

< 研究報告 >

## 急性期病院の呼吸器内科病棟における認知症をもつ患者への看護の実態

### Nursing for Patients with Dementia on the Respiratory Medicine Ward of Acute Care Hospital

千葉のり子<sup>1</sup>, 長澤久美子<sup>1</sup>

Noriko CHIBA, Kumiko NAGASAWA

1 千葉大学健康科学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Science, Tokoha University

#### 【要 旨】

急性期病院呼吸器内科病棟における認知症をもつ患者（認知症患者と略）に対する看護について、日勤帯での参加観察と半構造化面接により実態を調査した。得られたデータを質的に分析した結果、看護師は、[認知症患者の可愛らしさを受けとり楽しさを共有できる][その人にあったかかわり方を模索する]ことをベースにして、[認知症患者に声かけを続け洞察することで状態をアセスメントする][認知症患者のADLの低下に応じた援助を実施する][家族の介護力についてアセスメントを行いながら、家族指導を行う][一人ひとりの呼吸状態とセルフケアの度合いに応じた薬物・酸素療法への援助を確実に行う]といった看護を行っていた。[認知症患者に対して転倒予防策を講じ、その都度観に行き安全を守る]という予防的対応によって二次障害を招くことがないように援助していることが明らかとなった。また、認知症患者と同室となった認知症でない患者の思いから、看護師が認知症患者にその都度速やかに対応していることや環境調整に気を配るなど努力していると捉えた評価が得られた。

---

Key Words : 急性期病院, 呼吸器内科病棟, 認知症患者の看護

#### 1. 緒言

急性期病院の一般病棟においては、人口構成の高齢化により急性期治療を必要とする認知症患者の入院者が増加している。看護配置基準7:1体制は、わが国において手厚い看護体制である。この看護配置基準の届出病床数は平成26年には約38万床で、医療機関数は1,617施設<sup>1)</sup>である。しかし、7:1看護体制の病棟においても、夜間は一人の看護師が14~15人の患者を担当しており、

看護師の業務負担は重く、認知症患者が入院してもじっくりとかかわることが難しい現状にある<sup>2)</sup>。7:1看護体制を採用していない急性期病院一般病棟の看護業務は、在院日数の短縮化により、入退院患者への対応や慢性疾患の悪化や急性期の濃厚な治療を受ける患者を多数受け持ちながら、かつ入院数が増加している認知症患者の看護を行っており、看護負担は重いと推察される。これまで、急性期病院における認知症患者に対する看護について、認知症特有の症状に伴う困難さや援助

者の感情について明らかにされてきたが<sup>3)4)5)</sup>、一般病棟での認知症患者に対する看護の実態を具体的に示したものは少ない。

急性期病院呼吸器内科病棟には、呼吸器疾患を患う患者とともに、呼吸器疾患を患う認知症患者が入院している。呼吸器疾患や呼吸機能低下による患者の急性期は、激しい呼吸困難をはじめとする急性症状を呈し、死への不安感にかられていることが多い<sup>6)</sup>。看護は、呼吸機能回復への援助を適切かつ迅速に行いつつも患者の人間としての尊厳を守り、基本的なニーズを満たすこと、さらに本人と家族が少しでも心理的に安定する方向に向かえるように細やかな配慮が求められる<sup>7)</sup>。異常の早期発見、適切かつ迅速な対応が求められることから看護師にとっては緊張感があり、入院患者のなかで援助の優先度は高くなる。しかし、同時に増加している認知症患者の周辺症状に対する援助も必要である。急性期病院のこのような状況にある病棟の、認知症患者に対する看護がどのように行われているのかを示す先行研究は少ない。

そこで本研究では、急性期病院呼吸器内科病棟で認知症患者に対する看護がどのようなものであるかその実態を調査することとした。看護の実態を示すことで、急性期病棟の看護課題が明確になると考える。

