

【研究報告】

大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援のための看護師教育プログラムの作成

内ヶ島 伸也

北海道医療大学看護福祉学部看護学科

要旨

本研究の目的は、『大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援のための看護師教育プログラム』を作成することである。プログラムは、パーソン・センタード・ケアを理論的基盤として、ICFの生活機能モデルとの関係性から検討した。プログラムの内容と実施方法は、先行研究に基づいて検討したうえで、認知症看護と整形外科看護の専門家会議で妥当性と有用性を高めた。その結果、プログラムで重視する支援内容は、【認知症ケアの基本】に関する支援2項目、【急性期病院における認知症ケア】に関する支援4項目、【大腿骨近位部骨折者の重点ケア】に関する支援5項目の合計11項目で構成された。プログラムの実施方法は、11項目の視点と実践に関する説明を演習を交えて実施する20分間の「導入研修」と、11項目に基づく看護実践の定着を図るための看護カンファレンスによる3カ月間の「実践支援」の2段階で構成された。

キーワード

大腿骨近位部骨折, 周術期, 認知症高齢者, 生活機能, 看護師教育プログラム

I. はじめに

わが国では、身体疾患の治療で入院を必要とする認知症高齢者が増加している（厚生労働省, 2015）。入院治療に伴う環境変化や苦痛は、認知症高齢者の不安と混乱を強め、興奮状態や徘徊などの行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD）とせん妄発症の大きなリスクとなる（厚生労働省, 2015）。せん妄やBPSDは、チューブ類の自己抜去や転倒などにつながりやすく、必要な治療とリハビリテーションの妨げとなる（藤原・三枝・鈴木, 2015; McConnell & Karel, 2016; 山下・小林・藤本・松本・古河, 2006）。しかし、急性期病院では、認知症に関する専門的な知識や経験の不足から、予防や対応が後手に回ってBPSDを悪化させ、看護師の困難さを助長するという悪循環を生んでいることが指摘されている（日本老年看護学会, 2016）。

入院する認知症高齢者に多い疾患は、脳梗塞（27.2%）、肺炎（23.8%）、骨折・外傷（23.4%）であり（厚生労働省, 2015）、介護が必要となった主な原因では、認知症（24.3%）と骨折・転倒（12.0%）が上位を占める（厚生労働省, 2020）。なかでも大腿骨頸部／転子部骨折（以下、大腿骨近位部骨折）の受傷件数は増加傾向にあり（日本整形外科学会診療ガイドライン委員会, 2011）、認知症高齢者の受傷・入院数

も増加が予測される。大腿骨近位部骨折は、受傷直後から日常生活動作への影響が大きく、認知症高齢者は歩行再獲得率が低いことも報告されている（鎮西・深澤・伊藤・佐藤, 2010; 中川・成山・村越, 2016; 高橋・蟹江・鈴木・佐々木, 2009）。それゆえ、退院後の生活を視野に入れ、認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援が必要不可欠である。

こうした状況のなかで、大腿骨近位部骨折で入院する認知症高齢者に関わる整形外科の看護師は、危険を予測しながら安全を守るための臨床判断をしているものの、認知症高齢者の視点に立って具体的な援助方法を検討するまでには至れておらず、認知症高齢者への理解を深めるための看護師教育が求められている（油野・泉・平松, 2010）。退院後の生活も視野に入れて、大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を維持し、早期に退院できる支援が必要不可欠であるが、そうした看護実践のための効果検証された看護師教育プログラムはないのが実情である。しかし、認知症高齢者への理解を深め、本人視点に立った看護実践を目指して、急性期医療へパーソン・センタード・ケアを導入する教育プログラムが検討されている（土肥・杉浦・杉本・柏木・岡本・叶谷, 2019; 鈴木・桑原・吉村・内田・水野, 2013; 鈴木・山岸・玉田・阿部・村田・桑野・O'Dowd・水野, 2015; 鈴木・吉村・水野・金森・長田, 2017; 鈴木・吉村・宗像・鈴木・須永・勝原・桑原・水野・長田, 2016）。介護サービスの領域で実践が進んでいるパーソン・センタード・ケアは、認知症の人の気持ちを大切に寄添う関

<連絡先>

内ヶ島 伸也

北海道医療大学看護福祉学部看護学科

係性のなかから、本人のニーズを満たし、もてる力が発揮できるように支援することを重視している (Kidwood, 1997 / 高橋 記, 2005)。

そこで、本研究の目的は、パーソン・センタード・ケアを基盤とした『大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援のための看護師教育プログラム』を作成することである。

