

急性期病棟の看護師が認知症を捉える視点の検討

多根総合病院 看護部

松村 尚美 西村 洋子

要 旨

【目的】急性期病棟の看護では、認知症の診断がしていない状態で入院した高齢者に対し、認知症の有無を共通の視点で評価して情報共有する必要がある。認知症を判断する視点について当院の現状と今後の課題を検討した。【方法】認知症を捉える視点を看護師205名にアンケート調査し、卒前教育カリキュラムや卒後学習、知識の有無による違いを検討した。【結果】2006年以降の免許取得者は認知症教育を受けた認識が有意に高かったが、全体の53%は受けていないと回答した。認知症状として上げられたのは、記憶障害、見当識障害、言語障害の順に多く、卒前・卒後学習は影響しなかった。卒後学習の機会の少ない看護師は、せん妄に関連する危険行為を認知症と判断する視点に挙げる割合が有意に高かった。【結論】急性期疾患をもつ高齢者では認知症とせん妄の区別が難しく、せん妄との鑑別や関連性の卒後学習により認知症看護の質が向上する可能性が示された。

Key words：認知症；急性期病棟；危険行為

はじめに

介護申請した65歳以上の高齢者の中で、9.5%は認知症を有するといわれている¹⁾。2015年には団塊の世代が高齢者となり、今後ますます高齢化社会が急速に進むことが予測され、急性期病院においても高齢者看護、認知症看護の質の向上は急務である。しかし、臨床現場では認知症患者を正確にアセスメントする基準はまだ理解されていないのが現状である²⁾。当院急性期病棟において、認知症もしくは認知機能に低下があると考えられる患者に対し、認知症であると看護師が判断する視点を調査し、今後の課題が見出せたので報告する。

対象および方法

研究デザインは記述的研究で、二次救急指定病院である多根総合病院の集中治療室(ICU)、高度治療室(HCU)を含む病棟看護師232名を対象とした。調査期間は2012年9月28日～10月9日の12日間で、認知症に関する意識調査をアンケート形式で行った。質

問内容は①看護師免許取得年度、②認知症についての教育や卒後学習の有無、③せん妄と認知症との違いの理解、④認知症と判断する症状の項目で構成した。第4項目については複数選択、自由回答あり。得られた結果をカテゴリー・データとしてクロス集計し、 χ^2 検定を用いて統計学的解析を行った。解析ソフトはSPSS Statistics ver.17.0(日本IBM株式会社、東京都)を用い、有意水準は0.05とした。倫理的配慮として、本研究をまとめるにあたり、知りえた情報は研究以外の目的には使用しないように、また個人が特定されないように配慮した。

結 果

アンケートは232名に配布し、205名から回収した(回収率：88%、有効回答率：100%)。

所属病棟に認知症と判断する患者が「いる」と答えた看護師は186人(91%)、「いない」は10人(5%)、「わからない/不明」は9人(4%)であった(図1)。認知症患者がいると9割が回答する中で、いない(5%)、わからない/不明(4%)を併せて約1割が否

