

原 著

一般病棟の認知障害高齢者へ身体拘束回避で転倒を 予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス

The process of thought and practice of the skilled nurses who prevents falls without physical restraint to older patients with cognitive impairment who are hospitalized in general wards

牧野 真弓^{1) 2)}, 加藤 真由美³⁾

Mayumi Makino^{1) 2)}, Mayumi Kato³⁾

¹⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻, ²⁾富山大学大学院医学薬学研究部

³⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences Department of Nursing

²⁾Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

³⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

転倒・転落, 認知機能障害, 高齢患者, 身体拘束, 熟練看護師

Key words

fall, cognitive impairment, older patients, restraint, skilled nurses

要 旨

目的：一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ、身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセスを明らかにする。

方法：身体拘束を回避した転倒予防に努める経験年数10年以上の看護師18名を対象に、半構造化面接を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法で分析した。

結果：熟練看護師は、患者に認知障害があると判断すると、まずBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) を予防するために【認知症ケアモードへ切り替え】を行う。その上で、【説得せず納得を目指した信頼形成】を目指すために、出来る限りの転倒予防策を投入して【拘束フリーで見極め】を行う。さらに、患者の【“どうしたい”の解説】を行って欲求へ徹底対応する。並行して【居心地の良い環境マネジメント】を展開し、安心して安全に活動できる環境を整えるという思考と実践のプロセスが

連絡先：牧野 真弓

富山大学大学院医学薬学研究部 老年看護学講座

〒930-0194 富山県富山市杉谷2630

見出された。

結論：認知障害高齢者へ身体拘束を回避した転倒予防を行うには、パーソン・センタード・ケアの理念に基づく安心できるケアの提供と、患者の納得を目指して信頼を形成していくことが重要であると示唆された。

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to clarify the thought and practice process of the skilled nurse who prevents falls without physical restraint to older patients with cognitive impairment who are hospitalized in general wards.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 18 nurses who had at least 10 years' experience and were striving to prevent falls without the use of physical restraints and their responses were analyzed using the modified grounded theory approach.

Results: When skilled nurses judged a patient to have a cognitive impairment, they "switched to dementia care mode" to prevent behavioral and psychological symptoms of dementia. Moreover, in order to "convince the patient without persuading him/her", they added fall prevention measures as much as possible and "assessed possibilities without use of restraints". They also attempted to "interpret what the patient wanted" and made full consideration of their wishes. At the same time, they performed "comfort management" and carried out thought and practice processes to develop an environment in which the patient could live safely and securely.

Conclusion: For older patients with cognitive impairment in order to prevent falls avoiding physical restraint, it is suggested that providing reliable care based on the philosophy of person centered care and establishing confidence with the patient aiming at satisfying is important.

はじめに

一般病棟の調査（2013年）で、認知症と診断された人は17.5%、認知障害がある人は52.3%¹⁾との報告から、一般病棟に入院する高齢患者の2人に1人は、認知障害が疑われる。認知障害を持つ高齢者（以下、認知障害高齢者）は、一般病棟へ入院し治療を受ける際に、入院や手術等による急激な環境の変化、身体の不調、ケアの不足によるストレスから、徘徊・攻撃性・不穏や、妄想・幻覚・不安などの行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）を生じることで、転倒・転落（以下、転倒）につながる危険が高く、認知障害高齢者の転倒率は、非認知症患者に比べ8倍²⁾とされる。しかし、転倒予防に関して、高齢患者に効果のある方法^{3) 4)}も、認知障害高齢者には効果がみられていない⁵⁾。認知障害高齢者が、一般病棟へ入院し治療を受ける過程で、安全に安心して療養生活を送る支援が望まれる。

看護体制7：1の一般病棟において、BPSDへの対応として最小限の身体拘束（以下、拘束）が58.1%に実施されており、看護負担度の大きい

BPSDの1位は「ライン類の自己抜去」、「転倒転落につながる危険性のある行動」は3位に上がっている⁶⁾。拘束実施の判断は、緊急やむを得ないとされる判断基準が未確立なため、24時間携わる看護師に判断が委ねられることが多い⁷⁾。転倒に起因する障害として、骨折が7.2%、死亡事故が1.9%⁸⁾発生しており、看護師は、身体拘束予防ガイドライン⁹⁾が推奨する転倒予防ケアと、拘束しないことで患者が転倒し責任追及されることへの懸念との間で、ジレンマを感じながら拘束にまつわる判断を行っている¹⁰⁾。他にも拘束実施の判断には、拘束なしに完全に転倒を予防できないと考える誤解⁹⁾、代替え方法の経験不足⁹⁾、拘束に対する倫理観の鈍感化⁹⁾、弊害への知識不足⁹⁾、看護業務の緊迫化¹¹⁾などが影響している。

認知障害高齢者にとって、拘束は身体的・精神的・社会的弊害をもたらす。関節拘縮や筋力の低下、褥瘡の発生、食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの身体機能の低下や、不安や怒り、屈辱、あきらめといった精神的苦痛となり尊厳を侵し、認知症の進行や、せん妄の頻発をもたらす恐れがある¹²⁾。また、拘束された車いす

からの無理な立ち上がりによる転倒や、ベッド柵の乗り越えによる転落、拘束具による窒息などの大事故を発生させる危険すらあり、さらなる医療的処置を生じさせる¹²⁾。拘束を回避した転倒予防ケアの確立が求められる。一般病棟に入院する認知障害高齢者が、拘束を受けることなく転倒が予防されることは、拘束による弊害や、転倒に起因する障害や長期入院を回避でき、かつ長期入院により生じるフレイル（虚弱）を予防し、在宅退院率の向上につながると考える。

