

病院における認知症ケアに影響を与える要因の検討
—認知症看護ケアチェックリストの作成のために—

名古屋大学大学院医学系研究科
看護学専攻
池上千賀子

平成 30 年度学位申請論文

病院における認知症ケアに影響を与える要因の検討
—認知症看護ケアチェックリストの作成のために—

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

(指導：太田 勝正 教授)

池 上 千 賀 子

【 目 次 】

I. 序論	1
II. 文献検討.....	2
1. 病院での認知症ケアの特徴(困難)	2
2. 認知症ケアに関する既存の尺度	3
3. 本研究の基盤となる認知症ケアの枠組み	5
4. 研究の意義.....	6
III. 研究目的.....	6
IV. 本研究の構成	6
1. 第1段階	7
1) 目的	7
2) 研究方法	7
3) 結果	7
2. 第2段階	8
1) 目的	8
(1) プレテストⅠ.....	8
(2) プレテストⅡ.....	9
3. 第3段階	10
1) 目的	10
2) 研究方法	10
3) 結果	10

V. 考察	13
1. 対象者の概要と対象施設の特徴	13
2. 認知症看護ケアチェックリスト原案の信頼性と妥当性	14
3. 「実施頻度」と属性との関係	15
VI. 結論	17
研究の限界	17
看護への示唆	18
謝辞	19
文献	21
図表	26

資料

1. 調査票資料

I. 序論

全世界には、2015年に4,680万人の認知症の人々が暮らしているといわれ、これは20年ごとに倍増し、そして2050年までにはおよそ2倍の1億1,350万人になると推定されている(Prince, Comas-Herrera, Knapp, Guerchet, & Karagiannidou, 2016). 日本における認知症高齢者の将来推計人口は、2025年に700万人を超えるといわれている(厚生労働省, 2016). これに伴い、近年、英国の急性期病院においても認知症高齢者の入院が増えており、入院する高齢者の認知症有病率は、42.2%にも達することが示された(Royal College of Psychiatrists, 2017; Sampson, Blanchard, Jones, Tookman, & King, 2009).

認知症は、混乱した記憶、思考、見当識、人格の変化など慢性的な性質を帯びた特定の兆候や、進行性の脳機能不全を呈する理解力、計算、学習能力、言語、及び判断に関する行動の変化などが特徴の症候群である(Draper, 2004). 認知機能、行動の悪化が進行するにつれ、認知症患者は日常生活で正常な活動をするために他者からの支援が必要になる. 認知症患者の複雑なニーズを満たすことは難しく、そのため潜在的ニードによって引き起こされるBPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)症状につながる可能性がある(Kitwood T. 1997).

認知症の症状は、急性期ケア環境において悪化する(Cunningham & Archibald, 2006, Martin & Haynes, 2000)といわれているが、急性期病院の看護師は、認知症患者のニーズを満たすのに十分なケアを提供できていないことが懸念される. 一般病院では、入院治療が必要と診断された主症状の治療が優先され、認知症高齢者の認知症症状に対応できない現状がある. 認知症は、確定診断が行われていない場合が多く、医療施設の入院中に徘徊などの特異な行動から看護師が兆候を発見することもある. これに加え、認知症高齢者は環境の変化等により入院中にBPSD症状をきたすことが予測され、これにより安全な療養生活を送る上で問題が生じているとされている.

我が国では、高齢化率が27.3%(Government of Japan Cabinet Office, 2017)と超高齢社会となり、入院患者のうちの認知症保有率は27.2%(All Japan Hospital Association, 2016)との報告がある. 病院での認知症高齢者の先行研究としては、認知症患者のBPSDへの対応に苦慮している現状(Matsuo, 2011), 認知症高齢者をケアする看護師の困難(Chida & Mizuno, 2014), そして看護師の感情のコントロールの難しさ(Nishimura, Okamoto, & Suzuki, 2015)についての研究がある. 以上より、病院における看護師が実践

する認知症ケアへの対応が急務と考えたため、本研究を実施した。

II. 文献検討

1. 病院での認知症ケアの特徴(困難)

病院での認知症ケアの先行研究においては、認知症特有の言動のとらえ方、コミュニケーション上の困難、不穏状態、暴力・暴言、徘徊などの随伴症状への対応、家族介護者が認知症高齢者を理解することの難しさが報告されている。Matsuda(2006)は、認知症ケアを行う中で、看護師自身が感情的な挫折感を伴うことを報告している。谷口(2006)は、医療施設で認知症高齢者の看護を行う上で、認知症高齢者を受け入れるためには看護師の内面のプロセスとして“目が離せない人に対する許容”が必要であると述べている。この「許容」とは、認知症患者の言動や行動は、患者が意図的にしているのではなく、認知症という病気がそのようにさせていると看護師が受け入れることを指しており、つまりケアを実施する看護師が認知症高齢者を理解することの重要性を示している。このほかに、看護師は認知症を持つ患者がくりかえすBPSDにより、「ケアの困難感」「感情の疲弊」を伴うことで、「患者を尊重した対応ができない」「患者に対して強い口調」などの対応をとることも指摘されている(山下, 2006, Matsuo, 2011)。その結果、認知症を持つ患者にとって、看護師の対応が不快な刺激となり結果的にBPSDの増悪につながることを考えられる。さらに、認知症に伴い錯乱状態を呈する高齢者へのケアを行う際によりケア提供が困難になり、結果的に他の患者のケアにも影響を及ぼし、身体的、薬剤による拘束を使用せざるを得なくなる(Chrzescijanski, Moyle, & Creedy, 2007; Nakahira, Moyle, Creedy, & Hitomi, 2009)との報告もある。また、病院看護師を対象とした認知症知識に関する研究(Lin, Hsieh, & Lin, 2012)では、看護師が正確な認知症の知識を持っており、認知症の異なる重篤度に合わせて患者のケアニーズを理解することができていたという報告もある一方で、認知症症状とせん妄の区別がつかない看護師がいるという報告もあった。

Moyle. W, et.al. (2008)は、急性期病院はナースিংホームと比較するとスタッフの知識レベル、スタッフの教育の背景が異なる環境となっていることを報告しており、つまり急性期のスタッフは、高齢者を対象としたより良いケア実践ができるような教育が重点的に置かれているわけではなく、病院では人としてのケアが不足している可能性があることを述べている。これは、治療を目的とした病院の役割機能が優先されるために、医療職者が認知症高齢患者を生活者として捉えることの困難さを示しているかもし

れない。そのため、認知症に伴い錯乱状態を呈する高齢者のケアをする際、BPSD への対応と患者一人ひとりの個性を尊重したケアが必要である (Moyle, Borbasi, Wallis, Olorenshaw, & Gracia, 2011) が、それゆえに、急性期医療施設におけるケアスタッフは特に難しい問題に直面するだろう。

従来の認知症ケアの先行研究では、認知症患者をケアする看護師の困難感の実態と認知症患者の BPSD に対して「どのように対応したらよいのか」、その方法の模索がメインであった。しかしながら、実際に認知症を持つ患者に対して、看護師が行っているケアそのものの内容の実態は示されていない。認知症ケアは「認知症患者がその人らしくそこに存在できるよう、すなわち一人の“人”として尊厳し快適な生活が送れるように支援すること」であり、看護師は、認知症症状に対応しながら適切な治療やケアを提供するという高度な看護を行うことが求められている。これらより、各々の看護師が認知症高齢者の認知症症状をスタンダードな看護として注目し、かつ疾患の治療および看護ケアを提供することが重要であり、そのためには組織を挙げてそれを支援する認知症患者ケアの対策が必要であると考ええる。

2. 認知症ケアに関する既存の尺度

前述の病院での認知症ケアの現状を踏まえ、年齢や健康にかかわらず、全ての人々に価値があることを認め尊重し、1 人ひとりの個性に応じた取り組みを行い、認知症の視点を重視した人間関係の重要性を強調した Person-Centred Care (PCC; Brooker, 2007) を医療現場で取り組めるよう、医療スタッフを対象とした認知障害高齢者への Person-Centred Care を実践に活用できる看護尺度が開発 (Edvardsson, Fetherstonhaugh, & Nay, 2011; Edvardsson, Sandman, & Rasmussen, 2009; Edvardsson, Koch, & Nay, 2010; Edvardsson, Nilsson, Fetherstonhaugh, Nay, & Crowe, 2013; Edvardsson et al., 2015) されている。

Edvardsson et al. (2009) は、PCQ (Person-Centred Climate Questionnaire) で雰囲気 (climate) に関する評価を作成した。この雰囲気 (climate) は病院の物理的および社会的かつ心理的側面から作り出される一般的な印象に焦点を当て、それらがどのように Person-Centred な雰囲気になりうるのかについて測定したものである。その中で Person-Centred Climate Questionnaire Staff version (PCQ-S; Edvardsson et al., 2010) は、病院スタッフを対象とした Person-Centred な環境の雰囲気 (climate) に焦点を当てたスケールであり、この下位尺度は、安全な雰囲気、日常的な雰囲気、コミュニ

ティーの雰囲気、理解する雰囲気が確認されている。具体的な質問項目としては、「あなたが人として認められていると感じる場所」、「あなたが自分自身でできる場所」、「職員が居住者が理解できる言語を使用する場所」を含む 14 項目（6 件法）で構成されており、パーソンフッドをより促進するための内容になっている。ここでのパーソンフッドとは、「一人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること」(Kitwood, 1997) である。またこのスケールによる国際比較の検討では、文化的相違により複数の因子構造が確認されており、尺度としての活用には検討が必要な段階である。

The Tool for Understanding Residents' Needs as Individual Persons (TURNIP; Edvardsson et al., 2011) は、高齢者施設のスタッフを対象とした尺度で、高齢者施設の入居者のニーズを把握し、スタッフならびに組織において Person-Centred な取り組みを向上するための介入ツールである。この下位尺度は、環境、認知症に対するスタッフの態度、認知症についてのスタッフの知識、組織、ケアで構成されており、スタッフの態度、信条、現在の実践を問う内容となっている。この尺度は、高齢者施設のスタッフを対象としている点で、本研究で採用することができないと考える。

The Person-Centred Care of Older People with Cognitive Impairment in Acute Care (POPAC; Edvardsson et al., 2013) は、急性期病院のスタッフを対象とした急性期病院に入院している認知障害の高齢者に対するスタッフの Person-Centred Care の意識を評価する尺度（15 項目、6 件法）である。この下位尺度は、認知機能アセスメントとケア介入を取り入れる、根拠や専門技術を取り入れる、個別ケアで構成されている。前述の PCQ-S および TURNIP と異なる点は、認知機能のアセスメントを促すために、認知機能を測定スケールの使用や専門家からの助言を求めること、さらに患者の様々なケアニーズを満たすための方法を議論することが含まれている。しかしながら、認知症患者への具体的なケア介入を示しているとは言い難く、認知機能のアセスメントや看護診断、専門家のコンサルテーションに偏っているという課題がある (Suzuki et al., 2016)。

