

特定機能病院における認知症看護に 「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」を使用した効果 － 認知症患者に対する看護師の困難さの変化 －

The Effect of Using “The Care Management Center Method for People with Dementia” for Dementia Nursing in the Special Functioning Hospital

－ Change in Nurse’s difficulty to the Dementia patient －

青木萩子・平野慶子¹⁾・平工淳子・諏訪達彦・加藤 泉・池田葉子²⁾

Hagiko Aoki, Keiko Hirano¹⁾, Junko Hiraku, Tathuhiko Suwa,
Izumi Kato and Yoko Ikeda²⁾

要 約

近年、特定機能病院において入院治療を受ける認知症患者が増加し、認知症看護の困難さを抱えつつインシデントを防止し治療や業務を円滑に推進するための方策が求められている。認知症看護の改善をめざし、従来の看護過程に「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」の観察記録を加えた看護を4か月実施し、認知症患者に対する看護師の困難さの変化を質的研究によって分析した。結果、看護師は整容ケアの不十分さや行動を振り返る時間のなさに気づき、患者本来の姿や能力を捉え、情報を共有するという工夫が増加した。認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式は、患者の人物像やパターンを捉えやすくし、患者の表情や細部をみるといった看護師のケアに対する視点や態度を育てる可能性が示唆された。しかしながら、互いを理解し合えない困難さや精神的な疲労感に関しては、その負担感を軽減するような影響は見られなかった。

キーワード：認知症看護、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式、特定機能病院

I. 序論

認知症患者は療養型病棟や老人保健福祉施設等のもとより、急性期を主体とする一般病院にも増えてきている。特定機能病院においても同様である。特定機能病院における急性期ケアでは認知機能や判断力の低下に伴う転倒・転落やチューブ類の自己抜去といったインシデントが発生しやすい。インシデントを防止し治療や業務を円滑に進めるため、看護

師は離床センサーの使用や身体の抑制、モニター監視などの対応を行っている。日本老年看護学会は、2016年に急性期病院における認知症高齢者の看護の質向上のためとして「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」という立場表明を行った（日本老年看護学会、2016）。ここでの急性期病院とは「一般病院」および「特定機能病院」をさし、学会は受け入れる側の万全とは言えない対応力

¹⁾ 元新潟大学医歯学総合病院看護部 ²⁾ 長野県厚生連佐久総合病院看護部

による患者の行動・心理症状の増悪や身体拘束の実施など悪循環を防止するために声明を公表した。

近年、急性期入院医療においては、医療費抑制と病院機能分化の影響で在院日数短縮に向けての患者・家族支援が行われている。患者の入院と同時に、看護師は患者の情報や行動から予測される問題と目標を見出し、退院計画・退院支援が行われる（平田，2007. 吉村，2020）。慢性疾患患者や高齢者，殊に認知症患者の看護計画では，問題の要因を対象本人にあるととらえる「問題解決型思考」ではなく，対象が望む生活や状態像を見据えた「目標志向型思考」で看護展開を行うことが望まれる（山田，2016）。患者の問題点に注目すると患者に対する印象を悪化させ，看護師の心理的負担感を強くするという結果を招くおそれがある。行動障害の顕著な認知症患者をケアする高齢者施設の看護師は，高齢者に対して「なんでそんなことするの」という怒りと困惑をいだき，また，ケアの達成感の無さなどの感情をもっと報告されている（松田・長畑・上野他，2006）。

認知症高齢者に対する生活支援のケア方法がテキスト等に掲載されるに至っているが，その多くは基本的対応や態度である。介護老人保健施設の認知症専門療養棟の看護師を含むケア提供者は，その場しのぎや看護師の個人的体験の優位などを理由に，高齢者の思いとすれ違いが生じ，また，ケア提供者がケアの困難感や認知症高齢者の感情に引きずられ，その結果否定的感情が表面化しケア場面に影響していると報告されている（多久島・山口・水主，2005）。2013年に先進国の医療水準にあるアイルランド共和国では35の急性期医療を担う公立病院に対してケアの

