケンス）を保ち分析した。

（倫理面への配慮）

研究の実施にあたっては、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に沿って実施した。この研究において利益相反はない。

先行研究「経験から生まれる高齢者術後看護」は人間環境大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号：2019N-024）を得て実施している。

2022 年度以降の研究実施にあたっては国立長寿医療センターの倫理・利益相反委員会の承認を受け実施する。

## C. 研究結果

### 1. 先行文献による高齢者の術後の課題の文献検討

JB1 Manual For Evidence Synthesis: Scoping Reviews 2020. スコーピングレビューのための最新版ガイドライン（日本語訳）（沖田ら, 2021）に沿って報告する。

#### 1) リサーチクエスチョンの特定(選択基準)

スコーピングレビューでは Patient, Concept, Context がフレームワークにあたる。フレームワークに沿って、高齢者の術後看護の現状をもとにリサーチクエスチョンを以下のように特定した。

高齢者を対象とするため P (Patient/患者)：術後の高齢患者（65 歳以上）、C (Concept/概念)：術後看護、C (Context/文脈) は看護の対象とした時期とし入院中・病院と設定した。

#### 2) 関連研究の特定（検索方法）

文献の検索は研究疑問や PCC に従うとされているが実際どのような検索するのかは記

されていない。そのため検索ワードは「高齢者」，「術後」とし，国内文献は医学中央雑誌 Web 版 Ver.5（以下「医中誌 Web」とする）を用いて検索した。結果 170,000 件以上になったため研究の種類は医中誌で原著と判断されたものとし，質は問わないこととした。最終的に検索式（((((高齡者/AB and ((術後期/AB or 術後/AB)))) and (DT=2016:2020))) and (PT=原著論文 and SB=看護)まで検索を行い 35 件となった。海外文献は CINAHL を使用し検索ワードを“elderly”，“postoperative”とし，国内文献と同様，検索式“AB elderly AND AB postoperative AND nursing”，2016 年-2020 年で検索した。ただし海外論文においては言語を英語とした。重複する文献はなく 43 件となった（閲覧日 2020 年 12 月 28 日）。

選択基準に沿って検索式から特定された文献を，タイトルと要旨から「選抜」し，次に文献を入手して全文を読み込み選択基準に合致したものを「適格性」が確認できた選択文献とし，医中誌 Web，CINAHL，2つの検索エンジンから 14 件の文献を「採用」とした。選択のプロセスは，研究者 3 人（代表研究者山本，分担研究者藤原，伊藤）が独立してタイトルと要旨から 1 次スクリーニングを行い，意見の異なった場合は研究者間で討議し明確に判断できないものは採択にした。2 次スクリーニングでは全文を研究者 3 人で選抜基準を満たしているかを確認し，3 人の意見が異なる場合には研究者間で討議し採択した（図 1）。

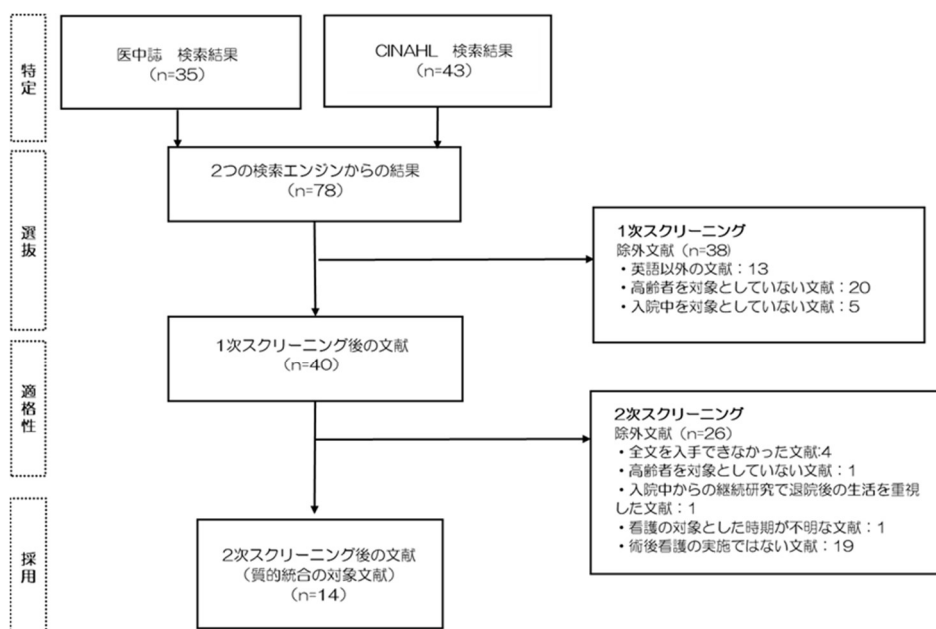


図1 PRISMA-ScRにもとづくスコーピングレビューのフローチャート

### 3) 文献検討の結果

採用した文献 14 件を研究目的，研究デザイン，研究対象，実施内容から検討した。

#### (1) 研究目的

生理的欲求に関するもの 5 件 (36%), せん妄に関するもの 4 件 (29%), 退院支援に関するもの 3 件 (21%), 意思決定支援に関するもの 2 件 (24%) であった.

#### (2) 研究デザイン

研究デザインは量的研究が 9 件 (64%), 症例研究が 4 件 (29%), 記述的研究が 1 件 (7%) であった.

#### (3) 研究対象

研究対象は 14 件中, 4 件 (28.6%) が認知症の高齢者であった.

#### (4) 看護実践の内容

看護実践の内容については質的に分析した. 文献から抽出した内容を「コード」とし, 20 の「コード」から 5 つの《サブカテゴリー》と 2 つの【カテゴリー】となった. 以下, カテゴリー別に示す.

