

一般病院に入院する認知機能障害のある人に対する看護プロセス評価に関する研究
(28-31)

主任研究者 竹下 多美 国立長寿医療研究センター 看護部 (副看護師長)

研究要旨

本研究は、一般病院に入院する認知機能障害のある人の看護アウトカム指標開発に関する研究(長寿医療研究開発費 25-21 主任研究者 町屋晴美)の継続研究として、一般病院に入院する認知機能障害のある人に対し、よい看護アウトカムを得るための関わりを、老年看護の専門家および一般病院に勤務する臨床の専門家の両者の意見から合意する項目は何か明らかにし、項目を絞り込むことを目的とした。

町屋らの先行研究において、認知機能障害のある人に対する①高齢者専門病院 (A)ジェネラリスト (以下、GE)、(B)スペシャリスト (以下、SP)・(C)看護管理者 (以下、Adm) および②一般病院 (A)GE、(B)SP、(C)Adm) に対する計 5 つのフォーカス・グループ・インタビュー(各 5~6 名参加。ある特定のグループを対象に同じ質問を行うことであり、その対象群の特徴を表す結果を得ることができる。以下、FGI) による調査を通して、それぞれの立場から見たよい看護アウトカムを得るための関わりを明らかにした。一般病院における認知症看護の指針についての文献は、最近散見されるようになった(日本看護協会編; 2016、鈴木みずえ; 2016) が、本研究のように GE、SP、Adm という様々な視点からコンセンサスを得た結果に基づいたものは見当たらず、新規性があると考えられる。しかし、先行研究の結果すべての調査を合わせると、49 のカテゴリー、149 のサブカテゴリーとかなり多く、臨床実践の場で簡便に活用でき有用なものとするには、項目の統合と項目数の絞り込みをする必要性が明らかとなった。

本研究の意義について、認知機能障害のある人にとっては、入院の契機となった主疾患の改善と共に、認知機能障害とそれに伴う日常生活動作の障害の維持・改善を図り、必要最低限の入院期間で地域での生活に戻ることにつながる指標となること。そして、認知機能障害のある人に対し、このような関わりでよいのかと不安になりながら看護にあたっている看護職者にとっては、自信をもって看護にあたることや効果的な関わりができるようになるなど、認知症ケアに関する専門的知識・技術・態度の向上にもつながる。そのため、GE、SP、Adm からコンセンサス(合意)が得られた「一般病院に入院する認知機能障害のある人に対する望ましい看護ケアプロセス」とは何かについて明らかにすることは、重要であると考えられる。

主任研究者

竹下 多美 国立長寿医療研究センター 看護部 (副看護師長)

A. 研究目的

本研究では先行研究の継続研究として、一般病院に入院する認知機能障害のある人に対し、よい看護アウトカムを得るための関わりを、老年看護の専門家および一般病院に勤務する臨床の専門家の両者の意見から合意する項目は何か明らかにし、項目を絞り込むことを目的とした。

わが国は世界中どの国も経験したことの無い高齢社会を迎え、認知症高齢者もますます増加することが予測される。そのため、認知症看護の専門家に留まらず、すべての看護職に認知機能障害（以下、認知機能障害）に対する看護の知識・技術・態度が求められるようになった（日本看護協会編；2016）。とくに一般病院に入院する認知機能障害のある人は、入院の契機となった主疾患の経過や強い症状による苦痛、環境の変化などにより、認知機能障害に伴う症状が悪化しやすくなる。そして、治療を継続することに対する理解が難しいことにより治療が困難となり、さらに認知機能障害による症状が悪化するなど、悪循環にもなりやすい。そのため、認知機能障害のある人に対しては、主疾患の治療を順調に経過できるようにするためにも、どの看護師も専門的な認知症看護を提供できるようにする必要がある。

認知症看護における看護の指針（以下、指針）について、とくに一般急性期病院でも活用可能なものは少ない現状にあったが、社会の動向から必要性も高まり、ここ数年で散見されるようになった（鈴木；2016, 日本看護協会；2016）。とくに看護実践の専門家である GE、認知症看護の専門家である SP、看護管理の専門家である Adm など、さまざまな視点から認知機能障害を捉え、望ましい認知症看護を提供できるようになることはとても意義が大きい。本研究では FGI により得られた結果をもとに、さらに各専門家からのコンセンサス（合意）を得るデルファイ法を用いるため、より高い信頼性のある研究成果を得ることができる。尚、各専門家からのコンセンサス（合意）をもとに執筆された指針や先行研究は見あたらず、新規性があると言える。