質を評価する目的で監査が行われ，患者の運動能力を含むフィジカルアセスメントや褥瘡に関するアセスメントは90%近く実施されていたが，認知状態やせん妄のアセスメントは40%程度であったと報告されている（Suzanne・Emma・Desmond et al, 2016）。事態解決に，看護師が認知症患者の理解を更に一步踏み込んで理解する方法が必要である。そのための方法として認知症の介護の現場に活用されている「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（以下，センター方式とする.）」があり，それは認知症患者のための観察・記録シートである。この観察・記録シートは，患者の立場に立ち，生活史や「私（患者）の暮らし方」をみつめ，「私（患者）の姿」を描き，「私（患者）の気持ち」を書き表し，認知症患者を含む利用者本位のケアを導きだすことをねらいとしている。センター方式は，全国3か所の「認知症介護研究・研修センター（厚生労働省が2000年に設置）」が中心となり開発された。良質な認知症ケアを全国に普及・推進することを目的に2005年度には全国のケアの現場に，また家族会へと普及がスタートし，2006年度には全県の認知症実務者研修に取り入れられた。

認知症は治療によって改善しない疾病を含み，見当識障害や情動障害，判断能力が低下する病態で，看護師の説明に対して患者のコンプライアンスが得られないことが本質的な問題である。特定機能病院は医療従事者の手厚い配置により入院患者個別の高度の先進医療の提供が求められる。看護の目標はインシデント防止とともに，看護師の対応力を向上させ，負担感等を軽減させることにより，良質なケアを確保することである。看護師が高度先進医療を受ける認知症患者の立場に立っ

て生活パターンを把握し、包括的アセスメントが可能になれば、認知症患者の情動・行動の安定化を導く可能性がある。

本研究は、特定機能病院において入院治療を受ける認知症患者のケアに「センター方式」アセスメントを用い、この方法が認知症患者の行動の安定化および看護師の看護の困難さの認識をどのように変化させるかを実証することを目的とし、2つの課題を挙げた。

1) センター方式使用前後の看護師の困難さの変化を質的研究によって明らかにする。

2) センター方式使用前後における患者の生活行動の変化を明らかにする。

本報では、センター方式使用前後の看護師の看護の困難さの変化について報告する。

II. 研究の目的

特定機能病院において入院治療を受ける認知症患者のケアにセンター方式アセスメントを用いることによる看護師の認識する認知症患者に対する看護の困難さの様相の変化を質的研究によって明らかにする。

III. 研究方法

研究デザインはアクションリサーチである。Holloway らによって開発提案されたアクションリサーチは、1つの課題、1つの研究テーマについて変化が必要なところで実践の改善が望まれるような状況に、研究者がその現場にいる参加者と協働し、変革を計画実施し、成果を評価する方法である（Holloway & Wheeler, 2002）。アクションリサーチは、試行錯誤の介入が許され、観察する事項も状況によって変化し（南, 2017）、本研究では看護師の認識を質的データで評価する質的研究とし、Berelson, B. の内容分析（舟島,

2007）をおこなった。

1. 研究対象

対象は、A 特定機能病院の、認知症を有する患者が入院する病棟に勤務している看護師で、研究の同意が得られた者である。

患者の協力者は認知症の診断を受け、認知症による Behavioral and psychological symptoms of dementia（認知症の行動・心理症状）を1症状以上認められるもの、4, 5名とした。認知症高齢者の日常生活自立度はⅢからⅣである。

2. 実施場所

A 特定機能病院の認知症を有する患者が入院する B 病棟。

3. 介入方法

介入方法は、センター方式による患者の観察と記録である。使用するセンター方式の記録用紙は「認知症介護研究・研修センター」が開発したシートで B-2（私の〔患者をさす〕生活史シート）、B-3（私の暮らし方シート）、C-1-2（私の姿と気持ちシート）、D-4（24時間生活変化シート）の4種類である。B-2, B-3のシートは家族の来院時に記載を依頼した。C-1-2のシートは研究者らが入院後1週間以内に記載した。D-4のシートは、受け持ち看護師が日勤・準夜勤・深夜勤を通して継続して記載した。

