

日本における認知レベルの低下した高齢者への「睡眠を促すケア」の構造 —睡眠を促すケアの概念枠組みの作成—

角濱 春美¹⁾

抄 録

目的：本研究は、日本における認知レベルの低下した高齢者の睡眠を促す援助の概念の特徴を考察し、概念枠組みを提案することを目的とした。

方法：認知症高齢者のケア経験が3年以上の看護師、介護職員15名に対し認知症高齢者への睡眠を促す援助が必要な状況（先行要件）、内容（属性）、効果（帰結）について半構成的面接を行いカテゴリー分類した。

結果および考察：属性は、【環境調整】、【落ち着かせるケア】、【概日リズムの強化】、【睡眠薬の有効な使用】、【症状コントロール】、【ペースを守る】の6カテゴリーが抽出され、ペースを守り、落ち着かせることを目的としたケアが重視されていた。先行要件は、【睡眠を妨げる環境】、【睡眠を妨げる症状】、【一般的身体・精神疾患】、【正常成人と異なる睡眠覚醒パターン】、【睡眠についての望み】、【睡眠薬の影響】の6カテゴリーであり、個々で違った睡眠覚醒パターンとなっていることが特徴であった。一次的帰結は、【満足できる睡眠】、【夜間睡眠の改善】、【日中覚醒の改善】、【本来の睡眠覚醒リズムを保つ】の4カテゴリー、二次的帰結は、【睡眠薬使用の減少】、【精神状態の安定・改善】、【生活のリズムがつく】、【迷惑行為の減少】、【転倒の減少】、【日中の食事・水分摂取の保持】の6カテゴリーが抽出された。主観的評価が正確に得られにくいため、二次的帰結を指標とした援助の評価が必要であると考えられた。

結論：日本における認知レベルの低下した高齢者の睡眠を促す援助の概念枠組みは、「睡眠覚醒パターンが変化しやすい背景要因をもった認知レベルの低下した高齢者に対し、対象のペースを守ること、落ち着かせることを目的としたケアが提供された結果、個別的な睡眠覚醒パターンが生じる。これが、個人のペースに合うことによって、身体・精神状態が安定し、生活のリズムが整う効果が得られる。」となった。

キーワード：睡眠、睡眠を促す援助、認知症高齢者、概念枠組み

I. はじめに

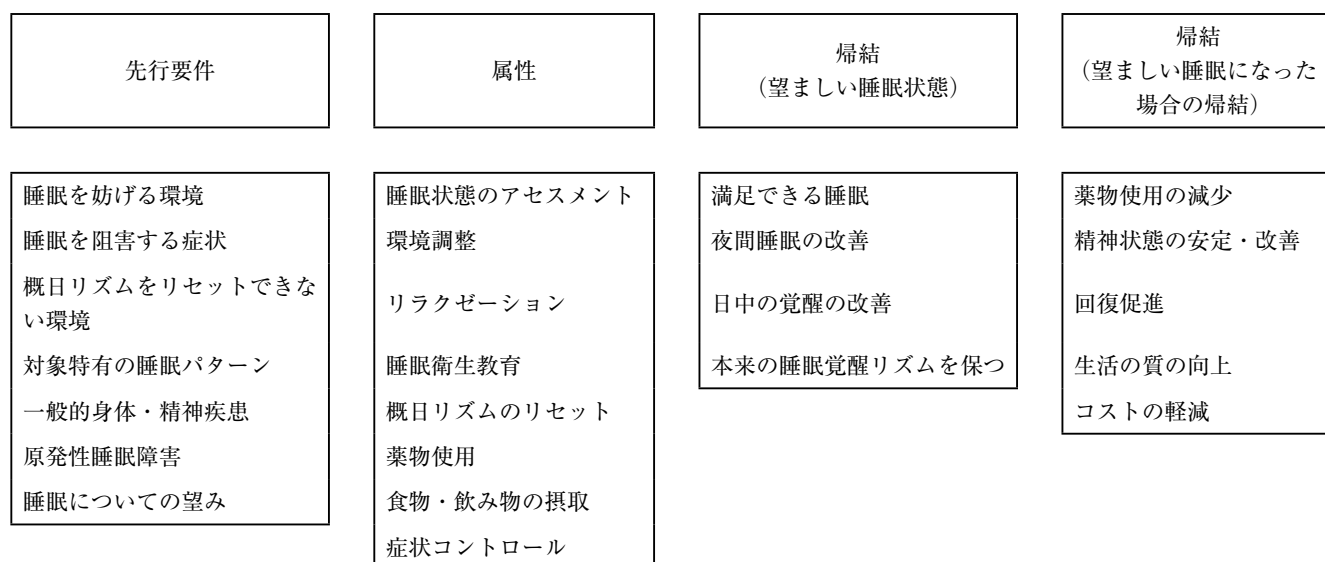
認知症高齢者には睡眠に問題を有しているものが高頻度に見られる（本間，1998；Hart, Craig, Compton, et al., 2003）。睡眠の問題はそれ自体が高齢者自身の生活の安寧を脅かすだけでなく、せん妄や転倒の危険因子ともなり、さらに、ともに生活を営む他者やケアスタッフへ及ぼす影響も計り知れない。高齢者の睡眠を促進する介入では、睡眠薬の使用による副作用の危険が大きいいため（Ancoli-Israel, Liu, Choen-Zion, 2003）、非薬剤性