## 2. 本研究の目的

急性期病院の呼吸器内科病棟における認知症患者に対する看護について調査し、その実態を明らかにすることである。

## 3. 用語の定義

本研究においては、用語について以下のよう

に定義する。  
急性期病院：急性期医療を行っている、看護配置基準7対1である病院とする。

呼吸器内科病棟：主として呼吸器内科の患者が入院する病棟とする。

認知症患者：①認知症と診断されている入院患者、②認知症の中核症状や行動・心理症状（BPSD）を看護師がみとめる入院患者で、この2つのいずれか一方あるいは両方に該当する入院患者で、看護師が危険を予測した対応が必要だと判断する患者とする。

## 4. 研究方法

### 4.1 データ収集方法および分析方法

A 急性期病院呼吸器内科（看護配置基準7：1）で認知症患者も入院する病棟で、臨床経験3年以上の看護師に研究協力を依頼し、了解の得られた看護師6名に日勤帯での参加観察とインタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。参加観察場面で研究者が気になったことや認知症患者の看護に対する思いなどをインタビューした。看護師への平均参加観察日数は7.6日、平均インタビュー時間は43分であった。データ収集期間は、2011年12月～2013年1月であった。得られた資料から認知症患者の看護の実態について質的に分析した。

分析にあたり、まずは逐語録を丁寧に読み文脈のなかでデータが示すことをとらえるようにしコード化した。次にコード化したものを共通の意味内容をもつものを集めてサブカテゴリー化した。得られたコード、サブカテゴリーの関連性を考慮しながら分類の検討を繰り返し行い、コード名、サブカテゴリー名の修正・精練を行った。サブカテゴリーのなかで共通の意味内容をもつものを集めてカテゴリー化した。分析の過程で、領域、現場を説明するための解釈について、看護管理学に精通する質的研究者のスーパーバイズを受けた。

## 4.2 倫理的配慮

施設長には、研究目的・研究方法・倫理的配慮を説明し了承を得た。研究対象者に対し、研究への参加は、研究対象者個人の自由意思によるものであり、参加しない場合や途中で参加を中止する場合も不利益のないことを説明した。データ収集は対象者の都合を最優先し、話したくないことは無理に話さなくてよいこと、データの保管と破棄、公表の際の匿名化について説明した。本研究は、所属大学および研究協力施設の研究倫理審査の承認を得て実施した（認証番号：11030, 13081）。

## 5. 結果

### 5.1 A 急性期病院の呼吸器内科病棟における認知症患者に対する看護の実態

#### 5.1.1 研究の場

研究の場は、X急性期病院の呼吸器内科病棟でベッド数は48床であった。日勤帯では、6～7人の看護師が受け持ち業務を行っていた。看護方式は、固定チーム継続受け持ち制であった。病棟内の患者は、肺炎などの呼吸器疾患で急性期にある患者1～2割、肺癌などでターミナル期にある患者2割～3割、それ以外が回復期にある患者であった。病棟の重症患者、例えば、間質性肺炎などの重症肺炎の患者はHCUに入室し、非侵襲的陽圧換気療法や気管内挿管による人工呼吸器を装着していた。患者割り当ては、日勤帯は看護師の担当である患者を受け持つように配置され、患者の重症度と看護師の経験年数によって受け持ち人数が調整されていた。夜勤はチームの患者を受け持っていた。看護師の受け持ち人数は、日勤では4人～10人、夜勤では、20人前後であった。認知症患者は、常時一人以上はいて数人が入院していた。看護室のナースコール親機に転倒予防の離床センサー使用を示すマグネットが、多い日には5つ貼られていた。病棟内の患者の入退院に

応じてベッド操作が行われており、認知症患者は入院時の状態やベッドの空き状況により個室または2人部屋、4人部屋での入院生活となっていた。このような患者の療養環境のなかで、看護師は異なる部屋にいる患者を複数担当して看護していた。

#### 5.1.2 研究対象者

研究対象の看護師は、20歳代から30歳代の女性6名であった。看護師経験は5年目から13年目であった。

#### 5.1.3 認知症患者に対する看護の実態

看護師は、[認知症患者の可愛らしさを受けとり楽しさを共有できる][その人にあつたかかわり方を模索する]ことをベースにして、[認知症患者に声かけを続け洞察することで状態をアセスメントする][認知症患者のADLの低下に応じた援助を実施する][家族の介護力についてアセスメントを行いながら、家族指導を行う][一人ひとりの呼吸状態とセルフケアの度合いに応じた薬物・酸素療法への援助を確実に行う]といった認知症患者の看護を行っていた。また[認知症患者に対して転倒予防策を講じ、その都度観に行き安全を守る]という予防的対応によって二次障害を招くことがないように援助していた。