4. 同意を得る方法

a. 看護師

看護師に依頼することは、センター方式アセスメントを使用して観察・記録をすること、また、センター方式使用前と使用後4か月にグループインタビューを行うことである。看護師には複数の協力者を求めるために、研究目的・方法等詳細資料を用い、20分の説明会を開催した。本研究における協力は職務と

関連が無く、業務に影響しないことをあらかじめ伝え、署名をもって同意を得た。

b. 患者及び家族

認知症を有する患者・家族に依頼することは、ケアの際の観察にセンター方式アセスメントを用いることと、入院時と入院期間における症状等を診療記録から収集することの了承である。家族にはセンター方式記録 B-2、B-3の記入である。患者・家族には、「患者・家族用研究協力をお願い」説明・同意書を用いて口頭で説明し、患者・家族の署名をもって同意を得た。同意には十分な時間的余裕をもって行った。

5. データ収集

a. 看護師のグループインタビュー

看護師によるグループインタビューは1グループ3～5人を2グループ編成し、センター方式使用前後各2グループにインタビューガイドに沿って実施した。認知症患者をケアする上で困っていること、心がけていることをたずね、センター方式使用後は、センター方式を使用したことによって気づいたことも加えて質問した。グループインタビューは同意が得られた後にICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。データの収集は、センター方式使用前と4か月後に実施した。

b. センター方式による観察・記録

認知症の診断を受けた患者の在院日数、入院時と入院期間における症状の変化は診療記録から収集した。使用するセンター方式の記録用紙及び記載は、「Ⅲ. 研究方法 3. 介入方法」にそって実施した。

6. データ分析

看護師のグループインタビュー内容を逐語録に作成し、質的内容分析を行った。分析の枠組みは「認知症看護の困難さ」と「認知症

看護の工夫」、「センター方式使用による気づき」とし、センター方式使用前後の相違を明らかにした。分析は、Berelson, B. の内容分析とし、分析において客観性を得るために研究者6名と、研究者外の分析者1名を交えて行った。

7. 倫理的配慮

基本的行動として、看護師に対しては、研究への協力を断っても、職務への影響はないことを説明し、同意を得た。患者・家族に対しては、患者の同意には家族の同意を得、家族自身の協力の同意も得た。いずれの場合も同意を得る際には十分時間的余裕を持って行えるよう配慮した。研究への協力を断っても、受けている治療・サービスに不利益を被らないことを説明書に明記し、口頭で説明した。なお、同意書の内容は、「看護研究における倫理指針」「臨床研究に関する倫理指針」を遵守し作成し、平成25年10月新潟大学医学部倫理審査委員会の承認（1795）を得て実施した。

IV. 結果

グループインタビューは、センター方式使用前に9名の看護師を2グループ（5名と4名）に分け実施した。使用後は6名の看護師を2グループ（3名と3名）に分け実施した。

看護師の看護経験年数は3年から25年で平均経験年数（標準偏差）は10.3（8.2）年であり、老年看護専門看護師および認知症看護認定看護師の有資格者は含まれていない。

対象患者の協力者は認知症の診断を受け、認知症による Behavioral and psychological symptoms of dementia（認知症の行動・心理症状）を1症状以上認められるもの4名で、年齢は60歳代が1名、70歳代は3名で

あった。認知症の原因となった疾患は、アルツハイマー型認知症2名、脳梗塞およびパーキンソン病1名、進行性核上性麻痺1名で、認知症高齢者の日常生活自立度はⅢからⅣであった。入院目的は肺炎治療3名、1名が脳炎治療であった。

1. センター方式使用前のインタビュー結果

センター方式使用前のグループインタビューではコードを244抽出し、看護師の認識する認知症看護の困難さ（以下、困難さとする。）と認知症看護の工夫（以下、工夫とする。）に分けて分類した。

困難さに関するコード118は、15サブカテゴリー、5カテゴリーに生成した。工夫に関するコード126は、25サブカテゴリー、9カテゴリーに生成した。以下、カテゴリーは【 】で、サブカテゴリーは『 』で示す。困難さは体言止めに、工夫と後述のセンター方式使用による気づき（以下、気づきとする。）は末尾を動詞で表現した。

