

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 5 月 22 日現在

機関番号：34106

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2012～2014

課題番号：24593542

研究課題名(和文)高齢者の回復期病棟へのリロケーションを支援するアセスメントツールの開発

研究課題名(英文)Development of assessment sheet of older adults who relocate to a recovery phase rehabilitation ward

研究代表者

小松 美砂(Komatsu, Misa)

四日市看護医療大学・看護学部・准教授

研究者番号：00362335

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,500,000円

研究成果の概要(和文)：回復期病棟に入院・転入した高齢者にアセスメントシートを適用し特徴を明らかにした。対象は70歳以上の高齢者でありシートの記入は担当看護師に依頼した。シート44項目の内38項目を適応の状態を示すスケールとし336人のシートを分析した。

その結果、80歳以上の高齢者や、認知症高齢者の得点が低い傾向があった。認知症の有無により差がみられた質問項目は、“リロケーション時よりも病状が悪化している”“看護師や他のスタッフがケアを行う際に困難さを感じている”等であった。

本研究により明らかになった特徴をふまえて援助を実施することにより、回復期病棟における高齢者の適応を促すことができると考える。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to identify features linked to adaptation among older people relocated to recovery phase rehabilitation wards using an assessment sheet. A survey was conducted with older people aged 70. Nurses responsible for the older people were asked to complete the sheet. Of the 44 items on the sheet, the 38 items constituted the scale of the state of adaptation. A total of 336 valid response sheets were analyzed.

When scores were analyzed, results showed that there was a tendency for the scores of older people aged 80 and above and older people with dementia to be significantly lower. Items that showed differences according to the presence of dementia included those showing adaptive tasks, such as “Condition has deteriorated since the time of relocation” and “Experiencing difficulties when nurses are giving care”.

We suggest that an approach based on the results of this study could help older people adapt to their new environment.

研究分野：老年看護学

キーワード：リロケーション 高齢者 回復期リハビリテーション病棟

1. 研究開始当初の背景

現在、日本の高齢化率は 25.1%¹⁾と超高齢社会であり、医療費の高騰が課題となっているため、医療体制も入院日数の短縮化とともに在宅ケアへの移行が進められている。このような状況により、高齢者は病院・施設・自宅等をリロケーション (relocation: 移転) せざるを得なくなっている。

リロケーションとは生活の場を移動することであり、北米看護診断協会は 1992 年に“移転ストレスシンドローム”を看護診断名として採択し、ある環境から別の環境に移ることに引き続く生理的・心理社会的混乱と定義している²⁾。特に高齢者にとってのリロケーションは、認知症や健康状態悪化の引き金にもなるためストレス性のライフイベントの一つとされている³⁾。また、リロケーションによる社会的相互作用の変化は高齢者にとって危機的体験となる⁴⁾ため、病院や施設にリロケーションした高齢者に対して早期に適切な介入を行う必要がある。

欧米では高齢者の意思に反する施設間移動が死亡率を上昇させることが指摘されており⁵⁾、科学的根拠に基づきリロケーションを支援するためのガイドラインが作成され⁶⁾、リロケーション時のナースプラクティショナーの役割も示されている⁷⁾。日本においても、リロケーションによる環境の変化が認知症を悪化させたとの報告も少なくない状況にあり⁸⁾、初めて施設へ入居する認知症高齢者のリロケーションダメージの予防法⁹⁾や、使いなれた小物を身近に置くことがリロケーションダメージの軽減に有用¹⁰⁾といった先行研究がある。このように高齢者のリロケーションに対するケアの重要性は指摘されているが、リロケーションに関する研究の場は、高齢者施設や地域が多く、回復期リハビリテーション病棟 (以下、回復期病棟) での研究は行われていない。海外では、急性期の高齢者リハビリテーション病棟において脆弱な高齢者は適応しづらいことが示されているが¹¹⁾、病棟の機能が日本の回復期病棟と異なるため、この研究結果をそのまま日本の状況に当てはめることは困難である。

回復期病棟は脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対してリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、2000 年に特定入院料が申請され 2008 年からは在宅復帰率、重症患者受け入れ率、重症患者の機能向上といった成果主義が導入された在宅復帰支援病棟である。2014 年 3 月現在で 1547 病棟、68,316 床の届け出があり急速に需要が高まっている¹²⁾。しかし、回復期病棟における患者の満足度調査では、医師や理学療法士など他職種よりも看護師への満足度が低い¹³⁾ことや、看護師は入院時の基礎情報を収集していながら在宅復帰支援における役割が明確化されていない¹⁴⁾ことが課題となっている。また、回復期病棟における支援・介入に関する実践的な研究としては失語