以下にカテゴリーをサブカテゴリーと代表的なコードを用いて記述する。[]はカテゴリー、<>はサブカテゴリー、《》はコードを示す。“”はin-vivoを示す。データの補足は、()で記述する。

(1) [認知症患者の可愛らしさを受けとり楽しさを共有できる]

研究の場である急性期病院呼吸器内科病棟では、日勤で看護師が受け持つ患者数は多い日では10人、夜勤では何十人もの患者の責任をもつことが一般的であった。看護師はこのような状況下で、認知症患者を含む複数の

患者の看護を行っており、[認知症患者の可愛らしさを受けとり楽しさを共有できる]ことが示された。《“昼間はやっぱり余裕があるから優しくなれる”》《複数の受け持ち患者と認知症患者を担当することは苦痛には思いうかもしれないが、楽しさ、可愛らしさを受けとっている》が含まれた。看護師にとっての「余裕」とは、複数の患者を担当しながらも一人の患者に関心をよせ、必要だと判断した働きかけをその場で実施し評価できることを表している。看護師は何か反応を得たいと期待をもって認知症患者に関わると、自分をさらけだしたり、一言二言返してくれる会話のなかにその人の可愛らしさを受けとる。その結果、時間と空間を共にして、その時その場で繰り広げられる会話や出来事を共有するなかで、自然に認知症患者のその人らしさを受けとり楽しさを共有していることが示された。

(2) [その人にあつたかかわり方を模索する]

このカテゴリーは、《認知症高齢者に自分が居ることをアピールしたり、コミュニケーションがとりやすい方法を試す》《夜勤時急変がなく落ち着いていれば、不眠の認知症患者に抑制することなくとことん向き合う》といったコミュニケーション方法を工夫したり、そばにいて関心をよせることや自分の感情をコントロールする》が含まれた。

急性期にある認知症のない患者が落ち着いていれば、認知症患者のベッドサイドにいてその人の言動を理解しようと関わり、その人に合った方法を考え対応していることが示された。看護師にゆとりがない状況になれば認知症患者との時間と空間の共有は少なくなり、フリー看護師など周りのスタッフに援助のサポートを依頼しながら現場の状況に対応していた。

(3) [認知症患者に声かけを続け洞察することで状態をアセスメントする]

意思の表出が難しい認知症患者に対しての

看護師の対応が示された。《自覚症状を伝え難い認知症患者に声かけを続ける》《認知症患者の気になっていることを推測しながら声かけをする》といった推測しながら声かけをする＜全身を洞察し、状態をアセスメントする＞が含まれた。具体的には、(医師の指示のある)認知症患者の酸素療法の減量は、全身を観てレベルを観て呼吸状態を観てサチュレーションを測定して判断し減量するということを、いつものこととして行っていた。主観的情報が曖昧な認知症患者に対して、観察を駆使して看護アセスメントを行っており、そのためにベッドサイドにいる時間は長くなっていた。

(4) [一人ひとりの呼吸状態とセルフケアの度合いに応じた薬物・酸素療法への援助を確実に行う]

呼吸器疾患で一般病棟に入院して急性期治療を受ける認知症患者に対して行う、診療の補助行為である薬物療法の援助が示された。一人ひとり異なった状態にある患者の治療がスムーズに行われるように援助していることが示された。＜認知症患者への薬物療法を確実に実施する＞＜呼吸症状とセルフケアの状態に応じた酸素療法・吸入療法の援助を実施する＞＜複数看護師で必要な処置を実施する＞＜繰り返し薬物療法の援助を行う＞が含まれた。

呼吸器疾患で入院した認知症患者の、呼吸器以外の疾患の回復促進のための治療の援助も含まれた。認知症患者に軟膏塗布や点眼実施、回復促進のための下肢患部のクーリングなどを実施していた。患者の酸素療法の確認を行い、サチュレーション測定と自覚症状の観察により呼吸状態が安定していると判断できれば、(医師の指示のある)酸素療法を中止し、自分でコールができる患者には呼吸苦などの症状がみられたら知らせてくれるように伝えていた。また、看護師は、(病棟内の)個々の患者のCO<sub>2</sub>蓄積と意識レベルは頭に



