

2017 年 1 月 10 日

2016 年度 聖路加国際大学大学院博士論文

特別養護老人ホームにおける「チーム変革型高齢者尿失禁ケアプログラム」
導入によるチームの変容：混合研究法による評価

Team Transformation Through the Intervention of an “Innovative Team-based
Urinary Incontinence Care Program for Older Adults” at Nursing Homes:
A mixed-method Study

13DN013

渡邊 千登世

目次

第1章 序論	1
I. 研究の背景	1
II. 研究の目的	3
III. 用語の操作的定義	3
1. 尿失禁	3
2. 高齢者	4
3. 尿失禁ケア	4
4. チーム	4
5. チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム	4
第2章 文献の検討	5
I. 尿失禁の疫学的調査	5
1. 尿失禁の実態調査	5
2. 尿失禁の経済的調査	6
II. QOL と主観的なウェルビーイング	6
1. 失禁が及ぼす QOL への影響	6
2. 主観的ウェルビーイング	7
III. 失禁に対する介入研究	8
1. 尿失禁に対する介入効果に関する研究	8
2. 尿失禁ケアプログラムを実践する組織への介入に関する研究	9
IV. プログラム評価研究	10
V. 学習する組織とチーム学習について	12
第3章 予備研究	14
I 研究の目的	14
II 研究方法	14
1. 対象	14
2. 研究期間	14
3. 研究デザイン	14
4. データ収集方法	14
5. 分析方法	15

III 結果	15
1 対象者の基本属性	15
2 尿失禁ケアについての現状	17
3 高齢者施設における入居者の尿失禁ケアを受けていることでの困難性	18
4 高齢者施設の介護職員の尿失禁ケア管理における困難性	23
5 高齢者施設の看護師の尿失禁ケア管理における困難性	26
VI. 本研究への示唆	30
第4章 研究方法	33
I. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の開発	33
1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の開発手順	33
2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の開発のためのニーズアセスメントと理論的記述	33
3. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」のロジックモデルの作成（図4）	37
4. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」におけるアウトカムの明示	39
5. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の構成（表5）	40
II. 研究デザイン	45
III. 研究仮説	46
1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入により以下のチームの変容を認める。	46
2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入によりチーム学習が充実する。	46
3. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入により、尿失禁高齢者において尿失禁の症状が改善し、QOL・主観的ウェルビーイングが向上する。	46
IV. 研究の対象	46
1. 特別養護老人ホームの高齢者	46
2. 特別養護老人ホームの介護職員・看護職員	47
V. チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムの導入方法	47
1. 特別養護老人ホームにおける「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」運用とデータ収集スケジュール	47

2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入時の配慮.....	50
VI. データ収集方法	50
1. データ収集施設	50
2. データ収集期間	50
3. データ収集項目とアウトカム変数の定義	50
4. アウトカム変数の定義	53
5. 研究手続き	57
VII. データの分析方法.....	58
1. プライマリアウトカムに関するデータ：介護職員・看護職員から得られたデータ	58
2. セカンダリアウトカムに関するデータ：高齢者から得られたデータ	58
3. デモグラフィックデータ	59
4. プログラム評価	59
VIII. 倫理的配慮	59
1. 本研究に参加することによる対象者の不利益と負担.....	59
2. 不利益・負担の回避と対処	60
3. 研究の倫理的配慮.....	61
第5章 結果.....	62
I. 研究の対象	62
1. 対象施設.....	62
2. 対象施設の介護職員・看護職員	63
3. 対象高齢者	65
II. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入	67
1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入と運用	67
2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」各ステップの導入	67
III. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入によるチームの変容.....	76
1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による学際的チームアプローチ実践評価尺度の変化.....	76
2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による尿失禁ケアに関わる困難さについての比較	81
IV. カンファレンスの語りからみるチームの変容	83
1. A施設でのカンファレンスの内容分析	83

2. B施設でのカンファレンスの内容分析	90
3. C施設でのカンファレンスからの内容分析	94
V. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による学際的チームアプローチ実践評価尺度（ITA 評価尺度）の変化とカンファレンス内容分析の統合	100
1. 「全人的なケアをしている」の項目とカンファレンスの内容について ...	101
2. 「目標の達成度を評価している」の項目とカンファレンスの内容について	101
3. 「チームには一体感があると感じている」の項目とカンファレンスの内容について	101
4. 「問題状況に応じて役割を調整している」の項目とカンファレンスの内容について	102
5. 「チームの理念を認識している」の項目とカンファレンスの内容について	102
6. 「ケアプロセスの確実性とコミットメント」の項目とカンファレンスの内容について	102
VI. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の変化	105
1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の排尿状態の変化	105
2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の尿失禁に関連する QOL の変化	110
3. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による尿失禁高齢者の「改訂-いきいき度尺度（PLS-R）」の変化	110
4. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の尿失禁に関わる困難さの変化	111
VII. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」評価	113
第6章 考察	114
I. 特別養護老人ホームにおける、排泄の状態	114
1. 高齢者の排泄状態	114
2. 介護職員、看護職員の高齢者の日常生活での排泄行動や尿失禁への意識	115
II. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入によるチームの変容	116
1. チームアプローチの実践状況に対する自己認識	116
2. 介護職員・看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さの変化	118

3. チームアプローチの実践状況に対する自己認識の変化に及ぼしていた影響	119
III. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入による高齢者の変化	124
1. 尿失禁高齢者の排尿状態について	124
2. 尿失禁高齢者の QOL と主観的ウェルビーイングの変化について	125
3. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の高齢者の中期的アウトカムについて	127
IV 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の評価	128
1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」のプログラム評価について	128
2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の構成について	129
V. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の内的妥当性と外的妥当性について	130
1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の内的妥当性	130
2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の外的妥当性	131
VI. 研究の限界	133
第7章 結論	129
I. 尿失禁ケアに関するチームの変容	129
II. 尿失禁高齢者の症状、QOL、主観的ウェルビーイング	129
III. チームの変容の高齢者の尿失禁の症状改善や QOL、主観的ウェルビーイングへの影響	129
引用文献	130

表目次

表 1 入居者の概要	16
表 2 入居者の尿失禁ケアを受けることでの困難性	18
表 3 介護職員の尿失禁ケア管理における困難性	23
表 4 看護師の尿失禁ケア管理における困難性	27
表 5 特別養護老人ホームにおける「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」 ..	43
表 6 変革型尿失禁高齢者ケアプログラム運用と研究の流れ	48
表 7 介護職員の属性	63
表 8 看護職員属性	64
表 9 対象高齢者の属性	66
表 10 尿失禁高齢者の個別ケアの概要一覧	75
表 11 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による ITA 評価尺度得点	78
表 12 特別養護老人ホームにおける ITA 実践評価尺度の因子分析	80
表 13 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による ITA 実践評価尺度 3 因の変化	81
表 14 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による介護職員の尿失禁ケア に関わる困難さの比較	82
表 15 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による看護職員の尿失禁ケア に 関わる困難さの比較	82
表 16 3 施設における尿失禁ケアカンファレンスで語られたチームの変容に関するサ ブカテゴリー一覧	84
表 17 プログラム実施前後で学際的チームアプローチ実践 (ITA) 評価が上昇/低下し た項目とカンファレンス内容の統合によるジョイントディスプレイ	104
表 18 尿失禁高齢者の排尿状態 (3 日間の排尿日誌より)	107
表 19 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前後の高齢者の尿失禁状態	109
表 20 「チーム変革型高齢者尿失禁プログラム」導入による排尿状態・尿失禁状態の比 較	109
表 21 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による尿失禁高齢者の 「国際失禁会議尿失禁質問票短縮版 (ICIQ-SF)」の得点の変化	110

表 22 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による尿失禁高齢者の 「改訂—いきいき度尺度 (PLS-R)」の得点の変化	111
表 23 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の尿失禁に関わ る困難さの変化	112

図目次

図 1	高齢者施設における尿失禁ケア管理に関する困難性についての構造	32
図 2	「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入変化モデル	34
図 3	参画的変化サイクル	36
図 4	特別養護老人ホームにおける「チーム変革型高齢者尿失禁ケアプログラム」の ロジックモデル	38
図 5	研究デザイン	45

資料目次

資料 1-1	講義計画	i
資料 1-2	尿失禁高齢者ケアマニュアル.....	iii
資料 1-3	ゆりりん®パンフレット.....	xxv
資料 1-4	ゆりりん®を用いた残尿測定方法.....	xxvi
資料 2	高齢者用パンフレット.....	xxvii
資料 3	入居者：基礎情報データシート.....	xxx iii
資料 4	Mini-Mental State Examination (MMSE).....	xxxv
資料 5	尿失禁症状・QOL 質問票 (ICIQ-SF)	xxxvii
資料 6	改訂-いきいき度尺度 (PLS-R)	xxxviii
資料 7	尿失禁にかかわる困難さについての質問票.....	xxx ix
資料 8	看護師：基礎情報データ収集シート.....	xl
資料 9	学際的チームアプローチ実践評価尺度 (ITA 評価尺度)	xlii
資料 10	介護職員：基礎情報データ収集シート.....	xliii
資料 11	管理者：施設基礎情報データ収集シート.....	xl v
資料 12	尿失禁ケアにかかわる困難さについての質問票 (看護師)	xlvi
資料 13	尿失禁ケアにかかわる困難さについての質問票 (介護職員)	xl vii
資料 14	排尿日誌.....	xl viii
資料 15	チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム満足度調査.....	l
資料 16	研究へのご協力のお願い (高齢者)	li
資料 17	研究への参加・協力の同意書.....	lv
資料 18	研究協力撤回書.....	lvi
資料 19	研究説明書(施設長).....	lvii
資料 20	研究説明書(介護職員・看護師).....	l x
資料 21	コンサルテーション記録用紙 (研究者用)	l xiii
資料 22	高齢者の尿失禁ケアについて.....	l x iv

第1章 序論

I. 研究の背景

我が国の2015年の高齢化率は過去最高の26.7%であり、諸外国と比較して世界のどの国もこれまでに経験したことのない高齢社会を迎えている(平成28年版厚生労働白書,2016)。これに伴い要介護(要支援)認定者数も、介護保険制度開始時の2000(平成12)年の約218万人から2015(平成27)年では、約608万人と大幅に増加している(平成28年版厚生労働白書,2016)。このような、介護が必要な高齢者にとっては、質の高い日常生活援助が受けられる居住環境の整備が急務である。

高齢者の日常生活援助の中でも、特に排泄ケアを充実させることは個人の尊厳を保ち、生活の質を充実させるためにも必要である。しかし、年齢が高くなるにつれ排尿障害や尿失禁の有病率が高まり、高齢者施設における米国の調査では、失禁の有病率は約65%(Sahyoun et al., 2001)と報告され、我が国においても同様に、在宅患者の50~60%(後藤,吉川,服部, 2002)、特別養護老人ホームの入所者78%(和田,堀,玉木, 2013)に失禁によるおむつの使用が余儀なくされている。

尿失禁は、おむつやパッドの使用による尿路感染、失禁関連皮膚障害の要因(Bliss et al.,2006)など、患者への身体的な影響のほか、QOLの低下や尊厳の問題など生活の質や心理的にも影響を及ぼす疾患である(Xu & Kane, 2013; Chetera et al., 2008)。しかし、高齢者施設においては、高齢者本人および看護師や介護職員の失禁に対する認識は、「失禁は、高齢だから仕方がない」というように、疾患として捉えられることが少なく(小岡,坂本,寺田, 2005)、生命に直接的に関連した問題ではないために、高齢者の喫緊の問題として意識されない傾向がある。

さらに、失禁に関しては、文化的な背景も伴い、多くの高齢者が「恥かしい」や「下の世話は申し訳ない」などという心理が働き、失禁についての日常生活上での困難さや、煩わしさなどが表出されない可能性がある。これらの困難さや煩わしさは、患者の健康を揺るがす重大な問題でもある。この問題を解決することは、看護介入の重要な目標の一つであるが、失禁ケアを受ける対象がどのように認識しているかという点に焦点をあてた研究は少ない。

高齢者が失禁について口ににくい現状や、看護師や介護職員の失禁に関する知識やケア技術の不足は、高齢者の尿失禁への治療的介入や悪化予防の効果的な介入などを阻害し、その結果、長期間に渡り、高齢者の失禁やそれによる影響を改善すること

を困難にしている。

一方で、高齢者施設において失禁高齢者の排泄援助は、介護職員・看護職員にとって介護負担が大きい日常生活援助の一つと捉えられている（前田,中下,小田,2011）。医療職者が失禁の治療や自立排尿に向けた改善の必要性を認識しないことは、尿失禁の高齢者を増加させ、看護師や介護職員の排泄援助への負担をますます増大させる。このような状況では、本来、排泄ケアで最も考慮されなければならない個人の尊厳や生活の質の充実は軽視され、個別性を排除し、業務中心の効率性のみを追求した排泄ケアへと導かれていくことが予測される。

したがって、高齢者施設において多数を占める尿失禁を有する高齢者へ、失禁の予防や改善を促進するためのケア介入によって、排尿の自立に向けた支援を実践することは、高齢者の尊厳を維持することになり、ひいては、介護職員・看護職員にとっての排泄援助の負担を軽減することにもつながると考える。

これまで、尿失禁管理の専門家が、尿失禁の予防や改善のために骨盤底筋訓練や排泄誘導などの介入を実施し、その効果を検証する研究は多く行われている。尿失禁に対するこれらの介入は、短期間でも効果が現れること、非侵襲的であること、対象となる人数が多いことなどから、高齢者施設での適用が望まれている。

高齢者施設の看護師や介護職員が尿失禁ケアを適切に実践していくためには、尿失禁に関する基礎知識や援助方法の技術についての教育プログラムの実施（Saxer et al.,2008）とともに、看護師と介護職員が連携して尿失禁ケアの改善に取り組む体制を整えること、他職種と連携するシステムを構築することなどの組織的な、教育的・管理的な仕組みが必要であると予測される。

尿失禁ケアが業務中心で実施されていることが多い特別養護老人ホームにおいて、顧客（高齢者）中心志向に変容させ、尿失禁の改善や質の高いケアを早期に充実させていくためには、排泄ケアの専門性を有する看護師が、高齢者の尿失禁ケアに関する介入プログラムを持ち、コンサルタントとして導入支援を行うことが、有用ではないかと考えられる。排泄ケアの専門性を有する看護師が、新しい知識やスキルを継続して伝えることによりチーム学習を促進し、個人が学んだことを活用しやすい環境となるため、組織的な尿失禁のケアの導入がスムーズになされるのではないかと予測される。これらの、尿失禁ケアの組織的な仕組みの定着は、介護職員・看護職員が経験を通して自ら学習したことを組織の活動として反映させ、より良い結果を達成していく

組織学習（近藤, 2012）という変化により導かれるものとする。

このような、チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムの導入による組織的変革をもたらすためには、尿失禁高齢者・介護職員・看護職員が協働して取り組める体制作りが必要と考えられるが、現在、組織変革も目指した教育的で管理的な高齢者の尿失禁ケアプログラムによる介入研究はない。

そこで、本研究においては、尿失禁ケアに関する組織内の価値観・理念の創造や失禁高齢者へのよりよい尿失禁ケアを実践し、継続できる協働的な環境づくりを含めた介入プログラムを導入し、高齢者の尿失禁の改善、介護職員・看護職員の認識の変化など組織変革について探求したいと考える。

II. 研究の目的

本研究の目的は、特別養護老人ホームにおいて「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入を行い以下の3点について検証することである。

- (1) 尿失禁ケアに関するチームの変容が可能か。
- (2) チームの変容は、高齢者の尿失禁の症状改善や QOL、主観的ウェルビーイングの改善をもたらすか。
- (3) チームの変容が、高齢者の尿失禁の症状改善や QOL、主観的ウェルビーイングにどのように影響しているか。

なお、本研究では尿失禁ケアに関するチームの変容をプライマリアウトカムとし、尿失禁高齢者の症状、QOL、主観的ウェルビーイングをセカンダリアウトカムとする。

III. 用語の操作的定義

1. 尿失禁

尿失禁は、不随意、あるいは無意識な漏れが衛生的、または社会的に問題になった状態と定義される。本研究における尿失禁は、高齢者に高率に発生しており、排尿誘導や生活指導などの看護介入が効果的と考えられている、不随意、あるいは無意識的な尿の漏れにより、失禁用具の使用あるいは、排泄介助や排尿誘導、排泄に関する生活指導などを必要としている状態とする。

2. 高齢者

特別養護老人ホームに入居している 65 歳以上の男女で、食事・排泄・入浴等の日常生活における介護を受けており、不随意、あるいは無意識的な尿の漏れにより、失禁用具の使用あるいは、排泄介助を受けているもの。

3. 尿失禁ケア

対象の主観的な情報や客観的な情報から総合的に尿失禁の病態を把握し、尿失禁ガイドラインや尿失禁ケアマニュアルなどを活用し、個別に応じた尿失禁ケアを計画・実践し、評価を行うこと。

4. チーム

共通の目的や目標を達成するためにアプローチを共有し、チームメンバーが相互に補完できるようなスキルを備えた協働と連携を基盤とした少人数の集合体である。

チームは、学習する組織の基礎単位であり、チーム学習はチームメンバーが求める共通の成果を生み出すために、協働でチームの能力をのばしていくプロセスである。

近年のチーム医療においては、患者さん一人一人の状態に合わせて、治療や支援を進めていくためには、さまざまな専門性をもつ医療に関連する職種のみならず、患者やその家族もチームメンバーとして考えられている。

本研究においては、研究対象である 3 施設全ての介護職員・看護職員などの医療福祉領域の専門職者およびケアの受け手である高齢者を含め、チームとする。

5. チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム

チームで尿失禁ケアに関する組織内の価値観や理念を創造し、高齢者へよりよい尿失禁ケアが実践できるようにチーム学習が充実することを目的としたプログラムである。また、これによって尿失禁高齢者が、尿失禁があってもその人なりの健康的な行動がとれ、生活できるような支援がなされることで高齢者の QOL やウェルビーイングが向上することをめざす。

本プログラムを継続していくことで、組織全体が顧客（高齢者）中心志向となり、組織全体が学習するチームの集合体に変化することを目指す。

第2章 文献の検討

I. 尿失禁の疫学的調査

1. 尿失禁の実態調査

ICS (International Continence Society ; 国際禁制学会)は、病的な尿失禁とは「社会的、衛生的に問題となるような客観的な漏れを認める状態」と定義している。この定義は国際的には流布されている定義ではあるが、疫学的には理想的ではないとの見解もある。疫学的に一定期間における有病率を示すためには、尿漏れの頻度や量などが規定されていることが实际的で有用であると言われている (Hunsakaar et al., 2000) が、現在のところ合意が得られてない。

尿失禁は、年齢が高くなるにつれ有病率が高まる疾患である。そのリスク要因は、年齢や、出産経験、更年期、肥満、認知障害などが示されている。欧州や米国における地域で生活する高齢者女性の尿失禁の有病率の疫学調査では、約 10%~40%と示唆されており、その率は男性の 9%よりも高い。女性の失禁の約 50%は腹圧性尿失禁であるが、高齢女性においては、切迫性尿失禁の有病率が増加し、60 歳以上の女性において腹圧性と切迫性が混合したタイプの尿失禁の有病率が 56%であったとの報告がある (Hunsakaar et al., 2008)。

我が国においては、全国規模の無作為抽出による下部尿路症状の疫学的な調査として「排尿に関する疫学的研究 (本間ら, 2003)」がある。全国の 40 歳以上の男女を対象とし、自記式質問紙法を用いたこの調査の結果では、解析対象数 4,570 名 (男性 46%)、平均年齢 60.6 歳で 1 日 1 回以上の尿失禁がある割合は、切迫性尿失禁 5.3% (男性 4.5% : 女性 5.7%) 腹圧性尿失禁 3.9% (男性 1.6% : 女性 6.1%) であった。失禁のためにおむつを使用している割合では 3.5% (男性 1.6% : 女性 5.2%) で、尿失禁とおむつの使用は 70 歳以降で急激に上昇していたと報告されている。

高齢者の施設入居者の失禁の割合は、地域で生活する人々の有病率よりも高く、米国における高齢者施設での失禁有病率の調査では、約 65%であったことが報告されている (Sahyoun et al., 2001)。

我が国においては、65 歳以上の訪問看護を受けている在宅高齢者における排尿管理についての実態調査 (後藤, 吉川, 服部ら, 2002)において、対象者 2,322 名 (男性 44.1%) のうち、失禁に対するおむつ使用者総数は 56%であり、特別養護老人施設入所者の尿失禁に関する実態調査 (吉村, 吉田, 山本, 1991) においても、尿失禁が 48%に見られ、そのうち 46%は失禁が頻繁かつ多量で、常時おむつの装着が必要であったと報告している。さらに、和田ら(2013)も特別養護老人施設入所者 116 名 (平均年齢 87

歳)のうち、高度の尿失禁であった入所者の78%が、失禁によるおむつを使用していたと報告している。このように、在宅訪問看護を受けている高齢者や特別養護老人施設入所者における失禁の割合は高く、排尿管理には、膀胱留置カテーテルや間歇的導尿などよりも、おむつを使用している割合が非常に高いという実態である。しかし、おむつを使用している高齢者のうち泌尿器科の受診歴が34% (吉村ら, 1991)にとどまっていたことから、失禁は、疾患として捉えられていない現実も示された。

2. 尿失禁の経済的調査

近年、尿失禁に関連する経済的影響は、世界的に重要な課題ととらえられている。高齢化が進行している国では、尿失禁疫学的な調査とともに経済的影響に関する評価がなされている。1995年に米国で行われた年間の尿失禁の直接コストについての調査では、年代別、地域住民や施設入居者別に推定値を算出している (Wilson et al., 2001)。直接コストには、診断費用、薬物や外科的な治療を含む処置の費用や皮膚障害、尿路感染、転倒などの合併症にかかる費用なども含め算出され、米国の尿失禁に関連する総コストは163億ドルと推定された。そのうち高齢者には108億ドルが費やされており、性別では女性に79億ドルのコストがかかっている。高齢者の失禁に関わる費用は、それ以下の年代の人の2倍のコストであり、失禁の予防や失禁に関わる合併症を予防することで経済的な影響を低減させることが、高齢者の医療の中では重要な課題となる。

我が国においては、尿失禁の経済的な影響についての意識は低いためか、大規模な失禁に関わる医療経済的な研究は見当たらない。適切な尿失禁ケアと排尿補助製品のコストの関連についての調査では、老健施設において105人の要介護高齢者に対して、排尿日誌やエコーを用い個々の膀胱容量に基づいた排尿誘導法を3ヶ月実施した結果、おむつなどの排尿補助製品のコストが全体で11.7%減少し、1施設当たりの経済効果として年間77.6万円であったとの報告 (鈴木, 2014) がある。

II. QOLと主観的なウェルビーイング

1. 失禁が及ぼすQOLへの影響

尿失禁の病態には、軽微なものから深刻な状態まで幅広い。尿失禁は、適切な管理を行えば症状の改善が期待でき、悪化を防ぎ、尿失禁による併存症も予防することが可能である。しかし、尿失禁は、個人の尊厳に関わる問題でもあり、また、恥ずかしいという感情から、容易に他人に相談できず適切な治療やケアを受けられないまま、日常生活を送っている者も少なくない。Koら(2005)の、高齢者のQOLにおける失禁の影響に関する研究では、尿

失禁を有する群は無い群と比較して 2 倍も憂鬱さを感じ、自身の健康状態がよくないと評価していた。さらに、SF-36 の下位尺度の 8 項目においても、全ての得点で下回り、QOL に対して、負の影響をおよぼしていた。このように、尿失禁を伴う個人は、社会的な孤立や心理社会的な問題 (Shaw,2001)、身体的な合併症などの QOL に影響を及ぼす。高齢者における尿失禁が及ぼす QOL への影響因子には、年齢、活動の困難性、尿失禁の量、尿失禁の頻度、日中と夜間の排泄回数などがあり (Dugan,et al,1998;Cheatera et al.,2008)、尿失禁のこれらの因子を適切に管理していくことによって、QOL の低下を防ぐことができると考えられている。

尿失禁に特異的な QOL に関する評価指標は、1980 年代後半から開発が進んでおり、Incontinence on Impact Questionnaire(IIQ),Incontinence Quality of Life(I-QOL),King's Health Questionnaire(KHQ)などが、日本語に翻訳されており、信頼性、妥当性が確認され、日本人への適応も妥当であるとされている(本間,安藤,吉田, 2002)。さらに、2004 年には、国際尿失禁会議 (International Consultation Incontinence:ICI) で開発され採択された ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire:Short Form) の妥当性が検証された。ICIQ-SF スコアは、日本語に翻訳され、日本語版 ICIQ-SF として作成されており、信頼性、妥当性、反応性が検証されている (Gotoh et al., 2009; 後藤, 2013)。この質問票は、性別や年連に関わらず、3 項目のみで構成されており、簡便に用いられる質問票として尿失禁に関わる臨床研究において用いることが推奨されている (日本排尿機能学会,女性下部尿路症状診療ガイドライン, 2013)。

2. 主観的ウェルビーイング

主観的ウェルビーイング(subjective well-being)は、個人生活に対する自分自身による評価であり、「全体的な生活満足感」「特定の重要な領域における満足感」という認知的側面と、「快感情」「不快感情」というポジティブとネガティブの感情的側面から構成されている (田中,外川,津田,2011)。生活の質の向上には、疾病や障害という健康にとってネガティブな側面を減らすのみならず、個人の肯定的な側面をも評価する必要があると言われている (田中芳幸,津田彰, 2008)。

田中ら(2006)は、山田らが開発したいきいき度尺度の項目を縮小し、改訂-いきいき度尺度 (PLS-R) を開発して年代差について検討を行った。その後、PLS-R の高齢者への適用の可能性について検討している。満足感・ネガティブ気分、チャレンジ精神、気分転換という 4 因子構造のモデルの適合性を確認し

(GFI=0.95,AGFI=0.92,RMSEA=0.058)、各下位尺度内の項目の内的一貫性による信頼性 (Cronbach α =0.67-0.83) も検証された。(田中ら,2006)。この尺度を用いる事によっ

て、日本語版 ICIQ-SF による尿失禁に特化した QOL の測定に加えて、尿失禁という症状があっても失禁の原因などを知り、セルフケアの方法を知ることなどによって、尿失禁高齢者の肯定的な側面の変化についても測定が可能となるのではないかと考えられる。

III. 失禁に対する介入研究

1. 尿失禁に対する介入効果に関する研究

尿失禁に対する治療には、行動療法、薬物治療、外科的治療がある。それぞれの、治療法についてはメリットやデメリットがあり、また、尿失禁の種類によって適応と不適応があるため、適切な診断に応じて単独の治療法や治療法の組み合わせが選択されなければならない。尿失禁の治療には、合併症が少なく、侵襲性の低い治療法の選択および患者の意向が尊重される必要がある。そのため、高齢者には、行動療法を第一選択とすべきとされているが、行動療法には、訓練そのものの理解や訓練を持続する意欲などが効果を左右するため、高齢者への適用には困難な場合もある。

行動療法には、膀胱訓練や骨盤底筋訓練、排尿誘導（定時排尿（time voiding）、習慣排尿法（habit training）、排尿促進法（prompted voiding）などが主なものとしてある。骨盤底筋訓練は、腹圧性尿失禁や切迫性尿失禁、混合性尿失禁に対して、非侵襲性の治療であることから、女性下部尿路症状診療ガイドラインにおいても推奨されている（日本排尿機能学会女性下部尿路症状診療ガイドライン, 2013）。骨盤底筋訓練は、口頭のみ指導の他、バイオフィードバック（Burgio et al., 2002）セルフモニタリング（Kincade et al., 2007）や失禁への自己効力感理論に基づくコンチネンスエフィカシー介入プログラム（CEIP）（Kim, 2001）などを併用することの効果について RCT による報告があり、正確な訓練法を獲得することで効果が得られることから、視覚的な筋収縮の効果や専門家によるフィードバックなどの継続的な介入が効果的であることが示唆されている。高齢の女性においても同様に、地域で生活する高齢女性への視聴覚教材での骨盤底筋訓練と排便コントロール、食事と水分摂取、排尿中断訓練などを組み合わせた 10 週間の失禁介入プログラムによる効果の報告があり（Kim, 2004）、このプログラムは、高齢者の骨盤底筋訓練への主体的な関わりや治療意欲の継続性を向上させ、訓練効果が高まったと結論づけられた。

我が国では、特別養護老人ホームにおける排尿管理の実態調査(和田ら,2013)や尿失禁ケアに対する看護・介護職の認識の調査（小林,2005）などから、現場の介護職員に、排尿管理の基礎知識が少なく、失禁種類を識別するという意識が低いこと、疾患として捉え受診の必要性についての認識が低いことなどが示されている。介護職員が、

個々に応じた排泄ケアを実施する必要性を感じているにもかかわらず、安易なおむつの使用や膀胱留置カテーテルが用いられるなどの、一律の排泄ケアが実施されている現実がある。

欧米では、長期高齢者施設における失禁への介入研究が多く行われており、特に行動療法の中では、排尿促進法（prompted voiding:以下 PV）によって、26%の尿失禁の改善がみられたとの報告がある（Hu et al., 1989）。さらに、尿失禁管理のシステマティックレビューにおいても、PV は、日中の尿失禁の削減および短期的な効果が高いものと報告されている（Flanagan et al., 2012）。また、PV は、軽度の認知症を有する患者への効果や排尿の動作に影響する可動性や筋力の強化や維持するためのリハビリ的なトレーニングである機能付随訓練（Functional Incidental Training：以下 FIT）と組み合わせることによって、尿失禁を効果的に改善した結果も報告されている（Ouslander et al., 2005）。

長期高齢者施設での排尿コントロールを促進し、尿失禁を管理する要因のシステマティックレビューにおいては、経済的な要因、スキンケア、身体運動、スタッフの質、PV の主体的な取り組み、水分摂取コントロールによる尿失禁マネジメントなどがレビューされ、尿失禁ケアの複雑さや質の高いケアの提供のための時間的、経済的な問題を含んでいることが明らかとなっている（Flanagan et al., 2014）。したがって、高齢者の尿失禁管理のためには、排泄介助のみならず高齢者の身体機能や認知機能を考慮した、包括的なケア介入が必要である。

2. 尿失禁ケアプログラムを実践する組織への介入に関する研究

Tanaka ら(2009)が行った、個別的包括的な尿失禁ケア方略の介入研究では、食事摂取の促し、一日 1,500ml 以上の水分摂取、トイレでの排泄の促し、ベッド以外で 6 時間以上過ごすことの奨励、おむつが濡れている時間の短縮などを実践することによって、日中で 27% ($p = .017$)、夜間帯で 18.9% ($p = .007$) の居住者に尿失禁回数の減少、パッドやおむつサイズの縮小が可能であったことが報告されている。

高齢者施設の管理者にとっては、入居者の尿失禁を改善し、排尿コントロール維持を目的とした質の高いケアを提供するために、スタッフの管理システムの構築や教育プログラムの構築は重要な課題である（Burgio et al., 1990; Collette, Bravo, & Tu, 2009）。高齢者施設における排泄ケアに関する看護師と介護職との協働を目的とした教育プログラムの効果に関する研究では、排泄ケアに関する知識や協働、カンファレンスを通しての協働体験というプログラム介入を実施している（小岡,陶山,形上, 1999）。介護職者による排泄ケアの必要性に対する認識は、講義や個別の事例のカンファレンス

によって変化し、排泄ケアの信念を深めるためには有効なプログラムであったが、仕事のコントロール感や職務満足感の向上までには至らなかったと報告している。

失禁管理のケアシステムを定着させるためには、知識や技術の伝達のみならず、実践における介護職員へのフィードバックの方法を検討し、動機づけを維持できる仕組みを考慮しなければならない。

IV. プログラム評価研究

社会プログラムに対するシステマティックな評価は、教育および公衆衛生領域において最初に普及し、1930年代までには社会学者が、さまざまな領域における社会プログラムをアセスメントするための厳密な調査法を用いるようになった (Rossi, Lipsy, & Freeman, 2004/ 2005)。

1950年代には、非行予防プログラムや心理療法、精神薬物療法、教育活動というような社会事業の一環としてプログラムが取り入れられるようになった。このような、社会プログラムは政策の一環であることや、大規模なプログラムでは多額の資金が必要となり、より効果的なプログラムを求められるようになった。そこで、プログラム評価という概念は、「社会的介入プログラムの効果をシステマティックに検討するために、プログラムを取り巻く政治的・組織的環境に適合し、かつ社会状況を改善するための社会活動に有益な知識を提供しうる方法で、社会調査法を利用することである。」と定義され (Rossi et al, 2004/ 2005)、その有効性について調査法を用いて評価し、プログラムを適応させることの方法論が示された。

また、日本ではプログラム評価について渡辺 (2000) は、「プログラム評価とは、学校、病院、政府機関、企業、コミュニティなどの社会環境において、“生活の質の向上”、“個人・組織の効率性の追求”、“疾病や危機の予防”、“社会的問題の解決”などを目的として実施される人的なプログラムが、本来想定した目的をどの程度実現しているかを検証し、その結果を関係者に報告する一連の活動をいう。」と定義している。

従って、プログラムには、政府や自治体などが行う大規模なものから、研究者がある施設内で導入するために策定された比較的規模の小さなものがあり、プログラムとは、特定の社会目標や教育目標を達成するために、人が中心となって介入 (intervention) を行い、アクション (action) を行うために作られた事業のことをさす (安田, 渡辺, 2008)。

評価研究について、ポーリット&ベック (2004/ 2010) は、評価研究 (evaluation research) は特定のプログラムの実践、手順、政策などがどの程度うまく遂行されているかを明らかにしようとする応用研究であるとしている。「評価研究では、研究目標は

実用的で、意思決定をしなければならない人々の実際の疑問にこたえることが目的である。」と述べている。さらに、導入したプログラムを採用すべきか、止めるべきか、もしくは修正が必要なのかどうかというような判断を行うことが目的に含まれていることを説明している。これは、スクリヴェンが「体系的かつ客観的に、物事の意義、値打ち、あるいは重要性を明らかにすること」と評価を定義していることと同様の意味をもつ。

科学的なアプローチによるプログラム評価には、次のような段階があると説明されている (Rossi, P. H et.al, 2004/ 2005)。

- (1) ニーズアセスメント：介入の標的集団を定義し同定し、その集団が必要としているサービスの内容や集団をとりまく社会的環境、その集団に属する人がどのような問題を体験しているかなどを調査しニーズアセスメントを行う。
- (2) プログラム理論を明示し、アセスメントする：プログラムを構造化し、運営する理論的根拠をかたちづくっている概念、仮定、期待を明確に記述する。プログラム理論を明示することによって、プログラムのプロセスやインパクトと連動し一貫性の評価や集団に対して特異性が示せていること、プログラムの重要な仮定と期待に論理性があり説得力があるかを確認する。
- (3) プログラムプロセスをモニターし、アセスメントする：プロセスの運営の記述をしめし、実際にプログラムがうまく運営されているかを確認するプログラムプロセス評価を行う。
- (4) プログラムアウトカムを測定し、モニタリングする：適切なアウトカムを特定して、プログラムアウトカムを測定する。
- (5) プログラムインパクトをアセスメントする：プログラムが目的のアウトカムによおよす効果を確定することである。

評価研究においては、これらの各段階のどこに焦点を当てるかによって、評価の種類が異なってくる。Polit & Beck (2004/2010) は、その過程についての記述が必要な場合には、過程分析 (process analysis: プロセス分析) または実施分析 (implementation analysis) を行い、プログラムを改良する場合には形成評価 (formative evaluation) 行うと説明している。アウトカム分析 (outcome analysis: 成果分析) は記述的な傾向にあり、厳格な実験デザインを用いず、プログラムの最終目標が達成された範囲を記述する。インパクト分析は、準インパクト (net impact) がプログラム単独のものであるかどうかを明確にするものであり、その他、費用分析 (cost analysis) として、プログラムの利益が経費をうわまわるかどうかを分析するものもあると述べている。

日本においては、昭和 63 年 (1988 年) に Holzemer, W.L., 博士と Lnideman, C. A. 博士

によって「看護実践における評価研究—ケアの効果はどのようにはかることができるか」というテーマで、第 20 回聖路加看護大学公開講座において、評価研究の定義やモデルの概念化などが紹介されており、Lnideman 博士による「手術室看護婦による術前訪問の効果」という研究をもとに術前患者に対する介入の探索過程についての評価研究例（Lnideman, C. A., 1989）も紹介された。

V. 学習する組織とチーム学習について

学習する組織という概念は、1970 年代にハーバード大学教授のクリス・アーギリスによって提唱され、1990 年代にマサチューセッツ工科大学（MIT）のピーター・センゲによって、学習する組織の全体的な概念と構築方法が体系化された（Senge, M. P., Kleiner, A. et al., 1994/ 2003）。

近年の学習する組織という概念への関心の高まりは、複雑化し変化が激しい経営環境で継続的に自己変革をし続ける柔軟な組織をつくるためには、今までのマネジメント手法では、機能しないと考えられてきたからである。学習する組織が生み出すものは、より優れた業績、品質の向上、顧客志向、活気に満ちた真剣に取り組む労働力、変化への適応などである。

センゲ(2006/ 2011) は、「学習する組織」の本質を構築していくために必要な 5 つの学習領域（ディシプリン）を示している。それらは、「システム思考」「自己実現（マスタリー）」「メンタルモデル」「共有ビジョン」「チーム学習」である。

センゲ（1990/ 1995）は、「人々が個人的に新しいスキルや洞察を培ったとしても、もしそれがワーキングチームの中で応用されていなければ、組織としての機能にはほとんど変化が見られないだろう」と述べている。それゆえ、個人のみの学習は、組織の中では意味をなさない。学習する組織における、学習単位はチームであり、メンバーが求める共通の成果を生み出すためには、チームメンバーが協働で能力を引き出すことを、個人が認識する必要があると考えられる。それには組織の目標である「共有ビジョン」をもつことや「自己実現（マスタリー）」への努力も影響する。衰退する組織に共通しているのは、学習障害を生じている組織であり、個人が「わたしの仕事は〇〇だから」「悪いのはあちら」といような思考に陥り、事業全体の目的を見失っていたり、組織内外へ責任転嫁をしたりするようなことが生じている。

医療の分野では、医療従事者が相互に対等に連携し、患者中心の医療を実現しようとする、チーム医療という考え方が推奨されてきた。同様に、高齢者に対するケアの場においても保健医療福祉専門職者が連携し、チームでケアを実践することの必要性が示されてきた。

杉本（2006）は、長期ケアにおける interdisciplinary team（学際的チーム）について、48 の文献から Rodgers の手法を用いて概念分析を行っている。これから明らかになった interdisciplinary team の先行要件には、患者/クライアントのニーズの複雑化・拡大が生じていることが挙げられ、interdisciplinary team でのメンバー個人の属性には、「信頼」「理解」があり、チームの属性には「協働連携」「開放的なコミュニケーションの実施」があったと述べている。さらに、杉本はこの概念分析を基に、高齢者施設における学際的チームアプローチ実践評価尺度（以下 ITA 評価尺度）を開発し、信頼性・妥当性を検討している（杉本知子, 亀井智子, 2011）。ITA 評価尺度は、介護保険施設に勤務する医療・福祉色が所属組織におけるチームアプローチの実践状況について自己評価を行うためのものである。この尺度は 3 因子構造で下位尺度の Cronbach α 係数はいずれも 0.9 以上で内的整合性を認めている。また、再テスト法による信頼係数は全項目 0.4 以上、外的基準に用いた尺度との相関係数は 0.79 で有意な正の相関 ($p<0.01$) を認め信頼性・妥当性が検証されている。

ITA 評価尺度は、組織構造の柔軟さ、ケアプロセスの実践度、メンバーの凝集性と能力という 3 因子 32 項目で構成されている。下位項目に含まれている内容を確認すると、「問題の建設的な解決に努めている」「積極的な意見を交換している」「専門的知識、技術の向上を目指している」「チームの理念を認識している」「チームの目標に価値を感じている」など、センゲのいう学習する組織における 5 つのディシプリンと共通するものが多いと考えられた。

第3章 予備研究

I 研究の目的

チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムを開発するにあたり、プログラムに必要な構成要素や尿失禁高齢者のケアへのニーズを明確にする必要がある。介入する標的集団のニーズを明らかにし、サービスの内容や標的集団の人々が直面している問題を明らかにするため、以下のような目的で予備研究を実施した。

1. 高齢者施設の入居者が日常生活において尿失禁ケアを受けていることでの困難性とその影響について記述する。
2. 高齢者施設の介護職員・看護職員、管理者それぞれの役割における尿失禁ケア管理の実践とそれらに関する困難性や影響要因を記述する。
3. 得られた結果から高齢者施設で改善すべき入居者の失禁に関する状態、改善すべき尿失禁ケア管理の現状、尿失禁ケアの充実がはかられるための支援内容などについて考察する。

II 研究方法

1. 対象

東京都および千葉県内の3つの高齢者施設に、失禁のために何らかの排泄介助を受けている65歳以上の入居者および、高齢者施設で勤務する研究の同意が得られた介護職員・看護職員、管理者を対象とした。

2. 研究期間

研究期間は平成26年7月～12月であった。

3. 研究デザイン

内容分析的手法を用いた探索的記述研究とした。

4. データ収集方法

文献的考察に基づいて検討したインタビューガイドを作成し、半構造的面接を行った。インタビューでは、対象者にできるだけ自由に語ってもらえるように配慮した。また、基礎情報収集のためのデータ収集シートを作成し、基礎情報項目にそって、記入してもらうか、研究者が聞き取りによって情報を収集した。

5. 分析方法

分析は、まず録音したデータから逐語録を作成した。逐語録のテキストデータより、高齢者施設の入居者の尿失禁ケアに関連した困難（困難さ、煩わしさ、心配）や対処の方法について、看護師・介護者は尿失禁ケア管理を実践する上での困難について、個々の一つの内容を一項目として含むセンテンスを記録単位として抽出した。抽出された個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類し、カテゴリーとして命名し、入居者の尿失禁ケアを受ける困難性と看護師と介護職員から得られた尿失禁ケア管理に関する情報とカテゴリーとの関連性を検討した。分析における真実性の確保として、分析の過程において担当教授より指導を受けた。

