
原 著

急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践とその関連要因

杉本沙紀¹⁾, 今井芳枝²⁾, 上田伊佐子³⁾, 近藤和也²⁾, 高開登茂子³⁾,
長谷奈生己¹⁾, 板東孝枝²⁾, 高橋亜希²⁾, 井上勇太²⁾, 森裕香²⁾,
阪本朋香¹⁾, 蔭山恵美⁴⁾

¹⁾ 徳島大学病院

²⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部

³⁾ 徳島文理大学

⁴⁾ 徳島大学保健科学教育部

(令和5年1月4日受付) (令和5年1月20日受理)

急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践とその関連要因を明らかにすることを目的とした。2021年5月～7月に認知症高齢がん患者の看護経験を有する400名に無記名自記式質問紙調査を行った。急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践を構成する因子は「患者が自分の状態の安全管理できないところを配慮する」「患者の日常性を維持させていくための工夫をする」が生成された。重回帰分析の結果、急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践には、「看護師経験年数」「認知症高齢がん患者の看護経験年数」「認知症に関する勉強会・研修会参加」「認知症に関する知識状況」,[認知症看護実践],[看護師としての倫理的行動力]が関連していた。

わが国の高齢者人口は、2025年には総人口の30%超に達する¹⁾という推計がある。これに伴い、認知症有病率の増加^{2,3)}が懸念されている。一方、がんも一般的に高齢になるほど罹患数、死亡数ともに多くなる⁴⁾ことから、高齢者人口増加に伴い、入院治療を受ける高齢がん患者が認知機能障害を併せもつケースの増加が予想される。実際、入院患者の2割が認知症を有しているという報告もある⁵⁾。入院治療を受ける高齢がん患者が認知症を併存している場合、特に急性期病院では、入院という慣れない環境に加え、治療・検査に伴う苦痛や制限によって行動・心理症状 (Behavioral and Psychological

Symptoms of Dementia : 以降BPSDとする)の出現や悪化をきたしやすい⁶⁾。しかしながら、認知症やそのケア方法について正しく知らない看護師にとって、認知症高齢がん患者への対応は容易ではない。とりわけ急性期病院では、介護老人福祉施設やグループホームとは異なり、認知症ケアの経験やノウハウの蓄積が少なく、治療の遂行に重点を置いてケアを実施してしまいがちで、依然十分なケアを行えていないのが現状である。認知症高齢がん患者は、認知機能の低下によって、入院や治療の必要性を理解することが難しく、ケアに非協力的な反応を示すことも多い。このことは、看護師に負担感や困難感を抱かせ⁷⁾、認知症ケアに対する抵抗感が生じることに繋がる。また、認知症に対する知識不足は、ケアを提供する側にもストレスを感じさせ、ケアを受ける認知症高齢者の苦痛も増すという悪循環を生むという報告もある⁸⁾。認知症ケアは仕事量の増加につながり負担となることや、認知症高齢者のケアにかかる時間や精神的余裕がもてないという現状も報告されている⁹⁾。このように、急性期病院では依然十分な認知症ケアができていないと言い難い現状があり、入院患者が認知症を併せもつことで生じるケア上の困難感に焦点を当てた研究^{7,10-14)}は多いが、認知症を併せもつがん患者の看護ケアの実践についての報告は限られている。そこで、急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践と関連要因を明らかにすることで、認知症高齢がん患者の看護ケ

アの質の向上のための示唆を得る。

I. 研究目的

急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践とその関連要因を明らかにする。

II. 用語の定義

認知症高齢がん患者：医師の指示書に認知症と記載のある患者、または専門医に認知症と診断された患者、または厚生労働省が作成した「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定を基に「I」から「M」相当と看護師が判断した患者とした。

急性期病院：療養型施設ではなく、がんの集学的治療を中心とした診療を行う病院施設とした。

III. 本研究の枠組み

図1に本研究の枠組みを示す。急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践に関連するものは大きく4つである。基本属性として年齢、看護師経験年数、職位、資格のほか、認知症の患者に長期間関わった看護師の方が認知症ケアの能力が優れていた¹⁵⁾との報告から、認知症高齢がん患者の看護経験年数、グルー

プホーム・老人ホームでの看護経験、さらに、認知症ケアについて研修を受け実務を積んだ経験の長い看護師は実践力が高かった¹⁵⁾とされていることから、研修会・勉強会への参加を関連要因とした。次に、認知症患者に対する看護職者の知識不足が認知症症状に影響する¹⁶⁾ことや、認知症に関連する知識不足のせいでBPSDの予防ケアのスキルが不足していた¹⁵⁾ことから「認知症に関する知識状況」を加え、認知症看護実践が、認知症高齢がん患者に対する看護実践のベースになることより「認知症看護実践」を関連要因とした。また、認知症高齢者に対する看護実践では、認知症高齢者の人格を尊重して人間としての尊厳を守るための倫理的配慮を十分に行った看護実践ができる看護職の卓越性の必要性も報告されている¹⁷⁾。このことから、認知症高齢がん患者に対する看護実践には、「看護師としての倫理的行動力」が関連すると考えた。