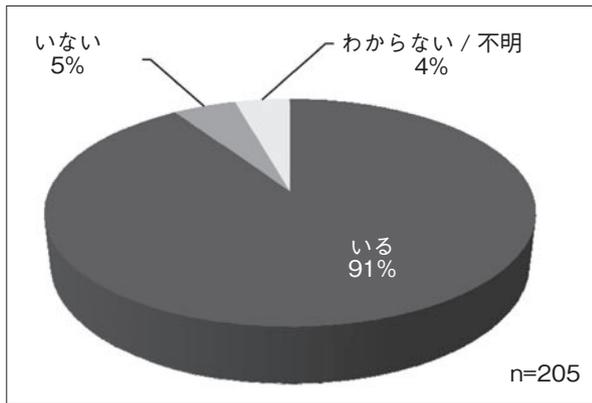


図1 認知症と考えられる患者の有無

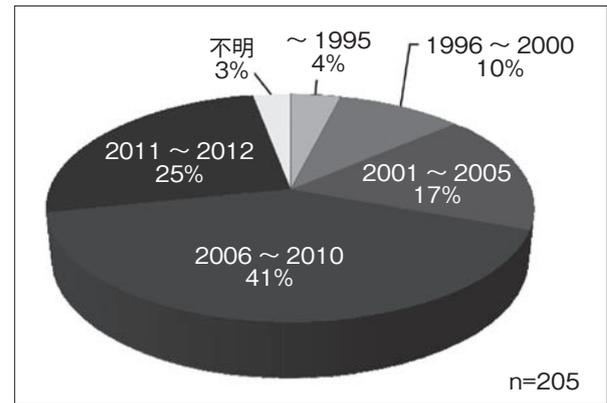


図2 免許取得年度

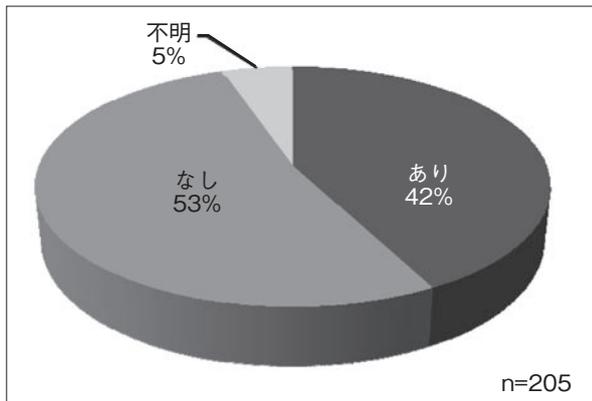


図3-1 認知症卒前教育の有無

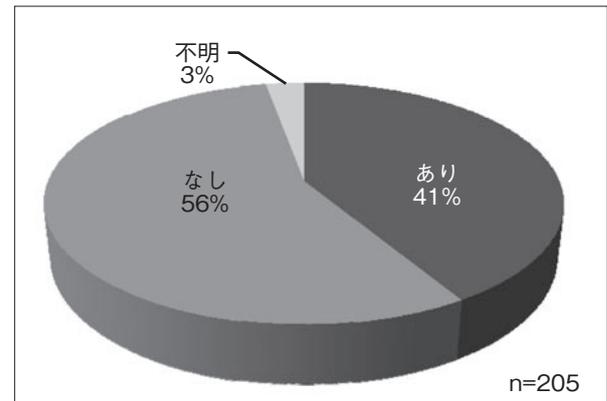


図3-2 認知症の卒後学習の有無

表1 免許取得年度と認知症卒前教育の有無

免許取得年度	合計 (%)	認知症卒前教育		p
		あり (%)	なし (%)	
~1995	8 (100)	1 (12.5)	7 (87.5)	0.008
1996~2000	20 (100)	4 (20.0)	16 (80.0)	
2001~2005	33 (100)	14 (42.4)	19 (57.6)	
2006~2010	79 (100)	37 (46.8)	42 (53.2)	
2011~	51 (100)	31 (60.8)	20 (39.2)	
合計	191	87 (45.5)	104 (54.5)	

定的な回答で、看護スタッフ間の認識は完全には一致していなかった。

免許取得年度は、1995年以前が8人(4%)、1996~2000年が20人(10%)、2001~2005年が39人(17%)、2006~2010年が84人(41%)、2011~2012年が52人(25%)、不明6人(3%)であった(図2)。

卒前の看護基礎教育カリキュラムに認知症看護が含まれていたかどうかに関しては、「あり」88人(42%)、「なし」109人(53%)、「不明」11人(5%)であった(図3-1)。免許取得年度を5年単位で区切り、看護基

礎教育カリキュラムへの認知症看護の有無を検討すると、認知症看護が看護基礎教育カリキュラムに含まれていたと認識している看護師の割合は免許取得年度と共に有意に増加した(表1, $p<0.01$)。一方、就職後の認知症に関する学習の有無は、「あり」86人(41%)、「なし」116人(56%)、「不明」6人(3%)であった(図3-2)。

せん妄と認知症症状の違いについて、「理解している」36人(17%)、「大体理解している」132人(66%)、「あまり理解していない」32人(16%)、「理解していない」3人(1%)であった(図4)。