困難さのカテゴリーは【対応がうまくいかないもどかしさ】が37.3%、【通じ合えなさ】は30.5%、【抑制に対する心理的複雑さ】19.5%、【精神的な疲れ】8.5%、【抵抗による粗暴な言動に対する恐れ】4.2%、であった。【対応がうまくいかないもどかしさ】には『帰宅願望をなだめられない』、『対応がうまくいかない』、『患者の言動に巻き込まれる』等を含む。【通じ合えなさ】には、『予想外の行動』や『患者を別の次元の存在と感じる』を含んでいる。（表1）

工夫のカテゴリーは【訴えの中に大事なことは何かを推測する】が43.0%、【安心を与えるよう接する】は14.1%、【患者の好きなことできることを知る】12.4%、【危険が無ければよしとする】10.1%、【気を取られて

いることから気をそらす】5.5%、【日中に覚醒するよう働きかける】3.9%、【不快を減らすケアをする】と【看護師自身の気持ちの折り合いをつける】は3.1%、【辛さを思う】は0.7%である。【訴えの中に大事なことは何かを推測する】には、『理解しがたい言動でも否定しない』、『困っているときに助ける』等を含む。【患者の好きなことできることを知る】には、『患者が信頼している人を念頭に置く』、『好きなことをしてもらう』等を含む。（表2）

2. センター方式使用後のインタビュー結果

センター方式使用後のグループインタビューではコードを125抽出し、困難さと工夫、気づきに分けて分類した。

困難さに関するコードは25抽出し、12サブカテゴリー、8カテゴリーであった。困難さに関する新たに生成されたカテゴリーは【整容の気配りのできなさ】8.0%、【転倒の危険性へのおそれ】4.0%、【看護師が自分の行動を振り返る時間の無さ】4.0%である。センター方式使用前後でカテゴリーの割合に変化がみられたのは【対応がうまくいかないもどかしさ】が37.3%から20.0%、【抵抗による粗暴な言動に対する恐れ】が4.2%から0%、【抑制に対する心理的複雑さ】が19.5%から4.0%に減少し、【精神的な疲れ】が8.5%から28.0%に増加した。（表1）

工夫に関するコードは36抽出し、17サブカテゴリー、6カテゴリーで、サブカテゴリーは8減少し、カテゴリーは1増加した。工夫に関する新たなカテゴリーは【患者との距離を縮める】2.7%であり、【危険が無ければよしとする】、【気を取られていることから気をそらす】、【日中に覚醒するよう働きかける】はコードが0であった。センター方式

使用前後でカテゴリーの割合に変化がみられたのは【安心を与えるよう接する】14.1%が19.4%に、【不快を減らすケアをする】が3.1%から8.2%であった。また、【訴えの中に大事なことは何かを推測する】43.0%は49.4%に、【患者の好きなことできることを知る】が12.4%から16.1%であった。(表2) 気づきに関するコードは64抽出し、17サブカテゴリー、8カテゴリーを生成した。気づ

きのカテゴリーは、【時間的に行動の特徴がわかる】23.4%、【ケアを振り返ると患者の反応の意味がわかる】20.3%、【かかわりの糸口が見つかる】15.6%、【患者の表情や細部を見るようになる】と【認知症ケアの態度が育つ】が14.1%、【タイミングのよいケアができる】7.8%、【心理的負担感は変わらない】3.1%、【カンファレンスのツールに使う】1.6%であった。(表3)