において援助していると語った。酸素療法が患者に最も効果的であるように対応していた。吸入療法は、認知症患者に声かけをしながら見守りをしたり、看護師が実施するなどの方法で行っていた。しかし、病棟内の他の患者の援助によって対応が遅れてしまうこともあった。

(5) [認知症患者のADLに応じた援助を実施する]

看護師は、「認知症患者の保清に関することをまとめて実施する」「呼吸状態に応じた排泄行動の介助を行う」「排痰促進とADL低下予防のために日中の活動を促す」「認知症患者にとろみのある水分の摂取を介助する」「車椅子に乗車している認知症患者を全介助でベッド移動する」といった「認知症患者のADLのアセスメントを実施する」ことを行っていた。また、「認知症患者の希望を家族に伝え、清潔方法を変更して実施する」「援助をまとめたり方法を変更して実施する」といったやり方でADLの援助を行っていた。その人にあった援助の実施が行われているなかで、まるで“嫌のスイッチ”が入ってしまったように振る舞う認知症患者に対しては、日常生活援助の実施までに時間を要していた。

(6) [家族の介護力についてアセスメントを行いながら、家族指導を行う]

看護師が、認知症患者の家族の疾病管理を含む介護力についてアセスメントし、家族にケア参加を働きかけたり退院に向けて指導を行っていることが示された。「家族への情報収集から介護力をアセスメントする」、  
 「認知症患者の家族の体調を気かけ、必要性を検討する」「認知症患者に付き添いの協力が得られない場合もある」「家族が厳しく認知症患者を叱ったり、怒っているのを聞いているので家族にはなるべく心配させないような対応をとる」といった「家族の健康状態や認知症の受けとめ方に配慮した関わりをする」

ことを行っていた。「認知症患者の家族に、病棟での見守りや日中の覚醒へのはたらきかけを促す」といった「ケア参加を促す」ことが含まれた。看護師は、マニュアルのように決まりきったことを実施するのではなく、患者と家族の特徴を見極めながら指導を実施していた。家族の介護力にあった対応、例えば、家族が認知症と認識しているか否かを考えに入れて対応していた。しかし、家族のケア参加が叶わないということも示された。

(7) [認知症患者に対して転倒予防策を講じ、その都度観に行き安全を守る]

看護師がいつものことと言いながら行う、認知症患者の安全を守るための予防的対応が示された。「スタッフ間で情報を共有することや」「受持ち患者の状況を判断し、最初に認知症患者を訪室する」という「検温の順番の優先順位をつける」ことで対応していた。「目が離せない患者がいる時は、ケアの合間に何度も何度も観に行く」「予測のつかない認知症患者の危険な行動をその都度守る」ことを丁寧に行い、「認知機能の程度に応じた安全対策を行う」のであるが、「呼吸器症状やターミナル期の症状への対応が不十分になっていないか不安を感じる」といった思いをもちながら看護していた。また、「対応が難しい場合には予防道具の活用や他の人に依頼していく」ことにも応じなければならない状況が示された。

看護師は安全を守るため、認知症患者その人にあった一通りの具体策を確実に実施していた。その具体策は、1つが欠けても安全が揺らぐので確実に行っていた。例えば、予防のためにベッドに敷かれた離床センサーが患者の体動を感知してアラームが鳴ると、実際は寝返りをしたことによるアラームであったとしても転倒につながる危険な行動が考えられるので、その都度、訪室して認知症患者の安全を確かめていた。その人にあった転倒予防策を実施しながら、看護師が実際にベッド

サイドに行くことで守っていた。しかし、病棟内の他の患者の援助が重なり、認知症患者のベッドサイドを離れなければならないことが生じれば簡単に危険を招くであろうことが示された。