症支援¹⁵⁾や ADL 回復への看護介入¹⁶⁾、多職種間のケアの視点の違い¹⁷⁾などはあるが、高齢者のリロケーションに焦点をあてた研究は行われていない。回復期病棟へリロケーションした高齢者の特徴を明らかにすることによりリロケーション時の早期介入に役立てることができ、回復期病棟の役割である在宅復帰のための看護師の支援の方向性を示すことにもつながると考える。

2. 研究の目的

本研究は、高齢者のリロケーションを支援するために開発したアセスメントシートを回復期病棟に入院もしくは転入した高齢者に活用し、内容について検討した上で、回復期病棟にリロケーションする高齢者の特徴をふまえたアセスメントツールを開発することを目的とした。

3. 研究の方法

(1) アセスメントシートの開発

アセスメントシートの概念モデルとして、研究代表者らが作成した「介護老人保健施設に転入した高齢者を理解するための概念モデル」¹⁸⁾の 10 概念と下位項目を参考にし、先行研究¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾をもとに「高齢者のリロケーションを支援するためのアセスメントシート (以下、シート)」の質問項目を作成した。

質問項目は 10 サブスケール 44 項目とした。その概要は、人口統計学的・個人的要因 (年齢、性別、入院・転入の別、当該病棟への入院回数、認知症の有無・程度、要介護度) 6 項目、移転に係る要因 (入院・転入に関する理解、入院・転入前の説明、入院・転入時の案内) 3 項目、身体的環境要因 (自立度、便秘、言語障害、うつ状態) 4 項目、社会的環境要因 (大切な物の持ち込み、使い慣れた物の使用、リハビリテーションや催しへの参加、他の患者との会話、スタッフとの会話) 5 項目、認知的評価 (あきらめたような発言、受け入れていないような発言、がまんしているような発言) 3 項目、適応課題 (病気の状態の悪化、体調不良の訴え、家に帰りたいとの訴え、他の患者とのトラブルケアを行う際の困難さ) 5 項目、対処能力 (笑顔や前向きな発言がある、興奮する、自分がしてほしいことを訴える、スタッフに助けを求める、他の患者に助けを求める) 5 項目、個人的統合のための課題 (心配事の訴え、不安の訴え、自己を否定するような発言) 3 項目、本人に認知されない課題 (本人が認識していない身体的課題の解決、本人が認識していない精神的課題の解決、本人が認識していない社会的課題の解決) 3 項目、頼りになる人の支援 (スタッフが頼り、他の患者が頼り、家族が頼り、頼りになる人がいない) 4 項目、移転の結果 (環境に適応しやすい、「慣れた」との本人の発言、スタッフが「慣れた」と感じる) 3 項目であった。

(2) データ収集方法

調査期間は2012年11月から2013年3月であり、7病院の回復期病棟において留置法により調査を行った。7病院は全て同じ県内であった。

対象は70歳以上の高齢者であり、シートへの記入は担当看護師に依頼した。リロケーションが起因となる主な症状は入居後1週間位に生じやすい¹⁸⁾²²⁾ことや、シートを使用する担当看護師が高齢者を理解するために必要な時間を考慮し、シートへの記入は入院・転入日から2週間位とした。

シートは5段階のリッカート尺度による選択肢式であり、シート記入の所要時間は10分程度であった。全体で371のシートを回収し、有効回答336人のシートを分析した。

(3) データ分析方法

シートの基本的属性6項目を除く38項目をスケールとし、スケールの得点が高いほど適応していることを示しているため、スケールの合計得点の中央値136点を基点とし137点以上を高得点群、136点以下を低得点群に分類した。分析は、Pearsonの χ^2 検定を用い、基本的属性と得点群との関係を明らかにした。また、認知症のない群、ある群に分類し、Mann-WhitneyU検定により、認知症の有無による適応傾向を分析した。

認知症高齢者の適応に影響する項目を明らかにするために、得点の高・低を従属変数とし、各質問項目を独立変数として単変量ロジスティック回帰分析を行い、粗オッズ比と95%信頼区間を算出した。また、10のサブスケールが得点の高・低に及ぼす影響をみるため、Pearsonの χ^2 検定により有意差のみられた性別と9のサブスケールを独立変数として強制投入した多変量ロジスティック回帰分析によって調整オッズ比を算出した。