表1 認知症看護の困難さに関するカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数			
		介入前(%)	小計(%)	介入後(%)	小計(%)
対応がうまくいかない もどかしさ	帰宅願望をなだめられない	10(8.4)	37.3	／	20.0
	対応がうまくいかない	9(7.6)		3(12.0)	
	認知症ケアに要する時間の多さ	8(6.7)		2(8.0)	
	患者の身なりに配慮したいが患者の状態により保てない	7(5.9)		／	
	患者の言動に巻き込まれる	4(3.3)		／	
	認知症の評価点数と実際の看護が関連しない	4(3.3)		／	
	他部門との連携がうまくいかない	2(1.6)		／	
通じ合えなさ	通じ合えない	23(19.4)	30.5	6(24.0)	32.0
	患者が入院生活に適應できない	4(3.3)		1(4.0)	
	予想外の行動	3(2.5)		1(4.0)	
	患者を別の次元の存在と感じる	3(2.5)		／	
	看護師の動揺が患者に影響する	3(2.5)		／	
抑制に対する心理的 複雑さ	抑制に関するジレンマ	23(19.5)	19.5	1(4.0)	4.0
精神的な疲れ	精神的な疲労感	10(8.5)	8.5	2(8.0)	28.0
	感情は解消されない	／		4(16.0)	
	自分はひどい人と思われる	／		1(4.0)	
抵抗による粗暴な言動 に対する恐れ	暴言暴力に対する恐怖心	5(4.2)	4.2	／	0
整容の気配りのできなさ	爪や髪の流れを見過ごしがち	／	0	2(8.0)	8.0
転倒の危険性へのおそれ	転倒のリスクが高くなる	／	0	1(4.0)	4.0
看護師が自分の行動を 振り返る時間の無さ	自分の行動を振り返る時間がない	／	0	1(4.0)	4.0
合計		118(100)	100	25(100)	100

表2 認知症看護の工夫に関するカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数			
		介入前(%)	小計(%)	介入後(%)	小計(%)
訴えの中に大事なことは何かを推測する	訴えの中に大事にしていることがあると認識している	11(8.7)	43.0	1(2.7)	49.4
	他の看護師からのアドバイスを得る	10(7.1)		1(2.7)	
	理解しがたい言動でも否定しない	8(6.3)		1(2.7)	
	情報を共有する	6(4.7)		5(13.8)	
	家族とともにケアをする	5(3.9)		2(5.5)	
	困っているときに助ける	4(3.1)		1(2.7)	
	表情・言動を見る	4(3.1)		2(5.5)	
	他職種に協力を求める	4(1.5)		／	
	パターンをつかむ	3(2.3)		／	
安心を与えるよう接する	安心を与える	10(7.9)	14.1	4(11.0)	19.4
	コミュニケーションを続ける	5(3.9)		3(8.3)	
	穏やかな接し方	3(2.3)		／	
患者の好きなことできることを知る	患者が信頼している人を念頭に置く	6(4.7)	12.4	3(8.3)	16.1
	好きなことをしてもらう	4(3.1)		1(2.7)	
	生活能力を実際の行動で判断する	4(3.1)		1(2.7)	
	できることを探す	2(1.5)		1(2.7)	
危険が無ければよしとする	危険が無いように環境を整備する	13(5.5)	10.1	／	0
	人に迷惑がかからなければよしとする	4(3.1)		／	
	抑制も必要	2(1.5)		／	
気を取られていることから気をそらす	患者が気を取られていることから気をそらす	6(4.7)	5.5	／	0
	疲れていることを自覚できるよう促す	1(0.7)		／	
日中に覚醒するよう働きかける	覚醒するよう働きかける	5(3.9)	3.9	／	0
不快を減らすケアをする	チューブ類を減らすなど不快を減らす	4(3.1)	3.1	2(5.5)	8.2
	嫌なことは避けてあげたい	／		1(2.7)	
看護師自身の気持ちの折り合いをつける	看護師自身の気持ちの折り合いをつける	3(2.3)	3.1	／	2.7
	気持ちを一旦落ち着かせる	1(0.7)		／	
	人に話して解消する	／		1(2.7)	
辛さを思う	辛さを思う	1(0.7)	0.7	／	0
患者との距離を縮める	知ろうとして患者との近さを感じる	／	0	1(2.7)	2.7
合計		126	100	36	100

V. 考察

センター方式を認知症看護に使用することによる看護師が認識する認知症患者に対する看護の困難さの変化とその使用の効果について考察する。

センター方式使用前の研究結果から、認知症看護の困難さは、患者と互いを理解し合えず、対応がうまくいかないもどかしさがあること、抑制の実施には心理的複雑さがあることが明らかになった。患者と互いが通じ合えない状況は、意思の確認がとれない、承諾が得られないこと、認知症患者を別の次元の存在と覚えるということが挙げられた。互いが通じ合えない困難さはセンター方式使用前が全体の30.5%を占め、使用後は32.0%であり