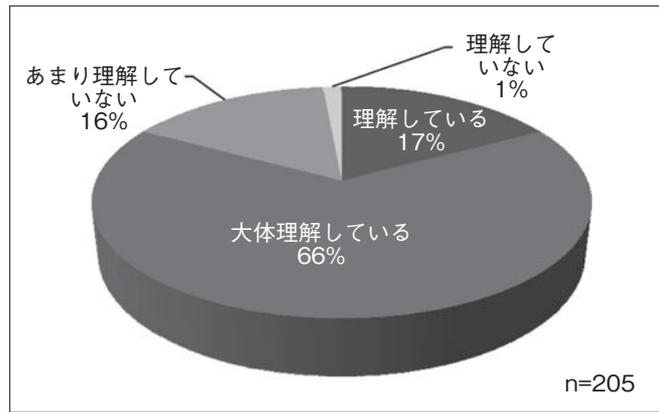


図4 セン妄と認知症症状の違いの理解

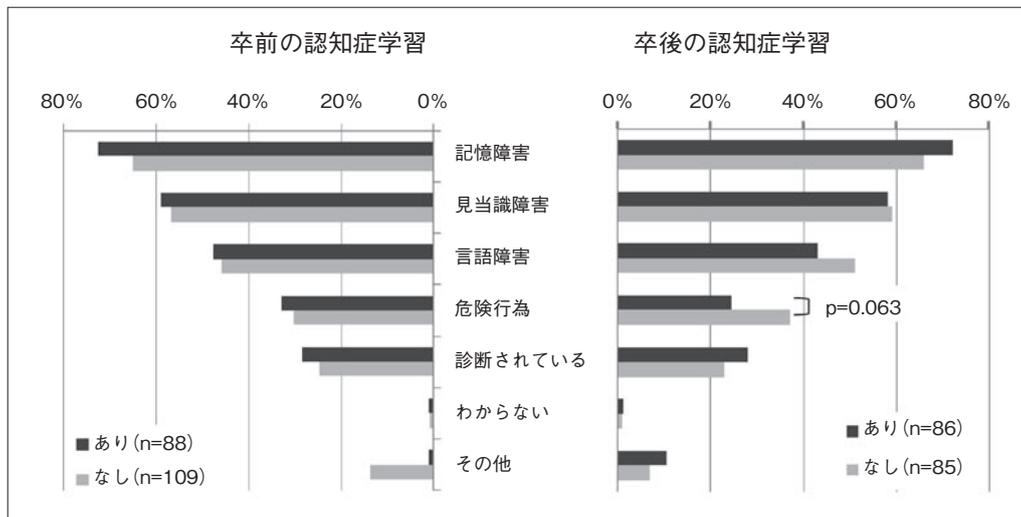


図5 認知症と判断する視点と学習経験との関連

表2 脳神経専門病棟とその他の病棟との比較

病棟	合計 (%)	危険行為を認知症と		p
		捉える (%)	捉えない (%)	
脳神経専門	59 (100)	11 (18.6)	48 (81.4)	0.014
一般	146 (100)	53 (36.3)	93 (63.7)	
合計	205	64 (31.2)	141 (68.8)	

認知症があると判断する視点 (図5) は、「記憶障害」141人 (69%)、「見当識障害」120人 (58%)、「言語障害」96人 (47%)、「危険行為」64人 (31%)、「既に診断されている」54人 (26%)、「わからない」2人 (1%)、「その他」16人 (8%)であった。「その他」の自由記載内容は、「せん妄」と「認知症症状」の鑑別が必要という記述が9人、「昔の記憶はしっかりしているが今のことはすぐに忘れてしまう」など近時記憶障害に関する記載が4人あった。その他3人は、生活障害や家族の情報などから総合的に判断するという内容の記載であった。

認知症を疑う視点に卒前・卒後学習が与える影響に

ついて検討すると、学習の有無に関係なく、認知症と判断する理由は「記憶障害」、「見当識障害」、「言語障害」の順番であったが、個々の視点毎に選択する頻度を検討すると、有意差はないものの、「危険行為」を選択するのは卒後学習の機会がない看護師に多い傾向が見られた (オッズ比 1.8, $p=0.063$) (図5)。

そこで、脳神経外科 / 神経内科病棟で勤務している看護師のみを抽出し、その他の病棟勤務者と比較すると「危険行為」を認知症とみなすのはその他の病棟勤務者に高頻度に認められた (オッズ比 2.5, $p<0.05$) (表2)。

また、認知症とせん妄の違いの理解度が認知症の視

表3 認知症とせん妄の違いの理解度による比較

認知症とせん妄の違い の理解度	合計 (%)	危険行為を認知症と		P
		捉える (%)	捉えない (%)	
理解している	36 (100)	8 (22.2)	28 (77.8)	0.038
だいたい理解している	134 (100)	39 (29.1)	95 (70.9)	
理解していない	35 (100)	17 (48.6)	18 (51.4)	
合計	205	64 (31.2)	141 (68.8)	

点に及ぼす影響についても同様に検討すると、理解が不十分である程、「危険行為」を選択する傾向が認められた ($p < 0.05$) (表3)。

考 察

看護基礎教育カリキュラムでは、1990年に老人看護学(現：老年看護学)が登場して20年以上経過したが、20年間の変遷の中で認知症看護の教育内容は不明な点が多いと指摘されている³⁾。2000年4月から公的介護保険制度がスタートし、在宅看護論の中でも認知症に関する項目が取り扱われるようになった。2004年には、「認知症」と名称変更がなされ、厚生労働省より「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」の構想が制定された⁴⁾。2010年からは看護師国家試験出題基準の「高齢者に特有な症候・疾患・障害と看護」という大項目の中で中項目として「認知症」があげられるなど、認知症看護について学ぶ機会が年数を追って増えている。今回の検討(表1)でも認知症看護を学んだという回答は免許取得年度と共に有意に増加していた。一方で、学んでいないと答えた看護師は、2006年以降の免許取得者であっても48%(表1)、全体では53%(図3-1)も存在した。学んでいないと答えた看護師の中で、2006年以降の卒業者の割合は60%にもものぼった。これらの結果から、就職後に認知症看護について学ぶ機会が必要と考えられる。また、急性期病院では、認知症を有する患者に対するケアの提供が困難であるという現状もしばしば指摘されている⁵⁾⁶⁾が、それでも経験年数3～5年目の看護師は、認知症看護に対して現実的な解決方法を見出そうと努力するといわれており⁷⁾、実際に当院の専門病棟では就職後のon the job trainingで認識の変化が得られている(表2)。