この他に Brooker (2012) は、Person-Centred Care を 4 つの要素 VIPS (V : 価値, I : 個人の独自性を尊重する, P : その人の視点に立つ, S : 相互に支え合う社会環境を提供する) として捉え、この要素に基づいて医療スタッフが認知症を持つ人と家族に対する Person-Centred Care を実践するために自己評価する指標を開発した。この指標における具体的な VIPS は、「V: 私たちの職場は、認知症を持つ人やその家族の体験に対して、価値や敬意を示しているか?」、「I: スタッフは、認知症を持つ人のことを知り、その人

にはない大切な個人であると感じられるようなシステムになっているか?」,「P:私たちは、認知症を持つ人やその家族の視点を理解するために時間を費やしたか?」,「S:私たちは、認知症を持つ人が社会的に自信を持ち、孤立を感じないように、援助的な社会的心理的ケアを提供しているか?」(Brooker, 2007)の4つの視点で説明されている。このVIPSについても急性期医療現場における振り返りを行うための指標として提示しているが、この指標においても、認知機能のアセスメントや看護診断、専門家のコンサルテーションに偏っている(Suzuki. et. al, 2016) ことがあり、急性期病院における認知症患者が抱える深刻な身体状態によって引き起こされる認知症症状へのアセスメントや多職種協働などの具体的かつトータルなケアとして捉えることができていないことが課題であった。

認知症ケアの総合的な評価は、身体、心理、感情、環境、文化、社会、スピリチュアルの側面が含まれる(Barker & Board, 2012; Gail, 2008)。さらに、Borbasi. et. al (2006)と Moyle. et. al (2008)は、急性期の病院における認知症高齢者ケアとして早期発見と評価の重要性、看護職員についての知識と姿勢、焦点を当てたコミュニケーション、ストレスの軽減、家族やその他のケア提供者の関与を含む親密性、多くの専門職のアプローチの重要性を示しており、認知症患者を目の前にした時の看護師による適切でかつ具体的な実践が期待される。

以上より、病院の看護師が認知症ケアを実施する上で、「何ができているのか、何ができていないのか」について客観的に把握するために適切な尺度がないと言える。そのため、認知機能に障害を持つ対象者へのケアを提供するために、多角的かつ多面的な視点でケアを捉えることによって、「何ができているのか、何ができていないのか」について集約し、包括的に捉えた尺度が必要であると考えられる。

3. 本研究の基盤となる認知症ケアの枠組み

日本においては、Rokkaku(2012)が認知症ケアの対応として求められる11項目のケア、見守り・観察ケア、健康管理ケア、かわりケア、五感を刺激するケア、興味・関心を探るケア、気分転換ケア、チームケア、行動変容を促すケア、リハビリケア、基本的ニーズへのケア、家族ケアを示している。これらのケアは、前述の認知症ケアで述べたBarker & Board(2012), Gail(2008)が示す認知症ケアの評価要素の身体、心理、感情、環境、文化を含んでいる。さらに、Borbasi. et. al (2006), Moyle. et. al (2008)が示すうちの、早期発見の評価の重要性、看護師の知識と姿勢、焦点を当てたコミュニケ

ーション、ストレスの軽減、家族やその他のケア提供者の関与を含む親密性、多くの専門職のアプローチについては、全てを含むものである。このように、[Rokkaku\(2012\)](#)が示す認知症ケアの対応は環境、身体、介護要因によって周辺症状(BPSD)を引き起こすことを前提とした上で、看護師がケア実践を通してその要因を探り明確にしつつ、患者への適切なケア提供を進めることができると示している。

4. 研究の意義

[Rokkaku\(2012\)](#)が示した枠組みで認知症ケアを整理することにより、認知症ケアとして必要なケアができているか、あるいはできていないことについてチェックするのに役立つものとする。臨床において自らの認知症ケアの自己チェックができることで、看護師自身によりケアの振り返りにつながり、かつ患者への適切なケア提供に貢献できると考える。

Ⅲ. 研究目的

本研究は、序論で述べた [Rokkaku \(2012\)](#)の認知症ケアの11の枠組みを用いて、看護師が行っている認知症看護ケアの具体的な実践内容を明確化し、看護師自身が認知症実践を振り返ることができるための認知症看護ケアチェックリストを開発すること、そしてこの認知症看護ケアチェックリストを用いて病院における看護師が行う認知症看護ケアの実情を把握し、認知症看護ケアに影響を与える要因を検討することを目的とする。

Ⅳ. 本研究の構成

本研究は、3つのプロセスで行った。第1段階は、看護師が行っている認知症看護ケアの具体例の抽出と認知症看護ケアチェックリスト素案の検討、第2段階は、プレテストⅠ、プレテストⅡによる認知症看護ケアチェックリスト素案の妥当性、信頼性の検討、第3段階は、第2段階で作成した認知症看護ケアチェックリスト原案を用いた病院における看護師の認知症看護ケアの実施状況、およびそれに影響を与える要因の調査を行った。

本研究の調査の依頼と実施にあたっては、第1段階と第2～第3段階に分けて、名古屋大学保健学臨床・疫学研究審査委員会の承認(承認番号12-139, 13-161)を得た上で、プライバシーの保護および倫理的配慮について文書および口頭で説明した後に実施した。

1. 第1段階：看護師が行っている認知症看護ケアの具体例の抽出と認知症看護ケアチェックリスト素案の検討

1) 目的：病院において看護師が行う認知症ケアの具体例を収集し，認知症看護ケアチェックリスト素案の項目抽出と内容妥当性を検討することを目的とした．

2) 研究方法

(1) 調査方法：個別インタビュー

(2) 対象：医療機関(精神病院を除く)に勤務する臨床経験3年以上，かつ認知症と診断された患者のケアを5件以上経験したことのある看護師15名とした．

(3) 調査内容：個別での半構成的インタビューを行い，実際に行っている認知症ケアの内容について聴取した．

(4) 調査期間：平成25年1月から3月まで．

(5) 分析方法：インタビュー内容は，逐語録に起こした．

①コード化：Rokkaku(2012)の認知症ケアの対応は，11項目(No.1見守り，No.2周辺症状の観察とその理解，No.3かかわりを用いた対象理解，No.4五感の刺激，No.5興味・関心を探ること，No.6チームケア，No.7認知症からくる行動の修正，適切な行動への誘導，No.8自律性確保のかかわり，No.9身体健康管理，No.10基本的欲求のかかわる環境調整，No.11家族へのかかわり)で構成されており，本研究はインタビューでの語りに含まれる看護師が行っている認知症ケアについて，この枠組みに基づき具体的な行為やキーワードを抽出したものをコード化した．

②分類：コードの類似性をもとに集約，分類した．そして，11の枠組みごとに主たる構成要素を選択して，認知症看護ケアの具体的行為を表す文章を構築した．

分析は，老年看護において10年以上の認知症ケアの教育経験のある看護教員および看護倫理に精通した専門家1名の指導を受け，信頼性と妥当性の確保に努めた．

3) 結果：対象者は，東海地方周辺の4病院に勤務する看護師18名にインタビュー調査を行った．対象者の平均年齢は40.5歳(SD=11.0)，平均臨床経験年数は17.7年(SD=9.2)であった．職位の内訳は，スタッフ11名，主任6名，師長補佐1名であった．インタビューより，認知症ケアについて具体的な行為やキーワードを抽出しコード化したところ，422コードが得られた．

抽出された422コードを11の枠組みそれぞれに分類した結果，365コード分類した．これらを内容ごとの類似性に整理した後1つの枠組みごとに2～3つの代表的な質問項目を構築した．その結果，11の枠組み全体で34項目が得られた．なお，11の

枠組みの中に分類できなかった 57 コードについては、そのうちの 37 コードは認知症ケアとして看護師が患者に向き合う際に必要な姿勢についての内容であったため、新たな枠組みとして「No. 12 患者へのかかわり方」を追加した。1 つの枠組みとしては 3 つの質問項目を得ることができた。これにより、11 の枠組みに加え No. 12 を新たな枠組みの 1 つとして追加した。残りの 20 コードは、行動の制限や身体抑制についてのコードであったため、今回は枠組みおよび質問項目として採用しなかった。

以上より、本研究では 12 の認知症看護ケアの枠組み No. 1 見守り (3 項目)、No. 2 周辺症状の観察とその理解 (5 項目)、No. 3 関わりを用いた対象理解 (3 項目)、No. 4 五感の刺激 (2 項目)、No. 5 興味・関心を探ること (3 項目)、No. 6 チームケア (3 項目)、No. 7 認知症からくる行動の修正、適切な行動への誘導 (3 項目)、No. 8 自律性確保のかかわり (4 項目)、No. 9 身体健康管理 (3 項目)、No. 10 基本的欲求に関わる環境調整 (2 項目)、No. 11 家族へのかかわり (3 項目)、No. 12 患者へのかかわり方 (3 項目) を用いることとした。なお、本研究の枠組みの一部のラベルは、[Rokkaku \(2012\)](#) のオリジナルのラベルを修正している (表 1)。

4) 認知症看護ケアチェックリスト素案の妥当性

再構成した 12 カテゴリー 37 項目の認知症看護ケアチェックリスト素案について、[Lynn \(1986; Content validity\)](#) の基準にしたがい、カテゴリーとそれに含まれる項目の一致について、看護学研究者 5 名による 2 回の内容妥当性の確認を行い、8 割以上の一致率を得た。

5) 第 2 段階に向けた認知症看護ケアチェックリストの作成

認知症看護ケアチェックリスト素案への回答形式は、回答者の負担を軽減するために 4 段階とし、1 つずつの項目について「実施頻度」と「大切さ」を捉えられるような認知症看護ケアチェックリスト素案を作成した。実施頻度は、認知症看護ケアの実情を把握するためにたずねるものである。

2. 第 2 段階：認知症看護ケアチェックリスト素案の妥当性、実用性の検討のためのプレテスト調査の実施

1) 目的：認知症看護ケアチェックリスト素案の妥当性の検討のために、2 回のプレテスト調査を行い質問表の精度を高めることを目的とした。

以下に (1) プレテスト I、(2) プレテスト II に分けて記述する。

(1) プレテスト I：

①目的：第1段階で作成した認知症看護ケアチェックリスト素案を含む質問紙の内容の見直しを検討した。

②対象：長野県内100床以上の病院（精神病院を除く）の内、ランダムに抽出した3施設に勤務する看護師15名を対象とした。

③調査方法：郵送法による自記式質問紙調査。調査手順は、対象となる病院の病院長に研究協力の依頼をしたのち、研究協力が得られる場合には、本調査に協力していただけの窓口担当者の方に調査票の入った封筒一式を配布してもらった。

④調査期間：平成26年5月から6月。

⑤分析方法：質問紙の回答状況（個人属性および認知症看護ケアチェックリスト素案において空欄の有無）の確認を行った。

⑥結果：12名（有効回答率80%）から回答が得られた。全ての回答者の回答において、属性を問う質問内容に無回答がなかったこと、さらに回答後に確認したところわかりにくさについてはなかった。認知症看護ケアチェックリスト素案の回答においては、偏りがないこと、質問項目が個人の属性を反映した回答であること、かつ無回答がなかったことより回答のしづらさや不明確さがいないことを確認した。そのため、質問項目の修正は行わなかった。