の介入を最優先に考えるべきであると強調されており（谷向知，谷向仁，2006）、ケア開発は急務であると言える。しかし、ケア開発や研究の基盤となる、認知レベルの低下した高齢者への「睡眠を促す援助」の概念枠組みは明らかに示されていない。

研究者は、看護学における Sleep Promotion について、Rodgers の概念分析の手法（Rodgers, Knaf, 2000）を用いて概念分析を行った。この結果、看護学における Sleep Promotion は、「睡眠が阻害されている、または阻害される可能性のある状態にある対象に行われる、非

受付日：2012年2月24日 受理日：2012年8月29日

1) 青森県立保健大学



角濱春美 (2007):看護学における SLEEP PROMOTION の概念分析－認知症高齢者の睡眠を整えるケアの概念モデル作成の基盤として－, 聖路加看護学会誌11(1), 31-35, 表1～4のカテゴリ名を図化

図1 看護学における Sleep Promotion の概念分析結果の構造

薬剤性のケアを主体とした看護介入であり、この介入が行われることで、質・量ともに対象者が満足できる睡眠となり、その個人に合わせた睡眠覚醒パターンで生活できること目指し、これが達成されることによって、回復を促し、生活の質を向上させ、健康な存在であることを目的とするものである」ことが示され(角濱, 2009), 図1のように概念枠組みを作成した。しかし、認知症高齢者に対する Sleep Promotion は、主に主観的的確に表現することが難しいという認知症の特性により、現存の一般成人を対象とした Sleep Promotion の概念をそのまま適用することは困難であり、対象の特殊性や、文化・風土による対象者の生活や提供されるケアの違いを加味した概念開発が必要となると考察した(角濱, 2007)。

そこで、日本における認知レベルの低下した高齢者の睡眠を促すケアの概念の特徴を考察し、概念枠組みを提案する目的で本研究を行った。

II. 研究方法

1. 対象

施設に入所、または、病院に入院している認知症高齢者のケアに携わった経験が3年以上の看護師、および介護職員合わせて15名である。

2. データ収集期間

2005年8月～12月

3. データ収集方法

1) 対象のリクルート

X 県内で認知症高齢者ケアを行っている老人保健施設

4か所、認知症専門病棟を有する病院1か所を抽出した。看護部責任者に研究内容を説明し、認知症ケアの経験年数が3年以上、かつ、認知症ケアに興味や関心が高い方を推薦して頂いた。

2) データ収集方法

面接ガイドを用いた半構造化面接を行い、許可を得て録音した。

3) データ収集内容

看護学における Sleep Promotion の結果得られた構造(角濱, 2007)に従って質問の枠組みを作成した。Sleep Promotion は、「睡眠を促す援助」が定訳となっているため、これを用い、対象者が自らの考えを自由に述べられるように先に得られている Sleep Promotion の定義を提示せずに語ってもらった。質問内容は以下のとおりである。

(1) 認知レベルの低下した高齢者に睡眠を促す援助として行っていることはあるか、それはどのようなことか(属性:睡眠を促す援助)。

(2) 認知レベルの低下した高齢者で、夜間の睡眠や日中の覚醒に問題があった者はどのような事例であったか(先行要件:睡眠を促す援助が必要な状況)。

(3) ケアの結果、何が効果として得られ、効果をどのように実感しているか(帰結:睡眠を促す援助のアウトカム)。

これに加え、研究対象者の属性を知るために、取得資格、看護または介護経験年数、認知症高齢者ケアの経験年数について尋ねた。

4) 分析方法

録音内容をワードプロセッサに入力し、逐語化した。これを質問ごとに意味内容をもとに文節に区切り、同様の内容を示すものをアイテムとし、カテゴリー分類し

た。カテゴリー分類時は、先に得られた Sleep Promotion の概念（角濱，2007）の枠組みに沿って分類をし、意味内容が該当しないカテゴリーには新たに命名し、同時に、意味内容の特徴をより適切に反映できるようにカテゴリー名に変更を加えた。12名のデータを分析し、その後3名のデータを追加したが新たなアイテムが得られなかったため、15名でデータ収集および分析を終了した。分析の過程全般で他研究者2名からスーパーバイズを受けた。

5) 倫理的配慮

対象となった施設の看護部の責任者に人選を依頼し、推薦された者に研究者が口頭と書面にて説明し、研究参加の了承を得た。説明内容は、a. 研究の目的、方法、意義、b. 協力を拒否する、中断する権利があること、c. 答えたくない質問には答えなくても良いこと、d. 録音をすること、e. 録音内容は厳重に保管・破棄すること、g. 十分に分析してから公表し、個人を特定されないようにすること、h. 権利を侵されたと感じたり、不誠実な態度が見られた場合には、研究者所属施設の倫理委員会に問い合わせや訴えができること、であり、納得し、研究参加及び録音に同意が得られた者を対象者とし、同意書の記載を依頼した。

