

介護老人保健施設における看護職者の認知症ケアの質への 関連要因の検討

中田弥沙* 直原大輔** 山本茉奈実*** 楠木麻子** 井上かおり**** 實金栄****

要旨 本研究は、認知症ケアにおけるストレス認知とチームワークの認知症ケアの質への関連を検討することを目的とした。対象はA県下の調査に協力を得られた介護老人保健施設(20施設)の看護職者108人であった。調査内容は、看護職者の基本的属性、チームワーク、認知症ケアにおけるストレス認知、認知症ケアの質で構成した。分析は認知症ケアの質を目的変数、認知症ケアにおけるストレス認知とチームワークを説明変数とし、重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。この結果認知症ケアの質には、チームワークの下位因子である「チーム志向性」、「チーム・リーダーシップ」と認知症ケアにおけるストレス認知の下位因子である「BPSDへの対応」が関連していた。考察では認知症ケアの質に関連するチームワークの向上のための方策や、BPSDへの対応にストレスを抱きながらもケア方略を模索することが認知症のケアの質の向上につながることを議論した。

キーワード：認知症ケアの質、ストレス認知、チームワーク、介護老人保健施設、看護職

I. はじめに

わが国では高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者数は増加している。認知症高齢者数は2012年では465万人(65歳以上人口の15.0%)であったが、2025年には730万人(20.6%)に増加すると推計されている¹⁾。また平成25年介護サービス施設・事業所調査²⁾をみると、介護老人保健施設(以降老健施設)で認知症日常生活自立度Ⅱ以上の入所者は全体の86%を占めている。今後も認知症高齢者が増加することを考えると、老健施設入所者の認知症有病率の増加が予測される。

そこで認知症看護に視点を向けると、周辺症状(BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia)への対応の難しさが指摘されている。千田ら³⁾は認知症看護の実践において認知症特有のBPSDや認知障害、コミュニケーション障害が困難感を引き起こすことや、患者の自律性と看護の提供との両立に葛藤があることを示している。さらに、木下ら⁴⁾は、ケアスタッフが抱く対応困難感、認知症高齢者の個別性と尊厳に配慮した対人交流のな

りにくさに関連していることを明らかにしている。その一方で、看護者の対応によっては、認知症患者にプラスの変化をもたらされる⁵⁾との報告もある。大野ら⁶⁾は、ケアスタッフの患者を理解しようとする態度や、患者のすべてを受け入れ患者と共に行動する態度は、ケアスタッフ-患者間のコミュニケーションを可能にし、患者に安心を与え、それによって、患者は自身の行動に納得することができると報告している。これらのことから、適切なケアは、高齢者の認知機能低下によるBPSDの出現を予防し、在宅生活の継続につながると考えられる。したがって、認知症ケアには難しさがあるものの、それらの難しさを軽減しつつ、より質の高い看護を提供することが期待される。

そこで本研究は、認知症ケアの質向上のための基礎資料を得ることをねらいとし、BPSDへの対応に着目した認知症ケアにおけるストレス認知と認知症ケアの質との関連を検討することを目的とした。さらに多職種連携は効果的な個別性のあるケアの統一につながる⁷⁾、対象者の理解やケアの統一のために

* 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

** 岡山大学病院

*** 倉敷中央病院

**** 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

は多職種間で専門的な知識や技術を共有することが必要⁸⁾などの報告があることから、認知症ケアでは対象の理解やケアの統一は特に重要であり、多職種連携・協働は認知症ケアの質に良い影響を与えるのではないかと考えられる。したがって本研究モデルに、認知症ケアの質への関連要因として多職種連携・協働に必要とされるチームワークを加え検討することとした(図1)。

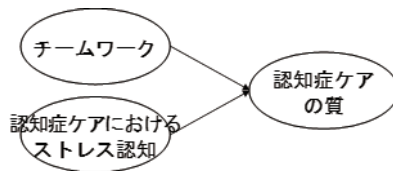


図1 研究モデル

II. 方法

1. 調査対象

A県下の老健施設に勤務する看護職者を対象に調査を実施した。調査対象の選定に際しては、まず施設管理者等に研究の趣旨を口頭、あるいは書面で説明し、承諾が得られた場合にのみ調査対象施設とした。調査協力への承諾が得られた20施設に協力対象者人数分(計158人)の調査票を郵送し、施設管理者等に看護職者への配布を依頼した。調査票は139人(回収率88.0%)から回収した。

2. 調査方法と期間

調査期間は2016年7月から8月までの2か月間であった。調査は無記名自記式質問紙調査とし、回答が得られた調査票は、看護職者ごとに厳封してもらい、郵送法にて施設毎に回収した。分析対象は回答が得られた139人のうち、分析項目に欠損のない108人とした(有効回答率77.7%)。

3. 調査内容

調査内容は、看護職者の基本的属性、チームワーク、認知症ケアにおけるストレス認知、認知症ケアの質で構成した。

1) 看護職者の基本的属性

看護職者の基本的属性として、性別、年齢、看護経験年数、認知症ケアの経験年数を調査した。

2) チームワーク

チームワークは、三沢ら⁹⁾の「看護師チームのチームワーク測定尺度」を用いて測定した。この尺度は、看護師を対象としたチームワークの測定尺度であり、3因子(「チーム志向性」、「チーム・リー

