様　式　Ｃ－１９、Ｆ－１９、Ｚ－１９　（共通）

科研費 KAKENHI

# 科学研究費助成事業　　研究成果報告書

平成 ２８ 年　 ６ 月 ２７ 日現在

機関番号：２３６０１
研究種目：若手研究(B)
研究期間：2011～2015
課題番号：２３７９２７２４

研究課題名（和文）認知症高齢者をケアする看護師の倫理的ジレンマと倫理的価値観に基づく教育プログラム

研究課題名（英文）Educational program focused on ethical dilemmas and value judgements for nurses taking care of elderly patients with dementia

研究代表者

池上　千賀子（曽根千賀子）（Ikegami, Chikako）

長野県看護大学・看護学部・助教

研究者番号：４０３３６６２３

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費）　　2,900,000円

研究成果の概要（和文）：本研究の目的は，認知症高齢者をケアする看護師の倫理的ジレンマに対応すべく，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，それらの認知症ケアに影響を与える要因を検討することである．認知症看護ケアチェックリスト（大切さ，実施頻度の2次元で回答）を作成し，本調査を行った結果，認知症看護ケアの「大切さ」の構成因子は，29項目5因子構造，「実施頻度」は，28項目6因子構造であり，信頼性と構成概念妥当性は確認された．「実施頻度」と属性との関係では，専門知識があると答えた看護師の方が認知症看護ケアの実施頻度が高く．一方，上司・同僚の協力が得られない看護師の方が実施頻度は高かった．

研究成果の概要（英文）：This study aims to understand the situations around the dementia care provided by nurses for elderly patients with dementia in hospitals, and also examine factors influencing the execution of this care to alleviate ethical dilemmas among nurses. We created a dementia care check list, where nurses rate care items in terms of ‘importance’ and ‘frequency of use’. The analysis yielded 29 items grouped into five factors for the ‘importance’ of dementia care and 28 items grouped into six factors for the ‘frequency of use’. The reliability and construct validity of the items was confirmed. For the relationship between ‘frequency of use’ and demographic characteristics, nurses who reported that they had specialized knowledge as well as nurses who reported that they had no help from superiors and colleagues showed higher frequencies of use.

研究分野：老年看護

キーワード：認知症ケア　チェックリスト　尺度開発　看護師　認知症高齢者

１．研究開始当初の背景

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，2012）．これに伴い，認知症高齢者の医療機関への受診率も高くなることが想定される．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有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（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）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．

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．松田（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おり，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 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，松尾，2011）．その結果から，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 BPSD の増悪につながることが考えられる．

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に特化した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し認知症患者ケアの対策に乗り出すことも急務であると考える．

２．研究の目的

本研究の目的は，認知症高齢者をケアする看護師の倫理的ジレンマに対応すべく，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，それらの認知症ケアに影響を与える要因を検討することである．

３．研究の方法

本研究は，3 つの段階から構成される．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，第 2 段階：認知症看護ケアチェックリスト素案の妥当性，信頼性の検討のためのプレテスト，パイロット調査の実施，第 3 段階：認知症看護ケアチェックリスト素案を用いた本調査の実施.

４．研究成果

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）研究デザイン：インタビュー

（2）対象：医療機関（精神病院を除く）に勤務し，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約 15 名とした.

（3）調査方法および調査内容：個別での半構成的インタビューを行い，基本属性（年齢，性別など），実際に行っている認知症ケアの内容とケアを行う際に影響を与える要因としてどのような内容があるのかについて聴取した．チェックリストは，認知症ケアを例示したチェックリストを示し，該当するものにチェックしてもらった.

(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．インタビューで語られた認知症ケアの内容をコードに整理し，認知症看護ケアチェックリストの 11 の枠組み（六角，2005)，(①見守り，②周辺症状の観察とその理解，③かかわりを用いた対象理解，④五感の刺激，⑤興味・関心を探ること，⑥チームケア，⑦認知症からくる行動の修正，適切な行動への誘導，⑧自律性確保のかかわり，⑨身体の健康管理，⑩基本的欲求のかかわる環境調整，⑪家族へのかかわり）を具体的に示す内容を抽出した．分析は，博士課程に在籍する看護教員および看護倫理に精通した専門家の指導を受けながら，信頼性と妥当性の確保に努めた.

（6）倫理的配慮：名古屋大学保健学臨床・疫学研究審査委員会の承認（第１段階のみ）を得た上で（承認番号 12-139)，実施した.