研究計画は、青森県立保健大学倫理委員会の審査を受け承認された（承認番号0517）。

III. 結果

1. 対象者の属性

対象は看護師8名、介護士7名であった。経験年数は3～29.5年で、平均13.0(±8.0) 年、認知症の看護・介護に携わってからの年数は、3～29.5年で、平均8.1(±6.6) 年であった。

2. 属性：

認知レベルの低下した高齢者の睡眠を促す援助（表1）（以下、カテゴリー名は【 】、アイテムは「 」で示す）。

【環境調整】、【落ち着かせるケア】、【概日リズムの強化】、【睡眠薬の有効な使用】、【症状コントロール】、【ペースを守る】の6カテゴリーが抽出された。

1) 【環境調整】では、光や音、寝具などを眠りやすいように整える環境調整と、これ以外には、対象の「好みに従って明かりをつける」、居室に関わらず、廊下やホールなど「好きな場所で寝てもらう」、大部屋を区切るなどして「個室感を出す」が挙げられた。

2) 【落ち着かせるケア】は、就寝前の「マッサージ」、「音楽」、「アロマセラピー」、「入浴」、「足浴・手浴」、「食べ物・飲み物の摂取」、「就寝時の身体拘束」であった。身体拘束は、夜間の睡眠を促すことを主目的で行った介

入ではないが、危険を予防するために身体拘束を行ったところ、良く眠れた者があり、身体拘束により心が落ち着いてことで良く眠れたのではないかと理由が述べられたため、このカテゴリーに含めた。

3) 【概日リズムの強化】については、「日中の離床」、「アクティビティケア」といった日中の覚醒や活動を促すケア、サーカディアンリズムの生理的同調因子である光を用いた「日中光を当てる」が挙げられた。また、昼と夜とが分かるような言葉かけをするなど、「現在の時刻を認識させる」ケアが挙げられた。

4) 【睡眠薬の有効な使用】は、「睡眠薬をなるべく使用しない」という調整の方向が挙げられた。この理由は、持ち越し効果によるふらつきによる転倒の危険性があること、日中の覚醒レベルが保たれないことによって食事や水分が取れないこと、睡眠薬への依存が生じる可能性があること、が述べられていた。また、「プラシーボ薬の使用」もケアの一部として挙げられた。

5) 【症状コントロール】は、「疼痛」、「不安」、「掻痒感」、「ほてり・冷感」の症状を緩和する行動であった。ほてり・冷感軽減のためには温罨法や冷罨法が、掻痒感軽減のためには軟膏やワセリン塗布のスキンケアが行われていた。不安を軽減するためには、そばにいる、訴えを聞く、否定的な意見を言わずに認める、一緒に徘徊する、添い寝をする行動がとられていた。

6) 【ペースを守る】は、「日中眠そうであれば臥床させる」、「昼寝を促す」、「眠そうになってから就床させる」、「目覚めたときに起す」というものであり、休息をさせることや、本人の希望や好み、様子から判断して、就床や起床のタイミングを決めることであった。

3. 先行要件：

認知レベルの低下した高齢者への睡眠を促す援助が必要状況（表2）

【睡眠を妨げる環境】、【睡眠を妨げる症状】、【一般的身体・精神疾患】、【正常成人と異なる睡眠覚醒パターン】、【睡眠についての望み】、【睡眠薬の影響】の6カテゴリーが抽出された。

1) 【睡眠を妨げる環境】は、「自宅とは違う環境」、「騒音」、「光」、「暑さ・寒さ」、他者によって睡眠中に起こされることとして、「看護師のケア」、「他入所者から起こされる」が挙げられた。

2) 【睡眠を妨げる症状】の内容は、「疼痛」、「掻痒感」、「ほてり・冷感」、「日中の興奮」、「不安」であった。

3) 【一般的身体・精神疾患】は、「アルツハイマー型認知症」と、「経管栄養の使用」があり、経管栄養を行っている者は覚醒レベルが下がるという内容であった。

4) 【正常成人と異なる睡眠覚醒パターン】は、「個人に特有のパターン」、「24時間リズムでない」、「昼夜逆転」という、個人のもつ固有のパターンと、「同じ個人でも日々違う」、日中覚醒していたからといって夜間良く眠

るわけではないという「日中の覚醒と夜間睡眠の対応がない」という、その日その日のパターンの違いが挙げられた。

5)【睡眠についての望み】は、「眠れないとの訴え」であった。

6)【睡眠薬の影響】は、「睡眠薬の持ち越し効果」、「頓用睡眠薬の使用の判断」、「睡眠薬が効かない」、「睡眠薬への依存」が挙げられた。

4. 帰結：

認知レベルの低下した高齢者への睡眠を促す援助のアウトカム

望ましい睡眠の状態を表現している一次的アウトカム

と、望ましい睡眠を達成したことから得られる二次的なアウトカムとに分類された。

1) 望ましい睡眠状態(表3)

