

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）  
分担研究報告書

急性期病院における認知症ケアの質の向上に関する検討

研究分担者 金子真理子 東京医療保健大学東が丘・立川看護学部 精神看護学教授  
国立がん研究センター東病院 看護部  
小川朝生 国立がん研究センター先端医療開発センター  
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究協力者

菅野雄介<sup>1,2)</sup> 河野佐代子<sup>3)</sup> 木野美和子<sup>4)</sup> 田中久美<sup>4)</sup> 佐々木千幸<sup>5)</sup>

岩田愛雄<sup>1)</sup> 野畑宏之<sup>1)</sup> 田中弘子<sup>1)</sup> 西村知子<sup>1)</sup> 柿沼里奈<sup>1)</sup>

1) 国立がん研究センター先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野

2) 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野

3) 慶應義塾大学病院 看護部

4) 筑波メディカルセンター病院 看護部

5) 国立がん研究センター東病院 看護部

研究要旨 本研究の目的は、認知症ケアの質の向上に向けて、教育プログラムの開発と評価を行うことである。看護師を対象としたインターネット調査および専門看護師を対象としたフォーカスグループインタビューの結果から、急性期病院の認知症看護に関する包括的教育プログラムを作成し、急性期病院 2 施設を対象にプログラム実施前、直後、3 か月後で看護師の知識、自信、教育プログラムについて評価した。現在、データ収集中であるため、今回の報告書ではプログラム実施（以下介入と略記載）直前直後の分析までを報告する。有効回答は 67（94.3%）であった。介入直前直後の結果から、急性期病院における看護師の認知症看護への知識は 31 項目中 11 項目において介入直後に有意に知識の改善が認められ、自信については 16 項目すべてに有意に改善が認められた。尚、知識について 30 項目中 26 項目は 60%以上の正答率が得られたものの、看護師自身が自信をもていない状況にあった。今後、急性期病院において、認知症を合併する患者が増加することを鑑み、知識と実践をつなげ、看護師自身が自信をもってケアに取り組めるような現任教育を実施し、急性期病院における認知症ケアの質の向上につなげることが必要である。

A. 研究目的

本研究の目的は、急性期病院において、看護師を対象とした認知症教育プログラムを実施し、看護師の認知症看護に関する知識および自信に関する教育効果および実践への有用性について検討することである。

1) 施設：関東近郊の約 1000 床の大学病院と 1 施設および急性期の約 400 床の病院 1 施設の計 2 施設で実施した。

2) 対象者：本研究プログラムについて案内チラシを配布し、希望者を募り実施した。参加者は看護師 71 名であった。

3. 調査内容・方法：教育プログラム前後、3 か月後に調査を実施した。

B. 研究方法

1. 時期：2015 年 10 月～2016 年 2 月

2. 対象

1) 教育プログラムについて：

主に認知症の病態、セルフケアが必要な事柄に対するケアの工夫に関する 90 分の講義およびアセスメントの視点をシートにした「認

知症アセスメントシート」をもとにDVDを視聴し、アセスメントを行う90分の演習トレーニングでの計180分からなるプログラムであった。

2) 調査用紙の構成：文献レビューならびに研究者間の協議により認知症に関する知識(30項目)・認知症看護に関する自信(31項目)、教育プログラムの評価4項目の合計65項目を設定した。知識については、主に認知症有病率、病態、認知症から生じる機能障害、アセスメント・評価の視点、患者の体験、多職種連携の必要性、地域支援体制に関する必要性に関するものであった。

### (倫理面への配慮)

研究参加は対象者の自由意思をもとに行った。2014年東京女子医科大学倫理委員会の承認ならびに協力施設の許可を受け実施した。

## C. 研究結果

### 1) 対象者の特性

有効回答は67(94.3%)であった。性別は女性58名(86.6%)、男性8名(11.9%)であった。年代についてもっとも多かったのは29歳以下が37名(55.2%)、次に30歳代が21名(21%)、40歳代が6名(9%)、50歳代が3名(4.5%)であった。経験年数は1~4年および5~9年が各23名でそれぞれ34.3%であり、これらをあわせると10年未満が68.6%であった。10~14年は11名(16.4%)であった。最終学歴は大学卒が37名(55.2%)、専門学校卒が20名(29.9%)、短大卒が10名(14.9%)であった。勤務場所の経験として最も多かったのは混合病棟で29名(43.3%)他に、内科病棟が12名(17.9%)、外科病棟が11名(16.4%)その他(ICU・外来、精神科、緩和ケア病棟)は14名(20.9%)であった。

### 2) 認知症看護の知識について

介入前の正答率の割合について、100%の正答率は5項目、80%以上のものは13項目、60%以上の正答率があったのは31項目中26項目(83.9%)であった。一方、正答率が60%未満だったのは4項目であり、<BPSD(随伴症状/周辺症状)の中で、徘徊が最も多い>が59%、<認知症患者は、形態や模様の認識が障害されるが、物体との距離について判断することは可能である>が56%、<全ての認知症患者に中核症状がみられる>が25%、<地域包括

