（報告）

急性期病院における認知症ケアの質向上に向けた組織づくりの現状と課題

ー中堅看護師・中間看護管理者を対象とした質問紙調査よりー

小山尚美[1)]　渡邊裕子[1)]　流石ゆり子[1)]

要　旨

認知症ケアの質向上の取り組み実績のあるB病院の認知症ケアに向けた組織づくりの現状と課題を明らかにするため､中堅看護師と中間看護管理者に無記名自記式質問紙調査を実施した。その結果、取り組み実績による認知症ケアへの士気の高さが窺えたが、急性期病院では治療・安全が優先されやすく認知症者が安心して治療が受けられる物理的な環境が整っていないこと、モニター装着や他部門への送迎を要する患者が多い病棟では認知症者は身体拘束で安全を守るという組織風土があることが明らかになった。また、看護師間の認知症ケアに対する肯定的対話の不足が、認知症ケアへの負担感・自信のなさに繋がっていることが窺えた。身体拘束防止も含めた認知症ケアの質向上に向け、組織の方針・文化の再確認、認知症者の安心・安全を保証する物理的環境の整備、身体拘束予防に特化した研修の推進とともに、看護師間の認知症ケアへの肯定的対話が求められる。

キーワード ： 急性期病院　認知症ケア　組織づくり　現状　課題

Ⅰ．はじめに

身体疾患の治療のため急性期病院へ入院する認知症高齢者数は増加しており、一般病院で日勤帯の看護師1人が受け持つ6～7人の患者のうち、1～2人は認知症患者との報告[1)]や一般病棟の入院患者における「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の割合は17.1%との報告[2)]がある。急性期病院での認知症高齢者の看護は日常となりつつあるが、身体拘束VS事故予防のジレンマやアセスメント抜きの看護の常態化などの課題が挙げられており[3)]、急性期病院における認知症ケアの質向上は喫緊の課題である。

筆者らは、A県内の地域中核病院（B病院）の認知症対応力向上研修を修了した看護師を対象に、介護保険施設における認知症ケア体験研修を実施し、その後、研修での学びの活用状況とその要因を明らかにすることを目的に、体験研修修了者への調査を実施した[4)]。その結果、体験研修での実感を伴った学びが要因となり認知症ケア実践につながっていたこと、実践による看護への手応えが更なる実践の強化と認知症ケアの質向上に向けた主体的な発信につながっていたこと、これらのベースには学びを活かしやすい雰囲気やシステムの存在が必要であることが明らかとなった。湯浅[5)]は急性期病院における認知症患者への看護は、チームでのアプローチ、人材育成の視点で看護管理者がその質を決めるとしており、筆者らの研究結果[4)]からも、研修での学びを活かすには組織のあり方が重要と言える。したがって、急性期病院の認知症ケアの質向上を目指すうえでは、看護管理や組織づくりに着目する必要がある。

先行研究[6) 7)]では、認知症高齢者が多く入院する急性期病院の看護管理者へのインタビューから認知症高齢者のケア改善に向けた看護管理実践の内容が明らかになっており、急性期病院看護管理者の認知症ケアに関する看護管理スキルの実施可能性の認識も明らかにされている。しかし、いずれも対象は看護管理者や看護師長であり、中堅看護師を対象に含んだ研究は見当たらない。中堅看護師は、看護提供の中核的存在であり、ケアの質向上の鍵である[8)]とともに、看護師の育成や職場づくりに大きく影響している[9)]ことから、認知症ケアの質向上に向け

1）山梨県立大学看護学部

た組織づくりにおいても重要な役割を果たすと考える。また、認知症対応力向上研修や認知症ケア加算などの制度も開始されて日が浅いため、急性期病院の認知症ケアに対する取り組みは、病院ごとに差があることが予想される。そこで、今回は、認知症対応力向上研修や認知症ケア体験研修など、認知症ケアに対する取り組み実績のあるA県内の地域中核病院で、中堅看護師と中間看護管理者が、認知症ケアの質向上に向けてどのような組織づくりを実施しているのか、その中での課題を明らかにしたいと考えた。このことにより、今後、急性期病院の認知症ケアの質向上に向けた組織づくりへの示唆が得られると考える。

Ⅱ．研究目的

認知症ケアの質向上に向けた取り組み実績のある地域中核病院の中堅看護師及び中間看護管理者が取り組んでいる認知症ケアの質向上に向けた組織づくりの現状と課題を明らかにする。

Ⅲ．用語の定義

1．中堅看護師

小山田[8]によると、中堅看護師の定義に一貫するものはなく、臨床経験年数や職位などによって様々に定義されており、「上司が中堅看護師と認める者」「Benner[10]のいう中堅に当たる看護師」、Benner[10]の述べる「中堅」と経験年数から定義される中堅を識別するために「キャリア中期看護師」として経験年数を5～19年とする定義などがある。本研究の調査対象施設であるB病院では経験年数10年以上の看護師には主任という役職が与えられており、これによって看護師の役割意識が生じると考える。本研究では中堅看護師を看護提供の中核的存在であり、職場づくりに影響を与える看護師と考え、経験年数10年以上で主任の職位をもつ者と定義した。

