

資料

一般病院において認知症高齢者をケアする 看護師の困難感に関する文献検討

吉武亜紀*¹ 福岡欣治*²

1. はじめに

1.1 超高齢社会と認知症

日本社会の高齢化率は非常に高く、それに伴って認知症の有病率も高まっている。内閣府の調査¹⁾によると、我が国の総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は、2014年時点で26.0%まで上昇している。総人口が減少する中、高齢化率は今後も上昇を続け、2060年には39.9%に達する見通しである¹⁾。そして、厚生労働省が2015年に発表した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が参考とした認知症有病率調査を基にした将来推計では、2012年時点で476万人であった認知症患者数が、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となる2025年には650-700万人となるとされている²⁾。

他方、高齢者の入院受療率は、加齢の進展とともに高まる。厚生労働省による2014年患者調査の概況の性・年齢階級別入院受療率（人口10万人に対する推計患者数）では、65歳以上の高齢者の入院受療率は男女とも右肩上がりに上昇し、90歳以上が最も高くなっている³⁾。当然ながら、高齢者の入院受療の理由は様々であり、認知症を主症状とするものとは限らない。

以上のことから、認知症以外の身体疾患の治療目的で一般病院に入院する患者のうち、認知症もしくは認知機能低下の疑われる高齢者が現状でも相当数存在しており、今後さらに増加していくと考えられる。

1.2 一般病院での認知症対応における困難感への注目

新オレンジプランでは、認知症を有していても適切な身体疾患の治療が受けられるよう、一般病院での看護師を中心とした認知症対応力向上を対策の1つに掲げている⁴⁾。

そのような政策的な動きを背景に、一般病院における認知症高齢者への看護師の対応、さらには対応時に看護師が感じる困難感についての研究が、後述するように近年いくつもおこなわれるようになってきた。看護に関する啓蒙的な雑誌においても、一般病院での看護における認知症高齢者へのケアに関する特集記事が生まれつつある^{5,6)}。

従来より、たとえば湯浅ら⁷⁾は、病院で高齢者ケアを行なう上での困難感の対象として「業務がスムーズに進められないこと」「コミュニケーションの難しさ」など7つのコアカテゴリーを抽出し、ケアの質の向上には「良いケアをしたいができないこと」「看護婦の心身への影響」についても検討しなければならないことを指摘している。このような困難感への対策は、認知症高齢者が増加し、一般病院においても対応が要請される状況下において、ますます重要性を増しているはずである。

1.3 本研究の目的

そこで本研究では、一般病院において認知症高齢者が入院治療を受ける際にケアをする看護師がこれまでどのような場面で困難を経験し、またそれらに対してどのような対策を模索してきたのか、文献検討から明らかにすることを目的とした。

現在、認知症高齢者へのケアにあたっては、地域包括ケアをはじめとする医療・福祉の領域において、各専門職の職種間を超えた多職種共同実践が求められてきている⁸⁾。従って、一般病院で認知症高齢者ケアをおこなう看護師の困難および困難感を理解することは、看護師のみならずチーム医療の構成員すべてにとって重要である。とりわけ「困難感」という主観的側面に注目することは、患者支援のみならずスタッフ支援においても役割が期待される⁹⁾ チーム医療内の心理職の役割からみて、重要なことであ

*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉研究科 臨床心理学専攻 博士課程

*2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科

(連絡先) 吉武亜紀 〒701-0193 倉敷市松島288

E-mail: yoshitake@hp.kawasaki-m.ac.jp

ると考えられる。

2. 用語の定義

(1) 認知症高齢者

本研究では、認知症高齢者を「医師によって認知症または軽度認知障害(MCI)と診断された高齢者、または診断されていないが、看護師が入院中に関わる中で何らかの認知機能の低下の可能性があると考えられる高齢者」と定義する。これは、日本神経学会が監修した「認知症疾患治療ガイドライン」¹⁰⁾において、認知症(広義)の疑いに「日常生活への支障はなく認知症とは判断しえないが、正常でもない認知機能低下と判断される軽度認知機能障害(MCI)を含む」とされていることをふまえたものである。身体疾患等によって入院した高齢者への対応に看護師が困難を感じる場合、確定診断のついた狭義の認知症患者ではない場合が多いと考え、この定義を採用した。