#### 5.1.4 A 急性期病院呼吸器内科病棟における認知症患者看護に対する認知症でない患者の思い

研究対象者である看護師が勤務する呼吸器内科病棟に入院し、病状が安定し研究への参加が身体的・精神的に負担がなく、認知症患者と同室となった認知症でない患者に研究協力を依頼し、了解の得られた2名に、認知症患者に対する看護について半構造化面接を行った。入院生活で困っていたりつらいと感じることやそのような時に看護師がどのような対応をしているかをインタビューガイドに沿って行った。インタビュー時間は20分～35分で、データ収集期間は、2014年3月～2014年8月であった。得られたデータを、認知症患者に対する看護についての思いや感じていることという視点で質的に分析した。

分析の結果、同室の認知症患者看護に接した認知症でない患者は、[夜間、騒いだり大声を出す患者と対応している看護師の動きを感じる][危険行動にその都度速やかに対応しているのがわかる][看護師は療養環境の調整に苦慮している]と看護師の患者対応を捉えていたが、一方では、看護師が急性期看護のために[危険行動のある認知症の人に始終付き添ってはいられない]ため、周りの患者は認知症患者の危険行動を看護師に知らせ協力し、[(自分達への)対応は待たされることもある]と理解していた。看護師と認知症のない患者はともに良い関係であることが示された。以下に、2名の認知症でない患者の思いをそれぞれ記述する。カテゴリは[],サブカテゴリは<>,コードは《》,“”はin-vivoを示す。データの補足は、()で

記述する。

##### a 患者

a 患者は在宅酸素療法を行っており、今回、呼吸症状の悪化のため入院した60歳代の女性であった。治療によって、症状が軽快し、在宅療養に向けて酸素療法を自己管理していた。同じ病棟に何度も入院した経験があり、4人部屋で療養生活を送っていた。入院時に認知症高齢者と同室であった。

a 患者は、今回の入院環境について、《“わーわー騒いでいる人”が病棟にいて、苦しいのかと思って聞いている》というように、大声や物音が聞こえ病棟内の患者がせつないのだろうという思いをもち療養生活を送っていたことがわかる。そのような環境のなかで《眠れないことはなく、眠剤を内服して2時間位は熟睡する》ことから、薬物療法で何とか睡眠がとれていたことが示された。入院経験があるため、現在の状況を《騒ぐ人は、今、少ないように感じている》といった思いもあった。a 患者は、病棟の環境について、《X号は、手のかかる人が入院する》という思いをもち、《(そのX号の)認知症と思える人がベッドから転落しそうになっていたので看護師に知らせる》など<(看護師が)危険行動のある認知症の人に付き添えないこともある>ので、協力しようとして行動していたことが示された。《看護師はアラームが鳴ると直ぐに訪室することを繰り返している》《訪室しても認知症患者の言動は変わらないこともある》といったことから、看護師が急性状態にある患者の看護のために、常に認知症患者のベッドサイドにすることができずその都度対応していることが示された。また、a 患者は《看護師は、軽い患者と重い患者とを組んでいる》と看護師の業務を捉え、《快方に向かっている自分への対応は時間がかかる時もある》と理解していた。

##### b 患者

b 患者は、交通事故で緊急入院した40歳

代の女性で、数日間 HCU に入室した。この際に、認知症患者と同室となった。経過は順調で近日中の退院が決まっていた。

はじめは「大きい話し声が耳には入っていた」が、「自分の身体のことを精一杯」で、「お婆さんのことは気にならなかった」というように、自分の身体的苦痛が強い状態であった時に認知症患者と同室であったことが推測された。しかし、時間の経過とともに隣の患者を、「夜中に何度も大声を出している」ので、認知症と思うようになり、更に病棟内の様子について「夜間、痛みで目覚めると廊下から暴れている人の声が聞こえる」「看護師がバタバタ動いているのがわかる」といった、＜痛み<sup>1</sup>の知覚<sup>2</sup>のなかで暴れている人の声と看護師の動きを同時に感じる＞経験をしていた。次第に、認知症患者の付き添い家族を意識するようになり、「息子がずっと付き添いをしていて嫌だ」と、同じ部屋に患者家族であっても男性が居ることに、抵抗感があったことが示された。この状況に対しては、「よいタイミングで師長から部屋移動の話がでる」ことで大部屋移動となり、嫌悪感は解消された。