2．中間看護管理者

本研究では看護部門の一つの看護単位に責任を持ち、臨床現場の第一線で管理・運営を担っている者を中間看護管理者と考え、看護師長・副看護師長を中間看護管理者と定義した。

Ⅳ．研究方法

1．研究対象者

A県内の地域中核病院（B病院）の中堅看護師および中間看護管理者で、産科病棟、小児科病棟など、認知症ケアが日常業務とはならない部門に所属する者を除いた178名。

B病院は首都圏にあるA県の中心部に位置し、県の基幹病院として、各診療分野において高度専門的医療を実施しており、644床の病床を持つ。B病院では、2014年に筆者らが企画した認知症対応力向上研修会[11]を延べ353名の看護職が受講しており、その2年後、認知症対応力向上研修を修了した看護職のうち異なる所属から10名が介護保険施設における認知症ケア体験研修[12]に参加している。また、認知症看護認定看護師が2名おり、院内の定期的な勉強会の開催、実践・指導・相談活動を行っている。

2．データ収集方法

B病院の看護管理者に文書及び口頭にて、研究目的・方法・倫理的配慮などについて説明し、研究協力の承諾を得た。研究対象者には看護管理者を通じて自記式質問紙を配付し、同封した返信用封筒で回収した。調査期間は2018年10月24日～2018年12月10日であった。

3．調査内容

対象者の基本属性は、年齢・臨床経験年数・職位・認知症ケア研修参加の有無とした。所属は「病棟」もしくは「病棟以外」についてたずね、病棟と回答した者については病棟に入院している患者について「周手術期の患者」「モニター類を装着している患者」など13の特徴に対し4つの選択肢でたずね、「常に複数名の患者がいる」「日によって複数名の患者がいる」をその患者が多い病棟、「日によって1～2名の患者がいる」「あまり入院していない」を少ない病棟とした。また、認知症ケアの質向上に向けた組織づくりに関する取り組み状況（以下、取り組み状況）は、先行研究[5) 6) 7) 13) 14)]を参考に「認知症ケアに関して、スタッフの相談に応じる」「認知症特有の症状に対するケアを行うためのスタッフ間業務調整」など24項目に対し、4段階でたずね、「行っている」「少し行っている」を実施、「あまり行っていない」「行っていない」を非実施とした。 認知症ケアを実践するときに問題となる状況（以下、問題となる状況）は、先行研究[5) 6) 7) 13) 14)]を参考に「治療が優先され、認知症ケアの優先順位が低くなる」「認知症者は身体拘束で安全を守るという雰囲気がある」など13項目に対し4段階でたずね、「とてもある」「少しある」を有り、「あまりない」「全くない」を無しとした。

4．分析方法

基本属性および取り組み状況、問題となる状況の単純集計を行った。また、取り組み状況各項目の実施・非実施における年齢・臨床経験年数・職位（中堅看護師または中間看護管理者）・認知症ケア研修参加の有無についてχ^2検定またはフィッシャーの直接確率検定で比較した。また、所属を病棟と回答した者については、問題となる状況の有無と病棟の特徴をχ^2検定及びフィッシャーの直接確率検定で比較した。

5．倫理的配慮

所属機関の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：2018-19）。対象者に研究の趣旨と内容、研究参加の自由、研究に協力しなくても不利益を被らないこと、匿名性の保持などを文書にて説明し、調査票への回答・返送をもって研究参加への同意とした。

Ⅴ．結果

1．対象者の概要

90 名の回答が得られ（回収率 50.5％）、対象者の平均年齢は 42.2 ± 7.4 歳、平均臨床経験年数は 19.7 ± 7.3 年であった。所属部門は病棟が 51 名（56.7％）、病棟以外が 33 名（36.7％）、無回答が 6 名（6.7％）であった。対象者の職位は中間看護管理者が 39 名（43.3％）（看護師長：17 名、副看護師長が 22 名）、中堅看護師が 51 名（56.7％）であった。認知症ケア研修参加経験者は 77 名（85.6％）であった。

2．認知症ケアの質向上に向けた組織づくりに関する取り組み状況

認知症ケアの質向上に向けた組織づくりに関する取り組み状況で、実施が多かったのは「認知症ケアに関して、スタッフの相談に応じる」（80.0％）、「カンファレンスで認知症ケアをスタッフ全員で考える」（76.7％）、「認知症者の安全保持物品の備え」（72.2％）、「スタッフが主治医と連携できるよう調整」（71.1％）、「スタッフが院内の他部門と連携できるよう調整」（70.0％）であった。一方、実施が低かったのは「認知症ケアの面白さを語れる雰囲気づくり」（38.9％）、「スタッフの認知症ケアに対するリフレクション」（38.9％）、「認知症者の安寧を考慮した院内の居場所の確保」（35.6％）、「患者の認知機能の判断基準を設定」（25.5％）であった（表 1）。

