

# 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」使用の試み 第2報 —認知症患者の気分の変化による分析—

## Introduction of “The Center Method to Support Persons with Dementia” in Dementia Nursing at an Advanced Care Hospital (Part 2) — Analysis by changes in the dementia patients’ moods —

青木萩子・平工淳子・加藤 泉・諏訪達彦・平野慶子<sup>1)</sup>

Hagiko Aoki, Junko Hiraku, Izumi Kato, Tatsuhiko Suwa, Keiko Hirano<sup>1)</sup>

### 要 約

認知症患者は療養過程において肺炎等に罹患しやすく、急性期治療を受け入れる医療施設においては、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（以下、BPSD）を有する患者の安全で安楽な看護が課題である。第1報では特定機能病院において「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）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報告した。本研究は第2報として4名の認知症患者の看護を通して患者の気分の推移を観察し生活行動の変化につながる気分に影響する要因を明らかにすることを目的に、検討した。その結果、患者の気分に影響する要因をつかめ、家族による患者の生活習慣や願いに関する情報は影響要因と一致していることが確認できた。認知症患者の気分の影響要因は、苦痛の有無や不快快感、そして家族・看護師が实际的に傍に在ることが重要要因であり、これらの要因に対応する看護はBPSDを低減する可能性が示唆された。

**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. 緒言

看護師の人員配置基準7対1体制の一般病棟において、認知症ありの患者は2割程度入院していると報告がある（診調組，2017）。認知症患者は、療養過程において肺炎等に罹患しやすく、急性期ケアをうける機会は少なくない。特定機能病院は平成15年から診断群別分類による包括支払制度（Diagnosis Procedure Combination）が導入され、早期退院支援が進められた。さまざまな急性期疾患により特定機能病院を含む急性期病棟に入院する認知症患者に対し「現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにさ

れ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまう事態も見受けられる。」と、厚生労働省の諮問機関である中央社会保険医療協議会が平成27年に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）を策定するにあたり問題を指摘した。

急性期の治療を受け入れる医療施設においては、せん妄や認知機能低下および障害を呈する患者に対して安全で安楽な看護が期待される。疾病の病態や重症度によるが急性期ケアでは酸素療法、点滴静脈内注射、気道内吸引等の治療処置が、生活面では食事および排泄支援の頻度が多くなる。

<sup>1)</sup> 元新潟大学医歯学総合病院看護部

治療処置等によるインシデントのリスクを考慮しつつケアが行われる。急性期の治療を受ける認知症患者に対する看護師のケアの困難さがある。

第1報（青木・平野・平工ら，2021）では，特定機能病院における認知症患者の看護に携わる看護師に対し，「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。）使用による認知症看護の困難さの認識を調査し報告した。センター方式は患者らしさや行動のパターンがとらえやすくなったこと，患者の表情や細部をみるなどケアの視点や態度に変化があり影響を与えた。患者と看護師が互いに理解しえない困難さは解決しないという結果も報告した。

センター方式は，認知症患者が自らを語ることが困難になるために，家族や周囲の者によって患者の生活習慣や気持ち，心身の状態等を病前および現在において詳細に書き留められ，介護など患者に関わる者が理解を深められるためのものとして作成された。記録用紙は大別して4種類あり，「患者の基本情報」，「暮らしの情報」，「心身の情報」，そして患者の『私』ができそうなことや生活のリズムをとらえる「焦点情報」がある。「焦点情報」のねらいは，患者の焦点を絞って本人のありのままの状態を詳細に把握し，本人が自らの力を活かして自分らしく暮らしていくための課題を明らかにするものである。これまでの認知症のアセスメントツールは認知症の状態を評価するツール，Activities of Daily Living（以下，ADL），Instrumental Activities of Daily Living Scale（以下，IALD）が主であったが，センター方式では本人のありのままの言動をヒントに本人の思いを理解するという視点が特徴である（松永，2020）。岡崎・水野・磯野ら（2016）は，センター方式の記録「私の姿と気持ちシート」と「24時間生活変化シート」（以下，「24時間シート」）を用い2名の認知症患者の看護を8週間にわたり10名の介護職員で行った結果，70%の職員が患者の行動に変化がみられたと回答したと報告している。高安・野原・仲間ら（2016）は，アルツハイマー型認知症患者1名に対し12週間にわた

り「私の暮らし方シート」「私の姿と気持ちシート」「24時間シート」の3シートを用いた効果を報告している。入院時から粗暴性行動と意思疎通困難状態，つまり Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（認知症の行動・心理症状：以下，BPSD とする。）のため関わりが希薄になりつつあったところ，シート活用によりなじみの習慣と患者の思いに触れることができ，粗暴性行動の問題としてとらえるのではなく，患者の混乱の緩和に視点を変えることができ，患者が穏やかな表情で過ごす時間が増したとある。