(2) プレテストⅡ：

①目的：認知症看護ケアチェックリスト素案としての実用性の確認のために、プレテストⅠより対象者を増やし欠損値や不適切な無回答の有無の検討を行った。

②対象：プレテストⅠとは異なる医療機関（精神病院を除く）に勤務する看護師約30名とし、脳神経内科外科、整形外科、一般内科外科病棟に所属している看護師とした。

③調査方法：郵送法による自記式質問紙調査。対象病院への調査依頼と対象者の選定は、プレテストⅠの調査手順と同様とした。

④調査期間：平成26年8月から9月。

⑤分析方法：質問紙の回答状況（個人属性および認知症看護ケアチェックリスト素案において空欄の有無）の確認を行った。認知症看護ケアチェックリスト37項目のP-Pプロットおよび平均の確認と天井効果・床効果の確認を行い、データの偏りについて確認した。

⑥結果：3病院23名（回収率76%）から回答が得られた。認知症看護ケアにおける37項目の「実施頻度」の平均は3.0で、「大切さ」の平均は3.7であった。天井効

果については、「実施頻度」の5項目と「大切さ」の37項目全てに天井効果がみられた。また、P-Pプロットを確認したところ、「実施頻度」「大切さ」において大きな偏りはなかった。回答者の回答において、プレテストIと同様に属性を問う質問内容に不適切な無回答がなかったこと、認知症看護チェックリスト素案の回答に欠損値がなかったことより、次の第3段階で実施する調査方法に準じた調査依頼と質問紙の回収を行うことができた。このことより、認知症看護ケアチェックリスト素案の内容として必要なことを質問項目として設定できていると判断し、認知症看護ケアチェックリスト原案として第3段階への調査でそのまま用いることとした。

3. 第3段階：認知症看護ケアチェックリスト原案を用いた本調査の実施

1) 目的：第2段階で作成した認知症看護ケアチェックリスト原案を用いた病院における看護師の認知症看護ケアの実施状況、およびそれに影響を与える要因の調査を行うことを目的とした。

2) 研究方法

(1) 対象：東海、甲信越地域の病床数100床以上の病院の内、無作為に抽出した54の医療機関(精神病院を除く)に勤務し、かつ脳神経内科外科、整形外科、一般内科外科病棟に所属している看護師1200名とした。

(2) 調査方法：郵送法による自記式質問紙調査。対象病院への調査依頼は、病院長に書面で研究協力の依頼をした。研究協力が得られる場合には、調査に協力していただける窓口担当者から調査票の入った封筒一式を看護師に配布してもらった。

(3) 調査期間：2014年9月から11月。

(4) 分析方法：統計学的分析はSPSS 21.0を用いて、因子分析などによる信頼性、妥当性の検討、属性と認知症看護ケアに関してはt検定を用いて要因の検討、Amos23.0を用いて確証的因子分析を行った。また、基準関連妥当性を検討するための適切な尺度がないため、弁別妥当性を既知グループ法において「経験年数が長い看護師は、短い看護師に比べて認知症看護ケアの実践頻度が高い」、「専門知識があると答えた看護師は、専門知識がないと答えた看護師に比べて認知症看護ケアの実践頻度が高い」という仮説を設定し検討した (Peters, Benkert, Templin, & Cassidy-Bushrow, 2014)。

3) 結果

第1段階～第2段階のプロセスを経て作成した認知症看護ケアチェックリスト原案を用いて行った第3段階の調査結果を以下に示す。

(1) 対象者の特徴

調査協力が得られた 24 施設 1227 名に調査票を郵送した。676 名(回収率 55.1%)の看護師より回答があり、そのうち有効回答数は 595 名(有効回答率 88.0%)であった。対象者は、女性 554 名、男性 41 名、平均年齢 34.6 歳(SD=9.5)、平均臨床経験年数 11.8 年(SD=9.1)であった(表 2)。対象者の所属する施設の平均病床数は、422 床(SD=43.8)であり、設置主体については公的医療機関が多かった(表 3)。

(2) 項目分析

認知症看護ケアチェックリスト原案の全体 37 項目の「実施頻度」のスコアの平均は、3.0(SD=0.7)であり、天井効果は 37 項目中 7 項目にみられたが、床効果は 37 項目全ての項目にみられなかった(表 4)。

「実施頻度」の各 37 項目別に P-P プロットで確認したところ、「実施頻度」の 37 項目全てについておおむね正規性が認められたため、解析にあたって項目の削除はしなかった。ただし、「大切さ」については 37 項目全てにおいて天井効果が見られたため、第 3 段階での調査は「実施頻度」の結果のみ解析することとした。

(3) 認知症看護ケアチェックリスト原案の「実施頻度」の構成因子

認知症看護ケアの「実施頻度」のスコアについて、探索的因子分析(主因子法, promax 回転)を行った。因子分析は、固有値 1.0 以上で、因子負荷量 0.4 以上、2 重負荷のものを除外して分析を繰り返した。その結果、28 項目 6 因子構造(KMO=0.94, 累積寄与率 51.7%)が得られた(Strickland, 2003)。

第 1 因子は、「21. 患者が表現できていない要求を実現できるように誘導している」、「22. 見えない患者の要求を探っている」、「8. 患者が抱える現実認識とのギャップの背景を探るようにしている」などの認知症症状の中核症状によって患者自身が意識的に表現しにくいニーズや気がかり・心配事について看護師が把握をすすめる 6 項目で構成されており、【気がかりや関心をきっかけとした患者の理解】と命名した。

第 2 因子は、「24. 自立している患者には自発的な行動がとれるように柔軟に対応している」、「26. 危険がなければ、患者の自発的な行動を抑制しないで見守っている」、「27. 患者の表情や姿勢からいつもと違うことに気付くようにしている」などの患者の自発的な行動を見守りつつ、患者の言動や行動より体調の変化を察知するという 6 項目で構成されており、【患者の自発的行動の尊重と異常の早期発見】と命名した。

第 3 因子は、「2. 患者の安全に配慮している」、「3. 患者の所在確認(今、目の前にいなくても)を意識して行っている」、「6. 医療上の危険行動の有無を必ず確認してい

る」を含む4項目で構成されており、【患者の安全についての確認】と命名した。

第4因子は、「13. 食事の時は、味わえるように食事内容を伝えながら食事をしてもらうようにしている」、「12. カーテンを開けて太陽の光を入れるなどにより、時間感覚の修正をはかっている」などの五感の刺激を用いた生活リズムの調整という6項目で構成されており、【生活リズムを整える関わり】と命名した。

第5因子は、「34. 患者と家族の関係性をふまえて、家族による患者の理解をはかっている」、「32. 認知症症状は日常生活に及ぼす影響について時間をかけて家族に説明している」、「33. 認知症を否定する家族もあたたかく見守るようにしている」などの認知症症状による患者に起こっている状態の説明を通して患者の理解をすすめるという4項目で構成されており、【認知症症状に配慮した患者と家族への接し方】命名した。

第6因子は、「18. 在宅生活に向けた調整を看護職以外の職種と行っている」、「19. 日常生活の自立に向けて看護職以外の職種と行っている」という2項目で構成されており、【日常生活の自立に向けた多職種との連携】と命名した(表5)。

(4) 対象者の属性による因子スコアの合計点の違い

認知症看護ケアに影響を与える要因を明らかにするために、認知症看護ケアチェックリスト原案を構成する「実施頻度」の6因子ごとの平均点と対象者の属性の関係を表6に示す。

認知症看護ケアのトータルスコアを概観すると、臨床経験、専門知識、協力関係、認知症ケアの満足感・自信において有意差を示した。

次に因子ごとの平均スコアを見ると、臨床経験での10年未満・10年以上では、第1因子、第3因子、第4因子、第6因子で有意差を示したが、第2因子、第5因子は有意差を示さなかった。

専門知識は、項目によって違いはあるが、6因子全てにおいて認知症全般の知識有無で有意差を示した。

認知症患者の言動による困惑の経験の有無、認知症ケアに対する不安の有無、認知症患者の身体症状の判断の自信の有無、認知症ケアの満足感の有無は、ほぼ6因子に有意差を示した。

協力関係は、同僚の協力の有無・上司の協力の有無を含み、特に「同僚の協力」については、6因子全てにおいて協力の有無で有意差を示した。

所属施設内の専門家の有無については、第2因子が専門看護師の有無において有意

差を示した。

6 因子全てに有意差を示さなかったものは、性別、職位、最終学歴、雇用形態別、認知症研修受講経験、認知症患者への感情、認定看護師、神経内科医の有無であった(表 6)。

V. 考察

1. 対象者の概要と対象施設の特徴

対象者は、女性が 554 名 (93.1%) とであり、臨床経験年数の平均は 11.8 年 (SD=9.1) であった。看護職員の労働実態調査(日本医療労働組合連合会, 2013)と比較すると、女性の割合 (91.4%) は、本調査の割合とほぼ同じであったが、臨床経験年数の平均 (10.7 年) は、本調査対象者と概ね同じような値を示していた。

認知症ケア受講経験の有無は、受講経験あり 187 名 (31.4%)、受講経験なし 393 名 (66.1%) であった。この結果は、これを対象とした Amaki. et. al (2014) の割合 (受講経験あり, 27.9%, 受講経験なし 71.3%) とほぼ同じであった。

以上より、一般的な特徴を有していると考える本調査の対象者は、先行研究(日本医療労働組合連合会, 2014, Amaki. et. al., 2014)と比較して性別と経験年数、認知症ケア受講経験は母集団をほぼ反映していると考えられる。

また、All Japan Hospital Association がまとめた調査(2018)によると 65 歳以上の患者における認知症の保有率はおおよそ 27.2% であるため、本調査の臨床経験年数が 11.8 年であることを考えると、対象者が認知症ケアの経験をある程度していることが推察できる。

対象者の所属施設の概要については、平均病床数は 422 床 (SD=43.8) であった。医療施設動態調査(厚生労働省, 2015)によると、一般病院の平均病床数は 120.6 床であったことより、本調査対象者の所属施設の病床数は、中規模および大規模のものが含まれていると考えられる。所属施設の開設者別の内訳は、国 1 (4.2%)、公的医療機関 15 (62.5%)、医療法人 4 (16.7%)、医療生協 1 (4.2%)、学校法人 2 (8.3%)、会社 1 (4.2%) であった。医療施設動態調査(厚生労働省, 2015)による開設者別の割合は、国 3.9%、公的医療機関 15.1%、医療法人 67.6%、医療生協 1.0%、学校法人 1.3%、会社 0.6% であったことより、本調査対象では公的医療機関が 6 割を占めており、病院の開設者については偏りがあると考えられる。