II. 用語の定義

本研究における「生活機能」は、世界保健機構 (WHO) が提唱した国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) に関する大川 (2004) の定義に基づき、「心身機能・身体構造：身体と精神の働き、身体の構造」と「活動・参加：日常生活動作、趣味および役割を含む生活行為全般」と操作的に定義する。また、「生活機能」と影響関係にある「健康状態 (病気や怪我)」「環境因子 (物的環境や人的環境)」「個人因子 (年齢や性別、ライフスタイル)」についても、大川 (2004) の定義に従った。

III. 本プログラムの理論的基盤とモデル

本プログラムの作成にあたり、パーソン・センタード・ケアを理論的基盤としてICFの生活機能モデルとの関係性を検討した。

パーソン・センタード・ケアでは、認知症の人の行動の意味を理解するための手がかりとなる要素として、「脳の障害」「健康状態」「生活歴」「性格」「環境」の5つを示し、次のように説明されている (認知症介護研究・研修大府センター, 2010)。「脳の障害」は、認知症の人の行動にもっとも影響を及ぼす要素であり、認知機能の衰えが、大きな不安感や不快感につながる。「健康状態」は、感染症、便秘、脱水、栄養失調、糖尿病や心疾患などの合併疾患の悪化、骨折、皮膚疾患による痛みやかゆみなどであり、薬剤の影響や副作用を含む。「生活歴」は、過去の職業、習慣やこだわり、

好きなこと・得意なこと、嫌いなこと・苦手なこと、暮らしてきた地域などである。「性格」は、同じ出来事が起こっても、人によって対処方法が異なるように、一人ひとりの行動は、その人のももとの性格の影響が大きい。「環境」は、認知症になっても感情やプライドは豊かに残っており、認知症の人を取り巻く対人的、社会的、物理的環境が本人の行動に大きな影響を及ぼす。

認知症の人の行動や表れている症状が異なるのは、単に「認知症」という脳の機能障害だけではなく、この5つの要素が複雑に絡み合っているからであると説明されている (認知症介護研究・研修大府センター, 2010)。この5つの要素は、認知症の人を理解する手がかりとして示されているが、言い換えれば、「生活歴」「性格」をふまえて「脳の障害」「健康状態」「環境」を良好な状態に保つことが、認知症の人が安心して穏やかに生活していく鍵ともいえる。

この5つの要素とICFによる生活機能の構成概念を比較すると、「脳の障害」はICFの「心身機能・身体構造」、「健康状態」はICFの「健康状態」、「生活歴」「性格」はICFの「個人因子」、「環境」はICFの「環境因子」というように、両者の対応関係を見出すことができる (図1)。「脳の障害」「健康状態」「生活歴」「性格」「環境」の影響を受けて表れる「認知症の人の行動・症状」は、周囲には不可解にみえても、本人には、状況を理解しようと必死になっていたり、他人に迷惑をかけないように努力したりなどの理由がある。そうした行動は、日常生活において“当たり前にしてきたこと”を取り戻そうとする本人の意思や意欲と解釈することができる。この“当たり前にしてきたこと”とは、日常生活動作、趣味および役割を含む生活行為全般を指すといえ、ICFの「活動・参加」に対応すると考えることができる。

また、パーソン・センタード・ケアは、本人のニーズを満たし、もてる力が発揮できるように支援することを重視し (Kidwood, 1997 / 高橋 記, 2005)、ICF

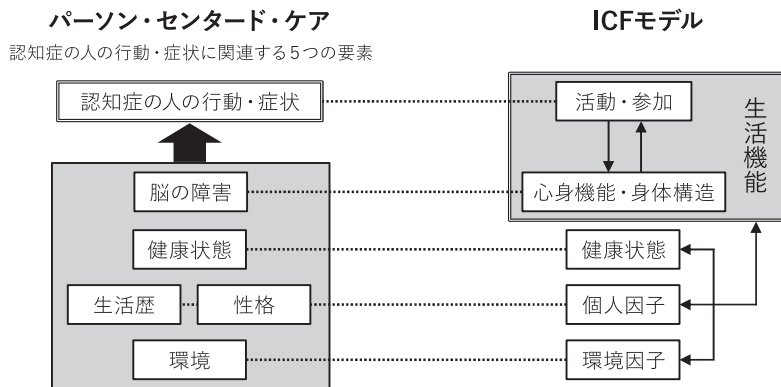


図1 本研究におけるパーソン・センタード・ケアとICFの生活機能との関係

による生活機能では、利用者・患者のプラス面（残存機能）を重視する視点を強調している（大川，2004）。

こうしたパーソン・センタード・ケアと生活機能の関係性や共通性をふまえ、本研究で作成するプログラムは、パーソン・センタード・ケアを基盤とした生活機能を重視する視点で構成することとした。