認知症と判断する視点に関する回答は「記憶障害」、「見当識障害」、「言語障害」、「危険行為」の順に多く、「診断されている」という項目は5番目(26%)であった。「診断されている」が他の選択肢よりも少ない理由は、身体疾患の急な発生による緊急入院のため

に発症前の認知機能に関する情報が得られにくかったり、認知症には至らないが軽度認知症機能障害(mild cognitive impairment: MCI)がある状態で入院することが多く、既存の診断に頼らずに自らが評価する必要にせまられるためと考えられる。「危険行為」は上から4番目で、31%の看護師が認知症があると判断する視点にあげているが、卒後に知識を獲得していない看護師は「危険行為」を認知症があると判断する割合が高かった(表3)。この場合、「認知症のある人は治療に対する理解が得られずに危険行為(点滴を自己抜針するなど)があるかもしれない」という先入観が存在する可能性が考えられる。認知症のある人は自分で症状を自覚したり訴えたりしない場合が多く⁸⁾、治療が確実に実施され安全な入院生活をおくれるように医療者側が注意する意識は大切である。しかし、認知機能の低下は認知症患者に限られるものではなく、即時記憶障害(数字の復唱など)や注意障害(周囲を認識する能力の低下など)はせん妄や意識内容の障害(意識混濁)でも認められる。普段は生活障害のない高齢者であっても、体調の変化や急激な環境の変化からせん妄や混乱を起こす場合もある。認知症だと思いついでしまうと、認知機能障害の背景にある病態に対するアセスメント・プラン作成が欠如してしまう危険性がある。高齢の入院患者の10～15%は入院時にせん妄を伴い、急性期看護でのせん妄発症率は10～40%と高く、その早期発見が必要である⁹⁾が、認知症は高年齢と共にせん妄の準備因子であり、認知症を背景としてせん妄が惹起される場合もあるため判断が難しい。今回の調査でも所属病棟やせん妄との鑑別の理解度によって危険行為に対する評価に差異が認められた。今後は、認知機能の低下に対して認知症とせん妄との鑑別点や関連性を意識しながら、より詳細なアセスメントを行なう必要があると考えられる。

おわりに

今回の調査の限界として、認知症看護を学習したかどうかは自己評価に委ねられ、学習知識や到達度は評

価していないこと、認知症と判断する視点についても、記述式回答欄も設けたが、回答選択肢が限られた質問形式であった為に、認知症とせん妄の鑑別に関する習熟度の直接評価はできていないことがあげられる。一方、27名(12%)の未回収があり、未回収者は認知症看護に対する関心や知識が少ない可能性があり、実際の臨床では看護スタッフの視点にさらにばらつきが存在する可能性がある。新卒で急性期病院へ入職する看護師は卒前に高齢者と接する機会が少ない場合もあり、就職後に認知症の看護やせん妄の看護を学習するための研修プログラムが必要と考えられる。

文 献

- 1) 厚生労働省：「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」について。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>, 2011.8.24 アクセス
- 2) 湯浅美千代：急性期病院の認知症ケアの課題と展望。認知症ケアジャーナル, 5 (2) : 140-146, 2012
- 3) 塚本郁子, 中澤明美：看護基礎教育過程における認知症ケアに関する教育内容の変遷。日本老年看護学会第17回学術集会抄録集 : 138, 2012
- 4) 厚生労働省：「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」の構想。 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c01.html>, 2012.11.1 アクセス
- 5) 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
- 6) 有賀裕幸, 上条節子, 野牧正稔, 他：アンケート結果から考察する認知症ケアの実態と課題。全国介護老人保健施設大会抄録集, 20th : 23-ANA-R-1-3, 2009
- 7) 岡田有可, 俣野麻耶：認知症患者の看護における病棟看護師のストレス実態調査。京都府看護学会集録, 13th : 45-47, 2010
- 8) 松本明美：認知症高齢者の人権尊重とは－介護保険施設の看護職の意識調査からの考察－。日本看護学会論文集 老年看護, 40 : 75-77, 2010
- 9) 松岡千代：老年期に多い症候と看護。水谷信子, 水野敏子, 高山成子, 他編, 最新老年看護学改訂版, 日本看護協会出版会, 東京, 140-156, 2011