焦点情報を構成する「24時間シート」はその時の具体的な患者の様子を観察しつつ，患者の気分を押し量り「非常によい」から「非常に悪い」の7段階のリッカート尺度で評価する。認知症患者の気分は情動反応の調節がうまくいかず，心理状況や外部の状況に影響され，安定せず，不安や焦燥感を基調にして刺激的，不穏状態が一過性に現れ繰り返されやすい（中西，1994）。不機嫌のときはいらいらして怒りやすく，情動易変といい，衝動行為や攻撃的言動，大声，頻回な要求等の行動障害の引き金になる。これが BPSD である。気分は精神医学用語で知覚情緒の状態や身体の諸機能の状態が心理面に投影されて起こる感情であり，類似の「情動」と区別され，情動は体内刺激によって心理面に投影されておこる感情と説明される（高木，1994）。認知症患者の生活行動は心身の状態や外部環境の影響を受け，気分はその心理を映していると仮定できる。

センター方式は，医療機関で通常用いられている看護記録様式と共通する情報項目を含んでいるが，「暮らしの情報」は患者のキーパーソンや同居家族によって患者の生活史とライフスタイルが記載される。「心身の情報」には患者の現在の全身像を看護師が家族と話し合いスケッチし，患者の今の気持ちや気持ちに気づく機会となるよう意図されている。

第2報では，先行研究に続き4名の認知症患者の看護にセンター方式の記録により，患者の気分の推移と，生活行動の変化につながる気分に影響

する要因を明らかにしつつ、センター方式の活用について考察する。

## II. 研究の目的

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を用いることによる患者の気分の推移を観察しつつ、生活行動の変化につながる気分に影響する要因を明らかにし、急性期治療を受ける認知症患者の看護の基礎資料とすることを目的とする。

## III. 研究方法

研究デザインはアクションリサーチである。組織的・専門的な変化をもたらすために役立つアプローチとして専門的な場で使用され、「純粋な」研究アプローチではなく、研究の特別なスタイルであり、研究者らがよく知られた様々な方法論と手順を用いることができると I.Holloway・S.Wheeler (2002) は紹介している。認知症患者の看護の実践上の改善が望まれるような状況にあって、研究者らが看護師や家族等参加者と協働し、センター方式を用いることによる改善を試みる方法として選択した。第1報に考察したが、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)、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、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いう吉本・兎澤(2017)の意見がある。本研究は、入院中の認知症患者のBPSDの低減と生活行動の変化につながる気分に影響する要因の抽出をアウトカムとし、プロセスとしてはセンター方式を用い患者の病前の情報や気持ちを知り、ケアの過程において気分等の推移の観察と評価することとする。

### 1. 研究対象

研究の対象は、肺炎等によりA特定機能病院に入院し、認知症によるBPSDを1症状以上認められる患者で、患者及び家族の研究協力の同意を得、主治医の許可を得ていることとし、入院期間、

患者に対して看護を行い、看護記録としてD-4(24時間シート)を受け持ち看護師が日勤・準夜勤・深夜勤を通して記載した記録を分析の対象とした。

### 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. 研究期間

2014年1月～2015年3月

### 4. 介入方法

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(認知症介護研究・研修センター, 2006)でB-2(私の生活史シート), 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家族と入院後1週間以内に記載した。

### 5. 研究協力の同意を得る方法

#### a. 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最少の情報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【私(患者をさす)の生活史シート】、B-3(私の暮らし方シート)の記入をしてもらう。

患者・家族には、「患者・家族用研究協力のお願い」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。

#### b. 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。

### 6. データ収集

患者の在院日数、入院時と入院期間における症状等最少の情報について診療記録から収集した。

看護師にセンター方式の「24時間シート」の記録を依頼した。

「24時間シート」には患者の表情や言動から、気分が「非常によい」「よい」「よい兆し」「どちらでもない」「悪い兆し」「悪い」「非常に悪い」に相当する水準に点をつけ、時間を追って点を付け線で結ぶこと、その時の患者の様子やどのような場面なのかを記入することを依頼した。気分は知的情緒の状態や身体の状態を投影するとし観察の対象としている。「24時間シート」は1時間ごとの記載が可能であることと、勤務に支障をきたさない範囲での記載を伝え依頼した。なお、センター方式による記録方法は主観的な判断により「非常によい」を3点、「非常に悪い」を-3点とリッカート尺度で表すこととしている。

#### 7. データ分析

患者の入院期間の「24時間シート」にチェックされた気分のリッカート尺度得点を活用し、1日単位でその日の最高点、最低点、平均点を算出し、経時的に表にあらわした。患者の気分強く影響する出来事や状況の有無を確認するために最高点と最低点の推移も観察した。気分の「非常によい」から「よい」まで、「非常に悪い」から「悪い」までに該当した患者の状況を挙げ、質的に抽出・内容分析し、よい影響要因および悪い影響要因を抽出した。分析は研究者5名でデータの解釈・分析を繰り返し行った。

#### 8. 倫理的配慮

基本的行動として、患者・家族（もしくは代理人）に対しては、患者の同意には家族の同意を得た。家族自身の協力の同意も得た。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。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。研究協力の断わりや撤回も、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、新潟大学医学部倫理審査委員会の承認（1795）を得て行った。

## IV. 結果

### 1. 研究対象（患者）の概要

4名の概要を表1に示す。A氏・B氏・D氏は70歳代でC氏は60歳代である。認知症の原因となった疾患は、A氏とD氏はアルツハイマー型認知症で4年および5年前に診断を受けている。B氏は20年前に脳梗塞の手術を受け、パーキンソン病は6年前に、C氏は2年前に進行性核上性麻痺の診断を受けた。