取り組み状況を職位別（中堅看護師または中間看護管理者）で見たところ、「認知症ケアに関して、スタッフの相談に応じる」「スタッフが主治医と連携できるよう調整」「スタッフの認知症ケアに対する助言・アドバイス」など 11 項目で中間看護管理者の実施率が有意に高かった（表 2）。また、認知症ケア研修参加経験別に見ると、「認知症ケアに関して、スタッフの相談に応じる」「カンファレンスで認知症ケアをスタッフ全員で考える」「認知症者の安全保持物品の備え」など 13 項目で研修参加経験者の実施率が有意に高かった（表 2）。

3．認知症ケア実践で問題となる状況

認知症ケア実践で問題となる状況で「有り」が多かったのは「認知症ケアに自信のないスタッフが多い」（74.4％）、「治療が優先され認知症ケアの優先順位が低くなる」（66.7％）、「認知症者を担当することの負担感があるスタッフが多い」（62.2％）、「認知症者は身体拘束で安全を守るという雰囲気がある」（61.1％）であった。一方、「有り」が少なかったのは「連携する他機関の専門職の認知症ケアに対する意識が低い」（21.1％）、「認知症の専門知識を持つ者との連携がとりにくい」（17.8％）、「認知症ケアを発信しても受け取られにくい」（14.4％）であった。（表 3）。

所属を「病棟」と回答した 51 名について、問題となる状況の有無で病棟の特徴を見たところ、「治療が優先され、認知症ケアの優先順位が低くなる」状況は「モニター装着している患者」「他部門への送迎が必要な患者」「予定で入院する患者」が多い病棟で有意に「有り」となっており、「認知症者は身体拘束で安全を守るという雰囲気がある」状況は「モニター装着をしている患者」「他部門への送迎が必要な患者」が多い病棟で有意に「有り」となっていた。また、「認知症ケアに自信のないスタッフが多い」状況は「モニター装着している患者」が多い病棟で有意に「有り」となっており、「認知症者を担当することの負担感があるスタッフが多い」状況は「周手術期の患者」「モニター装着している患者」「他部門への送迎が必要な患者」「クリティカルパスを使用している患者」が多い病棟で有意に「有り」となっていた。（表 4）。

表１　認知症ケアの質向上に向けた組織づくりの取り組み状況

n=90

	行っている 人数	（　%　）	少し行っている 人数	（　%　）	あまり行っていない 人数	（　%　）	行っていない 人数	（　%　）	
認知症ケアに関して、スタッフの相談に応じる	30	（ 33.3 ）	42	（ 46.7 ）	13	（ 14.4 ）	5	（ 5.6 ）	
カンファレンスで認知症ケアをスタッフ全員で考える	32	（ 35.6 ）	37	（ 41.1 ）	13	（ 14.4 ）	7	（ 7.8 ）	★
認知症者の安全保持物品の備え	25	（ 27.8 ）	40	（ 44.4 ）	15	（ 16.7 ）	10	（ 11.1 ）	
スタッフが主治医と連携できるよう調整	24	（ 26.7 ）	40	（ 44.4 ）	16	（ 17.8 ）	10	（ 11.1 ）	
スタッフが院内の他部門と連携できるよう調整	27	（ 30.0 ）	36	（ 40.0 ）	20	（ 22.2 ）	7	（ 7.8 ）	
スタッフの認知症ケアに対する助言・アドバイス	23	（ 25.6 ）	39	（ 43.3 ）	20	（ 22.2 ）	8	（ 8.9 ）	
スタッフが家族と連携できるよう調整	25	（ 27.8 ）	37	（ 41.1 ）	18	（ 20.0 ）	10	（ 11.1 ）	
認知症ケアの困難・不満を語れる雰囲気づくり	19	（ 21.1 ）	40	（ 44.4 ）	21	（ 23.3 ）	10	（ 11.1 ）	
認知症の人へのケアを提案しやすい雰囲気づくり	20	（ 22.2 ）	38	（ 42.2 ）	22	（ 24.4 ）	10	（ 11.1 ）	
スタッフの手本となるような認知症ケアの実践	11	（ 12.2 ）	46	（ 51.1 ）	20	（ 22.2 ）	13	（ 14.4 ）	
認知症ケアに関する学習会への参加を勧める	23	（ 25.6 ）	33	（ 36.7 ）	23	（ 25.6 ）	11	（ 12.2 ）	
スタッフが認知症の専門的知識を持つ者への相談ができるよう調整	33	（ 36.7 ）	22	（ 24.4 ）	23	（ 25.6 ）	12	（ 13.3 ）	
認知症者が安心してすごせるための物品の備え	15	（ 16.7 ）	37	（ 41.1 ）	25	（ 27.8 ）	13	（ 14.4 ）	
認知症ケアに伴うスタッフのストレス軽減への働きかけ	13	（ 14.4 ）	38	（ 42.2 ）	28	（ 31.1 ）	11	（ 12.2 ）	
スタッフの認知症ケアの効果を言語化してほめる	19	（ 21.1 ）	32	（ 35.6 ）	30	（ 33.3 ）	9	（ 10.0 ）	
認知症特有の症状に対するケアを行うためのスタッフ間業務調整	13	（ 14.4 ）	37	（ 41.1 ）	23	（ 25.6 ）	17	（ 18.9 ）	
スタッフが関連他施設やケアマネージャー等と連携できるよう調整	21	（ 23.3 ）	28	（ 31.1 ）	25	（ 27.8 ）	16	（ 17.8 ）	
部門の方針を認知症者の尊厳を意識できる内容とする	12	（ 13.3 ）	37	（ 41.1 ）	22	（ 24.4 ）	19	（ 21.1 ）	
認知症ケアに関する書籍等を活用できるような環境づくり	19	（ 21.1 ）	28	（ 31.1 ）	31	（ 34.4 ）	12	（ 13.3 ）	
認知症ケアでの成功体験をカンファレンスで共有	15	（ 16.7 ）	26	（ 28.9 ）	30	（ 33.3 ）	18	（ 20.0 ）	★
認知症ケアの面白さを語れる雰囲気づくり	12	（ 13.3 ）	23	（ 25.6 ）	36	（ 40.0 ）	19	（ 21.1 ）	
スタッフの認知症ケアに対するリフレクション	7	（ 7.8 ）	28	（ 31.1 ）	43	（ 47.8 ）	12	（ 13.3 ）	
認知症者の安寧を考慮した院内での居場所の確保	7	（ 7.8 ）	25	（ 27.8 ）	38	（ 42.2 ）	20	（ 22.2 ）	
患者の認知機能の判断基準を設置	4	（ 4.4 ）	19	（ 21.1 ）	34	（ 37.8 ）	33	（ 36.7 ）	

