

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 23 日現在

機関番号：13201

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2016

課題番号：26463446

研究課題名(和文) 総合病院における認知症高齢者の安全対策を目指したケア・アルゴリズムの開発

研究課題名(英文) Development of care and algorithm aimed at safety measures of elderly people with dementia at general hospitals

研究代表者

牧野 真弓 (Makino, Mayumi)

富山大学・大学院医学薬学研究部(医学)・助教

研究者番号：50714169

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,500,000円

研究成果の概要(和文)：研究の目的は、総合病院で治療開始から認知症高齢者へ身体拘束を行わずに転倒・自己抜去予防を行うことを狙いに、今まで言語化されていなかった熟練看護師の実践の共有を目指したケア・アルゴリズムを開発することであった。18名の熟練看護師のインタビューを修正版Grounded Theory Approachで分析した結果を基に、ケア・アルゴリズム案を作成した。

熟練看護師13名に、案の妥当性・重要性・経験年数別の実行可能性の評価を依頼し、数項目を除き7割以上の妥当性と重要性が示された。今後は、案の一部を見直し、様々な経験年数の看護師への使用を検討する必要がある。

研究成果の概要(英文)：The aim of this study was to develop a care-algorithm to share for the prevention of tube removal and falls among newly admitted patients with dementia in general hospitals.

The care-algorithm was developed via modified grounded theory approach (M-GTA). Eighteen nurses with more than ten years of experience as nurses were interviewed using M-GTA. Categories and subcategories were extracted from the M-GTA, and they became items of categorization. Those categories were verified, and their importance and feasibility were examined by thirteen nurses in a pilot study. The agreement rates of most items were 0.7-0.9. However, some items were under 0.7, therefore, items need revision and examination with various settings and many participants.

研究分野：老年看護学

キーワード：認知症高齢者 転倒予防 自己抜去予防 身体拘束 臨床判断 熟練看護師

1. 研究開始当初の背景

認知症高齢者は、日々の生活の上でも記憶が不確かなことから、健康な人に比べ様々なストレスに脅かされている。急激な環境変化によって、過剰なストレスが個人のストレス閾値を超えて蓄積すると、認知症に伴う行動心理状態 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) 具体的には易刺激性・焦燥・興奮・異常行動・妄想・幻覚・不安・徘徊等が表れると考えられている (Hall et al, 2006)。

認知症高齢者は、身体疾患の治療で、総合病院への入院を余儀なくされると、興奮して動き回る、落ち着かない、急に立ち上がる、歩き出す、援助に抵抗する等の BPSD から、転倒や転落、点滴やドレーンチューブ類の自己抜去を招く恐れがある。看護師にとって、認知症高齢者の BPSD を伴う危険行動は、医療事故につながる可能性のある最も注意を要する行動である。一方で、認知症の人にとって BPSD は、知人や、馴染みの場所を求め不安からさまよい歩き回る行動であり、馴染みのスタッフや安心できる自分の居場所が見つかり安心すると治まることがある。このことから、認知症高齢者にとって馴染みの場所でない総合病院での BPSD は、ストレス要因が見過ごされ、放置されるために増幅した「作られた障害」ともいえる。

痴呆病棟で認知症高齢者に長年携わる看護師は、「自律性の回復」「情緒の安定」「行動の安定」「ケアの受け入れ」「自発性の発現」「対人関係・社会性の広がり」により、言葉では表現できない認知症高齢者の、ケアの効果を捉えていた (山地ら, 2000)。しかし、治療が優先される総合病院は、生活が主体となる介護の場とは異なる困難があるといわれている (谷口, 2006)。医療施設での BPSD は、「点滴抜去」「チューブ類の抜去」「危険行為」「夜間せん妄」「大声」「暴力」が問題視され (山下ら, 2006) 看護師は、「認知症の人の言動が他の患者に影響を及ぼすが対応が難しい」「他の患者の看護と同じ方法では認知症の人には通用しない」「夜勤で病床業務を行いながら、寝付けぬ認知症の人に十分関わるのは難しい」(小山ら, 2013) と葛藤感じていた。その背景として、施設に比べ、総合病院では短期間集中して身体疾患の治療を専門とする。認知症の専門的な資格や認知症看護の経験を持つ看護師の割合は少なく、認知症看護の経験が十分共有されにくいこと、治療を進めながら医療事故を予防するには高度な判断が必要とされることが考えられた。認知症高齢者の心に寄り添って、医療事故を防止する対策を考えなければ、行動の抑制や身体拘束する安全対策に偏ってしまう危険がある。認知症高齢者が表現できない不安や心配といった心の動きや、排泄したいが場所が分からない等のニーズをくみ取り、頻度の高い転倒や自己抜去の予測と予防を中心とした、高度な判断が要求される。