入院目的は、A氏は脳炎治療のため21日間、その他3名は肺炎治療で、B氏は29日間、C氏は18日間、D氏は8日間である。

受け持ち時期は、A氏をX月に、B氏はX+1月とし、看護の時期が重ならないように行った。

入院時の状況について、A氏は特別養護老人ホームからの入院で要介護5である。尖足のため移動には車椅子を使用し日中は仰臥位で過ごすことが多い。MRI検査等のため膀胱留置カテーテルの挿入と心電図モニターが装着された。自発性が乏しく、要求ある時は叫ぶ、歯をカチカチ鳴らす行動など多動がみられた。多動は認知症が高度になったときに認められる症状であり、高木博敬（1994）の説明によると、行動障害のうち多動・落ち着きのなさは、ただせわしなく動くのみで大きな行動範囲をとらないものを示す。B氏は、要介護5で歩行困難のためデイサービス等を利用し在宅で生活していた。入院時には気道内吸引、排泄支援としておむつ使用、体位交換のケアが必要であった。ケア時に手足をバタバタさせ興奮、抵抗を示した。C氏は介護保険を利用しておらず自宅療養であった。入院時には酸素療法、点滴静脈内注射、経管栄養、排泄援助（おむつ使用）が行われ、衣服を脱ぐなど更衣失行、移動希望等が頻回にみられた。D氏は、要介護4で在宅にてデイサービスを利用し生活していた。入院時には点滴静脈内注射を受け、落ち着きなく多動・多弁、幻覚があり、就寝時にセレネースの投与が処方された。

認知症高齢者の日常生活自立度はB氏がIVで、それ以外のものはIIIであった。

表1 認知症患者4名の概要と家族による「私のくらし方・願い」記録

概要	A氏	B氏	C氏	D氏
性別・年代	女性:70歳代	男性:70歳代	男性:60歳代	女性:70歳代
入院までの居住	特別養護老人ホーム	在宅	在宅	在宅
介護保険利用状況	要介護5	要介護5(デイサービス,訪問リハビリテーション,訪問看護利用)	利用していない	要介護4(デイサービス利用)
認知症原因疾患(経過年数)	アルツハイマー型認知症(5年)	パーキンソン病(6年) 脳梗塞(10年前)	進行性核上性麻痺(2年)	アルツハイマー型認知症(4年)
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲ	Ⅳ	Ⅲ	Ⅲ
入院目的/入院日数	脳炎治療/21日	肺炎治療/29日	肺炎治療/18日	肺炎治療/8日
入院時の主な処置・ケア内容	膀胱留置カテーテル挿入,心電図モニター,尖足により歩行困難のため車椅子移動,体位交換,	経管栄養,気道内吸引,歩行困難のため車椅子移動,体位交換,排せつ介助(おむつ交換)	酸素療法,点滴静脈内注射,経管栄養,排せつ介助(おむつ交換)車椅子移動,離床センサーマット使用,	点滴静脈内注射,就寝時セレネース与薬.
入院時PTSDなど	多動,大声で叫ぶ,同じ言葉の繰り返し(常同的),自発運動乏しい	他者を殴ろうとするなど興奮様行動,気道内吸引,おむつ使用,体位交換のケア抵抗を示す	多動・更衣失行(衣服を脱ぐ),移動要望頻回	落ち着きなく多動・多弁,幻覚.
家族による「私のくらし方・願い」記録	記載者			
	息子	妻	妻	娘
「毎日の習慣と私の願い」	仏壇のお参り	起きると犬の散歩.歩けるようになって旅行がしたい.	毎日が同じ繰り返し	念入りな歯の手入れ
「食事の習慣と私の願い」	食事が楽しみ.1日3食,食べるのが早かった.	何でもよく食べる.夕食は家族といつも一緒に.	食事は3度きちんと食べていた.好き嫌い無.毎日の飲酒が楽しみ.	3食きちんと摂っていた.野菜が好き.
「排泄の習慣と私の願い」	洋式トイレ使用,トレイの回数が多い.	便秘傾向	毎日排泄がある.洋式トイレ使用.	便秘傾向.洋式トイレ使用.基本的に自立しているが時々流し忘れがある.まれにトイレ内に幻覚が見え怖くて行けなくなる.リハビリパンツはこまめに換えて欲しい.
「お風呂・身だしなみと私の願い」	風呂が好き.明るい色が好き.	風呂が大好き.身だしなみを気にする.	どんなに疲れても風呂に入る.熱めが好き.	入浴は週に5,6回.着替えを(方法がわからない)手伝って欲しい.
得意なこと・楽しみ	毎日家事をしていた.歌謡曲を聴くこと.	魚釣り.旅行.庭木の手入れ.テレビを観ること.孫の面会.	仕事から料理.友人を招いて食事すること.体調が良い時妻と外出.スポーツ観戦.	こどもや子犬が好き.娘との外出.
苦手なこと	細かな作業は苦手	(記載なし)	修理など作業	人付き合いが苦手
性格	少し短気な面がある.	人への思いやりがある.	我慢強い,温厚	(記載なし)
不安・苦痛	具合が悪い.吐き気.	吸引	一人はさみしい.	家族が帰ると不安.部屋が暗いのは怖くて不安.