★はいずれも無回答1（1.1%）あり

表２　職位・認知症ケア研修参加経験別　認知症ケアの質向上に向けた組織づくりに関する取り組み状況

		職位					認知症ケア研修参加経験				
		中間看護管理者 (n=39)		中堅看護師 (n=51)		p値	あり (n=77)		なし (n=13)		p値
認知症ケアに関して、スタッフの相談に応じる	実施	35	(89.7%)	37	(72.5%)	0.043 *	67	(87.0%)	5	(38.5%)	0.000 * 1)
	非実施	4	(10.3%)	14	(27.5%)		10	(13.0%)	8	(61.5%)	
カンファレンスで認知症ケアをスタッフ全員で考える	実施	34	(87.2%)	35	(70.0%)	0.054	64	(84.2%)	5	(38.5%)	0.001 * 1)
	非実施	5	(12.8%)	15	(30.0%)		12	(15.8%)	8	(61.5%)	
認知症者の安全保持物品の備え	実施	30	(76.9%)	35	(68.6%)	0.384	60	(77.9%)	5	(38.5%)	0.006 * 1)
	非実施	9	(23.1%)	16	(31.4%)		17	(22.1%)	8	(61.5%)	
スタッフが主治医と連携できるよう調整	実施	33	(84.6%)	31	(60.8%)	0.013 *	58	(75.3%)	6	(46.2%)	0.039 * 1)
	非実施	6	(15.4%)	20	(39.2%)		19	(24.7%)	7	(53.8%)	
スタッフが院内の他部門と連携できるよう調整	実施	30	(76.9%)	33	(64.7%)	0.210	57	(74.0%)	6	(46.2%)	0.048 * 1)
	非実施	9	(23.1%)	18	(35.3%)		20	(26.0%)	7	(53.8%)	
スタッフの認知症ケアに対する助言・アドバイス	実施	34	(87.2%)	28	(54.9%)	0.001 *	57	(74.0%)	5	(38.5%)	0.015 * 1)
	非実施	5	(12.8%)	23	(45.1%)		20	(26.0%)	8	(61.5%)	
スタッフが家族と連携できるよう調整	実施	32	(82.1%)	30	(58.8%)	0.018 *	56	(72.7%)	6	(46.2%)	0.059 1)
	非実施	7	(17.9%)	21	(41.2%)		21	(27.3%)	7	(53.8%)	
認知症ケアの困難・不満をスタッフ間で語れる雰囲気づくり	実施	28	(71.8%)	31	(60.8%)	0.276	54	(70.1%)	5	(38.5%)	0.031 * 1)
	非実施	11	(28.2%)	20	(39.2%)		23	(29.9%)	8	(61.5%)	
認知症の人へのケアを提案しやすい雰囲気づくり	実施	28	(71.8%)	30	(58.8%)	0.203	53	(68.8%)	5	(38.5%)	0.038 * 1)
	非実施	11	(28.2%)	21	(41.2%)		24	(31.2%)	8	(61.5%)	
スタッフの手本となるような認知症ケアの実践	実施	29	(74.4%)	28	(54.9%)	0.058	52	(67.5%)	5	(38.5%)	0.046 * 1)
	非実施	10	(25.6%)	23	(45.1%)		25	(32.5%)	8	(61.5%)	
認知症ケアに関する学習会への参加を勧める	実施	34	(87.2%)	22	(43.1%)	0.000 *	50	(64.9%)	6	(46.2%)	0.163 1)
	非実施	5	(12.8%)	29	(56.9%)		27	(35.1%)	7	(53.8%)	
スタッフが認知症の専門的知識を持つ者への相談ができるよう調整	実施	29	(74.4%)	26	(51.0%)	0.024 *	51	(66.2%)	4	(30.8%)	0.015 *
	非実施	10	(25.6%)	25	(49.0%)		26	(33.8%)	9	(69.2%)	
認知症者が安心してすごせるための物品の備え	実施	24	(61.5%)	28	(54.9%)	0.528	50	(64.9%)	2	(15.4%)	0.001 *
	非実施	15	(38.5%)	23	(45.1%)		27	(35.1%)	11	(84.6%)	
認知症ケアに伴うスタッフのストレス軽減への働きかけ	実施	30	(76.9%)	21	(41.2%)	0.001 *	47	(61.0%)	4	(30.8%)	0.042 *
	非実施	9	(23.1%)	30	(58.8%)		30	(39.0%)	9	(69.2%)	
スタッフの認知症ケアの効果を言語化してほめる	実施	27	(69.2%)	24	(47.1%)	0.035 *	48	(62.3%)	3	(23.1%)	0.008 *
	非実施	12	(30.8%)	27	(52.9%)		29	(37.7%)	10	(76.9%)	