##### (4) -1 【患者に直接かかわる看護の能力】

【患者に直接かかわる看護の能力】のカテゴリーは《日常の看護ケアの提供》, 《せん妄に対する看護ケア》, 《意思決定支援》の 3 つのサブカテゴリーから構成される.

《日常の看護ケアの提供》は「手術後 1 日目から 1 週間, ベビーオイルを使用した 10 分間の両手のハンドマッサージを毎日実施」, 「術後心リハプログラムの実施」, 「スイートオレンジとラベンダー精油を用いたアロマセラピーの実施」, 「認知症のある大腿骨骨折術後の患者の退院までの関わりの振り返り」の 4 コードから生成された. 《せん妄に対する看護ケア》は『「高齢者の術後せん妄予防のための介入チャート」を導入」, 「個々の患者に合わせた看護介入を早期に実施」, 「日本語版 NEECHAM 混乱/錯乱状態スケールの評価結果と, 看護師の経験値に基づく身体抑制の実施・準備の妥当性」, 「夜間の鎮静, 鎮痛, 吐き気に対するせん妄に配慮した選択肢と用量, およびカテーテルの抜去と排便への配慮がなされた PPO の介入」, 「看護介入チャートを参考にフローの作成」の 5 つのコードから生成された. 《意思決定支援》は「周手術期から退院までの本人の意思を尊重するための支援」, 「入院前に心配事と不安の聴取」, 「入院後の言動を看護師が記録する」, 「手術前後にひもときシートを使用し患者の思いや考えを考察」の 4 コードから生成された.

##### (4) -2 【看護師のマネジメント能力】

【看護師のマネジメント能力】のカテゴリーは《退院支援》, 《多職種連携》の 2 つのサブカテゴリーから構成される.

《退院支援》は「クリニカルパスの入院期間で退院した群と入院期間延長群に分け, 在院日数に影響する因子を探索」, 「内服自立支援や術後の生活指導などの退院支援」, 「退院支援においてカンファレンスの実施」の 3 つのコードから生成された. 《多職種連携》は「早期より医療チームで連携し看護を実施」, 「急性期治療に関わる看護師が予測的な視点を持つ」, 「チームカンファレンスで評価」, 「医療チームで介入する」の 4 つのコードで生成された (表 1).

表 1 看護実践の内容質的分析

| カテゴリー          | サブカテゴリー     | コード                                                          |
|----------------|-------------|--------------------------------------------------------------|
| 患者に直接かかわる看護の能力 | 日常の看護ケアの提供  | 手術後1日目から1週間、ベビーオイルを使用した10分間の両手のハンドマッサージを毎日実施                 |
|                |             | 術後心リハプログラムの実施                                                |
|                |             | スイートオレンジとラベンダー精油を用いたアロマセラピーの実施                               |
|                |             | 認知症のある大腿骨折術後の患者の退院までの関わりの振り返り                                |
|                | せん妄に対する看護ケア | 「高齢者の術後せん妄予防のための介入チャート」を導入                                   |
|                |             | 個々の患者に合わせた看護介入を早期に実施                                         |
|                |             | 日本語版NEECHAM混乱/錯乱状態スケールの評価結果と、看護師の経験値に基づく身体抑制の実施・準備の妥当性       |
|                |             | 夜間の鎮静、鎮痛、吐き気に対するせん妄に配慮した選択剤と用量、およびカテーテルの抜去と排便への配慮がなされたPPOの介入 |
|                |             | 看護介入チャートを参考にフローの作成                                           |
|                | 意思決定支援      | 周手術期から退院までの本人の意思を尊重するための支援                                   |
|                |             | 入院前に心配事と不安の聴取                                                |
|                |             | 入院後の言動を看護師が記録する                                              |
|                |             | 手術前後にひもときシートを使用し患者の思いや考えを考察                                  |
| 看護師のマネジメント能力   | 退院支援        | クリニカルパスの入院期間で退院した群と入院期間延長群に分け、在院日数に影響する因子を探索                 |
|                |             | 内服自立支援や術後の生活指導などの退院支援                                        |
|                |             | 退院支援においてカンファレンスの実施                                           |
|                | 多職種連携       | 早期より医療チームで連携し看護を実施                                           |
|                |             | 急性期治療に関わる看護師が予測的な視点を持つ                                       |
|                |             | チームカンファレンスで評価                                                |
|                |             | 医療チームで介入する                                                   |

#### 4) 考察

対象文献 14 件を目的別にみると生理的欲求に関するもの、せん妄に関するもの、退院支援に関するもの、意思決定支援に関するものであった。

生理的欲求に関することでは、睡眠を促すケア(武田ら,2018: 今代ら,2016)や高齢者の人工呼吸器からの離脱に向けた看護(豊嶋,青田,山田,佐藤,河波,2019)など睡眠、呼吸といった生理的欲求を満たすための看護ケアを高齢の術後患者に合わせて実施されている。高齢者は術前の Activities of Daily Living (以下 ADL とする)や身体予備能力など個別性への対応が特に求められ画一的な方法だけでは対応できないと考える。

せん妄に関するものでは退院後の生活を見据えた抑制のあり方についての考察や消化器外科手術における高齢者の術後せん妄発症と考えられる項目を細分化した「高齢者の術後せん妄予防のための介入チャート」を導入し、高齢者の術後せん妄に対する効果を検討(延命寺,正木,松本,宮山,2017)、看護介入チャートを参考にフローを作成、評価し、個々の

患者に合わせた看護介入を早期に実施し、その効果を検討する(西村,松島,2017:小畠,宗盛,2017;Freterら,2017)というようにせん妄に対し早期に対応しようとしている。せん妄を引き金とし、その後の認知機能に影響を与えることやベッドからの転落やドレーンなどの抜去といった危険を患者自身が回避できない状態になることを予測し、早期にせん妄に対応する努力をしていると考える。高齢者の術後を看護するときに看護師は、ADLやQuality of life(以下QOLとする)に影響することから、早期から予測的に必ずせん妄に対応することが求められていると考える。