(2) 看護師の困難感

本研究で扱う「看護師の困難感」とは、湯浅ら⁷⁾の先行研究をふまえ、「一般病院において認知症高齢者をケアする上で看護師が解決しがたいと感じる場面とその内容、およびその時に抱く感情」とする。ここには、客観的に困難であることが明白な場面に加え、看護師自身が自らの対処能力を超えて主観的に困難であると感じる現象が含まれる。なお、このことは「困難感」への対策がそれを生じさせている客観的状況の改善にとどまらず、困難への対処および困難にかかわる主観的感情の改善という側面に及び得ることを含意している。

3. 研究方法

介護保険法が施行5年後の改正を終え、わが国の高齢化が20%を迎えた2005年から2015年を検索期間とし、医学中央雑誌 Web 版により、「認知症」「高齢者」「看護」「困難」の4つをキーワードとして原著論文の検索をおこなった。その結果、304件が該当した。ただし、これらの該当文献には、嚥下困難など患者の症状それ自体に関する研究や回想法など特定のケアの介入効果をみた症例研究、あるいは老人施設や精神科病院など一般病院とは異なる施設で実施された研究が含まれていた。そこで、まず上記文献の中で「精神科」のキーワードと重複する文献62件を除外した。次に、残った242文献の中から症例報告と事例研究に分類されている45件を除外した。これらを経て抽出した197件の要約を精査し、調査の実施場所として一般病院が明示されており、かつ研究対象として学生や家族・地域ではなく看護

師のケア上の困難および困難感を扱っているものに限定した。以上の手順によって最終的に残された11件を、文献検討の分析対象とした。なお、上記の手順によって対象文献に比較的近い内容ながら除外された文献については、適宜、全体的な考察の際の補助資料として扱うことにした。

4. 結果

4.1 対象文献の概要

対象となった文献11件の一覧を表1に示す。発表年は2006年から2015年で、2011年以後、一般病院の認知症高齢者を看護する際の困難を扱った研究の掲載が増加していた。また、それに伴い困難だけでなく困難への対応まで踏み込んだ研究もみられた。認知症高齢者が入院している場所に関しては、一般病院(「一般病棟」と表記されていたものを含む)が8件^{11-13,15,16,18-20)}、救急・急性期を対象としたもの1件¹⁴⁾、心疾患やがん疼痛など疾患に特化したもの2件^{17,21)}であった。

4.2 対象文献の研究手法

対象文献で用いられた研究方法の概要を表2にまとめた。以下では、研究手法、調査時期、研究上のインフォーマントとなった対象看護師の属性、およびケアの対象となっていた高齢者の特徴について述べる。

4.2.1 研究手法

用いられていた研究手法から対象文献を分類すると、質的研究が9件^{11-16,19,21)}、量的研究が2件^{17,18)}であった。

質的研究では、インタビューガイドに沿い1時間程度の半構成的面接もしくは半構造化を実施していた。そして、困難であった事例やその時の判断と対応などを語りとして収集し研究者がコード化し検討したもの^{13,19,21)}、KJ法^{15,16)}やグラウンデッド・セオリー・アプローチ¹¹⁾、質的帰納的分析エスノメソロジー²⁰⁾などの手法を用いて困難の実態を明らかにしようとしていた。

量的研究^{17,18)}では、先行研究において入院中の困難場面として挙げられている項目を用いて、その生起頻度や困難の程度について質問紙を用いてデータ収集し、記述統計をおこなっていた。

4.2.2 調査時期

調査時期は、2002~03年¹¹⁾、2007年¹⁹⁾、2009年¹³⁾、2009~10年¹²⁾、2010年¹⁴⁾は1件ずつ、2011年は最も多く4件^{15-17,21)}、2012年¹⁸⁾、2014~15年²⁰⁾も1件ずつであった。

