

## 研究報告

# 術直後の床上安静期における認知症高齢者の ケアに対する看護師の困難感

## Difficulty of rest care after surgery for elderly people with dementia felt by nurses

渡邊 美保 (Miho Watanabe)\*<sup>1</sup> 花田 麻由美 (Mayumi Hanada)\*<sup>2</sup>  
塩見 理香 (Rika Shiomi)\*<sup>3</sup> 竹崎 久美子 (Kumiko Takezaki)\*<sup>3</sup>

### 要 約

本研究の目的は、術直後の床上安静期において急性期病院に勤務する看護師が認知症高齢者のケアに対し、どのような困難感を抱いているか明らかにすることである。看護師10名を対象にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。得られた結果は質的帰納的に分析した。その結果、4つの大カテゴリーが抽出された。看護師は、事前情報がなく、術後の患者の変化に困惑していた。その中で、センサー類やテープ固定を工夫するも、予防策が効を奏さないことに【対応方法への苦慮】を感じていた。また、抑制に抵抗を抱くあまり、抑制のタイミングを逸し、ルート類の自己抜去や転倒に直面し後悔の念に駆られ【安全と負担を強いることへのジレンマ】が生じていた。さらに、スタッフ1人が掛かりきりになることに【他患への気兼ね】を感じ、医師や家族にも協力が得られず【協力体制の限界】を感じていた。今後、術直後の床上安静期にある認知症高齢者のケアについて、具体的対応手段を明らかにしていく必要がある。

キーワード：認知症高齢者 床上安静期 術後 困難感

### I. はじめに

我が国は超高齢社会の進展に伴い、65歳以上の認知症の有病率は7人に1人と言われ、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，2017）。急性期病院における手術適応年齢も年々上昇がみられ、認知症高齢者が手術を受けることも少なくない。そのようななか、2016年度診療報酬改定では認知症ケア加算が導入され、認知症ケアチームの設置も進められている。そして、日本老年看護学会主催の認知症看護対応力向上研修も実施されており（大塚，2017）、認知症看護の系統的な学びや倫理的課題を考える機会に繋がったことなどが報告されている（桑原ら，2018）。

一方で、急性期病院における認知症高齢者の看護は臨床現場に十分に浸透しているとは言いがたく、身体拘束VS事故予防のジレンマや基本的な看護実践の経験不測、アセスメント抜きの看

護の常態化、座学の限界といった課題が生じている（湯浅，2017）。また、認知症高齢者のケアに携わる看護師は、認知症の中核症状や行動・心理症状（BPSD）への対応への困難感、安全重視のために身体拘束をせざるを得ないジレンマ（川村ら，2020）、病院という環境に起因した困難感を抱えていることが報告されている（川村ら，2018）。

特に術直後の床上安静期は、医療の進歩や高齢者の早期離床に配慮し、短縮化の傾向にあるものの認知症高齢者にとっては創部痛、安静による同一姿勢に起因する拘束感、周囲の環境やスタッフの緊張感から来る圧迫感・不安感など、様々な苦痛を強いられる時期でもある。

認知症高齢者はこうした苦痛に対処しようと術後の床上安静期に起き上がろうとし、看護者は認知症高齢者の動きに対して、静止、抑制、沈静、説得といった医療者中心のケアを強いる対応となる。結果的に、看護師は認知症高齢者

\*<sup>1</sup>第一薬科大学看護学部

\*<sup>2</sup>NPO法人もりの家

\*<sup>3</sup>高知県立大学看護学部

のケアに対して、暴力・暴言、治療やケアの拒否、事故の危険性、意思疎通困難（片井ら、2014）、危険行為（倉岡ら、2014）、安静保持の困難（湯浅、2014）といった困難感を抱いている。これらは、いずれも安全や安静、治療優先といった医療者中心のケアに起因する困難感といえる。しかし、認知症高齢者の術直後の床上安静期を対応困難と問題視し、行動制限を強いるのではなく、いかに認知症高齢者の術後安静をより安全・安楽に保つためのケアが提供できるかが求められている。

そこで、本研究では、術直後の床上安静期における認知症高齢者のケアに対する看護師の困難感とはどのようなものか明らかにすることを目的とした。本研究に取り組むことは、認知症高齢者が術直後の床上安静期をより安楽に過ごすためのケアパッケージの開発に向けて示唆を得られるものと考えられる。