## 2. 家族が記録した「私の暮らし方と願い」について

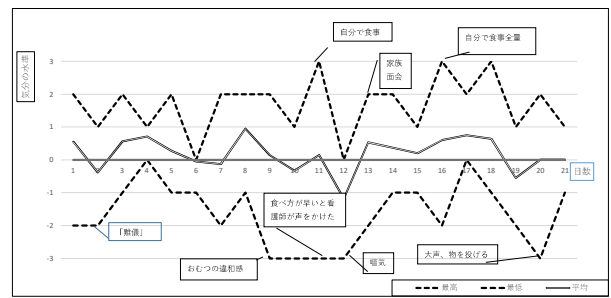
入院時に家族に依頼し、毎日の習慣となっていることと願いについて、患者の気持ちになり記載してもらった。食事については4名が1日三食きちんと食べ、楽しみにしていた。排泄は、A氏の場合は介助によって洋式トイレを使用し、回数が多かった。B氏の場合はおむつを使用し便秘傾向にあり、C氏は洋式トイレを使用しほぼ毎日排便があった。D氏は、洋式トイレを使用し基本的には自立しているが時々流し忘れがある。まれにトイレ内に幻覚が見え怖くて行けなくなる。リハビリパンツはこまめに換えて欲しいと記載があった。入浴については、4名とも風呂が好きと記載された。

入院時の不安や苦痛については、A氏は「具合が悪い」「吐き気」を訴え、B氏は気道内吸引が苦痛であること、C氏は「一人はさみしい」とあり、D氏は「家族が帰ると不安」と記載があった。

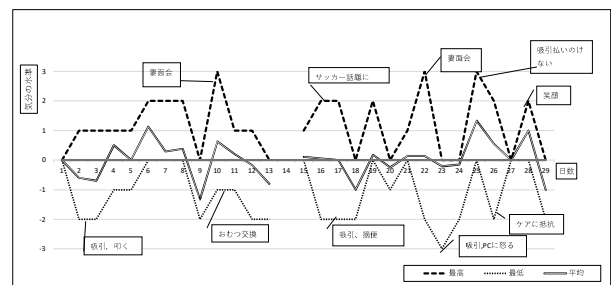
## 3. 対象4名の入院期間の経過と気分の推移

4名の入院期間の気分の推移を図(図1-1～4)に表した。1日単位でその日の最高点と最低点、そして平均点を示した。なお、1日の観察回数はA氏で平均14.4回、B氏は8.3回、C氏では8.5回、D氏は6.6回であった。気分水準が高い時、あるいは低い時の特記すべき記録内容を以下に記述する。気分水準は( )内数値で表わす。

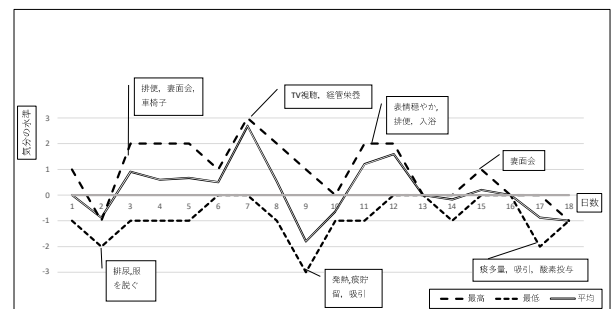
A氏は、入院時に多動や大声で叫ぶ、同じ言葉を繰り返すことが多く、自発運動が乏しい状態(-2)であった。1日目にMRIの検査等があり、膀胱留置カテーテルと心電図モニターが一時的に挿入・装着された。1,2日と「難儀」と嘔気の訴えがあり、調子がよくない様子(-2)が続いた。排尿の訴えや看護師を呼ぶ(-1)などの端的な発語と、「テレビが見たい」「テレビ(チャンネル)直して」など繰り返し(-2)話した。6日は覚醒し表情はよいが発語はなく(0)、身体的に安定した。7日には再び嘔気がある(-2)が18時には治まり、空腹を訴え、食事後には満腹で満たされた表情(2)が表出された。9日



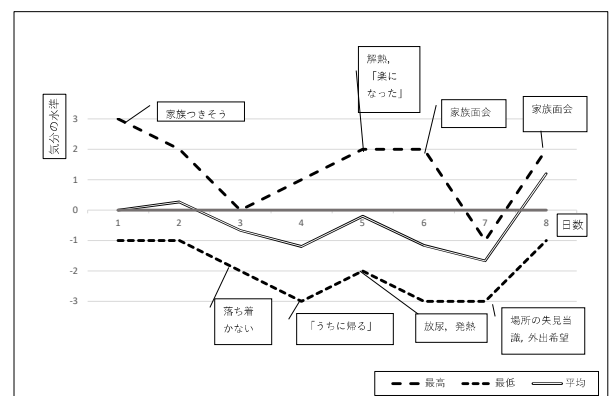
注) X軸は気分水準を表し、「非常によい」が3から「非常に悪い」-3の7段階。  
 注) Y軸は入院日数。  
 注) □は特記事項。  
 図1-1 A氏の気分の推移



注) X軸は気分水準を表し、「非常によい」が3から「非常に悪い」-3の7段階。  
 注) Y軸は入院日数。  
 注) 14日はデータ欠損。  
 注) □は特記事項。  
 図1-2 B氏の気分の推移