退院支援に関することでは、待機的に冠動脈や弁膜症の心臓手術を受けた高齢者の術後在院日数の実態と入院期間延長に影響する要因の明確化(杉野,田村,明石,2020)長期化の要因を明らかにし、認知症患者の看護について検討をする事で、今後の課題を見出すこと(松橋ら,2018)など患者の入院が長期化することを問題だととらえている。入院の長期化で手術前に維持していたADLの機能低下や、認知機能低下のリスクを負うことになり、日常生活の再編が必要になってしまう。患者本人や家族の望む日常生活が難しくなり生活の再編を余儀なくされ、その後のQOLに影響する可能性が高くなると考えられる。

意思決定支援に関することでは認知症高齢者の治療選択において本人の意思を尊重するための支援(朝倉,赤間,中林,長滝,松村,2020)、認知症高齢者に予期せぬ受傷や環境変化があった時、ひもときシートを活用することが有効かどうかの振り返り(西森,2016)など認知症のある術後高齢患者の言葉にできない意思を理解して看護をすすめていこうと努力している。

対象は65歳以上の高齢者としているが14件中、4件(28.6%)が認知症の高齢者を対象としている。2025年には約5人に1人が認知症になると推計されている(内閣府,2020)ことを考慮すると、今後も手術を受ける高齢者の中には一定数の認知症患者が含まれ認知症に対する看護の視点を持ちながら術後看護をすすめる必要があることが示唆された。

研究デザインの中で症例研究が全体の28.6%を占めている。これは高齢者の認知機能の問題やADL、今までの生活歴や身体の前備能力など、患者個人の身体的前備能力や抱えている社会的な背景が大きく個別的な対応がより重視されるためだと考える。

看護ケアの内容では【患者に直接かかわる看護の能力】のカテゴリーは《日常の看護ケアの提供》,《せん妄に対する看護ケア》,《意思決定支援》の3つのサブカテゴリーが含まれる。高齢者は誰もが身体機能が徐々に低下するという共通性とともに個人の予備能力の差が大きいこと、脆弱な認知機能から急激な環境の変化でせん妄を起こしやすいこと、年齢による認知機能の低下や認知症といったことから高齢術後患者は自分の言葉で欲求を表すことが難しくなる。看護師は高齢の術後患者の欲求を出来る限り果たせるような援助が必要とされていることがうかがえる。

【看護師のマネジメント能力】のカテゴリーは《退院支援》,《多職種連携》のサブカテゴリーを含み、内服管理や生活の指導など手術後の高齢者の生活の場と生活の質という



QOL を早い時期から見据えなくてはならないことが示唆されている。

文献から術後の対応に困難をきたしている高齢者の症例に対し、看護師が苦勞して対応し、看護したことを振り返るものが多かった。高齢者の術後看護に看護師が苦慮していることがうかがえる。高齢化に伴い認知症や MCI も増加していくため、高齢者には周術期看護で対応することには限界があり、個々の高齢者に合わせた周術期看護、高齢者看護、認知症看護、を組み合わせた術後看護が必要であることが示唆された。

## 5) 結論

文献から得られた高齢者術後看護の課題は次の 4 つである。

- (1) 手術を受ける高齢者の中には一定数の認知症の患者が含まれる。
- (2) 高齢者は術前の ADL や身体予備能力など個別性が特に求められ周術期看護だけでは対応しきれない。
- (3) 高齢者の術後はせん妄に早期に対応することが重視される。
- (4) 高齢者の術後看護では看護師は「患者に直接実践する看護の能力」と「看護師のマネジメント能力」を備えることが必要となる。

今回のスコーピングレビューから、高齢者の術後看護の中で「いつ」、「どのように」、「何が」実践されているか時間の経過を通してみているものは明らかにはなっていない。高齢化が進む社会の中で、高齢者に沿った術後看護を明らかにし、安心して手術を受けられるようにすることは国立長寿医療研究センターが取り組む重要課題であり、看護師の高齢者に対する術後の看護実践を文字表現で明らかにすることは意義があると考ええる。

## 2. 本研究課題の先行研究「経験から生まれる高齢者術後看護」(人間環境大学研究倫理審査委員会承認番号：2019N-024) で高齢者医療研究施設(当院)の看護師を対象とした高齢者術後看護に関する FGI から看護ケアの抽出、質問項目の作成。

先行研究「経験から生まれる高齢者術後看護」で高齢者医療研究施設(当院)の看護師を対象として高齢者術後看護に関する FGI を実施した。その結果を Riessman (2008/2014) のナラティブ分析(構造分析、テーマ分析)で分析し看護ケアの抽出を行った。

Riessman(2008/2014)の紹介するナラティブ分析は、行為のシークエンスに着目することが特徴で「特定の社会的な場所と、特定の社会的な時間における、特定の行為者に焦点を当てる」(p.21)としている。高齢者医療研究施設の看護師が実施している術後看護についての個々の実践内容の一連の語りのまとまりが行為のシークエンスにあたる。特定の社会的な場所は高齢者医療研究施設、特定の社会的な時間は術後の傷害期、特定の行為者は高齢者医療研究施設の看護師となる。

本研究で使用した構造分析はナラティブに伝統的な構造(でたらめな構造ではなくシークエンス)を持つことを利用する。ナラティブの構造は 1. 概要 abstract(要約、話の『要点』)、2. オリエンテーション orientation (時間、場所、登場人物、状況)、3. 行動の展開 complicating action (事象の配列あるいは筋立て、通常は危険や転帰をとまなう)、4.