IV. 研究方法

1. 先行研究に基づくプログラムの内容と実施方法に関する検討

『大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援のための看護師教育プログラム』の内容と、整形外科病棟の看護師に導入するための実施方法は、急性期医療における認知症ケアとパーソン・センタード・ケア、大腿骨近位部骨折の治療と看護、および看護師教育に関する先行研究に基づき検討した。プログラムの検討過程を図2に示す。

2. プログラムの妥当性および有用性を検討するための専門家会議

プログラム案を作成した段階で、認知症看護を専門とする大学教員2人（うち1人は日本認知症ケア学会が認定する認知症ケア上級専門士の資格を有する）、認知症看護認定看護師教育に携わる教員2人（うち1人は認知症看護認定看護師）、老人看護専門看護師1人、整形外科病棟の勤務経験をもつ看護師1人の合計6人に参集してもらい、プログラムの内容と実施方法の妥当性を検討した。また、急性期病院の教育担当および整形外科病棟の看護管理者3人にプログラムの内容と実施方法を説明し、妥当性と有用性を検討した。

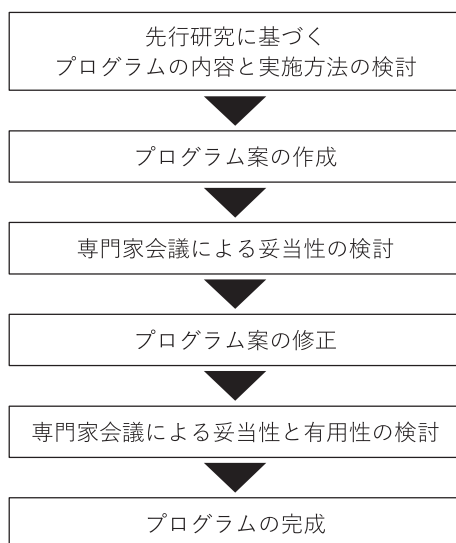


図2 プログラムの検討過程

3. 倫理的配慮

本研究は、北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会にて倫理審査の承認（承認番号：16N041040）を得て実施した。プログラムの妥当性と有用性に関する検討を依頼した協力者には、研究の趣旨と方法を説明し、協力の同意を得た。なお、利益相反にかかわる開示事項はない。

V. 結果

1. プログラムの内容

鈴木他（2013）は、急性期病院において認知症に関連した症状のある患者に実践されている看護介入として、「混乱を緩和するための看護介入」「個人の生活行動や認知機能のアセスメント」「環境の整備」「残存能力を引き出すための看護介入」「安楽と安全のためのアセスメントと看護介入」「穏やかな生活のための看護介入」「食事に関する看護介入」の7因子45項目を整理し、認知症高齢者本人の視点と価値を大切にすパーソン・センタード・ケアとの有意な関係を報告している。また、鈴木他（2016）は、急性期病院でのパーソン・センタード・ケアを目指した看護実践として、「本人の視点を重視したケア」「認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」「起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケア」「本人の意思や価値を尊重したケア」の4因子19項目を示し、この看護実践の自己評価尺度の開発を試みている。これらの先行研究で示された下位項目について、その内容を類似性で整理すると、①本人ができること・したいことを重視して、安心感や満足感を高めるように支援すること、②話しかけ方に配慮したり、文字やイラストを使用するなどして、本人の認知障害をふまえた方法で情報提供すること、③入院生活や治療に対する思いを理解するために、表情や行動を注意深く観察しながら本人の思いをしっかりと聴くこと、④入院前にできていたことを把握し、慣れ親しんでいるものを取り入れながら、生活機能の最大化を図るように支援すること、⑤安全な環境を整え、本人の動こうとする意思や意欲は生活機能回復の好機ととらえて行動を支援すること、⑥身体拘束や薬剤による行動抑制について、チームでその弊害を慎重に吟味し、抑制しない環境を整えること、の6つに集約された。このうち、①と②を急性期医療においても重要な【認知症ケアの基本】である本人視点に立ったコミュニケーションに関する支援2項目とし、③～⑥を入院・治療に伴う急性期ゆえの苦痛や不安を解消して回復を目指す【急性期病院における認知症ケア】に関する支援4項目として抽出した。