認知症高齢者に対する拘束しない転倒予防ケアは、介護保健施設で行われている¹³⁾が、背景が異なる一般病棟でそのまま適応可能とは言いがたい。一般病棟において、認知症高齢者の意思を尊重し、〈落ち着く〉ことを目指した転倒予防ケアの臨床判断の構造とプロセスが明らかにされた¹⁴⁾が、急性期病棟では落ち着くケアを行う前に拘束が実施される状況があること¹⁵⁾から、いかにして入院初期から拘束を回避した転倒予防を行うのかという思考と実践に特化した報告ではない。また、認知症高齢者の転倒予防看護質指標¹⁶⁾では、「患者の潜在的ニーズと現状の制限によるズレによって起こる転倒の可能性をアセスメントする」項目の実施率が、急性期病院では約4割と、介護保険施設の約9割に対して有意に低いことが明らかとなり、患者のニーズに対するアセスメントが丁寧に行われていないことが、拘束につながる可能性が示唆された。このように、認知障害高齢者へ拘束を回避した転倒予防ケアの実施に至るまでの一般病棟の看護師の思考と実践のプロセスは明らかになっていない。

認知障害高齢者への対応が、今後ますます求められる一般病棟において、熟練看護師が拘束を回避して転倒を予防するまでの思考と実践のプロセスを言語化して示すことで、一般病棟の看護師がその知見を理解し、適用可能性について検討できれば、転倒予防ケアに関連した不必要な抑制を回避軽減できるのではないかと考えた。

そこで本研究は、身体拘束を回避して認知障害高齢者に転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセスを明らかにすることを目的とした。

用語の定義

認知障害高齢者：医師が認知症または軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment : MCI) と診断、もしくは看護師が患者との会話や行動の観察から、認知機能に障害があると判断した高齢患者とした。

身体拘束：身体や行動の自由を制限する身体拘束ゼロ作戦推進会議¹²⁾で示された11の行為とした。

熟練看護師：Bennerは、技能習得過程を5段階で示すドレイファスモデルにおいて、5段階の「達人レベル」の定義を「状況全体の深い理解に基づいて行動し、複雑な臨床症状に見事に対処しており、普段の業務評価基準では把握できないことがあっても看護師仲間のみからは達人と明らかである¹⁷⁾」としている。年数に関しては、「中堅レベル」を推定3～5年としているが、達人レベルに関する記述はみあたらない。従って本研究では、中堅レベルと区別が明瞭となる10年以上の臨床経験を持つ人とし、部署内でリーダー的役割を持ち、看護部長や看護師長より認知症看護のエキスパートであると認められた看護師とした。

研究方法

1. 対象者

対象施設は、入院する患者の4割以上が80歳以上であるA県内2ヶ所の一般病院内の、6か所の一般病棟とした。対象者は、拘束を回避した転倒予防を行うことを大切にしている一般病棟に在職中の熟練看護師で、研究の同意が得られた者とした。

2. 調査方法

対象者の属性は、構成的質問紙に記載してもらうこととし、内容は性別、年齢、臨床経験年数、職位、認知症ケアに関する資格、経験した診療科であった。

思考と実践のプロセスは、各施設の個室で60分程度の半構造化インタビューを1人1回行った。質問内容は、「高齢患者が入院してから身体拘束せずどのように転倒を予防するに至ったのか」印象深い事例を自由に語って頂いた後に、認知機能の低下を判断した根拠、転倒を予測した経緯、どのような考えで対策を実施し、その後の患者の様子をどのように判断して対応したかについて質問をし、看護師の行動につながった思考に焦点を当てるようにした。録音は承諾があれば行った。調査期間は、2014年7月～2015年9月であった。

3. 分析方法

分析方法は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : M-GTA) 法¹⁸⁾を用いた。M-GTAは、人間行動の社会相互作用に着目し、限定された範囲内において実践的活用の理論生成が可能とされ、社会相互作用に関わる領域や、プロセス的性格を

持った領域に適している。熟練看護師は、刻々と変化する患者の身体状態や行動に対応した看護実践を行っており、患者自身もケアに反応して変化することから、相互作用とプロセス性があることを鑑みて、本手法を選択した。

分析の手順は、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「一般病棟に入院した認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師」、分析テーマを「一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する思考と実践のプロセス」と設定した。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た熟練看護師の認識を現わす箇所（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その時々の疑問やアイデアを記入し、分析プロセスを客観的に振り返る上で参考にした。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潜在的可能性を検討した。

類似例や対極例が出尽くしたところで、概念と概念の関係を起点に、中心となる概念に関する概念やカテゴリーは何か推測的、包括的思考を働かせながら、明らかになりつつある現象のプロセスや影響の方向について検討を行い、カテゴリーを生成した。最終的には、カテゴリー相互の関係と全体の結果の統合性を検討し、概念と概念やカテゴリー間の関係性をストーリーラインにまとめ、結果図を作成した。

4. データの信用性及び確実性の確保

研究対象者に分析結果を提示して、データの解釈が現場の現象として妥当であるかの確認を行い、データの信用性の保持に努めた。分析過程およびストーリーラインの作成において、老年看護学とM-GTAの専門家2名に継続的にスーパービジョンを受け、研究者の解釈が恣意的に偏らずデータに密着しているかの観点で計20回確認を受け、分析の確実性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、富山大学の倫理審査委員会の承認(利臨26-68)を得て実施した。協力病院の病院長、看護部長に研究の主旨などを書面と口頭で説明し、書面にて同意を得た。対象候補者に主旨、面接内容、所要時間、匿名性の保持、協力の任意性、い

表1 対象者の属性

n=18

項目		n	(%)
性別	女性	18	(100.0)
年齢(歳)	30-39	5	(27.8)
	40-49	11	(61.1)
	50-59	2	(11.1)
臨床経験年数(年)	10~15未満	2	(11.1)
	15~20未満	7	(38.9)
	20~25未満	6	(33.3)
	25以上	3	(16.7)
職位	チームリーダー	7	(38.9)
	主任	8	(44.4)
	看護師長代理	3	(16.7)
認知症ケアに関する資格	あり	4	(22.2)
	認知症看護認定看護師	1	(5.5)
	認知症ケア専門士	3	(16.7)
	なし	14	(77.8)
経験した診療科(複数回答)	内科系	15	(83.3)
	外科系	12	(66.7)
	回復期	4	(22.2)
	ICU*・救命・手術部	3	(16.7)

*ICU : intensive care unit.