そこで、総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策を実践している熟練看護師の意識や行動を指標化して、多くの看護師が実践出来る形で示す必要があると考えた。

用語の定義

総合病院における安全対策とは、治療や回復の妨げとなる転倒及びルート類の自己抜去等の医療事故の予防を指すこととした。

2. 研究の目的

本研究の目的は、総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策を行うことを狙いに、今まで言語化されていなかった熟練看護師の実践の共有を目指したケア・アルゴリズムを開発することである。

看護への意義として、以下の2点を考える。

(1) 認知症看護経験の浅い看護師が、入院時からケア・アルゴリズムを確認することで、熟練看護師と同様の視点で、身体拘束を回避した安全対策を検討できるようになる。

(2) 熟練看護師が行う身体拘束を回避した安全対策の視点を、多くの看護師が共有することで、治療環境下での認知症看護の質の向上につながる。

3. 研究の方法

本研究は、(1) 熟練看護師へのインタビュー調査、(2) 「総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない熟練看護師の安全対策」の図式化、(3) (2) を基にケア・アルゴリズム案の作成と評価、の3段階を経て実施した。

(1) 熟練看護師へのインタビュー調査

目的

熟練看護師の「総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策」をインタビューで明らかにする。

研究対象者

入院患者の平均年齢が75歳以上、約200床の総合病院で、師長が認知症の熟練看護師と選定した臨床経験13年以上の看護師18名。

方法

半構成的面接を60分程度1回実施し、許可を得て録音した。インタビューでは、「認知症高齢者の転倒やルート類自己抜去の予防に取り組む上で印象深かった成功事例と困難事例」について自由に語って頂いた。語りの中で認識や思考に焦点を当てるため、終了後にインタビューガイドに沿って、以下の質問で確認を行った。「認知機能低下を判断した根拠、転倒や自己抜去を予測した経緯、どのような考えでその対策を選んで実施し、その後の患者の様子をどのように判断して対応したか」

事例で語られた対象者の年齢と疾患、研究対象者の基本属性として性別、年代、臨床経験年数、職位、認知症に関する資格、経験した科について確認した。

倫理的配慮

所属する大学及び各病院での倫理審査委員会の承認を得て実施した(臨認 26-18)。協力病院の看護部長、師長へ本研究の目的、方法、倫理的配慮について説明し了承を得た。研究対象者に書面と口頭で目的、方法、倫理的配慮について説明し、同意書への署名をもって同意を得た。面接は勤務時間外に施設内の個室で行った。データは、連結可能匿名化を行い、個人が特定されない配慮を行った。

(2)「総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない熟練看護師の安全対策」の図式化

目的

インタビュー内容を逐語録としてデータ化し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: 以下 M-GTA) による質的記述的分析を進め、ケア・アルゴリズムの基となる構成要素を抽出する。

分析方法

質的分析手法の1つである M-GTA を用いた。M-GTA に適した研究領域は、人間と人間が直接やりとりをする社会相互作用に関わる領域や、研究対象がプロセス的性格を持った領域であり(木下、2003)、認知症高齢者の転倒や自己抜去を予防する熟練看護師の意識や行動は、患者の反応との相互作用と、プロセス性があると考え、この手法を選択した。具体的手順は以下の通りである。

A. まず逐語録を作成し、数名のデータに目を通してから、分析焦点者を「総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を回避して転倒や自己抜去予防を行うことを大切にしている熟練看護師」、分析テーマを「入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を回避して転倒や自己抜去予防するプロセス」と設定した。

B. 次に、分析焦点者の視点から分析テーマに沿って逐語録を精読し、分析テーマに関連すると考えられる熟練看護師の認識や行動を現わす箇所(具体例)を一つの意味のまとまりとして抽出し、その意味を解釈して定義し、定義を凝縮した表現として概念を生成した。1 概念につき 1 つの分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例を記入し、理論的メモには他の解釈案や疑問やアイデアを記入し、分析過程を客観的に振り返る上で参考にした。