認知症特有の症状に対するケアを行うためのスタッフ間業務調整	実施	25	(64.1%)	25	(49.0%)	0.154	45	(58.4%)	5	(38.5%)	0.18
	非実施	14	(35.9%)	26	(51.0%)		32	(41.6%)	8	(61.5%)	
スタッフが関連他施設やケアマネージャー等と連携できるよう調整	実施	23	(59.0%)	26	(51.0%)	0.450	45	(58.4%)	4	(30.8%)	0.64
	非実施	16	(41.0%)	25	(49.0%)		32	(41.6%)	9	(69.2%)	
部門の方針を認知症者の尊厳を意識できる内容とする	実施	21	(53.8%)	28	(54.9%)	0.921	42	(54.5%)	7	(53.8%)	0.963
	非実施	18	(46.2%)	23	(45.1%)		35	(45.5%)	6	(46.2%)	
認知症ケアに関する書籍等を活用できるような環境づくり	実施	27	(69.2%)	20	(39.2%)	0.005 *	42	(54.5%)	5	(38.5%)	0.283
	非実施	12	(30.8%)	31	(60.8%)		35	(45.5%)	8	(61.5%)	
認知症ケアでの成功体験をカンファレンスで共有	実施	22	(56.4%)	19	(38.0%)	0.084	37	(48.7%)	4	(30.8%)	0.231
	非実施	17	(43.6%)	31	(62.0%)		39	(51.3%)	9	(69.2%)	
認知症ケアの面白さを語れる雰囲気づくり	実施	21	(53.8%)	14	(27.5%)	0.011 *	31	(40.3%)	4	(30.8%)	0.516
	非実施	18	(46.2%)	37	(72.5%)		46	(59.7%)	9	(69.2%)	
スタッフの認知症ケアに対するリフレクション	実施	21	(53.8%)	14	(27.5%)	0.011 *	33	(42.9%)	2	(15.4%)	0.6
	非実施	18	(46.2%)	37	(72.5%)		44	(57.1%)	11	(84.6%)	
認知症者の安寧を考慮した院内の居場所の確保	実施	13	(33.3%)	19	(37.3%)	0.700	29	(37.7%)	3	(23.1%)	0.245 1)
	非実施	26	(66.7%)	32	(62.7%)		48	(62.3%)	10	(76.9%)	
患者の認知機能の判断基準を設定	実施	8	(20.5%)	15	(29.4%)	0.337	20	(26.0%)	3	(23.1%)	0.564 1)
	非実施	31	(79.5%)	36	(70.6%)		57	(74.0%)	10	(76.9%)	

χ^2検定、1)はフィッシャーの直接確率検定

表３　認知症ケア実践で問題となる状況　　n=90

	とてもある		少しある		あまりない		全くない		
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
認知症ケアに自信のないスタッフが多い	18	(20.0)	49	(54.4)	21	(23.3)	2	(2.2)	
治療が優先され認知症ケアの優先順位が低くなる	15	(16.7)	45	(50.0)	28	(31.1)	2	(2.2)	
認知症者を担当することの負担感があるスタッフが多い	10	(11.1)	46	(51.1)	32	(35.6)	2	(2.2)	
認知症者は身体拘束で安全を守るという雰囲気がある	7	(7.8)	48	(53.3)	27	(30.0)	8	(8.9)	
医師の認知症ケアに対する意識が低い	9	(10.0)	41	(45.6)	33	(36.7)	7	(7.8)	
スタッフの認知症ケアに対する意識が低い	12	(13.3)	35	(38.9)	37	(41.1)	5	(5.6)	★
認知症者の家族と情報交換がしにくい	6	(6.7)	32	(35.6)	50	(55.6)	2	(2.2)	
連携する他機関の専門職と認知症者に関する情報交換がしにくい	6	(6.7)	27	(30.0)	48	(53.3)	9	(10.0)	
院内の看護以外の専門職の認知症ケアに対する意識が低い	6	(6.7)	25	(27.8)	50	(55.6)	8	(8.9)	★
院内の他の所属の看護師の認知症ケアに対する意識が低い	3	(3.3)	18	(20.0)	57	(63.3)	11	(12.2)	★
連携する他機関の専門職の認知症ケアに対する意識が低い	3	(3.3)	16	(17.8)	60	(66.7)	11	(12.2)	
認知症の専門的知識を持つ者と連携がとりにくい	2	(2.2)	14	(15.6)	40	(44.4)	33	(36.7)	★
認知症ケアを発信しても受け取られにくい	2	(2.2)	11	(12.2)	56	(62.2)	20	(22.2)	★