看護師の認知症患者の家族への対応について、＜部屋移動の希望に対応しているのがわか（る）り＞、「強引に泊まってしまう家族への対応に看護師さん達も大変そうだと思う」「男性患者が看護師に部屋を変えて欲しいと要望しているのを耳にする」ことから＜療養環境の調整が大変そうに思う＞といったことが示された。また、b 患者は、療養を続けるなかで、「点滴の時間が遅れたことがある」「（ナースコールしたが）先に騒いでいる患者の方に行ってもらったことがある」といったことから、看護師が他の業務を優先したり、自分よりも認知症患者を優先して援助することに対して、肯定する思いをもっていたことが表された。

## 6. 考察

### 6.1 認知症患者に対する看護の実態

7 対 1 看護配置基準であっても日勤で担当する患者数は 10 人という日もある状況下で、看護師は、認知症患者一人ひとりに対して、ヘルスアセスメントと援助の実施、家族に対する指導、安全管理などを行っていた。一通りの安全対策を行うことや予測のつかない認知症患者の危険な行動をその都度観に行き、安全を守ろうとしていた。これらの援助は、認知症の特性から何度も繰り返し行われていた。病棟内が落ち着いた状況で認知症患者にいつも以上の関心をよせて援助が行える、時間的・精神的なゆとりのあるなかでは楽しさを共有していた。本研究で得られた「認知症患者の可愛らしさを受けとり楽しさを共有できる」は、田尾<sup>8)</sup>らの医療場面における認知症患者のその人らしさを支える看護実践の構造として示された概念【(看護師)自身も喜びを実感】と、看護師が困難を感じるとされる医療場面における肯定感ややりがいといった点で一致していた。

また、本研究の「認知症患者に自分が居ることをアピールしたり、コミュニケーションがとりやすい方法を試す」「夜勤時急変がなく落ち着いていれば、不眠の認知症患者に抑制することなくとことん向き合う」といったコードから成る「その人<sup>3</sup>にあったかかわり方を模索する」は、田尾ら<sup>9)</sup>が示す、本人にとっての【well being を知覚】することを目指した看護実践と同様の結果であった。永田<sup>10)</sup>は、その人らしさを尊重する援助は、認知症高齢者の自己決定の力を引き出すケアにあり、自分から意思を伝えることが次第に難しくなっていく認知症高齢者の意思に気づき何を伝えたいのかをわかろうとする対応が重要な鍵になると述べている。本研究の対象看護師達は、常に意思を確かめたり発語を得ようと対応しており、認知症患者をわかろうとす

る関わりをもち、一人ひとりを尊重した対応をしていたことが示された。

認知症患者に対する看護について、同室となった認知症でない患者は、大声で叫んだり騒ぐことがある認知症患者の様子を知覚し、その認知症患者に対応する看護師の動きがわかっていた。《離床センサーのアラームがなると看護師は飛んで来る》《看護師が認知症高齢者の部屋移動する》《（看護師が）対応してもまた呼ばれる》《看護師でもどうにもならない》といったコードは、夜間帯の急性期治療を受ける認知症患者の生命と転倒転落などの二次障害から安全を守っているという看護実践を、患者の視点でとらえ表現したものであった。看護師が危険行動に直ぐに訪室していることや頻回に対応しても認知症の人の言動が変わらない状況にあることも示された。本研究で研究対象となった患者は、病棟管理上やむを得えず、複数患者のなかに自分の言動の認知が解りづらく、また周りへの気遣いが難しい状況にある認知症患者がいる病室に入院した、認知症のない患者であった。[危険行動にそのつど速やかに対応しているのがわかる][看護師は療養環境の調整に苦慮している]は、井川<sup>11)</sup>の急性期病院の患者が認識する質の高い看護サービスの結果として示された、関心、調整、迅速性と関係するものであった。認知症患者にその都度速やかに対応していることや環境調整に気を配ることなど看護師が努力していることと患者がとらえた評価と考えられた。今回明らかになった認知症でない患者の思いは、看護師へのインタビューと時期が異なっており、2名を対象としたものであったが、急性期治療を受ける認知症患者の生命と転倒転落などの二次障害から安全を守ろうとしている病棟看護の状況が語られており、また、夜間の睡眠への影響や安静が保たれにくいといった療養上の問題が生じることも示された。