## II. 用語の定義

術直後の床上安静期：手術を受けた術直後～術後1日目。

認知症高齢者：認知症高齢者とは、認知症の診断の有無によらず、加齢や疾病等によって、日常生活の遂行に何らかの支障をきたすほどの認知機能の低下を示しつつも、潜在する力を有し、主体的に自分の人生を生きようとしている高齢者であり、コミュニケーション障害によりうまく表現できないとしても、自らの意思を有している人（一般社団法人日本老年看護学会、2016）。

ケアに対する看護師の困難感：小山ら（2013）の定義を踏まえ、本研究では「急性期病院において認知症高齢者のケアを行ううえで看護師が解決しがたいと感じる場面やその時に抱く思い」と定義した。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

フォーカス・グループ・インタビューによる

質的記述的研究デザイン

### 2. 研究対象者

本研究では、スペシャリストがいない医療施設でも実施可能な認知症高齢者に対するケアパッケージの開発に繋げるため、ジェネラリストの看護師を対象とした。つまり、看護管理者や専門看護師、認定看護師等のスペシャリストは対象外とした。選定条件は以下の通りである。

研究対象者は急性期病院に勤務し、看護師経験が3年以上の看護師とし、なおかつ、認知症高齢者の術後ケアに携わっている病棟で1年以上勤務している看護師を対象とした。

### 3. データ収集方法

データ収集期間：2016年2月1日～2016年10月31日。

研究者から研究対象者全員に研究目的および概要、倫理的配慮について説明した後、フォーカス・グループ・インタビュー（以下、FGI）を開始した。FGIは、1回60～90分以内とした。面接内容は、研究対象者の許可を得て、ICレコーダーに録音した。

FGIでは、認知症高齢者の術直後の床上安静期において看護師がケアを展開するうえで、困難と感じた場面をそれぞれ想起してもらい、認知症高齢者にとって術後安静を保つことが困難な場面はどのような場面か、看護師が対応に苦労するのはどのような場合かなど意見を出し合ってもらった。また、そのような場面に遭遇した時、看護師は実際にどのようなケアを実施しているか、その効果などについても自由に語ってもらった。FGIでは、研究対象者が他者の意見に引きずられる問題やインタビュアーが与える影響が懸念される。そのため、インタビューは、研究対象者全員の意向が反映されるように、最初に間違っている意見などはなく、個々の意見が大事であることを十分に伝え、全員が話に参加できるよう必要に応じて話の流れを調整した。

### 4. 分析方法

FGIは3グループに分けて3回実施し、実施した毎に逐語録を作成した。次に、データを繰り返し

返し読み、術直後の床上安静期における認知症高齢者のケアに対する看護師の困難感を示す部分を抽出し、コード化を行った。その後、各コードの類似性に着目し、カテゴリー化を行った。なお、分析の妥当性・信頼性を高めるため、分析の際は、適宜、逐語録を読み直して元のデータに戻るようにし、意味内容に沿った分析になっているか確認した。さらに、研究者間で討議し、矛盾がないことを確認した。

## 5. 倫理的配慮

本研究は、高知県立大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（看研倫15-64号）。研究協力施設には研究の目的、意義、方法、倫理的配慮等について口頭と文章で説明し、承諾書を交わした。研究対象者には研究の目的、意義、方法、研究の参加は自由意思によるものであり、研究参加の辞退や同意の撤回は可能であり、参加の拒否や途中辞退を行っても不利益が生じないこと、得られたデータは研究以外に使用せず、学会及び論文等で発表する際は個人および施設が特定されることのないよう匿名化することを説明し、同意書を交わした。インタビューは研究対象者の都合を考慮し、プライバシーを保つため個室で実施した。なお、FGIのグループメン

バーは、研究対象者の所属施設や異なる病棟の看護師で構成し、参加者間の利害関係が発言内容に影響を及ぼさないようにした。

## IV. 結 果

### 1. 研究対象者の概要

研究対象者は3施設の急性期病院に勤務する看護師10名（男性1名、女性9名）であり、看護師経験年数は、4～30年であった。FGIは3グループで実施した。研究対象者の勤務病棟は、整形外科、消化器外科、心臓外科、脳外科であった。