割合に大きな差はなかった。対応がうまくいかないもどかしさは、患者の帰宅願望をなだめられないことや徘徊の意図がわからないこと、認知症ケアに要する時間の多さであった。センター方式使用後も対応がうまくいかず、認知症ケアに要する時間の多さを困難とする結果であったが、割合としては37.3%から20.0%に減少した。減少した理由としては、センター方式を用いて時系列で記録することにより患者のパターンが把握しやすくなったことや、家族から提供された人柄や日々の習慣等が記載された基本情報で患者を理解しようとする意識が高まったことが推察される。

精神的な疲れは、割合としてセンター方

表3 センター方式使用による気づきに関するカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	
		介入後(%)	小計(%)
時間的に行動の特徴がわかる	時間的な患者の経時的変化がわかる	10(15.6)	23.4
	パターンがつかめる	5(7.8)	
ケアを振り返ると患者の反応の意味がわかる	対応を振り返る	9(14.1)	20.3
	記録を読み返す	4(6.3)	
かかわりの糸口がみつかる	全体像を理解する	5(7.8)	15.6
	人物像が見える	2(3.1)	
	人物像を記録からイメージする	1(1.6)	
	話の糸口になる	2(3.1)	
患者の表情や細部を見るようになる	表情をみる	5(7.8)	14.1
	衣服の乱れや爪など細部を見る	4(6.3)	
認知症ケアの態度が育つ	看護師中心の看護を反省する	4(6.3)	14.1
	患者の立場に立って理解する	3(4.7)	
	ケアの態度を育てる	2(3.1)	
タイミングのよいケアができる	タイミングのよいケアができる	5(7.8)	7.8
心理的負担感は変わらない	心理的負担感がある	2(3.1)	3.1
カンファレンスのツールに使う	カンファレンスのツールに使う	1(1.6)	1.6
合計		64(100)	100

式使用前8.5%から使用後に28.0%と増加した。意思疎通の難しさや対応の困難さから生じていると考えられる。精神科看護師の中でも認知症患者の看護を行っている看護師の仕事上のストレスの構造は怒りと不安であったという報告がある（Yada・Abe,・Lu et al, 2014）。認知症ケアはセンター方式使用後に、看護師の負の感情が解消されないという結果であり、センター方式を用いても認知症看護自体の負担感に影響がみられないことが示唆された。

センター方式使用後に増加したカテゴリーは【整容の心配りのできなさ】や【転倒の危険性へのおそれ】、【看護師が自分の行動を振り返る時間の無さ】であり、認知症患者に抱く困難さ以外に、認知症患者の整容が十分に援助できていない現状や、自分の行動を振り返る時間の無さという看護師自身の問題が挙げられた。これらのことから、認知症患者の看護で生じる困難さ自体は、センター方式前後で大きく変わらないが、センター方式を使用したことで自分の行動を振り返るきっかけとなり、看護師自身の課題につながったと推察される。

センター方式使用前の認知症看護の工夫において、患者の行動パターンを捉え、危険や不利益の無いように関わることで、患者の辛さを思い、看護師自身が気持ちに折り合いをつけながら関わることであった。理解しがたい言動でもまずは受けとめ、何をしたいのか訴えの中に患者の希望を推測する等の基本的な関わり方と、患者の生活状況を把握し情報を共有するなど、対象理解に関する工夫が挙げられた。更に、患者を安心させる接し方や日中に覚醒するよう働きかけること、転倒やチューブ類の自己抜去等の危険から患者を

守るために目の届く範囲で患者を見守ることや、記憶や判断能力を失くしていく患者の辛さを思うことなど患者の心理にそった関わりが展開されていた。そして、困難さとして表れた精神的な疲れや、対応がうまくいかないもどかしさに対しては、気持ちを一旦落ち着かせ、解決できないこともあるという気持ちの折り合いをつけることでのバランスを整えることなどの工夫が行なわれていたことがうかがえる。