尚、本研究は、聖路加国際大学倫理審査委員会による審査を受けて承認を得て実施した。（研究倫理審査委員会 承認番号：14-047）

Ⅲ 結果

1 対象者の基本属性

1) 入居者

入居対象者は9名で、女性7名男性2名であった。平均年齢は86.1歳であった。既往歴はさまざまで、脳梗塞や大腸癌、前立腺癌、大腿骨骨折などを経験していた。トイレ介助は自立しているものが5名、部分介助3名、全介助1名で、全員がおむつもしくはパッドを使用していた。尿失禁の種類は、1名のみ腹圧性尿失禁の診断を受けていたがその他の人は不明であった。尿失禁を初めて経験してからの経過年数は不明3名、1年～3年3名、9年～13年経過している人は3名であった。全員尿意はあり、尿失禁回数は1回～3回/日の範囲であった。尿失禁に関して医師の診察を受けている人はおらず、過去の診断で尿失禁の治療薬を服薬中の人は2名であった。有害事象に関しては、自己申告で皮膚障害が4名、尿路感染が2名であった。（表1）

表 1 入居者の概要

対象者	年齢	性別	トイレ移動	排泄時 姿勢保持	排泄場所 排泄用具	失禁回数 (回/日)	失禁 経験年	尿意	皮膚 障害	尿路 感染	医師 依頼	失禁 服薬
A	81	女性	自立 車いす	自立	トイレ・おむつ ポータブル	3	1	あり	なし	不明	なし	なし
B	88	女性	自立 車いす	自立	トイレ・おむつ	0	不明	あり	不明	不明	なし	なし
C	91	男性	自立 車いす	自立	トイレ・おむつ パッド	2	不明	あり	あり	不明	なし	なし
D	88	男性	部分介助 車いす	自立	トイレ おむつ	1	13	あり	なし	あり	なし	なし
E	84	女性	部分介助 車いす	自立	トイレ・おむつ パッド	2	9	あり	あり	なし	なし	なし
F	87	女性	全介助	全介助	おむつ・パッド	1	不明	あり	不明	不明	なし	なし
G	91	女性	全介助	全介助	おむつ	0	11	あり	発赤	不明	なし	なし
H	85	女性	全介助・車いす	自立	トイレ・おむつ	3	1	あり	なし	あり	なし	あり
I	80	女性	自立・杖 車いす	自立	トイレ・おむつ パッド	3	2	あり	あり	なし	なし	あり

2) 介護職員

介護職員は9名に面接を行った。経験年齢は、2年の1名を除いては、平均15.2年であり、全員が女性であった。資格は介護福祉士7名、ヘルパー2級2名である。最終学歴は短大2名、専門学校3名、高校4名であった。

3) 看護師

看護師は9名に面接を行った。経験年数は、10年未満2名、20年以上30年未満3名、30年以上40年未満2名、40年以上2名と、経験豊富なものの割合が高かった。資格は、准看護師3名、看護師6名であった。

2 尿失禁ケアについての現状

看護師2名と介護職員2名は、日本老年泌尿器学会や日本排尿機能学会等が発行している排尿障害に関連した診療ガイドラインやマニュアルの存在について「知っている」と回答した。排尿機能のアセスメントについては、尿意の確認は介護職員・看護師とも全員行っていた。排尿日誌を用いているかどうかは、時間ごとの排尿の有無については確認しているが、アセスメントのために排尿量と水分摂取量を合わせて確認することはない。失禁の種類についてのアセスメントは介護職員・看護職員とも実施していなかった。生活指導のうち水分摂取については、看護師の1名を除き、介護職員・看護職員とも全員が行っていた。しかし、高齢者が排尿しやすいような着衣の工夫ということ意識して実施していたのは、介護職員5名・看護師2名であった。高齢者が排尿しやすいように環境整備を意識して行っていたのは、介護職員5名・看護師4名で、施設の問題であり環境調整を行うことは、自分たちには出来ないと考え、工夫するということ意識し行動をすることは少なかった。医師への依頼は、尿路感染等の相談は行いが、高齢者の尿失禁について診断を行ってもらうことは、看護師1名以外はなかった。介護職員が残尿測定を依頼することも無く、看護師が残尿測定を行うと回答したのは1名のみで、膀胱炎を繰り返す症状があった時のみ行われていた。排泄介助のうち、おむつ交換については、排尿パターンに応じて行うと答えた看護師1名以外は、「定時で行う」と回答した。「定時に加えて、排尿を確認してその都度交換している」と答えたのは、介護職員5名、看護師2名であった。

生活全般についてのカンファレンスは行われているが、尿失禁が話題になることは少なく、排泄委員会というような話し合いの場があっても、排便についての話し合いが多いと看護師も介護職員も認識していた。尿失禁に関する医師やPT、専門性の高い看護師に依頼をする仕組みはなく、介護職員・看護職員ともに相談したことは一度もないと答えていた。

3 高齢者施設における入居者の尿失禁ケアを受けていることでの困難性

高齢者施設の入居者が日常生活において尿失禁ケアを受けていることでの困難性について内容分析した結果を表2に示した。

表2 入居者の尿失禁ケアを受けることでの困難性

カテゴリー	サブカテゴリー
昼夜問わず頻繁に自覚する尿漏れによる苛立ち	制御できない不随意の尿漏れ
	夜間覚醒時にすでにもれていることへの落胆
	頭から離れない尿漏れへの気がかり
尿漏れの状態を他人に気づかれないようにする努力	尿漏れにともなう厄介な状態を回避するための苦労
	尿漏れを人に知られないようにするための方策の実施
	人前で尿漏れの失敗をしないという緊張感
おむつによる不快感や皮膚障害	おむつ装着による搔痒感や発赤
	おむつによる身体的な悪影響への心配
自立していた排尿行動ができなくなった寂しさ	トイレで排尿したいという要求を叶えられない辛さ
	自分が望む排尿行動に対する自信の無さ
	尿漏れによって日常生活でやりたいことが儘ならなくなったという思い
	失禁の状態を理解してもらえない辛さ
尿漏れ状態の自分を受け入れる努力	尿漏れは当たり前という諦め
	尿漏れに思い悩むことを避けようとする努力
排泄介助をないがしろにされているという不満	尿意にすぐ対応してもらえない怒り
	心地よさや配慮のない排泄ケアを受けなければならない無念さ
	尿漏れに伴うただれや不快感に対応してもらえない辛さ
介護者の提案に服従しなくてはならない排泄様式	介護者の提案を優先し、自分の要求を我慢する
	望まない排尿方法を強いられても不快に耐えて従う
	排泄介助を受けなければならない負い目
自らではどうしようもない排尿行動の面倒くささ	不便なトイレ環境
	身体機能の低下に伴う排尿行動の面倒くささ

8つのカテゴリーが見いだされ、それらは【昼夜問わず頻繁に自覚する尿漏れによる苛立ち】【尿漏れの状態を他人に気づかれないようにする努力】【おむつによる不快感や皮膚障害】【自立していた排尿行動ができなくなった寂しさ】【尿漏れ状態の自分を受け入れる努力】【排泄介助をないがしろにされているという不満】【介護者の提案に服従しなくてはならない排泄様式】【自らではどうしようもない排尿行動の面倒くささ】であった。文中の【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「 」は入居者の語りを示す。

1) 【昼夜問わず頻繁に自覚する尿漏れによる苛立ち】

日常生活で生じている尿失禁状態そのものが本人に及ぼす心理的な影響である。

入居者は、「尿意はあるけれども、知らない間に漏れている。」と語っているように、日常生活の間に自分では《制御できない不随意の尿漏れ》を自覚し、閉口している。その上、「夜は漏れたなっていうので、目がさめる。失敗だなと思って。ほとんど漏れている。」と、睡眠時にも制御できない尿漏れを自覚しており、“失敗した”自分に対し《夜間覚醒時にすでにもれていることへの落胆》を感じている。寝ても、覚めても、知らない間に尿が漏れてしまうという状態に対して、「(尿漏れのことが) 四六時中気になっていますね。そう、だからね、私みたいのは、いないんじゃないかなあって、ほんとうにそう思いますよ。」と、いつ尿が漏れるか分からないため、常に《頭から離れない尿漏れへの気がかり》があり、尿が漏れる状態に対して苛立ちを覚えている。

2) 【尿漏れの状態を他人に気づかれないようにする努力】

自分に尿漏れがあることを出来る限り他の人には知られないようにする行動的、心理的努力である。

尿漏れの状態は自分にとって好ましい状態ではないと同時に、他人には知られたくない状態として、「(パッドの) 当て方が悪いと、パンツの横から漏れちゃう。シーツをたまに汚しちゃう。」「ズボンが濡らすことは時々あります。ズボンが濡れると自分で着替える。」と述べているように、尿漏れ状態であっても、自分自身で対処できていれば自分の尊厳を守ることができるので、自分自身で対処できる範囲を超えないように常に注意を払ったり、人の手を借りずできるだけ自分自身で対処したりというような、《尿漏れにともなう厄介な状態を回避するための苦労》として示されていた。

また、「ただ、ここ（部屋）にいるだけならいいけれども間に、レクリエーションがあるでしょ。そういう時はね、気を使いますからね。」と、人が集まる場所に出かける

時には《人前で尿漏れの失敗をしないという緊張感》があり、失敗を避けるために、《尿漏れを人に知られないようにするための方策の実施》として、「究極の目的はそう（人に知られないように）でしょうね。恥ずかしいから。パッドを着け始めたっていう。」や「『Iさん、くさいよ』っていちど言われちゃった。『Iさんパンツが濡れてるんじゃないの？』なんて。男の人に言われちゃった。『そう？』って、しらばっくれてたけど。いやだよ。」というように、自分の尿漏れ状態を他人に情報として伝わらないように、さまざまな方策を実施している。

3) 【自立していた排尿行動ができなくなった寂しさ】

援助を受けなければならない状態での排尿行動と、自立していた時の行動との差がおよぼす心理的な影響である。

トイレで排尿したいという望みをもっているにもかかわらず、高齢者施設での生活では介護者に排泄援助を受けなくてはならず、「トイレも自分で行って座ってできればいいんですけど、それはだめだって言われていますから。」というように、《トイレで排尿したいという要求を叶えられない辛さ》として、自立していたことができなくなることによって介護者の管理下におかれる困難さとして表現された。その一方で、いくら自分が望んだとしても、身体機能の低下から「やっぱり、ここら辺に便器があればね、それでしたいですよ。（本当だったら、ポータブルで出来るけれど）転んだら怖いからね。」と、《自分が望む排尿行動に対する自信の無さ》もある。

また、自分で制御でき、行えていた排尿行動が、なかなか思うように制御できないことから、日常生活にまで影響を及ぼしており「（気持ちが元気になることは）難しいね。だから、おしっこ漏れると、まだ、だめだなあって思う。旅行にも行けないかなって、どこも行けないぞって。」と、《尿漏れによって日常生活でやりたいことが儘らなくなったという思い》が生じ、沈んだ気持ちとして表出されていた。自立して排尿行動ができていれば、失禁による困難感も少なく、他の人に辛さを理解してもらう必要もないことである。失禁状態であるがゆえに抱えている苦悩を、「（他の人には失禁のことを）私もあまり言わないことにしているの。分かってくれないでしょうしね。家のものにもそうですよ。」と他の人や家人とは分かち合えない《失禁の状態を理解してもらえない辛さ》をも感じている。

4) 【自らではどうしようもない排尿行動の面倒くささ】

排尿行動によってもたらされ心地よさよりも、面倒くさいという思いがまさる状況に対処ができないことである。

高齢者施設で、自分が過ごしている部屋からトイレの距離が遠いことやトイレに行くまでの廊下の照明などは、入居者にとっては《不便なトイレ環境》であり、「ほんとは（トイレに）行けばいいんだけど、起きるのが面倒くさいし、真っ暗だし。廊下の電気もみんな消しちゃうの。廊下の電気はね8時になるとみんな消しちゃうの。」と、本来ならばトイレでの排尿が可能な状態にも関わらず、おむつでの排尿を強いられているような困難性として表出されていた。また、自分自身の《身体機能の低下に伴う排尿行動の面倒くささ》も伴い、本来ならばポータブルやトイレでの排泄は可能であったとしても、「（暗いとポータブルトイレでも）大変。それで、ほらパンツあげなくちゃでしょ。おむつあげて、パンツあげて、ズボン下あげて、ズボンあげてって大変じゃない。・・・面倒くさいから、おむつでしちゃうの。」と、スムーズに行動ができないことや、着衣の着脱に関する大変さなど、によって諦めざるを得ないこととして表出された。

5) 【尿漏れ状態の自分を受け入れる努力】

尿漏れに関わる困難を何とか受け入れることで心理的な苦痛を低減させようとする対処である。

「尿が漏れるのはもう歳だから、しょうがないなってあきらめてはいるんだけどね。いい薬があれば、試してみたいなとは思いますがね。」と表現しているように、高齢者だから《尿漏れは当たり前という諦め》ようと思ひ込もうとしたり、「（夜間漏れることについて、今後の心配は）何も無いです。そんなこと心配していたら生きていけません。」と《尿漏れに思い悩むことを避けようとする努力》をしたりすることで、尿失禁から生じる困難を否定せずにあるのままの自分として受け入れようとしている。

6) 【排泄介助をないがしろにされているという不満】

自分の生活にとっては重要な排泄に関する要求に、援助する介護職員が関心を向けないことに対して快く思わない心情である。

入居者は、失禁を回避したいという思いがあり、回避できると思っている、「呼んでもなかなか来ない時があるんですよ。何で、そんなに忙しいんだろうって、むかむかするときがあるんですよ。だって、ほっとくと漏れたりするからね。沢山出た時、横から漏れたりするから。そういう時ありますからね。」と、《尿意にすぐ対応してもらえない怒り》を抱えている。そして、介護職員による排泄介助がぞんざいに実施された場合には、「今朝、すごいおむつの当て方をして、はい終わりってやられて、非常

にその時は悲しかったです」や「昼間おトイレに連れて行ってもらえば、できますよ。でも、やってもらえない。」と、《心地よさや配慮のない排泄ケアを受けなければならない無念さ》として表出された。

また、尿漏れだけでなくそれに伴う有害事象や不快感に目を向けてもらえないことから、「(お風呂に入らない日は、洗い流したりすることは) 全然そんなことしないよ。1日1回位はね。できればね。清潔にしてほしいし、さっぱりしたい。」というような、《尿漏れに伴うただれや不快感に対応してもらえない辛さ》があった。

7) 【おむつによる不快感や皮膚障害】

尿失禁のためにおむつを着用していることに伴う臭いの問題や掻痒感、発赤などの不快感と皮膚障害である。

尿失禁のためにおむつの着用を余儀なくされ、「(おむつ着けていると) やっぱり、痒いですよね。お尻が赤くなっています。」というように《おむつ装着による掻痒感や発赤》があり、それに伴う不快感や痛みなどがある。おむつを常時着用することにより排泄物と皮膚との接触があり、それに伴い皮膚障害や尿路感染など《おむつによる身体的な悪影響への心配》として「(おむつで排尿をするということは) やっぱり、不潔になっているわね。臭いとかも気になります。」というように表現された。

8) 【介護者の提案に服従しなくてはならない排泄様式】

高齢者施設で生活するためには、介護者の提案する排泄様式に従わなくてはならないと思う心理状態や行動である。

入居者は、尿漏れによっておむつが濡れていても、夜間帯は「(介護職員が) 女の子だから、悪いからね。声かけない。・・・ちょっと、へんだなあとは思いますが。濡れて変だなあって思うけど。気持ち悪いよ。だけど、女の子だから、だまってるの。」と表現しており、《排泄介助を受けなければならない負い目》として、遠慮や申し訳ないというような気持ちを持っていた。そのような心理とともに、自分が望まない排泄様式を強いられても、「(おむつにされて) どうしようかなあと思ったけど。何でもいいやいいやって思って。」と表現しているように、常に《介護者の提案を優先し、自分の要求を我慢する》という行動をとっていた。さらに、「夜は『そのままするように』って言われるから、しているだけで。(おむつで排泄することは) やっぱり、気持ち悪いんですよね。」と、介護者から提案される排泄様式が自分の《望まない排尿方法を強いられても不快に耐えて従う》という行動となっていた。

4 高齢者施設の介護職員の尿失禁ケア管理における困難性

高齢者施設の介護職員の尿失禁ケア管理における困難性について内容分析を行った結果は、表3に示した。5つのカテゴリー見いだされ、それらは【入居者へよい尿失禁ケアを実践している確信をもてない】【尿失禁ケアについての知識不足】【どうしてもできない尿失禁ケアと改善へのあきらめ】【尿失禁による有害事象についての懸念】【尿失禁ケアに対する価値観が低い職場環境】であった。

表3 介護職員の尿失禁ケア管理における困難性

カテゴリー	サブカテゴリー
入居者へよい尿失禁ケアを実践している確信をもてない	入居者の尿失禁にともなう困難感を曖昧なままにとどめる
	入居者の尿失禁ケアへの遠慮への気遣い
	ほんとうはこうしてあげたいという尿失禁ケアができない後ろめたさ
	うすうす感じる入居者の不満
尿失禁ケアについての知識不足	介護職員間の尿失禁ケアに対する考え方・認識のずれ
	高齢者の尿失禁は仕方がないという認識
	手探り状態の尿失禁ケア
どうしてもできない尿失禁ケアと改善へのあきらめ	人員の不足による尿失禁ケアに対する負担感
	時間的な余裕のなさ
	改善できない施設のトイレ環境
尿失禁による有害事象についての懸念	尿失禁による皮膚への影響の懸念
	尿路感染に対する懸念
尿失禁ケアに対する価値観が低い職場環境	尿失禁ケアを重要視する体制が作られていない
	尿失禁ケアについての話し合いの場の不足
	尿失禁の教育基盤が整えられていない
	専門家に依頼する仕組みや相談環境が無い

1) 【入居者へよい尿失禁ケアを実践している確信をもてない】

入居者の反応や自分たちのケア環境から影響を受けた、自分たちが行っている尿失禁ケアに対して何となく感じる見方である。

介護職員は、「やっぱり、気持ち悪いだろうなと思うし、言えない人は言えないだけであって、絶対気持ち悪いだろうなって思う。」「おむつの不快さについて 気にして聞いたことは無い。不快だから替えてって言うんでしょうし、いえない方は、臭いとかで感じるしかない。」と述べているように、入居者に実際に尋ねたりするのではなく、《入居者の尿失禁にともなう困難感を曖昧なままにとどめる》という行動をとっていた。また、「入居者の方は職員に手を煩わせて悪いと考えていると思います。」というような《入居者の尿失禁ケアへの遠慮への気遣い》があり、いずれも、はっきりと入居者へ尋ねるというよりもむしろ、推察したり、配慮したりというような行動が多くとられていた。

また、自分たちは、「失禁の状態を細かく見れるといいんですけど、そこまで至っていないのかな。」と、《ほんとうはこうしてあげたいという尿失禁ケアができない後ろめたさ》があるため、「(入居者は) もっと、ちゃんとやってほしいと思っているんだろうと思う。」と、実際に入居者の希望を明らかにすることなく《うすうす感じる入居者の不満》を感じながら、ケアを行っている。

2) 【尿失禁ケアについての知識不足】

尿失禁の知識不足に関連した介護職員間のケアの認識や尿失禁ケアの方法のずれである。

多くの介護職員は、尿失禁について「病気として尿失禁を捉えていなかったのも、年取ると当たり前だと思っていたので、改善できるものでは無いと思っていた。」と《高齢者の尿失禁は仕方がないという認識》があるために、積極的に尿失禁ケアを改善しようという目標を持てないでいる。また、「知識不足です。感覚で理解しているので、知識に結びついていないです。」と自分たちの失禁についての知識不足を認識しているが、「どのようなケアがあるのかが、分からないので、どんなものもいいかも分からない。」と、探求できないでおり、《手探り状態の尿失禁ケア》を行っている。その一方で「介護職員、それぞれトイレ介助の考えが違う」や「失禁したらすぐおむつという考えを取っ払った方がいいんじゃないかなと思っている」と考える職員は、個人のそれぞれの技術や知識の差から《介護職員間の尿失禁ケアに対する考え方・認識のずれ》を感じ、自分とは異なる認識を持っている同僚を批判的に見ていたりすることもある。

3) 【どうしてもできない尿失禁ケアと改善へのあきらめ】

自分たちの役割では改善出来ないと認識している尿失禁ケアに関する課題であり、改善したくてもどうしたらよいか分からない状態である。

「夜間帯に（尿回数が）多くなる方もいらっしゃるって、夜間は人員体制が少ない中で、どうすれば、この方にとっていい排泄ケアができるのかって凄く悩むところがあります。」と組織の《人員の不足による尿失禁ケアに対する負担感》があることや「心のゆとりがなくなるくらい忙しいと、あっちもこっちもって絶対、できないじゃないですか。」と《時間的な余裕のなさ》を感じている。さらに、施設の設備として、改善しようにも《改善できない施設のトイレ環境》に困難を感じており、「狭い中、カーテンで仕切っていて、プライバシーの面で嫌な思いをされているかもと感じる。」と述べている。

4) 尿失禁ケアに対する価値観が低い職場環境】

職場組織内での尿失禁ケアについて価値観から影響を受け、形成されている職場環境の課題である。

介護職員たちは、よりよい尿失禁ケアを実践したいと考えても、《尿失禁ケアを重要視する体制が作られていない》ために、「言い過ぎかなって思う時もあるんですが、それが改善につながればいいかなって思うんですよ。」と個人での努力で留まっている。そうせざるを得ない要因には、「原因というか、全体でそういうことを話し合うという機会がない。改善できるかもしれないけれども、そう言う機会がなかなか無い。」や「排泄の勉強はやりたいと思うんです。将来的には、排泄係がちっちゃい勉強会でもいいから、30分でもミニカンファレンス的なところで、排泄における勉強をしていくような。」と述べているように、《尿失禁ケアについての話し合いの場の不足》や《尿失禁の教育基盤が整えられていない》ことがあげられ、組織全体で改善することが出来ない苦労や一定の知識レベルを確保することができず、知識・技術が組織全体に浸透してくことが困難と感じていた。

また、排泄ケアの専門性を有する看護師を活用し「尿失禁は当たり前と思っているのは、私だけじゃないと思うので、専門の方が指導してくださればいいのですが。」

「こうすればもっと良くなるかもしれないという、ヒントをもらうチャンスがあれば、改善出来る方向に行く可能性は高い」と考えても、《専門家に依頼する仕組みや相談環境が無い》といった仕組みが無いことも組織の課題として認識されていた。

5) 【尿失禁による有害事象についての懸念】

尿失禁に伴う皮膚障害や尿路感染について憂慮することである。尿が皮膚に長時間触れる状況に対して「褥瘡ができることは少ないですけど、汚れたままでいたことで、皮膚の状態が悪くなったりしたら自分たちの責任だと思う。」というように《尿失禁による皮膚への影響の懸念》や、「失禁した状態が長時間にわたったりすると、尿路感染症になる可能性もあるので、誘発しないように、清潔に保つよう心がける」というような《尿路感染に対する懸念》があった。

5 高齢者施設の看護師の尿失禁ケア管理における困難性

看護師の尿失禁ケア管理における困難性については、表4に示した。5つのカテゴリーがみいだされ、それらは【入居者へよい尿失禁ケアが提供できているという確信をもてない】【尿失禁ケアについての知識不足と統制できない苛立ち】【どうしてもできない尿失禁ケアと改善へのあきらめ】【尿失禁による有害事象についての懸念】

【尿失禁ケアに対する価値観が低い職場環境】であった。そのうち、介護職員の内容分析で見いだされたものとサブカテゴリーに差異はあるが、【どうしてもできない尿失禁ケアと改善へのあきらめ】【尿失禁による有害事象についての懸念】【尿失禁ケアに対する価値観が低い職場環境】の3つのカテゴリーは、共通していた。

表 4 看護師の尿失禁ケア管理における困難性

カテゴリー	サブカテゴリー
入居者へよい尿失禁ケアが提供できているという確信をもてない	入居者の尿失禁にともなう困難感を曖昧なままにとどめる
	入居者の尿失禁ケアへの遠慮への気遣い
	入居者の自尊感情が低下しているのではないかと心配
	傍観せざるを得ない尿失禁ケア
尿失禁ケアについての知識不足と統制できない苛立ち	介護職員との尿失禁ケアについての認識の隔たり
	高齢者の尿失禁は仕方がないという認識
	尿失禁ケアに関する指導力の低さ
尿失禁による有害事象についての懸念	介護職員が実践する尿失禁ケアへの不承認
	尿失禁による皮膚への影響の懸念
	尿路感染に対する懸念
どうしてもできない尿失禁ケアと改善へのあきらめ	人員の不足による排泄ケアへの影響
	尿失禁ケアに対する介護職員への負担感への心配
尿失禁ケアに対する価値観が低い職場環境	時間的な余裕のなさ
	尿失禁ケアにかかる組織の経済的な負担への心配
	尿失禁ケアを重要視する体制が作られていない
	よりよい尿失禁についての話し合いの場の不足

1) 【入居者へよい尿失禁ケアが提供できているという確信をもてない】

遠巻きにして眺めながら、介護職員が実践している尿失禁ケアが、入居者にとって常によりケアが提供できているとは考えていない状態である。

看護師は、直接的なケアを提供することが少ないためか、介護職員同様に「多分、おむつをずっとしていると嫌だろうなって、だからイライラしているのかなっていうのは、わかる。」と入居者の尿失禁に伴い困難感を明らかにせず、想像したり、推察したりすることで《入居者の尿失禁にともなう困難感を曖昧なままにとどめる》ことにとどまっていた。また、「(失禁を) 隠さなくてもいいのになと思うこともある。しかられちゃう訳だから、可哀想だな、正直に言えなかったのかなと思うときがあります。尊厳が低下しちゃいますよね。」と《入居者の尿失禁ケアへの遠慮への気遣い》とともに、提供しているケアによっては、《入居者の自尊感情が低下しているのではないかという心配》を持っていた。しかし、そのようなケアであっても、「排泄では、尿のことは寮母さん、便はこっち(看護師) って、分けられちゃっているの」と排泄ケアでの役割分担によって、自分たちは《傍観せざるを得ない尿失禁ケア》であると蚊帳の外であった。

2) 【尿失禁ケアについての知識不足と統制できない苛立ち】

尿失禁に関する知識不足のために、看護師がケアの改善に向けて組織内で力を発揮できないと感じている状態。

「高齢者イコール失禁して仕方がないと思うんですよ。それにどう対応していくかっていうことが大切。それに対して、知識が必要。」と、《高齢者の尿失禁は仕方がないという認識》がある一方では、それに対応する介護職員の尿失禁に対応する知識不足について懸念しており、「おむつ交換自体の回数も絶対少ないと思うし、方法も疑問をもつことがあります。」と《介護職員が実践する尿失禁ケアへの不承認》が生じている。

それと同時に、「(意識を統一するのは) 難しい。看護師同士だったら多分ね、病院内だったら色々な意見を出し合って、それがどんどん反映されて、出来ると思うの。同じような勉強してきたわけだから。」「(この施設で改善してくことは) 無理だと思います。難しいと思いますね。尿に関してはね。向こうを変えないと。」と《介護職員との尿失禁ケアについての認識の隔たり》が、ケアの改善に結びつかないと考えている。しかし、看護師自身も、尿失禁に関しては、「自分がそういう専門的な知識が豊富にあって、指導していけるような立場だったらもうちょっと言えるんでしょうけど・・・。」と知識不足による自信のなさや「(失禁ケアで困ることは) 要は、指示で

きない。采配がふれないところに、やっぱりやきもきすることはあります。」といった《尿失禁ケアに関する指導力の低さ》について認識しており、実践されているケアに対する不満足がある反面自分たちの知識不足から、その状況を統制できない苛立ちが示されていた。

3) 【どうしてもできない尿失禁ケアと改善へのあきらめ】

自分たちの役割では改善出来ないと認識している尿失禁ケアに関する課題であり、改善したくてもどうしたらよいか分からない状態である。

「(尿意を確認して) 毎回毎回というのは、ちょっと無理かなって思います。介護のほうでも手一杯やっているの。」というように、入居者にとってよいと思われても、現実的には《尿失禁ケアに対する介護職員への負担感への心配》のほうが優位となり、改善しようという行動に結びついていない。また、「ここは常に人手不足みたいで、トイレに連れて行かないんですよ。だから、それが失禁につながっていれば、その方の尊厳もにもかかわりますよね。」というような《人員の不足による排泄ケアへの影響》についても認識しており、同様に「すぐにはその人のところへ行けないこともあるじゃないですか。それもできれば改善したいと思う。行ってあげられないという歯痒さがありますね。」というような《時間的な余裕のなさ》があることが認識されている。《尿失禁ケアにかかる組織の経済的な負担への心配》さらに、失禁に関わる施設の経済的な視点か「パッドは介護の方で中央管理して、その都度お渡しする。おむつとか何かは、みんな園持ちだから、だれでも皆にあげられるって言う訳じゃないの。」と、おむつやパッドの支給も制限せざるを得ない状況を《尿失禁ケアにかかる経済的な困難さ》として表出していた。

4) 【尿失禁による有害事象についての懸念】

尿失禁に伴う皮膚障害や尿路感染について憂慮することである。

介護職員と同様に、「なるべくかぶれたりしないように、清潔を保てればいいなと思います。その状態で弊害がおこってこないように。」や「おむつの人に関してはコストの面とかもありますが、おむつで何時間も放置していると尿路感染の原因になるので看護の方からは感染を考えて、できれば早めに替えて。なるべくその人にあった時間で替えてあげたいと思います。」というような《尿路感染に対する懸念》や《尿失禁による皮膚への影響の懸念》があった。

5) 【尿失禁ケアに対する価値観が低い職場環境】

職場組織において認識された尿失禁ケアの仕組みに関連した課題である。

「(尿失禁のケアについては) きっと改善できると思う。改善するには、やっぱし、一人ではできないからね。みんなが同じ方向を向いていないと・・・。」と《尿失禁ケアを重要視する体制が作られていない》ことを課題として捉えている。そして、その要因として「みんなもきっと頭のすみでは思っているのかもしれない。『こうしたらこの人は大分楽になるんだ』って思っているのかもしれないけども、口に出して言わない。」と《よりよい尿失禁についての話し合いの場の不足》や、「技術がしっかりしていれば(良い介助が) 出来ると思うんですけど、全員が全員、そこまでの技術をもっているかという...。教育が無いのでできないんですよね。」と《尿失禁の教育基盤が整えられていない》などであると認識していた。

また、尿失禁ケアの改善のためには、「(専門家での相談する仕組みが) あれば、入居者の方たちも、快適な状態になるのかなと思います。そういう機能があれば(改善) できるかもしれないですね。」と人的資源を活用することへの期待があり、「一緒に指導してくださって、勉強もさせてくれて、一から認識させてくれたら、いいと思いますよね。」と自分たちだけでは困難な、組織全体のケアの仕組みを改善するための活用に期待があった。

VI. 本研究への示唆

高齢者施設における入居者が尿失禁ケアをうけることでの困難性と、ケアを直接提供する介護職員および看護師がもつ困難性との関係について、それぞれのカテゴリー間の関連を考察し構造を示した。(図1)

入居者は、尿失禁によって生じている尿失禁に関する困難を解消しようとするよりも、むしろがまんをするという対処を多く行っているように思われた。それは、長期にわたり施設で気持ちよく日常生活を送るための入居者なりの方略であるとも考えられ、尿失禁ケアを受ける負い目から、ケアの提供者を立てるという構造があるのではないかと考えられた。これらを改善するためには、入居者のニーズに焦点をあてた介入を介護職員が行える事や、入居者自身みずからが、尿失禁ケアの要望を述べられるような環境づくりが必要である。

介護職員と看護師が有する入居者の尿失禁ケア管理での困難性においては、尿失禁ケアに対する価値観が低い職場環境が両職種において共通する困難性であり、「尿失禁の教育基盤が整えられていない」「尿失禁ケアについての話し合いの場の不足」などが影響要因としては大きいと考えられる。尿失禁に対する知識不足から「高齢者の尿失

禁は仕方が無いという認識」に影響し、積極的に改善しようという意識に結びつかないと考えられた。小林ら（2005）の調査においても高齢者施設の看護師や介護職員の尿失禁ケアに対する認識では、尿失禁を「疾患」としてとらえることなく、改善は期待できないとあきらめの認識をもっていることを明らかにしており、本研究と同様の結果を示している。これらの認識は、入居者の失禁を改善する機会を失わせてしまうものである。また、高齢者施設では、医療ニーズと生活ニーズを充足させるためには、介護職と看護師の協働が欠かせないものとして、連携と協働を円滑に進めるためのコミュニケーションと相互理解が必要であることを二木（2010）は示している。金原ら（2012）は、介護職が感じる看護職との連携における役割ストレスの構造について調査を行っており、「役割過剰」と「業務分担の認識相違から生じる困難感」が大きなストレスとなっていることを示している。本研究では、排尿ケアは介護職の役割、排便ケアは看護師の役割と業務分担を明確に分けている事で、入居者にとっての尿失禁の困難性が高まっている構造もある。そのため、介護職と看護師の業務における協働と役割分担においても、入居者を中心とした役割分担と協働のあり方を考える必要があると考えられる。

入居者が尿失禁を受けることでの困難性についての分析を行い、介護職と看護師の尿失禁ケア管理での困難性とのカテゴリー間の関連性を検討して高齢者施設の尿失禁ケア管理に関する困難性についての構造を検討した結果、これらの困難性を低下させ、入居者の QOL を高めるための活動には下記の 3 点が必要であることが示唆された。

1. 高齢者に尿失禁があっても施設内でその人なりの健康的な行動がとれ、生活できるような教育的・支援的な環境作り
2. 尿失禁ケアについての組織内の価値観・理念の創造
3. 介護職員・看護職員が高齢者へのよりよい排尿障害・尿失禁ケアが実践でき、なおかつ継続できるような行動変容の促進

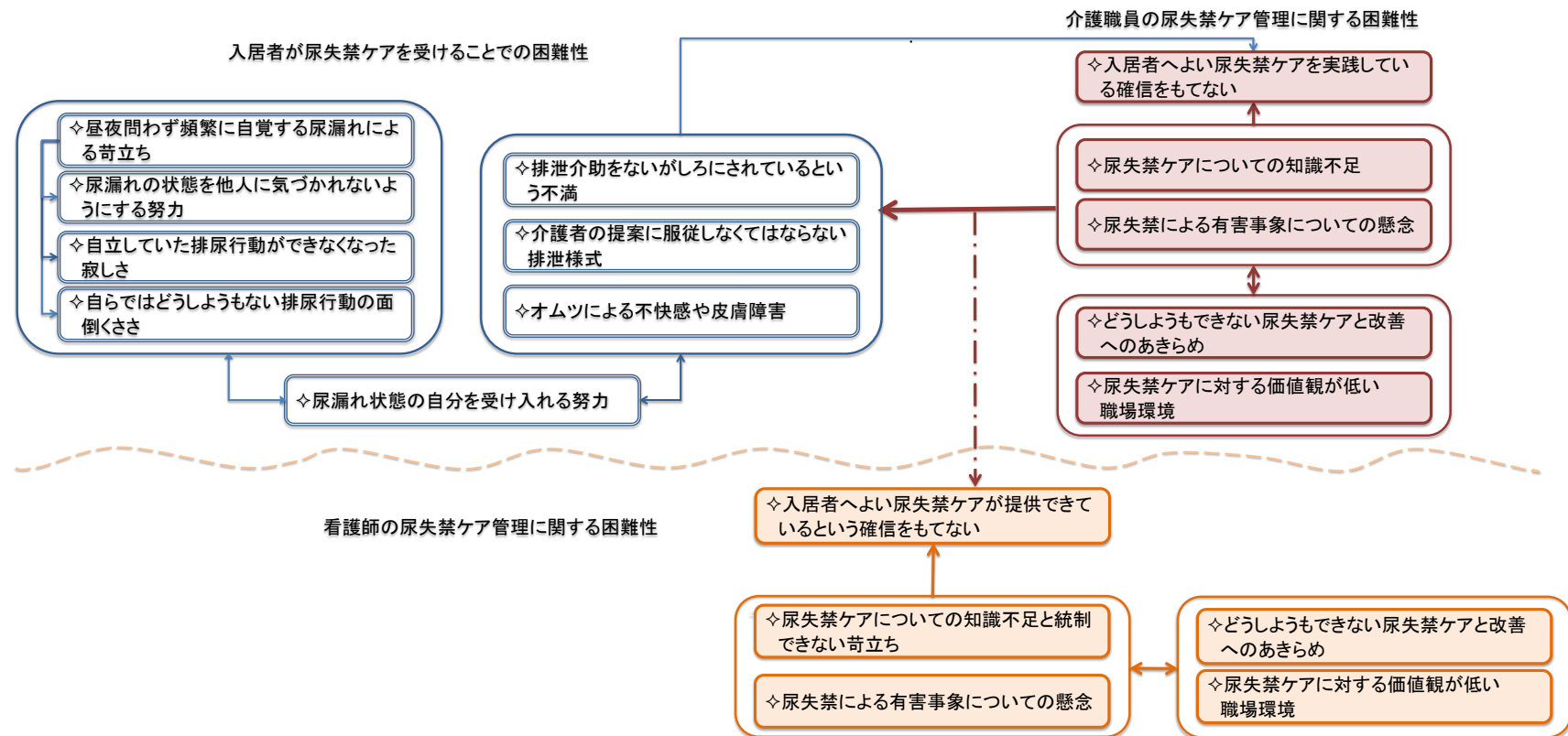


図 1 高齢者施設における尿失禁ケア管理に関する困難性についての構造

第4章 研究方法

I. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の開発

1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の開発手順

プログラム評価の理論と方法（Rossi ,P.H et al.,,2004/2005）およびプログラム評価研究の方法（安田,渡辺.2008）を参考に次の段階を経て開発した。

- 1) ニーズアセスメント
- 2) プログラム理論の明示
- 3) ロジックモデルの作成と一貫性の検討
- 4) アウトプット・即時的アウトカム・中期的アウトカム・長期的アウトカムの明示
- 5) プログラムにおける構造の決定と活動の詳細の決定

2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の開発のためのニーズアセスメントと理論的記述

1) 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」におけるニーズ

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」におけるニーズは、予備研究にて明らかとなった、介護職員、看護師、高齢者のそれぞれの尿失禁ケアにおける困難性を低減することであった。

2) 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の目的

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」を導入することで、介護職員、看護師、高齢者、のそれぞれの尿失禁ケアにおける困難性が低減され、チームで尿失禁ケアに関する組織内の価値観や理念を創造し、介護職員・看護職員が個々の高齢者にとってよりよい尿失禁ケアを継続して提供することが可能となるようにチーム学習が充実することである。これによって尿失禁高齢者が、尿失禁があってもその人なりの健康的な行動がとれ、生活できるような支援がなされることで高齢者の QOL やウェルビーイングが向上することを目指す。

さらに、「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入による尿失禁高齢者の変化や組織の変化を介護職員・看護職員が経験することによって、顧客（高齢者）中心志向で個人個人が自己の能力を高め、チームとしてあらたな知識や技術を獲得するように努力するという、学習する組織に変化することである。これらの関係性は、「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム導入変化モデル」（図 2）として示した。

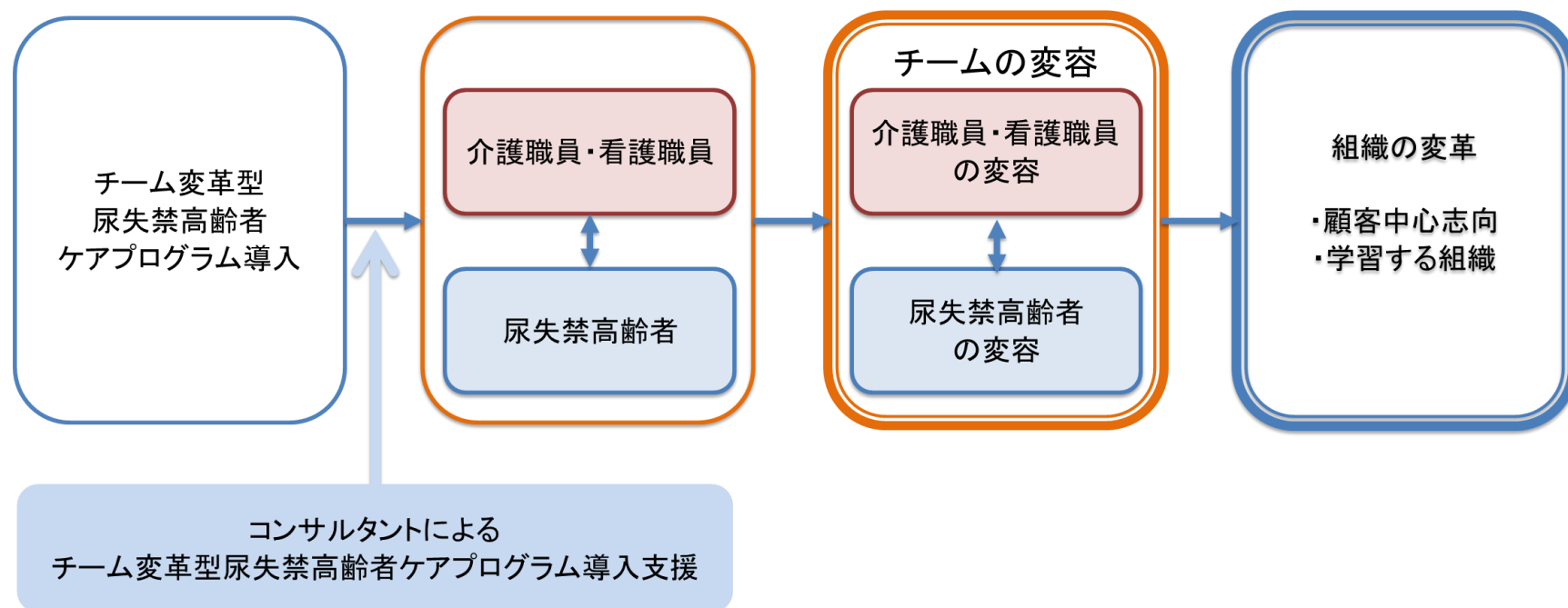


図 2 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入変化モデル

3) 特別養護老人ホームにおける「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の理論的背景

(1) プログラムの構成要素・機能（活動内容）

プログラムの構成要素・機能（活動内容）は予備研究により導出した。

高齢者は日常生活で生じている尿失禁によって苛立ち、困難をおぼえるような心理状態にある。治療やケアによって改善できる尿失禁は改善を促し、改善しにくい尿失禁であったとしても、特別養護老人ホームの介護職員・看護職員が中心となり高齢者の尿失禁ケアのニーズを確認したうえで、その人なりの健康的な行動がとれるように、高齢者へ尿失禁に関する教育を行うことや、個人に適したケアを計画し支援することが必要である。