注) X軸は気分水準を表し、「非常によい」が3から「非常に悪い」-3の7段階。  
 注) Y軸は入院日数。  
 注) 13日・14日・16日・17日の最高値は0。  
 注) □は特記事項。  
 図1-3 C氏の気分の推移



注) X軸は気分水準を表し、「非常によい」が3から「非常に悪い」-3の7段階。  
 注) Y軸は入院日数。  
 注) □は特記事項。  
 図1-4 D氏の気分の推移

以降も嘔気(−3)とおむつに対する違和感により「おむつ見てください」(1)「早く、早く来て」などの訴え(−1)があった。11日の夕食時には自分で食べ始め(3)、食べ方が早いことを看護師がとがめる声をかけたことに気分を害した(−3)。その後退院まで食事は自分で摂るが「具合が悪い」「吐いちゃった」と時々嘔気・嘔吐が生じ(−3)、大声で呼ぶこともあった。20日の起床時には表情はにこやか(2)であったが、朝食前に「あっち行け」など強い言葉と枕を投げる等の行為(−3)がみられ、食事を摂らなかった。気分の水準は、連続して悪い日が続くことはなかったが、13日以降は気分の水準の1日平均が「気分のよい」から「どちらでもない」を維持して退院を迎えたものの、大声を出すや物を投げるなどの行動は退院前日にもみられた。

B氏は入院当初他者を殴ろうとするなどの興奮様行動(−2)がみられた。入眠状態(0)が多く、口腔内には痰が貯留し頻回の吸引が行われた。吸引時には苦しい表情や手をばたばたさせる行為(−2)がみられた。日中は開眼(0)していて、うっすら笑みを浮かべる(2)こともあるが、陰部洗浄や吸引時には興奮して手を伸ばし叩く行為(−1)がある。発語はない。4日目には吸引後に笑顔と軽い笑い声(1)があった。6日、7日と徐々に吸引の回数が減り、日中に3時間ほど妻の面会があり、その時はほぼ開眼し時折笑顔(2)がみられた。9日11時のおむつ交換の際におむつに手をおき離さない行動(−2)がみられた。10日には妻の面会があり会話が交わされ(3)、妻の帰宅後は表情がなく(−1)、反応が少なくなった。14日の記録は欠損した。15日は妻の面会があり手を握っている(1)。吸引・体位交換、陰部洗浄が行われ、抵抗等なくケアを受けた(2)。看護師がサッカー試合を話題にすると笑顔(2)が見られた。19日午前中に空をつかむ(何かをつかもうとする)動作(0)がみられ、看護師の記録には幻覚があったかと記録された。22日、妻の面会時には声を上げ笑い(3)、23日は痰の量が多いため吸引を頻回に行い、手

をバタバタと動かし抵抗を示す行為(−3)があった。同日リハビリテーションが開始し車椅子で出かけた(0)。その後退院まで安定して過ごす。19日以降、気分の悪い時もみられたが、気分の水準の1日平均が「どちらでもない」か「気分のよい」を示し、退院を迎えた。

C氏は当初多動やナースコールによる要望等を頻回に繰り返す行動(−1)があった。発語がなく、動作で意思を伝えていた。検温時には自ら腕を出し、排尿の有無を確認すると指で○をつくり返答(1)した。2日には排尿後、看護師を待つ間に服を脱ぐ(−2)。午後にはテレビを観、看護師が誘い車椅子で散歩(0)にでかけた。3日まで排便なくグリセリン浣腸によって多量の排便が確認され、看護師の「すっきりしましたか」の問いに指で○を作り返答(2)した。以後排便コントロールが必要となった。看護師の関わりを受け入れ、午後の処置等のない時間帯にジャンケンや似顔絵を描き過ごす(3)。身体的訴えは少なく、「車椅子に乗りたい」という希望時(2)には看護師が、妻の面会時には妻が付き添った。9日21時に発熱があり、痰の貯留で呼吸は浅く、ベッド柵にしがみついていた(−3)。解熱後には入眠した(0)。その後痰の排出は多かった。17日以外は、退院まで表情は穏やか、妻の面会(1)もあり安定した表情で過ごし、BPSDはみられなかった。気分の水準は10日以降「気分がよい」から「どちらでもない」状態に推移し退院に至った。

D氏は、入院時落ち着きが無く多動(−1)を示し、家族が20時まで付き添った(3)。家族がそばにいる間笑顔がみられた。言葉も「トマトは好き」「お汁はおいしい」「大丈夫です」などと明快であった。21時に医師の指示によりセレネースの投与を受け就眠した。2日から点滴静脈内注射が行われ、落ち着きなく歩き、注射刺入部が気になり触る(−2)。時折、目を閉じて手で空を探る行為がある。午後には「身の置きどころがない」状態か寝たり起きたりを繰り返した(−1)。家族が18時に帰ると落ち着きのない行動もなく穏やかに過ごした(1)。3日は、家族の帰宅後