B. 研究方法

1. 全体計画

1) 研究デザイン

調査は意思決定、優先度の査定、予測を目的とし、専門家グループによるコンセンサス・メソッドの一つであるデルファイ法を参考にし、調査を実施する。

2) 研究期間

平成 28 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日

(うち、調査実施期間は倫理・利益相反委員会審査受審後～平成 29 年 11 月)

3) 研究方法

以下のような方法により選出した研究対象の所属する部門長あてに研究依頼を送付し、承諾を得たうえで調査を行う。尚、承諾の得られた施設には、依頼したい人数を明記し、承諾書を受領してから質問紙を送付する。

(1) ㉞GE・㉞Adm (各 100 名)

厚生労働省厚生(支)局が公開している病院リスト(厚生労働省厚生(支)局, 2016)をもとに 300 床以上の急性期病院を検索し、無作為で抽出する。

(2) ㉞SP (各 100 名)

日本看護協会ホームページに公開されている認知症看護認定看護師および老人看護専門看護師の中から、所属が 300 床以上の急性期病院である研究対象を抽出したのち、さらに無作為抽出をする。

(3) 研究開始に向けた準備(質問紙の作成、平成 28 年 4～10 月)

属性のほか調査項目として、町屋らの先行研究における 300 床以上の高齢者専門病院および一般病院に勤務する㉞GE・㉞SP・㉞Adm における 5 つの FGI の研究から得たデータのコード(589 項目)まで遡り、サブカテゴリー、カテゴリーへと概念化をしておいた。そして、看護管理における専門家からスーパーバイズを受け、カテゴリー(14 項目)、サブカテゴリー(66 項目)をもとに認知機能障害のある人に対する望ましい看護ケアプロセスの調査項目として、質問紙を作成した。評価尺度には 5 段階リッカート尺度(5. 非常に重要である～1. まったくそう思わない)を用いた。

2. 年度別計画

1) 調査の実施(倫理・利益相反委員会承認後～平成 29 年 11 月)

(1) 調査方法

上記 1 3) (3) の質問紙を用いて、調査を進めながら質問紙の調査項目を絞り込む。尚、調査は 3 回実施し、新たな調査用紙を送付する際には前回の結果についても送付し、コンセンサス(合意)を得ながら進める。80%以上の回答者が【5. 非常にそう思う】もしくは【4. そう思う】と回答した設問を残して次回の調査用紙を作成し、郵送することを 3 回繰り返す。

(2) 調査時期

①第一次調査(平成 29 年 2～3 月) ②第二次調査(平成 29 年 5～6 月)

③第三次調査(平成 29 年 8～9 月)

(倫理面への配慮)

1. 長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会の審査を受審し、承認を得た後、研究を実施する。

2. 研究対象への配慮

1) 部門長（看護部長）

研究対象が所属する施設の部門長宛てに研究依頼および研究の概要（研究目的、方法）と研究データの取り扱い（連結可能匿名化、プライバシーの保持、データの保管等）について記載した説明文書を送付し、承諾を得る。また、依頼したい部数を明記し承諾書を送付するが、調査人数の確保が困難な場合は、配布可能な枚数を記載し返送してもらう。研究対象への調査用紙の配布は初回のみであり、次回からは研究対象から了解を得た送付先（勤務先か自宅か研究対象が選択）に郵送することについても、説明を加える。

研究概要に記載する倫理的配慮の内容は、以下の通りである。

(1) 質問紙の返信をもって同意とみなす。

(2) 研究参加は自由意志であり、途中撤回や中断も可能であること。

(3) 個人が特定されないよう質問紙にはコード番号を付け管理をすること。

※デルファイ法により繰り返し調査を行うため、調査用紙の送付先を確認する必要があるが、住所、氏名など個人を特定する情報を得ることは必要となるが、回答を特定するものではないことを明記する。また、質問紙の結果と送付先は別にして保管することにより、プライバシーを厳守する。

(4) すべての調査は3回を予定しており、一回の調査には15分程度必要であること（多忙な業務の中、回答していただくことが研究対象にとって不利益となる可能性がある）。

(5) 調査に伴い得られたデータは鍵のかかる場所で保管し、不要となった時点でデータを消去もしくは細断し処理すること。

(6) 調査結果については学会発表等により学術的に活用すること。

(7) 研究終了後、国立長寿医療研究センターホームページにて情報公開をする。

(8) 部門長への承諾書および調査用紙には研究への質問や相談等の問い合わせ先を明記する。

2) 研究対象

(1) 質問紙の表紙に研究の概要（研究目的、方法）と研究データの取り扱い（連結可能匿名化、プライバシーの保持、データの保管等）等、倫理的配慮（2. 研究対象への配慮1) 部門長（1）～（5）に準ずる）について説明を記載し、回答の返信（郵送）をもって同意とみなす。