さらに、大腿骨近位部骨折で周術期にある高齢者の回復促進には、「せん妄・混乱状態を予防して早期にリハビリテーションを開始すること」「痛み・恐怖を解消してリハビリテーションの機会を増やすこと」「低

栄養を改善してリハビリテーション効果を高めること」が重要となる（内ヶ島，2019）。とりわけ、低栄養は、認知症高齢者の歩行再獲得率に影響することが指摘されている（岡本・増見・水谷・齋藤・原田，2015a；岡本・増見・水谷・齋藤・原田・中村，2015b）。これらの先行研究から、大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の回復を促進する【大腿骨近位部骨折者の重点ケア】に関する支援5項目を抽出した。

以上の手続きで抽出した全11項目について、専門家会議では、伝わりやすさの修正を検討したうえで、支援の視点に不足や重複はなく、内容は妥当であることを確認した。作成した『大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援』11項目と生活機能との関係を表1に示す。11項目のすべてが「心身機能・身体構造」と「活動・参加」の両方に関係するが、とくに【認知症ケアの基本】の項目①と②、および【急性期病院における認知症ケア】の項目③～⑥は、認知症高齢者本人を主体とする「活動・参加」を重視した支援であり、【大腿骨近位部骨折者の重点ケア】の項目⑦～⑪は「心身機能・身体構造」を重視した支援であることを確認した。

2. プログラムの実施方法

急性期病院の看護師へのパーソン・センタード・ケアに基づく教育プログラムを検討した先行研究では、作成した視聴覚教材（DVD）の視聴やその後のグループワークが、認知症高齢者への理解とコミュニケーションに関する学びにつながることを報告している（土肥他，2019；鈴木他，2015；鈴木他，2017）。しかし、いずれのプログラムにおいても、実践場面での継続的な教育支援までは含まれておらず、看護実践に及ぼす効果までは検証されていない。

専門職者である看護師の学習では、習得した知識を日々の看護実践で活用し、その経験を振り返ることに

よって次の実践につなげていく経験学習が推奨されている（浅香，2016）。鈴木（2015）が、認知症高齢者の看護は専門性や創造性が高くマニュアル化できないと指摘するように、個別性の高い認知症ケアに関しては、講義形式で知識を習得するのみでは、十分な看護実践につながりにくい。そのため、本プログラムの実施方法は、「導入研修」とその後の「実践支援」の2段階で構成することとした。

導入研修では、大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者への支援課題を示したうえで、11項目の視点と実践方法を説明することとした。先行研究をふまえて、映像教材を使用したグループワークも実施する予定であったが、教育担当および整形外科病棟の看護管理者と実現可能性を検討した結果、導入しやすさを高めるために、研修時間は20分間で設定することとした。そこで、映像教材を使用したグループワークの代わりに、認知症高齢者のニーズを本人視点で理解するための演習と意見交換の時間を設けることとした。演習は、知覚のアフォーダンス（Gibson, 1986；佐々木，1994）を活用し、3種類の食器の写真を見て中に何が入っていると思うかを質問するという単純なもので、道具や場の選択ひとつで認識を助けたり、逆に混乱させたりすることがあることを体験するものとした。

実践支援は、本プログラムの実施者が看護カンファレンスに参加して11項目に基づく看護実践の定着を図ることとし、期間は3カ月間と設定した。実施者は、看護カンファレンスにおける看護師の発言が11項目の支援から離れた場合には、視点を戻せるように助言することとした。また、看護カンファレンスの前後では、中堅看護師に対して、自らの思考や実践の意図を言語化してもらい、経験年数3年未満の若手看護師に伝えるように働きかけ、若手看護師には、実践で気づいたことや工夫したことを質問し、表現する機会を意図的につくることとした。さらに、日々の看護記録と看護