評価 **evaluation** (語り手が行動を振り返り、その意味について述べ、感情というナラティブの『魂』を伝える), 5. 解決 **coda** (その筋立ての結末), 6. 結尾 **resolution** (そのストーリーを終えて、現在に立ち戻る部分) とされている。

テーマ分析は「何」が話されているのかが関心の対象であり、研究者の主要な関心は複数の人々に共通するテーマ的カテゴリーを生成することにあるが個々のストーリーが保持され、グループ化される特徴を持つ。ナラティブ研究はグラウンデッド・セオリーなど他の質的分析で行われるようなテーマ的なカテゴリーに切片化されず、特定の出来事がなぜ、どのようにして物語られるのかなどといった細部へと着眼点が移り、特殊性と文脈が前面に出てくるといった特徴がある。

構造分析において看護の実践内容にあたる 3. 行動の展開 **complicating action**, 4. 評価 **evaluation**, 5. 解決 **coda**, 6. 結尾 **resolution** を取り出し、テーマ分析で個々のストーリーを保持しながら、複数の人々に共通するテーマ的カテゴリーを生成しグループ化した。看護師の経験から生まれる傷害期の高齢者に対する術後看護の実践内容だけでなく、実践に至る思いや考えまでもを含めた抽出を行うことに適した分析方法である。

#### 1) 分析の手順

データ作成は FGI の内容を IC レコーダーで録音したものから逐語録を作成した。作成時に必要に応じて研究参加者に語りの内容を確認し、逐語録作成後に研究参加者にメンバーチェックを依頼、実施した。その際、インタビュー時の語りの不足について追加を希望されたため逐語録に追加し、分析の途中で生じた曖昧な点は、研究者が研究参加者に直接確認したデータである。3つのグループの FGI から得られた逐語録の分析を研究者が行い、各分析の過程で分担研究者のスーパーバイズを受け、研究参加者の意図を反映したものになっているかどうかの確認を行った (図2)。

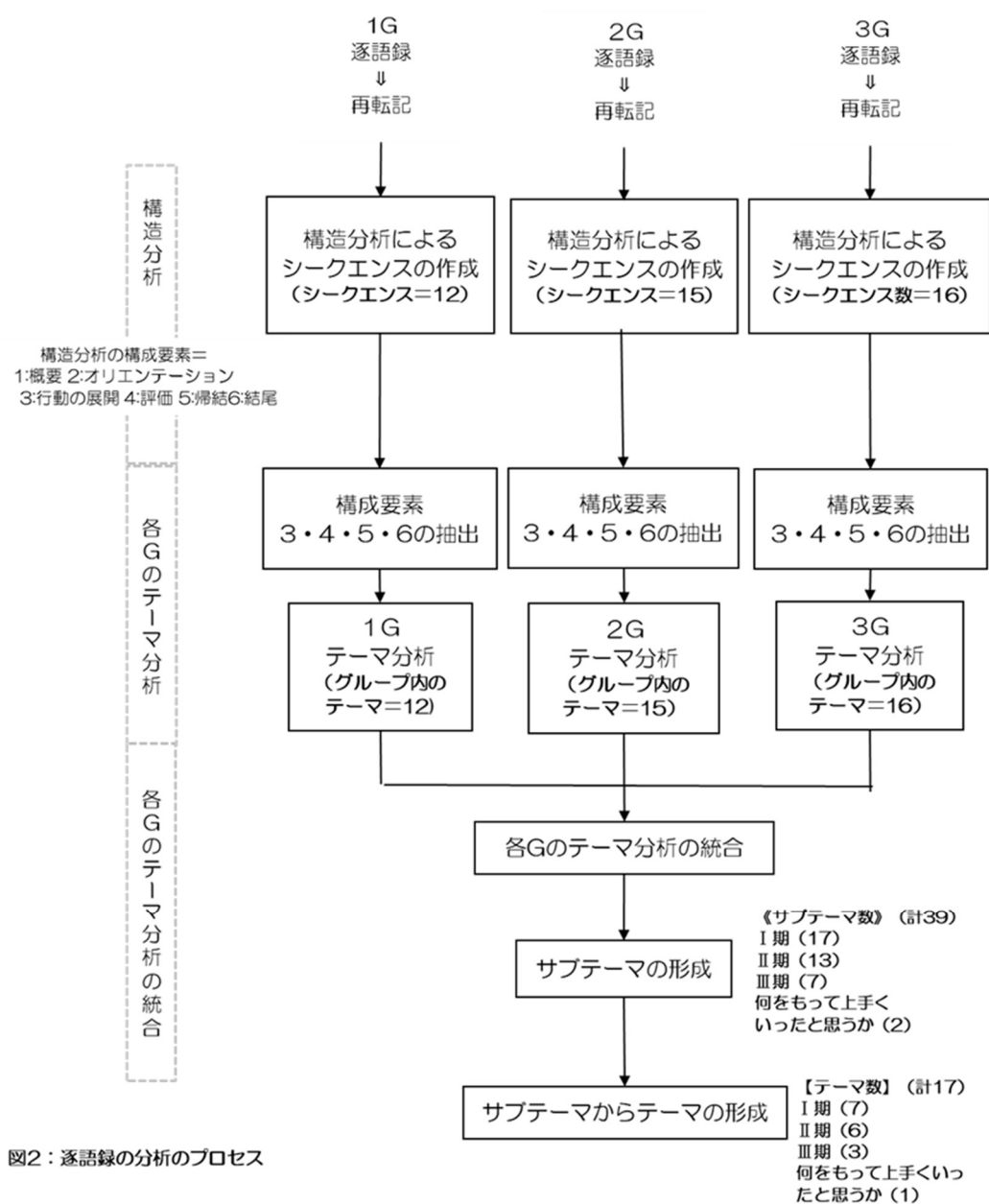


図2：逐語録の分析のプロセス

## 2) ナラティブ分析による看護ケア抽出の結果

FGI で得られたシークエンスをⅠ期：帰室直後から術後 24 時間，Ⅱ期：術後 24 時間をこえて術後 48 時間，Ⅲ期：術後 48 時間をこえて術後 72 時間に分け分析を行った。以下，特に高齢者に特徴的なテーマを記載し述べる。