センター方式使用後は、患者に安心を与えるよう、そして不快を減らすケアの取り組みとともに、【訴えの中に大事なことは何かを推測する】が43.0%から49.4%に、【患者の好きなことできることを知る】が12.4%から16.1%とわずかに増加しており、交替勤務の中で患者を理解し、患者の希望は何かを考えるという工夫が行われた。高齢者の入院や転院の際、殊に認知症患者が新しい環境に落ちつくために、看護師等スタッフの態度が影響し、家族のサポートが肝要である（Digby・Moss・Bloomer, 2012）。患者に安心をもたらす関わりを心がけ、患者と触れ合う時間が徐々に経過する中で患者の好きなことやできることを観察によって理解できるようになり、訴えの中に大事なことが存在することを感じ取れるようになると推察される。一般病棟での看護において患者のニーズを総合的にとらえることができ、問題行動は問題ではなくなつたと報告している例がある（植田・海段・佐々木, 2009）。如沢ら（如沢・波川, 2011）は同様に一般病棟の看護にセンター方式の一部、生活リズム・パターンと24時間生活変化シートを導入した経験から、利点は多いがケアは大きく変化していないものの、ツールを使用することで患者の訴えや行動の

意味を援助者が考えるようになったと報告している。特定機能病院においても同様に患者の生活や生活史に注目した視点が対象理解を深めさせることと情報の共有において効果的であったことが確認された。

センター方式使用後に新たに挙げられた工夫のカテゴリー【患者との距離を縮める】は、患者と通じなさを感じつつも患者を知ろうとする気持ちから患者との距離の近さを感じるようになるという両価的な心理が存在することが示された。看護師がセンター方式の使用により患者とのかかわりの糸口を見つけ、患者の表情や細部をみるようになり、時間ごとの患者の行動の特徴やパターンをつかみ、患者にタイミングの合ったケアが行われるようになったことに気づき、看護に影響を与えたことが推察される。つまり、センター方式の活用は、患者の細部の具体的な様子と場面を記録するという特徴を持ち、それにより患者の状態把握と、看護師のケアの振り返りの循環を可能とし、気づきを生む結果につながったと考察される。認知症ケアを行う介護福祉士教育において、認知症高齢者のアセスメントで Activities of Daily Living や Instrumental activities of daily living の評価をすることの多かった従来の「介護過程」に、センター方式を加え、患者本人の思いを理解していくアセスメント方法が推奨されている（松永，2020）が、看護師教育においても欠かせない方法であることが示唆された。

最後に、本研究はアクションリサーチによる研究手法を用いたが、吉本ら（吉本・兎澤ら，2017）によると、近年増加傾向にある研究手法であるが研究方法は研究者の多くが手探り状態であり、研究方法として定着していくためにアウトカムおよびプロセス妥当性等

を意識した研究が望ましいと述べている。不穏や易怒性のある認知症患者が服用していた塩酸ドネペジルを中止し、センター方式を利用したケアプランを立て介護したことによって周辺症状の消失と認知機能改善に至った事例報告がある（寮・竹村・高橋，2011）。以上のことから、本研究の成果を評価するためには、結果に対象患者の変化も併せて評価すべきであり、本研究の限界といえる。したがって、今後の課題は、記録用紙に記載された内容と対象患者の経過を併せて評価し、センター方式の効果的な使用方法を検討することである。

VI. 結論

特定機能病院において入院治療を受ける認知症患者のケアにセンター方式アセスメントを用いることによる看護師の認知症患者に対する看護の困難さの変化について内容分析を実施した。その結果、センター方式の使用によって、看護師は整容ケアに関する困難さや、行動を振り返る時間のなさに気づき、患者本来の姿や能力を捉え、情報を共有するという工夫の割合は増加することが明らかになった。このことから、センター方式は患者の人物像やパターンを捉えやすくし、患者の表情や細部をみるといった看護師のケアに対する態度や視点を育てる可能性が示唆された。しかしながら、互いを理解し合えない困難さや精神的な疲労感に関しては、その負担感を軽減するような影響は見られなかった。