表1 生活機能と『大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援』との関係

生活機能	大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援(11項目)
「活動・参加」 を重視した支援	認知症ケアの基本(2項目)
	① 本人の意向を重視し、安心感・満足感を高める支援
	② 本人の認知障害をふまえた方法による情報提供
	急性期病院における認知症ケア(4項目)
	③ 表情や行動の注意深い観察と本人の思いの傾聴
	④ 入院前をふまえて生活機能の最大化を図る支援
「心身機能・身体構造」 を重視した支援	⑤ 動く意欲を生活機能回復の好機とする本人視点での支援
	⑥ 抑制の弊害をチームで吟味し、抑制しない環境づくり
	大腿骨近位部骨折者の重点ケア(5項目)
	⑦ せん妄・混乱状態、痛み・恐怖、栄養状態に注目した支援
	⑧ せん妄・混乱状態予防のための療養環境づくり
	⑨ 痛み・恐怖がないリハビリテーションと食事の支援
	⑩ 栄養指標を用いた受傷前・入院時・退院時の栄養評価
⑪ 回復力向上に必要な栄養摂取のための食事環境づくり	

表2 大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援のための看護師教育プログラム

導入研修	
目的	大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援11項目の視点と実践方法の理解
方法	講義と演習を組み合わせた集合研修(20分間)
内容	1. 大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者への支援課題(5分間) 【11項目との対応】 1) 認知症高齢者の歩行再獲得率および生活機能回復が低いこと 2) 要因は「せん妄・混乱状態」「痛み・恐怖」によるリハビリテーションの遅れ、「低栄養」による術後回復の遅れであること 支援⑦ 2. 生活機能を重視した療養支援の視点と実践方法(12分間) 1) せん妄・混乱状態を予防するために、本人の意思や意欲を大切に動けるように支援すること 支援①～⑧ 2) 痛み・恐怖を丁寧に観察し、鎮痛剤の効果と動作支援の方法を振り返って検討すること 支援①～⑤⑦⑨ 3) 低栄養を念頭に栄養状態を評価し、必要な栄養が摂取できるように食事環境を整えること 支援①～⑤⑦⑩⑪ → 知覚のアフォーダンスを活用した演習 4) 認知症高齢者の意思や意欲、思いを大切に、本人のしたいこと・できることの支援を重視すること 支援①～⑤ 3. 意見交換(3分間)
実践支援	
目的	大腿骨近位部骨折で周術期にある認知症高齢者の生活機能を重視した療養支援の遂行と、気づきや工夫のチーム内共有の促進
方法	看護カンファレンスへの参加観察による実践支援(3カ月間)
内容	1. 看護カンファレンスに参加して実施すること 1) 看護師の発言を注意深く聞きながらその内容を記録し、看護師が着目していること・実施しているケアを把握する 2) 看護師の発言内容と11項目の支援との関係を分析する 3) 看護師の発言内容が11項目の支援から離れた場合は、視点を戻せるように助言する ※指導的立場ではなく、看護師が自らの実践を振り返って表現し、気づきや工夫を発展できることを重視する 4) 看護師の発言内容が11項目の支援に基づいていた場合は、支持的態度を示す 5) 助言を求められた際には、看護師の発言内容が11項目の支援とどのように関係しているかを説明する 2. 看護カンファレンスの前後に実施すること 1) 中堅看護師には、自らの思考や実践の意図を言語化してもらい、経験年数3年未満の若手看護師に伝わるように働きかける 2) 若手看護師には、実践で気づいたことや工夫したことを質問して、表現する機会を意図的につくる 3) 看護記録と看護計画に、認知症高齢者の思いに寄り添い、入院前の状態を意識して実施した支援が記述されるように助言する

計画には、認知症高齢者の思いに寄り添い、入院前の状態を意識しながら生活機能向上のために実施した援助内容が記述されるように助言することとした。

以上の実施方法について、専門家会議による妥当性および有用性の検討では、導入研修での説明を一部見直し、看護師が理解しやすいように修正した。また、短時間の研修ではあるが、知覚のアフォーダンスを活用した演習は効果的であり、導入研修の方法は妥当であることを確認した。実践支援についても、看護カンファレンスとその前後での教育的介入は実現性が高く、妥当で有用な方法であることを確認した。これらの手続きを経て作成したプログラムの実施方法を表2に示す。

VI. 考察

本プログラムの11項目のうち、【認知症ケアの基本】に関する支援2項目は、認知症高齢者とのコミュニケーションを重視した支援である。認知症高齢者の思いに寄り添う視点での支援は、本人が安心して治療とリハビリテーションに取り組むための援助的関係性を育むものであり、急性期医療の看護実践においても極めて重要である。また、【急性期病院における認知症ケア】に関する支援5項目は、認知症高齢者の行動・症状を本人のニーズとして捉え、受傷前の生活と照ら