★はいずれも無回答1（1.1%）あり

Ⅵ．考察

1．身体拘束防止を含めた認知症ケアの質向上

本結果から、B病院では認知症ケアについて、中堅以上の看護師がスタッフの相談に応じたり、カンファレンスの活用や多職種連携、専門的知識を持つ者への相談調整などを行っており、認知症ケアへの士気が高いことが窺える。この背景には、認知症看護認定看護師の存在や、認知症ケアの質向上に向けた研修実績[11) 12)]などがあると考えられる。特に、中間看護管理者はその立場や経験から、スタッフの認知症ケアに対する相談に応じる、助言・アドバイスを行う、必要な連携のための調整など、認知症ケア推進に向けて大きな役割を担っていることが推察される。また、認知症ケア研修参加経験者はスタッフの認知症ケアに対する相談にのったり、カンファレンスの活用や必要な連携調整を行ったりしており、中堅以上の看護師が認知症ケア研修を受講することは組織全体の認知症ケアの質向上につながることが期待できる。

しかし、本結果では「認知症者の安全保持物品の備え」の実施者が7割以上にのぼり、「認知症者の安寧を考慮した居場所の確保」は3割程度であった。また、問題となる状況では「治療が優先され認知症ケアの優先順位が低くなる」「認知症者は身体拘束で安全を守るという雰囲気がある」状況も6割以上であった。急性期病院に入院する認知症患者の44.5%が身体拘束を実施されており、その理由で最も多かったのは転落や自己抜去のリスクとの報告[15)]もあり、急性期病院では治療・安全が優先されやすく認知症者が安心して治療が受けられる物理的な環境が整っていない現状があると推察される。また、「認知症者の安全保持物品の備え」は認知症ケア研修参加経験がある者でも実施していたことから、治療・安全が優先されやすく物理的環境が整っていない現状の中では、認知症ケア研修の受講だけでは認知症者の身体拘束廃止に直結しないと考えられる。認知症対応力向上研修に関する報告[16)]を見ると、その内容は認知症患者の看護の基本や病態・治療、アセスメントと援助技術などであり、倫理的課題の中で身体拘束について触れられるものの、身体拘束予防が研修内容のメインとしては位置づけられていない。他の認知症ケア研修も類似した内容で構成されていることが予測され、身体拘束防止も含めた認知症ケアの質向上のためには、身体拘束予防を焦点化した研修・勉強会などの推進が必要である。

大出[17)]は、看護師の倫理的行動は、倫理に関する認識だけでなく組織風土の影響も要因になると述べており、和田[18)]は、身体拘束には病院の組織背景や風土、長い年月をかけて培われたケアの文化が影響すると述べている。しかし、本結果では「部門の方針を認知症者の尊厳を意識できる内容とする」「認知症特有の症状に対するケアを行うためのスタッフ間業務調整」の実施者は半数程度であった。また、「治療が優先され、認知症ケアの優先順位が低くなる」「認知症者は身体拘束で安全を守るという雰囲気がある」状況は、モニター装着患者や予定