【満足できる睡眠】、【夜間睡眠の改善】、【日中覚醒の改善】、【本来の睡眠覚醒リズムを保つ】の4カテゴリーが得られた。

(1)【満足できる睡眠】は、本人が眠りに満足して「眠れたと言う」ことであった。

(2)【夜間睡眠の改善】は、「中途覚醒の減少」、「ねつきが良い」、「早朝覚醒の改善」、「昼夜逆転にならない」、が抽出された。

(3)【日中覚醒の改善】については、「日中の覚醒レベルが保たれる」という内容であった。

表1 属性：認知レベルの低下した高齢者への睡眠を促す援助

| カテゴリー | アイテム |
|----------------|---|
| A. 環境調整* | a. 快適なりネン b. 騒音を防ぐ c. 光を防ぐ d. ケアやアセスメントで睡眠妨害をしない e. 好きな場所で寝てもらう f. 個室感を出す g. 好みに従って明かりをつける |
| B. 落ち着かせるケア** | a. 就寝前のマッサージ b. 就寝前に音楽を流す c. 就寝前のアロマテラピー d. 就寝前の入浴 e. 就寝前の足浴・手浴 f. 就寝前の食べ物・飲み物の摂取 g. 就床時の身体拘束 |
| C. 概日リズムの強化** | a. アクティビティケア b. 日中は離床させる c. 日中は覚醒させる d. 日中光を当てる e. 生活時間を固定化する f. 現在の時刻を認識させる |
| D. 睡眠薬の有効な使用** | a. 睡眠薬服用の時間・量・種類の調整 b. 睡眠薬をなるべく使用しない c. プラシーボ薬の使用 |
| E. 症状コントロール* | a. 疼痛緩和 b. 不安緩和 c. 掻痒感の緩和 d. ほてり・冷感の緩和 |
| F. ペースを守る | a. 本人の希望や好みに合わせたアクティビティケアを選択してすすめる b. 日中眠そうであれば臥床させる c. その日の状態に合わせて生活スケジュールを変更する d. 昼寝を促す e. 眠そうになってから就床させる f. 目覚めたときに起す |

* 図1「看護学における Sleep Promotion の概念分析結果」と同じカテゴリー

** 図1「看護学における Sleep Promotion の概念分析結果」と同様の内容であるが命名を変更したカテゴリー

表2 先行要件：認知レベルの低下した高齢者への睡眠を促す援助が必要な状況

| カテゴリー | アイテム |
|-----------------------|---|
| A. 睡眠を妨げる環境* | a. 自宅とは違う環境 b. 騒音 c. 光 d. 暑さ・寒さ e. 看護師のケア f. 他入所者から起こされる |
| B. 睡眠を妨げる症状** | a. 疼痛 b. 掻痒感 c. ほてり・冷感 d. 日中の興奮 e. 不安 |
| C. 一般的身体・精神疾患* | a. アルツハイマー型認知症 b. 経管栄養の使用 |
| D. 正常成人と異なる睡眠覚醒パターン** | a. 個人に特有のパターン b. 24時間リズムでない c. 同じ個人でも日々違う d. 昼夜逆転 e. 日中の覚醒と夜間睡眠の対応がない |
| E. 睡眠についての望み* | a. 眠れないとの訴え |
| F. 睡眠薬の影響 | a. 睡眠薬の持ち越し効果 b. 頓服睡眠薬の使用の判断 c. 睡眠薬が効かない d. 睡眠薬への依存 |

* 図1「看護学における Sleep Promotion の概念分析結果」と同じカテゴリー

** 図1「看護学における Sleep Promotion の概念分析結果」と同様の内容であるが命名を変更したカテゴリー

表3 帰結：認知レベルの低下した高齢者の睡眠を促す援助の一次的アウトカム＜望ましい睡眠状態＞

| カテゴリー | アイテム |
|-------------------|---|
| A. 満足できる睡眠* | a. 眠れたと言う |
| B. 夜間睡眠の改善* | a. 中途覚醒の減少 b. ねつきが良い c. 早朝覚醒の改善 d. 昼夜逆転にならない |
| C. 日中覚醒の改善* | a. 日中の覚醒レベルが保たれる |
| D. 本来の睡眠覚醒リズムを保つ* | a. 普段や過去と同じパターンになる b. その人のペースを保つ c. 周期性ができる |

* 図1「看護学における Sleep Promotion の概念分析結果」と同じカテゴリー

(4)【本来の睡眠覚醒リズムを保つ】については、「普段や過去と同じパターンになる」こと、その人のペースで暮らすことができれば、たとえ夜間眠っていないでもそれでよいという「その人のペースを保つ」、24時間の周期性が戻るという「周期性ができる」、という内容であった。

2) 望ましい睡眠状態を達成した二次的な効果(表4)