2. 認知症看護ケアチェックリスト原案の信頼性と妥当性

1) 認知症看護ケアチェックリスト原案の信頼性

認知症ケアチェックリスト原案の内的整合性は、Cronbach の α 係数を算出した結果、28 項目の全項目では、 $\alpha=0.93$ であり、各因子の α 係数は、第 1 因子【気がかりや関心をきっかけとした患者の理解】($\alpha=0.87$)、第 2 因子【患者の自発的行動の尊重と異常の早期発見】($\alpha=0.83$)、第 3 因子【患者の安全についての確認】($\alpha=0.75$)、第 4 因子【生活リズムを整える関わり】($\alpha=0.78$)、第 5 因子【認知症症状に配慮した家族への接し方】($\alpha=0.80$)、第 6 因子【日常生活の自立に向けた多職種との連携】(2 項目、 $\alpha=0.78$) であり、信頼性は確保されていると考える。

2) 認知症看護ケアチェックリスト原案のモデル適合度

確証的因子分析によるモデル適合度の検討を行った。その結果、適合度指標 GFI=0.892, IFI=0.914, CFI=0.913, RMSEA=0.055 であり、十分なモデル適合度を示した (Hair, 2006)。

3) 認知症看護ケアチェックリスト原案の構成概念妥当性

認知症看護ケアチェックリスト原案の構成概念妥当性について、第 1 段階の調査から導いた「12 の枠組みからなる構成概念」(以下、「12 の枠組み」とする)と認知症看護ケアの「実施頻度」の因子構造の比較をもとに考察する (図 1)。

12 の枠組みの中から「No12. 患者への関わり方」を除いた他の 11 カテゴリーは、第 2 因子、第 3 因子、第 5 因子、第 6 因子に集約された。その内訳を見てみると、11 の枠組みのうち「No8. 自律性確保のかかわり」、「No. 9 身体健康管理」は第 2 因子に、「No. 1 見守り」、「No. 2 周辺症状の観察とその理解」は第 3 因子に、「No. 10 基本的欲求に関わる環境調整」および「No. 11 家族への関わり」は第 5 因子に、「No. 6 チームケア」は第 6 因子に、複数の枠組みがより高い抽象度でまとまったかたちとなった。

「No. 3 関わりを用いた対象理解」の 3 項目については、そのうちの 1 項目 (item No. 9) と「No. 2 周辺症状の観察とその理解」および「No. 7 認知症から来る行動の修正、適切な行動への誘導」と一緒に第 1 因子として抽出された。それ以外の 2 項目 (item No. 10, 11) は、「No. 4 五感の刺激」、「No. 5 興味・関心を探ること」と一緒に第 4 因子として抽出された。

また、「No2. 周辺症状の観察とその理解」の 3 項目は、そのうちの 2 項目 (item No. 4, 8) は「No3. 関わりを用いた対象理解」および「No7. 認知症からくる行動の修

正、適切な行動への誘導」と一緒に第1因子として抽出された。

以上より、12の枠組みのうち「No12. 患者への関わり方」が抽出されなかったが、その他の因子はほぼ残りの11の枠組みの抽象度が増して抽出されたと言える。これは、「実施頻度」という視点で見ても認知症看護ケアを構成するケアを的確に抽出できていると考える(図1)。

以上のことから、「実施頻度」についての因子構造は、1つを除いてももとの枠組みとして採用していたものが、認知症ケアとして抽出されたと考えられ、認知症看護ケアチェックリスト原案は、概念的には妥当な因子構造を示していると考えられる。

また、分析方法でも述べたように、弁別妥当性を検討するために既知グループ法(Polit & Beck, 2016)を用いて検討した。既知グループ法は、既知の特性によって差が出ることが予想される複数のグループについて区別することである。そのため、本研究では「経験年数が長い看護師は、短い看護師に比べて認知症看護ケアの実践頻度が高い」、「専門知識があると答えた看護師は、専門知識がないと答えた看護師に比べて認知症看護ケアの実践頻度が高い」という仮説を設定し検討した(Peters, Benkert, Templin, & Cassidy-Bushrow, 2014)。その結果、看護経験年数と4つの知識(認知症の知識、加齢による身体的変化に関する知識、薬物の作用・副作用に関する知識、およびせん妄に関する知識)と認知症ケアチェックリスト素案の合計スコアにおける10年以上の看護経験を有する看護師、およびより多くの知識を有する看護師は、有意に高いスコア(Amaki et al., 2017)を示しており、妥当性を確認することができた(表6)。

以上より、「実施頻度」の認知症看護ケアチェックリスト原案の妥当性は確保できたと考える。

3. 「実施頻度」と属性との関係

認知症看護ケアの「実施頻度」を構成する6因子のうち、比較的多くの因子で有意差を示したものは、専門知識(認知症の知識、加齢による身体的変化に関する知識、薬剤の作用・副作用に関する知識、せん妄に関する知識)、協力関係(同僚の協力)、認知症患者の言動による困惑の経験、身体症状の判断の自信、認知症ケアに対する不安、認知症ケアの満足感であった。この他に、所属施設における専門家の有無については、第2因子のみでの有意差を示すのみにとどまった。

「実践頻度」において、専門知識で有意差を示した因子別の平均スコアをみると、専門知

識がある看護師は、専門知識がない看護師よりも平均スコアが高く、これは認知症看護ケアを実践している頻度が高いことを示している。Moyle W. et al. (2008)は、急性期病院における高齢認知症患者のケアを経験した看護師のケア経験の意味は、看護師と患者の個性に関係する(Nolan, 2006)のではなく、看護師が認知症に関する特定の知識を備えていないことが、ケアプロセスの運用を困難にすると結論づけている(Moyle W. et al., 2008)。つまり、本研究結果は、認知症の知識をもつことで認知症患者のケアニーズを理解することができる(Lin, Pei-Chao, Mei-Hui Hsieh, and Li-Chan Lin, 2012)という報告と同様の結果を得られたと考える。

この他、専門知識のうちの加齢による身体的変化に関する知識、薬剤作用・副作用に関する知識、せん妄に関する知識についても、多くの因子において有意差を示した。認知症患者の特徴として高齢であることに伴い身体的側面、薬剤への反応に対して個人差が大きい(Brooker D. 2007)ことが挙げられる。加齢による身体的変化に関する知識、薬剤の作用・副作用に関する知識、せん妄に関する知識としての専門知識を看護師が有することで、認知症高齢者の身体的・精神的健康をより系統적および段階的に捉えることを基盤とし、これが包括的で多面的な実践の提供につながることを示されたと考える。これは、Fick et. al (2000), Poole (2003)らの結果と一致し、本研究結果は、専門知識を持つことが適切な実践の提供につながることを示すものと考えられる。

次に、協力関係で有意差を示した第1因子から第4因子の因子別の平均スコアを見ると、同僚および上司の協力があると答えた看護師の方が、平均スコアが高い傾向を示した。看護師が行いたい認知症ケアを自由に語れる場があること、および日々のケアを提供している看護師をサポートできる病棟責任者の理解の必要性(Matsuda, 2006)を裏付ける結果となった。これは、認知症ケアが対象によっていくつものアプローチを必要とすること、そしてそのアプローチをリアルタイムに創造するという特性について、同僚の協力関係があることでより柔軟な対応が可能となり、認知症ケアの「実践頻度」のスコアが高くなったと考えられる。そのためにも、教育面でのサポートおよび組織的、管理的、そして同僚からのサポートの推奨(McCarthy, 2003)を含めたケア環境の整備(Matsuda, 2006)が求められる。

続いて、認知症患者の言動による困惑の経験の有無および認知症ケアに対する不安、認知症患者の身体症状の判断の自信の有無、認知症ケアの満足感の有無についても、有意差を示す因子が多くみられた。平均スコアからわかるように、満足感がより高い看護師およ

び認知症患者の身体症状の判断の自信がある看護師の実施頻度が有意に高い結果となり、これは仕事満足度と社会的支援が高いことでスタッフの Person-Centred による実践が有意に高い報告 (Edvardsson et al. 2013) と一致していると考える。また、組織的な Person-Centred の評価と関連して看護師への支援、満足との関係をさらに探索する必要性を示唆した結果 (McCormack, 2004, Edvardsson et al. 2008) と類似していると考える。なお、本研究では認知症患者の言動による困惑の経験のない看護師および認知症ケアに対する不安がない看護師の実施頻度が有意に高い結果を示した因子が多いことにも留意する必要がある。さらに、認知症患者の言動による困惑や認知症ケアに対する不安が少ないことも、認知症ケアの実施頻度を高くする属性として一緒に注目する必要があると考える。

VI. 結論

6 因子構造 28 項目からなる認知症看護ケアチェックリストが得られた。認知症看護ケアチェックリストの構成概念妥当性は、因子構造は本研究の基礎的枠組みとした

Rokkaku (2012) が示す構成概念を全て含むものであり、信頼性、妥当性もほぼ確認できた。このチェックリストスコアは、認知症の専門知識および加齢に伴う身体的変化を含む専門知識の習得、同僚の協力体制の関係の有無、認知症患者の身体症状の判断の自信の有無、認知症ケアの満足感の有無について、“ある”と答えた看護師の方がより認知症看護ケアを実施していることが統計的な有意差として示された。

研究の限界

本研究には、いくつかの限界がある。1 つ目は、第 1 段階で行った半構成的インタビューのデータ分析において 2 名の専門家の指導によって進めたことである。しかし、その後の認知症看護ケアチェックリスト素案の妥当性は、Lynn (1986) の基準にしたがい確認できているため、研究プロセスの不足を十分に考慮できていると考える。2 つ目は、認知症看護ケアチェックリストの全体 37 項目のスコアにおいて、天井効果が 37 項目中 7 項目にみられたことである。これについては、項目分析でほぼ正規性が認められたことにより、項目の削除を行わなかったが、精度の高いチェックリストを目指すうえで、これらの項目の表現の見直しについて検討する必要があるだろう。3 つ目は、日本においては独居高齢者世帯が増加 (National Institute of Population and Social Security Research, 2018) している現状への対応策である。認知症看護ケアチェックリストの第 5 因子の質問項目「34. 患者と家族の関係性をふまえて、家族による患者の理解をはかっている」「33. 認知

症を否定する家族もあたたかく見守るようにしている」については、「家族」という言葉を使用しているため、独居高齢者が認知症を抱え、かつ患者として入院した場合のことを想定する上では、項目の見直しが必要かもしれない。4つ目は、12の枠組みのうち「No12. 患者への関わり方」が因子分析において構成因子として結果的に除外されてしまったことより、[Rokkaku\(2012\)](#)構成概念で捉えきれない認知症看護ケアの要素について、文献検討を含めたさらなる検討の必要がある。

看護への示唆

本研究によって明らかとなった認知症看護ケアの構成要素は、我が国の調査によるものであるが、海外と共通するものが多いと考えられ、看護師が自身のケアを振り返り、何が不足しているのかについて確認するためのチェックリストとして活用できる。そして、これをもとに諸外国の看護における認知症看護ケアの改善のための参考資料になることを期待する。今後の現任教育では、認知症看護ケアについての専門知識の定着、看護師の達成感や自信が維持できるような研修プログラムの開発が必要であると考ええる。