4.2.3 対象看護師について

研究対象となった看護師の年齢は様々であった

表1 対象文献一覧

著者	タイトル	年	掲載誌	特徴
谷口 ¹¹⁾	医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造	2006	老年看護学11巻1号	医療施設 困難
松尾 ¹²⁾	一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ	2011	日本赤十字看護大学 紀要25号	一般病棟 困難
室脇ら ¹³⁾	認知症高齢者にみられる対応困難な行動や症状に対する看護師の捉え方とその対応	2011	日本看護学会論文集： 老年看護41号	一般病棟 困難と対応
島田ら ¹⁴⁾	急性期病院での認知症高齢者看護の困難性	2011	川崎市立川崎病院 内看護研究集録65回	急性期病院 困難
小山ら ¹⁵⁾	中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難	2013	老年看護学17巻2号	一般病棟 困難
小山ら ¹⁶⁾	一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難 大規模病院（一施設）の看護師へのインタビューから	2013	日本認知症ケア学会 誌12巻2号	一般病棟 困難
大津ら ¹⁷⁾	認知症を有する高齢心不全患者の急性増悪期において看護師が対応困難と認識した支援の実態	2013	日本循環器看護学会 誌8巻2号	心不全急性増悪期 困難と支援の実態
片井, 長田 ¹⁸⁾	認知症高齢者ケアにおける一般病院看護師の困難の実態	2014	日本早期認知症学会 誌7巻1号	一般病院 困難
千田, 水野 ¹⁹⁾	認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析	2014	岩手県立大学看護学 部紀要16巻	病棟 困難
西村ら ²⁰⁾	一般病院に入院する認知症高齢者と看護師の対応困難場面における相互行為に影響する要因の検討	2015	ヒューマンケア研究 学会誌7巻1号	一般病院 困難と患者－看護師の 相互行為
久米ら ²¹⁾	がんに罹患した認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する看護師の困難と工夫	2015	石川看護雑誌12巻	がん緩和ケア 疼痛ケアの困難と工夫

が、いずれも数年ないしそれ以上の経験を積んだ看護師であった。文献から読み取れた最も短い看護経験年数は3.3年であった¹¹⁾が、認知症看護経験の中央値が9年を超える研究¹⁹⁾などもあった。

4.2.4 認知症高齢者の基準

文献内に困難の対象となった認知症高齢者の基準について記載がある文献は7件^{11-13,15,17,20,21)}、記載がない文献は4件^{14,16,18,19)}であった。記載がある7件のうち、臨床判断基準をもとにしたもの2件^{13,15)}、診断名と重症度の回答を求めたもの1件¹⁷⁾、認知症の診断がついている高齢者に加え看護師により認知症があると考えた高齢者を認知症高齢者の対象として記載しているもの1件²⁰⁾、診断の有無にかかわらず記憶障害・見当識障害があると看護師が判断したとの記載が1件²¹⁾、認知症の確定診断がないものも含まれているとの記載が2件^{11,12)}であった。

4.3 対処文献で記載された困難と対応

対象文献を量的研究と質的研究に分類し、主に結果部分について細かく分析したものをそれぞれ表3～表5にまとめた。以下、指摘された困難場面(表3)、

質的および量的研究それぞれで把握された困難の内容とその対応(表4、表5)について説明する。

4.3.1 対象文献で記載された主な困難場面

文献内に記載された主な困難場面をカテゴリに分類し、表3にまとめた。暴言・暴力、意思疎通困難など「認知症症状に起因」に関するもの、点滴除去や拒薬をはじめとする治療やケアへの協力の得られにくさ、症状の自覚や訴えが少なく状態悪化が掴みにくい、転倒・転落・骨折などの事故予防、身体拘束に関連する「リスクマネジメント」に関するもの、関わる時間が確保できない、仕事量の増加などの「看護業務」に関するもの、他患者への影響、認知症高齢者にとって適した治療環境ではないといった「病棟環境」に関するもの、職種間や家族との「連携」に関するものと多岐に渡っていた。

総じて認知症高齢者の入院加療中には、「認知症症状に起因」する意思疎通困難や「リスクマネジメント」の治療やケアへの協力が得にくい場面が多くみられており、対応する看護師は、事故予防対策がすべての文献で取り上げられるほど困難場面と感じ