また、尿失禁ケアに関する、組織の価値観や理念を形成することによって、介護職員・看護職員が共通の目標を持つことができ、なおかつ、とるべき行動の指針となりうる。共通の目標や行動指針はさらに、職種が異なっても協働できる組織的な環境づくりへとつながり、ひいてはそれが入居者にとってのより良い尿失禁ケアを提供できる組織へと変化していく必要があると考えた。

これらのことから、プログラムの構成要素は以下の3つとした。

- ① 高齢者に尿失禁があっても施設内でその人なりの健康的な行動がとれ、生活できるような教育的・支援的な環境作り
- ② 尿失禁ケアについての組織内の価値観・理念の創造
- ③ 介護職員・看護職員が尿失禁高齢者へのよりよい排尿障害・尿失禁ケアが実践でき、なおかつ継続できるような行動変容の促進

(2) 組織的な変化を導くための参画的変化サイクル

プログラム導入によって、組織的な変化を導くために、P・ハーシー、K・H・ブランチャード(2000)らが示した参画的変化サイクル、すなわち「知識の変化」「態度の変化」「個人行動の変化」「集団ないしは組織行動の変化」という4つの参画的変化サイクル(図3)を参考に、時間的な連鎖を考慮した。

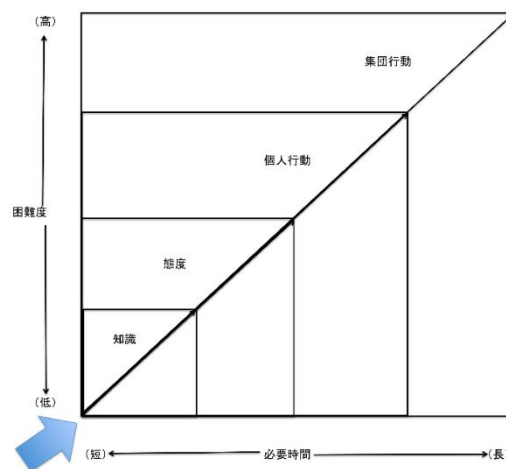


図 3 参画的変化サイクル

(3) 活動内容の具体的な行動や方法、ツールについて

- ① それぞれの活動内容の具体的な行動、方法やツールについては広く活用されている、既存のマニュアルや文献を参考に作成した。尿失禁ケアマニュアルは既存のマニュアル（高齢者排尿管理マニュアル作成パネル,2001：老年泌尿器科学会編,2004）を参考にして作成した。

② 排尿チェック票

作成した尿失禁ケアマニュアルマニュアルに含まれている排尿チェック票は、高齢者排尿管理マニュアル（2001）に含まれているものである。排尿障害のタイプをアセスメントするために参考として用いる。

③ 残尿測定

日本で発売されている残尿測定に用いる、膀胱用超音波画像診断装置には、ベラソンメディカル社のブラダースキャンシステム（BVI6100）、エムキューブテクノロジー社のBioCon-700、ユリケア社のゆりりん（現、リリアム - α 200）などがある。それぞれの測定精度は、ブラダースキャン（ $\pm 15\%$, $\pm 15\text{ml}$ ）、BioCon-700（ $\pm 15\%$, 15ml ）、ゆりりん（ $\pm 15\%$, $+20\text{ml}$ ）であり、精度としてはゆりりんがやや劣る。しかし、ゆりりんの利点は、尿意のない高齢者に対してプローブを下腹部に装着することで、24 時間にわたり長時間尿動態データレコーダーとして、1 分ごとに定時で膀胱容量を測定し MiniSD カードに記録されたデータを出力できることである。この機能は他の機種には無いため、認知症のある高齢者や尿意が無い高齢者の排尿誘導のタイミングをアセスメントする際には有用である(中嶋ら,2014; 高坂,2007; 高崎,2012)。ゆりりんの欠点は肥満体型の人には誤差が出やすいことや他の機種と比べて精度がやや劣ることである。誤差をできるだけ少なくするために、プローブの正しい

当て方等の理解や手技が必要である。したがって、介護職員・看護職員が正確な測定を行えるよう、ゆりりんを用いた残尿測定について、正しい手技についての講義と実技演習の時間をもうけ、3回測定し最大値を取ることなどの指導を行った。

3. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」のロジックモデルの作成（図4）

ロジックモデルとは、プログラムの実施に関する資源間の関係性や、活動内容計画、変化や達成しようとしている結果を体系的にチャートとして表したものである（安田,渡辺, 2008）。

インプットは、プログラムに直接的に関わってくる人的・物（質）的・経済（財政）的・組織的・社会的資源を指す（安田,渡辺,2008）。「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」のロジックモデルにおけるインプットは、「皮膚排泄ケア認定看護師である研究者が特別養護老人ホームにおける「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」を導入するために専門家の支援者（コンサルタント）として特別養護老人ホームに出向き担当する（1～15週間）ことであった。

アクティビティは、プログラムのプロセスの一つであり、あらゆる活動を含む。ここでは、理論的背景で前述したチーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムの構成要素と構成要素に対応したプログラムの各ステップを検討し示した。

すなわち、「ステップ1：介護職員・看護職員の高齢者の尿失禁に伴う心理的・身体的状態への理解」「ステップ2：介護職員・看護職員の排尿障害・尿失禁に関する知識の獲得と尿失禁高齢者の理解」「ステップ3：尿失禁ケアに対する組織の価値観や理念の創造」「ステップ4：高齢者自身が尿失禁についての知識を獲得すること」「ステップ5：チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムにおける直接ケア（介護職員・看護職員が高齢者の望む尿失禁ケアについて把握し、尿失禁ケアマニュアルに則り、高齢者個人に適した尿失禁ケアを計画し実践を継続する）」ということを示した。

アウトプットは、活動によってもたらされた直接的な事象をさし、定量的なもの定性的なものの両者を含む。本プログラムでは、「高齢者がかかえる尿失禁に関する心理的、身体的状況についてのインタビューの実施」「排尿障害・尿失禁ケアに関する講義に参加することによる知識の獲得」「介護職員・看護職員の尿失禁ケアへの価値観・理念を創造するためのカンファレンス」「尿失禁および尿失禁ケアに関する入居者向け講義、もしくは個別指導の実施」「介護職員・看護職員の協働による、入居者の排尿障害・尿失禁ケアに関する計画・実施」「介護職員・看護職員の協働による、入居者の排尿障害・尿失禁ケアに関する計画・実施評価に対するカンファレンス」などが結果として得られるものと考えた。

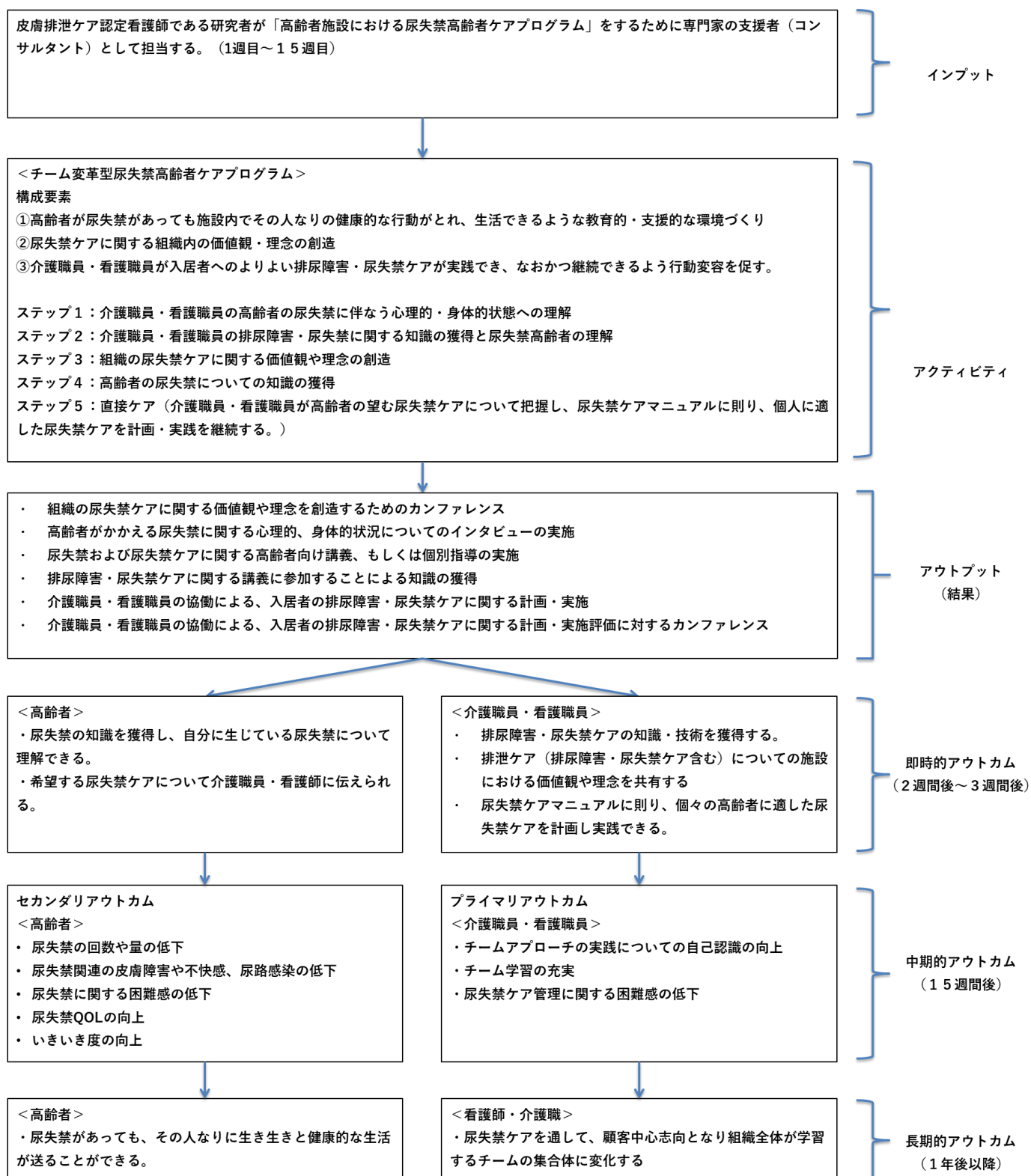


図 4 特別養護老人ホームにおける「チーム変革型高齢者尿失禁ケアプログラム」のロジックモデル

4. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」におけるアウトカムの明示

アウトカムとは、プログラムの活動によって生じる参加者や対象者への影響であり、評価する期間によって、即時的アウトカム（プログラム開始2週～3週後）と、中期的アウトカム（15週間後）、長期的アウトカム（1年後以降）があるが、プログラムによっては年単位でのアウトカムを設定しているものもある。

本プログラムでは、ステップ1～4段階が終了する2～3週目のアウトカムを即時的アウトカムと設定し、ステップ5を終了した15週目に中期的アウトカムを設定した。長期的アウトカムは、このプログラムが継続されて定着する1年後を想定し、高齢者と介護職員・看護職員それぞれに設定した。介護職員・看護職員のアウトカムと高齢者のアウトカムは相互に影響を及ぼすものと考えられた。

1) 即時的アウトカム（プログラム開始2週～3週後）

(1) 介護職員・看護職員の即時的アウトカム

- ① 排尿障害・尿失禁ケアの知識を獲得する。
- ② 組織における排泄ケア（排尿障害・尿失禁ケア含む）についての施設における価値観や理念を共有する。
- ③ 尿失禁ケアマニュアルに則り、個々の高齢者に適した尿失禁ケアを計画し実践できる。

(2) 高齢者の即時的アウトカム

- ① 尿失禁の知識を獲得し、自分に生じている尿失禁について理解できる。
- ② 希望する尿失禁ケアについて介護職員・看護師に伝えられる。

2) 中期的アウトカム（プログラム開始15週間後）

(1) 介護職員・看護職員の中期的アウトカム（プライマリアウトカム）

- ① チーム学習の充実
- ② 尿失禁ケアに関する困難感の低下

(2) 高齢者の中期的アウトカム（セカンダリアウトカム）

- ① 尿失禁の回数や量の低下
- ② 尿失禁関連の皮膚障害や不快感、尿路感染の低下
- ③ 尿失禁 QOL の向上
- ④ いきいき度の向上
- ⑤ 尿失禁に関する困難感の低下

なお、本研究では、介護職員・看護職員の中期的アウトカムをプライマリアウトカムとし、

高齢者の中期的アウトカムをセカンダリアウトカムとして、測定するものとした。

3) 長期的アウトカム（プログラム開始から1年後）

(1) 介護職員・看護職員の長期的アウトカム

- ① 介護職員・看護職員ともにそれぞれの役割において自信が向上する。
- ② 尿失禁ケアを通して、顧客（高齢者）中心志向となり組織全体が学習する組織に変化する。

(2) 高齢者の長期的アウトカム

尿失禁があっても、その人なりに生き生きと健康的な生活を送ることができる。

5. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の構成 （表5）

1) プログラムの構成

- (1) ステップ：プログラムの目標ごとの活動内容である。本プログラムでは5つのステップがあり、それぞれ、構成要素および期待される変化に対応する内容である。
- (2) プログラム構成要素：ステップがどの構成要素に対応している活動かを示している。
- (3) 期待される変化：参画的変化サイクルのどの変化を期待する活動であるかを示している。
- (4) 実施期日：実施される週
- (5) 目標：ステップで達成すべき目標
- (6) 実施者：プログラムを主体的に実施人
- (7) 受益者：プログラム活動の対象となる人
- (8) プログラム活動：プログラムで実施される具体的な活動
- (9) 方法とツール：活動の方法と活動に用いられるツール

2) プログラムの構成要素

予備研究により導出された、プログラムの構成要素は以下の3つである。

- (1) 高齢者に尿失禁があっても高齢者が施設内でその人なりの健康的な行動がとれ、生活できるような教育的・支援的な環境づくり
- (2) 尿失禁ケアに関する組織内の価値観・理念の創造
- (3) 看護師・介護者が高齢者へのよりよい尿失禁ケアが実践でき、なおかつ継続できるような行動変容の促進

3) プログラムのステップ

(1) ステップ 1

プログラムの構成要素の(1)(2)に対応し、個人の知識を変化させるために行われる。高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状況についての講義と高齢者がかかえている尿失禁について心理的・身体的な状況を本人から語ってもらうことで、看護師と介護者が曖昧な理解にとどまらず具体的に理解することを目標に行われる。これによって、尿失禁ケアの改善の動機づけとなると考えられる。また、私たちが提供する看護サービスの特徴の一つである顧客との共同生産（近藤隆雄, 2012）として、つまり、サービス提供者が積極的に顧客（高齢者）ニーズを察知してそれを記録し、検討し、工夫し、共同創造まで行えること、という観点からも、長期的に尿失禁ケアを価値づけ定着させるためには、最も重要な項目であると考ええる。

(2) ステップ 2

プログラムの構成要素の(1)(3)に対応し、個人の知識を変化させるよう講義形式で行われる。（資料 1-1）尿失禁ケアの知識を獲得し、ガイドラインに基づく尿失禁ケアマニュアル（資料 1-2）を理解することや超音波で膀胱内の尿量を測定する機器（ゆりりん®）（資料 1-3、1-4）を用いたアセスメントの技術を獲得することにより、根拠あるケアを実施できるという自信を得ることができる。看護師はこれにより、尿失禁ケアの指導的な立場がとれるという自信を得ることにつながり、介護職員は、データを収集し尿失禁状態についておアセスメントおよび高齢者のケア計画の判断については、看護師に相談することにつながる。

(3) ステップ 3

プログラムの構成要素(2)に対応するものであり、個人の態度の変化を生じさせるように働きかける。カンファレンスを実施し、尿失禁ケアの重要性に焦点をあてて関心を高めることが次のステップの個人行動に導くためには必要だからである（P・ハーシー et al., 2000）。さらに、尿失禁ケアについての施設における価値観や理念を創造することは、組織構成員が持つ共通の見方を育むことになり、長期アウトカムの顧客（高齢者）中心志向へと変化をしていくためには重要な項目である。また、チーム学習導くためにも、ビジョンを共有することが必要である。

(4) ステップ 4

プログラムの構成要素(1)に対応するものであり、個人の態度から個人の行動への変化を促す。尿失禁を経験している高齢者へ看護師もしくは介護職員が直接働きかけるという方法をとる。これは、尿失禁のある高齢者に、尿失禁の理解と自分自身の健康を維持・増進するために、尿失禁の病態についての理解を促し、必要な治療やセルフケア、望む介助の方法

について直接話し合いの必要性を指導することによって、高齢者のヘルスプロモーションを促進するように働きかけることを体験する（資料2）。

さらに、高齢者は、高齢者自身が望む尿失禁ケアについて介護職員・看護師に伝えることを経験し、排泄介助に対する不満を取り除き、尿失禁ケアに関する意思決定に参加することを体験する。

（5）ステップ5

プログラムの構成要素(1)(3)に対応するものであり、個人の行動から集団行動を導いていくものであり、尿失禁ケアとして介護職員・看護職員が主体となり、尿失禁ケアマニュアルに則って高齢者の個人個人に対応した尿失禁ケアを計画、実施して行くものである。計画は一義的なものではなく適宜、評価と修正を重ねていく。このプロセスを経験することによって、高齢者へよりより尿失禁ケアの提供と継続のために協働できる組織づくりが行える。

表 5 特別養護老人ホームにおける「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」

<div><プログラムの構成要素></div> <div>① 尿失禁があっても高齢者が施設内でその人なりの健康的な行動がとれ、生活できるような教育的・支援的な環境づくり</div> <div>② 排泄ケアに関する組織内の価値観・理念の創造</div> <div>③ 失禁高齢者へのよりよい尿失禁ケアが実践でき、なおかつ継続できるような行動変容の促進</div>								
ステップ	プログラム 構成要素	期待される 変化	実施期日	目標	実施者（誰が）	受益者（誰に）	プログラム活動	方法とツール
1	①②	個人の知識	1週目	高齢者がかかえている尿失禁にともなう心理的・身体的な状況を理解できる。	介護職員 看護職員 研究者 （コンサルタン ト）	高齢者	<div>1. 高齢者による「尿失禁で困っていることを語る会」の開催（30分） 研究者が中心となり、看護師もしくは介護者が聞き取りを行い、尿失禁高齢者2名程度に個別に以下の内容（聞き取りガイド）で語ってもらう。 導入： <input type="checkbox"/>尿が漏れるようになったのはいつごろからですか？ <input type="checkbox"/>たくさん量がもれますか？ <input type="checkbox"/>尿意はありますか？ <input type="checkbox"/>どのような時にもれますか？ <input type="checkbox"/>排泄介助は主に誰がしてくれますか？</div> <div>失禁に関する困難感： <input type="checkbox"/>失禁に関してどのような困難さ、煩わしさ、不安や、心配がありますか？ <input type="checkbox"/>そのような困難さ、煩わしさ、不安や、心配についてどのように対処していますか？ <input type="checkbox"/>失禁に関する困難さ、煩わしさ、不安や、心配に対してどのような支援を受けたいですか？ <input type="checkbox"/>失禁は、あなたの生活や健康にどのように影響していますか？</div> <div>メンバー：尿失禁高齢者・看護師・介護職員 聞き取り：研究者</div>	聞き取りによる語り
					研究者 （コンサルタン ト）	介護職員 看護職員	<div>1. コンサルタント（研究者）による高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状態についての講義（30分）</div>	講義 （資料1－1、資料1－2） 聞き取りによる施設での結果
2	①③	個人の知識	1週目	排尿障害・尿失禁についての知識を獲得し、ガイドラインに基づく尿失禁ケアマニュアルを理解する。	研究者	介護職員 看護職員	<div>1. 排尿障害・尿失禁ケアに関する講義（1回：1.5時間） ・失禁の病態 ・失禁の種類 ・失禁のアセスメント ・失禁の治療（薬物・行動療法） ・失禁による皮膚障害/尿路感染とケア ・失禁ケア（排尿誘導・残尿測定など） ・尿失禁ケアのチーム医療</div> <div>2. 残尿測定の講義と実技演習（1回：1時間） 必要時、同講義 複数回開催 ＊排尿日誌・残尿測定の講義と実技演習は、研究対象者のベースラインのデータ収集に必要なためプログラム導入前の準備段階で実施する。</div>	講義 （マニュアル資料1－2） （記録用紙等） 実技演習 （残尿測定機器：ゆりりん 資料1－3、1－4）

3	②	個人の態度	2週目	<p>1. 尿失禁ケアについての施設における価値観や理念および改善点について話し合える。</p> <p>2. 尿失禁ケアについての施設における、協働の仕組みづくり、専門家への依頼方法について、管理者や他の医療職者と相談できる。</p>	<p>介護職員 看護職員 (管理者) 研究者 (コンサルタント)</p>		<p>1. 施設で取り組む「尿失禁ケアの目標」についてのカンファレンスの実施</p> <p><議題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿失禁ケアについての施設における価値観や理念について ・施設における尿失禁ケアの改善点について ・施設における、尿失禁ケアでの協働体制、専門家への依頼方法について <p>司会：看護師 メンバー：看護師・介護職員・管理者 観察者：コンサルタント（研究者）</p> <p>2. 組織独自の決定事項をマニュアルに組み入れ、決定事項の明文化</p>	カンファレンス
4	①	<p>個人の態度 ↓ 個人の行動</p>	2週目	<p><介護職員・看護職員></p> <p>高齢者のヘルスプロモーションを促進するように働きかけることを体験する。</p> <p><高齢者></p> <p>1. 高齢者が尿失禁の知識を獲得する。</p> <p>2. 自分に生じている尿失禁について理解できる。</p> <p>3. 高齢者自身が望む尿失禁ケアについて介護職員・看護師に伝えられる。</p>	<p>介護職員 看護職員</p>	高齢者	<p>尿失禁および尿失禁ケアに関する高齢者向け講義、（30分）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿失禁の種類 ・尿失禁があっても快適に過ごすために ・施設で失禁ケアの方針について ・排尿日誌等への協力もしくは、排尿日誌を付けた結果による高齢者自身の尿失禁の状態 ・自分が望むケアを伝えることについて 	パンフレット (資料2) 使用
5	①③	<p>個人の行動 ↓ 集団行動</p>	<p>3週目 ～ 15週目</p>	<p><介護職員></p> <p>1.高齢者の望む、尿失禁ケアについて把握できる。</p> <p>2.高齢者がよりよい尿失禁ケアについて意思決定できるように看護師・専門家に相談できる。</p> <p>3.対象の高齢者に尿失禁ケアマニュアルにそった尿失禁ケアを計画し実践できる</p> <p><看護職員></p> <p>1.高齢者の望む、尿失禁ケアについて把握できる。</p> <p>2.高齢者に尿失禁ケアについての施設における理念を説明し、高齢者自身がよりよい尿失禁ケアについて意思決定できるよう誘導できる。</p> <p>3.対象の高齢者に介護職員が尿失禁ケアマニュアルにそった尿失禁ケアが実践できるように指導できる。</p> <p>4.対象の高齢者への介護職員の尿失禁ケアの計画・実施についての相談を受けることができる。</p> <p><看護師・介護職員></p> <p>高齢者の尿失禁ケアのための新しい知識や技術を獲得し、協働できていることを体験できる。</p> <p><高齢者></p> <p>1.尿失禁ケアの計画に納得できる。</p> <p>2.尿失禁ケアの実践に協力できる。</p> <p>3.必要な尿失禁ケアのセルフケアができる。</p> <p>4.失禁ケアに満足できる。</p> <p><高齢者></p> <p>1. 尿失禁ケアの計画に納得できる。</p> <p>2. 尿失禁ケアの実践に協力できる。</p> <p>3. 必要な尿失禁ケアのセルフケアができる。</p> <p>4. 失禁ケアに満足できる。</p>	<p>介護職員 看護職員 研究者 (コンサルタント)</p>	高齢者	<p>看護師・介護職員が主体となり以下のことを実施する。</p> <p>必要時コンサルタントと相談する。</p> <p><事前準備></p> <p>1.尿失禁ケアプログラム対象となる高齢者の選定</p> <p>2.対象の高齢者に説明し、同意を得る</p> <p><尿失禁高齢者ケアプログラムにおける直接ケアの導入></p> <p>3.対象者の排尿日誌にて排尿状態をアセスメント</p> <p>4.アセスメントに基づき、尿失禁ケアの計画の立案</p> <p>5.対象者に個別計画についての説明と協力を依頼</p> <p>6.介護職員・看護師との連携（カンファレンス、申し送り等）と確実な計画の実施</p> <p>7. 1回/2～3週 対象者の個別ケアについてコンサルタントへの相談（コンサルテーション）</p> <p>8.看護師・介護職員での合同カンファレンスによる対象者の経過の把握および、実施の評価と計画の修正</p> <p>9.ケアを実践しての対象者の変化、看護師・介護職員の気づきや自分の変化、共通の目標についてのカファレンス</p> <p><カンファレンスの参加者></p> <p>司会：看護師 メンバー：看護師・介護職員・管理者 コンサルタント：研究者</p>	カンファレンス コンサルテーション 実施記録

* プログラムの具体的な日程は、「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム運用とデータ収集スケジュール表」を参照する。

II.研究デザイン

本研究は、特別養護老人ホームにおいて「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入によって介護職員・看護職員および尿失禁高齢者を含むチームに変容が認められるかどうかを検証するために、混合研究法による一群のプログラム導入前後比較を行った。

研究デザインは、図5の通りである。

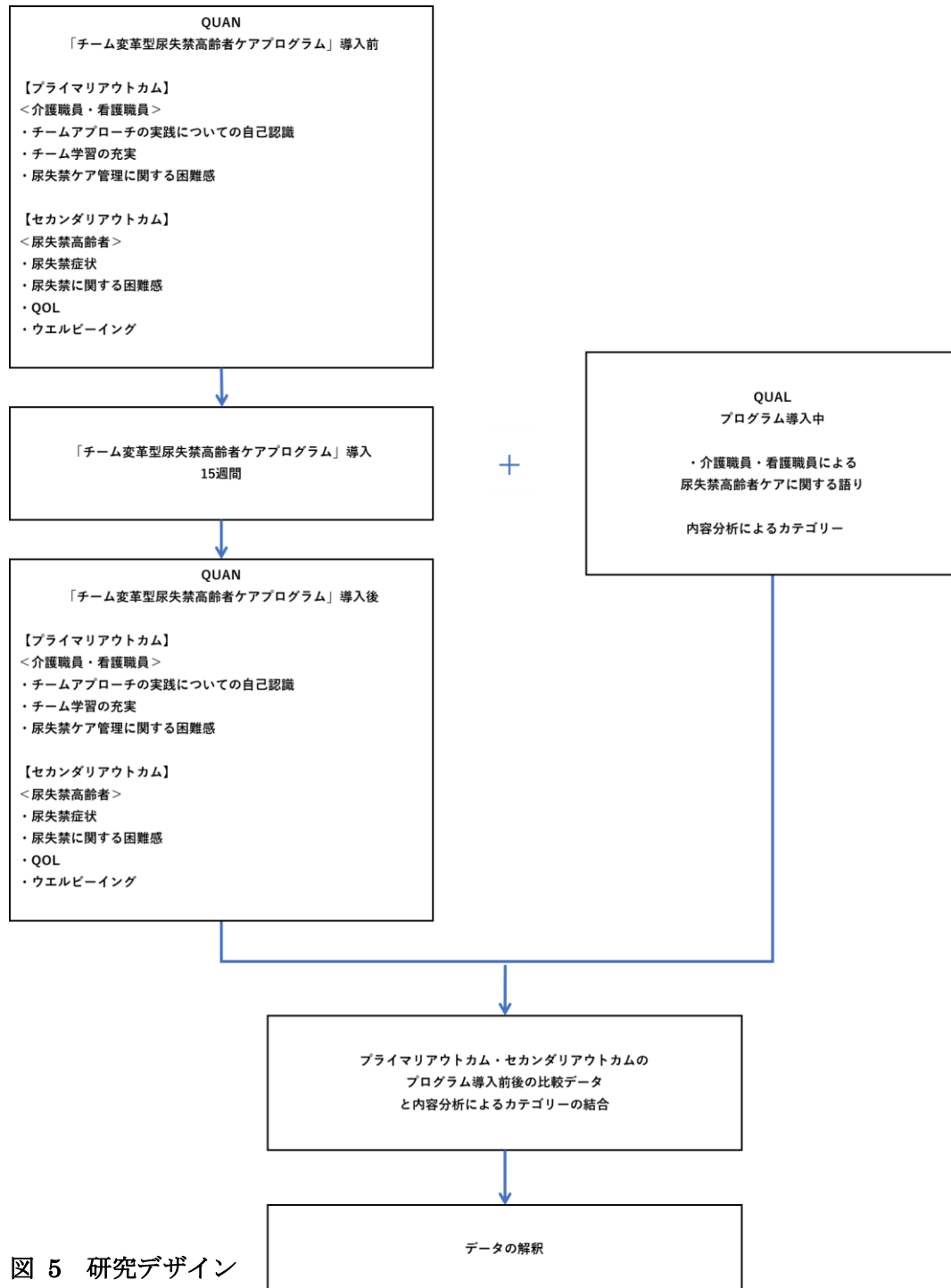


図5 研究デザイン

III.研究仮説

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入によるチームの変容を明らかにするための作業仮説を以下に示した。

1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入により以下のチームの変容を認める。

- 1) 看護職員・看護職員のチームにおいて、「学際的チームアプローチ実践評価尺度（ITA 評価尺度）の得点（各項目の得点、合計得点、下位尺度得点）が有意に上昇する。
- 2) 看護職員・看護職員のチームにおいて、尿失禁ケアに関する困難さが有意に低下する。

2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入によりチーム学習が充実する。

看護職員・看護職員のチームに実施するカンファレンスで語られる内容にチーム学習の充実に関連するカテゴリーが抽出される。

3. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入により、尿失禁高齢者において尿失禁の症状が改善し、QOL・主観的ウェルビーイングが向上する。

- 1) 尿失禁の回数・尿失禁量などの尿失禁の症状が有意に減少する。
- 2) QOL 評価である国際失禁会議尿失禁質問票短縮版（ICIQ-SF）の得点（合計点と下位尺度得点）が有意に低下する。
- 3) 主観的ウェルビーイングの尺度である改訂版-いきいき度尺度（PLS-R）が有意に上昇する。

IV.研究の対象

1. 特別養護老人ホームの高齢者

（1）選択基準

特別養護老人ホームに入居し、尿失禁のために何らかの排泄介助を受けている 65 歳以上の高齢者 30 名で、日本語でのコミュニケーションが可能であり、文書による研究の同意が得られた者。

（2）除外基準

- ③ 日常生活に支障を来すような認知症の症状・行動や意志疎通の困難さがみられ、介護

を必要とする高齢者（MMSE:Mini-Mental State Examination,20 点未満）（資料 4）

- ④ 膀胱留置カテーテルによる排尿管理が必要な高齢者
- ⑤ 残尿量が 100ml 以上で、排出障害を伴う尿失禁がある高齢者

2. 特別養護老人ホームの介護職員・看護職員

特別養護老人ホームに勤務する看護師 15 名・介護職員 60 名で、日本語でのコミュニケーションが可能であり、文書による研究の同意が得られた者。

V. チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムの導入方法

1. 特別養護老人ホームにおける「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」運用とデータ収集スケジュール

- (1) チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム運用とデータ収集スケジュール表（表 6）を用いて、看護管理者・介護職員・看護職員とともにスケジュールを調整した。
- (2) プログラム導入準備として、開始前に以下の項目について説明・調整をした。
 - ① 研究方法についての説明
 - ② プログラムを実行する介護職員・看護職員のリーダーの決定
 - ③ 尿失禁ケアにおける困難感について語り、聞き取りに参加してくれる高齢者の決定
 - ④ 対象となる高齢者の選定
 - ⑤ 高齢者、介護職員・看護職員への説明と同意
- (3) プログラム導入 1 週目には、ステップ 1、ステップ 2 を実施する。実施場所等は看護管理者と相談し決定した。
- (4) プログラム導入 2 週目には、ステップ 3、ステップ 4 を実施する。ステップ 3 の尿失禁ケアについての施設における価値観や理念の共有、施設における尿失禁ケアの改善点についてのカンファレンスのファシリテーターは看護師が行い、研究者は観察者として参加した。
- (5) ステップ 4 の尿失禁および尿失禁ケアに関する高齢者向けの講義は、看護師が実施した。
- (6) プログラム導入 3 週目から、チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムにおける直接ケアの導入を開始した。排尿日誌による観察・情報収集の段階では、ケアの負担を考慮して高齢者への導入人数と開始時期をずらすように調整しながら実施した。
- (7) プログラム導入 15 週目、高齢者に直接ケアが導入されて 12 週目に排尿日誌等による導入効果を測定した。

表 6 変革型尿失禁高齢者ケアプログラム運用と研究の流れ

運用	実施 期日	日時	担当者	プログラム 実施内容(何を行うか)	決定事項	収集するデータ
プログラム導入準備期	研究 開始前	月 日	研究者	①研究の流れについて説明 ②看護師・介護職員のプログラムを実行するリーダーを決定の依頼		
		月 日	管理者	①研究の流れについて説明 ②プログラム導入スケジュールの決定 ③対象となる看護師・介護職員のリクルート(対象の高齢者に関わる看護師・介護職員全員)	リーダー看護師 () リーダー介護職員 ()	
		月 日	管理者またはリーダー 看護師	語りと聞き取りを行ってくれる高齢者の選定と依頼	() ()	
		月 日	研究対象となる看護師・介護職員	①研究の流れについて説明と同意 ②プログラム導入スケジュールの説明		
		月 日	研究対象となる看護師・介護職員	①排尿日誌のつけ方講義 ②残尿測定機器(ゆりりん)の使用方法 残尿測定の講義と実技演習		
		月 日	管理者またはリーダー 看護師	対象となる高齢者の選定		
		月 日	研究者	高齢者・看護師・介護職員へ、研究の説明と同意 高齢者のベースラインのデータ収集	①②③④⑦については、 研究者が主にデータ収集を行う。 ⑤⑥については、看護師・ 介護職員の方にご協力をお願いする。	①MMSE (資料4) ②ICIQ-SF (資料5) ③尿失禁困難性に関する質問紙(資料7) ④改訂-いきいき度尺度(PLS-R) (資料6) ⑤排尿日誌(1日～3日) (排尿回数・排尿量・パッド交換数等(資料14) ⑥残尿測定 ⑦ケアプラン:尿失禁ケアについての記載内容
		月 日	研究者 (看護師・介護職員)			
		月 日	研究者	看護師・介護職員ベースラインのデータ収集		・高齢者の失禁ケアに関する困難性に関する質問紙(資料12) ・個人の尿失禁ケアに対するビジョン(目標) (資料8、10) ・学際的チームアプローチ実践評価尺度(資料9)
		月 日	研究者			

プログラム 導入期	1週目	月 日	施設管理者 看護師 介護職員	ステップ1 講義(高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状態)	講義場所:	(資料1-2)
			高齢者	ステップ1 高齢者への聞き取り(尿失禁で困っている事等) 聞き取り:研究者・看護師・介護職員	聞き取り場所:	
		月 日	研究者	ステップ2 講義と演習(排尿障害・尿失禁ケアに関する講義)	講義場所:	(資料1-2)
	2週目	月 日	施設管理者 看護師 介護職員	ステップ3 カンファレンス (尿失禁ケアについての理念の共有、改善点、他職種への依頼)	依頼医師() 依頼PT () 依頼方法() 共有する理念・改善点	
		月 日	看護師	ステップ4 講義(尿失禁ケアに関する高齢者向け講義)	講師 ()	(資料2)
	3週目 ～ 15 週	月 日	高齢者 看護師 介護職員	ステップ5 尿失禁高齢者ケアプログラムにおける直接ケア導入		・尿失禁ケア計画 ・排尿回数・皮膚障害・尿路感染などの日々の記録(資料3) ・カンファレンス記録(資料21)
			看護師 介護職員 研究者	1回/1～2週 コンサルテーションによるケア計画の修正や指導の実施 コンサルテーション以外に必要時は連絡・相談を受ける	コンサルテーション日程 (/)(/)(/) (/)(/)(/)	・コンサルテーションの内容の記録(資料21)
	15週目	月 日	研究者 (看護師・介護職員)	<高齢者> 尿失禁高齢者ケアプログラムにおける直接ケアの評価	①②③については研究者が主にデータ収集を行う。 ④⑤については、介護職員の方にご協力をお願いする。	①ICIQ-SF (資料5) ②尿失禁困難性に関する質問紙 (資料7) ③改訂-いきいき尺度(PLS-R) (資料6) ④排尿日誌(1日～3日)(排尿回数・排尿量・パッド交換数等(資料14) ⑤残尿測定
		月 日	研究者	<看護師・介護職員> 尿失禁高齢者ケアプログラム評価		・尿失禁高齢者ケアプログラム満足度調査(資料15) ・高齢者の失禁ケアに関する困難性(資料12、13) ・個人の尿失禁ケアに対するビジョン(目標)(資料8、10) ・学際的チームアプローチ実践評価尺度(資料9)

2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入時の配慮

- (1) 本来の業務に支障を来さないように、事前の準備やスケジュール調整を行った。
また、施設の業務の都合により途中で変更の必要がある場合は、看護管理者・介護職員・看護職員とともに相談して変更スケジュールを決定した。
- (2) 施設の業務の都合により途中で中止せざるを得ない場合は、直ちにプログラムを中止した。
- (3) スケジュールの調整上、やむを得ずプログラム実施期間を延長しなくてはならない場合、早い段階で施設長や看護管理者と相談して、実施期間を延長させて頂くようお願いした。
- (4) プログラム運用中のデータ収集にあたっては、通常の医療・介護提供・業務を優先し、予測される対象者の不利益、不自由等を最小限にするよう配慮した。
- (5) 収集したデータの匿名性の保護、機密性の保持に努め、厳重に管理することを説明し、同意を得た。

VI. データ収集方法

1. データ収集施設

データ収集は、研究同意の得られた特別養護老人ホーム3施設で行った。

2. データ収集期間

データ収集期間は平成28年1月から平成28年11月であった。

3. データ収集項目とアウトカム変数の定義

データ収集項目は、特別養護老人ホームにおけるチーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム導入効果についてのサブストラクションを作成し、理論的システムと操作的システムの一貫性を確認しながら、経験的指標を決定した(図5)。

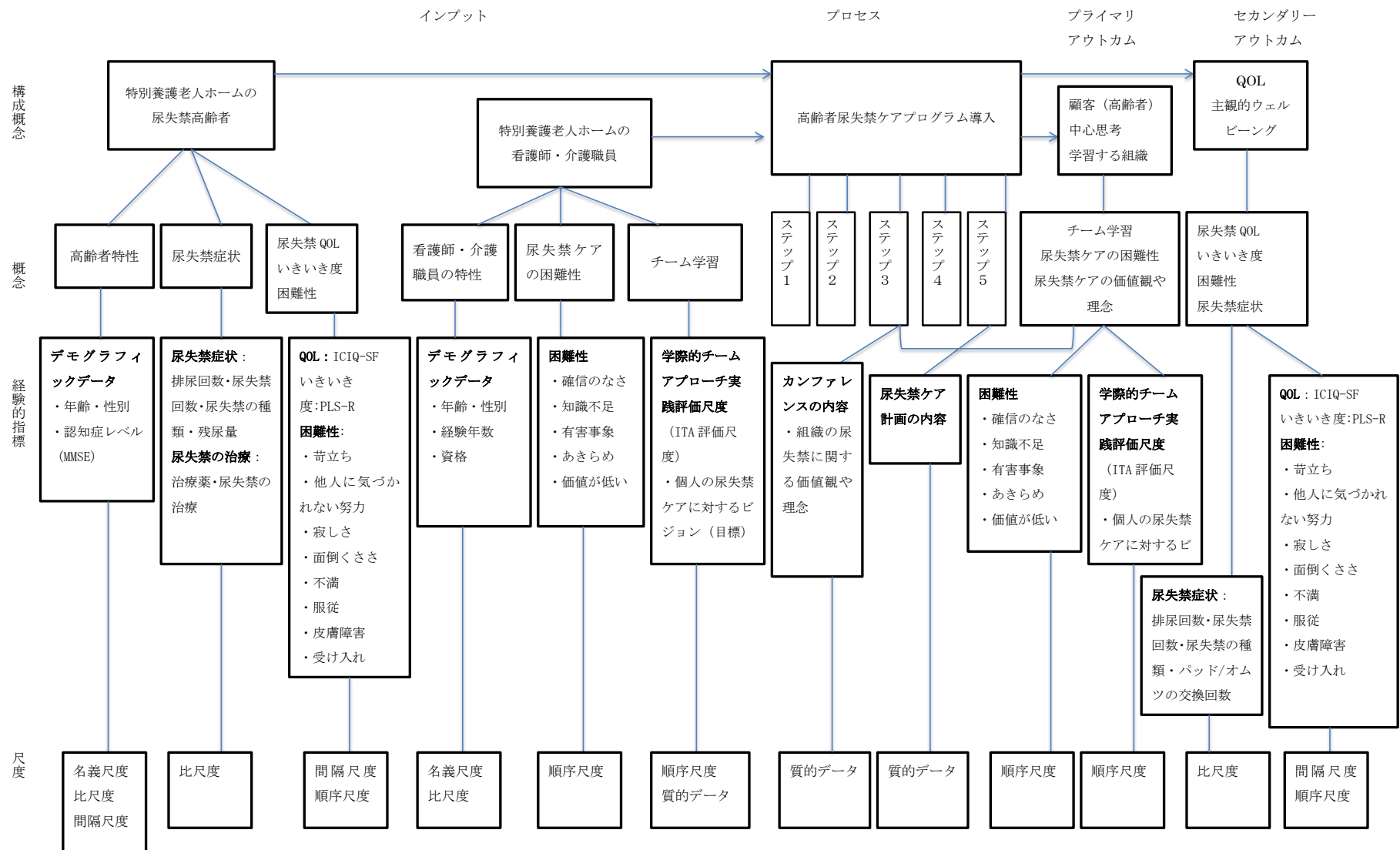


図 7 特別養護老人ホームにおける「高齢者尿失禁プログラム」の開発と評価についてのサブストラクション

1) プライマリアウトカムに関するデータ収集項目

- (1) 介護職員・看護職員の尿失禁ケアでの困難性についての予備研究で抽出されたカテゴリーから作成された質問紙の回答をプログラム導入前後に収集した（資料 12, 13）。
- (2) チーム学習充実を確認するために、介護職員・看護職員が所属組織におけるチームアプローチの実践をどのように自己認識しているかを測定するための学際的チームアプローチ実践評価尺度（ITA 評価尺度）を用いてのプログラム導入前後に収集した（資料 9）。
- (3) 尿失禁に関する個人の目標（ビジョン）、カンファレンスの内容・ケア計画、コンサルタントへの相談内容等の質的データをプログラム導入前の介護職員・看護職員の高齢者の尿失禁についての認識等の変化について分析するために収集した（資料 21）。
- (4) カンファレンスでの質的データ収集には、匿名性の保護、機密性の保持に努め、厳重に管理することを説明し、同意を得て、カンファレンスで語られた内容の録音やメモをとった。
- (5) 以下のことを説明し、質的データに影響しないよう遵守した。
カンファレンスの司会は、施設の看護師に主導して行ってもらった。
カンファレンスの参加メンバーに、研究者は観察者として参加することを説明し、司会者に従い自由なディスカッションを展開してもらうように伝えた。
研究者は観察者として参加するため、データ収集の目的に関連する誘導的な質問や批判的な意見は述べなかった。