C. 1 つの概念を生成する毎に、データから他の具体例の確認と対極例の検討を行い、分析ワークシートへ追加した。

D. 概念が出尽くしたら、概念と概念の関係から影響の方向やカテゴリー、プロセスの

方向について包括的に検討していった。

E. 最終的に、概念とカテゴリーの関係性をストーリーラインにまとめ、「入院してきた

認知症高齢者へ身体拘束を回避して転倒や自己抜去予防するプロセス」の結果図を作成した。

分析過程において、研究データの真実可能性を確保するため、老年看護学、M-GTA の専門科 2 名よりスーパーバイズを受けた。

(3) (2) を基に、「総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策のケア・アルゴリズム案」の作成と評価

目的

(2) の結果図の概念とカテゴリーの定義より、ケアの具体的内容を抽出し、ケア・アルゴリズム案の開発を行う。各段階やケアの具体的内容がアルゴリズムとして適切かどうか、インタビューした看護師にフィードバックを行い、妥当性・重要性・臨床経験年数別の実行可能性の 3 つの枠組みで評価を依頼し、アルゴリズム案の合意率を検証する。

方法

A. M-GTA の結果図より、概念とカテゴリーをケア・アルゴリズムの基となる構成要素として抽出した。老年看護学の専門家のスーパーバイズを受けて、「総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策のケア・アルゴリズム案」の開発を行った。

B. 研究対象者に、開発したケア・アルゴリズム案の 5 段階、ケアの具体的内容 19 項目の妥当性・重要性・実行可能性について、自記式質問紙調査を行った。

妥当性は「本当に認知症高齢者の転倒予防や自己抜去予防という結果に結びつくかどうか」、重要性は「認知症高齢者の転倒予防や自己抜去予防の質に大きな影響を与えるか」、実行可能性は「各経験年数の看護師が実践可能かどうか(1 年未満、1~3 年、3~5 年、5 年以上)」と定義し、「全くそうでない」を 1 点、「全くそうである」を 9 点とし、9 段階評価を依頼した。調査票は、任意により封筒に封をして投函してもらい、郵送法により回収した。

分析方法

データの分析は、各項目単純記述統計を行った。統計解析ソフトは、SPSS Statistics (Base System ver24) を用いて分析した。

4. 研究成果

(1) インタビュー調査の参加者の概要

(表 1)

熟練看護師は 18 名全員が女性であり、臨床経験年数の平均は 20.2 年 ± 6.1 (13~38) 年であった。認知症に関する資格ありは 4 名 (22.2%) で、認知症ケア認定看護師が 1 名 (5.6%)、認知症ケア専門士が 3 名 (16.7%)

であった。面接時間は平均 61.7 ± 12.2 (45 ~ 89) 分であった。

表 1 看護師の属性

		n = 18 n (%)
性別	女性	18 (100.0)
年代	30代	5 (27.8)
	40代	11 (61.1)
	50代	2 (11.1)
臨床経験年数	平均 20.2 ± 標準偏差 6.1 年	
	5 年未満	0
	10 年未満	0
	15 年未満	2 (11.1)
	20 年未満	7 (38.9)
	25 年未満	6 (33.3)
	25 年以上	3 (16.7)
職位	スタッフナース	7 (38.9)
	主任	8 (44.4)
	師長代理	3 (16.7)
認知症に関する資格	あり	4 (22.2)
	認知症ケア認定看護師	1 (5.6)
	認知症ケア専門士	3 (16.7)
経験した科 (複数回答)	内科系	15 (83.3)
	外科系	12 (66.7)
	ICU・救命・手術部	3 (16.7)
	回復期	4 (22.2)
面接時間	平均 61.7 ± 12.2 分	

(2) インタビュー結果

結果図 (図 1)

M-GTA による分析の結果、総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策を行う熟練看護師の思考過程として、11 概念 5 カテゴリーが生成され、それらの関係について結果図 (図 1) と、次に示すストーリーラインにまとめた。(コアカテゴリーを【_】、カテゴリー【_】概念を<示す。)

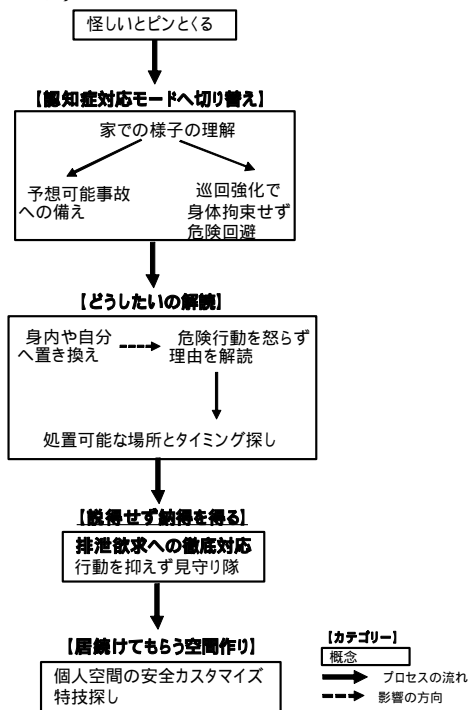


図 1. 総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を回避してルート類の自己抜去や転倒予防するプロセス