表2 対象文献の研究概要

文献番号	研究デザイン データ収集	調査時期	病院種別	対象者概要	認知症高齢者の基準
11	質的記述的 半構成的 インタビュー 19～90分/人	2002年7～9月 2003年4～5月	医療施設 5施設 一般病院 介護老人保健施設 療養型医療施設	看護師27名 平均年齢 42.6歳 (24～55歳) 平均経験年数 19年 (3.3～34.3年)	確定診断のない者も含む
12	質的記述的 半構成的面接 60～90分/人	2009年10月 ～2010年3月	急性期病院 2施設 一般病棟	看護師5名 平均経験年数 8年 (4.5～18.5年) 急性期一般病棟以外の経験無 認知症高齢者の看護の経験有	確定診断のない者も含む
13	(質的) インタビュー 60～90分/1G	2009年4～10月	一般病棟	看護師6名 平均年齢 34.17±10.82歳 平均経験年数 11.75±10.17年	認知症高齢者の日常生活自立度 I かつ65歳以上の者
14	(質的) 半構成的面接 フォーカスグループ インタビュー(3人1G) 60～90分/1G	2010年10～11月	急性期病院 1施設 成人外科病棟 3病棟	看護師6名 年代 20～40代まで 臨床実践能力 Lv1 3名 Lv2 1名 Lv3 2名	記載なし
15	(質的) 半構造化面接 40～60分/人	2011年4～9月	中規模病院 一般病棟 複数	看護師12名 平均年齢 34.1±8.7歳 平均経験年数 10.7±6.5年 (4～24年) 認知症高齢者を過去3年間3例以上経験	柄澤式老人知能の判断基準 中等度+2以上の者
16	(質的) 半構造化面接 28～64分/人	2011年7～9月	大規模病院 一般病棟10病棟	看護師10名 年齢中央値 28.5歳 (24～43歳) 臨床経験年数中央値5.5年 (4～21年) 認知症高齢者を過去3年間3例以上経験	記載なし
19	(質的) 半構成的面接 60分/人	2007年1～3月	都市部2病院	看護師26名 平均年齢 44.4±12.4歳 平均経験年数 18.5±3.4年 平均認知症看護経験年数 4.5±3.9年	記載なし
20	質的 調査用紙 インタビュー 20分/人	2014年9月 ～2015年3月	回復期リハ含む一般病院	看護師24名 平均経験年数 13.29±8.93年 平均認知症看護経験年数 9.51±8.4年	診断された高齢者 認知症予備軍(MCI)と診断された、 未診断だが看護師が認知症の可能 性があると考えた) 高齢者
21	(質的) 半構造化面接 60分/人	2011年3～5月	緩和ケア病棟 5 か所	看護師5名のうち緩和ケア認定看護師2名 年齢 29～51歳 看護経験年数 8～30年 緩和ケア病棟経験年数 5～25年 有効回答数145部	診断の有無にかかわらず、 記憶障害・見当識障害のいずれかが あると看護師が判断した高齢者
17	(量的) 質問紙 郵送	2011年10～11月	心不全治療実績のある 全国のDPC対象病院 循環器病棟 500施設	平均経験年数 15.1±7.7年 現在の職場での経験年数6.4±5.6年 高齢心不全患者の急性増悪の経験有	認知症の診断名 重症度を尋ねる項目有
18	(量的) 無記名自記式 質問紙 留め置き調査	2012年10月	首都圏二次救急医療機関 一般病棟 6 病棟	病棟看護師123名 平均経験年数 8.9±5.6年 現在の病棟経験平均年数 2.8±3.2年	記載なし

注：研究デザインの() 標記は研究内容から著者が判断した。

表3 対象文献に記載された主な困難場面

文献番号	病院種別	認知症症状に起因		リスクマネジメント			看護業務	病棟環境		連携		
		暴力・暴言	意思疎通困難	治療・ケアへの協力が得にくい	症状悪化が頻りにくい	事故予防対策	抑制・拘束	関わる時間が必要	仕事量の増加	他患者への影響	治療環境への配慮	多職種連携
11	医療施設 5施設 一般病院 介護老人保健施設 療養型医療施設	○		○	○	○	○	○	○	○		○
12	急性期病院 2施設 一般病棟		○			○	○		○		○	○
13	一般病棟	○	○	○		○	○					○
14	急性期病院 1施設 成人外科病棟 3病棟			○		○	○		○	○	○	○
15	中規模病院 一般病棟 複数	○		○		○	○	○	○	○	○	○
16	大規模病院 一般病棟 10病棟		○	○		○	○		○	○		○
19	都市部 2病院	○	○	○	○	○	○		○			
20	回復期リハ含む一般病院	○	○			○	○		○		○	○
21	緩和ケア病棟 5か所		○	○		○					○	○
17	心不全治療実績のある 全国のDPC対象病院 循環器病棟 500施設	○	○	○		○	○		○			○
18	首都圏二次救急医療機関 一般病棟 6病棟	○	○	○		○		○	○		○	○

