

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 5 月 11 日現在

機関番号：13802

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2012～2014

課題番号：24659984

研究課題名(和文) 看護師が困難と感じる認知症の行動心理症状の明確化と急性期認知症看護モデルの開発

研究課題名(英文) Clarification of difficulty feelings of nurses to dementia symptoms and development of the nursing model for elderly patients with dementia in acute care setting

研究代表者

鈴木 みずえ (SUZUKI, Mizue)

浜松医科大学・医学部・教授

研究者番号：40283361

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,400,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、看護師が困難と感じる認知症の行動心理症(BPSD)を明確化するとともにわが国における急性期認知症看護モデルを開発し、検証することである。治療・看護援助を障害する行動や興奮・多動行動に対する対処困難感があることが明らかになった。看護師の認知症に関連する症状に対する対処困難感に対して「馴染みの看護師のケアの担当」などが対処困難感を有意に抑制改善していることが明らかになった。急性期認知症の看護モデルとしては「認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」「本人の視点を重視したケア」などの4因子から構成され、パーソン・センタード・ケアの4側面が含まれていることが明らかになった。

研究成果の概要(英文)：This study aimed to clarify behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and develop a new Japanese dementia nursing model for older adult patients with dementia in an acute care setting. As the result of the factor analysis of feelings of difficulty in BPSD, five factors were found: "feeling of difficulty in caring behaviors that inhibit medical treatment and nursing care", so on. For the feelings of difficulty related to inhibiting medical treatment and nursing care and agitated and hyperkinetic behaviors, it was found that "caring of familiar charge nurse and calling the name before talking" significantly reduced feelings of difficulty in nurses.

The nursing model for elderly patients with dementia in acute care settings consisted of four factors: "care specifically suited to the patient and their cognitive function"so on. It was also determined that a nursing model for acute care settings contains four aspects of person-centered care.

研究分野：老年看護学

キーワード：認知症の行動心理症状(BPSD) 看護師 急性期認知症 看護モデル 困難感

1. 研究開始当初の背景

超高齢社会のわが国では高齢化率は 25% を超え(内閣府、2014)、認知症と診断された高齢者や認知症の症状のある高齢者の数は約 862 万人、高齢者の 4 人に 1 人が認知症に直面していると報告(厚生労働省、2014)された。わが国の救急医療における入院患者の 5 割以上が高齢者(太田、2011)であることや救急病院の 94% が認知症やせん妄などのために意思疎通できないなどに困難を感じていることが報告(日本経済新聞、2014)されている。さらに入院後は認知症の行動・心理症状(BPSD)を悪化させ、特に治療上問題とされた「点滴抜去」「危険行為」「チューブ類の抜去」が 30~60%と頻度が高く、対応に苦慮しているのが現状(山下ら、2006)である。認知症やせん妄などの認知障害のある高齢患者はこれらの BPSD に伴ってさまざまな侵襲を受けやすく、感染症などの合併症や入院期間の延長などが報告(Faculty of old age psychiatry Royal College of Psychiatrists 2005; Hare M, et al, 2008)され、早期の対応策が求められている。豪州の Moyler ら(2008)は急性期認知症看護モデルとして、ボランティアによる Hospital Elder Life Program(HELP)や家族による Creating Avenues for Relative Empowerment(CARE)などを報告したが、看護師が実践する急性期認知症看護の具体的な実践は示されていないのが現状である。

2. 研究の目的

(1) **看護師の対処困難と感ずる認知症に関連した症状と看護介入の関係**：急性期病院における看護師が対処困難と感ずる認知症に関連した症状の実態を明らかにすることである。さらに看護師が困難と感ずる認知症に関連した症状を目的変数として重回帰分析を用いて看護介入との関係を明らかにする。

(2) **認知症に関する看護介入とパーソン・センタード・ケアの関係**：認知症の症状のある患者に対する看護介入の実際、パーソン・センタード・ケアに関する意識の実態を明らかにすることである。さらに、看護介入を実践する際、パーソン・センタード・ケアの意識とどのように関連があるのか明らかにする。