アセスメントシートの適合性を確認する上で、項目の重複を避けるため、項目分析によりスケールの38項目についてPearsonの相関係数を確認した。相関係数 $r > 0.60$ の項目は内容の類似性を確認し一方の項目を除外した。また、残った項目を用いて探索的因子分析を行い、信頼性の検討として各因子と項目全体のCronbach's係数を算出した。構成概念妥当性は、因子分析により想定された因子モデルに対し確証的因子分析を行い、モデル適合度を適合度指標(GFI)、自由度修正済み適合度指標(AGFI)、比較適合度指標(CFI)、および平均二乗誤差平方根(RMSEA)の値で確認した。

全ての分析には統計ソフトSPSS22.0J、AMOS22.0Jを用い、有意水準は5%とした。

(4) 倫理的配慮

本研究はA大学の研究倫理審査の承認を受け実施した。対象となった各病院の看護部

長に研究内容・インフォームドコンセント・倫理的配慮等について記載した文書を用いて口頭で説明し、協力の承諾を得た。看護師には研究目的や倫理的配慮等について文書にて説明し同意を得た。対象者及び家族への説明にも同様の文書を用いた。シートへの記入は看護師が行ったため、対象者への負担はなかった。記入したシートは個別に封筒に入れ厳封の上回収し、個人情報の保護、プライバシーの確保を行った。

4. 研究成果

(1) 対象者の特徴

対象者336名の平均年齢は 81.2 ± 6.4 歳であり、226名(67.3%)が女性であった。入院・転入の別は、148名(44.0%)が入院であり、226名(67.3%)は他病棟からの転入、その他2名(0.6%)であり、286名(85.1%)がその病棟への入院・転入が初めてであった。認知症のない高齢者は170名(50.6%)、認知症がみられる高齢者は156名(46.5%)、認知症の診断不明10名(3.0%)であった。要介護度は認定されていない人は160名(47.6%)、要支援1・2は36名(10.7%)、要介護度1・2は49名(14.5%)、要介護度3以上は40名(11.9%)、介護認定不明が51名(15.2%)であった。

(2) 認知症の有無による適応傾向

次に高齢者の適応傾向の特徴をみていくと、基本的属性のなかで、70歳代よりも80歳以上の高齢者はスケールの得点が低く、不適応の傾向があった($p=0.016$)。また、認知症がない高齢者よりも、認知症のある高齢者はスケールの得点が有意に低い傾向があった($p < 0.001$)。スケールのうち25項目において、認知症の有無により有意差がみられた。

認知症の有無により有意差がみられた質問項目は、リロケーションに関係する要因のうち、「今回のこの病棟への入院(転入)について、入院前にご自分が納得した上で入院(転入)されたと思う」「今回この病棟に入院(転入)した時、病棟の案内を行った」の2項目であった。身体的環境要因は、「自分の意思で移動できないなど、日常生活の自立度が低い」「言語障害がある」「無気力・無関心など、うつ症状がある」の3項目であった。社会的環境要因は、「ご自分が使い慣れていたものを、病棟でも使用している」「リハビリテーションや病棟での催しに積極的に参加している」「他の患者と会話する場面がみられる」「看護師や他のスタッフと会話をしている」の4項目であった。

認知的評価で有意差がみられた質問項目は、「『入院は嫌だ』など、現状を受け入れていないような発言がある」「入院生活の中で『がまんしている』と感じられることがある」の2項目であった。適応課題は、「入院時よりも病気の状態が悪化している」「『体調が悪い』と訴えている」「『家に帰りたい』

と訴えている」、「他の患者とトラブルが生じることがある」、「看護師や他のスタッフがケアで困っていることがある」、全ての項目で有意差があった。

対処能力では、「笑顔や前向きな発言がある」、「怒る・泣くなど、興奮することがある」、「困ったとき、自分から看護師やスタッフに助けを求めている」の3項目であった。個人的統合のための課題は、「『自分はだめだ』など自分を否定するような発言がある」の1項目であった。本人に認知されない課題3項目は、有意差はみられなかった。

頼りになる人の支援は「看護師や他のスタッフを頼りにしているような言動がある」、「『頼りになる人がいない』という発言がある」の2項目であった。そして、リロケーションの結果に関しては、3項目「新しい環境に適応しやすいタイプであると思う」、「自分からこの病棟に『慣れた』というような発言がある」、「この病棟に入院していることに『慣れた』と思う」、全ての項目で有意差があった。