1) セカンダリアウトカムに関するデータ収集項目

介入前後に以下の項目を収集した。

- (1) 尿失禁高齢者の QOL:尿失禁に特異的な QOL 質問票である International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form(ICIQ-SF)（資料 5）を用い、プログラム導入前後で収集した。
- (2) 高齢者の主観的ウェルビーイングとして、精神面のポジティブな側面とネガティブな側面を測定した改訂-いきいき度尺度（PLS-R）（資料 6）を用いて、プログラム導入前後で収集した。
- (3) 尿失禁のケアを受けることでの困難性は、予備研究で抽出されたカテゴリーから作成された質問紙（資料 7）を用いてプログラム導入前後で収集した。
- (4) 排尿日誌から（排尿回数・尿失禁回数・パッド/おむつ交換の頻度）等のデータを

プログラム導入前後で収集した（資料 14）。

2) デモグラフィックデータおよび基礎情報

(1) 高齢者のデモグラフィックデータおよび尿失禁状態

年齢・性別・認知症レベルなどの基礎情報収集のための、データ収集シートを作成した（資料 3）。

(2) 介護職員・看護職員のデモグラフィックデータと施設の概要

年齢・性別・経験年数・資格などを含む基礎情報、などを収集するためにデータ収集シートを作成した。管理者から施設の概要についてのデータを収集した（資料 8, 10, 11）。

3) 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の質の評価に関するデータ収集

プログラムの内容について参加者（介護職員・看護職員）が感じた主観的な評価を行うために質問紙を作成し、プログラム終了後にデータを収集した（資料 15）。

4. アウトカム変数の定義

1) プライマリーアウトカムの変数

(1) 学際的チームアプローチ実践評価尺度（以下, Interdisciplinary team approach(ITA)評価尺度）

ITA 評価尺度は、所属組織におけるチームアプローチの実践状況をどのように自己認識しているかを把握するための尺度である。この尺度は「組織構造の柔軟さ」「ケアプロセスの実践度」「メンバーの凝集性」と能力という 3 因子 32 項目で構成されている。下位尺度の Cronbach α 係数はいずれも 0.9 以上で内的整合性を認めている。また、再テスト法による信頼係数は全項目 0.4 以上、外的基準に用いた尺度との相関係数は 0.79 で有意な正の相関 ($p<0.01$) を認め信頼性・妥当性が検証されている。

本研究にける、ITA 評価尺度の構成要因を確認するために行った因子分析では、「ケアプロセスの確実性とコミットメント」「チームの柔軟さと一体感」「専門的知識とビジョンの共有」の 3 因子構造を確認した。各々の Cronbach α 係数は、0.84-0.88 で信頼性を認めたため、この 3 因子でデータ収集を行った。

第 1 因子の「ケアプロセスの確実性とコミットメント」は 15 項目で構成され、「ケアの内容を評価している」「メンバーがケアの貢献を尊重しあっている」「全人的ケアをしている」「ケアの手順の見直しをしている」などが含まれている。第 2 因子の「チームの柔軟さと一体感」は 10 項目で構成され、「問題状況に応じてメンバーを柔軟に取り入れながら活動し

ている」「少数意見であっても傾聴している」などである。第3因子の「専門的知識とビジョンの共有」では7項目の構成で「専門的知識を持っている」「チームの目標に価値を感じている」などの項目であった。

ITA 評価尺度のスコアリングは「全くそう思わない」0点、「そう思わない」1点、「そう思う」2点「とてもそう思う」3点である。得点の幅は0点～96点となる。下位尺度は、それぞれ、第1因子0～45点、第2因子0～30点、第3因子0～21点の得点幅である。

所属組織のチームアプローチの実践状況が項目にあてはまると認識している場合には、得点が高くなる。

(2) 尿失禁ケアに関わる困難さについての質問票（介護職員・看護職員）

尿失禁ケアの困難さに関する質問用紙は、予備研究で明らかにした介護職員・看護職員の尿失禁ケア管理の困難性の構造から研究者が作成した。介護職員は5項目で、尿失禁ケアを提供するときの困難さについての質問であり、看護職員は6項目であり、尿失禁ケアの提供と管理的な視点を含んだ質問項目である。スコアリングは「全くない」0点「ない」1点「ある」2点「とてもある」3点の4件法であり得点が低くなるほど、困難さが低下することを示す。

(3) チーム学習のデータカンファレンスでの語り

量的なデータである ITA 評価尺度の「チーム変革が尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前後得点の変化と、質的なデータであるカンファレンスの内容分析によるサブカテゴリーの統合を行った。ITA 評価尺度で有意差を認めた項目とカンファレンスの内容分析で抽出されたサブカテゴリーの変化について、データを統合し解釈するために、ジョイントディスプレイに示す。

2) セカンダリーアウトカムの変数

(1) 尿失禁症状

排尿日誌の排尿・水分摂取の時間、尿量、尿漏れの量、尿意、水分摂取量、尿意切迫感の有無について項目を記載する。ベースラインでは、3日間、プログラム導入後では1日記載する。排尿量はトイレで排尿した量と、排尿時間を記載する。尿漏れの量は、交換時間と尿漏れの後のおむつやパッドの重さからもともとの量を引いたものを記載する。尿意は、「排尿がしたいという」高齢者からの訴えもしくは、介護職員や看護職員が尋ねて、排尿の要望がある場合にありと記載する。水分摂取量は食事以外の水分量を記載する。尿意切迫感は頻尿がある場合に介護職員・看護師が高齢者に切迫感や我慢できない感覚について聞き、その

結果を記入する。

夜間多尿指数 (NPI) は、夜間排尿量を 1 日尿量で除した数値であり、0.33 より大きければ、夜間多尿と判断する。

ベースラインのデータ収集時に備考に残尿量を記載する。残尿量は、ゆりりんを使用し 3 回のデータを取り値の最大値を記載する。

(2) 国際失禁会議尿失禁質問票短縮版 : International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form(ICIQ-SF)

国際尿失禁会議 (International Consultation Incontinence:ICI) で開発され採択された ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire:Short Form) は、尿失禁に特異的な QOL 質問票である。ICIQ-SF 日本語に翻訳され、日本語版 ICIQ-SF として作成されスコア化された。信頼性は Cronbach $\alpha=0.78$ であり、KHQ (キング健康調査票) との項目の相関は、0.55-0.74 で中等度から高度であった。これらの妥当性、反応性が検証され、尿失禁に関わる臨床研究においては男女問わず推奨されている (後藤,2013)。

日本語版 ICIQ-SF の質問項目は 4 項目であり、評価は 1~3 項目の合計得点で行い、0 点から 21 点の幅があり、総得点の点数が低いほど QOL が高いとされる。

。項目 1 の「どれくらいの頻度で尿がもれますか」という質問は「なし」0 点、「おおよそ 1 週間に 1 回、あるいはそれ以下」1 点「1 週間に 2~3 回」2 点、「おおよそ 1 日に 1 回」3 点、「1 日に数回」4 点、「常に」5 点でコアリングされる。項目 2 は、「あなたはどれくらいの量の尿もれがあると思いますか？」は、「なし」0 点、「少量」2 点、「中等量」4 点、「多量」6 点である。項目 3 は「全体として、あなたの毎日の生活は尿もれのためにどれくらいそなわられていますか？」という質問内容に対し、「まったくない」を 0、「非常に」を 10 とする 11 段階の Numerical Rating Scale (NRS) で回答するものである。項目 4 は、「どんな時に尿がもれますか」という質問で、尿失禁の病院の評価に有用とされる項目である。

(3) 主観的ウェルビーイング : 改訂-いきいき度尺度 (PLS-R)

改訂-いきいき度尺度 (以降、PLS-R) は、主観的ウェルビーイングを測定する尺度である。生活の質の向上には、疾病や障害という健康にとってネガティブな側面を減らすだけではなく、個人の精神的にポジティブな側面をも評価する必要があると言われている (田中ら,2008)。PLS-R は、この 2 側面を測定できる尺度であり、「満足感」「ネガティブ気分」「チャレンジ精神」「気分転換」という 4 つの下位尺度からなり、

内的一貫性による信頼性（Cronbach α =0.67-0.83）が検証されている。（田中ら,2006）。

質問項目は 14 項目であり、スコアリングは「そう思わない」1 点、「少し思う」2 点、「そう思う」3 点、「かなりそう思う」4 点である。得点の幅は 14 点～56 点であり、総得点が高いほどいきいき度が高いと判断される。なお、総得点算出には、下位尺度のネガティブ気分では、ネガティブな側面の反映のため、得点のつけ方が逆転する。下位尺度の項目数は、「満足感」4 項目、「ネガティブ気分」3 項目「チャレンジ精神」4 項目、「気分転換」3 項目である。

（４）尿失禁に関わる困難さについての質問票（高齢者）

尿失禁に関わる困難さに関する質問用紙は、予備研究で明らかにした高齢者の尿失禁があることによる困難性の構造から研究者が作成した。8 つの質問項目からなり、スコアリングは「全くない」0 点「ない」1 点「ある」2 点「とてもある」3 点の 4 件法であり得点が低くなるほど、困難さが低下して示す。

３）デモグラフィックデータおよび基礎情報

（１）高齢者のデモグラフィックデータおよび尿失禁状態

年齢・既往歴・服薬中の薬・ADL（認知症高齢者の日常生活自立度・障害高齢者の日常生活自立度・要介護度）、排泄状態（失禁の種類・失禁の経験・尿意・一日尿回数・一日尿失禁回数・尿量・排便状態）、失禁に関連する身体的影響（皮膚障害・尿路感染）、失禁治療医師への依頼の有無、服薬、などの項目については、施設の看護・介護記録もしくは電子カルテから収集する。記載がない場合は、本人に聞き取りながら情報を追加する。ただし、排泄状態の失禁の種類は、診断を受けていければ空欄とする。尿意・皮膚障害については、介護職員・看護職員の観察による記録から収集し、記載がない場合は本人への聞き取りを行う。尿路感染については、発熱、尿臭などの介護職員・看護職員の観察記録などから収集する。

（２）介護職員・看護職員のデモグラフィックデータと施設の概要

年齢・性別・経験年数（専門職に就いてからの年数）・資格などを含む基礎情報は、それぞれ自分で記入してもらう。施設の概要（ベッド数、職員数、配置数）は管理者から聞き取り記入した。

４）「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の質の評価に関するデータ収集

プログラムの内容について参加者（介護職員・看護職員）が感じた主観的な評価を行うために研究者が質問紙を作成し、プログラム終了後にデータを収集した。

「このプログラムで尿失禁の知識や技術が獲得できたと思いますか」「尿失禁ケアを実施す

るために協働する環境の足がかりとなりましたか」「尿失禁高齢者ケアプログラムは高齢者や組織にとって有用だと思いますか」などの 10 項目について、「非常に満足」「満足」「どちらともいえない」「不満足」「非常に不満足」の 5 段階の評価である。

5. 研究手続き

1) 対象者（高齢者）の選定手順および説明と同意

- (1) 事前に対象者（高齢者）の選択基準と除外基準を踏まえ、施設の看護管理者もしくは看護師は研究対象者の選定を依頼した。
- (2) 看護管理者もしくは担当看護師から対象者に研究参加候補者へ「研究へのご協力をお願い」（資料 16）を手渡してもらい、研究参加者の負担にならないように、研究者が看護大学の大学院生であること、参加は自由意志が尊重されること、通常のケアが最優先されることなどを説明してもらった。
- (3) 看護管理者もしくは担当看護師は、研究者へ紹介してもよいという明確な意思を確認できた場合のみ、研究者へ紹介した。
- (4) 看護管理者もしくは担当看護師から紹介を受けたら、研究者は、候補者に「研究の説明および同意書」を用いて、研究の目的と内容、研究参加により期待される利益と研究参加に伴う不利益などについて文書と口頭による説明を行い研究参加の依頼を行った。
- (5) 研究の参加に同意するか否か、本人の自由意志によって決定した結果を確認し、文書による同意を得た。（資料 17）本人の意思表示が困難な場合や署名が不可能な身体機能である場合には、近親者による代諾を得て同意書に署名を得た。
- (6) 対象者から同意を得た場合、看護管理者・看護師に研究開始の報告を行った。また、対象者と関わるうえでの指導、助言を受けた。
- (7) 研究協力は、対象者の自由意志によって決定できることを説明した。研究に同意しない場合でも、不利益を受けないこと、参加に同意した場合でも、いつでも取りやめができること、研究の参加を取りやめることによって不利益をうけないことを説明した。
- (8) 研究協力の途中辞退について、対象者に「研究協力撤回書」（資料 18）を予め渡した。研究者は、その後の研究継続、中止については、本人の自由意志を尊重することとした。
- (9) 研究者は、大学院の学生であることを明示し、対象者と関わった。また、対象者が

いつでも研究に関する疑問や質問等の連絡ができるよう、研究者の連絡先を伝えておいた。

2) 対象者（管理者・介護職員・看護職員）の選定手順および説明と同意

(1) 「研究説明書」(資料 19) を用いて、施設長（もしくは看護管理者）の同意を得たうえで候補となる介護職員・看護職員を紹介してもらい、「研究の説明および同意書」(資料 17, 20) を用いて研究の説明を行い、同意を得た。

(2) 研究協力の途中辞退について、対象者に「研究協力撤回書」(資料 18) を予め渡しておいた。研究者は、その後の研究継続、中止については、本人の自由意志を尊重した。

VII. データの分析方法

1. プライマリアウトカムに関するデータ：介護職員・看護職員から得られたデータ

1) 量的データの分析

学際的チームアプローチ実践評価尺度 (ITA 評価尺度)、介護職員・看護職員の尿失禁ケアの困難性についてもそれぞれ、対応のある t 検定、Wilcoxon の符号付順位検定を行った。

2) 質的データの分析

尿失禁ケアに対する目標（ビジョン）からは個人の尿失禁ケアについてのビジョン、ケアプランの尿失禁ケア計画の記載内容、尿失禁ケア相談内容からは、顧客（高齢者）中心のケアについて内容を分析する。直接ケア導入の 12 週間の間で 6 回実施された対象高齢者のカンファレンスで介護職員や看護職員が語った発言内容については、録音したものを逐語録にし、チーム学習やチーム変容に関わる状況を抽出しカテゴリー化した。

3) 量的データと質的データの統合

量的なデータである ITA 評価尺度の「チーム変革が尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前後得点の変化と、質的なデータであるカンファレンスの内容分析によるサブカテゴリーの統合を行い、ジョイントディスプレイに示し解釈を行った。

2. セカンダリアウトカムに関するデータ：高齢者から得られたデータ

1) チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム導入前と終了時に収集した、高齢者の QOL(ICIQ-SF)の得点、改訂-いきいき度尺度 (PLS-R) の得点、および尿失禁ケアを受

けることの困難性については、対応のある t 検定および Wilcoxon の符号付順位検定を行った。尿失禁の改善の評価（排尿回数・失禁回数・失禁量・残尿量）については、対応のある t 検定を用いて分析を行った。

3. デモグラフィックデータ

高齢者・看護師および介護職員から得られたデモグラフィックデータは、記述統計を行い、それぞれの傾向や性質・特性について記述した。

4. プログラム評価

チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムの質評価のための質問紙で得られたデータは記述統計を行い、サービス提供・利用の的確性を検証した。

VIII.倫理的配慮

1. 本研究に参加することによる対象者の不利益と負担

本研究に参加することによって研究対象者が被ると考えられる、不利益・負担には以下のことが予測された。

- 1) 高齢者には、失禁に関して語ってもらい聞き取りを行うため、排泄に関する話することに羞恥心を覚える可能性がある。また、インタビューは 30 分程度を予定しているが、高齢者の身体状況によっては疲労感を与える可能性もある。
- 2) プログラムの中で 1 日から 3 日間、排尿日誌をつけてもらわなくてはならない。
自立排尿の人はこの間は、自分自身で尿量の測定や飲水量の測定を行い記録してもらわなくてはならないので、その煩わしさがある。
- 3) 残尿測定のため、排尿後に膀胱用超音波画像診断装置・ゆりりんのプローブを腹部にあて、計測しなくてはならない。身体侵襲は無いものの、測定には数分を要し、煩わしさを伴う可能性がある。また、尿意が明らかでない高齢者には定時的な測定を行うために、4.5×3.3cm 大のプローブを下腹部にテープで 24 時間固定してデータをとらなければならない。手のひらサイズの機器ではあるが、動作時には持ち運ぶなどの注意が必要であり、煩わしさを伴う可能性がある。
- 4) 対象の高齢者には、講義などの全てのプログラムに参加してもらわなければならない

いので、自分の時間を調整して頂かなくてはならない。

5) 特別養護老人ホームの管理者・看護師には、対象者のリクルート等を調整してもらう負担がある。

6) 個人情報が出漏りする危険性がある。

2. 不利益・負担の回避と対処

以上の不利益・負担を回避するために、次のことを厳守した。

1) 高齢者には、本研究の趣旨を十分に説明し、答えづらい質問には答えなくてもよいことを伝えた。

2) 高齢者に失禁に関する聞き取りを行う時には、次の項目について配慮した。

(1) 聞き取りは、予備研究で用いた失禁に関する困難性に関する内容について実施した(資料5)。

(2) 個室を利用するなど、プライバシーを確保できる環境を調整した。

(3) 聞き取りに参加した、高齢者もしくは介護職員・看護職員の氏名等個人が特定されないように配慮した。

(4) 収集したデータの匿名性の保護、機密性の保持に努め、厳重に管理することを説明し、同意を得て、聞き取り内容の録音やメモをとった。

(5) 聞き取りを行う際には対象者が話す内容について、真摯で支持的な態度で面接に臨み、対象者の話を傾聴した。

3) 高齢者の身体の状態を確認し、体調不良が無いこと、疲労感を感じていないかを確認しながらデータ収集や講義への参加を実施した。

4) 高齢者の疲労感や少ない姿勢を保持できる環境など担当の介護職員・看護職員と相談したうえで確保した。

5) 長時間尿動態デコーダで定時測定を行う事に煩わしさがあるようならば、直ちに中止することとした。

6) プログラムの途中で、体調の不良がみられたりした場合は、プログラム参加を中止し、治療に専念してもらえるように配慮した。

7) 特別養護老人ホームの管理者・介護職員・看護職員には、事前に研究内容について十分説明し、業務に差しさわりの無い時間の調整をお願いした。

8) 情報漏洩に対しては、研究の倫理的配慮(Ⅷ-1)・2)・3))を厳守することによ

り、個人情報の保護を確実に行った。

3. 研究の倫理的配慮

- 1) 収集したデータは、研究目的以外には使用しない。
- 2) 本研究では専用のデータ収集用紙を使用し、高齢者の氏名、ID 番号を使って管理するが、必要な情報がすべて収集された後は、研究専用の番号で管理した。
- 3) 高齢者の氏名、ID 番号と研究専用の番号との対応表は、データとは別に厳重に管理した。
- 4) データを保管している PC は、研究者以外の者が操作することがないように保管し、記録媒体は紛失や情報漏洩が無いように厳重に管理した。
- 5) データ収集用紙の原本は、研究者以外の者の目にふれることがないようにした。
- 6) 研究終了後、個人情報が含まれる資料は裁断・復元できないよう消去した。ただし、研究のために収集した資料、情報、データなどのうち匿名化したものについては、研究成果を再現できるように、少なくとも 5 年間厳重に保管することとする。基礎情報のデータの範囲に限り、対象者の希望があれば資料のコピーを渡した。
- 7) 得られた結果や結論については、看護に活用できるように公表することとする。
- 8) 本研究は、聖路加国際大学大学院博士論文として発表されること、専門の学会や学会誌、学術雑誌等で公表することを事前に説明し、同意を得た。公表の際には、対象者のプライバシーや匿名性の保護に十分配慮することとする。

尚、本研究は、聖路加国際大学倫理審査委員会による審査を受けて承認を得た（承認番号：15-057）。

第5章 結果

I. 研究の対象

1. 対象施設

対象となる施設の選定は、全国の特別養護老人ホームに精通している老年看護の教授や特別養護老人ホームに勤める看護管理者に紹介を依頼し、関東や関西にある13の特別養護老人ホームに研究協力を仰いだ。そのうち10施設からは「対象者がいない」「高齢者への介入をすることは難しい」「研究を受け入れる素地がない」「繁忙である」などの理由で研究の同意が得られなかった。最終的に、計画書通りの特別養護老人ホーム3施設（A.B.C）から同意が得られた。

A施設は大阪の堺市にある。A施設は、「パートナーの個別ニーズ、自己決定権を尊重した質の高い介護サービスを提供する。」という基本方針を掲げ、全室個室のユニットケアを提供している。1ユニットは10名の定員であり、入所サービス全体では100名を受け入れている。職員数は、介護職員が48名、看護職員は10名である。1ユニットあたりの介護職員は昼間3～4名、夜間帯は4ユニットに3名の勤務体制で、夜勤で看護職員は1名勤務している。A施設を有する社会福祉法人は、他に2つの特別養護老人ホームや介護老人保健施設、訪問看護ステーションなど数多くの介護・福祉施設を運営している。関連の医療法人にも複数の急性期病院、療養型病院などがあり、法人全体で地域の保健・医療・福祉のトータルヘルスケアを担っている。

B施設は、宮城県の中央部に位置し、東日本大震災で津波の影響があり被害を受けた地域にある。入所サービスとしては50床あり、1ユニット10名で全室個室のユニットサービスを提供している。介護職員数は35名、看護職員は5名で昼間の介護職員は各ユニット2～3名で、夜勤は2ユニットで3名である。看護職員は昼間に3名が勤務し、夜間はオンコール体制をとっている。B施設を有する社会法人は、B施設以外にも県内に2施設の特別養護老人ホームを有しており、地域に開かれた福祉サービスの拠点を目指している。

C施設は、宮城県の仙台市にあり、キリスト教の精神に基づいた高齢者福祉複合施設の一つとして設立された。福祉の学科をもつ大学教育における研究・実践の場としての目的も兼ねている特別養護老人ホームである。入所サービスは70床であり、10名～13名を1ユニットとした、全室個室のユニットケアを提供している。介護職員は38名、看護職員は5名で昼間の介護職員は1ユニットあたり2～3名、夜間は3ユニットで2名の配置である。夜

間の看護職員の体制はオンコールである。

2. 対象施設の介護職員・看護職員

1) 介護職員の属性

3施設で研究の同意が得られた介護職員は合計87名（A施設：35名、B施設：35名、C施設：17名）であった。そのうち、異動によりケアに参加できなかった者、入居者の退所に伴ないケアの継続ができなかった者など17名（A施設：7名、B施設：3名、C施設：7名）を除き、70名を対象とした。

施設ごとの介護職員の属性を表7に示した。介護職員70名の平均年齢は 31.2 ± 9.3 歳で、女性47名（66%）、男性23名（34%）であった。経験年数は、平均 6.8 ± 5.2 年で最大値21年、最小値0.5年であった。53名の者が介護福祉士を有し、17名がヘルパー2級、2名が社会福祉士の資格を持ち、4名は無資格者であった。

表 7 介護職員の属性

		A施設 (n=28)	B施設 (n=32)	C施設 (n=10)	合計 (N=70)
平均年齢		30.0(± 9.0)	29.9 (± 9.4)	39.1(± 5.7)	31.2 (± 9.3)
性別	女性,n(%)	20 (71%)	21 (65%)	6 (55%)	47 (66%)
	男性,n(%)	8 (29%)	11 (35%)	4 (45%)	24 (34%)
経験年数	最大値	20	15	21	21
	最小値	1	0.5	3	0.5
	中央値	4	5	12	5
	平均値	6.3(± 5.4)	5.8 (± 3.4)	11.5 (± 6.2)	6.8 (± 5.2)
資格	ヘルパー1級	0	1	0	1
	ヘルパー2級	1	12	4	17
	介護福祉士	26	18	9	53
	社会福祉士	2	0	0	2
	無資格	0	4	0	4
	その他	4	2	1	7

2) 看護職員の属性

3 施設で研究の同意が得られた看護職員は、合計 13 名（A 施設：5 名、B 施設：4 名、C 施設：4 名）であった。そのうち、対象高齢者のケアを担当していなかったもの 2 名（A 施設：1 名、B 施設：1 名）を除き、11 名を研究対象とした。

施設ごとの看護職員の属性を表 8 に示した。対象看護職員の平均年齢は、 50.2 ± 10.2 歳で全員が女性であった。看護師 10 名の経験年数は平均 21.7 ± 9.0 年であり、准看護師 1 名は経験年数 18 年であった。その他の資格として介護支援専門員の資格をもっているものは 2 名であった。

表 8 看護職員属性

		A施設 (n=4)	B施設 (n=3)	C施設 (n=4)	合計 (N=11)
平均年齢	(SD)	56.7 (± 4.1)	49.7 (± 2.3)	44.0 (± 14.7)	50.2 (± 10.2)
性別	女性 n (%)	4 (100%)	3 (100%)	4 (100%)	11 (100%)
経験年数	看護師 平均値 (SD)	22.7 (± 4.0)	19.0 (± 7.1)	22.3 (± 13.6)	21.7 (± 9.0)
	准看護師		18		18
免許	看護師	4	2	4	10
	准看護師	0	1	0	1
資格	介護支援専門員	1	0	1	2
専門学歴	専門学校2年	0	2	1	3
	専門学校3年	4	1	2	7
	大学院	0	0	1	1

3. 対象高齢者

1) 対象高齢者の選定

研究対象となる高齢者は3施設で30名を予定していた。しかし、選定基準を満たす高齢者は3施設で9名であった。

A施設では、事前に看護責任者によって選定されていたのは13名であった。選択基準を満たし対象となったのは、3名（A-a氏、A-b氏、A-c氏）であった。承諾が得られなかったものが2名、途中で撤回したものが2名であった。除外基準であるMMSEが20点未満であったものが4名、残尿量100ml以上であったものが2名であった。

B施設では、事前に看護責任者によって5名の高齢者が選定されていた。対象となった高齢者は3名（B-d氏、B-e氏、B-f氏）で、2名は承諾が得られなかった。

C施設では、事前に看護責任者によって6名の高齢者が選定されていた。選択基準を満たした高齢者は3名（C-g氏、C-h氏、C-i氏）で、承諾が得られなかったものが2名であった。途中で施設から転出したため同意を撤回したものが1名であった。

2) 対象高齢者9名の属性

研究対象となった高齢者3施設9名の属性を表9に示した。

対象高齢者の平均年齢は 88 ± 7.0 歳であった。5名が90歳以上で最高年齢は97歳、最低年齢76歳はであった。MMSEの最高得点は30点満点であり、9名の平均値は 24.6 ± 3.4 点であった。要介護度は要介護度3が6名、要介護度4、要介護度2、要介護度1がそれぞれ1名であった。排泄は、トイレ移動のために、車いすを使用しているものは8名で、トイレまで歩行できるのは1名であった。全員が尿意の自覚はあり、おむつかパッドもしくはその両方を使用していた。ゆりりんもしくはリリアムによる残尿測定では、平均値は 31.4 ± 19.6 mlであり、1名のみ73mlでそれ以外は50ml以下であった。

表 9 対象高齢者の属性

(N= 9)

ID	年齢	性別	体重	既往歴	服薬中の薬	MMSE合計点	認知ADL*	障害ADL**	要介護度***	トイレ移動	排泄姿勢	衣類着脱	排泄用具	残尿量 [†] (m l)	尿意 ^{††}	排便	皮膚障害 ^{††}	尿路感染 ^{††}
A-a	87	女	50.8	両膝関節置換術後 高血圧	－	24	II a	A	要介護1	車いす移動、自立	自立	自立	トイレ・パッド	11	有り	良好	なし	なし
A-b	96	女	39.8	シューングレーン症候群・ 不安神経症・高血圧・逆流 性食道炎・恥骨骨折	ベニジビン塩酸塩・アロプリノー ル・ブレドニゾン・レボチロキシ ンナトリウム・サルボグレラート 塩酸塩	26	II b	A	要介護3	車いす移動 全介助	見守り	全介助	トイレ・おむつ	73	有り	良好	なし	なし
A-c	97	女	42.9	左大転子部骨折 腰部圧迫骨折	－	21	II a	A	要介護3	車いす移動、トイレ移動 部分介助	自立	部分介助	トイレ・パッド	40	有り	良好	なし	なし
B-d	91	女	39.7	胃がん	－	25	II b	B	要介護3	車いす移動、トイレ移動 部分介助	自立	部分介助	トイレ・ポータ ブル・おむつ・ パッド	40	有り	良好	なし	なし
B-e	93	女	62.9	左下肢神経痛 腰痛	ラベプラゾールナトリウム	30	I	B	要介護2	車いす移動、トイレ移動 部分介助	自立	自立	トイレ・おむ つ・パッド	18	有り	便秘	なし	なし
B-f	91	女	41.9	多発性関節炎 左乳がん	アセトアミノフェン・クエン酸第一 鉄ナトリウム・ランソプラゾール・ プロピベリン塩酸塩	23	III a	B	要介護4	歩行、部分介助	自立	部分介助	トイレ・ポータ ブル・おむつ	28	有り	便秘	なし	なし
C-g	76	女	66.6	大腿骨頭壊死 喘息・糖尿病	ビルダグリブチン・モンテルカス ト・テオフィリン・アンブロキシソ ール塩酸塩・L-アスパラギン酸カリウ ム	29	III a	C	要介護3	車いす移動、トイレ移動 部分介助	自立	部分介助	トイレ・パッド	33	有り	便秘	なし	なし
C-h	80	女	49.2	ペースメーカー埋め込み術 後 急性大動脈解離 脳梗塞（左半身麻痺）	ビソプロロールフマル塩塩・ニフェ ジピン・ベラパミル塩酸塩・ ニコランジル・アムロジピンベシル 酸塩・アスピリン	23	I	B	要介護3	車いす移動、トイレ移動 全介助	自立	部分介助	トイレ・オム ツ・パッド	7	有り	良好	なし	なし
C-i	81	女	56.4	乳がん・胆石・脳梗塞 狭心症・高血圧	アムロジピンベシル酸塩・オルメサ ルタンメドキシミル・ビソプロロー ルフマル酸塩・ワルファリンカリウ ム・ランソプラゾール	20	II b	C	要介護3	車いす移動、トイレ移動 全介助	見守り	全介助	おむつ・パッド	33	有り	便秘	あり	なし

*認知症高齢者の日常生活自立度
**障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
***要介護状態区分
[†]ゆりりんで残尿測定を行い、1回につき3回測定したうちの最大値
^{††}尿意：本人への確認し、介護職員・看護職員による尿意の訴えと排尿状態の観察および「尿意が分かるかどうか」の本人への確認
皮膚障害：介護職員・看護職員による観察の記録
尿路感染：介護職員・看護職員による観察の記録

II. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入

1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入と運用

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」は、ステップ1～5まであり、プログラムに必要とする期間を15週間とし、ステップ1～4までが2週間、ステップ5を13週間で運用するように設計していた。そのために、具体的な方法やスケジュールを各施設において介護および看護の責任者とともに事前に検討した。その結果、講義形式で行われるステップ1およびステップ2は、施設の職員数によって、参加可能な人数が限られるため複数回行う必要があることが分かった。そのため、B施設では2週間、C施設では7週間が必要であった。したがって、1と2のステップは、施設の業務との兼ね合いで順番を流動的に行った。

A施設で「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入開始からプログラムを導入終了までにかかった期間は、2016年2月17日～5月27日のおよそ15週間であった。B施設においては、2016年6月27日～10月27日の18週であり、C施設では、5月30日～11月4日の23週であった。

2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」各ステップの導入

1) ステップ1：高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状況についての講義と 高齢者がかかえている尿失禁について心理的・身体的な状況についての高齢者の語り

ステップ1は、個人の知識を変化させるために行われる。看護職員と介護者が曖昧な理解にとどまらず具体的に理解することで、尿失禁ケアの改善の動機づけとなると考えられた。高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状況についての講義と高齢者がかかえている尿失禁について心理的・身体的な状況を本人から語ってもらう「尿失禁で困っていることを語る会」から構成されている。

しかし、3施設から「高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状況について」の講義は、ステップ2の講義と同時に行ってほしいとの要望があったため、ここでは、高齢者本人の「尿失禁で困っていることを語る会」のみを開催した。したがって、ここでは、「尿失禁で困っていることを語る会」の結果について述べる。

(1) A施設での高齢者の語り

A施設では、実際に自身のことを人前で語れる高齢者が少ないことや施設側の高齢者への羞恥心に対する配慮、同じ居住空間での複雑な人間関係があるため、「語る会」は難しいとの施設側の判断で、実際に高齢者に語ってもらう事はしなかった。そのため、講義内容から十分に把握をすることにした。対象高齢者のケアを担当する介護職員は、個別で高齢者に失禁に関する困難さや、心配、煩わしさなどについて、ケアを実施しているときに聞くこととなった。そして、それらの内容については、それ以降で実施されるカンファレンスで随時他の介護職員等と共有することとした。

（２）B 施設での「尿失禁で困っていることを語る会」について

研究対象となった B-e 氏（93 歳、女性）に「語り手」を依頼し、8 月 4 日に実施した。参加者は、介護職員の B-介 1、B-介 2、B-介 3、PT、ケアマネジャー、医務主任（看護師）の B-看 1 であった。B-看 1 が聞き手となって、1 時間程度開催した。

① B-e 氏の語り

B-e 氏は、「昨年、全身の関節が痛んだときは、本当に辛かった。おしっこのことだから始末しないわけにいかないし。ひと様に全部お世話になりました。あの時は泣きましたよ。いくら年取っててもね、女性ならいいけど、異性の方にしていただくのは辛かった。皆さん世話してあげなくちゃいかんという信念のもとに世話してらっしゃいますからね。『ありがとう』と言って受けた方が関係性もいいと思うからね。」と辛さとケアを受ける関係性を天秤をかけながら、排泄の世話をしてもらった思いを語った。

また、「私、短歌をたしなんでいるの。ひらめきがあつて、もう少し起きて仕上げたいと思ってもおしっこが心配で、できないの。おしっこが解決できれば作れるのかもしれませんがね。」と尿失禁が気になって趣味を十分に楽しめないことを語った。「おしっこが漏れると憂うつになるの。息子から、臭いなっていわれるから。だから、早めに交換しようと思うけどね。」と尿もれに伴なう臭いへの気がかりがあった。「実は、私煎茶が好きなんです。でも、おしっこに良くないから飲まないようにしているのよ。」と自分なりに考え、尿漏れに影響する要因を避けていることを語ってくれた。

② 介護職員・看護職員の反応

これらを聞いていた、介護職員・看護職員は、このように十分に話を聞く機会が今までは無かったため、B-e 氏の失禁に対する認識を初めて知ることができたと述べた。ケアマネジャーは、B-e 氏が尿の漏れの認識がパッドやリハビリパンツから漏れることを「尿漏れ」と認識していることを指摘した。B-e 氏が、尿漏れを「誰でもが経験しているもの」と考え、趣味を諦めていたことに気が付いていた。介護職員は、B-e 氏が感謝の気持ちをもっている、異性による介助に羞恥を覚えていることに注目し、介助時の対応の仕方や声掛けについて注意していきたいという考えに及んでいた。また、看護職員は B-e 氏が臭いの問題や衣類の汚染について心配していたり、尿漏れによって大好きなお茶や短歌を作ることなどを我慢していたりと B-e 氏の尿漏れが日常生活や QOL に影響を及ぼしていることを再認識していた。本人の排泄ケアに関する要望は、できるだけ自分で行いたいと思っており、できないところを介助してもらいたいと思っていることをユニット内のチームでも共有しなくてはならないと考えていた。

語られた内容について、議事録を作成して、チームで回覧をしていた。

（３）C 施設での高齢者の「尿失禁で困っていることを語る会」

C-m 氏（施設からの転出のため研究の同意を撤回した）に語ってもらうことを依頼し、5 月 31 日に約 40 分程度の時間で実施した。語る会に参加したのは、C-m 氏の担当であり介護主任の C-介 1、看護職員の C-看 1、C-m 氏を受け持っている大学 4 年生の看護学生であ

った。C・m 氏へのインタビューは、研究者が行った。

① C・m 氏の語り

C・m 氏（86 歳・女性）はマスール（修道女）である C・m 氏にとっては、祈りの時間が重要であり、日課は祈りの時間を中心に組み立てられていた。9 年ほど前に、脳梗塞の既往があるものの、麻痺等はなく自立した生活を送っている。トイレでの介助は、ズボンの上げ下げに部分介助を要しており、失禁に対しては、リハビリパンツとパッドを使用している。

C・m 氏が尿漏れについて「2 年位前から漏れるようになりした。」と。C・m 氏は、「もしものことがあると困ると思ってパッドを使うようになりました。人が来たりして、行きたいと思う時に行けないと漏れてしまうんです。」と語った。「尿漏れが心配で、行きたくなったら、直ぐにトイレに行くんです。何度もトイレに行くので『また行くの?』と言われます。」という。1 時間位で行きたくなることもあるので、人に見つからない様にこっそり、トイレに行き、夜間も「呼ぶと悪いから」と気兼ねをしており、介護職員を呼ばないようにしているという。トイレでズボンを下げているときに間に合わない時があり、「ズボンは上げ下げできないんです。煩わしいなと思います。スカートだったらよかったんだけど・・・」とマスールの衣装であれば、トイレをし易かったのだということを語った。

（4）介護職員・看護職員の反応

介護職員の C・介 1 は、C・m 氏は自立しており、自分でトイレに行くことができていると考えていたので、何ら問題はなく、このように様々な心配や煩わしさを抱えているということに気がついていなかった。C・看 1 も C・m 氏の排尿に関しては特に問題はないと捉えていた。C・m 氏は、施設内ではズボンで過ごさなくてはならないと考えていたので、スカートであれば、もう少しうまく排尿行動ができるということも伝えることはしていなかったし、要望もしなかった。C・看 1 は、スカートで過ごすことは何ら問題が無いので C・m 氏が好ましいものを着てもらっても良いことを伝えていた。C・看 1 と C・介 1 は、高齢者の直接の言葉を聞いて「失禁に関して改まって深くこのような言葉を聞く事が無かった。」と、衝撃を受けた様子で、もう少し詳細に聞くべきであったと述べていた。

2）ステップ 2：排尿障害・尿失禁ケアに関する講義および残尿測定 of 講義と実技演習

ステップ 2 は、介護職員・看護職員が尿失禁ケアの知識を獲得し、ガイドラインに基づく尿失禁ケアを理解すること、超音波で膀胱内の尿量を測定する機器（ゆりりん®）を用いたアセスメントの技術を獲得することにより、根拠あるケアを実施できるという自信を得ることができる。看護職員はこれにより、尿失禁ケアの指導的な立場がとれるという自信を得ることにつながる。このステップは講義形式で資料を用いて実施した。講義の資料には、ガイドラインに基づく尿失禁ケアマニュアル（資料 1）、研究者が作成したパワーポイントの講義資料（資料 3）（資料 4）を用いた。知識の確認ができるように、尿失禁ケアマニュアルは各ユニットに 1 冊ずつ配布した。

ステップ1の「高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状況について」の講義も、研究者が作成したパワーポイントの講義資料（資料3）を用いて、ステップ2で実施した。（資料2）残尿測定については、研究者が作成した講義資料（資料1-3、1-4）を用いて講義を行った後に、超音波で膀胱内の尿量を測定する機器（ゆりりん®）を用いて、受講者の中から被験者を募り、実際に膀胱内の残尿を測定してもらい、技術が獲得できるように指導を行った。

（1）A施設での講義と残尿測定の実演

排尿障害・尿失禁ケアに関する講義、高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状況についての講義は、今までも受けたことがなく、このような内容を学ぶという機会が少ないため、A施設が属している法人の関連施設や近隣地域の連携施設のスタッフに対しても講義をしてほしいという要望があった。そのため、大規模な講義形式となったが、A施設の対象となる介護職員と看護職員は、必ず全ての講義と残尿測定の講義と実技演習を受ける事を条件とした。

3月3日～3月6日の4日間に、夕方90分間の講義を実施し、20施設から197名が受講した。この講義に加えて、残尿測定の講義と実技は、60分間で対象者のみに実施した。

（2）B施設での講義と残尿測定の実演

排尿障害・尿失禁ケアに関する講義と高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状況についての講義を90分、および残尿測定の講義と実技演習で60分を4日間（6月21日、22日、27日、7月1日）で実施した。参加者は、B施設の介護職員・看護職員・ケアマネジャー、PT、栄養士の全職員が4回に分かれて受講した。

（3）C施設での講義と残尿測定の実演

C施設では、排尿障害・尿失禁ケアに関する講義と高齢者の尿失禁にともなう心理的・身体的な状況についての講義および残尿測定の講義と実技演習を、6月4日～7月28日の間に10回に分けて実施した。C施設では、介護サービス提供の合間に交代で受講できるようにと、ユニットにあるカンファレンス室で3人～4人の少人数で実施した。