(3) **急性期認知症看護モデルの開発**：わが国の独自の急性期病院の看護体制に合わせたパーソン・センタード・ケアに基づいた認知障害高齢者の看護実践を明確にする必要がある。本研究の目的は、急性期病院における認知障害のある高齢者の実践ための看護尺度を開発し、信頼性・妥当性を検証することである。

3. 研究の方法

(1)(2)平成 23 年 10 月~12 月に急性期医療施設である A 病院および B 病院の病棟看護師を対象に自記式アンケート用紙を配布

した。本研究の対象者は両施設に勤務する看護師(ICU・救命救急、産婦人科、婦人科、周産期センター、小児病棟を除く)を対象とした。アンケート項目は、勤務病棟、勤務期間、認知症看護の有無、対処困難と感ずる認知症に関連した症状や看護援助である。

研究倫理に関しては研究代表者が所属する大学の研究倫理委員会で承諾を得た上で各病院の倫理審査に申請して承認を得た。本調査票に調査の説明を記載し、アンケートは無記名として、個人が特定されないことを説明した。調査票には封書を添付し、回答者は回答後に封筒に入れて封書し、所定の回収場所に提出するように依頼した。

調査内容

認知症に関連する症状の頻度：DBD スケール(Dementia Behavior Disturbance Scale)は認知症の行動障害などを評価する指標で、「0:全くない」~「4:常にある」の 5 件法で尋ねる評価指標であり、許可を得て使用した。看護師が所属する病棟にどの程度、これらの症状に該当する患者がいるかを尋ねるために、DBD スケールの 28 項目に対して、「0:ほとんどない」~「4:ほとんど全員」の 5 件法で尋ね、本研究では「認知症による行動障害」とした。

認知症に関連した症状に対する対処困難感の程度：先の認知症に関連した症状のある患者の頻度に関する質問の項目と同様に合計 37 項目に対して、「0:全く困難ではない」~「4:常に困難と感ずる」の 5 件法で尋ねた。

認知症に関連した症状に関する看護介入

認知症に関連した症状に関する看護援助の実施頻度には Nursing Intervention Classification(NIC)から厳選した 43 の看護介入の認知症管理を参考にした。NIC の認知症管理においては 45 項目の介入が挙げられているが、本研究では認知症看護の実践家および看護管理者と内容を検討し、わが国の看護実践の状況に合うように表現を修正した 45 項目を本研究で用いた。慢性的な徘徊、不穏、攻撃性などの行動のある認知症患者に対する援助として「睡眠、排泄、食事、セルフケアなどの活動に関して入院前の行動パターンを確認する」「患者の病歴や生活歴、職業歴、性格傾向、入院前の習慣、日課を確認する」など作成した 45 項目に対して、「0:全く実施しない」~「4:常に実施する」の 5 件法で尋ねた。

(3)平成 26 年 9 月~平成 26 年 11 月に 2 か所の急性期病院にて、ICU などの集中治療室、手術室、外来勤務は除外した病棟看護師を対象とした。対象者に対しては看護部長・師長経由で各病棟の看護師に自記式調査票を配布し、期限は配布より 2 週間として各病棟に設置した回収ポストにて回収した。さらに再テスト信頼性を評価するために 2 病棟の 58 名のみ対象に 2 週間後に急性期病院における認知障害高齢者看護尺度の評価を依

頼した。

調査項目

急性期病院の認知障害高齢者のための看護

尺度：急性期認知症看護に関する国内外の文献から具体的な看護指標（Edvardsson DAVID, et al, 2013; Edvardsson D, et al, 2013; 松尾, 2011; 千田ら, 2014; 片井ら, 2014; 小山ら, 2013; 下平ら, 2012; 天木ら, 2014）および著者らの先行研究（鈴木ら, 2013a; 鈴木ら, 2013b）から看護尺度となる項目を抽出し、38項目の指標を作成した。なお、本研究における急性期病院とは身体治療のための治療を行う病院とした。