ストーリーライン

総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策を行うプロセス

スは、認知症高齢者を【**納得せず納得を得る**】ように支援することである。

総合病院に入院してきた認知症高齢者に対し、看護師は通常、医療処置の必要性と、それに伴うルート類の自己抜去や転倒・転落事故の危険を説明して協力を依頼して、医療事故予防に努めている。しかし、認知症の可能性があると「怪しいとピンとくる」と、熟練看護師はすぐに協力依頼から、看護師手動で医療事故を予防する【**認知症対応モードへ切り替え**】る。ここでは、「体調悪化時もトイレ排泄にこだわる」や「夜間排尿」や「徘徊がある」等の家での様子の理解から、ルート類を視野に入れられない配置の工夫や、離床センサーやベッド柵を設置する等「予測可能事故への備え」と、他の患者より頻回に観察をする「巡回強化で身体拘束せず危険回避」を行う。事故予防後は、認知症高齢者の【**どうしたいの解説**】を行う。ここでは、認知症高齢者を「身内や自分へ置き換え」、どうしたいのか「危険行動を怒らず理由を解説し、治療継続方法を個別に模索する」処置可能な場所とタイミング探しを行いながら、【**納得せず納得を得る**】へ進む。ここでは、排泄の有無に関わらず「排泄欲求への徹底対応」を行い、認知症高齢者の「したい行動を抑えず見守り隊」になることで、認知症高齢者の行動を抑えず納得してもらうことが事故予防と考えて行う。その後、納得が一時的ではなく常態化して入院生活を送れる様【**居続けてもらう空間作り**】に取り組む。ベッド周囲で自由に動ける「個人空間の安全カスタマイズ」を施し、排泄以外の活動に意識を向けられる様「特技探し」を行うことで、身体拘束を行わなくても転倒や自己抜去予防が出来る環境を継続させてゆく。

(3) 「総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策のケア・アルゴリズム案」の作成 (表 2)

表 2. 総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策のケア・アルゴリズム案

概念	内容
A	「怪しい」とピンとくる：患者の様子から、認知機能低下の疑いを持つ a) 入院していることを理解しているか確認する b) 入院の目的を理解しているか確認する c) 点滴や静脈置カテーテルなどのルート類を認識できるか観察する d) 自宅や病棟を理解しているか確認する e) 家族の話や事前情報から、徘徊や認知機能低下のエピソードがあるか確認する
B	認知症対応モードへ切り替える：いつでも危険を止められる範囲にいないが、よく観察する a) 置かれた状況を繰り返し説明して、混乱を最小限にする b) 時間を作り出して、自室で落ち着いて過ごさせているかもよく観察する c) 尿意を感じた時にトイレを探しまわら・自室に迷うなど、転倒につながる行動がないか観察する d) 居室中は増やした時間を増やして観察しつつ、危険時は止められるようにする e) ルートを延長する・服の中を通すなど、ルート類が気にならないようひと手間を加えておく f) 転落しない様に、あらかじめ低床ベッドや、状況によって3点鎖(出口を1か所にした鎖)をしておく
C	どうしたいを解説する：何を目的に転倒や自己抜去につながりそうな行動をするのか探る a) 思いやりを取りながら、何が行動の原因になっているのか探る b) 処置により興奮する場合は、身体拘束を選択するのではなく、処置を中断し、納得して処置が受けられるタイミングが何かを探る
D	納得せず納得を得る：したい行動を否定せず安全に行える支援を通じて、納得できることで転倒や自己抜去につながる行動が起きないようにする a) トイレが頻回であっても、自分の身内に置き換えて、可能な限り連れて行くことで納得できるようにする b) 食べたいのに食べてないとの訴えを否定せずに、お茶や間食で対応し、納得できるようにする c) したい行動(採し物・徘徊等)をなるべく静置せず、安全のために付き添う・見守る
E	居続けてもらえる空間づくり：納得が深くなるよう、落ち着いて過ごせる環境を整える a) ベッド周囲での行動が安全にできるように、環境を整える b) 本人が出来ることを引き出して、行える機会を作るようにする c) 他の患者とも適度な距離で交われる場や、雰囲気づくりを意識して行う