ていることがうかがえた。

4.3.2 質的研究で把握された困難内容と提案された対応策

表4に示すとおり、質的研究^{11-16,19,21)}で提案されている困難への対策は、看護体制をはじめとするマンパワー強化^{11,12,15,19,20)}、認知症に対する正しい知識とアセスメントそれを基にしたケア技術の習得が重要とされていた^{12,13,15,16,19,21)}。本来の入院目的である身体疾患の治療については、カンファレンスなども活用し、医師をはじめとする多職種で検討を重ね、本人・家族も納得できる目標設定が有用ではないか^{12,14,16,20)}と述べられていた。

困難場面での看護師の感情には、イライラ、不安や緊張、ジレンマや苛立ちといった葛藤する感情を抱えていることも明らかになっていた^{11-16,19,20)}。しかし、看護師の感情に関する直接的な対応策は提案されていなかった。

4.3.3 量的研究で把握された困難の内容と対応策

量的研究^{17,18)}では、困難への対応にあたって重要と考えられる要因¹⁷⁾、困難に対応ができていない¹⁸⁾

が検討されていた。その実態として、表5に示すとおり、患者の病前性格や薬剤使用の状況などの情報を集めながら、必要時には家族の付き添いなど協力を得て対応策を講じていた¹⁷⁾。看護師がジレンマを感じやすくとされる「身体拘束」や「鎮静剤の投与」は身体疾患の治療を遂行するためにはやむを得ず行われる場合もあるが、同時に不穏状態を引き起こしてしまうなど、新たな困難を作り出すことも明らかとなった¹⁸⁾。困難場面に万能な対応策は見当たらず、半数近くが困難場面において対応できていると評価する一方で「同僚看護師の協力が得られない」以外の困難場面においては3割から4割が対応不十分であると評価していた¹⁸⁾。

5. 考察

5.1 文献の全体的動向について

今回対象とした論文のうち、2005年から2011年までは、現場である一般病院の入院病棟でどのような場面を看護師が困難と感じているのかを報告する文献が目立っていた。2013年以降は困難感や困難場面

表4 質的研究で把握された困難内容と提案された対応策

文献番号	病院種別	看護師の感情	困難の内容について	困難への対策について
11	医療施設 5施設 一般病院 介護老人保健施設 療養型医療施設	情けなさ 怒り パニック	【目が離せない人との遭遇】【家族からの応じられない要望】を契機に、【見守りの必要性】に迫られ、それにより患者の「見守り」と従来の「看護業務」の二重の看護業務が生じ【看護業務の緊迫化】が起こっていた。	見守りを適切に行うための看護体制の検討 安全性の確保とともに、患者の自由を尊重
12	急性期病院 2施設 一般病棟	イライラ 無力感 危機感	【予防策を実施しても生じる事故】【認知症高齢者を尊重した対応ができない】【患者に安寧な状態を提供することへの医師の理解の得られにくさ】【家族に状況を理解してもらえず長引く入院】という困難状況にあった。	家族や医師など認知症高齢者に関わる他職種の視点も含め研究を蓄積していく必要 アセスメント知識の習得 マンパワーの補充（他職種含む）
13	一般病棟	仕方がない 葛藤	経験年数や年齢にかかわらず困難の経験がある。 「暴力・暴言」「ケアの拒否」「徘徊」「意思疎通ができない」「失語」などの認知症状が困難場面と関連がある。	相手の身になり思いに沿った対応 行動の意味を症状としてとらえ対応方法を模索 他の業務と葛藤しながらも優先した対応 認知症の症状を判断するための知識・技術・態度の習得
14	急性期病院 1施設 成人外科病棟 3病棟	イライラ 不安 緊張 ジレンマ	認知症高齢者に対して全員が「大変」「手がかかる」という認識があった。過去に起きたリスク事例から不安を感じる一方、安全を守る目的での抑制について自らの感情を封印し身体ケアに専念していた。	精神の安寧にも目を向ける。 カンファレンスの活用 抑制必要時は、外す目標を明確化する。
15	中規模病院 一般病棟 複数	ストレス イライラ 葛藤	安全な医療提供に対する困難と一般病棟の条件に起因する困難があり、これらが一体化し「看護師」であるがゆえの困難が生じていた。	認知症ケア研修 臨機応変な人員配置 治療について本人・家族や医療チームと意思疎通を図り、入院加療について納得できるように関わっていく。 認知症高齢者の生活機能を維持するための援助の適正評価
16	大規模病院 一般病棟 10病棟	ジレンマ ニーズに 添えない イライラ	「通常と違う看護への戸惑い」や「一般病棟の条件に起因する困難」を感じ、これらの経験から「看護師としての職務葛藤」が生じている。	治療について本人・家族や医療チームが十分意思疎通を図り、認知症高齢者を主体とした治療方針の選択・決定ができる。
19	都市部 2病院	疲弊感 達成感が 得られない	BPSDに関連した困難を中心に、「認知症の症状に関連する困難」、「患者と看護師のかかわりに関連する困難」、「認知症高齢者への看護に関する困難」など認知症看護に特有の困難が抽出された。	認知症の理解と看護方法の模索 心身状態のアセスメント 看護体制の充実
20	回復期リハ含む 一般病院	当惑する 仕方がない あきらめ感 後悔	困難感が生じる場面には「看護師にコミュニケーションを試みる」と「感情をたたきつける」の2種類の【認知症高齢者の状況】があった。相互行為を構成する要素には、このほかにも【手がかり】【行動の解釈】【看護師が意識を向けるもの】【対応】【看護師の感情】で構成されていた。	関わる時間の確保が重要 断続的な対応の質を高めることより持続して同様に関わることで不穏などの対応困難な状況が回避できる可能性が高い。
21	緩和ケア病棟 5か所		認知症疾患による言語表現の少なさ・多様さによる症状の見逃し 訴えを中心とした判断による鎮痛剤投与の遅れと過量	試しに薬剤を使用し後で反応をみる。 認知症の知識に基づく、独自の観察方法。 言語表現に頼りすぎず、聞くタイミングや行動面からの評価。複数人でのアセスメント。