IV. 研究方法

1. 対象者

A県がん診療連携拠点病院1施設に勤務する看護職者。

2. 調査方法および調査期間

2021年5月～7月に無記名自記式質問紙法による調査を実施した。

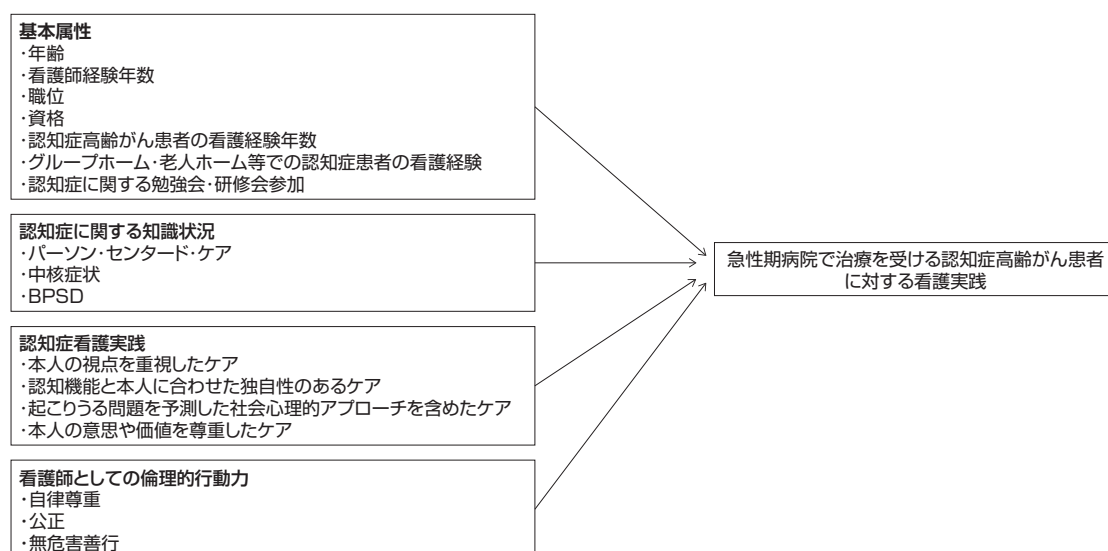


図1 本研究の枠組み

3. 調査内容

1) 急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践

今回、研究者が作成した「急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践自己評価尺度」を使用する。『認知症 plus がん看護』¹⁸⁾ で必要なケアとして挙げられている看護ケアより〔急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践〕として13のケア項目で作成した。回答は<かなりできている：5>から<全然できていない：1>の5件法とし、得点が高いほど認知症を併せもつがん患者に対する入院中のケアが実践できているという自己評価を示すようにした。本尺度の内容の妥当性を保つために、がん看護と高齢者看護分野の専門家複数名と協議した。

2) 急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践の関連要因

①基本属性

「年齢」「看護師経験年数」「職位」「資格」「認知症高齢がん患者の看護経験年数」「グループホーム・老人ホーム等での認知症患者の看護経験」「認知症に関する勉強会・研修会参加」を多項選択法で調査した。

②認知症に関する知識状況

〔認知症に関する知識状況〕として「パーソン・センタード・ケア」「中核症状」「BPSD」の用語について、<知っている><知らない>の2択で回答してもらった。

③認知症看護実践

〔認知症看護実践〕は鈴木ら¹⁹⁾によって信頼性、妥当性が検証された「急性期病院の認知障害高齢者に対する看護実践自己評価尺度」を用いた。この尺度は、「本人の視点を重視したケア」「認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」「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」「本人の意思や価値を尊重したケア」の4下位尺度、19の質問項目から構成され、<常にしている：6>から<全くしていない：1>の6件法で回答し、得点が高いほどパーソン・センタード・ケアに沿った看護実践をしていることを示す。

④看護師としての倫理的行動力

〔看護師としての倫理的行動力〕は、大出²⁰⁾が作成した「看護師の倫理的行動尺度2020Ver.」を用いた。「自律尊重」「公正」「無危害善行」の3因子18項目からなる尺度で、各項目は、<非常に当てはまる：6>から<全く当てはまらない：1>の6段階で評価し、各因子