### 2. 術直後の床上安静期における認知症高齢者のケアに対する看護師の困難感

術直後の床上安静期における認知症高齢者のケアに対する看護師の困難感として、【対応方法への苦慮】【安全と負担を強いることへのジレンマ】【他患への気兼ね】【協力体制の限界】の4つのカテゴリー、14の中カテゴリー、33の小カテゴリーが抽出された（表1）。本文では、【カテゴリー】《中カテゴリー》〈小カテゴリー〉として記した。研究対象者の語りは「」、語りの内容に対する補足は（ ）で示した。

表1 術直後の床上安静期における認知症高齢者のケアに対する看護師の困難感

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
対応方法への苦慮	生命に関わるルート類の自己抜去	優先度の高い点滴ルートの自己抜去がみられる
		ドレーンの不快感に伴って自己抜去が生じる
	安静が保持できないことによる身体リスクの増強	術部の安静が保てず再手術になる
		術直後の身体可動により脱臼や転倒が生じる
	かみ合わない会話のやり取り	状況認識の理解が困難である
		繰り返し説明しても共通理解が得られない
	認知機能の低下とせん妄症状の判断の迷い	普段と異なる環境の変化により行動・心理症状（BPSD）が生じる
		術後せん妄により症状が悪化する
	事前情報の不足による予測不可能な認知機能障害の出現	日中と夜間の状態が異なり対応に困る
		看護師間で認知症の予測に差異がある
術前の情報不足により対応に苦慮する		
功を奏さない予防策	センサーを用いても対応が間に合わない	
	テープ固定を工夫してもドレーンの自己抜去が生じる	
	興奮時に薬を用いても効果がみられない	
安全と負担を強いることへのジレンマ	抑制と安全との間で生じる後悔の念	薬の残留により昼夜逆転が生じる
		自己抜去の予防策に対して後悔の念に駆られる
		抑制への罪悪感と必要性の間でジレンマが生じる
		抑制を行うことで状態が悪化する
		ドレーン抜去の危険性を孕むなか抑制のタイミングに困惑する

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
	家族への負担が予測されるなかでの付き添い依頼	やむを得ず家族に付き添いを依頼する
	手術による利益と不利益	本人の意思がどこまで反映された手術だったのか疑問を呈する 健康レベルが低下してまで手術を行う意味があるのか疑問が残る
他患への気兼ね	他患への対応が手薄になることの後ろめたさ	対応に追われ他患のナースコール対応が遅れる 1人のスタッフが掛かりきりになる
	他患からのクレーム	大声が響くことで他患から眠れないというクレームを受ける
協力体制の限界	親しい家族が付き添うことの限界	家族と医療者との間に認知症の受け入れに温度差がある
		家族の付き添いで余計興奮が増幅される
		家族の付き添いが得られない
	夜間帯におけるマンパワー不足	夜間のスタッフ人数が限られ協力を得られにくい
		一人が付きっきりとなり他のスタッフに業務が集中する 常時目が行き届かないことでリスクを未然に回避できない
医師と看護師間の予測性の違い	医師に相談しても理解してもらえない 事前に不穏時の薬の指示がない	

### 1) 【対応方法への苦慮】

【対応方法への苦慮】とは、術直後の床上安静期において、予測困難な症状の出現に困惑するとともに、治療の理解が得られないことで、安静が保てず治療遂行上の安全保持ができないことに思い悩むことである。このカテゴリーは《生命に関わるルート類の自己抜去》《安静が保持できないことによる身体リスクの増強》《かみ合わない会話のやり取り》《認知機能の低下とせん妄症状の判断の迷い》《事前情報の不足による予測不可能な認知機能障害の出現》《功を奏さない予防策》の6つの中カテゴリーからなる。

「(患者が) 管(ドレーン)を持って『早くこれ外さないといけない』とか、手術した方の足をタオルで支えながら降りようとしてみたり。結局いくら説明しても、安静が守れなかったんで、その時は薬を使って。(身体)状態によって術後は絶対に(ドレーン)を抜かれたくない、点滴ルートなら看護師も入れられるんですけど、さすがにドレーンは、どうしても無理なので、そこだけは死守したいので」(Eさん)と語り《生命に関わるルート類の自己抜去》が起こらないように注意を払っていた。

「脊椎のオペ後の、血腫予防とかで廃液がたまらないようにドレーンを入れているんですけど、それを自分で抜いてしまったりとか。あとは、整形なので、転倒転落が多く、術後に再度、脊椎を損傷すると麻痺が出たりするので。」(Fさん)と語っていた。また、「あれおかしいねって思ったら、血腫増強、ド