し合わせて療養環境を見直しながら、最大限の回復を目指していくことを重視した支援である。鈴木(2012)は、認知症高齢者は自らニーズを満たすことができないために、認知症ではない人以上にニーズの充足を求めているといえるが、そのニーズの捉え方が本人と看護師との間で大きくずれることが、BPSDなどの原因になる可能性が高いと指摘している。治療の妨げや転倒・転落の危険につながるBPSDは、認知症高齢者のニーズを看護師が十分に理解できないなかで生じることが多い(西村・岡本・鈴木, 2015; 鈴木, 2012)。しかし、急性期病院では、認知症高齢者とのコミュニケーションに困難を感じている看護師が多く(千田・水野, 2014; 片井・長田, 2014)、認知症高齢者の意向に添えるように支援したくても実現できずに悩んでいる(木島・長谷川, 2018; 小山・流石・渡邊・森田・萩原, 2013)。こうした状況の背景には、急性期医療ゆえの時間的制約(荒木・原・長谷川・小野, 2016; 片井・長田, 2014; 木島・長谷川, 2018; 杉田・西片, 2013)や、認知症ケアを学ぶ機会の少なさ(木島・長谷川, 2018; 小山他, 2013)が課題として指摘されている。認知症高齢者とのコミュニケーションやBPSDに悩む看護師のなかには、知らず知らずのうちに誤解や偏見が生じ、そのことが、認知症高齢者の主体性や尊厳を尊重した看護実践の妨げにつながりかねない。

本プログラムの【認知症ケアの基本】と【急性期病院における認知症ケア】に関する支援は、認知症に伴う治療・看護上の問題への対応ではなく、看護師が認知症高齢者一人ひとりの真のニーズを知り、本人の主体性を尊重しながら生活機能の回復を高める看護実践を指向するものである。こうした看護実践は、認知症高齢者が「できていたこと・していたこと」を「再びできるようにする」ための支援であり、とくにICFによる生活機能の「活動・参加」を重視した支援であると考えられる。

一方、【大腿骨近位部骨折者の重点ケア】に関する支援5項目は、大腿骨近位部骨折の周術期でとくに重要となる支援である。認知症高齢者は、骨折や手術のこと、禁忌肢位やリハビリテーションのことなどを十分に理解できず、動作時の疼痛や制限のある入院生活によってせん妄・混乱状態を生じやすい。認知症高齢者が、認知症のない高齢者と同程度の回復を果すためには、より慎重な疼痛アセスメントと安心できる療養環境を整える支援が求められる。動作時の疼痛を適切に緩和し、せん妄・混乱状態を予防することが、早期からのリハビリテーションを可能とするが、低栄養の状態では筋力の改善につながらない(岡本他, 2015a)。低栄養状態にある認知症高齢者は多く(Murphy, Brooks, New & Lumbers, 2000; Suominen, Muurinen, Routasalo, Soini, Peiponen & Pitkala, 2005)、受傷と手術によるタンパク異化亢進や疼痛による食事摂取量の低下は、栄養状態をさらに悪化させる要因となる。そのため、大腿骨近位部骨折の周術期においては、栄養評価をしながら、必要な栄養を摂取できるための食事支援が重要である。【大腿骨近位部骨折者の重点ケア】は、大腿骨近位部骨折による手術後の身体の回復を促進するものであり、とくにICFによる生活機能の「心身機能・身体構造」を重視した支援であると考えられる。ゆえに、本プログラムの11項目は、相互作用関係にある「活動・参加」と「心身機能・身体構造」を、認知症高齢者の視点に立って支援することによって、生活機能を最大限に回復して退院することを目指した支援内容であると考えられる。

本プログラムの実施方法は、「導入研修」と「実践支援」の2段階で構成した。パーソン・センタード・ケアに基づく教育プログラムを検討した先行研究(土肥他, 2019; 鈴木他, 2015; 鈴木他, 2017)が示すように、講義形式の研修でも急性期病院の看護師が認知症高齢者への理解を深め、本人視点での看護実践の認識を高められる可能性はある。しかし、個別性の高い認知症ケアは、知識を習得するのみでは十分な看護実践につながりにくいことも指摘されており(鈴木, 2015)、知識を活用した看護実践が実際に定着するための継続的な支援が必要であると考えられる。認知症高齢者のニーズを本人視点で理解するためには、看護実践