に落ち着かないようす(0)となる。10時に点滴静脈内注射の開始を伝えると「もうしました」と言い、納得するまで説明をしたと記録がある。13時には点滴バックをテーブルに置き歩く(-2)、トイレに行きたかったことが判明した。4日には昼食を食べようとせず、「家に帰るよ」と落ち着きがない(-3)。19時に再度家族が来院し、その後落ち着き(1)過ごす。5日朝食後入眠し(0)、覚醒すると落ち着きが無く(-2)、11時トイレで放尿する(場所を間違う)(-2)、13時に発熱する(0)。夕食時に解熱し、起きて夕食を摂取する(2)。セレネースの投与は6日から中止になるが午前中落ち着かず、病室を歩き回り、会話がかみ合わない(-1)。昼食をとり、その後一人でエレベータにて病院玄関まで行く(-3)。14時家族が来院し一緒に穏やか(2)に過ごす。7日10時の検温時に「〇〇の医者に行ってきた」と話し(-2)、14時には外出の希望が強い(-2)。8日午前中にも落ちつかない様子(-1)があり、看護師がナースステーションに誘い、家族来院時

まで過ごす(2)。気分の水準は入院期間中「どちらでもない」から「悪い兆し」の間で経過した。

#### 4. 4名に共通する気分に影響を及ぼす要因

気分に影響する要因は4氏それぞれ個別的であるが「非常によい」から「非常に悪い」に分類し、表2に表した。

「気分のよい」影響要因は、家族の面会、食事摂取時、排便後、おむつ交換など排泄に関連する清潔ケア、家族・看護師が傍に居るときである。体位変換や痰の吸引後、清拭時、身体的ケアの後などに気分のよい兆しを示した。

「気分の悪い」影響要因は、尿意・便意がある時と摘便、フォーレ挿入違和感のある時、嘔気・発熱・喘鳴の体調不良時、点滴開始時・差し替え時、気道内吸引時、家族不在時または帰り支度時等である。おむつ交換や体位交換時のケア時や「さみしい」気持ちの時には気分の悪い兆しを示した。

表2：認知症患者4名の気分に影響する要因

	A氏	B氏	C氏	D氏
非常によい (3点)	夕食(2)、おむつ交換	家族面会(3)、 Nsに声をかける	4人部屋で過ごす、TV観る、 経管栄養中、入眠中	睡眠
よい (2点)	睡眠(5)、朝食(2)、夕食後 (2)、夕食、ウトウト、空 腹で人を呼ぶ、涼しい風、 おむつ交換、朝覚醒時	家族面会(2)、おむつ交換(2)、 Nsと会話(2)、家族が手を握る、 体位交換(2)、吸引、吸引後、 陰部洗浄、髭剃	家族面会(2)、入眠中(2)、便 失禁、Nsと会話、おむつ交 換、入浴	家族面会(5)、夕食(2)
よい兆し (1点)	家族面会(3)、昼食(3)、夕 食(3)、朝覚醒(2)、自然排 尿(2)、朝食、自然排便、排 便後、歌う、大勢のNsが傍 にいます	体位交換(5)、家族面会(4)、吸 引後(4)、おむつ交換(2)、Nsと 会話(2)、陰部洗浄、口腔ケア、 大勢の訪室	車椅子で散歩(4)、Nsと会話 (2)、入眠中、ベッド挙上で 過ごす、排便後、失禁、陰 部洗浄	家族面会(2)、昼食(2)、Ns と一緒に(2)、清拭(2)、就眠 時
悪い兆し (-1点)	嘔気(8)、便意(4)、“窓開 けて” (3)、体熱感(3) “さ みしい” (3)、“寒い”、空 腹、フォーレ挿入違和感、 胸の違和感、微熱、空腹、 血圧値高め、Drを怒鳴る	吸引(6)、体位交換、妻帰る、経管栄 養、おむつ交換、陰部洗浄	痰・喘鳴(3)、吸引(2)、発熱 (2)、失禁、尿意、“さみし い”、“起きたい”、ナース コールを押す	尿意、発熱、発汗、“外 出したい”、“寝たり起きた り頻回
悪い (-2点)	嘔気(5)、便意(4)、空腹感 (2)、“暑い”、“難儀” “TV観たい”、おむつ交換、 不快感、血圧値高め、 SpO <sub>2</sub> 低め、大勢が入室	吸引(12)、体位交換(2)、陰部 洗浄(2)、妻帰り支度、経管栄養、 おむつ交換、点滴差し替え、摘便	尿失禁(4)、痰	尿意(2)、点滴開始(2)、点 滴中、トイレで放尿、家族 不在
非常に悪い (-3点)	嘔気(3)、食べ方が早いので Nsが声をかけた	体位交換、吸引	浅い呼吸、SpO <sub>2</sub> 低め、痰、 発熱	家族帰宅(2)、家族を待つ、 発熱