認知症看護ケアチェックリストの活用方法の提案としては、研修会前と一定期間をおいた研修会後との比較により、どのような認知症看護ケアの改善が図られたのか把握することが可能になる。また、一定期間経過しても改善が難しい認知症看護ケアを特定するのに役立つものと考ええる。看護管理の視点では、同僚の協力体制が推進されるような職場マネジメントの重要性についての研究が必要になると考える。

なお、今回は認知症看護ケアの「大切さ」の結果については分析していない。しかし、認知症看護ケアの「大切さ」をどのように捉えているのかについての探求も含め重要である。例えば、認知症看護ケアとして大切だと思っているにも関わらず実施し難いことはどのようなものがあるのかなど、認知症看護ケアの改善のための課題を見出すために、「大切さ」と「実施頻度」の両面を測定できるチェックリストは有用であると考ええる。

謝辞

多くの方々のご協力とご支援を得て、本研究を遂行することができました。本研究のインタビュー調査および質問紙調査にご参加頂いた看護職者の皆様、施設の窓口となって下さった皆様に心よりお礼申し上げます。第1段階での認知症看護ケアチェックリストの妥当性として実施した2回に渡るCVIは、先行研究の方法を遵守する形で試みました。看護学研究者としてご協力頂きました皆様に快く協力して頂いたことで、十分な一致率を確認することができました。本研究において、チェックリストの妥当性をクリアすることは非常に重要なことでしたので、協力して頂いた方々の丁寧でかつ誠実なご協力のおかげで適切に評価することができました。深く感謝申し上げます。また、特に新實夕香理さん、大熊美与志さん、大竹恵理子さんには、有益な議論とデータ解析にご協力頂きました。太田ゼミの皆様、そして先輩方には、多くの励ましおよびご助言をいただき、あらゆる面からサポートして頂きました。また、私をサポートしてくれた職場の上司、同僚、友人、家族にも感謝いたします。大学院への通学は、片道2時間ほどかかりました。その道中では、指導教員とのミーティングを進めるにあたり、どのように考えをまとめていこうか、伝えたいことをどのように伝えようかなどを含め、様々なことを思考する時間に充てることができました。その他、予備審査は無事に合格できるのだろうか、投稿論文がアクセプトされる時がくるのだろうかとの先が見えない苦しさ、そして自分の情けなさおよび弱さに向き合う時間でもありました。しかし、どの時間も私にとっては大切な時間であったこと、そしてこれからの私にとっての貴重な財産につながったことは言うまでもありません。最後に、研究計画から、データ収集、データ分析、投稿論文の作成、本論文執筆に至るすべての研究遂行を通して、終始、的確かつ熱心にご指導ご鞭撻頂いた名古屋大学医学系研究科看護学専攻 太田勝正教授には、指導教員として本研究の機会を与えていただき心より深く感謝申し上げます。また、心が折れそうになったとき、立って帰れそうにないときには、先生からの冷静なアドバイスにハッとすることがありました。常に先を見通して研究遂行の羅針盤として導いて頂いたことで、論文を完成することができました。誠にありがとうございました。

本研究を進めるにあたり、JSPS 科研費 若手B 23792724 の助成を受けた。

なお、本研究成果の主要部分は、Journal of Research in Gerontological Nursing に投稿し掲載されている(Ikegami, C., Ota, K. (2018).Development of a Self-Report

Checklist to Assess Dementia Care by Nurses in Hospital Settings. *Research in Gerontological Nursing*, 11(2), 91-102. doi.10.3928/19404921-20180131-02.

文献

- All Japan Hospital Association. (2016). *Odds of dementia in patients over 65 years of age*. Retrieved from <https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/31>
- Amaki, N., Momose, Y., & Fujino, A. (2014). Clinical Judgment of Certified Nurse in Dementia Nursing in Nursing Practice for Dementia Inpatients in General Hospital. *Japan Society of Nursing Research*, 37 (4) , 63-72.
- Amaki, N., Momose, Y., & Fujino, A. (2017). Development of a short er version of qualitative assessment index of nursing care for patients with dementia in general hospitals: Reliability and validity. *Japanese Society for the Study of Nursing and Social Work*, 22, 31-43.
- Barker, S., & Board, M. (2012). *Dementia care in nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C. (2006). Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. *Geriatric Nursing*, 27, 300-308. doi:10.1016/j.gerinurse.2006.08.013.
- Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C. (2006). Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. *Geriatric Nursing*, 27, 300-308. doi:10.1016/j.gerinurse.2006.08.013.
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care making services better*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Brooker, D. (2012). Understanding dementia and the person behind the diagnostic label. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2, 11-17. doi:10.5750/ijpcm.v2i1.167
- Chida, M., & Mizuno, T. (2014). The difficulties of nursing for elderly with dementia. *Journal of the Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University*, 16, 11-17.
- Chrzescijanski, D., Moyle, W., & Creedy, D. (2007). Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention. *Dementia*, 6, 271-286.

doi:10.1177/1471301207080369

Cunningham, C., & Archibald, C. (2006). Supporting people with dementia in acute hospital settings. *Nursing Standard*, 20, 51-55.

doi:10.7748/ns2006.07.20.43.51.c6557 Dewing, J., & Dijk, S. (2014). What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia*, 15, 106-124. doi:10.1177/1471301213520172

Draper, B. (2004). *Dealing with dementia: A guide to Alzheimer's disease and other dementias*. Sydney, Australia: Allen and Unwin.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2011). The tool for understanding residents' needs as individual persons: Construction and initial testing. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2890-2896. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03706.x

Edvardsson, D., Sandman, P. O., & Rasmussen, B. (2009). Construction and psychometric evaluation of the Swedish language Person-centred Climate Questionnaire-staff version. *Journal of nursing management*, 17(7), 790-795. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01005.x

Edvardsson, D., Koch, S., & Nay, R. (2010). Psychometric evaluation of the English language person-centred climate questionnaire- Staff version. *Journal of Nursing Management*, 18, 54-60. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01038.x

Edvardsson, D., Nilsson, A., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., & Crowe, S. (2013). The person-centred care of older people with cognitive impairment in acute care scale. *Journal of Nursing Management*, 21, 79-86. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01422.x

Edvardsson, D., Sjögren, K., Lindkvist, M., Taylor, M., Edvardsson, K., & Sandman, P.O. (2015). Person-centred climate questionnaire: Establishing reliability and cut-off scores in residential aged care. *Journal of Nursing Management*, 23, 315-323. doi:10.1111/jonm.12132

Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7, 362-367. doi:10.1016/S1474-4422(08)70063-2

Fick, D., & Foreman, M. (2000). Consequences of not recognizing delirium

- superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(2), 30-40. doi:10.3928/0098-9134-20000101-09
- Gail, M. (2008). Introduction. In M. Downs & B. Bowers (Eds.), *Excellence in dementia care: Research into practice* (pp. 140-141). London, UK: McGraw-Hill Education.
- Government of Japan Cabinet Office (2017). *Aging society white paper 2017 edition* [in Japanese]. Retrieved from http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf
- Hair, J.F., Black, W. Babin, B., Anderson, R.E. and Tatham, R.L. (2005). *Multivariate date analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open university press.
- 厚生労働省(2015年4月). 医療施設動態調査,
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m15/dl/is1504_01.pdf(検索日 2015年4月31日).
- Lin, P.C., Hsieh, M.H., & Lin, L.C. (2012). Hospital nurse knowledge of and approach to dementia care. *Journal of Nursing Research*, 20, 197-207. doi:10.1097/jnr.0b013e318263d82e
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Martin, J.H., & Haynes, L.C.H. (2000). Depression, delirium, and dementia in the elderly patient. *AORN Journal*, 72, 209-213, 216-217. doi:10.1016/S0001-2092(06)61932-7
- Matsuda, C., Nagahata, T., Ueno, M., & Gora, J. (2006). Emotion of nurses caring for the elderly with dementia. *Journal of School of Nursing Osaka Prefecture University*, 12, 85-91.
- Matsuo, K. (2011). Difficulties experienced by nurses who care for elderly people who dementia. *The Japanese Red Cross College of Nursing*, 25, 103-110.
- McCarthy, M. (2003). Situated clinical reasoning: Distinguishing acute confusion from dementia in hospitalized older adults. *Research in Nursing & Health*, 26, 90-101. doi:10.1002/nur.10079

- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 31-38. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x
- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., & Gracia, N. (2011). Acute care management of older people with dementia: A qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 420-428. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03521.x
- Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M., & Borbasi, S. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: A review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 3, 121-130. doi:10.1111/j.17483743.2008.00114.x
- Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D., & Hitomi, H. (2009). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 807-816. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02479.x
- 日本医療労働組合連合会 (2014) : 2013 年看護職員の労働実態調査「報告書」医療労働, 12-84.
- National Institute of Population and Social Security Research. (2018). Households Projections for Japan. Retrieved from <https://http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/t-page.asp>
- Nishimura, M., Okamoto, H., & Suzuki, C. (2015). Investigation of factors affecting mutual actions in difficult scenes of elderly persons with dementia admitted to general hospitals and nurses. *Japanese Society of Human Caring Research*, 7, 1-11.
- Nolan L. (2006). Caring Connections with older persons with dementia in an acute hospital setting -a hermeneutic interpretation of the staff nurse' s experience. *International Journal of Nursing Older People Nursing* 1, 208-215.
- Peters, R.M., Benkert, R., Templin, T.N., & Cassidy-Bushrow, A.E. (2014). Measuring African American women' s trust in provider during pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 37, 144-154. doi:10.1002/nur.21581
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.) . Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. Poole, J. (2003).

- Poole' s algorithm: Nursing management of disturbed behavior in older people—The evidence. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20, 38-43.
- Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M., & Karagiannidou, M. (2016). World Alzheimer report 2016: *Improving healthcare for people living with dementia*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2016sheet.pdf>
- Rokkaku, R. (2012). *Elderly care starting with assessment* [in Japanese]. Tokyo, Japan: Igakusyoin.
- Royal College of Psychiatrists. (2017). *Dementia: Key facts*. Retrieved from <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/dementiakeyfacts.aspx>
- Sampson, E.L., Blanchard, M.R., Jones, L., Tookman, A., & King, M. (2009). Dementia in the acute hospital: Prospective cohort study of prevalence and mortality. *British Journal of Psychiatry*, 195, 6166.
doi:10.1192/bjp.bp.108.055335
- Strickland, O.L. (2003). Using factor analysis for validity assessment: Practical considerations. *Journal of Nursing Measurement*, 11, 203-205.
doi:10.1891/jnum.11.3.203.61274
- Suzuki, M., Yoshimura, H., Munakata, M., Suzuki, M., Sunaga, S., Katsuhara, Y.,...Osada, H. (2016). Development of the self-assessment scale of nursing practice for elderly patients with cognitive impairment with the aim of person-centred care in acute hospitals [in Japanese]. *Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing*, 20, 36-46.
- 谷口好美 (2006) : 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造, 老年看護学, 11(1), 12-20.
- 山下真理子, 小林敏子, 藤本直規, 松本一生, 古河慶子 (2006) : 一般病棟における認知症高齢者のBPSDとその対応, 老年精神医学雑誌, 17(1), 75-84.
- 全日本病院協会 (2014) : 65 歳以上の患者における認知症の保有率,
<http://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/31/>, (検索日 2015 年 9 月 1 日).