のなかで看護師が自らの経験を振り返り、ロールモデルとなる看護師を中心に病棟全体で気づきや工夫を共有する機会が重要となる(小田・川島, 2016)。看護カンファレンスはその機会として相応しく、本プログラムの実施者と病棟管理者が協力しながら、11項目に基づく看護実践の遂行とチーム内共有を支援する現任教育の体制も構築しやすい。また、看護カンファレンスでの支援は、参加者の時間的制約が少なく、実現可能性も高い。導入研修も20分間と短く設定した本プログラムは、多忙な急性期病院の看護師に対して導入しやすい実施方法であると考えられる。

本プログラムは、専門家会議による内容と実施方法の妥当性は検討したが、今後はプログラムの効果を評価するための尺度開発が必要である。信頼性と妥当性を検討した評価尺度での検証によって、本プログラムの導入が看護実践に及ぼす効果とともに、認知症高齢者の生活機能回復への効果も評価し、内容と実施方法を発展させていくことが求められる。

謝辞

本研究にご理解とご協力をいただきました皆様により感謝申し上げます。

なお、本研究は、北海道医療大学大学院看護福祉学研究科における博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

文献

- 荒木さおり・原祥子・長谷川沙希・小野光美(2016). 一般病院に勤務する認知症看護認定看護師の認知症高齢者に対する専門的実践活動. 日本認知症ケア学会誌, 14(4), 858-867.
- 浅香えみ子(2016). 看護にいかすインストラクショナルデザイン: 効果的・効率的・魅力的な研修企画を目指して. 第1版, 122-123, 医学書院.
- 千田睦美・水野敏子(2014). 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析. 岩手県立大学看護学部紀要, 16, 11-16.
- 鎮西伸顕, 深澤高広, 伊藤淳, 佐藤啓三(2010). 当院における超高齢者(90歳以上)の大腿骨近位部骨折に関する検討. 骨折, 32(1), 127-129.
- 土肥真奈・杉浦由美子・杉本健太郎・柏木聖代・岡本瞳・叶谷由佳(2019). 急性期病院看護師を対象とした「高齢者の視点を重視した認知症患者への対応」教育プログラムの効果. 日本看護管理学会誌, 23(1), 11-18.
- 藤原美由紀, 三枝智宏, 鈴木みずえ(2015). 一般病院に入院する高齢患者の認知症の行動・心理症状と心身機能が心身ケア依存度に及ぼす影響. 日本認知症ケア学会誌, 13(4), 719-728.
- Gibson, J.J. (1986). The Ecological Approach to Visual