- Ⅰ期：帰室直後から術後 24 時間のコアテーマは**繰り返し見当識に働きかけるせん妄の予測と予防**で，テーマは【見当識維持のために，声をかけやすい表情で 5 分毎に繰り返し説明や紙に時間や場所を書いたり書いてもらったりする説明とともに触っても簡単に抜けないルート類の固定】を含む計 7 テーマ，であった（表 1）。

表1 I 期:帰室直後から術後 24 時間の術後看護

| コアテーマ                             | 【テーマ】                                                                                      | 《サブテーマ》                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>見当識に繰り返し働きかけるせん妄の予測と予防</div> | <div>帰室直後</div>                                                                            | ① 固定のテープや長さなどと患者の手を動かしてルート類を気にしている様子が無いかテープが剥がれかけていないかなどを全覚醒になる時に近くで観察し、生命を守るために手段が無い場合と周囲の状況から拘束感の少ない介護衣を使った抑制や薬剤の使用を考慮する<br>② 手術のリスク評価は術前の認知機能や呼吸状態などから考えておき、帰室時の麻酔覚醒の悪いときは患者も混乱するので覚醒状態の確認も兼ね、安心できるように聴力や理解力を配慮した指示をする<br>③ 麻酔覚醒の確認は指示に従えることで例えば膝立てや離脱手ができ開眼できることを確認しうすくだけでなく、自分の言葉で返答できることが全覚醒している判断になる                                        |
|                                   | 1. 手の動作や自分の言葉での返答で全覚醒と判断する高齢者の帰室直後の観察から行う自己抜去の予測と予防                                        | ① せん妄が起きる可能性を考慮し、手術が終わったことが理解できるよう時間を伝えカレンダーや時計を利用するが、記憶が乏しく5分後でも忘れてしまうため、看護師は患者が声をかけやすい表情と何度聞かれても最初の時と同じように繰り返し説明を行い、説明が続く時は出来れば患者に自分で書いてもらい視覚的にアピールする<br>② 時間と体に入っているルート類は必要な大事なものだから引っこ張らないことを何度も説明をしながら、ルート類の固定は軽く触ったぐらいでは抜けないようにしっかり行う                                                                                                        |
|                                   | 2. 見当識維持のために、声をかけやすい表情で5分毎に繰り返す説明や紙に時間や場所を患者自身が書いたり、看護師に書いてもらったりする説明とともに触っても簡単に抜けないルート類の固定 | ① ドレーンなど大事なルート類は見えないように固定の位置を工夫したりするが、そわそわして落ち着かない様子や顔つき、力の強さを見て、良い経過をたどってもらうため危険な時は、ミトンなど身体拘束を行う<br>② ドレーンと A ラインは優先して守ることは高齢者医療研究施設に来て身につけた技であり、せん妄を考慮して声をかけ安心するよう行う                                                                                                                                                                             |
|                                   | 3. 見えないよう固定の位置を工夫してドレーンと A ラインは優先して守るルート類の管理                                               | ① ドレーンは腹部の中に、点滴は寝衣の中を通して隠しておき、患者がゴソゴソと動いている原因を言葉で伝えられないようなら鎮痛剤を使う<br>② 鎮痛剤を使いたいタイミングは体位交換する時に体に入力する時だが、昔の人はできれば薬を使いたくない気持ちがあり使わないと考えているので、麻酔から覚めて痛みが徐々に出てきた時に使うことを説明することで早めに使用できる                                                                                                                                                                  |
|                                   | 4. 薬を使いたがらない高齢者の、ゴソゴソしたくさから言葉で伝えられない痛みを読み取り使用する鎮痛剤                                         | ① 家族も術後は戸惑うのでオリエンテーションをしながら「お話できます。声をかけてあげてください」と案内したり、看護師が声をかけて家族に患者の視線を向け、手術後で混乱している患者に手術が終わったと理解できる時間になるように配慮する<br>② 半覚醒のままで家族が帰ると覚醒した時に患者は家族が来てくれなかったと悲しい思いをするので、家族との言葉のやり取りが終わってから帰ってもらい、家族がいたことを思い出せるようにする                                                                                                                                   |
|                                   | 5. 家族と言葉を交わし患者が手術が終わったと理解できる全覚醒で行う面会の工夫                                                    | ① 自己抜去のリスクがあれば患者の横で、危険な患者が複数になれば優先順位を考えて作業し、他患者の処置に行く時は、安全を守るためなのでクリップの離床センサーの紐を余裕がない長さで装着し、大音量で鳴り迷惑なので患者のそばにいる時は外す<br>② モニターの音でも不穏になるのでアラーム音は見えずに切る。痛みで寝られないなど痛い状況は作らずに疼痛コントロールや体位を整え、声も他の患者さんとのやり取りが気にならないよう配慮をして、手術当日は呼吸とか血圧とかに影響し睡眠導入剤が使いにくいので、まずは環境と疼痛コントロールで休めるようにする<br>③ 危ないと感じる患者は真っ暗にせず、観察は消灯時と夜間の点滴更新時で行い、せん妄になりそうな患者には早めに薬剤を使って休めるようにする |
|                                   | 6. 夜間はクリップセンサーの紐を短くし早くセンサーが反応するなどの工夫と、せん妄になりそうな患者に早めに睡眠を促す薬剤使用                             | ① 夜中も2時間ごとに出血や嘔、肺雑音、腸蠕動の確認をし、遅い時間に睡眠導入剤を使用すると朝に影響し時間のリズムが壊れる心配もあるがゆっくりに寝てもらいたいので0時前までに使用を促す<br>② 落ち着いてきたら夜間の観察は2〜3時間間隔にし、ドレーンの観察と一緒に呼吸音を聞きながら深呼吸を促し痰の貯留を防ぎ長時間そのままになると高齢者はすぐに肺炎になるので、観察の時間に深呼吸をさせる<br>③ 朝はカーテンを開けて朝の光を入れ、ギャジアップして歯磨きなど朝の日課を行うことと、再度、昨日からの時間の流れを伝えもう一度、「頑張りましたね」と労う                                                                  |
|                                   | 7. 睡眠剤を0時までに使用し夜間2〜3時間毎の深呼吸で肺炎防止を行い、朝の光を浴びて伝える時間の流れと労いの言葉                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                   | <div>24時間</div>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Ⅱ期：術後 24 時間をこえて術後 48 時間のコアテーマはパス通りではない術前の ADL から 1～2 段階下げた個別的な目標設定をした離床で、テーマは【パス通りに過剰にすすめない手術前の ADL から 1～2 段階下げた離床の目標】、を含む計 6 テーマであった（表 2）。