「実施頻度」

12の枠組み

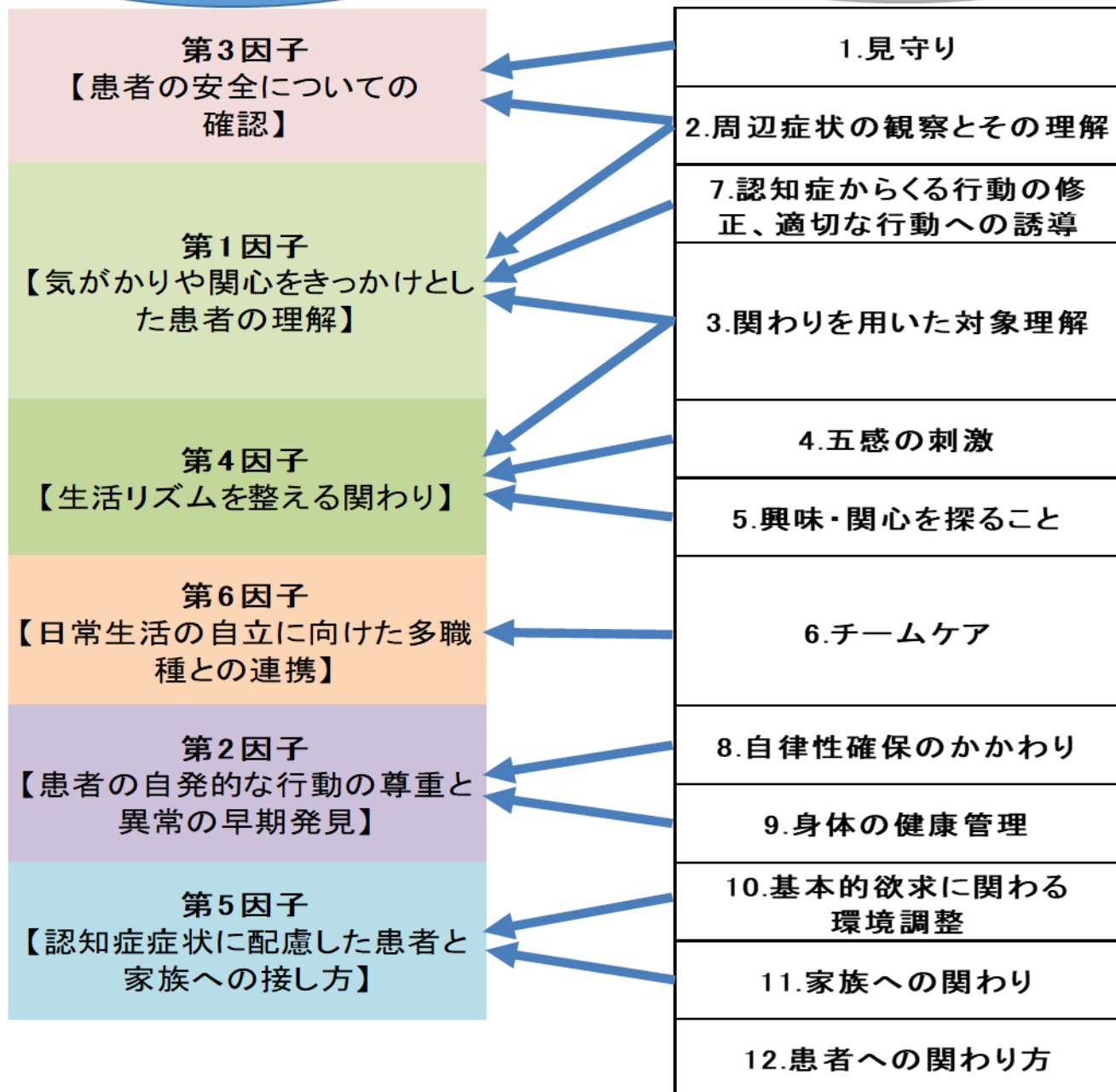


表1 認知症看護ケアチェックリスト素案

12の枠組み	項目
1.見守り	1 患者の行動を観察している
	2 患者の安全に配慮している
	3 患者の所在確認(今、目の前にいなくても)を意識して行っている
2.周辺症状の観察とその理解	4 患者が抱えている気がかりや心配事の増悪の有無をチェックしている
	5 患者の訴えや話をしっかり聞いている
	6 医療上の危険行動の有無を必ず確認している
	7 患者が「そうか」、「まあ、やってもいいか」と納得できるように説明している
	8 患者が捉える現実認識とのギャップの背景を探るようにしている
3.関わりを用いた対象理解	9 患者の行動から、患者の意向を把握するようにしている
	10 患者と話をする時は、目の高さを合わせている
	11 患者の言動は、肯定的に受け止めるようにしている
4.五感の刺激	12 カーテンを開けて太陽の光を入れるなどにより、時間感覚の修正をはかっている
	13 食事の時は、味わえるように食事内容を伝えながら食事をしてもらうようにしている
5.興味・関心を探ること	14 患者自身から患者が起こす行動の理由を聞くようにしている
	15 患者の好みや習慣を丁寧に確認しながら、日常生活の援助を行っている
	16 身の周りのなじみのあるものをきっかけにして、コミュニケーションをとっている
6.チームケア	17 看護職以外の職種と連携して合併症の予防をしている
	18 在宅生活に向けた調整を看護職以外の職種と行っている
	19 日常生活動作の自立に向けて看護職以外の職種と一緒に取り組んでいる
7.認知症からくる行動の修正,適切な行動への誘導	20 患者の示す動作から生理的欲求*を探っている
	21 患者が表現できていない要求を実現できるように誘導している
	22 見えない患者の要求を探っている
8.自律性確保のかかわり	23 自立機能が低下している患者の日常生活動作を維持できるように努めている
	24 自立している患者には、自発的な行動がとれるように柔軟に対応している
	25 患者の自尊感情、尊厳、安寧等のニーズを尊重することができている
	26 危険がなければ、患者の自発的な行動を抑制しないで見守っている
9.身体健康管理	27 患者の表情や姿勢からいつもと違うことに気付くようにしている
	28 原疾患の悪化兆候を発見することを見逃さないようにしている
	29 入院初期の段階で患者のフィジカルアセスメントをしている
10.基本的欲求にかかわる環境調整	30 今の時間(朝は朝、昼は昼)にふさわしい日常生活動作を促している
	31 患者が生活してきたリズムに近づけるように環境を整えている
11.家族へのかかわり	32 認知症症状が日常生活に及ぼす影響について時間をかけて家族に説明している
	33 認知症を否定する家族もあたたかく見守るようにしている
	34 患者と家族の関係性をふまえて、家族による患者の理解をはかっている
12.患者へのかかわり方	35 患者に話しかけるときは、短い言葉を用いるようにしている
	36 患者に向かう前に、自分の気持ちを落ち着かせるようにしている
	37 拒否があるときは、時間を置いたり人を変えて関わっている

表2 対象者の概要

性別	女性:554名(93.1%)、男性41名(6.9%)	
平均年齢	34.6歳(SD=9.5)	
平均臨床経験年数	11.8年(SD=9.1)	
職位	スタッフ	504名(84.7%)
	主任・係長	71名(11.9%)
	師長	18名(3.0%)

表3 対象者が所属する施設の概要

病床数の平均	422床(SD=43.8)	
設置主体の内訳	国	1(4.2%)
	公的医療機関	15(62.5%)
	医療法人	4(16.7%)
	医療生協	1(4.2%)
	学校法人	2(8.3%)
	会社	1(4.2%)

表4 認知症看護ケア37項目の「実施頻度」と「大切さ」のスコアの平均値と標準偏差

	項目	大切さ(4点満点)				実施頻度(4点満点)			
		平均値	SD	天井効果	床効果	平均値	SD	天井効果	床効果
1. 見守り	1 患者の行動を観察している	3.8	0.4	4.2	3.4	3.3	0.6	3.9	2.7
	2 患者の安全に配慮している	3.9	0.3	4.2	3.6	3.6	0.5	4.1	3.1
	3 患者の所在確認(今、目の前にいなくても)を意識して行っている	3.8	0.4	4.2	3.4	3.3	0.7	4.0	2.6
2. 周辺症状の観察とその理解	4 患者が抱えている気がかりや心配事の増悪の有無をチェックしている	3.6	0.5	4.1	3.1	2.8	0.7	3.5	2.1
	5 患者の訴えや話をしっかり聞いている	3.7	0.5	4.2	3.2	3.0	0.6	3.7	2.4
	6 医療上の危険行動の有無を必ず確認している	3.9	0.3	4.2	3.6	3.6	0.6	4.1	3.0
	7 患者が「そうか」、「まあ、やってもいいか」と納得できるように説明している	3.6	0.5	4.2	3.1	3.1	0.6	3.7	2.5
3. 関わりを用いた対象理解	8 患者が捉える現実認識とのギャップの背景を探るようにしている	3.5	0.6	4.1	2.8	2.6	0.7	3.3	1.9
	9 患者の行動から、患者の意向を把握するようにしている	3.6	0.5	4.2	3.1	3.0	0.6	3.6	2.4
	10 患者と話をする時は、目の高さを合わせている	3.8	0.4	4.2	3.4	3.2	0.7	3.9	2.5
4. 五感の刺激	11 患者の言動は、肯定的に受け止めるようにしている	3.6	0.6	4.2	3.1	3.1	0.6	3.7	2.4
	12 カーテンを開けて太陽の光を入れるなどにより、時間感覚の修正をはかっている	3.8	0.4	4.2	3.5	3.4	0.7	4.1	2.7
	13 食事の時は、味わえるように食事内容を伝えながら食事をしてもらうようにしている	3.6	0.5	4.2	3.1	3.0	0.8	3.7	2.2
5. 興味・関心を探ること	14 患者自身から患者が起こす行動の理由を聞くようにしている	3.6	0.6	4.2	3.0	2.9	0.7	3.6	2.2
	15 患者の好みや習慣を丁寧に確認しながら、日常生活の援助を行っている	3.6	0.6	4.2	3.0	2.7	0.7	3.4	2.0
	16 身の周りのなじみのあるものをきっかけにして、コミュニケーションをとっている	3.7	0.5	4.2	3.1	3.0	0.7	3.7	2.2
6. チームケア	17 看護職以外の職種と連携して合併症の予防をしている	3.7	0.5	4.2	3.2	3.0	0.8	3.8	2.2
	18 在宅生活に向けた調整を看護職以外の職種と行っている	3.9	0.4	4.2	3.5	3.4	0.7	4.1	2.7
	19 日常生活動作の自立に向けて看護職以外の職種と一緒に取り組んでいる	3.8	0.4	4.2	3.4	3.3	0.7	4.0	2.6
7. 認知所からくる行動の修正、適切な行動への誘導	20 患者の示す動作から生理的欲求*を探っている	3.6	0.5	4.2	3.1	2.8	0.7	3.5	2.1
	21 患者が表現できていない要求を実現できるように誘導している	3.5	0.6	4.1	3.0	2.5	0.7	3.2	1.8
	22 見えない患者の要求を探っている	3.5	0.6	4.1	2.8	2.3	0.7	3.0	1.6
8. 自律性確保のかかわり	23 自立機能が低下している患者の日常生活動作を維持できるように努めている	3.7	0.5	4.2	3.2	3.1	0.6	3.7	2.5
	24 自立している患者には、自発的な行動がとれるように柔軟に対応している	3.7	0.5	4.2	3.1	3.0	0.7	3.7	2.3
	25 患者の自尊感情、尊厳、安寧等のニーズを尊重することができる	3.7	0.5	4.2	3.2	2.9	0.7	3.6	2.2
	26 危険がなければ、患者の自発的な行動を抑制しないで見守っている	3.6	0.6	4.2	3.1	3.0	0.7	3.7	2.2
9. 身体健康管理	27 患者の表情や姿勢からいつもと違うことに気付くようにしている	3.7	0.5	4.2	3.3	3.1	0.6	3.7	2.4
	28 原疾患の悪化兆候を発見することを見逃さないようにしている	3.8	0.4	4.2	3.4	3.3	0.7	3.9	2.6
	29 入院初期の段階で患者のフィジカルアセスメントをしている	3.7	0.5	4.2	3.3	3.1	0.7	3.8	2.3
10. 基本的欲求に関わる環境調整	30 今の時間(朝は朝、昼は昼)にふさわしい日常生活動作を促している	3.8	0.4	4.2	3.4	3.2	0.7	3.9	2.5
	31 患者が生活してきたリズムに近づけるように環境を整えている	3.7	0.5	4.2	3.3	2.9	0.8	3.7	2.1
11. 家族へのかかわり	32 認知症症状が日常生活に及ぼす影響について時間をかけて家族に説明している	3.7	0.5	4.2	3.2	2.5	0.8	3.3	1.7
	33 認知症を否定する家族もあたたかく見守るようにしている	3.6	0.6	4.2	3.0	2.7	0.7	3.4	2.0
	34 患者と家族の関係性をふまえて、家族による患者の理解をはかっている	3.7	0.5	4.2	3.2	2.9	0.7	3.6	2.1
12. 患者へのかかわり方	35 患者に話しかけるときは、短い言葉を用いるようにしている	3.6	0.6	4.2	3.1	2.9	0.7	3.7	2.2
	36 患者に向かう前に、自分の気持ちを落ち着かせるようにしている	3.7	0.6	4.2	3.1	2.9	0.8	3.7	2.1
	37 拒否があるときは、時間を置いたり人を変えて関わっている	3.8	0.4	4.2	3.4	3.4	0.6	4.0	2.7
認知症看護ケアチェックリスト素案 37項目		3.7	0.5	4.2	3.2	3.0	0.7	3.7	2.3