以上の手順を経て作成した看護尺度の表面妥当性を確認するために18名の認知症看護認定看護師に各項目に関して妥当性の有無や意見を記載するように依頼し、その結果から妥当性が低いと評価された項目を削除し、文章表現などについても意見を参考に修正して妥当性の高い35項目を抽出した。急性期病院の認知障害高齢者のための看護尺度（急性期認知障害高齢者看護尺度）それぞれの項目に対して「1:まったくしていない」「2:ほとんどしていない」「3:あまりしていない」「4:時々している」「5:たいていしている」「6:常にしている」の6件法で対象者の急性期病院における認知障害のある高齢者のための看護実践に関する自己評価を依頼した。

4. 研究成果

(1) 認知症に関連した症状に対する看護師の対処困難感の因子分析として、第一因子は「チューブ類を抜去しようとする」「歩行障害のために転倒しやすい」などであり、『治療・看護援助を障害する行動に対する対処困難感』と命名した。第二因子は「不適当な性的な関係を持つとしようとする」「衣服や器物を破ったり、壊したりする」「食物を投げる」などから『興奮・多動行動に対する対処困難感』と命名した。第三因子は「不適切に泣いたり、笑ったりする」「場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする」などの項目の因子負荷量が高いことから『不適切な行動や物忘れに対する対処困難感』と命名した。第四因子は尿・大便を失禁するなどの項目の因子負荷量が高く、『失禁に対する対処困難感』と命名した。第五因子は「やたらに歩き回る」「特別な理由もないのに夜中に起き出す」などから構成されるので、『不適切な移動に対する対処困難感』と命名した。

次に、認知症に関連した症状に対する対処困難感の因子分析の結果得られた5因子の中の上位の3因子を目的変数、認知症に関連した症状に関する看護介入を説明変数として重回帰分析を行った。第一因子『治療・看護援助を障害する行動に対する対処困難感』では所属病棟や経験年数をコントロールしても、の値がプラスとなって対処困難感を促進する要因として有意であったのは「患者の

興味に合わせたテレビやラジオの選択」(=0.262)、「行動観察のためのセンサーの使用」(=0.136)、「名前を示すリストバンド」(=0.176)、「部屋や衣類にわかりやすいように名前を記載」(=0.121)であった。しかし、「疲労やストレスを緩和するための休憩時間の確保」(=-0.153)は所属病棟や経験年数をコントロールしても の値がマイナスとなって有意に対処困難感を抑制する要因であった。第二因子『興奮・多動に対する対処困難感』に対しては、「通常的生活習慣の把握」(=0.207)、「テレビやラジオの選択」(=0.215)、「リストバンドの装着」(=0.178)、「徘徊できるスペース」(=0.174)が有意な促進要因となっていた。「馴染みの看護師のケアの担当」(=-0.170)が抑制する要因であった。第三因子『適切な行動や物忘れなどに対する対処困難感』に関しては「部屋や衣類にわかりやすいように名前を記載」(=0.186)、「リストバンドの装着」(=0.224)、「テレビやラジオの選択」(=0.193)、「安全なスペースの確保」(=0.186)は対処困難感を促進する要因であった。しかし、「名前を呼んで話しかける」(=-0.134)は抑制する要因であった。

看護師の認知症に関連する症状に対する対処困難感に対して、「馴染みの看護師のケアの担当」や「名前を呼んで話しかける」などが対処困難感を有意に抑制改善していることが明らかになった。急性期病院の看護師の対処困難感を軽減するには認知症に関する専門的な教育研修を実施して、認知症高齢者に対する専門知識を得る必要がある。

(2) 認知症に関連した症状のある患者に対する看護介入の平均値で最も高かったのは「名前を示すリストバンドを患者につけてもらう」4.61(±0.88)、「患者の周囲にある危険を認識し、取り除く」4.22(±0.86)、「話をする時には、名前を呼んではっきりと患者に話しかけ、ゆっくり話す」4.10(±0.84)、「行動を観察するために離床センサーなどの機器を補助的に用いる」4.05(±1.00)であった。反対に実施の頻度の低い項目は「食事の時には適宜、3~5人のグループで小さなテーブルで食事をとってもらう」1.93(±1.05)、「ベルやブザーが鳴るナースコールの使用を避けるなど騒音のレベルを下げる」2.04(±1.01)、「患者の認知機能と興味に合わせて、一対一の活動や集団活動を取り入れる」2.07(±0.93)であった。