ダーシップ」、「チーム・プロセス」)30項目からなる。

回答と得点化は、「全くそう思わない1点」、「あまりそう思わない2点」、「どちらとも言えない3点」、「ややそう思う4点」、「非常にそう思う5点」とし、得点が高いほどチームワークが高いことを示す。

3) 認知症ケアにおけるストレス認知

認知症ケアにおけるストレス認知は、先行研究^{3), 10), 11), 12), 13), 14), 15), 16)}を参考に著者らと老年看護学を専門とする研究者とでブレインストーミングを行い、老健施設の看護職員における認知症ケアにおけるストレス認知について「BPSDへの対応」と「自律の尊重と安全の確保のバランスをとる(以降、自律と安全のバランス)」の2因子20項目の観察項目を開発した。

回答と得点化は、「感じなかった0点」、「感じた1点」、「とても感じた2点」とし、得点が高いほど認知症ケアにおけるストレス認知が高くなるようにした。

4) 認知症ケアの質

認知症ケアの質は、原ら¹⁷⁾の「認知症ケアガイドライン」で測定した。この尺度は、認知症ケアの実践頻度を測定するもので、6因子(「安心を高める環境づくり」、「生活の継続性への支援」、「その人の潜在能力を引き出す支援」、「安全に社会とのつながりをもてる暮らしへの支援」、「家族との協働を含めた一貫したケア」、「家庭での療養への移行に向けた支援」)29項目からなる。

回答と得点化は、「ほとんど行っていない1点」、「あまり行っていない2点」、「たまに行っている3点」、「たびたび行っている4点」、「いつも行っている5点」とし、得点が高いほど認知症ケアの質が高いことを示す。

4. 分析方法

分析は、認知症ケアの質合計得点および下位因子得点を目的変数、看護職者の基本的属性、チームワークの下位因子である「チーム志向性」、「チーム・リーダーシップ」、「チーム・プロセス」、認知症ケアにおけるストレス認知の下位因子である「BPSDへの対応」、「自律と安全のバランス」を説明変数として、重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。なお交絡変数として、性別、年齢、看護経験年数、認知症ケアの経験年数を投入した。

前記分析に先立って、「認知症ケアにおけるス

トレス認知」の因子構造の側面から見た構成概念妥当性を検討した。具体的には「BPSD への対応」と「自律と安全のバランス」の二因子斜交モデルのデータへの適合性を構造方程式モデリングによる確認的因子分析で検討した。因子モデルのデータへの適合性は適合度指標 CFI (Comparative fit index) ならびに RMSEA (Root mean of square error approximation) を用い、Kline の指標に基づき CFI > 0.9、RMSEA < 0.05 (最良)、0.08 (良)、0.1 (可) を用いた^{18), 19)}。信頼性係数は ω 信頼性係数を算出した。以上の解析には統計ソフト SPSS22 と Mplus7.4 を使用した。

5. 倫理的配慮

調査への協力の同意が得られた施設を対象とし、対象者には調査票に倫理的配慮を記載し文章で説明を行った。調査への同意は、調査票の回答をもって得たものとした。協力を希望しないものは調査票を破棄または無記入で提出することとした。なお、本研究は岡山県立大学倫理審査委員会の承認を得た(受付番号 16-06)。

III. 結果

1. 対象者の基本的属性

対象者の基本的属性を表 1 に示した。平均年齢は 48.9 (標準偏差 10.2、範囲 22 ~ 70) 歳であり、女性が 104 人 (96.3%) とほとんどであった。平均看護経験年数は平均 23.3 (標準偏差 10.8、範囲 0.3 ~ 50.0) 年、認知症ケアの経験年数は平均 9.7 (標準偏差 6.6、範囲 0.3 ~ 28.0) 年であった。

表 1 対象者の基本的属性

	人	(%)
性別		
男性	4	(3.7)
女性	104	(96.3)
平均±SD		(範囲)
年齢	48.9±10.2	(22~70) 歳
看護経験年数	23.3±10.8	(0.3~50.0) 年
認知症ケアの経験年数	9.7±6.6	(0.3~28.0) 年
n=108		