付記

本研究の一部は第56回日本神経学会学術大会で発表しました。

VII. 謝辞

本研究の趣旨にご賛同いただきご協力いただきました患者ならびにご家族の皆様，そして看護師の皆様に感謝申し上げます．

利益相反

本論文公表に関して開示すべき利益相反にある企業・組織・団体はありません．

【文 献】

- Digby R, Moss C, Bloomer M. (2012) . *Transferring from an acute hospital and settling into a subacute facility: the experience of patients with dementia. International Journal of Older People Nursing* 7 (1) :57-64.
- 舟島なをみ (2007). 第2章看護学研究に使用されてきた質的研究方法論 2) 初学者にも使用できる Berelson, B. の内容分析とその方法, 質的研究への挑戦 第2版. 42-46. 医学書院, 東京.
- 平田貴代美 (2007). 急性期病院における退院計画のあり方とは一在院日数の短縮, 患者家族の理解と安心一, 総合医学会報告シンポジウム1: これからの時代の退院計画と地域医療連携 (2). IRYO 61 (4), 247-249.
- Hironori Yada, Hiroshi Abe, XiLu, Yuko Wakizaki Hisamitsu Omori, Hisae Matsuo , Yasushi Ishida, Takahiko Katoh (2014). *Job-related stress in psychiatric nurses in Japan caring for elderly patients with dementia. Environmental Health and Preventive Medicine*.19:436-443.
- Immy Holloway, Stephanie Wheeler. (2002). *Qualitative Research in Nursing/* 野口美和子 (監訳2006). ナースのための質的研究入門 第2版. 185-197, 医学書院, 東京.
- 如沢学, 波川明嗣 (2011). センター方式を (一部) 導入したことで見えてきた看護者の行動変容. 日本精神科看護学会誌54 (3), 104-108.
- 松田千登勢, 長畑多代, 上野昌江, 郷良淳子 (2006). 認知症高齢者をケアする看護師の感情. 大阪府立大学看護学部紀要12 (1), 85-91.
- 松永繁 (2020). 介護過程におけるアセスメントに関する一考察ー理論と手法の体系的整理の検討一. 敬心・研究ジャーナル48 (1), 103-108.
- 南裕子 (2017). 第10章 質的・帰納的研究 B 質的研究デザイン, 1 アクションリサーチ. 南裕子・野嶋佐由美 (編). 看護における研究第2版. 224-225. 日本看護協会出版会. 東京.
- 日本老年看護学会 (2020-10-10). 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. <http://184.73.219.23/rounenkango/index.html>
- 寮隆吉, 竹村真一, 高橋雅人 (2011). 改変センター方式を用いる介護による認知症患者の対応. 京都医学会雑誌58 (1), 71-75.
- 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター (2006). 平成17年老人保健健康増進等事業報告書ー認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の普及と活用 of 事業 .

Suzanne Timmons, Emma O'Shea, Desmond O'Neill, Paul Gallagher, Anna de Siún, Denise McArdle, Patricia Gibbons, Sean Kennelly (2016). Acute hospital dementia care: results from a national audit. BMC Geriatr 113, 1-16. 40-43.

植田洋子, 海段小百合, 佐々木秀 (2009). 一般病棟における認知症高齢患者の行動障害把握に関する取り組み～センター方式を利用して～. 看護学統合研究 11 (1), 2-19.

多久島寛孝, 山口裕子, 水主いづみ (2005). 痴呆性高齢者のケア提供に影響する要因について－ケア・スタッフの対応場面の分析から. 保健科学研究誌 (2), 7-16.

吉本和樹, 兎澤恵子 (2017). アクショニリサーチを用いた研究の動向について. 千里金蘭大学紀要 14, 183-190.

吉村彩音 (2020). 患者の要望をつなげる看護計画. 臨床看護記録 29 (6), 35-39.

山田律子 (2016). 老年看護の展開における考え方. 生活機能からみた老年看護過程 第3版. 医学書院. 東京. vi-vii.