の合計点が高いほど倫理的行動力が高いことを示す。

4. 分析方法

全ての調査項目の記述統計量を算出し、量的データの正規性の評価として Shapiro-Wilk 検定を行った。欠損値の多いデータは分析対象から除外した。急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践の信頼性と妥当性の確認については、まず項目分析として13項目の天井効果とフロア効果がないことを確認したのち、一貫性を測定する手段として I-T 相関を確認し、項目の信頼性を低下させる基準として .3未満を削除対象とした。その後、因子分析（最尤法、プロマックス回転）し、得られた因子が文献検討の構成概念と相違がないかを確認した。Cronbach の α 係数により内的一貫性を確認した。次に、「年齢」「看護師経験年数」「認知症高齢がん患者の看護経験年数」の項目に関しては、全体の分布状況より2群に分け、〔認知症に関する知識状況〕の「パーソン・センタード・ケア」「中核症状」「BPSD」は知識の有無で2群に分け、〔認知症看護実践〕の「本人の視点を重視したケア」「認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア」「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」「本人の意思や価値を尊重したケア」、〔看護師としての倫理的行動力〕の「自律尊重」「公正」「無危害善行」に関しては、中央値より2群に分け、各群別に急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践の総点を Mann-Whitney U 検定した。単変量解析で有意な関連がみられた変数において多重共線性が確認されなかった項目および仮説をもとに独立変数を再検討し、急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践の総点を従属変数とした強制投入法による重回帰分析を行った。多重共線性のリスクについては、独立変数間のスピアマンの順位相関係数 ($p>.7$) および VIF 統計量 ($VIF<10$) により確認した。有意水準は、5%未満とした。分析には統計ソフト IBM SPSS Statistics 27を使用した。

5. 倫理的配慮

個人情報保護と匿名化、データの管理について、データは対象者個人が特定されることのないよう処理を行うこと、研究への参加は自由な意思によるものであり参加・不参加による不利益はないこと、研究結果は個人が特定される形で公表しないことを対象者に十分説明した。また、研究参加への同意の意思は、研究説明文書を

用いて研究の概要，目的，方法を説明し，同意の意思を示すチェック欄を設け，そのチェックをもって確認した。回収した調査票は匿名化し，鍵のかかる場所に保管した。尺度はそれぞれ開発者の承諾を得て使用した。本研究は，徳島大学病院医学系研究倫理審査委員会より承認を得て実施した（承認番号：3957）。利益相反はない。

V. 結果

調査票の配布数809名に対して回収数は620名（回収率：76.6%）で，このうち，同意の意思が確認できなかったものと欠損値が5%以上のものを除外すると，有効回答数は590名（有効回答率：95.1%）であった。さらにこの中から，認知症高齢がん患者の看護の経験を有する400名（67.8%）を分析対象とした。

1. 基本属性

基本属性は表1に示すように，「年齢」の中央値は37歳であった。「看護師経験年数」の中央値は12年で，5年未満が75名（19.0%），5年以上10年未満が76名（19.3%），10年以上が243名（61.7%）であった。「職位」は，副師長または師長以上の管理職が65名（16.4%），スタッフが332名（83.6%）であった。「資格」（認定看護師・専門看護師・特定看護師）の有無については36名（9.1%）が「あり」と回答した。「認知症高齢がん患者の看護経

表1 基本属性

項目	人数	%	中央値(四分位範囲)
年齢(n=395)			37(29-46)
看護師経験年数(n=394)			12(6-22)
5年未満	75	19.0	
5年以上10年未満	76	19.3	
10年以上	243	61.7	
職位(n=397)			
副師長・師長以上	65	16.4	
スタッフ	332	83.6	
資格(n=394)			
なし	358	90.9	
あり	36	9.1	
認知症高齢がん患者の看護経験年数(n=384)			
5年未満	210	54.7	
5年以上	174	45.3	
グループホーム・老人ホーム等での認知症患者の看護経験(n=397)			
なし	366	92.2	
あり	31	7.8	
認知症に関する勉強会・研修会参加(n=399)			
なし	215	53.9	
あり	184	46.1	
病態生理*	108		
診断・治療*	96		
ケアの方法*	160		
意思決定支援*	76		
倫理的課題*	79		
認知症ケア加算*	79		
国への取り組み*	36		

*重複回答

表2 急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する入院中の看護実践の実態

質問項目
1 注意集中を維持しやすいように工夫している(n=399)
2 場の雰囲気や表情をとらえやすいように配慮している(n=400)
3 飲水量の確認，定期的な飲水の励行など，脱水予防に配慮している(n=400)
4 ポリファーマシー(多重薬剤)への対応に配慮している(n=400)
5 早期離床できるように工夫をしている(n=400)
6 疼痛ケアには工夫をしている(n=399)
7 見当識の強化ができるように工夫をしている(n=400)
8 睡眠リズムへのサポートができるように工夫をしている(n=400)
9 痛みの評価では，身振りや顔つきを手がかりとして対応している(n=400)
10 摂取不良からの脱水・低栄養を防ぐため，入院早期に食事場を観察するようにしている(n=399)
11 アパシーは，早期発見に努め，積極的に対応するようにしている(n=397)
12 身体拘束は，その必要性を十分検討したうえで，過剰な身体拘束はしないようにしている(n=399)
13 退院時には，退院後を支援するなどのスタッフにどの情報を伝えるのか，伝達方法および内容を確認し，情報の脱落を防ぐようにしている(n=399)

注釈：*p<.05 **p<.01

験年数」が5年未満と回答した者は210名(54.7%)で、174名(45.3%)が5年以上と回答した。「グループホーム・老人ホーム等での認知症患者の看護経験」があると回答した者は31名(7.8%)のみであった。「認知症に関する勉強会・研修会参加」の有無については、<参加経験あり>が184名(46.1%)であり、対象者の過半数である215名(53.9%)が<参加経験なし>であった。