表 2 チームワークの回答分布

項目	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	非常にそう 思う
チーム志向性					
1. 自分の知識、技能を高めるための取り組みがなされている	3 (2.8)	11 (10.2)	31 (28.7)	49 (45.4)	14 (13.0)
2. 仕事を確実にを行うために必要な知識・技術が受け継がれている	1 (0.9)	10 (9.3)	36 (33.3)	49 (45.4)	12 (11.1)
3. 他者の経験から学ぶという姿勢に価値がおかれている	1 (0.9)	13 (12.0)	37 (34.3)	46 (42.6)	11 (10.2)
4. チームの目標を達成しようという意気込みがある	0 (0.0)	12 (11.1)	41 (38.0)	46 (42.6)	9 (8.3)
5. 和やかな雰囲気がある	1 (0.9)	10 (9.3)	29 (26.9)	46 (42.6)	22 (20.4)
6. 皆がお互いの長所を認めあっている	3 (2.8)	10 (9.3)	42 (38.9)	38 (35.2)	15 (13.9)
7. 同僚のスタッフの誰に対しても、気持ちよく挨拶を交わしている	1 (0.9)	4 (3.7)	15 (13.9)	50 (46.3)	38 (35.2)
8. 実績やキャリアの違いにこだわらず、互いに切磋琢磨している	2 (1.9)	6 (5.6)	32 (29.6)	48 (44.4)	20 (18.5)
チーム・リーダーシップ					
9. 各スタッフの役割と責任を明確に示している	1 (0.9)	11 (10.2)	33 (30.6)	49 (45.4)	14 (13.0)
10. 簡潔で要点をついた指示・コメントをする	1 (0.9)	9 (8.3)	33 (30.6)	55 (50.9)	10 (9.3)
11. 緊急事態でも冷静に判断し指示を出せる	1 (0.9)	5 (4.6)	21 (19.4)	62 (57.4)	19 (17.6)
12. チーム内での意見が対立した意見が対立したときに的確に対処している	1 (0.9)	11 (10.2)	33 (30.6)	50 (46.3)	13 (12.0)
13. スタッフ皆の話をよく聞く	4 (3.7)	10 (9.3)	27 (25.0)	49 (45.4)	18 (16.7)
14. チーム全体のやる気を盛り上げている	2 (1.9)	16 (14.8)	36 (33.3)	44 (40.7)	10 (9.3)
15. スタッフから信頼されている	2 (1.9)	13 (12.0)	39 (36.1)	37 (34.3)	17 (15.7)
16. スタッフを公平に扱っている	7 (6.5)	9 (8.3)	35 (32.4)	47 (43.5)	10 (9.3)
チーム・プロセス					
17. 仕事を一人でたくさんかかえているスタッフがいたら援助している	0 (0.0)	4 (3.7)	19 (17.6)	67 (62.0)	18 (16.7)
18. 仕事の負担が特定のスタッフに偏りすぎないように、お互いに気を配っている	0 (0.0)	7 (6.5)	28 (25.9)	55 (50.9)	18 (16.7)
19. わからないことがあれば、同僚へ気軽に尋ねている	0 (0.0)	2 (1.9)	12 (11.1)	66 (61.1)	28 (25.9)
20. 他のスタッフの仕事の進み具合について、注意を払っている	0 (0.0)	4 (3.7)	24 (22.2)	61 (56.5)	19 (17.6)
21. 自分たちの職務とその目的を確認しあっている	0 (0.0)	6 (5.6)	40 (37.0)	49 (45.4)	13 (12.0)
22. 皆が納得するまで話し合っている	1 (0.9)	15 (13.9)	56 (51.9)	27 (25.0)	9 (8.3)
23. 年間目標などのチームの長期的な活動計画をスタッフ全員で話し合っ定めている	3 (2.8)	17 (15.7)	33 (30.6)	41 (38.0)	14 (13.0)
24. 状況に応じてチームの目標とその計画を見直すことがある	3 (2.8)	14 (13.0)	37 (34.3)	45 (41.7)	9 (8.3)
25. 仕事をうまく行うためのコツを伝え合っている	1 (0.9)	11 (10.2)	39 (36.1)	47 (43.5)	10 (9.3)
26. 自分の経験から得た教訓や入手した情報をお互いに伝え合っている	1 (0.9)	6 (5.6)	33 (30.6)	55 (50.9)	13 (12.0)
27. 「例の件」とか「あのこと」と言うだけで話が通じる	4 (3.7)	17 (15.7)	45 (41.7)	32 (29.6)	10 (9.3)
28. ケアや処置を間違っって行っているスタッフがいたら、それを本人に教えている	1 (0.9)	2 (1.9)	25 (23.1)	60 (55.6)	20 (18.5)
29. チーム内で決まりごとを守っていないスタッフがいたら、その場で率直に注意している	1 (0.9)	7 (6.5)	42 (38.9)	45 (41.7)	13 (12.0)
30. 問題が起きたら、すぐに報告し、チーム内での共有を図っている	1 (0.9)	2 (1.9)	34 (31.5)	43 (39.8)	28 (25.9)

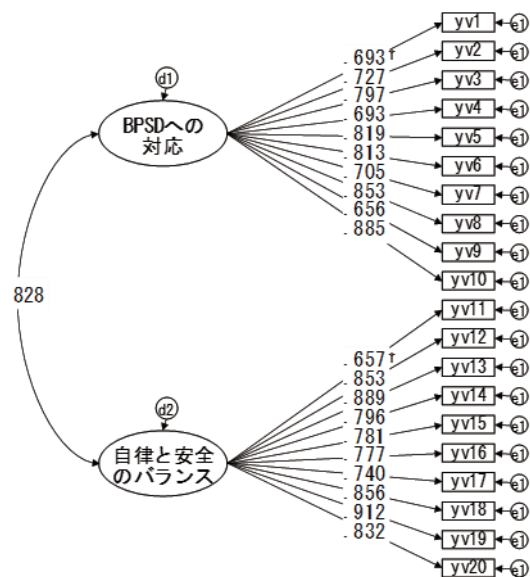
単位：人 (%)