【睡眠薬使用の減少】、【精神状態の安定・改善】、【生

活のリズムがつく】、【迷惑行為の減少】、【転倒の減少】、【日中の食事・水分摂取の保持】が抽出された。

(1)【睡眠薬使用の減少】は、「睡眠薬を使用せずに眠れる」というものであり、睡眠薬には副作用があるべく使いたくないので、睡眠薬を使用しなくても眠れることが帰結としてとらえられていた。

(2)【精神状態の安定・改善】は、「落ち着く(興奮しない)」と、「せん妄にならない」という、悪影響の出

表4 帰結2：認知レベルの低下した高齢者への睡眠を促す援助の二次的アウトカム
 ＜望ましい睡眠状態を達成した二次的な効果＞

| カテゴリー | アイテム |
|------------------|---|
| A. 睡眠薬使用の減少** | a. 睡眠薬を使用せずに眠れる |
| B. 精神状態の安定・改善* | a. 落ち着く（興奮しない） b. せん妄にならない c. 日中や朝の気分が良い d. 笑顔が出る e. 会話ができる |
| C. 生活のリズムがつく | a. 生活のめりはりがつく b. 規則正しい生活 |
| D. 迷惑行為の減少 | a. おむつをはずさない b. 他入所者への迷惑が減る c. ナースコールの回数が減る |
| E. 転倒の減少 | a. 転倒が減る |
| F. 日中の食事・水分摂取の保持 | a. 食欲が出る b. 食事や水分がスムーズに取れる |

* 図1「看護学における Sleep Promotion の概念分析結果」と同じカテゴリー

** 図1「看護学における Sleep Promotion の概念分析結果」と同様の内容であるが命名を変更したカテゴリー

現を防ぐことが挙げられた。これに加え、「日中や朝の気分が良い」、「笑顔が出る」、「会話ができる」、といったプラスの側面が挙げられた。

（3）【生活のリズムがつく】は、「生活のめりはりがつく」、「規則正しい生活」になることであり、乱れた生活のリズムが元に戻ることであった。

（4）【迷惑行為の減少】は、「おむつをはずさない」、「他入所者への迷惑が減る」、「ナースコールの回数が減る」ことが挙げられた。

（5）【転倒の減少】は、良く眠れることで夜間の徘徊が少なくなること、日中の覚醒が良くなり、ふらつきが減ることで「転倒が減少する」ことであった。

（6）【日中の食事・水分摂取量の保持】は、日中の覚醒が保たれることで、「食欲が出る」、「食事や水分がスムーズに取れる」であった。

IV. 考察

1. 認知レベルの低下した高齢者の睡眠を促す援助の概念の特徴

本研究で抽出されたカテゴリーと、看護学における Sleep Promotion の概念分析結果（図1）と比較し、その特徴を考察する。

属性では、新たに【本人のペースを守る】が抽出され、【睡眠衛生教育】は抽出されなかったことが特徴であった。【本人のペースを守る】については、認知レベルの低下した高齢者のケアを行うに当たっては、パートナーシップに基づき、その人にペースを決めさせることが、

基本であるとされている（Adams, Clark, 1999）。これらの考えの提唱から希望や好みに沿ったケア、柔軟性のあるスケジュール変更を行うケアが抽出されたと考えられた。【環境調整】においても、本人の居たい場所、好みの明かりなどの調整が行われており、相手に合わせたパーソンセンタードケア（Kitwood, 1997）の理念の浸透が伺われる。しかし、これらの介入は、【概日リズムの強化】とは逆のケア行動を導き出す内容を含んでいる。たとえば、アクティビティケアについて、【概日リズムの強化】では活動を促進する方向に、【本人のペースを守る】では本人が望まない場合は促進しない方向になる。光環境についても、【概日リズムの強化】では日中の照度を上げる方向になるが、本人の好みを尊重すれば好きな照度で生活させることとなる。どちらを重要視するかによって全く逆のケアが提供される可能性があり、それぞれのケアの睡眠を促す効果について、検討や研究が必要と考えられた。

【睡眠衛生教育】については、認知レベルの低下という対象特性から、教育という介入が抽出されなかったと考えられ、本人が睡眠を促進する行動をとるように促す“Promotion”の方向ではなく、ケア提供者がケア実施の主体となっていることが特徴的であると考えられた。対象特性に合わせたケアという面では、【落ち着かせるケア】のアイテムが豊富であったことも特徴的であった。【症状コントロール】の中にも「不安緩和」というアイテムが見出され、認知症に特有の症状である、興奮や不安感、焦燥感を緩和することが睡眠を促すために必要であり、この解消方法として、コミュニケーションやお湯を用いたケアが取り入れられていると考えられた。

入浴や足浴、手浴などのお湯を用いて温めるケアについては、英語論文を対象とした検討（Floyd, 1999；角濱, 2007）では抽出されておらず、日本の文化特性を反映したケアであると考えられた。日本では、足浴の睡眠への効果の実証研究が進んでおり（高山, 2007；中谷, 大塚, 眞野, 2003）、睡眠の導入にぬるめの入浴が推奨され、一般にも浸透している。このような文化的背景が影響したと考えられる。