つの時点でも辞退でき不利益のないことなどについて書面と口頭で説明し、同意書に署名をした者を対象者とした。

結 果

1. 対象者の概要

研究対象施設2ヶ所は、約200床の総合病院で、看護体制は7:1と10:1、いずれも2交代勤務であった。研究対象看護師は18名で、属性(表1)において臨床経験年数は13~38年、認知症ケアに関する有資格者は4名(22.2%)であった。1人当たりのインタビュー時間の平均は、61.7±12.2(45~89)分であった。

2. 一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス

分析の結果、11の概念、4つのカテゴリー、1つのコアカテゴリーが生成された。それらの全体的な関連について結果図(図1)と、次に示すストーリーラインにまとめた。

以後、コアカテゴリーを【 】、カテゴリーを【 】、概念を〈 〉で示す。データは、紙面の都合上特徴的なセンテンスを要約し、一例を「 」で示す。

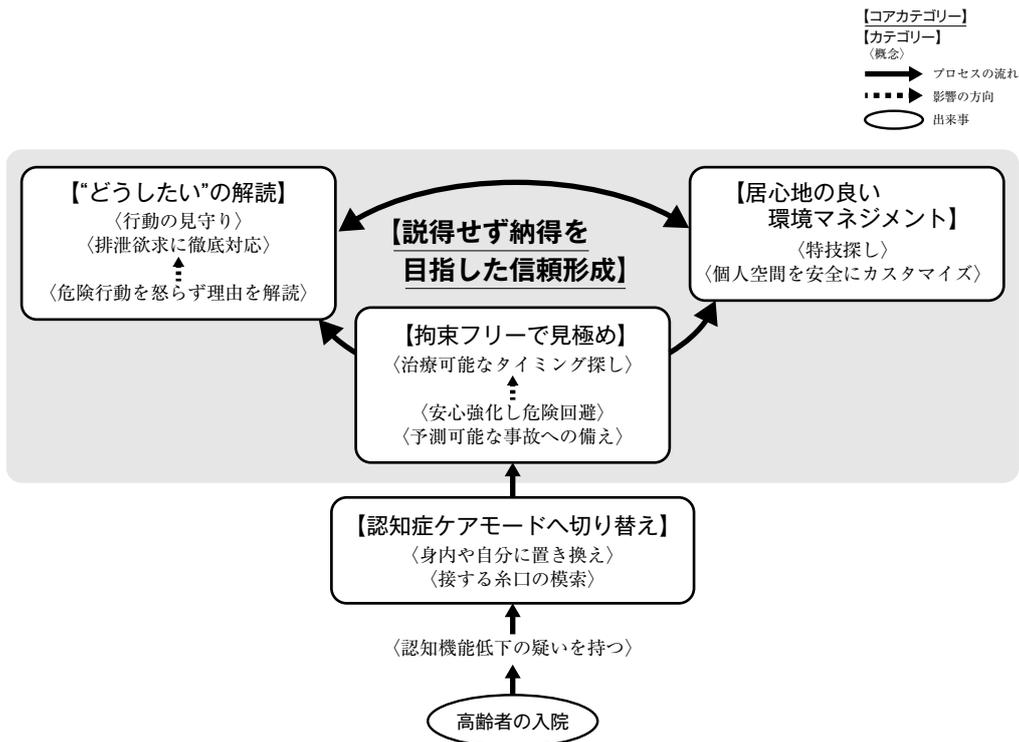


図1 一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス

1) ストーリーライン (図1)

熟練看護師は、一般病棟に入院してきた高齢者に〈認知機能低下の疑いを持つ〉と、即座に【認知症ケアモードへ切り替え】る。生活パターンや患者の性格から〈接する糸口の模索〉を行い、〈身内や自分に置き換え〉て接することで、患者が安心出来る応対に変える。そして、患者を【説得せず納得を目指した信頼形成】の入り口として、まず出来る限りの転倒予防策を投入して【拘束フリーで見極め】を行う。ライン類を隠して抜去を防ぐ、離床センサーを設置して転倒を防ぐなど、〈予測可能な事故への備え〉を万全にし、認知障害がない患者よりも〈安心強化し危険回避〉に努め、〈治療可能なタイミング探し〉を行いBPSDの発生や増強を防ぐ。その上で、患者の【“どうしたい”の解説】を行っていく。〈危険行動を怒らず理由を解説〉し、さっきトイレに行っただけなのにまた行きたいと訴える患者を医療的観点で論ずるのではなく、トイレに行きたいという患者の〈排泄欲求に徹底対応〉し、患者がしたい行動を否定せずに〈行動の見守り〉に徹する。並行して、患者単独で安全に活動できる〈個人空間を安全にカスタマイズ〉し、排泄以外の活動に意識を向けられるよう患者の〈特技探し〉を行うことで、患者が安心できる【居心地の良い環境マネジメント】を進展させる。これらを相互に進めることは、【説