表5 量的研究で把握された困難の内容と対応

文献番号	病院種別	困難に関連する調査項目	困難の調査結果	対応（看護介入）の調査結果
17	心不全治療実績のある 全国のDPC対象病院 循環器病棟 500施設	BPSD・精神症状 16項目 対応が困難と感じた状況 13項目 + 自由記述 重要と感じ入手した情報および実際にケアに活かした情報 15項目	BPSD・精神症状では、「不穏」「言語的攻撃性」「多動」が70%を超えて困難なもの認識され、「不穏」は44%が最も困難と認識されていた。対応困難と感じた状況は、「自己抜去など生命の危険性」「転倒・転落の危険性」「説明で理解が得られない」「安静が得られない」が90%を超えて困難な状況と認識されていた。	重要な情報とされ入手されたのは、「家族の協力」について「病前の性格」「BPSDに関連する薬剤使用」であった。効果的な対応は、「家族の付き添い」が挙げられ、「鎮静剤の使用」は効果的にも挙げられる一方で効果が無かったとの意見もあった。「身体抑制」非効果的対応に挙げられた。また、認知症のタイプは44%で未診断で、重症度も80%で把握されていなかった。
18	首都圏二次救急医療機関 一般病棟 6病棟	認知症高齢者ケアの困難 15項目 ①経験の有無 ②困難の程度 ③困難に対する対応の可否	15項目のうち12項目が80%の割合で「経験有」【暴力・暴言】【治療やケアの拒否】【事故が起こる危険】【多重業務・多重課題】【意思疎通困難】は90%以上で経験していた。困難の程度は「とても困難」「やや困難」あわせると全ての項目で90%を占めた。	全項目で50%以上が「対応できている」「大体対応できている」とある一方で、【同僚看護師の協力を得られない】以外の14項目全てで、30~40%が「あまり対応できていない」「対応できていない」が占めた。

の抽出に加え、具体的な対応方法の検討やその介入効果を求め、入院目的の疾患別に細分化した研究へつながっていた。これは、一般病院で加療する認知症高齢者の増加とともに、看護師が困難場面に出会うことが増えてきたこと、入院目的となった身体疾患のケアと並行した認知症ケアが求められるようになったことが原因であると思われる。