3）結果と考察

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．

インタビューで得られた総コードは，435 コードであった．これらのコードを用いて，認知症看護ケアの 11 の枠組みに対し，それぞれのカテゴリーが示す具体的内容を 2～5 の質問項目として整理した．続いて，インタビューコードの中に認知症看護ケアチェックリストの 11 の構成概念からなる枠組みに所属しないが，認知症看護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コードを「⑫患者へのかかわり方」として追加し表 1 に示すように，認知症看護ケアチェックリスト素案（37 項目）は，12 の構成概念からなる枠組みにより捉えることができると本研究では考えた．回答は，4 段階評価のリッカートスケールとし，37 項目の回答の際は，①実際にしている看護ケアの実施頻度，②認知症看護ケアにおける大切さの 2 段階で回答を求める形式とした．

認知症看護ケアチェックリスト素案の内容的妥当性は，Mary R（1986）による内容妥当性の手順に基づく確認を行っており，看護学研究者 5 名による 2 回の内容妥当性確認 8 割の一致率を得ることができたことより，内容的妥当性を確保することができたと考える．（表 4）

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，信頼性の検討のためのプレテスト，パイロット調査の実施

1）目的

認知症看護ケアチェックリスト素案の妥当性を検討のためにプレテスト，パイロット調査を行い質　問票の精度を高めることを目的とした．

以下に（1）プレテスト，（2）パイロット調査に分けて記述する．

（1）プレテスト

①目的：第 1 段階で作成した自記式質問紙を回答してもらい，質問項目の内容の見直しを行った．

②対象：対象者は，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約 3 施　設に勤務する看護師 15 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：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る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 月まで．

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），自由記述へのコメント内容の確認を行った．

⑥倫理的配慮：名古屋大学保健学臨床・疫学研究審査委員会の承認（第 2 段階～第 3 段階まで）を得た上で（承認番号 13-161），実施した．

⑦結果と考察：12 名（回収率 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空欄がなかったこと，認知症看護チェックリスト素案の回答にばらつきがあり，かつ空欄がなかったことより，回答のしづらさや内容の不明瞭についてクリアでき，プレテストの目的を果たしたと考え，パイロット調査に進むことを判断した．

（2）パイロット調査

①目的：認知症看護ケアチェックリスト素案の妥当性を検討することを目的とした．

②対象：対象者は，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：対象病院への調査依頼と対象者の選定は，プレテスト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），自由記述へのコメント内容の確認を行う．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（SD）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結果と考察：3 病院 23 名（回収率 76%）から回答が得られた．回答者の回答において，プレテストと同様に属性を問う質問内容に空欄がなかったこと，認知症看護チェックリスト素案の回答にばらつきがあり，かつ空欄がなかったことを確認した．認知症看護ケアにおける大切さ（37 項目）の平均は 4.19 であった．37 全項目に天井効果がみられたが，このパイロット調査の目的が認知症看護ケアチェックリスト素案の内容を対象者ができているかどうかの確認であるため，認知症看護ケアチェックリスト素案を第 3 段階への調査でそのまま用いることとした．

これにより，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，質問項目の妥当性を確認できたと考えた．

3．第 3 段階：認知症看護ケアチェックリスト素案を用いた本調査の実施

1）目的

第 2 段階で完成した認知症看護ケアチェックリスト素案を用いて，病院における看護師が行う認知症看護ケアの実践内容と，それに影響を与える要因について広く把握することを目的とした．

2）研究方法

（1）研究デザイン：質問紙調査

（2）対象：東海，甲信越地域の病床数 100 床以上の病院の内ランダムに抽出した約 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約 400 名，年齢は 22～65 歳とした.

（3）調査方法および調査内容：対象病院への調査依頼と対象者の選定は，プレテストの調査手順と同様とした．調査内容は，パイロット調査で用いた質問紙と同様のものを使用した.

（4）調査期間：平成 26 年 9 月から 11 月まで.

（5）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を行った.

3）結果

（1）対象者の特徴

調査票の依頼は，54 施設の病院長に郵送し，承諾が得られた 24 施設 1227 名に調査票を郵送した．回収数は 676（回収率 55.1%）であり，有効回答数 595（有効回答率 48.5%）を分析対象とした．対象者の背景は，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.

対象者が所属する施設は，24 施設で平均病床数は 422 病床（SD=43.8）であった．所属施設の設置主体別（厚生労働省，2015）の内訳は，公的医療機関が 15 施設と最も多かった.

（2）項目分析

認知症看護ケアチェックリスト素案の全体 37 項目の「大切さ」のスコアの平均は，3.7（SD＝0.5）であった.

一方，「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）.