これらの項目全てにおいて、認知症高齢者はスケールの得点が有意に低く、否定的な反応である不適応症状を示していた。

(3)アセスメントシートの適合性

アセスメントシート 38 項目の相関を確認した結果 $r = 0.60$ 以上の相関があったペアが 10 組あったため、そのペアが残らないように内容をみながら 8 項目を削除し、30 項目を選定した。次に 30 項目について探索的因子分析（一般化された最小二乗法、プロマックス回転）を行った。因子数はスクリープロットや解釈可能性も検討した上で 5 因子に定め、因子負荷量 0.45 以下の 10 項目を削除し再度因子分析を行い、最終的に 5 因子 18 項目の質問項目とした。Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は 0.79 であり、Bartlett の球面性検定は $p < 0.001$ であったため因子分析の適用であることが示された。5 因子 18 項目全体の Cronbach's α 信頼係数は 0.74 であり、5 因子それぞれでは 0.70 ~ 0.81 の範囲であった。

抽出した 5 因子は質問項目の内容を解釈し命名した。第 1 因子 5 項目は「入院生活の中で『がまんしている』と感ずることがある」、「『自分はだめだ』など、自分を否定するような発言がある」など、自分自身や入院生活への否定的な行動や発言であったため【否定的な言動】と命名した。第 2 因子 3 項目は「『〇〇してほしい』と、自分がしてほしいことを訴えている」、「自分の家族を頼りにしているような言動がある」などであったため【頼りになる人の支援】と、第 3 因子 3 項目は「入院後、便秘や食欲低下など身体的な問題を解決した」といった課題を看護師やスタッフが解決した内容であったため【課題の解決】とした。第 4 因子 4 項目は「自分の意思で移動できないなど、日常生活の自立度が低い」、「言

語障害がある」など高齢者の身体症状を示す内容であったため【身体的要因】とし、第 5 因子 3 項目は「看護師やスタッフが、ケアで困っていることがある」、「怒る・泣くなど、興奮することがある」など入院生活に適応する上での課題を示す内容であったため【適応課題】とした。

回転前の累積寄与率は 47.4% であり、5 因子間の相関は第 1 因子【否定的な言動】と第 5 因子【適応課題】、第 4 因子【身体的要因】と第 5 因子【適応課題】の Spearman の相関係数が 0.46 ~ 0.48 と有意な正の相関を示した。因子分析で得られた仮説モデルの適合度を確認的因子分析により検討した結果、5 因子を潜在変数とした場合の適合度指標は、GFI : 0.941, AGFI : 0.919, CFI : 0.966, RMSEA : 0.038 であり適合性が示された。また、潜在変数と観測変数間は全項目において 0.52 以上の妥当なパス係数が得られた。

(4)アセスメントシートにより明らかになった回復期病棟にリロケーションした高齢者の特徴

5 因子から構成されるモデルにより回復期病棟にリロケーションした高齢者の特徴が明らかになった。

第 1 因子【否定的な言動】の「入院生活の中で『がまんしている』と感ずることがある」という質問項目に“あてはまる”と回答したのは 16 名 (4.8%)、 “ややあてはまる” 71 名 (21.1%) であり、現状にがまんしている様子がみられる高齢者は 87 名 (25.9%) であった。また、「家族や家のことなど個人的な心配を訴えている」は“あてはまる” “ややあてはまる”を合わせて 42 名 (12.5%) であった。同様に、この因子に含まれる質問項目である「『自分はだめだ』など、自分を否定するような発言がある」は 31 名 (9.2%)、 「『入院は嫌だ』など、現状を受け入れていないような発言がある」は 18 名 (6%)、 「『頼りになる人がいない』というような発言がある」 10 名 (3.0%) であった。

第 2 因子【頼りになる人の支援】は、「『〇〇してほしい』と、自分がしてほしいことを訴えている」 195 名 (58.0%)、 「自分の家族を頼りにしているような言動がある」 164 名 (48.8%)、 「看護師やスタッフを頼りにしているような言動がある」 128 名 (38.1%) であった。

第 3 因子【課題の解決】は、「入院（転入）後、便秘や食欲低下など身体的な課題を解決した」 119 名 (35.4%)、 「入院（転入）後、表情が暗い・笑顔がないなど精神的な課題を解決した」 72 名 (21.5%)、 「入院（転入）後、他の患者とのトラブル・入院生活への不満など社会的な課題を解決した」 48 名 (14.3%) と、入院生活において生じている課題を看護師やスタッフが解決していた。