認知症に関連した症状のある患者に対する看護介入で第一因子は「話をする時には、名前を呼んではっきりと患者に話しかけ、ゆっくり話す」「はっきりした低くて暖かく、礼儀正しい声の調子で話す」などであり、『混乱を緩和するための看護介入』と命名した。第二因子は「患者の病歴や生活歴、職業歴、性格傾向、通常的生活習慣、日課を確認する」「睡眠、排泄、食事、セルフケアなどの活動の通

常の行動パターンを確認する」「スクリーニング指標などを使用して認知障害の種類と程度を確認する」などであり、『個人の生活行動や認知機能のアセスメント』と命名した。第三因子は「部屋や浴室などの場所には文字の標識以外のしるしなどを使用してわかるように工夫する」「必要に応じて部屋や衣類に名前を読みやすいように記載する」「患者が鏡を見て怖がったり、動揺する場合には、鏡を取り出すか、覆いをする」などから構成されるので、『環境の整備』と命名した。第四因子は「患者にとって親しみがあったり、使い慣れた私物を部屋に置いてもらう」「見慣れた写真に写っている家族や友人の名前を書いて貼ってもらう」「認知機能と興味に合わせて、テレビやラジオの番組を選択する」などであり、『残存能力を引き出すための看護介入』と命名した。第五因子は「安楽に過ごせるように身体抑制・拘束をしないような工夫をする」「混乱などの症状が急速に悪化する場合には、心身両面の原因がないか確認する」「患者が答えられる話題や内容を選んで話をする」などから構成されることから、『安楽と安全のためのアセスメントと看護介入』と命名した。第六因子は「可能な限り患者に馴染みの看護師がケアを担当する」「患者が慣れていないことはできれば避ける」「疲労やストレスを緩和するための休息時間を作る」から構成されるために『穏やかな生活のための看護介入』と命名した。第七因子は「食事の時には適宜、3~5人のグループで小さなテーブルで食事をとってもらう」「他の人と食事すると落ち着かない場合には一人で食事してもらう」などから構成され、『食事に関する看護介入』と命名した。

Brooker はパーソン・センタード・ケアは 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) の4つの主要素が同等に揃うことと定義した(Brooker D, 2010, 2012)。パーソン・センタード・ケアはこれら4つの要素がどれか他の要素よりも優先されるわけではなく、同じ程度に含まれたものであることが強調されている。次に、認知症に関連した症状のある患者に対する看護介入を目的変数とした重回帰分析を行った。認知症に関連した症状のある患者に対する看護介入の因子分析の結果、得られた7因子をそれぞれ目的変数、パーソン・センタード・ケアの意識に関する評価尺度を説明変数として重回帰分析を行った。第一因子『混乱を緩和するための看護介入』では所属病棟や経験年数をコントロールしても、 r の値がプラスとなって看護介入を促進する要因として有意であったのは「V: 人々の価値を認める」($r = 0.374$)であった。第二因子『個人の生活行動や認知機能のアセスメント』では、所属病棟や経験年数をコントロールしても「P: その人の視点に立った積極的な取り組み」($r = 0.258$)が有意な促進要因であった。第四因

子『残存能力を引き出すための看護介入』では同様に「P: その人の視点に立った積極的な取り組み」($r = 0.167$)が有意に促進要因であった。第五因子『安楽と安全のためのアセスメントと看護介入』では「P: その人の視点に立った積極的な取り組み」($r = 0.303$)が有意に促進要因であった。第六因子『穏やかな生活のための看護介入』では促進する要因として有意であったのは「V: 人々の価値を認める」($r = 0.199$)であった。なお、第三因子と第七因子は重回帰分析のステップワイズ法をもちいた結果、有意な項目は認められなかった。わが国では認知症高齢者のさらなる増大が懸念されており、本研究の結果を踏まえて、急性期病院における看護師に対するパーソン・センタード・ケアなどの研修の必要性も指摘(15)(16)されて教育プログラムなどを開発する必要がある。