表4　認知症看護ケア37項目の「大切さ」と「実施頻度」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 | Ⅱ1　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 |
| | Ⅱ2　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 |
| | Ⅱ3　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 | Ⅱ4　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 |
| | Ⅱ5　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 |
| | Ⅱ6　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 |
| | Ⅱ7　患者が「そうか」，「まぁ，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 |
| | Ⅱ8　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 |
| 3. 関わりを用いた対象理解 | Ⅱ9　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 |
| | Ⅱ10　患者と話をする時は，目の高さを合わしている | 3.8 | 0.4 | 4.2 | 3.4 | 3.2 | 0.7 | 3.9 | 2.5 |
| | Ⅱ11　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 |
| 4. 五感の刺激 | Ⅱ12　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 |
| | Ⅱ13　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 | Ⅱ14　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 |
| | Ⅱ15　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 |
| | Ⅱ16　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 | Ⅱ17　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 |
| | Ⅱ18　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 |
| | Ⅱ19　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 | Ⅱ20　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 |
| | Ⅱ21　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 |
| | Ⅱ22　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 | Ⅱ23　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 |
| | Ⅱ24　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 |
| | Ⅱ25　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 | 3.7 | 0.5 | 4.2 | 3.2 | 2.9 | 0.7 | 3.6 | 2.2 |
| | Ⅱ26　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. 身体の健康管理 | Ⅱ27　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 |
| | Ⅱ28　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 |
| | Ⅱ29　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 | Ⅱ30　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 |
| | Ⅱ31　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 | Ⅱ32　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 |
| | Ⅱ33　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 |
| | Ⅱ34　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 | Ⅱ35　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 |
| | Ⅱ36　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 |
| | Ⅱ37　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 |

正規性の確認については，「大切さ」と「実施頻度」の各 37 項目別に P-P プロットで確認した．その結果，「大切さ」と「実施頻度」の 37 項目全てについてほぼ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.

（3）認知症看護ケアチェックリスト素案の「大切さ」と「実施頻度」の構成因子

①認知症看護ケアの「大切さ」の構成因子

認知症看護ケアの「大切さ」の項目について探索的因子分析　（主因子法，プロマックス回転）を行った. 因子数の決定は，固有値 1.0 以上を基準とし，因子負荷量 0.4 未満の項目を除外して分析を繰り返した．その結果，29 項目 5 因子構造（KMO=.95，累積寄与率 51.8%）が示された（表 5).

第 1 因子は，認知症患者やその家族への関わりについての 6 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】と命名した.

第 2 因子は，患者の自発的な行動やニーズについて見守り，かつそれについての柔軟な対応を必要とする項目と患者の病態の悪化を未然に防ぐためのアセスメントの 10 項目で構成されており，【患者の自発的な行動の尊重と異常の早期発見】と命名した.

第 3 因子は，患者が抱えている気がかりなことや現実認識とのギャップを把握し，患者の行動や意向から患者を理解することをふくめた 8 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 4 因子は，患者の安全への配慮や危険行動の確認についての 3 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 5 因子は，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.

②認知症看護ケアの「実施頻度」の構成因子

認知症看護ケアを実際に行っている「頻度」について探索的因子分析（主因子法，プロマックス回転）を行った．因子数の決定は，固有値 1.0 以上を基準とし，因子負荷量 0.4 未満の項目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=.95，累積寄与率 51.7%）が示された.

第 1 因子は，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，患者が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，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，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，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,【日常生活の自立に向けた多職種との連携】と命名した.

（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素案を構成する「大切さ」の 5 因子,「実施頻度」の 6 因子と対象者の属性との t 検定を行った

①「大切さ」と属性との関係

認知症看護ケアの「大切さ」を構成する 1～5 因子全てに有意差をもたらしていたのは,上司の協力の有無で同僚の協力の有無も3つ（第1因子，第2因子，第5因子）に有意差を示した.

一方，職位，最終学歴，認知症研修受講経験の有無，専門知識（認知症全般の知識の有無，せん妄の知識の有無），認知症患者への感情，患者の言動の困惑の有無，認知症患者の身体症状判断の自信の有無，認知症看護ケアの達成感の有無，認知症看護ケアに対する不安は有意差を示さなかった.

専門知識のうち，第3因子，第5因子が加齢に伴う身体的変化の知識，第3因子，第5因子が治療薬剤の作用についての知識の有無において有意差を示した.

所属施設内の専門家の有無については，第3因子，第4因子が認定看護師，第4因子が専門看護師，第5因子が神経内科医の有無において有意差を示した. この他に，属性の性別，雇用形態によっても有意差を示すものがあった（表7）.

②「実施頻度」と属性との関係

認知症看護ケアの「実施頻度」では，協力関係（同僚の協力の有無, 上司の協力の有無）は，第1因子，第2因子，第3因子，第4因子で有意差を示すものがあったが,第5因子,第6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，5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ていた.

身体症状判断の自信の有無と認知症看護ケアの達成感の有無は，ほぼ6因子に有意差を示した.

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，認知症患者の言動の困惑，認知症看護ケアに対する不安，認定看護師，神経内科医の有無であった.