M-GTA の結果図の定義を基に、熟練看護師が総合病院に入院してきた認知症高齢者へ身体拘束を行わない安全対策の共通として表2のA~Eの5段階の実践と、各段階で行うケアの具体的内容をa~fの19項目に絞り、ケア・アルゴリズム案を作成した。

(4) ケア・アルゴリズム案の各段階の用語と内容に関する評価平均と合意率

認知症に関する資格を持つ熟練看護師3名にA~Eの各段階の用語とその内容に関して、9段階評価を依頼し、その平均を100点満点加算して合意率を求めた。

結果、「A 怪しいとピンとくる」は妥当性77.8%、重要性は88.9%、「B 認知症対応モードへ切り替える」は妥当性94.4%、重要性100.0%、「C どうしたいを解釈する」は妥当性88.9%、重要性100.0%、「D 納得せず納得を得る」と「E 居続けてもらえる空間作り」は妥当性、重要性それぞれ100.0%の評価が得られた。

(5) ケア・アルゴリズム案の各段階のケア内容の妥当性と重要性に関する評価平均と合意率(表3)

13名のインタビュー参加看護師の協力を得た。全員が女性であり、臨床経験年数の平均は21.6年±6.3(14~39)年であった。

各段階におけるケアのa~fの具体的内容において、妥当性と重要性に関する9段階評価を依頼し、その平均を100点満点加算して合意率を求めた。

表3 ケア・アルゴリズム案のケア内容に関する妥当性と重要性の評価平均と合意率

段階(A~E)	ケアの具体的内容	妥当性 (n=13)	重要性 (n=13)
		平均得点±標準偏差 合意率	平均得点±標準偏差 合意率
A怪しいとピンとくる	a.入院していることを理解しているか確認する	6.1 ± 1.9 67.7	7.2 ± 1.4 80.0
	b.入院の目的を理解しているか確認する	5.9 ± 2.0 65.5	6.7 ± 1.3 74.4
	c.点滴や膀胱置力カテーテルなどのルート類を確認できるか観察する	6.8 ± 2.0 75.5	7.5 ± 1.5 83.3
	d.自室や病棟を理解しているか確認する	6.2 ± 1.5 68.8	7.0 ± 1.4 77.8
	e.家族の話や事前情報から、徘徊や認知機能低下のエピソードがあるか確認する	7.9 ± 1.6 87.7	8.6 ± 0.8 95.6
B認知症対応モードへ切り替える	a.置かれた状況を繰り返し説明して、混乱を最小限にする	6.2 ± 1.8 68.8	6.3 ± 2.4 70.0
	b.時間を作り出して、自室で落ち着いて過ごさせているかもよく観察する	6.1 ± 1.0 67.7	7.1 ± 1.3 78.9
	c.尿意を感じた時にトイレを探しまわると、自室に迷うなど、転倒につながる行動がないかを観察する	7.1 ± 1.6 78.8	8.1 ± 1.1 90.0
	d.処置中は傍にいる時間を増やして観察しつつ、危ない時は止まれるようにする	7.2 ± 1.3 80.0	7.7 ± 1.3 85.6
Cどうしたいを解釈する	e.ルートを延長する・服の中を通すなど、ルート類が気にならないようなひと手間を加えておく	7.5 ± 1.2 83.3	7.9 ± 1.1 87.8
	f.転落しない様に、あらかじめ低床ベッドや、状況によって3点構(出口を1か所にした構)をしておく	7.5 ± 1.5 83.3	8.0 ± 1.2 88.9
	a.思いやり取りをしながら、何が行動の原因になっているのか探る	7.5 ± 1.4 83.3	8.2 ± 1.0 91.1
	b.処置により興奮する場合は、身体拘束を選択するのではなく、処置を中断し、納得して処置が受けられるタイミングが何かを探る	7.7 ± 1.1 85.5	8.5 ± 0.8 94.4
D納得せず納得を得る	a.トイレが頻回であっても、自分の身に置き換えて可能な限り連れて行くことで納得できるようにする	7.1 ± 1.9 78.8	8.2 ± 1.2 91.1
	b.食べたのに「食べてない」との訴えを否定せずに、お茶や間食で対応し、納得できるようにする	6.9 ± 1.8 76.6	7.6 ± 1.4 84.4
E居続けてもらえる空間作り	c.したい行動(探し物・徘徊等)をなるべく静止せず、安全のために付き添う・見守る	7.7 ± 1.3 85.5	7.9 ± 1.9 87.8
	a.ベッド周辺での行動が安全にできるように、環境を整える	8.2 ± 0.8 91.1	8.2 ± 1.0 91.1
	b.本人が出来ることを引き出して、行える機会を作るようにする	7.9 ± 1.0 87.7	8.1 ± 1.0 90.0
	c.他の患者とも適度な距離で交われる場や、雰囲気づくりを意識して行う	7.2 ± 1.4 80.0	8.0 ± 1.1 88.9