(3) 急性期認知障害高齢者看護尺度の因子分析結果と Cronbach の係数を示した。因子分析の結果、「治療・ケアに関連した倫理的ジレンマに対応している」「積極的な治療をしないという代理判断をした家族の精神的支援をしている」「家族の介護の大変さや苦しさを受け止め悩みを共有している」「入院による環境の変化は、不安と混乱を引き起こすことを認識して対応している」の4項目は因子負荷量が0.4未満であるために削除し、急性期認知障害高齢者看護尺度としては4因子、31項目であることが明らかになった。第一因子(10項目)は「1日1回は家族や他の人と楽しく交流する機会を作るよう働き掛けている」「検査や治療の時は頻回には訪室して観察や会話などから、苦痛を軽減するように対応をしている」「病室やトイレなどは文字や図を用いて、わかりやすいように工夫している」などの因子負荷量が0.491以上認められ、「認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」と命名した。第二因子(6項目)は「本人のもてる力や強みをケアに活用している」「“何もできない”とあきらめず、本人の視点で“何かができる”と感じられるように支援することを心掛けている」「認知障害に関連する行動には、まずは本人の視点でその行動の理由を理解しようとする」などの項目が因子負荷量0.555以上認められ、「本人の視点を重視したケア」と命名した。第三因子(6項目)は「治療上やむを得ない身体拘束、抑制、内服薬の投与に関して、本当に必要なのかチームで検討している」「動きたいという意味と転倒のリスクなど、常に本人にとって何が優先されるのか検討している」「入院早期から退院の障害となる要因を把握して対応している」などの項目が0.447以上であり、「起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケア」と命名した。第四因子(9項目)は、「本人の独自のニーズや不安を受け止めようとしている」「認知障害の有無に関わらず、いつでも平等なケアや治療を受けられるように心掛けている」「最

初に看護師が挨拶や自分が誰なのかを伝えてから、会話やケアをしている」の因子負荷量が 0.442 以上であり、「本人の意思や価値を認めたケア」と命名した。信頼性に関しては、内の一貫性を評価する Cronbach の係数は下位尺度の 4 因子とも 0.84 以上であった。

再テスト信頼性に関しては 2 回ともに回答した対象者 22 名 (37.9%) における下位尺度の合計点の相関係数を算出した結果、「認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」0.761、「本人の視点を重視したケア」0.721、「起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケア」0.739、「本人の意思や価値を認めたケア」0.713 と 0.7 以上の有意 ($p < 0.0001$) な相関関係が得られた。

わが国の超高齢化に伴って急性期病院に入院する認知障害のある高齢者が急増し、認知症の行動・心理症状(BPSD)やせん妄を起こし、さまざまに看護師が困難な状況に遭遇している。急性期認知症看護モデルは、「認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」「本人の視点を重視したケア」「起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチ」「本人の意思や価値を認めたケア」の 4 因子から構成されることが明らかになった。パーソン・センタード・ケアから考えると、「認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」は、1 の個人の独自性を尊重したアプローチとして考えられ、看護実践においては認知機能を早急に判断し、入院生活においても生活習慣やこだわりなどを生かした独自性のあるケアを第一因子と命名した。第一因子の項目の「睡眠、排泄、食事、セルフケアなど入院前の生活習慣やこだわりをアセスメントしている」や「家族に対して認知症に対する正しい知識と適切な対応に関する情報提供をしている」などの因子負荷量は、第二因子の「本人の視点を重視したケア」においても高かったが、これらは項目の内容からも第一因子に属するが、第二因子の要素も若干含まれるために因子負荷量が高い結果となったと考えた。「本人の視点を重視したケア」では「本人のもてる力や強みをケアに活用している」「“何もできない”とあきらめず、本人の視点で“何かができる”と感じられるように支援することを心掛けているなどの項目は、Brooker が P「その人の視点にたつ」で述べている認知症を持つ人が経験している世界を理解しようとする内容であることから、第二因子として「本人の視点を重視したケア」として命名した。第二因子は、Brooker がよりよい状態になる力を引き出す可能性があることを認識することを強調している P に該当することを基本にしたケアと言える。第三因子は治療上やむを得ない身体拘束、抑制、内服薬の投与の検討、転倒のリスク、退院、転倒、廃用性症候群、見当識障害や認知障害の悪化などに認知障害のある高齢者の起こりうる問題を予測したケアが含まれており、