レーンがひけてない。それで緊急度が高くて再手術の場合もありますし、1日は頑張って安静を保って欲しいんですけど、なかなか、その通りにいかなくて。」(Iさん)と語り《安静が保持できないことによる身体リスクの増強》に困惑していた。

「(看護師が)『手術をしたから』って言っても(患者は)『どうしてこんなことをされなきゃいけないの』っていう訴えの方が多いので、私たちからしたら、手術をしたら、バルーンが入って点滴をしたりするのが当たり前なので、手術をしたのという一言で済むんだと思うんですけど、何も知らない患者さんからしたら、『手術をしたからといってどうしてこんな管だらけにされないといけないのか』っていう感覚なのかなと思います。(中略)自分の置かれた環境が手術をしたイコールにはならないのかなって思います。」(Gさん)と語り、《かみ合わない会話のやり取り》に困惑していた。

「術直後で早い人は、帰ってきた時からもうすでに『ここはどこ』って人もいますし、1回ぐっすり寝て目が覚めた時に発生するとか。そういうのが結構ありますね。寝てる、よかった、って思い、そろそろ起きるからと思って行ったら、すっかり別人になっていて、そんな時に、点滴抜かれていたとか。」(Aさん)と語り、《認知機能の低下とせん妄症状の判断の迷い》に苦慮していた。

「短期入院になっているので、入院翌日オペとかっていうケースは多くあって、その短い中で情報収集とかになると、情報が手薄になってしまうパターン



も結構あると思います。」(Cさん)と語っていた。また、「家族の方からもあまり認知症的な情報がなかったり、独居の方だったり、っていうことでノーマークのまま手術になってしまうと、手術日に初めて受け持つと『えっ、この人こんな人だった』って思うところからスタートになるので、やっぱり対応が遅れてしまう」(Aさん)と語り、《事前情報の不足による予測不可能な認知機能障害の出現》に困惑していた。

「ナースコールがセンサーの人もたくさんいるので、鳴ったらすぐに行かないとこけてしまうような人や認知症だったりせん妄だったりという人もいる部屋で、上手く(ナースコールが鳴って)行かないと、こけちゃいます。」(Aさん)と語り、<センサーを用いても対応が間に合わ(ない)>ず《功を奏さない予防策》に直面していた。

## 2) 【安全と負担を強いることへのジレンマ】

【安全と負担を強いることへのジレンマ】とは、抑制や家族の付き添い負担の軽減を図りたいという思いを抱く半面、打つ手がなく苦渋の決断を迫られることである。このカテゴリーは、《抑制と安全との間で生じる後悔の念》《家族への負担が予測されるなかでの付き添い依頼》《手術による利益と不利益》の3つの中カテゴリーからなる。

「なるべくなら、縛ってあげたくない。かといって、胸腔ドレーンとか抜かれたら大変なので、っていうジレンマがあります。」(Bさん)

「自分が受け持っているときに(ドレーンを)抜かれるっていうのが結構ショックなんですよね。なんて言うんでしょうね。自分のミスっていうか、観察力不足みたいな。(他のスタッフから)『誰が受け持っても一緒やったよ』って言われても、もうちょっと何か出来たかなっていうのは残るんです。」(Dさん)、「結局、縛らなかった場合、(ルートやドレーンを)抜かれることも多々ありますし、でも縛るっていう行為自体に抵抗があるので悩めますね。どっちが良かったのかと思います。」(Bさん)と語り、《抑制と安全との間で生じる後悔の念》に苛まれていた。

「家族にも迷惑がかかり、家族もやっぱりしんどいじゃないですか、呼び出されて。仕事を持つてる方も多々いらっしゃるので。なので、出来ることなら

どの場合も、なんとか頑張ってみようって思うんですけど、やっぱりだめだって思うときは(家族に来てもらって)。(Cさん)と語り、《家族への負担が予測されるなかでの付き添い依頼》に申し訳なさを感じていた。

「80後半、90歳ぐらいで認知症があって、本人に苦痛がない、痛みもない、その状態で動ける人に、早期で胃がんが見つかったら手術しましょうって、その人の予後と胃がんとどちらを取るのか、って思いますね。術後に絶対、ADL(日常生活動作)は元に戻りませんから。(中略)」(Dさん)と語り、術後の身体機能の回復を懸念し、《手術による利益と不利益》との間で葛藤を抱いていた。