支援センターは、認知症の診断から身体の病気も含めた診療など、地域における支援体制を構築する機関である>については19%であった。

介入前・直後においてt検定を行った結果、31項目中、1%水準で有意であったのは10項目であった(表1)。その主な内容は有病率、せん妄やうつ病との鑑別、中核症状について、疼痛のアセスメント、認知症におこりうる機能障害について、BPSDの原因について、せん妄についてであった。5%水準で有意差があったのは1項目で、<認知症が脳に何らかの障害が起こることにより発症する>についての正答を問うものであった。

	解答	正答率		P
		介入前	介入後	
1 認知症は、65歳以上の高齢者人口の15%にみられる	○	67%	89%	*
2 認知症は、脳に何らかの障害が起きることにより発症する	○	79%	91%	*
3 せん妄とうつ病も含まれる	×	72%	93%	**
4 全ての認知症患者に中核症状がみられる	○	25%	79%	***
5 認知症患者は、予測が立てられない、段取りを組むことができない	○	91%	100%	***
6 認知症患者は、形態や模様の認識が障害されるが、物体との距離	×	56%	92%	***
7 認知症患者の疼痛は過大評価されている	×	85%	99%	***
8 認知症患者は、緊急時の対応がとれない	○	93%	100%	***
9 認知症患者は、治療同意能力が無いため、家族の意向を優先にする	×	85%	94%	***
10 BPSD(随伴症状/周辺症状)の原因に苦痛や不快感がある	○	88%	100%	***
11 せん妄は、意識障害である	○	75%	91%	***
** p<0.1				
* p<0.05				

一方、有意差がなかったのは20項目であり(表2)、介入前に既に60~100%の知識があった。主な内容は急性期病院における認知症患者の重症度の割合、痛みや苦痛の評価と患者の行動との関連、身体拘束とBPSDのケア等、多職種連携の必要性等であった(表2)。

	解答	正答率	
		介入前	介入直後
急性期病院では、医療依存度の高い高齢者が多く、軽度の認知症に比べ重度の認知症が多い	×	61%	61%
認知症は、急速に進行する	×	76%	83%
認知症は、患者にとって精神的な苦痛を伴うものである		90%	96%
認知症は、アルツハイマー型認知症が最も多い		76%	88%
認知症による物忘れと加齢によるもの忘れは一緒である	×	100%	100%
認知症患者の食欲低下の要因として、失行や注意障害がある		91%	97%
認知症患者の痛みや苦痛の評価は、患者の行動からも評価することが重要である		99%	99%
認知症患者は、服薬の自己管理が難しくなる		100%	100%
認知症患者は、意思決定の障害として、記憶ができないこと		96%	100%
BPSD(随伴症状/周辺症状)は、中核症状による環境への	×	62%	52%
BPSD(随伴症状/周辺症状)の中で、徘徊が最も多い	×	59%	55%
身体拘束は、BPSDのケアの1つである	×	82%	73%
せん妄の薬物療法として、抗精神病薬が推奨されており、副作用としてアカシジアに注意する必要がある		91%	94%
認知症患者の家族は、介護負担、スティグマ、意思決定代理などに伴う苦痛を感じている		96%	99%
認知症患者の家族への支援として、情緒的サポートと情報提供が重要である		100%	100%
認知症患者の退院調整は、治療が終了してから行う	×	100%	100%
認知症患者の治療やケアの方針について、看護師間、多職種間で情報を共有する		100%	100%
地域包括支援センターは、認知症の診断から身体の病気も含めた診療など、地域における支援体制を構築する機関である	×	19%	16%

### 3) 認知症看護に関する自信について

認知症看護に関する自信について、介入前・直後において16項目すべてにおいて1%

水準で有意差がみられた(表3)。

表3. 認知症看護における自信

	介入前	介入後
ルート類やチューブ類の自己抜去の予防	6.1	7.0
転倒・転落の予防	6.1	7.1
患者合わせ、1日のスケジュールを決めて書く	5.3	6.8
患者合わせ、考えの流れを注目し、細かい言葉にこだわらない	5.6	6.9
視野に入って声をかけるようする	6.2	7.6
会話はゆっくりはっきりと話すようにする	6.8	7.6
低栄養や脱水について、食事量や飲水量、体重変化の確認	5.7	7.0
便秘について、腹部の張りや圧痛、排便のリズムなどを確認	6.2	7.1
睡眠について、日中の活動状況や眠気の確認	6.1	6.9
痛みについて、表情や行動、自律神経症状の確認	4.6	6.7
視空間認知障害(方向や距離感)の確認	4.4	6.6
自分のおかれている状況を正しく(理解できているか)確認する	4.6	6.6
実行機能障害の確認(今まで出来ていたことが出来ているか)	4.7	6.5
記憶障害の確認(入院理由・治療スケジュール)	5.6	6.8
認知症とせん妄の鑑別	4.3	5.7
入院時に認知症に気づく	4.8	5.9

#### 4) プログラムの評価について

プログラムの評価について、表4に示す。介入直後に「明日からの臨床に役立つ」と回答したものは5段階評価のうち4と5に回答したものをあわせると59名(88%)であった。