表5 認知症看護ケアの頻度の因子構造と因子名

Factor No	命名	認知症看護ケアの大切さ（28項目）	因子						α 係数
			1	2	3	4	5	6	
F1	気がかりや関心をきっかけとした患者の理解	21：患者が表現できていない要求を実現できるように誘導している	.855	.033	-.168	-.056	.034	.081	0.87
		22：見えない患者の要求を探っている	.854	.129	-.128	-.130	-.013	-.025	
		8：患者が抱える現実認識とのギャップの背景を探るようにしている	.681	-.106	.151	.039	.086	-.107	
		4：患者が抱えている気がかりや心配事の増悪の有無をチェックしている	.628	-.127	.279	-.017	.037	-.003	
		20：患者の示す動作から生理的欲求を探っている	.625	.135	-.023	-.060	-.086	.163	
		9：患者の行動から、患者の意向を把握するようにしている	.476	.156	.260	.120	-.117	-.078	
F2	患者の自発的行動の尊重と異常の早期発見	24：自立している患者には、自発的な行動が取れるように柔軟に対応している	.019	.741	-.045	.027	-.018	.015	0.83
		26：危険がなければ、患者の自発的な行動を抑制しないで見守っている	.018	.701	.025	-.079	.057	-.195	
		25：患者の自尊感情、尊厳、安寧等のニーズを尊重することができている	.095	.591	-.094	.096	.070	-.048	
		28：原疾患の悪化徴候を発見することを見逃さないようにしている	-.051	.576	.204	-.134	.016	.116	
		27：患者の表情や姿勢からいつもと違うことに気付くようにしている	.121	.525	.010	.118	-.023	.023	
		23：自立機能が低下している患者の日常生活動作を維持できるように努めている	.063	.444	.066	.028	.040	.149	
F3	患者の安全についての確認	2：患者の安全に配慮している	-.141	.106	.819	.005	-.079	-.024	0.75
		3：患者の所在確認（今、目の前にいなくても）を意識して行っている	.059	-.087	.669	-.068	.105	-.004	
		6：医療上の危険行動の有無を必ず確認している	-.047	.093	.582	.062	-.046	.068	
		1：患者の行動を観察している	.117	-.071	.512	.033	.055	.024	
F4	生活リズムを整える関わり	13：食事のときは、味わえるように食事内容を伝えながら食事をしてもらうようにしている	-.067	-.085	-.045	.753	-.007	.037	0.78
		12：カーテンを開けて太陽の光を入れるなどにより、時間感覚の修正をはかっている	-.188	.035	.076	.629	-.071	.093	
		10：患者と話をする時は、目の高さを合わせている	.006	-.016	.009	.524	.063	-.041	
		16：身の周りの馴染みのあるものをきっかけにして、コミュニケーションをとっている	.192	.087	-.052	.511	-.060	-.024	
		11：患者の言動は、肯定的に受け止めるようにしている	.109	.075	.078	.470	.011	-.046	
		15：患者の好みや習慣を丁寧に確認しながら、日常生活の援助を行っている	.407	-.087	-.042	.464	.087	-.011	
F5	認知症症状に配慮した患者と家族への接し方	34：患者と家族の関係性をふまえて、家族による患者の理解をはかっている	-.020	.009	.141	-.012	.755	.021	0.80
		32：認知症症状が日常生活に及ぼす影響について時間をかけて家族に説明している	.090	-.036	-.077	-.100	.747	.036	
		33：認知症を否定する家族もあたたかく見守るようにしている	-.055	.101	.055	.035	.633	-.033	
		31：患者が生活していきたりリズムに近づけるように環境を整えている	-.029	.195	-.120	.199	.472	.020	
F6	日常生活の自立に向けた多職種との連携	18：在宅生活に向けた調整を看護職以外の職種と行っている	.007	-.054	.014	.016	.004	.784	0.78
		19：日常生活の自立に向けて看護職以外の職種と行っている	.043	-.044	.023	.041	.035	.778	
		相関行列	第1因子	1.000	—	—	—	—	
			第2因子	.683	1.000	—	—	—	
			第3因子	.468	.506	1.000	—	—	
			第4因子	.714	.694	.523	1.000	—	
			第5因子	.643	.609	.383	.615	1.000	
			第6因子	.341	.431	.391	.399	.368	1.000

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

6因子全体の α 係数は、0.93であった。

表6 属性による認知症看護ケア「実施頻度」の合計点と6因子別の平均点

属性	トータルスコア						因子1		因子2		因子3		因子4		因子5		因子6													
	n	平均	SD	t値	p値		平均	SD	t値	p値	平均	SD	t値	p値	平均	SD	t値	p値												
臨床経験	10年未満	281	86.1	10.6	-3.1	**	2.8	0.5	-3.16	**	3.1	0.5	-2.79	**	3.5	0.4	-2.86	**	2.8	0.6	-1.09		3.5	0.6	-3.35	**				
	10年以上	299	83.2	11.6			2.7	0.5			3.0	0.5			3.4	0.5			2.7	0.6			3.3	0.6						
認知症全般の知識	あり	228	86.1	10.6	-3.2	**	2.8	0.5	-3.63	**	3.1	0.5	-2.36	*	3.5	0.4	-1.96	*	3.1	0.5	-2.07	*	2.8	0.6	-2.83	**	3.4	0.6	-0.99	
	なし	363	83.2	11.5			2.7	0.5			3.0	0.5			3.4	0.5			3.0	0.5			2.7	0.6			3.3	0.6		
専門知識	加齢による身体的変化	22	95.2	11.0	-4.6	**	3.2	0.4	-4.46	**	3.5	0.5	-4.25	**	3.7	0.3	-4.87	**	3.4	0.5	-3.63	**	3.1	0.6	-2.89	**	3.5	0.7	-1.24	
	なし	569	84.3	11.0			2.7	0.5			3.0	0.5			3.4	0.4			3.1	0.5			2.7	0.6			3.4	0.6		
薬剤作用・副作用	あり	208	87.3	10.5	-4.2	**	2.9	0.5	-4.13	**	3.1	0.5	-3.15	**	3.6	0.4	-4.33	**	3.2	0.5	-3.44	**	2.8	0.6	-2.38	*	3.4	0.6	-2.14	*
	なし	385	83.3	11.3			2.7	0.5			3.0	0.5			3.4	0.5			3.0	0.5			2.7	0.6			3.3	0.6		
せん妄の知識	あり	267	87.6	10.5	-5.9	**	2.9	0.5	-5.97	**	3.1	0.5	-4.25	**	3.5	0.4	-4.56	**	3.2	0.5	-4.41	**	2.9	0.6	-4.61	**	3.4	0.6	-2.34	*
	なし	326	82.3	11.2			2.6	0.5			3.0	0.5			3.4	0.5			3.0	0.5			2.6	0.6			3.3	0.6		
協力	同僚協力	523	85.3	11.1	-3.7	**	2.8	0.5	-2.89	**	3.1	0.5	-2.76	**	3.5	0.4	-4.35	**	3.1	0.5	-2.50	*	2.8	0.6	-2.89	**	3.4	0.6	-2.20	*
	なし	69	79.9	10.9			2.6	0.5			2.9	0.5			3.2	0.5			2.9	0.4			2.6	0.6			3.2	0.6		
上司協力	あり	462	85.1	11.1	-2.2	**	2.7	0.5	-1.40		3.1	0.5	-1.25		3.5	0.4	-2.73	**	3.1	0.5	-1.67	*	2.8	0.6	-2.59	*	3.4	0.6	-0.53	
	なし	121	82.6	11.6			2.7	0.5			3.0	0.6			3.4	0.5			3.0	0.5			2.6	0.6			3.3	0.6		
認知症患者の言動による困惑の経験	あり	216	82.5	12.7	3.3	**	2.7	0.5	2.96	**	3.0	0.6	2.54	*	3.4	0.5	2.16	*	3.0	0.5	3.40	**	2.7	0.6	2.65	**	3.3	0.6	1.23	
	なし	377	85.9	10.1			2.8	0.5			3.1	0.5			3.5	0.4			3.1	0.5			2.8	0.6			3.4	0.6		
満足感・自信	認知症ケアに対する不安	91	80.2	13.4	3.6	**	2.6	0.6	2.97	**	2.9	0.6	4.04	**	3.4	0.6	1.48		2.9	0.5	3.61	**	2.5	0.6	4.25	**	3.2	0.7	1.98	*
	なし	501	85.5	10.6			2.8	0.5			3.1	0.5			3.5	0.4			3.1	0.5			2.8	0.6			3.4	0.6		
認知症患者の身体症状の判断の自信	あり	118	87.9	10.1	-3.9	**	2.9	0.5	-3.91	**	3.1	0.5	-1.70		3.5	0.4	-2.05	*	3.2	0.5	-3.25	**	2.9	0.5	-3.81	**	3.4	0.6	-1.70	
	なし	474	83.8	11.4			2.7	0.5			3.0	0.5			3.4	0.5			3.0	0.5			2.7	0.6			3.3	0.6		
認知症ケアの満足感	あり	125	87.8	10.5	-3.6	**	2.9	0.5	-4.61	**	3.1	0.5	-2.26	*	3.5	0.4	-1.11		3.2	0.5	-3.50	**	2.9	0.6	-2.88	**	3.4	0.6	-0.36	
	なし	463	83.8	11.3			2.7	0.5			3.0	0.5			3.4	0.5			3.0	0.5			2.7	0.6			3.4	0.6		
所属施設における専門家の有無	いる	17	80.8	9.4			2.6	0.4			2.8	0.4			3.5	0.5			2.9	0.3			2.5	0.6			3.3	0.7		
	いない	277	84.8	11.1	-1.5				-0.92				-2.41	*			0.30				-1.02				-1.37				-0.61	
							2.7	0.5			3.1	0.5			3.5	0.4			3.1	0.5			2.7	0.6			3.4	0.6		