n=108

表3 認知症ケアにおけるストレス認知の回答分布

項目	感じ なかった	感じた	とても 感じた
BPSDへの対応			
1. 暴言・暴力・興奮がある患者に対応する（「奇声を上げる・唾を吐く・器物を破壊する」を含む）	21 (19.4)	51 (47.2)	36 (33.3)
2. 離院・離棟の恐れがある患者に対応する	37 (34.3)	44 (40.7)	27 (25.0)
3. 異食とその恐れがある患者に対応する	46 (42.6)	36 (33.3)	26 (24.1)
4. 他患者へ影響する不穏や夜間徘徊のある患者に対応する（「不眠時・不穏時等の頓服薬の使用やタイミングを判断する」を含む）	35 (32.4)	42 (38.9)	31 (28.7)
5. 同じことを繰り返す患者に対応する（「帰宅願望等の訴え・同じ質問を繰り返す・独語」を含む）	19 (17.6)	54 (50.0)	35 (32.4)
6. 不潔行為がある患者に対応する（「弄便・放尿・オムツを外す」を含む）	20 (18.5)	62 (57.4)	26 (24.1)
7. 迷惑行為を行う患者に対応する（「不適当な性的関係を持つとする・陰部を露出する・盗食」を含む）	62 (57.4)	35 (32.4)	11 (10.2)
8. 妄想のある患者に対応する（ものごととらね妄想・被害妄想・嫉妬妄想）	43 (39.8)	44 (40.7)	21 (19.4)
9. 患者が他患者との間に起きたトラブルに対応する（患者同士のいさかい）	42 (38.9)	46 (42.6)	20 (18.5)
10. よく物をなくしたり、隠したり、収集癖のある患者に対応する	59 (54.6)	39 (36.1)	10 (9.3)
自律と安全のバランス			
11. 失語によって意思の表出・伝達ができない患者に対応する	50 (46.3)	46 (42.6)	12 (11.1)
12. 認知・記憶障害による混乱した会話によって意思の表出・伝達ができない患者に対応する	48 (44.4)	49 (45.4)	11 (10.2)
13. 見当識障害（いつ、だれ、どこ、行ったか行かないか等が覚えていない、あるいは曖昧）のある高齢者に対応する	54 (50.0)	45 (41.7)	9 (8.3)
14. 説明しても理解してもらえない患者に対応する（「治療・看護の必要性」を含む）	34 (31.5)	49 (45.4)	25 (23.1)
15. 日常的な物事に関心を示さない患者の関心を引き出す（「天気、季節、食事、家族などの周囲への関心」を含む）	66 (61.1)	33 (30.6)	9 (8.3)
16. 苦痛を訴えられない、あるいは訴えが一定しない患者の健康状態を管理する	44 (40.7)	51 (47.2)	13 (12.0)
17. 治療に必要なカテーテル類を抜去してしまう患者に対応する	34 (31.5)	51 (47.2)	23 (21.3)
18. 治療制限に伴う安静が守れない患者に対応する	45 (41.7)	45 (41.7)	18 (16.7)
19. 転倒・転落の危険性が大きいにもかかわらず、立ったり、歩いたり、ベッドから降りようとする患者に対応する	10 (9.3)	41 (38.0)	57 (52.8)
20. 治療・ケア（服薬、入浴・食事・排泄・口腔ケア等のADL介助の実施の困難）に対して、拒絶・拒否のある患者に対応する	24 (22.2)	47 (43.5)	37 (34.3)

単位：人（%）
n=108



n=108, $\chi^2=229.825$, $df=169$, $RMSEA=0.085$, $CFI=0.956$

図2 認知症ケアにおけるストレス認知の構成概念妥当性の検討

2. チームワーク

チームワークに関する回答分布を表2に示した。「全くそう思わない」、「あまりそう思わない」の回答に着目すると、それらの回答が最も多かった項目は、「27. 「例の件」とか「あのこと」と言うだけで話が通じる」21人（19.4%）であり、次いで「23. 年間目標などのチームの長期的な活動計画をスタッ

フ全員で話し合っで定めている」20人（18.5%）、「14. チーム全体のやる気を盛り上げている」18人（16.7%）の順であった。

3. 認知症ケアにおけるストレス認知

認知症ケアにおけるストレス認知の回答分布を表3に示した。「とても感じた」の回答に着目すると、最も多かった項目は「19. 転倒・転落の危険性が大きいにもかかわらず、立ったり、歩いたり、ベッドから降りようとする高齢者に対応する」57人（52.8%）、次いで「20. 治療・ケア（服薬、入浴・食事・排泄・口腔ケア等のADL介助の実施の困難）に対して、拒絶・拒否のある高齢者に対応する」37人（34.3%）、「1. 暴言・暴力・興奮がある高齢者に対応する（「奇声を上げる・唾を吐く・器物を破壊する」を含む）」36人（33.3%）であった。

「認知症ケアにおけるストレス認知」の因子構造の側面から見た構成概念妥当性を検討したところ、 $CFI=0.956$ 、 $RMSEA=0.085$ であり概ね統計学的許容水準を満たした（図2）。 ω 信頼性係数は「BPSDへの対応」が0.920、「自律と安全のバランス」が0.960であった。

4. 認知症ケアの質

認知症ケアの質の回答分布を表4に示した。「ほとんど行っていない」、「あまり行っていない」の回答に着目すると、その回答が最も多かった項目は「7. なじみの家具やものを取り入れるなど、家