表 2 術後 24 時間をこえて術後 48 時間の術後看護

| コアテーマ                                      | 【テーマ】                                                                                    | 《サブテーマ》                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| パス通りではない、術前の ADL から 1～2 段階下げた個別的な目標設定をした離床 | 24時間    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                            | 1. 動いて痛みが我慢できるを目安に鎮痛剤を使用して動けたイメージを与える離床                                                  | ①動いて痛みが我慢できるのを目標に起き上がるので痛みが我慢できない時は促して鎮痛剤を使い、患者から鎮痛剤を使ってみようと発言できると車椅子で移動できたりと離床がワンステップ上がるので、今は痛くなくても動くために痛み止めを使う<br>② 動くときにはベッドを起こして補助をし、痛みで精神的なダメージが大きいと次につながらないので動けたイメージを与え、日にちの経過で痛みが和らぐと伝えて安心させる                                                                                                                                                  |
|                                            | 2. パス通りに過剰にすすめない手術前の ADL から 1～2 段階下げた離床の目標                                               | ① 看護師が過剰に進めても個人差が大きいので 80 歳なら端坐位が取れる 90 歳なら自分で寝返りをするを目標に、年齢と、元々の ADL より 1～2 段階下げて離床の目標を設定する<br>② 術後にパスをみて離床する患者はいないので身なりを整えるなどを口実に離床するが、ルート類が多いと患者が自分で管理できないので離床センサーを使用し、硬膜外カテーテルを使用しているときは尿道留置カテーテルは抜かないで進める                                                                                                                                         |
|                                            | 3. 点滴ルートを触って何回も閉塞アラームが鳴るなど言葉にできない様子から不快感を軽減するせん妄の予防と対応                                   | ① せん妄になることを前提に離床センサーの設置を含めた環境整備を行い、ガタガタと荷物を触っている患者は離床していると見せかけ大混乱しているため、尿道留置カテーテルと点滴とを一緒に点滴台にまとめ動けるようにし、点滴ルートを触って何回も閉塞アラームが鳴るや落ち着いて横にならないなど痛みや不快感を伝えられない認知機能や状態を観察から見つける<br>② 病室は扉やカーテンを全部閉めずに部屋の前を通った時に見えるようにし、何度も部屋に入ると患者が怒ったりするので、他のスタッフからも目が届くように心がける<br>③ 患者が落ち着かないときはドレーン、ルート類のトラブルや転倒のリスクになるので隣に座り一緒に居るようにし、痛みを我慢していることも多いので鎮痛剤を使って痛みや不快感を軽減する |
|                                            | 4. 日中のリアリティーオリエンテーションの実施と、夕方の様子、帰りたい気持ちを受容し、必要時に行く家族への電話                                 | ① 日中はメリハリをつけ家族に声をかけてもらったり、看護師も通断せずに頻回に観察し、落ち着かなければ部屋と一緒に過ごし、看護師も家族も一緒にいられないときはラジオやテレビで今日の様子がわかるようにして、気を紛らすことでルート類も気にしなくなるので見当識を促す関わりをする<br>② 術前から時計やカレンダーは用意してもらい、術後は夕方の発言がおかしいや表情が陰しくなり帰ろうとしたり荷物詰め出したりした時は酸素や点滴があっても家族を心配して帰ろうとする行動は止められないので「帰ってたんだね」と伝え、患者は家族が心配していると思っているので説明をして理解できない時は家族に電話をして話してもらう                                             |
|                                            | 5. ナースコールを押せるかをどうかを観ながら夜の準備を行い、就寝時に目につかないよう隠すルート類の管理                                     | ① 患者はナースコールを押せない不安になるので、服の乱れなどから何かしようとしていたのを察し、夜も危ないなら介護衣に着替え、それでも危ないなら少しの物音でも聞こえるようナースステーションの近くの部屋に移動して、離床センサーをそのままつけておく<br>② 消灯前にドレーンやルート類の固定を確認して、腹帯や寝衣の中に隠して、時間のリズムがつかめていないとせん妄は誰でもなるので連日眠れない状態にしない                                                                                                                                               |
|                                            | 6. 夜間は手繰ってルート類の管理を行い、0 時まで睡眠剤を使用する拗らせない早めのせん妄予防                                          | ① 点滴など入っているように見せかけて体の横に置かれていたりするのでルート類は必ず手繰って体に入っているかどうか確認し、あやしいと感じる患者は何かがあるかわからないので時間を空けず 10 分程度の間隔で観察する<br>② この患者を見ていて他の患者さんが看不れる時が薬の使いどころになり、酷い興奮状態になってからは効かず辛い状況になるので、巡視しておむつ交換して戻れるぐらいなら使用せず、夜中の 0 時を過ぎると次の日も昼夜逆転してせん妄の期間が遷延してしまうので目が離せないときは早い時間に予防的に使い、フルトラゼパムの使用時は患者本人の安全や他の患者に影響が出る時に判断を持って使う                                                 |
|                                            | 48時間  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Ⅲ期：術後 48 時間をこえて術後 72 時間のコアテーマは入院の長期化を防ぐ、身だしなみを整え爽快感を実感しながらすすめる離床で、テーマは【入院時から短期記憶の評価をすすめる、身だしなみを整え爽快感を実感しながらすすめる離床】を含む計 3 テーマであった（表 3）。