## 3) 【他患への気兼ね】

【他患への気兼ね】とは、術後の認知症状やせん妄症状の対応に時間を取られ、他患のケアが行き届かず罪悪感を生じることである。このカテゴリーは、《他患への対応が手薄になることの後ろめたさ》《他患からのクレーム》の2つの中カテゴリーからなる。

「ルートの自己抜針をしたとして、せん妄のような幻視や幻覚があるような状態だったら、それ以上に、ドレーンとか硬膜外麻酔とかをこれ以上抜かれないように、つきっきりみたいな形になってしまって。夜勤帯だと看護師1人に対して12人とか16人ぐらいの患者さんを受け持ち、ほとんどが術後の患者さんで、ターミナルの患者さんもいるので、その患者さんにも時間をとりたいので、ずっとつきっきりっていうわけにもいなくなるので。」(Gさん)と語り、《他患への対応が手薄になることの後ろめたさ》を感じていた。

「くくることによって、結構大声を出されたりとかすることもあるので、そうすると他の患者さんからもどうしたのっていうことになったりもするので、夜中だと声が大きくなったりとかするのにも困るというか。」(Bさん)と語っていた。また、「(他患から)クレームがあったりするので。『どうなってるの』とか『寝れなかった』とか言われて。」(Cさん)と語り、《他患からのクレーム》に対し、気を揉んでいた。

## 4) 【協力体制の限界】

【協力体制の限界】とは、家族や医療者間の協

力体制が上手く整わず、具体的支援がないまま  
どうしようもできず八方塞がりになることであ  
る。このカテゴリーは、《親しい家族が付き添う  
ことの限界》《夜間帯におけるマンパワー不足》  
《医師と看護師間の予測性の違い》の3つの中カ  
テゴリーからなる。

「最初から認知症とわかっていて、術後は家族が付  
き添うことになっており、(患者さんも)結構高齢じゃ  
ないですか。付き添った家族が奥さんで高齢者同士  
になったときに、奥さんも心配で、ちょっとしたら、  
『もういかん、あんたそんなことしたらいかん』みた  
いなのを繰り返してお互いが興奮して、どうにもな  
らなくなって、っていうパターンがあります。」(D  
さん)と語り、《親しい家族が付き添うことの限  
界》を感じ取っていた。

「朝の6時とか5時とかに(そわそわ)やりはじめ  
ると、もう大変です。そこに1人(看護師が)とら  
れて、もう残りの看護師がご飯を配ったりとか、食  
事介助とかもみたいになって。でも、朝から、セレネ  
ースとか使えないし。」(Dさん)と語り、《夜間帯に  
おけるマンパワー不足》を感じていた。

「(不穏症状が)すごくないというか、ない状態で  
先生に報告しても、『いやこれぐらいやったら大丈夫  
やろ』ってなることもあるし、その辺の兼ね合いが  
難しいなって思います。すごく暴れてるとかじゃな  
かったら、鎮静の指示が出なかったりっていうこと  
もあるので、それに困ったりもします。夜寝れない  
ともっとおかしくなるというのが私の中であるので、  
やっぱり、夜間眠れるように指示は出して欲しいな  
とは思っています。」(Bさん)と語り、《医師と看護  
師間の予測性の違い》を感じていた。

## V. 考 察

### 1. 術直後の床上安静期における認知症高齢者 のケアに対する看護師の困難感について

本研究の結果から、術直後の床上安静期にお  
ける認知症高齢者のケアに対する看護師の困難  
感として、予測不可能な症状に対するケアの困  
難感、家族・医療者間の連携に関連したケアの  
困難感という特徴が明らかになった。以下、こ  
の2つの困難感の特徴と対応について考察する。

#### 1) 予測不可能な症状に対するケアの困難感

看護師は、《認知機能の低下とせん妄症状の判  
断の迷い》を抱いたまま、《事前情報の不足によ  
る予測不可能な認知機能障害の出現》に困惑し、  
ケアの対応が後手に回り《功を奏さない予防策》  
に苦慮していた。これらは、入院前の患者像や  
入院時から現れている症状を掴む間もなく術後  
の認知機能の低下に対して予測が立てにくいと  
いう特徴を含んでいる。