表 4　病棟の特徴別 認知症ケア実践で問題となる状況

n=51

			周手術期の患者				モニター装着している患者				他部門への送迎が必要な患者				予定で入院する患者				クリティカルパスを使用している患者			
			多い		少ない	p値	多い		少ない	p値	多い		少ない	p値	多い		少ない	p値	多い		少ない	p値
治療が優先され、認知症ケアの優先順位が低くなる	有り	19	(54.3%)	16	(45.7%)	n.s.	29	(82.9%)	6	(17.1%)	<0.01[1]	23	(65.7%)	12	(34.3%)	<0.05	24	(68.6%)	11	(31.4%)	<0.01	21	(60.0%)	14	(40.0%)	n.s.
	無し	5	(31.3%)	11	(68.8%)		7	(43.8%)	9	(56.3%)		5	(31.3%)	11	(68.8%)		2	(12.5%)	14	(87.5%)		10	(62.5%)	6	(37.5%)	
認知症の人は身体拘束で安全を守るという雰囲気がある	有り	18	(54.5%)	15	(45.5%)	n.s.	31	(93.9%)	2	(6.1%)	<0.01	24	(72.7%)	9	(27.3%)	<0.01	19	(57.6%)	14	(42.4%)	n.s.	22	(66.7%)	11	(33.3%)	n.s.
	無し	6	(33.3%)	12	(66.7%)		5	(27.8%)	13	(72.2%)		4	(22.2%)	14	(77.8%)		7	(38.9%)	11	(61.1%)		9	(50.0%)	9	(50.0%)	
認知症ケアに自信のないスタッフが多い	有り	20	(48.8%)	21	(51.2%)	n.s.[1]	32	(78.0%)	9	(22.0%)	<0.05[1]	24	(58.5%)	17	(41.5%)	n.s.[1]	23	(56.1%)	18	(43.9%)	n.s.[1]	26	(63.4%)	15	(36.6%)	n.s.[1]
	無し	4	(40.0%)	6	(60.0%)		4	(40.0%)	6	(60.0%)		4	(40.0%)	6	(60.0%)		3	(30.0%)	7	(70.0%)		5	(50.0%)	5	(50.0%)	
認知症の人を担当することへの負担感があるスタッフが多い	有り	20	(58.8%)	14	(41.2%)	<0.05	27	(79.4%)	7	(20.6%)	<0.05	22	(64.7%)	12	(35.3%)	<0.05	20	(58.8%)	14	(41.2%)	n.s.	25	(73.5%)	9	(26.5%)	<0.01
	無し	4	(23.5%)	13	(76.5%)		9	(52.9%)	8	(47.1%)		6	(35.3%)	11	(64.7%)		6	(35.3%)	11	(64.7%)		6	(35.3%)	11	(64.7%)	

χ^2検定、1)はフィッシャーの直接確率検定

入院患者、他部門への送迎を要する患者が多い病棟でみられるという結果から、これらの患者へのケアに看護師人員が割かれ、認知症ケアへの人員の確保が難しくなっていることが推察される。したがって、認知症ケアの質向上のためには、認知症ケアに対する組織の方針・文化を再確認し、組織風土に働きかけていくとともに、認知症者にとっての安心・安全を保証する物理的環境を整備していくことも必要である。

2. 看護師間の肯定的対話

成功体験の累積は自己効力感を高め行動変容につながる[19]が、本結果では、「スタッフの認知症ケアに対するリフレクション」「認知症ケアの面白さを語れる雰囲気づくり」の実施者は3割以下であり、「認知症ケアでの成功体験をカンファレンスで共有」の実施者は4割程度であった。また、問題となる状況では「認知症ケアに自信のないスタッフが多い」「認知症者を担当することの負担感があるスタッフが多い」状況があるのが6割以上であったことから、看護師間での認知症ケアに対する肯定的な対話の不足が看護師の認知症ケアへの負担感・自信のなさに繋がっているものと考えられる。急性期病院の看護師は、健康問題を抱えた患者への看護を実践するなかで、問題思考で事象を捉え、問題解決のための介入を考えるトレーニングを積んでいることが多い。したがって、認知症ケアに対しても問題点を見出し、反省的思考で捉えることが多いことが推察される。これとは逆に、「何が良かったのか」という視点でのカンファレンスは、認知症ケアにおける実践知の蓄積となるが、本結果からこうした実践知が蓄積しにくい状況があることが明らかとなった。特に、認知症者の行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）が軽減したりせん妄が収束した際は、その症状が目に見えて軽快するため認知症ケアの成果が認識されやすいが、認知症者が検査・治療・入院で混乱なく過ごせた場合、“BPSD やせん妄が生じない”ことは目に見えないため認知症ケアの成果として評価されにくい。その結果、認知症ケアの重要性が認識されず、「治療が優先され、認知症ケアの優先順位が低くなる」状況が生じたり、「認知症特有の症状に対するケアを行うためのスタッフ間業務調整」の実施者は半数程度に留まっていた可能性がある。スタッフの認知症ケアへのモチベーションとチームの認知症ケアに対する自信の向上のためには、ケアの成果の言語化・

成功体験の共有と蓄積を組織全体で取り組むことが重要と考える。

本結果では「認知症ケアに自信のないスタッフが多い」「認知症者を担当することの負担感があるスタッフが多い」状況は、モニター装着者、周手術期、他部門への送迎を要する、クリティカルパス使用患者が多い病棟でみられた。患者の重症度が高い病院では、看護上の問題と医療の問題が一致し業務内容が明確化されやすくなる[20]といわれており、業務として認識されやすい術前・術後管理や重症者のケア、検査を受ける患者のケアなどに看護師人員が割かれていることが推察される。こうして認知症ケアのための業務調整がなされず認知症ケアが十分行えない状況では、看護師は認知症ケアにやりがいを感じられず、認知症ケアに自信が持てなくなる。また、周手術期患者やクリティカルパス患者が多い部署では、普段の看護ケアが、ある程度定式化されていることが予測される。しかし、認知症高齢者の場合、加齢に伴う様々な変化から、合併症のリスクや退院後の治療・管理の継続など多くの問題を抱えている場合もあり、入院から退院までの経過は一様でなく、入院目的の疾患・治療の看護にプラスした個別性の高い看護が求められる。漆畑[22]は、効率的で個別性のある看護展開のためには、看護師個人の能力だけに頼るのではなく、臨床知や暗黙知を臨床現場全体で共有する必要があると述べている。したがって、個別性の高い認知症看護を、これまでの看護業務に組み入れることができた成功例などを組織全体で共有していくこと重要であり、これによって看護師が認知症看護でやりがいを得ることが期待できる。