表 3 術後 48 時間をこえて術後 72 時間の術後看護

| コアテーマ                              | 【テーマ】                                                     | 《サブテーマ》                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院の長期化を防ぐ、身だしなみを整え爽快感を実感しながらすすめる離床 | 48時間<br>1. 退院先の変更や入院を長期化させないように患者と相談して効果的にリハビリをすすめる鎮痛剤の使用 | ① 痛みのコントロールがうまくいかないと離床が進まず、硬膜外カテーテルで使用している麻薬も終了するので臨時で鎮痛剤をすすめる、鎮痛剤を使ってでも動く時期だとその場、その場で説明していく<br>② 入院前のADLに戻さないで入院の長期化や退院先の変更が必要になったりするので、朝に患者と相談しリハビリの時間に合わせて鎮痛剤を使用し痛みがとれたころに動き、大丈夫だと実感してもらい離床をすすめる                                                                                                |
|                                    | 2. 入院時から短期記憶の評価をすすめる、身だしなみを整え爽快感を実感しながらすすめる離床             | ① 高齢患者は身だしなみを大事にしているので、歯磨きや下半身のシャワーで患者にとって気持ちの良い体験をしてもらい、離床できたことを伝え気分よく過ごしてもらおう<br>② 初回の歩行に付き添い輸液ポンプの抜き差しを教え、認知症の無い患者はできてることが多いが、出来ない患者には離床センサーを使用していく<br>③ 入院時から何かおかしいと感じる患者は時間指定しナースコールを押してもらい、押せないで術後の離床センサーの使用などの目安になるので術前に短期記憶と物の理解があるかを評価し、家族にも面会に来てもらい一緒に入院生活に慣れてもらうようにして患者に孤独感を味わわせないようにする |
|                                    |                                                           | ④ 硬膜外カテーテルの麻薬使用時には排尿障害が出ることもあり、患者が動ける頃には下肢筋力が低下し、創部のドレーンやルート類を注意してスポンの上げ下げは難しく、抜去後の尿閉で不穏になることもあるので尿道留置カテーテルを抜いて排尿で失敗感を味わわせないように2～3日は留置する                                                                                                                                                           |
|                                    |                                                           | ① なんとなくおかしいと思ったら夜勤のメンバーに相談したり車いすに乗せて看護師のそばで過ごしてもらい、病室にいないときは他の夜勤メンバーにも部屋をちらちら観察してもらうなど患者を一人にしないようにする                                                                                                                                                                                               |
|                                    | 72時間<br>3. なんとなくおかしいと感じたら、患者を一人にしない夜間の看護師の協力              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

何をもって術後看護がうまくいったと思うかは【手術をしてせん妄になりそうでも回避でき、ADLが低下しない状態で自分で身の回りのことができるようになった時】の1テーマであった（表 4）。

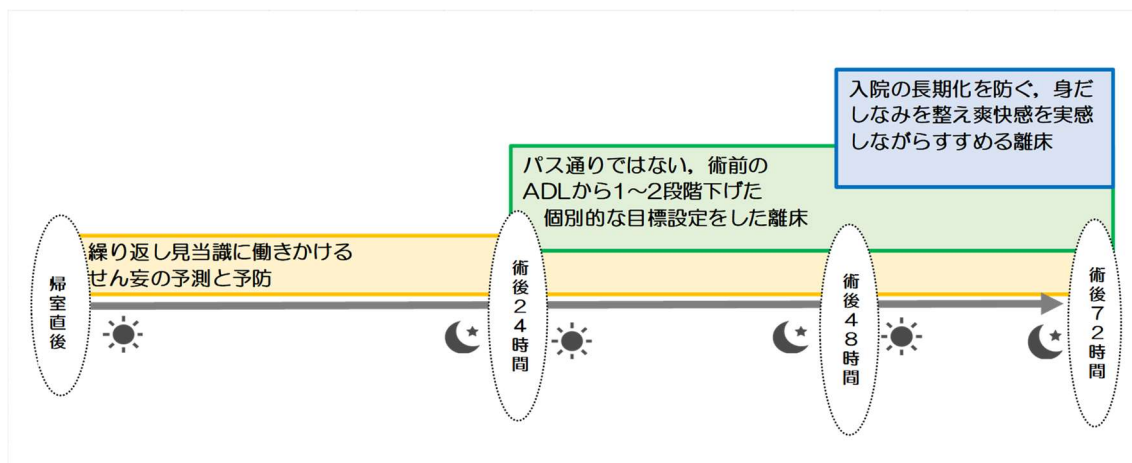
表 4 術後看護が何をもってうまくいったと思うか

| 【テーマ】                                                 | 《サブテーマ》                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 手術をしてせん妄になりそうでも回避でき、ADLが低下しない状態で自分で身の回りのことができるようになった時 | ① 鎮痛剤使用でリハビリ後に効果がある、せん妄が起きない、離床がすすむでうまくいったと思うがルート類を触らないように説明して一時的にでも聞いてくれるなら良い                                                               |
|                                                       | ② せん妄になりそうだなと思いながらも薬を使いながら自己抜去せず身体拘束せず1日目から離床してADLが落ちない状態で自分で身の回りのことができるようになった時や残念ながら手術をしてADLが落ちたり認知機能が低下する人もいるので一週間ぐらい安全に高望みや期待はしすぎずに安全に過ごす |