表4. プログラムの評価(後調査)

	Low		Moderate		High	
	1	2	3	4	5	
自分が期待していたものと一致していた※	n (%)	0(0)	4(6)	11(16.4)	29(43.3)	23(34.3)
情報量は適切だった€	n (%)	0(0)	2(3)	52(77.6)	13(19.4)	0(0)
内容の難易度¶	n (%)	0(0)	4(6)	58(86.6)	5(7.5)	0(0)
明日からの臨床に役立つ§	n (%)	0(0)	1(1.5)	7(10.4)	22(32.8)	37(55.2)

※ 1: 一致していなかった～5: 一致していた  
 € 1: 少なすぎた～5: 多すぎた  
 ¶ 1: 簡単だった～5: 難しかった  
 § 1: 役立たない～5: 役立ちそう

#### D. 考察

本プログラムにおける認知症看護の知識について、31項目中26項目(83.9%)は60%以上の正答率であったことから、本研究の参加者において、認知症看護の知識には習得されていたといえよう。その背景として、本研究の対象者は大学卒が半数以上を占めていたことや、自主的に研修会に参加していたことから学習に主体的な対象群であったことが考えられる。その一方で、認知症看護に対する自信についてはすべての項目で介入直後に有意差がみられたことより、もちあわせている知識と実践のつながりに十分に自信が持てていない状況であることが示唆された。その要因の1つには急性期病院における認知症患者の位置づけは、経験的には既往や合併症であることが多く、認知症そのものについての看護師の意識や認知症ケアへの動機づけの優先順位が低いことも考えられる。

一方、BPSDや中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については、介入前の知識が6割以下で

あり、介入直後でもBPSDにおける徘徊の頻度については55%、地域包括支援センターについては16%と正答率の割合が低かった。これらの要因として、急性期病院では在院日数の短縮化や認知症そのものが急性期では中心的な治療の対象とはならないことが多いため、教育と実践知が結びつきにくいことが考えられる。しかし、急性期病院の認知症ケアにおいては、退院後の支援システムもふまえ、ケアを計画・していくことが必要であり、知識と実践をつなげるための教育プログラムが必要である。

本研究の限界は、2施設のみの実施であったことと、3か月後の結果についてはまだデータ収集中であるため、縦断的な評価ができていないことがある。

今後は多施設でプログラムの評価を行い、急性期における認知症看護の質の向上と看護師自身が自信を持って認知症看護に取り組める教育プログラムを実施し、評価していくことが課題である。

#### E. 結論

本研究において、急性期病院における看護師の認知症看護への知識はあるものの、看護師自身が自信を持っていない状況にあった。今後、急性期病院において、認知症を合併する患者が増加することを鑑み、知識と実践をつなげ、看護師自身が自信をもってケアに取り組めるような現認教育を実施し、拡大していくことが必要である。特に、認知症看護BPSDや中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については本プログラムにおいて特に知識を強化する点である

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### G. 研究発表

論文発表

1. Kaneko M, Shuhei R, Koyama M, Kakehi R. Perspectives and Challenges in the Psychological Care of Cancer Patients and in Stress Management for Oncology Nurses: an Online Survey among Japanese Nurses, International

- Archives of Nursing and Health Care, Vol 2(1):2469-5823, 2016.
2. Kaneko M, Kakehi R, Difficulties with Stress Management Faced by Nurse Managers: A Survey of Nurse Managers at a University Hospital, International Archives of Nursing and Health Care, 1(3):2469-5823. 2015
  3. 金子真理子, 小川朝生, 佐々木千幸, 小山千加. 性期病院の認知症看護における現任教育に求められていることー認知症看護に携わる看護師 へのインタビュー結果からの一考, ナースマネージャー, 2月号, 41-45, 2015.
  4. 金子真理子. がん看護におけるコミュニケーション, がん患者指導管理料の導入と今、がん看護に求められること, Oncology NURSE, 77-82, 2015.
  5. 金子真理子. がん医療におけるコミュニケーションプログラムの開発と評価, 文部省科学研究費基盤研究(C) 報告書, 2015.

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
特記すべきことなし

#### 学会発表

1. 金子真理子, 柳修平, 小山美樹: がん看護における心理面の対応および看護師自身のストレスマネジメントに関する認識と課題, 第34回日本看護科学学会学術集会, (於広島)2015, 12.
2. 岡田佳詠, 金子真理子: ストレスを吹きとばそう, ナースのための認知療法活用術, 第34回日本看護科学学会学術集会交流集会, (於広島)2015, 12.
3. 金子真理子: コミュニケーション技術はスタッフ間に応用できるか, 第56回日本肺癌学会シンポジウム(於横浜)2015, 11.
4. 金子真理子, 小川朝生, 小山美樹: がん患者の精神心理面のアセスメントとコミュニケーションに関する看護師の認識, 日本サイコオンコロジー学会(於広島), 2015, 9.
5. 山崎千草, 栗田直央子, 小泉雅子, 金子真理子他: A大学病院における専門看護師の活用およびニーズに関する実態調査, 東京女子医科大学看護学会, 2015.10