第 4 因子【身体的要因】は、「自分の意思で移動できないなど、日常生活の自立度が低い」

い」132名(39.3),「言語障害がある」79名(23.5%),「無気力・無関心など,うつ症状がある」63名(18.8%),「入院時よりも病気の状態が悪化している」16名(4.8%)であった。

第5因子【適応課題】は,「看護師やスタッフがケアで困っていることがある」84名(25.0%),「怒る・泣くなど,興奮することがある」36名(10.7%),「他の患者とトラブルを生じることがある」17名(5.1%)であった。

これらの結果から,最終的に開発したアセスメントツールの質問項目を以下の表1に示す。

表1 高齢者の回復期病棟へのリロケーションを支援するアセスメントツールの質問項目

第1因子: 否定的な言動	Cronbach's	=0.78
Q1 家族や家のことなど,個人的な心配を訴えている		
Q2 現状を受け入れていないような発言がある		
Q3 自分を否定するような発言がある		
Q4 「頼りになる人がいない」という発言がある		
Q5 入院生活の中で「がまんしている」と感じることがある		
第2因子: 頼りになる人の支援	Cronbach's	=0.74
Q6 看護師やスタッフを頼りにしているような言動がある		
Q7 家族を頼りにしているような言動がある		
Q8 自分がしてほしいことを訴えている		
第3因子: 課題の解決	Cronbach's	=0.81
Q9 入院(転入後),精神的な課題を解決した		
Q10 入院(転入後),社会的な課題を解決した		
Q11 入院(転入後),身体的な課題を解決した		
第4因子: 身体的要因	Cronbach's	=0.72
Q12 日常生活の自立度が低い		
Q13 無気力・無関心など,うつ症状がある		
Q14 入院時よりも病気の状態が悪化している		
Q15 言語障害がある		
第5因子: 適応課題	Cronbach's	=0.70
Q16 看護師やスタッフが,この患者のケアで困っている		
Q17 他の患者とトラブルを生じることがある		
Q18 怒る・泣くなど,興奮することがある		

本研究において明らかになった回復期病棟にリロケーションする高齢者の特徴は,リロケーション時の認知症高齢者への対応を含め,ケア提供者の適切な支援につなげることができると考える。また,このような特徴をふまえた支援により高齢者は安心し,ケア提供者を頼りに入院生活を過ごすことができ,環境に適応しやくなると思われる。

日本において本研究結果にみられるような高齢者の回復期病棟へのリロケーションのためのアセスメントツールはみられない

ため,このツールの活用により,高齢者をより深く理解することができ,リロケーションする高齢者の混乱を防ぎストレスを軽減することができる。また,ケア提供者にとっても,高齢者の視点から状況を理解し,よりその人らしい入院生活を支援するためのアセスメントの指針となるという点で,このシートを回復期病棟に適用する意義は大きいと考える。

このようなケアの実施は,回復期病棟の役割である在宅復帰に向けた支援にもつなげることができると推測されるため,本研究結果により明らかになったアセスメントツールの特徴を踏まえた支援を提供していくことには意味があると考えられる。

<文献>

- 一般財団法人厚生労働統計協会: 国民衛生の動向・厚生指標 2014/2015, 61: 49, 2014
- 日本看護診断学会: NANDA-I 看護診 - 定義と分類 2012-2014,394-396,医学書院,東京,2012
- 下仲純子: 高齢期における心理・社会的ストレス, 老年精神医学雑誌,11: 1339-1346,2000
- Magilvy JK, Congdon JG: The crisis nature of health care transition for rural older adults, Public Health Nursing, 17: 336-345, 2000
- Laughlin A, Parsons M, Kosloski KD, Bergman-Evans B: Predictors of Mortality: Following involuntary interinstitutional relocation, Journal of Gerontological Nursing, 33: 0-26, 2007
- Hertz JE, Rossetti J, Koren ME, Robertson JF: Evidence-based guideline: Management of relocation in cognitively intact older adults, Journal of Gerontological Nursing, 33: 12-18, 2007
- Kirst J, Peck S: Older adult relocation: considerations for nurse practitioners, The Journal for Nurse Practitioners, 6:206-211, 2010
- 吉村敦子: 地域の認知症医療連携の現状-全国調査から-, 老年精神医学雑誌,22: 102, 2011
- 片山禎夫: 新規入居者のリロケーション・ダメージ予防法, 認知症介護,7: 25-28, 2006
- 丸山かおり,高橋和代,浅田こころ,松村ひろこ: リロケーションダメージの軽減になじみの小物が与える効果について 聞き取り調査を通して, 認知症ケア事例ジャーナル,3: 38-42, 2010
- Singh I, Gallacher J, Davis K, Johansen A, Eeles E, Hubbard RE: Predictors of adverse outcomes on an acute geriatric rehabilitation ward, Age and Ageing, 41: 242-246, 2012