さらには Brooker の指摘する心理的ニーズを満たす社会心理の要素などが含まれていることから「起こりうる問題を予測した社会心理的アプローチを含めたケア」と命名した。第四因子は本人の独自のニーズや不安を受けとめたり、平等なケアや治療を受けられ、自分が誰なのかを伝えてから会話やケアするなど認知障害のある高齢者を尊重したケアであることから「本人の意思や価値を認めたケア」と命名した。Brooker は V「人々の価値を認める」に関して、認知障害の有無に関わりなく、あらゆる差別を根絶することであり、第四因子は V に該当すると考えた。第四因子の「治療に関する意思決定ができるよう、分かりやすい言葉や図などを用いて説明している」は認知障害に合わせたケアが必要であることから第一因子の「認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」の因子負荷量も 0.457 であったが、今後、急性期病院における看護実践においても重視していきたい項目あることから最終モデルに含めた。以上から本指標は 4 因子となり、Brooker のパーソン・センタード・ケアの VIPS の 4 つの主要素が含まれており、パーソン・センタード・ケアの理念に沿った看護尺度として妥当性があることが示唆された。

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 8 件)

鈴木みずえ, 山本則子, 高井ゆかり, 古田良江, 鈴木有希, 金森雅夫, 認知症高齢者の痛みに関するアセスメントツールとケア介入, 日本早期認知症学会誌, 7(1), 53-58, 2014

鈴木みずえ, パーソン・センタード・ケアの理論と実践 パーソン・センタード・ケアの理念と認知症ケアマッピング, 日本早期認知症学会誌, 7(1), 44-52, 2014

鈴木みずえ, 加藤滋代, 櫻木千恵子, 眞野 恵子, 急性期病院で内科治療を受ける認知症高齢者に対する院内デイケアの援助 認知症ケアマッピング(DCM)を用いた分析, 認知症ケア事例ジャーナル, 6(4), 381-390, 2014.

吉村浩美, 鈴木みずえ, 高木智美, 江上直美, 【Person-centred Care の理論の現状と看護研究としての展望】急性期病院における Person-centred Care をめざした高齢者集団ケアの取り組み 認知症ケアマッピング(DCM)の導入と展開, 看護研究, 46(7), 713-722, 2013.

桑野康一, 鈴木みずえ, 下山久之, 遠藤英俊, 【Person-centred Care の理論の現状と看護研究としての展望】地域における認知症ケアマッピング(DCM)を用いた施設間相互評価の有効性, 看護

研究, 46(7), 700-712, 2013.

内田達二, 鈴木みずえ,
【Person-centred Careの理論の現状と
看護研究としての展望】 ケアスタッフ
の Person-centred Care の意識や実践を
測定するための尺度の開発に関する研
究の動向, 看護研究, 46(7), 687-699,
2013.

田島明子, 鈴木みずえ,
【Person-centred Careの理論の現状と
看護研究としての展望】
Person-centred Care をめざした認知症
ケアマッピングにおける研究の動向,
看護研究, 46(7), 674-686, 2013.

鈴木みずえ, 【Person-centred Care の
理論の現状と看護研究としての展望】
Person-centred Care の理念と動向, 看
護研究, 46(7), 644-659, 2013.