2. 急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践を構成する因子、信頼性、妥当性の検討

[急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践]の平均値とSDは、2.8~3.6±0.70~0.94であった。各項目の平均値と分布を表2に示した。特に低かった項目は「アパシーは、早期発見に努め、積

表3 急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する入院中の看護実践の因子分析

項目	因子負荷量	
	第1因子	第2因子
第1因子：患者が自分の状態の安全を管理できないところを配慮する($\alpha=.901$)		
1 注意集中を維持しやすいように工夫している	.98	
2 場の雰囲気や表情をとらえやすいように配慮している	.78	
10 摂食不良からの脱水・低栄養を防ぐため、入院早期に食事場を観察するようにしている	.62	
11 アパシーは、早期発見に努め、積極的に対応するようにしている	.62	
3 飲水量の確認、定期的な飲水の励行など、脱水予防に配慮している	.56	
4 ポリファーマシー(多重薬剤)への対応に配慮している	.50	
13 退院時には、退院後を支援するどのスタッフにどの情報を伝えるのか、伝達方法および内容を確認し、情報の脱落を防ぐようにしている	.45	
第2因子：患者の日常性を維持させていくための工夫をする($\alpha=.911$)		
5 早期離床できるように工夫をしている		.95
6 疼痛ケアには工夫をしている		.84
7 見当識の強化ができるように工夫をしている		.66
12 身体拘束は、その必要性を十分検討したうえで、過剰な身体拘束はしないようにしている		.65
8 睡眠リズムへのサポートができるように工夫をしている		.63
9 痛みの評価では、身振りや顔つきを手がかりとして対応している		.47
	寄与率(%)	57.0 4.4
	累積寄与率(%)	61.4

注釈：因子分析：最尤法，プロマックス回転

平均値±SD	かなり できている n(%)	できている n(%)	少し できている n(%)	あまり できていない n(%)	全然 できていない n(%)	I-T 相関
3.1±0.74	5(1.3)	106(26.6)	213(53.4)	67(16.8)	8(2.0)	.750**
3.3±0.70	11(2.8)	141(35.3)	216(54.0)	26(6.5)	6(1.5)	.742**
3.3±0.81	18(4.5)	153(38.3)	177(44.3)	42(10.5)	10(2.5)	.807**
3.0±0.94	15(3.8)	110(27.5)	143(35.8)	113(28.2)	19(4.8)	.750**
3.5±0.86	30(7.5)	181(45.3)	141(35.3)	38(9.5)	10(2.5)	.817**
3.4±0.84	25(6.3)	178(44.6)	151(37.8)	35(8.8)	10(2.5)	.784**
3.2±0.82	12(3.0)	138(34.5)	178(44.5)	62(15.5)	10(2.5)	.849**
3.3±0.81	14(3.5)	165(41.3)	170(42.5)	40(10.0)	11(2.8)	.834**
3.6±0.77	29(7.2)	195(48.8)	152(38.0)	16(4.0)	8(2.0)	.764**
3.2±0.88	11(2.8)	143(35.8)	158(39.6)	72(18.0)	15(3.8)	.808**
2.8±0.90	4(1.0)	77(19.4)	169(42.6)	112(28.0)	35(8.8)	.754**
3.5±0.84	39(9.8)	179(44.9)	144(36.1)	28(7.0)	9(2.3)	.653**
3.2±0.94	22(5.5)	128(32.1)	163(40.9)	65(16.3)	21(5.3)	.727**

極的に対応するようにしている」(2.8±0.90)であった。各項目には天井効果・フロア効果はなく、I-T 相関においても削除すべき項目はなかったため13項目すべてを分析対象とし、最尤法・プロマックス回転による探索的因子分析を行い、表3に示した。固定値は1、因子負荷量は.4以上としたが、削除すべき項目はなかった。累積寄与率は61.4%であった。第1因子は7項目で構成され、「注意集中を維持しやすいように工夫している」「摂取不良からの脱水・低栄養を防ぐため、入院早期に食事場面を観察するようにしている」「飲水量の確認、定期的な飲水の励行など、脱水予防に配慮している」といった認知症高齢がん患者が自分のがんの状態に対してマネジメントできない状況に対して注意を払うような項目が高い負荷量を示した。そこで、「患者が自分の状態の安全を管理できないところを配慮する」とした。第2因子は6項目で構成され、「早期離床できるように工夫をしている」「疼痛ケアには工夫をしている」「見当識の強化ができるように工夫をしている」のように認知症高齢がん患者の日常生活を整えていくためのアプローチに関する項目が高い負荷量を示した。そこで、「患者の日常性を維持させていくための工夫をする」と命名した。これらの2因子は『認知症 plus がん看護』で必要なケアとして挙げられている看護ケアの構成概念と類似していた。 α 信頼性係数は、第1因子 .901、第2因子 .911、尺度全体で .942であり、内的整合性を確認できた。以上のことから認知症高齢がん患者に対する入院中の看護実践は2因子構造からなり、ある程度の信頼性・妥当性を備えた調査用紙であることを確認した。