(2) 第一次調査は部門長により研究対象に質問紙を配布してもらうが、第二次調査以降は直接郵送する。そのため、第一次調査の質問紙の最後のページに住所、氏

名、第二・三次の調査への参加の可否を記載してもらうよう欄を設け記載してもらい、個人情報保護シールを貼付後、質問紙ごと郵送してもらう。質問紙が郵送されて来たら、研究補助事務員が質問紙から個人情報を記載しているページを切り離し別々に保管する。そして、個人の属性などの個人情報と回答はナンバリングし、対応表については、回答と保存する電子媒体を分け保管する

3. 本研究は長寿医療研究開発費の助成を受け、実施している。尚、研究および個人に係る利益相反には該当しない。

C. 研究結果

1. 先行研究の結果の統合

町屋晴美他（25-31 長寿医療研究開発費）が実施した先行研究をもとに、高齢者専門病院における FGI(①ジェネラリスト②スペシャリスト・看護管理者) および一般病院における FGI (③ジェネラリスト④スペシャリスト⑤看護管理者) におけるすべての結果を統合し、概念化しなおした。

FGI の逐語録から抽出されたのは 589 のコードであり、概念化した結果、66 のサブカテゴリ、14 のカテゴリ(以下、【 】)に集約された(表 1 参照)。

表1 認知機能障害のある人に対する看護ケアプロセス評価について、明らかになったカテゴリとサブカテゴリ

カテゴリ【14】	サブカテゴリ【66】
1. 認知障害に関する情報の収集とアセスメント	認知症者の増加から高齢患者には認知機能障害がある前提で関わる。認知症のタイプと特徴を理解しアセスメントをする。看護師の認知機能障害のアセスメント能力を高めるよう教育を行う。医師・看護師が認知機能障害に対する正しい知識をもてるよう教育をする 等(13)
2. 患者の行動における理由の理解	患者が落ち着かない要因を理解する。行動・心理症状が悪化する要因を理解する。先入観にとらわれず患者の行動の理由を理解する 等(4)
3. 認知障害に伴うADL障害の改善に向けた援助	認知症状改善のための食事の重要性を理解する。患者における馴染みのある生活の調整と刺激を組み込む。認知機能障害に伴うADL低下に上へのリハビリを行う。認知症状を改善するために院内デイケアを開催する 等(5)
4. 治療を継続するための工夫と評価	その人らしさを考慮した援助方法を工夫する。患者の思いを肯定し、したいことを実現できるよう援助をする。専門的ケアが提供できるような教育知症ケアにおける看護ケアプロセスを管理する。患者が落ち着いて生活できるよう側に付き添う 等(10)
5. 認知症ケアにおける専門的ケアの提供と多職種連携	優先される治療について医師と調整をする。看護ケアや処置を行う時間や方法を工夫する。薬剤使用による効果と副作用の評価をする 等(4)
6. カンファレンスの活用による情報の共有	患者が穏やかに生活できるよう多職種で連携をする。専門的ケアを提供できる多職種チームや施設を活用する(2)
7. 安全管理と尊厳の遵守	患者の情報や援助方法を共有し継続する(1)
8. 患者が落ち着いてすごすための介入	スペシャリストが看護師の役割モデルとなる。困難事象に対しスペシャリストが役割を発揮する(2)
9. 困難事象と向き合う看護師のストレスとジレンマ	患者の事故の可能性についてアセスメントをする。認知機能障害のある患者の行動を予測し先回りした事故防止をする。患者の事故防止につづる(3)
10. スペシャリストによる役割の発揮	認知機能障害のある患者の尊厳を守る。患者・家族に対する倫理的配慮について教育をする(2)
11. 入院の積極的受け入れと病床管理	様々な困難事象と多重業務に追われる困難感があることを理解する。認知症ケアの中で、倫理的ジレンマを感じる場面が多いことを理解する。[] に対応する看護師のストレスマネジメントを行う。困難事象に対し主体的に問題解決できるよう教育する 等(8)
12. 患者の生活に適した退院調整	入院の積極的な受け入れと病床管理を行う。認知機能障害に対する診療体制の構築と現状に合った人員配置をする。患者を支える体制を地域築する (3)
13. 患者の生活を支えるための地域を含めたシステムの構築	患者の生活に適した退院調整を行う。家族のサポート状況に応じた退院調整をする(2)
14. 患者を支える家族や地域のサポート力の強化	家族が側にいることにより認知症状が改善する。家族が認知機能障害の現状を受容できるよう情報を提供する。行動・心理症状に対する家族へ支援をする。認知症ケアに関する教育を家族や地域の人々に行う 等(7)