〔学会発表〕(計 13 件)

高木智美, 吉村浩美, 鈴木みずえ, パ
ーソン・センタードな視点を用いた高齢
者ケア(なごみ)に関わるスタッフの思
い日本早期認知症学会, 平成 27 年度 6 月
1 日

田島明子, 鈴木みずえ, 吉村浩美, 阿
部 邦彦, 浅井八多美, 國分千津子, 水
野 裕, パーソン・センタード・ケアをめ
ざした認知症ケアマッピング(DCM)の発
展的評価の効果 DCM がケアスタッフの
意識やケアに与えた影響とその要因, 日
本認知症ケア学会, 平成 27 年度 6 月 1
日

鈴木みずえ, 田島明子, 吉村浩美, 阿
部邦彦, 國分千津子, 浅井八多美, 水
野裕, パーソン・センタード・ケアをめ
ざした認知症ケアマッピング(DCM)の発
展的評価の効果 フィードバックにお
けるケアスタッフの認知症ケアに対す
る討議の変化, 日本認知症ケア学会誌,
平成 27 年度 6 月 1 日

高木智美, 江上直美, 吉村浩美, 高野
智子, 鈴木みずえ, 急性期病院におけ
る認知症高齢者の笑顔があふれる集団
ケア(なごみケア)(第 3 報) パーソン・
センタードな視点を用いた高齢者集団
ケア(なごみケア)の有用性, 日本認知
症ケア学会, 平成 27 年度 6 月 1 日

吉村浩美, 高木智美, 江上直美, 高野
智子, 鈴木みずえ, 急性期病院におけ
る認知症高齢者の笑顔があふれる集団
ケア(なごみケア)(第 2 報) 治療を受け
る認知症高齢者に対するパーソン・セン
タードなケアの視点, 日本認知症ケア
学会, 平成 27 年度 6 月 1 日

江上直美, 吉村浩美, 高木智美, 高野
智子, 鈴木みずえ, A 病棟における認知
症高齢者の笑顔があふれる集団ケアの
取り組み(第 1 報), 日本認知症ケア学会,

平成 27 年度 6 月 1 日

鈴木有希, 鈴木みずえ, 古田良江, 疼
痛の認知症高齢者に及ぼす影響や評価
指標の文献レビュー, 日本早期認知症
学会, 平成 25 年 9 月 21 日

古田良江, 鈴木みずえ, 鈴木有希, 高
井ゆかり, 介護予防事業参加者の疼痛
が生活の質に及ぼす影響 早期の認知
症予防を考える, 日本早期認知症学会,
平成 25 年 9 月 21 日

鈴木みずえ, 古田良江, 高井ゆかり,
佐藤文美, 松井由美, 大城一, 金森雅
夫, 介護保険施設における認知症高齢
者の痛みに関する研究 痛みの観察評
価・セルフレポート評価と心身機能との
関係, 日本早期認知症学会, 平成 25 年 9
月 21 日

桑野康一, 遠藤英俊, 下山久之, 鈴木
みずえ, 村瀬明, 早川慎司, パーソ
ン・センタード・ケアの理論と実践 地
域(名古屋市)における認知症ケアマッ
ピング(DCM)を用いた施設間相互評価の
取り組み, 日本早期認知症学会, 平成 25
年 9 月 21 日

加藤滋代, 櫻木千恵子, 眞野恵子, 吉
村浩美, 鈴木みずえ, 大学病院での院
内デイケアにおけるケアマッピングの
試み, 日本早期認知症学会, 平成 25 年
9 月 21 日

吉村浩美, 江上直美, 鈴木みずえ, パ
ーソン・センタード・ケアの理論と実践
急性期病院におけるパーソン・センタ
ード・ケアの取り組み, 日本早期認知症学会,
平成 25 年 9 月 21 日

鈴木みずえ, パーソン・センタード・ケ
アの理論と実践 パーソン・センタ
ード・ケアの理念と認知症ケアマッピング
(DCM), 日本早期認知症学会, 平成 25 年
9 月 21 日

〔図書〕(計 1 件)

鈴木みずえ, パーソン・センタードな視
点から進める急性期病院で治療を受ける
認知症高齢者のケア, 日本看護協会出版
会 p.1-222, 2013

6. 研究組織

(1) 研究代表者

鈴木みずえ (SUZUKI, Mizue)

浜松医科大学・医学部・教授

研究者番号: 40283361

(2) 研究分担者

吉村浩美 (YOSHIMUR Hiromi)

聖隷クリストファー大学・看護学部・臨
床教授

研究者番号: 10573793

山岸暁美 (YAMAGISHI Akemi)

浜松医科大学・医学部・助教

研究者番号: 30433626