表4 認知症ケアの質の回答分布

項目	ほとんど 行っていない	あまり 行っていない	たまに 行っている	たびたび 行っている	いつも 行っている
安心を高める環境づくり					
1. 昔の暮らしの情景や懐かしい雰囲気を利用者とともに作り出し、なじみのある時代や文化を反映した環境づくり（絵画や装飾品を取り入れるなど）をする	12 (11.1)	30 (27.8)	55 (50.9)	9 (8.3)	2 (1.9)
2. 施設のなかで、その人の“いつもの場所”（席、椅子など）を確保し、いつもどおりに過ごせる居場所をつくる	0 (0.0)	4 (3.7)	11 (10.2)	38 (35.2)	55 (50.9)
3. 食事や団楽、レクリエーション等では一緒に行動し、利用者と生活をともにする	5 (4.6)	13 (12.0)	38 (35.2)	34 (31.5)	18 (16.7)
4. 日常生活ケアを提供する際（会話、口腔ケア、排泄、入浴など）には、その人のプライバシーに配慮する	0 (0.0)	1 (0.9)	14 (13.0)	38 (35.2)	55 (50.9)
5. 普通の生活を感じさせる音（会話、食事の準備、音楽など）や香り（季節の花や食べ物など）を取り入れるなど、利用者の感性に働きかける	3 (2.8)	17 (15.7)	40 (37.0)	30 (27.8)	18 (16.7)
6. 普通の生活にはない不適切な環境刺激（アラームの音・人の大声などの騒音、照明や日差し、不快な臭いなど）を調整する	0 (0.0)	13 (12.0)	31 (28.7)	42 (38.9)	22 (20.4)
生活の継続性への支援					
7. なじみの家具やものを取り入れるなど、家庭的でその人らしい空間（部屋）をつくる	17 (15.7)	47 (43.5)	29 (26.9)	9 (8.3)	6 (5.6)
8. 利用者が続けてきた趣味や習慣、以前行っていた仕事などに応じて、趣味を楽しむ場所や機会、習慣や役割を継続できる機会を提供する	10 (9.3)	27 (25.0)	48 (44.4)	19 (17.6)	4 (3.7)
9. 利用者の言動や反応から、その人の希望や想いをくみ取る	1 (0.9)	8 (7.4)	36 (33.3)	41 (38.0)	22 (20.4)
10. 入所前の生活パターンをつかんだうえで、普通の家庭生活でみられるような日課を設けて個々の安定した生活リズムをつくる	4 (3.7)	25 (23.1)	52 (48.1)	17 (15.7)	10 (9.3)
その人の潜在能力を引き出す支援					
11. 日常行動の無理強いはいしないで、その人のペースでの行動を支援する	1 (0.9)	6 (5.6)	35 (32.4)	47 (43.5)	19 (17.6)
12. いままでその人が自分でしてきたこと（食事、排泄、入浴、整容、更衣など）をその人なりのやり方でできるように個別に対応する	2 (1.9)	11 (10.2)	36 (33.3)	37 (34.3)	22 (20.4)
13. 意図的にさまざまなアプローチをしながら、“行動をしていない”のか、“行動できない”のかを見きわめ、その人の“できる”能力を見つける	4 (3.7)	2 (1.9)	39 (36.1)	49 (45.4)	14 (13.0)
14. 日常生活動作のための適切な補助具（食器、歩行補助具など）を使用する	1 (0.9)	3 (2.8)	21 (19.4)	45 (41.7)	38 (35.2)
15. その人が～したい（食べたい、風呂につかりたい、化粧したいなど）と思うような、日常生活（食事、入浴、整容など）の雰囲気づくりの工夫をして、意欲を引き出す	4 (3.7)	17 (15.7)	42 (38.9)	34 (31.5)	11 (10.2)
16. 利用者自身が選択して好きな活動に参加できるように配慮する	6 (5.6)	26 (24.1)	36 (33.3)	33 (30.6)	7 (6.5)
安全に社会とのつながりをもてる暮らしへの支援					
17. 歩行補助具は利用者の使いやすい一定場所に置き、居室や廊下には移動の妨げとなるものを置かないようにする	0 (0.0)	8 (7.4)	22 (20.4)	30 (27.8)	48 (44.4)
18. クラブ活動などの利用者の集まりや視野内に滞在し、自然に利用者の様子が把握できるような状況で見守る	6 (5.6)	20 (18.5)	34 (31.5)	28 (25.9)	20 (18.5)
19. 他の利用者とはふれあえる場をつくり、利用者同士の関係づくりに配慮する	1 (0.9)	9 (8.3)	35 (32.4)	38 (35.2)	25 (23.1)
20. 利用者が話すことを傾聴するとともに、スタッフ自身の感情を率直に伝えるなど、ごく普通の社会的な会話の機会をもつことによって、人とのかかわり、話すことへの意欲を保持する	0 (0.0)	4 (3.7)	28 (25.9)	52 (48.1)	24 (22.2)
家族との協働を含めた一貫したケア					
21. 利用者自身や利用者の介護に関する家族の知識や経験を取り入れる	2 (1.9)	15 (13.9)	39 (36.1)	38 (35.2)	14 (13.0)
22. 利用者の様子やケアの提供状況などの情報を家族と共有しながら、利用者や家族の絆を維持する	1 (0.9)	7 (6.5)	30 (27.8)	38 (35.2)	32 (29.6)
23. 家族が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、家族との信頼関係を築いたうえで、家族の意思をタイムリーに受けとめる	0 (0.0)	7 (6.5)	26 (24.1)	50 (46.3)	25 (23.1)
24. 心地よいケアの方法を模索し、スタッフ間で話し合いながら統一したケアを提供する	0 (0.0)	6 (5.6)	26 (24.1)	45 (41.7)	31 (28.7)
25. 日常のかかわりのなかでとらえた利用者の状態変化や異常の気づきを看護職に報告・相談し、早い段階で医療につなぐ	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (13.0)	38 (35.2)	56 (51.9)
26. スタッフが利用者に対して感謝の言葉を述べたり、その人固有の人生の歴史を尊重することなどを通して、利用者の自尊心を高める	1 (0.9)	6 (5.6)	34 (31.5)	44 (40.7)	23 (21.3)
家庭での療養への移行に向けた支援					
27. 何がどこまで回復することをめざすかについて利用者・家族が自己決定できるよう、家庭での望む生活、ケアやリハビリテーションのゴールについて利用者・家族と話し合う	2 (1.9)	14 (13.0)	38 (35.2)	40 (37.0)	14 (13.0)
28. 入所中のケアやリハビリテーションに家族にも参加してもらいながら利用者の潜在能力に気づいてもらい、その能力を活かす在宅での介護方法を指導する	11 (10.2)	31 (28.7)	44 (40.7)	15 (13.9)	7 (6.5)
29. 退所後に利用可能な社会資源（サービス提供者・機関）についてわかりやすく情報提供し、家族全体の生活への影響を検討したうえで、その家族に適した社会資源を調整する	11 (10.2)	13 (12.0)	29 (26.9)	33 (30.6)	22 (20.4)