得せず納得を目指した信頼形成】ケアであり、その結果欲求が満たされ納得できた認知機能高齢者は、看護師を信頼するようになる。このことが結果的に拘束を行わない転倒予防の実現につながるため、コアカテゴリーとした。

2) カテゴリーと概念

次に、プロセスに沿って、概念、カテゴリー、コアカテゴリーの定義と具体例を説明する。

(1) 〈認知機能低下の疑いを持つ〉入院してきた高齢患者の年齢や発言内容より認知機能低下の疑いを持つと、入院前に外来で説明されている入院の目的や治療に関する説明を理解して行動できるか、自室を記憶して自分で戻れるかを観察して、判断していた。「80歳以上なら認知症を念頭に置く。『今からこんな治療が必要なので』と説明した際に、外来で聞いているはずなのに『よくわからん』と入院した経緯を自分で言えない人は、認知症かもと判断している。」

(2) 【認知症ケアモードへ切り替え】認知障害があると判断をすると、患者の人柄や普段の様子に関する情報を集めて、患者が安心できる接し方に変えて、患者の意向を確認する声かけや応対を行っていた。

〈接する糸口の模索〉家族へ認知障害を裏付ける情報(物忘れや、迷子や徘徊)を確認して、最終判断をしていた。また、生活パターン、患者の

性格、趣味、日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）の状況、排泄場所・回数・時間などを聴取して、普段の様子を深く理解しようとしていた。「起床・就寝時間や、言い出したら聞かないなどの性格、家で何をして過ごしていたか、どんなことが好きかなど聞くようにしている。」

〈身内や自分に置き換え〉患者を身内や自分に置き換えることで、入院環境がどう見えるかを捉え直し、患者が安心できるように意向を確認する声かけや応対を行っていた。『『今から〇〇へ行きますよ』と状況を説明し、『どうしたいですか。疲れましたか。』など、気持ちを聞くようにした。』『トイレに行きたいのに『ダメ、オムツ内でして』と禁止されたら不穏になるのは当然だし、看護師に敵対意識を持つから、駄目という言葉や態度は極力しない。』

(3) 【説得せず納得を目指した信頼形成】思考と実践のプロセスのコアカテゴリーとして位置づけられた。まず、できる限りの転倒予防策を投入して【拘束フリーで見極め】を行う。さらに、患者の排泄欲求や行動欲求に対して、看護師が出来ない理由の説明や説得をするのではなく、全面的に受け入れ徹底して応える【“どうしたい”の解説】と、並行して、認知障害高齢者が見守られた中で自分の意思で安全に活動できるようにする【居心地の良い環境マネジメント】を相互に進めることで、患者が納得し、安心して落ち着くことができれば、拘束しないで転倒予防が実現できると考えて取り組んでいた。

【拘束フリーで見極め】熟練看護師は、患者を【説得せず納得を目指した信頼形成】には、まず拘束を回避することが重要と考えていた。出来る限りの転倒予防策で事故に備え、認知障害高齢者には頻回に訪室して見守ることで、患者を安心させ落ち着かせるように予防に努めていた。その上で、拘束フリーで治療やケアやリハビリが続けられそうなタイミングを見極めていた。

〈予測可能な事故への備え〉抑制しないで済む方法を考えて、モニター機器やライン類が視界に入りにくい環境を整える、不必要なライン類を整理する、転落に備えてベッドを低床にするなどの実践につなげていた。「足に引っかけて転倒するかもしれないから、術後不必要と思われるライン類は早く抜去する。膀胱留置カテーテルは、間欠導尿に切り替える。点滴は、手首の袖口を閉めて首の後ろから出して患者の視界に入らない様にする。ベッドは最低床にするなど、抑制しないで

出来ることをまず全てやる。」

〈安心強化し危険回避〉時間をやりくりして、認知症ではない患者よりも傍にいて安心させるようにし、身体的苦痛や精神的不安がないか観察し見守り、転倒につながる危険を回避していた。「他の患者さんの状況を考えてから、認知症の方に費やせる時間を作り出し、見守りが必要な人の所へ行く。」「夕方帰宅願望のある方には、パソコン持ってベッド横に行き、しばらく傍に居る。誰か居ればある程度落ち着かれ、拘束しなくても危険な行動には至らないから。」

〈治療可能なタイミング探し〉治療への協力が得られにくい場合や、不穏により転倒の危険が高まった場合でも、拘束はさらに危険な状態になるため実施しないと考えていた。医師に提案や確認をして、抜去可能なライン類は一時的に除去して、患者を安心させ落ち着かせることを優先し、興奮が収まり落ち着いてから、ライン類から注意を逸らす場所や、複数で見守りができる時間帯を選び、再度治療を進めていた。「心不全で酸素が必要な方が、『したくないものはしたくない』と興奮して声を荒げ、点滴を抜去し、酸素マスクも外してしまっていた。無理してもまた外すと思えばしばらく離れ、興奮が収まった頃に見に行き、『しないといけないよ』と優しく話しかけるとマスクをつけてくれた。点滴も入れ直し、目につかないように服の中に通した。」「時間を空けることで上手くいくことが多いから、術後興奮して危険な人は、状態が安定していれば医師の許可を得て、膀胱留置カテーテルを抜去して、可能な限り点滴もロックして、ドレーンを全部服の中に入れて、なるべくライン類をとってしまおう。落ち着かれたらタイミングを見て、点滴を再開させる。」

(4)-1 【“どうしたい”の解説】認知障害高齢者の危険行動を怒らず、排泄など行動の理由を読み取り、先手に満たすことができれば、転倒につながる行動はおのずと減ると考えていた。