先行要件では、【睡眠障害】は本研究では因子として抽出されず、独自カテゴリーとして【正常成人と異なる睡眠覚醒パターン】が抽出された。【睡眠障害】については、概日リズム睡眠障害、睡眠関連呼吸障害、むずむず脚症候群、周期性四肢運動障害は、多くの高齢者に潜在し、これらが夜間睡眠を阻害し、日中の覚醒レベルを低下させていることが明らかとなっている。さらに、この症候の背景として腎不全や貧血、心臓病、呼吸障害など、罹患頻度の高い疾病があることが指摘されており（American Psychiatric Association, 2000；Ancoli-Israel, Liu, Choen-Zion, 2003）、このような病態が睡眠を促す援助のアセスメントに含まれていない、必要な観察視点として認知されていない現状が伺えた。【正常成人と異なる睡眠覚醒パターン】については、個人個人で睡眠パターンが違う、パターンが見出しにくい、夜間睡眠と日中覚醒の対応がみられない、昼夜逆転や24時間リズムを示さないことが挙げられた。睡眠は加齢とともに変化し、老年期では入眠困難や早朝覚醒が、老年期後期には睡眠の分断と日中の覚醒困難が生じることが特徴的である（Bliwise, 1993）。さらに、認知症高齢者に睡眠障害が高頻度であることも加わり、多様な睡眠覚醒パターンとなっているため、個別のパターンの把握が重要であると考えられた。

帰結では、一次的なアウトカムである睡眠覚醒状態の改善については追加されたカテゴリーはなかった。看護学における Sleep Promotion のアウトカムとして優先されることは、その個人が主観的に表現する「睡眠への満足」であった（角濱, 2007）。本研究においても【満足できる睡眠】のカテゴリーは抽出された。しかし、認知レベルの低下が高度になれば、主観を言葉で語ることが困難になるため、主観的データを良い睡眠の拠り所にできなくなる可能性が高い。【夜間睡眠の改善】や【日中覚醒の改善】をよりどころにケアの目標を考えていく必要があると考えられるが、先に述べたように【正常成人とは異なる睡眠覚醒パターン】があり、どのような睡眠であればその人本来のものであり、その個人にとっての良い睡眠であるかがとらえにくく、ケア提供者が目指すべきアウトカムがみえにくいことが課題であると考えられた。

二次的なアウトカムについては、【生活のリズムがつく】、【迷惑行為の減少】、【転倒の減少】、【日中の食事・水分摂取量の保持】が独自のカテゴリーであった。さら

に、「問題行動を起こさない」というマイナスの側面だけでなく、【精神状態の安定・改善】のアイテムとして「気分が良い」、「笑顔が出る」、「会話ができる」、といったプラスの側面が増加することが特徴的に抽出された。認知症高齢者の行動や感情について、迷惑行為といったマイナス側面の減少だけでなく、プラスの側面の増加がQOLの一部であると Lawton は主張している（Lawton, 1983；Lawton, 1994）。睡眠が良好になることで、生活の質の向上が果たされている可能性が示唆された。前述したように、睡眠自体の改善が評価されにくい状態であるため、これらの二次的なアウトカムの向上で援助の効果を判断する必要性が高まるのではないだろうか。

2. 認知レベルの低下した高齢者の睡眠を促すケアの概念枠組み

抽象化のレベルによって概念を階層的に系列化できる、サブストラクシオンの手法を用い、construct, concept とに構造化した（Kemppainen, 2010）。対象の状態（Z）に先行要件を、介入（X）に属性を、アウトカム（Y）に一次的アウトカム（Y1）と二次的なアウトカム（Y2）を当てはめた。つまり、認知レベルの低下した高齢者の特性に、何らかの介入・影響要因が加わった結果、帰結として睡眠覚醒状態という帰結と二次的な帰結が生じるという構造とした。

内容を精選するために、先行要件、属性、帰結で重複している因子について整理をした。先行要件と帰結では、【正常成人と異なる睡眠覚醒パターン】と【本来の睡眠覚醒パターンを保つ】、【睡眠についての望み】と【満足できる睡眠】とが対応していた。これは、先行要件に影響が反映されて現在の睡眠状態が生じていると考えたため、帰結に含めた。先行要件と属性では、【睡眠を妨げる環境】と【環境調整】、【睡眠を妨げる症状】と【症状コントロール】、【睡眠薬の影響】と【睡眠薬の有効な使用】、加えて帰結の【睡眠薬使用の減少】が対応していた。これらは、認知レベルの低下した高齢者そのものの特性ではないため、属性とした。本研究では抽出されなかった先行要件として、先の考察で指摘した、加齢、性別、認知機能、睡眠障害や睡眠を阻害する身体疾患について加えた。さらに、高齢者の睡眠覚醒リズムの振幅保持に影響する活動能力の高さ（Sullivan, Richards, 2004）について追加した。

これらをもとに、日本における認知レベルの低下した高齢者への睡眠を促すケアの概念枠組みを図2のように作成した。認知レベルの低下した高齢者の特性（Z）は、a. 認知機能、b. 加齢、c. 性別、d. 睡眠障害、e. 睡眠を妨げる疾患、f. 活動能力、となった。睡眠を促す介入（X）は、a. 薬物、b. 環境調整、c. 症状コントロール、d. 落ち着かせるケア、e. 概日リズムの強化、f. ペースを守る、となった。高齢者個別の睡眠状態（Y1）は、a. 日中の覚醒、b. 夜間睡眠、c.