- Perception. 1st ed., 127-143, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., New Jersey.
- 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.
- Kidwood, T. (1997) / 高橋誠一 (2005). 認知症のパーソン・センタード・ケア. 初版, 141-149, 筒井書房.
- 木島輝美・長谷川真澄 (2018). 特定機能病院の看護師がとらえる認知症高齢者へのケア上の課題. 札幌保健科学雑誌, 7, 18-24.
- 厚生労働省 (2015). (2020年10月24日). 中央社会保険医療協議会総会 (第315回) 入院医療 (その6) について, 7.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-HokenkyokuIryouka/0000105049.pdf>
- 厚生労働省 (2020). (2020年10月24日). 2019年国民生活基礎調査の概況, 24.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf>
- 小山尚美・流石ゆり子・渡邊裕子・森田祐代・萩原理恵子 (2013). 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.
- McConnell E.S. & Karel M.J. (2016). Improving Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Acute Care. *Nurs Admin Q*, 40(3), 244-254.
- Murphy, M. C., Brooks, C. N., New, S. A. & Lumbers, M. L. (2000). The use of the Mini-Nutritional Assessment (MNA) tool in elderly orthopaedic patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(7), 555-562.
- 中川浩輔, 成山雅昭, 村越太 (2016). 90歳以上の高齢者における大腿骨近位部骨折手術例の予後, 骨折, 38(2), 361-363.
- 日本老年看護学会 (2016). (2020年10月24日). 「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/news/pdf/老年看護学会立場表明 \(全文\) 公開用160820.pdf](http://184.73.219.23/rounenkango/news/pdf/老年看護学会立場表明 (全文) 公開用160820.pdf)
- 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会 (2011). (2020年10月24日). 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン, 改訂第2版, 南江堂.
<https://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0016/G0000307/0001>
- 認知症介護研究・研修大府センター (2010). (2020年10月24日). パーソン・センタード・ケアの理解.
<http://www.dcm-obu.jp/images/book/pamphlet04.pdf>
- 西村美里, 岡本華枝, 鈴木千絵子 (2015). 一般病院に入院する認知症高齢者と看護師の対応困難場面における相互作用に影響する要因の検討. *ヒューマンケア研究学会誌*, 7(1), 1-11.
- 小田沙矢香・川島和代 (2016). 急性期一般病棟における看護師の認知症高齢者への共感に関連する要因. *日本看護研究学会雑誌*, 39(1), 33-42.
- 岡本伸弘, 増見伸, 水谷雅年, 齋藤圭介, 原田和宏 (2015a). 高齢大腿骨頸部骨折患者の栄養状態と歩行能力予後との関連性について. *理学療法科学*, 30(1), 53-56.
- 岡本伸弘, 増見伸, 水谷雅年, 齋藤圭介, 原田和宏, 中村浩一 (2015b). 大腿骨頸部骨折患者の栄養状態からみた歩行能力の経時的変化. *理学療法科学*, 30(4), 523-527.
- 大川弥生 (2004). 介護保険サービスとリハビリテーション-ICFに立った自立支援の理念と技法. 初版, 2-9, 中央法規出版.
- 佐々木正人 (1994). アフォーダンス—新しい認知の倫理, 第1版, 60-66, 岩波書店.
- 杉田恵美・西片久美子 (2013). 一般病棟に勤務する看護師が認知症高齢者との関わりで抱く感情. *日本赤十字看護学会誌*, 13(1), 29-34.
- Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Peiponen, A. & Pitkala, K. H. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 578-583.
- 鈴木みずえ (2012). 急性期医療における看護実践に活かすためのパーソン・センタード・ケアの理念と実践. *看護*, 64(10), 60-63.
- 鈴木みずえ (2015). 急性期看護に活かす認知症のパーソン・センタード・ケア. *日本運動器看護学会誌*, 10, 8-12.
- 鈴木みずえ, 桑原弓枝, 吉村浩美, 内田達二, 水野裕 (2013). 急性期病院における看護師の認知症に関連した症状のある患者に対する看護介入とパーソン・センタード・ケアに関する意識の関連. *日本早期認知症学会誌*, 6(1), 58-64.
- 鈴木みずえ, 山岸暁美, 玉田田夜子, 阿部慈美, 村田康子, 桑野康一, Gregory O'Dowd, 水野裕 (2015). 急性期医療における認知症高齢者のための看護実践の方向性-パーソン・センタード・ケアを目指した教育プログラムによる検討. *日本認知症ケア学会誌*, 13(4), 749-761.
- 鈴木みずえ, 吉村浩美, 水野裕, 金森雅夫, 長田久雄 (2017). パーソン・センタード・ケアをめざした認知症看護教育プログラムの効果-看護師に対する視聴覚教材 (DVD) を用いた研修のリフレクション, *日本早期認知症学会誌*, 10(1), 35-42.

鈴木みずえ, 吉村浩美, 宗像倫子, 鈴木美恵子, 須永訓子, 勝原裕美子, 桑原弓枝, 水野裕, 長田久雄 (2016). 急性期病院の認知障害高齢者に対するパーソン・センタード・ケアをめざした看護実践自己評価尺度の開発. 老年看護学, 20(2), 36-46.

高橋幸司, 蟹江実知, 鈴木英二, 佐々木和人 (2009). 超高齢者 (90歳以上) の大腿骨近位部骨折後の機能予後因子, 埼玉県包括的リハビリテーション研究会雑誌, 9(1), 31-33.

内ヶ島伸也 (2019). 大腿骨近位部骨折で入院した認知症高齢者における在院日数とその要因. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 15(1), 11-20.

山下真理子, 小林敏子, 藤本直規, 松本一生, 古河慶子 (2006). 一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応. 老年精神医学雑誌, 17, 75-85.

油野規代・泉キヨ子・平松知子 (2010). 認知症を伴う大腿骨頸部骨折患者に関わる整形外科看護師の対応困難な場面における臨床判断. 金沢大学つるぬま保健学会誌, 34(1), 91-99.

受付：2020年11月30日

受理：2021年3月9日