3. 急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践の関連要因

急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践の総点を従属変数とした重回帰分析を行った。投入する独立変数を特定するために、看護師の[基本属性]と[認知症に関する知識状況]、[認知症看護実践]、[看護師としての倫理的行動力]の群別に[急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践]の総点を Mann-Whitney U 検定した(表4)。その結果、有意でなかった「職位」「資格」「グループホーム・老人ホーム等での認知症患者の看護経験」を除いた14項目が特定された。さらに独立変数間の相関(表5)で共線性が予測された「年齢」と「看護師経験年数」($r=.946$, $p<.01$)の「年齢」を除外し、独立変数13項目の強制投

入法による重回帰分析を行った。なお、「看護師経験年数(10年未満; 0, 10年以上; 1)」「認知症高齢がん患者の看護経験年数(5年未満; 0, 5年以上; 1)」「認知症に関する勉強会・研修会参加(無; 0, 有; 1)」「認知症に関する知識状況(知らない群; 0, 知っている群; 1)」「認知症看護実践(中央値未満; 0, 中央値以上; 1)」「看護師としての倫理的行動力(中央値未満; 0, 中央値以上; 1)」をダミー変数化して分析した。結果、急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践の総点に対して「看護師経験年数」「認知症高齢がん患者の看護経験年数」「認知症に関する勉強会・研修会参加」「認知症に関する知識状況」「認知症看護実践」「看護師としての倫理的行動力」による決定係数 R^2 は .411 (調整済み R^2 .390) であり、5%未満の水準で有意であった。さらに、各重相関係数 R から母集団の重相関係数の有意性を F 検定した結果、 $F_0=19.786$, $p<.001$ であった(表6)。VIF が10以上の多重共線性は確認されなかった。

VI. 考察

1. 対象者の特性

本研究の対象者は、年齢37歳、看護師経験年数12年の人生および臨床経験のあるスタッフであることが示されていた。その一方で、「認知症高齢がん患者の看護経験年数」は、5年未満が半数以上であり、「グループホーム・老人ホームでの認知症患者の看護経験」「認知症に関する勉強会・研修会参加」の回答から見ても認知症に関連する知識や看護経験は半数以上の者が少ないことがうかがえた。[認知症看護実践]の結果は、単純比較はできないが、先行研究の結果^{17,21-23})と比べるとほぼ同程度かやや低く、パーソン・センタード・ケアを目指した認知症看護ケアが十分にできているとはいえないと考えられた。[看護師としての倫理的行動力]は、先行研究²⁴)の結果とほぼ同程度であった。

以上より、本研究の対象である看護職の特性として、認知症に関する知識や実践は低いが、倫理的行動力は持ち合わせている看護職集団であることがうかがえた。

2. 急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践を構成する因子と関連要因について

[急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践]を構成する因子として、「患者が自分の状態の安全を管理できないところを配慮する」「患者の

表4 急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践との関連要因

認知症高齢がん患者に対する入院中の看護実践の自己評価

要因		n (%)	総点 中央値 (IQR)	合計点
基本属性				
年齢 (n=395)	～30歳代	228	42.0(37.0-47.0)	.010**
	40歳代以上	167	44.0(39.0-50.0)	
看護師経験年数 (n=394)	10年未満	151	40.0(35.5-46.5)	<.001**
	10年以上	243	44.0(39.0-50.0)	
職位 (n=397)	師長・副師長	65	44.0(37.5-50.5)	.097
	スタッフ	332	42.0(37.0-48.0)	
資格 (n=394)	有り	36	44.5(37.0-50.8)	.315
	無し	358	42.0(37.0-48.0)	
認知症高齢がん患者の看護経験年数 (n=384)	5年未満	210	40.0(35.0-45.3)	<.001**
5年以上	174	45.5(40.0-51.0)		
グループホーム・老人ホーム等での認知症患者の看護経験 (n=397)	有り	31	42.0(35.0-50.0)	.961
無し	366	42.5(37.0-48.0)		
認知症に関する勉強会・研修会参加 (n=399)	有り	184	44.0(39.0-50.0)	<.001**
無し	215	40.0(35.0-47.0)		
認知症に関する知識状況				
パーソン・センタード・ケア (n=400)	知らない群	277	42.0(36.0-48.0)	<.001**
	知っている群	123	44.0(39.0-51.0)	
中核症状 (n=397)	知らない群	91	41.0(33.0-46.0)	.003**
	知っている群	306	43.0(38.0-50.0)	
BPSD (n=400)	知らない群	168	42.0(35.0-46.0)	<.001**
	知っている群	232	43.0(39.0-50.0)	
認知症看護実践の自己評価				
本人の視点を重視したケア (n=400)	中央値23未満	214	39.0(34.0-43.0)	<.001**
	中央値23以上	186	47.5(43.0-51.0)	
認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア (n=400)	中央値25未満	236	39.0(34.3-44.0)	<.001**
	中央値25以上	164	48.0(43.0-52.0)	
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 (n=400)	中央値24未満	216	39.0(34.0-43.0)	<.001**
	中央値24以上	184	48.0(43.0-51.0)	
本人の意思や価値を尊重したケア (n=400)	中央値15未満	170	39.0(33.0-43.0)	<.001**
	中央値15以上	230	45.0(40.0-50.3)	
看護師としての倫理的行動力				
自律尊重 (n=400)	中央値4.3未満	194	39.0(34.0-44.0)	<.001**
	中央値4.3以上	206	46.0(40.0-51.0)	
公正 (n=400)	中央値4未満	185	41.0(36.0-47.0)	.028*
	中央値4以上	215	44.0(38.0-50.0)	
無危害善行 (n=400)	中央値4.5未満	172	39.0(34.0-44.0)	<.001**
	中央値4.5以上	228	45.5(39.3-51.0)	