*有意確率p<0.05, **有意確率p<0.01

注) 属性のうち、性別、職位、学歴、雇用形態、認知症研修、所属施設における専門家の有無（認定看護師、神経内科医）などほとどの因子についても有意差を認めなかった。

病院における認知症ケアの実情と それに影響を与える要因の検討

－認知症看護ケアチェックリストの作成のために－

1. アンケートの設問は、次の 2 ページから 5 ページまでです。
2. アンケートに要する時間は、約 20 分です。
3. このアンケートへの協力は自由です。アンケートに協力されない場合でも、不利益をこうむることはありません。
4. アンケートの中で答えたくない項目については、答える必要はありません。
5. アンケートに回答後、この用紙の入っていた返信用封筒に入れ、郵便ポストにご投函下さい。ご投函をもって本調査に対するご協力への同意とさせていただきます。なお、誠に勝手ながら、アンケートをお受け取りになってから 14 日を目途にご投函いただけると幸いです。

I . あなたご自身と所属先についてお尋ねします。以下の設問のあてはまる

□にチェック（レ点）をしてください。また、（ ）内に具体的な内容や数値などをご記入下さい。

質問	答え
1. 性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
2. 年齢	() 歳
3. 経験年数	総経験年数 () 年 () か月 現在の病院での経験年数 () 年 () か月
4. 保有免許・資格 (あてはまる全ての項目 にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 認定看護師 (分野 : , 取得年) <input type="checkbox"/> 専門看護師 (分野 : , 取得年) <input type="checkbox"/> その他 ()
5. 職位	<input type="checkbox"/> 一般スタッフ <input type="checkbox"/> 主任, 係長 <input type="checkbox"/> 師長, 課長以上 <input type="checkbox"/> その他 ()
6. 最終学歴	<input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> その他 ()
7. 認知症ケアの研修につ いて	<input type="checkbox"/> 受講したことがある (回数 : 回, 内容 :) <input type="checkbox"/> 受講したことがない <input type="checkbox"/> その他 ()
8. 認知症全般の知識につ いて	<input type="checkbox"/> 十分な知識がある <input type="checkbox"/> ある程度の知識がある <input type="checkbox"/> 少し知識がある <input type="checkbox"/> ほとんど知識はない

9. 患者の加齢に伴う身体的変化について	<input type="checkbox"/> 十分な知識がある <input type="checkbox"/> 少し知識がある	<input type="checkbox"/> ある程度の知識がある <input type="checkbox"/> ほとんど知識はない
10. 治療に使用する薬剤の作用副作用について	<input type="checkbox"/> 十分な知識がある <input type="checkbox"/> 少し知識がある	<input type="checkbox"/> ある程度の知識がある <input type="checkbox"/> ほとんど知識はない
11. せん妄について	<input type="checkbox"/> 十分な知識がある <input type="checkbox"/> 少し知識がある	<input type="checkbox"/> ある程度の知識がある <input type="checkbox"/> ほとんど知識はない
12. 認知症患者への看護を行う際の <u>同僚</u> の協力について	<input type="checkbox"/> 十分な協力がある <input type="checkbox"/> 一部の協力がある <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な協力内容をお書きください： </div> <input type="checkbox"/> 協力が無い	
13. 認知症患者への看護を行う際の <u>上司</u> の協力について	<input type="checkbox"/> 十分な協力がある <input type="checkbox"/> 一部の協力がある <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な協力内容をお書きください： </div> <input type="checkbox"/> 協力が無い	
14. 認知症患者に対する「どうしてそんなことをするのか？」という感情について	<input type="checkbox"/> そのような感情は抱いたことはない <input type="checkbox"/> たまに抱くことがある <input type="checkbox"/> しばしば抱く <input type="checkbox"/> いつも抱く <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 感情を抱いたことがある方へ それは、主に疑問から生じる感情でしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </div>	
15. 認知症患者の言動に対しての困惑について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> しばしば 困惑している	<input type="checkbox"/> たまに困惑している <input type="checkbox"/> いつも困惑する
16. 認知症患者の身体症状の判断への自信について	<input type="checkbox"/> とても自信がある <input type="checkbox"/> 多少自信がある	<input type="checkbox"/> ある程度自信がある <input type="checkbox"/> 自信がない
17. 認知症看護ケアに対する不安について	<input type="checkbox"/> 全く不安はない <input type="checkbox"/> ある程度不安がある	<input type="checkbox"/> 多少不安がある <input type="checkbox"/> とても不安がある

[illegible]

Ⅱ. 以下の質問は、認知症看護ケアの内容を示しています。

あなたが、認知症患者への実際にしている看護ケアと認知症看護ケアにおける大切さについて、以下の①～②の内容をお読みいただき回答をお願いします。

①実際にしている程度について、「4:いつもしている」から「1:全くしていない」のうち、最もあてはまる番号に○印をつけてください。

②認知症看護ケアにおける大切さについて、「4:とても大切だと思う」から「1:全く大切だと思わない」のうち、最もあてはまる番号に○印をつけてください。

質問項目	①実際にしている看護ケアの程度				②認知症看護ケアにおける大切さ			
	しいつも している	したて ている	し少 てい る	し全 てい ない	大と 切だ と思 う	大あ る程 と思 う	大少 切だ と思 う	全 く大 切だ と思 わな い
1 患者の行動を観察している	4	3	2	1	4	3	2	1
2 患者の安全に配慮している	4	3	2	1	4	3	2	1
3 患者の所在確認(今、目の前にいなくても)を意識して行っている	4	3	2	1	4	3	2	1
4 患者が抱えている気がかりや心配事の増悪の有無をチェックしている	4	3	2	1	4	3	2	1
5 患者の訴えや話をしっかり聞いている	4	3	2	1	4	3	2	1
6 医療上の危険行動の有無を必ず確認している	4	3	2	1	4	3	2	1
7 患者が「そうか」、「まあ、やってもいいか」と納得できるように説明している	4	3	2	1	4	3	2	1
8 患者が捉える現実認識とのギャップの背景を探るようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
9 患者の行動から、患者の意向を把握するようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
10 患者と話をする時は、目の高さを合わせている	4	3	2	1	4	3	2	1
11 患者の言動は、肯定的に受け止めるようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
12 カーテンを開けて太陽の光を入れるなどにより、時間感覚の修正をはかっている	4	3	2	1	4	3	2	1
13 食事の時は、味わえるように食事内容を伝えながら食事をしてもらうようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
14 患者自身から患者が起こす行動の理由を聞くようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
15 患者の好みや習慣を丁寧に確認しながら、日常生活の援助を行っている	4	3	2	1	4	3	2	1
16 身の周りのなじみのあるものをきっかけにして、コミュニケーションをとっている	4	3	2	1	4	3	2	1
17 看護職以外の職種と連携して合併症の予防をしている	4	3	2	1	4	3	2	1

質問項目	①実際にしている 看護ケアの程度				②認知症看護ケアにおける 大切さ			
	しい てい も る	した てい る い	し少 し て い る	し全 く て い な い	大 切 だ と 思 う	大 あ る 程 度 だ と 思 う	大 少 し だ と 思 う	全 く 大 切 だ と 思 わ な い
18 在宅生活に向けた調整を看護職以外の職種と行っている	4	3	2	1	4	3	2	1
19 日常生活動作の自立に向けて看護職以外の職種と一緒に取り組んでいる	4	3	2	1	4	3	2	1
20 患者の示す動作から生理的欲求*を探っている	4	3	2	1	4	3	2	1
21 患者が表現できていない要求を実現できるように誘導している	4	3	2	1	4	3	2	1
22 見えない患者の要求を探っている	4	3	2	1	4	3	2	1
23 自立機能が低下している患者の日常生活動作を維持できるように努めている	4	3	2	1	4	3	2	1
24 自立している患者には、自発的な行動がとれるように柔軟に対応している	4	3	2	1	4	3	2	1
25 患者の自尊感情、尊厳、安寧等のニーズを尊重することができている	4	3	2	1	4	3	2	1
26 危険がなければ、患者の自発的な行動を抑制しないで見守っている	4	3	2	1	4	3	2	1
27 患者の表情や姿勢からいつもと違うことに気付くようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
28 原疾患の悪化兆候を発見することを見逃さないようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
29 入院初期の段階で患者のフィジカルアセスメントをしている	4	3	2	1	4	3	2	1
30 今の時間(朝は朝、昼は昼)にふさわしい日常生活動作を促している	4	3	2	1	4	3	2	1
31 患者が生活してきたリズムに近づけるように環境を整えている	4	3	2	1	4	3	2	1
32 認知症症状が日常生活に及ぼす影響について時間をかけて家族に説明している	4	3	2	1	4	3	2	1
33 認知症を否定する家族もあたたかく見守るようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
34 患者と家族の関係性をふまえて、家族による患者の理解をはかっている	4	3	2	1	4	3	2	1
35 患者に話しかけるときは、短い言葉を用いるようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
36 患者に向かう前に、自分の気持ちを落ち着かせるようにしている	4	3	2	1	4	3	2	1
37 拒否があるときは、時間を置いたり人を変えて関わっている	4	3	2	1	4	3	2	1

*生理的欲求とは、アブラハム・マズローが提唱する自己実現理論における最も低次の基本的欲求を指します。人間が生命を維持するための睡眠欲・食欲・排泄欲がこれに当たります。