入院した認知症高齢者について看護師は、高  
齢者総合機能評価(CGA)やスクリーニングシ  
ートを用いて、アセスメントを行い認知機能の低  
下を予測する。また、それがどの程度、治療や  
入院生活に影響するのか、認知機能の低下に影  
響する要因(視力低下や難聴、痛みや呼吸困難  
など)をもとに早期からスクリーニングを行う  
システムは多くの病院で整備されつつある。し  
かし、先行研究からも認知症の表面的な症状や  
現象のみの着目、入院期間の短縮により人間関  
係の構築まで至らないこと、看護師の生活経験  
の少なさが対象理解の困難を招いていることが  
示唆されている(島田ら, 2011)。

本研究においても、在院日数の短縮化により、  
術前に患者と十分な関わりを持つ機会がないま  
ま《事前情報の不足による予測不可能な認知機  
能障害の出現》に困惑する様子がみられ、これ  
らは先行研究とも一致する。入院前の普段の生  
活の様子や性格などを把握していないと患者の  
些細な変化に気づきにくいいため、認知機能の低  
下なのか、せん妄による注意障害がないか《認  
知機能の低下とせん妄症状の判断の迷い》が生  
じていると考える。

今後、多様化する家族構造も見据えて、その  
人の人となりを掴むためには外来時から、その  
人の性格や生活背景、身体状況、使用している  
薬の把握、家族や地域で関わる人から普段の状  
態について意図的に情報を得て、その情報をカ  
ルテに残し、情報を活用できるものにしていく  
ことが必要である。そうすることで、《事前情報  
の不足による予測不可能な認知機能障害の出現》  
に対しても、予測性をもって対応することが可  
能になると考える。

次に、看護師は《生命に関わるルート類の自  
己抜去》や《安静が保持できないことによる身

体リスクの増強》に困惑しており、再手術や転倒の発生など二次的合併症に注意を払っていた。高齢者は複数の疾患を併せ持ち、薬物の副作用や脱水、電解質異常などを起こし、環境変化や手術侵襲が加わると認知症に限らず、せん妄の発症リスクが高い。

したがって、高齢者特有の症状・徴候を踏まえ、《生命に関わるルート類の自己抜去》や《安静が保持できないことによる体リスクの増強》は、認知症の有無に限らず誰にでも起こりうるものという前提のもと、術前からせん妄症状や認知機能の低下に対する予防的な関わりを施すことが重要だと考える。これらの関わりは、術直後の床上安静期における認知症高齢者の安楽の度合いを左右するものとなるだろう。

一方で、懸命にケアを行っても、ケアのタイミングによっては、《功を奏さない予防策》になってしまい、《かみ合わない会話のやり取り》が看護師のケアの困難感を増強させていた。これらの困難感の背景には、患者の見える世界から現状を捉えるというより、目の前の困難な状況に対し対応に追われるという特徴が含まれていた。支援者に重要な課題は、認知症による困った問題に対応しなければ、といった一直線の技を繰り出す前に当事者の声を聴くことが重要だと言われている（中島，2018）。それは、ただ単に、治療の必要性を説明し、納得してもらおうというケアではなく、苦痛や不快感を示す高齢者の表情や言動、態度からその人のニーズを読み取ることも含まれているだろう。つまり、患者が術後の安静を保てないのかはなぜなのか、その人の見ている世界に立ち戻ることでケアの在り方もそこから生じる看護師の困難感も変わってくるのではないかと考える。

## 2) 家族・医療者間の連携に関連したケアの困難感

看護師は、倫理的課題と看護職としての責務の間で《他患からのクレーム》を受け、《抑制と安全との間で生じる後悔の念》や《他患への対応が手薄になることの後ろめたさ》を感じていた。《抑制と安全との間で生じる後悔の念》には、医療安全の側面を重視し、何か起こっては

いけないという意識からやむを得ず身体拘束を行うといった特徴が含まれていた。先行研究においては認知症患者の約4割に身体拘束が実施されており、それらの背景には医療安全の重視や病棟文化が影響を及ぼしていることが報告されている（中西，2019）。急性期病院の看護師は、身体拘束はすべきではないと思う一方、現状では身体拘束をせざるをえないという思いを抱き、ルート類の自己抜去の予防方法として身体拘束なしでは不安を感じており（湯浅，2017）、今回の結果からも同様の思いが明らかになった。