〈危険行動を怒らず理由を解説〉転倒につながる行動を否定せず、安全に行うための見守りや支援を続けながら、行動につながる理由を理解しようと試みていた。「何か絶対その人の中で理由がある。家に帰りたいなどの欲求があって行動していると思うので、欲求を察知することが一番重要。」「どうして家へ帰りたいのかを読み取る。『息子を幼稚園に迎えに行くから帰らせてほしい』との言動から、患者の生きている時代は過去で、子供の世話をしたくてベッドに寝ていられないと分か

れば、息子さんに電話して声を聴かせてあげれば安心につながり、患者さんも落ち着いて病院に居ることが出来ると思う。」

〈排泄欲求に徹底対応〉認知障害高齢者の頻回な排泄欲求を、『行ったばかり』と医療の観点から論ずことや否定をせず、行きたい欲求を満たすことで、単独で転倒につながる行動が減ると考えて対応していた。「患者さんがトイレをしたいと言った時に、『行ったばかりなのにどうせ出来ない』と言う人もいるけど、尿が出るのが大切なのではなく、トイレに行くことに意味がある。そわそわしていた人が、トイレに行くことでその後落ち着けるようになる。訴えを無視すれば、患者さんが怒って興奮して転倒につながるかもしれない。自分が出来ることをして患者さんと信頼関係を結び、転倒を回避することに意味がある。」「大腿骨頸部骨折術後で免荷のため、排泄動作に全介助が必要な方。骨折したことを覚えておらず、自分で歩いてトイレに行けるという認識で、10分前にトイレしたことは忘れていた状態だった。様々なスタッフにトイレを訴えるため、最終排尿時間を紙に書き、本人に確認してもらうようにした。泌尿器科で残尿はないと確認していても、その人を安心させるために訴えを尊重し、30分～1時間に1回は車椅子でトイレへ連れて行った。」

〈行動の見守り〉認知障害高齢者のしたい行動を抑えずに、したいタイミングで安全に行えるサポートに徹して、認知障害高齢者が満足し納得できるようにしていた。「歩行器が必要なのに、動きたい気持ちから一人で動いて、転倒を繰り返す人に、傍にいる担当を決めて、リハビリ・看護師・介護士が時間交代して歩きたい時に付き添うことにした。徐々に大声や、スタッフに手を出すことはなくなり、笑顔が見られ、『今日は晴れとるな』など話すようになった。睡眠時間も増え、だんだん精神的に落ち着いていった。夜中に起き上がって『そんなら歩こうか』という時もあり、センサーマットを敷いて、皆でナースコールに徹底して対応したことで、転倒はみられなくなっていた。」

(4)ー2【居心地の良い環境マネジメント】認知障害高齢者に合わせてベッド周囲で単独でも安全に活動出来る環境を整え、特技をきっかけとした日中の活動を提案して、認知障害高齢者が入院環境でも安心して居心地よく過ごせるように働きかけていた。

〈個人空間を安全にカスタマイズ〉手すりの設置、ベッドやポータブルトイレなどの位置など、

認知障害高齢者に合わせてベッド周囲で安全に行動ができる環境を整えていた。「ふらつきがあっても、夜間もトイレで排泄したい人だった。最初はセンサーマットで対応していたが、トイレが頻回で夜間回数も多く、対応が手薄になってしまった。そこで、個室に変更して、ベッドをトイレのドアが開けられるぎりぎり近くに配置したところ、壁伝いに1人で安全にトイレに行けるようになった。」

〈特技探し〉出来ない決めつけずに、認知障害高齢者が好きで取り組めることを個別に探し、排泄以外の活動にも意識を向けて、日中に活動できるように生活リズムを整えていた。「病棟では暴れていて、また点滴を抜いたと思う人だった。レクリエーションを通じて、歌も上手で塗り絵も得意で、人生の先輩として話をされるのだという気付きもあり、徐々に患者さんに信頼されるようになった。家族から洗濯物をたたむことや、箱を折るなどの作業が好きな方だと聞き、タオルたたみをお願いしたら、集中して1時間程度行えるようになり、点滴は抜かなくなった。他の看護師にも情報を共有したら、会話が续くようになった。」

考 察

転倒予防に関する代表的な看護方法には、転倒を予測するアセスメント項目が効果的に列挙された転倒リスクアセスメントツールがある¹⁹⁾。また、認知症高齢者を対象とした転倒予防ケアに関する報告がある^{10) 14) 16)}。しかし、95%が認知症と判明している施設²⁰⁾と比べると、一般病棟では認知障害がある人は52.3%と過半数を占めていても、認知症と診断されていた人は17.5%¹⁾との報告より、認知障害の診断がついていない高齢者が約35%いると推定される。認知障害は転倒の重要な要因だが、入院患者の35%と推定される認知機能が未評価である高齢者の認知機能を、誰がいつどのように評価して転倒予防につなげるかについては、先行研究では明らかにされていなかった。本研究は、様々な患者が入院する一般病棟において、認知機能が未評価である高齢者の認知機能低下を早期に査定し、他の患者とは対応を変えて転倒を予防していく熟練看護師の思考と実践を明らかにした点に独自性がある。一般病棟における転倒予防ケアの特徴であるといえる。

1. 認知機能低下の疑いを持つ

プロセスの初段階で熟練看護師は、認知症と診断されていない高齢患者に対して、認知機能低下

を疑う判断を行っていた。判断の手掛かりは、患者に入院前に説明された治療内容を質問して記憶の再現性を確認することと、トイレ後に自室に戻れるかを観察することで理解力や短期記憶を確認することであった。