Mann-WhitneyU 検定 P<.05* P<.01**

IQR : inter quartile range

日常性を維持させていくための工夫をする」2因子が生成された。

急性期病院における認知症のある高齢者の状況に関して、鈴木らは体調の変化を自分から伝えられないことが多く、症状が悪化することや、入院による環境の変化

より混乱や焦燥、興奮などが生じやすいと述べている²⁵⁾。加えて、高齢者へのがん治療の侵襲は、薬物動態の変化、臓器機能、予備能の低下などが指摘されており²⁶⁾、急性期病院で治療を受ける高齢がん患者は全身状態が不良な状況が予測できる。認知症高齢がん患者が自分のがん

表5 独立変数間の相関

N=379

影響要因	要因1	要因2	要因3	要因4	要因5	要因6	要因7	要因8	要因9	要因10	要因11	要因12	要因13	要因14
基本属性														
要因1：年齢	1													
要因2：看護師経験年数	.946**	1												
要因3：認知症高齢がん患者の看護経験年数	.218**	.341**	1											
要因4：認知症に関する勉強会・研修会参加	.314**	.330**	.202**	1										
認知症に関する知識状況														
要因5：パーソン・センタード・ケア	.208**	.156**	.091*	.354**	1									
要因6：中核症状	-.116**	-.179**	-.107**	.211**	.323**	1								
要因7：BPSD	-.011	-.142**	-.068	.233**	.445**	.610**	1							
認知症看護実践の自己評価														
要因8：本人の視点を重視したケア	.135**	.261**	.182**	.288**	.248**	.057	.122**	1						
要因9：認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア	.194**	.254**	.174**	.282**	.173**	.103*	.142**	.608**	1					
要因10：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	.129**	.202**	.166**	.229**	.172**	.067	.107*	.613**	.623**	1				
要因11：本人の意思や価値を尊重したケア	.157**	.182**	.131**	.216**	.149**	.043	.116*	.599**	.537**	.584**	1			
看護師としての倫理的行動力														
要因12：自律尊重	.147**	.169**	.122**	.196**	.202**	.136**	.196**	.492**	.416**	.444**	.479**	1		
要因13：公正	.157**	.159**	.021**	.085*	.178**	-.013	.102*	.285**	.179**	.280**	.343**	.366**	1	
要因14：無危害善行	.088*	.131**	.085*	.128**	.048	.057	-.010	.424**	.348**	.377**	.482**	.574**	.344**	1

* $p < .05$ ** $p < .01$

の状態に対してマネジメントできない状況に対して注意を払うような項目が高い負荷量を示した。「患者が自分の状態の安全を管理できないところを配慮する」という因子は、このような高齢がん患者と認知症の状態を重ね合わせた支援としてみる事ができた。

また、認知症の人が認知症以外の疾患の目的で入院すると、治療のために規制される生活が理解できず興奮することが指摘されるように²⁷⁾、特に、周術期アプローチでは術後せん妄への対策は主な課題であることが指摘されている。そのため、活動低下を防ぐためのケアとして、痛みなどの苦痛を予測し、ADLを低下させない先回りケアを行うことが提示されている²⁸⁾。認知症高齢がん患者の日常生活を整えていくためのアプローチとして、見当識や疼痛、身体拘束など早期離床を目指し、「患者の日常性を維持させていくための工夫をする」という因子は急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践となる事が予測できた。

今回、関連要因として「看護師経験年数」「認知症高齢がん患者の看護経験年数」「認知症に関する勉強会・研修会参加」「認知症に関する知識状況」「認知症看護実践」「看護師としての倫理的行動力」が示された。これより、看護師経験年数だけでなく、認知症に関する知識と実践、倫理が認知症高齢がん患者に対する看護実践に影響する