注) ( )内数は記載回数。

注) ( )数字の無い要因は1回。



## V. 考察

本研究は、センター方式を用いることによる患者の気分の推移を観察し生活行動の変化につながる気分に影響する要因を明らかにするために実施した。

平成27年に策定された新オレンジプランに、認知症の容態に応じた適度・適切な医療・介護等の提供が示されるよう、特にBPSDや身体合併症等への適切な対応が期待され、患者に対する対応が施設等で固定化されないことが強調された。同資料に、看護師の人員配置基準7対1体制の病棟において、認知症を有する患者に対する処置や観察、アセスメントを毎時間以上必要と認識・実施している病棟 ( $n=193,327$ ) は11.9%で、1日3回以上の必要性を回答した病棟は61.9%であった。1日に1~2回と回答した病棟は26.2%である。センター方式の「24時間シート」は1日24回観察できる様式であるが、本研究における実際の記録は最も多いA氏で平均14.4回であり、最も少ないD氏においては6.5回であった。通常の看護記録に加えての記録であり、負担がかかったことは想像に難くない。4氏の観察の経験から、看護師はタイミングの予測をつかめるようになったのではないかと推測された。第1報(青木, 2021)でセンター方式を使用することにより看護師が患者の経時的变化がわかるようになると報告した。気分の水準が(1)から(-1)の範囲で平均が(0)に近い状態は日内の変動が少なくなる状態とも言え、気分が落ち着いてくる時期が続くと見極めができる。C氏の推移が適例である。看護師が受け持つ過程でどの程度の観察や関りの頻度が必要なのか判断できるようになることが推測される。

入院時にBPSDを1症状以上認められた4名の患者は、病状の経過とともにBPSDが低減した。B氏とC氏の排痰と吸引による苦痛は軽減しつつも退院直前まで継続し、退院後も引き続きケアが必要であった。気分の推移の様相は、4者各様であった。A氏は入院全般に渡り1日のうちに気分のよい時と悪い時があり、振れ幅が大き

かった。B氏では、気分のよい日に気分の悪い時ではなく、気分の悪い日によい時がないというシーズン状態を示した。C氏は入院前半において1日のうちに気分のよい時も悪い時もあり、次第に「どちらでもない」水準に至った。D氏は、B氏の気分のよい日に気分の悪い時がないシーズン状態と似ているが平均点が入院期間を通しマイナス点を示した。

気分の推移の様相は、患者の気分に影響する要因の相違に因ると考えられる。A氏の場合は嘔気と便意を有すると悪い気分を招き、食事や排泄後によい気分に至る。B氏は排痰が多く、吸引時と、家族が家に帰り支度をするときと不在になった直後に悪くなっている。家族の面会時は非常によい傾向を示した。看護師との交流の場においても気分がよい状態を呈した。C氏はB氏と同様に家族の存在が気分をよくする要因であるが、家族の不在に対する影響はなかった。D氏は家族の存在は同様に気分のよい状態の影響要因であり、不在は悪い影響要因でもあり、尿意も悪い影響要因となった。D氏は在宅においてトイレを使用していた背景からトイレへの早急の移動が理由と考えられる。

患者の落ち着いた表情や行動の安定の観察から、患者が気分をよい状態にする影響要因には、食事摂取とおむつ交換・清拭が挙げられた。身体的な爽快感や満足感が得られる生活行動と、家族が記載した「私の暮らし方シート」に『3食きちんと摂る』、『どんなに疲れてもお風呂に入る』や『身だしなみを気にする』の情報とよい要因とが一致した。A氏が、「食べ方が早いと看護師が声をかけた」場面で非常に気分が悪い状況となり、家族の記録を再度確認すると『食べるのが早かった』とある。家族面会や看護師との交流においても入院前の同居者との暮らし方や関係性が影響すると推測された。岩成・矢田・原川ら(2013)はBPSDを呈する認知症患者1例に対し、バーバル及びノンバーバルコミュニケーションを8週間行い、センター方式の「24時間シート」で観察したところ、BPSDの軽減に効果があったと報告し

ている。援助開始時、15分間座り続けることができない、また、頻繁の帰宅要求をする事例が、8週間には終日穏やかで「今日はここへ泊ってもいいですか」と発言が聞かれるほどに変化したとある。患者に関わる者の存在とコミュニケーション等態度の重要性が推察された。したがって、家族が傍に居ない等の患者を不安にさせる人的環境要因も特徴であり重要要因である。

気分を悪くする影響要因には発熱・痰吸引前の呼吸状態・嘔気等身体違和感や苦痛等身体状況とともに排泄に関連した状況が挙げられた。おむつ交換は、A氏とB氏には気分の悪い場面であったが、一方、A氏、B氏、C氏にとっては気分の良いケアでもあった。これは看護師のケアやタイミングによるものと推測できる。第1報（青木，2021）で報告しているが、看護師はケアを通し気づいたことに「ケアを振り返ると患者の反応がわかる」こと、また「タイミングの良いケアができる」ようになったことを挙げている。岡本・小山（2021）は、認知症患者が攻撃的行動の要因となるものに身体にある不快な感覚が引き金になると報告している。認知症患者にとって大脳皮質の機能は低下しているが、大脳辺縁系の機能は健常に保たれていることが多いため、大脳辺縁系への働きかけとなる快刺激は効果的である（佐藤・南，2016）。排泄後直ちに察知しすぐさま交換した時、また、交換時のケアが快い感覚を与えるものであれば気分は良いものとなる（南，2016；清水，2016）。排泄後時間が経過した場合は不快感が続き、患者の苛立ちを生じさせ、看護師のケアの不手際の悪さが気分の悪いものと受け止められた可能性がある。

これらの結果から、認知症患者の気分を左右するものは、習慣的生理的および対人関係要因が鍵となり、家族の情報から気分に関する予測が立てられ、対応することによってBPSDを低減できる可能性が示唆された。急性期の身体的状態を整えるためにも、病前生活スタイルの把握はケアの必須情報であり、センター方式の「私の暮らし方シート」と「24時間シート」は認知症患者の気