5.2 研究方法について

表2に示したとおり、対象文献11件のうち9件は質的研究であった。注目を集めるようになった看護師の困難感という現象を、研究者が丁寧に捉え記述しようと意図してきたことが伺われる。ただし、2014年には100名以上の看護師を対象とした量的研究が報告されており¹⁸⁾、今後は記述された現象についての確証を目指した研究も増加していくことが考えられる。なお、調査の対象者は経験ある看護師が中心であり、裏を返せば一般病院・病棟での認知症症状を伴う高齢者をケアする際の困難および困難感は経験が浅い看護師に限定されないものであることを示

唆している。

5.3 困難の背景と対応について

表3~表5でまとめたように、各研究で抽出されていた困難感や困難場面は、多くの要因が複雑に絡み合い生起していた。それらの要因には、認知症症状に起因する「患者側の要因」、安全を守り事前に予防策を検討する「リスクマネジメントの要因」、様々な年代・疾患の患者を24時間体制看護するため多重業務を生みやすい「病棟環境の要因」、対人サービスであるがゆえの患者に対する「看護師の感情要因」などが含まれる。

身体疾患を治療する目的で入院した高齢者の認知機能に関する情報は、今回の対象文献において明確に規定されていなかった。認知症の鑑別診断時におこなわれる認知機能検査はリハビリ職や心理職によって担われることが多いと思われるが、そもそも認知症は、中核症状とされる記憶・言語・実行機能・見当識・注意集中などの認知機能のうち、複数の機能が低下または障害されている状態像である。これ

らの認知機能は、入院に伴う環境変化や治療による身体状況により変動しやすいものと考えられる。ほぼ全ての文献で挙げられていた「リスクマネジメントの要因」に含まれる事故予防に関する困難については、リハビリ職や心理職により患者の認知機能を適宜アセスメントすることで、たとえば「この患者は右側に注意が向きにくいので、ベッドの配置を工夫する。」など、より効果的な対応策を探索する手掛かりが得られる可能性がある。

困難場面において看護師が感じるジレンマや葛藤について、今回の対象文献では具体的な対応策は挙げられていなかった。しかし、困難感の軽減にはこのような感情的側面への対処も必要であると考えられる。本研究の文献検討の対象には含まれていないが、急性期病院での問題を扱った鈴木ら²²⁾においては、「疲労やストレスを緩和するための休憩時間の確保」が有意に対処困難感を抑制する因子であったことを報告している。このことは、主観的な困難感に対しては、ストレスマネジメントの観点からも対応策を講じることが可能であることを示唆している。マンパワーの拡充だけでなく、現在職務にあたる看護師の精神的ストレスの軽減は、同職種間のサポートに加えてチーム医療内の他職種とりわけ心理職からのサポートが得やすい側面であると考えられる。

6. 結語

超高齢社会の進展は、一般病院においても認知症

の症状を伴う高齢者へのケアを必須のものとしつつある。この基本的な問題意識の下、本研究では、一般病院において認知症高齢者が入院治療を受ける際にケアをする看護師がこれまでどのような場面で困難を経験し、またそれらに対してどのような対策を模索してきたのかを明らかにするため、2005年から2015年までを対象に文献検討をおこなった。その結果、研究内容は困難の現状報告から徐々に対応方法またその効果へと移行していた。また困難感の背景として、認知症の症状だけでなく、病棟環境や看護師の感情など複数の要因が絡み合っていることが明らかとなった。認知症高齢者ケアにおける多職種協働実践の要請という動向をふまえれば、アセスメントや情報収集の段階から、リハビリ職・心理職・福祉職を含めた多くの専門職が連携することで、患者の多面的理解をふまえた個別の対応策を検討できる可能性がある。

特に、主観的な側面を含む「困難感」への対応の中に、チーム医療における心理職によるスタッフ支援の役割を適用することが可能であるかもしれない。それは、しばしば認知症の鑑別診断を担う立場でもある心理職としての患者（症状・精神面）理解への援助と、看護師の感じるジレンマや葛藤を理解し受容することを含む、ストレスマネジメントの観点も加味した支援の両面からである。このような側面を含めて、認知機能の低下を伴う入院患者のケアにあたる看護師を支援するシステムを考えていくことができるように思われる。