単位：人（％）

n=108

表5 認知症ケアの質への関連要因の検討

	Model1 認知症ケアの質	Model2 安心を高める環境づくり	Model3 生活の継続性への支援	Model4 その人の潜在能力を引き出す支援	Model5 安全に社会とのつながりをもてる暮らしへの支援	Model6 家族との協働を含めた一貫したケア	Model7 家庭での療養への移行に向けた支援
	β	β	β	β	β	β	β
チーム志向性	0.408	-	0.313	0.385	0.239	0.445	-
チーム・リーダーシップ	-	0.343	-	-	-	-	0.200
チーム・プロセス	-	-	-	-	-	-	-
BPSDへの対応	-	-	0.197	-	-	-	-
自律と安全のバランス	-	-	-	-	-	-	-
性	-	-	-	-	-	-	-
年齢	-	-	-	-	-	-	-
看護経験年数	-	-	-	-	-	-	-
認知症ケア経験年数	-	-	-	-	-	-	-
R	0.408	0.343	0.355	0.385	0.239	0.445	0.200
R ²	0.166	0.117	0.126	0.148	0.057	0.198	0.040
調整済みR ²	0.158	0.109	0.109	0.140	0.048	0.191	0.031

重回帰分析（ステップワイス法）
※標準化係数（ β ） $p < 0.05$ のみ記す

庭的でその人らしい空間（部屋）をつくる」64人（59.2%）、次いで「1. 昔の暮らしの情景や懐かしい雰囲気を利用者とともにつくり出し、なじみのある時代や文化を反映した環境づくり（絵画や装飾品を取り入れるなど）をする」42人（38.9%）と「28. 入所中のケアやリハビリテーションに家族にも参加してもらいながら利用者の潜在能力に気づいてもらい、その能力を活かす在宅での介護方法を指導する」42人（38.9%）であった。

5. 認知症ケアの質への関連要因の検討

「認知症ケアの質」およびその下位因子への関連要因を検討した結果を表5に示した。「認知症ケアの質」には、「チーム志向性」($\beta = 0.408$)が有意に関連していた。

「認知症ケアの質」の下位因子毎に検討した結果、「安心を高める環境づくり」と「家庭での療養への移行に向けた支援」には、「チーム・リーダーシップ」(それぞれ $\beta = 0.343$, $\beta = 0.200$)が有意に関連していた。「生活の継続性への支援」には、「チーム志向性」($\beta = 0.313$)と「BPSDへの対応」($\beta = 0.197$)が有意に関連していた。「その人の潜在能力を引き出す支援」、「安全に社会とのつながりをもてる暮らしへの支援」、「家族との協働を含めた一貫したケア」には、「チーム志向性」(それぞれ $\beta = 0.385$, $\beta = 0.239$, $\beta = 0.445$)が有意に関連していた。

IV. 考察

本研究は、認知症ケアの質向上のための基礎資料を得ることをねらいとし、チームワークとBPSDへの対応に着目した認知症ケアにおけるストレス認知

の認知症ケアの質への関連を検討することを目的とした。結果、認知症ケアの質には、チームワークの「チーム志向性」、「チーム・リーダーシップ」と認知症ケアにおけるストレス認知の「BPSDへの対応」が関連していた。

1. 認知症ケアの質とチームワーク

1) 認知症ケアの質とチーム志向性

認知症ケアの質の下位因子である「その人の潜在能力を引き出す支援」、「安全に社会とのつながりをもてる暮らしへの支援」、「家族との協働を含めた一貫したケア」には、チームワークの下位因子である「チーム志向性」が関連していた。

本研究において調査対象とした老健施設は、要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す施設として設置されており、医療施設とは異なる目的をもった施設である²⁰⁾。看護職者自身も「治療的ではなく、生活が援助の中心であるため、同じことをしても目的が違う」、「介護職と情報交換が必要」、「疾患や治療にとらわれすぎると、施設での生活の質が低下してしまう」などと、医療施設と介護施設での看護の違いを述べている²¹⁾。したがって、施設看護の役割を適切に理解したうえで、予防的視点に立った看護の実践、生活ニーズを優先した看護実践が重要²²⁾である。さらに施設入所者の家庭復帰を促進するために社会資源を活用し、他職種と連携して入所者の在宅療養環境を整える看護実践が必要である。つまり、老健施設の役割とそれぞれの専門性を十分に理解した上で役割分担し、多職種が連携・協働しながらケアを提供することが必要とされる。したがって、スタッフが同じ志向性をもてるように施設の理念や方針を理解し、多職種の中で行動