厚生労働省<sup>12)</sup>によれば認知症の人に対す

る、一般病院における職員の認知症への理解や対応力の不足についての問題が指摘されている。一方で、認知症ケアメソッド「ユマニチュード」による取り組みが急性期病院でも始まっている。「ユマニチュード」とは、新しい認知症ケアメソッドとして、2012年に日本に紹介され、認知機能が低下したためにケアを行う人が届けようとしている優しさを理解できない高齢者に、その人が理解できる形で優しさを伝える技術である<sup>13)</sup>。病院施設によってさまざまな認知症ケアが提供されている現状のなかで、本調査における看護の実態は、呼吸器症状のアセスメントのうえに、認知症患者の言動を理解しようとする関わりやその人に合わせた方法で援助が実施されていることを示すものであった。

## 6.2 急性期病院で認知症患者の看護を行う上での課題

本研究結果から、認知症患者の対応に時間を要する状況があることや、担当する認知症でない他の患者への看護を行うために、他看護師の協力を得ながら援助を実施している実態が示された。[認知症患者に対して転倒予防策を講じ、その都度観に行き安全を守る]は、《目が離せない（認知症のない）患者がいる時、ケアの合い間に（認知症患者を）何度も何度も観に行く》《対応に困り果てる場合は予防道具を使用する》といったコードが示すように、急性期病院において、常に認知症患者の傍に居て見守りをするものの難しさを表していた。これは、松尾ら<sup>14)</sup>の一般病棟での認知症高齢者への対応困難な状況が予防策を実施しても事故が生じることや認知症高齢者を尊重した対応ができないといった、一般病棟で認知症高齢者の管理をせざるを得ない状況が認知症高齢者の安全や人権を脅かし、看護師の負担感の要因になっていたことと関連する結果であった。また、谷口<sup>15)</sup>は、グラウンデッド・セオリー法を用いて、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を明らかにしているが、【見守りの必要性】と【看護業務の緊迫化】といった概念は、複数の患者への看護が同時に行われる現場の状況を説明する点で本調査結果と一致していた。中規模病院に焦点をあてた小山ら<sup>16)</sup>の研究では、認知症高齢者への看護は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おり、大規模病院の一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアは、「通常とは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、これらの困難から「看護師としての職務葛藤」が生じていることを明らかにしている<sup>17)</sup>。一般病棟の条件に起因する困難というのが、本研究で得られた、急性期病院で急変や緊急入院患者を受け入れる病棟において、周辺症状の見られる認知症患者が気になりながらも対応することが難しい状況での看護と同様の困難を示していると考えられた。

研究対象となった病棟は呼吸器内科病棟であり、そこに急性期の治療を必要とする認知症患者が入院し、看護師は≪（認知症患者の援助時に）“呼吸器症状やターミナル期の症状への対応が不十分になっていないか不安に感じる”≫といった思いをもちながら看護していたり、<（認知症患者に対する）対応が難しい場合には予防道具の活用や他の人に依頼していく>ことにも応じなければならないことが示された。この対応は、乙村ら<sup>18)</sup>の研究結果とも一致していた。

看護師は激しい呼吸困難をはじめとする急性症状を呈し、死への不安感をもつ患者の異常の早期発見や適切かつ迅速な対応が求められる呼吸器症状の看護と、個別性が高く多くの人に効果的なアプローチがほかの人にも効果的であるとは限らないためにさまざまな点からアセスメントし、おおよそ効果的である

と思われる方法を考え、実施したうえで効果があれば継続し、効果がなければさらに工夫を重ねるといった試行錯誤が重要になる<sup>19)</sup>。認知症看護という、質の異なる看護を同時に行わなければならない状況にあった。看護師は両者に対して、看護を適切に提供できていないのではないかと不安を抱いていたことや認知症でない患者にとっては、夜間の睡眠への影響や安静が保たれにくいといった療養上の問題が生じることも示されたことから、どちらの患者にとっても適切な看護を受けることができない状況があり、病棟看護の大きな課題と考えられた。