認知症は、挨拶やことわざなどの決まり言葉や、相手の言葉を復唱する能力は比較的保たれ、重度でも会話を取り繕うことが可能である²¹⁾。熟練看護師はこのことを理解しており、質問に対する患者の返答のみならず行動を観察して、総合的に認知機能低下を判断していた。認知機能低下が把握されないまま治療が進むと、患者にとって入院や手術による急激な環境の変化・身体の不調・ケア不足がストレスとなりBPSDが発生や増強しやすく²²⁾、拘束以外に安全を確保する方法がない‘緊急やむを得ない場合’に陥りやすくなると考える。入院初期に高齢者の認知機能低下を把握することは、‘緊急やむを得ない場合’の未然回避につながっていたと考える。よって、拘束を回避した転倒予防には、入院初期に、認知機能が診断されていない高齢者の認知障害を見極める看護師の判断が、極めて重要であったと考える。

2. 認知症ケアモードへ切り替え

熟練看護師は、家族から病歴、身体の状態だけでなく、生活環境、生活歴、性格、趣味などを丁寧に聴取して患者に〈接する糸口の模索〉を行い、患者を〈身内や自分に置き換え〉ることで、認知障害高齢者が安心出来るようにコミュニケーション技法を変えて患者に接し、BPSDの発生を防いでいた。

認知障害高齢者は「相手の言葉を受け取る力、解釈する力、自分の思いを表現して伝える力に問題が生じているため、看護師はよく観察してメッセージを注意深く受け取り、看護師自身の発する言葉やしぐさ、看護師の存在が不快なものにならないようにして、受け取りやすい刺激になるよう考えてメッセージを送る必要がある²³⁾」とされる。また、認知障害高齢者は、「ケアする側の態度を敏感に感じ取り、鏡のように跳ね返す²⁴⁾」とされる。

老人保健施設に比べ、一般病棟の看護師の多くは認知症ケアに不慣れである。そのため、重症患者や緊急入院など注意が必要な他の患者がいる中で、治療が順調に進まず、転倒のリスクが高い認知障害高齢者に、看護師が強い負担感や抵抗感を感じやすい²⁵⁾。看護師が、認知症ケアモードの切り替えを行わず、認知障害高齢者に強い負担感や

抵抗感を持って行うケアが、患者に不快な刺激となりBPSDを誘発し、看護師が‘緊急やむを得ない場合’を招く恐れが考えられた。【認知症ケアモードへ切り替え】は、看護師が意識して患者への接し方を変えようとする分岐点としての役割と考える。

3. 拘束しない転倒予防ケアを可能にする、説得せず納得を目指した信頼形成

熟練看護師は、プロセス全体を通して拘束をしないことを念頭においていた。患者の欲求を全面的に満たすことを優先に、本人が納得できる満たし方をして信頼してもらえるかを考え抜いた末、行動に移していた。治療優先の環境となりやすい一般病棟で、看護師が認知障害高齢者に対して【説得せず納得を目指した信頼形成】に基づいてケアを行うことは、拘束回避、拘束に起因するBPSDの悪化による治療中断のみならず、転倒の予防につながると考える。

一般病棟の転倒予防ケアの臨床判断の構造とプロセスの報告では、認知症高齢者の意思を尊重し、〈落ち着く〉ことを目指していた¹⁴⁾。本研究結果である【説得せず納得を目指した信頼形成】と、認知症を持つその人の視点を重視する点において、一致すると考える。Brooker, Dは、認知症をもつ人を一人の‘人’として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケアの考え方であるパーソン・センター・ド・ケアの定義を、4要素（VIPS）にまとめた。「ケアにあたって、その人の視点（perspective）から世界を見ること、その人の存在自体に価値（Value）を認めること、独自性（Individuality）を尊重すること、認知症の人を支える心理・社会的環境（Social Environment）を提供すること²⁶⁾」と示している。今回抽出されたカテゴリーは、パーソン・センター・ド・ケアの4要素と対応していると考えられた。「その人の視点に立つ」部分は【認知症ケアモードに切り替え】、「認知症の人の価値を認める」ための【拘束フリーで見極め】、「個人の独自性を尊重する」ための【“どうしたい”の解説】、「認知症の人を支える心理・社会的環境を提供する」ための【居心地の良い環境マネジメント】であった。このことから、熟練看護師の拘束を回避して転倒を予防する思考と実践のプロセスは、認知障害高齢者を一人の‘人’として尊重して、その人の視点や立場に立って理解して転倒予防ケアを行おうとするものであり、一般病棟の実践の場で、認知障害高齢者の転倒予防を考える

プロセスとして推奨されると考える。

1) 拘束フリーで見極め

熟練看護師は、患者を【説得せず納得を目指した信頼形成】入り口として、はじめに拘束を行わないことが信頼形成に重要であると考え、【拘束フリーで見極め】るために、出来る限りの転倒予防策を投入していた。〈予測可能な事故への備え〉を行いながら、入院の目的が記憶できず入院環境に不安を抱く患者の傍に留まり、患者の苦痛を確認し対話をするなど、関わる時間を増やすことで〈安心強化し危険回避〉に努め、治療経過を予測し、医師の理解と協力を得ながら内服への切り替えや、間欠導尿など、治療が柔軟な方法で行えるように働きかける〈治療可能なタイミング探し〉を行っていた。

看護師が、治療方法や治療のタイミングの調整を柔軟に行うことが可能になれば、患者が興奮して危険な場合は一時ライン類を抜去して、看護師が末梢点滴を再挿入するタイミングや場所を調整するなど、【拘束フリーで見極め】が可能となり、拘束回避につながっていたと考える。一度拘束が開始されると、次のシフトへ継続されやすく、解除しにくい⁹⁾とされる。医療の安全性、効率性を重視する側面から、看護業務の標準化が進んでいるが、認知障害高齢者に合わせた治療のタイミングや治療方法の工夫を行うためには、個別に拘束しない治療方法を模索し、柔軟に対応を考える看護師の思考が必要であると考えられる。