分に関わる看護に効果的に活用できることが示唆された。

本研究のデータ収集期間は患者4名でX+3か月を要した。4名の患者の看護を通し、入院前半期には観察の機会が多いのは当然として、後半には機会が減少する例もあるが、認知症高齢者の日常生活自立度がIV以上になると退院までケアや環境の観察と調整は必要であった。C氏、D氏を看護する時期には、患者の気分に影響する要因が把握できるようになり、観察の機会がその判断に応じて減少した可能性がある。

研究の限界は、センター方式を用いることは看護師の記録量を増やし負担をかけることになり、記載量が一定でなかったことであるが、そのため、気分のリッカート尺度による点数を合計し、観察機会数で除し1日の平均点で評価する方法を選択した。その結果、入院期間の気分の変化をとらえることはできたが、その日の変動を分析できていない。入院が中長期にわたると予想される場合は1週間のうち2～3日間集中して患者の生活行動と気分を観察する方法も想定される。看護記録は多くの示唆を含んでいるが、患者の情報を最小限に、看護師による記入等の負担を少なく、他のセンター方式記録シートによる検討も今後の課題である。

## VI. 結論

特定機能病院で急性期治療を受ける認知症患者の看護にセンター方式を用いることによる患者の気分の推移を観察し、生活行動の変化につながる気分に影響する要因を明らかにすることを目的に、4名の認知症患者の看護を通して検討した。十分なデータ分析には限界があるが、センター方式を使用することによって患者の気分と影響する要因をつかめる可能性が確認できた。家族による患者の生活習慣や願いに関する情報は気分に影響する要因と一致していることも確認できた。

認知症患者の気分は、苦痛の有無と快不快感、そして家族・看護師の実際的に傍らに存在することに影響を受ける可能性が示唆された。

付記

本研究は平成28年度(2016年)第31回日本老年精神医学会学術集会で発表した。

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ご感謝申し上げます。

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】

青木萩子・平野慶子・平工淳子・諏訪達彦・加藤泉・池田葉子(2021). 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, 中京学院大学紀要, 1(1), 37-48.

中央社会保険医療協議会(2015). 入院医療(その6)

1. 身体疾患のために入院する認知症患者のケアについて, 4-8.

Immy Holloway, Stephanie Wheeler(2002)/野口美和子監訳(2006). ナースのための質的研究入門第2版. 第2章アクションリサーチ. 185-197, 医学書院.

岩成淳治・矢田フミエ・原川由美・岡村美智子(2013). 認知症高齢者に対してセンター方式を活用してBPSDが軽減した1事例—バリデーションと継続的なノンバーバルコミュニケーションを用いて. 日本精神看護科学術集会誌, 56(3), 140-144.

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—理論と手法の体系的整理の検討—. 敬心・研究ジャーナル, 48(1), 103-108.

南敦司(2016). カンフォータブル・ケアで変わる認知症看護 第7回不快なことは素早く終わらせる, 精神科看護43(11), 64-66.

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. 223-225. 日本看護協会出版会. 東京.

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—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の事業.

中西純一(1994). III. 感情の異常 2. 易怒・攻撃・情動易変・多幸症. 老年期精神疾患治療のためのストラテジー, 長谷川和夫(監): ワールドプランニング, 東京. 69-78.

西村伸子・内藤菊恵・矢田フミエ・岩成淳治(2015). その人らしさを尊重した認知症患者のBPSD軽減へのケアセンター方式24時間アセスメントシート・私の気持ちシートを活用して, 日本精神科看護学術集会誌, 58(3), 72-76.

岡本聡美・小山幸代(2021). 一般病棟における認知症患者の攻撃的行動を未然に防ぐ支援の検討(第1報)—攻撃行動の要因に焦点を当てて—. 日本早期認知症学会誌, 14(1), 27-35.

岡崎彩・水野絵美・磯野文子・鈴野しのぶ・城鳥薫・赤澤航也・大岡ハルミ・野口美紀・崩弘美(2016). 「ひもときシート」や「センター方式」を活用した行動・心理症状(BPSD)のある認知症高齢者の理解とその結果に基づくケアに対する職員の意識の変化に関する質問紙調査法による検討. 厚生連医誌, 25(1), 47-54.

佐藤万里子・佐藤妙子・南敦司(2016). 重症認知症患者へのカンフォータブル・ケアの有効性. 日本精神科看護学術集会誌, 59(2), 121-123.

清水美帆(2016). BPSDがある認知症高齢者の対応場面を振り返る. 川崎一律立川崎病院事例研究集録, 18, 78-80.

診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会(2017). II. 調査結果の概要, 1. 一般病棟入院基本料等における重症度, 医療・看護必要度等の施設基準の見直しの影響について, 平成28年度入院医療等における実態調査. 22.

高木博敬(1994). IV. 意欲・行動の異常 2. 多動行動, 老年期精神疾患治療のためのストラテジー, 長谷川和夫(監): ワールドプランニング, 東京. 92.

高安貴恵・野原千草・仲間五月・嘉数勝(2016). 「認知症のためのケアマネジメントセンター方式シート」を活用して—BPSD緩和に対する取り組み. 日本精神看護学術集会誌, 59(1), 132-133.

吉本和樹・兎澤恵子(2017). アクション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.