傷害期の看護は帰室直後から 24 時間は繰り返し見当識に働きかけるせん妄の予測と予防を行い、術後 24 時間をこえて術後 48 時間はパス通りではない術前の ADL から 1~2 段階下げた個別的な目標設定をした離床をすすめる、術後 48 時間をこえて術後 72 時間は入院の長期化を防ぐ、身だしなみを整え爽快感を実感しながらすすめる離床を行っていることが示された（表 5）。

表 5：傷害期のコアテーマ



研究の妥当性： FGI 参加者はラダーレベルⅡ以上とし、語りの内容は IC レコーダーに録音の上、構造分析、テーマ分析の手法に沿って分析した。これらをメンバーチェックングしデータの真実性、信憑性に努めた。

### 3) 考察

高齢者の術後看護は、帰室直後から繰り返し見当識に働きかけるせん妄の予測と予防を行い、術後 24 時間をこえてパス通りではない術前の ADL から 1~2 段階下げた個別的な目標設定をした離床を実施し、術後 48 時間をこえて入院の長期化を防ぐ、身だしなみを整え爽快感を実感しながらすすめる離床を実施していることが示された。その結果、【手術をしてせん妄になりそうでも回避でき、ADL が低下しない状態で自分で身の回りのことができるようになった時】という術後看護が上手くいったという評価につながっている看護であった。

帰室直後から【見当識維持のために、声をかけやすい表情で 5 分毎に繰り返す説明や紙に時間や場所を患者自身が書いたり、看護師に書いてもらったりする説明とともに触っても簡単に抜けないルート類の固定】を行うなど、繰り返し見当識に働きかけるせん妄の予測と予防を実施している。これは、流動性知能が脆弱である高齢者に特徴的な働きかけである。篠(2014)は、術直後の患者は注意力などの低下があり同じ言動を繰り返すため、看護師が簡潔な説明を丁寧に行う必要があること、ドレーンなどの必要性や体の動かし方など具体的に説明すること、理解してもすぐに忘れて自己抜去つながるため、せん妄の対策

とリスク管理が必要であるとしている。高齢者医療研究施設（当院）の看護師は帰室直後から 5 分毎に繰り返し見当識に働きかけており、視覚的な方法などを用い、せん妄の予測と予防を行っていることが示唆された。

術後 24 時間をこえてパス通りではない術前の ADL から 1~2 段階下げた個別的な目標設定をした離床を行っている。伊東ら（2020）は術前の身体機能や認知機能もバリエーション発生要因となり、パス運用では、患者個々の状態に応じた柔軟なアウトカム設定が必要としている。高齢者医療研究施設（当院）の看護師はこの柔軟なアウトカムを患者個々の術前の ADL から 1~2 段階下げた目標にすることで離床につなげていると示された。

術後 48 時間をこえて術後 72 時間は入院の長期化を防ぐ、身だしなみを整え爽快感を実感しながらすすめる離床では、入院を長期化させない退院後を見据えた視点で進めている。高齢者の些細なしぐさの観察から身だしなみを整える欲求があることに気づき、洗面やシャワーなどの日常生活の動作につなげている。患者の欲求を満たしながら生活リズムを整え、入院の長期化を防ぐようにしている。真志田ら(2020)は、高齢者への関心が高い看護師は退院後の生活を見据え多様なニーズに対応しようとし高齢者の特性を踏まえた看護実践につながりやすいとしている。高齢者医療研究施設（当院）の看護師は常に高齢者の些細な様子にも関心を持つことで術後患者の欲求に気づき、発展させ、退院後の生活を見据えて看護ケアを提供していることが明らかになった。

#### D. 考察と結論

本年度は先行文献の文献検討から高齢者の術後看護において高齢者の術後における課題を検討するとともに先行研究の FGI から当院看護師の実践している術後看護ケアを抽出し、質問項目の作成を行った。この結果を踏まえ、高齢者の術後看護を経時的にみている物はなく、「高齢者術後看護、実践のガイド（仮称）」として作成する意義があることが明らかになった。本年度作成した質問項目は 2022、2023 年度以降の質問紙調査に使用する。引き続き研究をすすめ、2022 年度（第 2 段階）は①質問紙調査による高齢者医療研究施設（国内）と愛知県内の高度急性期病院で提供する看護ケアの比較を行う。また、先行研究を含む②高齢者医療研究施設（当院）看護師の経験から「ガイド」作成を行う。2023 年度（第 3 段階）は愛知県内の 300 床以上の急性期に対応する施設をランダムに 2 群（介入群、非介入群）に分け、作成した「高齢者術後看護、実践のガイド（仮称）」の評価を行う。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表



なし

## 2. 学会発表

### 1) 高齢者医療研究施設の経験豊富な看護師が行う高齢者術後看護

～帰室直後から術後 24 時間までの看護ケア～

山本明子, 藤原奈佳子 (日本看護科学学会第 41 回学術集会 2021.12.4-5  
Web 開催)

### 2) Enhancement of a nursing management curriculum in Japan.

Kaori Ueno, Akiko Yamamoto, Nakako Fujiwara, Mariko Nishikawa  
(ICN Congress Nursing Around the World To be announced on Nov. 2-  
4.2021)

### 3) Perioperative nursing care for an aging society in Japan.

Akiko Yamamoto, Kaori Ueno, Mariko Nishikawa, Nakako Fujiwara  
(The Japanese Society of Human Health Care 第 4 回学術集会 2021.9.25  
Web 開催)

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 引用文献：

Association of Operative Room Nurses; Roth, R. A. ed., *Perioperative Nursing Core Curriculum*. Saunders. pp.19-32, 1995.

Benner, P. E., 井部俊子, 井村 真澄, 上泉和子, & 新妻浩三. (2005). ベナ－看護論：初心者から達人へ (新訳版). 医学書院.

Riessman, C. K., 大久保功子, & 宮坂道夫. (2014). 人間科学のためのナラティブ研究法. クオリティケア.