注) 合意率=9段階評価の平均点/9×100

妥当であると85%以上の合意が得られたケアは、「Ea ベッド周囲の環境を整える(91.1%)」「Ae 徘徊や認知機能低下のエピソードを確認する(87.7%)」「Eb 出来ることを

引き出して行く機会を作る(87.7%)」「Cb 処置が受けられるタイミングを探る(85.5%)」「Dc したい行動を制止せず付き添う(85.5%)」であった。

妥当性の合意率が7割未満と最も低いケアは、「Ab 入院目的の理解確認(65.5%)」「Aa 入院への理解確認(67.7%)」「Ad 自室や病棟の理解確認(68.8%)」であり、これら3項目は他のケアと比較して、転倒や自己抜去予防ケアとして妥当かという意味において再検討する必要があると考えられた。

重要であると90%以上の合意が得られたケアは、「Ae 徘徊や認知機能低下のエピソードを確認する(95.6%)」「Cb 処置が受けられるタイミングを探る(94.4%)」「Ca 何が行動の原因か探る(91.1%)」「Da 頻回なトイレに対応する(91.1%)」「Ea ベッド周囲の環境を整える(91.1%)」「Eb 出来ることを引き出して行く機会を作る(90.0%)」「Bc 転倒につながる行動の観察(90.0%)」であった。

全てのケアが重要であると70%以上の合意率が得られた。

総合して、ケア・アルゴリズム案は、項目Aa.Ab.Ad.を除き7割以上の妥当性と重要性が示された。

(6) ケア・アルゴリズム案の各段階のケア内容の臨床経験別の実行可能性に関する評価平均と合意率(表4・5)

10名のインタビュー参加看護師の協力を得て、各段階におけるケアの具体的内容において、臨床経験1年未満、1年~3年の看護師の実行可能性に関する9段階評価を依頼し、その平均を100点満点加算して合意率を求めた。

表4 臨床経験年数3年未満の看護師の実行可能性の評価平均と合意率

段階(A~E)	ケアの具体的内容	1年未満 (n=10)	1~3年 (n=10)
		平均得点±標準偏差 合意率	平均得点±標準偏差 合意率
A怪しいとピンとくる	a.入院していることを理解しているか確認する	6.7 ± 2.3 74.4	7.7 ± 1.8 85.6
	b.入院の目的を理解しているか確認する	5.5 ± 2.4 61.1	6.8 ± 1.8 75.5
	c.点滴や膀胱置力カテーテルなどのルート類を確認できるか観察する	6.4 ± 2.4 71.1	7.5 ± 1.7 83.3
	d.自室や病棟を理解しているか確認する	6.4 ± 2.4 71.1	7.2 ± 1.9 80.0
	e.家族の話や事前情報から、徘徊や認知機能低下のエピソードがあるか確認する	5.2 ± 2.0 57.8	6.5 ± 1.7 72.2
B認知症対応モードへ切り替える	a.置かれた状況を繰り返し説明して、混乱を最小限にする	4.0 ± 2.3 44.4	5.3 ± 1.7 58.8
	b.時間を作り出して、自室で落ち着いて過ごさせているかもよく観察する	4.2 ± 2.8 46.7	5.2 ± 2.4 57.8
	c.尿意を感じた時にトイレを探しまわると、自室に迷うなど、転倒につながる行動がないかを観察する	3.8 ± 2.2 42.2	5.2 ± 1.8 57.8
	d.処置中は傍にいる時間を増やして観察しつつ、危ない時は止まれるようにする	4.1 ± 2.2 45.6	5.5 ± 1.5 61.1
Cどうしたいを解釈する	e.ルートを延長する・服の中を通すなど、ルート類が気にならないようなひと手間を加えておく	4.0 ± 2.1 44.4	5.4 ± 1.8 60.0
	f.転落しない様に、あらかじめ低床ベッドや、状況によって3点構(出口を1か所にした構)をしておく	4.4 ± 1.8 48.8	5.7 ± 1.8 63.3
	a.思いやり取りをしながら、何が行動の原因になっているのか探る	3.4 ± 1.8 37.8	4.5 ± 1.7 50.0
	b.処置により興奮する場合は、身体拘束を選択するのではなく、処置を中断し、納得して処置が受けられるタイミングが何かを探る	3.2 ± 1.5 35.6	4.2 ± 1.4 46.7
D納得せず納得を得る	a.トイレが頻回であっても、自分の身に置き換えて可能な限り連れて行くことで納得できるようにする	4.2 ± 2.1 46.7	4.9 ± 2.0 54.4
	b.食べたのに「食べてない」との訴えを否定せずに、お茶や間食で対応し、納得できるようにする	3.9 ± 1.7 43.3	5.1 ± 1.9 56.7
E居続けてもらえる空間作り	c.したい行動(探し物・徘徊等)をなるべく静止せず、安全のために付き添う・見守る	4.3 ± 1.5 47.8	5.1 ± 1.2 56.7
	a.ベッド周辺での行動が安全にできるように、環境を整える	4.3 ± 2.4 47.8	5.4 ± 2.1 60.0
	b.本人が出来ることを引き出して、行える機会を作るようにする	3.5 ± 2.0 38.9	4.6 ± 2.2 51.1
	c.他の患者とも適度な距離で交われる場や、雰囲気づくりを意識して行う	3.4 ± 1.9 37.8	5.0 ± 2.4 55.6