急性期病院では、治療・安全が優先されやすく安心して治療を受けられる物理的な環境が整っていないこと、モニター装着や他部門への送迎を要する患者が多い病棟では、身体拘束で安全を守るといった組織風土があること、認知症ケアに対する肯定的対話の不足が認知症ケアへの負担感に繋がっていることが報告されている（小山ら，2021）。一方で、急性期病院であってもパーソン・センタード・ケアを基盤としたケアを取り入れることにより、身体拘束の低減につながる可能性が高いと言われている（鈴木ら，2019）。そのため、倫理的価値観を尊重する組織文化の改革を進めるとともに、認知症高齢者の立場に立ち、周囲の人からどのようにみなされ扱われているのかといった社会心理にも目を向けて、パーソン・センタード・ケアを取り入れた包括的なケアの在り方が求められる。

看護師はちょっとおかしいと感じ、せん妄のサインを掴んでも主治医による事前指示がなく、相談しても《医師と看護師間の予測性の違い》により、適切なタイミングで薬を使用することができないという状況が生じていた。これは、医師と看護師間の連携だけでなく、チームとしての取り組みや看護師が置かれている環境や組織体制などに関連した困難感といえる。先行研究においても、認知症高齢者への対応に関する困難感には、認知症に対する知識不足、一般病棟の業務システム（入院日数の制限、煩雑な業務と時間的ゆとりのなさ）（山下ら，2006）、医師や他職種との協力が得られないことが示されている（川村ら，2020）。また、認知症高齢者への対応は多職種チームで実践することが重要であり、BPSDに関する知識の習得だけでは認知症



高齢者への対応困難を軽減することは難しいと言われている（神谷ら，2021）。

このことから、看護職と多職種が認知症高齢者のケアについて理解を深め、治療方針や薬の事前指示などについて共通理解を図ることが重要であると考えられる。加えて、医療者間の連携が図れていない状況は、患者の回復過程の遅延や家族への介護負担というリスクを孕み、同時に看護師のケア意欲を低下させる要因ともなりうる。そのため、看護者だけでどうにかしようと抱え込まずに専門的知識や経験をもつ多職種のチームアプローチに繋げ、早期介入に結び付く支援体制を図っていくことが求められる。

現に看護師は、医療者間の連携を模索しつつ、同時に目の前の認知症高齢者のケアに精一杯対応していた。しかし、看護師はケアを行っても八方塞がりな状況に陥り、家族に付き添いを依頼するも、患者の混乱が増強し、《親しい家族が付き添うことの限界》を感じていた。認知症の配偶者を介護する家族介護者は、要介護者との歴史が長く関係性が強いいため、介護に伴うストレスの自覚以上に、喪失感や悲嘆を伴う（北村，2013）。そのため、付き添う家族は今まで自分が知っている本人の変化を感じ取り、それを指摘することで増々混乱が生じ、看護師は《親しい家族が付き添うことの限界》を抱いていたと考える。家族は目の前の本人との接し方に悩み、自身の生活と介護の両立のなかで、様々な思いに駆られることも多い。したがって、家族の付き添いありきで考えるというより、まずは家族の負担軽減を図り、ケア環境の見直しを行うことが求められるのではないだろうか。

また、看護師は、術後の安静が守れず苦痛を生じている認知症高齢者に対し《手術による利益と不利益》というジレンマを感じていた。日本では老いては子に従えという文化的背景のもと、本人が家族にその決定を託すケースも多く、医療従事者側も、慣行として長く家族に代理で決定を求めてきた歴史がある（長江ら，2021）。そのため、手術を受ける認知症高齢者の意思決定の場に看護師も参加し、本人、家族の意思決定を支援し、話し合いのプロセスを医療者間で共有できるように記録に留めることも必要だと考える。

## VI. 本研究の限界と課題

本研究は、3施設のジェネラリストの看護師を対象とし、FGIを用いて術直後の床上安静期における認知症高齢者のケアに対する看護師の困難感を明らかにした。

また、今回はFGIを用いてデータ収集を行ったため、同じグループの研究対象者の発言が他者に影響を及ぼしたことも考えられる。今後は、認知症高齢者の看護に携わった経験年数による困難感の差異について検討していく必要がある。加えて、本研究で明らかになった知見を基に、スペシャリストの看護師を対象に個別インタビューを行い、スペシャリストのいない医療施設でも実施可能な術直後の床上安静期における認知症高齢者に対するケアパッケージを開発していくことが求められる。