病棟看護師が認知障害高齢者に看護を行う際の困難の構造で、看護師が‘目が離せない認知症の人’と遭遇すると見守りの必要性が生じ、予定外の看護業務が増えることで精神的余裕がなくなり、看護業務が緊迫化する¹¹⁾との報告がある。熟練看護師は、看護業務が差し迫ることを予測し、他の患者の状況を考慮して、認知症者に使える時間がどのくらいあるか逆算して考えることで看護業務の緊迫化に陥らずに、時間をやりくりして認知障害高齢者に関わることが出来ていた。しかし、【拘束フリーで見極め】を行うためには、精神的余裕が持てるような勤務状況が関わっていることが考えられた。今回の対象施設はいずれも2交代勤務であった。2交代勤務に比べ3交代の方が4点柵による拘束実施が有意に多い²⁷⁾との報告がある。2交代勤務は3交代に比べ業務時間が長く、アセスメントや看護業務の調整が比較的行きやすいと考えられる。看護師が業務調整で精神的余裕を作り出すことが難しい場合、拘束実施につながるこ

とが考えられることから、看護管理の視点での支援も必要になると考える。

2) “どうしたい”の解説

本研究の熟練看護師は、〈危険行動を怒らず理由を解説〉において、患者の「息子を幼稚園に迎えに行く」との言動から、患者の時代は過去で、子供が心配で帰りたいのだと解説し、否定せずに電話で成人した息子の声を聴かせて、患者が納得できるようにして〈行動の見守り〉を行い、転倒を予防していた。患者の行動を理解するには、職歴・生活歴・趣味・性格傾向などを知り、その人の立場に立った内的体験の理解が必要²⁸⁾とされる。患者の内的体験を理解して患者自身が言語化できない“どうしたい”を解説することで、説得しなくても、患者の納得につながっていたと考える。

また、熟練看護師は、〈排泄欲求に徹底対応〉において、排泄欲求を的確に訴えることが難しい患者が、タイムリーにトイレに移動できないことで、失禁による不快感から、焦り、怒り、混乱が生じ転倒につながると考えていた。転倒につながる行動の過半数が排泄行動²⁹⁾と報告されており、排泄の欲求は優先して徹底的に対応して転倒を予防していたと考える。

3) 居心地の良い環境マネジメント

熟練看護師は、画一的な安全対策や、行動の制限を行うのではなく、見守るタイミング、認識しやすい手すりの位置、トイレまでの動線を短縮したレイアウトなど、〈個人空間を安全にカスタマイズ〉を施し環境を個別に整備して、〈特技探し〉を通じて、その人らしく普段の生活が継続できるように支援していた。高齢患者の16.8-59%に、退院時歩行能力の低下がある³⁰⁾ことから、転倒予防のために拘束を行うことは、下肢筋力の低下を招く。患者にとって居心地のよい環境で、特技を生かした活動を行うことは、筋力低下を予防し、その人らしい生活の維持につながっていたと考える。

4. 看護への示唆

熟練看護師が持つ、患者が納得し、信頼関係の構築を目指して転倒予防を行おうとする思考を、看護師全体に広めることにより、転倒につながる行動のみに着目して拘束を行う思考から解放され、拘束の実施に伴う倫理的なジレンマの回避にもつながると考える。

Bandura³¹⁾は、ある行動を遂行することができるかと自分の可能性を認識していることを自己効力感と呼び、自己効力感が強いほど実際にその行

動を遂行できる傾向にあることを示した。自己効力感は、行動決定や行動遂行に対し大きな影響を与え、そのプロセスには、結果予期と効力予期という2つの要因の組み合わせが行動に影響する。結果予期が「これまでの知識や過去の経験に基づいた推測」であるのに対し、効力予期は「ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度上手くできるかという認識」であり、自己効力感と強くかかわっているとされる。

熟練看護師は、思考と実践のプロセスを通して「患者の納得が得られる支援ができれば、拘束を回避した転倒予防が出来る」という‘転倒予防の自己効力感’を持っていたことが明らかとなった。他の看護師が転倒予防の自己効力感を持つことができれば、病棟全体で拘束を回避した転倒予防につながると考える。

自己効力感を高めるには、自分の成功体験の他に、他人が成功した代理体験も有効とされる³¹⁾。熟練看護師が拘束を回避して転倒予防を実現した成功事例を、他の看護師が共有して代理体験を積むことが可能となる体制が確保できれば、看護師の効力予期を高め、拘束回避につながると考える。

また拘束の実施には家族からの要望があることから、家族に対して、患者の意向をサポートする認知症ケアの理念や、拘束しないことで損傷するリスクについて説明し、拘束をしないことへの理解と同意を得ていくことも重要であると考えられる。

5. 研究の限界と課題

本研究の対象者は特定した地域の看護師18名のインタビュー分析であり、地域性、年齢、臨床経験年数、経験した診療科など様々な条件の差が結果に影響することは否めない。また、患者の認知機能低下の程度や、認知症の種類による影響の差は検討されていない。今後多彩な地域で、臨床経験年数などの条件の異なる看護師に焦点を当てて分析し、概念を生成する必要がある。

結 論

「一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス」について、一般病棟の熟練看護師18名に半構成面接を行い、M-GTAの手法で分析した。結果、高齢者が入院した後に〈認知機能低下の疑いを持つ〉と【認知症ケアモードへ切り替え】て【拘束フリーで見極め】を行い、【“どうしたい”の解説】【居心地の良い環境マネジメント】の双方を行うことで、患者を【説得せ