注) 合意率=9段階評価の平均点/9×100

臨床経験年数1年未満の看護師で、実行可能性が4割未満と判断されたケア(表4)は、「Ca 何が行動の原因か探る(37.8%)」「Cb 処置が受けられるタイミングを探る(35.6%)」であった。段階Cは「認知症高齢者の立場に立ってどうしたいのかを読み取る」ケアであり、他のケアに比べ経験年数が浅いと実行が困難と判断されていた。認知症高齢者がどうしたいのかを読み取ることが難しいと、身体拘束につながる可能性が示唆された。

同様に、実行可能性が4割未満と判断されたケア(表4)は、「Ec 他患と交わる場や雰囲気作り(37.8%)」「Eb 出来ることを引き出して行く機会を作る(38.9%)」であった。段階Eは「納得が続くよう、落ち着いて過ごせる環境を整える」ケアであり、雰囲気を作ることや機会を作るケアは、他のケアに比べ経験年数が少ないと困難と判断されていた。

総合して1年未満の看護師の実行可能性が4割以下のケアは、一人で判断を行わず、経験年数の高い看護師に判断を確認する、また経験年数の高い看護師の実践を実際に見て対応の仕方を学ぶ中で身に付け、実行可能性を高めていく必要が考えられた。

表5 臨床経験年数3年以上の看護師の実行可能性の評価平均と合意率

段階(A-E)	3~5年(n=10)		5年以上(n=13)	
ケアの具体的な内容	平均得点±標準偏差	合意率	平均得点±標準偏差	合意率
A 聞いてどうとくる				
a. 入院していることを理解しているか確認する	8.3 ± 1.5	92.2	8.7 ± 0.8	96.7
b. 入院の目的を理解しているか確認する	7.6 ± 1.4	84.4	8.2 ± 1.0	91.1
c. 点滴や膀胱留置カテーテルなどのルート類を認識できるか確認する	8.2 ± 1.3	91.1	8.6 ± 0.7	95.6
d. 処置や病棟を理解しているか確認する	8.1 ± 1.1	90.0	8.6 ± 0.7	95.6
e. 家族の話や事前情報から、徘徊や認知機能低下のエピソードがあるか確認する	8.1 ± 1.2	90.0	8.7 ± 0.6	96.7
B 認知症対応モードへ切り替える				
a. 置かれた状況を繰り返し説明して、混乱を最小限にする	6.5 ± 1.8	72.2	8.4 ± 1.2	93.3
b. 時間を作り出して、自室で落ち着いて過ごせているかもつとよく観察する	6.3 ± 2.0	70.0	7.9 ± 1.5	87.8
c. 尿意を感じた時にトイレを探しまわると、自室に迷うなど、転倒につながる行動がないかを観察する	6.8 ± 1.9	75.5	8.2 ± 1.5	91.1
d. 処置中は傍に居る時間を増やして観察しつつ、急な時は止められるようにする	6.8 ± 1.8	75.5	8.2 ± 1.3	91.1
e. ルートを延長する、服の中を通すなど、ルート類が気にならないようひと手間を加えておく	7.2 ± 2.3	80.0	8.6 ± 0.8	95.6
f. 転落しない様に、あらかじめ低床ベッドや、状況によって3点構(出口を1か所にした構)をしておく	7.0 ± 2.0	77.8	8.2 ± 1.5	91.1
C どうしたいを調べる				
a. 思いやり取りをしながら、何が行動の原因になっているのか探る	6.2 ± 1.5	68.9	7.9 ± 1.4	87.8
b. 処置により興奮する場合は、身体拘束を選択するのではなく、処置を中断し、納得して処置を受けられるタイミングを何かを探る	5.8 ± 1.7	64.4	7.5 ± 1.9	83.3
D 納得せず諦めを奪る				