### 謝 辞

研究にご協力いただいた研究協力施設の皆様、研究対象者の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究の一部は、日本老年看護学会第22回学術集会にて発表した。

本研究は、文部科学省科学研究費基盤研究(C)（課題番号15K11772）の助成を受け実施した。

**利益相反：**本研究における利益相反は存在しない。

**著者資格：**MW、MH、RSは研究の着想に貢献し、データ収集、分析、解釈、原稿作成を行った。KTは研究の着想およびデザイン、分析、解釈、原稿への示唆および研究プロセス全体への助言に貢献した。すべての著者は最終原稿を読み、承諾した。

### 文 献

一般社団法人日本老年看護学会（2016）：「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」

日本老年看護学会の立場表明2016, pp.1-9.  
(2021年6月30日確認)

<http://184.73.219.23/rounenkango/news/news160823.htm>

神谷美保，鈴木みずえ（2021）：中小規模病院に勤務する看護職の認知症高齢者に対する看護



- 実践と看護実践の卓越性の関係, 日本早期認知症学会誌, 14(1), 46-54.
- 片井美菜子, 長田久雄(2014): 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.
- 川村晴美, 鈴木英子, 中澤沙織ほか(2018): わが国における急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感に関する文献レビュー, 日本健康医学会雑誌, 27(3)号, 251-258.
- 川村晴美, 三村洋美, 俵積田ゆかり(2020): 急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感, 昭和学士会雑誌, 80(6), 491-498.
- 北村世都(2013): 【高齢者の心をいかに理解し、支援していくか—認知症をめぐって—】 認知症高齢者を支える人々の心理的理解と支援後方支援者としての心理職にできること, 広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要, 12, pp.12-17.
- 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子ほか(2013): 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.
- 小山尚美, 渡邊裕子, 流石ゆり子(2021): 急性期病院における認知症ケアの質向上に向けた組織づくりの現状と課題 中堅看護師・中間看護管理者を対象とした質問紙調査より, 山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル, 7(1), 15-24.
- 倉岡有美子, 井部俊子, 松永佳子ほか(2014): 急性期病院における高齢患者の不穏状態と看護師の困難感, 日本赤十字看護学会誌, 14(1), 27-32.
- 桑原良子, 亀井智子, 安藤こずえほか(2018): 聖路加国際大学における認知症対応力向上研修の評価, 聖路加国際大学紀要, 4巻, 142-147.
- 内閣府(2017): 平成29年版高齢社会白書, pp.19(2021年6月10日確認)
- [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html)
- 中西三春(2019): 【認知症ケアのトピックス】 一般急性期病院における認知症ケア 日本全国の横断調査, 老年看護学, 23(2), 44-48.
- 中島紀恵子(2018): 【認知症当事者から新しいケア方法を学ぶ】 認知症ケアにおいて当事者の声を聴くことの重要性, 日本認知症ケア学会誌, 17(2), 377-383.
- 長江弘子(監修), 原沢のぞみ(編集), 高紋子(編集)ほか(2021): 認知症plus意思表示支援 日常生活の心地よさを引き出す対話事例, 日本看護協会出版会, 第1版第1刷, pp.6-7, 東京.
- 大塚真理子(2017): 【急性期病院における認知症高齢者の看護実践を考える】 認知症ケア加算2に対応する「日本老年看護学会主催認知症看護対応力向上研修, 老年看護学, 22(1), 14-18.
- 島田佳代, 上田今日子, 大谷綾子ほか(2011): 急性期病院での認知症高齢者看護の困難性, 川崎市立川崎病院看護研究集録65回, 59-62.
- 鈴木みずえ, 鈴木美恵子, 須永訓子ほか(2019): 急性期病院の看護師が実践する身体拘束の関連要因 看護師の自己評価調査を用いた分析, 日本老年医学会雑誌, 56(2), 146-155.
- 山下真理子, 小林敏子, 藤本直規ほか(2006): 一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応 一般病院における現状と課題, 老年精神医学雑誌, 17(1), 75-85.
- 湯浅美千代(2014): 【認知症ケアを組織で考える時代へ 急性期病院に求められる意識改革】 急性期病院における認知症をもつ患者への対応と管理者の役割, 看護展望, 39(6), 524-529.
- 湯浅美千代(2017): 【急性期病院における認知症高齢者の看護実践を考える】 急性期病院における認知症高齢者に関わる看護の課題, 老年看護学, 22(1), 10-13.