ことが示された。先行文献では認知症高齢者のケアに関する臨床判断や実践において、認知症ケア経験年数や研修回数、知識が影響することが報告されており、経験と学習が実践に影響することが示されている^{29,30)}。また、認知症高齢者に対するパーソン・センタード・ケアを目指した看護実践には、道徳的感受性が強く影響し、看護師への倫理教育の質の向上が重要であることが報告されている³¹⁾。本調査もこれらがん以外の認知症看護と同様の結果であった。認知症高齢がん患者に対する看護実践においてもその基盤となるのは認知症に対する知識である。そして看護師としての倫理を踏まえた上での実践であることが示された。たとえ急性期病院であっても今後は認知症を伴った高齢がん患者が増加することが推測される。認知症の知識や倫理感を高めるための研修等の充実が、急性期病院の認知症高齢がん患者のよりよい支援につながる事が示唆された。

VII. 本研究の限界と実践への示唆

本研究では、1施設の看護職を対象としており、急性期病院の高齢がん患者の看護実践の実態全体を把握できてはいないため一般化には限界がある。引き続き、対象者数を増やして検討していく必要がある。

表6 急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践の関連要因の検討

要因	総点	
	標準偏回帰係数 β	p値
基本属性		
看護師経験年数 _a	.173	.832
認知症高齢がん患者の看護経験年数 _b	3.620	<.001**
認知症に関する勉強会・研修会参加 _c	.508	.522
認知症に関する知識状況		
パーソン・センタード・ケア _d	.432	.623
中核症状 _d	1.950	.066
BPSD _d	1.884	.048*
認知症看護実践の自己評価		
本人の視点を重視したケア _e	1.836	.070
認知機能と本人に合わせた独自性のあるケア _e	2.570	.009**
起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 _e	4.051	<.001**
本人の意思や価値を尊重したケア _e	.823	.397
看護師としての倫理的行動力		
自律尊重 _f	.090	.923
公正 _f	1.343	.081
無危害善行 _f	2.239	.013*
	R	.641
	R ²	.411**
	F 値	19.786**

強制投入法による重回帰分析 P<.05* P<.01**

- a : 「看護師経験年数(10年未満 ; 0, 10年以上 ; 1)」
- b : 「認知症高齢がん患者の看護経験年数(5年未満 ; 0, 5年以上 ; 1)」
- c : 「認知症に関する勉強会・研修会参加(無 ; 0, 有 ; 1)」
- d : 「認知症に関する知識状況(知らない群 ; 0, 知っている群 ; 1)」
- e : 「認知症看護実践の自己評価(中央値未満 ; 0, 中央値以上 ; 1)」
- f : 「看護師としての倫理的行動力(中央値未満 ; 0, 中央値以上 ; 1)」

VIII. 結論

急性期病院で治療を受ける認知症高齢がん患者に対する看護実践の自己評価と影響要因を明らかにした結果、「患者が自分の状態の安全を管理できないところを配慮する」「患者の日常性を維持させていくための工夫をする」2因子が抽出され、その影響要因として「看護師経験年数」「認知症高齢がん患者の看護経験年数」「認知症に関する勉強会・研修会参加」, [認知症に関する知識状況], [認知症看護実践の自己評価], [看護師としての倫理的行動力] が示された。

文 献

- 1) 内閣府：高齢化の現状と将来像. 令和2年度版高齢社会白書

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/sl1_1_1.html (2022年3月20日検索)

- 2) 浅田隆, 泰羅雅登, 石合純夫, 清原裕 他：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 総合研究報告書 厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業) H24Report_Part1.pdf(tsukuba-psychiatry.com) (2022年3月20日検索)
- 3) 二宮利治, 清原裕, 小原知之, 米本孝二：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. 平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 201405037A0001.pdf (niph.go.jp) (2022年3月20日検索)
- 4) 国立がん研究センターがん情報サービス HP：最新がん統計
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/