3）ステップ3：施設で取り組む尿失禁ケアについてのカンファレンスの実施

ステップ3のカンファレンスは、個人の態度に変化を生じさせるために実施した。尿失禁ケアの重要性に焦点をあてて関心を高めることが次のステップの個人行動に導くためには必要だからである。尿失禁ケアについての施設における価値観や理念を創造することや、ビジョンを共有することは、チームメンバーが共通の見方をもち、顧客（高齢者）中心志向へと変化をしていくためには重要である。

議題は、「尿失禁ケアについての施設における価値観や理念について」「施設における尿失禁ケアの改善点について」「施設における、尿失禁ケアでの協働体制、専門家への依頼方法について」などであった。

（１）施設 A

3 月 10 日にカンファレンス室にて 90 分程度の時間で実施した。研究対象の高齢者が所属する 3 つのユニットの介護職員 7 名と看護職員 3 名が参加して話し合った。

①介護職員の語り

介護職員は「（尿失禁ケアについて）多職種と話すということは無く、ワーカーだけでやっていたので、深くほり下げれてはいなかったと思います。」や「ワーカーだけだと専門的なことはわからないので、看護の知識が必要だと思っています。」と、尿失禁ケアにはチームで関わらなければならないということが認識された。また、「新入居者の、排泄のリズムがつかめなくて、どうしたらいいかっていうのも分からなかった。」という知識不足によって尿失禁ケアの具体的な方法が分からないという困難な状況を述べ、今回の知識を得たことで、「根拠をもってわかるので、こういった（排尿日誌をつける）ことをやっていくことはいいなと思いました。」と知識が充実したことを述べた。

「どのような介助が必要かということが確認できたかなと思います。そういう部分でケアの統一が図れたのかなと思います。」「（今までは）尿量って全然分からないんで、看護に見せることもできないですし。」と協働するためには、高齢者の尿失禁の状況を具体的に把握する方法が必要であると認識していた。さらにその情報共有のための「話し合いの場がほしいですね。」と提案された。

②看護職員の語り

看護職員は「（尿失禁ケアに介入する）必要性は感じてはいますが、積極的に誰がリーダーシップをとってということではできていないですが・・・。」と、尿失禁ケアにおいて、介護職員が要望するほど、尿失禁ケアのアドバイスができる自信がない様子であった。

そこで、援護長である看護職員が「今後も皮膚排泄ケアの看護師さんをよんで、アドバイスを受けて、看護師もみんなが勉強したりして・・・」と外部の資源を活用する仕組みについても語った。「今までは、何となく勘を頼りにはなしていたけど、こういったツールを使っていくのはいいんじゃないかと思う」「一人でも二人でも始められ、そしてそれが当たり前になっていくかなって思います。」と継続して、尿失禁ケアの改善に取り組むことが提案され、そのために、「看護は、看護というのではなく、ユニットに入ってワーカーさんができないところは、介入していきたい」と述べていた。

（２）B 施設

7 月 6 日に会議室にて 90 分程度の時間で医務主任の看護師 1 名、看護師 2 名、准看護師 1 名、介護職員 5 名、介護支援専門員 2 名 PT1 名で話し合った。

①介護職員の語り

介護職員は、講義を聞く前までは「『まあ、失禁ってしょうがないよね。そこより大切な部分があるんじゃない』って、失禁に関して軽く考えがちだった。」と述べ、それは「失禁へのアプローチの仕方をどうしたらいいかわからない」という知識が不足していたからだと認識していた。しかし、「研修を受けて、尿漏れや心配が減らすことができたらいかな

という意見がでていました。」や「尿失禁に対して、もっと深くかかわれるんだと思った。」と介護職員の意識の変化がみられる事が話された。しかし、一方では、「講義だけでは実際にやってないし、ちょっとそのどう取り組んでいくのかなというイメージがつきづらかった。」「やっぱり特養で、ちょっと意思の疎通がなかなかむづかしい方もいるので、なかなかこの通りは難しいかなという感じがある」ということも述べられた。

②看護職員の語り

「高齢者施設では清潔を保持して快適に暮らせればいいかなという考えで、ニーズを伺わないで決めつけていたことを反省した。」と尿失禁ケアの見方について語った。また、「残尿だろうなと思っても仕方がないと思っていたので、もっと違うアプローチをドクターにもできんじゃないかって。」と医学的な介入が必要な場合の判断の仕方についても述べていた。目標やビジョンの共有というところまでには、至っていないが、医務主任の看護師は「(尿失禁ケア)をすすめるにあたっては、一緒に話し合いながらすすめていかないと、それぞれの悩みがあると思うので」と、尿失禁ケアについて多職種で話し合いながら実践していくことについての合意を得た。

(3) 施設 C

8月3日介護職員4名と看護管理者1名看護職員2名で、60分程度の時間でユニットのカンファレンス室で話し合いをもった。

①介護職員の語り

看護職員は「特養なので、失禁っていうのは仕方がないと思っていたんですけど、講義を受けた後、実際に C-h さんと話をしました。『ほんとうはいやだなって思っている』と改めて知ったので、もっと深く考えていくべきだなと考えています。」と語り、高齢者の思いを知り、尿失禁ケアに取り組む姿勢について語った。また、「介助になれてしまって、羞恥心などにも配慮に欠ける部分がある。」「漏らす心配をしながら申し訳なく頼んでいる方には、不安に思わないように対応しなくてはと思った」など、高齢者の心理への配慮について述べられた。「排尿日誌をつけてみて、高齢者が夜間に尿量が多くなるのを実感した」など、講義の内容と実際の経験を照らし合わせての理解を述べた。

全体的な方向性について看護職員が問うと、介護職員の一人が「入居者全員に、できるだけみんな個別のケアを考えて対応していくといいんですよね。」と話し、出席した介護職員者全員が頷いた

②看護職員の語り

看護管理者は「日常生活のケアをするにあたって、方向性とか基本となる知識で同じものを持っているというのはすごく、入居者さんいとっても重要だと思う。」と、共通の目標を持つことの重要性について述べた。

4) ステップ4: 尿失禁および尿失禁ケアに関する高齢者向けの講義

個人の態度から個人の行動への変化を促す段階である。尿失禁を経験している高齢者へ

看護職員もしくは介護職員が直接働きかけるという方法をとった。これは、尿失禁のある高齢者に、尿失禁の理解と自分自身の健康を維持・増進することを目的としている。パンフレット（資料 2）を用いて尿失禁の種類や尿失禁があっても快適に過ごすための方法、自分が望む介助について介護職員や看護職員と話し合うことの大切さを指導することによって、高齢者のヘルスプロモーションを促進するように働きかけることを体験してもらった。

（1）A 施設

3 月 9 日に対象高齢者の A-a 氏、A-c 氏、除外対象となった A-k 氏にユニットのリビングに集ってもらい、30 分程度で看護主任の A-N 1 が資料を用いて説明した。高齢者は施設内で教育を受ける経験は初めてであった。A-N 1 は平易な言葉を用いてゆっくりと説明を行った。3 名とも、A-N 1 の話を熱心に聞いていた。A-a 氏は、自分が水分を取りすぎていたことを語り、骨盤底筋訓練についても意欲を示した。A-c 氏と A-k 氏は「ふーん」「あっ、そう」と聞き入っていた。A-c 氏は「そやな。漏れなくなったらええわな。」とパンフレットを見つめながら語った。

（2）B 施設

8 月 4 日に対象高齢者 3 名（B-d 氏、B-e 氏、B-f 氏）に会議室に集合してもらい 30 分程度で、医務主任看護師 B-看 1 が資料を用いて説明した。介護職員 2 名も参加した。B-看 1 がゆっくりと、平易な言葉で説明した。介護職員 2 名も B-f 氏や B-d 氏に寄り添って説明を補足しながら、高齢者と会話をしていた。

対象高齢者 3 名は、おのおの自分の排尿日誌をながめていた。B-f 氏は「私、こんなにおトイレしているの？」と自分の排尿回数に驚き「少しがまんする訓練をする。」と述べていた。B-d 氏と B-e 氏も「ふん。ふん」と説明を聞き、運動を取り入れながら、排尿行動がスムーズにできるようにすることなどに納得していた。

（3）C 施設

8 月 23 日に対象 3 名（C-g 氏、C-h 氏、C-i 氏）にカンファレンス室に集ってもらい、40 分程度の講義を行った。看護職員 CN-1 が資料に基づき説明を行った。CN-1 は、排尿状態や水分摂取の状況などの項目については、対象高齢者に自分の状況を話すように促した。

対象高齢者は説明に納得しながら、自分の状況も語ったり、対象高齢者同士が話をしたりと、対話をしながらすすめられた。C-g 氏、C-h 氏は骨盤底筋訓練を試行し、不明なところを尋ねていた。C-g 氏「いろんなところで、これならやれそうだね。」といい、C-h 氏「そうね」とうなずいていた。C-i 氏は、「寝ながらどうやるの？」と自分もやってみたいと意欲を見せた。

5）ステップ 5：「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」における直接ケアの導入

個人の行動から集団行動を導いていくものであり、尿失禁ケアとして看護職員・介護職員

が主体となり、尿失禁ケアマニュアルに則って高齢者の個人個人に対応した尿失禁ケアを計画、実施して行くものである。カンファレンスを実施して対象高齢者の尿失禁ケア計画を評価し修正を重ねた。このプロセスで、情報を共有したり、ケアを統一したりすることで、高齢者へよりより尿失禁ケアの提供と継続のために協働できる組織づくりが行えた。

高齢者の背景、カンファレンスの内容については、「V. のカンファレンスの語りからみるチーム変容」で述べる。

(1) 各施設のカンファレンス実施期日

① A 施設

対象高齢者 3 名 (A-a 氏、A-b 氏、A-c 氏) のカンファレンスを 3 月 10 日、3 月 26 日、4 月 9 日、4 月 27 日、5 月 11 日、5 月 26 日の 6 回実施した。

② B 施設

対象高齢者 3 名 (B-d 氏、B-e 氏、B-f 氏) のカンファレンスを 7 月 21 日、7 月 27 日、8 月 22 日 9 月 14 日、10 月 5 日、10 月 23 日の 6 回実施した。

③ C 施設

対象高齢者 3 名 (C-g 氏、C-h 氏、C-i 氏) のカンファレンスを 7 月 21 日、7 月 27 日、8 月 22 日 9 月 14 日、10 月 5 日、10 月 23 日の 6 回実施した。

（２）尿失禁高齢者の個別ケアの概要

カンファレンスで検討され、実施された対象となった尿失禁高齢者のケアの概要について表 10 に示す

表 10 尿失禁高齢者の個別ケアの概要一覧

ID	カンファレンスで検討された尿失禁ケアの内容	実施程度
A-a	骨盤底筋訓練（20回/日）⇒介護職員が声掛けと実施の確認 ノートを作り訓練の実施を確認 水分摂取量の調整（食事以外に1000ml/日程度、夜間の水分量を減らすように指導）	12週間実施
A-b	排尿パターンから5時から3時間ごとに声掛けをする。本人の尿意も確認する。 排尿直後などに訴えるため、それ以外の訴えに対しては他の対処方法をとる。	12週間実施
A-c	朝5時から4時間ごとの誘導。尿意を確認する。夜間は1時に誘導する。 水分摂取量の調整（食事以外に1000ml/日程度、夕方以降の水分量を減らすように指導）	10週間実施（骨折による入院のため）
B-d	トイレでの行動がスムーズとなるように筋肉トレーニング（PT作成） 3時間ごとを目安に誘導、尿意に合わせる。 水分摂取量の調整（食事以外に800ml/日程度、夕方以降の水分量を減らすように指導）	外泊時（1か月に2回）実施 できず （外泊後）筋力が低下する
B-e	トイレでの行動がスムーズとなるように筋肉トレーニング（PT作成） 尿意に合わせる。書道など集中する前に排尿を意識する 体重の調整 水分摂取量の調整（食事以外に1000ml/日程度、夕方以降の水分量を減らすように指導）	外泊時（1か月に2回）実施 できず （外泊後）筋力が低下する 体重コントロールできず
B-f	夜間頻尿を減らすために、昼間の運動、デイサービスで昼間の睡眠を減らす。 排尿誘導にはウオーカー・筋力を落とさないように。 水分摂取量の調整（800ml/日程度）	12週間実施
C-g	骨盤底筋訓練50回/日（軽体操時実施・セルフで実施・Chさんと一緒に実施） 水分摂取量の調整（食事以外に1000ml/日程度・夕方以降の水分量を減らすように指導） 夕方下肢挙上	12週間実施
C-h	骨盤底筋訓練30回/日（Cgさんと一緒に実施・セルフで実施） 水分摂取量の調整（食事以外に1000ml/日程度・夕方以降の水分量を減らすように指導） 夕方下肢挙上 夜間排尿誘導2時	12週間実施
C-i	骨盤底筋訓練10回/日（軽体操時） 排尿パターンによるおむつ交換（10時・14時・17時・21時・5時時）+排尿直後の交換 鼠径部の失禁関連皮膚障害（清潔・セキュラ撥水クリーム）	12週間実施

III. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入によるチームの変容

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入によるチームの変容については2つの質の異なるデータの結果を示す。ケアプログラム導入前後に評価尺度や質問紙を用いて収集された量的なデータでの比較とケアプログラムのステップ5で収集された対象高齢者のカンファレンスで収集された質的なデータの推移である。

量的なデータで示すのは、学際的チームアプローチ実践評価尺度 (Interdisciplinary team approach(ITA)評価尺度) と尿失禁ケアに関わる困難さの2つである。ITA 尺度は所属組織におけるチームアプローチの実践状況をどのように自己認識しているかを把握するための尺度である。尿失禁ケアに関わる困難さについては、予備研究で明らかにした高齢者施設での尿失禁高齢者のケア管理の困難性の構造から研究者が作成したものである。

質的なデータは、各々の施設において15週間の間で6回実施された対象高齢者のケアカンファレンスである。そこで、介護職員や看護職員が語った内容を逐語録にし、チーム変容に関わる状況を抽出しカテゴリー化したものである。

1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による学際的チームアプローチ実践評価尺度の変化

1) 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による ITA 評価尺度の比較

ITA 評価尺度の各項目の介護職員・看護職員・チーム（介護職員・看護職員）のそれぞれの平均値と中央値を表10に示した。また、介入前後の値を示し、有意差の検定には Wilcoxon 符号付順位検定を使用し有意確率を示した。

(1) 介入前後の ITA 評価尺度の項目の記述統計（平均値・中央値）

介護職員の介入前の ITA 評価尺度の各項目の平均点は1.5点～2.2点であり、合計点の平均は60.9点であった。最も得点の低い項目は「葛藤を処理する手段を活用できている」であり、平均値1.5であった。その次に低い得点は、「チームには一体感があると感じている」で、平均値は1.6であり、次いで「目標の達成度を評価している」と「職域に関わらず、リーダーの選択をしている」が、平均値1.7であった。最も高かった項目は、「専門知識・技術の向上を目指している」であった。中央値はほとんどが2点であり、1点であった項目は平均値が最も低かった項目と同様「葛藤を処理する手段を活用できている」であった。

看護職員の各項目の平均値は、1.7点～2.2点であり、1.7点のものは、介護職員と同様の項目の「葛藤を処理する手段を活用できている」の他、「目標の達成度を評価している」「チームには一体感があると感じている」などの6項目であった。平均値が2.2点のものは、「少数意見であっても傾聴している」や「ケアの方針の決定のための自由な発言が求められる」「問題状況に応じて役割を調整している」の3項目であった。中央値は全て2点であった。

介護職員と看護職員のチームでは、ITA 評価尺度の各項目の平均値は、1.5点～2.2点であり最も低いのは両職種に共通していた「葛藤を処理する手段を活用できている」であり高

いものは「専門知識・技術の向上を目指している」であった。中央値もほとんどが2点であったが、「葛藤を処理する手段を活用できている」が1点であった。合計得点は、61.2点であった。

介入後のITAの得点において、介護職員の各項目の平均点は1.6点～2.1点であり、最低点は介入前と同項目であったが、0.1点高かった。中央値は全て2点であった。合計点の平均は62.9点であり、介入前より2.0点高かった。看護職員の各項目の平均点は1.5点～2.3点で項目間の平均値の差が広がった。最も低い得点は、「葛藤を処理する手段を活用できている」で0.2点低くなり、最も高い平均の高い項目は、「全人的なケアをしている」で2.3点であり、介入前の1.8点からは0.5点高くなった。中央値は全て2点である。合計点は64.8点である介入前との差は1.6点である。チームにおいても合計点は62.6で、1.4点高くなった。

表 11 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による ITA 評価尺度得点

	プログラム導入前									プログラム導入後									プログラム導入前後比較		
	介護職員 (n=70)			看護職員 (n=11)			チーム [†] (N=81)			介護職員 (n=70)			看護職員 (n=11)			チーム [†] (N=81)			介護職員	看護職員	チーム [†]
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	有意確率 (P)		
ケアの内容を評価している	1.9	0.6	2	1.8	0.4	2	1.9	0.6	2	1.9	0.6	2	2.2	0.6	2	1.8	0.6	2	.60	.10	.88
メンバー同士がケアの貢献を尊重しあっている	2.0	0.6	2	1.9	0.7	2	2.0	0.6	2	2.0	0.5	2	2.2	0.8	2	2.0	0.5	2	.53	.26	.28
全人的なケアをしている	1.9	0.5	2	1.8	0.4	2	1.9	0.5	2	2.0	0.6	2	2.3	0.6	2	2.0	0.6	2	.04 *	.06	.01 *
ケアの手順の見直しをしている	1.8	0.6	2	1.8	0.6	2	1.8	0.6	2	1.9	0.5	2	1.9	0.7	2	1.9	0.5	2	.22	.71	.21
根拠に基づいてケアを実践している	2.0	0.6	2	1.8	0.6	2	2.0	0.6	2	2.0	0.5	2	2.1	0.3	2	2.0	0.5	2	1.00	.18	.53
達成可能な目標をたてている	1.9	0.6	2	1.7	0.5	2	1.9	0.6	2	2.0	0.4	2	2.0	0.4	2	2.0	0.4	2	.16	.18	.06
正確な情報を伝えている	1.9	0.6	2	1.9	0.7	2	1.9	0.6	2	2.0	0.5	2	1.9	0.7	2	2.0	0.5	2	.41	1.00	.43
責任を持って役割を遂行している	2.1	0.5	2	2.1	0.7	2	2.1	0.5	2	2.1	0.5	2	2.1	0.5	2	2.1	0.5	2	1.00	1.00	.99
話し合いの場が定期的に設けられている	2.1	0.6	2	1.9	0.5	2	2.1	0.6	2	2.1	0.5	2	1.9	0.8	2	2.1	0.6	2	.56	1.00	.63
伝えるべき相手に情報を伝えている	2.0	0.6	2	1.9	0.3	2	2.0	0.6	2	2.0	0.5	2	2.1	0.5	2	2.0	0.5	2	.88	.41	.85
入所者とその家族をチームの中心に据えている	1.9	0.6	2	1.9	0.7	2	1.9	0.6	2	2.1	0.6	2	2.0	0.9	2	2.1	0.6	2	.19	.76	.19
ケアを定期的に記録している	2.1	0.5	2	2.0	0.4	2	2.1	0.5	2	2.0	0.5	2	2.1	0.5	2	2.0	0.5	2	.11	.56	.20
チームでのケアに熱意をもっている	1.9	0.6	2	1.8	0.6	2	1.9	0.6	2	1.9	0.6	2	2.1	0.7	2	1.9	0.6	2	.69	.18	.86
問題の建設的な解決に努めている	1.9	0.6	2	1.9	0.5	2	1.9	0.6	2	1.9	0.5	2	1.9	0.5	2	1.9	0.5	2	.43	1.00	.47
目標の達成度を評価している	1.7	0.6	2	1.7	0.6	2	1.7	0.6	2	1.9	0.5	2	1.8	0.6	2	1.9	0.6	2	.02 *	.56	.02 *
問題状況に応じてメンバーを柔軟に取り入れながら活動している	1.9	0.5	2	2.1	0.5	2	1.9	0.5	2	2.0	0.5	2	2.1	0.5	2	2.0	0.5	2	.20	1.00	.23
少数意見であっても傾聴している	2.0	0.5	2	2.2	0.8	2	2.1	0.6	2	2.1	0.5	2	2.2	0.6	2	2.0	0.5	2	1.00	1.00	1.00
ケアの方針の決定のための自由な発言が認められている	2.1	0.6	2	2.2	0.6	2	2.1	0.6	2	2.1	0.6	2	2.1	0.5	2	2.1	0.6	2	.52	.56	.64
葛藤を処理する手段を活用できている	1.5	0.6	1	1.7	0.6	2	1.5	0.6	1	1.6	0.5	2	1.5	0.5	2	1.6	0.5	2	.06	.41	.15
チームには一体感があると感じている	1.6	0.7	2	1.7	0.6	2	1.7	0.7	2	1.9	0.7	2	1.9	0.7	2	1.9	0.7	2	.03 *	.32	.02 *
チームを改革するための意見の発言が認められている	2.1	0.6	2	1.9	0.7	2	2.1	0.6	2	2.1	0.5	2	2.0	0.6	2	2.1	0.5	2	.74	.65	.90
チームメンバー同士が協働している	1.9	0.5	2	2.1	0.5	2	2.0	0.5	2	2.0	0.6	2	2.2	0.8	2	2.0	0.7	2	.49	.56	.41
積極的な意見交換をしている	1.8	0.6	2	2.0	0.8	2	1.9	0.6	2	2.0	0.6	2	2.1	0.7	2	1.9	0.6	2	.23	.56	.19
問題状況に応じて役割を調整している	1.9	0.6	2	2.2	0.8	2	1.9	0.7	2	1.8	0.4	2	1.8	0.4	2	1.8	0.4	2	.60	.05 *	.25
職域に関わらずリーダーの選択をしている	1.7	0.6	2	1.8	0.6	2	1.7	0.6	2	1.9	0.5	2	2.0	0.4	2	1.8	0.5	2	.20	.32	.12
専門的知識をもっている	1.8	0.6	2	2.0	0.6	2	1.8	0.6	2	1.9	0.4	2	1.8	0.4	2	1.9	0.4	2	.10	.32	.26
チームの目標に価値を感じている	1.9	0.5	2	1.8	0.6	2	1.9	0.5	2	2.0	0.5	2	2.2	0.8	2	2.0	0.5	2	.37	.10	.12
チームの理念を認識している	1.8	0.6	2	1.7	0.6	2	1.8	0.6	2	2.0	0.6	2	2.1	0.7	2	1.9	0.6	2	.13	.10	.04 *
専門性に適した役割を遂行している	1.9	0.4	2	2.0	0.6	2	1.9	0.5	2	2.0	0.5	2	2.0	0.4	2	2.0	0.4	2	.18	1.00	.24
専門的知識・技術の向上を目指している	2.2	0.5	2	2.1	0.7	2	2.2	0.6	2	2.1	0.4	2	2.2	0.6	2	2.1	0.5	2	.39	.65	.57
チームの目標を共通理解している	1.9	0.6	2	1.7	0.6	2	1.8	0.6	2	2.0	0.5	2	2.0	0.6	2	2.0	0.5	2	.24	.18	.12
経験をチームでのケア改善にいかそうとしている	2.0	0.6	2	2.0	0.8	2	2.0	0.6	2	2.1	0.5	2	2.1	0.7	2	2.1	0.5	2	.37	.65	.32
ITA評価尺度合計	60.9	10.3	61	63.2	17.4	63	61.2	11.4	61	62.9	9.7	63	64.8	14.7	64	62.6	10.5	63	.10	.86	.14

[†] チーム：介護職員・看護職員からなるチーム

* Wilcoxon の符号付き順位検定

(2) 特別養護老人ホームにおける ITA 評価尺度を用いた因子分析

プログラム導入前に研究対象施設 3 施設の介護職員 70 名、看護職員 11 名の合計 81 名から得られた ITA 評価尺度の調査から因子分析を行った。(表 17)

因子分析には、SPSS for Windows(Ver.22)を使用した。因子数は固有値 1 以上の基準を設け、因子の解釈の可能性と既存の尺度の因子構造を参考にして 3 因子とした。因子抽出法は、重みなしの最小二乗法で行い、バリマックス回転を行った。

(3) 本研究における ITA 評価尺度の構成要因

本研究における第 1 因子に関連する項目は主に、既存の ITA 評価尺度では第 2 因子に関連する項目であった。同様に本調査における第 2 因子に関連する項目は主に、既存のものでは第 1 因子に関連する項目であった。本調査の第 3 因子は、既存の第 3 因子の半数の項目と一致していた。本調査の各因子に関連する項目の負荷量の高いものが、既存の項目の並びと異なっていた。

そこで、本研究における ITA 評価尺度の構成要因を確認するために因子分析を行い 3 因子の構造であることが分かった。

第 1 因子は 15 項目で構成され、「ケアの内容を評価している」「メンバーがケアの貢献を尊重しあっている」「全人的ケアをしている」「ケアの手順の見直しをしている」などで負荷量が高く、実践するケアの内容を確実にを行うための仕組みや責任をもちケアを実践する態度に関連していたため、**<ケアプロセスの確実性とコミットメント>**と命名した。第 2 因子は 10 項目で構成され、「問題状況に応じてメンバーを柔軟に取り入れながら活動している」「少数意見であっても傾聴している」などで負荷量が高く、状況に応じた協働の体制やチーム活動で生じる感情に関連していたため**<チームの柔軟さと一体感>**と命名した。第 3 因子は「専門的知識を持っている」「チームの目標に価値を感じている」などで負荷量が高く、メンバーの専門性の追求やチームの目標や理念のなどに関連していたため、**<専門的知識とビジョンの共有>**と命名した。

各因子の信頼性を確認した。Cronbach α 係数は、**<ケアプロセスの確実性とコミットメント>**が 0.88、**<チームの柔軟さと一体感>**が 0.88、**<専門的知識とビジョンの共有>**が 0.84 であった。

(4) 介入前後の ITA 評価尺度の各項目と因子の比較

介入前後の ITA 評価尺度の各項目を比較し、有意差 ($P < 0.05$) を認めた項目は、介護職員では、「全人的なケアをしている」「目標の達成度を評価している」「チームには一体感があると感じている」の 3 項目であった。看護職員では、「問題状況に応じて役割を調整している」の 1 項目であった。チーム全体では、「全人的なケアをしている」「目標の達成度を評価している」「チームには一体感があると感じている」「チームの理念を認識している」の 4 項目であった。

表 12 特別養護老人ホームにおける ITA 実践評価尺度の因子分析

	第1因子 ケアプロセスの確実性 とコミットメント	第2因子 チームの柔軟さと一体 感	第3因子 専門的知識と ビジョンの共有
ケアプロセスの確実性とコミットメント ($\alpha = .88$)			
ケアの内容を評価している	0.66	0.13	0.08
メンバー同士がケアの貢献を尊重しあっている	0.59	0.42	0.25
全人的なケアをしている	0.58	0.18	0.08
ケアの手順の見直しをしている	0.57	0.19	0.03
根拠に基づいてケアを実践している	0.55	0.16	0.30
達成可能な目標をたてている	0.55	0.18	0.27
正確な情報を伝えている	0.54	0.17	0.20
責任を持って役割を遂行している	0.51	0.23	0.37
話し合いの場が定期的に設けられている	0.50	0.38	0.07
伝えるべき相手に情報を伝えている	0.49	0.22	0.32
入所者とその家族をチームの中心に据えている	0.47	0.30	0.14
ケアを定期的に記録している	0.47	0.14	0.04
チームでのケアに熱意をもっている	0.41	0.24	0.34
問題の建設的な解決に努めている	0.40	0.20	0.35
目標の達成度を評価している	0.33	0.13	0.25
チームの柔軟さと一体感 ($\alpha = .88$)			
問題状況に応じてメンバーを柔軟に取り入れながら活動している	0.36	0.74	0.11
少数意見であっても傾聴している	0.07	0.74	0.28
ケアの方針の決定のための自由な発言が認められている	0.11	0.62	0.08
葛藤を処理する手段を活用できている	0.31	0.60	0.28
チームには一体感があると感じている	0.39	0.55	0.04
チームを改革するための意見の発言が認められている	0.19	0.52	0.35
チームメンバー同士が協働している	0.26	0.51	0.17
積極的な意見交換をしている	0.37	0.50	0.22
問題状況に応じて役割を調整している	0.28	0.46	0.31
職域に関わらずリーダーの選択をしている	0.31	0.34	0.18
専門的知識とビジョンの共有 ($\alpha = .84$)			
専門的知識をもっている	-0.05	0.01	0.68
チームの目標に価値を感じている	0.21	0.35	0.61
チームの理念を認識している	0.38	0.29	0.61
専門性に適した役割を遂行している	0.19	0.26	0.58
専門的知識・技術の向上を目指している	0.48	0.07	0.56
チームの目標を共通理解している	0.15	0.41	0.48
経験をチームでのケア改善にいかそうとしている	0.37	0.40	0.45
因子寄与	3.96	3.25	2.30
寄与率	12.4%	10.2%	7.2%

N=82

因子抽出法: 重みなし最小二乗法

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

ITA評価尺度の3因子の前後の比較では、＜ケアプロセスの確実性とコミットメント＞について、介護職員とチームには有意差を認めたが、看護職員には有意差を認めなかった。＜チームの柔軟さと一体感＞＜専門的知識とビジョンの共有＞の因子は、介護職員、看護職員、チームの介入前後の比較に有意差は認めなかった。（表18）

表13 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入によるITA実践評価尺度3因の変化

	プログラム導入前									プログラム導入後									プログラム導入前後比較		
	介護職員 (n=70)			看護職員 (n=11)			チーム [†] (N=81)			介護職員 (n=70)			看護職員 (n=11)			チーム [†] (N=81)			介護職員	看護職員	チーム [†]
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	有意確率 (P)		
ITA評価尺度合計	60.9	10.3	61	63.2	17.4	63	61.2	11.4	61	62.9	9.7	63	64.8	14.7	64	62.6	10.5	63	.10	.86	.14
ケアプロセスの確実性とコミットメント	33.0	5.2	33	32.1	6.1	33	32.9	5.3	33	29.7	4.6	30	30.5	6.9	30	29.5	5.0	29	.00*	.11	.00*
チームの柔軟さと一体感	18.5	4.0	19	19.9	5.5	20	18.7	4.2	19	19.3	3.6	20	19.9	4.7	20	19.2	3.7	20	.09	.95	.11
専門的知識とビジョンの共有	13.4	2.6	14	13.4	4.1	14	13.4	2.8	14	13.9	2.5	14	14.4	3.4	14	13.9	2.6	14	.12	.63	.10

[†]チーム：介護職員・看護職員からなるチーム

* Wilcoxon の符号付き順位検定

2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による尿失禁ケアに関わる困難さについての比較

1) 介護職員の尿失禁ケアに関わる困難さ

介護職員の尿失禁ケアに関わる困難さの質問項目は5項目であり、それぞれの質問に關する「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による平均値・中央値およびWilcoxon符号付順位検定を使用した有意差の検定の結果を表19に示した。

「1. 高齢者の方へよい尿失禁ケアを実践しているという確信をもてないことがある」「2. 尿失禁や尿失禁ケアについて知識不足だと感じることもある」「4. 尿失禁がある人には、皮膚障害や尿路感染が生じるのではないかと心配することがある」「5.尿失禁ケアが非常に重要であるという価値観が低い職場だと思ふことがある」の4つの項目はケアプログラム導入によって有意差 ($p<0.05$) を認めた。有意差を認めなかった ($p>0.05$) 項目は「3. 自分たちで尿失禁ケアを改善することは難しいのであきらめようと思ふことがある」であった。

中央値はケアプログラム導入前後で変化はみられない。有意差のあった項目1. 2. 4の平均値は、ケアプログラム導入後の方が高く、項目5はケアプログラム導入後に低下していた。有意差がなかった項目3の平均値は、プログラム介入後の方が上昇していた。

表 14「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による介護職員の尿失禁ケアに関わる困難さの比較

n=70							
		介入前			介入後		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値 有意確率 (P)
1	高齢者の方へよい尿失禁ケアを実践しているという確信をもてないことがある。	1.6	0.6	2.0	1.8	0.4	2.0 .04 *
2	尿失禁や尿失禁ケアについて知識不足だと感じることもある。	1.6	0.9	2.0	2.0	0.5	2.0 .01 *
3	自分たちで尿失禁ケアを改善することは難しいのであきらめようと思うことがある。	1.5	0.6	1.0	1.3	0.6	1.0 .09
4	尿失禁がある人には、皮膚障害や尿路感染が生じるのではないかと心配することがある。	1.6	1.0	2.0	2.2	0.5	2.0 .00 *
5	尿失禁ケアが非常に重要であるという価値観が低い職場だと思うことがある。	1.5	0.7	1.0	1.0	0.6	1.0 .00 *
合計		7.8	2.1	8.0	8.2	1.7	8.0 .13

Wilcoxon の符号付き順位検定

2) 看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さ

看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さの質問項目は 6 項目であり、それぞれの質問に関する、平均値・中央値および Wilcoxon 符号付順位検定を使用した有意差の検定の結果を表 20 に示した。

平均値だけをみると「尿失禁ケアが非常に重要であるという価値観が低い職場だと思うことがある」という項目以外は、いずれも介入後のほうが高くなっている。しかし、Wilcoxon 符号付順位検定での介入後の前後比較では、全ての項目において有意差は認めなかった。

表 15「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さの比較

n=11							
		介入前			介入後		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値 有意確率 (P)
1	高齢者の方へよい尿失禁ケアが提供できているという確信をもてないことがある。	1.7	0.9	2.0	2.1	0.3	2.0 .21
2	尿失禁や尿失禁ケアについて知識不足だと感じることもある。	1.7	0.9	2.0	2.2	0.4	2.0 .21
3	尿失禁ケアについてリーダーシップをとれていないと感じることがある。	1.7	0.9	2.0	2.1	0.3	2.0 .16
4	自分たちで尿失禁ケアを改善することは難しいのであきらめようと思うことがある。	1.3	0.6	1.0	1.8	0.4	2.0 .06
5	尿失禁がある人には、皮膚障害や尿路感染が生じるのではないかと心配することがある。	1.8	1.2	2.0	2.5	0.5	2.0 .11
6	尿失禁ケアが非常に重要であるという価値観が低い職場だと思うことがある。	1.5	0.7	2.0	1.4	0.7	1.0 .32
合計		9.8	3.6	11.0	12.0	1.2	12.0 .07

Wilcoxon の符号付き順位検定

IV.カンファレンスの語りからみるチームの変容

対象高齢者のケアカンファレンスは、「チーム変革型高齢者尿失禁プログラム」のステップ5も直接ケアの導入で実施された。各々の施設においてステップ5の12週間で6回実施された。対象高齢者ごとのカンファレンスは1回あたり20分から60分で実施した。カンファレンスで介護職員や看護職員が語った内容は録音され、その後に逐語録にまとめた。その内容からチーム変容に関わる状況を抽出し、カテゴリー化した。54のサブカテゴリーが抽出されカンファレンス6回のサブカテゴリーの変化を施設ごとに確認するために一覧表にまとめた。(表21)

1. A 施設でのカンファレンスの内容分析

1) A 施設に入居している対象高齢者の基礎情報

(1) A-a 氏 (87 歳、女性)

独自の考えや感情にこだわりがあり、率直な物言いで、曲がったことが嫌いな人柄である。軽度の認知症が疑われるが受け答えはしっかりしている。変形性膝関節症のため人工関節置換術となり車いすで生活をしている。車いすへの移動は自身で可能であり、施設内を自走し自由に移動している。施設で行われるレクリエーションなどにも積極的に参加し、時々、洗濯物をたたむなどの介護職員の手伝いも行ったりしている。尿失禁はいつからか覚えていないが週に2・3度、咳やくしゃみでもれることがあるという。もれは少量であるのでパッドを使用しており、できれば改善したいと思っている。

(2) A-b 氏 (96 歳、女性)

右上腕の骨折のため手術を受けた後に入居してきた。下肢の筋力が低下し車いすで生活している。もともとは国語の教師であり、特技は書道で神社に奉納したことも有るという。MMSE では 26 点で認知症の疑いはなく会話は問題なく行えるのだが、不安神経症のために「おにーちゃん」と常に叫んでいる。尿漏れの本人の自覚は、1週間に2〜3回でトイレにたどり着く前や咳やくしゃみで漏れることがあり、漏れる量としては少量であるという。今回は、入居後頻繁に尿意の訴えがあり、誘導するがトイレでは出ないことが多く、ほぼ失禁状態である。誘導のタイミングや失禁の状態の改善などを検討したいということでケアを考えることになった。

(3) A-c 氏 (97 歳、女性)

目が合うとにつこりと微笑んでくれるが、言葉数は少なく物静かに日常を過ごしている。軽度の認知症の疑いはあるが、通常の会話は問題ない。昼間はテレビを見たり、既往に左大転子部の骨折や腰部の圧迫骨折があるため、ウォーカーを使って施設内を散歩したりしている。失禁は、1週間に2〜3回で、身体を動かした時やトイレに行くまでに漏れるとの訴えであった。

表 16 3 施設における尿失禁ケアカンファレンスで語られたチームの変容に関するサブカテゴリー一覧

A施設		B施設	C施設
3月10日（170分）		7月21日（60分）	8月10日、8月5日（110分）
A-a氏、A-c氏 A-介1、A-介2、A-看1、A-看2 A-介3、A-介4		B-e氏、B-f氏 B-介1、B-看1、ケアマネ、PT	C-g氏、C-h氏、C-i氏 C-介1、C-介2、C-看1、C-看2、C-介1、C-介2、C-看1
<介護職員> ・個別の尿失禁ケアが明確にならないことへの困惑 ・尿失禁についての個別ケアの思案 ・チーム連携の必要性への気づき ・尿失禁高齢者がセルフケアを継続できる工夫		<介護職員> ・個別の排尿状態の多面的な査定 ・尿失禁についての個別ケアの思案 ・多職種での個別の尿失禁ケア計画の検討	<介護職員> ・個別の排尿状態の多面的な査定 ・尿失禁についての個別ケアの思案 ・尿失禁ケアの個別目標の確認 ・尿失禁状態を把握することや個別的なケアの必要性の認識の低さ ・個別の尿失禁ケアが明確にならないことへの困惑 ・スタッフへの気兼ねから生じる尿失禁高齢者のケアの目標のぶれ ・尿失禁ケアに関する知識・技術の不足から生じる消極的なケアへの関与 ・尿失禁ケアに関する高齢者とのコミュニケーションについての悩み ・個別的な尿失禁ケアに取り組むことへの表明
<看護師> ・尿失禁ケアに対する知識不足への反省 ・個別的な尿失禁ケアについての具体的なアドバイス		<看護師> ・尿失禁ケア継続のためのチーム内連携の提案	<看護師> ・個別的な尿失禁ケア実施への後押し ・個別的な尿失禁ケアについての具体的なアドバイス

	A施設	B施設	C施設
第2回目	3月26日 (50分) A-a氏、A-b氏 A-介3、A-看1 <介護職員> ・個別の尿失禁ケアが効果的であることについての認識 ・尿失禁高齢者へのケアによる効果の査定 ・尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する ・チーム連携の不備がケアの効果へ悪影響を及ぼす心配 <看護師> ・個別の尿失禁ケアで看護師ができることの提示	7月27日 (60分) B-d氏、B-e氏、B-f氏 B-介1、B-看1、ケアマネ、PT <介護職員> ・尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する ・個別の排尿状態の多面的な査定 ・尿失禁についての個別ケアの思案 ・多職種での個別の尿失禁ケア計画の検討 <看護師> ・尿失禁ケア継続のためのチーム内連携の提案 ・個別の尿失禁ケア実践に向けたチーム連携方法の吟味	8月23日 (30分) C-g氏、C-h氏、C-i氏 C-介1、C-介3、C-看1 <介護職員> ・個別の尿失禁ケア実践に向けたチーム連携方法の実施 ・個別の尿失禁ケアによる効果の査定 ・尿失禁高齢者の変化への気づき ・ユニット内での介護職員同士の協力体制の醸成 ・尿失禁ケアを受ける高齢者の心理の査定 ・尿失禁ケアを通しての高齢者との信頼の強化 <看護師> ・尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する ・尿失禁高齢者の変化への気づき ・尿失禁高齢者がセルフケアを継続できる工夫 ・個別的な尿失禁ケア実施への後押し ・ユニットでの尿失禁ケアの新たな取り組みへの提案
第3回目	4月9日 (50分) A-a氏、A-b氏 A-介4、A-看2、A-介1 <介護職員> ・尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する ・尿失禁ケアに関する高齢者とのコミュニケーションについての悩み ・個別の尿失禁ケアが明確にならないことへの困惑 ・尿失禁についての個別ケアの思案 <看護師> ・個別的な尿失禁ケア実施への後押し	8月22日 (50分) B-d氏、B-e氏、B-f氏 B-介1、B-看1、B-介2、 <介護職員> ・個別の尿失禁ケアで効果が出ないことへの焦り ・ユニット内での介護職員同士の協力体制の醸成 ・尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する ・個別の尿失禁ケアによる効果の査定 ・個別の尿失禁ケアの効果についてのチームでの共有 <看護師> ・尿失禁高齢者のQOLに目を向ける ・尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する ・個別の尿失禁ケアによる効果の確信	9月13日 (30分) C-g氏、C-h氏、C-i氏 C-介1、C-介2、C-看1 <介護職員> ・個別の尿失禁ケアによる効果の査定 ・個別の尿失禁ケアによる効果の確信 ・尿失禁高齢者のQOLに目を向ける ・尿失禁ケアによる業務効率の査定 <看護師> ・尿失禁ケアを通しての高齢者との信頼の強化