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会: 年度毎病床届出数及び累計数・年度毎病棟届出数及び累計数, <http://www.rehabili.jp>, 2015.2.12

矢田千鶴, 徳永誠, 岩崎宏美, 石川美雪, 鍋西由理恵, 渡邊進, 橋本洋一郎, 原田昌子, 上田純子: 一都市型リハビリテーション病院の回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の入院満足度調査, *ブレインナーシング*, 23: 97-102, 2007

大谷昌弘: 回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰支援と看護の役割, *リハビリナース*, 2: 60-64, 2009

沖田啓子: 回復期における支援, *コミュニケーション障害学*, 27: 114-120, 2010

池西和哉, 倉持玲子, 五十嵐美千代, 西岡みどり, 小澤三枝子: 回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中患者の入院早期のADL得点変化と10週間後歩行状態回復との関連 - 入院時病棟内歩行ができない患者を対象として, *厚生*の指標, 58: 23-31, 2011

大川智恵子, 吉岡一実: 回復期リハビリテーション病棟における看護師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士が提供する日常生活ケアの視点の違いを検討する質問紙の開発, *医学と生物学*, 157: 967-972, 2013

Komatsu M, Hamahata A, Magilvy JK: Coping with the changes in living environment faced by older persons who relocate to a health-care facility in Japan, *Japan Journal of Nursing Science*, 4: 27-38, 2007

小松美砂: 高齢者施設への移転(relocation)時の早期介入に関する研究 入居時アセスメントシートの作成と活用, *平成 22 年度日本興亜福祉財団ジェロントロジー研究報告*, 10: 119-126, 2012

小松美砂, 濱畑章子: 高齢者施設へのリロケーション時の適応課題と対処行動, *日本保健医療行動科学会雑誌*, 28: 82-92, 2013

①小松美砂, 濱畑章子, 佐藤光年: 認知症高齢者の施設へのリロケーション 適応に関連する要因と早期介入, *日本認知症ケア学会誌*, 12: 504-509, 2013

②Manion PS, Rantz MJ: Relocation stress syndrome: a comprehensive plan for long-term care admissions, *Geriatric Nursing*, 16: 108-112, 1995

5. 主な発表論文等

[雑誌論文](計1件)

Misa Komatsu, Akiko Hamahata: Relocation of older people to recovery phase rehabilitation wards: adaptation patterns according to the presence of dementia. *Working with Older People* 査読有, 18 巻, 2014, 205-213
DOI:10.1108/WWOP-08-2014-0021

[学会発表](計4件)

小松美砂, 濱畑章子, 佐藤光年: 高齢者の回復期病棟へのリロケーション時に用いるアセスメントシートの作成. 第33回日本看護科学学会, 2013年12月7日, 大阪府・大阪市

小松美砂, 濱畑章子: 回復期リハビリテーション病棟にリロケーションする高齢者の特徴 - 認知症の有無による適応傾向 -. 日本老年看護学会第19回学術集会, 2014年6月28日, 愛知県・名古屋市

M Komatsu, A Hamahata: Development of assessment sheet of older adults who relocate to a recovery phase rehabilitation ward. *The Sigma Theta Tau International's 25th International Nursing Research Congress*, 2014年7月26日, Hong Kong (China)

小松美砂, 濱畑章子: 回復期リハビリテーション病棟にリロケーションする認知症高齢者の適応. 日本老年看護学会第20回学術集会, 2015年6月14日, 神奈川県・横浜市

6. 研究組織

(1) 研究代表者

小松 美砂 (KOMATSU, Misa)
四日市看護医療大学・看護学部・准教授
研究者番号: 00362335

(2) 研究分担者

濱畑 章子 (HAMAHATA, Akiko)
朝日大学・保健医療学部・教授
研究者番号: 20238075