Ⅶ. 研究の限界と課題

本研究は、一施設での調査であり、回収率も 5 割であったことから、結果の一般化には限界がある。また、認知症ケアで問題となる状況については病棟のみを取り上げた分析を行っており、外来・検査部門などでの詳細な状況は明らかになっていない。今後は、多施設を対象とし、組織の特徴と認知症ケアの質向上に向けた取り組みの状況を明らかにしていくとともに、外来・検査部門の認知症ケアについても明らかにしていく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました急性期病院中堅看護師および中間看護管理者の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は JSPS 科研費 16K12205 の助成を受けたものです。

引用文献

1) 日本老年看護学会 老年看護政策検討委員会（2014）：老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師を対象とした「入院認知症高齢者へのチーム医療」の実態調査報告書 .
2) 厚生労働省：平成 28 年度調査結果（速報）の概要について　入院医療等における事態調査，厚生労働省：平成 30 年度 入院医療等における事態調査，https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000166759.html,（2020 年 5 月 16 日閲覧）
3) 湯浅美千代（2017）：急性期病院における認知症高齢者に関わる看護の課題，老年看護学，22（1），10-13.
4) 小山尚美，渡邊裕子，流石ゆり子（2019）：介護保険施設で「認知症ケア体験研修」を受講した急性期病院看護師の認知症看護実践の様相，老年看護学，24（1），69-76.
5) 湯浅美千代（2014）：急性期病院における認知症をもつ患者への対応と管理者の役割，看護展望，39（6）524-529.
6) 酒井郁子 , 飯田貴映子，諏訪さゆり他（2010）：身体合併症を有する認知症高齢者へのケア改善に向けた看護管理実践；急性期病院看護管理者へのインタビューから，日本老年看護学会第 15 回学術集会抄録集，136.
7) 酒井郁子，吉田千文，湯浅美千代他（2011）：身体合併症を有する認知症高齢者を対象とした看護管理スキルの実施可能性の認識 - 急性期病院看護管理者の意識調査から -，日本老年看護学会第 16 回学術集会抄録集 ,203.
8) 小山田恭子（2009）：我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討，日本看護管理学会誌，13（2），73-80.
9) 土佐千栄子，出口昌子，上野貴子他（2002）：経験 3 年目以上の看護婦・看護士の臨床実践能力の特徴 第 1 報 -3 病院 574 名の看護婦・看護士を対象に -, 日本看護管理学会誌，5（2），55-63.
10) Benner,P.（井部俊子 , 井村真澄，他訳）（1992）：ベナー看護論　達人ナースの卓越性とパワー，医学書院，東京 .

11）小山尚美，流石ゆり子，渡邊裕子，他（2016）：地域中核病院看護師を対象とした「認知症対応力向上研修会」の評価，老年看護学，20（2），92-98.
12）小山尚美，流石ゆり子，渡邊裕子（2018）：介護保険施設での「認知症ケア体験研修」を受講した急性期病院看護師の学び，老年看護学，23（1），121-128.
13）酒井郁子（2012）急性期病院の認知症ケアの改善に向けて看護管理者が果たす役割，認知症ケア事例ジャーナル，5（2）147-155.
14）湯浅美千代（2013）認知症高齢者の身体合併症治療時の看護スキルと看護管理方法の開発，科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書
15）中西三春（2019）：一般急性期病院における認知症ケア，老年看護学 23（2）,44-48.
16）大塚眞理子（2017）：認知症ケア加算 2 に対応する「日本老年看護学会主催 認知症看護対応力向上研修」，老年看護学，22（1），14-18.
17）大出順（2014）：看護師の倫理的行動尺度の開発，日本看護倫理学会誌，6（1），3-11.
18）和田奈美子（2019）：一般病院における身体拘束解除に向けた取り組み 医療安全管理者・老人看護専門看護師・病棟看護管理者・リンクナースとの協働・連携，老年看護学，24（1），19-24.
19）安酸史子（2015）：経験型実習教育を支える理論，安酸史子編，経験型実習教育；看護師を育む理論と実践（第 1 版），33-49，医学書院，東京.
20）山崎登志子（2000）：バーンアウト傾向と性格特性 ソーシャル・サポートとの関係；病院による比較，日本看護研究学会雑誌，23（2），29-41.
21）大室律子 , 佐藤禮子 , 太田節子 , 他（2005）：新人看護職者の看護技術習得状況と課題 - 大卒看護職者の調査研究から -, 看護教育 ,46（10）,868-871.
22）漆畑里美（2009）：「個別性のある看護」に関する概念分析，日本看護技術学会誌，8（3），74-83.

Current status of and issues affecting the creation of organizations to improve the quality of dementia care in an acute hospital

–A questionnaire survey of mid-career nurses and middle nursing managers–

KOYAMA Takami, WATANABE Yuko, SASUGA Yuriko

key words: Acute hospital , Dementia care, Creation of Organizations , Current status, issues