	A施設	B施設	C施設
	5月26日 (75分)	10月27日 (80分)	11月4日 (70分)
第6回目	A-a氏、A-b氏、A-c氏 A-介4、A-介3、A-看2 <介護職員> ・尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する ・予防的な尿失禁ケアの大切さへの認識 ・尿失禁ケアの継続と応用への意欲 ・個別の尿失禁ケアへ学んだ知識の応用 ・個別の尿失禁ケア実践のためのチーム協働の重要性への気づき ・個別の尿失禁ケアによる効果の査定 ・尿失禁についての個別ケアの思案 ・尿失禁ケアを受ける高齢者の心理の査定 ・個別の尿失禁ケアでさらに高い目標達成を目指す働きかけ <看護師> ・介護職員の尿失禁ケアに関する意識的な変化への気づき ・尿失禁ケアの継続と応用への意欲 ・個別の尿失禁ケアへ学んだ知識の応用	B-d氏、B-e氏、B-f氏 B-介2、B-介1、B-看1、ケアマネ、PT <介護職員> ・個別の尿失禁ケアによる効果の査定 ・高齢者とともに尿失禁ケアの目標の決定する重要性 ・個別の尿失禁ケアによる日常生活リズムへの効果 ・尿失禁ケアにおいてチームでの目標をもつこと協働意識をもつことの重要性 ・尿失禁ケアでの協働による他職種との相互理解の深まり <看護師> ・個別の尿失禁ケア計画の見直しの提案	C-g氏、C-h氏、C-i氏 C-介1、C-看3、C-看4 <介護職員> ・個別の尿失禁ケアによる効果の査定 ・個別の尿失禁ケアによる効果の確信 ・尿失禁高齢者のQOLの充実への実感 ・個別の尿失禁ケアの効果についてのチームでの共有 ・個別の尿失禁ケアを経験したことによる学び ・尿失禁ケアの継続と応用への意欲 <看護師> ・高齢者とともに尿失禁ケアの目標の決定する重要性

2) A施設のカンファレンスの内容から抽出されたサブカテゴリー

(1) 第1回目カンファレンス(3月10日)

<チーム連携の必要性への気づき>

A-a氏は、夜間頻尿と夜間多尿が問題であった。夜間にペットボトル3本を目安に水分を摂取していた。1日目の夜間尿量は、1000mlであり、夜間の排尿回数は4回である。A-介1は、「単に昼間の活動が活性化されていないだけではなく、抗利尿ホルモンなどの影響も考えられるのであれば、医務(看護職員)との連携をとらなくてはいいですね。」と述べた。

<尿失禁ケアに対する知識不足への反省>

A氏が過剰な水分摂取をしていたことについては、A-看1が「それは、私たちが悪いのかもしれないですね。『飲みなさい。飲みなさい』と指導していたからね。」と述べた。

<尿失禁高齢者がセルフケアの継続をできる工夫>

骨盤底筋訓練について、A氏が興味を示していたことを伝えると、「それやったら、Aさん用に今日は何回やったか書けるような簡単な表を作ってあげて、そしたら、本人さんのつける楽しみになって、それがまた活力になるかもしれないですね。」と、A氏が継続して実施できるように考えられた。

<個別の尿失禁ケア方法が明確にならないことへの困惑>

A-介2は「もっと細かくみてあげればいいと思ったんですけど、どうしたいっていいかもまだ分からないし」と語っていた。

(2) 第2回目カンファレンス(3月26日)

<個別の尿失禁ケアが効果的であることについての認識>

A氏の経過について報告があり、排尿量と夜間の排尿回数が減っていることについて報告があった。A-介3は、「水分はペットボトル3本を1本に減らして、排尿量が少なくなってきたいて、回数的にも夜間帯は2回位です。以前は4回~5回行っていました。」「本人も夜間によく眠れるようになったと言っていましたね。」と述べた。

<個別の尿失禁ケアによる効果の査定>

「3日位前に、夜、トイレに行こしたときに腹圧かかって、失敗したことはありましたが・・・『くしゃみしたときにおしっこが出しまった』って言っていました。」と、情報を把握していた。

<尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する>

骨盤底筋訓練について、A-介3は、「今はつきっきりで運動するという事は現状難しいのですが、本人に聞いてみたら、もらった資料みながらやってくれていますけど。」「今日は運動した?とか声掛けはしていて、やったよっておっしゃいますね。」と語られた。

<チーム連携の不備が尿失禁ケアの効果へ悪影響を及ぼす心配>

「正直、自分たちの体制が整っていないので、Aさんの運動とかが確認しかできていないところの歯がゆさみたいなところがありますね。こういうのは、チームでもっとやっていか

なければと思うので、そこをいち早く整えなくてはいけないかなと思います。」

<個別の尿失禁ケアで看護職員ができることの提示>

A-看1は、「時間を決めて一緒に（骨盤底筋訓練）をやってみたらいいのかなって思います・・・女性だし看護師というところで、Aさんも受け入れてもらえると思うのです。一緒にやってみようかと声がけすることができると思うのですよ。」とチームでの協力体制が示された。

（3）第3回目カンファレンス（4月9日）

<尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する>

A-介4は「いつやったかの確認のチェック表になります。スタッフも一緒にできたらいいんですけど、やっぱりその時によってどうしてもできないこともあるので、本人に確認して記入した表です。」と提示した。

<尿失禁ケアに関する高齢者とのコミュニケーションについての思案>

『これいつまでするんや』って、邪魔臭そうにされることもあるので、聞いてあげるくらいなのかなって。」と述べた。

<個別の尿失禁ケア方法を明らかにできないことへの困惑>

A-介1は「尿意はあるんですけど、たまにあいまいというか・・・今はトイレ介助しています。」といい、対策が具体的にはあげられていないと説明する。「尿意あるんです。あるときとないときがあって。」「『行きたい』と言われて連れて行って、出て、連れて帰って、1分後に『したい』と言われて、また連れて行っても出てない。」とが示された。

（4）第4回目カンファレンス（4月27日）

<個別の尿失禁ケアによる効果の査定>

「あれからは、くしゃみとかで漏れるという事はありませんね。」「変わっていませんね。23時と5時ころ。（夜間排尿回数は）1回ですよ。ほぼ。」とA-介4が報告し、水分摂取量も制限できていることが伝えられた。

<個別的な尿失禁ケア実施への後押し>

看2は個別的なケアの効果が見られていると判断し、「引き続きこれでいきましょう。水分摂取量の制限と運動の維持で続けましょうね。」と、ケアが継続ができるように述べた。

<個別の尿失禁ケアへ学んだ知識の応用>

A-介4は「本人の尿意はあります。本当の尿意なのか精神的に寂しいので言っているのか見分けがつかないということがあります。」という。「（トイレに）つれていったら実際100しか出ていなくて・・・、その後、すぐにおしっこ行きたいって・・・それでゆりりんで残尿測ったら20で溜まっていないんです。」と、残尿測定器を使用してトイレ誘導をしなくてもよいという確証を得ていた。

（5）第5回目カンファレンス（5月11日）

<施設内異動による尿失禁ケアに関するチーム連携の不備>

A-介5は異動で間もないため、「声掛けも大切だと思うのですが、余りしつこすぎたらスト

レスを感じる人だと思うので、その辺の境界線とかは大事なと・・・」と話す。今までの経過が十分把握されておらず、A氏のケア方法のチーム内で統一されていなかった。

<尿失禁ケア実践に関する問題の再提起>

A-看2は、「Aさんもまだまだ元気になりたいと思っていると思うし、女性としてもやし。ほどほどに距離を置きながらも、やっぱり、私らが意識しないと改善できないと思う。自立しているからってほったらかしではダメだと思う。」と少しがっかりした雰囲気ですべて。

<個別の尿失禁ケアによる効果の査定>

『朝9時まで我慢して待っていてね。』って言って誘導するようにして、日勤帯では尿失禁は無いですね。がまんはできています。」「(9時に行けば)ちゃんと出ます。」と話した。

<尿失禁ケアによる業務効率の査定>

さらにA-介3は、「(業務的に)こちらでも楽になりました。」と本人の排尿のタイミングや習慣と、人手がある中での誘導とが合致したため、相互にゆとりが持てたと説明していた。

(6) 第6回目カンファレンス(5月26日)

<尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する>

A-介4は、「Aさんは、『水分の取りすぎが要因として大きかったのかな』って言ってました。パッドへの失禁がずいぶん減ったとも言っていて、骨盤底筋訓練も続けているといわれています。」「『訓練は続けたほうがいいのか』って」と、A-介4は『効果があるんじゃないかな』という話をしています。」と、働きかけについて述べた。

<介護職員の尿失禁ケアに関する意識的な変化への気づき>

A-看2は、「『(高齢者には)自分で頑張ろうという気持ちがあったんだって、自分でできる人たちは、おきざりになって・・・、私らが、支援しなくても大丈夫というところがあったけど、今回はそういう人にも働きかけてももっともっと充実した生活をしてもらえるという事が分かった』と介護スタッフの人たちが言ってくれて、学習できてよかったと思う。」と述べた。A-看2は、介護職員の意識的な変化が高齢者のQOLに影響するという認識があり、その点を学習し成長したことに気づいていた。

<予防的な尿失禁ケアの大切さへの認識>

また、A-介2は、「予防ケアというのがすごく大事だなんて・・・、失禁する前から、そういう体操と訓練を日常のレクリエーションとかにカリキュラムに含めれば、失禁とかしないで、排泄のところに苦労しないで自立した生活が続けられるのかなと思います。」と述べた。

<尿失禁ケアの継続と応用への意欲>

「Aさんように話できる人に体験談として、『実際に減ったよ』っていう成功体験の話をして他の高齢者にしてもらったら、説得力あるし、影響は大きいと思いますよね。」

<個別の尿失禁ケアでさらに高い目標達成を目指す働きかけ>

昼間は失禁が無く「まずは、パッドを挟んでいるんで、パッド抜きにしてみますか？それか一気に布パンにしてみますか？」と、本人の快適さを向上させようという意識が見られて

た。『もれていないのがすごいですよね。がまんできるんですよ』って」A-c氏の意識を刺激し、A-c氏が達成可能なより高い目標値を設定して、高齢者の能力を高めるケアを考える姿勢が伺えた。

＜尿失禁ケア継続のためのチーム内連携の提案＞

A-介3は「連絡帳で皆に伝えていきます。」とチームで統一したケアの実施を目指そうと、連携方法を示したした。

2. B施設でのカンファレンスの内容分析

1) B施設に入居している対象高齢者の基礎情報

(1) B-d氏(91歳女性)

あまり細かいことは気にしないような性格で、会話をすると声量もあり、精神的にはかくしゃくとしている女性である。年齢の割には身長が高いが円背があり、細身なので小さくみえる。身体機能的にはゆっくりとした動きではあるが、支えがあれば立位をとったり、車いすに移動したりということは可能である。昼間はリビングでゆったりとしたソファに腰かけて過ごす。月に1・2度の頻度で数日間は、独居で生活していた自宅に戻る。その時には娘が面倒をみにくるものの、ほぼ寝たきりの生活になるため、再び施設に戻った時には筋力の低下が著しく、リハビリで筋力の回復をするという繰り返しである。排泄には、介助にてポータブルを使用し、おむつ、パッドを使用している。

(2) B-e氏(93歳、女性)

93歳であるが、MMSEは30点で認知機能には全く問題がなく、自分の考えをしっかりと述べられるの女性である。書道や短歌を作ることが趣味で、ほぼ毎日、自室で書道のお稽古を行っている。短歌に自分の思いを込めて、書としてしたためている。多発性関節炎があり車いすを使い、移動では時々介助を必要とするが、自走していることが多い。最近になって失禁を自覚し、「ずっと座っていると染み出して、洋服や座布団をぬらしてしまうことがある」といい、早めに取り替えてもらいたいと思っている。また「ゲームから抜けて早く取り替えたいと思う事がある。」と、臭いに敏感な周りの人には気づかれるのではないかと心配している。

(3) B-f氏(91歳、女性)

91歳の女性、一人暮らしが困難となり、入居して間もない。表情はほとんどなく、口数も少ない。歩行時も手を引いて歩くと前傾姿勢で、足がおぼつかないときもあり身体を側面から支えないと危険な時もある。胃がんの既往があるが、食事は普通食が食べられている。夜間頻尿があり10分～30分毎にポータブルトイレで排尿をしている。MMSE23点で軽度の認知症はあるが、会話はほぼ理解できる。排泄ケアについて介護職員がどのように排泄ケアを行えばよいか悩んでおり、ケアの方法を考えていくこととなった。

2) B 施設のカンファレンスの内容から抽出されたカテゴリー

(1) 第 1 回目カンファレンス (7 月 21 日)

<個別の排尿状態の多面的な査定>

3 日間の排尿日誌から排尿状態を確認した。一晩の平均の夜間排尿回数は 20 回で、夜間の平均尿量も約 1300 ml であり夜間多尿指数は 0.66 であった。「(パジャマやズボンが) 下げづらい時、自分の姿勢がなかなか保持できなかった時に少し漏れる。」と観察していた。畜尿量としては最大 250~300 ml 貯められていており、昼間の排尿回数は平均して 4 回ほどである。昼間は切迫しているような症状はなく、漏れもない。失禁は機能性の尿失禁と判断され、ケア方法を検討していくことになった。夜間は 2 時間眠れるとその間には 300 cc ほど畜尿は可能である。

<尿失禁に対する個別ケアの思案>

昼夜逆転し覚醒してしまうと、排尿のことが気になり夜間頻尿が生じている可能性もあるため、B・介 1 は「夜、寝むれないというのがあるので日中は起こして、できるだけ活動してもらって。あと、水分は本人が飲みたいという時には飲んでもらっているの・・・。」と日常生活のリズムを整えることや、誘導時間の検討、水分摂取量や時間など様々な対策を検討した。

<多職種での個別の尿失禁ケア計画の検討>

PT からは、以前デイサービスに通っていたので、デイサービスを活用して、様々な活動やレクリエーション、体操などに参加してもらってはどうかと提案された。「デイサービスに連れて行って、活動して頂いたりすると、全然眠らなかったのでね。活動も積極的にされていたし活動は積極的にされて指示理解も非常に良いので・・・。」また、「午後の活動はデイで。でも長くても 30 分位だし。」と。

<尿失禁ケア継続のためのチーム内連携の提案>

PT から「午前中は、ユニットの人が少ない時間なので、自分なりケアマネジャーに協力頂いて、散歩するとかして。」と、日中生活での活動を充実させるための協力体制についての案が示された。

(2) 第 2 回目カンファレンス (7 月 27 日)

<個別の尿失禁ケア実践に向けたチーム連携方法の吟味>

B・看 1 は、「24 時間シートにそってやってみようということで、一日の流れを作りました・・・誰が見てもわかるように具体的にということで作成して、チームで携わっていくために水分の分配も記入して・・・。」

<尿失禁ケア継続のためのチーム内連携の提案>

「計画通りできるかどうかは、私たちの連携ですよね。やってなければ誰か代わってやるよとか、そういう声掛けで継続をどのようにしていくかというところですね。」と介護職員を支援しチームで取り組む姿勢について発言がなされた。

<尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する>

B・看1からPTが作成したD氏用のリハビリのメニューに積極的に取り組んでいる様子が説明された。B・介1は「最初はタオルをはさんでいて、何回も落ちてたんですけど、今では、もうしっかり挟めて、普通にこのメニューをこなせるから、それがうれしいって本人が・・・やる気もあって。」と下肢の筋力をつけることをケアに組み入れていることとそれに対する本人の意欲について語った。

<尿失禁高齢者がセルフケアを継続できる工夫>

D氏が自宅で継続でき本人の意欲を後押しするための工夫として、リハビリの記録を付けるノートを作成していた。B・介1は「家で、一泊してきたんですが、家でもしっかりとやってきたって・・・。」と述べた。

<尿失禁ケアに家族の力を借りて継続する>

B・看1も「娘さんがそれを聞いて、協力的にね。」「それに娘さんが対応してくれるっていうのが・・・。すごくうれしかったよね。」と家族を巻き込みながら実施をしていた。

<個別の尿失禁ケアによる効果の査定>

尿失禁に関しては、B・介1は「やっぱり、まだ、時々・・・。」と言いい、「(漏れていないことが)前に比べて、増えてきているような気がします。漏れていても、ほんとにたまに漏れる感じで、毎回、毎回漏れているわけでは無いですね。」と改善傾向にあることを認識していた。

(3) 第3回目カンファレンス(8月22日)

<個別の尿失禁ケアで効果が出ないことへの焦り>

B・介1は、「時々、リハパンまで失禁することがたまにあります。」「たまに集中しすぎて・・・ずっとテレビとかに集中した時とか・・・。」と失禁の状況を説明した。また、B・看1は「座る前に、トイレだと思ったらもう我慢できない。」と切迫した状況があることを語った。

<ユニット内での介護職員同士の協力体制の醸成>

B・介1は、「最初は、ちょっと大変かなというのがあったんですけど。でもやってみると・・・そんなに・・・。習慣になっちゃって、あまり誰も忘れることなく、お互いにこの時間やりましたか?って感じで・・・。」「それなら、自分はいりますみたいな・・・そんなに苦ではないですね。」と、チームのメンバーたちが協力的にケアを実施していることが語られた。

<尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する>

「B・eさん達もやる気があって、ぜんぜん拒否とかなかったですし・・・本人も頑張った分だけ身についてくるみたいな感じのことを言ってくれていたんで、今後も継続できたらいいなって。」と高齢者の反応をみながら、実践しているケアに対して満足している発言がなされていた。

<尿失禁高齢者のQOLに目を向ける>

B・看1はB・e氏と話をしていて、数年前からおしっこのことが気になって短歌の発表会に、行けなくなったと寂し気に言っていたことから、B・e氏の失禁を減らすための具体的な目標

に「短歌の発表会にでかけること。」を取り上げたらどうかということを、本人の QOL の向上の観点から提案した。

(4) 第4回カンファレンス (9月14日)

<個別の尿失禁ケアによる効果の査定>

B-介1は「トイレの回数とパッドに漏れの回数をみていて、むらが出てきていて・・・調子がいい日は、トイレ10回行ってもパッドに1回も出ない時もあります。」

<個別の尿失禁ケア方法を明らかにできないことへの困惑>

「コールがあるんですけど、何かしていて少しいくのがおそくなると『漏れたかもしれない』って言ったりしています。すぐ行けば、間に合うかもしれないけど、遅れてしまうと、漏れています。」と、改善が困難な様子について説明した。

<個別の尿失禁ケアによる効果の査定>

B-介2は、「皆このシート通り声掛けして進めてもらっています。日中は本人がトイレに行きたいといったときにだけ、行っていて、日中は前とそんなに変わらず、2回～3回です。失禁とかそういうのは無いです。夜間は、1時間に1回まで減ってきて・・・。」と改善傾向状態が継続していることを報告した。排尿行動についても、「夜も失禁とかは無いので、リハパン一枚ですし。上げ下げも自分でしてますし。夜は自分でポータブルを使って、昼間はウォーカーで行くのを手伝うくらいですね。」と行動もスムーズになってきたと述べた。

(5) 第5回カンファレンス (10月5日)

<個別の尿失禁ケアによる効果の査定>

B-介1は、「夜間のおしっこの出の量が多くて、水分減らしたりもしているんですが・・・。実際量を見てみると結構な量が出ています。夜のうちに1回はポータブルの尿を捨てなくちゃいけないくらいの量は出ているので。」と述べた。

また、B-介1は、「パッドへの漏れは0の日があって良かったなって思うんですけどね・・・。」とコントロールできている時とそうでない時がまばらであり、評価が難しいことも示した。

<尿失禁ケアを受ける高齢者の心理の査定>

B-介1は「本人はやる気があって、ほめたりとかは続けてやっているんですけど、本人に「出た？」って聞かれて、「ちょっと出たね」っていうのがっかりして、「ごめんね」っていうんですよね。でも、午前中はうまくいったので、良かったねっていつたりして、問題は夜間ですよ。夜間は失敗の数が増えちゃいますよね。」

<個別の尿失禁ケアが継続できない要因の分析>

外泊すると、家では寝たきりになることをケアマネジャーが説明し、それに対して、「2泊3日くらいで戻ってきたら、本当にこんなに変わるかというくらい、椅子からも立てなくなるし、この状態じゃとてもじゃないけど歩行は・・・っていうくらいまで落ちますね。」と再度リハビリで回復させる期間が必要になることが話された。

<個別の尿失禁ケア計画の見直しの提案>

B-看1は、「問題を整理して、本人の意向も聞いて計画を見直しましょう。」といい、これら

のことを総合して考え、日中のパッドへの漏れが少なくなる様に、本人の尿意と定時の誘導を組み合わせ、ズボンのあげおろしの介助を行うように計画を見直した。

(6) 第6回カンファレンス(10月27日)

<高齢者とともに尿失禁ケアの目標の決定する重要性>

B・介2は、がまんさせられたという感情が強くなることがあり、声掛けが難しいときがあることや、関係性が悪くならないように、(排尿の)チェック表を見せて、「もう少し平気ですとか?と聞くと『この年になって』という話もでることがあります。」と話す。ケアマネジャーは「Dさんの目標とか 難しいしQOLの質とか考えると、本当に難しいなと思います。」「継続することの成果も大きいなと思うので。」と目標を高齢者とともに決めていくことの重要性や今後の継続ケアについて語られていた。

<個別の尿失禁ケアによる効果の査定>

排尿日誌を記録した結果B・介1は、「日中も含めると、このときだと12回。日中は3回、夜間はもちろん多いと思うのですが、以前に比べてはものすごく減ったのかなと思います。」と述べた。

<個別の尿失禁ケアによる日常生活リズムへの効果>

また、「回数が減ったことで夜間まとまって眠れる時間が増えたのかなと思います。」「表情がかわりましたね。本人の生活リズムが整って、ウォーカーで歩く姿勢もよくなり、歩くことへの意欲も感じているので、すごく変わりましたね。夜も眠ることができてすごいです。」と排尿以外にも日常生活でのさまざまな変化について述べた。

<尿失禁ケアにおいてチームでの目標をもつこと協働意識をもつことの重要性>

B・介1「みんなが一つ決めると、そこに向かって一生懸命やってくれる職員が多いので、その都度、毎回カンファレンスした時に、話を出すと『じゃあこういう風にやった方がいいですかね』とか、『ちょっとこういうふうにやってみました』とか、こちらから何か言わなくてもやってくれて」とチームで目標を決めて、同じ方向に向けたことがケアを継続するうえで重要であったと認識していた。

<尿失禁ケアでの協働による他職種との相互理解の深まり>

B・介1は「看護職員と相談ができたので、アセスメントを行う時に様々な観点から考えられたことが良かった」と述べた。

3. C施設でのカンファレンスからの内容分析

1) C施設に入居している対象高齢者の基礎情報

(1) C-g氏(76歳、女性)

会話をしているとおおらかさと人を気遣う優しい人柄が伺える76歳の女性。手先を使う手芸などの作品をつくることを好んでいる。G氏は大腿骨頭部壊死の既往がありプレート固定の手術を受けて、退院後に入居した。そのため、昼間は車いすで過ごしていることが多く、車いすの移乗には部分的な介助を必要としていた。また、喘息の既往があり就寝時のみ酸素を使用している。入院する以前は、1週間に2~3回の咳やくしゃみをするときに尿

失禁があった。入院した際にナースコールで呼んでもすぐに対応してくれなかったために失禁をした経験があり、このことが「すぐにきてくれないと漏れるのではないか」と G 氏の不安の根源となっている。夜間帯は、漏れるのが心配で 3～4 回はトイレに行っている。トイレでは手すりにつかまり立位をとることはできるが、ズボンの上げ下ろしには介助を要する。排泄時の姿勢保持は可能であり、介護職員は見守りをしている。このような状態で G 氏は、トイレ介助を介護職員にしてもらうことは、申し訳ないと思っているが、おむつはつけたくないという気持ちがある。

(2) C-h 氏 (80 歳、女性)

H 氏の居室はいつも整然としており、身なりもきちんと整えている。急性大動脈解離および脳梗塞の既往があり。右麻痺があるために、少ししゃべりづらいところがあるのか、物静かにゆっくりと話をする。MMSE は 23 点で、軽度の認知症の疑いはあるものの問題なく会話できる。ADL は全介助ではあるが、食事は左手で介助はなくても自分で食べられ、自分で車いすを漕いで移動することもある。排泄に関してはトイレを使用の際には、介助で車いす移動し、衣類の着脱も部分的に介助を要する。排泄姿勢は保つことができ、介護職員が見守りを行う。1 年前の入居は退院直後であり膀胱留置カテーテルが入っていたが、施設で抜去をした。その後、失禁となり、おむつとパッドを使用している。3 日間の排尿日誌では、平均尿量は 1166.7 ml、夜間は 665 ml、夜間多尿指数は 0.76 である。排尿回数は 1 日平均 5.3 回、夜間 2.3 回で排尿時トイレに行くが、すでにパッドに漏れていることがほとんどである。自分は気持ち悪いと思っても、夜間は介護職員に手間をかけると悪いと思い、「夜間は交換しなくてもいいですよ。」と言っていた。尿漏れをあきらめたくはなく、「一度でもいいからおむつではなくパンツをはいてみたいと思う。」という。

(3) C-i 氏 (81 歳、女性)

脳梗塞の既往があり、左半身の麻痺がある女性である。MMSE では軽度の認知症であるがゆっくりと会話をすれば理解ができる。毎日、夫が犬を連れて面会にきており、車いすと一緒に散歩をしたり、お部屋でゆっくり過ごしたりという日常である。排泄や入浴に関しては全介助である。排泄はおむつとパッドを使用しておりほとんど失禁ではあるが、本人に尿意を問うと、「わかる」という。介護職員は、排尿後に呼んでくる時とそうでない時があるので、尿意についてははっきりしないと判断している。排便時はトイレを使い座位保持も支えれば可能である。しかし、排尿のため毎回トイレに座ることは、介助者が 2 名必要であり、介護職員にとっても本人にとっても負荷がかかり、本人も望んでいない。尿量は平均 1270 ml、夜間排尿量の平均は、1060 ml で NPI は 0.83 と夜間多尿の程度が高度であった。

2) C 施設のカンファレンスの内容から抽出されたカテゴリー

(1) 第 1 回目カンファレンス (8 月 10 日)

<尿失禁状態を把握することや個別的なケアの必要性の認識の低さ>

C-g 氏の失禁の経験やその心配について介護職員に聞いたが、C-介 2 は「聞いたことが無

いですね。」と C-g 氏の排尿状態については、問題意識も低く十分把握はしていなかった。「不安にならないような声掛けとか、『直ぐに呼んでください』と伝えるとかですね。」と現行のケアで十分介助できているため、個別的なケアが必要であるという認識は低い。

＜スタッフへの気兼ねから生じる尿失禁高齢者のケアの目標のぶれ＞

C-介 1 はリーダーとしてスタッフに C-h 氏の夜間の誘導などケアの計画に関して伝達しなければならない立場であった。夜間のスタッフ業務の負担と C-h 氏の夜間の誘導の有効性を天秤にかけて考えていた。その効果には懐疑的であり、スタッフへの気兼ねからか「(2 時の誘導は) 行ったらいったで、行かなかったらいけないで・・・それはそれでいいですかね。」「期間はどれくらいやればいいですか？」と消極的な態度も見られていた。

＜尿失禁に対する個別ケアの思案＞

「排尿行動を分解してこの方が最も困難としているところはどこでしょうか？」と問うと C-介 2 は、「座る姿勢をとるまでの足を回すところがサポートを必要としていますね。」と答えたため、同じ介助がチームでできるようにケアを統一することが可能かどうか話合った。

＜個別の排尿状態の多面的な査定＞

3 日間の排尿日誌に基づき夜間の排尿状態を確認したが、C-g 氏の 3 日間の排尿日誌では、失禁は無かった。C-介 1 は「夜間の方が少ないです。」答えた。実際に夜間多尿指数の計算と排尿回数について詳細にみてもらったところ、夜間排尿量の割合と排尿回数が多いことに気が付いた。

＜尿失禁に対する個別ケアの思案＞

これらの改善策としては、大腿骨頭壊死により運動が難しいため下肢の挙上と水分摂取量の調整を検討した。C-介 2 は「5 時にご飯に誘導するので、3 時から 5 時位に足をあげてもらってはどうか？」と具体的な案として発言した。

C-i 氏の皮膚の状態について、C-介 1 は「ただれることがあるので、今は陰洗をしていて、落ち着いています。」「ただれが酷いときには、軟膏を使っていました。」と C-看 1 が説明した。

＜個別的な尿失禁ケアについての具体的なアドバイス＞

C-看 1 はその配慮に応えるように「他のみんなと一緒にできますよね。」と他の対象者と一緒に指導して訓練することを提案した。

(2) 第 2 回目カンファレンス (8 月 23 日)

＜個別の尿失禁ケアによる効果の査定＞

休息時間から夕食までのクッションを使った下肢挙上と骨盤底筋訓練についてはパンフレットみながら G 氏が自らやってくれていると報告され、介護職員も負担にならない程度に声掛けをしているとのことであった。C-介 1 は、「まだ大きな効果の実感はないが、改善は徐々にされている気がする。」と述べた。

＜尿失禁高齢者がセルフケアを継続できる工夫＞

C-看 1 からは、骨盤底筋訓練に関しては、C-g 氏が C-h 氏と時間を決めて自主的にやっ

ていることや、お腹に力が入ってしまうという悩みが解決できるように対応したこと、セルフケアを実施できるように下肢挙上の理由の説明を強化したことについて述べられた。

＜尿失禁ケアを受ける高齢者の心理の査定＞

夜間はなかなか来てくれないという心配のときに、尿意が鎮まるまで我慢できるように骨盤底筋を鍛えていること伝えていると C-看 1 が言うと、C-介 3 は「行っているんですね・・・」と顔が曇った。「G さんは「不満」で言っているのではなく来るまでに間に合うかなっていう「不安」があるのではないかしら」と C-看 1 が言うと「そうですね。不安ですね。」と G 氏の心理に理解を示した。

＜個別の尿失禁ケア方法を明らかにできないことへの困惑＞

「(誘導が) さぐりさぐりになっているじゃないですか・・・。だから、まちまちになって 20 時に行ってみたり、夜中に行ってみたり、いろんな時間をためしてみているんです。」C-h 氏の失禁の改善をしようという意識はあるのだが、その方法については感覚的なものであり介護職員だけで手探りで行っているため、的を得た介助ができていないことに、いら立っているような発言がみられた。

＜尿失禁ケアを通しての高齢者との信頼の強化＞

C-介 3 は「これをやり始めたころ、凄く職員を気遣っていて、(ナースコール) を押してくれなかったんですよ。でも、最近は押してくれるようになって・・・」C-h 氏の変化に気づいたことについて発言していた。

＜個別的な尿失禁ケア実施への後押し＞

C-看 1 は、「(尿意を知らせることの大切さを説明したので) そこが理解されたのかもしれない。」とナースの立場でのケアへのかかわりについて示していた。さらに、C-看 1 は C-h 氏への骨盤底筋訓練については説明指導に加わり、C-h 氏が以前骨盤底筋訓練を実施していたことや、体調不良であっても臥位ならできると本人のやる気があることについて説明した。H 氏の意味とは対照的な介護職員の尿失禁ケアへの考えとの差を埋めるように支援していた。

(3) 第 3 回目カンファレンス

＜個別の尿失禁ケアによる効果の査定＞

C-介 1 は、「日中の失禁が無くなったんです」「パッドに失禁が無くなって、パッドの種類を小さく変えたんです。まずトイレで出るようになって、夜間も決めた時間に声かけしていくようになり、ナースコールを押してくれるようになりました。」と話をした。

＜個別の尿失禁ケアによる効果の確信＞

C-介 1 が「本人も体操やクッションを使って下肢の挙上を継続していて夜間帯の尿回数が 4 回だ 3 回に減っています。」と報告し、C-介 2 も「減っています。すごいですね。」とケアの効果を実感していた。

＜尿失禁高齢者の QOL に目を向ける＞

「本人も色々やりたいとおっしゃっているので、熟睡できるようになってきて、意欲も

できているのでいいのかなと思っています。」と答えた。

＜尿失禁ケアによる業務効率の査定＞

C-看 1 が業務上での気づきについて聞くと、もともと、それほど負担というわけでは無かったが、交代で休息をとる時間でもあり、転倒リスクや他の人への手がかけられることなどの業務へのメリットも見いだせていた。

(4) 第4回目カンファレンス (10月4日)

＜尿失禁ケアを受ける高齢者の心理の査定＞

C-介 3 は「夜間コールをならすことに気遣っていいいたので、1回でも減れば気分的にもいいんじゃないかって。」G氏の気兼ねに対する配慮の気持ちが伺えた。

＜尿失禁ケアから生まれた高齢者同士の交流の気づき＞

また、失禁や夜間頻尿に対する効果のみならず、「Hさんと一緒に骨盤底筋訓練をするのが楽しそう。」「やりがいを感じて、いきいきとしているし・・・」とC-介 3 は高齢者同士が交流することでの効果などにも気づいていた。

＜尿失禁高齢者の QOL の充実への実感＞

C-介 3 は、「夜間ぐっすり眠れているでしょうし、嬉しいという気持ちが見えてきた。」と述べた。また、C-介 1 と C-介 3 は、「以前に比べて散歩に出ていくことが増えた。」「部屋に閉じこもりっきりというのが無くなった。」というような高齢者のいきいきとした姿をとえらえていた。

＜個別の尿失禁ケアの効果についてのチームでの共有＞

これらは自分たちが行ったケアの効果として評価をしておらず、「私たちは、さほどやった感はないのですが・・・」「自然とできたのかな・・・」と述べていた。C-看 1 が「皆がしらんぷりではGさんも頑張れなかったので相互作用だと思う」と肯定的な意見を伝えると、「うんうん。」と納得していた。

＜個別の尿失禁ケアによる効果の確信＞

C-介 1 が日中の漏れが全くなかったことを伝え、「もう、パッドをしなくてもいいくらいかもしれません」「日中びちょびちょだったのが、ぜんぜん。」と言うと、他のユニットの介護職員も驚きの声を上げた。

＜個別の尿失禁ケアによる効果の査定＞

I氏について、C-介 1 は、「痛がったり、かゆがったりというのは無いんですね。そこは、効果的に皮膚状態が保てているのかなって思っています。」と評価をしている。定期交換と本人が交換を希望する時間のコンビネーションで、交換頻度は適切であることをI氏の目標から評価していた。

＜尿失禁高齢者の QOL に目を向ける＞

さらに、骨盤底筋訓練についてC-看 1 は、「・・・改善が望めるかどうかは別として、コミュニケーションが増えて、そこが大事かなと思うんですよね。」と考え、C-介 3 は「顔つきが変わったと思いませんか？めがくりっとしてきてね。なんか始めてから生き生きした気が

する。」「自分に課せられたやることみたいなのがあって、生き生きとしているんですね。」と波及効果について述べた。

(5) 第5回目カンファレンス (10月26日)

<個別の尿失禁ケアによる結果への満足感>

C-介1は満面の笑顔で「Gさんの夜間の排尿回数が0回になりました。」という発言で始まった。続けて、C-介1は「本当なんです。朝まで起きないんです。凄い効果が出ているんです。」と自分たちも驚いたという様子で話をした。他に出席していたC-看1、C-看2も『すごくよく眠れる』と本人が言っていました。」と。そして、夜間だけは外したくないと言っていたパッドも、「本人から『外したい』とお話があって・・・。」とパンツだけにしていることを報告した。

<個別の尿失禁ケアによる効果の査定>

C-介1は、「同じようにケアを続けていまして、皮膚状態も良くて本人も『ありがとう』とか、『すっきりした。』と言われるので、パッドには出ていますが、(おむつへの)漏れ自体は少なくなってきたので、回数的にもちょうどいいかなと思います。」と交換頻度もよいとの評価であり、ケアを継続することとした。

(6) 第6回目カンファレンス (11月4日)

<個別の尿失禁ケアによる効果の確信>

C-介1は、「ここ数日夜1回起きるようになりました。」とがっかりしたように話した。「本人はぐっすり眠れていると言っていましたよ。」「3回～4回おきていたことを考えると、ものすごく改善していますよね。」と伝えると、「我慢できる間隔がのびたので、寝る前に、今は行かなくても大丈夫と本人も言うようになったからかもしれない・・・。」と色々な側面から検討できるようになっていた。

<尿失禁高齢者のQOLの充実への実感>

最近のC-g氏の変化として「もれるんじゃないかっていう不安が無くなって、買い物も自信をもっていけるし、定義山の山登りも本人の希望もあって・・・すごく楽しんでこられたので。」とQOLが向上していることを実感していた

C-介1は「以前は、漏れがあると『だめね私』っていうことが多かったんですけど、パッドにおしっこが出なくなって、自信がついたのか『これから買い物とかいろいろなところに行きたいのよ』って言うようになって、生活の質があがったのかなと思いました」C-h氏のQOLが充実していることが述べられた。

<個別の尿失禁ケアを経験したことによる学び>

C-介1はさらに、「漏れるという不安があって、漏れるからトイレに行きたいという回数も増えたりすることもあるので。そういう意味でも生活のリズムが大切なんだなってC-gさんですごく感じましたね。

<尿失禁ケアの継続と応用への意欲>

新しい入居者の方も時間がかかるかもしれないんですけど、このケアの方法でやってあげ

たいなっています。」と、今回の経験を生かして夜間頻尿のある新たな入居者へケアの応用が考えられていた。

＜尿失禁ケアの継続と応用への意欲＞

そして、C-介 1 は「そういう尿漏れの改善ができるような人がいれば生活の質があげられると思った。」とこれを他の人に広げ、「これを機会に、ベースができたので、これで終わりではなく、今後も継続してかかわっていければ。」と、今後のケアについても考えられていた。

＜高齢者とともに尿失禁ケアの目標の決定する重要性＞

C-看 3 は、目標であった、おむつ外に漏れて、不快な時間を過ごすこともなく、皮膚の状態も安定しているので、C-看 4「これをやる前は、失禁を無くそうというのが目標かなって思っていたんですけど、目標が大事ですよということが、これ（プログラムを）終わってみてわかりました。そこに目標を置いたからこそ、この人は成果が出たと言えますし。」と、業務中心ではなく高齢者の望む目標値を設定しながらケアを構築することの大切さについて述べられていた。

V. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による学際的チームアプローチ実践評価尺度（ITA 評価尺度）の変化とカンファレンス内容分析の統合

量的なデータである ITA 評価尺度の「チーム変革が尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前後得点の変化と、質的なデータであるカンファレンスの内容分析によるサブカテゴリーの統合を行った。

これらの 2 つのデータを統合し、「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入により、介護職員・看護職員が所属する施設のチームアプローチの実践状況に対する自己認識の変化にどのような影響があったかを解釈するために、ITA 評価尺度で有意差を認めた項目と初期カンファレンスと後期カンファレンスの内容分析で抽出されたサブカテゴリーの変化について、データを統合し解釈するために、ジョイントディスプレイとして表 22 に示した。

ITA 評価尺度の「チーム変革が尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前後の得点の比較において、介護職員・看護職員・チームのいずれかで有意差を認めた項目は、32 項目中「全人的なケアをしている」「目標の達成度を評価している」「チームには一体感があると感じている」「問題状況に応じて役割を調整している」「チームの理念を認識している」の 5 項目と下位尺度の「ケアプロセスの確実性とコミットメント」であった。そのため、これらの 6 項目を縦軸に提示した。

チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムのステップ 5 で直接ケアの導入し、6 回実施されたカンファレンスの内容分析をそれぞれの回毎に行った。第 1 回目・2 回目を初期カンファレンス、第 3 回目・4 回目を中期カンファレンス、第 5 回目・6 回目を後期カンファレン

スとした。ここでは、変化の差をみるため初期カンファレンスと後期カンファレンスで抽出された、サブカテゴリーのうち、前述の 5 項目と関連すると考えられたものを示した。

1. 「全人的なケアをしている」の項目とカンファレンスの内容について

「全人的なケアをしている」の項目の「チーム変革が尿失禁高齢者プログラム」導入前後の得点比較では、介護職員および介護職員と看護職員からなるチームでの得点の平均値が上昇していた。介護職員は、1.9 から 2.0 に上昇し、チームでも 1.9 点から 2.0 点に上昇していた。

この項目に関連していたと考えられる、カンファレンスで語られた内容は、初期のカンファレンスでは、サブカテゴリーは初期カンファレンスでは、《個別の排尿状態の多面的な査定》《尿失禁についての個別ケアの思案》《個別の尿失禁ケアが明確にならないことへの困惑》《尿失禁状態を把握することや個別的なケアの必要性の認識の低さ》など、尿失禁のケアについて、様々な側面からとらえ、個別の計画に反映させる取り組みについての話し合いが中心で、チームで尿失禁高齢者を全人的にとらえることへの思案が語られた。

後期のカンファレンスでは、尿失禁高齢者を全人的に把握し、計画した尿失禁ケアを継続した結果、《尿失禁ケアを受ける高齢者の心理の査定》をしていた。また、《個別の尿失禁ケアによる日常生活リズムへの効果》や《個別の尿失禁ケアによる効果の確信》し、《尿失禁高齢者の QOL の充実への実感》について語られた。

2. 「目標の達成度を評価している」の項目とカンファレンスの内容について

「目標の達成度を評価している」の項目のプログラム導入前後の得点比較では、介護職員およびチームでの得点の平均値が上昇していた。介護職員は、1.7 点から 1.9 点に上昇し、チームでも 1.7 点から 1.9 点に上昇していたが、2 点の「そう思う」という評価までには到達していなかった。

しかし、カンファレンスの内容からは、初期ではカンファレンスでは、《個別の排尿状態の多面的な査定》を行い、《尿失禁ケアの個別目標の確認》をしていた。後期のカンファレンスでは、その《個別の尿失禁ケアによる効果の査定》しながら、どこまで到達できているかを確認し、《高齢者とともに尿失禁ケアの目標の決定する重要性》について語られた。

3. 「チームには一体感があると感じている」の項目とカンファレンスの内容について

「チームには一体感があると感じている」の項目のプログラム導入前後の得点比較では、介護職員およびチームでの得点の平均値が上昇していた。介護職員は、1.6 点から 1.9 点に上昇し、チームでも 1.7 点から 1.9 点に上昇していた。0.2 点～0.3 点の上昇であるが、2 点の「そう思う」という評価までには到達していなかった。

これに関連すると考えられたサブカテゴリーは、初期のカンファレンスでは、《スタッフへの気兼ねから生じる尿失禁高齢者のケアの目標のぶれ》《チーム連携の不備がケアの効

果へ悪影響を及ぼす心配」など、介護職員同士のコミュニケーションが不十分で連携が取れていないことが語られ、「個別の尿失禁ケア実践のためのチーム協働への気づき」があり、改善ための工夫など具体的な方法が語られた。このことによって、後期カンファレンスでは、「尿失禁ケアでの協働による他職種との相互理解の深まり」があり、「介護職員チーム内のコミュニケーションの充実」したため、「チームの協働による個別ケアの効果の認識」をしていた。