a. トイレが巡回であっても、自分の身に置き換えて可能な限り連れて行くことで納得できるようにする	5.9 ± 2.1	65.6	6.9 ± 2.3	76.7
b. 食べたのに「食べてない」との訴えを否定せずに、お茶や間食で対応し、納得できるようにする	5.9 ± 2.1	65.6	7.5 ± 1.7	83.3
c. したい行動(探し物・徘徊等)をなるべく止まず、安全のために付き添う・見守る	6.4 ± 1.4	71.1	7.6 ± 1.3	84.4
E 納得してもらえらる空間作り				
a. ベッド周辺での行動が安全にできるように、環境を整える	7.5 ± 1.3	83.3	8.3 ± 1.0	92.2
b. 本人が出来ることを引き出して、行える機会を作るようにする	6.9 ± 2.2	76.6	8.3 ± 1.1	92.2
c. 他の患者とも適度な距離で交わる場や、雰囲気づくりを意識して行う	6.9 ± 2.0	76.6	8.0 ± 1.4	88.9

注) 合意率 = 9段階評価の平均点/9 × 100

一方で、臨床経験年数5年以上の熟練看護師で実行可能性が7~8割程度と、他のケアが9割であるのに比べ比較的低いと判断されたケア(表5)は、「Da 頻回なトイレに対応(76.7%)」「Db 食べていないへの対応(83.3%)」「Dc したい行動を制止せず付き添う(84.4%)」「Cb 処置が受けられるタイミングを探る(83.3%)」であった。段階Dの「したい行動を否定せず安全に行える支援を

提供して、説得せず納得できることで、転倒や自己抜去につながる行動が起こらないようにする」ケアは、妥当性、重要性共に8割以上と判断されているものの、夜間などの状況により、熟練看護師でも実行が困難な場合があると判断されていた。また、「Cb 処置が受けられるタイミングを探る」は、妥当性(85.5%)重要性(94.4%)と高く評価されていた。

総合して、熟練でも他のケアに比べて比較的実行可能性が低めであると判断されたケアは、一人でケアへ対応することの限界と、チーム全体で対応を考えていくチーム力を高める支援のあり方を検討していくことが課題であると考えられる。

今後は、ケア・アルゴリズム案の一部を見直し、様々な経験年数の看護師への使用を検討する必要がある。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計2件)

牧野真弓、竹内登美子、新鞍真理子、青木頼子、加藤真由美、認知機能低下高齢者の生活行動による自己抜去と転倒を予防する熟練看護師の思考過程、日本老年看護学会第21回学術集会、2016.Jul23.大宮ソニックシティ。(埼玉県・大宮市)

牧野真弓、竹内登美子、新鞍真理子、青木頼子、認知症高齢者の安全対策に対する熟練看護師の思考過程、日本看護研究学会第28回近畿・北陸地方会学術集会、2015.Mar7.金沢大学医薬保健学類校舎。(石川県・金沢市)

6. 研究組織

(1)研究代表者

牧野真弓 (MAKINO, Mayumi)
富山大学大学院・医学薬学研究部(医学)・助教 研究者番号: 50714169

(2)研究分担者

竹内登美子 (TAKEUCHI, Tomiko)
富山大学大学院・医学薬学研究部(医学)・教授 研究者番号: 40248860

新鞍真理子 (NIIKURA, Mariko)

富山大学大学院・医学薬学研究部(医学)・准教授 研究者番号: 00334730

(3)連携研究者

青木頼子 (AOKI, Yoriko)
富山大学大学院・医学薬学研究部(医学)・助教 研究者番号: 40533477