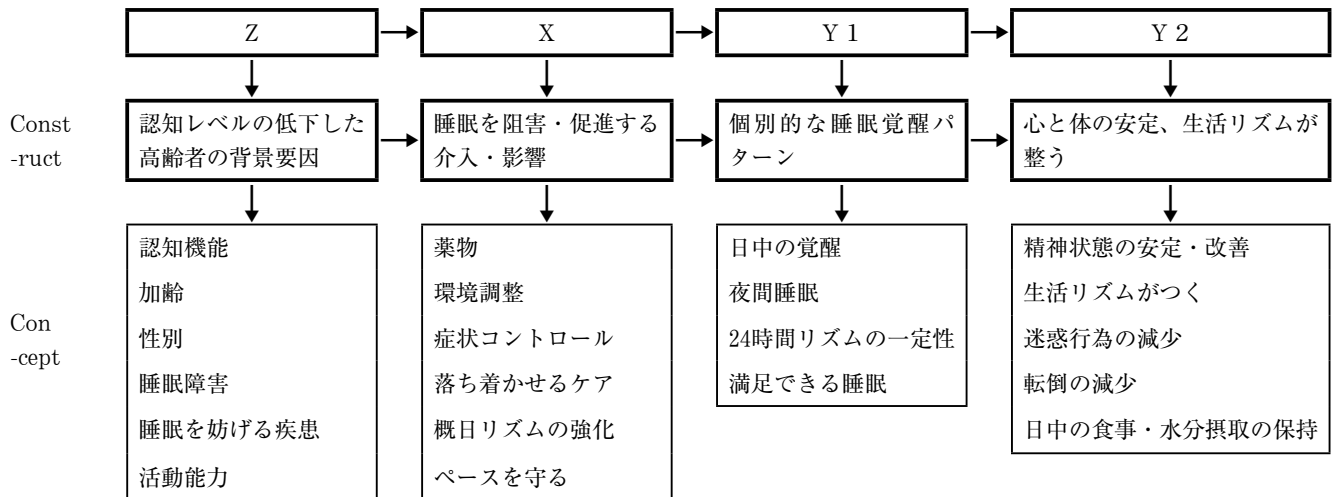


図2 認知症高齢者への睡眠を促す援助の概念モデル

24時間リズムの一定性、d. 満足できる睡眠、となった。睡眠状態が対象に合わせて改善された際のアウトカム（Y2）は、a. 精神状態の安定・改善、b. 生活のリズムがつく、c. 迷惑行為の減少、転倒の減少、d. 日中の食事・水分摂取の維持、となった。

V. 本研究の限界と課題

本研究は、認知レベルの低下した高齢者に対する Sleep Promotion について、一般成人との比較を可能にするために、先に得られた Sleep Promotion の概念枠組みを崩さない分析方法をとった。このことから、枠組みやカテゴリーの新規性について限界が存在すると思われる。

今後は本概念枠組みを活用した関連探索研究を行い、認知レベルの低下した高齢者の個別的な睡眠覚醒パターンに、睡眠を促す援助がどのように、どの程度関連しているかを明らかにしたいと考えている。このことから対象ひとりひとりの個別性に沿った、睡眠を促す援助を提供できる介入モデルが開発できると考えている。

VI. 結論

日本における認知レベルの低下した高齢者の睡眠を促す援助の特徴を考察し、概念枠組みを作成する目的で、ケア提供者を対象にインタビューを行い、内容分析を行った。その結果、「睡眠覚醒パターンが変化しやすい背景要因をもった認知レベルの低下した高齢者に対し、対象のペースを守ること、落ち着かせることを目的としたケアが提供された結果、個別的な睡眠覚醒パターンが生じる。これが、個人のペースに合うことによって、心と体が安定し、生活のリズムが整う効果が得られる。」という概念枠組みが生成された。

本研究にご協力頂きました皆様に深く感謝致します。なお、本研究は、青森県立保健大学健康科学特別研究の助成で行われ、第11回聖路加看護学会学術大会で口頭発表した。聖路加看護大学博士論文の一部に加筆したものである。