ず納得を目指した信頼形成】から転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセスが見出された。

熟練看護師は、患者の納得を得て信頼されるようになれば、拘束することなく転倒は予防できるという転倒予防の自己効力感を根底に持ち、転倒予防ケアに取り組んでいた。拘束しない転倒予防を行うには、パーソン・センタード・ケアの理念に基づき、患者に安心してもらえるケアの提供と、患者の納得を目指して信頼関係を構築していくことが重要であることが示唆された。

謝 辞

インタビューにご協力下さいました協力施設の熟練看護師の皆様、看護師長、看護部長の皆様にご心より感謝申し上げます。分析においてご指導賜りました信州大学医学部保健学科准教授山崎浩司先生に感謝申し上げます。本研究は、平成26～28年度日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究(C)課題番号26463446により行った研究の一部である。本研究における利益相反はない。

文 献

- 1) 古田光：一般病床高齢者入院患者における認知実態調査の試み，総合病院精神医学，27(2)，100-106，2015
- 2) Louise MA, Glive GB, Elise NR, et al.: Incidence and Prediction of Falls in Dementia: A prospective Study in Older People, PLoS One, 4, e5521, 2009
- 3) Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, et al.: Fall and injury prevention in older people living residential care facilities: A cluster randomized trail. Annals of internal Medicine, 21, 136(10), 733-741, 2002
- 4) 加藤真由美, 水澤貞子, 中野厚子, 他: リハビリテーション患者の転倒予防プログラムの効果, 日本リハビリテーション看護学会誌, 1(1), 5-14, 2011
- 5) Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y, et al.: Fall and injury prevention in residential care, Effects in residents with higher and lower levels of cognition. Journal of the American Geriatrics Society, 51(5), 627-635, 2003
- 6) 厚生労働省: 中央社会保険医療協議会総会(第315回) 資料-入院医療について(平成27年11月25日), [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf>], (7. 3. 2017), 2015

- 7) 倉田貞美, 牧野公美子, 村上静子, 他: 一般病院における認知症高齢者への不必要な身体拘束防止の取り組み, 日本認知症ケア学会誌, 12(4), 763-772, 2014
- 8) 日本医療機能評価機構: 医療事故情報収集等事業H28年年報(2017年8月28日), [オンライン, http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2016.pdf], 8. 18. 2018
- 9) 日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会: 身体拘束予防ガイドライン, 1-19, 2015
- 10) 杉山智子, 湯浅美千代: 認知症看護認定看護師ならびに認知症専門病棟の看護師と介護職のとらえている認知障害高齢者に特有の転倒予防ケア, 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, 10(2), 40-47, 2014
- 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) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」: 身体拘束ゼロへの手引き-高齢者ケアに関わる全ての人に, 1-15, 2001
- 13) 小山晶子, 征矢野あや子, 小山智史, 他: 介護保険施設における認知症高齢者への身体拘束しない転倒予防ケア, 日本転倒予防学会誌, 2(3), 11-21, 2016
- 14) 丸岡直子, 鈴木みずえ, 水谷信子, 他: 認知症看護のエキスパートによる転倒予防ケアの臨床判断の構造とプロセス, 日本転倒予防学会誌, 5(1), 65-79, 2018
- 15) 林周児, 大谷悦子, 谷本優子, 他: 急性期病棟における身体抑制基準の導入, 医療マネジメント学会雑誌, 4(3), 371-376, 2003
- 16) 鈴木みずえ, 丸岡直子, 加藤真由美, 他: 臨床判断プロセスを基盤とした認知症高齢者の転倒予防看護質指標の有用性, 老年看護学, 19(1), 43-52, 2014
- 17) Benner P./井部俊子監訳: ベナー看護論新訳版-初心者から達人へ-(第1版), 医学書院, 東京, 2005
- 18) 木下康二: グランデッド・セオリー・アプローチの実践-質的研究への誘い(第1版), 弘文堂, 東京, 2003
- 19) 泉キヨ子, 尾座麻理佳, 宮腰美希: 転倒リスクとリスクアセスメントツールに関する看護研究の動向と今後の課題, 看護研究, 42(3), 173-187, 2009
- 20) 厚生労働省: H28年介護サービス施設・事業所調査の概況-5(2)在所者の認知症の状況, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_05.pdf], 10. 16. 2018
- 21) 飯干紀代子: 認知症の人とのコミュニケーション(初版), 中央法規, 東京, 2011
- 22) 加藤伸司: 認知症の人の視点から考えるBPSD, 老年精神医学雑誌, 27(増刊I), 157-163, 2016
- 23) 堀内園子: 認知症看護入門-誠実さと笑いとは確かな技術で包む世界-(初版), 85, ライフサポート社, 横浜, 2008
- 24) 六角僚子: 認知症ケアの考え方と技術(第2版), 2015, 医学書院, 東京, 2015
- 25) 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(2), 140-146, 2012
- 26) Brooker D/村田康子, 鈴木みずえ, 中村裕子, 内田達二: VIPですすめるパーソン・センタード・ケア(初版), クリエイツかもがわ, 京都, 2010
- 27) 森万純, 中村五月, 陶山啓子: 認知症を有する術後急性期患者における看護師の4点柵実施の判断に関連する要因, 老年看護学, 20(2), 57-67, 2016
- 28) 山口晴保, 佐土根郎, 松沼記代, 他: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント(第2版), 協同医書, 東京, 2014
- 29) 川村治子: ヒヤリ・ハット11, 000事例によるエラーマップ完全本(第1版), 医学書院, 東京, 2003
- 30) 湯野智香子, 泉キヨ子, 平松知子, 他: 急性期病院における内科疾患を有する高齢患者の退院時の歩行能力低下に影響する要因, 金沢大学つるま保健学会誌, 33(2), 81-87, 2009
- 31) 坂野雄二, 前田基成編著: セルフ・エフィカシーの臨床心理学(第2版), 北大路書房, 京都, 2003