し、カンファレンスの場を通して、自身の役割を再確認することが重要であるといえる。

2) 認知症ケアの質とチーム・リーダーシップ

認知症ケアの質の下位因子である「安心を高める環境づくり」、「家庭での療養への移行に向けた支援」にはチームワークの下位因子である「チーム・リーダーシップ」が関連していた。

「安心を高める環境づくり」の項目には、日常的に行われている基本的なケア実践であり、誰もが必要性を理解していると予測されるものが含まれている。しかし、老健施設における看護職の役割について看護職者は「介護職と協働するなかで、自らの役割を専門職性の側面から排他的にとらえ、生活援助は介護職が分担すべき役割と捉えている傾向」があり、さらに「医療職者としての役割に軸足を置き、生活援助についてはフォローする立場」²³⁾と捉えているとの報告がある。このように看護職者は日常生活援助に対して、介護職者の補助的役割と理解しているところがある。医療職者の少ない老健施設において看護職者は入所者の健康管理などの医療的役割を期待されており、介護職者との役割分担も重要である。しかしながら、看護の目的「対象が本来もつ自然治癒力を発揮しやすい環境を整え（中略）生涯を通して、その人らしく生を全うすることができるよう身体的・精神的・社会的に支援すること」²⁴⁾や、老健施設の「看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とし、在宅復帰を目指す」という基本的性格をふまえると「安心を高める環境づくり」の項目は、介護職者だけではなく、看護職者にも実践が求められる重要なケアであり、看護の基本的ケアである。そのため、よりよく生活環境を整えるためにリーダーとなる人を中心にチームを運営し、リーダーはメンバーのサポート等、広い視野で全体を把握してリーダーシップをとることが求められる。

「家庭での療養への移行に向けた支援」は、専門職のみならず家族等と連携・協働しながら退所後の生活に向けた支援を行うことに関する項目である。佐々木ら²⁵⁾は、対象者や家族への退院支援・在宅復帰支援は、生活を捉え生活を整える視点を基盤にもち、対象者と家族の希望を見立てた上で、できる力を支え家族をエンパワーできるように、家族と調整し生活に着目したケアマネジメントを行う必要が

あると述べている。一方で、須田²⁶⁾は、退院支援においてスタッフの疾患に対する知識や理解度に差がありケアに一貫性がないことや、先の見通しが立たない利用者とのかかわりなどが、ストレスになっていることを指摘している。したがって、このような支援の難しさはあるが、退院支援・在宅復帰支援を行う際には、家族を含めて多職種で連携・協働を行うことが必要であり、経験・キャリアのある上司、専門の知識を持つリーダー的なスタッフからのサポートを受けることが重要となると考えられる。

2. 認知症ケアの質と認知症ケアにおけるストレス認知

認知症ケアの質の「生活の継続性への支援」には、認知症ケアにおけるストレス認知の「BPSDへの対応」が関連していた。先行研究では、看護者が認知症患者の言動に対する理解に苦しむことも多いが、自身の陰性感情をコントロールし、患者の言動の裏にある思いを理解しようとしている²⁶⁾との報告がある。このことから、看護職者はBPSDへの対応に困難を感じているが、対応をあきらめるのではなく、認知症高齢者に向き合おうとしている現状があると言える。このように認知症高齢者へのかかわりについて難しさを感じているものの、BPSDを悪化させたくない、改善したいという思いをもって、認知症高齢者へのかかわりを考え試行錯誤していることがよりよい認知症ケアにつながっているのではないだろうか。

他方、看護師が認知症高齢者に対して、陰性感情を抱くことは自信喪失やバーンアウト、離職につながる²⁷⁾と言われている。上野ら²⁸⁾はスタッフ間で気持ちを表出する場を作り、ストレスの解消や他スタッフからうまくケアが行えた方法などの情報提供による学びを得ることで、陰性感情の軽減につながると述べている。したがって、ケアにかかわるスタッフ全体で困難感を共有し、軽減させるような働きかけを行うことや自身でストレスを対処できる方法を身につけ、認知症高齢者と向き合っていくことが必要であると考えられる。