文 献

- 1) 内閣府：平成26年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況 第1章高齢化の状況 第1節高齢化の状況. 平成27年版高齢社会白書（概要版）(PDF形式). <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>, 2015. (2016.3.25確認)
- 2) 二宮利治（研究代表）：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. 厚生労働省科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業, 平成26年度統括・分担研究報告書, 2015.
- 3) 厚生労働省：平成26年患者調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html>, 2015. (2016.3.25確認)
- 4) 厚生労働省：「認知症推進総合戦略～認知症高齢者等に優しい地域づくりに向けて（新オレンジプラン）～」(概要) (PDF形式). http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf, 2015. (2016.5.18確認)
- 5) 田中久美（編集協力）：一般病棟における認知症ケア—寄り添うケアを目指して—. 看護技術, 54(14), 25-55, 2010.
- 6) 田中久美（編集）：一般病棟における認知症高齢者へのケア—認知症高齢者の世界を知り、適切な支援を探る—. 看護技術, 62(5), 1-160, 2016.
- 7) 湯浅美千代, 吉田千文, 野口美和子, 佐藤禮子, 内山順子：大学病院等高度先進医療を行う病院において高齢者をケアする上で看護婦が抱く困難感について. 千葉大学看護学部紀要, 19, 117-124, 1997.
- 8) 鈴木みずえ（編集）：パーソン・センタードな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア 入院時から退院後の地域連携まで. 第1版, 日本看護協会出版会, 東京, 2013.
- 9) 津川律子：チーム医療における臨床心理職 厚生労働省 第3回「チーム医療推進方策検討WG」提出資料.

- <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yq5c-att/2r9852000000yq9k.pdf>, 2010.
(2016.6.27確認)
- 10) 日本神経学会 (監修)「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会 (編): 認知症疾患治療ガイドライン2010. 医学書院, 東京, 2010.
 - 11) 谷口好美: 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造. 老年看護学, 11(1), 12-20, 2006.
 - 12) 松尾香奈: 一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ. 日本赤十字看護大学紀要, 25, 103-110, 2011.
 - 13) 室脇千里, 胡美恵, 藤原真利子, 小嶋美幸: 認知症高齢者にみられる対応困難な行動や症状に対する看護師の捉え方とその対応. 日本看護学会論文集 老年看護, 41, 152-155, 2011.
 - 14) 島田佳代, 上田今日子, 大谷綾子, 田所みき子: 急性期病院での認知症高齢者看護の困難性. 川崎市立川崎病院院内看護研究集録65回, 59-62, 2011.
 - 15) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代: 中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難. 老年看護学, 17(2), 65-73, 2013.
 - 16) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代, 萩原理恵子: 一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難 大規模病院 (一施設) の看護師へのインタビューから. 日本認知症ケア学会誌, 12(2), 408-418, 2013.
 - 17) 大津美香, 森山美知子, 眞茅みゆき: 認知症を有する高齢心不全患者の急性増悪期において看護師が対応困難と認識した支援の実態. 日本循環器看護学会誌, 8(2), 26-34, 2013.
 - 18) 片井美菜子, 長田久雄: 認知症高齢者ケアにおける一般病院看護師の困難の実態. 日本早期認知症学会誌, 7(1), 72-79, 2014.
 - 19) 千田睦美, 水野敏子: 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析. 岩手県立大学看護学部紀要, 16, 11-17, 2014.
 - 20) 西村美里, 岡本華枝, 鈴木千絵子: 一般病院に入院する認知症高齢者と看護師の対応困難場面における相互行為に影響する要因の検討. ヒューマンケア研究学会誌, 7(1), 1-11, 2015.
 - 21) 久米真代, 高山成子, 小河育恵, 加藤泰子, 久保田真美: がんに罹患した認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する看護師の困難と工夫. 石川看護雑誌, 12, 45-52, 2015.
 - 22) 鈴木みずえ, 桑原弓枝, 吉村浩美, 内田達二, 菊地慶子, 水野裕: 急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連. 日本早期認知症学会誌, 6(1), 52-57, 2013.

(平成28年8月2日受理)

Review of Japanese Research on Difficulties Experienced by Nurses Caring for Elderly Patients with Dementia in General Hospitals

Aki YOSHITAKE and Yoshiharu FUKUOKA

(Accepted Aug. 2, 2016)

Key words : elderly patients with dementia, nurse, difficulties, general hospital, general ward

Correspondence to : Aki YOSHITAKE

Doctoral Program in Clinical Psychology

Graduate School of Health and Welfare

Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-mail : yoshitake@hp.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.26, No.2, 2017 274 – 283)