引用文献

- Adams, T., Clark, L. C. (1999). 上郡博 (2006). 認知症の人々へのケア・パートナーシップに基づく新しい実践. (90-113). 東京：日本看護協会出版会.
- American Psychiatric Association (2000). 高橋三郎 (2003). *DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル*. (4). (579-629). 東京：医学書院.
- Ancoil-Isael, S., Liu, L. Q., Choen-Zion, M. (2003). 睡眠関連疾患の診療－高齢者の場合－. *総合臨床*. 52 (11). 3015-3032.
- Bliwise, D. L. (1993). Sleep in normal aging and dementia. *sleep*. 16(1). 40-81.
- Floyd, J. A. (1999). Sleep promotion in adults. *Annu Rev Nurs Res*. 17. 27-56.
- 角濱春美 (2007). 看護学における「SLEEP PROMOTION」の概念分析－認知症高齢者の睡眠を促す援助の概念モデル作成の基盤として. *聖路加看護学会誌*. 11(1). 29-37.
- 角濱春美 (2009). 低 ADL 高齢者の睡眠覚醒パターンと影響因子との関連. *研究成果報告書*. 22.
- Hart, D. J., Craig, D., Compton, S. A., et al. (2003). A Retrospective Study of the behavioral and psychological symptoms of mid and late phase Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 18(11). 1037-1042.
- 本間昭 (1998). 痴呆における精神症状と行動障害の特徴. *老年精神医学雑誌*. 9(9). 1019-1024.
- Kempainen, K. J. (2010). Research critique. *Holtze-*

- mer L. W. (Ed), *Improving health through nursing research*. (108-124). UK : Wiley-Blackwell.
- Kitwood, T. (1997). 高橋誠一 (2005). 認知症のパーソンセンタードケア. (98-112). 東京 : 筒井書房.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*. 23(4) . 349-357.
- Lawton, M. P. (1994). Quality of life in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 8 suppl 3. 138-150.
- 中谷純, 大塚吉則, 眞野行生 (2003). 高齢者における足浴の睡眠時間に与える影響, *日本温泉気候物理医学会雑誌*, 66(3), 165-170.
- Rodgers, L. B., Knafl, A. K. (2000). *Concept development in nursing*. Vol2. Philadelphia : Saunders.
- Sullivan, S. C., Richards, K. C. (2004). Predictors of circadian sleep-wake rhythm maintenance in elders with dementia. *Aging Ment Health*. 8(2) . 143-152.
- 高山直子 (2007). 施設入居高齢者に対する就寝前の足浴導入が睡眠に及ぼす効果について. *日本看護技術学会誌*. 6(1) . 48-53.
- 谷向知, 谷向仁 (2006). 夜間徘徊, 不穏, 昼夜逆転とその対応. *老年精神医学雑誌*. 17. 1303-1309.

Structure of “Sleep Promotion” for Elderly Individuals with Reduced Cognitive Functioning in Japan: Creation of a Conceptual Framework for Sleep Promotion

Harumi Kadohama¹⁾

1) Aomori University of Health and Welfare

Objective : The objective of the present study was to examine the characteristics of the concept of sleep promotion in elderly individuals with reduced cognitive functioning in Japan, and to propose a conceptual framework.

Methods : Semi-structured interviews were conducted for a total of 15 nurses and care staff with at least three years of experience providing care for elderly individuals with dementia in regard to situations in which support for facilitating sleep was necessary for elderly individuals with dementia (antecedents) as well as the contents (attributes) and effects (consequences) of support, and the results were categorized.

Results and Discussion : The following six categories of attributes were identified: “environmental coordination”, “care for calming the individual”, “enhancement of circadian rhythm”, “effective use of sleeping pills”, “symptom management”, and “maintenance of the individual’s pace”. Care emphasized the objectives of maintaining the individual’s pace and calming the individual. The following six categories were identified as antecedents: “environmental factors hindering sleep”, “symptoms hindering sleep”, “general physical and mental disorders”, “sleep-wake patterns that differ from those of healthy adults”, “hopes related to sleep”, and “effects of sleeping pills”. Antecedents were characterized by individual differences in sleep-wake patterns. Primary consequences were classified into the four categories of “satisfactory sleep”, “improvement of nocturnal sleep”, “improvement of daytime wakefulness”, and “maintenance of original sleep-wake rhythm”, while secondary consequences were classified into the six categories of “reduced use of sleeping pills”, “stabilization or improvement of mental state”, “establishment of rhythm in daily life”, “decrease in behavioral disturbances”, “decrease in falls”, and “maintenance of food and water intake during the day”. Due to the difficulty of subjective assessment, assessment of support using secondary consequences as indicators was considered necessary.

Conclusion : A conceptual framework for support for facilitating sleep in elderly individuals with reduced cognitive functioning in Japan was established as follows: “Provision of care for elderly individuals with reduced cognitive functioning who have an underlying susceptibility to changes in the sleep-wake pattern that is aimed at maintaining the individual’s pace and calming the individual results in unique sleep-wake patterns. Matching of the pattern with the individual’s pace stabilizes the individual’s physical and mental status as well as rhythm in daily life.”

Keywords : sleep, sleep promotion, elderly people with dementia, conceptual model