※本表は町屋他(25-31 長寿医療研究開発費)で実施した高齢者専門病院におけるFGI(①ジェネラリスト②スペシャリスト・看護管理者)および一般病院におけるFGI(③ジェネラリスト④スペシャリスト⑤看護管理者)における結果を概念化しなおしたものである

※※カテゴリ、サブカテゴリの右に記載した【 】内の数字は概念化した結果、得られた項目数の合計を示す

※※※サブカテゴリに記載した()内の数字は、各カテゴリを構成するサブカテゴリの項目数を示す

研究対象である GE・SP・AD らは、一般病院に入院する認知機能障害のある人に対し、必要な看護プロセスを以下のように捉えていた。【1. 認知機能障害に関する情報の収集とアセスメント】をしながら行動・心理症状(BPSD)に対して【2. 患者の行動における理由の理解】に努めていた。そして【3. 認知機能障害に伴う ADL 障害の改善に向けた援助】や【4. 患者が落ち着いて過ごすための介入】を実施し、入院となった主疾患に対する【5. 治療を継続するための工夫と評価】を繰り返していた。それらを行うためには【6. 認知症ケアにおける専門的看護または専門性の提供と多職種連携】【7. カンファレンスの活用における情報の共有】【8. SP による役割の発揮】を重要視していた。一方、高齢であり認知機能障害のある患者に対し【9. 安全管理と尊厳の遵守】をする重要性を理解していることにより、多くの【10. 困難事象と向き合う看護師のストレスとジレンマ】を抱えていることが明らかとなった。また、管理的な側面としては、認知機能障害の有無に関わらず【11. 入院の積極的受け入れと病床管理】をし、入院から退院を見据え【12. 患者の生活に適した退院調整】を行っているが、その体制は十分とは言えない。そのため、今後は病院に留まらず【13. 患者の生活を支えるための地域を含めたシステムの構築】や【14. 患者を支える家族や地域のサポート力の強化】が必要であると捉えていた。

2. 調査用紙の作成と調査の実施

先行研究の結果を統合し得られた結果をもとに、カテゴリーを大項目、サブカテゴリーを中項目、コードを判断基準となる具体例とした質問紙を作成した。

第1次調査の実施のため、以下のような方法により選出した研究対象の所属する部門長あてに研究依頼、承諾書を送付し、随時、研究対象に調査用紙を送付している。

1) ㉠GE・㉡Adm (各 100 名)

厚生労働省厚生(支)局が公開している病院リスト(厚生労働省厚生(支)局, 2016)をもとに 300 床以上の急性期病院を検索し、無作為で抽出する。

2) ㉢SP (各 100 名)

日本看護協会ホームページに公開されている認知症看護認定看護師および老人看護専門看護師の中から、所属が 300 床以上の急性期病院である研究対象を抽出したのち、さらに無作為抽出をする。

現在、回収できているのは㉠GE は 54 名、㉢SP は 64 名、そして、㉡Adm 54 名と承諾が得られた施設は目標数に達していない現状である。

承諾について返信のない施設に対してはリマインドの文書の送付をし、目標数に達するよう追加発送をしている最中である。

D. 考察と結論

先行研究の結果の統合については、本研究の結果から、一般病院に入院する認知機能障害のある人に対する望ましい看護プロセスとして14のカテゴリー、66のサブカテゴリーが明らかとなった。しかし、臨床現場でガイドラインとして活用するためには項目数が多く、本研究の研究方法であるデルファイ法による項目の絞り込みは、有用であることが明らかとなった。

また、本研究では病院側から捉えた結果であり、地域の訪問看護師、ケアマネージャー等から捉えた結果を得ていないことが、本研究の限界である。

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) 竹下多美・田中由利子・町屋晴美；一般病院に入院する認知機能障害のある人への看護介入に対する看護管理における課題，第20回日本看護管理学会学術集会，2016
- 2) 竹下多美・田中由利子・町屋晴美・野上宏美；一般病院に勤務するスペシャリストが重要であると捉えた認知機能障害のある人への看護介入に関する研究，第37回日本看護科学学会学術集会，2017（発表予定）
- 3) 竹下多美・田中由利子・町屋晴美・野上宏美；一般病院に入院する認知機能障害のある人に対する看護プロセスに関する研究
—ジェネラリスト・スペシャリスト・看護管理者に対するFGIの結果から—，第48回日本看護学会（看護管理），2017（発表予定）

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