今後、認知症高齢者が増加するわが国において、認知症患者を含む病棟が増加するであろう。その病棟で看護師が全入院者に適切な看護を提供できるような看護を創造する必要がある。また、急性期病院の一般病棟は、さまざまな病期の患者が入院しており病棟管理の難しさがあるなかで、患者の側にたってその思いに施策レベルでの対応していく必要がある。

## 7. 結論

急性期病院の呼吸器内科病棟における認知症患者の看護の実態は、[認知症患者の可愛らしさを受けとり楽しさを共有できる][その人であったかかわり方を模索する][認知症患者に声かけを続け洞察することで状態をアセスメントする][認知患者のADLの低下に応じた援助を実施する][家族の介護力についてアセスメントを行いながら、家族指導を行う][一人ひとりの呼吸状態とセルフケアの度合いに応じた薬物・酸素療法への援助を確実に行う][認知症患者に対して転倒予防策を講じ、その都度観に行き安全を守る]といった7つのカテゴリーに分類された。呼吸器症状のアセスメントの上に、その人に合わせた方法で援助が実施されていたが、急

性期病院で認知症患者の看護を行う上で困難な状況があることが示された。

## 8. 研究の限界

本研究は、1病院の急性期病院呼吸器内科病棟の看護師6名の資料に基づく結果であることが研究の限界である。また、研究対象病棟の病床稼働率が変化するなかでのデータ収集であったこと、参加観察そのものが研究対象者の看護実践に影響を与えた可能性がある。

## 謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力くださいました患者様、看護師、病院関係者の皆様方に心より御礼申し上げます。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省：入院医療（その7）、[www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku.../0000106597.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku.../0000106597.pdf) 2017.9.4. 検索。
- 2) 島橋誠：身体疾患を有する認知症の人の看護。Nursing Today, 29-1：8～15, 2014
- 3) 小泉素子：老人性痴呆疾患病棟の看護者が排泄ケアで抱く困難感とその患者要因についての認識。日本看護学会論文集，老年看護，34：48～50，2004
- 4) 松田千登勢，長畑多代，上野昭江 他：認知症高齢者をケアする看護師の感情。大阪府立大学紀要，12-1：85～91。2006
- 5) 山本美輪：一般病棟勤務看護師の高齢者看護におけるジレンマの概要。日本看護管理学会誌，11-2：84～91，2008
- 6) 浅野浩一郎，梅村美代志，川村雅文 他：系統看護学講座専門分野Ⅱ，13～15，医学書院，東京，2011
- 7) 工藤翔二，青木きよ子：新体系看護学全書専門分野Ⅱ成人看護学呼吸器第2版，

- 266～268，メジカルカルフレンド社，東京，2011
- 8) 田道智治，鳥田美紀代，正木治恵：認知症患者のその人らしさを支える看護実践の構造—医療場面に焦点を当てて。日本老年看護学会誌，15-2：44～50，2011
- 9) 8) 同掲書
- 10) 永田久美子：痴呆のある高齢の人々の自己決定を支える看護。老年看護学，2-1：17～18，1997
- 11) 井川由貴：急性期病院の看護サービスの質評価におけるNURSERV-Jの信頼性・妥当性の検討。日本看護科学会誌，33-3：56～65，2013
- 12) 厚生労働省：認知症ケアに携わる人材育成のための研修事業の見直し等，[www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku.../0000115494.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku.../0000115494.pdf) 2016.6.20. 検索。
- 13) 本田美和子，イヴ・シネスト，ロゼット・マレスコッティ：ユマニチュード入門，17～23，医学書院，東京，2014
- 14) 松尾香奈：一般病棟において看護師が体験し認知症高齢者への対応の困難。日本赤十字看護大学紀要，25：103～110，2011
- 15) 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
- 16) 小山尚美，流石ゆり子，渡邊裕子 他：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
- 17) 小山尚美，流石ゆり子，渡邊裕子 他：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
- 18) 乙村優，徳川佐和子：一般病棟で認知症高齢者とかかわる看護師の困難。日本精神

科看護学会誌，54-3：114～118，2011

- 19) 湯浅美千代：急性期病院での認知症ケアの課題と展望．認知症ケア事例ジャーナル，5：140～146，2012