4）考察

（1）認知症看護ケアチェックリスト信頼性・妥当性

①認知症ケアチェックリストの信頼性

認知症ケアチェックリストの内的整合性は，Cronbach のα係数を算出した結果,「大切さ」29項目の全項目では，α=.95であり,各因子のα係数は，第1因子【認知症症状に配慮した患者と家族への接し方】（α=.86),第2因子【患者の自発的な行動の尊重と体調管理の実施】（α=.91)，第3因子【気がかりや関心をきっかけとした患者の理解】（α=.87)，第 4 因子【患者の安全についての確認】（α=.67)，第5因子【日常生活の自立に向けた多職種との連携】（α=.79）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素案の妥当性

認知症看護ケアチェックリスト素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の項目からなる構成概念」(以下,「12の枠組み」とする）と認知症看護ケアの「大切さ」および「実施頻度」の因子構造の比較をもとに考察する.

認知症看護ケアチェックリスト素案の因子分析の結果,「大切さ」は5つの要素,「実施頻度」は6つの要素が抽出された.

第3因子と第4因子には、同じ枠組みに含まれる項目の中に、2 つの因子に分かれたものがあった。その結果、「②周辺症状の観察とその理解」の5項目については，そのうちの4項目（「Ⅱ4」「Ⅱ5」「Ⅱ7」「Ⅱ8」）と「③関わりを用いた対象理解」,「⑤興味・関心を探ること」に含まれる項目とともに第3因子として抽出された.「②周辺症状の観察とそ

の理解」の１項目（「Ⅱ6」）は,「①見守り」に含まれる項目と一緒に第４因子として抽出された. このように、脱落した１つの枠組みを除いた 11 の枠組みは, １項目（「Ⅱ6」）を除いて, 5 つの因子にまとまって抽出された結果となった.

したがって、認知症看護ケアの「大切さ」についての 12 の枠組みは、ほぼもれなく新しい因子として集約されたと言え、その構成概念の妥当性は示されたと考える。

「実施頻度」については, 12 の枠組みの中から「⑫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.

なお, 12 の枠組みのうち「⑫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.

以上のことから,「大切さ」と「頻度」についての因子構造は, ほぼ 12 の枠組みを反映した因子構造が得られたものと考える. したがって, 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.

＜引用文献＞


厚生労働省（2012）：患者調査, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/01.pdf（検索日 2015 年 9 月１日).

厚生労働省（2012)：認知症高齢者数について, http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf,（検索日 2014 年 5 月 26 日).

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).

松尾香奈（2011)：一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ, 日本赤十字看護大学紀要, 25, 103-110.

松田千登勢, 長畑多代, 上野昌江, 郷良淳子（2006)：認知症高齢者をケアする看護師の感情, 大阪府立大学看護学部紀要, 12(1), 85-91.

Marr R. Linn（1986)：Determination and Quantification of Content Validity, Nursing Research 35(6), 382-385.

六角遼子（2005)：認知症ケアの考え方と技術, 医学書院, 47-58. 日本医療労働組合連合会（2013)：2013 年看護職員の労働実態調査, 医療労働.

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.

豊岡美幸, 小松かずみ, 北沢亜紀子, 清水八千代（2009)：急性期病院における認知症高齢者をケアする看護師の感情, 日本看護学会論文集（老年看護), 39, 291-293.

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).


５．主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計　２件）

①曽根千賀子, 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 柄澤邦江, 多賀谷昭 (2011): 介護老人福祉施設での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法 - 長野県内介護老人福祉施設の特徴 - . 長野県看護大学紀要,13, 39-50, 査読有.

②曽根千賀子, 渡辺みどり, 松澤有夏, 細田江美, 千葉真弓, 森野貴輝 (2015): 終末期の生活と介護に関する高齢者の意向. 長野県巻看護大学紀要, 17:75-84, 査読有.

〔学会発表〕（計　３件）

①曽根千賀子, 太田勝正: 一般病棟において看護師が行う認知症高齢者への看護ケアの内容. 第 33 回日本看護科学学会学術集会, 2013.12.6-7, 大阪.

② Chikako Sone, Katsumasa Ota: The Contents of Nursing Care to The Elderly People with Dementia in General Hospitals. 30th International Conference of Alzheimer's Disease International, 2015.4.15-18, Perth, Australia.

③曽根千賀子, 太田勝正, 新實夕香理: 病院の看護師が認識する認知症看護ケアの大切さを構成する因子. 第 35 回日本看護科学学会学術集会, 2015.12.5-6, 広島市.

６．研究組織

(1)研究代表者


曽根　千賀子（SONE, Chikako)

長野県看護大学・看護学部・助教

研究者番号：４０３３６６３