4. 「問題状況に応じて役割を調整している」の項目とカンファレンスの内容について

「問題状況に応じて役割を調整している」の項目のプログラム導入前後の得点比較では、看護職員のみ平均値が 2.2 点から 1.8 点に低下していた。2 点の「そう思う」という評価よりも下回った。しかし、チームでの看護職員の語りからは、初期のカンファレンスでは「尿失禁ケア継続のためのチーム内連携の提案」をしたり、「個別の尿失禁ケアで看護職員ができることの提示」をしていた。後期カンファレンスでは、「尿失禁ケア実践に関する問題の再提起」「個別の尿失禁ケア計画の見直しの提案」など、状況に応じた役割を遂行する語りがなされていた。

5. 「チームの理念を認識している」の項目とカンファレンスの内容について

「チームの理念を認識している」の項目のプログラム導入前後の得点の比較では、チームのみ平均点が 1.8 点から 1.9 点に上昇していた。初期のカンファレンスでは、個別のケアを考えていくことに、「尿失禁ケアに関する知識・技術の不足から生じる消極的なケアへの関与」であった。そこで、カンファレンスで個別の問題を査定しながら「個別的な尿失禁ケアに取り組むことへの表明」「尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する」ことなどが語られた。カンファレンス話し合いをすすめることによって、後期カンファレンスでは、「個別の尿失禁ケア実践のためのチーム協働の重要性への気づき」があり、「尿失禁ケアにおいてチームでの目標をもつこと協働意識をもつことの重要性」や「チームの協働による個別ケアの効果の認識」し、さらに「尿失禁高齢者の QOL の充実への実感」について語られた。

6. 「ケアプロセスの確実性とコミットメント」の項目とカンファレンスの内容について

本研究における ITA 評価尺度の確認した構成要因は、「ケアプロセスの確実性とコミットメント」「チームの柔軟さと一体感」「専門的知識とビジョンの共有」3 因子であった。この 3 つの下位尺度について、前後比較を行い有意差のあった項目は「ケアプロセスの確実性とコミットメント」であった。

「ケアプロセスの確実性とコミットメント」には 15 項目あり、0 点～45 点の得点となる。プログラム導入前後の得点比較では、介護職員およびチームでの得点の平均値が低下していた。カンファレンスで語られた内容は、肯定的な変化が見られる内容であった。

ITA 評価尺度の下位尺度の点数の平均値は低下していたが、ケアプロセスに関連することやコミットメントを示す語りが示された。カンファレンス初期では「個別の尿失禁ケア

が明確にならないことへの困惑》や《個別の尿失禁ケア実践に向けたチーム連携方法の吟味》やケアを確実に実践するための《尿失禁ケアに対する知識不足への反省》などのカテゴリーが抽出された。カンファレンスの後期では、《個別の尿失禁ケアでさらに高い目標達成を目指す働きかけ》や《尿失禁ケアの継続と応用への意欲》《個別の尿失禁ケアへ学んだ知識の応用》など、高齢者の尿失禁ケアの重要性に気づき継続してこうという意欲的なカテゴリーが抽出された。

表 17 プログラム実施前後で学際的チームアプローチ実践（ITA）評価が上昇/低下した項目とカンファレンス内容の統合によるジョイントディスプレイ

学際的チームアプローチ 実践（ITA）評価尺度項目	職種	ITA評価尺度 前後比較 (平均値)	施設		ステップ5 ^{††}		解釈
			（カンファレンス1回～2回目：初期） サブカテゴリー	（カンファレンス5回～6回目：後期） サブカテゴリー			
全人的なケアをしている	介護職員	1.9⇒2.0	A	◀個別の尿失禁ケアが明確にならないことへの困惑> ◀個別の排尿状態の多面的な査定> ◀尿失禁についての個別ケアの思索>	—	直接ケア導入初期のカンファレンスでは、尿失禁の個別のケアについて、高齢者を全人的にとらえ、個別のケア方法を工夫することの話題が多かった。直接ケア導入後期のカンファレンスでは、全人的な把握をしたうえで、計画した個別ケアを継続・実施することで効果を確信していた。また、高齢者のQOLを充実させることができたという実感があり、介護職員・看護職員のチームで、高齢者中心志向のケアが実施できたことが影響したものと考えられた。	
	看護職員	—	B	◀尿失禁についての個別ケアの思索> ◀個別の排尿状態の多面的な査定>	◀尿失禁ケアを受ける高齢者の心理の査定> ◀個別の尿失禁ケアによる日常生活リズムへの効果>		
	チーム†	1.9⇒2.0	C	◀尿失禁状態を把握することや個別的なケアの必要性の認識の低さ> ◀尿失禁ケアに関する高齢者とのコミュニケーションについての悩み> ◀個別的な尿失禁ケア実施への後押し>	◀個別の尿失禁ケアによる効果の確信> ◀尿失禁高齢者のQOLの充実への実感>		
目標の達成度を評価している	介護職員	1.7⇒1.9	A	◀個別の排尿状態の多面的な査定>	◀個別の尿失禁ケアによる効果の査定>	直接ケア導入初期のカンファレンスでは、個別の目標の確認がなされており、それに向けて実施したケアにより効果の有無と高齢者の目標の達成度について、毎日の状態の観察から報告されていた。さらに、目標設定には高齢チームとして高齢者とともに決定していくことの重要性についても振り返り、考えられていた。	
	看護職員	—	B	◀個別の排尿状態の多面的な査定>	◀個別の尿失禁ケアによる効果の査定> ◀高齢者とともに尿失禁ケアの目標の決定する重要性>		
	チーム†	1.7⇒1.9	C	◀尿失禁ケアの個別目標の確認>	◀個別の尿失禁ケアによる効果の査定>		
チームには一体感がある と感じている	介護職員	1.6⇒1.9	A	◀個別の尿失禁ケア実践のためのチーム協働への気づき>	◀個別の尿失禁ケア実践のためのチーム協働の重要性への気づき>	直接ケア導入初期では、スタッフ同士の気兼ねや連携の不備があり、チームとしてのまとまりを感じてはいなかった。尿失禁高齢者ケアに関するチーム共通の理念や目標をもつことでチーム内のコミュニケーションが高まり、一体感に影響が及んだものと考えられる。また、チーム協働で実施するケアの効果として、高齢者の尿失禁の改善やQOLの向上を実感したことから、チームで協働することでの効果への認識が高まりさらに一体感を強化していったものと考えられた。	
	看護職員	—	B	◀チーム連携の不備がケアの効果へ悪影響を及ぼす心配>	◀チームの協働による個別ケアの効果の認識> ◀尿失禁ケアでの協働による他職種との相互理解の深まり>		
	チーム†	1.7⇒1.9	C	◀スタッフへの気兼ねから生じる尿失禁高齢者のケアの目標のぶれ>	◀介護職員チーム内のコミュニケーションの充実>		
問題状況に応じて役割を調整している	介護職員	—	A	—	◀尿失禁ケア実践に関する問題の再提起>	直接ケア導入初期では、看護職員は、具体的な個別ケアを提示しアドバイスをしたり、直接ケアに加わる提案を行ったりしていた。後期では高齢者の目標達成度を評価したうえで、個別の尿失禁ケアの計画を見直すよう提案するなど、介護職員が自立的に個別の尿失禁ケアが考えられるようにエンパワーするような役割が多くなっていったと考えられた。しかし、ITA評価尺度の得点はプログラム導入後の平均値が低下していた。これは、一方ではプログラムの期間中に尿失禁ケア計画の見直しを行わなければいけない状況に、看護職員として対応しておくべきであったという、より厳しい評価につながっているのではないかと考えられた。	
	看護職員	2.2⇒1.8	B	◀尿失禁ケア継続のためのチーム内連携の提案> ◀個別の尿失禁ケアで看護職員ができることの提示>	◀個別の尿失禁ケア計画の見直しの提案>		
	チーム†	—	C	—	—		
チームの理念を認識している	介護職員	—	A	◀尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する>	◀個別の尿失禁ケア実践のためのチーム協働の重要性への気づき>	直接ケア導入前にステップ3で実施された、組織の尿失禁ケアに関する理念や価値観を創造するためのカンファレンスでは、高齢者のQOLの向上や高齢者を全人的に捉え、個別のケアを計画することが各施設において認識された。しかし、直接ケア導入初期においては、高齢者の排尿障害や尿失禁に関する知識は得たものの実際にどのように活用したらチームの理念にそった行動がとれるのかが不明確な状況であった。高齢者の個別のケアや高齢者の目標達成、QOLなどについて介護職員・看護職員・他の職種のチームメンバーで毎回カンファレンスで話し合うことによって理念や価値観を共有することにつながったものと考えられた。	
	看護職員	—	B	◀尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する>	◀尿失禁ケアを受ける高齢者の心理の査定> ◀チームの協働による個別ケアの効果の認識> ◀尿失禁ケアにおいてチームでの目標をもつことと協働意識をもつことの重要性>		
	チーム†	1.8⇒1.9	C	◀尿失禁ケアに関する知識・技術の不足から生じる消極的なケアへの関与> ◀個別的な尿失禁ケアに取り組むことへの表明> ◀尿失禁高齢者の改善への“やる気”を支援する>	◀個別の尿失禁ケアによる効果の確信> ◀尿失禁高齢者のQOLの充実への実感>		
学際的チームアプローチ実践 (ITA) 評価尺度下位尺度項目							
ケアプロセスの確実性と コミットメント	介護職員	33.0⇒29.7	A	◀個別の尿失禁ケアが明確にならないことへの困惑>	◀個別の尿失禁ケアでさらに高い目標達成を目指す働きかけ> ◀尿失禁ケアの継続と応用への意欲> ◀個別の尿失禁ケアへ学んだ知識の応用>	この尺度には「ケアの内容を評価している」「メンバーがケアの貢献を尊重しあっている」「全人的ケアをしている」「ケアの手順の見直しをしている」などが含まれている。直接ケア導入前期では、尿失禁高齢者のケアに関する知識不足を認識し、マニュアルなどを確認しながら、正確にケアを計画・実施することが話し合われていた。そして、ケアプロセスとして計画されたケアを継続するための方法や連携方法などの工夫が話された。後期では、個別ケアの方法についてアイデアが出されることに対して、チーム内では認め合うような発言がなされ、相互理解や相互にケアの貢献を尊重している発言がなされていた。そして、そのことが、尿失禁高齢者の症状改善やいきいきした表情などに結びついていることを認識することによって、さらに尿失禁ケアへのコミットメントが高まっていると考えられた。このことは、この期間だけではなく、今後もケアを継続したり、他の高齢者へ応用しようという意欲的な発言があったことから判断できた。しかし、介護職員・チームにおけるITA尺度の平均点が導入後に低下しており、語られた内容とは矛盾している。含まれている項目の中でプログラム導入後に有意差が認められた項目は「全人的ケアをしている」のみであったことが影響していると考えられた。	
	看護職員	—	B	◀個別の尿失禁ケアが明確にならないことへの困惑> ◀個別の尿失禁ケア実践に向けたチーム連携方法の吟味>	◀チームの協働による個別ケアの効果の認識> ◀尿失禁ケアでの協働による他職種との相互理解の深まり>		
	チーム†	32.9⇒29.5	C	◀尿失禁ケアに対する知識不足への反省>	◀尿失禁ケアを通しての高齢者との信頼の強化> ◀個別の尿失禁ケアによる結果への満足感> ◀尿失禁ケアの継続と応用への意欲>		

[†] 介護職員・看護職員によるチーム

^{††} 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」ステップ5：直接ケアの導入における各施設でのカンファレンス

VI.「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の変化

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の変化は、導入前と後に記録された排尿日誌からの排尿状態の評価をした。尿失禁高齢者の QOL は国際失禁会議尿失禁質問票短縮版 (ICIQ-SF) を用い、主観的なウエルビーイングは「改訂一いきいき尺度 (PLS-R)」を用いた。高齢者の尿失禁に関わる困難さについては研究者が予備研究から作成した質問紙を用いてそれぞれ評価した。

1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の排尿状態の変化

1) 尿失禁高齢者の「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前の排尿状態

研究対象となった高齢者 9 名の 3 日間の排尿日誌を「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前に、介護職員が記録した。この日誌は高齢者の 1 日の排尿量、夜間の排尿量や失禁量、失禁回数といった排尿状態や失禁状態の全体像を把握し、ステップ 5 の直接ケアの導入で必要なケアを検討するために用いられた。高齢者 9 名の排尿日誌から得られた排尿状態のデータを表 10 に示した。

(1) 排尿量

高齢者 9 名の 1 日排尿量の 3 日間の平均値で最も少なかったのは、A-b 氏で 673.3 ml であり、最も多かったのは C-g 氏で 2174.3 ml であった。平均値が 1000 ml 以下であったものは、2 名で、その他の 7 名は 1000 ml 以上であった。

夜間排尿量の 3 日間の平均値で最も少なかったのは A-b 氏 360.0 ml で、最も多かったのは、C-i 氏 1323.3 ml であった。500 ml 以上 1000 ml 未満は 6 名で、1000 ml 以上は 2 名であった。

1 日排尿量を夜間排尿量で除した夜間多尿指数 (NPI) は 65 歳以上の場合、0.33 以上で夜間多尿と判断されるが、対象高齢者の NPI の 3 日間の平均値で 0.33 以下は A-a 氏 1 名のみであった。残りの 6 名の NPI は 0.49~0.76 の間にあった。

(2) 排尿回数

排尿回数はトイレで排尿した回数であり、9 名の 1 日排尿回数の平均値で最も多かったのは、B-f 氏 1 名で 24.7 回であった。夜間排尿回数の平均は 7 名が 2 回以上であり、そのうち 3 回以上は 4 名であった。

(3) 失禁回数と失禁量

排尿日誌を記録している期間には尿失禁が無かったのは 3 名であった。尿意があまいのためトイレでの排尿が無く、全ておむつ交換で対応をしていたのは 1 名だけであった。トイレとおむつの併用で 1 日尿量の半分以上がおむつに失禁があるものが 2 名であった。失禁があった 6 名の 3 日間の 1 日失禁量の平均は 46.3 ml~1386.7 ml と幅があった。このうち夜間の失禁量が平均 700 ml 以上あるのは 2 名であった。

(4) 水分摂取量

食事以外の水分摂取量は 3 日間の平均値±標準偏差は 994.6±275.2 ml、最小値 683 ml、

最大値 1500 mlであった。1000 ml以上摂取しているものは、5名であった。

水分摂取の目安となる、一日排尿量/体重は A-a 氏 29.5 ml/kg、A-b 氏 17.2 ml/kg、A-c 氏 19.3 ml/kg B-d 氏 28.1 ml/kg、B-e 氏 15.9 ml/kg、B-f 氏 19.0 ml/kg、C-g 氏 19.2 ml/kg、C-h 氏 14.2 ml/kg、C-i 氏の 18.5 ml/kgであった。

表 18 尿失禁高齢者の排尿状態（3 日間の排尿日誌より）

n=9

1日目									2日目									3日目									3日間の平均値								
1日尿量	夜間尿量	NPI	排尿回数 (夜間)	失禁回数 (夜間)	失禁量 (夜間)	パッド おむつ 交換回数 (夜間回数)	水分 摂取量		1日尿量	夜間尿量	NPI	排尿回数 (夜間)	失禁回数 (夜間)	失禁量 (夜間)	パッド おむつ 交換回数 (夜間回数)	水分 摂取量		1日尿量	夜間尿量	NPI	排尿回数 (夜間)	失禁回数 (夜間)	失禁量 (夜間)	パッド おむつ 交換回数 (夜間回数)	水分 摂取量		1日尿量	夜間尿量	NPI	排尿回数 (夜間)	失禁回数 (夜間)	失禁量 (夜間)	パッド おむつ 交換回数 (夜間回数)	水分 摂取量	残尿量 (m l)
A-a	2609	1000	0.38	13 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	2250	1750	300	0.17	10 (2)	0 (0)	0	1 (1)	1250		1600	350	0.21	9 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1000		1986.3	550.0	0.25	10.7 (2.3)	0(0)	0(0)	1.0(1.0)	1500	11
A-b	590	270	0.45			590 (270)	5 (2)	550	670	400	0.59	1		470 (400)	3 (2)	900		760	410	0.54			760 (410)	4 (1)	600		673.3	360.0	0.53	1(―)	3.5(1.5)	606.7(369)	4.0(1.7)	683.3	73
A-c	790	540	0.68	8 (4)	1 (0)	9 (0)	2 (2)	730	1495	1085	0.71	10 (4)	1 (0)	130 (65)	1 (1)	1150		210	640	0.75	8 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	600		831.7	755.0	0.71	8.7(4.0)	0.7(0.3)	46.3(21.7)	1.3(1.0)	826.7	40
B-d	2639	1581	0.60	12 (4)	5 (1)	489 (81)	5 (1)	1100	1716	1006	0.58	12 (5)	3 (0)	157 (56)	3 (1)	1100		2168	650	0.30	14 (3)	3 (0)	68 (0)	3 (0)	1150		2174.3	1079.0	0.49	12.7(4.0)	3.7(0.7)	238(45.7)	3.7(0.7)	1116.7	33
B-e	2250	1150	0.51	11 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1000	1720	920	0.53	10 (4)	0 (0)	0	1 (0)	1000		1490	650	0.43	8 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1000		1820.0	906.7	0.49	9.7(3.3)	0(0)	0(0)	1.0(0)	1000.0	7
B-f	2402	1840	0.81	24 (21)	1 (0)	82 (0)	1 (0)	900	1800	1030	0.57	27 (18)	1 (0)	40 (0)	1 (0)	1300		1810	1100	0.61	23 (17)	1 (0)	80 (0)	1 (0)	200		2004.0	1323.3	0.66	24.7(18.7)	1.0(0)	67.3(0)	1.0(0)	800.0	33
C-g	1300	800	0.62	5 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1350	1450	800	0.55	7 (2)	0 (0)	0	1 (1)	1250		2250	800	0.36	8 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1250		1666.7	800.0	0.51	6.7(2.0)	0(0)	0(0)	1.0(1.0)	1283.3	40
C-h	1250	965	0.77	6 (3)	6 (3)	930 (785)	6 (3)	350	1220	940	0.77	5 (2)	4 (2)	915 (770)	4 (2)	850		1030	90	0.75	4 (2)	6 (2)	860 (680)	6 (2)	900		1166.7	665.0	0.76	5.0(2.3)	5.3(2.3)	901.7(745)	5.3(2.3)	700.0	18
C-i	1225	650	0.52			1255 (650)	6 (3)	1050	1445	880	0.60			1445 (880)	7 (3)	1075		1460	1030	0.70			1460 (1030)	6 (3)	1000		1376.7	853.3	0.61			1386.7(853.3)	6.3(3.0)	1041.7	28

2) 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の排尿状態・尿失禁状態の変化

(1) 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の排尿状態・尿失禁状態の変化

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の「ステップ5：直接ケアの導入」の最終週に介護職員が記録した1日の排尿日誌をまとめて表11に示した。

ケアプログラム導入前の3日間の平均と比較するとA-a氏は、夜間尿量が550 mlから400 mlと減少し、夜間排尿回数も2.3から1回へと減少した。A-b氏は日中のトイレでの排尿回数が1から4回へと増え、尿失禁量も660 mlから260 mlへと減少しており、それにともないおむつの交換回数も昼間は1回減少していた。A-c氏は、日誌を付けた日に下痢があったため正確な尿量が測れておらず、改善点が見られなかった。B-d氏は、夜間の排尿回数が4回から2回へと減少し、尿失禁量が238gから55gへと減少しており、パッドの交換回数も2.7回減っていた。B-e氏は、尿失禁回数が0回から1回と増加しているが、夜間の排尿量が906 mlから600 mlへ300 ml減少していた。B-f氏は夜間の尿量が1323 mlから850 mlと減少を認め、夜間排尿回数は18.7回から9回へと減少した。尿失禁回数も1回から0回となり、パッド使用がなくなった。C-g氏は、パッドの使用が全くなかった。C-h氏は、昼間の尿失禁が3回から0回に減少し、それに伴いパッドの交換回数も2.3回減少した。尿失禁は夜間のみであり、901 mlから395 mlに減少した。C-i氏は、尿失禁の減少を目標としていなかったため、排尿状態や尿失禁状態には変化がなかった。

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による排尿状態・尿失禁状態の変化をみるため、尿量、夜間尿量、夜間多尿指数(NPI)、排尿回数、失禁回数、失禁量、パッド・おむつの交換回数等の項目について対応のあるt検定を行った。その結果を表12に示した。

排尿状態で有意差($P<0.05$)を認めた項目は、1日の尿量であった。尿失禁状態については、昼間の尿失禁量の平均が135.7gから39.9gへと減少し、有意差($P<0.05$)を認めた。その他に有意差($P<0.05$)があった項目は、パッド・おむつの1日の交換回数及び昼間の交換回数であった。尿失禁に関する項目で、有意差($P>0.05$)を認めなかったものは、失禁回数で、1日、昼間、夜間のいずれの回数も有意差($P>0.05$)を認めなかった。また、失禁量に関しては、1日の量と夜間の量に有意差($P>0.05$)を認めなかった。排尿状態では、夜間尿量と夜間多尿指数、排尿回数いずれも有意差($P>0.05$)が無かった。

表 19 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前後の高齢者の尿失禁状態

N=9

プログラム導入前（3日間の平均値）										プログラム導入後							
1日尿量	夜間尿量	NPI*	排尿回数 (夜間)	失禁回数 (夜間)	失禁量 (夜間)	パッド・ おむつ 交換回数 (夜間回数)	水分 摂取量	残尿量** (ml)		1日尿量	夜間尿量	NPI	排尿回数 (夜間)	失禁回数 (夜間)	失禁量 (夜間)	パッド・ おむつ 交換回数 (夜間回数)	水分 摂取量
A-a	1986.3	550.0	0.25	10.7 (2.3)	0(0)	0(0)	1.0(1.0)	1500	11	1220	400	0.32	7(1)	0(0)	0(0)	1(1)	750
A-b	673.3	360.0	0.53	1(—)	3.5(1.5)	606.7(369)	4.0(1.7)	683.3	73	710	370	0.66	4(1)	3(2)	260(220)	3(2)	770
A-c	831.7	755.0	0.71	8.7(4.0)	0.7(0.3)	46.3(21.7)	1.3(1.0)	826.7	40	710	720	0.5	2	2(2)	360(360)	2(2)	1050
B-d	2174.3	1079.0	0.49	12.7(4.0)	3.7(0.7)	238(45.7)	3.7(0.7)	1116.7	33	1500	800	0.64	7(2)	3(0)	55(0)	1(0)	750
B-e	1820.0	906.7	0.49	9.7(3.3)	0(0)	0(0)	1.0(0)	1000.0	7	1204	600	0.46	8(3)	1(0)	54(0)	1(0)	750
B-f	2004.0	1323.3	0.66	24.7(18.7)	1.0(0)	67.3(0)	1.0(0)	800.0	33	1040	850	0.82	12(9)	0(0)	0	0(0)	
C-g	1666.7	800.0	0.51	6.7(2.0)	0(0)	0(0)	1.0(1.0)	1283.3	40	1900	850	0.5	6(2)	0(0)	0	0	1250
C-h	1166.7	665.0	0.76	5.0(2.3)	5.3(2.3)	901.7(745)	5.3(2.3)	700.0	18	1045	1455	0.67	7(3)	3(3)	395(395)	3(3)	700
C-i	1376.7	853.3	0.61			1386.7(853.3)	6.3(3.0)	1041.7	28	1270	1060	0.83			1270(1060)	6(3)	700

*NPI（夜間多尿指数）：夜間排尿量/1日排尿量 65歳以上の場合はNPI>0.33であれば夜間多尿である

**残尿量 1回の残尿測定で3回測定しその最大値

表 20 「チーム変革型高齢者尿失禁プログラム」導入による排尿状態・尿失禁状態の比較

N=9

	プログラム導入前		プログラム導入後		導入前後比較
	3日間の平均	(標準偏差)		(標準偏差)	
1日尿量 (ml/日)	1522.2	(539.4)	1177.7	(372.6)	$p= 0.04$ *
夜間尿量	810.3	(283.1)	789.4	(333.9)	$p= 0.87$
夜間多尿指数 (NPI)	0.56	(0.15)	0.60	(0.17)	$p= 0.39$
排尿回数 (回/日)	9.9	(7.0)	6.6	(2.9)	$p= 0.11$
昼回数	5.3	(2.6)	3.9	(1.2)	$p= 0.12$
夜回数	6.2	(7.4)	3.3	(2.9)	$p= 0.20$
失禁回数 (回/日)	1.8	(2.1)	1.5	(1.4)	$p= 0.53$
昼回数	1.2	(1.3)	0.6	(1.1)	$p= 0.24$
夜回数	0.6	(0.9)	0.9	(1.2)	$p= 0.30$
失禁量 (g/日)	360.7	(499.5)	266.0	(408.5)	$p= 0.26$
昼失禁量	135.7	(175.5)	39.9	(68.3)	$p= 0.04$ *
夜失禁量	225.1	(346.3)	226.1	(353.1)	$p= 0.99$
パッドおむつ交換回数	2.7	(2.1)	1.8	(2.0)	$p= 0.02$ *
昼交換回数	1.6	(1.4)	0.7	(1.0)	$p= 0.04$ *
夜交換回数	1.2	(1.0)	1.1	(1.4)	$p= 0.76$

(対応のある t 検定：* $p<0.05$ 有意差あり)

2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の尿失禁に関連する QOL の変化

国際失禁会議尿失禁質問票短縮版 (ICIQ-SF) は、尿失禁患者を対象にして開発された QOL の評価票であり、質問 1 が 0～5 点、質問 2 が 0～6 点、質問 3 が 0～10 点で、合計 21 点に得点化されている。「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前後の高齢者の ICIQ-SF の得点を Wilcoxon の順位検定を用いて比較し、結果を表 13 に示した。

合計点は、平均値が導入前 4.2、導入後が 6.8 と 4.2 ポイントの低下を認め、中央値でも 3 ポイント低下しており、有意差 ($P<0.05$) を認めた。2 の「あなたはどれくらいの尿漏れがあると思いますか？」の質問項目は、平均値、中央値ともに減少しており、有意差 ($P<0.05$) を認めた。3 の「全体として、あなたの毎日の生活は尿漏れのためにどれくらい損なわれていますか？」という質問は、平均値、中央値ともに低下しており、有意差 ($P<0.05$) を認めた。

1 の「どれくらいの頻度で尿がもれますか？」という質問については、プログラム導入による得点に有意差 ($P>0.05$) を認めなかった。

表 21 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による尿失禁高齢者の「国際失禁会議尿失禁質問票短縮版 (ICIQ-SF)」の得点の変化

	N=9						
	プログラム導入前			プログラム導入後			導入前後比較
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	有意確率 (P)
1 どれくらいの頻度で尿が漏れますか？	2.7	1.0	2.0	2.6	1.7	3.0	.89
2 あなたはどれくらいの量の尿漏れがあるとおもいますか？	3.3	1.4	4.0	2.0	1.4	2.0	.01 *
3 全体としてあなたの毎日の生活は尿漏れのためにどれくらい損なわれていますか？	4.3	1.6	4.0	2.2	1.9	2.0	.02 *
合計点	11.0	2.8	12.0	6.8	4.2	9.0	.01 *

* Wilcoxon の符号付き順位検定

3. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による尿失禁高齢者の「改訂—いきいき度尺度 (PLS-R)」の変化

「改訂—いきいき度尺度 (PLS-R)」は主観的なウェルビーイングを測定するものであり 14 項目から構成される。「そう思わない (1 点)」から「かなりそう思う (4 点)」の 4 件法で合計 56 点に得点化されている。「満足感」「ネガティブ気分」「チャレンジ精神」「気分転換」という 4 因子の下位尺度で構成される。

「改訂—いきいき度尺度 (PLS-R)」の得点について、尿失禁高齢者の「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前後に測定し、その得点を Wilcoxon の順位検定を用いて比較した。その結果を表 14 に示した。

導入前と導入後の各項目の平均点と中央値の値を比較すると、ほとんど差がなく、下位尺度の 4 因子においても同様に差がみられなかった。どの項目においても統計学的にも有意差を認めなかった ($P>0.05$)。

表 22 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による尿失禁高齢者の「改訂—いきいき度尺度 (PLS-R)」の得点の変化

N=9							
	プログラム導入前			プログラム導入後			導入前後比較
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	有意確率
1 今、「幸福である」と思いますか	3.2	1.0	3.0	3.4	0.5	3.0	0.71
2 精神的に「豊かでゆとりのある」生活をしていると思いますか	3.0	1.2	3.0	3.3	0.7	3.0	0.41
3 これまでの自分の生き方は、それなりに満足だったと思いますか	2.9	1.2	3.0	3.0	0.9	3.0	0.79
4 現在の自分に誇りを持っていますか	3.3	0.7	3.0	3.2	0.7	3.0	0.56
5 ゆううつな気分になることがありますか	2.6	1.0	3.0	2.4	0.7	3.0	0.68
6 気分が晴ればれとしないことがありますか	2.9	0.8	3.0	2.7	0.5	3.0	0.41
7 なんとなく不安になることがありますか	2.7	1.0	3.0	2.4	0.7	3.0	0.32
8 困った状況の中でも粘り強く解決しようと思いますか	2.9	0.8	3.0	3.0	0.9	3.0	0.79
9 たとえ不運なことに見舞われても、立ち向かって行けると思いますか	2.9	0.9	3.0	3.2	1.0	3.0	0.26
10 自分の長所も短所も客観的に評価できますか	2.9	1.2	3.0	3.1	0.9	3.0	0.48
11 好奇心（新しいことをみたり経験することが好き）がありますか	2.9	1.2	3.0	2.7	1.2	3.0	0.71
12 いやなことがあっても、気分の転換が早いと思いますか	3.3	0.7	3.0	3.3	0.7	3.0	1.00
13 悩んだり気持ちが動揺することがあっても、翌日はさっぱりしていますか	3.3	0.7	3.0	3.4	0.5	3.0	0.32
14 過去は過去と割り切ってこだわらない性格ですか	3.6	0.5	4.0	3.6	0.5	4.0	1.00
合計点	42.3	4.0	42.0	42.9	4.7	42.0	0.67
満足感（1～4）	12.4	2.7	13.0	13.0	1.5	13.0	0.72
ネガティブ気分（5～7）	8.1	2.4	9.0	7.6	1.4	8.0	0.46
チャレンジ精神（8～11）	11.6	2.4	11.0	12.0	2.7	12.0	0.31
気分転換（12～14）	10.2	1.7	10.0	10.3	1.7	10.0	0.85

* Wilcoxon の符号付き順位検定

4. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の尿失禁に関わる困難さの変化

高齢者の尿失禁に関わる困難さに関する質問用紙は、を予備研究で明らかにした、高齢者施設において高齢者が尿失禁ケアを受ける際に感じる困難なことや煩わしいことから研究者が作成した。調査用紙は、8 項目からなり「全くない」「ない」「ある」「とてもある」の 4 件法で、項目を 0~3 点で得点化した。

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入前後の各項目について、平均値・中央値および Wilcoxon 符号付順位検定による有意差の検定を行った（表 15）。

「尿もれを他人に気づかれないように隠そうとすることがある」「トイレに行くことが自分一人できなくなってしまうと寂しく思う」「おむつをつけていることで、痒みやただれがあり不快に感じることもある」の 3 項目は、平均値、中央値ともにケアプログラム導入前後に低下しているが、有意差は認められなかった（ $P>0.05$ ）。

「尿もれの介助を職員にしてもらうときに、ないがしろにされていると感じることがある」「じぶんが望んでいない排尿の方法でも、従ったほうがよいと思うことがある」「トイレに行くことを考えると面倒くさいと思うことがある」の 3 項目については平均値も中央値も高くなっているが、有意差は認められなかった（ $P>0.05$ ）。

「ひんぱんな尿もれがあることによって苛立つ（イライラする）ことがある」「尿がもれる状態は、仕方がないのだからあきらめようと思う」の項目についても、平均値には差はあるものの、有意差は無かった（ $P>0.05$ ）。

表 23 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による高齢者の尿失禁に関わる困難さの変化

N=9							
	プログラム導入前			プログラム導入後			導入前後比較
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	有意確率 (<i>P</i>)
1 ひんぱんな尿もれがあることによって苛立つ（イライラする）ことがある	1.4	0.7	1.0	1.0	0.7	1.0	.26
2 尿もれを他人に気づかれないように隠そうとすることがある	2.6	0.5	3.0	1.7	1.2	2.0	.10
3 トイレに行くことが自分一人できなくなってしまうと寂しく思う	2.8	0.4	3.0	2.0	1.2	2.0	.17
4 オムツをつけていることで、痒みやただれがあり不快に感じることもある	1.4	1.0	2.0	0.9	0.8	1.0	.24
5 尿がもれる状態は、仕方がないのだからあきらめようと思う	1.2	1.1	1.0	0.9	0.9	1.0	.45
6 尿もれの介助を職員にしてもらうときに、ないがしろにされていると感じることがある	0.7	0.9	0.0	0.8	0.8	1.0	.65
7 じぶんが望んでいない排尿の方法でも、従ったほうがよいと思うことがある	1.2	1.1	1.0	1.7	0.9	2.0	.19
8 トイレに行くことを考えると面倒くさいと思うことがある	0.9	1.2	0.0	1.2	1.3	1.0	.26

* Wilcoxon の符号付き順位検定

VII.「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」評価

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の評価には、研究者が作成した 10 項目からなる質問紙を用いた。質問紙の回答形式は非常に満足から非常に不満足までの 5 件法とした。評価者は、ケアプログラムの全てのステップを経験した介護職員・看護職員であり、ケアプログラム終了時に調査を行った。介護職員 70 名、看護師 11 名に配布し、回収率は 99%であった。評価の結果を図 7 に示した。

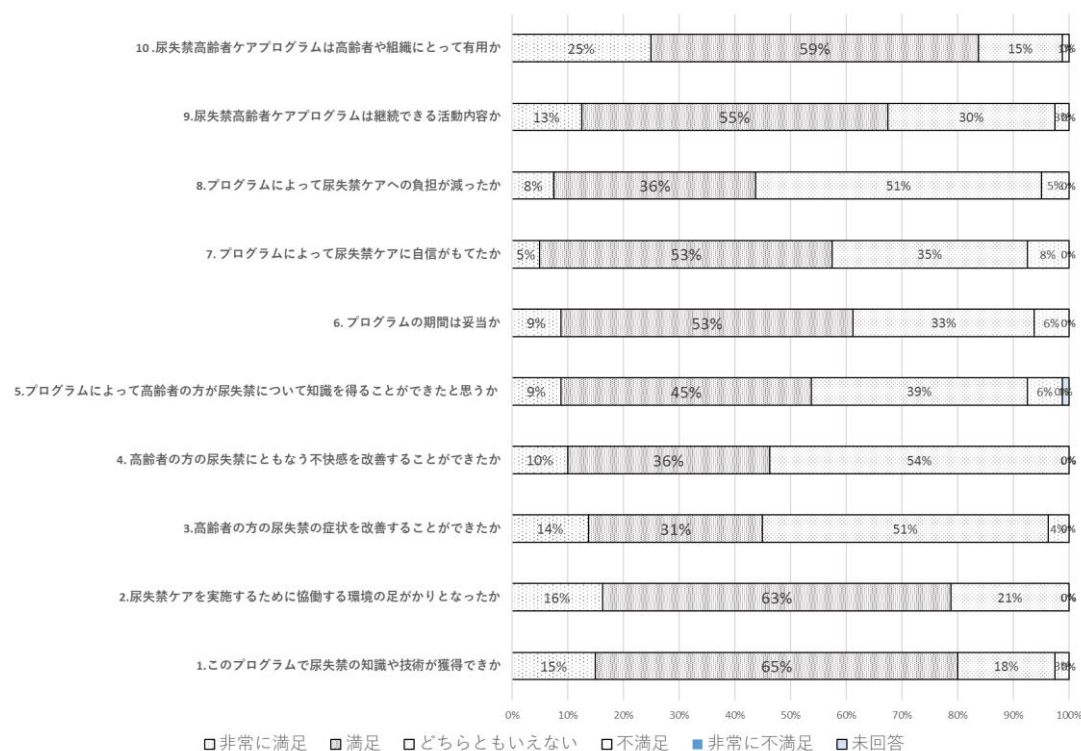


図 6 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」評価

「非常に満足」と「満足」を合わせた割合が最も高かったものは、「10.尿失禁高齢者ケアプログラムは、高齢者や組織にとって有用であったか？」の 84%であった。この割合が次に高かったのが、「1. このプログラムで尿失禁の知識や技術が獲得できたか？」80%、「2. 尿失禁ケアを実施するために協働する環境の足がかりとなったか？」79%であった。

「非常に満足」・「満足」と答えた割合あい 50%に満たないものは、次の 3 項目であった。「高齢者の方の尿失禁にともなう不快感を改善できたか？」46%「高齢者の方の尿失禁症状を改善することができたか？」45%、「プログラムによって尿失禁ケアの負担が減ったか？」44%であった。これら 3 項目は「どちらともいえない」の割合が高く、それぞれ 54%、51%、51%であった。

ケアプログラム評価において、非常に不満足と回答した者は全くなかった。不満足の場合も 1%から 7%の範囲であった。

第6章 考察

Ⅰ.特別養護老人ホームにおける、排泄の状態

1. 高齢者の排泄状態

本研究では、ベースラインで高齢者の排尿日誌を3日間記録した。排尿日誌によって特別養護老人ホームにおける高齢者の日常生活での排泄状態の実情も把握することができた。日本排尿機能学会夜間頻尿診療ガイドラインにおいて、加齢による夜間頻尿や夜間多尿は疫学的な調査でも示されており、我が国の80歳以上の女性で2回以上の夜間頻尿がある割合は71.2%である。(日本排尿機能学会夜間頻尿診療ガイドライン,2009) 本研究の研究対象者も、夜間トイレあるいはポータブルトイレを使用している高齢者7名全員が2回以上の排尿回数であった。さらに、夜間多尿指数についても、9名中8名は夜間多尿であり、特別養護老人ホームにおける排尿介助やおむつ交換などの夜間排泄ケアの業務の負担が大きくなることが分かる。

高齢者の夜間多尿の原因には、夜間の抗利尿ホルモンの低下や腎臓での尿の濃縮力の低下、末梢静脈還流不全などの他、これ以外にもさまざまな要因があり、複雑に絡んでいる(青木,横,2013)。さらに、高齢者には水分摂取を促す傾向にあり、過剰に摂取している場合もある。本研究での対象高齢者は、1日700~1500mlの水分摂取ができており十分に摂取ができています。対象高齢者の一人(A-a氏)は、介護・看護職員から水分摂取を促され一日食事以外に2250ml摂取し、夜間排尿回数が4回という日があった。飲水量の目安は24時間尿量/体重であり、30ml/kg以上を摂取した場合には夜間頻尿や夜間多尿の要因となると言われている(Tani,et al.,2014)。A-a氏は、1日44.3ml/kgを摂取しており、介護・看護職員の指導を正確に守っていたために夜間頻尿や夜間多尿になっていたともいえる。夜間頻尿や夜間多尿には、夜間の水分量のみならず24時間の水分摂取量を調整する必要があることが指摘されている(Tani,2014)。そのため、介護・看護職員は「多めに水分を取りましょう」というあいまいな目安で高齢者に指導するのではなく、日常生活での水分調整も特別養護老人ホームにおいては注目していかななくてはならないケアである。

夜間頻尿や夜間多尿は、睡眠障害などに関連しQOLを脅かすといわれている。さらに、夜間頻尿の高齢者が骨折する割合は、夜間頻尿が無い人よりも高いこと(HR2.1、95%CI 1.04-3.87 $p=0.04$)が報告されている(Nkagawa, Niu & Hozawa,2010)。本研究のデータ収集期間においても、A-c氏は、早朝に排尿のためベッドから降ようとして転倒し、骨折をした。介護・看護職員は排泄行動で転倒のリスクがあると判断した場合には、尿意の有無

に関わらず、おむつでの排尿を促す傾向にある。研究施設 3 施設において排尿日誌をつきみて初めて、夜間頻尿の実態夜間の頻尿や多尿の実情について知ることができた。そうで無ければ、日常生活での調整をすることについても意識を払われることはないと考えられた。

2. 介護職員、看護職員の高齢者の日常生活での排泄行動や尿失禁への意識

ステップ 3 で実施された「施設における尿失禁ケアの価値観や理念について」「施設における尿失禁ケアの改善点などについて」「施設での協働体制、専門家への依頼方法など」のカンファレンスで語られた内容では、3 施設において介護・看護職員ともに「講義を受ける以前は、尿失禁は高齢者ではあたり前である」と述べていた。尿失禁が改善できるものとは認識しておらず、高齢者が必要としているニーズについても明らかにしていなかったということが共通してみられていた。

小林ら（2005）は、2002 年に特別養護老人ホームを含んだ高齢者関連施設の看護・介護職員を対象に尿失禁ケアに対する看護・介護職員の認識について調査した。この調査では、「尿失禁は仕方がない」というような医療スタッフ間の認識の低さを示す言葉の割合が 63%を占めており、おむつを使用している高齢者に尿意があるものが 21.4%いることを報告している。本研究においても、カンファレンスで語られた内容からは、高齢者施設での尿失禁高齢者に対する、ケア提供者の認識には 15 年以上経過した現在でも大きな差は無い。

また、尿失禁はケアで改善することができないしないという認識には、知識不足も関連していると考えられる。前述の小林ら（2005）の調査で「高齢者・認知症患者で改善が期待できない」という認識が次いで多い割合（49%）を占めていたことを報告している。夜間の多尿や頻尿となる、高齢者の排尿や尿失禁に関連した身体状況について知ることが無ければ、日常生活でどのようなことに注意し、調整をすれば少しでも改善するのか、個別の尿失禁ケアをどのようにすれば転倒予防に結びつくのかということに意識が払われることはない。

さらに、今回の対象施設では、高齢者が車いすを使用する、もしくは、ポータブルトイレで一人で排泄をしている場合には、介護職員が高齢者の尿失禁や排尿状態について詳細に聞いているという事は少なかった。なぜなら、「多少の失禁があってもパッドを交換できていればよい」や「高齢者には、失禁のことに羞恥心があるので配慮から聞かない」「水分は自分でとれているから問題はない」などの認識があり、これら的高齢者は自立しているとみなしているからである。このような自立とみなされた高齢者であっても水分の過剰摂取で夜間多尿や夜間頻尿、もしくは失禁状態となっている可能性もあり、高齢者への予防的、指

導的な関わりや看護職員と連携して身体的な側面のアセスメントを進める必要があるのではないかと考えられる。それゆえ、看護職員の認識も重要である。尿失禁に関する身体的なアセスメントには看護職員が積極的な関わりが必要であるという認識を高めなくてはならないと考えられた。

II. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入によるチームの変容

1. チームアプローチの実践状況に対する自己認識

1) 学際的チームアプローチ実践評価尺度 (ITA 評価尺度) の得点の変化について

学際的チームアプローチ実践評価尺度 (以後、ITA 評価尺度) は、所属組織におけるチームアプローチの実践状況をどのように自己認識しているかを把握するための尺度である。

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による、介護職員・看護職員およびチームでの ITA 評価尺度の合計点では、プログラム導入後のほうが平均値は高かったがいずれも有意差が認められるほどの変化ではなかった。

看護職員のプログラムを導入前後の ITA 評価尺度において、ほとんど変化が無かったことには、2つの要因が考えられた。

まず、一つには看護職員は自施設のチームアプローチの実践状況について介護職員よりも高い目標値や理想を設定し、改善への期待が高い可能性がある。

ITA 評価尺度開発における調査においても、専門職としての経験期間が1年未満の者は、他のものよりも平均が有意に高いことや、管理職の合計点の平均はスタッフに比べて有意に低いことが報告されている (杉本ら,2011)。本研究における、看護職員の経験年数の平均は21.7 (±9.0) 年であり、介護職員は平均6.8 (±5.2) 年である。看護職員の方が専門職に就いている期間が長く、経験が豊富な者が多かったことが、影響していると考えられた。

つまり、専門職として経験が豊富な者は、経験が浅い者と比べて自分を取り巻く周囲の環境に目を向けることができるため、所属組織に対する評価が冷静に行え、尺度の得点が低くなると予測される (杉本ら,2011) と考えられている。この評価が、チームが変容していくことに期待が大きく、チームの課題として変革への方略に結びつけられれば、長期的なアウトカム達成に向けた変革を導くことへの動機づけになるとも考えられる。

もう1点は、研究対象となった施設の看護師はチームアプローチの実践についてはもともと認識が高かったとも考えられる。プログラム導入前の看護職員の ITA 評価尺度の合計得点の平均は63.2 (±17.4) 点で、介護職員は、60.9 (±10.3) 点であった。このように、看護職員の合計点の平均点は介護職員の平均点よりも高く、前述の杉本ら (2011) の調査にお

ける医療関連業務従事者（n=142）の 60.0（±13.4）よりも高かった。プログラム導入後は看護職員の平均点は 64.8 点（±14.7）で、介護職員の 62.9 点（±9.7）よりも高い得点である。しかし、もともとのチームアプローチの実践に関する認識の高さから、変化量が少なく有意差が認められるほどは変化しなかったものと考えられた。

2）本研究における学際的チームアプローチ実践評価尺度（ITA 評価尺度）の構成要因について

本研究における ITA 評価尺度の構成要因を確認するために因子分析を行った。ITA 評価尺度は、介護保険施設を対象として開発された。高齢者施設という点においては共通する点が多くあると考えられるが、介護保険施設よりも特別養護老人ホームでは、医師の関わりが少なく、チームの体系が異なることや、医療介入よりも日常生活ケアに重点が置かれたケア提供が行われており、メンバーによるチームアプローチ実践への認識も異なる可能性がある。

そこで、本研究の対象となった介護職員・看護職員での ITA 評価尺度の構成要因を確認したところ「ケアプロセスの確実性とコミットメント」「チームの柔軟さと一体感」「専門的知識とビジョンの共有」という 3 因子の構造であることが分かった。この尺度には「ケアの内容を評価している」「メンバーがケアの貢献を尊重しあっている」「全人的ケアをしている」「ケアの手順の見直しをしている」などの項目が含まれていた。

チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムのステップ 5 は直接ケアの導入である。ステップ 5 の期間は、12 週間でありその間で 2 週間毎にカンファレンスが 6 回行われた。このカンファレンスでの介護職員・看護師によって語られた内容を、内容分析的手法にてサブカテゴリーを抽出した。1 回目と 2 回目を初期カンファレンス、3 回目・4 回目を中期カンファレンス、5 回目・6 回目を後期カンファレンスとした。

尿失禁高齢者のケアに関する知識不足を認識し、マニュアルなどを確認しながら、正確にケアを計画・実施しすることが話し合われていた。そして、ケアプロセスとして計画されたケアを継続するための方法や連携方法などの工夫が話された。後期では、個別ケアの方法についてアイデアが出されることに対して、チーム内では認め合うような発言がなされ、相互理解や相互にケアの貢献を尊重している発言がなされていた。そして、そのことが、尿失禁高齢者の症状改善やいきいきした表情などに結びついていることを認識することによって、さらに尿失禁ケアへのコミットメントが高まっていると考えられた。このことは、この期間だけではなく、今後もケアを継続したり、他の高齢者へ応用しようという意欲的な発言があ

ったことから判断できた。しかし、この構成要因について、「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による変化についてみたところ、「介護職員」および「(介護・看護職員による) チーム」に「ケアプロセスの確実性とコミットメント」で有意差を認めた ($p < 0.05$)。平均点では介護職員 33.0 (± 5.2) 点から 29.7 (± 4.6) 点、チームでは 32.9 (± 5.3) 点から 29.5 (± 5.0) 点に、いずれも低下しており、語られた内容とは矛盾している。含まれている項目の中でプログラム導入後に有意差が認められた項目は「全人的ケアをしている」のみであったことが影響していると考えられた。

2. 介護職員・看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さの変化

介護職員と看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さについては、介護職員 5 項目、看護職員 6 項目からなる質問紙を用いた。この質問紙は、予備研究で明らかにした高齢者施設での尿失禁高齢者のケア管理の困難性の構造からを研究者が作成したものであった。

これらの介護職員・看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さを低下させることは、チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラムのアウトカムの 1 つである。そこで、ケアプログラム導入による介護職員・看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さの比較を行った。

(1) 介護職員

介護職員の尿失禁ケアに関わる困難さは、合計得点に有意差はみられなかった ($p > 0.05$)。しかし、各項目でみると、「1. 高齢者の方へよい尿失禁ケアを実践しているという確信をもてないことがある」「2. 尿失禁や尿失禁ケアについて知識不足だと感じることもある」

「4. 尿失禁がある人には、皮膚障害や尿路感染が生じるのではないかと心配することがある」「5. 尿失禁ケアが非常に重要であるという価値観が低い職場だと思ふことがある」の 4 項目で有意差があった ($p < 0.05$)。これらの項目の平均値は、「4. 尿失禁ケアが非常に重要であるという価値観が低い職場だと思ふことがある」で低下しており、それ以外は平均値が上昇していた。項目 4. の平均値の低下は、尿失禁ケアが非常に重要であるという価値観を持つ職場であるという認識に変化したことを示す。これは、プログラムステップ 3 の尿失禁ケアについての価値観を共有するカンファレンスや実践においてチームでの連携を図ることによって価値観を築くことができたために、この項目の困難さが低下したのと考えられた。また、ITA 尺度での「全人的なケアをしている」に有意差があったこととも関連していると考えられた。

その他の3項目の平均値の上昇は、困難さが改善されていないことを示す。しかし、ケアプログラム導入以前は、尿失禁ケアの改善について意識が低かったという状況もあり、プログラムが導入されたことで、尿失禁ケアの知識を獲得し、知識や経験不足として認知された可能性もある。「3. 自分たちで尿失禁ケアを改善することは難しいのできめようと思うことがある」という項目は、有意差がみられなかった ($p < 0.05$)。しかし、平均値では低下している。つまり、「尿失禁ケアを改善することは難しいことではなく、諦めないで継続して行おう」という認識に変化しているということである。このことは、プログラムの導入によって、ケアの継続やチームでのケアの統一がはかられ、尿失禁ケアの改善の可能性を見出したからではないかと考えられた。

(2) 看護職員

看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さについては、合計点、各項目ともに有意差は見られなかった ($p > .05$)。平均値は、5項目において上昇しており、「尿失禁ケアが非常に重要であるという価値観が低い職場だと思うことがある」の項目のみ低下していた。

看護職員の尿失禁ケアに関わる困難さは、大きな差はないが持続していると考えられる。しかし、介護職員と同様に、ケアプログラム導入以前は、尿失禁ケアの改善について意識が低かったという状況もあった。そのため、プログラムが導入され、知識を得たことで課題を認識し危機感が醸成された可能性もある。これは、尿失禁ケア管理上でチームの課題や個人の課題を改善していくための動機づけにつながるとも言え、今後の行動変容が期待される。

3. チームアプローチの実践状況に対する自己認識の変化に及ぼしていた影響

1) チームで「全人的なケアをしている」という自己認識への影響

「チーム変革が尿失禁高齢者プログラム」導入前後の得点比較では、介護職員および介護職員と看護職員からなるチームでの得点の平均値が上昇していた。

直接ケア導入初期のカンファレンスでは、《個別の排尿状態の多面的な査定》《尿失禁についての個別ケアの思案》《個別の尿失禁ケアが明確にならないことへの困惑》のような、尿失禁の個別のケアについて、高齢者を全人的にとらえ、個別のケア方法を工夫することの話題が多かった。

直接ケア導入後期のカンファレンスでは、《個別の尿失禁ケアによる効果の確信》し、《尿失禁高齢者の QOL の充実への実感》について語られるようになり、全人的な把握をしたうえで、計画した個別ケアを継続・実施することで効果を確信していた。また、高齢者の

QOL を充実させることができたという実感があり、介護職員・看護職員のチームで、高齢者中心志向のケアが実施できたことが影響したものと考えられた。

これらには、ステップ 3 で尿失禁ケアについての施設における尿失禁ケアに対する価値観や理念を創造することや、ビジョンを共有することが行われたことも影響していると考えられた。ステップ 3 で、顧客（高齢者）中心志向へチームメンバーが共通の見方をもつことに加えて、カンファレンスで繰り返し、個別のケアについて語られたことが影響していたものと考えられた。

2) チームが「目標の達成度を評価している」という自己認識への影響

「目標の達成度を評価している」という項目のプログラム導入前後の得点比較では、介護職員およびチームでの得点の平均値が上昇していた。

直接ケア導入初期のカンファレンスでは、《個別の排尿状態の多面的な査定》や《尿失禁ケアの個別目標の確認》がなされており、それに向けて実施したケアにより効果の有無と高齢者の目標の達成度について、毎日の状態の観察から報告されていた。

さらに、直接ケア導入後期には、目標設定には高齢者もチームメンバーとして、ともに決定していくことの重要性についても振り返り考えられていた。このことから、後半には高齢者を含むチームそのものの捉え方と顧客（高齢者）中心志向での考え方へ変容しているものと考えられた。

3) 「チームには一体感があると感じている」自己認識への影響

「チームには一体感があると感じている」の項目のプログラム導入前後の得点比較では、介護職員およびチームでの得点の平均値が上昇していた。

直接ケア導入初期では、《スタッフへの気兼ねから生じる尿失禁高齢者のケアの目標のぶれ》《チーム連携の不備がケアの効果へ悪影響を及ぼす心配》が語られ、チームとしてのまとまりを感じてはいなかった。直接ケアを実施することの多い介護職員のチーム内での連携に不備があると、尿失禁高齢者のケア効果があがらないことを認識したためか、途中の経過において、チームが目指すケアの方向性を共有できるような工夫が行われた。例えばカンファレンスで話し合われた内容を 24 時間シートに具体的に書きこみ、伝達することで、連携を図るというように介護職員が自立して工夫をしていた。このような、努力やカンファレンスで話し合いの機会をもうけることで、《介護職員チーム内のコミュニケーションの充実》や《尿失禁ケアでの協働による他職種との相互理解の深まり》がみられ、一体感に影響が及んだものと考えられる。そして、このようにチーム協働で実施するケアの効果とし

て、高齢者の尿失禁の改善や QOL の向上を実感したことから、チームで協働への必要性の認識が高まりさらに一体感を強化していったものと考えられた。

4) 「問題状況に応じて役割を調整している」という認識についての影響

「問題状況に応じて役割を調整している」の項目のプログラム導入前後の得点比較では、看護職員のための平均値が低下し、2 点の「そう思う」という評価よりも下回っていた。

直接ケア導入初期では、看護職員は、《個別の尿失禁ケアで看護職員ができることの提示》し直接ケアに加わる提案をしたり、《尿失禁ケア継続のためのチーム内連携の提案》をし、チームメンバーが役割を遂行できるように働きかけていた。後期のカンファレンスでは高齢者の目標達成度を評価したうえで、個別の尿失禁ケアの計画を見直すよう提案するなど、介護職員が自立的に個別の尿失禁ケアが考えられるようにエンパワーするような役割が多くなっていた。

プログラム導入後のこの項目の平均値が低下したことは、直接ケア導入の期間中に、尿失禁ケア計画での効果が見られないこともあった。このような場合には、効果を査定しながら、ケアが継続できるように協力を得るなど、チーム内での役割調整がより一層できたのではないかという内省がされていたとも考えられる。

5) 「ケアプロセスの確実性とコミットメント」の自己認識への影響

直接ケア導入前期のカンファレンスでは、《尿失禁ケアに対する知識不足への反省》とあった尿失禁高齢者のケアに関する知識不足を認識し、マニュアルなどを確認しながら、正確にケアを計画・実施しすることが話し合われていた。そして、ケアプロセスとして計画されたケアを継続するための方法や連携方法などの工夫が話された。

後期のカンファレンスでは、個別ケアの方法についてアイデアが出されることに対して、チーム内で認め合うような発言がなされ、相互理解や相互にケアの貢献を尊重している発言がなされていた。そして、そのことが、尿失禁高齢者の症状改善やいきいきした表情などに結びついていることを認識することによって、さらに尿失禁ケアへのコミットメントが高まっていると考えられた。このことは、このプログラム導入期間だけではなく、《尿失禁ケアの継続と応用への意欲》《個別の尿失禁ケアへ学んだ知識の応用》など今後もケアを継続したり、他の高齢者へ応用したりしようという意欲的な発言があった。このことは、実際の ITA 評価尺度の得点の平均値が低下したとは矛盾していた。これは、下位尺度に含まれている項目の中でプログラム導入後に有意差が認められた項目は「全人的ケアをしている」のみであったことが影響していると考えられた。

6) チーム学習とチームの変容について

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入によるアウトカムの一つはチーム学習の充実である。チーム学習とは、「メンバーが心から望む結果を出せるようにチームの能力をそろえ、伸ばしていくプロセス」(Senge, et al.,1994/2003)である。

ITA の項目と初期カンファレンスと後期カンファレンスでのカテゴリーの変化から、チーム学習が経験され、チームが変容していくプロセスを確認することができたと考える。

ステップ3の施設における尿失禁ケアの価値観や理念を創造するためのカンファレンスの中で、介護職員が尿失禁ケアについて多職種で話す機会が無く、深く掘り下げていかなかったと語っていた。介護職員は看護職員のもつ知識を活用していけば、尿失禁高齢者へよりよいケアを考えることができるのかもしれないが、その仕組みが今までは無かったと感じていた。

ステップ5で実施するカンファレンスでは、看護職員とコンサルタントとしての研究者も同席した。カンファレンスの場では看護職員が介護職員の尿失禁ケアで困っていることを一緒に考え具体的なアドバイスをしながら解決方法を見出そうとすることで、尿失禁ケアでの新たな発見や新たなアイデアに結びつけられていた。カンファレンスで検討された内容は、チームで共有するための方法についても介護職員は考えて実行に移していた。このように、実症例をとおして尿失禁ケアについてチームで学習されたことは、伝達され、即座に行動に移されていったことになる。

このことは、組織にとってのチームは主要な学習単位と位置づけられ、個人が学習しても全く組織の学習にはならないが、チームが学習することで、チームが得た洞察は行動に移されて組織としての力となっていくと、Senge (1994/2003) が述べていることと一致している。

特に初期のカンファレンスと後期のカンファレンスのサブカテゴリーの内容の違いをみると、話題の中心が高齢者個人のケアの計画から実施しているケアの効果に内容が移っていた。介護職員は、《個別の尿失禁ケア効果の査定》《尿失禁ケアによる業務効率の査定》で、自分達が行っているケア効果を査定し、多職種とのディスカッションをとおして計画を修正していた。このように、実行・評価・修正・実行という繰り返しは、チームの学習に不可欠のものである。また、介護職員のチームの連携が強化され、自由に発言できる組織内の雰囲気となったのは、共通の目標をもち、それをメンバーが理解できていることによって足並みがそろったチームとなっていたと考えられる。さらに、個別の尿失禁高齢者の具体的

にケア計画の内容にとどまらず、《高齢者との信頼の強化》や《尿失禁高齢者の改善への“やるき”の支援》というような、尿失禁高齢者の QOL に関連することについても着目するような変化が見られていると考えられた。これは、尿失禁ケアを通して、顧客（高齢者）中心志向となり組織全体が学習する組織に変化するという看護職員・介護職の長期的アウトカムの一つを達成するために必要なことであった。

また、《チーム協働による個別ケアの効果の認識》はチームメンバーが、尿失禁高齢者のケアは個人で考えることよりも効果があると認識していたことである。チーム学習では、一人で考えるより大勢で考えることで知性を高められるように機能していくことが大切であり、それが実行されていたと考えられる。また、「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入によって尿失禁高齢者の変化から効果を実感し、他への応用について考えることが語られるようになった。《尿失禁ケアの継続と応用への意欲》として、新しい入居者へ応用することや他のチームに成功例を示すなど、さまざまなアイデアとして語られていた。チーム学習が組織にとって効果的であると考えられる一つにはこのような、チームで開発されたスキルは他の個人、他のチームに展開することが可能なことである。

III. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入による高齢者の変化

1. 尿失禁高齢者の排尿状態について

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入によって、高齢者の1日尿量は、有意に減少した($p=0.04$)。3日間の夜間多尿指数の平均値が多尿を示していた対象高齢者は、9名中8名であり、他1名も初日は多尿を示していた。高齢者の夜間多尿を改善するための、水分摂取量の目安は、24時間尿量が20~30 ml/kgとなるように、水分摂取量を調整することが推奨されている。また、夜間頻尿、夜間多尿を改善するための水分摂取の調整では、日中においても尿量と水分量をみながら調整を行うことが必要である(Tani,2014)。このことから、水分を多く取っている高齢者には必要な水分摂取量を算出し、日中の水分摂取の配分や夕食後の水分摂取を控えるなど水分摂取量の調整を行った。個別の尿失禁ケア計画にこのような水分調整を取り入れたことが24時間の尿量に影響していたのではないかと考えられた。夜間多尿に関しては、夕方下肢挙上や歩行などを計画したが、変化がみられなかった。夜間多尿に関しては、高血圧や抗利尿ホルモンの低下など、その他のさまざまな要因があるため改善は困難であったと考えられる。パッドとおむつの交換回数と昼間の交換回数にも有意差が見られた($p=0.02, p=0.04$)。これは、昼間の失禁量にも有意に減少していた($p=0.04$) ことに関連していたと考えられる。昼間に尿失禁が見られなくなった、もしくは減った高齢者が4名あり、このうち2名は失禁が改善したのでパッドを外して過ごせるようになっていた。

このような夜間多尿の高齢者が多い現状において、特別養護老人ホームの夜間の介護職員の配置基準で、個別のケアへの対応には困難を極めるものと考えられる。現在の特別養護老人ホームの配置基準は、「夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。」(特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準)とされている。つまり、夜間は高齢者20人に1人以上の配置である。研究対象施設でも夜間の介護職員は3ユニットに2人などの配置であった。高齢者の夜間多尿の割合から考えると、夜間の排尿誘導やおむつ交換などを必要とする人が多いにも関わらず、手が回らない状況であると推測され、トイレでの排尿が可能であっても、やむを得ず失禁状態を作られている可能性もある。この夜間多尿の現状を、施設管理者が把握し、夜間と昼間の配置を再考して夜間の高齢者の排尿・尿失禁に対応できるように検討することが必要であろう。また、さらに夜間配置基準の最低人数を見直すことを国へ要望していくことも考える必要がある。

尿失禁回数については、プログラム導入による有意差はなかった ($p=0.53$)。これにはいくつかの理由が考えられた。一つ目は、プログラム導入前に排尿日誌を記録した時に、失禁が無かった高齢者が 3 人いたことが影響していたと考えられる。二つ目には、個別のケアの計画において失禁の回数を減らすことが目標ではない高齢者も含まれていたことが影響していると考えられた。例えば C-i 氏の目標は、排尿のタイミングでおむつ交換ができ、シーツや着衣に漏れがなく快適に過ごすこと、皮膚障害がなく、痛みが生じないことが目標であった。C-i 氏は、片麻痺があり、本人も排便以外のトイレ移動は疲労が強いため望んでおらず、体重が重く車いす移動には複数の人手が必要なため、排尿ごとに介助できないという状況もあった。

2. 尿失禁高齢者の QOL と主観的ウェルビーイングの変化について

1) 尿失禁高齢者の QOL

尿失禁高齢者の QOL の評価には、国際失禁会議尿失禁質問票短縮版 (ICIQ-SF) を用いた。質問項目が 4 項目からなる ICIQ-SF は、質問 3 までの合計点でスコア評価を行う。

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入による ICIQ-SF の合計点は有意に低下しており ($p=0.03$)、尿失禁に関連した QOL が改善していると判断できた。

ICIQ-SF の各項目についてみると、質問 2「あなたはどれくらいの量の尿漏れがあると思いますか？」には、有意な差 ($p=0.01$) があり、これは、ケアプログラム導入後に失禁高齢者の昼間の失禁量が有意に減少していたこととも関連するのではないかと考えられた。質問 3「全体としてあなたの毎日の生活は尿漏れのためにどれくらい損なわれていますか」にも有意差 ($p=0.02$) があり、昼間の失禁量の減少とともに、おむつとパッドの 1 日の交換回数および昼の交換回数が有意に減少したことで、主観的な煩わしさや生活が損なわれている感覚が減じたのではないかと推察される。

質問 1「どれくらいの頻度で尿がもれますか？」という項目については、有意差 ($P=0.89$) がなかった。これは、対象高齢者のプログラム導入による失禁回数に有意差がなかったことから、ICIQ-SF の頻度の項目に関しても有意差がなかったと考えられた。

2) 「改訂—いきいき度尺度 (PLS-R)」の変化について

改訂—いきいき度尺度 (PLS-R) は、主観的ウェルビーイングを測定することを目的に作成された。主観的ウェルビーイングはこころの健康の指標の一つである。主観的ウェルビー

イングは、単に疾病や障害など健康脅かす否定的な側面が減少するというだけではなく、幸福感や満足感などの肯定的な側面の向上を含む。

そこで、高齢者の尿失禁の改善や、個人にとって尿失禁のよりよいケアを受けることで、尿失禁があってもいきいきした生活が送れるのではないかと考え、PLS-R の変化をみた。

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入前後の総得点、いきいき度には、有意差は無く ($p>0.05$) PLS-R の 14 項目の各々の得点においても有意差は無かった ($p>0.05$)。田中(2006)は PLS-R の年代差の調査では、20 歳代から 60 歳代までの 10 歳代毎の得点の比較を行っている。これによると、「いきいき度得点」および、下位尺度の「満足感」「チャレンジ気分」「気分転換」で、60 歳代が最も高く、「ネガティブ気分」は 60 歳代が最も低いという結果であった。

本研究の対象者は、70 歳代以上であり、前述の研究 (田中,2006) における 60 歳代の「いきいき度得点」「満足感」「チャレンジ気分」「気分転換」「ネガティブ気分」の平均値とチーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入前の対象高齢者の各項目の平均点とを比較するとすべての項目において、対象高齢者の平均点の方が高かった。このことから、もともと、対象高齢者の主観的ウェルビーイングは高く、尿失禁についてはある程度は加齢現象として受け止めており、主観的ウェルビーイングの肯定的な側面を脅かすほどの疾病としては捉えていないとも考えられる。

田中 (2006) は、加齢とともに身体的な衰えは進むが、いきいき度は、年齢が上がるにつれて高くなり、心理的な健康のポジティブな側面が増加していることを指摘している。これは、心身の症状とポジティブな健康感とは独立した次元であることを示唆していると、述べており本研究の結果と一致する。

3) 高齢者の尿失禁に関わる困難さについて

高齢者の尿失禁ケアの困難さには 8 項目からなる質問紙を用いた。質問紙は、高齢者施設において高齢者が尿失禁ケアを受ける際に感じる困難なことや煩わしいことを予備研究で明らかにした内容から研究者が作成した。

本研究においては、「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」導入による尿失禁高齢者の困難さについて、統計学的な有意差は認められなかった ($p>0.05$)。しかし、各項目の平均値や中央値が、8 項目中つぎの 5 項目で低下している。「1. ひんぱんな尿漏れがあることによって苛立つ (イライラする) ことがある」「2. 尿もれを他人に気づかれないように隠

そうとすることがある」「3. トイレに行くことが自分一人できなくなってしまって寂しく思う」「4. おむつをつけていることで、痒みやただれがあり不快に感じることもある」「5. 尿がもれる状態は、仕方がないのだからあきらめようと思う」である。残りの3項目、「6. 尿もれの介助を職員にしてもらうときに、ないがしろにされていると感じることがある」「7. じぶんが望んでいない排尿の方法でも、従ったほうがよいと思うことがある」「8. トイレに行くことを考えると面倒くさいと思うことがある」では、平均値・中央値とも上昇していた。項目6、項目8では、尿失禁高齢者の排尿行動での機能改善や筋力トレーニングをして排尿行動が自分で行えるよう見守りをするという計画を実施していたためだと考えられる。介護・看護職員にとっては、尿失禁高齢者の機能改善に向けた目標と、尿失禁高齢者のやる気をどのように支え、維持するかという事が課題であったと考える。

項目7では、高齢者にこの項目についてどのように理解したかを確認したところ、「介護職員や看護職員が、良くしようと思って『こうした方がよい』と提案してくれることには従ったほうがよいものね。」というように、「自分が望んでいない」という意味は、「自分がやりたくない」や「自分が好ましくない」という意味ではなく、「自分が知らなかった」や「自分が思いもよらなかった」という意味で捉え、作成者の意図とは異なる解釈をしていたことが分かった。

3. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の高齢者の中期的アウトカムについて

本プログラム導入による高齢者の中期的アウトカムは、①尿失禁の回数や量の低下、②尿失禁関連の皮膚障害や不快感および尿路感染の低下、③尿失禁高齢者のQOLの向上、④いきいき度の向上、⑤尿失禁に関する困難さの低下と設定した。

- ① 尿失禁の回数や量の低下については、昼間の尿失禁量の減少とおむつ・パッドの交換回数の減少を認め、回数は変化が無かったことから、一部達成できたと考えられる。しかし、プログラムのアウトカムが尿失禁高齢者の個別の目標とは一致しないこともあるため、アウトカムの設定には、今後検討する必要がある。
- ② 皮膚障害に関しては、研究対象には1名しかおらず、カンファレンスで介護職員が語った内容には皮膚障害が改善し、疼痛が軽減したことが示され、達成できている。
- ③ 尿失禁高齢者のQOLの向上については、ICIQ-SFの有意な低下により達成できたといえる。いきいき度の向上については、統計学的には明らかな変化を示すこと

ができなかったため、達成できたとはいえない。

- ④ 尿失禁に関する困難さの低下については、統計学的には明らかな変化を示すことができなかったため、今後は質問紙の内容およびアウトカムの測定方法については検討する必要があると考えられる。

IV「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の評価

1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」のプログラム評価について

「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の評価は研究者が 10 項目からなる質問紙を作成し、回答の形式は非常に満足から非常に不満足までの 5 件法とした。評価者は、ケアプログラムの全てのステップを経験した介護職員・看護職員であった。ケアプログラム終了時に調査を行った。

この評価において、非常に不満足と回答した者は全くなかった。不満足の割合も 1%から 7%の範囲であり、非常に少なかったと考えられる。

「非常に満足」・「満足」と答えた割合が最も高かったものは、「10.尿失禁高齢者ケアプログラムは、高齢者や組織にとって有用であったか。」の 83%であり、有用性が高いと評価された。これに続く上位 2 つの項目は「1. このプログラムで尿失禁の知識や技術が獲得できたか。」の 79%、「2. 尿失禁ケアを実施するために協働する環境の足がかりとなったか。」の 78%であった。排尿障害・尿失禁ケアの知識を獲得するという項目は「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の介護職員・看護職員の即時的アウトカムの一つであり、それまで、尿失禁についての学習の機会が少なく、知識を得ることが困難とされていたため、講義と経験学習の両者により知識を獲得する機会がある本プログラムでの満足度が高まったのでないかと考える。

また、チームアプローチの実践やチーム学習には、チームメンバー間のコミュニケーションの充実は重要である。高齢者の尿失禁ケアについて話し合う機会が少ないということは、予備研究の結果でも示されていた。本プログラムでは、カンファレンスを設け、個別の尿失禁ケアの計画や計画を話し合うことにより、チームの連携や一体感などにつながり、協働する環境について考える機会にもなっていた。

一方、これとは、逆に「非常に満足」・「満足」と答えた割りあいが 50%に満たないものは、次の 3 項目であった。「高齢者の尿失禁にともなう不快感を改善できたか。」46%「高

高齢者の尿失禁症状を改善することができたか。」45%、「プログラムによって尿失禁ケアの負担が減ったか。」43%であった。これら3項目は「どちらともいえない」の割合が高く、それぞれ52%、49%、49%であった。

本プログラムが有用であるという一方で、高齢者の尿失禁の症状や、不快感の改善、業務負担の減少については、満足感が得られるほどではなかった。これは、対象となった高齢者が、認知症が無いか、もしくは疑いの程度であり、介護職員にとっては尿失禁ケアの負担が大きいと感じている対象で無かったこと、また尿失禁の程度も軽いこともあり、改善の実感が得られなかったことから、このような評価となったのではないかと考える。

また、尿失禁高齢者の達成しようとする目標が、失禁症状の消失するということではない場合に、尿失禁にともなう不快感、尿失禁症状の改善が、できていないと判断したことも一因であると考ええる。

2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の構成について

チーム変革尿失禁高齢者ケアプログラムはステップ1～ステップ5までの15週間の構成であった。

ステップ1には「尿失禁高齢者の心理的・身体的な状態」の講義および尿失禁高齢者による「尿失禁で困っていることを語る会」の2つの内容がある。「尿失禁で困っていることを語る会」は、特別養護老人ホームの高齢者で、自分のことを語れるという人が少ないことがある。高齢者複数に語ってもらうことは難しいことが予測される。承諾が得られても複数の職員の前で話すことに抵抗がある場合には、職員が高齢者にインタビューして答えてもらい、その内容を他の職員に伝達するなど臨機応変な対応が必要だと考えられた。

ステップ2の「排尿障害・尿失禁ケアに関する講義」および残尿測定機器の実演指導については、施設の介護職員数や看護職員数により、1回の講義に出席できる人数に制限される場合もあり、同じ講義を複数回行うことや期間を延長するなどの調整が必要になる。なお、ステップ1の「尿失禁高齢者の心理的・身体的な状態」の講義もまとめて行ってほしいとの要望が施設からでることも予測されるが、順序としては、流動的に行っても支障はないものと考えられた。

ステップ3は、尿失禁ケアの理念や価値観、組織の尿失禁ケアの目標を共有する目的でのカンファレンスの実施である。ステップ3は、ステップ1・2の講義および高齢者による「尿失禁で困っていることを語る会」などの内容を終了し、知識を得てからが望ましい。

テップ4の尿失禁高齢者への教育は、できれば排尿日誌を記録した後に開催することで自分自身の排尿状態を確認でき、より現実的な教育指導が可能であると考えられる。

V. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の内的妥当性と外的妥当性について

1. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の内的妥当性

本プログラムの目的の一つである、高齢者、介護職員、看護職員のそれぞれの尿失禁ケアにおける困難性は、高齢者・看護職員は低減することができず、むしろ看護職員に関しては困難性が高まった。本プログラムでの高齢者の尿失禁ケアの経験によってそれまで意識していなかった課題が認識された可能性がある。今後、認識された課題を改善するような取り組みが期待される。また、困難性を低減するためには、高齢者の尿失禁ケアを相談する仕組みを構築し、看護職をサポートすることで、看護職が施設内で尿失禁ケアのリーダーシップがとれるようになることが必要であり、ことも今後の検討課題となると考える。

目的のもう一つは、尿失禁高齢者が尿失禁にともなう心理的・身体的な苦痛が軽減し、尿失禁があってもその人なりの生き生きとした生活をおくることができることを挙げている。つまり、高齢者自身にも積極的に自分自身の健康を維持・増進するために、尿失禁の病態についての理解を促し、必要な治療やセルフケア、望む介助の方法について直接話し合いの必要性などを指導することによって、高齢者のヘルスプロモーションを促進するように働きかけることが含まれている。

これは、これは本プログラムのステップ3であり、高齢者のQOLやウェルビーイングに影響を及ぼす重要なステップである。また、介護職員・看護職員が高齢者の自律的な日常生活を営むことを支援するという点の気づきにおいても重要であった。

例えば、C施設では、このステップを通し、高齢者同士が知り合うことにより同じ悩みを持つ同志という意識が芽生えた。骨盤底筋訓練を自律的に行い相互に励ましあいながら、尿失禁を改善しようという目的意識をもち行動していた。自然発生的なセルフヘルプグループであった。これにより、高齢者がいきいきした生活を送り、QOLが向上していることを、介護職員・看護職員も実感していた。

また、高齢者は、高齢者自身が望む尿失禁ケアについて介護職員・看護師に伝えることを経験し、排泄介助に対する不満を取り除くことができた。高齢者は尿失禁ケアに関する意思決定に参加することを体験したことによって、尿失禁の症状改善につながっていた。そして、

このことは介護職員にも影響を及ぼし、高齢者とのコミュニケーションがスムーズにとれるようになったことを感じていた。それまでは失禁ケアに関して遠慮がちなコミュニケーションであったが、相互の信頼関係の上に良好な関係が築け、よりよいケアに結びついていた。

2. 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の外的妥当性

1) 他的高齢者施設での適用可能性

本研究では、特別養護老人ホームにおける「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入を行った。高齢者施設においては看護職員や介護職員・他の医療者の配置基準が高齢者施設の種類によって異なる。そのため、研究対象施設の条件を可能な限り一定にするため特別養護老人ホームに限定してプログラム導入を行い研究に取り組んだ。

他施設での適用可能性については、本プログラムは尿失禁高齢者が尿失禁にともなう心理的・身体的な苦痛が軽減し、尿失禁があってもその人なりの生き生きとした生活をおくることができることを目的としているため、特別養護老人ホームという施設に特化することを目的として作成したものではない。

医療的な介入の程度にもよるが、医療的な介入と同時に尿失禁ケア方法についても計画する必要があり、高齢者の尿失禁のアセスメントの基本的な考え方は施設の背景によって異なるものではないため、他施設での適用は可能であると考えている。

しかし、適用可能性のエビデンスを示すためには、今後は他的高齢者施設においても同様の研究を実施する必要があると考える。

2) 認知症がある尿失禁高齢者への適応可能性

本研究の対象高齢者の除外基準はMMSE20点未満であり、高度の認知症の高齢者は除外した。対象施設の特別養護老人ホームでの入居者の多くは認知症を患っており、なおかつ排尿が確立していないことが問題となっていた。

C施設において、認知症高齢者C-s氏の失禁について相談があり、このプログラムを活用することとなった。C-s氏は認知症を患い、「異食」があり、失禁パッドを外して食べてしまうことから、パッドの使用はできなかった。おむつも不快になるとはずしてしまうため、パンツを使用していた。尿意が明らかではなく、着衣まで濡れるほどの失禁があるために1時間ごとにトイレに誘導することもあった。1日10回以上は排尿誘導をしていても5回の尿失禁があった。また、排尿誘導の時間が統一されておらず、排尿誘導しても全く排尿が無い時間帯もあった。そこで、トイレ誘導の時間を確立していくために、排尿日誌を用いてア

セスメントすることとなった。リハビリパンツを試すことと同時に、尿漏れの回数を減らせるようなタイミングを見つけるために排尿日誌を用いてアセスメントを行った。さらに、食事やレクリエーションなどの生活のリズムとの調整を行い排尿誘導の時間を決定した。介護職員は、排尿誘導の時の声掛けや尿漏れがない時の声掛けなど、統一したケアを計画した。これによって日中は6回、夜中は1回のみの排尿誘導を実施した。日中の尿失禁は1度のみで、夜間は100 cc程度の尿失禁がある程度に軽減した。介護職員と看護職員は、これによってC-s氏の生活リズムが確立し、表情に陰しさが無くなり、行動に落ち着きが出てきたと変化を認識していた。

また、以前のような、一日に着衣を何度も取り替えることが全くなり、尿誘導の間隔もあいたことから、介護職員の負担が減ったと語っていた。そしてさらなる目標として日中の1回の失禁も無くしていきたいと、介護職員は排尿日誌で評価し、排尿誘導時間を修正していこうと考えていた。

その他、3名の認知症高齢者の尿失禁ケアを実施したが、いずれも排尿誘導時間の調整や水分調整、生活リズムの調整などにより尿失禁回数が減少したことを排尿日誌で確認した。

このように、「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」は認知症高齢者へも適応していくことは可能と考えられる。さらに、認知症看護認定看護師などの認知症者のケアを専門とする看護師と協力し、認知症高齢者の特徴を踏まえた内容を尿失禁ケアマニュアルに取り入れていくことも考慮するとよいのではないかと考えられる。

3) 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の汎用性について

本研究においては、研究者がコンサルタントの役割を担い、教育と相談を実施した。本プログラムの目的の一つには介護職員、看護職員のそれぞれの尿失禁ケアにおける困難性が低減するということがあるが、看護職員の困難性は低減せず、むしろ高まっていた。本プログラムの期間だけでは、特別養護老人ホームの看護職員が尿失禁高齢者のケアについて、自信をもってコンサルテーションを受けるところまでは、到達していなかったと考える。

そこで、今後このケアプログラムを普及していくためには、特別養護老人ホームでファシリテーターを担う人材を育成すること、もしくは、すでに教育を受けコンサルタントの役割がとれる人材へコンサルテーションができるような仕組みが地域で作られることが必要だと考える。施設でケア提供者やケアの管理者が必要な時にコンサルトでき、質の高い高齢者の尿失禁ケアが定着させることができる。

VI. 研究の限界

本研究は特別養護老人ホーム 3 施設で実施した。対象となった施設全てが、ユニット型であり選択バイアスが生じたと考えれる。ユニット型は、従来型と介護職員数の配置基準は同一であるが、入居者 10 人に対して 1 名を配置しなくてはならない。そのため実質的には従来型よりも手厚い配置となっている。この施設の選択に偏りが生じた背景には、2 つのことが考えられる。一つは対象の選択に便宜的な方法を用いたことである。全国の特別養護老人ホームに精通している老年看護の教授や特別養護老人ホームに勤める看護管理者に紹介を依頼した。2 つ目は、特別養護老人ホームの研究の受け入れ態勢が未だ整っていないことである。13 の特別養護老人ホームに研究協力を依頼したが 10 施設からは同意が得られなかった。

次に、研究対象者についてである。研究対象者 9 名は全員が女性であり選択バイアスが生じている。その理由は日本人の平均寿命（男性 80.79 年、女性：87.05）から考えると、特別養護老人ホームの入居者は、女性の絶対数が多いことが理由であった。

さらに、本研究では研究対象の高齢者において、認知症（MMSE \leq 20）の高齢者を除外した。これは、質問紙への回答が必要であったためである。しかし、我が国における認知症の人の数は 2012 年で約 462 万人、65 歳以上の高齢者の約 7 人に 1 人と推計されており、2025 年には認知症の人は約 700 万人前後になり、65 歳以上高齢者に対する割合は、約 5 人に 1 人に上昇する見込みと報告されている（認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）,2015）。

したがって、今後は認知症がある尿失禁高齢者を対象に「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」を適応させた研究を実施する必要がある。

第7章 結論

本研究は、特別養護老人ホームにおいて「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入を行い、次の3点について検証することを目的として行った。(1) 尿失禁ケアに関するチームの変容が可能か。(2) チームの変容は、高齢者の尿失禁の症状改善やQOL、主観的ウェルビーイングの改善をもたらすか。(3) チームの変容が、高齢者の尿失禁の症状改善やQOL、主観的ウェルビーイングにどのように影響しているか。なお、本研究では尿失禁ケアに関する組織的な変革をプライマリアウトカムとし、尿失禁高齢者の症状、QOL、主観的ウェルビーイングをセカンダリアウトカムとした。

I.尿失禁ケアに関するチームの変容

- 1 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入による、チームアプローチの実践状況についての自己認識には、学際的チームアプローチ実践評価尺度（ITA 評価尺度）を用いた。「全人的なケアをしている」「目標の達成度を評価している」「チームには一体感があると感じている」「チームの理念を認識している」の4項目と下位尺度である「ケアプロセスの確実性とコミットメント」では介護職員とチーム（看護師・介護職員）で変容を認めた。「問題状況に応じて役割を調整している」では看護師のみ変容があった。
- 2 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入によって、尿失禁ケアに関わる困難さは、介護職員も看護職員も全て改善したとはいえない。

II.尿失禁高齢者の症状、QOL、主観的ウェルビーイング

- 1 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入によって、尿失禁高齢者の1日尿量は減少し、昼間の失禁量が減少した。これによって、尿失禁症パッドとおむつの交換回数、特に昼間の交換回数が減少し、改善を認めた。
- 2 「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」の導入による尿失禁高齢者のQOLの評価には、国際失禁会議尿失禁質問票短縮版（ICIQ-SF）を用いた。ICIQ-SFの合計点は有意に低下し、尿失禁に関連したQOLの改善を認めた。主観的ウェルビーイングを測定する、改訂一いきいき度尺度（PLS-R）は、導入前後の得点に変化はなく、ケアプログラム導入前から高い得点であった。

III.チームの変容の高齢者の尿失禁の症状改善やQOL、主観的ウェルビーイングへの影響

学際的チームアプローチ実践評価尺度（ITA 評価尺度）の得点の変化と各施設で実施された初期カンファレンス（1回～2回目）と後期カンファレンス（5回～6回目）のカテゴリーの推移を統合した。得点の変化とカテゴリーの内容の対比からチーム学習を習得するプロセスとしてチームの変容が確認できた。

以上のことから「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」は特別養護老人ホームで導入することは有用である。

本研究では、研究対象から認知症高齢者は除外した。今後さらに認知症の有病率が高まることが推測されており、「チーム変革型尿失禁高齢者ケアプログラム」を認知症高齢者への適応を検討するため研究が必要である。