- summary.html (2022年3月20日)
- 5) 厚生労働省：入院医療等の調査・評価分科会（令和3年度第3回）
Microsoft Word - 01_議事次第.docx (mhlw.go.jp)
(2022年3月20日)
 - 6) 山下真理子, 小林敏子, 藤本直規：一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応 一般病院における現状と課題. 老年精神医学雑誌, 17(1) : 75-78, 2006
 - 7) 松尾香奈：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, 2011
 - 8) 鈴木みずえ, 桑原弓枝, 吉村浩美：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 : 52-57, 2013
 - 9) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代 他：一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難. 日本認知症ケア学会誌, 12(2) : 408-418, 2013
 - 10) 乙村優, 徳川早知子：一般病棟で認知症高齢者とかわる看護師の困難. 日本精神科看護学会誌, 54(3) : 114-118, 2011
 - 11) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代：中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難. 老年看護学, 17(2) : 65-73, 2013
 - 12) 川村晴美, 三村洋美, 俵積田ゆかり：急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難. 昭和学術会誌, 80(6) : 491-498, 2020
 - 13) 吉武亜紀：一般病院において認知症高齢者をケアする看護師の困難感に関する文献検討. 川崎医療福祉学会誌, 26(2) : 274-283, 2017
 - 14) 森本恵り子, 平田弘美：急性期病棟における認知症高齢者看護に関する文献検討. 人間看護学研究, 17 : 77-86, 2019
 - 15) Yueh-Ying, Yang.: Exploring dementia care competence of nurses working in acute care settings. Journal of Clinical Nursing, 31(13-14) : 1972-1982, 2020
 - 16) 天木伸子, 百瀬由美子, 松岡広子：一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断. 日本看護研究学会雑誌, 37(4) : 63-72, 2014
 - 17) 神谷美保, 鈴木みずえ：中小規模病院に勤務する看護職の認知症高齢者に対する看護実践と看護実践の卓越性の関係. 日本早期認知症学会誌, 14(1) : 46-54, 2021
 - 18) 小川朝生：認知症患者のがん診療. 癌と化学療法, 41(9) : 1051-1056, 2014
 - 19) 鈴木みずえ, 吉村浩美, 宗像倫子, 鈴木美恵子 他：急性期病院の認知障害高齢者に対するパーソン・センタード・ケアをめざした看護実践自己評価尺度の開発. 老年看護学, 20(2) : 36-46, 2016
 - 20) 大出順：看護師の倫理的行動尺度の高次因子分析モデルと階層的因子分析モデルの検討. 帝京科学大学紀要, 16 : 81-88, 2020
 - 21) 鈴木みずえ：急性期病院の看護師が実践する身体拘束の関連要因 看護師の自己評価調査を用いた分析. 日本老年医学会雑誌, 56(2) : 146-155, 2019
 - 22) 鈴木みずえ, Brooker, D., Bray, J., 澤木圭介 他：パーソン・センタード・ケアをめざした看護実践自己評価尺度による看護実践の英国と日本のWEB調査による比較. 日本老年医学会雑誌, 57 : 484-488, 2020
 - 23) 曾根真璃苗, 鈴木みずえ：医療療養病床における看護職のせん妄知識度合による看護実践の検討～せん妄知識高群と低群間での看護実践自己評価尺度(SSNP-PCC)の比較～. 日本早期認知症学会誌, 13(2) : 32-39, 2020
 - 24) 大出順：看護師の倫理的行動と組織風土がバーンアウトに与える影響の検討. 帝京科学大学紀要, 17 : 23-31, 2021
 - 25) 鈴木みずえ：急性期病院でのステップアップ認知症看護. 1版, 日本看護協会出版会, 東京, 2016, pp. 18
 - 26) 小川朝生：がん患者のこころを支える-各ライフステージの特徴を理解した支援に向けて-高齢者のがん診療における支援. ストレス科学, 36(1) : 44-53, 2021
 - 27) 高山成子：認知症の人の生活行動を支える看護. 1版, 医歯薬出版会, 東京, 2019, pp. 23
 - 28) 小川朝生, 田中登美：認知症 plus がん看護. 1版, 日本看護協会出版会, 東京, 2019, pp. 11, 60
 - 29) 中川孝子, 藤田あけみ, 西沢義子：認知症高齢者グループホームにおける「その人らしさを尊重したケア」の実態と影響要因. 弘前医学, 69(1-4) : 57-65,

2019

- 30) 後藤有紀：認知症病棟に勤務する熟練看護師が食事場面において患者に対して行う臨床判断と技術. 医療法人財団青溪会駒木野病院看護研究集録, 2 : 21-30, 2016
- 31) 前田優貴乃, 勝野とわ子：急性期病棟における認知障害高齢者に対するパーソン・センタード・ケアをめざした看護実践に関連する要因. 老年看護学, 25 (2) : 71-79, 2021

Self-evaluation of Nursing Practice for Elderly Cancer Patients with Dementia Receiving Treatment in Acute Care Hospitals and Factors Influencing It

Saki Sugimoto¹⁾, Yoshie Imai²⁾, Isako Ueda³⁾, Kazuya Kondo²⁾, Tomoko Takagai³⁾, Naomi Hase¹⁾, Takae Bando²⁾, Aki Takahashi²⁾, Yuta Inoue²⁾, Yuka Mori²⁾, Tomoka Sakamoto¹⁾, and Megumi Kageyama⁴⁾

¹⁾*Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan*

²⁾*Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences, Tokushima, Japan*

³⁾*Tokushima Bunri University, Tokushima, Japan*

⁴⁾*Tokushima University Faculty of Medicine, Tokushima, Japan*

SUMMARY

The purpose of this study was to clarify the current status of nursing practice for elderly cancer patients with dementia receiving treatment in acute care hospitals and related factors. An anonymous, self-administered questionnaire survey was conducted from May to July 2021, involving 400 people with experience of providing nursing care for elderly cancer patients with dementia. Factor analysis identified <considering situations where patients have difficulty in managing their own safety> and <making arrangements to help patients maintain ordinariness> as factors of self-evaluation of nursing practice for elderly cancer patients with dementia receiving treatment in acute care hospitals. Such evaluation was influenced by <years of nursing experience>, <years of providing nursing care for elderly cancer patients with dementia>, <participation in study groups/training seminars on dementia>, <knowledge of dementia>, <status of nursing practice for dementia>, and <ethical behavior>.

Key words : elderly cancer patients with dementia, acute-phase hospitals, nursing care