付記

本研究にあたり、研究の主旨に同意し貴重な時間を使い、アンケートに協力してくださいました看護職者の皆様に心よりお礼申しあげます。

本研究は平成28年度岡山県立大学独創的研究助

成費を得て行った研究成果の一部である。

VI. 文献

- 1) 二宮利治 (2014). 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究総括研究報告書
- 2) 厚生労働省 (2013). 平成 25 年介護サービス施設・事業所調査
- 3) 千田睦美、水野敏子 (2014). 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析. 岩手県立大学紀要、16:11-16.
- 4) 木下香織、中島望、太湯好子 (2013). ケアスタッフの認知症高齢者への対応困難感と自己状態の認識が対人交流に与える影響. 日本認知症ケア学会誌、12 (2) : 367-375.
- 5) 小林あずさ、伊藤まゆみ、青柳直樹 (2008). 認知症高齢者にプラスの変化を与えたケア場面における看護師の対応の特徴. 群馬パース大学紀要、6:127-133.
- 6) 大野明子、伊藤信子、渡邊美紀、林真帆、杉浦浩子 (2015). スタッフの対応が認知症患者に与える影響 —プロセスレコードの分析から—. 日本看護学会論文集 精神看護、45:107-110.
- 7) 石原弥栄美、梅津美香 (2015). 高齢者ケア施設におけるケアの質向上に向けた取り組み. 岐阜県立大学紀要、15 (1) :17-28.
- 8) 大湾明美 (2013). 生かし生かされる地域づくり. (正木治恵、真田弘美編. 老年看護学概論 pp.279-324. 南江堂).
- 9) 三沢良、佐相邦英、山口裕幸 (2009). 看護師チームのチームワーク測定尺度の作成. 社会心理学研究、24 (3) :219 -232.
- 10) 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.
- 11) 乙村優、徳川早知子 (2011). 一般病棟で認知症高齢者とのかかわる看護師の困難. 日本精神科看護学会誌、54 (3) :114-118.
- 12) 佐橋幸子 (2015). 認知症治療病棟における職員ストレス調査. 日本精神科看護学術集会誌、58 (1) :486-487.
- 13) 大西由香、武市朱美 (2014). 精神科看護師が認知症患者をケアする上で困った症状に関する実態調査. 日本精神科看護学術集会誌、57 (1) :326-327.
- 14) 溝口環、飯島節、江藤文夫、石塚彰映、折茂肇 (1993). DBD スケール (Dementia Behavior Disturbance Scale) による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日本老年医学会雑誌、30 (10) :835-840.
- 15) 鈴木みずえ、桑原弓枝、吉村浩美、内田達二、菊池慶子、水野裕 (2013). 急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連. 日本早期認知症学会誌、6 (1) :52-57.
- 16) 西村美里、岡本華枝、鈴木千絵子 (2015). 一般病院に入院する認知症高齢者と看護師の対応困難場面における相互行為に影響する要因の検討. ヒューマンケア研究学会誌、7 (1) :1-11.
- 17) 原祥子、實金栄 (2012). 介護老人保健施設における認知症ケアガイドラインの開発. 日本看護研究学会雑誌、35 (4) : 75-81.
- 18) Kline, Rex B. (2015). Principles and Practice of Structural Equation Modeling: Guilford Publications
- 19) 小杉考司、裕士清水 (2014). M-plus と R による構造方程式モデリング入門. 京都: 北大路書房.
- 20) 渡辺みどり、征矢野あや子、白鳥さつき他 (2006). 老人保健施設看護職者の教育ニーズと教育プログラムの検討. 身体教育医学研究、7(1):1-6.
- 21) 加藤基子、丹治優子、廣田玲子 (2006). 介護保険施設における看護職員の看護活動と看護に対する認識. 日本老年看護学会誌、10 (2) :92-102.
- 22) 二木はま子 (2010). 特別養護老人ホームにおける介護職との連携・協働を円滑にする看護職の認識と行動. 飯田女子短期大学紀要、27:41-55.
- 23) 山田千春 (2015). 介護老人保健施設における看護職の役割定義の活動の特徴 —看護職と介護職との相互行為に焦点づけて—. 老年社会科学、37 (3) :316-324.
- 24) 社団法人日本看護協会 (2007). 看護. (社団法人日本看護協会編、看護にかかわる主要な用語の解説、pp.10-19. 社団法人日本看護協会)
- 25) 佐々木裕子、高橋佳子、飯盛茂子 (2010). 在宅支援機関が実践する退院支援・在宅復帰支援の明確化. ホスピスケアと在宅ケア、18 (1) :37-48.

- 26) 須田陽子 (2010). 重症認知症患者の退院支援における施設との連携. 日本精神科看護学会誌、53 (3) :75-79.
- 27) 井上誠、宮本奈美子、木村幸生 他 (2010). 看護職者が抱いた陰性感情の心理的負担とその関連について. 日本精神科看護学会誌、53(2):27-31.
- 28) 上野和美 (2015). 精神科病棟でBPSD対応に看護師が感じる困難. 日本看護学会論文集 精神看護、45:103-106.

Quality of nursing care for patients with dementia in long-term health care facilities

MISA NAKADA*, DAISUKE JIKIHARA**, MANAMI YAMAMOTO***,
ASAKO KUSUNOKI**, KAORI INOUE****, SAKAE MIKANE****

**Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

***Okayama University Hospital*

****Kurashiki Central Hospital*

*****Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

Abstract This study aimed to examine the association of stress recognition in dementia care and teamwork with the quality of care. Subjects included 108 nurses in 20 long-term health care facilities in Prefecture A who completed this survey. The survey included questions on the nurses' basic demographic attributes, teamwork, recognition of stress associated with dementia care, and the quality of care. We performed stepwise multiple regression analysis using the quality of care as the target variable and stress recognition and teamwork as the explanatory variables. We found that the quality of care for patients with dementia was associated with "team orientation" and "team leadership," both of which were subordinate factors of teamwork as well as "responses to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)," which was a subordinate factor of stress recognition in caring for those with dementia. Measures that strengthen teamwork related to the quality of care for dementia and emphasize care strategies through trial and error, despite the stress inherent in responding to BPSD, are ways to improve the quality of care for patients with dementia.

Keywords : dementia care, recognition of stress, teamwork, long-term health care facilities, nurses